

高第1447号の2  
令和5年3月31日

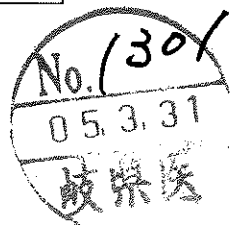
一般社団法人岐阜県医師会 会長 様

岐阜県健康福祉部高齢福祉課長

高齢者施設等での感染対策を含む施設内療養の体制に係る調査について

平素より、本県の高齢者福祉行政の推進に御理解と御協力をいただき、ありがとうございます。  
さて、別紙のとおり、県内の高齢者施設等を対象とした調査を実施することといたしました。  
この調査は、高齢者施設入所者に新型コロナウイルス患者（疑い含む）が発生した際に連携する医療機関の確保状況を調査項目の一つとしています。施設内療養を行う高齢者施設への補助（施設内療養者1名あたり最大30万円）にあたっての要件確認も兼ねており、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけが5類感染症へと変更となる令和5年5月8日以降は、本調査の項目となっている要件のすべてを満たすことが確認された施設のみ、補助の対象となる見込みです。  
こうしたことから、今後、高齢者施設等から、協力医療機関、配置医所属の医療機関、又は、県内各地区医師会に対し、本調査に関連した相談が寄せられることが想定されますので、本調査の実施の旨について、会員の皆様及び県内各地区医師会等への周知についてご配慮いただきますよう、よろしく願いいたします。  
また、5類感染症への位置づけ変更後は、高齢者施設等から施設内療養者の往診や入院等について、相談が寄せられることも想定されますので、合わせてご配慮いただきますようお願いいたします。

岐阜県健康福祉部高齢福祉課事業者指導係			
係長	堀部	担当	大野
TEL	058-272-1111 内線 3468		
FAX	058-278-2639		



<参考>

調査概要

1 調査項目

	調査項目 (要件)	具体的な内容
1	医療機関との連携体制の確保	・施設入所者に新型コロナウイルス患者（疑い含む）が発生した際に連携する医療機関の確保状況（医療機関名、事前相談を行った年月日）（自施設の医師が実施する場合も可） <連携医療機関に求められる主な対応> ①施設からの電話等による相談への対応 ②施設への往診（オンライン診療含む） ③入院の可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）
2	感染対策	・全職員に対する、感染症の予防及びまん延防止のための研修の実施状況（直近の実施日） ・感染症の予防及びまん延防止のための訓練の実施状況（直近の実施日） ※令和5年5月8日までに実施予定の場合含む
3	ワクチンの接種状況	・希望する施設入所者へのオミクロン株対応ワクチン（1回目）の実施状況および接種実施時期 ・希望する施設入所者へのオミクロン株対応ワクチン（2回目）の実施予定の有無および接種実施予定時期

※1から3の要件のすべてを満たすことが確認できた施設のみ、施設内療養を行う高齢者施設等へ補助（岐阜県緊急時介護人材確保・職場環境復旧等事業費補助金（施設内療養者1名あたり最大30万円を補助））の対象となる。

2 調査対象施設

特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、認知症グループホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所

3 日程

3月31日（金）調査依頼

4月27日（木）回答締め切り

各指定介護サービス事業所等運営法人代表者  
各介護保険施設運営法人代表者  
各老人福祉法関係施設運営法人代表者  
(いずれも岐阜市所管の施設等を含む。)

} 様

岐阜県健康福祉部高齢福祉課長

### 高齢者施設等での感染対策を含む施設内療養の体制に係る調査について（依頼）

平素より、本県の高齢者福祉行政の推進に御理解と御協力をいただき、ありがとうございます。

さて、新型コロナウイルス感染症につきましては、国において、オミクロン株とは大きく病原性が異なる変異株が出現するなどの特段の事情が生じない限り、5月8日から感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律上の新型インフルエンザ等感染症に該当しないものとし、5類感染症に位置づけることとされました。

この中で、高齢者施設等には重症化リスクが高い高齢者が多く生活していることを踏まえ、緊急時の人材確保や衛生資材の購入等に要する費用等に対する支援（岐阜県緊急時介護人材確保・職場環境復旧等事業費補助金）は、位置づけ変更後も当面継続となりましたが、施設内療養を行う高齢者施設等への補助（施設内療養者1名あたり最大30万円を補助）については、高齢者施設等が医療機関との連携体制を確保しているなど、必要な要件を設けた上で、実施することとなりました。

つきましては、下記のとおり、必要な要件の充足状況に関する調査を実施いたしますので、ご多忙中大変恐縮ですが、下記により令和5年4月27日（木）までに回答いただきますようお願い申し上げます。

なお、位置づけ変更後は、今回の調査により要件を満たすことが確認できた高齢者施設等に限り、施設内療養に係る補助を行うこととなりますので、十分ご留意願います。（補助要綱は追って通知します。）

### 記

#### 1 要件（調査項目）

- ・医療機関の確保
- ・感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練の実施
- ・オミクロン株ワクチンの接種

#### 2 調査対象施設

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、認知症対応型共同生活介護事業所、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所

### 3 回答方法

- ・インターネット上にて、次のアンケートフォームからご回答願います。

<回答フォーム URL>

<https://logoform.jp/form/T8mB/245124>

<QRコード>



### 4 留意事項

- ・回答は、施設（事業所）単位にてお願いします。  
※介護老人福祉施設等に併設の短期入所生活介護事業所（空床型を含む）や介護老人保健施設等に併設の短期入所療養介護事業所は別途回答が必要となります。

### 5 その他

- ・研修や訓練の実施にあたり参考となる動画の配信ページ等は下記のとおりです。

内容：「新型コロナウイルス感染症 介護施設等で感染拡大させないためのポイント」
講師：ぎふ総合健診センター所長・岐阜大学名誉教授 村上 啓雄 氏
配信ページ： <a href="https://www.pref.gifu.lg.jp/page/94176.html">https://www.pref.gifu.lg.jp/page/94176.html</a>

岐阜県健康福祉部高齢福祉課事業者指導係			
係 長	堀 部	担 当	大 野
	【4月から】 垣 本		【4月から】 信 田
TEL	058-272-1111 内線 3468		
FAX	058-278-2639		

**【重要】**

項目ID: 26

令和5年5月8日の5類への位置づけ変更により、「岐阜県緊急時介護人材確保・職場環境復旧等事業費補助金」で施設内療養を行う高齢者施設等に対する補助（施設内療養者1名あたり最大30万円を補助）については、この調査により要件を満たすことが確認できた施設に限られます。

- ・Q1,4,6で「はい」を選択
- ・Q8,10で「はい」又は「その他」を選択

**Q1. 施設の入所者に新型コロナウイルス感染症（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する場合も含まれます。）**

- ・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**

項目ID: 1

- はい
- いいえ

項目ID: 3

※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。

**Q2. Q1の医療機関名を記入してください。（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。）**

項目ID: 2

〇〇クリニック

0 / 60000

項目ID: 4

※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。

**Q3. Q1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。）**

項目ID: 5

令和4年2月

0 / 60000

項目ID: 25

※複数の医療機関と連携している場合は、Q2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、「令和2年1月」と記入してください。

**Q4. 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みます。） 必須**

項目ID: 6

- はい
- いいえ

項目ID: 7

※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）。

**Q5. 直近での研修の実施年月日を記入してください。（本調査回答時点**

で未実施の場合は予定年月日)

項目ID: 8

令和5年2月10日

0 / 60000

**Q6. 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みます。) 必須

項目ID: 9

- はい
- いいえ

項目ID: 10

※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)。

**Q7. 直近での訓練の実施年月日を記入してください。(本調査回答時点で未実施の場合は予定年月日)**

項目ID: 11

令和5年3月10日

0 / 60000

**Q8. 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、「その他」を選択してください。) 必須**

項目ID: 12

- はい
- いいえ
- その他

**Q9. 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。**

項目ID: 13

令和4年11月20日

0 / 60000

**Q10. 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する場合においては、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、「その他」を選択してください。） 必須**

項目ID: 14

- はい
- いいえ
- その他

**Q11. 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）**

項目ID: 15

令和5年6月10日

0 / 60000

**Q12. 法人・施設情報など 必須**

項目ID: 16

**法人名 必須**

社会福祉法人〇〇会

0 / 60000

項目ID: 17

**施設名(運営規程などに明記された正式名称を記載してください) 必須**

特別養護老人ホーム△△△

0 / 60000

項目ID: 20



施設種別 必須



項目ID: 18

施設長（管理者）名 必須

美濃 太郎

0 / 60000

項目ID: 19

調査回答担当者名 必須

飛驒 次郎

0 / 60000

項目ID: 21

連絡先 必須

058-272-0000

0 / 60000

項目ID: 22

記入日 必須

令和5年4月14日

0 / 60000

項目ID: 23

本調査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か。 必須

はい

項目ID: 24

※本調査への虚偽記載があった場合は、補助金の返還となる場合があります。