

各 市 町 村 長
各社会福祉施設等経営者 様

北海道保健福祉部長

社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について（通知）

高齢者、乳幼児、障害者等が集団で生活又は利用する社会福祉施設及び介護老人保健施設等（その範囲は別紙のとおり。以下「社会福祉施設等」という。）における感染症等対策の徹底については、これまでも所管の保健所との連携など予防・まん延防止に万全を期すようお願いしているところですが、社会福祉施設等においては、感染症等の発生時における迅速で適切な対応が特に求められております。

つきましては、次のとおり社会福祉施設等において衛生管理の強化を図るとともに、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発生した場合に報告を求めることとしましたので、貴職経営の社会福祉施設等の職員に対して周知徹底を図るようお願いいたします。

なお、北海道社会福祉施設給食管理運営指針（昭和49年6月29日付け民総第1152号）第6の4に定める、給食による事故の措置については、当面の間、本通知により取り扱うこととします。

記

1 社会福祉施設等の対応

（1）体制の確保

社会福祉施設等においては、職員が利用者の健康管理上、感染症や食中毒を疑ったときは、速やかに施設長（管理者を含む。以下同じ。）に報告する体制を整えるとともに、施設長は必要な指示を行うこと。

（2）医師等の対応

社会福祉施設等の医師及び看護職員は、感染症若しくは食中毒の発生又はそれが疑われる状況が生じたときは、施設内において速やかな対応を行わなければならないこと。

また、社会福祉施設等の医師、看護職員その他の職員は、有症者の状態に応じ、協力病院を始めとする地域の医療機関等との連携を図るなど適切な措置を講ずること。

（3）状況及び措置の記録

社会福祉施設等においては、感染症若しくは食中毒の発生又はそれが疑われる状況が生じたときの有症者の状況やそれぞれに講じた措置等を記録すること。

（4）保健所への報告

社会福祉施設等の施設長は、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発生した場合は「感染症等（疑）発生報告票」（別記報告様式1）により、所管の保健所（別添一覧）に報告し、指示を求めるなどの措置を講ずること。

(5) 保健福祉事務所への報告

政令保健所（札幌市保健所、旭川市保健所、市立函館保健所及び小樽市保健所。以下同じ。）所管区域に所在する社会福祉施設等（道が指導監督の権限を有するものに限る。）の施設長は、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発生した場合には、指導監督権限を有する保健福祉事務所の各担当課に対しても、「感染症等（疑）発生報告票」（別記報告様式1）により、当該感染症等が終息したときには「感染症等終息報告票」（別記報告様式2）により、報告すること。

(6) 検体の確保

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発生した社会福祉施設等においては、その原因の究明に資するため、当該患者の診察医等と連携の上、血液、便、吐物等の検体を確保するよう努めること。

(7) 日常の対応

社会福祉施設等においては、日頃から、感染症又は食中毒の発生又はまん延を防止する観点から、職員の健康管理を徹底し、職員や来訪者の健康状態によっては利用者との接触を制限する等の措置を講ずるとともに、職員及び利用者に対して手洗いやうがいを励行するなど衛生教育の徹底を図ること。

また、年1回以上職員を対象として衛生管理に関する研修を行うこと。

2 その他の留意事項

医師が、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年10月2日法律第114号）、結核予防法（昭和26年3月31日法律第96号）又は食品衛生法（昭和22年12月24日法律第233号）の届出基準に該当する患者又はその疑いがある者を診断した場合には、これらの法律に基づき保健所等への届出を行う必要があるので、留意すること。

連絡先	地域福祉課法人運営グループ（担当：黒滝）
	TEL 011-231-4111(内25-623) FAX 011-232-7452
	疾病対策課感染症グループ（担当：菊池）
	TEL 011-231-4111(内25-415) FAX 011-232-8216
	食品衛生課食品安全グループ（担当：玉置）
	TEL 011-231-4111(内25-518) FAX 011-232-2013

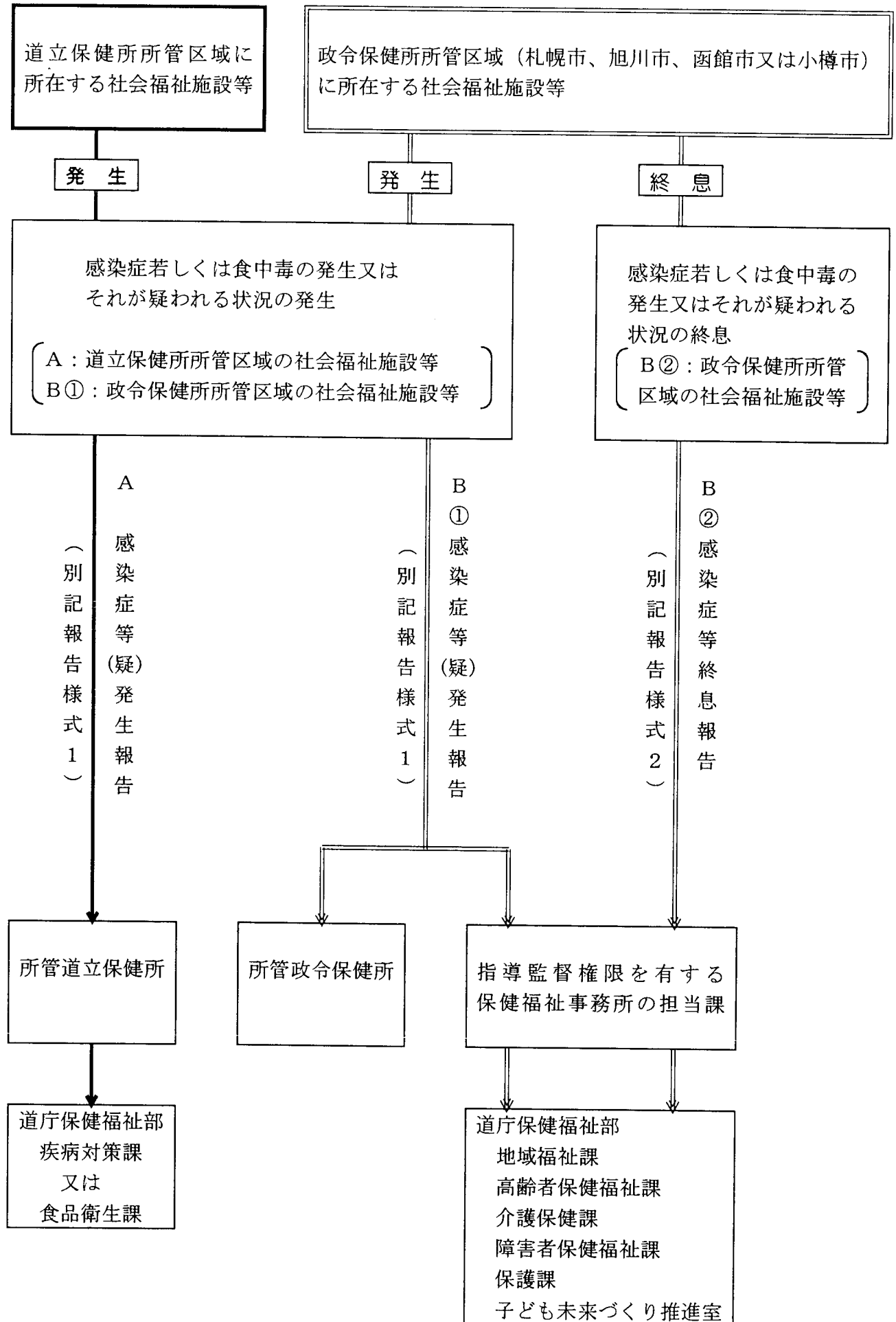
	疾病対策課精神保健福祉グループ
	高齢者保健福祉課計画推進グループ
	介護保険課指導グループ
	障害者保健福祉課支援費基盤グループ
	保護課生活保護グループ
	子ども未来づくり推進室子育て支援グループ
	同 自立支援グループ

対象となる社会福祉施設等

施設等区分
【介護・老人関係施設等】
養護老人ホーム
特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)
軽費老人ホーム(特定施設入所者生活介護事業所を含む)
老人デイサービスセンター(老人通所介護事業所)
老人短期入所施設(短期入所生活介護事業所)
老人福祉センター
認知症グループホーム
生活支援ハウス
有料老人ホーム(特定施設入所者生活介護事業所を含む)
介護老人保健施設
通所リハビリテーション事業所(介護老人保健施設併設に限る)
短期入所療養介護事業所(介護老人保健施設併設に限る)
【生活保護施設】
救護施設
更生施設
授産施設
宿泊提供施設
【児童・婦人関係施設】
助産施設
乳児院
母子生活支援施設
保育所(へき地保育所・季節保育所を含む)
児童厚生施設
児童養護施設
情緒障害児短期治療施設
児童自立支援施設
児童家庭支援センター
児童相談所一時保護所
婦人保護施設
婦人相談所一時保護所
【障害関係施設】
身体障害者更生施設
身体障害者療護施設
身体障害者福祉ホーム
身体障害者授産施設(通所・小規模含む)
身体障害者福祉工場
身体障害者福祉センター
盲導犬訓練施設
身体障害者デイサービス事業所
身体障害者短期入所事業所
盲人ホーム
知的障害者更生施設
知的障害者授産施設(通所・小規模含む)
知的障害者通勤寮
知的障害者福祉ホーム
知的障害者デイサービスセンター
知的障害者デイサービス事業所
知的障害者短期入所事業所
知的障害者グループホーム
知的障害者福祉工場
心身障害者共同作業所
知的障害児施設
第一種自閉症児施設

第二種自閉症児施設
盲ろうあ児施設
難聴幼児通園施設
肢体不自由児施設
肢体不自由児通園施設
肢体不自由児療護施設
重症心身障害児施設
児童デイサービス事業所
児童短期入所事業所
重症心身障害児（者）通園事業所
精神障害者社会復帰施設（精神障害者短期入所事業を行う施設も含む）
精神障害者グループホーム
精神障害者共同住居
精神障害者共同作業所
【その他の施設】
母子福祉センター
社会事業授産施設
無料定額宿泊所
生活館

<社会福祉施設等における感染症等(疑)発生(終息)報告ルート>



(別記報告様式1)

感染症等（疑）発生報告票

①報告年月日	平成 年 月 日 () 時 分現在		
②施設等の名称 (種別)	()		
③電話番号 (FAX)	- - (FAX - -)		
④報告者	職名		氏名
⑤診断名	感染症（疑）の内容		
⑥患者	※別紙系氏に言記載		
⑦施設等の概要	所在地		
	入所者数等	定員	名 (現員 名)
	職員数等	職員 (うち調理員)	名 (名・ 外部委託)
⑧症状・経過			
⑨治療状況			
⑩対応			
⑪備考	※調理員等給食担当職員が外部委託の場合は、業者名等を記載		

(感染症等(疑)発生報告票-別紙)

番号	患者氏名等			発症日	症状	入院の有無
1	氏名(性別、区分)	(男・女、入所者等・職員)		/	吐気・嘔吐・腹痛	有・無
	生年月日(年齢)	M・T・S・H	年 月 日(満 歳)		下痢・発熱・その他	/
2	氏名(性別、区分)	(男・女、入所者等・職員)		/	吐気・嘔吐・腹痛	有・無
	生年月日(年齢)	M・T・S・H	年 月 日(満 歳)		下痢・発熱・その他	/
3	氏名(性別、区分)	(男・女、入所者等・職員)		/	吐気・嘔吐・腹痛	有・無
	生年月日(年齢)	M・T・S・H	年 月 日(満 歳)		下痢・発熱・その他	/
4	氏名(性別、区分)	(男・女、入所者等・職員)		/	吐気・嘔吐・腹痛	有・無
	生年月日(年齢)	M・T・S・H	年 月 日(満 歳)		下痢・発熱・その他	/
5	氏名(性別、区分)	(男・女、入所者等・職員)		/	吐気・嘔吐・腹痛	有・無
	生年月日(年齢)	M・T・S・H	年 月 日(満 歳)		下痢・発熱・その他	/
6	氏名(性別、区分)	(男・女、入所者等・職員)		/	吐気・嘔吐・腹痛	有・無
	生年月日(年齢)	M・T・S・H	年 月 日(満 歳)		下痢・発熱・その他	/
7	氏名(性別、区分)	(男・女、入所者等・職員)		/	吐気・嘔吐・腹痛	有・無
	生年月日(年齢)	M・T・S・H	年 月 日(満 歳)		下痢・発熱・その他	/
8	氏名(性別、区分)	(男・女、入所者等・職員)		/	吐気・嘔吐・腹痛	有・無
	生年月日(年齢)	M・T・S・H	年 月 日(満 歳)		下痢・発熱・その他	/
9	氏名(性別、区分)	(男・女、入所者等・職員)		/	吐気・嘔吐・腹痛	有・無
	生年月日(年齢)	M・T・S・H	年 月 日(満 歳)		下痢・発熱・その他	/
10	氏名(性別、区分)	(男・女、入所者等・職員)		/	吐気・嘔吐・腹痛	有・無
	生年月日(年齢)	M・T・S・H	年 月 日(満 歳)		下痢・発熱・その他	/
11	氏名(性別、区分)	(男・女、入所者等・職員)		/	吐気・嘔吐・腹痛	有・無
	生年月日(年齢)	M・T・S・H	年 月 日(満 歳)		下痢・発熱・その他	/
12	氏名(性別、区分)	(男・女、入所者等・職員)		/	吐気・嘔吐・腹痛	有・無
	生年月日(年齢)	M・T・S・H	年 月 日(満 歳)		下痢・発熱・その他	/
13	氏名(性別、区分)	(男・女、入所者等・職員)		/	吐気・嘔吐・腹痛	有・無
	生年月日(年齢)	M・T・S・H	年 月 日(満 歳)		下痢・発熱・その他	/
14	氏名(性別、区分)	(男・女、入所者等・職員)		/	吐気・嘔吐・腹痛	有・無
	生年月日(年齢)	M・T・S・H	年 月 日(満 歳)		下痢・発熱・その他	/
15	氏名(性別、区分)	(男・女、入所者等・職員)		/	吐気・嘔吐・腹痛	有・無
	生年月日(年齢)	M・T・S・H	年 月 日(満 歳)		下痢・発熱・その他	/

感染症等終息報告票

①報告年月日	平成 年 月 日 ()		
②施設等の名称 (種別)	()		
③電話番号 (FAX)	- - (FAX - -)		
④報告者	職名		氏名
⑤疾患名			
⑥患者発生状況	入所者数等	定員 名 (現員 名 : うち患者数 名)	
	職員数等	職員 名 (うち患者数 名)	
⑦発生年月日	平成 年 月 日 ()		
⑧終息年月日	平成 年 月 日 () 所管保健所から連絡		
⑨発生(感染)原因 (推定含む。)	・素手で汚物処理 ・職員による媒介 ・共同空間での嘔吐等 ・消毒の不備 ・有症者との接触 ・不明 ・その他(具体的な発生又は感染原因) ()		
⑩所管保健所からの指示・指導事項			
⑪施設の対応			
⑫備考			