

介護・障害・児童福祉サービス事業所における新型コロナウイルス感染者等の発生について

■事業所情報

法人名	株式会社〇〇〇〇
事業所名	〇〇〇ヘルパーステーション
サービス種別	訪問介護、訪問介護相当サービス
事業所所在地	大阪府松原市〇〇〇丁目〇-〇

■感染の状況 (12月16日(水)17時時点) (わかる範囲で詳細に記載をお願いします)

陽性者数とその内訳 ※	利用者1名(60代女性)
当該報告までの経過	12月15日(火)、咳症状が見られたため病院でPCR検査を受ける。12月16日(水)陽性判明。当該利用者はそのまま〇〇病院で入院療養。〇〇ケアプランセンターを利用。他のサービスの利用はない。
濃厚接触者数とその内訳、検査の予定 ※	当該利用者に対し週2回サービス提供を行っていた訪問介護員1名が保健所から濃厚接触者と認定された。当該利用者へサービス提供を行った最終の日付は12月13日(日)。 過去2週間、当該訪問介護員に発熱や咳症状は見られない。 12月17日(木)にPCR検査(行政検査)を受ける予定。結果は12月18日(金)に出る見込み。
保健所からの指示内容	濃厚接触者はPCR検査結果が出るまで自宅待機。 その他の訪問介護員は、感染予防策を十分講じた上で通常通りの勤務を行って良い。
他の利用者への影響、休業の可能性など	現在のところ、濃厚接触者となった訪問介護員のサービス予定分は他の訪問介護員が代わりに行っており、利用者への支障は生じていない。 事業所としての休業予定はない。

※欄が不足する場合は、リスト等を添付してください。

■連絡担当者 (※市から状況等の再確認のためご連絡する場合がありますので、本件について対応可能な方の連絡先をご記載ください)

担当者名	管理者 〇〇 〇〇
電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
FAX 番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
メールアドレス	〇〇〇〇@〇〇〇.〇〇.〇〇