

感染症集団発生時の対応

福祉保健課 健康づくり係

集団感染を疑うとき

- 週明け、児童の体調不良や欠席が増えた
- 発熱、鼻水の症状の子もいれば、嘔吐・下痢の子もいる
- 普段より、下痢症状の人が多い



▶ 集団発生時の対応が必要な理由

- 集団生活の中では、感染症が**まん延しやすい**
例えば 同じ空間で一緒に過ごす…飛沫感染
同じ物を使う…接触感染



- 乳幼児や高齢者、その他基礎疾患を持つ者等は
感染症の**重症化リスクが高い**場合がある。



施設における報告基準

- (1) 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人以上**発生した場合
- (2) 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者が**10人以上又は全利用者の半数以上**※**保育施設は2割以上**発生した場合（インフルエンザ、ノロウイルス、新型コロナウイルス等）
- (3) 上記に該当しない場合があっても、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
- (4) 「**感染症法に定める感染症（一類～三類）及び麻疹・風しん**」については、**1人**でも発生及びその疑いのある場合

一時期に発生した同一の感染症の累計です
(その日に発生した人数ではありません)

(社会福祉施設等における感染症発生時に係る報告について 平成17年2月22日発 一部抜粋)

(感染症発生時の報告について(通知) こども青少年局 令和5年5月2日発 一部抜粋)

参考

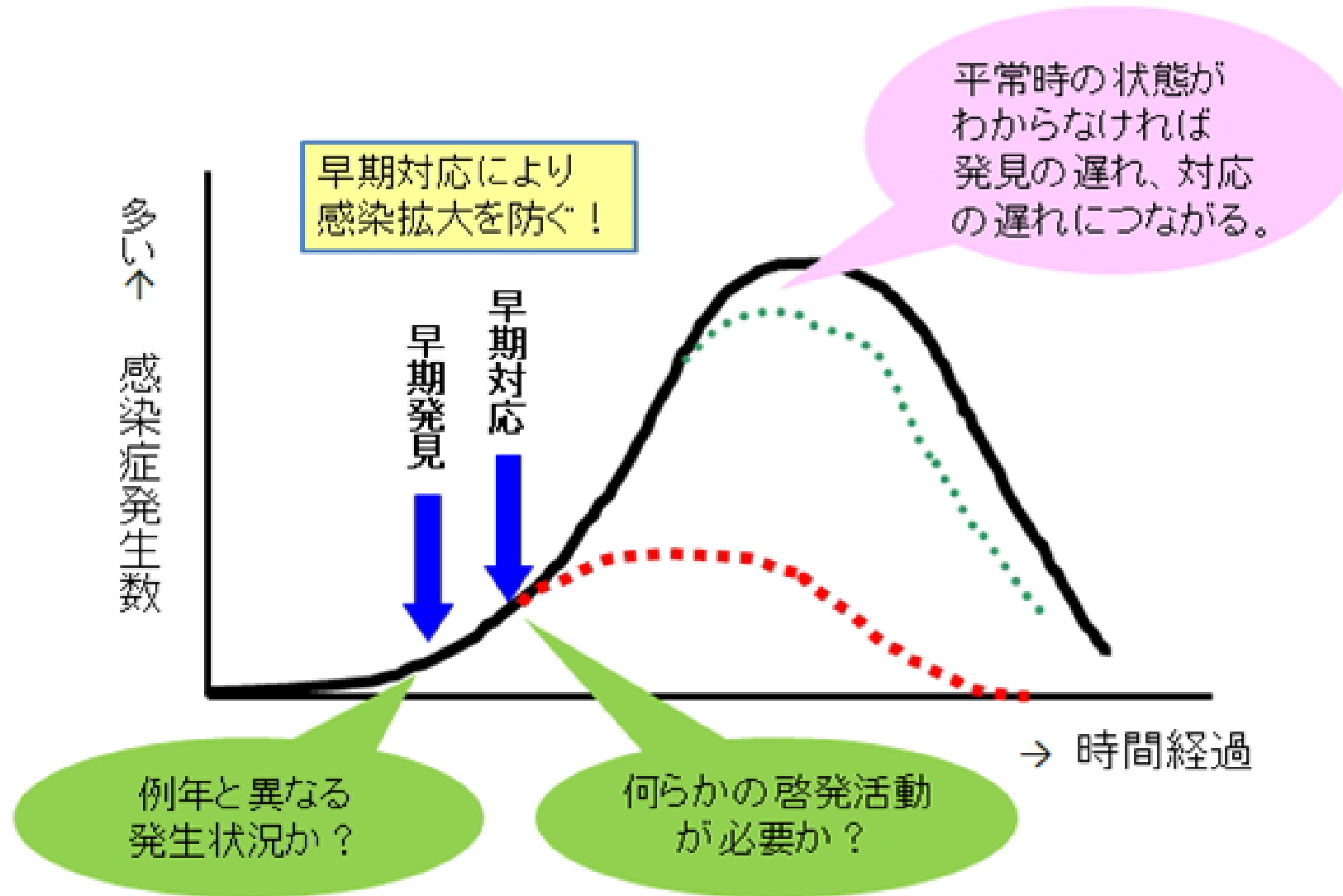
感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（感染症法）

及び施行令（令和 4. 12. 9 施行）

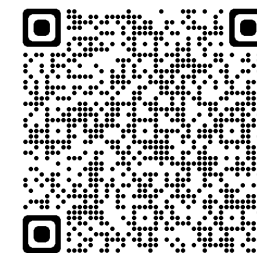
	感染症名
一類	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱、
二類	急性灰白髄炎（ポリオ）、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（SARS）、中東呼吸器症候群（MERS）鳥インフルエンザ（H5N1）、鳥インフルエンザ（H7N9）
三類	コレラ、細菌性赤痢、 <u>腸管出血性大腸菌感染症</u> 、腸チフス、パラチフス

（感染症発生時の報告について（通知） こども青少年局 令和5年5月2日発 一部抜粋）

早期対応により感染拡大を防ぐ



報告の流れ（保育園）



新型コロナウイルス，インフルエンザ，ノロウイルス等

①南区福祉保健センターこども家庭支援課 こども家庭係へ

「**感染症等発生報告書**」をFAXで提出

※提出時に**必ず電話**をお願いします※

南福祉保健センターこども家庭支援課

電話:045-341-1149 FAX:045-341-1145

②こども家庭支援課から福祉保健課へ転送

感染症等発生報告書 初・再 第 号										
発生年月日	年 月 日 () 時 分									
病名	年齢	性別	国籍	在籍数	職員	計				
	氏名	TEL				計				
	住所	区								
発生月日	年 月 日 ()									
再報告日 (再報告の際に記入)	年 月 日 ()									
発生 態	年齢	0歳児	1歳児	2歳児	3歳児	4歳児	5歳児	職員	計	
	在籍数									
	欠席数									
状 況	1 発熱()℃		4 咳		7 腹痛					
	2 嘔吐		5 咽頭痛		8 福祉					
症 状	3 倦怠感		6 下痢		※具体的な症状					
備 考										
検 査 状 況	検査内容及び 検 体									
	検体提出日	年 月 日 ()								
検 査 結 果	決定月日	年 月 日 ()								
	検査結果									
接 触 者 対 応	日 時									
	日 時									
	日 時									
	日 時									
配 信 負 担										

感染症等発生報告書の記載例

書き方のポイント

初回か2回目以降か
○印をつける

感染症等発生報告書

初・再第号

発受信月日		令和 1 年 8 月 9 日 (金) 9 時40分							
病名	胃腸炎	施設・事業所名	みなみ保育園					園児	50人
		代表者名						職員	22人
		TEL	-					計	72人
		住所	南区浦舟町						
発生月日	令和 1 年 8 月 7 日 (水)								
再報告日 (再報告の際に記入)	令和 年 月 日 ()								
発生状況		1階部屋			2階部屋				
	年齢児	0歳児	1歳児	2歳児	3歳児	4歳児	5歳児	職員 計	
	在籍数	3	6	6	12	11	12	22 72	
	欠席数	0	1	1	0	6(3)	8(5)	2(2) 18(10)	
	患者数	0	0	1	2	5	6	3 17	
症状	1 発熱(37)℃ 4 咳 7 腹痛 2 頭痛 5 咽頭痛 8 嘔吐 3 倦怠感 6 下痢 ※具体的な症状 8月5日から4、5オクラスで熱と嘔吐で休みが増えた。 登園している園児も便が緩い。 5才児の一人が病院の検査でノロウイルスと言われた								
備考	8月3日、お昼寝後、4才児クラスで嘔吐あり。								

ここに記載されている
番号に電話をします

欠席数は
感染症で休んでいる人と
その他の理由での休みと
区別がつくように記載してあ
るとわかりやすいです

備考	8月3日、お昼寝後、4才児クラスで嘔吐あり。	
検査状況	検査対象者	施設内嘔吐の情報等、感染が広まったと思えるエピソードがあったら記載してください
	検査内容及び検体	
	検体提出日	令和 年 月 日 ()
	決定月日	令和 年 月 日 ()
検査結果		
保護者対応	8日11時	保護者に一斉メールで胃腸炎症状が増えたことをお知らせ。園入口に掲示。
	日 時	
	日 時	
	日 時	
	日 時	
記者発表		

積極的疫学調査票の記載例

※記入の際は入院・入所・通所者及びスタッフで発症した方も

積極的疫学調査票		施設名				報告者名											
(感染性胃腸炎)																	
番号	名前	年齢	性別	部屋 (年組)	受診・診断	検便		日付・症状等									
						採取日	結果	4月 25 日	4月 26 日	5月 2日	5月 6日	5月 9日	5月 10 日	5月 12 日	5月 13 日	5月 16 日	月 日
例	みなみ たろう	5	男	ひよこ組	さくら医院・胃腸炎			▲◎早	◎欠	◎欠	○欠	登園					
例	よこはま はなこ(保育士)	40	女	ひよこ組 担任							◎欠	◎欠					
1		2	男	1組	受診			家で▲	欠	登園		園で▲	▲欠	登園			
2		2	女	1組	受診					1日家で▲ ◎欠	登園						
3		3	女	1組	受診					1日家で▲ 欠	登園						
4		6	男	たいよう	受診					園で▲	登園						
5		2	女	1組	受診					1日家で▲ 欠	▲欠	登園					
6		2	男	1組	受診・胃腸炎						8日家で▲ ◎欠	▲◎欠	登園				
7		2	女	1組									家で▲	早	登園		
8		2	男	1組									園で▲	登園			
9		0	男	はな	受診・胃腸炎							家で▲	▲欠	▲欠	登園		
10		5	男	たいよう												15日▲欠	

発症～欠席期間まで色付け

- ①症状を入れる箇所に日付を入れない
- ②日付は決められたセルに追加

原則、症状のみ入力

症状について

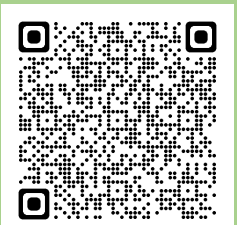
嘔吐▲ 嘔気△ 下痢◎ 腹痛○ 発熱☆ 早退:早 欠席:欠

報告の流れ（高齢施設等）

新型コロナウイルス

- ①「介護事業所・高齢者施設・障害者施設等における感染状況報告」を記載
- ②以下へメール送信

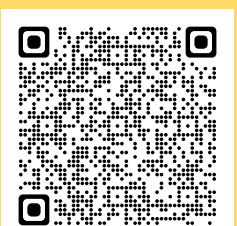
介護事業所
高齢者施設



【宛先】南福祉保健センター福祉保健課健康づくり係
(mn-kansen@city.yokohama.jp)

【CC】健康福祉局高齢障害福祉部
(kf-corona@city.yokohama.jp)

障害者施設



【宛先】南福祉保健センター福祉保健課健康づくり係
(mn-kansen@city.yokohama.jp)

【CC】健康福祉局障害福祉部
(kf-covid19@city.yokohama.jp)

<新型コロナウイルス感染症>介護事業所・高齢者施設・障害者施設等における感染状況報告

一重挿入
二重挿入から選択

法人名	事業所名	サービス種別	連絡先氏名	電話番号	メールアドレス

居住者氏名	年齢	利用者※	職員※	(単位は性別のみ) フロア	発症日	陽性判定※ (PCR検査)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

※該当する方のセルにプルダウンで1を選択してください。

現時点での陽性判別者数 ※本報告を基に、発症の陽性 陽性発生以降の人数	利用者	職員
	名	名

！チェックを入れてください

■施設内・協力医療機関との連携: (補足がある場合はここに記入してください)	<input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 不明
■施設・事業所の運営状況: (補足がある場合はここに記入してください)	<input type="checkbox"/> 通常
	<input type="checkbox"/> 停止
	<input type="checkbox"/> 縮小

介護事業所・高齢者施設・障害者施設等における感染状況報告の記載例

<新型コロナウイルス感染症>介護事業所・高齢者施設・障害者施設等における感染状況報告

記入例

→直接入力

→プルダウンから選択

法人名	事業所名	サービス種別	連絡先氏名	電話番号	eメール
社会福祉法人●●	特別養護老人ホーム△△	介護老人福祉施設	横浜 花子	045-123-4567	abcd@efg.ne.jp

	陽性者氏名	年齢	利用者※	職員※	(居住系施設のみ) フロア	発症日	陽性判明日 (みなしを含む)
1	鶴見 一郎	88	1		2階	2023/5/15	2023/5/16
2	神奈川 洋子	75	1		3階	2023/5/15	2023/5/16
3	西 次郎	80	1		2階	2023/5/16	2023/5/17
4	中 桃子	78	1		2階	2023/5/17	2023/5/17
5	南 綾子	72	1		2階	2023/5/17	2023/5/17
6	港南 三郎	95	1		2階	2023/5/17	2023/5/17
7	保土ヶ谷 太郎	84	1		2階	2023/5/17	2023/5/17
8	旭 智子	76	1		2階	2023/5/17	2023/5/17
9	磯子 五郎	92	1		3階	2023/5/18	2023/5/19
10	金沢 春子	83	1		3階	2023/5/18	2023/5/19
11	川崎 雄太	35		1		2023/5/17	2023/5/17
12	相模原 夏美	26		1		2023/5/17	2023/5/17

※該当する方のセルにプルダウンで「1」を選択してください。

現時点での陽性判明者数 ※本報告を含め、今回の初発陽性者発生以降の人数	利用者	10	名
	職員	2	名

↓チェックを入れてください

■施設医・協力医療機関との連携: (補足がある場合はここに記入してください)	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
	<input type="checkbox"/>	なし
	<input type="checkbox"/>	不明
■施設・事業所の運営状況: (補足がある場合はここに記入してください) 法人本部の協力のもと、通常の運営体制を維持している。	<input checked="" type="checkbox"/>	通常
	<input type="checkbox"/>	休止
	<input type="checkbox"/>	縮小
■備考欄:		

感染症の調査時に確認したい項目(1)

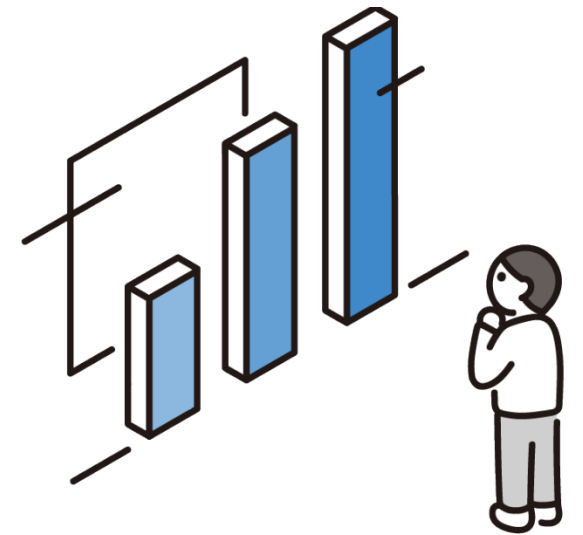
① 初発の人の発症から調査時までの経過

- ・発症日時、嘔吐・下痢した場所
- ・発熱や他の症状の有無
- ・受診の有無と診断内容や投薬の内容
- ・施設利用状況

② 他に発症している人の有無と経過

③ 職員の体調、業務担当

- ・定期検便検査の実施日とその結果



感染症の調査時に確認したい項目(2)

④ 吐物・汚物の処理状況、消毒の有無

- ・消毒は何を使ったか、その方法

⑤ 施設内見取り図

- ・嘔吐した場所や職員の動線の確認
- ・発症者の位置的な偏り
(近い部屋の人、トイレ利用が一緒、等)

⑥ 献立表

- ・食中毒の可能性も視野に入れる

⑦ 行事予定表

- ・行事で食べ物を作ったりしていないか

