

原子力災害時における安定ヨウ素剤の予防服用実施要領（案）

第 1 目 的

この要領は「原子力災害避難計画」第 5 に規定する安定ヨウ素剤の予防服用に係る措置に関して、必要な事項を定める。

第 2 基本事項

1 服用対象者、服用量等

(1) 服用対象者

ア 避難及び一時移転の対象となった住民等を対象とする。

ただし、以下の者を除く。

- ・ 服用不適切者（ヨウ素過敏症の者等）
- ・ 自らの意志で服用をしない者

イ 防災業務従事者

避難及び一時移転の対象となった区域内で、住民の避難誘導、連絡等のために全面緊急事態以降において屋外で災害対応業務に従事する可能性のある職員

(2) 服用回数

安定ヨウ素剤の服用回数は原則 1 回とし、連続服用しなくてよいように、住民の避難等の防護措置を適切に実施する。

なお、防災業務従事者の業務が 1 日以上継続する場合には連続服用も考慮する必要があるが、長期間連用することがないように交替職員を確保しておくこと。

(3) 服用量

安定ヨウ素剤の服用量は、年齢に応じて下表のとおりとする。

対象者	ヨウ化カリウム量m g	ヨウ化カリウム丸
新生児	1 6 . 3 (*)	
生後 1 ヶ月以上 3 歳未満	3 2 . 5 (*)	
3 歳以上 1 3 歳未満		1 丸
1 3 歳以上		2 丸
防災業務従事者		【初回】 2 丸 【2 回目以降】 1 日 1 丸

(*) 薬剤師等が調製した液状の安定ヨウ素剤を服用する

2 安定ヨウ素剤の保管方法等

(1) 統括管理者及び管理責任者

以下のとおり統括管理者及び管理責任者等を定め、安定ヨウ素剤の保管状況や使用期限等を適切に管理する。

区分	担当等	役 割
統括管理者	保健福祉局生活衛生課長 (ただし、薬剤師でない場合、薬剤師を副統括管理者として置く。)	・ 保管場所ごとに指名する管理責任者に対し、定期的に管理状況の報告を求める。 ・ 使用期限までに新しい安定ヨウ素剤を調達し、更新する（京都府配備分を除く）。 ・ 京都府へ管理状況を報告する。

管理責任者	保健センター衛生課長，出張所長及び防災会期管理室原子力災害対策課長 (ただし，薬剤師でない場合，薬剤師を副管理責任者として置く。 (※))	・安定ヨウ素剤管理簿（様式１及び様式２）を作成し，受け払いを管理する。 ・安定ヨウ素剤の使用期限を確認する。
-------	---	---

(※) 防災危機管理室においては，生活衛生課長又は同課の薬剤師が副管理責任者となる。

(2) 保管方法

統括管理者（保健福祉局）が保管場所ごとに指名した管理責任者は，以下の事項に留意して適正に管理する。

ア 施錠できる施設内で，施錠できる保管庫内にて保管すること。

イ 高温多湿を避け，遮光して保管すること。

ウ 安定ヨウ素剤の原末は薬事法施行規則第２０４条の規定による「劇薬」であるため，薬事法第４４条第２項の規定により，「その直接の容器又は直接の被包に，白地に赤枠，赤字をもって，その品名及び「劇」の文字を記載すること。

(3) 保管場所及び保管数量

薬品区分	場 所	備蓄数量 １人あたり２丸	備 考
丸剤 (一般医薬品)	左京区役所 (保健センター)	１７，０００丸	
	久多出張所	１，０００丸	
	花脊出張所	１，０００丸	
	右京区役所 (保健センター)	１１，０００丸	
	京北出張所	１，０００丸	
	北区役所 (保健センター)	２，０００丸	
	防災危機管理室	２，０００丸	

薬品区分	場 所	備蓄数量	備 考
粉末剤 (原末)	左京区役所 (保健センター)	２５０ｇ	
	右京区役所 (保健センター)	２５０ｇ	
	北区役所 (保健センター)	２５０ｇ	
	防災危機管理室	７５０ｇ	

※調剤用の単シロップ及び精製水とともに保管

3 留意事項

(1) 安定ヨウ素剤は，放射性ヨウ素以外の他の放射性核種に対しては防護効果がないこと。

- (2) 安定ヨウ素剤の予防服用は、避難、屋内退避及び飲食物摂取制限等の防護対策とともに実施する必要があること。
- (3) 緊急時に投与・服用する場合は、精神的な不安などにより平時には見られない反応が認められる可能性があること。
- (4) 不注意による経口摂取の防止対策を講じる必要があること。

第3 安定ヨウ素剤の配布及び服用

1 保管場所からの搬送

本部長は、安定ヨウ素剤を保管する区の区本部長に対し、避難又は一時移転の勧告又は指示が出されることが予想される区域の住民等の安定ヨウ素剤の予防服用に備え、区役所及び出張所等での配布準備を指示するとともに、避難時集合場所への安定ヨウ素剤の搬送を指示する。

また、本部長は、搬送の際、交通渋滞で迅速な輸送に支障をきたすおそれがある場合は、緊急輸送を必要とする場合は、消防部に緊急輸送の支援を要請する。

(1) 丸剤の場合

区本部要員が搬送する。

(2) 粉末剤（原末）の場合

区本部要員の薬剤師が、衛生面に配慮し、区役所内（保健センターを含む）のできる限り清潔な場所で安定ヨウ素剤原末を液状に調製し、区本部要員が配布場所に搬送する。

2 配布及び服用

(1) 配布場所

本部長は、以下の場所の中から、安定ヨウ素剤の配布及び服用場所を指定する。

地 域	配布場所 (避難時集合場所)
左京区 久多地域	久多いきいきセンター
	左京区役所久多出張所
左京区 広河原地域	元京都市立堰源小学校
	ほんみち京都山林管理事務所
右京区 京北上弓削町上川行政区	京都市立京北第三小学校
	弓削自治会館

(2) 医師の関与

安定ヨウ素剤の配布及び服用は、医師が関与して行う。ただし、配布場所において安定ヨウ素剤の服用のタイミングを考慮すると、医師の到着を待つことが適切でない場合など、時間的制約等のため必ずしも医師が関与できない場合には、薬剤師等の職員が適切な方法で配布することとする。

なお、配布の際には、可能な限り、チェックシート（様式3）により、服用不適者又は慎重投与者を確認するよう努める。ただし、緊急配布に支障をきたす場合にはこの限りでない。

(3) 配布の優先順位

新生児、乳幼児及び妊婦への優先的な配布が行えるよう受付体制を整える。

(4) 受領書の徴収

安定ヨウ素剤を配布した場合は、住民等から安定ヨウ素剤の受領書（様式4）を受け取る。

(5) 注意喚起

安定ヨウ素剤の配布にあたっては、禁忌事項、服用方法、副作用等を記載したチラシ等を配布することにより、住民等に注意喚起を行う。

3 副作用対応

区本部長は、安定ヨウ素剤を服用したことによる副作用が見られた住民等のために、避難時集合場所又は避難所等に相談窓口を設ける。

また、治療が必要な住民等については、速やかに医療機関において受診できるよう、医療機関へ受入れを要請する。

なお、医療機関への救急搬送を必要とする場合は、消防部に連絡する。

【様式 1】

安定ヨウ素剤管理簿(ヨウ化カリウム丸)

単位:丸

品名						規格(容量)			
納入年月日	受入数量		払出数量		現在高数量		担当者印	責任者印	摘要
	使用期限		使用期限		使用期限				
	使用期限		使用期限		使用期限				
	使用期限		使用期限		使用期限				
	使用期限		使用期限		使用期限				
	使用期限		使用期限		使用期限				
	使用期限		使用期限		使用期限				
	使用期限		使用期限		使用期限				
	使用期限		使用期限		使用期限				
	使用期限		使用期限		使用期限				

【様式2】

劇薬管理簿(ヨウ化カリウム原末)

単位:g

品名						規格(容量)			
納入年月日	受入数量		払出数量		現在高数量		担当者印	責任者印	摘要
	使用期限		使用期限		使用期限				
	使用期限		使用期限		使用期限				
	使用期限		使用期限		使用期限				
	使用期限		使用期限		使用期限				
	使用期限		使用期限		使用期限				
	使用期限		使用期限		使用期限				
	使用期限		使用期限		使用期限				
	使用期限		使用期限		使用期限				
	使用期限		使用期限		使用期限				

【様式3】

※下の点線内は記入しないでください。

該当項目なし	服用不適	慎重投与	配布希望
※	※	※	※

チェックシート

配布場所名：

記入日：平成 年 月 日

受領者氏名：（よみがな）

生年月日：（明治，大正，昭和，平成） 年 月 日生（年齢 歳）

性別： ☐男， ☐女

記入者氏名：

受領対象者の年齢： ☐3歳未満 ☐3歳以上13歳未満， ☐13歳以上

【服用不適項目】

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。	☐ はい	☐ いいえ
（ポピドンヨード液（うがい薬に含まれます）及びルゴール液使用後並びにヨウ化カリウム丸服用後にじんま疹や呼吸困難や血圧低下などのアレルギー反応を経験したことがありますか）		

【慎重投与項目】

1. 今までにヨード造影剤過敏症（造影剤アレルギー）と言われたことは ありますか。	☐ はい	☐ いいえ
2. 今までに甲状腺の病気（甲状腺機能亢進症，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
3. 今までに腎臓の病気や腎機能に障害があるとされたことはありますか。	☐ はい	☐ いいえ
4. 今までに先天性筋強直症と言われたことはありますか。	☐ はい	☐ いいえ
5. 今までに高カリウム血症と言われたことはありますか。	☐ はい	☐ いいえ
6. 今までに低補体血症性蕁麻疹様血管炎と言われたことがありますか。	☐ はい	☐ いいえ
7. 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
8. 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
9. 現在，以下のお薬をお使いですか。 （「はい」の方は，該当する薬品にチェックを入れて下さい。） ☐ 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

※慎重投与項目のうち，ひとつでも「はい」に該当する場合，医師と相談のうえ安定ヨウ素剤服用をするかどうかを決めてください。

【様式4】

安定ヨウ素剤の受領書

配布場所名 : _____
 配布日 : 平成 年 月 日
 受領者氏名 : _____ (よみがな _____)
 生年月日 : (明治, 大正, 昭和, 平成) 年 月 日生 (年齢 歳)
 性別 : ☐男, ☐女
 記入者氏名 : _____
 受領対象者の年齢 : ☐3歳未満 ☐3歳以上13歳未満, ☐13歳以上

【確認事項】

1. 医師等からの問診（＊チェックシートによる確認）を受けた。	☐ はい	☐ いいえ
↓		
2. 服用不適項目に該当しなかった。	☐ はい	☐ いいえ
3. 慎重投与項目に該当しなかった。	☐ はい	☐ いいえ
4. 慎重投与項目に該当したが、医師と相談し服用を決めた。	☐ はい	☐ いいえ

☐ 医師等による安定ヨウ素剤の服用に関する問診（＊チェックシートによる確認）を受け、服用不適切項目に該当しないことを確認のうえ、安定ヨウ素剤を受け取りました。また、受け取った安定ヨウ素剤は、第三者に譲り渡さず、不要となった場合には返却します。

☐ 時間的猶予がなく、医師等による安定ヨウ素剤の服用に関する問診（＊チェックシートによる確認）を受ける暇がなかったが、服用の必要があるため安定ヨウ素剤を受け取りました。また、受け取った安定ヨウ素剤は、第三者に譲り渡さず、不要となった場合には返却します。

配布対象者氏名 _____

受取者（記入者）署名 _____

原子力災害安定ヨウ素剤（服用対象者氏名：_____）

禁止事項

- ・ヨウ素を含む医薬品を服用した後、じんましん、呼吸困難や血圧低下などの症状を経験された方、および、ヨウ素アレルギーと診断されたことのある方は、絶対服用しないでください。（該当することが分かった方は、受け取った安定ヨウ素剤は速やかに返却してください。）
- ・第三者に譲り渡さないでください。

服用方法

- ・原子力災害時に国や地方公共団体から指示があった場合にのみ服用してください。それ以外には服用しないでください。
- ・安定ヨウ素剤は、放射性ヨウ素の甲状腺への取り込みを抑制する効果がありますが、それ以外の放射線防護効果はありませんので、緊急時に避難や屋内退避の指示がある場合には、その指示に従い行動してください。
- ・以下の服用量を必ず守ってください。多く服用しても、防護効果は上がりません。過剰に服用すると、副作用が発生する可能性が高まります。

新生児	1 ml（ヨウ化カリウム量 16.3ml）（*）
	2 ml（ヨウ化カリウム量 32.6ml）（*）
3 歳以上 13 歳未満	1 丸
13 歳以上	2 丸

（*）薬剤師等が調整した液状の安定ヨウ素剤を服用する。

- ・服用にあたっては、できる限り、ご家族の方と一緒に服用ください。
万が一、ご自身やご家族の方が体調に異変（呼吸困難、関節痛、発疹など）を感じた場合には、お近くの医師や医療機関（連絡先：〇〇病院等）にご相談又は受診してください。
- ・授乳中の方が服用した場合は、一時的に授乳を中止するなどの注意を払うとともに、妊婦、新生児の服用後の影響などに不安がある場合には、医療機関又は相談窓口（連絡先：〇〇）にご相談ください。

原子力災害時の対処（メモ欄）

家族等の連絡先：_____

避難予定地：_____

集合場所等：_____

医療機関の連絡先：_____

受取日時：〇〇年〇月〇日〇時〇分

【連絡先】京都市 担当〇〇

TEL：〇〇〇〇〇〇〇〇

メール：〇〇〇〇〇〇〇〇

HP：〇〇〇〇〇〇〇〇