

感染症の集団発生の報告について

令和5年5月

保健所防疫課

施設等における感染症等発生時（疑いを含む）の連絡・報告について

市内の保育園や高齢者施設において感染症又は食中毒が発生し（疑いを含む）、その規模等が以下の「報告基準」を満たす場合は、嘱託医に連絡の上、貴施設の所管課だけでなく、保健所感染症対策担当への報告を併せてお願いします。

高齢者、乳幼児、障害者等は免疫機能の低下により感染症に罹患した場合、成人に比べて重篤になる割合が高く、また集団生活では感染が拡大しやすいことから、感染症発生時には迅速で適切な対応が特に求められるため、保健所への報告をよろしくお願いします。

1 報告基準

次の(1)から(3)のいずれかに該当する場合は、保健所防疫課まで報告をお願いします。

- | |
|--|
| (1) インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症等の呼吸器感染症については、症状を発症した方が、のべ10名以上または全利用者の半数以上となり、かつ、施設内感染が否定できない場合（確定診断の有無は問わない） |
| (2) ノロウイルス・ロタウイルス等の消化器感染症については、同一の消化器感染症（疑いを含む）を3名以上の方が発症し、かつ、施設内感染が否定できない場合（確定診断の有無は問わない） |
| (3) 入院するなど重篤患者が発生した場合。 |

2 報告様式

ノロウイルス等の感染性胃腸炎（疑い含む）	様式1・2・3
インフルエンザ・新型コロナ等感染症（疑い含む）	様式2・4・5

3 報告時期

「報告基準」に該当することが判明次第、当日中（土日祝の場合は翌開庁日中）に報告してください。保健所への報告は、「ファクス」または「電子メール」にてお願いします。

4 その他

報告様式は、姫路市ホームページに掲載していますのでダウンロードしてご使用ください。

問い合わせ先

姫路市保健所 防疫課 感染症担当

Tel : 079-289-1721

Fax : 079-289-0210

Mail : hokensho-boeki@city.himeji.lg.jp

姫路市保健所防疫課宛 送信してください。

(FAX 079-289-0210) (E-mail hokensho-boeki@city.himeji.lg.jp)

様式 1

R5.5更新

消化器系感染症発生(疑い含む)状況連絡票

※ 同一の消化器感染症(疑い含む)を3名以上の方が発症し、かつ、施設内感染が否定できない場合^{※注1}に報告してください。(確定診断の有無は問いません)

注1)施設外で感染した者は数に含みません。

提出書類 様式1・様式2・様式3-1・3-2

報告日	年 月 日	施設名	
報告者氏名	報告者職名	電話	
住所		FAX	
職員数		利用者数	

初発年月日	年 月 日	受診状況	受診者数 人 (内入院数 人)
主な症状	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> その他()		
給食状況	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 施設内調理 <input type="checkbox"/> 施設外調理 <input type="checkbox"/> 無 ※個人の弁当持参等	行事等	※発生前(1週間以内)の集団活動等
経過	初発状況、症状、感染拡大防止の対応、嘱託医や所管部署への報告等		
嘔吐・下痢の処理について	使用している消毒薬() その消毒薬の濃度() 消毒薬を希釈して使用する場合、希釈の頻度(その都度・数時間毎・毎日・その他()) 使用している個人用防護具()		

報告日における有症状者ののべ人数(確定診断の有無は問いません)

※施設の利用者・職員の人数と、うち連絡時点で把握している有症状者人数を記入してください。

クラス・部門名称									合計
利用者(人)									
有症状者(人)									
(うち確定診断あり)	()	()	()	()	()	()	()	()	()
(うち入院者)	()	()	()	()	()	()	()	()	()
職員(人)	保育士	調理員	看護職	介護職	事務職	リハ職	清掃員	(その他)	合計
有症状者(人)									
(うち確定診断あり)	()	()	()	()	()	()	()	()	()
(うち入院者)	()	()	()	()	()	()	()	()	()

保健所への質問・相談

※ 今後の報告について

新たな有症状者が3日間出なくなるまでは毎日、様式3をFAX又は電子メールで送付してください。

感染症拡大防止チェックリスト

感染症発生時の感染拡大防止にご活用ください。(集団発生時は報告様式と共に保健所防疫課まで送付)
感染症の発症がない場合も、少なくとも年に1回はチェックし、施設内の状況を把握しましょう。

施設名	確認者	記入日
-----	-----	-----

1. 利用者・職員の健康管理と連絡周知等

「いいえ」の場合、その理由を記載してください

1	感染症担当を決め、職員・利用者の体調・欠席等の情報が1日1回以上集約されている	はい	いいえ	
2	症状がある場合は施設利用、出勤を控えるように伝え医療機関受診をさせている	はい	いいえ	
3	2で受診した結果・治療内容を把握している	はい	いいえ	
4	発病者・有症状者と症状の無い者の居室を分離し感染拡大措置を講じている	はい	いいえ	
5	施設内での感染症発生状況は、全職員で共有している	はい	いいえ	
6	施設内での感染症流行状況を利用者・家族・来所者等へ周知し、手洗い・マスク等感染予防策を徹底している	はい	いいえ	
7	施設内で感染拡大のおそれがある場合は、状況に応じて食堂の使用停止や共同のレクリエーション等を中止している	はい	いいえ	
8	インフルエンザワクチン接種者を把握している。	はい	いいえ	

2. 手洗い

1	利用者の手洗いについて、職員が介助、確認している	はい	いいえ	
2	手洗いは、石けんと流水で30秒以上行なっている	はい	いいえ	
3	手拭きは使い捨てペーパータオルか個人用タオルを使用している	はい	いいえ	
4	職員は使い捨て手袋を使用した場合も、手袋をはずした後に手洗いをしている	はい	いいえ	

3. 嘱託医・園医との連携体制

1	施設内で感染症が発生した時の携わり方等について明確になっている	はい	いいえ	
2	施設内で感染症が発生した時の対応等について連絡体制がとれている	はい	いいえ	
3	最寄りの保健所や外部の感染症専門医や感染制御の専門家に相談できる体制がとられている	はい	いいえ	

4. 研修・マニュアル・連絡体制

1	職員は、年1回以上は感染症の研修を受けている	はい	いいえ	
2	研修の内容は、職員会議等で共有している	はい	いいえ	
3	感染症対策マニュアルが整備されている	はい	いいえ	
4	マニュアルは職員全体で共有し、定期的に見直している	はい	いいえ	
5	マニュアルには、施設内で感染症の流行を疑った職員からの報告連絡方法や連絡先が記載されている(夜間・休日含む)	はい	いいえ	
6	感染症対策マニュアルを作成し、職員全員が内容を共有している	はい	いいえ	

「いいえ」の項目は、早急に改善できるように検討しましょう

姫路市保健所 防疫課 電話:079-289-1721 FAX:079-289-0210

感染症拡大防止チェックリスト

感染症発生時の感染拡大防止にご活用ください。(集団発生時は報告様式と共に保健所防疫課まで送付)
感染症の発症がない場合も、少なくとも年に1回はチェックし、施設内の状況を把握しましょう。

施設名	確認者	記入日
-----	-----	-----

5. 感染拡大防止のための対策・対応について

環境整備・標準予防策

			「いいえ」の場合、その理由を記載してください
1	日頃から来所者が有症状時には、面会自粛を呼びかけている。	はい	いいえ
2	一日に複数回、食堂・トイレ・居室・廊下等誰もがよく触れるものや場所を消毒している	はい	いいえ
3	感染症予防・発生時対応のための物品(マスク・手袋・ガウン・ペーパータオル・新聞紙・ゴミ袋等)が準備されている。	はい	いいえ

呼吸器感染症(インフルエンザ等)

1	室温、湿度、換気(1時間に1回5分程度)など環境管理に留意している	はい	いいえ
2	有症状者はマスクを着用し、隔離対応している	はい	いいえ
3	鼻水をかんだ後(又は介助した後)に手洗いをしている	はい	いいえ
4	玩具や共通で使用するもの、ドアノブ等はアルコールで拭きとり消毒している	はい	いいえ
5	多くの人が集まる場所での活動を停止する	はい	いいえ
6	職員は流行期には常時、マスクを着用している	はい	いいえ
7	(社福施設専用項目) 有症状入所者の入浴は中止にしている	はい	いいえ
8	(社福施設専用項目) 流行期には、面会者にマスク着用を義務付けている	はい	いいえ
9	(社福施設専用項目) 抗インフルエンザウイルス薬の予防投薬を検討する体制が整っている	はい	いいえ

消化器感染症(感染性胃腸炎等)

1	嘔吐・下痢のあった場所(居室・廊下・手洗い・トイレ等)、日時の把握をしている	はい	いいえ
2	嘔吐・下痢があれば、吐物や便はすぐにペーパータオル等で覆い消毒した後取り除き、再度次亜塩素酸ナトリウム希釈液(0.1%)で広範囲を拭取り消毒している	はい	いいえ
3	嘔吐・下痢を処理する人は、使い捨て手袋・マスク・ガウンを着用している	はい	いいえ
4	嘔吐・下痢の処理をする職員以外、また他の利用者は別の場所に移動している	はい	いいえ
5	嘔吐物が付着した可能性のある食器類は、調理室に戻す前に次亜塩素酸ナトリウム希釈液で消毒、または85℃以上で1分以上になるように熱湯で消毒している	はい	いいえ
6	嘔吐、下痢を処理するときには、十分に換気している	はい	いいえ
7	排泄ケア・おむつ交換時は使い捨て手袋を装着し、1回毎に交換している	はい	いいえ
8	使用済みのオムツは、ビニール袋に入れて口を閉じ、利用者が触らないように汚染区域に置いている	はい	いいえ
9	汚れた衣類等は、感染性があるものとして扱っている(ビニール袋に密封して家族に渡す、施設で消毒等)	はい	いいえ
10	吐物・便の付着した衣類は洗剤水で軽く洗った後、消毒薬もしくは85℃1分間以上熱湯消毒し、吐物便の付着した衣類等を洗った場所は消毒している	はい	いいえ
11	次亜塩素酸ナトリウム希釈液は、密封した容器で光のあたらない冷暗所に保管し定期的に作り直している	はい	いいえ

「いいえ」の項目は、早急に改善できるように検討しましょう

姫路市保健所 防疫課 電話:079-289-1721 FAX:079-289-0210

※発症した日時順に記入し、様式1・様式2と一緒に送付してください。新たな有症状者が3日間出なくなるまでは毎日、様式3をFAX又は電子メールで送付してください。

体調不良者経過一覧票(ノロウイルス等消化器系感染症用) 利用者用

施設名: _____

記入日: 年 月 日

氏名(イニシャル)	性別	年齢	クラス	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	受診日	備考
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
計																	

記入様式
 1. 初発及びその後の症状について記号で記入してください
 下痢 ●、嘔吐 ■、腹痛 ▲、欠席の場合 欠、早退の場合 早
 2. 特別な事項があれば備考に記入してください。
 (例: 保育室で嘔吐、ノロウイルスと診断された、等)

姫路市保健所防疫課 宛 送信してください。

(FAX 079-289-0210) (E-mail hokensho-boeki@city.himeji.lg.jp)

様式 4

R5.5更新

呼吸器系感染症(インフルエンザ/新型コロナ等)集団発生報告票

※ インフルエンザ様症状を発症した方が、のべ10名以上又は全利用者の半数以上となり、かつ、施設内感染が否定できない場合に報告してください。(確定診断の有無は問いません)

※ 施設内への持ち込みのみの場合は報告不要です。

提出書類 様式4・様式2・(場合により様式5)

報告日	年 月 日	施設名			
報告者氏名		報告者職名		TEL	
住所				FAX	
職員数			利用者数		
初発年月日	年 月 日	受診状況	受診者数	人 (内入院数 人)	
主な症状	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他()		診断名	※発生前(1週間以内)の集団活動等	
			行事等		
経過	初発状況、症状、感染拡大防止の対応、囑託医や所管部署への報告等				

集団発生報告日における有症状者ののべ人数(確定診断の有無は問いません)

※施設の利用者・職員の人数と、うち連絡時点で把握している有症状者人数を記入してください。

クラス・部門名称									合計
利用者(人)									
有症状者(人)									
(うち確定診断あり)	()	()	()	()	()	()	()	()	()
(うち入院者)	()	()	()	()	()	()	()	()	()
職員(人)	保育士	調理員	看護職	介護職	事務職	リハ職	清掃員	(その他)	合計
有症状者(人)									
(うち確定診断あり)	()	()	()	()	()	()	()	()	()
(うち入院者)	()	()	()	()	()	()	()	()	()

今後感染拡大防止の為に検討している対策についてご記入ください。

保健所への質問・相談

提出は必要ありませんが状況把握の参考にご使用ください。

R5.5更新

様式5-1

体調不良者(利用者)一覧表 (インフルエンザ/新型コロナ等呼吸器感染症用) 発症日時順に記入してください。

施設名

記入日: 年 月 日

氏名(イニシャル)	性別	年齢	部屋番号	/		/		/		/		/		/		/		/		/		/		/		/		/	
				AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
1																													
2																													
3																													
4																													
5																													
6																													
7																													
8																													
9																													
10																													
11																													
12																													
13																													
14																													
15																													
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													
21																													
22																													
23																													
24																													
25																													
26																													
27																													
28																													
29																													
30																													
計																													

初めて症状が確認されたときは● 診断されたときは△ ひきつづき症状のある場合は○で記録してください。
 通所施設において欠席した場合は欠→ 入所施設において隔離した場合は★→