

業務継続計画 (BCP)

新型コロナウイルス感染症編

(介護サービス類型：訪問系)

法人名 : 有限会社やさしい手留萌

施設・事業所名 : やさしい手江戸訪問介護事業所

代表者名 : 代表取締役 江戸 雅夫 (管理者)

事業所責任者名 : 主任 浜谷 由紀子

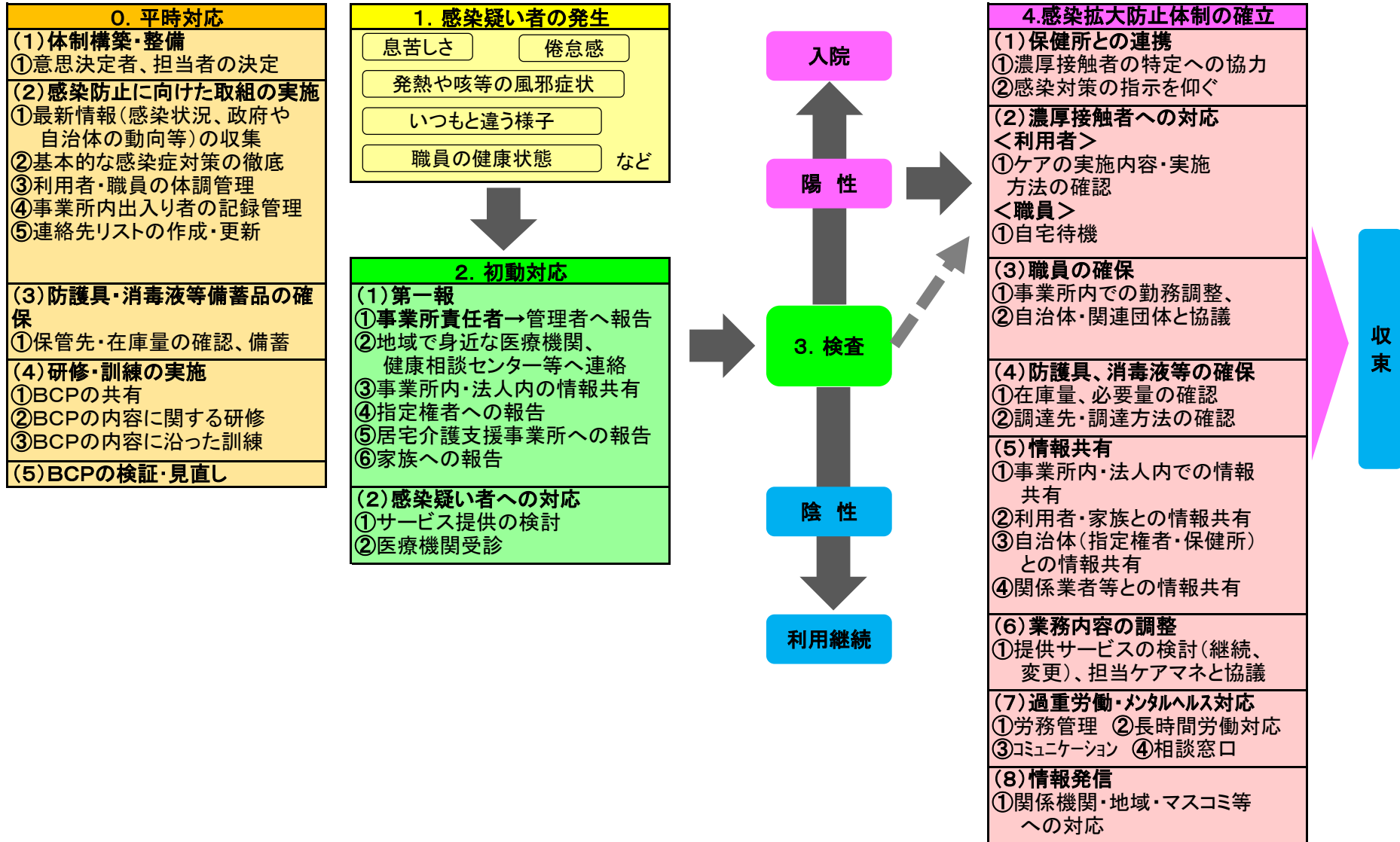
所在地 : 北海道留萌市錦町3-1-30 江戸薬局ビル2階
電話番号 : 0164-49-5127

作成日 : 2023年3月30日
改訂日 :

目次

1.	総則	1
1.1	目的	1
1.2	基本方針	1
1.3	主管部門	1
1.4	全体像	1
2.	平常時の対応	2
2.1	対応主体	2
2.2	対応事項	2
	（1）体制構築・整備	2
	（2）感染防止に向けた取組の実施	2
	（3）防護具、消毒液等備蓄品の確保	3
	（4）研修・訓練の実施	3
	（5）BCPの検証・見直し	3
3.	初動対応	4
3.1	対応主体	4
	感染疑い者の発生	4
3.2	対応事項	4
	（1）第一報	4
	（2）感染疑い者への対応	5
	検査	5
4.	感染拡大防止体制の確立	6
4.1	対応主体	6
4.2	対応事項	6
	（1）保健所との連携	6
	（2）濃厚接触者への対応	6
	（3）職員の確保	6
	（4）防護具、消毒液等の確保	7
	（5）情報共有	7
	（6）業務内容の調整	7
	（7）過重労働・メンタルヘルス対応	7
	（8）情報発信	8
	補足1 対応フローチャート	
	補足2 情報共有先	
	補足3 情報伝達の流れ	
	補足4 様式6の備蓄品の目安計算シート	
	様式1 推進体制の構成メンバー	
	様式2 施設外・事業所外連絡リスト	
	様式3 職員、入所者・利用者 体温・体調チェックリスト	
	様式4 感染(疑い)者・濃厚接触(疑い)者管理リスト	
	様式5 (部署ごと)職員緊急連絡網	
	様式6 備蓄品リスト	
	様式7 業務分類(優先業務の選定)	
	様式8 来所者立ち入り時体温チェックリスト	
	様式9 災害時利用者一覧表(安否確認優先順位)	

新型コロナウイルス感染(疑い)者発生時のフローチャート(訪問系)

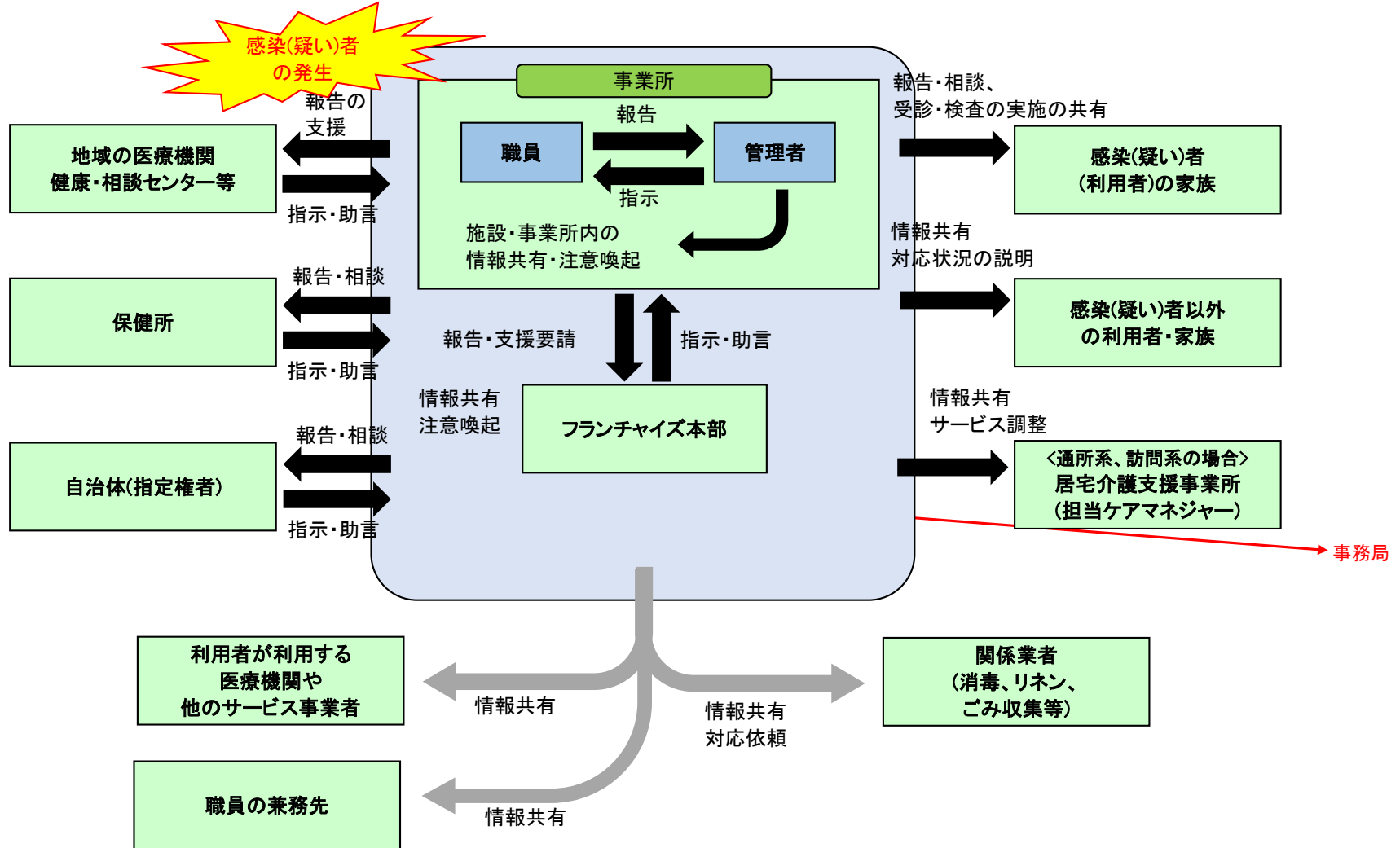


補足2：情報共有先

ガイドライン 9ページを転用。

赤字で例示してある連絡の担当者を決定し、氏名を記入する。担当者名は、補足3にも記入する。

新型コロナウイルス感染(疑い)者発生時の報告・情報共有先



補足3:情報伝達の流れ

災害発生時の状況を訓練(シミュレーション)等でイメージし、赤字の部分を検査・確認する。
 (注) 特定の担当者に業務が集中すると、連絡・相談ができなくなることを注意する。

区分	誰が連絡者	いつタイミング	どこへ連絡先	何を情報の内容	どのように連絡方法	留意点
第一報	担当者	即時	事業所責任者または管理者	感染疑い者の情報	電話、LINE	夜間でも異変に気が付いたら即連絡
第一報	事業所責任者	利用者自身で行えないと判断された時	医療機関、新型コロナウイルス感染症健康相談センター等	感染疑い者の情報	電話	管理者に連絡してから電話する
第一報	管理者	連絡後即時	事業所内	BCP発動の検討 参集依頼	電話、LINE	BCPの発動を判断する。 必要に応じて職員の参集を指示
第一報	管理者	即時または朝一番	保健所、指定権者	感染疑い者の情報	電話	
第一報	管理者	BCP発動時	フランチイズ本部	感染疑い者の情報・ 事業所の対応状況	電話	
第一報	管理者	即時または朝一番	居宅介護支援事業所(担当ケアマネジャー)	感染疑い者の情報	電話	
第一報	管理者	即時または朝一番	利用者が利用する医療機関	感染疑い者の情報	電話	
第一報	管理者	即時または朝一番	利用者が利用する他のサービス事業者	感染疑い者の情報	電話	
第一報	管理者	即時または朝一番	職員の兼務先	感染疑い者の情報	電話	

区分	誰が連絡者	いつタイミング	どこへ連絡先	何を情報の内容	どのように連絡方法	留意点
感染確定	事業所責任者	即時	広報・情報班へ連絡	感染者の情報	電話	陽性者が確定したら即連絡
感染確定	事業所責任者	即時、毎日	利用者、ご家族	感染者の情報	電話	連絡フォーマットを決めておく
感染確定	事業所責任者	即時、適宜定期的に	居宅介護支援事業所(担当ケアマネジャー)	感染者の情報	電話	感染の状況報告。濃厚接触者含。 定期報告は広報・情報班でも良い
感染確定	事業所責任者	即時、適宜定期的に	利用者が利用する医療機関	感染者の情報	電話	
感染確定	事業所責任者	即時、適宜定期的に	利用者が利用する他のサービス事業者	感染者の情報	電話	
感染確定	事業所責任者	即時、毎日	保健所、市区町村	感染者の情報	電話	電話にて報告指示を受ける。
感染確定	広報・情報班	適宜定期的に	利用者、ご家族(感染(疑い)者以外)	感染者の情報 (個人情報削除)	電話、書面	
感染確定	広報・情報班	即時、適宜定期的に	関係業者	感染者の情報 (個人情報削除)	電話、書面	来訪禁止、感染フロア立入禁止を伝える
感染確定	広報・情報班	即時、適宜定期的に	関係機関、他事業所	感染者の情報 (個人情報削除)	電話、書面	
感染確定	広報・情報班	即時、適宜定期的に	HPで情報公開	感染者の情報 (個人情報削除)	電話、書面	

補足4: 様式6の備蓄品の目安計算シート

黄色の人数、ピンクの条件の部分を入力すると、必要数が計算されます。水色の条件は、確認し必要に応じて修正して下さい。

品目	①		②		人数		必要量	単位	式
	使用量	単位	回数	単位	職員[人]	日数[日]			
ハンドソープ	1	ml/回	3	回/日	11	10	330 ml		式: ①×②×③×④
消毒用エタノール	3	ml/回	3	回/日	11	10	990 ml		式: ①×②×③×④
手袋	1	双/回	6	双/日	11	10	660 双		式: ①×②×③×④
マスク	1	枚/回	3	枚/日	11	10	330 双		式: ①×②×③×④
環境整備用消毒液 (次亜塩素酸ナトリウム液)	5	l/回	3	回/日		10	2.5 本		式: ①×0.05%×1リットル ×②×⑤÷(5%×600ml)
ガウン・キャップ	1	着/回	3	枚/日	11	10	330 着		式: ①×②×③×④
靴カバー	1	双/回	3	双/日	11	10	330 双		式: ①×②×③×④

清掃に関わる職員数
 ケア回数: オムツ交換、排泄介助、食事介助、口腔ケア
 消毒液は0.05%の希釈液を使用。1回5リットル使う
 次亜塩素酸ナトリウム液(5%)は、1本で600ml

研修資料(入所) 10ページ

<参考>(例)

- ・手袋: 清掃回数(最低3回)/日 × 清掃に関わる職員数 × ●日分
- 利用者数 × ケア回数(オムツ交換、排泄介助、食事介助、他)/日 × ●日分
- ・ハンドソープ: 1ml/回 × 3回/日 × (出勤従業員数 + 利用者数) × ●日分
- ・消毒用エタノール: 3ml/回 × ケア回数/日 × 出勤従業員数 × ●日 (+利用者使用数)
- ・環境整備用消毒液 <5%次亜塩素酸ナトリウム液600ml使用>
 : 5L/回の0.05%希釈液を3回/日 環境整備で使用した場合60日分で7.5本等

様式7：業務分類（優先業務の選定）

(注)施設・事業所の状況に応じて、項目の追加・削除・修正してください

施設の業務を重要度に応じて4段階に分類し、出勤状況を踏まえ縮小・休止する。入所者・利用者の健康・身体・生命を守る機能を優先的に維持する。(出勤率をイメージしながら作成。)

分類名称	定義	業務例	出勤率			
			30%	50%	70%	90%
業務の基本方針			生命・安全を守るために必要最低限のサービスを提供	食事、排泄を中心 その他は休止または減	一部休止するが ほぼ通常通り	ほぼ通常通り
A:継続業務	・優先的に継続する業務 ・通常と同様に継続すべき業務	食事、 排泄、 清拭 等	食事(必要最低限のメニュー) 排泄	食事 排泄 清拭	食事 排泄 清拭	食事 排泄 清拭
B:追加業務	・感染予防、感染拡大防止の 観点から新たに発生する業務	利用者家族等への各種情報提供、 事務所内の消毒、 来所者の体温測定、 等	利用者家族等への各種情報提供 事務所内の消毒 特定接種、集団接種対応 来所者の体温測定	利用者家族等への各種情報提供 事務所内の消毒 特定接種、集団接種対応 来所者の体温測定	利用者家族等への各種情報提供 事務所内の消毒 特定接種、集団接種対応 来所者の体温測定	利用者家族等への各種情報提供 事務所内の消毒 特定接種、集団接種対応 来所者の体温測定
C:削減業務	・規模、頻度を減らすことが可能な 業務	口腔ケア、 洗顔、 洗濯、 掃除 等	訪問回数削減	訪問回数削減	通常通り	通常通り
D:休止業務	・上記以外の業務		以下の休止 ・事務管理業務 ・研修、教育、各種委員会活動 ・利用者に代わって行う行政機関等 への手続 ・利用者の外出の機会	以下の休止 ・事務管理業務 ・研修、教育、各種委員会活動 ・利用者に代わって行う行政機関等 への手続 ・利用者の外出の機会	以下の休止 ・事務管理業務 ・研修、教育、各種委員会活動 ・利用者に代わって行う行政機関等 への手続 ・利用者の外出の機会	以下の休止 ・事務管理業務 ・研修、教育、各種委員会活動 ・利用者に代わって行う行政機関等 への手続 ・利用者の外出の機会

付随する短期入所事業(ショートステイ)について、介護者のレスパイトを理由とした利用を休止(縮小)する(在宅サービスの縮小による受け皿とする)

様式9：利用者一覧表（安否確認優先順位）

出典：静岡県介護支援専門員協会。URLは、下記。

発災時に、優先的に安否確認の必要な利用者へ早期の対応ができるように、事業所内で事前に把握しておきましょう。

<https://shizuoka-caremane.com/page.php?pid=GR2ZA4P39S>

事業所名：

作成： 年 月 日

No	優先順位※			地域 区分	氏名（年齢）	住所(自治会)	想定される避難場所		特記	担当ケアマネ	安否確認 できた日
	医療・介護	環境	避難				避難所	介護・医療機関			
1	人工呼吸器	○	(高)	△△地区	介護 太郎(75)	◇◇市☆☆町(△△自治会)		□□病院	高齢世帯、妻は要支援者、古い民家 ALS、ストレッチャー移動、胃ろう、吸引	○○	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

※優先順位の「医療・介護」、「環境」、「避難」は、優先順位を決める際の基準項目であり、順番に意味はない。避難支援の欄には、独居→(独) 高齢世帯→(高) 日中独居→(日)と記載する。