

様式集

山形県災害派遣福祉チーム

山形県災害派遣福祉チーム派遣指示書

山形県知事 吉村 美栄子 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

1 派遣期間 _____年 ____月 ____日（ ____）～ _____年 ____月 ____日（ ____）

2 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 :

3 集合日時、場所

集合日時 : _____年 ____月 ____日（ ____） ____時

集合場所 :

● 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						

● 宿泊先

_____ ・ 未定（ 事務局手配予定・現地手配 ）

住所： _____

TEL： _____

● 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】

事務局（県地域福祉推進課）担当 _____

TEL：023-630-●●● FAX：023-630-●●● Mail：●●●@pref.yamagata.jp

関係者連絡先一覧

【令和 年 月 日 県 市・町・村 災害】

連絡先	電話番号	メール
県地域福祉推進課		
県地域福祉推進課直通		
県庁代表		
担当者個人 ()		
協力団体事務局		
事務局直通		
事務局代表		
災害時優先		
担当者個人 ()		
担当者個人 ()		
被災地関係者		
〇〇市町村災害対策本部 要配慮者担当 () 医療担当 ()		
〇〇避難所 運営者 () 要配慮者担当 () 管理者 ()		
市町村保健センター 災害統括保健師 () 〇〇避難所担当保健師 ()		
1次チーム		
チーム公用携帯		
チーム用メールアドレス		
リーダー：		
サブリーダー：		
その他		

チーム携行品チェック表

※事務局に控えを提出

【令和 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
チーム用携行品	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4×4 or 手回）	個	1	A		
	デジカメ（SD付、専用充電電池 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			

	品名	単位	想定数	重要度	持出	返却
個人用携行品	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： クリップボード（A3）	足 冊	6	A		
	ヘルメット	個	6	A		
	防寒着（上のみ）（サイズ： ユニフォーム（上・下）（サイズ： ベスト	枚 セット 枚	6	A		
	安全長靴（サイズ： 寝袋	足 個	6	A		
	エアークッション	個	6	A		
	毛布（1人2枚）	枚	12	A		
	トランシーバー（専用バッテリーor単3）	個	6	A		

※ 初動時に手配する資機材等の例

物品等		数量	手配担当
現金		概ね5万円	事務局
チーム用名刺、緊急通行車両証		チーム(員)数	事務局
優先給油所・給油証（携行缶用ガソリン）		チーム数	事務局
公用携帯電話（可能であれば衛星電話）		チーム数×2	事務局
モバイル機器		チーム数	事務局
ノートPC、PC用プリンター		チーム数	事務局
事務用品（A4用紙、セロテープ、ガムテープ、模造紙、カラーマジック、ホチキス、電卓、ファイル、パンチ）		必要数	事務局・チーム員
飲料水・生活用水、食糧、トイレットペーパー		必要量	チーム員
冬	反射式ストーブ、灯油	必要数	事務局
夏	扇風機	必要数	事務局

作成日 年 月 日

山形県災害派遣福祉チーム活動計画書

リーダー： _____ サブリーダー： _____

1 派遣期間： 令和 年 月 日 () ~ 月 日 ()

2 派遣先： _____ 県 _____ 市・町・村

現地災害対策本部：住所 _____

TEL _____ 担当者 _____

3 活動計画 活動先 _____ 町・地区 _____ 避難所 _____

日目	AM	PM
1		
2		
3		
4		
5		

4 追加派遣等の可能性

--

5 その他の情報

--

現地情報報告書

令和 年 月 日 時 (次) チーム報告

1 派遣先 市町村 : _____ 県 _____ 市・町・村
 活動先 _____ 町・地区 _____ 避難所

2 活動地域の状況

① 被害 状況	人的被害	
	住宅被害	
	ライフライン	
	交通	
② 避難 状況	避難所数	対策本部の組織の状況
	収容できない避難者 (有・無)	福祉部局の状況
③ ライフ ライン	電気	見込み
	ガス	
	水道	
	ガソリン	
	通信電波	
④ その他		

3 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）		
⑧ 組織	代表者		その他
		（立場）	
	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		

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	避難所内の生活場所	
生年月日 T・S・H・R 年 月 日 (歳)		
自宅住所		
携帯電話		自宅電話
<< 介護者、家族等 >> <input type="checkbox"/> 緊急 介護者 (あり・なし)		<< 利用サービス等 >>
<< 介護度の状況 >> <input type="checkbox"/> 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 >> <input type="checkbox"/> 緊急 中断できない服薬あり、ストマー (確保不可)、 その他 ()		<< 特別な医療ケア >> <input type="checkbox"/> 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
<< かかりつけ医等 >>		<< 既往歴 >>
<< <input type="checkbox"/> 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）

● 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・テント等含む）】		

● 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	概要

山形県災害派遣福祉チーム活動引継書

リーダー： サブリーダー：

1 避難所活動期間：

令和 年 月 日 () : ~ 月 日 () :

2 派遣先： 県 市・町・村

避難所（運営責任者：）

（管理者：）、（その他キーマン：）

3 引継書類（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	チーム携行品チェック表	1	
4	活動計画書	/ ~ /	
5	現地情報報告書	1	
6	アセスメント表・ケース記録	人分	
7	活動日誌	日分	
	その他 ・ ・ ・		

4 懸案事項

5 その他の情報

山形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 /	:	:				