

集中的実施計画 ○○○県

担当課 ○○課
 担当者名 ○○ ○○
 連絡先 000-1111-2222

①計画期間		令和4年10月から当面の間				
②対象地域		県内全域(○○市、○○市を除く。)				
③ 対象 施設 種 別	高齢者 施設	入所系	【対象施設数】 600	【実施施設数(予定含む)】 ・・・	【濃厚接触者の待機期間の早期解除 検査】 ○	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護、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、短期入所生活介護に係る施設、小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護に係る施設
		通所・訪問系	【対象施設数】 3600	【実施施設数(予定含む)】 ・・・	【濃厚接触者の待機期間の早期解除 検査】 ○	通所介護、通所リハビリテーション、地域定着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護、訪問介護、訪問リハビリテーション、訪問入浴介護、訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、居宅介護支援、短期入所生活介護
	障害者 施設	入所系	【対象施設数】 300	【実施施設数(予定含む)】 ・・・	【濃厚接触者の待機期間の早期解除 検査】 ○	障害者支援施設、共同生活援助、重度障害者等包括支援(共同生活援助を提供する場合に限る)、福祉ホーム、障害児入所施設、短期入所に係る施設等
		通所・訪問系	【対象施設数】 3000	【実施施設数(予定含む)】 ・・・	【濃厚接触者の待機期間の早期解除 検査】 ○	就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、就労定着支援、自立生活援助、計画相談支援、地域相談支援(地域移行支援)、地域相談支援(地域定着支援)、障害児相談支援、児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス
	医療機関		【対象施設数】 250	【実施施設数(予定含む)】 ・・・	【濃厚接触者の待機期間の早期解除 検査】 ○	病院、診療所
	保育所等		【対象施設数】 3000	【実施施設数(予定含む)】 ・・・	【濃厚接触者の待機期間の早期解除 検査】 ○	認可保育所、認証保育所、認定こども園、小規模保育等の保育施設、学童クラブ、幼稚園等(公立・私立)、小学校(公立・私立)
	その他		【対象施設数】 50	【実施施設数(予定含む)】 ・・・	【濃厚接触者の待機期間の早期解除 検査】 ○	
④対象者		従事者(各施設の判断により直接処遇職員以外を対象とすることも可)、新規入所者				
⑤検査方法		抗原定性検査、個別検体によるPCR、個別検体による抗原定量検査、検体プール検査法によるPCR など				
⑥検査の頻度		○○の施設: 抗原定性検査キットを週2~3回				
⑦検査の実施区分		感染症法に基づく行政検査、地方公共団体の独自事業 など				
備考						

(別添 1 - 2)

(自治体名) ○○県△△市
担当課
担当者
連絡先
<p>△△市内の施設については、○○県がまとめて集中的実施計画を定めて集中的検査を実施するので、△△市は集中的実施計画を策定しない。</p>

(別添2) 抗原定性検査キット 所要量調査

自治体名			
(所要量の考え方に関する) 担当課・担当者		電話番号 メールアドレス	
(配送ログに関する) 担当課・担当者		電話番号 メールアドレス	

所要量合計(回分)	0
-----------	---

		所要量(回分)	考え方
高齢者施設	入所系		
	通所・訪問系		
障害者施設	入所系		
	通所・訪問系		
その他			

自治体名

担当：

電話番号：

	対象施設数 (単位：施設)	総検査実施施設数 (単位：施設)	総検査実施件数 (単位：件)	内訳		総陽性件数 (単位：件)
				抗原定性検査キット (単位：件)	PCR・抗原定量検査 (単位：件)	
○月第1週 (期間：○/○-○/○) 報告期限：当該期間終了後から5日以内	合計					
	施設 区 分別 の内 数	うち高齢者 施設	入所系			
			通所・訪問系			
	うち障害者 施設	入所系				
		通所・訪問系				
	うち医療機関					
	うち保育所等					
その他 ()						
○月第2週 (期間：○/○-○/○) 報告期限：当該期間終了後から5日以内	合計					
	施設 区 分別 の内 数	うち高齢者 施設	入所系			
			通所・訪問系			
	うち障害者 施設	入所系				
		通所・訪問系				
	うち医療機関					
	うち保育所等					
その他 ()						
○月第3週 (期間：○/○-○/○) 報告期限：当該期間終了後から5日以内	合計					
	施設 区 分別 の内 数	うち高齢者 施設	入所系			
			通所・訪問系			
	うち障害者 施設	入所系				
		通所・訪問系				
	うち医療機関					
	うち保育所等					
その他 ()						
○月第4週 (期間：○/○-○/○) 報告期限：当該期間終了後から5日以内	合計					
	施設 区 分別 の内 数	うち高齢者 施設	入所系			
			通所・訪問系			
	うち障害者 施設	入所系				
		通所・訪問系				
	うち医療機関					
	うち保育所等					
その他 ()						

- ※1 上記の施設区分のいずれにも該当しない施設に対して検査を行った場合には、その他欄の()内に当該施設の種別を記載してください。
- ※2 施設併設の短期入所の事業所等であって、従事者等が本体施設と兼務しているような事業所で本体施設と一体で集中的検査を受けると考えられる施設については、本体施設のみを計画対象施設に計上してください。併設の事業所が本体施設とは別に集中的検査の申込みを行い、集中的検査を受ける場合は、この限りではありません。
- ※3 様式を変更・加工しないでください。
- ※4 当該期間において行われた検査の実績を記載してください(過去の実績を積み上げた数値(延べ数)を記載する必要はありません。)
- ※5 一の施設において当該期間に複数回の検査を実施した場合について、
 - ・「総検査実施施設数」については、「1」を計上してください。
 - ・「総検査実施件数」については、例えば、一の施設において当該期間に、抗原定性検査キットによる検査を1人当たり3回実施した場合は「3」とし、PCR検査を1人当たり1回実施した場合は「1」として、総検査実施件数を計上してください。
- ※6 「総陽性件数」については、当該期間の「総検査実施件数」に対する総陽性件数である必要はなく、当該期間に判明した「総陽性件数」を記載いただくことでかまいません。
- ※7 行政検査ではなく地方単独事業等として実施する場合や、民間等において無償で提供される検査等を活用して高齢者施設等に対して検査を実施する場合、これらの実績も含めて報告してください。