

青森市医療的ケア児災害時マニュアル

(氏名: ○○○ △△)

作成日 : R6 年 4 月 1 日

マニュアル作成の目的

「青森市医療的ケア児災害時マニュアル」(以下、「本マニュアル」)は、医療的ケア児とその家族が災害に対応するための必要な知識、情報及び物品等を共有し、平時からどのような準備を進めるか、当事者・家族と支援者が協力して取り組むための情報をまとめ災害時に最適な行動ができることを目的に作成しております。

《留意事項》

- ☆利用している医療機器の内容等を記載し、情報共有にご活用ください。
- ☆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、多数の被災者が発生し電気・水道・ガス・交通網などのライフラインが寸断され、即座に公的な支援を受けることが難しくなります。
- ☆本マニュアルは、災害発生時またはその恐れのある場合はすぐに確認し、避難の際には携帯できるようにしてください。
- ☆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。

個人情報の利用同意について

○本マニュアルの情報を「青森市避難行動要支援者避難支援制度」における避難支援等関係者(町(内)会・民生委員・消防団・避難支援者等)に平常時から提供することで避難行動の際の支援を受ける可能性を高めることができます。希望される場合は、下記「同意署名欄」に本人または保護者の署名をお願いいたします。

○ご同意いただいた場合は、青森市が別に定める「青森市避難行動要支援者同意確認書兼個別計画」の「具体的な状況と避難支援者の人数」をご記入いただく際の別紙として、本マニュアルを添付しご提出ください。

「本マニュアル」の記載内容を避難支援等関係者間で情報共有することについて同意します。

同意署名欄

○○○ ●●●

1 災害時の避難情報等とすべき行動

■市町村が出す警戒レベル3又は警戒レベル4(避難情報)で必ず避難しましょう

■気象庁などから出る河川水位や雨の情報を参考に自主的に早めの避難をしましょう

避難情報等
(警戒レベル)

警戒 レベル	状況	住民がとるべき 行動	避難情報等
5	災害発生 又は切迫	命の危険 直ちに安全確保！	緊急安全確保
警戒レベル4までに必ず避難！			
4	災害の おそれ 高い	危険な場所から 全員避難	避難指示
3	災害の おそれ あり	危険な場所から 高齢者等は避難	高齢者等避難
2	災害の おそれ あり	危険な場所から 高齢者等は避難	高齢者等避難
1	今後気象 状況悪化 のおそれ	危険な場所から 高齢者等は避難	高齢者等避難

河川水位や雨の状況
(警戒レベル相当情報)

防災気象情報(警戒レベル相当情報)		
	浸水の情報(河川)	土砂災害の情報(雨)
5 相当	氾濫発生情報	大雨特別警報 (土砂災害)
警戒レベル4までに必ず避難！		
4 相当	氾濫危険情報	土砂災害警戒情報
3 相当	氾濫危険情報 洪水警報	大雨警報
2 相当	氾濫注意情報	――
1 相当	――	――

市町村長は、河川や雨の情報(警戒レベル相当情報)のほか、地域の土地利用や災害実績なども踏まえ総合的に避難情報等(警戒レベル)の発令判断をすることから、警戒レベルと警戒レベル相当情報が出るタイミングや対象地域は必ずしも一致しません。

☆ 津波は警報が出たら全員避難(警戒レベルは発表されません)

2 緊急連絡カード

氏 名	〇〇〇 △△			性別	☒ 男・ ☐ 女																			
住 所	青森市 〇〇丁目 〇番 〇号																							
生年月日	R4 年 5 月 5 日生																							
連絡先	自宅: 017-00-000 携帯: 090-00-00 (母の携帯)																							
血液型	☒ A ・ ☐ B ・ ☐ O ・ ☐ AB (Rh: ☐ + 、 ☐ -)																							
病 名	〇〇〇			発病	R4 年 5 月																			
				発病	年 月																			
				発病	年 月																			
障害者手帳	☐ なし ・ ☒ あり 身体(1級) 精神(級) 愛護()																							
薬	<table border="1"> <thead> <tr> <th>薬剤名</th><th>1日量</th><th>服薬回数</th><th>服薬時間</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>〇〇〇80mg</td><td>1回2錠</td><td>3回</td><td>毎食後</td></tr> <tr> <td>△△△</td><td>1回1錠</td><td>1回</td><td>就寝前</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				薬剤名	1日量	服薬回数	服薬時間	〇〇〇80mg	1回2錠	3回	毎食後	△△△	1回1錠	1回	就寝前								
	薬剤名	1日量	服薬回数	服薬時間																				
	〇〇〇80mg	1回2錠	3回	毎食後																				
	△△△	1回1錠	1回	就寝前																				
アレルギー																								
使用中の医療機器	・ 人工呼吸器 製品名: 〇〇〇〇 ・ ネブライザー 製品名: 〇〇〇〇 ・ 吸引器 製品名: 〇〇〇〇 ・ 製品名:																							
呼 吸	1回換気量 500ml		呼吸回数 15 回																					
	酸素濃度		離 脱 ☐ 可 ・ ☒ 不可																					
	気管カニューレ 製品名: 〇〇〇〇〇		サイズ 12 mm																					
酸素療法	安静時:吸入量 ㍻/分		吸入時間 時間/日																					
	労作時:吸入量 ㍻/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: 〇〇 ml/回 3 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	ADL全介助 拘縮はなし																							
特記事項	体温調整が難しい																							

3 緊急連絡先一覧

区分	連絡先	担当者氏名	電話
かかりつけ医①	A病院	〇〇科 〇〇先生	017-700-0000
かかりつけ医②	Bクリニック	〇〇先生	017-700-0000
専門医	C病院 〇〇科	〇〇先生	017-700-0000
緊急受入先	D病院 医療連携室	〇〇さん	017-700-0000
薬局	調剤薬局〇〇〇		017-700-0000
訪問看護	訪問看護ステーション〇〇〇	〇〇さん	017-700-0000
医療機器業者	〇〇機器	〇〇さん	017-700-0000
医療機器業者	〇〇医療機器	〇〇さん	017-700-0000
相談支援事業所			
(障害福祉サービス)	相談支援事業所〇〇〇	〇〇さん	017-700-0000
(障害福祉サービス)	児童発達支援事業所〇〇〇	〇〇さん	017-700-0000
知人・友人			
親戚	お隣	〇〇さん	017-700-0000
その他	叔父	〇〇さん	017-700-0000

4 備蓄チェックリスト(医療機器)

		必要 物品	準備 済	医療機器	自宅備蓄量	持ち出し分	自宅保管場所	
人工呼吸器(機種名):				AAAA				
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:(8)時間				
				消費電力 : (40)W				
		☒	☒	呼吸器回路(予備)	1階収納庫に回路、カニニューレ予備、人工鼻1か月分保管 パルスオキシメーター、アンビューバックは外出セットの中に保管			
		☒	☒	気管カニニューレ(予備)				
		☒	☒	人工鼻				
		☒	☒	パルスオキシメーター(SPO ₂)				
	☒	☒	バッグバルブマスク(アンビューバック)	1	1	ベッド横の棚		
☐	☐							
	非常用電源	☒	☒	外部バッテリー				
				使用可能時間:(4)時間	1	1	外出セット	
				充電時間:(120)分				
たん吸引(機種名):				BBBB				
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:(1)時間				
		☒	☒	携帯用(口足踏み式・口ピストン式吸引器)	1	1	外出セット	
		☒	☒	吸引カテーテル(本数)とアルコール綿	外出セットの中に保管しているほか、1階収納庫に3か月分備蓄			
	☐	☐						
		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				
酸素濃縮器(機種名):				CCCC				
在宅酸素関連		☒	☒	内部バッテリー				
		☒	☒	酸素ボンベ(本数)	10	2	1階収納庫	
		☒	☒	酸素ボンベ用カート	1	1	1階収納庫	
		☒	☒	酸素用チューブ(カテーテル)	30	15	1階収納庫	
		☐	☐					
		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			
その他の非常用電源	☒	☒	カーインバーター			玄関と車内		
	☒	☒	延長コード 20m(車から居室まで15m)					
	☒	☒	発電機(カセットボンベタイプ)			玄関		
	☒	☒	燃料(種類:カセットボンベ 1本1時間)					
	☐	☐	蓄電池					
	☐	☐	EV車					
	☐	☐	住宅設備					
	☐	☐						

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	自宅備蓄量	持ち出し分	自宅保管場所
食事関連	☒	☒	経管栄養剤 種類: ラコール 1日量: 1,500 ml	1か月分	7日分	外出セット
	☒	☒	イルリガートル			
	☒	☒	栄養チューブ			
	☒	☒	持続チューブ			
	☒	☒	注入器			
	☐	☐				
	☐	☐				
医療・衛生材料関連	☒	☒	ガーゼ類	外出セットのほか、1階収納庫に3か月分備蓄		
	☒	☒	アルコール綿			
	☒	☒	消毒薬			
	☒	☒	吸入薬(人工呼吸器用)	1か月分	7日分	ベットの棚
	☒	☒	洗浄用中性洗剤(人口呼吸器用)	外出セットのほか、1階収納庫に3か月分備蓄		
	☒	☒	マウスピース(ネブライザー用)			
	☒	☒	マスク(ネブライザー用)			
	☒	☒	処方された薬液(ネブライザー用)	1か月分	7日分	ベットの棚
	☒	☒	蒸留水・精製水	外出セットのほか、1階収納庫に3か月分備蓄		
	☒	☒	使い捨て手袋			
	☐	☐	注射器			
	☐	☐				
☐	☐					
排泄関連	☒	☒	オムツ類	外出セットのほか、1階収納庫に3か月分備蓄		
	☒	☒	尿器類			
	☒	☒	カテーテル・バッグ等			
	☒	☒	おしりふき			
	☐	☐				
	☐	☐				
その他	☐	☐	常用薬			
	☐	☐	お薬手帳			
	☒	☒	乾電池	単3、単4 各12本		1階収納庫
	☒	☒	携帯ラジオ	1台	1台	1階収納庫
	☒	☒	懐中電灯	2本	2本	玄関
	☐	☐	保険証・医療受給者証			
	☒	☒	ティッシュ・ウエットティッシュ	各5箱	各5箱	1階収納庫
	☒	☒	防寒具等	毛布3枚	毛布3枚	1階収納庫
	☐	☐				
	☐	☐				
☐	☐					

6 避難先、連絡方法、避難の手順

避難が必要な時は次のように動きます

高齢者等避難(警戒レベル3)

になったら、自宅外に避難します。

※P1を参考に記載

避難をしたら、居場所を

きょうだい、訪看、相談支援相談員

に伝えてください。

避難先《第1候補》

※ 医療機関等を避難先にする場合は、事前に主治医と相談しましょう。

親戚の〇〇さん宅(自家発電機があるお宅)
〇〇町〇〇字〇〇

【受付担当者・担当部署】

親戚の〇〇さんの携帯(Tel - -)に連絡し、停電の状況、自家発電機の使用が可能か、受け入れが可能かを確認する。

に連絡し受入れを確認する。

【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
車椅子に移乗、車椅子のまま自家用車に乗車。人工呼吸器、呼吸器回路、吸引機、ネブライザー、避難用カバン、外出セットを積む。国道〇号から△通りに入り〇〇さん宅へ向かう。

避難先《第2候補》

※ 医療機関等を避難先にする場合は、事前に主治医と相談しましょう。

〇〇小学校(※最寄りの避難所)

【受付担当者・担当部署】

に連絡し受入れを確認する。

【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
車椅子に移乗、車椅子のまま自家用車に乗車。人工呼吸器、呼吸器回路、吸引器、ネブライザー、避難用カバン、外出セットを積む。介助者2名同乗。到着後、介助者1名が受付で調整。その間は自家用車で待機。

避難先《第3候補》

※ 医療機関等を避難先にする場合は、事前に主治医と相談しましょう。

〇〇病院
〇〇市〇〇丁目-〇-〇

【受付担当者・担当部署】

医療連携室〇〇さん(Tel - - -)

に連絡し受入れを確認する。

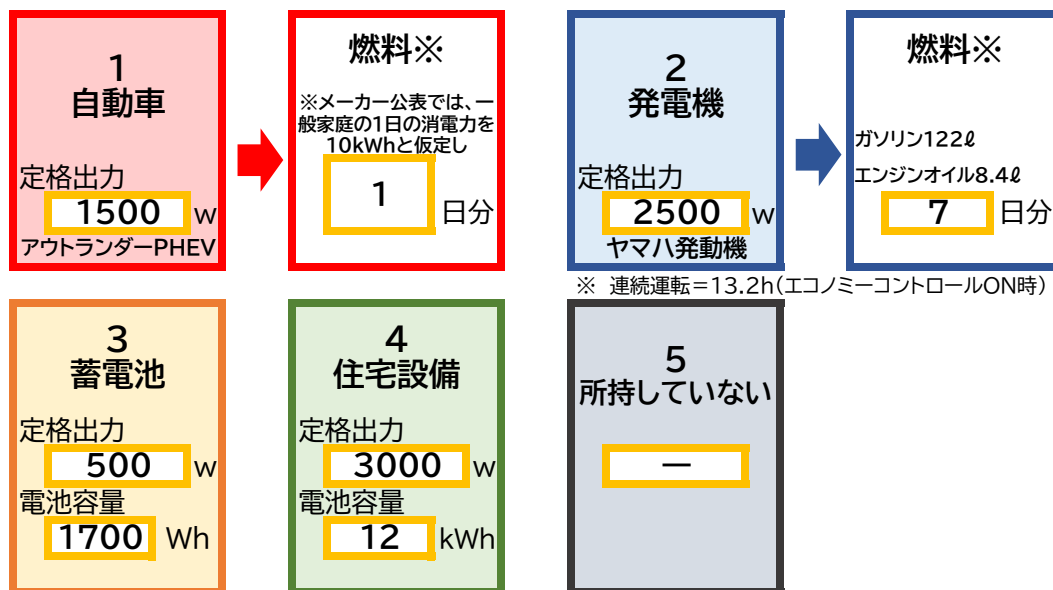
【移動方法】

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
車椅子に移乗、車椅子のまま乗車。人工呼吸器、呼吸器回路、吸引器、ネブライザー、避難用カバン、外出セットを積む。介助者2名同乗。△△通りから病院へ。介助者1人が職員と調整。その間は自家用車で待機。

7 やむを得ず自宅で避難待機する場合の備え

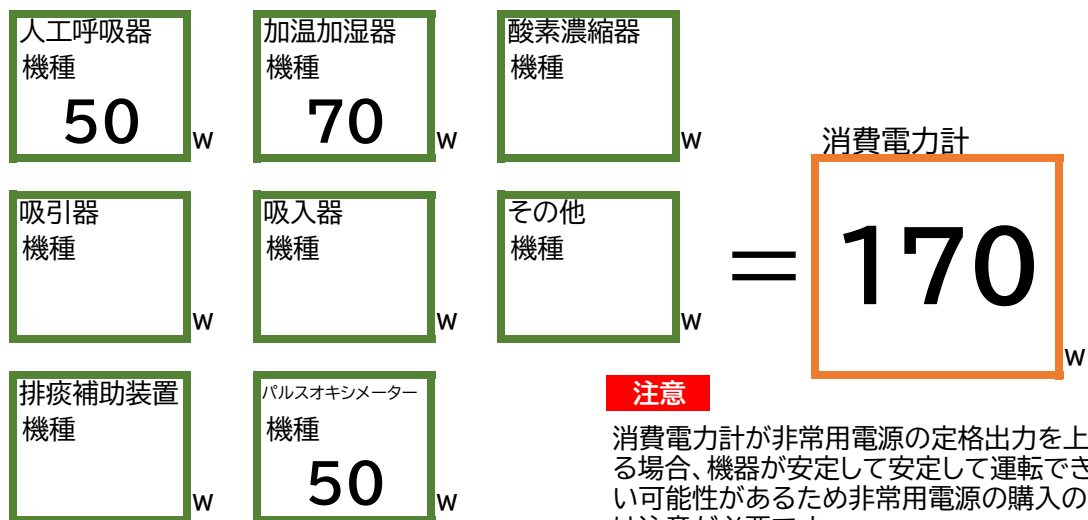
※「避難先に連絡が取れない。」「避難支援者との連絡が取れず避難先への移動ができない。」など

非常用電源を確認しましょう



使用する機器の消費電力を計算しましょう

※ 大阪発達総合療育センターの臨床データにおいて、実測消費電力は仕様書記載値と比較し低かったというデータが残されています。実測消費電力は、市販の簡易チェッカーでも測定可能ですので、使用する機器の消費電力を確認しておきましょう。



注意

消費電力計が非常用電源の定格出力を上回る場合、機器が安定して安定して運転できない可能性があるため非常用電源の購入の際は注意が必要です。

《計算例》 人工呼吸器・加温加湿器・パルスオキシメーター使用の場合

人工呼吸器 50W + 加温加湿器 70W + パルスオキシメーター 50W = 170W

- 非常用電源を選ぶ際、発電機の場合、170W以上の発電容量を有する機種を選ぶ必要があります。
- 蓄電池の場合、電池容量が1700Whの機種であれば、
 $1700 \div 170 = 10$ 時間使用できると計算ができます。

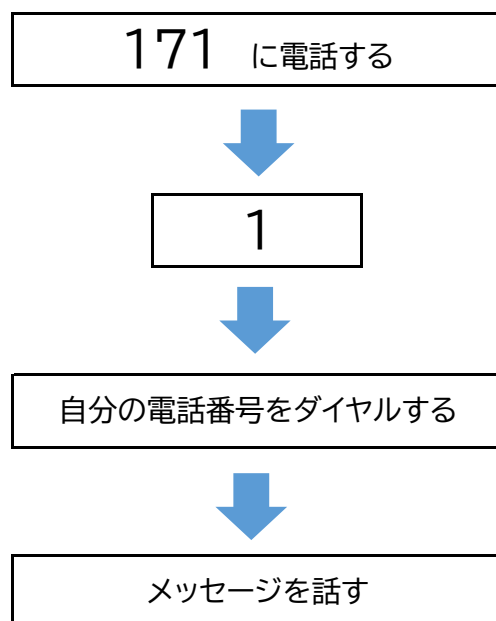
8 今後必要な備えや確認しておくべきことについて

- ☐ 普段のケアに必要な医療材料や衛生材料の備蓄を随時補充しましょう。
(災害時には、これら材料の入手が難しくなります。)
- ☐ 災害時は、薬や栄養剤も入手困難となるので、7～10日分は確保しましょう。
- ☐ 災害時は、ガソリンも入手困難になるので、できるだけ車は満タンにしておきましょう。
- ☐ 停電時には、どのような電源と接続できるか確認しておきましょう。(「電源との接続のためのシガーライターケーブルは、用意されているか。」「蓄電池のバッテリーは常に十分に充電されているか。」など)
- ☐ 発電機を非常用電源として使用する場合は、購入先と相談し定期的なメンテナンスを行いましょう。
- ☐ 非常用電源が正しく動作するかを確認しましょう。
- ☐ 停電時の対応や連絡先情報を点検業者や機器メーカーから得ておきましょう。
- ☐ 電気を使わない他の方法(アンビューバッグ、人工鼻、足踏み式吸引器等)を使えるようにしておきましょう。
- ☐ ハザードマップなどで自分の地域の災害リスクを確認しておきましょう。

9 災害伝言ダイヤルの利用方法

災害伝言ダイヤル

被災者から：伝言の登録
(または、自分から聞いてほしい時)

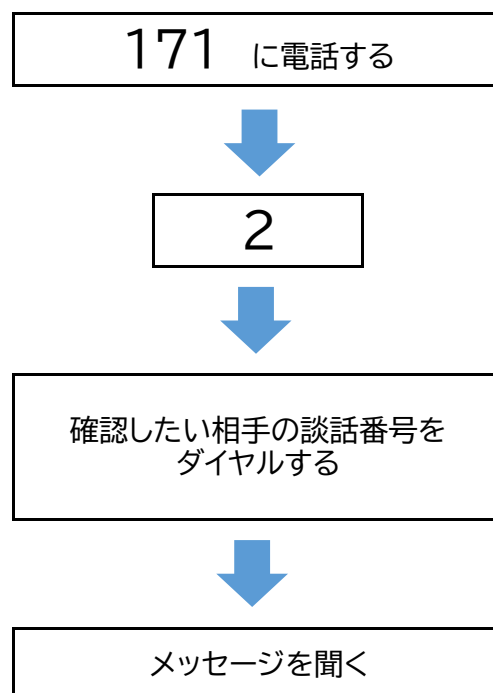


留意事項

提供開始は、被災地の方の安否を気遣う
通話が増加し、被災地への通話がつなが
りにくい状況になった場合、速やかに
サービスを提供します。

提供備蓄伝言：電話番号あたり
1～20伝言
伝言録音時間：30秒

被災者の伝言の確認



留意事項

体験利用
○毎月1、15日 0時～24時
○1月1日 0時～3日 24時
○防災週間
8月30日 9時～9月5日 17時
○防災とボランティア週間
1月15日 9時～1月21日 17時

10 フロー 災害時における医療機器の作動確認と対応の流れ

フローはあくまで目安ですので状況に応じて適切に行動してください。

