

在宅人工呼吸療養・計画停電対策確認表

療養者氏名 _____ 年齢 _____ 病名 _____ 住所 _____

1. 計画停電に向けての確認事項

東京電力の計画停電グループ・停電時間の確認
停電中の居室及びベッド周辺の照明の確保（電池の補充、備蓄）
停電中の自宅電話確保（携帯電話の充電・従来の黒電話等コンセント差し込み不要の電話）
停電中の水の確保（高層マンションなど）
支援機関連絡先と担当者の一覧表作成
医療機器類の電源の確認

2. 医療機器類の停電前の確認事項

停電終了時の確認事項

気管切開・痰の吸引	<input type="checkbox"/> 充電用吸引器の準備 <input type="checkbox"/> フル充電体制（コンセントに常時差し込んでおく）	<input type="checkbox"/> 充電する <input type="checkbox"/> 汚水瓶洗浄
	<input type="checkbox"/> 足踏み式吸引器等の準備 <input type="checkbox"/> 使用方法の確認	<input type="checkbox"/> 汚水瓶洗浄
口腔内等の持続吸引器	<input type="checkbox"/> 電池使用タイプの持続吸引器の準備	<input type="checkbox"/> AC 電源用に交換
人工呼吸療法	<input type="checkbox"/> 蘇生バックの準備・置き場所 <input type="checkbox"/> 使用方法の確認と練習	
人工呼吸器内部バッテリー	<input type="checkbox"/> 内部バッテリー作動時間の確認（ _____ 時間）	<input type="checkbox"/> AC 電源切り替えを確認
人工呼吸器外部バッテリー	<input type="checkbox"/> 外部バッテリーの準備 <input type="checkbox"/> 外部バッテリー接続方法 <input type="checkbox"/> 作動時間の確認（ _____ 時間） <input type="checkbox"/> フル充電体制	<input type="checkbox"/> 外部バッテリーの充電
加温加湿器	<input type="checkbox"/> 加温加湿器は停電中も特処せず	<input type="checkbox"/> 電源復帰の確認
在宅酸素療法	<input type="checkbox"/> 酸素ポンベの準備 <input type="checkbox"/> 酸素ポンベ接続方法	<input type="checkbox"/> 酸素ポンベ残量の確認
輸液ポンプ	<input type="checkbox"/> バッテリーの作動時間の確認	<input type="checkbox"/> 電源復帰の確認
パルスオキシメーター	<input type="checkbox"/> 電池使用タイプの準備（アラーム機能がないので注意）	<input type="checkbox"/> 電池残量の確認
エアマット	<input type="checkbox"/> ほぼ全機種 3 時間程度はそのまま（3 時間超は対策を取る）	<input type="checkbox"/> 作動確認
吸入器・カフアシスト	<input type="checkbox"/> 停電実施前後に使用する	
電動ベッド	<input type="checkbox"/> 停電時は使用不可となる（安楽なポジションに設定）	<input type="checkbox"/> 作動確認
呼びだしコール	<input type="checkbox"/> 電池使用タイプの準備又は見守り	<input type="checkbox"/> AC 電源用に切り替え <input type="checkbox"/> 電池確認
その他（ _____ ） （ _____ ）		

*停電時も人工呼吸器や加温加湿器の AC プラグは抜かない

（AC 電源復帰後のプラグ入れ忘れ防止のため）

*停電前にシミュレーションを行い、不具合がないか必ず確認する。

確認年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 確認者所属 _____ サイン _____