

事 務 連 絡

平成 28 年 4 月 22 日

各 都道府県、指定都市、中核市 民生主管部局 御中
(熊本県及び熊本市を除く)

厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課
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

平成 28 年熊本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、平成 28 年 4 月 17 日付事務連絡「高齢者、障害者等の要援護者の緊急的対応及び職員の応援派遣について」により、被災地域における社会福祉施設等の入所者等の生活を確保するための職員の確保に関し、広域的調整をお願いしているところであります。被災地においては、介護職員等が不足する場合があります、他地域からの介護職員等の派遣が可能となるよう、管内市町村、関係団体、社会福祉法人等に対して、介護職員等の派遣のご協力依頼をしていただきますようお願いいたします。

つきましては、4 月 28 日から 5 月中に派遣が可能な介護職員等につきまして、「(別紙 1) 派遣職員調査総括表」及び「(別紙 2) 派遣職員登録票」に記入いただき、以下の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。

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、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、関係機関と調整中ですので、追ってお知らせいたします。

○提出〆切(第 1 回)

平成 28 年 4 月 26 日(火) 17 時まで

なお、初動においては、交通アクセスの利便性が高く、熊本県と「九州・山口 9 県災害時相互応援協定」を締結している九州各県及び山口県内からの支援を考えており

ますので、九州（熊本県を除く）及び山口県内の各県、指定都市、中核市におかれましては、期限までに登録いただきますようお願いいたします。

その他の都道府県等におかれましては、既に介護職員等の派遣を行っている、又は、派遣の準備を行っている管内関係団体があるなど派遣可能職員が把握されている場合には、ご登録ください。

また、5月中旬に第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。

○問合せ及び調査結果報告先

高齢者関係施設……老健局振興課基準第二係

中村係長、菊地係員：kikuchi-yuu@mhlw.go.jp

(代表) 03-5253-1111 (内線 3987)

(ダイヤル) 03-3595-2889

(FAX) 03-3503-7894

※ 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、政令市、中核市におかれては、当該別紙1を全施設・事業分集約した上で、別紙1のみ（別紙2不要）メールにて送付頂きますようお願いいたします。

障害児・者関係施設……障害保健福祉部障害福祉課福祉サービス係

くでけん 久手堅係員：kudeken-aya@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・婦人関係施設……雇用均等・児童家庭局家庭福祉課予算係

武居係長：takei-takahiro@mhlw.go.jp

中谷係員：nakatani-saori@mhlw.go.jp

(代表) 03-5253-1111 (内線 7887)

(ダイヤル) 03-3595-2504

(FAX) 03-3595-2663

生活保護関係施設……社会・援護局保護課予算係

加藤係長、大橋係員：hogo-yosan@mhlw.go.jp

(代表) 03-5253-1111 (内線 2824)

(ダイヤル) 03-3595-2613

(FAX) 03-3592-5934

【別紙2】

派遣職員登録票

平成28年 月 日現在

都道府県 指定都市 中核市		経由団体名		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(○日間)		ホームヘルパー	男	30	
1	2016/4/28 ~ 2016/5/31	34 日間				
2	~	1 日間				
3	~	1 日間				
4	~	1 日間				
5	~	1 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

※4月28日から5月中に派遣が可能な職員について、ご記入ください。

【別紙2】

派遣職員登録票

平成28年 月 日現在

都道府県 政令市 中核市		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(○日間)		児童指導員	男	30	
1	2016/4/28 ~ 2016/5/31	34 日間				
2	~	1 日間				
3	~	1 日間				
4	~	1 日間				
5	~	1 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をコピーしてご記入ください。

※4月27日から5月中に派遣が可能な職員について、ご記入ください。

【別紙2】

_____ 県・市

派遣職員登録票

平成28年 月 日現在

都道府県		経由団体名		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	備考(障害種別含む)
例	〇月〇日～〇月〇日(〇日間)	介護職員	男・女	
1			男・女	
2			男・女	
3			男・女	
4			男・女	
5			男・女	

※「派遣可能な職員の職種」欄には、介護職員の他、看護職員、相談員、OT、PT等派遣いただける職員の職種を記載してください。

※5名を超えて登録いただける場合には、恐縮ですが本票をコピーしてご記入ください。

※4月28日から5月中に派遣が可能な職員について、ご記入ください。