

社会福祉施設等における感染症等終息報告書

連絡者職・氏名	施設長 ○○ ○○	報告年月日	令和○年1月26日(○)
法人名	社会福祉法人 ○ ○ ○ 福祉会	電話	○○○○-○○-○○○○
施設名・施設種別	特別養護老人ホーム ○ ○ ○ ○ 荘	FAX	○○○○-○○-○○○○
施設住所	福島市○○○○○○		

疾患名	ノロウイルス		
患者発生状況	入所者数等	定員 50 名 (現員 50 名)	うち患者 12 名、死亡 0 名
	職員数等	職員 20 名	うち患者 3 名、死亡 0 名
発生日	令和 ○ 年 1 月 20 日 ( ○ )		
終息年月日	令和 ○ 年 1 月 26 日 ( ○ )		
発生(感染)原因	<input type="checkbox"/> 汚物処理 <input type="checkbox"/> 職員による媒介 <input type="checkbox"/> 共同空間での利用者による媒介 <input checked="" type="checkbox"/> 消毒の不備 <input type="checkbox"/> 有症者との接触 <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> その他(具体的な発生又は感染原因) 食堂で嘔吐された利用者に対し、感染症を疑う意識が低く、衣類や食堂の消毒を適切に行うことができなかった。		
保健所からの指示・指導事項及び日時	(記載しきれない場合は、別紙でも可。) ・1月21日、保健所による実地指導。 消毒方法、汚物等の処理、有症状者への介助に当たっての注意点等指導。		
患者の状態及び施設の対応状況	(患者の状態及び施設における対応の経過について、時系列で記載願います。別紙でも可。) ・1月20日、利用者に嘔吐・下痢症状がみられる。それ以降、複数の入所者及び職員の嘔吐・下痢症状がみられた。感染症を疑う利用者については、隔離対応を行った。 ・1月21日、感染症対策委員会を実施、感染症対策を再度施設内職員で確認、消毒の徹底を図るとともに、通所受入れ制限及び面会制限を行い、拡大防止に努める。 ・1月21日時点、利用者12名、職員3名の罹患をピークにその後有症状者減少。 ・1月23日時点において、下痢・嘔吐等の症状なくなる。隔離を継続し経過観察。 ・下痢・嘔吐の発症者ないため、1月26日より患者を元の居室に移動。通常体制に戻る。		
改善策	・感染症マニュアルの見直しを行い、周知徹底を図った。 ・全職員に感染症対策の研修を行い、改訂版感染症マニュアルを配布した。 ・職員及び同居家族の健康状態を確認した。 ・日常的に施設内の消毒を次亜塩素酸ナトリウムにより行うことを徹底する。 ・通所受入れ時の本人及び同居家族の感染症罹患確認を徹底する。		
その他参考となる事項			
※添付書類	感染者名簿、職員会議録及び感染症対策マニュアル(見直しを行った場合)		

※ 上記終息年月日をもって終息と判断した根拠資料として、終息日(及びその前後)の感染者名簿を添付すること。