

都道府県社会福祉士会 会長 様

公益社団法人日本社会福祉士会 会長 西島 善久  
(公印省略)  
一般社団法人石川県社会福祉士会 会長 末松 良浩  
(公印省略)

### 令和 6 年能登半島地震における被災者支援活動への協力について

現在、石川県社会福祉士会では、能登半島地震被災者支援活動として、石川県内の社会福祉協議会が取り組む「被災者見守り・相談支援等事業」に協力をする形で被災地への支援活動を展開しております。つきましては、この事業における「生活支援相談員」としてご協力をいただける都道府県社会福祉士会の会員を募集します。

なお、この取組みは石川県から委託を受け、応援を必要とする石川県社協および市町村社協へ会員を紹介するもので、派遣された社協のもとで活動していただきます。

何卒、活動者派遣への協力及び貴会所属の会員の皆様への周知につき、ご配意を賜りますようお願い申し上げます。

1. 活動期間 令和 6 年 3 月 ~ 当分の間
2. 活動場所 石川県金沢市内  
※今後、他市町へ拡大します。

【活動の拠点】金沢市社会福祉協議会  
石川県金沢市高岡町 7-25 金沢市松ヶ枝福祉館  
(金沢駅から徒歩 15 分程度)

3. 活動目的及び内容  
【目的】被災前とは大きく異なる環境に置かれている被災者に対してそれぞれの環境の中で安心した日常生活を営むことができるよう、孤立防止等のための見守り支援や日常生活上の相談を行ったうえで各専門相談機関へつなぐ等の支援を行う。  
【内容】金沢市内等のみなし仮設住宅（市内のアパートなど）に入居している避難者（金沢市内で 4 月末現在 1978 世帯）を訪問し、見守り支援や日常生活上の相談、専門機関等へのつなぎ支援などを行います。  
訪問は 2 人 1 組で、活動拠点から石川県社会福祉士会が手配する車で訪問することとなります。
4. 募集人数 当面は、1 日当たり 4 チーム 8 名～6 チーム 12 名程度募集します。  
※今後、活動状況や他市町等からの要請により人数は増減します。

5. 活動時間 9時～17時（土日祝日も同じ）
6. 活動登録 別紙「能登半島地震支援活動者登録フォーム」に必要事項を記載の上、所属県士会の指定するところへご提出ください。社会福祉士会の会員に限ります。  
なお、活動費には現地までの交通費が含まれますので、活動は遠方の方には3日以上連続した日程での活動を推奨しています。
7. 宿泊先 石川県社会福祉士会が手配した宿泊拠点（活動拠点から徒歩5分程度の場所）に無料で宿泊が可能です。  
（金沢駅から徒歩10分程度、費用負担はありません。）
8. その他 ①活動費（費用弁償を含む）  
日額15,000円を支弁します。（移動日は除きます）  
②現地（金沢市）までの交通  
各自で手配、対応下さい。自家用車等の利用も可能ですが、駐車場は各自で手配してください。  
現地までの交通費・駐車場代は①に含むものとします。  
③社会福祉協議会の保険に加入します。  
④活動日が確定した後、ガイダンス資料等をメールで送付し、オリエンテーションとします。（持ち物や留意点等はガイダンス資料でご案内します。）

※このほかの支援活動について

今回募集する「被災者見守り・相談支援等事業」は県内の他市町でも順次実施されます。また、被害の大きい奥能登地区の市町で実施される同事業にも協力させていただき調整を行っています。（現地の行政や関係機関の要請に応じて活動します。）

この支援活動は、多種・長期にわたることが予想されます。今後、石川県社会福祉士会だけでなく、全国の社会福祉士会会員の方にも支援の中に入れていただくことを想定しています。

また、石川県社会福祉士会では、行政機関等のニーズに応じての能登地区の被災者支援への社会福祉士派遣を調整しており、当事業への協力についてご相談する場合があります。

【問い合わせ先】

◎現時点では所属県士会ごとに申し込みを集約し活動日の調整をします。別添の活動登録フォームは所属県士会の指定するところへ提出をお願いいたします。

<活動に関する問い合わせ>

石川県社会福祉士会事務局 石川県金沢市本多町3-1-10 石川県社会福祉会館2階  
TEL076-207-7770 / FAX076-207-5460 / icsw@spacelan.ne.jp

<宿泊の申込み・問い合わせ>

金沢市社会福祉協議会地域福祉課 石川県金沢市高岡町7-25 金沢市松ヶ枝福祉館3階  
TEL076-231-3571 / FAX076-231-3560

送付先

所属する県士会の指定するところ

2024年 月 日

2024年6月

( ) 県社会福祉士会  
能登半島地震支援活動者登録フォーム

氏名 (フリガナ)	( )		
日本社会がつけた通しの会員番号	所属都道府県 ( )	年齢	
可能な支援エリア	<input type="checkbox"/> 金沢市内のみ <input type="checkbox"/> 特にエリアにはこだわらない	性別	男性 ・ 女性
連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先		
自宅	住所	(〒 - )	
	電話番号	携帯	- -
	FAX		
勤務先	名称		
	住所	(〒 - )	
	電話番号	FAX	- -
連絡先メール	注) 携帯キャリアのメールは不可 @		
実務経験 (必ずご記入ください)	相談支援業務	経験年数	年 ヶ月
		<input type="checkbox"/> 地域包括 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 社協(経験分野: ) <input type="checkbox"/> その他( )	
	要介護高齢者の相談支援経験	ある ・ ない	
	地域での組織運営、会議運営経験	ある ・ ない	
	成年後見人としての受任経験	ある ・ ない	
災害時の支援経験	<input type="checkbox"/> ある(活動内容: ) (期間: 日間程度) <input type="checkbox"/> ない		
運転免許、資格等	<input type="checkbox"/> 自動車運転免許(普通・AT限定) → 日常的に運転している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> パソコン基本操作(可・不可) <input type="checkbox"/> その他資格・免許( )		
活動可能時期 (現地で活動可能な時期に○)	2024年6月	中旬 ・ 下旬	具体的に活動できる(したい)日程があれば下記の備考にご記入下さい。
	2024年7月	上旬 ・ 中旬 ・ 下旬	
	2024年8月	上旬 ・ 中旬 ・ 下旬	
	2024年9月以降	( )	
派遣依頼文書の要否	<input type="checkbox"/> 必要 ※チェックのある方のみ送付します	派遣依頼文書 ・送付先住所 ・所属長の職名・氏名	
備考(持病、活動制限、日程の希望等)			

※このフォームでご提供いただいた個人情報は、本被災地支援者の募集/派遣業務以外に使用することはありません。  
一般社団法人 石川県社会福祉士会