**平成31（2019）年度　兵庫県防災と福祉連携推進モデル事業**

**（兵庫県社会福祉士会会員対象）連携支援員募集**

**１．趣旨**

　高齢化や社会福祉施設等からの地域移行が進む中、地域で暮らす避難行動要支援者（高齢者や障害者など、災害時に自力で避難することが困難な人）が、ますます増えています。

　地域住民が災害リスクを正しく理解し、福祉サービス従事者や自治体職員等と協力し、避難行動要支援者に対する支援を行うための「防災と福祉連携推進モデル事業」において、本会所属の社会福祉士が関係者を結びつける役割を担う事業を兵庫県より受託しました。

　平成31年度兵庫県下各地で当該モデル事業が始まりますので、広く皆さんのご協力をお願いします。今回は20人程度の連携支援員を募集します。

**２．業務内容**

　①当該モデル事業に参加する市町における、各種研修や連携のための会議の運営

　②連携支援員の情報共有のための会議参加や、E-mailによる情報交換への参加

**３．応募条件**

　①主に平日（週1日程度）に出務できること（出務が毎週あるとは限りません。また、週末開催予定

　　の連携支援員同士の会議もありますので、事業に興味のある方は応募してください。）

　②携帯電話があること、添付ファイルが見られるE-mailアドレスがあること

　③パソコンを使って報告書を作成しE-mailで提出することができること

　④原則として、裏面「平成31年度　兵庫県内市町職員対象　防災と福祉連携推進モデル事業実務者

　　研修」のいずれかの日程に見学参加すること（希望日程で参加いただきます。参加できなかった方

　　には後日資料をお送りします。）

　⑤本会「会員派遣調整手数料規程」に基づき、同意書を提出すること（後日お送りします）

**４．出務報酬**

　　自宅からの交通費支払は必ずします。研修や会議の時間に応じて時給1,000円程度をお支払いし

　ます。在宅ワークや現地でのコミュニティワークで動かれた場合の実費も精算します。

**５．連絡先**

　兵庫県社会福祉士会事務局（西野・胡中）　電話：078-265-1330　 E-mail: entry@hacsw.or.jp

**（兵庫県社会福祉士会会員対象）連携支援員申込書**

**申込先ＦＡＸ：０７８－２６５－１３４０　E-mail: entry@hacsw.or.jp**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **お名前（ふりがな）** |  | **会員番号：** |
| **連絡先**自宅　・　職場（いずれかを○する） | ご住所（必須）：　〒携帯ＴＥＬ（必須）：　Ｅ―Ｍａｉｌ（必須）： |
| **応募条件チェック**（□にチェックする） | ①　□　②　□　③　□　④　□　⑤　□　（すでに同意書提出済み　□）　 |
| **参加する研修会（④）** | **研修会ｺｰﾄﾞ：　　　　　　　　　　　会場名：** |
| **備　　考** | （質問などを具体的にお書きください） |

**主催：兵庫県　　　　　　　　　　　　　　　　主管：一般社団法人兵庫県社会福祉士会**

**平成31年度　兵庫県内市町職員対象**

**防災と福祉連携推進モデル事業実務者研修案内**

**１．趣旨**

　兵庫県が実施する「防災と福祉の連携による個別支援計画作成の推進モデル事業」（福祉専門職の協力による避難行動要支援者の「避難のための個別支援計画」の作成）を円滑に実施するため、担当職員として必要な知識等を習得します。

　なお、モデル事業は危機管理部局と福祉部局の連携が欠かせないため、原則として、各市町においては危機管理部局実務担当者と福祉部局担当者がセットで参加するようにしてください。

**２．研修時間と予定内容　＜**（開講）受付開始13：10　開講13：30　終講16：40＞

　　 対象：標記モデル事業に参加する市町職員（原則として、危機管理部局実務担当者と福祉部局

　　　　　担当者のセットでの参加を）

 内容: ①13：30～13：35『オリエンテーション（5分）』

　　　　　②13：35～14：05『播磨町・篠山市モデル事業の実績紹介（30分）』

　　　　　③14：05～15：35『モデル事業の進め方（90分）』

　　　　　　15：35～15：45　休憩

　　　　　④15：45～16：15『DVD視聴　別府市での実践事例+真備町（30分）』

　　　　　⑤16：15～16：35『質疑応答（20分）』

　　　　　⑥16：35～16：40　事務連絡

**３．申込方法（先着順、ただし標記モデル事業に参加する市町職員に限る　<無料です>　）**

下記に必要事項を記入し、FAX・メールにてお申込みください。

申込先：兵庫県社会福祉士会事務局 TEL：078-265-1330

**４．開催日・会場**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **月** | **日** | **曜** | **研修会ｺｰﾄﾞ** | **開始時間** | **会場** | **定員** |
| **4** | **15** | **月** | **連携推進01** | **13：30** | **兵庫県福祉センター　203会議室** | **80** |
| **4** | **22** | **月** | **連携推進02** | **13：30** | **加古川市民会館　大会議室** | **80** |
| **4** | **23** | **火** | **連携推進03** | **13：30** | **姫路じばさんびる　501会議室** | **80** |
| **4** | **25** | **木** | **連携推進04** | **13：30** | **豊岡市民会館　大会議室** | **80** |

**兵庫県内市町職員対象実務者研修会申込書**

**申込先ＦＡＸ：０７８－２６５－１３４０　E-mail: entry@hacsw.or.jp**

|  |  |
| --- | --- |
| **職場名** |  |
| **職場連絡先**（代表部局） | **ご住所（必須）：　〒****ＴＥＬ（必須）：****ＦＡＸ（必須）：****Ｅ―Ｍａｉｌ：** |
| **受講者名　①** | **（所属部署：　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **受講者名　②** | **（所属部署：　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **受講者名　③** | **（所属部署：　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **希望研修会** | **研修会ｺｰﾄﾞ：　　　　　　　　　　　会場名：** |
| **備　　考** | （受講に際して必要な配慮などについて具体的にお書きください） |