施設調査票　**（　施設・事業所　⇒　保健所　）**　　　　　　　　令和４年１２月２６日記載

保健所から聞き取りを行いますので、以下にご記入いただき、保健所にFAXまたはメールで、至急、ご提出ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | 施設種別：特別養護老人ホーム　〇〇園 | 担当者 | 保健所との連絡窓口となる職員氏名：○○　　　　　　　役職：事務長 |
| 住所(電話) | ※赤枠の項目以外は、平時の対応を記載する項目のため、平時から記載をお願いします。患者発生時には赤枠の項目のみ記載するようにしておくことで、速やかに報告でき、保健所との情報共有がより円滑に行えます。〇〇市〇〇―〇 TEL（ 〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇○○ ）緊急時連絡先（〇〇○○-○○-〇○○〇） |
| 施設概要 | 【施設情報】　□平屋　　　□（　　　）階建　　　　個室（　有 〔□全室個室　　□一部のみ個室〕・ 無　）　【従業員情報】　　　　　□従業員数

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 合計 | 正規 | パート | 陽性者 | 内訳 |
| 看護職 | *２*人 | *２* | *０* | *０* | 看護師　 人 　准看護師 　人 |
| 介護職 | *５*人 | *５* | *０* | *１* | 介護職員*１*人　看護助手 　 人 |
| リハ職員 | *０*人 | *０* | *０* | *０* | PT　 人　OT　 人　ST　 人 |
| その他 (事務等) | *３*人 | *２* | *１* | *０* |  |
| 合計 | *１０*人 | *９* | *１* | *１* | － |

□職員のフロア間の交差（　有 ・ 無　）□職員の他施設間の出入りや兼務状況（　有 〔施設名：　　　　　　　　　　　　　 　　　〕・ 無　）□職員が濃厚接触者になった場合の出勤（　自宅待機 ・ 検査陰性なら出勤可 ・ その他〔　 　 　〕）【利用者情報】□利用者数　合計　　　*１４*人　(　1日平均利用者数：　　*１４*人　)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス/ユニット別に記載 | 利用者合計 | 陽性者 |
|  | 寝たきり | 透析 | 酸素投与 | 吸引 | ワクチン未接種 | その他 |  |
| *北* | *７*人 |  | *1* |  |  | *１* |  | *０* |
| *南* | *７*人 |  |  |  |  |  |  | *２* |
|  | 人 |  |  |  |  |  | 免疫抑制剤を使用している等、気になる利用者がいる場合は記載。保健所からの聞き取り時に詳細を報告。 |  |
|  | 人 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 人 |  |  |  |  |  |  |  |

□利用者の他施設利用　(　有 〔施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕・ 無　)↳有の場合：□利用他施設へのコロナ患者発生報告（　済 ・ 未　） |
| 平時の施設の状況 | 【利用者の健康管理】□健康観察の回数（１日　*３*回/ 朝 ・ 昼 ・ 夕・ 他〔　　　 　　　〕）□計測項目（　体温 ・ 血圧 ・ SpO2 ・ 症状 ・ 食事量 ・ その他〔　*水分量*　　〕）【基本的な感染対策】□利用者のマスク着用（ 有 ・ 一部有 ・無 ）□面　　会（　有 ・ 無 ・ その他〔　　　　　　〕） □換　　気（　有 ・ 無　）□入所者の外出（　有 ・ 無 ・ その他〔　　　　　　〕）　□窓の開閉（常時・時間：〔*１時間毎*〕）【環境消毒・清掃】□日々の共有物等の消毒（　有 ・ 無　）　　□消毒方法（　拭き取り ・ 噴霧 ・ その他〔　 　 〕）□消毒場所（　ドアノブ ・ トイレ ・ テーブル ・ 椅子 ・ 車椅子 ・ 手すり ・ その他〔　 　　〕）□消毒薬剤（　アルコール　*75*　% ・ 次亜塩素酸Na　　 　％ ・ その他〔　　　　　　　　〕）商品の側面等を確認。不明な場合は保健所からの聞き取り時に報告。□清掃（　清掃業者に委託 ・ 自施設職員 ・ その他〔　　　　　　　　　　　〕）【食事】□食事前後の机等の消毒（　有 ・ 無　）　　□食事介助（　有 ・ 無　）　□換気（　有 ・ 無　）□標準防護（　マスク ・ フェイスシールド ・ ガウン/エプロン ・ 手袋　）□標準防護の交換頻度（　利用者ごと ・ その他〔　*手袋のみ利用者ごとに交換*　〕）□食事の場（　居室 ・ 食堂 ・ その他〔　 　　　　　 　　 　　　〕）↳食事の場が「居室」以外の場合は以下記載　□テーブル（*４*人掛け *４*人使用）　　　　　 □座席の指定（　有 ・ 無　）□職員と入所者が一緒に飲食（　有 ・ 無　） □パーテーション（　有 ・ 無　）【入浴】□入 浴（　個浴 ・ 集団　）　　　　　　□入浴介助（　有 ・ 無　）　　　　　 　選択肢以外の防護具の使用があれば、保健所からの聞き取り時に報告。□標準防護（　マスク ・ フェイスシールド ・ ガウン/エプロン　）□標準防護の交換頻度（　利用者ごと ・ その他〔　　*交換なし*　　〕）【その他介助・ケア】□オムツ交換：標準防護（　マスク ・ フェイスシールド ・ ガウン/エプロン ・ 手袋　）　　　　　　標準防護の交換頻度（　利用者ごと ・ その他〔　　　　　　 　　 　　〕）□吸引：標準防護（　N95マスク ・ サージカルマスク・フェイスシールド ・ ガウン/エプロン ・ 手袋　）　　　　　　標準防護の交換頻度（　利用者ごと ・ その他〔　　　　　　　 　　　　　　〕）【施設内活動・共有の場】□レクリエーション活動（　有〔最終活動日：　*12月24日*〕 ・ 無　）　↳有の場合：□活動内容（　*クリスマス会で職員、利用者でケーキを食べた後、カラオケをした。*　）　　□共有の場（　ホール ・ リハビリ室 ・ その他〔　　　　　　　　　　　 　　　〕）【物品の備蓄】※在庫欄に、〇×や大まかな備蓄数（約〇枚や段ボール〇箱分）を記載

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 在庫※ |  | 在庫※ |
| N95マスク | × | キャップ | 〇 |
| サージカルマスク | 〇 | 抗原検査キット | 約50個 |
| 手袋 | 〇 | アルコール消毒液 | 〇 |
| フェイスシールド・ゴーグル | 〇 | パルスオキシメーター | ２個 |
| ガウン | 〇 |

□物品購入（　可能 ・ 困難 ・ 系列施設からの支援 ・ その他〔　　　　　 　　　　　〕） |
| 【通所サービス等で送迎がある場合に記入】□車内の換気（　有 ・ 無　）　　　　□マスク着用（ 有 ・ 一部有 ・無 ）□座席の指定（　有 ・ 無　） 　　□平均同乗者（　約　　　人　） |
| 平時の職員状況 | 【全般】□健康観察（　自己管理 ・ 管理者が集約 ・ その他〔　　　　　　　　　　　　　　　　　〕）□マスク（　サージカルマスク ・ 指定なし ・ その他〔　　　　　　　〕）□系列施設からの応援：（　可 ・ 不可　）大まかな広さ。【休憩室】（　有 ・ 無　）□広さ（　*１０*畳程度 ）　　　 □同時利用人数（ 平均　　*４*人 ）　□換気（　有 ・ 無　）□人との間隔（ 約 *１.５*ｍ ） 　□使用前後の消毒（　有 ・ 無　）　 □黙食（　有 ・ 無　）大まかな間隔。□休憩中のマスク着用（　有 ・ 無　） □共有寝具（　有 ・ 無　）【更衣室】（ 有　・　無 ）□広さ（　　*８*畳程度 ） □同時利用人数（ 平均　　*４*人 ） □換気（　有 ・ 無　）【喫煙室】（　有 ・ 無　）□喫煙場所（　屋外 ・ 屋内　）□人数制限（ 有 ・ 無 ）　□同時利用人数（ 平均　　*２*人 ） |
| 検査その他 | □接触者等の検査（ PCR ・ 抗原定性 ・ その他〔 　　　 〕）　　 １２月２７日（職員：　*９*人、入所者：　*１２*人、通所者：　*０*人）□感染症に関する自施設の対応マニュアル（ 有 ・ 無 ）□通所サービス閉鎖予定（ 有 〔期間　 　/　 　～　 　/　 　〕・ 無　） |
| 陽性者一覧※患者発　生順（診断日順）に記載 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | 属性（職員/入所者等） | 性別 | 年齢通所者サービスがない場合は無を選択。 | 発症日 | 診断日 | ワクチン接種回数 | 最終出勤（利用日）日 |
| *〇〇　太郎* | *職員* | *男* | *35* | *12/25* | *12/26* | *３回* | *12/24* |
| *○○　花子* | *南入所者* | *女* | *80* | *12/26* | *12/26* | *４回* |  |
| *○○　一郎* | *南入所者* | *男* | *75* | *12/26* | *12/26* | *４回*陽性利用者が入所中の場合、最終利用日は記載不要。 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| その他（連絡事項） | *陽性の利用者が39℃の熱があり、食事・水分の摂取も困難なため、早めの入院調整をお願いしたい。**N95マスクの購入方法や使い方、患者を個室に動かした方が良いのか等、感染対策を教えていただきたい。*保健所に伝えたいこと、確認したいこと等があれば記載。 |

入所者の場合、利用日は記載不要。