

作成年月日:令和●年●月●日
 更新年月日:令和●年●月●日

おおいた支えアイ・タイムライン(日田市版)

警戒レベルに応じた行動

| 警戒レベル1 【早期注意情報】 | もうすぐ避難開始！ | 警戒レベル2 【大雨・洪水・高潮注意報】 | 警戒レベル3 【高齢者等避難】 | 高齢者等は危険な場所から避難！ | 警戒レベル4 【避難指示】 | 危険な場所から全員避難 | 警戒レベル5 【緊急安全確保】 | |
|---|---|--|--|--|---|-------------|--|--------------|
| 本人の氏名: 日田太郎 <small>本人の行動</small> テレビ、ラジオで気象情報の確認 避難グッズの確認、携帯の充電確認 | | <small>本人の行動</small> 避難準備（避難グッズ一式を玄関へ移動） ※薬とお薬手帳を忘れずに準備すること。 | <small>本人の行動</small> 支援花子さんの車がきたら一緒に避難先へ避難→避難完了。 | | <small>本人の行動</small> | | <small>本人の行動</small> | 自宅内の安全な場所へ避難 |
| 支援者①の氏名: 支援次郎 <small>支援者①の行動</small> 日田太郎さんへ現状確認と注意喚起 支援花子さんと避難方法の確認。 | | <small>支援者①の行動</small> 避難先の調整 避難先①に受け入れ調整。受け入れ可能な場合は本人と支援花子さんへ連絡。 受け入れが無理な場合は避難先②へ。 | <small>支援者①の行動</small> 支援花子さんから避難完了の連絡を受ける。 | | <small>支援者①の行動</small> 支援花子さんから確認した避難先の連絡を受け日田太郎さんに連絡すること ※準備物の再確認と出発の時間を伝えること ※自分の避難グッズの準備、避難の準備。 | | <small>支援者①の行動</small> 避難先での日田太郎さんの確認。体調に変化があった場合は随時対応。 | 2階以上に避難 |
| 支援者②の氏名: 支援花子 <small>支援者②の行動</small> 防災情報の確認 自分のマイタイムラインと避難グッズの確認 支援次郎さんの支えアイタイムラインの確認 | <small>支援者②の行動</small> 支援次郎さんから確認した避難先の連絡を受け日田太郎さんに連絡すること ※準備物の再確認と出発の時間を伝えること ※自分の避難グッズの準備、避難の準備。 | <small>支援者②の行動</small> 日田太郎さんを車に乗せて避難先へ移動（移動方法は支援花子さんの自家用車） 避難後に支援次郎さんへ連絡。 | <small>支援者②の行動</small> 日田太郎さんを確認した避難先の連絡を受け日田太郎さんに連絡すること ※準備物の再確認と出発の時間を伝えること ※自分の避難グッズの準備、避難の準備。 | <small>支援者②の行動</small> 自分の避難先である●●●へ避難。 | 2階以上に避難 | | | |

日頃から調べておくこと、備えておくこと

| ①本人の状態・持出品など | | | ②持病など | | ③避難経路と避難時の留意事項 | |
|---|--|--|---|---|----------------|--|
| 【本人の状態】 移動: 自立 支援が必要 排泄: 自立 支援が必要 食事: 自分でできる 介助が必要 視力: 日常生活に支障あり なし 聴力: 日常生活に支障あり なし 医療・介護器具等: ある(在宅酸素) なし その他: () | 【持出品など】 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> メガネ <input checked="" type="checkbox"/> 補聴器 <input checked="" type="checkbox"/> 電源必要 <input type="checkbox"/> | 【持出品など】 ※その他必需品 <input checked="" type="checkbox"/> 常備薬 <input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 食料品 <input checked="" type="checkbox"/> 飲料水 <input checked="" type="checkbox"/> 着替え <input checked="" type="checkbox"/> マスク <input checked="" type="checkbox"/> 補聴器 <input checked="" type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | かかりつけ医: 田島病院 院長先生 (連絡先: 11-1111) ※毎月20日すぎに受診する。薬は偶数月にもらう。 福祉の事業所名: 日田ケアプランセンター 担当者名: 支援次郎 連絡先: 00-0000 | ③避難経路と避難時の留意事項 避難経路 ①国道210号線を天ヶ瀬方面へ●●交差点を右へ、▲病院を左 ②国道210号線を天ヶ瀬方面へ●●交差点を左～□の信号を左 避難時の留意事項 卵アレルギーあり。 声掛けは右側から行うこと。 | | |
| ④自宅の災害リスク ●浸水ハザードあり・なし 想定(0.5-3)m ●土砂災害警戒区域に入っている・いない ○自宅での垂直避難する・しない 自力で()分 支援者有で()分 | ⑤避難先 ●避難先①(日田災害デイスサービス) 徒歩・車で(15)分 ●避難先②(〇〇地区公民館) 徒歩・車で(5)分 ●避難先までの危険な場所 (避難先①●●●付近の道路が冠水する恐れあり) (避難先②) | ⑥避難支援者の情報 (家族でも可) | ⑦地震の備え | | | |
| 支援者① | 氏名: 支援 次郎 住所: 日田市田島2丁目6-1 日田ケアプランセンター | 続柄: 担当ケアマネ 電話番号: 00-0000 | 個人情報共有 同意 <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 支援者② | 氏名: 支援 花子 住所: 日田市田島町0-0 | 続柄: 班長 電話番号: 33-3333 | 個人情報共有 同意 <input checked="" type="checkbox"/> | | | |