

岐阜 DWAT 活動マニュアル

令和3年8月改訂

岐阜県健康福祉部

目 次

本書の目的	1
第1章 岐阜 DWAT とは	2
第2章 活動の枠組み	5
第3章 活動の内容	10
第4章 費用と補償	22
第5章 平時の準備	23
様式集	24
【様式1】関係者連絡先一覧	25
【様式2】岐阜 DWAT オリエンテーションシート	26
【様式3】岐阜 DWAT 活動記録報告書	28
【様式4】岐阜 DWAT 活動に係る引継書	29
【様式5】岐阜 DWAT 派遣実績報告書	33

◆福祉避難所編	37
1. 福祉避難所の開設準備	38
2. 要配慮者の受入れ	40
3. 要配慮者の生活支援（先行班）	42
4. 後続班の到着及び引継	56
5. 要配慮者の生活支援（後続班）	60

本書の目的

近年、日本各地で大規模な自然災害が発生しており、その都度、福祉や介護など福祉的支援が必要な多くの高齢者や障がい者等の災害時要配慮者の支援のあり方が問われている。

本県においても、近い将来、南海トラフの巨大地震や県内活断層による直下型地震等、大きな災害の発生が懸念されているところであり、南海トラフの巨大地震が発生すれば、他県沿岸部は津波により大きな被害を受けることが想定される。こうした県内・県外の被災者支援のため、平成 26 年 7 月に本県と社会福祉法人岐阜県社会福祉協議会（以下、「県社協」という。）が事務局となり、県内の福祉・介護分野の関係者の方々に参画いただき「岐阜県災害福祉広域支援ネットワーク協議会」を設置し、協議を行ってきた。令和 2 年 10 月時点で、236 名の岐阜 DWAT 隊員を登録しているところである。

（※DWAT とは「Disaster Welfare Assistance Team（災害派遣福祉チーム）」の頭文字をとって略したもの。）

本書は、今後、岐阜 DWAT が活動するにあたり、派遣要請から実際の活動に至る具体的な手順等を定め、円滑な活動に資することを目的とするものである。

第1章 岐阜 DWAT とは

1 岐阜 DWAT とは

岐阜 DWAT とは、被災により避難した高齢者や障がい者などの配慮が必要な方々（以下、「要配慮者」という。）が、一般避難所や福祉避難所等（以下、「避難所等」という。）で十分な福祉的支援を受けられるよう、地域の福祉人材からなる派遣チームを構成し、避難所等に派遣し、福祉的支援活動を行うものである。

県では、平成 27 年度、チームの派遣に備え、「岐阜県災害派遣福祉チームの派遣等に関する協定」を 10 団体（以下、「協力団体」という。）と締結している。

【福祉的支援（例）】

- ニーズの掘り起し（要配慮者の発見等）
- 福祉的アセスメント（要配慮者の状態を見極め、必要とするサービスにつないだり、社会福祉施設への緊急入所、福祉避難所等への移送等のコーディネート）
- 福祉避難所の開設、運営補助（物資搬入、要配慮者受入業務等）
- 生活支援（見守り、食事、排せつ等の介助）

<協力団体>

- 岐阜県社会福祉法人経営者協議会
- 岐阜県老人福祉施設協議会
- 岐阜県デイサービスセンター協議会
- 岐阜県老人保健施設協会
- （一社）岐阜県知的障害者支援協会
- 岐阜県身体障害者福祉施設協議会
- 岐阜県精神保健福祉協会
- （一社）岐阜県社会福祉士会
- 岐阜県保育研究協議会
- 岐阜県児童福祉協議会

2 基本方針等

(1) 基本方針

- ①岐阜DWATは、要配慮者に対する福祉的支援や、要配慮者個々の状況に応じて入所・入院等適切な支援へ繋ぐための活動等を行う。
- ②岐阜DWATは、発災後、概ね3日から1か月以内の間、避難所等において、市町村等から要請のあった職種及び人数により、福祉的支援を行うことを基本とする。
- ③県内の活動においては、被災市町村からの派遣要請、県外の活動においては、国又は他の都道府県からの要請に基づいて行う。

(2) 活動の原則

①自立して活動する

被災地の職員（市町村、施設等）は、支援活動に専念する必要があるため、被災地の職員に負担をかけることがないように、岐阜 DWAT の活動に必要な物品は岐阜 DWAT 隊員が持参し、引継ぎなども原則として自己完結を図る。

②チームワークを発揮する

被災地では、常に状況が変化するため、その都度現場の状況を判断し、行動する必要がある。そのため、チームミーティングは毎日行い、隊員間の情報共有を図る。

また、岐阜 DWAT 隊員同士で、メンタルヘルスを含めた健康管理も行う。

③関係者との連携を図る

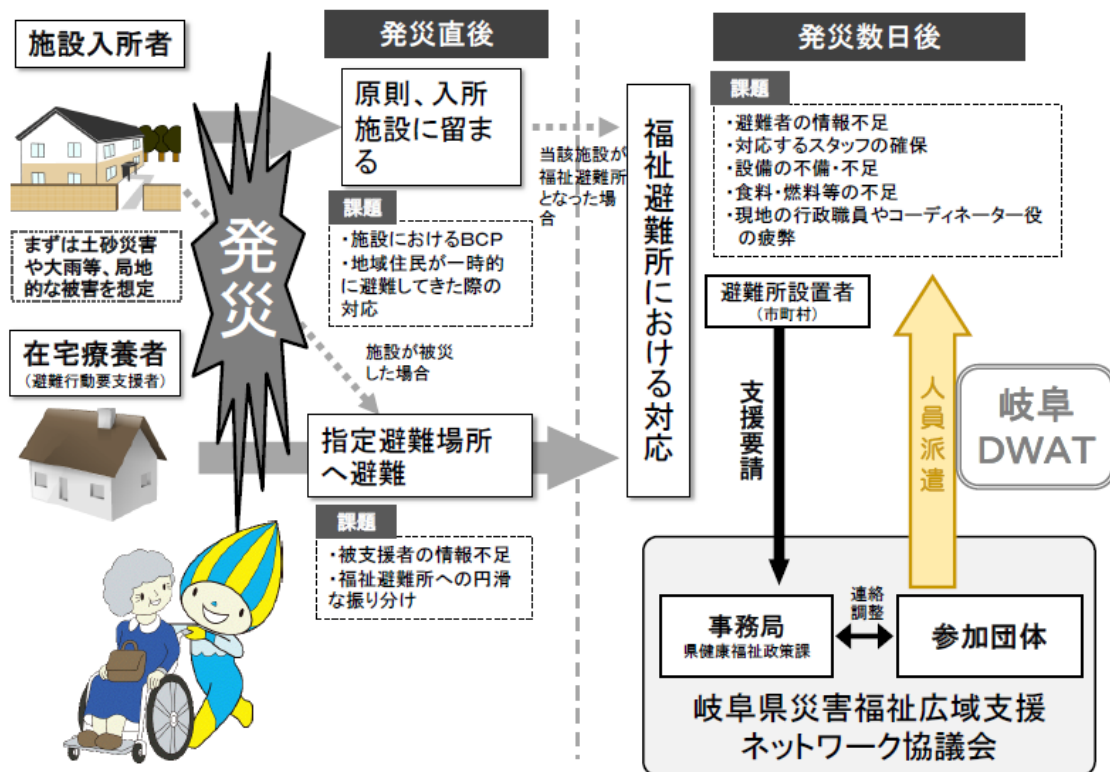
被災地では、様々な関係機関が活動しており、被災者への重複した質問等は、被災者の負担になる。また、福祉的支援活動を実施する際には、岐阜 DWAT 内で完結できないことも多く発生する。そのため、関係機関と随時情報を共有し、連携して活動する。

④被災者、被災地の自立を促進する

チームの支援活動は一定の期間であり、地元関係者による活動に移行していくことを意識して支援する。

また、専門性にこだわりすぎず「できる範囲」で「必要とされている支援」を行う。

(3) 岐阜 DWAT の活動イメージ



【災害時における高齢者、障がい者等の避難先】

<施設入所者>

- ・発災後も、原則、入所施設に留まる。市町村からの要請に基づき、当該施設が福祉避難所を開設した場合は、当該施設は、入所施設と福祉避難所の二つの性質を持つ。

<在宅療養者（要配慮者）>

- ・発災後、一旦は指定避難所へ避難した後、福祉的アセスメントにより、指定避難所の福祉避難スペースでの対応や、福祉避難所への搬送が判断される。

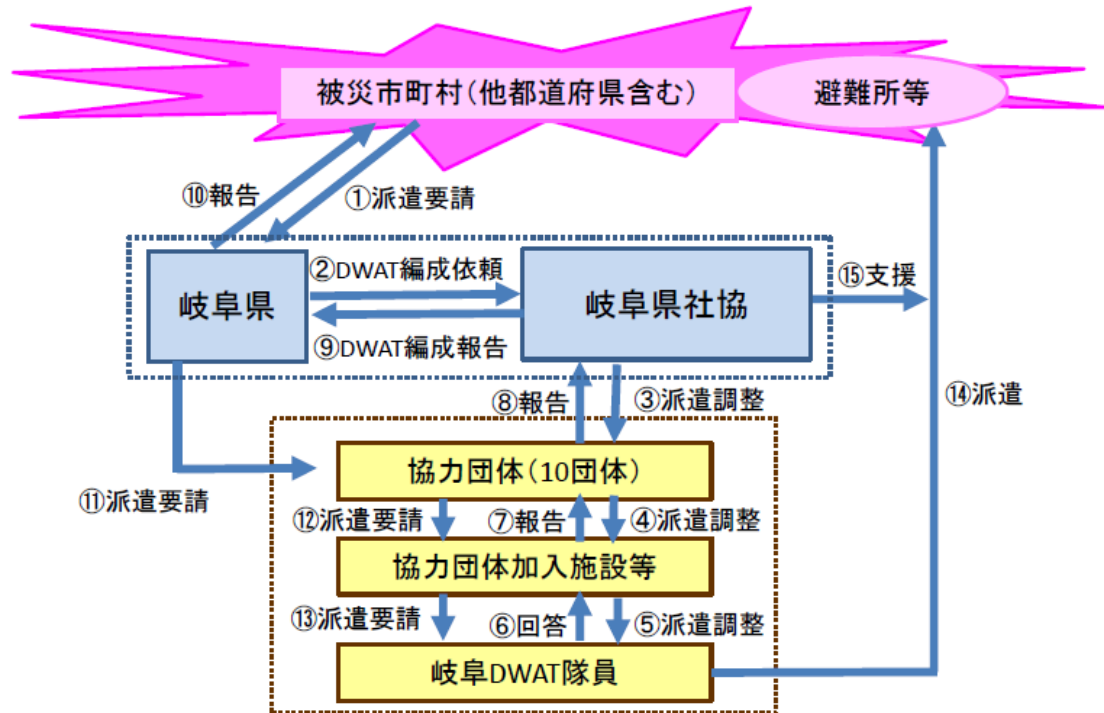
【避難所等での課題】

- ・対応するスタッフの確保
- ・現地の行政職員やコーディネーター役の疲弊

岐阜 DWAT による福祉的支援の実施

第2章 活動の枠組み

1 派遣の流れ



- ① 【被災市町村 (他都道府県含む) → 県】 岐阜 DWAT 派遣要請
 - ② 【県 → 県社協】 岐阜 DWAT 編成依頼
 - ③～⑤ 【県社協 → 協力団体 → 協力団体加入施設等 → 岐阜 DWAT 隊員】 派遣調整
※協力団体が職能団体である場合は、協力団体加入施設等を介さない
 - ⑥～⑧ 【岐阜 DWAT 隊員 → 協力団体加入施設等 → 協力団体 → 県社協】 派遣可否を回答・報告
※協力団体が職能団体である場合は、協力団体加入施設等を介さない
 - ⑨ 【県社協 → 県】 岐阜 DWAT 編成報告
 - ⑩ 【県 → 被災市町村 (他都道府県含む)】 岐阜 DWAT 派遣の可否を回答
 - ⑪～⑬ 【県 → 協力団体 → 協力団体加入施設等 → 岐阜 DWAT 隊員】 岐阜 DWAT 派遣要請
※協力団体が職能団体である場合は、協力団体加入施設等を介さない
 - ⑭ 【岐阜 DWAT 隊員】 避難所等へ派遣
 - ⑮ 【県社協 → 岐阜 DWAT 隊員】 岐阜 DWAT 活動への支援 (移動手段・宿泊先確保等)
- ※ 「協力団体加入施設等」・・・協力団体に加入しており、岐阜 DWAT 活動に協力いただける施設等

2 登録要件・身分

(1) 登録要件

県は、協力団体加入施設等の職員、又は協力団体の会員に対し、岐阜 DWAT の活動に必要な知識等の習得・向上を図るための研修（ビギナー研修、ミドル研修、アドバンス研修）を実施する。（詳細は、21 頁を参照）県は、「ビギナー研修」を受講した職員を岐阜 DWAT 隊員として登録する。

(2) 身分

岐阜 DWAT 隊員は、所属する施設等の職員、又は協力団体の会員の身分をもって業務に従事する。

3 チームの構成等

(1) チームの構成

岐阜 DWAT は、現地の要望に合わせて、福祉職（高齢、障がい、児童、保育等）で構成する 1 チーム 5 名程度のチームとする。

県は、岐阜 DWAT の各チーム中から 1 名をリーダーとして指名し、リーダーは当該チームを統括する。

また、リーダーは、必要に応じてチーム中から副リーダーを指名する。

<リーダーの役割>

- ・市町村災害対策本部、避難所管理運営者、関係団体等との調整、連携、情報共有
- ・隊員の健康状態の把握
- ・具体的な業務の立案、ミーティングの運営
- ・県への報告、活動状況の記録・管理
- ・その他チームに係るマネジメント

例；チーム内の役割分担の決定、物品等の管理、隊員の食事の手配等

※ミーティング等の際には、ホワイトボードを利用した情報共有等、情報の管理に留意すること。

※リーダーは、チームミーティング等の際に、要配慮者が放置されることがないよう、留意すること。

(2) 新型コロナウイルス禍における留意事項

- ① 県社協は、チーム編成時の前2週間を対象に、隊員が次のいずれにも該当しないことを確認し、県に報告する。
- ア 発熱、呼吸器症状（咳、のどの痛み、鼻水・鼻づまり、息苦しさ）、頭痛、全身倦怠感の症状がある者
 - イ 嗅覚・味覚に障害がある者
 - ウ 家族等※にア又はイの症状がある者
- ※「家族等」とは、家族のほか、友人、交際相手等一定の接触のある者（仮にその者が陽性であった場合に隊員本人が濃厚接触者とされる可能性がある者）をいう。
- エ 糖尿病、心不全、慢性呼吸器疾患がある者、透析を受けている者、免疫抑制剤や抗がん剤を用いている者、妊婦
 - オ 海外から帰国後2週間を経過していない者
 - カ 新型コロナウイルス感染症患者と接触してから2週間を経過していない者
- ② 県は、派遣開始日の前日までの2週間を対象に、隊員が①のいずれの項目にも該当しないことを確認する。

4 派遣基準

(1) 県内派遣

県内で災害救助法が適用される程度の災害が発生した際に、市町村が、避難された要配慮者への支援を始めとした福祉的支援ニーズを踏まえ、岐阜 DWAT の派遣が必要であると判断し、県健康福祉政策課へ派遣要請があった場合をその対象とする。

(2) 県外派遣

県外で災害が発生し、国又は他の都道府県から岐阜県に岐阜 DWAT の派遣要請があった場合で、岐阜県が派遣を必要と認めたときは、岐阜県外の地域へ派遣することができる。

5 情報収集体制等

(1) 県内派遣

県及び県社協は、県内で災害救助法が適用される程度の災害が発生した場合には、県災害対策本部や被災市町村、被災市町村社会福祉協議会等から被災状況等の情報を収集し、共有する。

県は、被災状況等を鑑み、岐阜 DWAT 派遣の必要性が高いと判断した場合には、協力団体に対し、派遣待機の要請を行うことができる。

県は、被災市町村から岐阜 DWAT の派遣要請があった場合は、派遣先施設や活動地域の状況について、県災害対策本部、被災市町村から情報を収集し、県社協と共有する。

(2) 県外派遣

県及び県社協は、県外で災害が発生し県災害対策支援本部が設置された場合には、当該本部や厚生労働省、被災都道府県、全国社会福祉協議会、被災都道府県社会福祉協議会等から被災状況等の情報を収集し、共有する。

県は、厚生労働省又は被災都道府県から岐阜 DWAT の派遣要請の打診があった場合は、県社協及び協力団体に対し、岐阜 DWAT 派遣要請に備えた体制を確保するよう要請する。また、派遣先施設や活動地域の状況について、県災害対策支援本部や厚生労働省、被災都道府県から情報を収集し、県社協と共有する。

【情報収集内容（例）】

（派遣要請前）

- 避難所開設・運営状況
- 避難者の状況（ニーズ等）

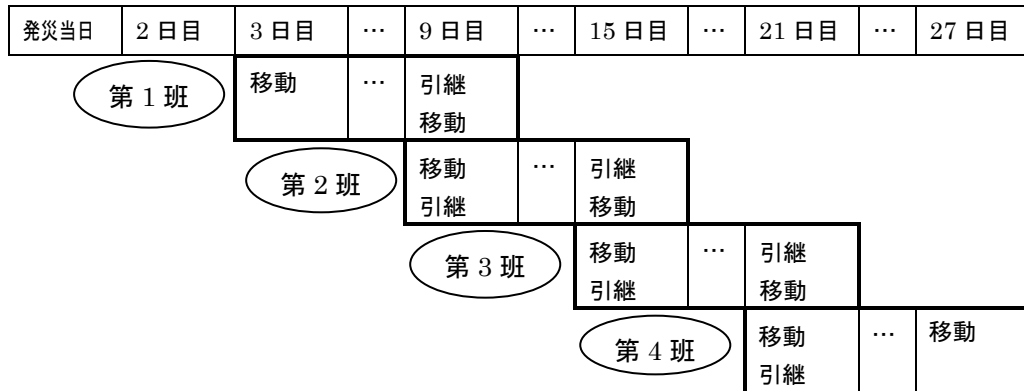
（派遣要請後・派遣打診後）

- 道路交通状況
- ライフライン（電気・水道・ガス）状況
- 公共交通機関運行状況
- 給油所状況
- 食料等調達の可否
- 持参が必要な資器材等
- 宿泊場所の手配・確保の要否
- 避難者の状況
- 必要な職種・想定される支援活動
- 他の支援団体等の活動状況 など

第3章 活動の内容

1 期間

岐阜 DWAT の活動期間は、発災後、概ね 3 日から 1 か月以内の間とし、1 チーム 1 回当たりの派遣期間は、移動日を含めて 7 日程度を基本とする。



2 場所

活動場所は、被災された要配慮者が避難している避難所等を基本とする。

3 活動内容

(1) 避難所等における市町村の役割と岐阜 DWAT の活動

	市町村の役割	岐阜 DWAT の活動内容
一般避難所	<p>○「避難所管理責任者（市町村職員）」を配置する。</p> <p>＜避難所管理責任者の業務＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・避難者の把握 ・必要物資の管理 ・要配慮者の支援（ホームヘルパーの派遣、福祉避難所への移送、社会福祉施設への緊急入所の連絡調整） 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活支援（見守り、食事、排せつ等の介助） ・ニーズの掘り起し（要配慮者の発見等） ・福祉的アセスメント（要配慮者の状態を見極め、必要とするサービスにつないだり、社会福祉施設への緊急入所、福祉避難所への移送等のコーディネート）
福祉避難所	<p>○「福祉避難所担当職員（市町村職員）」及び「介助員（生活相談員）」を配置する。</p> <p>＜福祉避難所担当職員の業務＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一般避難所、福祉避難所、市町村災害対策本部、県との連絡調整 <p>＜介助員の業務＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要配慮者へ適切な福祉サービス等の提供（要配慮者 10 名につき介助員 1 名を配置） <p>※資器材の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ポータブルトイレ、手すり、仮設スロープ等の器物、紙おむつ等の消耗機材を確保する。 <p>※支援者の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専門的人材やボランティアの確保・配置を行う。 <p>※要配慮者の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・避難者の名簿を作成する。（福祉サービスの利用意向等を継続的に把握） ・要配慮者に対して必要な福祉サービスを提供する。（自立する能力を損なわない形で支援） ・福祉避難所での避難生活が困難な要配慮者について、緊急入所等により対応する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉避難所の開設、運営補助（物資搬入、要配慮者受入業務等） ・生活支援（見守り、食事、排せつ等の介助） ・要配慮者の搬送補助（社会福祉施設への緊急入所、医療機関への搬送等のコーディネート）

※県内外で活動内容に大きな違いはないが、県外の場合は、発災から派遣要請までに時間を要する可能性があるため、活動開始時期のずれによる支援ニーズの変化、また、被災都道府県の支援チームと合同で活動にあたること等が想定される。

(2) 要配慮者の特徴を踏まえた避難所等における支援の留意点

対象者	主な特徴	避難所生活における留意点
要介護高齢者	<ol style="list-style-type: none"> 1 体力が衰え行動機能が低下している場合や緊急事態の察知が遅れる場合がある。 2 自分の状況を伝えることが困難な場合がある。 3 自力で行動することが困難な場合が多い。 	<ol style="list-style-type: none"> 1 本人の状態に適した食事や介護用品、過ごしやすい環境が確保できるよう調整する。 ○おかゆ等の配布 ○布団、ベッド、車椅子、ポータブルトイレ、おむつ等の手配 ○トイレに近いなど居住空間への配慮 2 排泄の介助が必要な場合など、本人のプライバシー保護に留意する。 3 家族等介護者の休養スペースを確保する。 4 介護者を確保する。 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>ポイント</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 脱水や褥瘡の兆候はないか。 (2) 食事、水分摂取量は足りているか。 (3) 嚥下や咀嚼に支障はないか。 (4) 介護者の負担が過重になっていないか。 </div>
認知症高齢者	<ol style="list-style-type: none"> 1 記憶が抜け落ちたり、判断力が低下する等の症状により、自分で判断し、行動することや自分の状況を他の人に伝えることが困難な場合がある。 2 急激な環境の変化により、幻覚が現れたり、興奮したり、徘徊するなどの周辺症状が顕著となる場合がある。 	<ol style="list-style-type: none"> 1 不穏症状がある場合は、精神科医師の診療が受けられるよう調整する。 2 徘徊等の症状がある場合には、周囲の人にも見守りや声かけを依頼する。 3 グループホーム等からの集団避難には、同じ施設の関係者だけで生活できる避難所、居室を提供する。 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>ポイント</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 食事、水分摂取量は足りているか。 (2) 不穏症状はみられないか。 (3) 家族や周囲は多大なストレスを感じていないか。 </div>
1人暮らし高齢者	<ol style="list-style-type: none"> 1 体力が衰え行動機能が低下している場合や緊急事態の察知が遅れる場合がある。 	<ol style="list-style-type: none"> 1 機能低下をきたさないよう、転倒防止や自立を妨げない居住スペースを確保する。トイレ移動時に過度の負担がないようスペースを確保する。 2 必要な福祉用具（シャワーチェア、簡易手すり等）が確保されているか確認する。 3 本人の周囲にいざというときに手助けしてくれる人がいることを確認する。 4 家族と連絡がとれていることを確認する。 5 救援物資や食料のため込みで、衛生面に問題をきたさないよう配慮する。 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>ポイント</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 外傷や環境悪化に伴う病状変化はないか。 (2) 内服薬は不足していないか。 (3) 脱水の兆候はないか。 (4) トイレや食事提供場所等が遠いなどにより活動が制限されていないか。 (5) 話し相手はいるか。 </div>

<p>視覚障がい（児）者</p>	<p>1 全く見えない人と見えづらい人、また、特定の色が判りにくい人がいる。 2 慣れていない場所では、一人で移動することが困難であるため、居住スペースと通路との境が分かるような工夫や、避難誘導等の援助が必要。</p>	<p>1 援助者を確保し、情報や食料、救援物資が十分入手できるよう調整する。 2 相談や困ったことなどの受付窓口を伝えておく。 3 必要な情報は構内放送や声かけなどにより提供する。印刷物は拡大文字や展示等により提供できるよう調整する。 4 ボランティア等の派遣を希望するか確認する。</p> <p>ポイント (1) 外傷や環境悪化に伴う体調変化はないか。 (2) 白杖等の補装具や日常生活用具を破損・紛失していないか。</p>
<p>聴覚障がい（児）者</p>	<p>1 全く聞こえない人と聞こえにくい人、また、言語障がいを伴う人がいる。 2 音声による情報が伝わりにくい。（聴覚による異変・危険の察知が困難な場合がある。）</p>	<p>1 援助者（手話通訳やボランティア等）を確保し、情報や食料、救援物資が十分入手できるよう調整をする。 ○広報誌や広報掲示板、電光掲示板、文字放送用テレビ等を活用するほか、音声による連絡は必ず文字でも掲示する。 ○掲示はできる限りわかりやすい言葉を使い、漢字にはルビをふるよう配慮する。 ○手話通訳や要約筆記の必要な人同士をできる限り近くにまとめ、情報がスムーズに行き渡るよう配慮する。 2 相談や困ったことなどの受付窓口を伝えておく。 3 ボランティア等の派遣を希望するか確認する。</p> <p>ポイント (1) 外傷や環境悪化に伴う体調変化はないか。 (2) 補聴器等の補装具や日常生活用具を破損・紛失していないか。</p>
<p>肢体不自由（児）者</p>	<p>1 上肢や下肢に切断や機能障がいがある人、姿勢保持が困難な人、脳性まひの人等がいる。 2 自力歩行や素早い避難行動が困難な場合は、平常時に補装具を使用していない人も、車椅子等が必要なこともある。</p>	<p>1 本人の機能を最大限に発揮できるよう、ADL（日常生活動作）に配慮した生活スペースを確保する。 ○車椅子が通れる通路の確保 ○身体機能にあった安全で利用可能なトイレの設置 2 相談や困ったことなどの受付窓口を伝えておく。</p> <p>ポイント (1) 外傷や環境悪化に伴う体調変化はないか。 (2) 車椅子等の補装具や日常生活用具を破損・紛失していないか。</p>

<p>内部障がい者・指定難病等認定患者・小児慢性特定疾患患者</p>	<p>1 内部障がいとは、内部機能の障がい、身体障害者福祉法では、心臓機能、腎臓機能、呼吸器機能、ぼうこう・直腸機能、小腸機能、ヒト免疫不全ウイルス（HIV）による免疫機能、肝臓機能の8種類の機能障がい定められている。</p> <p>2 難病とは、原因不明、治療方法が未確立であり、かつ、後遺症を残すおそれが少なくない疾病である。</p> <p>3 自力歩行や素早い避難行動が困難な場合は、車椅子等が必要なこともある。</p> <p>4 医薬品や医療機器を携行する必要があるため、医療機関や医療機器取扱業者等による支援が必要である。</p> <p>5 外見からは障がい（疾患）がわからないことがあるので、配慮が必要である。</p>	<p>1 専門治療や医療機器の継続使用（電源の確保）ができるよう調整する。 ○医療機関の協力による巡回診療や透析可能な病院等の情報提供、定期的な治療継続のための移送サービスを実施する。</p> <p>2 処置・治療に必要な物品（衛生材料、ストーマ用品等）を確保する。</p> <p>3 処置を行う場所や処置のプライバシーの確保に留意する。</p> <p>4 易感染者（免疫力の低下などで、細菌等への感染リスクが高まった者）には環境を整える。</p> <p>5 医療依存の高い者には、医療管理が受けられるよう施設等への移送を勧める。</p> <p>6 歩行安定者には、機能低下をきたさないよう配慮しつつ、ADL（日常生活動作）に配慮した生活スペースを確保する。</p> <p>7 周囲に病名等が知られないようプライバシーの確保に留意する。</p> <p>ポイント</p> <p>(1) 疾患や機能障がいに伴う身体症状が悪化していないか。</p> <p>(2) 特殊な薬剤や食事制限等の疾患に関する必要な情報を確認する。補装具や日常生活用具を破損・紛失していないか。</p>
<p>知的障がい（児）者</p>	<p>1 急激な環境の変化への適応のしにくさがある。</p> <p>2 緊急事態等の認識が不十分な場合や環境の変化による精神的な動揺がみられる場合がある。</p> <p>3 服薬を継続することが必要な場合は、自ら又は家族が薬の種類を把握しておくとともに、医療機関による支援が必要である。</p>	<p>1 集団適応に課題のある者には、家族と一緒に生活できる落ち着いたスペースを提供する。</p> <p>2 施設からの集団避難者には、同じ施設の関係者だけで生活できる避難所・居室を提供する。</p> <p>ポイント</p> <p>(1) 食事摂取、排せつ、睡眠等の生活面に問題が生じていないか。</p> <p>(2) 家族や周囲は多大なストレスを感じていないか。</p>

<p>(自閉症、アスペルガー症候群などの広汎性発達障がい者) 発達障がい(児)者</p>	<p>1 日常生活の変化(場所、空間、騒音)が想像以上に苦手な場合が多い。</p> <p>2 不安になってパニック状態になったり、働きかけに強い抵抗を示すこともあるため、行動して欲しいことの具体的な指示、時間を過ごせるものの提供、スケジュールや場所の変更等を具体的に伝える必要がある。</p> <p>3 感覚の刺激に想像以上に過敏であったり鈍感である場合が多いので、命にかかわるような指示でも聴き取れなかったり、大勢の人がいる環境が苦痛で避難所のなかにいられない、治療が必要なのに平気な顔をしていることもある。</p>	<p>1 家族など本人の状態をよくわかっている人が近くにいる場合は、必ずかかわり方を確認する。 ○必要な物品(薬、食品、筆記用具等)があるか ○特に配慮すること(落ち着ける場所、話しかけ方など)があるか</p> <p>2 説明方法の工夫、居場所の工夫、健康状態のチェックの工夫を行う。</p> <p>ポイント</p> <p>(1) 文字や絵、実物を使って目に見える形での説明や、簡潔・穏やかな声で話しかける ・「このシート(場所)に座ってください。」 (×: そっちへ行っては駄目) ・「〇〇(予定)はありません。□□をします。」 (×: 黙って強引に手を引く) ・「〇〇は□□(場所)にあります。」 (×: 「ここにはない。」とだけ言う)</p> <p>(2) 筆記具と紙、パズル、ゲーム等を提供する。 (×: 何もしないで待たせる)</p> <p>(3) 部屋の角や別室、テントの使用など、個別空間の確保等</p> <p>(4) 怪我などをしていないか、本人の言葉だけでなく身体状況を一通りよく見る。</p>
<p>精神障がい者</p>	<p>1 様々な精神疾患により、日常生活や社会生活のしづらさがある。</p> <p>2 災害時のショックやストレスは、精神障がい者の病状悪化や再発のリスクを高める可能性がある。</p> <p>3 服薬を継続することが必要な場合は、自ら又は家族が薬の種類を把握しておくとともに、医療機関による支援が必要である。</p>	<p>1 服薬が継続できることを確認し、必要に応じて、精神科医師の診察や薬の確保、専門家の相談が受けられるよう調整する。 ○医療機関等の協力やこころのケアチームによる巡回診療が行われるよう調整する。</p> <p>2 人前で、安易に病名等を口にしない。</p> <p>ポイント</p> <p>(1) 不眠、独り言、表情の変化等病状の悪化がないか。 (2) 服薬中断がないか。</p>
<p>妊産婦</p>	<p>1 行動機能が低下しているが、自分で判断し行動できる。</p> <p>2 早流産のリスクが高い。</p>	<p>1 十分な安静(防音)、食事、衛生面に配慮する。</p> <p>2 相談や困ったことなど受付窓口を伝えておく。</p> <p>ポイント</p> <p>(1) 切迫流産、切迫早産の兆候はないか。 (2) 浮腫、血圧上昇等の妊娠高血圧症候群の兆候はないか。</p>

<p style="text-align: center;">乳幼児</p>	<p>1 危険を判断し、行動することができない場合がある。</p> <p>2 被災による精神的な後遺症が残らないように、特にこころのケアが必要である。</p> <p>3 児童に対しては、ストレスが緩和するようなケアが必要である。</p>	<p>1 乳幼児に必要な生活用品が提供できるよう調整する。 ○ミルク、おむつ、おしりふき、離乳食、スプーン、ストロー等</p> <p>2 母乳育児が制限されないよう授乳スペースを確保する。</p> <p>3 小児科の医療情報、乳幼児健診・予防接種等保健サービスの情報提供を行う。</p> <p>4 居住環境を整備する。 ○感染症の予防、夜泣き等で周囲に気兼ねなく過ごせるような場所の確保に留意する。</p> <p>5 親子双方のストレス解消のため、子守ボランティア等を活用する。</p> <p>6 子どもの遊び場の確保に留意する。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>ポイント</p> <p>(1) 基本的には保護者が健康管理を行うが、食事や衛生面等の助言を行う。</p> <p>(2) おむつかぶれ、湿疹等を防ぐため、沐浴、でん部浴ができるよう配慮する。</p> <p>(3) 小児科の医療情報を伝える。</p> </div>
<p style="text-align: center;">外国人</p>	<p>1 言語や文化、生活習慣等の違いがある。</p> <p>2 必要な情報が伝われば、防災活動を行う潜在能力がある。</p>	<p>1 食事をはじめとする生活習慣の違い、宗教、風俗等の違いや、コミュニケーション不足から、避難生活に支障をきたさないよう留意する。</p> <p>2 相談や困ったことなどの受付窓口を伝えておく。</p>
<p style="text-align: center;">アレルギー疾患患者</p>	<p>1 誤って原因食を食べてショック症状を引き起こす可能性がある。</p>	<p>1 食物アレルギーへの配慮が必要な避難者の有無を確認するとともに、アレルギー対応食を配布する。炊き出しの場合、可能であれば、個別のアレルギー対応調理をしてもらう。</p> <p>2 避難所で提供する食事の原材料表示を示した包装や食材料を示した献立表を掲示する。</p> <p>3 子どもは、菓子類を勝手に食べないように注意する。</p> <p>4 子どもは、食物アレルギーがあることを目視できるように「アレルギーサインプレート」等を身につけるとよい。</p> <p>5 アトピー性皮膚炎がある場合、薬の不足、スキンケアができない環境、心理的ストレス等で症状が悪化する可能性がある。 ○出来る限り優先的に毎日シャワーや入浴、全身清拭で清潔に保つ。 ○普段使用している薬品がない場合、同様の効果がある薬で代用する。市販の保湿クリームを使用する際は、肌の一部で試した後使用する。 ○冷たいタオル等で冷やすとかゆみが一時的に治まる。 ○ストレスによるかゆみが増強することがあるため、話を聞き安心してもらうことが必要である。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>ポイント</p> <p>・基本的には保護者が健康管理を行うが、食事や衛生面等の助言を行う。</p> </div>

出典：宮城県「宮城県災害時公衆衛生活動マニュアル」平成 25 年 4 月（一部改編）

4 携行品、活動場所への移動・宿泊

(1) 隊員が個人で準備する携行品（例）

- 着替え（派遣日数＋予備）
- マスク（感染症予防）
- 寝袋
- タオル
- 帽子
- 免許証、保険証のコピー
- 現金
- 携帯電話（充電器、車載アダプター充電器など）
- リュック、ウエストポーチ
- 上履き（スリッパは不可）→避難所等に入る時に必要
- 洗面用具、タオル、ティッシュペーパー
- 個人の常備薬、生理用品
- 非常食、ペットボトル飲料水
- パソコン
- デジカメ

(2) 県・県社協が準備するもの

- 連絡用携帯電話（スマートフォン）・充電器（県が(株)ドコモCS東海岐阜支店法人営業部（058-252-6664）へ電話で貸与を依頼）
- 軍手（県備蓄品）
- 懐中電灯（県備蓄品）
- ビブズ（県備蓄品）
- ガソリン缶（県備蓄品）
- 体温計（県備蓄品）
- 手指消毒液（県備蓄品）
- その他必要な資機材 等

(3) 派遣先までの移動・宿泊

<近隣地域への派遣など、隊員個々の対応が可能と認められる場合>

隊員は、勤務する協力団体加入施設等又は加入する協力団体（以下「職場等」という。）の出張命令に基づき、原則として、職場等が確保する移動手段により派遣先まで移動することとし、隊員の宿泊先については、隊員・職場等が必要と判断した場合に職場等が確保する。

<遠方地域への派遣など、チームとして対応する必要があると認められる場合>

隊員は、職場等の出張命令に基づき、原則として、県社協が職場等の代理で手配・確保をした移動手段により派遣先まで移動することとし、隊員の宿泊先についても、県社協が職場等の代理で手配・確保する。

5 活動にあたっての事前説明・情報共有等

県は、集合日時や場所、派遣先施設や活動地域の状況等について、原則として派遣日の前日までに、オリエンテーションシート【様式2】により、派遣する隊員に対し情報を提供する。

県及び県社協は、原則として派遣日当日に、指定する集合場所において、派遣する隊員に対するオリエンテーションを実施する。

(内 容)

- ① オリエンテーションシート【様式2】による、日程、派遣先、チーム編成、移動手段・宿泊先、現地状況等の説明
- ② 県・県社協から貸し出す携行品・各報告書様式の手交
- ③ 隊員間での情報共有・意思疎通
 - ・メンバー間の連絡体制、個人携行品の状況等

6 活動中の留意事項

(1) 活動場所到着後の確認事項

活動場所到着後、隊員全員で下記項目を確認し、情報を共有する。

区分	項目
1. 現地災害対策本部等への確認	<input type="checkbox"/> 活動方針（場所、内容）の確認 <input type="checkbox"/> 指揮命令系統、報告要否の確認 <input type="checkbox"/> 現地での緊急通行車両・駐車許可登録 <input type="checkbox"/> 活動地域のライフラインの状況 <input type="checkbox"/> 活動地域の道路状況、地図、天候 <input type="checkbox"/> 活動地域の避難者の状況 <input type="checkbox"/> 災害時要配慮者の情報（事前リストの有無） <input type="checkbox"/> 他団体の活動状況 <input type="checkbox"/> 機能している福祉施設・医療機関等の確認 <input type="checkbox"/> 活動地域の災害ボランティアセンターに関すること
2. 活動する避難所等での確認	<input type="checkbox"/> 避難所代表者へ派遣内容、報告要否の確認 <input type="checkbox"/> 避難所運営体制、指揮命令系統の確認 <input type="checkbox"/> 連絡会議等連携方法の確認 <input type="checkbox"/> 避難所環境（空間、備品）の確認 <input type="checkbox"/> 避難所内活動拠点の確認 <input type="checkbox"/> 避難経路の確認
3. 生活環境の確保	<input type="checkbox"/> 宿泊場所の確認 <input type="checkbox"/> ライフライン・食糧等の手配 <input type="checkbox"/> 避難経路の確保

(2) 個人情報の取扱い

被災地においては、心理的な配慮も必要であることから、個人情報の取扱いには一層留意すること。特に、アセスメントの一環として行う住所や氏名等の聞き取りに加え、写真を撮る際にも、意識の高い個人情報の取扱いを心がけること。

(3) 活動記録の作成及び県への報告

リーダーは、各日のチームの活動状況等について記録し、速やかに県（健康福祉政策課）へ報告【様式3】する。

<報告書提出先> e-mail : c11221@pref.gifu.lg.jp
 F A X : 058-278-2620

(4) 新型コロナウイルス禍における留意事項

<活動開始前の体調確認等>

- ① 隊員は、毎日、活動開始前も含め1日3回、検温・体調確認※を実施する。
また、チームリーダーは、その結果を検温・体調確認の都度、県に報告する。
※「岐阜県避難所運営ガイドライン（新型コロナウイルス感染症対策編）」の
体調チェック表を使用する。
- ② 隊員は、次の感染防止対策を実施する。
 - ア 手洗い、手指消毒の徹底
 - イ マスクの着用
 - ウ 活動場所の換気の確保
 - エ 「新型コロナウイルス接触確認アプリ（COCOA）」（厚生労働省）や
「岐阜県感染警戒QRシステム」の活用
 - オ 行動履歴の記録

<体調不良等となった場合の対応>

- ① 隊員は、体調不良等が確認された場合は、活動を中止するとともに、「受診・相談センター」への相談を行い、医療機関を受診する。また、チームリーダーは、隊員の活動中止を県に報告する。
- ② 隊員は、医療機関の受診結果、抗原検査やPCR検査の受検予定、受検結果等について、判明次第その都度、県に報告する。
- ③ 県は、代替隊員の確保等について、チームリーダーや県社協と協議する。

7 活動終了後

(1) 後続チームへの引き継ぎ

後続チームがある場合は、活動最終日、引き継ぎを行う【様式4】。

また、要配慮者に関する事項のほか、活動場所である避難所等の設備や備品等岐阜 DWAT の活動にあたって必要な事項についても引き継ぎを行う。

(2) 隊員による活動報告

隊員は、被災地での活動を通じて明らかとなった課題等を整理し、マニュアルの更新等に向けた提言等を県に行う。（様式任意）

(3) 実績報告

隊員として職員等を派遣した協力団体加入施設等の長、又は協力団体の長は、

職員等の派遣が終了した後、実績報告書を県に提出する【様式5】。また、岐阜 DWAT の活動にあたり、旅費や資機材等の購入が発生した場合は、領収証を添付して県に報告すること。

(4) 新型コロナウイルス禍における留意事項

- ① 隊員は、派遣終了後2週間、検温・体調確認を実施する。また、体調不良等が確認された場合は、「受診・相談センター」への相談を行い、医療機関を受診するとともに、その旨を県に報告する。
- ② 隊員は、医療機関の受診結果、抗原検査やPCR検査の受検予定、受検結果等について、判明次第その都度、県に報告する。

第4章 費用と補償

1 費用

県は、以下の派遣費用を負担する。

- ・人件費（災害救助法が適用された場合であって、災害救助費の支弁対象となる場合に限る）
 - ・活動経費（旅費、需用費、役務費、使用料及び賃借料）
- ※待機及び県の派遣要請に基づかない派遣に要した費用は、負担しない。

2 補償

活動中の事故に備えるため、県が一括して傷害保険に加入する。

<傷害保険の概要>

【保険期間】

4月1日～翌年3月31日

【契約者】

岐阜県知事 古田 肇

【被保険者】

岐阜県災害派遣福祉チーム チーム員

【補償内容及び保険金額】

- ・死亡・後遺障害 2億円（天災は1億円）
- ・入院日額 15,000円
- ・通院日額 10,000円
- ・携行品損害 10万円（免責3千円）

地震、津波等天災危険による死亡・後遺障害等への補償を含む。

※携行品損害については、活動に際して用いる各隊員個人の所有物を対象と想定。（例：個人所有のカメラで活動状況を記録中破損した等）

第5章 平時の準備

1 研修

県及び県社協は、岐阜 DWAT 隊員（予定者を含む）を対象とした研修を定期的
に実施し、岐阜 DWAT の人材育成及び資質向上に努める。

<隊員を対象とした研修>

【ビギナー研修】

初めて隊員に登録いただく方を対象とした研修

【ミドル研修】

隊員登録2年目以降の方を対象としたフォローアップ研修

【アドバンス研修】

県内・県外の大規模災害に備えるとともに、リーダーとなりうる専門性の高い
隊員を養成するための研修

2 実地訓練

県及び県社協は、市町村とも連携し、岐阜 DWAT が災害発生時に避難所等で活動
する場合等を想定した実地訓練を実施し、岐阜 DWAT の資質向上及び実効性を高め
る。

また、訓練で浮かび上がった課題を検証し、その結果を随時マニュアルに反映させ
る。

様式集

【様式1】関係者連絡先一覧

	所属	電話番号
岐阜県	健康福祉部 健康福祉政策課	058-272-8260
岐阜県社会福祉協議会	施設福祉部	058-201-1561
協力団体	岐阜県社会福祉法人経営者協議会	058-201-1561
	岐阜県老人福祉施設協議会	058-201-1562
	(一社)岐阜県知的障害者支援協会	058-213-0062
	岐阜県身体障害者福祉施設協議会	0585-21-3150
	岐阜県精神保健福祉協会	058-273-5720 0584-78-3758
	岐阜県保育研究協議会	058-201-1562
	岐阜県デイサービスセンター協議会	0584-88-1567
	岐阜県児童福祉協議会	058-326-3618
	(一社)岐阜県社会福祉士会	058-277-7216
	岐阜県老人保健施設協会	058-201-7820

【様式2】岐阜 DWAT オリエンテーションシート

岐阜 DWAT オリエンテーションシート（第 班）

年 月 日

<派遣先・日程等>

派遣先名称	
所在地	
電話／FAX	
連絡責任者	
要配慮者	高齢者（名）、障がい者（名）、 妊産婦（名）、乳幼児（名）、 その他（名）
派遣期間	年 月 日（ ） ～ 年 月 日（ ）
集合日時	年 月 日（ ） 時 分
集合場所	
特記事項	

<チーム編成>

氏名	資格	勤務先	携帯電話番号
		協力団体	

<移動手段・宿泊先（県社協により手配された場合のみ記載）>

移動手段	名称	
	経路	
宿泊先	名称	
	住所	
	電話	

<派遣先の状況>

道路交通		
ライフライン	電気	
	水道	
	ガス	
公共交通機関		
給油所		
食料等調達		
必要な資器材等		
避難者の状況		
他の支援団体等		
特記事項		

<県・県社協連絡先>

県	担当者	
	電話（職場・携帯）	
	F A X	
	メールアドレス	
県社協	担当者	
	電話（職場・携帯）	
	F A X	
	メールアドレス	

【様式3】岐阜 DWAT 活動記録報告書

※リーダーが各日のチームの活動記録を作成し、速やかに県へ報告する。
 <報告書提出先> e-mail : c11221@pref.gifu.lg.jp、FAX : 058-278-2620

岐阜 DWAT 活動記録報告書

年 月 日

岐阜県知事 様

報告者氏名 (岐阜 DWAT リーダー)			
活動年月日 (報告対象)	年 月 日		
派遣場所			
対象者	高齢者(名)、障がい者(名)、妊産婦(名)、 乳幼児(名)、その他(名)		
活動内容			
岐阜 DWAT 隊員	氏 名	職 種	健康状態
	(リーダー)		良 ・ 不良
			良 ・ 不良
			良 ・ 不良
			良 ・ 不良
特記事項			

【様式4】岐阜 DWAT 活動に係る引継書

※岐阜 DWAT リーダーが作成し、後続チームへ引き継ぐ。

岐阜 DWAT 活動に係る引継書

年 月 日

岐阜 DWAT の活動について、別添のとおり引継します。

- 1 作成者
岐阜 DWAT リーダー ○○ ○○
- 2 活動場所
○○○○
- 3 活動期間
○○年○○月○○日 ~ ○○年○○月○○日
- 4 要配慮者情報
 - (1) 人数 ○名
 - (2) 種別
 - ・ 高齢者 ○名
 - ・ 障がい者 ○名
 - ・ . . .
- 5 特記事項

調査票を配布した避難所名：

被災者アセスメント調査票

この調査票は、被災状況を直ちに把握し、適切に関係機関と共有することを目的とした調査票であり、本調査票に記載いただいた情報の共有に当たっては、災害時における支援活動のために使用いたします。

記入者のお名前：	記入日時： 月 日 時 分
記入者の生年月日：	年齢： 性別：
自宅住所：	固定電話：
	携帯電話：
記入者を含む被災された方の世帯人数：	

1 被災状況

被災により使用できなくなったライフライン	<input type="checkbox"/> ガス <input type="checkbox"/> 水道 <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> 下水道 <input type="checkbox"/> 固定電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> インターネット通信
家屋(建物)の被害の状況	<input type="checkbox"/> 家屋に極めて大きな被害があった (家が流れてしまった、家が倒壊した、家が土砂によって埋没したなど) <input type="checkbox"/> 家屋に修繕が必要な程度の大きな被害があった(瓦が落ちた、外壁がはがれたなど) <input type="checkbox"/> 家屋に被害があった (被害の概況：) <input type="checkbox"/> 被害はなかった

2 現在の御自身の状況や、御自身と一緒に避難している御家族の状況

現在の宿泊場所	<input type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 知人宅 <input type="checkbox"/> 車中泊 <input type="checkbox"/> その他		
避難所の利用	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 応急給水 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 生活物資 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 行政やボランティア等から提供される各種の情報 <input type="checkbox"/> 利用していない		
医療サポートを利用されているか。	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 緊急性のある精神疾患 <input type="checkbox"/> 緊急治療歯科疾患 <input type="checkbox"/> 要緊急処置妊婦 <input type="checkbox"/> 定期的投薬が必要（現在、〔 中断・継続 〕） <input type="checkbox"/> 降圧薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 向精神薬 <input type="checkbox"/> その他 〔 医薬品名： 〕		
かかりつけの医療機関名			
訪問看護などの医療サービスを利用されているか	<input type="checkbox"/> 有〔利用している事業所名： 〕 <input type="checkbox"/> 無		
妊産婦や乳幼児の方がいるか	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	食物アレルギーを 有しているか	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 〔原因食物 〕
要介護（支援）認定を受けられているか	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 介護区分不明） 〔利用している居宅介護支援事業所名： 〕 <input type="checkbox"/> 無		
障害等手帳をお持ちか	<input type="checkbox"/> 有〔 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 〕 〔具体的な障害の種類等： <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 発達障害 〕 <input type="checkbox"/> 無		
デイサービス・ヘルパーなどの福祉サービスを利用されているか	<input type="checkbox"/> 有〔 <input type="checkbox"/> 被災前と変わらず利用の見通しが立っている <input type="checkbox"/> 利用の見通しが立たない <input type="checkbox"/> わからない 〕 〔利用している事業所名： 〕 <input type="checkbox"/> 無		
その他			

本調査票に記載した情報を、地方自治体が設置する避難所の管理者、当該地方自治体の災害対策本部及び保健医療福祉調整本部等において共有することに同意します。

年 月 日 氏名

要配慮者個票

ふりがな 氏 名	血液型 (型)
感染症	
対象区分	高齢者 ・ 障がい者 ・ 妊産婦 ・ 乳幼児 ・ その他 ()
食事形態	普通食 ・ ソフト食 ・ きざみ食 ・ ミキサー食 その他 ()
家族情報	
既往歴	
現 病	
要配慮事項	<input type="checkbox"/> 見守りのみ <input type="checkbox"/> 一時的に支援 <input type="checkbox"/> 常時支援
ケアの経過	

【様式5】岐阜 DWAT 派遣実績報告書

※活動終了後、職員等を派遣した協力団体加入施設等の長、又は協力団体の長が派遣実績を作成し、速やかに県へ報告する。

年 月 日

岐阜県知事 様

(所在地)

〒 —

(施設・事業所・団体等)

(代表者 職 氏名)

印

電話番号 () —

岐阜 DWAT 派遣実績報告書

岐阜 DWAT の派遣実績について、岐阜県災害派遣福祉チーム設置運営要綱第10条の規定により報告します。

記

1 活動実績

(1) 派遣した岐阜 DWAT の構成員

職種	氏名	フリガナ	活動期間	備考

(2) 派遣先

(3) 活動内容

年月日	活動内容

2 負担額 金 _____ 円

(内訳)

対象費用	単価 (円)	人数・ 数量	計	費用の詳細
人件費				
介助員等	×	人	=	
小計				
旅費				
車賃	×	km	=	
鉄道賃	×	人	=	
船賃	×	人	=	
航空賃	×	人	=	
宿泊料	×	人	=	
小計				
需用費				
消耗品費	×		=	
介護用消耗品費	×		=	
燃料費	×		=	
修繕費	×		=	
小計				
役務費				
通信運搬費	×		=	
小計				
使用料及び賃借料				
車両借上料	×		=	
駐車料金	×		=	
有料道路通行料	×		=	
小計				
合計				

※ 人件費は、災害救助法が適用された場合であって、災害救助費の支弁対象となる場合に限り計上すること。

※ 領収証等の証拠書類を添付すること。

3 振替先口座

金融機関名	
預金種目	
口座番号	
(フリガナ) 口座名義	

福祉避難所編



1. 福祉避難所の開設準備

（1）岐阜 DWAT 第〇班が福祉避難所責任者へ挨拶

第〇班全員による避難所運営チーム（責任者：〇〇氏）への到着報告及び挨拶

■第〇班リーダー

- ・岐阜県からの要請で派遣された岐阜 DWAT です。私は、第〇班リーダーの〇〇と申します。
- ・介護福祉士〇名、社会福祉士〇名、精神保健福祉士〇名、看護師〇名の計5名で編成された多職種による福祉専門職のチームです。
- ・ここに避難してこられる方の中で、介護や見守りなどの配慮が必要な方に対して、応急的な環境整備・ケア等を行うほか、福祉避難所の開設も協力します。
- ・第〇班の活動期間は〇月〇日までですが、その後、第〇班に引継を行い、支援活動は継続します。
- ・福祉的支援が必要な方がいらっしゃる場合は、私たちに声をかけてください。

■避難所運営チーム（責任者：〇〇氏）

了解しました。よろしくお願いします。

（２）福祉避難所の開設補助

避難所運営チーム（責任者：〇〇氏）の指示を受けて、避難スペースの設置

※避難所運営チーム（受付担当、案内担当）は、受付設営及び要配慮者の受付・誘導を実施

■避難所運営チーム（責任者：〇〇氏）

・これから、福祉避難所の開設準備を行います。岐阜 DWAT の皆さんは、避難スペースの設置をお願いします。（ホワイトボードに記載）

- ・〇〇さんは、全体調整
- ・〇〇さん、〇〇さんは、間仕切りの設置
- ・〇〇さん、〇〇さんは、上階からベッドを6台移動

■第〇班

・了解しました。

<第〇班の役割分担>

第〇班	隊員	役割
〇〇	〇〇（リーダー）	全体調整
〇〇	〇〇（介護福祉士）	間仕切りの設置
〇〇	〇〇（介護福祉士）	
〇〇	〇〇（看護師）	上階からベッドを6台移動
〇〇	〇〇（精神保健福祉士）	

（３）福祉避難所の開設補助終了

第〇班は、要配慮者の受入れまでの間、施設の非常口やトイレ、使用可能スペース等を確認する。

2. 要配慮者の受入れ

要配慮者の担当決め

第〇班の要配慮者別担当を決定

<**第〇班**リーダー：〇〇氏>

- ・要配慮者6組の方々が避難してみえます。
- ・まず、**第〇班**の隊員が6組の方全員から聞き取りを行い、その後、チーム全員でケア方針を協議します。
- ・聞き取りを行う要配慮者の担当は、次のとおりとします。
 - 〇〇さん：要配慮者A・D
 - 〇〇さん：要配慮者B・C
 - 〇〇さん：要配慮者E
 - 〇〇さん：要配慮者F
- ・聞き取りの項目は、「被災者アセスメント調査票」及び「要配慮者個票」に記載してください。
- ・聞き取りが終了したら、再度ここに集まってください。

<**第〇班**全員>

- ・了解しました。

<**第〇班**の担当>

第〇班 隊員		要配慮者
〇〇	〇〇 ※リーダー	—
〇〇	〇〇 (介護福祉士)	要配慮者A・D (高齢者)
〇〇	〇〇 (介護福祉士)	要配慮者B・C (高齢者)
〇〇	〇〇 (精神保健福祉士)	要配慮者E (障がい児)
〇〇	〇〇 (看護師)	要配慮者F (障がい者)

※要配慮者 A～F の情報

	状 態	年 齢 性 別	詳 細	要配慮事項
要配慮者 A	自力歩行可能・認知症 （要介護 3） ※自宅から避難所へ向かう途中、左足を捻挫したため、車イスを使用。	84 歳 男性	普段はデイサービスを利用しながら在宅生活を送っている。しきりに家に帰りたいと言っている。	持病のため、3 時間おきの服薬が必要だが、飲み忘れが多い。 今回は、14:20 服薬
要配慮者 B	自立歩行可能（要介護 2）	70 歳 男性	要配慮者 C と夫婦。普段はホームヘルパーが食事や入浴などの動作を介助している。 高齢者のみ世帯。	糖尿病のため、インスリンの注射が必要。食事制限あり。
要配慮者 C	自立歩行可能（要介護 2）	67 歳 女性	要配慮者 B と夫婦。普段はホームヘルパーが食事や入浴などの動作を介助している。 高齢者のみ世帯。	難聴
要配慮者 D	自立歩行可能（要介護 2）	90 歳 女性	普段はデイサービスを利用しながら在宅生活を送っている。	足腰が弱いため、歩行器が必要
要配慮者 E	発達障がい	12 歳 男性	慣れない環境で、本人は落ち着かない様子。父親は「パニックを起し、まわりに迷惑をかけることになるのでは」と心配している。 ※家族（要配慮者 E の父親・45 歳）が同行	卵・牛乳アレルギー
要配慮者 F	精神障がい	23 歳 男性	高校在学中に不登校となり、現在は自宅で引きこもりがちな生活を送っている。	発熱あり（37.5℃）

3. 要配慮者の生活支援（先行班）

(1) 第〇班による生活支援

①要配慮者A～Fから聞き取り

第〇班の隊員が各自、担当の要配慮者A～Fから聞き取りを実施。
 ※聞き取り項目・記録は、「被災者アセスメント調査票」及び「要配慮者個票」を使用。

【被災者アセスメント調査票】

調査票を配布した避難所名：

被災者アセスメント調査票

この調査票は、被災状況を直ちに把握し、適切に関係機関と共有することを目的とした調査票であり、本調査票に記載いただいた情報の共有に当たっては、災害時における支援活動のために使用いたします。

記入者のお名前：	記入日時： 月 日 時 分
記入者の生年月日：	年齢： 性別：
自宅住所：	固定電話：
	携帯電話：
記入者を含む被災された方の世帯人数：	

1 被災状況

被災により使用できなくなったライフライン	<input type="checkbox"/> ガス <input type="checkbox"/> 水道 <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> 下水道 <input type="checkbox"/> 固定電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> インターネット通信
家屋(建物)の被害の状況	<input type="checkbox"/> 家屋に極めて大きな被害があった (家が流れてしまった、家が倒壊した、家が土砂によって埋没したなど) <input type="checkbox"/> 家屋に修繕が必要な程度の大きな被害があった(瓦が落ちた、外壁がはがれたなど) <input type="checkbox"/> 家屋に被害があった (被害の概況：) <input type="checkbox"/> 被害はなかった

2 現在の御自身の状況や、御自身と一緒に避難している御家族の状況

現在の宿泊場所	<input type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 知人宅 <input type="checkbox"/> 車中泊 <input type="checkbox"/> その他		
避難所の利用	<input type="checkbox"/> 利用している (<input type="checkbox"/> 応急給水 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 生活物資 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 行政やボランティア等から提供される各種の情報 <input type="checkbox"/> 利用していない)		
医療サポートを利用されているか。	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 緊急性のある精神疾患 <input type="checkbox"/> 緊急治療歯科疾患 <input type="checkbox"/> 要緊急処置妊婦 <input type="checkbox"/> 定期的投薬が必要（現在、〔 中断・継続 〕） <input type="checkbox"/> 降圧薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 向精神薬 <input type="checkbox"/> その他 [医薬品名:]		
かかりつけの医療機関名			
訪問看護などの医療サービスを利用されているか	<input type="checkbox"/> 有〔利用している事業所名: 〕 <input type="checkbox"/> 無		
妊産婦や乳幼児の方がいるか	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	食物アレルギーを 有しているか	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 原因食物 <input type="checkbox"/> 無)
要介護(支援)認定を受けているか	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 介護区分不明) [利用している居宅介護支援事業所名:] <input type="checkbox"/> 無		
障害等手帳をお持ちか	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳) [具体的な障害の種類等: <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 発達障害] <input type="checkbox"/> 無		
デイサービス・ヘルパーなどの福祉サービスを利用されているか	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 被災前と変わらず利用の見通しが立っている <input type="checkbox"/> 利用の見通しが立たない <input type="checkbox"/> わからない) [利用している事業所名:] <input type="checkbox"/> 無		
その他			

本調査票に記載した情報を、地方自治体が設置する避難所の管理者、当該地方自治体の災害対策本部及び保健医療福祉調整本部等において共有することに同意します。

年 月 日 氏名

【要配慮者個票】

要配慮者個票

ふりがな 氏 名	血液型（ 型）
感染症	
対象区分	高齢者 ・ 障がい者 ・ 妊産婦 ・ 乳幼児 ・ その他 （ ）
食事形態	普通食 ・ ソフト食 ・ きざみ食 ・ ミキサー食 その他（ ）
家族情報	
既往歴	
現 病	
要配慮事項	<input type="checkbox"/> 見守りのみ <input type="checkbox"/> 一時的に支援 <input type="checkbox"/> 常時支援
ケアの経過	

■**第〇班**による聞き取り

要配慮者 A（84 歳男性、自力歩行可能・認知症（要介護 3））

<〇〇氏>

- ・私は、岐阜 DWAT の〇〇と申します。
- ・このたびの地震は大変でしたね。左足の具合はいかがですか。

<要配慮者 A>

- ・とにかく家に帰りたい。

<〇〇氏>

- ・足を怪我されて車イスを使われてみえるし、まだ余震が続く可能性もありますので、少し落ち着くまではここで避難生活を送られてはどうでしょうか。
- ・私は、介護など福祉の支援をさせていただくチームです。少しお話を聞かせていただいてもよろしいですか。

<要配慮者 A>

- ・はい。

<〇〇氏>

<<名前、年齢、家族、日常生活等について聞き取りを実施>>

- ・何かお困りのことはありますか。

<要配慮者 A>

- ・3時間ごとに薬を飲んでいますが、忘れることがよくあるので、時間になったら教えてもらえるとありがたいです。前は、11:20 に飲んだので、次の服薬は、14:20 の予定です。

<〇〇氏>

- ・分かりました。服薬の時間になったら、声をかけさせていただきます。
- ・いろいろなお話を聞かせていただき、ありがとうございました。
- ・今、聞かせていただいた内容を記録として残し、避難生活でも適切な支援が受けられるよう、関係者で共有させていただきたいと思いますが、よろしいですか。
- ・それでは、どのようなお手伝いができるか、協議して、また説明に来ますので、少しお待ちいただいてもよろしいですか。

要配慮者 B（70 歳男性、自力歩行可能（要介護 2））

要配慮者 C（67 歳女性、自力歩行可能（要介護 2））

} 夫婦

<〇〇氏>

- ・私は、岐阜 DWAT の〇〇と申します。
- ・このたびの地震は大変でしたね。お体の具合はいかがですか。

<要配慮者 B、C>

- ・突然のことで驚きましたが、大丈夫です。

<〇〇氏>

- ・私は、介護など福祉の支援をさせていただくチームです。少しお話を聞かせていただけてよろしいですか。

<要配慮者B、C>

- ・はい。

<〇〇氏>

<<名前、年齢、家族、日常生活等について聞き取りを実施>>

- ・何かお困りのことはありますか。

<要配慮者B>

- ・私は糖尿病で、インスリンを注射する必要があるのですが、忘れないように、教えてもらえると助かります。また、普段は食事制限もありますので、配慮していただけるとありがたいです。

<要配慮者C>

- ・私は耳がとおく、普通の会話は聞き取りにくいので、大きな声で話しかけてもらえるとありがたいです。

<〇〇氏>

- ・分かりました。Bさんについては、糖尿病によるインスリン注射のお声掛けと食事の配慮、Cさんについては、大きな声でお話しするようにしていきます。
- ・いろいろなお話を聞かせていただき、ありがとうございました。
- ・今、聞かせていただいた内容を記録として残し、避難生活でも適切な支援が受けられるよう、関係者で共有させていただきたいと思いますが、よろしいですか。
- ・それでは、どのようなお手伝いができるか、協議して、また説明に来ますので、少しお待ちいただけてよろしいですか。

要配慮者D（90歳女性、自力歩行可能（要介護2））

<〇〇氏>

- ・このたびの地震は大変でしたね。体の具合はいかがですか。
- ・私は、岐阜 DWAT の〇〇と申します。

<要配慮者D>

- ・びっくりしましたが、大丈夫です。

<〇〇氏>

- ・私は、介護など福祉の支援をさせていただくチームです。少しお話を聞かせていただけてよろしいですか。

<要配慮者D>

- ・はい。

<〇〇氏>

<<名前、年齢、家族、日常生活等について聞き取りを実施>>

- ・何かお困りのことはありますか。

<要配慮者D>

- ・私は足腰が弱く、歩くときに歩行器を貸してもらえると助かります。

<〇〇氏>

- ・分かりました。歩行器を手配し、お使いいただけるようにします。
- ・いろいろなお話を聞かせていただき、ありがとうございました。
- ・今、聞かせていただいた内容を記録として残し、避難生活でも適切な支援が受けられるよう、関係者で共有させていただきたいと思いますが、よろしいですか。
- ・それでは、どのようなお手伝いができるか、協議して、また説明に来ますので、少しお待ちいただいでよろしいですか。

要配慮者E（12歳男性、発達障がい） ※父親（45歳）が同行

<〇〇氏>

- ・私は、岐阜 DWAT の〇〇と申します。
- ・このたびの地震は大変でしたね。お子さんの具合はいかがですか。

<要配慮者Eの父親>

- ・地震でひどく驚いたのですが、こうして慣れない環境にいることもあり、落ち着かないようです。また大きな余震でも起きるとパニックを起してしまう、周りの方に迷惑をかけてしまうのではないかと考えています。

<〇〇氏>

- ・分かりました。
- ・私は、介護など福祉の支援をさせていただくチームです。少しお話を聞かせていただいでよろしいですか。

<要配慮者Eの父親>

- ・はい。

<〇〇氏>

<<名前、年齢、家族、日常生活等について聞き取りを実施>>

- ・何かお困りのことはありますか。

<要配慮者Eの父親>

- ・息子は卵と牛乳にアレルギーがありますので、食事の際はご配慮いただきたいと思います。

<〇〇氏>

- ・分かりました。卵と牛乳のアレルギーに配慮した食事の準備をしていきます。
- ・いろいろなお話を聞かせていただき、ありがとうございました。
- ・今、聞かせていただいた内容を記録として残し、避難生活でも適切な支援が受けられるよう、関係者で共有させていただきたいと思いますが、よろしいですか。
- ・それでは、どのようなお手伝いができるか、協議して、また説明に来ますので、少しお待ちいただいでよろしいですか。

要配慮者 F（23 歳男性、精神障がい）

<〇〇氏>

- ・私は、岐阜 DWAT の〇〇と申します。
- ・このたびの地震は大変でしたね。体調はいかがですか。

<要配慮者 F>

- ・普段と変わりません。

<〇〇氏>

- ・私は、介護など福祉の支援をさせていただくチームです。少しお話を聞かせていただいてもよろしいですか？

<要配慮者 F>

- ・はい。

<〇〇氏>

<<名前、年齢、家族、日常生活等について聞き取りを実施>>

- ・何かお困りのことはありますか。

<要配慮者 F>

- ・ちょっと熱っぽいのですが、体温計を貸してもらえますか。

<〇〇氏>

- ・どうぞ。

<<3分後…37.5℃>>

- ・少し熱がありますね。定期的に体温を測りましょう。体調に異変があれば、声をかけてください。
- ・今、聞かせていただいた内容を記録として残し、避難生活でも適切な支援が受けられるよう、関係者で共有させていただきたいと思いますが、よろしいですか。
- ・それでは、どのようなお手伝いができるか、協議して、また説明に来ますので、少しお待ちいただいてもよろしいですか。

②ケア方針の協議

第〇班 全員で当面のケア方針を協議

■第〇班によるケア方針の協議

<リーダー：〇〇氏>

- ・それでは、要配慮者6組の方について、当面の対応策を検討していきます。では、順に聞き取り結果を報告してください。

<〇〇氏>

- ・**要配慮者A**については、認知症があり、要介護3の認定を受けており、普段は、デイサービスを利用しながら在宅生活を送られているとのこと。また、普段は自立歩行が可能とのことですが、この災害で自宅から避難所へ向かう途中、左足を捻挫したとのこと、今は車椅子を使用しています。しきりに家に帰りたいと言っておられます。
- ・当面は、目の届く範囲で見守りを行いつつ、1時間おきに本人に接触して状況把握を行い、必要な支援を行っていきたいと考えます。
- ・要配慮事項としては、3時間ごとに服薬されているのですが、薬の飲み忘れがよくあるとのこと、服薬の時間になったら教えてもらいたいとのこと。なお、次の服薬は、14:20の予定とのこと。

<リーダー：〇〇氏>

- ・ありがとうございました。では、**要配慮者A**については、1時間おきの声掛けと、3時間ごとの服薬の声掛けをしていきます。この対応でよろしいですか。

<〇〇氏以外>

- ・はい。

<リーダー：〇〇氏>

- ・続いて、**要配慮者B、C**について、聞き取り結果を報告してください。

<〇〇氏>

- ・**要配慮者B、C**はご夫婦で、お二人とも要介護2の認定を受けておられます。高齢者のみ世帯であり、普段は、ホームヘルパーによる食事や入浴などの介助を受けながら、在宅生活を送られているとのこと。
- ・お二人とも比較的落ち着いてみえますので、当面は、見守りを行うこととし、2～3時間おきに声掛けをする対応でよいと考えます。
- ・要配慮事項としては、**要配慮者B**は、糖尿病のため、インスリン注射の声掛けと食事の配慮、**要配慮者C**については、難聴のため、大きな声で話しかけるよう、ご本人から希望がありました。

<リーダー：〇〇氏>

- ・ありがとうございました。**要配慮者B、C**については、2～3時間おきの声掛けと、**要配慮者B**は、糖尿病のため、インスリン注射の声掛けと食事の配慮、**要配慮者C**については、難聴のため、大きな声で話しかけるよう、留意していきます。この対応でよろしいですか。

<〇〇氏以外>

・はい。

<リーダー：〇〇氏>

・続いて、**要配慮者D**について、聞き取り結果を報告してください。

<〇〇氏>

- ・**要配慮者D**は、要介護2の認定を受けておられ、普段は、デイサービスを利用しながら、在宅生活を送られているとのことでした。
- ・比較的落ち着いてみえますので、当面は、見守りを行うこととし、2～3時間おきに声掛けをする対応でよいと考えます。
- ・要配慮事項としては、**要配慮者D**は、足腰が弱っているため、歩行の際は、歩行器を使用してもらえよう手配する必要があると思います。

<リーダー：〇〇氏>

・ありがとうございました。**要配慮者D**については、2～3時間おきの声掛けと、歩行器の手配を行います。この対応でよろしいですか。

<〇〇氏以外>

・はい。

<リーダー：〇〇氏>

・続いて、**要配慮者E**について、聞き取り結果を報告してください。

<〇〇氏>

- ・**要配慮者E**は12歳男性、発達障がいがあり、父親と同時避難してきています。父親によると、地震でひどく驚き、こうした慣れない環境にいてもあり、落ち着かないようで、大きな余震でも起きるとパニックを起してしまい、周りの方に迷惑をかけてしまうのではないかと心配しておられます。
- ・今後、余震が続くようであれば、個室を手配する必要性が出てくる可能性もありますが、当面は、父親が同行されているので見守りを行うこととし、2～3時間おきに声掛けをする対応でよいと考えます。
- ・要配慮事項としては、卵と牛乳にアレルギーがあるので、食事の際に留意が必要です。

<リーダー：〇〇氏>

・ありがとうございました。**要配慮者E**については、2～3時間おきの声掛けと、卵と牛乳へのアレルギーに留意していきます。この対応でよろしいですか。

<〇〇氏以外>

・はい。

<リーダー：〇〇氏>

・最後に、**要配慮者F**について、聞き取り結果を報告してください。

<〇〇氏>

- ・**要配慮者F**は23歳男性、高校在学中に不登校となり、自宅で引きこもりがちな生活を送っているとのことでした。
- ・コミュニケーションも取れる状況ですので、当面は、見守りを行うこととし、3～4時間おきに声掛けする対応でよいと考えます。

- ・留意事項としては、現在、37.5℃の熱がありますので、定期的な体温測定が必要です。

<リーダー：〇〇氏>

- ・ありがとうございました。**要配慮者F**については、3～4時間おきの声掛けと、定期的な体温測定を行い、体調に変化がないか、声掛けをしていきます。発熱に関しては、脱水症状になる可能性もあるので、水分補給を心がけるよう声掛けをしてください。この対応でよろしいですか。

<〇〇氏以外>

- ・はい。

<リーダー：〇〇氏>

- ・では、ケア方針の打ち合わせはこれで終わります。
- ・皆さんは、聞き取りを行った要配慮者の元へ行き、今後の対応の説明を行ったあと、ケア等にあたってください。
- ・私は、避難所運営チーム（責任者：〇〇氏）に協議結果を報告します。

③要配慮者へのケア方針の説明

第〇班隊員が、決定したケア方針を要配慮者A～Fへ伝達

■**第〇班**から要配慮者への説明

<〇〇氏>

- ・先ほどお話しをお聞きしました、〇〇です。
- ・Aさんについては、1時間おきにお話を伺いに来ますので、お困りのことや必要な支援がありましたらおっしゃってください。また、服薬のタイミングでお声掛けをさせていただきます。次回の服薬は14:20ですので、その頃、また伺います。

<要配慮者A>

- ・はい。

<〇〇氏>

- ・先ほどお話しをお聞きしました、〇〇です。
- ・Bさん、Cさんについては、2～3時間おきにお話を伺いに来ますので、お困りのことや必要な支援がありましたらおっしゃってください。
- ・Bさんの糖尿病によるインスリン注射の声掛けと食事制限、Cさんにはなるべく大きな声でお話しをさせていただきます。

<要配慮者B、C>

- ・はい。

<〇〇氏>

- ・先ほどお話しをお聞きしました、〇〇です。
- ・Dさんについては、2～3時間おきにお話を伺いに来ますので、お困りのことや必要な支援がありましたらおっしゃってください。
- ・歩行器を手配して、お届けしますので、しばらくおまちください。

<要配慮者D>

- ・はい。

<〇〇氏>

- ・先ほどお話しをお聞きしました、〇〇です。
- ・Eさんについては、2～3時間おきにお話を伺いに来ますので、お困りのことや必要な支援がありましたらおっしゃってください。また、今後、余震が続くようであれば、個室を手配するなどの対応も考えていきたいと考えております。
- ・卵と牛乳のアレルギーについて、配慮した食事をご用意しますので、ご安心ください。

<要配慮者Eの父親>

- ・はい。

<〇〇氏>

- ・先ほどお話しをお聞きしました、〇〇です。
- ・Fさんについては、3～4時間おきにお話を伺いに来ますので、お困りのことや必要な支援がありましたらおっしゃってください。
- ・若干熱がありますので、定期的に体温測定をしていきたいと思っております。また、脱水症状となる危険性がありますので、水分補給を心がけるようにしてください。体調に変化がありましたら、お声掛けください。

<要配慮者F>

- ・はい。

④福祉避難所責任者である避難所運営チームの責任者へ、ケア方針を報告

■第〇班リーダーは、決定したケア方針について、避難所運営チーム（責任者：〇〇氏）へ報告

■第〇班リーダーから避難所運営チーム（責任者：〇〇氏）へ報告

<リーダー：〇〇氏>

- ・**要配慮者A**は、『認知症、要介護3』で、今は左足捻挫のため車椅子を使用されています。当面は、1時間おきに本人に接触し、必要な支援を行います。また、ご本人から、薬の飲み忘れが多いと聞きましたので、服薬のタイミングでお声掛けをしていきます。
- ・**要配慮者B・C**は、ご夫婦で、いずれも『要介護2』です。高齢者のみ世帯であり、普段は、ホームヘルパーによる食事や入浴などの介助を受けながら、在宅生活を送られているとのこと。お二人とも比較的落ち着いてみえますので、当面は、見守りを行うこととし、2～3時間おきに声掛けを行います。Bさんは、糖尿病によるインスリン注射と食事制限がありますので、声掛けと食事の配慮をしていきます。Cさんは難聴とのことですので、なるべく大きな声で話をしていきます。

- ・ **要配慮者D**は、『要介護2』です。普段は、デイサービスを利用しながら、在宅生活を送られているとのこと。今は比較的落ち着いてみえますので、当面は、見守りを行うこととし、2～3時間おきに声掛けを行います。また、足腰が弱くなっているようですので、歩行器を手配し、使っていただく予定です。
 - ・ **要配慮者E**は、発達障がいのある12歳男性で、父親と同時避難してきています。父親によると、地震でひどく驚き、こうした慣れない環境にいることもあり、落ち着かないようで、大きな余震でも起きるとパニックを起してしまい、周りの方に迷惑をかけてしまうのではないかと心配しておられます。今後、余震が続くようであれば、個室を手配する必要がある可能性もありますが、当面は、父親が同行されているので見守りを行うこととし、2～3時間おきに声掛けを行います。また、卵と牛乳にアレルギーがあるとのことですので、配慮した食事を用意していきます。
 - ・ **要配慮者F**は、23歳男性で、精神障がいがあります。高校在学中に不登校となり、自宅で引きこもりがちな生活を送っているとのこと。コミュニケーションも取れる状況ですので、当面は、見守りを行うこととし、3～4時間おきに声掛けを行います。また、現在、37.5℃の発熱がありますので、定期的な体温測定をしていき、脱水症状にならないよう、水分補給を心がけるよう声掛けを行っていきます。
- ・ 当面、以上の方針で対応していきたいと考えております。

■避難所運営チーム（責任者：〇〇氏）

- ・ 了解しました。**要配慮者D**の歩行器は、当施設に使っていないものがありますので、どうぞお使いください。

（2）報告書等の作成（活動報告書、引継書）

県へ提出する活動報告書、後続の第〇班への引継書を作成

<【岐阜 DWAT 活動記録報告書】の作成>

第〇班リーダーは、毎日、チームの活動記録を作成し、県へ報告する。

◆報告書提出先

所属	報告先
岐阜県 健康福祉部健康福祉政策課	e-mail : c11221@pref.gifu.lg.jp FAX : 058-278-2620

【様式3】

岐阜 DWAT 活動記録報告書

年 月 日

岐阜県知事 様

報告者氏名 (岐阜 DWAT リーダー)			
活動年月日 (報告対象)	年 月 日		
派遣場所			
対象者	高齢者(名)、障がい者(名)、妊産婦(名)、 乳幼児(名)、その他(名)		
活動内容			
岐阜 DWAT 隊員	氏名 (リーダー)	職種	健康状態 良 ・ 不良
			良 ・ 不良
			良 ・ 不良
			良 ・ 不良
			良 ・ 不良
特記事項			

< 【岐阜 DWAT 活動に係る引継書】 の作成 >

- ・ **第○班**リーダーは、**第○班**へ引継を行うために引継書を作成する。
- ・ 引継書は、**被災者アセスメント調査票**及び**要配慮者個票**を添付し、要配慮者のケアの経過等を併せて引き継ぐ。

【様式4】

岐阜 DWAT 活動に係る引継書

年 月 日

岐阜 DWAT の活動について、別添のとおり引継します。

- 1 作成者
岐阜 DWAT リーダー
- 2 活動場所
- 3 活動期間
年 月 日 ~ 年 月 日
- 4 要配慮者情報
(1) 人数
(2) 種別
- 5 特記事項

4. 後続班の到着及び引継

（1）福祉避難所責任者である避難所運営チームの責任者へ挨拶

第〇班による避難所運営チーム（責任者：〇〇氏）への到着報告及び挨拶

■**第〇班**

- ・私は、岐阜県からの要請で派遣された岐阜 DWAT の**第〇班**リーダーの〇〇と申します。
- ・チーム編成は、介護福祉士〇名、社会福祉士〇名、精神保健福祉士〇名、幼稚園教諭〇名の計5名です。
- ・**第〇班**から活動内容を引き継ぎ、活動を行っていきます。よろしくお願ひします。

■避難所運営チーム（責任者：〇〇氏）

- ・わかりました。よろしくお願ひします。

(2) 第○班から第○班への引継

①引継書（【岐阜 DWAT 活動に係る引継書】 + 【被災者アセスメント調査票】 +

【要配慮者個票】）に基づき、要配慮者A～Fへの支援に関する要配慮事項や、活動にあたっての引継を実施

※チーム全員参加

■第○班から第○班への引継

- ・要配慮者A～Fへの支援の状況及び要配慮事項は、次のとおりです。
- ・**要配慮者A**は、『認知症、要介護3』で、今は左足捻挫のため車椅子を使用されています。1時間おきに本人に接触し、必要な支援を行っています。
また、要配慮事項として、本人から、3時間おきに服薬しているが、薬の飲み忘れが多いと聞きましたので、服薬のタイミングで声掛けをしています。直近は、14:20に服薬しましたので、今回は、17:20です。
- ・**要配慮者B・C**は、ご夫婦で、いずれも『要介護2』です。高齢者のみ世帯であり、普段は、ホームヘルパーによる食事や入浴などの介助を受けながら、在宅生活を送られているとのこと。お二人とも比較的落ち着いてみえますので、見守りをベースとし、2～3時間おきに声掛けを行っています。
また、要配慮事項として、Bさんは、糖尿病によるインスリン注射と食事制限がありますので、声掛けと食事の配慮を行っています。Cさんは難聴とのことですので、なるべく大きな声で話をするよう留意してください。
- ・**要配慮者D**は、『要介護2』です。普段は、デイサービスを利用しながら、在宅生活を送られているとのこと。今は比較的落ち着いてみえますので、見守りをベースとし、2～3時間おきに声掛けを行っています。
また、要配慮事項として、足腰が弱っているため、『喜の里』から歩行器をお借りして使ってもらっています。
- ・**要配慮者E**は、発達障がいのある12歳男性で、父親と同時避難してきています。父親によると、地震でひどく驚き、こうした慣れない環境にいることもあり、落ち着かないようで、大きな余震でも起きるとパニックを起してしまう、周りの方に迷惑をかけてしまうのではないかと心配しておられます。今後、余震が続くようであれば、個室を手配する必要がある可能性もありますが、父親が同行されているので見守りをベースとし、2～3時間おきに声掛けを行っています。
また、要配慮事項として、卵と牛乳のアレルギーがあるため、食事に配慮が必要です。
- ・**要配慮者F**は、23歳男性で、精神障がいがあります。高校在学中に不登校となり、自宅で引きこもりがちな生活を送っているとのこと。コミュニケー

ションも取れる状況ですので、見守りをベースとし、3～4時間おきに声掛けを行っています。

また、要配慮事項として、37.5℃の熱が続いていますので、定期的な体温測定を行っていくとともに、脱水症状にも気を付ける必要があります。

②要配慮者の顔合わせを兼ねた引継

要配慮者 A（84 歳男性、自力歩行可能・認知症（要介護 3））

<第〇班リーダー>

・岐阜 DWAT 第〇班の〇〇です。第〇班の活動は本日で終了となり、第〇班が引き続き支援を行っていきます。

Aさんの3時間おきの服薬タイミングのお知らせについては、第〇班に引き継いでいきますので、ご安心ください。

<要配慮者 A>

・はい。

<第〇班リーダー>

・岐阜 DWAT 第〇班の〇〇です。よろしくお願いします。

<要配慮者 A>

・はい。よろしくお願いします。

要配慮者 B（70 歳男性、自力歩行可能（要介護 2））

要配慮者 C（67 歳女性、自力歩行可能（要介護 2））

夫婦

<第〇班リーダー>

・岐阜 DWAT 第〇班の〇〇です。第〇班の活動は本日で終了となり、第〇班が引き続き支援を行っていきます。

Bさんの糖尿病のインスリン注射のお声掛けと食事制限、Cさんへは大きな声でお話しをさせていただく点については、第〇班に引き継いでいきますので、ご安心ください。

<要配慮者 B、C>

・はい。

<第〇班リーダー>

・岐阜 DWAT 第〇班の〇〇です。よろしくお願いします。

<要配慮者 B、C>

・はい。よろしくお願いします。

要配慮者 D（90 歳女性、自力歩行可能（要介護 2））

<第〇班リーダー>

・岐阜 DWAT 第〇班の〇〇です。第〇班の活動は本日で終了となり、第〇班が引き続き支援を行っていきます。

Dさんが移動される際に歩行器が必要であることは、第〇班に引き継いで

いきますので、ご安心ください。

<要配慮者D>

・はい。

<第〇班リーダー>

・岐阜 DWAT 第〇班の〇〇です。よろしくお願いします。

<要配慮者D> はい。よろしくお願いします。

要配慮者E（12歳男性、発達障がい） ※父親（45歳）が同行

<第〇班リーダー>

・岐阜 DWAT 第〇班の〇〇です。第〇班の活動は本日で終了となり、第〇班が引き続き支援を行っていきます。

Eさんの卵アレルギー、牛乳アレルギーについては、第2班に引き継いでいきますので、ご安心ください。

<要配慮者E>

・はい。

<第〇班リーダー>

・岐阜 DWAT 第〇班の〇〇です。よろしくお願いします。

<要配慮者E>

・はい。よろしくお願いします。

要配慮者F（23歳男性、精神障がい）

<第〇班リーダー>

・岐阜 DWAT 第〇班の〇〇です。第〇班の活動は本日で終了となり、第〇班が引き続き支援を行っていきます。

Fさんに微熱があることについては、第〇班に引き継いでいきますので、ご安心ください。

<要配慮者F>

・はい。

<第〇班リーダー>

・岐阜 DWAT 第〇班の〇〇です。よろしくお願いします。

<要配慮者F>

・はい。よろしくお願いします。

5. 要配慮者の生活支援（後続班）

（1）第〇班の撤収

第〇班への引継が完了後、福祉避難所責任者である避難所運営チームの責任者へ活動終了を報告

■第〇班

<リーダー：〇〇氏>

- ・第〇班への引継が終了しましたので、これで第〇班の活動は終了します。1週間お世話になりました。

<避難所運営チーム（責任者：〇〇氏）>

- ・ありがとうございました。

（2）第〇班による要配慮者の生活支援

①ケア方針の協議

第〇班が、第〇班からの引継事項を元に、第〇班としてのケア方針を協議

■第〇班によるケア方針の協議

<第〇班リーダー：〇〇氏>

- ・それでは、要配慮者6組の方について、第〇班からの引継事項を元に、当面の対応策を検討していきます。
- ・要配慮者Aは、『認知症、要介護3』で、今は左足捻挫のため車椅子を使用されています。1時間おきに本人に接触し、必要な支援を行っていきます。要配慮事項として、3時間おきの服薬が必要とのことですので、飲み忘れがないよう、服薬のタイミングに声をかけることに留意してください。次回服薬は、17:20です。
- ・要配慮者B・Cは、ご夫婦で、いずれも『要介護2』です。高齢者のみ世帯であり、普段は、ホームヘルパーによる食事や入浴などの介助を受けながら、在宅生活を送られているとのこと。お二人とも比較的落ち着いてみえますので、見守りをベースとし、2～3時間おきに声掛けを行っていきます。要配慮事項として、要配慮者Bは、糖尿病によるインスリン注射と食事制限が必要であること、要配慮者Cは、難聴のため、声掛けの際は大きな声でゆっくりと話しかけるように留意してください。

- ・ **要配慮者D**は、『要介護2』です。普段は、デイサービスを利用しながら、在宅生活を送られているとのこと。今は比較的落ち着いてみえますので、見守りをベースとし、2～3時間おきに声掛けを行っていきます。要配慮事項としては、足腰が弱いため、歩行の際は歩行器を使用するよう、留意してください。
- ・ **要配慮者E**は、発達障がいのある12歳男性で、父親と同時避難してきています。父親によると、地震でひどく驚き、こうした慣れない環境にいたり、落ち着かないようで、大きな余震でも起きるとパニックを起してしまい、周りの方に迷惑をかけてしまうのではないかと心配しておられるとのこと。今後、余震が続くようであれば、個室を手配する必要性が出てくる可能性もありますが、父親が同行されているので見守りをベースとし、2～3時間おきに声掛けを行っていきます。要配慮事項としては、卵アレルギーと牛乳アレルギーがありますので、食事の際は留意が必要です。
- ・ **要配慮者F**は、23歳男性で、精神障がいがあります。高校在学中に不登校となり、自宅で引きこもりがちな生活を送っているとのこと。コミュニケーションも取れる状況ですので、見守りをベースとし、3～4時間おきに声掛けを行っていきます。要配慮事項としては、現在、37.5℃の発熱があります。これ以上体温が上がるようであれば、感染症防止の観点から、他の要配慮者から隔離する必要もでてきますので、体調の変化に注意していただくとともに、脱水症状に注意してください。場合によっては、医療機関の受診を勧めることもあります。
- ・ 以上が、**第〇班**からの引継事項ですので、当面は、この方針で対応していきたいと思いますが、いかがでしょうか。

<**第〇班**全員>

- ・ 了解しました。

②要配慮者の担当決め

■**第〇班**による要配慮者の担当割り振り

<**第〇班**リーダー：〇〇氏>

- ・ 当面、**第〇班**内の割り振りは、次のとおりとします。
 - 〇〇さん：要配慮者A・D
 - 〇〇さん：要配慮者B・C
 - 〇〇さん：要配慮者E
 - 〇〇さん：要配慮者F
- ・ **第〇班**もこれまでのケア方針を引き継いで対応していく旨、要配慮者へ伝え、各自方針に基づいてケア等にあたってください。
- ・ 私は、避難所運営チーム（責任者：〇〇氏）に協議結果を報告します。

<第〇班の担当>

第〇班 隊員	要配慮者
〇〇〇〇 ※リーダー	—
〇〇〇〇（介護福祉士）	要配慮者 A・D（高齢者）
〇〇〇〇（社会福祉士）	要配慮者 B・C（高齢者夫婦）
〇〇〇〇（幼稚園教諭）	要配慮者 F（障がい児）
〇〇〇〇（精神保健福祉士）	要配慮者 E（障がい者）

③要配慮者へのケア方針の説明

第〇班で協議し、決定したケア方針について、担当の隊員から要配慮者 A～F へ説明

■第〇班から要配慮者への説明

要配慮者 A（84 歳男性、自力歩行可能・認知症（要介護 3））

<〇〇氏>

- ・〇〇です。A さんには、これまでと同様、私が 1 時間ごとにお話を伺いに来ますので、お困りのことや必要な支援がありましたらおっしゃって下さい。
- ・3 時間おきの服薬については、引き続き、お声掛けさせていただきます。次回は 17:20 ですね。

<要配慮者 A>

- ・はい。よろしくお願いします。

要配慮者 B（70 歳男性、自力歩行可能（要介護 2））

要配慮者 C（67 歳女性、自力歩行可能（要介護 2））

夫婦

<〇〇氏>

- ・〇〇です。
- ・B さん、C さんには、これまでと同様、2～3 時間おきにお話を伺いに来ますので、お困りのことや必要な支援がありましたらおっしゃってください。よろしいでしょうか？
- ・B さんは、糖尿病によるインスリン注射と食事制限、C さんは、なるべく大きな声でお話しをさせていただきます。

<要配慮者 B、C>

- ・はい。

要配慮者D（90歳女性、自力歩行可能（要介護2））

<〇〇氏>

- ・〇〇です。
- ・Dさんについては、これまでと同様、2～3時間おきにお話を伺いに来ますので、お困りのことや必要な支援がありましたらおっしゃってください。
- ・また、歩行器のほか、必要なものがありましたら、お声掛けください。

<要配慮者D>

- ・はい。

要配慮者E（12歳男性、発達障がい） ※父親（45歳）が同行

<〇〇氏>

- ・〇〇です。
- ・Eさんについては、これまでと同様、2～3時間おきにお話を伺いに来ますので、お困りのことや必要な支援がありましたらおっしゃってください。
- ・卵と牛乳のアレルギーについては、引き続き、留意した食事をご用意します。

<要配慮者Eの父親>

- ・はい。よろしくお願ひします。

要配慮者F（23歳男性、精神障がい）

<〇〇氏>

- ・〇〇です。
- ・Fさんについては、これまでと同様、3～4時間おきにお話を伺いに来ますので、お困りのことや必要な支援がありましたらおっしゃってください。
- ・定期的に体温測定を行いますので、よろしくお願ひします。

<要配慮者F>

- ・はい。

④福祉避難所責任者である避難所運営チームの責任者へ、ケア方針を報告

第〇班リーダーは、決定したケア方針について、避難所運営チーム（責任者：〇〇氏）へ報告

■第〇班リーダーから避難所運営チーム（責任者：〇〇氏）への報告

<リーダー：〇〇氏>

- ・**要配慮者A**は、『認知症、要介護3』で、今は左足捻挫のため車椅子を使用されています。当面は、1時間おきに本人に接触し、必要な支援を行っていきます。また、薬の飲み忘れが多いとのことですので、服薬のタイミングでお声掛けをしていきます。

- ・ **要配慮者B・C**は、ご夫婦で、いずれも『要介護2』です。高齢者のみ世帯であり、普段は、ホームヘルパーによる食事や入浴などの介助を受けながら、在宅生活を送られているとのこと。お二人とも比較的落ち着いてみえますので、当面は、見守りを行うこととし、2～3時間おきに声掛けを行います。Bさんは、糖尿病によるインスリン注射と食事制限がありますので、声掛けと食事の配慮をしていきます。Cさんは難聴とのことですので、なるべく大きな声で話をしていきます。
 - ・ **要配慮者D**は、『要介護2』です。普段は、デイサービスを利用しながら、在宅生活を送られているとのこと。今は比較的落ち着いてみえますので、当面は、見守りを行うこととし、2～3時間おきに声掛けを行います。足腰が弱くなっているとのことですので、引き続き、歩行器を使用してもらいます。
 - ・ **要配慮者E**は、発達障がいのある12歳男性で、父親と同時避難してきています。父親によると、地震でひどく驚き、こうした慣れない環境にいることもあり、落ち着かないようで、大きな余震でも起きるとパニックを起してしまい、周りの方に迷惑をかけてしまうのではないかと心配しておられます。今後、余震が続くようであれば、個室を手配する必要がある可能性もありますが、当面は、父親が同行されているので見守りを行うこととし、2～3時間おきに声掛けを行います。
また、卵と牛乳にアレルギーがあるとのことですので、配慮した食事を用意していきます。
 - ・ **要配慮者F**は、23歳男性で、精神障がいがあります。高校在学中に不登校となり、自宅で引きこもりがちな生活を送っているとのこと。コミュニケーションも取れる状況ですので、当面は、見守りを行うこととし、3～4時間おきに声掛けを行います。
37.5℃の発熱が続いていますので、定期的な体温測定をしていくとともに、脱水症状にならないよう水分補給の声掛けをしていきます。
- ・ 当面、以上の方針で対応していきたいと考えております。

■避難所運営チーム（責任者：〇〇氏）

- ・ 了解しました。