

老発0328第3号  
令和5年3月28日

各 都道府県知事 殿

厚生労働省老健局長  
(公印省略)

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の実施について

標記については、別紙のとおり「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実施要綱」を定め、令和5年4月1日から適用することとしたので通知する。

については、貴管内関係者に周知を図るとともに、本事業の円滑な実施について、特段のご配慮をお願いする。

なお、実施要綱の内容については、今後、新型コロナウイルス感染症に係る「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」（平成10年法律第114号）上の位置づけの見直し後の状況を踏まえ変更が生じる可能性がある。

(別紙)

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実施要綱

1 目的

介護サービスは、要介護高齢者等やその家族の日常生活の維持にとって必要不可欠なものであるため、新型コロナウイルスの感染等によりサービス提供に必要な職員が不足した場合でもサービスの継続が求められること等から、本事業により、新型コロナウイルスの感染等による緊急時のサービス提供に必要な介護人材を確保し、職場環境の復旧・改善を支援するとともに、平時から緊急時に備えた応援派遣体制を構築することを目的とする。

2 実施主体

本事業の実施主体は、都道府県とする。

3 事業内容

(1) 緊急時介護人材確保・職場環境復旧等支援事業

以下の介護サービス事業所・施設等が、感染機会を減らしつつ、必要な介護サービスを継続して提供するために必要な経費について支援を行う。

ア 対象となる事業所・施設等

(ア) 新型コロナウイルス感染者が発生又は濃厚接触者に対応した介護サービス事業所・施設等（休業要請を受けた事業所・施設等を含む）

①利用者又は職員に感染者が発生した介護サービス事業所・施設等（職員に複数の濃厚接触者が発生し、職員が不足した場合を含む）（※1～※4）

②濃厚接触者に対応した訪問系サービス事業所（※2）、短期入所系サービス事業所（※3）、介護施設等（※1）

③都道府県、保健所を設置する市又は特別区から休業要請を受けた通所系サービス事業所（※4）、短期入所系サービス事業所（※3）

④感染等の疑いがある者に対して一定の要件のもと自費で検査を実施した介護施設等（①、②の場合を除く）（※1）

⑤施設内療養を行った高齢者施設等（※5）

(イ) 新型コロナウイルス感染症の流行に伴い居宅でサービスを提供する通所系サービス事業所（※4）

(ア) ①、③以外の通所系サービス事業所（小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所（通いサービスに限る）を除く）であって、当該事業所の職員により、居宅で生活している利用者に対して、利用者から

の連絡を受ける体制を整えた上で、居宅を訪問し、個別サービス計画の内容を踏まえ、できる限りのサービスを提供した事業所（通常形態での通所サービス提供が困難であり、感染の未然に代替措置を取った場合（近隣自治体や近隣事業所・施設等で感染者が発生している場合又は感染拡大地域で新型コロナウイルス感染症が流行している場合（感染者が一定数継続して発生している状況等）に限る））

(ウ) 感染者が発生した介護サービス事業所・施設等（以下のいずれかに該当）の利用者の受け入れや当該事業所・施設等に応援職員の派遣を行う事業所・施設等（※1～※4）

- ・（ア）の①又は③に該当する介護サービス事業所・施設等
- ・ 感染症の拡大防止の観点から必要があり、自主的に休業した介護サービス事業所

#### ※1 介護施設等

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（短期利用認知症対応型共同生活介護を除く）、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅

#### ※2 訪問系サービス事業所

訪問介護事業所、訪問入浴介護事業所、訪問看護事業所、訪問リハビリテーション事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、夜間対応型訪問介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所（訪問サービスに限る）並びに居宅介護支援事業所、福祉用具貸与事業所（ア（ア）の事業を除く）及び居宅療養管理指導事業所

#### ※3 短期入所系サービス事業所

短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所（宿泊サービスに限る）並びに認知症対応型共同生活介護事業所（短期利用認知症対応型共同生活介護に限る）

#### ※4 通所系サービス事業所

通所介護事業所、地域密着型通所介護事業所、療養通所介護事業所、認知症対応型通所介護事業所、通所リハビリテーション事業所、小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所（通いサービスに限る）

## ※5 高齢者施設等

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、有料老人ホーム及び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

### イ 対象経費

令和4年4月1日以降に、新型コロナウイルス感染症への対応において、通常の介護サービスの提供では想定されないかかり増し費用を助成

(ア) a. ア (ア) ①から③に該当する事業所・施設等

#### 【緊急時の介護人材確保に係る費用】

①職員の感染等による人員不足に伴う介護人材の確保

緊急雇用にかかる費用、割増賃金・手当、職業紹介料、損害賠償保険の加入費用、帰宅困難職員の宿泊費、連携機関との連携に係る旅費、一定の要件に該当する自費検査費用（別添1のとおり。（介護施設等に限る））

②通所系サービスの代替サービス提供に伴う介護人材の確保

緊急雇用にかかる費用、割増賃金・手当、職業紹介料、損害賠償保険の加入費用

#### 【職場環境の復旧・環境整備に係る費用】

③介護サービス事業所・施設等の消毒、清掃費用

④感染性廃棄物の処理費用

⑤感染者又は濃厚接触者が発生して在庫の不足が見込まれる衛生用品の購入費用

⑥通所系サービスの代替サービス提供のための費用

代替場所の確保（使用料）、ヘルパー同行指導への謝金、代替場所や利用者宅への旅費、訪問サービス提供に必要な車や自転車のリース費用、通所できない利用者の安否確認等のためのタブレットのリース費用（通信費用は除く）

※なお、②、⑥については、代替サービス提供期間の分に限る

b. ア (ア) ④に該当する介護施設等

#### 【緊急時の介護人材確保に係る費用】

職員の感染等による人員不足に伴う介護人材の確保

一定の要件に該当する自費検査費用（別添1のとおり。（介護施設等に限る））

c. ア（ア）⑤に該当する高齢者施設等

【緊急時の介護人材確保に係る費用、職場環境の復旧・環境整備に係る費用】  
感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用（令和5年5月7日まで  
は別添2-1のとおり、令和5年5月8日以降は別添2-2のとおり。（高  
齢者施設等に限る））

(イ) ア（イ）に該当する事業所

【緊急時の介護人材確保に係る費用】

⑦通所系サービスの代替サービス提供に伴う介護人材の確保

緊急雇用にかかる費用、割増賃金・手当、職業紹介料、損害賠償保険の  
加入費用

【職場環境の復旧・環境整備に係る費用】

⑧通所系サービスの代替サービス提供のための費用

代替場所の確保（使用料）、ヘルパー同行指導への謝金、代替場所や利  
用者宅への旅費、訪問サービス提供に必要な車や自転車のリース費用、通  
所できない利用者の安否確認等のためのタブレットのリース費用（通信費  
用は除く）

※なお、⑦、⑧については、代替サービス提供期間の分に限る

(ウ) ア（ウ）に該当する事業所・施設等

連携により緊急時の人材確保支援を行うための費用

- ・感染者が発生した事業所・施設等からの利用者の受け入れに伴う介護人材確保
- ・感染者が発生した事業所・施設等への介護人材の応援派遣

のための、緊急雇用にかかる費用、割増賃金・手当、職業紹介料、損害賠償保険  
の加入費用、職員派遣に係る旅費・宿泊費

(2) 緊急時介護人材応援派遣に係るコーディネート事業

都道府県において、平時から都道府県単位の介護サービス事業所・施設等の関係  
団体等と連携・調整し、緊急時に備えた応援体制を構築するとともに、介護サー  
ビス事業所・施設等で新型コロナウイルスの感染者が発生した場合などに、地域  
の他の介護サービス事業所・施設等と連携して当該事業所・施設等に対する支援  
を実施するために必要な経費を補助する。

ア 事業内容

- ・都道府県において、介護サービス事業所・施設等の関係団体等に応援派遣に係る  
コーディネーターを配置。

- ・あらかじめ応援可能な職員登録を行う等、平時から、緊急時に備えた介護サービス提供者を確保・派遣するスキームを構築。
- ・感染者等が発生した場合は、当該事業所・施設等に速やかに応援職員の派遣を調整。

#### イ 実施方法

- ・介護サービス事業所・施設等の関係団体に委託又は補助

#### ウ 対象経費

- ・コーディネーターの person 費
- ・都道府県や介護サービス事業所・施設等との連絡調整に要する活動経費（旅費、通信運搬費等）
- ・応援派遣の仕組みの周知及び協力事業所の募集等に係る説明会や研修会開催経費

### 4 その他留意事項

(1) 助成額については、別添3のとおりとする。なお、別添3に定める基準単価は年度単位で適用する。

#### (2) 助成の申請手続

ア 経費の助成を受けようとする介護サービス事業所・施設等の事業者は、当該事業所等の所在地の都道府県知事に対してその旨の申請を行う。

イ 複数の介護サービス事業所・施設等を有する事業者については、同一の都道府県等に所在する介護サービス事業所・施設等について、一括して申請することができる。

ウ 感染症の拡大を防ぐ観点から、申請方法は、申請書類の郵送又は電子メール等を基本とする。やむを得ず都道府県等の窓口で申請受付を行う場合は、受付窓口の分散や消毒薬の配置といった感染症拡大防止策の徹底を図ることとする。

#### (3) 都道府県の事務

都道府県知事は、介護サービス事業者からの申請に基づき、助成の対象となる介護サービス事業所・施設等であるかの確認を行い、助成額を決定する。

#### (4) 経費の負担

ア 本実施要綱により実施する事業については、地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分）により、実施することとする。

イ 介護報酬及び他の国庫補助金等で措置されているものは本事業の対象としないものとする。

本実施要綱3（1）イの対象経費に記載する経費のうち、「一定の要件に該当する自費検査費用」の取扱は、以下のとおりとする。

## 1 助成対象

高齢者は、症状が重症化しやすい者が多く、クラスターが発生した場合の影響が極めて大きいため、行政検査により、感染者が多数発覚している地域やクラスターが発生している地域において、特に高齢者施設（施設系・居住系）については、感染者が一人も発生していない施設であっても、職員・入所者全員を対象に、いわば一斉・定期的な検査を実施することとされていることを踏まえて、以下の介護施設等を対象とする。

### （対象施設等）

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（短期利用認知症対応型共同生活介護を除く）、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅

## 2 助成の内容及び要件

以下の要件に該当する自費での検査費用を助成対象とする。

### 1 の対象施設等において、

- ・濃厚接触者と同居する職員
- ・発熱等の症状（※）を呈するが保健所等により経過観察を指示された職員
- ・面会后に面会に来た家族が感染者又は濃厚接触者であることが判明した入所者などの者に対して施設等としては感染疑いがあると判断するが、保健所、受診・相談センター又は地域の医療機関の判断では行政検査の対象とはされず、個別に検査を実施する場合であって、以下の①及び②の要件に該当する場合とする。

※「症状」とは、新型コロナウイルス感染症の症状として見られる発熱、呼吸器症状、頭痛、全身倦怠感などの症状を指す。

- ①近隣自治体や近隣施設等で感染者が発生した場合、又は感染拡大地域における施設等であること
- ②保健所、受診・相談センター又は地域の医療機関に行政検査としての検査を依頼したが対象にならないと判断された場合に、施設等の判断で実施した自費検査であること。

※なお、②については、自費検査を行った施設等において行政検査の対象とならなかった経緯を記載した理由書を作成し本事業の申請書と併せて都道府県に提出すること。都道府県は必要に応じて保健所等にも確認して理由書の確認を行うこと。

※なお、感染者が確認された場合には、その後の検査は行政検査で行われることから、本事業の対象とはならない。

## 3 助成の上限額

一人1回あたりの補助上限額は2万円を限度とする。（ただし、別添3の補助単価の範囲内）

#### 4 その他

職員や利用者の個別の状況、事情にかかわらず、事業者の判断で実施される定期的な検査や一斉検査は対象外とする。

本実施要綱3（1）イの対象経費に記載する経費のうち、「感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用」の取扱は、以下のとおりとする。

## 1 助成対象

- 高齢者施設等において新型コロナウイルス感染症に利用者が罹患した場合に、
  - ・ 病床ひっ迫等により、やむを得ず施設内療養することとなり、
  - ・ 保健所の指示等に基づき、施設内療養時の対応の手引きを参考に、感染対策の徹底、療養の質及び体制の確保等を実施した、高齢者施設等を対象とする。

### (対象事業所・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及び短期入所療養介護事業所

## 2 助成の内容及び要件

施設内療養を行う場合に発生する、通常サービス提供では想定されない、

- ① 必要な感染予防策を講じた上でのサービス提供
- ② ゾーニング（区域をわける）の実施
- ③ コホーティング（隔離）の実施、担当職員を分ける等の勤務調整
- ④ 状態の急変に備えた・日常的な入所者の健康観察
- ⑤ 症状に変化があった場合等の保健所等への連絡・報告フローの確認

等を、必要な体制を確保しつつ行うことに伴う追加的な手間について、療養者毎に要するかかり増し費用とみなし、助成対象とする。

1の対象事業所・施設であって、以下の(1)及び(2)の要件に該当する場合とする。

- (1) 保健所に入所者の入院を依頼したが、病床ひっ迫等により、保健所等から入所継続の指示があった場合など、やむを得ず施設内療養することとなった高齢者施設等であること。
- (2) 保健所の指示等に基づき、必要な体制を確保しつつ、施設内療養時の対応の手引きを参考に、①～⑤を実施した高齢者施設等であること。

※なお、(1)及び(2)については、参考1のチェックリストに記載し、本事業の申請書と併せて都道府県に提出すること。また、都道府県は必要に応じて保健所等にも確認し、(1)及び(2)の確認を行うこと。

また、上記①～⑤に加え、以下の⑥⑦いずれも満たす日は、療養者毎に要するかかり増し費用について追加で補助を行う。

- ⑥ 令和4年1月9日以降において、1の対象事業所・施設が所在する区域が、緊急事態措置又はまん延防止等重点措置（以下「緊急事態措置等」という。）を実施すべき区域とされていること（※）。

※ 令和4年3月21日時点で緊急事態措置等を実施すべき区域とされている都道府県については、緊急事態措置等を実施すべき区域から除外された場合であっても、令和4年4月7日までは⑥の要件を満たすものとする。また、令和4年4月8

日以降は、緊急事態措置等を実施すべき区域以外の区域においても⑥の要件を満たすものとする。

- ⑦ 小規模施設等（定員 29 人以下）にあつては施設内療養者\*が同一日に 2 人以上、大規模施設等（定員 30 人以上）にあつては施設内療養者\*が同一日に 5 人以上いること。

※ 別添 2-1 でいう「施設内療養者」は、令和 4 年 9 月 30 日までに発症した者については、発症後 15 日以内の者とする。

令和 4 年 10 月 1 日以降に発症した者については、発症日から起算して 10 日以内の者（発症日を含めて 10 日間）とする。ただし、発症日から 10 日間経過しても、症状軽快\*後 72 時間経過していないために、基本となる療養解除基準（発症日から 10 日間経過し、かつ、症状軽快\*後 72 時間経過）を満たさない者については、当該基準を満たす日まで「施設内療養者」であるものとする（ただし、発症日から起算して 15 日目までを上限とする）。なお、いずれの場合も、途中で入院した場合は、発症日から入院日までの間に限り「施設内療養者」とする。

\* 無症状患者（無症状病原体保有者）について、陽性確定に係る検体採取日が令和 5 年 1 月 1 日以降の場合は、当該検体採取日から起算して 7 日以内の者（当該検体採取日を含めて 7 日間）を「施設内療養者」とする。なお、陽性確定に係る検体採取日が令和 4 年 12 月末日までの場合は、当該検体採取日を発症日として取り扱って差し支えない。

\* 症状軽快とは、解熱剤を使用せずに解熱し、かつ、呼吸器症状が改善傾向にあることとする。

### 3 助成の上限額

- 令和 4 年 9 月 30 日までに施設内療養者となった者

施設内療養者一人あたり 15 万円とする。ただし、15 日以内に入院した場合は、発症日から入院までの施設内での療養日数に応じ、一人あたり一日 1 万円を補助する。

また、2 の⑥⑦の要件を満たす場合は、施設内療養者一人あたり一日 1 万円を追加補助する（一人あたり最大 15 万円を追加補助。）。

- 令和 4 年 10 月 1 日以降に施設内療養者となった者

施設内療養者一人あたり一日 1 万円を補助する（一人あたり最大 15 万円を補助。）。

また、2 の⑥⑦の要件を満たす場合は、施設内療養者一人あたり一日 1 万円を追加補助する（一人あたり最大 15 万円を追加補助。）。

なお、助成額は別添 3 の基準単価の範囲内（ただし、令和 5 年 4 月 1 日以降に生じた助成額については、令和 5 年度に適用する基準単価の範囲外とする。）とし、追加補助については、小規模施設等は 1 施設あたり 200 万円、大規模施設等は 1 施設あたり 500 万円を限度額とする。

### 4 その他

本助成は、本実施要綱 3 (1)イの対象経費の「(ア) a. ア (ア) ①から③に該当する事業所・施設等」への対象経費とあわせての助成が可能である。



本実施要綱3（1）イの対象経費に記載する経費のうち、「感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用」の取扱は、以下のとおりとする。

## 1 助成対象

- 利用者が新型コロナウイルス感染症に罹患して施設内療養することとなり、施設内療養時の対応の手引きを参考に、感染対策の徹底、療養の質及び体制の確保等を実施した、高齢者施設等を対象とする。

### （対象事業所・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及び短期入所療養介護事業所

## 2 助成の内容及び要件

施設内療養を行う場合に発生する、通常のサービス提供では想定されない、

- ① 必要な感染予防策を講じた上でのサービス提供
  - ② ゾーニング（区域をわける）の実施
  - ③ コホーティング（隔離）の実施、担当職員を分ける等の勤務調整
  - ④ 状態の急変に備えた・日常的な入所者の健康観察
  - ⑤ 症状に変化があった場合等の医療機関・医師等への連絡・相談フローの確認
- 等を、必要な体制を確保しつつ行うことに伴う追加的な手間について、療養者毎に要するかかり増し費用とみなし、助成対象とする。

1の対象事業所・施設であって、以下の(1)から(5)の要件全てに該当する場合とする。

- (1) 施設内療養することとなった高齢者施設等であること。
- (2) 施設内療養時の対応の手引きを参考に、①～⑤を実施した高齢者施設等であること。

※なお、(1)及び(2)については、参考2のチェックリストに記載し、本事業の申請書と併せて都道府県に提出すること。また、都道府県は必要に応じて保健所等にも確認し、(1)及び(2)の確認を行うこと。

- (3) 利用者に新型コロナウイルス感染者が発生した際に、主に以下の対応を行う医療機関を確保している高齢者施設等であること（自施設の医師が対応を行う場合も含む）。
  - ・施設からの電話等による相談への対応
  - ・施設への往診（オンライン診療を含む）
  - ・入院の可否の判断や入院調整
- (4) 感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を実施している高齢者施設等であること。
- (5) 希望する利用者へのオミクロン株対応ワクチンの接種を実施している高齢者施設等であること。

※(3)から(5)については、参考3のチェックリストに記載して、事前に都道府県に提出す

ることとし、チェックリストで示された要件を満たす必要がある。なお、チェックリストの提出方法等については、「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日付け厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡）等を踏まえた都道府県からの依頼内容に基づき対応することとする。

さらに、上記①～⑤に加え、以下の⑥を満たす日は、療養者毎に要するかかり増し費用について追加で補助を行う。

- ⑥ 小規模施設等（定員 29 人以下）にあつては施設内療養者\*が同一日に 2 人以上、大規模施設等（定員 30 人以上）にあつては施設内療養者\*が同一日に 5 人以上いること。

※ 別添 2-2 でいう「施設内療養者」は、新型コロナウイルス感染症に係る「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」（平成 10 年法律第 114 号）上の位置づけの見直し後の療養の考え方等を踏まえ、追ってお示しする。

### 3 助成の上限額

施設内療養者一人あたり一日 1 万円を補助する（一人あたり最大 15 万円を補助。）。また、2 の⑥の要件を満たす場合は、施設内療養者一人あたり一日 1 万円を追加補助する（一人あたり最大 15 万円を追加補助。）。

なお、助成額は別添 3 の基準単価の範囲外とし、追加補助については、小規模施設等は 1 施設あたり 200 万円、大規模施設等は 1 施設あたり 500 万円を限度額とする。

### 4 その他

本助成は、本実施要綱 3 (1)イの対象経費の「(ア) a. ア (ア) ①から③に該当する事業所・施設等」への対象経費とあわせての助成が可能である。

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係るチェックリスト

1 チェックリスト

| 確認項目                     |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 必要な感染予防策を講じた上でサービス提供を実施した。   |
| <input type="checkbox"/> | ゾーニング（区域をわける）を実施した。  |
| <input type="checkbox"/> | コホーティング（隔離）の実施や担当職員を分ける等のための勤務調整を実施した。   |
| <input type="checkbox"/> | 状態の急変に備えた・日常的な入所者の健康観察を実施した。   |
| <input type="checkbox"/> | 症状に変化があった場合等の医療機関・医師等への連絡・相談フローを確認した。  |
| <input type="checkbox"/> | 常時（夜間、深夜、早朝を含む。）、1人以上の職員を配置した。<br>※やむを得ない事情により、本要件を満たすことが難しい状況があった場合は、「その他」に事情を記載すること。 |

※各項目は施設内療養時の手引きを参考に実施すること。

※各項目を実施したことが分かる資料を保存しておき、求めがあった場合は、速やかに提出すること。

その他

※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や指定取消となる場合がある。

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。

令和  年  月  日 事業所名   
 代表者 職名  氏名

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の要件に関するチェックリスト

黄色セル＝入力必須

|      |  |  |
|------|--|--|
| 施設種別 |  |  |
| 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みます。)</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。<br/>                 ※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。<br/>                 ※自ら確保しようと対応したものの、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。<br/>                 ※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。<br/>                 ※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】<br/>                 ①-1の医療機関名を右欄に記入してください。<br/>                 (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】<br/>                 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。<br/>                 (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。<br/>                 ※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。<br/>                 (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。)</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】<br/>                 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。<br/>                 (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。)</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】<br/>                 直近での訓練の実施年月日を右欄に記入してください。<br/>                 (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】<br/>                 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】<br/>                 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 |

