

2021年2月1日

唐津保健福祉事務所

氏名：_____

本人・家族と支援者、みんなで考える
災害対策・災害時対応ノート

～いざというときのために～

唐津市・玄海町版

予見可能な災害（大雨/台風）編
（停電予想編）

作成日	年 月 日
見直し日①	年 月 日
見直し日②	年 月 日
見直し日③	年 月 日

目次

1、私の情報.....	3
2、関係者連絡リスト(在宅療養支援に関わる機関の連絡先をまとめましょう).....	4
3、災害に備えて確認するもの（医療機器） ①	5
4、災害に備えて確認するもの（医療機器） ②	6
5、人工呼吸器の回路図・ベッドサイドの物品の写真を準備しましょう.....	7
6、災害に備えて確認するもの（生活用品）	8
7、生活環境.....	9
≪参考≫予見可能な災害（大雨/台風）の発生に備えた避難行動（フロー図）	11

確認！

- 1、市町の避難行動要支援者登録（※1）されていますか？
- 2、個別避難計画の作成はされていますか？



避難行動要支援者登録や個別計画を作成されていない場合は、市町に相談しましょう。

（※1）市町では「避難行動要支援者名簿」が作成されています。

○避難行動要支援者名簿とは

災害が発生した際に、自力で避難することが困難な障がいのある方などの『避難行動要支援者』に対して、避難などの手助けや安否確認、避難所での配慮が、地域の中で素早く、安全に行われるようにするための名簿です。

避難行動要支援者登録や個別計画の作成、また、このノートや「わたしの避難計画作成シート」は、災害時の支援が必ずしもなされることを保証するものではありません。また、支援関係者が法的な責任や義務を負うものではありません。

1、私の情報

● 基本的な情報

ふりがな 氏名	性別		生年月日	
	男	女	年	月 日
病名	施設 入所の 場合	施設名		
住所		住所		
連絡先		連絡先		
家族 構成	氏名		連絡先	続柄
	①			
	②			
	③			
	④			
※同居・別居がわかるように				
介護度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要介護（1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> 要支援（1・2）	身体障害者 手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> （ ）種（ ）級	
障害支援 区分	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 区分（1・2・3・4・5・6）	療育手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> A ・ B	

● 身体状況と日常生活動作について、該当する項目に☑をしましょう。（各項目複数可）

項目	状況			
栄養	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 自立	
	<input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻・胃ろう）	<input type="checkbox"/> 流動食	<input type="checkbox"/> ミキサー食	<input type="checkbox"/> 軟食
	<input type="checkbox"/> 治療食（ ）	<input type="checkbox"/> 普通食		
排泄	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 自立	
	<input type="checkbox"/> カテーテル留置	<input type="checkbox"/> 便器	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> ポータブル
呼吸	在宅酸素	<input type="checkbox"/> あり（ L）	<input type="checkbox"/> なし	
	呼吸器	<input type="checkbox"/> 常時	<input type="checkbox"/> 夜間のみ	<input type="checkbox"/> 必要時
移動	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 自立（車椅子・杖歩行）	
入浴	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 自立	
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 自立（利用ツール： ）		

● 電気を必要とする医療機器を使用している場合、該当するものに☑及び必要項目を記入

使用している医療機器に☑	外部バッテリー	発電機
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	あり・なし	あり・なし
<input type="checkbox"/> 吸引器	あり・なし	あり・なし
<input type="checkbox"/> 在宅酸素	あり・なし	あり・なし

2、関係者連絡リスト（在宅療養支援に関わる機関の連絡先をまとめましょう）

関係機関	機関名	TEL	担当者
主治医			
主治医			
訪問看護			
訪問看護			
薬局			
介護支援専門員 （ケアマネジャー）			
ヘルパー			
通所施設			
医療機器業者 （人工呼吸器）			
医療機器業者（酸素）			
医療機器業者（吸引）			
救急車	唐津市消防本部	局番なしの119	
電力会社	九州電力唐津営業所		
災害時伝言ダイヤル		局番なしの171	
市役所/役場			
保健福祉事務所	唐津保健福祉事務所	0955-73-4187	

備考

3、災害に備えて確認するもの（医療機器） ① 記載日 年 月 日

家族・支援者と一緒に話し合い、確認できた項目には☑しましょう。必要のない項目については、☒（斜線）をいれてください。

医療機器		備えのポイント
人工呼吸器	人工呼吸器（機種名）：_____	
	<input type="checkbox"/> 内部バッテリー 作動時間 _____ 時間	
	<input type="checkbox"/> 外部バッテリー 充電時間：_____分 使用可能時間：_____時間	
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ・カフ用シリンジ	
	<input type="checkbox"/> 人工鼻	
	<input type="checkbox"/> チャンバー	
	<input type="checkbox"/> 蒸留水 500ml _____本	
	<input type="checkbox"/> パルスオキシメーター(SpO ₂)	予備の電池を準備している→ <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 蘇生バッグ（アンビューバッグ）	正しく使用できるよう練習している → <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 呼吸器回路(予備)	
	<input type="checkbox"/> 外部バッテリーマニュアル	
	<input type="checkbox"/> 延長コード 長さ：_____m	
	<input type="checkbox"/> 架台	
	<input type="checkbox"/> 発電機(機種名)：_____	使用方法を確認や定期点検をして いる → <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 蓄電池(機種名)：_____		
<input type="checkbox"/> 燃料(種類：_____ 量：_____)		
痰吸引器	吸引器機種(機種名)：_____	介護者等全員が使用できるよう、 吸引方法を確認している → <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 内部バッテリー 作動時間 _____ 時間	
	<input type="checkbox"/> 足踏み式 または ピストン式吸引器	
	<input type="checkbox"/> 吸引カテーテル _____本	
	<input type="checkbox"/> アルコール綿 _____箱	
	<input type="checkbox"/> 使い捨て手袋 _____枚	
	<input type="checkbox"/> 外部バッテリー _____個 充電時間：_____分 使用可能時間：_____時間	
	<input type="checkbox"/> シガーソケット対応インバーダー	
	<input type="checkbox"/> 延長コード 長さ：_____m	
	<input type="checkbox"/> 精製水 _____本	

4、災害に備えて確認するもの（医療機器）② 記載日 年 月 日

家族・支援者と一緒に話し合い、確認できた項目にはしましょう。必要のない項目については、（斜線）をいれてください。

医療機器		備えのポイント
在宅酸素	<input type="checkbox"/> 酸素濃縮機（機種名：_____ メーカー：_____）	
	<input type="checkbox"/> 内部バッテリー 作動時間 _____ 時間	
	<input type="checkbox"/> 酸素ポンペ 本数：_____（ _____ ）L/分の場合、1本あたり最大（ _____ ）時間	業者の点検を受けている → <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 酸素ポンペ用カート	
	<input type="checkbox"/> 酸素マスク・経鼻カニューレ	
	<input type="checkbox"/> 酸素用チューブ	

}

- 物品の使用期限の確認をした
- 物品の定期点検をしている
- 避難先に物品を持っていく方法を確認した

（例…キャリーバッグや袋などにまとめて事前に写真をとっておく）

}

チェックがない場合は、確認をしましょう

5、人工呼吸器の回路図・ベッドサイドの物品の写真を準備しましょう

◆人工呼吸器と回路・外部バッテリーの接続（機械の説明書・図のコピー、実際の様子）



◆ベッドサイドにある物品のセッティング



6、災害に備えて確認するもの（生活用品）

記載日 年 月 日

家族・支援者と一緒に話し合い、確認できた項目にはしましょう。必要のない項目については、（斜線）をいれてください。

生活用品		備考
食事	<input type="checkbox"/> 経管栄養剤 (種類：_____ 1日量：_____)	
	<input type="checkbox"/> トロミ剤	
	<input type="checkbox"/> イルリガードル	
	<input type="checkbox"/> 栄養チューブ	
	<input type="checkbox"/> 接続チューブ	
	<input type="checkbox"/> 注入器（カテーテルチップ）	
内服薬	<input type="checkbox"/> お薬手帳	
	<input type="checkbox"/> 常用薬(予備)	中断できない薬は多めに準備している → <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> その他(内服薬の必需品など)	
	<input type="checkbox"/>	
衛生材料	<input type="checkbox"/> マスク _____ 枚	
	<input type="checkbox"/> ガーゼ _____ 枚	
	<input type="checkbox"/> アルコール綿 _____ 箱	
	<input type="checkbox"/> 精製水 _____ 本	
	<input type="checkbox"/>	
排泄	<input type="checkbox"/> オムツ類 _____ 枚	
	<input type="checkbox"/> 尿器類	
	<input type="checkbox"/> カテーテル・バッグ等(留置の方)	
	<input type="checkbox"/>	
その他	<input type="checkbox"/> コミュニケーション用具(文字盤など)	
	<input type="checkbox"/> 乾電池	
	<input type="checkbox"/> 携帯ラジオ	
	<input type="checkbox"/> 懐中電灯	予備電池を準備している→ <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 筆記用具	
	<input type="checkbox"/> 保険証・受給者証	
	<input type="checkbox"/> ティッシュ・ウエットティッシュ	
	<input type="checkbox"/> 防寒具等	
	<input type="checkbox"/> クッション類	
	<input type="checkbox"/>	

衛生材料は3日分準備している

ひとまとめにした物品の置き場所を決めている
(置き場所：_____)

チェックがない場合は、確認をしましょう

7、生活環境

● 療養している部屋の安全対策・環境を確認しておきましょう

できている項目には○、できていない項目は×を書きましょう。

場所	目的	項目	確認日 /	確認日 /	
家全体・家周り	家屋による 下敷き防止	昭和 56 年 5 月 31 日以前建築家屋→耐震診断を受けていますか			
		家屋の壁、ガラスや塀などにひび割れはありませんか			
		家屋の屋根、瓦が落ちたり崩れる心配はありませんか			
		「雨どい」や「ます」はつまっていませんか			
割れたガラスによるケガ防止	窓ガラス、戸棚のガラスにはフィルムが貼られていますか	飛び散ったガラスを踏まないようにスリッパなど近くに ありますか			
家中・家具など	倒れてきた家具による下敷き防止	居室、寝室の家具は金具などで固定されていますか			
		人工呼吸器や吸引器は固定されていますか			
		ベッド周辺に重たい家具、家電製品はありませんか			
		ベッド周辺の重たい家具、家電製品は固定されていますか			
	落ちてきた物によるケガ防止	タンスや棚の上に重たい荷物は置いていませんか	天井やかもい、壁などに落下の恐れのある物はありませんか		
			ベッド周辺に飛び散りそうな物はありませんか		
			ベッド周辺の高いところに物を置いていませんか		

●安全に避難するために確認しましょう。

できている項目には○、できていない項目は×を書きましょう。

目的	項目	確認日 /	確認日 /
出口から避難 するため	災害発生時に避難する出口は何か所ありますか (カ所)		
	居室、寝室は出口に近いところにありますか		
	出口の内側に通路の妨げになるものは置いていませんか (靴・傘・傘立て・押し車など)		
	出口の外側に通路の妨げになるものは置いていませんか (自転車、自動車、押し車、植木鉢など)		
通路を通りやすく するために	廊下など通路には転倒の恐れのある家具はありませんか		
	廊下などの通路にある家具は固定されていますか		
	廊下などの通路に荷物を置いていませんか		
すぐに避難所に 行くため	避難所がどこか知っていますか		
	避難所までの避難ルートを確認できていますか		
	ハザードマップは確認しましたか		
援助者の支援を 受けやすくするた め	避難する際に支援してくれる援助者はいますか		
	唐津市役所・玄海町役場へ在宅療養中であることの情報 提供をしていますか		
	唐津市役所・玄海町役場の「避難行動要支援者登録」は していますか		

【参考資料】

- 1) 下関市保健所. 在宅神経難病患者・家族のための防災対策マニュアル
- 2) 滋賀県. 災害時対応ノート
- 3) 災害時難病患者個別支援計画を策定するための指針(改訂版)
- 4) 堺市、私の災害時対応ハンドブック
- 5) 横浜市保土ヶ谷区福祉保健センター、わたしの災害対策ノート

【作成】

佐賀県難病対策協議会
佐賀県健康福祉部健康増進課疾病対策担当
(唐津版：) 唐津保健福祉事務所

＜参考＞予見可能な災害（大雨/台風）の発生に備えた避難行動（フロー図）

災害（大雨/台風）の発生のおそれがあるとき・・・

