

私の災害時個別計画（パーソナルプラン）

（氏名： _____）

作成日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

次回見直し時期： _____ 年 _____ 月頃

1. 自宅付近のハザード情報（自然災害の危険予測）
2. 緊急連絡用カード
3. 家族構成
4. 緊急連絡先一覧
5. 備蓄チェックリスト（医療機器・療養必需品）
6. 普段の様子
7. 週間予定
8. いざという時の動き（連絡方法・避難先・避難の手順）
9. 今後必要な備えについて
10. 災害時個別計画（パーソナルプラン）作成の経過
11. お問い合わせ先

- ◇ これらは一つにまとめ、万が一の場合はすぐに確認し、避難の際には携帯できるようにしておくことをおすすめします。
- ◇ 普段から使っている療養ノートやお薬手帳と一緒にしておくのも良いでしょう。
- ◇ 療養状況や支援機関に変化があった時には、その都度修正し、常に最新の情報を記載しておくよう心がけましょう。また、本人と支援者間で内容を確認し、少なくとも年1回は見直しを行いましょう。備えの点検や避難訓練等とともに行うことをおすすめします。
- ◇ 作成にあたっては、既に作成しているリストや計画を活用するなど、できることから無理なくすすめましょう。

仙 台 市

1. 自宅付近のハザード情報（自然災害の危険予測）

＝自宅は次の被害が想定されています＝

自宅住所：_____

地震	
津波	
土砂災害	
洪水 (河川等の氾濫)	
大雨による 浸水 (下水道で雨水を処理できなくなり浸水すること)	
台風	
その他	

【参考：仙台市ホームページ ハザードマップ等（各種災害の危険予測地図）】

<http://www.city.sendai.jp/kikikanri/kurashi/anzen/saigaitaisaku/hazardmap/map.html>

☆ 大雨時の避難等の目安にする情報

警戒レベル	避難を呼びかけるために使う名称	左記に記載してある名称の意味	発表・発令元
5	緊急安全確保 ※緊急安全確保は、必ず発令される情報ではありません。	命の危険 直ちに安全確保！ 災害の危険が目前に迫っているか、既に発生している状況です。命の危険が迫りますので、直ちに身の安全を確保してください。避難所へ避難することが危険な場合は、今よりも安全な場所へ移動するなど、命を守る行動をとってください。	仙台市
警戒レベル4までに必ず避難！			
4	避難指示	危険な場所から全員避難 災害が発生する恐れが高い状況で発令する情報です。危険な場所からただちに避難してください。	仙台市
3	高齢者等避難	避難に時間を要する方は、危険な場所から避難 高齢者や障害者など、避難に時間がかかる方や早期の避難が望ましい地域の方に避難を呼びかける情報です。それ以外の方も避難の準備をして、危険を感じる時などは自主的に避難してください。	仙台市
2	大雨・洪水・高潮注意報	自らの避難行動を確認 災害リスク、避難場所や避難経路の再確認など、避難に備え自らの避難行動を確認してください	気象庁
1	早期注意情報	災害への心構えを高める 防災気象情報等の最新情報に注意するなど災害への心構えを高めてください。	気象庁

<参考：気象情報>

【警戒レベル相当情報（例）】

氾濫発生情報
大雨特別警報 等
(警戒レベル5 相当情報)

氾濫危険情報
土砂災害警戒情報 等
(警戒レベル4 相当情報)

氾濫警戒情報
洪水警報 等
(警戒レベル3 相当情報)

これらは、住民が自主的に避難行動をとるために参考とする情報です。
(国土交通省、気象庁、都道府県が発表)

※ 各種の情報は、警戒レベル1～5の順番で発表されるとは限りません。状況が急変することもあります。

※ 上記の定義は令和3年5月20日現在の定義です。今後変更になる可能性があります。

※ 突発的な災害の場合は発令が間に合わない場合もあるため、自発的に危険な地域から避難することが必要です。

☆ 津波は警報がでたら全員避難（警戒レベルは発表されません）

☆ 自宅周辺の地図を貼り付け、避難経路、危険な場所や避難場所等を記載しましょう。

2. 緊急連絡用カード

患者氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日 生		
住 所	〒		
連絡先			
血液型	A ・ B ・ O ・ AB (Rh: + -)		
病名		発病	年 月
	合併症:	呼吸器装着	年 月
障害者手帳	なし ・ あり 身体 (級)、精神 (級)、療育 ()		
介護保険	なし ・ あり (要支援 ・ 要介護)	指定難病 医療受給者証	なし ・ あり
薬	薬剤名:	1日量:	服薬回数: 服薬時間:
アレルギー			
使用中の 医療機器	<ul style="list-style-type: none"> ・人工呼吸器 製品名: ・吸引器 製品名: ・ネブライザー 製品名: 		
呼 吸	1回換気量 ml	呼吸回数	回
	離脱 可 (分) ・ 不可		
	気管カニューレ 製品名:	サイズ	mm
栄 養	摂取方法: 胃ろう ・ 経鼻経管 ・ その他 ()		
	種類・量:	ml/回	回/日
酸素療法	安静時: 吸入量	ℓ/分	吸入時間 時間/日
	労作時: 吸入量	ℓ/分	吸入時間 時間/日
コミュニ ケーション	会話 ・ 筆談 ・ 文字盤 ・ 意思伝達装置		
ADL 身体の拘縮 禁忌な体位			
特記事項			

3. 家族構成

氏名	続柄	同居 別居	電話番号	勤務先・学校名	自宅にいない 時間帯	連絡 順位

4. 緊急連絡先一覧

区分	機関名	担当者氏名	電話	e-mail
かかりつけ医①				
かかりつけ医②				
専門医				
緊急受入				
薬局				
訪問看護				
障害者相談 支援事業所				
介護保険ケア マネジャー				
居宅介護				
訪問入浴				
医療機器業者				
知人・友人				
行政	区障害高齢課			
その他	災害伝言ダイヤル		171	
	東北電力コールセンター お客様番号 ()		0120-175-366	
	仙台市水道局		022-748-1111	
	仙台市ガス局		022-256-2111	

5. 備蓄チェックリスト（医療機器）

		必要 物品	準備 済	医療機器	自宅待機 備蓄量	持ち出し分	保管場所
人工呼吸器（機種名）：							
人工呼吸器 関連		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	内部バッテリー 内部バッテリー作動時間：（ ）時間 消費電力：（ ）W			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	呼吸器回路（予備）			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	気管カニューレ（予備）			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人工鼻			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	パルスオキシメーター（SPO ₂ ）			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	バッグバルブマスク（アンビューバック）			
	非常用電源	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	外部バッテリー 使用可能時間：（ ）時間 充電時間：（ ）分			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	カーインバーター			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	延長コード（ ）m（車から居室まで m）			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	発電機（種類： ）			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	燃料（種類： 量： ）			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	たん吸引器（機種名）：						
たん吸引器 関連		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	内部バッテリー 内部バッテリー作動時間：（ ）時間			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	携帯用（足踏み式 ・ ピストン式吸引器）			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸引カテーテル（本数）とアルコール綿			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	使い捨てグローブ			
	非常用電源	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	外部バッテリー 使用可能時間：（ ）時間 充電時間：（ ）分			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	シガーソケット対応インバーター			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	延長コード			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
酸素濃縮器（機種名）：							
在宅酸素 関連	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	内部バッテリー				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	酸素ポンベ（本数）				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	酸素ポンベ用カート				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	酸素用チューブ（カテーテル）				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

5. 備蓄チェックリスト（療養必需品）

	必要 物品	準備 済	療養必需品の種類	自宅待機 備蓄量	持ち出し分	保管場所
食事関連	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	経管栄養剤 種類： 1日量：			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	イルリガートル			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	栄養チューブ			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	接続チューブ			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	注入器			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
内服薬関連	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	お薬手帳			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	常用薬（予備）			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
衛生材料関連	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ガーゼ類			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アルコール綿			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	注射器			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	精製水			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
排泄関連	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	オムツ類			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	尿器類			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	カテーテル・バッグ等			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	おしりふき			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	水			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	コミュニケーション用具			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	乾電池			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	携帯ラジオ			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	懐中電灯（ベッド側にあるか）			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	筆記用具			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	保険証・医療受給者証			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ティッシュ ・ ウエットティッシュ			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	防寒具等			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	クッション類			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	私の災害時個別計画（パーソナルプラン）			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

☆ 自宅見取り図 ※避難時の動線も記入しましょう

6. 普段の私（ さん）の様子

例えば・・・

- ・ こんな時は不安になります
- ・ 体調が悪いサイン
- ・ これがあると安心します

7. 週間予定（サービス等利用計画などの写し等）

8. いざという時の動き（連絡方法、避難先、避難の手順）

自宅で被災した時にどのように対応するかを具体的に記載します。以下の例示のシートを記入していく方法もありますし、「私の場合」で自由に記入できます。イメージしづらい場合は<記入例>を参照してください。

自宅で過ごすが停電の場合

電源が必要な機器	
電源確保の方法 (誰が、何を 使って、どう やって)	
災害時、かけ つけてくれる 人 (誰に連絡す るか)	

避難が必要な時は次のように動きます



になったら、自宅外に避難します。

避難をしたら、居場所を

に伝えてください。



<第1候補>

【避難先】

【受付担当者・担当部署】

に連絡し受け入れを確認する

【移動方法】

ベッド(自宅)から避難先までの方法、経路をできるだけ詳しく

<第2候補>

【避難先】

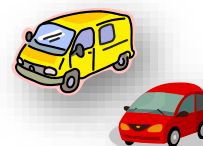
【受付担当者・担当部署】

に連絡し受け入れを確認する

【移動方法】

ベッド(自宅)から避難先までの方法、経路をできるだけ詳しく

<第3候補>



【避難先】

【受付担当者・担当部署】

に連絡し受け入れを確認する

【移動方法】

ベッド(自宅)から避難先までの方法、経路をできるだけ詳しく

【参考】

- ◎ 行き先メモを玄関に貼っておきましょう。
- ◎ 通電火災予防のためにブレーカーは切っておきましょう。



自由記述用

☆記入内容の目安 ～避難場所と避難手順（外に出る方法、移動方法）を中心に自由に記入します～

①状況

- ・どんな時に避難するか（火事、土砂崩れ、自宅の大規模損壊など記入する）
- ・長時間の停電で電源確保が難しい（概ね〇時間）

②連絡先

- ・第一避難先、第二・第三の避難先はどこか（病院、施設等）
- ・電話番号と担当職員

③外に出る
方法

- ・ベッドから公道に出るまでの経路（自宅の間取り、写真）、必要な人員
- ・移動方法（車椅子、ストレッチャー、抱きかかえる等）
- ・本人を移動する際の方法、禁忌（可能であれば、移動・移乗の様子の写真）
- ・避難時、持ち出し物品（写真）

④移動方法

- ・自家用車を使用するか。誰が運転するのか。必要な人員
- ・自宅から避難場所までの経路、平時の所要時間
- ・本人が移動に耐える時間、その他配慮の必要なこと

⑤避難場所

- ・病院等
- ・住所と電話番号

⑥安否連絡

- ・誰に連絡するか、連絡方法はどうか。

9. 今後必要な備えについて

* 今後備えが必要な事項を本人や家族、支援者等で洗い出し、計画的に準備をすすめましょう。
課題が解決したら、見直し時に計画に反映させることにより備えがより具体的になります。

項目	課題	行動計画（誰が、いつまで）	結果
(例) カーインバーター	アンペア数、予備のヒューズの有無、実際の接続方法の確認をしていない	シートに記入（家族、保健師） （次回ケア会議まで） 接続の練習（家族、保健師、訪問）（〇年〇月まで）	〇年〇月ケア会議で一緒に確認、接続訓練実施

10. 災害時個別計画（パーソナルプラン）作成の経過

年月日	事 項

11. お問い合わせ先

《作成に関するお問い合わせ先》

青葉区障害高齢課	〒980-8701 青葉区上杉 1-5-1	022-225-7211 (代)
宮城総合支所保健福祉課	〒989-3125 青葉区下愛子字観音堂 5	022-392-2111 (代)
宮城野区障害高齢課	〒983-8601 宮城野区五輪 2-12-35	022-291-2111 (代)
若林区障害高齢課	〒984-8601 若林区保春院前丁 3-1	022-282-1111 (代)
太白区障害高齢課	〒982-8601 太白区長町南 3-1-15	022-247-1111 (代)
秋保総合支所保健福祉課	〒982-0243 太白区秋保町長袋字大原 45-1	022-399-2111 (代)
泉区障害高齢課	〒981-3189 泉区泉中央 2-1-1	022-372-3111 (代)

《制度等に関するお問い合わせ先》

障害者総合支援センター (ウェルポートせんだい)	〒981-3133 仙台市泉区泉中央 2-24-1	022-771-6511 (代)
-----------------------------	---------------------------	------------------