

ちば電子申請サービス【千葉県】

様式管理

プレビュー 高齢者施設等での感染対策等を含む施設内療養体制に係る調査

高齢者施設等での感染対策等を含む施設内療養体制に係る調査

法人名 **必須**

法人名を入力してください

入力文字数： 0 / 20

施設名 **必須**

施設名を入力してください。

施設所在地市町村名 **必須**

医療機関所在地の市町村を御記載ください。

入力文字数： 0 / 10

施設種別 **必須**

1つ選択してください。

※サービス付き高齢者向け住宅であって有料老人ホームである場合は、有料老人ホームを選択してください。

※短期入所生活介護事業所（又は短期入所療養介護事業所）であって回答内容が本体の施設と同じ場合は、短期入所生活介護事業所（又は短期入所療養介護事業所）の回答は省略できます。

※短期入所生活介護事業所（又は短期入所療養介護事業所）であって回答内容が本体の施設と異なる場合は、短期入所生活介護事業所（又は短期入所療養介護事業所）として本体施設とは別に回答してください。

- 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**担当者職名** 必須

御担当者様（問い合わせ・連絡先）の職名を入力してください。

入力文字数：0/10

担当者名 必須

御担当者様のお名前を入力してください。

入力文字数：0/15

電話番号 必須

こちらから連絡の取れる電話番号を入力してください。

電話番号 **Q1** 必須

施設の入所者に新型コロナウイルスの感染者(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。）

- ・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)

※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。

※自ら確保しようとするもの、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。

- (1) 確保済みである。 →Q2-1及びQ2-2を必ず御回答ください。
- (2) 確保していない。

Q2-1

【Q1で（1）を選択した場合のみ回答してください。】

その医療機関名を記載してください。

（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。）

※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。

入力文字数：0/20

Q2-2

【Q1で（1）を選択した場合のみ回答してください】

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入力してください。（自施設の医師が対応を行う場合は記入不要です。）

※複数の医療機関と連携している場合は、Q2-1で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」としてください。

Q3 必須

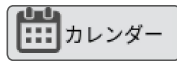
全職員に対して、感染症の予防及びまん延防止のための研修を実施済みですか。

※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）。

- (1) はい。（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。） →必ずQ4を御回答下さい。
- (2) いいえ。

Q4

【Q3で（1）を選択した場合のみ回答してください】
直近での研修の実施年月日を入力してください。（本調査回答時点で未実施の場合は予定年月日）



Q5 必須

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。

※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）

- (1) はい。（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。） →必ずQ6を御回答下さい。
- (2) いいえ。

Q6

【Q5で（1）を選択した場合のみ回答して下さい】
直近での訓練の実施年月日を入力してください。
（本調査回答時点で未実施の場合は予定年月日）



Q7 必須

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、（3）を選択してください。

- (1) 実施済である。 →必ずQ8を御回答下さい。
- (2) 実施していない。
- (3) 住民接種により対応済である。 ※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る。

Q8

【Q7で（1）を選択した場合のみ回答してください】
直近で、入所者に対して接種の機会を設けた年月日を入力してください。



Q9 必須

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、入所者への接種動向及び接種状況の把握を行っている場合に限り、（3）を選択して下さい。

- （1）実施する予定がある。 →必ずQ10を御回答下さい。
- （2）実施する予定はない。
- （3）住民接種により対応する予定である。 ※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る。

Q10

【Q9で（1）を選択した場合のみ回答してください】

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



上記記載内容に係る誓約 **必須**

入力内容に虚偽がなく、記載内容を証明する資料を適切に保管されている場合は、チェックボックスにチェック願います。
※本調査への虚偽入力があった場合は、基金からの補助の返還となる場合があります。

- 本調査への入力内容に虚偽がないことを証明するとともに、入力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。

施設名 **必須**

誓約を行う施設名を入力してください。

入力文字数： 0 / 20

代表者名 **必須**

誓約する代表者名の記載をお願いします。

入力文字数： 0 / 20

入力（誓約）日 **必須**

入力（誓約）を行った日付を入力してください。



閉じる

【各手続きの内容に関するお問い合わせ先】
証明書の発行や試験の申込等、手続き内容に関するお問い合わせは、
各手続きの担当課に直接お問い合わせください。
（担当課連絡先は、各手続きの申込ページ上部の
「問い合わせ先+開く」ボタンをクリックすることで表示されます。）

【システム操作に関するお問い合わせ先】
<重要> 手続き内容に関するお問い合わせにはご対応できません。

固定電話コールセンター

TEL：0120-464-119（フリーダイヤル）
（平日 9：00～17：00 年末年始除く）

携帯電話コールセンター

TEL：0570-041-001（有料）
（平日 9：00～17：00 年末年始除く）

FAX：06-6455-3268

電子メール：help-shinsei-chiba@s-kantan.com

※よくあるご質問をFAQに掲載しています。
ご確認ください。