

## 社会福祉施設等への応援職員派遣に関する事務取扱要領

### (目的)

第1条 この要領は、大阪府内（以下「府内」という。）の社会福祉施設等において新型コロナウイルス感染症（新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成24年法律第31号）附則第1条の2第1項に規定する新型コロナウイルス感染症をいう。以下「感染症」という。）の影響により、当該社会福祉施設等に勤務する職員が不足する場合に、他の法人が運営する施設等から職員派遣を行うために必要な事務手続き等を定め、迅速かつ円滑な支援を行うことを目的とする。

### (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) 社会福祉施設等

府内において高齢者、障がい児・者、児童、救護その他福祉的支援を要する者が入所または居住する施設等をいう。

(2) 応援要請施設

陽性等（感染が疑われる者及び濃厚接触者を含む）が発生し、応援職員を受入れる社会福祉施設等をいう。

(3) 福祉関係団体

府と「応援職員派遣に関する協定」を締結する以下の施設団体をいう。

社会福祉法人 大阪府社会福祉協議会

公益社団法人 大阪介護老人保健施設協会

(4) 応援協力施設

応援要請施設を運営する法人を支援するため、職員を派遣することへの協力申出を行い、応援協力施設リストに登録された施設（応援要請施設と同一の法人が運営する施設を除く。）をいう。

(5) 応援職員

応援協力施設が応援要請施設を運営する法人を支援するために派遣する職員をいう。

### (応援職員の支援先と身分)

第3条 応援職員の支援先は、原則、感染リスクの低い以下の施設（エリア）とし、応援協力施設の職員の身分をもって支援する。

(1) 応援要請施設を運営する法人の他施設（玉突き支援）

(2) 応援要請施設のグリーンゾーン（清潔区域）

(応援職員の従事業務と派遣期間)

第4条 応援職員の従事業務は、応援協力施設が認めた範囲とする。また、派遣期間は最大5日間(1クール)を原則とする。ただし、応援協力施設が5日以上支援を認める場合はこの限りではない。

(応援協力施設の募集と申出)

第5条 応援協力施設の募集は、府及び福祉関係団体が行うものとし、申出は、応援要請施設を運営する法人を支援するため、職員を派遣することに協力する施設等が「入所系社会福祉施設等への応援職員派遣についての協力申出書(様式第1号)」(以下「申出書」という。)を提出することにより、行うものとする。

(応援協力施設リストの作成・登録)

第6条 府及び福祉関係団体は、前条の申出をとりまとめ「応援協力施設リスト(様式第2号)」(以下「リスト」という。)を作成し、登録するものとする。

(申出書及びリストの関係機関への提供)

第7条 府施設所管課は、第1条の目的を達成するために、申出書及びリストを施設所在市町村等へ提供することができる。

(感染症発生時の対応と職員の派遣依頼)

第8条 応援要請施設を運営する法人は、当該施設の感染症対策を実施し、感染症の拡大防止措置や他に運営する施設も含めた勤務シフトの組み換えや配置換え等の人員確保等の措置を講じるものとする。

2 前項の措置を講じても、サービスを継続するために必要な職員が不足する場合は、「応援職員派遣依頼書(様式第3号)」に応援要請にあたっての希望条件等を記載し、必要書類を添えて、応援要請施設を所管する行政機関を経由(府所管の場合は経由を要しない)のうえ、府施設所管課へ応援職員の派遣を依頼することができる。

(派遣調整の開始)

第9条 府施設所管課は、前条第1項の措置を確認するとともに、施設所在市町村等と連携のうえ、応援職員の派遣依頼が適当と認める場合は、派遣調整を開始するものとする。

また、派遣調整を福祉関係団体へ依頼する場合は「応援職員の派遣調整について(依頼)(様式第4号)」によるものとする。

(応援職員の派遣調整及び応援協力施設の同意)

第10条 府施設所管課又は福祉関係団体は、応援職員として求められる専門性(種別)や支援する施設等との近接性を踏まえ、「応援職員の派遣について(依頼)(様式第5号)」によ

り具体的な職員派遣の依頼内容を応援協力施設へ提示し、受諾の可否や同意する範囲等について協議するものとする。

- 2 応援協力施設は、提示された依頼内容について協力できる範囲等を検討し、受諾できる場合は「応援職員派遣同意書（様式第6号）」により、施設所管課又は福祉関係団体に回答するものとする。また派遣調整を福祉関係団体が行った場合は、前条の派遣調整結果を「応援職員の派遣調整結果について（通知）（様式第7号）」により府施設所管課へ通知するものとする。

（派遣の決定）

第11条 府施設所管課は、派遣を決定した場合は、応援協力施設及び応援要請施設を運営する法人並びに施設所在市町村等へ「応援職員の派遣決定について（通知）（様式第8号）」により、通知するものとする。

（応援職員派遣に係る費用の支援）

第12条 府は、応援職員の派遣に係る費用について「社会福祉施設等への応援職員派遣支援事業費補助金交付要綱（令和2年10月14日施行）」に定めるところにより補助するものとする。なお、福祉関係団体は、府との委託契約により、派遣調整とともに必要な事務手続きや、応援職員の派遣に係る費用の一部を支出することができる。

（その他）

第13条 府施設所管課は、福祉関係団体が定めた様式等について、本要領に定める様式に代えて活用することを認めることができる。

附 則

この要領は、令和2年11月4日から施行する。

◆施設種別による府施設所管課一覧

施設種別	大阪府福祉部施設所管課
高齢施設	高齢介護室 介護事業者課 施設指導グループ
障がい施設	障がい福祉室 生活基盤推進課 指定・指導グループ
児童関係施設（障がい 児入所施設以外）	子ども室 家庭支援課 育成グループ
救護施設	地域福祉推進室 社会援護課 生活保護調整グループ



入所系社会福祉施設等への応援職員派遣についての協力申出書

(フリガナ)		
法人名		
(フリガナ)		
施設名		
施設種別		
(フリガナ)		
施設住所		〒
応援可能人数(※1) (重複回答可)		各職種の応援可能人数を記入してください。 1. 介護等を担当する専門職員 ( ) 名 2. 事務職員 ( ) 名 3. その他(運転手等) ( ) 名
① (※2)	(フリガナ)	
	担当者氏名	
	電話番号	
② (※2)	(フリガナ)	
	担当者氏名	
	電話番号	
FAX		
メールアドレス		
備考(※3)		

- (※1) 各施設の応援可能人数については、現時点での応援可能人数を記入してください。派遣依頼時には改めて、応援受諾の可否についてご相談させていただきます。
- (※2) ①の担当者と連絡がとれない場合に、②の担当者へ連絡しますので、①②の両方を記入してください。
- (※3) 感染者発生施設等に職員を派遣するにあたり考慮してほしいことなどを記入してください。

**個人情報の取り扱いについて**  
 本申出書の内容は大阪府に帰属します。ただし、大阪府と「応援職員派遣に関する協定」を締結する福祉関係団体が、大阪府からの委託により応援職員の派遣に係る業務を行う場合、本申出書を提供いたします。また、応援協力施設からの応援要請及び応援職員の派遣決定においては、大阪府と所管行政機関等(市町村)との連携が不可欠であるため、大阪府から本申出書を提供することがあります。



# 応援職員派遣依頼書

令和 年 月 日

大阪府福祉部施設所管課 御中

住 所

法人名・施設名

代表者役職氏名

次のとおり応援職員の派遣を依頼します。

## 1. 応援要請施設及び応援業務の内容

派遣先の区分	<input type="checkbox"/> 同一法人の他施設（玉突き） <input type="checkbox"/> 感染者発生施設（清潔区域） →グリーンゾーン以外での支援 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
(フリガナ)		
法人名		
(フリガナ)		
施設名		
施設種別		
(フリガナ)		
施設住所		
①	(フリガナ)	
	担当者	
	電話番号	
②	(フリガナ)	
	担当者	
	電話番号	
FAX		
メールアドレス		

応援希望職員①	派遣期間			
	職種			
	人数			
	就業時間		うち休憩時間	
	従事場所 (具体的に)			
	業務内容 (具体的に)			
応援希望職員②	派遣期間			
	職種			
	人数			
	就業時間		うち休憩時間	
	従事場所 (具体的に)			
	業務内容 (具体的に)			
応援希望職員③	派遣期間			
	職種			
	人数			
	就業時間		うち休憩時間	
	従事場所 (具体的に)			
	業務内容 (具体的に)			

応援希望職員④	派遣期間						
	職種						
	人数						
	就業時間				うち休憩時間		
	従事場所 (具体的に)						
	業務内容 (具体的に)						
応援希望職員⑤	派遣期間						
	職種						
	人数						
	就業時間				うち休憩時間		
	従事場所 (具体的に)						
	業務内容 (具体的に)						
施設へのアクセス	最寄り駅			最寄り駅からの アクセス			
駐車場等	自動車	台	バイク	台	自転車	台	
応援職員の 宿泊施設の有無と 施設からのアクセス	宿直室等	室	施設からのアクセス				
	社員寮等	室	施設からのアクセス				
	独自手配可能な 近隣宿泊施設	室	施設からのアクセス				
備考							



## 2. 感染者発生施設の状況について (※感染者発生施設で勤務する場合のみ記載)

ゾーニングの状況	<input type="checkbox"/> ゾーニング実施済	<input type="checkbox"/> ゾーニング完了予定 (●月●日)
施設内の消毒状況	<input type="checkbox"/> 消毒作業済	<input type="checkbox"/> 消毒作業完了予定 (●月●日)
職員 (濃厚接触者)のPCR検査状況	<input type="checkbox"/> PCR検査済	<input type="checkbox"/> PCR検査完了予定 (●月●日)
入居者 (濃厚接触者)のPCR検査状況	<input type="checkbox"/> PCR検査済	<input type="checkbox"/> PCR検査完了予定 (●月●日)
施設ゾーニング図面 (添付もしくは記入)		

(様式第4-1号)

令和 年 月 日

福祉関係団体 御中

大阪府福祉部施設所管課長

応援職員の派遣調整について（依頼）

別紙のとおり、「応援職員派遣依頼書（様式第3号）」の提出がありましたので、社会福祉施設等への応援職員派遣に関する事務取扱要領第9条に基づき、応援職員の派遣調整を依頼します。  
また、応援職員の派遣に係る費用の支援については、「応援職員への補助対象経費等について（様式第4-2号）」をご確認ください。

【添付資料】

- ①様式第3号：「応援職員派遣依頼書」
- ②様式第4-2号：「応援職員への補助対象経費等について」

連絡先  
大阪府 福祉部

施設所管課連絡先

## 応援職員への補助対象経費等について

### (1) 社会福祉施設等への応援職員派遣支援事業費補助金交付要綱

補助対象経費	補助基準額等
旅 費	<p>応援職員の派遣に係る交通費（実費分）とする。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自宅 ⇄ 派遣先（応援要請施設）</li> <li>・ 派遣先（応援要請施設）⇄ 宿泊施設 [応援期間中宿泊する場合]</li> <li>・ タクシー利用の場合は実費（乗車料金を証明する領収書等）</li> <li>・ 自家用車の場合は、1kmにつき37円</li> </ul>
宿泊費	<p>1人・1日あたり 8,000円を上限とする。</p> <p>[応援期間中] 宿泊を希望する場合 [応援終了後] PCR検査結果が判明するまでに必要な期間</p>
衛生用品費	<p>1人・1日あたり 8,000円を上限とする。</p> <p>※応援派遣に必要となる衛生用品は、派遣先（応援要請施設）において準備することを基本としています。</p>
保険料	<p>1人・1派遣あたり 5,000円を上限とする。</p> <p>※応援職員の事故等に備えて加入する傷害保険料等</p>
PCR検査費	<p>1人・1派遣1回あたり 40,000円を上限とする。</p> <p>※PCR検査に係る費用（証明書を含む）を対象</p>

- ◆ 補助対象経費のうち、上限額（旅費を除く）と実支出額を比較して、低い額を補助額とする。
- ◆ 他の補助事業等から重複して補助金の交付を受けてはならない。

### (2) その他の支援

項 目	内 容
謝礼金	
時間外勤務手当	

注 応援職員の本給（賃金）等は、応援協力施設のご負担となります。

注 応援派遣に係る上記の費用は、派遣終了後に応援協力施設の請求に基づき精算します。

**施設所管課作成**

【府が直接派遣調整をする場合の依頼文】

(施設所管課→応援協力施設)

応援協力法人・施設 御中

大阪府福祉部施設所管課長

応援職員の派遣について（依頼）

別紙のとおり、「応援職員派遣依頼書（様式第3号）」の提出がありましたので、社会福祉施設等への応援職員派遣に関する事務取扱要領第10条に基づき、応援職員の派遣について協議します。

また、応援職員の派遣に係る費用の支援については、「応援職員への補助対象経費等について（様式第4-2号）」をご確認ください。

【添付資料】

- ①様式第3号：「応援職員派遣依頼書」
- ②様式第4-2号：「応援職員への補助対象経費等について」
- ③様式第5-2号：「応援職員の派遣協議書」

連絡先  
大阪府福祉部

**施設所管課連絡先**

(様式第5-1号)

令和 年 月 日

## 福祉関係団体作成 (参考)

【福祉関係団体が派遣調整をする場合の依頼文】

(福祉関係団体→応援協力施設)

応援協力法人・施設 御中

福祉関係団体

### 応援職員の派遣について (依頼)

別紙のとおり、大阪府から「応援職員の派遣調整について (依頼) (様式第4-1号)」がありましたので、社会福祉施設等への応援職員派遣に関する事務取扱要領第10条に基づき、応援職員の派遣について協議します。

また、応援職員の派遣に係る費用の支援については、「応援職員への補助対象経費等について (様式第4-2号)」をご確認ください。

#### 【添付資料】

- ①様式第3号: 「応援職員派遣依頼書」
- ②様式第4-1号: 「応援職員の派遣調整について (依頼)」
- ③様式第4-2号: 「応援職員への補助対象経費等について」
- ④様式第5-2号: 「応援職員の派遣協議書」

連絡先

福祉関係団体連絡先

## 応援職員の派遣協議書

次のとおり応援職員の派遣について協議します。

職種			
	月日	就業時間	備考
就業日時			
従事場所			
業務内容			
その他特記事項			

※基礎疾患を有する方及び高齢者、妊婦等は、感染した際に重篤化する恐れが高いため、応援職員派遣は控えてください。

# 応援職員派遣同意書

令和 年 月 日

福祉関係団体or大阪府福祉部施設所管課 御中

住 所

法人名・施設名

代表者役職氏名

次のとおり応援職員の派遣調整について同意します。

(フリガナ)				
派遣先施設名				
(フリガナ)				
応援協力施設名				
(フリガナ)			性別	
応援職員氏名				宿泊希望 有・無
生年月日			応援職員連絡先	
職種			通勤方法	
就業日時	月日	就業時間	備考	
従事場所				
業務内容				
その他特記事項				

(様式第7号)

令和 年 月 日

大阪府福祉部施設所管課 御中

福祉関係団体

応援職員の派遣調整結果について (通知)

日頃から、本会に御理解と御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

別紙のとおり、「応援職員派遣同意書 (様式第6号)」の提出がありましたので、社会福祉施設等への応援職員派遣に関する事務取扱要領第10条に基づき職員派遣調整結果を送付いたします。

【添付資料】

①様式第6号：「応援職員派遣同意書」

連絡先

福祉関係団体連絡先



令和 年 月 日

応援協力法人・施設 御中

応援要請法人・施設 御中

関係行政機関 御中

大阪府福祉部施設所管課

応援職員の派遣決定について（通知）

日頃から、本府福祉行政の推進に御理解と御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。  
別添のとおり、応援職員の派遣が決定しましたので、社会福祉施設等への応援職員派遣に関する事務取扱要領第11条に基づき通知いたします。

<応援職員派遣についての連絡事項>

1. 派遣先施設  
→様式第3号「応援職員派遣依頼書」
2. 派遣職員、活動期間、従事場所、業務内容等  
→様式第6号「応援職員派遣同意書」
3. 派遣に係る費用の支援  
→様式第4-2号「応援職員への補助対象経費等について」

※ 宿泊先、保険、PCR検査実施機関等については、福祉関係団体より改めて連絡させていただきます。

連絡先  
大阪府 福祉部

施設所管課連絡先