

災 害 時 個 別 支 援 計 画

ふ り が な		電 話 番 号
氏 名	様 (歳)	()
住 所	北九州市	
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

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

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

お住いの地域

_____ 区役所	電話番号	
-----------	------	--

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 携帯用酸素 生体管理モニター 加温加湿器 電源コード その他()
必要な医療ケア物品	内服薬 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 アルコール綿 その他()
入院セット	

避難時に備えておくもの

懐中電灯 ラジオ 非常食 日用品 ポータブル電源 延長コード おくすり手帳 健康保険証
医療用手袋 アルコール綿 蒸留水 その他()

【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

 九州電力送配電



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)
人工呼吸器				
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	
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

入院

入院先		連絡先	
-----	--	-----	--

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	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

◇災害備蓄品と非常用持出用品リスト

災害時に備えて、災害備蓄品と非常用持出用品をすぐに手に取れるように、ベッドの下などにひとまとめにして用意しておきましょう。

必要な衛生材料等については、あなたの受け持ちの主治医又は看護師に確認してもらいましょう。

品目	チェック欄	品目	チェック欄
① 蘇生バッグ（アンビューバッグ）	☐	⑦ 外部バッテリー（充電済）	☐
② 気管カニューレ	☐	※外部バッテリーは人工呼吸器に常に接続した状態しておくものがあります。	
③ 予備吸引器 □手動・□携帯・□足踏み式	☐	⑧ 経管栄養剤（1週間分）	☐
④ 予備の吸引チューブ（約10本）	☐	⑨ 服薬（1週間分）	☐
⑤ 予備の人工呼吸器回路（1セット）人口鼻	☐	⑩ その他	☐
⑥ 衛生材料 □ガーゼ □アルコール綿 □滅菌グローブ □消毒薬 □蒸留水 □オムツ等 （2ℓ×約6本） □50mℓ注射器 □スプレー式（約5本） 手指用消毒液	☐	□ □ □ □	

非常用持出袋 （すぐに手に取れるようにベッドの周囲などにひとまとめにしておきましょう）

※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など
※健康保険証・医療券・障害者手帳・服薬手帳など



九州電力では、利用登録された方に、台風など非常災害時の停電情報や電気の需給が大変厳しい見通しとなった場合のお知らせ、大規模地震発生時の原子力発電所の運転状況等の緊急情報などをメールでお届けするサービスがあります。

また、「九州エリアの停電・復旧見込み情報」をスマホでいち早くお知らせする「九州停電情報提供アプリ」で確認できます。

九州電力
「携帯メールサービス」

お問い合わせ電話番号：0120-411-910
受付時間：月曜日～金曜日 9時～17時（土日祝日および年末年始を除く）



九州電力
「九州停電情報提供アプリ」



在宅人工呼吸器などを使用している方へ

災害時の手引き

災害時に備えて、必要事項をこの手引きに記入し、準備をしておきましょう。この手引きは、人工呼吸器など、医療機器の側に置き、避難時には持っていくましょう。

◆◆ 備えのポイント ◆◆

◇ 蘇生バッグ（アンビューバッグ）は、いつでも使える状態にしておきましょう。

- ・緊急時にすぐ使えるように、使い方の確認、練習をしましょう。
- ・複数の人が蘇生バッグの操作をできるようにしましょう。

◇ 人工呼吸器や吸入・吸引器のバッテリーは、充電しておき、緊急時に常に使用できる状態にしておきましょう。

- ・外部バッテリーは使用してなくても2年程度での交換が推奨されています。定期的に新しいものと交換して下さい。

◇ 吸引器は設置型の吸引器の他に、充電式の内部バッテリーで作動するポータブルあるいは足踏み式、手動式のいずれかの吸引器を準備しましょう。

- ・吸引器のバッテリー持続時間（連続使用）を把握しておきましょう。

【バッテリー持続時間】 人工呼吸器： 時間 吸入器： 分

◇ 部屋の安全点検と対策を行いましょう。

- ・落ちてくると危険な物は、ベッドの周囲におかないようにしましょう。
- ・家具が倒れないように固定しましょう。
- ・人工呼吸器、吸引器などが転倒しないよう工夫しましょう。
- ・懐中電灯などを入れた、非常用持出袋はすぐに手に取れるように、ベッドの周囲などに置きましょう。保険証、医療券、服薬手帳なども一緒にまとめておくといでしょう。

◇ 災害時の避難場所、避難ルートについて確認しておきましょう。

- ・お住いの市町村での避難行動要支援者名簿の登録や個別避難計画※の作成にご協力をお願いします。
- ※個別避難計画：災害時に自力での移動が困難な避難行動要支援者への避難支援のための計画です。

◇ 緊急時の対応については、あなたの支援者（主治医、訪問看護師、保健師など）と日頃からよく相談しておきましょう。

福岡県保健医療介護部



防災情報については、福岡県防災アプリ「まもるくん」をご登録・ご活用ください。

【配信情報内容】 ①気象注意報・警報・特別警報 ②線状降水帯情報（予測・発生）③土砂災害警戒情報 ④地震・津波情報 ⑤避難情報（避難指示等）⑥避難所の開設・混雑情報 ⑦地域の安全情報 ⑧徘徊・行方不明者情報 ⑨透析医療機関被災情報 ⑩安否確認機

《 災 害 時 緊 急 連 絡 票 》

◇療養者の基本情報

氏 名		生年月日	
住 所		電 話	
主な介護者氏名		携帯電話	

◇緊急連絡先リスト

名 称	続柄・担当者	電 話	住 所
家族・親戚・友人等			
かかりつけ医			
専門病院			
訪問看護ステーション			
訪問看護ステーション			
人工呼吸器取扱業者			
在宅酸素 取扱業者			
吸引・吸入器取扱業者			
市 町 村			
消 防 署			
避 難 先			
保 健 所			
居宅介護支援事業所			
ヘルパーステーション			
民 生 委 員			
電 力 会 社			
災害伝言 ダイヤル		171	
福岡県 防災ホームページ		https://www.bousai.pref.fukuoka.jp/	

※記入にあたっては、主治医や訪問看護師、保健師に相談しましょう。

◇療養者の身体・日常生活リスト

情報記入日：令和 年 月 日

病 名	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・経口・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・ 排尿 その他 排便	方 法：膀胱カテーテル留置・自己導尿・他() 通常量： ml/日 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			鼻マスク等による非侵襲的陽圧呼吸療法		
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)			在宅酸素療法		
装 着 時 間	24時間・夜間 その他： 時間	24時間・夜間 その他： 時間			
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

個別避難計画

		作成年月日	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	☐ 土砂災害警戒区域 ☐ 土砂災害特別警戒区域 ☐ 洪水浸水想定区域 ☐ 高潮浸水想定区域 ☐ 津波浸水想定区域 ☐ その他				
電話番号	(一般電話)				
	(携帯電話)				
世帯状況	人世帯 (☐ 独居 ☐ 高齢者のみ ☐ 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		☒ 適応する災害の種類		
	・		☐ 洪水 ☐ 土砂災害 ☐ 津波 ☐ 高潮		
	・		☐ 洪水 ☐ 土砂災害 ☐ 津波 ☐ 高潮		
	・		☐ 洪水 ☐ 土砂災害 ☐ 津波 ☐ 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。