

青森市医療的ケア児災害時マニュアル

(氏名: 〇〇〇 △△)

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

〇〇〇 ●●●

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) | | | | 河川水位や雨の状況 (警戒レベル相当情報) | | |
|------------------|----------------------|--------------------|--------|--------------------------|----------------|------------------|
| 警戒 レベル | 状況 | 住民がとるべき 行動 | 避難情報等 | 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 | 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 | 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 | 災害の おそれ 高い | 危険な場所から 全員避難 | 避難指示 | 4 相当 | 氾濫危険情報 | 土砂災害警戒情報 |
| 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 | 3 相当 | 氾濫危険情報 洪水警報 | 大雨警報 |
| 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 | 2 相当 | 氾濫注意情報 | —— |
| 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 | 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 | 000 ΔΔ | | 性別 | <input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 |
| 住所 | 青森市 001丁目 0番 0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 | <input checked="" type="checkbox"/> A ・ <input type="checkbox"/> B ・ <input type="checkbox"/> O ・ <input type="checkbox"/> AB (Rh: <input type="checkbox"/> +、 <input type="checkbox"/> -) | | | |
| 病名 | 000 | 発病 | R4 年 | 5 月 |
| | | 発病 | 年 | 月 |
| | | 発病 | 年 | 月 |
| 障害者手帳 | <input type="checkbox"/> なし ・ <input checked="" type="checkbox"/> あり 身体(1級) 精神(級) 愛護() | | | |
| 薬 | 薬剤名 | 1日量 | 服薬回数 | 服薬時間 |
| | 00080mg | 1回2錠 | 3回 | 毎食後 |
| | ΔΔΔ | 1回1条 | 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: 0000 | | |
| | ・ ネブライザー | 製品名: 0000 | | |
| | ・ 吸引器 | 製品名: 0000 | | |
| | ・ | 製品名: | | |
| 呼吸 | 1回換気量 | 500ml | 呼吸回数 | 15 回 |
| | 酸素濃度 | | 離脱 | <input type="checkbox"/> 可 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不可 |
| | 気管カニューレ | 製品名: 00000 | サイズ | 12 mm |
| 酸素療法 | 安静時:吸入量 | ℓ/分 | 吸入時間 | 時間/日 |
| | 労作時:吸入量 | ℓ/分 | 吸入時間 | 時間/日 |
| 栄養 | 摂取方法: <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう ・ <input type="checkbox"/> 経鼻経管 ・ <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 種類・量: 00 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 | <input type="checkbox"/> 会話 ・ <input type="checkbox"/> 筆談 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 文字盤 ・ <input type="checkbox"/> 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): AAA | | | | | | | | |
| 人工呼吸器 関連 | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 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 | | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 呼吸器回路(予備) | 1階収納室に各1個ずつ外出セットの中に まとめて保管 | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 気管カニューレ(予備) | | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 人工鼻 | | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | パルスオキシメーター(SPO ₂) | | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 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 | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | 非常用電源 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 外部バッテリー 使用可能時間:(4)時間 充電時間:(4) | 1 | 1 | 外出セット |
| たん吸引(機種名): BBB | | | | | | | | |
| たん吸引器 関連 | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 内部バッテリー 内部バッテリー作動時間:(1)時間 | | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 携帯用(口足踏み式・ロピストン式吸引器) | 1 | 1 | 外出セット | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 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 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | 非常用電源 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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): CCC | | | | | | | | |
| 在宅酸素 関連 | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 内部バッテリー | | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 酸素ポンベ(本数) | 10 | 2 | 1回収納庫 | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 酸素ポンベ用カート | 1 | 1 | 1回収納庫 | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 酸素用チューブ(カテーテル) | 30 | 15 | 1回収納庫 | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | 非常用電源 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | カーインバーター | | | 玄関と車内 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | 延長コード 20m(車から居室まで15m) | | | 玄関 | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | 発電機(カセットボンベタイプ) | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | 燃料(種類:カセットボンベ 1本1時間) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 蓄電池 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | EV車 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 住宅設備 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | | | |

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 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 経管栄養剤 種類: ラコール 1日量: 1,500 ml | 1ヶ月 | 7日分 | 外出セット |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | イルリガートル | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 栄養チューブ | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 持続チューブ | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 注入器 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 医療・衛生材料関連 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ガーゼ類 | 外出セットのほか、1階収納室に3か月分を準備 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | アルコール綿 | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 消毒薬 | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 吸入薬(人工呼吸器用) | 1ヶ月 | 7日分 | ベットの棚 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 洗浄用中性洗剤(人工呼吸器用) | 外出セットのほか、1階収納室に3か月分を準備 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | マウスピース(ネブライザー用) | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | マスク(ネブライザー用) | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 処方された薬液(ネブライザー用) | 1ヶ月 | 7日分 | ベットの棚 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 蒸留水・精製水 | 外出セットのほか、1階収納室に3か月分を準備 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 使い捨て手袋 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注射器 | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 排泄関連 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | オムツ類 | 外出セットのほか、1階収納室に3か月分を準備 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 尿器類 | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | カテーテル・バッグ等 | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | おしりふき | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| その他 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 常用薬 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | お薬手帳 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 乾電池 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 携帯ラジオ | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 懐中電灯 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 保険証・医療受給者証 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ティッシュ・ウエットティッシュ | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 防寒具等 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |

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。

に連絡し受け入れを確認する。

【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
ベッドから2人で介助し、車椅子に移乗、スロープを使用して外に出る。自家用車に、車椅子で乗車。その際には、人工呼吸器、呼吸器回路、外出セットも持ち出す。自家用車での長時間の移動は可能。

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】

に連絡し受け入れを確認する。

【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
ベッドから2人で介助し、車椅子に移乗、スロープを使用して外に出る。自家用車に、車椅子で乗車。その際には、人工呼吸器、呼吸器回路、外出セットも持ち出す。自家用車での長時間の移動は可能。

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 ---)

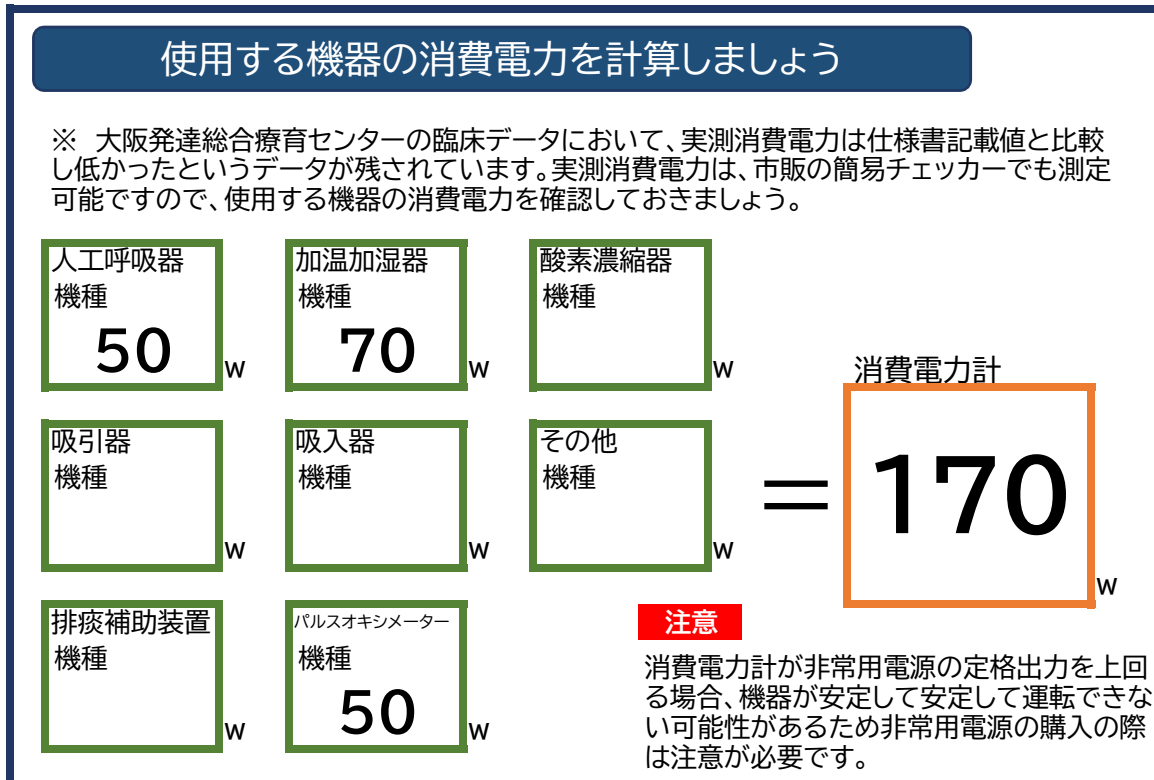
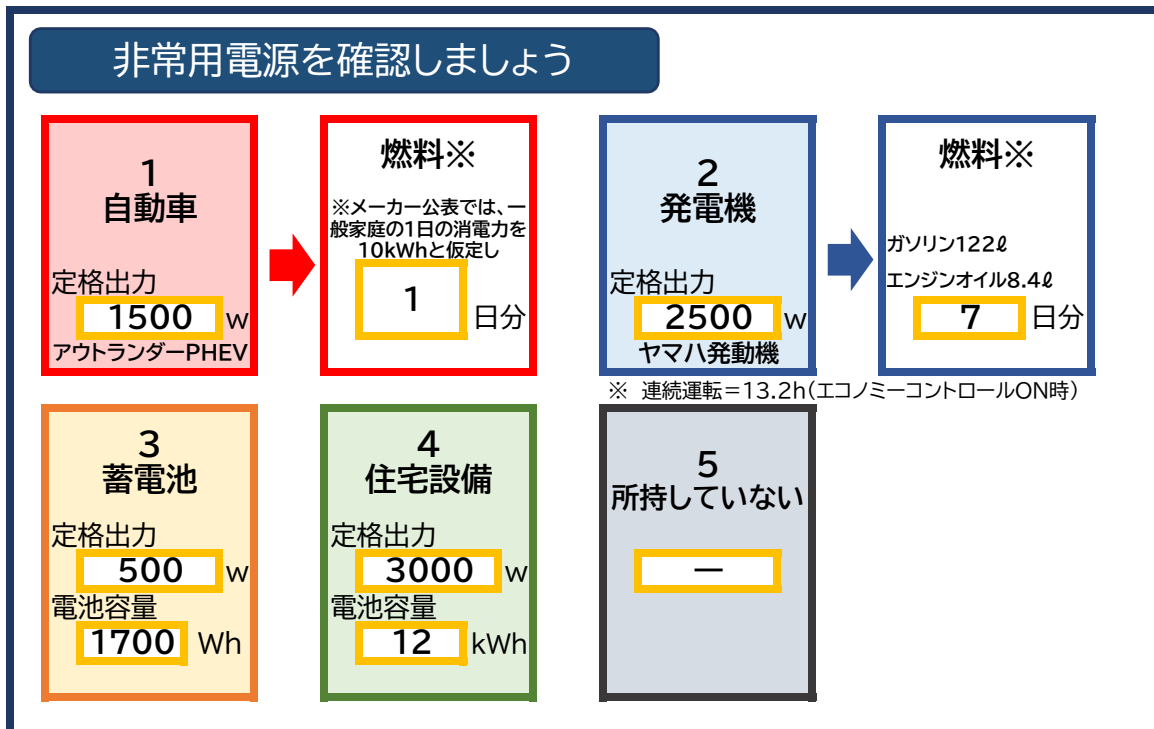
に連絡し受け入れを確認する。

【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
2人で車椅子移乗介助。スロープ使用し外へ。自家用車に車椅子で乗車。人工呼吸器、呼吸器回路、外出セットも持ち出す。△△通りから〇〇病院へ。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



《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

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

- 非常用電源を選ぶ際、発電機の場合、170W以上の発電容量をあ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)

171 に電話する



1



自分の電話番号をダイヤルする



メッセージを話す

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

171 に電話する



2



確認したい相手の談話番号を
ダイヤルする



メッセージを聞く

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

