様式1：推進体制の構成メンバー

担当者名／部署名	対策本部における職務（権限・役割）	
営業本部長　小山高正 電話:070-5659-6760 代行　代表社員　小山仁美 電話:070-5660-6414	対策本部長	・対策本部組織の統括、全体統括 ・緊急対応に関する意思決定 ・保健所、医療機関、受診・相談センターへの連絡 ・感染防止策の策定、教育
代表社員　小山仁美 電話:070-5660-6414 代行　営業本部長　小山高正 電話:070-5659-6760	事務局長	・対策本部長のサポート ・対策本部の運営実務の統括 ・関係各部署への指示 ・感染拡大防止対策に関する統括
事務主任　金田一舞子 電話:070-1580-3504 代行　営業本部長　小山高正 電話:070-5659-6760	事務局メンバー	・事務局長のサポート ・関係各部署との窓口 ・社外対応の窓口
営業本部長　小山高正 電話:070-5659-6760 代行　代表社員　小山仁美 電話:070-5660-6414	広報・情報班	・社外対応(指定権者) ・医療機関との連携 ・関連機関、他施設、関連業者との連携 ・ホームページ、広報、地域住民への情報公開
事務主任　金田一舞子 電話:070-1580-3504 代行　営業本部長　小山高正 電話:070-5659-6760	設備・調達班	・感染防護具の管理、調達
管理者　小山仁美 電話:070-6661-3504 代行　営業本部長　小山高正 電話:070-5659-6760	古河教室 現場責任者	・施設内の統括 ・利用者、ご家族、職員への情報提供・発信
管理者　海賀笑美 電話:080-9698-3504 代行　営業本部長　小山高正 電話:070-5659-6761	創育舎 現場責任者	・施設内の統括 ・利用者、ご家族、職員への情報提供・発信
管理者　髙橋さゆり 電話:070-1401-3504 代行　営業本部長　小山高正 電話:070-5659-6762	駅東教室 現場責任者	・施設内の統括 ・利用者、ご家族、職員への情報提供・発信

様式2：施設外･事業所外連絡リスト

機関種別	名称	担当者	部署	電話番号	メールアドレス	住所	備考
例）保健所	●●保健所	○○課長	総務	03-XXXX-XXXX 090-XXXX-XXXX	XXXX@xxxxxx	○○県△△市■■町	代行者：●● 電話：090-XXXX-XXXX
連携医療機関	古河病院			0280-47-1010		茨城県古河市鴻巣1555番地	
保健所	古河保健所			0280-32-3021		茨城県古河市北町6－22	
自治体	市障害福祉課			0280-92-4919		茨城県古河市駒羽根1501番地	
自治体	県障害福祉課			029-301-3352		茨城県水戸市笠原町978番6	
自治体	市消防防災課			0280-76-1511		茨城県古河市仁連2065番地	
消防	古河消防署			0280-47-0119		茨城県古河市中田1683－9	
消防	総和消防署			0280-92-3948		茨城県古河市下大野752－2	
消防	住吉分署			0280-31-8626		茨城県古河市古河797－1	
消防	駅西出張所			0280-30-1190		茨城県古河市旭町1－1－23	
警察署	古河警察署			0280-30-0110		茨城県古河市本町１丁目10－17	
建物	緑栄ビル	（有）関商事		0280-31-3551		茨城県古河市上辺見530 －3	
建物	キャッスル古河	（有）城西不動産		0280-31-2300		茨城県古河市上辺見1202－4	
電気	東京電力エナジーP			03－6375－9835			
水道	お客様センター			0280－21－1065		茨城県古河市長谷町38番18号	
自動車	立岡自動車			0280－33－1515		茨城県古河市古河801	

様式3：職員、入所者・利用者　体温・体調チェックリスト

属性	（いずれかに〇）：　職員　・　入所者・利用者
チェック対象者の氏名	①　②　③　④　⑤　⑥　⑦　⑧　⑨　⑩

月日 / チェック項目	（例）日付 11/6	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
1 体温（●度以下⇒〇）	4名															
2 鼻水	〇															
3 せき	〇															
4 くしゃみ	2名															
5 全身倦怠感	〇															
6 下痢	〇															
7 嘔吐	〇															
8 咽頭痛	〇															
9 関節痛	〇															
10 味覚・聴覚障害	1名															
11 その他	〇															
問題ある項目（該当者氏名）	1（①②⑤⑥）4（①③）10（②）															
チェック者サイン	**															

様式4：感染（疑い）者･濃厚接触（疑い）者管理リスト

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	○○課	○○○○	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	/	/		

＜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	○○課	○○○○	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	/	/		

（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

様式5：（部署ごと）職員緊急連絡網

地震と共通の場合、出勤可能の判断情報を備考に追記する

氏名	部署	役職	電話番号	携帯電話		備考
				電話番号	メールアドレス	
（例）　●●　●●	総務	課長	03-XXXX-XXXX	090-XXXX-XXXX	XXXX@xxxxx	徒歩：●分、車：●分 ●●市●●地区

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	担当者	調達先	備考
		目安	備蓄量							
1	マスク（不織布製マスク）							管理者	営業本部	
2	体温計（非接触型体温計）							管理者	営業本部	
3	ゴム手袋（使い捨て）							管理者	営業本部	
4	消毒用アルコール							管理者	営業本部	
5	トイレットペーパー							管理者	営業本部	
6	ティッシュペーパー							管理者	営業本部	
7	石鹸・液体せっけん							管理者	営業本部	
8	石鹸・液体せっけん							管理者	営業本部	
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										

様式7：業務分類（優先業務の選定）

分類名称	定義	業務例	出勤率			
			30%	50%	70%	90%
業務の基本方針			運動療育を中止し、 その他も、一部変更して対応	運動療育を簡易に変更するが、 その他は、ほぼ通常通り	運動療育の一部休止するが、 その他は、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	運動療育、 SST や 生活訓練 学習支援、 静かな活動、 等	運動療育、 SST や 生活訓練 学習支援、 静かな活動、 等	運動療育、 SST や 生活訓練 学習支援、 静かな活動、 等	運動療育、 SST や 生活訓練 学習支援、 静かな活動、 等	運動療育、 SST や 生活訓練 学習支援、 静かな活動、 等
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、 施設内の消毒、 来所者の体温測定、 等	利用者家族等への各種情報提供 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 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 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 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	運動療育、 SST や 生活訓練 学習支援、 静かな活動、 等	運動療育、 SST や 生活訓練	運動療育	運動療育	無
D:休止業務	・上記以外の業務		以下の休止 ・研修、教育、各種委員会活動 ・レクリエーション ・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 ・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 ・研修、教育、各種委員会活動 ・利用者の外出の機会	無

様式8：来所者立ち入り時体温チェックリスト

月日	立ち入り時間	退出時間	企業名（利用者のご家族の場合は記入不要）	氏名	訪問先（立ち入り者名／担当者名など）	検温結果（体温を記載）	備考
[記載例] 10月10日	10:10	11:11	○○クリーニング	○○　○○	○○課・○○	３６．５度	連絡先：090-XXXX-XXXX

様式9：災害時利用者一覧表 (安否確認優先順位)

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	佐藤	
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。