

【陽性者等の状態確認：問診で1つでも該当した場合】

様式 1

医師・保健所の確認および連携 ※市町村との委託契約の場合は 1、3 を確認

1 担当保健所の確認

チェック	情報収集項目	メモ
<input type="checkbox"/>	担当保健所の確認 <input type="checkbox"/> 連絡先 ( ) <input type="checkbox"/> 症状悪化時の対応方法 ( )	

2 対応できる医師の確認

チェック	情報収集項目	メモ
<input type="checkbox"/>	かかりつけ医の有無を確認 <input type="checkbox"/> あり [ 病院/診療所の情報： ] <input type="checkbox"/> なし →現在、かかりつけがなくても以前受診歴のある病院/診療所の情報があれば収集 ( )	
<input type="checkbox"/>	かかりつけ医がいる、あるいは以前受診歴のある病院/診療所がある場合 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーションから、当該医師に連絡をとることについての承諾	

3 医師（かかりつけ医等）へ連絡

チェック	情報収集項目	メモ
<input type="checkbox"/>	往診/訪問診療の可否について確認 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
<input type="checkbox"/>	往診/訪問診療不可の場合 <input type="checkbox"/> 可能な範囲で、これまでの病歴等について情報収集 [ ]	

4 対応可能な医師の確認

- かかりつけ医がない、あるいはかかりつけ医が往診/訪問診療対応ができない場合、対応可能な医師を、自宅療養者を担当する保健所へ相談する

5 医師に訪問看護指示書・特別訪問看護指示書発行依頼

- 「新型コロナウイルス感染症（疑い）」と明記した特別訪問看護指示書の交付を受けることで、14 日間、毎日・1 日複数回の訪問が可能となる
- 症状の有無にかかわらず、この場合、『特別管理加算』の算定（2500 円）ができる  
 （参考：2020.4.24 中協総会 資料 総-3「新型コロナウイルス感染症に伴う医療保険制度の対応について p.10.）

1 公的サービスに連絡

チェック	情報収集項目	メモ
<input type="checkbox"/>	介護保険法に基づくサービス利用の有無を確認 <input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 利用している → 介護支援専門員（ケアマネジャー）の情報収集 事業所名： 担当者名： 連絡先：	
<input type="checkbox"/>	障害者自立支援法に基づくサービス利用の有無を確認 <input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 利用している → 相談支援専門員の情報収集 事業所名： 担当者名： 連絡先：	
<input type="checkbox"/>	公的サービス利用がある場合 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーションから、介護支援専門員または相談支援専門員に 連絡をとることについての承諾	
<input type="checkbox"/>	介護支援専門員または相談支援専門員との連絡・相談 <input type="checkbox"/> すみやかにケアプランの必要最小化を図る → 【ケアプランの最小化について】参照	

【ケアプランの最小化について】

- 可能な限りケア初日から、ケアプランを最小化し隔離期間の体制を整える
- 生命維持や生活維持のために必要不可欠なサービスのみを、最低人数・最短時間・最低頻度で継続する
- 電話で対応可能なものは、積極的に電話を使う
- 自宅療養者に直接接しなくても可能な方法を、優先する

(参考：COVID-19 在宅医療・介護現場支援プロジェクト)

在宅自宅療養者が新型コロナウイルスの感染者・濃厚接触者となったかもしれない…という一報を受けたらすぐに対応すべきこと)

2 公的サービスを利用していなかった場合

住居エリアの地域包括支援センターに連絡をとり、見守り支援をうけるようにする

チェック	情報収集項目	メモ
□	<p>【陽性者等の属性等】</p> <p>氏名：                      性別：                      生年月日・年齢：</p> <p>住所：</p> <p>連絡先：</p> <p>キーパーソン（連絡がとれる人） 名前：</p> <p style="padding-left: 150px;">連絡先：</p>	
□	<p>発症日：    年    月    日（    ）発症</p> <p>（無症状の場合は PCR 陽性日を発症日とする）</p>	
□	<p>隔離期間：    年    月                      日（    ）から</p> <p style="padding-left: 150px;">年    月                      日（    ）まで</p>	
□	<p>家族形態： 独居</p> <p style="padding-left: 100px;">同居家族あり（家族構成                      ）</p>	
□	<p>基礎疾患の有無：なし</p> <p style="padding-left: 150px;">あり 病名：</p> <p style="padding-left: 150px;">薬剤：</p>	
□	<p>かかりつけ医の有無：なし</p> <p style="padding-left: 150px;">あり 病院名：</p> <p style="padding-left: 150px;">医師氏名：</p> <p style="padding-left: 150px;">連絡先：</p>	
□	<p>公的サービス利用の有無：利用なし</p> <p style="padding-left: 100px;">利用あり（介護保険・自立支援給付・その他）</p> <p style="padding-left: 150px;">担当者名：</p> <p style="padding-left: 150px;">連絡先：</p>	

チェック	情報収集項目	メモ
□	基礎疾患および現在治療中の疾患：	
□	<p>陽性者等の状態確認：<b>電話問診</b></p> <p>① 食事・水分はとれていますか？</p> <p>② 歩くことはできていますか？</p> <p>③ 息苦しさはありますか？（安静時・労作時）</p> <p>→ ①～③のうち1項目でも問題がある場合は医師または保健所へ報告し 訪問検討</p> <p>→ 問題がない場合は、様式 6・別紙 1 へ</p>	
□	SpO2 モニターの有無： なし ・ あり	
□	体温計の有無： なし ・ あり	

チェック	情報収集項目	メモ
□	担当保健所の再確認（ ）	症状悪化時の対応について確認する
□	自宅療養者またはご家族が下記の連絡先を知っているか確認 <input type="checkbox"/> 担当保健所の連絡先 <input type="checkbox"/> コールセンターの連絡先	
□	セルフチェックの方法・頻度について説明 *下記【A】参照	
□	体調悪化のサイン、緊急性の高い症状について説明 *下記【B】参照	

【A：自宅療養中のセルフチェックについて】

- ・ 1日3回、体温および呼吸状態を自身で確認するよう説明
- ・ 上記のタイミング以外でも、体調悪化時には適宜、確認するよう説明

【B：体調悪化のサイン、緊急性の高い症状について】

●緊急性の高い症状 ※はご家族がご覧になって判断した場合です。

表情・外見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 顔色が明らかに悪い ※</li> <li>・ 唇が紫色になっている</li> <li>・ いつもと違う、様子がおかしい ※</li> </ul>
息苦しさ等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 息が荒くなった（呼吸数が多くなった）</li> <li>・ 急に息苦しくなった</li> <li>・ 日常生活の中で少し動くとき息があがる</li> <li>・ 胸の痛みがある</li> <li>・ 横になれない・座らないと息ができない</li> <li>・ 肩で息をしている・ゼーゼーしている</li> </ul>
意識障害等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ぼんやりしている（反応が弱い）※</li> <li>・ もうろうとしている（返事がない）※</li> <li>・ 脈がとぶ、脈のリズムが乱れる感じがする</li> </ul>



(引用：厚生労働省. 令和 2 年 4 月 27 日発出 事務連絡. 新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養・自宅療養における健康観察における留意点について)

## 心身状態および生活状況のさらなる情報収集/情報提供

チェック	情報収集項目	メモ
<input type="checkbox"/>	体温測定 ( )℃ 時 分 SpO <sub>2</sub> 測定 ( )%	自己計測をお願いし確認する
<input type="checkbox"/>	症状の確認 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 咽頭痛・喉の違和感 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻詰まり <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<input type="checkbox"/>	家族形態について <input type="checkbox"/> ① 独居 →*下記【A】参照 <input type="checkbox"/> ② 独居だが、通いで家族・知人からケアを受けている <input type="checkbox"/> ③ 同居（家族構成： ) → ②③の場合、 <input type="checkbox"/> 家族・知人等の PCR 結果（陽性 ・ 陰性 ・ 未受検） <input type="checkbox"/> 感染予防対策について情報提供 → *下記【B】参照	

## 【A：独居の場合】

- 身の回りのサポートをしてくれる人がいるかを確認
- サポート者がいる場合は、食糧の調達などの買い物サポートを依頼するよう助言  
→ 買い物サポートを依頼した場合、物品は対面手渡しを避け、玄関のドアノブにかけておくなど直接の接触を回避するよう助言する
- サポート者がいない場合は、一時的に訪問看護が代行することを検討

## 【B：同居家族がいる、ないしは通いのケア提供者がいる場合】

- 家族・知人等ケア提供者が、PCR 検査陰性および未受検の場合には、自宅内での感染予防対策について説明する

新型コロナウイルスの感染が疑われる人がいる場合の過程での注意事項（日本環境感染学会とりまとめ）

1. 感染者と他の同居者の部屋を可能な限り分ける
2. 感染者の世話をする人は、できるだけ限られた方（一人が望ましい）にする
3. できるだけ全員がマスクを使用する
4. こまめにうがい・手洗いをする
5. 日中はできるだけ換気する
6. 取って、ノブなど共有する部分を消毒する
7. 汚れたりネン、衣服を洗濯する

（引用：厚生労働省、新型コロナウイルスの感染が疑われる人がいる場合の家庭内での注意事項（日本環境感染学会とりまとめ））