

在宅人工呼吸器使用難病患者のための

災害時個別避難計画

氏名 _____ 様

住所 _____

療養している部屋の位置 _____

TEL ① _____ - _____ ()

TEL ② _____ - _____ ()

あなたの自宅付近のハザードマップ

洪水 高潮 津波 土砂災害 降雪 地震

地震による地域危険度 建物崩壊 火災

避難行動要支援者登録 済 未  ①登録予定
_____年____月____日

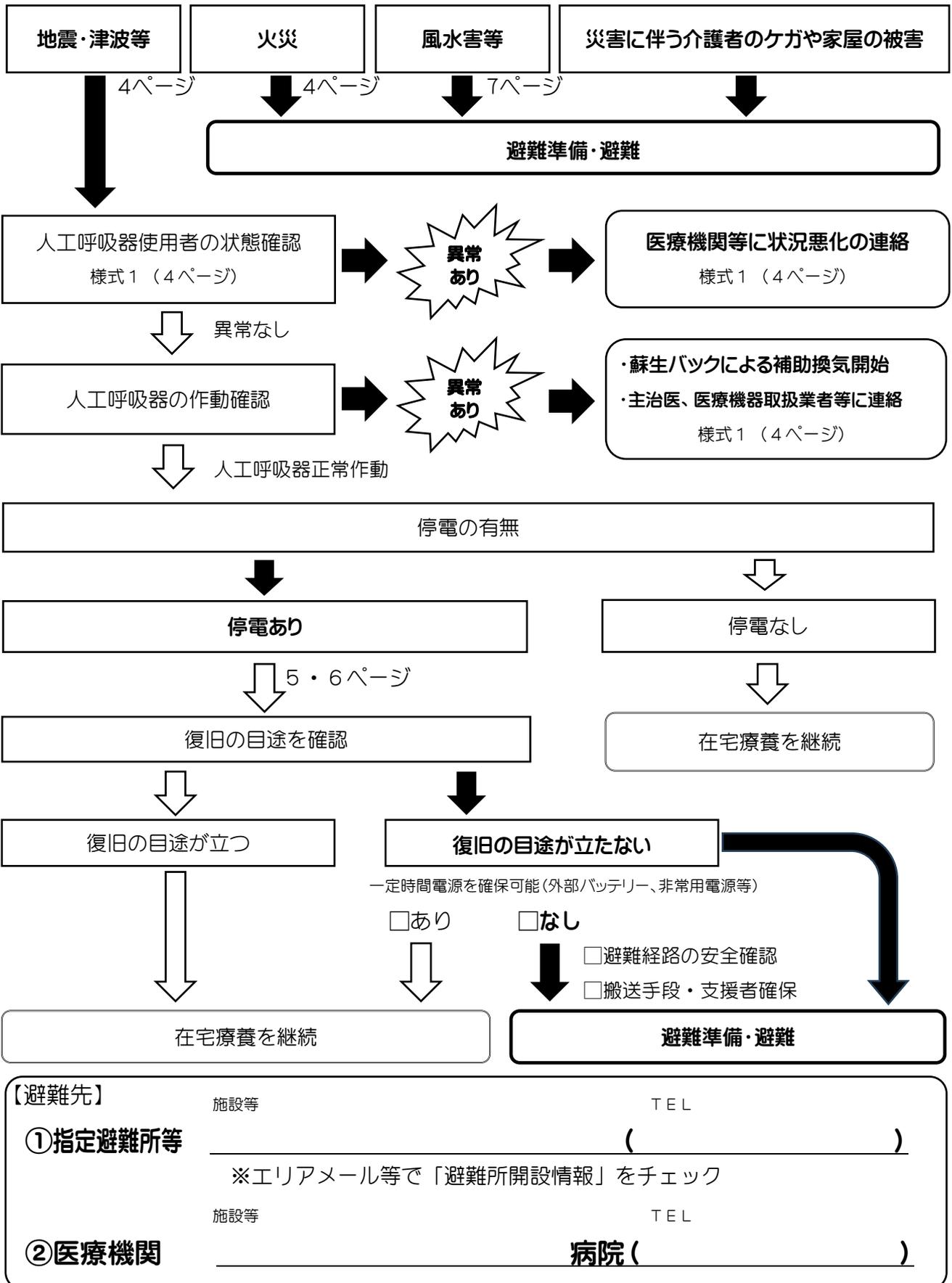
②登録しない

作成日	年	月	日
更新日 ※年1回は見直しを	年	月	日
	年	月	日
	年	月	日

目次

【フロー】 災害時における人工呼吸器の作動確認と対応の流れ -----	P 3
【様式 1】 地震・津波・火災等の災害が起きたら -----	P 4
【様式 2】 停電してしまったら -----	P 5
【様式 3】 停電が長引きそうなときは -----	P 6
【様式 4】 風水害（洪水・土砂災害等）に備えて -----	P 7
【様式 5】 連絡先及び情報提供先リスト -----	P 8
【様式 6】 災害用備蓄リスト -----	P 9
【様式 7】 緊急時の医療情報連絡票 -----	P 10
人工呼吸器に関する情報の貼付欄 -----	P 11
医療機関の情報、その他情報の貼付欄 -----	P 12
【様式 8】 避難中であることをお知らせする掲示 -----	P 13

【フロー】災害時における人工呼吸器の作動確認と対応の流れ



【様式1】地震・津波・火災等の災害が起きたら…

確認して□にし点でチェック

1. 人工呼吸器の確認

人工呼吸器は正常に作動していますか？

人工呼吸器に破損なく、作動しているか
異常な音、臭いは出していないか
呼吸回路の各接続部にゆるみはないか
回路は破損していないか
表示されている値が大きく変わっていないか
※アラームが鳴ってなくても必ず確認を

【体調悪化の目安となる状況】

- ・発熱
- ・SpO2 低下
- ・呼吸状態悪化
- ・機器トラブル発生



2. 火災が発生したら

近隣で火災

近隣者に支援を求める
安全な場所へ避難 可能であれば「避難時の持出セット」持参

3. 避難

【避難先】

施設等 TEL _____

①指定避難所等 _____ (_____)

施設等 TEL _____

②医療機関 _____ 病院 (_____)

安否の連絡を入れる

伝言ダイヤル(171)へ録音 例:〇〇です。私と△△子は無事です。□□避難所にいます。
災害用伝言板(Web171)
最寄りの保健所等 (_____ TEL： _____)

【様式2】 停電してしまったら…

1. 人工呼吸器の電源確保

外部バッテリーによる作動確認

外部バッテリー作動時間

内部バッテリー作動時間

合計

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{時間} \\ \hline \text{(時間} \times \text{ 台)} \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|} \hline \text{時間} \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \text{時間} \\ \hline \end{array}$$

2. 酸素濃縮器／酸素ポンベへの切り替え

酸素ポンベ

(容量

L ÷ 流量

L/min=)

時間分×

本

3. 充電式吸引器

充電式吸引器の連続使用時間

分

4. 足踏み式吸引器の準備

確認事項

- ブレーカーの確認** ブレーカーが落ちていたら、ブレーカーを上げましょう。
ブレーカーが落ちていない場合、下記へ連絡して停電の確認をしましょう。

東北電力ネットワークコールセンター TEL：0120-175-366

大規模停電時などつながりにくい場合は下記で確認

- 停電情報の確認（東北電力ウェブサイト）**

パソコン等 <https://nw.tohoku-epco.co.jp/teideninfo/>

※右のQRコードからもアクセスできます→



【様式3】停電が長引きそうな（復旧の目処が立たない）時は…

1. 避難する場合

3 ページのフロー図を基に判断する（※①、②とも複数の避難経路を確認しておく）

①指定避難所に避難 → 予め現地または地図で避難経路を確認する

施設名等 _____	TEL	-	-
------------	-----	---	---

②医療機関に避難

・医療機関に避難する場合の連絡先

_____	病院	TEL	-	-
-------	----	-----	---	---

※上記病院受け入れ不可又は道路状況等により上記病院に行けない場合の受け入れ先

_____	病院	TEL	-	-
-------	----	-----	---	---

2. 在宅療養を継続する場合

※発電機で一定時間電源を確保できる場合等

①電源の確保 必要な項目 →、接続する機器を丸で囲む：事前に A（アンペア）数を確認

発電機（ _____ A）※発電機は屋外に設置し、必ず延長コードを介して接続

・人工呼吸器（最大 _____ A）

立ち上げ時に最大となる。通常使用時の消費電力はもっと少ない。

・吸引器（ _____ A）

自宅以外で自家発電設備がある施設やバッテリー充電が可能な施設

施設名 _____ TEL _____

住所 _____

担当者 _____

②その他の対処 必要な項目 →、対処機器等を○で囲む

電池利用機器への切り替え

・低圧持続吸引器 ・パルスオキシメーター ・その他（ _____ ）

人工呼吸器

・人工鼻を装着している場合は、加温加湿器を併用しない

【様式4】風水害（洪水・土砂災害等）に備えて…

台風、大雨などで風水害が予想される場合

お住まいの市町村のウェブサイトやSNS等の情報に注意して

警戒レベル3（高齢者等避難） が発令されたら…



すみやかに避難！

担当窓口／施設等

TEL

_____ (_____) に連絡して

移動手段

施設等

TEL

_____ で _____ (_____) に

避難する。

施設等

_____ が未開設の場合は、

施設等

TEL

_____ (_____) に避難する。

※エリアメール等で「避難所開設情報」をチェック

避難時の持ち出しセット 事前に外出用リストを作成

<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 外部バッテリー	<input type="checkbox"/> 呼吸器回路
<input type="checkbox"/> 人工鼻	<input type="checkbox"/> 蘇生バッグ	<input type="checkbox"/> 吸引器
<input type="checkbox"/> 吸引チューブ	<input type="checkbox"/> アルコール綿	<input type="checkbox"/> 蒸留水
<input type="checkbox"/> 経管栄養セット	<input type="checkbox"/> 経腸栄養剤	<input type="checkbox"/> 健康保険証
<input type="checkbox"/> 薬	<input type="checkbox"/> 延長コード	<input type="checkbox"/> 受給者証
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【様式5】連絡先及び情報提供先リスト

■関係者・機関 各機関・担当者が被災した場合は関係者間で相談／調整

関係機関	機関名／氏名	担当者等	連絡先 (電話番号／メール)	情報提供 することに	安否 連絡
家族・親族					
家族・親族					
主治医				同意・不同意	
訪問診療医				同意・不同意	
訪問看護 ステーション				同意・不同意	
災害時受入病院				同意・不同意	
ケアマネージャー				同意・不同意	
保健師 (地区担当)				同意・不同意	
保健師 (難病担当)				同意・不同意	
相談支援専門員				同意・不同意	
ホームヘルパー				同意・不同意	
近隣者 (民生委員等)				同意・不同意	
避難所				同意・不同意	
				同意・不同意	
				同意・不同意	

※「情報提供することに同意」した関係機関にこの災害時個別支援計画の写しを提供し、情報共有します。なお、災害発生時、又は発生するおそれがある場合で、避難行動要支援者の生命又は身体を災害から保護するため、特に必要があると認めるときは、避難支援等に必要範囲で、同意無しに避難支援等関係者等に情報提供する場合があります。

■医療機器取扱事業者 機器に異常がある時などに連絡

区分	メーカー・所属	担当者	電話番号
人工呼吸器(機種)			
酸素濃縮器(機種)			
吸引器(機種)			

【様式6】災害用備蓄リスト 7日を目安に。必要に応じて追加・削除

品目		備蓄数	避難時の持出数	置き場所など
呼吸器 関連	人工呼吸器		<input type="checkbox"/>	
	蘇生バッグ		<input type="checkbox"/>	
	外部バッテリー		<input type="checkbox"/>	
	予備呼吸器回路		<input type="checkbox"/>	
	予備気管カニューレ		<input type="checkbox"/>	
	人工鼻		<input type="checkbox"/>	
	パルスオキシメーター		<input type="checkbox"/>	
	酸素ポンプ		<input type="checkbox"/>	
吸引 関連	吸引器	バッテリーなし	<input type="checkbox"/>	
		バッテリーあり	<input type="checkbox"/>	
		非電源式	<input type="checkbox"/>	
	吸引チューブ		<input type="checkbox"/>	
	低圧持続ポンプ(唾液を吸引する機器)		<input type="checkbox"/>	
衛生 材料	グローブ		<input type="checkbox"/>	
	アルコール綿		<input type="checkbox"/>	
	蒸留水 / 精製水		<input type="checkbox"/>	
	注射器		<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
栄養	経管栄養剤()		<input type="checkbox"/>	
	イルリガートル		<input type="checkbox"/>	
	接続チューブ / 注射器		<input type="checkbox"/>	
	経鼻経管栄養チューブ等		<input type="checkbox"/>	
薬	常備薬 / 頓服()		<input type="checkbox"/>	
排泄	オムツ等		<input type="checkbox"/>	
伝達	文字盤等		<input type="checkbox"/>	
非常用 電源	発電機 使用燃料()		<input type="checkbox"/>	
	蓄電池		<input type="checkbox"/>	
	乾電池		<input type="checkbox"/>	
	延長コード(三又プラグ)		<input type="checkbox"/>	
	シガーソケット・ケーブル		<input type="checkbox"/>	
その他	懐中電灯 / 情報機器(ラジオ、スマホ等)		<input type="checkbox"/>	
	ビニール袋・ティッシュペーパー		<input type="checkbox"/>	
	水		<input type="checkbox"/>	
	保険証またはマイナンバーカード / 受給者証		<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	

【様式7】緊急時の医療情報連絡票（在宅人工呼吸器使用者用）

*この連絡票は、災害時等に初めて対応する医療関係者に伝えたい医療情報をまとめたものです。緊急避難的に入院する等の時に役に立ちます。人工呼吸器の設定内容等が変更した場合は、かかりつけ医や訪問看護ステーション等に声をかけて、更新してもらいましょう。

記入日 年 月 日

患者氏名		性別		生年月日	
住所	(Tel)				
診断名			合併症		
主治医	(Tel)				
今までの経過	発症： 年 月		人工呼吸器装着： 年 月		
服薬中の薬	※○最終ページに処方箋やお薬手帳のコピーなどを貼っておきましょう。				
基本情報	身長		体重		
	血圧		体温		
	脈拍		SpO ₂		
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 ()				
医療処置情報					
人工呼吸器	機種名：				
	<input type="checkbox"/> 気管切開で使用 (TPPV)		<input type="checkbox"/> マスクで使用 (NPPV)		
	<input type="checkbox"/> 量規定 (VCV) 換気モード () 一回換気量 (mL) PS () PEEP () 呼吸回数 (回/分) 吸気時間または吸気流量 ()		<input type="checkbox"/> 圧規定 (PCV) 換気モード () IPAP () EPAP () 吸気圧 () PS () PEEP () 呼吸回数 () 回/分 吸気時間 ()		
	人工呼吸器装着時間 <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> その他 ()				
	酸素使用 <input type="checkbox"/> あり (L/分) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他				
気管切開	カニューレ製品名 () サイズ (Fr) カフエア量 (mL)				
吸引	<input type="checkbox"/> 気管内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 口腔内 *特記事項 ()				
栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろう 製品名 () サイズ (Fr) 栄養剤 () 1日の総カロリー (kcal)				
膀胱留置カテーテル	<input type="checkbox"/> あり (サイズ) <input type="checkbox"/> なし				
その他特記事項					

■人工呼吸器に関する情報の貼付欄■

【例】人工呼吸器の設定の指示書のコピー・人工呼吸器と外部バッテリーとの接続写真等

医療機関の情報

主治医	専門医 かかりつけ医	医療機関名 ()
		医 師 名 ()
		住 所 ()
		電 話 ()
	訪問診療医	医療機関名 ()
		医 師 名 ()
		住 所 ()
		電 話 ()

その他情報の貼付欄

【例】 保険証・薬の処方箋やお薬手帳のコピー・安楽な体位等の注意事項、避難経路等

【様式8】避難中であることをお知らせする掲示

※避難時にこのページを切り取って、玄関など外から確認しやすい場所に貼り付けておきましょう。

この家の住居人、

(氏名)

月

日

より

(避難先名称)

(避難先住所)

(連絡先)

に避難中です。

(特記事項)