

《 災害に備えた在宅人工呼吸器使用患者実態調査票 》

(調査票 QR コード)



オンラインからご回答ください。
 メ切：令和8年6月30日（火）

基本情報

【2】訪問 看護ステーション名		【3】訪問看護 ステーションの電話番号	
【4】【5】 患者氏名	(フリガナ)	【6】 生年月日	【6】 年齢
【8】 回答者氏名		【9】 住所	【6】 性別
【10】 電話番号		【11】 病名	<input type="checkbox"/> 指定難病医療費助成・小児慢性特定疾患医療費助成制度を両方利用 <input type="checkbox"/> 指定難病医療費助成制度のみ利用 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患医療費助成制度のみ利用 <input type="checkbox"/> 利用なし
【12】 病名		【13】在宅 療養期間	<input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1～3年 <input type="checkbox"/> 3～5年 <input type="checkbox"/> 5年以上

1. 患者の状況

該当する番号に○をつけ、該当項目については () にご記入願います。

【14】	人工呼吸器の状況	1 気管挿管・気管切開下での呼吸療法 (IPPV・TPPV) ↓	2 24時間連続マスクを用いる呼吸療法 (NPPV)
【15】	IPPV・TPPVの場合装着時間	1 24時間	2 夜間のみ
【16】	人工呼吸器の定期的な メンテナンス状況	1 受けている	2 受けていない (理由: ())
【17】	医療処置	経管栄養	1 胃ろう 2 経鼻 3 その他
【18】		吸引①挿入部位	1 口腔内のみ 2 鼻腔内 3 気管切開
【19】		吸引②頻度	() 回/日
【20】	医療機器の状況 ※調査日において使用してい るもの全てに○を付けて下さ い。	1 酸素濃縮器	酸素流量 → () L/分
【21】		2 輸液ポンプ	3 パルスオキシメーター
【21】		5 吸引器	6 吸入器
【21】		8 電動ベッド	9 エアマット
【22】	生活状況	1 単身	2 同居家族あり → 本人以外の同居家族人数: () 人
【23】	主介護者	1 配偶者	2 親 3 子ども 4 その他 ()
【24】	居住環境	1 戸建	2 集合住宅の () 階、エレベーター (有・無)
【25】	市町村の避難行動要支援者名簿への登録の有無 (登録対象とされていない場合もあります)	1 有	2 無 3 不明
【26】	市町村での個別避難計画の作成	1 有	2 無 3 不明

2. 災害等の準備状況の確認<災害等：自然災害や、長期停電等の状況>

各項目について「1」または「2」に○をつけて下さい。「2」の場合は、その理由について御入力下さい。

	確認事項	実施状況
[27]	災害時の支援者への連絡方法・手段	1 決めている 2 決めていない(理由：)
[28]	災害時備蓄品の準備 (薬剤・衛生材料・経腸栄養剤・水等7日分)	1 実施済 2 未実施(理由：)
[29] [30] [31] [32]	災害時の避難先・避難経路の確認	1 実施済(<input type="checkbox"/> 医療機関・ <input type="checkbox"/> 福祉避難所・ <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> その他()) →医療機関を選択した方 主治医と避難時の受入れについて相談していますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 2 未実施(理由：)
[33]	移動手段の確保 (車椅子・ストレッチャー等)	1 実施済 2 未実施(理由：)
[34] [35]	移動時の支援者の確保	1 実施済(統柄：) 2 未実施(理由：)

3. 医療機器類の確認事項

①各項目について、所持状況1～3に○をつけてください。

②所持状況で「1 持っている」の場合、チェック項目を確認し、実施状況を「1すべて実施済」「2未実施のものがある」のいずれかに○をつけて下さい。

	医療機器種類	所持状況	チェック項目 (「所持状況」で1を回答した場合)
[36] [37]	人工呼吸器専用 内部バッテリー	1 持っている 2 必要だが準備ができていない 3 不要	最大作動時間() 時間
[38] [39]	人工呼吸器専用 外部バッテリー	1 持っている 2 必要だが準備ができていない 3 不要	最大作動時間() 時間
[40] [41]	人工呼吸器専用 外部バッテリー(予備)	1 持っている 2 必要だが準備ができていない 3 不要	最大作動時間() 時間
[42] [43]	蓄電池(ポータブル電源)	1 持っている 2 必要だが準備ができていない 3 不要	蓄電容量() Wh
[44]	自家発電装置	1 持っている 2 必要だが準備ができていない 3 不要	
[45]	DC/AC インバータ (自動車からの給電)	1 持っている 2 必要だが準備ができていない 3 不要	
[46]	V2H 電気自動車等の充電 設備からの給電	1 持っている 2 必要だが準備ができていない 3 不要	

4. 今後、災害対策で行政に期待すること(複数選択可)【47】～【48】

<input type="checkbox"/> 停電時の非常用電源(外部バッテリー、発電機)の購入費に対する補助 <input type="checkbox"/> 避難先での衛生材料の提供 <input type="checkbox"/> 停電時等の避難先の確保 <input type="checkbox"/> 大雨や台風等の災害に備えた注意喚起等の情報提供 <input type="checkbox"/> 個別避難計画(自らの避難が困難な方が作成する避難支援のための計画)の作成支援 <input type="checkbox"/> その他()
--

5. 情報提供への同意【49】

災害対応に役立てるため、この調査票の内容を住所地の市町村及び保健所並びに県の災害医療コーディネーター(災害時小児周産期リエゾン)、DMAT(災害派遣医療チーム)へ情報提供することについて、同意しない場合のみ チェック☑をつけてください。

本調査での回答内容について、市町村等への情報提供に同意しません。

調査に御協力いただき、ありがとうございました。

調査の用語・留意点

1. 患者の状況

23	避難行動要支援者名簿	・避難支援や安否確認等を行うための基礎となる名簿を指し、災害対策基本法の規定によって市町村で作成することとなっており、災害発生時には、本人の同意の有無にかかわらず、名簿情報を基に避難支援等関係者が避難支援や安否確認に使用。
24	個別避難計画	・災害時に自力での移動が困難な避難行動要支援者への避難支援のための計画。避難行動要支援者名簿に計画について同意された方に対し、作成することとなっている。

3. 医療機器類の確認事項

35	人工呼吸器専用内部バッテリー	<ul style="list-style-type: none"> ・多くの人工呼吸器の本体に内蔵されているバッテリーで、停電時や外部電源の供給が途絶えた際に、人工呼吸器を一定時間動作させるための電源。 ・人工呼吸器の機種によって、容量や稼働時間は異なる。
37	人工呼吸器専用外部バッテリー（予備を含む）	<ul style="list-style-type: none"> ・人工呼吸器の機種専用のバッテリー。（市販の蓄電池とは異なる。） ・診療報酬の対象となるため、医療機関から貸与される。 ・停電時は、複数の外部バッテリーを交互に充電しながら人工呼吸器を稼働させることが望ましい。 ・バッテリー容量や充電方法も違いがある（人工呼吸器に外部バッテリーをつないだまま自動充電できる、単独で充電する等）。
41	蓄電池（ポータブル電源）	<ul style="list-style-type: none"> ・貯めておいた電気を使用できる機械。 ・騒音や排気ガスは発生せず、使用環境による制限なし。 ・電池には容量があり、貯めた電気を使い切ると送電でない。
43	自家発電装置	<ul style="list-style-type: none"> ・燃料を使用し電気を作り出す機械。 ・燃料が続く限り長時間の運転が可能。 ・使いやすいが、使用環境によって、騒音や排気ガス等の問題点がある。
44 ・ 45	自動車からの給電	<ul style="list-style-type: none"> ・シガーソケットからの給電や車内 100V コンセントを使用する ・燃料が車のガソリンや電気のため、満タン状態であれば長持ちする ・シガーソケット給電の場合は容量が小さく、電気自動車の場合は導入ハードルが高い

（参考：東京都医学総合研究所 難病ケア看護研究室「計画停電対策確認表」

ゆたかな株式会社リハビリ訪問看護まえあし 輪ノ内新 「災害対策のススメ～非常電源について」