



日薬情発第 117 号
平成 30 年 11 月 21 日

都道府県薬剤師会会長 殿

日本薬剤師会
会 長 山本 信夫

東京 2020 オリンピック・パラリンピック競技大会での選手村総合診療所における薬剤業務にあたる薬剤師の募集について（依頼）

平素より本会会務にご協力、ご理解を賜り、厚く御礼申し上げます。

先般、東京オリンピック・パラリンピック競技大会組織委員会大会準備運営第一局医療サービス部の依頼を受け、「東京オリンピック・パラリンピック競技大会での選手村総合診療所における薬剤業務への協力に関するボランティア薬剤師の調査」（平成 29 年 9 月 5 日付日薬業発第 183 号）を実施いたしました際には、多大なるご協力を賜り厚く御礼を申し上げます。

今般、東京オリンピック・パラリンピック競技大会組織委員会大会運営局長より、別添のとおり同大会の選手村総合診療所で薬剤業務にあたる薬剤師の推薦依頼がありました。

つきましては、貴会会員で、下記の条件及び要件を満たし、選手村総合診療所における薬剤業務に協力・参加を希望する方については、「選手村総合診療所 薬剤師応募申込書」（別紙 1）にご記入の上、平成 31 年 2 月 15（金）までに、本会事務局（担当：中央薬事情報センター 医薬情報管理部）宛にご推薦をお願い致します。

会務ご多用のところ誠に恐縮には存じますが、何卒よろしくお願い申し上げます。

記

*：東京オリンピック・パラリンピック競技大会組織委員会は、「組織委員会」とする。

1. 参加要件について

※下記①～⑤を全て満たす必要があります。

- ①組織委員会が設置する選手村総合診療所（晴海）で、オリンピック・パラリンピック大会期間併せて5日以上の協力が可能である。但し、5日とは、必ずしも連続した日でなくとも良い。
- ②調剤業務（調剤・監査・服薬指導等）の十分な経験を有する。輸液・注射薬の取扱いに習熟している方が望ましい。
- ③アンチ・ドーピングに関する十分な知識を有する。
- ④英語でのコミュニケーション、服薬指導が可能である。
- ⑤組織委員会が行う事前研修への参加が可能である（2019年秋頃から大会直前までの間に、計2日間程度を予定）。

2. 期間、場所等について

場 所：選手村総合診療所（晴海）

期 間：2020年7月8日（水）～9月9日（水）（予定）

時 間：1シフトは、1時間休憩を含む9時間程度の活動を予定。シフトは現在調整中。

3. 待遇等について

選手村総合診療所においてボランティアによる薬剤師活動に参加する薬剤師を募っておりますので、原則として、組織委員会より、①交通費（近距離相当分）の支給（予定）、②ユニフォーム及び食事の支給（予定）、③保険は、第三者賠償責任保険、診療所賠償責任保険（医療従事者包括担保特約を含む）、及びご本人の傷害を補償する傷害保険等を手配する予定です。

なお、応募にあたっては「薬剤師活動に対する報酬の支給は予定されていない」ことをお含みおき下さい。

また、組織委員会が行う事前研修も含め、当該大会に参加するための交通並びに宿泊等の費用及び選手村総合診療所における活動に対する報酬は、日本薬剤師会では補填はいたしません。交通並びに宿泊等の手配は各自でお手配下さい。

4. 推薦方法について

推薦する薬剤師は、別紙1の「選手村総合診療所 薬剤師応募申込書」をご使用の上、貴会より推薦をして下さい。また、推薦者には「2. 期間、場所等について」及び「3. 待遇等について」の内容について説明をして下さい。

なお、「選手村総合診療所 薬剤師応募申込書」には、貴会会長名をご記載の上、ご捺印下さい。

5. 選考方法について

選手村総合診療所 薬剤師は、貴会より提出された「選手村総合診療所 薬剤師応募申込書」により、本会にて確認し、組織委員会に推薦者名簿を提出します。

なお、最終選考は組織委員会にて行われ、約40名程度が採用される予定です。

6. 回答期限について

平成31年2月15日（金）

7. 「選手村総合診療所 薬剤師応募申込書」のご送付先

貴会よりご推薦いただく薬剤師に関する「選手村総合診療所 薬剤師応募申込書」は、以下の本会担当事務局にご郵送下さい。

〒160-8389 東京都新宿区四谷三丁目3-1 四谷安田ビル8階
（公社）日本薬剤師会 中央薬事情報センター 医薬情報管理部
（担当事務局：水垣・鷺尾・河野）

8. 本件に関するお問い合わせ先

担当事務局：中央薬事情報センター 医薬情報管理部 水垣・鷺尾・河野

電話：03-3353-1193（部署直通） FAX：03-3353-8160

メール：anti-doping@nichiyaku.or.jp

選手村総合診療所 薬剤師応募申込書

○基本情報 (記入日：平成 年 月 日現在)

| | | | | | |
|-------------|------------------------|--------|-----|----|---|
| ふりがな 氏名 | | 性別 | 男・女 | 年齢 | 才 |
| 自宅住所 | 〒 | | | | |
| 電話 | 自宅 () | 携帯 () | | | |
| e-mail | | | | | |
| 所属 (勤務先) | 公認スポーツファーマシスト認定番号(8ケタ) | | | | |
| | | | | | |

○調剤の経験、アンチ・ドーピング活動の経験など

| | | |
|--------------------|--|---------------------|
| 勤務先 1 | 勤務先名 | 勤務期間： 年～ 年 業務内容： |
| 勤務先 2 | 勤務先名 | 勤務期間： 年～ 年 業務内容： |
| 勤務先 3 | 勤務先名 | 勤務期間： 年～ 年 業務内容： |
| アンチ・ドーピング 活動の経験 | 競技団体・スポーツ協会での活動経歴、アンチ・ドーピング活動の経験等をご記入ください。 | |

○英語での会話力

| | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 上級(服薬指導、相談対応ができる) | <input type="checkbox"/> 中級 | <input type="checkbox"/> 初級(日常会話ができる) |
| 英語(又はその他言語)を用いた業務経験、留学経験、海外居住経験、英語力の参考となる情報をご記入ください。 参考となる資格試験結果がある場合は、試験名と点数(スコア、級など)をご記入ください。 | | |
| 英語以外の言語 | <input type="checkbox"/> 対応不可 <input type="checkbox"/> 対応可(言語名：) | |

○参加可能期間、日数、滞在場所の状況

(注) 選手村診療所の開設期間は、7月8日から9月9日までを予定しています。診療時間は原則7:00~23:00を予定していますが、延長する場合があります。宿泊先はご自身で確保していただくことになります。

| | |
|--|--|
| 参加可能日数 | 合計()日程度 ※5日以上を記入 |
| 参加可能な期間等 (可能な期間すべてを✓) ※希望に添えない場合も あります。 | <input type="checkbox"/> オリンピック期間(7月上旬~8月中旬)のみ <input type="checkbox"/> パラリンピック期間(8月中旬~9月上旬)のみ <input type="checkbox"/> オリンピック・パラリンピック期間(7月上旬~9月上旬) <input type="checkbox"/> その他 ※週1回 ○曜日、7月のみ、シフト調整可能 等 () |
| 参加期間中の滞在先 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅外 → <input type="checkbox"/> 滞在先を確保している <input type="checkbox"/> 滞在先未定 |

上記の者を選手村総合診療所の薬剤師として推薦します。

平成 年 月 日

都道府県薬剤師会名 _____

都道府県薬剤師会会長名 _____ 印

30TOKYO2020 大医人第6号
平成30年11月7日

公益社団法人 日本薬剤師会
会長 山本 信夫 様

公益財団法人
東京オリンピック・パラリンピック競技大会組織委員会
大会運営局長

山下 聡



大会にご協力していただける薬剤師のご推薦に関するお願いについて

平素より東京2020オリンピック・パラリンピック競技大会の準備に多大なご理解とご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

かねてより貴会にご相談申し上げておりましたとおり、組織委員会が設置する選手村総合診療所等において、下記のとおり大会にご協力いただける薬剤師のご推薦をお願いすることとなりました。つきましては、貴会内へのご周知及び薬剤師のご推薦につきまして、何卒ご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、詳細は別紙「薬剤師参加要項」をご参照ください。また、今回のメディカルスタッフのお願いは、2018年9月26日より組織委員会が募集している「大会ボランティア（活動分野：ヘルスケア）」とは異なりますのでご注意ください。

記

1 ご協力いただきたい内容

(1) 期間について

2020年7月8日～9月9日（予定）

(2) 場所について

選手村総合診療所（晴海）

(3) 人数について

40名程度

※人数は変動する可能性があります。

※最終決定は組織委員会にて行いますので、予めご了承ください。

2 提出期限

2019年4月26日（金）までにメールにて担当あてご回答願います。

【担当】

（公財）東京オリンピック・パラリンピック競技大会組織委員会
大会運営局 医療サービス部 医療人材課 瀬田、山中、清末

電話：03-6631-1956

Eメール：medical.hr@tokyo2020.jp

(別紙) 薬剤師参加要項

1 参加要件について

- ・ 組織委員会が設置する選手村総合診療所（晴海）で、オリンピック・パラリンピック大会期間併せて5日以上のご協力をご検討いただける方。但し、5日とは、必ずしも連続した日でなくとも構いません。
- ・ 調剤業務（調剤・監査・服薬指導等）の十分な経験を有する方（輸液・注射薬の取扱いに習熟している方が望ましい）。
- ・ アンチ・ドーピングに関する十分な知識をお持ちの方。
- ・ 英語でのコミュニケーション、服薬指導が可能な方。
- ・ 組織委員会が行う事前研修へのご参加が可能な方。（2019年秋頃から大会直前までの間に、計2日間程度を予定しています。）

2 ご協力いただきたい職種及び人数について

選手村総合診療所（晴海）

薬剤師： 40名程度

3 待遇等について

シフトについては現在調整中ですが、1シフトにつき1時間休憩を含む9時間程度の活動を予定しております。また、組織委員会より大会期間中のユニフォーム及びお食事をご提供させていただく予定です。なお、報酬についてお支払いの予定はございませんが、大会期間中の一定の通勤交通費（近距離相当分）についてはお支払いさせていただきます。

4 保険について

組織委員会にて、第三者賠償責任保険、診療所賠償責任保険（医療従事者包括担保特約を含む）、及びご本人の傷害を補償する傷害保険等を手配させていただく予定です。