

## 感染予防に最大限配慮した上での教育活動の再開に向けて

### I. 感染予防対策

○基本的な感染症対策の徹底

\*家庭と連携した毎朝の検温及び風邪症状の確認 \*こまめな手洗いと高頻度接触面の適切な消毒

\*マスク等を用いた咳エチケット \*保健管理体制の整備

○3密の回避

※再開ガイドライン 教ス健第 4534 号

○正しい知識の指導(いじめ・差別の撲滅含む)

※臨時休業ガイドライン教保体第 228 号



新しい生活様式の実践・行動変容

### II. 感染発生時対応

○感染者が確認された場合の迅速かつ適切な対応

\*保健所との連携

\*学校医、学校薬剤師等の「専門家」と連携した学校における保健管理体制を整備し、発生時の対応を確認

感染が判明したら・・・

| 児童生徒等  | 保健所   | 学校   | 設置者   |
|--|---|--|---|
| 感 染<br>↓<br>保健所の指<br>示で、入院<br>等<br>↓<br>PCR (-)<br>で完治                           | 調 査<br>①校内での活動状況及び<br>接触者の状況<br>②地域内の感染拡大状況<br>③校内で感染した可能性<br>があるか<br>*濃厚接触者は、保健所<br>が判断する。 | 調 査 へ の 全 面 協 力<br>*保健所の調査は、数日かかる場<br>合がある。<br>様式9による報告<br>消 毒<br>*保健所、学校医、学校薬剤師等<br>に相談しながら、消毒の実施 | 臨 時 休 業 等 判 断<br>*保健所の調査をうけ、<br>臨時休業の必要性につ<br>いて相談し、学校医、学<br>校薬剤師等専門家と連<br>携する中で判断する。 |
| ・感染者数により一律に臨時休業の範囲を決めることは困難<br>・個人名が特定されることになる可能性があることから、いじめ、差別につながらないように十分配慮する。 |   |  |   |

・濃厚接触者の定義:発症前2日、1メートル以内、マスクなしで15分以上の接触があった者

・濃厚接触者は、2週間の自宅待機

# 新型コロナウイルス感染症が疑われる場合の対応マニュアル

## 発熱等の風邪症状出現

自宅療養（外出制限＋健康観察） 自宅において発熱→欠席（出席停止）  
学校において発熱→早退（出席停止）

### 相談の目安

発熱があり、かつ風邪症状がある。又は、味や匂いがわからない  
★息苦しさ（呼吸困難）、強いだるさ（倦怠感）、高熱等の強い症状  
★発熱や咳など比較的軽い風邪の症状が4日以上続く場合はすぐに

### 電話相談

帰国者・接触者相談センター（保健所）

事前に電話連絡

かかりつけ医等 受診

紹介

帰国者・接触者外来受診

新型コロナウイルス検査  
PCR等

保健体育課  
（9号様式）

陰性（-）

陽性（+）

保健体育課  
（9号様式）

入院加療

退院

症状がなくなる  
まで自宅療養

### 自宅療養（休養）

保健所、かかりつけ医等、または帰国者・接触者外来の主治医の指示

①⑤

- ・登校時に、「欠席届」を提出。
- ・写しを保健体育課に提出

④

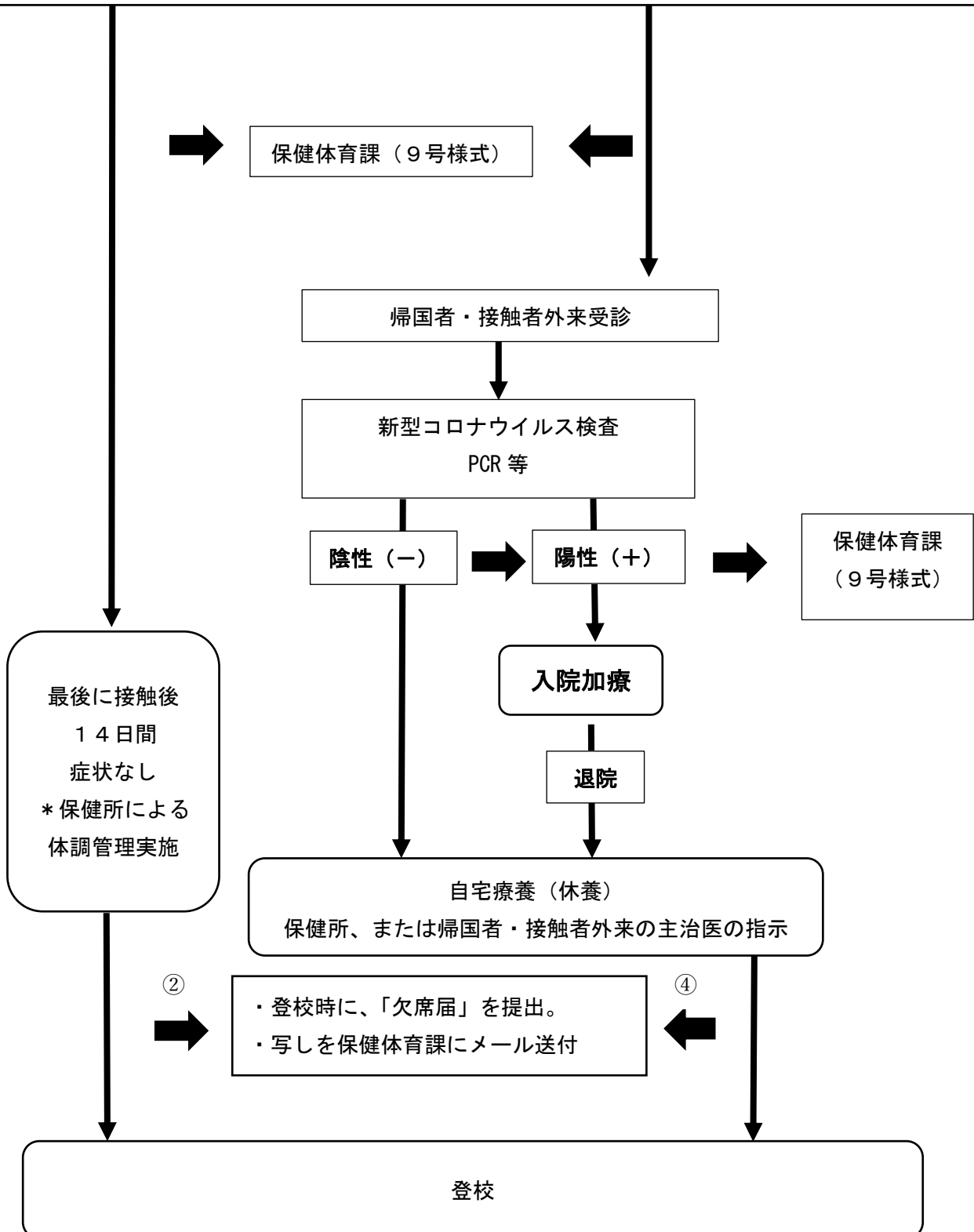
登校

新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者となった場合の対応マニュアル

濃厚接触者（保健所が判断し、保健所の指示による）

外出制限+健康観察

\*感染者が発症する2日前、1メートル以内、マスクなしで15分以上接触していた（5/18 現在）



# 新型コロナウイルス感染症 発熱等による欠席届 ①

令和2年 月 日 届出

学校長殿

第 学年 組 番 名前

上記の者、発熱等のため、自宅で療養いたしました。症状が軽快いたしましたので、  
自宅療養期間中の健康観察票とともにお届けいたします。

自宅療養期間 令和2年 月 日( )～ 月 日( )

(1) 受診について (有・無)

医療機関名

受診日 令和2年 月 日( )

検査 ・インフルエンザ ( - / + ) ・PCR ( - / + )

・その他 ( - / + ) ・未検査

以上の記載内容は、事実と相違ありません。

保護者氏名

印

## 新型コロナウイルス感染症 濃厚接触による欠席届 ②

令和 2 年 月 日 届出

学校長殿

第 学年 組 番 名前

---

上記の者、新型コロナウイルス感染者との濃厚接触が判明し、自宅にて健康観察を行いましたので、健康観察票とともにお届けいたします。

(1) 感染者 A. 同居家族 (続柄 ) B. 同居家族以外 ( )

(2) 濃厚接触者と判定された日 令和 年 月 日 ( )

(3) 感染者との最終接触日 令和 年 月 日 ( )

(4) 自宅での健康観察期間

令和 年 月 日 ( ) ~ 月 日 ( )

以上の記載内容は、事実と相違ありません。

保護者氏名

---

印

新型コロナウイルス感染症 基礎疾患による欠席届 ③

令和2年 月 日 届出

学校長殿

第 学年 組 番 名前

上記の者、新型コロナウイルス感染者の感染防止のため、自宅待機といたしましたのでお届けいたします。

自宅療養期間 令和2年 月 日( )～ 月 日( )

(1) 疾病名( )

(2) 主治医

医療機関名

主治医名

(3) 直近の受診日 令和2年 月 日

(4) 次回受診予定日 令和2年 月 日 又は、受診予定なし

以上の記載内容は、事実と相違ありません。

保護者氏名

印

新型コロナウイルス感染症 による欠席届 ④

令和 2 年 月 日 届出

学校長殿

第 学年 組 番 名前

---

上記の者、新型コロナウイルス感染者のため、加療いたしました。治癒が確認されたので、お届けいたします。

療養期間 令和 2 年 月 日 ( ) ~ 月 日 ( )

---

医療機関名

主治医名

---

以上の記載内容は、事実と相違ありません。

保護者氏名

印

---

健康チェック表 ⑤

### 健康チェック表 ⑤

|  |               | 年   | 組   | 名前  |     |     |     |     |     |     |     |     |
|--|---------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 毎日の体温を記録し、体調については該当する症状がある場合は○、ない場合は×をつけてください。 |               |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 保護者は、体調の確認をし、確認欄にチェックをしてください。                  |               |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 日付   | / /           | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / |
| 曜日   |               |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 体温   | 朝             | °C  | °C  | °C  | °C  | °C  | °C  | °C  | °C  | °C  | °C  | °C  |
|  | 夜             | °C  | °C  | °C  | °C  | °C  | °C  | °C  | °C  | °C  | °C  | °C  |
| 体調   | 咳・たん          |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | 全身倦怠感         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | 呼吸困難感         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | 味覚・臭覚異常       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | 喉の痛み          |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | 鼻水・鼻づまり       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | 頭痛            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | 嘔気・嘔吐         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | 下痢            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | 食欲がない         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | 半日で1度も尿が出ていない |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | その他           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | 確認欄           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 連絡事項   |               |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |



# 新型コロナウイルス感染症が疑われる場合の対応マニュアル（教職員）

発熱等の風邪症状出現（本人及びご家族）  
自宅療養（外出制限＋健康観察） 自宅において発熱→欠席  
学校において発熱→早退

管理職に連絡  
（9号様式）による  
聞き取り

高校教育課  
高校改革・特別支援教育課  
保健体育課へ報告  
（9号様式）

管理職へ  
定期的に連絡

症状がなくなる  
まで自宅療養

管理職へ治癒報告 → 県教育委員会各課へ報告

出勤

## 相談の目安

発熱があり、かつ風邪症状がある。又は、味や匂いがわからない  
★息苦しさ（呼吸困難）、強いだるさ（倦怠感）、高熱等の強い症状  
★発熱や咳など比較的軽い風邪の症状が4日以上続く場合はすぐに

## 電話相談

帰国者・接触者相談センター（保健所）

紹介

帰国者・接触者外来受診

事前に電話連絡

かかりつけ医等 受診

新型コロナウイルス検査  
PCR等

高校教育課  
高校改革・  
特別支援教育課  
保健体育課  
（9号様式）

陰性（-）

陽性（+）

入院加療

退院

## 自宅療養（休養）

保健所、かかりつけ医等、または帰国者・接触者外来の主治医の指示