

## お申込・お問合せ先

港北区福祉保健センター福祉保健課事業企画担当

〒222-0032

港北区大豆戸町 26-1

TEL 045-540-2360 FAX 045-540-2368

## 港北区医療救護隊について

### 1 港北区医療救護隊の編成

港北区医療救護隊は、1隊5～7人程度を基本として活動します。  
医師以外の職種については状況に応じて臨機応変に構成します。

医師	歯科医師	薬剤師	看護職	業務調整員(区職員)
1~2人	1人	1人	1~2人	1人

### 2 港北区医療救護隊の活動

港北区では一般診療所での定点診療と地域防災拠点(避難所)での巡回診療を組み合わせ、トリアージと軽症者の救護に当たります。(発災直後からおよそ3日後までの超急性期)

### 3 港北区医療救護隊の参集基準及び参集場所

震度6弱以上を観測した際、「港北区医師会館」もしくは「日吉台中学校コミュニティスクール」のいずれかに参集していただきます(参集場所については、横浜市災害支援ナースとして登録していただく際に、あらかじめ選択していただきます)。

港北区医師会館(休日急患診療所)

港北区菊名7-8-27

日吉台中学校コミュニティスクール

港北区日吉本町4-9-1

### 4 登録後にお願ひすること

- 区で実施する医療救護隊参集訓練や、横浜市が主催する医療救護隊看護職研修への参加
- 登録内容の変更、登録取消があった際の連絡



# Yナース 募集案内

(横浜市災害支援ナース)

*Yokohama disaster assistance Nurse*

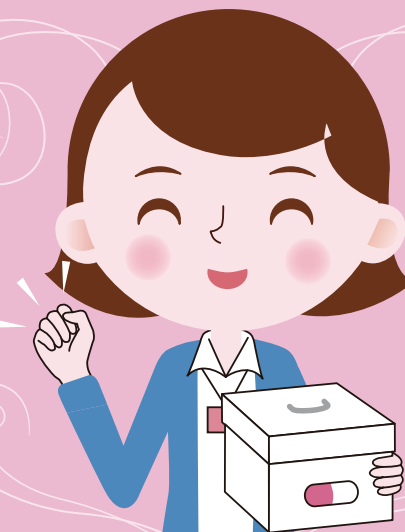
## 災害時、あなたの力を貸してください。

横浜市では、災害時の医療救護活動を支援していただける看護職を募集し、登録をしています。

## Yナースとは？

大震災発生時に、あらかじめ登録された医師、薬剤師、市職員と共に、横浜市防災計画に基づく「**医療救護隊**」として活動する看護職のことです。活動内容は、区内の避難所等で主に軽症者に対する応急医療を行います。

※活動内容は区毎に異なります。詳しくは各区担当へお問合せください。



### 登録資格

横浜市に在住または在勤の保健師・助産師・看護師・准看護師の有資格者で、発災時に横浜市各区内の地域防災拠点(指定された小・中学校)等で支援活動ができる方。(ただし、病院勤務等で、災害時に、職場に参集することになっている方は原則除く)

### 登録方法

- 登録申込票を、登録を希望する区福祉保健センター福祉保健課へ郵送もしくはご持参ください。
- 登録申込票は、区福祉保健センター福祉保健課で配布しています。

Yナース登録証  
見本

見本  
横浜市災害支援ナース  
*Yokohama disaster assistance Nurse*

災害時、あなたの力を貸してください。

### お問合せ

各区福祉保健センター福祉保健課  
横浜市医療局医療政策課 TEL 045-671-3932 FAX 045-664-3851

# 発災時のYナースの動き

1

登録希望区において震度**6弱以上**の地震が発生した場合、もしくは震度**6弱未満**で各区役所から要請があった場合、あらかじめ指定された参集場所へ参集します。



2

参集場所で**Yナース登録証**を提示してください。医師、薬剤師と共に活動に従事していただきます。



## Q1 震度6弱以上の時は、必ず参集する必要がありますか？

A 震度6弱以上の場合、ご自身とご家族の安全確保ができ次第できる限り早く参集していただきます。

## Q2 震度6弱未満の場合は、どのように要請が来るのでしょうか？

A 震度6弱未満で、各区が要請することを必要と認めた場合は、申込票に登録している連絡先へご連絡します。

## Q3 活動の際に、負傷してしまった場合は補償されますか？

A 災害救助法、災害対策基本法等に基づき、補償を受けるために申請することができます。(ただし、補償を受けるには審査が必要です。)

## 潜在看護師のための復職研修を行っています。

出産・育児等を理由に離職し、ブランクのある潜在看護師の方が再び医療の現場で活躍していただけるよう、市内複数の病院が合同で行う復職研修が開催されています。

※詳細は下記の問合せ先までご連絡ください。

**お問合せ** 横浜市医療局医療政策課  
TEL 045-671-2466 FAX 045-664-3851

HP:「横浜市 看護職のためのページ」で検索



# Yナース登録申込票

(横浜市災害支援ナース)

年 月 日

横浜市が災害時に編成する医療救護隊の看護職として、登録を希望します。

ふりがな 氏名	
自宅住所	〒
連絡先 電話番号	携帯電話( ) 固定電話( )
保有免許の種類 (該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> チェック)	<input type="checkbox"/> 保健師 免許番号( ) 登録年月日( 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 助産師 免許番号( ) 登録年月日( 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 看護師 免許番号( ) 登録年月日( 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 准看護師 都道府県名( ) 免許番号( ) 登録年月日( 年 月 日)
登録希望区 (災害時に活動を 希望する区)	区
特記事項	

上記に必要な事項を記載し、登録を希望する**区福祉保健センター福祉保健課**へ郵送またはご持参ください。(受付・問合せ先は、裏面参照)

各区担当者 記入欄	受付日 年 月 日	受付担当者
	カードNo.	カード交付方法 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口

※本用紙に記載された個人情報は、Yナース(横浜市災害支援ナース)の活動に関する用途以外には使用しません。

キ  
リ  
ノ  
線