

事務連絡
令和6年2月9日

石川県 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
介護職員等の派遣要望について（第2回・3月分）

令和6年能登半島地震の発生に伴い、被災地の社会福祉施設や1.5次避難所において、被災した要援護者・避難者の受け入れなどにより、介護職員等の不足が生じていることから、本年2月末までの介護職員等の派遣を行っているところです。

今般、貴県より、社会施設等における福祉ニーズの高まりから、3月以降の介護職員等の応援派遣の必要性が示されていることを踏まえ、引き続き、広域的な応援態勢を継続していく必要があるため、貴県外の都道府県に対して、3月1日～3月31日の期間で被災地の社会福祉施設等への派遣可能職員の登録を要請しております。

つきましては、貴管内の社会福祉施設等において、要援護者・避難者の受入などに伴う職員の負担を軽減するなどのために、貴県外の社会福祉施設等からの介護職員等の派遣が必要な場合には、各別紙「【高齢者関係施設用】派遣職員要望票」、「【児童・母子関係施設用】派遣職員要望票」、「【障害児・者関係施設用】派遣職員要望票」、「【生活保護・婦人保護関係施設用】派遣職員要望票」に記入の上、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）も宛先に含めていただきますよう併せてお願いいたします。

- ※ 施設・事業所が別紙を入力すれば、自動的に別シートに反映されます。
- ※ 提出については、ファイル名を施設名に変更の上、メールにて送付いただけますと幸いです。（別紙の集約・とりまとめの作業は不要です。）

○提出〆切

随時ご登録ください。適宜追加分のご登録をいただいても構いません。

○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・指導係：

syahuku-chousa@mhlw.go.jp

(代表) 03-5253-1111 (内線 2864、2865)

(ダイヤル) 03-3595-2616

(FAX) 03-3591-9898

全国社会福祉協議会法人振興部：shisetsu-haken@shakyo.or.jp

(ダイヤル) 03-6627-6177

○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

(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：

shougai renkeikaigi@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

(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

(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

(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

(代表) 03-5253-1111 (内線 4586)

(ダイヤル) 03-6812-7851

(FAX) 03-3595-2030

(別紙)

派遣職員要望票

令和6年 月 日現在

市町名		所属団体		連絡先	
				TEL	
施設種別		施設名		FAX	
				MAIL	
担当者 (役職)		住所			

派遣職員を要望する理由 (具体的に)	
【任意記入項目】 ・宿泊施設の状況 (近隣ホテル有/施設内利用 可/その他) ・施設までの移動手段 ・施設に宿泊する場合の食事 (近隣のコンビニの有無等)	

	派遣要望期間	派遣が必要な職員の職種	当該職種の派遣が必要な理由
例	○月○日 ~ ○月○日 ○ 日間	介護職員	
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、②派遣が必要な職員の職種が6種類以上になる場合

※「市町名」欄については、施設が所在する市町名を記載してください。

※「所属団体」欄については、所属している団体(例:石川県社会福祉法人経営者協議会、石川県老人福祉施設協議会 等)を記載してください。
なお、複数の団体に加入の場合は、複数の団体を記載して差し支えありません(すべての加入団体を記載する必要はありません。)

※「派遣が必要な職員の職種」欄に選択肢が無い場合は、直接、職種名を入力してください。

注)派遣職員の受入には、ご要望にお応えできますよう最大限努力させていただきますが、ご要望に添えないこともございます。

あらかじめご了承ください。