**２　【情報収集班】社会福祉施設等におけるクラスター発生時のヒアリングシート（案）**

**シート１**

**記入日：　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入者**

「入所施設における新型コロナウイルス発生時のニーズ把握のためのチェックリスト」参照

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **項目** | **内容** |
| （Ａ）基本情報 | 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  個室〇室、二人部屋〇室、四人部屋〇室など |
| 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**

**記入日：　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入者**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **項目** | **内容** |
| （Ｂ）基本情報 | 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 |  |

**シート３**

**記入日：　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入者**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **項目** | **内容** |
| （Ｃ）感染発生時対応状況 | ①陽性者数 | （〇/〇時点）  利用者●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 |
| 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 |
| 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**

**記入日：　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入者**

|  |  |
| --- | --- |
| **社会福祉施設における衛生用品の備蓄状況** | |
| （Ｄ）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.jpg  A | |
| （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。**