

障害者支援施設等における感染症発生時の職員派遣事業

要旨

- ・ 障害者支援施設等において新型コロナウイルス感染症が発生し、施設職員に不足が生じた場合に、他の施設から円滑に応援職員を派遣するための体制を整備。
- ・ 事業対象のサービス種別は、障害者支援施設、共同生活援助事業所、宿泊型自立訓練事業所、障害児入所施設等。
- ・ 原則として、感染症発生施設への派遣はない。
(感染症発生施設が、自法人内の「他の施設」の職員を配置する等した結果、「他の施設」に職員が不足したときに派遣の依頼を行う。感染症発生施設への派遣は、施設の大半の職員が感染し、かつ自法人内で1施設しか運営していない場合など、やむを得ない場合に限られる。)
- ・ 職員派遣に際して必要な経費は京都府（京都市内の事業所に対しては京都市）が補助。
- ・ 各施設からできる限り複数の派遣職員の登録に御協力いただきたい。

(基本的事項)

- ・ 資料 15 - 2 は、感染症発生から実際に職員が派遣されるまでの流れを示している。施設で感染症が発生した場合、京都知的障害者福祉施設協議会が派遣の調整等を行う。
- ・ 資料 15 - 3 は、事業実施要領
- ・ 資料 15 - 4 は、各種様式
- ・ 資料 15 - 5 は、派遣元と派遣先で締結する派遣協定書の参考例
- ・ 資料 15 - 6 は、Q & A
- ・ 資料 15 - 7 は、施設管理者様あて通知

障害者支援施設等における感染症発生時の職員派遣事業(フロー)

名簿作成等

- 派遣職員候補者名簿の作成及び派遣調整(知福協)
 - ①各施設から1～3名の職員を登録
 - ②職種は生活支援員、看護職員、理学療法士等



派遣の依頼から決定

1 派遣の依頼

感染症発生施設→知福協・京都府

- ・施設内で感染症が発生
- ・同一法人内でのシフト調整等、職員体制を確保
- ・不足が解消できない場合に、知福協に派遣依頼(電話及びFAX)、同時に京都府へ報告(FAX)

2 依頼の確認

知福協・京都府→感染症発生施設

- ・感染症発生施設の感染状況、衛生用品等備蓄状況等の情報収集

3 派遣の協議

知福協→登録施設(複数)

- ・複数の施設に協議(依頼された施設は可能な限り協力)
- ・派遣職員は、感染症発生施設と近い施設から優先的に選定(必要に応じて京都府と協議)

4 派遣の承諾

登録施設(派遣元)→知福協

- ・1施設につき1名の職員を派遣
- ・人員基準等は柔軟な取扱いが可能(厚労省通知)

5 協議成立の報告

知福協→京都府

6 派遣の決定

知福協→登録施設(派遣元)
・感染症発生施設(派遣先)

7 派遣協定締結

登録施設(派遣元)・感染症発生施設(派遣先)

- ・派遣業務は出張(派遣職員は派遣元の指揮監督)
- ・派遣職員は入所者の支援を行うが、原則として、感染者・濃厚接触者の支援は行わない。
- ・1人の派遣職員の派遣期間は原則1週間(同意があれば2週間まで延長可)
- ・派遣終了後、健康観察期間を設ける

協定

8 職員の派遣

登録施設(派遣元)→感染症発生施設(派遣先)

派遣

障害者支援施設等における感染症発生時の職員派遣事業実施要領

(趣旨)

第1条 この要領は、京都府内の障害者支援施設等で新型コロナウイルス感染症等(以下「感染症」という。)が発生した場合に、当該施設等(以下「感染症発生施設等」という。)に職員を派遣する事業の実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要領において、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) 府内施設等 次に掲げる施設等であつて、京都府内に設置されたものをいう。

ア 障害者総合支援法で規定する障害者支援施設、共同生活援助事業所、宿泊型自立訓練事業所

イ 児童福祉法で規定する障害児入所施設

ウ ア及びイに掲げるもののほか、府が必要と認める障害福祉サービス事業所等

(2) 登録施設等 次条第3項の規定により職員が派遣職員候補者名簿に登録された施設等をいう。

(候補者名簿)

第3条 京都知的障害者福祉施設協議会(以下「知福協」という。)は、府内施設等で感染症が発生した場合に備えて、当該施設等に職員を派遣するため、派遣する職員の候補者を登録した名簿(以下「派遣職員候補者名簿」という。)を作成し、府に提出するものとする。

2 府内施設等の代表者は、派遣する職員の候補者の氏名その他必要な事項を記載した申請書に必要書類を添えて、知福協に派遣職員候補者名簿の登録を申請することができる。

3 知福協は、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、当該候補者を派遣職員候補者名簿に登録する。

(感染症発生施設等からの派遣依頼)

第4条 職員又は入所者が感染症に罹っていると診断されたことに伴い、支援を行う職員が不足すると見込まれるときは、感染症発生施設等の代表者は、自法人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 感染症発生施設等の代表者は、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られるときは、知福協に職員の派遣を依頼することができる。

3 感染症発生施設等の代表者は、前項の規定による依頼をしたときは、当該依頼の内容を府に報告するものとする。

4 前項の場合において、感染症発生施設等の所在地が京都市であるときは、当該感染症発生施設等の代表者は、同項に規定する依頼の内容を併せて京都市に報告するものとする。

(候補者の選定)

第5条 知福協は、前条の規定による依頼を受けたときは、感染症発生施設等の所在地等を考慮し、派遣職員候補者名簿に登録された者の中から当該施設等に派遣する職員の候補者を選定するものとする。

(派遣の協議)

第6条 知福協は、前条の規定により選定した候補者が勤務する登録施設等の代表者と、当該候補者の派遣について協議するものとする。

(派遣の決定)

第7条 知福協は、前条の規定による協議が成立したときは、職員の派遣を決定し、派遣を承諾した代表者（以下「派遣元」という。）及び感染症発生施設等の代表者（以下「派遣先」という。）に対し、派遣を決定した旨その他必要な事項を通知するものとする。

(傷害補償)

第8条 知福協は、派遣元に対し、派遣する職員に係る傷害保険への加入を要請するとともに、その補償内容について派遣元との調整を行うものとする。なお、傷害保険の加入に係る費用は派遣元が負担するものとする。

(派遣協定の締結)

第9条 派遣元と派遣先は、派遣協定書（別記様式）の例により派遣について必要な事項を取り決めるものとする。

(職員の派遣)

第10条 派遣元は、前条に規定する派遣協定に従い、感染症発生施設等に職員を派遣するものとする。

(健康観察等)

第11条 派遣が終了した職員は、派遣先での勤務環境や業務内容を踏まえ、必要と考えられる健康観察等を受けるものとする。

2 前項に規定する健康観察等の期間等は、派遣元と知福協との協議により決定するものとする。

(経費の補助)

第12条 府は、この要領の規定による職員の派遣に要する交通費、宿泊費（派遣終了後の健康観察期間に係る宿泊を含む。）、傷害保険料、特別手当その他の経費について、「京都市府新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金交付要領」の定めるところにより補助金を交付するものとする。

(調整及び支援)

第13条 府は、この要領に基づく職員の派遣が円滑に実施できるよう、必要な調整を行うとともに、感染症発生施設等の状況に応じて、施設内感染専門サポートチームの派遣や衛生資材の供給等の支援を行うものとする。

(周知)

第14条 府及び知福協は、この要領の内容について、府内施設等の代表者に周知を図り、理解及び協力を得るよう努めるものとする。

(事務)

第15条 この要領に関する府の事務は、健康福祉部障害者支援課が行う。

(その他)

第16条 この要領に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、府が別に定める。

附 則

この要領は、令和3年6月8日から施行する。

派遣職員候補者名簿

番号	施設の情報			候補者の情報				登録日	備考
	法人名	施設名	所在地	氏名	住所	性別	生年月日		
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

- 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。

京都知的障害者福祉施設協議会会長

様

開設者 法人名
所在地
代表者

派遣職員候補者登録申請書

次の表に掲げる職員を派遣職員の候補者として登録するよう申請します。

候補者として登録する職員	氏名	
	住所	
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	
	職種	
	勤務施設名	
	勤務施設の所在地	
	氏名	
	住所	
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	
	職種	
	勤務施設名	
	勤務施設の所在地	
	氏名	
住所		
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
生年月日		
職種		
勤務施設名		
勤務施設の所在地		

担当者名	
電話番号	
FAX番号	

(府内施設の代表者) 様

京都知的障害者福祉施設協議会会長

職員派遣協議書

次のとおり職員の派遣について協議します。

派遣元	法人名	
	施設名	
	施設の所在地	
派遣先	法人名	
	施設名	
	施設の所在地	

	1週目	2週目(必要な場合)
派遣職員の候補者の氏名		
派遣職員の候補者の職種		
派遣業務		
従事場所		
その他特記事項		

派遣依頼日	就業時間	休憩時間	休日
	: ~ :	: ~ :	
	: ~ :	: ~ :	
	: ~ :	: ~ :	
	: ~ :	: ~ :	
	: ~ :	: ~ :	
	: ~ :	: ~ :	
	: ~ :	: ~ :	

担当者名	
電話番号	
FAX番号	

- 注 1 原則として、派遣される職員は、感染者・濃厚接触者の支援は行わない。
 2 「従事場所」欄は、できる限り具体的に記入する(建物名、階数等)。
 3 派遣期間が7日間を超える場合は、適宜、欄を追加する。
 4 派遣日のうち休日に相当する日については、「休日」欄に「○」を記入する。
 5 協議の際は、派遣先の施設の図面を添付する。

様式5(第7条関係)

令和 年 月 日

様

京都知的障害者福祉施設協議会会長

職員派遣決定通知書

次のとおり職員の派遣を決定したので通知します。

派遣元	法人名	
	施設名	
	施設の所在地	
派遣先	法人名	
	施設名	
	施設の所在地	
派遣職員の氏名		
派遣職員の職種		
派遣業務		
従事場所		
その他特記事項		

担当者名	
電話番号	
FAX番号	

派遣先施設	
-------	--

○派遣職員

	氏名	職種	派遣元施設		
			法人名	施設名	所在地
派遣業務		従事場所			
	派遣日	就業時間	休憩時間	休日	
1	1日目	: ~ :	: ~ :		
	2日目	: ~ :	: ~ :		
	3日目	: ~ :	: ~ :		
	4日目	: ~ :	: ~ :		
	5日目	: ~ :	: ~ :		
	6日目	: ~ :	: ~ :		
	7日目	: ~ :	: ~ :		
備考				派遣日数	
				総数	日

	氏名	職種	派遣元施設		
			法人名	施設名	所在地
派遣業務		従事場所			
	派遣日	就業時間	休憩時間	休日	
2	1日目	: ~ :	: ~ :		
	2日目	: ~ :	: ~ :		
	3日目	: ~ :	: ~ :		
	4日目	: ~ :	: ~ :		
	5日目	: ~ :	: ~ :		
	6日目	: ~ :	: ~ :		
	7日目	: ~ :	: ~ :		
備考				派遣日数	
				総数	日

	氏名	職種	派遣元施設			
			法人名	施設名	施設名	所在地
派遣業務		従事場所				
	派遣日	就業時間	休憩時間	休日		
3	1日目	: ~ :	: ~ :			
	2日目	: ~ :	: ~ :			
	3日目	: ~ :	: ~ :			
	4日目	: ~ :	: ~ :			
	5日目	: ~ :	: ~ :			
	6日目	: ~ :	: ~ :			
	7日目	: ~ :	: ~ :			
備考				派遣日数		
				総数	日	

- 注 1 原則として、派遣される職員は、感染者・濃厚接触者の支援は行わない。
 2 「従事場所」欄は、できる限り具体的に記入する(建物名、階数等)。
 3 派遣期間が7日間を超える場合は、適宜、欄を追加する。
 4 派遣日のうち休日に相当する日については、「休日」欄に「○」を記入する。

派遣協定書（参考例）

法人甲（以下「派遣元」という。）と法人乙（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、支援を行う職員に不足が生じたこと等に鑑み、「障害者支援施設等における感染症発生時の職員派遣事業実施要領」に基づき、職員の派遣について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「派遣職員」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。

（派遣業務）

- 第2条 派遣元は、派遣職員を別表に掲げる業務（以下「派遣業務」という。）に従事させる。
2 派遣元は、派遣業務の実施に際し、派遣職員を指揮監督する。
3 派遣先は、派遣業務の実施に際し、派遣元及び派遣職員に助言を行う。

（業務に従事する場所）

- 第3条 派遣職員を派遣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 各派遣職員が派遣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 派遣業務に係る派遣元及び派遣先の責任者は、次の表に掲げる施設の管理者をもって充てる。

	施設名	職名	氏名	電話番号
派遣元				
派遣先	派遣施設と同じ			

- 2 派遣元及び派遣先の責任者は、派遣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 派遣元及び派遣先の責任者は、派遣職員から苦情の申出があった場合は、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 派遣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 派遣職員の休日は、別表のとおりとする。

- 2 派遣元は、派遣職員に休日勤務(休日において派遣職員が派遣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、派遣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、派遣職員に直接休日勤務を求めてはならない。

(勤務時間等)

第7条 派遣元が派遣職員を派遣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、派遣職員に時間外勤務(勤務時間以外の時間又は休憩時間に派遣職員が派遣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、派遣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、派遣職員に直接時間外勤務を求めてはならない。

(給与)

第8条 派遣期間における派遣職員の給料及び手当は、派遣元が負担する。

(特別手当)

第9条 派遣業務に従事する派遣職員に、前条に規定する給料及び手当のほか、派遣元の負担により特別手当を支給するものとする。

- 2 特別手当の額は、派遣元及び派遣先において協議して定めるものとする。

(交通費・宿泊費等)

第10条 派遣職員が派遣業務に従事するに当たり、当該派遣職員の住居から派遣施設への移動に要する交通費は派遣元が、宿泊を要する場合の宿泊費は、宿泊施設の手配の状況等を踏まえて協議の上、派遣元又は派遣先が負担する。

- 2 派遣職員に係る傷害保険料は、派遣元が負担する。

(社会保険等)

第11条 派遣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 派遣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12条 派遣先は、派遣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13条 派遣先は、派遣期間中において、派遣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14条 派遣先は、派遣期間中、派遣職員の派遣業務への従事の状況等について、毎日派遣元に報告するものとする。

2 派遣元は、派遣職員の派遣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15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派遣職員を明らかにするものとする。

(協定の解除)

第16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17条 派遣業務の実施につき、派遣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助言（必要な助言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 前項の損害が、派遣職員の故意又は過失及び派遣先の助言の双方に起因するときは、派遣元及び派遣先は、協議の上、当該損害の負担割合を定めるものとする。

(個人情報の保護)

第18条 この協定書に基づく派遣業務の実施に伴い派遣先が知り得た派遣職員の個人情報は、適正に管理することとし、目的外に利用し、又は正当な理由なく第三者に提供してはならない。派遣期間が終了し、又は派遣が中止された後においても、同様とする。

(その他)

第19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が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。

この協定の締結を証するため、本書を2通作成し、派遣元及び派遣先が記名押印の上、各自1通を保有する。

令和 年 月 日

派遣先 (所在地)
(法人名)
(代表者名)

印

派遣元 (所在地)
(法人名)
(代表者名)

印

(別表)

派遣職員の氏名				
派遣職員の職種				
派遣業務				
従事場所				
特別手当の日額		円		
	派遣日	就業時間	休憩時間	休日
1日目	月 日 ()	: ~ :	: ~ :	
2日目	月 日 ()	: ~ :	: ~ :	
3日目	月 日 ()	: ~ :	: ~ :	
4日目	月 日 ()	: ~ :	: ~ :	
5日目	月 日 ()	: ~ :	: ~ :	
6日目	月 日 ()	: ~ :	: ~ :	
7日目	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 派遣期間が7日間を超える場合は、欄を適宜追加する。
- 3 派遣日のうち休日に相当する日については、「休日」欄に「○」を記入する。

【任意】（派遣期間が7日間を超えることにつき、職員の同意が得られた場合に記載）

派遣期間が2週間であることに同意します。

令和 年 月 日

派遣職員署名 _____

【任意】（時間外・休日勤務につき、職員の同意が得られた場合に記載）

(時間外 ・ 休日) 勤務に同意します。

令和 年 月 日

派遣職員署名 _____

障害者支援施設等における感染症発生時の職員派遣事業Q&A

	質 疑	回 答
1	派遣先は新型コロナウイルス感染症等が発生した障害者支援施設等になるのか。その際の派遣職員の業務は、感染者の支援を行うことになるのか。	感染症が発生した障害者支援施設等は、自法人内の他の施設の職員を配置換えするなどして職員の不足に対応した結果、他の施設(感染リスクのない施設)に職員が不足するときに派遣の依頼をすることを原則とします。ただし、運営施設が1施設だけの法人で職員の大半が感染した場合など、やむを得ず感染症発生施設への派遣をお願いすることもあります。
2	障害者支援施設等において、感染した利用者を施設で支援することとなった場合には、職員の不足が想定されるが、この事業の対象となるのか。	新型コロナウイルスに感染した患者は、入院することが原則となります。仮に大規模なクラスターの発生等により、感染した利用者を施設内で療養支援することとなった場合は、府が主体的にその体制を検討することとなりますので、この事業の対象にはなりません。
3	府へ職員派遣を依頼した後、実際に応援職員が施設に到着するまでに要する期間はどれくらいか。	派遣調整は、近隣施設から行うこととしますので、できる限り速やかに対応させていただきます。
4	安心して職員が派遣できるよう、派遣前後にPCR検査を受けられる体制を整えていただきたい。	応援職員の派遣は1のとおりに感染リスクのない施設としておりますので、基本的に検査は不要と考えていますが、派遣の状況によりPCR検査の必要性を個別に判断いたします。
5	派遣時や支援終了後の宿泊場所の確保をお願いしたい。	宿泊場所については、基本的に派遣先の法人で確保をお願いいたします。宿泊費用は一旦派遣元で負担していただき、後日、サービス継続支援事業により補助を受けてください。
6	派遣される期間は、1か月を超える場合もあるのか。	一人の応援職員が派遣される期間は、最長で2週間までです。
7	派遣期間に支援終了後の健康観察期間(自宅待機など)も含めていただきたい。	派遣期間については、実際に派遣される期間とします。派遣期間終了後に健康観察期間を設けるかどうかについては派遣元で判断してください。なお、この健康観察期間における手当等のかかり増し費用は、サービス継続支援事業により補助を受けることが可能です。
8	派遣する職員に対し危険手当等の特別な補償を府レベルで検討していただき、枠組を整備していただきたい。	派遣元で、派遣職員に危険手当等を支給した場合には、サービス継続支援事業により補助が可能ですので、当該事業をご活用ください。
9	派遣先で臨機応変に対応できる職員でなければ、かえって迷惑をかける可能性がある。対象職員の経験年数は問うのか。	一定の実務経験のある職員の方を対象とさせていただきます。また、派遣をお願いする際の事前の協議時に、対応可能な業務内容なのかどうかについても十分打ち合わせを行わせていただきます。
10	現在提供しているサービスと同じサービスを行っている施設への派遣となるのか。また、障害種別が異なる施設に派遣された場合、適切な支援ができるか不安である。	調整に当たっての優先順位は、近隣施設であること、同じ障害種別の施設であることを基本とし、派遣の協議をさせていただきます。場合によっては他の障害種別の施設へ派遣をお願いする可能性も考えています。
11	GH(共同生活援助事業所)へ派遣された場合、一人配置も想定され、業務遂行に時間を要し利用者にかえって迷惑をかけてしまわないか不安である。派遣先の業務のマニュアル等の作成・準備をお願いしたい。派遣される場合、求められる業務内容を具体的に示してほしい。	派遣をお願いする際の事前の協議時に、業務内容やマニュアルの提示などを派遣先に対してお願いするなど、派遣時の不安を軽減できるように努めます。
12	派遣職員の身分はどうなるのか。また、夜勤もあるのか。	派遣職員は、派遣元の身分により従事していただくこととしています。また、派遣職員には、原則として日勤業務をしていただくこととしています。

13	職員派遣に係る府の支援はあるのか。	<p>府の支援は次のとおりです。</p> <p>1 衛生用品 派遣中に必要となったマスク、ゴーグル、ガウン、手袋等の衛生用品は、派遣先施設で用意していただきますが、万が一不足する場合は、府が必要に応じて不足分を支給します。</p> <p>2 職員派遣等に係る費用の補助 京都府新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金により、京都市域以外の障害者支援施設等に対し、職員派遣に係る必要な経費(賃金・手当(割増分)、旅費・宿泊費、傷害保険の加入費用等)を補助します。 ※京都市域内の障害者支援施設等については、京都市障害福祉サービス等事業者に対するサービス継続支援事業補助金交付要綱の補助対象となります。</p>
----	-------------------	--

3 障第 868 号
令和 3 年 6 月 8 日

障害者支援施設 管理者 様
障害児入所施設 管理者 様
共同生活援助事業所 管理者 様
宿泊型自立訓練事業所 管理者 様

京都府健康福祉部障害者支援課長
(公 印 省 略)

障害者支援施設等における感染症発生時の職員派遣事業に係る
職員登録について（依頼）

平素は、京都府の障害福祉施策の推進に御理解と御協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

本府では、障害者支援施設等において職員が新型コロナウイルス感染症に感染したこと等により職員の不足が生じた場合に備え、職員の派遣に協力していただける施設をあらかじめ登録し、必要時に応援職員を派遣する「障害者支援施設等における感染症発生時の職員派遣事業」を実施することとしました。

つきましては、当事業の趣旨を御理解いただき、下記により、派遣職員の登録について、御協力いただきますようお願いいたします。

記

1 事前登録

別紙「派遣職員候補者登録申請書」を作成し、提出してください。

- ・ 施設単位ではなく、法人単位で提出してください。
- ・ 登録は任意ですが、相互応援の観点から、できる限り法人内の各施設から複数の職員を登録していただきますようお願いいたします。
- ・ 感染症発生施設等の状況に応じた相互応援が可能となるよう、複数の職種について、職員の登録を検討いただきますようお願いいたします。

2 提出期限

令和 3 年 6 月 30 日（水）

※期限を過ぎた場合であっても、随時、登録を受け付けます。

3 提出方法

京都知的障害者福祉施設協議会あて電子メールにより提出してください。

【提出先】

京都知的障害者福祉施設協議会

〒601-8047

京都市南区東九条下殿田町 24 (福) 京都ライフサポート協会「若杉」内

TEL : 075-366-6699 FAX : 075-366-6628

電子メール : jimukyoku@kyotifuku.jp

4 派遣の基本事項

(1) 派遣先

原則として、派遣職員に感染症発生施設内での従事をお願いすることはありません。感染症が発生した施設は、自法人内の職員で職員不足に対応していただき、その結果、他の施設（感染リスクのない施設）に職員不足が生じた場合に、その施設に職員を派遣することとしています。

ただし、職員の大半が感染したなど、やむを得ない場合は、例外的に感染症発生施設内での従事をお願いする場合もあることを御了承ください。

(2) 派遣期間

1人の職員の派遣期間は原則1週間（最大2週間まで）として、派遣の調整を行います。

(3) 事前協議

感染症発生施設から派遣の依頼を受けた後に、派遣について個別に協議させていただき、承諾を得た上で、職員の派遣を決定します。

5 その他

- ・ 本事業は、京都知的障害者福祉施設協議会の協力の下で実施します。
- ・ 職員派遣時に必要となる派遣職員の交通費、宿泊費、特別手当等のかかり増し経費については、「京都府新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金」により本府が補助しますので、別途、本府に相談してください。

担当：京都府健康福祉部障害者支援課

福祉サービス・障害児支援係

電話：075-414-4671（直通）

FAX：075-414-4597

要旨

(『2021年4月～36協定届が新しくなります』のリーフレット)

- 1 2021年4月から36協定届の様式が新しくなります。
 - ・ 36協定届における署名押印の廃止
 - ・ 36協定の協定当事者に関するチェックボックスの新設

- 2 詳細は最寄りの労働基準監督署にお問い合わせください。

2021年4月～

36協定届が新しくなります

※時間外・休日労働に関する協定届

2021年4月から36協定届の様式が新しくなります

36協定届における押印・署名の廃止

- 労働基準監督署に届け出る36協定届について、使用者の押印及び署名が不要となります。

※記名はしていただく必要があります。

36協定の協定当事者に関する チェックボックスの新設

- 36協定の適正な締結に向けて、労働者代表(*)についてのチェックボックスが新設されます。

※労働者代表：事業場における過半数労働組合又は過半数代表者

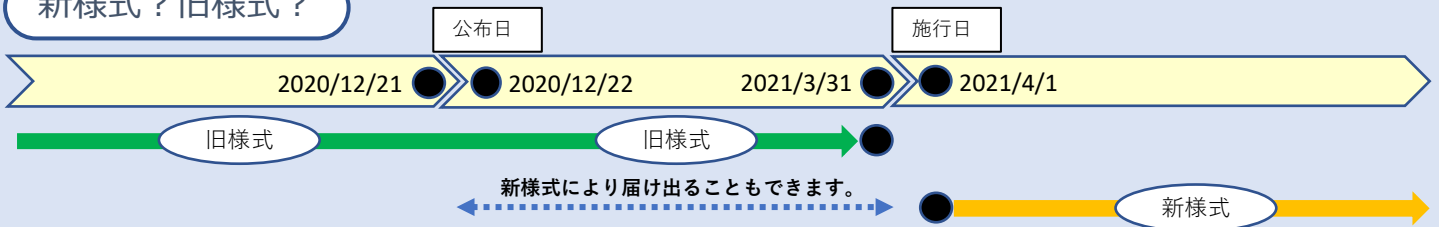
! 36協定と36協定届を兼ねる場合の留意事項

- ✓ 労使で合意したうえで労使双方の合意がなされたことが明らかとなるような方法（記名押印又は署名など）により36協定を締結すること

! 過半数代表者の選任にあたっての留意事項

- ✓ 管理監督者でないこと
- ✓ 36協定を締結する者を選出することを明らかにした上で、投票、挙手等の方法で選出すること
- ✓ 使用者の意向に基づいて選出された者でないこと

新様式？旧様式？



※施行日までの間であっても、押印又は署名がなくとも届け出ることができます。

※施行日以後は、旧様式に直接チェックボックスの記載を追記するか、チェックボックスの記載を転記した紙を添付して届け出することもできます。(裏面を参照)



時間外・休日労働が生じるときはどうすればいいの？

- ① 労働者代表と使用者で合意のうえ、36協定（労使協定）を締結
- ② 36協定（労使協定）の内容を36協定届（様式第9号等）に記入
- ③ 36協定届を労働基準監督署に届出
- ④ 常時各作業場の見やすい場所への掲示や、書面の交付等の方法により、労働者に周知

電子申請による届出が可能



36協定届様式のダウンロード



そのまま出せる36協定届を作成



36協定届の電子申請はこちら



労働基準関係主要様式 検索

スタートアップ労働条件 検索

労基法等 電子 検索



