

個別避難計画事業について

令和元年の風水害をはじめとした豪雨災害が激甚化及び頻発化している状況から、避難行動要支援者の安全を確保するため、個別避難計画の作成をしています。

個別避難計画の作成を推進するうえで、「避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針（内閣府）」においては、市町村による避難行動要支援者への避難支援等について、本人の心身の状態や生活実態を把握している福祉事業者等と積極的に連携していくことが重要であるとされています。

本市では令和3年度から個別避難計画の作成に関する取組を開始しており、多くの福祉事業者様には既にご協力をいただいておりますが、引き続きご協力を賜りたいため、本事業についてお知らせします。

1 個別避難計画作成対象者について

本市における個別避難計画（以下、「計画」という。）の作成対象者（以下、「対象者」という。）は、次のとおりです。

（1）特に優先度が高いと判断した者

⇒ 次の①～⑤の要件に合致する避難行動要支援者のうち、計画作成の同意を得た者について、本市が計画を作成します。^{※1}

- ①土砂災害（特別）警戒区域に居住する者
- ②医療機器用の電源喪失により生命の維持に懸念がある者
- ③浸水想定（洪水、内水）が2m以上の区域に居住する者
- ④重症心身障害児者
- ⑤要介護度・障害支援区分が高い者のうち、特に支援を要する者^{※2}

※1：いずれも施設入所者を除く

※2：要介護度5、障害支援区分6

（2）避難行動要支援者のうち、（1）の要件に該当しない方

⇒ 本人や家族、地域による「支えあいカード^{※3}」の作成を勧奨します。

※3：町内自治会等の支援者と避難行動要支援者が、平常時から話し合い、避難時に配慮しなければならない事項や緊急時の連絡先、避難所等の情報、支援にあたる方の情報など、支援に必要な情報を共有するためのもの

2 介護保険事業者様にご協力いただきたい事項について

(1) 計画『作成』及び『更新』に関すること

ア 市から対象者に対する同意確認へのご助言・ご協力

市から対象者への同意確認は書面（郵送）により行います。対象者から計画作成及び更新事業に関する質問や相談があった際には、「安全を確保するための計画」であることを踏まえ、可能な範囲でご助言等をしていただくとともに、必要に応じて本市にお取次ぎいただくなど、ご協力をお願いします。

また、対象者から同意書の提出が確認できない場合は、本市から各介護保険事業者様に対して、対象者の状況確認や提出を促す働きかけを依頼させていただくことがありますので、あらかじめご承知おきください。

イ 計画作成及び更新

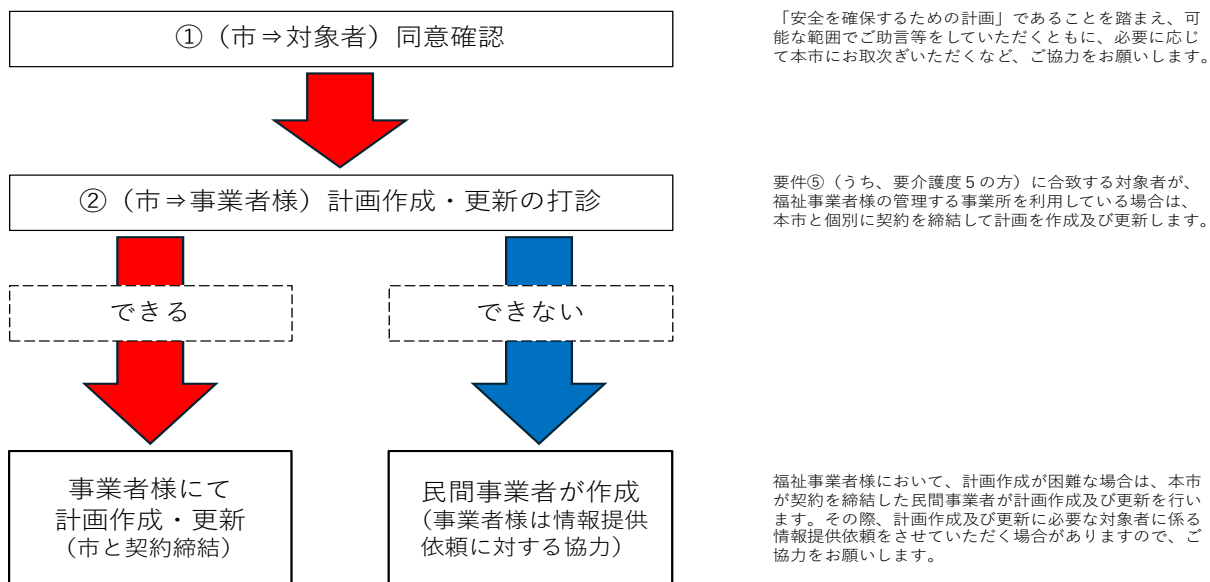
要件⑤（うち、要介護度5の方）に合致する対象者が、福祉事業者様の管理する事業所を利用している場合は、本市と個別に契約を締結して計画を作成及び更新します。

ウ 計画作成及び更新のための情報提供

福祉事業者様において、計画作成が困難な場合は、本市が契約を締結した民間事業者が計画作成及び更新を行います。その際、計画作成及び更新に必要な対象者に係る情報提供依頼をさせていただく場合がありますので、ご協力をお願いします。

※ 対象者の該当がある場合は、別途お知らせします。

※ 対象者から情報提供に関する同意をいただいた場合に限り依頼します。



(2) 直接避難先となることの検討について

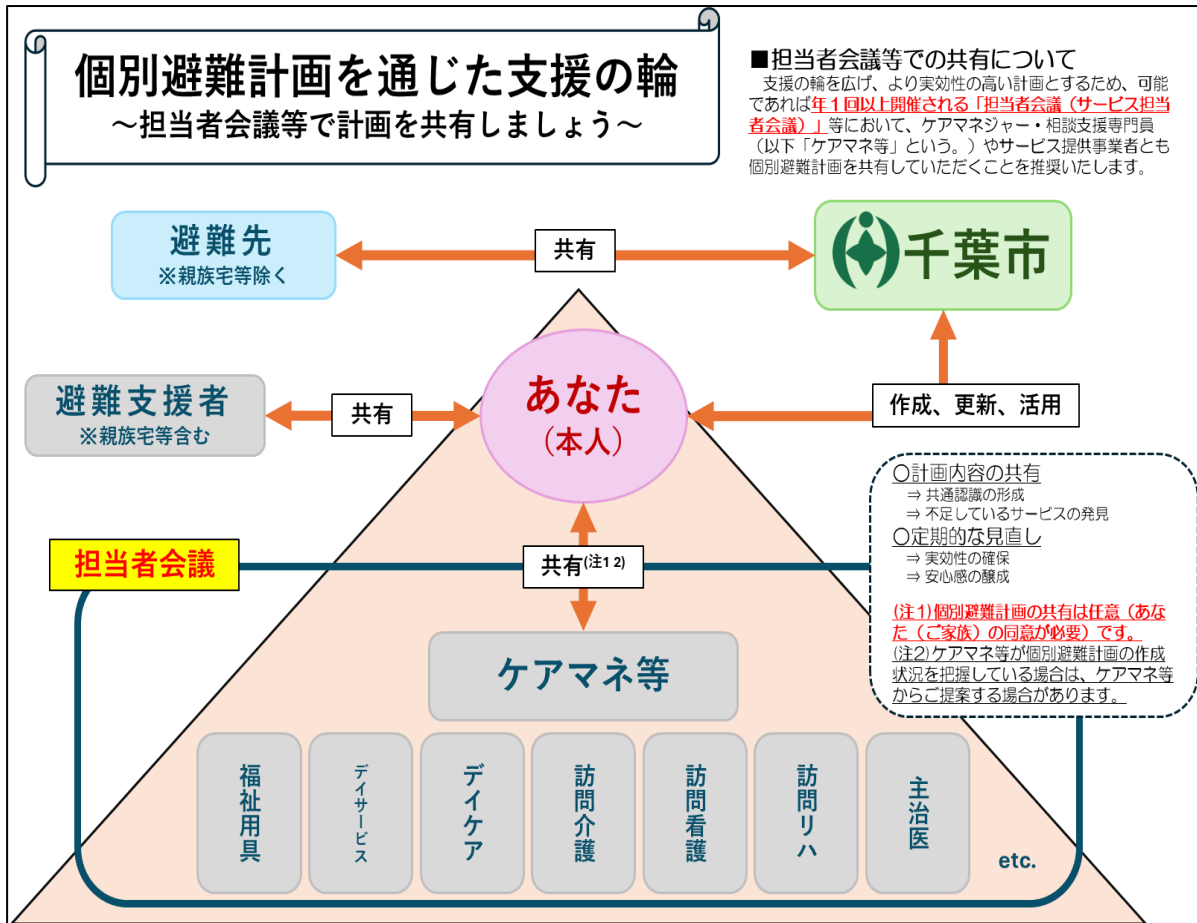
作成対象者の中には、指定避難所での短期間（3日程度）の避難生活でさえ、生命の危機が生じることが想定される又は心身の状況が不可逆的に悪化するおそれがある等の理由から避難先として社会福祉施設等を希望する方が一定数存在します。

そのような方々の災害時における受け入れ可否についてご相談させていただくことがありますので、あらかじめご承知おきください。

(3) 担当者会議での個別避難計画の共有について

支援の輪を広げ、より実効性の高い計画とするため、可能であれば年1回以上開催される担当者会議において、介護保険事業者様やサービス提供事業者とも計画を共有していただくことを推奨しております。

なお、共有には本人（ご家族）の同意が必要となりますが、介護保険事業者様において当該対象者の計画の作成状況を把握している場合には、計画の共有について働きかけいただき、支援体制の構築が促進されるようご協力をお願いいたします。



3 事業概要（令和8年度事業（予定））

（1）計画の作成

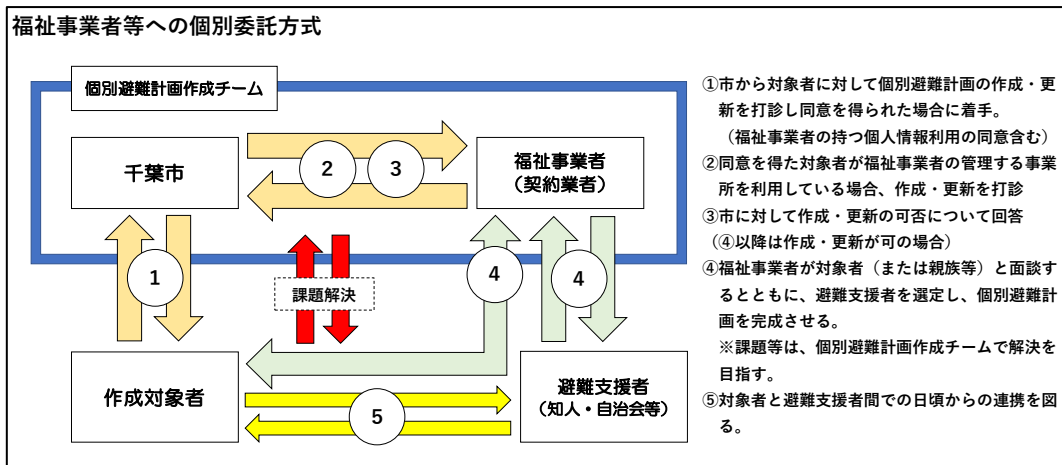
「p1 1（1）」の要件に合致する対象者のうち、計画作成の同意を得た者について、本市が計画を作成します。

※同意を得られない場合は作成努力義務の対象外ですが、同意を得られるよう勧奨します。

引き続き、効率的かつ実用性の高い計画を作成するため、契約先を2つに分けます。

ア 福祉事業者との契約

要件⑤（うち、要介護度5の方）に合致する対象者が福祉事業者様の管理する事業所を利用している場合は、本市と個別に契約を締結して計画を作成します。

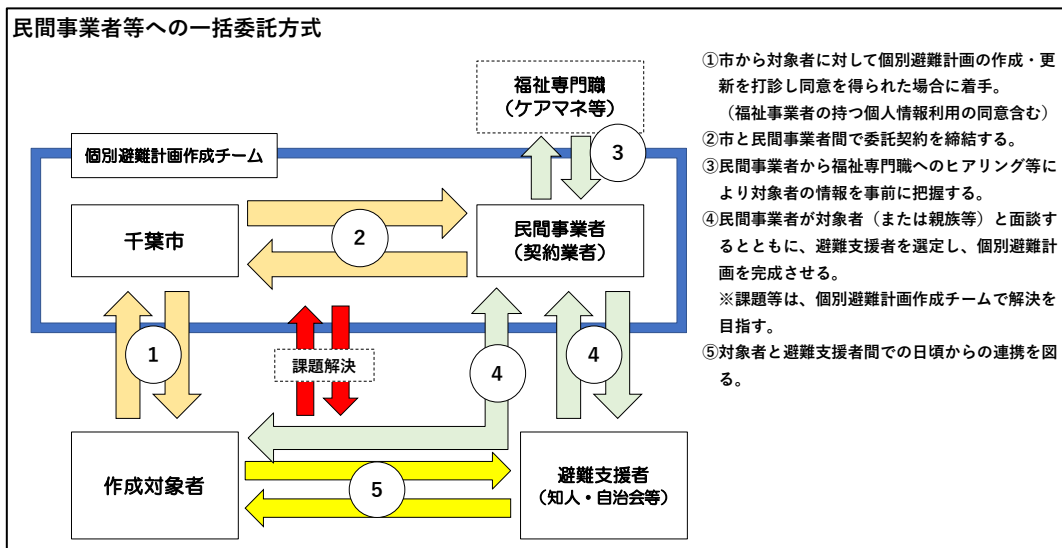


※（参考：要件②・④・⑤（うち、障害支援区分6の方）に合致する対象者は、障害福祉サービスを提供している計画相談支援事業所において作成を予定しています。

イ 民間事業者との契約

要件①、③、⑤（うち、福祉事業者による計画作成が困難な方）に合致する対象者は、本市が契約を締結した民間事業者が計画を作成します。

なお、民間事業者による計画作成にあたり、より正確な情報把握を把握するとともに、対象者本人・家族の負担軽減を図るため、対象者のケアプラン作成を担当する事業所に対して、計画作成に必要な範囲で情報提供の依頼をさせていただきます。



ウ 避難行動要支援者のうち、「p 1 1 (1)」の要件に合致しない者

本市による対象者とならない者（残りの避難行動要支援者や計画作成の同意を得られない者）については、引き続き、地域による支援体制の構築（本人・地域記入の「支えあいカード」の活用等）を進めていきます。

(2) 計画の更新

対象者の心身の状態や取り巻く生活環境は刻一刻と変化しており、その変化に即した内容となるよう、計画を見直しすることは計画の実効性を確保するうえで重要であるため、作成した計画の更新を行います。

(3) 計画の活用

作成した計画の実効性の確認するため、計画内容に基づく訓練を実施し、あらかじめ設定した避難経路や支援方法等で安全かつ迅速に避難ができるか検証を行うとともに、本訓練で新たに明らかになった課題を整理・反映することで計画の実行性をさらに高めます。

4 参考

(1) 令和7年度までの事業概要等を、市ホームページにて公開しています。

(<https://www.city.chiba.jp/somu/kikikanri/bosai/kobetuhinankeikaku.html>)

(2) 避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針

(<http://www.bousai.go.jp/taisaku/hisaisyagyousei/youengosya/r3/index.html>)

(3) 個別避難計画の様式は別紙のとおりです（令和7年度事業で使用しているものであり、今後変更が生じる場合があります。）。

【問い合わせ先】

総合政策局危機管理部防災対策課

電話：043-245-5113

FAX：043-245-5597

Mail：bosaitaisaku.POCR@city.chiba.lg.jp

千葉県避難行動要支援者のための個別避難計画

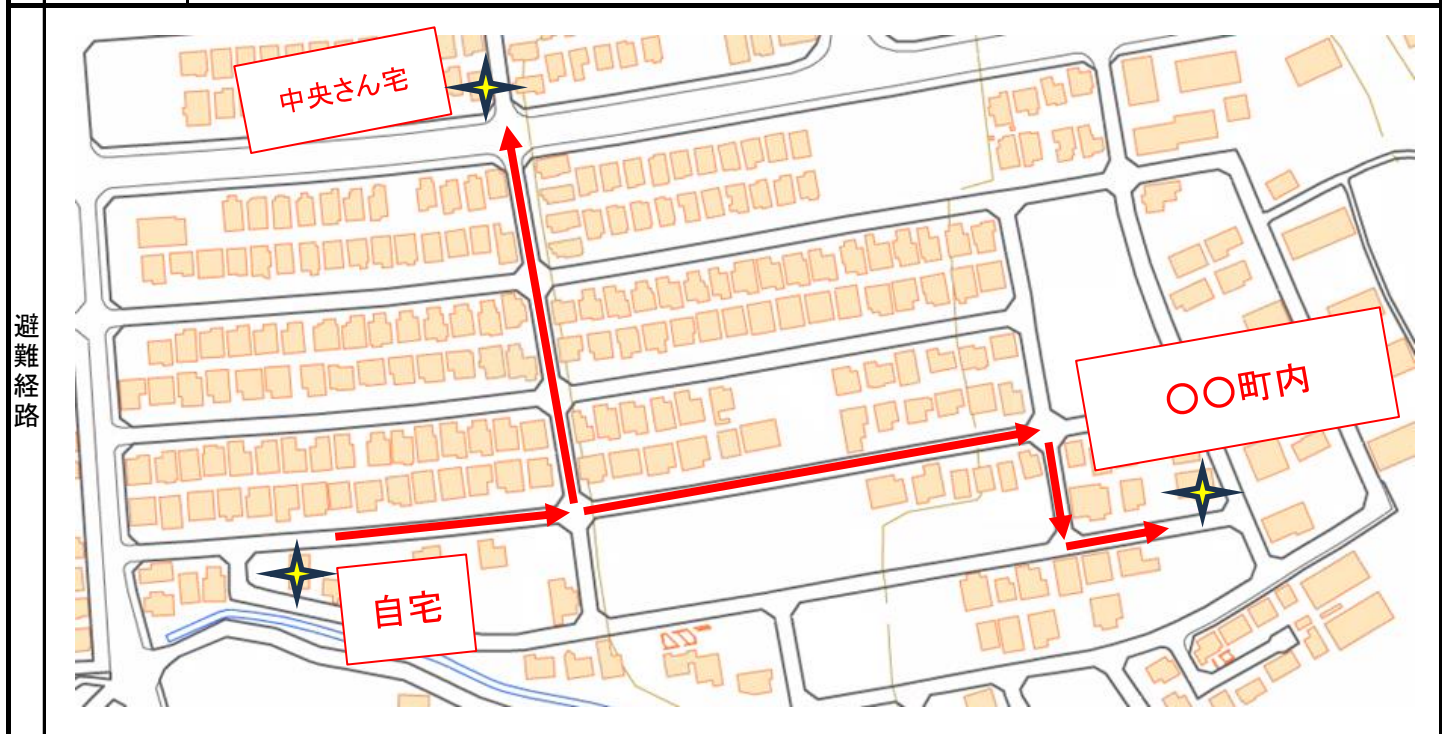
作成日： 令和 年 月 日
 更新日： 令和 年 月 日
 作成者： _____

職員記入欄

<input checked="" type="checkbox"/> 土砂災害	<input type="checkbox"/> 電源喪失	<input type="checkbox"/> 浸水2m	<input type="checkbox"/> 重症心身	<input type="checkbox"/> 介護・障害	R7
--	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----

基礎情報	カ ナ 氏 名	チハ ハナコ 千葉 花子	住 所 (住民票所在地)	〇〇 区 〇〇町△△△-□□□		
	生年月日	昭和25年1月1日	居住地※	区 同上		
	性 別	女	寝室の位置	2階の南側の居室	転倒の危険のある家具	寝室のベッド頭側のラック
	電 話	043-###-####	普段いる部屋	1階リビング		
	E-mail	043-###-####	同居家族等	□ いない ■ いる 2 人 (うち、平日昼間在宅 1 人)		
	F A X	****@***.***.jp	町内自治会	〇〇町内会 (□ 未加入)		
	障害者手帳		<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 3 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 - <input checked="" type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 3 級	障害支援区分	□ 無 □ 1 □ 2 □ 3 ■ 4 □ 5 □ 6	
相談支援専門員		事業所名： _____ 担当者名： - 連絡先： _____	ケアマネジャー	事業所名： ●●●●●●●●●● 担当者名： ■■ ■■ 連絡先： 043-###-####		
避難行動要支援者の状態	主な疾患・障害等		かかりつけの医療機関等		携行医薬品	介護・医療機器
	① 脳梗塞により右側に軽い麻痺がある	医療機関名 ▲▲病院 主治医 ■■医師 電話番号 043-###-####	-		・降血圧剤 ・便を柔らかくする薬	歩行者、車椅子
	②	医療機関名 _____ 主治医 _____ 電話番号 _____	-		薬局名 (**薬局)	
その他留意事項 精神的に不安定なため、一人にしないようにするなどの配慮が必要						
避難支援に関する事項	① 災害情報入手に係る留意事項	<input type="checkbox"/> 自ら入手可能 (<input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> ラジオ <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> その他) <input checked="" type="checkbox"/> 外部からの伝達が必要 (<input checked="" type="checkbox"/> 直接声掛けが必要 <input type="checkbox"/> 声掛け以外の方法が必要) 【その他(詳細)】				
	② 避難行動時の留意事項	<input checked="" type="checkbox"/> 立つことや歩行が不自由なので介助が必要 <input type="checkbox"/> 目や耳が不自由なので介助が必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介護、医療器具の運搬等介助が必要 <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない <input type="checkbox"/> その他 【その他(詳細)】				
	③ 避難先での留意事項	<input checked="" type="checkbox"/> 常時介助が必要 (<input checked="" type="checkbox"/> 食事 <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> 着替え <input checked="" type="checkbox"/> 入浴 <input checked="" type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 (内容： _____) 【その他(詳細)】 床ずれを防ぐため、固い床での生活はできない。				
緊急連絡先	氏名(カナ)		連絡先		住所	
	①	チハ 一郎 千葉 一郎 本人から見た続柄 (子)	電話 043-###-#### E-mail ****@***.***.jp	〇〇県〇〇市 * * 町△△△-□□□		
②	- 本人から見た続柄 ()	電話 _____ E-mail _____				
特記事項	町内自治会から安否確認用のタオルをもらっており、災害時には玄関先にかけることで安否を知らせることとしている。					

災害リスク	土砂災害	<input type="checkbox"/> 該当なし	<input checked="" type="checkbox"/> 該当あり	(<input checked="" type="checkbox"/> 土砂災害警戒区域 <input type="checkbox"/> 土砂災害特別警戒区域)
	浸水想定	<input checked="" type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> 該当あり	(<input type="checkbox"/> 洪水 <input type="checkbox"/> 内水 <input type="checkbox"/> 高潮 <input type="checkbox"/> 津波)
災害時の支援	風水害時	避難先	避難先①	中央 みどりさん居宅
		避難先	避難先②	〇〇町内自治会館
(支援方法) 浸水想定 of 災害リスクは低い場所に住んでいるため、機器が整っている在宅避難を優先する。 土砂災害警戒情報が発令された場合は、車もしくは車椅子で中央 みどりさん居宅への避難を検討する。 ※気象情報を注視し、災害リスクが高いと予想される場合はあらかじめ連絡を取り、避難がスムーズにできるように体制を整える。				
大地震時	大地震時	避難先	避難先①	〇〇町内自治会館
		避難先	避難先②	-
(支援方法) 居宅に異常等が見受けられなければ、在宅避難を第一に検討する。 在宅避難が危険だと思われるときは、加入している〇〇町内自治会館への避難を検討する。 ※中央 みどりさん居宅は、津波の浸水深(想定最大規模)が1m以上2m未満の区域となっているので、避難先とはしない。				



避難支援者	①	氏名(団体名等)	連絡先		住所	
		千葉 二郎(孫)	電話	043-###-####/090-###-####	要支援者と同居	
			E-mail	****@***.***.jp		
		実施可能な支援	<input checked="" type="checkbox"/> 情報伝達 <input checked="" type="checkbox"/> 安否確認 <input checked="" type="checkbox"/> 避難支援 <input type="checkbox"/> その他 (その他の内容:)			
	②	氏名(団体名等)	連絡先		住所	
		中央 みどり	電話	043-###-####	〇〇区〇〇町△△△-□□□	
			E-mail	-		
		実施可能な支援	<input type="checkbox"/> 情報伝達 <input checked="" type="checkbox"/> 安否確認 <input type="checkbox"/> 避難支援 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (その他の内容: 避難先の提供)			
	③	氏名(団体名等)	連絡先		住所	
〇〇町内自治会		電話	043-###-####(代表者)	〇〇区〇〇町△△△-□□□		
		E-mail	-			
	実施可能な支援	<input checked="" type="checkbox"/> 情報伝達 <input checked="" type="checkbox"/> 安否確認 <input checked="" type="checkbox"/> 避難支援 <input type="checkbox"/> その他 (その他の内容:)				

(注1) 避難支援者は、自らが可能な範囲で避難行動要支援者の支援を行うものであり、支援について法的な義務や責任は負いません。
 (注2) 避難支援者の記載は、個人のほか、団体名のみでの記載でも構いません。例:「〇〇防災会」