（様式例１－表）

**避難行動要支援者のための個別支援計画（マイプラン）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基礎情報 |  | | |  | | | | | | | | | 年齢 | | 歳 | | | | 性別 | | | 男・女 |
| 住所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話 | | |  | | | | | | | | | FAX | |  | | | | | | | |
| E-mail | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家  族  構  成  ・  同  居  情  報  等 | |  | | | | | | | 居  住  建  物 | 建築時期 | |  | | | | 構造 | | | |  | |
| 耐震診断 | |  | | | | 家具固定 | | | |  | |
| 見取図 | | ※寝室の位置、普段いる部屋等 | | | | | | | | | |
| 要支援  情報 | 介護認定 | | | | | | （認知症）有・無 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害者手帳 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他  留意事項 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用中の  医療福祉  サービス | 介護保険/  総合事業 | | | | | | サービス |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | | 電話 | |  | | |
| 障害福祉/  児童福祉 | | | | | | サービス |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | | 電話 | |  | | |
| 医療機関 | | | | | | 名称 |  | | | | | | | | | | 電話 | |  | | |
| 家族等  緊急  連絡先 | ① |  | | | |  | | | | 続柄等 | |  | | 住所 | |  | | | | | | |
| 電話 | | | |  | | | FAX |  | | | | E-mail | |  | | | | | | |
| ② |  | | | |  | | | | 続柄等 | |  | | 住所 | |  | | | | | | |
| 電話 | | | |  | | | FAX |  | | | | E-mail | |  | | | | | | |
| 緊急時の  情報伝達 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特記事項 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（様式例１－裏）

|  |  |
| --- | --- |
| 避難誘導時  の留意事項 |  |
| 避難時携行  医薬品等 |  |
| 避難先での  留意事項 |  |
| 避難場所  避難経路 |  |
| 備考 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 避難  支援者 | ① |  |  | | 続柄等 |  | 住所 |  |
| 電話 |  | FAX |  | | E-mail |  |
| ② |  |  | | 続柄等 |  | 住所 |  |
| 電話 |  | FAX |  | | E-mail |  |
| ③ |  |  | | 続柄等 |  | 住所 |  |
| 電話 |  | FAX |  | | E-mail |  |

平成　　年　　月　　日

　上記の内容について、誤り等がないことを確認しました。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代理署名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（本人との関係）

（様式例１－表）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入例

**避難行動要支援者のための個別支援計画（マイプラン）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基礎情報 |  | | |  | | | | | | | | | 年齢 | | 53歳 | | | | 性別 | | | 男・女 |
| 住所 | | | 神戸市中央区下山手通５－10－１ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話 | | | 078-XXX-XXXX | | | | | | | | | FAX | | 078-XXX-XXXX | | | | | | | |
| E-mail | | | | Ichiro\_Hyogo@abc.com | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家  族  構  成  ・  同  居  情  報  等 | | 両親は京都府在住  疎遠でほとんど連絡なし  妹（大阪府在住）が隔週で様子を見に来る  ４年前に障害者支援施設を退所後、グループホーム生活を経て、昨年７月から一人暮らし | | | | | | | 居  住  建  物 | 建築時期 | | 昭和63年 | | | | 構造 | | | | 木造２階建 | |
| 耐震診断 | | 未実施 | | | | 家具固定 | | | | 未実施 | |
| 見取図 | | ※寝室の位置、普段いる部屋等  玄関  居間  寝室 | | | | | | | | | |
| 要支援  情報 | 介護認定 | | | | | | （認知症）有・無 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害者手帳 | | | | | | 身体障害者手帳３級（体幹）、療育手帳Ａ（知的、自閉症） | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他  留意事項 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用中の  医療福祉  サービス | 介護保険/  総合事業 | | | | | | サービス |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | | 電話 | |  | | |
| 障害福祉/  児童福祉 | | | | | | サービス | 居宅介護 | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | ＧＥＮＫＩ介護事業所 | | | | | | | | | | 電話 | | XXX-XXXX | | |
| 医療機関 | | | | | | 名称 | ひょうご整形外科クリニック | | | | | | | | | | 電話 | | XXX-XXXX | | |
| 家族等  緊急  連絡先 | ① |  | | | | はなこ | | | | 続柄等 | | 妹 | | 住所 | | 大阪府池田市〇〇〇 | | | | | | |
| 電話 | | | | XXX-XXXX | | | FAX | XXX-XXXX | | | | E-mail | | XXX@bbb.or.jp | | | | | | |
| ② |  | | | |  | | | | 続柄等 | | 相談支援専門員 | | 住所 | | 神戸市中央区〇〇〇 | | | | | | |
| 電話 | | | | XXX-XXXX | | | FAX | XXX-XXXX | | | | E-mail | | XXX@ddd.or.jp | | | | | | |
| 緊急時の  情報伝達 | できるだけゆっくりと分かりやすい言葉を使用する。  漢字の多い書類は理解が困難であるため、図やひらがな、ルビを活用する。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特記事項 | 歩行は可能だが、体幹障害があるため迅速な移動は困難である。  パニックの際は自傷行為の可能性がある。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（様式例１－裏）

|  |  |
| --- | --- |
| 避難誘導時  の留意事項 | 介助者による強制的な移動はパニックをもたらす恐れがある。自力歩行が可能であるため、差し迫った危機ではない限り、避難の必要性を分かりやすく説明し、誘導することが望ましい。また、人見知りであるため、できるだけ面識のある近隣住民が支援を行う方が良い。 |
| 避難時携行  医薬品等 | オキシトシン、リスパダール |
| 避難先での  留意事項 | 他人との接触が苦手であり、混雑した環境ではパニックになる可能性が高い。できるだけ個室環境を用意することが望ましい。なお、●●商店の店主Ａ氏に信頼を置いており、本人の不安感が大きい場合はＡ氏と話をすると落ち着きを取り戻す可能性がある。 |
| 避難場所  避難経路 | 避難場所：〇〇小学校  自宅  （道路狭小）  〇〇  小学校 |
| 備考 | ○○小学校の前は道路が狭く、避難者で混雑することが予想されるので、混乱しないようにゆっくりと誘導する。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 避難  支援者 | ① |  |  | | 続柄等 | 近所 | 住所 | 神戸市中央区〇〇〇 |
| 電話 | XXX-XXXX | FAX | XXX-XXXX | | E-mail | XXX@ggg.or.jp |
| ② |  |  | | 続柄等 | 近所 | 住所 | 神戸市中央区〇〇〇 |
| 電話 | XXX-XXXX | FAX | XXX-XXXX | | E-mail | XXX@hhh.or.jp |
| ③ |  |  | | 続柄等 | 近所 | 住所 | 神戸市中央区〇〇〇 |
| 電話 | XXX-XXXX | FAX | XXX-XXXX | | E-mail | XXX@jjj.or.jp |

平成 29 年 ５ 月 20 日

　上記の内容について、誤り等がないことを確認しました。

兵

庫

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　兵庫　一郎　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代理署名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（本人との関係）