

鹿児島県災害派遣福祉チーム設置運営要綱

(目的)

第1条 この要綱は、鹿児島県災害派遣福祉チームの派遣に関する協定（以下「協定書」という。）に基づく鹿児島県災害派遣福祉チーム（以下「鹿児島DCAT」という。）の設置及び運営に関し必要な事項を定める。

(チーム員の登録等)

第2条 協定書第3条のチーム員の登録に係る推薦は、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、保育士、ホームヘルパー等の資格を有する者などについて「鹿児島県災害派遣福祉チーム員推薦書（様式第1号）」により行うものとする。

- 2 県は、前項の推薦があった者を、鹿児島、南薩、北薩、始良・伊佐、大隅、熊毛、大島の圏域ごとに1チーム4～6名程度の複数の職種で編成し、登録する。
- 3 鹿児島DCATの各チームにチームリーダーを置き、チームリーダーはチームを統括する。

(派遣要請)

第3条 協定書第4条第1項に基づく派遣要請は、前条第2項によりあらかじめ編成した鹿児島DCATのチームリーダー及びチーム員が所属する法人等に対し、鹿児島県災害派遣福祉チーム派遣要請書（様式第2号。以下「要請書」という。）により行うものとする。ただし、災害の状況等により要請書の作成を省略し口頭により要請することができる。

- 2 あらかじめ編成した鹿児島DCATのチームリーダー及びチーム員が所属する法人等は、県から派遣要請があったときは、速やかに派遣の可否を県に報告する。

(派遣期間)

第4条 鹿児島DCATの派遣期間は、原則として7日間程度とする。ただし、災害の状況等によってはこの限りではない。

(活動内容)

第5条 鹿児島DCATは、別表に掲げる活動を行うものとする。

(活動報告)

第6条 各鹿児島DCATのチームリーダーは、鹿児島DCATの活動が終了した場合は、その活動状況等について鹿児島県災害派遣福祉チーム活動報告書（様式第3号）により県に報告するものとする。

(その他)

第7条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附則

この要綱は、令和元年11月6日から施行する。

別表

項目	内容
① 福祉避難所等への誘導	要配慮者へのスクリーニングを行い、その結果、一般避難所内で必要な支援を行うことが著しく困難な者がいる場合には、必要に応じて当該一般避難所の管理者等とも協議の上、要配慮者の理解を十分に得て、必要な体制が確保されている福祉避難所等への誘導を行う。
② 要配慮者へのアセスメント	一般避難所において要配慮者に必要な支援の内容を把握するとともに、適切な環境の確保を図りつつ、必要な支援を行うため、その家族構成や要介護度、病歴、服薬の状況その他の日常生活上の留意事項等に関するアセスメントを実施する。
③ 日常生活上の支援	要配慮者の避難生活に伴う生活機能の低下等の二次被害を防止し、安定的な避難生活が確保されるよう、その食事、トイレ、入浴の介助等の日常生活上の支援を行う。 また、生活不活化病予防のための体操や散歩、子ども等への支援など、要配慮者の状況を踏まえた幅広い支援も行う。
④ 相談支援	災害発生からの時間の経過に応じ、要配慮者の福祉ニーズは変化していくことが見込まれることから、これらを把握し、その抱える課題を適宜解決していくため、一般避難所内に相談スペースを設置するなどにより、必要な相談支援を行う。
⑤ 一般避難所内の環境整備	要配慮者の良好な生活環境を確保するため、生活スペースや車いすの通路の確保、段差の解消、トイレ環境の改善、子どものリフレッシュのためのキッズスペースや乳幼児を抱える母親に対する授乳スペースの設置等一般避難所内の必要な環境整備を行う。
⑥ 関係機関との連絡調整、状況等の報告	一般避難所内で解決が困難な福祉ニーズがある場合等には、必要な連絡調整を行う。また、県に対し、定期的に、活動の実施状況について報告を行う。
⑦ 被災市町村や避難所管理者、他職種との連携	チームの活動に当たっては、被災市町村災害対策本部や避難所等管理者から活動内容の承認を得るなど、当該市町村等と十分に連携を図る。また、要配慮者のアセスメント等に係る負担にも配慮し、保健医療関係者が保有する情報と、チームの保有する情報等とを共有するため、避難所等における情報共有のための会議への参加又は当該避難所等管理者と協議の上、開催の呼びかけを行う。
⑧ 被災地域の社会福祉施設等との連携	被災地域の自立性を尊重する観点から、当該地域における社会福祉施設等との連携、協働を可能な限り積極的に図る。
⑨ 後続のチームへの引継ぎ	後続のチームがある場合には、アセスメントの結果や必要な支援内容等について、適切に引継ぎを行う。

(様式第1号)

鹿児島県災害派遣福祉チーム員推薦書

法人名等		
派遣可能な職員の 所属施設・事業所	施設・事業所名	所在地
	①	
	②	
	③	
連絡責任者 ※ 連絡責任者を、施設ごと に置きたい場合には、施設ご とに別葉としてください。	所属部署	
	役職	
	氏名	
	電話(通常)	
	電話(休日・夜間) ※ 休日や夜間に、施設・事業所に職員が不在となる場 合は、連絡責任者(個人)の携帯番号を記入すること。	
	FAX	
	E-MAIL	

○ 派遣可能な職員

	職員の氏名	役職	保有する資格等 (注1)	性別	年齢 (注2)	所属 施設・事業所 (上記の番号)	福祉の 経験 年数	備考 (これまでの災害派遣経 験、国チームリーダー研修 受講希望など特記事項があ れば記入)
1								
2								
3								
4								
5								
6								

(注1) 社会福祉士、保育士、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、ヘルパー、栄養士、看護師など

(注2) 令和元年4月1日現在の年齢とする。

(様式第2号)

鹿児島県災害派遣福祉チーム派遣要請書

年 月 日

社会福祉法人 ○○○○ 様

鹿児島県知事

〇〇年〇月〇日発生のお〇災害に関し、〇〇〇（国，都道府県，市町村）からの派遣要請に基づき、下記のとおり鹿児島DCATチーム員の派遣を要請する。

記

氏名	活動先	活動期間	連絡事項等(注)
(例) 鹿児島 一郎	鹿児島県〇〇〇市 (〇〇〇避難所)	RO. O. O~ RO. O. O	チームリーダーとして 指名する。

(注) チームリーダーの指名など、特記事項を記入

(様式第3号)

鹿児島県災害派遣福祉チーム活動報告書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

チームリーダー ○○○ ○○○

下記のとおり鹿児島DCATの活動に従事しましたので、報告します。

記

派遣先	派遣期間	現地活動日時	活動内容
チーム員氏名	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	5.		
(所感)			
(伝達事項)			
(その他連絡事項等)			