

公印省略

4 介 第 1 2 0 5 号
令和 4 年 7 月 1 3 日

各 高 齢 者 施 設 管 理 者 殿
各 介 護 サービス 事 業 所 管 理 者 殿

福岡県保健医療介護部介護保険課長
(監査指導第一係)
(監査指導第二係)

新型コロナウイルス感染症患者発生に伴うハイリスク施設からの報告について

このことについて、福岡県新型コロナウイルス感染症対策本部事務局から、当課へ別添写しのとおり周知の依頼がありましたので、お知らせします。

つきましては、貴施設等において新型コロナウイルス感染症患者が発生し、下記条件等に該当する場合は、感染拡大を防止するため、遅滞なく、管轄の保健所に御報告をお願いいたします。

なお、報告様式等は定められておりませんので、保健所への電話等で報告いただきますようお願いいたします。

記

○ハイリスク施設（高齢者施設、障害児者施設）から保健所への報告について
当該報告に当たっての基準等は以下のとおり

【条件】

- ・ハイリスク施設において、従業者や入居者の別を問わず、感染者が1名以上発生した場合に行うこと（ただし、感染可能期間にハイリスク施設に出勤・入所等をしていない者のみの感染の場合など当該ハイリスク施設において感染拡大につながらないと判断した場合は除く）。

【報告内容】

- ・感染管理の体制の有無と具体的な体制の内容（他施設からの応援体制も含む）
- ・従業者及び入所者のワクチン接種状況（回数と最後の接種日）
- ・施設の利用者への対応状況
- ・濃厚接触の疑いがある者の有無及び人数（施設の利用者数も含む）

【留意点】

- ・保健所の調査前に2例目以降が発生し、感染拡大防止のために保健所の関与が必要と認められた場合には、その旨の連絡を行う。