

社会福祉施設等における感染症・食中毒等対策

(大阪府等への報告フロー図)

社会福祉施設等

(1) 平素の観察

乳幼児、認知症高齢者、重度の知的障害者は自己の意思表示が困難なことから、常に入所者の顔色、食欲、睡眠、排便、表情、行動、検温等に注意し、異常がないか観察に努める。

(2) 本人の訴え・症状の確認

軟便、下痢、嘔吐、発熱、腹痛等を本人が訴え、または症状が確認できた場合

- ・看護師等の専門職がいる場合は相談
- ・施設長に必要な事項の報告
- ・医療機関への受診（職員が付添い）
深夜等で責任者不在の場合は担当者の判断で医療機関に受診（・保健所への相談）

(3) 報告・連絡などの措置

- ◎具体的な対応は、保健所と医療機関の指示に従う（次頁「保健所による調査に必要な資料例」参照）
- ◎利用者の不安軽減・解消に努める
- ◎患者及び施設関係者等のプライバシー・個人情報保護と人権尊重に努める
- ◎速やかに保護者、近親者等への連絡を行う

④報告

⑦報告

大阪府または市町村の施設等担当所属

医療機関

○緊急時に備えて協力病院を確保しておく。

◇昼間
協力病院または近隣病院

◇夜間・休日
協力病院または救急指定病院

感染症・食中毒の診断

①受診

診断・助言

②相談

⑤調査

⑥届出

③報告

⑦報告

連携

大阪府または政令市・中核市の管轄保健所

「報告③④」の判断目安

〔厚生労働省からの平成17年2月22日付け通知による〕

社会福祉施設等の施設長は、次のア、イ又はウの場合は、市町村等の社会福祉施設等主管部局に迅速に、感染症又は食中毒が疑われる者等の人数、症状、対応状況等を報告するとともに、併せて保健所に報告し、指示を求めるなどの措置を講ずること。

ア 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

イ 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

ウ ア及びイ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

①受診・・・疑いがある入所者等がいる場合は、医療機関に受診させる。

②相談・・・上記「判断目安」に該当する場合などは、診断結果を待つことなく、医療機関への受診と並行して保健所へ適宜相談する。

③報告・・・厚生労働省の判断基準に基づき、これに合致する場合は、管轄の保健所へ別添報告書「様式1」により報告する。

④報告・・・③と並行して大阪府や市町村の施設等担当所属へ別添報告書「様式1」により報告する。（※夜間休日など連絡がつかない場合は③の報告を優先すること。）

⑤調査・・・保健所の調査に協力する。次頁「調査に必要な資料例」を参照のこと。

⑥届出・・・感染症や食中毒と診断された場合は、医療機関から法令に基づき適宜届出がなされる。ただし、社会福祉施設等はこれにかかわらず③④の報告が必要。

⑦報告・・・事態が収束した時点で、保健所と協議の上別添報告書「様式2」を作成し、大阪府や市町村の施設等担当所属及び保健所に報告する。

保健所による調査に必要な資料例

- ・施設の平面図（現在の平面図に有症者を記入）
- ・施設の在籍者数（部屋別・職員数）
- ・平時の欠席状況（入所者等および職員について）
- ・最近 2 週間の施設内外の行事
(夏場にはプールの利用状況など)
- ・有症者情報(有症者の通院・入院状況)
(部屋別有症者数、欠席状況、職員の有症者数)
- ・献立表（過去 2 週間程度）
- ・使用水の状況（水道水か井戸水か、最近の検査結果）
- ・有症者の糞便・吐物の確保
(二重のビニール袋に取り、紙袋等不透明なものに収納外袋に氏名、
採取年月日、採取後の保管状況等を記載)
- ・調理従事者の状況（発症状況、直近の検便結果）

【大阪府健康福祉部施設等担当課連絡先一覧】

平成18年4月現在

(担当課等：上段/所管施設等：下段)	電話番号	FAX番号
医務・福祉指導室 法人指導課 指導・監査グループ 社会福祉法人が運営する介護保険通所介護（※1）、短期入所生活介護（※1）	06-6944-7084	06-6944-1982
医務・福祉指導室 事業者指導課 指導グループ 社会福祉法人以外が運営する介護保険通所介護（※1）、短期入所生活介護（※1）	06-6944-7202	06-6910-7090
障害保健福祉室 自立支援課 社会参加支援グループ 盲導犬訓練施設、盲人ホーム	06-4790-0170	06-6942-7215
障害保健福祉室 地域生活支援課 地域サービス支援グループ 障害者グループホーム（共同生活援助事業、共同生活介護事業、身体障害者地域生活支援事業） ※上記に加え、平成18年10月以降は、ケアホーム共同生活介護事業、地域活動支援センター（I型）	06-6944-2367	06-6944-2237
障害保健福祉室 地域生活支援課 在宅サービス支援グループ 居宅支援デイサービス（平成18年10月以降は、地域活動支援センター（II型）に移行）・短期入所事業	06-6944-6671	06-6944-2237
障害保健福祉室 施設福祉課 施設指導グループ 身体障害者更生援護施設、知的障害者援護施設、障害児施設、身体障害者福祉作業所 知的障害者福祉作業所、精神障害者社会復帰施設、精神障害者福祉作業所 ※上記に加え、平成18年10月以降は、生活介護、療養介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援の各事業及び地域活動支援センター（III型）	06-6944-2295	06-6944-6674
高齢介護室 施設課 施設指導グループ 養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウス、有料老人ホーム、介護老人保健施設（※2）	06-6944-2675	06-6944-6670
児童家庭室 家庭支援課 育成グループ 相談機関・一時保護所、児童自立支援施設、児童養護施設、情緒障害児短期治療施設、乳児院	06-6944-6676	06-6944-6680
児童家庭室 家庭支援課 家庭福祉グループ 婦人保護施設、相談機関・一時保護所、母子生活支援施設	06-6944-6678	06-6944-6680
児童家庭室 子育て支援課 子育て推進グループ 児童厚生施設（児童館）、認可外保育施設等	06-6944-3790	06-6944-3052
児童家庭室 子育て支援課 保育指導グループ 地域子育て支援センター（保育所：報告等は市町村の担当課経由となります。）	06-6944-6984	06-6944-3052
社会援護課 社会援護グループ 救護施設、無料低額宿泊所	06-6944-6665	06-6941-0227

- ※市町村の担当課については各施設で最新のデータをご確認くださいようお願いいたします。
 （また上記についても平成18年4月現在のものでありますので、各施設では最新のデータを常備するようにしてください）
 （※1）認知症対応型通所介護などの地域密着型サービスについては、市町村の担当課が連絡先となります。
 （※2）介護老人保健施設のうち、大阪市、堺市、東大阪市、高槻市に所在の施設は、それぞれの市の担当課が連絡先となります。
 （※3）大阪市、堺市、東大阪市、高槻市が所管する法人の運営する特別養護老人ホーム等については、それぞれの市にも報告してください。

【保健所連絡先一覧】

保健所名	電話番号	FAX番号
池田保健所	072-751-2990	072-751-3234
豊中保健所	06-6849-1721	06-6846-2510
吹田保健所	06-6339-2225	06-6339-2058
茨木保健所	072-624-4668	072-623-6856
枚方保健所	072-845-3151	072-845-0685
寝屋川保健所	072-829-7771	072-838-1152
守口保健所	06-6993-3131	06-6993-3136

保健所名	電話番号	FAX番号
四條畷保健所	072-878-1021	072-876-4484
八尾保健所	0729-94-0661	0729-22-4965
藤井寺保健所	0729-55-4181	0729-39-6479
富田林保健所	0721-23-2681	0721-24-7940
和泉保健所	0725-41-1342	0725-43-9136
岸和田保健所	0724-22-5681	0724-22-7501
泉佐野保健所	0724-62-7701	0724-62-5426

【大阪市】

感染症について		食品について	
支援運営課	運営担当	地域保健福祉課	生活環境担当 (北・中央は生活環境課)
電話番号	FAX 番号	電話番号	FAX 番号

各区保健福祉センター				
北区	06-6313-9882	06-6362-1099	06-6313-9973	06-6362-3823
都島区	06-6882-9882	06-6925-3972	06-6882-9973	06-6925-3972
福島区	06-6464-9882	06-6464-3723	06-6464-9973	06-6464-3723
此花区	06-6466-9882	06-6463-1606	06-6466-9973	06-6462-2942
中央区	06-6267-9882	06-6267-0998	06-6267-9973	06-6267-0998
西区	06-6532-9882	06-6532-6246	06-6532-9973	06-6532-6246
港区	06-6576-9882	06-6571-7493	06-6576-9973	06-6572-9514
大正区	06-4394-9882	06-6554-7153	06-4394-9973	06-6554-7153
天王寺区	06-6774-9882	06-6772-4906	06-6774-9973	06-6772-0308
浪速区	06-6647-9882	06-6644-1937	06-6647-9973	06-6644-1937
西淀川区	06-6478-9882	06-6477-1649	06-6478-9973	06-6477-1649
淀川区	06-6308-9882	06-6303-6745	06-6308-9973	06-6303-6745
東淀川区	06-4809-9882	06-6327-3462	06-4809-9973	06-6327-3462
東成区	06-6977-9882	06-6972-2781	06-6977-9973	06-6972-9154
生野区	06-6715-9882	06-6712-0652	06-6715-9973	06-6712-0652
旭区	06-6957-9882	06-6954-9183	06-6957-9973	06-6954-9183
城東区	06-6930-9882	06-6932-0979	06-6930-9973	06-6930-0492
鶴見区	06-6915-9882	06-6913-8140	06-6915-9973	06-6913-8140
阿倍野区	06-6622-9882	06-6629-1349	06-6622-9973	06-6629-1349
住之江区	06-6682-9882	06-6673-0220	06-6682-9973	06-6686-2040
住吉区	06-6694-9882	06-6694-6125	06-6694-9973	06-6694-6125
東住吉区	06-4399-9882	06-6629-1265	06-4399-9973	06-6629-1265
平野区	06-4302-9882	06-6702-4315	06-4302-9973	06-4302-9943
西成区	06-6659-9882	06-6659-9085	06-6659-9973	06-6659-9085
大阪市保健所	感染症対策課		食品衛生監視課	
	06-6647-0656	06-6647-1029	06-6647-0743	06-6647-0803

【堺市】

保健所名	電話番号	FAX 番号
堺市保健所	072-222-9925	072-222-1406
時間外・土・休日	072-233-1101	

【東大阪市】

保健所名	電話番号	FAX 番号
東大阪市保健所	0729-60-3803	0729-60-3807
時間外・土・休日	06-4309-3000	

【高槻市】

保健所名	電話番号	FAX 番号
高槻市保健所	072-661-9333	072-661-1800

様式1 感染症及び食中毒の発生（疑いを含む）について（報告）

◎発生の疑いを含む第一報の段階から本様式によりご報告ください。

1/2

		年	月	日	時	分	現在状況		
報告者	(施設名)						(担当者)		
受付者	(所属部課)						(担当者)		
報告発信時間	月	日	時	分	報告受領時間	月	日	時	分

(※以下の太線内を可能な範囲でご記入ください。)

1	施設概要	(施設名) (施設種別) (所在地) (電話) (定員) 人 (現員) 人	(施設長名) 年 月 日 現在)
2	発生確認日 時	年 月 日 () 時 分	
3	患者数	[入所者] 人 (うち入院者 人) [通所者] 人 (うち入院者 人) [職員] 人 (うち入院者 人)	(月 日) (時 分) 現在
4	入院先 ・通院先	(病院名) (所在地) (電 話) ・付添看護の必要 有 無	
5	担当保健所	(保健所名) (担当者名)	
6	発生の経緯 (発見の端緒、感染経路、症状など)		
7	発生原因 (菌名及び食品名)		

8	発症者の 主な症状と 受診状況 (わかれば 抗生剤な ど)		
9	施設側の 措置・対応 (項目を○ で囲む)	給 食	継続 献立変更 自粛 中止
		施設閉鎖の検討	有 無
		施設運営内容の 変更	有 無 (変更内容)
		職員の担当業務 への変更	有 無 (変更内容)
		利用者措置機関 への連絡	有 無 (月 日 時 分) (担当者所属氏名)
10	その他参考 事項 (保健所・ 医療機関の 措置・指示 など)		
		施設長等の緊急 連絡先	電 話 () 職・氏名

(※1) 入院先の病院が多岐にわたる場合など、この様式に記載内容が納まらない場合には、適宜別紙に記入すること

(※2) 第2回目以降の報告については、前回までの報告との変更点のみの記入で可

様式2 感染症及び食中毒の発生に関する最終報告について

		年 月 日
報告者	(施設名等)	(担当者)
受付者	(所属部課)	(担当者)

1	施設名	
2	終結確認日	年 月 日 ()
3	終結と判断した根拠・状況について	<p>(事案の概要)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・期 間： 年 月 日 () ~ 年 月 日 () ・人 数： 人 (期間中の有症者数の累計) ・原 因：
4	今後施設として行う予定の改善・対策	