

2018年7月18日

Press Release

報道関係各位



**平成30年7月豪雨への対応について
～ 広島県への派遣薬剤師の募集について ～**

公益社団法人 日本薬剤師会は掲題の件につきまして都道府県通知を发出致しましたので、ご報告させていただきます。

お問合せ先：日本薬剤師会 広報課

電話：03-3353-1171

FAX：03-3353-6270

koho@nichiyaku.or.jp

日 薬 発 第 128 号
平成 30 年 7 月 18 日

都道府県薬剤師会会長 殿

日本薬剤師会
会長 山本 信夫

平成 30 年 7 月豪雨への対応について
～ 広島県への派遣薬剤師の募集について ～

今般の西日本を中心とする豪雨災害により、各地で甚大な被害が相次ぎ、現在も多くの方が避難所での生活を余儀なくされています。

広島県薬剤師会、岡山県薬剤師会、愛媛県薬剤師会では、発災以降から、薬剤師を各被災地の避難所へ派遣し、医療支援活動等を行ってまいりました。懸命な働きにより、収束に向かいつつある地域もありますが、被害が大きかった地域では、依然長期化が懸念されます。さらに、今後、猛暑の影響により、避難所の衛生管理や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、被害の大きかった各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、広島県薬剤師会から、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、全国からの薬剤師募集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、現時点では派遣先を広島県に限っておりますが、今後の状況によっては派遣先を拡大する可能性もございます。また、モバイルファーマシーが必要な場合には個別にお願いする場合がございますので、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 広島県薬剤師会 住所：〒730-8601 広島県広島市中区富士見町 11-42
TEL：(082)246-4317

○予定派遣先 広島県呉市内避難所（天応、安浦）、小屋浦


2. 派遣期間等について

派遣期間 7月22日（日）～8月6日（月）まで

1チーム3名による3泊4日の活動

- ・7月22日～7月25日 ※既に派遣チームは決定済みです。
- ・7月25日～7月28日 2チーム募集
- ・7月28日～7月31日 2チーム募集
- ・7月31日～8月3日 2チーム募集
- ・8月3日～8月6日 2チーム募集

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、出動可能な期間）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-haken2018@nichiyaku.or.jp

○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人・3泊4日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、雑費（高速代等）：広島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、広島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

5. 派遣にあたっての留意事項

○宿泊については、呉市内のホテルを広島県薬で手配していますので、各自で宿泊先を手配して頂く必要はございません。

○現地避難所に向かうレンタカーにつきましても、広島県薬が手配しています。

○ご自身の食料、水等につきましては、各自で用意下さい。

○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、広島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、広島県薬剤師会にご確認下さい。

○広島県薬剤師会が他県薬剤師への案内を掲載しています。こちらにもお目通し下さい。

【他県からお越しになる派遣チームの皆様へ】

<https://goo.gl/n8oH7Q>

6. 本件に関する連絡・照会先

○日本薬剤師会総務課：03-3353-1170 saigai-haken2018@nichiyaku.or.jp

○広島県薬剤師会：082-246-4317

以上

【広島県】平成30年豪雨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 _____

※派遣期間は原則3泊4日で、
 下記のスパンでの活動となります。
 ① 7月25日～7月28日
 ② 7月28日～7月31日
 ③ 7月31日～8月3日
 ④ 8月3日～8月6日

※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)	派遣期間 (ドロップダウンリスト から選択)	備考
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)

【広島県】派遣薬剤師日程予定表(イメージ)

1チーム3名編成で3泊4日の活動となります

	7/22	7/23	7/24	7/25	7/26	7/27	7/28	7/29	7/30	7/31	8/1	8/2	8/3	8/4	8/5	8/6
	(日)	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)	(月)
第1チーム	→															
第2チーム				→												
第3チーム				→												
第4チーム							→									
第5チーム							→									
第6チーム										→						
第7チーム										→						
第8チーム													→			
第9チーム													→			

※第1チームは既に決定済みです