

# 災害支援マニュアル

〈H27年3月改定版〉

公益社団法人 茨城県看護協会

# 災害支援マニュアルの改訂にあたって

近年、世界中のあらゆる地域において、地震、津波、台風、火災などの自然災害が発生しております。平成23年3月11日の東日本大震災は私たちの脳裏にまだまだ焼き付いており記憶に新しいところです。今年は震災から4年目を迎え人々の生活や心身の状況は震災前に回復しつつあるのではないかと思います。

茨城県看護協会においては、平成16年度に「災害看護検討委員会」を設置し災害マニュアルや災害支援ナースハンドブックの作成、災害支援ナースの研修を実施するなど体制整備に努め、平成19年には「災害看護マニュアル」を発行し活用してまいりました。

一方、日本看護協会との連携体制として都道府県看護協会との役割分担等も整備され、年1回災害支援ナース派遣調整合同訓練も実施し不測の事態に備えているところです。

本会においては、平成26年3月に四師会による災害時の医療救護活動に関する協定を締結し、この3月に県内で初めて県医師会・県歯科医師会・県薬剤師会・県看護協会の四師会による第1回JMA T茨城研修会を行いました。本会からは登録災害支援ナースが23施設から63名参加しそれぞれの役割確認や連携の重要性を認識することができたのではないかと考えています。引き続き四師会との連携を深め災害時に備えた訓練を実施してまいります。

本マニュアルの作成については、災害看護委員会や関係各位に検討していただき、おかげをもちまして、「災害支援マニュアル」としてまとめることができました。心からお礼申し上げます。

最後になりますが、会員施設並びに災害支援ナースの皆様には、本マニュアルをご一読いただき、茨城県看護協会の災害支援対策についてご支援・ご協力をいただきますとともに、本マニュアルが有効に活用されますことを願っております。

平成27年6月

公益社団法人 茨城県看護協会  
専務理事 山本 かほる

# 目 次

はじめに

## 第1章 総則

|               |   |
|---------------|---|
| I 目的          | 1 |
| II 活動範囲及び支援対象 | 1 |
| III 災害サイクル    | 1 |

## 第2章 災害時の体制

|                   |   |
|-------------------|---|
| I 茨城県看護協会の災害本部組織  | 2 |
| 1 茨城県が被災地となった場合   | 2 |
| 2 他都道府県が被災地となった場合 | 8 |

## 第3章 平時の体制

|                       |    |
|-----------------------|----|
| I 災害に対する知識・技術の教育      | 13 |
| II 災害支援ナースの登録         | 13 |
| 1 災害支援ナースの心構え         | 13 |
| 2 災害支援ナースの役割          | 13 |
| 3 災害支援ナースの登録要件        | 13 |
| 4 派遣期間                | 13 |
| 5 災害支援ナースの派遣の流れ       | 14 |
| 6 災害の経過と必要とされる看護の専門領域 | 14 |
| 7 災害支援ナース登録までの流れ      | 14 |
| 表2 災害派遣時の携行品          | 16 |
| 表3 県看護協会の備品           | 17 |

|             |    |
|-------------|----|
| 災害に関する用語の定義 | 19 |
|-------------|----|

## 【各種様式】

|                                               |    |
|-----------------------------------------------|----|
| 茨城県看護協会 災害支援ナース登録関係様式……………                    | 20 |
| 様式1 災害支援ナース登録票                                |    |
| 様式2 災害支援ナース登録・更新申請書                           |    |
| 様式3 災害支援ナース登録変更・中止・紛失届                        |    |
| 様式4 身分証明看護協会登録証                               |    |
| 様式5 災害看護支援活動報告書                               |    |
| 日本看護協会との災害支援ナース派遣調整連絡様式……………                  | 25 |
| (都道府県看護協会から日本看護協会への連絡様式)                      |    |
| 様式A 災害状況連絡票－第( )報                             |    |
| 様式B 災害支援ナース派遣要請票－活動場所( )－第( )報                |    |
| 様式C 災害支援ナース派遣候補者リスト－第( )報                     |    |
| ※記入例①、記入例②、本紙                                 |    |
| 様式D 災害支援ナース派遣要請終了票－第( )報                      |    |
| 様式E 災害支援ナース派遣終了票                              |    |
| 日本看護協会との災害支援ナース派遣調整連絡様式……………                  | 33 |
| (日本看護協会から都道府県看護協会への連絡様式)                      |    |
| 様式1 災害発生に関する報告書－第( )報                         |    |
| 様式2 災害支援ナース派遣要請－活動場所( )－第( )報                 |    |
| 様式3 災害支援ナース派遣シフト表－活動場所( )－第( )報               |    |
| 様式4 災害支援ナース派遣決定通知－第( )報                       |    |
| 様式5 災害支援ナース派遣要請終了票                            |    |
| 様式6 災害支援ナース活動終了報告                             |    |
| 日本看護協会との災害支援ナース派遣調整連絡様式……………                  | 40 |
| (茨城県看護協会から施設への連絡様式)                           |    |
| 1 災害支援ナース派遣候補者リスト                      茨災－様式1 |    |
| 2 災害支援ナース派遣候補者リスト決定通知          茨災－様式2         |    |
| 災害時情報連絡用紙（施設→看護協会）……………                       | 43 |
| 施設から茨城県看護協会への連絡様……………                         | 44 |
| 様式A 災害状況連絡票－第( )報                             |    |
| 様式B 災害支援ナース派遣要請票－活動場所( )－第( )報                |    |
| 災害支援ナース派遣に関する協定……………                          | 46 |
| 四師会による災害時の医療救護活動に関する協定書……………                  | 50 |



## 第1章 総則

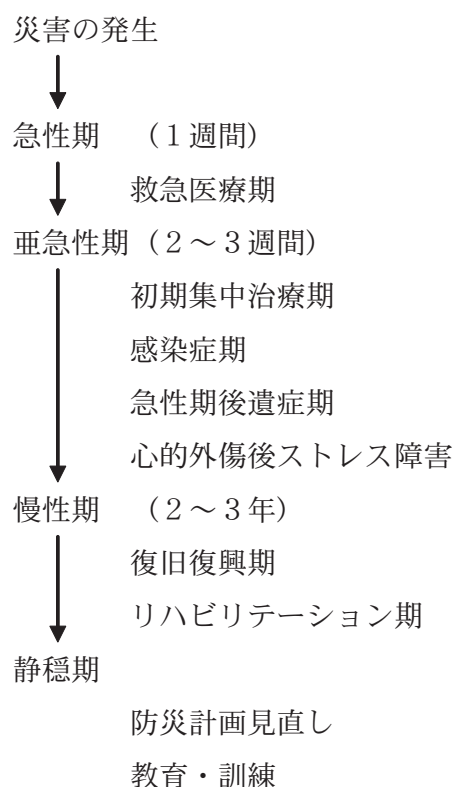
### I 目的

茨城県看護協会は、(以下、県看護協会とする) 東海村の放射線臨界事故・東日本大震災における救護活動を教訓に、茨城県内に発生しうる大規模な災害を想定し、県民の安全確保のため、また、県外に発生した場合の支援に関し、県看護協会定款第4条(6)その他本会の目的を達成するために必要な事業に基づき支援活動を行う。

### II 活動範囲及び支援対象

1. 活動範囲：茨城県が被災地となった場合  
他都道府県が被災地となった場合
2. 支援対象：被災地域住民  
看護職全体

### III 災害サイクル



## 第2章 災害時の体制

### I 茨城県看護協会の災害本部組織

県看護協会の災害本部は以下の1、2の場合において、県看護協会会長が設置する。

1. 県内で、大規模災害（地震などで家屋崩壊、列車・飛行機などの大事故、水害、臨界事故、テロ、他）が発生し、茨城県が災害対策本部を設置し会長が必要と判断した場合
2. 県外で災害が発生し、日本看護協会から災害支援の要請があつて会長が必要と判断した場合

#### 1. 茨城県が被災地となった場合

##### 1) 茨城県看護協会災害対策本部の設置

医療救護活動については、茨城県からの要請、四師会による医療救護活動に関する協定書に基づき実施する。

- (1) 茨城県災害対策本部が設置された時、または会長が必要と判断した時は、県看護協会は直ちに災害対策本部を設置し支援体制をとる。
- (2) 災害対策本部設置場所  
公益社団法人 茨城県看護協会（県保健衛生会館内）
- (3) 県看護協会災害対策本部組織は図1に示すとおりである。
- (4) 災害対策本部は、茨城県、四師会等及び日本看護協会と連携を密にして円滑な対策を図る。なお、医療救護活動については、「四師会による災害時の医療救護活動に関する協定書」に基づき実施する。
- (5) 災害対策本部設置時、本部長は直ちにその旨を茨城県・日本看護協会等に連絡する。

##### 2) 災害対策本部の役割・任務

- (1) 被災地の情報収集
- (2) 茨城県、市町村等、四師会、日本看護協会、関係都道府県看護協会との連絡調整
- (3) 災害支援ナース派遣の調整及び決定
- (4) 物品・義援金・支援活動に対する費用の調整
- (5) 災害支援ナースの受入れ調整

##### 3) 災害対策本部組織

- (1) 県看護協会災害対策本部長は、県看護協会会長がその任にあたる。
- (2) 県看護協会災害対策本部長（会長）は、副本部長（専務理事）を任命する。

- (3) 県看護協会災害対策本部長は、情報収集責任者（常任理事）・災害支援ナース調整責任者（常任理事）・物資支援責任者（事務局長）を任命する。
- (4) 副本部長（専務理事）は、情報収集責任者・災害支援ナース調整責任者・物資支援責任者と連携を密に支援活動の指揮をとる。

#### 4) 災害対策本部各担当の役割

##### (1) 災害対策本部長（会長）

- ①対策本部の総括
- ②対策本部の設置・解散
- ③災害支援ナースの派遣の決定

##### (2) 災害対策副本部長（専務理事）

- ①本部長の補佐・代行
- ②茨城県、市町村等、四師会、関係都道府県看護協会との連絡調整
- ③日本看護協会との連絡調整
- ④マスクミ対応

##### (3) 情報収集責任者（常任理事）

- ①災害状況・被害状況等の収集・伝達
- ②鉄道・道路交通情報、宿、ライフライン等の防災上必要な情報を収集・伝達

##### (4) 災害支援ナース調整責任者（常任理事）

- ①需要の決定  
情報収集責任者と連携をとり、被災地のどこ（施設・避難場所・救護など）に何人の災害支援ナースを派遣するかを決定する。
- ②供給の決定  
災害支援ナース登録者にボランティアの呼びかけを行う。同時にどの施設に何人の看護職の派遣を依頼するかを決定し要請する。
- ③災害活動中の災害支援ナースとの連絡調整
- ④災害支援ナースの受け入れ調整

##### (5) 物資支援責任者（事務局長）

- ①副本部長の指示による茨城県、四師会、市町村等、日本看護協会、関係都道府県看護協会との連携
- ②被災地へのお見舞い、義援金・寄付金等の支援の準備

③情報収集責任者と連携をとり、どこに何を支援するか決定する。

④被害状況、災害支援に関する記録の管理

(6) 総務部

①災害支援ナースの派遣に必要な物資の調達

②物資支援責任者の指示による義援金等経費の調整

③災害支援ナース調整責任者の指示による災害支援ナースの派遣準備、受け入れ調整

④派遣に必要な物品の準備

⑤派遣交代要員の確保調整

⑥活動状況の記録、集計

⑦災害支援ナース報告会の開催

(7) 事業部、研修部、在宅支援推進部

①総務部の応援

②その他必要な事項等

5) 災害支援ナースの派遣・調整

災害支援ナースの派遣は、大規模自然災害発生時における日本看護協会と被災県協会を含む都道府県看護協会との連携要領を明確にし、円滑に災害看護支援体制を整え、効果的な支援活動を行うためのしくみである。日本看護協会災害支援ナース派遣のしくみを図6に、災害支援の対応区分については「レベル1・2・3」に区分し、災害レベル毎に定められた方法で災害支援ナースの派遣調整を行う。(表1)

(1) 県看護協会会長は、茨城県、四師会等の要請を受けて、災害支援ナース調整責任者に災害支援派遣態勢をとることを命ずる。

(2) 災害支援ナース調整責任者は、「四師会による災害時の医療救護活動に関する協定書」に基づき調整・実施する。

(3) 災害支援ナース調整責任者は、必要に応じ被害及び災害支援ナース派遣状況を役員・職員に周知する。

(4) 派遣期間は、原則3泊4日(移動時間も含む)とする。

①「茨城県が被災地となった場合の災害支援ナースの要請・派遣の流れ」に沿って実施する。(図2)

②活動保障・助成については、災害派遣に伴う事故が発生した場合は、県看護協会が保障する。所属施設から業務として派遣され労災適応が可能な場合は、所属施設に委ねる。

なお、看護行為中の事故に関しては、「看護職賠償責任保険」が適用になるがこれは各個人の責任において加入する。

- ③保障のための確認事項については、①災害支援ナース参加中における職場との関係、②災害保険、③県看護協会への連絡、④現地へのアクセス方法、⑤現地の情報、⑥災害派遣時の携行品（個人用）（表1）、県看護協会の持ち出し備品（表2）

(5) 会員施設の対応

- ①会員施設は県看護協会からの問い合わせに対し、「災害時情報連絡用紙」を記入し、自施設の状況を県看護協会に連絡する。（各種様式）
- ②会員施設は、図2「茨城県が被災地となった場合の災害支援ナースの派遣の要請・派遣の流れ」に基づき、災害支援ナースの派遣等に協力体制をとる。

6) 県看護協会災害発生時連絡について

- (1) 県看護協会役員等は、県看護協会に災害本部を設置して、「災害支援ナース」の要請が必要な場合は、災害発生時連絡網（別途作成）で連絡する。
- (2) 看護協会会員は、各自の所属する各地区で災害が発生した場合は、県看護協会に速やかに連絡する。

図1 茨城県看護協会災害対策本部組織図（茨城県が被災地となった場合）

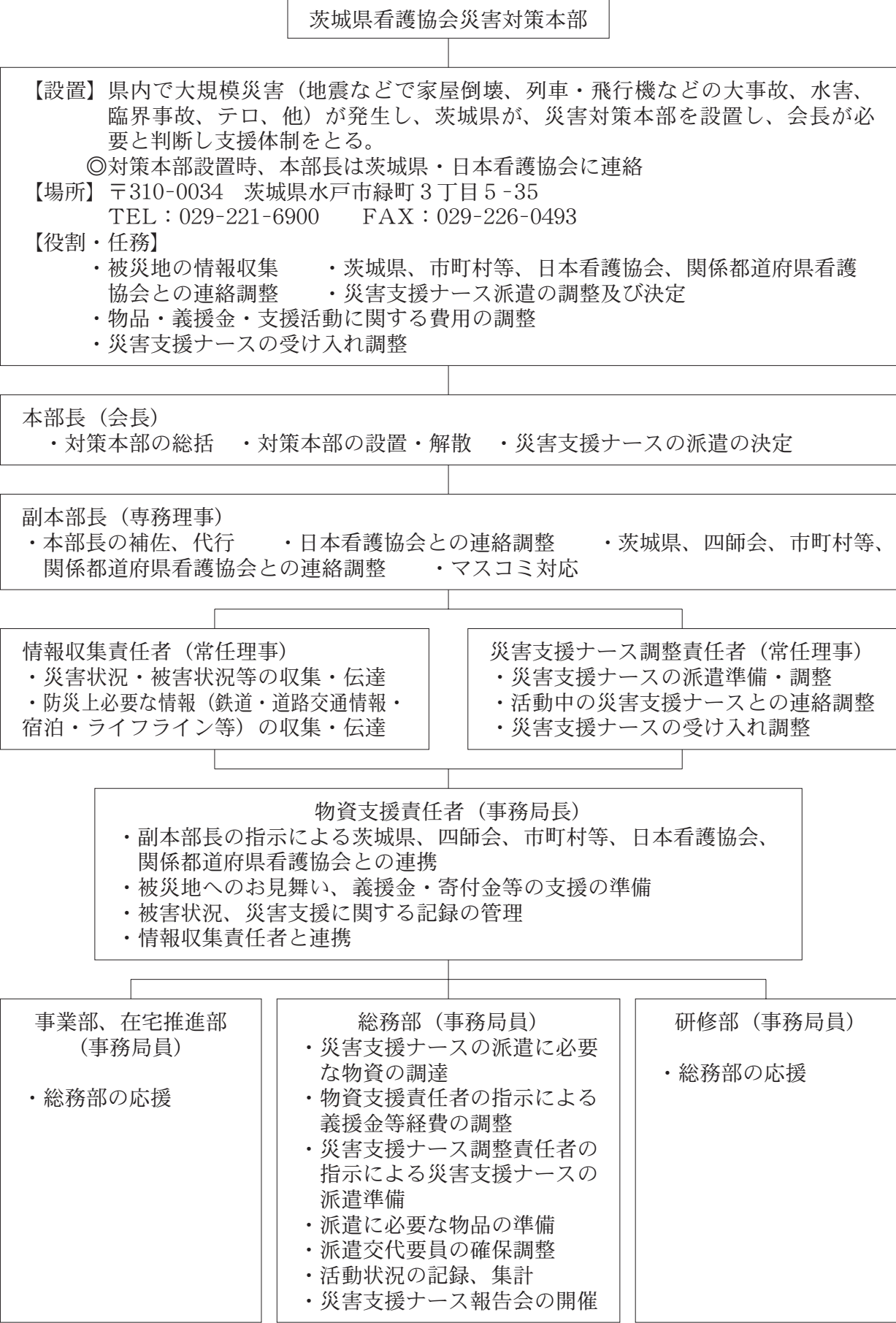
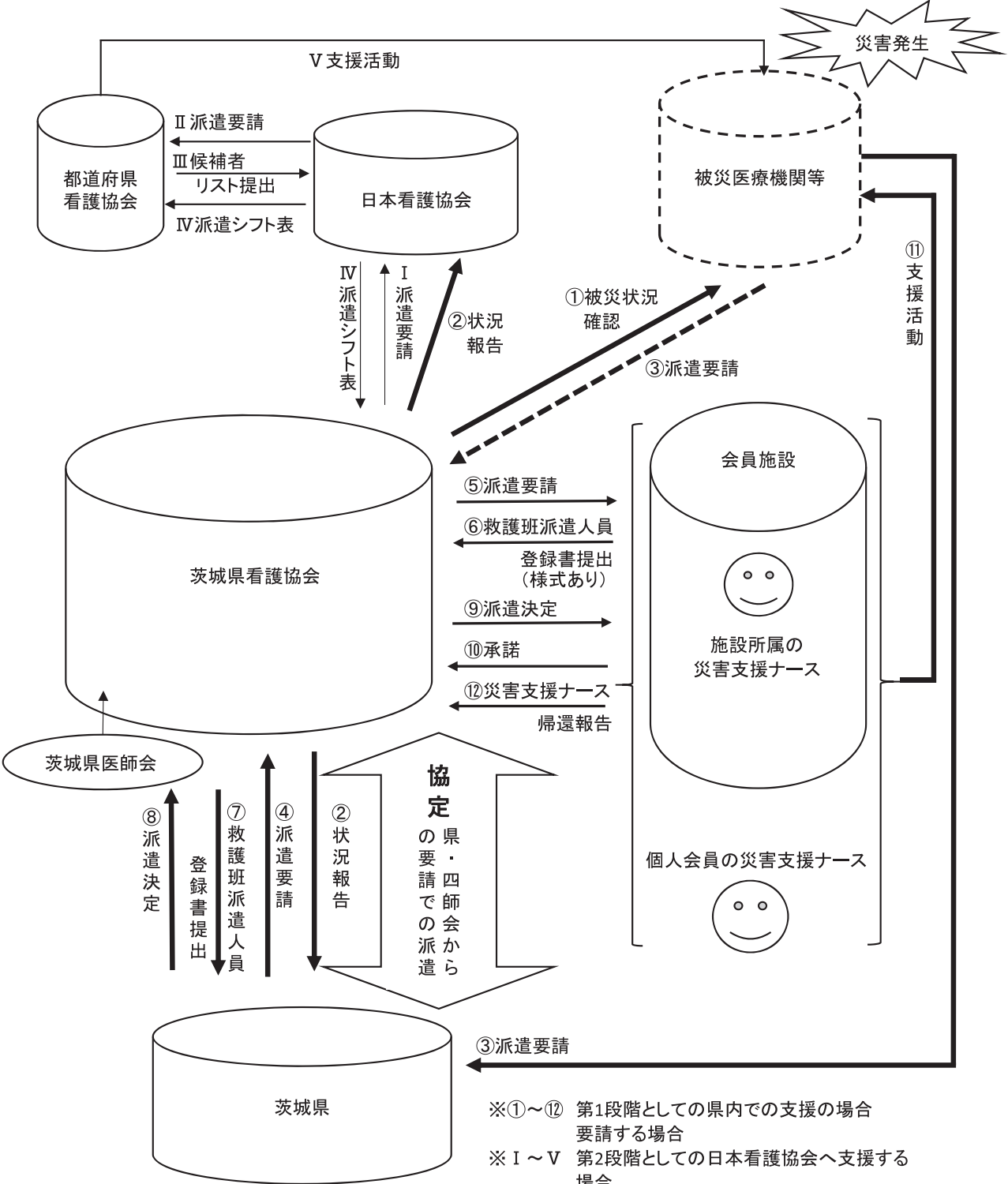


図2 茨城県が被災地となった場合の災害支援ナースの派遣の要請・派遣の流れ





## 2. 他都道府県が被災地となった場合

### 1) 県看護協会災害対策本部の設置ならびに指揮

- (1) 会長が必要と判断した時は、県看護協会は直ちに災害対策本部を設置し支援体制をとる。(図4)
- (2) 災害対策本部設置場所  
公益社団法人 茨城県看護協会（県保健衛生会館内）
- (3) 災害対策本部は、日本看護協会と関係都道府県看護協会と連携を密にして円滑な対策を図る。
- (4) 災害対策本部設置時、本部長は直ちにその旨を日本看護協会等に連絡する。

### 2) 災害対策本部の役割・任務

- (1) 被災地の情報収集
- (2) 日本看護協会、関係都道府県看護協会との連絡調整
- (3) 災害支援ナース派遣の調整及び決定
- (4) 物品・義援金・支援活動に対する費用の調整

### 3) 災害対策本部各担当の役割

- (1) 災害対策本部長（会長）
  - ①対策本部の総括
  - ②対策本部の設置・解散
  - ③災害支援ナースの派遣の決定
- (2) 災害対策副本部長（専務理事）
  - ①本部長の補佐・代行
  - ②日本看護協会、関係都道府県看護協会との連絡調整
  - ③マスクミ対応
- (3) 情報収集責任者（常任理事）
  - ①災害状況・被害状況等の収集・伝達
  - ②防災上必要な情報（鉄道・道路交通情報、宿、ライフライン等の収集・伝達）
- (4) 災害支援ナース調整責任者（常任理事）
  - ①需要の決定  
情報収集責任者と連携をとり、被災地のどこ（施設・避難場所・救護など）に何人の災害支援ナースを派遣するかを決定する。
  - ②供給の決定  
災害支援ナース登録者にボランティアの呼びかけを行う。同時にどの施設に何人の看護職の派遣を依頼するかを決定し要請する。



(5) 物資支援責任者（事務局長）

- ①副本部長の指示による日本看護協会、関係都道府県看護協会との連携
- ②被災地へのお見舞い、義援金・寄付金等の支援の準備
- ③被災状況、災害支援に関する記録の管理

(6) 総務部

- ①災害支援ナースの派遣に必要な物資の調達
- ②災害支援責任者の指示による義援金等の調整
- ③災害支援ナース調整責任者の指示による災害支援ナースの派遣準備
- ④派遣に必要な物品の準備
- ⑤派遣交代要員の確保調整
- ⑥活動状況の記録、集計
- ⑦災害支援ナース報告会の開催

(7) 事業部、研修部、在宅支援推進部

- ①総務部の応援
- ②その他必要な事項等

4) 災害支援ナースの派遣・調整

茨城県が被災地となった場合に準じる。茨城県看護協会災害対策本部組織図（県外が被災地となった場合）（図3）、他都道府県が被災地となった場合（図4）

図3 茨城県看護協会災害対策本部 組織図（県外が被災地となった場合）

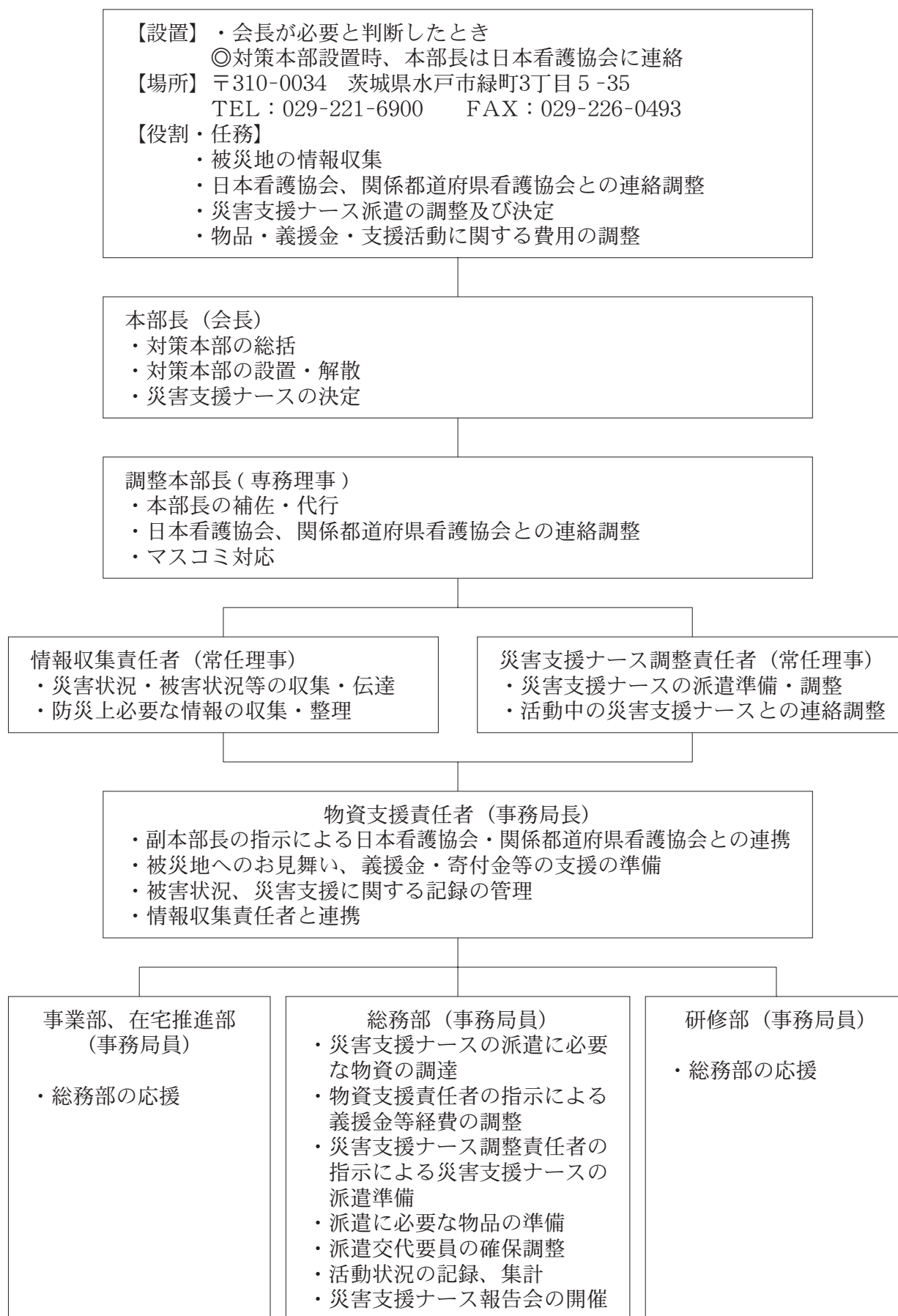
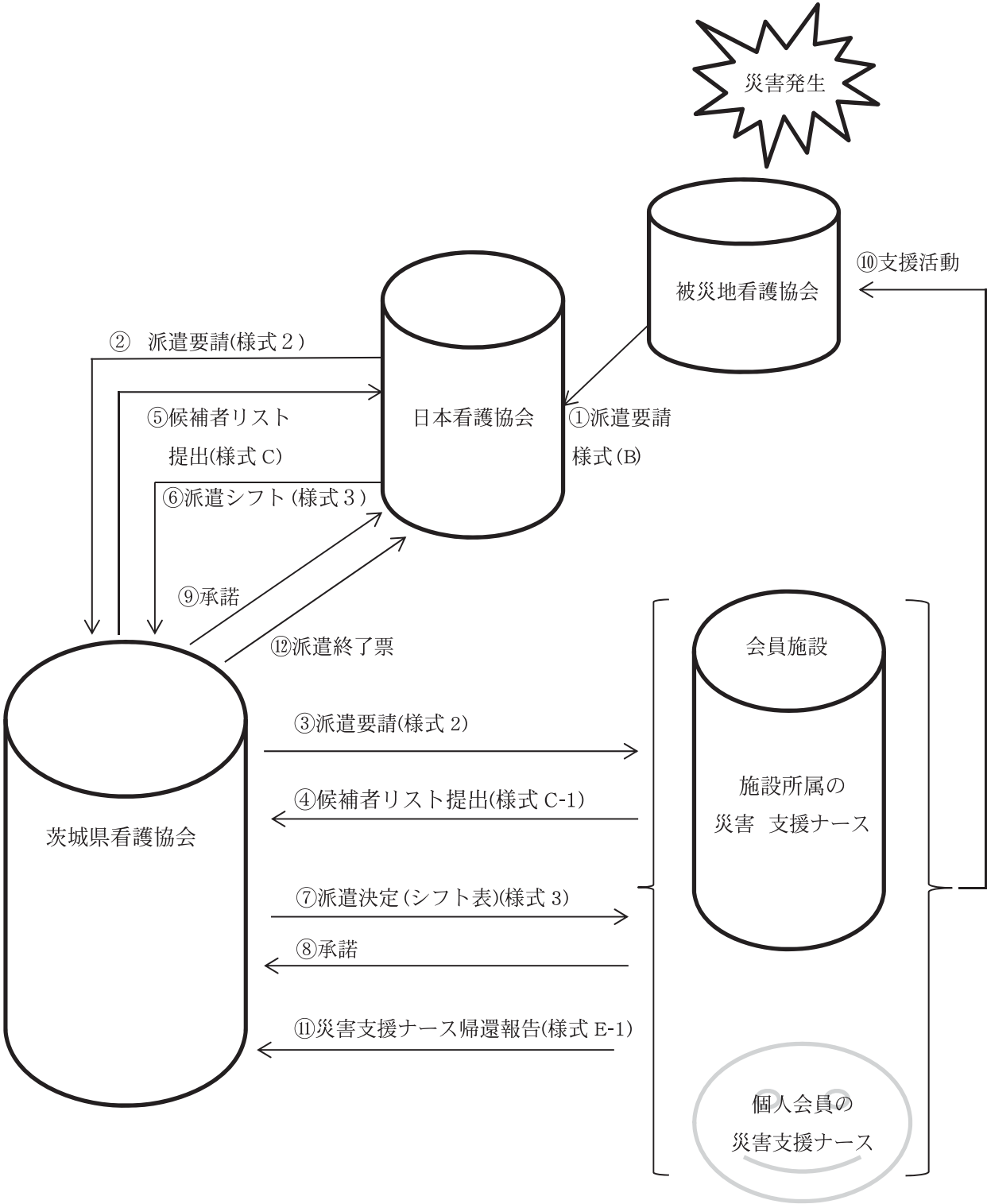


図4 他都道府県が被災地となった場合の災害支援ナースの要請・派遣の流れ



【図 5】 日本看護協会災害支援ナース派遣のしくみ



表 1 災害支援の対応区分

| 災害対応区分                                                                  | 災害支援ナースを派遣する看護協会               | 派遣調整    |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------|
| <b>レベル 1（単独支援対応）</b><br>被災県看護協会のみで看護支援活動が可能な場合                          | 被災県内の災害支援ナースにより支援活動を行う         | 被災県看護協会 |
| <b>レベル 2（近隣支援対応）</b><br>被災県看護協会のみでは活動が困難または不十分であり、近隣県看護協会からの支援が必要な場合    | 被災県看護協会および近隣県看護協会が災害支援ナースを派遣する | 日本看護協会  |
| <b>レベル 3（広域支援対応）</b><br>被災県看護協会および近隣県看護協会のみでは困難または不十分であり、活動の長期化が見込まれる場合 | 全国の都道府県看護協会が災害支援ナースを派遣する       |         |

出典：日本看護協会 災害要領から抜粋 平成26年 4月18日施行

### 第3章 平時の体制

#### I 災害に対する知識・技術の教育

##### 1) 災害看護研修

###### (1) 災害医療と看護（基礎編）

看護職を対象に災害研修に必要な災害医療・看護の基礎知識及び災害発生時の対応から長期的支援について学ぶ。

##### 2) 災害支援ナース育成研修

###### (1) 災害医療と看護（実践編）

日本看護協会「災害支援ナースのための研修シラバス」に準じた研修

災害支援ナースとして活躍するために、災害現場で求められる実践的な知識・技術を、シュミレーションを通して習得する。

###### (2) 災害支援ナースフォローアップ研修

対象：災害支援ナース登録者

目的：災害支援ナースの知識や技術の継続、新しい情報の習得等のため

#### II 災害支援ナースの登録

県看護協会事務局は災害支援ナースの受付と登録管理を行う。

##### 1. 災害支援ナースの心構え

原則、自己完結型支援であり、滞在・移動に必要な食料、日常生活物品の準備、情報獲得、宿泊所確保等の活動に必要な手続きを被災地に依存しない。

被災地の人々の地域での生活を見て、そこで生活する人の価値観を理解したうえで、必要なことは何か、被災者が必要とするニーズは何かをできるだけ早く知り、できること、つまり支援者との調和をいかに保つことができるかが重要な点である。

##### 2. 災害支援ナースの役割

被災者が健康レベルを維持できるように適切な医療・看護を提供する。また、被災した看護職の心身の負担を軽減し支えるよう努める。

##### 3. 災害支援ナースの登録要件

- ①保健師・助産師・看護師・准看護師の資格を有し、県看護協会に加入している。
- ②実務経験5年以上の者
- ③原則として、災害看護に必要な研修を受講している者
- ④施設長の許可を得ること

##### 4. 派遣期間

- 1) 派遣時期：発災後3日以降から1か月間を目安とする。
- 2) 派遣期間：一人の活動期間は、原則として移動時間を含め3泊4日とする。

## 5. 災害支援ナースの派遣の流れ

### 災害時看護支援活動

- 1) 災害看護支援活動フローに沿って、活動する。
- 2) 現地到着前は、県看護協会の指示に従い、現地到着後は、現地担当者の指示に従う。
- 3) 災害看護支援活動報告（資料編）に記載し、県看護協会長へ提出する。

## 6. 災害の経過と必要とされる看護の専門領域

| 災害発生からの時期              | 必要とされる看護内容・援助内容                                                       |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 災害発生～初動<br>(発生直後～3日程度) | 救命救急看護・トリアージ<br>手術室看護・透析看護・外科系看護<br>緊急時看護管理                           |
| 初動～初期対応<br>(3日目～2週間程度) | 内科系看護<br>慢性疾患看護<br>外科系看護                                              |
| 中期対応<br>(数週間～3ヶ月程度)    | 精神看護・地域（在宅含む。）看護・公衆衛生看護<br>社会資源の知識があり活用できる看護職<br>様々な看護領域での活動ができるマルチ看護 |
| 長期対応<br>(3ヶ月以上)        | 地域看護・公衆衛生看護<br>精神看護（アルコール依存症への対応等）<br>母性看護<br>小児看護<br>※派遣者へのケア（精神看護）  |

（日本看護協会出版「災害支援ナースマニュアル」参考）

## 7. 災害支援ナース登録までの流れ

### 1) 登録の手続き

#### (1) 登録方法

- ①登録用紙は、災害支援ナース登録（様式1）を使用する。
- ②登録受付は、県看護協会事務局が統括する。
- ③登録者名簿は、県看護協会事務局で管理・保管する。
- ④登録は更新制とする。更新は、登録証の有効期限内（3年）にフォローアップ研修を受け更新する。なお、更新月日を登録証に貼付する。更新の際は、様式1を記入し提出する。

- ⑤有効期限内に更新が出来なかった者は、登録を無効とする。但し、特別な事情（入院や長期研修）があった者は、1年間の猶予期間を与える
- ⑥登録の変更や、災害支援ナースとして活動できなくなった時は、速やかに県看護協会事務局へ連絡する。（様式2）
- ⑦他の看護協会で災害支援ナースの登録をしている者は、登録変更届を、速やかに県看護協会事務局へ連絡する。（様式2）

## 2）登録内容、登録証の交付

### (1) 登録内容

- ①氏名・性別・年齢・住所・連絡先・緊急連絡先・就業の有無
- ②免許証（保・助・看・准）の種類・免許番号・県協会会員番号
- ③活動できる範囲、得意分野、研修受講の有無

### (2) 登録証の交付

- ①登録者には、登録証を交付する。（様式3）
- ②登録証は、活動時の身分を証明する。

### (3) 登録者の確認

年度当初に県看護協会から、災害支援ナースの所在を確認する通知が、施設長宛てに送付される。会員代表者は、災害支援ナース登録継続の有無を、県看護協会へ返信する。

### (4) 紛失による再交付手続き

登録証紛失の際は、速やかに茨城県看護協会事務局へ連絡し（様式2）を記入し提出する。

表2 災害派遣時の携行品（個人用）

- 荷物は、リュックサック 1 個程度と飲料水・寝袋程度としてください。
- 茨城県看護協会では、表 2 の備品を準備しています。

（表示…個人：個人で準備が必要、協会：協会が準備、※：協会で準備可能なもの）

|         |    |                       |
|---------|----|-----------------------|
| 支援に必要な物 | 個人 | 災害支援ナース登録証            |
|         | 協会 | 災害支援ナースのジャケット・帽子      |
|         | ※  | 血圧計                   |
|         | ※  | 聴診器                   |
|         | ※  | ペンライト                 |
|         | ※  | はさみ                   |
|         | 個人 | 筆記用具（ボールペン、メモ帳）       |
|         | 協会 | 記録用紙                  |
|         | 協会 | バインダー                 |
|         | 個人 | 時計                    |
|         | 個人 | 携帯電話、携帯電話電池式充電器 等     |
|         | 協会 | 軍手                    |
|         | 個人 | ホイッスル                 |
| 生活に必要な物 | 個人 | 健康保険証                 |
|         | 個人 | レインコート                |
|         | 個人 | サバイバルブランケット           |
|         | 協会 | 手回し式充電付ラジオ            |
|         | 個人 | 飲料水・食糧 活動期間中に必要な量     |
|         | 個人 | トイレットペーパー 1 人 1 ロール程度 |
|         | 個人 | 歯ブラシ・マウスウォッシュ         |
|         | 個人 | 汗ふきシート                |
|         | 個人 | お金                    |

（注意事項）

- ・事前に活動場所へ荷物を搬送することはできない。
- ・入浴は不可、更衣も困難が予想されますので、着替えは最小限にすること。
- ・活動場所によって、他に必要な物があるかもしれませんので最低限での準備は各自行うこと。



表3 県看護協会の備品（各10セット）

| 備 品 名                 | 保 有 個 数    |
|-----------------------|------------|
| 電子血圧計                 | 10台        |
| 予備電池各種                | 10セット      |
| 聴診器                   | 10本        |
| 電子体温計                 | 10本        |
| 懐中電灯                  | 10本        |
| ヘルメット                 | 10個        |
| SPO <sub>2</sub> モニター | 10個        |
| 発電式ラジオ                | 10台        |
| マスク（サージカル）            | 10箱（50枚）   |
| ゴム手袋（S・M）             | 各10箱（100枚） |
| ゴム手袋（L）               | 2箱         |
| コンパクトタオル              | 100枚       |
| 軍手                    | 5ダース       |
| 三角巾                   | 100枚       |
| ビニールエプロン              | 10箱（100枚）  |
| ビニールカッパ               | 100枚       |
| 簡易下着（上下）              | 50組        |
| 文房具一式（筆記用具・バインダー）     | 10セット      |
| ハサミ                   | 10丁        |
| 記録用紙                  | 100枚       |
| 擦式手指消毒剤（携帯用）          | 10         |
| アルコール綿（単包）            | 10箱（50枚入り） |
| つば付き帽子（オレンジ）          | 50個        |
| ジャンパー（冬用）             | 50枚        |
| ベスト                   | 100枚       |
| アルミシート                | 100枚       |
| 茨城県看護協会ロゴ入りバック入り1セット  |            |
| 電子血圧計                 | 1台         |
| 聴診器                   | 1本         |
| 電子体温計                 | 1本         |
| 懐中電灯                  | 1個         |
| ペンライト                 | 1個         |
| 文房具一式（筆記用具・バインダー）     | 1セット       |

|                       |      |
|-----------------------|------|
| ハサミ                   | 1 丁  |
| 記録用紙                  | 5 枚  |
| 擦式手指消毒剤（携帯用）          | 1 本  |
| アルコール綿（単包）            | 50 枚 |
| ベスト                   | 1 枚  |
| つば付き帽子（オレンジ）          | 1 個  |
| ヘルメット                 | 1 個  |
| SPO <sub>2</sub> モニター | 1 台  |
| アルミシート                | 1 枚  |

※土浦訪問看護ステーションへ3セット，鹿嶋訪問看護ステーションへ3セット保管する。  
 使用後は協会へ返却し整備する。  
 なお、訪問看護ステーションにて保管する。

#### 参考文献

災害支援ナース派遣要領（平成26年4月18日施行 公益社団法人 日本看護協会）  
 茨城県地域防災計画（平成26年3月） 茨城県防災会議  
 災害救護対応マニュアル、公益社団法人千葉県看護協会、平成26年3月

## 災害に関する用語の定義

### 1. 災害とは

「天災や人災と呼ばれる不測の時に、多くの人々の生命や健康が著しく脅かされる状況」を災害という。災害は、一時的な人命や健康への脅威だけでなく、私的財産や、公的施設が失われたりすることに伴う二次的な生命や健康への脅威を含む。

災害は、大きく自然災害と人為災害とに分けられる。前者は、地震、洪水、火山爆発、台風、津波等が代表的であり、後者は大規模災害、NBC（Nuclear Biological Chemical Disaster：核、生物、化学物質による災害）、テロ、列車事故等があげられる。茨城県では、東海村の原子力発電所を抱えているという特徴から、自然災害と人為災害に加え、原子力災害についても取り扱うことにした。

### 2. 災害医学とは

災害の予防、発生直後の対応策、災害によって発生する健康問題などの解決のために、他の分野の災害援助機関、団体などと、たとえば小児科学、疫学、伝染病学、栄養、公衆衛生、外傷外科、社会医療学、地域医療学、国際的視野での保健衛生学などの分野との協力のもとに行う学問、研究。（S.W.GUNN災害医学用語辞典より）

### 3. 災害看護とは

災害に関する看護独自の知識や技術を、体系的にかつ柔軟に用いるとともに、他の専門分野と協力して、災害の及ぼす生命や健康生活への被害を極力少なくするための活動を展開すること。（日本看護協会）

### 4. 災害支援ネットワークとは

大規模災害発生時に円滑に災害看護支援体制を整え、効果的な支援活動を行うための日本看護協会と被災県看護協会を含む都道府県看護協会との相互連携支援システム。大規模災害が発生した場合、被災県看護協会の要請により、都道府県看護協会に「災害支援ナース」として登録した看護師を、都道府県看護協会と日本看護協会が派遣調整をした上で被災県看護協会に派遣するもので、災害支援ナースは被災地のニーズに応じて柔軟に看護活動を実践する。（図6 日本看護協会災害時支援ネットワークシステム）

### 5. 災害支援ナースとは

看護職能団体の一員として被災した看護職の心身の負担を軽減し支えるよう努めるとともに、被災者が健康レベルを維持できるように、被災地で適切な医療・看護を提供する役割を担う看護職であり、県看護協会に登録されている

災害支援ナースによる災害時の看護支援活動は、自己完結型を基本とする。

# 各種樣式

## 茨城県看護協会 災害支援ナース登録関係様式

様式 1 災害支援ナース登録票

様式 2 災害支援ナース登録・更新申請書

様式 3 災害支援ナース登録変更・中止・紛失届

様式 4 身分証明看護協会登録証

様式 5 災害看護支援活動報告書

## 災害支援ナース登録票

## 登録番号

平成 年 月 日申請

|                  |                                                                                                                 |   |    |                  |    |    |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|------------------|----|----|
| フリガナ             |                                                                                                                 | 男 | 西暦 | 年                | 月  | 日生 |
| 氏名               |                                                                                                                 | 女 |    |                  | 年齢 | 歳  |
| 住所               | 〒                                                                                                               |   |    |                  |    |    |
| 連絡先              | ① FAX<br>② Mail :                                                                                               |   |    |                  |    |    |
| 災害支援ナース活動中の緊急連絡先 | 家族・その他（続柄）<br>① ②                                                                                               |   |    |                  |    |    |
| 就業の有無            | 有 施設名<br>住所<br>電話 FAX                                                                                           |   |    | 無<br>最終離職<br>年 月 |    |    |
| 免許証              | 種類 （ 保 ・ 助 ・ 看 ・ 准 ） 免許 No                                                                                      |   |    |                  |    |    |
| 看護協会員            | 茨城県看護協会会員 NO _____ 日本看護協会会員 No _____<br>所属地区 1 水戸 2 日立 3 常陸太田・ひたちなか 4 鹿行 5 土浦<br>6 つくば 7 取手・竜ヶ崎 8 筑西・下妻 9 古河・坂東 |   |    |                  |    |    |
| 活動できる範囲          | 1 居住地（最寄の）医療救護活動<br>2 居住地（近隣の市町村）医療救護活動<br>3 県内全域の医療救護活動<br>4 県外の被災地の医療救護活動                                     |   |    |                  |    |    |
| 得意分野             | 救急救命処置 外科系 内科系 小児系 産科系 透析 精神科系 その他<br>( )                                                                       |   |    |                  |    |    |
| 研修受講の有無          | 有 （研修名がわかれば記入）<br>無                                                                                             |   |    |                  |    |    |

## 承 諾 書

上記の者を茨城県看護協会災害支援ナースとして承諾することを承認いたします。  
ただし、施設の状況により派遣できない場合があることをご承知おきください。

平成 年 月 日

茨城県看護協会長 様

施設名

施設長



## 災害支援ナース登録・更新申請書

登録番号 No.

記入日 年 月

|                  |                                                                                                   |   |    |                  |   |    |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|------------------|---|----|
| フリガナ             |                                                                                                   | 男 | 西暦 | 年                | 月 | 日生 |
| 氏名               |                                                                                                   | 女 |    |                  |   | 歳  |
| 住所               | 〒                                                                                                 |   |    |                  |   |    |
| 連絡先              | ① FAX<br>① Mail :                                                                                 |   |    |                  |   |    |
| 災害支援ナース活動中の緊急連絡先 | 家族・その他（続柄）<br>① ②                                                                                 |   |    |                  |   |    |
| 就業の有無            | 有 施設名<br>住所<br>電話 FAX                                                                             |   |    | 無<br>最終離職<br>年 月 |   |    |
| 免許証              | 種類 （ 保 ・ 助 ・ 看 ・ 准 ） 免許 No                                                                        |   |    |                  |   |    |
| 看護協会員            | 茨城県看護協会 会員 NO<br>所属地区 1. 水戸 2. 日立 3. 常陸太田・ひたちなか 4. 鹿行 5. 取手・竜ヶ崎<br>6. 土浦 7. つくば 8. 筑西・下妻 9. 古河・坂東 |   |    |                  |   |    |
| 活動できる範囲          | 1 居住地（最寄の）医療救護活動<br>2 居住地以外（近隣の市町村）医療救護活動<br>3 県内全域の医療救護活動<br>4 県外の被災地の医療救護活動                     |   |    |                  |   |    |
| 得意分野             | 救急救命処置 外科系 内科系 小児系 産科系 透析 精神科系 その他                                                                |   |    |                  |   |    |
| 研修受講の有無          | 有 （研修名がわかれば記入）<br>無                                                                               |   |    |                  |   |    |

内容に変更がありましたらご連絡ください。

茨城県看護協会

## 災害支援ナース登録変更・中止・紛失届

施設名：\_\_\_\_\_

登録者氏名：\_\_\_\_\_（登録番号）\_\_\_\_\_

該当する項目の□に✓の印をして、必要事項を記入して下さい。

| 1 |      | □変更                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | □中止 | □紛失 |
|---|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 2 | 変更内容 | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/>氏名      変更後の氏名 [ _____ ]<br/> <input type="checkbox"/>施設名    変更後の施設名 [ _____ ]<br/> <input type="checkbox"/>施設住所   変更後の施設住所 [ _____ ] </div> <div style="text-align: center;"> <div style="font-size: 3em; margin: 0 10px;">{</div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="text-align: center; margin-right: 10px;">〒</div> <div style="text-align: center; margin-right: 10px;">—</div> </div> <div style="font-size: 3em; margin: 0 10px;">}</div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>電話 _____</div> <div>FAX _____</div> </div> |     |     |
| 3 | 中止内容 | <input type="checkbox"/> 退職<br><input type="checkbox"/> 県外への移動<br><input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]<br><br><p style="text-align: center;"><u>*中止の場合は、用紙と共に登録証と一緒に提出して下さい。</u></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |     |
| 4 | 紛失理由 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |     |



## 身分証明看護協会登録証

※ 大きさ たて 5.5 cm×よこ 9 cm

(表)

|               |       |
|---------------|-------|
| 茨城県看護協会       | 災害支援  |
| 災 害 支 援 ナ ー ス | ロゴマーク |
| 登録番号 9 9 9    |       |
| ○ ○ ○ ○       |       |

(裏)

|            |                                                             |
|------------|-------------------------------------------------------------|
| 災害支援ナース登録証 |                                                             |
| 緊急連絡先      | 公益社団法人茨城県看護協会<br>〒310-0034 水戸市緑町 3-5-35<br>TEL 029-221-6900 |
| 氏 名        | ○○○○(職種)                                                    |
| 登録年        | 平成○年                                                        |

## 災害看護支援活動報告書

年 月 日

公益社団法人 茨城県看護協会

会長様

所属

氏名

派遣期間 平成 年 月 日～ 年 月 日迄

災害支援ナースとして下記の通り活動しましたので報告します。

記

| 記入日            | 平成 年 月 日 |
|----------------|----------|
| 活動内容           |          |
| 活動しての<br>意見・感想 |          |

日本看護協会との災害支援ナース派遣調整連絡様式  
(都道府県看護協会から日本看護協会への連絡様式)

様式 A 災害状況連絡票－第( )報

様式 B 災害支援ナース派遣要請票－活動場所( )－第( )報

様式 C 災害支援ナース派遣候補者リスト－第( )報

※記入例①、記入例②、本紙

様式 D 災害支援ナース派遣要請終了票－第( )報

様式 E 災害支援ナース派遣終了票

# 様式 A

(送付枚数：本紙含め 枚) <平成 年 月 日 時 分現在>

|             |       |        |                                                     |
|-------------|-------|--------|-----------------------------------------------------|
| 送<br>信<br>元 | (被災県) | 宛<br>先 | 日本看護協会 会長                                           |
|             | 看護協会  |        | 担当部署：<br>看護開発部 看護業務課                                |
|             | 担当者：  |        | 災害専用 FAX：03-6704-8731<br>電子メール：saigaina@nurse.or.jp |
|             | FAX：  |        |                                                     |

## 災害状況連絡票-第 ( ) 報

災害： について

現時点の被害状況下記のとおりです。

|                                            |       |                                |       |
|--------------------------------------------|-------|--------------------------------|-------|
| <b>1. 県協会の役職員・建物等の被害状況</b>                 |       |                                |       |
| ○建物の被害                                     | 1. なし | 2. あり→被害状況 ( )                 |       |
| ○通信手段の影響                                   | 1. なし | 2. あり→今後の通信手段 (電話・FAX・メール・その他) |       |
| ○設備・備品等の破損                                 | 1. なし | 2. あり                          |       |
| ○ライフラインの障害                                 | 1. なし | 2. あり→被害状況 ( 電気 ・ ガス ・ 水道 )    |       |
| ○役職員の被災                                    | 1. なし | 2. あり→被災状況 ( )                 |       |
| ○業務遂行への影響                                  | 1. なし | 2. あり→影響の程度 ( 全面不可 ・ 一部不可 )    |       |
| <b>2. 会員及び地域からの支援要請</b>                    |       |                                |       |
| ○会員施設からの要請                                 | 1. なし | 2. あり ( )                      | 3. 不明 |
| ○地域からの要請                                   | 1. なし | 2. あり ( )                      | 3. 不明 |
| <b>3. 支援ナースの派遣要否</b>                       |       |                                |       |
| 1. 不要 2. 要 (自県のみで対応) 3. 要 (他県からの支援) 4. 検討中 |       |                                |       |
| <b>4. 交通機関への影響、特記・その他連絡事項</b>              |       |                                |       |
|                                            |       |                                |       |
| ※日本看護協会記入欄 レベル 1 ・ 2 ・ 3 (決定日： 年 月 日)      |       |                                |       |

### 日本看護協会への連絡方法

- ①看護開発部 看護業務課 <災害専用>：(FAX) 03-6704-8731 (TEL) 03-6704-8730  
②電子メール：saigai-na@nurse.or.jp

# 様式B

(送付枚数：本紙含め 枚) <平成 年 月 日 時 分現在>

|             |       |        |                                                     |
|-------------|-------|--------|-----------------------------------------------------|
| 送<br>信<br>元 | (被災県) | 宛<br>先 | 日本看護協会 会長                                           |
|             | 看護協会  |        | 担当部署：<br>看護開発部 看護業務課                                |
|             | 担当者：  |        | 災害専用 FAX：03-6704-8731<br>電子メール：saigaina@nurse.or.jp |
|             | FAX：  |        |                                                     |

## 災害支援ナース派遣要請票-活動場所（ ）-第（ ）報

※活動場所ごとに丸番号を付け、終了まで同じ番号を使用してください。本票は、活動場所ごとに作成してください。

下記のように災害支援ナース派遣を要請いたします。

|                                  |                                              |
|----------------------------------|----------------------------------------------|
| 1. 活動場所（必須）                      | 名称：                                          |
|                                  | 住所：                                          |
|                                  | 電話番号：                                        |
|                                  | 責任者：                                         |
| 2. 支援期間（必須）                      | 平成 年 月 日（ ） ～ 平成 年 月 日（ ）                    |
| 3. 必要人数（必須）                      | 1日あたり 人                                      |
| 4. 現地で連絡をとる相手（必須）                | 氏名：                                          |
|                                  | 所属：                                          |
|                                  | 住所：                                          |
|                                  | 電話番号：                                        |
| 5. 交通ルート                         | ※最も近いターミナル駅から施設の最寄駅、施設所在地への利用可能なルートをご記入ください。 |
| 6. ライフライン                        | 電気・ガス ・水道 ・その他（ ）                            |
| 7. 災害支援ナースへの支援環境                 | 寝具提供： 有 ・ 無 ・ その他（ ）                         |
|                                  | 食事提供： 有 ・ 無 ・ その他（ ）                         |
|                                  | 保清方法：シャワー ・ 清拭 ・ その他（ ）                      |
| 8. その他（特に持ってきた方がよいと思われるもの・注意事項等） |                                              |

### 日本看護協会への連絡方法

- ①看護開発部 看護業務課 <災害専用>：(FAX) 03-6704-8731 (TEL) 03-6704-8730  
②電子メール：saigai-na@nurse.or.jp

式C

平成〇〇年〇月〇日〇時〇分現在

|     |         |               |         |
|-----|---------|---------------|---------|
| 送付元 | 担当者(役職) | 〇〇〇〇(〇〇)      | 〇〇県看護協会 |
|     | TEL     | 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇  |         |
|     | 電子メール   | 〇〇〇@〇〇.〇〇〇.〇〇 |         |

|    |                                |
|----|--------------------------------|
| 宛先 | 日本看護協会 看護開発部 看護業務課<br>担当者      |
|    | FAX: 03-6704-8731              |
|    | TEL: 03-6704-8730              |
|    | 電子メール: saigai-na@nurse. or. jp |



日本看護協会に送信後は、この通し番号を絶対に変えないでください。変更・削除等の場合は、その旨を「変更・削除」欄に明記してください。候補者に追加がある場合は、新しい番号を追加してください。追加送信はシート「記入例②（追加送信の場合）」をご参照ください。

※指導者養成研修とは、H23～H25に日本看護協会主催で実施した災害支援ナースの研修指導者養成を目的とします。

| No | 変更・削除 | 名前    | 所属施設名 | 職能 | 経験年数 | 指導者養成研修修了者 | 交通・宿泊費 | 9/5 | 9/6 | 9/7 | 9/8 | 9/9 | 9/10 | 9/11 | 9/12 | 9/13 | 9/14 | 9/15 | 9/16 | 9/17 | 9/18 |
|----|-------|-------|-------|----|------|------------|--------|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1  |       | 看護 協子 | △△病院  | 看  | 10   | ○          | ○      | ○   | ○   | ○   | ○   |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 2  |       | 災害 太郎 | □□病院  | 看  | 11   | ○          | ○      |     |     | ○   | ○   | ○   | ○    |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 3  |       | 支援 花子 | ○○病院  | 助  | 6    |            |        |     |     |     | ○   | ○   | ○    | ○    | ○    |      |      |      |      |      |      |

【名前】  
姓と名の間はスペースを入れてください。

【指導者養成研修】  
現地での役割分担の参考としますので、災害支援ナース指導者養成研修の受講経験がある場合、○をご記入ください。  
**現在把握されている範囲で**  
ご記入ください。

【交通費・宿泊費】  
本会に請求の場  
合は、○を記入し  
てください。

【日程】  
災害支援ナースの派遣は3泊4日になりますので、連続して4日間以上○を記入してください。

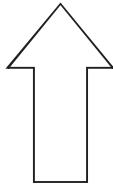
- ① 送信用紙のフォーマットは変えないでください。
- ② 都道府県独自の追記事項がある場合はシートをコピーしてご利用ください。
- ③ 送信はメール添付で、上記アドレス (saigai-na@nurse.or.jp) までお送りください。
- ④ 追加送信される場合は、シート「記入例②(追加送信の場合)」をご確認の上、送信してください。

# 記入例②(追加送信の場合)

## 様式C

<平成〇〇年 〇月 〇日 〇時 〇分現在 >

|         |                |         |  |
|---------|----------------|---------|--|
| 送信元     |                | 〇〇県看護協会 |  |
| 担当者(役職) | 〇〇〇〇(〇〇)       |         |  |
| TEL     | 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇   |         |  |
| 電子メール   | 〇〇〇@〇〇.〇〇〇〇.〇〇 |         |  |



|                              |  |                    |  |
|------------------------------|--|--------------------|--|
| 宛先                           |  | 日本看護協会 看護開発部 看護業務課 |  |
| 担当者                          |  |                    |  |
| FAX: 03-6704-8731            |  |                    |  |
| TEL: 03-6704-8730            |  |                    |  |
| 電子メール: saigai-na@nurse.or.jp |  |                    |  |

## 災害支援ナース派遣候補者リスト-第( 2 )報

日本看護協会に送信後は、この通し番号を絶対に変えないでください。変更・削除等の場合は、その旨を「変更・削除」欄に明記してください。  
候補者に追加がある場合は、新しい番号を追加してください。

※指導者養成研修とは、H23～H25に日本看護協会主催で実施した災害支援ナースの研修指導者養成を目的とするものです。

| No | 変更・削除 | 名前    | 所属施設名 | 職能 | 経験年数 | 指導者養成研修修了者 | 交通・宿泊費 | 9/5 | 9/6 | 9/7 | 9/8 | 9/9 | 9/10 | 9/11 | 9/12 | 9/13 | 9/14 | 9/15 | 9/16 | 9/17 | 9/18 |
|----|-------|-------|-------|----|------|------------|--------|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1  |       | 看護 協子 | △△病院  | 看  | 10   | ○          | ○      | ○   | ○   | ○   | ○   |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 2  | 変更    | 災害 太郎 | □□病院  | 看  | 11   | ○          |        |     |     |     |     |     |      |      |      | ○    | ○    | ○    | ○    |      |      |
| 3  | 削除    | 支援 花子 | 〇〇病院  | 助  | 3.5  |            | ○      |     |     |     |     | ○   | ○    | ○    | ○    |      |      |      |      |      |      |
| 4  |       | 災害 次郎 | ☆☆病院  | 看  | 6    |            | ○      |     |     |     |     | ○   | ○    | ○    | ○    |      |      |      |      |      |      |

【No】  
既に送信している番号に追加をする。  
※例：既に「No」で3まで送信していた場合、次は4から始まる。

【変更・削除】  
変更：既に送信している内容を変更する  
削除：既に送信している内容を全て削除する

例：  
第1報で、3人登録(看護協子さん、災害太郎さん、支援花子さん)  
第2報では、  
①既に送信した看護協子さんの変更なし  
②既に送信した災害太郎さんの派遣可能日程を変更  
③既に送信した支援花子さんの登録を削除  
④1名追加登録(防災次郎さん)





# 様式 D

(送付枚数：本紙含め 枚) <平成 年 月 日 時 分現在>

|             |       |        |                                                     |
|-------------|-------|--------|-----------------------------------------------------|
| 送<br>信<br>元 | (被災県) | 宛<br>先 | 日本看護協会 会長                                           |
|             | 看護協会  |        | 担当部署：<br>看護開発部 看護業務課                                |
|             | 担当者：  |        | 災害専用 FAX：03-6704-8731<br>電子メール：saigaina@nurse.or.jp |
|             | FAX：  |        |                                                     |

## 災害支援ナース派遣要請終了票-第 ( ) 報

災害名：\_\_\_\_\_

下記活動場所への災害支援ナースの派遣要請を終了します。

| 活動場所 | 活動終了予定日      |
|------|--------------|
| ①    | 平成 年 月 日 ( ) |
| ②    | 平成 年 月 日 ( ) |
| ③    | 平成 年 月 日 ( ) |
| ④    | 平成 年 月 日 ( ) |
| ⑤    | 平成 年 月 日 ( ) |

### 日本看護協会への連絡方法

- ①看護開発部 看護業務課 <災害専用>：(FAX) 03-6704-8731 (TEL) 03-6704-8730  
②電子メール：saigai-na@nurse.or.jp

# 様式 E

(送付枚数：本紙含め 枚) <平成 年 月 日 時 分現在>

|             |       |        |                                                     |
|-------------|-------|--------|-----------------------------------------------------|
| 送<br>信<br>元 | (被災県) | 宛<br>先 | 日本看護協会 会長                                           |
|             | 看護協会  |        | 担当部署：<br>看護開発部 看護業務課                                |
|             | 担当者：  |        | 災害専用 FAX：03-6704-8731<br>電子メール：saigaina@nurse.or.jp |
|             | FAX：  |        |                                                     |

## 災害支援ナース派遣終了票

災害名：\_\_\_\_\_

派遣した全ての災害支援ナースの帰還を確認しましたので報告いたします。

### 日本看護協会への連絡方法

- ①看護開発部 看護業務課 <災害専用>：(FAX) 03-6704-8731 (TEL) 03-6704-8730  
②電子メール：saigai-na@nurse.or.jp

日本看護協会との災害支援ナース派遣調整連絡様式  
(日本看護協会から都道府県看護協会への連絡様式)

様式 1 ～ 6

様式 1 災害発生に関する報告書－第( )報

様式 2 災害支援ナース派遣要請－活動場所( )－第( )報

様式 3 災害支援ナース派遣シフト表－活動場所( )－第( )報

様式 4 災害支援ナース派遣決定通知－第( )報

様式 5 災害支援ナース派遣要請終了票

様式 6 災害支援ナース活動終了報告

# 様式 1

(送付枚数：本紙含め 枚) <平成 年 月 日 時 分現在>

|             |                                                      |        |                   |
|-------------|------------------------------------------------------|--------|-------------------|
| 送<br>信<br>元 | 日本看護協会                                               | 宛<br>先 | 各都道府県看護協会<br>会長 様 |
|             | 看護開発部 看護業務課                                          |        |                   |
|             | 担当者：                                                 |        |                   |
|             | 災害専用 FAX：03-6704-8731<br>電子メール：saigai-na@nurse.or.jp |        |                   |

## 災害発生に関する報告書-第 ( ) 報

|       |                    |      |             |
|-------|--------------------|------|-------------|
| 災害発生日 | 平成 年 月 日 ( ) 時 分ごろ |      |             |
| 被災地域  |                    |      |             |
| 災害名   |                    |      |             |
| 被害状況  | 人的被害               | 死者   | 人           |
|       |                    | 行方不明 | 人           |
|       |                    | 重傷   | 人           |
|       |                    | 軽傷   | 人           |
|       | 住家等被害              | 倒壊家屋 | 全壊： 棟 半壊： 棟 |
| 情報源   |                    |      |             |
| 本会の対応 | 【災害レベル】 1・2・3・未定   |      |             |

### 日本看護協会への連絡方法

- ①看護開発部 看護業務課 <災害専用>：(FAX) 03-6704-8731 (TEL) 03-6704-8730  
②電子メール：saigai-na@nurse.or.jp

## 様式 2

(送付枚数：本紙含め 枚) <平成 年 月 日 時 分現在>

|             |                                                      |        |                   |
|-------------|------------------------------------------------------|--------|-------------------|
| 送<br>信<br>元 | 日本看護協会                                               | 宛<br>先 | 各都道府県看護協会<br>会長 様 |
|             | 看護開発部 看護業務課                                          |        |                   |
|             | 担当者：                                                 |        |                   |
|             | 災害専用 FAX：03-6704-8731<br>電子メール：saigai-na@nurse.or.jp |        |                   |

## 災害支援ナース派遣要請-活動場所( )-第( )報

災害名：\_\_\_\_\_

下記の依頼内容をご確認の上、派遣が可能な場合は「様式C：災害支援ナース派遣候補者リスト」に必要事項をご記入のうえ、日本看護協会までご返信ください。

\* 現地の状況により変更されることがあります。

|                                  |                             |
|----------------------------------|-----------------------------|
| 1. 活動場所                          | 名称：                         |
|                                  | 住所：                         |
|                                  | 電話番号：                       |
|                                  | 責任者：                        |
| 2. 支援期間                          | 平成 年 月 日 ( ) ～ 平成 年 月 日 ( ) |
| 3. 必要人数                          | 1日あたり 人                     |
| 4. 現地で連絡をとる相手                    | 氏名：                         |
|                                  | 所属：                         |
|                                  | 住所：                         |
|                                  | 電話番号：                       |
| 5. 交通ルート                         |                             |
| 6. ライフライン                        | 電気 ・ ガス ・ 水道 ・ その他 ( )      |
| 7. 災害支援ナースへの支援環境                 | 寝具提供： 有 ・ 無 ・ その他 ( )       |
|                                  | 食事提供： 有 ・ 無 ・ その他 ( )       |
|                                  | 保清方法： シャワー ・ 清拭 ・ その他 ( )   |
| 8. その他（特に持ってきた方がよいと思われるもの・注意事項等） |                             |

### 日本看護協会への連絡方法

- ①看護開発部 看護業務課 <災害専用>：(FAX) 03-6704-8731 (TEL) 03-6704-8730  
②電子メール：saigai-na@nurse.or.jp



## 様式 4

(送付枚数：本紙含め 枚) <平成 年 月 日 時 分現在>

|             |                                                      |        |                   |
|-------------|------------------------------------------------------|--------|-------------------|
| 送<br>信<br>元 | 日本看護協会                                               | 宛<br>先 | 各都道府県看護協会<br>会長 様 |
|             | 看護開発部 看護業務課                                          |        |                   |
|             | 担当者：                                                 |        |                   |
|             | 災害専用 FAX：03-6704-8731<br>電子メール：saigai-na@nurse.or.jp |        |                   |

## 災害支援ナース派遣決定通知-第( )報

災害名：\_\_\_\_\_

月日、12:00 までにご返信いただいた候補者リスト分について、  
下記のとおり派遣を決定し、当該看護協会に連絡しましたことをお  
知らせいたします。

| 活動場所 | 派遣<br>依頼数 | 派遣決定数 |       |       |       |
|------|-----------|-------|-------|-------|-------|
|      |           | - /   | / - / | / - / | / - / |
| ①    | 人         | 人     | 人     | 人     | 人     |
| ②    | 人         | 人     | 人     | 人     | 人     |
| ③    | 人         | 人     | 人     | 人     | 人     |
| ④    | 人         | 人     | 人     | 人     | 人     |
| ⑤    | 人         | 人     | 人     | 人     | 人     |

ご協力に感謝申し上げます。

### 日本看護協会への連絡方法

- ①看護開発部 看護業務課 <災害専用>：(FAX) 03-6704-8731 (TEL) 03-6704-8730  
②電子メール：saigai-na@nurse.or.jp

## 様式 5

(送付枚数：本紙含め 枚) <平成 年 月 日 時 分現在>

|             |                                                              |        |                    |
|-------------|--------------------------------------------------------------|--------|--------------------|
| 送<br>信<br>元 | 日本看護協会                                                       | 宛<br>先 | 各都道府県看護協会<br>ご担当者様 |
|             | 看護開発部 看護業務課                                                  |        |                    |
|             | 担当者：<br>災害専用 FAX：03-6704-8731<br>電子メール：saigai-na@nurse.or.jp |        |                    |

## 災害支援ナース派遣要請終了票

災害名：\_\_\_\_\_

このたび要請のありました施設につき、すべての派遣が決定しましたので、派遣要請を終了いたします。

皆さまのご協力に、心より感謝申し上げます。

### 日本看護協会への連絡方法

- ①看護開発部 看護業務課 <災害専用>：(FAX) 03-6704-8731 (TEL) 03-6704-8730  
②電子メール：saigai-na@nurse.or.jp



## 様式 6

(送付枚数：本紙含め 枚) <平成 年 月 日 時 分現在>

|             |                                                      |        |                    |
|-------------|------------------------------------------------------|--------|--------------------|
| 送<br>信<br>元 | 日本看護協会                                               | 宛<br>先 | 各都道府県看護協会<br>ご担当者様 |
|             | 看護開発部 看護業務課                                          |        |                    |
|             | 担当者：                                                 |        |                    |
|             | 災害専用 FAX：03-6704-8731<br>電子メール：saigai-na@nurse.or.jp |        |                    |

## 災害支援ナース活動終了報告

災害名：\_\_\_\_\_

標記災害における災害支援ナース全員の帰還が確認され、活動は全て終了いたしました。

災害支援ナースの派遣実績は以下の通りです。被災県を除き、\_\_\_\_\_の都道府県看護協会より、総計 \_\_\_\_\_名の候補者リストをお送りいただきました。

多大なるご支援・ご協力に心より感謝申し上げます。

| 活動場所 | 派遣期間  | 派遣人数 |
|------|-------|------|
| ①    | / ~ / | 名    |
| ②    | / ~ / | 名    |
| ③    | / ~ / | 名    |
| ④    | / ~ / | 名    |
| ⑤    | / ~ / | 名    |
| 延人数  |       | 名    |

### 日本看護協会への連絡方法

- ①看護開発部 看護業務課 <災害専用>：(FAX) 03-6704-8731 (TEL) 03-6704-8730  
②電子メール：saigai-na@nurse.or.jp

日本看護協会との災害支援ナース派遣調整連絡様式  
(茨城県看護協会から施設への連絡様式)

- 1 災害支援ナース派遣候補者リスト 茨災－様式 1
- 2 災害支援ナース派遣候補者リスト決定通知 茨災－様式 2

# 茨災一様式 1

※送付状 不要

## 【送信元】

施設名 \_\_\_\_\_  
 担当者氏名 \_\_\_\_\_ 様  
 FAX \_\_\_\_\_



## 【送信先】

茨城県看護協会  
 FAX 029-226-0493

## 災害支援ナース派遣候補者リスト

| No | 災害ナース<br>登録番号 | 氏名 | ふりがな | 職<br>能 | 経験<br>年数 | 管理者<br>経験 | 労災<br>適用 | 派遣<br>期間 |
|----|---------------|----|------|--------|----------|-----------|----------|----------|
| 1  |               |    |      |        |          |           |          | / ~ /    |
| 2  |               |    |      |        |          |           |          | / ~ /    |
| 3  |               |    |      |        |          |           |          | / ~ /    |
| 4  |               |    |      |        |          |           |          | / ~ /    |
| 5  |               |    |      |        |          |           |          | / ~ /    |
| 6  |               |    |      |        |          |           |          | / ~ /    |
| 7  |               |    |      |        |          |           |          | / ~ /    |
| 8  |               |    |      |        |          |           |          | / ~ /    |
| 9  |               |    |      |        |          |           |          | / ~ /    |
| 10 |               |    |      |        |          |           |          | / ~ /    |

- 1) 名前の欄には、候補者氏名をお書きください。
- 2) 職能の欄には、保健師なら「保」、助産師なら「助」、看護師なら「看」、准看護師なら「准」とお書きください。
- 3) 経験年数の欄には、実務経験年数を数字でお書きください。
- 4) 管理者経験欄には、看護師長以上の看護管理の経験がある場合に、○をお書きください。
- 5) 労災適用の欄には、災害支援ナース派遣時に貴施設において、労災適用の可否について、適用可能であれば、○をお書きください。  
 労災適用については、貴施設において十分にご確認のうえご記入をお願いいたします。  
 災害支援ナースの身分保障として、日本看護協会および茨城県看護協会は、損保に加入し、身分保障をいたします。
- 6) 派遣期間の欄には、派遣できる期間をお書きください。災害派遣の期間は、移動期間を含む原則 3 泊 4 日になります。

## 茨災一様式 2

### 【送信元】

茨城県看護協会

FAX 029-226-0493



### 【送信先】

施設名 \_\_\_\_\_  
 担当者氏名 \_\_\_\_\_ 様  
 FAX \_\_\_\_\_

## 災害支援ナース派遣候補者リスト決定通知

平成 年 月 日 時 分、日本看護協会より下記のとおり、貴所属災害支援ナースの派遣決定について報告がありましたのでお知らせいたします。

### 記

| 日本看護協会 No | 氏名 | 派遣先施設名 | ライフライン状況等         | 派遣期間  |
|-----------|----|--------|-------------------|-------|
|           |    |        | 様式 2 活動場所 第( )報参照 | / ~ / |
|           |    |        | 様式 2 活動場所 第( )報参照 | / ~ / |
|           |    |        | 様式 2 活動場所 第( )報参照 | / ~ / |
|           |    |        | 様式 2 活動場所 第( )報参照 | / ~ / |

### 【災害支援ナースの方へ】

- 1) 派遣先のライフライン状況等は、別紙にてご確認ください。
- 2) 集合場所・時間 派遣期間第1日目 9時00分 茨城県看護協会1階「和み」
- 3) 災害物品の貸し出しについて

下記のセットを貸出しいたします。

- ①災害支援用バック(肩掛け・リュックサック両用) ②ベスト、帽子(オレンジ)
- ③電子血圧計 ④電子体温計 ⑤聴診器 ⑥ウェットティッシュ
- ⑦サージカルマスク 5枚 ⑧ゴム手袋(L×2、S×2)
- ⑨軍手(ゴムつき、ゴムなし各1) ⑩ビニールエプロン 5枚
- ⑪三角巾 3枚 ⑫懐中電灯(替電池単3-2個) ⑬タオル 2枚
- ⑭筆記用具(ノート型付箋紙 50枚、ボールペン 1本、マジック、セロハンテープ)
- ⑮トリアージタック 10枚

茨城県看護協会 行き (FAX : 029-226-0493)  
(Mail : ibakango@olive.ocn.ne.jp)

| 災害時情報連絡用紙              |             |     |      |                |      |
|------------------------|-------------|-----|------|----------------|------|
| 施設名                    |             |     |      |                |      |
| 連絡日時                   | 年           | 月   | 日    | AM・PM          | 時 分  |
| 連絡者氏名                  |             |     |      |                |      |
| 被害状況等                  |             |     |      |                |      |
| 電 話                    | 可・不可        | FAX | 可・不可 | インターネット<br>メール | 可・不可 |
| 人的被害の<br>状況            |             |     |      |                |      |
| 施設や<br>ライフライン<br>被害の状況 |             |     |      |                |      |
| 看護協会への<br>要望事項         |             |     |      |                |      |
| 今後の問合せ先                | 担当者所属・氏名    |     |      |                |      |
|                        | 通信可能電話番号    |     |      |                |      |
|                        | 通信可能 FAX 番号 |     |      |                |      |
|                        | 通信可能メールアドレス |     |      |                |      |

# 様式 A

(送付枚数：本紙含め 枚) <平成 年 月 日 時 分現在>

|             |      |        |                                     |
|-------------|------|--------|-------------------------------------|
| 送<br>信<br>元 | 施設名  | 宛<br>先 | 茨城県看護協会 会長                          |
|             | 担当者： |        |                                     |
|             | FAX： |        | 電話 029-221-6900<br>Fax 029-226-0493 |

## 災害状況連絡票-第 ( ) 報

災害： について

現時点の被害状況下記のとおりです。

|                               |       |                                |        |
|-------------------------------|-------|--------------------------------|--------|
| <b>1. 県協会の役職員・建物等の被害状況</b>    |       |                                |        |
| ○建物の被害                        | 1. なし | 2. あり→被害状況 ( )                 |        |
| ○通信手段の影響                      | 1. なし | 2. あり→今後の通信手段 (電話・FAX・メール・その他) |        |
| ○設備・備品等の破損                    | 1. なし | 2. あり                          |        |
| ○ライフラインの障害                    | 1. なし | 2. あり→被害状況 (電気：可 不可 ・水道：可 不可 ) |        |
| ○役職員の被災                       | 1. なし | 2. あり→被災状況 ( )                 |        |
| ○業務遂行への影響                     | 1. なし | 2. あり→影響の程度 ( 全面不可 ・ 一部不可 )    |        |
| <b>2. 会員及び地域からの支援要請</b>       |       |                                |        |
| ○会員施設からの要請                    | 1. なし | 2. あり ( )                      | 3. 不明  |
| ○地域からの要請                      | 1. なし | 2. あり ( )                      | 3. 不明  |
| <b>3. 支援要請</b>                |       |                                |        |
| ○物資の送付                        | 1. 不要 | 2. 要                           | 3. 検討中 |
| ○災害支援ナースの派遣                   | 1. 不要 | 2. 要                           | 3. 検討中 |
| <b>4. 交通機関への影響、特記・その他連絡事項</b> |       |                                |        |
|                               |       |                                |        |

### 茨城県看護協会への連絡方法

- ①事務局 (FAX) 029-226-0493 (TEL) 029-221-6900  
②電子メール：ibakango@olive.ocn.ne.jp

## 様式B

(送付枚数：本紙含め 枚) <平成 年 月 日 時 分現在>

|             |      |        |                                     |
|-------------|------|--------|-------------------------------------|
| 送<br>信<br>元 | 施設名  | 宛<br>先 | 茨城県看護協会 会長                          |
|             | 担当者： |        |                                     |
|             | FAX： |        | 電話 029-221-6900<br>Fax 029-226-0493 |

## 災害支援ナース派遣要請票-活動場所（ ）-第（ ）報

※活動場所ごとに丸番号を付け、終了まで同じ番号を使用してください。

本票は、活動場所ごとに作成してください。

下記のように災害支援ナース派遣を要請いたします。

|                                  |                                              |
|----------------------------------|----------------------------------------------|
| 1. 活動場所（必須）                      | 名称：                                          |
|                                  | 住所：                                          |
|                                  | 電話番号：                                        |
|                                  | 責任者：                                         |
| 2. 支援期間（必須）                      | 平成 年 月 日（ ）～平成 年 月 日（ ）                      |
| 3. 必要人数（必須）                      | 1日あたり 人                                      |
| 4. 現地で連絡をとる相手（必須）                | 氏名：                                          |
|                                  | 所属：                                          |
|                                  | 住所：                                          |
|                                  | 電話番号：                                        |
| 5. 交通ルート                         | ※最も近いターミナル駅から施設の最寄駅、施設所在地への利用可能なルートをご記入ください。 |
| 6. ライフライン                        | ・電気使用：可 不可 ・水道：可 不可 ・ガス：可 不可<br>・その他（ ）      |
| 7. 災害支援ナースへの支援環境                 | 寝具提供： 有 ・ 無 ・その他（ ）                          |
|                                  | 食事提供： 有 ・ 無 ・その他（ ）                          |
|                                  | 保清方法： ・シャワー ・清拭 ・その他（ ）                      |
| 8. その他（特に持ってきた方がよいと思われるもの・注意事項等） |                                              |

### 茨城県看護協会への連絡方法

- ①事務局 (FAX) 029-226-0493 (TEL) 029-221-6900  
②電子メール：ibakango@olive.ocn.ne.jp

# 災害支援ナース派遣に関する協定書

公益社団法人茨城県看護協会（以下「甲」という）と公益社団法人日本看護協会（以下「乙」という）とは、災害支援ナース派遣について次の通り協定（以下「本協定」という）を締結する。

## 第1章 総 則

### （目的）

第1条 本協定は、乙の危機管理基本規程に基づく「災害支援ナース派遣要領」（以下「派遣要領」という）に準拠し、派遣要領に規定する災害支援ナースの派遣を実現するための都道府県看護協会と乙の相互連携に関する基本的事項を定めるものとする。

### （基本理念）

第2条 災害支援ナースの派遣は、都道府県看護協会の会員である看護職による自己完結型の看護支援活動を前提とするものであり、甲は、効果的な災害時支援体制を整えるために、乙及び他の都道府県看護協会と連携をとりながら本協定に基づく支援対応を行う。

### （個別事項等）

第3条 本協定に定めるほか、災害支援ナース派遣に関する個別事項その他本協定に定めなき事項については、派遣要領において定めるところによるものとする。

## 第2章 災害支援ナースの登録及び管理

### （災害支援ナースの募集）

第4条 甲は、災害支援ナースの周知および募集につとめ、災害看護研修修了者等を対象に、災害支援ナースの登録を推進する。

2 甲は、災害看護関連研修等を開催し、災害発生時に災害看護活動に従事できる看護職を育成するよう努める。

### （災害支援ナースの登録及び管理）

第5条 甲は、災害支援ナース登録名簿を作成し、甲の会員である看護職のうち、災害時に被災地に派遣することのできる看護職を、災害支援ナースとして登録する。但し、甲は、登録に際し、登録対象となる看護職に対して、派遣要領及び本協定所定の条



件（派遣時の補償条件を含む）、災害支援ナースの身分（所属施設との関係を含む）その他災害支援ナースについて適切な説明を行い、同意を得なければならない。

- 2 災害支援ナース登録にかかる登録要件、登録取消事由、登録期間その他の条件等については、派遣要領及び本協定に定めるところによるものとする。
- 3 甲は、災害支援ナース登録にかかる情報について、正確かつ最新の内容に保つよう努める。
- 4 甲は、甲の責任において災害支援ナースの登録及び管理に関する事務を行うものとし、苦情、紛争等が生じた場合にはその解決の任にあたる。

（登録情報等の提供）

第6条 甲は、乙の求めに応じて、災害支援ナースの登録人数その他必要な情報を乙に提供する。

### 第3章 災害時の支援対応体制

（支援対応区分の決定）

- 第7条 甲は、所在する都道府県が被災した場合、災害支援ナース派遣の可否を判定し、派遣要領に従って乙に対して通知及び情報提供を行う。
- 2 乙は、災害発生時、甲からの通知又は乙の裁量に基づき、派遣要領所定の支援対応区分を決定し、必要な都道府県看護協会に対して通知を行う。但し、乙は、状況の変化等の諸事情に鑑み、乙の裁量において支援対応区分の変更決定及び変更通知を行うことができる。

（支援対応体制）

第8条 甲及び乙は、乙が決定した派遣要領所定の支援対応区分に応じて、以下の各号の体制を整えるものとする。

（1） レベル1（単独支援対応）

甲は、当該災害における支援対応の拠点として必要な体制を整え、乙は、甲との連絡その他に関する担当者を配置する。

（2） レベル2（近隣支援対応）及びレベル3（広域支援対応）

甲は、乙からレベル2又はレベル3の通知を受けた場合、所在する都道府県の被災の有無にかかわらず、乙との連絡その他に関する担当者を配置し、乙は、当該災害における支援対応の拠点として、危機対策本部を設置する。

- 2 甲又は乙の担当者の配置、及び乙の危機対策本部等に関する具体的事項は、派遣要領に定めるところによるものとする。

## 第4章 災害支援ナースの派遣

### (派遣の実施)

第9条 甲は、乙が決定した支援対応区分に従って、以下のとおり災害支援ナースの派遣を実施することにより、災害時支援対応を行うものとする。

(1) レベル1

甲は、派遣要領及び本協定に従い、甲の裁量と責任において甲に登録された災害支援ナースの派遣を実施する。

(2) レベル2及びレベル3

甲は、乙からレベル2又はレベル3の通知を受けた場合、所在する都道府県の被災の有無にかかわらず、派遣要領及び本協定に従い、乙の要請によって甲に登録された災害支援ナースの派遣を実施する。なお、乙の要請にかかる災害支援ナースの派遣については、乙がその責任を負うものとする。

- 2 災害支援ナースの派遣に際し、行政又は関係諸機関（当該災害支援ナースの所属施設を含む）と調整する必要がある場合、甲は、甲の裁量と責任において必要な調整を行うものとし、乙は、甲の調整結果に基づき、前項(2)所定の災害支援ナース派遣要請を行うものとする。
- 3 甲及び乙は、災害支援ナース派遣に際し、災害支援ナースとの連絡体制を協議して決定し、連絡情報を共有するものとする。

### (派遣の条件)

第10条 甲は、災害支援ナースを、必要な物資等について被災地に依存せず自己責任において活動する看護職能団体の一員として派遣する。

- 2 災害支援ナースの活動時期は、発災後3日目以降から1か月間を目安とし、災害支援ナース1名あたりの派遣期間は、原則として、移動時間を含め3泊4日とする。
- 3 乙は、レベル2又はレベル3の場合、乙の要請に基づく災害支援ナースの派遣に対しては、乙の旅費規程に従って、甲に対して、甲に登録された災害支援ナースの活動に係る交通・宿泊費の実費及び日当を支給する。
- 4 災害支援ナースの派遣に際し、前項以外に発生する経費については、甲の裁量と責任において、甲又は災害支援ナースのいずれの負担とするかを定めるものとする。

### (事故補償)

第11条 災害支援ナースの派遣及び災害支援ナースの活動にあたり、災害支援ナース本人又

は第三者に損害が発生した場合、甲又は乙の責めに帰すべき場合を除き、甲及び乙はその責任を負わないものとする。但し、乙は、レベル2及びレベル3における乙の要請にかかる災害支援ナースの派遣に対して、乙の裁量による保険に加入し、当該保険の範囲内で災害支援ナースの損害を補償する。また、甲は、甲の裁量と責任において必要な保険に加入し、当該保険の範囲内で災害支援ナースの損害を補償することができる。

- 2 甲は、災害支援ナースに対して、前項の保険以外に甲又は乙による補償はないことを事前に十分説明し、同意を得なければならない。

(協定の有効期間)

第12条 本協定の有効期間は、締結後1年間とする。

(協定の自動更新)

第13条 本協定は、期間満了の3カ月前までに甲乙いずれかから文書をもって終了する旨の通告がないときは、本協定書と同一条件で自動的に1年間更新する。

(締結内容の変更)

第14条 本協定の内容について、追加・削除その他変更する必要がある際には、甲乙協議のうえ決定する。

以上を証するため、本協定書を2通作成し、甲及び乙はそれぞれ記名押印の上、各1通を保有するものとする。

平成26年7月1日

甲：茨城県水戸市緑町3-5-35  
公益社団法人 茨城県看護協会  
会 長 村 田 昌 子

乙：東京都渋谷区神宮前5-8-2  
公益社団法人 日本看護協会  
会 長 坂 本 す が

# 四師会による災害時の医療救護活動に関する協定書

平成26年 3 月

|        |               |
|--------|---------------|
| 一般社団法人 | 茨 城 県 医 師 会   |
| 公益社団法人 | 茨城県歯科医師会      |
| 公益社団法人 | 茨 城 県 薬 剤 師 会 |
| 公益社団法人 | 茨 城 県 看 護 協 会 |

## 四師会による災害時の医療救護活動に関する協定書

一般社団法人茨城県医師会（以下「甲」という。）、公益社団法人茨城県歯科医師会（以下「乙」という。）、公益社団法人茨城県薬剤師会（以下「丙」という。）、公益社団法人茨城県看護協会（以下「丁」という。）（以下「四師会」という。）は災害時の医療救護活動について、次のとおり協定する。

### （目 的）

第1条 この協定は、災害対策基本法（以下「法」という。）及び茨城県地域防災計画（以下「防災計画」という。）に基づいて、四師会が行う災害時の医療救護活動の連携協力に関し、必要な事項を定めることを目的とする。

### （医療救護班の派遣）

第2条 甲は、法及び防災計画に基づき、大地震や風水害等の災害が発生した場合には、乙、丙及び丁と協議のうえ、医療救護班を派遣するものとする。

2 前項の規定に基づき派遣される医療救護班（Japan Medical Association Team茨城（JMA T茨城））は、医師及び歯科医師、薬剤師、看護師、事務職員で編成するものとする。

### （医療救護活動）

第3条 甲は、災害発生時、医療救護活動を実施する上で必要があると認めた場合には、乙、丙及び丁に対し、医療救護班の要員の派遣を要請するものとする。

2 乙、丙及び丁は、前項の規定により、甲から要請を受けた場合には、直ちに医療救護班の編成に必要な要員を派遣し、救護所等において医療救護活動に従事させるものとする。

3 乙、丙及び丁は、緊急やむを得ない事情により、甲の要請を受ける前に医療救護活動に従事する要員を派遣した場合には、速やかに甲に報告するものとする。この場合において、乙、丙及び丁が派遣した要員は、甲の要請に基づき派遣したものとみなすものとする。

4 茨城県からの要請により、前3項の規定に基づき甲と乙、丙及び丁が派遣した医療救護班については、茨城県と甲が平成6年4月18日付で締結した「災害時の医療救護についての協定」第3条の規定に基づき派遣したものとみなすものとする。なお、緊急やむを得ない事情により、茨城県からの要請によらず医療救護班を派遣し、事後に茨城県の承認を得た場合も同様とする。

### （災害医療救護計画）

第4条 甲は、前条の規定による医療救護活動を行うため、乙、丙及び丁と協議のうえ、災害医療救護計画を策定するものとする。

2 前項に定める災害医療救護計画は、次の各号に掲げる事項について定めるものとする。

（1）医療救護班の編成

- (2) 医療救護班の活動計画
- (3) 四師会と茨城県等関係機関との通信連絡計画
- (4) 指揮系統
- (5) 医薬品及び医療資機材等の確保
- (6) 訓練計画
- (7) その他必要な事項

(医療救護班の業務)

第5条 四師会が派遣する医療救護班は、茨城県又は市町村が設置する救護所等において、医療救護活動を行うものとする。

2 災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team（DMAT））到着前の超急性期医療の業務は、次のとおりとする。なお、医療救護班は、災害派遣医療チームが救護所等に派遣された場合には、その指揮のもとで医療救護活動に従事するものとする。

- (1) 被災者の症状判別
- (2) 傷病者に対する応急処置の実施及び医療の提供
- (3) 傷病者の医療機関への転送の要否及び転送の順位の決定
- (4) 被災者の死亡の確認（必要がある場合には死体の検案）

3 災害派遣医療チーム撤退後の慢性期医療業務は、次のとおりとする。

- (1) 要援護者、要支援者への医療の提供及び健康管理、健康支援
- (2) 医薬品等の安定供給の確保
- (3) 救護所等における公衆衛生対策、感染症対策、日常診療の支援、精神衛生対策等こころのケア・支援

(医療救護班に対する指揮等)

第6条 四師会が派遣する医療救護班における医療救護活動に関する指揮及び連絡調整は、甲が指定する者が行うものとする。

2 前項の規定により、甲の指定を受けた者は、乙、丙及び丁が派遣する医療救護班の要員の意見を尊重して指揮及び連絡調整を行うものとする。

(医療救護班の輸送)

第7条 甲は、救護所等における医療救護活動が円滑に実施できるよう、医療救護班の輸送について、茨城県と連携して必要な措置をとるものとする。

(医薬品等の供給)

第8条 四師会が派遣する医療救護班が使用する医薬品等については、医療救護班の要員として派遣された者が携行するもののほか、甲が供給について必要な措置をとるものとする。

(医療費)

第9条 救護所等における医療費は、無料とする。

2 患者が転送された医療機関における医療費は、原則として患者負担とする。



(訓 練)

第10条 四師会は、災害に備えて合同訓練を行うものとする。

(費用弁償等)

第11条 四師会が派遣した医療救護班が医療救護活動に従事した場合において必要な次の費用は、甲が負担するものとする。

(1) 医療救護班の編成及び派遣に必要な費用

(2) 医療救護班が携行した医薬品等を使用した場合の経費

(3) 医療救護班員が医療救護活動において負傷し、疾病にかかり又は死亡した場合の扶助金

2 茨城県の要請による医療救護活動に係る前項の費用は、協定第9条に基づき茨城県へ求償する。なお、緊急やむを得ない事情により、茨城県からの要請によらず医療救護班を派遣し、事後に茨城県の承認を得た場合も同様とする。

(市町村及び四師会との調整)

第12条 甲は、法及び市町村地域防災計画等に基づき市町村が実施する医療救護活動が円滑に実施されるよう、この協定に準じ、乙、丙及び丁の協力を得て、市町村に対し必要な調整を行うものとする。

(個別協定の運用)

第13条 四師会が、別に茨城県との間で締結した協定に基づき、災害時に派遣を求められた場合の対応については、当該協定に定めるところによる。

(細 目)

第14条 この協定に定めるもののほか、この協定を実施するために必要な事項については、四師会で別に協議して定める。

(疑義の解決)

第15条 この協定に定める事項に関し疑義が生じた場合又はこの協定に定めのない事項で必要がある場合は、四師会で協議して定める。

(有効期間)

第16条 この協定の有効期間は、協定締結の日から起算して1年間とする。ただし、この協定の有効期間満了の日の1ヶ月前までに、甲、乙、丙及び丁から何らかの申し出がないときは、有効期間満了の日の翌日からさらに1年間延長されるものとし、以後も同様とする。

この協定の締結を証するため、本書4通を作成し、甲、乙、丙及び丁記名押印の上、各1通を保有する。

平成26年3月7日

- 甲 水戸市笠原町489  
一般社団法人茨城県医師会  
会 長 小 松 満
- 乙 水戸市見和2-292-1  
公益社団法人茨城県歯科医師会  
会 長 森 永 和 男
- 丙 水戸市笠原町978-47  
公益社団法人茨城県薬剤師会  
会 長 根 本 清 美
- 丁 水戸市緑町3-5-35  
公益社団法人茨城県看護協会  
会 長 村 田 昌 子



## おわりに

本マニュアルについては、災害看護委員会で検討され、日本看護協会、他都道府県看護協会のマニュアル等を参考に作成したものです。

この「災害支援マニュアル」は、会員施設及び関係機関、災害支援ナース登録者の方に送付しております。

なお、本マニュアルは、今後の状況において加除修正を行っていきたいと思います。お気づきの点がありましたら、当協会にご連絡下さいますようお願いいたします。

## 編集委員

＜公益社団法人茨城県看護協会 災害看護委員会＞

|     |         |                      |
|-----|---------|----------------------|
| 委員長 | 赤 上 由利子 | 県西総合病院               |
|     | 磯 山 由紀子 | なめがた地域総合病院           |
|     | 印 出 恵 子 | 古河赤十字病院              |
|     | 大久保 純 子 | 総合病院土浦協同病院           |
|     | 佐 藤 和 彦 | 独立行政法人国立病院機構水戸医療センター |
|     | 柴 山 清 美 | 茨城県鉾田保健所             |
|     | 滝 田 薫   | 水戸赤十字病院              |
|     | 原 田 万理子 | (株)日立製作所ひたちなか総合病院    |
| 事務局 | 山 本 かほる | 公益社団法人茨城県看護協会担当役員    |
|     | 宮 川 泰 子 | 〃 災害支援担当             |

## 茨城県看護協会 災害支援マニュアル

平成19年3月1日 初版発行  
平成27年6月10日 第2版発行（改訂）

発行者：公益社団法人茨城県看護協会  
会長 村 田 昌 子  
水戸市緑町3-5-35  
Tel 029-221-6900  
Fax 029-226-0493