

◎ 3月17日事務連絡「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」に基づく調査について

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、下記事項について調査を行いたく、令和5年●月●日までに赤枠内回答の上、～～あてご報告をお願いします。

なお、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」（施設内療養者1名あたり最大30万円）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。**

施設種別		黄色セル＝入力必須
①-1	<p>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。（自施設の医師が対応を行う場合も含まれます。）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設からの電話等による相談への対応</li> <li>・施設への往診（オンライン診療含む）</li> <li>・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)</li> </ul> <p>※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、上記の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。                      ※自ら確保しようとしたものの、確保することが困難な場合には、貴施設所在の自治体にご相談した上で、医療機関を確保することを検討してください。                      ※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。</p>	
①-2	<p>【①-1が○の場合のみ回答】                      ①-1の医療機関名を右欄に記入してください。                      （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・配置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。）</p> <p>※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。</p>	
①-3	<p>【①-1が○の場合のみ回答】                      ①-1の医療機関に対し、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右欄に記入してください。                      （自施設の医師が対応を行う場合は記入不要です。）</p> <p>※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。</p>	
②-1	<p>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。                      （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。）</p> <p>※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）。</p>	
②-2	<p>【②-1が○の場合のみ回答】                      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）</p>	
②-3	<p>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。                      （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。）</p> <p>※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）</p>	
②-4	<p>【②-3が○の場合のみ回答】                      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）</p>	
③-1	<p>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。</p> <p>※住民接種により対応した場合には、入所者への接種動向及び接種状況の把握を行っている場合に限り、△を選択してください。</p>	
③-2	<p>【③-1が○の場合のみ回答】                      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。</p>	
③-3	<p>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。</p> <p>※住民接種により対応する場合においては、入所者への接種動向及び接種状況の把握を行っている場合に限り、△を選択してください。</p>	
③-4	<p>【③-3が○の場合のみ回答】                      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）</p>	

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。

※本資料への虚偽記載があった場合は、基金からの補助の返還となる場合があります。

施設名	
代表者名	
記入日	令和 年 月 日