様式第１号（第５条関係）

**記入例**

埼玉県新型コロナウイルス感染症対策優良施設認証申請書

令和　　年　　月　　日

（宛先）

埼玉県知事

 （申請者）法人の所在地

法人の名称

代表者の職・氏名

　埼玉県新型コロナウイルス感染症対策優良施設の認証を受けたいので、埼玉県新型コロナウイルス感染症対策優良施設認証制度実施要綱第５条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

１　認証を受けようとする施設

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施 設 名 |  | 電話番号 |  |
| 施設種別 |  | FAX番号 |  |
| 施設所在地 |  | ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 担当者名 |  |

２　施設における感染防止対策の取組状況

（１）感染防止対策責任者の配置

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　　名 |  | 氏　　名 |  |

いずれかに☑

（２）基本的な感染防止対策

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | いる | いない | 具体的な取組状況 |
| ①手指消毒を適切に行っている。 | ☑ | □ | ・正しい手指消毒の方法を施設内各所に掲示し、注意喚起している。・利用者、職員の動線上に擦式手指消毒剤を配置している。・各職員が小型の擦式手指消毒剤を携帯し、必要なタイミングで手指の消毒を行っている。・月２回程度、擦式手指消毒剤の使用量をチェックし、記録している。 |
| ②マスクを適切に着用している。 | ☑ | □ | ・隙間がなく、鼻や口が露出していない。・マスクの表面を触らないよう徹底している。もし触ってしまった時は、すぐに手指消毒を行っている。・正しく着用していない職員には、声かけをするなどのチェックをしている。 |
| ③ガウン、手袋、ゴーグルを適切に使用している。 | ☑ | □ | ・1か月に１回、着脱の研修を実施している。 |
| ④換気を定期的に行っている。 | ☑ | □ | ・最低１時間に１回（１０分間）の換気を実施している。・窓や入口ドアの２方向の開放ができない場所では、サーキュレーターや扇風機を使用した効率的な換気を行っている。 |
| ⑤清掃など環境整備を適切に行っている。 | ☑ | □ | ・毎日の清掃とともに、共用部分のドアノブや椅子のひじ掛け、机の裏側等、手の触れやすい場所は特に丁寧に消毒している。・布製のクッションなど、消毒がしにくい共有物は使用しない、あるいは適切な洗浄消毒後に再使用している。 |
| ⑥職員の健康管理を毎日行っている。 | ☑ | □ | ・全職員が業務開始前後の２回検温し、記録している。・発熱や呼吸器症状がある場合には出勤しないことをルール化し、症状軽快後の勤務復帰ルールも明文化している。 |
| ⑦入所者の健康管理を毎日行っている。 | ☑ | □ | ・朝夕の検温や食事の際の体調確認を実施し記録することにより、健康状態の確認、情報の共有化を図っている |
| ⑧食堂や控室などでの三密を防止している。 | ☑ | □ | ・１度に入室できる人数を制限している。・入居者の距離は1.8m以上離れている。・食堂テーブルにパーティションを設置している。・食事をしながらの会話を禁止しており、注意喚起の掲示や声かけもしている。 |
| ⑨衛生物資の必要量を把握している。 | ☑ | □ | ・通常時、緊急時の衛生物資の必要量を把握している。 |
| ⑩一定量の衛生物資を備蓄している。 | ☑ | □ | ・マスク、グローブ及びアイソレーションガウン等の防護具を２～４週間分備蓄している。 |

（３）感染発生時のシミュレーション

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | いる | いない | 具体的な取組状況 |
| ①感染者の生活空間の区分けを検討している。 | ☑ | □ | ・症状のある入所者を隔離する部屋（あるいはエリア）を設定している。 |
| ②職員の人員体制の検討を行っている。 | ☑ | □ | ・感染した職員数に応じた業務継続計画を立てている。 |
| ③関係機関の連絡先を確認している。 | ☑ | □ | ・保健所、県及び市町村などの連絡先を掲出している。 |
| ④職員間で感染発生時の対応方針を共有している。 | ☑ | □ | ・新型コロナを含めた感染症対策マニュアルを策定し、半年に１回研修を実施している。 |

（４）検査の受検

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | いる | いない | 具体的な取組状況 |
| ①県などが実施する検査を定期的に受けている。 | ☑ | □ | ・埼玉県が実施しているＰＣＲ検査を利用し、月２回の検査を実施している。 |

　事業所PR（感染防止対策として、事業所の特色やPR、メッセージ等をご自由にお書きください。）

|  |
| --- |
|  |

※留意事項

　本記入例における「具体的な取組状況」の記載は一例です。申請にあたっては各申請施設の設備や職員・入所者の利用状況等に応じ、実際の状況について記入してください。