（様式第４号）

# 避難行動要支援者避難支援計画（個別計画）

**記入例**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ①町内会 | ○○町内会 | | |
| フリガナ<br>②氏　名 | ボウサイ　ハナコ<br>防災　花子 | 生年月日<br>③（年齢） | 大・昭・平・令<br>○年　○月　○日<br>（　91　歳） |
| ④住　所 | 〒 248−8686<br>鎌倉市○○×−×−× | 自宅電話（FAX） | 0467-23-3000 |
| | | ⑤携帯電話 | 090-1234-5678 |

**⑥緊急時の家族等の連絡先**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 氏名 | 防災　太郎 | 続　柄 | 長男 | 自宅電話 | ○○○○-××-○○○○ |
| 住所 | 〒○○○-××××<br>横浜市○区○○△-△-△ | | | 携帯電話 | ○○○-××××-○○○○ |
| 氏名 | 北条　桃子 | 続　柄 | 長女 | 自宅電話 | ○○○○-××-○○○○ |
| 住所 | 〒○○○-××××<br>藤沢市○○○△-△-△ | | | 携帯電話 | ○○○-××××-○○○○ |

**⑦家族構成、同居状況等**（該当するものがあればチェック、112文字以内）

☑ひとり暮らし高齢者　☐高齢者のみ世帯　☐日中独居

週末に藤沢市在住の長女が訪問している。

**⑧かかりつけ医かかりつけ薬局**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 医療機関名 | 北鎌倉総合病院 | ＴＥＬ | ○○○-××××-○○○○ |
| 医師名・病名（20文字以内） | 鎌倉太郎先生・糖尿病のため | | |
| 医療機関名 | 南鎌倉整形外科クリニック | ＴＥＬ | ○○○-××××-○○○○ |
| 医師名・病名（20文字以内） | 慢性的な腰痛のため | | |

**⑨要支援者の状況**（該当するものすべてにチェック）

**公的認定**

☑介護認定を受けている【要介護状態区分：　要介護３　】

☐障害手帳を持っている

【障害名：　／等級：　／支援区分：　】

☐難病の特定医療費、小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けている

**具体的サービス**

◆要支援者が利用しているサービス内容

| 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 | 日曜日 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ デイ<br>☑ ヘルパー<br>☐（　） | ☐ デイ<br>☑ ヘルパー<br>☐（　） | ☐ デイ<br>☑ ヘルパー<br>☐（　） | ☐ デイ<br>☑ ヘルパー<br>☐（　） | ☐ デイ<br>☑ ヘルパー<br>☐（　） | ☐ デイ<br>☑ ヘルパー<br>☐（　） | ☐ デイ<br>☑ ヘルパー<br>☐（　） |

**個別状況**

☐透析　☐寝たきり　☐難病患者等　☐認知症

☐医療機器の装着等をしている

☐立つことや歩くことができない
☐車椅子使用　（自動・手動）

☑音が聞こえない（聞き取りにくい）

☐物が見えない（見えにくい）

☐言葉や文字の理解が困難

☐危険な状況を判断できない

☐家族や知人が認識できない

☐入れ歯を使用している

☑食事の際にむせやすい

☐排泄の介助が必要

# 避難行動要支援者避難支援計画(個別計画)【２面】

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ⑩ 避難支援者（避難誘導、安否確認等） | 第１ | 氏名 | 源　頼太郎 | 続柄（関係） | 隣人 | 連絡先① | ○○○○−××−○○○○ |
| | | 住所 | 〒２４８−８６８６<br>鎌倉市○○△-△-△ | | | 連絡先② | ○○○-××××-○○○○ |
| | | 具体的支援内容 | ☑災害時、避難情報発令時の声かけ　☑避難先への同行　□その他（　　） | | | | |
| | 第２ | 氏名 | | 続柄（関係） | | 連絡先① | |
| | | 住所 | 〒 | | | 連絡先② | |
| | | 具体的支援内容 | □災害時、避難情報発令時の声かけ　□避難先への同行　□その他（　　） | | | | |

⚠ 避難を支援する方も、自分や家族の安全が最優先となります。避難支援をお願いしたからといって、必ずしも支援が受けられるとは限りません。日頃から自分で、できる限りの備えをしましょう。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ⑪ 治療中の病気又は障害名（92文字以内） | 脳梗塞後遺症による左半身不随 | | |
| 治療（障害）内容（92文字以内） | | | |
| ⑫ ⑬ 持病の薬または補装具、医療や介護に必要な器具（各項目38文字以内） | 薬品名／器具名 | | |
| | 対象となる持病または症状／メーカー名 | | |
| | 薬局／取扱店連絡先 | | |
| ⑭ 情報伝達方法（主として避難支援者から本人への伝達）※複数可 | ☑直接の声かけ　☑固定電話　□携帯電話　□携帯メール等　□その他（　　） | | |
| ⑮ 避難場所①（風水害時） | 御成　小学校 | 避難場所③（在宅避難の場所） | １階寝室 |
| 避難場所②（地震時） | 御成中学校 | 避難場所④（自主避難先） | 長男宅 |
| ⑯ 災害リスクの可能性 | ☑洪水・内水　□高潮　☑津波　□土砂災害 | | |
| ⑰ 指定避難場所での懸念事項／特記事項 | | | |

※万が一、計画通りに避難支援ができなくても、計画作成者や避難支援者が責任や義務を負うものではありません。

⑱ 個別計画作成者情報入力欄

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 作成日 | 令和　○ 年（　○○○○　年）　○ 月　○ 日 | | | | |
| 事業所名 | 鎌倉○△□センター | 所属 | ○○○課 | 担当者名 | 鎌倉　桃子 |
| 住所 | 〒○○○-××××<br>鎌倉市○○×-×-× | | | 連絡先 | ○○○○-△△-○○○○ |

*2026.11版*

# ◆◆◆　記 入 要 領　◆◆◆

・支援計画書を作成する前に、【様式第２号】で要支援者本人の意向確認を行ってください。
・その後、下記の要領に従って、計画書の記入をお願いいたします。

| 項目番号 | 記入方法・内容 |
|---|---|
| ① | 所属自治会・町内会を記入してください。不明な場合は未記入で結構です。 |
| ②<br>**必須項目** | **要支援者本人の氏名を記入してください。** |
| ③<br>**必須項目** | **要支援者本人の生年月日、計画書作成時の年齢を記入してください。** |
| ④<br>**必須項目** | **要支援者本人の住所を記入してください。** |
| ⑤<br>**必須項目** | **連絡先を記入してください。** |
| ⑥ | 緊急時の家族等の連絡先について記入してください。 |
| ⑦<br>**必須項目**<br>**（112文字以内）** | **家族構成や同居家族の状況及び本人の居住状況などについて記入してください。**<br>**【記入例１】東京に娘夫婦在住／同居の息子は平日横浜に勤務／妹が大阪在住だが連絡は疎遠等**<br>**【記入例２】通常は１階東側の居間で生活／寝室は２階　等** |
| ⑧<br>（医師名・病名<br>20文字以内） | かかりつけ医などの医療機関について可能な範囲で記入してください。 |
| ⑨ | 要支援者に関する個別の情報について、該当するすべての項目にチェックしてください。 |
| ⑩<br>**必須項目** | **避難を支援する方について記入してください。**<br>**また、具体的な支援内容を記入してください。**<br>**※避難支援者に、個別避難計画に記載されたご自身の情報（氏名・住所・連絡先・要支援者との続柄や関係）が、平時から自治会・町内会、自主防災組織、民生委員児童委員、社会福祉協議会に情報提供されることを了承いただいた上で記入してください。** |
| ⑪<br>（92文字以内） | 要支援者本人の治療中の病気や障害の具体的内容について、可能な範囲で記入してください。<br>【記入例】脳梗塞の後遺症で右半身が不随／２年前に胃がんの手術で全摘　等 |
| ⑫<br>（92文字以内） | ⑪に関する具体的な治療を行っている場合、可能な範囲で記入してください。重要な薬の情報もここに記入してください。 |
| ⑬<br>（各38文字以内） | 持病の薬、補装具、医療や介護に必要な器具がある場合に記入してください。（メーカー名、取扱店の情報は可能な範囲の記入で構いません）※健康増進のための薬（ビタミン剤、栄養剤等）は除きます |
| ⑭ | 避難が必要な場合の要支援者本人への情報伝達方法を選択してください。（複数可） |
| ⑮<br>**必須項目** | **想定する避難先を記入してください。**<br>**（①に風水害時の指定避難所（市内小学校）、②に地震時の指定避難所（市内小中学校）、③に在宅避難の場所、④に自主避難先）**<br>**【記入例】①御成小学校　②御成中学校　③２階寝室　④兄弟宅** |
| ⑯ | 要支援者本人が居住する場所の災害リスクが把握できる場合は記入してください。 |
| ⑰ | 上記項目以外に、要支援者の状況や災害時の避難経路等、避難に関して留意すべき事項があれば記入してください。<br>また、指定避難所（市内小中学校）において懸念される事項があれば記入してください。<br>（例：トイレの介助が必要、騒音でパニックになってしまう、急に大きな声を出してしまう等） |
| ⑱<br>**必須項目** | **この計画書の作成担当者について記入してください。** |