

◇療養者の基本情報

氏名		生年月日	
住所		電話	
主な介護者氏名		携帯電話	

◇緊急連絡先リスト

名 称	続柄・担当者	電 話	住 所
家族・親戚・友人等			
かかりつけ医			
専門病院			
訪問看護ステーション			
訪問看護ステーション			
人工呼吸器取扱業者			
在宅酸素取扱業者			
吸引・吸入器取扱業者			
市町村			
消防署			
避難先			
保健所			
居宅介護支援事業所			
ヘルパーステーション			
民生委員			
電力会社			
災害伝言ダイヤル※		171	
福岡県 防災ホームページ		<a href="https://www.bousai.pref.fukuoka.jp/">https://www.bousai.pref.fukuoka.jp/</a>	

※どの電話番号で録音・再生するか、毎月1日・15日の無料体験日を活用すると有用です。

在宅人工呼吸器などを使用している方へ

# 災害時の手引き

災害時に備えて、必要事項をこの手引きに記入し、準備をしておきましょう。  
この手引きは、人工呼吸器など、医療機器の側に置き、避難時には持っていきましょう。

◇災害備蓄品と非常用持出用品リスト

災害時に備えて、災害備蓄品と非常用持出用品をすぐに手に取れるように、ひとまとめにして用意しておきましょう。

必要な衛生材料等については、主治医又は看護師に確認してもらいましょう。

品目	チェック欄	品目	チェック欄
① 蘇生バッグ(アンビューバッグ)	<input type="checkbox"/>	⑦ 外部バッテリー(充電済)※	<input type="checkbox"/>
② 気管カニューレ	<input type="checkbox"/>	⑧ □経管栄養剤(1週間分) □胃ろうチューブ □イリゲーター □延長チューブ	<input type="checkbox"/>
③ 予備吸引器 □手動・□携帯・□足踏み式	<input type="checkbox"/>	⑨ 服薬(1週間分)	<input type="checkbox"/>
④ 予備の吸引チューブ(約10本)	<input type="checkbox"/>	⑩ その他	<input type="checkbox"/>
⑤ 予備の人工呼吸器回路 (1セット)人口鼻	<input type="checkbox"/>	□延長コード (3ピン式でスイッチなしのもの) □着替え □簡易保冷剤・簡易扇風機 □付き添いの方に必要なもの □	<input type="checkbox"/>
⑥ 衛生材料  □ガーゼ □アルコール綿 □滅菌グローブ □消毒薬 □蒸留水 □オムツ・お尻ふき (2ℓ×約6本) □50ml注射器 □スプレー式 (約5本) 手指用消毒液	<input type="checkbox"/>	□	<input type="checkbox"/>

※外部バッテリーは人工呼吸器に常に接続した状態にしておくものがあります。

非常用持出袋(すぐに手に取れるようにひとまとめにしておきましょう)

※懐中電灯・乾電池・ストリッパー・ラジオ・簡易トイレ・飲料水・食料品・軍手・タオル・ティッシュペーパー・ウェットティッシュなど  
※健康保険証・医療券・障害者手帳・服薬手帳・個別避難計画など

※記入にあたっては、主治医や訪問看護師、保健師に相談しましょう。

◇療養者の身体・日常生活リスト

情報記入日： 年 月 日

病名	項目	状態	
呼吸障害	なし・あり	方法： 気管切開による侵襲的陽圧呼吸療法(PPV)・鼻マスク等による非侵襲的陽圧呼吸療法(NPPV)・在宅酸素療法 気管カニューレ： サイズ mm 製品名：	
吸引	なし・あり	吸引チューブ： サイズ 吸引回数： 回／日 (うち夜間 回／日)	
栄養	経口・経管等	方法： 経鼻・胃ろう・IVH・その他( ) 種類： 経管栄養摂取量： ml／日 水分摂取量： ml／日	
排泄	自立 ・ その他	方法： 膀胱カテーテル留置・自己導尿・他( ) 通常量： ml／日 排便 方法： 浣腸・他( ) 回数： 回／日	
移動	自立・要介助	方法： ストレッチャー・車椅子 注意事項：	
コミュニケーション	会話・その他	方法： 筆談・文字盤・意思伝達装置・その他( ) 具体的な事項：	
薬剤アレルギー	なし・あり	ありの場合の薬剤名：	

◇人工呼吸機器等の詳細・設定 【機器名： ]

気管切開による侵襲的陽圧呼吸療法		鼻マスク等による非侵襲的陽圧呼吸療法	
記入日	年 月 日	記入日	年 月 日
種類・機種		種類・機種	
換気モード		換気モード	
I回換気量		I P A P	
換気回数		E P A P	
吸気時間		吸気時間 (Ti)	
感度		B P M	
気道内圧下限アラーム		ライズタイム	
気道内圧上限アラーム		装着時間	24時間・夜間 その他： 時間 24時間・夜間 その他： 時間
P E E P 圧		パッテリーコントロール時間 (内部+外部)	
ピ－ク圧 (参考値)			
装着時間	24時間・夜間 その他： 時間	24時間・夜間 その他： 時間	
パッテリーコントロール時間 (内部+外部)			
在宅酸素療法			
酸素流量		ml/分 時間	ml/分 時間

◇ 医療機器の作動時間の確認

医療機器の消費電力計測し、電気がない状態で何時間使えるか把握しておきましょう。わからない場合は医療機器メーカーに確認してください。

在宅避難の場合、少なくとも1日、

できれば**3日間(72時間)**の備えが必要と言われます。

使用する機器	消費電力	停電時の作動時間等
人工呼吸器	W	内部バッテリー作動時間 [ ] 時間 + 外部バッテリー 1台あたりの持続時間 [ ] 時間 × [ ] 台 = 合計で [ ] 時間 使用可能
加温加湿器	W	
吸引器	W	バッテリー作動時間 [ ] 分 電源のいらない予備機(足踏み式など)[あり・なし]
酸素濃縮器	W	酸素流量 [ ] l/min/h × [ ] 時間 使用 バッテリー作動時間 [ ] 時間 酸素ボンベ [ ] l/min × [ ] 本 = [ ] 時間
経腸栄養ポンプ	W	バッテリー作動時間 [ ] 時間
カフアシスト	W	バッテリー作動時間 [ ] 時間
電動ベッド	W	手動ハンドル(あり・なし)
エアマット	W	停電しても空気が抜けないか
	W	
	W	
合計	W	

電池容量 [ ] Wh

÷ 医療機器の消費電力の合計 [ ] W  
=蓄電池の持続時間 [ ] 時間(h) × 0.7(変換効率(目安))  
=実際に使えると考えられる時間 [ ] 時間(h)

※残りの充電が[ ] %になつたら、外に避難する(充電に行く)

※蓄電池自体のフル充電にかかる時間約 [ ] 時間