

さつま訪問看護ステーション

災害対応マニュアル

目次

I. 総論

1. 基本方針
2. 推進体制
3. リスクの把握
 - ①ハザードマップ
 - ②被災想定
4. 優先業務の選定
 - ①優先する業務
5. 研修・訓練の実施、BCPの検証・見直し

II. 平常時の対応

1. 建物・設備の安全対策
2. 水害対策
 - ①停電時の対策
 - ②ライフライン停止時の対応
 - * 飲料水
 - * 生活用水
 - ③トイレなど衛生上の対策
 - ④汚物の対応
3. 必要な物品の備蓄

III. 緊急時の対応

1. BCP発動基準
2. 行動基準
3. 対応体制
4. 安否確認
 - ①利用者
 - ②職員
5. 施設内外での避難場所・避難方法
6. 重要業務の継続
7. 職員の管理
 - ①休憩・宿泊場所
 - ②勤務シフト
8. 復旧対応
9. 業者の連絡先一覧
10. 情報発信

IV. 他施設との連携

1. 連携体制の構築

- ①連絡先事業所と連絡一覧
- ②地域ネットワークの構築

2. 連携・対応

- ①事前準備
- ②入所者・利用者情報の整理
- ③共同訓練

V. 地域との連携

1. 被災時の職員の派遣

2. 福祉避難場所の運営状況

3. 通所系・訪問系サービスの固有事項

有限会社ライフデザイン災害時事業継続計画委員会設置要綱

(設置)

第1条 令和3年介護保険報酬改定による重点課題に対して、有限会社ライフデザイン（以下「ライフデザイン」という）は『災害時 事業継続委員会（BCP）』を置く。

(委員会の目的)

第2条 令和3年4月より3年間の経過措置をもって『災害時事業継続計画（BCP）』を各法人で作成することが義務づけられた。このことによって地域の人々の健康の維持増進・感染症拡大時の対応策を作成することで、有事の際にも弊社の事業の継続が図れるようにする。

(組織)

第3条 委員会は、委員6人以内で組織する。

- 2 委員長は法人代表とする。
- 3 委員は事業所の管理者を任命する。

(任期)

第4条 委員の任期は3年とする。但し、委員が欠けた場合は他事業所の管理者を補充する。

- 2 委員は再任されることができる。

(委員長及び副委員長)

第5条 委員会に、委員長と副委員長を置く。

- 2 副委員長は委員の互選により決定する。
- 3 副委員長は委員長が出席できない時の会運営を行う。
- 4 副委員長は委員長を補佐し、委員長の職務遂行不能となった場合の代理行為を行う。

(会議)

第6条 委員会の会議（以下「会議」という。）は委員長が招集し、議長となる。

- 2 会議は委員の半数以上の出席をもって行われるものとする。
- 3 委員はやむを得ない理由により出席できない場合は代理人を立てることができる。その場合代理人は委員の行為を担う。

(会議の実施)

第7条 会議は年3回以上実施する。令和3年度は計画書を作成・完成するために概ね2か月に1回の開催を予定する。

- 2 計画書の修正・削除については随時委員会で決定し、職員へ周知する。

(補則)

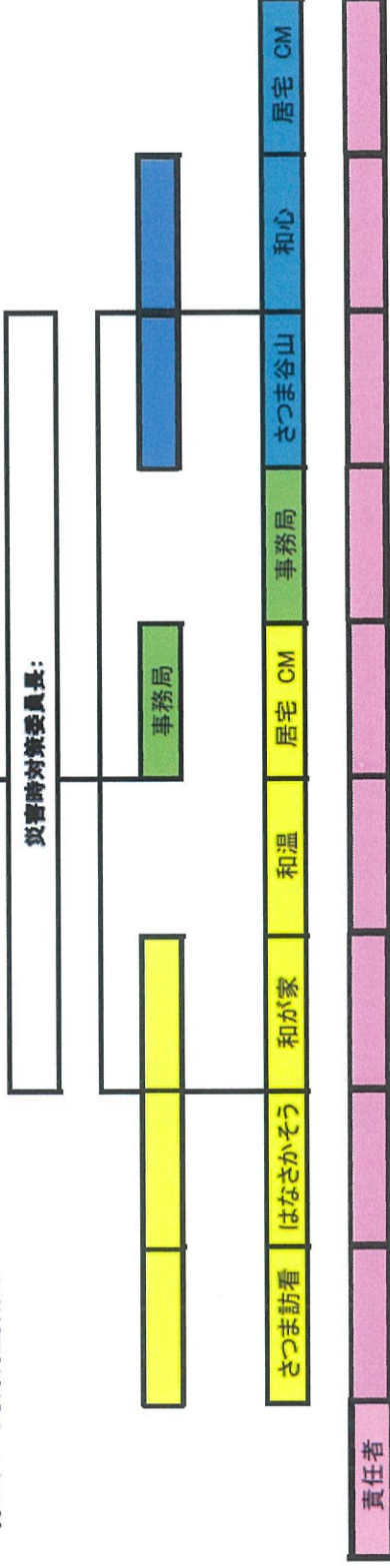
第8条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関する必要な事項は委員長が会議に諮って会議で決定する。

附則

この要綱は、令和3年5月27日から施行する。

災害時対策委員会

様式1 対策組織図



* ライフデザインは南さつま市(本社)と谷山の2か所に事業所があり、災害時対策は地域性を鑑み2か所に対処方法を考え、それぞれで統括を設ける

* 統括は施設管理者及び事務方とする

* 施設・顧客サービス(訪問)に分類して対策を考える

* 委員は、 とし、BCP作成に当たる

* 事務局は南さつま市・谷山の両地域の情報を収集し、責任者・委員長に報告・伝達を行う機関とする

各班の主な役割

本部	①行政の災害対策本部との話し合い
	②避難所の管理・事務局との話し合い
	③避難所の収容人数・自事業所の収容人数
	④行政と事業所の状況の把握・調整・要請
	⑤各班との連携・指示
総務班	①行政の災害対策本部・本部との連絡・調整
	②避難所の確認（場所・収容人数・担当者）
	③避難所支援・運営委員会の事務局を把握
	④ボランティアの受け入れ・管理
情報班	①避難所内外との情報収集 1) 行政機関からの情報 2) 各種機関からの情報収集 3) 他の避難所との情報交換 4) マスメディア情報収集
	②避難所内外向け伝達 1) 行政機関からの情報 2) 地域の情報拠点として地域へ情報発信
	③避難所内へ向けて情報伝達
	④地域の人々の要請時は担当者が状態観察に行く（状況判断）
	⑤風呂・整容に関する事項
食料・物資班	①備蓄物資の確認・供給・補充
	②食料・物資の調達（在庫の確認を年1回実施）
	③臨時的に食糧配給可能なら配給
	④食料の調達・配達
	⑤物資の管理・配布
救出・誘導 救護班	①非難の誘導・重症者の救出
	②応急処置の支援
	③ 救護班の人数不足時は派遣依頼を総務班に要請
	④医療機関への搬送は消防との連携（消防機能マヒ時は現場で判断）
	⑤地域の避難所の情報収集
衛生班	④地域の人々の要請時は担当者が状態観察に行く（状況判断）
	①ごみ・廃棄物の管理
	②トイレに関する事項
	③清掃作業に関する事項

* 利用者の安全を最優先に避難・避難所の利用について考えること

* 本部は指揮命令を包括的に行えるように日ごろから行政・地域の方々との連携をとること

* 「日ごろからの備えが万一の時に助ける！」

* 声かけをしっかりとって相互に協力することが肝要

会社災害対策本部の役割

1.被害状況の把握

- ・ 事業所・事業所の周囲の被害状況の把握
- ・ 人命に関する情報
- ・ 火災・建物崩壊など二次的被害情報
- ・ 情報通信の状況（停電・デバイスの確保）
電話・通信機器の台数・通信システム（消防との）の状況

2.資源の確保・分配

- ・ 支援物資の調達が可能か
- ・ 備蓄品の確保と確認
- ・ 応援人員の確保（地域の災害状況によって職員の数把握）
- ・ 地域の人々との協力関係

3.対応方針の決定

- ・ 優先課題を抽出する
人命最優先に考える
二次的被害を予測し、予防する
- ・ 病人や障害者・高齢者など社会的弱者の避難をどのようにするか

4.広報活動

- ・ 情報担当者（情報班）からの発信を行う
- ・ 救護・物資・不足している物資など連絡・連携
- ・ 地域との連携で防災無線・放送を活用する
- ・ 自事業所の状況を行政・地域に知らせる

5.組織・部門間の調整・連携

- ・ 他の班との連絡・調整を行い指揮・命令を行う

情報班の業務

情報班による情報収集

*情報は詳細に且つ確実な情報を入手して伝達すること

①避難所内外との情報収集

- 1) 行政機関からの情報 2) 各種機関からの情報収集
- 3) 他の避難所との情報交換 4) マスメディア情報収集

【災害時に必要な情報の例】

- 安否情報
- 被害情報
- 避難所・救護所の設置状況や医療処置が可能か
- 災害派遣医療チーム（DMAT）や災害派遣精神医療チーム（DPAT）
保健師など医療や福祉の専門家の巡回状況
- ライフラインの復旧情報
- 生活必需品の供給情報
- 葬儀・埋葬に関する情報
- 鉄道・道路などの交通関係の復旧情報
- 生活関連（商業施設・販売所などの復旧情報）

*情報を収集する時は必ず情報源・情報提供者を記入しておく

②避難所内外向け伝達

- 1) 行政機関からの情報 2) 地域の情報拠点として地域へ情報発信

③避難所内へ向けて情報伝達

避難所外の被災者の情報把握

- 地域（自治体・町内会など）の役員やボランティアの協力を得て、地域の方々の救出・医療を個別にする
- 災害直後で人手が足りない時は、手分けして慌てずに取り組む
- 古月訪問時は個人票を持参して情報を記入する
- 聴き取った情報は個人情報として守秘する

情報伝達に配慮が必要な人への対応検討

- 避難所を利用している方々の中で情報伝達に配慮が必要な人をピックアップする
- 情報を伝達するための資材や危機については工夫して使用する

情報の伝達・提供

- 収集した情報は整理・分類し、情報掲示板に張るなどしてなるべく多くの人に周知を図る
- 避難所の被災者にも情報を提供するように掲示板を設置して提供できるようにする
- 重要な情報は集落長など主だった人に相談をして個別に対応するか決める
- 行政との協力が行えるように配慮する

掲示板の設置

1. 情報掲示板の設置

掲示項目：最新情報・自治体からのお知らせ・避難所の生活情報・ライフライン
食事献立・医療福祉・避難所のルール・避難所の運営について

2. 情報掲示板の管理

- 情報班が管理する
- 掲示の希望があったら情報班で受け付け内容を確認する
- 古い情報は削除・廃棄する

避難行動の目安

警戒レベル4「避難指示」までに必ず避難

資料



災害時個別支援計画～基本情報シート～

計画作成日： 令和 年 月 日 最新更新日： 令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	
氏名			主病名	受給者番号()
住所				電話 自宅： 携帯：
緊急連絡先	続柄 ()		住所：	電話：
家族・親戚 連絡リスト	続柄 ()		住所：	電話：

●関係機関情報 (分かる範囲で記入、緊急時にまず連絡するところに★をつけてください)

	名称	★	住所・電話・FAX
専門病院		★	住所： ----- 電話： FAX：
主治医		★	住所： ----- 電話： FAX：
かかりつけ病院		★	住所： ----- 電話： FAX：
かかりつけ医		★	住所： ----- 電話： FAX：
入院を希望する 病院		★	住所： ----- 電話： FAX：
レスパイト 入院先		★	住所： ----- 電話： FAX：
かかりつけ薬局		★	住所： ----- 電話： FAX：
訪問看護事業所 担当者		★	住所： ----- 電話： FAX：
訪問介護事業所 担当者 (ヘルパー)		★	住所： ----- 電話： FAX：
担当ケアマネ/ 相談支援専門員		★	住所： ----- 電話： FAX：
援助をお願いできる 近隣の方など		★	住所： ----- 電話： FAX：
医療機器担当者 (会社・担当者) (使用機種)		★	住所： ----- 電話： FAX：
民生委員		★	住所： ----- 電話： FAX：
集落長		★	住所： ----- 電話： FAX：
消防署		★	住所： ----- 電話： FAX：
その他		★	住所： ----- 電話： FAX：

●医療・避難時の介護者などの情報

お薬手帳・保険証の写しなど貼付

基礎情報	身長	cm	体重	kg	血液型	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 (級 種) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 手帳番号 ()
	血圧	mmHG	体温	°C	選択	介護保険制度	<input type="checkbox"/> 有 %介護認定情報介護度% <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
	脈拍	回/分	SpO2	%	選択	障害支援区分	
既往歴・他疾患 手術歴						コミュニケーション方法	<input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> 意思伝達装置 <input type="checkbox"/> その他 ()
医療処置内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル(尿) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 皮下埋込型ポート <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> 自己注射薬 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他 ()						
主介護者	名前 続柄 ()						
避難予定場所	① ②						
緊急時移動手段	<input type="checkbox"/> 車 誰の () <input type="checkbox"/> 福祉車両 <input type="checkbox"/> 福祉タクシー <input type="checkbox"/> その他 () 誰が () 方法は <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 ()						
避難行動要支援者登録	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		九電への登録		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		

●医療状況 (使用している場合、詳細を記入)

栄養	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう	製品名	サイズ	栄養剤製品名	総カロリー
	<input type="checkbox"/> 経鼻カテーテル				
特記事項					
その他医療処置 特記事項など	※アレルギー (選択) ※ペースメーカー (選択) ※エビベンの処方 (選択)				
処方薬	★保管配慮が必要な薬など (例：冷蔵保存が必要等) ★お薬手帳の保管場所 ()				
自己注射薬・点滴					
DNAR	選択してください ()			医療機関名： 医師名：	
その他 (主治医から意見や配慮が必要なこと等)					

このシートは、患者さん、ご家族、支援者が、災害時の備え、情報を共有するためのものとして使用します。
支援している支援者も情報を共有することに同意します。

令和 年 月 日

氏名

印

災害時個別支援計画～基本情報シート～

電源が必要な方用

計画作成日： 令和 年 月 日 最新更新日： 令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	
氏名			主病名	受給者番号()
住所				電話 自宅： 携帯：
緊急連絡先	続柄 ()			電話： 住所：.....
家族・親戚 連絡リスト	続柄 ()			電話： 住所：.....

●関係機関情報 (分かる範囲で記入、緊急時にまず連絡するところに★をつけてください)

名称	★	住所・電話・FAX
専門病院		住所：
主治医		電話： FAX:
かかりつけ病院		住所：
かかりつけ医		電話： FAX:
入院を希望する 病院		住所：
レスパイト 入院先		電話： FAX:
かかりつけ薬局		住所：
訪問看護事業所 担当者		電話： FAX:
訪問介護事業所 担当者 (ヘルパー)		住所：
担当ケアマネ/ 相談支援専門員		電話： FAX:
援助をお願いできる 近隣の方など		住所：
医療機器担当者 (会社・担当者) (使用機種)		電話： FAX:
民生委員		住所：
集落長		電話： FAX:
消防署		住所：
その他		電話： FAX:

●医療・避難時の介護者などの情報

お薬手帳・保険証の写しなど貼付

基礎情報	身長	cm	体重	kg	血液型	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 (級種) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 手帳番号 ()
	血圧	mmHG	体温	°C	選択	介護保険制度	<input type="checkbox"/> 有 %介護認定情報介護度% <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
	脈拍	回/分	SpO2	%	選択	障害支援区分	
既往歴・他疾患 手術歴						コミュニケーション方法	<input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> 意思伝達装置 <input type="checkbox"/> その他
医療処置内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル (尿) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 皮下埋込型ポート <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> 自己注射薬 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他 { }						
主介護者	名前 続柄 ()						
避難予定場所	① ②						
緊急時移動手段	<input type="checkbox"/> 車 (誰の) <input type="checkbox"/> 福祉車両 <input type="checkbox"/> 福祉タクシー <input type="checkbox"/> その他 { } 誰が () 方法は <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 { }						
避難行動要支援者登録	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		九電への登録		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		

●医療状況 (使用している場合、詳細を記入)

人工呼吸器	使用頻度	内部バッテリー	外部バッテリー	機種名	アンビューバック	使用練習
	選択してください	時間	時間		選択	選択
	量規定 (VCV)	圧規定 (PCV)		特記事項		
<input type="checkbox"/> 気管切開で 使用 (TPPV)	換気モード	換気モード				
<input type="checkbox"/> マスクで使用 (NPPV)	1回換気量	1回換気量				
	PS { } PEEP { } 呼吸回数 { } 回/分 換気時間または換気流量 { }	PS { } PEEP { } 呼吸回数 { } 回/分 換気時間または換気流量 { }				
酸素	酸素指示流量	非常時酸素可能時間 (備蓄時間)	時間	特記事項		
	安静時 回/分・労作時 回/分	携帯用酸素	ℓ × 本			
気管切開	カニューレ製品名	サイズ	カフエア量	特記事項		
吸引	<input type="checkbox"/> 気管内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 口腔内	代替吸引器	使用練習	特記事項		
	選択 ⇒ 選択		選択			
栄養	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう	製品名	サイズ	栄養剤製品名	総カロリー	
	<input type="checkbox"/> 経鼻カテーテル					
	特記事項					
その他医療処置 特記事項など	※アレルギー { 選択 }		※ペースメーカー { 選択 }		※エビペンの処方 { 選択 }	
処方薬	★保管配慮が必要な薬など (例: 冷蔵保存が必要等)			★お薬手帳の保管場所 { }		
自己注射薬・点滴						
電源の確保	<input type="checkbox"/> 車 (<input type="checkbox"/> 車 { 選択 }) <input type="checkbox"/> 発電機 <input type="checkbox"/> その他 () 緊急時充電可能場所 ()					
DNAR	選択してください { }			医療機関名: 医師名:		
その他 (主治医から意見や配慮が必要なこと等)						

このシートは、患者さん、ご家族、支援者が、災害時の備え、情報を共有するためのものとして使用します。支援している支援者も情報を共有することに同意します。

令和 年 月 日

氏名 印