

この文書では、「自分でつくる安心防災帳」を用いたワークショップを進行するための注意点やポイントを、進行ガイド用のスライド上に示しています。

# 障害者の災害対策チェックキット ワークショップの進め方



自分でつくる  
**安心** **も**  
**防災帳**



障害者の災害対策  
チェックキット



製作  
国立障害者リハビリテーションセンター研究所  
福祉機器開発室

# ファシリテーション ガイド

## 【進行のポイント】

チェックキットを使用する前に、以下のような導入部を設けることが効果的です。

- ・地域のハザードマップの提示（参加者に自宅周辺の被害状況予測を確認してもらう）
- ・地域の福祉避難所に関する情報の提示
- ・過去の大規模災害で生じた被害の概説
  - 家屋の損害、ライフラインの断絶、避難所の状況
- ・その際に、被災された障害当事者がとった避難行動の具体事例
  - 障害者団体・公的機関が様々な報告書を公開しています

福祉機器開発室でワークショップを主催した際の導入部の内容については、本文書末尾の連絡先までお問い合わせ下さい。

# キットの内容物を確認して下さい

## 1 わたしの身体

自分の身体状況について記入してください。

| 障害種別 | 性別  | 年齢 | 学年 | 級 |
|------|---|----|----|---|
| 歩行   | <input type="checkbox"/> 正常なし <input type="checkbox"/> 正常あり (一歩限) |    |    |   |
| 腕・肘  | <input type="checkbox"/> 正常なし <input type="checkbox"/> 正常あり (一歩限) |    |    |   |
| 膝・足  | <input type="checkbox"/> 正常なし <input type="checkbox"/> 正常あり (一歩限) |    |    |   |
| 腰・背  | <input type="checkbox"/> 正常なし <input type="checkbox"/> 正常あり (一歩限) |    |    |   |
| 腕・手  | <input type="checkbox"/> 正常なし <input type="checkbox"/> 正常あり (一歩限) |    |    |   |
| 口・舌  | <input type="checkbox"/> 正常なし <input type="checkbox"/> 正常あり (一歩限) |    |    |   |
| 聴覚聴力 | <input type="checkbox"/> 正常なし <input type="checkbox"/> 正常あり (一歩限) |    |    |   |
| 視覚   | <input type="checkbox"/> 正常なし <input type="checkbox"/> 正常あり (一歩限) |    |    |   |

2 わたしの生活

自分の一日の活動時間帯を矢印(←→)で記入してください。

| 時間    | 就寝 | 食事 | 排泄 | 入浴 | 外出 | その他 | 活動量 | 記入欄 |
|-------|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|
| 0:00  |    |    |    |    |    |     |     | ↑   |
| 1:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 2:00  |    |    |    |    |    |     |     | ↑   |
| 3:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 4:00  |    |    |    |    |    |     |     | ↑   |
| 5:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 6:00  |    |    |    |    |    |     |     | ↑   |
| 7:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 8:00  |    |    |    |    |    |     |     | ↑   |
| 9:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 10:00 |    |    |    |    |    |     |     | ↑   |
| 11:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 12:00 |    |    |    |    |    |     |     | ↑   |
| 13:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 14:00 |    |    |    |    |    |     |     | ↑   |
| 15:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 16:00 |    |    |    |    |    |     |     | ↑   |
| 17:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 18:00 |    |    |    |    |    |     |     | ↑   |
| 19:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 20:00 |    |    |    |    |    |     |     | ↑   |
| 21:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 22:00 |    |    |    |    |    |     |     | ↑   |
| 23:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 24:00 |    |    |    |    |    |     |     | ↑   |
|       |    |    |    |    |    |     |     |     |

## 3 現在の備え①

1 わたしの身体 2 わたしの生活 を参考にしながら備えシールを貼ってください。

|    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| 26 | 27 | 28 | 29 |    |

## 4 必要な備え

解決策となる備えシールを【必要な備え欄】に貼ってください。

|    |    |    |    |
|----|----|----|----|
| 1  | 2  | 3  | 4  |
| 5  | 6  | 7  | 8  |
| 9  | 10 | 11 | 12 |
| 13 | 14 | 15 | 16 |
| 17 | 18 | 19 | 20 |
| 21 | 22 | 23 | 24 |
| 25 | 26 | 27 | 28 |
| 29 | 30 | 31 | 32 |

### 1 わたしの身体シート

### 2 わたしの生活シート

### 3 現在の備え

### 4 必要な備え

## 5 備えシール①

## 5 備えシール②

## 5 備えシール (予備)

## 3 現在の備え②

### 5 備えシール①②

### 予備用



# ファシリテーション ガイド

# キットの内容物を確認して下さい

自分の身体状況について記入してください。

| 障害種別 | 性別                          | 年齢                          | 学年                          | 学年                          | 学年                          |
|------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 歩行   | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 |
| 腕・肘  | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 |
| 膝・足  | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 |
| 腕・肘  | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 |
| 膝・足  | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 |
| 目・聴覚 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 |
| 言語能力 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 |
| 認知   | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 |

1 わたしの身体シート

## 2 わたしの生活

自分の一日の活動時間帯を矢印(←→)で記入してください。

| 時間    | 就寝 | 食事 | 排泄 | 入浴 | 外出 | その他 | 活動 | 記入欄 |
|-------|----|----|----|----|----|-----|----|-----|
| 0:00  |    |    |    |    |    |     |    | 就寝時 |
| 1:00  |    |    |    |    |    |     |    |     |
| 2:00  |    |    |    |    |    |     |    |     |
| 3:00  |    |    |    |    |    |     |    |     |
| 4:00  |    |    |    |    |    |     |    |     |
| 5:00  |    |    |    |    |    |     |    | 起床時 |
| 6:00  |    |    |    |    |    |     |    |     |
| 7:00  |    |    |    |    |    |     |    |     |
| 8:00  |    |    |    |    |    |     |    |     |
| 9:00  |    |    |    |    |    |     |    |     |
| 10:00 |    |    |    |    |    |     |    | 就寝時 |
| 11:00 |    |    |    |    |    |     |    |     |
| 12:00 |    |    |    |    |    |     |    |     |
| 13:00 |    |    |    |    |    |     |    |     |
| 14:00 |    |    |    |    |    |     |    |     |
| 15:00 |    |    |    |    |    |     |    | 起床時 |
| 16:00 |    |    |    |    |    |     |    |     |
| 17:00 |    |    |    |    |    |     |    |     |
| 18:00 |    |    |    |    |    |     |    |     |
| 19:00 |    |    |    |    |    |     |    |     |
| 20:00 |    |    |    |    |    |     |    | 就寝時 |
| 21:00 |    |    |    |    |    |     |    |     |
| 22:00 |    |    |    |    |    |     |    |     |
| 23:00 |    |    |    |    |    |     |    |     |
| 24:00 |    |    |    |    |    |     |    |     |

2 わたしの生活シート

## 3 現在の備え①

| 1 わたしの身体 | 2 わたしの生活 | 3 現在の備え① | 4 必要な備え |
|----------|----------|----------|---------|
| 1        | 2        | 3        | 4       |
| 5        | 6        | 7        | 8       |
| 9        | 10       | 11       | 12      |
| 13       | 14       | 15       | 16      |
| 17       | 18       | 19       | 20      |
| 21       | 22       | 23       | 24      |
| 25       | 26       | 27       | 28      |
| 29       | 30       | 31       | 32      |
| 33       | 34       | 35       | 36      |
| 37       | 38       | 39       | 40      |
| 41       | 42       | 43       | 44      |
| 45       | 46       | 47       | 48      |
| 49       | 50       | 51       | 52      |

3 現在の備え

「4.必要な備え」の予備シートはキットに含まれていませんが、12個の枠を超えて課題が見つかる場合があります。A4サイズのデータがウェブに掲載されていますので、適宜準備して下さい。

| 必要な備え | 必要な備え | 必要な備え | 必要な備え |
|-------|-------|-------|-------|
| 1     | 2     | 3     | 4     |
| 5     | 6     | 7     | 8     |
| 9     | 10    | 11    | 12    |
| 13    | 14    | 15    | 16    |
| 17    | 18    | 19    | 20    |
| 21    | 22    | 23    | 24    |
| 25    | 26    | 27    | 28    |
| 29    | 30    | 31    | 32    |
| 33    | 34    | 35    | 36    |
| 37    | 38    | 39    | 40    |
| 41    | 42    | 43    | 44    |
| 45    | 46    | 47    | 48    |
| 49    | 50    | 51    | 52    |

4 必要な備え

## 5 備えシール①

貼ってはがせるシールです

5 備えシール①②

## 5 備えシール②

イラストに無いアイテムを記入します

予備用

| 1 わたしの身体 | 2 わたしの生活 | 3 現在の備え② |
|----------|----------|----------|
| 1        | 2        | 3        |
| 4        | 5        | 6        |
| 7        | 8        | 9        |
| 10       | 11       | 12       |
| 13       | 14       | 15       |
| 16       | 17       | 18       |
| 19       | 20       | 21       |
| 22       | 23       | 24       |
| 25       | 26       | 27       |
| 28       | 29       | 30       |
| 31       | 32       | 33       |
| 34       | 35       | 36       |
| 37       | 38       | 39       |
| 40       | 41       | 42       |
| 43       | 44       | 45       |
| 46       | 47       | 48       |
| 49       | 50       | 51       |
| 52       | 53       | 54       |

「4.必要な備え」の裏面にあります。「3.現在の備え①」が埋まったら使用して下さい。

# 1. わたしの身体シートを記入して下さい

## 1 わたしの身体

カラダ  
自分の生活機能を確認します。

自分の身体状況について記入してください。

|      |   |    |  |    |     |
|------|---|----|--|----|-----|
| 障害種別 | 手足麻痺損傷  | 性別 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年齢 | 34歳 |
| 歩行   | <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり →詳細( <u>電動車いす</u> )  |    |  |    |     |
| 腕・指  | <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり →詳細( <u>腕、指</u> )    |    |  |    |     |
| 排泄   | <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり →詳細( <u>カテーテル</u> )  |    |  |    |     |
| 視力   | <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり →詳細( <u>めがね</u> )    |    |  |    |     |
| 聴力   | <input checked="" type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり →詳細( )               |    |  |    |     |
| 口腔   | <input checked="" type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり →詳細( )               |    |  |    |     |
| 体温調節 | <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり →詳細( <u>調節が難しい</u> ) |    |  |    |     |
| 認知   | <input checked="" type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり →詳細( )               |    |  |    |     |
| 常用薬  | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり →詳細( )                   |    |  |    |     |

生活環境を記入してください。

|        |   |
|--------|---|
| 同居者    | <input type="checkbox"/> 夫 <input checked="" type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子供 ( )人 <input type="checkbox"/> 孫 ( )人 <input type="checkbox"/> その他 ( )人 |
| 居住地    | <u>神奈川県</u> 都・道・府 <input checked="" type="checkbox"/> <u>川崎</u> <input type="checkbox"/> 区・市・村  |
| 住宅     | 構造 <input checked="" type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造 築年数 約 ( <u>5</u> )年   |
|        | 居住階 ( )階 エレベーター <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ペット <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし   |
| その他・備考 |   |

## 2 わたしの生活

自分の一日の活動時間、使用している機器等を記入してください

自分の一日の活動時間帯を矢印( ←→ )で記入してください。

| 時間    | 就寝 | 食事 | 排泄 | 入浴 | 外出 | その他 | 介助者 | 記入例 |
|-------|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|
| 0:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 1:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 2:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 3:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 4:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 5:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 6:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 7:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 8:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 9:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 10:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 11:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 12:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 13:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 14:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 15:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 16:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 17:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 18:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 19:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 20:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 21:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 22:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 23:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 24:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |

わたしの身体シートに、自身の身体状況と生活環境を記入して下さい。

# ファシリテーション ガイド

# わたしの身体シートを記入して下さい

## 1 わたしの身体

自分の生活機能を確認します。

障害名，疾患名などわかる範囲で記入すればよい

障害名を記入してください。

|      |  |              |  |    |  |    |     |
|------|--|--------------|--|----|--|----|-----|
| 障害種別 | 頸椎損傷   |              |  | 性別 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年齢 | 34歳 |
| 歩行   | <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり | →詳細 (電動車いす)  |  |    |  |    |     |
| 腕・指  | <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり | →詳細 (腕、指)    |  |    |  |    |     |
| 排泄   | <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり | →詳細 (カテーテル)  |  |    |  |    |     |
| 視力   | <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり | →詳細 (めがね)    |  |    |  |    |     |
| 聴力   | <input checked="" type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり | →詳細 ( )      |  |    |  |    |     |
| 口腔   | <input checked="" type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり | →詳細 ( )      |  |    |  |    |     |
| 体温調節 | <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり | →詳細 (調節が難しい) |  |    |  |    |     |
| 認知   | <input checked="" type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり | →詳細 ( )      |  |    |  |    |     |
| 常用薬  | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり     | →詳細 ( )      |  |    |  |    |     |

- ・具体的な症状
- ・服用している薬
- ・必要な支援，機器・用具などを記入

生活環境を記入してください。

|     |   |  |  |
|-----|---|--|--|
| 同居者 | <input type="checkbox"/> 夫 <input checked="" type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子供 ( )人 <input type="checkbox"/> 孫 ( )人 <input type="checkbox"/> その他 ( )人 |  |  |
| 居住地 | 神奈川県 郡・市・町 川崎市 区・町・村  |  |  |
| 住宅  | 構造  | <input checked="" type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造 | 築年数 約 (5)年   |
|     | 居住階 ( )階  | エレベータ <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし                               | ペット <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |

## 2 わたしの生活

自分の一日の活動時間、使用している機器等を記入してください

自分の一日の活動時間帯を矢印 ( ← → ) で記入してください。

| 時間    | 就寝                  | 食事                           | 排泄 | 入浴 | 外出 | その他 | 介助者 | 記入例                 |
|-------|---------------------|------------------------------|----|----|----|-----|-----|---------------------|
| 0:00  |                     |                              |    |    |    |     |     | ↑<br>電動ベッド<br>エアマット |
| 1:00  | ↓<br>電動ベッド<br>エアマット |                              |    |    |    |     |     |                     |
| 2:00  |                     |                              |    |    |    |     |     | ↓<br>自動昇降機          |
| 3:00  |                     |                              |    |    |    |     |     |                     |
| 4:00  |                     |                              |    |    |    |     |     | ↑<br>自動昇降機          |
| 5:00  | ↓<br>リフト<br>(昇降)    |                              |    |    |    |     |     |                     |
| 6:00  |                     | ↑<br>オーバーテーブル<br>カフ<br>電動車いす |    |    |    |     |     | ↓<br>自動昇降機          |
| 7:00  |                     |                              |    |    |    |     |     |                     |
| 8:00  |                     |                              |    |    |    |     |     | ↑<br>自動昇降機          |
| 9:00  |                     |                              |    |    |    |     |     |                     |
| 10:00 |                     |                              |    |    |    |     |     | ↑<br>自動昇降機          |
| 11:00 |                     |                              |    |    |    |     |     |                     |
| 12:00 |                     |                              |    |    |    |     |     | ↑<br>自動昇降機          |
| 13:00 |                     |                              |    |    |    |     |     |                     |
| 14:00 |                     |                              |    |    |    |     |     | ↑<br>自動昇降機          |
| 15:00 |                     |                              |    |    |    |     |     |                     |
| 16:00 |                     |                              |    |    |    |     |     | ↑<br>自動昇降機          |
| 17:00 |                     |                              |    |    |    |     |     |                     |
| 18:00 |                     |                              |    |    |    |     |     | ↑<br>自動昇降機          |
| 19:00 |                     |                              |    |    |    |     |     |                     |
| 20:00 |                     |                              |    |    |    |     |     | ↑<br>自動昇降機          |
| 21:00 |                     |                              |    |    |    |     |     |                     |
| 22:00 |                     |                              |    |    |    |     |     | ↑<br>自動昇降機          |
| 23:00 |                     |                              |    |    |    |     |     |                     |

### 【進行のポイント】

- ・発災時に支援を期待できる同居人がいるかどうか
- ・新耐震基準が導入された昭和56年 (1981年) 以前に建築された住居には、大きな被害が発生する割合が高いことが知られている。

わたしの身体シートに，自身の身体状況と生活環境を記入して下さい。



# 2. わたしの生活シートを記入して下さい

## 1 わたしの身体

カラダ  
自分の生活機能を確認します。

自分の身体状況について記入してください。

|      |   |        |  |    |     |
|------|---|--------|--|----|-----|
| 障害種別 | 手足骨髄損傷  | 性別     | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年齢 | 34歳 |
| 歩行   | <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり →詳細( ) | 電動車いす  |  |    |     |
| 腕・指  | <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり →詳細( ) | 腕、指    |  |    |     |
| 排泄   | <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり →詳細( ) | カテーテル  |  |    |     |
| 視力   | <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり →詳細( ) | めがね    |  |    |     |
| 聴力   | <input checked="" type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり →詳細( ) |        |  |    |     |
| 口腔   | <input checked="" type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり →詳細( ) |        |  |    |     |
| 体温調節 | <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり →詳細( ) | 調節が難しい |  |    |     |
| 認知   | <input checked="" type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり →詳細( ) |        |  |    |     |
| 常用薬  | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり →詳細( )     |        |  |    |     |

生活環境を記入してください。

|        |   |  |  |  |  |
|--------|---|--|--|--|--|
| 同居者    | <input type="checkbox"/> 夫 <input checked="" type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子供 ( )人 <input type="checkbox"/> 孫 ( )人 <input type="checkbox"/> その他 ( )人 |  |  |  |  |
| 居住地    | 神奈川県 川崎市 川崎区  |  |  |  |  |
| 住宅     | 構造  | <input checked="" type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造 築年数 約(5)年 |  |  |  |
|        | 居住階 ( )階  | エレベータ  | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし |  | ペット <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| その他・備考 |   |  |  |  |  |

## 2 わたしの生活

自分の一日の活動時間、使用している機器等を記入してください。

自分の一日の活動時間帯を矢印(←→)で記入してください。

| 時間    | 就寝 | 食事 | 排泄 | 入浴 | 外出 | その他 | 介助者 | 記入例 |
|-------|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|
| 0:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 1:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 2:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 3:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 4:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 5:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 6:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 7:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 8:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 9:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 10:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 11:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 12:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 13:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 14:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 15:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 16:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 17:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 18:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 19:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 20:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 21:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 22:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 23:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 24:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |

わたしの生活シートに、主な一日の活動を記入して下さい。  
また、自分の生活に必要な機器やサポートを書き出して下さい。

# 2. わたしの生活シートを記入して下さい

## 1 わたしの身体

自分の生活機能を確認します。

自分の身体機能を確認します。

障害種別  骨格損傷 性別  男  女 年齢 34歳

|      |  |       |
|------|--|-------|
| 歩行   | <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり →詳細 ( ) | 電動車いす |
| 腕・指  | <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり →詳細 ( ) | 腕、指   |
| 排泄   | <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり →詳細 ( ) | カテテル  |
| 視力   | <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり →詳細 ( ) | めがね   |
| 聴力   | <input checked="" type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり →詳細 ( ) |       |
| 口腔   | <input checked="" type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり →詳細 ( ) |       |
| 体温調節 | <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり →詳細 ( ) | 調節が   |
| 認知   | <input checked="" type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり →詳細 ( ) |       |
| 常用薬  | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり →詳細 ( )     |       |

生活環境を記入してください。

|        |   |
|--------|---|
| 同居者    | <input type="checkbox"/> 夫 <input checked="" type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子供 ( )人 <input type="checkbox"/> 孫 ( )人 <input type="checkbox"/> その他 ( )人 |
| 居住地    | 神奈川県 川崎市 区・町・村  |
| 住宅     | 構造 <input checked="" type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造 築年数 約 (5)年  |
| エレベーター | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし  |
| ペット    | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  |

その他・備考

## 2 わたしの生活

自分の一日の活動時間、使用している機器等を記入してください。

自分の一日の活動時間帯を矢印 ( ←→ ) で記入してください。

| 時間    | 就寝 | 食事 | 排泄 | 入浴 | 外出 | その他 | 介助者 | 記入例 |
|-------|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|
| 0:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 1:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 2:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 3:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 4:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 5:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 6:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 7:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 8:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 9:00  |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 10:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 11:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 12:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 13:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 14:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 15:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 16:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 17:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 18:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 19:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 20:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 21:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 22:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 23:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 24:00 |    |    |    |    |    |     |     |     |

Handwritten notes in the form include: "電動ベッド エアマット" (Electric bed, Air mat), "リフト (介助)" (Lift (assistance)), "オーバーテーブル カフ 自具 電動車いす (一部リフト)" (Over-table, Cuff, self-made, electric wheelchair (partly lift)), "洗面・歯磨き" (Washing face, brushing teeth), "シャワーケア (介助)" (Shower care (assistance)), and "電動いす" (Electric wheelchair). The "介助者" column has vertical double-headed arrows indicating assistance periods.

矢印の横に必要な機器などをメモ

介助者が必要な時間帯も確認

わたしの生活シートに、主な一日の活動を記入して下さい。  
 また、自分の生活に必要な機器やサポートを書き出して下さい。



# ファシリテーション ガイド

# わたしの生活シートを記入して下さい

## 1 わたしの身体

自分の生活機能を確認します。

| 障害種別 | 学歴                                       | 骨格損傷                                     | 性別  | V男    | □女 | 年齢 | 34歳 |
|------|--|--|-----|-------|----|----|-----|
| 歩行   | <input type="checkbox"/> 支障なし            | <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり | →詳細 | 電動車いす |    |    |     |
| 腕・指  | <input type="checkbox"/> 支障なし            | <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり | →詳細 | 腕、指   |    |    |     |
| 排泄   | <input type="checkbox"/> 支障なし            | <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり | →詳細 | カテーテル |    |    |     |
| 視力   | <input type="checkbox"/> 支障なし            | <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり | →詳細 | めがね   |    |    |     |
| 聴力   | <input checked="" type="checkbox"/> 支障なし | <input type="checkbox"/> 支障あり            | →詳細 |       |    |    |     |
| 口腔   | <input checked="" type="checkbox"/> 支障なし | <input type="checkbox"/> 支障あり            | →詳細 |       |    |    |     |
| 体温調節 | <input type="checkbox"/> 支障なし            | <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり | →詳細 | 調節が   |    |    |     |
| 認知   | <input checked="" type="checkbox"/> 支障なし | <input type="checkbox"/> 支障あり            | →詳細 |       |    |    |     |
| 常用薬  | <input type="checkbox"/> なし              | <input checked="" type="checkbox"/> あり   | →詳細 |       |    |    |     |

生活環境を記入してください。

同居者 夫 妻 父 母 子供 ( )人 孫 ( )人 その他 ( )人

## 2 わたしの生活

自分の一日の活動時間、使用している機器等を記入してください。

自分の一日の活動時間帯を矢印 ( ← → ) で記入してください。

| 就寝    | 食事 | 排泄 | 入浴 | 外出 | その他 | 介助者 | 記入例  |
|-------|----|----|----|----|-----|-----|--|
|       |    |    |    |    |     |     |  |
| 0:00  |    |    |    |    |     |     |  |
| 1:00  |    |    |    |    |     |     |  |
| 2:00  |    |    |    |    |     |     | ↑ 電動ベッド<br>↓ エアマット                           |
| 3:00  |    |    |    |    |     |     |  |
| 4:00  |    |    |    |    |     |     |  |
| 5:00  |    |    |    |    |     |     |  |
| 6:00  |    |    |    |    |     |     | ↓ リフト (1台分)                                  |
| 7:00  |    |    |    |    |     |     | ↑ オーバーテーブル<br>↓ カフ<br>↑ 自具<br>↓ 電動いす (一部1台分) |
| 8:00  |    |    |    |    |     |     | ↑ (洗面・湯洗機)<br>↓ 入浴<br>↑ 電動いす                 |
| 9:00  |    |    |    |    |     |     |  |
| 10:00 |    |    |    |    |     |     |  |
| 11:00 |    |    |    |    |     |     |  |
| 12:00 |    |    |    |    |     |     |  |
| 13:00 |    |    |    |    |     |     |  |
| 14:00 |    |    |    |    |     |     |  |
| 15:00 |    |    |    |    |     |     |  |
| 16:00 |    |    |    |    |     |     |  |
| 17:00 |    |    |    |    |     |     |  |

矢印の横に必要な機器などをメモ

介助者が必要な時間帯も確認

### 【進行のポイント】

・日常的に使用している福祉用具や機器、人的な介助を確認することが目的

こういった作業に慣れていない方は、記入に時間がかかる場合がある。個別のサポートに加えて、以下のようなアドバイスが有効。

- ・項目ごとに普段の生活を思い返しなが記入する
- ・時間などは大まかでもよい（特に、「排泄」や「外出」）

また、自分の生活に必要な機器やサポートを書き出して下さい。

# 現在の備えを確認して下さい

## 1 わたしの身体

自分の身体状況について記入してください。

| 障害種別 | 障害箇所 | 障害内容 | 備考    |
|------|------|------|-------|
| 身体   | 手足麻痺 | 両手   | 電動車いす |
| 身体   | 手足麻痺 | 両手   | 腕、指   |
| 身体   | 手足麻痺 | 両手   | カテーテル |
| 身体   | 手足麻痺 | 両手   | めがね   |

生活環境を記入してください。

| 居住形態 | 居住形態 | 居住形態 | 居住形態 |
|------|------|------|------|
| 単身   | 夫婦   | 家族   | 高齢者  |

## 2 わたしの生活

自分の一日の活動時間帯を矢印(←→)で記入してください。

| 時間    | 就寝 | 食事 | 洗濯 | 入浴 | 外出 | その他 | 活動 | 就寝 |
|-------|----|----|----|----|----|-----|----|----|
| 9:00  |    |    |    |    |    |     |    |    |
| 11:00 |    |    |    |    |    |     |    |    |
| 13:00 |    |    |    |    |    |     |    |    |
| 15:00 |    |    |    |    |    |     |    |    |
| 17:00 |    |    |    |    |    |     |    |    |
| 19:00 |    |    |    |    |    |     |    |    |
| 21:00 |    |    |    |    |    |     |    |    |
| 23:00 |    |    |    |    |    |     |    |    |
| 25:00 |    |    |    |    |    |     |    |    |
| 27:00 |    |    |    |    |    |     |    |    |
| 29:00 |    |    |    |    |    |     |    |    |
| 31:00 |    |    |    |    |    |     |    |    |
| 33:00 |    |    |    |    |    |     |    |    |
| 35:00 |    |    |    |    |    |     |    |    |
| 37:00 |    |    |    |    |    |     |    |    |
| 39:00 |    |    |    |    |    |     |    |    |
| 41:00 |    |    |    |    |    |     |    |    |
| 43:00 |    |    |    |    |    |     |    |    |
| 45:00 |    |    |    |    |    |     |    |    |

**1 わたしの身体・2 わたしの生活シート**を見ながら、自宅で利用しているモノ、災害時に備えて用意してあるモノ・コトを**5 備えシール**から選び、**3 現在の備え**に貼りつけて下さい。

## 5 備えシール①

生活に必要なモノ・サービス、障子の備え、その他に必要なモノ・サービスをこの欄に記入してください。

|     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 | 107 | 108 | 109 | 110 |
| 111 | 112 | 113 | 114 | 115 | 116 | 117 | 118 | 119 | 120 |

## 5 備えシール②

生活に必要なモノ・サービス、障子の備え、その他に必要なモノ・サービスをこの欄に記入してください。

|     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 201 | 202 | 203 | 204 | 205 | 206 | 207 | 208 | 209 | 210 |
| 211 | 212 | 213 | 214 | 215 | 216 | 217 | 218 | 219 | 220 |

## 3 現在の備え①

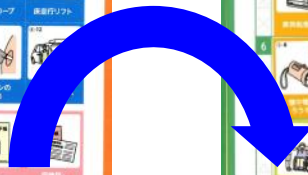
1 わたしの身体 2 わたしの生活を参考にしながら備えシールを貼ってください。

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 |

## 4 必要な備え

解決策となる備えシールを【必要な備え】に貼ってください。

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 |

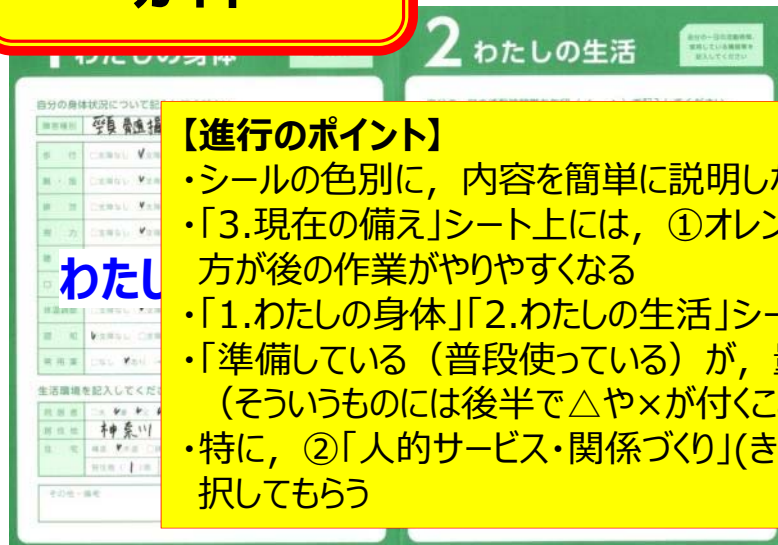


**現在の備えシート**



# ファシリテーション ガイド

# 現在の備えを確認して下さい



## 1 わたしの身体・2 わたしの生活シート

人、災  
害を5  
人に貼

### 【進行のポイント】

- ・シールの色別に、内容を簡単に説明しながら進める
- ・「3.現在の備え」シート上には、①オレンジ→②きみどり→③水色・・・, と順番にシールが並んでいた方が後の作業がやりやすくなる
- ・「1.わたしの身体」「2.わたしの生活」シートを確認しながら、選択漏れが無いように
- ・「準備している（普段使っている）が、量などが十分ではないかも」というものも、とりあえず選択する（そういうものには後半で△や×が付くことになる）
- ・特に、②「人的サービス・関係づくり」(きみどり)は、対策が不完全でもサービスを利用していれば選択してもらう

## 5 備えシール①



### 備えシール

ここから貼り始め右に進める  
(枠の左上の番号順)

### 【貼り間違い例】

- ・縦方向に貼り進める
- ・色ごとに改行してしまう（詰めてよい）



### 現在の備えシート



# 現在の備えを確認して下さい

1 わたしの身体

2 わたしの生活

1 わたしの身体・2 わたしの生活シートを見ながら、自宅で利用しているモノ、災害時に備えて用意してあるモノ・コトを**5 備えシール**から選び、**3 現在の備え**に貼りつけて下さい。

5 備えシール (予備)

シールに無いアイテムは 備えシール(予備)へ

備えシール (予備)

3 現在の備え②

現在の備え欄がいっぱいになった場合は**現在の備え②**へ

現在の備え②

# ファシリテーション ガイド

# 現在の備えを確認して下さい

1わたしの身体・2わたしの生活シートを見ながら、自宅で利用しているモノ、災害時に備えて用意してあるモノ・コトを**5 備えシール**から選び、**3 現在の備え**に貼りつけて下さい。

わたしの身体・わたしの生活シート

## 5 備えシール (予備)

シールに無いアイテムは  
備えシール(予備)へ

備えシール  
(予備)

イラストにないものは、予備シールに書き込んで貼る。  
絵でなく言葉だけでも構わない。

## 3 現在の備え②

現在の備え欄がいっぱいになった場合は**現在の備え②**へ

現在の備え②

「3.現在の備え②」のシートの方が分かりにくい場合があるので、早めに確認する

# 6つの質問を聞いて備えの課題を見つけましょう

**想定：**

**夕方、自宅に帰宅直後、最大震度7の地震が発生し、電気、ガス、水道が止まりました。**

**これから7日間、ライフラインが停止した状態のまま、自宅で過ごすものとして。**



## ファシリテーション ガイド

このセッションを聞いて備えの課題を見つけましょう

**想定：**

**夕方、自宅に帰宅直後、最大震度7の地震が発生し、電気、ガス、水道が止まりました。**

**これから7日間、ライフラインが停止した状態のまま、自宅で過ごすものとしてます。**

### 【進行のポイント】

- ・重要な設定なので、これ以降のプロセスで繰り返し伝える
- ・備えの弱点を明確にするために「7日間」と少し厳しい設定にしている
- ・周囲の参加者との議論を誘導すると課題の発見につながる

# 6の質問を聞いて備えの課題を見つけましょう

- : 災害時に役立ちそうなもの
- ×: 災害時に使えなくなりそうなもの
- △: 備えてはいるが、問題が起きそうなもの

## 3 現在の備え①

1 わたしの身体 と 2 わたしの生活 を参考にしながら備えシールを貼ってください。

|    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |
|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|
| 1  | ○ | 2  | △ | 3  | △ | 4  | ○ | 5  | ○ |
| 1  | ○ | 2  | △ | 3  | △ | 4  | ○ | 5  | ○ |
| 6  | ○ | 7  | △ | 8  | △ | 9  | ○ | 10 | △ |
| 11 | ○ | 12 | △ | 13 | ○ | 14 | × | 15 | △ |
| 16 | ○ | 17 | ○ | 18 | × | 19 | ○ | 20 | ○ |
| 21 | ○ | 22 | × | 23 | ○ | 24 | × | 25 | ○ |
| 26 | ○ | 27 | ○ | 28 | ○ | 29 | ○ | 30 | ○ |

## 4 必要な備え

解決策となる備えシールを【必要な備え欄】に貼ってください。

|      |       |      |       |
|------|-------|------|-------|
| 課題メモ | 必要な備え | 課題メモ | 必要な備え |
| 課題メモ | 必要な備え | 課題メモ | 必要な備え |
| 課題メモ | 必要な備え | 課題メモ | 必要な備え |
| 課題メモ | 必要な備え | 課題メモ | 必要な備え |
| 課題メモ | 必要な備え | 課題メモ | 必要な備え |
| 課題メモ | 必要な備え | 課題メモ | 必要な備え |
| 課題メモ | 必要な備え | 課題メモ | 必要な備え |
| 課題メモ | 必要な備え | 課題メモ | 必要な備え |
| 課題メモ | 必要な備え | 課題メモ | 必要な備え |
| 課題メモ | 必要な備え | 課題メモ | 必要な備え |

△や×を付けた備えシールを【必要な備え欄】の【課題メモ欄】に貼り替えます。

# ファシリテーション ガイド

# を聞いて備えの課題を見つけましょう

- : 災害時に役立ちそうなもの
- ×: 災害時に使えなくなりそうなもの
- △: 備えてはいるが、問題が起きそうなもの

## 3 現在の備え①

日常生活で  
使用しているモノ/サービスと  
現在の備えを確認します

1 わたしの身体 2 わたしの生活 を参考にしながら備えシールを貼ってください。

|    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |

## 4 必要な備え

見つかった課題に対する  
解決策となる備えを  
確認します

解決策となる備えシールを【必要な備え欄】に貼ってください。

|      |       |      |       |
|------|-------|------|-------|
| 課題メモ | 必要な備え | 課題メモ | 必要な備え |
| 課題メモ | 必要な備え | 課題メモ | 必要な備え |
| 課題メモ | 必要な備え | 課題メモ | 必要な備え |
| 課題メモ | 必要な備え | 課題メモ | 必要な備え |
| 課題メモ | 必要な備え | 課題メモ | 必要な備え |
| 課題メモ | 必要な備え | 課題メモ | 必要な備え |
| 課題メモ | 必要な備え | 課題メモ | 必要な備え |
| 課題メモ | 必要な備え | 課題メモ | 必要な備え |

・点線の○×△を上からペンでなぞる  
・なるべく全てのシールにマークを付けるようにする



# 6の質問を聞いて備えの課題を見つけましょう

○: 災害時に役立つそうなもの

×: 災害時に使えなくなりそうなもの

△: 備えてはいるが、問題が起きそうなもの

**3 現在の備え**

1 わたしの身体 2 わたしの生活

|    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| ○  | ○  | △  | ○  | ○  |
| 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |
| ○  | △  | △  | ○  | △  |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| ○  | △  | ○  | ×  | △  |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| ○  | ○  | ×  | ○  | ○  |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| ○  | ×  | ○  | ×  | ○  |
| 26 | 27 | 28 | 29 |    |
| ○  | ○  | ○  | ○  |    |

**4 必要な備え**

解決策となる備えシールを【必要な備え欄】に貼ってください。

|      |       |      |       |
|------|-------|------|-------|
| 課題メモ | 必要な備え | 課題メモ | 必要な備え |
|      |       |      |       |

△や×を付けた備えシールを【課題メモ欄】に貼り替えます

安全確保についての質問です

**質問 1** : あなたの自宅は、震度7の激しい揺れで、倒壊や大規模な破損が occurred ませんでしたか？また、家の中で、自分の身を守り、安全を確保する事ができましたか？

**「一般の備え」を中心にチェック！**

# ファシリテーション ガイド

# を聞いて備えの課題を見つけましょう

- : 災害時に役立ちそうなもの
- ×: 災害時に使えなくなりそうなもの
- △: 備えてはいるが、問題が起きそうなもの

3 現在の備え①

4 必要な備え

1 わたしの身体

|               |               |               |               |               |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 1             | 2             | 3             | 4             | 5             |
| 眼鏡            | メガネ           | 携帯電話          | 懐電            | 現金            |
| ○             | ○             | △             | ○             | ○             |
| 6             | 7             | 8             | 9             | 10            |
| 家族や大切な人への連絡手段 | 家族や大切な人への連絡手段 | 家族や大切な人への連絡手段 | 家族や大切な人への連絡手段 | 家族や大切な人への連絡手段 |
| ○             | △             | △             | △             | △             |
| 11            | 12            | 13            | 14            | 15            |
| 家族や大切な人への連絡手段 | 家族や大切な人への連絡手段 | 家族や大切な人への連絡手段 | 家族や大切な人への連絡手段 | 家族や大切な人への連絡手段 |
| ○             | ○             | ○             | ○             | ○             |
| 16            | 17            | 18            | 19            | 20            |
| 家族や大切な人への連絡手段 | 家族や大切な人への連絡手段 | 家族や大切な人への連絡手段 | 家族や大切な人への連絡手段 | 家族や大切な人への連絡手段 |
| ○             | ○             | ○             | ○             | ○             |

安全確保についての質問です

**質問 1** : あなたの自宅は、震度7の激しい揺れで、倒壊や大規模な破損が occurred ませんでしたか？また、家の中で、自分の身を守り、安全を確保する事ができましたか？

「一般の備え」を中心にチェック！

- 【進行のポイント】
- 以下のような具体的な問いかけが、課題の発見に有効。
- ・安全は確保できましたか？
  - ・建物は無事でしたか？
  - ・家具は倒れてきませんでしたか？
  - ・無事に避難路は確保できていますか？

# 6の質問を聞いて備えの課題を見つけましょう

○: 災害時に役立ちそうなもの

×: 災害時に使えなくなりそうなもの

△: 備えてはいるが、問題が起きそうなもの

**3 現在の備え** ①

日常生活で使っているモノ・サービスと現在の備えを確認します。

1 わたしの身体 2 わたしの生活 を参考にしながら備えシールを貼ってください。

|    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| ○  | ○  | △  | ○  | ○  |
| 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |
| ○  | △  | △  | ○  | △  |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| ○  | △  | ○  | ×  | △  |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| ○  | ○  | ×  | ○  | ○  |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| ○  | ×  | ○  | ×  | ○  |
| 26 | 27 | 28 | 29 |    |
| ○  | ○  | ○  | ○  |    |

**4 必要な備え**

見つかった課題に対する解決策となる備えを確認します。

解決策となる備えシールを【必要な備え】に貼ってください。

|      |       |      |       |
|------|-------|------|-------|
| 課題メモ | 必要な備え | 課題メモ | 必要な備え |
|      |       |      |       |

△や×を付けた備えシールを【必要な備え】の【課題メモ欄】に貼り替えます。

必要な手助け・人的支援についての質問です  
**質問 2** : 手助けが必要な場合、あなたにとって必要な人的な支援は確保されていますか？

**「人的サービス・関係づくり」を中心に  
チェック！**



# ファシリテーション ガイド

# を聞いて備えの課題を見つけましょう

- : 災害時に役立ちそうなもの
- ×: 災害時に使えなくなりそうなもの
- △: 備えてはいるが、問題が起きそうなもの

## 3 現在の備え①

日常生活で使っているモノ・サービスを現在の備えを確認します。

1 わたしの身体 2 わたしの生活 を参考にしながら備えシールを貼ってください。

|    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |

## 4 必要な備え

解決策となる備えシールを【必要な備え】に貼ってください。

|      |       |      |       |
|------|-------|------|-------|
| 課題メモ | 必要な備え | 課題メモ | 必要な備え |
|      |       |      |       |

必要な手助け・人的支援についての質問です

**質問 2** : 手助けが必要な場合、あなたにとって必要な人的な支援は確保されていますか？



**「人的サービス・関係づくり」を中心に  
チェック！**

**【進行のポイント】**  
 以下のような具体的な問いかけが、課題の発見に有効。  
 ・集合場所や連絡方法など、ご家族や支援者との発災時の取り決めは十分ですか？  
 ・発災後の派遣や往診などについて、ヘルパーや医療機関との取り決めは十分ですか？

# 6の質問を聞いて備えの課題を見つけましょう

○: 災害時に役立つそうなもの

×: 災害時に使えなくなりそうなもの

△: 備えてはいるが、問題が起きそうなもの

| 3 現在の備え① |   |          |   |   | 4 必要な備え  |   |   |   |   |         |   |   |   |   |   |   |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |
|----------|---|----------|---|---|----------|---|---|---|---|---------|---|---|---|---|---|---|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|
| 1 わたしの身体 |   | 2 わたしの生活 |   |   | 3 現在の備え① |   |   |   |   | 4 必要な備え |   |   |   |   |   |   |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |
| 1        | ○ | 2        | ○ | 3 | △        | 4 | ○ | 5 | ○ | 6       | ○ | 7 | △ | 8 | △ | 9 | ○ | 10 | △ | 11 | ○ | 12 | △ | 13 | ○ | 14 | × | 15 | △ | 16 | ○ | 17 | ○ | 18 | × | 19 | ○ | 20 | ○ | 21 | ○ | 22 | × | 23 | ○ | 24 | × | 25 | ○ | 26 | ○ | 27 | ○ | 28 | ○ | 29 | ○ |

情報収集・コミュニケーション手段についての質問です

**質問 3** : 手助けを求める相手を呼ぶ手段がありますか？ 災害時に必要な情報を、事前に把握していたり、災害時に周辺の被害や支援の情報を受けとる手段がありますか？



**「コミュニケーション・情報収集」を中心にチェック！**

# ファシリテーション ガイド

# を聞いて備えの課題を見つけましょう

- : 災害時に役立つそうなもの
- ×: 災害時に使えなくなりそうなもの
- △: 備えてはいるが、問題が起きそうなもの

情報収集・コミュニケーション手段についての質問です

**質問 3** : 手助けを求める相手を呼ぶ手段がありますか？ 災害時に必要な情報を、事前に把握していたり、災害時に周辺の被害や支援の情報を受けとる手段がありますか？



**「コミュニケーション・情報収集」を中心にチェック！**

- 【進行のポイント】**  
 以下のような具体的な問いかけが、課題の発見に有効。
- ・送電が止まると電子機器への給電／充電ができません
  - ・携帯電話での通常の通話はできなくなる可能性が高いです
  - ・災害伝言ダイヤルの使い方は確認していますか？
  - ・被害状況などの情報を入手できますか？



# 6の質問を聞いて備えの課題を見つけましょう

- : 災害時に役立ちそうなもの
- ×: 災害時に使えなくなりそうなもの
- △: 備えてはいるが、問題が起きそうなもの

| 3 現在の備え① |   |       |    |   |          |    |   |          |    | 4 必要な備え |          |    |   |          |         |   |      |    |   |       |    |   |          |    |   |          |    |   |          |
|----------|---|-------|----|---|----------|----|---|----------|----|---------|----------|----|---|----------|---------|---|------|----|---|-------|----|---|----------|----|---|----------|----|---|----------|
| 1 わたしの身体 |   |       |    |   | 2 わたしの生活 |    |   |          |    | 3 必要な備え |          |    |   |          | 4 必要な備え |   |      |    |   |       |    |   |          |    |   |          |    |   |          |
| 1        | ○ | 移動補助具 | 2  | ○ | 眼鏡       | 3  | △ | 携帯電話     | 4  | ○       | 防災用品     | 5  | ○ | 現金       | 6       | ○ | 車椅子  | 7  | △ | 介護ベッド | 8  | △ | 介護用具     | 9  | ○ | 家族間の連絡手段 | 10 | △ | ヘルパーサービス |
| 11       | ○ | 介護用品  | 12 | △ | 介護用具     | 13 | ○ | 家族間の連絡手段 | 14 | ×       | ヘルパーサービス | 15 | △ | ヘルパーサービス | 16      | ○ | 介護用品 | 17 | ○ | 介護用具  | 18 | × | ヘルパーサービス | 19 | ○ | 家族間の連絡手段 | 20 | ○ | ヘルパーサービス |
| 21       | ○ | 車椅子   | 22 | × | 介護用具     | 23 | ○ | 家族間の連絡手段 | 24 | ×       | ヘルパーサービス | 25 | ○ | ヘルパーサービス | 26      | ○ | 介護用品 | 27 | ○ | 介護用具  | 28 | ○ | 家族間の連絡手段 | 29 | ○ | ヘルパーサービス | 30 | ○ | ヘルパーサービス |

移動についての質問です  
**質問 4** : 家の中の生活に必要な場所に移動したり、避難の為に玄関から家の外まで移動する手段やルート上の安全は確保されていますか？

**「移動・交通」を中心にチェック！**

# ファシリテーション ガイド

# を聞いて備えの課題を見つけましょう

- : 災害時に役立ちそうなもの
- ×: 災害時に使えなくなりそうなもの
- △: 備えてはいるが、問題が起きそうなもの

**3 現在の備え**

1 わたしの身体 ○  
2 わたしの生活 △

**4 必要な備え**

移動に関する項目 (1, 2, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 26, 27, 28, 29) は、△や×のマークが付けられています。

移動についての質問です  
**質問 4** : 家の中の生活に必要な場所に移動したり、避難の為に玄関から家の外まで移動する手段やルート上の安全は確保されていますか？

**「移動・交通」を中心にチェック！**

**【進行のポイント】**  
 以下のような具体的な問いかけが、課題の発見に有効。  
 ・室内移動や屋外避難のための手段は確保できますか？  
 ・停電中エレベータは使えません

# 6の質問を聞いて備えの課題を見つけましょう

○: 災害時に役立ちそうなもの

×: 災害時に使えなくなりそうなもの

△: 備えてはいるが、問題が起きそうなもの

| 3 現在の備え① |   |   |   |   |          |   |   |   |    | 4 必要な備え   |    |    |    |    |           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|----------|---|---|---|---|----------|---|---|---|----|-----------|----|----|----|----|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| 1 わたしの身体 |   |   |   |   | 2 わたしの生活 |   |   |   |    | 3 家族や近所の人 |    |    |    |    | 4 家族や近所の人 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| 1        | 2 | 3 | 4 | 5 | 6        | 7 | 8 | 9 | 10 | 11        | 12 | 13 | 14 | 15 | 16        | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |   |
| ○        | ○ | ○ | △ | ○ | ○        | △ | △ | ○ | △  | ○         | △  | ○  | ×  | △  | ○         | ○  | ×  | ○  | ○  | ○  | ×  | ×  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○ |

食事・排泄・就寝・健康についての質問です  
**質問 5** : 飲み水や食べ物の備え、食事に必要な物資や機器を確保できていますか？

トイレ（排泄）に必要な物資や機器、衛生を保つための物資、健康に生活するため必要な医療品、温度調整のための物資、寝具等は確保されていますか？

「**飲食・排泄・健康**」  
を中心にチェック！



# ファシリテーション ガイド

# を聞いて備えの課題を見つけましょう

○：災害時に役立つそうなもの

×：災害時に使えなくなりそうなもの

△：備えてはいるが、問題が起きそうなもの

**3 現在の備え** ① 日常生活で使っているモノ・サービスと現在の備えを確認します。

**4 必要な備え** 見つかった課題に対する解決策となる備えを確認します。

1 わたしの身体 2 わたしの生活 を参考にしながら備えシールを貼ってください。

解決策となる備えシールを【必要な備え欄】に貼ってください。

| 課題メモ | 必要な備え | 課題メモ | 必要な備え |
|------|-------|------|-------|
| 1.1  | ○     | 1.1  | ○     |
| 1.2  | ○     | 1.2  | ○     |
| 1.3  | ○     | 1.3  | ○     |
| 1.4  | ○     | 1.4  | ○     |
| 1.5  | ○     | 1.5  | ○     |
| 1.6  | ○     | 1.6  | ○     |
| 1.7  | ○     | 1.7  | ○     |
| 1.8  | ○     | 1.8  | ○     |
| 1.9  | ○     | 1.9  | ○     |
| 1.10 | ○     | 1.10 | ○     |
| 1.11 | ○     | 1.11 | ○     |
| 1.12 | ○     | 1.12 | ○     |
| 1.13 | ○     | 1.13 | ○     |
| 1.14 | ○     | 1.14 | ○     |
| 1.15 | ○     | 1.15 | ○     |
| 1.16 | ○     | 1.16 | ○     |
| 1.17 | ○     | 1.17 | ○     |
| 1.18 | ○     | 1.18 | ○     |
| 1.19 | ○     | 1.19 | ○     |
| 1.20 | ○     | 1.20 | ○     |

食事・排泄・就寝・健康についての質問です  
**質問 5**：飲み水や食べ物の備え、食事に必要な物資や機器を確保できていますか？

トイレ（排泄）に必要な物資や機器、衛生を保つための物資、健康に生活するため必要な医療品、温度調整のための物資、寝具等は確保されていますか？

「**飲食・排泄・健康**」  
を中心にチェック！

**【進行のポイント】**  
以下のような具体的な問いかけが、課題の発見に有効。  
・ライフライン（電気・ガス・水道）は止まっています  
・7日間、その状態で自宅で過ごすことを想像してください  
・水は一人一日3リットル（体に取り入れる分だけで）必要とされています  
・服用している薬の量は十分ですか？

# 6の質問を聞いて備えの課題を見つけましょう

○: 災害時に役立ちそうなもの

×: 災害時に使えなくなりそうなもの

△: 備えてはいるが、問題が起きそうなもの

**3 現在の備え①**

1 わたしの身体 2 わたしの生活

1 1.1 行動補助具 ○ 2 2.1 眼鏡 ○ 3 3.1 パワーストロー ○ 4 4.1 携帯電話 ○ 5 5.1 現金 ○

6 6.1 車中泊用品 △ 7 7.1 カセットラジオ △ 8 8.1 懐中電灯 △ 9 9.1 家族間での連絡手段 ○ 10 10.1 ヘルパーサービス ○

11 11.1 家族の健康状態 △ 12 12.1 家族間の連絡手段 ○ 13 13.1 家族間の連絡手段 △ 14 14.1 家族間の連絡手段 ○ 15 15.1 家族間の連絡手段 △

16 16.1 家族間の連絡手段 ○ 17 17.1 家族間の連絡手段 ○ 18 18.1 家族間の連絡手段 × 19 19.1 家族間の連絡手段 ○ 20 20.1 家族間の連絡手段 △

21 21.1 家族間の連絡手段 ○ 22 22.1 家族間の連絡手段 × 23 23.1 家族間の連絡手段 ○ 24 24.1 家族間の連絡手段 △ 25 25.1 家族間の連絡手段 ○

26 26.1 家族間の連絡手段 ○ 27 27.1 家族間の連絡手段 ○ 28 28.1 家族間の連絡手段 ○ 29 29.1 家族間の連絡手段 ○

**4 必要な備え**

解決策となる備えシールを【必要な備え】に貼ってください。

最終確認  
**質問 6** : 現在の備えとすべての備えカードを見直しながら、自宅で1週間生活するために必要な物資、機器、医療品、それらの利用に必要な補助的物資、人的支援について再度確認してください。

△や×を付けた備えシールを【必要な備え】に貼り替えます

# ×・△が付いたシールを右側へ、気付いた課題をメモ

**3 現在の備え①**

日常生活で  
使用しているモノ・サービスと  
現在の備えを確認します

1 わたしの身体 と 2 わたしの生活 を参考にしながら備えシールを貼ってください

**4 必要な備え**

見つかった課題に対する  
解決策となる備えを  
確認します

解決策となる備えシールを【必要な備え欄】に貼ってください。

△や×が付いた  
備えシールを  
日常生活の  
【課題メモ欄】に  
貼り替えます

**3 現在の備え**のアイテムで×・△が付いたシールを、**4 必要な備え**欄に移し、気づいた課題を**課題メモ欄**に記入して下さい





# ファシリテーション ガイド

# △や×が付いたシールを右側へ、気付いた課題をメモ

ここに×・△が付いたシールを貼り替えて下さい

こちらには、気付いた課題を具体的にメモして下さい



3 現在の備えのアイテムを  
欄に移し、気づいた課題

- ・この区切りがデザイン上少しわかりにくく、課題メモ枠にシールを貼ってしまう場合がある
- ・欄は12個しかないので、×・△が付いたシールが13枚以上の場合は、追加のシートを配布する
- ・なるべく全項目に課題メモを記入する

必要な備え

# 課題を解決するための備えを考えましょう

5 備えシール①

5 備えシール②

4 必要な備え

5 備えシール

必要な備え欄

- 課題を解決する**備えシール**を選択して、**4 必要な備え**シートの**必要な備え欄**に貼って下さい
- 必要なものが一覧になれば、**備えシール(予備)**に記入して下さい



# ファシリテーション ガイド

# 解決するための備えを考えましょう

### 5 備えシール①

### 5 備えシール②

備えシールにないアイテムは、  
予備のシールに書き込む

## 5 備えシール

### 4 必要な備え

見つけた課題に対する解決策となる備えを確認します

解決策となる備えシールを「必要な備え欄」に貼ってください。

|                                   |                 |                              |       |
|-----------------------------------|-----------------|------------------------------|-------|
| 課題メモ<br>1-5 パワーリリー<br>電池          | 必要な備え<br>※数量が不足 | 課題メモ<br>1-6 ガスボンベ<br>予備が足りない | 必要な備え |
| 課題メモ<br>1-10 家族が<br>いない時は<br>使えない | 必要な備え           | 課題メモ<br>1-7 携帯に<br>つながりか     | 必要な備え |
| 課題メモ<br>4-2 ヘルパー<br>や家族が<br>不在    | 必要な備え           | 課題メモ<br>1-8 電池が<br>1日自己      | 必要な備え |
| 課題メモ<br>3-6 電卓式                   | 必要な備え           | 課題メモ<br>1-9 充電が<br>早い        | 必要な備え |

### 【進行のポイント】

- 「必要な備え」枠に、既に使用したシールを貼る必要がある場合にも（例えば、現在の備えで選択した「水・飲料」シールに、数量が足りないために△が付いた、など）予備シールを用いる

- 課題を解決する**備えシール**を選択して、**4 必要な備え**シートの**必要な備え欄**に貼って下さい
- 必要なものが一覧になれば、**備えシール(予備)**に記入して下さい

# 課題を解決するための備えを考えましょう

## 4 必要な備え

見つかった課題に対する  
解決策となる備えを  
確認します

解決策となる備えシールを [ 必要な備え ] に貼ってください

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
| ①-5<br>課題メモ<br>電池の量が不足<br>1<br>バッテリー<br>電池 | ①-8<br>課題メモ<br>電池の量が不足<br>1<br>バッテリー<br>電池 | ①-9<br>課題メモ<br>ガスボンベの準備がない<br>2<br>カセットコンロ | ①-10<br>課題メモ<br>ガスボンベの準備がない<br>2<br>カセットコンロ | ①-11<br>必要な備え<br>ガスボンベ                 |
| ①-10<br>課題メモ<br>家族がいない時は使えない<br>3<br>消火器   | ②-1<br>課題メモ<br>家族がいない時は使えない<br>3<br>消火器    | ②-2<br>課題メモ<br>携帯はつなげられない<br>4<br>携帯電話     | ②-3<br>課題メモ<br>携帯はつなげられない<br>4<br>携帯電話      | ②-4<br>課題メモ<br>携帯はつなげられない<br>4<br>携帯電話 |
| ②-2<br>ヘルパー事業所との取り決め<br>ヘルパー事業所との取り決め      | ②-6<br>課題メモ<br>ヘルパーの確保<br>ヘルパーの確保          | ②-7<br>課題メモ<br>ヘルパーの確保<br>ヘルパーの確保          | ②-8<br>課題メモ<br>ヘルパーの確保<br>ヘルパーの確保           | ②-9<br>必要な備え<br>ヘルパーの確保                |
| ③-2<br>課題メモ<br>ヘルパーの確保<br>ヘルパーの確保          | ③-2<br>課題メモ<br>ヘルパーの確保<br>ヘルパーの確保          | ③-2<br>課題メモ<br>ヘルパーの確保<br>ヘルパーの確保          | ③-2<br>課題メモ<br>ヘルパーの確保<br>ヘルパーの確保           | ③-2<br>課題メモ<br>ヘルパーの確保<br>ヘルパーの確保      |
| ③-6<br>課題メモ<br>電気式<br>7<br>ラジオ             | ③-6<br>課題メモ<br>電気式<br>7<br>ラジオ             | ③-9<br>課題メモ<br>寒さ対策<br>寒さ対策                | ③-9<br>課題メモ<br>寒さ対策<br>寒さ対策                 | ③-10<br>課題メモ<br>寒さ対策<br>寒さ対策           |
| ④-3<br>課題メモ<br>電動車いす<br>電動車いす              | ④-6<br>課題メモ<br>床走行リフト<br>床走行リフト            | ④-7<br>課題メモ<br>電動エアマット<br>電動エアマット          | ④-8<br>課題メモ<br>寒さ対策<br>寒さ対策                 | ④-9<br>課題メモ<br>寒さ対策<br>寒さ対策            |
| ④-3<br>課題メモ<br>電動車いす<br>電動車いす              | ④-6<br>課題メモ<br>床走行リフト<br>床走行リフト            | ④-7<br>課題メモ<br>電動エアマット<br>電動エアマット          | ④-8<br>課題メモ<br>寒さ対策<br>寒さ対策                 | ④-9<br>課題メモ<br>寒さ対策<br>寒さ対策            |
| ④-6<br>課題メモ<br>非常用持ち出し袋<br>非常用持ち出し袋        | ④-6<br>課題メモ<br>非常用持ち出し袋<br>非常用持ち出し袋        | ④-7<br>課題メモ<br>非常用持ち出し袋<br>非常用持ち出し袋        | ④-8<br>課題メモ<br>非常用持ち出し袋<br>非常用持ち出し袋         | ④-9<br>課題メモ<br>非常用持ち出し袋<br>非常用持ち出し袋    |

該当するシールが無ければ、  
空白シールにメモして貼り  
付けて下さい

解決策が思いつかなければ、  
周囲の人と議論してみましょう

# これで備えリストが 完成しました

**【連絡先】**

ワークショップ実施やキットの製作方法・入手先などに関するお問い合わせは以下までお願い致します。

国立障害者リハビリテーションセンター研究所  
福祉機器開発部 福祉機器開発室 硯川 潤  
TEL: 04-2995-3100  
E-mail: [suzurikawa-jun@rehab.go.jp](mailto:suzurikawa-jun@rehab.go.jp)