

社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告（記入例）

報告年月日 令和 ○年 1月 18日（木）

施設名	特別養護老人ホーム○○	TEL	○○○○-○○-○○○○
施設住所	○○市○○町○丁目○-○	FAX	○○○○-○○-○○○○
担当者氏名	職名：○○ 氏名：○○ ○○	施設長氏名	○○ ○○
対応者	職名：○○ 氏名：○○ ○○	聞き取り方法	訪問・面接・電話
入所者数	65人 (定員 65人)	入所者年齢内訳	職員 55人
通所者数	0人(定員 0人)	65歳未満 0人	【内訳】：介護職 34人、看護師 4人、 調理員 8人、栄養士 1人、 事務職 7人、作業療法士 1人
短期入所者数	5人(定員 5人)	65～75歳 5人	
		75歳以上 60人	
施設医	所属：○○医院 医師名：○○ ○○		
喫食状況	給食→■施設内調理 (委託業者：) □施設外・関連施設()		
行事等	最近行った行事(1月 15日：小正月)		

1 初発状況

発生日	令和○年 1月 15日(月)午前9時	発生人数	10人(ユニット等：)
年齢・性別	○歳 男性	主な症状	嘔吐、下痢
診断名	感染性胃腸炎、ノロウイルス	医療機関名	○○医院
発生時の状況	1月15日朝食後に自室内で嘔吐。その後、施設医が感染性胃腸炎と診断。		

2 発生経過(新規発症者数)

発症者の状況	入所者(症状・治療状況・ユニット等)	職員(症状・治療状況)	調理員(症状・治療状況)
1月15日(月)	1人(嘔吐、下痢→入院：第○ユニット)	0人()	0人()
1月16日(火)	2人(嘔吐：第○ユニット)	0人()	0人()
1月17日(水)	3人(嘔吐、下痢：第○ユニット)	0人()	0人()
1月18日(木)	4人(下痢：第○ユニット)	0人()	0人()
月 日()	人()	人()	人()
月 日()	人()	人()	人()
月 日()	人()	人()	人()

3 現在の状況(1月18日現在)

有症状者数	10人(うち職員 0人 職種：介護職 人、看護職 人、事務職 人、その他 人)		
報告日までの 発症者数計	入所者	10人	入院者数：1人 入院先医療機関：○○病院 年齢、性別、状況等： ○歳男性。食事量やバイタルサイン低下あり、救急搬送。肺炎の 診断で1月15日より入院。
	通所者	0人	
	職員	0人	
	調理員従事者	0人	
施設で行っ ている対応	・有症状者を第○ユニットの個室へ隔離している。 ・トイレやドアノブ、手すり、テーブルを次亜塩素酸ナトリウムによる消毒を実施。 ・職員に対し、嘔吐物・排泄物の処理方法を改めて周知した。		
※保健所 記載欄 指導事項	□職員へ発生状況を周知し、手技を確認し、対応の徹底を図る。 □嘔吐物処理や有症状者の身体ケアに関わった職員の健康状態を観察する。※最大潜伏48時間 □症状回復後も1週間程度(長いと1ヵ月程)ウイルス排出するため、手洗いの徹底を継続すること。		

記録者名 ○○ ○○

感染性胃腸炎発生時対応の確認事項

1 発生状況の把握

<input type="checkbox"/> 医療機関での診断名はついているか。	はい・いいえ	診断名：
<input type="checkbox"/> 医療機関でのノロウイルス検査をしている。	はい・いいえ	
<input type="checkbox"/> 有症状者のADL状況 発生者に偏りがあるか。経管栄養者の発生は？		
<input type="checkbox"/> 1つのユニットやフロアに限局せず、感染拡大しているか。	限局・拡大	
<input type="checkbox"/> 利用者はユニットやフロアを自由に行き来しているか。	はい・いいえ	
<input type="checkbox"/> 利用者でトイレの共有があるか。	はい・いいえ	
<input type="checkbox"/> 職員はユニットやフロアをまたいでケアをしているか。	はい・いいえ	
<input type="checkbox"/> 有症状者のみが喫食したものがあるか。	はい・いいえ	
<input type="checkbox"/> 重篤者はいるか。	はい・いいえ	
<input type="checkbox"/> 発症者（職員）への対応はどうしているか。※欠勤対応など		
<input type="checkbox"/> 調理従事者に有症状者はいるか。 （経口感染する感染症の場合の食品への二次汚染防止のため）	はい・いいえ	何名か

2 感染拡大防止の対応について

<input type="checkbox"/> 有症状者を個室または集団隔離してケアを行っている。	はい・いいえ	
<input type="checkbox"/> 入所者の排泄介助後及び食事介助前に手洗いをやっている。	はい・いいえ	
<input type="checkbox"/> 手洗いの石けんは液体石けんである。 ※ノロウイルスに関しては、アルコール消毒剤は効きにくい為、液体石鹸と流水での手洗いを必ず行い、速乾性すり込み式手指消毒剤のみで済ませないこと。	はい・いいえ	
<input type="checkbox"/> 職員及び入所者の手洗い後の手拭きをペーパータオルに切り替えた。	はい・いいえ	
<input type="checkbox"/> おむつ交換時、嘔吐物処理時、汚染されたリネンや嘔吐物で汚染された食器の取り扱い時には、使い捨て手袋、マスク及び防水性のエプロンを使用している。	はい・いいえ	
<input type="checkbox"/> 一処置一手袋、汚染したエプロンは他のケアの時に外している。	はい・いいえ	
<input type="checkbox"/> 汚物は、ビニール袋等に密閉し移動している。	はい・いいえ	
<input type="checkbox"/> 嘔吐物処理の手順の確認。 換気、嘔吐物拭き取り後に消毒を行っている。	はい・いいえ	
<input type="checkbox"/> 嘔吐物処理の塩素濃度は0.1%である。 ※水 500ml にペットボトルのキャップ2杯(10ml)【ハイター等5%濃度の場合】	はい・いいえ	
<input type="checkbox"/> トイレの便座やドアノブ、手すり、車いすの持ち手、机、日用品等の皆が触れる部分を次亜塩素酸ナトリウム(塩素濃度 0.02%)の消毒に切り替えている。 ※水 500ml にペットボトルのキャップ 1/2杯(約 2ml)【ハイター等5%濃度の場合】	はい・いいえ	※感染拡大が終息したら 平常時の清掃にもどす。
<input type="checkbox"/> 有症状者の入浴は、最後に浴槽に入るかシャワーのみである。	はい・いいえ	
<input type="checkbox"/> 汚物の移動、保管場所は清潔区域(食堂やデイルーム等)と交わっていない。	はい・いいえ	
<input type="checkbox"/> 調理従事者は感染者が発生しているフロアや汚染区域(汚物処理室等)等への出入りを控えている。	はい・いいえ	
<input type="checkbox"/> 施設の行事を極力控えている。	はい・いいえ	
<input type="checkbox"/> 面会の制限を協力要請している。	はい・いいえ	

3 関係機関との連携

<input type="checkbox"/> 施設医へ連絡・相談をしたか。	はい・いいえ	
<input type="checkbox"/> 利用者家族への連絡や説明を行い、健康調査へ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	
<input type="checkbox"/> 市町の社会福祉施設等所管部局への報告をした。	はい・いいえ	