

鎌倉ケアマネ連絡会 防災かわらばん

2021年8月

鎌倉ケアマネ連絡会



知っていますか？

「避難行動要支援者支援制度」

避難行動要支援者支援制度は、高齢者や障害者など災害時に自力での避難判断や移動が困難な方について、本人の同意に基づき、普段からその人の情報を町内会自治会・民生委員児童委員などの避難支援等関係者に名簿として提供し、地域の中で支援を受けられるようにする制度です。私たち、ケアマネ一人一人も有事に備え、この制度を理解し活用していきましょう！

※詳細は別紙参照して下さい。

ケアマネジャーの皆さまへ・・・・・・・・・・・・・・・・・・総合防災課より

この制度は、災害時の支え合いを趣旨としています。避難支援に携わる人々の善意によって支えられているもので、普段からの地域の助け合いによって、少しでも災害時の被害を減らそうという取り組みです。参考に「意向確認書（記入例）」を添付しますので、ご本人の記載等が困難な場合には、制度の趣旨を説明しながら記載及び返送事務を手伝っていただけたら、とても助かります。また、実際に自治会町内会で作成している「避難行動要支援者避難支援計画（個別計画）」の見本もご参照ください。

※今回、総合防災課からいただいた資料をもとに、別紙「日頃の災害対策 豆知識」を作成しました。ぜひご覧になってください。



活用していますか？

「私の緊急時避難情報シート」

私の緊急情報シートはかまくら地域介護支援機構が作成した、「災害が起こった時にあわてないように、日頃から避難場所や避難方法を確認しておくためのシート」です。普段飲んでいる薬やかかりつけ医、ケアマネジャーなど介護保険の情報や心身の状態について書き入れて、避難の際の助けとします。

※シートは下記URLからダウンロードしてご活用下さい。

https://kamashien.com/care_manager_room/cmr_document/

〒248-8686
鎌倉市御成町 18-10

性別

生年月日

支援を必
要とする
理由

記入例

一人暮らしの高齢者（住基）

ボウイ ハコ
防災 花子 様

R03-0000

《要支援者番号》

「高齢者のみの世帯（住基）」、「一人暮らしの高齢者（住基）」などの記載は、住民票の情報に基づいたものです。二世帯住宅や世帯分離している等、実態は同居している場合も含まれます。

鎌倉市長 宛

災害に備え、あらかじめ私に関する情報（この確認回答書に記載された情報及び市の保有する高齢者、障害者、要介護に関する情報）を自治会・町内会、自主防災組織、民生委員児童委員、社会福祉協議会、消防、警察へ提供することに

- 同意します
- 同意しません（情報提供しません）

どちらかにチェックをつけてください。

ご本人の署名の場合は、押印は必要ありません。代理人の場合は、ご本人の氏名を代筆ください。

※自署または記名押印をお願いします。

令和 ○年 ○月 ○日 氏名 防災 花子

【代理人による記入の場合】

【代理人の場合のみ】

代理人氏名 防災 太郎 印 続柄 長男
住所 横浜市○区○○△-△-△ 電話番号 000-xxx-0000

ご本人の電話番号（又はFAX）をご記入ください。ご本人がお話することが難しい場合は、ご家族の電話番号をご記入ください。

【以下は、同意された方のみご記入ください。】

電話番号
自宅： ○○○（△△△）○○○○
携帯電話： ○○○（△△△△）○○○○

希望する支援内容

- 【該当する項目にチェック✓してください。】
- ①避難が必要な場合に声をかけるなど、情報を伝えてほしい。
 - ②避難が必要な場合に、支援をお願いしたい。
 - ③自力歩行が 可能 不可能

【同意された方のみ】※不同意の方は記入不要。

- ①②希望する支援内容がある場合は、チェック✓をつけてください。
- ③自力歩行の可否について、お答えください。

見本

避難行動要支援者避難支援計画(個別計画)

秘

10年〇月〇日

②町内会	鎌倉町町内会		小学校区名	鎌倉小学校	
フリガナ	カクラハナコ		生年月日	昭和3年12月8日 生	
③氏名	鎌倉 花子		女	④年齢	(91歳)
⑤住所	〒248-0012		⑥自宅電話(FAX)	0467-23-3000	
	鎌倉市御成町18-10		携帯電話	090-****-****	
⑦理記載及び申請の場合	氏名	鎌倉 太郎		登録者との関係	夫
緊急時の家族等の連絡先 ⑧	氏名	藤沢 政子		続柄	長女
	住所	〒藤沢市		生年月日	
				自宅電話	0466-**-****
				携帯電話	
	氏名			続柄	
	住所	〒		生年月日	
				自宅電話	
				携帯電話	
家族構成、同居状況等 日中独居⑨			特記事項 ⑩		
かかりつけ医 ⑪	医療機関名			TEL	
	医療機関名			TEL	
対象者区分					
⑫要支援者の状況	高齢者世帯, 介護認定(要介護3)				
⑬避難支援者(避難誘導、安否確認等)	第1	氏名	続柄		生年月日
		住所	〒		自宅電話
	第2	氏名	続柄		生年月日
		住所	〒		自宅電話
				携帯電話	
⑭治療中の病気又は障害名					
⑮治療(障害)内容					
⑯補装具、医療や介護に必要な器具	器具名				
	メーカー名				
	取扱店連絡先				
⑰避難した場合、特に注意すべき事	①②可				
⑱情報伝達方法					
⑲避難場所①			民生委員	⑳	
避難場所②			自宅電話	携帯電話	