

# わたしの災害対策 ファイル 記載例

日頃からどのような災害の時に  
どのような準備が必要なのかを知り、  
考えておきましょう

また日ごろ関わる支援者と相談しながら  
一災害に備えることができるように  
ご活用ください

横浜市  
【令和4年6月】

# ステップ 1

- ・ 作成日・名前を記入し、自分が使用している医療機器にチェックします
- ・ 該当する機器がない場合は一番下の自由記載欄にチェックしましょう
- ・ チェックした医療機器のページを開いてください

令和4年6月改訂

作成日 202〇年〇月〇日

## わたしの災害対策ファイル

名前 横浜 太郎

自分が使用している医療機器をチェック

医療機器等使用状況確認欄(当てはまる医療機器にチェックをしてください)

| 医療機器名                | チェック    | ページ       |
|----------------------|---------|-----------|
| 人工呼吸器                | ✓       | P2<br>を確認 |
| 酸素濃縮器                |         |           |
| パルスオキシメーター           |         |           |
| 吸引器                  |         | P3<br>を確認 |
| 電動ベッド                | ✓       |           |
| エアマット                |         |           |
| 電動車いす                |         |           |
| 輸液ポンプ                |         | P4<br>を確認 |
| 発電機                  |         |           |
| その他の医療機器等<br>(自由記入欄) | (機器名記入) |           |
|                      | (機器名記入) |           |
|                      | (機器名記入) |           |

| 見直し日 | 作成協力者、共有した支援者 |
|------|---------------|
|      |               |
|      |               |
|      |               |

横浜市

# ステップ 2

- 使用している機器について

四角の枠内 を埋めましょう

- 右側のポイントを参考にしてください

ポイント

## 1 停電時の対策

●医療機器ごとにポイントを読んで、白い四角の中を埋めてください

### ◎人工呼吸器

|          |  |
|----------|--|
| →内部バッテリー | <input type="checkbox"/> あり ・ なし               |
| ・持続時間    | <input type="text" value="4"/> 時間              |
| ・作動の再確認  | <input checked="" type="checkbox"/> (確認したら口に✓) |
| →外部バッテリー | <input type="checkbox"/> あり ・ なし               |
| ・持続時間    | <input type="text" value="4"/> 時間              |
| ・作動の再確認  | <input checked="" type="checkbox"/> (確認したら口に✓) |

#### 【人工呼吸器のポイント】

- ①停電時のバッテリーの切り替え方法と持続時間を確認しましょう
- ②蘇生バッグの練習を訪問看護師と一緒にしておきましょう  
(練習日20××年 ×月 ×日)
- ③医療機器メーカーへ停電時の対処方法について確認しておきましょう
- ④落雷対策として、雷サージ対応コンセントの使用や雷鳴時にコンセントを抜きバッテリー動作に移行するなど具体的に話し合っておきましょう

### ◎酸素濃縮器

|                |                      |     |
|----------------|----------------------|-----|
| ・流量            | <input type="text"/> | ℓ/分 |
| ○予備の酸素ポンペ      | <input type="text"/> | 本ある |
| →予備の酸素ポンペの持続時間 | <input type="text"/> | 時間  |

#### 【酸素濃縮器のポイント】

- ①停電時はすぐに酸素ポンペに切り替えましょう  
酸素濃縮器にはバッテリーが内蔵されていないものが多いです
- ②酸素ポンペを使用する際に必要な電池を常備しておきましょう
- ③酸素ポンペで酸素が何時間もつか確認しましょう
- ④わからないことは医療機器メーカーへ確認しましょう

### ◎パルスオキシメーター

#### 【パルスオキシメーターのポイント】

携帯用パルスオキシメーターを使用する際に必要な電池を常備しておきましょう

### ◎吸引器

|                                |                                 |   |
|--------------------------------|---------------------------------|---|
| →内部バッテリー                       | <input type="text"/>            | 分 |
| ○予備の酸素ポンペ                      |                                 |   |
| →内部バッテリー                       | <input type="text"/>            | 分 |
| ○停電に備えて準備しましょう                 |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> 手動吸引器 | <input type="checkbox"/> 足踏み吸引器 |   |
| (準備した項目の口に✓)                   |                                 |   |

#### 【吸引器のポイント】

- ①一回の吸引時間については個人差があります
- ②手動・足踏みの吸引器がある場合は訪問看護師等と一緒に練習しておきましょう

(練習日: 年 月 日)

# ステップ 2

- 使用している機器について

四角の枠内 を埋めましょう

- 右側のポイントを参考にしてください

| 1 停電時の対策  |  |
|---|--|
| <p>◎電動ベッド</p> <p>→手動 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし</p>   | <p>【電動ベッドの確認ポイント】</p> <p>①手動で操作が可能かどうか<br/>ベッドの業者に確認しましょう。</p> <p>(業者の確認日: × 月 × 日)</p> <p>②停電の可能性が高い状況<br/>(雷・台風など)になったら、<br/>ベッドを水平に戻しましょう。</p>  |
| <p>◎エアマット</p> <p>→停電時にエアマットが <input type="text"/> 分</p>   | <p>【エアマットのポイント】</p> <p>①エアマットが使えない場合の除圧対<br/>策として褥瘡予防マットレスやクッション<br/>の使用について検討しておきましょう</p> <p>②長時間の停電では空気が抜けるも<br/>のがあるので、どのような対応をしたら<br/>よいか業者に確認しましょう</p>  |
| <p>◎電動車いす</p> <p>→停電時に使用できるよう日頃から充電しておきましょう</p>   | <p>【電動車いすのポイント】</p> <p>バッテリー残量を確認して<br/>おきましょう</p>   |
| <p>◎輸液ポンプ</p> <p>→内部バッテリー <input type="text"/> 時間</p>   | <p>【輸液ポンプのポイント】</p> <p>①停電時の対応について<br/>主治医に確認しておきましょう</p> <p>②停電時に対応できるよう<br/>単三電池を常備しておきましょう</p> <p>③手動に切り替えるために<br/>訪問看護師さんと<br/>一緒に練習しておきましょう</p> <p>(練習日: 年 月 日)</p> <p>④わからないことは医療機器<br/>メーカーへ確認しましょう</p> |
| <p>◎排痰補助装置</p>  | <p>【排痰補助装置のポイント】</p> <p>停電時には他の機器も使用できなくな<br/>り、痰の性状が変わり、吸引しにくくな<br/>ることも考えられます。事前に対処方<br/>法を検討しておきましょう。</p>   |
| <p>◎発電機</p> <p><input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p> <p>○車のシガーソケット</p> <p><input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p> | <p>【発電機等のポイント】</p> <p>①発電機の燃料やエンジンオイルを<br/>常備しておきましょう</p> <p>②発電機使用の際は必ず屋外で<br/>使用しましょう</p>  |

ポイント

## ステップ 2

- 使用している機器について

**四角の枠内** を埋めましょう

- 上側のポイントを参考にしてください

**ポイント**

### 1 停電時の対策

【その他の医療機器の確認ポイント】  
その他の医療機器を使用されている方について災害時や停電時の対策として  
準備・練習する必要があることはなにか、日頃の支援をしてくれている人達と話しましょう  
また使用機器については医療機器メーカー等に問い合わせてみましょう  
発災時にも医療行為が必要な場合や、入院が必要な場合にはどうすればよいか  
日頃から主治医にも相談しましょう。(入院等に関する主治医の連絡先の記載ページは4ページ)

◎その他の医療機器 (自由記載)

# ステップ 3

- ・ 発災時の対策について考えましょう
- ・ 災害によって必要な対策は様々です
- ・ 中央のポイントを参考に記入しましょう

## 2 自宅で過ごせなくなった時の対策

ご自分の避難について日頃から考えておきましょう

地震によって自宅が倒壊した場合

風水害(台風)等で住んでいる場所に避難指示が発令された場合

★地域防災拠点  学校

★親戚・友人の家  宅

★その他  (地域で任意に開設した避難場所等)

**【地震対策のポイント】**  
 地震の場合は、区防災マップなどで最寄りの地域防災拠点を確認しましょう。  
 ・防災マップは区役所にて配付しています。  
 また横濱市ホームページでも確認ができます。

★親戚・友人の家  宅

★横濱市が開発した指定緊急避難場所  
(避難場所の最新状況は横濱市ホームページで確認してください)

★その他  (地域で任意に開設した避難場所等)

**【風水害対策のポイント】**  
 ・ご自宅が避難の必要なエリアにあるかハザードマップで確認しましょう。  
 ・ハザードマップは区役所で配付しています。横濱市ホームページでも確認ができます。  
 ・必ずしも地震の際の避難所である地域防災拠点(小・中学校)が開発されるわけではありません。  
 ・できるだけ早く避難先を確認し、安全に避難が出来るように準備しましょう

ポイント

**【通ずるポイント】**  
 避難先は日ごろから家族、支援者と共有しておきましょう。  
 また、発災時に避難する時は、どこに避難したかを貼り出しておきましょう  
 自治会の防災訓練などを確認し、日頃からご近所とお付き合いをしておきましょう  
 防災委員や自治会・町会役員とも顔なじみになっておきましょう

災害時や恐れのある時に入院が必要になったら

◎医療先(主治医)

|      |          |      |      |
|------|----------|------|------|
| 医療機関 | ××病院     | 主治医名 | ▲▲先生 |
| 電話番号 | XXX-XXXX |      |      |

**【ポイント】**  
 万が一の入院に備えて、主治医と入院先について話し合います

# ステップ 3

- ・ポイントを参考に日頃からどのような避難方法があるか考えましょう
- ・必要な持ち出しセットも準備しましょう

## 2 自宅で過ごせなくなった時の対策

### 具体的な避難方法

#### ◎誰と一緒に

- ・風水害の時は〇〇さん
- ・地震の時にはご近所へお願いした

#### 【ポイント】

必要な機材・物品も一緒に運ぶことを想定して考える必要があります  
 予想以上に人手が必要な事があります  
 一度避難訓練をしてみましょう  
 日常の外出も訓練になります

ポイント

#### ◎方法

【例】近所の方の協力を得て、担架でマンション下まで避難。その後、リクラング車いすで移動

- ・風水害の時はレベル3で〇〇さんと車で〇〇宅へ避難
- ・地震の時は男性2名で避難所まで、担架が必要

#### ◎避難時の持ち出しセット

最低限何を持っていく必要がありますか。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□にチェック

|   |   |   |
|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器 | <input checked="" type="checkbox"/> 外部バッテリー( 1 個) | <input type="checkbox"/> 呼吸器回路                    |
| <input type="checkbox"/> 人工鼻(加温・加湿)       | <input checked="" type="checkbox"/> 蘇生バッグ         | <input type="checkbox"/> 吸引器                      |
| <input type="checkbox"/> 吸引チューブ( 本)       | <input type="checkbox"/> アルコール綿( 箱)               | <input type="checkbox"/> 蒸留水( 本)                  |
| <input type="checkbox"/> 経腸栄養セット( セット)    | <input type="checkbox"/> 経腸栄養剤( 個)                | <input checked="" type="checkbox"/> 保険証、医療証、障害者手帳 |
| <input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳  | <input checked="" type="checkbox"/> 薬             | <input checked="" type="checkbox"/> 延長コード         |
| <input type="checkbox"/> 文字盤              | <input type="checkbox"/> おむつ( 個)                  | <input type="checkbox"/> ウェットティッシュ( パック)          |
| <input type="checkbox"/> 使い捨て手袋( 箱)       | <input checked="" type="checkbox"/> ビニール袋         | <input checked="" type="checkbox"/> ポータブルバッテリー    |
| <input type="checkbox"/> 食べ物              | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          |
| <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          |
| <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                          |

#### 【ポイント】

- ①緊急時に最低限持ち出すものは身近なところ(ベッドの下等)に1か所にまとめておく
  - ②避難所等で手に入りにくい個人的に必要なもの(薬、アレルギー用食品、予備の現金)を用意しておきましょう
- ※一緒に避難するご家族等の支援者がいる場合は、支援者分も準備してください

# ステップ 4

- ・日頃から準備できる対策について  
チェックシートを使用して確認しましょう

## 3 医療機器の対策・お薬など必要品の備え

### ◎チェックしてみましょう

- ベッド周囲の安全は確保されていますか(家具の転倒防止、周囲の落下物確認)
- 懐中電灯など非常時の明かりの準備はしていますか
- 携帯ラジオなど情報を得る手段はありますか
- 持ち出し物品の準備はしていますか
- 水・食料品の備蓄はありますか
- お薬手帳には最新の処方内容が記載・整理してありますか
- 薬は1週間程度多めに備えてありますか
- 人工呼吸器の設定は誰が見てもすぐわかるように表示していますか
- 酸素流用の設定は誰が見てもすぐわかるように表示していますか
- 輸液ポンプの設定は誰が見てもすぐわかるように表示していますか
- 胃ろうのある方は栄養剤など、日頃使用しているものを多めに備蓄してありますか
- 胃ろう・人工呼吸器等の医療処置に必要な物品は多めに備蓄してありますか

### ◎その他 (自由記載)

最低3日間、自宅で生活ができるように  
必要なものを準備しておきましょう

このファイルをもとに、災害時に備えて準備をすすめてみましょう。また、定期的な見直しも必要です。



# ステップ 5

- 停電時等や発災時に家を離れる際に何が必要なのか、日頃から相談でき、発災時にも連絡できるリストを作っておきましょう

## 4 関係者連絡リスト等

| 安否確認する人 | 災害用伝言板登録 | 区分            | 担当者 | 事業所、機関名 | 電話番号 | その他連絡手段 |
|---------|----------|---------------|-----|---------|------|---------|
|         |          | 主治医           |     |         |      |         |
|         |          | 訪問看護ステーション    |     |         |      |         |
|         |          | ケアマネジャー(計画相談) |     |         |      |         |
|         |          | 訪問介護事業所       |     |         |      |         |
|         |          | 地域包括支援センター    |     |         |      |         |
|         |          | 医療機器業者        |     |         |      |         |
|         |          | 民生委員          |     |         |      |         |
|         |          | 近隣者           |     |         |      |         |
|         |          | 区役所           |     |         |      |         |
|         |          |               |     |         |      |         |
|         |          |               |     |         |      |         |

### ◎医療面での安否確認の流れ

| ご本人・家族 | ⇄ | 安否確認する人 |   |
|--------|---|---------|---|
|        |   | ◎       | ○ |

※ご本人・ご家族と双方向で連絡がとれるように方法を確認しておきましょう

### ◎医療機器取扱い事業者リスト

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

### ◎家族・親族リスト

| 災害用伝言板登録 | 続柄 | 氏名 | 住所または勤務先 | 電話番号 |
|----------|----|----|----------|------|
|          |    |    |          |      |
|          |    |    |          |      |
|          |    |    |          |      |

災害用伝言板は登録しておくこと災害時にメッセージを送れます。(P10参照)

# ステップ 6

- 災害時には、かかりつけ医ではない医療機関にかかる可能性があります。
- 初めてかかる医療関係者にも、あなたの状況が伝わるよう、連絡票にまとめておきましょう
- わからない部分がかかりつけ医等の医療関係者へ相談しましょう
- 連絡票に書ききれないことは別の紙にまとめておきましょう

| 緊急時の医療情報連絡票  |  |  |          |                               |                                  |  |                               |   |                                  |     |   |   |
|--|--|--|----------|-------------------------------|----------------------------------|--|-------------------------------|---|----------------------------------|-----|---|---|
| ※災害時等に初めて対応する医療関係者に伝えたい情報をまとめた票です。緊急時に入院する等の時に役立ちます。医療機器の設定が変更された場合は、更新しましょう。また、必要な医療情報は別添資料をつけ、提供できるようにしましょう。 |  |  |          |                               |                                  |  |                               |   |                                  |     |   |   |
| 患者氏名   |  |  |          |                               |                                  | 性別                                     | 男性 ・ 女性                       |   |                                  |     |   |   |
| 生年月日   | T. S. H. R   |  | 年        |                               | 月                                | 日生                                     |                               |   | 歳                                |     |   |   |
| 住所   | 〒 (電話 )  |  |          |                               |                                  |  |                               |   |                                  |     |   |   |
| 診断名  |  |  |          |                               |                                  |  |                               |   |                                  |     |   |   |
| 合併症  |  |  |          |                               |                                  |  |                               |   |                                  |     |   |   |
| 今までの経過   | 発症:  |  | 年        |                               | 月                                | 人工呼吸器装着:                               |                               | 年 |                                  | 月   |   |   |
| 服薬中の薬  | ※薬局でもらう薬の説明書やおくすり手帳のコピーを添付しておいても良い。  |  |          |                               |                                  |  |                               |   |                                  |     |   |   |
| 基礎情報   | 身長   | cm   |          |                               | 体重                               | kg                                     |                               |   |                                  |     |   |   |
|  | 体温   | ℃  |          |                               | 血圧                               | / mmHg                                 |                               |   |                                  |     |   |   |
|  | 脈拍   | 回/分  |          |                               | SpO2                             | % ~ %                                  |                               |   |                                  |     |   |   |
| コミュニケーション  | 会話 筆談 文字盤 意志伝達装置 その他( )<br>具体的に記載 (Yes/No サイン等)  |  |          |                               |                                  |  |                               |   |                                  |     |   |   |
| <b>医療処置情報</b>  |  |  |          |                               |                                  |  |                               |   |                                  |     |   |   |
| 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  |  |          |                               |                                  |  |                               |   |                                  |     |   |   |
|  | 1回換気量 ( ) ml   |  |          | I PAP ( )                     |                                  |  | EPAP ( )                      |   |                                  |     |   |   |
|  | PS ( )   |  | PEEP ( ) |                               | 換気圧 ( )                          |  | PS ( )                        |   | EPAP ( )                         |     |   |   |
|  | 呼吸回数 ( ) 回/分   |  |          | 呼吸回数 ( ) 回/分                  |                                  |  |                               |   |                                  |     |   |   |
|  | 呼吸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 ※カテーテルサイズ ( Fr) |  |          |                               |                                  |  |                               |   |                                  |     |   |   |
| 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   |  |          |                               |                                  | 氏名                                     |                               |   |                                  | 記入日 | 年 | 月 |

# ステップ 7

- ・医療のことのほか、生活面で注意が必要なことや、知っておいてほしいことなどがあれば記載してください
- ・災害伝言板や横浜市防災ナビ等を活用して、発災時に必要な情報を得ることや、発信できるように日頃から準備しましょう

**生活面で注意してほしいこと**

**◎災害伝言板**

家族や関係機関等と安否の確認方法を決めておきましょう。

**災害用伝言ダイヤル171** 固定電話や携帯電話を利用して安否情報を確認する「声の伝言板」です。

171にダイヤル

➡

録音は1  
再生は2

➡

被災地の方の電話番号（市外局番から）・携帯電話・IP電話の番号を入力

➡


ガイド  
ンスに  
従い録  
音（再  
生）


※伝言は被災地の方の電話番号を知っている全ての人が聞くことができます。  
聞かれたくないメッセージを録音する場合は、事前に暗唱番号を決めておく必要があります。

**災害用伝言版（web171）** 毎月1日・15日に体験利用ができます

- ①   もしくは<https://www.web171.jp> へアクセス
- ② 伝言を入力／確認するため被災地の方の電話番号を入力
- ③ 説明に従い、入力／確認

**◎横浜市避難ナビ**

**【iOS版】**  


**【Android版】**  


「横浜市避難ナビ」は、一人ひとりの避難行動を平時である「いま」から災害時である「いざ」まで一体的にサポートするスマートフォンアプリです。