

さん

災害時 対応ノート

【作成日： 年 月 日】

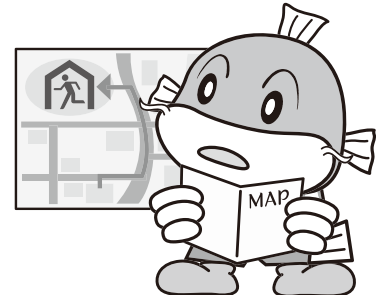
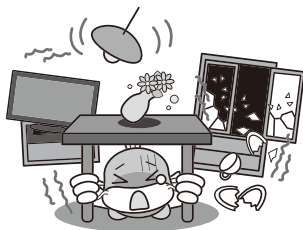


ビワエンくん

いざという時のために

指定難病・小児慢性特定疾病等で
人工呼吸器、酸素、吸引器を使用している方へ

本人・家族・関係者で相談して、このノートを作成しましょう。
避難・入院する際もこのノートを必ず持っていきましょう。



- 地震や水害などの災害はいつおこるかわかりません。
- 地震などの大規模な災害時は、電気・ガス・水道などのライフラインが途絶えたり、家屋の内外が倒壊し医療機器が壊れるなどの事態が予測されます。
- 災害時、本人や家族の方は、普段できることができなくなってしまうことが予測されます。
- 地震・水害などの災害が起きた時、落ち着いて対応するためには、日頃からの備えが大切です。
- このノートは日頃準備すべきことや、緊急時の療養に必要な本人・家族の方の情報をまとめておくために作成しました。
- いざという時のために、必要事項を記入し、いつでも持ち出せるところに置いておきましょう。

災害対策は、事前の準備が大切です！

一般的に災害時、本格的救助開始に約3日かかると言われています。平時からの準備をしておきましょう。

自宅付近で想定される災害リスク情報

ご自宅付近は次の被害が想定されます。

地震

洪水

土砂災害

その他

1. 医療用具や衛生材料の予備を用意しておきましょう！

- ・かかりつけ医や訪問看護師に相談し、あなたに必要な医療用具や衛生材料を用意しましょう。
- ・生命維持のために必要な物品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。

① 生命維持のために必要な医療用具等

☐ バッグバルブマスク（蘇生バッグ）	☐ パルスオキシメーター
☐ 人工呼吸器	☐ 吸引用カテーテル（約10本）
☐ 外部バッテリー	☐ 予備の気管カニューレ ☐ 人工鼻
☐ 吸引器（バッテリー付き・電源不要）	☐ 予備の呼吸回路一式（8ページに現在の回路の写真を貼り、回路構成を確認しておきましょう。）
☐ 気管カニューレカフ用シリンジ	

② 準備しておくよい物品等

☐ 使い捨てビニール手袋	☐ 蒸留水（呼吸器用）
☐ Y ガーゼ	☐ キシロカインゼリー
☐ 胃ろう用シリンジ	☐ アルコール綿
☐ 非常用電源（発電機等）、燃料	☐

③ 病気に関するもの ※かかすことのできない薬については主治医に確認しておきましょう。

☐ 保険証、医療受給者証等	☐ 薬（1週間分）
☐ お薬手帳	☐

④ その他 ※ある程度非常用持ち出し袋に入れ準備しておきましょう。

☐ 現金、印鑑、通帳等	☐ テッシュペーパー
☐ オムツ、衣類、防寒用具、タオル	☐ 軍手、帽子（ヘルメット）等
☐ 携帯電話と充電器	☐ 筆記用具
☐ 飲料水（ペットボトル）	☐
☐ 食料（各3日分）、経管栄養剤	☐
☐ 携帯ラジオ、乾電池	☐
☐ 懐中電灯（ヘッドライト）	☐

2. 療養している部屋の安全対策・環境を確認しましょう！

- ・地震によって家具等が倒れてきてけがをしないように、大きな家具は固定をしておくほか、寝室には家具を置かない等、配置等も工夫しましょう。
- ・人工呼吸器や吸引器が転倒しないように工夫しましょう。
- ・予備の呼吸器回路、予備のカニューレは破損しないよう工夫し収納しましょう。
- ・懐中電灯などの非常持ち出し用物品は、すぐ手に取れるようにベッド下などに置きましょう。

3. 停電に備えて、バッテリーや予備電源の準備をしておきましょう！

- ・災害直後には、あなたが準備しておられるバッテリー等を使用して救助を待つていただくことになります。バッテリーの有無や持続時間は機種によって異なりますので、平时に医療機器メーカーの担当者や訪問看護師と確認しておくことが大切です。
- ・内部・外部バッテリーは、常に充電しておき、緊急時に使用できる状態にしておきましょう。
- ・外部バッテリーの寿命は使用しなくても2,3年と言われています。定期的に点検、交換をしましょう。
- ・発電機については、1ヶ月に1回はエンジンをかけましょう。また、定期的に点検しましょう。
- ・外部バッテリーや発電機等との接続に仕方について練習をしておきましょう。

【人工呼吸器を装着している方】

内部バッテリーの有無 有 ・ 無

有の場合 人工呼吸器の内部バッテリー持続時間は
おおむね 時間です。

外部バッテリーへの所持の有無 有 ・ 無

有の場合 人工呼吸器の外部バッテリー持続時間は
おおむね 時間です。

【たん吸引機器を使っている方】

吸引器の内部バッテリー持続時間は
連続使用でおおむね 分です。（おおよそ 日分）

4. 携帯用酸素ポンベはいつでも使えるように準備しておきましょう!

満タンの携帯用酸素ポンベの持ち時間は

L / 分の場合

1本あたりおおむね

です。

- ・こまめに酸素残量を確認し、すぐ使える場所に置いておきましょう。
- ・自分が使っている酸素メーカーの担当者に、災害時の対応（酸素ポンベの搬送など）について確認しておきましょう。
- ・携帯ポンベへのつなぎ方や必要物品を前もって確認し、習熟しておきましょう。

5. 停電したときも、あわてないで…

<スマートフォンをお持ちの方>

1. 関西エリアの停電情報、復旧に向けた作業の進捗状況、対処法などが確認可能な無料アプリ「**関西停電情報**」を事前にダウンロードし、停電時に活用出来るよう備えてください。



関西停電情報

iPhone/
Android共用



2. 電気が消えたら、停電情報アプリを開き、画面左上の「≡」⇒「停電・災害時の対処法」⇒「電気が突然消えた時」の説明内容に従って周囲の状況、ブレーカーの操作を行ってください。
また参考に関連動画「ほぼ1分でわかる電気が消えた時の対処法」もご覧ください。
3. 操作を行っても、電気がつかない場合は、下記の番号から関西電力送配電へご連絡ください。

TEL. 0800-777-3081^{ソーハイ}（通話料無料）

※お電話がつながりにくい場合がございますので、あらかじめご了承ください。
※一部のIP電話からは、ご利用いただけない場合がございます。その場合は050-3085-3081（通話料有料）へおかけください。
※お問い合わせの際には、番号をよくお確かめのうえ、おかけ間違いのないようお願いいたします。

- ①停電していること
- ②人工呼吸器をつけた患者がいること
- ③供給地点特定番号（22桁）
- ④住所
- ⑤氏名 をお伝えください。

供給地点特定番号（22桁）

※「電気使用量のお知らせ」や「請求書」などに記載されています。

		-					-						-					-				
--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--

住所（電気のご使用場所）

氏名（電気の契約者名義）

（氏）

（名）

※災害の規模等により、復旧が困難な場合がありますので、外部バッテリーやバグバルブマスク（蘇生バグ）の準備をしておきましょう。

1. 電気が消えたらまず、ブレーカーを確認してください。

2. ブレーカーが切れていない場合は、下記の送配電コンタクトセンターへご連絡ください。

※お電話がつながりにくい場合がございますので、あらかじめご了承ください。
 ※一部の IP 電話からは、ご利用いただけない場合がございます。その場合は 050-3085-3081（通話料有料）へおかけください。
 ※お問い合わせの際には、番号をよくお確かめのうえ、おかけ間違いのないようお願いいたします。

- ①停電していること
 - ②人工呼吸器をつけた患者がいること
 - ③供給地点特定番号（22桁）
 - ④住所
 - ⑤氏名
- をお伝えください。

• 4 •

8. 災害時に協力してくれる人を見つけておきましょう!

- ・いざという時あなたに協力（安否の確認や関係機関への連絡等）をしてくれる地域の協力者を見つけておきましょう。
- ・市町で実施されている災害時要配慮者支援制度へ登録しましょう。

9. 避難(所)場所を確認しておきましょう!

- ・避難(所)場所は、災害に関する情報が集まったり食料配布の場所となります。ご自分の地域ではどこが指定されているのか、確認しておきましょう。
- ・自分がどこに避難する予定なのかを、関係者(医療機器メーカーの担当者や訪問看護師など)に伝えておきましょう。

避難(所)場所

住所：

(TEL — —)

※災害時、行政機関等がみなさんの安否の確認を行ったり、酸素メーカーが酸素の供給をすみやかに行うためには、みなさんに避難(所)場所を知らせていただくことが大変重要になってきます。避難時には、マニュアルの最後のページを切り取って、避難(所)場所を記入し、自宅の玄関など外から確認しやすい場所に貼っておきましょう。

緊急時の連絡票

- ・これは災害時に緊急避難的に受診した医療機関や、災害時支援のケア担当者に参考にしてもらうものです。主治医と相談して記入しましょう。
- ・状況に変化があったときは記入し直しましょう。1年に1回は見直しましょう。

基礎情報 ①	患者氏名				性 別	男 ・ 女		
	生年月日	M / T / S / H / R 年 月 日			生まれ			
	住 所	〒						
		(TEL - -)						
	診 断 名							
	主 治 医	医療機関名 医療機関所在地 (TEL - -) 医師名						
今までの経過	発症： 年 月 人工呼吸器装着年月 年 月 在宅酸素療法開始年月 年 月							

基礎情報 ②	記入年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	記入者名			
	身長 cm	cm	cm	cm
	体重 kg	kg	kg	kg
	血圧/ mmHg	mmHg	mmHg	mmHg
	SaO2 %	%	%	%
	脈拍 回/分	回/分	回/分	回/分
	服薬中の薬			
	合併症等			

のりしろ
(※人工呼吸器の設定数値等を張り付けてください)

人工呼吸器	記入年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	呼吸器機種			
	メーカー			
	換気モード			
	換気回数 (回・分)			
	1 回換気量 ml			
	離脱	自発呼吸 有 ・ 無	自発呼吸 有 ・ 無	自発呼吸 有 ・ 無
		可 (分) 不可	可 (分) 不可	可 (分) 不可
酸素	機種	酸素濃縮器・酸素ボンベ (本)	酸素濃縮器・酸素ボンベ (本)	酸素濃縮器・酸素ボンベ (本)
	メーカー			
	モード	同調 ・ 連続	同調 ・ 連続	同調 ・ 連続
	吸入流量 (L/分)			
吸引	気管カニューレ 製品名・サイズ・カフ圧			
	吸引回数 回/日 (うち夜間 回)	(回/日 回)	(回/日 回)	(回/日 回)
栄養	摂取方法	経口・経鼻・胃ろう・腸ろう・IVH	経口・経鼻・胃ろう・腸ろう・IVH	経口・経鼻・胃ろう・腸ろう・IVH
	種類 (品名)			
	摂取量	時 ml	時 ml	時 ml
		時 ml	時 ml	時 ml
		時 ml	時 ml	時 ml
		時 ml	時 ml	時 ml
(ml/日)		(ml/日)	(ml/日)	
水分補給 回	水分補給 回	水分補給 回		
排泄方法	尿	自尿(有・無)・バルーンカテーテル(Fr) 導尿(回/日)	自尿(有・無)・バルーンカテーテル(Fr) 導尿(回/日)	自尿(有・無)・バルーンカテーテル(Fr) 導尿(回/日)
	便			
コミュニケーション方法： 会話・筆談・文字盤 意思伝達装置など				
その他特記事項				

関係者連絡リスト

	所 属	担当者	電話番号
主治医			
訪問看護師			
ケアマネジャー			
人工呼吸器提供会社			
在宅酸素提供会社			
民生委員			
地域の協力者			
行政担当者	(担当課：)		
	(担当課：)		

家族・親戚

続 柄	氏 名	住 所	電話番号
			自宅： 携帯：
			自宅： 携帯：
			自宅： 携帯：
			自宅： 携帯：
			自宅： 携帯：

写真を貼っておきましょう

人工呼吸器と回路の接続

人工呼吸器と外部バッテリー等の接続

※避難時、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)

は、

月 日

(避難先名称)

(避難先住所)

(連絡先)

に、

避難中です。

(特記事項)

切
り
取
り

