

地区薬剤師会 会長 殿

公益社団法人 東京都薬剤師会
会長 高橋 正夫

災害対策医薬品供給車両(モバイルフーマシー)の
活用および派遣に関するご案内(協力依頼)

平素より本会の活動にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

災害対策医薬品供給車両(モバイルフーマシー)(以下、「モバイルフーマシー」という。)については、本年 2 月に東京都が導入し、その運用・保守及び管理(以下、「運用等」という。)の一部を当会が受託しております。

本年 3 月には、東京都と当会との間で、円滑なモバイルフーマシー運用等により、災害対応力の強化を図ることを目的として、「モバイルフーマシーの運用等に関する協定」を締結いたしました。

今後は、各地区および各区市町村と合同で実施される防災訓練や地域住民向けイベント等にモバイルフーマシーを派遣し、展示ならびに運転・設営訓練を行うことで、災害時に効果的に活用できるよう備えてまいりたいと考えております。

つきましては、各地区で予定されている各種催し等において、モバイルフーマシーの展示をご希望の場合は、事前に各区市町村とご調整のうえ、お申込くださいますようお願い申し上げます。

また、催し等にあわせて運転および設営・撤収訓練も実施いたしますので、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

なお、車両保管場所(立川地域防災センター)と使用場所との往復に係る車両運搬および鍵の管理(立川地域防災センターでの受領から返却まで)につきましては、原則として各地区においてご対応いただきますので、予めご理解のほどお願い申し上げます。

お申込み内容によってはご希望に添えない場合があること、防災訓練と「薬と健康の週間」イベントの日程が重複した場合には、モバイルフーマシーの運用趣旨に鑑み、防災訓練を優先させていただきますので、ご承知おきくださいますようお願い申し上げます。

記

1. 実施期間：令和 8 年 6 月～令和 9 年 3 月

2. **申込手順**

※原則：使用希望日の 4 週間前までに当会までご連絡ください。

1) 事前に各区市町村と派遣目的、日時、場所についてご調整ください。

2) メール本文に以下の内容を記載のうえ、件名を「モバイルフーマシー申込可否確認」として事務局薬局業務課(gyoumu@toyaku.or.jp)までお送りください。

- ・地区名
- ・担当者氏名
- ・メールアドレス
- ・派遣目的
- ・使用日時
- ・使用場所

- 3) 当会事務局より、メール受信から概ね1週間程度で申込可否をご連絡いたします。
- 4) 申込可の連絡を受けた場合は、各区市町村と連名にて東京都担当課宛に、別添の「派遣依頼書（様式1）」をご提出ください。

(提出先) 東京都保健医療局健康安全部薬務課

メールアドレス：S1150603@section.metro.tokyo.jp

- 5) 後日、東京都より「派遣依頼回答書」が送付されます。

3. 運用・報告手順

1) 運用上の留意事項

- ・ 鍵および車両の保管場所は立川地域防災センター（立川市緑町 3233-2）です。
- ・ 鍵の受取・返却は、立川地域防災センター管理人在室時間内のみ対応可能です。
[平日（土・日・祝日除く）8:30 ～ 18:30]
- ・ モバイルファーマシー走行時の定員は3名です。
- ・ うち1名は、当会の立川地域防災センターの出入庫経験者が同行します。
- ・ 対人・対物の賠償責任に関する任意保険には加入しておりますが、車体の損壊等が発生した場合には、地区において費用負担が生じる可能性がございますので、あらかじめご了承くださいますようお願いいたします。
- ・ 使用終了後は、最寄りのガソリンスタンドにてディーゼル（軽油）を満タンに給油のうえ返却してください。また、モバイルファーマシーに搭載されている発電機本体にレギュラーガソリンを給油してください。給油の際は必ず領収書をお受け取りください（費用は当会負担とし、精算方法は次々頁「6」）に記載しています）。
- ・ 車両の日常点検として、月1回程度、給油時にガソリンスタンドにて点検を依頼する場合があります。その際は、ご協力をお願いいたします。
- ・ 本車両は風雨にさらされる環境で保管されているため、車体が汚れている場合があります。使用前に必要な応じて清掃を行ってください。

2) 運転者情報等の事前登録について

運転者を決定のうえ、以下の項目について Google フォームよりご入力ください。

※使用希望日の2週間前までにお手続き願います。

事前確認事項入力フォーム：<https://forms.gle/5Anwhp7My54mLrc97>



- ① 地区名
- ② 鍵受取者氏名
- ③ 鍵受取日
- ④ 鍵受取時間（目安）
- ⑤ 鍵返却者氏名
- ⑥ 鍵返却日
- ⑦ 鍵返却時間（目安）
- ⑧ 使用開始（出庫）日
- ⑨ 使用開始（出庫）時間（目安）

- ⑩ 使用終了（入庫）日
- ⑪ 使用終了（入庫）時間（目安）
- ⑫ 使用目的
- ⑬ イベント名
- ⑭ イベント開始時間
- ⑮ イベント終了時間
- ⑯ 使用場所
- ⑰ 使用者（運転者）氏名
- ⑱ 使用者（運転者）緊急連絡先（携帯電話番号）
- ⑲ モバイルファーマシーに係る費用送金先指定書（別添）
（送金先指定書の PDF ファイル（又は画像）をアップロードしてください）

3) 運転前の確認・記録について

運転前には、アルコール検知器（運転席に準備しています）による確認を行ったうえで、運転席に掲示されている二次元コード-①から、以下の項目をご入力ください。

- ① 地区名
- ② 鍵受取日
- ③ 鍵受取者氏名
- ④ 使用開始（出庫）日
- ⑤ 運転者氏名
- ⑥ 運転者の健康状態（体調不良の有無）
- ⑦ 運転者のアルコール検知器確認結果（数値が 0.00 であるか）
- ⑧ 使用開始時の燃料残量目視確認（満タン・3/4・1/2）
- ⑨ 使用開始（出庫）時刻

4) 使用終了後の記録について

使用後は、運転席に掲示している二次元コード-②より、以下の項目をご入力ください。

- ① 地区名
- ② 使用終了（入庫）日
- ③ 走行距離累計
- ④ 燃料補給量
- ⑤ 燃料補給費用
- ⑥ 燃料補給の領収書（領収書の画像をアップロードしてください）
- ⑦ 車両の状態（異常の有無）
- ⑧ 車両の異常・気になった点
- ⑨ 鍵返却日
- ⑩ 鍵返却時刻
- ⑪ 鍵返却者氏名

5) 実施報告について

すべての対応終了後、運転席に掲示している二次元コード-③より、以下の項目をご入力ください。(使用後 5 営業日以内)

- ① 地区名
- ② イベント実施日
- ③ 参加者氏名 (モバイルファーマシーの設営・運転訓練参加者)
- ④ 訓練または啓発活動の内容

6) 費用について

①[燃料補給費用]

使用終了後は、前記の二次元コード-②より、当該領収書の画像又は PDF ファイルをアップロードしてください。

②[実費弁償]

地区訓練対象者は 1 回につき、原則として 3 名までといたします。

上記①②いずれについても、貴地区指定口座 (別添) へ送金のうえ、精算いたします。(3 月頃予定)

以上

【問合せ先】

東京都薬剤師会 事務局
薬局業務課 土谷・和泉・高橋・三浦
TEL:03-3518-9289
E-mail:gyoumu@toyaku.or.jp

平時におけるモバイルファーマシー派遣依頼書

派 遣 目 的		
派 遣 場 所		
派 遣 希 望 日 時		年 月 日 () 時 分から 月 日 () 時 分まで
地 区 薬 剤 師 会 名		
担当者	部 署 名	
	氏 名	
	電 話 番 号	
	メールアドレス	
区 市 町 村 等 名		
担当者	部 署 名	
	氏 名	
	電 話 番 号	
	メールアドレス	
備 考		

上記により、モバイルファーマシーの派遣を依頼します。

年 月 日

東京都保健医療局健康安全部薬務課 担当者 殿

モバイルファーマシーに係る費用
送金先指定書

令和 年 月 日

公益社団法人 東京都薬剤師会 御中
gyoumu@toyaku.or.jp

モバイルファーマシーに係る費用の送金先を下記のとおり指定いたします。

記

金融機関名		支店名	支店
預金種類	当座・普通	口座番号	
口座名義	(フリガナ)		

以上

地区名_____

記入者氏名_____