

(様式第2号)

高知県災害派遣福祉チームの派遣に関する協定

高知県（以下、「甲」という。）と ○○○○（以下、「乙」という。）は、高知県災害派遣福祉チーム設置運営要綱（以下、「要綱」という。）第7条第2項に基づき、次のとおり協定を締結する。

(目的)

第1条 この協定は、大規模災害発生時において、高知県災害派遣福祉チーム（以下、「チーム」という。）を一般の避難所に派遣し、高齢者、障害者、乳幼児その他災害時において特別な配慮を必要とする者（以下「要配慮者」という。）を支援することに関して必要な事項を定める。

(活動内容)

第2条 チームの活動は、次のとおりとする。

- (1) 福祉避難所への誘導
- (2) 要配慮者へのアセスメント
- (3) 日常生活上の支援
- (4) 相談支援
- (5) 一般避難所内の環境整備
- (6) 前各号に定めるもののほか必要な福祉支援

2 その他チームの活動内容の詳細については別途定める。

(チーム員の登録)

第3条 乙は、自らの団体に加入する施設、事業所等の職員のうち、チームへの参加の意思を有し、かつ、所属する施設又は事業所の長の承認を得た者について、当該施設又は事業所に推薦書を作成させ、甲に提出する。

2 甲は、乙から提出された者に研修を受けさせた後、チーム員として登録する。

(派遣要請等)

第4条 甲は、一般の避難所において要配慮者の支援活動を行う必要があると判断した場合は、チームを派遣することができる。

2 乙は、自らの団体に所属するチーム員へ派遣の要請があった場合は、派遣調整に協力するものとする。

3 甲が要請するチームの派遣先は、原則として高知県内とする。ただし、高知県外で災害が発生し、国又は他の都道府県から甲にチームの派遣要請があった場合で、甲が派遣を必要と認めたときは、高知県外の地域への派遣を要請することができる。

(費用負担)

第5条 甲の要請に基づき乙が派遣したチームの活動に要した派遣費用（以下「費用」という。）の負担のうち、災害救助法による救助費の支弁対象となる費用については、災害救助

法の定めるところにより、活動終了後に甲が費用を負担する。

2 甲は、チームの派遣活動に伴う事故に対応するため、チーム員を対象とする傷害保険に加入し、その保険料は甲が負担するものとする。

3 前各項に掲げる場合以外は、別途協議する。

(情報の交換、研修及び訓練)

第6条 甲及び乙は、災害時等においてチームが円滑に活動できるよう、平時から情報の交換を行うとともに、チーム員の研修及び訓練を実施する。

(秘密保持及び専門性の尊重)

第7条 甲及び乙は、この協定の実施にあたり知り得た秘密を他に漏らしてはならない。

また、この協定の実施にあたり知り得た個人情報を協定の目的以外に利用し、又は第三者に提供してはならない。

2 チームに参加する各チーム員は、それぞれの持つ職域の専門性、職業倫理及び勤務形態等を踏まえ、相互の活動を尊重しなければならない。

(協議)

第8条 この協定に定めない事項又は疑義が生じた事項については、甲及び乙が協議して定めるものとする。

(有効期間)

第9条 この協定の有効期間は、令和 年 月 日から令和 年3月31日までとする。ただし、この協定の有効期間満了の日の2か月前までに、甲及び乙のいずれからでも申し出がないときは、さらに1年間更新するものとし、以後もまた同様とする。

この協定の締結を証するものとして、本書2通を作成し、甲乙署名のうえ、それぞれ1通を保有するものとする。

令和 年 月 日

甲 高知県高知市丸ノ内1-2-20
高知県知事

印

乙

印

(様式第 3 号)

高知県災害派遣福祉チーム員推薦書

令和 年 月 日

高知県知事 様

施設又は事業所名
代表者名

印

高知県災害派遣福祉チーム設置運営要綱第 7 条第 3 項の規定に基づき、下記の者を高知県災害派遣福祉チームへ推薦します。

記

番号	ふりがな 氏 名	性別	生年月日	保有資格	本人の住所	勤務先の 電話番号

※行が足りない場合は、適宜追加してください。

【記入担当者】

担当者名：

連絡先：