

※記入内容は、避難行動要支援者(要配慮者)台帳でも共有されます。

最終更新日

様

- ・災害時個別支援計画とは、災害発生後も継続して医療ケアを受けられる体制を整えるために事前に作成し、在宅で医療ケアを受けている方の医療に関する情報や災害時の備え、災害発生時の対応、関係機関の連絡先などを記載する計画です。
- ・ご本人及びご家族様の積極的な取り組み、ご本人のことを熟知されている医療機関や医療・介護・福祉サービス事業者様のご協力が不可欠です。
- ・災害が発生した後も、医療ケアの継続と自立した生活を維持するためにご本人やご家族様がどのように動くのか、そのためにどんな備えが必要なのかをご記入ください。

- ・ご本人及びご家族様は、わからないことがあれば、かかりつけの医療機関や利用されているサービス事業者様に確認をするか、またはこの用紙に記入をしてもらうようお願いしてください。
- ・日頃実施していただいている患者(利用者)様やご家族への指導と併せて、ご本人及びご家族が平時から災害への備えに取り組むことができるよう、また関係者間で情報共有を行い、災害時の迅速な支援に繋がられるよう、災害時個別支援計画の作成にご協力頂きますようお願いします。

※該当するものに☑、()内は丸を記入してください。

☐ 身体障害者手帳(級)
☐ 療育手帳(級)
☐ 精神障害者保健福祉手帳(級)
☐ 介護認定(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)
☐ 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

- ☐ 人工呼吸器
- ☐ 酸素療法
- ☐ (気管切開 ・ 気管内挿管 ・ 鼻咽頭エアウェイ)
- ☐ ネブライザー吸入
- ☐ たんの吸引
- ☐ 経管栄養(鼻腔 ・ 経口 ・ 胃ろう ・ 腸ろう)
- ☐ IVH(中心静脈栄養)
- ☐ 透析
- ☐ 導尿・膀胱留置カテーテル
- ☐ 血糖測定
- ☐ インスリン
- ☐ ストマ(人工肛門 ・ 人工膀胱)
- ☐ 浣腸
- ☐ その他 (

南国市保健福祉センター 088-863-7373・南国市こども家庭センター 088-863-7374・南国市福祉事務所 088-880-6566

----- ご本人またはご家族様が記入してください。 -----

■ 基本情報

フリガナ			生年月日	
氏 名				
住 所			生物学的性別	☐ 男 ☐ 女
連絡先	本人		世帯構成	☐ 一人暮らし ☐ 同居人あり ☐ ペットあり
	家族	氏名 続柄		

■ 自宅の状況について

自宅の状況	耐震性 ☐ あり ☐ なし ☐ 不明 ※ご自身でお調べください
	☐ 洪水浸水想定区域 ☐ 津波浸水想定区域 ☐ 土砂災害警戒区域
	☐ 家具・家電固定 済(補助制度あり) ☐ ガラス飛散防止対策 済

- ・昭和56年5月31日以前に建築された木造住宅は耐震診断や耐震改修の補助制度があります。
- ・洪水、津波、土砂災害等の危険性はハザードマップをご確認ください。
- ・自宅に耐震性があり、洪水等の危険性がない場合は、自宅避難も選択肢のひとつです。

■ 避難先について（自宅で避難する場合も「自宅」と記入してください）

風水害		地震	
-----	--	----	--

- ・避難先は、ハザードマップで避難経路及び一般避難所をご確認ください。
- ・自宅が危険な状態になった場合は、まず一般避難所に避難してください。
- 一般避難所での生活が難しい場合は、その旨を避難所運営者に申し出てください。

■ 避難先までの移動手段

風水害		地震	
-----	--	----	--

- ・風水害時は、危なくなる前に公共交通機関等も活用しながら避難してください。
- ・近くにお住まいの親族や近隣住民等の協力を得ながら避難しましょう。

■ 災害時の避難支援について

声掛け・会話をする際の留意事項：
避難する際に必要な支援：
避難先での留意事項：

-----ここから先は、医療機関等に協力を得ながら記入してください。-----

■ 医療情報

診断名			かかりつけ 医療機関		
今までの経過	使用開始年月：(人工呼吸器) (酸素療法)				
人工呼吸器	機種名			☐ 気管切開で使用 ☐ マスクで使用	
	装着時間	☐ 24時間 ☐ 夜間のみ ☐ その他()			
	自発呼吸	☐ あり ☐ なし	離脱	☐ 可(分) ☐ 不可	
酸素療法	装着時間	☐ 24時間 ☐ 夜間のみ ☐ その他()			
	流量	安静時(ℓ/分) 労作時(ℓ/分) 就寝時(ℓ/分)			
気管切開	カニユーレ製品名			サイズ	内径 mm / 外径 mm
	カフ	☐ 付き ☐ なし		カフ圧/エア圧	
吸引	箇所	☐ 気管内 ☐ 鼻腔内 ☐ 口腔内 ☐ 持続吸引			回数 回/日
経管栄養	摂取方法	☐ 鼻腔 ☐ 経口 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう ☐ 他(経口摂取)			
	チューブ	種類：		サイズ：	Fr
				バルン：	ml
	栄養剤名				
	必要総カロリー	kcal			
	水分量				
排泄	方法	☐ 自立 ☐ おむつ ☐ 膀胱・腎留置カテーテル(Fr)			
		☐ 人工肛門 ☐ 人工膀胱 ☐ その他()			
特記事項	医療機関などからの指導内容を記入してください。				

■ 災害用備蓄リスト ※最低でも3日分、可能であれば1週間分の備蓄をお願いします。

品目		要否	備蓄数・規格等	保管場所
呼吸器関連	人工呼吸器			
	蘇生バッグ			
	医療機器専用外付けバッテリー			
	予備呼吸器回路			
	予備気管カニューレ			
	加湿器			
	パルスオキシメーター			
	酸素ボンベ			
吸引関連	電源式吸引器			
	吸引器専用外付けバッテリー			
	非電源式吸引器			
	吸引チューブ			
	低圧持続吸引ポンプ(唾液を吸引する機器)			
衛生材料	使い捨て手袋			
	アルコール綿/消毒綿			
	蒸留水/精製水			
	注射器			
	ガーゼ			
栄養	経管栄養剤			
	イルリガートル(経管栄養剤を入れるボトル)			
	経管栄養チューブ			
	経管栄養用の注射器			
薬	常備薬・頓服薬			
	お薬手帳			
排泄	オムツ			
	膀胱留置カテーテル			
	ストーマ用具等			
伝達	文字盤など			
非常用電源	発電機 使用燃料()			
	蓄電池			
	乾電池			
	延長コード(三又プラグ)			
	電気自動車			
	シガーソケット・ケーブル			
その他	懐中電灯			
	情報機器(ラジオ、スマートフォン、充電機など)			
	ビニール袋(ゴミ袋等)			
	ティッシュペーパー			
	飲料水			

※災害発生後も服薬が継続できるように、かかりつけ医と相談して予備のお薬を用意しましょう。
※記入の代わりに、お薬手帳のコピーを貼り付けておくことも可能です。

薬 剤 名:	1回量:
服薬方法:	☐ 毎起床時 ☐ 毎朝食前 ☐ 毎朝食後 ☐ 毎昼食前 ☐ 毎昼食後 ☐ 毎夕食前 ☐ 毎夕食後 ☐ 毎就寝前 ☐ その他()
備 考:	
薬 剤 名:	1回量:
服薬方法:	☐ 毎起床時 ☐ 毎朝食前 ☐ 毎朝食後 ☐ 毎昼食前 ☐ 毎昼食後 ☐ 毎夕食前 ☐ 毎夕食後 ☐ 毎就寝前 ☐ その他()
備 考:	
薬 剤 名:	1回量:
服薬方法:	☐ 毎起床時 ☐ 毎朝食前 ☐ 毎朝食後 ☐ 毎昼食前 ☐ 毎昼食後 ☐ 毎夕食前 ☐ 毎夕食後 ☐ 毎就寝前 ☐ その他()
備 考:	
薬 剤 名:	1回量:
服薬方法:	☐ 毎起床時 ☐ 毎朝食前 ☐ 毎朝食後 ☐ 毎昼食前 ☐ 毎昼食後 ☐ 毎夕食前 ☐ 毎夕食後 ☐ 毎就寝前 ☐ その他()
備 考:	
薬 剤 名:	1回量:
服薬方法:	☐ 毎起床時 ☐ 毎朝食前 ☐ 毎朝食後 ☐ 毎昼食前 ☐ 毎昼食後 ☐ 毎夕食前 ☐ 毎夕食後 ☐ 毎就寝前 ☐ その他()
備 考:	
薬 剤 名:	1回量:
服薬方法:	☐ 毎起床時 ☐ 毎朝食前 ☐ 毎朝食後 ☐ 毎昼食前 ☐ 毎昼食後 ☐ 毎夕食前 ☐ 毎夕食後 ☐ 毎就寝前 ☐ その他()
備 考:	
薬 剤 名:	1回量:
服薬方法:	☐ 毎起床時 ☐ 毎朝食前 ☐ 毎朝食後 ☐ 毎昼食前 ☐ 毎昼食後 ☐ 毎夕食前 ☐ 毎夕食後 ☐ 毎就寝前 ☐ その他()
備 考:	
薬 剤 名:	1回量:
服薬方法:	☐ 毎起床時 ☐ 毎朝食前 ☐ 毎朝食後 ☐ 毎昼食前 ☐ 毎昼食後 ☐ 毎夕食前 ☐ 毎夕食後 ☐ 毎就寝前 ☐ その他()
備 考:	
薬 剤 名:	1回量:
服薬方法:	☐ 毎起床時 ☐ 毎朝食前 ☐ 毎朝食後 ☐ 毎昼食前 ☐ 毎昼食後 ☐ 毎夕食前 ☐ 毎夕食後 ☐ 毎就寝前 ☐ その他()
備 考:	

■ 連絡先リスト

【ご家族・避難時の支援者】 ※避難の支援は、原則ご家族が行う必要があります。

[illegible]

「避難支援」は、災害発生時にご本人を支援する方に“○”を記入してください。

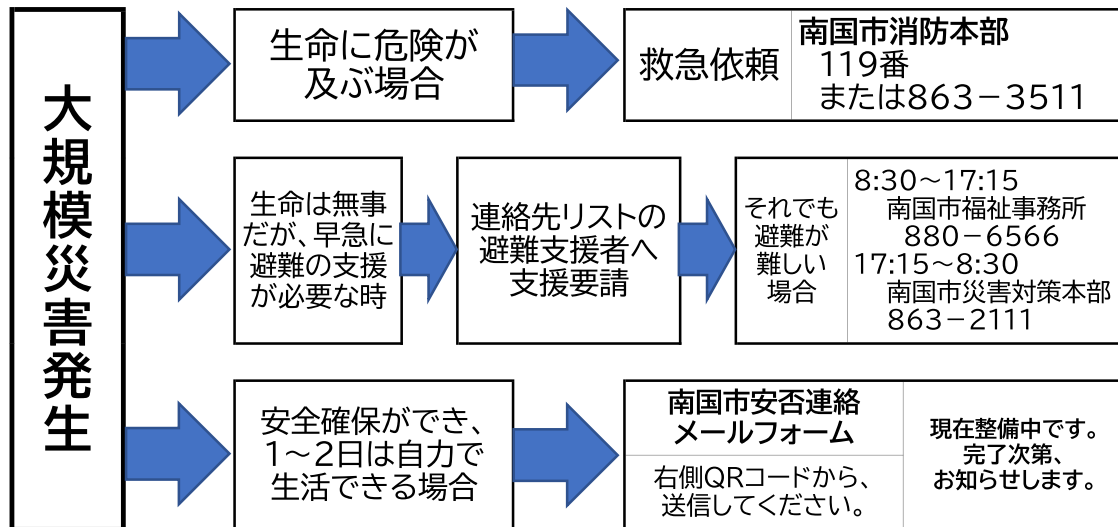
【医療機関・サービス事業者等】

[illegible]

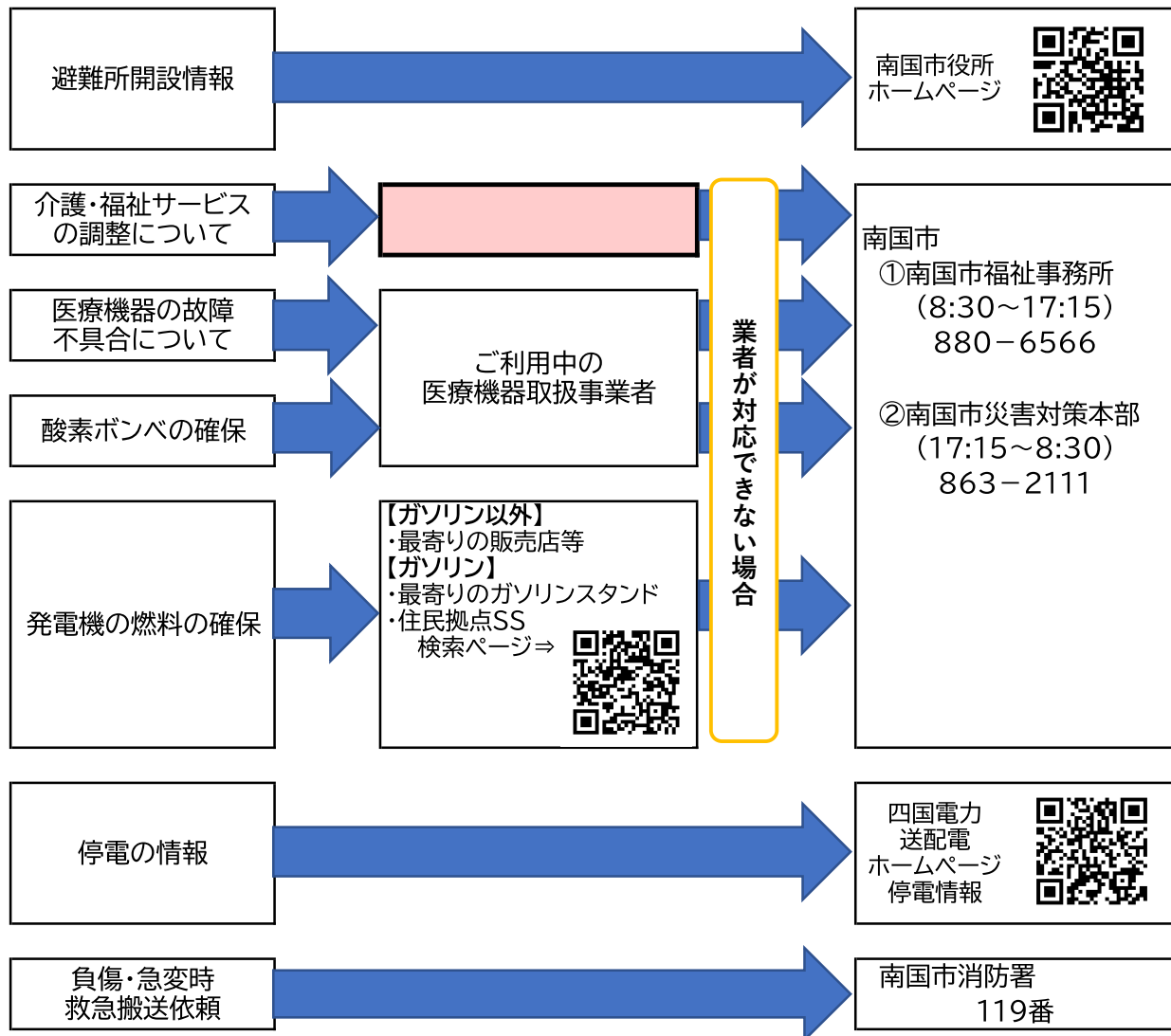
【医療機器取扱事業者】

[illegible]

■大規模災害発生時の連絡について



■災害発生時の各種問い合わせの流れについて



※住民拠点SS(サービスステーション)

自家発電設備を備え、災害等による停電時においても可能な限り継続して被災地域の住民の方々向けに燃料供給を行うサービスステーション

■ 電源等の確保の状況について

医療機器を動かすのに必要な消費電力				
人工呼吸器	酸素濃縮器	持続吸引器	()	消費電力合計
W	+	W	+	W ^① = W

人工呼吸器	酸素濃縮器
内部バッテリー	内部バッテリー
時間× 台	時間× 台

人工呼吸器	酸素濃縮器
外部バッテリー	外部バッテリー
時間× 台	時間× 台

蓄電池 ※インバーター未搭載の発電機で充電しないでください。		
容 量	消費電力合計	作動時間
Wh ÷ ^①	W =	時間

発電機 ※インバーター未搭載の発電機を医療機器に使用しないでください。				
定格出力	定格負荷時の 連続運転時間	燃料種類	・ 容量	燃料備蓄量
VA	時間	()	()	()

各医療機器の非常用電源への切替手順マニュアル	
☐ 作成済(保管場所:)	
☐ 未作成(ご本人やご家族で操作できるように、事業者様の方でご用意をお願いします)	

■ 医療機器発電機に関する注意事項

- ・発電機メーカーは、医療機器を発電機に繋いだ際の動作保証をしておりません。
接続の際は、自己責任でお願いします。
- ・発電機で電力を供給する際は、外部バッテリー等を介し、直接医療機器を繋がないでください。
- ・インバーター未搭載の発電機による充電は、医療機器の故障や動作不良を招く恐れがあります。

■ 発電機及び蓄電池の購入費用の助成について

- ・下記の方は、助成の対象となる可能性があります。
身体障害者手帳の呼吸機能障害3級以上若しくは同程度の身体障害者(児)であって
在宅で常時人工呼吸器、酸素濃縮器、ネブライザー(吸入器)又は電気式たん吸引器を使用する者

■ 非常用電源への切替手順 ※各機器の取扱説明書を確認しながら実施してください。

1

2

3

4

5

6

7

8

■ 酸素ボンベへの切替手順

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	

■ 酸素流量が少ない方(労作時や夜間等限定して使用している方)向けの応急対応

- ・酸素流量が少ない方については、安静にした状態で口すぼめ呼吸をすると酸素療法がなくても呼吸を維持することができる場合があります。
 - ・万が一に備えて、かかりつけの医療機関に確認の上、指導を受けてください。
- ※この対応は、災害時における一時的な応急対応です。