**高齢者施設等における感染症発症時における対策確認表**

|  |
| --- |
| **【前提条件】**　・高齢者福祉施設等で検査を実施し陽性となった場合に本用紙を活用する事　・陽性確定者だけではなく、疑い事例も含む（背景より疑うことも可能）　・対象疾患：インフルエンザ、コロナウイルス感染症、ノロウイルス感染症 |

**日　時：＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　　　　　曜日**

**発生場所：　　　　　　　　　　階 ・ フロア ・ 棟　　　対応者：**

**【対応内容】**

**□発症者の個室移動を検討する（多床室の場合）※移動時には対象者にマスク着用させる（ノロ除く）**

One point：移動が早急にできない場合は対象者へマスク＋カーテンに表示（疾患名）を付ける

two point：陽性者や同室者の物品は個人専用を検討するか、利用者毎で清拭する

**□フロアマネージャ、管理者、主治医へ状況を報告　※しっかりと情報収集を行い報告する事**

 情報収集例：①症状出現日　②症状　③入所日　④現在の状況　⑤検査日　⑥ワクチン接種歴 等

**□陽性者の身体症状（ぐったりしている、意識が悪い、水を飲まない、食事を食べない）等が確認される場**

**合はかかりつけ医師、主治医へ早急に報告を行う**

**□移動後の環境整備　発症者ベッドサイドのカーテン交換、周囲環境整備を実施・または入室制限する**

使用薬剤：✔インフルエンザ・コロナウイルス：アルコール　　✔ノロウイルス：次亜塩素酸ナトリウム

**□同室者への説明と濃厚接触者の選定を行う（基本同室者は濃厚接触者とする）**

**□同室利用者の移動制限を実施　陽性者移動後（病日0日）より48or72時間までは移動制限**

※濃厚接触者となった同室者は「潜伏期間中であることよりリハビリ・ディサービスは最小限（要検討）とする」

□**陽性者が発生した多床室には「関係者以外立ち入り禁止」を掲示。また、対応管理者は掲示されている**

**かの確認（評価）を行う**

**□同室利用者に同様な症状が出てこないか、症状の確認を行う**

**□家族への報告　※家族内に同様な症状者がいないか、病室移動する事について説明**

**□連携するディサービス等へ情報提供を行う**

**□面会については、施設の状況に応じて判断する　判断結果；『　　　　　　　　　　　　　　　　　』**

**□同室者への予防投薬の確認　※インフルエンザのみ（かかりつけ医師と要相談）**