安定ヨウ素剤の管理、配布及び服用について

（学校等編）

|  |
| --- |
| 「島根県安定ヨウ素剤配布計画」においては、各学校等が作成した避難計画（原子力災害対応マニュアル等）に、安定ヨウ素剤の配布及び服用に関する事項を定めていることが、安定ヨウ素剤を備蓄するための要件とされています。  本書は、避難計画に、安定ヨウ素剤の管理、配布及び服用に関する事項を定める場合の参考としてください。 |

令和2年８月

島根県健康福祉部医療政策課

安定ヨウ素剤の管理、配布及び服用について

1. 基本的事項
   1. 安定ヨウ素剤  
      　放射性物質のうち放射性ヨウ素が吸入、経口摂取等により体内に取り込まれると、内部被ばくの影響により数年から数十年後に甲状腺がん等を発症するリスクが上昇する。また、その影響は年齢が低いほど大きい。  
      　放射性ヨウ素による甲状腺の内部被ばくは、安定ヨウ素剤を適切なタイミングで服用することにより予防又は低減をすることができる。ただし、安定ヨウ素剤の効能又は効果は放射性ヨウ素による甲状腺の内部被ばくの予防又は低減をすることのみであり、放射性物質に対する万能の治療薬ではない。安定ヨウ素剤は甲状腺以外の内部被ばく及び希ガス等による外部被ばくには全く効果がなく、避難、一時移転、屋内退避、飲食物の摂取制限等の他の防護措置と組み合わせて活用することが重要である。  
      　安定ヨウ素剤の服用で副作用が生じる可能性は極めて低く、安定ヨウ素剤を服用することによる副作用のリスクよりも、服用しないことによる甲状腺の内部被ばくのリスクの方が大きいことについて、平時からの周知が必要である。
   2. 配布方法
      1. 次の各項目に該当する者には、安定ヨウ素剤を配布しない。
         1. ヨウ素過敏症の既往歴のある者
         2. 保護者（本人）の同意が得られていない者
      2. 配布する安定ヨウ素剤の数量等は次のとおりとする。

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 配布量（１回服用量） |
| 生後１か月以上３歳未満 | ゼリー剤32.5mg　１包 |
| ３歳以上の未就学児 | 丸剤50mg　１丸 |
| 小学生 | 丸剤50mg　１丸 |
| 中学生以上 | 丸剤50mg　２丸 |

ただし、疾患等により丸剤の服用が困難な者にはゼリー剤を配布することができる。

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 配布量（１回服用量） |
| ３歳以上の未就学児 | ゼリー剤16.3mg　１包　＋　ゼリー剤32.5mg　１包 |
| 小学生 | ゼリー剤16.3mg　１包　＋　ゼリー剤32.5mg　１包 |
| 中学生以上 | ゼリー剤16.3mg　２包　＋　ゼリー剤32.5mg　２包  又は  ゼリー剤32.5mg　３包 |

* 1. 保管管理  
     　校長等は、常に善良なる管理者の注意をもって、その学校等で備蓄している安定ヨウ素剤の保管管理にあたり、天災地変その他の事故により安定ヨウ素剤が滅失し、又は損傷したときは、速やかに県に報告するとともに、その指示に従う。  
     　なお、安定ヨウ素剤は、施錠した庫内において光を避け、室温で保管する。

1. 平常時の対応
   1. 備蓄の承諾  
      　校長等は、島根県（以下「県」という。）による安定ヨウ素剤の備蓄の依頼を承諾する場合、「特定施設における安定ヨウ素剤保管取扱要綱（学校等編）」（以下「要綱」という。）様式１による承諾書を県知事あて提出する。  
      　ただし、市立の学校等については、校長等に代わって当該市が任意の様式に複数の学校等をまとめて提出できる。
   2. 備蓄数量の変更  
      　校長等は、安定ヨウ素剤の必要備蓄数量に変更があった場合、要綱様式２による変更届書を県知事あて提出する。  
      　ただし、市立の学校等については、校長等に代わって当該市が任意の様式に複数の学校等をまとめて提出できる。
   3. 確認書の取得  
      　校長等は、緊急時における安定ヨウ素剤の配布の可否を把握するため、園児、児童又は生徒（以下「児童等」という。）が入学等又は転入したときに、要綱様式３による「安定ヨウ素剤の服用確認書」（以下「確認書」という。）を保護者から取得する。  
      　教職員についても、児童等の場合を準用して確認書を取得する。
   4. 責任者の指名  
      　校長等は、毎年度当初、教職員のうちから安定ヨウ素剤の保管管理にあたる責任者（以下「保管管理責任者」という。）を指名する。
   5. 管理状況票の作成  
      　保管管理責任者は、毎年度当初、安定ヨウ素剤の備蓄状況等を記入した管理状況票（様式例１）を作成する。
   6. 名簿の作成  
      　保管管理責任者は、第２号による確認書を基に、毎年度当初、安定ヨウ素剤の配布の可否等を記入した名簿（様式例２、以下「配布状況等確認名簿」という。）を作成する。
2. 緊急時の対応
   1. 安定ヨウ素剤の配布
      1. 校長等は、国、県又は市からの指示に従い、保管管理責任者（保管管理責任者が業務を行うことができない場合は、校長等が指名した者とする。以下同じ。）に、児童等及び教職員への安定ヨウ素剤の配布を指示する。
      2. 保管管理責任者は、次の物品を準備する。
         1. 安定ヨウ素剤
         2. 配布状況等確認名簿
         3. 服用上の注意等を記載した文書（別紙、以下「注意文書」という。）
         4. 筆記用具、ハサミ
      3. 保管管理責任者は、配布対象者の数等から、安定ヨウ素剤を配布するのに適当な人数の教職員及び場所を選定する。
      4. 保管管理責任者は、安定ヨウ素剤を配布してはならない者を配布状況等確認名簿で確認し、配布にあたる教職員へ配布状況等確認名簿とともに伝達する。
      5. 保管管理責任者は、安定ヨウ素剤（丸剤）の包装を一人分ずつハサミで切り分けるなど配布の準備を整える。
      6. 保管管理責任者は、必要数量の安定ヨウ素剤と注意文書を配布にあたる教職員へ手渡す。
      7. 配布にあたる教職員は、注意文書の配布とともに口頭で注意事項を対象者へ伝達する。
      8. 配布にあたる教職員は、配布の状況を配布状況等確認名簿に記録しながら、安定ヨウ素剤を配布する。
   2. 安定ヨウ素剤の服用
      1. 校長等は、国、県又は市からの指示に従い、児童等及び教職員に服用を指示する。
      2. 校長等は、保管管理責任者に指示して、服用指示の状況を配布状況等確認名簿に記録させる。
      3. 校長等は、副作用の発生に備えるため、服用後30分間を目安として、安定ヨウ素剤を服用した者の様子を観察する体制をとる。
      4. 校長等は、安定ヨウ素剤を服用した児童を保護者へ引き渡すとき、服用時刻、服用量及び服用後の体調変化等について保護者へ伝達する。
      5. 安定ヨウ素剤を服用した者にじん麻疹、呼吸困難、血圧低下等、急性のアレルギー反応の症状が見られる場合、校長等は速やかに119番通報を行う。
   3. 安定ヨウ素剤の回収  
      　事故の終息等により安定ヨウ素剤の服用を指示される可能性がなくなった場合、校長等は、保管管理責任者に指示して、児童等及び教職員が保有している安定ヨウ素剤を回収させ、並びに回収した安定ヨウ素剤を保管させる。
   4. その他
      1. 保護者等への児童等の引き渡し  
         　校長等は、保護者等に児童等を引き渡す際に、その児童等が安定ヨウ素剤を配布してはならない者でないことを配布状況等確認名簿で確認した場合に限り、安定ヨウ素剤を併せて渡すことができる。  
         　この場合、（１）の⑦及び⑧を準用して注意文書の配布、注意事項の伝達及び配布状況等確認名簿への記録を行う。
      2. 避難所等への児童等の移動  
         　校長等は、児童等を避難所等に移動させる必要がある場合、移動途中又は移動先での配布に備えて、その学校等で備蓄している安定ヨウ素剤とともに移動させる。
3. 安定ヨウ素剤に関する問い合わせ先  
   　島根県健康福祉部医療政策課　電話0852-22-5688

特定施設における安定ヨウ素剤保管取扱要綱（学校等編）様式１

文書番号

　　　　　　年　　月　　日

島根県知事　　　　様

（健康福祉部医療政策課）

〒

（住所）

（施設名）

（管理者職氏名）　　　　　　　　　　印

安定ヨウ素剤備蓄に係る承諾書

　特定施設における安定ヨウ素剤保管取扱要綱（学校等編）に基づき、安定ヨウ素剤を備蓄することを承諾します。

　また、必要な備蓄数量については下記のとおりです。

記

1. 備蓄数量

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ヨウ化カリウム内服ゼリー（32.5mg） | 包 | （１包単位） |
| ヨウ化カリウム丸（50mg） | 丸 | （10丸単位） |

1. 備蓄数量の積算  
     
   　別紙のとおり
2. 避難計画の確認  
   （※いずれか該当する方の□にレ印を記入）  
     
   　安定ヨウ素剤の配布及び服用に関する事項を含む避難計画等を  
     
   　　　　　　　　□　策定済みである　　　　　　□　策定していない
3. 申請担当者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属 | ： |  |
| 職氏名 | ： |  |
| 連絡先 | ： |  |
| E-Mail | ： |  |

特定施設における安定ヨウ素剤保管取扱要綱（学校等編）様式１別紙

安定ヨウ素剤備蓄数量積算表

※太枠内を記入すること

※疾患等により丸剤の服用が困難な者については、別途相談すること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童等及び教職員の区分 | 人数  (A) | 服用する安定ヨウ素剤の剤形 | １回服用量  (B) | 積算基礎数量 | | | |
| (A)×(B)×1.3  （端数切り上げ） | | 計 | |
| 生後１か月以上３歳未満 | 人 | ゼリー剤32.5mg | １包 | (C) | 包 |  | |
| ３歳以上の未就学児 | 人 | 丸剤50mg | １丸 |  | 丸 | (D) | 丸 |
| 小学生 | 人 | 丸剤50mg | １丸 |  | 丸 |
| 中学生以上の生徒 | 人 | 丸剤50mg | ２丸 |  | 丸 |
| 教職員 | 人 | 丸剤50mg | ２丸 |  | 丸 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 剤形 | **備蓄数量** | 備考 |
| ゼリー剤32.5mg | 包 | (C)の数量を記入 |
| 丸剤50mg | 丸 | (D)の数量を10丸単位に切り上げ |

特定施設における安定ヨウ素剤保管取扱要綱（学校等編）様式２

文書番号

　　　　　　年　　月　　日

島根県知事　　　　様

（健康福祉部医療政策課）

〒

（住所）

（施設名）

（管理者職氏名）　　　　　　　　　　印

安定ヨウ素剤の備蓄数量の変更届書

安定ヨウ素剤の備蓄数量を変更したいので、特定施設における安定ヨウ素剤保管取扱要綱（学校等編）に基づき下記のとおり届け出ます。

記

1. 変更後の備蓄数量

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ヨウ化カリウム内服ゼリー（32.5mg） | 包 | （１包単位） |
| ヨウ化カリウム丸（50mg） | 丸 | （10丸単位） |

1. 変更後の備蓄数量の積算  
     
   　別紙のとおり
2. 変更前の備蓄数量

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ヨウ化カリウム内服ゼリー（32.5mg） | 包 |  |
| ヨウ化カリウム丸（50mg） | 丸 |  |

1. 申請担当者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属 | ： |  |
| 職氏名 | ： |  |
| 連絡先 | ： |  |
| E-Mail | ： |  |

特定施設における安定ヨウ素剤保管取扱要綱（学校等編）様式３

安定ヨウ素剤の服用確認書

年・組　　　　　　番号　　　　　　児童等の氏名

1. 今までに、安定ヨウ素剤の成分またはヨウ素に対し過敏症があると言われたことがありますか

次のいずれかを○で囲んでください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **はい** | **いいえ** |  |

⇒　「はい」と回答された場合、安定ヨウ素剤は服用できないため、同意の有無にかかわらず安定ヨウ素剤は配布できません

1. 次の各項目（慎重投与項目）に該当しますか

各項目について、いずれかを○で囲んでください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 今までにヨード造影剤過敏症（造影剤アレルギー）と言われたことがありますか | **はい** | **いいえ** |
| 今までに甲状腺の病気（甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症）があると言われたことがありますか | **はい** | **いいえ** |
| 今までに腎臓の病気や腎機能に障がいがあると言われたことがありますか | **はい** | **いいえ** |
| 今までに先天性筋硬直症と言われたことがありますか | **はい** | **いいえ** |
| 今までに高カリウム血症と言われたことがありますか | **はい** | **いいえ** |
| 今までに低補体血症性じんま疹様血管炎と言われたことがありますか | **はい** | **いいえ** |
| 今までに肺結核（カリエス、肋膜炎なども含む。）と言われたことがありますか | **はい** | **いいえ** |
| 今までにジューリング疱疹状皮膚炎と言われたことがありますか | **はい** | **いいえ** |
| 現在、以下のお薬をお使いですか   * カリウム含有製剤、カリウム貯留性利尿剤、エプレレノン * リチウム製剤 * 抗甲状腺薬（チアマゾール、プロピルチオウラシル） * ＡＣＥ阻害剤、アンジオテンシンⅡ受容体拮抗剤、アリスキレンフマル酸塩 | **はい** | **いいえ** |

⇒　いずれかの項目に「はい」と回答された場合、安定ヨウ素剤を服用した際に起こり得る症状が存在しますが、適量服用した場合に健康影響が生じる可能性は極めて低いため、安定ヨウ素剤を配布できます

1. 原子力災害の発生等に伴い、国、県又は市から安定ヨウ素剤の配布及び服用の指示が出された場合、学校等において安定ヨウ素剤を配布し、服用させることについて

次のいずれかを○で囲んでください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **同意します** | **同意しません** |  |

園長　　　様

学校長　　　様

所長　　　様　　　　　　　令和　年　月　日

保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

* 在学中適用しますので、内容に変更がある場合はお知らせください。

様式例１

記入日

記入者

　　　　　年度　備蓄安定ヨウ素剤　管理状況票

1. 保管管理責任者の氏名

1. 備蓄場所

1. 備蓄数量

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 剤形 | 数量 | 使用期限 |
| ヨウ化カリウム内服ゼリー（16.3mg） | 包 | 年　　月 |
| ヨウ化カリウム内服ゼリー（32.5mg） | 包 | 年　　月 |
| ヨウ化カリウム丸（50mg） | 丸 | 年　　月 |

様式例２

安定ヨウ素剤配布状況等確認名簿

【平常時の対応】　毎年度当初、太枠内を記入した名簿を作成する。

【緊急時の対応】　①安定ヨウ素剤を配布した場合、その日付と実施者の氏名を記入し、対象者の配布欄にレ印を記入する。

②安定ヨウ素剤の服用を指示した場合、その日時と実施者の氏名を記入し、対象者の服用指示欄にレ印を記入する。

③安定ヨウ素剤を回収した場合、対象者の回収欄にレ印を記入する。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 氏名 | 配布の可否 | 剤形・数量 | 配布 | 服用指示 | 回収 | 備考 |
| 配布日  　　年　月　日  実施者 | 服用指示日時  　　年　月　日  　　　時　　分  実施者 |
| 例1 | 島根　太郎 | ☑可　□否 | 丸剤　２丸 | ☑ | ☑ | □ |  |
| 例2 | 国引　花子 | □可　☑否 |  | □ | □ | □ |  |
|  |  | □可　□否 |  | □ | □ | □ |  |
|  |  | □可　□否 |  | □ | □ | □ |  |
|  |  | □可　□否 |  | □ | □ | □ |  |
|  |  | □可　□否 |  | □ | □ | □ |  |
|  |  | □可　□否 |  | □ | □ | □ |  |
|  |  | □可　□否 |  | □ | □ | □ |  |
|  |  | □可　□否 |  | □ | □ | □ |  |
|  |  | □可　□否 |  | □ | □ | □ |  |