

厚木市災害時看護職ボランティア事前登録制度要綱

（目的）

第1条 この制度は、大地震等の災害の発生時において、被災した市民の生命と健康を守るため、看護職ボランティアとして活動を行う個人が、厚木市地域防災計画で定める医療救護組織に事前に登録し、災害発生時に市内における医療救護活動を迅速かつ効果的に行えるようにすることを目的とする。

（定義）

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 看護職ボランティア 厚木市内に居住し、保健師、助産師、看護師及び准看護師の資格を有する者のうち、自発的な意思と善意によって、災害の発生時において医療救護活動に当たる者をいう。
- (2) トリアージ 通常の医療体制の能力を超えた多数の傷病者が発生した状況において、限られた人的・物的資源を最大限能率的に利用して最大多数の傷病者の生命を救うため、患者を外傷又は傷病の重傷度によって分類し、治療の優先順位を決めることをいう。

（活動内容）

第3条 看護職ボランティアの活動内容は、次のとおりとする。

- (1) 医療救護所において医師の指示に基づく被災傷病者のトリアージ業務の補助
- (2) 医療救護所における被災傷病者に対する応急処置及び看護
- (3) その他医療救護に係る業務

（活動期間）

第4条 看護職ボランティアの活動期間は、災害時に最も混乱することが想定される災害発生後からおおむね3日間から7日間までとする。

（登録等）

第5条 看護職ボランティアとして登録しようとする者は、災害時看護職ボランティア登録申込書（第1号様式）を市長に提出するものとする。

- 2 市長は、前項の規定により申込があった場合において、その適否を審査し、適当と認めたときは、災害時看護職ボランティア事前登録簿に登録するものとする。

（登録証の交付等）

第6条 市長は、前条第2項の規定により登録をした者（以下「登録者」という。）

に厚木市災害時看護職ボランティア登録証（第 2 号様式。以下「登録証」という。）を交付する。

- 2 登録者は、救援活動を行う場合は、登録証を常に携帯し、関係人の請求があった場合は、これを提示しなければならない。

（研修等の機会提供）

第 7 条 市長は、登録者相互の連携及び人的ネットワーク化の推進を図るとともに、救援活動に関する知識の向上に寄与するため、登録者に対し必要な情報及び研修等の機会の提供に努めるものとする。

（登録者の個人情報）

第 8 条 登録者に関する個人情報は、第 1 条の目的を達成するため、本人の同意がある場合に限り、災害時の連絡及び救援活動に必要な範囲内で他の関係機関に提供し、又は連絡調整に利用することができる。

- 2 前項の個人情報の取扱いは、厚木市個人情報保護条例（平成 16 年厚木市条例第 11 号）の例による。

（登録変更）

第 9 条 登録者は、登録内容に変更があったときは、災害時看護職ボランティア登録変更届（第 3 号様式）を市長に提出しなければならない。

（登録抹消）

第 10 条 市長は、登録者から災害時看護職ボランティア登録辞退届（第 4 号様式）の提出があったときは、当該登録を抹消するものとする。

（活動の報酬）

第 11 条 本制度による看護職ボランティアの活動は、無償とする。

（補償）

第 12 条 看護職ボランティア活動中の事故等に対する補償については、社会福祉法人全国社会福祉協議会が実施するボランティア活動保険の範囲内で行うものとする。

- 2 看護職ボランティアは、活動中に事故等が発生した場合には、直ちにその旨を市長に報告しなければならない。

附 則

この要綱は平成 21 年 5 月 18 日から施行する。

附 則

この要綱は平成 24 年 7 月 11 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 2 年 4 月 1 日から施行する。

災害時看護職ボランティア登録申込書

(宛先) 厚木市長

看護職の 資 格	いずれかを○で囲んでください。 保健師 助産師 看護師 准看護師 (免許書登録番号)				
ボランティア 登 録 者	ふりがな 氏 名				
	住 所				
	自宅電話番号				
	携帯電話番号				
	個人情報の利用又は 提供に係る同意 ＊いずれかを○で囲む。	本申込書により登録する個人情報を、災害時の連絡や救護活動に必要な範囲内で他の関係機関に提供し、又は連絡調整に利用することに 1 同意します 2 同意しません			
親 権 者 等 (登録者が未 成年の場合)	ふりがな 氏 名			同 意 印	
	住 所				
	自宅電話番号				
病院・診療所 等に勤務され ている方	勤務先	所在地			
		名 称			
		電話番号			
	勤務先管理者の承認 ＊本人署名	役職名	氏名	承 認 印	
ボランティア 参加可能日数 (□をチェッ ク)	☐ 1日のみ ☐ 2日間 ☐ 3日間 ☐ 4日間 ☐ 3～7日間の間で不明				

第2号様式（第6条関係）

（表）

厚木市災害時看護職ボランティア登録証
氏 名
看護職資格
登録年月日
登録番号
厚 木 市 長 印

（裏）

（注意事項）
1 医療救護所において、医療救護活動を行う場合には、必ず本証を所持し、市民、防災関係機関職員等から請求があったときは提示してください。
2 登録を辞退したときは、速やかに返納してください。
3 登録事項に変更があった場合又は本証を紛失した場合は、速やかに届け出てください。

災害時看護職ボランティア登録変更届

(宛先) 厚木市長

ボランティア登録者 登録番号

住 所

氏 名

災害時看護職ボランティア登録に際しての登録事項に変更がありましたので、変更のあった事項について、次のとおり届け出ます。

看護職の 資 格	いずれかを○で囲んでください。 保健師 助産師 看護師 准看護師 (免許書登録番号)				
ボランティア 登 録 者	ふりがな 氏 名				
	住 所				
	自宅電話番号				
	携帯電話番号				
	個人情報の利用又は 提供に係る同意 *いずれかを○で囲む。		本申込書により登録する個人情報を、災害時の連絡や救護活動に必要な範囲内で他の関係機関に提供し、又は連絡調整に利用することに 1 同意します 2 同意しません		
病院・診療所 等に勤務され ている方	勤務先	所在地			
		名 称			
		電話番号			
	勤務先管理者の承認 *本人署名		役職名 氏名	承認 印	
ボランティア 参加可能日数 (□をチェッ ク)	□1日のみ □2日間 □3日間 □4日間 □3～7日間の間で不明				

災害時看護職ボランティア登録辞退届

（宛先）厚木市長

ボランティア登録者 登録番号

住 所

氏 名

災害時看護職ボランティア登録について、辞退したいので届け出ます。