

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

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()	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
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 on the chart:)
 0:00-1:00: 電動ベッド エアマット
 5:00: リフト (介助者)
 6:00-7:00: オーバーテーブル カフ 自具 電動車いす (一部利用)
 7:00-8:00: カフ 洗面・歯磨き カフ 電動歯ブラシ
 10:00-11:00: 電動車いす
 21:00-22:00: リフト シャワーチェア (介助者)
 23:00-24:00: 電動ベッド エアマット

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てください。

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 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 (1)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帯、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 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。

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	軽度	右
視覚	遠視・近視	軽度	
聴覚	聴覚障害	軽度	
嗅覚	嗅覚障害	軽度	
味覚	味覚障害	軽度	
体温調節	体温調節障害	軽度	
皮膚	皮膚障害	軽度	
呼吸器	呼吸器障害	軽度	
循環器	循環器障害	軽度	
消化器	消化器障害	軽度	
泌尿器	泌尿器障害	軽度	
生殖器	生殖器障害	軽度	
その他	その他	軽度	

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	その他
神奈川	東京	大阪	その他

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	洗濯	入浴	外出	その他	作業	起床
08:00								
09:00								
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								

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 緊急通報用電話機	102 緊急通報用電話機	103 緊急通報用電話機	104 緊急通報用電話機	105 緊急通報用電話機	106 緊急通報用電話機
107 緊急通報用電話機	108 緊急通報用電話機	109 緊急通報用電話機	110 緊急通報用電話機	111 緊急通報用電話機	112 緊急通報用電話機
113 緊急通報用電話機	114 緊急通報用電話機	115 緊急通報用電話機	116 緊急通報用電話機	117 緊急通報用電話機	118 緊急通報用電話機
119 緊急通報用電話機	120 緊急通報用電話機	121 緊急通報用電話機	122 緊急通報用電話機	123 緊急通報用電話機	124 緊急通報用電話機

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 緊急通報用電話機	202 緊急通報用電話機	203 緊急通報用電話機	204 緊急通報用電話機	205 緊急通報用電話機	206 緊急通報用電話機
207 緊急通報用電話機	208 緊急通報用電話機	209 緊急通報用電話機	210 緊急通報用電話機	211 緊急通報用電話機	212 緊急通報用電話機
213 緊急通報用電話機	214 緊急通報用電話機	215 緊急通報用電話機	216 緊急通報用電話機	217 緊急通報用電話機	218 緊急通報用電話機
219 緊急通報用電話機	220 緊急通報用電話機	221 緊急通報用電話機	222 緊急通報用電話機	223 緊急通報用電話機	224 緊急通報用電話機

備えシール

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

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

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。

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 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
○	○	△	○	○
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
○	○	○	○	○

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】に移り貼入ります。

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ございましたか？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！

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 電動ドリル	4 ○ 発電機	5 ○ 炊飯器
6 ○ 車椅子	7 △ 介護ベッド	8 △ 洗面器	9 ○ 家族間での 連絡手段	10 △ ヘルパーサービス の申し込み
11 ○ 介護用品 の備え	12 △ 家族間の 連絡手段	13 ○ 電気器具 への対策	14 × 24時間 対応	15 △ 24時間 対応
16 ○ 介護用品	17 ○ 介護保険 カード	18 × 洗濯機	19 ○ 対応 アプリ	20 ○ 介護 用品
21 ○ 車椅子	22 × 車椅子	23 ○ 車椅子	24 ○ 対応 アプリ	25 ○ 介護 用品
26 ○ 介護用品	27 ○ 介護用品	28 ○ 介護用品	29 ○ 介護用品	△や×を付けた 備えシールを 【必要な備え】 【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	2	3	4	5
○	○	△	○	○
6	△	△	○	△
11	△	○	×	△
16	○	×	○	○
21	×	○	×	○
26	○	○	○	○

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？

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！

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	○	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！

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	
○	○	△	○	○	○	△	△	○	△	○	△	○	×	△	○	○	×	○	○	○	×	×	○	○	○	○	○	○	○

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、人的支援を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

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
車椅子使用禁止	めがね	備えシールを貼ってください	携帯電話	現金
6	7	8	9	10
懐中電灯・ろうそく	備えシールを貼ってください	備えシールを貼ってください	家族での事故の時の対応	備えシールを貼ってください
11	12	13	14	15
高齢者の緊急対応	備えシールを貼ってください	緊急連絡先への登録	備えシールを貼ってください	備えシールを貼ってください
16	17	18	19	20
旅行を予定	緊急連絡カード	備えシールを貼ってください	緊急時の準備	トイレの備え入れ
21	22	23	24	25
手動車いす	備えシールを貼ってください	階段スロープ	備えシールを貼ってください	食料の備え
26	27	28	29	
水・飲料	救急箱・衛生用品	薬	お薬手帳	

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。

1-1	1-2	1-3	1-4	1-5
必要な備え	必要な備え	必要な備え	必要な備え	必要な備え
2-1	2-2	2-3	2-4	2-5
必要な備え	必要な備え	必要な備え	必要な備え	必要な備え
3-1	3-2	3-3	3-4	3-5
必要な備え	必要な備え	必要な備え	必要な備え	必要な備え
4-1	4-2	4-3	4-4	4-5
必要な備え	必要な備え	必要な備え	必要な備え	必要な備え

△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

The image shows a preparedness checklist grid with 29 numbered items. Each item has an icon and a status symbol (circle, triangle, or cross). A callout box points to items 1, 2, 6, 7, 11, 12, 17, 22, 23, 26, 27, 28, and 29, which have triangle or cross symbols. Another callout box points to a '課題メモ' (Subject Memo) column and a '必要な備え' (Necessary Preparations) column. Arrows indicate the process of moving items from the grid to the 'necessary preparations' column and recording the reason in the 'subject memo' column. A green box highlights the '課題メモ' column, and a red box highlights the '必要な備え' column. A green arrow points from the '課題メモ' column to the '必要な備え' column.

課題メモ

必要な備え

△や×を付けた備えシールを貼ってください

△や×を付けた備えシールを「必要な備え欄」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

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	①-8 バッテリー 電池の 十分な備え 1	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	①-11 ガスボンベ 2
①-10 消火器 課題メモ 家族が いない時は 使えない 3	①-11 必要な備え 3	①-11 携帯電話 課題メモ 携帯は つなげない 4	①-11 災害伝言 ダイヤル 171 4
②-2 ヘルパー事業所 との取り決め ②-6 看護師の確保 ヘルパーを 看護士を 被せ 5	②-11 必要な備え 5	③-2 モバイル端末 課題メモ 電気が 止まると 不便 6	③-11 バッテリー 6
③-6 ラジオ 課題メモ 電気式 7	③-11 必要な備え 7	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	③-11 暑さ対策 8
④-3 電動車いす ④-6 床走行リフト ④-7 電動エアマット ④-11 必要な備え 11	④-11 必要な備え 11	④-10 課題メモ 充電器は 壊れない きれいな △や×を付けた 備えシールを 貼ってください 10	④-11 充電器で 使えるように 10
④-6 非常持出品 非常用 持ち出し袋 課題メモ 内容が 充実して いない 11	④-11 必要な備え 11	④-11 課題メモ △や×を付けた 備えシールを 貼ってください 12	④-11 必要な備え 12

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