

八王子市在宅人工呼吸器使用者災害時支援事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は東京都在宅人工呼吸器使用者災害時支援指針（平成24年3月東京都福祉保健局）に基づき、八王子市が実施する災害時の要援護者対策のうち、とりわけ緊急性・特殊性の高い在宅の人工呼吸器使用者に対し、在宅人工呼吸器使用者災害時個別支援計画（以下「支援計画」という。）を作成し、災害時の被害を最小限にとどめることを目的とする。

(実施主体)

第2条 事業の実施主体は八王子市とする。ただし、支援計画書の作成にあたっては、平成24年度及び平成25年度に限り、訪問看護ステーション等に別表に定める額で委託することができる。

(対象者)

第3条 この支援計画の対象者は、八王子市に住所を有する難病患者、重症心身障害児、その他、在宅で各号に掲げる人工呼吸器を使用する患者及びその家族を対象とする。

(支援計画の内容)

第4条 支援計画は在宅人工呼吸器使用者の状況に応じた個別支援計画とし、次に掲げる内容とする。

- (1) 災害時に備えて準備しておくもの（様式1）
- (2) 停電（様式2）
- (3) 停電が長引きそうな場合（様式3）
- (4) 地震（様式4）
- (5) 風水害（様式5）
- (6) 関係者連絡リスト（様式6）
- (7) 緊急時の医療情報連絡票（在宅人工呼吸器使用者用）（様式7）
- (8) その他必要となる情報

(実施方法)

第5条 支援計画作成は以下の手順で行う。

- (1) 市が把握する在宅人工呼吸器使用者又はその家族に対し、保健所職員が計画書作成の同意を得る。
- (2) (1)の患者宅を訪問等で、前条の支援計画の内容を調査・確認し、関係機関と調整のうえ、様式1から様式7までを作成する。
- (3) 表紙にID番号、住所、氏名、電話番号、作成日を記入し、記載日以降変更のあった場合は患者又は家族からの申し出を依頼する。
- (4) 支援計画書は保健所の担当所管のほか、患者、関係機関等において保管し、情報を共有するものとする。
- (5) 個人情報については八王子市個人情報保護条例を順守すること。

(市の役割)

第6条 市は事業の実施について関係機関に協力を依頼するとともに、定期的に連絡会議等で情報の提供や計画の見直しを行うものとする。

(その他)

第7条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定めるものとする。

附則

この要綱は、平成24年11月20日から施行する。

別表（第2条関係）

支援計画書作成	1件につき	9,880円(消費税相当分100分の5を含む)
---------	-------	-------------------------

様式 1

災害時に備えて準備しておくもの ☆7日を目安に

まとめられる物はひとまとめにしてベッドの近くに置いておきましょう。
この他、非常用食品や衣類なども一緒に準備しておきましょう。

品目	個数	置いてある場所
蘇生バッグ		
外部バッテリー		
予備の呼吸器回路一式		
予備の吸引器		
予備の吸引チューブ		
グローブ		
アルコール綿		
蒸留水		
経腸栄養剤		
薬		
懐中電灯		
乾電池		
発電機と使用燃料		
延長コード		
ラジオ		

情報更新日 年 月 日

自宅付近のハザード

※ 想定される被害を○で囲みましょう。
暮らしの便利帳の中に「防災マップ」がはっています。事前に確認しておきましょう。

洪水 高潮 土砂災害 地震 その他 ()

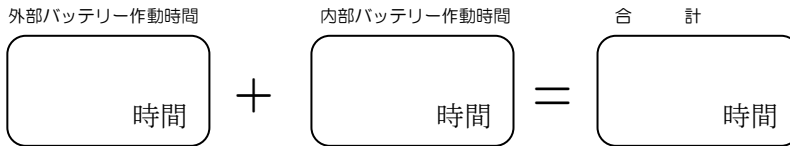
要援護者登録： 済 未 (希望する 希望しない)

様式 2

停 電

1. 人工呼吸器の電源

※外部バッテリーによる作動確認



2. 酸素濃縮器 : 酸素ポンベへの切り替え

酸素ポンベ 1 本消費時間 時間

3. 充電式吸引器 : 充電式吸引器の連続使用時間

分

※足踏み式吸引器の準備

確認すること

1. ブレーカーの確認 : ブレーカーが落ちていたら、ブレーカーを上げましょう。

ブレーカーが落ちていない場合、下記へ連絡して停電の確認をしましょう。

東京電力 _____ カスタマーセンター TEL _____

*大規模停電時にはつながりにくくなります。その場合は下記で確認します。

2. 停電情報の確認 (東京電力 停電情報)

パソコン <http://teideninfo.tepcoco.jp>

携帯電話 <http://teideninfo.tepcoco.jp/i/>

□ 東京電力への登録

*事前に保健所を通して登録しておきましょう。

1. 電源の確保

(必要な項目 □→■、接続する機器を○で囲む：事前に **A (アンペア) 数**を確認する)

車のシガーライターケーブル (A)

- ・人工呼吸器 (A) ・バッテリー (A)
- ・その他 (A)

発電機 (A)

- ・バッテリー (A) ・吸引器 (A)
- ・酸素濃縮器 (A) ・その他 (A)

自家発電設備のあるところ：バッテリー充電

施設名 _____

住所 _____ TEL _____

2. その他の対処 (必要な項目 □→■、対処機器等を○で囲む)

電池利用機器への切り替え：

- ・低圧持続吸引器 ・パルスオキシメーター ・その他 ()

エアマット：

人工呼吸器の加温加湿器：

- ・人工鼻の使用 ・加温加湿器へお湯の追加

3. 入院する 入院を調整する機関

(予定していた下記医療機関が受入困難な場合)

医療機関名

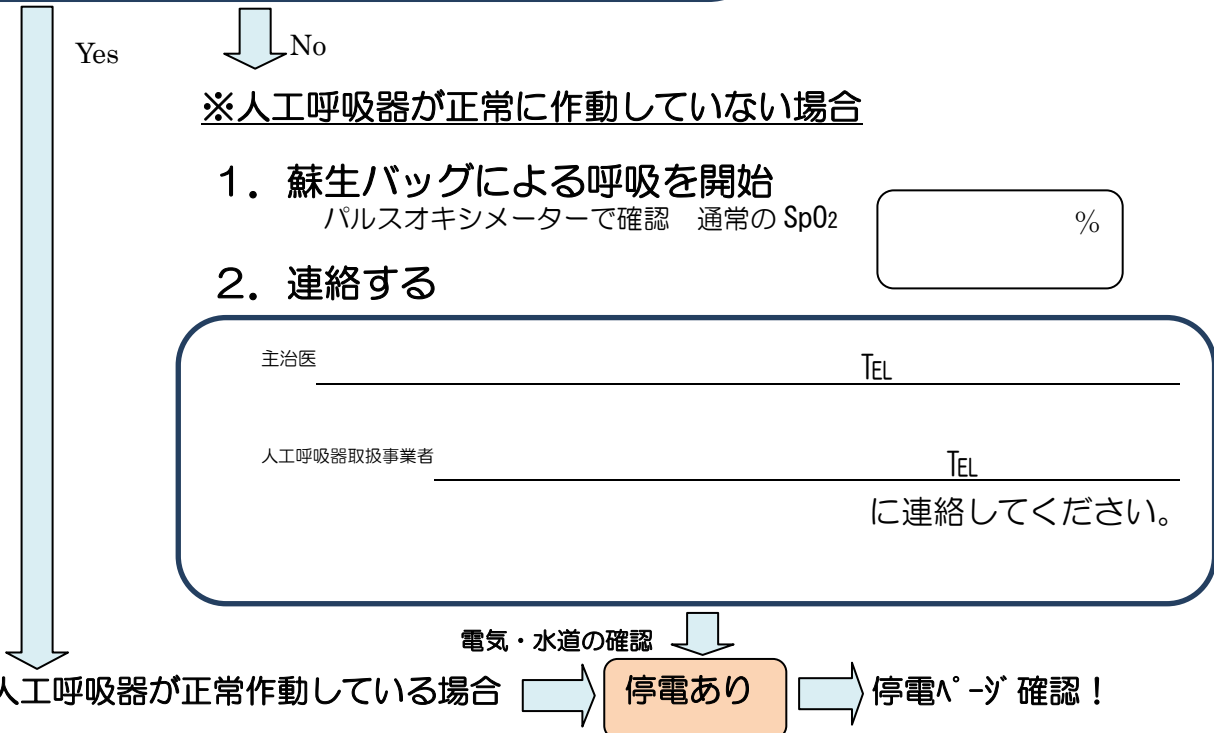
_____ 電話 _____ へ相談

転倒、落下物に注意
 ギャッジベッドを下げる
 (停電すると動かなくなるため)

患者さんは大丈夫ですか？ (確認したら□にしでチェック)

人工呼吸器は正常に作動していますか？

- 人工呼吸器に破損なく、作動しているか
 - 異常な音、臭いは出していないか
 - 呼吸回路の各接続部にゆるみはないか
 - 回路は破損していないか
 - 設定値が変わっていないか
- ※アラームが鳴っていても必ず確認しましょう



近隣で **火災** →

- 近隣に支援者を求める
- 安全な場所へ避難
- 可能であれば…「避難時の持ち出し**セット**」持参

- 安否の連絡を入れる 利用する方法を□→■
- 171 伝言ダイヤルへ録音 (自宅電話番号: _____)
 - 携帯災害用伝言板 (登録者: 関係者リスト参照)
 - 電話連絡 _____ TEL _____
 - メール _____ メールアドレス _____

安否確認者 関係者リストの◎印の人が安否確認に来ます。

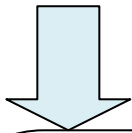
風水害（洪水、高潮、土砂災害等）

■ 台風、大雨などで風水害が予想される場合

例) 防災無線、防災メール等

_____からの情報に注意して、

避難準備情報 が発令されたら、



避難する。

だれ _____ 電話 _____ に連絡して

移送手段 _____ 電話 _____ で

避難場所 _____

住所 _____ 電話 _____ に

※避難してください。

■ 避難時の持ち出しセット（事前に外出用リストを作成しておきましょう）

準備した項目の□にしてチェック

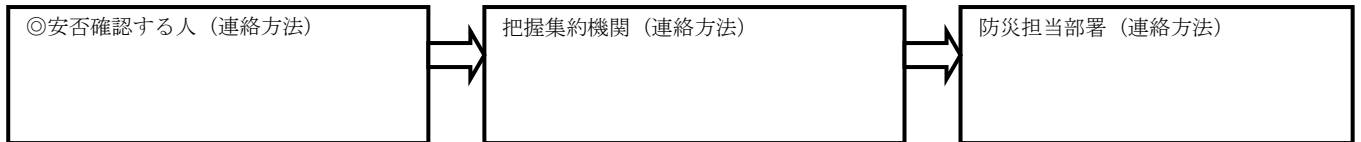
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 外部バッテリー	<input type="checkbox"/> 呼吸器回路
<input type="checkbox"/> 人工鼻（加温・加湿器）	<input type="checkbox"/> 蘇生バッグ	<input type="checkbox"/> 吸引器
<input type="checkbox"/> 吸引チューブ	<input type="checkbox"/> アルコール綿	<input type="checkbox"/> 蒸留水
<input type="checkbox"/> 経管栄養セット	<input type="checkbox"/> 経腸栄養剤	<input type="checkbox"/> 保険証
<input type="checkbox"/> 薬	<input type="checkbox"/> 延長コード	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

関係者連絡リスト

平成 年 月 日 作成

安否確認 する人 ◎	災害用伝言 板登録 ◎	区分	担当者	所属	電話番号
		かかりつけ医			
		専門医			
		訪問看護ステーション			
		ケアマネジャー			
		保健師			
		訪問介護事業所			
		近隣者			
		避難所	住所・名称		

安否確認の流れ



医療機器取扱事業者リスト

区分	担当者	所属	電話番号
人工呼吸器 (機種 :)			
酸素濃縮器 (機種 :)			
吸引器 (機種 :)			

家族・親族リスト

災害用伝言 板登録◎	続柄	氏名	住所又は勤務先	電話番号

様式 7

緊急時の医療情報連絡票(在宅人工呼吸器使用者用)

* この連絡票は、災害時等に初めて対応する医療関係者に伝えたい医療情報をまとめたものです。
緊急避難的に入院する等の時に役立ちます。人工呼吸器の設定内容が等が変更した場合は、かかりつけ医や訪問看護ステーション等に声をかけて、更新してもらいましょう。

患者氏名			性別	男性 ・ 女性	
生年月日	T. S. H	年 月 日	生	歳	
住所	〒 (電話)				
診断名					
合併症					
主治医	専門医	医療機関名 (電話)			
	かかりつけ医	医療機関名 (電話)			
今までの経過	発症: 年 月		人工呼吸器装着: 年 月		
服薬中の薬					
基礎情報	身長	cm	体重	kg	
	血圧	/ mm Hg	体温	°C	
	脈拍	回/分	SOP2	% ~ %	
コミュニケーション	会話 筆談 文字盤 意思伝達装置 その他 ()				
	具体的に記載(Yes/No サイン等)				
医療処置情報					
人工呼吸器	機種名 ()				
	<input type="checkbox"/> 気管切開で使用(TPPV)		<input type="checkbox"/> マスクで使用(NPPV)		
	<input type="checkbox"/> 量規定(VCV)		<input type="checkbox"/> 圧規定(PCV)		
	換気モード		換気モード		
	1回換気量()ml/分		I	PAP	EPAP()
	PS ()	PEEP ()	吸気圧() PS() PEEP()		
	呼吸回数 ()回/分		呼吸回数 ()回/分		
	吸気時間または吸気流量 ()		吸気時間 ()		
人工呼吸器装着時間 : <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> その他 ()					
酸素使用	<input type="checkbox"/> あり ()L/分 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 ()				
気管切開	カニューレ製品名 () サイズ () カフエア量()ml				
吸引	<input type="checkbox"/> 気管内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 口腔内 *特記事項()				
栄養	<input type="checkbox"/> 経口				
	<input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろう		<input type="checkbox"/> 経鼻カテーテル		
	製品名()		サイズ()		
	栄養剤商品名()		1日の総カロリー()kcal		
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
膀胱留置カテーテル	<input type="checkbox"/> あり (サイズ) <input type="checkbox"/> なし				
その他特記事項					
記入者 : 所属		職種	氏名	記入日	年 月