

令和7年4月24日
 総合支所
 保健福祉政策部

避難行動要支援者個別避難計画作成のための調査票の項目変更について

1 主旨

区では、令和4年度より避難行動要支援者（以下、「要支援者」という）を対象とし、「避難行動要支援者個別避難計画」（以下、「計画」という）の作成に取り組んできた。

この度、作成する計画を実効性のあるものとし、また、震災時における在宅避難の推奨の方針との整合性を図るとともに、支援体制を充実させるため、調査項目及び計画書に記載する項目の見直しを行ったので報告する。

なお、新様式による調査は、令和7年8・9月に行うシステム改修を経て、令和7年10月に発送する調査票より運用を開始する。

※参考 避難行動要支援者

- ①要介護4又は5に相当する者
- ②ひとり暮らしの高齢者又は高齢者のみ世帯で要介護3に該当する者
（近隣に常時その者の様子を知り得る親族がいる者を除く）
- ③身体障害者手帳1級で次の種別に該当する者
視覚、四肢、体幹、半身、両下肢、片下肢、移動、聴覚
※聴覚は2級までを対象とする。
- ④愛の手帳1度又は2度の者
- ⑤精神障害者や難病の者等のうち区長が特に必要と認めた者

2 項目の検討過程について

- ・庁内関係所管による協議
- ・区内居宅介護支援事業所および指定特定相談支援事業所へのアンケート
- ・世田谷区地域保健福祉審議会委員（障害者団体代表）の意見聴取
- ・区内介護認定当事者家族の意見聴取

3 個別避難計画調査票の様式について

新たな項目による調査票様式（案）・・・2ページのとおり
 現行の項目による調査票様式（参考）・・・3ページのとおり

4 今後のスケジュール（予定）

令和7年	5月	個別避難計画兼調査票（風水害・震災）発送_6月回答期限
	6月	個別避難計画兼調査票（風水害・震災）勧奨通知発送_7月回答期限
	7月	個別避難計画（風水害・震災）発送 訪問調査による計画作成の委託業務（風水害・震災）
	8, 9月	個別避難計画管理システムの改修（帳票変更対応）
	10月	個別避難計画兼調査票（震災）発送_11月回答期限
	11月	個別避難計画兼調査票（震災）勧奨通知発送_12月回答期限
令和8年	1月	訪問調査による計画作成の委託業務（震災）
	2月	個別避難計画（震災）発送

郵便番号	〒〇〇〇-〇〇〇〇
住所	世田谷区〇〇町〇-〇-〇
氏名	〇〇 〇〇

世田谷区 避難行動要支援者
**個別避難計画
作成のための
調査票**

【個別避難計画の作成に係る同意】
私は、災害発生時に安全に避難するため、この調査票に記載された内容を個別避難計画として作成することについて
 同意します 同意しません→調査はここまでは。
(以下に記入日、記入者を記入して返送ください。)

【個別避難計画の情報共有に係る同意】
私は、個別避難計画を、区が支援者や福祉専門職等と共有することについて
 同意します 同意しません

記入日：令和 年 月 日
記入者：_____ 本人との関係：()
※記入者が代理人の場合は、本人との関係を記入してください。

上記住所にいない場合 施設・病院等に入所・入院中(名称：)
退所・退院の見込み なし あり(年 月頃予定)

ご本人・ご家族について	フリガナ		年齢	生年月日	性別	
	氏名	〇〇 〇〇	〇〇歳	昭和〇年〇月〇日	〇	
	固定電話					
	携帯電話					
	ファクス(FAX)					
	介護認定	要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)				
	障害者手帳	身体 <input type="checkbox"/> 級 (<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 半身 <input type="checkbox"/> 両下肢) <input checked="" type="checkbox"/> 片下肢 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 聴覚)				
		知的 <input type="checkbox"/> 度 精神 <input type="checkbox"/> 級				
	医療的ケア	<input type="checkbox"/> 医療的ケアを要する ()				
	生活上の支援	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
		食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
			<input type="checkbox"/> アレルギーあり ()			
		排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
		着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
		ものわすれ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
視力		<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> 目の前が見える	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない	<input type="checkbox"/> 見えない	
聴力	<input type="checkbox"/> 聴こえる	<input type="checkbox"/> 大きな声は聴こえる	<input type="checkbox"/> ほとんど聴こえない	<input type="checkbox"/> 聴こえない		
外出時の車いすやストレッチャーの使用状況	<input type="checkbox"/> 車椅子を使用 <input type="checkbox"/> ストレッチャーを使用					
服薬の状況	<input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 服薬 ()					
主なかかりつけ医療機関	名称					
	担当医					
	住所					
家族構成	電話					
	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 同居家族あり (<input type="checkbox"/> 本人以外の家族は65歳以上の高齢者のみ) 本人含めて避難する人数 人					
ペットについて	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり※避難所に連れていく場合の管理はご自身でお願いします。					
住居の種類	<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅					

相談先									
居宅介護支援事業所(介護)			〇〇サービス						
相談支援事業所(障害)			相談支援〇〇						
主な利用しているサービス									
1 箇所 目	種別	<input type="checkbox"/> 通所	<input type="checkbox"/> 訪問	<input type="checkbox"/> 短期入所	2 箇所 目	種別	<input type="checkbox"/> 通所	<input type="checkbox"/> 訪問	<input type="checkbox"/> 短期入所
	名称					名称			
	住所					住所			
	電話					電話			
時間帯	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 夜間	時間帯	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 夜間		

緊急連絡先(親族)							
1 人 目	フリガナ		続柄	2	フリガナ		続柄
	氏名			氏名			
	電話			電話			
	所在地の市区町村			所在地の市区町村			

親族以外の支援者							
1 人 目	フリガナ		関係	2	フリガナ		関係
	氏名			氏名			
	電話			電話			
	所在地の市区町村			所在地の市区町村			

※区に情報提供することについて、支援者の了解を得たうえで記入してください。

◆避難先について

大地震時	安全な自宅の場合	在宅避難	※自宅が安全な場合は在宅避難をしましょう			
		建物の状況	<input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> コンクリート造 <input type="checkbox"/> 鉄骨造 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明			
		室内の状況	<input type="checkbox"/> 転倒や落下する家具等がない <input type="checkbox"/> 転倒や落下する家具等がある			
	過剰な倒壊や火災で自宅では避難先	指定避難所	〇〇小学校			
		移動手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 寝台タクシー <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 未定			
		※指定避難所以外の避難先がある場合、 <input type="checkbox"/> にチェックし、避難先を記入してください。				
		〇上記以外の避難先(親族宅・施設等)	名称等			
		所在地の市区町村				
		電話				
		移動手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 寝台タクシー <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 未定			
	<input type="checkbox"/> 福祉避難所の希望： 障害特性等により指定避難所への避難が困難なため福祉避難所への避難を希望する					
状況の備蓄	<input type="checkbox"/> 3日分の食糧を備えている					
	<input type="checkbox"/> 3日分の生活用品を備えている					
	<input type="checkbox"/> 常備薬を備えている(日分) <input type="checkbox"/> お薬手帳(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)					

多摩川洪水時	多摩川洪水時の想定浸水深	〇m	※浸水の深さの目安は、別紙「避難行動要支援者個別避難計画兼調査票Q&A」をご覧ください。			
	避難先	〇区の避難施設	〇〇区民会館			
		移動手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 寝台タクシー <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 未定			
		〇上記以外の避難先(親族宅・施設等)	名称等			
	所在地の市区町村					
	電話					
	移動手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 寝台タクシー <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 未定				
	〇垂直避難	避難先階数	階 (階建て)			

郵便番号	
住所	
氏名	

世田谷区 避難行動要支援者

個別避難計画 兼 調査票

私は、災害発生時に安全に避難するため、この調査票に記載された内容を個別避難計画として、区が支援者や福祉専門職等と共有することについて

同意します 同意しません

令和 年 月 日

署名 (代筆可)

ご本人・ご家族について	ご本人氏名		年齢・生年月日	歳	年	月	日	性別	
	固定電話								
	携帯電話								
	ファックス								
	家族構成	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 同居家族あり (本人含めて避難する人数 人)							
	ペットについて	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり *避難所に連れていく場合の管理はご自身でお願いします。							
	住居の種類	<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅							
	上記住所にいない場合	<input type="checkbox"/> 施設・病院等に入所・入院中 (名称:) <input type="checkbox"/> 退所・退院の見込み <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (年 月頃予定)							
外出時の車椅子やストレッチャーの使用状況	<input type="checkbox"/> 車椅子を使用 <input type="checkbox"/> ストレッチャーを使用								

緊急連絡先	緊急連絡先 (親族)					
	連絡先氏名		続柄	電話	お住まいの市区町村	
	連絡先氏名		続柄	電話	お住まいの市区町村	

親族以外の支援者	支援者					
	相談先	居宅介護支援事業所 (介護)				
		相談支援事業所等 (障害)				
	避難時の支援者	氏名		関係	電話	お住まいの市区町村
氏名			関係	電話	お住まいの市区町村	

*区に情報提供することについて、支援者の了解を得たうえで記入してください。

緊急時の避難先	◆ 避難先について (指定避難所以外の避難先がある場合、 <input type="checkbox"/> にチェックをし、避難先を記入してください)					
	大地震時	自宅が安全な場合	在宅避難	*自宅が倒壊する恐れがある場合は自宅外への避難が必要		
		倒壊や火災で自宅では過ごせない場合	区の避難所	指定避難所		
	多摩川洪水時	避難先	<input type="checkbox"/> 上記以外の避難先 (長男宅・施設等)	名称等		
所在地の市区町村				電話		
<input type="checkbox"/> 区の避難施設以外 (長男宅・施設等)			名称等			
<input type="checkbox"/> 区の避難施設	所在地の市区町村	電話				
<input type="checkbox"/> 垂直避難	避難先階数	階				
多摩川洪水時の想定浸水深*		*浸水の深さの目安は、別紙「避難行動要支援者 個別避難計画 兼 調査票 Q&A」をご覧ください。				