

(第4号様式)

在宅人工呼吸器使用者のための

災害時個別支援計画

さん

住所

電話番号

作成日	年	月	日
更新日	年	月	日
	年	月	日
	年	月	日

作成者 所属：
氏名：
連絡先：

豊島区

様式 1

災害時に備えて準備しておくもの (※7日以内を目安)

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。
 この他、非常用食品や衣類なども一緒に準備しておきましょう。

品目	個数	置いてある場所	避難時持ち出しセット
アンビューバッグ			
外部バッテリー			
予備の呼吸器回路一式			
予備の吸引器			
予備の吸引チューブ			
グローブ			
アルコール綿			
蒸留水			
経腸栄養剤			
薬			
懐中電灯			
乾電池			
発電機と使用燃料			
シガーソケット			
延長コード			
ラジオ			
豊島区防災地図			

情報更新日 年 月 日

自宅付近のハザード ※想定される被害を○で囲みましょう。

洪水 高潮 土砂災害 地震 その他()

要援護者登録： 済 未 (・登録予定 年 月 ・登録しない)

停電への備え

1. 人工呼吸器の電源

※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

2. 酸素濃縮器 : 酸素ポンベへの切り替え

酸素ポンベ 1 本消費時間				時間
時間	×	本	=	時間

3. 充電式吸引器 : 充電式吸引器の連続使用時間

※足踏み式吸引器の準備 有・無 分

※その他の吸引器 ()

確認すること

- 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。

東京電力・カスタマーセンター (東京第一)

Tel 0120-995-006 Tel 03-6375-9786 (有料)

*大規模停電時にはつながりにくなります。その場合は下記で確認します。

- 停電情報の確認 (東京電力 停電情報)

パソコン <http://teideninfo.tepcoco.jp>

□ 東京電力への患者登録 有 (年 月) ・ 無

停電が長引きそうな場合

1. 必要な電流 (A) (必要な項目 □→■)

- 人工呼吸器 (A) 吸引器 (A) 酸素濃縮器 (A)
その他 (A) (A)

2. 電源の確保 (最大 時間) (必要な項目 □→■対処機器等を○で囲む)

車のシガーライターケーブル (A)

- ・人工呼吸器 (A) ・その他 (A)

発電機：機種名 (正弦波) ()

燃料：ガソリン (購入日：) / ガスボンベ (購入日：)

充電器等：

機種名 (A) 作動時間： (購入日：)

機種名 (A) 作動時間 (購入日：)

自家発電設備のあるところ：バッテリー充電

施設名 住所

3. 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 ()

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

3. 入院する 入院を調整する機関

(予定していた下記医療機関
が受入困難な場合)

医療機関名

電話

へ相談

地震への対応

様式 4

患者さんは大丈夫ですか？ (確認したら□にしてチェック)

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
- ※アラームが鳴ってなくても必ず確認しましょう

転倒、落下物に注意
ギャジジベッドを下げる
(停電すると動かなくなるため)

Yes. No.

※人工呼吸器が正常に作動していない場合

1. アンビューバッグによる呼吸を開始

パルスオキシメーターで確認 通常の SpO₂

_____ %

2. 連絡する

主治医 _____

TEL _____

人工呼吸器取扱事業者 _____

TEL _____

に連絡してください。

電気・水道の確認

人工呼吸器が正常作動している場合

⇒ 停電あり

⇒ 停電ハズ確認!

近隣で

火災

近隣に支援者を求める

安全な場所へ避難

可能であれば…「避難時の持ち出しセット」持参

安否の連絡を入れる

様式6 関係者連絡リストを参照し、安否確認の連絡をいれる。

関係者連絡リストの◎印の人が安否確認に来る。

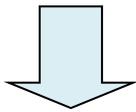
様式6 関係者連絡リストを参照し、安否確認に来る人をあらかじめ決める。

風水害(洪水、高潮、土砂災害等)への対応

■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、
避難準備・高齢者等避難開始が発令されたら



避難する

※平成28年12月避難準備情報から
 避難準備・高齢者等避難開始へ名称変更

だれ _____ 電話 _____ に連絡して
 移送手段 _____ 電話 _____ で
 避難場所 救援センター _____
 住所 _____ へ

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□にしてチェック

<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(加温・加湿器)	<input type="checkbox"/> アンビューバッグ	<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"/> 保険証
<input type="checkbox"/> 薬	<input type="checkbox"/> 延長コード	<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"/>

関係者連絡リスト

様式 6

安否確認する人◎	災害用伝言板登録○	区分	担当者	所属	電話番号
		かかりつけ医			
		専門医			
		訪問看護ステーション			
		ケアマネジャー			
		訪問介護事業所			
		保健師			
		身障ワーカー			
		近隣者			

家族・親族リスト

安否確認する人◎	災害用伝言板登録○	続柄	氏名	住所又は勤務先	電話番号

医療機器取扱事業者リスト

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

◆安否の連絡は、2か所へ

• 関係者間での連絡

◎安否確認する人
(連絡方法)



◎災害時伝言板へ録音
(連絡方法)

例：Aさんは、けがもなく自宅にいます。
例：Bさんは無事で、バッテリーに接続し、10時間持ちます。

• 豊島区災害時医療対策本部へ連絡

◎災害時伝言板へ
(連絡方法)



把握集約機関 (連絡方法)
豊島区災害時医療対策本部
03-3987-4174
03-3987-4231
FAX 03-3987-4178

例：Cさんは、無事です、
例：Dさんは、近所の火事のため
救援センターに行きます。
例：P30 安否確認チェック表

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立ちます。人工呼吸器の設定等が変更された場合は、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。

患者氏名			性別	男性 ・ 女性	
生年月日	年 月 日 生		歳		
住所	(電話)				
診断名					
合併症					
主治医	専門医	医療機関名 医師名 (電話)			
	かかりつけ医	医療機関名 医師名 (電話)			
今までの経過	発症： 年 月		人工呼吸器装着： 年 月		
服薬中の薬					
基礎情報	身長	cm	体重	kg	
	血圧	/ mm Hg	体温	℃	
	脈拍	回/分	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 ()				
	具体的に記載 (Yes/No サイン等)				
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)		<input type="checkbox"/> 圧規定 (PCV)		
	換気モード		換気モード		
	1回換気量 () ml		IPAP ()	EPAP ()	
	PS ()	PEEP ()	吸気圧 () PS () PEEP ()		
	呼吸回数 () 回/分		呼吸回数 () 回/分		
	吸気時間または吸気流量 ()		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 () 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"/> 経口				
	<input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろう		<input type="checkbox"/> 経鼻カテーテル		
	製品名 () ()		栄養剤商品名 () 1日の総カロリー () kcal		
	<input type="checkbox"/> その他				
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					
記入者	：所属	職種	氏名	記入日	