

ライフラインが止まる、避難が必要になるなどの大規模災害時にどのような課題を検討し、どのように対応策を考えるのかを整理するためのシートです。また発災時に優先的に避難支援を行っていく利用者の一覧表を作成する際に参考となるように作成してあります。

と予想される場合は□の箇所にレ点を入れましょう

避難所生活、停電時など予想される課題

避難所の暮らしや福祉避難所の様子など、日本介護支援専門員協会の「災害対応マニュアル」や「追補版」をよく読んで

予想される課題を事前に関係者と検討しておきましょう

関係者と検討した大規模災害時の対策を記載する優先的に安否確認が必要と判断した場合はレ点を入れましょう

医療機関や難病担当の保健所の方でも災害時対応の検討をすでに行っていることもあります。事前に対策を共有しておきましょう

医療依存度の高い方は、一刻も早い避難や対応が必要と考えられます。特別な医療や医療機器の使用を一覧表の優先順位や特記に記入しておきましょう。

※医療機関や薬局、難病担当の保健所、医療機器・福祉用具業者などでも防災マニュアルなど災害時対策の検討をすでに行っていることもあります。本人や介護者と共に、事前に関係者と話し合っておきましょう。

優先順位①

※優先順位にチェック(レ点)が入った場合は別紙一覧表に反映させます

関係者と検討した大規模災害時の対策を記載する課題が残る場合は優先順位にレ点を入れましょう

住宅や周辺環境に課題が残る場合は災害時利用者一覧表の優先順位に反映させましょう。

市区町村の災害時の危機管理における補助制度を確認しておきましょう。

※住居所有者や本人、家族の意向を確認し、行政の防災や建築関係者から自宅の耐震や転倒家具防止、受けられる補助、避難経路などの必要なアドバイスを受けられるようにしましょう。

優先順位②

特別な医療	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ・カテーテルの管理 <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> じょくそうの処置 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/>
電源使用の医療機器	<input type="checkbox"/> レスビレーター(人工呼吸器) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/>
内服・衛生用品	欠かせない医薬品や衛生用品がある	<input type="checkbox"/>
電源使用の福祉用具	<input type="checkbox"/> 電動ベット <input type="checkbox"/> エアマット <input type="checkbox"/> 昇降機 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/>

項目	課題の整理	危険チェック
b.住居・周辺環境	家屋が古い(昭和56年以前)、家が傾いている、地盤が弱いなど震災時に倒壊が心配される ※別紙「誰でもできる我が家の耐震診断」を参照	<input type="checkbox"/>
	震災時に家具等が転倒する危険がある	<input type="checkbox"/>
	津波や水害やがけ崩れ、液状化等の危険が考えられる ※対象地域のハザードマップを確認しておきましょう	<input type="checkbox"/>
	必要な自宅備蓄品や非常持出品(保険証・常備薬、お薬手帳など)の準備が揃っていない	<input type="checkbox"/>
	避難ルートに危険箇所(がけ崩れ、水害、ブロック塀崩壊の危険など)がある	<input type="checkbox"/>

阪神淡路大震災では、犠牲者の8割以上の方が建物の崩壊や家具の転倒、その後の火災等により亡くなっているとされています。1981年(昭和56年)以前に建てられた家の多くが全壊または半壊したという報告があります。

※無料耐震診断や耐震補強の助成金、転倒防止器具の取付費補助、ブロック塀の撤去費の補助制度などを確認しておきましょう。

c.避難する所	危険を一時的に回避する場合	避難地
	自宅で暮らせない場合	避難所
避難所で暮らせない方の場合 福祉避難所は特に介護が必要な方への設備や人員の整備があります。 介護保険施設は法に基づき、大規模災害時はやむを得ない状況として施設の定員超過が認められます。		

身体	認知	要介
J1	自立	支1
J2	I	支2
A1	II a	介1
A2	II b	介2
B1	III	介3
B2	IV	介4
C1	M	介5
C2		



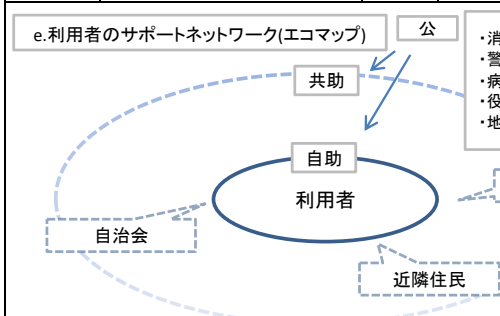
実際に避難が想定される避難場所を調べて記入する(一覧表に記載する)	避難地(集合場所)/避難所
福祉避難所	避難場所を事前に確認しておくことで、発災時の素早い安否確認を可能にし、避難先への情報提供につなげます。
介護保険施設	病院・主治医名
その他(身を寄せる可能性のある親族など)	

※現在の状況の箇所にレ点を入れ、あてはまる箇所に○印をつけましょう

項目	移動の方法	現在の状況
d.避難方法	自力で徒歩	<input type="checkbox"/>
	手引き誘導	<input type="checkbox"/>
	車いす介助(所有: 有・なし)	<input type="checkbox"/>
	ストレッチャー介助・担架を使用	<input type="checkbox"/>
	日中や時間帯によっては、避難支援者が不在になる(介護者の帰宅困難も想定しておく)	<input type="checkbox"/>

災害時要援護者登録の有無	有 なし
災害時要援護者登録 特に、要介護3以上の方や認知症の方、一人暮らしで一人では避難できない方などには必要な制度です。詳しくは、市町村・区にご確認ください。	
登録への希望の有無	有 なし
※必要性を理解していただき、登録するように勧めましょう。	

避難方法や避難支援者を記載し、課題が残る場合は優先順位にレ点を入れましょう	優先順位③
避難方法における配慮	発災直後は、地域住民の助け合いがとても重要となります。自宅に住めない場合に寝室の位置などご近所同士確認し合うことが大切です。近所との付き合いがない方、周りに避難支援者がいない場合など、優先順位が上がります。
想定される避難支援者	



f.利用者の避難経路及び避難箇所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 避難地 <input type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> 福祉避難所 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 病院
エコマップを本人や家族と作成し、支援が可能な人や公共機関、事業所等を確認し、災害時の避難方法を確認しておきましょう。	
自宅からの避難経路や方法、避難先の位置や距離(徒歩何分)など、わかる範囲で事前に確認しておきましょう。	

発災時に担当の介護支援専門員がいなくても、優先的に安否確認の必要な利用者へ早期の対応ができるように、

優先順位は災害の規模や周辺の被害状況で変わってきます。特記には状況に応じた柔軟な対応が可能となるように必要最小限の情報を載せておきましょう。

災害時利用者一覧表 (安否確認優先順位)

事業所名 (担当者) ※ 優先順位と想定される避難場所の項目は災害時リスク・アセスメントシートとリンクさせます 作成日 年 月 日

No	優先順位(※)			地域区分	氏名(年齢)	住所(自治会名)	想定される避難場所(※)		特記	担当ケアマネ	安否確認できた日
	①医療や介護	②環境	避難				避難所	介護・医療機関			
1	人工呼吸器		高	△地区	佐藤○男(75)	〇〇市〇〇123-1(〇〇自治会)	〇〇病院		高齢世帯、妻は要支援者 ALS、ストレッチャー移動、胃ろう、吸引		
2	経管栄養・吸引	○	高	△地区					高齢世帯、転倒家具危険 ストレッチャー移動、胃ろう、吸引		
3	経管栄養・褥瘡		日	△△地区					長男家族と同居、日中独居 ストレッチャー移動、胃ろう、褥瘡あり		
4	経管栄養		○	〇〇地区					長女と同居 ストレッチャー移動、胃ろう		
5	人工透析	○	高	〇〇地区					高齢世帯、妻は精神疾患、古い家屋・転倒家具 車いす使用、透析(月・水・金)		
6	人工透析		高	□□地区					高齢世帯 車いす使用、透析(火・木・土)		
7	在宅酸素	○	独	□□地区					独居、孤立傾向、古い家屋 在宅酸素3ℓ/分		
8	在宅酸素		独	□□地区					独居、孤立傾向、古い民家 在宅酸素3ℓ/分		
9	認知症による混乱	○	独	△△地区					独居・孤立傾向、古い民家 中度の認知症		
10	認知症による混乱	○	高	△△地区					高齢者世帯、古い家屋 軽度の認知症		
11	認知症による混乱		○	〇〇地区					長男と二人暮らし、長男は精神疾患がある 軽度の認知症		
12	認知症による混乱		○	〇〇地区					長男家族と同居 重度の認知症、避難先で馴染めない・混乱		
13	精神疾患による混乱		独	〇〇地区					独居 精神疾患、近所の知り合いがいれば安心		
14				〇〇地区		〇〇市△△123-1(△△自治会)					
15											
16											
17											
18											

災害時リスク・アセスメントシートに記載した避難場所を記入します。安否確認や避難先への連絡に活用していきます。

災害時リスク・アセスメントシートの優先順位にチェックが入ればここに、し点を入れて優先度を定める際の参考にします。医療依存度の高い方は、一刻も早い避難や対応が必要と考えられます。特別な医療や医療機器の使用を一覧表の優先順位に記入しておきましょう。また、世帯の状況や認知症等による早期の対応が必要と考えられる方も優先順位を高く設定しておきましょう。互いの利用者の情報を共有するためにも、優先度は事業所ごと話し合っておきましょう。避難支援の欄には、独居→独 高齢世帯→高 日中独居→日

発災時の安否確認の際に本人を確認できた日を記載する欄とな

避難所の中で自治会ごとスペースを作ることが考えられます。自治会ごと避難所を移動することがあります。知っておくと安否確認に役に立つ情報となります。また、事業所によっては地域ごと安否確認を行う場合も考えられます。地域区分を活用し、地

急変時及び災害時台帳

作成日 平成 年 月 日

氏名(カナ)	()殿	生年月日	
住所(自治会名)	()		
医療機関 ・ 主治医、医療機関			写真 
災害時に想定される避難場所 ・ 避難所、福祉避難所、介護施設 医療機関			
災害時の移動方法 所有している移動用具 (有 ・ 無)			
特記 ※必要に応じて記載 ・ 特別な医療 ・ 電源使用の医療・福祉機器 ・ 欠かせない医薬・衛生用品 ・ 災害時に配慮すべき健康や介護の課題など	感染症 (無) アレルギー (無)		
担当ケアマネ 連絡先	事業所名 TEL	担当者名 緊急時連絡先	
地区民生委員 連絡先 ※ 必要に応じて記載	氏名 TEL 自宅・勤務先	携帯など	
緊急時連絡先 災害時要援護者登録 (有 ・ 無)	氏名 住所 TEL 自宅・勤務先 携帯	関係	氏名 住所 TEL 自宅・勤務先 携帯
	氏名 住所 TEL 自宅・勤務先 携帯	関係	氏名 住所 TEL 自宅・勤務先 携帯
その他 ※必要に応じて記載 ・ 日中居る部屋や寝室などの見取り図 ・ 住居の課題、倒壊や転倒家具の危険 ・ 避難経路や周辺環境に、洪水・山崩れ・液状化などの危険箇所			

私の急変時及び緊急時に必要となるこれらの情報を、私に関係する機関(医療機関・介護施設・自治会役員等・民生委員)へ提供することを承諾します。 同意者 本人氏名

記載事例の概要

氏名及び年齢	介護 花子 83歳
担当事業所及び 介護支援専門員	みどり居宅介護支援事業所 介護 太郎
住 所	東京都千代田区
世 帯	長男と二人暮らし
要介護度	要介護3
現 疾 患	両側変形性股関節症 (股関節術後耐用年数経過、再手術せず経過観察中) 高血圧、便秘症
介護の状況	<p>他県で一人暮らしをしていたが、身の回りのことが困難となり、一年程前から長男(日中は仕事に行く)と二人で暮らしている。 股関節に負担をかけられないため、歩行はつかまり歩きで数歩程度しかできない。ベットや椅子の生活にて何とか日中を一人で過ごすことができている。自分から外に出かけられず、近所には知り合いがほとんどいない。</p> <p>週2回の訪問介護(昼食の用意・投薬管理)、週3回の通所介護(入浴・日中介護)、長男不在時に短期入所生活介護を利用している。</p>

災害時リスク・アセスメントシート(課題・対応策整理票)

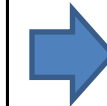
作成日 : 2012年 9月 30日

作成者所属 : みどり居宅

作成者氏名 : 介護 太郎

利用者氏名 介護 花子(カゴハナコ) 殿 ※ 課題や危険があると予想される場合は□の箇所にレ点を入れましょう

項目	課題の整理	課題チェック	避難所生活、停電時など予想される課題
a. 医療や介護の状況	健康や介護 災害時に配慮すべき健康や介護の課題がある ※ 精神疾患や認知症等による避難生活の課題はここに記載する	<input checked="" type="checkbox"/>	塩分制限があり6g/日 股関節術後耐用年数が経過、再手術をせず経過観察中。日常生活上、無理な運動や動作は避ける必要がある。和式トイレでは排泄ができない。 浴槽の跨ぎができない。 仙骨部に床ずれができやすいため、配慮が必要。
	特別な医療 <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ・カテーテルの管理 <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> じょくそうの処置 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/>	
	電源使用の医療機器 <input type="checkbox"/> レスピレーター(人工呼吸器) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/>	
	内服・衛生用品 欠かせない医薬品や衛生用品がある	<input checked="" type="checkbox"/>	
	電源使用の福祉用具 <input type="checkbox"/> 電動ベット <input type="checkbox"/> エアマット <input type="checkbox"/> 昇降機 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/>	



予想される課題を事前に関係者と検討しておきましょう

関係者と検討した大規模災害時の対策を記載する
優先的に安否確認が必要と判断した場合は優先順位にレ点を入れましょう

主治医と相談
大規模災害時に、自宅で生活ができないような状況の際には、いわゆる体育館のような避難場所では、身体機能上困難と思われる。自宅での生活が困難な場合、車いすでの生活が可能な福祉避難所か、できれば使い慣れた短期入所施設の利用が良い。

本人や家族の希望
自宅で過ごせない場合は、通常利用している●●短期入所事業所での避難生活を希望する。

物忘れあるため、飲んだかどうか確認が必要
●●●● 1錠 朝食後
●●●●● 1錠 朝食後
●●●● 2錠 寝る前

優先順位
①

※優先順位にチェック(レ点)が入った場合は別紙一覧表に反映させます

項目	課題の整理	危険チェック	
b. 住居・周辺環境	家屋が古い(昭和56年以前)、家が傾いている、地盤が弱いなど震災時に倒壊が心配される ※ 別紙「誰でもできる我が家の耐震診断」を参照	<input checked="" type="checkbox"/>	<p>昭和56年以前に建てられた古い木造民家。寝室と居室にダンスや食器棚が置かれている。いずれも転倒防止器具での固定はされていない。 また、震災時に液状化が予想される地域となっている。</p>
	震災時に家具等が転倒する危険がある	<input checked="" type="checkbox"/>	
	津波や水害やがけ崩れ、液状化等の危険が予想される ※ 対象地域のハザードマップを確認しておきましょう	<input checked="" type="checkbox"/>	
	必要な自宅備蓄品や非常持出品(保険証・常備薬、お薬手帳など)の準備が揃っていない	<input type="checkbox"/>	
	避難ルートに危険箇所(がけ崩れ、水害、ブロック塀崩壊の危険など)がある	<input type="checkbox"/>	



予想される課題を事前に関係者と検討しておきましょう

関係者と検討した大規模災害時の対策を記載する
課題が残る場合は優先順位にレ点を入れましょう

区役所の担当課へ確認
震災の際には液状化の影響も受け、大きく揺れることが予想される地域。区では昭和56年5月以前に建てられた木造住宅で要介護3以上の方を介護されている世帯の場合、耐震診断や耐震補強工事などの助成と3組までの転倒家具防止器具の取付が無料で受けられる。
→ 本人や家族へ制度の案内してみる。
また、液状化の影響によりライフラインは寸断され通常の日常生活は数週間、送れなくなると予想される。

本人や家族の希望
受けられる制度は検討したい。
申請は息子が行っていく。

優先順位
②

別紙8

危険を一時的に回避する場合 → **避難地**

自宅で暮らせない場合 → **避難所**

c. 避難する所

避難所で暮らせない方の場合
福祉避難所は特に介護が必要な方への設備や人員の整備があります。
介護保険施設は法に基づき、大規模災害時はやむを得ない状況として施設の定員超過が認められます。

身体	認知	要介
J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 I II a II b III IV M	支1 支2 介1 介2 介3 介4 介5

被災後は混乱が予想されます。避難先へ適切な情報提供ができるよう準備をしておきましょう。

軽介護 → 重介護 → 医療依存度の高い

実際に避難が想定される避難場所を調べて記入する(一覧表に記載する)

避難地(集合場所)/避難所
避難地の指定なし / ○○○○小学校

福祉避難所名
二次避難所として○○○○高齢者センター

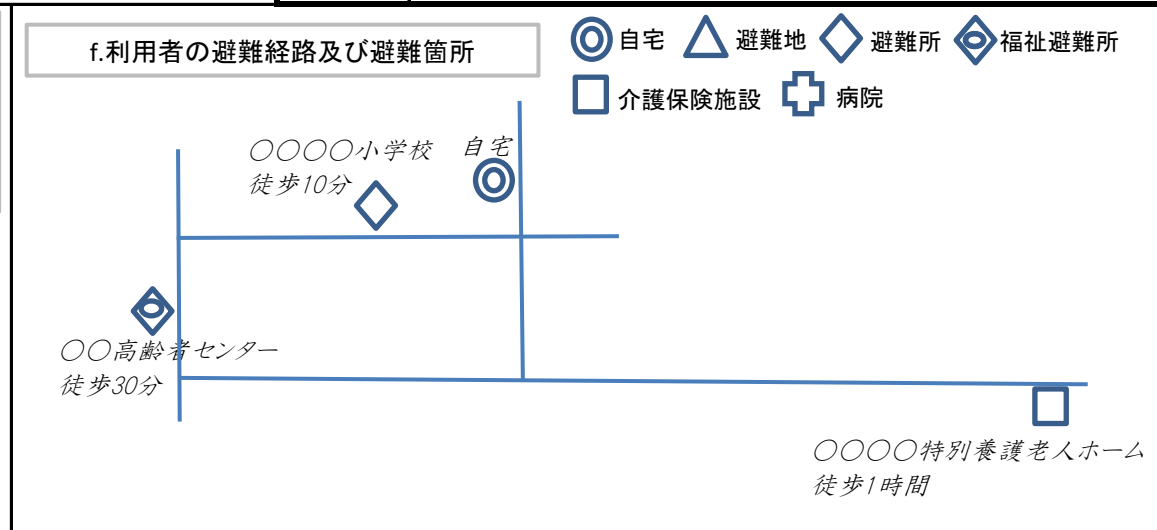
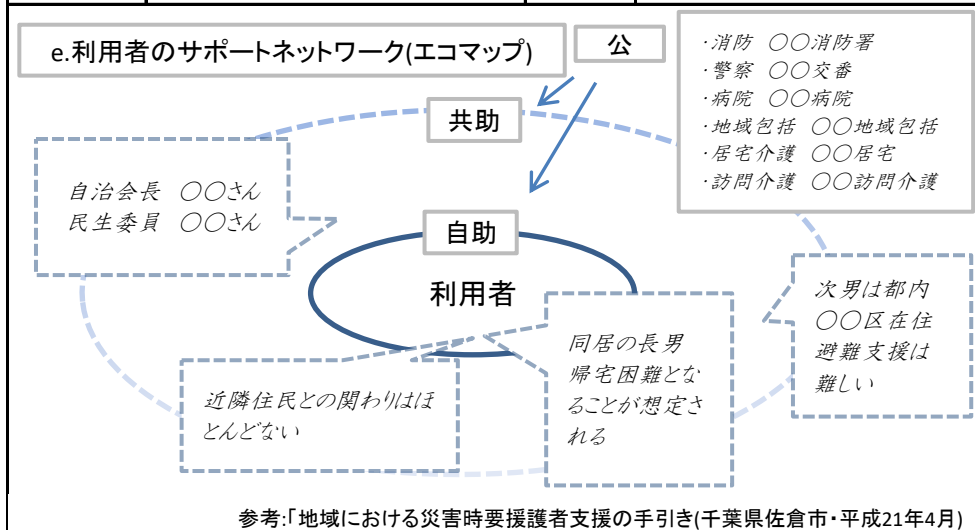
介護保険施設名(ショートステイ等の利用歴のある施設名など)
○○○○特別養護老人ホーム

病院・主治医名
○○○○総合病院

その他(身を寄せる可能性のある親族など)

※ 現在の状況の個所にレ点を入れ、あてはまる個所に○印をつけましょう

項目	移動の方法	現在の状況	災害時要援護者登録の有無	避難方法や避難支援者を記載し、課題が残る場合は優先順位にレ点を入れましょう
d. 避難方法	自力で徒歩	<input type="checkbox"/>	有 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	避難方法における配慮 液状化の影響で、道路が凸凹となり、車両や車いすでの移動が困難になると思われる。避難先までの車いすで移動する際には二人以上での対応が必要と思われる。
	手引き誘導	<input type="checkbox"/>		
	車いす介助(所有: 有・なし)	<input checked="" type="checkbox"/>	災害時要援護者登録 特に、要介護3以上の方や認知症の方、一人暮らしで一人では避難できない方などには必要な制度です。詳しくは、市町村・区にご確認ください。	想定される避難支援者 同居長男は、仕事先からの帰宅困難となるリスクが高い。近隣に知り合いがほとんどいないため、災害時要援護者登録の希望をされていない様子。近隣住民とのつながりを今後、長男や民生委員と検討していきたい。
	ストレッチャー介助・担架を使用	<input type="checkbox"/>	登録への希望の有無 有 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
	日中や時間帯によっては、避難支援者が不在になる(介護者の帰宅困難も想定しておく)	<input checked="" type="checkbox"/>	※ 必要性を理解していただき、登録するように努めましょう。	
				優先順位 ③ <input type="checkbox"/>



第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 H24年12月 8日

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 介護 花子 殿 生年月日 S2 年 10 月 12 日 住所 東京都千代田区神田小川町

居宅サービス計画作成者氏名 介護 太郎

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 みどり居宅介護支援事業所

居宅サービス計画作成(変更)日 H24 年 12 月 8 日 初回居宅サービス計画作成日 H23年 12月 1日

認定日 H24 年 12 月 1 日 認定の有効期間 H25 年 1 月 1 日 ~ H25 年 12 月 31 日

要介護状態区分 要支援 ・ 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

利用者及び家族の生活に対する意向
本人：息子たちに心配をかけないようにしたい。近所に知り合いがないので、一人でいる時が心配になる。
「川柳や俳句の会にこれからも参加したい。お風呂に入ると体の痛みもとれて生き返ります。」と話す。
長男：入浴の世話や日中など私の不在時の介護や安全への配慮をお願いしたい。できるだけ外に出て、楽しみを作ってやりたい。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

総合的な援助の方針
少しずつこちらの生活に慣れてきているようです。「長男のところに来て本当によかった」と思っていけるように
ご近所とのつながりや地域の社会資源を活用しながら、安心してこの町で生き生きと暮らしていけるようにしていきましょう。
緊急連絡先：長男 090-xxxx-xxxx 次男 03-xxxx-xxxx
主治医 03-xxxx-xxxx

生活援助中心型の算定理由
1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他 ()

居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。 説明・同意日 年 月 日 利用者同意欄 印

第2表

居宅サービス計画書(2)

利用者名 介護 花子 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
お風呂に入って心も身体もリフレッシュしたい。	膝の痛みが増強しないように、身体の清潔を保ち心身ともに温まる	25.1.1 ～ 25.6.30	冬の寒い時期を皮膚のトラブルなく健康でいられるようにする。	25.1.1 ～ 25.3.31	本人のペースで着脱・移乗・洗身介助、座位保持の支援や皮膚観察	○	通所介護	○○デイサービスセンター	週3回	25.1.1 ～ 25.3.31
昔からやっていた手芸や川柳を行っていききたい。		25.1.1 ～ 25.6.30		25.1.1 ～ 25.3.31		○	通所介護	○○デイサービスセンター	週3回	25.1.1 ～ 25.3.31
昼食の用意や投薬の管理を支援してほしい。		25.1.1 ～ 25.6.30		25.1.1 ～ 25.3.31		○	訪問介護	○○訪問介護センター	週2回	25.1.1 ～ 25.3.31
長男の長期出張や不在時の対応を考えたい。		25.1.1 ～ 25.6.30		25.1.1 ～ 25.3.31		○	短期入所生活介護	○○短期入所事業所	必要時	25.1.1 ～ 25.3.31
地震が起きても安全に過ごせるようにしたい。	自宅の安全が確保され、発災時の避難が敏速に行われる。	25.1.1 ～ 25.6.30	近所の方とつながりができ、発災時の避難支援ができていく。	25.1.1 ～ 25.3.31	地域の行事を近所の声かけと支援で、車いすに乗って参加できる。 災害時要援護者の説明と勧めを行う。		地域ボランティア自治会	地区福祉委員 近隣の支援者 民生委員	年に2回 随時	25.1.1 ～ 25.3.31
			関係機関と連携し、発災時対応の役割を決めていく。	25.1.1 ～ 25.3.31	耐震診断や耐震補強工事の助成と転倒家具防止器具の取付を受ける。		家族 ○○役所	長男 ○○課 ○○課	随時	25.1.1 ～ 25.3.31
					それぞれの箇所で暮らせない場合、自宅→避難所→○○短期入所事業所→医療機関の順で避難していく。		状態確認 避難支援 避難生活支援	ケアチーム 居宅、包括、主治医、自治会、民生委員、近隣支援者、デイ、ヘルパー、ショート	発災時	25.1.1 ～ 25.3.31

