

災害時リスク・アセスメントシート(課題・対応策整理票)

作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

作成者所属 _____

作成者氏名 _____

利用者氏名 _____ 殿 ※ 課題や危険があると予想される場合は□の箇所にレ点を入れましょう

項目	課題の整理	課題 チェック	避難所生活、停電時など予想される課題
a.医療や介護の状況	健康や介護 災害時に配慮すべき健康や介護の課題がある ※ 精神疾患や認知症等による避難生活の課題はここに記載する	<input type="checkbox"/>	
	特別な医療 □ 点滴の管理 □ 中心静脈栄養 □ 透析 □ ストーマ・カテーテルの管理 □ 気管切開の処置 □ 疼痛の管理 □ 経管栄養 □ じょくそうの処置 □ その他()	<input type="checkbox"/>	
	電源使用の医療機器 □ レスピレーター(人工呼吸器) □ 酸素療法 □ 吸引器 □ その他()	<input type="checkbox"/>	
	内服・衛生用品 欠かせない医薬品や衛生用品がある	<input type="checkbox"/>	
	電源使用の福祉用具 □ 電動ベット □ エアマット □ 昇降機 □ その他()	<input type="checkbox"/>	



予想される課題を事前に関係者と検討しておきましょう

関係者と検討した大規模災害時の対策を記載する
優先的に安否確認が必要と判断した場合は優先順位にレ点を入れましょう

※ 医療機関や薬局、難病担当の保健所、医療機器・福祉用具業者などでも防災マニュアルなど災害時対策の検討をすでに行っていることもあります。本人や介護者と共に、事前に関係者と話し合っておきましょう。

優先順位
①

※優先順位にチェック(レ点)が入った場合は別紙一覧表に反映させます

項目	課題の整理	危険 チェック	自宅内の危険箇所や長時間過ごす寝室や居間などの間取りを記載しましょう。また、自宅や周辺の危険箇所を把握しておきましょう。
b.住居・周辺環境	家屋が古い(昭和56年以前)、家が傾いている、地盤が弱いなど震災時に倒壊が心配される ※ 別紙「誰でもできる我が家の耐震診断」を参照	<input type="checkbox"/>	
	震災時に家具等が転倒する危険がある	<input type="checkbox"/>	
	津波や水害やがけ崩れ、液状化等の危険が予想される ※ 対象地域のハザードマップを確認しておきましょう	<input type="checkbox"/>	
	必要な自宅備蓄品や非常持出品(保険証・常備薬、お薬手帳など)の準備が揃っていない	<input type="checkbox"/>	
	避難ルートに危険箇所(がけ崩れ、水害、ブロック塀崩壊の危険など)がある	<input type="checkbox"/>	



予想される課題を事前に関係者と検討しておきましょう

関係者と検討した大規模災害時の対策を記載する
課題が残る場合は優先順位にレ点を入れましょう

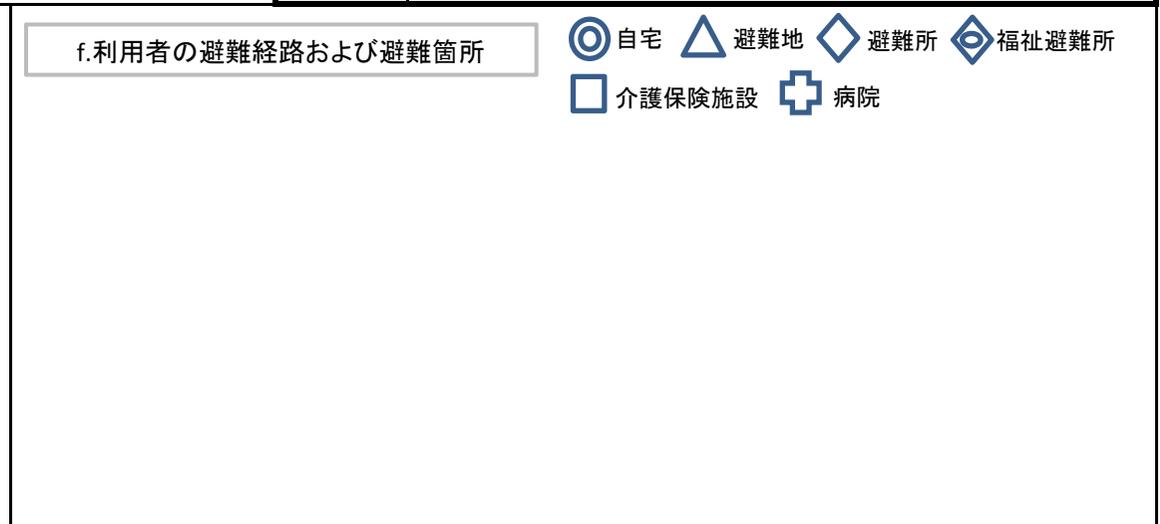
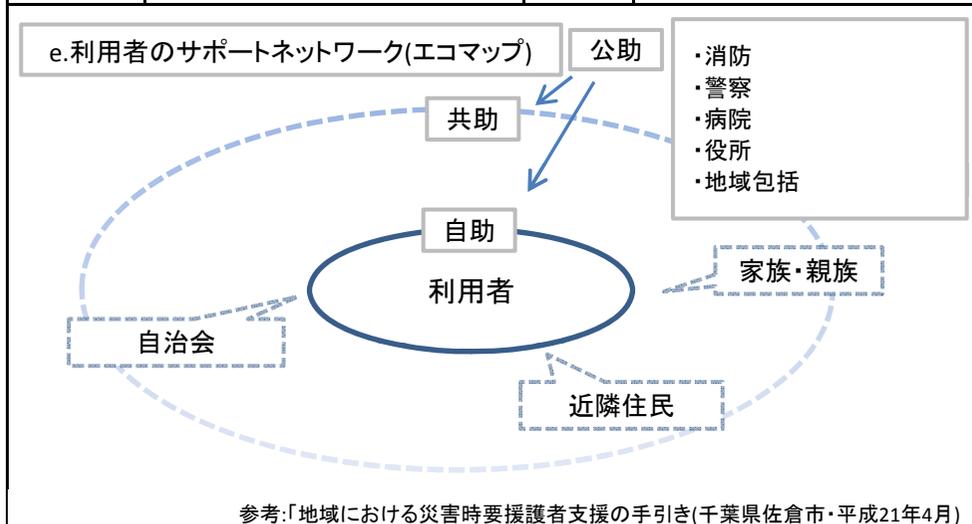
※ 住居所有者や本人、家族の意向を確認し、行政の防災や建築関係者から自宅の耐震や転倒家具防止、受けられる補助、避難経路などの必要なアドバイスを受けられるようにしましょう。

優先順位
②

c.避難する所	危険を一時的に回避する場合	避難地	身体 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	認知 自立 I II a II b III IV M	要介 支1 支2 介1 介2 介3 介4 介5	被災後は混乱が予想されます。避難先へ適切な情報提供ができるよう準備をしておきましょう。 軽介護 重介護 医療依存度の高い	実際に避難が想定される避難場所を調べて記入する(一覧表に記載する)	
	自宅で暮らせない場合	避難所					避難地(集合場所)/避難所	
	避難所で暮らせない方の場合 福祉避難所は特に介護が必要な方への設備や人員の整備があります。 介護保険施設は法に基づき、大規模災害時はやむを得ない状況として施設の定員超過が認められます。						福祉避難所名	
							介護保険施設名(ショートステイ等の利用歴のある施設名など)	
							病院・主治医名	
			その他(身を寄せる可能性のある親族など)					

※ 現在の状況の個所にレ点を入れ、あてはまる個所に○印をつけましょう

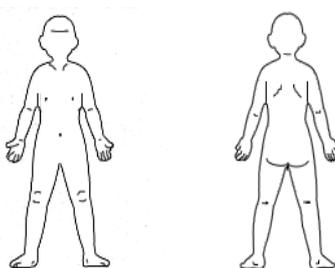
項目	移動の方法	現在の状況	災害時要援護者登録の有無	避難方法や避難支援者を記載し、課題が残る場合は優先順位にレ点を入れましょう	
d.避難方法	自力で徒歩	<input type="checkbox"/>	有 なし ↓ 災害時要援護者登録 特に、要介護3以上の方や認知症の方、一人暮らしで一人では避難できない方などには必要な制度です。詳しくは、市町村・区にご確認ください。	避難方法における配慮 優先順位 ③ <input type="checkbox"/>	
	手引き誘導	<input type="checkbox"/>			
	車いす介助(所有: 有・なし)	<input type="checkbox"/>			登録への希望の有無 有 なし ※ 必要性を理解していただき、登録するように努めましょう。
	ストレッチャー介助・担架を使用	<input type="checkbox"/>			想定される避難支援者
	日中や時間帯によっては、避難支援者が不在になる(介護者の帰宅困難も想定しておく)	<input type="checkbox"/>			



※ 平常時から記載をしておくことで、被災時のシュミレーションが行なえ、担当が不在の際でも迅速な対応を可能にすることを目的としているシートです。

作成年月日： 年 月 日
 提出年月日： 年 月 日
 所属・氏名：
 連絡先：

災害時情報提供書

(顔写真)	提出先	<input type="checkbox"/> 福祉避難所 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	ふりがな			性別	
	氏名			男・女	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳			
	ふりがな				
	住所	電話			
緊急 連絡先	①氏名	住所	帰宅困難リスク	あり・なし	電話
	続柄				
	②氏名	住所	帰宅困難リスク	あり・なし	電話
	続柄				
介護度	申請中・支1・支2・1・2・3・4・5	手帳等	身体・精神・療育・特疾		
介護保険 情報	保険者番号	自立度	身体：J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		
	被保険者番号		認知：自立 I IIa IIb III IV M		
	備考				
医療保険 情報	保険者番号	家族構成図			
	被保険者番号				
	備考				
現疾患					
既往歴					
かかりつけ医	①	医療機関名	特別な医療指示		
		医師氏名			
		連絡先			
	②	医療機関名			
		医師氏名			
		連絡先			
③	医療機関名				
	医師氏名				
	連絡先				
おくすり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	なじみの調剤薬局名 (連絡先)				
					

作成年月日： 年 月 日
 提出年月日： 年 月 日
 所属・氏名：
 連絡先：

ご利用のサービス	事業所名	担当	住所	連絡先

平時の状況 ※該当に○		災害時配慮願うこと
麻痺	無・有（ ）	
座位	自立 一部介助 全介助	
立位	自立 つかまれば可 一部介助 全介助	
移乗	自立 見守り 一部介助 全介助	
移動	独歩 杖 見守り 手引き 歩行器 車椅子	
入浴	ストレッチャー浴 座位浴 一般浴	
洗髪・洗体	自立 一部介助 全介助	
更衣	自立 見守り 一部介助 全介助	
皮膚状態	床ずれ 無・有（ ） その他疾患 無・有（ ）	
食事行為	自立 一部介助 全介助 介助状況（ ）	
食事形態	普通食・ソフト食・きざみ食・ミキサー食 その他（ ）	
義歯	無・有（ ） 手入れ： 自立 一部介助 全介助	
排泄	自立 一部介助 全介助 リハビリパンツ オムツ パット	
視力	正常 やや見えにくい 見えない	
聴力	正常 やや遠い かなり遠い 聞こえない	
意思伝達	できる 簡単なことのみ できない 特別な方法（ ）	
認知機能	物忘れ 心気症状 不安 焦燥 抑うつ	
周辺症状	興奮 幻覚 妄想 せん妄 その他（ ）	
こだわり嗜好品好きな事など	無・有（ ）	

その他申し送り事項

※ 提出日直近の居宅介護支援計画の添付 あり・なし