災害時個別支援計画

氏名　　様

住所

（普段療養している部屋の位置：　　）

電話番号

避難済みの目印

自宅のハザードマップ　□**洪水**　□**土砂災害**　□**その他**（　　）

避難行動要支援者名簿登録　□**済**　□**未** → ① 登録予定　　年　　月　　日

② 登録しない



作成日	年　月　日
情報更新日	年　月　日
	年　月　日
	年　月　日
	年　月　日

年１回を目安に見直しを行いましょう

栃木県

【基本情報】

確認日:　　年　　月　　日　記入者:

病　名	
身体状況	
サービス等の利用状況	［介護保険］要支援・要介護（　　） ［身体障害者手帳］（　　）級　　〔障害支援区分：　　〕
コミュニケーション	音声・言語　　筆談　　文字盤　　意思伝達装置（種類等：　　） その他（　　）
その他	自由記載欄

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 ..... - 1 -
様式１　関係者連絡先と避難先 ..... - 3 -
様式２　災害用備蓄リスト ..... - 5 -
様式３　停電への備え ..... - 6 -
様式４　自然災害への備えと対応 ..... - 7 -
様式５　緊急時の医療情報連絡票 ..... - 8 -
様式６　災害時支援に係る個別支援計画作成に関する同意書 .... - 11 -

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

災害発生

□ 地震の場合は座布団やクッションで頭部を守る
□ 風水害の場合は P7(様式4)も参照

患者の状態を確認

- □ 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

異常ありの場合

受診／入院
体調悪化時の相談先に連絡

異常の有無を確認 → 異常あり

異常なし

患者に異常はなく在宅継続が可能か。
（※介護者の負傷、家屋の被害、避難情報発令、火災等は起きていないか。）

はい

いいえ

・近隣者に支援を求める
・安全な場所へ避難→P3～4（様式１）参照
・可能であれば災害用備蓄品を持って避難

人工呼吸器の作動確認

- □ 人工呼吸器に破損なく正常に作動しているか
- □ 呼吸回路の接続部にゆるみ、破損はないか
- □ 人工呼吸器のモニター値（設定値）が変わっていないか

異常ありの場合

・蘇生バッグによる補助換気を開始
・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
→P３～４（様式１）参照

人工呼吸器は正常に作動しているか？ → いいえ

はい

停電の有無

停電あり

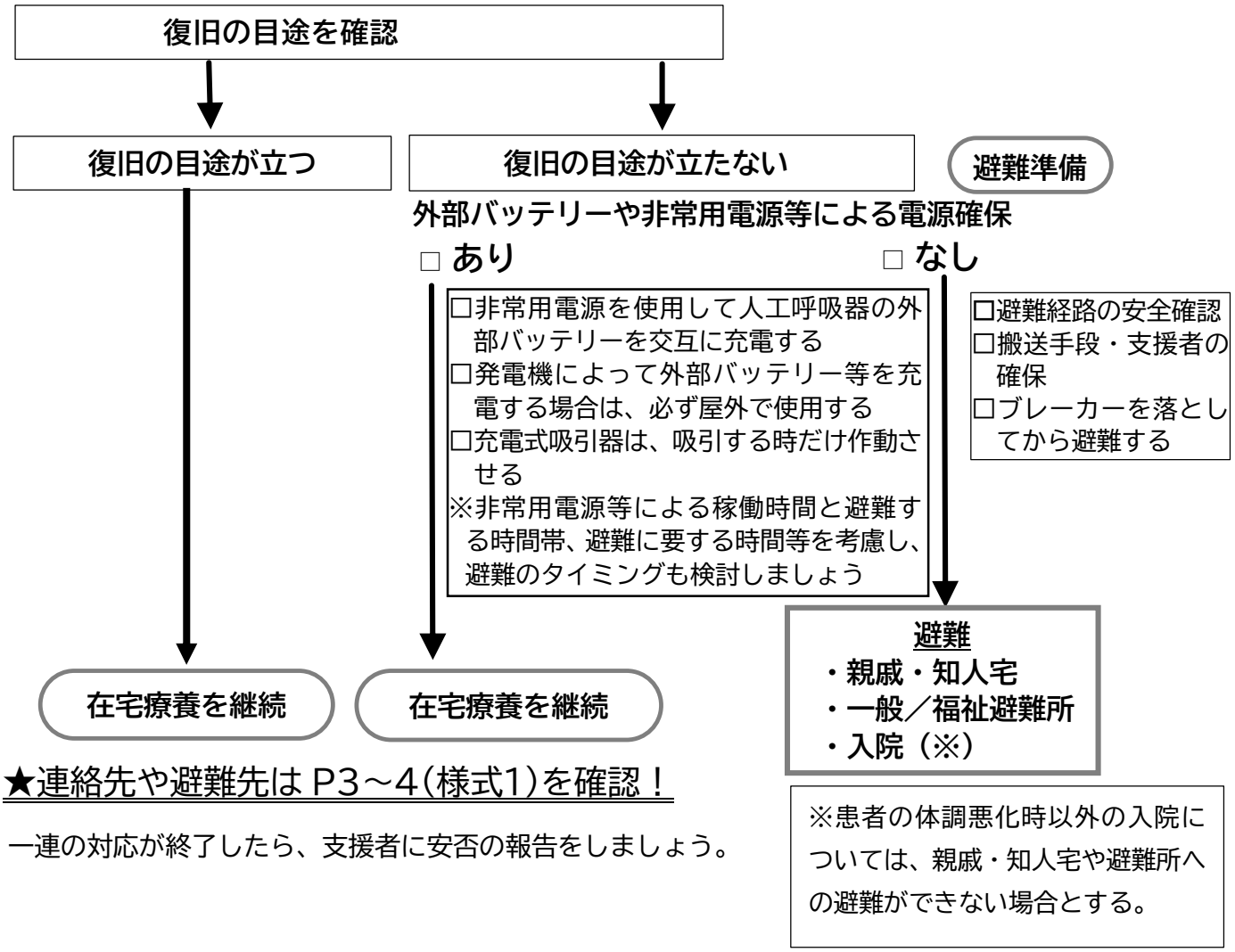
停電なし

在宅療養を継続

停電した時間：　　月　　日　　時　　分

□バッテリー作動に切り替わっているか確認
□加温加湿器へのぬるま湯や水の追加、人工鼻に変更
□非電源式吸引機等の準備
□低圧式持続吸引ポンプ（唾液を吸引する機器）を
　乾電池式に切り替える
□酸素濃縮装置は酸素ボンベに切り替える
□電気が普及するまでコンセントからプラグを抜く
□コンセント周辺の安全確認（水はかかっていないか等）

P2 へ



★連絡先や避難先は P3～4(様式1)を確認！

一連の対応が終了したら、支援者に安否の報告をしましょう。

停電に伴う呼吸・吸引関連機器以外の対応、ブレーカーについて

呼吸・吸引関連機器以外の対応

□　エアマット：チューブの柔らかい部分を折り、紐で縛り空気が抜けないようにする
□　意思伝達装置：バッテリーや乾電池を用いた操作に変更、文字盤や合図に変更
□　照明：懐中電灯・ランタン・ヘッドランプなど乾電池で動く照明に変更
□　情報機器：ラジオやスマートフォンなどを活用し、情報を得る

ブレーカーについて

□ブレーカーが落ちている場合

コンセントからプラグを抜き、バッテリー作動に切り替えた後にブレーカーを上げる。ブレーカーをあげても電気がつかない、すぐに落ちてしまう場合は、電気工事店または東京電力パワーグリッド株式会社(0120－995－007)へ連絡する。

□ブレーカーが落ちていない場合

近所一帯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、東京電力パワーグリッド株式会社のホームページ等から停電情報を確認する。室内灯が点灯するかなど、電気の復旧を確認した後、プラグを差す。

様式１　関係者連絡先と避難先　確認日　　年　月　日

■関係者・機関

	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（　　）			

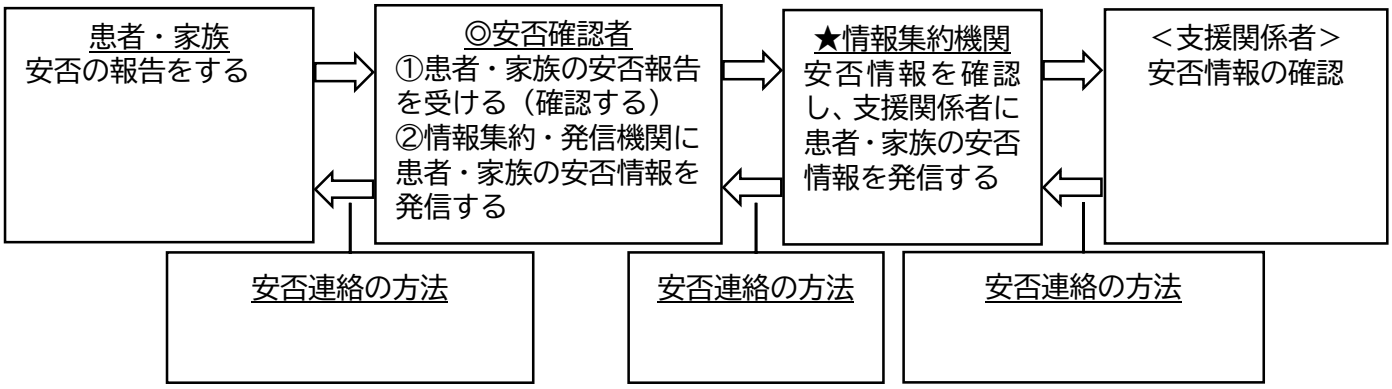
	安否情報	続柄・区分など	氏　名	所属・勤務先など	電話番号・メールなど
共助・公助		かかりつけ医			
		専門医			
		かかりつけ薬局・薬剤師			
		訪問看護師等			
		健康福祉センター保健師			
		市町職員			
		ケアマネジャー			
		相談支援専門員			
		医療的ケア児等コーディネーター			
		ホームヘルパー等			

※患者・家族から安否の報告を受ける（確認する）者に◎をつける。
　患者・家族の安否情報を集約する支援者に★をつける。

■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・メール等
人工呼吸器（機種：　　）			
酸素濃縮装置（機種：　　）			
吸引器（機種：　　）			

安否確認の流れ・方法



※安否連絡の方法（連絡の取りやすい方法を選ぶ）
①電話連絡　②メール　③災害用伝言ダイヤル　④災害用伝言板　⑤その他（　　）

【 避難先等 】　※避難経路を記載した地図を添付しておきましょう。

避難の目安はＰ１～２（フロー）確認する。

□親戚・知人宅等

＿＿＿

様式２　災害用備蓄リスト　ー７日分を目安に準備ー

まとめられる物はひとまとめにしてベッドの近くに置いておきましょう。**準備した日　　年　　月　　日**

品　　目		チェック	備考（個数や設置場所等）
人工呼吸器	蘇生バッグ		
	外部バッテリー		
	蓄電池		
	発電機		
	シガーソケットケーブル		
	延長コード（三又プラグ）		
	人工鼻		
	パルスオキシメーター（電池式）		
	（予備）　呼吸器回路一式		
	（予備）　気管カニューレ		
吸引	吸引器（充電式、足踏み）		
	携帯用（内部バッテリー付）		
	（予備）　吸引用チューブ		
在宅酸素	酸素ボンベ		
衛生材料	アルコール綿		
	滅菌グローブ（使い捨て）		
	蒸留水／精製水		
	ガーゼ		
	注射器		
	おむつ・おしりふき		
栄養	経腸栄養剤（　　）		
	イルリガードル		
	接続チューブ、注射器		
	経鼻経管栄養チューブ等		
医療品	常備薬		
	頓服（　　）		
伝達 意思	文字盤など		
その他			

◆非常持ち出し品（一般）　※準備したものに〇をつけておきましょう。

食料	飲料水（１人１日３ℓ）缶詰めなどの非常食
日用品	携帯ラジオ、懐中電灯、はさみ、ポリ袋、トイレットペーパー、ガムテープ、油性マジック、ビニール袋、電池、缶切り、毛布、カイロ
衣類	タオル、下着、上着、軍手、長袖、長ズボン
貴重品	現金、印鑑、通帳、マイナンバーカード／資格確認証、医療受給者証、障害者手帳、お薬手帳

様式3　停電への備え

1　呼吸・吸引関連機器の作動時間

● 人工呼吸器（本体と外部のバッテリー時間）
※バッテリーには耐用年数があります。作動時間は定期的に確認しましょう。

内部（本体）バッテリー作動時間　　外部バッテリー作動時間　　合　計

＿＿＿＿ 時間 ＋〔 ＿＿＿時間 × ＿＿＿個 ＝＿＿＿時間 〕＝ ＿＿＿＿ 時間

● 酸素濃縮装置（本体と酸素ボンベの時間）

内部（本体）バッテリー作動時間　　1本当たりの酸素ボンベの消費時間　　合　計

＿＿＿＿＿ 時間 ＋〔 ＿＿＿時間 × ＿＿＿本 ＝＿＿＿時間 〕＝ ＿＿＿＿ 時間

● 充電式吸引器

＿＿＿＿＿＿＿ 分　※足踏み式吸引器等、電源を用いない吸引器も準備しましょう。

2　非常用電源

● 発電機 ＿＿＿＿＿＿ A　　● 車のシガーソケット・ケーブル＿＿＿＿＿＿ A

● 蓄電池など ＿＿＿＿＿＿ A

万が一に備えて使用する機器のアンペア（A）数を調べておきましょう。発電機などは正弦波インバーター搭載かどうか確認し、医療機器との接続について、主治医や医療機器販売業者等と相談しておきましょう。

3 医療機器の使用アンペア（A）

● 人工呼吸器 ＿＿＿＿＿＿ A　　● バッテリー ・ バッテリーの充電器など ＿＿＿＿＿＿ A

● 吸引器 ＿＿＿＿＿＿ A　　● 酸素濃縮器 ＿＿＿＿＿＿＿＿ A

（ほとんどの吸引器は起動時に使用アンペアが大きくなる）

4　蘇生バッグ　□手の届く定位置に置く　　□定期的に使用訓練を行う

5　東京電力パワーグリット株式会社への登録　　□済　□未

【登録窓口】電話番号:0120-995-007
03-6375-9803(有料:0120 を利用できない場合)
受付時間:9:00～17:00(日･祝日、年末年始を除く)
https://teideninfo.tepco.co.jp/

様式４　自然災害への備えと対応

平常時の備え

- **医療機器の作動時間、作動方法を確認しておきましょう。**
- **避難に備え、様式２の持ち出し物品をまとめておきましょう。**
- **自宅、避難先、避難経路のハザードマップを確認し、予想される災害の程度や搬送支援者の確保状況等に応じて、避難のタイミングや避難先を決めておきましょう。**

◎栃木県内各市町のハザードマップ

https://www.pref.tochigi.lg.jp/h07/documents/h26dosya-hazardmap-link.html

風水害の対応

～危険度の高まりに応じて段階的に発表される防災気象情報の確認と取るべき行動の目安～

警戒レベル 1　**【早期注意情報】**　情報収集し、必要に応じて避難準備を始める

□ 医療機器のバッテリー等の充電
□ 非常用電源等の作動確認

警戒レベル 2　**【注意報】**　避難行動を確認。いつでも避難できるよう準備を完了する
台風など大規模な災害が予想される場合は、この段階での避難開始も検討する

□ 避難時持ち出し物品の準備、確認　→P5（様式2）
□ 避難先、避難経路、避難手段の確認　→P3～4（様式1）および地図を確認
□ 避難する場合は、早めに搬送支援者・避難先に連絡し、気象情報を確認しながら搬送支援者に出発予定時刻等を伝える。

警戒レベル 3　**【高齢者等避難】**　すみやかに危険な場所から避難する

□ 避難先へ避難、安否の連絡を行う　**（様式１）**

警戒レベル 4　**【避難指示】**　危険な場所からの**避難を完了**する

□ 安否の連絡を行う　**（様式１）**

様式５　緊急時の医療情報連絡票

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。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。

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="3"></td><td>性　別</td><td colspan="2">□男性 ・□女性</td></tr>
<tr><td>患者氏名</td><td colspan="3"></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日
（　歳）</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>診断名</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>既往や合併症</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">主治医</td><td>専門医</td><td colspan="5">医療機関名　（　）
医師名　（　）（TEL　）</td></tr>
<tr><td>かかりつけ医</td><td colspan="5">医療機関名　（　）
医師名　（　）（TEL　）</td></tr>
<tr><td>今までの経過</td><td colspan="6">発症：　年　月頃　人工呼吸器装着：　年　月頃</td></tr>
<tr><td rowspan="4">基本情報</td><td>身　長</td><td colspan="2">cm</td><td>体　重</td><td colspan="2">Kg</td></tr>
<tr><td>血　圧</td><td colspan="2">/　mmHg</td><td>体　温</td><td colspan="2">℃</td></tr>
<tr><td>脈　拍</td><td colspan="2">回/分</td><td>SPO２</td><td colspan="2">%～　%</td></tr>
<tr><td>血液型</td><td colspan="5">Ａ　Ｂ　Ｏ　ＡＢ　（Ｒｈ：　＋　－　）</td></tr>
<tr><td rowspan="11">医療処置情報</td><td rowspan="5">人工呼吸器</td><td colspan="6">□非侵襲的人工呼吸（NPPV）　□気管切開下陽圧人工呼吸（TPPV）</td></tr>
<tr><td colspan="6">業者：　TEL</td></tr>
<tr><td colspan="6">機種名：</td></tr>
<tr><td colspan="6">バッテリー：内蔵バッテリー（　時間）
充電済み外部バッテリー（　時間×　個）</td></tr>
<tr><td>換気モード</td><td colspan="5">１回換気量（　）ml/分　呼吸回数（　）回/分</td></tr>
<tr><td colspan="6">人工呼吸器装着時間　□24 時間　□夜間のみ　□その他（　）</td></tr>
<tr><td>酸素使用</td><td colspan="6">□要（　L/分）　□不要　□その他（　）</td></tr>
<tr><td>喀痰吸引</td><td colspan="3">□適時　□頻回</td><td>ネブライザー</td><td colspan="2">□適時　□頻回　□不要</td></tr>
<tr><td colspan="2">使用しているカニューレ</td><td colspan="5">型：　サイズ：　Fr</td></tr>
<tr><td>内服薬</td><td colspan="6">□経口　□その他（　）
※　ページに処方薬やお薬手帳のコピーを貼っておきましょう。</td></tr>
<tr><td>栄養/
水分摂取</td><td colspan="6">□経口　（□トロミ付　□きざみ食　□ミキサー食）
□経管栄養　□胃瘻　（経管栄養剤名：　）（　Kcal/日）
（種類：　）　（サイズ：　Fr）
１日の総カロリー（　）kcal　１日の水分量（　）ml</td></tr>
<tr><td>排泄</td><td colspan="6">□自立　□オムツ　□膀胱・腎留置カテーテル（　Fr）　□その他（　）</td></tr>
<tr><td colspan="7">その他特記事項</td></tr>
<tr><td>記入者</td><td colspan="3"></td><td>記入日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
</table>

■ 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など

■ 医療情報等に関する貼付欄

【例】 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

様式６災害時支援に係る個別支援計画作成に関する同意書（難病）

栃木県〇〇健康福祉センター所長　様

　災害時における在宅人工呼吸器装着患者支援マニュアルに基づく個別支援計画を作成することに同意します。
　また個別支援計画策定に必要とする情報について、支援に関わる者へ情報提供することに同意します。

年　　月　　日

（患　者）
住所
氏名

（代理人）
住所
氏名
（続柄：　　）

＊患者本人が記入できない場合、患者さんの同意を得て代理人がご記入して下さい。その際、代理人の署名をお願いします。

様式６災害時支援に係る個別支援計画作成に関する同意書（小慢）

栃木県〇〇健康福祉センター所長　様

　災害時における在宅人工呼吸器装着患者支援マニュアルに基づく個別支援計画を作成することに同意します。

　また個別支援計画策定に必要とする情報について、支援に関わる者へ情報提供することに同意します。

年　　月　　日

（患　者）
住所
氏名

（保護者）
住所
氏名
（続柄：　　）