

各 高齢者施設等 管理者 様

千葉県健康福祉部高齢者福祉課長  
(公印省略)

高齢者施設等での感染対策等を含む施設内療養体制について（通知）

日頃、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止対策に御協力いただきお礼申し上げます。

新型コロナウイルス感染症対策本部において、本年5月8日から、新型コロナウイルス感染症は感染症法上の5類感染症に位置づけるとされた<sup>\*</sup>ことに伴い、厚生労働省において医療提供体制の見直しが行われ、高齢者施設等における医療機関との連携や、感染対策をさらに推進する観点から、位置づけ変更後は、下記の要件を満たす場合に限り、必要な体制を確保した上で施設内療養を行う高齢者施設等への補助を行うことが示されました。

つきましては、今後新たな感染の拡大が発生した場合に備え、各高齢者施設等において往診等対応医療機関を確保するなど、体制を整えていただくようお願いいたします。

なお、県では4月上旬に下記のとおり調査を実施し、当該補助に係るチェックリスト（国の当該補助金の実施要綱参考3のチェックリスト）項目の回答を依頼する予定です。補助金の交付を希望する場合は、必ず体制を整えた上、県の調査に応じただき、御回答いただくようお願いいたします。

<sup>\*</sup>「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等に関する対応方針について」（令和5年1月27日新型コロナウイルス感染症対策本部決定）

記

1 補助要件等

(1) 対象補助金

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費補助金の「感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用」

(2) 要件

これまでの要件等に加え、次の要件を満たしていること。

- ①入所者・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）
- ②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こと。
- ③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こと。

## 2 調査事項

- (1) 調査名 高齢者施設等での感染対策等を含む施設内療養体制状況調査
- (2) 回答期限 令和5年4月28日(金)
- (3) 調査時点 令和5年4月28日(金)までの状況
- (4) 回答方法 「ちば電子申請サービス」にアクセスし、指定入力フォームから  
回答 **※ 指定入力フォームは4月上旬に別途お知らせします。**

### 【問い合わせ】

高齢者福祉課介護事業者指導班 渡邊

電話 043-223-2386 FAX 043-227-0050

E-mail kansenboushi-kaigo@mz.pref.chiba.lg.jp

感染対策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。                      ※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】                      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】                      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