



④災害時に備えて保有している医療機器の予備動力の有無等

※この設問については、人工呼吸器、在宅酸素、吸引器、酸素飽和度モニター、24時間持続栄養ポンプ、経静脈栄養用ポンプなどの医療機器を使用されている場合にご回答ください。

ア. 医療機器に使用する予備電源（バッテリー）

| 医療機器                            | 人工呼吸器                                     | 酸素濃縮器                                     | 吸引器                                       | その他動力が必要なもの<br>( )                        |
|---------------------------------|---|---|---|---|
| ①使用・不使用                         | 使用・不使用<br>↓<br>(②～④へ)                     | 使用・不使用<br>↓<br>(②～④へ)                     | 使用・不使用<br>↓<br>(②～④へ)                     | 使用・不使用<br>↓<br>(②～④へ)                     |
| ②メーカー名                          | ア. ( )<br>イ. わからない                        | ア. ( )<br>イ. わからない                        | ア. ( )<br>イ. わからない                        | ア. ( )<br>イ. わからない                        |
| ③内部バッテリー<br>各項目のア.かイ.<br>を選択・回答 | 総継続時間<br>ア.( )時間<br>イ.わからない               | 総継続時間<br>ア.( )時間<br>イ.わからない               | 総継続時間<br>ア.( )時間<br>イ.わからない               | 総継続時間<br>ア.( )時間<br>イ.わからない               |
| ④外部バッテリー<br>各項目のア.かイ.<br>を選択・回答 | あり・なし<br>↓<br>総継続時間<br>ア.( )時間<br>イ.わからない | あり・なし<br>↓<br>総継続時間<br>ア.( )時間<br>イ.わからない | あり・なし<br>↓<br>総継続時間<br>ア.( )時間<br>イ.わからない | あり・なし<br>↓<br>総継続時間<br>ア.( )時間<br>イ.わからない |

イ. 在宅酸素療法に使用する予備の酸素ボンベ

あり（総使用時間 時間） ・ なし

ウ. 足踏み式（非電源）吸引器

あり ・ なし

エ. 蘇生バッグ

あり ・ なし

オ. 自家発電機

あり（総使用時間 時間） ・ なし

⑤災害時に定期薬がなくなったときの対応は決めていますか？

ア. はい（具体的な対応： \_\_\_\_\_ ）

イ. いいえ

⑥災害時に、③の物品や、④の医療機器、⑤の定期薬をすぐに持ち出せるよう、  
まとめてありますか？

・③の物品 （ はい ・ いいえ ）

・④の医療機器 （ はい ・ いいえ ）

・⑤の定期薬 （ はい ・ いいえ ）

-----

(2) つぎに、台風や大雨が近づいて避難しなくてはならないときの「避難」や、災害が過ぎ去った後も停電が続いて自宅での対応が困難になったときの「移動」についてお聞きします。

①いつでも、自力で、又は同居する家族や支援者に手伝ってもらって避難（移動）することはできますか？

ア. はい （誰と、どんな移動方法で： \_\_\_\_\_ ）

イ. いいえ（理由： \_\_\_\_\_ ）

②自宅から避難（移動）する場合の手段（あてはまるもの全てを選んでください）

ア. バギー

イ. 自家用車

ウ. 福祉タクシー・福祉有償運送などの移動サービス

エ. 徒歩（抱っこ）

オ. その他（具体的に： \_\_\_\_\_ ）

③お子さんと避難（移動）する場合に、人手はどのくらい必要ですか？

ア. 1人で足りる

イ. 2～3人

ウ. 4人以上

④どのような状況になったら避難（移動）しようと思いますか？

ア. 警戒レベル3（避難準備・高齢者等避難開始）

イ. 警戒レベル4（避難勧告、避難指示（緊急））

ウ. 自宅が被災する直前や、実際に自宅が被災してから

エ. その他（具体的に： \_\_\_\_\_ ）



②①で選んだア)～セ)に対して、避難(移動)したい旨をあらかじめ相談し、先方もそれを了解しているものがあれば、教えてください。

( )

③①とは別に、本当は避難(移動)したい場所はどこですか？(あてはまるもの全てを選んでください)

- ・なし(自宅で待機する)
- ・親類・友人宅
- ・予定避難所(自治体が開設する避難所)
- ・かかりつけの病院
- ・近くの(かかりつけではない)診療所・病院
- ・普段利用している福祉施設
- ・学校
- ・その他(具体的に: )

④③で選んだ場所に求める設備や物資は何ですか？(あてはまるもの全てを選んでください)

- ア. 電源
- イ. 水
- ウ. 清潔なリネン
- エ. 冷暖房設備
- オ. 周囲に配慮しなくてよい独立スペースや何らかの個室
- カ. あらかじめ、ケアに必要な物品(カテーテル等)を置かせてもらえること
- キ. きょうだい児などの他の家族も一緒に連れていけること
- ク. その他(具体的に: )

⑤在宅避難(自宅に待機)する場合に、どのような支援や物資が必要ですか？

具体的に:(例) バッテリー、自家発電機、水など

⑥自宅から近隣の「予定避難所」(自治体が開設する避難所)までの距離はどのくらいですか？

- ア. 500m 以内
- イ. 500m～1km
- ウ. 1～2km
- エ. 知らない・わからない



⑥そのほか、災害時に備えて日常的に気をつけていることはありますか？

具体的に：

⑦災害対策について、ご意見・ご要望等があれば、自由に記載してください。

4 今後、引き続き課題ごと(レスパイトなど)に係る追加調査を実施する予定です。  
ご協力いただけますか。

はい ・ いいえ

**【個人情報の取扱いについて】 ※必ずお読みください。**

1. 提出いただいた情報は、調査対象児（保護者等）への連絡や居住地域での社会資源（医療機関、事業所など）の充足状況の確認など、医療的ケア児の支援に限って利用することとし、それ以外の目的では使用しません。
2. 災害対応や支援に役立てるため、現に調査対象児のケア・支援を行っている医療機関（病院・診療所）や事業所（訪問看護ステーション、相談支援事業所その他の福祉サービス事業所）等の関係者に提供することがあります。このほか、正当な理由なく調査対象児の氏名等の個人情報を第三者に提供することはありません。
3. お寄せいただいた回答について、後日市役所から電話、メール等でご連絡をする場合があります。

上記について理解しました。

記入者名 \_\_\_\_\_（調査対象児との続柄： \_\_\_\_\_）

連絡先 電話： \_\_\_\_\_

メール： \_\_\_\_\_

調査項目は以上です。ご協力いただきまして、誠にありがとうございました。