

事務連絡  
令和6年1月10日

都道府県民生主管部局 御中

こども家庭庁支援局家庭福祉課  
こども家庭庁支援局障害児支援課  
厚生労働省社会・援護局福祉基盤課  
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課  
厚生労働省老健局総務課

令和6年能登半島地震の発生に伴う社会福祉施設等に対する  
介護職員等の派遣依頼について

標記については、令和6年1月7日付事務連絡「令和6年能登半島地震の発生に伴う社会福祉施設等に対する介護職員等の派遣依頼予定について」により、管内市町村、関係団体、社会福祉法人等に対して、災害福祉支援ネットワークを活用し、社会福祉施設間での介護職員等のマッチング・派遣等の協力を依頼する予定である旨をお伝えしたところです。

地域の要援護者の移送や2次避難所に至る前の短期支援、その後の2次避難所への移行やDWATの派遣等を背景として、今後、介護等のニーズが増加することが予想されることから、このような厳しい状況を踏まえ、他地域からの介護職員等の派遣が必要と考えており、管内市町村、管内の福祉関係団体、社会福祉法人等に対して、介護職員等の派遣の協力を依頼していただきますようお願いいたします。

つきましては、1月15日から2月中に派遣が可能な介護職員等につきまして、「【高齢者関係施設用】派遣職員登録票」、「【児童・母子関係施設用】派遣職員登録票」、「【障害児・者関係施設用】派遣職員登録票」、「(別紙3)【障害児・者】派遣職員調査総括票」、「【生活保護・婦人保護関係施設用】派遣職員登録票」に記入いただき、以下のこども家庭庁又は厚生労働省各担当宛てメールにて、送付していただきますようお願いいたします。また、各担当宛てメールいただく際には、とりまとめの観点から、厚生労働省社会・援護局福祉基盤課 (syahuku-chousa@mhlw.go.jp) も宛先を含めていただきますよう併せてお願いいたします。

登録様式においては、施設・事業所が別紙2を入力すれば、自動的に別紙1に反映されますので、都道府県におかれましては、当該別紙1を全施設・事業分集約した上で、別紙2と併せて別紙1をメールにて送付頂きますようお願いいたします。

なお、介護職員等の派遣に当たっては、被災地の状況や各施設・事業所における具体的な支援内容を踏まえた上で調整を行う必要があるため、管内の福祉関係団体との連携、協力をお願いいたします。

また、職員派遣の経費については、基本的には令和6年1月4日付事務連絡「令和6年能登半島地震にかかる福祉避難所等に対する福祉関係職員等の派遣に係る費用の取扱いについて」の例によりますが、詳細は追ってお知らせいたします。また、2月中旬頃に第2回の依頼を行う予定ですので、準備をお願いいたします。

○提出〆切（第1回）

令和6年1月12日（金）17時まで

○問合せ先及び各担当に調査結果を報告する際に含めていただく宛先

厚生労働省社会・援護局福祉基盤課施設係：[syahuku-chousa@mhlw.go.jp](mailto:syahuku-chousa@mhlw.go.jp)

（代表） 03-5253-1111（内線2864）

（ダイヤル） 03-3595-2616

（FAX） 03-3591-9898

○調査結果報告先

高齢者関係施設……

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課基準第二係：

[shinkou-ki jun1@mhlw.go.jp](mailto:shinkou-ki jun1@mhlw.go.jp)

（代表） 03-5253-1111（内線3987）

（ダイヤル） 03-3595-2889

（FAX） 03-3503-7894

障害児・者関係施設……（※両方の宛先にお送りください。）

こども家庭庁支援局障害児支援課総務調整係、障害児支援係

：[shougairinkeikaigi@cfa.go.jp](mailto:shougairinkeikaigi@cfa.go.jp)

（代表） 03-6771-8030

（ダイヤル） 03-6861-0063

厚生労働省障害保健福祉部障害福祉課福祉サービス係：

[fukusa@mhlw.go.jp](mailto:fukusa@mhlw.go.jp)

（代表） 03-5253-1111（内線3091）

（ダイヤル） 03-3595-2528

（FAX） 03-3591-8914

児童・母子関係施設……

こども家庭庁支援局家庭福祉課予算係、指導係：

[kateifukushi.saigai@cfa.go.jp](mailto:kateifukushi.saigai@cfa.go.jp)

(代表) 03-6771-8030

(ダイヤル) 03-6859-0149

生活保護・婦人保護関係施設……（※両方の宛先にお送りください。）

厚生労働省社会・援護局保護課自立支援係：[seihojiritsu@mhlw.go.jp](mailto:seihojiritsu@mhlw.go.jp)

(代表) 03-5253-1111 (内線 2833)

(ダイヤル) 03-3595-2613

(FAX) 03-3592-5934

厚生労働省社会・援護局総務課女性支援室調整係：[josei-sien01@mhlw.go.jp](mailto:josei-sien01@mhlw.go.jp)

(代表) 03-5253-1111 (内線 4586)

(ダイヤル) 03-6812-7851

(FAX) 03-3595-2030

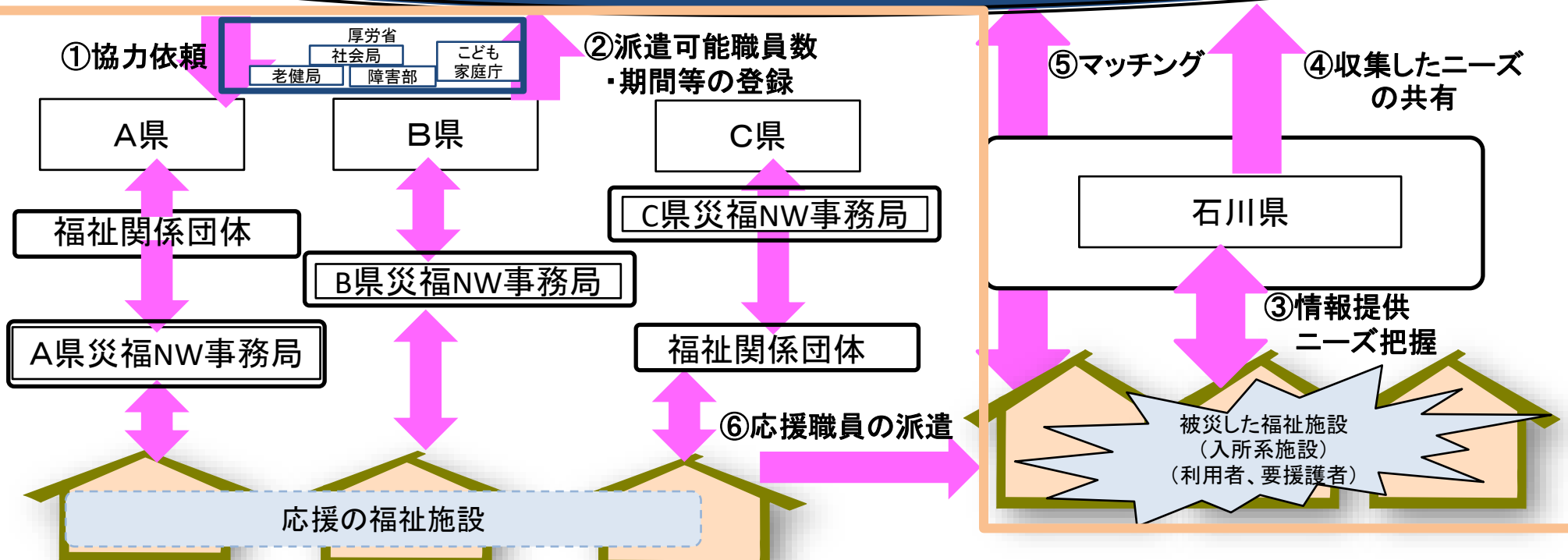
# 令和6年能登半島地震における介護職員等の応援派遣について

- 被災地域における社会福祉施設の入所者等の生活を確保するため、「災害福祉支援ネットワーク中央センター」(中央センター)等の場を活用した体制の整備・介護職員等の広域的な派遣体制を構築する。
- 各県において派遣可能職員の登録にあたっては、避難所へのDWAT派遣や各福祉関係団体による被災施設応援派遣が連携して対応するために、DWATの派遣調整を行う「各県災害福祉支援ネットワーク」と情報を共有して実施できる体制を構築し実施する。
- 厚生労働省・中央センターにおいて、他県からの応援派遣可能な介護職員等数の情報を集約し、被災県において、受け入れニーズを把握した上で、全国組織団体の協力を得つつ、マッチングを行う。

## 厚生労働省・災害福祉支援ネットワーク中央センター(全社協)

<主な業務>

- ・ 被災県との連絡、調整
- ・ 団体間の連絡、調整等



(注) 派遣可能職員の登録に関しては、各都道府県の状況に応じて、実情に則した方法により調整。

〇〇都道府県派遣職員調査総括表 (高齢者関係施設)

【別紙1】

都道府県	経由団体名	施設・サービス種別	施設・事業所名	住所	TEL	FAX	MAIL	担当者(役職)	派遣職員情報(〇月〇日～〇月〇日(うち〇日間))									
									職種	性	年齢	派遣可能期間	備考					
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1900/1/0	～	1900/1/0	0	日間	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1900/1/0	～	1900/1/0	0	日間	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1900/1/0	～	1900/1/0	0	日間	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1900/1/0	～	1900/1/0	0	日間	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1900/1/0	～	1900/1/0	0	日間	0

【別紙2】

## 派遣職員登録票

令和6年 月 日現在

都道府県		所属団体名		施設等連絡先	
				TEL	
施設・サービス種別		施設・事業所名		FAX	
				MAIL	
担当者(役職)		住所			

	派遣可能期間		派遣可能な職員の職種	性別	年齢	備考
例	○月○日～○月○日(うち○日間)		介護員	男	30	
1	～	日間				
2	～	日間				
3	～	日間				
4	～	日間				
5	～	日間				

※以下の場合には、恐縮ですが、シートをコピーするのではなく、本エクセルファイル自体をコピーしてご記入ください。

①施設・サービス種別が異なる場合、②5名を超えて登録いただける場合

※1月15日から2月29日までの間に派遣が可能な職員について、ご記入ください。

※派遣可能期間及び派遣日数には、具体的な数字をご記入ください。

随時派遣可能な場合には、派遣期間は、1/15、2/29とご記入ください。また、3月以降も派遣可能な場合は備考欄にご記入ください。

都道府県派遣職員調査総括表

(障害児・者関係施設)

【別紙1】

都道府県 指定都市 中核市	経由団体名	施設・サービス種別	施設・事業所名	住所	TEL	FAX	MAIL	担当者(役職)	派遣可能職員情報〇月〇日～〇月〇日(うち〇日間)								
									職種	性	年齢	派遣可能期間		備考			
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1900/1/0	～	1900/1/0	0	日間	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1900/1/0	～	1900/1/0	0	日間	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1900/1/0	～	1900/1/0	0	日間	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1900/1/0	～	1900/1/0	0	日間	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1900/1/0	～	1900/1/0	0	日間	0

## 派遣職員登録票

令和6年 月 日現在

都道府県		所属団体名	施設等連絡先		
			TEL		
施設・サービス種別		施設・事業所名	FAX		
			MAIL		
担当者(役職)		住所			

	派遣可能期間		派遣可能な職員の職種	性別	年齢	備考(障害種別を含む)
例	○月○日～○月○日(うち○日間)		ホームヘルパー	男	30	
1	～	日間				
2	～	日間				
3	～	日間				
4	～	日間				
5	～	日間				

※以下の場合には、恐縮ですが、シートをコピーするのではなく、本エクセルファイル自体をコピーしてご記入ください。

①施設・サービス種別が異なる場合、②5名を超えて登録いただける場合

※1月15日から2月29日までの間に派遣が可能な職員について、ご記入ください。

※派遣可能期間及び派遣日数には、具体的な数字をご記入ください。

随時派遣可能な場合には、派遣期間は、1/15、2/29とご記入ください。また、3月以降も派遣可能な場合は備考欄にご記入ください。





都道府県派遣職員調査総括表

(児童・母子関係施設)

【別紙1】

都道府県	所属団体名	施設・サービス種別	施設・事業所名	住所	TEL	FAX	MAIL	担当者(役職)	派遣職員情報(〇月〇日～〇月〇日(うち〇日間))								
									職種	性	年齢	派遣可能期間	備考				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1900/1/0	～	1900/1/0	0 日間	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1900/1/0	～	1900/1/0	0 日間	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1900/1/0	～	1900/1/0	0 日間	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1900/1/0	～	1900/1/0	0 日間	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1900/1/0	～	1900/1/0	0 日間	0

## 派遣職員登録票

令和6年 月 日現在

都道府県		所属団体名	施設等連絡先		
			TEL		
施設・サービス種別		施設・事業所名	FAX		
			MAIL		
担当者(役職)		住所			

	派遣可能期間		派遣可能な職員の職種	性別	年齢	備考
例	○月○日～○月○日(うち○日間)		児童指導員	男	30	
1	～	日間				
2	～	日間				
3	～	日間				
4	～	日間				
5	～	日間				

※5名を超えて登録いただける場合には、恐縮ですが、シートをコピーするのではなく、本エクセルファイル自体をコピーしてご記入ください。

※1月15日から2月29日に派遣が可能な職員について、ご記入ください。

※派遣可能期間及び派遣日数には、具体的な数字をご記入ください。

随時派遣可能な場合には、派遣期間は、1/15、2/29とご記入ください。また、3月以降も派遣可能な場合は備考欄にご記入ください。 ”

都道府県派遣職員調査総括表

(生活保護・婦人保護関係施設)

【別紙1】

都道府県	経由団体名	施設・サービス種別	施設・事業所名	住所	TEL	FAX	MAIL	担当者(役職)	派遣可能職員情報〇月〇日～〇月〇日(うち〇日間)									
									職種	性	年齢	派遣可能期間		備考				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1900/1/0	～	1900/1/0	0	日間	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1900/1/0	～	1900/1/0	0	日間	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1900/1/0	～	1900/1/0	0	日間	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1900/1/0	～	1900/1/0	0	日間	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1900/1/0	～	1900/1/0	0	日間	0

## 派遣職員登録票

令和6年 月 日現在

都道府県		所属団体名	施設等連絡先	
			TEL	
施設・サービス種別		施設・事業所名	FAX	
			MAIL	
担当者(役職)		住所		

	派遣可能期間		派遣可能な職員の職種	性別	年齢	備考
例	○月○日～○月○日(うち○日間)		指導員	男	30	
1	～	日間				
2	～	日間				
3	～	日間				
4	～	日間				
5	～	日間				

※以下の場合には、恐縮ですが、シートをコピーするのではなく、本エクセルファイル自体をコピーしてご記入ください。

①施設・サービス種別が異なる場合、②5名を超えて登録いただける場合

※1月15日から2月29日までの間に派遣が可能な職員について、ご記入ください。

※派遣可能期間及び派遣日数には、具体的な数字をご記入ください。

随時派遣可能な場合には、派遣期間は、1/15、2/29とご記入ください。また、3月以降も派遣可能な場合は備考欄にご記入ください。