

社会福祉施設の長 様

長野県健康福祉部介護支援課長

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の 5 類感染症移行後の集団発生の
状況等の把握について (通知)

日頃は、本県の高齢者福祉施策に御理解、御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。
また、新型コロナウイルス感染症対策に関する感染防止策等に格別の御高配を賜り、重ね
て御礼申し上げます。

さて標記について、感染症対策課長から別添のとおり通知がありました。
つきましては、下記のとおり御対応願います。

なお、令和 4 年 7 月 29 日付け 4 介 477 号「施設関係者に新型コロナウイルス感染症陽性者が確
認された場合の保健所への報告について」は令和 5 年 5 月 7 日付けで廃止します。

記

- 1 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) を含む感染症が発生した際の報告
「社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について」(平成 17 年 2 月 22 日付け厚
生労働省通知 (令和 5 年 4 月 28 日一部改正)) による。
- 2 1 の報告についての留意事項
別添様式 3 「感染症等発生時における保健福祉事務所及び市町村社会福祉施設等主管部局へ
の報告用紙 (保育所を除く入所・通所施設用)」により報告願います。報告にあたっては、別紙
「保育所以外の施設における感染症等発生時の報告基準及び記入上の注意」を参考にしてくだ
さい。
- 3 2 の報告基準
 - (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 名以上発生した場合
 - (2) 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。この場合の人数は、同一の感染症などによる患者等がある時
点において発生した人数であり、それ以前からの累積の人数ではないことに注意する。
 - (3) (1)、(2) 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

担 当 長野県健康福祉部介護支援課
(課長) 今井政文 (担当) 川村亜由美
電 話 : 0 2 6 - 2 3 5 - 7 1 1 3
ファクシミリ : 0 2 6 - 2 3 5 - 7 3 9 4
電子メール kaigo-shien@pref.nagano.lg.jp

保育所以外の施設における 感染症等発生時の報告基準及び記入上の注意

平成 26 年 10 月 24 日
長野県健康福祉部
長野県県民文化部

■報告基準

「社会福祉施設等における感染症発生時等に係る報告について」（平成 17 年 2 月 22 日付厚生労働省 5 局長通知）に該当した場合、関係機関（市町村及び保健所等）へ報告すること。

- (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 名以上発生した場合
- (2) 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。この場合の人数は、同一の感染症などによる患者等がある時点において発生した人数であり、それ以前からの累積の人数ではないことに注意する。
- (3) (1)、(2)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

■記入上の注意

※ 1 病名（診断名）、主な症状

病名（診断名）が不明な場合には、主な症状をチェックする。

※ 2 発生日時 報告基準に該当した時点を記入する。

※ 3 患者等発生状況 報告日時点の人数を記入する。
0 名の場合も「0」と記入する。

※ 4 発症者数、入院者数

発症者数	当該疾患の症状を発症している者の総数（発症者数 \geq 入院者数）
新規発症者数	発症者数のうち、前回の報告以降に新たに発症した者（第 1 報の場合には不要）
入院者数	当該疾患による入院者数 <u>当該疾患以外の原因による入院者は含めない。</u>
新規入院者数	入院者数のうち、前回の報告以降に新たに入院した者（第 1 報の場合には不要）

※ 5 備考欄 重症者がいる場合、その旨を記入する。

感染症等発生時における保健福祉事務所及び市町村社会福祉施設等主管部局への報告用紙
(保育所を除く入所・通所施設用)

保健福祉事務所受理日時	年 月 日 時 分	受理者	
-------------	-----------	-----	--

別紙「保育所以外の施設における感染症等発生時の報告基準及び記入上の注意」により記入し、速やかに関係機関に報告してください。(特に、※部分に注意してください。)

報告日: 年 月 日 (第 報)

施設名	報告者職・氏名								
	電 話		- -						
施設所在地									
病名(診断名)※1	発生日時※2		年	月 日 時					
主な症状※1	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他()								
患者等 発生状況※3 (欄が不足する場合には別紙に記載)	区分			月 日 時現在※3		備 考 ※5			
	入通 所	階	部屋	利用者数	発症者数※4		入院者数※4		
					発症者数(a)		新規 発症者数 (aの内数)	発症者のうち 入院者数(b)	新規 入院者数 (bの内数)
入所者の状況	入所								
	通所								
小 計									
職員の状況	職 員 (調理従事者は除く)								
	調理従事者								
	小 計								
合 計									
喫食の状況	給食 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 施設内調理 <input type="checkbox"/> 施設外・関連施設(調理施設名:)) 残食・検食の有無(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)								
受診状況	医療機関名				担当医師				
備考									