令和4年12月20日

　会員　各位

一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会

会長　加藤　馨

新型コロナウイルス第7波に対する実態調査について

　日頃から当協議会の運営にご協力を頂きありがとうございます。

新型コロナウイルス感染症が高齢者福祉施設の運営に大きく影響を及ぼすようになり3年余になります。この期間施設内では感染対策の強化に努めるとともに、陽性者が発生した場合には高齢者の命と生活を守ることを最優先にその対応に取り組んでおりました。

下記目的のために第6波の振り返りアンケートを5月に実施しましたが、引き続き第7波についてもアンケートを実施します。

目的　 １．新型コロナウイルスのクラスター発生状況、療養環境および入居者の状況を把握し、今後の感染症発生時の対策の参考とする。

　　　 2．神奈川県等行政に現場実態にあった支援を要望する。

　　　 3．高齢協の支援事業を現場の実態にあった支援とする。

今回のアンケートは、内容も含め横浜国立大学が中心となって活動しているYNU成熟社会コンソーシアムと高齢者法研究会の先生方に助言を頂きながら検討しました。

前回と比べて項目を絞り、クラスター発生時の対応を中心とする設問にしましたが、会員の声を受けて、種別や形態により感染症の拡がりや対策も異なっている点を明確にし、利用者のADLや認知症の状態がどうであったかを新たな項目として追加しています。

さらに、新型コロナウイルスの発生から3年余の変化についても簡単にお伺いしております。

コロナ対策の強化と年末年始のお忙しい時期と重なりますが、アンケートに対するご協力をお願い致します。

なお、令和5年１月１３日までに事務局までご回答ください。

FAX : 045-311-8768 E-mail : koureikyo@kanagawa-koureikyo.or.jp

※アンケートデータはホームページ新着情報に掲載します。

* 第６波アンケートの集約および分析は、YNU成熟社会コンソーシアム・高齢者法研究会の先生方および相模女子大学の松﨑吉之助先生にお願いしました。第7波についても引き続きお願いしております

新型コロナウイルス第7波に関する調査票

# **１．貴施設の概要、人員体制、利用者の状況**

概要

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 | 回答者種別（職種　役職）氏名　 |
| ①　貴施設の種別と形態についてお答えください。　※人数以外は○をつけてください。 |
| 特別養護老人ホーム | 利用者数名 | ユニット | 多床室（従来型個室含む） |
| １ユニット | ２ユニット | ３ユニット以上 | 階等同一区画 | 階等２区画 | 3区画以上 |
| ショートステイ | 人数名 | ユニット | 多床室（従来型個室含む） |
| １ユニット | ２ユニット | ３ユニット以上 | 階等同一区画 | 階等２区画 | 3区画以上 |
| 軽費老人ホーム | 人数　　　名 | 階等同一区画 | 階等２区画 | 3区画以上 |
| 養護老人ホーム | 人数　　　名 | 階等同一区画 | 階等２区画 | 3区画以上 |
| デイサービス | 人数　　　名 | 階等同一区画 | 階等２区画 | 3区画以上 |

利用者の状況

新型コロナウイルス感染第１波から第７波までの２年半の状態変化についてお伺いする際の参考にします。

|  |
| --- |
| ②　要介護度別の人数をご記入ください（新型コロナウイルス前からの変化をお伺いします）。 |
|  |  | 未申請 | 要支援１・２ | 要介護１・２・３ | 要介護４ | 要介護５ | 申請中 | 非該当 | 不明 |
| 令和元年10月 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 令和4年10月 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

# **２．新型コロナウイルス第７波の施設内感染状況とその対応について**

|  |
| --- |
| ①　令和4年７月１日～10月20日に、貴施設で、新型コロナウイルス感染症と診断された利用者、または職員の人数をお答えください。 |
| 全利用者数 | うち、新型コロナウイルス感染症と診断された利用者 | 全職員数 | うち、新型コロナウイルス感染症と診断された職員 |
| （　　　　　　　）人 | （ | ）人 | （ | ）人 | （ | ）人 |
| 　②　クラスターが発生した場合、その時期を記載ください。 | 発生　　　　　月　　　　　日　　　　　終息　　　　　月　　　　　日発生　　　　　月　　　　　日　　　　　終息　　　　　月　　　　　日 |

|  |
| --- |
| ③　初発者が新型コロナウイルスの陽性と判明した状況を下記から選択して○をつけてください。 |
| １．　施設内抗原検査で判明２．　受診・入院時の検査で判明３．　職員陽性判明に伴う保健所の一斉PCR検査で判明その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 入院となった利用者の状況についてお答えください。 |
| 入院となった利用者数　　 　　人 |
| ④　入院となった利用者の内訳についてお答えください。 |
| 　　コロナ療養途中での退院　　　　　　　　　　　　　　 人　　コロナ療養期間終了で退院　　　　　　　　　　　　　　　　　 人　　コロナ療養期間終了後も継続　　　　　　　　　　　　　　　 人 |
| ⑤　退院し、施設に戻ってきた際のADLの状態についてお答えください。 |
| ADL等の低下無　　　　　　　　　　　　人 |
| ADL等の低下有　　 　　　　　　　　　 　　　　　人 | 具体的な状態について |
| 入院前の状態に回復　　　　2週間以内　　　　　　　　　　　　　　 人　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2週間以上　　　　　　　　　　　　　　 人入院前の状態と比べて低下・回復せず　　　　　　　　　　　　　　 人 |
| ⑥　入院治療および入院に伴う入居者のADL低下についてご意見があれば記述してください。 |
|  |
| 入居者がコロナに罹患したものの入院できなかった場合がありましたらお答えください。 |
| 入院を希望したもののできなかった入居者がいた場合、その数　　　　　　　　　 　人 |
| ⑦　入院を希望した理由をお答えください。 |
| 1.　医療ニーズから　　　　2. 認知症にともなうニーズから　　　　3. 施設側の体制が整わなかったから4. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑧　入院できなかった理由について、分かる範囲で記載ください。 |
| 　　　　 |
|  |
| 施設内療養者の状況についてお答えください。 |
| 施設内療養者数（入院患者以外のコロナ罹患者数）　　　　　　　　 人　 |
| ⑨　療養者の治療主体と治療内容について、該当する選択肢に〇をつけてください。 |
| A　施設内療養者の治療主体1. 配置医　　　2. 協力医療機関　　　3. 地域医師会等往診チーム　　　４．　県往診チーム |
| Ｂ　治療内容(複数回答可)１．　飲み薬(ラゲブリオ)　　　　　　　人　　　　　2. 点滴治療(中和抗体)　　　　　　　人　　　　　　　3. その他　　　　　　　　人 |
| ⑩　ADLの状況についてお答えください。 |
| ADL等の低下　 無　　　　　 人 |
| ADL等の低下　 有　　　　　 人 | 具体的な状態について |
| 療養前の状態に回復　　　2週間未満　　　　　 人　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2週間以上　　　　　 人療養前の状態より低下　　回復せず　　 　　　　 人 |
| ⑪　施設内治療および施設内治療に伴う入居者のADL低下についてご意見があれば記述してください。 |
|  |
| 施設内治療に伴うサービスの変化や入居者のADL低下等についてお答えください。 |
| ⑫　食事サービスの状況は変わりましたか。変化を選択して○をつけてください。 |
| 1．　通常通り　　　　２．　発生区画居室対応　　　　３．　全室居室対応　　　　４．　所要時間が増えた |
| 変化した場合、原因と内容を簡単に記述してください。 |
| ⑬　排泄介助の状況は変わりましたか。変化を選択して○をつけてください。 |
|  1．　通常通り　　　　2．　変化した |
| 変化した場合、原因と内容を簡単に記述してください。 |
| ⑭　入浴サービスの状況は変わりましたか。変化を選択して○をつけてください。 |
| １．　通常通り　 ２．　発生区画清拭対応　　３．　全員清拭対応　　４．　所要時間が増えた　　５．　回数が減った |
| その他、変化した場合、原因と内容を簡単に記述してください（食材の注意、食事をとる時の介助等）。 |
| ⑮　淡の吸引や胃ろうなど医療的ケアが必要な方は入院できましたか。該当箇所に〇をつけてください。 |
| A　陽性となった医療的ケア対象者はいなかった　 | Ｂ いた1. 入院できた　　2. 入院できなかった |

**クラスター発生時期**の感染区域以外の面会の実施状況についてお答えください。

選択肢がある質問は、該当する選択肢に〇をつけてください（複数選択可）。

|  |
| --- |
| ⑯　新型コロナウイルスの影響を受けて、感染区域以外の面会はどのような形態で行っていますか。  |
| １．　居室での通常面会　　　２．　施設内で感染対策を行っての面会　　　３．　外部からの窓越し面会　４．　外での距離をとっての面会　　　５．　オンライン面会　　　６．　面会完全禁止(看取りを除く)　７．　その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**３．神奈川県作成「新型コロナウイルス感染症高齢者福祉施設における対応の手引き」について**

新型コロナウイルスについては状況に伴い対策がどんどん変化しています。神奈川県が作成した「新型コロナウイルス感染症　高齢者福祉施設における対応の手引き」（2022/08/24第四版）を参考に各施設でマニュアルを改訂しているものと思われます。

 http://www.rakuraku.or.jp/kaigo2/60/lib-list.asp?id=1039&topid=22

感染予防対策や面会　保健所や指定権者等への報告等についても様々な意見があると思いますが上記「手引き」についてご意見があれば記述してください。

|  |
| --- |
| ①　高齢者施設での感染予防対策について |
|  |
| ②　感染発生時の対応について |
|  |
| ③　感染発生時における県等への報告について |
|  |

# **新型コロナウイルス感染第１波から第７波までの２年半の状態変化について**

コロナ感染第1波から第7波の影響を受けて、クラスターの有無などとは別に、入居者のサービス等が全般的にどのように変化したのかを把握するうえで参考にします。新型コロナウイルスによる要因のみで変化が生じるわけではありませんが、ご回答をお願いします。

利用者のADLの変化についてお答えください。

|  |
| --- |
| ①　この2年半で、コロナ前と比べて、施設内の平均的なADLは、変化しましたか。変化した場合、その状況について自由に記載ください。 |
| 　　1.　変化があった　　　　2. 変化はない　　　　変化した場合の自由記載　　　　　　 |
| ②　この2年半で、認知症など精神面（活気や意欲）での変化はありましたか。変化した場合、その状況について自由に記載ください。 |
| 1.　変化があった　　　　2. 変化はない　　　　変化した場合の自由記載 |
| サービスの変化について、該当するものに〇をつけてください。 |
| ③　どのようなサービスの質が変化しましたか。 |
| １．　食事　 　　2. 排泄　　　　3. 入浴　　　　4. 医療的ケア　　　　5. 機能訓練　　　　6. レクリエーション7. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ④　変化したサービスについて、その状況を自由に記載ください。 |
|  |
| ⑤　変化したサービスについて、施設が工夫した点を自由に記載ください。 |
|  |

クラスター発生時期**以外**の面会の実施状況についてお答えください。

選択肢がある質問は、該当する選択肢に〇をつけてください（複数選択可）。

|  |
| --- |
| ⑥　新型コロナウイルスの影響を受けて、貴施設での面会はどのような形態で行っていますか。  |
| １．　居室での通常面会　　　２．　施設内で感染対策を行っての面会　　　３．　外部からの窓越し面会　４．　外での距離をとっての面会　　　５．　オンライン面会　　　６．　面会完全禁止(看取りを除く)　1. その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| ⑦　新型コロナウイルス流行以前、貴施設での面会はどのような形態で行っていましたか。 |
| １．　ほぼ毎日 　 ２．　週3～4日程度　　　３．　週1回程度　　　４．　オンライン面会を行っていた |
| ⑧　面会の頻度や形式の違いが、ADLの変化に影響していると思いますか。 |
| １．　非常にそう思う　　　２．　ややそう思う　　　３．　どちらともいえない　　　４．　そう思わない　　　５．　全くそう思わない |
| ⑨　面会の頻度や形式の違いが、精神面（活気や意欲）の変化に影響していると思いますか。 |
| １．　非常にそう思う　　　２．　ややそう思う　　　３．　どちらともいえない　　　４．　そう思わない　　　５．　全くそう思わない |
| ⑩　コロナ前後で面会の形式が変わった施設にお伺いいたします。面会の形態の変化に伴い、不都合に感じたことがあれば自由に記載してください（設備・家族とのやり取り・費用等）。 |
|  |

ショートステイの受け入れ状況について

|  |
| --- |
| ⑪　ショートステイ受入の際にどのような確認をしましたか。該当するものに〇をつけてください（複数選択可）。 |
| 1.　発熱の確認 （ ）度以上は入所不可 ２.　だるさなどの体調の確認 ３.　入所時に施設で抗原検査の実施 4．　入所前の抗原検査の実施確認 5．　入所前のPCR検査の実施６．　ワクチン接種の確認 ７．　家族の感染状況の確認 　８.　その他（ 　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 ） |

新型コロナウイルス対応に起因した職員の業務負担および精神面の負担の変化についてお答えください。

選択肢がある質問は該当するものに〇をつけ、その他自由に記載してください（複数選択可）。

|  |
| --- |
| ⑫　どのような業務の負担が増加しましたか。 |
| １．　感染対策に伴う業務負担 　　　　２．　サービスの変化に伴う業務負担　3. その他（ 　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑬　どのような業務負担について、精神的なストレスが増加しましたか。 |
| 1．　感染対策に伴う業務負担　 　 ２．　サービスの変化に伴う業務負荷担　3．　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑭　職員の業務負荷や精神的なストレス増を軽減するためにどのような工夫をしたか自由に記載してくだい。 |
|  |
| ⑮　コロナ対応により、職員の利用者に対する接遇面はどのように変化しましたか。 |
| 1．　良くなった　　　2. やや良くなった　　　3. どちらともいえない　　　4. 少し低下した　　　5. 悪化した |
| ⑯　接遇面が変化した場合、その内容と理由を記載ください。 |
|  |
| 職員全体の精神面の変化についてお伺いします。該当する選択肢に〇をつけてください。 |
| ⑰　サービスの変化にともない、職員の精神面にどのような変化がありましたか。 |
| １．　非常に不安になる　　2. やや不安になる　　3. どちらともいえない　　4. あまり影響はない　　5. 影響はない |
| ⑱　職員の新型コロナウイルスに関する（感染リスク、人にうつるリスク等）不安はありましたか。 |
| １．　非常に不安になる　　2. やや不安になる　　3. どちらともいえない　　4. あまり影響はない　　5. 影響はない |
| ⑲ コロナによる業務過多についての不安の程度をお答えください。 |
| １．　非常に不安になる　　2. やや不安になる　　3. どちらともいえない　　4. あまり影響はない　　5. 影響はない |
| ⑳　職員の精神面の変化について、検討すべき事項を自由に記載してください。 |
|  |

|  |
| --- |
| 新型コロナウイルスをめぐる行政の対応など、その他ご意見がありましたら自由に記載してください。 |
|  |

以上です。お忙しいところ、ご協力ありがとうございました。