

# 災 害 時 個 別 支 援 計 画

ふりがな		生年月日(年齢)	年    月    日 (    歳)
氏 名	様	性 別	男 性 ・ 女 性
住 所			
電話番号		メールアドレス	
計 画 作 成 日	年    月    日	作 成 者	
作 成 者 所 属		電 話	

**【災害時個別支援に係る情報提供について】**

私は、災害時の支援を目的として、ここに記載された情報及び更新した情報について、  
関係機関へ提供することに同意します。

年    月    日                      氏名    ( 続柄                      )

## 居住地付近のハザード

河 川                      高 潮                      土砂災害                      津 波                      地 震                      その他(                      )

## 家族・親戚等 連絡先リスト(緊急時の連絡先)

続柄	氏名	住所又は勤務地	緊急連絡先

## 関係者連絡先リスト(緊急時の連絡先)

区分	担当者	所属	電話番号
かかりつけ医			
訪問看護			
訪問介護			
相談支援・居宅介護支援			
医療機器メーカー			

## お住いの地域の区役所

_____ 区役所	電話番号	
-----------	------	--

身体・日常生活リスト		
病 名		
項 目	状 態	
呼吸障害	なし・あり	方法： 気管切開による侵襲的陽圧呼吸療法(TPPV)・ 鼻マスク等による非侵襲的陽圧呼吸療法(NPPV)・在宅酸素療法
		気管カニューレ：サイズ                      mm    製品名：
吸 引	なし・あり	吸引チューブ：サイズ
		吸引回数：                      回／日    (うち夜間                      回／日)
栄 養	経口・経管等	方法：経鼻 ・ 胃ろう ・ IVH ・ その他(                      )
		種類：経管栄養摂取量：                      ml／日    水分摂取量：                      ml／日
排 泄	自立 ・ その他	排尿 方法：膀胱カテーテル留置 ・ 自己導尿 ・ 他(                      ) 通常量：                      ml／日
	排便	方法：浣腸 ・ 他(                      )    回数：                      回／日
移 動	自立・要介助	方法：ストレッチャー ・ 車椅子    注意事項：
コミュニケーション	会話・その他	方法：筆談 ・ 文字盤 ・ 意思伝達装置 ・ その他(                      ) 具体的事項：
薬剤アレルギー	なし・あり	ありの場合の薬剤名：

人工呼吸療法などの詳細(設定)					
気管切開による侵襲的陽圧呼吸療法(TPPV)			鼻マスク等による非侵襲的陽圧呼吸療法(NPPV)		
記入日	年   月   日	年   月   日	記入日	年   月   日	年   月   日
種類・機種			種類・機種		
換気モード			換気モード		
1回換気量			I P A P		
換気回数			E P A P		
吸気時間			吸気時間(Ti)		
感 度			B P M		
気道内圧 下限アラーム			ライズタイム		
気道内圧 上限アラーム			装着時間	24時間 ・ 夜間 その他：              時間	24時間 ・ 夜間 その他：              時間
P E E P 圧			バッテリー持続時 間(内部+外部)		
ピーク圧 (参 考 値)					
装着時間	24時間 ・ 夜間 その他：              時間	24時間 ・ 夜間 その他：              時間	在宅酸素療養		
バッテリー持続時 間(内部+外部)			酸素流量	ml／分 時間	ml／分 時間

## 医療機器別メーカーリスト

医療機器	機種・メーカー	医療機器	機種・メーカー

## 避難時の持ち出しセット(悩んだ際は1泊2日を想定してみましょう。)

必要な 医療機器	人工呼吸器 気管カニューレ 携帯用酸素 生体管理モニター 加温加湿器 予備吸引器 予備吸引チューブ 予備人工呼吸器回路 蘇生バッグ(アンビューバッグ) 電源コード その他( )
必要な 医療ケア物品	内服薬 経管栄養剤 呼吸器加湿用蒸留水 酸素ボンベ( 本) パルスオキシメーター 医療用手袋 ガーゼ スプレー式手指用消毒液 アルコール綿 消毒薬 50ml注射器 オムツ等 その他( )
入院セット	

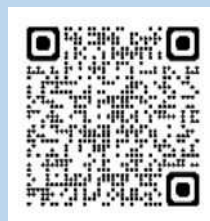
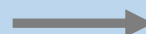
## 避難時に備えておくもの

懐中電灯 ・ スリッパ ・ ラジオ ・ 簡易トイレ ・ 飲料水 ・ 食料品 ・ 軍手 ・ タオル ・ ティッシュペーパー  
・ ウェットティッシュ ・ 日用品 ・ ポータブル電源 ・ 延長コード ・ 健康保険証 ・ おくすり手帳 ・ 医療券  
・ 障害者手帳 ・ その他( ) など

## 【 災 害 発 生 に 伴 う 停 電 時 の 対 応 】

### 停 電 が 発 生 し た ら

- ① あらかじめ充電したバッテリーで対応
- ② 九州電力の停電情報を確認(停電地区や復旧見込み時間)



- 停電が発生していることを緊急時連絡先へ連絡
- 手持ちバッテリーでの対応が難しい場合、  
医療機器メーカーに外部バッテリーの運搬や充電等について協力を依頼
- 容態・病状が悪化する恐れがある場合 ⇒ 119番通報

あらかじめ避難の場合に必要な電源を確認しておきましょう。

○現在使用している医療機器にバッテリーがついているか、電源がどの程度もつのか確認しましょう。

○不明な場合は医療機器メーカーに確認しましょう。

### 使用医療機器リスト

医療機器(機器名)	内部バッテリー①	外部バッテリー②	持続時間(①+②)
酸素濃縮器			
携帯用酸素			
吸引器			
吸入器			
排痰補助装置			
パルスオキシメーター			

### その他必要な物品

医療機器等	1日当たり必要量	医療機器等	1日当たり必要量
酸素ボンベ	日中 夜間 ボンベ ( サイズ ) L/min L/min 本/日		

### 自宅以外の場所へ避難する場合の事前準備について

- 避難先が決まっている場合は、訪問看護事業所や医療機器メーカー等に伝えておきましょう。
- 電源以外の備品等（衛生用品や処方薬等）持ち物リストを作成しましょう。
- 自宅周辺の状況に加え、避難先までの経路についてもハザードマップを確認し、災害接近時には最新の情報を確認してください。

## 【 避 難 計 画 】

### 災害発生時の避難等の流れ

--

### 医療機関への避難(入院先)

医療機関名		担当者		電話番号	
-------	--	-----	--	------	--

### 一時避難

避難先①		担当者		電話番号	
避難先②		担当者		電話番号	

### 避難するタイミング

避難開始 連絡 (避難支援者へ の連絡)	順番	連絡者氏名・所属		連絡方法	連絡先
	①				
	②				
	③				
移動手段				介護者	

### 自由記載

--

# 参考

【様式10】

## 個別避難計画

		成年月日	年	月	日
氏 名	(性別: )				
生年月日	年 月 日 ( 歳)				
住 所	区				
住所地の 地形的特性	<input type="checkbox"/> 土砂災害警戒区域 <input type="checkbox"/> 土砂災害特別警戒区域 <input type="checkbox"/> 洪水浸水想定区域 <input type="checkbox"/> 高潮浸水想定区域 <input type="checkbox"/> 津波浸水想定区域 <input type="checkbox"/> その他				
電話番号	(一般電話)				
	(携帯電話)				
世帯状況	人世帯 ( <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> 同居)				
身体状況等					
緊急連絡先	(氏名) (電話)				
	(氏名) (電話)				
避難支援者 (避難行動要支援 者との関係)	• (電話)				
	• (電話)				
	• (電話)				
	• (電話)				
	• (電話)				
避難予定場所	避難予定場所名	<input checked="" type="checkbox"/> 適応する災害の種類			
	•	<input type="checkbox"/> 洪水 <input type="checkbox"/> 土砂災害 <input type="checkbox"/> 津波 <input type="checkbox"/> 高潮			
	•	<input type="checkbox"/> 洪水 <input type="checkbox"/> 土砂災害 <input type="checkbox"/> 津波 <input type="checkbox"/> 高潮			
	•	<input type="checkbox"/> 洪水 <input type="checkbox"/> 土砂災害 <input type="checkbox"/> 津波 <input type="checkbox"/> 高潮			
備 考	(例:通所している福祉施設、担当ケアマネージャー・相談支援専門員の氏名や連絡先など)				

※個人情報の取扱いについては、十分にご注意ください。

※緊急連絡先及び避難支援者の情報は、本計画が要支援者や避難支援者、自治会等に共有されることについて同意を得たうえで記載してください。

## 作成会議について（事例1）

## 作成会議について（事例2）



## 参加者からのご意見

(支援計画作成会議でいただいたご意見から抜粋)

- 避難計画は災害によって分けて考える必要がある（大雨と地震では避難行動が異なってくる場合がある）
- 避難を始めるにあたっての司令塔（コマンダー）やタイミングをしっかりと決めておく必要がある
- ご本人にとって避難先が安全・安心であると感じられる場所でなければ、避難しない方がよい
- 様々な機器や大量の物品を持って避難をすることのハードルが高い
- 停電時には人工呼吸器等の医療機器の心配もあるが、機械式駐車場の場合は車が使えなくなるなど、避難時の移動も制限される
- 自宅避難の場合は、物品のストックが何日分あるか、停電時の電源が何時間確保できるかを把握し考慮しておく必要がある
- 作成した支援計画は、行政の方でもいざというときの支援（広域避難等）に活用してほしい、また、その体制を作してほしい
- 停電時に備えた非常用電源の確保は必須であり、備えるための支援をしてほしい

## 支援計画作成に携わって感じた課題（主なもの）

### 自助を支える仕組みの整備

- ・ 自宅での避難を継続するための支援（非常用電源確保の支援、避難生活中に必要な物品を確保できる仕組みなど）が必要

### 本人の意向に配慮した支援計画の作成、作成した支援計画の活用

- ・ 避難先等について、本人の意向を十分確認し、支援者の意見とすり合わせをしながら計画を作成していくことが大切
- ・ 作成した支援計画を、行政含め広い視点でどのように活用できるのか検討が必要

### 避難先の確保と選択肢の拡大

- ・ 自宅避難が困難となった場合に備えて、「電源等の確保ができ、安心して過ごせる避難先」の選択肢を広げていく取組が必要。

### 支援計画の作成を効果的・効率的に進める方法の検討

- ・ 市内の対象者にスピード感をもって支援計画を作成していくための方法について検討が必要（普段から支援に携わる方が中心となって計画を作成する仕組みづくりなど）

## 【災害時個別支援計画の作成を進めることで・・・】

- 支援計画の作成を契機として、本人や支援者・関係者が災害や災害時の対応について一緒に考え、「災害時にもチームで支えることができる体制づくり」を目指すことにより、
  - 安心できる避難生活につなげる  
※ 支援計画を事前に作成し共有しておくことによる安心感と発災時の円滑な支援の提供
  - 災害時における関係機関との連携や各々の役割の明確化につなげる  
※ 支援計画を作成する過程で把握した実情や課題等を踏まえて対応指針を作成
  - 災害時支援に関する議論の活性化につなげる  
※ 支援計画作成の取組を様々な場面で共有し、災害時の支援について考える契機を創出（地域の見守り体制、行政や関係団体間の協力体制等）