**社会福祉施設等における感染症胃腸炎発生時に係る報告**

社会福祉施設・老人保健施設等（通所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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、看護師　　　人、  調理員 人、栄養士　　　人、事務職　 　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 | 所属：　　　　　　　　　　　　　　　　　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（　　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 |  | 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) | 職員(症状・治療状況) | 調理員(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(　　　　　　　　　　) |
| 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 |
| 調理員　　　　　　 人 |
| 施設で行っている対応 |  | |
| 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ヵ月程ウイルスの排出があるため、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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □医療機関での診断名はついているか。 | はい・いいえ | 診断名： |
| □医療機関でのノロウイルス検査をしている。 | はい・いいえ |  |
| □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？ |  | |
| □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 | はい・いいえ |  |
| □利用者でトイレの共有があるか。 | はい・いいえ |  |
| □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 |  |
| □有症状者のみが喫食したものがあるか。 | はい・いいえ |  |
| □重篤者はいるか | はい・いいえ |  |
| □発症者(職員)への対応はどうしているか。※欠勤対応など |  | |
| □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 |  |

**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 |  |
| □利用者の排泄後、飲食前の手洗いを行っている。 | はい・いいえ |  |
| □手洗いの石けんは液体石けんである。  ※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ため、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 |  |
| □職員、利用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 |  |
| □おむつ交換、嘔吐物処理、汚染されたリネン、嘔吐物で汚染された  食器の取り扱いの時には使い捨て手袋、マスク、防水性のエプロン  を使用している。 | はい・いいえ |  |
| □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 |  |
| □汚物はビニール袋等に密閉して移動している。 | はい・いいえ |  |
| □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 |  |
| □嘔吐物処理の塩素濃度は0.1％である。  ※水２ℓにペットボトルのキャップ８杯（40ml）【塩素濃度５％の場合】 | はい・いいえ |  |
| □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２ℓにペットボトルのキャップ２杯（約10ml）【塩素濃度５％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。 |
| □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 |  |
| □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 |  |
| □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 |  |
| □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 |  |