

感染症発生時における 施設・保健所の対応について

報告について

社会福祉施設等において、感染症・食中毒等が発生した場合は、諏訪保健所（諏訪保健福祉事務所）に報告をお願いします。

（報告基準）

R6. 11月に改正

ア 同一の感染症（食中毒）による死亡者・重篤者が2名（一週間内）。

イ 同一の感染症（食中毒）による患者が累積10名、又は全利用者の半数以上。

ウ 保育所等において、インフルエンザ等で休園対応。

エ その他、異常発生等により施設長が報告を必要と認めた場合。

報告先 FAX 0266－57－2953

相談窓口 感染症対策 0266－57－2927（健康づくり支援課直通）

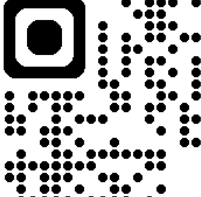
食中毒対策 0266－57－2929（食品・生活衛生課直通）

災害・重大事故等 0266－57－2910（福祉課直通）

感染症報告事例数(実績)

年度	施設種別	(感染症)	(食中毒等)	件数
R6	老人福祉施設	25	1	26
	障がい者福祉施設	3	1	4
	児童福祉施設	17	0	17
	その他社会福祉施設	2	0	2
	社会福祉施設 計	47	2	49
R7.9月末	老人福祉施設	6	0	6
	障がい者福祉施設	3	0	3
	児童福祉施設	1	0	1
	その他社会福祉施設	0	0	0
	社会福祉施設 計	10	0	10

R6. 9末は
感染症 14件
食中毒等 1件
計 15件

[illegible]A square QR code with a black and white pixelated pattern. In the center of the QR code is a small, solid black silhouette of a dinosaur, specifically a T-Rex, facing right. The QR code is framed by a thick black border.

左記該当ページへの
QRコード

感染症等発生時における保健福祉事務所及び市町村社会福祉施設等主管部局への報告用紙 (保育所を除く入所・通所施設用)									
保健福祉事務所受理日時		年 月 日 時 分		受理者		記入例			
別紙「保育所以外の施設における感染症等発生時の報告基準及び記入上の注意」により記入し、速やかに関係機関に報告してください。(特に、※部分に注意してください。)									
報告日: 令和7年10月14日(第1報)									
施設名	諏保の郷			報告者職・氏名	施設長 ○○ □□				
				電 話	02XX - YY - ZZZZ				
施設所在地	岡谷市○○	病名(診断名)が不明の場合、主な症状にチェック							
病名(診断名)※1	インフルエンザ	発生日時※2		R7 年 10 月 14 日 13 時					
主な症状※1	☒ 発熱 ☒ 咳 ☐ 鼻水 ☐ 咽頭痛 ☐ 嘔吐 ☐ 吐き気 ☐ 下痢 ☐ 腹痛 ☐ 発疹 ☐ その他()								
患者等	区分	10月14日13時現在※3 報告日時時点の発症者数(累積の人数ではない)							
発生状況※3	入通所	施設内に居る人数		発症者数※4		入院者数※4		備 考 ※5	
(欄が不足する場合には別紙に記載)	入所	階	部屋	利用者数	発症者数 (aの内数)	新規 発症者数 (aの内数)	発症者のうち 入院者数(b)	新規 入院者数 (bの内数)	
入所者の状況	入所	1	101	4	2		1		A棟 10/13〇〇病院入院
		1	102	4	1				A棟
		1	103	4	1				A棟
		2	201	4	1				C棟
		2	202	4	1				C棟
		2	203	4	2				C棟
	通所								
	小 計			48	8		1		
職員の状況	職 員 (調理従事者は除く)			35	2				A棟2名(介護士)
	調理従事者			8	0				
	小 計			43	2				
	合 計			91	10		1		
喫食の状況	給食 ☐ 無・ ☒ 有 (☒ 施設内調理 ☐ 施設外・関連施設(調理施設名:)) 残食・検食の有無(☒ 有・ ☐ 無)								
受診状況	医療機関名	〇〇病院		担当医師	☐ 〇〇医師				
備考	・嘱託医への報告済みであり、有症状者は個室へ移動。 ・陽性者がいるA、C棟の入所者は10/14から居室対応を開始。清拭対応。 ・陽性者の対応をする職員は固定し、感染防護の上で対応。 ・面会は10/14から中止。 施設の対応等を記載								

別紙

令和6年11月1日
長野県健康福祉部

■報告基準

「社会福祉施設等における感染症発生時等に係る報告について」(平成17年2月22日付け厚生労働省関係局長通知(令和5年4月28日一部改正))に該当した場合、関係機関(市町村及び保健所等)に報告すること。

- 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者又は重篤患者が1週間内に2名以上発生した場合
- 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
- (1)及び(2)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

■記入上の注意

※1 病名(診断名)、主な症状

病名(診断名)が不明な場合には、主な症状をチェックする。

※2 発生日時 報告基準に該当した時点を記入する。

※3 患者等発生状況 報告日時時点の人数を記入する。
0名の場合も「0」と記入する。

※4 発症者数、入院者数

発症者数	当該疾患の症状を発症している者の総数(発症者数≧入院者数)
新規発症者数	発症者数のうち、前回の報告以降に新たに発症した者(第1報の場合には不要)
入院者数	当該疾患による入院者数 <u>当該疾患以外の原因による入院者は含めない。</u>
新規入院者数	入院者数のうち、前回の報告以降に新たに入院した者(第1報の場合には不要)

※5 備考欄 重症者がいる場合、その旨を記入する。

保育所における感染症等発生時の保健福祉事務所及び市町村社会福祉施設等主管部局への報告用紙 (インフルエンザ様疾患を含む)									
保健福祉事務所受理日時		年 月 日 時 分		受理者		記入例			
別紙「保育所における感染症等発生時の報告基準及び記入上の注意」により記入し、速やかに関係機関に報告してください。 (特に、※部分に注意してください。)									
報告日: R7 年 10 月 9 日 (第 1 報)									
保育所(施設)名		課保認定こども園		報告者職・氏名		園長 ○○ □□			
				電 話		02XX - YY - ZZZZ			
保育所(施設)所在地		課訪市○○		病名(診断名)が不明の場合、主な症状にチェック					
病名(診断名)※1		感染性胃腸炎		発生日時※2		R7 年 10 月 9 日 13 時			
主な症状※1		☒ 発熱 ☐ 咳 ☐ 鼻水 ☐ 咽頭痛 ☐ 嘔吐 ☐ 吐き気 ☐ 下痢 ☐ 腹痛 ☐ 発疹 ☐ その他()							
患者等		年 齢		10 月 9 日 13 時現在※3		報告日時点の発症者数(累積の人数ではない)			
発生状況※3		()はクラス名 記載しきれない場合は別に記載		発症者数※4		欠席者数※4		備 考※5	
		在籍者数		発症者数(a) (当該疾患以外 の欠席者を含む)		新規 発症者数 (aの内数)		欠席者数(b) (当該疾患以外 の欠席者は除く)	
園児の状況		3 歳児 (苺)		10		3		3	
		3 歳児 (桃)		9		0		0	
		4 歳児 (梨)		14		0		0	
		4 歳児 (柿)		12		0		0	
		5 歳児 (杏)		13		7		6	
		5 歳児 (梅)		14		0		0	
		歳児 ()							
		歳児 ()							
		小 計		72		10		9	
職員の状況		職 員 (調理従事者は除く)		12		1		1	
		調理従事者		4		0		0	
		小 計		16		1		1	
		合 計		88		11		10	
保育所が行った措置		学級閉鎖		5 歳児 (杏)				10 月 9 日 ~ 10 月 12 日	
				歳児 ()				月 日 ~ 月 日	
				歳児 ()				月 日 ~ 月 日	
		学年閉鎖		歳児				月 日 ~ 月 日	
休園								月 日 ~ 月 日	
喫食の状況		給食 ☐ 無 ☒ 有 (☒ 施設内調理 ☐ 施設外・関連施設(調理施設名:))							
		残食・検査の有無 (☒ 有 ☐ 無)							
備 考		・園児及び市町村担当に発生状況を10/9報告済み。 ・環境消毒はアルコールで実施していたが、次亜塩素酸ナトリウムを薄めたものに変更し、朝と午睡中の2回実施に変更。 ・保護者へは10/9に便りまたはアプリを使用し、医療感染症の流行について周知済み。							

別紙

保育所における感染症等発生時の報告基準及び記入上の注意

令和6年11月1日
長野県県民文化部
長野県健康福祉部

■報告基準

1又は2のどちらかに該当した場合、関係機関(市町村及び保健所等)に報告すること。

- 「社会福祉施設等における感染症発生時等に係る報告について」(平成17年2月22日付け厚生労働省関係局長通知(令和5年4月28日一部改正))に該当した場合。
 - 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者又は重篤患者が1週間内に2名以上発生した場合
 - 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
 - (1)及び(2)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

- インフルエンザ様疾患の場合で、臨時休業(学級閉鎖・学年閉鎖・休園)の対応を行った場合。
 なお、報告以降に新たに臨時休業を追加した場合は再度報告すること(学級閉鎖→学年閉鎖など)。
 (参考)インフルエンザ様疾患とは「38度以上の発熱」かつ「急性呼吸器症状」を示す。
 なお、急性呼吸器症状とは ア)鼻汁もしくは鼻閉、イ)咽頭痛、ウ)咳 のいずれかの症状がある場合を示す。

■記入上の注意

※1 病名(診断名)、主な症状

病名(診断名)が不明な場合には、主な症状にチェックする。

※2 発生日時 報告基準に該当した時点を記入する。

※3 患者等発生状況 報告日時点の人数を記入する。
 0名の場合も「0」と記入する。
 一時保育の場合も含めて記入する。

※4 発症者数、欠席者数

発症者数	当該疾患の「欠席者」+「登園しているが、症状を発症している者」の総数(発症者数≧欠席者数)
新規発症者数	発症者数のうち、前回の報告以降に新たに発症した者(第1報の場合には不要)
欠席者数	当該疾患による欠席者数 <u>忌引、自己都合、外傷等、当該疾患以外の原因による欠席者は含まない。</u>
新規欠席者数	欠席者数のうち、前回の報告以降に新たに欠席した者(第1報の場合には不要)

※5 備考欄

入院するなど重症者がいる場合、その旨を記入する。

保健所からの聞取り

・報告を受理した保健所からは、感染症等の集団発生状況等を踏まえ、対象施設に対して聞取りを行わせていただくことがあります。

(内容)

初発患者の状況、集団中の感染状況(部屋、クラス等における発生時系列等)、感染予防策の対応状況、医療機関との連携状況等

※状況により、発生者の時系列資料や施設図面の提供等をお願いすることがあります。

ご協力をよろしくお願いいたします。