

# 感染症予防と感染拡大防止のために

～あなたの施設で取り組んでいただきたいこと～

最も大切なことは、まず、感染を施設内で拡げないことです！

あなたの施設では、感染症予防の話し合いができていますか？

あなたの施設の「感染症対応マニュアル」等を確認してみましょう。

- ①利用者、職員の健康観察はいつ、どのようにしていますか？
- ②手洗いはきちんとできていますか？
- ③日常の介護で気をつけることはなんですか？（例えば、おむつ交換では・・・）
- ④汚染されたリネンの洗濯や消毒はどうしていますか？
- ⑤排泄物、嘔吐物の処理方法は徹底できていますか？
- ⑥トイレ、浴槽、ドアノブ等の掃除や消毒方法は？
- ⑦施設内の感染管理の責任者は誰ですか？
- ⑧発生時の連絡方法や対応は？

施設の職員全員が  
具体的な予防策を実践できるように！  
発生時の迅速な対応ができるように！

感染症かも  
しれない！

施設全体での感染症対策の徹底  
重症化の予防  
嘱託医等への相談

それでも増えたら

## ●社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について●

・社会福祉施設等の施設長は次のア、イ又はウ場合は市町村等の社会福祉施設等主管  
部局に迅速に報告するとともに、併せて保健所に報告してください。

ア：同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡又は  
重篤患者が1週間以内に2名以上発生した場合

イ：同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が10名以上又は  
全利用者の半数以上発生した場合

ウ：ア及びイに該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の  
発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合

各施設の担当部局への報告  
(市町、教育委員会、県民局担当課など)

美作保健所への相談・報告

●保健所保健課に電話(0868-23-0163)連絡してから、  
裏面を記入した本連絡票をFAX(0868-23-6129)してください。  
折り返し確認の電話をさせていただきます。

## <その他>

「施設内見取り図」「職員勤務表」「利用者及び職員の健康調査票」「給食献立表」  
「感染症対策マニュアル」等について提出を依頼することがあります。

**美作保健所「感染性胃腸炎・インフルエンザ・コロナ等の集団発生疑い事例」の連絡票  
【美作保健所へのFAX送信(23-6129)】**

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| 連絡票送信日時： 年 月 日 ( 時 ) | 保健所受付日時： 年 月 日 ( 時 ) |
|----------------------|----------------------|

|                  |                   |                      |               |
|------------------|-------------------|----------------------|---------------|
| I<br>所<br>属<br>等 | ①施設名： _____       | ②施設種類： _____         |               |
|                  | ③施設住所： _____      | ④電話番号： _____         | ⑤FAX番号： _____ |
|                  | ⑥報告者氏名： _____     | (職名： _____ 職種 _____) |               |
|                  | ⑦感染対策責任者氏名： _____ | (職名： _____ 職種 _____) |               |

|                        |  |                      |                    |  |
|------------------------|--|----------------------|--------------------|--|
| II<br>施<br>設<br>概<br>要 | ①入所者数： (定員： _____)                           | ②短期入所者数： (定員： _____) | ③通所者数： (定員： _____) |  |
|                        | ④職員数： _____                                  | ⑤再掲)職員の職種及び人数 _____  |                    |  |
|                        | ⑤給食の有無： 有 ・ 無                                | ⑥提供食数： _____         | ⑦調理員数： _____       |  |
|                        | ⑧嘱託医師所属医療機関名： _____ (医師名： _____) (電話： _____) |                      |                    |  |

|  |   |                                    |  |
|--|---|------------------------------------|--|
| III<br>感<br>染<br>症<br>(<br>疑<br>い<br>含<br>む<br>)<br>発<br>生<br>及<br>び<br>対<br>応<br>状<br>況 | ①初発患者発生日： 年 月 日 ( 曜日)……本日( 日目)  |                                    |  |
|  | ②初発患者情報： 年齢( ) 性別( ) 既往症( )   |                                    |  |
|  | ③初発患者の症状等(症状や時期について具体的に記入してください)  |                                    |  |
|  | ④重症者の有無<br>有 ・ 無  | ⑤重症者の状況(受診や入院等について、わかる範囲で記入してください) |  |
|  | ⑥初発日から報告日までの発症者数(疑い事例含む)<br>入所者： 人 短期入所者： 人 通所者： 人<br>職 員： 人(再掲:職員のうち調理員 人) |                                    |  |
|  | ⑦発症者の状況(疑い含む)……症状や時期について具体的に記入してください<br><br>特記事項： _____ 入院患者数： _____        |                                    |  |
|  | ⑧受診状況……受診の有無や医療機関名を記入してください   |                                    |  |
|  | ⑨検査実施の有無……嘱託医や受診医療機関での検査等について記入ください<br>検査： 有 ・ 無<br>検査日： _____ 検査結果： _____  |                                    |  |
|  | ⑩施設での感染防止対策の実施状況  |                                    |  |