**新型コロナウイルス第6波に関する調査票**

1. **感染予防対策について**

**前年度から継続しているコロナ感染症に対する消毒・マスク・密防止さらに介護行為によりフェイスシールド着用等、高齢者施設での標準予防対策の継続実施を前提に追加事項等お伺いします。**

* + 1. **３回目ワクチン接種について  
       　入居者接種　着手　　月　　日　　　終了　　月　　日　　　％**

**職員接種　　着手　　月　　日　　　終了　　月　　日　　　％**

**・ワクチン接種の在り方についご意見があれば記述してください。**

**・副反応等による職員出勤状況等影響があれば記述してください。**

* + 1. **面会制限を強化したと思いますがどの様に強化しましたか。第６波における特別な状況があれば記述してください。**
    2. **日常のサービス提供について、第６波における特別な状況があれば記述してください。**
    3. **職員の状況について、第６波における特別な状況があれば記述してください。**

1. **検査について**
2. **定期的PCR検査の実施について**

**検査機関　　日本財団　・　その他(　　　　　　　　　　　　)**

**検査頻度　　週一回　　　隔週　　　月一回　　　必要に応じて**

**・今後の検査について発信があれば記述してください。**

1. **抗原検査キットの活用について具体的に記述してください。**
2. **職員の新型コロナ陽性発生や濃厚接触者発生に伴う影響について**

**・陽性職員療養者　　　　　　　　　　　　　　延べ　　　名　　　日**

**・濃厚接触者等職員(施設から自宅待機指示者) 延べ　　　名　　　日**

**・小学校休業等対応職員　　　　　　　　　　　延べ　　　名　　　日**

**・職員不足にどう対応しましたか**

**・上記職員自宅待機・自宅療養等で施設運営に大きく影響を及ぼしてたことと思われますが、今後の療養・待機のあり方等で発信があれば記述してください。**

**・また、陽性職員のメンタル面も含めた後遺症等で影響を及ぼしていることがあれば記述してください。**

1. **利用者の新型コロナ陽性者発生に伴う対応について**

**・陽性利用者　　　　　名**

**・うちクラスター発生の利用者　　名　発生　　月　　日～　終息　　月　　日**

**・クラスター発生時、次の事項についてどのような対応をとりましたか。**

**A PCR検査の実施**

**B ゾーニング・職員指導等**

**C 感染拡大防止物品の援助**

**(a) 保健所指導援助**

**(b) 県クラスター班等指導援助**

**(c) 地元自治体指導援助**

**A**

**B**

**C**

**・その他配置医等の指示等今後の対応に参考となることがあれば記述してくださ　い。**

1. **入院となった入居者　　名**

**入院基準について（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

1. **施設内療養者　　　名**

**・施設内療養者の治療主体**

**□配置医　□協力医療機関　□地域医師会等往診チーム　□県往診チーム**

**・施設内療養について、次の事項にお答えください。**

**A 治療内容をわかる範囲で**

**B 感染予防具の対応**

**C ゾーニングについて**

**D 職員の配置について**

**E サービス調整について**

**A**

**B**

**C**

**D**

**E**

1. **クラスターに伴う職員療養・濃厚接触自宅待機　　　名**

**・職員療養等に伴う混乱や問題点等を記述してください。**

1. **かかりまし費用や施設内療養費用について**

**施設・事業所名**