

御殿場市災害時要援護者避難支援計画(個別計画)

作成日:平成 ○× 年 △月 ×日

要援護者本人の情報

| | | | | | | |
|-------------|---|--------|-------------------|------------|---------------------------------------|--|
| フリガナ | ゴテンバ ハナコ | | 自治会名 | ○× 区 □組 △班 | | |
| 氏名 | 御殿場 花子 | | | | | |
| 生年月日 | 明・大 昭・平 ××年 ○月 △日 | 年齢 | 75 歳 | 性別 | 男・ <input checked="" type="radio"/> 女 | |
| 住所 | 御殿場市 萩原483 | | | | | |
| 電話/FAX | 自宅: ××-×××× | | 携帯: ×××-××××-×××× | | | |
| 家族構成 状況等 | 世帯主氏名 | 御殿場 太郎 | 世帯員数 | 2 人 | | |
| | 夫(76歳)との2人暮らし。長男は県外で生活。長女は市内(××地区)で嫁ぎ、生活している。 | | | | | |

支援が必要となる要援護者の状態

日中独居等の状況も含めて記入してください。

| | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 目が不自由 | <input checked="" type="checkbox"/> 耳が不自由 | <input type="checkbox"/> 手が不自由 | <input checked="" type="checkbox"/> 足が不自由 |
| <input type="checkbox"/> 寝たきり | <input checked="" type="checkbox"/> 車いすを利用 | <input checked="" type="checkbox"/> 持続的な医療行為が必要(透析・痰の吸引など…) | |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器・心臓の疾患により安静が必要 | <input type="checkbox"/> 避難指示の理解が難しいなど、意志疎通が困難 | | |
| <input type="checkbox"/> 特殊な薬を服用している | <input type="checkbox"/> 急に動き出すなど突発的な行動がある | | |

避難の際に注意すべき事項支援の方法・留意事項

| 避難所までの移動について支援 | 避難時・避難所での留意事項 | | | | |
|--|---|--------|--|----|-------------------|
| <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 移動の際に介助が必要 ※具体的に <input type="checkbox"/> 杖・歩行器が必要 <input checked="" type="checkbox"/> 車いすの介助が必要 <input type="checkbox"/> 担架・リアカーなどが必要 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 医療器材の運搬が必要 <input checked="" type="checkbox"/> 常備薬の携行してるか確認必要 <input type="checkbox"/> その他() | 【例】避難時に携行が必要な医薬品等がある ・耳が遠いため補聴器を使用している。補聴器をつけていない時は大きな声で話さないと聞こえない。情報の伝達の際には注意が必要。 ・持病で○○病を患っているため、朝・昼・夕と食事後に服薬が必要。 ・補聴器の電池も必要。 ・紙オムツが必要。 | | | | |
| 組・班の集合場所 | ○○広場 | | | | |
| 区の避難所 | ○○コミセン | | | | |
| 市指定避難所 | ○×小学校 | | | | |
| かかりつけの医療機関 | ○○病院 ×△内科医 | 服薬の有・無 | <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 | 薬名 | 分かる範囲で薬名を書いてください。 |

その他、本人の詳しい状態・具体的な支援方法など

【例】 平日のみ支援が必要、昼間のみ支援が必要、人工透析を受けている、人工肛門(ストマ)を増設している、紙おむつを利用しているなど…

- ・週3回〇△事業所のデイサービスを利用している。
- ・普段は杖などを利用し歩行が可能だが、遅いため避難の際には車いすで移動する。車いすの移動介助は避難支援員の介助によって実施。車いすは玄関に設置。
- ・人工透析のため、〇〇病院に週3回通院している。
- ・在宅時の昼間は居間に、夜間は寝室にすることが多い。

| | | | | |
|---------------------------|-------|----------------|-------------|--------------------------------------|
| 緊急連絡先① | 連絡先氏名 | 御殿場 一郎 | 連絡先 電話番号 | 携帯:000-0000-0000 自宅:(××××)××-×××× |
| | 連絡先住所 | 〇〇県 〇×市XXX番地XX | | 続柄 長男 |
| 緊急連絡先② | 連絡先氏名 | 富士山 水菜 | 連絡先 電話番号 | 携帯:000-0000-0000 自宅:(××××)××-×××× |
| | | | | 続柄 長女 |
| 避難支援者 (安否確認・ 避難誘導等) | | 御厨 太郎 | 電話 FAX | 自宅:××-×××× 携帯:000-0000-0000 |
| | 住所 | 御殿場市〇〇〇番地 | | |
| | 氏名 | 御厨 良子 | 電話 FAX | 自宅:××-×××× 携帯:000-0000-0000 |
| ② | 住所 | 御殿場市〇〇〇番地の×× | | |

避難支援者は、原則本人や家族の希望により、近隣の顔見しりの方、自主防災組織、民生委員などの地域

※ 避難支援者についても災害時に援護が必要になる可能性もあることから、避難支援者について責任を課すものではありません。