

令和5年3月

様

広島市健康福祉局障害自立支援課長 平田 友子
広島市重症心身障害児者地域生活支援協議会

医療的ケアに係るアンケート調査（災害対策編）について

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

今年度、「広島市重症心身障害児者地域生活支援協議会」において、令和3年度末に実施した「医療的ケアに係る実態調査」結果を踏まえ、協議を行いました。

その結果、医療的ケアを必要とする方は、様々な機器を使用しており、長時間の停電や断水は生命の危機に直結しかねないことから、災害対策を最優先に取り組むべき課題としたため、今回、災害対策をテーマに調査を実施します。

想定を超えた豪雨や台風が頻発する中、皆さんが感じておられる不安、避難する際の課題、災害への備えの状況等について把握したいと考えています。

本調査を通じて得た情報は、災害時支援の在り方（自助・共助・公助の適切な組み合わせ方）の検討などに生かしたいと考えています。

また、昨年度末の調査にご回答していただきました皆さまに対しては、重複する調査項目もあろうかと存じます。大変お手数をおかけしますが、本調査についてもご協力のほどお願いいたします。

なお、調査票に記載された個人情報の取扱い・管理については、市において十分に留意いたします。

※ 本調査票は、前回の「医療的ケアに係る実態調査」にご回答いただいた方に加えて、本市支援施策等の情報提供に同意していただいた方を対象にしています。

※ 今後も、様々な課題別の調査を予定しています。その際にもご協力いただけますと幸いです。

【問合せ先】

広島市健康福祉局障害自立支援課

電 話 082-504-2148

担当者 田中

医療的ケアに係る課題別調査（災害対策編）

1 記入年月日 令和5年 月 日

2 医療的ケアが必要な方（以下「調査対象児・者」という。）について

(1) 氏 名 _____ (男・女)

(2) 生年月日 S・H・R 年 月 日 (記載日時点: 歳)

(3) 住 所 広島市 区

3 災害対策について

(1) 平常時の備えについてお聞きします。

①自宅周辺が危険な区域※かどうかをあらかじめ確認したことがありますか？

ア. はい イ. いいえ ※危険な区域とは、土砂災害警戒区域及び洪水・高潮・津波の浸水想定区域を指します。

②①で「はい」と回答された場合、確認した方法を教えてください。

(あてはまるもの全てを選んでください)

ア. ハザードマップ イ. わがまち防災マップ ウ. 広島市防災ポータル

③①で「はい」と回答された場合、自宅はハザードマップ上の危険な区域に建っていますか？

ア. はい イ. いいえ

④普段から確認・登録している防災情報の入手手段を教えてください。

ア. ひろしま避難誘導アプリ「避難所へGo!」 イ. 広島市公式LINE

ウ. 広島市防災情報メール エ. 広島市公式Twitter・Facebook オ. 広島市防災情報サイト

カ. 広島市防災ポータル キ. 普段から確認・登録していない

⑤災害時に備えて、必要な医療物品等は確保できていますか？

ア. はい イ. いいえ

(確保できない理由があれば教えてください)

↓ (確保できている医療物品等についてもご回答ください)

(ア) 吸引カテーテル (日分)

(イ) 栄養チューブ (日分)

(ウ) 蒸留水 (日分)

(エ) 栄養剤 (日分)

(オ) シリンジ (日分)

(カ) その他

⑥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（ ）
①使用・不使用	使用・不使用 ↓ (②~④へ)	使用・不使用 ↓ (②~④へ)	使用・不使用 ↓ (②~④へ)	使用・不使用 ↓ (②~④へ)
②メーカー名	ア. () イ. わからない	ア. () イ. わからない	ア. () イ. わからない	ア. () イ. わからない
③内部バッテリー 各項目のア.かイ. を選択・回答	継続時間 ア. () 時間 イ. わからない	継続時間 ア. () 時間 イ. わからない	継続時間 ア. () 時間 イ. わからない	継続時間 ア. () 時間 イ. わからない
④外部バッテリー 各項目のア.かイ. を選択・回答	あり・なし ↓ 総継続時間 ア. () 時間 イ. わからない	あり・なし ↓ 総継続時間 ア. () 時間 イ. わからない	あり・なし ↓ 総継続時間 ア. () 時間 イ. わからない	あり・なし ↓ 総継続時間 ア. () 時間 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

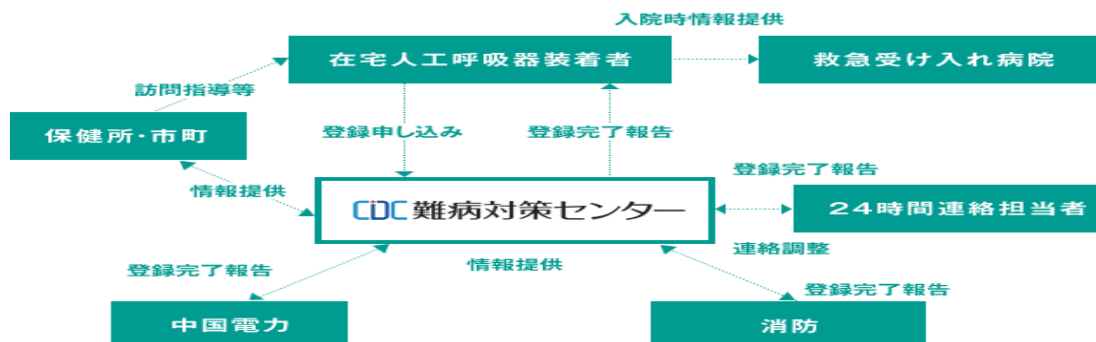
カ. ご自宅と契約している電力会社
中国電力 ・ 中国電力以外（ ）

⑦常時人工呼吸器使用者にお聞きします。

難病対策センターひろしまにおいて実施している「在宅人工呼吸器装着者災害時対応システム」(※)に登録していますか？

ア. 登録済み イ. 登録していない ウ. 今後登録したい エ. 知らない・わからない

(※)「在宅人工呼吸器装着者災害時対応システム」とは、各関係機関へ事前に情報を提供することで予測できる停電の事前連絡や突発的事故停電時の復旧連絡、救急病院への搬送などがスムーズに行えるように考えたシステムです



⑧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

⑨災害時に、⑤の物品や、⑥の医療機器、⑧の定期薬をすぐに持ち出せるよう、まとめてありますか？

- ⑤の物品 (はい ・ いいえ)
- ⑥の医療機器 (はい ・ いいえ)
- ⑧の定期薬 (はい ・ いいえ)

(2) つぎに、台風や大雨により災害が発生するおそれがある場合や停電や断水の長期化により自宅で生活が困難になった場合の「避難」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. 車いす（バギーも含む）
- イ. 自家用車
- ウ. 福祉タクシーなどの移動サービス
- エ. 徒歩（抱っこ）
- オ. その他（具体的に： _____ ）
- カ. 避難することが困難（理由： _____ ）

③調査対象児・者と避難する場合に、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

（イ又はウを選択された場合、その理由を教えてください）

④どのような状況になったら避難しようと思いますか？

- ア. 大雨・洪水注意報等（警戒レベル2以下）を気象庁が発表したとき
- イ. 警戒レベル3高齢者等避難が発令されたとき
- ウ. 警戒レベル4避難指示が発令されたとき
- エ. 自宅が被災する直前や、実際に自宅が被災してから
- オ. その他（具体的に： _____ ）

⑤「避難するかどうかの相談」や「避難を決めたとき」に、家族以外に連絡しますか？

- ア. はい
- イ. いいえ

（あてはまるもの全てを選んでください）

- ① 主治医
- ② 訪問看護師・訪問リハビリ
- ③ 広島型医療的ケア児・者コーディネーター
- ④ 相談支援員
- ⑤ その他（具体的に： _____ ）

⑥自宅から避難する場合に困ることはありますか？

- ア. ある
- イ. ない

↓
（例）2階以上に住んでいるがエレベーターがない
きょうだい児が多く、避難（移動）に必要な人手がない など具体的に記載して下さい。

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普段使用している医療機器は、指定避難所に備蓄している自家用発電機（メーカー：三菱重工
品番：MGC901GB/GP）でも使用可能ですか。

ア. 使用可能 イ. 使用不可

ウ. わからない（使用している機器のメーカーと品番を教えてください。）

（ ）

（４）最後に、地域とのつながりなどについてお聞きします。

①災害時に手助けに来てくれる方はいますか？

ア. はい イ. いいえ

↓ （あてはまるもの全てを選んでください）

- ・親類
- ・友人・知人
- ・近隣住民
- ・その他（ ）

②近隣の自主防災組織や消防団と緊急時の対応について日頃から相談していますか？

ア. はい イ. いいえ

③災害時に家族以外と連絡をとる方法（あてはまるもの全てを選んでください）

ア. LINE イ. その他のSNS ウ. 電話 エ. 災害用伝言ダイヤル※

オ. その他（具体的に： ）

カ. 決めていない・わからない

※「たちまち防災」P24参照

④突然の災害にも落ち着いて避難行動を取ることができるよう、避難時の訓練を実施しておくことが非常に重要です。今後、医療的ケア児・者を対象とした避難訓練が開催される場合、参加したいと思いますか？

ア. はい イ. いいえ

（イを選択された場合、どのような条件が揃えば参加できるようになりますか）

⑤お子さんの日中の居場所（関わりのある事業所等）において、BCP※計画の策定等により災害時の対策が考えられているか知っていますか？ ※BCPとは、事業継続計画のことです。

ア. はい イ. いいえ

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？

[]

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。

[]

【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・者（保護者等）への連絡や居住地域での社会資源（医療機関や事業所など）の充足状況の確認など、医療的ケア児者の支援に限って利用（関係課での共有含む）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・者のケア・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・者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、市障害自立支援課又は医療的ケア児者コーディネーターから電話、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・者との続柄： _____）

連絡先 電話： _____

メール： _____

現に調査対象児・者のケア・支援を行っている医療機関又は事業所等

調査対象児・者の日中の居場所（特別支援学校・保育園・事業所等）

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。