

公益社団法人 全国老人福祉施設協議会

災害派遣福祉チーム（全国老施協 DWAT）設置要綱

1. 目的

大規模自然災害発生時の被災地域における高齢者福祉施設に対し、迅速かつ的確な専門職種による福祉ニーズの把握・支援等の実施、並びに本事業を通じて平時からの全国老施協会員施設における防災対応力向上を目的として、設置する。

2. 実施主体

公益社団法人全国老人福祉施設協議会（以下「全国老施協」という。）

3. 実施協力

対象地区に関わる当該都道府県・指定都市（以下「都道府県等」という。）老人福祉施設協議会（以下「老施協」という。）

4. 事業内容

（1）災害派遣福祉チーム（全国老施協 DWAT）の構成等

1 チーム当たり介護職員、看護職員、生活相談員、ケアマネジャー、施設長等の専門職 4～6 人程度で構成する。

（2）災害派遣福祉チーム（全国老施協 DWAT）の登録

事前に都道府県（市）老施協ごとに別紙【様式 1】を全国老施協へ提出し、登録する。

（3）災害派遣福祉チーム（全国老施協 DWAT）の養成

全国老施協が主催する「災害派遣福祉チーム（全国老施協 DWAT）養成基礎研修プログラム」の受講もしくは同等の研修会を修了することが望ましい。

（4）災害派遣福祉チーム（全国老施協 DWAT）の要請

大規模自然災害発生時に当該都道府県等老施協が全国老施協に派遣を要請し、それをもって全国老施協が協力可能な都道府県等老施協および登録チームへ別紙【様式 2-1】【様式 2-2】をもって派遣依頼を行う。

（5）災害派遣福祉チーム（全国老施協 DWAT）の活動

被災地域の高齢者福祉施設において、福祉ニーズの把握・支援等を行うとともに介護業務、相談援助業務等全般について活動する。

(6) 災害派遣福祉チーム（全国老施協 DWAT）の情報共有

災害派遣福祉チーム（全国老施協 DWAT）及び全国老施協並びに都道府県等老施協は、【様式 3】に基づき、関係者連絡先等について共有する。

(7) 災害派遣福祉チーム（全国老施協 DWAT）の活動計画及び報告について

被災地域の高齢者福祉施設における活動計画及び報告については、【様式 5】【様式 6-1】【様式 6-2】に基づき、都道府県等老施協及び全国老施協へ提出することとする。

5. 設置時期

平成 29 年 7 月～

6. 活動費用

本会が主催する養成基礎研修参加費並びに災害発生時の活動費については本会負担とする

7. 事務局

公益社団全国老人福祉施設協議会

災害対策委員会

〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-7-1 塩崎ビル 7 階

TEL:03-5211-7700 FAX:03-5211-7705

附 則

この要綱は、令和 2 年 4 月 1 日から施行する。

【様式1】

公益社団法人全国老人福祉協議会
災害派遣福祉チーム（全国老施協 DWAT）
登録者一覧

作成日 年 月 日

公益社団法人全国老人福祉施設協議会

会長 平石 朗 様

都道府県・指定都市老施協名 _____

チーム登録者一覧

	氏名	職種	所属施設・法人	携帯 TEL / メール
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

【様式2-1】

公益社団法人全国老人福祉協議会
災害派遣福祉チーム（全国老施協 DWAT）
派遣依頼書

作成日 年 月 日

〇〇〇都道府県・指定都市老人福祉施設協議会

会長 様

月 日に で発生した（災害名）
における（施設名）への派遣を依頼します。

公益社団法人全国老人福祉施設協議会
会長 平石 朗 印

（1）派遣日程等

派遣期間 : 年 月 日（ ）～ 月 日（ ）

（2）派遣先

被災市町村 : 県 市・町・村

被災施設名 : _____

住所 _____

TEL _____

FAX _____

メール _____

連絡担当者 : _____

要請内容 : _____

(3) チーム編成 ※◎はリーダー、○はサブリーダー

	氏名	職種	所属施設 (法人)	携帯 TEL/メール
1				
2				
3				
4				
5				
6				

(4) 現地の状況 (地図等があれば添付のこと)

【被災状況】

【道路状況】

【活動予定施設の状況】

・入所者の状況

・職員の状況

・避難者の状況

・ライフライン

【その他】

【様式 2 - 2】

公益社団法人全国老人福祉協議会
災害派遣福祉チーム（全国老施協 DWAT）
派遣依頼書

作成日 年 月 日

〇〇〇都道府県・指定都市老人福祉施設協議会

災害派遣福祉チーム（全国老施協 DWAT）

リーダー 〇〇 〇〇 様

____月 ____日に _____で発生した（災害名）
_____における（施設名） _____への派遣を依頼します。

公益社団法人全国老人福祉施設協議会
会長 平石 朗 印

（1）派遣日程等

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

（2）派遣先

被災市町村 : _____県 _____市・町・村

被災施設名 : _____

住所 _____

TEL _____

FAX _____

メール _____

連絡担当者 : _____

要請内容 : _____

(3) チーム編成 ※◎はリーダー、○はサブリーダー

	氏名	職種	所属施設 (法人)	携帯 TEL/メール
1				
2				
3				
4				
5				
6				

(4) 現地の状況 (地図等があれば添付のこと)

【被災状況】

【道路状況】

【活動予定施設の状況】

・入所者の状況

・職員の状況

・避難者の状況

・ライフライン

【その他】

【様式 3】

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
公益社団法人全国老人福祉施設協議会		
災害対策委員会	03-5211-7700	js.saigaitaisaku@roushikyo.or.jp
事務局（電話）	03-5211-7700	js.jimukyoku@roushikyo.or.jp
事務局（FAX）	03-5211-7705	
担当者個人（ ）		
※夜間 18 時以降および土日祝日連絡先		
担当者個人（ ）		
都道府県・指定都市老人福祉施設協議会		
代表		
直通		
担当者個人（ ）		
担当者個人（ ）		
被災地都道府県・指定都市老人福祉施設協議会		
代表		
直通		
担当者個人（ ）		
担当者個人（ ）		
派遣先被災施設		
代表		
施設長・管理者		
担当者個人（ ）		
担当者個人（ ）		
1 次チーム		
チーム公用携帯		
チームモバイル		
リーダー：		
サブリーダー：		

※チームリーダーの方は「集合時・出発時・被災施設到着時・被災施設出発時・解散時」に
全国老施協連絡先へ電話またはメールにて必ず報告・連絡を行うこと。

※緊急時連絡先は全国老施協とすること。

【様式4】 チーム携行品チェック表（例）

	品名	単位	重要度	持出数
チーム用物品	車両用マグネットシート	セット	A	
	ガソリン携行缶	缶	A	
	ポリタンク	個	A	
	救急箱	セット	B	
	保湿アルミシート	枚	B	
	バケツ	個	B	
	ブルーシート	枚	A	
	ランタン	個	A	
	デジカメ	台	A	
	PCタブレット	台	A	
	ゴム手袋 Mサイズ（100枚入）	箱	A	
	Lサイズ（100枚入）	箱	A	
	ビニール手袋 Mサイズ（100枚入）	箱	A	
	Lサイズ（100枚入）	箱	A	
	タオル	セット	A	
	ポリ袋 大（100枚）	袋	A	
	小（100枚）	袋	A	
	リュック	個	A	
	ヘッドランプ	個	A	
	防塵メガネ	個	A	
チーム員用物品	雨具	個	A	
	筆記用具セット	セット	A	
	ヘルメット	個	A	
	防寒着	枚	A	
	ベスト	枚	A	
	安全長靴	足	A	
	寝袋	個	A	
	毛布	枚	A	

初動時に手配する主な資機材等の例

物品等	総定数	持出数
緊急通行車両証	各チーム1	
優先給油所・給油証（携行缶用ガソリン等）		
公用携帯電話	各チーム2	
ノートPC、PC用プリンター	各チーム1	
飲料水・生活用水、食糧、トレットペーパー	必要量	

【様式5】

公益社団法人全国老人福祉協議会

災害派遣福祉チーム（全国老施協 DWAT）活動計画書

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

(1) 派遣日程等

派遣期間 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 () ~ _____ 月 _____ 日 ()

(2) 派遣先

被災市町村 : _____ 県 _____ 市・町・村

被災施設名 : _____

住所 _____

TEL _____

FAX _____

メール _____

連絡担当者 : _____

要請内容 : _____

(3) 項目別活動計画 ※派遣期間中にやるべきことを項目別に記入すること

項目	計画内容
①	
②	
③	

(4) 活動計画 ※ (3) にて記入した計画の項目番号ごとに活動計画を記入すること

日目	AM	PM
1		
2		
3		
4		
5		

【様式6-1】

公益社団法人全国老人福祉協議会

災害派遣福祉チーム（全国老施協 DWAT）活動報告書

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

(1) 派遣日程等

派遣期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 () ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

(2) 派遣先

被災市町村： _____ 県 _____ 市・町・村

被災施設名： _____

住所 _____

TEL _____

FAX _____

メール _____

連絡担当者： _____

要請内容： _____

(3) 活動施設の状況

① 被害 状況	人的被害 ・利用者 ・職員	
	建物被害	
	ライフライン	
	交通	
② 避難 状況	施設内への地域の避難者（有・無）	今後の見込み
	収容できない避難者（有・無）	

③ 物資	水	
	食料	
④ 施設 の 環 境	介護用品	
	<ul style="list-style-type: none"> ・紙おむつ ・おしり拭き ・ディスポ手袋 ・マスク ・経管栄養食 	
⑤ 医療	その他	
	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（ ）
	トイレ	可・不可・その他又は特記（ ）
	通信電波	可・不可・その他又は特記（ ）
	福祉避難所の指定【 有・無・その他（ ）】	
食事： 回／日（主な内容 ）、炊出し（有・無）		
⑥ その他	救護所（有・無）、地域の医師との連携（有・無）	

【様式6-2】

公益社団法人全国老人福祉協議会

災害派遣福祉チーム（全国老施協 DWAT）活動報告書

作成日 ____年 ____月 ____日 リーダー： _____ サブリーダー： _____

活動内容	今後の対応策

その他事務局等への情報提供

--