

難病患者・医療的ケア児等とその家族のかたへ

# マイ・タイムライン

マイ・タイムラインとは、自身がお住まいの地域の特性を踏まえて、災害が起こる前に家族や支援者等と話し合って、避難行動や準備について予め決めておく避難行動計画です。災害が発生した際に慌てることがないよう、時系列で避難行動を整理しておきましょう。



## マイ・タイムライン 目次

### 平時～発災前

平時 P.1

発災前 P.1

### 災害発生

### 安全確保～避難判断

安全確保 P.2

避難判断 P.2

### ①在宅避難の場合

在宅避難開始 P.3

必需品の確保 P.3

継続 P.3

### ②避難先への避難の場合

避難準備 P.4

搬送・移動 P.4

継続 P.4



## チェックリスト 目次

本人の状態の確認／人工呼吸器の確認	P.5	電源の確認	P.5
人工呼吸器情報	P.5	医療的ケア物品リスト	P.6~7

## マイ・タイムライン

平時▶発災前

平 時

発 災 前

具体的な行動

準備・確認できていること

行政

支援関係機関

地域住民

災 害 発 生

## マイ・タイムライン 安全確保▶避難判断

## 安全確保

## 避難判断

具体的な行動

準備・確認できていること

行政

支援関係機関

地域住民

在宅避難が可能な場合

P.3 ①在宅避難の場合へ

在宅避難が不可能な場合

P.4 ②避難先への避難の場合へ

## マイ・タイムライン

①在宅避難の場合

● 在宅避難開始

● 必需品の確保

● 繼 続

具体的な行動

準備・確認できていること

行政

支援関係機関

地域住民

在宅避難が不可能な場合

P.4

②避難先への避難の場合へ

## マイ・タイムライン ②避難先への避難の場合

避難準備

搬送・移動

継 続

具体的な行動

準備・確認できていること

行政

支援関係機関

地域住民

避難継続が不可能な場合

広域避難を検討

# チェックリスト

## 本人の状態の確認

▶異常が見られた場合は( )に連絡

\*訪問看護師、主治医の先生等

顔色に問題はないか

SpO2などのバイタルサインに異常はないか

怪我をしていないか

人工呼吸器のモニター値などに変化はないか

(下記表で確認)

## 人工呼吸器の確認

▶異常が見られた場合は( )に連絡

\*人工呼吸器メーカー等

正常に作動しているか

バッテリー作動に切り替わっているか

呼吸回路の接続部にゆるみはないか

人工呼吸器の設定値が変わっていないか

(下記表で確認)

## 人工呼吸器情報

### 人工呼吸器

非侵襲的人工呼吸(NPPV)  
気管切開下陽圧人工呼吸(TPPV)

### 機種名

### 会社名

### 担当者:

### 緊急連絡先

設定日	換気方式	換気モード	IPAP	EPAP	一回換気量	吸気時間	吸気圧	呼吸回数	PEEP		
年 月 日											
設定変更	/										
/											
発災時確認欄											

## 電源の確認

●停電した時刻 午前・午後 時 分

●バッテリー持続時間 避難・充電が必要な時間を確認

※該当する医療機器や電源の欄に、平時から記入しておきましょう

使用機器	ワット数	内蔵バッテリー	予備バッテリー	代替手段等	充電が必要な時間
人工呼吸器	ワット	約 時間	約 時間	バッグバルブマスク 有・無	時 分
加温加湿器	ワット	—	—	人工鼻 有・無	—
酸素濃縮器	ワット	約 時間	約 時間	酸素ボンベ 有の時 時間分	—
吸引器	ワット	約 時間	約 時間	乾電池式 有の時 時間分	時 分
輸液ポンプ	ワット	約 時間	乾電池 本 約 時間	—	時 分
電動ベッド	ワット	約 時間	約 時間	手動ハンドル 有・無	—
エアマット	ワット	約 時間	約 時間		—
	ワット	約 時間			
	ワット	約 時間			

●1日の必要電力 約 ワット

## 医療的ケア物品リスト

用 途	物 品	備蓄数	持 ち 出し 数	置き場所等
人工呼吸器	人工鼻		<input type="checkbox"/>	
	バッグバルブマスク		<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
在宅酸素	酸素ボンベ		<input type="checkbox"/>	
	酸素接続チューブ		<input type="checkbox"/>	
	濃縮器用の水(水道水可)		<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
吸引・ 気管切開	気管カニューレ(予備)		<input type="checkbox"/>	
	Yガーゼ		<input type="checkbox"/>	
	カニューレ固定ひも		<input type="checkbox"/>	
	人工鼻		<input type="checkbox"/>	
経管栄養・ 胃ろう	吸引チューブ ( Fr )		<input type="checkbox"/>	
	吸引チューブを入れる容器		<input type="checkbox"/>	
	(必要な人)カフ用注射器		<input type="checkbox"/>	
	消毒物品		<input type="checkbox"/>	
経管栄養・ 胃ろう			<input type="checkbox"/>	
	胃チューブ・胃ろうチューブ ( Fr )		<input type="checkbox"/>	
	固定水 500ml(水道水可)		<input type="checkbox"/>	
	経管栄養剤( )		<input type="checkbox"/>	
経管栄養・ 胃ろう	イリゲーター		<input type="checkbox"/>	
	胃ろう用コネクター		<input type="checkbox"/>	
	S字フック		<input type="checkbox"/>	
	注射器		<input type="checkbox"/>	
経管栄養・ 胃ろう	聴診器		<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	

## 医療的ケア物品リスト

用 途	物 品	備蓄数	持 ち 出し 数	置き場所等
中心静脈栄養	輸液ポンプ		<input type="checkbox"/>	
	輸液ルート		<input type="checkbox"/>	
	注射器		<input type="checkbox"/>	
	固定テープ		<input type="checkbox"/>	
	消毒物品		<input type="checkbox"/>	
	S字フック		<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
導尿	カテーテル ( Fr )		<input type="checkbox"/>	
	消毒物品		<input type="checkbox"/>	
	挿入ゼリー		<input type="checkbox"/>	
	滅菌手袋		<input type="checkbox"/>	
	廃液パック		<input type="checkbox"/>	
	紙おむつ、尿取りパット		<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
排便	グリセリン浣腸 ( ml )		<input type="checkbox"/>	
	手袋		<input type="checkbox"/>	
	潤滑油		<input type="checkbox"/>	
	オムツ		<input type="checkbox"/>	
	トイレットペーパー		<input type="checkbox"/>	
	ストーマ装具		<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
その他			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	