**社会福祉施設等におけるクラスター発生時の報告シート**

**記入日：**

**記入者：**

**連絡先：**

**シート１**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **項目** | **内容** |
| 基本情報① | ①施設名 |  |
| ②所在地 | （電話：　　　　　　　　　　　　　　）別紙地図 |
| ③指定権者 |  |
| ④運営法人 |  |
| ⑤定員 |  |
| ⑥職員配置基準 | 医師看護師 |
| ⑦居室の状況 | 別紙施設の見取り図を入手 |
| ⑧施設担当者 | （電話：　　　　　　　　　　　　　　）担当者： |
| ⑨管轄保健所 | （電話：　　　　　　　　　　　　　　）担当者： |

**シート２**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **項目** | **内容** |
| 基本情報② | ①職員数 | （〇/〇時点） |
| ②利用者数 | 男性女性（要介護度、障がい種別、区分、児童年齢） |
| ③換気設備・方法 |  |
| ④職員の健康管理 | 実施　　　　未実施 |
| ⑤利用者の健康管理 | 実施　　　　未実施 |
| ⑥職員のマスク等着用状況 |  |
| ⑦利用者のマスク等着用状況 |  |
| ⑧消毒等の実施状況 |  |
| ⑨食事 | 施設内調理　　　　委託（委託先：　　　　　　　　　　　　　）要配慮事項 |
| ⑩その他委託等出入り業者 | リネン清掃 |
| ⑪通常の直接支援の職員配置（時間帯別） |  |
| ⑫法人内別施設・事業所数 |  |
| ⑬法人内別施設・事業所からレッドゾーンへ応援可能な職員数 | ※他事業所等でコアとなる職員は除く |
| ⑭法人内医師数、看護師数 |  |
| ⑮協力医療機関 |  |
| ⑯居室の状況 | 個室●室、二人部屋●室、四人部屋●室など |

**シート３**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **項目** | **内容** |
| 感染発生時対応状況 | ①陽性者数 | （〇/〇時点）利用者●名（うち、入院者●名、施設内療養者●名）（児童の場合）入所児童：男児●人　女児●人一時保護；男児●人　女児●人職員●名（うち、入院者●名、自宅待機●名） |
| ②陽性者の入院先 |  |
| ③濃厚接触者数 | （〇/〇時点）利用者●名職員●名（対応：利用者については、●Fの専用フロアに隔離） |
| ④　③のPCR検査状況 |  |
| ⑤　①③以外の数 | 利用者●名職員●名 |
| ⑥　利用者のケアの留意点 |  |
| ⑦勤務可能職員数※①、③及び自粛除く | ●名（内訳）医師看護師介護福祉士・・・ |
| ⑧法人内別事業所等からの応援職員 | ●月●日から●日間グリーンゾーン　　　　　　　　名レッドゾーン　　　　　　　　　名応援内容： |
| ⑨応援職員の派遣依頼 | 有　無（有の場合別紙） |
| ⑩保健所の指導内容 |  |
| ⑪施設における感染拡大防止策の実施状況 | ア　消毒の実施状況　　　有　無（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）イ　ゾーニング　　　　　有　無（有の場合図面）ウ　面会の制限　　　　　実施　禁止　一部制限エ　職員・入所者の健康管理の実施状況有　無（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**シート４**

|  |
| --- |
| **社会福祉施設における衛生用品の備蓄状況** |
| 衛生用品 | （〇/〇時点）マスク、消毒液、防護服（または長袖ガウン）、フェイスシールド（またはゴーグル）、手袋　など |

|  |
| --- |
| **クラスター発生施設の周辺地図（例）**B |
| D:\NishidaAr\Desktop\無題.jpgA |
| （１）クラスター発生施設 | 「A」大阪府立障がい者自立センター |
| （２）駐車場の有無 | 施設内駐車場●台若しくは地図上「P」のとおり※併せて物資の引き渡し場所を確認 |
| （３）応援期間中の駐車場の確保 | 有（　　　　　　　　　　　　　）　無費用負担　応援要請施設　・　応援職員本人 |
| （４）応援期間中の宿泊施設の確保 | 有（　　　　　　　　　　　　　）　無費用負担　応援要請施設　・　応援職員本人 |
| （５）近隣の飲食店等 | コンビニエンスストア、スーパーマーケット、ほっかほっか亭など多数あり |

**※シート３⑩応援職員数及びシート４衛生用品の備蓄状況を踏まえ、衛生物品確保の手順書「様式１：衛生物品必要数」を作成。**