

高齢者等入所系施設における新型コロナウイルス感染症 5類移行後の対応に関する研修会

(ZOOMウェビナーによるオンライン研修)

日時：令和5年5月17日（水）14:30～15:30

岡山市保健所感染症対策課

講演目次

1.陽性者発生時の保健所への報告について

保健技師 大内山清香

2.施設における感染対策・医療提供体制の確保等について

保健技師 大元寿馬

1.陽性者発生時の保健所への報告について

(1) 施設で陽性者が発生した時の流れ ～5月7日まで～

(2) 施設で陽性者が発生した時の流れ ～5月8日以降～

(3) 提出方法および、各種提出様式

1-(1)施設で陽性者が発生した時の流れ ～5月7日まで～

①施設職員、入所者問わず1名以上の陽性が判明



速やかに

②保健所感染症対策課へ

『施設等連絡票（第1報）』と、
陽性者が入所者の場合
『基本情報チェックシート』を提出
所管課へ『事故報告書』を提出



③陽性者が発生するたびに
保健所感染症対策課へ

『施設等連絡票（続報）』を提出
(施設職員、入所者問わず)

施設等連絡票（第1報）

岡山市保健所感染症対策課感染症対策係		FAX 086-803-1713	
		e-mail coronataisaku@city.okayama.lg.jp	
新型コロナウイルス感染症 施設等連絡票			第1報
報告日	月	日	時
報告者			R4.9.2Ver
施設名			
施設住所			
電話番号			
FAX番号			
施設責任者氏名			
連絡窓口担当者			
施設の種別			

基本情報チェックシート

FAX 086-803-1713		県NO.	(市内NO.)
e-mail coronataisaku@city.okayama.lg.jp		施設入所者のための基本情報チェックシート	
記載者:		施設名:	
記載日:		※施設の方は、オレンジと緑のセルを入力してください（業務逼迫の場合、緑のセルの省略も可能ですが、受診や入院を希望される場合は必須項目となります。）	
(フリガナ)		性別	
氏名			
住所		家族構成	
生年月日	(年齢)	歳	
身長・体重	cm /	kg	BMI= ※30以上→肥満
患者(施設)連絡先	施設		
キーパーソン	氏名	続柄 ()	連絡先 ()
現在の居場所	施設 ()		
かかりつけ医	岡山市	例目の(濃厚)接触者	
		発症日	

1-(2)施設で陽性者が発生した時の流れ ～5月8日以降～

施設入所者1名以上の陽性判明



速やかに

保健所感染症対策課と所管課へ
『事故報告書』を提出

※提出はメールでお願いします。
メールができない場合はFAXで
ご提出ください。

<提出先>

メール：coronataisaku@city.okayama.lg.jp

FAX : 086-803-1713

『事故報告書』提出時の注意点

- ①入所者1名以上の陽性判明で提出必要。
陽性者が**職員のみ**の場合は、提出不要。
- ②保健所感染症対策課への『**事故報告書**』の提出は、陽性判明の**第一報のみ**。
* 所管課へは従来どおり続報・最終報告を提出。

報告基準の詳細については
「岡山市介護保険事故報告事務取扱要綱
(平成25年12月17日)をご参照ください」

【事故報告書】

(参考: <https://www.city.okayama.jp/jigyosha/0000007638.html>)

🔍 「岡山市 事故報告書」で検索

事故報告書 (事業者→岡山市)

※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出すること
 ※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

第1報
 第 報
 最終報告
 提出日: 西暦 年 月 日

1 事故状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、施設で応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦	年	月	日		
2 事業所の概要	法人名						
	事業所(施設)名						事業所番号
	サービス種別						
	所在地						
3 対象者	氏名・年齢・性別	氏名	年齢	性別:	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
	サービス提供開始日	西暦	年	月	日	保険者	
	住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他 ()					
	身体状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 自立				
4 事故の概要	発生日時	西暦	年	月	日	時	分頃(24時間表記)
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多床室) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ除去等)					
	発生時状況、事故内容の詳細						
	その他特記すべき事項						

5 事故発生時の対応	発生時の対応						
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	受診先	医療機関名				連絡先(電話番号)	
	診断名						
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位:) <input type="checkbox"/> その他 ()					
	検査、処置等の概要						
6 事故発生後の状況	利用者の状況						
	家族等への報告	報告した家族等の続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子、子の配偶者 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	連絡した関係機関(連絡した場合のみ)	報告年月日	西暦	年	月	日	
	本人、家族、関係先等への追加対応予定	<input type="checkbox"/> 他の自治体 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他 自治体名() 警察署名() 名称()					
7 事故の原因分析(本人要因、職員要因、環境要因の分析)	(できるだけ具体的に記載すること)						
8 再発防止策(手順変更、環境変更、その他の対応、再発防止策の評価時期および結果等)	(できるだけ具体的に記載すること)						
9 その他特記すべき事項							

1-(2)施設で陽性者が発生した時の流れ ～5月8日以降～

施設内で発症者・陽性者が集団発生 * 下記のア・イ・ウの基準を満たす



速やかに

保健所感染症対策課と所管課へ

『集団発生連絡票』及び『積極的疫学調査票』を提出

※提出はメールでお願いします。メールができない場合はFAXでご提出ください。

メール：kansenshoutaisakuka@city.okayama.lg.jp

FAX : 086-803-1713

【『集団発生連絡票』及び『積極的疫学調査票』を提出する基準】

- (ア) 同一の感染症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週間以内に2名以上**発生した場合
- (イ) 同一の感染症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) 上記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

【集団発生連絡票】

提出先 e-mail:kansenshoutaisakuka@city.okayama.lg.jp
 FAX:086-803-1713
 ※可能な限り、メールでのご提出をお願いいたします。

集団発生連絡票

報告日 月 日 時
 報告者

事業所	施設名	
	施設住所	
	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	
	担当者名	
	利用者・職員数	利用者: 人 職員数: 人
	施設の種類	医療機関 高齢者通所施設 高齢者入所施設 入所種別 () 障がい者通所施設 障がい者入所施設 その他()

概要	発生している感染症	新型コロナウイルス インフルエンザ ノロウイルス その他()	
	報告の理由	ア. 同一の感染者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. 同一の感染者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	
	初発患者の発症日	年 月 日	
	初発患者の診断日	年 月 日	
	感染者数	利用者: 人 (うち施設内療養者 人)	
		職員: 人	
	事業所の体制	休業の有無: 期間:(~)	
	入院者(重症患者人数)	人 入院医療機関名:	
	医療体制	嘱託医・協力医氏名※	
		嘱託・協力医療機関住所※	
嘱託医・協力医連絡先※			
備考			

【積極的疫学調査票】

積極的疫学調査票(新型コロナウイルス感染症用)

岡山市保健所感染症対策課

e-mail:kansenshoutaisakuka@city.okayama.lg.jp

FAX:086-803-1713

名前を匿名記載した場合、
2枚目以降に記入する場合も人物が一致するようにしてください。

施設名:心方園

担当者名: 臼井

連絡先:

令和 年 月 日 ()

No.	名前	年齢	性別	①従事者 ②利用者	所属 (フロア)	症状 有無	発症日	検査日	診断日	最終勤務日(従業者) 隔離開始日(利用者)	入院日	寝たきり度	徘徊 有無	吸引 有無	酸素投与 有無	抗ウイルス 薬投与	備考	
1	A	80	男	②利用者	3階 桜ユニット	有	令和5年4月1日	4月1日	4月1日	4月1日	月 日	A	有	無	無	パキロビッドパック		
2	B	90	女	②利用者	3階 桜ユニット	有	令和5年4月2日	4月3日	4月3日	4月3日	月 日	B	無	有	無	無	Aと同室	
3	C	35	男	①従事者	3階	有	令和5年4月1日	4月2日	4月2日	4月1日	月 日					無	4/1Aの食事介助	
4	D	40	女	①従事者	2階	無	令和5年4月3日	4月3日	4月3日	4月3日	月 日					無	Cと一緒に昼食	
5							月 日	月 日	月 日	月 日	月 日							
6							月 日	月 日	月 日	月 日	月 日							
7							月 日	月 日	月 日	月 日	月 日							
8							月 日	月 日	月 日	月 日	月 日							
9							月 日	月 日	月 日	月 日	月 日							
10							月 日	月 日	月 日	月 日	月 日							
11							月 日	月 日	月 日	月 日	月 日							
12							月 日	月 日	月 日	月 日	月 日							
13							月 日	月 日	月 日	月 日	月 日							
14							月 日	月 日	月 日	月 日	月 日							
15							月 日	月 日	月 日	月 日	月 日							

記入様式

1 記入方法

- ・無症状者については発症日欄には検査日を入力 ・寝たきり度: J、A、B、C ・徘徊: 有・無 ・吸引: 有・無 酸素投与: 有・無
- ・抗ウイルス薬投与: パキロビッドパック、ゾコーバ、ラゲブリオ、ベクルリー、他

2 特別な事項があれば、備考に記入してください。

3 このページの発症日と、次ページ下部に全陽性者の一番早い発症日を入力することで流行曲線が作成されます。

陽性者の流行曲線(発症日)



陽性者の中で一番早い発症日を入力してください

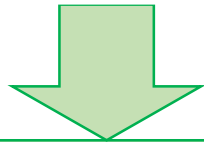
合計	発症日	4月1日	4月2日	4月3日	4月4日	4月5日	4月6日	4月7日	4月8日	4月9日	4月10日	4月11日	4月12日	4月13日	4月14日	4月15日
2	①従事者	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	②利用者	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1-(2)施設で陽性者が発生した時の流れ ～5月8日以降～

『集団発生連絡票』及び『積極的疫学調査票』提出後に新たに陽性者が発生



『**積極的疫学調査票**』に新たな陽性者の情報を追加し保健所感染対策課へ提出
※『集団発生連絡票』のご提出は不要です



発生状況により必要時施設へ訪問し、実地での感染対策の助言を実施
(岡山県クラスター対策班OCITの活用)

施設内感染対策の参考資料

○岡山県クラスター対策班ホームページ

<https://www.pref.okayama.jp/page/702604.html>

○社会福祉施設等向け 新型コロナウイルス感染管理に関する掲示物

<https://www.pref.okayama.jp/page/764247.html>

1-(3)提出方法および、各種提出様式

🔍 「岡山市 コロナ 連絡票」で検索



岡山市
OKAYAMA CITY

防災情報

休日・夜間診療

音声読み上げ・ふりがな

Languages ▼

文字サイズ

標準 拡大

Google 提供

検索

記事ID検索 ▼

ホーム

🏠 暮らしの情報

📷 観光・イベント

🏢 事業者情報

📄 市政情報

[ホーム](#) > [暮らしの情報](#) > [医療・健康](#) > [新型コロナウイルス感染症\(保健所関係\)](#) > [社会福祉施設等の方向け](#)

令和5年5月8日以降の高齢者施設等での新型コロナウイルス感染症発生時の対応について

[2023年5月8日] ID:36581

ソーシャルサイトへのリンクは別ウィンドウで開きます



シェア



ツイート

新型コロナウイルス感染症は令和5年5月8日より5類感染症へ移行しましたが、高齢者の方々が多く生活する施設等では、利用者を守るために効果的な対策を継続することが望ましいです。

今後、高齢者施設等の利用者や職員が、新型コロナウイルス陽性と診断された場合に、施設で行っていただきたい初期対応などについて下記にまとめています。

陽性者発生時に迅速かつ落ち着いて対応ができるよう、日ごろからの準備をお願いします。

施設利用者（入所者）や職員が陽性と診断された場合

同じ階層の情報（社会福祉施設等の方向け）

— 隠す

> [令和5年5月8日以降の高齢者施設等での新型コロナウイルス感染症発生時の対応について](#)

> [令和5年5月7日以前の高齢者施設等での新型コロナウイルス感染症発生時の対応について](#)

新型コロナウイルス感染症 発生時の報告について 送付先一覧

施設種別		感染症対策課	高齢者福祉課	事業者指導課	住宅課
特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）		○	○	○	×
介護老人保健施設		○	×	○	×
介護療養型医療施設		○	×	○	×
介護医療院		○	×	○	×
認知症対応型共同生活介護（グループホーム）		○	×	○	×
有料老人ホーム	特定施設	○	○	○	×
	特定施設以外	○	○	×	×
養護老人ホーム	特定施設	○	○	○	×
	特定施設以外	○	○	×	×
ケアハウス	特定施設	○	○	○	×
	特定施設以外	○	○	×	×
サービス付き高齢者向け住宅	特定施設	○	×	○	○
	特定施設以外	○	×	×	○

【送付先】

	メール	FAX
感染症対策課	①事故報告書 coronataisaku@city.okayama.lg.jp	086-803-1713
	②集団発生連絡票 kansenshoutaisakuka@city.okayama.lg.jp	086-803-1713
高齢者福祉課	koureishafukushika@city.okayama.lg.jp	086-803-1754
事業者指導課	ji-shidou@city.okayama.lg.jp	086-221-3010
住宅課	juutaku@city.okayama.lg.jp	086-803-1879