山形県統一様式

災害時個別避難計画

（在宅人工呼吸器使用者用）

　　　ふりがな

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　　　　様

保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

住　所

普段療養している部屋の位置

電話番号

(緊急時連絡先)

避難済の目印

あなたの自宅付近のハザードマップ｜　**□洪水　□津波　□土砂災害**

**地震**に関する地域危険度｜□**建物倒壊**　　□**火災**

避難行動要支援者 登録｜**□済**　**□未**  ➀ 登録予定　　　　　年　　　　月　　　　日

② 登録しない

作成日｜　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

最終更新日｜　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

※　年1回は見直しましょう

**災害時における人工呼吸器の作動確認と対応の流れ**

**フロー**

**地　震**

**津　波**

**風水害**

**火　災**

**災害に伴う介護者のケガや家屋の被害**

**7ページ**

**7ページ**

**8ページ**

**避 難**

**避 難**

**避難準備・避難**

**人工呼吸器使用者の状態確認**

**受　診**

**体調悪化時の相談先に連絡**

異常

**異常なし**

**9ページ**

蘇生バッグによる補助換気を開始

**人工呼吸器の作動確認**

異常

**主治医**（専門医やかかりつけ医）**、**

**医療機器販売業者等に連絡**

**人工呼吸器は正常に作動している**

**2ページ**

**停電の有無**

**停電なし**

**停電あり**

**５、６ページ**

**在宅療養を継続**

**復旧の目途を確認**

**復旧の目途が立たない**

**避難準備**

**復旧の目途が立つ**

**外部バッテリーや非常用電源等による電源確保**

* **なし**
* **あり**

**□**避難経路の安全確認

□搬送手段・支援者の確保

**避　難**

**在宅療養を継続**

**【 避難先等 】**

* 公共施設等
* 非常用電源設備のある施設
* その他（親戚・知人宅等）

１ページ

**連絡リスト**

**①安否確認する機関・担当者**

**②人工呼吸器使用者・家族との安否の確認方法**

**③市町村担当部署**（人工呼吸器使用者災害時支援窓口等）

**④安否確認機関と市町村担当部署との連絡方法**

**様式 １**

防災担当部署（　　　　　　　　　　　　　）との情報共有

安否確認する機関・担当者も被災している場合があります。

関係機関で対応を相談しましょう。

**■関係者・機関**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 災害用伝言板などの登録 | 続柄・区分など | 氏　　名 | 所属・勤務先など | 電話番号・メールなど |
| 自　助　・　共　助 |  | 家族　(　　　　　　　　　) |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | 近隣者 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | 搬送支援者 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | 避難先（　　　　　　　） |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 共　助　・　公　助 |  | 主治医 |  |  |  |
|  | かかりつけ医訪問診療医 |  |  |  |
|  | かかりつけ薬局・薬剤師 |  |  |  |
|  | 訪問看護師 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | 保健師 |  |  |  |
|  | 相談支援専門員 |  |  |  |
|  | 医療的ケア児コーディネーター |  |  |  |
|  | ホームヘルパー |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※　災害発生時に安否確認を行う関係者には◎印を記入する。その他、災害用伝言版やバイタルリンク等に登録している関係者・関係機関には●印、災害時個別避難計画を共有している関係者・機関には○印を記入する。

**■医療機器販売業者**機器に異常がある時など連絡

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 担当者 | 所　　属 | 電話番号 |
| 人工呼吸器（機種：　　　　　　　　　　　　　 ） |  |  |  |
| 酸素濃縮装置（機種：　　　　　　　　　 　　　） |  |  |  |
| 吸引器（機種：　　　　　　　　　　　　　 　　　） |  |  |  |
| ２ページ |  |  |  |

**災害用備蓄リスト－７日を目安に－**

**様式 ２-１**

適宜、必要に応じて品目を追加・削除しましょう。避難の際は、この災害時個別避難計画を持参しましょう。

３ページ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 品　目 | 備蓄数 | 避難時の持出数 | 置き場所など |
| 【　医　療　機　器　関　連　】 |
| 人工呼吸器 | 本体 |  | □ |  |
|  | 内部バッテリー | 持続時間（　　　）時間 |  | □ |  |
|  | 外部バッテリー | 持続時間（　　　）時間 |  | □ |  |
|  | 予備呼吸器回路 |  | □ |  |
|  | 蘇生バッグ |  | □ |  |
| 酸素濃縮器 | 本体 |  | □ |  |
|  | 内部バッテリー | 持続時間（　　　）時間 |  | □ |  |
|  | 携帯用酸素ボンベ | 呼吸同調器 | 有 ・ 無 | □ |  |
|  |  | 消費時間（　　　）時間 |  | □ |  |
|  | 予備気管カニューレ |  | □ |  |
|  | 延長チューブ |  | □ |  |
|  | ボンベカート |  | □ |  |
| 吸引器 | 本体 |  | □ |  |
|  | 内部バッテリー | 持続時間（　　　）時間 |  | □ |  |
|  | 非電源式吸引器 | 種類（　　　　　　　　　） |  | □ |  |
|  | 吸引チューブ |  | □ |  |
|  | 低圧持続吸引ポンプ（唾液を吸引する機器） |  | □ |  |
| ネブライザー | 本体 |  | □ |  |
|  | 非電源式ネブライザー | 有 ・ 無 | □ |  |
| 排痰補助装置 | 本体 |  | □ |  |
|  | 内部バッテリー | 持続時間（　　　）時間 |  | □ |  |
| パルスオキシメーター |  | □ |  |
| 加湿加温器 |  | □ |  |
|  |  | □ |  |
|  |  | □ |  |
| 【　衛　生　材　料　】 |
| グローブ |  | □ |  |
| アルコール綿 |  | □ |  |
| 蒸留水／精製水 |  | □ |  |
| 注射器 |  | □ |  |
|  |  | □ |  |
|  |  | □ |  |

**様式 ２-２**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 品　目 | 備蓄数 | 避難時の持出数 | 置き場所など |
| 【　栄　　養　】 |
| 経腸栄養剤（　　　　　　　　　　　　　） | 　　　 | □ |  |
| イルリガートル |  | □ |  |
| 接続チューブ ・ 注射器 |  | □ |  |
| 経鼻経管栄養チューブ等　 |  | □ |  |
|  |  | □ |  |
|  |  | □ |  |
| 【　薬　】 |
| 常備薬 |  | □ |  |
| 頓服（　　　　　　　　　　　　） |  | □ |  |
|  |  | □ |  |
|  |  | □ |  |
| 【　排　　泄　】 |
| オムツ |  | □ |  |
| 膀胱留置カテーテル等 |  | □ |  |
|  |  | □ |  |
|  |  | □ |  |
| 【　意　思　伝　達　】 |
| 文字盤など |  | □ |  |
|  |  | □ |  |
|  |  | □ |  |
| 【　非　常　用　電　源　等　】 |
| 発電機 | 使用燃料（　　　　　　　　　　　　　　） |  | □ |  |
| 蓄電池 |  | □ |  |
| 乾電池 | １回当り必要数（　　　　）本×（　　　　）回 |  | □ |  |
| 延長コード（三叉プラグ） |  | □ |  |
| シガーソケット・ケーブル |  | □ |  |
|  |  | □ |  |
|  |  | □ |  |
| 【　そ　の　他　】 |
| 懐中電灯 |  | □ |  |
| 情報機器（ラジオやスマートフォン等） |  | □ |  |
| モバイルバッテリー |  | □ |  |
| ビニール袋 |  | □ |  |
| ティッシュペーパー |  | □ |  |
| 水 |  | □ |  |
|  |  | □ |  |
|  |  | □ |  |

４ページ

**停電**

**【　確認すること　】**

　**１．ブレーカーの確認**

● ブレーカーが落ちている ： **コンセントからプラグを抜き**、バッテリー動作に切り替えた後にブレーカーを上げましょう。ブレーカーを上げても電気が点かない、すぐに落ちてしまう場合は、下記へ連絡して停電の確認をしましょう。

● ブレーカーが落ちていない ： 近所一体が停電している場合又はブレーカーが落ちていないにもかかわらず家の全部（又は一部）の電気が使えない場合は、停電情報を確認しましょう。

**２．停電情報の確認（東北電力　停電情報）**

東北電力ネットワークセンター　　 ℡

　　　　　　　　　　 ＊大規模停電時にはつながりにくくなります。その場合は下記で確認します。

　　 ①パソコン　　　　　　　<https://nw.tohoku-epco.co.jp/teideninfo/>

 　　②スマートフォンアプリ　 「東北電力ネットワーク 停電情報」（ダウンロード無料）

**※ 室内灯が点灯するかなど、電気の復旧を確認した後、プラグを差しましょう。**

**様式 ３**

**【平時】市町村と自動車販売会社との外部給電可能な車両の貸与に関する協定の確認**

**市町村が貸与を受けた電動車両等による充電が可能か、平時から確認しておきましょう。**

**１　呼吸器**

□ 正常に作動しているか。

□ バッテリー作動に切り替わっているか

□ 加温加湿器へのぬるま湯や水の追加、もしくは人工鼻に変更

□ 故障の場合はかかりつけ医や人工呼吸器取扱業者に連絡する。**（７ページ）**

**＜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

時間

時間

時間

　　　　　　　　　　＋　　　　　　＝

※ 万が一故障などにより正常に作動しなくなった時は、**蘇生バッグ**で補助換気する。

**２　酸素濃縮器**

□ 酸素ボンベに切り替える

酸素ボンベ1本消費時間時間

**３　充電式吸引器**

□ 充電式吸引器の連続使用時間

　　分

□ 非電源式吸引器等の準備

５ページ

**停電が長引きそうなとき**

避難検討の目安

（　　）時間以上

**様式 4**

**１　電源の確保**

（必要な医療機器の項目と確保可能な電源の種類 □→■：事前に**A（アンペア）数**を確認する）

**【必要な電力量】**

□ 人工呼吸器　本体使用時　　　 （　　　　　　　　　A）

　　　　　　　　　　 バッテリー充電時　（ A）

□ 吸引器　　　　本体使用時　　　 （　　　　　　　　　A）

□ 酸素濃縮器　本体使用時　　　 （　　　　　　　　　A）

□ その他（　　　　　　　　　　　　）　（　　　　　　　　　A）

**【自ら確保可能な電源の種類】**

□ 車のシガーソケット・ケーブル　　　　　　　（　　　　　　　　　A）

□ 自家発電機　　　　 　 （　　　　　　　　　A）

□ その他（　　　　　　　　　　　　）　　　　 （　　　　　　　　　A）

**【近隣の自家発電設備のあるところ】**

　　施設名

　　住所

　　TEL

**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　　・ネブライザー

・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**□ 電動ベッド**：

**□ エアマット**：

**□ 人工呼吸器の加温加湿器**：

　　　 ・人工鼻の使用　　・加温加湿器へお湯の追加

 □ **排痰補助装置**：

**３　避難　※手引き７ページチェックポイントを確認すること。**

**① 指定避難所に避難する**

８ページ【避難手順】を確認！

**② 福祉避難所に避難する**

**③ 医療機関に避難する**避難調整機関：

医療機関名

窓口　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　へ相談

６ページ

**地震**

転倒、落下物に注意

ギャッジベッドを下げる

（停電すると動かなくなるため）

**様式 ５**

□ ご本人は大丈夫ですか？（確認したら□にレでチェック）

□ 顔色に変化はないか

□ SpO2など、バイタルサインに異常はないか

□ 人工呼吸器のモニター値などに変化はないか

□ ケガをしていないか

□ 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

□設定値が変わっていないか

 ※アラームが鳴っていなくても必ず確認しましょう

No

**※人工呼吸器が正常に作動していない場合**

Yes

　　　　　　　　　　**１．蘇生バッグによる呼吸を開始**

通常のspO2

％

　　　　　　　　　　**２．連絡する**

人工呼吸器取扱事業者　　　　　　　　　　　　℡

主治医【バイタルリンク】

に連絡してください。

**電気・水道の確認**

**停電あり**

**人工呼吸器が正常作動している場合　　　　　　　　　　 　　停電ページ確認！**

**（５，６ページ）**

□近隣に支援者を求める

□安全な場所（高台等）へ避難

可能であれば…「避難時の持ち出しセット」持参

□ **津波警報　 の発令**

□ **近隣で 　火災**

□ **安否の連絡を入れる**　利用する方法を□→■

□ １７１伝言ダイヤルへ録音（自宅電話番号：　　　　　　　　　　　）

□ 携帯災害用伝言板（登録者：関係者リスト参照）

□ 携帯電話　　　　　　　　　　　　　　　℡

□ メール　　　　　　　　　　　　　　＠

□ バイタルリンク

□ **安否確認者　関係者リスト（２ページ）の◎印の人が安否確認の連絡をします。**

７ページ

**風水害（洪水、土砂災害等）**

**様式 ６**

■**台風、大雨などで風水害が予想される場合**

**例）防災無線、防災メール等**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　**からの情報に注意して、**

**「レベル３高齢者等避難」　が発令されたら**、

**【避難手順及び避難場所】**

**だれ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話に連絡して**

**移送手段　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話で**

**避難場所**

**住所　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　に避難する。**

**【避難の報告先】**

1. **だれ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　手段**
2. **だれ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　手段**

**③ 主治医　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　手段バイタルリンク**

　　　　　　　　　※ 避難の報告先へは、避難する際、及び避難完了し安全確認した後の２回報告する。

* **避難時の持ち出しセット（事前に外出用リストを作成しておきましょう）**

準備した項目の□にレでチェック

8ページ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □人工呼吸器 | □外部バッテリー | □呼吸器回路 |
| □人工鼻（加温・加湿器） | □蘇生バッグ | □吸引器 |
| □吸引チューブ | □アルコール綿 | □蒸留水 |
| □経管栄養セット | □経腸栄養剤 | □保険証 |
| □薬 | □延長コード | □ |
| □ | □ | □ |
| □ | □ | □ |

**緊急時の医療情報連絡票**

**様式 ７-１**

人工呼吸器の設定に関する医師の指示書などの最新情報を一緒に保管しましょう。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。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、作成・更新してもらいましょう。**緊急的な受診の際にはこの様式を見せましょう。**

**体調悪化時の相談先・受診の目安となる状態**

* 相談先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 TEL
* 相談先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 TEL

**【受診の目安となる状態】**　　　　※平常時に主治医に確認しましょう

**【 基本情報 】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　　　年　　　　月　　　　日**

9ページ

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名（フリガナ） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 生年月日 | 年　　　　　　　　　月　　　　　　　　　　日 | 年　齢 | 歳 | 性　別 | □男性　□女性 |
| 住　所 | TEL  |
| 診断名 |  |
| 既往や合併症 |  |
| 今までの経過 | 　人工呼吸器装着｜　　　　　　　　　年　　　　　　　月 |
| 服用中の薬 | 12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 |
| 基礎情報 | 身長 | cm  | 体重 | kg | 血圧 | /mm hg |
| 体温 | ℃  | 脈拍 | 回 / 分  | SpO2 | %  |
| コミュニケーション | □ 口話　　　□ 筆談　　　□ 文字盤　　□　口文字　　□ 意思伝達装置（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　具体的に記載（Yes / Noのサイン等） |

**様式 ７-２**

**【 医療情報 】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　　　年　　　　月　　　　日**

10ページ

|  |  |
| --- | --- |
| 人工呼吸器 | □ 非侵襲的人工呼吸（NPPV）　　　□ 気管切開下陽圧人工呼吸（TPPV）機種名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　会社名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）換気様式｜　□ 量規定（VCV）　□ 圧規定（PCV）　　　　　　　　換気モード｜（　　　　　　　　　　　　）　　□ 1回換気量（　　　　　　）ml / 回　　　　　　　　呼吸回数（　　　　　　）回 / 分　□ IPAP（　　　　　　） EPAP（　　　　　　）　　　　吸気時間（　　　　　　）秒装着時間｜　□ 24時間　　　□ 夜間のみ　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）外せる時間｜　□ 有（　　　　　分程度）　　　□ 無 |
| 酸　素 | □ あり　（　　　　）L / 分　　　　　　　　　　□ なし使用時間｜　□ 24時間 　□ 夜間のみ 　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　 |
| 気管切開 | カニューレ製品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　サイズ（ ID / OD 　　　　　　 ）カフ｜□ 付き　　　□ なし　　　　　　　カフ圧 / エア量（　　　　　　　　） ml |
| 吸　引 | □ 気管内　　　□ 鼻腔内　　　□ 口腔内　 |
| 栄養 ・ 水分 | 摂取方法｜□ 経口　　　□ 胃ろう　　　　□ 腸ろう　　　　　□ 経鼻　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　）チューブの種類とサイズ　｜種類（　　　　　　　　　）　　サイズ（　　　　　　　Fr）経腸栄養剤などの製品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　1日の総カロリー（　　　　　　　　　　　　　　　）kcal　　　　1日の水分量（　　　　　　　　　　　　　　　）ml |
| 排　泄入　浴着替え | □ 自立　　　□ オムツ　　　□ 膀胱・腎留置カテーテル　（　　　　　 Fr　）　　□ その他（　　　　　　　　　　　　）　□ 自立　　　□ 部分介助　　　□ 全介助□ 自立 □ 部分介助 □ 全介助 |
| 移動の手段 | □ 歩行　（　自立　・　介助　）　　　□ 車いす・バギー　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　） |
| その他の特記事項 |  |
| 主治医 | 専門医 | 医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　医師名（　　　　　　　　　　　　　　　）住　所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）電　話（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| かかりつけ医または訪問診療医 | 医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　医師名（　　　　　　　　　　　　　　　）住　所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）電　話（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**■ 人工呼吸器に関する情報の貼付欄**

**様式 ７-３**

【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など

11ページ

**■ 医療情報等に関する貼付欄**

**様式 ７-４**

【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など

12ページ