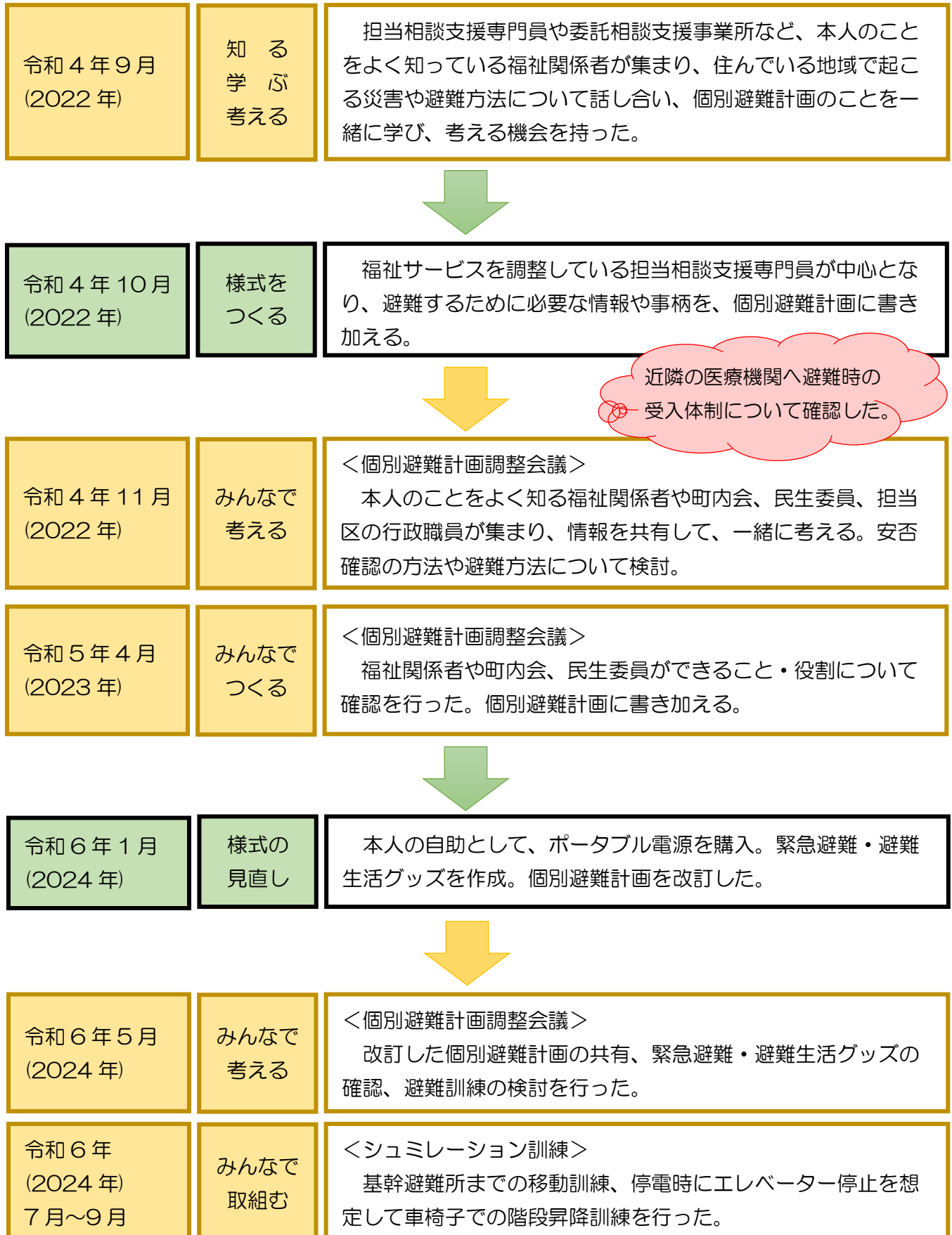


個別避難計画作成の流れ

＜担当相談支援専門員の関わりの延長で、個別避難計画を作成＞



いざという時に

こべつひなんけいかく 個別避難計画

●●● ちょうないかい
町内会

かいちょう しめい
会長の氏名 ●●●●

(電話 011-000-9999,090-1111-0000)

れいわ ねん がつ にち さくせい
<令和●年●月●日 作成>

さくせいしゃめい そうだんしえんせんもんいん
作成者名：相談支援専門員 ●●●●

氏名 ：	●●●●	さん	でんわ 電話：090 - 8888 - 9999
じゅうしょ 住所：	さっぽろし ●区 きた ●北 ●じょうにし ●条西 ●ちようめ ●丁目 ●ばん ●番 ●ごう ●号 (マンション名：●● ●号室)		
●避難場所	基本的(きほんてき)に以下の場所(い)かに避難(ぼしよ)しましょう。いくつかある場合は空白(ばあひ)にご記入(き)ください。		
がっこうめい (学校名)	●●小学校 (しょうがっこう)	住所：●区北 ●条西 ●丁目 ●-	でんわ 電話：011-777-0000
※緊急受け入れ先病院は、 きんきゅうう い さきびょういん 医療法人(いりょうほうじん) ●● ●●病院(びょういん)			
かぞく れんらくさきなど ご家族・連絡先等	<input checked="" type="checkbox"/> ひとりぐらし <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (本人携帯) 090-8888-9999		
ひなん し 避難のお知らせ	<input type="checkbox"/> 必要ない <input checked="" type="checkbox"/> 必要 (<input checked="" type="checkbox"/> 電話で <input checked="" type="checkbox"/> 訪問して)		
ひなんぼしよ 避難場所への移動	<input type="checkbox"/> 自分で移動できる <input checked="" type="checkbox"/> 道具が必要 < <input checked="" type="checkbox"/> 車いす つえ その他 () > <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 < <input checked="" type="checkbox"/> 体を支える <input checked="" type="checkbox"/> 見守り その他 (抱きかかえる) >		
しえんたんとうしゃ 支援担当者 (●●町内会)	しめい 氏名 ●●●● (民生委員)	でんわ 電話	090-1111-1111
	しめい 氏名 ●●●● (町内会長)	でんわ 電話	090-6666-6666
	しめい 氏名	でんわ 電話	- -
	しめい 氏名	でんわ 電話	- -
	しめい 氏名	でんわ 電話	- -

基本情報シート2

配慮してほしいこと、知ってほしいこと	いつも使用	つえ 車いす メガネ 入れ歯 ()
	アレルギー	ない がある ()
	服用薬	「おくすり説明書」添付 (あり)・なし
	かかりつけの病院	医療法人 ●● ●●病院 (電話 011-666-2222)
	おも 主な病気	●●
	その他	<input type="checkbox"/> 見えない (見えにくい) <input type="checkbox"/> 音が聞こえない (聞こえにくい) <input type="checkbox"/> 文字や言葉の理解がむずかしい <input checked="" type="checkbox"/> その他 (手や指先のみ自力で動かすことができる。夜間人工呼吸器使用。機械式排痰補助装置使用。)
特記事項	<p>全てにおいて介助が必要であり24時間の介護の確保。</p> <p>褥瘡を防ぐことができるベットとマットレスの確保。</p> <p>電動車椅子で走行が可能な広さとバリアフリーな空間が必要。</p> <p>電動車椅子で使用可能な広さがあり長時間利用できるトイレと浴室の確保。</p> <p>電動車椅子および夜間人工呼吸器と機械式排痰補助装置を使用するための電源確保。</p>	

緊急時連絡先一覧		
氏名 (関係・団体名)	連絡先	備考
●● ●● (居宅介護事業所 ●●)	電話：080-6666-0000 住所：札幌市 ●区 ●● ●条 1-0-00	
●● ●● (相談支援事業所 ●●)	電話：080-6699-0000 住所：札幌市 ●区 ●● ●条 ●丁目 ●-●	職場は ●区 自宅は ●区
●● ●● (母)	電話：0100-00-2222 住所：●●群 ●●町 ●● ●丁目 ●-●	

まん いち そな 万が一に備えて おくこと	さいがいはうひなん 災害用避難グッズはどこにありますか？（ 寝室、玄関 ） ひなんばしょ い 避難場所まで行ったことはありますか？ ■はい □いいえ ちょうないかい ひなんくんれん さんか 町内会の避難訓練に参加したことはありますか？ ■はい □いいえ
	じゅんび ほんにん きにゆう これから準備すること（ご本人ができることも、ご記入ください。） かいごよう ゆう ひなんばしょ じたく と ほけんない いりようきかん ・介護用ベットと広いトイレを有する避難場所（自宅から徒歩圏内にある医療機関 など）の確保。

ひなん ひつよう も もの
 避難のときに必要な持ち物について

の くすり
 飲んでいる薬

・ 名前（ ●●●60mg ） 1回 6.6 ml □朝 □昼 ■夜 □必要なとき
 ※要冷蔵保存（管理厳重）

その他
 お薬手帳を参照。薬に関しては、医師と相談の上、本人が管理している。

いりよう ふくしきき ようぐ
 医療・福祉機器・用具など

・ 名前（電動車いす） 注意点など（満充電の場合、約9時間の駆動が可能）

・ 名前（在宅人工呼吸器） 注意点など（夜間のみ使用。数日間使用しなくても体調に問題なし。満充電の場合、約9時間の使用が可能）

・ 名前（機械式排痰補助装置） 注意点など（数日間使用しなくても体調に問題なし。満充電の場合、5呼吸を1セットとして30セット程度の使用が可能）

自由記述欄 ご自由にお使いください

- ・日中は、ほとんどの時間を電動車椅子に乗車して過ごします。
- ・夜間は、ベッド上で側臥位をとって就寝する。
- ・自力で身体を動かすことはほぼ不可能であり、24時間全てにおいて介助が必要。指先と手は自力で動かすことができる。
- ・普段は4階居室から車椅子に乗車しエレベーターで1階に降ります。エレベーター停止時は、居室から避難所までの移動支援が必要になります。

※ご本人もしくは、作成者とご本人が相談をして作成してください。

※それぞれの町内会で避難計画書を用意している場合があります。一緒に計画を立てる場合は、当様式にこだわらず、記入しやすいものをご使用ください。また、写真を貼ったりするなど、ご自身に合った避難計画書を作成してください。

※災害が起こると、電気や水道、ガスが止まり、福祉サービスや医療もすぐには受けられないことがあります。少なくとも3日間分の食料や必要なものを用意しておきましょう。万が一に備えて、利用している福祉事業所や医療機関に相談することも大切です。