

日薬発第 244 号
令和6 年1月 9 日

都道府県薬剤師会会長 殿

日本薬剤師会
会長 山本 信夫

令和6年能登半島地震への対応について(第三報)
～ 派遣薬剤師募集のお願い ～

令和6年1月1日に発生した石川県能登半島地方を震源とする地震により、各地で甚大な被害が発生し、特に被害の大きい石川県では、現在、多くの方々が避難所での生活を余儀なくされています。

石川県薬剤師会では、発災以降から、薬剤師を各被災地の避難所へ派遣し、懸命な医療支援活動等を継続されていますが、依然長期化が懸念されます。さらに、今後、降雪と厳しい寒さが予想され、感染制御対策を含めた生活者の健康管理が喫緊の課題として挙げられ、薬剤師による継続的な支援が必要とされています。

このような状況の中、石川県薬剤師会と全国からの支援について協議いたしましたところ、石川県薬剤師会から、本会宛に被災地への薬剤師派遣の要請がございました。これを受け本会では、この度、全国からの薬剤師の出動要請を行うことといたしました。各都道府県薬剤師会におかれましては、格別のご支援・ご協力の程、よろしくお願い申し上げます。

なお、年始のお休みや3連休であったため、既に一部の県薬さまにお願いし、モバイルファーマシーの出動や薬剤師派遣を開始しておりますことを申し添えます。また、モバイルファーマシーの出動につきましては、必要に応じて、個別にお願いさせていただきますので、ご協力の程、重ねてお願い申し上げます。

記

1. 集合場所、派遣先について

○集合場所 石川県薬剤師会会館

住所: 〒920-0032 石川県金沢市広岡町イ 25 番地 10
TEL:076-231-6634 FAX:076-223-1520

○予定派遣先

穴水町、輪島市、珠洲市、能登町 ※派遣先は石川県薬でマッチングします。

2. 派遣期間等について

派遣期間は令和6年1月9日(火)以降となります。

終了時期は未定です。状況が変わりましたら、改めてご連絡します。

1チーム3名による5日の活動 ※移動日込み

3. 派遣薬剤師の調整

○各都道府県薬剤師会は、派遣可能な薬剤師の名簿(氏名、年齢、性別、携帯番号、携帯アドレス、出勤可能期間)を別紙1にご記入の上、提出して下さい。

メールアドレス: saigai-haken@nichiyaku.or.jp

※頂いた名簿は都道府県薬、関係団体と共有させていただきます。

○日本薬剤師会において、各県薬から提出された名簿をみて、派遣をお願いする各県薬に連絡します。

○原則1チーム3名・5日(移動日込み)の活動でお願いいたします(別紙2イメージ参照)。

4. 費用負担など

○損害保険及び賠償責任保険:日薬で一括加入します(調整中)(日薬負担)

○交通費、宿泊費(宿泊された場合)雑費(高速代等):

石川県から災害協定に基づき支弁される予定です。

(領収書を必ず保管して下さい。)

※上記費用につきましては石川県から支給が決定するまで、ある程度時間を要することが見込まれますので、あらかじめご了承ください。

○食事、水、日用品等:各県薬負担

携帯トイレは必ずご用意ください。

5. 派遣にあたっての留意事項

○宿泊に関しては、ある程度の人数が宿泊可能な施設を確保しております(石川県羽咋市)。

頂いた申込書に基づき、石川県薬日薬間で調整して追ってご連絡いたします。

○ご自身の食料、水、日用品(携帯トイレ必須)、防寒具等につきましては、各自で用意下さい。

○現地では積雪が予想されます。車で石川県薬会館に向かわれる際は、雪道運転の準備を万全にしてください。

○現地の避難所に向かうレンタカーにつきましては、日本薬剤師会で手配いたします。レンタカーの対降雪装備(スタッドレス、除雪用スコップ等)は本会にて確認いたします。

○活動内容は、調剤、医薬品・OTCの管理のほか、避難所の感染制御対策、公衆衛生管理等となります。その他にも業務が発生する場合がございますので、詳細は現地にてご確認ください。

○交通事情、現地のライフライン、食事、宿泊、トイレ事情、必要物資などは、日々、状況が変

化しますので、石川県のホームページ等でご確認下さい。また、実際の出動時に、石川県薬剤師会にご確認下さい。

○支援に必要な医薬品は石川県薬で手配いたしますので、医薬品は持参しないでください

6. 本件に関する連絡・照会先

○日本薬剤師会総務課:03-5315-0127 saigai-haken@nichiyaku.or.jp

○石川県薬剤師会 :076-231-6634

令和6年能登半島地震に係る派遣薬剤師申込書

都道府県名: _____ 月 日 送信分
 本件に関する照会先: 担当者名 _____ / TEL _____

※1チーム3名・原則5日(移動日込み)の活動となります。

※行が足りない場合は追加してご利用ください。

	氏名	年齢	性別	連絡先 (携帯番号) ※ハイフンをつけて下さい	連絡先 (携帯メールアドレス)	石川に入ることが出来る日	石川から出る日	備考
例	日薬 太郎(代表者)	40	男	000-0000-0000	●●●●●●●●@●●●.ne.jp	1月9日	1月13日	
1								
1								
1								
2								
2								
2								
3								
3								
3								
4								
4								
4								

留意事項

チームの代表者は必ず氏名の横に(代表者)と記載して下さい。 例:日薬 太郎(代表者)

能登半島地震 派遣薬剤師日程表(イメージ)

チーム	県薬	1/9	1/10	1/11	1/12	1/13	1/14	1/15	1/16	1/17	1/18	1/19	1/20	1/21	
		(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)	
1	●●	→													
2	●●	→													
3	●●	→													
4	●●	→													
5	●●	→													
6	●●					→									
7	●●					→									
8	●●					→									
9	●●					→									
10	●●					→									
11	●●									→					
12	●●									→					
13	●●									→					
14	●●									→					
15	●●									→					