

感染症集団発生時における 事業継続計画(BCP)

合同会社どりい夢

令和6年2月作成

1. 基本方針

当法人において事業継続計画（BCP）を策定・運用する目的とともに、当法人が運営する事業所の特性を踏まえ、緊急時に事業継続を図る上での基本方針は以下のとおりとする。

なお本 BCP において、感染症とは主に学校保健安全法施行規則第 18 条に定められた第 1 種から第 3 種までの疾病（資料 1）を指すものとする。

(1) BCP 策定・運用の目的

当法人は、障がい福祉事業を運営し、生活介護・放課後等デイサービス・日中一時支援サービス・障がい者デイサービス等の福祉サービスを提供している。それぞれが集団生活の場であることから、職員が感染症等に的確かつ迅速に予防または対応するために必要な事項を定めて、利用者児・職員の生命・健康を守ることを目的とする。

通常想定されうる感染症に対する予防策等については、別に定める「感染症等対応マニュアル」に則って行うものとする。

本 BCP では、各事業所の利用者児・職員に感染者または集団感染が発生した際の対応について定めるものとする。

(2) 本 BCP の適用範囲

本 BCP の適用範囲は、合同会社どりい夢が運営する全事業所とする。

事業所名	所在地
放課後等デイサービス ぽこあぽこ	各務原市蘇原東栄町 2-123 COZY HOUSE 東栄 1 階西
日中一時支援サービス ぽこあぽこ	各務原市蘇原東栄町 2-123 COZY HOUSE 東栄 1 階西
日中一時支援サービス ぽこあぽこⅡ	各務原市蘇原瑞雲町 3-18-1
障がい者デイサービス ぽこあぽこ	各務原市蘇原東栄町 2-123 COZY HOUSE 東栄 1 階東
生活介護事業所 ぽこあぽこ	各務原市蘇原瑞雲町 3-18-1

(3) 平常時における体制

各関連マニュアルの内容精査・更新

以下のマニュアルについて、毎年 4 月もしくは都度、内容を精査し更新する。

- 毎年 4 月 ◆感染症集団発生時における事業継続計画
- 都度 ◆感染症等対応マニュアル
- ◆衛生管理マニュアル

関係者への事前対応の実施

利用者児の家族への事前対応として、感染症の罹患者が職員・利用者児を含めて10名に達した場合、状況によってはサービス提供を一部縮小したり、施設を一時閉鎖したりする可能性があることを説明し、理解を得るよう努める。

2. 感染者が発生した場合の対応

(1) 利用者が感染した場合の対応

利用者の感染が疑われる場合の対応

- ◆利用者児自身の感染が疑われる場合には、サービスの提供を中止する。
- ◆サービス利用開始後に感染症状がみられた場合には、家族に連絡し状況を報告、特に発熱の場合は早急に迎えに来てもらう。
- ◆利用者が感染していないことが明らかになった以降は、サービス提供を開始する。

感染した利用者への対応

- ◆感染した利用者にはサービスの提供を中止する。
- ◆感染症状がある利用者児・職員が他にいないか、感染した利用者児と濃厚接触した者はいないか確認する。

(2) 職員が感染した場合の対応

職員の感染が疑われる場合の対応

- ◆職員の家族が感染した場合、あるいは職員自身の感染が疑われる場合は、職員はすみやかに施設へ報告し、職員本人が感染していないことが明らかになるまで、なるべく出勤を控えるようにする。

職員が感染した場合の対応

- ◆職員が感染した場合、回復するまで施設には出勤停止とする。
- ◆施設内で人がよく触れるところを消毒する。
- ◆感染症状がある利用者児・職員が他にいないか、感染した利用者児と濃厚接触した者はいないか確認する。

(3) 利用および出勤の基準

感染した場合

- ◆学校保健安全法施行規則第19条に定められた出席停止期間（資料1）に準ずる。

感染が疑われる場合

- ◆学校保健安全法施行規則第18条に定められた感染症種類が第1種の疾病（資料1）のような症状がみられる場合は、無理に出勤せず、職場へ連絡のうえ医療機関で受診する。熱が下がった後2日間は出勤を自粛する。

※感染後一定時間以降でなければ判別ができない感染症もあることに留意する。

家族が感染した場合

- ◆本人に感染症の症状がない場合は、マスク着用のうえ出勤可とする。
- ◆定期的に検温や体調の確認を行い、少しでも体調の変化があった場合にはすみやかに業務を中断し、医療機関で受診する。

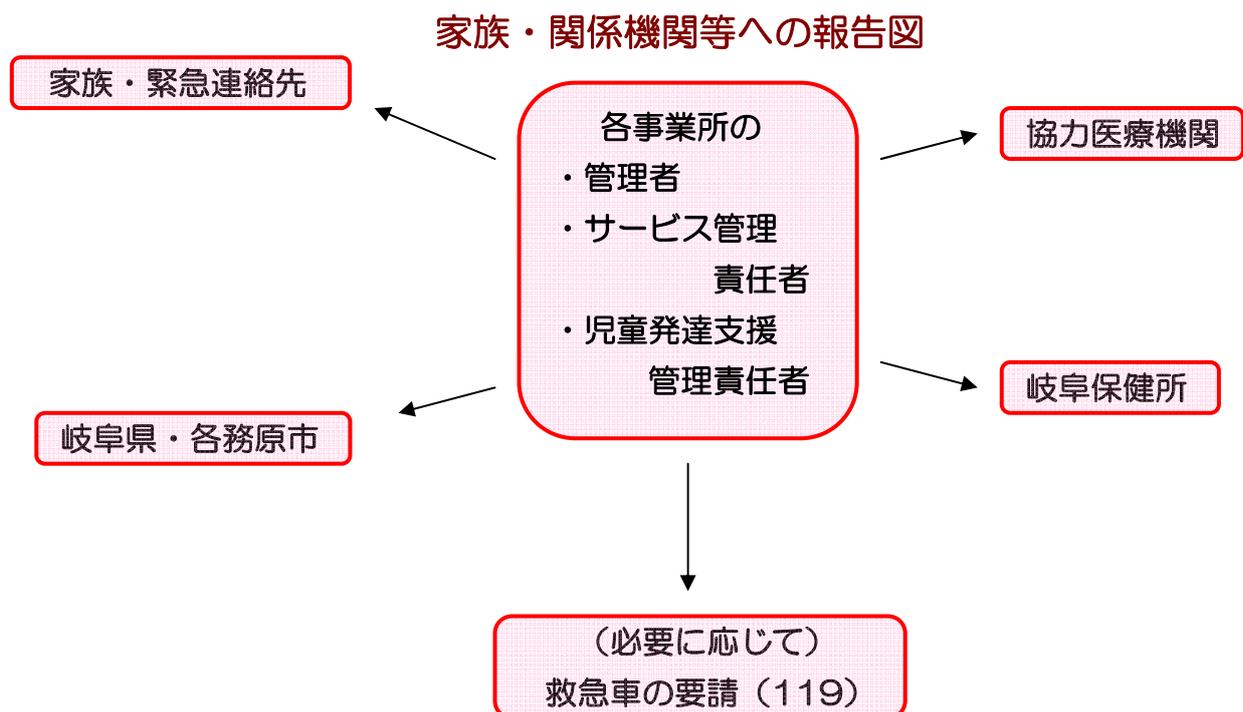
その他対応

- ◆感染が判明した後、利用者児および他の職員に感染が広がっていないかすみやかに確認する。
- ◆利用者児および他の職員で症状がある場合には、すみやかに医療機関で受診したうえで自宅療養し、感染拡大を最小限に食い止めるよう努める。

(4) 家族・関係機関等への報告

- ◆罹患者が職員・利用者児を含めて10名に達した場合は岐阜県・各務原市等の行政窓口に状況を報告し、対応を相談するとともに、報告書（第一報）を提出する（様式1・2・3）。
- ◆罹患者が職員・利用者児を含めて10名に達した場合は、管轄の保健所へ患者の発生状況等を報告し、助言・指示を受ける（様式1・2・3）。
- ◆利用者児・職員が感染した場合は、その対応について協力医療機関などと相談したうえで、医師の指示に従う。
- ◆罹患者が職員・利用者児を含めて10名に達した場合には、各事業所の責任者はその旨をすみやかに利用者児宅に連絡する。

※保健所では福祉施設を対象として積極的疫学調査（有症者の発症状況の調査など）を行う場合があるので、その際はできる限り協力する。



3. 業務の縮小、施設の閉鎖・再開の際の対応

(1) 縮小・閉鎖に向けた協議

- ◆必要に応じて、サービスの一部縮小や施設の一時閉鎖について行政窓口にご相談する。
- ◆行政との協議のうえ、やむを得ない場合はサービスの一部縮小や施設の一時閉鎖を行う。
(行政から事業自粛の要請を受けた場合も同様)

行政：主な連絡先

機関名	電話番号
岐阜保健所	058-380-3002
各務原市社会福祉課障がい福祉係	058-383-1126
岐阜県健康福祉部障害福祉課	058-272-1111 (内線3483)

(2) 縮小・閉鎖に向けた対応

- ◆すみやかに利用者児宅に連絡し、サービスの一部縮小や施設の一時閉鎖について事情を説明し理解を得る。
- ※施設の一時閉鎖によって著しい影響が想定される利用者児には、相談支援専門員・家族などとの事前協議を行い、その内容に沿って特段対応を実施する。施設を一時閉鎖する場合であっても、優先順位の高い特段対応が必要な利用者児については、感染防止策を適切に講じたうえで最低限のサービスを提供するなど、柔軟な対応を含めて検討を行う。

(3) 閉鎖期間中の対応

- ◆施設閉鎖後も、職員全員に健康状況などについて各事業所の責任者に報告させ、取りまとめる(様式4)。
- ◆施設閉鎖後も、利用者の状況を電話・LINEなどで確認して、取りまとめる(様式5)。
- ◆施設閉鎖後も、管理者は適宜行政窓口と連絡を取りあう。

(4) 再開に向けた対応

- ◆サービス再開の可否について行政窓口を確認する。
- ◆行政と相談し、サービス再開が決定したら、各事業所の責任者は利用者児宅や職員へすみやかに連絡を行う。
- ◆サービスを再開する場合、念のため利用者児・職員はマスクを着用し、当面は感染予防策を講じる。

4. 資料・様式一覧

資料

- ◆資料 1 : 学校保健安全法施行規則 第 18 条・第 19 条

様式

- ◆様式 1 : インフルエンザ様疾患患者発生報告書
- ◆様式 2 : インフルエンザ様疾患患者死亡報告書
- ◆様式 3 : 食中毒・感染症その他公衆衛生事故による患者発生報告書
- ◆様式 4 : 健康状況チェック表 職員
- ◆様式 5 : 健康状況チェック表 利用者

学校保健安全法施行規則 第18条・第19条

感染症種類	対象疾病	潜伏期間	出席停止期間
第一種	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、ジフテリア、南米出血熱、マールブルグ病、ペスト、ラッサ熱、急性灰白髄炎、痘そう 重症急性呼吸器症候群（病原体がSARSコロナウィルスであるものに限る） 中東呼吸器症候群（病原体がMARSコロナウィルスであるものに限る） 特定鳥インフルエンザ（感染症法に規定する）		治癒するまで
第二種	新型コロナウイルス感染症（COVID-19）	1～2日	発症した後5日を経過し、かつ、症状軽快の後1日を経過するまで
	インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く）	1～2日	発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過するまで
	百日咳	6～15日	特有の咳が消える、または5日間の抗菌性物質製剤による治療終了まで
	麻疹（はしか）	10～12日	解熱した後3日を経過するまで
	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	14～24日	耳下腺・顎下腺または舌下腺の腫脹が始まった後5日を経過し、かつ、全身状態が良好となるまで
	風疹	14～23日	発疹が消失するまで
	水痘	11～20日	すべての発疹が痂皮化するまで
	咽頭結膜熱（プール熱）	2～14日	主要症状が消退した後2日を経過するまで
	結核 髄膜炎菌性髄膜炎	2年以内 1～10日	主治医において 伝染のおそれがないと認めるまで
第三種	コレラ、細菌性赤痢	1～3日	主治医において 伝染のおそれがないと認めるまで
	腸管出血性大腸菌感染症（O157など）	10時間～6日	
	腸チフス、パラチフス	7～14日	
	流行性角結膜炎	2～14日	
	急性出血性結膜炎	1～3日	
	その他の伝染病 （マイコプラズマ感染症、流行性嘔吐性下痢症（ノロウィルスなどによる感染性胃腸炎）等）	主治医において 出席停止の措置が必要と考えられる伝染病	

- ◆感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律に規定する新型インフルエンザ等感染症、指定感染症および新感染症は、前項の規定にかかわらず、第一種の感染症とみなす。
- ◆インフルエンザにおいて「発症した後5日」という時の「発症」とは、一般的には「発熱」のことを指す。
- ◆出席停止期間の算定では、解熱等の現象がみられた日は機関には算定せず、その翌日を1日目とする。

インフルエンザ様疾患患者発生報告書

年 月 日

御中

施設種別 放デイ・日中・生介・障デイ

施設名 ぽこあぽこ

施設長(代表者)名 高橋 寿子

所在地 各務原市蘇原東栄町2-123
COZY HOUSE東栄1階西

施設利用者数 人

<発生の状況>

※報告基準 ア・イ・ウ 該当 (いずれか○をつける)

区 分		利用者	職 員	計
有症者数累計(治療者を含む)				
1	施設利用者および職員のうち インフルエンザ様疾患の症状のある者			
2	1のうち治療中の者			
3	2のうち現在、インフルエンザ様疾患で 医療機関に入院している者			
4	3のうち重篤患者数			

<報告対象等>

- ・施設利用者からインフルエンザ様疾患患者が発生した場合に、日ごとの経過記録を添付してください。
- ・報告対象者は、感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律に基づく「医師および指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準」の患者(確定例)に該当する患者とします。
- ・重篤患者とは、医療機関に入院し、治療のためICUに入っているか人工呼吸器を装着する等の治療が必要な患者を指す。

<<報告者>>

氏 名	中嶋 なをみ
TEL	058-372-6697
FAX	同上

インフルエンザ様疾患患者死亡報告書

年 月 日

御中

施設種別 放デイ・日中・生介・障デイ

施設名 ぼこあぼこ

施設長(代表者)名 高橋 寿子

所在地 各務原市蘇原東栄町2-123
COZY HOUSE東栄1階西

1 年齢等 年齢 歳代 性別 男・女

2 死亡年月日 年 月 日

3 死亡場所

該当するものに○を付してください。

- 1) 施設内
- 2) 入院先の医療機関
- 3) その他 ()

4 推定インフルエンザ様疾患罹患日 年 月 日
(初発年月日)

《報告者》

氏名	中嶋 なをみ
TEL	058-372-6697
FAX	同上

食中毒・感染症その他公衆衛生事故による患者発生報告書

年 月 日

御中

施設種別 放デイ・日中・生介・障デイ

施設名 ぽこあぽこ

施設長(代表者)名 高橋 寿子

所在地 各務原市蘇原東栄町2-123
COZY HOUSE東栄1階西

発生内容

--

施設利用者数 人

<発生の状況> ※報告基準 ア・イ・ウ 該当 (いずれか○をつける)

区 分		利用者	職 員	計
有症者数累計(治癒者を含む)				
1	施設利用者および職員のうち患者(症状のある者)			
2	1のうち治療中の者			
3	2のうち現在、同症状で医療機関に入院している者			
4	3のうち重篤患者数			

- ・感染性胃腸炎の発生(推定を含む。)時においては、日ごとの経過記録を添付してください。
- ・重篤患者とは、医療機関に入院し、治療のためICUに入っているか人工呼吸器を装着する等の治療が必要な患者を指す。

<<報告者>>

氏 名	中嶋 なをみ
TEL	058-372-6697
FAX	同上

健康状況チェック表 職員

◆症状があればチェック ✓ をつける

氏 名			体温	鼻水	くしゃみ	全身倦怠感	関節痛	備 考
1	001	〇〇〇〇						
2	003	〇〇〇〇						
3	126	〇〇〇〇						
4	123	〇〇〇〇						
5	124	〇〇〇〇						
6	125	〇〇〇〇						
7	424	〇〇〇〇						
8	229	〇〇〇〇						
9	232	〇〇〇〇						
10	233	〇〇〇〇						
11	254	〇〇〇〇						
12	423	〇〇〇〇						
13	255	〇〇〇〇						
14	257	〇〇〇〇						
15	258	〇〇〇〇						
16	426	〇〇〇〇						
17	261	〇〇〇〇						
18	262	〇〇〇〇						
19	427	〇〇〇〇						
20	428	〇〇〇〇						
21	264	〇〇〇〇						
22	268	〇〇〇〇						
23	269	〇〇〇〇						
24	271	〇〇〇〇						
25	272	〇〇〇〇						

健康状況チェック表 利用者 1

●症状があればチェック ✓ をつける

年	月	日
---	---	---

氏 名			体温	鼻水	くしゃみ	全身倦怠感	関節痛	備 考
1	放デイ	〇〇〇〇						
2	放デイ	〇〇〇〇						
3	放デイ	〇〇〇〇						
4	放デイ	〇〇〇〇						
5	放デイ	〇〇〇〇						
6	放デイ	〇〇〇〇						
7	放デイ	〇〇〇〇						
8	放デイ	〇〇〇〇						
9	放デイ	〇〇〇〇						
10	放デイ	〇〇〇〇						
11	放デイ	〇〇〇〇						
12	放デイ	〇〇〇〇						
13	放デイ	〇〇〇〇						
14	放デイ	〇〇〇〇						
15	放デイ	〇〇〇〇						
16	放デイ	〇〇〇〇						
17	放デイ	〇〇〇〇						
18	放デイ	〇〇〇〇						
19	放デイ	〇〇〇〇						
20	放デイ	〇〇〇〇						