



## 本調査について

項目ID: 2

今般、厚生労働省より発出された「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について」（令和5年3月17日付け事務連絡）に基づき、高齢者施設における協力医療機関の連携体制について調査を行うものです。

本調査については、地域医療介護総合確保基金（介護分）による「令和5年度新型コロナウイルス感染症流行下における介護サービス事業所等のサービス提供体制確保事業」における「感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用」の補助にあたっての要件確認も兼ねており、令和5年5月8日以降は、本調査によりすべての要件を満たすことが確認された事業所のみ、補助の対象となります。（全国一律の取扱い）

なお、本調査にあたり介護事業所側で協議録などを整理保管していれば、必ずしも医療機関側からの書面は必要ありません。また、感染拡大状況によっては1つの医療機関で対応できない恐れもあるため、複数の医療機関と関係を構築するなど、連携強化に取り組んでください。

## 提出期限

項目ID: 3

令和5年4月26日（水）

## 施設情報について

項目ID: 20

※回答は施設（事業所）ごとに行います。（併設の短期入所施設は本体施設と合わせて回答可能です）

施設名称 **必須**

項目ID: 21

0 / 60000

施設種別（プルダウンリストから1つ選択） **必須**

項目ID: 22

※サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けた有料老人ホームについては、「サービス付き高齢者向け住宅」を選択してください。 **必須**

項目ID: 28

有料老人ホームなどで、特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合は以下にチェックをしてください。

 特定施設入居者生活介護の指定を受けている

項目ID: 24

短期入所施設を併設している場合は以下にチェックをしてください。

 短期入所生活（療養）介護を併設している

## 介護保険事業所番号（38で始まる10桁の番号）

項目ID: 23

0 / 10

併設している短期入所事業所の名称 **必須**

項目ID: 25

0 / 60000

## 併設している短期入所事業所の事業所番号（38で始まる10桁の番号）

項目ID: 26

 本体施設（上記で入力した番号）と同じ

項目ID: 27

本体施設と別の番号の場合

0 / 10

## 調査回答者について

項目ID: 30

## 氏名

氏 **必須**  0 / 64名 **必須**  0 / 64氏フリガナ **必須**  0 / 64名フリガナ **必須**  0 / 64

## 電話番号

電話番号 **必須** 

0 / 15

## メールアドレス

メールアドレス **必須**

0 / 128

メールアドレス (確認) **必須**

0 / 128

項目ID: 29

施設の入所者に新型コロナの感染者（疑い含む）が発生した際に、主に以下の対応を行う医療機関を確保済みですか。

項目ID: 4

- ・施設からの電話等による相談への対応
- ・施設への往診（オンライン診療含む）
- ・入院の要否の判断や入院調整（当該医療機関以外への入院調整も含む） **必須**

- はい
- いいえ

項目ID: 5

※上記3項目全て必須です。

※協力医療機関や配置医が所属する医療機関が想定されますが、上記対応が困難な場合は、それ以外の医療機関を確保してください。

※入所者により対応する医療機関が異なっても差し支えありませんが、全入所者について、対応する医療機関を確保済みであることが必要です。

※入所者全員が普段は通院している者のみである場合であっても、必要に応じて往診できる体制が必要です。

確保している医療機関名を記入してください。 **必須**

項目ID: 6

0 / 60000

項目ID: 7

※自施設の医師が対応を行う場合は、自施設の名称を記入してください。また、協力医療機関・配属医師が所属する医療機関等以外の医療機関でも可能です。

※複数の医療機関と連携している場合は、主な医療機関をひとつ記入してください。

確保している医療機関に対し、上記の対応を行うことについて、事前の相談を行った年月を記入してください。

項目ID: 8

（自施設の医師が対応を行う場合は、「自施設医師」と記入してください） **必須**

0 / 60000

項目ID: 9

※複数の医療機関と連携している場合は、①-2に記入した医療機関と事前の相談を行った年月を記入してください。

※新型コロナウイルス感染症が生じた当初から事前の相談を行っていた場合等で、明確な相談時期を記載できない場合は、「2020年1月」と記入してください。

全職員に対して、感染症の予防及びまん延防止のための研修を実施済みですか。

項目ID: 10

（本調査回答時点では未実施であるが、令和5年5月7日までに実施予定の場合も含まれます。） **必須**

- はい
- いいえ

項目ID: 11

※当該研修の実施については、令和3年介護報酬改定により、令和3年4月から運営基準上の努力義務となっています（令和6年度から完全義務化）。

直近での研修の実施年月日を右欄に記入してください。（本調査回答時点で未実施の場合は予定年月日） **必須**

項目ID: 12

📅 \_\_\_\_\_

感染症の予防及びまん延防止のための訓練を実施していますか。

項目ID: 13

（本調査回答時点では未実施であるが、令和5年5月7日までに実施予定の場合も含まれます。） **必須**

- はい
- いいえ

項目ID: 14

※当該訓練の実施については、令和3年介護報酬改定により、令和3年4月から運営基準上の努力義務となっています（令和6年度から完全義務化）。

直近での訓練の実施年月日を右欄に記入してください。（本調査回答時点で未実施の場合は予定年月日） **必須**

項目ID: 15

📅 \_\_\_\_\_

希望する入所者へのオミクロン株対応ワクチン（1回目）の施設単位での接種は実施済みですか。

※住民接種により対応した場合においては、入所者への接種勧奨及び接種状況の把握を行っている場合に限り、「住民接種」を選択してください。

必須

項目ID: 16

- はい
- いいえ
- 住民接種

直近で、入所者に対して接種の機会を設けた年月日を記載してください。 必須

項目ID: 17

📅 \_\_\_\_\_

希望する入所者へのオミクロン株対応ワクチン（2回目）の施設単位での接種を実施する予定がありますか。

※住民接種により対応した場合においては、入所者への接種勧奨及び接種状況の把握を行っている場合に限り、「住民接種」を選択してください。

必須

項目ID: 18

- はい
- いいえ
- 住民接種

接種を実施する予定年月日を記載してください。（予定日が確定していない場合は、概ねの時期を記載） 必須

項目ID: 19

📅 \_\_\_\_\_

項目ID: 31

回答内容についての誓約 必須

項目ID: 32

本資料の記載内容に虚偽がないことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

項目ID: 33

※介護事業所側で協議録などを整理保管していれば必ずしも医療機関側の書面は必要ありません。

また、感染拡大状況によっては1つの医療機関で対応できない恐れもあるため、複数の医療機関と関係を構築するなど、連携強化に取り組んでください。

項目ID: 34

法人名 必須

\_\_\_\_\_ 0 / 60000

項目ID: 35

代表者名 必須

\_\_\_\_\_ 0 / 60000