

新型コロナウイルス感染者発生施設事業継続支援要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、新型コロナウイルス感染者の発生により職員の勤務が制限される等で職員が不足し、運営が困難になった社会福祉施設等（政令市及び市町（以下「市町」という。）所管施設を含む。以下「感染者発生施設」という。）の事業継続を支援するため、必要な事項を定めるものとする。

(平時の取組)

第2条 静岡県（以下「県」という。）及び市町は、平時から、社会福祉施設等における事業継続計画の作成支援及び職員に対する研修等、新型コロナウイルスの感染防止及び感染者集団（以下「クラスター」という。）の発生に備えた対策等の徹底を図るものとする。

2 社会福祉施設等は、個人防護具の備蓄等の感染防止対策を行うとともに、職員の感染対策スキル向上のため、厚生労働省や県等で提供する動画等を活用した研修等を実施するものとする。

3 社会福祉施設等は、平時から、クラスターの発生に備え、事業継続計画の作成、感染症対策本部等の施設内設置及び同一法人等グループ内の職員補完体制の構築等の体制整備を図るものとする。

(クラスター福祉施設支援チームの設置)

第3条 県は、感染者発生施設で勤務が制限される等で職員が不足する状況が生じた場合や医療体制の逼迫等により要介護者等の入院が困難になった場合に、感染者発生施設の事業継続を支援するため、関係各課及び関係団体で組織する「クラスター福祉施設支援チーム(CWAT(Cluster Welfare Assistance Team))」（以下「福祉施設支援チーム」という。）を設置する。

2 支援チームの組織図は、別紙1のとおりとする。

(医療関係機関との連携)

第4条 県は、災害派遣医療チーム(DMAT)、ふじのくに感染症専門医協働チーム(FICT)等の医療関係機関と随時、連絡調整、情報交換を行う。

(市町との連携)

第5条 県及び市町は、協力して感染者発生施設の利用者の保護に努めるとともに、感染者発生施設の事業継続に支障が生じることのないよう感染者発生施設に対する指導に努め、必要な情報を共有するものとする。

(個人防護具等の支援)

第6条 感染者発生施設でマスク、ガウン等の個人防護具が不足又は不足が見込まれる場合、県及び市町は、備蓄している個人防護具を感染者発生施設に提供する。

2 感染者発生施設への個人防護具の提供方法は、別に定める。

(応援職員の募集・登録)

第7条 県は、感染者発生施設の事業継続を支援するため、応援職員の派遣が可能な施設（以下「派遣候補施設」）の候補職員を別に定める方法により予め募集し、登録しておくものとする。

(応援職員の派遣先)

第8条 応援職員の派遣先は、次の施設を対象とする。

(1) 高齢者施設 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付

き高齢者向け住宅ほか

(2) 障害児者施設 障害者支援施設、福祉型障害児入所施設、共同生活援助事業所ほか

(3) その他施設 宿泊療養施設、救護施設、児童養護施設、乳児院、母子生活支援施設ほか

(応援職員の派遣依頼等)

第9条 感染者発生施設において職員が不足する場合、感染者発生施設を運営している法人(以下「運営法人」)は、他に運営している施設又は事業所の職員を配置換えするなどの措置を講じ、職員の不足に対応するものとする。

2 感染者発生施設の運営法人は、前項の措置を講じてもなお職員が不足するときは、「クラスター発生時情報確認シート」(様式1)及び「感染対策状況確認シート」(様式1-2)により、県に順次状況を報告することとし、「職員派遣依頼書」(様式2)により、県に応援職員の派遣を依頼することができる。

3 複数の感染者が発生したときの応援職員派遣依頼の流れは、別紙2のとおり。

4 感染者発生施設の運営法人が前項に定める派遣を依頼できない場合には、当該施設が所在する市町が代わって派遣を依頼することができるものとする。

(応援職員の派遣期間等)

第10条 感染者発生施設への派遣人数及び派遣期間は、感染者発生施設の状況に応じ、県が決定する。

2 応援職員の派遣期間は、14日間以内とし、静岡県老人福祉施設協議会、静岡県老人保健施設協会及び静岡県知的障害者福祉協会(以下「派遣調整団体」という。)と派遣候補施設の協議結果により、社会福祉法人静岡県社会福祉協議会(以下「県社協」という。)が決定する。

3 応援職員の派遣が終了したときの待機期間は、医療機関等の判断によるものとする。

(応援職員の業務)

第11条 感染者発生施設は、応援職員の健康管理のため、出退勤時の体温測定、問診などを実施する。

2 感染者発生施設は、応援職員が使用するユニフォームやマスク、ガウン、手袋等の個人防護具、その他必要な用具を準備の上、支給又は貸与することとする。

3 感染者発生施設は、応援職員が行う業務内容等を予め定めておくものとし、応援職員は、感染者発生施設の指示により業務を行うものとする。

(応援職員の派遣エリア)

第12条 感染者発生施設は、応援職員及び応援職員を派遣した施設(以下「派遣元施設」という。)への影響を考慮し、原則として新型コロナウイルス感染症の感染者、濃厚接触者及び感染が疑われる者がいる場所(以下「汚染エリア」という。)以外の場所へ、応援職員の派遣を依頼するものとする。

2 職員の大半が感染してしまった場合等の特別な事情がある感染者発生施設から汚染エリアへの応援派遣の依頼があった場合には、県は、県社協、派遣調整団体、派遣元施設及び応援職員の同意を得た上で、汚染エリア内の場所へ応援職員の派遣を要請することができるものとする。

3 応援スキームのイメージは、別紙3のとおりとする。

(応援職員の派遣条件)

第13条 応援職員は、原則、日勤業務を行うものとする。なお、事前に派遣元施設及び応援職員の

同意を得た上で、応援職員に夜勤業務及び時間外勤務を行わせることができるものとする。

- 2 派遣元施設は、必要に応じて応援職員にPCR検査等を実施するものとする。なお、県は、応援職員のPCR検査等について、優先的に実施できるよう配慮するものとする。
- 3 応援職員の交通費、ホテル宿泊費、損害保険、危険手当等に要する経費は、別紙4のとおりとし、派遣元施設は、県又は政令市に対し、補助金の交付を申請できるものとする。
- 4 応援職員がホテル等の宿泊施設を利用することが必要な場合、宿泊施設の確保は、派遣元施設が行うものとする。なお、派遣元施設での確保が困難である場合は、県社協及び派遣調整団体が支援するものとする。
- 5 応援職員が感染者発生施設の指示により業務に従事している中で、感染者発生施設の利用者を負傷させた場合や、感染者発生施設の設備・備品等を損傷した場合は、派遣元施設が加入する保険で対応することを原則とする。

(派遣調整の要請)

第14条 県は、感染者発生施設、DMAT、FICT等の医療関係機関及び市町と随時、連絡調整、情報交換を行い、その内容を速やかに県社協及び派遣調整団体に情報提供するものとする。

- 2 県は、派遣の依頼を受けたときは、県社協を通じて派遣調整団体に、当該感染者発生施設への応援職員の派遣を要請するものとする。
- 3 派遣調整団体が調整窓口として派遣調整を行う対象施設等は、次のとおりとする。

派遣調整団体	対象施設等
静岡県老人福祉施設協議会	介護老人福祉施設、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、老人短期入所施設
静岡県老人保健施設協会	介護老人保健施設
静岡県知的障害者福祉協会	障害者支援施設、福祉型障害児入所施設及び共同生活援助事業所（団体非会員を除く。）

- 4 前項以外の対象施設等の場合は、県社協と派遣調整団体が派遣調整を行うものとする。
- 5 県社協及び派遣調整団体は、派遣調整に当たっての具体的な情報等が不足する場合は、感染者発生施設に対し、直接、聞き取り等をできるものとし、その内容については、県と情報共有するものとする。

(候補施設の選定、協議)

第15条 派遣調整団体は、前条の規定により要請を受けたときは、感染者発生施設が所在する地域等を考慮し、派遣候補施設として登録された施設の中から派遣する候補者を選定するものとする。

- 2 派遣調整団体は、前項により候補者を選定するときは、当該派遣候補施設の施設長や管理者等（以下「管理者」という。）と応援職員の派遣について協議し、選定するものとする。

(協議への回答)

第16条 前条第2項の規定により協議を受けた派遣候補施設の管理者は、候補職員の派遣の可否について、速やかに派遣調整団体に回答するものとする。なお、候補職員の派遣が困難な場合は、代替職員の派遣も可能とする。

(派遣調整結果の報告)

第17条 派遣調整団体は、派遣調整の結果を、県社協を通じて「応援職員調整結果表」(様式3)により、県に報告するとともに、派遣元施設の管理者に報告するものとする。

(派遣の決定、変更及び終了)

第 18 条 県は、前条の報告を受けて派遣決定を行うとともに、感染者発生施設に対し派遣の決定を通知する。また、県は、速やかに県社協及び派遣調整団体に当該情報を提供するものとする。

2 前項の規定により決定した派遣期間については、必要に応じて、その期間を変更することができるものとする。

3 県は、前項の規定により、派遣期間を変更した場合、派遣元施設及び感染者発生施設に派遣期間の変更を通知する。また、県は、速やかに県社協及び派遣調整団体に当該情報を提供するものとする。

4 県は、派遣の目的が終了したと判断したときは、派遣元施設及び感染者発生施設に対し、派遣終了を通知するとともに、速やかに県社協及び派遣調整団体に当該情報を提供するものとする。

(応援職員の報告)

第 19 条 派遣された応援職員は、感染者発生施設における業務内容について、「派遣業務報告書」(様式 4) により、派遣元施設に報告する。また、派遣元施設は、派遣調整団体を通じて県及び県社協に当該報告書を提出するものとする。

(その他)

第 20 条 この要綱に定める事項に係る疑義については、県と県社協及び派遣調整団体の間で誠意をもって協議するものとする。

附 則

1 この要綱は、令和 3 年 2 月 1 日から施行し、令和 2 年 10 月 1 日から適用する。

2 この要綱の規定にかかわらず、派遣調整団体が独自にこの要綱と同趣旨で、会員施設等を対象に取扱規程等を定めている場合は、当該派遣調整団体の対象施設においては、当該派遣調整団体が定める取扱規程等を引き続き適用できるものとする。

附 則

1 この要綱の改正は、令和 3 年 4 月 1 日から適用する。

2 この要綱の規定にかかわらず、派遣調整団体が独自にこの要綱と同趣旨で、会員施設等を対象に取扱規程等を定めている場合は、当該派遣調整団体の対象施設においては、当該派遣調整団体が定める取扱規程等を引き続き適用できるものとする。

宛先 静岡県健康福祉部福祉指導課 御中

MAIL : fukushishidou@pref.shizuoka.lg.jp FAX : 054-221-2142

宛先 _____市町高齢者・障害児者担当課 御中

MAIL : _____ FAX : _____

クラスター発生時情報確認シート

令和 年 月 日 時 分現在

1 確認事項

手書きでかまわないので、直ちに次の事項について把握していることを記載し、県福祉指導課及び市町担当課にメール又はFAXしてください。不明箇所が分かり次第、時点修正をして提出してください。

- ① 感染者発生施設名 : _____
- ② 連絡担当者名 : _____
- ③ 電話番号 : _____ 携帯電話番号 : _____

④ 入所者情報

入所者定員	入所者数	入所者の感染者数		入所者の濃厚接触者数 (PCR検査陰性者含む)
		うち入院者数		
人	人	人	人	人

⑤ 職員情報(総人数、1日当り人数は概ねでかまいません。)

介護職員総人数 (1日当り人数)	看護職員総人数 (1日当り人数)	職員の感染者数			職員の濃厚接触者数 (PCR検査陰性者含む)
		入院者数	その他数		
人 (人/日)	人 (人/日)	人	人	人	人

⑥ 法人・グループ内や病院からの職員の受入状況と予定

派遣元法人名、施設名など(病院・施設名)	職員数	期 間
DMAT・FICT ()		日～ 日
		日～ 日
		日～ 日

- ⑦ 感染者発生の指揮予定者名 : _____
- ⑧ 指揮予定者の電話(携帯)番号 : _____
- ⑨ 派遣職員用の駐車可能台数 : _____ 台

2 依頼事項

「1 確認事項」の後でかまわないので、次の書類をメール又はFAXで提出してください。

- ① 施設の職員名簿、入所者名簿
- ② 次の情報が入った建物のフロア図面
- 感染者や濃厚接触者(PCR検査陰性者含む)である入所者のいる汚染エリア(レッドエリア)
 - 入所者名、駐車場

感染対策状況確認シート

当シートは、事前に貴施設の感染対策状況について把握するためのものです。

各質問事項について、該当する選択肢の番号を「○」で囲んで、短時間でご回答ください。

なお、「一部行っている」を選択したときは、（ ）内にできていないことを簡単に記載願います。

	質問事項	選択肢
1	職員（全職員。以下同じ）に対し出勤時に体温を計測し、発熱等の症状がある場合は休むことを徹底していますか	①徹底している ②徹底できていない
2	令和2年1月以降、新型コロナウイルス感染者が発生した時を想定した訓練を実施しましたか	①実施した ②実施していない
3	個人防護具（PPE）等の研修を実施した回数を教えてください	①3回以上 ②1回以上 ③実施していない
4	各所の定期換気や空気清浄機の設置等、その他の換気対策を行っていますか	①行っている ②行っていない ③一部行っている（ ）
5	定期的に手すり、ドアノブ等の消毒を行っていますか	①行っている ②行っていない ③一部行っている（ ）
6	職員は利用者へのケアや打合せ等で、マスク着用を行っていますか	①行っている ②行っていない ③一部行っている（ ）
7	職員は休憩、昼食をとる際、感染防止対策（間隔を空ける、アクリル板設置、黙食等）を行っていますか	①行っている ②行っていない ③一部行っている（ ）
8	感染者が発生し、職員が不足した時を想定し、法人やグループ内で相互応援できる体制を検討しましたか	①検討した ②検討していない

記入日 令和 年 月 日

法人名

記載者名

令和 年 月 日

静岡県知事 様

住 所 _____

(依頼者) 法人名 _____

代表者名 _____

職 員 派 遣 依 頼 書

次のとおり職員の派遣を依頼します。

派 遣 先	施設名	
	施設所在地	
	責任者名	
特記事項 (派遣希望職種、 派遣エリア等)		

担当者名	
電 話	
F A X	
M A I L	

応援職員調整結果表

年 月 日

調整団体名

派遣先	法人名	
	施設名	
	施設の所在地	
	連絡先	

	派遣元				派遣期間	備考
	職員氏名	職種	法人名	施設名		
1					自:令和 至:令和 年 月 日() 年 月 日()	
2					自:令和 至:令和 年 月 日() 年 月 日()	
3					自:令和 至:令和 年 月 日() 年 月 日()	
4					自:令和 至:令和 年 月 日() 年 月 日()	
5					自:令和 至:令和 年 月 日() 年 月 日()	

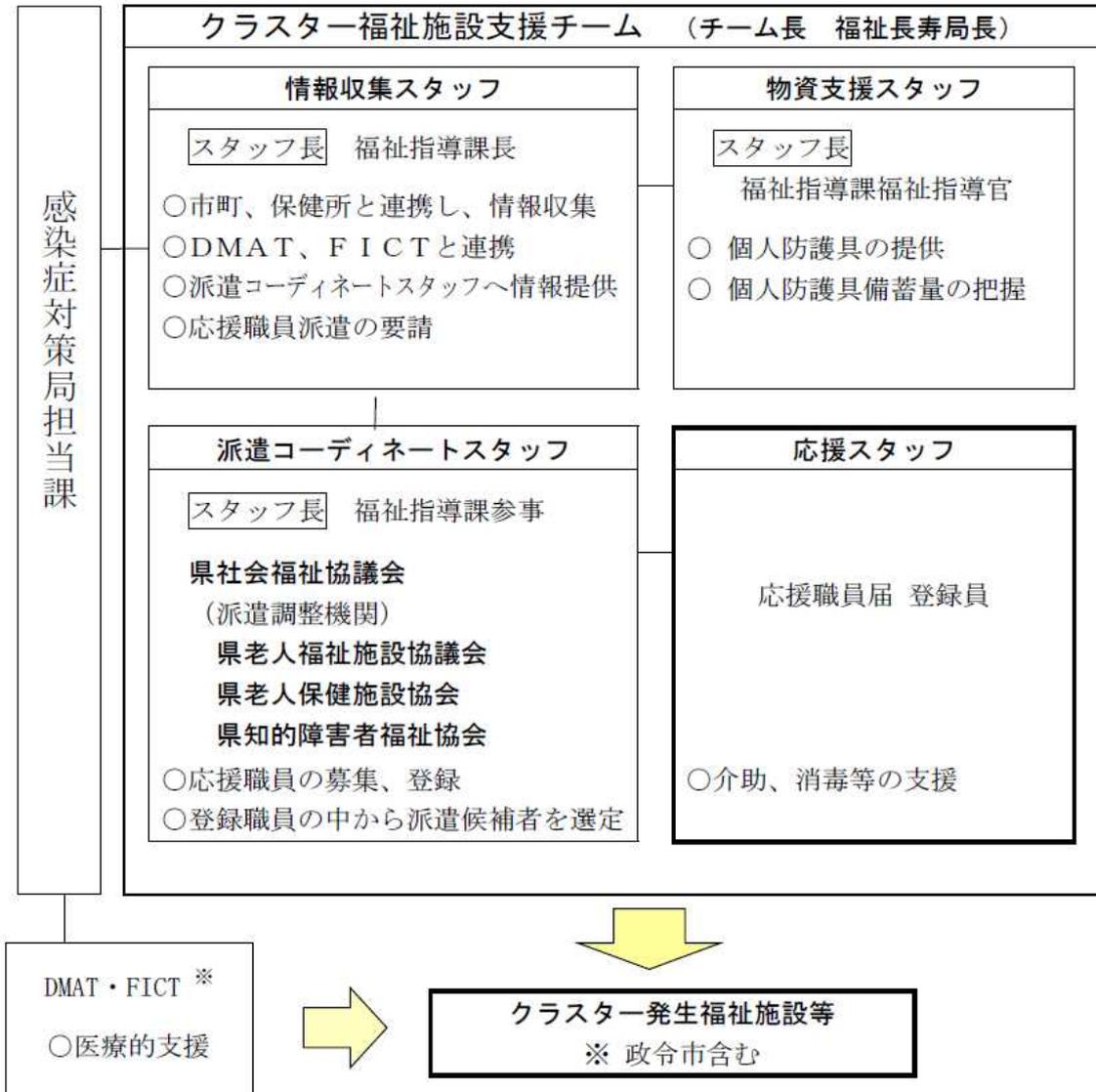
Fax 番号 _____

_____ 様

派遣業務報告書

感染者発生施設名									
勤務日	令和 年 月 日 (曜日)								
勤務時間	: ~ :								
派遣元施設名									
派遣者氏名									
業務内容 (簡潔に)	<table border="1"><tr><td>午前</td></tr><tr><td>・</td></tr><tr><td>・</td></tr><tr><td>・</td></tr><tr><td>午後</td></tr><tr><td>・</td></tr><tr><td>・</td></tr><tr><td>・</td></tr></table>	午前	・	・	・	午後	・	・	・
午前									
・									
・									
・									
午後									
・									
・									
・									
感想・伝達事項 など									

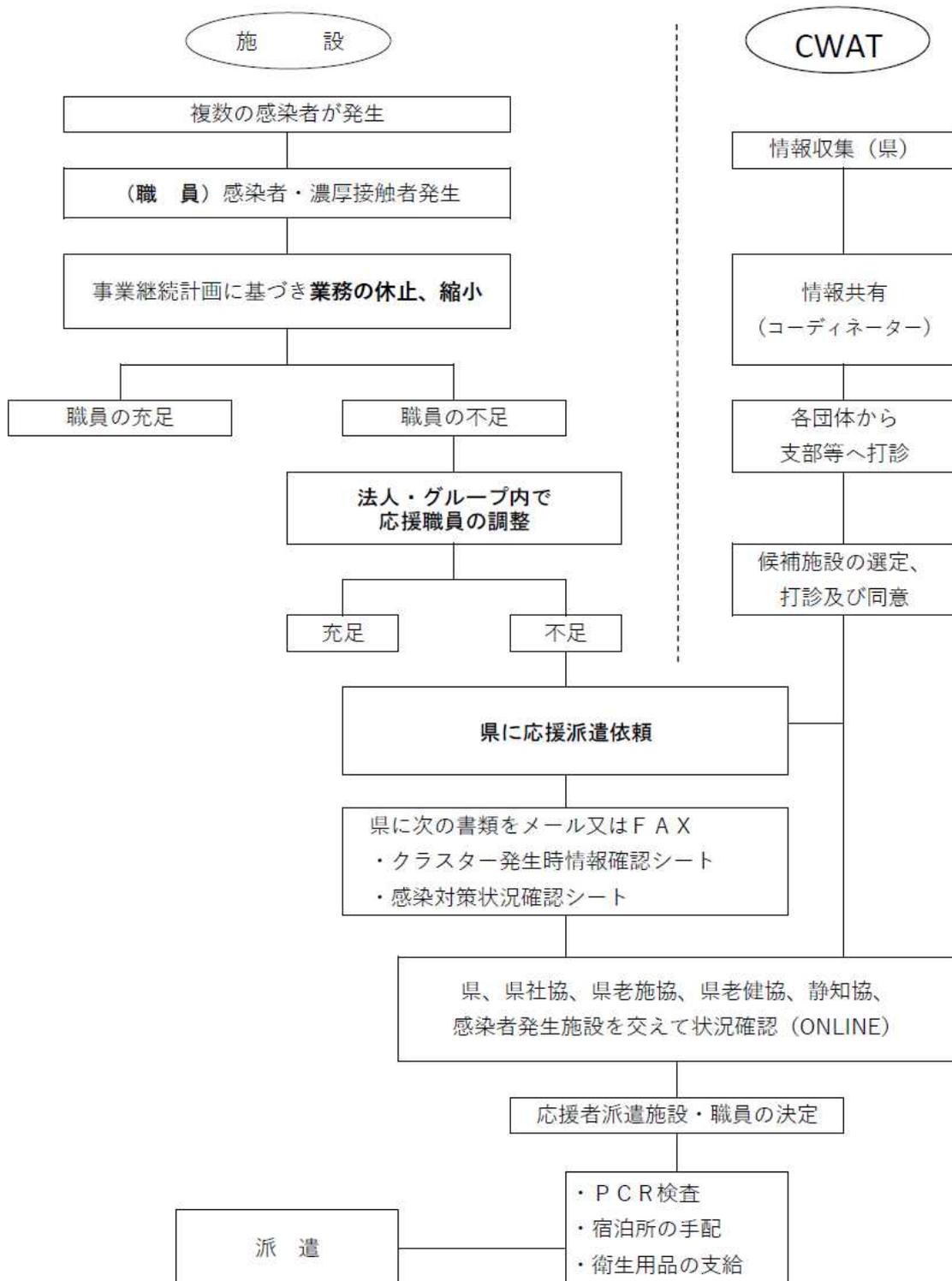
クラスター福祉施設支援チームの組織図



※ 災害派遣医療チーム (DMAT (Disaster Medical Assistance Team))

ふじのくに感染症専門医協働チーム (FICT (ふじのくに Infection Control Team))

クラスターが発生したときの応援派遣依頼フロー



応援職員の交通費、ホテル宿泊費、損害保険、危険手当等に要する経費

	かかり増し経費 (例) (※印は標準単価)	県等への交付申請者	
		派遣元施設	派遣先施設
1	損害保険料	○	
2	派遣施設への交通費 (通勤費)	○	
3	派遣先のユニフォームクリーニング代		○
4	マスク・防護具などの衛生用品費		○
5	※ 危険手当(日額) ・ 図1の派遣: 15,000円/日 ・ 図2の派遣: 10,000円/日 ・ 汚染エリアの派遣: 20,000円/日 (感染者等の介助あり: 25,000円/日) 同一法人内の派遣も可能	○	
6	時間外手当	○	
7	検査費 (行政検査で対応した場合を除く)	○	
8	ホテル代 ※ 10,000円/泊 (自宅に帰れない場合など)	○	
9	新たに勤務する代替職員(臨時職員)の 雇用費	○	

【通知】

新型コロナウイルス感染症流行下における介護サービス事業所等のサービス提供体制確保事業の実施について(令和3年4月8日老発0408第1号厚生労働省老健局長)ほか