作成年月日　　　　年　　　月　　　日

災害時支援ノート

人工呼吸器など医療機器の側に置き、避難時には必ず持って行きましょう。

<災害時対応>

自宅付近のハザード（想定される被害を○で囲む）

洪水 ・ 津波 ・ 高潮 ・ 土砂災害 ・ 地震 ・ その他（ ）

　暴風警報　→　避難( 　　 ) 　・　自宅待機

大雨警報　 → 避難( 　　 ) 　・　自宅待機

　停 電 時　→　バッテリー　・　発電機　（　有　・　無　）　  
　　　　　　→　避難( 　　)　・　自宅待機

　　地震・津波など大規模災害　→　避難(　 )

避難する場合は、避難先を記載したメモを自宅に残して下さい。

基本情報

✤本人の情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏名 | （男・女） | 生年  月日 | T・S・H・R  年　　月 　日( 　歳) |
| 住所 |  | | |
| 電話 | （自宅）　　　 -　 　　-　　 　　／（携帯） 　　　-　 　　 - | | |
| 疾患名 |  | | |
| コミュニケーション | 会話 ・ 筆談 ・ 文字盤 ・ 意思伝達装置 ・ その他（　　　 　　） | | |
| 移動 | 杖 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー　　※注意点（　　　　　　　　　　　　） | | |
| 医療処置 | 人工呼吸器（気管切開 ・ マスク式） ・ 吸引(気管 ・ 鼻腔 ・ 口腔) ・ 在宅酸素  経管栄養( 経鼻 ・ 胃瘻 ・ 腸瘻 ) ・ 静脈栄養( IVH ・ CVポート ・ 末梢 ・ 皮下 ) ・ 血糖測定 ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

✤人工呼吸器

医師の指示書コピー等

（NPPV、CPAP等の指示書も入れる）

最新情報にする

✤ 吸引　　　　　 　　 　　　　　　　　　　　　記載日　　　　年　　　 月　 　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 気管切開  チューブ | メーカ(　 )  製品名(　　　　　　　　 　 )  サイズ(ID：　　　　OD：　　 ) | 吸引回数 | 回／日(夜間　　　回) |
| バッテリー | 有　・　無 | 持続吸引器 | 有　・　無 |
| 特記事項 |  | | |

✤　在宅酸素　　　　　　　　 　　　　　　　　　　記載日　　　　年　　　 月　 　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 酸素供給装置 | | 酸素濃縮器 ・ 液化酸素 ・ 圧縮酸素 | | |
| 酸素ボンベ | | メーカ(　　　　 　 　) | 酸素流量 | 安静時　　LPM× 　　時間 |
| 有(サイズ　 ℓタイプ)　・ 無 | 労作時　　LPM×　 　時間 |
| 吸入用デバイス | | 鼻カニューラ　・　マスク | 就寝時　　LPM×　　 時間 |
| 携帯用酸素ボンベ | | （　　　　　　　）本 | 同調器 | 有　・　無 |
| 使用状況 |  | | | |

✤　経管栄養　　　　　　　 　　　　　　　　　　記載日　　　　年　　　 月　 　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 挿入部位 | 経鼻 ・ 胃瘻 ・ 腸瘻 | 栄養剤種類 |  | |
| 投与方法 | 間歇的　　回/日約　　ｍｌ/回）・連続　朝：　　 ｍｌ　昼：　　　ｍｌ　夜：　 　ｍｌ | | | |
| 特記事項 |  | | 交換周期 |  |

✤　静脈栄養　　　　　　　 　　 　　　　　　　　 記載日　　　　年　　　 月　 　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 挿入部位 | IVH ・ CVポート ・ 末梢 ・ 皮下 | 投与方法 | 間歇的(　 　　回/日)・連続 |
| 輸液種類 |  | 特記事項 |  |

✤　排泄　　　 　　 　　　　　　　　　　　　　記載日　　　　年　　　 月　 　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 種類 | おむつ ・ 尿カテーテル ・ 腎ろう ・ ストマ ・ その他（　　　　　　　　　　　） | | |
| 特記事項 |  | 交換周期 |  |

✤　血糖測定 　　　　　　　　　　　　記載日　　　　年　　　 月　 　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 測定回数 | (　 回/日) 　朝食・ 昼食 ・ 夕食 ・ 眠前 | | |
| インスリン使用 | 無 ・　有(朝　 IU ・ 昼　　　IU　・ 夕　　　IU ・ 眠前　 　 　IU ) | | |
| 特記事項 |  | 持続血糖測定器  （埋め込み式） | 有　・　　無 |

✤　透析　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記載日　　　　年　　　 月　 　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施病院 | TEL： | シャント部位を記入　　※血圧測定不可  ryou_ude  左  右 |
| 回数 | 週　　　回 |
| （備考） | |

✤　内服薬

薬局からの、薬の説明書(最新)を入れる

✤　家族・身近な人の連絡先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 本人との関係 | 住　所 | 電話番号 | キーパーソンには〇 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

✤　関係機関・支援者の連絡先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 機関名（担当者） | 電話番号 |
| 主治医 |  |  |
| 主治医 |  |  |
| 訪問看護ステーション |  |  |
|  |  |
| ヘルパー |  |  |
| ケアマネジャー・相談員 |  |  |
| 福祉用具(介護用品) |  |  |
| かかりつけ薬局 |  |  |
| 電力会社 | 沖縄電力 宮古支店 | 0120‐586‐707 |
| 人工呼吸器提供会社 | 南西医療器 | 0980-74-2265　　　　　　　　　　　　　　(夜間) 098-850-8562 |
| 災害伝言ダイヤル |  | １７１ |
| 宮古保健所 | 地域保健班　難病担当 | 0980-72-8447 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

✿介護保険　　　　：　要支援・要介護（　　　　　）

✿身体障害者手帳　：　（　　）級　・　障害者区分認定　区分（　　）

✿市町村の避難行動要支援者名簿への登録（　　済　　・　　未　　）

✿消防への提供（　　済　　・　　未　　）

　※提供した内容に変更があった場合は変更内容について提供

✿入院・日頃のレスパイト先　：

もし災害が発生したら・・・！

□介護者の負傷や家屋の被害はありますか。

□避難情報はでていますか。

* 本人の全身状態に変化がありますか？

り

なし

* 人工呼吸器に異常がありますか？

異常あり

異常なし

* 電気・水･ガスは止まっていますか？

□手動蘇生バックに切り替える

□南西医療器へ電話

℡　0980-74-2265  
(夜間) 098-850-8562

止まっている

* ブレーカーを確認

・落ちていたら、上げて復旧する  
・落ちていない場合は、停電情報を確認  
　　沖縄電力 宮古支店へ電話  
　　　(0120‐586‐707)  
　　　お客様番号　　　　　　　　　　　　　　　　  
　　または、ホームページを参照  
　　（検索 沖縄電力　停電情報）

あり

□ 内蔵バッテリーなど、他の電源供給に

切り替わった場合は時刻をメモする

□ 電源の切り替え時刻をメモする

□搬送する

　病院名：

℡

人工呼吸器　：　 　時　 　分

吸　引　器　： 　　時　　 分

酸素濃縮器　：　　 時 　 分

（酸素ボンベに切り替えた時刻）

|  |
| --- |
|  |

□シガーソケットを使用する場合

車のエンジン駆動のためガソリン量を確保する。

□発電機を使用する場合

ガソリンまたはガスボンベを確保する。

□エアマットの空気が抜けないようチューブをしばる。

外部バッテリー ：　　時　　分

発 電 機　　　 ：　　時　　分

シガーソケット ：　　時　　分

災害発生に備えて準備・確認しておくこと

在宅避難のための備蓄





電気が不要な機器の用意と使用方法の確認＞

□手動蘇生バッグ

□酸素濃縮器　→　酸素ボンベ、酸素ボンベの交換方法

□加温加湿器　→　人口鼻

手動蘇生バッグ

足踏み式吸引器

□手動式・足踏み式等の吸引器

✤医療機器の使用可能時間のめやす✤

＜　人工呼吸器　＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 内部バッテリー | 外部バッテリー |
| 使用時間 | 約　　　時間 | 約　　　時間×　　本 |
| 充電時間 | 約　　　時間必要 | 約　　　時間必要 |

□AC電源（壁のコンセント）だけではなく、DC電源（自動車のシガーソケット）からも電源をとれるように

なっている。　　　⇒　はい　・　いいえ

□はいの場合、DC電源用コードを持っている　⇒　はい　・　いいえ

＜　各痰吸引器　＞

|  |  |
| --- | --- |
|  | 内部バッテリー |
| 使用時間 | 約　　　時間 |
| 充電時間 | 約　　　時間必要 |

□AC電源（壁のコンセント）だけではなく、DC電源（自動車のシガーソケット）からも電源をとれるように

なっている。 ⇒　はい　・　いいえ

□はいの場合、DC電源用コードを持っている　⇒　はい　・　いいえ

＜　酸素濃縮器　＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 酸素ボンベ | L×　　　本 | L×　　　本 | L×　　　本 |

＜　　　　　　　＞ 追加機器があれば記入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 内部バッテリー | 外部バッテリー |
| 使用時間 | 約　　　　時間 | 約　　　　時間×　　本 |
| 充電時間 | 約　　　　時間必要 | 約　　　　時間必要 |

＜　予備電源　＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 種類 | 購入日 | メンテナンス日  と内容 | 接続する機器使える時間 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

✤協力者の皆様へ✤

＊人工呼吸器と患者さん＊

・人工呼吸器は、呼吸を助ける機械です。

人工呼吸器を装着している患者さんは、『自力で呼吸する』『たんを出す』

『声を出す』ことができません。

・空気は、人工呼吸器～管～患者さんの喉の穴～気管～肺へと出入りします。

・ブザー音は、たんがつまったり、管がはずれるなどすると鳴ります。

　　・人工呼吸器が作動しない時は、手動蘇生バックﾞを使います。

・会話方法は、『まばたき』『文字盤』『唇の動きを読む』『パソコン』など、

患者さんにより様々です。表情を見て、目を合わせ、伝えたい事を確認してください。

＊ご協力をお願いしたい事＊

□ 避難所（又は災害対策本部）との連絡

＊本人の所在を本部へ伝える

＊災害・避難生活に関する情報を本人へ伝える。

□ 移動時の搬送　＊２～４名

□ 移動時の医療機器等の運搬　＊2～3名

＊「人工呼吸器」「吸引器」「非常持出し品」

□ 手動蘇生バックの実施　＊１～２名

　　　＊事前に、主治医に相談し、研修が望まれます。

＜災害時支援ノートについて＞

・平時は本人又は家族の同意がある場合に、内容確認や支援者との情報共有を行い、災害時は

本人の同意を要しないこととします。

・状況に変化があった時や定期的（半年に1回）は見直しましょう。

・このノートは、「災害時準備ノート(神奈川県鎌倉保健福祉事務所 保健予防課作成：第２版(平成30年12月12日))」、「医療法人稲生会　医療的ケア児の停電時の電源確保について」を引用して作成しました。

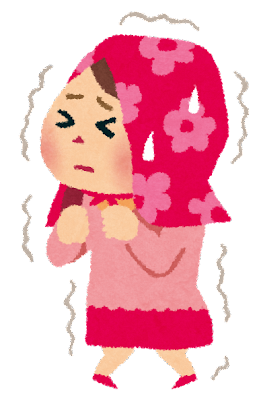
作成：沖縄県宮古保健所　令和 ５ 年 ２ 月

✤情報提供✤

「災害用伝言版（Web171）」　：インターネットを利用して被災地の方の安否確認を行う伝言板。



災害等の発生時、被災地域（避難所等含む）の住居者がインターネットを経由して災害用伝言板（web171）にアクセスし、電話番号をキーとして伝言情報（テキスト）を登録できます。



電話での安否確認だと停電でバッテリーも少ない。

電波も弱いなどでつながりにくい。

いろんな支援者から電話が入って対応が大変だった。との意見もあります。

伝言板ですと、誰が何時に安否確認したかもわかります。

検索ワード：「災害用伝言版（Web171）」

避難先メモ

**このページは、避難時に切り取って**

**扉などに貼り付けておきましょう。**

この家の住人は、

月　日より

以下の場所に避難しています

避難情報

名称

住所

連絡先

（特記事項）