

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・手	<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・肘	<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	介護者	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
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

高齢の介護者(男性)向け

## 5 備えシール②

高齢の介護者(女性)向け

### 5 備えシール①②

## 5 備えシール (予備)

高齢の介護者(男性)向け

## 3 現在の備え②

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
6	7	8	9	10
11	12	13	14	15
16	17	18	19	20
21	22	23	24	25
26	27	28	29	

### 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	級
歩行	口実無し	口実あり	→	→	→
腕・肘	口実無し	口実あり	→	→	→
膝・足	口実無し	口実あり	→	→	→
腰・背	口実無し	口実あり	→	→	→
顔・目	口実無し	口実あり	→	→	→
聴覚	口実無し	口実あり	→	→	→
言語	口実無し	口実あり	→	→	→
知覚	口実無し	口実あり	→	→	→
その他	口実無し	口実あり	→	→	→

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
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								

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 を参考にしながら備えシールを貼って

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

3 現在の備え

## 4

「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。

1	2	3	4
1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12

4 必要な備え

## 5 備えシール①



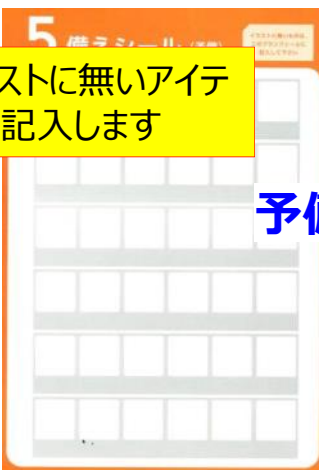
貼ってはがせるシールです

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



「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	V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="radio"/> <u>川崎</u> <input type="radio"/> 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 ( <u>1</u> )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、疾患名などわかる範囲で記入してください。

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					

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 エレベーター <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ペット <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

- ・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

## 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								↑ 電動ベッド エアマット
1:00	電動ベッド エアマット							
2:00								↓ 自動昇降機
3:00								
4:00								↑ 自動昇降機
5:00	リフト (昇降)							
6:00		オーバーテーブル カフ				(洗面・歯磨き) カフ 電動歯ブラシ		↑ 自動昇降機
7:00								
8:00								↑ 自動昇降機
9:00								
10:00								↑ 自動昇降機
11:00								
12:00								↑ 自動昇降機
13:00								
14:00								↑ 自動昇降機
15:00								
16:00								↑ 自動昇降機
17:00								
18:00								↑ 自動昇降機
19:00								
20:00								↑ 自動昇降機
21:00								
22:00								↑ 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

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( <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 <u>川崎</u> 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	<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 区・市・町・村 川崎
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 (part 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。

自分の身体機能

障害種別	学歴	骨格損傷	性別	V男	□女	年齢	34歳
歩行	□支障なし	V支障あり	→詳細	電動車いす			
腕・指	□支障なし	V支障あり	→詳細	腕、指			
排泄	□支障なし	V支障あり	→詳細	カテテル			
視力	□支障なし	V支障あり	→詳細	めがね			
聴力	V支障なし	□支障あり	→詳細				
口・腔	V支障なし	□支障あり	→詳細				
体温調節	□支障なし	V支障あり	→詳細	調節が			
認知	V支障なし	□支障あり	→詳細				
常用薬	□なし	V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 ↓ 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 ↑ ↓ カフ ↑ ↓ 自具 ↑ ↓ 電動車いす (一部1台分) ↑ ↓
8:00							↑ (洗面・湯洗) ↑ ↓
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ら記入する
- ・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	程度	備考
身体障害	手足麻痺・痺	重度	2級
視覚	両眼失明	一級	電動車いす
聴覚	両耳全聴	一級	腕、指
言語	両耳全聴	一級	カテーテル
知覚	両耳全聴	一級	めがね
運動	両耳全聴	一級	
その他	両耳全聴	一級	両足の痺れ

生活環境を記入してください。

居住形態	住居の種類	住居の状況	住居の備え
個人	戸建	1階	神奈川
共同	マンション	1階	川崎

## 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。

時刻	就寝	食事	排便	入浴	外出	その他	活動
09:00							
11:00							
13:00							
15:00							
17:00							
19:00							
21:00							
23:00							
24:00							

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貼ってください。

101 車いす	102 車いす	103 車いす	104 車いす	105 車いす	106 車いす
107 車いす	108 車いす	109 車いす	110 車いす	111 車いす	112 車いす
113 車いす	114 車いす	115 車いす	116 車いす	117 車いす	118 車いす
119 車いす	120 車いす	121 車いす	122 車いす	123 車いす	124 車いす

## 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貼ってください。

201 車いす	202 車いす	203 車いす	204 車いす	205 車いす	206 車いす
207 車いす	208 車いす	209 車いす	210 車いす	211 車いす	212 車いす
213 車いす	214 車いす	215 車いす	216 車いす	217 車いす	218 車いす
219 車いす	220 車いす	221 車いす	222 車いす	223 車いす	224 車いす

## 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

## 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。

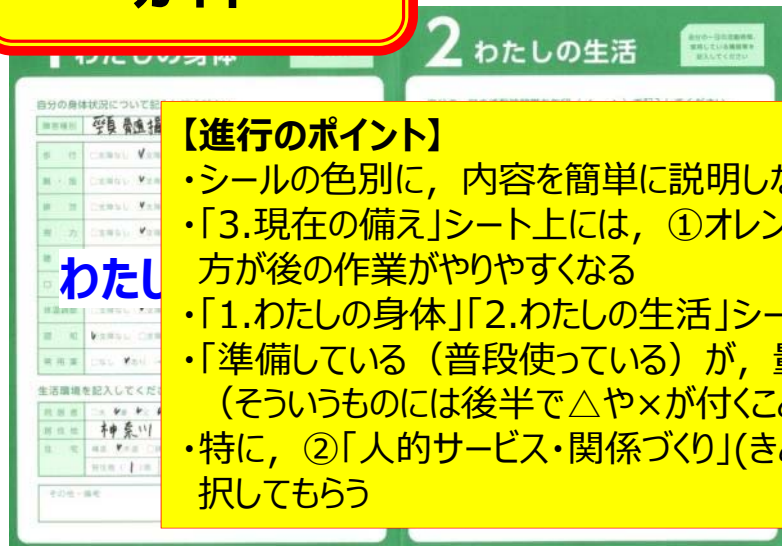
1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16
17	18	19	20
21	22	23	24



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」のシートの位置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ます。**

## ファシリテーション ガイド

# 地震発生情報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します。**

### 【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





# 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	を参考にしながら備えシールを貼ってください。	
1 ○ 行動補助具	2 ○ 眼鏡	3 △ パワーツール 電鋸	4 ○ 発電機
6 ○ 車中泊用品	7 △ 折りたたみトイレ	8 △ 断水時 用トイレ	9 ○ 家族間での 連絡手段
11 ○ 家族の健康 に関する備え	12 △ 家族間の連絡 手段	13 ○ 家族間の連絡 手段	14 × 家族間の 連絡手段
16 ○ 家族間の 連絡手段	17 ○ 家族間の 連絡手段	18 ○ 家族間の 連絡手段	19 ○ 家族間の 連絡手段
21 ○ 家族間の 連絡手段	22 × 家族間の 連絡手段	23 ○ 家族間の 連絡手段	24 ○ 家族間の 連絡手段
26 ○ 家族間の 連絡手段	27 ○ 家族間の 連絡手段	28 ○ 家族間の 連絡手段	29 ○ 家族間の 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！

# 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	携帯電話	現金
○	○	△	○	○
6	7	8	9	10
懐中電灯	カセットラジオ	懐中電灯	家族間での連絡の取り方	ヘルパー等家族の助けを求め
○	△	△	○	△
11	12	13	14	15
避難時の持ち物	避難時の持ち物	防災グッズ	防災グッズ	防災グッズ
○	△	○	○	△
16	17	18	19	20
避難経路	避難経路	避難経路	避難経路	避難経路
○	○	○	○	○

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

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】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！**



# 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			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	○

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

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 1.1 眼鏡 △ 1.2 携帯電話 ○ 1.3 懐中電灯 ○ 1.4 現金 △ 1.5 現金 △

6 2.1 懐中電灯 △ 2.2 携帯電話 △ 2.3 懐中電灯 △ 2.4 現金 △ 2.5 現金 △

11 3.1 現金 △ 3.2 現金 △ 3.3 現金 △ 3.4 現金 △ 3.5 現金 △

16 4.1 現金 △ 4.2 現金 △ 4.3 現金 △ 4.4 現金 △ 4.5 現金 △

必要な備え

必要な備え

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？





# 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 △

3 眼鏡 △ 4 携帯電話 ○ 5 充電器 △ 6 電源 △ 7 充電器 △ 8 充電器 △ 9 充電器 △ 10 ヘルパーサービス △ 11 充電器 △ 12 ヘルパーサービス △ 13 ヘルパーサービス △ 14 ヘルパーサービス △ 15 ヘルパーサービス △ 16 ヘルパーサービス △ 17 ヘルパーサービス △ 18 ヘルパーサービス △ 19 ヘルパーサービス △ 20 ヘルパーサービス △

**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。

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 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。					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	
○	○	△	○	○	○	△	△	○	△	○	△	○	×	△	○	○	×	○	○	○	×	×	○	○	○	○	○	○	○
移動用トイレ	めがね	携帯電話	防災用ラジオ	現金	懐中電灯	カセットトイレ	飲料水	家族間での連絡手段	ヘルパーサービス等の申し込み	家族の健康	家族の健康	家族の健康	家族の健康	家族の健康	家族の健康	家族の健康	家族の健康	家族の健康	家族の健康	家族の健康	家族の健康	家族の健康	家族の健康	家族の健康	家族の健康	家族の健康	家族の健康	家族の健康	家族の健康

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！



# 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。

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。

○ × △

# ×・△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** 日常生活で使われているメジャーグッズ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 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。 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。

Item No.	Item Name	Status	Topic Memo
1	非常食	○	
2	メガネ	△	
3	防災グッズ	○	
4	防災グッズ	○	
5	現金	△	現金メモ 現金量が不足 パワポリ 現金
6	懐中電灯	△	
7	懐中電灯	△	
8	懐中電灯	△	
9	家族での連絡手段	△	
10	消火器	△	消火器メモ 消火器がない 消火器
11	高齢者の緊急対応	△	
12	防災グッズ	○	
13	防災グッズ	○	
14	防災グッズ	×	
15	防災グッズ	△	
16	懐中電灯	○	
17	防災グッズ	×	
18	防災グッズ	○	
19	防災グッズ	○	
20	防災グッズ	○	
21	手動車いす	×	
22	防災グッズ	○	
23	防災グッズ	×	
24	防災グッズ	○	
25	防災グッズ	○	防災グッズメモ 防災グッズが足りない 防災グッズ
26	水・飲料	○	
27	防災グッズ	○	
28	防災グッズ	○	
29	防災グッズ	○	

△や×が付いた備えシールを【必要な備え欄】の【課題メモ欄】に貼り替えます。

**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

# ×・△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

△や×を付けた  
備えシールを  
貼ってください

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

**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

1 わたしの身体 と 2 わたしの生活

1 1.2 1.3 1.4 1.5 1.6 1.7 1.8 1.9 1.10 1.11 1.12 1.13 1.14 1.15 1.16 1.17 1.18 1.19 1.20 1.21 1.22 1.23 1.24 1.25 1.26 1.27 1.28

△や×を付けた備えシールを貼ってください

課題メモ

必要な備え

1

【進行のポイント】

「4.必要な備え」シートの各欄が、

- ・シールを貼り替える枠
- ・課題をメモする枠
- ・必要な備え（解決策）を貼る枠

の3つで構成されていることを周知する

## 3 現在の備えのアイテム 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

5 備えシール

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。

見つけた課題に対する解決策となる備えを記載します

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。

見つけた課題に対する解決策となる備えを記載します

- 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

4 必要な備え

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

【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【必要な備え欄】に貼ってください

①-5 バッテリー 電池 課題メモ 炭酸量が 不足	1 必要な備え バッテリー 電池の 十分な備え	①-9 カセットコンロ 課題メモ ガスボンベ が準備 がない	2 必要な備え ガスボンベ
①-10 消火器 課題メモ 家族が いない時は 使えない	3 必要な備え 消火器	①-11 携帯電話 課題メモ 携帯は つなげない	4 必要な備え 携帯電話
②-2 ヘルパー事業所 との取り決め ヘルパー の確保	5 必要な備え ヘルパー の確保	②-2 モバイル端末 課題メモ 電気が 止まると 不便	6 必要な備え モバイル 端末
③-6 ラジオ 課題メモ 電気式 は 手まわし 式	7 必要な備え ラジオ	③-9 暑さ寒さ対策 課題メモ 暑さは よいが 暑さ が ムリ かい	8 必要な備え 暑さ 対策
④-3 電動車いす ④-6 床走行リフト ④-7 電動エアマット	9 必要な備え 電動車いす 床走行リフト 電動エアマット	④-10 課題メモ 充電機は 壊れない きれいな 充電機を 準備する △や×を付けた 備えシールを 貼ってください	10 必要な備え 充電機 の準備
⑤-6 非常用 持ち出し袋 課題メモ 内容が 充実して いない	11 必要な備え 非常用 持ち出し袋	⑤-12 課題メモ 中身の 見直し	12 必要な備え 非常用 持ち出し袋

該当するシールが無ければ、  
ブランク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)