

災害時個別避難計画導入支援マニュアル 別冊
計画事例集

令和 5 年 1 2 月
川崎市健康福祉局

目次

事例 1. 近隣住民（元民生委員）の支援で通所系サービス事業所に避難	1
事例 2. 近居の家族/町会の支援でショートステイ/指定避難所に避難	6
事例 3. 家族の支援でショートステイ/親戚宅/グループホーム/指定避難所に避難.....	11
事例 4. 同居家族（精神疾患あり）の支援で自宅 2 階に垂直避難	16

計画事例集の見方について

「災害時個別避難計画導入支援マニュアル 別冊 計画事例集」では、シミュレーションで作成された計画事例を代表的な避難先と支援者の組み合わせで 4 件示します。

また、4 事例ごとに以下の内容を示します。

- (1) 個別避難計画作成概要（人物像、担当ケアマネジャーがどう進めたか）
- (2) 災害時個別避難計画（簡易版：モデル事業用）
- (3) 共通帳票（1/2）
- (4) 共通帳票（1/2）

なお、本計画事例集で示す「災害時個別避難計画（簡易版：モデル事業用）」の様式は、令和 4 年度モデル事業用のものであり、実際に使用するものと異なります。

また、本計画事例集で示す事例は、令和 4 年度に実施したモデル事業のシミュレーションの中で作成された計画であり、実際の計画検討手順や計画内容と異なる場合があります。

事例1. 近隣住民（元民生委員）の支援で通所系サービス事業所に避難

(1) 事例 1：個別避難計画作成概要

●人物像

- ・要介護 3（男性、夫婦 2 人暮らし、夫婦で難聴（筆談の必要あり））。肺炎、骨折、骨粗しょう症、ヘルニアの既往歴有。自力で歩行できるが長く続かない。リハビリパンツを使用している。同居の妻も要介護 3 で、骨折により現在右肩が上がらない。寝たきり度 A2、認知症自立度 II a、週 1 回デイサービスを利用
- ・家族（長女）は他県在住にて対応ができない
- ・洪水時に 2 階床下まで浸水（自宅は平屋の戸建て）



●担当ケアマネジャーがどう進めたか

①どのように検討したか

- …本人と家族、近隣住民、対象者宅に隣接する交番、近隣の商店、通所系サービス事業所に情報収集や相談、協力依頼を行った。隣の交番では、避難の声かけ程度をお願いできないか確認してみたが、1 世帯を特別に支援することはできないとの回答だった。
- …自宅は平屋で屋外への避難しか選択肢がなく、避難所では適切な介助が受けられない。本人宅から一番近い場所がデイサービス事業所であり、避難後安心して過ごすことができる。

②難しかったこと

- …夫婦で難聴のため、「高齢者等避難」等が出てもその情報を得ることができない可能性が高く、避難すべき状況にあることをどうやって理解し、どのように避難するか難しく感じた。近隣住民が元民生委員であり、普段から気にかけて下さっている。近隣の元民生委員の方から筆談で避難を伝えていただくことにした。

③今後の課題や意見

- …デイサービスを避難先とし、デイサービス事業所も力になりたいとのことだったが、どの程度の期間デイサービスで受け入れるのか、人員は十分か、ショートステイ受け入れ先の拡充など、本格的な導入となると課題が出てくると思う。

(2) 事例1：災害時個別避難計画（簡易版：モデル事業用）

【様式②】										対象者情報入力 様式のNo.	
フリガナ			生年月日		性別		電話		2		
氏名			年齢		性		FAX				
自宅のハザードマップの状況			ハザードマップの内容		要保護者避難支援制度の登録		未登録				
避難場所			介護施設・事業所		ペット		種類		避難先		
避難先の住所			川崎市中原区●●●●●●●●		無		無				
【避難のタイミング】 「高齢者等避難」が出たら近隣住民の●●さん(元民生委員さん)が本人の安否確認及び避難について知らせる。その後●●さんからケアマネジャーに連絡を入れてもらい、デイサービスに避難支援の依頼を行う。 【避難方法】 妻が利用するデイサービスに妻と一緒にデイサービスの送迎車で避難する。 【避難経路】 経路は本人宅目の前の道路の他はない。			044-●●●●●●●●		共通事項 (備考欄)		避難先				
避難場所			介護施設・事業所		避難先		避難先				
避難先の住所			川崎市中原区●●●●●●●●		避難先		避難先				
避難方法			介護施設・事業所		避難先		避難先				
避難経路			川崎市中原区●●●●●●●●		避難先		避難先				
避難場所			介護施設・事業所		避難先		避難先				
避難先の住所			川崎市中原区●●●●●●●●		避難先		避難先				
避難方法			介護施設・事業所		避難先		避難先				
避難経路			川崎市中原区●●●●●●●●		避難先		避難先				
安否確認者			氏名		住所		住所		住所		
避難支援者			氏名		住所		住所		住所		
災害時個別避難計画作成事業者			氏名		住所		住所		住所		

(3) 事例1：共通帳票 (1/2)

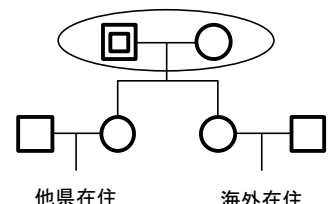
【様式④】

【居宅介護サービス提供(新規・変更)依頼書】兼【入院時情報提供書】兼【災害時避難支援情報提供書】
患者・家族の同意に基づき利用者情報を送付しますので宜しくお願いします

【様式①】

御中	記入日:	年 月 日	提供方法	ケマネ確認
	入院日:	年 月 日	手渡し・FAX・郵送	
	情報提供日:	年 月 日		

つぎのとおり、利用者の方から利用希望がありましたので、サービスの提供についてよろしくお願いたします。

利用者	ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	
	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日 ()歳	
	住所	〒 川崎市 区	電話	()	
	連絡先(カッコ内は連絡順位)	〒 氏名	その他 続柄()	家族構成図(★はキーパーソン・介護状況)  他県在住 海外在住 介護力:あり・弱い・なし	
その他連絡先等()	〒 氏名	その他 続柄()			
その他連絡先等()	〒 氏名	その他 続柄()			
保険情報	被保険者番号		保険者番号		
	要介護認定	事業対象者・要支援(1 2)・要介護(1 ② 3 4 5)			
	申請日	令和 年 月 日 (新規 区分変更)			
	認定日	令和4年3月25日	有効期間	令和4年2月25日～令和5年2月28日	
その他	負担割合	2 割 (開始年月日) 令和4年8月1日 (終了年月日) 令和5年7月31日			
	生活保護	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>	身障手帳	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (種 級) 障害状況()	
	減免	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (減免制度名:)			

サービス	希望曜日	希望時間	利用目的・特記事項
訪問介護		: ~ :	身体 生活
		: ~ :	身体 生活
訪問入浴		: ~ :	
訪問看護		: ~ :	医療処置・リハビリ・保清・指導 その他()
通所介護	水曜日	9:00~12:00	入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 社会交流 <input checked="" type="checkbox"/> 外出の機会 <input checked="" type="checkbox"/> 日常動作訓練 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症予防 <input checked="" type="checkbox"/> リハビリ <input checked="" type="checkbox"/> 医療処置
通所リハ		: ~ :	

サービス	種別	入所希望日	退所希望日	送迎希望	利用目的
短期入所	生活・療養	/ ~ /	/ ~ /	迎・送	
	生活・療養	/ ~ /	/ ~ /	迎・送	

居宅介護支援事業所	事業所名	▲▲居宅介護支援事業所		事業所番号	*****
	住所	川崎市川崎区XXX			
	電話	044-5XX-△△△△	FAX	044-5XX-△△△×	
	担当ケマネジャー	K.T		メールアドレス	

川崎市介護支援専門員連絡会 20180401

(4) 事例 1 : 共通帳票 (2/2)

※ 対象者情報入力様式のNo.

1

【様式②】

利用者氏名				
住環境	戸建て(平屋)に妻と二人暮らし。段差等あり。住宅改修にて手すりの設置済。	生活歴	令和4年2月18日病院受診時、半月前からの喀痰持続の訴えがあり、歩行時ふらつきもあり、検査にて「左上葉肺炎」の診断で入院加療となりました。入院後、禁食や捕液、抗生剤等の治療にて病状安定。3月3日よりリハビリを施行し、入院前と同等のレベルまで回復し、3月31日に退院となりました。その後、半日のリハビリ特化型デイサービスの利用を継続しています。	
医療情報	主疾患	#左上葉肺炎(R4.2)	既往歴	#第一腰椎新鮮圧迫骨折(R1.8.2) #原発性骨粗鬆症(R1.719) #腰椎椎間板ヘルニア(R1.7.19)
	感染症	無 (有)(ワ氏定量)		
	医療機関	*****病院(呼吸器内科)	担当医師	A Dr. 電話 044-***-****
		整形外科(整形外科)	担当医師	T Dr. 電話 044--xxxx
	特別な医療等	点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置 酸素療法 レスビレーター 気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養 モニター測定 床ずれの処置 カテーテル インシュリン自己注射		
【特記事項】 薬・処置 症状・経過等	薬は別紙参照。			
寝たきり度	自立 J1 J2 A1 (A2) B1 B2 C1 C2			
認知症自立度	自立 I (IIa) IIb IIIa IIIb IV M			
利用者の状況	コミュニケーション能力	(課題あり) 課題なし (視力・聴力・伝達力など)		難聴があり、大きな声で話しかけても聞こえない。 筆談等を用いる必要あり。
		移動	自立 (見守り) 一部自立 全介助	屋内外独歩にて移動可能。
	方法	屋内	(独歩) 杖 歩行器 車椅子 その他	耐久性に課題がある。
		屋外	(独歩) 杖 歩行器 車椅子 その他	
	食事	(自立) 見守り 一部自立 全介助	セッティングは必要だが箸・スプーン・フォーク	
	形態	主食	(常食) おにぎり 粥食 ミキサー食	を使い分け摂取可能。
		副食	(常食) 刻み食 ミキサー食 トロミ付き	食事制限なし。
	入浴	自立 (見守り) 一部自立 全介助 未実施	見守りにて自宅で入浴を行っている。 熱いお湯が好みであり、注意を要す。	
	排泄	自立 見守り (一部自立) 全介助	リハパン使用。トイレでの排泄も可能だが、失禁あり。失禁してもリハパンの交換をしない為、	
		方法	日中 (トイレ)・(トイレ)・(オムツ) 尿器・カテーテル等 夜間 (トイレ)・(トイレ)・(オムツ) 尿器・カテーテル等	声掛けにて介助が必要。
更衣	(自立) 見守り 一部自立 全介助	一連の動作自立されている。		
認知症の状態・状況 日常生活への影響	課題(あり) なし 短期記憶に低下が見られる。			
その他 経済的側面 現在利用サービス等	毎週水曜日の午前中、リハビリ特化型のデイサービスを利用。			
ケアマネとしての意見	状況報告			

居宅介護 支援事業所	▲▲居宅会議支援事業所	担当 ケアマネジャー	K.T
---------------	-------------	---------------	-----

川崎市介護支援専門員連絡会 20180401

事例2. 近居の家族/町会の支援でショートステイ/指定避難所に避難

(1) 事例 2：個別避難計画作成概要

●人物像

- ・要介護 2（女性、独居、区内に長男がおり、買い物や掃除などを行う）。腰部脊柱管狭窄症等があり、また、複数の骨折と、狭心症の既往歴があり、12 種類の薬を服用。
訪問看護を月～金曜日で利用しており、リハビリと、清拭のサービスを受けている。
移動は車いすを使用している。自宅玄関と玄関外には段差があり、一度立ち上がって、車いすのみを運んでもらう必要がある、寝たきり度 B1
- ・洪水時に 2 階床下まで浸水（自宅は平屋の戸建て）



●担当ケアマネジャーがどう進めたか

①どのように検討したか

…本人と家族、近隣住民、町会、訪問系サービス事業所、区役所に情報収集や相談、協力依頼を行った。

区内に住む長男が避難支援できない時のために、町内会等へ協力を依頼したいと思い、町内会の連絡先を尋ねたが、本人・家族も判らなかつた。区役所へ連絡したが、問い合わせ先が判らなかつた。最終的に高齢・障害課へ問い合わせで連絡先を聞き、町会長に電話し、協力を仰いだ。

②難しかったこと

…町会の連絡先を知ることが難しかった。また、ショートステイにぜひ避難したいが、ショートステイが満室だったことを考慮して、避難場所を指定避難所にした（当日の空室情報が判らない）。

③今後の課題や意見

…警報レベル 3（高齢者等避難）をどのように知ったらよいか。
また避難完了のサインをどうするか。近所の誰が見ても判るといふサインがあれば良い。

※本計画作成後、地域の防災訓練の際に町会長と近所の町会の方が来訪し、ケアマネジャーが計画内に今後の課題として記載していた「車いすで段差を超える際の介助方法」を、長男とともに確認してくれたとのこと。

(2) 事例2：災害時個別避難計画（簡易版：モデル事業用）

【様式②】				災害時個別避難計画【簡易版】(モデル事業用)		列挙者情報入力 様式のNo.	
フリガナ	氏名	生年月日	年齢	性別	電話	電話	1
自宅のハザードマップの状況	洪水、洪水浸水継続時間	ハザードマップの内容	洪水/多摩川・鶴見川とも0.5～3.0m 洪水浸水継続時間/多摩川・鶴見川とも24時間	要保護者避難支援制度の登録	登録済		
避難場所	指定避難所	●●小学校		ペット	無	種類	避難先
避難先の住所	避難先の連絡先	電話	044-●●●-●●●●				
避難方法	避難経路	①台風情報が出たら→シヨーステイを利用する(事前)に平常時にお試ししておく ②シヨーステイが満室だった場合→レベル3高齢者等避難警報が出たら→長男が迎えに来て車いすを押しして指定避難所へ連れて行く ③または長男が来られない時→●●6丁目町会の方が迎えに来て車いすを押しして避難場所へ連れて行く ④連れて行くかどうかの判断が難しいが、訪問看護訪問中に警報が出たら、訪問看護で車いすで避難所へ連れて行く。(月)～(金)9:00前後～10:30前後		共通事項	(備者欄)		
避難場所	避難先の住所	避難先の住所	避難先の住所				
避難方法	避難経路						
安否確認者	氏名	続柄等	住所	電話番号	080-△△-〇〇	FAX	
避難支援者	氏名	続柄等	住所	電話番号	080-△△-〇〇	FAX	
災害時個別避難計画作成事業者	xxx居宅介護支援事業			電話番号	044-9**-****	FAX	044-9**-****

(3) 事例 2 : 共通帳票 (1/2)

【様式④】

【居宅介護サービス提供(新規・変更)依頼書】兼【入院時情報提供書】兼【災害時避難支援情報提供書】 【様式①】

患者・家族の同意に基づき利用者情報を送付しますので宜しくお願いします

御中	記入日:	2022年12月5日	提供方法	ケマネ確認
	入院日:	年 月 日	手渡し・FAX・郵送	
	情報提供日:	年 月 日		

つぎのとおり、利用者の方から利用希望がありましたので、サービスの提供についてよろしくお願いたします。

利用者	ふりがな		性別	□男 ・ □女	
	氏名		生年月日	□明・□大・□昭 年 月 日 () 歳	
住所	〒		電話	()	
	川崎市 区				
連絡先 (カッコ内は連絡順位)	主介護者 ()	〒 氏名	その他 続柄()	家族構成図 (★はキーパーソン・介護状況)	
	その他 連絡先等 ()	〒 氏名	その他 続柄()		
	その他 連絡先等 ()	〒 氏名	その他 続柄()		
				介護力: あり(弱)なし	
保険情報	被保険者番号		保険者番号		
	要介護認定	事業対象者・要支援(1 2)・要介護(1 (2) 3 4 5)			
	申請日	令和 年 月 日 (新規 区分変更)			
	認定日	令和 4年 3月 1日	有効期間	令和 4年 3月 1日~令和 5年 2月 28日	
	負担割合	1割 (開始年月日) 令和 4年 8月 1日 (終了年月日) 令和 5年 7月 31日			
その他	生活保護	(有) 無	身障手帳	(無) 有 (種 級)	障害状況()
	減免	有 (無)	(減免制度名:)		

サービス	希望曜日	希望時間	利用目的・特記事項
訪問介護		: ~ :	身体 生活
		: ~ :	身体 生活
訪問入浴		: ~ :	
訪問看護	(月)~(金)	: ~ :	医療処置 (リハビリ) (保清) 指導 その他()
通所介護		: ~ :	入浴 社会交流 外出の機会 日常動作訓練 認知症予防 リハビリ 医療処置
通所リハ		: ~ :	

サービス	種別	入所希望日	退所希望日	送迎希望	利用目的
短期入所	生活・療養	/ ~ /	/ ~ /	迎・送	
	生活・療養	/ ~ /	/ ~ /	迎・送	

居宅介護支援事業所	事業所名	x x x 居宅介護支援事業		事業所番号	*****
	住所	川崎市中原区*****			
	電話	044-9**-****	FAX	044-9**-****	
	担当ケマネジャー	N.R		メールアドレス	

川崎市介護支援専門員連絡会 20180401

(4) 事例 2 : 共通帳票 (2/2)

※ 対象者情報入力様式のNo.

1

【様式②】

利用者氏名								
住環境	戸建て平屋(賃貸)室内には手すりスロープあり。玄関上がり框と道路に出る所に段差あり。	生活歴	〇〇出身。〇〇会社で働いていた。長男を連れて再婚したが、夫は平成29年に亡くなった。					
医療情報	主疾患	腰部脊柱管狭窄症・低カリウム血症			既往歴	胸椎圧迫骨折・腰椎圧迫骨折・左股関節骨折・狭心症		
	感染症	無・有(不明)						
	医療機関	〇〇クリニック			担当医師	電話	044(7**)〇〇〇〇	
					担当医師	電話	()	
	特別な医療等	点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置 酸素療法 レスビレーター 気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養 モニター測定 床ずれの処置 カテーテル インシュリン自己注射						
【特記事項】 薬・処置 症状・経過等	ゲーフィス・アルファロール・タケロン・アムロジン・ビソプロロールフマル・エンシュア・酸化マグネシウム・トラムセット・ガスモチン・モラステープ・ニトロペン・アダラート							
寝たきり度	自立 J1 J2 A1 A2 (B1) B2 C1 C2							
認知症自立度	(自立) I IIa IIb IIIa IIIb IV M							
利用者の状況	コミュニケーション能力	課題あり・(課題なし) (視力・聴力・伝達力など)						
	移動	(自立)・見守り・一部自立・全介助			室内は自立			
	方法	屋内	独歩・杖・歩行器 (車椅子)・その他			自操		
		屋外	独歩・杖・歩行器 (車椅子)・その他			介助		
	食事	(自立)・見守り・一部自立・全介助						
	形態	主食	(常食)・おにぎり・粥食・ミキサー食					
		副食	(常食)・刻み食・ミキサー食 トロミ付き					
	入浴	自立・見守り・一部自立・全介助 (未実施)			清拭(水が苦手)			
	排泄	(自立)・見守り・一部自立・全介助						
	方法	日中	(トイレ)Pトイレ・オムツ・尿器・カテーテル等					
夜間		トイレ・(Pトイレ)・オムツ・尿器・カテーテル等			捨てるのは長男			
更衣	(自立)・見守り・一部自立・全介助							
認知症の状態・状況 日常生活への影響	課題(あり・(なし))							
その他 経済的側面 現在利用サービス等	買い物・掃除・調理・整理整頓等は長男が行なう。訪問診療・訪問看護で体調管理とリハビリを行なう。車いすや介護ベッドは福祉用具貸与を利用。							
ケアマネとしての意見	状況報告							
居宅介護 支援事業所	xxx居宅介護支援事業			担当 ケアマネジャー	NR			

川崎市介護支援専門員連絡会 20180401

事例3. 家族の支援でショートステイ/親戚宅/グループホーム/指定避難所に避難

(1) 事例 3：個別避難計画作成概要

●人物像

- ・要介護 3（男性、妻、娘、孫 2 人の 5 人暮らし）。脊椎損傷による下半身麻痺、膀胱直腸障害、多系統脊椎症による ADL（日常生活動作）の低下進行。7 種類の薬を服用し、2 カ月に一度、主治医の往診により薬液を 500ml 髄注している。訪問看護、通所介護をそれぞれ週 2 日、通所リハビリを週 3 日で利用している。入浴は機械浴で週 2 回実施している。外出時はベットからリフトにて車いすへの移乗介助が必要。排泄は全介助が必要。寝たきり度 B1、認知症自立度 II b、身体障害者手帳あり。
- ・氾濫流^{*}の範囲で洪水時に 2 階床下まで浸水（自宅は木造 2 階建、1 階に夫婦で居住、2 階に娘（次女）と孫 2 人が居住している。）



※洪水時、流れが速く木造家屋が倒壊する危険がある

●担当ケアマネジャーがどう進めたか

①どのように検討したか

…本人と家族、近隣住民、通所系サービス事業所、居住系サービス事業所、かかりつけ医療機関、地域包括支援センターに情報収集や相談、協力依頼を行った。

それぞれの相談先で平時の対応状況を確認し、台風 19 号時の家族の対応を聞き取った。また、緊急ショートステイのある特別養護老人ホームに対策や対応を相談した。近くのグループホームは、同居している奥様が以前挨拶に行かれたという話を受け、相談した。

②難しかったこと

…介助している奥様も高齢で、ご本人の医療依存度が高かった点。日中は娘、孫 2 人が不在で平日の対応に不安が残った点。

③今後の課題や意見

…今回のシミュレーションを行って、地域の中で町内会や民生委員等の協力も不可欠だと感じた。今後は個別避難計画の優先順位と対象者の状態について協力者で共有していくことが必要と感じた。

(2) 事例3：災害時個別避難計画（簡易版：モデル事業用）

【様式②】				対象者情報入力 様式のNo.	
フリガナ		生年月日		性別	
氏名		年齢		電話 FAX	
自宅のハザードマップの状況		ハザードマップの内容		登録済	
指定避難所		①特別養護老人ホーム●●、②長女の自宅、③グループホーム●●の家		ペット	
避難先の住所		避難先の住所 電話 044-●●-●●-●●		種類	
避難方法		①川崎市より避難命令が出たら→特別養護老人ホーム●●のショートステイを利用します。早めの対応で車は緊急ショートステイ先で手配、対応します。(住所：●●-●●-●●-●●)		避難先	
避難経路		②長女と連絡を取り合い車で迎えに来ていただき、長女の自宅に行きます。 (住所：●●-●●-●●-●●) 電話：●●-●●-●●-●●		無	
避難場所		③また状況により、強固な建物のグループホームに避難します。車いすを押して5分位のところです。 (住所：●●-●●-●●-●●) 電話：●●-●●-●●-●●		共通事項 (備考欄) ・医療との連携が必要な状態の方です。背髄損傷による下半身まひがあります。膀胱直腸障害、多系統萎縮症によるADEの低下も進行しています。 ・服薬等については別紙に記載しています。 ・主治医は●●クリニックで月2回の往診があります。電話番号：●●-●●-●●-●●、担当医は●●医師です。 ・介護されている奥様も高齢です。 ・訪問看護は週2回利用しています。●●訪問看護です。電話番号：●●-●●-●●-●● ・通所介護は水曜日と土曜日に利用しています。●●通所介護です。 電話番号：●●-●●-●●-●● ・台風などは利用を中止したり早めの送迎対応しています。緊急時は家族との連絡が取れるまで施設で待機をして下さいます。	
避難先の住所		避難先の住所 連絡先			
避難方法		④近隣と協力して避難場所の●●小学校に避難します。車いすに移動します。 (住所：●●-●●-●●-●●) 電話：●●-●●-●●-●●			
避難経路		●●			
地震		避難先の住所 連絡先		電話	
安否確認者		氏名		FAX	
避難支援者		氏名		FAX	
災害時個別避難計画作成事業者		居宅介護支援事業所 ●●		FAX	

(3) 事例 3 : 共通帳票 (1/2)

【様式④】

【居宅介護サービス提供(新規・変更)依頼書】兼【入院時情報提供書】兼【災害時避難支援情報提供書】
 患者・家族の同意に基づき利用者情報を送付しますので宜しくお願いします

【様式①】

御中	記入日:	2022年12月10日	提供方法	ケマネ確認
	入院日:	年 月 日	手渡し・FAX・郵送	
	情報提供日:	年 月 日		

つぎのとおり、利用者の方から利用希望がありましたので、サービスの提供についてよろしくお願いたします。

利用者	ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	
	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日 ()歳	
	住所	〒	電話	()	
	連絡先(主介護者)	〒 同上	家族構成図(★はキーパーソン・介護状況)		
連絡先(カッコ内は連絡順位)	その他連絡先等	〒 川崎市幸区 ●●●			
	その他連絡先等	〒			
	その他連絡先等	〒			
保険情報	被保険者番号		保険者番号		
	要介護認定	事業対象者・要支援(1 2)・要介護(1 2 ③ 4 5)			
	申請日	平成 3 年 12 月 15 日 (新規 区分変更)			
	認定日	令和 4 年 2 月 1 日	有効期間	令和 4 年 2 月 1 日 ~ 令和 5 年 1 月 31 日	
	負担割合	2 (開始年月日) 令和 4 年 8 月 1 日 (終了年月日) 令和 年 月 日			
その他	生活保護	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	身障手帳	無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/>	(1 種 1 級) 障害状況(脊髄損傷による下半身麻痺)
	減免	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	(減免制度名:)		

サービス	希望曜日	希望時間	利用目的・特記事項
訪問介護		: ~ :	身体 生活
		: ~ :	身体 生活
訪問入浴		: ~ :	
訪問看護	火、金	11:00 ~ 12:00	医療処置・リハビリ・保清・指導 その他()
通所介護	水、土	9:45 ~ 15:45	入浴 社会交流 外出の機会 日常動作訓練 認知症予防 リハビリ 医療処置
訪問リハ		: ~ :	
PT	月、水	11:00 ~ 12:00	リハビリ、拘縮予防、関節可動域訓練
ST	木	15:45 ~ 16:20	嚥下訓練、頸部ストレッチ、呼吸、発声練習

サービス	種別	入所希望日	退所希望日	送迎希望	利用目的
短期入所	生活・療養	/ ~ /	/ ~ /	迎・送	
	生活・療養	/ ~ /	/ ~ /	迎・送	

居宅介護支援事業所	事業所名	居宅会議支援事業所 ●●		事業所番号	△△○○○○XXX
	住所	川崎市幸区●●町			
	電話	044-XXX-△△△△	FAX	044-XXX-△△△○	
	担当ケマネジャー	T.N	メールアドレス		

川崎市介護支援専門員連絡会 20180401

(4) 事例 3：共通帳票 (2/2)

※ 対象者情報入力様式のNo.

【様式②】

利用者氏名								
住環境	木造2階建て1階に夫婦で居住されている。2階に次女、孫2人の5人暮らし。バリアフリー対応。玄関は昇降リフト。		生活歴	大学を卒業後24歳から72歳まで石油化学で就職されていた。自動車も運転されていたが74歳で廃車する。結婚は33歳の時で3人の子供を授かる。43歳の時脊髄血管瘤で手術施行、歩行困難となる。				
	主疾患	多系統萎縮症：脊髄損傷後遺症下半身麻痺：膀胱直腸障害、褥瘡くり返し		既往歴	高血圧			
医療情報	感染症	無		担当医師	●●医師	電話	044 (XXX) △△△△	
	医療機関	●●クリニック ●●リハビリテーション		担当医師		電話	()	
特別医療等	点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置 酸素療法 レスピレーター 気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養 モニター測定 床ずれの処置 カテーテル インシュリン自己注射							
	【特記事項】 薬・処置 症状・経過等	ワファリン1mg2錠夕、ネキシウム20mg1錠朝、ケフラール250mg3c分3、クリアナール200mg4錠分2、エナプリル5mg1錠朝、メインテート5mg1錠朝、左外踵褥瘡はカデックス継続。右下腹部からバクロフェン2カ月に1度500髄注している。						
寝たきり度	自立 J1 J2 A1 A2 (B) B2 C1 C2							
認知症自立度	自立 I (IIa) IIb IIIa IIIb IV M							
利用者の状況	コミュニケーション能力	課題あり・(課題なし)			唾液での湿性しゃがれ声あり。構音障害あるも聞き取れる			
		(視力・聴力・伝達力など)			朽ち数少ない、眼鏡使用、聴力問題無し、会話良好			
	移動	自立・見守り・一部自立 (全介助)			ベットからリフトにて車いすへ移乗介助。前傾姿勢			
		方法	屋内	独歩・杖・歩行器 (車椅子) その他		右側傾きあり、腕の筋力低下あり、自走困難		
	屋外		独歩・杖・歩行器 (車椅子) その他		通所介護利用時、通院時外出			
	食事	(自立)・見守り・一部自立・全介助			箸使用、好き嫌いなし、アレルギーなし、セッティング必要			
		形態	主食	(常食)・おにぎり・粥食・ミキサー食		入歯なし。誤嚥注意；見守り		
	副食		(常食)・刻み食・ミキサー食 トロミ付き		食べやすいように大きさ工夫；咽こみあり			
	入浴	自立・見守り・一部自立 (全介助) 未実施			機械浴にて通所介護利用時週2回実施			
		排泄	自立・見守り・一部自立 (全介助)			膀胱直腸バルーン(奥様にて排尿)オムツ対応		
方法	日中		トイレ・PTイレ・オムツ・尿器 (カテーテル等)		排便；訪問介護で週2回；摘便；洗腸施行			
	夜間	トイレ・PTイレ・オムツ・尿器 (カテーテル等)		全て介助が必要な状況				
更衣	自立・見守り・一部自立 (全介助)			上肢安定しないため家族にて全介助				
				入浴時と汗をかいたとき着替えを行っている				
認知症の状態・状況 日常生活への影響	課題(あり)・(なし) 車いすからの転落の危険がある。ナンプレが好きで行っているが、日中は傾眠傾向多く見られる。							
その他 経済的側面 現在利用サービス等	医療より…月2回往診、週2回訪問看護、週1回言語聴覚士、週2回理学療法士利用中、介護保険では通所介護週2回、福祉用具移乗のためリフト、特殊寝台、特殊寝台附属品、車いすを利用中です。							
ケアマネとしての意見	状況報告：2カ月に1度大学病院でバクロフェン髄注通院が必要な状況 褥瘡を繰り返しており良くなっても、また出来てしまう。飲みこむ力も弱くなっている。							
居宅介護 支援事業所	居宅介護支援事業所●●			担 当 ケアマネジャー	T.N			

川崎市介護支援専門員連絡会 20180401

事例4. 同居家族（精神疾患あり）の支援で自宅2階に垂直避難

(1) 事例 4：個別避難計画作成概要

●人物像

- ・要介護 4（女性、精神疾患のある次女と 2 人暮らし、ペットのセキセイインコあり、近所の長女がよく来る、次女の状態によって連絡が取りにくくなる）。

高血圧、貧血、骨粗しょう症の疾患があり、また肺炎を患った後、呼吸状態が安定せず、在宅酸素を使用している。4 種類の薬を服用し、外出は屋内：歩行器、屋外：車いす。

訪問看護と訪問入浴を週 1 回、訪問リハビリテーションを週 2 回利用している。

寝たきり度 B2、特別な医療：酸素療法、認知症自立度Ⅲa

- ・洪水時に 2 階床下まで浸水
（自宅は 2 階建、1 階に居住）



●担当ケアマネジャーがどう進めたか

①どのように検討したか

…本人と家族、訪問系サービス事業所、町内会に情報収集や相談、協力依頼を行った。各事業所に直接問い合わせ、支援可能か事業所の状況を聞いた。その際、酸素ボンベの使用継続時間を計算し、必要本数を確認した。また、町内会に、気にかけていただければという思いで、災害時に避難困難であることを家族より伝えていただいた。

②難しかったこと

…訪問したり、聞き取りを行って作成したので時間も日にちもかかった。計画内容の検討については、対象の本人、家族共に理解があつて難しくなかった。

③今後の課題や意見

…ケアマネジャーの業務はコロナ対応もあり増えていると思うので、できるだけ手間をかけずに役立つ様式がよい。

(2) 事例4：災害時個別避難計画（簡易版：モデル事業用）

フリガナ		氏名		生年月日	性別	電話	列挙者情報入力 様式のNo.
氏名		年齢		年齢	性	FAX	
自宅のハザードマップの状況		洪水	ハザードマップの内	多摩川水深水深3.0m(2階床下)、浸水継続時間24時間未満、観覧川水浸水深0.5m未満、浸水継続時間0時間	未登録		2
避難場所	指定避難所	●●中学校			ペット	種類	避難者と一緒に
避難先の住所	避難先の連絡先				有	種類	避難先
避難方法	避難方法	【避難のタイミング】「高齢者等避難」が出たら、次女が本人とセキセイインコを2階に移動する。HOT、酸素ボンベ、内服薬などを2階に移動する。			【避難するときの注意点】		
避難経路	避難経路	【避難方法】HOTの電気供給が避難所では難しいと想定し、自宅の2階に避難し水が引いて救助されるのを待つ。自宅避難時間は1～2日を想定し、食用品など必要な物を2階へ移動する。トイレはポータブルトイレがあるので、吸水シートなど使用しポータブルトイレを簡易トイレとして利用する。			<ul style="list-style-type: none"> ・同居の次女がテレビ等で情報を得て、「高齢者等避難」が出たら2階への避難を開始する。 ・電力供給が来なくなることも想定し、HOTだけではなく酸素ボンベも2階へ用意する。 ・本人は介助にて歩行はできる。 ・ペットのセキセイインコは鳥かごに入れて一緒に避難する。 ・常備薬のセットを持って避難する。 ・避難ができたなら長女に安否を連絡する。本人が動けないなどいづれとも連うことが起きたら、長女に電話し一緒に2階に2階に上る支援、もしくは車いすで避難所に行く支援など要請する。 		
地震	自宅	自宅			【避難先での注意点】		
避難先の住所	避難先の連絡先				<ul style="list-style-type: none"> ・なるべく椅子に座らせる。あるいは横になってもらう。 ・アレルギーマシナシ。 ・移動には支えが必要。 		
安否確認者	氏名	続柄等	住所	氏名	住所	電話番号	FAX
避難支援者	氏名	子ども	住所	氏名	住所	電話番号	FAX
災害時個別避難計画作成事業者	居宅介護支援事業所****		電話番号	電話番号	電話番号	電話番号	FAX

(3) 事例 4 : 共通帳票 (1/2)

【様式④】

【居宅介護サービス提供(新規・変更)依頼書】兼【入院時情報提供書】兼【災害時避難支援情報提供書】
 患者・家族の同意に基づき利用者情報を送付しますので宜しくお願いします

【様式①】

御中	記入日:	2022年12月10日	提供方法	ケマネ確認
	入院日:	年 月 日	手渡し・FAX・郵送	
	情報提供日:	年 月 日		

つぎのとおり、利用者の方から利用希望がありましたので、サービスの提供についてよろしくお願いたします。

利用者	ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	
	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日 ()歳	
	住所	〒	電話	()	
	連絡先(カテゴリー内は連絡順位)	〒 同上	家族構成図(★はキーパーソン・介護状況)		
主介護者()	☎ 氏名	☎ 続柄()			
その他連絡先等()	〒 川崎市幸区小向町	☎ 続柄()			
その他連絡先等()	☎ 氏名	☎ 続柄()			
介護力:弱い					
保険情報	被保険者番号	被保険者番号			
	要介護認定	事業対象者・要支援()・要介護(4)			
	申請日	平成 年 月 日 (新規 区分変更)			
	認定日	令和 4 年 6 月 1 日	有効期間	令和 4 年 6 月 1 日 ~ 令和 5 年 5 月 31 日	
負担割合	※1 (開始年月日) 令和 4 年 8 月 1 日 (終了年月日) 令和 5 年 7 月 31 日				
その他	生活保護	無	身障手帳	無 (種 級) 障害状況()	
	減免	無	(減免制度名:)		

サービス	希望曜日	希望時間	利用目的・特記事項
訪問介護		: ~ :	身体 生活
		: ~ :	身体 生活
訪問入浴	土	9:00~10:00	
訪問看護	水	15:00~16:00	医療処置・リハビリ・保清・指導 その他()
通所介護		: ~ :	入浴 社会交流 外出の機会 日常動作訓練 認知症予防 リハビリ 医療処置
訪問リハ	月、木	9:00~10:00	

サービス	種別	入所希望日	退所希望日	送迎希望	利用目的
短期入所	生活・療養	/ ~ /	/ ~ /	迎・送	
	生活・療養	/ ~ /	/ ~ /	迎・送	

居宅介護支援事業所	事業所名	居宅介護事業所****		事業所番号	
	住所	川崎市幸区****			
	電話	044-5**-****	FAX	044-5**-****	
	担当ケマネジャー	F.T	メールアドレス		

川崎市介護支援専門員連絡会 20180401

(4) 事例 4：共通帳票 (2/2)

※ 対象者情報入力様式のNo.

1

【様式②】

利用者氏名							
住環境	2階建て戸建て		生活歴	19歳から20歳まで教師をしていた。結婚してからは専業主婦となり書道を近所の人に教えていた。現在は次女と二人暮らし。次女は精神疾患があり、近所の長女、孫がよく来てくれている。			
	主疾患	高血圧、貧血、骨粗しょう症		既往歴	胃潰瘍、肺炎		
医療情報	感染症	無		担当医師	電話	044 ()	
	医療機関	●●クリニック			担当医師	電話	()
情報	特別な医療等	点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置 酸素療法 レスビレーター 気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養 モニター測定 床ずれの処置 カテーテル インシュリン自己注射					
	【特記事項】 薬・処置 症状・経過等	フロセミド、ラックビー、タケキャブ、リバスパッチ					
寝たきり度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2						
認知症自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M						
利用者の状況	コミュニケーション能力	課題あり (視力・聴力・伝達力など)			難聴ありコミュニケーション取りにくい。 字は読んで理解できる。		
	移動	自立 ・見守り 一部自立 ・全介助					
		方法	屋内	独歩 ・杖 歩行器 ・車椅子 ・その他			
		屋外	独歩 ・杖 ・歩行器 車椅子 ・その他				
	食事	自立 見守り ・一部自立 ・全介助					
		形態	主食	常食 ・おにぎり ・粥食 ・ミキサー食			
		副食	常食 ・刻み食 ・ミキサー食 トロミ付き				
	入浴	自立 ・見守り 一部自立 全介助 ・未実施					
		排泄	自立 見守り ・一部自立 ・全介助				
	方法		日中	トイレ ・Pトイレ・オムツ・尿器・カテーテル等			
	夜間	トイレ・Pトイレ オムツ 尿器・カテーテル等					
更衣	自立 ・見守り 一部自立 ・全介助						
認知症の状態・状況 日常生活への影響	課題(あり・なし) 年相応の理解力低下はあるが、日常生活で困った場面は見られない。新しいことは受け入れにくくはなっている。						
その他 経済的側面 現在利用サービス等	経済的な問題なし。						
ケアマネとしての意見	状況報告 本人は肺炎後なかなか呼吸状態が安定しないが、ADL徐々に回復し、リハビリ意欲もある。次女の精神状態により家族間の連携が取りにくくなるので、次女へのフォローが必要。						
居宅介護 支援事業所	居宅介護支援事業所****			担当 ケアマネジャー	F.T		

川崎市介護支援専門員連絡会 20180401