

社会福祉施設等における感染症発生時に係る報告（置賜）

施設概要（高齢者施設・障がい者等施設）

報告年月日：令和 年 月 日

施設名		TEL	
施設住所		FAX	
担当者氏名	職名： 氏名：	施設長氏名	
施設医/協力医	所属： 医師名：	医師への報告： <input type="checkbox"/> 済	
入所者	人 定員 人	職員：__人（パート職員含む）	
通所者	人 定員 人	【内訳】介護職：__人、看護職：__人	
短期入所者	人 定員 人	調理員：__人、事務職：__人	
		その他：__人	
喫食状況	給食 → <input type="checkbox"/> 施設内調理 <input type="checkbox"/> 施設外・関連施設		
行事等	最近行った行事（ 月 日： ）		

報告する疾患

報告疾患	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> その他の感染症（ ）
主な症状	<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> その他（ ）

初発状況

発生日	令和 年 月 日（ ） 時頃
	<input type="checkbox"/> 利用者（ユニット等： ） <input type="checkbox"/> 職員（職種： ）
症状	医療機関
発生時の状況	

発生日以降の経過 ※ 新規有症状者が0人場合は0記入不要

月 日	新規有症状者数			
	入所者	通所者	短期入所	職員
	人	人	人	人
	人	人	人	人
	人	人	人	人
	人	人	人	人
	人	人	人	人

本日までの有症状者数	人	うち受診検査等での診断者数	人
------------	---	---------------	---

入院した者	性別	年齢	入所 or 通所	入院先	経過

施設で行っている対応	
------------	--

<感染対策チェックリスト> 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。

◎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か。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
(現在)有症状者のいるユニットの職員は、ユニットやフロアをま たいでケアをしているか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
有症状者のみが喫食したものや参加した行事はあるか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
はいの場合内容記入 →		月 日 ()

◎感染対策等の確認

項目	チェック	備考
(通所系)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。		
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	※ノロウイルスの場 合は、塩素系消毒薬 による消毒を行う
<排泄介助・嘔吐物処理>		
排泄介助(おむつ交換)時は、使い捨て手袋とエプロンを着用している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
排泄介助・嘔吐物処理の際は、手袋やエプロンは1 ケアごとに取り 換え、手袋を外した際には手指衛生を行っている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
汚物はビニール袋等に密閉して捨てている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
嘔吐物処理用の物品が揃っている。(マスク、使い捨てエプロン・ マスク、ビニール袋、消毒薬、ペーパータオル等)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
嘔吐物の処理時は窓を開けて換気している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
床が汚染した場合は、嘔吐物ふき取り後に次亜塩素酸ナトリウム 液(0.1~0.5%)でふき取りをしている。	<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ている。	<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	
-------------	--