

災害時における医療救護活動に関する

協定書

栃木県

公益社団法人 栃木県栄養士会

災害時における医療救護活動に関する協定書

栃木県（以下「甲」という。）と公益社団法人栃木県栄養士会（以下「乙」という。）との間に、災害時における医療救護活動に関する協力について、次のとおり協定を締結する。

（趣旨）

- 第1条 この協定は、災害対策基本法（昭和36年法律第223号。以下「法」という。）及び栃木県地域防災計画（以下「防災計画」という。）に基づき、甲が行う医療救護活動に対する乙の協力に関し、必要な事項を定めるものとする。
- 2 甲及び乙は、法、防災計画及び市町村地域防災計画に基づき市町村が行う医療救護活動について、それぞれの市町村が、本協定に準じ地区栄養士会の協力を得て実施できるよう必要な調整を行うものとする。

（協力要請）

- 第2条 甲は、法及び防災計画に基づく医療救護活動を実施する上で必要があると認めた場合は、乙に対して協力を要請するものとする。
- 2 前項に規定する甲の協力要請は、栃木県保健福祉部長が行う。
- 3 甲は、前項の要請の必要がなくなったときは、乙に終了を通知するものとする。

（栄養士チームの派遣）

- 第3条 乙は、甲からの協力要請を受けたときは、速やかに被災地域に管理栄養士・栄養士を派遣する（以下「栄養士チーム」という。）ものとする。
- 2 乙は、災害支援活動の円滑な実施を図るため、栄養士チームの編成、派遣その他災害支援活動の実施に関する計画を策定し、これを甲に提出するものとする。
- 3 乙は、乙に属する栃木県栄養士会災害支援チーム「JDA-DAT とちぎ」との調整を行うものとする。
- 4 甲は、想定される活動内容及び被災地状況等の情報を乙に伝えるよう努めるものとする。

（指揮命令系統等）

- 第4条 巡回栄養相談等の総合調整を図るため、栄養士チームに対する指揮命令は、甲が指定するものが行うものとする。

（栄養士チームの業務）

- 第5条 乙が派遣する栄養士チームは、甲又は市町村が避難場所、避難所、特殊食品等の集積場所、その他甲が指定する場所において医療救護活動を行うことを原則とする。ただし、甲が災害時における応援協定等締結している都道府県等に対し派遣要請があった場合には、できる限りこれに協力するものとする。
- 2 栄養士チームの業務は次のとおりとする。
- (1) 特殊栄養食品（アレルギー児用粉ミルクやアレルギー用食品、高齢者用食品、病者用食品等）の提供に係る支援
 - (2) 治療食や食物アレルギー除去食等の要配慮者に対する巡回個別栄養相談
 - (3) 避難所での食事状況調査や衛生指導、栄養健康相談
 - (4) 被災者への栄養補給の支援
 - (5) その他医療救護活動において必要な業務
- 3 乙は、移動や生活手段等については、自ら確保しながら継続した活動を行うことを基本とする。

（報告）

- 第6条 乙は、前条に規定する業務を行ったときは、その状況を記録するとともに、業務の終了後、所定の様式により甲に報告するものとする。

（費用弁償等）

- 第7条 甲の要請に基づき、栄養士チームが当該被災地域において第5条に規定する活動を実施した場合に要する次の費用は、甲が負担するものとする。
- (1) 栄養士チームの派遣に要した日当、超過勤務手当、旅費等の実費
 - (2) 栄養士チームが購入して配布した特殊栄養食品等の実費
 - (3) 栄養士チームが巡回栄養相談等の活動において負傷し、疾病にかかり又は障害の状態となり、あるいは死亡した場合の扶助費
 - (4) 前各号以外で、この協定実施のために要した経費のうち甲が必要と認める費用

2 前項に定める費用弁償の範囲及び額については、甲乙協議の上、別に定めるものとする。

(個人情報の保護)

第8条 乙及び栄養士チームは、支援活動を行うにあたり、業務上知り得た対象者及びその家族等の個人情報を漏らしてはならない。

(体制の整備)

第9条 乙は、災害時に迅速な対応がとれるよう、派遣体制の調整と甲との連携体制の強化に努めるものとする。

(連絡責任者)

第10条 この協定に関する連絡責任者は、甲は栃木県保健福祉部健康増進課長、乙においては会長とする。

(紛争処理)

第11条 本協定に基づく業務に関して紛争が生じたときは、甲は速やかにその原因を調査し、乙と協議の上、紛争解決のための適切な措置を講じるものとする。

(訓練、研修)

第12条 甲は、この協定に基づく乙の協力が円滑に行われるよう、甲が主催する防災訓練、研修会等に乙の参加を要請することができる。

2 甲は、乙の人材育成、技術向上等を図るため、研修、訓練等の企画及び実施に努めるものとする。

(実施細則)

第13条 この協定を実施するために必要な事項は、別に定めるものとする。

(協議)

第14条 この協定に定めのない事項及びこの協定に疑義が生じた事項については、その都度甲乙協議の上、定めるものとする。

(有効期間)

第15条 この協定の有効期間は、協定締結の日から起算して1年間とする。ただし、この協定の有効期間満了日の1月前までに、甲乙いずれかからも何ら意思表示がない場合は、有効期間満了日の翌日から起算して1年間この協定は延長され、以降同様とする。

この協定の締結を証するため、本協定書を2通作成し、甲、乙が記名押印の上、それぞれ1通を保有する。

令和2(2020)年9月24日

甲 住所 : 宇都宮市埴田1丁目1番20号

氏名 : 栃木県

知事

福田富一

乙 住所 : 宇都宮市築瀬町1897番地9

氏名 : 公益社団法人 栃木県栄養士会

会長

佐藤敦子

災害時における医療救護活動に関する協定書実施細目

令和2(2020)年9月24日付けで、栃木県（以下「甲」という。）と、公益社団法人栃木県栄養士会（以下「乙」という。）との間で締結した医療救護活動に関する協定書（以下「協定」という。）第13条の規定に基づき、実施細目を次のとおり定める。

（協力要請）

第1条 甲は、協定第2条第1項の規定に基づき乙に栄養士チームの派遣を要請するときは、「栄養士チーム応援派遣要請書」（様式第1号）を乙に提出するものとする。ただし、緊急を要する場合は、電話その他の方法により行うことができるものとする。

2 前項ただし書きの規定により協力要請を行った場合は、要請後速やかに要請書を提出するものとする。

（派遣体制の確立）

第2条 協定第3条に規定する栄養士チームの派遣においては、協力要請があった場合に速やかに出勤するための連絡網の確認、その他必要な準備等を行うものとする。

2 乙は、栄養士チームを派遣するときは、「栄養士チーム応援派遣の可否決定書」（様式第2号）を甲に提出するものとする。

3 乙は、栄養士チームの医療救護活動を迅速かつ的確に対応するため、「栄養士チーム応援派遣計画」（様式第3号）を甲に提出するものとする。

（活動の連絡体制）

第3条 協定第6条の規定に基づき乙は、栄養士チームの災害支援活動の連絡体制については、「栄養士チーム活動日報」（様式第4号）及び「栄養士チーム活動引継ぎ書」（様式第5号）を栃木県保健福祉部健康増進課長に提出するものとする。

（派遣の終了）

第4条 甲は、協定第2条第3項の規定に基づき栄養士チームの派遣を終了するときは、「栄養士チーム応援派遣終了決定書」（様式第6号）を乙に提出するものとする。

（報告）

第5条 協定第6条に規定する報告は、災害時における医療救護活動に関する支援活動実施報告書（様式第7号）によるものとする。

（費用弁償の額）

第6条 協定第7条第1項第1号及び第2号に規定する費用の範囲及び額は、災害救助法施行令（昭和22年政令第225号。以下「政令」という。）の定めるところによる。

2 協定第7条第1項第3号に規定する費用の範囲及び額は、政令又は災害に際し応急処置の業務に従事した者等に係る損害賠償に関する条例（昭和39年栃木県条例第11号。以下「条例」という。）の定めるところによる。

3 協定第7条第1項第4号に規定する費用の範囲及び額は、甲乙協議の上、甲が弁償することが適当と認められたものについて負担するものとする。

（費用弁償の請求）

第7条 協定第7条第1項第1号、第2号及び第4号に規定する費用については、乙が各栄養士チーム分を取りまとめ、「栄養士チーム応援派遣実施請求書」（様式第8号）により甲に請求するものとする。

2 協定第7条第1項第3号に規定する費用については、支給を受けようとする者が、政令又は条例の定める様式により甲に請求するものとする。

(事故報告)

第8条 協定第3条の規定に基づく災害支援活動において、栄養士チーム員が負傷し、疾病にかかり、又は死亡したときは、「災害支援活動における事故報告書」(様式第9号)により、速やかに甲に報告するものとする。

上記のとおり、合意の成立を証するため、本書を2通作成し、甲、乙が記名押印の上、それぞれ1通を保有する。

令和2(2020)年9月24日

甲 住所 : 宇都宮市塙田1丁目1番20号

氏名 : 栃木県

知事

福田富一

乙 住所 : 宇都宮市築瀬町1897番地9

氏名 : 公益社団法人 栃木県栄養士会

会長

佐藤-敦子

(様式第1号)

令和 年 月 日
第 号

公益社団法人栃木県栄養士会長 殿

栃木県保健福祉部長

栄養士チーム応援派遣要請書

災害時における医療救護活動に関する協定書第2条第1項の規定により、次のとおり栄養士チームの派遣を要請します。

派遣依頼期間	活動開始希望日	
	修了予定日	
活動期間	1班あたり	日間
必要人数		人
派遣場所所在地 ※該当する場所に○ 印をつけ、機関名及び 所在地を記入する。	避難所	
	行政機関	
	その他	
集合場所 担当者	名称	
	所在地	
	担当者氏名	
	連絡先	
想定される業務		
活動体制	集合時間	
	活動時間帯	
ミーティング	名称	
	所在地	
	時間帯	
携行資材		
被災状況の概況		
その他		
調整窓口	部署名	
	担当者氏名	
	連絡先	

(様式第2号)

令和 年 月 日
第 号

栃木県保健福祉部長 殿

公益社団法人栃木県栄養士会長

栄養士チーム応援派遣の可否決定書

送信先	
送信元	(公社) 栃木県栄養士会
送信日	

【災害時に記入】

栄養士チーム派遣の可否	可 ・ 否	※どちらかに○ 一定期間連続して途切れなく派遣できること
<u>栄養士チーム派遣が「可」の場合は以下もご記入ください。</u>		
活動開始日	月 日	〈メッセージ欄〉
栄養士チームメンバー人数	(1日あたり) 人	
現地での活動期間	泊 日	
※1 長期化した場合の交換要員も考慮して、1日あたり派遣できる人数を記入すること。 ※2 同時期に複数チームの派遣が可能な場合は、用紙を追加して記入すること。		

応援派遣調整窓口（被災地自治体との連絡窓口）

所属	(公社) 栃木県栄養士会			
担当者	主担当		副担当	
電話		日中：		日中：
		土日・夜：		土日・夜：
E-mail				
FAX				

(様式第3号)

栄養士チーム応援派遣計画

※1班ごと提出とし、メール又はFAXでの送信

送信先	栃木県保健福祉部健康増進課長 様
発信元	(公社) 栃木県栄養士会
記載日	年 月 日

1 連絡窓口 (被災自治体との連絡窓口)

担当者職氏名	
電話	(日中)
	(夜間)
FAX	
E-mail	

2 応援人数 _____ 人

3 応援派遣先までの交通手段

自動車 ・ その他 ()

4 応援派遣先への到着予定日時及び活動予定日

到着予定日時	月 日 () 時 分	到着予定
活動開始終了日	月 日 () ~ 月 日 ()	1日の活動時間 時間

5 活動内容

--

6 応援派遣メンバー

1チーム1班毎に記載

応援派遣メンバー役割	氏名	緊急時連絡先 (携帯電話/メールアドレス)
	役職	
	職種(管理栄養士・栄養士)	
責任者		電話:
		どちらかに○(公用・個人)
		メール:
副責任者		電話:
		どちらかに○(公用・個人)
		メール:
メンバー (氏名)	1.	/
	2.	
	3.	

様式第4号（被災自治体、健康増進課）

栄養士チーム活動日報

※メール又はFAXでの送信

送信先	被災自治体担当課長、健康増進課長 様
発信元	(公社) 栃木県栄養士会
記載日	年 月 日

活動年月日	年 月 日 (活動 日目)	
チーム名		
構成者氏名		
活動場所	<input type="checkbox"/> 避難所 ()	自治体担当者 :
	<input type="checkbox"/> 行政機関 ()	自治体担当者 :
	<input type="checkbox"/> その他 ()	担当者 :
活動方針 (複数可)	<input type="checkbox"/> 巡回個別栄養相談 <input type="checkbox"/> 食事状況調査・衛生管理指導 <input type="checkbox"/> 特殊栄養食品配布 <input type="checkbox"/> その他 ()	
活動内容	(午前)	
	対応者氏名	
	(午後)	
	対応者氏名	
備考		

(様式第6号)

令和 第 年 月 日

栄養士チーム応援派遣終了決定書

公益社団法人栃木県栄養士会長 殿

栃木県保健福祉部長

災害時における医療救護活動に関する協定書第2条第3項の規定に基づく、災害支援活動を終了します。

(様式第7号)

令和 第 年 月 日

栃木県知事 殿

〒321-0933 宇都宮市築瀬町 1897-9
公益社団法人栃木県栄養士会
会 長

印

災害時における医療救護活動に関する支援活動実施報告書

このことについて、下記のとおり報告します。

記

- 1 栄養士チーム支援活動実施報告書
- 2 班員活動名簿

栄養士チーム支援活動実施報告書

活動日	班名	活動場所	出勤者名	活動内容
月 日 時 分 月 日 時 分				<input type="checkbox"/> 巡回個別栄養相談 <input type="checkbox"/> 食事状況調査・衛生指導 <input type="checkbox"/> 特殊栄養食品配布 <input type="checkbox"/> その他 ()
月 日 時 分 月 日 時 分				<input type="checkbox"/> 巡回個別栄養相談 <input type="checkbox"/> 食事状況調査・衛生指導 <input type="checkbox"/> 特殊栄養食品配布 <input type="checkbox"/> その他 ()
月 日 時 分 月 日 時 分				<input type="checkbox"/> 巡回個別栄養相談 <input type="checkbox"/> 食事状況調査・衛生指導 <input type="checkbox"/> 特殊栄養食品配布 <input type="checkbox"/> その他 ()
月 日 時 分 月 日 時 分				<input type="checkbox"/> 巡回個別栄養相談 <input type="checkbox"/> 食事状況調査・衛生指導 <input type="checkbox"/> 特殊栄養食品配布 <input type="checkbox"/> その他 ()
月 日 時 分 月 日 時 分				<input type="checkbox"/> 巡回個別栄養相談 <input type="checkbox"/> 食事状況調査・衛生指導 <input type="checkbox"/> 特殊栄養食品配布 <input type="checkbox"/> その他 ()

(様式第8号)

令和 年 月 日

栄養士チーム応援派遣実施請求書

栃木県知事 殿

〒321-0933 宇都宮市築瀬町 1897-9

公益社団法人栃木県栄養士会

会 長

印

災害時における医療救護活動に関する協定書第7条に基づき、栄養士チームの派遣経費等の費用弁償について、関係書類を添えて下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 金 円

2 請求内訳

- | | |
|--------------------------------|---|
| (1) 栄養士チームの派遣に係る経費 | 円 |
| (2) 栄養士チームが携行した特殊栄養食品等の使用に係る経費 | 円 |
| (3) その他協定実施に係る経費 | 円 |

3 添付書類

- 特殊栄養食品等使用報告書
- 費用の支払いを証明する書類（領収書、振込明細書等）

特殊栄養食品等使用報告書

購入日	班名	品名	使用目的	金額 (別途領収書等添付)
			<input type="checkbox"/> 避難所配布 <input type="checkbox"/> 訪問配布 <input type="checkbox"/> その他()	
			<input type="checkbox"/> 避難所配布 <input type="checkbox"/> 訪問配布 <input type="checkbox"/> その他()	
			<input type="checkbox"/> 避難所配布 <input type="checkbox"/> 訪問配布 <input type="checkbox"/> その他()	
			<input type="checkbox"/> 避難所配布 <input type="checkbox"/> 訪問配布 <input type="checkbox"/> その他()	
			<input type="checkbox"/> 避難所配布 <input type="checkbox"/> 訪問配布 <input type="checkbox"/> その他()	
			<input type="checkbox"/> 避難所配布 <input type="checkbox"/> 訪問配布 <input type="checkbox"/> その他()	
			<input type="checkbox"/> 避難所配布 <input type="checkbox"/> 訪問配布 <input type="checkbox"/> その他()	
			<input type="checkbox"/> 避難所配布 <input type="checkbox"/> 訪問配布 <input type="checkbox"/> その他()	
			<input type="checkbox"/> 避難所配布 <input type="checkbox"/> 訪問配布 <input type="checkbox"/> その他()	
			<input type="checkbox"/> 避難所配布 <input type="checkbox"/> 訪問配布 <input type="checkbox"/> その他()	
			<input type="checkbox"/> 避難所配布 <input type="checkbox"/> 訪問配布 <input type="checkbox"/> その他()	
			<input type="checkbox"/> 避難所配布 <input type="checkbox"/> 訪問配布 <input type="checkbox"/> その他()	

(様式第9号)

令和 第 号
年 月 日

栃木県知事 殿

〒321-0933 宇都宮市築瀬町 1897-9

公益社団法人栃木県栄養士会

会 長

印

災害支援活動における事故報告書

災害支援活動を実施中に従事者に次のとおり（負傷・疾病・死亡）事故が発生しましたので
下記のとおり報告します。

記

事故の種類（負傷・疾病・死亡）					
氏名		性別	男・女	年齢	歳 年 月 日生
住所					
傷病名	医療機関発行の診断書（ただし、親族医師が発行した診断書を除く。）を添付すること				
外来	年 月 日から	年 月 日	医療機関名		
入院	年 月 日から	年 月 日	医療機関名		
負傷（疾病）発生日時	年 月 日 時 分				
負傷（疾病）発生場所					
事故発生時の状況					
その他の対応					
転帰					
特記事項					