

# 交野市避難行動要支援者支援事業 おりひめ支え愛プロジェクト



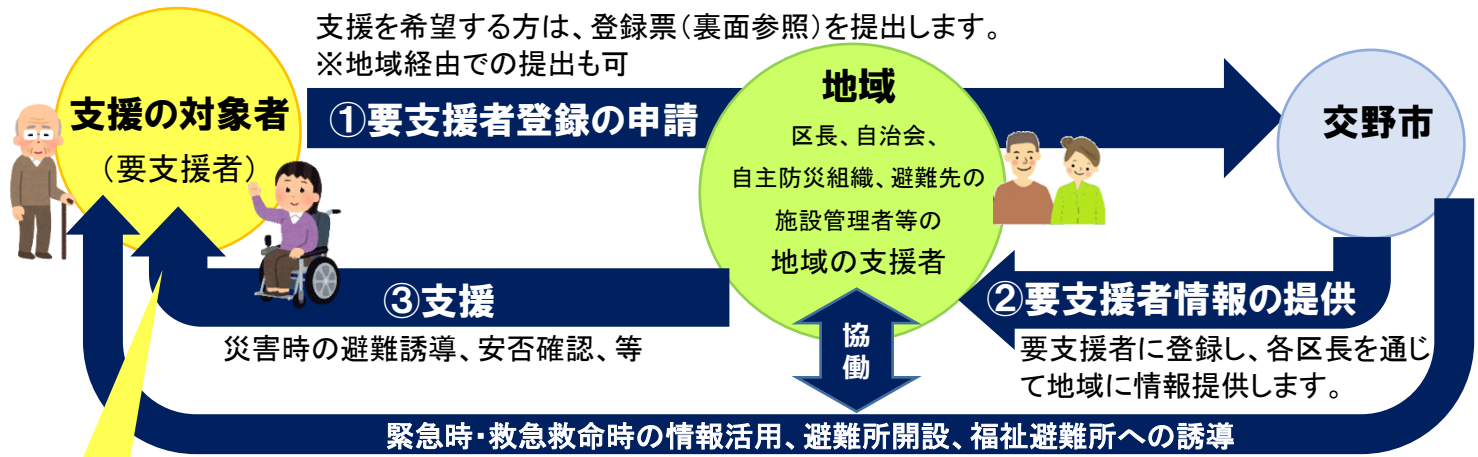
【問い合わせ先】交野市 福祉総務課 ゆうゆうセンター1階 ☎ (072) 893-6402

令和8年5月作成

交野市では、災害発生時に一人で避難することが困難な方で地域の支援が必要な方を、「避難行動要支援者」として登録し、災害発生時や災害発生の恐れがある時に、地区や自治会等を中心に、地域で安否確認や避難誘導等の支援を行う体制づくりを進めています。

## おりひめ支え愛プロジェクトの仕組み

支援を希望する方は、登録票(裏面参照)を提出します。  
※地域経由での提出も可



## 支援の主な対象者

在宅で暮らす自力避難が困難な方(※)を支援します。

- 介護保険の要介護認定3から5を受けている方
- 身体障がい者(身体障害者手帳1・2級)
- 知的障がい児・者(療育手帳A判定)
- 精神障がい者(精神障害者保健福祉手帳1級)
- 自力避難が困難な 65 歳以上の一人暮らしの方、75 歳以上の高齢者のみの世帯の方
- その他、自力避難が困難で、地域の支援を必要とする方

※ 支援できる家族・親族が同居・近居していない方、特別な支援が必要な方

**重要**

この登録は、災害時の支援を保証するものではありません。

災害時の支援活動は可能な範囲で行われるものであり、支援者やその家族が被災したとき、支援者自身に危険が及ぶ恐れのあるときなど支援が困難な場合には避難支援ができないこともあります。

★支援が必要な方も、「自分の身は自分で守る」という意識を持って日頃から準備しておきましょう。

★自治会等に参加し、日頃から近所や地域の皆さんと、気軽に話ができる関係づくりを心がけましょう。

## 支援の内容

### 1. 災害時の避難支援

災害発生時や災害発生の恐れがある時に、地域の支援者が安否確認や避難誘導を行います。

また、災害時の支援を円滑に行うため、地域において声かけや見守り活動を行います。

### 2. 緊急時・救急救命時における情報活用

緊急時や救急搬送時などに、市が緊急連絡先を活用して家族等に連絡をとることができます。

また、既往歴やかかりつけ医の情報は、消防署が救急搬送・救命活動を行う際に必要に応じて活用します。

## 支援者の方へ

本事業へのご協力誠にありがとうございます。

★支援者の方も、災害時は自分や家族の身を守ることが大前提となります。自分や家族の安全を確保した上で、可能な範囲での支援をお願いしています。

★災害時の支援について法的な責任や義務を伴うものではありません。

# 登録票について

- ★ 支援を希望する方は、登録票(下記参照)を提出してください。提出は地域経由で提出できます。
- ★ 登録票の内容は、交野市が「要支援者名簿」に記載し管理します。また、「1. 基本情報」は区長を通じて地域の支援者等に提供されます。
- ★ 登録内容に変更があった時には、登録票を再提出してください。
- ★ 登録を取り消す場合は、地域の支援者または交野市にご連絡ください。

## 登録票 <<記入例>>

### 交野市避難行動要支援者支援事業(おりひめ支え愛プロジェクト)(登録・変更)票

この登録票は、災害時の避難行動等に不安がある方の情報を地域で共有し、普段の見守り活動とともに、災害時や緊急時に少しでも敏速な対応を行うことを目的としています。

交野市長 宛

記入日: ●●●●年●月●日

避難の支援、安否の確認、その他の生命又は身体を災害から保護を受けるために、1枚目の情報を市及び消防署で共有されること、2枚目の情報を区長を通じて地域の支援者及び社会福祉協議会へ共有されること、また、転出等で住民票に異動があった場合は自動的に名簿から抹消されることに同意します。

本人 **交野 太郎** 押印不要 代理人 押印不要 (関係 )

#### 1. 基本情報 (必ず記入してください)

フリガナ	カタノ タロウ	生年 月日	大正・昭和・平成・令和 *年*月*日 80歳
氏名	交野 太郎	区名	私部区
住所	交野市私部1-1-1	性別	同居家族数 (本人を除く) 0
電話番号	*** (*** ) ****	性別	同居家族数 (本人を除く) 0
携帯番号	*** (**** ) ****		
世帯状況(○印)	<input checked="" type="radio"/> 1. ひとり暮らし <input type="radio"/> 2. 昼間ひとりが多い <input type="radio"/> 3. 家族だけでは支援が不安 <input type="radio"/> 4. 寝たきり <input checked="" type="radio"/> 5. 歩行困難 <input type="radio"/> 6. 視覚に不安がある <input type="radio"/> 7. 聴覚に不安がある <input type="radio"/> 8. 避難時の判断が困難 <input checked="" type="radio"/> 9. その他、特記事項(右片マヒ)		
支援を必要とする理由(○印)			

「1. 基本情報」は、区長を通じて地域の支援者等に提供され、地域での支援に活用されます。

同居家族数は、本人以外の数を記入してください。

「2. 災害時・緊急時連絡先」は、市や消防本部が緊急時や災害時に活用します。(地域には情報提供されません)

#### 2. 災害時・緊急時連絡先 (緊急時や災害時に必要ですのでご記入ください)

フリガナ	カタノ サクラ	関係(○印)	<input checked="" type="radio"/> 家族・親族・友人等
氏名	交野 桜	電話番号	*** (*** ) ****
携帯電話	*** (**** ) ****	住所	交野市天野が原町5-5-1
フリガナ		関係(○印)	家族・親族・友人等
氏名		電話番号	( )
携帯電話	( )	住所	

「3. 医療機関の情報」は、消防本部が救急救命時に活用します。(地域には情報提供されません)

#### 3. 医療機関の情報 (消防による救急搬送時等に備えて登録したいと思われる方はご記入ください)

既往歴(主な病気)	脳梗塞		
かかりつけ病院	名称: ●●病院	電話	***-****-****

2枚目は封筒に入れて提出して下さい。3枚目は「本人控え」ですので、切り取って保存してください。

3枚目は「本人控え」です。切り取ってから1枚目と2枚目のみ提出してください。