

○災害時の医療救護活動に関する協定書

大洲市（以下「甲」という。）と、一般社団法人愛媛県薬剤師会大洲支部（以下「乙」という。）は、災害時の医療救護活動について、次のとおり協定を締結する。

（趣旨）

第1条 この協定は、大洲市地域防災計画等（以下「防災計画等」という。）に基づき甲が乙の協力を得て行う医療救護活動を円滑に実施することに関し、必要な事項を定めるものとする。

（計画の策定）

第2条 乙は、災害時における医療救護活動を円滑に実施するため、次に掲げる事項について計画を策定するものとする。

- （1）薬剤師班の編成体制
- （2）薬剤師班の活動指針
- （3）前2号に掲げるもののほか必要な事項

（薬剤師班の派遣協力等）

第3条 甲は、医療救護活動を実施する必要があるときは、防災計画等に基づき、乙に対し、薬剤師班の派遣協力を要請するものとする。

2 乙は、前項の規定による要請を受けたときは、速やかに前条の計画に基づき薬剤師班を編成し、甲が避難所等に設置する医療救護所（以下「救護所」という。）において医療救護活動を実施するものとする。

（要請によらない薬剤師班の派遣）

第4条 乙は、緊急その他やむを得ない理由により、甲の要請によらないで医療救護活動を行う必要があると判断したときは、前条の規定にかかわらず自ら薬剤師班を派遣することができる。

2 前項の規定により乙が薬剤師班を派遣したときは、速やかに甲に報告し、その承認を得るものとする。

3 前項の承認を得た場合は、第1項の規定による派遣は、甲の要請に基づくものとみなすことができる。

（薬剤師班の活動内容）

第5条 薬剤師班は、救護所において医療救護活動を実施するものとし、その内容は、次に掲げるものとする。

- （1）被災傷病者に対する調剤及び服薬指導
- （2）救護所における医薬品等の管理
- （3）前2号に掲げるもののほか状況に応じた必要な措置

（薬剤師班に対する指揮、命令等）

第6条 医療救護活動の総合調整を図るため、薬剤師班に対する指揮、命令等は、甲、乙双方の緊密な連携のもとに甲が指定するものが行うものとする。

2 乙により選任され、甲により委嘱された災害薬事コーディネーターがいる場合、発災後直ちに、甲の設置する災害対策本部に出向し、医療救護活動の調整を図るものとする。

（救護班の輸送）

第7条 薬剤師班は、原則としてタクシー等の交通機関又は、乙の会員の所有する車両等により救護所へ輸送するほか、災害の状況により甲の調達する車両等で輸送するものとする。

（医薬品等）

第8条 医療救護活動に必要な医薬品、医療材料等は、原則として甲が調達するものとし、乙は可能な範囲内において携行するものとする。

（調剤費）

第9条 救護所における調剤費は無料とする。

2 後方薬局における調剤費は、原則として患者負担とする。

（防災訓練）

第10条 乙は、甲から要請を受けたときは、甲が実施する防災訓練に参加協力するものとする。

（費用弁償）

第11条 第3条第1項の規定による甲の要請に基づき乙が実施した医療救護活動における次の費用は、乙からの請求に基づき甲が負担するものとする。

- （1）医療救護活動に要した費用（薬剤師班の編成から救護所において医療救護活動を開始するまでに要した費用を含む。）

- (2) 薬剤師班が携行した医療品等を使用した場合の当該医薬品、医療材料等の費用
- (3) 薬剤師班の私用備品等が損傷を受けた場合の原状回復に要する費用
- (4) 甲が実施する防災訓練に参加するために要した費用
- (5) 前各号に掲げるもののほか、甲が必要と認める費用

(災害補償)

第12条 甲の要請を受託した者が、医療救護活動に従事し、又は防災訓練に参加している間及び救護所等までの往復の途上において、負傷し、疾病にかかり又は死亡した場合は、大洲市議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例（平成17年大洲市条例第48号）に準じて災害補償を行うものとする。

(医事紛争の処理)

第13条 薬剤師班が医療救護活動等を行うに際し、患者との間に医事紛争が生じたときは、乙は、直ちに甲に連絡するものとする。

2 甲は、前項の規定による連絡を受けたときは、速やかに調査し、乙と協議の上、誠意をもって解決のための適切な措置を講じるものとする。

(報告)

第14条 乙は、医療救護活動等を実施した場合は、当該活動等に関する実績を甲に報告するものとする。

(災害救助法との関係)

第15条 災害救助法（昭和22年法律第118号）による指定を受けたときは、本協定に定める費用弁償等について、当該指定の日から災害救助法の定めるところによる。

(協定期間)

第16条 この協定は、締結の日からその効力を有するものとし、甲乙いずれからも相手方に対し文書による意思表示がない限り、その効力を継続する。

(実施細目)

第17条 この協定に定めるもののほか、この協定を実施するために必要な事項は、別に細目で定めるものとする。

(協議)

第18条 この協定に定めのない事項又はこの協定について疑義が生じた事項については、甲、乙協議の上、定めるものとする。

附 則

- 1 この協定は、協定締結の日から施行する。
- 2 この協定締結の証として、本書2通を作成し、甲、乙が記名押印の上、各自その1通を保有する。

令和4年3月28日

甲 愛媛県大洲市大洲690番地の1
大洲市 市長

乙 愛媛県松山市三番町7丁目6-9
一般社団法人愛媛県薬剤師会
大洲支部 支部長

災害時の医療救護活動に関する協定に基づく実施細目

大洲市（以下「甲」という。）と一般社団法人愛媛県薬剤師会大洲支部（以下「乙」という。）は、「災害時の医療救護活動に関する協定書」（以下「協定書」という。）第17条の規定に基づき、次のとおり実施細目を定める。

（緊急連絡網の整備）

第1条 甲及び乙は、協定書第3条に定める医療救護活動の要請及び実施を円滑に行うため、緊急連絡網の整備を行い相互に交換するものとする。

（連絡調整事項）

第2条 甲及び乙の連絡調整事項は次のとおりとする。

- (1) 薬剤師班に関すること。
- (2) 救護所等に関すること。
- (3) 後方医療施設に関すること。
- (4) 医薬品及び医療材料に関すること。
- (5) その他医療救護に関すること。

（災害程度）

第3条 協定書第3条第1項に定める医療救護活動を実施する必要があるときは、集団的に多数の傷病者（おおむね15人以上）が生じた場合をいう。

（要請の方法）

第4条 協定書第3条第1項の規定による要請は、薬剤師班派遣要請書（様式1-1）により行うものとする。

2 災害発生等により薬剤師班の派遣が直ちに必要であり、かつ、前項の方法を用いることで人命救助に多大なる支障をきたす恐れがある場合には、前項の規定にかかわらず、電話連絡等他の適切な手段により協定書第3条第1項の規定による要請を行うことができる。この場合の要請時の連絡事項は下記のとおりとする。

- (1) 発災時刻及び場所
- (2) 発災内容及び状況
- (3) 発災による傷病者数等の状況
- (4) その他医療救護活動に必要な事項

3 協定書第10条の規定による要請は、防災訓練参加要請書（様式1-2）によるものとする。

（要請によらない薬剤師班の派遣の報告）

第5条 協定書第4条第2項の規定による報告は、薬剤師班派遣報告書（様式2）によるものとする。

（費用弁償）

第6条 協定書第11条に規定する費用の弁償については、愛媛県の災害救助法施行規則（昭和35年愛媛県規則第17号）の規定を準用するものとする。

2 協定書第11条に規定する費用の請求は、乙が、医療救護活動従事者に対する費用にあつては医療救護活動費用弁償請求書（様式3-1）に医療救護活動報告書（様式3-2）を添えて、医療救護活動に際し使用した医薬品等の費用にあつては、医療救護活動実費用弁償請求書（様式3-3）に医療救護活動医薬品等使用等報告書（様式3-4）を添えて、防災訓練に要した費用については、防災訓練費用弁償請求書（様式3-5）を添えて、甲に提出することにより行うものとする。

（支払）

第7条 甲は、前条第2項の規定による費用弁償の請求があつた場合は、関係書類を確認し、適当と認めるときは、速やかに乙に対し、これらを支払うものとする。

（協議）

第8条 この実施細目に定めのない事項又はこの実施細目に関し疑義が生じたときは、甲、乙が協議して定めるものとする。

附 則

この実施細目は、協定書締結の日から施行する。

薬剤師班派遣要請書

_____様

発信者 大洲市長 印

事務担当者 _____

TEL _____

FAX _____

発信日時 _____年 _____月 _____日 _____時 _____分

下記の災害に際し、_____に基づき、次のとおり薬剤師班の派遣協力を要請します。
 派遣の可否について、下記※に記載し、折り返しご連絡ください。

[災害の内容] _____月 _____日に _____地区で発生した災害

[災害の状況等]

派遣先	派遣期間	要請する班数	移動手段・ 周囲の状況等	携行物・服装 特記事項等	※派遣の可否
	_____年 _____月 _____日 ~ _____月 _____日	_____班 1班あたりの希望構成員 薬剤師 _____名			可・否 _____班 1班あたりの希望構成員 薬剤師 _____名
	_____年 _____月 _____日 ~ _____月 _____日	_____班 1班あたりの希望構成員 薬剤師 _____名			可・否 _____班 1班あたりの希望構成員 薬剤師 _____名
	_____年 _____月 _____日 ~ _____月 _____日	_____班 1班あたりの希望構成員 薬剤師 _____名			可・否 _____班 1班あたりの希望構成員 薬剤師 _____名

防災訓練参加要請書

_____様

発信者 大洲市長 印

事務担当者 _____

TEL _____

FAX _____

発信日時 _____年 _____月 _____日 _____時 _____分

下記の防災訓練に際し、_____に基づき、次のとおり薬剤師の参加協力を要請します。
派遣の可否について、下記※に記載し、折り返しご連絡ください。

[訓練の内容] _____月 _____日 _____時 _____分に _____で実施する防災訓練

[訓練の概要等]

防災訓練 場所	要請する班数	移動手段・ 周囲の状況等	携行物・服装 特記事項等	※参加の可否
	_____班 1班あたりの希望構成員 薬剤師 _____名			可・否 _____班 1班あたりの希望構成員 薬剤師 _____名
	_____班 1班あたりの希望構成員 薬剤師 _____名			可・否 _____班 1班あたりの希望構成員 薬剤師 _____名
	_____班 1班あたりの希望構成員 薬剤師 _____名			可・否 _____班 1班あたりの希望構成員 薬剤師 _____名

様式2

薬剤師班派遣報告書

(宛先) 大洲市長 殿

発信者 愛媛県薬剤師会大洲支部

_____ 印

事務担当者 _____

TEL _____

FAX _____

発信日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

下記の災害に際し、_____に基づき、次のとおり薬剤師班の派遣を実施しましたので報告
します。

派遣の可否について、下記※に記載し、折り返しご連絡ください。

[災害の内容] _____ 月 _____ 日に _____ 地区で発生した災害

[災害の状況等]

派遣先	派遣期間	派遣した班数	移動手段・ 周囲の状況等	携行物・服装 特記事項等	※指示事項
	年 _____ 日 月 _____ 日 ～ 月 _____ 日	_____ 班 1班あたりの構成員 薬剤師 _____ 名 _____ 名			
	年 _____ 日 月 _____ 日 ～ 月 _____ 日	_____ 班 1班あたりの構成員 薬剤師 _____ 名 _____ 名			
	年 _____ 日 月 _____ 日 ～ 月 _____ 日	_____ 班 1班あたりの構成員 薬剤師 _____ 名 _____ 名			

※派遣先については、医療救護活動を実施した場所（救護所名・医療機関等名）を記載してください。

医療救護活動報告書

班名等	派遣先（医療救護活動場所）	活動状況
班名 _____ 責任者 _____ 参加者 _____ _____ _____ _____ _____		年 月 日 時 分 ~ 年 月 日 時 分 取扱件数 _____件 _____件 _____件 その他（ ） _____件
班名 _____ 責任者 _____ 参加者 _____ _____ _____ _____ _____		年 月 日 時 分 ~ 年 月 日 時 分 取扱件数 _____件 _____件 _____件 その他（ ） _____件
班名 _____ 責任者 _____ 参加者 _____ _____ _____ _____ _____		年 月 日 時 分 ~ 年 月 日 時 分 取扱件数 _____件 _____件 _____件 その他（ ） _____件
班名 _____ 責任者 _____ 参加者 _____ _____ _____ _____ _____		年 月 日 時 分 ~ 年 月 日 時 分 取扱件数 _____件 _____件 _____件 その他（ ） _____件

※派遣先については、医療救護活動を実施した場所（救護所名・医療機関等名）を記載してください。

様式 3 - 3

医療救護活動実費用弁償請求書

年 月 日

(宛先) 大洲市長 殿

請求者

愛媛県薬剤師会大洲支部

_____ 印

年 月 日から 年 月 日までにおける災害時の医療救護活動に際し使用した医薬品等及び破損した私用備品の原状回復に要する費用弁償として下記のとおり請求します。

記

金 _____ 円

以上

添付書類：医療救護活動報告書（様式 3 - 2）、医療救護活動医薬品等使用等報告書（様式 3 - 4）

医療救護活動医薬品等使用等報告書

班名 _____

所属機関 _____

氏名 _____ 印

1. 医療救護活動でを使用した医薬品及び医療材料

品名	規格	数量	単価	金額

2. 医療救護活動で破損等した私用備品

品名	規格	金額	破損等の状況

※破損等の状況は、具体的に記入してください。

3. 医療救護活動のための輸送の実費

交通手段	拠点救護所	金額	備考

防災訓練費用弁償請求書

年 月 日

(宛先) 大洲市長 殿

請求者

愛媛県薬剤師会大洲支部

_____ 印

年 月 日に _____ で実施された防災訓練に対する費用弁償として下記のとおり請求します。

記

金 _____ 円

内訳

参加者等	防災訓練場所	活動状況
		年 月 日 時 分 ~ 年 月 日 時 分 (訓練内容)
		年 月 日 時 分 ~ 年 月 日 時 分 (訓練内容)