

熊本県潜在保健師等人材バンク実施要領

(趣旨)

第1条 この要領は、感染症や自然災害等の原因により生じる県民の生命や健康を脅かす事態に対し、保健衛生に関する専門的知識を有する人材を迅速に確保し、保健衛生業務の体制を維持するための潜在保健師等を活用することに関して、必要な事項を定めるものとする。

(県への登録)

第2条 県への登録は、次の各号に掲げる全ての要件を満たす者からの登録申請により、熊本県潜在保健師等人材バンク登録者名簿(以下「登録者名簿」という。)に記載することにより行うものとする。

- (1) 保健師又は看護師の免許を有する者
- (2) 満74歳以下の者
- (3) 県の保健医療福祉行政に貢献する意欲のある者
- (4) 次の各号に掲げる地方公務員法第16条の欠格条項に該当しない者
 - ア 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
 - イ 県において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者
 - ウ 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者

(登録手続き)

第3条 県への登録は、熊本県潜在保健師等人材バンク登録申請書(様式1)により行うものとする。

- 2 県は、前項の申請書の内容を審査し、登録が適当と認められる場合において、登録者名簿へ記載するものとする。
- 3 県は、登録者に対し定期的に登録内容を確認するものとする。
- 4 登録者は、登録内容に変更がある場合、熊本県潜在保健師等人材バンク登録変更・抹消申請書(様式2)により申請を行うものとする。

(活用方法等)

第4条 健康危機事案発生時等において、保健師等を採用しようとする場合は、登録者名簿から選定することができるものとする。

2 県は、健康危機事案発生時等に備え、登録者名簿に記載された保健師等へ必要な研修等を実施するものとする。

(業務内容)

第5条 前条の規定により登録された保健師等は、健康危機事案の発生時において、保健所等が当該業務を円滑に行えるよう、次の各号に掲げる業務に従事するものとする。

- (1) 感染症発生時における疫学調査や健康支援
- (2) 災害発生時における被災地への保健活動の支援
- (3) その他県民の生命や健康を保持するために必要とされる業務

(登録の訂正・抹消)

第6条 県は、登録者について、次の各号に該当する場合には、その登録を取り消すことができる。

- (1) 登録申込書に虚偽の記載があった場合
- (2) 第2条に掲げる要件を満たさなくなった場合
- (3) 登録者から抹消申請書(様式2)が提出された場合
- (4) その他登録者に不適切な行為が認められる場合

2 県は、第3条第3項による確認の結果及び第4項の申請に基づくほか、必要に応じて登録者名簿の内容を訂正又は抹消することができる。

(個人情報の保護)

第7条 県は、登録者から知り得た個人情報について、熊本県個人情報保護条例(平成12年9月27日条例第66号)等の関係法令に則し、漏洩、滅失及び棄損の防止その他個人情報の適正な管理に努めるものとする。

この要領は、令和3年(2021年)6月24日から施行する。

様式 1

熊本県潜在保健師等人材バンク

登録申請書

| | |
|-------|-------|
| 提出年月日 | 年 月 日 |
|-------|-------|

| | |
|---------------|--------------------------------------|
| ふりがな | |
| 氏名 | |
| 生年月日 | 年 月 日 歳 |
| 自宅住所 | 〒 |
| 電話番号 | |
| メールアドレス | |
| 免許 ※1 | 保健師 番号： 取得年月日： |
| | 看護師 番号： 取得年月日： |
| 保健衛生業務経験 | |
| 勤務可能エリア ※2 | 熊本市 有明 山鹿 菊池 阿蘇 御船 宇城 八代 水俣 人吉 天草 |
| 備考 ※3 | |

※1：取得している免許番号及び取得年月日を記載する。

※2：勤務可能なエリア全てに○を記載する。

※3：所属する機関名（ある場合）や勤務する際の条件等について記載する。

【提出方法】熊本県健康福祉部健康局医療政策課看護班へメール又は郵送

・メールアドレス iryoseisaku@pref.kumamoto.lg.jp

・住所 〒862-8570 熊本市中央区水前寺6丁目18-1

様式 2

熊本県潜在保健師等人材バンク

登録 変更・抹消 申請書

| | |
|-------|-------|
| 提出年月日 | 年 月 日 |
| 氏名 | |

登録内容の 変更・抹消 について、申請します。

↓変更の場合は、変更項目に○を付け、変更後の情報を記載。

(以下、抹消の場合は、記載不要。)

| | | |
|--|-------------------|--------------------------------------|
| | ふりがな | |
| | 氏名 | |
| | 自宅住所 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | メールアドレス | |
| | 勤務可能 エリア ※1 | 熊本市 有明 山鹿 菊池 阿蘇 御船 宇城 八代 水俣 人吉 天草 |
| | 備考 ※2 | |

※1：勤務可能なエリア全てに○を記載する。

※2：所属する機関名（ある場合）や勤務する際の条件等について記載する。

【提出方法】熊本県健康福祉部健康局医療政策課看護班へメール又は郵送

・メールアドレス iryoseisaku@pref.kumamoto.lg.jp

・住所 〒862-8570 熊本県中央区水前寺6丁目18-1