

避難行動要支援者（障害児・者）の個別避難計画について

I．避難行動要支援者名簿（P2、3）

1. 概要
2. 対象者
3. 名簿の種類

II．個別避難計画（P4）

1. 概要
2. 作成スケジュール

III．医療的ケア児・者の個別避難計画（P5～15）

1. 概要
2. 法令等の体系等
3. 作成対象者
4. 作成方法
5. 計画書の構成
6. 計画書の様式

【参考】（P16）

- 障害者の避難行動要支援者名簿の掲載基準（抽出方式）

I.避難行動要支援者名簿

1.概要

- 東日本大震災の際、障害者等について、情報提供、避難、避難生活等において対応が不十分であったため、障害者等に係る名簿の整備・活用の促進を図ることが必要
- 平成25年の災害対策基本法の改正により、災害時に自ら避難することが困難な障害者等の「避難行動要支援者」について、市町村が「避難行動要支援者名簿」を作成することが義務化

2.対象者

○避難行動要支援者名簿は、以下2つの方法により対象者を選定の上、作成

●抽出方式

・市が保有するデータから対象者を抽出し、名簿に登録

【①要介護認定者・②障害者】※②障害者の掲載基準は、PI6に記載

●手上げ方式

・希望する方を名簿に登録

【③高齢者・④難病患者等・⑤乳幼児・⑥妊産婦・⑦外国人・⑧その他本人等からの申し出があり、市長が必要と認める者】

3.名簿の種類

○名簿には「災害時」と「平常時」の2種類がある。

●災害時避難行動要支援者名簿（以下「災害時名簿」という。）

・上記の抽出方式及び手上げ方式により、避難行動要支援者が掲載された名簿（本人の同意は不要。ただし、登録を希望しない場合は、登録しない）

・名簿は、災害時のみ、市から地域の避難支援等関係者（自治会・自主防災組織等）に提供される。

●平常時避難行動要支援者名簿（以下「平常時名簿」という。）

・災害時名簿に掲載された避難行動要支援者のうち、平常時においても、名簿を避難支援等関係者に提供することに同意した方が掲載された名簿

・避難支援等関係者は、平常時名簿に掲載された避難行動要支援者に対し、訪問による聞取調査等を実施し、個別避難計画を作成する。

★災害時名簿と平常時名簿の関係

災害時名簿

避難支援等関係者に提供の同意あり

「平常時名簿」に掲載

平常時においても

個別避難計画を作成

★令和6年度佐倉市避難行動要支援者名簿（令和6年1月1日基準日）

【単位：人】

区分	理由	災害時名簿登録者	平常時名簿登録者
①	要介護認定者	1,425	883
②	障害者	1,912	1,440
③	高齢者	130	130
④	難病患者	5	5
⑤	乳幼児	4	4
⑥	妊産婦	2	2
⑦	外国人	0	0
⑧	その他	29	29
	合計	3,507	2,493

<参照条文>災害対策基本法

（避難行動要支援者名簿の作成）

第四十九条の十 市町村長は、当該市町村に居住する要配慮者のうち、災害が発生し、又は災害が発生するおそれがある場合に自ら避難することが困難な者であつて、その円滑かつ迅速な避難の確保を図るため特に支援を要するもの（以下「避難行動要支援者」という。）の把握に努めるとともに、地域防災計画の定めるところにより、避難行動要支援者について避難の支援、安否の確認その他の避難行動要支援者の生命又は身体を災害から保護するために必要な措置（以下「避難支援等」という。）を実施するための基礎とする名簿（以下この条及び次条第一項において「避難行動要支援者名簿」という。）を作成しておかなければならない。

2 避難行動要支援者名簿には、避難行動要支援者に関する次に掲げる事項を記載し、又は記録するものとする。

- 一 氏名
- 二 生年月日
- 三 性別
- 四 住所又は居所
- 五 電話番号その他の連絡先
- 六 避難支援等を必要とする事由
- 七 前各号に掲げるもののほか、避難支援等の実施に関し市町村長が必要と認める事項

3、4（略）

Ⅱ.個別避難計画

1.概要

- 令和元年台風19号等の災害において、多くの障害者等が被害を受けたことを踏まえ、災害時の避難支援を実効性あるものにすることが必要
- 令和3年の災害対策基本法の改正により、災害時に自ら避難することが困難な障害者等の「避難行動要支援者」について、市町村が「個別避難計画」を作成することを努力義務化

2.作成スケジュール

- 国指針(※)に「改正法施行後からおおむね5年程度で個別避難計画を作成」することが努力目標として示されている。佐倉市では、個別避難計画に係る事務処理要領等に基づき、令和8年度末までに個別避難計画の作成を促進するものとする。
- (※)「避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針」(R3.5改訂、内閣府)

<参照条文>災害対策基本法

(個別避難計画の作成)

第四十九条の十四 市町村長は、地域防災計画の定めるところにより、名簿情報に係る避難行動要支援者ごとに、当該避難行動要支援者について避難支援等を実施するための計画(以下「個別避難計画」という。) を作成するよう努めなければならない。ただし、個別避難計画を作成することについて当該避難行動要支援者の同意が得られない場合は、この限りでない。

2 (略)

3 個別避難計画には、第四十九条の十第二項第一号から第六号までに掲げる事項のほか、避難行動要支援者に関する次に掲げる事項を記載し、又は記録するものとする。

一 避難支援等実施者(避難支援等関係者のうち当該個別避難計画に係る避難行動要支援者について避難支援等を実施する者をいう。次条第二項において同じ。)の氏名又は名称、住所又は居所及び電話番号その他の連絡先

二 避難施設その他の避難場所及び避難路その他の避難経路に関する事項

三 前二号に掲げるもののほか、避難支援等の実施に関し市町村長が必要と認め る事項

4、5 (略)

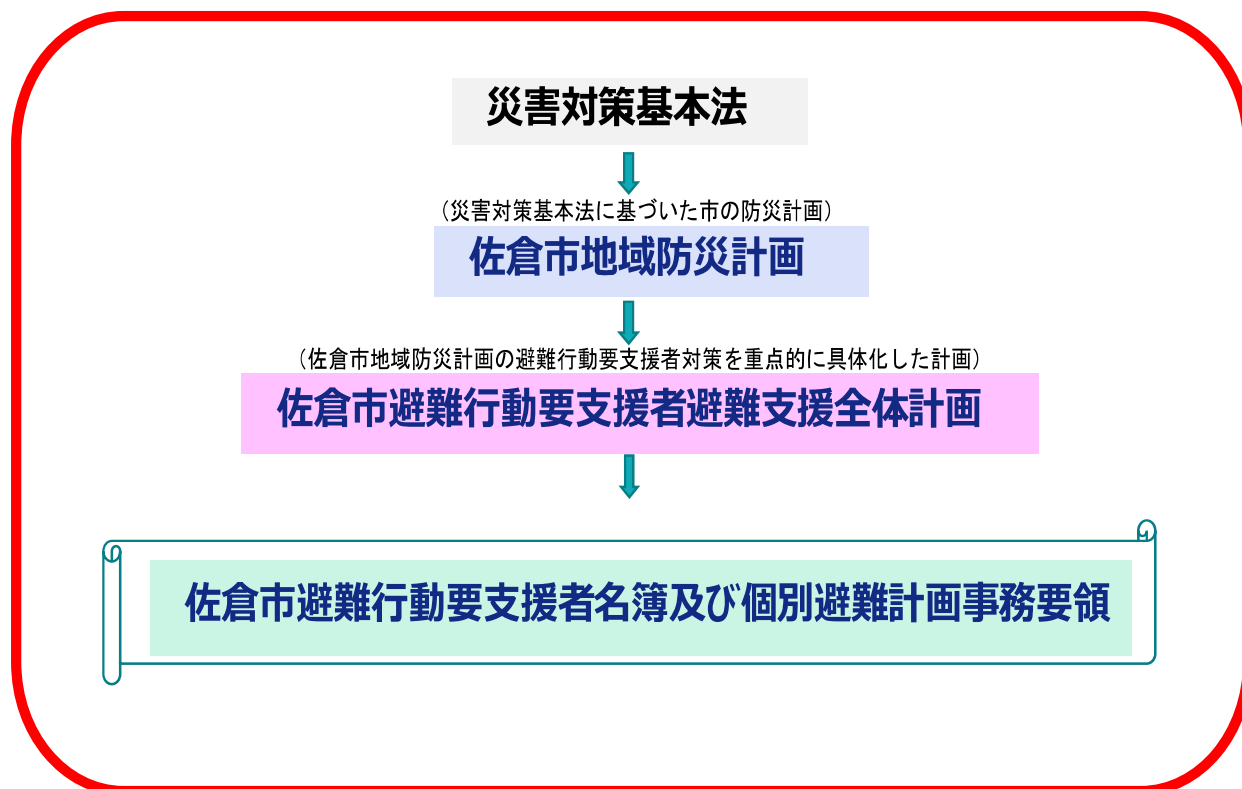
Ⅲ.医療的ケア児・者の個別避難計画

1. 概要

○佐倉市では、「佐倉市地域防災計画」の避難行動要支援者対策を具体化するため「佐倉市避難行動要支援者避難支援全体計画」を策定している。この計画に基づき定められた「佐倉市避難行動要支援者名簿及び個別避難計画事務要領」にて、避難行動要支援者として規定されている方々の「個別避難計画」の作成に取り組む。

○平常時名簿に掲載された避難行動要支援者のうち、優先度が高いと考えられる、佐倉市災害ハザードマップで指定する浸水想定区域、土砂災害警戒区域にお住まいの方及び電源喪失が生命維持のリスクに直結する医療的ケア児・者の方の個別避難計画作成に向けて取組を行っていく。

2. 法令等の体系



3. 作成対象者

○医療的ケア児者の個別避難計画（以下「医ケア個別避難計画」という。）の作成対象者は、避難行動要支援者の平常時名簿に掲載されている障害者のうち、医療的ケアが必要で、居宅で生活する以下のいずれかに該当する者を対象とする。

- ① 人工呼吸器を常時装着している者※1
- ② 電源喪失により生命の維持に懸念がある医療機器（人工呼吸器を除く。）を常時装着している者※2
- ③ その他市長が必要と認めた者※3

※1 人工呼吸器を常時装着している者…18歳未満の者は「障害福祉サービス等利用における医療的ケア判定スコア」のある者で人工呼吸器を使用している者、18歳以上の者は障害福祉サービス利用者で特別な医療に関連する項目の中の「レスピレーター」の項目がある者及び相談支援専門員等が人工呼吸器を常時装着していると判断した者としてします。

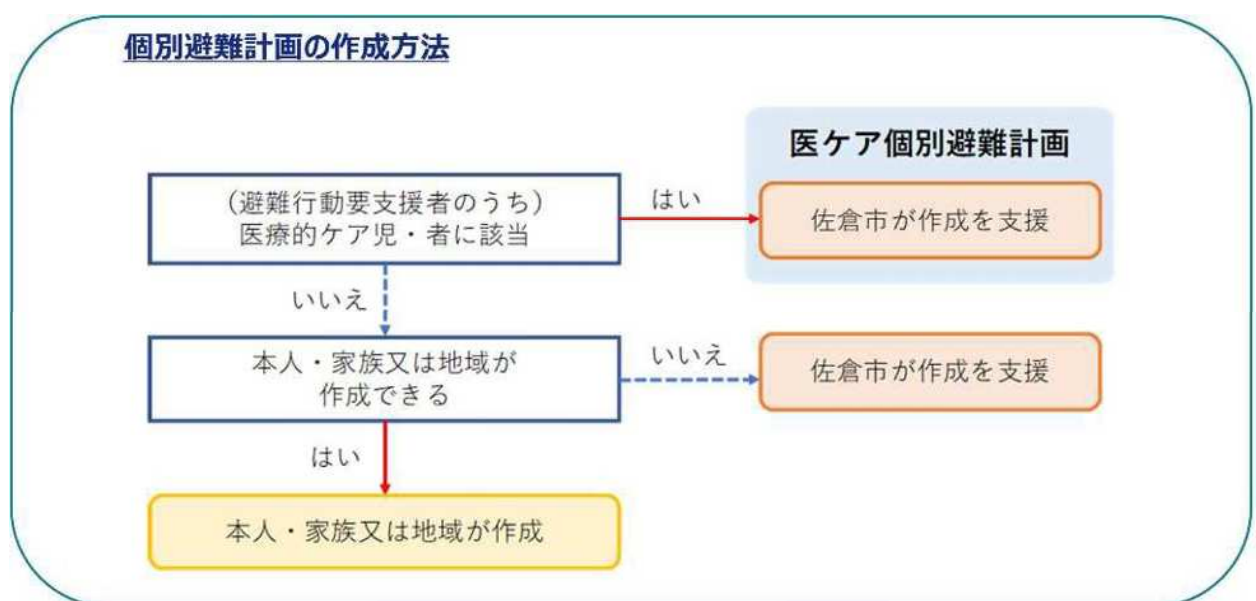
※2 電源喪失により生命の維持に懸念がある医療機器（人工呼吸器を除く。）を常時装着している者…日常生活用具の在宅療養等支援用具の中で、ネブライザー、電気式たん吸引機、蓄電池を利用している者及び相談支援専門員等が人工呼吸器以外の電源喪失により生命の維持に懸念がある医療機器を常時装着していると判断した者としてします。

※3 その他市長が必要と認めた者…避難時において、専門家の支援が必要と判断した者

4. 作成方法

○医ケア個別避難計画の作成に当たっては、専門的知見を要することから、相談支援事業所への委託により作成することとする。

○更新の際は、本人・家族又は地域の作成が困難な場合のみ委託とする。



5. 計画書の構成

○医ケア個別避難計画書は、以下の3つの計画書で構成する。

	名称	内容	作成者
①	個別避難計画書	・氏名等基本情報の記載 ・避難等実施者の選定 など (支援調整会議を経て作成)	本人・家族又は地域 (相談支援事業所が作成を支援)
②	個別避難計画書 (福祉・介護・医療情報)	・手帳情報等の記載 ・介助、支援内容の記載 など	相談支援事業所
③	個別避難計画書 (医療的ケア情報)	・医療的ケア情報の記載 など	相談支援事業所

●医療的ケア児者以外の個別避難計画書

- ・医療的ケア児・者以外の委託の必要がない障害者…①の計画書
- ・医療的ケア児・者以外の委託が必要な障害者…①+②の計画書



6. 計画書の様式

個別避難計画書

年 月 日作成

[illegible]

特記事項 (普段寝ている部屋・ 寝室の位置など)				
実施者①	ふりがな 氏名(団体名)		電 話	
			F A X	
	住 所		携 帯	
			メー ル	
			同意欄(日付)	年 月 日
実施者②	ふりがな 氏名(団体名)		電 話	
			F A X	
	住 所		携 帯	
			メー ル	
			同意欄(日付)	年 月 日
実施者③	ふりがな 氏名(団体名)		電 話	
			F A X	
	住 所		携 帯	
			メー ル	
			同意欄(日付)	年 月 日
		※位置・経路・移動に要する時間、電源の有無、注意すべき事項等		
上記について記載内容に誤りがないことを確認するとともに、佐倉市に報告することを了承します。 年 月 日 氏名 _____				
代理 記載者	ふりがな 氏名		本人との 関係	
	住 所		連絡先	

個別避難計画書（福祉・介護・医療情報）

公的制度	☐ 身体障害者手帳	級	障害支援区分	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
	☐ 療育手帳		要介護認定	要支援 ☐ 1 ☐ 2
	☐ 精神障害者保健福祉手帳	級		要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
	☐ 特定疾患医療費助成			☐ 小児慢性特定疾患医療費助成

災害情報	入手方法		留意事項	
	☐ 自ら入手可能			
	☐ 外部から伝達が必要			
	☐ その他			
避難場所等	避難先 1		非常用電源の有無	
	避難先 2		非常用電源の有無	
	避難先 3		非常用電源の有無	
安否確認	確認方法			
	確認場所			
避難先での 留意事項 (該当項目 全てに☑)	介助・支援の必要度		介助・支援の内容	
	☐ 常時介助が必要			
	☐ 一部介助が必要			
	☐ 見守りが必要			
	☐ アレルギーへの配慮			
	☐ 電源の確保			
かかりつけ医等	医療機関		医療機関	
	診療科		診療科	
	担当医		担当医	
	電話		電話	
	災害時受け入れ		災害時受け入れ	
携行する 医療機器等 (該当項目 全てに☑)	医療機器の種類			
	☐ 人工呼吸器		☐ 吸引器	
	☐ 在宅酸素		☐ その他（ ）	
	☐ 点滴・経管栄養		☐ その他（ ）	
相談支援等	通所・入所 事業所		連絡先	
			連絡先	
	訪問看護事業所		連絡先	
			連絡先	
	その他		連絡先	

作成日 年 月 日

計画作成者	事業所名		事業所所在地	
	作成者氏名		連絡先	

災 害	【土砂災害】	☐ 自治体から避難指示等が発令されたら速やかに避難 ☐ 予想降雨量[]mm/hの強い雨や、降り始めからの雨量が []mm/hを超えたら避難を検討 ☐ 大雨注意報、大雨警報（土砂災害）及び土砂災害警戒情報や土砂 キキクル（大雨警報土砂災害の危険度分布）を自主避難の判断に活用 ☐ 震度 5 以上の地震発生時は、避難を検討
		
	あり・なし	

個別避難計画書（医療的ケア情報）

医師指示書		☐ 無 ☐ 有 （令和 年 月 日付）					
医療的ケア情報	☐ 人工呼吸器	呼吸器の機種：					
		☐ 気管切開で使用（T P P V）			☐ マスクで使用（N P P V）		
		☐ 自発呼吸 無 ・ 有			（離脱可能時間： 分）		
		☐ 量規定（V C V） ☐ 圧規定（P C V）					
		☐ 換気モード（ ）					
		人工呼吸器装着時間		☐ 24時間	☐ 夜間のみ		
				☐ その他（ ）			
		内部バッテリー：		☐ 無 ☐ 有			
				（駆動時間 時間／充電時間 時間）			
	外部専用バッテリー：		☐ 無 ☐ 有				
			（駆動時間 時間／充電時間 時間）				
	バッテリーチャージャー：		☐ 無 ☐ 有				
			（駆動時間 時間／充電時間 時間）				
	バックバルブマスク（アンビューバック）：		☐ 無 ☐ 有				
	☐ 酸素吸入	酸素量（ ）ℓ／分			二酸化炭素（ ）％		
		酸素吸入使用時間		☐ 24時間 ☐ 夜間のみ			
				☐ その他（ ）			
		バッテリー：		☐ 無 ☐ 有			
			（駆動時間 時間／充電時間 時間）				
	酸素ボンベ所有：		無 ・ 有 （ 本 時間分）				
☐ 気管切開	カニューレ製品名（ ）						
	サイズ（ID／OD ）						
	カフ： ☐ 付き ☐ なし		カフエア量（ ）ml				
☐ 吸引	咽頭気管分離： ☐ 無 ☐ 有						
	排痰補助装置の使用： ☐ 無 ☐ 有 吸引圧 K p a						
	チューブサイズ（ ）F r						
	吸引回数 回／日		☐ 気管内	☐ 鼻腔内	☐ 口腔内		
	挿入長さの目安		cm	cm	cm		
	バッテリー：		☐ 無 ☐ 有				
		（駆動時間 時間／充電時間 時間）					
手動式・足踏み式吸引器の所持：		☐ 無 ☐ 有					
医療機器販売業者	医療機器名		所属（会社）名		担当者名	電話番号	
	人工呼吸器（機種： ）						
	酸素濃縮器（機種： ）						
	吸引器（機種： ）						
	酸素ボンベ						

医 療 的 ケ ア 情 報	□ 経口 (□ 普通 □ 軟食 □ ペースト □ 流動) 介助 □ 無 □ 有	□ 中心静脈栄養 → □ IVH □ CVポート				
		投与薬剤 ()				
		□ 胃ろう・ 腸ろう □ 経鼻 カテーテル	チューブ種類 ()			
			チューブサイズ Fr mm			
			注入ポンプ	□ 有 □ 無	1 回量 () ml	
			□ 電池での稼働 () 本 () 時間			
			注入時間	・ () 時 ・ () 時 ・ () 時 ・ () 時 ・ () 時 ・ () 時		
			注入方法 ()			
			1 日の水分量 () ml			
			栄養剤商品名 ()			
1 日の総カロリー () kcal						
インスリン投与 □ 有 □ 無						
アレルギー □ 有 □ 無 エピペン □ 有 □ 無						
アレルギーの内容等注意事項 (栄養剤以外に注入可能なもの等)						
□ 排泄	排尿回数	回/日	排便回数	回/日		
	□ トイレ	□ オムツ	サイズ	交換頻度 時間毎		
	□ 導尿	カテーテルサイズ	Fr	頻度 時間毎		
	□ ストマ	□ 摘便 (頻度 時間毎)	□ 浣腸 (頻度 時間毎)			
	□ 膀胱瘻	カテーテルサイズ	Fr	□ 透析 頻度 回/週		
	その他・注意事項等					
□ 服薬	薬品名	用量	薬品名	用量		
その他 留意事項						

要支援者登録	□ 未	・	□ 済	⇒ 登録予定	年	月	日
避難訓練の実施	□ 未	・	□ 済	⇒	年	月	日
避難訓練の実施			□ 済	⇒	年	月	日
避難訓練の実施			□ 済	⇒	年	月	日

医療機器に関する情報の貼付欄

【参考】**●障害者の避難行動要支援者名簿の掲載基準（抽出方式）**

視覚障害	Ⅰ級又はⅡ級
聴覚障害	Ⅱ級からⅥ級
上肢機能障害	Ⅰ級又はⅡ級
下肢機能障害	Ⅰ級又はⅡ級
体幹機能障害	Ⅰ級又、Ⅱ級又はⅢ級
乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害	Ⅰ級からⅥ級
乳幼児期以前の非進行性の脳病変による移動機能障害	Ⅰ級からⅥ級
呼吸器機能障害	Ⅰ級又はⅢ級
心臓機能障害	Ⅰ級又はⅢ級
精神障害	Ⅰ級
知的障害	㊤又はA
障害支援区分4, 5又は6	

(以 上)