

◇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			
かかりつけ医療専門病院			
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		https://www.bousai.pref.fukuoka.jp/	

※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効です。


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 <input type="checkbox"/> 経管栄養剤（1週間分） <input type="checkbox"/> 胃ろうチューブ <input type="checkbox"/> イリゲーター <input type="checkbox"/> 延長チューブ	<input type="checkbox"/>
③ 予備吸引器 <input type="checkbox"/> 手動・ <input type="checkbox"/> 携帯・ <input type="checkbox"/> 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"/>	<input type="checkbox"/> 延長コード  （3ピン式でスイッチなしのもの） <input type="checkbox"/> 着替え <input type="checkbox"/> 簡易保冷剤・簡易扇風機 <input type="checkbox"/> 付き添いの方に必要なもの <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
⑥ 衛生材料 <input type="checkbox"/> ガーゼ <input type="checkbox"/> 滅菌グローブ <input type="checkbox"/> 蒸留水 （2ℓ×約6本） <input type="checkbox"/> スプレー式 手指用消毒液	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> アルコール綿 <input type="checkbox"/> 消毒薬 <input type="checkbox"/> オムツ・お尻ふき （約5本） <input type="checkbox"/> 50mℓ注射器 （約5本）		

※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必要があります。

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・スリッパ・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(TPPV)・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 ・ 排尿 その他 排便	方 法：膀胱カテーテル留置 ・ 自己導尿 ・ 他 () 通常量： ml/日 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	年 月 日	記 入 日	年 月 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			バッテリー持続時間 (内部＋外部)		
ピ ー ク圧 (参 考 値)			在宅酸素療法		
装 着 時 間	24時間・夜間 その他： 時間	24時間・夜間 その他： 時間	酸 素 流 量	ml/分 時間	ml/分 時間
バッテリー持続時間 (内部＋外部)					

◇ 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 [] %/h×[] 時間使用 バッテリー作動時間 [] 時間 酸素ボンベ [] %×[] 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 [] %になったら、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