

# 大災害の備え

～避難時で安全に過ごすために、協力いただきたいこと～



## 備蓄品

- 発電機・非常用ポータブル電源、LEDランタン
- エマージェンシー毛布、ひざ掛け
- 非常用トイレセット など

## 備蓄食

- 1人あたり1日3食×3日＝9食を備蓄
  - \*普通食（200人分）、段階食（60人分）
  - \*9食分のうち 3食分は給食費、6食分はPTA緊急対策費より購入
- 水



# 大災害時の予備薬

登下校時に災害にあったとき（学校に到着できないとき）にも対応できるように

災害時の予備薬を2日分毎日持参ください（任意）

- ◆ 「常温薬」・「冷蔵保管薬」にわけて持参していただきます  
「冷蔵保管の薬」は教室のクーラーボックスで保管します

# 大災害時の予備薬

- 登下校時、担任不在でも避難先で  
お薬の服薬を支援していただけるよう



お薬が必要であることが分かるようにカバンにキーホルダーをつけていただきます。  
(学校より配付します)

「いつ」「どのように」服薬するのかを支援者に伝えるための用紙  
とともにお薬を持参いただきます。



ご家庭でお子様が服薬しやすい方法を示したメモや写真、イラストをご準備いただき、一緒に入れていただいてもかまいません

通学バス乗務員とも情報共有し、通学途上で避難する場合には、対応いただきます。

# 「いつ」「どのように」服薬するのかを支援者に伝えるための用紙

## 資料F(予備薬) 記入例

### 大災害時用の予備薬について

学校では鞆に入れたままの保管となります。

### A 大災害時用の予備薬< 常温の薬 >

食事の前か後か  
○をつけてください。

記入日 年 月 日

必要の場合は  
顔写真を貼って  
ください。

大阪府立交野支援 部 年 組 名前

服薬時間	形状	前朝食 <sup>後</sup>	前昼食 <sup>後</sup>	前夕食 <sup>後</sup>	眠前	他の時間 (10:30) (14:30)	体調の急変時 (発作等)
服薬内容	粉	臭化カリウム 0.3g エクセグラム 0.4g フェノバル 1.0g 混合 1包	ダントリウム コントロール 2包	臭化カリウム 0.3g エクセグラム 0.4g フェノバル 1.0g 1包	ベンザリン 1包	ムコダイン 1包	座薬 ダイ アップ 包
	錠	ラミクタール 25ml 1個	個	個	個		
	液	できるだけ詳細に記入してください。 混合薬はその中身を記入し、混合と記入してください。					

※上記の表には1日分を明記していただき、携行する鞆には2日分の予備薬を入れてください。

#### ☆服薬上の注意点等

災害時での対応ですので、状況に応じて対応できるもので記入をお願いします。  
《例》○水に混ぜて ○ご飯に混ぜ込む ○水薬に混ぜる 等々

#### ★体調の急変時(発作等)に、必ず服薬・使用してほしい薬について

服薬および使用する状況・場合  
ダイアップ《例》短い(10秒くらいの)発作が続く時 発作の様子…目が上転し、右腕が上がる。

この用紙とお薬を  
カバンに入れてください

# 「いつ」「どのように」服薬するのかを支援者に伝えるための用紙

・登下校時は保冷剤を入れるなどしてください。  
 ・学校に登校してきたら、担任がご家庭から持参された袋のまま、クーラーBOXに入れて保管します。

資料F(予備薬) 記入例

大災害時用の予備薬について

## B 大災害時用の予備薬< 冷蔵保管の薬 >

記入日 年 月 日

必要な場合は  
顔写真を貼って  
ください。

大阪府立交野支援学校 部 年 組 名前

服薬時間	形状	前朝食後	前昼食後	前夕食後	眠前	他の時間 ( : ) ( : )	体調の急変時 (発作等)	座薬
	錠	個	個	個	個	個	個	ダイ アップ
服薬内容	液	デバケンシロップ 8ml		デバケンシロップ 8ml				個

食事の前か後か  
○をつけてください。

・できるだけ詳細に記入してください。  
 ・混合薬はその中身を記入し、混合と記入してください。  
 ・水薬は漏れないようにキャップをしっかり締め、チャック付きの袋に入れるようにしてください。

※上記の表には1日分を明記していただき、携行する鞆には2日分の予備薬を入れてください

### ☆服薬上の注意点等

災害時での対応ですので、状況に応じて対応できるもので記入をお願いします。

### ★体調の急変時(発作等)に、必ず服薬・使用してほしい薬について

服薬および使用する状況・場合  
 例:短い(10秒くらいの)発作が続く時

初めての方でもわかるようにできるだけ詳細に記入してください。  
 別途、ご家庭でお子様が服薬しやすい方法を示したメモや写真、イラストをご準備いただいてもかまいません。

この用紙とお薬、保冷剤を  
カバンに入れてください。  
  
 学校にいる間は、  
教室のクーラーボックスで  
保管します。

# 大災害時の避難袋

- 避難時に個別に必要な物品をまとめておきます
- 「着替え」「紙おむつ」「おしりふき」  
「医療的ケアグッズ」「栄養剤」  
「安心グッズ」など



- 個別に必要な物品は担任とご相談ください
- 夏休み、春休み前に持ち帰ります。  
中身のご確認、交換、補充をお願いします。

# 大災害時の避難袋



避難袋には、  
物品の内容や、賞味期  
限・使用期限を記した  
用紙を一緒に入れてお  
き、交換・補充のタイ  
ミングが分かるようし  
ておきます。

## 避難袋

部 年 組 名前

(1) 全員入れていただく物 (必須)

- 着替え (上下の服、靴下、肌着各1枚ずつ)    ■ティッシュ 1箱
- おむつ・パット (学校置き分各1パックずつ)    ■タオル 1枚

(2) 個々で必要と思われる物品 (使用期限を括弧内に記入)

- とろみ剤 ( 年 月 日)    ソリタ顆粒 ( 年 月 日)
- エンシュア ( 年 月 日)

(3) 胃ろう経管栄養にて必要な物品 (使用期限を括弧内に記入)

- 胃ろう接続チューブ ( 年 月 日)    イルリガートル ( 年 月 日)
- シリンジ各種 ( 年 月 日)    Yガーゼ ( 年 月 日)
- 栄養剤 3日分 ( 年 月 日)    ソリタ顆粒 ( 年 月 日)

(4) 吸引に必要な物品 (使用期限を括弧内に記入)

- 吸引チューブ ( 年 月 日)    アルコール綿 ( 年 月 日)
- 滅菌蒸留水 ( 年 月 日)    Yガーゼ ( 年 月 日)
- 手袋

(5) 導尿 (使用期限を括弧内に記入)

- 導尿カテーテル ( 年 月 日)    消毒液 ( 年 月 日)
- 潤滑剤 ( 年 月 日)

(6) その他

- ( )     ( )
- ( )     ( )
- ( )     ( )

# 医療的ケアが必要な方へ

避難生活では、授業時間以外の注入が必要になる場合があります。

そのため医療的ケア申請時に聞き取りさせていただきます。

- ①保護者からの聞き取りをもとに作成。  
緊急時に持ち出すバッグに保管します。
- ②非常食で提供されるアレルギーや、  
予備薬の服薬についても記載します。
- ③3日間程度の栄養剤をご用意ください。

	注入内容(内容・量)	注入方法	注入時間	薬	備考
記入例	(例)備蓄ペースト食(全て)ml エネーボ(200ml)	イルリガートル	60分	<input checked="" type="checkbox"/> あり	「なめらかおかず鶏肉と野菜」はアレルギーのため喫食不可
早朝・起床時(5～6時)	<input type="checkbox"/> 栄養剤名 ( )ml <input type="checkbox"/> 水分 ( )ml	<input type="checkbox"/> シリンジ <input type="checkbox"/> イルリガートル <input type="checkbox"/> ポンプ使用	( )分	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
朝食時(7～8時)	<input type="checkbox"/> 備蓄ペースト食( )ml <input type="checkbox"/> 栄養剤名 ( )ml <input type="checkbox"/> 水分 ( )ml	<input type="checkbox"/> シリンジ <input type="checkbox"/> イルリガートル <input type="checkbox"/> ポンプ使用	( )分	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
授業中					
下校後～夕食まで(4～6時)	<input type="checkbox"/> 栄養剤名 ( )ml <input type="checkbox"/> 水分 ( )ml	<input type="checkbox"/> シリンジ <input type="checkbox"/> イルリガートル <input type="checkbox"/> ポンプ使用	( )分	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
夕食時(6～8時)	<input type="checkbox"/> 備蓄ペースト食( )ml <input type="checkbox"/> 栄養剤名 ( )ml <input type="checkbox"/> 水分 ( )ml	<input type="checkbox"/> シリンジ <input type="checkbox"/> イルリガートル <input type="checkbox"/> ポンプ使用	( )分	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
就寝前～夜間(9時以降)	<input type="checkbox"/> 栄養剤名 ( )ml <input type="checkbox"/> 水分 ( )ml	<input type="checkbox"/> シリンジ <input type="checkbox"/> イルリガートル <input type="checkbox"/> ポンプ使用	( )分	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

# その他の備え



- ・主治医や市の保健師等と連携し、日頃より災害が起こった時の対応について確認をお願いします。
- ・病院と連携した災害時の個別のマニュアルをお持ちの場合は、担任と共有させていただけると助かります。
- ・人工呼吸器等、雨にぬれると困る機器をお持ちの方は、雨天対策の準備にもご協力をお願いします。

子どもたちの安心安全のために  
災害時の備えや対応のご協力を  
よろしくお願いいたします。

