

- インフルエンザ様疾患
 新型コロナウイルス感染症
- 集団発生報告書（置賜）
- （↑どちらかに✓をつけてください）

令和 年 月 日報告

施設種別	
施設名	
担当者職氏名	
電話番号	— —
FAX番号	— —

【1 り患者の発生状況】

(1) 入所施設

期 日	入所者数 A	り患者数 B	り患者の内訳		割 合 B/A×100
			入所中	入院中	
令和 年 月 日現在	人	人	人	人	%

<り患者の主な症状、対応状況等>

(2) 通所施設

期 日	通所者数 A	り患者数 B	り患者の内訳		割 合 B/A×100
			通所中	欠席	
令和 年 月 日現在	人	人	人	人	%

<り患者の主な症状、対応状況等>

2 死亡者の発生状況

番号	年齢	り患時期	入院月日	入院先	死亡年月日	症状、経過等
1	歳	年 月 日頃	年 月 日		年 月 日	
2	歳	年 月 日頃	年 月 日		年 月 日	

3 重症者の発生状況

番号	年齢	り患時期	入院月日	入院先	症状、経過等
1	歳	年 月 日頃	年 月 日		
2	歳	年 月 日頃	年 月 日		

次のいずれかの状況にあてはまる場合に、報告願います。

- 1 インフルエンザ様疾患又は新型コロナウイルス感染症による死亡者又は重篤患者が1週間以内に2名以上発生した場合
- 2 インフルエンザ様疾患又は新型コロナウイルス感染症患者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合

インフルエンザ様疾患・新型コロナウイルス感染症チェックリスト（置賜保健所）

感染対策で心配な点等がございましたら、保健所に御相談ください。

内容を確認し、保健所から連絡をさせていただく場合があります。

置賜高-1

◎発生状況の把握

施設名:

項目	チェック	備考
有症状者は1つのユニットやフロアに限局している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
(現在)利用者は、ユニットやフロアをまたいで行き来している。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
(現在)職員は、ユニットやフロアをまたいでケアをしている。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	

◎感染対策等の確認

項目	チェック	備考
(通所系)感染症の症状がみられる方は利用を控えてもらい、施設内で急に発症した場合には別室でケアを行っている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
(入所系)有症状者を個室または集団隔離してケアを行っている。		
必要に応じゾーニングを実施している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
リクリエーションや行事等の集団活動を可能な限り控えている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
有症状者へマスク着用を促している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
職員はマスクを着用している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
利用者・職員は、食事前や排泄後に液体石けん・流水による手洗いを行っている。(速乾性すり込み式手指消毒剤で済ませない)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
手拭きはペーパータオル又は個人のタオルを使用している。(共用のタオルを使用しない)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
職員は、アルコール消毒剤を携帯(又は施設内に設置)している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
職員は「1ケア1手洗い」「ケア前後の手洗い」を徹底している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
皆が触れる手すり、ドアノブ、スイッチ、テーブル等は、アルコール等による消毒を実施している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
施設内の換気を定期的の実施し、室温・湿度等の環境を整備している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
職員へ発生状況を周知し、健康観察の強化、感染拡大防止対策を徹底している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<関係機関との連携等>		
夜間・休日含め、陽性者・重症者発生時には、施設医(協力医)や施設長等と速やかに連絡・相談をしている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
利用者家族への連絡、説明を行い、健康調査の協力要請や二次感染予防についての情報提供を行った。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
罹患した利用者・職員の療養期間を示している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
市町の社会福祉施設等担当部署への報告を行った。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

【参考】介護現場における感染対策の手引き 第3版,厚生労働省老健局

◎保健所 記載欄	
-------------	--

記載上の留意事項

注1 「1 日患者の発生状況」の「期日」については、報告を要する状況になった日現在で記載してください。

注2 インフルエンザ様疾患又は新型コロナウイルス感染症の判断については、医師（嘱託医）等の判断に基づいて整理してください。

なお、「1 日患者の内訳」は、次により整理してください。

○入所中：施設内で療養している入所者数（入院せずに通院している者を含む。）

○入院中：インフルエンザ様疾患又は新型コロナウイルス感染症が原因となって当該施設以外の医療機関等に入院している入所者数

○通所中：通所者のうちインフルエンザ様疾患又は新型コロナウイルス感染症に罹患している者の数

○欠席：インフルエンザ様疾患又は新型コロナウイルス感染症が原因で欠席している者の数

注3 「割合」は、小数点第2位を四捨五入してください