

令和元年度岩手県災害派遣福祉チーム員募集要項

1 概要

岩手県災害広域支援推進機構設置要綱等に基づき、大規模災害時における要援護者の様々な福祉・介護等のニーズ把握を行う「岩手県災害派遣福祉チーム」（以下「チーム」という。）のチーム員を募集します。

2 募集定員

30名程度

3 チーム員の応募要件

募集対象者：下記業務経験が3年以上の者

（※所属する協力施設等の長の承認及び推薦を受ける必要があります。）

区 分	名 称（例）
国家資格又は 公的資格	社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、 保育士、ホームヘルパー
職種	相談支援専門員、介護職員、生活相談員、生活支援員、児童厚生員、 地域包括支援センター職員 等

4 協定の締結

チーム員予定者が所属する協力施設等については、岩手県との間で「岩手県災害派遣福祉チームの派遣に関する協定（チーム設置運営様式第2号）」を締結していただきます。協定締結については、おって手続を行います。

5 申込み等の手続

申込みについては、下記書類を作成の上、令和元年9月30日（月）までに、推進機構事務局（岩手県社協）宛て郵送にて提出願います。

[提出いただく書類]

○岩手県災害派遣福祉チーム派遣協力申出書（チーム設置運営要領様式第1号）（別紙1）

※職能団体にあつては、岩手県災害派遣福祉チーム派遣協力申出書（職能団体会員用）（別紙1-2）

○岩手県災害派遣福祉チーム員予定者登録簿（チーム設置運営要領様式第3号）（別紙2）

[提出先]

〒020-0831

盛岡市三本柳8地割1番3ふれあいランド岩手内

岩手県社会福祉協議会福祉経営支援部（担当：菊池）

6 チーム員登録研修

(1) チーム員予定者は、チーム員の登録の前に「登録研修」の受講が必要となります。

(2) 今年度の登録研修は、別添登録研修実施要項のとおり実施します。チーム員応募の手

続と併せて受講申込みをしてください。

- (3) 受講希望者が定員を上回る場合は、予定者として登録した年度の早い者を優先します。今年度の登録研修が受講できない場合は、来年度以降の受講となります。

7 費用負担等

派遣に係る費用負担や職員の身分については、下記のとおりとなります。

- (1) 県が負担するチーム員の派遣費用（原則として県と協定を締結した協力施設等に支払います。）
- ① 日当（1日1人当たり14,700円以内）
 - ② 超過勤務手当
 - ③ 旅費
 - ④ 車両の使用に係る燃料代（走行距離（実測又は路程図上の距離）に応じ、1kmにつき37円）
 - ⑤ 上記以外の経費は実費（需用費（消耗品等）、役務費（通信運搬費等）、使用料及び賃借料（借上げ料等））
- (2) チーム員の身分

チーム員は、所属する協力施設等の職員の身分をもってチームの業務に従事するものとします。ただし、協力施設等に所属していない者については、個人として従事するものとします。

また、チームの業務に係る業務上災害又は通勤災害については、労災保険の適用があるものと考えられますが、労災保険が適用されない場合には、下記傷害保険により保険給付を行います。

[傷害保険の内容（支払限度額）]

- ① 死亡時保険金額 200,000,000円
- ② 入院保険金額 1日当たり15,000円
- ③ 通院保険金額 1日当たり10,000円
- ④ 個人賠償責任保険金額 100,000,000円
- ⑤ 携行品損害保険金額 100,000円

8 その他

岩手県災害福祉広域支援推進機構に係る設置要綱等は、岩手県保健福祉部地域福祉課のホームページに掲載されています。

<https://www.pref.iwate.jp/kurashikankyou/fukushi/chiiki/fukushisuishin/1003514.html>

【 問合せ先 】

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 福祉経営支援部（担当：菊池）
（岩手県災害福祉広域推進機構事務局）

〒020-0831

盛岡市三本柳8地割1番3ふれあいランド岩手内

TEL：019-601-7024 FAX：019-637-4255