**社会福祉施設等におけるインフルエンザ様疾患発生時に係る報告**

社会福祉施設・老人保健施設等（通所）

山形市保健所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告年月日　　　　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 |  |
| 本日対応者 | 職名：　　　　　氏名：　　　　　　　　 | 聞き取り方法　 | 訪問 ・ 面接 ・ 電話  |
| 入所者数　 　　　 人 (定員　　人)  | 入所者年齢内訳 | 職員　　　　　人【内訳】：介護職　　　人、看護職　　　人、事務職　　　人、その他　　　人 |
| 65歳未満　　 人　　 |
| デイサービス　　　　人 (定員　　人)  | 65～75歳 　　 人  |
| ショートステイ　　　 人 (定員　　人)  | 75歳以上 　 人 |
| 嘱託医 | 勤務先病(医)院名：　　　　　　　　　　　　医師名： |
| 喫食状況 | □食堂で皆で食べる　　　　□個室で食べる |
| 行事等 | 最近行った行事（　　月　　日：　　　　　　　 　　　　　　　　　　　） |

**初発状況**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 発生日 | 年 月 日（ ） 時 | 発生人数 | 　人（ユニット等：　　　 　） |
| 年齢・性別 | 　　　歳　　　男性　・女性 | 主な症状 |  |
| 診断名 |  | 医療機関 |  |
| 発生時の状況 |  |

**発生経過（新規発症者数）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 発生者の状況 | 入所者(症状・治療状況・ユニット等) | 通所者(症状・治療状況) | 職員(症状・治療状況) |
| 　　月　　日( )  | 人（　　　　　　　　　) | 人（　　　　　) | 人（　　　　　) |
| 　　月　　日( )  | 人（　　　　　　　　　) | 人（　　　　　) | 人（　　　　　) |
| 　　月　　日( )  | 人（　　　　　　　　　) | 人（　　　　　) | 人（　　　　　) |
| 　　月　　日( )  | 人（　　　　　　　　　) | 人（　　　　　) | 人（　　　　　) |
| 　　月　　日( )  | 人（　　　　　　　　　) | 人（　　　　　) | 人（　　　　　) |

# 現在の状況　(　　　月　　　日現在)

|  |  |
| --- | --- |
| 有症状者数 | 　　　　人（うち職員　　　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　　　　人 | 入院人数　　人（入院医療機関：　　　　　　　　　　　）年齢、性別、状況等： |
| 通所者　　　　人 |
| 職　員　　　　人 |
| その他　　　　人 |
| 施設で行っている対応 | 下記指導事項を参考に記入ください。 |
| 指導事項 | ①職員へ発生状況を周知し、有症状者の早期発見、個室療養・隔離等、まん延防止対策を徹底する。②外部からの面会者等へは健康確認を徹底し、ポスター掲示等で咳・発熱等の症状のある方の面会の制限、面会者用のマスクや消毒液の配置などの対策を講じる。③速やかに職員の応援体制を組む、病状観察を強化するなど、見守り体制を徹底する。④食事やレクリエーション等の集団活動を可能な限り控え、集団感染を防止する。⑤抗インフルエンザ薬予防投与の開始を前向きに考慮する。⑥換気・湿度・室温など施設環境を整備する。 |

※裏面調査事項確認　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記録者名

**インフルエンザ発生時対応の確認事項**

**（あてはまるものに○）**

**１　発生状況の把握**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □医療機関での診断名はついているか。 | はい・いいえ | 診断名： |
| □医療機関でのインフルエンザウイルス検査をしている。 | はい・いいえ | 　　　　　　型 |
| □有症状者のＡＤＬ状況 | 全介助・一部介助 |
| 発生者に偏りがあるか。 | ある・ない |
| □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 |  |
| □利用者はユニットやフロアを自由に行き来しているか | いいえ・はい |  |
| □利用者でトイレや食堂の共有があるか。 | ない・ある |  |
| □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 |  |
| □担当する職員の業務と移動の動線について、インフルエンザり患者（感染エリア）と非感染エリアを区分して交差を避けているか。 | はい・いいえ |  |
| □重篤者はいるか | いない・いる | 　　人（内容　　　　　） |
| □発症者(職員)への対応はどうしているか。※欠勤対応など（○日間） | 具体的に： |
| □職員の欠勤対応の基準※発症後（発熱の翌日を1日目として）5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過するまで　等 | 具体的に： |

**２　感染拡大防止の対応について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □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 |  |
| □利用者の外出後、飲食前の手洗い・うがいを行っている。 | はい・いいえ |  |
| □手洗いの石けんは液体石けんである。 | はい・いいえ |  |
| □アルコール消毒剤を配置している。 | はい・いいえ | 配置場所玄関・居室・（　　　　） |
| □職員、有症者、面会者等のマスクの着用を行っている。 | はい・いいえ |  |
| □インフルエンザ様の患者が２～３日以内に２名以上発生し、迅速診断でインフルエンザと診断される患者が１名発生したら、同意取得を心がけた上で、フロア全体における予防投与の開始を前向きに考慮している。 | はい・いいえ |  |
| □施設の行事を極力控えている。 | はい・いいえ |  |
| □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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □施設医へ連絡、相談をした。 | 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主管部局への報告をした。 | はい・いいえ |  |

**※ユニットは、**居宅に近い居住環境の下で、居宅における生活に近い日常の生活の中でケアを行うというユニットケアの特徴を踏まえたもの。

・居室の定員は1人とする。(ただし、夫婦で居室を利用する場合などサービスの提供上必要と認められる場合は、2人部屋とすることができる)

・ユニットの入居定員は、10人以下とすることを原則とする。