

# 災害時要援護者避難支援制度

北秋田市では、一人暮らしの高齢者や障がい者など自力で避難することが困難な要援護者に対して、災害時に安全に避難したり、円滑な救助活動を受けたりできるように、地域において避難支援体制づくりを行う「災害時要援護者避難支援制度」を平成21年11月から実施しています。

## 1 対象となる方（要援護者）

要援護者とは災害が発生した場合に自らを守るための適切な行動が困難で、何らかの助けを希望する方のうち、次の方が対象となります。

- ① 65歳以上の方（一人暮らしの高齢者、高齢者のみの世帯の方）
- ② 介護保険要介護認定者（要介護3以上の方）
- ③ 身体障がい者（身体障害者手帳1・2級の交付を受けている方）
- ④ 知的障がい者（療育手帳A・B判定）の交付を受けている方
- ⑤ 精神障がい者（精神障害者保健福祉手帳1・2級）
- ⑥ その他市長が特に認める方



※上記の方でも、同居人による支援等を受けることができる方、施設入所者は対象外となります。

## 2 支援を受けるために

- ① 支援を受けるには、事前に『登録申請書』に記入し、市福祉課へ提出していただきます。
- ② 登録申請書は、福祉課、各総合窓口センターのほか、各地区民生委員児童委員にもお渡ししております。
- ③ 本人が申請できない場合は、家族や町内会・自治会、民生委員児童委員を通じての代理申請も可能です。

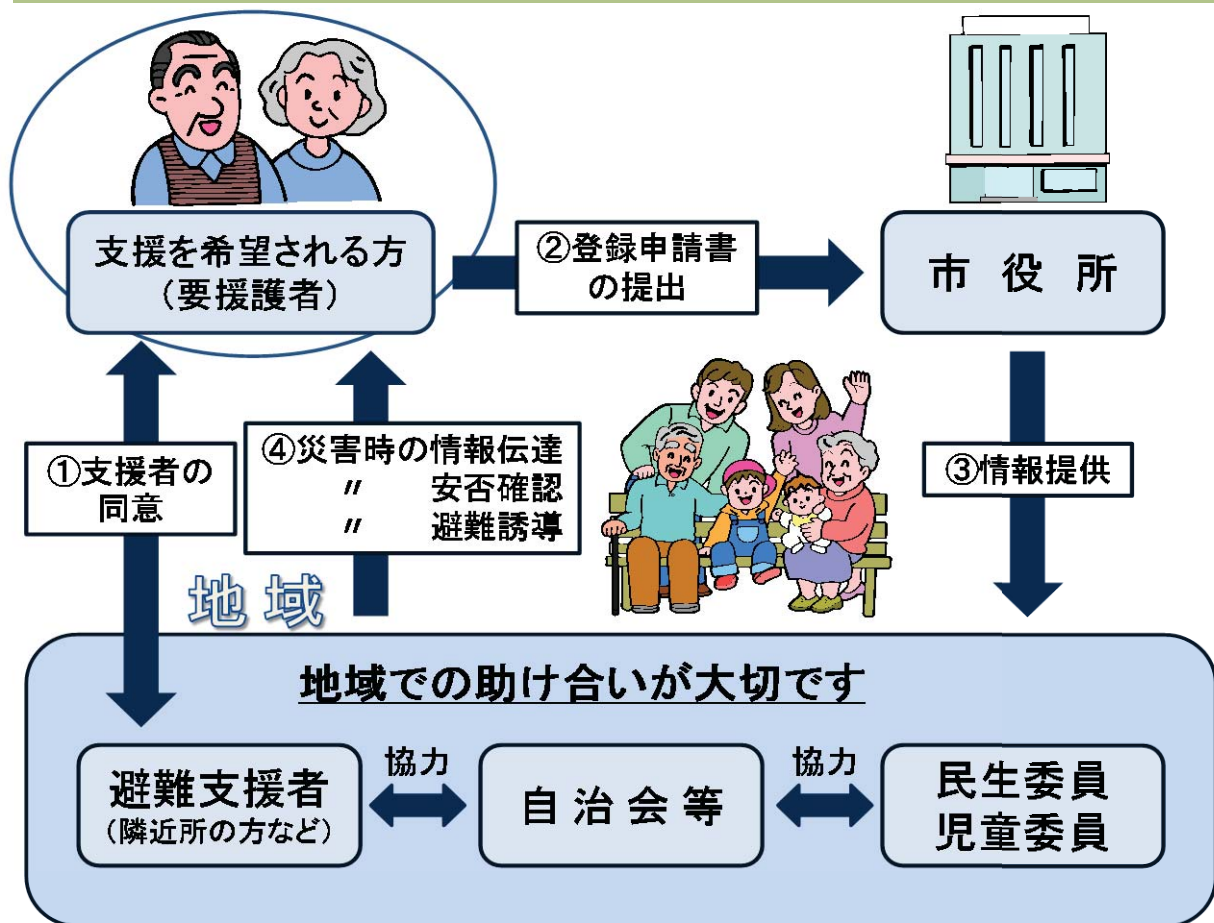
## 3 避難を支援する人（避難支援者）

避難支援者とは、災害発生時や発生が予想される場合に、要援護者の支援を行う近隣住民の方のことで、主な支援内容としては、要援護者への情報伝達や安否確認、避難誘導等になります。

なお、災害時は支援者も被災することがありますので、支援者にはできる範囲での支援をお願いするものであり、責任を伴うものではありません。



## 4 制度の概要



## 5 効果的に運用するために

- 災害時には、消防を始めとする行政機関などが、様々な公的支援を行いますが、それだけでは限界があります。
- この制度は、要援護者を地域の中で見守り、災害発生時や発生が予想される場合には、避難支援者や地域の人たちが一緒に避難するなど、要援護者の支援を行うという共助の精神に基づく地域活動です。
- 町内会・自治会、自主防災組織、民生委員児童委員など地域の皆様には、このような趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願いいたします。

### 要援護者の方へ

災害はいつ起こるかわかりません。支援者も被災することがあり、申請・登録したからといって、災害の状況によっては必ずしも支援を受けられるとは限りません。支援される方自身も『自分の身は自分で守る（自助）』という意識を持って、普段から支援者など周囲の方と積極的にコミュニケーションをとるよう心がけてください。

申込み・お問い合わせ  
〒018-3392 北秋田市花園町19-1  
北秋田市健康福祉部 福祉課 地域福祉班  
TEL 62-8001 FAX 69-7056

## 災害時要援護者避難支援プラン登録申請書 兼 個別計画

平成 年 月 日

北秋田市長 様

私は、北秋田市災害時要援護者避難支援制度の趣旨に賛同し、同制度に登録することを希望します。

また、私が届け出た下記個人情報を北秋田市が、災害時の避難支援等のため、市の関係部所や、消防署、警察署、社会福祉協議会、民生委員児童委員、自治会、自主防災組織に提供されることに同意します。

フリガナ 氏名	印	性別	男・女	提出日	平成 年 月 日
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 生	歳			
住 所	〒 北秋田市	電 話			
		携帯電話			
		F A X			
		メールアドレス			
要援護者 区 分	独居高齢者 高齢者世帯 要介護認定者 視覚障がい 聴覚障がい 肢体不自由 音声・言語・そしゃく 内部障がい その他( ) ……当てはまるものに○をつける				
自 治 会	自治会名	電 話			
	会長名	F A X			
民生委員 児童委員		電 話			
		F A X			
緊急 時の 家族 の連 絡先	氏名 (続柄 )	住 所			
		電 話		メール	
	氏名 (続柄 )	住 所			
		電 話		メール	

手続代行者 (本人以外が代行した場合)	印	続 柄	
------------------------	---	-----	--

家族構成 (本人含む)	住宅見取り図
----------------	--------

特記事項					
避 難 支 援 者	1	氏名 (続柄 )	住 所		
			電 話		メール
	2	氏名 (続柄 )	住 所		
			電 話		メール
	3	氏名 (続柄 )	住 所		
			電 話		メール

かかりつけ医療機関	1	医療機関名称		住 所			
				医師名		電 話	
		既往症		医薬品			
	2	医療機関名称		住 所			
				医師名		電 話	
		既往症		医薬品			

※要介護認定者・障害程度区分認定者のみ記入
-----------------------

担当ケアマネジャー		事務所	
-----------	--	-----	--

副作用・アレルギー等避難所で考慮してほしい事項

日常的に継続して必要な保健福祉サービス

情報伝達の流れ

情報伝達での注意事項

避難誘導時の留意事項

避難先での留意事項

避難場所・避難経路

備 考

連絡先	北秋田市健康福祉部福祉課	電 話	0186-62-8001
-----	--------------	-----	--------------