

氏名\_\_\_\_\_

# 災害時対応ノート

いざという時のために

障がいのある方や医療的ケアが必要な方へ

- 本人・家族・関係者で相談してこのノートを作成しましょう。
- 避難する際もこのノートを必ず持っていきましょう。
- このノートは日頃準備すべきことや、関係者リスト、緊急時の療養に必要な情報などをまとめておくための対応ノートとなっています。
- いざという時のために、必要事項を記入し、いつでも持ち出せるところに置いておきましょう。

## 《記載内容の定期的な見直し》

年に1回、または本人・家族に変化があった場合に、関係者を含めて見直しをしましょう。

|       | 日時    | 作成メンバー |
|-------|-------|--------|
| 初回作成日 | 年 月 日 |        |
| 見直し①  | 年 月 日 |        |
| 見直し②  | 年 月 日 |        |
| 見直し③  | 年 月 日 |        |

## 1、自宅付近で想定される災害を記入しましょう

・自宅付近は次の被害が想定されます。

|      |  |
|------|--|
| 地震   |  |
| 風水害  |  |
| 土砂災害 |  |
| その他  |  |

## 2、避難する場所を確認しましょう

- ・避難所・避難場所は、災害に関する情報が集まる場所や食料配布の場所となります。ご自分の地域ではどこが指定されているのか、確認しておきましょう。
- ・自分がどこに避難する予定なのかを、関係者(医療機器メーカーの担当者や訪問看護師など)に伝えておきましょう。

### 《災害時の避難場所》

☆ 災害時の指定避難所

\_\_\_\_\_ (電話番号) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (電話番号) \_\_\_\_\_

☆ 移動手段

→ \_\_\_\_\_  
→ \_\_\_\_\_

☆ その他避難できる場所があれば記入しましょう。

\_\_\_\_\_ (電話番号) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (電話番号) \_\_\_\_\_

☆ 移動手段

→ \_\_\_\_\_  
→ \_\_\_\_\_

☆ 自家発電設備のある施設

施設名 \_\_\_\_\_ (電話番号) \_\_\_\_\_  
施設名 \_\_\_\_\_ (電話番号) \_\_\_\_\_

※別紙 個別避難計画にて、避難経路や移動方法、支援してほしいことなど具体的に考えましょう。

### 3、緊急時の連絡先を確認しておきましょう

- ・関係者の連絡先をリストにまとめて、家族で連絡方法を決めておきましょう。
- ・関係者リストは目につくところにおいておきましょう。
- ・いざという時あなたに協力(安否の確認や関係機関への連絡等)をしてくれる地域の協力者と繋がりを持っておきましょう。
- ・守谷市避難行動要支援者名簿に登録しておきましょう。

| 名称                                            | 機関名(担当者) | 連絡先(電話番号、E-mail など) |
|-----------------------------------------------|----------|---------------------|
| かかりつけ医                                        |          |                     |
|                                               |          |                     |
| 専門病院                                          |          |                     |
|                                               |          |                     |
| 緊急時受け入れ病院                                     |          |                     |
|                                               |          |                     |
| かかりつけ薬局                                       |          |                     |
|                                               |          |                     |
| 訪問看護ステーション                                    |          |                     |
| 相談支援事業所                                       |          |                     |
| 居宅介護支援事業所                                     |          |                     |
| 障がい福祉サービス事業所<br>(児童発達支援、放課後等デイサービス、生活介護事業所 等) |          |                     |
|                                               |          |                     |
|                                               |          |                     |
|                                               |          |                     |
| 介護サービス事業所                                     |          |                     |
| 民生委員                                          |          |                     |
| 地域の協力者                                        |          |                     |
|                                               |          |                     |
|                                               |          |                     |
| 保健所                                           |          |                     |
| 学校・幼稚園・保育所等                                   |          |                     |
| 人工呼吸器取扱業者                                     |          |                     |
| 在宅酸素取扱業者                                      |          |                     |
| 電力会社                                          |          |                     |
| 家族・親戚                                         |          |                     |
|                                               |          |                     |
|                                               |          |                     |
|                                               |          |                     |
|                                               |          |                     |

## 4、停電に備えてバッテリーや予備電源の準備をしておきましょう

- ・災害直後には準備しているバッテリー等を使用して救助を待つことになります。バッテリーの有無や持続時間は機種によって異なるので、平時に医療機器メーカーの担当者や訪問看護師などと確認しておくことが大切です。
- ・内部、外部バッテリーは常に充電しておき、緊急時に使用できる状態にしておきましょう。
- ・外部バッテリーの寿命は使用しなくても2～3年といわれています。定期的に点検、交換をしましょう。
- ・発電機は1か月に1回はエンジンをかけましょう。また定期的に点検しましょう。
- ・外部バッテリーや発電機等との接続について練習をしておきましょう。

### 《医療機器の最大稼働時間を確認しましょう》

| 機器                    | 内部バッテリー | 外部バッテリー |
|-----------------------|---------|---------|
| 人工呼吸器                 | 約 時間    | 約 時間    |
| 加温加湿器                 | 約 時間    | 約 時間    |
| 酸素濃縮器                 | 約 時間    | 約 時間    |
| 吸引器                   | 約 時間    | 約 時間    |
| 栄養注入ポンプ               | 約 時間    | 約 時間    |
| SpO <sub>2</sub> モニター | 約 時間    | 約 時間    |
|                       | 約 時間    | 約 時間    |
|                       | 約 時間    | 約 時間    |

### 《携帯用酸素ボンベもいつでも使えるように準備しておきましょう》

- ・こまめに酸素残量を確認し、すぐ使える場所に置いておきましょう。
- ・自分が使っている酸素メーカーの担当者に、災害時の対応(酸素ボンベの搬送など)について確認しておきましょう。

☆酸素ボンベの持続時間は連続使用で1本あたり

流量  ℓ/分で、約  時間です。

### 《機器トラブル時の対処法も考えておきましょう》

- ・いざというときに落ち着いて行動できるように事前に想定されることと対処法を考えておきましょう。人工呼吸器の設定画面や回路の全体像なども写真にとっておきましょう。

## 5、医療用具などの予備を用意しておきましょう(準備リスト)

- ・かかりつけ医や訪問看護師などに相談し、必要な医療用具や衛生材料を用意しましょう。
- ・生命維持に必要な物品はひとまとめにしておきましょう。

|       | 品目                                      | 備蓄数 |       | 品目                                        | 備蓄数 |
|-------|-----------------------------------------|-----|-------|-------------------------------------------|-----|
| 呼吸    | <input type="checkbox"/> 呼吸器回路一式        |     | 非常用電源 | <input type="checkbox"/> 外部バッテリー          |     |
|       | <input type="checkbox"/> 蘇生バッグ          |     |       | <input type="checkbox"/> 延長コード            |     |
|       | <input type="checkbox"/> 気管カニューレ        |     |       | <input type="checkbox"/> シガーソケット対応インバータ   |     |
|       | <input type="checkbox"/> カニューレ固定用バンド    |     |       | <input type="checkbox"/> 発電機              |     |
|       | <input type="checkbox"/> 延長チューブ         |     |       | <input type="checkbox"/> 蓄電池              |     |
|       | <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ          |     |       | <input type="checkbox"/> UPS(無停電電源装置)     |     |
|       | <input type="checkbox"/> 人工鼻            |     |       | <input type="checkbox"/> 燃料(カセットボンベ・ガソリン) |     |
|       | <input type="checkbox"/> パルスオキシメーター     |     |       | <input type="checkbox"/> 乾電池              |     |
|       | <input type="checkbox"/> Y字ガーゼ          |     |       | <input type="checkbox"/>                  |     |
|       | <input type="checkbox"/> カフエア用シリンジ      |     |       | <input type="checkbox"/>                  |     |
|       | <input type="checkbox"/>                |     |       | <input type="checkbox"/>                  |     |
|       | <input type="checkbox"/>                |     |       | <input type="checkbox"/>                  |     |
| 吸引    | <input type="checkbox"/> 吸引器(手動・足踏み)    |     | その他   | <input type="checkbox"/> おむつ              |     |
|       | <input type="checkbox"/> 吸引チューブ         |     |       | <input type="checkbox"/> おしり拭き            |     |
|       | <input type="checkbox"/>                |     |       | <input type="checkbox"/> 薬                |     |
|       | <input type="checkbox"/>                |     |       | <input type="checkbox"/> お薬手帳             |     |
| 栄養    | <input type="checkbox"/> 経管栄養剤          |     |       | <input type="checkbox"/> 手指消毒液            |     |
|       | <input type="checkbox"/> 経管栄養チューブ       |     |       | <input type="checkbox"/> 保険証、医療受給者証       |     |
|       | <input type="checkbox"/> 胃ろうチューブ        |     |       | <input type="checkbox"/>                  |     |
|       | <input type="checkbox"/> イルリガートル(注入ボトル) |     |       | <input type="checkbox"/>                  |     |
|       | <input type="checkbox"/> 延長チューブ         |     |       | <input type="checkbox"/>                  |     |
|       | <input type="checkbox"/> シリンジ           |     |       | <input type="checkbox"/>                  |     |
|       | <input type="checkbox"/>                |     |       | <input type="checkbox"/>                  |     |
|       | <input type="checkbox"/>                |     |       | <input type="checkbox"/>                  |     |
| 医療材料等 | <input type="checkbox"/> 滅菌精製水          |     | 備考    |                                           |     |
|       | <input type="checkbox"/> 蒸留水            |     |       |                                           |     |
|       | <input type="checkbox"/> ガーゼ            |     |       |                                           |     |
|       | <input type="checkbox"/> アルコール綿         |     |       |                                           |     |
|       | <input type="checkbox"/> 使い捨て手袋         |     |       |                                           |     |
|       | <input type="checkbox"/> マスク            |     |       |                                           |     |
|       | <input type="checkbox"/> 固定用テープ         |     |       |                                           |     |
|       | <input type="checkbox"/>                |     |       |                                           |     |
|       | <input type="checkbox"/>                |     |       |                                           |     |

## 《非常持ち出し品チェックリスト》

|                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>守谷市<br/>防災ガイドブック</p> <p>現金・貴重品</p> <p>携帯ラジオ</p> <p>懐中電灯・電池</p> <p>救急医療品</p> <p>非常食</p> <p>飲料水</p> <p>衣類など</p> <p>歯磨き</p> <p>携帯トイレ</p> <p>マスク</p> <p>消毒液</p> | <p><input type="checkbox"/> 守谷市防災ガイドブック<br/>必ず手元に置いておきましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 現金・貴重品<br/>現金（紙幣だけでなく硬貨も）、健康保険証、免許証、預金通帳など。</p> <p><input type="checkbox"/> 携帯ラジオ（FM88.1・AM594 に合わせておく）<br/>AMとFMの両方聞けるものや文字放送付きラジオなど（電池ははずしておく）。</p> <p><input type="checkbox"/> 携帯電話（守谷市公式アプリMorinfoを入れておく）</p> <p><input type="checkbox"/> 携帯電話の充電器（電池式・ソーラー式）</p> <p><input type="checkbox"/> 懐中電灯<br/>電灯がつくことを確認しておきましょう（電池ははずしておく）。</p> <p><input type="checkbox"/> 電池<br/>携帯ラジオ、懐中電灯など、各々の種類を準備しておきましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 救急セット・持病の薬<br/>ばんそうこう、包帯、風邪薬など。持病のある方は、常用薬も忘れずに。</p> <p><input type="checkbox"/> 非常食<br/>火を通さなくても食べられるものです。<br/>最低3日分、可能なら1週間分用意しておきましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 飲料水<br/>市販のミネラルウォーターなど、無理せず持ち運べる程度に。<br/>最低3日分、可能なら1週間分用意しておきましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 衣類など<br/>下着、上着、タオル。赤ちゃんがいる場合は、紙おむつなども。</p> <p><input type="checkbox"/> 衛生用品<br/>歯磨き用品、携帯トイレ、マスク、消毒液など。</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

守谷市防災ガイドブックより

- ・守谷市防災ガイドブックにも、「非常持ち出し品チェックリスト」が掲載されています。
- ・その他に必要なものがあれば、書き出してみましよう。
- ・防災リュックや非常持ち出し袋の保管場所も記入しておきましょう。

保管場所：\_\_\_\_\_



## 《メモ》

---



---



---



---



---

## 6、医療情報を記入しておきましょう

・災害時に緊急で受診した医療機関や、災害時支援のケア担当者が参考にするための情報です。主治医と相談して記入しましょう。

・状況に変化があったときは記入しなおしましょう。1年に1回は見直しましょう。

|           |                                                                                                                                                                |             |             |                  |             |   |      |             |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|------------------|-------------|---|------|-------------|
| ふりがな      |                                                                                                                                                                |             | 性別          | 男 ・ 女            | 血液型         | 型 | 生年月日 | 年<br>月<br>日 |
| 氏名        |                                                                                                                                                                |             |             |                  |             |   |      |             |
| 住所        | 〒                                                                                                                                                              |             |             |                  |             |   |      |             |
| 基礎情報      | 身長                                                                                                                                                             | 年 月 日<br>cm | 年 月 日<br>cm | 年 月 日<br>cm      | 年 月 日<br>cm |   |      |             |
|           | 体重                                                                                                                                                             | kg          | kg          | kg               | kg          |   |      |             |
|           | 体温                                                                                                                                                             | ℃           |             | SpO <sub>2</sub> | %～ %        |   |      |             |
|           | 血圧                                                                                                                                                             | / mmhg      |             | 脈拍               | 回/分         |   |      |             |
| 診断名       |                                                                                                                                                                |             |             |                  |             |   |      |             |
| 移動手段      | <input type="checkbox"/> 全介助（ねたきり）<br><input type="checkbox"/> 一部介助（ ） <input type="checkbox"/> 自立<br>移動に必要な道具（ ）                                              |             |             |                  |             |   |      |             |
| 薬         | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり（ ）                                                                                                  |             |             |                  |             |   |      |             |
|           | 薬の内服方法（例：小さじ 1 杯の水に薬を溶かして内服する）                                                                                                                                 |             |             |                  |             |   |      |             |
| アレルギー     | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）<br>エピペン使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                   |             |             |                  |             |   |      |             |
| コミュニケーション | <input type="checkbox"/> 会話可能 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> 意思伝達装置 <input type="checkbox"/> 発語なし<br>その他（ ） |             |             |                  |             |   |      |             |
|           | 具体的に記載(YES/NO サイン等)                                                                                                                                            |             |             |                  |             |   |      |             |
| 身体障害者手帳   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（      級、      障がいの種類：      ）                                                                           |             |             |                  |             |   |      |             |
| 療育手帳      | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（判定：      ）                                                                                             |             |             |                  |             |   |      |             |

※ 医療機器の取扱説明書、お薬手帳、診察券などは、携帯電話やスマートフォンで写真を撮り保存しておきましょう。または、コピーをとって災害時対応ガイドブックや災害時対応ノートと一緒に保管しておきましょう。

| 医療的ケア等情報                                                        |                                                                                                                    |                                                                                                                             |            |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 人工呼吸器                                                           | <input type="checkbox"/> 気管切開で使用(TPPV) <input type="checkbox"/> 酸素マスクで使用(NPPV)                                     |                                                                                                                             |            |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> 圧規定(VCV)                                                                                  | <input type="checkbox"/> 量規定(PCV)                                                                                           |            |
|                                                                 | 装着時間 <input type="checkbox"/> 24時間使用 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> その他( )                 |                                                                                                                             |            |
| 酸素使用                                                            | 流量( )ℓ/分                                                                                                           | SpO <sub>2</sub> ( )%                                                                                                       |            |
|                                                                 | 酸素ボンベ業者名( ) 連絡先( )                                                                                                 |                                                                                                                             |            |
| 気管切開                                                            | カニューレ商品名( ) サイズ( )                                                                                                 |                                                                                                                             |            |
|                                                                 | カフエア量( )ml                                                                                                         |                                                                                                                             |            |
|                                                                 | 咽頭気管分離 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                     |                                                                                                                             |            |
| 吸引                                                              | 排痰補助装置の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                  | 吸引圧 ( )hP                                                                                                                   |            |
|                                                                 | チューブサイズ( )Fr                                                                                                       | 吸引回数( )回/日                                                                                                                  |            |
|                                                                 | 挿入の長さの目安<br><input type="checkbox"/> 気管内( )cm <input type="checkbox"/> 鼻腔内( )cm <input type="checkbox"/> 口腔内 ( )cm |                                                                                                                             |            |
| 栄養                                                              | <input type="checkbox"/> 経口                                                                                        | 形状 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> その他( ) |            |
|                                                                 |                                                                                                                    | トロミ剤の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )                                                          |            |
|                                                                 |                                                                                                                    | 食事介助 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )                                                             |            |
|                                                                 |                                                                                                                    | 自助具の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )                                                           |            |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> 胃ろう                                                                                       | チューブの製品名( )                                                                                                                 | 注入回数( )回/日 |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> 腸ろう                                                                                       | チューブサイズ ( )Fr ( )cm                                                                                                         |            |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> 経鼻                                                                                        | 注入ポンプ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 一回量( )ml                                                      |            |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> 中心静脈<br>栄養                                                                                | 胃残確認 ( )                                                                                                                    |            |
|                                                                 | 栄養剤商品名 ( )                                                                                                         |                                                                                                                             |            |
| インスリン投与 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |                                                                                                                    |                                                                                                                             |            |
| 排泄                                                              | 尿 ( )回/日 尿瓶の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                             |                                                                                                                             |            |
|                                                                 | 便( )回/日                                                                                                            |                                                                                                                             |            |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ→交換頻度( )時間毎                                               |                                                                                                                             |            |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> 導尿 カテーテルサイズ( )Fr 頻度( )時間毎                                                                 |                                                                                                                             |            |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> ストーマ 種類( )                                                                                |                                                                                                                             |            |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> 摘便 頻度( )日に1回行う                                                                            |                                                                                                                             |            |
| <input type="checkbox"/> 浣腸 頻度( )日に1回行う                         |                                                                                                                    |                                                                                                                             |            |
| 自己注射                                                            | 薬剤名( ) 内容( )                                                                                                       |                                                                                                                             |            |
| 緊急対応                                                            | けいれん発作時の対応(坐薬の指示)など                                                                                                |                                                                                                                             |            |
| その他                                                             |                                                                                                                    |                                                                                                                             |            |
| 記入日                                                             | 年 月 日 記入者( )                                                                                                       | 確認者(主治医等)                                                                                                                   |            |

## 《栄養スケジュール》

年 月 日

| 時刻 | 内容・量・注入時間など |
|----|-------------|
| :  |             |
| :  |             |
| :  |             |
| :  |             |
| :  |             |
| :  |             |
| :  |             |
| 備考 |             |

## 《その他伝えたいこと》

### 【ケアの内容・関わり方など】

例) 手足が冷たくなるので、毛布や湯たんぽで温めます

### 【お薬・物品など】

例) てんかんがあるので、薬が無くなると発作をおこす可能性があります

### 【避難先で配慮してほしいこと】 ※安心すること、苦手なことなどもご記入下さい。

例) 車いす使用、音や光が苦手、人混みが苦手



## 7、停電・災害時の対応

☆災害に備えて日頃から流れを確認しておきましょう☆

### 災害発生

全身状態を確認しましょう

→全身状態の異常があれば医療機関を受診しましょう

(医療機関:

電話番号:

)

#### 在宅困難な状況発生

- ・家屋の被害
- ・介護者の負傷
- ・高齢者等避難などの発令  
(警戒レベル3)
- ・食料、衣料品が確保されていない など

あり

#### 医療機器のトラブル

- ・人工呼吸器
- ・吸引器
- ・在宅酸素療法機器など

あり

#### ライフラインの被害

あり

なし

#### 停電

ブレーカー確認

- ・外部バッテリーを用意
- ・電力会社に電気復旧の目途を確認

#### ライフラインの復旧の目途

なし

あり

バッテリーの使用できる時間や酸素の残量を考え、すぐに避難を始めましょう

#### 避難場所へ避難する

- ・支援をお願いできる方に連絡
- ・必要場合は救急車を要請

(避難場所:

避難場所 TEL:

#### 在宅で様子を見る

いつでも避難できるよう準備をしましょう

メモ  ご自由に記入しお使いください

◆確認◆ チェックしてみましょう！

- ☐ 守谷市避難行動要支援者名簿に登録していますか？
- ☐ 個別避難計画は作成していますか？
- ☐ 非常食・飲料水は最低でも3日分(できれば7日分)、薬・医療用具などは最低でも7日分は備蓄してありますか？
- ☐ 災害発生時に安否確認や支援をしてくれる方が身近にいますか？
- ☐ 電源を必要とする物品は充電してありますか？(予備はありますか？)
- ☐ 避難先や避難経路は確認していますか？



# 守谷市 災害時対応ノート

～いざという時のために 障がいのある方や医療的ケアが必要な方へ～

この「災害時対応ノート」は、「肢体不自由・医療的ケア児等の  
災害時対応ガイドブック」と合わせてもご使用いただけます。

「自助」の力を高め、「共助」「公助」と円滑に連携が図れる  
よう、災害への備えとしてぜひご活用ください。



## 【制作・ガイドブックに対するお問い合わせ先】

守谷市健幸福祉部健幸長寿課 TEL:0297-45-1111(代表)

肢体不自由児・医療的ケア児の家族会そら～ち Mail:sorachi2021niji@gmail.com