

管理番号

●●●●●●

足立区地域自立支援協議会
第3回相談支援部会 資料2

足立区

避難行動要支援者

水害時個別避難計画書

本計画書の対象者

(ふりがな) 氏名	計画サンプル	A ①
--------------	--------	-----

足立区水防体制再構築本部

令和3年5月

—逃げ遅れによる犠牲者をゼロにするために—

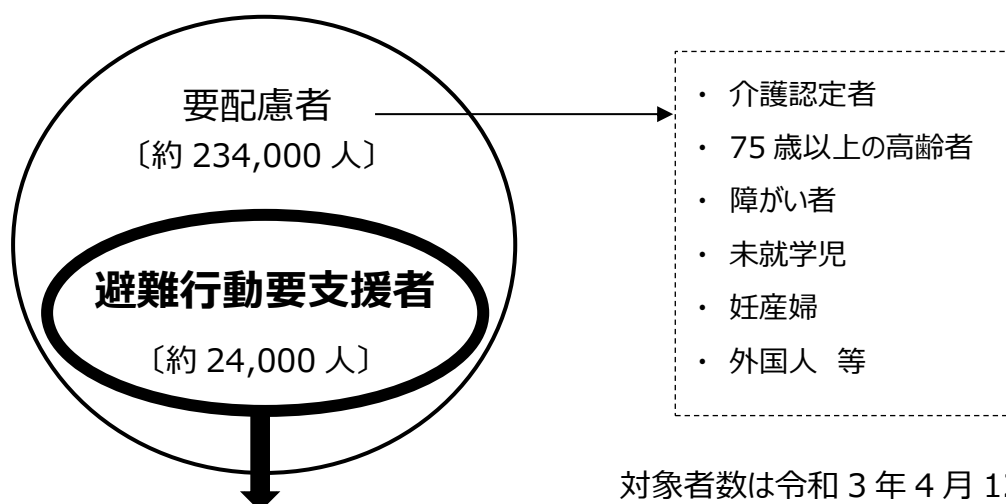
足立区では、令和元年東日本台風（台風第 19 号）での対応を踏まえ、水防体制再構築本部を設置し、水害に対する全庁的な対応を進めてきました。

その一環として、要支援者対策部会を立ち上げ、台風接近により河川の氾濫が予想される際、避難行動要支援者（障がいをお持ちの方等 下記図 1 参照）ごとに、**いつ・誰が・どこに・どうやって避難を支援するのか**を具体的に記載した、『個別避難計画書』の作成を進めています。

水害時の逃げ遅れによる犠牲者をゼロにするため、避難を支援する関係者・関係機関で平時から本計画書を共有し、要支援者の状況に応じて随時更新していきます。

※ 図 1 本計画書を作成する避難行動要支援者

要配慮者のうち災害時に自分一人では避難できず誰かしらの支援を必要とする方



対象者数は令和 3 年 4 月 12 日時点

分類	基準	備考	対象者数
①	要介護度 3～5		約 14,000 人
②	身体障害者手帳 1～2 級		約 13,000 人
③	身体障害者手帳 3 級	左記支援区分で目つ福祉タクシー券等を受給している方	
④	愛の手帳 1～2 度	知的障がい者	約 1,500 人
⑤	障害支援区分 4～6	障がいの特性や心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合いを表す 6 段階の区分	約 2,300 人

※ 重複している方を含む。

避難行動要支援者 水害時個別避難計画書 目次

個別避難計画書作成

〔作成年月日〕令和3年9月2日

〔作成担当者〕福祉管理課調整担当 ◆◆●●

個別避難計画書を作成することに

本人同意 親族等の同意〔 〕 その他〔 〕

対する本人等の同意確認

〔確認者〕福祉管理課調整担当（●●）絆づくり担当課（▲▲）

【確認日：R3年7月16日】

〔特記事項〕 居宅介護支援事業所〇〇〇 ■■ケアマネジャー 同行

1 足立区の対応

- (1) 台風の進路イメージ P 3
- (2) 避難情報の発令・避難所開設 P 4
- (3) 避難準備・避難開始の連絡 P 4

2 水害時 個別避難計画書

- (1) この計画書の対象者、対象者情報、家族情報、居住情報等 . . . P 5
- (2) 避難時の留意事項、避難先での留意事項 P 6
- (3) 避難行動計画 P 7
- (4) 避難する際の持ち物・機具等 P 9
- (5) 緊急連絡先一覧、避難支援者連絡先一覧 P 10
- (6) 利用中の医療福祉サービス一覧 P 11
- (7) 関係医療機関、その他関係機関一覧 P 13
- (8) 計画策定・見直しの記録 P 14

1 足立区の対応

足立区では、令和元年東日本台風（台風第19号）での対応を踏まえ、台風接近による荒川の氾濫を想定し、避難所開設や避難情報発令のタイミングについて検討しました。

今後は、以下のような時系列に沿って対応することを想定しています。

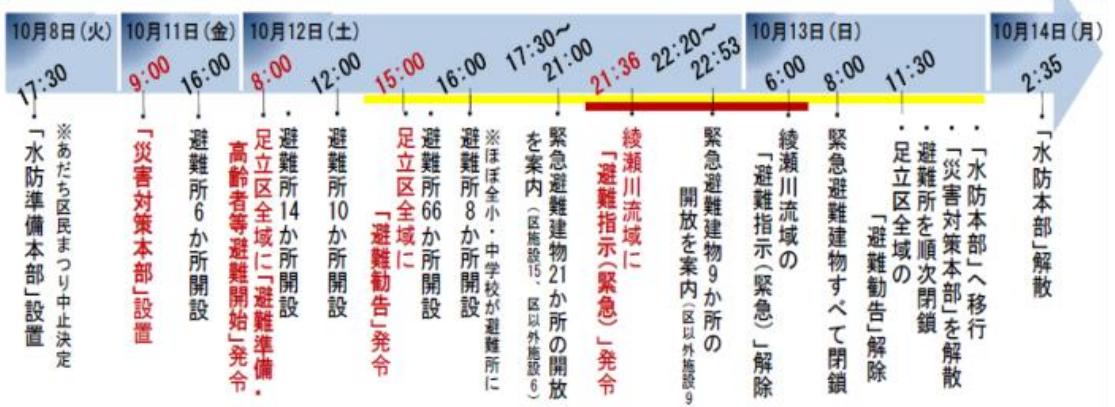
(1) 台風の進路イメージ



【参考】

令和元年
東日本台風
(台風第19号)

台風第19号の接近に伴う足立区の対応

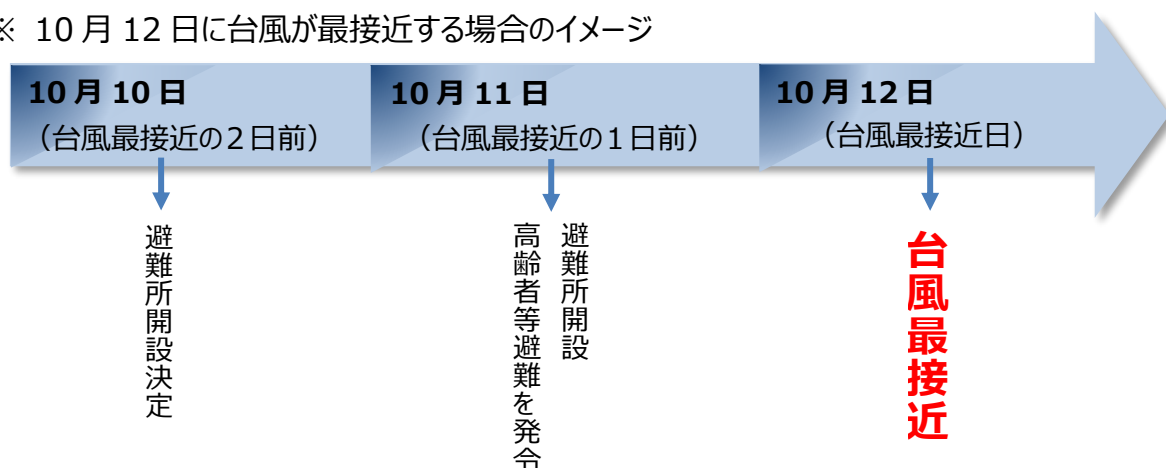


(2) 避難情報の発令・避難所開設

台風の最接近（台風が中心が足立区に接近する時間）を0時間として設定しています。

	内容	考え方・対応方針
1	避難所開設の周知・広報	原則「高齢者等避難」の発令と同時期に開設し周知・広報
2	避難所開設の目安時期	台風最接近の1日前に開設 第一次避難所と第二次（福祉）避難所は同時期に開設
3	避難所開設の時間帯	午前10時～午後3時の間に行う。 →避難所までの移動時間：3時間と想定 →日が落ちるまでを避難する時間として設定
4	第二次（福祉）避難所への避難	震災時と違い、直接第二次（福祉）避難所へ避難

※ 10月12日に台風が最接近する場合のイメージ

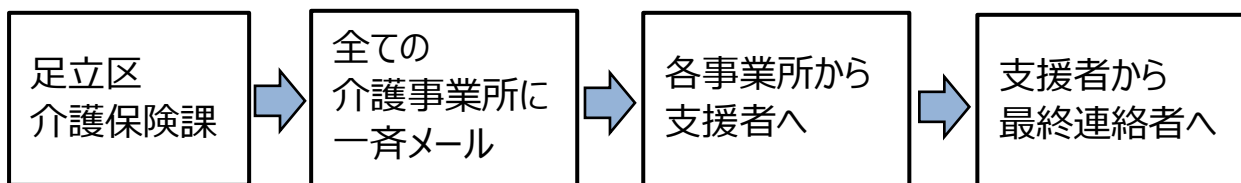


(3) 避難準備・避難開始の連絡

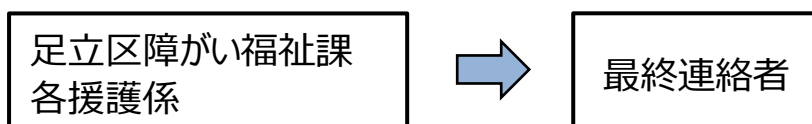
介護・障がいの両方で該当する場合は、分類①で対応する。

分類①～⑤の基準は
P1の図1を参照

■ 分類①〔要介護で該当の方〕



■ 分類②・③・④・⑤〔障がいの方〕



最終連絡者〔P7 参照〕
・本人 ・家族
・実際に避難を支援する方
・避難先(避難所以外に避難する場合)

※支援者が最終連絡者の場合がある。

避難行動要支援者 水害時個別避難計画書

■この計画書の対象者(要支援者)

分類・基準 A・①

ふりがな 氏名	まるまる ●● まるまる ●●	性別	●	生年 月日	昭和●年●月●日
住所	足立区○○■丁目■番■号				
電話	自宅：03-○○○○-○○○○	FAX	03-○○○○-○○○○		
	携帯：090-○○○○-○○○○	メール	○○○○@○○○.○○.○○		

■対象者（要支援者）情報

介護認定	要介護5	障害支援区分		認知症	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無
障害者手帳					
身体的留意事項等 その他情報	コミュニケーションをとることは難しい。				

■家族構成・同居情報等

同居の家族	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	※ 有の場合 1人	<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子 人 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> ペット動物（ ）
特記事項	配偶者の氏名：●● ●●		

■居住情報

住居形態	戸建・ <input checked="" type="checkbox"/> 集合住宅	構造	木造・ <input checked="" type="checkbox"/> 鉄筋,鉄骨
建物階数	○階建	居住階	○階（エレベーターあり）
水害リスク〔対象河川:荒川〕		居住地見取図〔寝室・普段過ごす場所等〕	
最大想定浸水深	○m以上		
浸水継続時間	○週間以上		
使用可能階数	○階以上		
※ 家屋倒壊等 氾濫想定区域	<input checked="" type="checkbox"/> 区域内 ・ <input type="checkbox"/> 区域外		

※ 氾濫によって「木造家屋」が倒壊するほどの流速になる等の場合がある範囲

■ 避難時の留意事項

歩行	可・ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 自力で歩行可 <input checked="" type="checkbox"/> 車イスが必要 <input type="checkbox"/> その他[]	<input type="checkbox"/> 介助者がいれば歩行可能 <input type="checkbox"/> ストレッチャーが必要
車イスの使用	<input type="checkbox"/> 自己所有 <input type="checkbox"/> 別途必要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 電動車イス <input type="checkbox"/> 車イスは必要だが自走不可 <input type="checkbox"/> その他[]	<input checked="" type="checkbox"/> 折畳み車イス（レンタル）
車の使用	<input type="checkbox"/> 要・不要	<input type="checkbox"/> 普通乗用車 <input type="checkbox"/> リフトなし福祉車両 <input type="checkbox"/> その他[]	<input type="checkbox"/> ミニバン・ワンボックス <input checked="" type="checkbox"/> リフト付き福祉車両（車イスごと乗車）
その他配慮する事項			

■ 避難先での留意事項・本人疾患

段ボールベッド	<input type="checkbox"/> 要・不要	〔備考〕
ポータブル電源	<input type="checkbox"/> 要・不要	〔備考〕ポータブル電源は所有していないが、エアーマットがあるため、電源が必要
医療的な対応	褥瘡が出来やすいため、こまめな体位交換が必要（R3.8月末現在は疾患無し）。 内服薬：なし 軟膏：あり（アズノール）	
食事形態 アレルギー	食事形態：食事介助が必要。基本はミキサー食だが、粥や一口大の柔らかい固形物であれば摂取可能。水分はトロミ無しで摂取可能。義歯は無し。 食物アレルギーは無い。	
排泄	オムツ交換（紙オムツと尿取パッドを使用）	
周囲との関わり	コミュニケーションをとることは難しい。	
その他配慮する事項	エアーマットは、配偶者だけでは持ち出せないが、可能であれば持参する。 持参できなかった場合は、こまめな体位交換にて対応する。 体位交換の際には、持参したタオルを丸めてクッションの代わりとする。	

■ その他特記事項 【記入者所属・氏名 福祉管理課調整担当・●●】

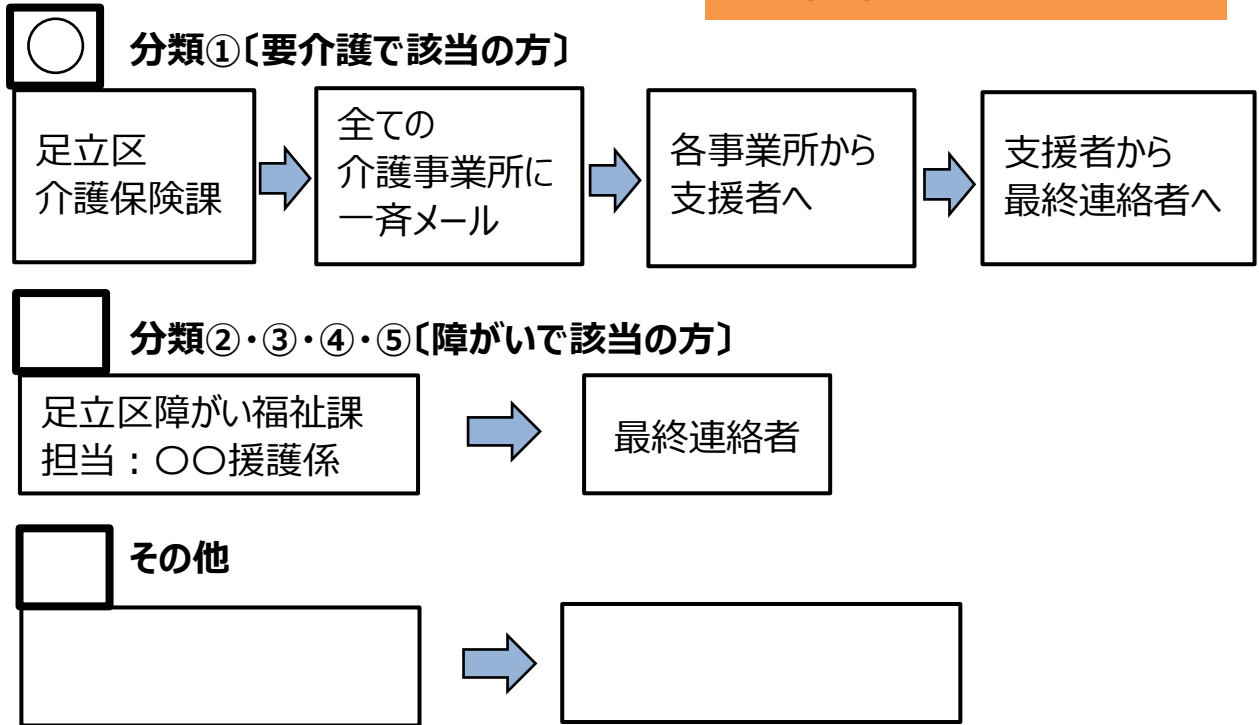
対象者と同じ棟（団地）の6階に住んでいる知人から、避難の支援協力を得られる可能性あり。

■ 避難行動計画

避難先	都立花畑学園	避難時 支援者	民間救急事業者 (事業所との連絡等は足立区が行う)
-----	--------	------------	------------------------------

連絡体制(あてはまる体制に○)

分類①～⑤の基準は P1 の図 1 を参照



いつ連絡 するのか	避難準備の 連絡	<ul style="list-style-type: none"> 足立区に台風が最接近する日の2～3日前 開始目安：避難の準備に関する連絡 縁故等避難、ショートステイ利用の呼びかけ
	避難開始の 連絡	<ul style="list-style-type: none"> 足立区に台風が最接近する概ね1日前（風雨が強くなる前） 開始目安：高齢者等避難の発令
誰が 連絡する のか	<input type="checkbox"/> 支援者（準備連絡・避難開始） （ ）	<input type="checkbox"/> 区職員（準備連絡・避難開始） （ ）
	<input checked="" type="checkbox"/> 事業者（準備連絡・避難開始） （居宅介護支援事業所〇〇〇 ■■ケアマネジャー）	<input type="checkbox"/> その他（準備連絡・避難開始） （ ）
誰に 連絡する のか	<input type="checkbox"/> 本人（準備連絡・避難開始） （ ）	<input type="checkbox"/> 支援者（準備連絡・避難開始） （ ）
最終 連絡者	<input checked="" type="checkbox"/> 家族・知人（準備連絡・避難開始） （配偶者）	<input type="checkbox"/> その他（準備連絡・避難開始） （ ）

連絡手段	<input checked="" type="checkbox"/> 電話（配偶者 ●●●● 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇） <input type="checkbox"/> FAX（ ） <input type="checkbox"/> メール（ ） <input type="checkbox"/> 訪問（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	<p>〔第二次（福祉）避難所〕</p> <input checked="" type="checkbox"/> 都立花畑学園 <input type="checkbox"/> 足立区総合スポーツセンター <input type="checkbox"/> 足立区障がい福祉センターあしすと <input type="checkbox"/> 足立区こども支援センターげんき <input type="checkbox"/> 谷在家障がい福祉施設 <input type="checkbox"/> 都立足立特別支援学校 <hr/> <input type="checkbox"/> 第一次避難所 （原則として第一次避難所の要配慮者用居室に避難） （ ）	
	<input type="checkbox"/> その他の施設 （特別な対応が必要なため医療・福祉施設等に避難） （ ）	
	<input type="checkbox"/> 縁故等避難 （浸水の恐れがない家族・親戚・知人宅やホテル等に避難） （ ）	
	<input type="checkbox"/> 在宅避難 （必要物資を準備し浸水・倒壊の危険がない自宅に留まる）	
どうやって避難するのか	<input checked="" type="checkbox"/> 車両（民間救急事業者車両） <input type="checkbox"/> ストレッチャーを使用して車で避難 <input type="checkbox"/> 徒歩で避難 <input type="checkbox"/> 車イスを使用して避難 <input type="checkbox"/> その他〔 〕	<p>〔車両送迎場所（簡略図）〕</p> 
誰と一緒に避難先まで避難するのか	<p>避難時合計人数 2人</p> <input checked="" type="checkbox"/> この計画の対象者 <u> 1 </u> 人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族・知人等 <u> 1 </u> 人（配偶者 ●●●●） <input type="checkbox"/> 支援者 <u> </u> 人（ ） <input type="checkbox"/> その他の方 <u> </u> 人（ ）	

■ 避難する際の持ち物・機具等

台風最接近日の前日から避難することを想定し、最低 2 日分の準備をお願いします。

1	必要な医療機器・機具 (日頃から使用している医療機器) (避難先で必要な機器)	■ エアーマット (避難時に可能であれば持参する)
2	常用薬関連 (日頃から服用している薬や頓服薬等)	■ お薬手帳
		■ 軟膏 (アズノール)
		■ 健康保険証 (2 人分)
		■ 配偶者に常用薬がある場合は準備する
3	食料関連 (特定の食事や食べ慣れているもの等) (食事の際に必要なもの)	■ 介護用レトルト保存食 (ミキサー食) 等
		■ 食事補助剤 (エンシュアリキッド)
		■ 災害時保存食 (配偶者)
4	生活関連 (避難先での生活や排泄等に必要な物品)	■ 紙おむつ ■ 箸・スプーン・フォーク (2 人分)
		■ 尿取りパット ■ コップ (2 人分)
		■ ティッシュペーパー等
		■ おしり拭き
5	救急関連	
6	衣類関連	■ 着替え (2 人分)
		■ タオル (2 人分)
7	その他必要な物	

■ 要支援者に係る緊急連絡先一覧 (あり・なし)

連絡先1	ふりがな 氏名	まるまる 〇〇 〇〇	関係	妹
	住所	▲▲県▲▲▲市 在住		同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input checked="" type="checkbox"/>
	電話	自宅 :	FAX	
		携帯 : 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
メール				
連絡先2	ふりがな 氏名	まるまる 〇〇 〇〇	関係	配偶者の弟
	住所	東京都▲▲区 在住		同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input checked="" type="checkbox"/>
	電話	自宅 :	FAX	
		携帯 : 070-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
メール				
連絡先3	ふりがな 氏名		関係	
	住所			同居・別居
	電話	自宅 :	FAX	
		携帯 :		
メール				

■ 避難支援者の連絡先一覧 (あり・なし)

連絡先1	ふりがな 氏名	居宅介護支援事業所〇〇〇 ■■ケアマネジャー	関係	ケアマネジャー
	住所	足立区〇〇■丁目■番■号		同居・別居
	電話	自宅 : 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇	FAX	
		携帯 :		
メール				
連絡先2	ふりがな 氏名	民間救急事業者	関係	移送支援者
	住所			同居・別居
	電話	自宅 :	FAX	
		携帯 :		
メール				
連絡先3	ふりがな 氏名	都立花畑学園	関係	避難先
	住所	足立区〇〇■丁目■番■号		同居・別居
	電話	自宅 :	FAX	
		携帯 :		
メール				

■ 利用中の医療福祉サービス一覧

1	利用サービス	居宅介護支援事業所	種別	介護 ・ 障がい
	事業所名	居宅介護支援事業所〇〇〇		
	電話	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇	FAX	
	利用曜日		時間帯	午前 ・ 午後

2	利用サービス	訪問看護	種別	介護 ・ 障がい
	事業所名	▲▲▲▲訪問看護ステーション		
	電話	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇	FAX	
	利用曜日	火曜	時間帯	10 : 45~11 : 15

3	利用サービス	訪問看護（療法士）	種別	介護 ・ 障がい
	事業所名	▲▲▲▲訪問看護ステーション		
	電話	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇	FAX	
	利用曜日	金曜	時間帯	12 : 00~12 : 20 12 : 20~12 : 40

4	利用サービス	デイサービス	種別	介護 ・ 障がい
	事業所名	デイサービスセンター▲▲▲▲		
	電話	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇	FAX	
	利用曜日	水曜	時間帯	10 : 10~16 : 25

5	利用サービス	福祉用具	種別	介護 ・ 障がい
	事業所名	〇〇〇介護サービス		
	電話	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇	FAX	
	利用曜日		時間帯	午前 ・ 午後

6	利用サービス		種別	介護 ・ 障がい
	事業所名			
	電話		FAX	
	利用曜日		時間帯	午前 ・ 午後

7	利用サービス		種別	介護・障がい
	事業所名			
	電話		FAX	
	利用曜日		時間帯	午前 ・ 午後

8	利用サービス		種別	介護・障がい
	事業所名			
	電話		FAX	
	利用曜日		時間帯	午前 ・ 午後

9	利用サービス		種別	介護・障がい
	事業所名			
	電話		FAX	
	利用曜日		時間帯	午前 ・ 午後

10	利用サービス		種別	介護・障がい
	事業所名			
	電話		FAX	
	利用曜日		時間帯	午前 ・ 午後

11	利用サービス		種別	介護・障がい
	事業所名			
	電話		FAX	
	利用曜日		時間帯	午前 ・ 午後

12	利用サービス		種別	介護・障がい
	事業所名			
	電話		FAX	
	利用曜日		時間帯	午前 ・ 午後

■ 関係医療機関

1	名称	在宅クリニック●●●
	診療科目	訪問診療
	電話	03-0000-0000
	備考	毎月1回 木曜日

2	名称	
	診療科目	
	電話	
	備考	

3	名称	
	診療科目	
	電話	
	備考	

■ その他関係機関情報

1	足立区役所	福祉管理課 調整担当 (担当：◆◆●●●)	電話	03-3880-6223
			電話	
2	民生委員	第○合同○地区 (□□ □□)	電話	
3	消防署	○○消防署	電話	03-0000-0000
4	警察署	○○警察署	電話	03-0000-0000
5	水害時避難先	都立花畑学園	電話	

■ 計画書作成・見直しの記録

計画書の内容に見直しが生じた場合は、随時更新し記録していきます。

実施年月日	見直し内容	計画書見直し等の記録
	記入者名	
年 月 日	記入者：	
年 月 日	記入者：	
年 月 日	記入者：	
年 月 日	記入者：	
年 月 日	記入者：	
年 月 日	記入者：	
年 月 日	記入者：	

これまでの内容について、誤り等がないことを確認し、避難支援の実施に必要な限度で、本計画書を避難支援に携わる関係者・関係機関へ提供することを承諾します。

令和3年9月30日

氏名(自署)

代理署名 ● ● ● ● (本人との関係) ■

書 名：避難行動要支援者 水害時個別避難計画書

作 成：足立区水防体制再構築本部

作成年月日：令和3年5月

担 当 課：危機管理部総合防災対策室災害対策課

福祉部福祉管理課

足立区中央本町一丁目17番1号

03-3880-5836（災害対策課直通）

03-3880-6223（福祉管理課直通）