

青森県看護協会災害看護要綱

青森県看護協会災害看護マニュアル

公益社団法人青森県看護協会

令和 2 年 6 月（一部改訂）



# 公益社団法人青森県看護協会災害看護マニュアル

## I 看護協会の災害時支援体制

### 1. 災害支援の基本的考え方

青森県看護協会及び日本看護協会災害支援ネットワークシステムに基づく災害支援の考え方は、災害支援ナースが原則として災害発生後3日から1カ月の期間に、以下の役割を担うものでその活動形態は自己完結型を基本とする。

- (1) 被災地の医療施設看護職員のレスパイト(休息)のための交代要員
- (2) 社会福祉施設・避難所・福祉避難所における、被災者への看護・健康管理等の生活支援
- (3) その他現場で必要と判断されること

### 2. 青森県看護協会災害支援本部（以下、「災害支援本部」という。）

#### (1) 設置手順

- ①災害支援本部設置基準相当の災害が発生した際、専務理事は協会長に連絡をする。
- ②協会長は、専務理事に災害支援本部構成メンバーの招集を指示する。
- ③休日もしくは就業時間外で職員招集が必要な場合や、緊急の連絡事項発生時は、青森県看護協会緊急連絡網にて連絡を行う。
- ④協会長は災害支援本部を設置する。
- ⑤協会長は、災害の復旧と災害活動の状況を判断し、活動の中止・終了を指示するとともに、災害支援本部の解散を宣言する。

#### (2) 構成メンバーと役割

本部長	青森県看護協会会長	災害支援本部総責任者
副本部長	専務理事	本部長不在時の代行・本部長補佐 行政・JMAT青森との連絡責任者・ マスコミ対応
	事業課担当専務理事	災害支援ナース派遣に関する責任者 災害支援ナース派遣調整及び受け入れ 準備
	教育研修課担当専務理事	本部長及び副本部長を補佐し、不在時 の対応、研修に関わること
	事務長	災害情報の入手・報告、災害支援活動 にかかる本部の記録

本部職員	事業課長	派遣ナースとの連絡調整・派遣、 必要物品準備・送付
	総務課長	経理に関すること、物品の補充
	教育研修課長	研修に関わる調整
	課 員	各課長の補佐

## 《用語の定義》

本文において、使用する用語の定義は、以下のとおりとする。

- ①災害看護：災害に関する看護独自の知識や技術を体系的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（日本看護協会災害看護マニュアル）。
- ②災害の範囲：地震、風水害等によっておこるわざわい。また、それによる被害
- ③自己完結型：指示待ちではなく、自主的に活動することを基本姿勢とし、個人レベルや、チームにおいて看護活動の目的達成に必要な身支度や物資の準備をし、任務を遂行する。

## II. 災害支援ナースに関する事項

### 1. 災害支援ナースとは

青森県看護協会に登録し、看護職能団体の一員として被災地に派遣される看護職をいう。

### 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、支援するよう努める。

### 3. 派遣基準

災害支援ナースの派遣は、災害規模に従い次の段階で実施する。

- レベル1** 被災県看護協会のみで活動が可能な場合は、被災者県内の災害支援ナースにより支援活動を行う。
- レベル2** 大規模災害で、被災県看護協会への支援が必要な場合は、まず被災県近隣の看護協会が災害支援ナース等の支援を行う。
- レベル3** 近隣県看護協会の支援に限界がある場合や支援活動が長期化する場合には、その他の都道府県看護協会も支援を行う。

\* 支援調整は、レベル1は被災県看護協会、レベル2・3は日本看護協会が行う。

### 4. 災害支援ナースの登録条件

- (1) 青森県看護協会会員であること。

- (2) 実務経験5年以上であること。
- (3) 災害看護研修(※1)を受講していること。
- (4) 施設長(所属長)の承諾があること。但し、施設に所属していない看護職の参加を妨げるものではない。

※1＝青森県看護協会(基礎編、実務編)及び日本看護協会での災害看護研修等

## 5. 災害支援ナースの登録のながれ

- (1) 災害支援ナース登録届・同意書・承諾書・保険の同意書(青・様式12)に必要な事項を記入(施設に所属していない看護職は登録届の部分のみ)のうち、青森県看護協会長に提出するとともに、登録者の携帯電話メールアドレスおよび所属・氏名・顔写真データを下記の青森県看護協会メールアドレスに送信する。

E-mail : [ao.nurse@ceres.ocn.ne.jp](mailto:ao.nurse@ceres.ocn.ne.jp)

- (2) 青森県看護協会長が登録を認めた場合、災害支援ナース登録証(青・様式13)を交付する。
- (3) 登録期間は、原則3年間とする。  
ただし初回登録については、登録日から3年を経過した11月末日までとする。2回目以降は、災害支援ナースフォローアップ研修会等を開催する11月を更新時期とする。
- (4) 登録更新の際は、災害支援ナース登録届・同意書・承諾書・保険の同意書(青・様式12)に記入の上、フォローアップ研修会等までに提出する。
- (5) 災害支援ナース登録の変更・中止をする場合、災害支援ナース登録(変更・中止)申請書(青・様式14)を記入し、青森県看護協会長に提出する。
- (6) 更新の申請が無い場合、登録継続の意思がないものとみなして、登録者名簿から削除する。

## 6. 派遣時期と派遣期間

- (1) 派遣時期：県内外ともに災害発生後3日以降から1ヶ月間を目安とする。
- (2) 派遣期間：1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。

## 7. 災害支援活動場所

原則として被災した医療機関・社会福祉施設・避難所・福祉避難所とする。

## 8. 活動内容

- (1) 出発前に、派遣日時、派遣場所と現地受け入れ窓口、同行者の人数、活

動時の現地の支援室との連絡方法、派遣場所までの経路などを確認しておく。

- (2) 原則として、集合場所までの移動手段等は各自で手配するものとする。
- (3) 現地到着時に、「県看護協会災害支援本部」に連絡をする。なお、必要に応じて道路状況、災害状況などを報告する。
- (4) 速やかに現地活動を行う。

①事前に決められたリーダーは、現地での指揮者を確認してオリエンテーション及び活動の指示を受ける。

\*リーダーは、看護職の経験年数、派遣経験の有無、指導者養成研修会の受講の有無等を総合的に勘案して看護協会が選定する。

- ②活動は、原則として現地の記録用紙と青森県看護協会の記録用紙に記録する。(青・様式9)
- ③日々の活動終了後(緊急時はその都度)、派遣された災害支援ナースの安否、現地の状況を、必ず青森県看護協会にメールまたは電話で連絡、報告をする。青森県看護協会は、現地の状況を必要に応じ、看護部長へ報告する(青・様式15)。
- ④報告する時間は活動時間帯により異なるので、協会と相談の上、決定する。
- ⑤活動終了時には、次の災害支援ナースに現地の記録用紙により引き継ぎを行い、青森県看護協会にも連絡、報告する。
- ⑥被災県看護協会との連絡は、青森県看護協会が行う。

## 9. 身分保障

- (1) 災害支援ナースの身分保障は、所属施設から業務として派遣される場合(労災適用が可能なケース)及びJMA T青森から依頼された場合を除き、青森県看護協会が行う。

\*年休や振替休日を利用するなど、職場の労災が適用しない時は、青森県看護協会が身分保障を行う。

- (2) 身分保障における青森県看護協会の役割は、災害支援ナースの出発地から被災地間の往復を含めた行程中の事故補償(看護行為中の自損事故を含む)として保険に加入する。(青森県看護協会は傷害保険に一括加入している)
- (3) 活動に関わる交通・宿泊費は、いったん立替払いとし、青森県看護協会の旅費規程に準じて支給する。なお、宿泊費は宿泊施設以外の施設に宿泊する場合も支給する。
- (4) 日本看護協会及び青森県看護協会の保険内において補償する。
- (5) 保険内容

①保険の種類 国内旅行傷害保険(天災危険担保特約付)

- ②保険会社 日本興亜損害保険株式会社
- ③契約社 青森県看護協会
- ④被保険者 実際に派遣された災害支援ナース
- ⑤保険金額 被保険者1人あたり

担保種目	保険金額
死亡・後遺障害	1億円
死亡・後遺障害(天災危険によるもの)	5千万円
入院日額	15,000円
通院日額	10,000円

- (6) 災害支援ナースは、上記保険ではカバーされない災害看護支援中の相手に負わせた障害や対物賠償も保障範囲となる日本看護協会の「看護職賠償責任保険」に加入することが望ましい。

## 10. 派遣手順

- (1) 県外での災害に派遣される時 (別紙1 フロー図1)
- 日本看護協会災害支援ネットワークシステム・災害支援マニュアルに則り、青森県看護協会運営本部事業課が中心となり、日本看護協会と連携して支援を行う。(様式については、日本看護協会支援マニュアルの様式A～E、様式1～6参照)
- (2) 本県が被災地となった時 (別紙2 フロー図2)
- ①災害発生時、青森県健康福祉部医療薬務課から、災害状況連絡票(青・様式1)で被災状況について情報を得る。
  - ②災害支援ナース及び所属施設に、災害発生に関する報告書(青・様式2)をFAXし、災害発生の状況を連絡する。
  - ③青森県健康福祉部医療薬務課から、災害支援ナース派遣依頼票No.1(青・様式3)で災害支援ナース派遣の依頼を受ける。
  - ④災害支援ナースの派遣人数、派遣期間を決定する。
  - ⑤災害支援ナース及び所属施設に災害支援ナース派遣要請票No.2(青・様式4)で派遣を要請する(\*災害支援ナースへの連絡はメーリングリストを活用する)。
  - ⑥災害支援ナースは必ず所属施設と調整を図り、施設長から派遣の許可を得る。
  - ⑦所属施設から、災害支援ナース派遣許可票(青・様式5)を受け取る。
  - ⑧災害支援ナース派遣シフト表(青・様式6)を作成する。
  - ⑨施設長に、災害支援ナース派遣決定通知票(青・様式7)および災害支

援ナース派遣シフト表（青・様式6）をFAXする。

- ⑩青森県健康福祉部医療薬務課へ、災害支援ナース派遣計画表（青・様式8）をFAXする。
- ⑪災害支援ナースに必要物品を発送する。  
個人の持ち物については災害支援活動を行うための携行品（別紙3）参照
- ⑫災害支援ナースから、1日1回活動内容をメールで報告を受ける。
- ⑬災害支援ナースから、災害支援ナース活動終了報告書（青・様式9）で災害活動報告を受ける。
- ⑭青森県健康福祉部医療薬務課から、災害支援ナース派遣依頼終了票（青・様式10）を受け取る。
- ⑮災害支援ナース所属施設長に災害支援ナース派遣終了票（青・様式11）で支援活動終了の報告を行う。災害支援ナースにはメールを送信する。
- ⑯災害支援活動を終了する。

（3）県内の災害時対応で、県外の災害支援ナースを要請する場合（別紙3 フロー図3）

- ①災害発生時、青森県健康福祉部医療薬務課から、災害状況連絡票（青・様式1）で被災状況について情報を得る。
- ②災害支援ナース及び所属施設に、災害発生に関する報告書（青・様式2）をFAXし、災害発生の状況を連絡する。
- ③青森県健康福祉部医療薬務課から、災害支援ナース派遣依頼票No.1（青・様式3）で災害支援ナース派遣の依頼を受ける。
- ④青森県看護協会災害支援本部が、県外の災害支援ナースを要請すると判断したら、日本看護協会へ災害支援ナースの派遣を要請（日・様式B）する。
- ⑤青森県看護協会災害支援ナースは、県外から派遣された災害支援ナースと青森県看護協会との橋渡し役割を担う事。

## 1 1. 災害支援ナース活動の実際

### （1）心構え

- ①原則として自己完結型なので、自分の生活については自分で責任をもつ。
- ②自分の健康は自分で管理する。
- ③無事に帰還することを心がける
- ④気負いすぎず、気持ちを楽に持つ

### （2）災害支援ナースに求められる知識・技術



- ①応急処置：限られた人的・物的資源のなかで、様々な負傷者に対し応急手当を行うこともある。
- ②パニックに陥った被災住民や負傷者への対応
- ③救護チームの動きの把握、物資・人材の調整
- ④住民ボランティアや他職種との協働

### (3) 出動にあたって

#### 【派遣要請時】

- ①自分の専門性を明確に伝え、家族及び職場の所属長の了解を得る。
- ②所属部署の責任者とともに業務調整をする。

#### 【派遣決定時】

\*派遣前に自身で以下の内容を確認する

- ①活動中の身分保障の取り扱いについて確認をする。
- ②活動場所・派遣期間・交通手段等を確認する。
- ③被災地の情報を確認し、最新の情報を収集する。
- ④必要物品をそろえる。

### (4) 現地での活動

- ①オリエンテーションが無い場合もあるので、積極的に情報収集する。
- ②支援を要請した機関・施設からの指示に従って活動する。
- ③活動期間中の連絡担当者を確認する。
- ④支援内容は時間の経過に伴って、被災地のニーズが変化していくので、現地との連携・調整を図りながら活動する。
- ⑤定期的に災害支援本部(協会)に連絡・報告する。
- ⑥自身の休養・栄養・安全を確保する。

### (5) 支援にあたっての留意点

- ①被災地における活動を非難しない。現地スタッフは、わかっているけれどできない状況にあることを理解し、気づいたことや自分ができるところを現地のスタッフと相談・調整しながら支援する。
- ②現地の支援スタッフも被災者であることを常に意識した対応をする。
- ③避難所は被災者の生活の場であり、非日常の空間でのストレスを感じながら過ごされていることを常に意識する。
- ④写真撮影は十分に配慮し、活動中の SNS 等はくれぐれも控える。
- ⑤活動場所によっては、生活用水や物資・機材の運搬や整理、環境整備、ごみの処理など様々なニーズがある。普段の病院等での看護とは状況が異なることを理解し、支援先の支援のやり方を尊重して対応する。
- ⑥自己の安全を守る。体調管理と体調不良時の申告を徹底する。支援者が無

理をし、体調を崩して医療が必要になると、被災者が必要としている医療資源を支援者が使用してしまうことになります。派遣期間の活動をやり切るためにも、日々の休息はしっかりとるようにする。

- ⑦余震等の二次災害や、事故防止のため、単独行動はせず、特に夜間の女性の単独行動は絶対にしないようにする。

#### (6) 活動終了後

- ①災害支援活動の終了後は、無事帰還したことを災害支援本部(協会)に報告する。
- ②青森県看護協会は、帰還した支援ナースの状況を把握する。(青・様式16)
- ③後日、活動報告書を災害支援本部(協会)に提出する。
- ④青森県看護協会が、活動終了後に開催する支援活動報告会等へ出席する。

#### (7) 災害時の所属施設の役割

- ①災害支援ナースの派遣要請があった際は、登録者の中から選出する。
- ②選出にあたっては、災害発生の経過や看護ニーズを予測し、支援活動を行う看護職の専門性を考慮する。
- ③災害支援ナース派遣による勤務調整にあたり、所属部署のスタッフへの説明・協力支援を得るよう努める。
- ④災害支援ナース帰還後は、休息日を与え、ゆっくり休息できるようにする。
- ⑤看護管理者は、活動中の出来事を話す場を設ける。

### 12. 平時の役割

#### (1) 災害支援ナースの役割

- ①災害に関する知識、技術を高めるよう自己研鑽に努める。
- ②自分の心身の健康管理に努める。

#### (2) 災害支援ナース所属施設の役割

- ①災害支援ナースについて周知し、登録を促進する。
- ②災害支援ナースの活動・登録を希望する者には、災害支援ナースの要件を確認し、必要な研修を受講させる。
- ③災害支援ナースの質向上・維持のため、必要な研修や訓練等への参加を支援する。
- ④災害が発生した際の派遣支援体制を整備する。
- ⑤派遣にあたって、施設として災害支援ナースの身分(休暇、勤務等)等

取り扱いを検討しておく。

(3) 看護協会の役割

- ①災害支援ナースの育成、登録を推進する。
- ②貸し出し物品の点検、補充をする。

1.3. 災害支援ナース受け入れ(受援)の実際

レベル1の場合

(1) 被災状況の確認

青森県看護協会は、被災施設に支援の必要性を確認し、必要な場合は県からの派遣要請を受ける。

(2) 派遣要請があった施設に対して

- ①派遣先となる現地で連絡をとるスタッフの氏名・所属・電話番号を確認する。
- ②安全な交通ルート、ライフライン(電気・ガス・水道)、滞在期間中の寝具・食事・保清等について情報収集を行う。
- ③被災施設等での受け入れ体制整備、オリエンテーションの実施を依頼する。
  - ・本部体制と担当責任者・周辺の被災状況・滞在中の生活について
  - ・緊急時対応・配置場所・活動内容

(3) 支援の延期・中止について

青森県看護協会災害対策本部長は、派遣先の状況を確認し支援ナースの派遣の継続について確認したうえで、支援の延期・中止を決定する。

レベル2・3の場合

- (1) 青森県看護協会は、日本看護協会災害時支援ネットワークに基づき、災害支援ナース派遣要請を行う。
- (2) 青森県看護協会は、日本看護協会から災害支援ナース派遣シフト表を受理する。
- (3) 災害支援ナースの派遣要請があった施設に対してレベル1の(2)と同様の対応
- (4) 他県から災害支援ナース受け入れ時
  - ①青森県看護協会は、県内の被災状況・活動場所・緊急連絡先の確認等についてオリエンテーションを実施する。

②災害支援の延期・活動終了についてはレベル1の場合の(3)と同様の対応

(5) 支援活動の終了

日本看護協会に災害支援活動終了報告書を提出する。

**\*すべての施設で災害支援ナースの受け入れマニュアルが必要である**

- ・外部支援者対応窓口や活動報告 ・相談を受けるスタッフ等役割を決めておく
- ・災害支援ナースへのオリエンテーション内容を決めておく(病院の構造・概要、報告連絡体制、活動時間帯 等) ・災害支援ナースに依頼する業務を考えておく 等

14. 派遣終了後のケア

- イ. 派遣終了後なるべく早期に、支援活動報告会(体験を話す会)を開催する。
- ロ. 必要時、専門スタッフのカウンセリングを受ける。

15. JMAT青森から要請された災害支援ナースに関する事項

JMAT(日本医師会災害医療チーム)青森から医療救護班の構成として当協会に災害支援ナースの派遣要請があった場合、その取扱いはすべて「JMAT青森基本方針」に基づくものとする。

### Ⅲ. 公益社団法人青森県看護協会災害支援ナース募集要項

#### 1. 災害支援の目的

青森県内外での災害発生時に、本県及び被災都道府県の地域住民の生命や健康生活への被害を少なくするため、日本看護協会や他都道府県看護協会等と連携・協力し災害支援を行う。

#### 2. 災害支援ナースとは

青森県看護協会に登録し、看護職能団体の一員として被災地に派遣される看護職をいう。

#### 3. 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するよう努める。

#### 4. 災害支援ナースの条件

- (1) 青森県看護協会会員であり、災害支援ナースとして登録していること。
- (2) 実務経験5年以上であること。
- (3) 災害看護研修（※1）に参加していること。
- (4) 施設長（所属長）の承諾があること。但し、施設に所属していない看護職の参加を妨げるものではない。

※1 = 青森県看護協会（基礎編、実務編）及び日本看護協会での災害看護研修

#### 5. 派遣時期と派遣期間

- (1) 派遣時期：県内外ともに災害発生後3日以降から1ヶ月間を目安とする。
- (2) 派遣期間：1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。

#### 6. 災害支援活動場所

原則として被災した医療機関・社会福祉施設・避難所・福祉避難所を優先する。

但し、他組織からの支援がない場合に限り他の避難所等も含める。

#### 7. 身分保障

- (1) 災害支援ナースの身分保障は、所属施設から業務として派遣される場

- 合（労災適用が可能なケース）を除き、青森県看護協会が行う。
- (2) 身分保障における青森県看護協会の役割は、災害支援ナースの出発地から被災地間の往復を含めた行程中の事故補償（看護行為中の自損事故を含む）として保険に加入する。（青森県看護協会は傷害保険に一括加入している）
  - (3) 活動に関わる交通・宿泊費は、青森県看護協会の旅費規程に準ずる。
  - (4) 日本看護協会及び青森県看護協会の保険内において補償する。
  - (5) 災害支援ナースは日本看護協会の「看護職賠償責任保険」に加入する。

## 8. 災害支援ナースの登録

- (1) 災害支援ナース登録届・承諾書（青・様式12）に必要事項を記入（施設に所属していない看護職は登録届の部分のみ）のうえ、青森県看護協会長に提出するとともに、登録者の氏名・所属・携帯電話番号・メールアドレスおよび顔写真データを下記の青森県看護協会メールアドレスに送信する。

【提出先】 [E-mail : ao.nurse@ceres.ocn.ne.jp](mailto:ao.nurse@ceres.ocn.ne.jp)

公益社団法人青森県看護協会

〒030-0822

青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階

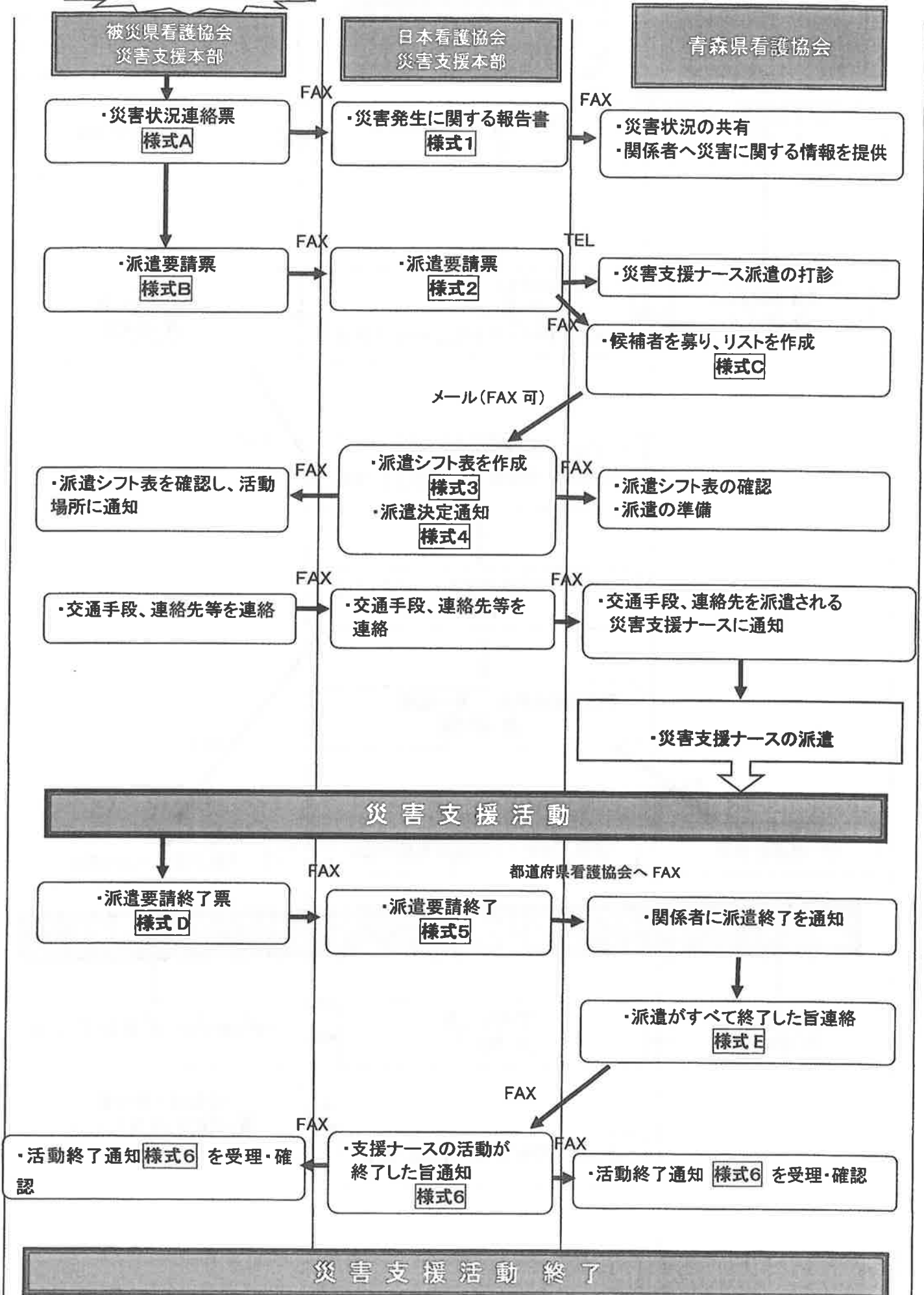
TEL 017-723-7523 FAX 017-735-3836

- (2) 青森県看護協会長が登録を認めた場合、災害支援ナース登録証（青・様式13）を交付する。
- (3) 登録期間は、原則3年間とする。  
ただし初回登録については、登録日から3年を経過した11月末日までとする。2回目以降は、災害支援ナース交流会等を開催する11月を更新時期とする。
- (4) 災害支援ナース登録を変更・中止する場合は、災害支援ナース登録届（変更・中止）（青・様式14）に記入し、青森県看護協会長に提出する。
- (5) 更新の申請が無い場合、登録継続の意思がないものとみなして、登録者名簿から削除する。

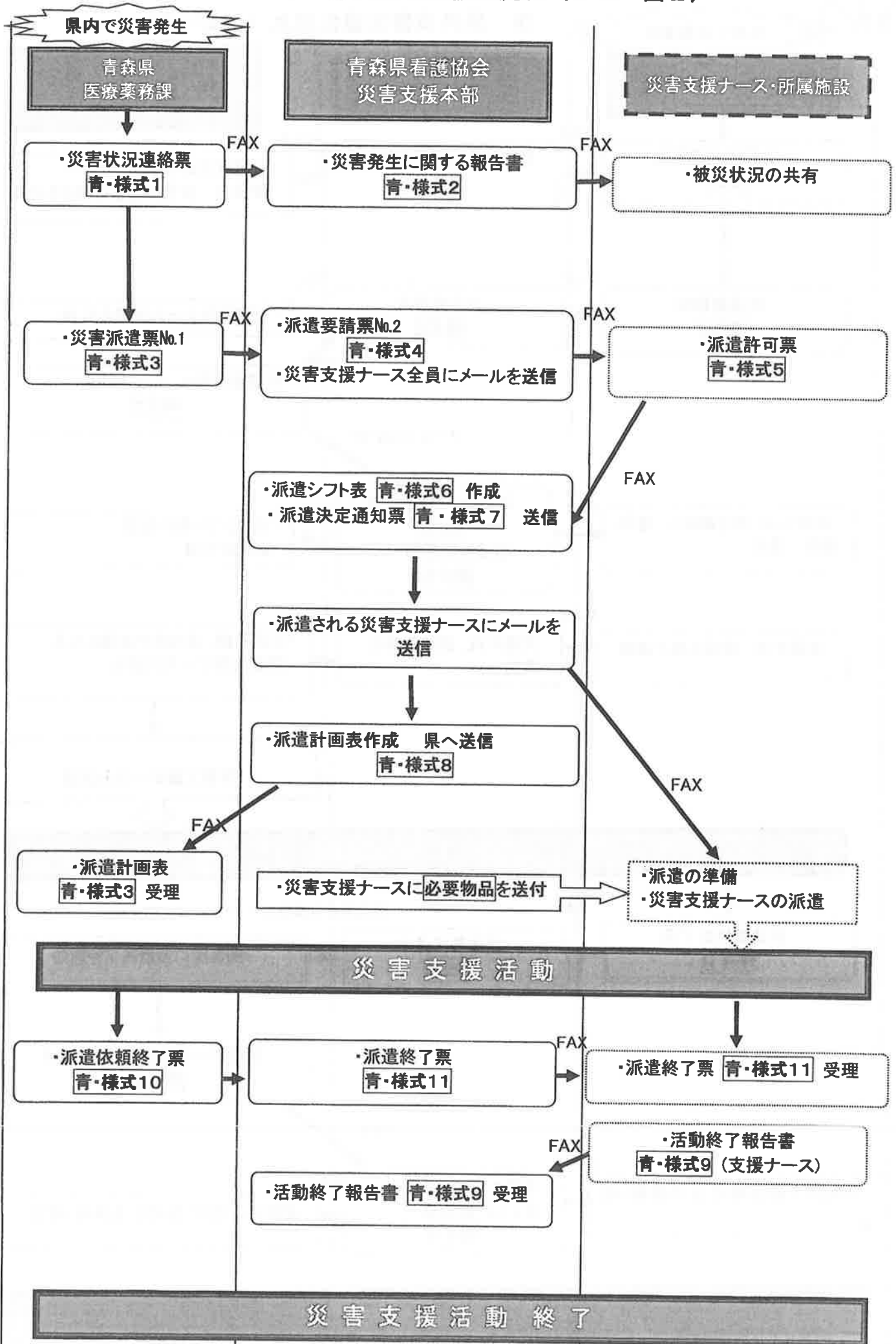
## 9. 災害支援ナースの研修

災害支援ナース登録者は、年1回11月に開催される、災害支援ナースフォローアップ研修会に参加する。

### IV. 県外災害支援の流れ (フロー図1)



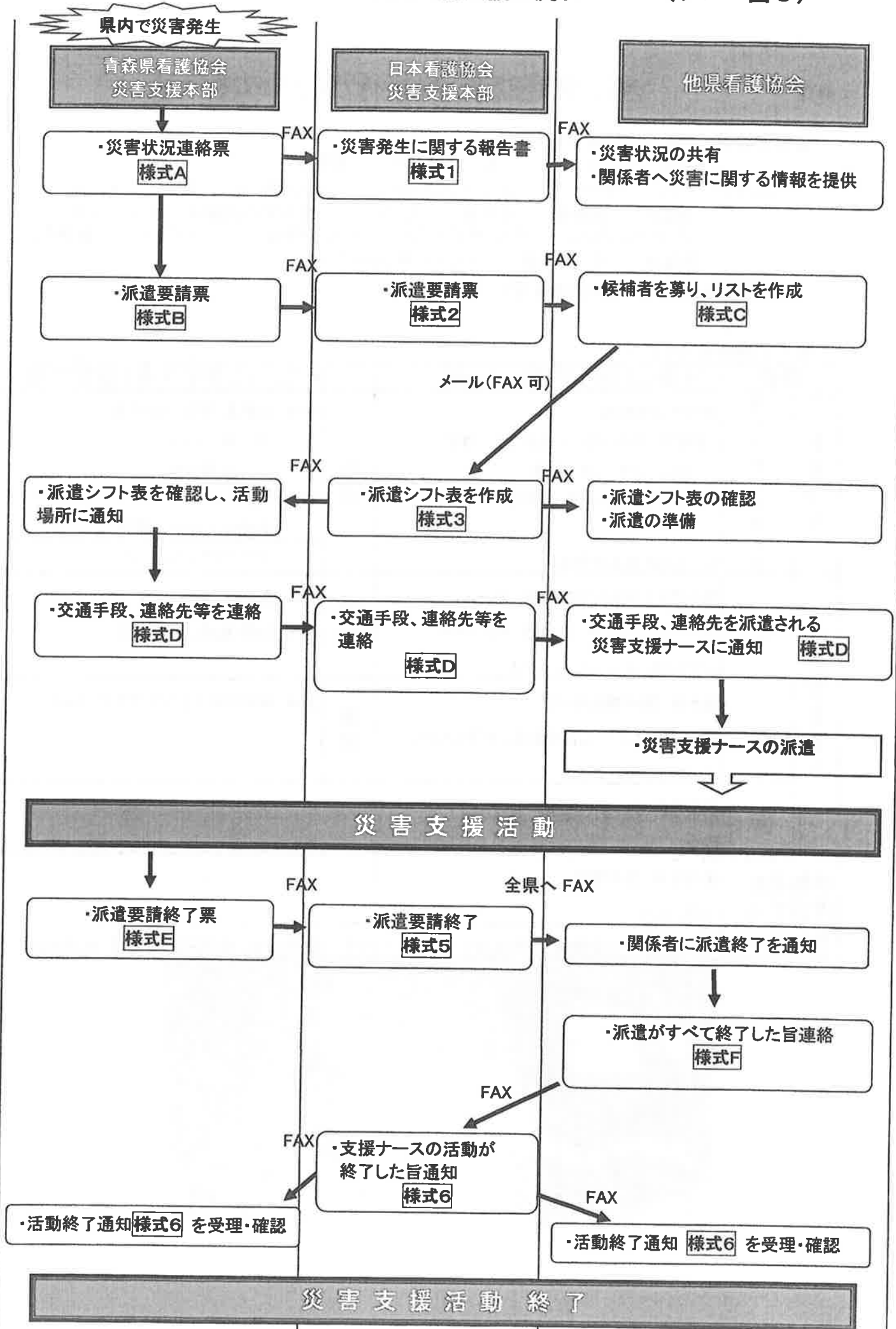
V. 県内災害支援の流れ（フロー図 2）





VI. 県内災害受援の流れ

(フロー図 3)



## Ⅶ. 災害支援活動を行うための携行品

＜協会で準備して個人に発送するもの＞

- ・リュック
  - ・寝袋 ・マットレス ・レスキューシート ・携帯袋
  - ・ベスト ・キャップ ・ウインドブレーカー ・ウェストポーチ ・軍手 ・マスク
  - ・体温計 ・聴診器 ・血圧計 ・ペンライト ・携帯用手指消毒(ウエルパス等)
  - ・ディスポエプロン ・ディスポゴーグル ・ディスポ手袋 ・ヘッドライト ・携帯ラジオ
  - ・乾電池 ・ビニール袋 ・パルスオキシメーター
- ・衛星電話、充電器、連絡用携帯電話、現地地図

＜個人が準備するもの＞

用途	持参したほうが望ましい物	状況によって持参すると役立つ物	
身を守る	自分用の常備薬 風邪薬、うがい薬、消炎鎮痛剤、胃薬、 止痢剤、ビタミン剤、目薬、 各種軟膏、傷テープ、常用薬等  折りたたみ傘又は雨具	季節 冬季: 防寒具(服装の項参照)、 使い捨てカイロ ブーツ(安全靴) 夏季: 長袖シャツ、 虫除けスプレー、扇子 尿キャッチ、ヘルメット	
	衣	履き慣れた靴または運動靴、スリッパ、 トレーニングウェア、Tシャツ、トレーナー スラックス、ジーンズ、ソックス	季節 冬季: 重ね着できるアンダーウェア、 夏季: 洗濯・乾燥しやすい物
生活をする	食	携帯食、糖分補給用補食、 ビタミン・カルシウム補給食品、サプリメント、 水、個人の嗜好品	季節 夏季: 粉末状のイオンサブライドリンク
	住	洗面道具、タオル、はさみ 現金	
情報源を確保する	現地地図、携帯電話、 小銭、カメラ		
その他	災害支援ナース登録証、災害支援ナースハンドブック、健康保険証、筆記用具、メモ帳、生理用品		



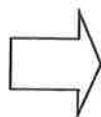
## Ⅷ. 各様式

(青・様式1)

【県→協会】

### 災害状況連絡票 (第 報)

送信元	
青森県健康福祉部医療薬務課	
担当者名	
電話番号	017-734 - 9291
FAX 番号	017-734 - 8089



宛先	
青森県看護協会災害支援本部	
担当者名	
電話番号	017 - 723-2857
FAX 番号	017-735-3836

災害 \_\_\_\_\_ が発生しましたので、下記により概況をお知らせいたします。

年 月 日 時 分現在

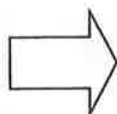
1. 場所 青森県			
2. 被害状況			
・人的被害	1. なし	2. あり ( )	3. 調査中
・建物被害	1. なし	2. あり ( )	3. 調査中
・設備・備品等の破損	1. なし	2. あり ( )	3. 調査中
・通信手段の影響	1. なし	2. あり ( )	3. 調査中
		→今後の通信手段 ( )	
・ライフラインの障害	1. なし	2. あり ( )	3. 調査中
3. 特記・その他連絡事項			

青森県看護協会への連絡方法

青森県災害支援本部 TEL : 017-723-2857 Fax : 017-735-3836

災害発生に関する報告書（第 報）

送信元	
青森県看護協会災害支援本部	
担当者名	
電話番号	017-723-2857
FAX 番号	017-735-3836



宛先	
電話番号	
FAX 番号	

災害 \_\_\_\_\_ が発生しましたので、下記により概況をお知らせいたします。

年 月 日 時 分現在

1. 場所 青森県
2. 被害状況 ・人的被害 1. なし 2. あり ( ) 3. 調査中 ・建物被害 1. なし 2. あり ( ) 3. 調査中 ・設備・備品等の破損 1. なし 2. あり ( ) 3. 調査中 ・通信手段の影響 1. なし 2. あり ( ) 3. 調査中 →今後の通信手段 ( ) ・ライフラインの障害 1. なし 2. あり ( ) 3. 調査中 ・その他
3. 情報源
4. 青森県看護協会の対応

青森県看護協会への連絡方法

①青森県看護協会災害支援本部

(TEL)017-723-2857 / (FAX)017-735-3836

②E-mail : ao.nurse@ceres.ocn.ne.jp

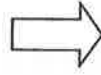
③URL : http://egao-park.net

(青・様式3)

【県→協会】

### 災害支援ナース派遣依頼票 No.1

送信元	
青森県健康福祉部医療業務課	
担当者名	
電話番号	017-734-9291
FAX番号	017-734-8089



宛先	
青森県看護協会災害支援本部	
担当者名	
電話番号	017-723-2857
FAX番号	017-735-3836

※活動場所ごとに提出のこと

下記のように災害支援ナース派遣を依頼いたします。※1~5は必須記入

年 月 日 時 現在

1.支援期間	年 月 日 ~ 年 月 日
2.活動場所	名称: .....
	住所: .....
	電話番号: .....
	責任者: .....
3.人数/1日	
4.現地で連絡をとる相手	氏名: .....
	所属: .....
	電話番号: .....
5.主な業務	
6.交通ルート	
7.ライフライン	電気使用:            可                            不可                            調査中
	ガス使用:            可                            不可                            調査中
	水道使用:            可                            不可                            調査中
	その他:
8.支援環境 ※災害支援ナースの準備の参考にします。	寝具提供:            有                            無(                            ) 不明
	食事提供:            有                            無(                            ) 不明
	保清方法:            シャワー 清拭            その他(                            ) 不明
9.その他(持ってきた方がよいもの、注意事項等)	

#### 青森県看護協会への連絡方法

- ①青森県看護協会災害支援本部  
(TEL) 017-723-2857 / (FAX) 017-735-3836
- ②E-mail : ao.nurse@ceres.ocn.ne.jp
- ③URL : http://egao-park.net



災害支援ナース派遣許可票

送信元	→	宛先	青森県看護協会災害支援本部	
施設名		担当者		
電話番号		電話番号	017-723-2857	
FAX番号		FAX番号	017-735-3836	

貴施設の災害支援ナース派遣についてどちらかに○をつけてください。

派遣できる	・	派遣できない
-------	---	--------

派遣できる場合は下記に必要事項をご記入ください。

NO.	災害支援ナース氏名	派遣可能な期間(3泊4日) *可能な出発日すべてに○をつけてください	勤務形態 *該当する方に○
1	看護賠償責任保険(加入・未加入)	*出発日を明記する	①休暇 ②旅費別途の出張扱い
2	看護賠償責任保険(加入・未加入)		①休暇 ②旅費別途の出張扱い
3	看護賠償責任保険(加入・未加入)		①休暇 ②旅費別途の出張扱い

青森県看護協会への連絡方法

- ①青森県看護協会災害支援本部  
(TEL017-723-2857 / (FAX)017-735-3836)
- ②E-n : ao.nurse@ceres.ocn.ne.jp
- ③URL : http://egao-park.net





### 災害支援ナース派遣決定通知票

送信元		➔	宛先	
青森県看護協会災害支援本部			看護部門の長 様	
担当者名	事業課長			
電話番号	017-723-7523		電話番号	
FAX番号	017-735-3836		FAX番号	

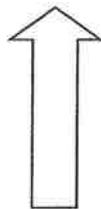
- 災害支援ナースの派遣を決定いたしました。  
派遣期間、活動場所、支援ナース氏名等については  
災害支援ナース派遣シフト表をご参照下さい。
  
- 災害支援ナースは充足しました。  
ご協力ありがとうございました。

青森県看護協会への連絡方法

- ①青森県看護協会災害支援本部  
(TEL) 017-723-2857 / (FAX) 017-735-3836
- ②E-mail : ao.nurse@ceres.ocn.ne.jp
- ③URL : http://egao-park.net

### 災害支援ナース派遣計画表

送信元
青森県看護協会災害支援本部
担当者名
電話番号 017-723-2857
FAX番号 017-735-3836



宛先
青森県健康福祉部医療薬務課
担当者名
電話番号 017-734-9291
FAX番号 017-734-8089

活動場所
------

氏名	携帯電話	派遣期間	職種	交通手段とルート	到着予定時刻
リーダー		月 日 ~ 月 日	保・助・看・准		時 分
		月 日 ~ 月 日	保・助・看・准		時 分
		月 日 ~ 月 日	保・助・看・准		時 分
		月 日 ~ 月 日	保・助・看・准		時 分
		月 日 ~ 月 日	保・助・看・准		時 分
		月 日 ~ 月 日	保・助・看・准		時 分
		月 日 ~ 月 日	保・助・看・准		時 分

※リーダーは○印

青森県看護協会への連絡方法

①青森県看護協会災害支援本部

(TEL) 017-723-2857 / (FAX) 017-735-3836

②E-mail : ao.nurse@ceres.ocn.ne.jp

③URL : http://egao-park.net

### 災害支援ナース活動終了報告書

青森県看護協会長 殿

年 月 日

災害支援ナース氏名 \_\_\_\_\_

このたび、災害支援活動が終了しましたので報告します。

活動期間	年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( )
活動場所	県 市 町 郡 村 施設名:
	活動内容
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
備考	

青森県看護協会への連絡方法

- ①青森県看護協会災害支援本部  
(TEL) 017-723-2857 / (FAX) 017-735-3836
- ②E-mail : ao.nurse@ceres.ocn.ne.jp
- ③URL : http://egao-park.net

### 災害支援ナース 派遣依頼終了票

送信元		➔	宛先	
青森県健康福祉部医療業務課			青森県看護協会災害支援本部	
担当者名			担当者名	
電話番号	017-734-9291		電話番号	017-723-2857
FAX番号	017-734-8089		FAX番号	017-735-3836

災害名 \_\_\_\_\_

※電話連絡でも結構です。

活動場所への災害支援ナースの派遣依頼を終了します。

< 年 月 日 時 分現在 >

活動場所	活動終了日(予定日)
	年 月 日 ( )
	年 月 日 ( )
	年 月 日 ( )
	年 月 日 ( )
	年 月 日 ( )

**青森県看護協会への連絡方法**

- ①青森県看護協会災害支援本部  
(TEL) 017-723-2857 / (FAX) 017-735-3836
- ②E-mail : ao.nurse@ceres.ocn.ne.jp
- ③URL : http://egao-park.net

## 災害支援ナース派遣終了票

送信元		宛先	
青森県看護協会災害支援本部			
担当者名			
電話番号	017-723-2857	電話番号	
FAX番号	017-735-3836	FAX番号	

災害支援ナースの派遣について終了しましたこと  
をご報告いたします。

ご協力ありがとうございました。

### 青森県看護協会への連絡方法

- ①青森県看護協会災害支援本部  
(TEL) 017-723-2857 / (FAX) 017-735-3836
- ②E-mail : ao.nurse@ceres.ocn.ne.jp
- ③URL : <http://egao-park.net>

令和 年度 災害支援ナース登録届・同意書・承諾書・保険の同意書

記入日 令和 年 月 日

施設名					
ふりがな	氏名	生年月日 S・H 年 月 日 ( 歳)	県会員番号		
氏名			男・女		
職 種	保健師・助産師・看護師・准看護師	実務経験	年	自動車運転免許	有・無
専門看護師資格					
認定看護師					
現住所	〒	TEL			FAX
携帯番号	— —				
携帯メールアドレス	@				
緊急連絡先	住 所	TEL			FAX
	氏 名	本人との続柄( )			
修了した災害看護研修名	令和 年 月	研修名( )	主催( )		
得意分野	救命／救急・外科・内科・小児科・産婦人科・精神科・その他( )				
活動できる地域	<input type="checkbox"/> 県外派遣も可能 <input type="checkbox"/> 県内のみ <input type="checkbox"/> 居住地周辺地区				
看護職賠償責任保険	<input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入 →日看協看護職賠償責任保険・その他( ) →期間満了年月 R 年 月				
特に希望することまたは意見など					

登録の同意書

私は、日看協の「災害支援ナース派遣に関する協定書」の内容を確認した上で、青森県看護協会の災害支援ナースに登録します。

施設長(所属長)様

令和 年 月 日

氏名(自筆)

承諾書

下記の者を災害支援ナースとして登録することを承諾します。

青森県看護協会長様

令和 年 月 日

施設名:

施設長(所属長)・氏名(自筆)

傷害保険の同意書


保険の内容に同意します。

氏名(自筆)

※ 新規登録の際は登録証作成のため顔写真を携帯電話で下記の青森県看護協会に所属、氏名を入れてメール送信してください。E-mail: ao.nurse@ceres.ocn.ne.jp

(青・様式13)

## 災害支援ナース登録証

④ 災害支援ナース登録証			
写真	氏名		
	登録年月日	年	月 日
	登録番号		
上記の者は青森県看護協会災害支援ナースであることを証明します。			
公益社団法人 青森県看護協会長			

青森県看護協会長 殿

災害支援ナース登録(変更・中止)申請書

災害支援ナースとして登録(変更・中止)を申請します

※中止の際は速やかに登録証を返却してください

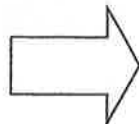
氏名	Ⓜ	所属施設名	
登録月日		登録番号	
変更内容	<input type="checkbox"/> 氏名 変更後の氏名( )		
	<input type="checkbox"/> 携帯電話番号 - -		
	<input type="checkbox"/> 携帯メールアドレス @		
	<input type="checkbox"/> 施設 変更後の施設名 住所 〒 - 電話 FAX		
中止内容	<input type="checkbox"/> 自宅 変更後住所 〒 - 電話 FAX		
	<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 県外への移動 <input type="checkbox"/> その他( )		

青森県看護協会への連絡方法

- ①青森県看護協会災害支援本部  
(TEL) 017-723-2857 / (FAX)017-735-3836
- ②E-mail : ao.nurse@ceres.ocn.ne.jp
- ③URL : http://egao-park.net



送信元	青森県看護協会事業課
	常務理事
	TEL : 017-723-7523
	FAX : 017-735-3836



宛先	災害支援ナース所属施設
	看護部門の長 様

## 災害支援ナース派遣状況の情報提供

年 月 日 時現在の状況についてお知らせします。

災害名: \_\_\_\_\_

1. 活動場所	名称:
	住所:
2. 支援期間	年 月 日 ~ 年 月 日
3. 必要人数	
4. 交通ルート	
5. ライフライン	電気 水道 その他 ( )
6. 災害支援ナースへの支援環境	寝具提供:
	食事提供:
	保清方法: 清拭
7. 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)	

## 災害支援ナースの現状把握

報告を受けた日時	年 月 日 時 分		
災害支援ナース氏名			
聞き取り項目		避難所等の状況	帰宅後の状況
	本人の体調		
	休息はとれているか		
	食事はきちんととれているか		
	避難所の様子はどうか		
	必要物品について（次に派遣される人たちに伝えた方がよいもの）		
	改善すべき点		
備考			
	聞き取り者 氏名		

## 【留意点】

\*派遣された災害支援ナースが帰宅後、なるべく早期に聞き取ることとする。

聞き取り者は、原則として、事業課担当常務理事もしくは事業課長とする。

聞き取った内容は、記録物として作成する。

聞き取った内容のうち、早急に対応が必要なものは、災害支援本部に報告し、対策を協議する。

## IX. 衛星携帯電話の取り扱い

### イリジウム(KDDI)

災害発生時、現地派遣者が携帯する。

#### 使用環境条件

- (1) 屋外において移動時の使用が可能。
- (2) 屋内等、屋根のある場所での使用は不可（窓際でつながる場合はある）。
- (3) 屋外でも高い塀等の側では使用できない場合がある。

#### 電話のかけ方

##### 1. 衛星電話(イリジウム)から他の電話へかける場合

- (1) 固定電話へかける場合  
00-81-(先頭0を除いた市外局番)-(相手先電話番号)  
例：017-723-2857 へかける場合 ⇒ 00-81-17-723-2857
- (2) 携帯電話へかける場合  
00-81-(先頭0を除いた相手先携帯電話番号)  
例：090-1234-5678 へかける場合 ⇒ 00-81-90-1234-5678
- (3) NTTdocomo 衛星携帯電話(ワイドスターII)にかける場合  
青森県看護協会災害本部用衛星携帯電話：00-81-90-5593-0981

##### 2. 他の電話から衛星電話(イリジウム)にかける場合 (※)

- (1) 固定電話からかける場合  
001-010-8816-2249-6146
- (2) 携帯電話からかける場合
  - ① NTT docomo から：010-8816-2249-6146
  - ② au から：010-8816-2249-6146
  - ③ Softbank から：001-010-8816-2249-6146

(※) 固定電話・携帯電話から国際電話への通話を許可していない場合は、契約している電話会社へ国際通話を可能とする契約変更が必要。

# 《被災地へ持って行き使用する》 ※充電式なので使用しない時は充電しておく イリジウム9555 KDDI の使用方法

周回衛星のため、移動しながら通話が可能。屋内での使用不可

## 《使い方》

### 【電源を入れる】

1. 本体上にある「電源」と書かれているボタンを長押しする。
2. ディスプレイが表示され「ネットワーク検索中」と表示される。
3. ディスプレイが「登録済」になったら使用可能となる。



### 【電話をかける】

00 - 81 - 先頭の0を取った市外局番 - 電話番号

番号例：「017 - 723 - 2857」

00 - 81 - 17 - 723 - 2857

「090 - 1234 - 5678」

00 - 81 - 90 - 1234 - 5678

と番号をプッシュして緑のダイヤルキーを押す。

通話が終了したら受話器の赤の終了キーを押して終了する。

### 【電話を受ける】

1. 電話がかかってくると着信音が鳴り、着信ランプが点滅する。  
受話器の緑のダイヤルキーを押して、電話に出る。
2. 通話が終了したら受話器の赤の終了キーを押して終了する。

※ワイドスターIIにかける場合（番号：090 - 5593 - 0981）

00 - 81 - 90 - 5593 - 0981

### 【電話帳機能を使用してのかけ方】

1. 本体真ん中左にある白い「-」を押す。
2. 「メニュー」画面に変わったら「電話帳」に合わせてもう一度、真ん中左にある「-」を押す。
3. 相手先を選択して真ん中左にある「-」で決定する。
4. 「通話」に合わせて真ん中左にある「-」を押す。
5. ダイヤル開始となる。



## ワイドスターⅡ (NTT docomo)

災害発生時に設置される災害対策本部(青森県看護協会)にて使用する。

### 使用環境条件

- (1) 据え置き使用を推奨。
- (2) 屋外・屋内での使用が可能。
- (3) 屋内で使用する場合は南向きの窓際にアンテナを設置して使用。

### 電話のかけ方

#### 1. 衛星携帯電話(ワイドスターⅡ)から他の電話へかける場合

- (1) 固定電話へかける場合  
相手先電話番号をそのままダイヤル  
例：017-723-2857 へかける場合 ⇒ 017-723-2857
- (2) 携帯電話へかける場合  
相手先携帯電話番号をそのままダイヤル  
例：090-1234-5678 へかける場合 ⇒ 090-1234-5678
- (3) 衛星携帯電話(イリジウム)へかける場合  
青森県看護協会派遣者用衛星携帯電話(イリジウム)：010-8816-2249-6146

#### 2. 他の電話から衛星携帯電話(ワイドスターⅡ)にかける場合

- (1) 固定電話からかける場合  
ワイドスターⅡの電話番号をそのままダイヤル  
090-5593-0981
- (2) 携帯電話からかける場合  
ワイドスターⅡの電話番号をそのままダイヤル  
090-5593-0981

## 《看護協会本部で使用》

※コンセントにアダプターをさして使用する

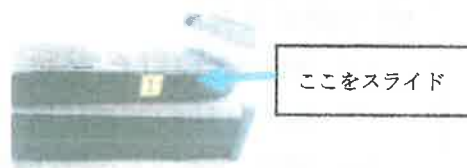
### ワイドスターII NTT docomo の使用方法

静止衛星のため、屋内でも窓際であれば使用可能

#### 《使い方》

##### 【電源を入れる】

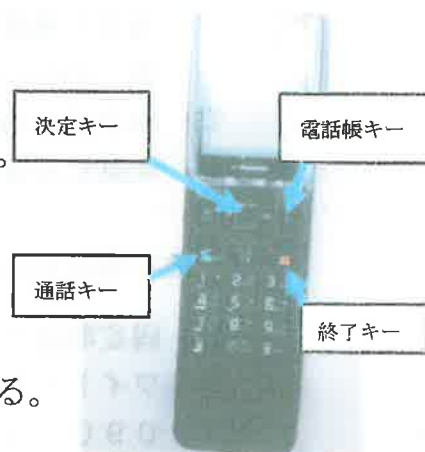
- 1.受話器右横にある「①」を上スライドする。
- 2.衛星端末の **docomo** と書いてある方を「②」に向ける



こちらの面を②に向ける

##### 【電話をかける】

- 1.相手の番号を入力して受話器の**緑の通話キー**を押す。  
番号例：017-723-2857に電話をかけたいとき  
「0177232857」と番号をプッシュする。
  - 2.通話が終了したら受話器の**赤の終了キー**を押して終了する。
- ※イリジウム 9555 へかける場合  
(番号：010881622496146)



##### 【電話を受ける】

- 1.電話がかかってくると着信音が鳴り、着信ランプが点滅する。  
受話器の**緑の通話キー**を押して、電話に出る。
- 2.通話が終了したら受話器の**赤の終了キー**を押して終了する。

##### 【電話帳からのかけ方】

- 1.受話器右上にある「**電話帳キー**」を押す。
- 2.かけたい相手を選択してカーソルキー真ん中の「**決定キー**」を押す。
- 3.受話器の緑のダイヤルキーを押せば、ダイヤル開始される。

##### 【電源の切り方】

- 1.受話器右横にある「①」を下スライドする。

## 災害支援ナース派遣に関する協定書

公益社団法人青森県看護協会（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要否を判定し、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取り決めるものとする。

### (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： 青森県青森市中央3-20-30

公益社団法人 青森県看護協会

会長 熊谷 崇



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 すす



## X I . J M A T 青 森 基 本 方 針

### (目的)

日本医師会「JMAT 基本方針」に基づき、緊急時において青森県医師会は、緊急医療災害チームを編成し、これを「JMAT青森」として、被災地で医療活動を行うべく派遣するものとする。

「JMAT青森」は、災害発生後、日本医師会による都道府県医師会への派遣要請(事後承諾の場合を含む)に基づいて待機・出動するものであり、災害発生直後からの連続した経過において、DMAT(日本・地域)及び被災地医師会等との間で役割分担と有機的な連携を行いつつ、主に災害急性期の医療、被災地医師会等への活動支援を担うものである。

### (活動方針)

「JMAT青森」は、被災地の都道府県医師会のコーディネイト機能が混乱することがないように、被災地の都道府県医師会との緊密な連絡体制のもとにおいて、被災地医師会の要望に基づく派遣を原則とし、被災地のコーディネイト機能下で活動するものとする。

### (活動内容)

- ・現場のトリアージ
- ・必要な医療物資の把握、送付要請
- ・避難所・臨時診療施設等における医療
- ・被災地の医師会員の医療・介護継続への支援
- ・被災地医師会を中心とする現地対策本部への助言

### (行政との関連)

「JMAT青森」の派遣は日本医師会からの要請に基づくものであるが、行政側とも連携が必要であり、青森県内の災害時における医療救護については青森県からの派遣要請に応じて派遣することとする。

ただし緊急のためやむを得ない場合は、医師会独自の判断で派遣し、事後報告により行政側の承認を経て派遣要請があったものとみなす。

### (派遣期間)

原則3日～1週間、自己完結型。支援先と支援医師会の協議による。

### (医療救護班の構成)

- 1 原則として医師1名、歯科医師1名、薬剤師1名、看護職員2名、事務職員1名とする(事務職員の子な業務内容:運転、医療事務、活動の記録、情報収集、関係者との連絡調整、派遣元医師会等への報告等)。
- 2 理学療法士、作業療法士、臨床検査技師、救急救命士、介護・福祉関係者、栄養士など他職種・人数は、要員確保や現地でのニーズなど、状況に応じて柔軟に対応する。
- 3 日本医師会会員以外の参加も可能である。

(指揮系統、コーディネーター機能)

「指定地方公共機関」である青森県医師会は、日本医師会を含めた複数の医療チームの派遣元各団体と被災地における受入側各医療機関のコーディネイト機能を担う調整員を青森県災害対策本部に派遣し、情報収集下に医療活動の調整を行うものとする。

(撤収)

患者の流れを被災地の医療機関へ誘導し、災害対応が終了と判断される時点で、行政側、被災地医師会と協議し、収束後の被災地の医療機関への円滑な引き継ぎを行ない、その後に撤収する。

(費用)

「JMAT青森」における青森県からの派遣要請に基づいた費用については、原則として災害救助法に基づいた実費弁済とする。災害救助法適用外の場合は青森県との「災害時の医療救護に関する協定書」に基づいた実費弁済とする。

(補償)

原則として青森県との「災害時の医療救護に関する協定書」に基づくものとする。

平成24年10月24日 作成

平成26年12月18日 一部改訂

# 災害支援ナース派遣要領

公益社団法人 日本看護協会



## 目 次

### 1 総則

- 1) 目的
- 2) 災害支援ナース派遣の基本的な考え方
- 3) 災害時支援の対応区分

### 2 災害支援ナース

- 1) 災害支援ナースとは
- 2) 要件・条件
- 3) 活動時期と派遣期間
- 4) 活動場所
- 5) 活動に必要な経費
- 6) 事故補償

### 3 災害発生時の対応

- 1) 情報収集
- 2) 支援対応区分の判定
- 3) 災害支援ナース派遣手順

### 4 平常時における対応

- 1) 本会の役割
- 2) 都道府県看護協会の役割





# 1 総則

## 1) 目的

本要領は、本会危機管理基本規程に基づき、大規模自然災害発生時に、別項に規定する災害支援ナースを派遣し、被災地のニーズに応じて柔軟に災害時の看護支援活動を実践するための体制及び対応方法を定めるものである。

## 2) 災害支援ナース派遣の基本的な考え方

災害支援ナース派遣の際には、災害の規模等に応じてレベル1・2・3に区分し、レベルごとに定められた方法で本会又は災害が発生した都道府県看護協会（以下「被災県協会」という。）が災害支援ナースの派遣調整を行う。

災害時に効果的な看護支援活動を実践するため、本会与都道府県看護協会等との連携の在り方を明確にし、災害時支援体制を整備しておく（図1参照）。

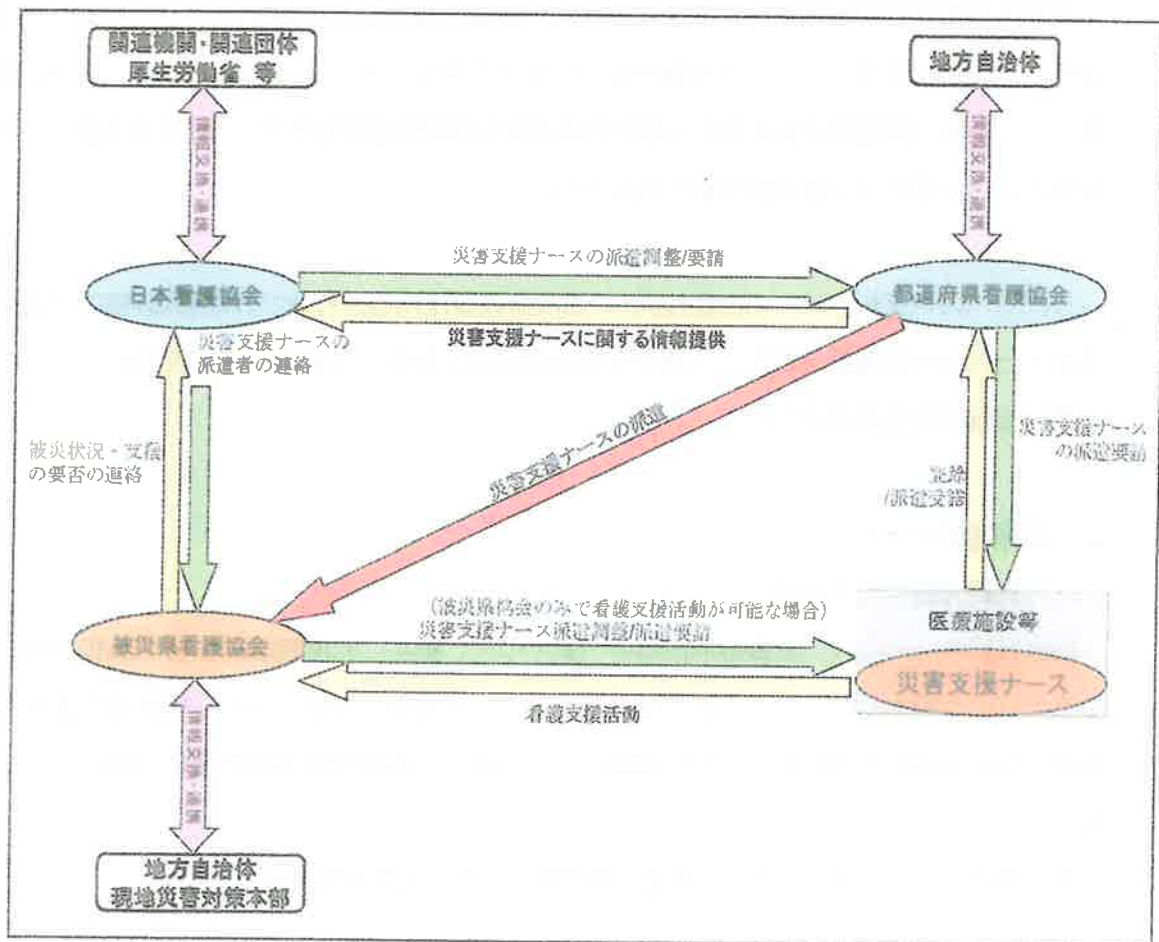


図1：災害支援ナース派遣のしくみ

### 3) 災害時支援の対応区分

#### レベル1 (単独支援対応)

被災県協会のみで災害時の看護支援活動が可能な場合をレベル1とする。レベル1においては、被災県協会が災害支援ナースを派遣し、災害時の看護支援活動を実施する。

#### レベル2 (近隣支援対応)

被災県協会のみでは災害時の看護支援活動が困難又は不十分であり、近隣の都道府県看護協会(以下「近隣県協会」という。)からの支援が必要な場合をレベル2とする。レベル2においては、本会の要請の下、被災県協会及び近隣県協会が災害支援ナースを派遣し、災害時の看護支援活動を実施する。

#### レベル3 (広域支援対応)

被災県協会及び近隣県協会のみでは災害時の看護支援活動が困難又は不十分であり、当該活動が長期化すると見込まれる場合をレベル3とする。レベル3においては、本会の要請の下、全国の都道府県看護協会(被災県協会及び近隣県協会を含む。)が災害支援ナースを派遣し、災害時の看護支援活動を実施する。

ただし、災害支援ナースの派遣に際し、都道府県看護協会が行政又は関係諸機関(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、支援対応区分を問わず、その調整は都道府県看護協会が行う。

## 2 災害支援ナース

### 1) 災害支援ナースとは

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のことであり、都道府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。

## 2) 要件・条件

災害支援ナースに登録するための要件は、以下のとおりとする。ただし、都道府県看護協会長が特別の事情があると認めた場合には、以下の要件にかかわらず登録を認めることができる。

- ①都道府県看護協会の会員であること。
- ②実務経験年数が5年以上であること。
- ③所属施設がある場合には、登録に関する所属長の承諾があること。
- ④災害支援ナース養成のための研修を受講していること。

災害支援ナースとして登録する際には、以下の条件を満たすことが望ましい。

- ①定期的（1年に1回程度）に本会又は都道府県看護協会で開催する災害看護研修若しくは合同防災訓練への参加が可能であること。
- ②災害看護支援活動も補償の対象に含まれる賠償責任保険制度に加入していること。
- ③帰還後に都道府県看護協会が主催する報告会・交流会等への参加が可能であること。

災害支援ナースが以下の事由に該当する場合には、都道府県看護協会長は登録を取り消すことが望ましい。

- ①災害支援ナースとして登録している都道府県看護協会の会員資格を喪失したとき。
- ②行政処分により看護職の免許が取り消されたとき。
- ③その他登録先の都道府県看護協会長が、登録を取り消す必要があると特に認めたとき。

## 3) 活動時期と派遣期間

災害支援ナースの被災地での活動時期は、発災後3日以降から1ヶ月間を目安とし、個々の災害支援ナースの派遣期間は、原則として、移動時間を含めた3泊4日とする。

## 4) 活動場所

災害支援ナースが活動する場所は、原則として、被災した医療機関・社会福祉施設、避難所（福祉避難所を含む）を優先する。

### 5) 活動に必要な経費

レベル2及び3において、本会が派遣調整を行う災害支援ナースの活動にあたって必要な交通費・宿泊費及び日当については、本会の責任において支給する。上記以外に発生する経費その他の負担については都道府県看護協会等が負うものとする。

### 6) 事故補償

レベル2及び3において、本会が派遣調整を行う災害支援ナースの活動にあたっては、本会は、災害看護支援活動中（出発地と被災地との移動を含む。）の事故等に対応するため、天災担保特約付き国内旅行傷害保険に加入する。

また、レベル2及び3において、本会が災害支援ナースの派遣調整を行った場合、その看護支援活動に関連して災害支援ナースが第三者に損害を与えた場合には、都道府県看護協会との関係においては本会がその責任を負う。

## 3 災害発生時の対応

大規模自然災害が発生した場合において、本会として独自に支援する必要があると判断したときは、以下の対応を行う。

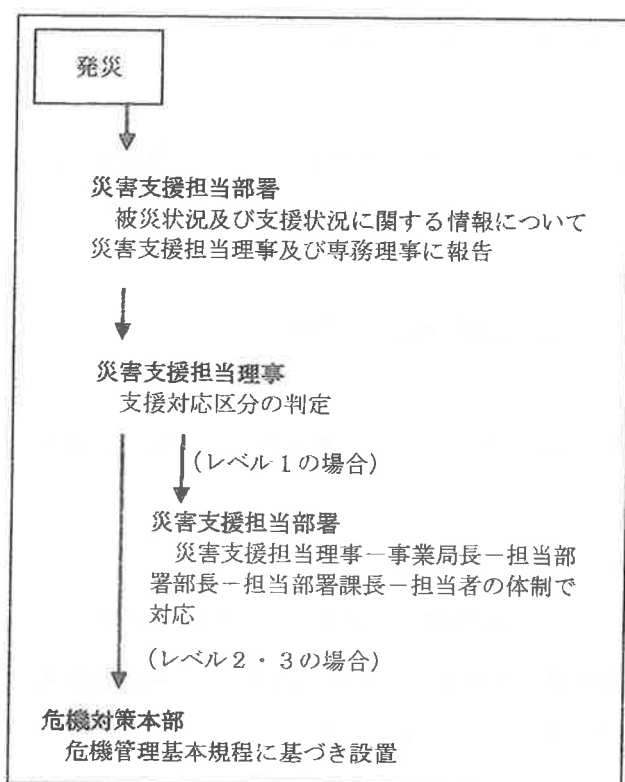
### 1) 情報収集と共有

災害時の支援においては、限られた人材及び物資等で最大限の効果を発揮しなければならないことから、ニーズを的確にアセスメントして進める必要がある。ニーズをアセスメントするために必要な情報を収集することは、災害時の支援を有効かつ効率的に実施するための前提であり、初動における最重要事項である。

### 2) 本会内における情報収集・報告

大規模自然災害が発生した場合、本会災害支援担当部署は、被災県協会から通知される「災害状況連絡票（様式 A）」等により、災害の概況、被災状況（被災県協会及び会員の状況を含む。）、被災県内における災害支援ナース派遣状況、支援要請の有無等について情報を集約し、直ちに災害支援担当理事および専務理事に報告する。

その他、危機管理基本規程に則り「危機対策本部」を設置した際には、それぞれ編成された各班および関係部署における十分な情報共有を図る。



図：発災～支援対応区分後の対応に関する流れ

### 3) 都道府県看護協会との情報共有

本会は、国・地方自治体、その他マスコミ等あらゆる媒体を活用した情報収集を行い、被災県協会と緊密に情報共有を図る。

その際、個別の災害に応じて最も有効な連絡手段を活用し、本会は災害支援ナース派遣状況等について、情報を把握する。

また、レベル2・3の災害時には、災害支援ナース派遣状況等について法人会員ネット掲示板に掲載し、都道府県看護協会との情報共有を図る。

## 2 支援対応区分の判定

災害支援担当理事は、収集・報告された情報に基づき、第1章の3に沿って支援対応区分を判定する。レベル2・3と判定された場合には、規程に則り、直ちに危機対策本部を設置する。

なお、危機対策本部の協議により、判定した災害レベルを変更する場合には、速やかに被災県協会及び関係する都道府県看護協会に通知する。

## 3 災害支援ナース派遣手順

支援対応区分決定以降、災害支援ナースの派遣に関する手順は以下を原則とする。

### 1) レベル1（単独支援対応）の場合

#### ①被災県協会による支援活動との連携

支援対応区分がレベル1の際には、第1章の3に則り、被災県看護協会が災害支援ナースの派遣調整を行う。

本会は、被災県看護協会の調整による災害支援ナースの派遣が終了するまで、状況の変

化等を常に注視しながら、被災県協会との緊密な連携を継続する。

#### ②派遣終了における手続

被災県協会が災害支援ナースの派遣を終了し、すべての派遣ナースの帰還を確認した際に通知される「派遣終了票（様式E）」を確認し、支援状況等の情報を収集する。

## 2) レベル2 (近隣支援対応), レベル3 (広域支援対応)の場合

### ①災害発生の周知

本会は、「災害発生に関する報告書（様式1）」により全都道府県看護協会に情報を提供する。

### ②被災県協会から本会への具体的な派遣要請

被災県協会が本会による災害支援ナースの派遣調整が望ましいと判断した際には、必要な支援の内容（派遣者数・場所・期間等）を決定し、「災害支援ナース派遣要請表（様式B）」により、本会に対し災害支援ナースの派遣を要請する。

### ③派遣調整を行う都道府県看護協会の決定

上記②により本会が要請を受けた際には、危機対策本部において、災害支援ナースの派遣要請を行う都道府県看護協会を決定する。なお、決定に際しては、災害レベルと被災県協会からの要請内容、移動手段の確保状況、登録している災害支援ナースの数などを基準とする。

### ④本会から都道府県看護協会への災害支援ナース派遣要請

ア) 本会は、「災害支援ナース派遣要請（様式2）」をもって、都道府県看護協会に災害支援ナースの派遣を要請する。

イ) 災害支援ナースを派遣する都道府県看護協会は、災害支援ナースとして登録している会員及びその所属施設（所属施設がある場合に限る。）と派遣調整を行い、「災害支援ナース派遣候補者リスト（様式C）」を本会に送付する。

### ⑤派遣決定の通知

ア) 本会は、都道府県看護協会が提出した「災害支援ナース派遣候補者リスト（様式C）」に基づき、個別の活動場所に応じた「災害支援ナース派遣シフト表（様式3）」（以下「シフト表」という。）を作成し、当該都道府県看護協会及び被災県協会に送付する。

イ) 本会は、すべての都道府県看護協会に対し、「派遣決定通知（様式4）」をもって災

害支援ナースの派遣決定状況を周知する。

#### ⑥派遣の準備

- ア) 本会は、「日本看護協会災害支援ナースロゴ」入りのビブスを用意し、災害支援ナースを派遣する都道府県看護協会又は活動場所に対して必要数を提供・送付する。
- イ) 災害支援ナースを派遣する都道府県看護協会又は本会は、シフト表に基づき派遣が決定した災害支援ナースに対して、災害支援ナースの概要、派遣期間、活動場所、活動内容、宿泊場所、持参物品、保険及び災害時の支援活動における留意点（心構え等）のオリエンテーションを行う。
- ウ) 本会が災害支援ナースの移動手段等を確保する必要があると認める場合には、国及び地方自治体等と航空機、電車、高速道路等の優先使用などについて検討、調整する。

#### ⑦被災県協会への継続的支援

本会は、災害支援ナースの派遣が終了するまで、状況の変化等を常に注視しながら、被災県協会との緊密な連携を継続する。

#### ⑧災害支援ナースからの情報収集

本会は、個別の災害に応じて、派遣した災害支援ナースとの連絡方法等について都道府県看護協会と調整を行い、指示報告系統を明確にした上で当該災害支援ナースからの災害現場に関する情報を集約する。

#### ⑨派遣終了における手続

- ア) 災害支援ナースの派遣要請を終了する場合には、被災県協会は、活動場所ごとに「派遣要請終了票（様式D）」を作成し、速やかに本会へ送付する。
- イ) 本会は、「派遣要請終了通知（様式5）」により、災害支援ナースを派遣している都道府県看護協会に対し追加の派遣が必要ない旨を通知する。
- ウ) 災害支援ナースを派遣している都道府県看護協会は、すべての派遣ナースの帰還を確認し、「派遣終了票(様式E)」により本会へ通知する。
- エ) 本会は、派遣したすべての災害支援ナースの帰還を確認し、「活動終了報告(様式6)」により、全都道府県看護協会に対し支援ナースの派遣が終了した旨を周知する。

#### ⑩派遣終了後のケア

災害支援ナースを派遣した都道府県看護協会は、派遣した災害支援ナースの心身の負

担を軽減するため、必要なケアを受けられる機会を設ける。

#### 4 平常時における対応

##### 1) 本会の役割

###### ①都道府県看護協会及び関係機関等との連携強化

都道府県看護協会の担当者及び関係諸機関と平時より緊密に情報共有し、連携の強化に努める。

###### ②災害看護の普及

より効果的な災害看護活動を実現するため、災害支援ナースに求められる人材像や育成に必要な教育内容の検討を行うとともに、学会等を通じて、災害支援ナースの活動や災害看護に対する理解の促進・普及に努める。

###### ③災害支援ナース派遣調整訓練の実施

都道府県看護協会並びに災害支援ナース及びその所属機関との災害支援ナース派遣調整訓練を年1回以上実施し、災害支援ナース派遣調整の評価及び見直しを行う。

###### ④その他

その他、災害時支援体制を円滑に整え、効果的な支援活動を行うために必要な事業を行う。

##### 2) 都道府県看護協会の役割

###### ①本会及び各都道府県看護協会並びに関係機関等との連携強化

本会・都道府県看護協会の災害支援担当者及び関係諸機関と平時より緊密に情報共有し、連携強化に努める。

###### ②災害看護の普及

災害看護関連研修等を開催し、災害看護の普及をはかるとともに、災害発生時に看護による支援活動に従事できる看護職を育成する。

###### ③災害支援ナースの登録の推進

災害支援ナースの周知及び募集につとめ、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。

登録に際しては、災害支援ナースの概要について説明を行うとともに、その所属施設に対しては、あらかじめ派遣時の身分について可能な限り合意しておく。都道府県



看護協会が定める災害支援ナースの登録期間（本会は 3 年を推奨）については、登録の更新ごとに必要な情報提供及び事務手続等を実施し、災害支援ナースの登録促進を図る。

④その他

その他、災害時支援体制を円滑に整え、効果的な支援活動を行うために必要な事業を行う。

**5. 施行日**

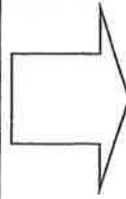
この要領は平成 26 年 4 月 18 日から施行する。

# 様式 1

(送付枚数：本紙含め 枚)

<平成 年 月 日 時 分現在>

送 信 元	日本看護協会
	看護開発部 看護業務課
	担当者：
	災害専用 FAX：03-6704-8731 電子メール：saigai@nurse.or.jp



宛 先	各都道府県看護協会  会長 様
--------	-----------------------

## 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			

### 日本看護協会への連絡方法

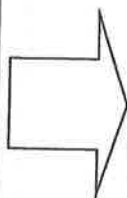
- ①専門職支援・中央ナースセンター事業部 <災害専用>：(FAX) 03-5778-8499 (TEL) 03-5778-8495
- ②電子メール：saigai@nurse.or.jp
- ③東京都災害時優先電話（東京都被災時に使用）：(FAX) 03-5778-5620 / (TEL) 03-5778-5609

# 様式2

(送付枚数：本紙含め 枚)

＜平成 年 月 日 時 分現在＞

送 信 元	日本看護協会
	専門職支援・中央ナースセンター事業部
	担当者：
	災害専用 FAX：03-5778-8499 電子メール：saigai@nurse.or.jp



宛 先	各都道府県看護協会 ご担当者様
--------	--------------------

## 災害支援ナース派遣要請-活動場所①-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：
	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専門職支援・中央ナースセンター事業部 <災害専用>：(FAX) 03-5778-8499 (TEL) 03-5778-8495
- ②電子メール：saigai@nurse.or.jp
- ③東京都災害時優先電話 (東京都被災時に使用)：(FAX) 03-5778-5620 / (TEL) 03-5778-5609



# 様式 4

(送付枚数：本紙含め 枚)

<平成 年 月 日 時 分現在>

送信元	日本看護協会	宛先	各都道府県看護協会 ご担当者様
	専門職支援・中央ナースセンター事業部		
	担当者：		
	災害専用 FAX：03-5778-8499 電子メール：saigai@nurse.or.jp		

## 災害支援ナース派遣決定通知-第( )報

災害名：\_\_\_\_\_

月 日、 : 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(別添)に連絡しましたことをお知らせいたします。

: 以降に受領しましたリストの反映は、 \_\_\_\_\_ にご連絡いたします。

さらに支援が必要な場合、再度の派遣をご依頼いたしますので、よろしく願い申し上げます。

活動場所	派遣 依頼数	上段は派遣決定数、(下段は不足数)			
		/ - /	/ - /	/ - /	/ - /
	人	人	人	人	人
		( )人	( )人	( )人	( )人
	人	人	人	人	人
		( )人	( )人	( )人	( )人
	人	人	人	人	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

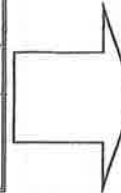
- ①専門職支援・中央ナースセンター事業部 <災害専用> : (FAX) 03-5778-8499 (TEL) 03-5778-8495
- ②電子メール：saigai@nurse.or.jp
- ③東京都災害時優先電話 (東京都被災時に使用) : (FAX) 03-5778-5620 / (TEL) 03-5778-5609

**様式 5**

(送付枚数：本紙含め 枚)

&lt;平成 年 月 日 時 分現在&gt;

送 信 元	日本看護協会
	専門職支援・中央ナースセンター事業部
	担当者：
	災害専用 FAX：03-5778-8499 電子メール：saigai@nurse.or.jp



宛 先	各都道府県看護協会
	ご担当者様

**災害支援ナース派遣要請終了**

災害名：\_\_\_\_\_

派遣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。

候補者リストをお送りいただきながら、期日等の関係で、派遣とならなかった協会におかれましては、くれぐれもご了承ください。

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専門職支援・中央ナースセンター事業部 <災害専用>：(FAX) 03-5778-8499 (TEL) 03-5778-8495
- ②電子メール：saigai@nurse.or.jp
- ③東京都災害時優先電話（東京都被災時に使用）：(FAX) 03-5778-5620 / (TEL) 03-5778-5609

# 様式6

(送付枚数：本紙含め 枚)

<平成 年 月 日 時 分現在>

送 信 元	日本看護協会
	専門職支援・中央ナースセンター事業部
	担当者：
	災害専用 FAX：03-5778-8499 電子メール：saigai@nurse.or.jp

宛 先	各都道府県看護協会 会長 様
--------	-------------------

## 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。

(訓練はこれで終了いたしますが、) 近日中に、派遣元看護協会には交通・宿泊費の精算用紙をお送りいたします(訓練派遣後の作業確認としてお目通しください。ご返送も不要ですのでご注意ください)。

活動場所	派遣期間	派遣人数
①	/ ~ /	名
②	/ ~ /	名
③	/ ~ /	名
延人数		名

### 日本看護協会への連絡方法

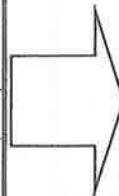
- ①専門職支援・中央ナースセンター事業部 <災害専用>：(FAX) 03-5778-8499 (TEL) 03-5778-8495
- ②電子メール：saigai@nurse.or.jp
- ③東京都災害時優先電話(東京都被災時に使用)：(FAX) 03-5778-5620 / (TEL) 03-5778-5609

# 様式A

(送付枚数：本紙含め 枚)

<平成 年 月 日 時 分現在>

送信元	(被災県)	看護協会
	担当者：	
	FAX：	



宛先	日本看護協会 会長
	担当部署： 看護開発部 看護業務課
	災害専用 FAX：03-6704-8731 電子メール：saigai-na@nurse.or.jp

## 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. 災害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

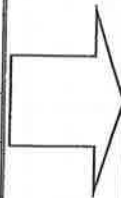


# 様式B

(送付枚数：本紙含め 枚)

<平成 年 月 日 時 分現在>

送 信 元	(被災県)	看護協会
	担当者：	
	FAX：	



宛 先	日本看護協会 看護開発部 看護業務課
	担当者
	災害専用 FAX：03-6704-8731 電子メール：saigai-na@nurse.or.jp

## 災害支援ナース派遣要請票-活動場所①-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



# 様式 D

(送付枚数：本紙含め 枚)

<平成 年 月 日 時 分現在>

送信元	(被災県)	看護協会	宛先	日本看護協会
	担当者：			看護開発部 看護業務課
	FAX：			担当者
				災害専用 FAX：03-6704-8731
				電子メール：saigai-na@nurse.or.jp

## 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>

送信元	(派遣元)	看護協会	宛先	日本看護協会
	担当者：			看護開発部 看護業務課
	FAX：			担当者
				災害専用 FAX：03-6704-8731
				電子メール：saigai-na@nurse.or.jp

## 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

# 公益社団法人青森県看護協会災害看護要綱

## 1. 目的

大規模自然災害発生及び原子力災害他大事故に伴う大規模災害時に、別項に規定する災害支援ナースを派遣し、被災地のニーズに応じて柔軟に災害時の看護支援活動を実施するための体制及び対応方法を定めるものである。

## 2. 青森県看護協会災害支援本部を設置する

会長は、災害が発生した場合には、必要に応じ医療救護業務の実施に関し、連絡統制を図るため協会に青森県看護協会災害支援本部（以下「災害支援本部」という。）を設置する。

## 3. 災害支援本部の構成

本部長：青森県看護協会会長

副本部長：専務理事

常務理事

事務長

本部職員：事業課長

教育研修課長

総務課長

## 4. 所掌業務

- (1) 災害状況、被害状況等災害応急対策上、必要な情報の収集及び伝達に関すること
- (2) 日本看護協会及び県行政機関・関係機関との連絡調整に関すること
- (3) 災害支援ナースの派遣調整及び派遣並びに交代要員の確保に関すること
- (4) 日本看護協会及び他県看護協会への応援要請及び受け入れに関すること
- (5) 被災会員のとりまとめに関すること

## 5. 災害支援本部設置基準

- (1) 大規模な災害が発生し、又は発生する恐れがあり、会長がその対策を必要と認めるとき
- (2) 県が災害対策本部を設置したとき
- (3) その他会長が設置することが適当と判断したとき

## 附則

この要綱は、平成22年7月10日から施行する

この要綱は、平成25年4月1日から施行する

この要綱は、令和2年6月1日から施行する



# 公益社団法人青森県看護協会災害看護マニュアル

## 目 次

I	看護協会の災害時支援体制	P 1
II	災害支援ナースに関する事項	2
III	災害支援ナースの募集要項	11
IV	県外災害支援の流れ（フロー図1）（別紙1）	13
V	県内災害支援の流れ（フロー図2）（別紙2）	14
VI	県内災害受援の流れ（フロー図3）（別紙3）	15
VII	災害支援活動を行うための携行品（別紙4）	16
VIII	様式	
	【青森県看護協会の様式】	
	災害状況連絡票（青・様式1）	17
	災害発生に関する報告書（青・様式2）	18
	災害支援ナース派遣依頼票No.1（青・様式3）	19
	災害支援ナース派遣要請票No.2（青・様式4）	20
	災害支援ナース派遣許可票（青・様式5）	21
	災害支援ナース派遣シフト表（青・様式6）	22
	災害支援ナース派遣決定通知票（青・様式7）	23
	災害支援ナース派遣計画表（青・様式8）	24
	災害支援ナース活動終了報告書（青・様式9）	25
	災害支援ナース派遣依頼終了票（青・様式10）	26
	災害支援ナース派遣終了票（青・様式11）	27
	災害支援ナース登録届・同意書・承諾書・保険の同意書（青・様式12）	28
	災害支援ナース登録証（青・様式13）	29
	災害支援ナース登録（変更・中止）申請書（青・様式14）	30
	災害支援ナース派遣状況の情報提供（青・様式15）	31
	災害支援ナースの現状把握（青・様式16）	32
IX	衛星携帯電話の取り扱い	33
X	災害支援ナース派遣に関する協定書	37
XI	JMAT青森基本方針	41
	【日本看護協会 災害支援ナース派遣要領】	





平成22年 7月10日施行  
平成24年 3月 1日一部改訂  
平成25年 4月 1日一部改訂  
平成26年11月 1日一部改訂  
平成28年10月21日一部改訂  
令和 2年 6月 1日一部改訂

