

南伊豆町災害医療協力看護師等登録事業実施要領

1 目的

大規模災害等発生時に町が開設する救護所等において、医療救護活動に協力する看護師等を事前に登録することにより、救護所等の円滑な運営を図り、もって町民の生命、身体の安全を図ることを目的とする。

2 対象

保健師、助産師、看護師、准看護師等の医療職で、大規模災害発生時に町が行う医療救護活動に協力する意思を示し、あらかじめ登録をする者

3 登録内容

別添「南伊豆町災害医療協力看護師等登録用紙」に定める事項を確認し、町に登録する。
氏名、生年月日、住所、連絡先、資格、勤務状況 等

4 活動及び業務内容

大規模災害等が発生した際、町の要請に基づき、救護所等に参集し、医療救護活動責任者の指示のもと医療救護活動を行う。

- 1) 医療救護対象者の重症度、緊急度の判定及び選別(トリアージ)
- 2) 重症患者及び中等症患者の応急処置補助
- 3) 治療待機者および既治療者の経過観察
- 4) 医療救護活動の記録作成
- 5) その他医療救護に関わる業務

5 活動期間

登録看護師等の活動期間は、原則、救護所開設されている期間とし、災害発生直後から概ね72時間(3日間)までと想定する。ただし、必要に応じて期間を延長できるものとする。

6 実費弁償及び補償等

町の要請により医療救護活動に従事した場合は、実費弁償等を行う。また、活動時に負傷等した場合には、扶助金を支給する。なお、金額は、災害救助法等政令に規定する額とする。

7 その他

- 1) 登録に関する個人情報、災害時の連絡および医療救護活動に必要な範囲内において連絡調整に利用し、又は関係機関に提供することができるものとする。
- 2) 登録を辞退する場合は、その旨、町に連絡する。
- 3) 医療救護活動を円滑に従事できるようにするため、登録看護師等に対し、町等が実施する防災訓練、説明会、研修等を周知する。

南伊豆町災害医療協力看護師等登録用紙

記入日 : 年 月 日

フリガナ 氏 名			性別	男 ・ 女
生年月日	昭和 年 月 日 （ 歳 ） 平成			
住 所	〒			
連絡先	自宅固定電話			
	携帯電話			
	メールアドレス			
保有資格	保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師			
勤務状況	勤務している ・ 勤務していない			
	※現在、勤務先がある場合は、詳細を下記にご記入ください。			
	勤 務 先			
	勤務形態	常勤（ほぼ毎日勤務） ・ 非常勤（曜日指定等不規則）		
その他 連絡事項				

※登録いただいた情報は、災害時の医療救護活動および災害医療に関する訓練・研修会の
情報提供等、必要な範囲でのみ利用します。

南伊豆町健康増進課

〒415-0392 南伊豆町下賀茂315-1
Tel:0558-62-6255 / FAX:0558-62-2493
E-mail : kenkouz@town.minamiizu.shizuoka.jp