

大田区在宅人工呼吸器使用者の災害時個別支援計画

災害時(緊急時)のお願い

(私を介護、治療される方は必ずこの内容を確認してください)

ふりがな		電話
氏名	様 (歳)	()
住所		

作成日	年 月 日
更新日	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日

大田区

災害時に備えて準備しておくもの ☆7日を目安に

まとめられるものはひとまとめにしてベッドの近くにおいておきましょう。
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
蘇生バッグ		
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		
延長コード		
ラジオ		

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

大田区避難行動要支援者名簿への登録

登録済 未登録 (登録を 希望する 希望しない)

停電

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

3 充電式吸引器：充電式吸引器の連続使用時間

時間

※足踏み式吸引器の準備

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たら、ブレーカーをあげましょう。

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 TEL_____。

* 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。

2 停電情報の確認(東京電力 停電情報)

パソコン <http://teideninfo.tepco.co.jp>

東京電力への登録

* 事前に登録しておきましょう

停電が長引きそうな場合

1 電源の確保

(必要な項目 □→■、接続する機器を○で囲む: 事前にA(アンペア)数を確認する)

- 車のシガーライターケーブル(A)
・人工呼吸器(A) ・バッテリー(A)
・その他(A)

- 発電機(A)
・バッテリー(A) ・吸引器(A)
・酸素濃縮器(A) ・その他(A)

- 自家発電設備のあるところ: バッテリー充電

施設名 _____

住所 _____ TEL _____

人工呼吸器の「バッテリー充電用」発電機のある区の施設

- 大森地域庁舎(大森地域福祉課) 大森西1-12-1 TEL 5764-0657
 調布地域庁舎(調布地域福祉課) 雪谷大塚町4-6 TEL 3726-2181
 蒲田地域庁舎(蒲田地域福祉課) 蒲田本町2-1-1 TEL 5713-1504
 糎谷・羽田地域庁舎(糎谷・羽田地域福祉課)
東糎谷1-21-15 TEL 3743-4281

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()

- 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

(予定していた下記の医療機関
が受入困難な場合)

医療機関名

電話 _____ へ相談

地震

転倒、落下物に注意
ギャジベッドを下げる(停電すると動かなくなるため)

- 患者さんは大丈夫ですか？(確認したら□にレでチェック)
- 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、臭いはでていないか
 - 呼吸回路の各接続にゆるみはないか
 - 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

Yes

NO

※人工呼吸器が正常に作動していない場合

- 蘇生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
- 連絡する

%

主治医 _____ TEL _____

人工呼吸器取扱事業者 _____ TEL _____

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

停電ページ確認！

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 利用する方法を□→■

- 171伝言ダイヤルへ登録(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)
- 電話連絡 _____ TEL _____
- メール _____ メールアドレス _____

安否確認者 関係者リストの◎印の人が安否確認に来ます。

風水害(洪水、高潮、土砂災害等)

■ 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。

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

※避難してください。

■ 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)

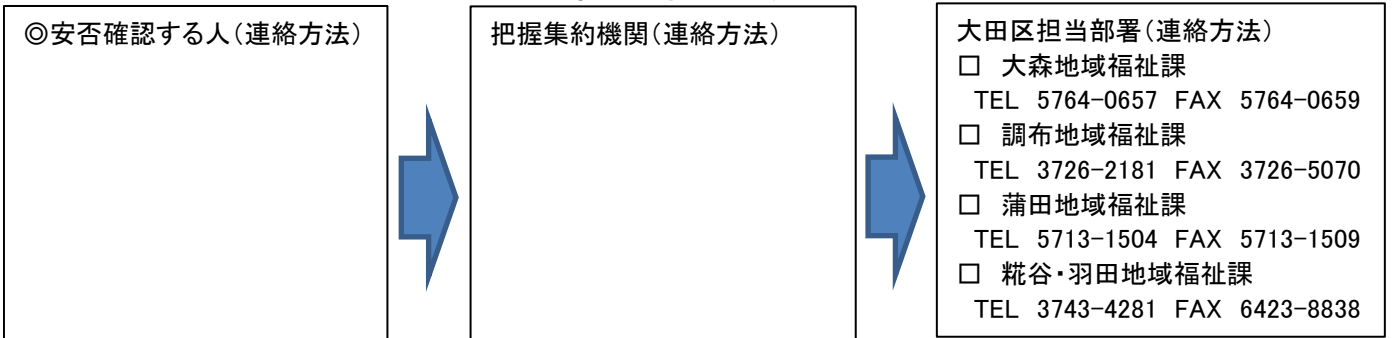
準備した項目の□にレでチェック

<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"/> 人口鼻(加温・加湿器)	<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"/> 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"/>

関係者連絡リスト

安否確認する人◎	災害用伝言板登録◎	区分	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		
		保健師		
		訪問介護事業所		
		近隣者		
		避難所	住所・名称	

安否確認の流れ



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):			

家族・親族リスト

災害用伝言板登録◎	続柄	氏名	住所又は勤務先	電話番号

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。

患者氏名			性別	男性・女性	
生年月日	T・S・H・R	年	月	日	歳
住所	〒 大田区			電話 ()	
診断名					
合併症					
主治医	専門医	医療機関名			
		医師	電話 ()		
	かかりつけ医	医療機関名			
		医師	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	/	mmHg	体温	°C
	脈拍	回/分		SOP2	% ~ %
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> 意思伝達装置 <input type="checkbox"/> 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/分		IPAP() EPAP()		
	PS() PEEP()		吸気圧() PS() PEEP()		
	呼吸回数()回/分		呼吸回数()回/分		
	換気時間または換気流量()		換気時間()		
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	経口				
	<input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろう		<input type="checkbox"/> 経鼻カテーテル		
	製品名()		サイズ()		
	栄養剤製品名()		一日の総カロリー()kcal		
<input type="checkbox"/> その他()					
膀胱留置カテーテル	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし				
その他の特記事項					
記入者	所属	職種	氏名	記入日	年 月

【問い合わせ先】

福祉部福祉管理課調整担当

〒144-8621 大田区蒲田五丁目13番14号
電話 5744-1721 FAX 5744-1520