

中国残留邦人等に係る介護支援事業「中国残留邦人等語りかけボランティア訪問支援」

介護サービスを利用している中国残留邦人等への支援ボランティアスタッフ

『語りかけボランティア』 募集

『語りかけボランティア』は、永住帰国した中国残留邦人、樺太残留邦人（以下「中国残留邦人等」という）の方たちが、**安心して介護サービスを受けられるよう、中国残留邦人等が利用する介護サービス事業所等を訪問して、中国語あるいはロシア語による語りかけ等を行うボランティア**です。

語りかけボランティアとして活動するための条件

- 簡単な日常会話程度の中国語あるいはロシア語ができること
- 中国残留邦人等の支援のために、ボランティア精神を発揮できること。
- 事前に開催する養成研修に参加できること。
(受講料無料、開催日は別途連絡)

主な活動内容（1回の活動時間は1時間程度）

- 中国残留邦人等が利用する介護サービス事業所等を訪問し、語りかけ（お話し相手）。
- 介護サービス事業所等が実施する、レクリエーション等の付き添い。
- 他の利用者や事業所職員とのコミュニケーションの支援（簡単な通訳）。

その他

- 無報酬です。ただし交通費については規程に基づく実費を支給します。
- ボランティア保険に加入していただきます。（保険料は当センター負担）
- 活動日は訪問希望に応じて、センターが日程調整を行います。
頻度は月1回、毎週1回等ご都合にあわせて調整可能です。
- 介護に関する活動（トイレや食事の介助等）は行いません。
- 契約に関する事など、専門的な通訳は行いません。

問い合わせ先

社会福祉法人 北海道社会福祉協議会 北海道中国帰国者支援・交流センター
〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目1番地 かでる2・7

電話 011-252-3411

FAX 011-252-3412

※本事業は厚生労働省からの委託事業として実施しています

様式1

語りかけボランティア登録申込書

年 月 日

社会福祉法人 北海道社会福祉協議会
北海道中国帰国者支援・交流センター長 あて

私は、下記のとおり中国残留邦人等語りかけボランティアとして登録を申し込みます。
なお、活動を通じて知り得たことは、第三者に口外いたしません。

(ふりがな) 氏 名	性別 (男・女)		
	生年月日 (年齢) (歳)		
住 所			
電 話 (自 宅) (F A X) (携 帯)			
メールアドレス			
所 属 先	(差し支えない範囲でご記入ください)		
現在行っている ボランティア活動	1. 現在活動していない 2. 現在、個人で活動している 3. 現在、団体に所属し活動している (団体名)		
ボランティア 活動希望日等	週 () 回	活動地域	区
	月 () 回	希望時間	時から 時の間
	※希望する曜日があれば () 曜日		
資格・経験等	1. 中国語検定 () 級、HSK () 級 取得 [年 月] 2. ロシア語能力検定 () 級、テ・エル・カ・イ () 級 3. 中国、ロシア滞在歴 () 4. 中国語、ロシア語教師 5. 介護福祉士、訪問介護員 6. 介護支援専門員 7. 介護事業所等でのボランティア活動経験者 (ボランティア 年) 8. その他、資格等 ()		
応 募 動 機			

※登録は、簡単な日常会話程度の中国語あるいはロシア語（日本語）ができる方が対象
となります。