調布市個別避難計画

【同意·確認事項】

- ○この計画は,原則として避難行動要支援者本人やその家族等が中心となって,本人の意向を踏まえながら,避難支援を行う関係者と一緒に作成するものです。
- ○避難支援等実施者などの避難を支援する関係者の氏名,住所等の情報の記載に当たっては,これらの情報が関係者間で共有されることについて,必ず関係者からの同意を得たうえで記載してください。
- ○個別避難計画情報の提供を受けた支援者等は,災害対策基本法に基づき守秘義務が 課されます。情報漏えいの防止及び秘密保持について徹底してください。また,個別避 難計画については、本人、支援者等の責任において、適切に管理・保管をしてください。
- ○災害対策基本法第49条の15の規定に基づき、この個別避難計画の情報は、災害に備え、平時から計画作成や避難支援を行う関係者と共有します。また、災害が発生し、又は発生するおそれがある場合で、避難行動要支援者の生命・身体を災害から保護するために特に必要がある場合は、避難支援等の実施に必要な限度で、避難支援を行う関係者、消防、警察、自衛隊等の救出救助機関、避難所運営を行う市職員その他の者に対し、この個別避難計画の情報を共有します。
- ○災害対策基本法第49条の11の規定に基づき,市は,避難支援等の実施に必要な限度で, 避難支援等関係者(調布警察署・調布消防署・民生委員・市と協定締結をした自治会等) に,平時から市が保有する避難行動要支援者名簿の情報(氏名・住所・生年月日・性別・世帯主名・支援を必要とする事由等)を提供します。
- ○この計画は,災害時に避難行動の支援が必ずなされることを保証するものではなく, また,避難支援を行う関係者は,法的な責任や義務を負うものではありません。

上記の内容を確認及び理解のうえ,以下の2点について同意します。

- ・ 個別避難計画を作成(更新)すること。
- ・ 個別避難計画及び避難行動要支援者名簿の情報を提供すること。

				_	-
記入日		年		月	日
本人(代理	署名)				
【代理署名者】					
氏名【]		
本人との関係 【]	連絡先【]

※ 太枠 は必須記入項目です。その他は本人の状況に応じて記入してください。								
Ē	十画作成日 年		月日日					
1 基 本	· 事 項							
フリガナ	年齢	歳生	年					
氏名	性別							
住所	調布市	•	·					
心身の 状況	□ 身体障害者手帳(□ 介護認定 (□ 精神障害者保健福祉手帳())) 🗆	愛の手帳 () () () () () () () () () (
連絡先	□ 電話□ FAX□ メール	住居の 種別	□ 一戸建て⇒主に()階で生活□ アパート・マンション⇒()階建ての()階に居住					
世帯	□ 一人暮らし □ 同居人がいる	□ 同居。	人はいるが,日中は一人である					
緊急時の 連絡先	フリガナ 氏名	連絡先	□ 電話□ FAX□ メール					
(家族等)	本人との関係 □ 子 □ 夫 □ 妻	口父	□ 母 □ その他()					
	住所 □ 同居 ※別居の場合のみ記入 □ 別居 ⇒							
緊急時の 連絡先 (家族等) ②	フリガナ		□電話					
	氏名	連絡先	□ FAX □ メール					
	本人との関係 □ 子 □ 夫 □ 妻	口父	□ 母 □ その他()					
	住所口 同居※別居の場合のみま 別居 ⇒	己入						
担	当のケアマネジャー・相談支援専門員・かた	いりつけ医療機	幾関 等 があれば,記入をお願い致します					
担当の	事業所名	かりつけ医療機						
担当の ケアマネ			□ 電話					
担当の ケアマネ・ ジャー・ 相談支援	事業所名 フリガナ	かりつけ医療機	□ 電話 □ FAX					
担当の ケアマネ ジャー・	事業所名 フリガナ	連絡先	□ 電話 □ FAX □ メール					
担当の ケジャン 相談 専門員 治療気・ 病気・	事業所名フリガナ担当者名	連絡先	□ 電話□ FAX□ メール					
担当のネ・援専 治病原 中・患	事業所名 フリガナ 担当者名 ロ ケアマネジャー 日 相談支援専門員	連絡先口	□ 電話 □ FAX □ メール その他() □無 □有 (内容を下に記入してください)					
担当マー支援専 治病原 治病原 通学 ・	事業所名 フリガナ 担当者名 口 ケアマネジャー 日 相談支援専門員 (名称)	連絡先 食物 アレルギー かかりつけ	□ 電話 □ FAX □ メール その他() □無 □有 (内容を下に記入してください)					
担当のネ・援専 治病原 中・患	事業所名 フリガナ 担当者名 口 ケアマネジャー 日 相談支援専門員 (名称) (所在地)	連絡先口後物アレルギー	□ 電話 □ FAX □ メール その他() □無 □有 (内容を下に記入してください) (名称)					
世アヤジ相専 治病原 当マー支員 中・患 ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・ ・・・・ ・・・・ ・・・・・ ・・・・・ ・・・・・・・・	事業所名 フリガナ 担当者名 □ ケアマネジャー □ 相談支援専門員 (名称) ((名称) ((電話番号)	連絡先 食物 アレルギー かかりつけ 医療機関	□ 電話 □ FAX □ メール その他() □無 □有 (内容を下に記入してください)					
世アヤジ相専 当マー支員 中・患 通通 通通	事業所名 フリガナ 担当者名 □ ケアマネジャー □ 相談支援専門員 (名称) (所在地) (電話番号) □ 有⇒ お薬手帳のコピーなど、服薬の状況がわ □ 無 かるものを別紙に添付してください	連絡先 食物 アレルギー かかりつけ	□ 電話 □ FAX □ メール その他() □無 □有 (内容を下に記入してください) (名称)					
世アヤジ相専 治病原 当マー支員 中・患 ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・ ・・・・ ・・・・ ・・・・・ ・・・・・ ・・・・・・・・	事業所名 フリガナ 担当者名 □ ケアマネジャー □ 相談支援専門員 (名称) ((名称) ((電話番号) □ 有⇒ お薬手帳のコピーなど、服薬の状況がわ	連絡先	□ 電話 □ FAX □ メール その他() □無 □有 (内容を下に記入してください) (名称)					
世アヤジ相専 治病原 当マー支員 中・患 ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・ ・・・・ ・・・・ ・・・・・ ・・・・・ ・・・・・・・・	事業所名 フリガナ 担当者名 □ ケアマネジャー □ 相談支援専門員 (名称) (所在地) (電話番号) □ 有⇒ お薬手帳のコピーなど,服薬の状況がわ □ 無 かるものを別紙に添付してください 移動に関して □ 自力で移動可能 □ 家族で対応可能 要する用具など	連絡先	□ 電話 □ FAX □ メール □ メール □ オール □ (内容を下に記入してください) □ 無 □有 (内容を下に記入してください) □ (名称) □ (電話番号) □ 周囲の介助・手助けが必要					
世ケジ相専 治病原 通通勤 使 当マー支員 中・患 学所務 用 使 用・患 ・・	事業所名 フリガナ 担当者名 □ ケアマネジャー □ 相談支援専門員 (名称) (所在地) (電話番号) □ 有⇒ お薬手帳のコピーなど,服薬の状況がわっとものを別紙に添付してください 移動に関して □ 自力で移動可能 □ 家族で対応可能 要する用具など □ 車椅子 □ 杖又は歩行器	連絡先	□ 電話 □ FAX □ メール その他() ○無 □有 (内容を下に記入してください) (名称) (高話番号) 周囲の介助・手助けが必要 □ 担架(ストレッチャー)					
世アヤジ相専 治病原 当マー支員 中・患 ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・ ・・・・ ・・・・ ・・・・・ ・・・・・ ・・・・・・・・	事業所名 フリガナ 担当者名 □ ケアマネジャー □ 相談支援専門員 (名称) (所在地) (電話番号) □ 有⇒ お薬手帳のコピーなど,服薬の状況がわ □ 無 かるものを別紙に添付してください 移動に関して □ 自力で移動可能 □ 家族で対応可能 要する用具など	連絡先	□ 電話 □ FAX □ メール □ メール □ オール □ (内容を下に記入してください) □ 無 □有 (内容を下に記入してください) □ (名称) □ (電話番号) □ 周囲の介助・手助けが必要					
世ケジ相専 治病原 通通勤 使 当マー支員 中・患 学所務 用 時の ネ・援等 の・患 ・・ の	事業所名 フリガナ 担当者名 □ ケアマネジャー □ 相談支援専門員 (名称) ((名称) ((電話番号) □ 有⇒ お薬手帳のコピーなど,服薬の状況がわしてくださいを動に関して □ 自力で移動可能 □ 家族で対応可能要する用具など □ 車椅子 □ は又は歩行器 □ 補聴器 □手を引いて移動医療処置等 □ 吸引器利用(頻度:)	連絡先	□ 電話 □ FAX □ メール □ オール □ オール □ オール □ (内容を下に記入してください) □ 無 □ 有 (内容を下に記入してください) □ 周囲の介助・手助けが必要 □ 担架(ストレッチャー) □ その他(□ 人工呼吸器利用(NPPV・TPPV) (頻度: 一日中・夜間のみ)					
世ケジ相専 治病原 通通勤 使 当マー支員 中・患 学所務 用 時の ネ・援等 の・患 ・・ の	事業所名 フリガナ 担当者名 □ ケアマネジャー □ 相談支援専門員 (名称) ((高話番号) □ 有⇒	連絡先	□ 電話 □ FAX □ メール その他() (名称) (名称) (電話番号) 担架(ストレッチャー) □ その他() 人工呼吸器利用(NPPV・TPPV) (頻度: 一日中・夜間のみ) □ 透析(腹膜・血液)					
世ケジ相専 治病原 通通勤 使 当マー支員 中・患 学所務 用 時の ネ・援等 の・患 ・・ の	事業所名 フリガナ 担当者名 □ ケアマネジャー □ 相談支援専門員 (名称) (無話番号) □ 有⇒ お薬手帳のコピーなど,服薬の状況がわっるものを別紙に添付してください 移動に関して □ 自力で移動可能 □ 家族で対応可能要する用具など □ 車椅子 □ 杖又は歩行器□ 補聴器□手を引いて移動医療処置等□ 吸引器利用(頻度: □) 在宅酸素(頻度: □) での他留意すべき点がございましたらご記入くださ	連絡先	□ 電話 □ FAX □ メール その他() (名称) (名称) (電話番号) 担架(ストレッチャー) □ その他() 人工呼吸器利用(NPPV・TPPV) (頻度: 一日中・夜間のみ) □ 透析(腹膜・血液) 透析(腹膜・血液) い場合,必要に応じて別紙を添付してください)					
世ケジ相専 治病原 通通勤 使 当マー支員 中・患 学所務 用 時の ネ・援等 の・患 ・・ の	事業所名 フリガナ 担当者名 □ ケアマネジャー □ 相談支援専門員 (名称) ((名称) ((電話番号) □ 有⇒ お薬手帳のコピーなど,服薬の状況がわしてください を動に関して □ 自力で移動可能 □ 家族で対応可能要する用具など □ 車椅子 □ 杖又は歩行器 □ 挿を引いて移動医療処置等 □ 吸引器利用(頻度: □ 中宅酸素(頻度:)	連絡先	□ 電話 □ FAX □ メール その他() (名称) (名称) (電話番号) 担架(ストレッチャー) □ その他() 人工呼吸器利用(NPPV・TPPV) (頻度: 一日中・夜間のみ) □ 透析(腹膜・血液) 透析(腹膜・血液) い場合,必要に応じて別紙を添付してください)					

2 地	恵震の	避難	計画							
(1)均	也震の安	否確認	者			連絡先①と同じ 連絡先②と同じ		⇒安否確	認者の情報に	は記入不要
	フリガナ 氏名				連絡先	□ 電話 (FAX	□メール)
	本人と の関係			ヽない家族 ₹等の専門Ⅰ		□ 地域の対	を援者)	□ その ²	他()
	住所									
	※避難支援を行う関係者へ提供されるため、同意が得られた方のみ記載してください									
(2)均	也震の安	否確認	方法	□ 直接 □ その(見に行く 他 (□ 災害用値	云言ダイ	ヤル	□ 災害用何	云言板)
(3)均	也震の避	難先								
	\m_L db.() 1.10		;	在宅避難※	(避難所(福祉	上避難所	(含む)	その他((親戚宅等)
-	避難順									
L	避難先		+ + > = < 0 >	·····································	**************************************	1000日本11マ 士将	シナガルマ	- / / " - \		
 ※在宅避難する方は、お近くの避難所にて避難者としての登録をして、支援を受けてください。 ※大地震が起きた際、自宅で安全に過ごせるかの判断(例)…以下に当てはまるほど過ごせる可能性が高い・水や食糧などの備えが十分にある・自宅が新しい耐震基準で建っている(昭和56年6月1日以降)、又は頑丈な造り(鉄筋住宅など)・近隣に倒壊・火災などが起きりやすそうな建物や崖などがない (4)地震の避難支援等実施者① 										
_		×μ Λ ΙΧ	1) / 100 E		緊急連絡	先②と同じ 否確認者と同じ			実施者の情報	は記入不要
	フリガナ 氏名				連絡先	□ 電話		FAX	□メール)
	本人との関係			ヽない家族 緊等の専門Ⅰ		□ 地域の対	を援者)	□その	他()
	住所	_					,			,
・ 地震の避難支援等実施者② □ 緊急連絡先①と同じ □ 緊急連絡先②と同じ ⇒避難支援等実施者の情報は記入不要 □ 地震の安否確認者と同じ □ 地震の安否確認者と同じ □ 地震の安否確認者と同じ □ ・ ・										
	フリガナ 氏名				連絡先	□ 電話 (FAX	□メール)
	本人と の関係			ヽない家族 賽等の専門Ⅰ		□ 地域の対	を援者)	□その	他()
	住所									
※ 避難支援を行う関係者へ提供されるため、同意が得られた方のみ記載してください										
(5)均				・留意点						\
	移動力		□ 徒歩		その他()
	避難終	Ě路 ————————————————————————————————————								
	地震避難 留意									

3 風水害の避難計画 (1)風水害の避難先 在宅避難※ 避難所(福祉避難所含む) その他(親戚宅等) 避難順位 避難先名称 ※在宅避難する方は、お近くの避難所にて避難者としての登録をして、支援を受けてください。 ※大雨や台風が起きた際,自宅で安全に過ごせるかの判断(例)…以下に当てはまるほど過ごせる可能性が高い ・自宅がハザードマップ上で色が塗られていない。かつ周りと比べ土地が低くなく、周りに崖もない ・自宅がハザードマップ上で色が塗られているが、3階建て(以上)で、水や食糧などの備えが十分 (2)風水害の避難支援等実施者① □ 緊急連絡先①と同じ □ 緊急連絡先②と同じ ⇒避難支援等実施者の情報は記入不要 □ 地震の安否確認者と同じ □ 地震の避難支援等実施者と同じ フリガナ 口 電話 □ FAX □ メール 連絡先 氏名) □ 地域の支援者 □ 同居していない家族・親族 本人と の関係 □ 福祉・医療等の専門職(□ その他(住所 風水害の避難支援等実施者② □ 緊急連絡先①と同じ □ 緊急連絡先②と同じ ⇒避難支援等実施者の情報は記入不要 □ 地震の安否確認者と同じ □ 地震の避難支援等実施者と同じ フリガナ □ 電話 ☐ FAX □ メール 連絡先 氏名 () 本人と □ 同居していない家族・親族 □ 地域の支援者 の関係 □ 福祉・医療等の専門職 (□ その他(住所 ※避難支援を行う関係者へ提供されるため、同意が得られた方のみ記載してください (3)風水害の避難時の移動方法・留意点など □ バス □ 電車 □ 徒歩 □ 自家用車 □ タクシー 移動方法 □ その他(避難経路 風水害避難で の留意点 【個別避難計画の管理について】 個別避難計画情報の提供を受けた支援者等は、災害対策基本法に基づき守秘義務が課されます。情報漏え いの防止及び秘密保持について、以下の点において徹底してください。 また、個別避難計画については、本人、支援者等の責任において、適切に管理・保管をしてください。 ・ 関係者以外が閲覧できないよう,施錠可能な場所に保管する。 ・ 守秘義務を守り,目的外の使用はしない。 ・ 情報の取扱いに注意し、複写しない。 ・ 不要となった個別避難計画は,市(担当課)に返却するか,シュレッダーで裁断処理するなどして,適切に 破棄する。 ・ 避難支援等実施者に想定されていた人が、何らかの理由で避難支援等実施者を外れる場合は、速やか に対象者本人に申し出る。