

新型コロナウイルス感染症発生時における業務継続計画（BCP）

法人名		サービス種別	居宅介護支援
法人代表者		事業所管理者	
所在地		事業所番号	
電話番号			

計画作成日	
最終更新日	

本書式は、厚生労働省作成「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」に基づき居宅介護支援事業所固有事項も含めた業務継続計画作成用のシートとなっております。
 保険者により、記載必須事項などがあれば変更・改変し、活用いただきますようお願いします。

STEP1.基本方針

事業所としての災害対策における基本方針

本計画は、新型コロナウイルス感染症の感染者（感染疑いを含む）が事業所内で発生した場合においても、サービス提供を継続するために当事業所の実施すべき事項を定めるとともに、平時から円滑に実行できるよう準備すべき事項を定める。

体制

本計画においては、対策本部長を [] と定め、対策本部長の指揮監督に従い、全従業員が連携して対応に当たるものとする。

当事業所では感染症対策として、以下の体制を整えています（設問内容に☑）。

- 新型コロナウイルス感染症についての最新情報を収集する仕組みがある。
情報元 []

- 基本的な感染症予防について、マニュアルの用意があり、全職員が感染予防に関する知識を持っている。
- []

STEP1.基本方針

- 全職員が出勤前に体温測定を行い、肺炎症状などが無いことを確認している。
- 職員に体調の変化があった際の連絡体制がある。
- 事業所への出入りのある業者の入退室記録および健康確認の記録がある。
補足資料5【来所者立ち入りチェックリスト】参照
- 防護具、消毒液等備蓄品の確保
補足資料4【備蓄品リスト】参照
- 本計画（BCP）を関係者で共有している
- 計画（BCP）の内容に関する研修を実施している
- 計画（BCP）の内容に沿った訓練（シミュレーション）を実施している
- 定期的に見直しをする仕組みがある

STEP1.基本方針

研修・訓練実施

訓練内容	開催時期	備考
例) 感染症予防研修	6月・11月	防護服・消毒実施の確認／役割分担の確認

※ 具体的な訓練内容と頻度を記載します。

検証・見直し

	見直し日	検討内容	改定内容
初回計画			
例)	R5.6.1		

※定期的に計画を見直しすることが推奨されています。

STEP2.感染者発生時の対応

保健所・関係機関の連絡先

機関名	連絡先	備考

管轄となる保健所や発熱外来、感染症専用ダイヤルなど

STEP2.感染者発生時の対応

感染者発生時の対応

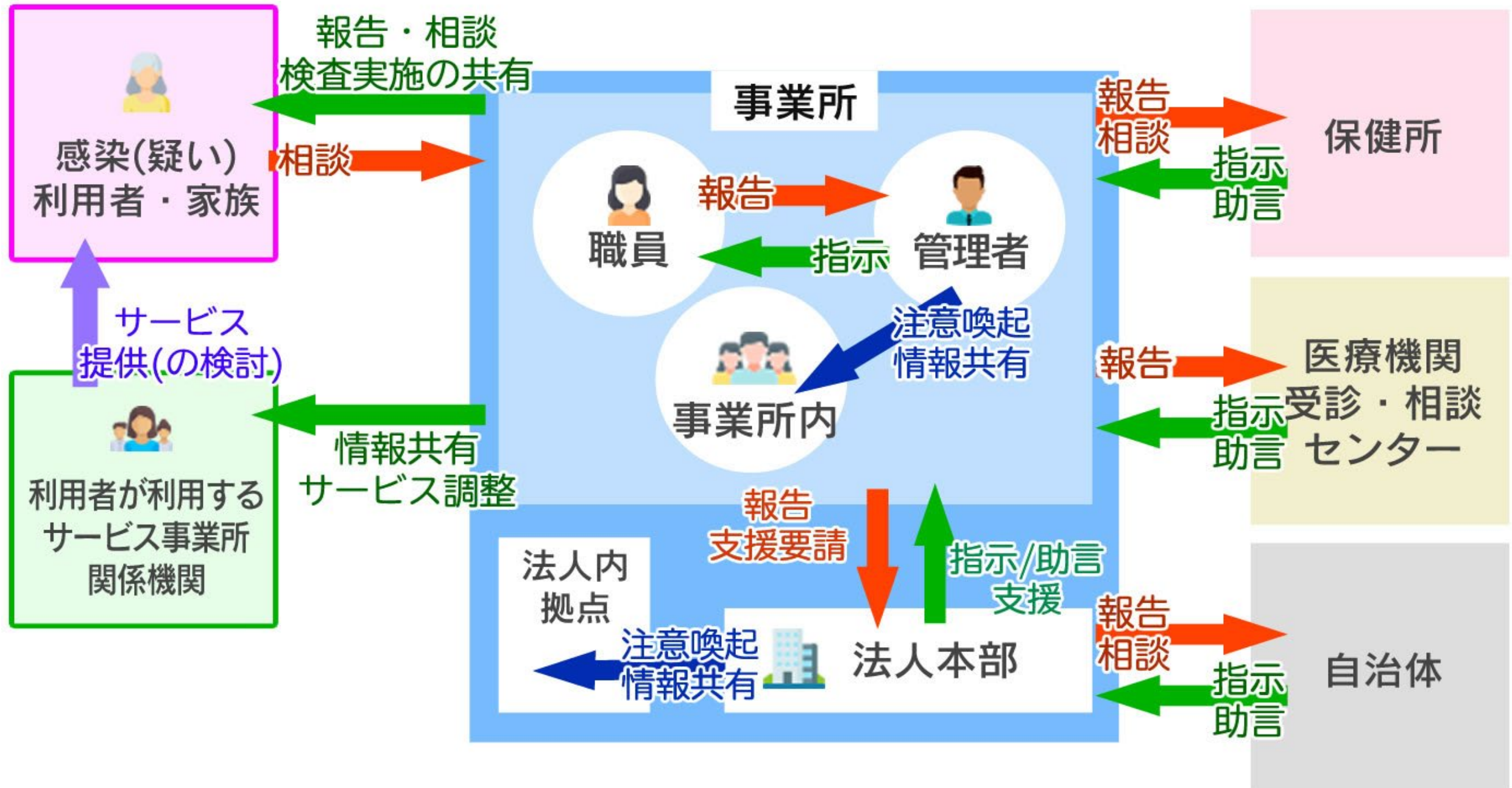
利用者が感染していた場合

- 感染者の状態確認・経過の確認
- 訪問・担当者会議等の日程変更
- サービス提供事業者・関係機関との情報共有
- 直近の濃厚接触者確認の確認
- 保健所への連絡・報告・指示確認
- 入院の必要性確認
- 感染拡大を避けつつ、生活を維持するために必要なサービス・支援体制の調整
- 状況把握のための連絡手段確認
- 状態悪化時の対応方法確認
- 隔離解除予定の確認

STEP2.感染者発生時の対応

職員が感染していた場合

- 受診・検査結果の確認
- 自宅待機指示
- 事業所・法人内での情報共有
- 濃厚接触者の確認
- 職員への検査実施
- 保健所への連絡・報告・指示確認
- 事業所内消毒の実施・立ち入り禁止エリア設定
- （無症状時）テレワーク環境の確認
- （必要に応じて）関係機関への報告
- 健康状態の確認
- 隔離解除日の確認



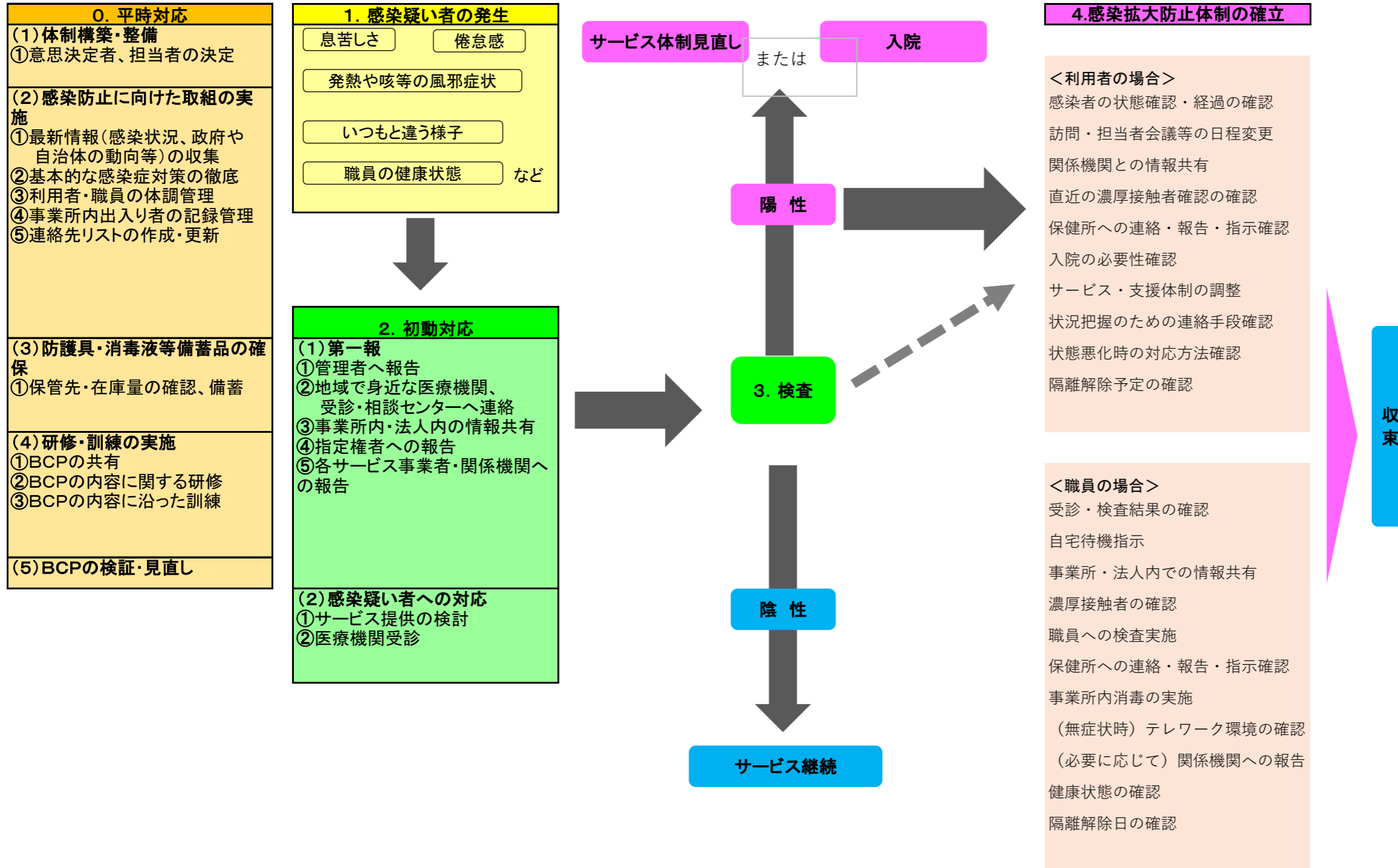
職員名簿

氏名	職種	連絡先	第二連絡先	メールアドレス LINE等	備考
	管理者				
	ケアマネ				
	ケアマネ				
	ケアマネ				
	ケアマネ				
	ケアマネ				
	ケアマネ				
	ケアマネ				
	事務				
	法人責任者				

※個人情報に当たるため取扱いにご注意ください

補足1: 対応フローチャート

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(居宅介護支援)



感染症対応_様式4_感染（疑い）者・濃厚接触（疑い）者管理リスト

<感染（疑い）者>

報告日	感染者/ 感染疑い者	属性 (いずれかに○)	所属 (職員の 場合)	氏名	感染者 区分	発症日	出勤 可能日 (見込)	発症日から2日前までの間の行動 (感染（疑い）者が会った職員名・触った 事業所箇所等)	管理 完了
10/10	感染疑い者	職員/入所者/ 出入り業者	〇〇課	〇〇〇〇	本人/ 同居家族	10/5	10/20	10/4 △△と夕食を食べた 10/3 ○号室で嘔吐した	
/		職員/入所者/ 出入り業者			本人/ 同居家族	/	/		
/		職員/入所者/ 出入り業者			本人/ 同居家族	/	/		
/		職員/入所者/ 出入り業者			本人/ 同居家族	/	/		
/		職員/入所者/ 出入り業者			本人/ 同居家族	/	/		
/		職員/入所者/ 出入り業者			本人/ 同居家族	/	/		

<濃厚接触（疑い）者>

報告日	濃厚接触者/ 接触疑い者	属性 (いずれかに○)	所属 (職員の 場合)	氏名	感染者 区分	発症日	出勤 可能日 (見込)	接触した感染（疑い）者の職員名・利用 者、状況等	管理 完了
10/10	接触疑い者	職員/入所者/ 出入り業者	〇〇課	〇〇〇〇	本人/ 同居家族	10/5	10/20	10/4 △△と休憩室でマスクをせず長時間会 話した	済
/		職員/入所者/ 出入り業者			本人/ 同居家族	/	/		
/		職員/入所者/ 出入り業者			本人/ 同居家族	/	/		
/		職員/入所者/ 出入り業者			本人/ 同居家族	/	/		
/		職員/入所者/ 出入り業者			本人/ 同居家族	/	/		
/		職員/入所者/ 出入り業者			本人/ 同居家族	/	/		

(参考) 感染が疑われる者との濃厚接触が疑われる者の特定にあたっては以下を参考。

- ・ 新型コロナウイルス感染が疑われる者と同室または長時間の接触があった者
- ・ 適切な感染の防護無しに新型コロナウイルス感染が疑われる者を診察、看護若しくは介護していた者
- ・ 新型コロナウイルス感染が疑われる者の気道分泌液若しくは体液、排泄物等の汚染物質に直接触れた可能性が高い者
- ・ 手で触れることの出来る距離（目安として1メートル）で、必要な感染予防策なしで、新型コロナウイルス感染が疑われる者と15分以上の接触があった者

感染症対応_様式6_備蓄品リスト

備蓄品の管理をするため記入する。(※必要に応じてシートをコピーして使用。)

No.	品目	備蓄量		必要量	過不足量	単位	保管場所	備考
		目安	備蓄量					
1	マスク（不織布製マスク）							
2	サージカルマスク							
3	体温計（非接触型体温計）							
4	ゴム手袋（使い捨て）							
5	フェイスシールド							
6	ゴーグル							
7	使い捨て袖付きエプロン							
8	ガウン							
9	キャップ							
10	次亜塩素酸ナトリウム液							
11	消毒用アルコール							
12	ガーゼ・コットン							
13	トイレトペーパー							
14	ティッシュペーパー							
15	保湿ティッシュ							
16	石鹼・液体せっけん							
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								

