

在宅酸素療法患者、在宅人工呼吸器使用者等の災害時の電源確保に関するアンケート調査へのご協力をお願い

皆さまにおかれましては、いつも市政に対してご理解・ご協力を賜り誠にありがとうございます。また、平成30年北海道胆振東部地震で被災された方には心からお見舞い申し上げます。

さて、平成30年北海道胆振東部地震の後、人工呼吸器を使用している方が停電でお困りになったという声を受けて、札幌市では、今後の対策を考える際の参考とするため、在宅酸素療法を行っている方、在宅で人工呼吸器を使用している方等の災害時の電源確保に関する調査を行うことにいたしました。

調査は無記名ですので、個人を特定されることはありません。また、お答えいただいた内容は、全て統計的に処理して今後の対策を検討する以外のことには使用することなく、個人の秘密が外部に漏れることも一切ありません。調査は任意ですが、ぜひとも調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

平成31年3月

【ご記入に当たってのお願い】

- この調査は、平成31年1月現在、呼吸器機能障がい身体障害者手帳を取得されている方から無作為に抽出を行ってお送りしております。
- この調査は封筒の宛名の方を対象としており、質問文の中の「あなた」とは、封筒の宛名の方を指しています。
- 調査への記入は、ご家族様等の代筆でも構いません。
- ご記入がお済みになりましたら、調査票を同封の返信用封筒に入れて、**平成31年3月22日（金）**までに郵便ポストにご投函ください。
- この調査について、ご不明な点がございましたら、下記問合せ先までお問い合わせください。

【問合せ先】

〒060-8611 札幌市中央区北1条西2丁目
札幌市 保健福祉局 障がい保健福祉部
障がい福祉課 在宅福祉係
電話 011-211-2936 F A X 011-218-5181

【調査票】

在宅酸素療法患者、在宅人工呼吸器使用者等の災害時の電源確保に関するアンケート調査

- 調査への回答は任意です。差し支えない範囲でのご回答をお願いいたします。
- 選択肢のある質問については、当てはまる番号(または文字)を○で囲ってください。
- 設問の3は自由記載です。1及び2で記載できなかったことを自由にご記載ください。

1 あなた(呼吸器機能障がいをお持ちの方)ご自身のことについて教えてください。

(1) 居住区	() 区
(2) 施設・在宅の別	入所施設又は病院 ・ GH ・ 一般住宅 サービス付き障がい者(高齢者)共同住宅
(3) お住まいの建物	集合住宅(木造) ・ 集合住宅(非木造) 一戸建て(木造) ・ 一戸建て(非木造)
(4) 性別	男 ・ 女
(5) 年齢	10代以下 ・ 20代 ・ 30代 ・ 40代 50代 ・ 60代 ・ 70代 ・ 80代以上
(6) 病名	()
(7) 呼吸器機能障がいの等級	1級 ・ 3級 ・ 4級
(8) 同居親族(当てはまる方すべてに○をつけてください。)	親(父・母) ・ 配偶者(夫・妻) ・ 兄弟姉妹 子(息子・娘) ・ 孫 ・ いない(独居)
(9) 使用している医療機器等 (複数回答可。6を選択した場合はその横に名称を記入してください。)	1 酸素濃縮器 ・ 2 酸素同調器 3 パルスオキシメーター ・ 4 人工呼吸器 5 外出時・携帯用酸素ボンベ 6 その他医療機器等()
(10) 使用している医療機器は停電の際、何時間程度使用できるものですか((9)でご回答いただいたものについて、予備バッテリーを使用した場合等を含めてご記載ください。)	1 酸素濃縮器 () 時間程度 2 酸素同調器 () 時間程度 3 パルスオキシメーター () 時間程度 4 人工呼吸器 () 時間程度 5 外出時・携帯用酸素ボンベ () 時間程度 6 その他医療機器等 () 時間程度

2 平成30年北海道胆振東部地震発生前後のことについて教えてください。

(1) <u>地震発生前</u> に、停電に備えて用意していた物を教えてください (複数用意していた場合は、該当するもの全てをご記載ください。)	1 予備バッテリー(____時間程度使用可) 2 予備の酸素ボンベ(____時間程度使用可) 3 発電機(____時間程度使用可) 4 蓄電池(____時間程度使用可) 5 用意していなかった。
(2) お住まいの地域で地震による停電は何時間程度続きましたか	() 時間程度

【調査票】

(3) お使いの電気を使用する医療機器は停電後何時間程度使用できましたか	() 時間程度
(4) <u>停電により医療機器が使用できなくなった方にお聞きします。</u> 使用できなくなった後はどのように対応しましたか (自由記載)	
(5) 今回の地震で、自宅外に避難しましたか	1 病院に避難した ・ 2 避難所に避難した 3 その他の場所に避難した () 4 避難していない (避難しなかった理由:)
(6) <u>地震発生後</u> に停電に備えて購入したものはありますか	1 予備バッテリー (_____ 時間程度使用可) 2 予備の酸素ボンベ (_____ 時間程度使用可) 3 発電機 (_____ 時間程度使用可) 4 蓄電池 (_____ 時間程度使用可) 5 特に購入はしていない。
(7) <u>今後</u> 、停電時の備えとして用意したい (追加で購入したい) ものはありますか (複数回答可。)	1 予備バッテリー 2 予備の酸素ボンベ 3 発電機 4 蓄電池 5 その他 () 6 特にない。
(8) (7)でご回答いただいたものについて、現在購入していない理由を教えてください (複数回答可)。	1 高価であるため 2 保管場所がないため 3 売っているお店が見つからないため 4 その他 ()

3 災害時に、又は災害対策として支援をしてほしいことについて教えてください。

(自由記載)

設問は以上です。ご協力いただき誠にありがとうございました。

お手数ですが、本調査は平成 31 年 3 月 22 日 (金) までに同封の返信用封筒でご返送くださいますようお願いいたします。

【提出先】 〒060-8611 札幌市中央区北 1 条西 2 丁目

札幌市 保健福祉局 障がい保健福祉部 障がい福祉課 在宅福祉係

電話 011-211-2936 F A X 011-218-5181

【調査票】

在宅酸素療法患者、在宅人工呼吸器使用者等の災害時の電源確保に関するアンケート調査

- 調査への回答は任意です。差し支えない範囲でのご回答をお願いいたします。
- 選択肢のある質問については、当てはまる番号(または文字)を○で囲ってください。
- 設問の3は自由記載です。1及び2で記載できなかったことを自由にご記載ください。

1 あなた(呼吸器機能障がいをお持ちの方)ご自身のことについて教えてください。

(1) 居住区	(手稲) 区
(2) 施設・在宅の別	入所施設又は病院 ・ GH ・ 一般住宅 サービス付き障がい者(高齢者)共同住宅
(3) お住まいの建物	集合住宅(木造) ・ 集合住宅(非木造) 一戸建て(木造) ・ 一戸建て(非木造)
(4) 性別	男 ・ 女
(5) 年齢	10代以下 ・ 20代 ・ 30代 ・ 40代 50代 ・ 60代 ・ 70代 ・ 80代以上
(6) 病名	(慢性閉塞性肺疾患)
(7) 呼吸器機能障がいの等級	1級 ・ 3級 ・ 4級
(8) 同居親族(当てはまる方すべてに○をつけてください。)	親(父・母) ・ 配偶者(夫・妻) ・ 兄弟姉妹 子(息子・娘) ・ 孫 ・ いない(独居)
(9) 使用している医療機器等 (複数回答可。6を選択した場合はその横に名称を記入してください。)	1 酸素濃縮器 ・ 2 酸素同調器 3 パルスオキシメーター ・ 4 人工呼吸器 5 外出時・携帯用酸素ボンベ 6 その他医療機器等 ()
(10) 使用している医療機器は停電の際、何時間程度使用できるものですか((9)でご回答いただいたものについて、予備バッテリーを使用した場合等を含めてご記載ください。)	1 酸素濃縮器 (5) 時間程度 2 酸素同調器 () 時間程度 3 パルスオキシメーター (10) 時間程度 4 人工呼吸器 () 時間程度 5 外出時・携帯用酸素ボンベ () 時間程度 6 その他医療機器等 () 時間程度

2 平成30年北海道胆振東部地震発生前後のことについて教えてください。

(1) <u>地震発生前</u> に、停電に備えて用意していた物を教えてください。(複数用意していた場合は、該当するもの全てをご記載ください。)	1 予備バッテリー (_____ 時間程度使用可) 2 予備の酸素ボンベ (<u>24</u> 時間程度使用可) 3 発電機 (_____ 時間程度使用可) 4 蓄電池 (_____ 時間程度使用可) 5 用意していなかった
(2) お住まいの地域で地震による停電は何時間程度続きましたか	(18) 時間程度

【調査票】

(3) お使いの電気を使用する医療機器は停電後何時間程度使用できましたか	(3) 時間程度
(4) <u>停電により医療機器が使用できなくなった方にお聞きします。</u> 使用できなくなった後はどのように対応しましたか (自由記載)	酸素ポンプを使用して対応しましたが、停電の復旧までポンプが足りるのかが分からず不安でした。
(5) 今回の地震で、自宅外に避難しましたか	1 病院に避難した ・ 2 避難所に避難した 3 その他の場所に避難した () <input checked="" type="radio"/> 4 避難していない (避難しなかった理由：電源が確保できないため)
(6) <u>地震発生後</u> に停電に備えて購入したものはありますか	<input checked="" type="radio"/> 1 予備バッテリー (5 時間程度使用可) 2 予備の酸素ポンプ (時間程度使用可) 3 発電機 (時間程度使用可) 4 蓄電池 (時間程度使用可) 5 特に購入はしていない
(7) <u>今後</u> 、停電時の備えとして用意したい (追加で購入したい) ものはありますか (複数回答可。)	1 予備バッテリー 2 予備の酸素ポンプ <input checked="" type="radio"/> 3 発電機 4 蓄電池 5 その他 () 6 特にない。
(8) (7)でご回答いただいたものについて、現在購入していない理由を教えてください (複数回答可)。	<input checked="" type="radio"/> 1 高価であるため <input checked="" type="radio"/> 2 保管場所がないため 3 売っているお店が見つからないため 4 その他 ()

3 災害時に、又は災害対策として支援をしてほしいことについて教えてください。

(自由記載)

例：停電時に電気を必要とする医療機器が使用できる避難場所の情報を公開して欲しい。

設問は以上です。ご協力いただき誠にありがとうございました。

お手数ですが、本調査は平成 31 年 3 月 22 日 (金) までに同封の返信用封筒でご返送くださいますようお願いいたします。

【提出先】 〒060-8611 札幌市中央区北 1 条西 2 丁目

札幌市 保健福祉局 障がい保健福祉部 障がい福祉課 在宅福祉係
電話 011-211-2936 F A X 011-218-5181