《災害時対応ノート》

第１. 3版　2021年3月24日

年1回あるいは、対象者および家族に変化があった場合に

医療者とご家族が一緒に、指示変更の見直しをしましょう！

あなたの支援が必要です

私の名前は

です

|  |
| --- |
|[ ]  人工呼吸が必要です。 |
|[ ]  酸素が必要です。 |
|[ ]  たんの吸引が必要です。 |
|[ ]  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。 |



※『**「災害時対応ノート」作成のための 小児在宅医療的ケア児 災害時対応マニュアル**』と項目がリンクしています。**マニュアルを見ながら**ノートを完成しましょう。

もくじ

[１. 自宅付近で想定される災害状況を知る 3](#_Toc31877338)

[２. 避難場所・避難ルート・避難方法をきめておく 4](#_Toc31877339)

[３. 緊急時の連絡先を確認しておく 6](#_Toc31877340)

[４. 医療用具や衛生材料などを備蓄しておく 8](#_Toc31877341)

[５. 停電への対応を確認しておく 11](#_Toc31877342)

[６. たんの吸引が必要な医療的ケア児への備え 12](#_Toc31877343)

[７. 酸素療法が必要な医療的ケア児への備え 12](#_Toc31877344)

[８. 人工呼吸器を使用している医療的ケア児への備え 12](#_Toc31877345)

[９. 停電時の電源確保 13](#_Toc31877346)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 作成日 | /　　/ | 見直し⑧ | /　　/ |
| 見直し① | /　　/ | 見直し⑨ | /　　/ |
| 見直し② | /　　/ | 見直し⑩ | /　　/ |
| 見直し③ | /　　/ | 見直し⑪ | /　　/ |
| 見直し④ | /　　/ | 見直し⑫ | /　　/ |
| 見直し⑤ | /　　/ | 見直し⑬ | /　　/ |
| 見直し⑥ | /　　/ | 見直し⑭ | /　　/ |
| 見直し⑦ | /　　/ | 見直し⑮ | /　　/ |

# 自宅付近で想定される災害状況を知る

該当地域のハザードマップを参考に想定される災害状況を書き出してみましょう

**洪水**：危険・少し危険・危険無

**地震**

断層直下：有・無

津波危険：危険・少し危険・危険無

建物破損：危険・少し危険・危険無

**土砂災害：**危険・少し危険・危険無

**その他：**住居孤立の危険：危険・少し危険・危険無

# 避難場所・避難ルート・避難方法をきめておく

※地域の保健師等と相談し、記載してください。

1. 避難のタイミング　例）津波警報が出たら避難する
2. 避難方法　例）バギーに乗って自家用車で移動、車内で待機
3. 避難場所・避難ルート　例）家から○kmにある○○学校（指定避難所など）
※ 2パターンほど経路を考えてみましょう

例）ルート１

ルート２

○○学校

○○学校

公民館

家

斉藤

交番

家

避難場所やルートなど、ハザードマップを見ながらマッピングしましょう

# 緊急時の連絡先を確認しておく

※安否確認災害時伝言サービス・在宅医メーリングリスト・関係者LINEグループ・位置情報アプリなども確認しておきましょう

　家族・親戚

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 続柄 | 氏名 | 電話 | LINE-ID |
|  |  |  |  |
| e-mail： |
|  |  |  |  |
| e-mail： |
|  |  |  |  |
| e-mail： |
|  |  |  |  |
| e-mail： |
|  |  |  |  |
| e-mail： |
|  |  |  |  |
| e-mail： |
|  |  |  |  |
| e-mail： |

メモ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 施設名 | 氏名 | 電話 |
| かかりつけ医 |  |  |  |
| e-mail： |
| 病院医師 |  |  |  |
| e-mail： |
| 病院医師 |  |  |  |
| e-mail： |
| 訪問看護① |  |  |  |
| e-mail： |
| 訪問看護② |  |  |  |
| e-mail： |
| 訪問看護③ |  |  |  |
| e-mail： |
| （訪問）薬局 |  |  |  |
| （訪問）歯科 |  |  |  |
| 電気会社 |  |  |  |
| 人工呼吸器 |  |  |  |
| 在宅酸素 |  |  |  |
| 行政担当① |  |  |  |
| 行政担当② |  |  |  |
| 相談支援専門員 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　関係者

# 医療用具や衛生材料などを備蓄しておく

備蓄物品リスト

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ＜水・食糧＞ | 備蓄数・規格等 | 使用期限等 |
| ミネラルウォーター |  |  |
| ミルク |  |  |
| 経管栄養剤 |  |  |
|  |  |  |
| ＜医療材料＞ |  |  |
| 蘇生バッグ |  |  |
| 呼吸器回路一式 |  |  |
| 人工鼻 |  |  |
| 気管カニューレ |  |  |
| Ｙ字ガーゼ |  |  |
| 滅菌精製水 |  |  |
| 蒸留水 |  |  |
| 吸引チューブ | 口鼻腔用 |  |  |
| 気管カニューレ用 |  |  |
| 酸素ボンベ |  |  |
| 延長チューブ |  |  |
| 栄養チューブ |  |  |
| 胃瘻チューブ |  |  |
| イルリガ－トル |  |  |
| 注射器 |  |  |
|  |  |  |
| ＜その他＞ |  |  |
| おむつ |  |  |
| おしり拭き |  |  |
| アルコール綿 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

くすり　※医療者と必ず確認しましょう。

＜処方箋＞　↓画像（写真など）を添付↓

＜薬品名＞　↓画像（写真など）を添付↓

詳細コメント（※医療者にて記載）

各種指示書　※主治医と相談し、記載　例）訪問看護ステーション指示書

↓画像（写真など）を添付↓

# 停電への対応を確認しておく

停電時の対応

* ブレーカーの確認
* 電力会社へ連絡

＜伝える内容＞

1. 停電していること
2. 人工呼吸器・在宅酸素を使用していること
3. お客さま番号（12桁）
4. 住所
5. 氏名

※『電気使用量のお知らせ』を添付しておくと便利です

電力会社連絡先：

# たんの吸引が必要な医療的ケア児への備え

たん吸引器 内部バッテリー持続時間（　　　　　時間 ）

 （連続使用した場合）

# 酸素療法が必要な医療的ケア児への備え

酸素濃縮器 内部バッテリー 有（　　　　時間 ）　・　　無

 外部バッテリー 有（　　　　時間 ）　・　　無

　＊携帯用酸素ボンベ（　　　　L/分）の使用で、1本（　　　　　時間）

# 人工呼吸器を使用している医療的ケア児への備え

人工呼吸器 内部バッテリー 有（　　　　時間 ）　・　　無

 外部バッテリー 有（　　　　時間 ）　・　　無

＜人工呼吸器の設定＞　↓画像（写真など）を添付↓

＜人工呼吸器と回路接続＞　↓画像（写真など）を添付↓

# 停電時の電源確保

**<電源の確保＞**

**自動車：**

┗ シガーライターソケット ━ インバーター ━ 延長コード（屋内使用時）━ 医療器具

**蓄電池（自動車用バッテリーなど）**

┗ ケーブル ━ インバーター ━ 延長コード（屋内使用時）━ 医療器具

 自動車用バッテリー① （購入年月日：　　　年　　月　　日）：（　　　時間）

 自動車用バッテリー② （購入年月日：　　　年　　月　　日）：（　　　時間）

 （　　　　　　　　　） （購入年月日：　　　年　　月　　日）：（　　　時間）

**接続方法など**

**ＵPS：無停電電源装置**

**接続方法など**

 持続時間（　　　　　　分・　　時間）

**自家発電機：エンジンオイル交換時期（　　　　年　　　月）**

**燃料　　カセットボンベ**

**ガソリン（　　自動車・　　携行缶：次回更新　　　　年　　月）**

**接続方法**

**各種アルカリ電池**

　　乾電池式充電器（携帯電話・スマートフォン用）

　　手回し充電器

　　ソーラー式充電器

**その他**

情報提供書（医師・看護師等、医療者記載用）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 |  | 身長 | cm |
| 名　前 |  | 体重 | Kg |
| 住　所 | 〒　　　－ |
| 診断名 |  |
| 健康保険証番号 | 小児慢性特定疾患受給者番号 |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医／訪問 | 医療機関名 |  | 医師名 |  |
| 所在地 | 〒　　　－ |
| 主治医／病院 | 医療機関名 |  | 医師名 |  |
| 所在地 | 〒　　　－ |

|  |
| --- |
| 使用している医療機器 |
| 人工呼吸器 | 人工呼吸器 | 侵襲　・　　　非侵襲 |
| 自発呼吸 | 　有 ・　 無 | 酸素 | 有（　　　リットル/分） ・ 　無 |
| 呼吸器機種 | 　　Trilogy・　MONNAL・　Puritan Bennett560・　ViVO50/60　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 設定換気モード |  | 設定換気回数 | Bpm |
| 安定時1分換気量 | ml | 分時換気量下限 | l/min |
| Ｉ：Ｅ比 | ： | 安定時リーク量 | ml |
| PIP/PEEP |  hpa / hpa | 平均気道内圧 | hpa |
| 気管カニューレ | 製品名 |  |
| サイズ | 外径　　 mm / 内径　 mm | 長さ | mm  | カフ圧 | ml |
| 備考 |  |
| 栄養 | 接種方法 | 　　経口 ・ 　経鼻 ・ 　胃瘻 ・ 　腸瘻 ・ 　ＩＶＨ |
| 種類（商品名） |  | 画像貼付け |
| 摂取量 | 1日　　　　　　　回 |
| １回量　　　　　　ml |
| 1日　　　　　　　ml |
| 水分補給 |  |
| アレルギー食 | 　　　有（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　　無 |
| 備考 |  |
| 投薬内容 | 薬品名 | P.9参照 | 処方箋 | P.9参照 |
| 備考 | *※投薬時の留意点（詰まりやすい）等* |
| 排泄 | 自尿 | 　　オムツ ・ 　バルーンカテーテル　　　Fr. | 導尿 | 回/日 |
| 備考 |  |
| 移動 | 　　自立 ・ 　　部分介助 ・ 　　全介助 ・　　 その他（　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |  |
| 意思の伝達 | 　　会話 ・ 　　筆談 ・ 　　文字盤 ・　　 意思伝達装置 |
| 備考 |  |
| 禁忌薬剤 |  |
| 特記事項 |  |

付録）避難行動要支援者個別支援計画チェックリスト

＊個別支援計画作成会議等にてご利用ください

実施年月日　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 確認 | 備考 |
| 自宅付近で想定される災害状況 |  |  |
| 医療用具・衛生材料の予備 |  |  |
| 療養している部屋の安全対策 |  |  |
| 停電対策 |  |  |
| 家族以外の支援者の確保 |  |  |
| 避難場所・避難所の確認 |  |  |
| 移動手段の確認 |  |  |
| 治療状況・医療ケアの実施状況 |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 続柄・所属 | 氏名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 版数 | 発行日 | 改定内容 |
| 第１版 | 2018年7月1日 | 初版発行 |
| 第１.１版 | 2019年3月9日 | 部分改訂 |
| 第１.2版 | 2020年2月10日 | 部分改訂 |
| 第1.3番 | 2021年3月24日 | 部分改訂 |