

資料 14

湖 福 第 5 7 号
令和 5 年(2023 年) 4 月 13 日

行政事務取扱委員 様

湖南市長 生 田 邦 夫

避難行動要支援者名簿および個別支援プランの提供について（依頼）

平素は、本市福祉行政に格別のご指導ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

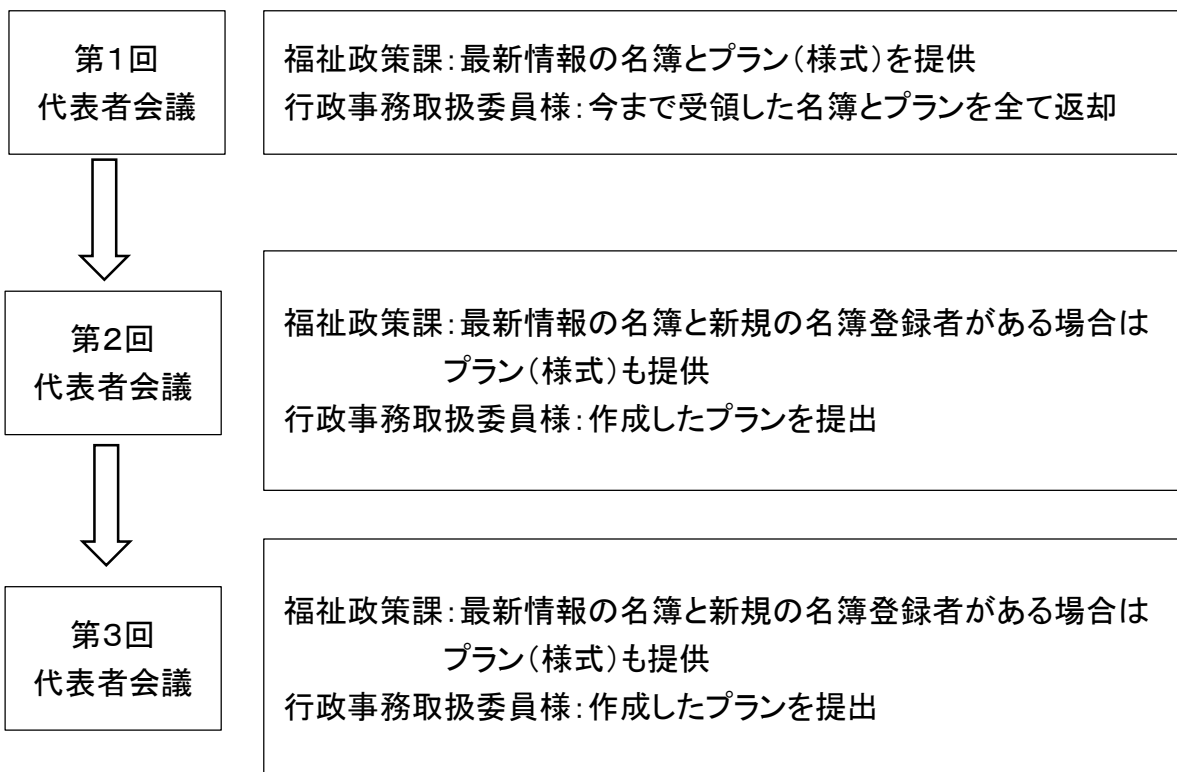
さて、市では災害から身を守るために支援が必要な人（避難行動要支援者）の名簿を作成し、個別計画の作成を進めております。個別計画は、災害が発生し、または発生するおそれがあるときに要支援者を誰がどのように避難支援するかを、地域の特性や実情を踏まえつつ安全に避難できるよう具体的に計画するものであることから、区・自治会や民生委員の方々など地域の皆様のご協力をお願いするところです。

つきましては、各行政事務取扱委員様にはお渡しさせていただく時点での最新の名簿および個別支援プラン（計画未作成者含む）を提供いたしますのでご確認いただくとともに、未作成や空欄箇所のある個別支援プランについては記載していただき福祉政策課までご提出いただきますようお願いいたします。作成済の個別支援プランについても年 1 回修正箇所がないか確認いただき、修正していただいた場合は福祉政策課までご提出いただきますようお願いいたします。

また、民生委員・児童委員様にも同様のものを後日提供させていただくことを申し添えます。

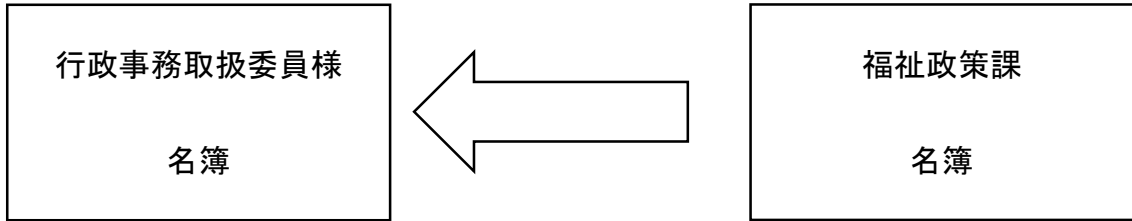
問い合わせ先
湖南市健康福祉部（東庁舎）
福祉政策課 福祉総務係 岩本・東村
TEL 71-2327
FAX 72-3788
Mail fukusei@city.shiga-konan.lg.jp

令和5年度避難行動要支援者名簿(以下「名簿」)と個別支援プラン(以下「プラン」)
の受渡しについて

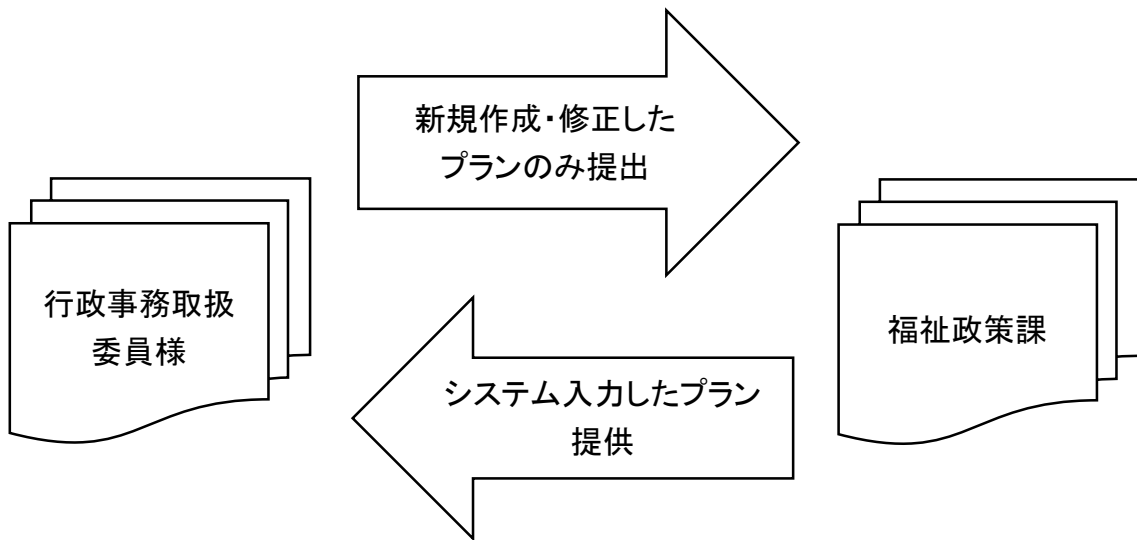


⋮

1. プラン未作成や空欄箇所のある方については、できる限り次回の湖南省地域代表者会議までにプランを作成し福祉政策課へ提出していただきますようお願いいたします。(随時受け付けます)
2. 湖南省地域代表者会議の際、今までの登録者に加え、新規登録者、死亡、転出、施設入所等を反映した最新情報の名簿を福祉政策課から行政事務取扱委員様へお渡しいたします。



湖南省地域代表者会議ごとに最新の名簿をお渡します。

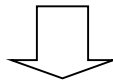


随時受け取ります。直近の湖南省地域代表者会議でお渡します。

<参考>「避難行動要支援者（個別支援プラン）の作成について」

個人情報提供同意確認から名簿作成の流れ

住民基本台帳情報、身体障害者手帳情報、精神障害者保健福祉手帳情報、療育手帳情報、介護認定受給者情報を基に、「避難行動要支援者リスト（すべての対象者）」の作成



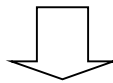
「避難行動要支援者リスト」の中から個別支援プラン策定対象者を抽出し、その年度に新たに対象となった人および前年度不同意の人への同意確認

○同意書の提出あり

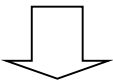
⇒ 避難行動要支援者名簿へ登録し、平常時より区・自治会、民生委員等と情報を共有

○同意書の提出なし（不同意の意思表示あり）

⇒ 避難行動要支援者リストには登録し、災害時のみ区・自治会、民生委員等へ情報を提供



区・自治会、民生委員等へ避難行動要支援者名簿を提供し、個別支援プランの作成を依頼（同意者のみ）



作成済（変更・修正分を含む）の個別支援プランを提出
（行政事務取扱委員様⇒福祉政策課）

行政事務取扱委員様から提出された個別支援プランをシステムに入力

個別支援プランの作成について

要支援者本人が提出した個別支援プランや面談を基に、個別支援プランの作成をお願いします。

個別支援プランの作成は、「どのような支援が必要か」「避難経路は」「避難支援に必要なものは」などを記入することにより具体的な支援を行うことを目的としています。個別支援プランは避難の一助となるものですので、可能な範囲で作成をお願いします。

避難行動要支援者名簿とは

避難行動要支援者名簿とは、平成 25 年 6 月の災害対策基本法の改正により、市に作成が義務付けられたもので、高齢であったり障がい等のために災害時に自力での避難が難しく、避難に特に支援を必要とする人で、家族等による必要な支援を受けることができない人(施設等に長期に入所している方は対象になりません。)を登録するものです。

この名簿を区・自治会、民生委員・児童委員、社会福祉協議会や消防署等の避難支援等関係者に情報提供することで、いざという時に円滑かつ迅速な避難支援や安否確認を行っていくことを目的としています。

名簿等の取り扱いについて


登録名簿等につきましては、下記（１）～（４）の点に注意の上ご活用いただけますようお願いいたします。

- （１）この名簿は、要支援者の災害時の支援および日頃の見守り活動にご活用ください。
- （２）名簿の保管には十分注意していただくとともに、関係者のみでの情報共有としてください。
- （３）役職を交代されたときは、後任の方に確実な引継ぎをお願いします。
- （４）名簿の更新や、保管の必要がなくなった場合は市へ返還してください。

個別支援プラン（個別計画）

要支援者
同意
No. 1

■情報記載日 平成29年 5月22日

フリガナ氏名	タイヘイ ヨウタロウ 太平 洋太郎	性別	男	生年月日	昭和16年 4月18日 (76歳)	 写真は必須ではありません	
住所	〒889-1111 日向市永江						
現住所	〒889-1111 日向市美々						
電話	0982-XX-XXXX	携帯	090-XXXX-XXXX	血液型	A型		
FAX		E-Mail	taiheiyotaro@pacific-system.com				
世帯区分	独居高齢者	地区名称	日知屋本郷-永江町1丁目				
身体区分	認知症	自治会	永江町1丁目自治会(藤川 太郎)		医療保険		後期高齢
民生委員	民生 太郎	防災組織	都町防災組織(都 蝶々)		見守区分		必要
福祉専門員	永江 圭子	担当課	総務課		緊急通報		有
対象要件	<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 難病患者 <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> 外国人 <input type="checkbox"/> その他						
拡張項目	<input type="checkbox"/> 車椅子利用 <input type="checkbox"/> 杖利用 <input type="checkbox"/> 日中一人暮らし <input type="checkbox"/> 介護保険利用希望者 <input type="checkbox"/> 介護保険利用者 <input checked="" type="checkbox"/> 配食サービス利用者						
【特記事項】 耳が遠いので、なるべく訪問して連絡してください。 補聴器あり。							

身体障がい	手帳番号	等級	交付日	喪失日
知的障がい	手帳番号	程度	交付日	喪失日
精神障がい	手帳番号	等級	交付日	喪失日

居宅介護支援事業所	〇〇ケアプランセンター	電話	0982-XX-XXXX	ケアマネ	原 良子
要介護度	〒 日向市大字		認知症自立度	被保険者番号	

世帯構成	①	太平 洋一郎	続柄	夫	性別	男	生年月日	昭和42年12月28日 (49歳)	携帯
	②	伊勢ヶ浜 明	続柄	子の妻	性別	男	生年月日	昭和11年 7月16日 (80歳)	携帯
	③	伊勢ヶ浜 邦彦	続柄	子の夫	性別	男	生年月日	昭和46年 5月 7日 (46歳)	携帯
	④	江良 君代	続柄	妹	性別	女	生年月日	昭和11年 3月15日 (81歳)	携帯
	⑤	江良 香奈子	続柄	近隣者	性別	女	生年月日	昭和22年 3月15日 (70歳)	携帯

緊急時の連絡先	①	特に把握したい項目です 緊急時の連絡先: (例)避難行動要支援者の状況を伝える必要がある方 (親戚など)				
	②					
	③					
協力員	安否連絡者1	特に把握したい項目です 安否連絡者: (例)ふるさと防災チームで安否確認の役割を担う方 近隣住民: (例)避難行動要支援者が避難する際サポートする方				
	安否連絡者2					
	近隣住民1					
	近隣住民2					

No.	1										
フリガナ氏名	久保 洋太郎	性別	男	年齢	76歳	血液型	A型	電話番号	0982-XX-XXXX	携帯番号	090-XXXX-XXXX
住所	〒889-1111 日向市美々						地区名称	日知屋本郷一永江町1丁目			

かかりつけの医療機関	①	医療機関名	〇〇病院	電話	0982-XX-XX	<p>(例)</p> <p>下肢に障がいがあるため、歩行補助が必要</p> <p>引きこもりのため、避難の声かけ、付き添いが必要(精神障がい児者の場合、歩行可能、運転可能の方もいらっしゃいます)</p>
		治療中疾患		使用薬、用量		
		治療中疾患		服用上の注意		
	②	医療機関名	〇〇整形外科医院	電話	0982-XX-XX	
		治療中疾患	膝痛	使用薬、用量		
		治療中疾患		服用上の注意		
	③	医療機関名		電話		
		治療中疾患		使用薬、用量		
		治療中疾患		服用上の注意		

避難時に必要とする支援の内容

特に把握したい項目です

避難場所	風水害時	永江公民館	電話	0982-XX-XXXX	収容人数		座標	○
	震災時	永江児童公園	電話	0982-XX-XXXX	収容人数		座標	○
			電話		収容人数		座標	
			電話		収容人数		座標	
避難時優先度		中						

【情報伝達での留意事項】

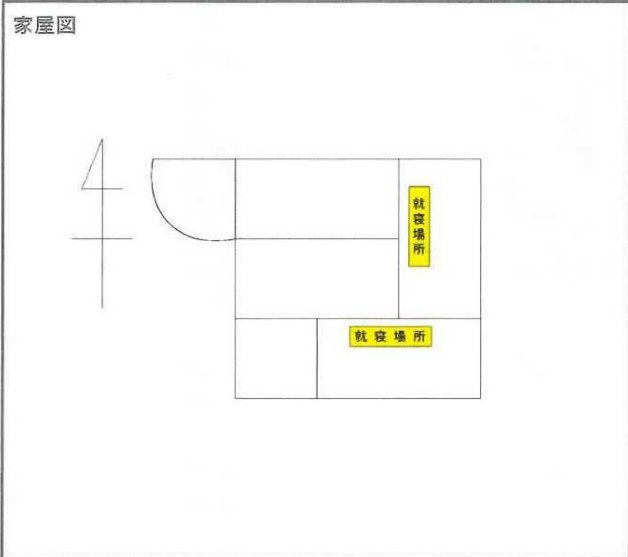
特に把握したい項目です (例) 手話通訳必要 筆談必要

【避難誘導時の留意事項】

特に把握したい項目です (例) 目を離すと違う場所に移動してしまう

【避難先での留意事項】

特に把握したい項目です (例) 補聴器の電池が必要



避難行動要支援者名簿

2020.04.24 17:10

地区名称：[- -] - - (件数： 件)

(1 / 1)

No.	対象者 番号	登録者名 生年月日 (年齢)	世帯区分 身体区分	電話番号 携帯番号	住 所	座 標	地区名称	民生委員	緊 通	情報記載日	台 帳	同 意
1					〒520- 湖南省	○				令 1年10月 1日	支	同意

【印刷条件】 日付判断：現在の出力日 年齢範囲：0歳 ~ 999歳 登録日範囲：日付なし~令和 2年 4月30日

地区範囲：001-001-001 ~ 999-999-999 対象者範囲：1 ~ 99999999 参照住基：すべて 台帳判定：要支援者 同意判定：同意 緊急通報判定：すべて 改頁区分：小地区

避難行動要支援者名簿（以下、「名簿」）・
個別支援プラン（以下、「プラン」）作成 Q&A

Q1. 個別支援プランを作成する根拠は何か。

A1. 避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針（H25.8 内閣府）が根拠となっています。

Q2. プランの作成は誰から誰に依頼されるものなのか。

A2. 市が各区（自主防災組織）に作成を依頼させていただくものです。

Q3. どのような方が名簿に挙がっているのか。

A3. 別紙「湖南省避難行動要支援者名簿作成にかかる個人情報提供の同意について」に記載されている条件で抽出され、かつ、情報提供同意確認書に「同意」で返信いただいた方です。

Q4. プラン作成対象者の世帯状況はどのように把握しているのか。

A4. 住民基本台帳情報の「世帯番号」を取得し、把握しています。対象者と同じ住居に住んでいながら世帯を分けている場合や、前住所から住民票を移していない転居者が対象者と同居している場合は、提供させていただいた世帯情報と、生活実態が合わない場合もあります。

Q5. 同居者がいる場合はプラン作成対象者から外れるのか。

A5. 現時点では、「世帯条件」を設けているため、原則 75 歳未満の障がいをお持ちでない方や、介護認定を受けていらっしゃらない方などが同居している場合は、同意確認の対象外とさせていただいております。

ただし、最終的には「世帯条件」を無くすことから、同居者がいる「同意者」についてもプランの作成をお願いするとともに、引き続き名簿に記載させていただくことをご承知ください。

Q6. なぜ湖南省ではプラン作成対象者の抽出に世帯条件が設けられているのか。

A6. 障がいをお持ちの方や要介護認定を受けている方であれば、世帯条件に関わらず避難することが困難であると想定されますが、その中でも特に困難が予想される方からプランを作成することを目的として設けさせていただいています。今後プラン作成の進捗により世帯条件は無くしていきます。

Q7. 区未加入の人もプラン作成をしなければならないのか。

A7. 未加入の人についてもプラン作成をお願いするとともに、対象者の方に地域とつながりを持っていただくことで平常時の見守りや災害時の避難の助けとなることを認識していただき、区加入の機会としていただきますようお願いいたします。

Q8. 協力員欄には行政事務取扱委員や民生委員・児童委員の名前を入れないといけないのか。

A8. 風水害など、ある程度先を見越して災害対応ができる場合は、行政事務取扱委員さんや民生委員・児童委員さんが動ける場合もあるかと思いますが、地震など突如の発災の場合には、複数人のプラン作成対象者に対応することは困難になると予想されます。このため、近隣の協力者を見つけ記入していただくことが理想と考えています。

Q9. プランは毎年提出しなければならないのか。

A9. 既にプランを作成していただいた方については、変更点が無ければ提出していただく必要はありません。

Q10. 名簿の人員が変更となるのはどのような場合ですか。

A10. 減るときはプラン作成対象者が、亡くなられた場合、区域外や市外へ転出した場合です。増えるときは新たに同意者が増えた場合です。

Q11. 名簿記載者が施設入所や病院へ入院した場合はどうしたら良いか。

A11. 状況を把握しだい、お手数をおかけしますが行政事務取扱委員さんから福祉政策課までご連絡いただきますようご協力をお願いします（電話で結構です）。

Q12. プラン作成対象者が亡くなられた時や転出した場合は福祉政策課に連絡しなければならないか。

A12. 住民基本台帳情報とシステム連携しており各種届を把握することができるため、連絡していただかなくても問題ありません。



[]

湖南省健康福祉部長

湖南省避難行動要支援者名簿作成にかかる個人情報提供の同意について

平素は、市福祉行政に格別のご理解ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本市では、災害が発生し避難するときに助けが必要と考えられる人の名簿を作成しています。また、避難するときに地域で助け合うことを目的として、避難支援等関係者の協力のもと、下記の人を対象として「個別支援プラン」の策定にも取り組んでいます。

「避難行動要支援者名簿」および「個別支援プラン」は、個人情報を含むことから、対象者本人の同意が必要となります。

つきましては、趣旨に賛同いただける人は同封の確認書に必要事項を記入し、湖南省役所福祉政策課まで提出いただきますようお願いいたします。

※「同意します」にチェックをつけられた場合は、同封の個別支援プランの黄色マーカー部分を記入のうえ同意確認書とあわせて返送してください。

※「避難支援等関係者」とは、消防機関、甲賀警察署、民生委員・児童委員、市社会福祉協議会、自主防災組織その他関係者を指します。

※同意のない人の個人情報については、災害時以外に避難支援等関係者へ提供することはありません。

※同意者には避難支援等関係者が個別支援プラン作成のため訪問させていただきますのでご承知ください。

記

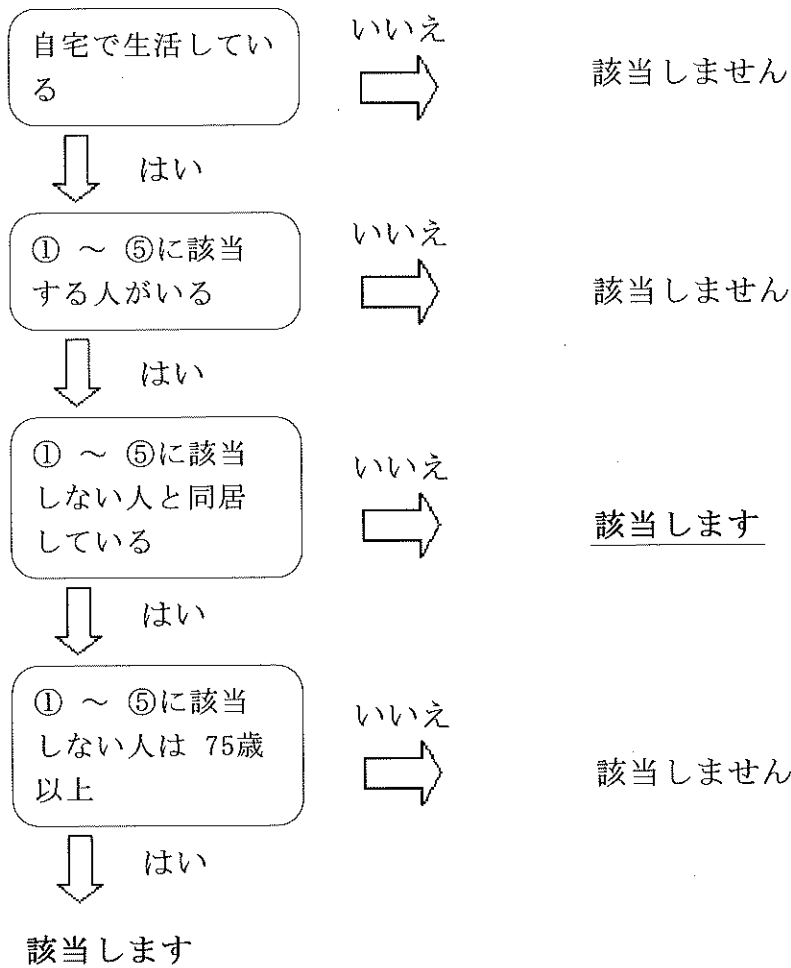
1. 市が定める個別支援プラン策定対象者

生活基盤が自宅にある人（施設に入所されている人は対象外）で、
かつ

- 対象者のみの世帯：次の①～⑤のいずれかに該当する人のみで構成される世帯
- 対象者と高齢者のみの世帯
 - ・次の①に該当する65歳以上の人といずれにも該当しない75歳以上の人のみで構成される世帯
 - ・次の②～⑤のいずれかに該当する人と、いずれにも該当しない75歳以上の人のみで構成される世帯
- ① 要介護認定3～5を受けている人
- ② 第1種身体障害者手帳1・2級（総合等級）を所持する人（心臓・じん臓機能障害のみで該当する人は除く。）
- ③ 療育手帳Aを所持する人
- ④ 精神障害者保健福祉手帳1級または2級を所持する人
- ⑤ 市の生活支援を受けている難病患者

下の図を参考に、該当するかどうかご判断ください

- ① 要介護認定3～5を受けている人
- ② 第1種身体障害者手帳1・2級（総合等級）を所持する人
（心臓・じん臓機能障害のみで該当する人は除く。）
- ③ 療育手帳Aを所持する人
- ④ 精神障害者保健福祉手帳1級または2級を所持する人
- ⑤ 市の生活支援を受けている難病患者



2. 提出期限

令和 年 月 日 () までに、市役所東庁舎の福祉政策課へお持ちいただくか、郵送にてご提出ください。

問い合わせ先 湖南省健康福祉部福祉政策課 福祉総務係 Tel : 0748-71-2327 / Fax : 0748-72-3788

避難支援等関係者への情報提供同意確認書

フリガナ			
氏名			
生年月日		性別	男 ・ 女
住所			
避難支援等を必要とする事由	<input type="checkbox"/> 介護保険の認定を受けている <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者(75歳以上) <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯(75歳以上) <input type="checkbox"/> 難病 (病名: _____) <input type="checkbox"/> その他 (支援理 _____)	要介護状態区分: 障がい名: (_____) 等級: 等級:	
電話番号		FAX番号	
携帯電話番号		メールアドレス	

避難行動要支援者は、避難支援者への情報提供に同意することにより、避難支援者（地域等）から災害発生時における避難行動の際、支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援者自身や家族などの安全が前提のため、同意によって、災害時の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、また避難支援者は、法的な責任を負うものではありません。

上記の内容を理解し、避難の支援、安否の確認、その他の生命または身体を災害から保護を受けるために、上記内容（氏名、生年月日、性別、住所、障がい種別等の内容、連絡先等）および障がい名や病名等を湖南市地域防災計画に定める避難支援等関係者に提供することに、

※下記のいずれかに ✓ してください。

- 同意します
- 趣旨を十分理解した上で、同意しません
- 施設(病院)に入所(入院)中です【施設(病院)名: _____】
- その他の理由で断ります【理由: _____】
(例：子どもと同居している等)

令和 年 月 日 氏名 _____ (本人の氏名)

(※)代理人署名欄: 続柄 _____ (代理人の氏名)

※1 本人が「自署できない」「未成年である」などの場合は、代理人の署名が必要です。

※ 同意の意思について、変更の申し出がない限り自動継続とします。

※同意者には避難支援等関係者が個別支援プラン作成のため訪問させていただきますのでご承知ください。

※ 避難行動要支援者名簿登録にかかる住民基本台帳情報、身体障害者手帳情報、精神障害者保健福祉手帳情報療育手帳情報、介護認定受給者情報の更新があった場合、要支援者業務所管課で情報の把握・更新をさせていただきます。