宮崎県看護協会
災害看護支援要綱

2021年3月改訂版

公益社団法人　宮崎県看護協会

目次

Ⅰ　目的 ・・1

Ⅱ　基本方針 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1

Ⅲ　用語の定義
　1　災害とは ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1
　2　災害看護とは ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1
　3　災害支援ナースとは ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1

Ⅳ　災害支援ナース派遣の仕組み
　1　災害支援ナース派遣の基本的な考え方 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2
　2　災害時支援の対応区分 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2
　3　災害支援ナース派遣手順 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3
　　1）宮崎県内で災害が発生（レベル 1） ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3
　　2）宮崎県内で災害が発生（レベル 2，3） ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3
　　3）宮崎県外で災害が発生（レベル 2，3） ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・4

Ⅴ　宮崎県看護協会の災害看護支援体制
　1　災害対策本部の設置 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6
　2　災害対策本部の役割 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7
　3　行政との連携 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・8
　4　日本看護協会との連携 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・8
　5　災害支援ナースの受入れ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・8

Ⅵ　災害支援ナースになるには
　1　要件・条件 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11
　2　登録 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11
　3　支援活動に対する補償 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・12
　4　活動場所 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・12
　5　活動時期と派遣期間 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・12
　6　災害派遣時の携行品 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・13

資料

関係様式集

1　宮崎県看護協会　災害看護支援関係様式　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・17
2　宮崎県との災害協定関係様式　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・23
3　日本看護協会との災害協定関係様式　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・26

関係機関との協定書

1　災害時等における健康相談・健康管理業務に関する協定（宮崎県）　・・・・・37
2　災害支援ナース派遣に関する協定書（日本看護協会）　・・・・・39

災害看護支援要綱

公益社団法人宮崎県看護協会

Ⅰ　目的

宮崎県看護協会（以下、「協会」という。）は、協会の基本理念に基づき、宮崎県内および宮崎県外に災害が発生した場合、災害に関する看護の知識を活用し、地域住民の安全確保および生命と健康を守るために、災害看護支援活動に必要な事項を定め、他の関連機関と連携・協力し、被災地域に対する支援活動体制の確立を期するために作成する。

Ⅱ　基本方針

災害発生直後の緊急医療支援は、自治体・日本赤十字、地域拠点病院等が業務として出動する。協会は原則として被災者の健康レベルの維持・生活の保持を行うために災害支援ナースを派遣する。

Ⅲ　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る事に伴う二次的な生命や健康への脅威も含む。

災害は、地震、津波、台風、洪水、竜巻、噴火などの自然現象が原因で起こる自然災害と、交通機関の事故や放射線事故、武力紛争のように人間が起こす人為災害とに分けられる。

2　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である（日本看護協会)。

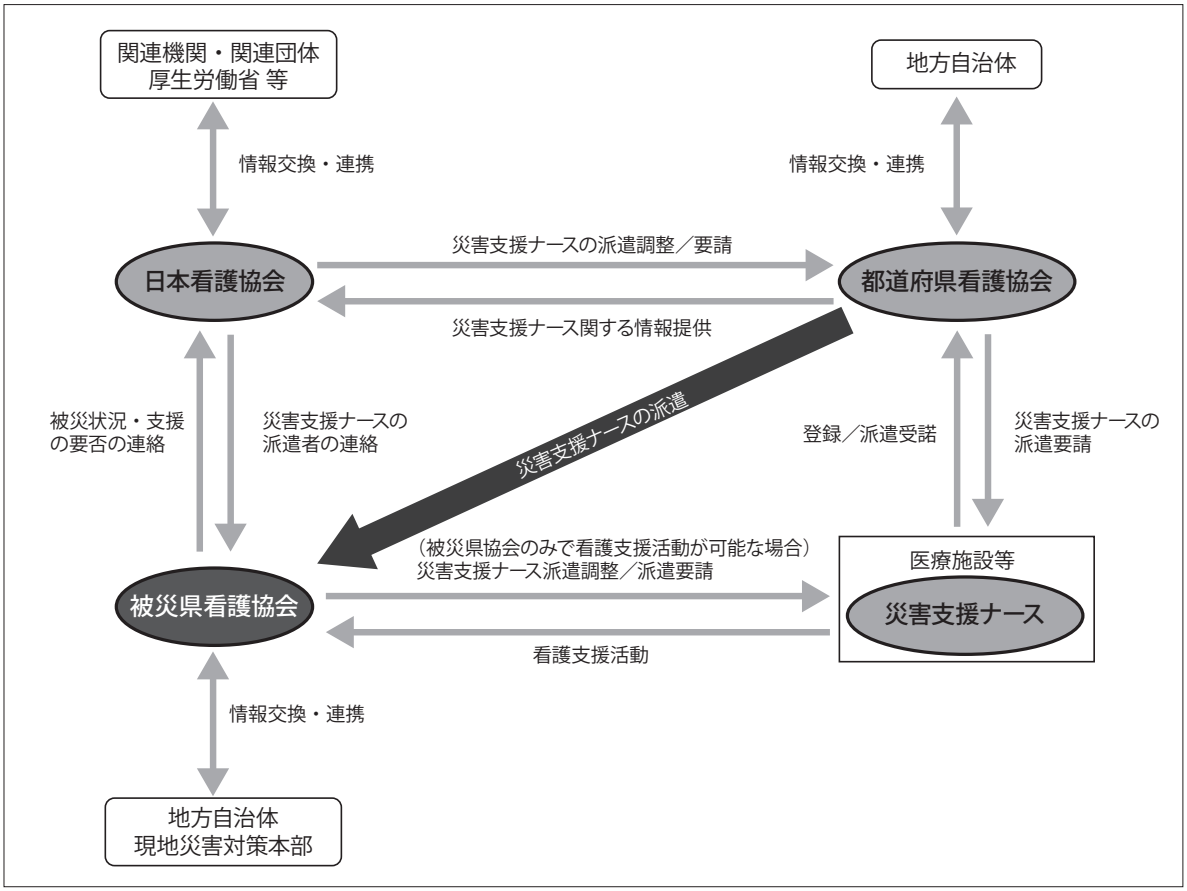
3　災害支援ナースとは

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、宮崎県看護協会に登録している者を言う。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。

Ⅳ　災害支援ナース派遣の仕組み(日本看護協会 HP より抜粋)

1　災害支援ナース派遣の基本的な考え方

大規模自然災害発生時には、災害の規模などに応じて「レベル１・２・３」に区分し、災害レベルごとに定められた方法で、日本看護協会（以下、「日看協」という。）または災害が発生した都道府県看護協会が災害支援ナースの派遣調整を行う。



2　災害時支援の対応区分

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
レベル１（単独支援対応） 被災県看護協会のみで看護支援活動が可能な場合	被災県看護協会が災害支援ナースを派遣する	被災県看護協会
レベル２（近隣支援対応） 被災県看護協会のみで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
レベル３（広域支援対応） 被災県看護協会および近隣県看護協会のみでは不十分であり、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	

3　災害支援ナース派遣手順

1）　宮崎県内で災害が発生（レベル１）

（１）　発災時に県災害対策本部（保健医療調整本部）に、会長または総務担当常務理事が災害支援ナース派遣要請の有無について確認する。

（２）　宮崎県からの要請「支援活動要請書」【様式第１号】に基づき、災害支援ナース所属施設の施設長へ派遣要請を行うとともに、日看協に「災害発生に関する報告書」【様式 1】にて報告する。

（３）　各施設長は派遣可能な災害支援ナースを選出し、「派遣候補者リスト」【宮崎様式 3】を作成し県協会に FAX またはメールで送る。

（４）　候補者リストに基づき日程及び人員を調整した後、「派遣シフト表」【宮崎様式 4】を派遣先に送信する。

（５）　協会は、「災害支援ナース派遣決定通知」【宮崎様式 5】を当該施設長へ送付する。

（６）　施設長は、災害支援ナースに派遣場所や日程を伝える。

（７）　協会は災害支援ナースの派遣に際して、ボランティア保険への加入を行う。

（８）　協会は派遣に際して、事前に必要物品や注意事項等のオリエンテーションを電話または FAX にて連絡する。

（９）　協会は被災地までの交通手段を確認し手配する。

（10）　活動が終了した災害支援ナースは、速やかに「災害支援ナース活動報告書」【宮崎様式 6】を作成し、県協会に提出する。

（11）　災害支援ナースの派遣が終了後、派遣元施設および日看協に連絡し、宮崎県には「支援活動報告書」【様式第２号】にて報告する。

2）宮崎県内で災害が発生（レベル 2，3）他県から災害支援ナースの受け入れ

（１）　県内で大規模な災害が発生し、県外から災害支援ナースの派遣が必要になった場合、協会は県災害対策本部（保健医療調整本部）と協議し、レベル 2～3 への変更を日看協に連絡する。

（２）　協会は、日看協へ「災害状況連絡票」【様式 A】と「災害支援ナース派遣要請票」【様式 B】を提出する。

（３）　協会は、日看協からの「災害支援ナース派遣シフト表」【様式 3 】を確認し、災害支援ナースの派遣先に送る。

（４）　派遣期間や派遣人数は、県災害対策本部（保健医療調整本部）や派遣先の情報・要請により、増減や要請中止を決定する。その上で、日看協に延期・終了の連絡をする。

（５）　協会は、災害支援ナースの要請が終了した場合は、日看協へ「災害支援ナース派遣要請終了票」【様式 D】で連絡する。

（６）　協会は、日看協の「災害支援ナース活動終了報告」【様式 6】を確認し、関係機関に連絡する。

3）宮崎県外で災害が発生（レベル 2，3）

（1） 協会は日看協から「災害発生に関する報告書」【様式 1 】を受け、協会の対策本部にて派遣を決定し、災害支援ナース所属施設へ派遣要請を行う。

（2） 派遣要請を受けて、各施設長は派遣可能な災害支援ナースを選出し、協会に「災害支援ナース派遣候補者リスト」【宮崎様式 3】を提出する。

（3） 協会は日看協に「災害支援ナース派遣候補者リスト」【様式 C】を提出する。

（4） 日看協から、「災害支援ナース派遣決定通知」【様式 4】を受け、協会は当該施設長へ「災害支援ナース派遣シフト表」【様式 3】に沿って連絡する。

（5） 施設長は、災害支援ナースに派遣場所や日程を伝える。

（6） 災害支援ナースの派遣にあたり、交通手段の確認を行う。

（7） 協会は、派遣にあたり必要物品や注意事項等のオリエンテーションを行う。

（8） 災害支援ナースは、活動終了し帰還したら協会に連絡し、活動報告書【宮崎様式 6】を作成し協会へ提出する。

（9） 協会は、派遣が終了した災害支援ナースの帰還を確認後、日看協に「災害支援ナース派遣終了票」【様式 E】を提出する。

(10) 協会は、日看協より「災害支援ナース派遣要請終了票」【様式 5】を受け、各施設へ災害支援ナースの派遣要請が終了したことを連絡する。

(11) 協会は、日看協の「災害支援ナース活動終了報告」【様式 6】を確認する。

図１　派遣概念図：宮崎県内で災害が発生した場合

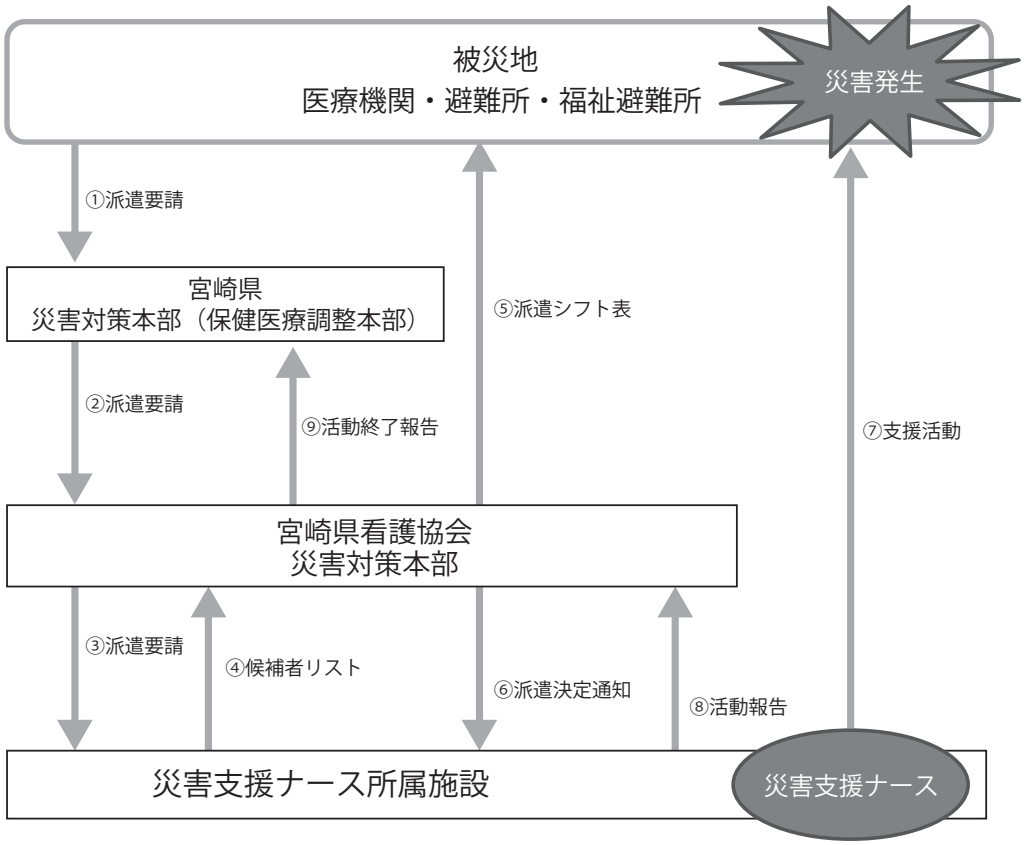
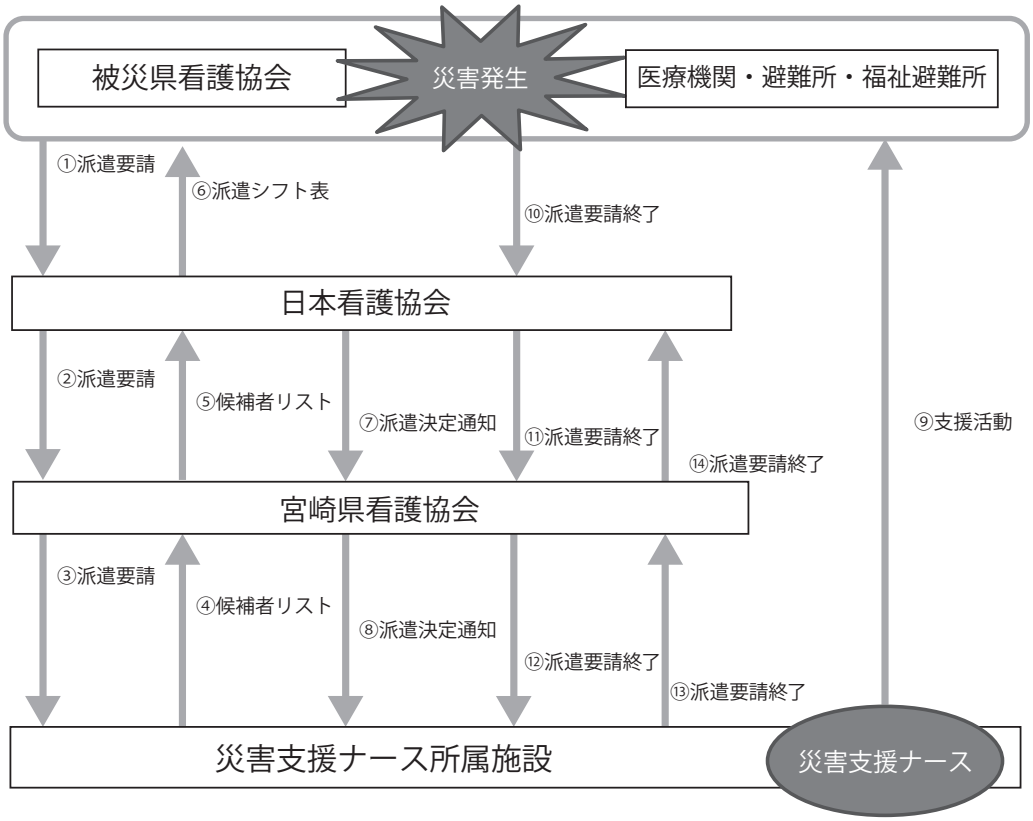


図２　派遣概念図：宮崎県外で災害が発生した場合



Ⅴ　宮崎県看護協会の災害看護支援体制

1　対策本部の設置

協会は、災害発生時直ちに災害対策本部設置の必要性を検討し、必要性が確認された場合は協会内に災害対策本部を設置する。

なお、災害状況により協会所在地に対策本部の設置が不可能な場合は、協会長の判断により適切な場所に設置する。

1）設置基準

（1）県が災害対策本部を設置したとき（県内発生）

（2）日看協からの要請があった場合（県外発生）

（3）その他、協会長が必要と判断したとき

2）組織

災害対策本部は、対策本部長、情報収集責任者、支援活動責任者、災害支援ナース調整責任者、物資調達責任者、災害支援協力者により組織し、協会に事務局を置く。

（1）対策本部長は、会長がその任にあたる。

（2）情報収集責任者は、常務理事（総務担当）がその任にあたる。

（3）支援活動責任者は、常務理事（総務担当）がその任にあたる。

（4）災害支援ナース調整責任者は、常務理事（教育担当）とナースセンター長がその任にあたる。

（5）物資調達責任者は、事務局長がその任にあたる。

（6）災害支援協力者は、副会長がその任にあたる。

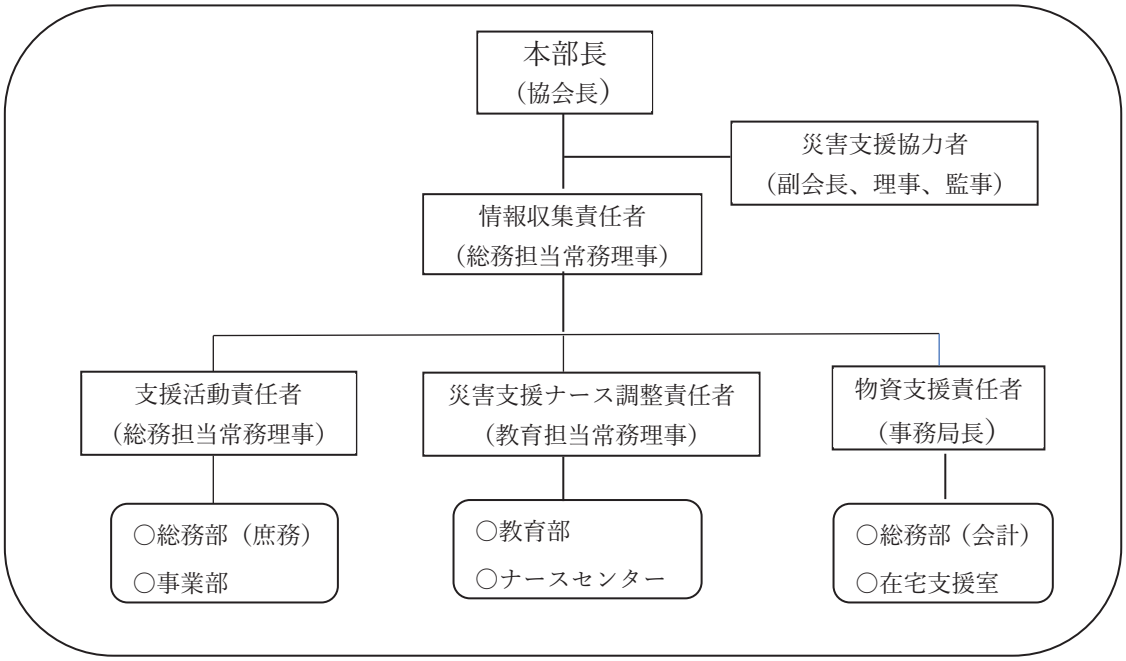


図３　　宮崎県看護協会の災害対策本部組織図

2　災害対策本部の役割

1）対策本部長（協会長）

（1）情報収集責任者、支援活動調整責任者、災害支援ナース調整責任者、物資調達責任者、災害支援協力者と協力し、支援活動の指揮をとる。

（2）関係機関との連携・対応

日看協や県災害対策本部等関係機関との連携を密にし、災害看護支援活動の情報提供を積極的に行う。

2）情報収集責任者（総務担当常務理事）

（1）対策本部事務局の統括責任者として運営を行う

（2）日看協や県災害対策本部と連携をとり、被災地の被害状況などの情報を収集する。

（3）被災地に必要な災害支援ナース数を把握する。

（4）被災地の看護活動に必要な物資を把握する。

3）支援活動調整責任者（総務担当常務理事）

（1）被災状況や災害支援に関する情報を集約・整理し記録に残す。

（2）日看協や協会地区理事および協会訪問看護ステーションへの情報提供や報告を行う。

4）災害支援ナース調整責任者（教育担当常務理事）

（1）情報収集責任者と連携をとり、災害支援ナースの派遣内容を明確にする。

①　派遣場所：施設、避難所、救護所

②　災害支援ナースの必要人数及び派遣可能人数

③　活動期間

④　必要物品

⑤　その他

（2）災害支援ナースの確保を行う。

①　災害支援ナース登録者を優先的に派遣要請する。

②　県内で対応困難な場合は、日看協へ協力を要請する。

（3）災害支援ナースの派遣に当たっては、必要な心構えや準備について指導を行う。

（4）災害支援ナースの需要と供給についてリストを作成する。

リストの作成は下記の情報を含む。

①　氏名、年齢、性別

②　所属名称、住所、連絡方法（電話、ＦＡＸ、携帯電話、電子メール等）

③　自宅住所、連絡方法（電話、ＦＡＸ、携帯電話、電子メール等）

④　免許の種類（保健師、助産師、看護師）

⑤　実働期間（移動日・実働日・帰宅日を区別）

（5）協会地区理事へ派遣決定情報を連絡する。

（6）災害保険加入手続きを行う。（労災が適用される場合以外）
（7）派遣が長期に及ぶ場合には、交代などの調整を行う。
（8）派遣している災害支援ナースからの現状報告の受付及び連絡調整を行う。

5）物資支援等責任者（事務局長）
（1）災害時看護支援のための財源の確保・管理・運営を行う。
財源を確保するために、義援金・寄附金を募る。
（2）必要な物的資源を確保し、災害支援活動に必要な物品を現地に届ける手配を行う。
（3）情報収集責任者と連携をとり、物資支援を調整する。

6）災害支援協力者（副会長、理事、監事）
（1）必要時、招集し各責任者と情報共有する。
（2）各責任者が不在の場合は副会長がその任にあたる。
（3）地区理事は必要に応じ被災状況の報告及び災害支援ナース派遣調整について、連携を図る。

3　行政との連携

1）宮崎県との「災害時における健康相談・健康管理業務に関する協定」に基づき災害支援ナースを派遣する。（平成 24 年 2 月 2 日締結）

2）宮崎県内で行われる防災訓練・防災に関する会議等に災害支援ナース等を派遣する。

4　日本看護協会との連携

1）日看協との「災害支援ナース派遣に関する協定書」に基づき災害支援ナースを派遣する。（平成 26 年 7 月 1 日締結）

2）日看協が主催する災害訓練・会議等に出席し連携を図る。

5　災害支援ナースの受入れ

1）平時の備え
（1）　宮崎県庁や関係団体の連絡先、担当者の明確化
①　宮崎県庁、宮崎県医師会等の災害に関する担当部署や担当者を明確にしておく。また、災害に関する会議等へ参加する。
（2）　被害状況の確認のための連絡先および確認事項の明確化
①　災害発生時に会員および会員施設への安否確認等を行うため、施設名、連絡先および看護管理者氏名、所属会員氏名等をリスト化する。
②　被害状況の確認事項について項目をあげておく。
・人的被害、建物被害、通信手段、ライフライン
・救急搬送の受入れ可否、診療を止めている部門の有無、出勤不可能な看護職の有無、

派遣要請の有無

・避難所の設置数、避難者数

③ 災害支援ナースの派遣要請に必要な確認事項について項目をあげておく。

・派遣先の確認、必要人員、派遣期間の見通し、受入れ窓口等

（3） 宮崎県看護協会事務局の役割分担の明確化および情報共有の機会の設定

① 事務局内の役割分担を決める。

・宮崎県災害対策本部（保健医療調整本部）との連絡担当者（総務担当常務理事）

・協会・会員の被災状況等の情報収集等の担当者（総務部）

・日本看護協会、災害支援ナースおよび派遣要請施設との連絡担当者（事業部）

※土日や夜間の対応を含む

② 発災時に設置される協会内の災害対策本部会議等、情報共有をする機会を設定する。

2）発災時に行うこと

（1） 協会内に災害対策本部を設置

（2） 宮崎県災害対策本部（保健医療調整本部）等への確認

① 発災時に、宮崎県災害対策本部（保健医療調整本部）に確認し、派遣要請の有無等について確認する。

（3） 情報収集

① 役職員の安否を確認する

② 地域の被害状況を確認する（宮崎県総合医療情報システム「みやざき医療ナビ」の閲覧）

③ 派遣要請施設へ、派遣要請に必要な情報を確認する

・派遣先の確認・必要人員・派遣期間・受入れ窓口

（4） 日本看護協会への情報提供

①「災害状況連絡票」【様式 A】を、その時に使用可能な通信手段で連絡する。

（5） 災害支援ナースの派遣要請の協議等

① 宮崎県災害対策本部（保健医療調整本部）や情報収集で得た被害状況をもとに、宮崎県災害対策本部（保健医療調整本部）等と、災害支援ナース派遣の必要性について協議を行う。

② 災害支援ナース派遣について日本看護協会と調整する。

・災害支援ナースの受け入れ先、受入れ開始日、1 班あたりの活動期間、1 施設あたり 1 日あたりの必要人数等について日本看護協会と協議する。

③ 宮崎県より災害支援ナースの派遣要請を受ける（様式第 1 号）。

（6） 派遣要請施設への情報提供

① 日本看護協会によって決定した「災害支援ナース派遣シフト表」【様式 3】の内容（派遣者名、所属施設、職能、経験年数）を派遣要請施設に伝える。

② 災害支援ナースを受け入れる際に、派遣要請施設が必要とする事項（オリエンテーション等）について連絡し、円滑に災害支援ナースを受け入れられるようにする。

（７） 災害支援ナースの活動の調整

① 派遣要請施設と情報共有し、災害支援ナースが対応できているかを確認する。

・活動場所の選定と安全の確認、移動手段や宿泊場所の確保

・活動中の災害支援ナースとの情報共有と連携

② 宮崎県災害対策本部（保健医療調整本部）、日本看護協会や近隣県看護協会、被災地市町村との情報共有と連携、派遣調整を行う。

③ 災害支援ナースによる支援活動について、派遣終了、被災地からの撤退について調整する。

Ⅵ　災害支援ナースになるには

1　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。

（1）宮崎県看護協会の会員であること。

（2）保健師・助産師・看護師の資格を有するもの。

（3）実務経験年数が5年以上であること。

（4）所属施設がある場合には、所属長の承諾があること。

（5）災害支援ナース養成のための研修（基礎編・実践編）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）に協会で開催する災害看護研修若しくは行政等との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。

2　登録

1）新規登録

要件・条件を満たしたものは、登録用紙（宮崎様式1）をホームページよりダウンロードし、必要事項を記入し顔写真（3.0 ㎝×2.5 ㎝）1枚を登録票に貼付する。さらに、登録証用の顔写真（3.0 ㎝×2.5 ㎝）1枚を同封し事務局に提出する。但し、3年以内に研修（基礎編・実践編）を受講した者とする。

2）更新

（1）2018年を起点として3年毎の更新とする。（2021年、2024年、2027年…の3年毎）

（2）更新にあたっては、3年以内に協会が主催する災害看護研修を受講することが望ましい。また、4月に行う更新希望調査で継続または辞退の意思表示を行うこと。

（3）氏名・住所・所属施設等に変更があった場合は、速やかに事務局に変更届（宮崎様式2）を提出する。

3）取り消し

災害支援ナースが以下の事由に該当する場合には、協会長は登録を取り消す事ができる。

（1）災害支援ナースとして登録指定している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　支援活動に対する補償　・・・(P37 ~P42 掲載)

1）保険の加入

（1）　県内で発生した場合（レベル 1)：宮崎県からの依頼での派遣
宮崎県の負担で、派遣時にボランティア保険に加入する。
補償内容：自宅と支援活動場所との往復途上の事故、支援活動中の事故
（医療行為は除く）

（2）　県外で発生した場合（レベル 2，レベル 3)：日看協からの依頼での派遣
日看協の負担で、派遣時に国内旅行傷害保険（天災危険担保特約付）に加入する。
補償内容：出発地から派遣地の往復行程及び派遣中及び看護行為中の本人障害

※　但し、所属施設から業務で派遣される（出張扱い等で労務災害が適応される）場合については、対象とならない。

2）看護職賠償責任保険：各自で加入する。
補償内容：日本国内で行った看護業務により、他人に損害を与えた場合の補償や医療安全に係るできごとについての相談に応じる。

3）経費の負担

（1）　県内で発生した場合（レベル 1)
宮崎県の協力要請により協会が支援活動を実施した場合に、宮崎県が負担する。
①　支援活動に従事する地点までの移動に要する旅費
②　支援活動に従事する際に使用する資機材にかかる損料
③　ボランティア保険の保険料

（2）　県外で発生した場合（レベル 2，レベル 3)
日看協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、日看協の責任において支給する。

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、発生後３日以降から１カ月間を目安とし、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。

6　災害派遣時の携行品

- 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。
- 宮崎県看護協会では、寝袋、ウエストポーチ、手回し式充電ラジオライト、血圧計、ペンライト、聴診器などが貸し出し可能です。

（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）

支援活動に必要な物	個人	災害支援ナース登録証（顔写真が貼付してあるもの）
	協会	災害支援ナースのジャケット・帽子
	※	血圧計（自動・手動）
	※	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
	※	ウエストポーチ
	協会	パルスオキシメーター
	協会	ヘルメット
	※	ホイッスル
生活に必要な物	個人	健康保険証
	※	レインコート
	※	サバイバルブランケット
	※	寝袋
	協会	手回し式充電ラジオ付ライト
	個人	飲料水・食糧　　活動期間中に必要な量
	個人	体温計、マスク、手指消毒剤（個人用）
	個人	歯ブラシ・マウスウオッシュ、ウエットティッシュ
	個人	カイロ、防寒着、滑らない靴
	個人	お金（小銭は多めに準備）

（注意事項）

- 事前に活動場所へ荷物を配送することはできません。
- 入浴は不可、更衣も困難が予測されますので、着替えは最小限にすること。
- 活動場所によっては、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で行うこと。

資　料

関係様式集

1　宮崎県看護協会　関係様式

- 災害支援ナース登録票（宮崎様式１）
- 災害支援ナース登録変更等届（宮崎様式２）
- 災害支援ナース派遣候補者リスト（宮崎様式３）
- 災害支援ナース派遣シフト表（宮崎様式 4）
- 災害支援ナース派遣決定通知（宮崎様式 5）
- 災害支援ナース活動報告書（宮崎様式 6）

2　宮崎県との災害協定関係様式

- 支援活動要請書（様式第１号）
- 支援活動報告書（様式第２号）

3　日本看護協会　関係様式

1）　日本看護協会→各都道府県看護協会

- 災害発生に関する報告書（様式１）
- 災害支援ナース派遣要請（様式 2）
- 災害支援ナース派遣シフト表（様式 3）
- 災害支援ナース派遣決定通知（様式 4）
- 災害支援ナース派遣要請終了票（様式 5）
- 災害支援ナース活動終了報告（様式 6）

2）　各都道府県看護協会→日本看護協会

- 災害状況連絡票（様式 A）
- 災害支援ナース派遣要請票（様式 B）
- 災害支援ナース派遣候補者リスト（様式 C）
- 災害支援ナース派遣要請終了票（様式 D）
- 災害支援ナース派遣終了票（様式 E）

関係機関との協定書

1　災害時等における健康相談・健康管理業務に関する協定（宮崎県）

2　災害支援ナース派遣に関する協定書（日本看護協会）

宮崎様式１

顔写真
貼付
たて 3.0
よこ 2.5

災害支援ナース登録票

登録申請締切　　年　　月　　日

フリガナ 氏　　名		男 女	生　年　月　日 S・H　　年　　月　　日（　　）歳
自宅住所 TEL/FAX 携帯/e-mail	（〒　　）住所： TEL：　　FAX： 携帯番号：　　e-mail：		
活動中の 緊急連絡先	①氏名：続柄（　　）TEL： ②氏名：続柄（　　）TEL：		
所属施設名 住所 TEL/FAX	施設名 TEL：　　FAX：		未就業者 最終離職日 年 月

免許種類等	種　類	免許資格番号	経　験　年　数
	保　健　師		年
	助　産　師		年
	看　護　師		年

看護協会員	県会員№（　　）　所属地区（　　）
災害看護研修の 受講履歴	研修名： 受講時期：　　年
※登録の際は、地区理事に情報提供してもよろしいか。（どちらかに○をつける）　はい　　いいえ	

私は、自己の責任において災害支援ナースとして災害支援活動に参加します。

年　　月　　日

氏名　　印

所属施設の承諾書

上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。
但し、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下さい。

年　　月　　日
宮崎県看護協会長　　様

施設名
施設長　　印

宮崎様式２

災害支援ナース登録変更届

宮崎県看護協会長　様

※記入上の注意

登録変更の場合は、該当項目の変更のみ記載してください。

（所属先が変更した場合は、所属長の承諾が必要です）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（名前変更の方は登録時の氏名を記入のこと）

記

この度、災害支援ナース登録について会員登録の変更をします。

フリナガ 氏　　名	印		男 女	生　年　月　日 Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日（　　）歳
登録証番号	第　　－　　号	県看護協会会員№.		地区名（　　）
自宅住所 ＴＥＬ/ＦＡＸ 携帯/e-mail	〒 ＴＥＬ：　　ＦＡＸ： 携帯番号：　　e-mail：			
活動中の 緊急連絡先	①氏名：続柄（　　）ＴＥＬ： ②氏名：続柄（　　）ＴＥＬ：			
所属施設名 住所 ＴＥＬ/ＦＡＸ	施設名 〒 ＴＥＬ：　　ＦＡＸ：			
免許種類等	種　類	免許資格番号	経験年数	災害看護研修の受講履歴
	保　健　師		年	基礎編：　　年　　月受講
	助　産　師		年	実践編：　　年　　月受講
	看　護　師		年	その他（　　）

所属施設の承諾書

上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。

但し、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下さい。

年　　月　　日

宮崎県看護協会長　　様

施設名

施設長　　印

宮崎様式3

＜　年　月　日　時　分現在＞

送信元	施設名	
	担当者（役職）	
	TEL	
	FAX	
	電子メール	

宛先	公益社団法人　宮崎県看護協会
	担当者
	FAX：0985－58－2939
	TEL：0985－58－0622
	電子メール：jigyou2-kango@ac.auone-net.jp

災害支援ナース派遣候補者リスト-第（　）報

【名前】
姓と名の間はスペースを入れて下さい。

【指導者養成研修】
現地での役割分担の参考としますので、災害支援ナース養成研修の受講経験がある場合、〇をご記入くだ

【交通費・宿泊費】
本会に請求の場合は、〇をご記入ください。

【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日間以上〇を記入してください。

No	名前	職能	経験年数	指導者養成研修修了者	交通・宿泊費	看護職賠償責任保険の加入	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
1		保・助・看																	
2		保・助・看																	
3		保・助・看																	
4		保・助・看																	
5		保・助・看																	

宮崎様式4

＜西暦　　年　　月　　日　　時　　分現在＞

送信元：宮崎県看護協会

災害支援ナース派遣シフト表-活動場所①-第(　)報

派遣期間：令和　　年　　月　　日(　)～　　月　　日(　)

活動場所	

現地緊急連絡先	
	施設名：
	担当者：
	住所：
	電話：

※派遣期間には移動日を含みます。
※変更等がある場合は、速やかに右記担当部署までご連絡ください。
※現地の状況により活動体制・場所などは変更されます。

担当部署：宮崎県看護協会　事業部
TEL：0985-58-0622　FAX：0985-58-2939（担当：　　）
電子メール：jigyou2-kango@ac.auone-net.jp

本会NO	変更・削除	名前	所属施設名	職能	経験年数	指導者養成研修受講者	交通・宿泊費	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					

宮崎様式 5

（送付枚数：本紙含め　　１枚）　　＜　　年　　月　　日　　時　　分現在＞

送信元	宮崎県看護協会　事業部 担当者： 災害専用　FAX：0985-58-2939 電子メール：jigyou2-kango@ac.auone-net.jp

宛先	災害支援ナース所属施設 ご担当者様

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ましたことをお知らせいたします。

活動場所	派遣依頼数	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。

宮崎様式６

災害支援ナース活動報告書

年　　月　　日

公益社団法人 宮崎県看護協会会長　様

施設名
氏　名

災害支援ナースとして下記のとおり活動しましたので、報告します。

記

派遣先	住所	
	活動場所	
	現地責任者	
派遣期間	年　　月　　日（　　）～　　年　　月　　日（　　）	
活動内容		
活動としての意見・感想		

※ 撮影した写真がありましたら、添付をお願いします。

様式第１号

支援活動要請書

年　　月　　日

公益社団法人宮崎県看護協会長　殿

宮崎県知事

「災害時等における健康相談・健康管理業務に関する協定」に基づき、下記のとおり協力を要請します。

記

災害等の種別	地震　　風水害 その他（　　）
要請の内容	
活動期間	
活動場所	
必要人数	
災害等の状況	
注意事項	
その他	

	担当課・機関名	氏　　名	連　絡　先
本部担当者			
現地担当者①			
現地担当者②			

様式第２号

支援活動報告書

年　　月　　日

宮崎県知事　殿

公益社団法人宮崎県看護協会
会長

「災害時等における健康相談・健康管理業務に関する協定」に基づき、下記のとおり実績を報告します。

記

１　活動実績

班　名	活動場所	活動者数	活　動　状　況
			○活動期間 年　月　日　時　分から 年　月　日　時　分まで ○活動の内容
			○活動期間 年　月　日　時　分から 年　月　日　時　分まで ○活動の内容
			○活動期間 年　月　日　時　分から 年　月　日　時　分まで ○活動の内容

２　資機材の使用状況（衛生材料等）

品名	規格	数量	単価(円)	金　額（円）

3　ボランティア保険料の内訳

費　　目	金　　額	内　　訳

※ボランティア保険の加入申込書と保険料領収書のコピーを添付してください。

4　活動従事者名簿

班　名	氏　　名	所属・職種	住　　所	活動場所

様式１

（送付枚数：本紙含め　　枚）　　＜　　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・医療安全課 担当者： **災害専用　FAX：03-6704-8731** **電子メール：saigai-na@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	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・医療安全課　**〈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）　　＜　　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・医療安全課 担当者： **災害専用　FAX：03-6704-8731** **電子メール：saigai-na@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	年　月　日（　）～　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看護開発部　看護業務・医療安全課　**〈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3

＜　　年　　月　　日　　時　　分現在＞

送信元：日本看護協会

災害支援ナース派遣シフト表－活動場所①－第(　)報

派遣期間：　　年　　月　　日(　)～　　月　　日(　)

活動場所	施設名：
	担当者：
	住所：
	電話：

現地緊急連絡先	施設名：
	担当者：
	住所：
	電話：

※派遣期間には移動日を含みます。
※変更等がある場合は、速やかに右記担当部署までご連絡ください。
※現地の状況により活動体制・場所などは変更されます。

担当部署：日本看護協会　看護開発部　看護業務・医療安全課
TEL：03-6704-8730　FAX：03-6704-8731（担当：　　）
電子メール：saigai-na@nurse.or.jp

本会NO	都道府県名	県協会NO	変更・削除	名前	所属施設名	職能	経験年数	指導者養成研修受講者	交通・宿泊費	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							

様式４

（送付枚数：本紙含め　　１枚）　　＜　　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・医療安全課 担当者： **災害専用　FAX：03-6704-8731** **電子メール：saigai-na@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・医療安全課　**〈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）　　＜　　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・医療安全課 担当者： **災害専用　FAX：03-6704-8731** **電子メール：saigai-na@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・医療安全課　**〈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）　　＜　　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・医療安全課 担当者： 災害専用　FAX：03-6704-8731 電子メール：saigai-na@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、〇都道府県看護協会より、総計〇〇〇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	〇/〇　～　〇/〇	名
②	〇/〇　～　〇/〇	名
③	〇/〇　～　〇/〇	名
④	〇/〇　～　〇/〇	名
⑤	〇/〇　～　〇/〇	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・医療安全課　〈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Ａ

（送付枚数：本紙含め　　枚）　　＜　　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・医療安全課 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。

1. 県協会の役職員・建物等の被害状況			
○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　）	
2. 会員及び地域からの支援要請			
○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
3. 災害支援ナースの派遣要否			
	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
4. 交通機関への影響、特記・その他連絡事項			
※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・医療安全課　〈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）　　＜　　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 看護開発部　看護業務・医療安全課
	担当者：		担当者
	FAX:		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）	年　月　日（　）～　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：
	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：有・無　ガス：有・無 水道：有・無　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・医療安全課　〈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C

＜　　年　　月　　日　　時　　分現在 ＞

送信元		看護協会
	担当者（役職）	
	TEL	
	電子メール	

宛先	日本看護協会　看護開発部　看護業務・医療安全課
	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（　）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。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～H30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															
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

様式D

（送付枚数：本紙含め　　枚）　　＜　　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・医療安全課 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	年　月　日（　）
②	年　月　日（　）
③	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・医療安全課　〈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）　　＜　　年　　月　　日　　時　　分現在＞

送信元	（派遣元） 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・医療安全課 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・医療安全課　〈災害専用〉：(FAX) 03-6704-8731　(TEL) 03-6704-8730
②電子メール：saigai-na@nurse.or.jp

災害時等における健康相談・健康管理業務に関する協定

宮崎県（以下「甲」という。）と社団法人宮崎県看護協会（以下「乙」という。）とは、災害時等における支援活動（以下「支援活動」という。）の協力に関し、以下のとおり協定を締結する。

（趣旨）
第１条　この協定は、宮崎県内で地震、風水害その他の災害等が発生した場合（以下「災害時等」という。）において、甲が乙に対して支援活動の協力を要請する際に必要な事項を定めるものとする。

（支援活動の内容）
第２条　災害時等において、乙は甲からの協力要請に基づき、次に掲げる範囲の支援活動を行うものとする。
（１）避難所等における避難住民の健康相談及び健康管理業務
（２）被災住民に対する戸別訪問による健康相談業務
（３）その他甲と乙双方が必要と認める業務

（要請手続き）
第３条　甲は、必要があると認める場合は、乙に対し「支援活動要請書」（様式第１号）（以下「要請書」という。）により協力を要請する。ただし、緊急を要し、これによるいとまがない場合は、電話等により要請を行い、事後において、速やかに要請書を提出するものとする。

（報告）
第４条　乙は、支援活動を実施したときは、その実態を「支援活動報告書」（様式第２号）により甲に報告するものとする。

（経費の負担等）
第５条　甲の協力要請により乙が支援活動を実施した場合に要する次の経費は、甲が負担するものとする。
（１）乙の職員又は会員が支援活動に従事する地点までの移動に要する旅費
（２）乙の職員又は会員が支援活動に従事する際に使用する資機材にかかる損料
（３）第６条第１項に定めるボランティア保険の保険料。
２　前項第１号の旅費については、「職員の旅費に関する条例」（昭和２９年宮崎県条例第４２号）において定める額の範囲内とする。
３　甲は、乙の職員又は会員に対する報酬は支払わないものとする。

（損害補償）
第６条　甲の要請により乙の職員又は会員が、無償（旅費及び資機材の損料などの実費弁償は除く）で、その所属する医療機関等の業務命令によらず、自発的に支援活動を行う場合は、乙は甲の負担でボランティア保険に加入するものとし、かつ、この協定に基づく支援活動に従事し、負傷等により損害を受けた場合は、当該ボランティア保険により　対応するものとする。
２　甲が乙に協力要請した支援活動が、「災害救助法（昭和２２年法律第１１８号。以下、「法」という。）」の適用を受ける災害の場合に、乙の職員又は会員が当該支援活動に従事し、これがため負傷し、疾病にかかり、又は死亡した場合においては、甲は法の規定により当該職員又は会員に扶助金を支給する。

（情報提供）
第７条　甲は、第３条による協力要請が必要になると予想される場合には、乙に対し事前の情報提供に努めるものとする。

（協議）
第８条　この協定に定めのない事項及びこの協定に疑義が生じた事項については、甲乙協議の上、決定する。

（その他）
第９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から１か月前までに、甲乙いずれからも何らの意思表示がない場合は、有効期間満了の翌日から起算して１年間この協定は更新され、以降も同様とする。

この協定の締結を証するため、本協定書２通を作成し、甲乙記名押印の上、それぞれ１通を保有する。

平成２４年２月２日

甲　宮崎県
宮崎県知事　　河野　俊嗣

乙　宮崎県宮崎市学園木花台西２丁目４－６
社団法人宮崎県看護協会
会　長　　境　　孝子

災害支援ナース派遣に関する協定書

公益社団法人宮崎県看護協会（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生じた際には、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：　宮崎県宮崎市学園木花台西 2-4-6
公益社団法人　宮崎県看護協会
会　長　　境　孝　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

＜編集委員：災害看護地区代表者委員会＞

委員長	壹岐　由加利	宮崎市郡医師会病院
	門田　広美	延岡看護専門学校
	稲田　典子	済生会日向病院
	橘田　志帆	都農町国民健康保険病院
	矢方　由美子	都城市郡医師会病院
	吉松　高志	えびの市立病院
	沖水　利佳	宮崎県立日南病院
	江川　千鶴子	宮崎県看護協会　常務理事
	戸内　由紀子	宮崎県看護協会　事業部

宮崎県看護協会 災害看護支援要綱

平成２０年６月　初版発行
平成２７年３月　第２版発行（改訂）
２０２１年３月　第３版発行（改訂）

発行者：公益社団法人 宮崎県看護協会
会　　長　中　武　郁　子
宮崎市学園木花台西２丁目４－６