

避難行動要支援者避難支援制度について

※災害が発生した場合、避難支援が必要な方を、地域(自主防災会・自治会等、民生委員・児童委員、福祉推進員、隣近所の方など)が連携して、避難支援等を実施する制度です。

こんな不安はありませんか？

避難情報が出たときに、
避難するために誰かの
助けがほしい。



地震があったときに、
避難すべきかどうか
判断できない。



災害時、1人での避難が大変なことを
周りの人に知ってほしい。
(手伝ってほしい。)



※1つでも不安があれば、
避難行動要支援者への登録
を検討してください。
※細部は、次のページ資料2
をご覧ください。



災害時に助かるために!!

～ 避難支援等関係者への情報提供が重要 ～

災害時の支援(例)

- ①避難支援 (*情報の伝達 *安否確認 *救出救助 *避難誘導等)



- ②避難所での生活支援 (*避難状況の把握 *ニーズの把握 *スペースの配慮 *介助等の実施)



※避難支援者が「けが」をしたり、避難支援者の家族が「被災」した場合などには、支援ができないことがあります。

平常時の支援(例)

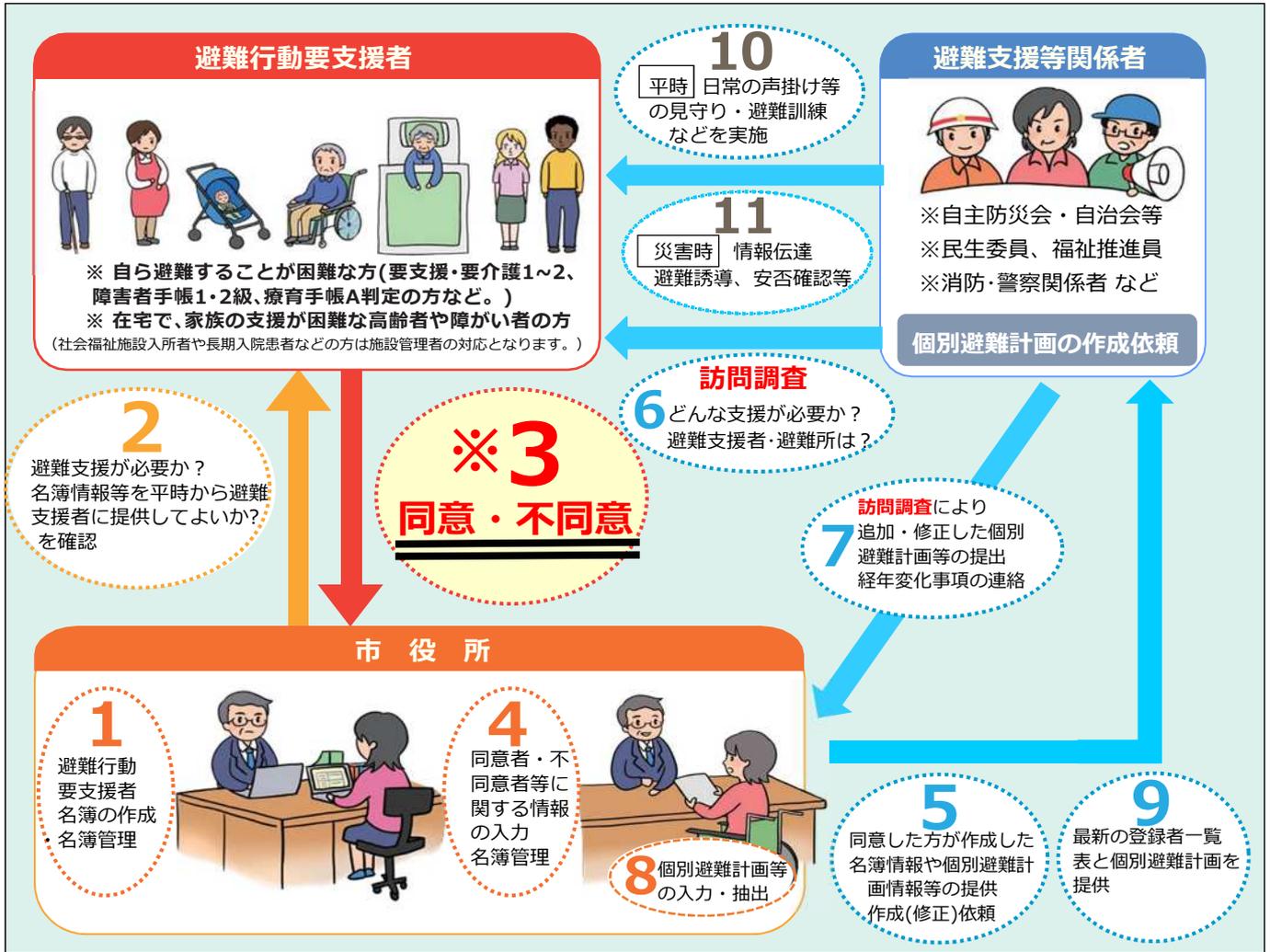
- 支援者との交流
(日常の声かけ等の見守り)
- 個別避難計画に基づき
防災訓練に活用



※支援の内容については自主防災会によって異なります。

【資料2】 避難行動要支援者に対する避難支援までの流れ

※ 今回、該当する皆様に、「同意」「不同意」について確認しております。!



避難行動要支援者の要件	◎ 災害時等において「自力避難が困難」であり「在宅」で、かつ、「家族の支援が困難」な「高齢者、障がい者等」で細部は、次のとおりです。 ※ 注1 自分で避難できる方は対象外です。 ※ 注2 施設入所者等は対象外です。 ※ 注3 家族の支援が可能な方は対象外です。
対象者	対象者の細部要件
高齢者	① 70歳以上の単身者及び70歳以上の高齢者のみの世帯で、介護保険法における要介護認定(要支援1~2、要介護1~2)を受けている方 ② 介護保険法における要介護認定3~5を受けている方
障がい者	① 身体障害者手帳 1級又は2級判定の方(但し、内部障がい者を除く。) ② 療育手帳A判定の方 ③ 精神障害者保健福祉手帳1級判定の方
その他	① 公的支援を受けている指定難病患者や小児慢性特定疾病児童等 ② 人工呼吸器、喀痰吸引機等の医療機器装着者 ③ 介護認定等の認定を受けていない方で、自主防災会等や民生委員等が支援の必要性を認め、登録を申請し認められた方 ④ 対象者の要件に該当しないが、自らの命を主体的に守るため登録を申請し認められた方
備考	※ 将来、支援が必要となった場合には、いつでも「登録申請」が可能です。

※ 次のページ資料3を参照し「同意」「不同意」を決定して下さい!

あなたは、いずれに該当しますか？

質問 Q1からスタートして下さい。

Q1. 災害が発生した場合、1人で避難できますか？
支援が必要ですか？（該当する矢印にお進み下さい。）

必要なし

必要

必要なし

必要

必要

自分で避難できるので、支援の必要なし。

施設に入所しているため、支援の必要なし。

高齢者世帯で介護認定を受けており支援が必要

障害をかかえており支援が必要

その他の理由で支援が必要

Q2. 避難支援を受けたい方は「①同意書」と「②個別避難計画」の記入が必要です。
記入した「①同意書」と「②個別避難計画」は、避難支援を実施する関係者に提供することになりますが、提供してもいいですか？

いいえ

はい

避難支援を実施する人に個人情報を提供してもいいです。

①の用紙に
*不同意書に○印
*不同意の理由に○印を付けて下さい。

※個人情報はダメです。

Q3. 避難支援を実施する人が「けが」をしたり、その家族が「被災」した場合などには、支援が受けられないことがあります。
それでもいいですか？

いいえ

はい、可能な範囲で支援をお願いします。

①同意書と②個別避難計画を記入して下さい。

① 同意書 **不同意書**

※氏名・住所等を記入

.....

同意します。

趣旨を十分理解した上で、同意しません。

施設に入所しているため、同意しません。

自力避難が可能のため、同意しません。

令和7年2月28日 天童太郎

※必ず支援してくれないのなら同意しません。

① 同意書 不同意書

※氏名・生年月日・住所等を記入

.....

同意します。

趣旨を十分理解した上で、同意しません。

施設に入所・病院に入院しているため同意しません。

自力避難が可能のため、同意しません。

令和7年2月28日 天童太郎

② 個別避難計画
令和7年2月28日

1. 要支援者情報
※ あなたの現在の状況を記入

2. 緊急時家族等への連絡先
※ 家族・親族等の連絡先を記入

3. 避難支援者
(注) 誰かに支援を依頼している方は記入して下さい。
※ 災害発生時に容易に駆けつけることができる人を記入

4. 避難計画
※ 指定緊急避難場所及び指定避難所等を記入

5. その他
避難時に配慮しなければならない事項を記入
※ 該当する事項をチェックする

資料6「不同意の場合の見本」を参照し記入して下さい。

資料4、資料5「同意の場合の見本」を参照し記入して下さい。

不同意の方も、必ず市役所に返信して下さい。

市役所に返信して下さい。

【資料4】

同意の場合の見本

※「同意書」に○印を付けて下さい。

※「同意します」に○印を付けて下さい。

① **同意書** ~~不同意書~~

ふりがな	てんどう た ろう		
氏 名	天 童 太 郎		
生年月日	昭和10年10月10日	性別	男 ・女
住 所	天童市 老野森一丁目1番1号 ※レ点、○印でも構いません。		
避難支援等を必要とする事由	<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険の認定を受けている者 (要支援:) (要介護: 2) <input checked="" type="checkbox"/> 手帳所持者 障がい名 (<input checked="" type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 等級: 2) <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> 指定難病患者等 <input type="checkbox"/> 医療機器装着者 <input type="checkbox"/> その他)		
	【特記事項】 車椅子必要、心臓の持病あり。 ※ 必要事項を記入して下さい。		
電話番号	6 5 4 - 1 2 3 4	F A X 番号	6 5 4 - 1 2 3 4
携帯番号	090-1234-5678	メールアドレス	なし。

○ **同意の方は、避難支援等を必要とする事由にチェックしてください。**

○ 不同意の方は、氏名・生年月日・住所を記入し、下表の不同意の理由をチェックしてください。

避難行動要支援者（災害が発生し、又は、発生のおそれがある場合に、自ら避難することが困難で、支援を必要とする者）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の支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援者自身やその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、法的な責任や義務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、その他の生命又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、避難支援等を必要とする事由、連絡先等）の名簿情報の提供並びに個別避難計画を作成し個別避難計画に関する情報を、天童市地域防災計画に定める避難支援等関係者（市関係課等、消防機関、天童警察署、民生委員・児童委員、福祉推進員、天童市社会福祉協議会、居住地の自主防災会・自治会等の役員等及び避難支援者）に提供することに、

※レ点、○印でも構いません。

同意します。

趣旨を十分理解した上で、同意しません。

施設に入所、病院に長期入院しているため、同意しません。

自力避難が可能なため、同意しません。

令和 7 年 2 月 2 8 日 氏名 **天 童 太 郎**

○ **同意します。同意しません。のいずれかにチェックしてください。**

○ **同意の意思について、変更の申出がない限り自動継続となります。**

○ **同意された方には、個別避難計画を作成するため、避難支援等関係者が訪問調査を行いますので、その際は御協力ください。**

○ 今回、同意しない方につきましても、将来自力避難等が困難となり避難支援が必要となった場合は、いつでも登録申請することができます。

同意の場合の見本

② 個別避難計画

※ 記入した年月日を記入 → 令和7年2月28日

登録年月日	利用者番号	変更年月日
-------	-------	-------

1 要支援者情報		嘱託区		167
ふりがな 氏名	てん どう た ろう 天童太郎	性別	男・女	
生年月日	昭和10年10月10日	電話番号	654-1234	
携帯電話	090-1234-5678	F A X	654-5678	
住 所	〒 994-8510 天童市 老野森一丁目1番1号	自主防災会	錦掛	
		自治組織	老野森錦掛	
		民生委員	天童花子	
対象要件	1. 高齢者	<input checked="" type="radio"/> ①	70歳以上の単身者及び70歳以上の高齢者のみの世帯で、介護保険法における要介護認定（要支援1～2、要介護1～2）を受けている者	
		<input type="radio"/> ②	介護保険法における要介護認定3～5を受けている者	
	2. 障がい者	<input checked="" type="radio"/> ①	身体障害者手帳1級又は2級判定の者（ただし、内部障がい者を除く。）	
		<input type="radio"/> ②	療育手帳A判定の者	
		<input type="radio"/> ③	精神障害者保健福祉手帳1級判定の者	
	3. その他	<input type="radio"/> ①	公的支援等を受けている指定難病患者、小児慢性特定疾病児童等	
<input type="radio"/> ②		人工呼吸器、喀痰吸引機等の医療機器装着者 自主防災会等や民生委員等が支援の必要性を認めた者又は本人申請等		

家族（同居）状況、普段いる部屋、寝室の位置、建物の建築時期等

- 一人暮らし、普段は1階の茶の間に居る。
- 建築時期不明、家の老朽化が激しく、大地震の際に倒壊するおそれあり。

特記事項	病院・医院	持病	服用薬
	〇〇病院	心臓疾患	狭心症の薬、その他
	〇〇クリニック	高血圧、糖尿病	降圧剤、その他

2 緊急時家族等への連絡先 ※ 正式な病名は必要ありません。 ※ 正式な薬の名称は必要ありません。

氏名	続柄	住所	電話番号	携帯番号
天童次郎	弟	東根市中央1-1-1	0237-42-1111	090-2345-6789
天童三郎	弟	寒河江市中央1-9-45	0237-86-2111	090-3456-7890

3 避難支援者（災害発生時に、容易に駆けつけることができ、避難支援ができる人）
※ 支援が必要な方で、隣近所との交流があり、避難支援等について依頼している場合は記入してください。

氏名	関係	住所	電話番号	携帯番号
山田太郎	隣人	天童市老野森1-1-2	023-654-0000	090-4567-8901

4 避難計画 ※ 分からない場合は記入不要です。

指定緊急避難場所	錦掛公園	指定避難所	中部小学校
留意事項	情報伝達	直接訪問	
	避難誘導時	車いす 又は リヤカー	
	避難先		

5 その他（避難時に配慮しなければならない事項）

<input checked="" type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない（困難）	<input type="checkbox"/> 音が聞こえない（聞き取りにくい）
<input type="checkbox"/> 物が見えない（見えにくい）	<input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解がむずかしい
<input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない	<input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない
<input checked="" type="checkbox"/> その他 [心臓が悪くゆっくりか歩けない。いつ発作が起きるかわからない。]	

この個別避難計画に関する情報は、災害発生時に地域の支援により避難行動要支援者の生命等の安全確保を図るためのものであり、それ以外の用途に使用したり、他に情報を提供することを禁止します。

天童市長

【資料6】

不同意の場合の見本

※「不同意書」に○印を付けて下さい。

※「不同意の理由」に○印を付けて下さい。

① ~~同意書~~ **不同意書**

※同姓同名の方がいますので必ず記入して下さい。

ふりがな	てんどう た ろう		
氏名	天童 太郎		
生年月日	昭和10年10月10日	性別	男・女
住所	天童市 老野森一丁目1番1号		
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者（要支援： ）（要介護： ） <input type="checkbox"/> 手帳所持者 障がい名（ <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 等級： ） <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> 指定難病患者等 <input type="checkbox"/> 医療機器装着者 <input type="checkbox"/> その他 ） 【特記事項】		
電話番号		FAX番号	
携帯番号		メールアドレス	

○ 同意の方は、避難支援等を必要とする事由にチェックしてください。

○ **不同意の方は、氏名・生年月日・住所を記入し、下表の不同意の理由をチェックしてください。**

避難行動要支援者（災害が発生し、又は、発生のおそれがある場合に、自ら避難することが困難で、支援を必要とする者）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の支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援者自身やその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、法的な責任や義務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、その他の生命又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、避難支援等を必要とする事由、連絡先等）の名簿情報の提供並びに個別避難計画を作成し個別避難計画に関する情報を、天童市地域防災計画に定める避難支援等関係者（市関係課等、消防機関、天童警察署、民生委員・児童委員、福祉推進員、天童市社会福祉協議会、居住地の自主防災会・自治会等の役員等及び避難支援者）に提供することに、

- 同意します。
- 趣旨を十分理解した上で、同意しません。
- 施設に入所、病院に長期入院しているため、同意しません。
- 自力避難が可能のため、同意しません。

※レ点、○印でも構いません。

不同意の理由

令和7年2月28日 氏名 天童太郎

○ 同意します。同意しません。のいずれかにチェックしてください。

○ 同意の意思について、変更の申出がない限り自動継続となります。

○ 同意された方には、個別避難計画を作成するため、避難支援等関係者が訪問調査を行いますのでその際は御協力ください。

○ **今回、同意しない方につきましても、将来自力避難等が困難となり避難支援が必要となった場合は、いつでも登録申請することができます。**

① 同意書・不同意書

ふりがな			
氏名			
生年月日		性別	男 ・ 女
住所	天童市		
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者（要支援： ）（要介護： ） <input type="checkbox"/> 手帳所持者 障がい名（ <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 等級： ） <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> 指定難病患者等 <input type="checkbox"/> 医療機器装着者 <input type="checkbox"/> その他 ） 【特記事項】		
電話番号		FAX番号	
携帯番号		メールアドレス	

- 同意の方は、避難支援等を必要とする事由にチェックしてください。
- 不同意の方は、氏名・生年月日・住所を記入し、下表の不同意の理由をチェックしてください。

避難行動要支援者（災害が発生し、又は、発生のおそれがある場合に、自ら避難することが困難で、支援を必要とする者）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の**支援を受ける可能性が高まりますが**、避難支援者自身やその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、法的な責任や義務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、その他の生命又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、避難支援等を必要とする事由、連絡先等）の**名簿情報の提供並びに個別避難計画を作成し個別避難計画に関する情報を、天童市地域防災計画に定める避難支援等関係者**（市関係課等、消防機関、天童警察署、民生委員・児童委員、福祉推進員、天童市社会福祉協議会、居住地の自主防災会・自治会等の役員等及び避難支援者）**に提供することに**、

- 同意します。
- 趣旨を十分理解した上で、同意しません。
- 施設に入所、病院に長期入院しているため、同意しません。
- 自力避難が可能なため、同意しません。

_____ 年 月 日 氏名 _____

- 同意します。同意しません。のいずれかにチェックしてください。
- 同意の意思について、変更の申出がない限り自動継続となります。
- 同意された方には、個別避難計画を作成するため、避難支援等関係者が訪問調査を行いますのでその際は御協力ください。
- 今回、同意しない方につきましても、将来自力避難等が困難となり避難支援が必要となった場合はいつでも登録申請することができます。

② 個別避難計画

年 月 日

登録年月日		利用者番号		変更年月日	
1 要支援者情報				嘱託区	
ふりがな 氏名		性別	男・女		
生年月日		電話番号			
携帯電話		F A X			
住所	〒 天童市	自主防災会			
		自治組織			
		民生委員			
対象要件	1. 高齢者	①	70歳以上の単身者及び70歳以上の高齢者のみの世帯で、介護保険法における要介護認定（要支援1～2、要介護1～2）を受けている者		
		②	介護保険法における要介護認定3～5を受けている者		
	2. 障がい者	①	身体障害者手帳1級又は2級判定の者（ただし、内部障がい者を除く。）		
		②	療育手帳A判定の者		
		③	精神障害者保健福祉手帳1級判定の者		
	3. その他	①	公的支援等を受けている指定難病患者、小児慢性特定疾病児童等		
②		人工呼吸器、喀痰吸引機等の医療機器装着者 自主防災会等や民生委員等が支援の必要性を認めた者又は本人申請等			
家族（同居）状況、普段いる部屋、寝室の位置、建物の建築時期等					
特記事項	病院・医院	持病	服用薬		
2 緊急時家族等への連絡先					
氏名	続柄	住所	電話番号	携帯番号	
3 避難支援者（災害発生時に、容易に駆けつけることができ、避難支援ができる人）					
※ 支援が必要な方で、隣近所との交流があり、避難支援等について依頼している場合は記入して下さい。					
氏名	関係	住所	電話番号	携帯番号	
4 避難計画					
指定緊急避難場所		指定避難所			
留意事項	情報伝達				
	避難誘導時				
	避難先				
5 その他（避難時に配慮しなければならない事項）					
<input type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない（困難） <input type="checkbox"/> 音が聞こえない（聞き取りにくい） <input type="checkbox"/> 物が見えない（見えにくい） <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が必ずかしい <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない <input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない <input type="checkbox"/> その他 []					

この個別避難計画に関する情報は、災害発生時に地域の支援により避難行動要支援者の生命等の安全確保を図るためのものであり、それ以外の用途に使用したり、他に情報を提供することを禁止します。

天童市長