

災害医療支援のための手引き (ver.1.3)

一般社団法人 日本病院薬剤師会
令和元年7月20日

目 次

ページ

災害医療支援体制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

災害医療支援の手引き・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3

薬剤師派遣マニュアル・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6

災害医療支援体制

1. 災害
2. 災害医療支援本部の設置
3. 災害医療支援本部の構成と任務
4. 各班の役割（任務）
5. 日本病院薬剤師会理事会への報告・協議事項

1. 災害

災害とは、「災害対策基本法第2条第1項」に定める自然現象及び大規模な事故により生ずる被害をいう。また大規模災害とは、災害の中で震度6以上の地震又は死者が100名以上を超える災害及び本会会長が認める災害をいう。

【参考】

災害対策基本法第2条

第1項 災害

暴風、豪雨、豪雪、洪水、高潮、地震、津波、噴火その他の異常な自然現象又は大規模な火事若しくは爆発その他その及ぼす被害の程度においてこれらに類する政令で定める原因により生ずる被害をいう。

2. 災害医療支援本部の設置

(1)災害及び大規模災害が発生した場合「災害医療支援の手引き」2. 1) 災害発生直後の業務において収集された情報を踏まえ、本会会長が状況を判断し、本会内に災害医療支援本部を設置する。

(2)災害医療支援本部長は本会会長とする。

ただし、会長が不在の場合の代行順位は、専務理事、副会長、常務理事の順とする。

(3)被災状況及び被災地域により、本会会長が指示できない場合は本会役員が指示を行う。代行順位は、専務理事、副会長、常務理事の順とする。

ただし、被災状況及び被災地域により、本会常勤役員以外が指示する場合は、本会以外の場所に災害医療支援本部を設置することができる。この場合、災害医療支援本部設置の指示を行った者を本部長とし、災害医療支援本部の構成は本部長に一任する。

3. 災害医療支援本部の構成と任務

本部長 : 本会会長

副本部長 : 本会副会長

本部長 : 専務理事、常務理事、災害対策委員会委員長

事務局 : 事務局長、事務局次長、各課課長、各課課長補佐

任務 : (1)災害医療支援本部に設置する各班の統括（4. 各班の組織構成と役割を参照）

(2)現地調整班の活動拠点の選定及び人員の選出・交代

- (3)行政機関・関係団体からの情報収集及び依頼
- (4)各都道府県病院薬剤師会との連携
- (5)現状把握のための被災地への役員の派遣

4. 各班の組織構成と役割

災害医療支援本部の活動は、支援班、現地調整班、情報班が分担して行う。

各班の統括者は、事務局長及び事務局次長とする。

各班は各課担当制とするが、統括者の指示により、状況に応じて柔軟に災害医療支援本部の任務にあたること。

各班の任務については、「災害医療支援の手引きの3）災害医療支援本部に設置する各班の業務」を参照。

1) 支援班

担当事務局：総務課及び経理課職員

2) 現地調整班（現地派遣は2～3名）

担当者は、被災状況に合わせ本部が決定する。

なお、現地調整班の派遣者は、災害薬事に関する研修を修了した者が望ましい

3) 情報班

担当事務局：学術課職員

5. 日本病院薬剤師会の理事会への報告・協議事項

本部長は災害医療支援の状況を直近に開催する本会理事会へ報告するとともに、下記の事項について協議を行う。

- (1)支援金の活用方法
- (2)医療支援活動の終了
- (3)現地調整班の撤退
- (4)災害医療支援本部の解散

災害医療支援の手引き

1. 目的

2. 業務の手引き

- 1) 災害発生直後の業務
- 2) 災害医療支援本部の役割
- 3) 災害医療支援本部に設置した各班の業務

1. 目的

災害発生時に、日本病院薬剤師会（以下、本会という）がすみやかに機能的で適切な医療支援活動を行うことができるように、災害時の医療支援の手引きを定める。なお、この手引きは本会の事務機能が適切に運用可能であることを前提とする。本会事務局の災害時対応マニュアル（事業継続計画（BCP）を含む）は別途定める。

2. 業務の手引き

1) 災害発生直後の業務

- (1)ここに掲げる業務は災害医療支援本部の設置にかかわらず、広域災害救急医療情報システム（EMIS）等を活用し、災害発生直後から速やかに行う
 - ①現地の被害状況を把握する（各施設の被害状況、交通網、ライフライン等）
 - ②災害拠点病院を確認し、その施設の薬剤部（薬剤部長等）との通信を確保する
 - ③可能な限り被災した地域の避難所、被災施設、医療施設などとの通信を確保する
 - ④行政機関より避難所・医薬品集積所等の設置状況を収集し、薬剤師の需要状況を把握する
 - ⑤被災地都道府県病薬より、派遣薬剤師の需要状況を把握する

(2)災害医療支援本部の設置

- ①上記(1)で収集した情報を整理し、その情報をもとに、本会会長が災害医療支援本部の設置について判断する
- ②災害医療支援本部部員へ本部設置等の連絡を行う

2) 災害医療支援本部の役割（任務）

- (1)災害医療支援本部に設置する各班の統括（3）災害医療支援本部に設置する各班の業務を参照）
- (2)現地調整班の活動拠点の選定及び人員の選出・交代
 - ①携帯電話、インターネット等が利用でき、本部との連携がとれる場所を選定する
 - ②被災地の県病薬、行政等に場所借用の依頼を行う
 - ③現地調整班の交通手段、食料等の手配を行う

- ④現地調整班の設置を被災地の県病薬、行政、医療機関、団体等へ周知する
- ⑤現地調整班として派遣する場合は、派遣者の施設長・所属長に派遣要請を行う。
- ⑥派遣している職員の派遣期間について協議する
- ⑦現地調整班の交代要員の選出及び交代の日時調整を行う

(3)行政機関・関係団体からの情報収集及び依頼

- ①緊急通行車両確認標章（厚労省）の発給を依頼する
- ②薬剤師派遣依頼（厚生労働省医薬・生活衛生局）の発出を依頼する
- ③薬剤師の派遣先等を協議する（厚生労働省、日本薬剤師会）
（病院、診療所、保険薬局、医薬品集積所、避難所等について）
- ④支援医薬品の供給及び供給実態を把握する（厚生労働省）
- ⑤医療チームへの薬剤師参画を依頼する（日本医師会等）
- ⑥EMIS より被災地の状況等をモニターし、必要に応じて各班へ情報共有する。

(4)各都道府県病院薬剤師会との連携

- ①災害登録派遣薬剤師等の派遣人数の決定

(5)現状把握のための本部員の被災地視察

3) 災害医療支援本部に設置する各班の業務

各班は1日の業務終了後、報告書を作成し災害医療支援本部（honbu@jshp.or.jp）に報告する

I. 支援班の業務

(1)派遣薬剤師に関する一連の業務

- ①災害登録派遣薬剤師の派遣に関する業務
- ②災害ボランティア薬剤師の募集及び派遣に関する業務
- ③ボランティア保険について、保険会社と協議を行う
- ④その他、薬剤師派遣マニュアルを参照すること

(2)現地調整班と派遣及び連携業務

- ①現地調整班の交通手段及び宿泊先を確保する
- ②現地調整班からの報告をもとに、評価解析を行い本部に報告する
- ③派遣薬剤師の人数・日程等を調整する
- ④支援物資を調達・管理等を行う

(3)支援金の募集

- ①支援金の口座を開設する
- ②会員及び都道府県病薬会長宛に支援金の依頼を行う

II. 現地調整班（現地派遣は2～3名）

(1)被災地の現状把握及び報告、支援要請

- ①医療機関、避難所等を巡回し、薬剤師数、医薬品の種類・在庫等の不足等を把握する
- ②現場状況の評価解析を行い、本部に薬剤師の派遣依頼、医薬品の供給等の支援要請を行う
- ③薬剤師の派遣施設、数、医薬品の供給先等について報告する
- ④本部に依頼した支援要請の結果を確認する

(2)被災地での医療機関及び関係機関との連携

- ①被災地医療施設の薬剤師需要状況を把握し、薬剤師派遣について支援班と調整するとともに、受け入れ準備を行う
- ②随時、被災地のライフラインや交通機関、医療施設の復旧状況等を報告する
- ③被災地の医療施設への行政通知等の情報提供を行う

Ⅲ. 情報班

(1)災害に関連する情報収集

- ①被災地状況、行政通知、公共交通機関の無償搭乗等を収集し、本部へ報告する。

(2)会員への周知等の広報活動

- ①会員・関係機関等への被災地状況・情報を発信する（ホームページの作成）
- ②会員への行政通知等を発信する
- ③支援活動の広報活動を行う

(3)記録等の情報統括

- ①災害医療支援本部会議の議事録を作成する
- ②災害支援活動（結果）の記録（時系列）を行う

薬剤師派遣マニュアル

1. 薬剤師派遣の基準
2. 災害医療支援本部の役割
3. 派遣薬剤師の服装
4. 薬剤師派遣の実施方法
 - 1) 災害登録派遣薬剤師
 - 2) 災害ボランティア薬剤師
 - 3) 派遣薬剤師の現地での活動

1. 薬剤師派遣の基準
 - (1)災害医療支援本部が必要と認めた場合
 - (2)行政機関から派遣要請があった場合
 - (3)関係団体から派遣要請があった場合

2. 災害医療支援本部の役割
 - (1)被災地への薬剤師の派遣を決定する。
 - (2)関係団体・行政機関と密接に連絡して協調する。
 - (3)被災地医療施設の被害状況及び現地の情報を収集し、支援が必要な医療施設を抽出する。
 - (4)派遣人数、派遣場所及び日程を決定する。
 - (5)派遣薬剤師の現地への交通ルート及び手段、宿泊場所の調査を行う。
 - (6)派遣薬剤師のボランティア保険の加入手続きを行う。
 - (7)医療施設への薬剤師派遣終了を決定する。

3. 派遣薬剤師の服装
 - (1)医療施設以外に派遣される場合は、日病薬災害ベストを着用する。
(日病薬災害ベストは日病薬及び各都道府県病薬に保存)

4. 薬剤師派遣の実施方法

1) 災害登録派遣薬剤師

災害登録派遣薬剤師とは、DMAT 活動後速やかに被災地に薬剤師を派遣し、被災地の情報収集及び各施設の業務整備等を行うために、予め各都道府県病薬単位から選出し、本会に登録し災害医療を習得した薬剤師を言う。

《対象者》

以下の①～⑧のすべてを満たすことができる者とする。

- ①現在、病院・診療所・介護保険施設に籍を有する薬剤師であり、本会会員であること。
- ②施設長及び所属長に許可が得られていること。
- ③現地での業務に耐えうる健康状態にあること。
- ④一定期間活動（原則1～2週間程度。勤務状況を考慮して調整する。）ができること。
- ⑤DMAT 隊員、病院単位または病院団体単位で災害派遣されるチームの隊員ではないこと。
- ⑥薬剤師として実務経験5年以上有していること。
- ⑦「災害医療支援のための手引き」に記載されている現地での活動を行えること。
- ⑧原則として、派遣要請があった場合は速やかに活動できること。

なお、災害登録派遣薬剤師については、普通自動車免許を取得していること及び災害薬事に関する研修を修了していることが望ましい。

《選出方法》

- ① 毎年1回期間を定め、当会事務局より各都道府県病院薬剤師会へ新規登録者の募集を行う。
- ② 各都道府県病薬は、災害発生直後速やかに被災地に派遣できる薬剤師を事前に選出し、会務執行機関において決定し、指定の期間内に様式1-1を記入し本会に登録すること。
- ③ 任期は1年とする。なお、複数年登録できるほうが望ましい。任期中に所属等の変更があった場合は、都道府県病院薬剤師会を通してすみやかに当会事務局へ報告する。その際、様式1-2及び様式1-3を用いる。やむを得ず任期中に辞任する場合は、所属する都道府県病薬の会務執行機関で後任を決定し、様式1-1を用いて新規登録手続きを行うこと。

《派遣方法》

- ①災害医療支援本部設置の連絡により、各都道府県病薬は災害登録派遣薬剤師に派遣準備の連絡を行う。
- ②被災地都道府県病薬の災害担当者からの報告をもとに、災害医療支援本部が派遣先を決定する。（現地調整班が到着後は、現地調整班が本部への報告及び医療施設との調整を行う）
- ③災害医療支援本部より、施設長（所属長）・災害登録派遣薬剤師に派遣要請を行う。
（本会派遣要請書及び厚生労働省薬剤師派遣通知を送付（e-mail 添付）する。）
- ④近隣の都道府県病薬より随時派遣を行う。
- ⑤派遣薬剤師は薬剤師であることを証明できるもの（勤務先における身分証等）を持参する。
- ⑥派遣後は派遣先の指示に従い任務を遂行する。
- ⑦派遣期間終了後、『所属施設名』・『氏名』・『派遣先』・『終了日』を記載し、『派遣報告書（書式は、派遣時に当会事務局より配布）』を添付したメールを災害医療支援本部に送る。

《派遣費用》

- ① 交通費（レンタカー借用費を含む）・宿泊費は実費支給する
- ② 派遣期間に応じて日当3000円を支給する

2) 災害ボランティア薬剤師

災害ボランティア薬剤師とは、災害中～後期に被災地医療施設のニーズに合った薬剤師を派遣するために、本会ホームページで募集を行い、参加登録した薬剤師を言う。

《対象者》

以下の①～④のすべてを満たすことができる者とする。

- ① 病院・診療所・介護保険施設に籍を有する薬剤師または過去に従事したことがある薬剤師で、本会会員もしくは過去に会員歴があること。
- ② 施設長及び所属長に許可が得られていること。
- ③ 現地での業務に耐えうる健康状態にあること。
- ④ 出来る限り長期間活動（原則1週間程度以上）ができること。

《派遣方法》

- ①災害ボランティアに参加する薬剤師は、日病薬ホームページより様式2を用いて登録を行う。
- ②当会事務局にて、参加登録時に対象者基準を満たしているか確認する。
- ③被災地都道府県病薬の災害担当者からの報告をもとに、災害医療支援本部が派遣先を決定する。（現地調整班が到着後は、現地調整班が本部への報告及び医療施設との調整を行う）
- ④派遣先決定後、電話またはメールで災害医療支援本部より派遣要請を行う。
（本会派遣要請書及び厚生労働省薬剤師派遣通知を送付（e-mail 添付）する。）
- ⑤派遣薬剤師は薬剤師であることを証明できるもの（勤務先における身分証等）を持参する。
- ⑥派遣後は派遣先の指示に従い任務を遂行する。
- ⑦派遣期間終了後、『所属施設名』・『氏名』・『派遣先』・『終了日』記載し、『派遣報告書』を添付したメールを災害医療支援本部に送る。
- ⑧食料、飲料水、寝袋等を持参し、自己完結型派遣を目指す。

《派遣費用》

- ①交通費・宿泊費、日当は支給しない

3) 派遣薬剤師の現地での活動

I. 災害登録派遣薬剤師

- (1)各地の被災・交通状況等の情報収集
- (2)各医療施設での業務整備・構築等
- (3)被災状況に応じて、現地調整班の活動の一部
- (4)その他、「II. 災害ボランティア薬剤師」で定める活動

II. 災害ボランティア薬剤師

- (1)医療施設及び医療チームの統括者から、活動場所や活動内容等についての指示を受けて活動する。
- (2)医療施設：業務支援

- ①調剤業務、注射薬払出、医薬品整理、無菌調製等
- ②患者への服薬指導

医療救護所：医療チームとして活動

- ①医師への支援（医薬品鑑別、代替薬の提案、医薬品情報の提供等）
- ②調剤業務
- ③患者への服薬指導・お薬手帳への記載・配布
- ④公衆衛生の指導

避難所：医療チームとして活動

- ①医師への支援（医薬品鑑別、代替薬の提案、医薬品情報の提供等）
- ②調剤業務
- ③患者への服薬指導・お薬手帳への記載・配布
- ④公衆衛生の指導

医薬品集積所

- ①医薬品の受け入れ、仕分け、管理、払出

- (3)派遣薬剤師は活動報告書を作成し、活動終了後、災害医療支援本部支援班へ提出する。
- (4)派遣薬剤師は問題点等があれば災害医療支援本部へ報告する。
- (5)活動終了時に次の派遣薬剤師への引継ぎを行う。

※登録番号

(※は記入しないで下さい)

災害登録派遣薬剤師 新規登録届

※登録年月日	20 年 月 日
都道府県病薬名	病院薬剤師会
(ふりがな) 申請者氏名	() ⑩
生年月日(満年齢)	19 年 月 日 (歳)
性別	男・女 (○を付けてください)
現住所	〒□□□-□□□□
同 Tel・Fax メールアドレス 携帯電話番号 携帯電話メールアドレス	Tel:()-()-()・Fax:()-()-() E-mail _____@_____ Tel:()-()-() E-mail _____@_____
勤務先・所属 職名	
勤務先住所	〒□□□-□□□□
同 Tel・Fax メールアドレス	Tel:()-()-()・Fax:()-()-() E-mail _____@_____
薬剤師名簿(免許)	登録番号:第 号 登録年月日: 年 月 日
日病薬会員 No.	
災害医療に関する 研修の受講歴	該当する内容にチェックし、受講証明を添付してください <input type="checkbox"/> PhDLSプロバイダーコース(日本災害医学会主催) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 受講歴なし又は不明

上記の薬剤師を、日本病院薬剤師会災害登録派遣薬剤師に登録することを承諾いたします。

施設名 _____

施設長 氏名 _____

⑩

所属長 役職 _____

所属長 氏名 _____

⑩

災害登録派遣薬剤師 登録確認書
 (病薬名 _____ : 登録番号 _____)

- ・下記の災害登録派遣薬剤師について、登録の①継続可否をご記入ください。
- ・継続可能である場合は、引き続いて次の2項目についてご記入ください。
- ②災害医療に関する研修の受講歴：現在の登録内容をご確認いただき、新たに追加する受講歴の有無をご記入ください。新たに追加する受講歴がある場合は、受講証明の写しを添付してください。
- ③変更情報：登録情報に変更がある場合は該当項目にチェックしていただき、様式1-3をご記入ください。

登録者氏名 (所属施設名)	① 継続可否	② 災害医療に関する研修の受講歴	③ 変更情報
氏名 _____ (施設名 _____)	<input type="checkbox"/> 継続可 <input type="checkbox"/> 辞任	<p>【現在の登録内容】現在の登録内容を転記してください。 最終受講歴：</p> <p>【追加の受講歴】</p> <input type="checkbox"/> あり※該当する内容にチェックし、受講証明を添付してください ・内容 <input type="checkbox"/> PhDLS プロバイダーコース (日本災害医学会主催) <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 受講歴なし又は不明	<input type="checkbox"/> 現住所変更 <input type="checkbox"/> 所属施設変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 ※変更項目がある場合、 様式1-3をご記入ください

災害登録派遣薬剤師 登録変更届

太枠内は、変更がある項目のみご記入ください。

所属施設の変更がある場合は、施設長及び所属長の承諾が必要です。

都道府県病薬名	病院薬剤師会
登録者氏名 (登録番号)	()
(ふりがな) 変更後氏名	()
変更後住所	〒□□□-□□□□
同 Tel・Fax	Tel : ()-()-() ・ Fax : ()-()-()
メールアドレス	E-mail _____@_____
携帯電話番号	Tel : ()-()-()
携帯電話メールアドレス	E-mail _____@_____
変更後勤務先・所属 職名	
変更後勤務先住所	〒□□□-□□□□
同 Tel・Fax	Tel : ()-()-() ・ Fax : ()-()-()
メールアドレス	E-mail _____@_____

上記の薬剤師を、日本病院薬剤師会災害登録派遣薬剤師に登録することを承諾いたします。

施設名 _____

施設長 氏名 _____ (印)

所属長 役職 _____

所属長 氏名 _____ (印)

災害ボランティア薬剤師登録名簿

都道府県名： _____

本件に関する紹介先：担当者名 _____ / TEL _____

	フリガナ 氏名	年齢	性別	都道府県	勤務先名 (Tel 番号) (PC E-mail アドレス)	個人 (携帯 Tel 番号) (携帯 E-mail アドレス)	ボランティア 開始予定日	ボランティア 終了予定日	交通手段	派遣希望先	備考 (認定等記 載)
例	ニチビョウ タロウ 日病 太郎	31	男	東京都	日本病院薬剤師会 03-3406-0485 somu@jshp.or.jp	090-####-#### somu@####.com	5/28 AM9 時	6/1 PM5 時	車	宮城	がん認定
1											
2											
3											
4											
5											

※ボランティア開始・終了日時は、派遣先で業務を開始・終了する日時を記入してください。