

## &lt;回答票&gt;

この調査は、電源を必要とする医療機器を使用する医療的ケア（人工呼吸器管理、ネブライザー、喀痰吸引、持続注入ポンプ（腸ろう・腸管栄養）等）が必要な障がい児者（以下、「要電源児者」という。）について災害時の支援体制等についてお尋ねするものです。

以下の調査項目にご回答ください。チェック欄（□）がある場合には、該当欄を■で塗りつぶし、[ ]がある項目には、その内容を記載してください。

|        |  |
|--------|--|
| 市町村名   |  |
| 担当課名   |  |
| 担当者名   |  |
| 電話番号   |  |
| e-mail |  |

## 1 要電源児者の災害時支援担当部局

要電源児者の把握や災害時における支援等を主に担当する部課名を記載してください。

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 部課名 [ ]       |
| <input type="checkbox"/> 担当部課なし 理由 [ ] |

※ 以降の設問には、上記部課によりご回答ください。担当課が決められていない場合は、障がい福祉担当課よりご回答くださいますようお願いいたします。

## 2 要電源児者（医療的ケア児者）の把握状況

## (1) 要電源児者（医療的ケア児者）の把握について

貴市町村に在住する要電源児者を把握していますか。

|  |                                 |   |
|--|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ①個人を特定して把握している                    | ①、②を選択した場合、把握している要電源児者数を記載ください。 | 名 |
| <input type="checkbox"/> ②個人を特定しての把握に努めているが、十分な把握には至っていない  |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> ③把握に努めた結果、現在対象者は市町村内にいないことを確認済である |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> ④個人を特定しての把握をしていない                 |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> ⑤その他 [ ]                          |                                 |   |

## (2) 把握している医療的ケアの状況と把握の方法等について

[(1) で①、②を選択した場合、ア～エに回答の上、(3)へお進みください]

[(1) で③を選択した場合、イ～エに回答の上、(3)へお進みください]

[(1) で④、⑤を選択した場合、(4)へお進みください]

ア 把握した情報に医療的ケアの内容は含まれますか。

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 医療的ケアの内容、使用している医療機器の型式、稼働に必要な電力量等の詳細な情報を把握している |
| <input type="checkbox"/> 医療的ケアの内容、使用している医療機器を把握している                     |
| <input type="checkbox"/> 医療的ケアの内容を把握しているが、使用している機器は把握していない              |

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 医療的ケアの内容については把握していない |
| <input type="checkbox"/> その他 [ ]              |

イ (1)に係る把握方法を次の中から選択してください。(複数選択可)

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳、療育手帳等の手帳情報                               |
| <input type="checkbox"/> 特別障害者手当、障害児福祉手当、特別児童扶養手当等の申請時診断書情報               |
| <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス等の支給決定状況等受給者証情報<br>(区分認定調査時の情報、アセスメント内容) |
| <input type="checkbox"/> 障がい福祉担当課等の窓口への相談、保護者からの情報提供                      |
| <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者等によるサービス等利用計画、モニタリング等の情報              |
| <input type="checkbox"/> 日常生活用具の申請、支給状況                                   |
| <input type="checkbox"/> 医療的ケア児支援の協議の場又は障害者自立支援協議会等の情報                    |
| <input type="checkbox"/> 避難行動要支援者名簿の登載情報                                  |
| <input type="checkbox"/> 医療機関からの情報  |
| <input type="checkbox"/> 母子保健法に基づく乳幼児健康診査等                                |
| <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーションからの情報提供                                |
| <input type="checkbox"/> その他 [ ]  |

ウ 要電源児者に関する情報を共有している部課名を記載してください。(複数回答可)

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 障がい福祉担当課 [部課名 ]  |
| <input type="checkbox"/> その他の福祉担当課 [部課名 ] |
| <input type="checkbox"/> 保健担当課 [部課名 ]     |
| <input type="checkbox"/> 防災担当課 [部課名 ]     |
| <input type="checkbox"/> 上記以外の担当課 [ ]     |

エ 医療的ケア児者の把握にあたり市町村で独自に行っている取組みや苦慮している点等がございましたら記載してください。

|  |
|--|
|  |
|--|

### (3) 情報の更新について

[(1) で①、②、③を選択した場合に回答してください。]

把握した情報の更新を行っていますか。

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 定期的に更新 [最終更新日 ( ___年 ___月 ___日)]<br>更新間隔 ( ___年・ ___か月ごと) |
| <input type="checkbox"/> 不定期に更新 [最終更新日 ( ___年 ___月 ___日)]                          |
| <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給申請時等、来庁時に更新                                     |
| <input type="checkbox"/> その他 [ ]   |

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 更新していない [作成日 ( ___年___月___日)] |
| <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]                 |

#### (4) 要電源児者の把握に係る課題等について

要電源児者の把握に関して課題がありましたら記載してください。

|  |
|--|
|  |
|--|

### 3 避難行動要支援者名簿及び個別避難計画について

災害対策基本法第 49 条の 10 において、市町村は「避難行動要支援者名簿」を作成しなければならないとされており、また、令和 3 年 5 月の災害対策基本法の改正により、個別避難計画の作成が市町村の努力義務となりました。これを踏まえて以下の項目に回答してください。

#### (1) 避難行動要支援者名簿における要電源児者の掲載

避難行動要支援者名簿において、掲載している要電源児者の人数を記載してください。

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> ( ) 名                    |
| <input type="checkbox"/> 掲載していない<br>・理由 [ _____ ] |

#### (2) 要電源児者に対する個別避難計画について

避難行動要支援者名簿に掲載されている要電源児者に対する個別避難計画は作成していますか。また見直しの頻度はどの程度ですか。

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 作成している ( ) 名<br>・見直し頻度 [定期 ( ___年・月ごと) 不定期 ( _____ )] |
| <input type="checkbox"/> 作成していない<br>・理由 [ _____ ]                              |
| <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]   |

#### (3) 要電源児者に対する個別避難計画の掲載情報について

(2) で要電源児者に対する個別避難計画を作成している場合、どのような情報を掲載していますか。(複数回答可)

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 法定事項 (氏名、生年月日、性別、住所又は居所、電話番号その他連絡先、避難支援等を必要とする事由 (疾病の種類など)、避難支援等実施者の氏名又は名称、住所又は居所及び電話番号その他連絡先、避難施設その他の避難場所及び避難路その他の避難経路に関する事項)<br>※「避難路その他の避難経路に関する事項」については、地図を添付又は記載することが望ましいものの、必ずしも記載を求めるものではない。 |
|--|

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 使用している医療機器の種類・名称       |
| <input type="checkbox"/> 想定される避難先の連絡先等          |
| <input type="checkbox"/> 具体的な避難の方法              |
| <input type="checkbox"/> かかりつけ医療機関と後方支援の医療機関連絡先 |
| <input type="checkbox"/> 電源確保の手段                |
| <input type="checkbox"/> その他 [ ]                |

**(4) 障がい者等自らが、避難行動要支援者名簿への掲載を市町村に求めることができる仕組みについて**

障がい者等自らが、避難行動要支援者名簿への掲載を市町村に求めるために貴市町村において取組んでいることはありますか。

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 取組んでいる（複数回答可）  |
| <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳又は療育手帳所有者へ個別周知<br><input type="checkbox"/> 障がい福祉担当課等の窓口等、来庁時に周知<br><input type="checkbox"/> 広報等の全戸配布により周知<br><input type="checkbox"/> その他 [ ] |
| <input type="checkbox"/> 検討中  |
| <input type="checkbox"/> 取組んでいない  |

**4 避難所と避難方法について**

**(1) 避難所における電源確保状況について**

ア 指定避難所及び福祉避難所において電源を確保している場合、要電源児者の医療機器を使用するための電源の確保状況を記載ください。

|  |                                  |                                   |                                   |
|--|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 指定避難所  | <input type="checkbox"/> 全避難所で確保 | <input type="checkbox"/> 一部避難所で確保 | <input type="checkbox"/> 確保できていない |
| → 全避難所又は一部避難所で確保している場合   |                                  |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> 予想される要電源児者の医療機器の___時間程度の稼働を想定して確保<br><input type="checkbox"/> その他 [ ]   |                                  |                                   |                                   |
| 福祉避難所  | <input type="checkbox"/> 全避難所で確保 | <input type="checkbox"/> 一部避難所で確保 | <input type="checkbox"/> 確保できていない |
| → 全避難所又は一部避難所で確保している場合   |                                  |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> 予想される要電源児者の医療機器の___時間程度の稼働を想定して確保<br><input type="checkbox"/> その他 [ ]   |                                  |                                   |                                   |
| そ の 他  |                                  |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> 市町村が保有する発電機等を必要な避難所に運搬<br><input type="checkbox"/> 市町村が提携する機関・団体にて保有する発電機等を必要な避難所に運搬<br><input type="checkbox"/> 上記以外の避難所にて発電機等を確保する体制<br>[ ] |                                  |                                   |                                   |

※ ここでいう「確保」とは、要電源児者の避難が予想される避難所において、何らかの想定により、避難した要電源児者の使用する医療機器への一定時間分の電源供給が可能な準備を行っていることとします。

イ 次の中から、要電源児者が使用できるよう市町村又は避難所で整備している物品等を記載してください。(複数回答可)

|   |    |   |
|---|----|---|
| <input type="checkbox"/> 自家発電機 (カセットボンベ式・ガソリン式) | 数量 | 個 |
| <input type="checkbox"/> 上記以外の発電機器 [ ]          | 数量 | 個 |
| <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ                  | 数量 | 個 |
| <input type="checkbox"/> 蘇生バッグ                  | 数量 | 個 |
| <input type="checkbox"/> 痰吸引器 (手動式・足踏式)         | 数量 | 個 |
| <input type="checkbox"/> その他 [ ]                | 数量 | 個 |
| <input type="checkbox"/> 整備していない                |    |   |

## (2) 避難先との調整

ア 想定している要電源児者の避難先を記載してください。(複数選択可)

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 指定避難所   |
| <input type="checkbox"/> 福祉避難所   |
| <input type="checkbox"/> 医療機関  |
| <input type="checkbox"/> かかりつけ医<br><input type="checkbox"/> 最寄りの病院<br><input type="checkbox"/> 災害拠点病院<br><input type="checkbox"/> 主治医のいる病院<br><input type="checkbox"/> その他 [ ] |
| <input type="checkbox"/> 個別避難計画に避難先を記載   |
| <input type="checkbox"/> 避難先の想定をしていない  |
| <input type="checkbox"/> その他 [ ]   |

イ 避難先と想定している医療機関や福祉避難所の担当部局に対して、要電源児者の情報は提供されていますか。

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 障がい児者の情報を福祉避難所や医療機関に提供し、避難先として調整済である         |
| <input type="checkbox"/> 障がい児者の情報を福祉避難所や医療機関に提供しているが、避難先として調整はできていない。 |
| <input type="checkbox"/> 避難先として想定はしているが、調整はできていない                     |
| <input type="checkbox"/> 避難先の想定をしていない                                 |
| <input type="checkbox"/> その他 [ ]                                      |

## 5 要電源児者等における災害時の非常用電源の確保のための支援等

### (1) 日常生活用具給付・貸与

日常生活用具給付・貸与の事業において、要電源児者等に対する医療機器の予備バッテリーの購入等の費用を給付の対象としていますか。(複数回答可)

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 人工呼吸器の予備バッテリーの購入費を対象としている                     |
| <input type="checkbox"/> 痰吸引器の予備バッテリーの購入費を対象としている                      |
| <input type="checkbox"/> その他電源を要する医療機器の予備バッテリーの購入費を対象としている<br>対象機器 [ ] |
| <input type="checkbox"/> 対象には含めていない                                    |

**(2) (1) 以外で市町村が実施している補助や事業について**

要電源児者等に対する医療機器の予備バッテリーや発電機等の購入経費の補助又は電源喪失時における発電機等の貸与もしくはその他整備事業等について記載してください。

|                               |
|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 該当あり |
| 事業名 [ ]                       |
| 令和 4 年度予算額 [ ]                |
| 事業対象（補助対象）<br>[ ]             |
| 事業の内容<br>[ ]                  |
| <input type="checkbox"/> 該当なし |

6 県では、市町村が「要電源在宅重度障がい児者が災害時等に必要とする電源を確保するために購入した非常用電源装置（発電機、蓄電池等）の購入経費の助成」を実施した場合に、その事業に対する助成をしています。貴市町村にて事業実施の有無、県事業の活用の有無を記載してください。また、検討している県事業について、ご意見がありましたら記載してください。

|        |                                  |                                    |                                      |
|--------|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| 市町村事業： | <input type="checkbox"/> 事業化している | <input type="checkbox"/> 事業化予定（月頃） | <input type="checkbox"/> 事業化していない    |
| 県事業：   | <input type="checkbox"/> 活用する    | <input type="checkbox"/> 活用しない     | <input type="checkbox"/> 日常生活用具事業で対応 |
| ご意見    |                                  |                                    |                                      |

7 要電源児者に係る防災支援のあり方についてのご意見、また、要電源児者への支援に関して貴市町村での独自の取り組みや工夫されていることがございましたら記載してください。

|  |
|--|
|  |
|--|

設問は以上です。ご協力ありがとうございました。