

26福総第2945号  
平成27年3月19日

福岡県慢性期ケア協会長 殿

福岡県福祉労働部長  
(福祉総務課企画班)



福岡県と公益社団法人福岡県介護福祉士会との災害時協力協定の締結  
について

春寒しだいに緩むころ、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。また、日ごろから、本県福祉行政の推進にご尽力いただき、心から感謝申し上げます。

標記の件について、平成27年3月16日に「災害時における福祉避難所等への介護福祉士の派遣に係る協定」を締結しましたのでお知らせします。

本協定は、災害発生時に福祉避難所等で必要となる介護福祉士の派遣について取り決めたものです。

つきましては、当協定の趣旨をご理解いただき、災害発生時に貴会会員施設で働く介護福祉士会会員に対し、被災市町村の福祉避難所等への派遣依頼が行われた場合は職員派遣にご配慮いただきますようお願いします。

また、貴会会員施設にも、この旨周知いただきますよう重ねてお願いいたします。

連絡先

福岡県福祉労働部福祉総務課企画班

担当：岩熊正樹

電話：092-643-3246

FAX：092-643-3245

## 災害時における福祉避難所等への介護福祉士の派遣に係る協定書

福岡県（以下「甲」という。）と公益社団法人福岡県介護福祉士会（以下「乙」という。）とは、福岡県内に大規模な地震、風水害、その他の災害（以下「災害」という。）が発生した場合における被災高齢者等への支援のための福祉避難所等への介護福祉士の派遣について、次のとおり協定を締結する。

### （趣旨）

第1条 この協定は、災害救助法（昭和22年法律第118号）に基づき、被災地（災害救助法適用地域をいう。以下同じ）の市町村（以下「被災市町村」という。）からの介護福祉士の派遣要請を受けた甲に対する乙の協力に関し、必要な事項を定めるものとする。

### （介護福祉士の派遣）

第2条 被災市町村は、災害救助法による救助の程度、方法及び期間並びに実費弁償の基準（平成25年10月1日内閣府告示第228号）第2条第1号ハに規定する福祉避難所等（社会福祉施設等自体が被災し、やむを得ずその場所に施設利用者や職員がとどまる形で避難している場所を含む。）において、被災した高齢者等への支援のために介護福祉士の派遣が必要と認められる場合は、甲に対して介護福祉士の派遣を要請できるものとする。

2 甲は、前項の規定により被災市町村からの要請を受けた場合は、乙に介護福祉士の派遣を要請するものとする。

3 前項の要請は、甲が乙に「介護福祉士派遣要請書」（様式第1号）により行うものとする。ただし、緊急を要する時は口頭等により要請し、後日速やかに文書を提出するものとする。

4 派遣する介護福祉士の員数、派遣期間、職種等の詳細は、乙と被災市町村が協議し決定する。

5 乙は、前項の協議により決定した派遣する介護福祉士の員数及び派遣期間等について「派遣決定報告書」（様式第2号）により甲及び被災市町村に報告するものとする。

### （指揮系統）

第3条 乙が派遣する介護福祉士は、派遣要請のあった被災市町村の指揮のもと、福祉避難所等において被災した高齢者等への支援にあたるものとする。

### （介護福祉士の活動内容）

第4条 乙が派遣する介護福祉士は、以下の各号の活動に従事するものとする。

- (1) 被災地での介護等に関する支援全般
- (2) 甲、乙及び被災市町村が設置する各々の災害対策本部との連携による災害情報の収集・提供及び連絡調整

### （災害補償）

第5条 乙は、この協定に基づいて活動に従事した者が、この協定に基づく活動に起因して死亡し、負傷し、又は疾病にかかった場合は、これを補償する。ただし、派遣要請のあった被災市町村の指揮に特段の問題があった場合は、双方で協議し、これを補償する。

### （費用負担）

第6条 この協定に基づく活動に要した旅費等については、原則として、乙が派遣する介護福祉士が負担するものとするが、乙は、乙の予算の定める範囲内において、可能な限りこれを支援する。ただし、大規模な災害により、長期間の派遣や、多数の者を派遣する場合など、乙の負担額が過大な場合は、甲、乙及び被災市町村で協議し、これを負担する。

(介護福祉士の派遣報告)

第7条 乙は、第2条第4項の規定による乙と被災市町村が定めた派遣期間が終了し、派遣活動が完了したときは、「災害支援活動報告書」(様式第3号)を取りまとめのうえ、甲及び被災市町村に報告するものとする。

(個人情報の保護)

第8条 甲、乙及び派遣された介護福祉士は、福祉避難所等での支援活動に当たり、活動上知り得た高齢者等の固有の情報を漏らしてはならない。

(連絡責任者)

第9条 甲及び乙は、要請及び協力に関する事項の伝達を正確かつ円滑に行うため、事前に連絡責任者を定め、これを互いに通知しておくものとする。

2 前項の連絡責任者については、4月1日現在の状況を毎年相手方に報告するものとする。ただし、期間の途中において変更が生じた場合は、速やかに相手方に対し報告するものとする。

(有効期間)

第10条 この協定書の有効期間は、協定書締結の日から平成27年3月31日までとする。ただし、期間満了の1ヶ月前までに、甲または乙から何らかの意思表示のないときは当該有効期間満了日の翌日から更に1年間更新されたものとみなす。その後においても、同様とする。

(協議)

第11条 この協定に定めのない事項、又はこの協定に関し疑義が生じた事項については、甲乙協議のうえ定めるものとする。

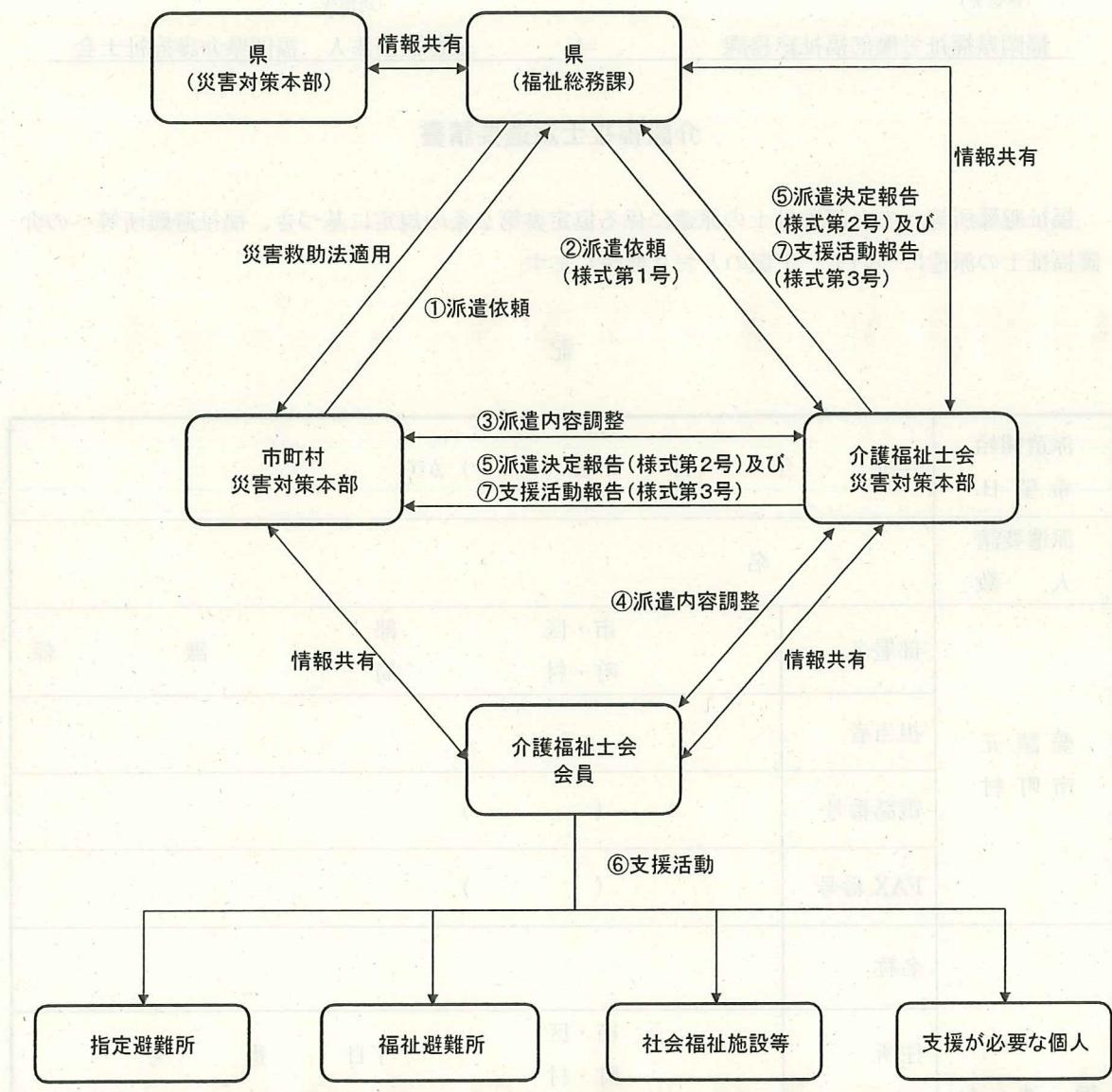
この協定を証するため、本書2通を作成し、甲、乙記名押印のうえ、それぞれ1通を保有するものとする。

平成27年3月16日

甲 福岡県福岡市博多区東公園7-7  
福岡県  
福岡県知事

乙 福岡県福岡市博多区博多駅中央街7-1  
公益社団法人 福岡県介護福祉士会  
会長

## 介護福祉士派遣フロー



※複数の被災市町村からの派遣依頼に対する対応や、要配慮者情報等に係る適切な整理・伝達及び派遣者人数等の大まかな調整は県(福祉総務課)において実施する。

(様式第1号)

平成 年 月 日

FAX No. 092-436-5234

(送信元)

(送信先)

福岡県福祉労働部福祉総務課 ⇒ 公益社団法人 福岡県介護福祉士会

### 介護福祉士派遣要請書

福祉避難所等への介護福祉士の派遣に係る協定書第2条の規定に基づき、福祉避難所等への介護福祉士の派遣について、下記のとおり要請します。

記

派遣開始 希望日	平成 年 月 日 ( ) から				
派遣要請 人 数	名				
要請元 市町村	部署名	市・区 町・村	部 局	課	係
	担当者				
	電話番号	( )			
	FAX番号	( )			
派遣先 社会福祉施設等 ( )	名称				
	住所	市・区 町・村	丁目	番	号
	電話番号	( )			
	担当者				
	避難中の 要配慮者数	名			

送信元確認用

<input type="checkbox"/> 送信日時：平成 年 月 日 時 分
<input type="checkbox"/> 受信確認：平成 年 月 日 時 分 確認方法 電話・通信履歴・その他

平成 年 月 日

福岡県福祉労働部福祉総務課長  
○○市長村福祉避難所等担当課長 殿

公益社団法人福岡県介護福祉士会会長

## 派遣決定報告書

福祉避難所等への介護福祉士の派遣に係る協定書第2条の規定に基づき、福祉避難所等への介護福祉士の派遣内容について、下記のとおり決定しましたので報告します。

記

## 施設1

派遣先 社会福祉施設等				
派遣先 住 所	市・区 町・村			
派遣期間	平成 年 月 日 ( ) から 平成 年 月 日 ( ) まで			
派遣人数	名 × 交替／日			

派遣者	住所	氏名	年齢	性別
1 (代表者)			歳	男・女
代表者 連絡先	☎ ( )			
2			歳	男・女
3			歳	男・女
4			歳	男・女
5			歳	男・女

※派遣先が複数ある場合は、次頁以降に記入。

(様式第3号)

平成 年 月 日

福岡県福祉労働部福祉総務課長 殿  
○○市長村福祉避難所等担当課長

公益社団法人福岡県介護福祉士会会長

### 災害支援活動報告書

福祉避難所等への介護福祉士の派遣に係る協定書第7条の規定に基づき、福祉避難所等への介護福祉士の派遣実績について、下記のとおり報告します。

記

#### 施設1

派遣先 社会福祉施設等							
派遣期間	平成 年 月 日 ( ) から 平成 年 月 日 ( ) まで						
派遣人数	延べ 名						
支援対象 要配慮者	高齢者	名					
	認知症	名					
	障害者	・肢体不自由	名	・精神障害	名	・聴覚障害	名
		・知的障害	名	・内部障害	名	・	名
		・発達障害	名	・視覚障害	名		
	妊産婦	名					
	乳幼児	名					
	その他	名					
支援活動 概 要							

※派遣先が複数ある場合は、次頁以降に記入。