

**町内事業所の従業員に新型コロナウイルス感染者・濃厚接触者が
発生した際の対応及び事業継続に関するマニュアル（雛形）**

＜令和2年6月1日版＞

1 新型コロナウイルス感染症の予防対策の徹底

厚生労働省等の情報に基づいて、徹底した対策を行う。

(1) 従業員に、次に掲げる自己管理及び速やかな報告を要請する。

ア 日常生活の中で「新しい生活様式」を実践。

イ 体温の測定と記録。

ウ 以下のいずれかに該当する場合には、所属長への連絡及び自宅待機の徹底。

（ア）発熱などの症状がある場合

（イ）新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触がある場合

（ウ）過去14日以内に、政府から入国制限又は入国後の観察期間が必要とされている国、地域等への渡航者や当該国、地域等の在住者との濃厚接触がある場合

エ 以下のいずれかに該当する場合には、すぐに所属長に連絡の上、帰国者・接触者相談センター（※1）に問い合わせ。

（ア）息苦しさ（呼吸困難）、強いだるさ（倦怠感）、高熱等の強い症状のいずれかがあ
る場合

（イ）重症化しやすい方（※2）で、発熱や咳などの比較的軽い風邪の症状がある場合

※2 高齢者、糖尿病、心不全、呼吸器疾患（COPD等）の基礎疾患がある方や透析
を受けている方、免疫抑制剤や抗がん剤等を用いている方

（ウ）上記以外の方で、発熱や咳など比較的軽い風邪の症状が続く場合

症状が4日以上続く場合は必ずご相談ください。症状には個人差がありますの
で、強い症状と思う場合にはすぐに相談してください。解熱剤などを飲み続けな
ければならない方も同様です。

（エ）妊婦の方は、念のため、重症化しやすい方と同様に、早めにご相談ください

(2) 事業所内において、次に掲げる感染予防策を徹底する。

ア 北海道スタイルの取り組みの徹底

（ア）マスク着用や小まめな手洗いの実施

（イ）従業員の体調管理の徹底

（ウ）事業所内の定期的な換気の実施

（エ）設備・器具などの定期的な消毒・洗浄の実施

（オ）人と人との接触の機会を減らす

・一定の距離（2メートル程度）の確保

・間仕切りなどの活用や人数制限、空席の確保

（カ）お客様にも咳エチケットや手洗いの呼びかけ

（キ）事業所の取り組みをお客様に積極的にお知らせ

イ 通常の清掃に加えて、水と洗剤を用いて特に机、ドアノブ、スイッチ、階段の手すり、テーブル、椅子、エレベーターの押しボタン、トイレの流水レバー、便座等人がよく触れるところの拭き取り清掃。

※1 帰国者・接触者相談センター

機関名称	電話番号	受付時間
江別保健所	011-383-2111	平日 8時45分から17時30分
北海道保健福祉部健康安全局地域保健課	011-204-5020	24時間
救急安心センターさつぽろ(※3)	#7119 または 011-272-7119	24時間 365日

※3 新型コロナウイルスに限定した窓口ではありません。急な病気やけがの際に、医療機関への受診の必要性について、電話相談に応じます。

2 新型コロナウイルス感染症発生時の患者、濃厚接触者への対応

患者が発生した場合は江別保健所の指示に従い対応する。

(1) 患者発生 の把握、報告及び周知について

ア 事業所は、患者が確認された場合には、その旨を江別保健所に報告し、対応について指導を受ける。また、従業員に対しては事業所内で感染者が確認されたことを周知するとともに、1に掲げる感染予防策を改めて周知徹底する。(添付1・2)

(2) 濃厚接触者の確定及び対応について

ア 事業所は、江別保健所の調査に協力し、感染拡大防止のため、速やかに濃厚接触者と見込まれる者を自宅に待機させるなどの感染拡大防止のための措置をとることとなる。

発症日の2日前からの患者の行動に基づき、患者と濃厚接触がある者及びそれ以外の接触のある者をリストアップする。(添付3)「濃厚接触者」とは、「患者(確定例)」の感染可能期間に接触した者のうち、次の範囲に該当する者

- ・ 患者(確定例)と同居あるいは長時間の接触(車内、航空機内等を含む)があった者
- ・ 適切な感染防護無しに患者(確定例)を診察、看護若しくは介護していた者
- ・ 患者(確定例)の気道分泌液もしくは体液等の汚染物質に直接触れた可能性が高い者
- ・ その他、手で触れることのできる距離(目安として1メートル)で、必要な感染予防策なしで、「患者(確定例)」と15分以上の接触があった者(周辺の環境や接触状況等個々の状況から患者の感染性を総合的に判断する。)

<「新型コロナウイルス感染症患者に対する積極的疫学調査要領(暫定版)(国立感染症研究所感染症疫学センター令和2年4月20日版)」>

イ 事業所は、江別保健所が濃厚接触者と確定した従業員に対し、14日間出勤を停止し、健康観察を実施する。

ウ 濃厚接触者と確定された従業員に対し、発熱又は呼吸器症状（軽症の場合を含む。）を呈した場合には、江別保健所に連絡してPCR検査（行政検査）を受検するよう促し、速やかにその結果を事業所に報告させる。

3 施設設備等の消毒の実施

- (1) 江別保健所が必要と判断した場合には、感染者が勤務した区域（執務室、製造加工施設、倉庫、売場等）の消毒を行う。
- (2) 消毒は江別保健所の指示に従って実施することが望ましいが、緊急を要する場合には、感染者が勤務した区域のうち、手指が頻回に接触する箇所（ドアノブ、スイッチ類、手すり等）を中心に、アルコール（エタノール又はイソプロパノール（70%））又は次亜塩素酸ナトリウム（0.05%以上）で拭き取り等を行う。

一般的な衛生管理が実施されていれば、感染者が発生した施設等は、業務停止などの対応をとる必要はありません。

4 業務の継続

(1) 重要業務の継続

ア 感染者及び濃厚接触者の出勤停止の措置を講じることにより、通常の業務の継続が困難な場合には、重要業務として優先的に継続させる製品・商品及びサービスや関連する業務を選定し、重要業務を継続するために必要となる人員、物的資源（マスク、手袋、消毒液等）等を把握する。

イ 重要業務継続のため、在宅勤務体制・情報共有体制・人員融通体制を整備するとともに、重要業務継続のための業務マニュアルを作成する。

(2) その他必要なことは別途定める。

(参考)

- ・農林水産省「食品産業事業者の従業員に新型コロナウイルス感染者が発生した時の対応及び事業継続に関する基本的なガイドライン」
- ・『新しい生活様式』の実践例（新型コロナウイルス感染症対策状況分析・提言）
- ・「新北海道スタイル」（北海道）

新型コロナウイルス感染症(疑似症患者を含む)聞き取り調査用紙

1	担当課： 課 氏名：
	聞き取り日時： 年 月 日 時 調査方法： <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他()
2	回答者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外→氏名() 本人との関係()
	回答者連絡先：自宅電話： - - 携帯電話： - -

検査結果

3	新型コロナウイルスの検査 実施日 年 月 日 結果 陰性・陽性・その他()
4	診断分類： 新型コロナウイルス感染症(患者(確定例)・無症状病原体保有者・疑似症患者)
5	検査実施医療機関名：

職員の概要

6	職員氏名：	7	性別： 男・女	8	生年月日： 年 月 日(歳 ヶ月)
9	職員住所：				
10	職員電話番号：自宅 - - 携帯 - -				
	Email： @				
11	聞き取り時点の職員の主たる所在： <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明				
	連絡先住所： 電話番号： - -				
12	職業・業種等：				
	最終勤務・出席(勤)日(年 月 日)				
	勤務部署： 勤務先電話番号： - -				
13	本人以外(家族等)の連絡先				
	氏名： 本人との関係：				
	住所：				
	電話番号 自宅： - - 携帯： - -				

症状等

14	発病年月日時間(聞き取り調査による) 年 月 日 午前・午後 時 分頃								
15	症状	※必要に応じ、症状の有無、体温、時刻等の情報も記入							
	症状など	月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
	最高体温(°C)								
	呼吸器 症状	咳	無・有						
		呼吸困難	無・有						
		鼻汁・鼻閉	無・有						
		咽頭痛	無・有						
	その他	嘔気・嘔吐	無・有						
		目の充血	無・有						
		頭痛	無・有						
		全身倦怠感	無・有						
		関節筋肉痛	無・有						
		下痢	無・有						
		意識障害	無・有						
	けいれん	無・有							
その他 ()	無・有								

16	入院：□無 □有 （有の場合 入院期間 月 日～ 月 日） 入院医療機関名： 診療科名： 主治医名：			
17	胸部X線 無 ・ 有（所見 ）			
18	胸部CT 無 ・ 有（所見 ）			
19	人工呼吸器使用の有無 無 ・ 有			
20	受診後の医療行為：			
	月日	医療機関名	医療行為	備考（検査・医療行為等の結果、等）
	/			
	/			
21	転帰 退院（退院日 年 月 日） 死亡（死亡日 年 月 日）			
22	その他 自由記載			

