

在宅酸素療法者のための 災害時個別支援計画

フリガナ

氏 名

様

【心身の情報・支援が必要な理由】

障害者手帳等：身体（ ）級 療育（ ）等級 精神（ ）級

特定医療費（指定難病）受給者証 小児慢性特定疾病医療費受給者証

介護認定：要支援 ・ 要介護 （1・2・3・4・5）

そ の 他： 人工呼吸器が必要です。

酸素が必要です。

たんの吸引が必要です。

1人では動くことができません。

口から飲んだり、食べたりできません。

目が見えません。

耳が聞こえません。

会話ができません。

その他（ ）

作成日： 年 月 日

更新日： 年 月 日、 年 月 日、 年 月 日、 年 月 日

*災害対策基本法による個別避難計画としても使用することができます。

基本情報

| | | | |
|------|--|-----|--|
| フリガナ | | | |
| 氏名 | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他 |
| 住所 | | | |
| 連絡先 | | | |
| 世帯構成 | <input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 同居人あり | ペット | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |

災害への備えに関する情報

| 建物構造 | 造 階建ての 階 | | 災害の危険性 | 浸水・土砂・津波 |
|--|--|--|---------|----------|
| 避難場所 | 地震の場合① | | 地震の場合② | |
| | 風水害の場合① | | 風水害の場合② | |
| | 〈避難所・福祉避難所等、避難生活をおくる場所〉 | | | |
| 避難経路 | | | | |
| 地図を貼り付けるなどし、 <ul style="list-style-type: none"> ・避難場所と自宅のそれぞれの位置にマークをつけましょう ・避難場所までの道順を記載しましょう | | | | |
| 移動手段 | | | | |
| | | | | |

医療の情報

| | | | | |
|--------------------------------|---|--|--|---|
| 診断名 | | | | |
| 既往や合併症 | | | | |
| 今までの経過 | 発症 | 年 | 月 | |
| <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 | 人工呼吸器装着 | 年 | 月 | |
| | 機種名 | | <input type="checkbox"/> 気管切開で使用 <input type="checkbox"/> マスクで使用 | |
| | 装着時間 | <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> その他() | | |
| | 自発呼吸 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 離脱 | <input type="checkbox"/> 可能(分) <input type="checkbox"/> 不可 |
| | 業者名 | | 連絡先 | |
| <input type="checkbox"/> 酸素 | 装着時間 | <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> その他() | | |
| | 流量 | 安静時(ℓ/分) | 労作時(ℓ/分) | 就寝時(ℓ/分) |
| | 業者名 | | 連絡先 | |
| <input type="checkbox"/> 気管切開 | カニューレ製品名 | | サイズ | |
| | カフ | <input type="checkbox"/> 付き <input type="checkbox"/> なし | カフ圧/エア量 | ()ml |
| <input type="checkbox"/> 吸引 | 箇所 | <input type="checkbox"/> 気管内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 口腔内 | 回数 | ()回/日 |
| <input type="checkbox"/> 栄養・水分 | 摂取方法 | <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> その他() | | |
| | チューブ | <input type="checkbox"/> 種類() <input type="checkbox"/> サイズ()Fr | | |
| | 経腸栄養剤 | 製品名() | | |
| | 総カロリー | ()kcal | 水分量 | ()ml/日 |
| <input type="checkbox"/> 排泄 | 種別 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 膀胱・腎留置カテーテル()Fr <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> その他() | | |
| その他・特記事項 | ※人工呼吸器の設定に関する情報や人工呼吸器と回路接続の写真などを添付しましょう | | | |

停電への備え

1 作動時間

●酸素濃縮器

内部バッテリー あり なし

外部バッテリー あり なし

内部（本体）バッテリー作動時間

1本当たりの酸素ボンベの消費時間

合計

$$\underline{\quad\quad} \text{時間} + \left[\underline{\quad\quad} \text{時間} \times \underline{\quad\quad} \text{本} = \underline{\quad\quad} \text{時間} \right] = \underline{\quad\quad} \text{時間}$$

●酸素ボンベ

1本当たりの酸素ボンベの消費時間

 L/分で使用した場合、 時間

2 四国電力送配電による停電情報お知らせサービスへの登録 済 未

3 非常用電源設備のある施設 非常用電源設備のある施設の場所の確認
施設了解済み

停電が長引きそうな場合の対応

1 電源の確保（準備した方法で）

酸素濃縮器を酸素ボンベへ切り替える

2 入院

備えがあっても電力確保が難しい、病状が不安定という場合には入院が必要となる。
事前に災害時の緊急入院先を決め、すぐ連絡できるよう連絡先を書いておく。

医療機関名 ()
電話番号 ()

連絡リスト

①安否確認する機関・担当者

機関名 ()

担当者名 ()

②人工呼吸器使用者・家族との安否の確認方法



③市町村担当部署 (人工呼吸器・酸素使用者災害時支援窓口等)

④安否確認機関と市町村担当部署との連絡方法

安否確認を行うタイミング

【緊急時の連絡先】

| 続柄 | 氏名 (フリガナ) | 住所 | 連絡先 |
|----|-----------|----|-----|
| | | | |
| | | | |

【関係機関の連絡先】

| 計画共有者 (○を) | 区分 | 氏名 (フリガナ) | 所属・勤務先など | 連絡先 |
|---------------|---------|-----------|----------|-----|
| | かかりつけ医 | | | |
| | 専門医 | | | |
| | 訪問看護師 | | | |
| | ケアマネジャー | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

※区分には上記の他、民生委員や自主防災組織・社会福祉協議会等の避難支援等実施者や、相談支援専門員、医療的ケア児コーディネーター等の連絡先を入れることが想定されます。

【医療機器取扱業者の連絡先】

| 区分 | 担当者 | 所属 | 連絡先 |
|-------|-----|----|-----|
| 人工呼吸器 | | | |
| 酸素濃縮器 | | | |
| 吸引器 | | | |
| | | | |