

北九州市人工呼吸器使用患者災害時個別支援計画作成事業

参 考 資 料

災害時個別支援計画（成人用）

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(洪水) 高 潮 土砂災害(警戒・特別警戒) 津 波 地 震 その他()

世帯状況

人世帯 (独 居 高齢者のみ 同 居 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 L/min 夜間 L/min ボンベ (サイズ) 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

--

災害時個別支援計画(子ども用)

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(洪水) 高 潮 土砂災害(警戒・特別警戒) 津 波 地 震 その他()

世帯状況

人世帯 (独 居 高齢者のみ 同 居 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)

 九州電力送配電



- ➡
- 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

それでも電源が確保できない場合、下記にご相談ください。

- ・ 北九州市立総合療育センター (地域支援室)
電話番号 093-922-6886 (地域支援室直通)
受付時間 月曜日～金曜日(祝日、年末年始を除く。) 8時30分～17時
- ・ 保健福祉局障害者支援課 (避難情報発令時は24時間対応)
電話番号 093-582-2424

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

--

仕 様 書

1 件名

北九州市在宅人工呼吸器使用患者災害時個別支援計画作成委託

2 契約期間

契約締結日～（元号） 年 月 日

3 委託業務内容

北九州市在宅人工呼吸器使用患者災害時個別支援計画作成事業実施要綱や災害時個別支援計画（様式第1号）の様式に基づき、下記のとおり対象者の計画を作成する。

（1） 個別支援計画の作成を開始する場合、事前に災害時個別支援計画作成申出書（様式第4号）を北九州市（以下、「市」という。）に提出すること。

（2） 個別支援計画の様式に沿って、必要項目の内容を対象者及び支援者間で会議等を通じて確認・協議のうえ作成すること。

また、作成時に、災害時に必要となる備品（非常用電源など）の確保並びに医療機器等の動作確認及びその使用方法等について、対象者及び支援者間で確認を行うこと。

（3） 作成した個別支援計画の内容に沿って避難訓練を行うこと。

また、避難訓練の実施後、訓練を踏まえた必要な見直しを行うこと。

（4） 作成した個別支援計画を対象者及び支援者間で共有すること。

（5） 計画作成後は、個別支援計画に災害時個別支援計画作成報告書（様式第5号）及び災害時個別支援計画作成事業委託料請求書（様式第6号）を添えて市に提出すること。

（6） 計画作成時から作成後まで通じて、対象者に関する個人情報のみだりに漏洩することがないよう取扱いには十分注意するとともに、作成に関わるその他の支援者にも同様の注意喚起を行うこと。

4 計画作成者

対象者に対し、日常の療養を支えるためのサービスを提供している者であること。

5 委託料の支払

市は、提出を受けた計画書、報告書及び請求書の内容に不備がないことを確認した上で、市から受託者に対して委託料を支払う。

市が計画書等の提出を受けた際、内容に不備がある場合には、市から当該書類の補正を行うよう受託者に指示を行う。

6 その他

この仕様書に定めのない事項は、別途協議の上、決定する。

年 月 日

北九州市長 様

災害時個別支援計画作成申出書

1 申出者（事業所情報）

事業所名	
責任者（職/氏名）	[職名：][氏名：]
作成者氏名	
電話番号	
メールアドレス	

2 対象患者の情報

氏名（フリガナ）	（フリガナ： ） [氏名：]
生 年 月 日	年 月 日生
住 所	〒 北九州市
連絡先 （TEL または E-mail）	[（連絡先の相手方： 本人 ・ 家族[] ・ その他[] ）
作成予定期間	開始予定： 年 月 日 ～ 完了予定： 年 月 日
対象患者に係る 特記事項	

3 申出者の誓約事項

【宣誓内容】

当事業所は、災害時個別支援計画の作成にあたり、「北九州市在宅人工呼吸器使用患者
災害時個別支援計画作成事業実施要綱」等の規定を遵守し、対象患者への丁寧な説明及び
意思の尊重を心がけ、責任をもって作成にあたることを誓約いたします。

また、計画作成後、必要に応じて更新を行う等適正な管理に努めます。

年 月 日

北九州市長 様

災害時個別支援計画作成報告書

以下のとおり報告いたします。

1 報告者（事業者）

事業者名		責任者氏名	
作成者氏名		電話番号	
メールアドレス			

2 対象患者の情報

対象患者氏名		生年月日	年 月 日生
住 所	北九州市		

3 計画の作成日・作成協議参加者等

作成日	年 月 日
作成協議参加者	《※本人や家族、支援者(所属も)など参加者のお名前をご記入ください》
計画保管者	《※本人や家族、支援者(所属も)など計画を保管する方のお名前をご記入ください》

4 作成完了後のチェック項目（すべて確認(☑)を入れて)のうえ、ご提出ください

項 目		チェック欄
① 対象者に必要な項目はすべて記入されていますか？		□はい / □いいえ
【①が「いいえ」の場合】 必要だが記入できない項目およびその理由		
項目：		
理由：		
② 作成した計画に基づき避難訓練を実施しましたか？		□はい
②-1 訓練実施日	年 月 日	
②-2 訓練参加者	《※本人や家族、支援者(所属も)など参加者のお名前をご記入ください》	
②-3 訓練方法	方法(実践的な訓練や図上訓練など)：	
③ 訓練後に、訓練を踏まえて必要な見直しを行いましたか？		□はい
④ 個人情報漏洩防止の注意喚起を全員に行いましたか？ (書類の破砕による破棄や計画の適切な保管の徹底など)		□はい

請 求 書

住 所						
氏 名						
請求者番号(下6桁)						

なお、支払金額は下記の口座に振り込んでください。

金 額	百	十	万	千	百	十	円
-----	---	---	---	---	---	---	---

内 容	税込単価	件 数	合 計
計画作成	円	件	円

[illegible]