

災害支援マニュアル

2023年3月改訂版

公益社団法人福島県看護協会

目 次

I	目的	3
II	災害時支援の基本方針	3
III	災害発生時の体制	3
1	福島県看護協会災害対策本部の設置	3
2	県看護協会対策本部の構成と職務	4
IV	災害支援ナース	5
1	災害支援ナースの役割	5
2	災害支援ナースの登録	6
V	災害支援ナースの派遣と受け入れ	7
1	災害支援ネットワークシステム・災害時の対応区分	7
2	災害支援ナースの派遣	8
3	本県が被災地となり県内及び他県から支援を受ける場合の対応	8
4	他県が被災地となった場合の対応	9
5	災害支援ナースの身分保障等	10
6	災害支援ナース 派遣要請から出発までの流れ	11
7	災害支援ナース活動の実際	12
VI	平常時看護協会が行う活動	13
1	災害支援ナースの育成	13
2	平常時の事務局体制	13
3	災害支援ナース派遣調整合同訓練	13
VII	資料	14

Ⅷ 災害支援関係様式

1 災害支援に関する様式

・災害発生に関する報告書	ふく様式1・・・・・・・・・・	17
・災害支援ナース派遣要請票	ふく様式2・・・・・・・・・・	18
・災害発生状況情報収集用紙	ふく様式A・・・・・・・・・・	19
・災害支援ナース派遣要請-活動場所	ふく様式B・・・・・・・・・・	20
・災害支援ナース派遣候補者リスト	ふく様式C・・・・・・・・・・	21
・災害支援ナース活動連絡票	ふく様式D・・・・・・・・・・	22
・災害支援ナース災害時看護支援活動報告用紙	ふく様式E・・・・・・・・・・	23
・災害支援活動支出報告書	ふく様式F・・・・・・・・・・	25

2 災害支援ナースの登録に関する様式

・災害支援ナースの登録について（施設票）	ふく様式3-1・・・・・・・・・・	26
・災害支援ナース登録者応募用紙（施設会員）	ふく様式3-2・・・・・・・・・・	27
・災害支援ナース登録者応募用紙（個人会員）	ふく様式4・・・・・・・・・・	28
・災害支援ナース登録変更届	ふく様式5・・・・・・・・・・	29
・災害支援ナースの登録更新依頼書	ふく様式6-1・・・・・・・・・・	30
・災害支援ナース登録更新の確認書	ふく様式6-2・・・・・・・・・・	31
・災害支援ナース登録辞退届	ふく様式7・・・・・・・・・・	32

I 目的

福島県看護協会（以下「本協会」とする）は福島県内・外に予想される災害に備え地域住民の生命・健康を守り、被害を最小限に食い止めるため、会員が総力を挙げて支援活動をする。災害発生時は、自治体及び関係機関と連携・協力し、災害の及ぼす生命や健康への被害を少なくするために、被災地域に対する支援活動を行う。

II 災害時支援の基本方針

- 1 本協会は、看護職能団体として日本看護協会と連携し、災害支援ナースの派遣及び受入れの調整等、災害時の看護支援活動を実施する。
- 2 本協会は、災害対策基本法による指定地方公共機関として、福島県との「災害時における医療救護活動に関する協定」に基づき、災害時の医療救護活動を行う。

III 災害発生時の体制

1 福島県看護協会災害対策本部の設置

1) 本協会に、災害発生時、直ちに対策本部設置の必要性を検討し、福島県看護協会災害対策本部（以下「災害対策本部」という）を設置する。災害対策本部は、原則として福島県看護協会内に置くが、看護協会が被災している場合は、代理施設を災害現地対策本部として設置する。

2) 災害対策本部の業務

災害対策本部は、災害の発生に関する情報収集及び会員への伝達・対応について、災害拠点病院看護責任者及び当該支部と協力して実施すると共に、災害発生後は直ちに救護支援体制を発動し活動する

3) 災害発生直後の対応

(1) 本会の被災状況の把握

役員及び職員の安否確認と福島県看護協会の被災状況の確認

(2) 通常業務の整理・調整

(3) 本会事業（研修、相談、委員会等）の中止及び再開の判断と周知を行う。

災害情報の収集（広域・災害救急医療情報システム EMIS 等）及び連絡調整

(4) 福島県災害対策本部、福島県保健福祉部地域医療課、行政、支部長、災害拠点病院の看護職責任者、医療施設及び会員施設等から情報を収集し、被災状況を把握する。

- (5) 日本看護協会との連絡調整
日本看護協会に災害発生状況を報告し、災害支援ナースの受け入れが必要となった場合は、派遣を要請し調整を行う。
- (6) 災害支援ナースの派遣調整
福島県及び日本看護協会から災害支援ナースの派遣要請があった場合は派遣調整を行う。
- (7) 災害支援ナース所属施設への情報提供
県内の被災状況や災害支援ナースの派遣・受入れ等、情報提供を行う。

2 災害対策本部の構成と職務

1) 協会内役員

役 職	職 務
災害対策本部長 (会長)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本部の業務を総括し、災害看護支援対策の審議・決定 ・ 各理事・職員への役割・任務の指示 ・ 福島県（災害対策本部）との連携・連絡調整 ・ 日本看護協会との連携
災害対策副本部長 (専務理事)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本部長の補佐及び必要時代行 ・ 支部長・災害拠点病院等、医療機関の情報収集の責任者 ・ 福島県の災害対策本部 救援班からの情報収集及び災害支援ナース派遣要請の受理
災害対策副本部長 (常務理事)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本部長の補佐及び必要時代行 ・ 県内の道路通行情報、交通運行状況、ライフラインの状況確認 情報収集の責任者 ・ 情報収集する施設の検討及び決定（訪問看護・施設在宅・教育等）

2) 会議

- (1) 災害対策本部の災害救護活動の協力及び、本協会の医療救護活動への協力体制づくり等について協議するため災害対策会議を行う。
- (2) 災害対策会議は理事をもって構成し、必要に応じて災害対策本部長が召集し開催する

3) 事務局内業務内容

災害発生時は、協会内役員と情報共有し以下の役割を担う。

事業課	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県内の会員施設の情報収集（広域・災害救急医療情報システム EMIS、電話・FAX または、メール送信） ・ 各施設からの災害状況の受理と報告 ・ 支援ナースの派遣調整・依頼
-----	--

事業課	<ul style="list-style-type: none"> ・派遣要請への派遣記録 ・災害支援ナース 派遣者へのオリエンテーション ・災害支援ナース活動後の報告書のまとめ・保管
教育課	<ul style="list-style-type: none"> ・県内の会員施設の情報収集（電話・FAX または、メール送信） ・支援ナース派遣時の必要物品の確認・送付・受取・返却の確認、不足物の補充
協会事務局長 及び総務課	<ul style="list-style-type: none"> ・広域・災害救急医療情報システム EMIS による情報収集 ・福島県保健福祉部医療人材対策室への連絡 ・派遣者への経費の精査および支給
総務課	<ul style="list-style-type: none"> ・県内の会員施設の情報収集（電話・FAX または、メール送信） 本部の庶務を担当（対策本部への召集・会議内容の記録等） ・県内の道路通行情報、交通運行状況、ライフラインの状況確認 ・災害派遣等従事車両証明書を受ける準備 ・災害救援物資の調達 ・災害発生時被災地の情報収集 ・自治体（福島県保健福祉部等）からの連絡調整 ・災害支援ナース活動に伴う活動経費等の支払 ・福島県内に派遣した場合、派遣に関わる費用を県に請求 ・見舞電報の送信 ・会員への見舞金支給手続き ・災害義援金に関すること
在宅ケア推進課	<ul style="list-style-type: none"> ・しゃくなげ訪問看護ステーションへの確認対応 ・他の課への協力等 ・訪問看護連絡協議会への確認
ナースセンター	<ul style="list-style-type: none"> ・県内の会員施設の情報収集（電話・FAX または、メール送信） ・他の課への協力等

IV 災害支援ナース

1 災害支援ナースの役割

災害支援ナースは、看護協会からの要請を受け、被災した看護職の心身の負担を軽減し支えらるとともに、被災者の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。福島県看護協会に登録されており、その支援活動形態は自己完結型を基本とする。

* 福島県看護協会は、災害発生時には原則として災害支援ナースを派遣する。

* 自己完結型とは指示待ちではなく、自主的に活動することを基本姿勢とする。看護活動の目的達成に必要な身仕度や物資の準備をし、任務を遂行する。

2 災害支援ナースの登録

1) 登録要件（必須条件）

- (1) 本会会員
- (2) 看護職としての経験年数 5 年以上
- (3) 必須研修を受講している
 - ① 「災害支援ナースの第一歩 災害看護の基本的知識」
 - ② 「災害支援ナース育成研修」
- (4) 施設長（所属長）の承諾がある
- (5) 看護職賠償責任保険に加入していることが望ましい。

2) 登録方法

- (1) 応募期間 12 月～2 月
- (2) 施設に所属する会員は、施設を通して応募する。
災害支援ナースの登録について 施設票（ふく様式 3-1）及び登録者応募用紙（ふく様式 3-2）により行う。
- (3) 個人会員は、個別に応募する。（ふく様式 4）
- (4) 本会から登録者に、施設を通して福島県看護協会災害支援ナース登録証を交付する。
- (5) 応募及び登録証の交付は、郵送で行う。

3) 更新・変更・辞退

以下の書類で施設ごとに本協会に郵送で提出する。

	提出する書類の様式	内 容
更新	登録更新依頼書 （ふく様式 6-1） 登録更新の確認書 （ふく様式 6-2） *2023 年、2026 年 以後 3 年ごと	更新年に本協会から登録施設に更新の依頼書・確認書を送付 個人会員へは登録更新の確認書を送付 登録更新のため、次の研修等を受講（3 年に 1 回） ① 災害支援ナース交流会への参加 ② 災害支援ナース育成研修の再受講 ③ 福島県看護協会で推奨する研修の受講 ④ 災害看護に関する学会等への参加 *受講または参加証明書等を添付 *登録から初回の更新年までの期間が 3 年未満の場合 は、研修を受講することが望ましい
変更	登録変更届（ふく様式 5）	登録事項に変更が生じた場合（改姓、勤務場所の変更等）
辞退	登録辞退届（ふく様式 7）	施設を退職した場合、会員をやめる場合等

*登録の資格の喪失 非会員になったときには、資格を喪失する。

VI 災害支援ナースの派遣と受け入れ

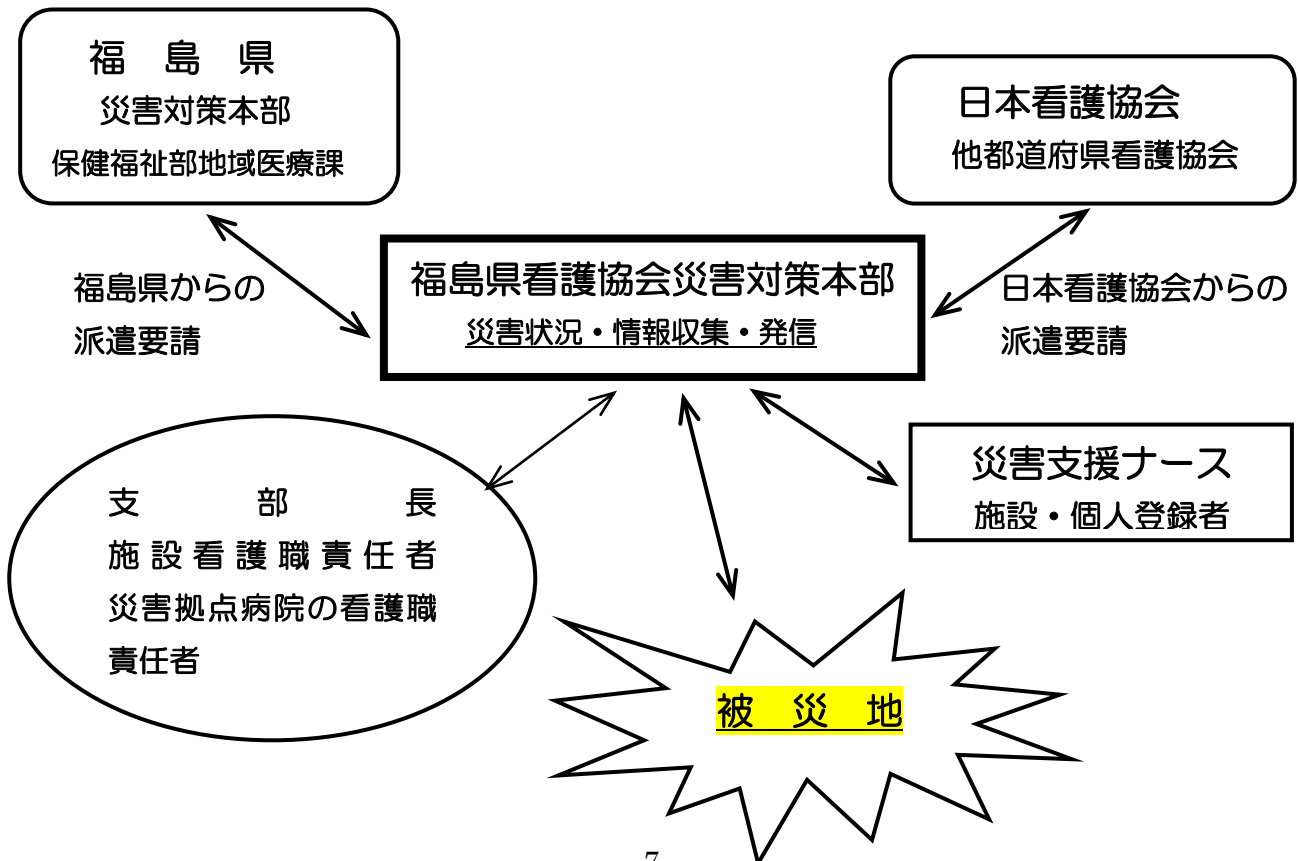
1 災害支援ネットワークシステム・災害時の対応区分

災害時ネットワークシステムとは、災害発生時に、円滑に災害支援体制を整え、効果的な支援活動を行うための相互連携支援システムである。日本看護協会では、災害が発生した場合、災害の規模等に応じてレベル1・2・3に区分し、災害支援ナースの派遣調整を行う。

災害時の支援対応区分

対応区分	災害支援ナースを派遣する看護協会	被災県に協力する看護協会	派遣調整
レベル1 (単独支援対応)	被災県看護協会のみで災害時の看護支援活動が可能な場合	被災県看護協会	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は災害時の看護支援活動が困難または不十分な場合	近隣県看護協会 (被災県看護協会を含む)	日本看護協会
レベル3 (広域支援対応)	被災県看護協会及び近隣県看護協会のみでは災害時の看護支援活動が困難または不十分である場合 支援活動が長期化すると見込まれる場合	全国の都道府県看護協会(被災県看護協会及び近隣県看護協会を含む)	

災害支援ネットワークシステム



2 災害支援ナースの派遣

派遣時期：発災後 3 日以降から 1 ヶ月間を目安とする。

派遣期間：1 人の活動は原則として、移動時間を含め3泊4日で、2 人一組で派遣する。

活動場所：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）等

3 本県が被災地となり、県内及び他県から支援を受ける場合の対応 （災害時の支援対応区分レベル 1、レベル 2、レベル 3）

1) 本協会の対応

- (1) 被災状況の情報収集を行う。（ふく様式 A）
- (2) 本協会の災害対策本部は、福島県災害対策本部・保健福祉部地域医療課から災害支援ナースの派遣要請を受ける。
- (3) 市町村から本協会対策本部に災害支援ナース派遣要請（ふく様式 B）があった場合は、福島県災害対策本部に報告し、災害対策本部の指示のもと、要請に応じた災害支援ナースを派遣できるよう努める。
- (4) 支援する施設が決定したら、施設の担当者と連絡をとり、派遣ルート、災害支援ナースの派遣者数、日程を決定する。
- (5) 県内での災害支援ナースの派遣だけでは対応が困難な場合は、県の災害対策本部と連携をとり、速やかに日本看護協会に派遣を要請する。
- (6) 災害支援ナース登録施設及び個人会員に災害支援ナースの派遣要請（ふく様式 2）を FAX、メール、電話にて行い、候補者リスト（ふく様式 C）提出を依頼する。
- (7) 災害支援ナース登録施設及び個人会員から届いた災害支援ナース派遣候補者リストをもとに災害支援ナース派遣シフト表を作成し、派遣調整を行う。
- (8) 派遣する災害支援ナースが使用する物品の準備を行う。直接被災地へ向かう災害支援ナースへ物品を送付する。
- (9) 本協会が集合場所となっている場合は、県外及び県内の災害支援ナースにオリエンテーションを行う（被災地の情報、被災病院の状況等）
- (10) 災害支援ナースの派遣期間中のサポートを行う。
- (11) 福島県災害対策本部からの連絡で災害支援ナースの災害支援活動を終了する。
- (12) 派遣終了後、提出された経費について精査後、支払いを行う。
- (13) 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。

2) 災害支援ナースを受け入れる施設の対応

以下の事項を検討し福島県災害対策本部に派遣を要請する

- (1) 受入れ部署（病棟、外来、救護所）
- (2) 必要な災害支援ナースの人員とおおよその派遣期間

- (3) 受入れ部署の担当責任者及び連絡窓口
- (4) 宿泊の要・否（宿泊の場合は宿泊先）
- (5) 派遣期間の延長や派遣人数の増減、派遣中止の判断

3) 災害支援ナースを受入れる施設・部署で行う内容

(1) オリエンテーション

- ・施設の概要、構造、業務内容、報告連絡体制、活動時間帯等

(2) 朝・夕のミーティング

- ・災害支援ナースへの依頼業務や災害支援ナースの実施内容を伝える。
- ・その他、体調等

4) 災害支援ナースからの支援要請の中止

部署（病棟）単位、部門（看護部）単位でどのような状況になれば自施設だけで運営していけるのかの目安を決め、定期的に状況を評価する。

本協会災害支援ナース派遣調整に関する様式等一覧

用紙名	様式	送信方向
災害発生に関する報告書（P17）	ふく様式1	本協会→災害支援ナース登録施設
災害状況情報収集用紙（P19）	ふく様式A	本協会→支部長、県内の会員施設、県
派遣要請-活動場所-（P20）	ふく様式B	災害支援ナース派遣要請がある施設 →本協会
派遣要請（P18）	ふく様式2	本協会→災害支援ナース登録施設
災害支援ナース派遣候補者リスト（P21）	ふく様式C	個人会員
災害支援ナース活動連絡票（P22）	ふく様式D	災害支援ナース登録施設・個人会員 →本協会
災害時看護支援活動報告用紙（P23）	ふく様式E	災害支援ナース→本協会（活動終了後）
災害支援活動支出報告書（P25）	ふく様式F	災害支援ナース→本協会 （活動終了後、1週間以内）

4 他県が被災地となった場合の対応（災害支援対応区分レベル2、レベル3）

他県で甚大な災害が発生し、日本看護協会から本協会に災害支援ナースの派遣要請があった場合は、本協会災害対策本部を設置し災害支援ナースの派遣調整を行う。（詳細は6災害支援ナース派遣要請から出発までの流れ参照）

- 1) 本協会は、県内の災害支援ナース登録施設及び個人会員に派遣を要請し（ふく様式2）、各施設から災害支援ナース派遣候補者リスト（ふく様式C）の報告を受け、日本看護協会

との派遣調整を行う。

- 2) 日本看護協会が派遣が決定次第、災害支援ナースへ派遣のオリエンテーションを行い、支援活動に必要な物品の貸し出し、他派遣期間中のサポートを行う。

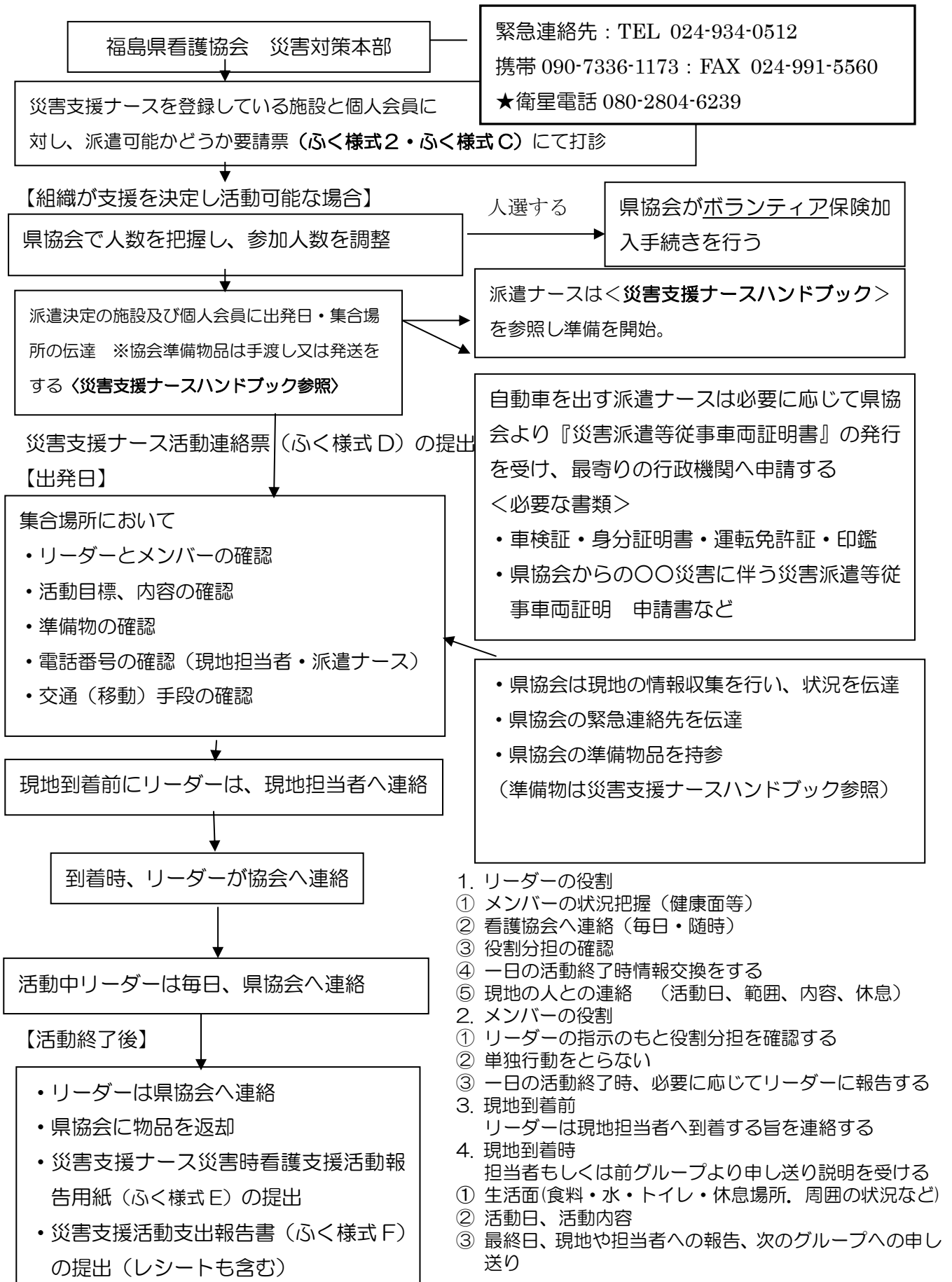
5 災害支援ナースに対する補償

		所属施設から業務として派遣される場合（出張扱い）	① 所属施設の業務以外として派遣される場合（休暇・職務専念義務の免除等） ② 個人会員の場合
担 当		災害支援ナースの所属施設	本協会・日本看護協会
県内への派遣	活動に必要な経費	所属施設が交通費（日当）・宿泊費等を支給 * 福島県の要請で派遣するため、所属施設が要した経費を福島県に請求	本協会が災害支援ナースの活動に関する交通費（日当）・宿泊費等を支給 * 福島県の要請で派遣するため、本協会が要した経費を福島県に請求
	けがなどの事故の補償	労災適用	本協会がボランティア活動保険（天災タイプ）加入 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
県外への派遣	活動に必要な経費	所属施設が交通費（日当）・宿泊費等を支給	日本看護協会が災害支援ナースの活動に関する交通費（日当）・宿泊費等を支給
	けがなどの事故の補償	労災適用	日本看護協会が天災危険担保特約付き国内旅行傷害保険に加入 災害支援ナースの出発地から被災地の往復を含めた行程中の事故補償
看護業務に関する補償		看護業務を行い医療事故が発生した場合の補償は、所属施設が対応 * 所属施設が入っている保険は看護職賠償責任保険等の特約がついているかを確認	災害支援ナースが、日本看護協会の推奨している「看護職賠償責任保険」に加入する（災害看護支援活動も補償の対象） * 看護業務を行い、事故が発生した場合の補償はないため

6 災害支援ナース 派遣要請から出発までの流れ

県看護協会災害対策本部	災害支援ナース登録のある施設	災害支援ナース
<p>①日本看護協会と災害の状況に関する情報を共有 ②災害支援ナースの派遣準備災害支援ナース登録施設へFAX及びメールを送信（ふく様式1）</p>	<p>県協会からのFAX及びメールを受け取り、災害の情報収集を行う</p>	<p>メディアで発災が分かったら、災害支援ナースとして派遣要請がくるかもしれないので、個人で情報収集を開始する。 ①県協会のホームページでの状況確認 ②心の準備・家族との相談、職場の上司やスタッフへ派遣要請が予測されることを伝える ③不在時、支援の依頼が来たら連絡が取れるように連絡方法を施設に伝えておく ④個人会員へは県協会災害対策本部より直接派遣要請連絡が入る</p>
<p>県内の災害支援ナース登録施設へ派遣打診のFAX及びメールを送信する</p>	<p>県協会より、災害支援ナースの派遣打診のFAX及びメールを受け取る ●看護職責任者 ①災害支援ナースへ連絡 ②支援に行けるかどうかの調整時間を与え、返答の期限を伝える ③災害支援マニュアル内容を確認し、派遣についての検討 ④派遣の際の勤務種別（公休、有給、出張等）を検討</p>	<p>（派遣要請～返答） ①派遣依頼に対して即答せず、まずは確認・調整をする ・勤務 ・家族 ・ペット ・体調 等 ②看護職責任者の返答期限までに、派遣に行けるかどうかの返答をする ③災害支援マニュアルおよび災害支援ナースハンドブックで内容を確認するとともに支援に行く場合の準備等をする。 ④派遣の際の勤務種別（公休、有給、出張等）を施設に確認する</p>
<p>災害支援ナース登録施設に災害支援ナース派遣要請票（ふく様式2）と災害支援ナース派遣候補者リスト（ふく様式C）をFAX及びメールで送信する</p>	<p>FAX 及びメールにて災害支援ナース登録施設に災害支援ナース派遣要請票（ふく様式2）と災害支援ナース派遣候補者リスト（ふく様式C）作成の依頼が届く ●看護職責任者 派遣可能な災害支援ナースをリストアップし、県協会へFAX送信（災害支援マニュアルふく様式C）</p>	<p>（返答～派遣決定） ①派遣に備え、自身で準備する物品について災害支援ナースハンドブックを参考に準備する ②派遣可能な返答をしても派遣に至らない場合もある</p>
<p>派遣日時をいれた派遣依頼文を災害支援ナース登録施設にFAXする 派遣中止になった場合は災害支援ナース登録施設へ連絡する</p>	<p>派遣日時を入れた、派遣依頼文が県協会からFAXで届く ●看護職責任者 災害支援ナースに通知する 派遣日前後の支援ナースの勤務を考慮する 県協会より派遣中止の連絡が入った場合は、災害支援ナースへ連絡する</p>	<p>（派遣決定～出発） ①派遣依頼日に併せて行動する ・集合場所の確認 ・移動手段の確認 ・ルートの確認 ②情報収集 ・現地の被災状況や天気等、より詳細な情報収集 ・県協会より提供される情報 ③県協会より支給される物品の受取先の確認 ④一緒に派遣される支援ナースの連絡先の確認（看護職責任者を通し県協会に問い合わせ、連絡先を交換し合流場所、時間等を打合せするとよい） ⑤出発に向けて体調を整える（万が一体調不良時には無理して出発せず、早めに辞退を申し出る） ⑥派遣期間中の業務の申し送りを行う ⑦家族やペットなど最終調整する ※自治体からの要請があった派遣で移動手段が自家用車の場合は、必要に応じて『災害派遣等従事車両証明書』（有料道路の無償化）を県協会より受け取り、行政機関に申請に行く。</p>

7 災害支援ナース活動の実際（被災地へ支援活動する場合）



VI 平常時看護協会が行う活動

1 災害支援ナースの育成

本協会では、「災害支援ナース」の育成を行う。

1) 災害看護および災害支援ナースの活動に関する知識の習得を目的とした研修
「災害支援ナースの第一歩～災害看護の基本的知識」（日本看護協会主催の研修）

2) 実践力を高めることを目的とした研修
「災害支援ナース育成研修」

*対象：「災害支援ナースの第一歩 災害看護の基本的知識」の研修を修了した看護職

3) 「災害支援ナース育成研修 企画・指導者研修」
「災害支援ナース育成研修」の講師をするための研修
(日本看護協会主催の研修、2年に1回実施)

*対象：災害支援ナースの登録をした看護職

2 平常時の事務局体制

担当者	職 務
専務理事	<ul style="list-style-type: none"> ・福島県防災会議等の出席 ・福島県や市町村行政の防災担当者、医師会や薬剤師会等が出席する会議への出席
総務課	<ul style="list-style-type: none"> ・福島県看護協会防災計画の作成 ・災害義援金の取り扱い基準の作成 ・災害関係図書、文献等の整備
事業課	<ul style="list-style-type: none"> ・災害支援マニュアル、災害支援ナースハンドブック等の作成・修正 ・災害支援ナースの募集・登録 ・災害支援ナース用物品の備蓄管理、災害時に使用する物品の管理 ・災害支援ナース派遣合同訓練への参加 ・災害支援ナース育成研修企画・指導者研修の受講依頼
教育課	<ul style="list-style-type: none"> ・災害に関する研修実施 <ol style="list-style-type: none"> ① 災害支援ナースの第一歩 災害看護の基本的知識 ② 災害支援ナース育成研修 ③ その他 ・災害支援ナースの必要物品の整備（事業課と連携）

3 災害支援ナース派遣調整合同訓練への参加

日本看護協会と都道府県看護協会との連絡や災害支援ナースの派遣調整を円滑に行い、災害支援ナースの派遣体制を改善・強化する目的で毎年11月頃開催される。実際の災害を想定して、派遣手順に準じた机上訓練を行うため、災害支援ナースの所属施設及び災害支援ナースは、災害時のシミュレーションとして活用する。

Ⅶ 資料

1 用語の定義

災害：自然現象や人為的な原因によって、人命や社会生活に被害が生じる事態を指す。

分類		ハザード（危険な事象）の例
自然	水気象学系	台風、洪水、地滑り、干ばつ、高潮、森林火災等
	地質学系	地震、津波、火山噴火等
	生物学系	感染症/伝染病のアウトブレイク等
人為	技術災害	多重自動車事故、航空機事故、大規模火災、ビル倒壊
	特殊災害	化学工場での爆発、運搬中の物質の漏洩、放射線事故など
	複合災害	民族紛争、武力衝突、戦争、内戦など

大規模災害：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態であり、①地震、②風水害、③火災、④放射線災害、⑤火山災害等がある。

災害医療：災害によって医療機関の倒壊、医療資器材の不足、医療従事者の絶対的不足と許容範囲を超えた被災者により十分な医療が提供できない状態の中で行う医療活動。

災害看護：被災地域内の災害救急医療から復興するまでの医療・看護活動の支援を行う。被災者の健康維持・増進・疾病の予防などと直接被災しなかった住民の心身の健康保持を行う。その範囲は精神看護・感染症対策・保健指導・助産など広範囲に渡る。

2 日本看護協会倫理綱領 16条

看護職は、様々な災害支援の担い手と協働し、災害によって影響を受けたすべての人々の生命、健康、生活をまもることに最善を尽くす。

災害は、人々の生命、健康、生活の損失につながり、個人や地域社会、国、さらには地球環境に深刻な影響を及ぼす。看護職は、人々の生命、健康、生活をまもる専門職として災害に対する意識を高め、専門的知識と技術に基づき保健・医療・福祉を提供する。

3 災害拠点病院

二次医療圏	施設名称	所在地	連絡先
県北	福島県立医科大学附属病院	福島市光が丘 1	024-547-1111
	福島赤十字病院	福島市八島町 7-7	024-534-6101
	柊記念病院	二本松市住吉 100	0243-22-3100
県中	太田西ノ内病院	郡山市西ノ内 2-5-20	024-925-1188
	総合南東北病院	郡山市八山田 7-115	024-934-5322
県南	白河厚生総合病院	白河市豊地上弥次郎 2-1	0248-22-2211
	公立岩瀬病院	須賀川市北町 20	0248-75-3111

会津	会津中央病院	会津若松市鶴賀町1-1	0242-25-1515
南会津	福島県立南会津病院	南会津郡南会津町永田字風14-1	0241-62-7111
相双	南相馬市立総合病院	南相馬市原町区高見町2-54-6	0244-22-3181
いわき	いわき市医療センター	いわき市内郷御厩町久世原16	0246-26-3151

4 本協会支部（6支部）

県北支部、郡山支部、県南支部、会津支部、相双支部、いわき支部

福島県の地図



5 福島県保健福祉部への連絡

名称	連絡先電話番号	FAX
医療人材対策室（主幹）	024-521-8513	024-521-7926
地域医療課	024-521-7221	024-521-7926

Ⅷ 災害支援関係様式

1 災害支援活動に関する様式

(い<様式 1~2、い<様式 A~F)

2 災害支援ナース登録に関する様式

(い<様式 3~7)

(ふく様式1)

【県協会→災害支援ナース登録施設】

< 年 月 日 時 分現在 >

送 信 元	福島県看護協会	宛 先	災害支援ナース登録施設 看護職責任者様
	担当者：		
	FAX：024-991-5560		
	電子メール：saigai-na@fna.or.jp		

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			
日本看護協会 の対応	【災害レベル】 1・2・3・未定		

福島県看護協会への連絡方法

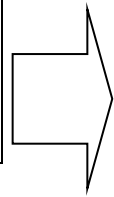
- ① (FAX) 024-991-5560 (TEL) 024-934-0512
- ② 電子メール：saigai-na@fna.or.jp

(ふく様式2)

【県協会⇒災害支援ナース登録施設・個人会員】

< 年 月 日 時 分現在 >

送 信 元	福島県看護協会
	担当者：
	FAX：024-991-5560
	電子メール：saigai-na@fna.or.jp



宛 先	
	様
	FAX
	電子メール

災害支援ナース派遣要請-活動場所⑩-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「ふく様式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、福島県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)	

福島県看護協会への連絡方法

① (FAX) 024-991-5560 (TEL) 024-934-0512

②電子メール：saigai-na@fna.or.jp

(ふく様式 A)

災害発生状況情報収集用紙

(福島県看護協会災害本部 → 支部・施設・福島県)

日時	年 月 日 () 時現在
担当者	() 支部・施設 () ・福島県
	氏 名 所属名
	TEL FAX

内容

被災発生時間	年 月 日 () 時 分		
被災地名			
災害の種類 災害名	1. 地震 2. 豪雨 3. 津波 4. 火山噴火 5. その他 ()		
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
支援要請	1. 会員施設から ・なし ・あり () 2. 地域から ・なし ・あり () 3. 物資の送付 ・不要 ・要 () 4. 災害支援ナース派遣 ・不要 ・要 ()		
その他連絡 事項	通信手段の有無 ・なし ・あり () ライフラインの障害 ・なし ・あり (交通・水道・電気・ガス)		

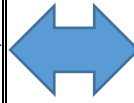
協会処理欄	受理日時	年 月 日 時
	受理者	
	受理方法	・FAX ・TEL ・メール ・その他

(ふく様式B)

【県協会→派遣を要する施設→県協会】

< 年 月 日 時 分現在 >

送 信	福島県看護協会
	担当者：
	FAX：024-991-5560
	電子メール：saigai-na@fna.or.jp



宛 先	派遣を要する施設 看護職責任者様
--------	---------------------

災害支援ナース派遣要請-活動場所⑩-第()報

災害名： _____

派遣が必要な場合は、必要事項をご記入のうえ、福島県看護協会までご返信ください。

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)	

福島県看護協会への連絡方法

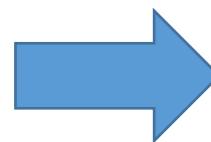
- ① (FAX) 024-991-5560 (TEL) 024-934-0512
- ② 電子メール：saigai-na@fna.or.jp

(ふく様式C)

【県協会⇒災害支援ナース登録施設・個人会員⇒県協会】

災害支援ナース派遣候補者リスト

送信先	施設名	
	報告責任者名	
	TEL	
	FAX	



福島県看護協会 事業課 行
FAX 024-991-5560

【記入上の留意点】

1. 災害支援ナース登録者であること
2. 出発日：①班： 月 日、 ②班： 月 日、 ③班： 月 日、 ④班： 月 日、 ⑤班： 月 日 出発日を頭にして記入。
3. 派遣期間：1人の活動期間は原則として移動時間も含め3泊4日。(例：11/9～11/12、①班でも②班でも可能な場合 11/9～11/15)

NO	福島県看護協会会員 NO	氏名(ふりがな)	職能	経験年数	交通・宿泊費	労災適用	活動可能期間 (月/日～月/日)
例	001234	ふくしま はなこ 福島 花子	看護師	10年	○	○	11/9～11/12

災害支援ナース活動連絡票

福島県看護協会 災害対策本部行 FAX024-991-5560

E-mail saigai-na@fna.or.jp (災害用)

氏名 (フリガナ)			
所属名			
派遣先 TEL			
派遣期間	年	月	日
	～	年	月
	日		
携帯 TEL 携帯メールアドレス			
緊急連絡先 1	氏名	続柄	
	TEL		
緊急連絡先 2	氏名	続柄	
	TEL		
看護職賠償責任 保険の加入	1. 加入済み	2. 未加入	
協会準備品一式 (ハンドブック参照、自分の身支度用品は除く)	協会準備品一式送付希望	協会準備品一式協会受取希望	
	その他必要品の希望		
希望物品送付 住所等	〒	TEL	
被災地までの 交通手段 (勤務施設からの手段)	自家用車使用	高速道路使用する	IC⇔ IC
		高速道路使用しない	IC⇔ IC
	公共交通機関	バス 電車	停留所(駅)⇔ 停留所(駅)
	同乗希望		
備考			

災害支援ナース 災害時看護支援活動報告用紙

この報告用紙は、災害支援ナースが行った看護支援活動を、活動終了後に都道府県看護協会及び日本看護協会へ報告するために使用する。

【記入上の留意点】

- ・活動者1名につき、1枚(両面、2ページ)の記録を作成。活動終了後、速やかに所属看護協会に提出。
- ・安全に係わる情報(活動中の負傷、活動場所の危険情報等)、活動場所に関する重要な情報(看護支援に不可欠な物品の不足、看護ニーズと支援者数の過度な不均衡、活動場所の閉鎖予定等)は、速やかに日本看護協会 災害専用電話(TEL:03-6704-8730)で連絡する。

記入日	年 月 日 (西暦)	
記入者氏名	(福島県看護協会)	
メンバー	(福島県看護協会)	
活動場所	<input type="checkbox"/> 医療機関(施設名:) <input type="checkbox"/> 外来・救急外来 <input type="checkbox"/> 一般病棟(科) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 避難所(場所名:) <input type="checkbox"/> 福祉避難所(場所名:) <input type="checkbox"/> その他()	
活動期間	年 月 日 : ~ 月 日 : (西暦)	
対象者	<input type="checkbox"/> 医療機関	※施設全体ではなく担当した部門について、活動終了前日の状況を記入。 <input type="checkbox"/> 外来で活動: 来院患者数 名/日、 <input type="checkbox"/> 病棟で活動: 病棟の入院患者数 名/日
	<input type="checkbox"/> 避難所・福祉避難所	※活動終了前日の状況を記入 ・避難者数 日中: 約 名 夜間: 約 名
		・有症状者の状況(申告されたケースについて記載) ※全活動期間中の状況を記入
		・救急搬送(件数と搬送理由) ※全活動期間中の状況を記入
ライフライン ※活動終了前日の状況を記入	・利用可能な水の状況 <input type="checkbox"/> 水道水 <input type="checkbox"/> 給水車 <input type="checkbox"/> 井戸水 <input type="checkbox"/> ペットボトル <input type="checkbox"/> 仮設水タンク <input type="checkbox"/> プール ・電気の供給状況 商用電源 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし / 自家発電 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
トイレ・衛生面 ※活動終了前日の状況を記入	使用可能なトイレ (基) 手洗い場 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	風呂・シャワー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ごみの回収 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
他団体・職種との連携等	団体名や職種、及び活動内容(巡回、常駐など)を記入	

	活動内容	活動の背景・対象者の状態・ 活動場所の具体的な状況など
例	衛生環境を整えるための活動	簡易トイレが不潔であることをミーティングで話し合った。結果、急性胃腸炎等の感染症が蔓延する危険があるとして、明日から当番制で清掃することとなった。
活動1日目 (月 日)	午前	
	午後	
活動2日目 (月 日)	午前	
	午後	
活動3日目 (月 日)	午前	
	午後	
活動4日目 (月 日)	午前	
	午後	

記載された内容は日本看護協会による派遣調整の検討や災害支援ナースの支援活動全体の評価に使用することがあります。

災害支援活動支出報告書

福島県看護協会 災害対策本部行 FAX024-991-5560

E-mail saigai-na@fna.or.jp (災害用)

※活動終了後 1 週間以内に、「災害支援ナース 災害時看護支援活動報告用紙」(ふく様式 E)に添付して提出してください。

氏名 (フリガナ)	
所属名	
災害名	
派遣先施設名 (住所がわかれば記入)	
派遣期間	年 月 日～ 年 月 日 (西暦)
経費	<p>例) ○○病院から△△駅まで車使用 領収書 無</p> <p>△△駅から集合場所まで新幹線 (自由特急券) 利用 領収書 有 添付</p> <p>血圧計の電池の補充 : 単 4 電池 1 本 ¥□□円</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">領収書を添付してください。</p>

災害支援ナースの登録について (施設票)

施設NO. _____ / 施設名 _____

施設住所 〒 _____

TEL (_____) _____ / FAX (_____) _____

E-mail _____

看護職責任者役職 _____ / 看護職責任者氏名 _____

●施設長の了解の基、別紙のとおり災害支援ナースに _____ 名応募します。

(ふく様式3-2)

災害支援ナース登録者応募用紙（施設会員）

20 年 月 日（西暦）

ふりがな 氏名：		県協会会員番号	
性別：男・女			
生年月日：		（西暦）年 月 日（年齢： 歳）	
所属施設名：			
免許種類と取得年月日：保健師		年	月 日
助産師		年	月 日
看護師		年	月 日
准看護師		年	月 日
看護の専門性	経験年数 _____ 年 / 看護職賠償責任保険の加入 有（必須）		
	専門領域	経験の有無	専門領域 経験の有無
	救急救命看護 トリアージ	有 無	手術室看護 有 無
	透析看護	有 無	外科系看護 有 無
	内科系看護	有 無	慢性疾患看護 有 無
	精神科系看護	有 無	地域看護 有 無
その他	必須研修		
	日本看護協会主催「災害支援ナースの第一歩 災害看護の基本的知識」 (受託研修) 受講年： _____		
	本協会主催「災害支援ナース育成研修」 受講年： _____		
	被災地で活動した経験 (有・無 /)		

*更新は3年毎

*更新要件：下記の研修等に3年間に1回以上参加する

災害支援ナース交流会、福島県看護協会研修計画の中の推奨研修、災害看護学会等

(ふく様式4)

災害支援ナース登録者応募用紙 (個人会員)

20 年 月 日 (西暦)

ふりがな 氏名： _____ 県協会会員番号 _____			
性別： 男 ・ 女			
生年月日： _____ (西暦) 年 月 日 (年齢： _____ 歳)			
住所：〒 _____			
電話番号： _____			
F A X： _____		E-mail： _____	
免許種類と取得年月日：保健師 _____ 年 月 日			
助産師 _____ 年 月 日			
看護師 _____ 年 月 日			
准看護師 _____ 年 月 日			
看護の専門性	経験年数 _____ 年 / 看護職賠償責任保険の加入 有 (必須)		
	専門領域	経験の有無	専門領域 経験の有無
	救急救命看護 トリアージ	有 無	手術室看護 有 無
	透析看護	有 無	外科系看護 有 無
	内科系看護	有 無	慢性疾患看護 有 無
	精神科系看護	有 無	地域看護 有 無
その他	必須研修 日本看護協会主催「災害支援ナースの第一歩 災害看護の基本的知識」 (受託研修) 受講年： _____		
	本協会主催「災害支援ナース育成研修」 受講年： _____		
	被災地で活動した経験 (有・無 / _____)		

* 更新は3年毎

* 更新要件：下記の研修等に3年間に1回以上参加する

災害支援ナース交流会、福島県看護協会研修計画の中の推奨研修、災害看護学会等

(ふく様式5)

災害支援ナース登録変更届

20 年 月 日 (西暦)

公益社団法人福島県看護協会長 様

①施設名 _____

看護職責任者氏名 _____

②氏 名 _____

災害支援ナース登録番号 No. _____

下記のとおり登録内容に変更がありましたので、届けます。

変更内容項目	氏 名・ 勤務先 ・ その他 ()
変更前内容	
変更後内容	

*** 災害支援ナース登録変更は、福島県看護協会の会員の変更届けと連動はしていないため、変更があった場合は速やかに、変更届けを提出する**

*** 施設の変更の場合、必ず所属長・看護職責任者を通して変更届けを提出する**

災害支援ナースの登録更新依頼書

施設NO. _____ 施設名 _____

施設住所 〒 _____

TEL (_____) _____ FAX (_____) _____

E-mail _____

記入責任者役職名 _____ 記入責任者氏名 _____

施設長の了解のもと、下記の災害支援ナース _____ 名を登録更新します。

氏名：1 _____	2 _____
3 _____	4 _____
5 _____	6 _____
7 _____	8 _____
9 _____	10 _____
11 _____	12 _____

本人の災害支援ナース登録確認書を同封します。

* 災害が発生した場合、災害支援ナース派遣における貴施設での労災適用について
○を記載

- ・ () 労災適用とする
- ・ () 労災適用とならない

災害支援ナース登録更新の確認書

I. 登 録 者

(ふりがな)

登録者名 _____

県会員 NO _____ 災害支援ナース登録 NO _____

II. 登録更新の有無 (該当を○で囲んでください)

・更新します (下記に研修名・受講年度を記入のこと)

・登録を辞退します
(理由 _____)

III. 研 修 受 講 歴

マニュアルを参照し、更新までの間の研修等の受講歴について記載してください。なお、受講や参加の証明を添付してください。

有 研修名等 _____ 受講年月日 _____

研修名等 _____ 受講年月日 _____

研修名等 _____ 受講年月日 _____

なし

IV. 看護職賠償責任保険の加入

有 (必須)

※被災地での活動経験がある方は、記入してください。

有 被災地 _____

※登録を引続き希望の方で登録状況に変更のある方は、変更届の提出をお願いします

(ふく様式7)

災害支援ナース登録辞退届

20 年 月 日 (西暦)

公益社団法人福島県看護協会長 様

①施設名 _____
看護職責任者氏名 _____

②氏 名 _____
災害支援ナース登録番号 No. _____

都合により災害支援ナースの登録を辞退しますので届けます。

辞退の理由 (※差し支えなければ辞退の理由をお書きください。)

① 所属施設を退職.....

② 福島県看護協会の退会.....

③ その他.....

初 版：2010年（平成22年）12月
第2版：2014年（平成26年）7月改訂
第3版：2016年（平成28年）9月改訂
第4版：2017年（平成29年）3月改訂
第5版：2019年（平成31年）3月改訂
第6版：2023年（令和5年）3月改訂

編集 公益社団法人福島県看護協会
災害看護委員会
事業課

発行 公益社団法人福島県看護協会
郡山市本町一丁目20番24号
TEL 024(934)0512
FAX 024(991)5560