※　宮城県・宮城県神経難病医療連携センター（現 東北大学病院難病医療連携センター）作成「災害時対応ハンドブック2014年版」を一部改編し作成しています。

**災害時個別計画**

**（氏名：　　　　　　　　　　　　）**

作　　成　　日：　　年　　月　　日

次回見直し時期：　　　　年　　月頃

1. 自宅付近のハザード情報（自然災害の危険予測）
2. 緊急連絡用カード
3. 家族構成
4. 緊急連絡先一覧
5. 備蓄チェックリスト（医療機器・療養必需品）
6. 普段の様子
7. 週間予定
8. いざという時の動き（連絡方法・避難先・避難の手順）
9. 今後必要な備えについて
10. 個別計画作成の経過

※ＦＡＸ送信票：東北電力用／消防署本部用

　災害伝言ダイヤルの利用方法

* 災害は、いつどんな時におこるかわかりません。大規模災害時には、膨大な災害者の発生、電気・水道・ガス・交通網などのラインが寸断されるなどで、即座に公的な支援を受けることが難しくなります。
* 災害状況や県下全域での停電等により、県外の医療機関等で支援を受ける場合も想定されますので、必要な情報は漏れなく、記入してください。
* 災害時個別計画は、万が一の場合はすぐに確認し、避難の際には携帯できるようにすることが必要です。
* 療養状況や支援機関に変化があった時には、その都度修正し、常に最新の情報を記載してください。また、本人と支援者間で内容を確認し、少なくとも年１回は見直してください。

○○市町村

**1．自宅付近のハザード情報（自然災害の危険予測）**

**＝自宅は次の被害が想定されています＝**

**自宅住所：　　　　　　　　（居室：○階建の○階、エレベータの有無）**

|  |  |
| --- | --- |
| **地　　震** |  |
| **津　　波** |  |
| **土砂災害** |  |
| **洪　　水**  **（河川等の氾濫）** |  |
| **大雨による**  **浸水**  **（下水道で雨水を処理できなくなり浸水すること）** |  |
| **台　　風** |  |
| **そ の 他** |  |

**【参考：○○市町村ホームページ　ハザードマップ等（各種災害の危険予測地図）】**

[**http://www**](http://www)**.○○○**

* **災害時の避難情報等でとるべき行動**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **警　戒**  **レベル** | **避難を呼びかけるために使う名称** | **居住者等がとるべき行動** | **発表・**  **発令元** |
| **１** | 早期注意情報 | **今後、気象状況悪化のおそれ→災害の心構えを高める**  防災気象情報等の最新情報に注意するなど災害への心構えを高めてください。 | **気象庁** |
| **２** | 大雨・洪水・高潮  注意報 | **気象状況悪化→自らの避難行動を確認**  ハザードマップ等により自宅等の災害リスク、指定緊急避難場所や避難経路、避難のタイミング等を再確認するとともに、避難情報の把握手段を再確認・注意するなど、避難に備え自らの避難行動を確認してください。 | **気象庁** |
| **３** | 高齢者等避難  ※高齢者等は避難を完了させるのに時間を要する在宅等の高齢者及び障害のある人、及びその人の避難を支援する者 | **災害のおそれあり→危険な場所から高齢者等は避難**  高齢者等は、危険な場所から避難（立退き避難又は屋内安全確保）してください。  高齢者等以外の人も必要に応じ、出勤等の外出を控えるなど普段の行動を見合わせ始めたり、避難の準備をしたり、早めの避難が望ましい場所の居住者等は、このタイミングで自主的に避難するようにしてください。 | **市町村長** |
| **４** | 避難指示  **※全員避難開始** | **災害のおそれが高い→危険な場所から全員避難**  危険な場所から全員避難（立退き避難又は屋内安全確保）してください。 | **市町村長** |
| **警戒レベル４までに必ず避難してください。** | | | |
| **５** | **緊急安全確保** | **災害発生又は切迫→命の危険、直ちに安全確保**  すでに安全な避難ができず、命が危険な状況です。警戒レベル５緊急安全確保の発令を待ってはいけません。 | **市町村長** |

* 市町村が災害の状況を確実に把握できるものではない等の理由から、警戒レベル5は必ず発令される情報ではありません。
* **津波は警報がでたら全員避難**（警戒レベルは発表されません）

**☆　自宅周辺の地図を貼り付け、避難経路、危険な場所や避難場所等を記載しましょ**う。

**2．緊急連絡用カード**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | | | 性別 | | 男・女 | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　　日　生 | | | | | | | |
| 住　所 | 〒 | | | | | | | |
| 連絡先 |  | | | | | | | |
| 血液型 | A　・　B　・　O　・　AB　　（Rh：　+　　－　） | | | | | | | |
| 病名 |  | | | | | 発病 | | 年　　月 |
| 合併症： | | | | | 呼吸器装着 | | 年　　月 |
| 障害者手帳 | なし　・　あり　身体（　　級）、精神（　　級）、療育(愛護)（　　 ） | | | | | | | |
| 介護保険 | なし　・　あり（要支援　　・要介護　　　） | | | 指定難病  医療受給者証 | | | なし　・　あり | |
| 薬 | 薬剤名：　　　　　　　1日量：　　　　服薬回数：　　　　　服薬時間：  禁忌薬： | | | | | | | |
| アレルギー |  | | | | | | | |
| 使用中の  医療機器 | ・人工呼吸器  ・吸引器  ・ネブライザー | 製品名：  製品名：  製品名： | | | | | | |
| 呼　吸 | 1回換気量　　　　ml | | 呼吸回数　　　　回 | | | | | |
| 酸素濃度 | | 離脱　　可（　　　　　分）　　・　　不可 | | | | | |
| 気管カニューレ　　製品名： | | | | サイズ　　　　　mm | | | |
| 酸素療法 | 安静時：吸入量　　　　　　　ℓ／分　　　吸入時間　　　　　　　時間／日  労作時：吸入量　　　　　　　ℓ／分　　　吸入時間　　　　　　　時間／日 | | | | | | | |
| 栄　養 | 摂取方法：　胃ろう　　・　　経鼻経管　　・　　その他（　　　　　　　　　　）  種類・量：　　　　　　ml／回　　　　　　　　　　　回／日 | | | | | | | |
| 尿道  カテーテル | 種類：　　　　　／サイズ：　　　　　／固定水：　　　　　／交換日： | | | | | | | |
| コミュニ  ケーション | 会話　・　筆談　・　文字盤　・　意思伝達装置 | | | | | | | |
| ADL  身体の拘縮禁忌な体位 |  | | | | | | | |
| 特記事項 |  | | | | | | | |

**3．家族構成**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 続柄 | 同居  別居 | 電話番号 | 勤務先・学校名 | 自宅にいない  時間帯 | 連絡  順位 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**4．緊急連絡先一覧**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 機関名 | 担当者氏名 | 電話 | e-mail |
| かかりつけ医① |  |  |  |  |
| かかりつけ医② |  |  |  |  |
| 専門医 |  |  |  |  |
| 緊急受入 |  |  |  |  |
| 薬局 |  |  |  |  |
| 訪問看護 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 障害者相談  支援事業所 |  |  |  |  |
| 介護保険ケア  マネジャー |  |  |  |  |
| 居宅介護 |  |  |  |  |
| 訪問入浴 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 医療機器業者 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 知人・友人 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 行政 | ○○○課 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| その他 | 災害伝言ダイヤル | | 171 |  |
|  | 東北電力コールセンター  お客様番号（　　　　　　　　　　　　　） | | 0120-175-366 |  |
|  | ○○水道局 | | * - |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |

**5．備蓄チェックリスト（医療機器）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 必要物品 | 準備  済 | 医療機器 | 自宅待機  備蓄量 | 持ち出し分 | 保管場所 |
| 人工呼吸器（機種名）： | | | | |  |  |  |
| 人工呼吸器関連 |  | □ | □ | 内部バッテリー  内部バッテリー作動時間：（　　　）時間  消費電力　　　　 　　　：（　　　）W |  |  |  |
| □ | □ | 呼吸器回路（予備） |  |  |  |
| □ | □ | 気管カニューレ（予備） |  |  |  |
| □ | □ | 人工鼻 |  |  |  |
| □ | □ | パルスオキシメーター　（　SＰO２） |  |  |  |
| □ | □ | バッグバルブマスク（アンビューバック） |  |  |  |
| 非常用電源 | □ | □ | 外部バッテリー  使用可能時間：（　　　）時間  充電時間：（　　　）分 |  |  |  |
| □ | □ | カーインバーター |  |  |  |
| □ | □ | 延長コード（　）ｍ（車から居室まで　　ｍ） |  |  |  |
| □ | □ | 発電機（種類：　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |
| □ | □ | 燃料（種類：　　　　　　量：　　　　　） |  |  |  |
| □ | □ |  |  |  |  |
| たん吸引器（機種名）： | | | | |  |  |  |
| たん吸引器関連 |  | □ | □ | 内部バッテリー  内部バッテリー作動時間：（　　　）時間 |  |  |  |
| □ | □ | 携帯用（足踏み式　・　ピストン式吸引器） |  |  |  |
| □ | □ | 吸引カテーテル（本数）とアルコール綿 |  |  |  |
| □ | □ | 使い捨てグローブ |  |  |  |
| 非常用電源 | □ | □ | 外部バッテリー  使用可能時間：（　　　）時間  充電時間：（　　　）分 |  |  |  |
| □ | □ | シガーソケット対応インバーター |  |  |  |
| □ | □ | 延長コード |  |  |  |
| □ | □ |  |  |  |  |
| 酸素濃縮器（機種名）： | | | | |  |  |  |
| 在宅酸素関連 | | □ | □ | 内部バッテリー |  |  |  |
| □ | □ | 酸素ボンベ（本数） |  |  |  |
| □ | □ | 酸素ボンベ用カート |  |  |  |
| □ | □ | 酸素用チューブ（カテーテル） |  |  |  |
|  | | □ | □ |  |  |  |  |
| □ | □ |  |  |  |  |

**5．備蓄チェックリスト（療養必需品）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 必要物品 | 準備  済 | 療養必需品の種類 | 自宅待機  備蓄量 | 持ち出し分 | 保管場所 |
| 食事関連 | □ | □ | 経管栄養剤  種類：　　　　　　　１日量： |  |  |  |
| □ | □ | イルリガートル |  |  |  |
| □ | □ | 栄養チューブ |  |  |  |
| □ | □ | 接続チューブ |  |  |  |
| □ | □ | 注入器 |  |  |  |
| □ | □ |  |  |  |  |
| 内服薬関連 | □ | □ | お薬手帳 |  |  |  |
| □ | □ | 常用薬（予備） |  |  |  |
| □ | □ |  |  |  |  |
| □ | □ |  |  |  |  |
| □ | □ |  |  |  |  |
| 衛生材料関連 | □ | □ | ガーゼ類 |  |  |  |
| □ | □ | アルコール綿 |  |  |  |
| □ | □ | 注射器 |  |  |  |
| □ | □ | 精製水 |  |  |  |
| □ | □ |  |  |  |  |
| 排泄関連 | □ | □ | オムツ類 |  |  |  |
| □ | □ | 尿器類 |  |  |  |
| □ | □ | カテーテル・バッグ等 |  |  |  |
| □ | □ | おしりふき |  |  |  |
|  | □ | □ |  |  |  |  |
| □ | □ |  |  |  |  |
| □ | □ |  |  |  |  |
| □ | □ |  |  |  |  |
| その他 | □ | □ | 水 |  |  |  |
| □ | □ | 乾電池 |  |  |  |
| □ | □ | 携帯ラジオ |  |  |  |
| □ | □ | 懐中電灯　（ベッド側にあるか） |  |  |  |
| □ | □ | 筆記用具 |  |  |  |
| □ | □ | 保険証・医療受給者証 |  |  |  |
| □ | □ | ティッシュ　・　ウエットティッシュ |  |  |  |
| □ | □ | 私の災害時個別計画 |  |  |  |
| □ | □ | コミュニケーション用具 |  |  |  |
| □ | □ | クッション類 |  |  |  |
| □ | □ | 防寒具等 |  |  |  |
| □ | □ |  |  |  |  |
| □ | □ |  |  |  |  |

* **自宅見取り図**※避難時の動線も記入しましょう

**6．普段の私（　　　　さん）の様子**

例えば・・・

* こんな時は不安になります
* 体調が悪いサイン
* これがあると安心します

**7．週間予定（サービス等利用計画などの写し等）**

**8．いざという時の動き（連絡方法、避難先、避難の手順）**

　　自宅で被災した時にどのように対応するかを具体的に記載します。以下の例示のシートを記入していく方法もありますし、「私の場合」で自由に記入できます。イメージしづらい場合は＜記入例＞を参照してください。

**在宅で停電の場合**

|  |  |
| --- | --- |
| 電源が必要な機器 |  |
| 電源確保の方法  （誰が、何を使って、どうやって） |  |
| 災害時、かけつけてくれる人  （誰に連絡するか） |  |

**避難が必要な時は次のように動きます**



**になったら、自宅外に避難します。**

**避難をしたら、居場所を**

**C:\Users\関本\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\9TV0GPDQ\MC900286864[1].wmf**

**に伝えてください。**

**＜第１候補＞**

**【避難先】**

**【受付担当者・担当部署】**

**に連絡し受け入れを確認する**

**【移動方法】**

ベッド(自宅)から避難先までの方法、経路をできるだけ詳しく

**＜第２候補＞**

**【避難先】**

**【受付担当者・担当部署】**

**に連絡し受け入れを確認する**

**【移動方法】**

ベッド(自宅)から避難先までの方法、経路をできるだけ詳しく

**C:\Users\関本\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\8QLGGJOP\MC900150140[1].wmfC:\Users\関本\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\9TV0GPDQ\MC900429625[1].wmf**

**＜第３候補＞**

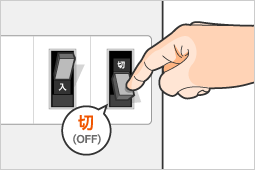
**【避難先】**

**【受付担当者・担当部署】**

**に連絡し受け入れを確認する**

**【移動方法】**

ベッド(自宅)から避難先までの方法、経路をできるだけ詳しく



**【参考】**

* **行き先メモを玄関に貼っておきましょう。**
* **通電火災予防のためにブレーカーは切っておきましょう。**

☆記入内容の目安　～避難場所と避難手順（外に出る方法、移動方法）を中心に自由に記入します～

**9． 今後必要な備えについて**

＊今後備えが必要な事項を本人や家族、支援者等で洗い出し、計画的に準備をすすめましょう。

課題が解決したら、見直し時に計画に反映させることにより備えがより具体的になります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 課題 | 行動計画（誰が、いつまで） | 結果 |
| （例）  カーインバーター | アンペア数、予備のヒューズの有無、実際の接続方法の確認をしていない | シートに記入（家族、保健師）（次回ケア会議まで）  接続の練習（家族、保健師、訪看）（○年〇月まで） | ○年〇月ケア会議で一緒に確認、接続訓練実施 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**10．個別支援計画作成の経過**

|  |  |
| --- | --- |
| 年月日 | 事　項 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ＦＡＸ送信票**

**東北電力　○○支店 　　御中**

**送信内容　　　停電時の電源確保要請について**

**送信者**〒　　－

　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　－　　　－

　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　　　　－　　　－

**＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊**

**通信：**停電時電力早期復旧要請願いをFAXさせていただき

ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名（生年月日） | **（　年 月 日, 才）** |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| ご家族の氏名（続柄） | **（　　　）** |
| 【緊急時搬送依頼理由】  **人工呼吸器を装着しています。**  **停電等の災害時、「電源確保」が重要になります。**  **停電時、早期復旧をお願いします。**  **また、早期復旧が見込めない場合は、○○病院への早期搬送が必要になります。**  **消防本部と患者宅へご連絡お願いします。**  **災害時は業務が多忙で、電話回線もつながりにくく**  **大変な状況かと思いますがよろしくお願いします。** | |

**ＦＡＸ送信票**

**○○消防署本部　警防課　御中**

**送信内容　　　停電時の救急要請について**

**送信者**〒　　－

　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　－　　　－

　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　　　　－　　　－

**＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊**

**通信：**緊急時救急車要請願いをFAXさせていただきます。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名（生年月日） | **（　年 月 日, 才）** |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| ご家族の氏名（続柄） | **（　　）** |
| 【緊急時搬送依頼理由】  **人工呼吸器を装着しています。**  **停電等の災害時、「電源確保」が重要になります。**  **救急要請時、使用中の人工呼吸器を持参のうえ、○○病院への搬送をお願いします。**  **災害時は業務が多忙で、大変な状態と思いますがよろしくお願いします。** | |

