【障害者施設】調査前送付シート

○調査について

感染を拡げないために、感染経路を断ち切る方法を考える必要があります。そのため、施設調査や経過表の提出のご協力をお願いします。
本シート受理後、電話で感染対策等について追加で聴取しますので、看護師等の現場の感染対策についてご存じの方が対応をお願いします。
また、必要時は施設に訪問しての調査を実施することもあります。ご協力をお願いします。

○調査事項

施設名		施設種別		施設担当者		担当者職種	
連絡先	TEL		FAX		email		
障害種別		事業所形態					

〇提携医療機関

診察医療機関		医師		TEL	
医師への報告	□ 済 □ 未	医師指示			

●発生した感染症

インフルエンザ　・　新型コロナウイルス感染症　・　感染性胃腸炎　・　その他（　　）

●利用者・職員の定員と有症状者数（有症状者がいなくても、施設全体を記載）

1）入所

所属（ユニット・階）	入居者		職員	
	全数	有症状者数	全数	有症状者数
合計				

2）通所※利用曜日が重なる場合もそれぞれ記載してください。

曜日	利用者		職員	
	全数	有症状者数	全数	有症状者数
月				
火				
水				
木				
金				
土				
日				
合計				

●２週間前までに実施したイベント、外部の人が来られる行事等

日付	内容	外部参加者
		□ 有 □ 無
		□ 有 □ 無
		□ 有 □ 無
		□ 有 □ 無
		□ 有 □ 無
		□ 有 □ 無

●職種別人数

	全数	有症状者数
看護師		
介護士		
理学療法士		
調理担当		
事務		
その他(　　)		
合計		

※毎日出勤されないパート職員等も含めて記載してください。

●給食の状況（調理・配膳）

《調理》　□ 直営　□委託
《配膳》　□ 直営　□委託
※委託先（　　）

定期検便検査項目：　□ 赤痢　□ サルモネ　□ O-157　□ その他(　　)
検査対象者の範囲：　□ 調理員　□ その他(　　)

●発生状況

初発患者の状況	例）〇施設に入所し、平日日中活動として、施設から事業所に通所。同じ施設の入居者が△人、同じ事業所に通う。●月□日に38度で熱発し、翌日にCOVID19と診断。前日まで、体調不良の訴えもなく、普段通りに過ごさていた。本人はこだわりが強く、指示が入り難いため、感染対策を取りにくい。そのため、本人のいる棟を診断後すぐにレッドゾーンとして閉鎖し、入る職員を限定。全体の活動停止。

◆平時の対策について

●手洗いについて

職員	頻度	□ 出勤前　□ 利用者の食事介助や配膳前　□休憩前　□ア・処置後　□退勤前　□トイレ後　その他
	手拭き	□ ペーパータオル　□ ハンドドライヤー　□タオル（個人持ち）　□ タオル（共有）
利用者	頻度	□ 食事前　□ トイレ後　□共有部からの帰室時　□外出からの帰室時　□面会後　その他
	手拭き	□ ペーパータオル　□ ハンドドライヤー　□タオル（個人持ち）　□ タオル（共有）

・環境の消毒について　→ 通常時の消毒：　□　有　　□　無

消毒剤　：□ 次亜塩素酸ナトリウム　□アルコール　□次亜塩素酸水　□その他（　　）

・ 消毒箇所毎に消毒剤が異なる場合、以下に記入してください。

（　　）

対応職員　：□ 看護師(　　)□担任(　　)　□フリー（　　）　□その他(　　)

・マニュアルの有無　：□ 有（置き場所　：　□事務所　□消毒物品の近く　□その他）　□ 無

◆感染症流行時の対策について

・流行時の環境消毒について（下記の対応を開始した日はいつですか？→　　）

消毒剤　：□ 次亜塩素酸ナトリウム　□ アルコール　□ 次亜塩素酸水　□その他（　　）

・ 消毒箇所毎に消毒剤が異なる場合、以下に記入してください。

（　　）

対応職員　：□ 看護師(　　)□介護士（　　）　□その他（　　

・吐物処理について

消毒剤　：□ 次亜塩素酸ナトリウム　□その他（　　）

対応職員　：□ 看護師(　　)□介護士(　　)　□その他（　　）

換気　：□ 外につながる窓　□ 施設内につながる窓

吐物処理セットの中身　：　□長袖エプロン　□袖なしエプロン　□手袋　□ マスク　□シューズカバー

□消毒剤　□ビニール袋　□紙（新聞紙等）　□その他（　　）

・実施した感染対策全てにチェックし、いつから開始したのか、その日を記載してください。

開始日	実施内容
	□　全職員への周知（毎日）　□来訪者への周知　□利用者家族への周知
	□　施設内一斉消毒
	□　施設内消毒回数増加　□消毒箇所の増加　□消毒薬の変更
	□　給食の加熱食への変更
	□　行事の中止、延期（例　プール中止）
	□　おむつ交換時の手袋・ガウン・マスクの着用
	□　職員の手洗い等対策の徹底　□利用者への手洗い対策の徹底
	□　布製製品の撤去
	□　有症状者のトイレを分ける
	□　標準予防策の徹底
	□　患者の行動制限　□　部屋毎に陽性者や濃厚接触者をまとめて隔離
	□　ゾーニング
	□　入浴制限　□　面会制限　□　部屋食
	その他（　　）

以下の書類を提出してください。

・施設内内図面　・給食の献立表（初発症日の3日前から）

・施設の感染対策マニュアル（あれば）

ご協力ありがとうございました。

提出先（大津市保健所保健予防課メールアドレス）：**otsu1443@city.otsu.lg.jp**