**＜インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症 チェックリスト＞**

高齢者・障がい者等入所施設

高齢者・障がい者等入所施設

**・該当するものに〇（複数可）、または具体的な対応を記入してください。**

**・「２感染拡大防止の対応について」は、発生前と発生後に分けて、状況を教えてください。**

**・ゾーニング状況を記入した施設平面図と健康調査票と共に村山保健所に送付してください。**

**1　現在の状況の把握**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | チェック | 備考 |
| □有症状者のＡＤＬ状況はどうか。 | ＜介助＞全介助・一部介助・自立  ＜認知症、徘徊＞　あり　・　なし |  |
| □発生者のユニットに偏りがあるか。 | ない・ある(ユニット　　　　　　　) |  |
| □検査実施状況はどうか。  （例：出勤時、有症状時　等） | ＜一斉検査＞  利用者：実施せず・実施(範囲　　　　)  職員：実施せず・実施(範囲 　　　)  ＜今後の検査＞  利用者：  職員： |  |
| □ゾーニングの実施状況はどうか。 | 陽性者の居室のみをレッド  発生中のユニットをレッド  発生中のフロアをレッド | いつから |
| □個人防護具（PPE）の使用状況はどうか。 | ＜使用しているものに〇＞  ｻｰｼﾞｶﾙﾏｽｸ・N95・ﾌｪｲｽｼｰﾙﾄﾞ・  長袖ガウン・袖なしエプロン・手袋 |  |
| □個人防護具（PPE）脱衣後の手洗い場までの動線を確保しているか。 | はい　・　いいえ |  |
| □手指消毒を設置しているか。 | 個人で携帯・各居室前に設置・  その他： |  |
| □施設内で可能な医療行為はあるか。 | 点滴 ・ 酸素 ・ 看取り ・ なし |  |
| □職員不足に備えて応援体制はできているか。 | はい（具体的に：　　　　　　　　）  ・いいえ |  |
| □利用者・職員の療養期間はどのようにしているか。  ※発症後（発熱の翌日を1日目として）〇日を経過し、かつ、解熱した後△日を経過するまで　等 | ＜具体的に＞  利用者：  職員： |  |

**2　感染拡大防止の対応について（発生前後の状況）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 発生前 | 発生後 | 備考 |
| □利用者はユニットやフロアを自由に行き来しているか。 | はい・いいえ | はい・いいえ |  |
| □利用者はどのように食事を摂取しているか。 | 居室で　・  ユニットごと集まって・  ユニットを超えて集まって | 全員居室・陽性者のみ居室・  全員食堂・その他： |  |
| □利用者のトイレの共有はあるか。 | ユニットに1か所トイレがある  おおよそ(　　)人で1か所  トイレの共有はない | 普段と同じ・  陽性者と陰性者を分けて・  ポータブルトイレ使用 |  |
| □清潔ケアについて | ＜他ユニットと浴室共有＞  ある　・　ない | ＜清潔ケアの実施＞  普段と同じ・陽性者は清拭・  全員清拭 |  |

**（2　発生前後での対応の比較　つづき）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 発生前 | 発生後 | 備考 |
| □職員の更衣室はどのようにしているか。 | 施設に1か所・  ユニットに1か所  その他（　　　　　　　　　　） | 普段と同じ・  レッド職員は別室・  レッド職員は時間を分けて・その他： |  |
| □職員の休憩室はどのようにしているか。 | 施設に1か所  ユニットに1か所  その他(　　　　　　　　　　　) | 普段と同じ・  レッド職員は別室・  レッド職員は時間を分けて・その他： |  |
| □ユニットやフロア間で職員の交差(応援体制)はあるか。 | 全くない・  日勤で応援体制がある・  夜勤で応援体制がある | 全くない・  日勤で応援体制がある・  夜勤で応援体制がある |  |
| □換気はどのように実施しているか。 | ＜どこを＞  換気扇を使用・窓開け  ＜いつ＞  常時・（　　）時間ごと | ＜どこを＞  換気扇を使用・窓開け  ＜いつ＞  常時・（　　）時間ごと |  |
| □通所との交差はあるか。 | 利用者　ある　・　ない  職　員　ある　・　ない | 利用者　ある　・　ない  職　員　ある　・　ない |  |
| □面会の状況はどうか。 | ＜具体的に＞ | ＜具体的に＞ |  |

**３　関係機関との連携**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | チェック | 備考 |
| □施設医へ連絡、相談をしている。 | はい・いいえ |  |
| □夜間・休日の陽性者・重症者発生時には、施設医や施設長等と速やかに連絡がとれる体制を確保している。 | はい・いいえ |  |
| □利用者家族への連絡、説明を行い、健康調査の協力要請や二次感染予防についての情報提供を行っている。 | はい・いいえ |  |
| □社会福祉施設等担当部署への報告をした。 | はい・いいえ |  |

**4　その他**