

令和7年度 災害医療に関する情報伝達訓練 実施要領（薬剤師会概略版）

1 内容及び目的

災害医療情報の収集、伝達等に関するシステムに基づき、情報伝達訓練を実施することにより、大規模災害等非常時における迅速的確な情報伝達体制の確認・検証を行う。特に、情報伝達のためのフォーマット及び情報伝達ルートの確認を行うことを目的とする。

2 訓練実施日時

令和7年11月11日（火）13時～17時

（12日は保健所からの情報フィードバックのみ）

3 訓練想定

令和7年11月11日（火）9時、熊野灘沖震源M8.6の南海トラフ地震が発生。

東紀州、伊勢志摩震度7、四日市地域震度6強、**桑員地域では震度6弱**を観測。

※発災時刻9時～訓練開始13時の間については、シナリオ上の設定である。

4 情報伝達訓練 実施手順

（1）訓練当日、13時をもって訓練開始とする。

訓練参加者は、各機関・所属組織の伝達ルートにより被災状況等を報告する。

※伝達方法は E-mail、参集、電話、FAX、無線が考えられます。想定地震（震度6弱）が発生したときのご自身や周囲の状況、使用可能な通信手段等を想像して、所属機関への連絡をお願いします。

（2）報告を受けた機関は、16時現在の情報の取りまとめを行い、すみやかに桑名保健所へ報告する。

（3）桑名保健所は、当日報告を受けた被災状況等を取りまとめ、すみやかに関係機関にフィードバックを行う。また、翌日12時までに報告を受けた情報についても、再度フィードバックを行う。

※参加4地域の各機関の情報（医療機関・道路・被害状況など）の集約情報のほかに、収集された情報を基に、対策を検討した「指示書」も送付いたしますのでご確認ください。

（4）訓練後、「訓練実施結果報告書」を所属機関へ提出する。

《連絡先》

桑名地区薬剤師会事務局

Fax 0594-25-3103

Tel 0594-25-3100

E-mail kuwayaku@comet.ocn.ne.jp

桑員地域災害医療対策部会事務局 Tel/Fax 0594-24-3621/3692

（桑名保健所 総務企画課 担当：鈴木） E-mail whoken@pref.mie.lg.jp

送信先 : 桑名地区薬剤師会 FAX 0594-25-3103

薬局(災害拠点薬局)被害等調査・報告書 (第 回)

月 日() 時 分現在

薬局名 : () 記入者 : ()

建物の状況	危険度	・ 被害あり [大 (大規模な修繕必要) ・ 中 ・ 小 (一部修繕必要)] ・ 被害なし			
	建 物	使用可	使用不可	不明	
	電 気	使用可	使用不可	不明	
	ガ ス	使用可	使用不可	不明	
	水 道	使用可	使用不可	不明	
通信手段等	電 話	使用可	使用不可	不明	
	F a x	使用可	使用不可	不明	
	Eメール	使用可	使用不可	不明	
	所有車	使用可	台		
開局の状況	開局の可否	可	不可	不明	
	調剤の可否	可	不可	不明	
	※災害拠点薬局のみ ※ 備蓄医薬品	・ 被害あり [被害の程度 (%使用可)] ・ 被害なし			
	調剤用医薬品	・ 被害あり [被害の程度 (%使用可)] ・ 被害なし			
職員の情報		総職員数	名	総薬剤師数	名
		内、出勤者数	名	内、出勤者数	名
電話番号		()			
Fax番号		()			
Eメール等					
特記事項					

* 11月14日（金）までに事務局へ提出（Fax/E-mail）をお願いします。

訓練実施結果報告書

施設名 _____

○訓練に参加しての意見、感想等【自由記述】

～アンケートにご協力ください～

該当する項目に○をつけてください。

災害（地震・風水害）への取り組みについて

①休診日や診療時間外に発災した場合に、職員の安否確認を行う体制ができていますか？

ある（ 電話 ・ FAX ・ LINE 等の SNS ・ その他： _____ ）
ない

②（①の質問で「ある」と答えた方へ）職員の安否確認体制を確認するための訓練をしていますか？

している（実施時期： _____ ） ・ していない（今後する予定： あり ・ なし ）

③（①の質問で「ない」と答えた方へ）今後、安否確認を行う体制を構築する予定はありますか？

ある（利用する予定のツール： 電話 ・ FAX ・ LINE 等の SNS ・ その他： _____ ）
ない

④実際に過去最大クラスの南海トラフ地震が発災した場合、勤務先で、不安に感じることはどのようなことですか？

ご協力ありがとうございました。