

民生委員が実施している「ひとり暮らし高齢者地域で見守り推進事業」 における自治会・町内会（自主防災組織）への情報提供について

民生委員が実施している「ひとり暮らし高齢者地域で見守り推進事業」において、民生委員が訪問した際に把握した「親族等の緊急連絡先」、「介護・障害等の状況」、「避難時に必要となる支援（担架、車いす等）」等の情報は「状況把握シート兼福祉カード」に記録しています。

これらの情報を災害時の助け合いに活用できるようにするため、ご本人の同意が得られた場合は、民生委員から災害時要援護者支援事業を実施している自治会・町内会に対して、「自治会・町内会（自主防災組織）への情報提供シート」（「状況把握シート兼福祉カード」の一部複写。以下「情報提供シート」という。）を提供することができます。

「情報提供シート」は要援護者に関する情報を補完し、災害時にはご近所同士が助け合っ
て安全に避難する際の重要な情報になりますので、ご活用くださるようお願いいたしま
す。

なお、民生委員から提供を受けた「情報提供シート」は、個人情報を含んでいますので、紛失、漏えい等のないよう、適切な取り扱いをお願いいたします。

1 「情報提供シート」の活用

「情報提供シート」については、災害時要援護者支援事業において、区役所から各自治会・町内会に提供している「災害時要援護者名簿」（以下「名簿」という。）に掲載されている方と、掲載されていない方がいます。

- (1) 名簿に掲載されている方について、民生委員から「情報提供シート」の提供があった場合は、自治会・町内会で把握している要援護者に関する情報を補完する情報（避難時に必要となる支援等）としてのご活用ください。
- (2) 名簿に掲載されていない方について、民生委員から「情報提供シート」の提供があった場合は、災害時に配慮が必要な要援護者（例：足腰に不自由はあるが、要援護者支援事業の対象基準を満たさない方等）として、民生委員と連携をとりながら日頃の見守りや、災害時の安否確認や安全な避難に向けてご活用ください。

2 民生委員から自治会・町内会長への情報提供

民生委員が概ね 9 月～10 月に「ひとり暮らし高齢者地域で見守り推進事業」の訪問を行います。その後、自治会・町内会へ個人情報を提供することに対して本人の同意を得られた方の「情報提供シート」を、民生委員から自治会・町内会長に提供します。

3 保管方法及び情報取扱者

民生委員から提供を受けた「情報提供シート」は、個人情報を含んでいますので、紛失、漏えい等のないよう、災害時要援護者支援事業において提供している 災害時要援護者名簿と一緒に保管 してください。

また、「情報提供シート」を取扱う者についても、区役所に届け出を行っている災害時要援護者支援事業の情報管理者及び情報取扱者に限ることとします。

4 廃棄

「情報提供シート」で保管をしている方が、転居や死亡等の理由により個人情報を保持する必要がなくなったときには、年に1回、災害時要援護者名簿を区役所に返却する際に、一緒に区役所に返却をお願いいたします。

5 情報管理者の変更

災害時要援護者支援事業において、情報管理者に変更が生じた場合には、災害時要援護者名簿と併せて、「情報提供シート」の引き継ぎを必ず行ってください。

担当：福祉保健課 村上、山口
電話 5 4 0 - 2 3 3 9
FAX 5 4 0 - 2 3 6 8

ひとり暮らし高齢者「地域で見守り」推進事業

状況把握シート兼福祉カード

| | | |
|-----|----|--------|
| 地区名 | 地区 | 民生委員氏名 |
|-----|----|--------|

| | | | |
|--------|---|---|----|
| 訪問前に記入 | | | |
| ふりがな | | | 住所 |
| 対象者氏名 | | | |
| 年齢 | 男 | 女 | |

| | | | | | | | | |
|--|----|-----|---|----|-------|------------------------------|---------------------------------|-----|
| 訪問時に記入 | | | | | | | | |
| 訪問日(1) | 平成 | 年 | 月 | 日 | 状況把握が | <input type="checkbox"/> できた | <input type="checkbox"/> できなかった | |
| 訪問日(2) | 平成 | 年 | 月 | 日 | 状況把握が | <input type="checkbox"/> できた | <input type="checkbox"/> できなかった | |
| 電話番号 (訪問時に確認) | | — — | | | | | | |
| 緊急 連絡先 | 氏名 | | | 続柄 | | | 電話番号 | — — |
| | 住所 | | | | | | | |
| 状況 (該当する項目すべてに☑をお願いします) | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 介護認定 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | |
| 必要な支援 <input type="checkbox"/> 担架 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 音声以外での情報伝達 <input type="checkbox"/> その他希望の介助方法 (具体的に :) <input type="checkbox"/> 必要なし | | | | | | | | |
| ◆自治会・町内会(災害時要援護者支援事業)へ個人情報を提供することに対する本人の同意 | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> あり (ありに☑の場合2枚目を地域へ提供してください) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | |

| | | |
|--------|---|--|
| 状況把握結果 | <input type="checkbox"/> ①地域や民生委員による見守りを希望 | <input type="checkbox"/> ⑥長期的な入院や施設入所中 |
| | <input type="checkbox"/> ②包括や区による相談支援を希望 | <input type="checkbox"/> ⑦死亡・転居 |
| | <input type="checkbox"/> ③見守りや相談支援が必要そうだが希望なし | <input type="checkbox"/> ⑧住んでいない(家がない、別人が居住) |
| | <input type="checkbox"/> ④見守りと相談支援は不要 | <input type="checkbox"/> ⑨不明(不在を含む) |
| | <input type="checkbox"/> ⑤会えたが拒否された | |

| | |
|----------|--|
| 問世帯との対福祉 | |
|----------|--|

| | |
|---|--|
| 公的 サービス 等の 利用 状況 内 備 考 | <input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプサービス) [] |
| | <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) [] |
| | <input type="checkbox"/> 施設への短期入所(ショートステイ) [] |
| | <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護(入浴サービス) [] |
| | <input type="checkbox"/> 食事サービス [] |
| | <input type="checkbox"/> 生活福祉資金 [] |
| <input type="checkbox"/> その他 [] | |

各項目の該当する□へ☑を入れて下さい。

ひとり暮らし高齢者「地域で見守り」推進事業

自治会・町内会(自主防災組織)への情報提供シート

※この情報提供シートは自治会・町内会の災害時要援護者支援事業に活用されます。

| | | |
|-----|----|--------|
| 地区名 | 地区 | 民生委員氏名 |
|-----|----|--------|

| | | | |
|--------|---|---|----|
| 訪問前に記入 | | | |
| ふりがな | | | 住所 |
| 対象者氏名 | | | |
| 年齢 | 男 | 女 | |

| | | | | | | | |
|--|-----|---|----|---|-------|------------------------------|---------------------------------|
| 訪問時に記入 | | | | | | | |
| 訪問日(1) | 平成 | 年 | 月 | 日 | 状況把握が | <input type="checkbox"/> できた | <input type="checkbox"/> できなかった |
| 訪問日(2) | 平成 | 年 | 月 | 日 | 状況把握が | <input type="checkbox"/> できた | <input type="checkbox"/> できなかった |
| 電話番号 (訪問時に確認) | — — | | | | | | |
| 緊急 連絡先 | 氏名 | | 続柄 | | 電話番号 | — — | |
| | 住所 | | | | | | |
| 状況 (該当する項目すべてに☑をお願いします) | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 介護認定 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | |
| 必要な支援 <input type="checkbox"/> 担架 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 音声以外での情報伝達 <input type="checkbox"/> その他希望の介助方法(具体的に:) <input type="checkbox"/> 必要なし | | | | | | | |
| ◆自治会・町内会(災害時要援護者支援事業)へ個人情報を提供することに対する本人の同意 | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> あり (ありに☑の場合2枚目を地域へ提供してください) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | |

各項目の該当する□へ☑を入れて下さい。