

## 宮崎県災害派遣福祉チーム設置運営要領

### (目的)

第1条 この要領は、宮崎県災害福祉支援ネットワーク協議会設置要綱に基づく、宮崎県災害派遣福祉チーム（以下「チーム」という。）の設置及び運営に関して必要な事項を定める。

### (派遣協定等)

第2条 チーム員の派遣に協力しようとする団体・法人等（以下「協力団体等」という。）は、宮崎県災害派遣福祉チーム員の派遣に関する協定を締結するものとする。

- 2 協力団体等は、協力団体等を構成する会員、法人、施設等（以下「会員等」という。）のうち、チームの派遣に協力するものについて、宮崎県災害派遣福祉チーム協力者（施設）登録簿（様式第1号）（以下「施設登録簿」という。）及び宮崎県災害派遣福祉チーム員協力者（個人）登録簿（様式第2号）（以下「個人登録簿」という。）を作成し、宮崎県災害福祉支援ネットワーク事務局（以下「事務局」という。）に提出するものとする。
- 3 協力団体等は、前項の施設登録簿及び個人登録簿の記載内容に変更が生じたときは、登録事項変更等届出書（様式第3号）により、速やかに事務局に提出するものとする。

### (チーム員の登録等)

第3条 チーム員は、次に掲げる全ての要件を満たした者とする。ただし、会員等に所属していない者で、その他の条件を満たす場合はこの限りではない。

- (1) 別表に掲げる資格等を有し、会員等に勤務していること
  - (2) 原則として3年以上の実務経験を有していること
  - (3) チーム員が所属する会員等が、協力団体等の長から宮崎県災害派遣福祉チーム協力者（施設及び個人）として前条第2項の届出がなされていること
  - (4) 事務局が実施するチーム員の養成に係る登録研修（以下「登録研修」という。）を受講していること
- 2 事務局は、前項の要件を満たした者をチーム員として登録する。
  - 3 チーム員の登録名簿は事務局で管理することとする。
  - 4 チーム員の登録にあたり取得した個人情報については、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）その他関係法令、規程等に基づき、事務局の責任において、適切に取り扱うものとする。

(チームの派遣基準)

第4条 チームの派遣を行う基準については、次のとおりとする。

- (1) 県内で災害救助法が適用され又は適用される可能性があると認められる規模の災害(大規模災害)が発生した場合であって、市町村からの要請や被害状況等を勘案し、県が派遣する必要があると認めた場合。
- (2) 県外で災害救助法が適用される程度の災害が発生した場合であって、国又は避難所を設置する都道府県等から派遣要請があり、かつ県が派遣する必要があると認めた場合。

(チームの派遣要請)

第5条 県は、前条の派遣基準に基づき、チーム派遣が必要と判断した場合には、事務局を通じて、協力団体等に派遣要請を行うものとする。

- 2 前項の依頼を受けた事務局は、協力団体等及びチーム員に対し、宮崎県災害派遣福祉チーム員派遣要請書(様式第4号)により、派遣の協力を要請する。(ただし、災害の状況等より、要請書の送受信が困難な場合は、口頭によるチームの要請も可能とする。)
- 3 前項の要請を受けた協力団体等は、会員等と調整のうえ、事務局に対し、メール又はFAXにより、速やかに派遣の可否を報告する。
- 4 事務局は前項の報告を踏まえ、県と調整のうえ、チームの編成及び派遣計画を策定し、協力団体及びチーム員に派遣の決定を通知する。
- 5 チームの活動に当たって必要となる資機材等については、原則として県が準備するものとする。

(チームの編成等)

第6条 チームの編成等については、次のとおりとする。

- (1) チームは、1チーム当たり4～6名程度とする。
- (2) 災害時要配慮者の多様なニーズに対応するため、性別及び社会福祉士等の相談援助職や介護福祉士等の介護職等の職種構成のバランスに配慮する。
- (3) チームの活動期間は、災害発生後の初期段階(救命救急が完了するなど、チームが活動する上での安全が確認された時点)から概ね1カ月間程度までとする。ただし、必要に応じて期間を延長することができる。
- (4) 1チーム当たりの活動期間は1週間程度とし、活動期間終了後もチーム派遣が必要な場合は、順次交代チームを派遣する。
- (5) 事務局はチーム員の中からリーダーを指名し、リーダーはチームを統括する。

(活動内容等)

第7条 チームは、次に掲げる活動を行うこととする。

- (1) 福祉避難所等への誘導
- (2) 災害時要配慮者へのアセスメント
- (3) 日常生活上の支援
- (4) 相談支援
- (5) 避難所内の環境整備
- (6) 災害福祉支援ネットワーク本部、県との連絡調整、状況等の報告

2 チームは、前項に掲げるもののほか、福祉的支援として必要と認められる活動を行うものとする。

3 チームの活動に当たっては、県・市町村災害対策本部や保健医療分野等と情報共有を図り、連携して効果的な活動を展開できるよう努めるものとする。

4 チームは、1日の活動が終了する都度、その活動状況等について、ネットワーク本部の事務局に対し報告するものとする。

5 チームは、活動期間の終了に伴い、交代チームが派遣された場合には、交代チームに対し、その活動状況等について引継ぎを行う。

6 リーダーは、活動が終了した後、宮崎県災害派遣福祉チーム活動報告書(様式第5号)により、その活動結果等について事務局に報告する。ただし、災害の状況等により、文書による報告が困難である場合は、口頭での報告に代えることができるものとする。

7 チーム員は、被災地での活動及び被災地までの移動に際し、自らの安全確認等を行いながら、事故若しくは二次被害の防止に努めなければならない。

(費用負担等)

第8条 チームの派遣に関する費用のうち、災害救助法による救助費の支弁対象となる費用については、災害救助法の定めるところにより、県が負担する。

2 前項以外のチームの派遣に関する費用については、別に定める。

3 県は、チーム員を派遣した協力団体等に対し、第1項及び第2項の費用を支払うものとする。

(研修等)

第9条 事務局は、チーム員の活動に必要な知識等の向上を図るための研修を実施する。

2 会員等は、チーム員の研修及び訓練の機会の確保に努めるものとする。

(その他)

第10条 この要領の実施に関し必要な事項は、ネットワーク会議を経て別に定める。

附 則

この要領は、令和3年1月25日から施行する。

別表（第3条関係）

区分	名称
国家資格又は 公的資格等	社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、精神保健福祉士、 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、ホームヘルパー、 相談支援専門員、介護職員、生活相談員、生活支援員 等
その他	県が認めた者

(様式第1号)

## 宮崎県災害派遣福祉チーム協力者（施設）登録簿

年 月 日

協力団体名 \_\_\_\_\_

番号	(施設等) 名	所在地・住所	連絡先	連絡責任者 氏名	職種名 (人数)
			①電話番号 ②FAX 番号 ③電子メール		
			①		
			②		
			③		
			①		
			②		
			③		
			①		
			②		
			③		
			①		
			②		
			③		
			①		
			②		
			③		

(注1) 職種名欄は、職種名と人数を記載すること。

(様式第2号)

## 宮崎県災害派遣福祉チーム員協力者（個人）登録簿

※記載いただいた個人情報は、宮崎県災害福祉支援ネットワーク事務局(宮崎県社会福祉士会)において、チームに関する業務以外の目的では使用いたしません。

年 月 日現在

フリガナ				性別
氏名				男・女
生年月日		昭和・平成 年 月 日生 満( )歳		
携帯	電話番号			
自宅	住所	〒 —		
	電話番号	TEL:	FAX:	
	メールアドレス	※ドメイン@water.ocn.ne.jpを受信可能なアドレス(PCアドレス推奨)		
所属事業所	運営法人名			
	事業所名			
	所在地	〒 —	(事業所での役職・職種)	
	電話番号	TEL:	FAX:	
	メールアドレス			
国家資格又は 公的資格等	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> 相談支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> 生活支援員 <input type="checkbox"/> その他( )			運転免許
				有・無
経験年数	年程度	分野	<input type="checkbox"/> 高齢者福祉 <input type="checkbox"/> 障害者福祉 <input type="checkbox"/> 児童福祉 <input type="checkbox"/> その他( )	
被災地支援の経験	<input type="checkbox"/> 有 ⇒(災害名: )		<input type="checkbox"/> 無 活動内容: )	

### ※所属長の活動承認欄

当施設・事業所に勤務する職員が、災害派遣福祉チームの構成員となり、チーム員として活動することを承認します。

令和 年 月 日

施設・事業所名

所属長・職氏名

印

※以下は事務局が記入する欄です。

受理日	年 月 日	派遣 実績
登録研修受講日	年 月 日	
登録番号		

(様式第3号)

## 登録事項変更等届出書

年 月 日

届出者氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

宮崎県災害派遣福祉チーム協力者（施設）登録簿（様式第1号）または宮崎県災害派遣福祉チーム員協力者（個人）登録簿（様式第2号）で届け出た内容に変更が生じたので、宮崎県災害派遣福祉チーム設置運営要領第2条第3項の規定に基づき提出します。

### 記

変更事項（該当事項に○）	変更前	変更後
氏名（フリガナ）		
連絡先 ・携帯電話 番号 ・自宅電話 番号 FAX ・メールアドレス ・自宅住所		
所属施設・事業所（勤務先）	(名称)	(名称) (住所) 〒  (電話) (FAX) (E-mail)
施設等の運営法人	(名称)	(名称) (住所) 〒  (電話) (FAX) (E-mail)
その他		

(様式第 4 号)

## 宮崎県災害派遣福祉チーム派遣要請書

年 月 日

(協力団体) 様

宮崎県災害派遣福祉チーム設置運営要領第 5 条第 2 項に基づき、下記のとおり宮崎県災害派遣福祉チームの派遣について協力を要請します。

記

活動期間	活動予定地	派遣（調整）依頼職種	人数

【発信者】

(所 属) \_\_\_\_\_

(担 当) \_\_\_\_\_

(連絡先) \_\_\_\_\_

