



## 医療介護情報連携ツールの御紹介

座間市あんしんノート・みまわりネットワーク

皆様には、日頃より高齢者保健福祉行政に御理解・御協力を賜りまして、ありがとうございます。

座間市では、いつまでも住みなれた地域で自分らしく生きていけるよう、在宅医療と介護の連携を重視し、切れ目のない医療と介護の提供体制の構築を目指しております。

その一環として、「**座間市あんしんノート**」を皆様に御活用いただいております。これは、医師や看護師、薬剤師、ケアマネジャーやリハビリテーション専門職、ヘルパー、施設職員など、利用される方に関わりを持つ様々な業種のスタッフが、御本人様の状況を書き込み、これを皆で共有し、より良いサービス提供をするためのノートです。

### 【対象】

座間市にお住いの介護保険被保険者

### 【申請について】

本人・家族または担当ケアマネジャーが、市役所もしくは管轄の地域包括支援センター窓口で手続きを行う。（郵送での対応はしていません）

### 【御利用にあたってのお願い】

1. このノートは、利用する御本人様のものです。関係者の方々は、記入または内容の確認が済みましたら、御本人様にお返してください。
2. 御本人様の現状を共有し、よりよいサービス提供のお役に立てていただくことが目的です。関係者の皆様に知っておいてほしいことなど、御記入ください。
3. ノートの出し入れの際、ファスナーの内側（ビニール接合部等）及び紙やファイルでの怪我やバインダーでの指はさみ等に注意して御利用ください。

《問合せ先》

介護保険課地域支援係

電話 046-252-7084

第1号様式（第4条関係）

座間市あんしんノート利用申請書

年 月 日

（宛先）座間市長

次のとおり座間市あんしんノートの利用を申請します。また、この情報および座間市あんしんノートに記載される情報について医師並びに在宅療養にかかわるスタッフが情報共有することに同意します。

申請者氏名 (利用本人)	ふりがな	男 女	生年 月日	年 月 日 年齢 歳
住 所	〒 ー			
電話番号				
区 分	<input type="checkbox"/> 要支援・要介護認定を受けている者 要支援 1・2                      要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 総合事業対象者 <input type="checkbox"/> 在宅療養をしている者 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

代理人が申請の場合は、次欄に記入。

代理人氏名	ふりがな	関 係	
住 所	〒 ー		
電話番号			
備 考	ケアマネジャー等が代理申請の場合、事業所名など記入		

# 座間市あんしんノート(基本情報)

作成日 平成 年 月 日

利用者氏名	性別	生年月日
様	男・女	M・T・S 年 月 日 ( 歳)
住所		
連絡先(自宅/携帯)	血液型	
介護保険情報		
有効期間	～	要介護度
緊急連絡先(最低で1か所)		
緊急連絡氏名①	続柄	緊急連絡先
様		
緊急連絡先住所(任意)		
緊急連絡氏名②	続柄	緊急連絡先
様		
かかりつけ医療機関		
医療機関名①・担当医名	・	Dr
医療機関連絡先		
医療機関名②・担当医名	・	Dr
医療機関連絡先		
医療機関名③・担当医名	・	Dr
医療機関連絡先		
診断名	発症年月日	
	昭和・平成	年 月 日
	昭和・平成	年 月 日
	昭和・平成	年 月 日

# 座間市あんしんノート(基本情報)

作成日 平成 年 月 日

● 身体の状態

利き腕(□右□左) 身長 cm 体重 kg (□増□維持□減)

□四肢欠損(部位: )

□麻痺

□右上肢 (程度:□軽 □中 □重)

□左上肢 (程度:□軽 □中 □重)

□右下肢 (程度:□軽 □中 □重)

□左下肢 (程度:□軽 □中 □重)

□その他 (程度:□軽 □中 □重)

□筋力低下(部位: ) (程度:□軽 □中 □重)

□関節の拘縮(部位: ) (程度:□軽 □中 □重)

□関節の痛み(部位: ) (程度:□軽 □中 □重)

□失調・付随意運動( )

□褥瘡(部位: ) (程度:□軽 □中 □重)

● 移動

屋内歩行 □自立 □介助があればしている □していない

車いすの使用 □用いてない □自分で操作 □他人が操作

歩行補助具・装具の使用 □使用なし □屋外使用 □屋内使用

● 栄養・食生活

食事行為 □自立ないし何とか自分で食べらる □全面介助

現在の栄養状態 □良好 □不良

● 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態と対処方針

□尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡

□心肺機能低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊 □低栄養

□摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染症 □がん等の疼痛

→ 対処方針 ( )

● 日常生活の自立度等について

・障害高齢者自立度 □自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2

・認知症高齢者自立度 □自立 □I □II a □II b □III a □III b □IV □M

<備考>

座間市あんしんノート

日付	サービス・記入者	血圧	脈	体温	食事	服薬	入浴	排泄
/		/	SPO2	°C 確認してほ しい人	割			済み
日付	サービス・記入者	血圧	脈	体温	食事	服薬	入浴	排泄
/		/	SPO2	°C 確認してほ しい人	割			済み
日付	サービス・記入者	血圧	脈	体温	食事	服薬	入浴	排泄
/		/	SPO2	°C 確認してほ しい人	割			済み
日付	サービス・記入者	血圧	脈	体温	食事	服薬	入浴	排泄
/		/	SPO2	°C 確認してほ しい人	割			済み
日付	サービス・記入者	血圧	脈	体温	食事	服薬	入浴	排泄
/		/	SPO2	°C 確認してほ しい人	割			済み
日付	サービス・記入者	血圧	脈	体温	食事	服薬	入浴	排泄
/		/	SPO2	°C 確認してほ しい人	割			済み
日付	サービス・記入者	血圧	脈	体温	食事	服薬	入浴	排泄
/		/	SPO2	°C 確認してほ しい人	割			済み

注意！！引き継ぎ事項は赤字にて記入する事

座間市地域包括ケア会議及び在宅医療推進協議会

座間市あんしんノート(主治医連絡用)

連絡・引継・相談事項	回答

座間市地域包括ケア会議及び在宅医療推進協議会



# 入院時情報提供書の手引き

## 1、目的

入院時の情報提供の目的は、利用者の生活歴や住環境等を踏まえて「退院支援対象者のスクリーニング」や「退院支援計画書」作りに役立てていただくことです。医療と介護連携においては、こういった医療機関の動きに連動したケアマネジャー側の適切な情報提供が利用者のケアマネジメントにとって重要となります。また、単に情報を伝えるためだけでなく、「顔の見える連携」を図る最初の一步であり、早期から円滑な在宅復帰に向けて取り組んでいく関係を作るために非常に重要な機会となります。

H30年度介護報酬改定で医療と介護の連携の強化を掲げられていますが、その中でも入院時における医療機関との連携を促進する観点から見直しが行われました。

具体的には、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するように依頼することを義務づけられ、また入院時連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価するとともに、情報提供の方法による差を設けないこととされました。

入院前の利用者の状態を、客観的な視点で、一番把握しているのは「担当ケアマネジャー」でより適切な支援を受けられるよう、医療機関の多職種の方に利用者のことを知っていただくために、この手引きを参考にいただき入院時情報提供書を作成していただければと思います。

県央5市(座間市、綾瀬市、海老名市、大和市、厚木市)、愛川町、清川村については、座間市推奨様式、または県央地区推奨様式(神奈川県ホームページよりダウンロード可能)をご活用ください。

## 2、記入の際のポイント

### ① 居宅介護支援事業所

担当ケアマネの携帯番号は必須ではありません。個人携帯番号を記入する必要はありません。

### ② 基本情報

緊急連絡先はできれば2か所お願いいたします。①②の数字の後に氏名を記載してください。

家族構成はキーパーソンと主たる介護者が違うことがあります。同じ場合には両方しるしをつけてください。また、介護者の社会的背景や介護力についてわかることがありましたらその他の欄に記載をお願いします。(例えば、老老介護である・日中独居である・介護者も病気を患っている・家族が遠方で協力が得られない等)

保険情報等については、わかる範囲で記載してください。

### ③ 在宅支援体制

サービス利用状況について、在宅でどのようなサービスをどのように利用して生活していたかという情報は退院に向けて大事な情報となります。特に訪問診療、訪問看護等は情報のやり取りを直接することがあるので、事業所名を記載してください。

### ④ 自宅での生活状況について

病院では入院時にアナムネ聴取を行いますが、これはご本人・ご家族から入院時の状況について確認をしていきます。入院前と入院時では状態が変わっていることが多いため、在宅での状況が把握しづらく患者のADLのゴール設定が難しくなります。入院前のADLの状況はとても重要な情報となります。

### ⑤ 認知・精神面について

環境の変化に伴い、認知症に伴う行動や心理状況も変化する場合があります。入院前の様子はどうであったかということはとても重要な情報となりますので記載をお願いします。

## ⑥ その他について

在宅生活に対するご本人・ご家族の意向や意欲、介護力、思いなど入院前にはどのように考えていたのかを伝えることも重要です。

例：自宅での看取りを希望されている。

がんばれるところまではがんばるが最期は病院への入院を希望する。

自宅での介護はもう限界。

サービス調整にて自宅退院が可能。

ご家族の意向を記入される際は、誰の意向なのかをわかるように記載をしましょう。

\* 家族関係(主介護者とキーパーソンが違う・家族仲が悪い等)や経済的に困っている等具体的記入。介護状況等で紙面に載せることのできない情報(介護者が精神疾患を患っている、虐待の疑いがある等)については、直接担当者に伝えてください。(電話等可)

## 3、提出方法について

契約時に個人情報使用同意書に署名していただいていると思いますが、念のため本情報を病院に提出する際には、ご家族に一言提出する旨を伝え同意を得るようにしましょう。

**各医療機関への提出方法につきましては、座間市近隣病院入院時情報提供書提出方法一覧表を参照してください。**

提出先一覧に掲載されていない病院につきましては、大変申し訳ありませんが各自でお問い合わせいただきますようお願いいたします。

FAXにて情報提供される場合には、氏名・住所・緊急連絡先は一部消してください。FAX送信前に必ず病院に一報入れていただきますので、消した部分は口頭で直接お伝えすると良いと思います。

郵送にて情報提供される場合には、病院側で第一報目を電話で受け、後日郵送で了解していれば、書類が3日後でも加算対象となります。その場合は、必ず支援経過記録等に記載しておきましょう。

入院時情報提供書を提出する段階では、利用者の状態も不安定で、医師の治療方針も決定していない場合も十分に考えられます。そのため、今後の情報提供の希望として、また連携を取り易くするために★印で表記しました。

2022・1 改訂

# 入院時情報提供書

	病院
様	

事業者名	
TEL	
FAX	
携帯電話	
担当者名	

★退院が決まり次第連絡をお願い致します。また、退院前カンファレンスを行う場合は日時をお知らせくださいますようよろしくお願い致します。

入院日 令和 年 月 日 情報提供日 令和 年 月 日

フリガナ 氏名		生年 月日	M T S 年 月 日	住所 歳	
緊急連絡先	① (続柄) 住所 Tel	② (続柄) 住所 Tel			TEL  家族構成  サ ー ビ ス 利 用
かかりつけ医 (連絡先)	① Tel	② Tel			
既往歴					
介護保険	申請中( / 付) 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		生保 受給	無・有 担当:	訪問看護 回/週
保険情報	介護保険 ( )割 国保 ( )割 後期高齢 ( )割 社保 ( )割				訪問介護 回/週
医療証	障害: 有・無( ) 級		特疾: 有・無		訪問入浴 回/週
<b>【自宅での生活状況】</b>					
栄養	食事	自立・見守り・一部介助・全介助		回数	寝返り
	形態	主食: 常食・粥・ペースト		移動	自立・見守り・一部介助・全介助
		副食: 常食・刻み・ソフト・ペースト			起き上がり
		とろみ: 無・有			立ち上がり
方法	経口・経管栄養(鼻腔・胃ろう・腸ろう)・輸液		座位		
	嚥下: むせない・時々むせる・常にむせる		立位		
排泄	排尿	自立・見守り・一部介助・全介助		移動	移乗
	排便	自立・見守り・一部介助・全介助			歩行
	失禁	無・有(常・時々・まれに)		移動手段	独歩・伝い歩き・杖・シルバーカー 歩行器・車いす・ストレッチャー
	方法	トイレ・PTイレ・おむつ・尿器・カテーテル類		整容	自立・見守り・一部介助・全介助
清潔	保清	自立・見守り・一部介助・全介助		更衣	自立・見守り・一部介助・全介助
	方法	一般浴・機械浴・清拭		睡眠	良眠・不眠 薬の服用: 無・有( )
コミュニケーション	言葉	話せない・話せる		認知・精神面	認知症: 無・有
	意思伝達	できない・できる(伝達方法: )			専門医への受診: 無・有( )
	聴覚	日常生活に 支障なし・支障あり・判断不能			精神疾患: 無・有( )
	視覚	日常生活に 支障なし・支障あり・判断不能			中核症状: 記憶障害・見当識障害・実行機能障害 失語・失認・失行
ケア	自立・見守り・一部介助・全介助				周辺症状: 妄想・せん妄・睡眠障害・食行動障害 暴力・暴言・幻覚・錯覚・徘徊・うつ
	義歯	無・有(上: 無・有 下: 無・有)			
服薬管理	自立・見守り・一部介助・全介助				
褥瘡	無・有(部位: )		皮膚疾患	無・有(部位: )	
医療的処置	膀胱留置カテーテル 膀胱瘻 腎瘻 ストマ(消化管・尿路) 在宅酸素( L ) 人工呼吸器 インシュリン注射(自己注射可・不可) 中心静脈栄養 疼痛管理 喀痰吸引				
その他(在宅での生活環境に関する特記事項・課題等、本人及び家族の療養生活に対する希望・意向)					

# 入院時情報提供書

記入例

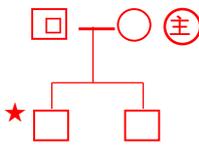
○○○	病院
医療連携室	様

事業所名	座間居宅介護支援事業所
TEL	046-206-5131
FAX	046-206-5137
携帯電話	
担当者名	○○ ○○

★退院が決まり次第連絡をお願い致します。また、退院前カンファレンスを行う場合は日時をお知らせくださいますようよろしくお願い致します。

入院日 令和 1 年 〇 月 〇 日

情報提供日 令和 1 年 〇 月 〇 日

フリガナ 氏名	ザマ タロウ 座間 太郎 様	生年 月日	M T (S) 12 年 4 月 1 日 81 歳	住所	〒252-0021 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号
緊急連絡先	① 座間 花子 (続柄:妻) 住所 座間市緑ヶ丘1-1-1 Tel 046-〇〇〇-〇〇〇〇 ② 座間 一郎 (続柄:長男) 住所 座間市緑ヶ丘1-1-1 Tel 046-〇〇〇-〇〇〇〇	TEL 046-〇〇〇-〇〇〇〇			
かかりつけ医 (連絡先)	① ○〇病院 Tel 046-〇〇〇-〇〇〇〇 ② ○〇クリニック Tel 046-〇〇〇-〇〇〇〇	家族構成 □男性○女性(年齢) 暮線で結ぶ 同居を○ キーパーソンは★ 主たる介護者は(主) 本人は○ 			
既往歴	平成23年8月 直腸がん 平成29年12月 脳血管性認知症				
介護保険	申請中( / 付) 要支援 1・2 要介護 1・2・(3)・4・5	生保 受給	(無)・有 担当:	訪問看護 1回/週 ○〇訪問看護ステーション 訪問介護 2回/週 ○〇訪問介護ステーション 訪問入浴 回/週 訪問リハ 1回/週 通所介護 3回/週 ( ) 回/週 通所リハ 回/週 ( ) 回/週 短期入所 福祉用具	
保険情報	介護保険 ( 2 )割 後期高齢 ( 1 )割	国保 ( )割 社保 ( )割	サービス利用		
医療証	障害: 有・(無) ( ) 級 特疾: 有・(無)				

## 【自宅での生活状況】

栄養	食事	自立・(見守り)・一部介助・全介助	回数	2回/日	移動	寝返り	自立・(見守り)・一部介助・全介助
	形態	主食:	(常食)・粥・ペースト			起き上がり	自立・(見守り)・一部介助・全介助
		副食:	(常食)・刻み・ソフト・ペースト			立ち上がり	自立・見守り・(一部介助)・全介助
		とろみ:	(無)・有			座位	自立・(見守り)・一部介助・全介助
排泄	方法	(経口)・経管栄養(鼻腔・胃ろう・腸ろう)・輸液 (嚥下) : むせない・時々むせる・常にむせる			移動	立位	自立・(見守り)・一部介助・全介助
	排尿	自立・見守り・(一部介助)・全介助				移乗	自立・(見守り)・一部介助・全介助
	排便	自立・(見守り)・一部介助・全介助				歩行	自立・(見守り)・一部介助・全介助
	失禁	(無)・(有) (常)・時々・まれに				移動手段	独歩・(伝い歩き)・杖・シルバーカー 歩行者・車いす・ストレッチャー
清潔	方法	(トイレ)・Pトイレ・おむつ・リハビリパンツ・尿器・カテーテル類			整容	自立・見守り・(一部介助)・全介助	
	保清	自立・見守り・(一部介助)・全介助			更衣	自立・見守り・(一部介助)・全介助	
	方法	(一般浴)・機械浴・清拭			睡眠	良眠・(不眠) 薬の服用: (無)・(有) (〇〇〇 1錠)	
	コミュニケーション	言葉	(話せない)・(話せる)			認知・精神面	認知症
意思伝達		(できない)・(できる) (伝達方法: )			専門医への受診		(無)・(有) (〇〇クリニック)
聴覚		日常生活に (支障なし)・(支障あり)・判断不能			精神疾患		(無)・(有) ( )
視覚		日常生活に (支障なし)・(支障あり)・判断不能			中核症状		(記憶障害)・(見当識障害)・(実行機能障害) 失語・失認・失行
ケア	自立	自立・見守り・(一部介助)・全介助			周辺症状	(妄想)・(せん妄)・(睡眠障害)・(食行動障害) 暴力・暴言・幻覚・錯覚・徘徊・うつ	
	義歯	(無)・(有) (上: (無)・(有) 下: (無)・(有) )					
服薬管理	自立・(見守り)・一部介助・全介助						
褥瘡	(無)・有 (部位: )			皮膚疾患	(無)・有 (部位: )		
医療的処置	膀胱留置カテーテル 膀胱瘻 腎瘻 ストマ (消化管)・(尿路) 在宅酸素 ( L ) 人工呼吸器 インシュリン注射 (自己注射可・不可) 中心静脈栄養 疼痛管理 喀痰吸引						

その他(在宅での生活環境に関する特記事項・課題等、本人及び家族の療養生活に対する希望・意向)

最近、昼夜逆転傾向と失禁、排泄物いじり等の行動が見られ、介護者の妻は心身ともに疲労困憊で施設入所を希望。本人はDSが好きで在宅を希望している。同居の長男は就労により休日のみの支援で、母親を心配し退院後は施設を希望している。

\* 家族関係(主介護者とキーパーソンが違う・家族仲が悪い等)や経済状況等に配慮が必要な場合は具体的に記入。

\* 本人及び家族の療養生活に対する希望・意向があればこの欄に記入してください。

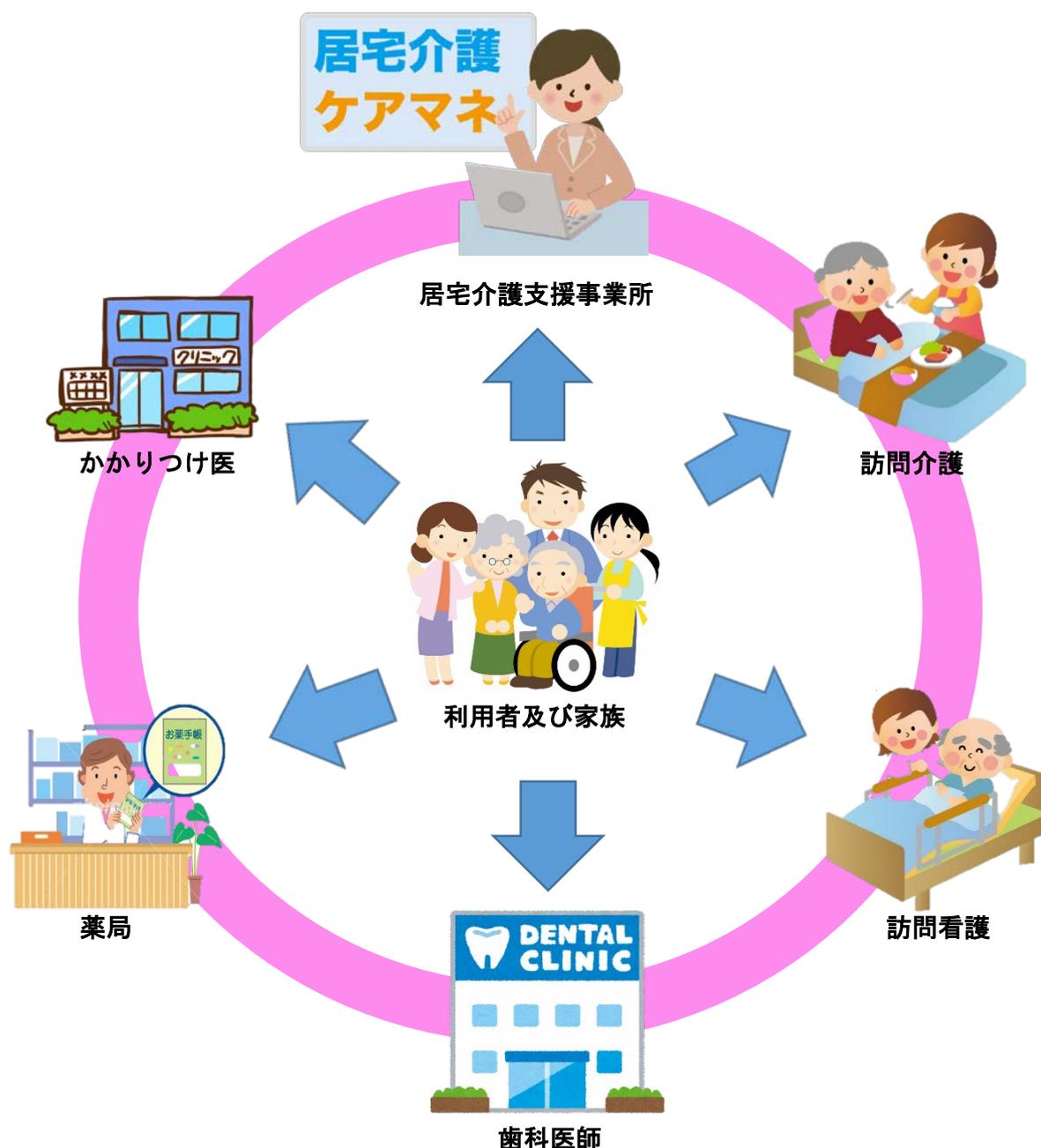
\* 書面に記載しづらい事柄は、電話で相談員に伝える。

# みまわりネットワーク

「みまわりネットワーク」は、あなたの同意に基づき、あなたを支える診療所、歯科医院、薬局、看護、介護事業所などを結ぶ情報連携システムです。

あなたの診療・調剤・看護・介護情報を共有することで、適切な治療やケアにつなげます。

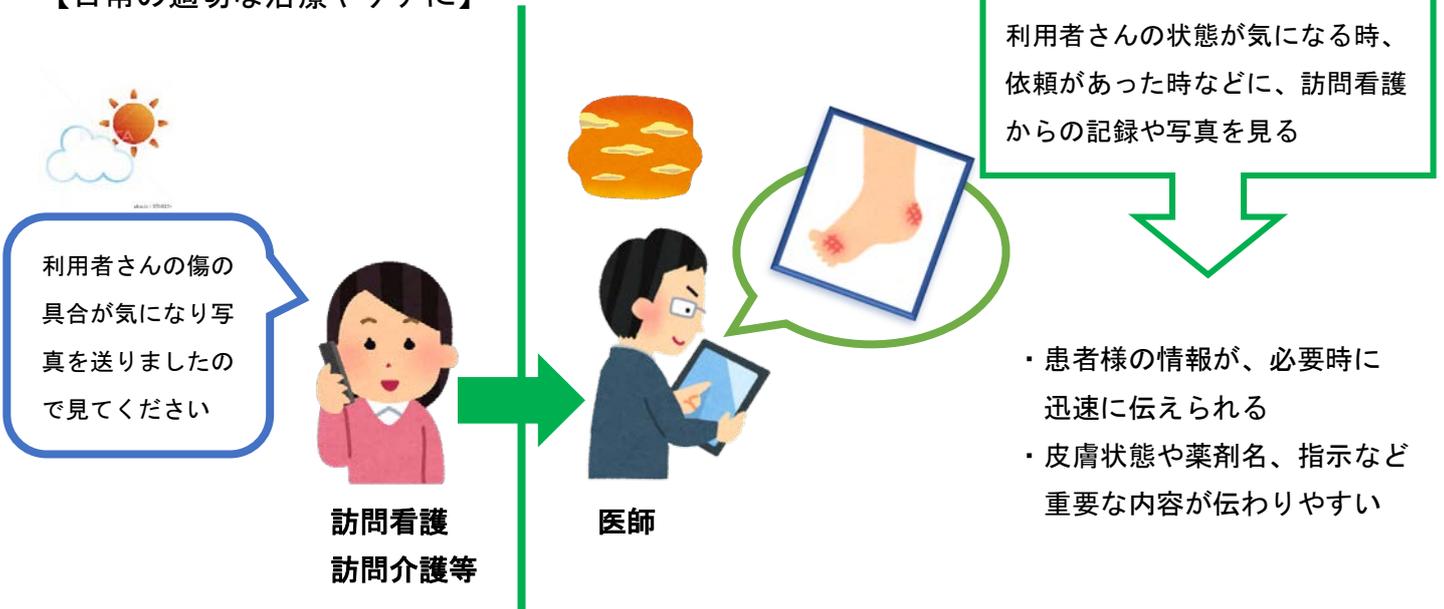
## みまわりネットワークによる情報連携のしくみ



あなたを支える関係者が、訪問時の状態など医療・介護情報を共有することで、適切な治療やケアにつながります。

## みまわりネットワークの活用例

### 【日常の適切な治療やケアに】



## 個人情報の安全確保

このシステムでは、利用者様の医療・介護情報を守るために、次のような対策を講じています。

- (1) このシステムは、国の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(厚生労働省)に基づき、外部からの不正な侵入に対して厳格に情報を保護しています。
- (2) このシステムで医療・介護情報を見ることができるのは、システム運用管理者の承認を得た医療機関・事業所および、その従事者等に限られます。
- (3) 医療機関・事業所より登録された情報は、システムのデータセンター(クラウドサーバー)に安全に保管されます。

## みまわりネットワークで情報を活用するために

### ●同意書の提出が必要です

あなたの情報を活用するためには、みまわりネットワークに参加している医療機関・介護事業等に「みまわりネットワークに関する同意書」を提出していただく必要があります。

### ●同意書を撤回したいときは

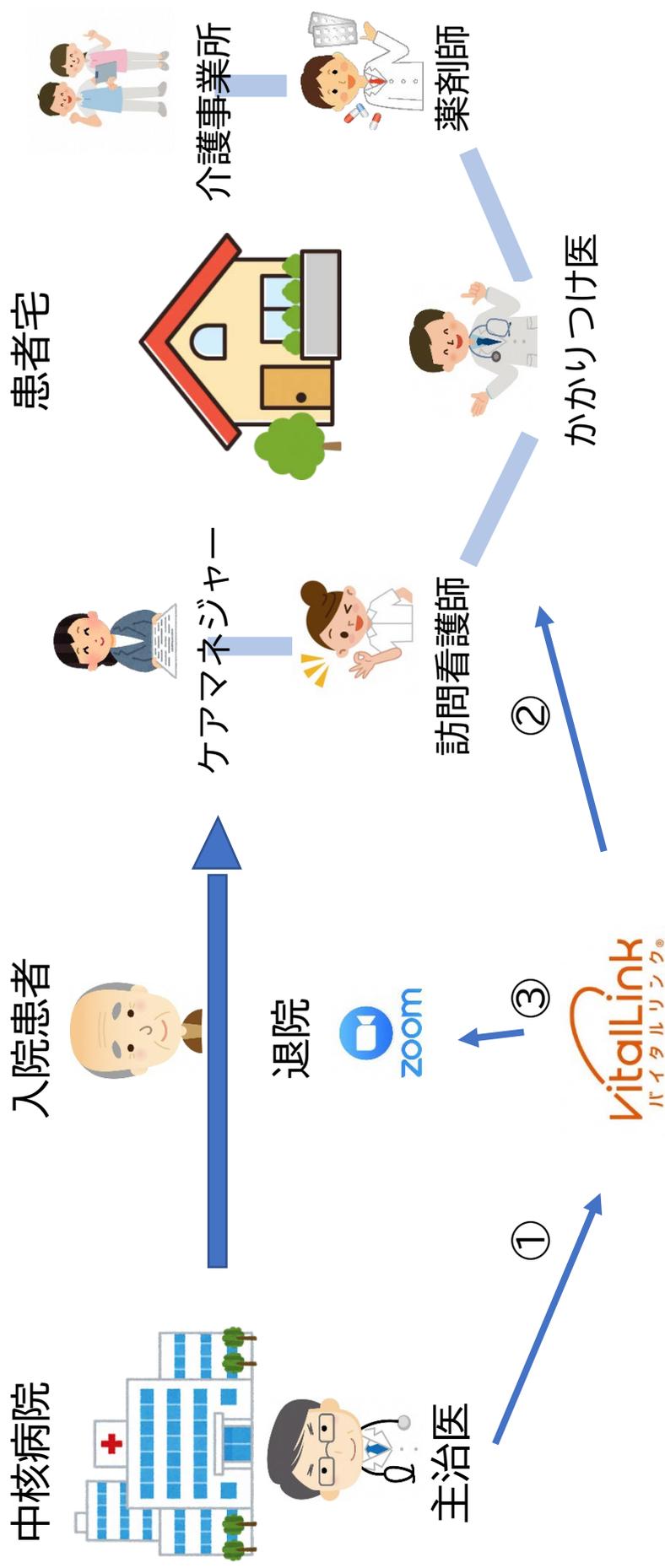
同意書を提出いただいた場合であっても、いつでも同意書を撤回することができます。

### ●最後に

このシステムへの情報の登録は、あなたの自由な意思によります。もし同意されなかった場合や途中で参加を取りやめた場合でも、今後の診療、介護サービスを受ける上で何ら不利益を被ることはありません。

## ZOOM連携機能使用例

### ・退院時カンファレンス

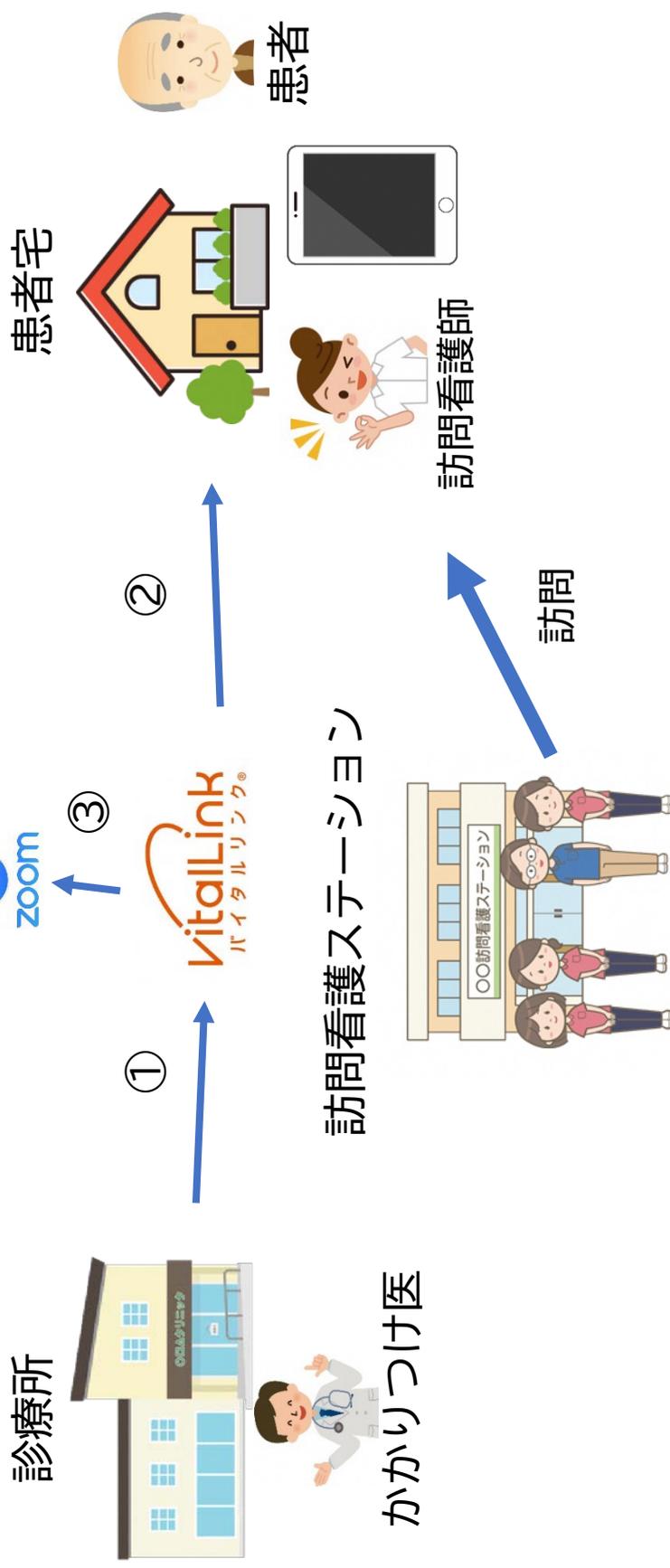


患者退院時のカンファレンスをV L × z o o mを用いて開催する

- ① 開催者はV L で開催日時と参加者を指定して予定の登録を行う
- ② 参加予定の担当者へV L から会議への参加依頼メールが送信される
- ③ V L 上の予定から会議への参加を行い、z o o mでのWe b 会議を行う

# ZOOM連携機能使用例

## ・ DtoPwithNでの活用



看護師の訪問時に Web 会議システムを利用して診療を行う

- ①開催者はVLで訪問日時と担当者を指定して予定の登録を行う
- ②訪問予定の担当者へVLから会議への参加依頼メールが送信される
- ③VL上の予定から会議への参加を行い、ZoomでのWeb会議を行う  
訪問者の携帯端末を用いて患者の診療が可能

## 注意事項

- Web会議の作成を行う場合はZoomアカウントの取得をお願い致します  
※Zoomを検索しホームページから作成。会議への参加をするだけであれば不要です。
- 会議時間の上限や参加人数、その他仕様はZoomのアカウントによって変わります  
ex) 無料アカウントの場合  
参加人数：100人まで  
時間制限：3人以上の場合は40分
- スマートフォンやタブレットで使用される場合は事前にZoomアプリのインストールをお願い致します  
※AppleStore, GooglePlayを開き「Zoom」で検索してください



様式1

座間市医療・介護情報ネットワーク協議会会長 様

年 月 日

座間市医療・介護情報ネットワーク使用申請書・変更届出書

1. 基本情報

法人名	ふりがな
機関名	ふりがな
所在地	〒
代表者名	ふりがな

2. 管理責任者

管理者名	ふりがな
部署名	
役職名	
電話	
FAX	
電子メール	

3. システム使用者

No	システム使用者名	部署名	職種	区分
1	(ふりがな)		医師・看護師 ( )	新規 変更 廃止
	氏名			
2	(ふりがな)		医師・看護師 ( )	新規 変更 廃止
	氏名			
3	(ふりがな)		医師・看護師 ( )	新規 変更 廃止
	氏名			
4	(ふりがな)		医師・看護師 ( )	新規 変更 廃止
	氏名			
5	(ふりがな)		医師・看護師 ( )	新規 変更 廃止
	氏名			

4. 導入機器

管理画面用インストール希望PC&タブレット等	台	
------------------------	---	--

FAX : 046-206-5137 座間市地域在宅医療・介護連携支援室 宛

## 座間市医療・介護情報ネットワーク参加同意書 【利用者様用】

私と家族は、以下の説明担当者又はかかりつけ医（担当医）若しくは介護支援専門員から座間市医療・介護情報ネットワークに関する説明を受け、その目的及び座間市医療・介護情報ネットワークシステムについて理解いたしました。本システムに参加することを希望すると共に、本システムに参加する医療機関（病院、診療所）及び関係する訪問看護ステーションやケアマネジャー（介護事業所）、その他の関係施設（薬局や歯科等）における医療情報等の共有について同意いたします。

令和 年 月 日

利用者様（自筆署名）

患者氏名.....

家族氏名（続柄.....）.....

説明担当事業者（自筆署名）

医療機関

又は介護事業所.....

担当医師氏名.....

説明者氏名.....

## 座間市医療・介護情報ネットワーク中止届 【利用者様用】

座間市医師会地域在宅医療・介護連携支援室 殿

私は説明担当者もしくは、かかりつけ医から座間市医療・介護情報ネットワークに関する説明を受け、理解と同意のもとに参加していましたが、私事もしくはその他の事情により本情報システムの中止と撤回を希望します。

令和 年 月 日

利用者様記入欄（自筆署名）

利用者様氏名

(印)

## 災害時避難行動要支援者登録名簿登録申込書

宛先) 座間市長

私は、災害の発生が予測され、避難が必要になったときに、避難することが困難なため、地域の人の支援が必要となりますので、災害時避難行動要支援者登録名簿に登録します。

また、私の支援を目的として、災害時避難行動要支援者登録簿を次の情報提供先に提供すること及び登録簿更新時に要介護区分又は障害程度を調査することに同意します。

令和 年 月 日

本人住所 座間市 代筆者住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

※同意することにより、避難支援者（地域等）から災害発生時における避難行動の支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援者自身や家族などの安全が前提のため、同意によって、**災害時の避難行動の支援が必ずなされることを保証するものではなく、また、避難支援者は法的な責任や義務を負うものではありません。**

情報提供先 ※情報提供先の選択はできません。	1 災害対策本部 2 座間警察署 3 民生委員児童委員 4 社会福祉協議会 5 自主防災組織 6 自治会総連合会又は単位自治会 7 その他市長がやむを得ない必要があると認めた避難支援等関係者
---------------------------	---

フリガナ		生年月日 (年齢)	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
氏 名		性 別	男 ・ 女
住 所			
電 話	自宅 ( )		携帯 ( )
自治会名			

緊急連絡先（緊急時に連絡が取れる親族等を記載してください）

① 氏 名 ( 本人との関係 : )  
 住 所  
 電 話 ( 自宅 ・ 勤務先等 )

② 氏 名 ( 本人との関係 : )  
 住 所  
 電 話 ( 自宅 ・ 勤務先等 )



座間市では、災害時に支援が必要な方を地域で支援する体制づくりを進めています。災害時に自力で避難することが困難で、地域からの支援が必要な方の情報を名簿として登録し、地域と共有し、情報として把握していただくことで、災害時の安否確認等を円滑に行います。

災害時避難行動要支援者支援制度のご案内

申請

災害時避難行動要支援者登録名簿への申請

- 申請できる方  
高齢者、障がい者等で地域の支援を希望する方  
(詳細は裏面を参照してください。)
- 申請先  
座間市 福祉部 福祉長寿課・障がい福祉課

名簿共有

市による登録台帳の整備、支援組織との名簿の共有

- 自治会や民生委員等地域の関係団体と名簿を共有し、平常時の見守り活動、災害時の安否確認などに活用します。
- 名簿共有の際には、個人情報保護に留意して適正に管理します。

平常時

災害時

地域による支援

- 名簿を活用して要支援者の把握・見守り活動
- 避難経路の確認
- 防災訓練や防災研修会



※地域によっては、必ずしも避難経路の確認や防災訓練等が行われるものではありません。

- 名簿を活用しての安否確認
- 避難場所への誘導
- 救出活動



## 1 登録できる方

次の全てに該当する方です。

- (1) 市内にお住まいで、在宅で生活している方
- (2) 支援組織（自治会、民生委員児童委員、社会福祉協議会等）への個人情報提供に同意する方
- (3) 災害時に自力で避難することが困難で次の①～⑦のいずれかに該当する方
  - ①65歳以上の一人暮らし高齢者
  - ②介護保険要介護度「3・4・5」の方
  - ③身体障害者手帳1種「1級・2級」の方
  - ④療育手帳「A1・A2」の方
  - ⑤精神障害者保健福祉手帳「1級」の方
  - ⑥高齢者世帯（世帯員全員が75歳以上）
  - ⑦難病の指定を受けている方

## 2 避難行動について

避難とは「難」を「避」けることであり、避難場所等へ行くことだけが避難行動ではありません。ハザードマップ等でご自宅周辺のリスクを確認し、浸水や土砂災害等が想定されていないことが確認できている場合、避難する必要はありません。ご自宅等、安全な場所にいる場合は災害時に外出しない等、ご自宅に留まることで安全を確保することが可能です。

ただし、リスクが想定される場合は、新型コロナウイルス感染症の状況を鑑み、避難場所や経路、タイミング等を事前に検討しておきましょう。

## 3 申込みに当たって

この制度は、日頃からの地域の助け合いにより少しでも災害時の被害を減らそうとするものです。災害の状況によっては、必ずしも支援を受けられるとは限りません。また、支援する方が責任を負うものではありません。支援を希望する方自身も、常に自分の身は自分で守るという意識を持ちながら、日頃から積極的に周囲の方とコミュニケーションを取るよう心掛けましょう。

## 4 個人情報の取扱い

登録いただいた個人情報は、行政及び支援組織内において適正に管理し、この制度以外の目的には使用しません。

## 5 申込み方法

「災害時避難行動要支援者登録名簿登録申込書」を座間市福祉長寿課・障がい福祉課に持参、または郵送してください。

### 問い合わせ・提出先

〒252-8566

座間市緑ヶ丘一丁目1番1号

座間市福祉部 福祉長寿課（高齢者担当）

障がい福祉課（障がい者担当）

TEL 046-252-7127

FAX 046-255-3550

TEL 046-252-7978

FAX 046-252-7043