

令和4年度第2回行政連絡員調整会議 資料

【避難行動要支援者について】

＜概要＞

「避難行動要支援者」である災害時に自力で避難が困難であり支援を要する方につきましては、申請に基づき名簿を作成しております。別添の登録者数がございますので、ご参照ください。

市では、この名簿を行政機関や自治会等の地域団体で共有することで、災害時の安否確認や迅速な初期支援活動につなげることを目的としたネットワークづくりを進めております。

については、地域団体の皆様には、名簿の受け取りや登録を希望される方への周知、そして、有事の際においてはご支援賜りますよう、よろしくお願いいたします。

＜名簿の配付等＞

- 自治会や自主防災組織でお預かりいただいている名簿の更新は、年に1度を予定しております。ご協力いただいている自治会、自主防災組織には、準備ができましたら後日、個別にご連絡をいたしますので、名簿の受領及び差し替えをよろしくお願いいたします。

＜登録について＞

- 登録を希望される方は、市役所生活福祉課にお申し込みください。
- 登録用紙は市役所生活福祉課に用意してある他、ホームページからもダウンロードできます。また、申込用紙の郵送も行っています。

避難行動要支援者登録者数

令和4月6月1日現在

| 地区 | 単身高齢者 | 単身高齢者 (障害者) | 高齢者のみ | 高齢者のみ (障害者) | 障害者 | 要介護 その他 | 総計 |
|-----|-------|----------------|-------|----------------|-----|------------|-----|
| 矢野口 | 6 | 4 | 0 | 6 | 35 | 4 | 55 |
| 東長沼 | 8 | 8 | 2 | 14 | 38 | 12 | 82 |
| 大丸 | 8 | 13 | 2 | 10 | 30 | 15 | 78 |
| 百村 | 3 | 5 | 1 | 2 | 9 | 6 | 26 |
| 坂浜 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 1 | 4 |
| 平尾 | 9 | 16 | 5 | 15 | 34 | 8 | 87 |
| 押立 | 3 | 4 | 0 | 5 | 11 | 2 | 25 |
| 向陽台 | 2 | 2 | 1 | 4 | 20 | 0 | 29 |
| 長峰 | 1 | 3 | 2 | 7 | 14 | 2 | 29 |
| 若葉台 | 6 | 4 | 1 | 6 | 13 | 2 | 32 |
| 総計 | 46 | 59 | 15 | 69 | 206 | 52 | 447 |

現在の名簿配付先

- ・福祉部（生活福祉課）
- ・消防署・消防団
- ・警視庁多摩中央警察署
- ・稲城市社会福祉協議会
- ・民生児童委員
- ・東長沼自治会
- ・押立自治会
- ・坂浜自治会
- ・平尾住宅自治会
- ・平尾分譲住宅自治会
- ・長峰杜の三番街自主防災組織
- ・若葉台自治会
- ・若葉台ワルツの杜団地自治会
- ・大丸自治会
- ・都営稲城第二アパート自治会
- ・向陽台二丁目住宅自治会
- ・アルボの丘団地管理組合
- ・地域包括支援センター（ひらお、やのくち、エレガントもむら、こうようだい）

避難行動要支援者市民相互支援ネットワーク

●避難行動要支援者市民相互支援ネットワークとは？

市では、避難行動要支援者の状況を日頃から把握し、災害時にいち早く安否確認ができ、迅速な初期支援活動につなげるための市民相互支援ネットワークづくりを行っています。

●避難行動要支援者の範囲は？

市内に居住する高齢者、障害者その他の特に配慮を要する方（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方であって、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方を、避難行動要支援者と定めています。

避難行動要支援者は、下記の範囲に該当する方々です。

- (1) 75歳以上のひとり暮らしの高齢者又は高齢者のみの世帯に属する方
- (2) 次のいずれかに該当する方
 - ア 身体障害者手帳の交付を受けている方で障害の程度が1級又は2級に該当する方
 - イ 愛の手帳を受けている方で障害の程度が1度、2度又は3度の方
 - ウ 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方で、障害の程度が1級又は2級に該当するひとり暮らしの方
- (3) 介護保険法に規定する要介護状態区分が要介護3から5までの認定を受けている方
- (4) 上記のほか災害時において支援が必要な方

●申込み方法は？

自力での避難に不安のある高齢者や障害者の方は、「避難行動要支援者登録カード」を市役所まで提出してください。

●共有する情報は？

皆様からの情報は、各行政機関で共有し、自治会・自主防災組織等の支援団体、民生児童委員等は、必要最低限度の情報（氏名、年齢、住所、電話番号、身体上の状況）を地域に限定して共有します。

●情報の管理は？

各支援団体の責任者が厳重に管理し、個人情報の保護に努めます。

●名簿の使用は？

災害時における支援と、防災訓練を始めとする防災活動に使用し、それ以外には使用しません。

●登録にあたって

災害発生時は、支援者自身に不測の事態などが発生する可能性もあります。名簿に登録いただきましても、確実な避難支援や安全を保障できるものではありませんのでご了承ください。

【問い合わせ・申込み】 稲城市役所 福祉部生活福祉課地域福祉係
電話 042-378-2111（内線208・213）

様式第1号(第3条関係)

※稲城市確認欄

| | | |
|----|----|---|
| 課長 | 係長 | 係 |
| | | |

**避難行動要支援者登録
届出書兼情報提供同意書**

(記入例)

No. _____

稲城市長 殿

令和 元 年 9 月 1 日 以下の個人情報の提供に同意して登録します。

【情報提供先：避難行動要支援者市民相互支援ネットワーク】
市役所(福祉部)、消防署、多摩中央警察署、民生児童委員、自主防災組織、お住まいの地域の自治会(名簿受領に同意のある団体に限る。)、社会福祉協議会、地域包括支援センター。

※ 太枠は、地域団体で共有する情報です。

| | | | | | |
|---|--|---------------|-----|---|-----|
| 届出者 | <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外(署名: _____) | | 続柄 | <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他(_____) | |
| 登録者 | ふりがな | いなぎ じょうろう | | 性別 | 男・女 |
| | 氏名 | 稲城 太郎 | | | |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成 | 10 年 9 月 1 日 | 年齢 | 84 歳 | |
| 住所 | 〒206-8601 東京都稲城市 東長沼2111 | | | | |
| 電話 | (固定電話) 042-378-2111 (携帯電話) 090-0378-2111 | | | | |
| 身体上の状況(ねたきり・歩行困難等の状況を記入してください。50文字以内) 自力での避難(可能・不可能) 右半身麻痺、車椅子使用 | | | | | |
| メールアドレス(inagitaro@city.inagi.ne.jp) | | | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | 稲城 花子 | 電話 | 042-378-2111 | |
| | 住所 | 東京都稲城市東長沼2111 | | | |
| かかりつけ医療機関 | 病院名 | 稲城市立病院 | 診療科 | 内科 | |
| | 所在地 | 東京都稲城市大丸1171 | | | |
| 備考 | | | | | |

【次の情報は福祉総合システムから自動的に登録されます】
・身体障害者手帳、愛の手帳、精神障害者保健福祉手帳、要介護状態区分
・世帯の状況
・最寄の避難所(地図上での最短距離の避難所)

【提出先】

●稲城市役所福祉部生活福祉課
稲城市東長沼2111番地 電話042-378-2111 (内線208、213)

※申し込み後、本人保管用として「避難行動時要支援者カード」をお送りいたしますので、身近なところに保管してください。
また、変更が生じた場合にはご連絡ください。

| |
|-------|
| 収 受 印 |
| |

※押印不要

様式第1号(第3条関係)

※稲城市確認欄

| | | |
|----|----|---|
| 課長 | 係長 | 係 |
| | | |

**避難行動要支援者登録
届出書兼情報提供同意書**

No. _____

稲城市長 殿

_____ 年 _____ 月 _____ 日 以下の個人情報の提供に同意して登録します。

【情報提供先：避難行動要支援者市民相互支援ネットワーク】
市役所(福祉部)、消防署、多摩中央警察署、民生児童委員、自主防災組織、お住まいの地域の自治会(名簿受領に同意のある団体に限る。)、社会福祉協議会、地域包括支援センター。

※ 太枠は、地域団体で共有する情報です。

| | | | | | |
|---|---|-------------------------|-----|---|-----|
| 届出者 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外(署名: _____) | | 続柄 | <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他(_____) | |
| 登録者 | ふりがな | | | 性別 | 男・女 |
| | 氏名 | | | | |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成 | _____ 年 _____ 月 _____ 日 | 年齢 | _____ 歳 | |
| 住所 | 〒206- 東京都稲城市 | | | | |
| 電話 | (固定電話) _____ (携帯電話) _____ | | | | |
| 身体上の状況(ねたきり・歩行困難等の状況を記入してください。50文字以内) 自力での避難(可能・不可能) | | | | | |
| メールアドレス(_____) | | | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | | 電話 | | |
| | 住所 | | | | |
| かかりつけ医療機関 | 病院名 | | 診療科 | | |
| | 所在地 | | | | |
| 備考 | | | | | |

【次の情報は福祉総合システムから自動的に登録されます】
・身体障害者手帳、愛の手帳、精神障害者保健福祉手帳、要介護状態区分
・世帯の状況
・最寄の避難所(地図上での最短距離の避難所)

【提出先】

●稲城市役所福祉部生活福祉課
稲城市東長沼2111番地 電話042-378-2111 (内線208、213)

※申し込み後、本人保管用として「避難行動時要支援者カード」をお送りいたしますので、身近なところに保管してください。
また、変更が生じた場合にはご連絡ください。

| |
|-------|
| 収 受 印 |
| |

※押印不要

(きりとり)