平成 29 年度岩手県災害派遣福祉チーム
派遣調整体制強化事業業務に係る活動
マニュアル改訂最終案

様式集

【様式１】

岩手県災害派遣福祉チーム派遣指示書
（兼オリエンテーションシート）

作成日　　年　　月　　日

岩手県災害福祉広域支援推進機構
本部長　岩手県知事　　印

　　月　　日に　　で発生した　　災害（　　次派遣チーム用）
への派遣を指示します。

記

● 派遣日程等

派遣期間　：　H　　年　　月　　日（　　）～　　月　　日（　　）
集合日時　：　H　　年　　月　　日（　　）　　時
集合場所　：　ふれあいランド岩手・その他（　　）

● 派遣先

派遣先市町村　：　　県　　市・町・村
現地災害対策本部：住所　　
TEL　　
Mail　　
活動予定先　：　　避難所　・　未定
派遣要請　：（あり・なし）
要請内容　：

● チーム編成

	役割	氏名	所属施設（団体）	携帯 TEL／Mail	靴	服
1	リーダー					
2	サブ リーダー					
3						
4						
5						
6						

● 宿泊先

　　・　未定（　事務局手配予定・現地手配　）
住所：
TEL：　　（裏面に続く）

● 現地の状況（地図等があれば添付のこと）

【道路状況】

【ライフライン】

【活動予定避難所の状況】

・避難者の状況

・ライフライン

・避難所連絡会議設置の有無

・既に活動している団体

【その他】

派遣中は、業務や生活面で不自由なことが多くあります。
現場にある資機材等を創意工夫し、臨機応変に活動してください。
チームワークを大切に、職種にこだわることなく、自己の健康管理に留意され、
被災者支援のために活動していただきますよう、ご協力をお願いいたします。

事務局（県社協）担当 ＿＿＿＿＿＿＿＿ TEL019-637- FAX019-637-
PC： @iwate-shakyo.or.jp 携帯：090-

【様式２】

関係者連絡先一覧　【平成　　年　月　日　　県　　市･町･村　　災害】

連絡先	電話番号	メール
推進機構本部（県地域福祉課）		
地域福祉課直通		
県庁代表		
担当者個人（　　）		
推進機構事務局(県社協)直通		
事務局直通		
県社協代表		
県社協災害時優先		
担当者個人（　　）		
担当者個人（　　）		
被災地関係者		
○○市町村災害対策本部 要援護者担当（　　） 医療担当（　　）		
避難所 運営者（　　） 要援護者担当（　　） 管理者（　　）		
市町村保健センター 災害統括保健師（　　） ○○避難所担当保健師（　　）		
１次チーム		
チーム公用携帯		
チーム Yahoo メール		iwatehukusi@yahoo.co.jp
リーダー：		
サブリーダー：		
その他		

【様式３】

チーム携行品チェック表

※事務局に控えを残すこと

【平成　　年　月　日　　県　　市･町･村　　災害　　次チーム（　　）用】

	品名	単位	想定数	重要度	持出	返却
チーム用	車両用マグネットシート（４種５枚セット	セット	1	A		
	ポータブルトイレ	台	3	A		
	ポータブルトイレ消耗品（１箱 100 回分）	箱	3	A		
	ガソリン携行缶（20Ｌ）	缶	2	A		
	メンテナンスキット	セット	1	A		
	ポリタンク	個	6	A		
	プライバシースクリーン	台	2	A		
	大型救急箱（50 人用）	セット	1	B		
	保冷ボックス	台	2	B		
	保湿アルミシート	枚	10	B		
	テント(骨組み１・２、屋根四方幕付き）３箱１セット	セット	1	B		
	投光機	台	1	B		
	小型発電機（ガソリンタイプ）	台	1	B		
	スコップ等機材セット	セット	1	B		
	バケツ	個	3	B		
	ダンボール（箱型 10 枚１セット）	セット	1	B		
	ブルーシート	枚	3	A		
	ランタン（USB 充電 or 単 4×4or 手回）	個	1	A		
	デジカメ（ＳＤ付、専用充電池 or 単 3×1）	台	1	A		
	ＰＣタブレット（充電器等一式）	台	1	A		
	カセットコンロ	台	2	A		
	カートリッジガスボンベ	本		A		
	ガスマッチ（チャッカマン）	本	2	A		
	ゴム手袋Ｍサイズ（100 枚入）	箱	5	A		
	Ｌサイズ（100 枚入）	箱	5	A		
	ビニール手袋Ｍサイズ（100 枚入）	箱	5	A		
	Ｌサイズ（100 枚入）	箱	5	A		
	タオル（30 枚１セット）	セット	1	A		
	ポリ袋　600×460（１袋 100 枚）	袋	1	A		
	450×300（１袋 100 枚）	袋	1	A		
	名札・腕章（避難者スクリーニング用）	枚	60	A		
	スケッチブック A3	冊	4	B		

	小型発電機（ガスタイプ）	台		B		
	カートリッジガスボンベ	本		B		
	USB メモリー	個	1	B		
	２穴パンチ	個	1	B		
	ポスカ	セット	1	B		
	セロテープ	本	5	B		
	やかん	個	1	B		
	フラットファイル	冊	10	B		
	乾電池単三	本	50	A		
	乾電池単四	本	50	A		
	パイプ式ファイル 5 ㎝幅	冊	1	B		
	パイプ式ファイル 10 ㎝ 幅	冊	1	B		
	鍋	個	1	B		
	ガムテープ（紙）	個	5	B		
	ガムテープ（布）	個	5	B		
	エンジンオイル 0W-40（1L）	本	1	A		
	ポリ袋 45 リットル 10 枚入り	袋	5			
	ポリ袋 90 リットル 10 枚入り	袋	5			
	血圧計	台	1	B		
	iPad 用防水ケース	枚	1	B		
	延長コード 10m6 口	本	3	A		
	電工ドラム 30m4 口	台	1	A		
	使い捨てマスク（50 枚入り箱）	箱	10	A		
	アセスメント・ケース記録様式各 100 枚	式	1	A		
	メッシュタイプビブス	着	6	A		
	リュック	個	6	A		
	多機能ライト（ラジオ付、単４×4or 手回）	個	6	A		
	ヘッドランプ（単３）	個	6	A		
	防塵メガネ	個	6	A		
	カッター	個	6	A		
	万能はさみ	個	6	A		
	スケッチブック A4	冊	6	A		
	雨具	個	6	A		
	筆記用具セット	セット	6	A		
	内履き（サイズ：	足	6	A		
	クリップボード（A3）	冊	6	A		
	ヘルメット	個	6	A		
	防寒着（上のみ）（サイズ：	枚	6			

	ユニフォーム（上・下）（サイズ：		各６			
	ベスト	枚	６	Ａ		
	安全長靴（サイズ：	足	６	Ａ		
	寝袋	個	６	Ａ		
	エアークッション	個	６	Ａ		
	毛布（１人２枚）	枚	12			
	トランシーバー（専用バッテリーor 単３）	個	６	Ａ		
	トランシーバー用イヤホンマイク	個	６	Ａ		

≪その他の持出物品≫

物品等	想定数	持出	返却

【様式４】

岩手県災害派遣福祉チーム活動計画書

作成日＿＿＿年＿＿月＿＿日　リーダー：＿＿＿＿＿＿　サブリーダー：＿＿＿＿＿＿

- 派遣日程等

派遣期間　：　H　＿＿年＿＿月＿＿日（＿＿）～＿＿月＿＿日（＿＿）

- 派遣先

派遣先市町村　：＿＿＿県＿＿＿市・町・村

現地災害対策本部：住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　担当者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

- 活動計画　活動先＿＿＿＿＿＿町・地区＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿避難所

日目	AM	PM
1		
2		
3		
4		
5		

- 追加派遣等の可能性

- その他の情報

岩手県災害派遣福祉チーム活動概要説明書

1　派遣主体

岩手県災害福祉広域支援推進機構

本部長：　岩手県知事

県担当課：保健福祉部地域福祉課
事務局：　岩手県社会福祉協議会

事業者団体

岩手県社協　社会福祉法人経営者協議会
同　高齢者福祉協議会
同　障がい者福祉協議会
同　児童福祉施設協議会
同　保育協議会
同　児童館・放課後児童クラブ協議会
岩手県介護老人保健施設協会
岩手県地域包括・在宅介護支援センター協議会
岩手県知的障害者福祉協会
岩手県認知症高齢者グループホーム協会

専門職能団体

岩手県社会福祉士会
岩手県介護福祉士会
岩手県精神保健福祉士会
岩手県介護支援専門員協会
岩手県ホームヘルパー協議会
岩手県医療ソーシャルワーカー協会

岩手県医師会
岩手県歯科医師会
岩手県薬剤師会
岩手医科大学
岩手県保健師長会
岩手県立大学
岩手県市長会
岩手県町村会

2　チームの概要

保健・医療、避難所代表者、行政、その他関係者と「連携」し支援します。

チーム編成	福祉職の混成チーム（**高齢・障がい・児童・保育**等）、4～6 名
活動期間	発災初期の概ね**5日間程度（延長・追加派遣可能）**
活動場所	**一般避難所**、福祉避難所、その他の避難所等
チーム員	職能団体会員、施設職員等　　（傷害保険加入済み）

【初期対応の例】

- 福祉相談体制の確立　（避難所内相談窓口のサポート等）
- スクリーニング　（簡易的アセスメントによる要援護者の選別）
- 優先的搬送対応　（緊急入所・福祉避難所への移送等コーディネイト）
- 福祉避難室確保　（一般避難所内での別室対応）

【その後の活動例】

- 相談支援　（アセスメント・支援方針の策定等）
- ニーズの掘り起こし　（要援護者の発見等）
- 環境整備　（個々の生活空間、共有スペース等の改善）
- 衛生対策　（排泄・入浴・口腔ケア・感染対策等）
- 情報提供　（特別な配慮が必要な方等への対応）
- 生活支援　（食事・排泄等の介助・見守り　　など）

【様式５】

現地情報報告書

平成　　年　　月　　日　　時（　　次）　チーム報告

- 派遣先　　派遣先市町村　：＿＿＿＿県＿＿＿＿市・町・村
  活動先　＿＿＿＿＿＿町・地区＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿避難所
- 活動地域の状況

<table>
<tr><td rowspan="4">①
被害状況</td><td colspan="3">人的被害</td></tr>
<tr><td colspan="3">住宅被害</td></tr>
<tr><td colspan="3">ライフライン</td></tr>
<tr><td colspan="3">交通</td></tr>
<tr><td>②
避難状況</td><td colspan="2">避難所数

収容できない避難者（有・無）</td><td>対策本部の組織の状況

福祉部局の状況</td></tr>
<tr><td rowspan="5">③
ライフライン</td><td>電気</td><td></td><td rowspan="5">見込み</td></tr>
<tr><td>ガス</td><td></td></tr>
<tr><td>水道</td><td></td></tr>
<tr><td>ガソリン</td><td></td></tr>
<tr><td>通信電波</td><td></td></tr>
<tr><td>④
その他</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

● 活動避難所の状況

⑤ 所在地	住所： TEL／FAX			
⑥ 交通状態			駐車場	余裕・不足 登録（要・不要）
⑦ 避難スペース	密度（過密・適度・余裕）、別室確保状況			
⑧ 組織	代表者	（立場）	その他	
	命令系統	（良好・立上げ中・これから）	自主組織	（良好・立上げ中・これから）
⑨ 医療	救護所（有・無）、地域の医師との連携（有・無）			
⑩ 環境	電気	可・不可・その他又は特記（　　）		
	ガス	可・不可・その他又は特記（　　）		
	飲み水	可・不可・その他又は特記（　　）		
	生活用水	可・不可・その他又は特記（　　）		
	電話	可・不可・その他又は特記（　　）		
	冷暖房	可・不可・その他又は特記（　　）		
	照明	可・不可・その他又は特記（　　）		
	洗濯機	可・不可・その他又は特記（　　）		
	通信電波	可・不可・その他又は特記（　　）		
	福祉避難室の確保【　済・可能・判断不能・その他（　　）】			
	床（一般　　、福祉室　　）、温湿度（適・不適）履き替え（有・無）			
	食事：　　回／日（主な内容　　）、栄養士（有・無）、炊出し（有・無）			
	ゴミ・残飯処理（適・不適）、排泄物処理（適・不適）			
	トイレ（一般　　箇所：良好・不良）、手洗い（　　箇所、消毒：有・無） 身障用・洋式等対応（可・不可）、女性への配慮（適・不適）、オムツ対応（良好・不良）			
⑪ その他	入浴、寝具、プライバシーの確保、人間関係、空調（埃・喫煙所等）、防疫（風邪・食中毒・感染症等）、不足している物資等の特記			

【様式６】

アセスメント表・ケース記録

作成者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

聴取り日時 月　　日　　時 （　　分）	初回・（　　）回目 方法（面接・訪問・その他） 聴取り（本人・家族：　　）	高齢　身体　知的　精神、 乳幼児　妊産婦　児童 その他　（　　）
氏名　　男・女 生年月日　T・S・H　　年　　月　　日（　　才）		避難所内の生活場所
自宅住所		
携帯電話		自宅電話
≪介護者、家族等≫ 緊急介護者（あり・なし）		≪利用サービス等≫
≪介護度・障がい等の状況≫ 緊急介護度（～2・3・4・5）、身障（～3・2・1）、療育（B・A）、発達（自閉・他）、精神（3・2・1・自立医療のみ）、障がい支援区分（～2・3～6）妊婦（安定・不安定）、精神的に不安定、集団生活困難、難病		
≪現在受診中の病気及び服薬等の状況≫ 緊急　中断できない服薬あり、ストマー（確保不可）、その他（　　） ≪かかりつけ医等≫		≪特別な医療ケア≫ 緊急　ケガあり・人工呼吸器、吸引、在宅酸素、人工透析、インシュリン注射、その他の特別な医療(　　)、電源必要 ≪既往歴≫
≪緊急対応策≫ 避難所生活（　可・不可　）⇒　緊急入院　・　緊急入所　・　他施設搬送（　　） 別室確保・一般スペースにて（　支援　・　見守り　） 【理由】 本人・家族の同意（　あり・　なし　）同意サイン（　　：続柄　　）		

≪被災状況≫

≪本人・家族のニーズ≫

≪避難所環境下での状況≫

	食事	保清	着脱	排泄	移動	意思疎通	判断・記憶
自立							
一部介助							
全介助							
支援のポイント・備考等							

≪ベッド・補装具等福祉器具等≫

≪当面の対応策≫

別室確保　・　一般スペース対応

本人・家族の同意（　あり・　なし　）同意サイン（　　：続柄　　）

ケース記録　氏名　　生年月日　　年　　月　　日

日時	相談方法	内　　容	記入者

日時	相談方法	内　　容	記入者

【様式７】※活動マニュアル Ver.2 暫定版

活動日報　【　　避難所　次チーム：　　年　　月　　日分】

活動・行動記録（時刻、内容・担当者を簡潔に記載）　　報告者名：

時刻	活動・行動内容	参加者・担当者

チーム員の活動時間（避難所等での活動及び会議出席等いわゆる勤務時間）

氏名	時間	備考
	：　～　：　、　：　～　：	
	：　～　：　、　：　～　：	
	：　～　：　、　：　～　：	
	：　～　：　、　：　～　：	
	：　～　：　、　：　～　：	
	：　～　：　、　：　～　：	

アセスメント・相談件数

項目	件数	主な内容
新規アセス（スクリーニング含む）	件	
再アセスメント	件	
相談コーナー	件	
新規外部搬送	件	
新規別室確保	件	
チームが対象とする要配慮者（世帯）	件	
【要配慮者支援の全体像（車上・テント等含）】		

会議・ミーティング報告要旨

会議名	要旨

明日以降の対応（未解決事項、気づき等）

案件	概要

本部・事務局への要望事項

案件	内容

【様式８】

岩手県災害派遣福祉チーム活動引き継ぎ書

作成日＿＿＿年＿＿月＿＿日　リーダー：＿＿＿＿＿＿＿　サブリーダー：＿＿＿＿＿＿＿

- 避難所活動期間　：

H　　年　　月　　日（　　）　　：　　～　　月　　日（　　）　　：

- 派遣先

派遣先市町村　：＿＿＿県＿＿＿市・町・村

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿避難所（運営責任者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

（管理者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）、（その他キーマン：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

- 引継ぎ書類（添付書類）

	様式等	数量	特記
1	派遣指示書（原本）	1	
2	関係者連絡先一覧	1	
3	引継ぎ資機材一覧		
4	活動計画書	/　～ /	
5	現地情報報告書	名分	
6	アセスメント表・ケース記録	日分	
7	活動日報		
	その他 ・ ・ ・ ・		

- 懸案事項

- その他の情報

【様式９】

岩手県災害派遣福祉チーム使用車両運行記録簿

【　　避難所　　次チーム：　　年　　月　　日～　　月　　日】

車種　　車両番号　　車両所属法人

月日	発時	着時	発地	着地	総走行キロ	備考（給油量、故障等）
チーム受取 ／						
／	：	：				
／	：	：				
／	：	：				
／	：	：				
／	：	：				
／	：	：				
／	：	：				
／	：	：				
／	：	：				
／	：	：				
／	：	：				
／	：	：				
／	：	：				
／	：	：				
／	：	：				
／	：	：				
／	：	：				
返却 ／	：	：				

チーム運営要領（様式第５号）

岩手県災害派遣福祉チーム活動報告書

報告：　　年　　月　　日

報告者	職　名		氏　名	
所属 （団体・施設等名）				
出動年月日	年　　月　　日			
時間経過	出動要請を受理した時刻　　時　　分 出動時刻　　時　　分 到着時刻　　時　　分 撤退時刻　　時　　分 帰着時刻　　時　　分			
派遣場所				
災害概要				
要請内容				
活動内容				

出動者	協力団体名	協力施設名	職　種	氏　　名

特記事項	

【参考様式：子どもの健康観察表】

（4） 危機発生時における健康観察表（例）

（　　年　　組　氏名　　）

危機発生時の健康観察表

〈例〉

番号	調査項目	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
1	食欲がない						
2	眠れないことがある						
3	おなかが痛いことがある						
4	吐き気がすることがある						
5	下痢をしている						
6	皮膚がかゆい						
7	目がかゆい						
8	頭が痛いことがある						
9	尿の回数が増えた						
10	食べ過ぎることがよくある						
11	なんとなく落ち着かない						
12	悩んでいることや困っていることがある						
13	何となくからだがだるい						
14	イライラして攻撃的になる						
15	急にふさぎ込んでしまう						
16	ボーッとしている						
17	いつもと様子が違う（元気がない、元気が良すぎる等）						
18	保健室の利用が増えた						
19							
20							

メモ

実施方法

（1）該当する項目や内容があれば「○」を記入する。

（2）結果については、養護教諭に提示する。養護教諭は全校的な傾向や個別の情報について管理職に報告の上、対応について検討する。

（3）ほかに必要な項目があれば随時追加する。

＊平常時に使用している健康観察表と併せて活用する。

≪引用文部：「子どもの心のケアのために―災害や事件・事故発生時を中心に―」（文科省）≫

No.

年　　月　　現金出納帳

活動市町村　　チーム　　第　　次派遣　　チーム

リーダー

担当

月	日	品名	摘　要	入金金額	出金金額	差引残高	領収書の有無