

大社福施発第 503 号  
令和 4 年 10 月 18 日

老人施設部会 会員施設長 各位

社会福祉法人 大阪府社会福祉協議会  
老人施設部会長 西田 孝司  
( 公印略 )

### 「新型コロナウイルス感染症第 7 波に関する状況調査」アンケートについて (依頼)

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、新型コロナウイルス感染症につきましては、依然として終息の兆しが見えず、継続した感染予防対策の徹底と、陽性者が出た際には迅速かつ適切な対応が求められています。

このたび、新型コロナウイルス感染症第 7 波により、陽性者やクラスターが発生した施設の状況の調査を行い、医療との連携や運営上の課題を明らかにすることにより、今後の必要な対策や大阪府への改善要望を行うために、会員の皆さまにアンケート調査を実施させていただきます。

つきましては、業務ご多忙のなか恐縮ですが、下記要領にてアンケート調査にご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

#### 記

- 1. 調査テーマ** 「新型コロナウイルス感染症第 7 波に関する状況調査」アンケート  
第 7 波 (令和 4 年 7 月～令和 4 年 9 月末) による影響調査
- 2. 回答方法** 下記 URL よりご回答をお願いいたします。  
[☞ https://ec-9x2f8.eventcreate.net/survey/684](https://ec-9x2f8.eventcreate.net/survey/684)  
**※アンケート項目は別添をご参照ください。**
- 3. 回答希望** 令和 4 年 11 月 11 日 (金) まで
- 4. 結果共有** 12 月初旬に、常任委員会並びに事務局で出所が分からない様に集計を行ったうえで部会内に公表させていただきます
- 5. 問い合わせ** 大阪府社会福祉協議会 老人施設部会 (青木・長谷川)  
TEL : 06-6762-9001 FAX : 06-6768-2426  
E-mail : [sakurasou@a-kaigo.gr.jp](mailto:sakurasou@a-kaigo.gr.jp)

回答期限まで日数が短くて恐縮ですが、何卒、よろしくお願い申し上げます。

老人施設部会「新型コロナウイルス感染症第7波の状況調査」アンケート（項目）

●法人名【必須】

●施設名【必須】

●担当者名【必須】

●メールアドレス【必須】

●施設・事業者のサービス【必須】※チェックボックスから選択

1. (特別養護老人ホーム) 従来型 \*ショートステイ含む
2. (特別養護老人ホーム) ユニット型 \*ショートステイ含む
3. (介護老人保健施設)
4. (養護老人ホーム)
5. (軽費老人ホーム・ケアハウス)
6. (デイサービス・通所リハビリ)
7. (訪問介護)
8. (その他 ※上記以外や選択が難しい場合)

※その他を選択した場合、具体的な施設・サービス名をご記入ください。

●ブロック名【必須】 ※8 ブロックから選択する

●所在地の市区町村名 (例: 大阪府中央区) ※町名や番地は不要【必須】

●管轄の保健所【必須】 \*チェックボックスから選択

- |              |               |              |              |
|--------------|---------------|--------------|--------------|
| 1. (豊中市保健所)  | 2. (吹田保健所)    | 3. (池田保健所)   | 4. (高槻市保健所)  |
| 5. (茨木保健所)   | 6. (枚方市保健所)   | 7. (寝屋川市保健所) | 8. (守口保健所)   |
| 9. (四條畷保健所)  | 10. (東大阪市保健所) | 11. (八尾市保健所) | 12. (藤井寺保健所) |
| 13. (富田林保健所) | 14. (和泉保健所)   | 15. (岸和田保健所) | 16. (泉佐野保健所) |
| 17. (大阪市保健所) | 18. (堺市保健所)   |              |              |

1. 新型コロナウイルス感染症第7波(令和4年7月～9月末)の影響により、クラスターは発生しましたか【必須】

発生した ⇒ 2. へお進みください

発生していない ⇒ 3. へお進みください

2. 1. で「発生した」をお選びの場合、当時の状況をお聞かせください

(対象期間: 令和4年7月～令和4年9月末)

※プルダウンやチェックボックスにて選択

(1) クラスターが発生した回数 (1回～6回以上)

(2) 入居者・利用者の感染者数 (合計) (5人～100人以上)

(3) 中等症および重症者数 (合計) (4人以内～51人以上)

(4) 感染を由来とする死亡者数 (病院に入院・治癒後、施設に戻ってから死亡したケースも含む)

(5) 職員の感染者数 (合計) (4人以内～51人以上)

**(6) 感染入居者・利用者への対応にあたっての人員配置の不足感についてお答えください。**

1. (不足している)
2. (やや不足している)
3. (ほぼ不足していない)
4. (不足していない)

**(7) 感染入居者・利用者への支援に係る職員の確保方法をお答えください。**

1. (施設・事業所内の勤務調整等により確保した)
2. (法人内の別施設・事業所からの応援により確保した)
3. (別法人・施設からの応援派遣により確保した)
4. (派遣事業者等を利用して確保した)
5. (新規採用を行って確保した)
6. (確保できなかった)
7. (その他 ※上記以外や選択が難しい場合)

※その他を選択した場合、具体的な内容をご記入ください。

**(8) 入居者・利用者に感染が判明したときに、ゾーニングなどの感染対応した期間はどの位ですか。**

※複数あった場合は一番長い期間をお答えください。

1. (7 日以内)
2. (14 日以内)
3. (21 日以内)
4. (28 日以内)
5. (35 日以内)
6. (42 日以内)
7. (49 日以内)
8. (50 日以上)

**(9) 保健所の対応状況についてお答えください。(複数選択可)**

1. (親身に相談に応じてくれた)
2. (スピーディーに対応してくれた)
3. (すぐに連絡を取ることができた)
4. (なかなか連絡がつかなかった)
5. (十分な対応とはいえなかった)
6. (その他 ※上記以外や選択が難しい場合)

※その他を選択した場合、具体的な内容をご記入ください。

**(10) 入居者・利用者に感染が発生したときに、病院への入院状況についてお答えください。(複数選択可)**

1. (感染の治療目的で、重症者全員の入院ができた)
2. (感染の治療目的で、重症者の一部の入院ができた)
3. (感染の治療目的で、全く入院ができなかった)
4. (病院に入院を要請したが、病床の逼迫を理由に断られた)
5. (病院に入院を要請したが、症状を理由に断られた)
6. (救急搬送を要請したが断られた)
7. (軽症のため入院を要請しなかった)
8. (その他 ※上記以外や選択が難しい場合)

※その他を選択した場合、具体的な内容をご記入ください。

**(11)感染者の施設内療養をどのようにお考えですか。**

- 1.(行うべきだ)
- 2.(やむを得ない)
- 3.(行うべきでない)
- 4.(状況による)
- 5.(わからない)
- 6.(その他 ※上記以外や選択が難しい場合)

※上記を選択した理由や、その他を選んだ場合の具体的な内容をご記入ください。

**(12)特に困難であったことは何でしょうか。(複数選択可)。**

- 1.(管理者に求められる判断の量が多かった)
- 2.(管理者に求められる責任が重かった)
- 3.(どのように応急対策を取るべきか分からなかった)
- 4.(ゾーニングのスペースがなかった)
- 5.(感染の急拡大に対応が追い付かなかった)
- 6.(感染症の衛生用品・備品が不足した)
- 7.(職員の離職(例 家族からの要望)に伴い体制が脆弱になった)
- 8.(感染による職員不足のため十分な介護を提供できなかった)
- 9.(職員の休日を確保することができなかった)
- 10.(職員の疲弊が著しかった)
- 11.(調理師等が休みとなり食事の提供が困難になった)
- 12.(入居者・利用者の看取りが辛かった)
- 13.(キャッシュ不足になった)
- 14.(その他 ※上記以外や選択が難しい場合)

※その他を選択した場合、具体的な内容をご記入ください。

また、上記を選択した理由の補足事項があればご記入ください)

**(13)これまでの備えや外部からの支援等により助かったことや役立ったことはありますか。(複数選択可)**

- 1.(あらかじめ予防や応急対策について指導を受けていたこと)
- 2.(すぐに相談できる医療機関や専門家等がいたこと)
- 3.(近隣や関係のある施設から応援職員の派遣を受けたこと)
- 4.(地域から支援を得られたこと)
- 5.(利用者の家族から支援を得られたこと)
- 6.(衛生用品・備品を準備していたこと)
- 7.(感染症対策のマニュアルを作成していたこと)
- 8.(感染症対策の訓練を行っていたこと)
- 9.(食事が外部委託であったこと)
- 10.(抗原検査キットが支給されたこと)
- 11.(新型コロナの治療薬「ラゲブリオ」を処方されたこと)
- 12.(その他 ※上記以外や選択が難しい場合)

※その他を選択した場合、具体的な内容をご記入ください。

**3. その他、ご意見がございましたら自由に記入してください。**