**在宅の災害時要配慮者の避難行動の状況**

**調査票**

事業所名

記入者

ケアマネジャー数　　　　　　　　　　　　人

1　介護度別の利用者数、医療機器使用者数、避難先および避難手段別人数をご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 利用者数 | 医療機器使用者数 | 避難先別人数 | 避難手段別人数 |
| 人工呼吸器 | 吸痰器 | 在宅酸素療法 | 腹膜透析 | 指定避難所 | 医療機関 | その他 | 分からない | 徒歩 | 車いす | ｽﾄﾚｯﾁｬｰ |
| 要支援１・２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

【想定される場所】

2　下記の質問へのご回答をお願いします。

1. **利用者・家族や周囲の支援者と災害発生時の避難について話し合っていることはありますか？**

（避難時に誰かにSOSを出すことができるか、避難先や避難時に必要なもの等）

**あり　・　なし**

**②医療機器使用の利用者と、災害発生時の備えについて話し合っていることはありますか？**

**あり　・　なし**

**③災害発生時の備えとして、取り組んでいることはありますか？**

**あり　・　なし**

内容について教えてください

内容について教えてください

内容について教えてください