

事 務 連 絡

平成28年4月22日

高齢者住まい事業者団体連合会

公益社団法人全国有料老人ホーム協会

一般社団法人全国特定施設事業者協議会 御中

一般社団法人サービス付き高齢者向け住宅協会

一般社団法人高齢者住宅推進機構

厚生労働省老健局高齢者支援課

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

平成28年熊本地震の発生に伴い、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、別添の通り都道府県、指定都市、中核市民生主管部局（熊本県及び熊本市を除く）あてに事務連絡を発出させていただきました。。

貴会におかれましては、同内容について、貴会会員に周知いただくとともに、都道府県等から貴会会員に、被災地の介護サービス施設・事業所に対し派遣可能な介護職員、看護師等について登録要請があった場合には、積極的にご登録いただきますようお願い申し上げます。

別添

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もあります。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

久手堅^{くでけん}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

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	經由団体名	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。

