

鳥取県新型コロナウイルス感染予防対策認証制度（障がい者施設）実施要綱

（目的）

第1条 この要綱は、新型コロナウイルスの感染予防対策を適切に実施している障がい者施設を認証し公表することで、感染に対する利用者やその家族の不安を軽減させるとともに、障がい者施設における感染予防対策の徹底を図ることを目的とする。

（定義）

第2条 この要綱において、申請者及び障がい者施設の定義は次のとおりとする。

（1）申請者とは、鳥取県新型コロナウイルス感染予防対策認証障がい者施設として認証を受けようとする者をいう。

（2）障がい者施設とは、次に掲げる障害福祉サービスを提供する施設をいう。

生活介護、療養介護、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、就労定着支援、児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、短期入所、障害者支援施設、共同生活援助、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、居宅介護、重度訪問介護、行動援護、同行援護、自立生活援助、保育所等訪問支援、居宅訪問型児童発達支援、計画相談支援、障害児相談支援、地域移行支援、地域定着支援

（認証の対象）

第3条 認証の対象は、鳥取県内に所在する障がい者施設であって、次条で定める基準を満たす事業所とする。

（認証の基準）

第4条 知事は、次に掲げる事項を全て満たす障がい者施設を「鳥取県新型コロナウイルス感染予防対策認証障がい者施設」として認証することができる。

（1）「高齢者施設及び障がい者施設等における新型コロナウイルス感染予防・感染拡大防止ガイドライン（令和3年1月20日付第202000261457号鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局長寿社会課長通知）（以下、「ガイドライン」という。）」に記載された内容について、全ての従業者・職員への周知が行われていること。

（2）別添「鳥取スタンダード（障がい者施設等における感染予防・感染拡大防止基準チェックリスト）」において、全ての項目にチェックがされていること。

（3）障がい者施設において実際に各種対策が行われていること。

（認証の申請）

第5条 申請者は、認証申請書（様式第1号）に必要な書類を添付し、知事に認証の申請を行うものとする。

（認証の決定）

第6条 知事は、前条の認証申請書の提出があったときは、提出された書類を審査し、第4条の基準を満たす障がい者施設について、登録簿（様式第2号）に登録し、認証書（様式第3号）を交付するものとする。

2 認証の有効期限は、認証した日が属する年度の3月31日までとする。ただし令和3年3月31日までに認証した場合については、令和4年3月31日を有効期限とする。

(認証障がい者施設の公表)

第7条 知事は、認証した障がい者施設について、鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局障がい福祉課のホームページで公表する。

(再交付の申請)

第8条 認証を受けた障がい者施設は、認証書を破損、汚損、亡失した場合で再交付が必要な場合には、再交付申請書(様式第4号)により、知事に申請するものとする。

(廃止の届出)

第9条 認証を受けた障がい者施設は、事業を廃止したとき、または、認証の辞退を希望する場合は、廃止届(様式第5号)に必要な書類を添付し、知事に届出するものとする。

(認証の取り消し)

第10条 知事は、認証した障がい者施設において、ガイドラインに記載された感染予防対策が適切に行われていないことが判明した場合、認証を取り消すことができる。

(所掌)

第11条 この要綱に関する事務は、福祉保健部ささえあい福祉局障がい福祉課において所掌する。

附則

この要綱は、令和3年1月27日から施行する。

鳥取スタンダード（障がい者施設等における感染予防・感染拡大防止基準）
＜チェックリスト＞

令和 年 月 日

事業所名：

チェック項目（－ガイドライン－日頃から行う感染予防対策の10のポイント項目－）		チェック欄 ✓
1 マスク着用の徹底		
(1)	マスクは、きちんと鼻が隠れるように着用して下さい。	
(2)	マスクの表面を触らないようにして下さい。もし触ってしまった時は、すぐに手指消毒を行って下さい。	
(3)	障がい特性等によりマスクの着用が困難な場合でも、本人の好みに合わせた色、柄をプリントするなどして、着用が習慣づくように努めて下さい。	
(4)	マスク着用の協力が得られない利用者に対応する職員は、ゴーグル又はフェイスシールドを使用して下さい。	
2 手指消毒の徹底		
(1)	職員の手洗い、手指消毒を励行して下さい。目に見えて汚染がなければ手指消毒、目に見えて汚染がある又は下痢便や吐物の処理後、食事介助前等は手洗いが望ましいと考えます。手洗いの後の拭き取りには、共有の布タオルではなく、ペーパータオルを使用して下さい。ハンドル式の蛇口の場合には、ハンドルの消毒も行して下さい。	
(2)	手洗い場が少ない等により、こまめに手洗い、消毒を行うことが難しい場合であっても、職員一人一人がポシエット等に携帯用消毒液を入れて、こまめに手指消毒を行う等工夫して下さい。	
(3)	利用者、職員の動線上にアルコール消毒液を配置する等、手指消毒しやすい環境を整備して下さい。	
(4)	職員用の共用パソコン、タブレットの使用前後は手指消毒して下さい。	
3 施設内の定期的な消毒の実施		
(1)	適切な消毒液を用いて消毒を行って下さい。 (参考) 新型コロナウイルスの消毒・除菌方法について（厚生労働省・経済産業省・消費者庁特設ページ） https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/syoudoku_00001.html	
(2)	消毒液の作成に当たっては、容器の表面に消毒液量・水の量を明記して下さい。	
(3)	手の触れる場所に使用する希釈した消毒液は、日光を避けて保管して下さい。また、1日1回作り直すことが望ましいと考えます。	
(4)	椅子のひじ掛け、机の裏側等、手の触れやすい場所は特に丁寧に消毒して下さい。また、消毒しにくいものは撤去する等の対応も検討して下さい。 (例) テイルームの椅子に布製クッションが置いてある場合、布製の場合は消毒しにくいので、クッションをやめるか、一人一人専用のクッションとする。	
(5)	職員が共用するもの（事務室等のパソコンや電話等）の消毒も定期的に行って下さい。	
4 定期的な換気の実施		
(1)	原則、換気時は2方向を開放して下さい。	
(2)	職員用の休憩室においては、一度に入室する人数を抑制して下さい。また、窓の開放による換気や扇風機で外方向への空気の流れをつくることが重要と考えます。	
5 施設内での人の密集は徹底的に避ける		
(1)	食事、休憩時であっても、利用者や職員が座る椅子の距離が近くなりすぎたり、対面に着席しないよう、椅子の配席をずらす、最低1メートルの距離を離れた横並びにする等で適切な距離を確保して下さい。テーブル上にアクリル板の設置、食事や休憩の時間をずらして密集を避ける工夫も有効です。	
(2)	洗面所に利用者同士の歯ブラシ・コップを並べて置いている場合には、距離をとって下さい。また、歯磨き時に、コップ等が他の利用者の飛沫を浴びないように注意するほか、蛇口等の消毒も行して下さい。	
(3)	会話時には必ずマスクを着用して下さい。	

チェック項目 (ーガイドラインー日頃から行う感染予防対策の10のポイント項目ー)		チェック欄 ✓
6 利用者・職員への健康管理（体温計測等）の徹底と県等への報告		
(1)	体温計測だけでなく、呼吸器症状、行動歴等も含めて把握して下さい。（自宅、お迎え時、施設入口等、適切なタイミングで）	
(2)	発熱や呼吸器症状がある場合には来所・出勤しない等のルール化を検討して下さい。また、出勤しないルールだけでなく、症状軽快後に職員が勤務に復帰する際のルール化も検討して下さい。（例）PCR検査を受ける、解熱後24時間以上、呼吸器症状がないこと等	
(3)	障がい特性等により、利用者が体調の変化を自発的に伝えることが難しい場合も想定されます。普段接している職員の気づきも非常に重要であることから、積極的に職員間の情報交換に努めて下さい。	
(4)	入所者又は職員が発熱等の症状を呈した場合、事前に協力医療機関又はかかりつけ医に連絡の上、受診して下さい。（なお、かかりつけ医がないなど相談先に迷う場合は「受診相談センター」にご相談下さい。）また、協力医療機関およびかかりつけ医療機関において、新型コロナウイルスの受診や検査が可能かどうか確認するなど、平時からの感染防止対策に留意してください。	
(5)	入所施設（短期入所、小規模多機能型居宅介護支援、看護小規模多機能型居宅介護支援を含む）の入所者等について、息苦しさ（呼吸困難）、強いだるさ（倦怠感）、高熱等の強い症状のいずれかがある、発熱や咳など比較的軽い風邪の症状等が続く、味覚・嗅覚障害のある等、普段と異なる体調不良が見られる場合には、東部地域については鳥取市保健所へ、中西部地域については、各総合事務所福祉保健局へ、通報して下さい。	
7 職員は職場以外でもマスク着用、手指消毒、3密回避を徹底		
(1)	県外からの来訪者との会食等での感染事例もありますので、職場以外でも感染予防を徹底して下さい。	
(2)	職員は、職場以外の日常生活においても、3密回避等、新しい生活様式を遵守し、体調が悪い時は上司に相談の上、出勤しないようにして下さい。	
8 利用者と家族等の不安には丁寧に対応		
(1)	自施設で感染者が発生していなくても、周辺の施設で感染者が発生すれば、利用者・家族は不安になるものです。丁寧に対応して下さい。	
9 利用者ごとのサービス利用状況の把握と連絡体制の確立		
(1)	事業所においては、利用者ごとに、サービス担当者会議やサービス提供記録等を通じて、他の保健・医療・福祉サービス事業所の利用状況を把握して整理しておいて下さい。	
(2)	PCR等検査陽性者が発生した際に、迅速に保健所等に情報提供できるようにするため、事前に他の関係事業所等の利用状況及び担当の居宅介護支援（計画相談支援）事業所等の一覧表を作成しておくことや、休日でも関係事業所と連絡がとれる体制とする等、関係機関と迅速に連絡できる体制を構築して下さい。	
10 積極的疫学調査時に必要な情報の整理		
(1)	事業所の利用者、従事者にPCR等検査陽性者が発生した場合には、積極的疫学調査に御協力いただきます。その際には、保健所の指示に基づき、直ちに当該陽性者の接触者リスト、施設図面、ケア記録、勤務表、施設内の出入り業者一覧・記録等が必要となります。休日や夜間においても対応ができるよう、あらかじめ、これらの情報を整理しておいて下さい。	

鳥取県新型コロナウイルス感染予防対策認証障がい者施設 認証申請書

鳥取県知事 平井 伸治 様

申請者

<法人の所在地>

<法人の名称>

<法人の代表者職・氏名>

新型コロナウイルスの感染予防、感染拡大防止に取り組む障がい者施設として、鳥取県新型コロナウイルス感染予防対策認証制度(障がい者施設)実施要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

1 認証申請障がい者施設

別表のとおり

2 添付書類

・鳥取スタンダード(障がい者施設等における感染予防・感染拡大防止基準チェックリスト)

※1事業所につき1枚のチェックリストを提出してください。

<担当者連絡先>

担当者氏名	
電話番号	- -
ファクシミリ番号	- -
メールアドレス	

事業所番号	提供サービス	事業所名称	事業所所在地	事業所責任者 (職・氏名)	チェック欄		
					(1)	(2)	(3)
					ガイドラインに記載された内容 の全従業者・職員への周知	鳥取スタンダード(障がい者施設等における感染予防・感染拡大防止基準チェックリスト)における全項目への確認	障がい者施設における実際の各種対策の実施
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							

認証番号 第〇〇〇〇号

鳥取県新型コロナウイルス感染予防対策
認証障がい者施設



事業所名称

提供サービス

事業所所在地

上記の施設は、鳥取県新型コロナウイルス感染予防対策
認証障がい者施設として認証します。

令和 年 月 日

鳥取県知事 平井 伸治
(公印省略)

鳥取県新型コロナウイルス感染予防対策認証障がい者施設 認証書再交付申請書

鳥取県知事 平井 伸治 様

申請者

<法人の所在地>

<法人の名称>

<法人の代表者職・氏名>

鳥取県新型コロナウイルス感染予防対策認証障がい者施設認証書の再交付を受けたいので、鳥取県新型コロナウイルス感染予防対策認証制度(障がい者施設)実施要綱第8条の規定に基づき、下記のとおり、申請します。

記

認証番号	第〇〇〇〇号	
認証 障がい者施設	名称	
	サービス	
	所在地	
再交付の理由	紛失 ・ 汚損、破損	

(添付書類)

鳥取県新型コロナウイルス感染予防対策認証障がい者施設認証書を破損し、若しくは汚損した場合にあっては、当該認証書。

<担当者連絡先>

担当者氏名	
電話番号	- -
ファクシミリ番号	- -
メールアドレス	

令和 年 月 日

鳥取県新型コロナウイルス感染予防対策認証障がい者施設 廃止届

鳥取県知事 平井 伸治 様

申請者

<法人の所在地>

<法人の名称>

<法人の代表者職・氏名>

鳥取県新型コロナウイルス感染予防対策認証障がい者施設を廃止したので、鳥取県新型コロナウイルス感染予防対策認証制度(障がい者施設)実施要綱第9条の規定に基づき、下記のとおり届出します。

記

認証番号	第〇〇〇〇号	
認証 障がい者施設	名称	
	サービス	
	所在地	

(添付書類)

鳥取県新型コロナウイルス感染予防対策認証障がい者施設認証書

<担当者連絡先>

担当者氏名	
電話番号	- -
ファクシミリ番号	- -
メールアドレス	