

地域見守り支えあいネットワーク関係資料

制度紹介チラシ（表）	1
制度紹介チラシ（裏）	2
安心カード（表）	3
安心カード（裏）	4
登録申出書兼同意書	5
避難行動要支援者名簿の見方について	6
登録削除申出書	7



加賀市健康福祉部地域福祉課

加賀市社会福祉協議会

加賀市民生委員児童委員協議会

加賀市地域見守り支えあい ネットワークに登録しましょう

～見守り支えあい計画が変わりました～

地域見守り支えあいネットワークとは？

日頃の見守りや災害時に支援が必要な人をあらかじめ把握し、名簿により地域の支援者が情報共有することで、見守りの互助・共助の輪を広める制度です。

「地域見守り支えあいネットワーク」の概要

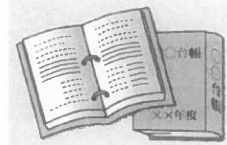
ひとり暮らし高齢者など
(要支援者)



登録の申出



加賀市



登録申出書兼同意書を提出



『避難行動要支援者名簿』
に登録

名簿の提供

見守り活動
など



避難支援等関係者



民生委員



町内会や自主防災組織など

日頃の見守りから災害時まで幅広い支援体制を充実させるため、
『避難行動要支援者名簿』を使って、みんなで把握します。

対象になる人は？

日常的な見守り支援や災害時に避難支援を必要とする方（以下、要支援者と）が対象となります。（施設に入所されている方は対象になりません）

- 75 歳以上のひとり暮らし高齢者
- 75 歳以上の高齢者のみの世帯
- 要介護3以上の認定者
- 障がい者 ※身体障がい（肢体・視覚・聴覚の1～2級）、知的障がい（A・B）、精神障害（1～2級）、内部障がい者（心臓・じん臓・呼吸器）
- 上記事由以外の希望者

登録はどうするの？

支援に必要なご自分の情報を提供することに同意した人が登録され、名簿に載ります。
お住まいの民生委員児童委員もしくは市（地域福祉課）の窓口で登録できます。

[illegible][illegible]

氏 名		性 別		生 年 月 日		年 月 日		性 別	
氏 名		性 別		生 年 月 日		年 月 日		性 別	
かかりつけの 医 療 機 関		科		科		科		科	
診療中の病状		☐ 頭痛 ☐ 腰痛 ☐ 手足の痺れ ☐ 肩こり ☐ 肩痛 ☐ 心臓病 ☐ アレルギー ☐ その他		☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 腎臓病		☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 腎臓病		☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 腎臓病	
近頃生活での 特別な食事制限		☐ 低脂肪食 ☐ 塩分制限 ☐ その他		☐ 低脂肪食 ☐ 塩分制限 ☐ その他		☐ 低脂肪食 ☐ 塩分制限 ☐ その他		☐ 低脂肪食 ☐ 塩分制限 ☐ その他	
服薬の有無		☐ あり ☐ ない		☐ あり ☐ ない		☐ あり ☐ ない		☐ あり ☐ ない	
服薬の種類		☐ インシュリン ☐ 降圧剤 ☐ 降糖剤 ☐ その他		☐ インシュリン ☐ 降圧剤 ☐ 降糖剤 ☐ その他		☐ インシュリン ☐ 降圧剤 ☐ 降糖剤 ☐ その他		☐ インシュリン ☐ 降圧剤 ☐ 降糖剤 ☐ その他	
服薬の回数		☐ 1回 ☐ 2回 ☐ 3回 ☐ その他		☐ 1回 ☐ 2回 ☐ 3回 ☐ その他		☐ 1回 ☐ 2回 ☐ 3回 ☐ その他		☐ 1回 ☐ 2回 ☐ 3回 ☐ その他	
服薬の時間		☐ 朝食前 ☐ 朝食後 ☐ 夕食前 ☐ 夕食後		☐ 朝食前 ☐ 朝食後 ☐ 夕食前 ☐ 夕食後		☐ 朝食前 ☐ 朝食後 ☐ 夕食前 ☐ 夕食後		☐ 朝食前 ☐ 朝食後 ☐ 夕食前 ☐ 夕食後	

「避難行動要支援者名簿」について

本人の同意により、個人情報と市が保有している情報（介護状況や障がいの状況など）をもとに避難行動要支援名簿を作成します。

本人同意により作られた名簿は現在、民生委員児童委員と町内会、消防で情報共有しています。名簿の共有には、個人情報の取扱いに関する協定書を結び、適正な管理を行うとともに、毎年4月に市から名簿の更新を行います。

【お問い合わせ先】

加賀市役所 健康福祉部地域福祉課

TEL0761-72-7854

加賀市社会福祉協議会・加賀市民生児童委員協議会

TEL0761-72-1500

安心カード

救急・火事は

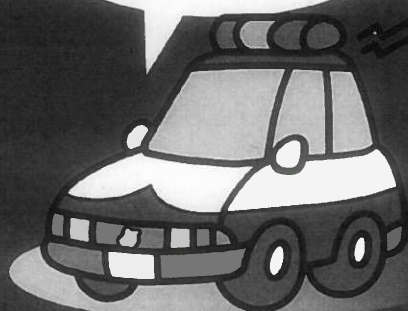
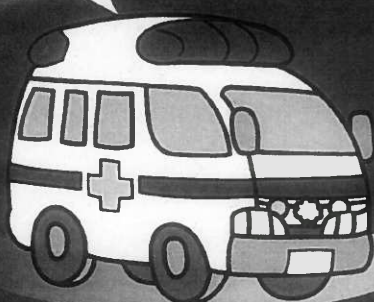
119番

警察は

110番

大聖寺警察署

☎**72-0110**



わたしが避難する場所：初めは

、次は

です。

緊急時の連絡先

作成日 年 月 日

(ふりがな) 世帯主名				自宅の 電 話	() -
住 所	加賀市			自宅まで の目標物	
(ふりがな) 家 族 等 連 絡 先	氏 名		続 柄	電 話	() -
				携帯電話	- -
	氏 名		続 柄	電 話	() -
				携帯電話	- -
民生委員	氏名				電 話 () -
				携帯電話	- -
担当ケア マネジャー	氏名	事業所名			電 話 () -
				携帯電話	- -
そ の 他	1. 福祉協力員	氏 名	電 話 () -		
	2. 福祉サービス事業所	事業所名	携帯電話 - -		
	3. その他				

医療・身体情報 (該当するものに○印または☑をつけてください。)

(ふりがな) 氏 名	作成日 平成 年 月 日	
	性別	血液型
生 年 月 日	大・昭・平 年 月 日 生 (歳)	
かかりつけの 医 療 機 関	科	
	科	
	科	
治療中の病気	☐ 脳疾患 ☐ 腎臓病 ☐ 呼吸器疾患 ☐ 高血圧 ☐ 認知症 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓病(ペースメーカー・その他) ☐ その他()	
避難所までの 移動に必要な項目	☐ 介助が必要 ※身体的理由のみも含む ☐ 用具が必要 (☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車イス ☐ その他())	
障がいの状況	☐ 視覚 ☐ 聴覚 ☐ 知的 ☐ 精神	
医 療 処 置 (重複選択可能)	☐ インシュリン注射 ☐ 人工透析 ☐ 人工呼吸器 ☐ 人工肛門・尿道カテーテル ☐ アレルギー() ☐ その他 ※薬、医療用具など伝えたいこと()	

(ふりがな) 氏 名	作成日 平成 年 月 日	
	性別	血液型
生 年 月 日	大・昭・平 年 月 日 生 (歳)	
かかりつけの 医 療 機 関	科	
	科	
	科	
治療中の病気	☐ 脳疾患 ☐ 腎臓病 ☐ 呼吸器疾患 ☐ 高血圧 ☐ 認知症 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓病(ペースメーカー・その他) ☐ その他()	
避難所までの 移動に必要な項目	☐ 介助が必要 ※身体的理由のみも含む ☐ 用具が必要 (☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車イス ☐ その他())	
障がいの状況	☐ 視覚 ☐ 聴覚 ☐ 知的 ☐ 精神	
医 療 処 置 (重複選択可能)	☐ インシュリン注射 ☐ 人工透析 ☐ 人工呼吸器 ☐ 人工肛門・尿道カテーテル ☐ アレルギー() ☐ その他 ※薬、医療用具など伝えたいこと()	

※救急時や災害時の支援に役立てるため、この「安心カード」の情報を、民生・児童委員、町内会組織、市、消防など避難支援等関係者が共有しています。

加賀市地域見守り支えあいネットワーク 登録申出書兼同意書

(宛先) 加賀市長

【新規・変更】

加賀市民生委員児童委員協議会長

日頃の見守りや災害時の円滑な避難支援活動や安否確認などに役立てるため、下記個人情報と市が保有している情報（介護状況や障害状況など）を、民生・児童委員、町内会組織、社会福祉協議会、自主防災組織、消防、警察等の避難支援等関係者へ提供することに、

☐ 同意して、登録を申出ます。

(同意される方は、①②③の欄を必ず記入して下さい。)

☐ 同意するかしないかを判断するために、加賀市からの詳細な説明を求めます。

(詳細な情報を求められる方は、①の欄を必ず記入して下さい。)

上記のいずれかをまるで囲むか、又は☒チェックを入れて下さい。

① 申出者の氏名等

申出日 平成 年 月 日

ふりがな		性 別	男・女	
氏 名	印	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
住 所	〒922-	自 宅	0 7 6 1 — —	
	加賀市	携 帯 電 話	— —	
		F A X	0 7 6 1 — —	

② 緊急時の家族等の連絡先

ふりがな		続柄		自宅・会社	— —
氏 名				携 帯 電 話	— —
ふりがな		続柄		自宅・会社	— —
氏 名				携 帯 電 話	— —

③ 避難支援等を必要とする理由（当てはまる理由すべてに☒チェックを入れて下さい。）

☐ 一人暮らし高齢者又は高齢者のみの世帯	☐ 介護認定を受けている
☐ 障害手帳をもっている	☐ その他 ()

※同意をいただいた場合、市が持っている介護・障害情報やひとり暮らしである情報などを、避難行動要支援者名簿に記載し避難支援等関係者に提供いたします。

※この制度に登録することにより、日頃の見守りや災害時の支援が必ずなされることを保障するものではありません。また、避難支援等関係者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

登録申出者が市外転出や施設・病院等への長期入所になった場合は、申出がなくても登録を削除する場合があります。

※登録申出書を代理の方が記入される場合は下記に必要事項の記入をお願いします。

代理人の住所 : 〒 —
代理人の氏名 :
(続 柄) ()
代理人の電話番号 :

避難行動要支援者名簿の見方について

災害対策基本法においては、高齢者や障がい者など災害時における避難行動要支援者を把握し、その名簿を作成することが自治体に義務付けられます。加賀市では支援の対象者（右側欄⑥1～5参照）のなかで、地域見守り支えあい制度の登録に同意された方について、名簿を作成しています。日常から災害時まで幅広い支援体制を充実させるため、民生委員や区長、消防など避難支援等関係者で名簿を共有することにしております。

名簿の項目は、基本情報(住所・氏名など)と本人申請の情報(電話番号や緊急時の連絡先など)、支援を必要とする事などで構成され、本人申請の情報以外は、市の保有する住民登録簿や障がい・介護関係の情報が記載されます。

⑥『避難支援を必要とする事由』欄は以下の5分類で表記されます。

1. 一人暮らし高齢者..75 歳以上の単身高齢者
2. 高齢者のみ世帯...高齢者のみ世帯(75 歳以上)
3. 介護認定.....要介護3以上
4. 障がい認定.....身体障がい(肢体・視覚・聴覚の1~2級)、知的障がい(A・B)、精神障害(1~2級)、内部障がい者(心臓・じん臓・呼吸器)
5. その他支援.....上記以外の事由による登録者

⑦支援事由が複数ある場合は列記されます。

避難行動要支援者名簿

平成〇〇年〇月〇日現在

②本人申請の情報

③市の介護、障がい
関係の情報

~~※秘密保持厳守~~

④名簿は地区(行政区)単位で印刷します。

名簿記載の順番は、住所地の順で並べます。

地区(行政区)名

大聖寺南町

No	行政区名称	氏名	性別	生年月日	年齢	住所	要支援者 自宅電話 携帯電話	緊急時の家族等の連絡先 氏名 電話番号	避難支援を必要とする事由	備考
1	大聖寺南町	塩屋 太郎	男	1915/1/24	98	大聖寺南町ア1番地 加賀アパート201号室	72-1112	塩屋 次郎 72-2223	一人暮らし高齢者	
2	大聖寺南町	片山津 一郎	男	1927/1/27	86	大聖寺南町ア2番地	090-1111-1116	片山津 二郎 72-2225	一人暮らし高齢者	
3	大聖寺南町	加賀 三郎	男	1935/1/22	78	大聖寺南町ア3番地	090-1111-1117	加賀 四郎 72-2222	高齢者のみ世帯	
4	大聖寺南町	加賀 花子	女	1925/1/23	88	大聖寺南町ア3番地	090-1111-1118	小松 梅子 0761-11-2222	高齢者のみ世帯	
5	大聖寺南町	大聖寺 花子	女	1965/1/25	48	大聖寺南町ア4番地	090-1111-1119		障がい認定	
6	大聖寺南町	作見 太郎	男	1947/1/28	66	大聖寺南町イ1番地 コーポ加賀402号	72-1115	作見 次郎 076-111-2222	介護認定	
7	大聖寺南町	橋立 太郎	男	1913/1/29	100	大聖寺南町イ2番地	72-1116	橋立 吾朗 72-2227	一人暮らし高齢者 介護認定 障がい認定	
8	大聖寺南町	山中 太郎	男	1965/1/30	48	大聖寺南町イ3番地	090-1111-1120		その他支援	
9	大聖寺南町	三木 花子	女	1935/1/26	78	大聖寺南町イ4番地			一人暮らし高齢者	
10										

⑤同一世帯は並んで記載しますが、世帯内での順序は前後することもあります。

(注意事項)

この名簿は災害対策基本法第49条の10に定められた名簿であり、同法49条の13により、名簿記載の個人情報秘保持の義務が発生します。本来の目的以外の使用や私利私欲により損害が発生した場合、賠償を求められることもあります。

名簿は徹底的に管理していただき、更新時には回収しますので、廃棄しないでください。

・名簿保管者が交代する際は、必ず新保管者に引継ぎをしてください。

加賀市地域見守り支えあいネットワーク 登録削除申出書

(宛先) 加賀市長

加賀市民生委員児童委員協議会長

次のとおり、加賀市地域見守り支えあいネットワークの登録を削除したいので、申し出をします。

申出日 平成 年 月 日

①登録削除者の氏名等

フリガナ		性別	男 女	生年月日	大・昭・平
氏 名	印				年 月 日 (満 才)
住 所	〒 ー 加賀市				
登録削除 の理由 (複数回答可)	登録の必要が 無くなった	☐ 親族による同居や健康状態など、状況が変わったため ☐ その他 ()			
	制度・仕組み を希望しない	☐ 避難行動要支援者名簿に載ることを望まない ☐ その他 ()			
	その他				

②同一世帯で①以外に登録を削除する者の氏名等

フリガナ		性別	男 女	生年月日	大・昭・平
氏 名	印				年 月 日 (満 才)
登録削除 の理由	☐ 上記理由と同じ ☐ その他 ()				

※この届出により避難行動要支援者名簿から削除されますが、名簿の更新時期等により時間がかかることもあります。

※以下については、この申出が不要です。

- ・死亡や転出(市外)など、市へ住民登録の変更届けが行われる場合(名簿更新で削除されるため)
- ・市内転居(制度登録の意思が引継がれるため)

※施設・病院等へ長期入所になったことが判明した場合、この申出がなくても登録削除することがあります。

※この申出書を代理の方が記入される場合は、下記の必要事項に記入をお願いします。

代理人の住所 : _____

代理人の氏名 : _____

(続 柄) : ()

代理人の電話番号 : _____