

# 福井県社会福祉施設感染症対策チーム (介護) について

## 目次

第1章 福井県社会福祉施設感染症対策チームについて

第2章 チーム派遣の基準

第3章 チーム員の登録と研修

第4章 派遣までの流れ

第5章 チーム員による活動の内容

第6章 活動費用と保険への加入

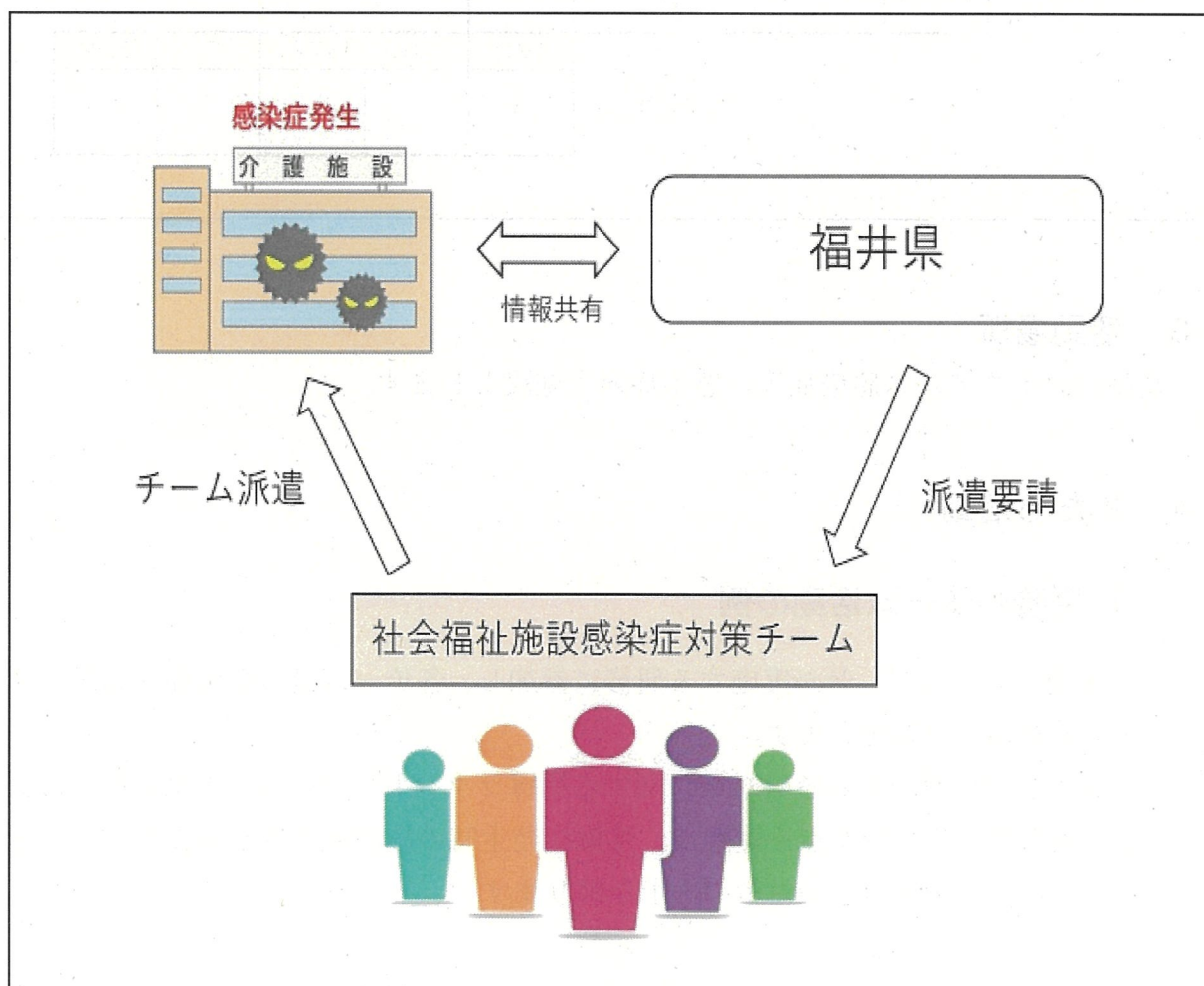
## 第1章 福井県社会福祉施設感染症対策チームについて

福祉施設において、新型コロナウイルス感染症等の感染症が発生した場合、迅速な感染対策だけでなく、施設の運営面で多発する課題に対応して、クラスター仕様として施設機能を維持していく必要があります。

そのため、福井県では、本県独自に福祉施設等の職員による「社会福祉施設感染症対策チーム」を設置しています。

「社会福祉施設感染症対策チーム」は、平時においては、感染症発生を想定した感染制御や施設運営に関する研修等を県で実施し、感染対応および施設のマネジメントに長けた人材を育成します。また、施設での感染症発生時には、発生施設に迅速に派遣し、施設の感染制御や施設機能の維持支援を行い、クラスター発生時の初動時に施設をバックアップします。

### <活動イメージ>



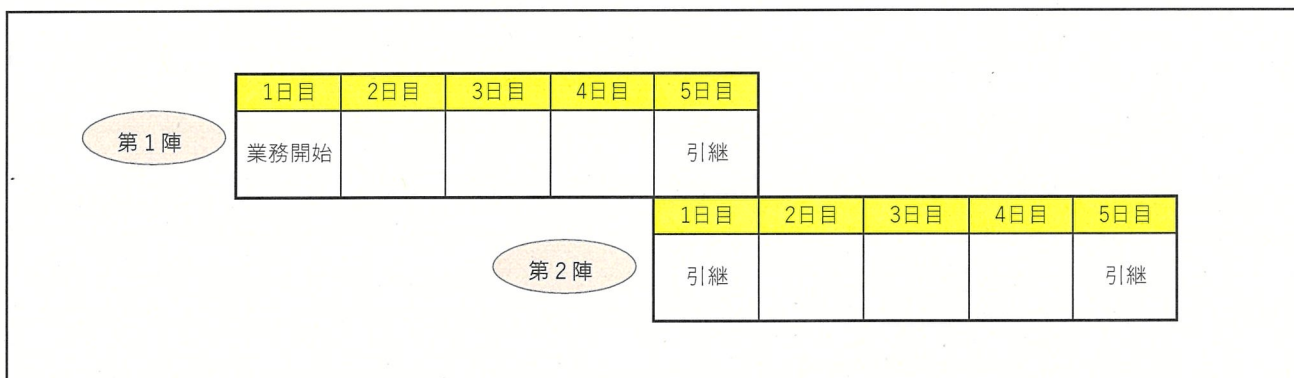
## 第2章 チーム派遣の基準

### 1 派遣要件

福祉施設での感染症発生を受けて、施設内における感染拡大の可能性等を考慮した上で、派遣の有無について総合的に判断し、福井県が各チーム員に対して派遣要請を行います。

### 2 派遣期間

1チーム1回当たりの派遣期間は、5日程度を基本とします。1チーム当たりの派遣期間の例は以下のとおりです。



### 3 活動場所

新型コロナウイルス感染症等の感染症発生施設とします。

### 4 主たる活動

#### (1) 平時のチーム活動の例

平時においては、県が実施する研修に参加し、各チーム員の感染症や施設マネジメント対応力を強化します。

また、県が実施する感染対策に関する指導ラウンドに同行し、実際の現場における感染対策が不十分な点や疑問点、感染症発生時の施設運営等を意見交換し、地域における介護全体の感染対策の向上を図ります。

## (2) 感染症発生時のチーム活動の例

社会福祉施設感染症対策チームは、感染症が発生した施設等において、下記4つの領域を中心に活動を行います。

- ① 施設の業務支援
- ② 施設内の感染制御支援
- ③ 施設機能の維持支援
- ④ 施設・行政連携

活 動	活 動 内 容	例
① 施設の業務支援	<input type="checkbox"/> 陽性者が発生した同室者など感染対策により注意が必要な入所者の食事や排せつケア等を行う。 <input type="checkbox"/> 施設職員の手が回っていない介護・看護業務を支援する。	
② 施設内の感染制御支援	<input type="checkbox"/> 感染制御チームから指導を受けた感染対策が現場レベルでも徹底されているかチェックする。 <input type="checkbox"/> 現場における感染対策を指導する。 <input type="checkbox"/> 施設職員からの感染対策に関する質問に対して回答する。 <input type="checkbox"/> 施設職員に対して、防護服等の着脱を指導する。	
③ 施設機能の維持支援	クラスター仕様に切り替えて施設機能が維持できるよう施設運営を支援する。 <input type="checkbox"/> 業務分担の見直しや割り振り <input type="checkbox"/> シフト調整 <input type="checkbox"/> リネン、廃棄物など外部業者との調整 <input type="checkbox"/> 衛生用品の在庫管理、配布 <input type="checkbox"/> 利用者家族への連絡対応 <input type="checkbox"/> 職員の宿泊先確保 <input type="checkbox"/> 施設職員のメンタルケア	
④ 施設・行政連携	<input type="checkbox"/> 現場における課題等について施設との連絡・調整 <input type="checkbox"/> 行政（県クラスター対策班など）と施設間の連携支援	

\* 発生施設に対しては、福井県クラスター対策班や保健所、県所管課等様々な関係機関が支援に入ります。

### 第3章 チーム員の登録と研修

#### 1 チーム員候補者・登録の要件・身分

##### (1) チーム員候補者の要件

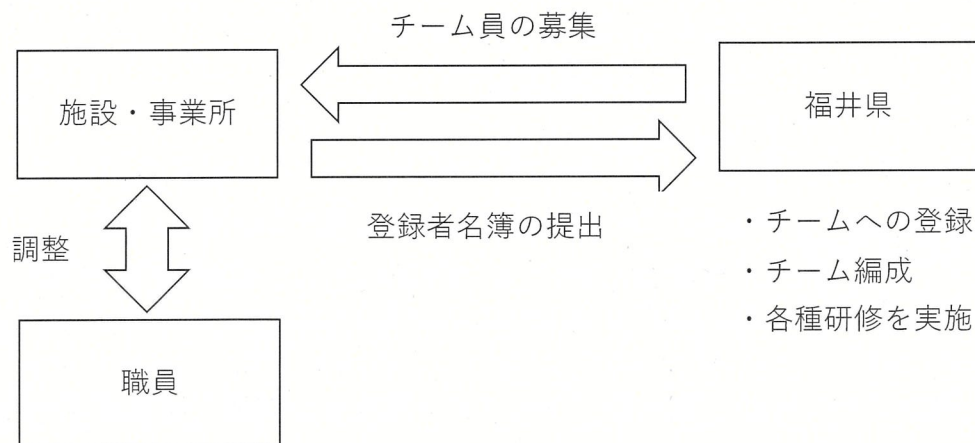
チーム員候補者の要件は以下いずれかに該当する方で、所属する施設の長の承認を受けた者としてします。なお、区分(A)(B)については、当該業務経験が3年以上の者としてします。

区 分	要件
(A) 資格保有者	(准) 看護師、保健師、社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員(ケアマネージャー)、リハビリ専門職、管理栄養士、臨床心理士等
(B) 職 種	相談支援専門員、介護職員、生活相談員、業務調整員(事務員)等
(C) そ の 他	感染症対応や施設運営に対して実績がある等、県が適当と認めた者

※ただし、下記のような健康状態の方については、登録できません。

〔 重度の糖尿病、心不全、慢性呼吸器疾患がある者、透析を受けている者、免疫抑制剤や抗がん剤を用いている、妊娠している者 〕

##### (2) チーム員候補者の登録の流れ



\*なお、退職等の理由により、チームへの登録を取り下げる場合は、各施設等を通じて辞退届を県に提出してください。

### (3) チーム員の身分

チーム員は、所属する施設等の職員の身分をもって業務に従事していただきます。

## 2 研修および訓練

### (1) 研修

県は、チーム員を対象とした研修を定期的実施し、人材育成および資質向上に努めます。(令和4年度は年2回実施予定)

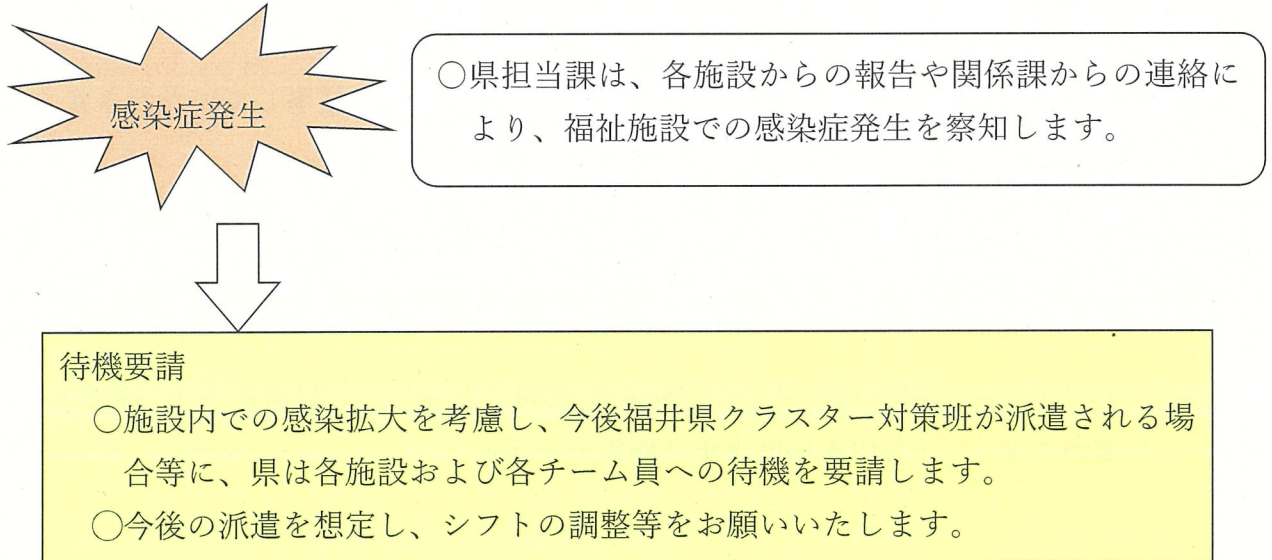
### (2) チーム派遣後の振り返り研修

発生施設へ派遣されたチーム員からの活動成果や課題について、他のチーム員や関係団体等と情報を共有し、チーム活動の一層の円滑化およびチーム力の向上を図ります。

チーム派遣を通じた貴重な体験や発生施設等での課題について、派遣されたチーム員の方々と話合ってください、浮かび上がった課題を検証し、その結果を随時マニュアルに反映させてまいります。

## 第4章 派遣までの流れ

### 1 活動フロー図

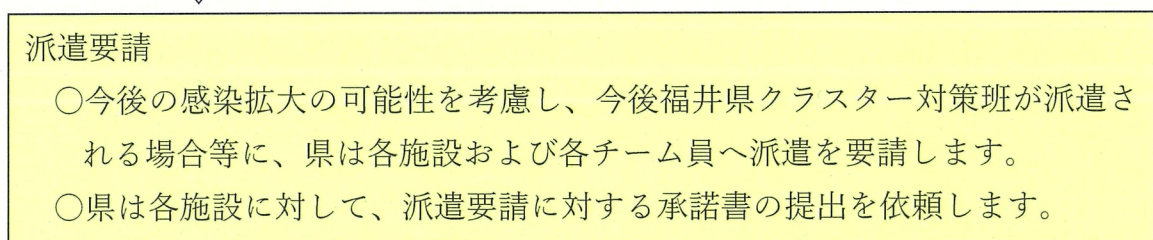
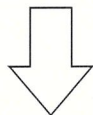


#### ◆発信メール例

##### 【レベル1 待機要請 取扱注意】

「県内の高齢者施設（〇〇管内）で利用者・職員に新型コロナウイルス感染症陽性者が確認されました。今後の感染状況により、チーム派遣の可能性がありますので、シフト調整等をお願いします。

現在の派遣予定は、チームAを第1クール（〇月〇日～〇月〇日）として、チームBを第2クール（〇月〇日～〇月〇日）、チームCを第3クール（〇月〇日～〇月〇日）派遣予定です。」



#### ◆発信メール例

##### 【レベル2 派遣要請 取扱注意】

「県内の高齢者施設で利用者または職員に新型コロナウイルス感染症陽性者が確認され、今後の感染拡大の可能性を考慮し、登録職員あてにチーム派遣を要請しま



す。要請を受諾いただける場合は、受諾書をご提出の上、下記のとおり、ご参集ください。

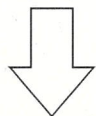
派遣先施設：(施設名)

派遣開始予定日：

第1クール ○月○日9時 ～○月○日 チーム○ (登録者名)

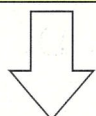
第2クール ○月○日9時 ～○月○日 チーム○ (登録者名)

第3クール ○月○日9時 ～○月○日 チーム○ (登録者名)



#### 派遣承諾

○各施設は県からの要請を受けて、チーム員派遣の受諾書を県に提出します。



#### 派遣

○各チーム員は、指示を受けた時間に活動場所に参集します。

#### <留意点>

- ・待機要請から派遣要請までの期間については、施設の感染状況によって、同時に要請を行う場合があります。
- ・なお、待機要請後、今後の感染拡大の可能性が低く、現時点におけるチーム派遣の可能性が低い場合は、県から各施設および各チーム員に対して、待機解除を通知します。ただし、今後の感染の状況によっては、再度待機要請を行う場合があります。(そのため、待機解除後も一定期間発生施設における情報を原則共有します。)

## 2 チーム員の編成

### (1) チームの構成等

チームの構成については、目安として、看護・介護・その他の職種別に3～5名程度、1チーム全体13名程度で構成します。なお、発生施設における感染状況を踏まえ、構成を変更する場合があります。

<チーム構成目安>

	看護	介護	その他事務	合計
配置数	5名程度	5名程度	3名程度	13名程度
備考	「その他事務」においては、施設や行政、チーム員間の情報共有についてもご担当いただきます。			

## (2) 新型コロナウイルス禍における留意事項

県は、チーム編成時の前2週間を対象に、チーム員の下記の状況を確認します。また、ワクチン接種者の場合は接種時期および接種回数を確認します。

ア 発熱、呼吸器症状（咳、のどの痛み、鼻水・鼻づまり、息苦しさ）、頭痛、全身倦怠感の症状がある

イ 嗅覚・味覚に障害がある

ウ 家族等（※）にアまたはイの症状がある

※「家族等」とは、家族のほか、友人、交際相手等一定の接触のある者など仮にその者が陽性であった場合にチーム員本人が濃厚接触者とされる可能性がある者をいう。

エ 海外から帰国後2週間を経過していない

オ 新型コロナウイルス感染症患者と接触してから2週間を経過していない

## 3 活動にあたっての事前説明・情報共有

県は、集合日時や場所、派遣先施設や施設の状況等について、オリエンテーションシートを作成し、派遣するチーム員に対して情報提供を行います。

派遣日当日、指定する集合場所において、派遣するチーム員に対するオリエンテーションを実施します。

(内容)

① オリエンテーションシートに基づき、日程、派遣先、チーム編成、施設の感染状況、業務内容等の説明

② 情報共有・意思疎通

メンバー間の連絡体制、事務局への連絡体制の確認を行います。

## 第5章 チーム員による活動の内容

### 1 活動場所到着後の確認事項および活動

活動場所到着後、チーム員は下記項目を確認し、情報を共有します。

区分	項目
1. 現地対策本部等に関する確認	<input type="checkbox"/> 活動方針 <input type="checkbox"/> 指揮命令系統
2. 感染制御に関する確認	<input type="checkbox"/> 施設内のゾーニングの状況 <input type="checkbox"/> 防護具の使用状況 <input type="checkbox"/> 感染制御の指導状況
3. 施設の運営に関する確認	<input type="checkbox"/> 法人内の応援も含めた職員の出勤状況 <input type="checkbox"/> 職員の感染状況 <input type="checkbox"/> 施設の運営体制 <input type="checkbox"/> 職員の業務分担、介護業務量 <input type="checkbox"/> 職員のシフト <input type="checkbox"/> リネン・廃棄物業者等外部業者との状況 <input type="checkbox"/> 衛生用品の在庫、手配状況 <input type="checkbox"/> 職員の宿泊先の確保状況 <input type="checkbox"/> 利用者家族への連絡状況 <input type="checkbox"/> 職員への説明状況 <input type="checkbox"/> 外部への情報提供の状況
4. 利用者に関する確認	<input type="checkbox"/> 利用者の感染状況 <input type="checkbox"/> 健康状態、基礎疾患の有無 <input type="checkbox"/> 食事の摂取状況

### 2 新型コロナウイルス禍における留意事項

#### (1) 活動開始前の体調確認等

チーム員は、毎日、活動開始前も含め1日1回以上、検温・体調確認を実施してください。

## (2) 感染防止対策の実施

- ① 手洗い、手指消毒の徹底
- ② マスクの着用
- ③ 必要な場所でのPPE（標準防護具）の着用
- ④ 活動場所の換気の確保
- ⑤ 「おはなしはマスク」の徹底
- ⑥ 「新型コロナウイルス接触確認アプリ（COCOA）」（厚生労働省）の活用

## (3) 体調不良等となった場合の対応

- ① チーム員に体調不良等が確認された場合、ただちに活動を中止し、「受診・相談センター」への相談を行い、医療機関を受診してください。チーム員は、県に報告してください。
- ② チーム員は、医療機関の受診結果、抗原検査やPCR検査の受検予定、受検結果等について、その都度、県に報告してください。

## 3 活動終了後

### (1) 後続チームへの引き継ぎ

後続チームがある場合は、活動最終日に施設内の感染状況や業務内容等をオリエンテーションシートを活用し、引き継ぎを行ってください。

### (2) チーム員による活動報告

チーム員は、発生施設での活動を通じて明らかとなった課題等を整理し、マニュアルの更新等に向けた提言等を県に行ってください。振り返り研修にもご協力をお願いします。

### (3) 新型コロナウイルス禍における留意事項

- ① チーム員は、派遣終了後2週間、検温・体調確認を実施してください。また、体調不良等が確認された場合は、「受診・相談センター」への相談を行い、医療

機関受診するとともに、その旨を県に報告してください。

- ② チーム員は、医療機関の受診結果、抗原検査やPCR検査の受検予定、受検結果等について、その都度、県に報告してください。
- ③ なお、チーム員は、派遣が終了し、一定期間経過後、原則PCR検査を受検していただきます。また、派遣元施設での勤務が制限される場合があります。

## 第6章 活動費用と保険への加入

### 1 活動費用

県は、派遣にかかる以下の費用を負担します。

- ・活動手当 14,800円
- ・宿泊費（宿泊が必要と認められる場合に限る） 12,000円
- ・交通費（車）1km 37円  
（電車）実費
- ・超過勤務手当（給与部分は除く）

※その他、派遣元施設におけるチーム員派遣によるかかり増し人件費を負担

### 2 保険への加入

チーム員の派遣において、活動中に事故があった場合は労働者災害補償保険法の適用を原則とします。適用がない場合に備え、県が傷害保険により加入し、その費用を負担します。

### 3 衛生・防護用品の支給

発生施設におけるチーム員の活動に際して、必要な衛生・防護用品（ガウン、フェイスシールド等）は原則県から支給します。