

いしかわ福祉施設相互応援ネットワーク協議会運営要綱

(目的)

第1条 本要綱は、高齢者や障害者の施設において新型コロナウイルス感染症のクラスターが発生しても、サービスを継続して提供できるように、職員が入院又は自宅待機等で不足する場合に備え、各施設・関係団体と石川県及び金沢市が連携して、応援職員の派遣調整等を行う「いしかわ福祉施設相互応援ネットワーク協議会」(以下「協議会」という。)の運営について必要な事項を定めるものとする。

(役割)

第2条 協議会は、次に掲げる事項について協議及び調整を行うものとする。

- 一 派遣協力施設の募集・登録
- 二 登録施設からの派遣要請に基づく派遣協力施設の調整
- 三 その他応援職員の派遣に係る必要な支援

(構成員及び組織)

第3条 協議会は、別表に掲げる者をもって構成する。

2 協議会は、高齢者及び障害者の個別の特性や施設のおかれている状況等に
応じて迅速かつ適切な対応を行うため、次の部会を設け、運営することとする。

- 一 高齢者施設部会
- 二 障害者施設部会

(座長及び幹事)

第4条 協議会に、座長及び幹事を置き、座長は石川県健康福祉部長を、幹事は
長寿社会課長及び障害保健福祉課長をもって充てる。

(事務局)

第5条 協議会の庶務を処理するため、石川県健康福祉部に事務局を置く。

(その他)

第6条 この要綱に定めるもののほか、協議会の運営に関し必要な事項は、別
に定める。

附 則

この要綱は、令和2年9月9日から施行する。

別表

いしかわ福祉施設相互応援ネットワーク協議会 構成団体

団体名
石川県社会福祉法人経営者協議会
石川県老人福祉施設協議会
石川県老人保健施設協議会
日本認知症GH協会石川県支部
身体障害者施設
石川県知的障害者福祉協会
金沢市
石川県（事務局）

いしかわ福祉施設相互応援実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、県内の高齢者及び障害者施設において新型コロナウイルス感染症（以下、「感染症」という。）が発生し、当該施設の職員が入院又は自宅待機等で不足する場合に備え、当該施設においてサービスを継続して提供できるよう、他の施設等から当該施設へ応援職員を派遣する際の取扱いについて、必要な事項を定めるものとし、その実施にあたっては、「いしかわ福祉施設相互応援ネットワーク協議会運営要綱」の規定によるほか、この実施要綱の定めるところによる。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

(1) 県内施設 次に掲げる施設であって、県内に開設されたものをいう。

ア 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及び介護医療院

イ 地域密着型介護老人福祉施設、認知症高齢者グループホーム及び特定施設入居者生活介護の指定を受けた施設

ウ 養護老人ホーム、軽費老人ホーム

エ 障害者支援施設、障害児入所施設

オ アからエに掲げるもののほか、県が職員の派遣を必要と認める入所・居住施設

(2) 協議会 いしかわ福祉施設相互応援ネットワーク協議会をいう。

(3) 登録施設 次条第3項の規定により登録された施設をいう。

(派遣施設登録名簿)

第3条 協議会は、県内施設で感染症が発生した場合に備えて、当該施設に応援職員を派遣するため、派遣可能施設名簿（様式1）（以下、名簿という。）を作成するものとする。

2 県内施設の開設者は、派遣可能施設名簿登録書（様式2）により、協議会に名簿の登録を申請することができる。

3 協議会は、前項の規定による登録の申請があった場合において、その内容が真正であると認められるときは、当該施設を名簿に登録するものとする。

(派遣の依頼)

第4条 登録施設の職員又は入所者が感染症にかかっていると診断されたことに伴い、サービス提供を行う職員が不足すると見込まれるときは、当該施設（以下「感染症発生施設」という。）の開設者は、自らが開設する他の施設の職員の配置換え等の措置を講じ、職員の不足に対応するものとする。

2 感染症発生施設の開設者は、前項に規定する措置を講じても、なお職員が不足すると認めるときは、応援職員派遣依頼書（様式3）により、協議会に応援職員の派

遣を依頼することができる。

(派遣の要請)

第5条 協議会は、前条第2項の規定による派遣の依頼を受けたときは、感染症発生施設の地域及び施設種別を考慮し、登録施設の中から、応援職員派遣要請書(様式4)により、派遣依頼があった施設への応援職員の派遣を要請するものとする。

(派遣の承諾)

第6条 派遣要請を受けた施設は、前条による協議会からの派遣要請を承諾したときは、応援職員派遣承諾書(様式5)により、協議会に通知するものとする。

(派遣の決定)

第7条 協議会は、前条の規定による承諾を受けたときは、派遣を承諾した開設者(以下「派遣元」という。)及び感染症発生施設の開設者(以下「派遣先」という。)に対し、応援職員派遣決定通知書(様式6)により通知するものとする。

2 前項の場合において、当該感染症発生施設が、市町が指定する施設であるときは、当該市町に対し、併せて通知するものとする。

(責任者)

第8条 派遣業務に際し、派遣元施設及び派遣先施設の責任者を事前に定めることとする。

2 派遣元施設及び派遣先施設の責任者は、応援職員が適正に派遣業務に従事するための措置を講じなければならない。

3 派遣元施設及び派遣先施設の責任者は、派遣職員から苦情の申し出があった場合には、互いに協力して迅速な解決に努めなければならない。

(派遣条件)

第9条 応援職員の派遣に際し、基本的な条件は以下のとおりとする。

(1) 応援職員の身分 応援職員は、派遣元施設の職員として、出張により派遣先施設において業務に従事する扱いとする。なお、介護等を必要とする入所者の特性や派遣先施設の設備状況など、派遣先施設特有の事項については派遣先施設の責任者の指示を受けるものとする。

(2) 業務内容 感染者又は濃厚接触者となった入所者への介護等は、派遣先施設の職員が行う。ただし、多数の職員が入院又は自宅待機となった場合等の状況により、派遣先が派遣元に感染者又は濃厚接触者の介護等を求めた場合であって、派遣元が必要と認めるときは、当該応援職員が同意する場合に限り、感染者又は濃厚接触者に対して介護等をさせることができる。

(3) 派遣期間等 派遣先施設への派遣期間は最大2週間とし、派遣終了後は経過観察期間として2週間の自宅等での待機を行う。

(4) 勤務・休憩時間及び休日 派遣元施設の就業規則に基づく勤務時間等とする。

ただし、派遣先が求めた場合であって、派遣元が必要と認めるときは、当該応援職員が同意する場合に限り、別に定める規定等によることができる。

(5) 時間外勤務及び夜勤 時間外勤務（勤務時間以外の時間又は休憩時間に応援職員が応援業務に従事することをいう。以下同じ。）及び夜勤をさせないものとする。ただし、派遣先が派遣元に時間外勤務を求めた場合であって、派遣元が必要と認めるときは、当該応援職員が同意する場合に限り、時間外勤務及び夜勤をさせることができる。

(6) 費用負担 応援職員の本給は派遣元が負担する。本給以外の追加費用（旅費、宿泊費、手当等）は、派遣先が負担する。

(7) 傷害保険 県の負担により傷害保険に加入する。ただし、感染症発生施設への派遣の場合に限る。

(派遣協定の締結)

第 10 条 派遣元と派遣先は、派遣協定書（様式 7）により、派遣協定を締結するものとする。なお、この協定書により、前条の規定を変更することも可能とする。

(職員の派遣)

第 11 条 派遣元は、前条に規定する派遣協定に従い、応援職員を派遣するものとする。

(派遣元への復帰時の検査)

第 12 条 県は、第 9 条（3）の経過観察期間終了後、同条（2）但し書きにより感染者又は濃厚接触者となった入所者への介護等を行った応援職員が派遣元施設へ復帰する場合に、必要な検査を受けることができるよう調整するものとする。

(周知)

第 13 条 いしかわ福祉施設相互応援ネットワーク協議会の構成員は、県内施設の開設者に周知を図り、理解及び協力を得るよう努めるものとする。

(事務)

第 14 条 この要綱に関する事務は、いしかわ福祉施設相互応援ネットワーク協議会の事務局が行う。

(定めのない事項)

第 15 条 この要綱に定めのない事項又は疑義が生じた事項については、別途構成員により協議するものとする。

附 則

この要綱は、令和 2 年 9 月 9 日から施行する。

(様式1)

派遣可能施設名簿

番号	登録日	施設の情報				サービス種別	派遣 可能 人数	内訳						配慮希望事項
		法人名	施設名	所在地				①		②		③		
				市町	番地等			職種	登録人数	職種	登録人数	職種	登録人数	
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														

注 1 欄が不足する場合は、適宜、追加する。

2 候補者を感染症発生施設に派遣した場合は、「備考」欄にその旨及び派遣期間を記入する。

派遣可能施設名簿登録書

記載日	令和 年 月 日
-----	-------------------

法人名		
施設名		
施設住所	(市町名)	(市町名以降)
提供サービス種別		
派遣可能人数 (概数)	人	
[職種内訳]	職 種	登録 人数
①		
②		
③		
配慮希望事項		
連絡先 ご担当者名		
(部署・役職)	(部署)	(役職)
電話番号		
E-mail		

派遣調整を行う際には、ご担当者様あてにご連絡させていただきます。

様式 3

令和 年 月 日

いしかわ福祉施設相互応援ネットワーク協議会

座長 北野 喜樹 あて

(石川県健康福祉部長)

法人名 :
施設名 :
施設長 :

応 援 職 員 派 遣 依 頼 書

本施設において、新型コロナウイルス感染症の発生により職員が不足したため、
応援職員の派遣を依頼します。

1. 施設種別

2. 派遣希望期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 月

3. 派遣希望人数 人

4. 現在の施設の状況 ※内訳別紙

入居者 人中 人

職員数 人中 人

4. 感染症発生から派遣依頼に至る経緯

[Empty box for describing the process from infection occurrence to dispatch request]

(派遣先責任者) 職 名 :
氏 名 :
TEL :
e-mail :

様式 4

令和 年 月 日

法人名 :
施設名 :
施設長 :

様

いしかわ福祉施設相互応援ネットワーク協議会
座長 北野 喜樹
(石川県健康福祉部長)

応 援 職 員 派 遣 要 請 書

県内施設において、新型コロナウイルス感染症の発生により職員が不足したため、下記のとおり応援職員の派遣を要請します。

1. 施設名及び種別

2. 派遣希望期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 月

3. 派遣希望人数 人

4. 現在の施設の状況 ※内訳別紙

入居者 人中 人

職員数 人中 人

4. 感染症発生から派遣依頼に至る経緯

Blank area for describing the circumstances from infection occurrence to dispatch request.

(別紙)

新型コロナウイルス感染症発生施設の状況

【人】

区分	発生前	現在の状況（令和 年 月 日 時 時点）					
		区分	入院済み	施設滞在 入院調整中	別施設 へ転居	家族宅等 で待機	退所 退職
入居者数		陽性					
		陰性					
		検査中					
		検査前					
		計	0	0	0	0	0
職員数		陽性					
		陰性					
		検査中					
		検査前					
		計	0	0	0	0	0
合計	0		0	0	0	0	0

様式 5

令和 年 月 日

いしかわ福祉施設相互応援ネットワーク協議会
座長 北野 喜樹 へ
(石川県健康福祉部長)

法人名 : _____
施設名 : _____
施設長 : _____

応 援 職 員 派 遣 承 諾 書

要請のあった応援職員の派遣について承諾し、下記職員を派遣します。

1. 派遣職員 (職名及び氏名)

2. 留意希望事項

(派遣元責任者) 職 名 : _____
氏 名 : _____
TEL : _____
e-mail : _____

様式6 (派遣元用)

令和 年 月 日

(派遣元施設)

法人名 :
施設名 :
施設長 :

様

いしかわ福祉施設相互応援ネットワーク協議会
座長 北野 喜樹
(石川県健康福祉部長)

応援職員派遣決定通知書

応援職員の派遣について、下記のとおり実施することとしたので通知します。

1. 派遣先
2. 派遣予定期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 月
3. 派遣職員 (職名及び氏名)

(派遣元責任者) 職名 :
氏名 :
TEL :
e-mail :

(派遣先責任者) 職名 :
氏名 :
TEL :
e-mail :

様式6 (派遣先用)

令和 年 月 日

(派遣先施設)

法人名 :
施設名 :
施設長 :

様

いしかわ福祉施設相互応援ネットワーク協議会
座長 北野 北野 喜樹
(石川県健康福祉部長)

応援職員派遣決定通知書

応援職員の派遣について、下記のとおり実施することとしたので通知します。

1. 派遣元
2. 派遣予定期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 月
3. 派遣職員 (職名及び氏名)
4. 留意希望事項

(派遣元責任者) 職名 :
氏名 :
TEL :
e-mail :

(派遣先責任者) 職名 :
氏名 :
TEL :
e-mail :

様式7

派遣協定書（参考様式）

法人（又は施設）甲（以下「派遣元」という。）と法人（又は施設）乙（以下「派遣先」という。）は、派遣先の施設において感染症が発生し、介護等を行う職員に不足が生じたこと等に鑑み、「いしかわ福祉施設相互応援実施要綱」に基づき、次のとおり協定を締結する。

（職員の派遣）

第1条 派遣元は、別表に掲げる職員（以下「応援職員」という。）を派遣先に派遣する。

2 前項の規定による派遣は、派遣元からの出張扱いとする。

（応援業務）

第2条 派遣元は、応援職員を別表に掲げる業務（以下「応援業務」という。）に従事させる。

（業務に従事する場所）

第3条 応援職員を応援業務に従事させる施設（以下「派遣施設」という。）は、次の表のとおりとする。

施設名	
所在地	
電話番号	

2 各応援職員が応援業務に従事する場所は、別表のとおりとする。

（責任者）

第4条 応援業務に係る派遣元及び派遣先の責任者は、次の表に掲げる者をもって充てる。

区分	施設名	職名	氏名	電話番号
派遣元				
派遣先				

2 派遣元及び派遣先の責任者は、応援職員が適正に応援業務に従事するための措置を講じなければならない。

3 派遣元及び派遣先の責任者は、応援職員から苦情の申し出があった場合には、互いに協力して迅速な解決に努めなければならない。

（派遣期間）

第5条 応援職員を派遣する期間（以下「派遣期間」という。）は、令和 年 月 日から令和 年 月 日までとする。

(休日)

第6条 応援職員の休日は、別表のとおりとする。

2 派遣元は、応援職員に休日勤務（休日において応援職員が応援業務に従事することをいう。以下同じ。）をさせないものとする。ただし、派遣先が派遣元に休日勤務を求めた場合であって、派遣元が必要と認めるときは、当該応援職員が同意する場合に限り、休日勤務をさせることができる。

3 派遣先は、直接、応援職員に休日勤務を求めてはならない。

(勤務時間等)

第7条 派遣元が応援職員を応援業務に従事させる時間（以下「勤務時間」）という。）及び休憩時間は、別表のとおりとする。

2 派遣元は、応援職員に時間外勤務（勤務時間以外の時間又は休憩時間に応援職員が応援業務に従事することをいう。以下同じ。）をさせないものとする。ただし、派遣先が派遣元に時間外勤務を求めた場合であって、派遣元が必要と認めるときは、当該応援職員が同意する場合に限り、時間外勤務をさせることができる。

3 派遣先は、直接、応援職員に時間外勤務を求めてはならない。

(給与)

第8条 派遣期間における応援職員の給料は派遣元が負担し、手当（休日勤務若しくは時間外勤務をした場合又は深夜に応援業務に従事した場合の手当を含む。）は、派遣先が負担する。

(交通費・宿泊費)

第9条 応援職員が応援業務に従事するに当たり、その住居から派遣施設への移動に要する交通費及び宿泊を要する場合の宿泊費は、派遣先が負担する。

(社会保険等)

第10条 応援職員に係る健康保険及び厚生年金保険は、派遣元において加入する。

2 応援職員に係る労災保険及び雇用保険は、派遣元において加入する。

(感染の防止)

第11条 派遣先は、応援職員の感染症への感染を防止するため、必要な措置を講じるものとする。

(雇用申入れの禁止)

第12条 派遣先は、派遣期間中において、応援職員に対して雇用の申入れを行ってはならない。

(従事状況等の報告)

第 13 条 派遣先は、応援職員の応援業務への従事の状況等について、○日ごと【又は随時等、適宜設定】派遣元に報告するものとする。

2 派遣元は、応援職員の応援業務への従事の状況等について、必要に応じ、派遣先に報告を求めることができる。

(派遣の中止)

第 14 条 派遣期間中において、派遣先における職員の不足が解消したときは、派遣先は、派遣元に対して速やかにその旨を通知するものとする。この場合において、派遣元は、派遣先に派遣の中止を請求することができる。

2 派遣元において感染症の発生により職員に不足が生じたとき、又は派遣元が天災その他の不可抗力によって重大な損害を受けたときは、派遣元は、派遣先に派遣の中止を請求することができる。

3 前 2 項の規定により派遣の中止を請求するときは、派遣元は、派遣を中止する日及び派遣を中止する応援職員を明らかにするものとする。

(協定の解除)

第 15 条 派遣元又は派遣先は、その相手方が次の各号のいずれかに該当するときは、催告することなくこの協定を解除することができる。

(1) 派遣期間内にこの協定を履行しないとき、又は履行の見込みがないと明らかに認められるとき。

(2) この協定の履行に当たり、不正な行為があると認められるとき。

(3) その他協定上の義務を履行しないと認められるとき。

(損害賠償)

第 16 条 応援業務の実施につき、応援職員が故意又は過失により派遣先又は第三者に損害を与えた場合は、派遣元が賠償責任を負うものとする。ただし、当該損害が派遣先の指示（必要な指示をしなかった不作為を含む。）により生じたと認められるときは、この限りでない。

2 前項の場合において、当該損害が、応援職員の故意又は過失と、派遣先の指示との双方に起因するときは、派遣元及び派遣先は、協議して当該損害の負担割合を定めるものとする。

(その他)

第 17 条 この協定に定めのない事項又はこの協定について疑義を生じた事項については、派遣元及び派遣先は、誠意を持って協議するものとする。

この協定の証として本書 2 通を作成し、派遣元、派遣先が記名押印の上、各自 1 通を保有するものとする。

令和 年 月 日

派遣先 (住 所)
(法 人 名)
(代表者名)

印

派遣元 (住 所)
(法 人 名)
(代表者名)

印

(別表)

応援職員の氏名				
応援職員の職種				
応援業務				
従事場所				
派遣日		就業時間	休憩時間	休日
1日目	令和 年 月 日()	: ~ :	: ~ :	
2日目	令和 年 月 日()	: ~ :	: ~ :	
3日目	令和 年 月 日()	: ~ :	: ~ :	
...				

- 注1 「従事場所」欄は、できるだけ具体的に記入する（建物名、階数等）。
- 2 派遣期間は、適宜、欄を追加する。
- 3 派遣日のうち休日に当たる日については、「休日」欄に「○」を記入する。