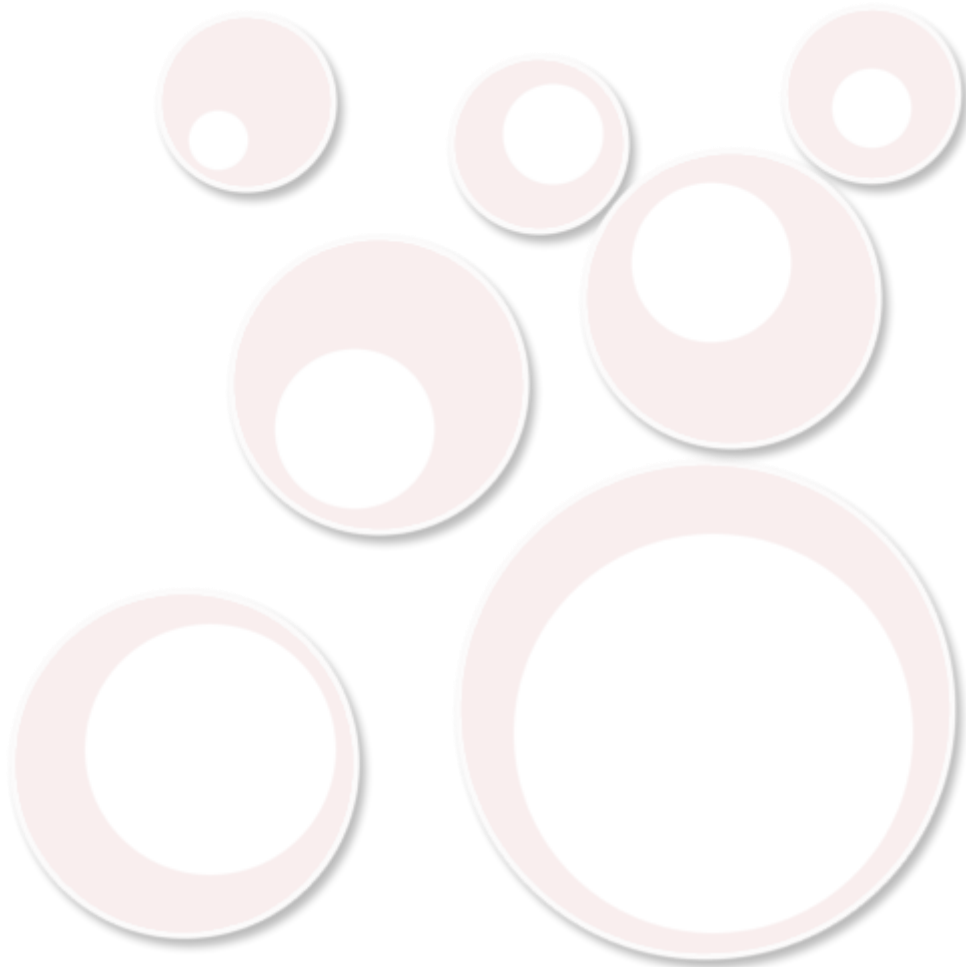


徳島県看護協会

災害対策マニュアル



# 災害対策マニュアル

災害への対策として、まず事前にさまざまな準備をしておくことが挙げられます。  
ここに、災害への事前対策として確認しておくよい項目をまとめました。  
いざという時の備えを万全にしておくために、ぜひご活用ください。

|          |                                |    |
|----------|--------------------------------|----|
| <b>1</b> | <b>施設・設備の点検</b>                |    |
|          | 表 1 平時の施設・設備点検表 .....          | 1  |
|          | 表 2 災害発生時の被災状況確認表 .....        | 2  |
| <b>2</b> | <b>備蓄品の点検</b>                  |    |
|          | 表 3 非常用品点検表 .....              | 3  |
|          | 表 4 看護用品点検表 .....              | 4  |
|          | 平時訪問時かばん内物品 .....              | 4  |
|          | 平時訪問時車搭載物品 .....               | 4  |
| <b>3</b> | <b>災害時連絡表</b>                  |    |
|          | 表 5 災害時連絡表 .....               | 5  |
| <b>4</b> | <b>スタッフ間の連絡・報告</b>             |    |
|          | 表 6 ステーション内連絡表 .....           | 6  |
|          | 表 7 災害伝言ダイヤル .....             | 7  |
| <b>5</b> | <b>指揮命令系統</b>                  |    |
|          | 表 8 災害発生時指揮・分担表 .....          | 8  |
| <b>6</b> | <b>表 9 スタッフへの防災教育・訓練</b> ..... | 9  |
|          | 表 10 利用者安否確認票 .....            | 10 |
|          | 表 11 利用者連絡先リスト .....           | 11 |
| <b>7</b> | <b>利用者への防災教育・訓練</b>            |    |
|          | 表 12 利用者が行う防災対策 .....          | 12 |
|          | 表 13 非常持ち出し物品 .....            | 13 |
|          | ◆ 特別な医療を受けている方                 |    |
|          | 表 14 人工呼吸器 .....               | 14 |
|          | 表 15 在宅酸素療法 .....              | 15 |
|          | 表 16 人工血液透析・腹膜透析 .....         | 16 |
|          | 表 17 インスリン療法 .....             | 17 |
|          | ◆ 利用者用「災害(緊急)支援手帳」の作成          |    |
|          | 災害支援手帳 .....                   | 18 |
|          | 人工呼吸器 .....                    | 19 |
|          | 在宅酸素療法 .....                   | 20 |
|          | 透析 .....                       | 21 |

## 施設・設備定期点検表(平時)

確認日： 年 月 日

| 設備・備品   | ライフライン   | 通信・情報  |                          |
|---|--|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 消火設備<br>消火器・消火用バケツ<br>スプリンクラー                      | <input type="checkbox"/> 飲料水<br>1日1人3リットル                  | <input type="checkbox"/> 電話<br>携帯電話(スマートフォン含)              |                          |
| <input type="checkbox"/> 警報設備<br>火災・ガス漏れ・漏電                                 | <input type="checkbox"/> 生活用水<br>水のくみ置き・保水用具(タンク、バケツ、ホース等) | <input type="checkbox"/> FAX                               |                          |
| <input type="checkbox"/> 避難設備<br>非常口・防火扉<br>避難経路の確保                         | <input type="checkbox"/> 電気<br>懐中電灯・電池・ランタン                | <input type="checkbox"/> ラジオ・テレビ<br>携帯ラジオ・カーラジオ<br>携帯テレビ   |                          |
| <input type="checkbox"/> 耐震装置<br>冷暖房機・ボイラー<br>エレベーター                        | <input type="checkbox"/> ガス<br>カセットコンロ<br>カセットボンベ          | <input type="checkbox"/> パソコン<br>データーバックアップ(毎日)<br>サーバーの固定 |                          |
| <input type="checkbox"/> 転倒や落下防止策<br>物品の固定方法<br>扉の留め金<br>収納方法<br>(重量物の下部保管) | <th style="background-color: #ffff00;">移動手段</th>           | 移動手段   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 可燃物の取り扱い<br>消毒薬・カセットボンベ                            | <input type="checkbox"/> 車両・バイク<br>燃料の補充                   | <input type="checkbox"/>                                   |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> 自転車<br>電動自転車(含)バッテリー              | <input type="checkbox"/>                                   |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> 地図<br>避難所・利用者宅                    | <input type="checkbox"/>                                   |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> その他<br>靴・長靴・リュックサック               | <input type="checkbox"/>                                   |                          |
| <input type="checkbox"/>  |  | <input type="checkbox"/>                                   |                          |

※防火設備が正常作動するように定期点検をすること

※災害時にステーションに入れない場合のために、乗り物のスペアキーの保管場所を決めておく

※平時よりガソリンの補充をしておく

※携帯電話の充電器を常備しておく

## 被災状況確認表(発生時)

確認日： 年 月 日

## ライフライン

## 電気

- 停電
- 照明器具の破損
- ブレーカー

## ガス

- 漏れ  
火気厳禁・換気
- 元栓閉め
- 
- 

## 水道

- 断水
- 水道管の破損
- 濁り
- 水漏れ
- 排水
- 天井漏れ
- 床漏れ

## 設備・備品

- 天井
- 床
- 壁
- 窓ガラス
- 出入り口
- 書庫等の備品
- 
- 

## 通信・情報

- 電話  
携帯電話(スマートフォン含)
- FAX
- ラジオ・テレビ  
携帯ラジオ・カーラジオ  
携帯テレビ
- パソコン  
インターネット通信・サーバー  
データバックアップ
- 

## 移動手段

- 道路情報・利用者情報
- 車両・バイク
- 自転車  
電動自転車(含)バッテリー
- 公共交通機関
- 地図
- その他  
靴・長靴・リュックサック

※点検時は漏電や倒壊に注意すること

## 備蓄品(非常用品)

確認日： 年 月 日

### 設備・備品

- 非常食(3日分)
- 飲料水(3日分)
- 調味料(塩等)
- 段ボール・新聞紙
- 
- 

### 照明・燃料

- 大型懐中電灯
- ランタン
- 乾電池(各種)
- ライター・マッチ・ろうそく
- 
- 

### 通信・情報

- 住宅地図
- 携帯ラジオ
- 
- 
- 
- 

### 生活用品

- ヘルメット
- 軍手・ゴム手袋
- マスク
- 雨具
- ポリ袋
- 洗濯バサミ
- ロープ
- 使い捨てカイロ
- 上着・下着
- 毛布
- 寝袋
- タオル
- 

### 医療・衛生用品

- 三角巾
- ガーゼ
- 包帯
- ハサミ
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

※備蓄品については、有効期限や使用期限の確認をすること

## 備蓄品点検(看護用品)

確認日： 年 月 日

| 設備・備品  | 医療・衛生用品   | 生活用品  |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 非常食(乾パンなど)<br><input type="checkbox"/> 飲料水<br><input type="checkbox"/> 栄養補助剤<br><input type="checkbox"/> 調味料(塩等)<br><input type="checkbox"/> 高カロリー食品<br><input type="checkbox"/> 電解質補助食<br><input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> ガーゼ(滅菌・未滅菌)<br><input type="checkbox"/> 絆創膏・カットバン<br><input type="checkbox"/> 包帯_____<br><input type="checkbox"/> 三角巾<br><input type="checkbox"/> 綿棒<br><input type="checkbox"/> 綿花・アルコール綿花<br><input type="checkbox"/> 消毒薬・アルコール<br><input type="checkbox"/> 褥瘡被覆材<br><input type="checkbox"/> ゴム手袋<br><input type="checkbox"/> ハサミ<br><input type="checkbox"/> 浣腸液<br><input type="checkbox"/> 蒸留水・精製水<br><input type="checkbox"/> ワセリン<br><input type="checkbox"/> 湿布薬<br><input type="checkbox"/> うがい薬<br><input type="checkbox"/> 生理食塩水<br><input type="checkbox"/> ピンセット<br><input type="checkbox"/> シリンジ<br><input type="checkbox"/> 点滴セット・採血用品<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 紙おむつ<br><input type="checkbox"/> 生理用品<br><input type="checkbox"/> マスク<br><input type="checkbox"/> タオル<br><input type="checkbox"/> ペーパータオル<br><input type="checkbox"/> ウエットティッシュ<br><input type="checkbox"/> ティッシュ<br><input type="checkbox"/> 使い捨てカイロ<br><input type="checkbox"/> トイレットペーパー<br><input type="checkbox"/> 毛布<br><input type="checkbox"/> サランラップ<br><input type="checkbox"/> 割り箸<br><input type="checkbox"/> ヘルメット<br><input type="checkbox"/> 新聞紙<br><input type="checkbox"/> 笛<br><input type="checkbox"/> ペットボトル(空)<br><input type="checkbox"/> ドライシャンプー<br><input type="checkbox"/> 清拭剤<br><input type="checkbox"/> 石けん<br><input type="checkbox"/> バケツ |
| 医療機器   |   |   |
| <input type="checkbox"/> 血圧計<br><input type="checkbox"/> 聴診器<br><input type="checkbox"/> 体温計<br><input type="checkbox"/> 吸引器(手動・シリンジ)<br>カテーテル・紙コップ<br><input type="checkbox"/> ストップウォッチ<br><input type="checkbox"/> パルスオキシメーター<br><input type="checkbox"/> ペンライト<br><input type="checkbox"/> 50音版<br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |   |   |

※必要な医薬品等の支給は行政に依頼する

※災害発生時の訪問持参品については上記よりピックアップして準備しておく(下線参照)

※必要品は訪問車にも乗せておく

※災害発生時の移動手段として自転車などの乗り物を準備・確保しておく

## 平時訪問時かばん内物品（医療材料等）





## 平時訪問時車搭載物品（生活・衛生用品等）





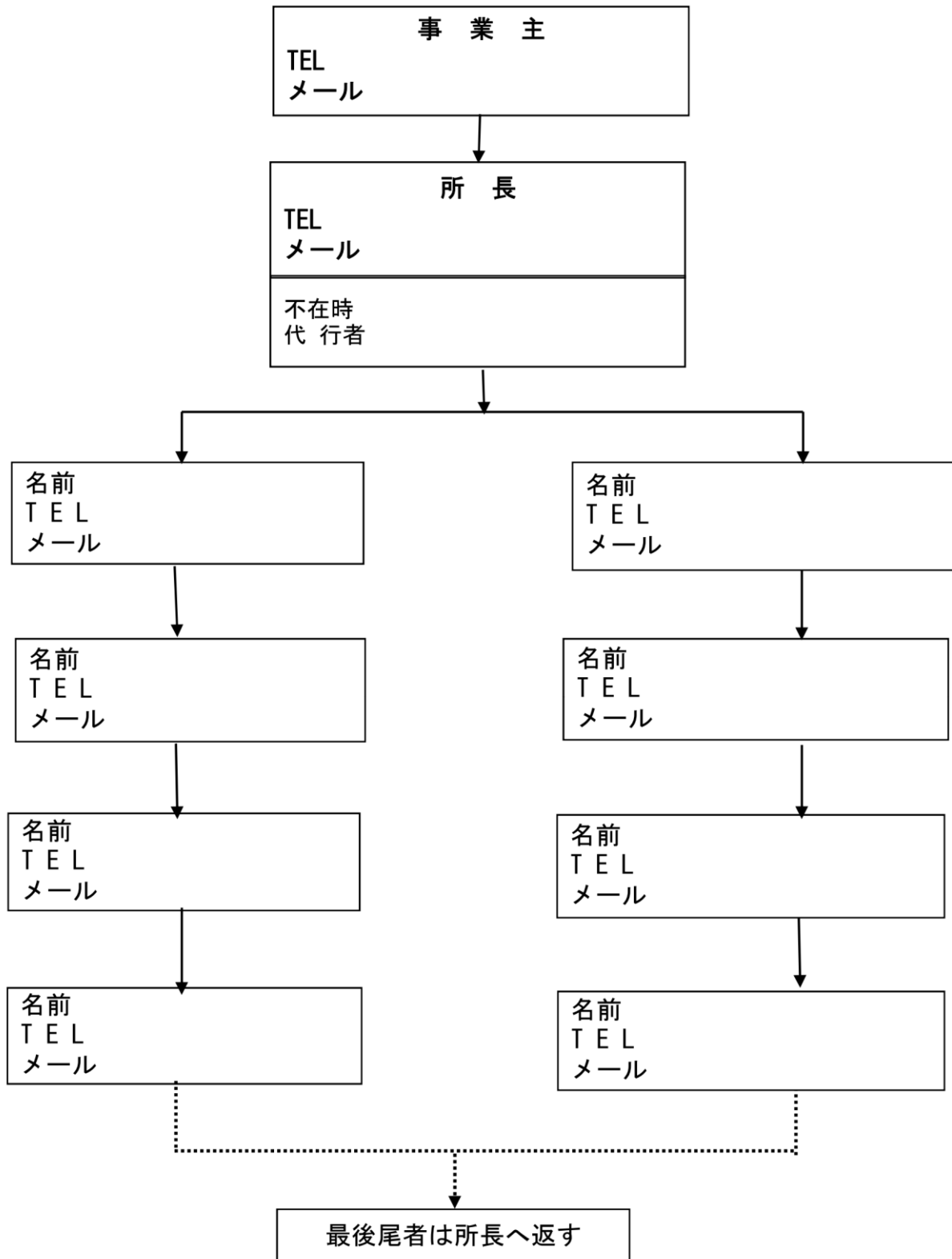
## 災害時連絡表

確認日： 年 月 日

| 連絡先          | 電話番号 | 備考     |
|--------------|------|--------|
| 消防署・救急車      | 119  |        |
| 警察署          | 110  |        |
| すだちくんメール     |      | 事前登録必要 |
| 災害伝言ダイヤル     | 171  |        |
| 市町村役場        |      |        |
| 災害拠点病院       |      |        |
| 地域医師会        |      |        |
| 保健所          |      |        |
| ガス会社         |      |        |
| 電力会社         |      |        |
| 水道局          |      |        |
| 電話局          |      |        |
| 地域包括支援センター   |      |        |
|              |      |        |
|              |      |        |
| 居宅介護支援事業所    |      |        |
|              |      |        |
|              |      |        |
| 近隣訪問看護ステーション |      |        |
|              |      |        |
| 医療機器会社       |      |        |
|              |      |        |

※利用者用緊急時連絡表作成の際は、家族や親類等の連絡先を追加する。

## ステーション内連絡網



※すだちくんメールの活用

※緊急時にも対応できるように、定期的に連絡訓練を行う

※マップを作成し利用者・SFの自宅を明示することも有用

※徒歩や自転車などで通勤が可能なスタッフを把握しておく

※スタッフ間で安否をステーションに伝える取り決めをしておく

## 災害用伝言ダイヤル「171」とは

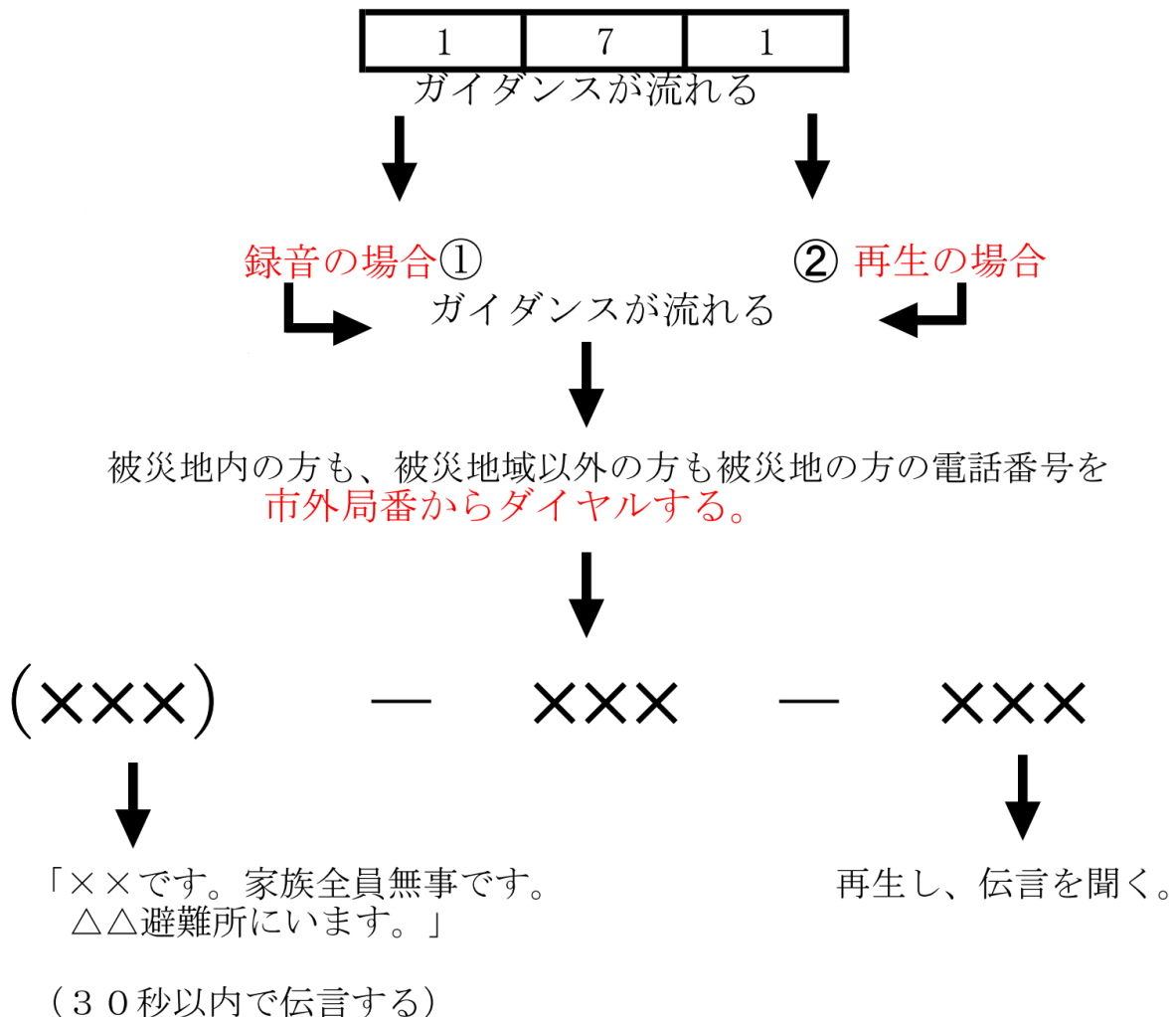
震度6弱以上の地震発生時、及び地震・噴火等の発生により、被災地へ向かう安否確認のための通話等が増加し、被災地へ向けての通話がつながりにくい状況になった場合NTTがサービスを開始する。

災害用伝言ダイヤルの伝言登録、再生の利用可能な電話は、一般電話、公衆電話INSネット64・1500、メンバーズネット（オフネット通信利用時のみ）災害時にNTTが避難場所などに設置する特設公衆電話から利用ができる。また、携帯電話・PHSからも利用できる。

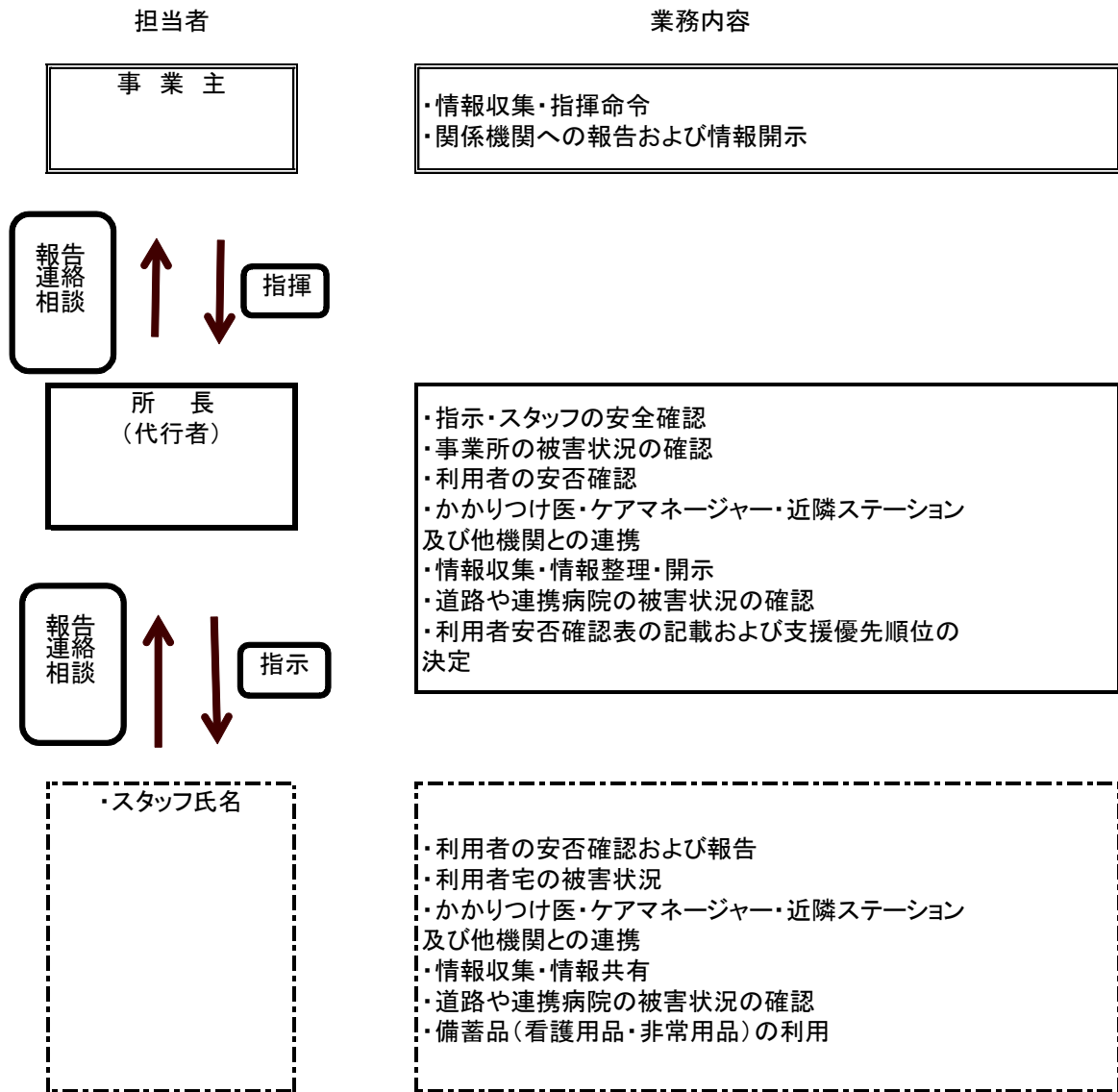
※一部の携帯電話・PHSからは利用できない場合があります。  
詳しくはNTTまで。

### 災害用伝言ダイヤル

家庭間で連絡がとれない場合にNTTの災害用伝言ダイヤル「171」を利用し伝言を録音し、ご家族、知人間などの連絡にご利用ください。



### 災害発生時指揮・役割分担表



**注意事項**

- ・身分証明書を携帯する
- ・管理者の指示に従い、役割分担し、行動する
- ・周辺環境の安全情報を得てから行動する
- ・連絡・報告は密に行う
- ・災害直後はヘルメットを装着し厚底の靴を履く

※ 災害時において、情報が正確に伝達されるよう指揮システムを決めておく。ただし、指揮命令者が活動不能の場合を考え、代行の指揮命令者を決めておく

※ 災害発生時における看護師各自の行動を記載したアクションカードの作成も有効である。

## スタッフへの防災教育・訓練

確認日： 年 月 日

### 情報収集・発信訓練

- 利用者の安否確認
- スタッフの安否確認
- 外部との連絡方法の確認
- 通信機器の確認

### 防火訓練

- 消火訓練
- 防火設備の点検

### 備蓄用品の確認

- 非常用品の点検
- 訪問看護用品の点検

### 避難訓練

- 避難経路
- 避難方法
- 連絡先
- 連絡方法

### 設備・機器の点検

- 転倒落下防止策
- ライフラインの点検

### 利用者へのケア提供

- ライフライン途絶時のケア提供
- 訪問時持参品の確認

### 外部機関との連携

- 連携内容の確認
- 連絡方法の確認

※毎年1回は確認すること

※災害体験や救命体験は「徳島県防災センター」「徳島県南部防災館」で実施可能

※避難時にはメモを貼り付けるなど居場所を知らせる取り決めをしておく

利用者安否確認表

作成日 年 月 日

| 優先度 | 氏名 | 安否確認 |    | 避難場所 | 備考 | 優先度 | 氏名 | 安否確認 |    | 避難場所 | 備考 |
|-----|----|------|----|------|----|-----|----|------|----|------|----|
|     |    | 確認日  | 状況 |      |    |     |    | 確認日  | 状況 |      |    |
|     |    |      |    |      |    |     |    |      |    |      |    |
|     |    |      |    |      |    |     |    |      |    |      |    |
|     |    |      |    |      |    |     |    |      |    |      |    |
|     |    |      |    |      |    |     |    |      |    |      |    |
|     |    |      |    |      |    |     |    |      |    |      |    |
|     |    |      |    |      |    |     |    |      |    |      |    |
|     |    |      |    |      |    |     |    |      |    |      |    |
|     |    |      |    |      |    |     |    |      |    |      |    |
|     |    |      |    |      |    |     |    |      |    |      |    |
|     |    |      |    |      |    |     |    |      |    |      |    |
|     |    |      |    |      |    |     |    |      |    |      |    |
|     |    |      |    |      |    |     |    |      |    |      |    |
|     |    |      |    |      |    |     |    |      |    |      |    |
|     |    |      |    |      |    |     |    |      |    |      |    |
|     |    |      |    |      |    |     |    |      |    |      |    |
|     |    |      |    |      |    |     |    |      |    |      |    |
|     |    |      |    |      |    |     |    |      |    |      |    |
|     |    |      |    |      |    |     |    |      |    |      |    |

- ※利用者の連絡先は3件以上を確認しておく(利用者連絡先リスト・支援手帳に記載項目あり)
- ※安否確認表の内容は更新する
- ※利用者の重症度、緊急度の高い状態が一目で把握できるように優先度をつけておく  
また、被災状況や処置の必要性などから検討し、訪問すべき優先度の高い人から訪問する
- ※データ—のバックアップの整備や紙に打ち出して保管することも有効
- ※利用者宅及び地域の非難所を分かりやすく示した地域全域の地図を作成し活用する
- ※個人情報の取り扱いは慎重に行う



表11

## 利用者連絡先リスト

作成日

年 月 日

| 名前                | Aさん | Bさん | Cさん | Dさん |
|-------------------|-----|-----|-----|-----|
| 住所                |     |     |     |     |
| 生年月日              |     |     |     |     |
| 傷病名               |     |     |     |     |
| 血液型・感染症           |     |     |     |     |
| アレルギー・禁忌薬         |     |     |     |     |
| 特別なケア             |     |     |     |     |
| 特別な医療<br>(人工呼吸器等) |     |     |     |     |
| 緊急連絡先(自宅・携帯)      |     |     |     |     |
| 家族・親戚等①           |     |     |     |     |
|                   |     |     |     |     |
|                   |     |     |     |     |
| 家族・親戚等②           |     |     |     |     |
|                   |     |     |     |     |
|                   |     |     |     |     |
| 家族・親戚等③           |     |     |     |     |
|                   |     |     |     |     |
|                   |     |     |     |     |
| 訪問看護担当者           |     |     |     |     |
|                   |     |     |     |     |
| 主治医               |     |     |     |     |
|                   |     |     |     |     |
| ケアマネジャー           |     |     |     |     |
|                   |     |     |     |     |
| 避難場所              |     |     |     |     |
|                   |     |     |     |     |
| 他のサービスの利用状況       |     |     |     |     |
|                   |     |     |     |     |
|                   |     |     |     |     |

\*災害時には利用者が避難所や親戚宅に避難することがあるため、被災していない遠方の親戚等の連絡先も確認しておく

## 利用者が行う防災対策

確認日： 年 月 日

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p><b>家屋・居住環境</b></p> <p><input type="checkbox"/> 家具・機器の固定</p> <p><input type="checkbox"/> ベッドの利用(高床)</p> <p><input type="checkbox"/> 窓ガラス飛散防止<br/>(フィルムの貼用・カーテン)</p> <p><input type="checkbox"/> 崖崩れ</p> <p><input type="checkbox"/> 浸水      <input type="checkbox"/> 津波</p> <p><input type="checkbox"/> 液状化現象</p> <p><input type="checkbox"/> 家屋倒壊(耐震診断)</p> | <p><b>地震発生時</b></p> <p><input type="checkbox"/> 身を守る<br/>机やベッドの下に身を隠し<br/>寝ているときは布団や枕で<br/>頭を守る</p> <p><input type="checkbox"/> 火災防止<br/>ガスを止め、元栓閉める<br/>消火器の置き場</p> <p><input type="checkbox"/> 停電<br/>電気器具をコンセント<br/>から抜く<br/>避難時はブレーカーを切る</p> | <p><b>避難</b></p> <p><input type="checkbox"/> 避難口の整理</p> <p><input type="checkbox"/> 地域の避難場所<br/>あれば福祉避難所も</p> <p><input type="checkbox"/> 靴の準備</p> <p><input type="checkbox"/> 非常持出品の置場所</p> <p><input type="checkbox"/> 避難訓練</p>   |
| <p><b>セルフケア</b></p> <p><input type="checkbox"/> 器具管理<br/>緊急時の対処方法<br/>入院入所施設<br/>予備の医療材料</p> <p><input type="checkbox"/> 電源確保</p> <p><input type="checkbox"/> 緊急支援手帳作成</p> <p><input type="checkbox"/> 緊急連絡先</p>   | <p><b>協力体制</b></p> <p><input type="checkbox"/> 近隣住民との関わり<br/>民生委員や町内会</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者の確保<br/>家族・親類・ヘルパー等</p> <p><input type="checkbox"/> 地域での避難訓練や<br/>防災体験</p>  | <p><b>その他</b></p> <p><input type="checkbox"/> NTT災害伝言ダイヤル<br/>の使用方法</p> <p><input type="checkbox"/> スダチくんメールの登録</p> <p><input type="checkbox"/> 水分確保(3日分)<br/>1人1日3リットル<br/>3日で9リットル</p> <p><input type="checkbox"/> 非常持ち出し物品</p> <p><input type="checkbox"/> 生活用品<br/>給水用ポリタンク、カセットコンロ、<br/>ティッシュペーパー、ウェットティッ<br/>シュ、ラップ、紙皿、紙コップ、割り<br/>箸、ドライシャンプー、ビニール袋、<br/>ロープ、長靴</p> |

※毎年1回は確認すること

※備蓄品は災害時に取りに行けるよう、倉庫や車のトランクなどに分けて備蓄しておくとう便利である

※災害体験や救命体験は「徳島県防災センター」「徳島県南部防災館」で実施可能

## 非常持ち出し物品

確認日： 年 月 日

| 貴重品類   | 避難用具   | 生活用具  |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 現金10円玉<br>(公衆電話用)<br><input type="checkbox"/> 貯金通帳<br><input type="checkbox"/> 印鑑<br><input type="checkbox"/> 免許証<br><br>通帳、カード、健康保険証、運転免許証、特定疾患医療受給者証などは、コピーを用意すると良い | <input type="checkbox"/> 懐中電灯・ランタン<br><input type="checkbox"/> 携帯電話<br>スマートフォン<br><input type="checkbox"/> 携帯ラジオ<br><input type="checkbox"/> 予備の乾電池<br><input type="checkbox"/> ヘルメット・防空ずきん<br><input type="checkbox"/> 笛<br><br>懐中電灯はできれば1人に1つ用意を<br>避難時は靴を履く | <input type="checkbox"/> 厚手の手袋<br><input type="checkbox"/> オムツ・ティッシュ<br><input type="checkbox"/> 缶切り<br><input type="checkbox"/> ライター・マッチ<br><input type="checkbox"/> ナイフ<br><input type="checkbox"/> 携帯用トイレ<br><input type="checkbox"/> 携帯用カイロ<br><br>赤ちゃんや高齢者、障害者がある場合は考慮する |
| 救急用具   | 非常食品   | 衣料品   |
| <input type="checkbox"/> 救急箱<br>(絆創膏・消毒薬等)<br><input type="checkbox"/> 常用薬<br>処方箋のコピー<br><input type="checkbox"/> 胃腸薬・便秘薬<br>頓用薬<br><br>ビタミン剤など日ごろ使っているサプリメントなどもあると良い                          | <input type="checkbox"/> 乾パン<br><input type="checkbox"/> 缶詰<br><input type="checkbox"/> 栄養補助食品<br><input type="checkbox"/> あめ・チョコレート<br><input type="checkbox"/> 飲料水<br><br>最低3日分は用意すること<br>そのままで食べられるものが便利  | <input type="checkbox"/> 下着・靴下<br><input type="checkbox"/> 長袖・長ズボン<br><input type="checkbox"/> 防寒用ジャケット<br><input type="checkbox"/> 雨具<br><input type="checkbox"/> 毛布<br><input type="checkbox"/> タオル<br><br>衣類は動きやすいものを<br>セーターなどの防寒具も寒い季節には役立つ                              |

※非常持ち出し袋に入れ、玄関など持ち出しやすい場所に置いておく

※非常持ち出し袋は、リュックなど背負えるものを準備する

## 特別な医療を受けている方 (人工呼吸器を使用している方)

確認日： 年 月 日

### 日頃からの備え

| 医療機器・医療用品  | 停電対策  | 人的資源   |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 呼吸器回路<br><input type="checkbox"/> バックバルブマスク<br><input type="checkbox"/> 吸引器<br>(充電式・手動式・シリンジ)<br><input type="checkbox"/> 加湿器(人工鼻)<br><input type="checkbox"/> 医療器具<br>カテーテル・精製水<br>ゴム手袋・衛生材料 | <input type="checkbox"/> 発電機・バッテリー準備<br><input type="checkbox"/> 呼吸ケアの協力体制<br>人手の確保<br><input type="checkbox"/> 医療機器業者<br>連絡方法の確認<br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 避難のために<br>人手の確保<br><input type="checkbox"/> 要援護者の登録<br><input type="checkbox"/> コミュニケーション<br>文字版の練習と援助者<br>の確保<br><input type="checkbox"/> 停電時の対応の周知<br>(連絡体制・機器扱い) |

### 災害発生時の対応

| 医療機器・医療用品  | 人的資源 |
|--|------|
| <input type="checkbox"/> 身体状態の確認<br><input type="checkbox"/> 呼吸器作動の確認<br>供給ルートへの破損の確認<br>呼吸器が故障の場合バックバルブマスクによる人工呼吸を実施し<br>近隣者に呼びかけ病院に搬送する<br><input type="checkbox"/> 人工鼻・吸引器・加湿を必要時使用<br><input type="checkbox"/> 消防署・医療機関・訪問看護ステーション等に連絡<br><input type="checkbox"/> |      |

※人工呼吸器の内蔵バッテリーの有無と持続時間、作動の確認を定期的実施すること

※人工呼吸器の外部バッテリーの準備と事前の充電

※発電機は基本呼吸器には使用不可、周辺機器やバッテリーの充電用に。メンテナンスや作動確認を。

表15

## 特別な医療を受けている方 (在宅酸素療法をしている方)

年 月 日

### 日頃からの備え

| 医療機器・医療用品  | 停電対策 | 人的資源 |
|--|------|------|
| <input type="checkbox"/> 予備物品の確保<br>酸素ボンベ(予備を1本用意)、延長チューブ、蒸留水、カニューレ、乾電池等の予備  |      |      |
| <input type="checkbox"/> 予備物品は、見つけやすい場所に保管   |      |      |
| <input type="checkbox"/> 携帯用酸素ポンベの確認 <ul style="list-style-type: none"> <li>・すぐ使用できるように準備し、切り替えの訓練しておく</li> <li>・普段から火気に注意し、災害時には火気を切り、携帯用酸素への切り替えがすぐに行けるように訓練しておく</li> <li>・現在の流量で何時間使用できるか携帯酸素ポンベの使用可能時間を把握する</li> <li>・パニックになると酸素使用量が増えるので、できるだけ落ち着いて腹式呼吸を行って行動する訓練しておく</li> <li>・普段から、本人・家族だけでなく他の家族、親戚等が在宅酸素療法に熟練しておく</li> <li>・業者の連絡先を目立つ場所に掲示し、「災害支援手帳」等にも記載しておく</li> </ul> |      |      |

### 災害発生時の対応

| 医療機器・医療用品  | 人的資源 |
|--|------|
| <input type="checkbox"/> 利用者の身体状態の確認<br>低酸素状態の確認(呼吸・意識など)          |      |
| <input type="checkbox"/> 機器作動の確認<br>酸素供給器が使用できないときは、携帯用酸素ポンベへ切り替える |      |
| <input type="checkbox"/> 利用者の身体の安全を確保<br>近隣支援者に協力を依頼し、可能な限り避難所へ避難  |      |
| <input type="checkbox"/> 提供機器業者や医療機関、訪問看護ステーションへ至急連絡               |      |

表16

## 特別な医療を受けている方 (人工血液透析・腹膜透析を受けている方)

年 月 日

### 日頃からの備え

| 医療機器・医療用品   | 停電対策 | 人的資源 |
|---|------|------|
| <input type="checkbox"/> 自己の透析内容、内服薬等について理解し「災害支援手帳」への記載と携帯       |      |      |
| <input type="checkbox"/> 現在通院中の透析施設が透析不能になった場合に備え、自宅に近い他の透析施設の把握  |      |      |
| <input type="checkbox"/> 家族で災害時の対応について話し合っておく                     |      |      |
| <input type="checkbox"/> 通院している透析施設に自宅で被災した場合の避難場所と連絡方法を伝えておく     |      |      |
| <input type="checkbox"/> 透析中や透析を受けていないときに災害を受けたときの対応について施設に確認しておく |      |      |
| <input type="checkbox"/> 緊急時持ち出し品の点検、置き場所の確認                      |      |      |

### 災害発生時の対応

| 医療機器・医療用品   | 人的資源 |
|---|------|
| <input type="checkbox"/> 避難所への非常持ち出し品と「災害支援手帳」を携帯して避難する   |      |
| <input type="checkbox"/> 透析施設の情報収集を行う<br><small>・現在通院中の透析施設が透析不能の場合は、災害支援手帳を持参して他の透析施設で実施</small> |      |
| <input type="checkbox"/> 避難所に避難した場合、通院可能な交通手段について相談する   |      |
| <input type="checkbox"/> 通常の透析が可能になるまで水分、カリウム等の摂取に気をつけ生活する  |      |
| <input type="checkbox"/>  |      |
| <input type="checkbox"/>  |      |



## 特別な医療を受けている方 (インスリン注射をしている方)

年 月 日

### 日頃からの備え

| 医療機器・医療用品  | 停電対策 | 人的資源 |
|--|------|------|
| <input type="checkbox"/> 医療用品の備蓄(1週間程度)<br>注射器・注射針・インスリン製剤<br>物品(血糖測定器・消毒綿・穿刺針・使用済み針入れ等)など |      |      |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病手帳や災害支援手帳に管理内容を記載し携帯する   |      |      |
| <input type="checkbox"/> 低血糖に備え、糖分補給の準備をする   |      |      |
| <input type="checkbox"/> 高血糖と低血糖症状、対処方法を覚えておく  |      |      |
| <input type="checkbox"/>   |      |      |

### 災害発生時の対応

| 医療機器・医療用品  | 人的資源 |
|--|------|
| <input type="checkbox"/> 注射器・インスリン製剤・物品の確保               |      |
| <input type="checkbox"/> 非常食の摂取が続く場合高・低血糖に注意する           |      |
| <input type="checkbox"/> 低血糖に備え、糖分補給の確保をする               |      |
| <input type="checkbox"/> 健康管理(水分補給・手足の運動・足を守る等)          |      |
| <input type="checkbox"/> 避難所の医療スタッフや避難所の責任者に糖尿病であることを伝える |      |
| <input type="checkbox"/>                                 |      |
| <input type="checkbox"/>                                 |      |
| <input type="checkbox"/>                                 |      |

|   |  |
|---|--|
| <p style="text-align: center;"><b>緊急時の連絡先</b></p> <p>関係                      関係機関名                      連絡先</p> <p>かかりつけ医</p> <p>訪問看護ST</p> <p>介護支援専門員</p> <p>居宅介護支援事業所</p><br><p>家族の連絡先</p><br><br><br><p>避難場所</p> | <p style="text-align: center;"><b>緊急支援手帳</b></p> <p>災害時(緊急時)のお願い</p> <p>私は、日常的に医療を継続して受ける必要があります。</p> <p>この手帳には必要な医療の情報を記載していますので必ず内容を確認し支援して下さい</p><br><br><br><br><p style="text-align: right;">作成日                      年                      月                      日</p> |
| <p>氏名                      性別</p> <p>生年月日</p> <p>住所</p> <p>電話番号(携帯)</p> <p>病名</p> <p>要介護度</p> <p>認知機能</p> <p>血液型</p> <p>コミュニケーションの方法</p> <p>移動の方法</p> <p>視力</p> <p>聴力</p>   | <p>使用している薬剤・用量・服薬上の注意<br/>(お薬手帳と常備薬はすぐに持ち出せる場所に置く)</p> <p>中断できない薬</p><br><p>その他の薬</p><br><br><p>禁忌薬剤</p><br><br><p>アレルギー</p>   |

| <p style="text-align: center;">緊急時の連絡先</p> <p>関係機関名      連絡先</p> <p>かかりつけ医<br/>訪問看護ST<br/>介護支援専門員<br/>居宅介護支援事業所</p> <p>家族の連絡先</p> <p>避難場所</p>                                      | <p style="text-align: center;">緊急支援手帳</p> <p><b>(人工呼吸器)</b></p> <p>災害時(緊急時)のお願い</p> <p>私は、日常的に医療を継続して受ける必要があります。</p> <p>この手帳には必要な医療の情報を記載していますので必ず内容を確認し支援して下さい</p> <p style="text-align: right;">作成日      年      月      日</p> |
|--|--|
| <p>氏名    性別</p> <p>生年月日</p> <p>住所</p> <p>電話番号(携帯)</p> <p>病名・薬</p> <p>要介護度</p> <p>認知機能</p> <p>禁忌薬剤</p> <p>アレルギー</p> <p>血液型</p> <p>コミュニケーションの方法</p> <p>移動の方法</p> <p>視力</p> <p>聴力</p> | <p>人工呼吸器</p> <p>気管切開</p> <p>呼吸モード</p> <p>1回換気量</p> <p>呼吸回数</p> <p>アラーム設定</p> <p>酸素濃度</p> <p>カニューレサイズ</p> <p>器具名</p> <p>メーカー名</p> <p>業者連絡先</p>  |

|   |  |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">緊急時の連絡先</p> <p>関係 関係機関名 連絡先</p> <p>かかりつけ医<br/>訪問看護ST<br/>介護支援専門員<br/>居宅介護支援事業所</p> <p>家族の連絡先</p> <p>避難場所</p>                                     | <p style="text-align: center;">緊急支援手帳</p> <p><b>(酸素療法)</b></p> <p>災害時(緊急時)のお願い</p> <p>私は、日常的に医療を継続して受ける必要があります。</p> <p>この手帳には必要な医療の情報を記載していますので必ず内容を確認し支援して下さい</p> <p style="text-align: right;">作成日 年 月 日</p> |
| <p>氏名 性別</p> <p>生年月日</p> <p>住所</p> <p>電話番号(携帯)</p> <p>病名・薬</p> <p>要介護度</p> <p>認知機能</p> <p>禁忌薬剤</p> <p>アレルギー</p> <p>血液型</p> <p>コミュニケーションの方法</p> <p>移動の方法</p> <p>視力</p> <p>聴力</p> | <p>酸素療法</p> <p>安静時又は就寝時</p> <p>吸入量</p> <p>吸入時間</p> <p>労作時</p> <p>吸入量</p> <p>吸入時間</p> <p>器具名</p> <p>メーカー名</p> <p>業者連絡先</p>  |

|   |  |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">緊急時の連絡先</p> <p>関係 関係機関名 連絡先</p> <p>かかりつけ医<br/>訪問看護ST<br/>介護支援専門員<br/>居宅介護支援事業所</p> <p>家族の連絡先</p> <p>避難場所</p>                                     | <p style="text-align: center;">災害支援手帳</p> <p><b>(透析)</b></p> <p>災害時(緊急時)のお願い</p> <p>私は、日常的に医療を継続して受ける必要があります。</p> <p>この手帳には必要な医療の情報を記載していますので必ず内容を確認し支援して下さい</p> <p style="text-align: right;">作成日 年 月 日</p> |
| <p>氏名 性別</p> <p>生年月日</p> <p>住所</p> <p>電話番号(携帯)</p> <p>病名・薬</p> <p>要介護度</p> <p>認知機能</p> <p>禁忌薬剤</p> <p>アレルギー</p> <p>血液型</p> <p>コミュニケーションの方法</p> <p>移動の方法</p> <p>視力</p> <p>聴力</p> | <p>透析条件</p> <p>透析方法</p> <p>透析回数</p> <p>透析時間</p> <p>ダイアライザー</p> <p>血液流量</p> <p>血液型<br/>体重(ドライウエイト)</p> <p>器具名</p> <p>メーカー名</p> <p>業者連絡先</p>   |