≪施設関係者の皆様へ≫

# 感染症に関する報告・申請等について

## １　結核定期健康診断の実施報告

事業者及び施設の長は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」第53条の2の規定に基づき、結核に係る定期健康診断を毎年実施することになっています。定期的に結核の健康診断を実施することは、結核の早期発見・早期治療につながります。

また、定期健康診断の実施者は健康診断に関する事項を同法第53条の7の規定に基づき、保健所長へ報告しなければなりません。健康診断実施後、別紙報告様式により川口市保健所へ速やかに提出をお願いします。

【対象施設】介護老人保健施設、社会福祉施設（「老人福祉法」に規定する養護老人ホーム・特別養護老人ホーム・軽費老人ホーム、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」に規定する障害者支援施設等）

【対 象 者】上記対象施設の職員（非常勤を含む）
社会福祉施設の６５歳以上の入所者（年度中に６５歳になる方を含む）

【健診内容】胸部エックス線撮影　※有所見者については喀痰検査等

【報告方法】FAX又は郵送でご提出ください。（令和5年4月1日から令和6年3月31日の間に実施した分を令和6年4月中までにご報告ください。）

## ２　結核予防費補助金の申請

結核定期健康診断に要した費用について、川口市が一部を補助します。

【対象施設】社会福祉施設（「老人福祉法」に規定する養護老人ホーム・特別養護老人ホーム・軽費老人ホーム、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」に規定する障害者支援施設等）

【対 象 者】社会福祉施設の６５歳以上の入所者（年度中に６５歳になる方を含む）

≪要綱案より一部抜粋≫

補助金交付額の算定は、３５０，０００円を上限として、次に掲げる計算方法により最小の額となる計算方法によって算出された額を、３で除し、２を乗じるものとする。また、算定した額に１，０００円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てるものとする。

(1) 基準額に定めるところにより計算して得た額の合計額
（例：直接撮影の場合　５０６円×実施人数）

(2) 対象経費に定める補助対象事業に係る経費の実支出額

（例：報酬・賃金・報償費・需用費・役務費・委託料・賃借料等）

(3) 総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額

**平成３１年度より、補助申請額の下限額を撤廃し、小規模の施設等でも申請しやすくなりました**

## ３　感染症集団発生の報告

社会福祉施設などの施設長は、厚生労働省関係局長通知に基づき、以下の報告基準を満たす場合には川口市保健所に対し、事前に連絡の上、感染症が疑われる者などの人数・症状・対応状況などを報告してください。状況等に応じて、報告書等の作成、現地を調査させていただく場合があります。（例：インフルエンザ、感染性胃腸炎等）

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数の半数以上発生した場合
3. 上記 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などの発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合

※介護保険課・障害福祉課等、施設を所管する課への報告も行ってください。

**＜問い合わせ先＞**

**川口市保健所疾病対策課感染症係**

**TEL：048-423-6726**

**FAX：048-423-8852**

※各種報告・申請等の様式は、川口市保健所の疾病対策課のホームページからダウンロードできます。

様式第53号

# 定期の健康診断報告書（感染症法第５３条の７）

（あて先）
川口市長

| | | | |
|---|---|---|---|
| 施設名 | | | |
| 所在地 | | | |
| 電話番号 | | 実施年月 | 年　　月 |
| 担当者 | | 報告年月日 | 年　　月　　日 |

| 対象区分 ＼ 実施区分 | ①学校・病院・診療所・助産所・介護老人保健施設・社会福祉施設 | ②学校のうち、大学・高校・短大・専門学校等 | ③社会福祉施設 | ④市町村 |
|---|---|---|---|---|
| | 職員・従事者 | 対象の年度に入学した学生・生徒 | ６５歳以上の入所者 | ６５歳以上の居住者 |
| 健康診断対象者数 | | | | |
| 胸部エックス線検査受診者数<br>※直接撮影・間接撮影を分けて記入してください | 直接撮影人数：<br>間接撮影人数： | 直接撮影人数：<br>間接撮影人数： | 直接撮影人数：<br>間接撮影人数： | 直接撮影人数：<br>間接撮影人数： |
| 喀痰検査受診者数 | | | | |
| 発見者数　結核患者 | | | | |
| 発見者数　結核発病のおそれがあると診断された者 | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 未受診者がいる場合その理由 | ・年度中に受診予定　（　　名）<br>・転出等　（　　名）<br>・妊娠中等　（　　名）<br>・他で実施　（　　名） | | ・受診勧奨中　（　　名）<br>・その他　理由：<br>（　　名） | |

(H30)

※記入について（感染症法施行令第１２条参照）

①は、学校、病院、診療所、助産所、介護老人保健施設、社会福祉施設（※）が該当します。
職員、従事者について、記入してください。

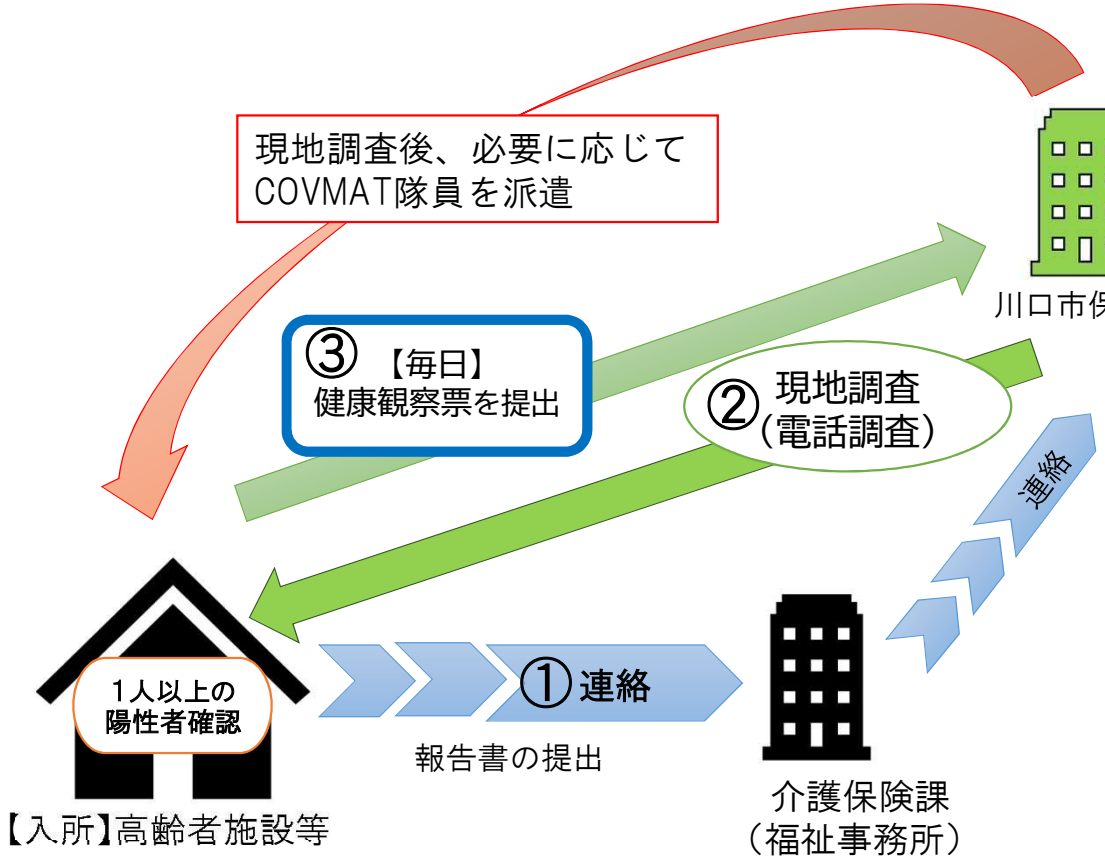
※社会福祉施設とは、生活保護法の救護・更正施設等、老人福祉法の養護老人ホーム・特別養護老人ホーム・軽費老人ホーム、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の障害者支援施設、売春防止法の婦人保護施設をいいます。

②は、高等学校、高等専門学校、専門学校、短期大学、大学が該当します。
対象の年度に入学した学生、生徒について、記入してください。

③は、社会福祉施設（※）が該当します。
６５歳以上の入所者について、記入してください。（今年度中に６５歳となった者を含む）

④は、市町村が該当します。
６５歳以上の居住者について、記入してください。（今年度中に６５歳となった者を含む）

# 川口市高齢者施設等のクラスター対策（令和５年５月８日～９月３０日）




詳しくは、川口市ホームページを参照

高齢者施設等は感染リスクが高いです！！

【目的】
- 新型コロナウイルスは5類に移行されたが、**感染症対策の取組を強化**することで感染拡大を予防する
- 陽性者発生の連絡体制を構築し、関係機関の連携を強化する

**◆陽性者が1人でたら、速やかに報告をください**

「新型コロナウイルス感染の疑いがある者発生時の報告書」を提出

●提出先：川口市　介護保険課　事業者係

●メール：087.04030@city.kawaguchi.saitama.jp

●ＦＡＸ：048-258-7493

川口市保健所疾病対策課感染症係　行
FAX　048－423－8922（係直通）

# 新型コロナウイルス健康観察票（記入例）

令和　　年　　月　　日

| 施設名 | 施設の情報を記載してください | | | | | | 住所 | | 連絡責任者 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | 電話 | | FAX | |
| 全体の入所者数（人） | | 内訳 | 1階 | | 2階 | | 3階 | | 4階 | 5階 |
| 全体の職員数（人） | | 内訳 | 1階 | | 2階 | | 3階 | | 4階 | 5階 / 調理従事者 / その他 |

| | | | | | | | | | 症状（月／日 別）［症状記号］※発熱（最高体温）◎咳 ●鼻汁 ■痰 ▲頭痛 ◆咽頭痛 ×倦怠感 無：症状消失 その他：具体的に記入してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 氏名（漢字） | 職種等（利用者・職員等） | フロア・部屋 | 男・女 | 年齢 | 住所 | 診断医療機関 | 発症日 | 月／日 5月15日 | 月／日 5月16日 | 月／日 5月17日 | 月／日 5月18日 | 月／日 5月19日 | 月／日 5月20日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 備考 |
| 例 | 鳩ケ谷太郎 | 入居者 | 2F | 女 | 80 | 川口市 | 川口市立医療センター | 5月15日 | 発症 | 検査 | 陽性 | 川口市立医療センター | ←日別に、上段に【発症・検査・陽性or陰性・入院医療機関名】入力し、下段に【症状記号】を入れる。例（205号室の入居者さんが、発熱あり（＝発症日＝療養0日目）、療養1日目検査、療養2日目に陽性判明かつ咳と頭痛あり、療養3日目入院） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 205 | | | | | | ※37.8 | ※37.5◎ | ◎▲ | 入院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 川口太郎 | 入居者 | 2F | 男 | 75 | 川口市 | 川口市立医療センター | 5月15日 | 発症・検査 | 陽性 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 201 | | | | | | ※37.8◎ | ※38.5◎ | ※37.9 | ※37.5 | 無 | 無 | 無 | 無 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 川口花子 | 入居者 | 2F | 女 | 80 | 戸田市 | 川口市立医療センター | 5月16日 | | 発症・検査 | 陽性 | 川口市立医療センター | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 202 | | | | | | | ◎▲ | ◎▲ | 入院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 鳩ケ谷太郎 | 職員 | 2F | 男 | 30 | 越谷市 | 川口市立医療センター | 5月16日 | | 発症 | 検査 | 陰性 | 検査 | 陰性 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 担当 | | | | | | | ●× | ●× | ●× | ●× | ●× | ●× | ●× | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 鳩ケ谷花子 | 職員 | 1F | 女 | 29 | 川口市 | 川口市立医療センター | 5月17日 | | | 発症 | 検査 | 陽性 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 担当 | | | | | | | | ◎▲ | ◎▲ | ※38.0 | ※39.2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新患者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在症状のある者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者累計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【提出について】
・施設内で、コロナウイルス感染症に関する何らかの症状がでている人（入居者・職員）がいる場合、
**毎日12時までにメールかFAXで提出してください。**
※土日祝日は、休み明けにまとめて報告をお願いいたします。（毎日でも可）

【記入について】
・1列目は、施設で**最初の陽性者**を記入してください。発症日は**症状が出始めた日を記入**してください。
・2列目からは、施設内でコロナウイルス感染症に関する何らかの症状がでている人を、上から発症日が早い順に記入してください。
・新しく体調不良者が出てきた場合は、下に続けて記入してください。
・診断／未診断に関わらず、体調不良者を全員（職員も）記入してください。

・発症日は、コロナウイルス感染症に関する何らかの症状が出始めた日とする。
・日別に上段に【発症・検査・陽性or陰性・入院医療機関名】
　下段に【症状記号　※発熱（最高体温）◎咳　●鼻汁　■痰　▲頭痛　◆咽頭痛　×倦怠感　無：症状消失　その他：具体的に記入してください】

**【新患者】**
観察日に、コロナウイルス感染症に関する何らかの症状が、初めてでた者の人数（未診断者も含む）
**【現在症状のある者】**
観察日に、コロナウイルス感染症に関する何らかの症状がある者の人数（＝観察日に症状記号のある人数）
**【累計患者】**
健康観察開始時から観察日までに、コロナウイルス感染症に関する何らかの症状が出た者の人数
（左側の通し番号と同じ人数になります。）

川口市保健所疾病対策課感染症係　行
FAX　048－423－8922（係直通）

# 新型コロナウイルス健康観察票

令和　　年　　月　　日

| 施設名 | | 住所 | | 連絡責任者 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 電話 | | FAX | |

| 全体の入所者数（人） | | 内訳 | 1階 | | 2階 | | 3階 | | 4階 | | 5階 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 全体の職員数（人） | | | 1階 | | 2階 | | 3階 | | 4階 | | 5階 | | 調理従事者 | | その他 | |

| | 氏名（漢字） | 職種等（利用者・職員等） | フロア・部屋 | 男・女 | 年齢 | 住所 | 診断医療機関 | 発症日 | 症状（月／日別）［症状記号］ ※発熱（最高体温） ◎咳 ●鼻汁 ■痰 ▲頭痛 ◆咽頭痛 ×倦怠感 無：症状消失その他：具体的に記入してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | | |
| 例 | 鳩ケ谷太郎 | 入居者 | 2F | 女 | 80 | 川口市 | 川口市立医療センター | 5月15日 | | 発症 | 検査 | 陽性 | 川口市立医療センター | ←日別に、**上段**に【発症・検査・陽性or陰性・入院医療機関名】入力し、**下段**に【症状記号】を入れる。例（205号室の入居者さんが、発熱あり（＝発症日=療養0日目）、療養1日目検査、療養2日目に陽性判明かつ咳と頭痛あり、療養3日目入院） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 205 | | | | | | | ※37.8 | ※37.5◎ | ◎▲ | 入院 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新患者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在症状のある者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者累計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

川口市保健所疾病対策課感染症係　行
FAX　048－423－8922（係直通）

# 新型コロナウイルス健康観察票

令和　　年　　月　　日

| 施設名 | | 住所 | | 連絡責任者 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 電話 | | FAX | |

| 全体の入所者数（人） | | 内訳 | 1階 | | 2階 | | 3階 | | 4階 | | 5階 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 全体の職員数（人） | | | 1階 | | 2階 | | 3階 | | 4階 | | 5階 | | 調理従事者 | | その他 | |

| | 氏名（漢字） | 職種等（利用者・職員等） | フロア・部屋 | 男・女 | 年齢 | 住所 | 診断医療機関 | 発症日 | 症状（月／日 別）［症状記号］ ※発熱（最高体温） ◎咳 ●鼻汁 ■痰 ▲頭痛 ◆咽頭痛 ×倦怠感 無：症状消失 その他：具体的に記入してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | 月／日 | | |
| 例 | 鳩ケ谷太郎 | 入居者 | 2F | 女 | 80 | 川口市 | 川口市立医療センター | 5月15日 | | 発症 | 検査 | 陽性 | 川口市立医療センター | ←日別に、**上段**に【発症・検査・陽性or陰性・入院医療機関名】入力し、**下段**に【症状記号】を入れる。例（205号室の入居者さんが、発熱あり（＝発症日=療養0日目）、療養1日目検査、療養2日目に陽性判明かつ咳と頭痛あり、療養3日目入院） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 205 | | | | | | | ※37.8 | ※37.5◎ | ◎▲ | 入院 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新患者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在症状のある者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者累計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# 川口市高齢者施設等のクラスター対策のお願い

高齢者施設等から介護保険課へ陽性者及び体調不良者の報告をいただいた後、川口市保健所より電話調査・現地調査を行わせていただきます。

【目的】
・新型コロナウイルスは5類に移行されたが、感染症対策の取組を強化することで感染拡大を予防する
・陽性者発生の連絡体制を構築し、関係機関の連携を強化する

調査時に以下の内容を確認または資料の提出をお願いすることがありますので、平常時よりご準備をお願いいたします。

【資料】
①施設の平面図(部屋などの配置・部屋番号が分かるもの)
②入居者の食事の配席図
③入居者名簿
　・氏名・部屋番号・介護度は必ず記載
　・性別・生年月日・利用形態は記入可能であれば記載
④職員名簿(職種・担当フロア)

【保健所からの確認事項】
・入居者が体調不良あるいは陽性となった場合、対象入居者の症状発症2日前からの情報(体調・施設で過ごしていた様子など)
・職員が体調不良あるいは陽性となった場合、対象職員の症状発症2日前からの出勤状況、対応したフロア等の状況
・施設内で行っている感染対策状況(ゾーニングの有無・感染防護具の使用状況など)

施設の状況が分かる方がご対応いただけるようご調整をお願いいたします。

川口市保健所　疾病対策課
新型コロナウイルス感染症担当
048-423-6726