

# 令和6年度 個別避難計画の取組について

## (横浜市災害時要援護者支援事業)

### 1 個別避難計画とは

災害が起きた時、避難をする際に支援が必要な高齢者や障害者ごとに、避難を支援する人や避難先等の情報を記載した計画です。法改正により、計画の作成が市町村の努力義務となりました。

### 2 令和6年度の取組

次のとおり、個別避難計画の作成を進めます。

#### (1) 作成対象者

- ① 洪水浸水想定区域(想定最大規模)または即時避難指示対象区域に居住する方
- ② 要介護3、4、5いずれかの認定を受けている方または身体障害者手帳が交付され、障害程度等級が1級である方

以上の条件をすべて満たし、個人情報取扱い等の同意確認が取れた方のうち、

- ・ 独居等で支援者がいない方
  - ・ お一人で避難所等に移動することが困難な方
- 等の計画作成(早期着手)の優先度が高い方から計画作成に着手します。

#### (2) 作成方法

対象者を支援するケアマネジャー等(以下、福祉専門職という)の協力により、次頁の流れで作成を進めます。

個別避難計画は、災害時要援護者支援の取組を補完するものです。  
各地域の皆様におかれましては、引き続き、日頃からの要援護者に対する「声かけ、見守り」などの、地域ぐるみで「災害から要援護者を守る」取組の推進にご協力をお願いいたします。

## <個別避難計画作成の流れ>

横浜市= 市

福祉専門職= 専

| 事業フロー              | 役割分担   | 内容   |
|--------------------|--------|--|
| 1<br>対象者抽出         | 市      | ハザード、身体、世帯状況等から対象者を抽出                                  |
| 2<br>対象者への同意確認     | 市      | 1で抽出した対象者に「同意確認書」を送付し、「計画の作成」「個人情報の取扱い」等について同意を取る      |
| 3<br>福祉専門職による計画の作成 | 市<br>専 | 計画作成(早期着手)の優先度を決定<br>優先度の高い対象者から、福祉専門職により計画を作成し、横浜市に提出 |
| 4<br>計画の確認         | 市      | 3で提出された計画の記載内容(避難経路等)を確認<br>必要に応じて福祉専門職に修正を依頼          |



### 【担当】

横浜市健康福祉局福祉保健課

電話：045-671-4056

Mail：kf-saigaiyongo@city.yokohama.jp

横浜市 個別避難計画作成に係る同意確認書

この同意確認書は、令和5年度の個別避難計画作成するにあたり、対象となる方の状況を把握するためのものです。収集した情報は個別避難計画作成事務に使用します。

次のとおり、個別避難計画作成に係る同意確認書を提出します。

記入日： 年 月 日

|              |  |          |  |
|--------------|--|----------|--|
| (フリガナ)<br>氏名 |  | 電話<br>番号 |  |
| 住所           |  |          |  |

【代理者】 ※本人が記入できない場合ご記入ください。

|              |  |          |  |            |  |
|--------------|--|----------|--|------------|--|
| (フリガナ)<br>氏名 |  | 電話<br>番号 |  | 本人との<br>関係 |  |
|--------------|--|----------|--|------------|--|

1 個別避難計画作成の同意確認

【留意事項】

- 個別避難計画は、個人情報等の同意確認が取れた方で、身体状況等の優先度の高い方から、作成に着手します。そのため、優先度に応じ、作成の順番が前後します。
- 計画作成に必要な限度において、避難支援等実施者の候補者や避難先の候補施設の施設管理者等の関係者に、あなたの個人情報を提供することがあります。
- 個別避難計画はあくまで避難の可能性を高める計画であり、避難を確約するものではありません。また、避難を支援してくれる方へ責任を問うものではありません。
- 個別避難計画の実施にあたり、発生する費用負担(施設入所、移動等)は自身で負担していただくことになります。

以上のことを承知し、個別避難計画作成することに

- 同意する
- 同意しない

裏面にお進みください

## 2 状況調査

① 現在、施設に入所または長期入院をされていますか。

している（こちらで回答終了になりますので、同封の封筒にてご返送ください。）

していない（②へ）

→ ② 該当項目にチェック☑をお願いします。

要介護5の認定を受けている（③へ）

要介護4の認定を受けている（③へ）

要介護3の認定を受けている（③へ）

身体障害者手帳が交付されており、障害程度等級が1級である（③へ）

該当なし（こちらで回答終了になりますので、同封の封筒にてご返送ください。）

→ ③ 担当のケアマネジャーまたは計画相談員とその事業所名、連絡先をご記入ください。

該当あり（以下に記入のうえ、同封の封筒にてご返送ください。）

担当者名: \_\_\_\_\_ 電話番号: \_\_\_\_\_

事業所名: \_\_\_\_\_

該当なし（こちらで回答終了になりますので、同封の封筒にてご返送ください。）

~~11月6日(月)までに同封の封筒にてご返送ください。~~

~~<お問い合わせ先>~~

~~相談窓口 TEL:045-514-3152~~

~~FAX:045-664-3622~~

~~Mail:hinank@kanafuku.jp~~

~~(業務受託者)公益社団法人かながわ福祉サービス振興会~~

~~(委託者)横浜市健康福祉局福祉保健課~~