**社会福祉施設等における感染症発生時に係る報告（置賜）**

置賜高－２

高齢者施設障がい者等施設

報告先：(E-mail) [yokitamahoken@pref.yamagata.jp](mailto:yokitamahoken@pref.yamagata.jp)

(FAX) 0238-22-3003 ※裏面のチェックリストも送付してください

**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： 済 | | | |
| 入所者 | 人 | 定員　　　　人 | 職員：　　人（パート職員含む）  【内訳】介護職：　　人、看護職：　　人  　　　　調理員：　　人、事務職：　　人  その他： 人 | |
| 通所者 | 人 | 定員　　　　人 |
| 短期入所者 | 人 | 定員　　　　人 |
| 喫食状況 | 給食 →  施設内調理　　 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 | 感染性胃腸炎　 疥癬　  その他の感染症（　　　　　　　 ） |
| 主な症状 | 嘔吐　下痢　腹痛　発熱　咳　嘔気　その他(　　　 ) |

**初発状況**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 発生日 | 令和　　年　　月　　日（　　）　　　時頃 | | |
| 利用者（ユニット等：　　　　　　）　 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

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

　　　　　　　　　　　　　　【新規発生0名が2日続いたら保健所にご連絡ください】

＜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。

置賜高－２

高齢者施設障がい者等施設

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 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。

施設名：

◎発生状況の把握

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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。 | | はい　 　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。 | | いいえ　　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。 | | はい　　 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。 | はい　　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） | はい　　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） | はい　　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。 | はい　　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。 | はい　　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。 | はい　　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。 | はい　　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。 | はい　　いいえ |  |
| 汚物はビニール袋等に密閉して捨てている。 | はい　　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) | はい　　いいえ |  |
| 嘔吐物の処理時は窓を開けて換気している。 | はい　　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。 | はい　　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。 | はい　　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。 | はい　　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。 | はい　　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 |  |