

医整第465号
令和4年7月21日

一般社団法人 岐阜県医師会長
公益社団法人 岐阜県歯科医師会長 } 様

岐阜県健康福祉部医療整備課長

診療所における新型コロナウイルス感染症患者発生に関する報告について
(依頼)

日頃より、県の医療行政にご理解・ご協力を賜り、誠にありがとうございます。
また、日々新型コロナウイルス感染症患者に対し、ご尽力いただき、重ねて御礼申し上げます。

さて、診療所における医療従事者の感染状況の把握につきましては、令和4年1月からご協力いただいているところです。このたび、感染拡大の先が見通せない中、県民に感染拡大による危機感を持っていただき、もって陽性者発生の減少につなげるため、「一般の診療にも影響があること」を様々な機会を捉えて発信していくこととしました。

【参考】令和4年7月20日知事記者会見（主な発言内容）

<https://www.youtube.com/watch?v=asOfgoc-ixo> （約30分10秒頃）

- ・医療従事者の感染による欠勤者の増加や、病院内での入院患者の感染拡大により、一般医療に影響が及んでいる
- ・県内では3病院で、病棟への新規入院患者受入停止を行っている

つきましては、下記のとおり、該当事例が発生した場合は、県への報告をお願いしたく、貴会会員にご周知いただきますようお願いいたします。

記

○報告内容及び方法

別添『「医療機関内における感染状況の報告」の手引き』のとおり

○運用開始日

令和4年7月25日（月）報告分から

※初回は、令和4年7月24日（日）時点分を25日（月）午前10時までに報告してください。

○その他

各報告依頼事項につきましては、各診療所から県医療整備課へ直接報告願います。

(連絡先)

岐阜県 健康福祉部 医療整備課 医事係

担当係長 山下 担当 安田、高橋

TEL : 058-272-1111 (2528)

FAX : 058-278-2623

メール : c11229@pref.gifu.lg.jp

「医療機関内における感染状況の報告」の手引き

■目的・経緯

新型コロナウイルス感染症の感染拡大を受けて、県として、医療機関におけるクラスターの早期発見及び診療体制の把握を行うため、報告を依頼するもの。

※ 令和4年1月24日に依頼済みの内容について、一部内容を変更するとともに、報告方法等を明確にするもの。

■報告対象・方法

(1) 医療機関内の陽性者報告

ア 報告対象

- ・病院又は診療所（無床診療所含む）において、院内感染が疑われるか否かを問わず、従事者（医師、看護師、専門職、事務職等）及び入院患者から、5名以上の陽性者が発生した場合（家庭内での感染も含む）
- ・最初の報告日以降、追加で陽性者が発生した場合

イ 報告方法

- ・上記アに該当する陽性者が発生した場合に、報告様式1『【医療機関名】陽性者報告（R4. . .）.xlsx』により、当日判明分までを翌日午前10時までに報告してください。
例：7/31時点分を8/1 10時までに報告
- ・最終陽性判明日から『8日間』が報告期間となります。
例：7/31が最終判明日の場合、8/8までが報告期間となります。
※ 最終報告日には、県医療整備課からその旨連絡いたします。
- ・報告期間中は、毎日（土日祝含む）報告をお願いします。
- ・最初の報告日以降、新規陽性者が発生していない場合は様式による提出は不要ですが、「新たに陽性者は発生していない」ことを「メール」又は「県の汎用システム（以下「LoGoフォーム」という。）」で報告してください。

<記載上の注意事項>

- ・医療従事者の場合は、職名（医師、看護師、放射線技師等）及び勤務している病棟名を必ず記載してください。
- ・入院患者の場合は、感染当時入院していた病棟名・病室番号を必ず記載してください。
- ・最初の報告日以降の追加発生分については、既報告分を削除せず、追記する形で記載してください。
- ・院内感染対策に関する専門家派遣を希望される場合には、報告様式3『【参考】星取表（〇〇病院）.xlsx』を合わせて提出してください。

(2) 医療機関の診療体制状況

ア 報告対象

- ・病院又は有床診療所において、救急体制、入退院、外来について制限を設けた場合

イ 報告方法

- ・報告様式2『【医療機関名】診療体制状況調 (R4. .) .xlsx』により、翌日午前10時(土日祝含む)までに報告してください(該当がない場合は提出不要)。

例：7/31に行った場合は8/1 10時までに報告

- ・最初の報告日以降、制限内容に変更がない場合は様式による提出は不要ですが、上記(1)イと同様に、変更がないことを報告してください。制限の追加や解除を行った場合は、提出をお願いします。

<記載上の注意事項>

- ・「備考欄」は、制限の期間の予定等、補足事項があれば記載をお願いします。

■報告ツール

以下のいずれかの方法をご活用ください(陽性者が発生した場合の県医療整備課への電話連絡は不要です)。

(1) メール

宛先：c11229@pref.gifu.lg.jp (医療整備課メールアドレス)

※メールの宛先は医療整備課、CCに必ず管轄保健所を追加してください。

【保健所メールアドレス】

岐阜市保健所：hoken-iryo@city.gifu.lg.jp

岐阜保健所：c22701@pref.gifu.lg.jp

西濃保健所：c22703@pref.gifu.lg.jp

関保健所：c22705@pref.gifu.lg.jp

可茂保健所：c22706@pref.gifu.lg.jp

東濃保健所：c22708@pref.gifu.lg.jp

恵那保健所：c22709@pref.gifu.lg.jp

飛騨保健所：c22710@pref.gifu.lg.jp

(2) LoGo フォーム (推奨)

リンク：<https://logoform.jp/form/T8mB/65671>

※上記アドレスに接続していただくと、質問形式の画面が表示されますので、上記「報告様式」を添付(アップロード)して報告してください。

※報告翌日以降、新たに陽性者が発生した場合又は制限に変更があった場合は、更新した「報告様式」を添付(アップロード)して報告してください。

ただし、報告翌日以降、新たに陽性者が発生していない場合及び制限に変更がない場合は、様式による提出は不要ですが、「変更がない」ことを「メール」又は「LoGo フォーム」で報告してください。再掲

医療機関内における陽性者報告

報告日

■医療機関情報

医療機関名		所属・担当者氏名	
所在地		連絡先（電話番号）	
		メールアドレス	

■感染状況（前日までの報告分に追加して記載してください。）

通番	氏名	属性	職種	年齢	性別	ワクチン回数	病棟	病室	陽性判明日	県番号
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

※県番号はわかれば記載

■検査状況（検査対象者、検査人数、検査日、結果判明がまだの場合は判明予定日）

（記載例）

・×月×日（通番△番）の関係者について検査

【対象者】職員：（ 人）

 入院患者：（ 人）

 その他：（ 人）

【結 果】

■院内感染対策派遣指導の要否（派遣指導の対象は原則、病院です。診療所の場合は県医療整備課までご相談ください。）

- ☐ 派遣指導を希望します
- ☐ 派遣指導を希望しません

■診療体制状況調

【様式2】
※病院、有床診療所用
令和 年 月 日

医療機関名	入退院制限			救急外来制限	外来制限	備考欄
	有無	病棟名	診療科			
〇〇病院						

医療機関内における陽性者報告

■医療機関情報	
医療機関名	岐阜県庁病院
所在地	岐阜市森田南2-1-1
所属・担当者氏名	医事係 清波 太郎
連絡先（電話番号）	058-272-1111
メールアドレス	c11229@pref.gifu.lg.jp
医療従事者・入院患者の場合は必ず記載してください。	

■感染状況（前日までの報告分に追加して記載してください。）

通番	氏名	属性	職種	年齢	性別	ワクチン回数	病棟	病室	陽性判明日	県番号
1	岐阜 次郎	職員	看護師	26	男	3	東3階		7/21	
2	森田 花子	入院患者		80	女	2	西5階	501号室	7/22	
3	〇〇 〇〇								7/23	
4	〇〇 〇〇								7/24	
5	〇〇 〇〇								7/25	
6	〇〇 〇〇								7/26	
7	〇〇 〇〇								7/27	
8	〇〇 〇〇								7/28	
9	〇〇 〇〇								7/29	
10	〇〇 〇〇								7/30	
11	〇〇 〇〇								7/31	
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

※県番号はわかれば記載

■検査状況（検査対象者、検査人数、検査日、結果判明がまだの場合は判明予定日）

（記載例）
・×月×日（通番△番）の関係者について検査
【対象者】職員：（ 人）
入院患者：（ 人）
その他：（ 人）
【結 果】

■院内感染対策派遣指導の要否（派遣指導の対象は原則、病院です。診療所の場合は県医療整備課までご相談ください。）

- ☒ 派遣指導を希望します
☐ 派遣指導を希望しません

最終報告（予定）日 令和4年8月8日

最終陽性判明日から8日後の日付が、自動入力されます。
最終陽性判明日が7/31の場合、最終報告日は8/8となります。

■留意点

- (1) 最終陽性判明日から8日間（土・日・祝日含む）継続してご報告ください。ただし、新規感染者が発生しなかった場合はその旨をメール又はLOGOフォームで報告するのみで結構です。最終報告日には、県医療整備課より終了のご連絡を差し上げますので、その連絡をもって終了となります。
- (2) (1)の後、新規の陽性者が発生した場合は、前回までの報告分を消して、「通番1」から記載して報告してください。
- (3) シートは常に1枚としてください。
(コピーにより、複数シートにしないようご注意ください。)
- (4) 感染状況欄の行・列挿入は原則行わないでください。
(通番21番以降は非表示状態となっていますので、必要に応じて、表示、追記してください)

■診療体制状況調

【様式2】
※病院、有床診療所用
令和4年7月31日

医療機関名	入退院制限			救急外来制限	外来制限	備考欄
	有無	病棟名	診療科			
〇〇病院	有	西6階病棟 北3階病棟	西6階：混合病棟（循環器内 科、消化器内科等） 北3階：認知症患者病棟	有	無	（記載例） ・西6階病棟および北3階病棟については、 7/31より入退院制限を実施。制限解除は、8/8を 予定。

■留意点

- （1）入退院制限や（救急）外来制限を行った場合に、必ず報告をお願いします。
- （2）制限を解除した場合は、入退院制限欄、（救急）外来制限欄を
<有⇒無>に変更して、ご報告ください。
- （3）行・列挿入は行わないようにしてください。
※入退院の制限を行う病棟が複数ある場合は、行の幅を広げて記載して
ください。

〇〇病院

患者番号	年齢 性別	名前 (所属、病室)	1/10 月	1/11 火	1/12 水	1/13 木	1/14 金	1/15 土	1/16 日	1/17 月	1/18 火	1/19 水	1/20 木	1/21 金	1/22 土	1/23 日	1/24 月	1/25 火	1/26 水	1/27 木	1/28 金	1/29 土	1/30 日	1/31 月	2/1 火	2/2 水
		〇〇 〇〇 (〇〇〇病棟 号室)		14時 入院 (3階 310) コロナ抗原 (-)				11時 転床 (3階 307)	14時 転床 (3階 306)		9時 転床 (3階 317)								発熱 (38.0℃)	発熱 (37.4℃)	発熱 (38.2℃)	発熱 (38.8℃)	発熱 (38.1℃)		TMA陽性判明 9時 転床 (2階305号)	陽性 入院中
		〇〇 〇〇 (〇〇〇病棟 号室)														13時 入院 (3階 350) コロナ抗原 (-)				16時 転床 (3階 320)					TMA陽性判明 8時 転床 (2階305号)	陽性 入院中 無症状性感染
		〇〇 〇〇 (〇〇〇病棟 号室)	外来受診						検疫	外来受診 (既病)				外来受診 (既病)				入院 (3階311)						PCR陽性判明 20時 転床 (2階305号)	陽性 入院中	
		〇〇 〇〇 (〇〇〇病棟 号室)														発熱・悪寒 検疫受診 コロナ抗原 (-)			16時 入院 (3階 305) コロナPCR (-)		18時 転床 (〇〇病棟)		PCR陽性判明検査結果判 定			
		〇〇 〇〇 (〇〇〇病棟 号室)																								
		〇〇 〇〇 (〇〇〇病棟 号室)																								
		〇〇 〇〇 (〇〇〇病棟 号室)																								
		〇〇 〇〇 (〇〇〇病棟 号室)																								
		〇〇 〇〇 (〇〇〇病棟 号室)																								
		〇〇 〇〇 (〇〇〇病棟 号室)																								
		〇〇 〇〇 (〇〇〇病棟 号室)																								
		〇〇 〇〇 (〇〇〇病棟 号室)																								

※行動・移動歴、発熱症状等