

応援職員の派遣に係る調整要領

令和2年12月1日

応援職員の選出などの派遣調整は、次の流れで行います。

○数字は、スキーム図の番号に符合しています。

①要請

感染発生施設は、自助努力をした上で、職員が不足する場合は、応援職員の派遣を要請します。応援要請の際、応援を受けたい具体的な内容を職員派遣要請書（様式1）に記載の上、県福祉指導課長に提出します。県からこの要請に基づき老施協に職員派遣調整の依頼が行われます。

②調整依頼

老施協会長は、県からの職員派遣要請書（様式1）による調整依頼に基づき、要請内容を充たすため、該当地区の支部長に応援職員の選出等の調整を依頼します。

③調整

ア 老施協支部長は、ブロック長と協議をしたうえで、職員派遣要請書（様式1）により、登録済の派遣職員登録施設（派遣候補施設）へ具体的な要請内容を提示し、派遣職員候補を打診します。

イ 候補者を打診された施設長は、派遣先施設での活動内容等の条件を支部長等を確認するとともに、自施設の登録者へ派遣可能か確認の上、支部長に回答します。

ウ 支部長は派遣候補施設から得た回答をもとに、派遣要請の全体が充足するようブロック長と共に派遣職員の調整を行い、その調整結果を「応援職員調整結果一覧」（様式2）にまとめます。

④報告

ア 支部長は「応援職員調整結果一覧」（様式2）により調整結果を老施協会長へ報告します。

イ 老施協会長は「応援職員調整結果報告書」（様式3）及び（様式2）により、調整結果を静岡県（福祉指導課）に報告します。

⑤通知・依頼

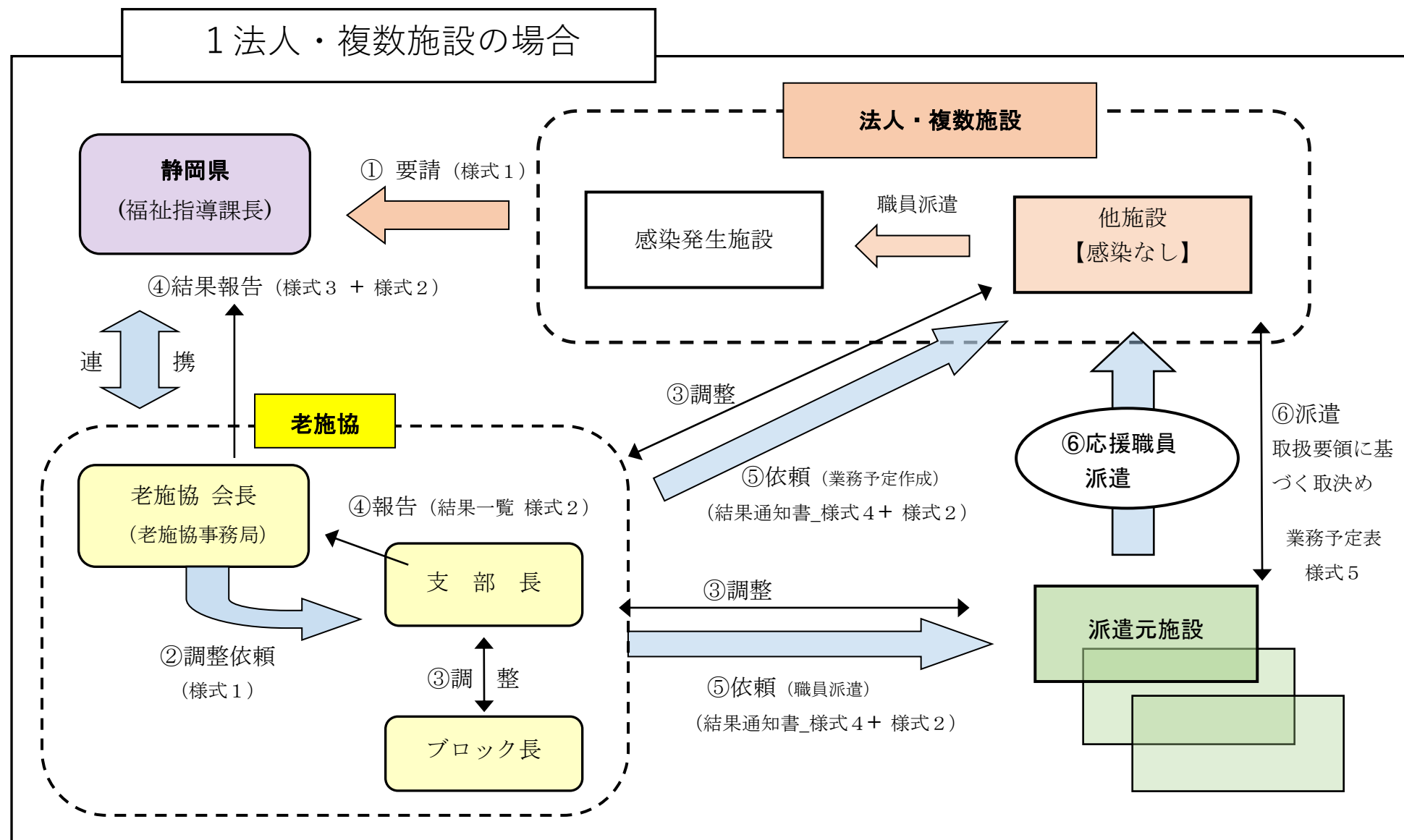
ア 会長（老施協事務局）は、「職員派遣調整結果通知書」（様式4）及び（様式2）により、派遣先施設及び派遣元施設に対して通知します。
（※支部長にも写しを送付します。）

イ 派遣先施設は、派遣元施設との連携の下で、速やかに業務シフト表などに基づき、業務予定を具体化した「業務予定表」（様式5）を作成し、派遣元施設から活動開始日、集合場所、勤務予定（休日）内容、携行物などを派遣職員に伝えていただきます。また、様式5を支部長及び老施協事務局に送付していただきます。

⑥職員派遣

派遣先施設における派遣職員の身分や勤務条件等に係る基本的取扱内容については、老施協作成の「応援職員派遣に係る取扱要領」によります。

○要請から派遣までの調整の流れ



※本図は、要請から派遣までの調整の流れ及び派遣調整用の様式1～5を説明するためのものであり、実施要綱4(1)に定める1法人・複数施設の場合(図2)に沿って作成したものです。なお、同要綱4(1)に定める1法人・単独施設の場合(図3)についても、同様の流れ、様式となります。

令和 年 月 日

静岡県健康福祉部福祉指導課長 様

(要請施設)

施設名

施設長

(感染症発生施設)

施設名

職員派遣要請書

次のとおり職員の派遣を要請します。

派遣先	法人名	
	施設名	
	施設の所在地	
派遣希望日		年 月 日 () ~ 年 月 日 ()
派遣を希望する人数		
派遣を希望する職種		
派遣業務		
その他特記事項		

担当者名	
電話番号	
FAX番号	
Mail アドレス	

令和 年 月 日

静岡県健康福祉部福祉指導課長 様

(要請施設)

施設名

施設長

(感染症発生施設)

施設名

職員派遣要請書

次のとおり職員の派遣を要請します。

派遣先	法人名	社会福祉法人X
	施設名	X荘
	施設の所在地	X市xx111-1
派遣希望日		〇〇年〇〇月〇〇日 () ~ 〇〇年〇〇月〇〇日 ()
派遣を希望する人数		2人
派遣を希望する職種		介護職員
派遣業務		入所者の介護
その他特記事項		

担当者名	〇〇 〇〇
電話番号	000-000-0000
FAX番号	000-000-0000
Mail アドレス	

応援職員調整結果一覧

様式2

派遣先	法人名	
	施設名	
	施設の所在地	

支部名	_____支部
調整者（支部長）	
調整者（ブロック長）	

	派遣元					派遣業務	派遣期間				備考
	職員氏名	職種	法人名	施設名	施設の所在地						
1							自：令和	年	月	日	
							至：令和	年	月	日	
2							自：令和	年	月	日	
							至：令和	年	月	日	
3							自：令和	年	月	日	
							至：令和	年	月	日	
4							自：令和	年	月	日	
							至：令和	年	月	日	
5							自：令和	年	月	日	
							至：令和	年	月	日	
6							自：令和	年	月	日	
							至：令和	年	月	日	
7							自：令和	年	月	日	
							至：令和	年	月	日	
8							自：令和	年	月	日	
							至：令和	年	月	日	
9							自：令和	年	月	日	
							至：令和	年	月	日	

第 協 施 老 静 号
日 月 年 和 令

静岡健康福祉部福祉長寿局

福祉指導課長 様

静岡県老人福祉施設協議会

一 養 岡 種 長 會

職員派遣調整結果について（報告）

職員派遣の要請に基づき調整結果を別紙（様式2）のとおり報告します。

記

○ 派遣先施設

○ 派遣職員の内訳 別表のとおり

静岡県老人福祉施設協議会事務局

電話 054-653-2311

Fax 054-653-2312

様式 4

静 老 施 協 第 号
令 和 年 月 日

(派遣先施設)

〇〇〇〇施設長 様

(派遣元施設)

〇〇〇〇施設長 様

〇〇〇〇施設長 様

〇〇〇〇施設長 様

〇〇〇〇施設長 様

静岡県老人福祉施設協議会
会 長 種 岡 養 一

職員派遣調整結果について (通知)

職員派遣の要請に基づき調整結果を別紙 (様式2) のとおり通知します。

派遣元施設にあつては、この内容に基づき職員の派遣についてご高配を賜りますようお願いします。

なお、派遣先施設にあつては、派遣元施設との連携の下で、速やかに業務シフト表などに基づき、業務予定を具体化した「業務予定表」 (様式5) の作成をお願いします。

記

○ 派遣職員の内訳 様式2 のとおり

静岡県老人福祉施設協議会事務局

☎ 054-653-2311

Fax 054-653-2312

派遣職員業務予定表

令和 年 月 日

次の派遣職員の業務予定について、次の日程のとおりとする。

派遣職員の氏名		
派遣元	法人名	
	施設名	
	施設の所在地	
	責任者	
派遣先	法人名	
	施設名	
	施設の所在地	
	責任者	
派遣期間		令和 年 月 日 () ~ 年 月 日 ()

派遣日		就業時間	休憩時間	休日
1日目	年 月 日	: ~ :	: ~ :	
2日目	年 月 日	: ~ :	: ~ :	
3日目	年 月 日	: ~ :	: ~ :	
4日目	年 月 日	: ~ :	: ~ :	
5日目	年 月 日	: ~ :	: ~ :	
6日目	年 月 日	: ~ :	: ~ :	
7日目	年 月 日	: ~ :	: ~ :	
8日目	年 月 日	: ~ :	: ~ :	
9日目	年 月 日	: ~ :	: ~ :	
10日目	年 月 日	: ~ :	: ~ :	
11日目	年 月 日	: ~ :	: ~ :	
12日目	年 月 日	: ~ :	: ~ :	
13日目	年 月 日	: ~ :	: ~ :	
14日目	年 月 日	: ~ :	: ~ :	

特記事項 (交通手段、宿泊先の情報など)	担当者名	
	電話番号	
	F A X 番号	
	Mailアドレス	

注 1 この表は派遣先施設責任者が作成する。

2 派遣日のうち休日に当たる日については、「休日」欄に「○」を記入する。