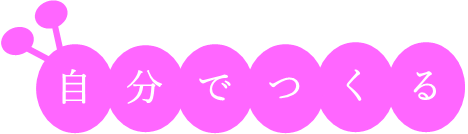
2019年９月作成

指定難病等で人工呼吸器を装着している方

のいざというときのために・・・

　　　　　　　　　　　　災害対策・災害時対応ノート

**予見可能な災害（大雨/台風）編**

**（停電予想編）**

20　　年　　月　　日作成

氏名：

**＜指定難病受給者および家族の方へ＞**

① 　　　　　　役所/役場へ、避難行動要支援者登録を行いましょう。

　　　　　　※「避難行動要支援者登録」の様式は各市町で異なります。

お住まいの市町で直接確認しましょう。

② 　　　　　　役所/役場へ、個別支援計画書の作成を依頼しましょう。

※個別支援計画書作成の依頼の前に、以下を準備しましょう。

1. 次のP.３～１０について、本人または家族で確認しましょう。
2. ③で記載した内容については、主治医または訪問看護師に確認を依頼

しましょう。

1. P.８の移動先医療機関、P.10の医療機関等連絡先については、主治医と相談しましょう。
2. 全ページの記載が終了したら、P.１の下部の作成日と氏名を記載した後、個別支援計画書作成のための参考資料として　　　　　　役所/役場へ提出しましょう。

（注意）避難行動要支援者登録や個別支援計画書作成により、

災害時の支援が必ずしもなされることを保証するものではありません。

また、支援関係者が法的な責任や義務を負うものではありません。

**＜　　　　役所/役場ご担当者さま＞**

1. 指定難病受給者からこの資料が提出されましたら、関係機関（主治医・訪問看護師・介護支援専門員など）へ連絡の上、記載内容の確認と共有をお願いします。
2. この資料は、　　　　役所/役場の個別支援計画書作成に当たりご活用ください。

【私（　　　　　　　）の基本情報】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな 氏　　名 | （ 男 ・ 女 ) | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日（　　　　　　歳） | | | | | |
| 住　　所 |  | | | | | |
| 連 絡 先 |  | | | | | |
| 家族構成 |  |  | 続柄 | 氏　名 | 連絡先 | 連絡順 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| 病　　名 |  | | | | | |
| 介 護 度 | 要支援（ １・２ ）　/　要介護（ １・２・３・４・５ ） | | | | | |
| 身体手帳 |  | | | | | |
| 障がい支援区分 |  | | | | | |
| 医療サービス  状況 | 通院・往診　訪問看護　ホームヘルプ　入浴車　 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **身体状況と 日常生活動作** | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 備　考 |
|
| 食　事 | | 経管栄養 | 流動食 | ミキサー食 | 軟食 | 普通食 |  |
| 排　泄 | 便 | オムツ | 便器 | 要介助 | ポータブル | 自立 |  |
| 尿 | バルン  留置 | オムツ | 尿器 | ポータブル | 自立 |  |
| 呼　吸 | 自発 | なし | | | 息苦しい | 自立 |  |
| 呼吸器 | 常時 | | | 必要時 | なし |  |
| 移　動 | | 不可 | 全介助 | 車いす | 杖使用 | 自立 |  |
| 入　浴 | | 入浴車 | 全介助 | 部分介助 | 一部介助 | 自立 |  |
| 会　話 | | 不可 | | 発語有 | 可 | 自立 |  |
| コミュニケーション | | 不可 | | | | 自立 |  |

お住まいの市町が公表して

いるハザードマップ等で確認しましょう。

不明な場合は、市町担当者へ

確認を依頼しましょう。

**１．自宅付近で想定される災害情報の確認**

**Kakuin**

私（　　　　　　　）の自宅付近は次の被害が想定されます。

**浸　水**

**洪　水**

**土砂災害**

**そ の 他**

平時から

準備しましょう

**２．医療用具や衛生材料の予備についての準備状況の確認**

**Kakuin**

。

**A．非常用持ち出し物品**

※一般的に、災害時、本格的救助開始に約３日かかると言われています。**約３日分の必要量**を準備しましょう。

　また、記載されている物品以外の物品は適宜追加記載しましょう。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ラジオ | □筆記用具 | □紙オムツ（　　）枚 |
| □懐中電灯 | □食料品（エンシュア）（　　）本 | □スリッパ（　　）足 |
| □乾電池 | □飲料水（　　）㎖×（　）本 | □マスク　（　　）箱 |
| □軍手 | □着替え | □ |
| □ビニール袋 | □タオル（　　　）枚 | □ |
| □ビニール手袋（　　　　）箱 | □バスタオル（　　　）枚 | □ |
| □布製ガムテープ（　　　）個 | □ティッシュ（　　）箱 | □ |
| □メモ帳 | □ウエットティッシュ（　　）個 | □ |

**B．衛生材料など**

※衛生材料については、主治医または訪問看護師へ確認を依頼しましょう。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □蘇生バッグ | □ガーゼ（　　　　）枚 | □コップ（200㎖） |
| □気管カニューレ | □アルコール綿（　　　）箱 | □注射器（10㎖、50㎖） |
| □呼吸器回路 | □蒸留水（　　　）本 | □文字盤 |
| □予備吸引器 | □消毒液（　　　）本 | □ |
| □予備吸引チューブ | □滅菌手袋（　　　）枚 | □ |
| □外部バッテリー | □経管栄養セット（　　　　）個 | □ |
| □外部バッテリーマニュアル | □経管栄養剤（　　　）個 | □ |
| □延長コード | □潤滑剤 | □ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 確　認　項　目 | | 本人/家族チェック欄 | 主治医/看護師チェック欄 |
| A | 非常用持ち出し物品は３日分準備できている。 | （　/　） |  |
| B | 衛生材料は３日分準備できている。 | （　/　） | （　/　） |
| C | A,Bは一まとめにして身近な所に置いている。 | （　/　） | （　/　） |
| D | Cの置き場所は、家族・支援者で共有できている。  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | （　/　） | に入れて  に置いています。  1 |

**３．療養している部屋の安全対策・環境を確認しておきましょう！**

**Kakuin**

**身を守るために**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 場所 | 目的 | 項目 | チェック | |
| 家全体・家周り | 家屋による  下敷き防止 | 昭和56年5月31日以前建築家屋→耐震診断を受けていますか |  |  |
| 家屋の壁、ガラスや塀などにひび割れはありませんか |  |  |
| 家屋の屋根、瓦が落ちたり崩れる心配はありませんか |  |  |
| 「雨どい」や「ます」はつまっていませんか |  |  |
| 割れたガラス  によるケガ防止 | 窓ガラス、戸棚のガラスにはフィルムが貼られていますか |  |  |
| 飛び散ったガラスを踏まないようにスリッパなど近くにありますか |  |  |
| 家の中・家具など | 倒れてきた家具  による下敷き防止 | 居室、寝室の家具は金具などで固定されていますか |  |  |
| 人工呼吸器や吸引器は固定されていますか |  |  |
| ベッド周辺に重たい家具、家電製品はありませんか |  |  |
| ベッド周辺の重たい家具、家電製品は固定されていますか |  |  |
| 落ちてきた物  によるケガ防止 | タンスや棚の上に重たい荷物は置いていませんか |  |  |
| 天井やかもい、壁などに落下の恐れのある物はありませんか |  |  |
| ベッド周辺に飛び散りそうな物はありませんか |  |  |
| ベッド周辺の高いところに物を置いていませんか |  |  |

**安全に避難するために**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 目的 | 項目 | チェック | |
| 出口から避難  するため | 災害発生時に避難する出口は何か所ありますか |  |  |
| 居室、寝室は出口に近いとことにありますか |  |  |
| 出口の内側に通路の妨げになるものは置いていませんか  （靴・傘・傘立て・押し車など） |  |  |
| 出口の外側に通路の妨げになるものは置いていませんか  （自転車、自動車、押し車、植木鉢など） |  |  |
| 通路を通りやすく  するために | 廊下など通路には転倒の恐れのある家具はありませんか |  |  |
| 廊下などの通路にある家具は固定されていますか |  |  |
| 廊下などの通路に荷物を置いていませんか |  |  |
| すぐに避難所に  行くため | 避難所がどこか知っていますか |  |  |
| 避難所までの避難ルートを確認できていますか |  |  |
| 援助者の支援を  受けやすくするため | 避難する際に支援してくれる援助者はいますか |  |  |
| 役所/役場へ在宅療養中であることの情報提供をしていますか |  |  |
| 役所/役場の「避難行動要請支援者登録」はしていますか |  |  |

**４．停電に備えて、バッテリーや予備電源の準備をしておきましょう！**

**Kakuin**

**★人工呼吸器を装着している方★**

**【設定：　　　　年　　　月　　　日現在】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 種類・機種 | （業者：　　　　　　　　　　） | | |
| 換気モード |  |  |  |
| １回換気量 |  |  |  |
| 換気回数 |  |  |  |
| 吸気時間 |  |  |  |
| 感度 |  |  |  |
| 気道内圧下限アラーム |  | 気道内圧上限アラーム |  |
| ＰＥＥＰ圧 |  | ピーク圧 |  |
| 装着時間 | ２４時間・夜間 | 離脱 | 可（　　）分・不可 |

**【内部バッテリーの有無】**

|  |  |
| --- | --- |
| なし　・　あり | 「あり」の場合、人工呼吸器の内部バッテリー持続時間は  おおむね　　　　　　　　　　時間 |

**【外部バッテリーの有無】**

|  |  |
| --- | --- |
| なし　・　あり | 「あり」の場合、人工呼吸器の外部バッテリー持続時間は  おおむね　　　　　　　　　　時間 |

**【発電機の有無】**

|  |  |
| --- | --- |
| なし　・　あり | 「あり」の場合、機種：　　　　　　　　　　　燃料：  おおむね　　　　　　　　　　時間 |

**＜人工呼吸器と回路の接続の写真を貼りましょう＞**

**★吸引器を使用している方★**

|  |  |
| --- | --- |
| なし　・　あり | 吸引器の内部バッテリー持続時間は  連続使用でおおむね　　　　　　分（おおよそ　　日分） |

**★酸素療法をしている方★**

**【設定：　　　　年　　　月　　　日現在】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 安静時 | 労作時 |
| 吸入量 | ℓ/分 | ℓ/分 |
| 吸入時間 | 時間/日 | 時間/日 |

**【携帯用酸素ボンベの有無】**

|  |  |
| --- | --- |
| なし　・　あり | 満タンの携帯用酸素ボンベの持ち時間は  　　　　　　Ⅼ/分の場合１本あたり、おおむね　　　　　時間 |

**医療機器の作動に必要な電源**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機器 | 電気量 | 接続 | 備考 |
| □人工呼吸器 | W | 常時・随時 | ・停電時は外部バッテリーから優先的に使用  ・発電機使用時は直接接続しない方が望ましい  ・作動停止時は蘇生バッグで対応 |
| □酸素濃縮器 | W | 常時・随時 | ・停電時は酸素ボンベへ切替、業者へ連絡  　業者名：  （TEL：　　　　　　　　　　　　　　） |
| □吸引器 | W | 常時・随時 | ・停電時は外部バッテリーを使用  ・手動式吸引器の準備 |
| □血中酸素飽和濃度測定器 | W | 常時・随時 |  |
| □排痰装置・カフアシスト | W | 常時・随時 |  |
| □加湿器 | W | 常時・随時 |  |
|  | W | 常時・随時 |  |

**蘇生バッグの使用について**

　□使い方を知っている。また使える。→（使える人：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　□使い方は知っているが、使えない。　　主治医や訪問看護師に相談し、使い方を習得しましょう。

　□使い方を知らない。また使えない。　　また、家族などの中で使える人を数名確保しましょう。

**５．避難場所を確認しておきましょう！**

**Kakuin**

どこに避難する？

**●自主避難所**

　避難勧告や指示が発令する前に

　開設する避難所

**●１次避難所**

　避難準備・高齢者等避難開始を

　発令した場合に開設。

**●２次避難所**

避難勧告・避難指示（緊急）を

指示し場合に開設。

●**３次避難所**

　地震災害など広域的な災害が

　発生した場合に開設。

□　　　　　　役所/役場の指定避難所へ避難する。

私（　　　　　）の●自主避難所は、　　　　　　　　　です。

●１次避難所は、　　　　　　　　　です。

　　　　　　　　　●２次避難所は、　　　　　　　　　です。

　　　　　　　　　　●３次避難所は、　　　　　　　　　です。

□医療機関への移動を検討する。

　→医療機関への移動希望する場合、かかりつけ医/訪問看護師へ連絡する。

　　　　　　　　　　　　　病院/訪問看護ステーション（TEL：　　　　　　　　　）

　私（　　　　）の移動先医療機関は、①

　　　　　　　　　　　　　　　　　　②

**どのタイミングで避難する？**

□停電延長が予測され、復旧の見込みがないとき。

□人工呼吸器のバッテリーの残量が　　　　時間になったとき。

□

**明るいうちに移動を開始！！**

**避難時のルート・避難方法は？**

**★避難ルート（経路図を添付しておくことが望ましい）**

**★避難方法**

□移動手段は　（　　　　　　　　　　　　　　）の利用を想定

□誰と移動する（　　　　　　　　　　　　　　）との移動を想定

□

**予見可能な災害（大雨/台風）接近時の避難行動（フロー図）**

災害（大雨/台風）の接近を把握したら・・・

**★病院受診★**

**【病院】**

**【電話】**

**－　　　　－**

へ連絡し、救急要請など指示を仰ぐ。

**全身状態の確認（意識・呼吸・脈拍など）**

**いつもと同じ**

**いつもと違って悪い**

**（体調不良気味）**

**人工呼吸器はいつも通り動いていますか？**

**□電源確認　　　　□外部バッテリーの表示確認**

**いつも通りに**

**作動している**

**停電していますか？**

**いいえ**

**今後停電の可能性はありますか？**

**はい**

**作動不能**

**いいえ**

**は　い**

**蘇生バッグ**

**への切り替え**

**代替えの手配が**

**できますか？**

**できる**

**できない**

**★避難/移動★**

あらかじめ決めておいた

　避難場所/避難先へ行く。

**＜避難先へ行く場合の連絡先＞**

※主治医や訪問看護師の指示を仰ぐ

**★医療機器業者への連絡★**

□人工呼吸器

（TEL:　　　　　　　　　）

□酸素

（TEL:　　　　　　　　　）



　　病院/訪問看護ステーション

　（TEL:　　　　　　　　　　）



病院/訪問看護ステーション

（TEL：　　　　　　　　　）

1. **家屋被害/被害の恐れ**

**はありますか？**

1. **避難勧告は出ていますか？**
2. **ライフライン被害/被害の恐れ**

**はありますか？**

**ライフライン**

**の被害あり**

**家屋被害あり**

**避難勧告あり**

**すべてにおいて被害も**

**被害の恐れもない。**

**ライフライン復旧の**

**目途がたちますか？**

**復旧の目途がたつ**

**目途が**

**たたない**

**人工呼吸器バッテリー残量　　　時間で移動開始！**

**※明るいうちに移動開始**

**★在宅で様子を**

**みましょう。**

**★協力者を**

**呼びましょう。**

**★いつでも避難できるよう**

**持ち出し物品の準備**

**避難情報の確認をしましょう。**

**私（　　　　　　　　　）の在宅療養支援に関わる機関**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **関　係　機　関** | **機　関　名** | **TEL** | **担当者** |
| 主治医 |  |  |  |
| 主治医 |  |  |  |
| 訪問看護 |  |  |  |
| 訪問看護 |  |  |  |
| 介護支援専門員 |  |  |  |
| ヘルパー |  |  |  |
| ヘルパー |  |  |  |
| 医療機器（人工呼吸器） |  |  |  |
| 医療機器（酸素） |  |  |  |
| 医療機器（吸引） |  |  |  |
| 救急車 |  | 局番なしの１１９ |  |
| 九州電力 |  |  |  |
| 災害時伝言ダイアル |  | 局番なしの１７１ |  |
| 役所/役場 |  |  |  |
| 保健福祉事務所 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

【参考資料】

１）下関市保健所．在宅神経難病患者・家族のための防災対策マニュアル

２）滋賀県．災害時対応ノート

３）災害時難病患者個別支援計画を策定するための指針（改訂版）

【作成】

佐賀県難病対策協議会

佐賀県健康福祉部健康増進課疾病対策担当