

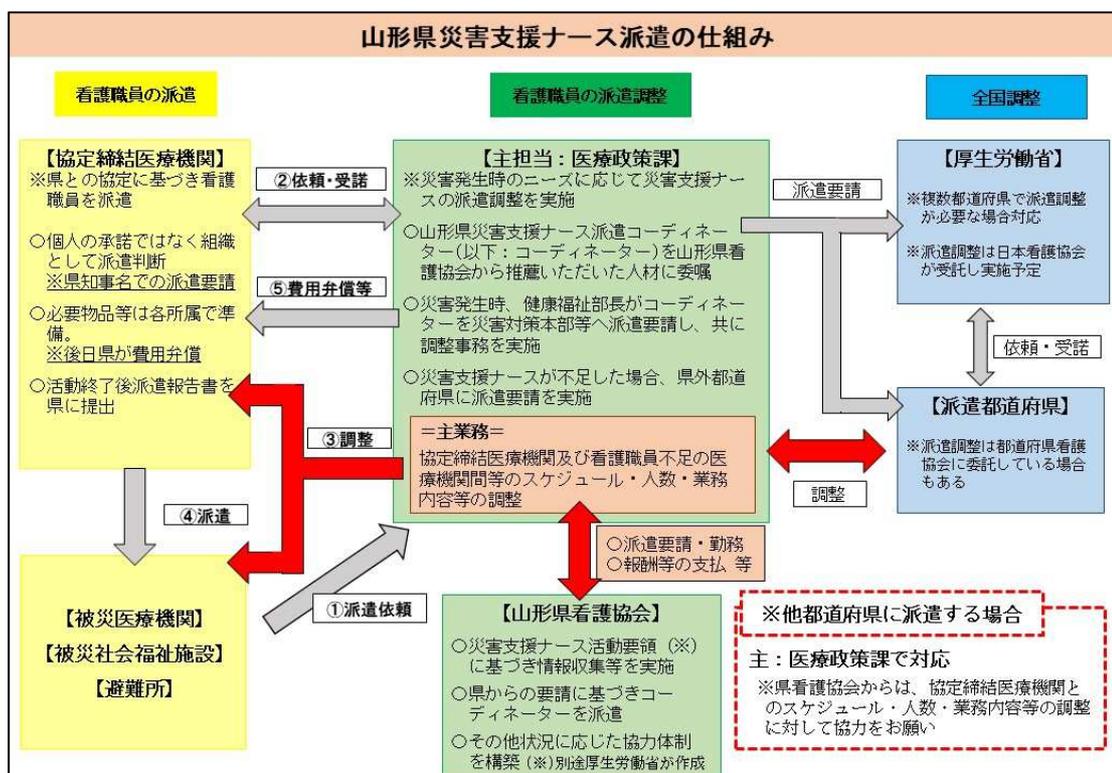
## 山形県災害支援ナース派遣マニュアル（第1版）

### 1 目的

このマニュアルは厚生労働省が定める「災害支援ナース活動要領」に基づき実施する山形県災害支援ナース（以下「災害支援ナース」）に関して、派遣要請等に係る具体的な手順等を定め円滑な運用を図ることを目的とする。

### 2 災害支援ナース派遣の仕組み

#### 1) 要請から派遣までの流れ



#### 2) 災害支援ナースの派遣・調整について

- (1) 県は、災害支援ナースの派遣に関する協定を締結している施設（※以下「協定締結機関」という。）及び災害支援ナースに対して派遣に向けた連絡を行う。（詳細は後日連絡になる旨記載する。）
- (2) 県は、派遣期間、場所等について協定締結機関に連絡し、参加可能な日時を確認を行う。
- (3) 協定締結機関は、所属する災害支援ナースと調整のうえ、活動参加の可否、活動可能な日程・期間等の連絡を県に対して行う。
- (4) 県は、派遣先、派遣日が決定したら、協定締結機関の長あてに派遣依頼を行う。（様式1）
- (5) 協定締結機関の長は、所属する災害支援ナースの派遣決定を県に対して行う。（様式2）

(5) 災害支援ナースが派遣終了した後、協定締結機関の長は活動記録報告書（様式3）により知事に報告する。

### 3) 派遣期間

原則として移動時間を含む3泊4日とする。

### 4) 支援活動に対する補償

協定締結機関は、山形県との協定書に基づき補償を受けるものとする。

#### (1) 傷害保険

加入保険：国内旅行傷害保険（天災危険担保）

費用負担：山形県

#### (2) 支援活動に係る旅費

派遣時は、協定締結機関が負担し、後日県の指示に基づき請求手続きを実施する。

#### (3) 支援活動に必要な物品

活動において必要な物品については、協定締結機関が準備し、後日県の指示に基づき請求手続きを実施する。

なお、参考となる必要物品については、別表1のとおりとする。

## 3 派遣者へのオリエンテーション

県は、協定締結機関を通して、以下の情報等を派遣決定した災害支援ナースに対して連絡する。

### 1) 被災地の情報提供

・派遣先の連絡先 等

### 2) 派遣に関する情報提供

①派遣期間

②派遣場所

③活動内容

④宿泊場所

⑤派遣チーム（リーダーを決める）

### 3) 持参物品

### 4) 保険関係

### 5) 支援活動について

## 4 県の後方支援について

### 1) 情報交換・情報提供

派遣された災害支援ナースに対して、定期報告等を通して情報交換を行い連

携する。

**2) 緊急連絡体制の整備**

災害支援ナースとは24時間連絡をとれる体制とする。

**3) 登録災害支援ナースが不足した場合の緊急対応**

**5 災害支援ナース派遣終了後の対応**

1) 県は、全ての協定締結機関及び全ての災害支援ナースに対して派遣要請終了の連絡をする。

2) 県は、災害支援ナースを派遣した協定締結機関に対して、活動に要した費用の精算を行う。

(別表 1)

物品名	数量目安
リュックサック／ウエストポーチ／レジャーシート	各 1
寝袋／ベスト／ヘルメット	各 1
ヘッドライトなどの携帯用懐中電灯	1
血圧計／体温計／聴診器／はさみ	各 1
ペンライト	1
電池 単 3	4
電池 単 4	6
ボールペン・マジック	各 1
記録用紙	適宜
ホイッスル	1
バインダー・ノート	各 1
マスク	10
ディスポ手袋	適宜
手指消毒薬（携帯用）	10
ガーゼ	5
医療用テープ	2
ナイロン袋・輪ゴム	10
ポケットティッシュ／ウェットティッシュ	2 / 1
割り箸	10
トイレットペーパー	1
ケアパット	3
ゴミ袋	適宜
軍手	2
3日分飲食料品	適宜
(以下) 必要に応じて個人で準備するもの <input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 自分用の常用薬・生理用品 <input type="checkbox"/> 保険証のコピー <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 圧縮パック <input type="checkbox"/> 虫よけスプレー <input type="checkbox"/> 雨具・防寒具 <input type="checkbox"/> 室内履き用の靴 <input type="checkbox"/> 携帯用カイロ <input type="checkbox"/> 洗面用具 <input type="checkbox"/> アイマスク <input type="checkbox"/> 携帯電話と充電器 <input type="checkbox"/> タオル <input type="checkbox"/> 汗拭きシート <input type="checkbox"/> 着替え（派遣日数分） 等	

(※) 災害の種類、派遣場所、季節等に応じて柔軟に対応すること。

様式 1

山形県災害支援ナース派遣要請書

年 月 日

(協定締結機関の長) 殿

山形県知事

災害等の発生に伴い、貴施設から災害支援ナースの派遣が必要と認められるので、「山形県における災害支援ナースの派遣に関する協定」に基づき、災害支援ナースの派遣を要請します。

記

1. 派遣要請期間	年 月 日 から 年 月 日
2. 派遣要請災害支援ナース	氏名 : 氏名 :  計 名
3. 出動先	
4. 参集場所	
5. 被災地の状況	
6. 特記事項	

様式2

山形県災害支援ナース派遣決定報告書

年 月 日

山形県知事 殿

(協定締結機関の長)

災害支援ナースの派遣について、下記のとおり決定しましたので報告します。

記

1. 派遣要請期間	年 月 日 から 年 月 日
2. 派遣要請災害支援ナース	氏名 : (緊急連絡先 (携帯) : ) 氏名 : (緊急連絡先 (携帯) : ) 計 名
3. 出動先	
4. 参集場所	
5. 特記事項	

