

令和3年6月18日

居宅サービス事業所
居宅介護支援事業所
地域包括支援センター
指定市町村事務受託法人

】 運営法人代表者 様

京都市保健福祉局健康長寿のまち・京都推進室介護ケア推進課
医療衛生推進室医療衛生企画課

居宅サービス事業所等職員の新型コロナワクチン接種の実施について

平素は、職員や利用者が新型コロナウイルスに感染しないように対策を講じながら、高齢者への介護、支援等を続けていただいていることについて、厚く御礼を申し上げます。

新型コロナワクチン接種については、現在、65歳以上の高齢者の優先接種を進めており、高齢者施設では、入所者の接種と同時に、施設職員の接種を実施しています。6月中に接種が完了する高齢者施設も出てきています。

つきましては、居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター及び市町村事務受託法人（以下「居宅サービス事業所等」という。）の職員の接種について、下記のとおり実施してください。

今後の感染再拡大を防止し、貴事業所の利用者や職員の皆様、さらにはそのご家族等の生命や健康を守る取組ですので、確実に進めていただきますようお願いいたします。

記

1 接種の対象者

次の事業所に所属し、高齢者に直接接して、介護、療養上の世話、面談等を行う職員
<事業所>

- ・居宅サービス事業所
- ・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・指定市町村事務受託法人

2 接種の実施時期

本日以降、接種を実施することとし、可能な限り、次の時期までに完了するように、各事業所において計画的に接種を進めてください。

- ア 自宅療養中の患者及び濃厚接触者に対応する可能性がある職員
7月末まで

イ ア以外の職員

8月末まで

3 接種の受け方

(1) 接種方法等

法人・グループ内の医療機関や、当該法人・グループが協力医療機関の契約を締結している医療機関、事業所の近隣の医療機関等（以下「個別医療機関」）において、事前に日程調整・予約のうえ、外来等で接種を受けてください。医療機関等との調整に当たっては、必要に応じ、「<京都市からのお願い>居宅サービス事業所等職員への新型コロナワクチン接種について（別紙1）」を提示してください。

※ 個別医療機関との調整が困難な場合でも接種いただけるよう、集団接種会場等を設置いたします。集団接種会場での接種につきましては、決まり次第お知らせしますが、可能な限り個別医療機関での接種を進めていただきますよう御協力の程お願いいたします。

(2) 接種を受ける時の持ち物

- ・ 市町村が発行する接種券（接種券が届いていない場合の取扱いは(3)参照）
- ・ 居宅サービス事業所等が発行する、優先接種の対象である居宅サービス等に従事していることの証明書（以下「優先接種対象証明書」という。（別紙2）参照）
- ・ 本人確認書類（運転免許証、医療保険・介護保険被保険者証、マイナンバーカード等）

(3) 市町村から居宅サービス事業所等の職員に接種券が届いていない場合の取扱い

- ・ 本市における64歳以下の市民への接種券の発送については、6月25日から7月中旬にかけて、年齢が高い方から順番に、住民基本台帳の住所地に発送します。
- ・ そのため、居宅サービス事業所等の職員が接種を受ける時に、お手元に接種券が届いていない可能性があります。その場合は、接種を受ける際、医療機関又は集団接種会場に、優先接種対象証明書（別紙2）のみを提出し、本市から接種券が届き次第、追加提出してください。

<京都市からのお願い>

居宅サービス事業所等職員への 新型コロナウイルスワクチン接種について

居宅サービス事業所等の職員につきましては、新型コロナウイルスの優先接種の対象とされているところと

居宅サービス事業所等が発行する、優先接種の対象である居宅サービス等に従事していることの「証明書」を御確認いただいたうえ、優先接種対象者への接種を進めていただきますよう、御協力のほどお願いいたします。

なお、接種券については、6月26日(土)から年齢の高い方から順に接種券をお届けすることとしておりますので、届き次第、被接種者から提出いただきます。

<優先接種対象となる居宅サービス>

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、
定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、居宅療養管理指導、
(地域密着型)通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護、通所リハビリテーション、
短期入所生活介護、短期入所療養介護、(看護)小規模多機能型居宅介護、福祉用具貸与、
居宅介護支援、地域包括支援センター

※ 各介護予防サービスや介護予防・日常生活支援総合事業が含まれます。

証明書

(氏 名) について、
(居宅サービス事業所) に従事する者であり、
新型コロナウイルスワクチンの優先接種の対象
(居宅サービス事業所等従事者) であることを証します。

令和 年 月 日

(法人名)

(施設名)

(所在地)

(施設連絡先)

(管理者氏名)

1 回目接種日時

接種場所

2 回目接種日時

接種場所