

新型コロナウイルス 感染時の支援手順の ご家族向け手引き

滋賀県新型コロナウイルス感染症にかかる
在宅生活困難障害者等支援事業

はじめに

新型コロナウイルスが全国で蔓延しており、いつ私たちが該当者となってもおかしくはありません。

もし障害者の方を支援されている同居家族の皆様が新型コロナウイルス陽性・障害者の方が濃厚接触者・陰性と判断され、2週間の隔離が必要となった場合、障害者の支援を誰がどのような手順で行うのか。

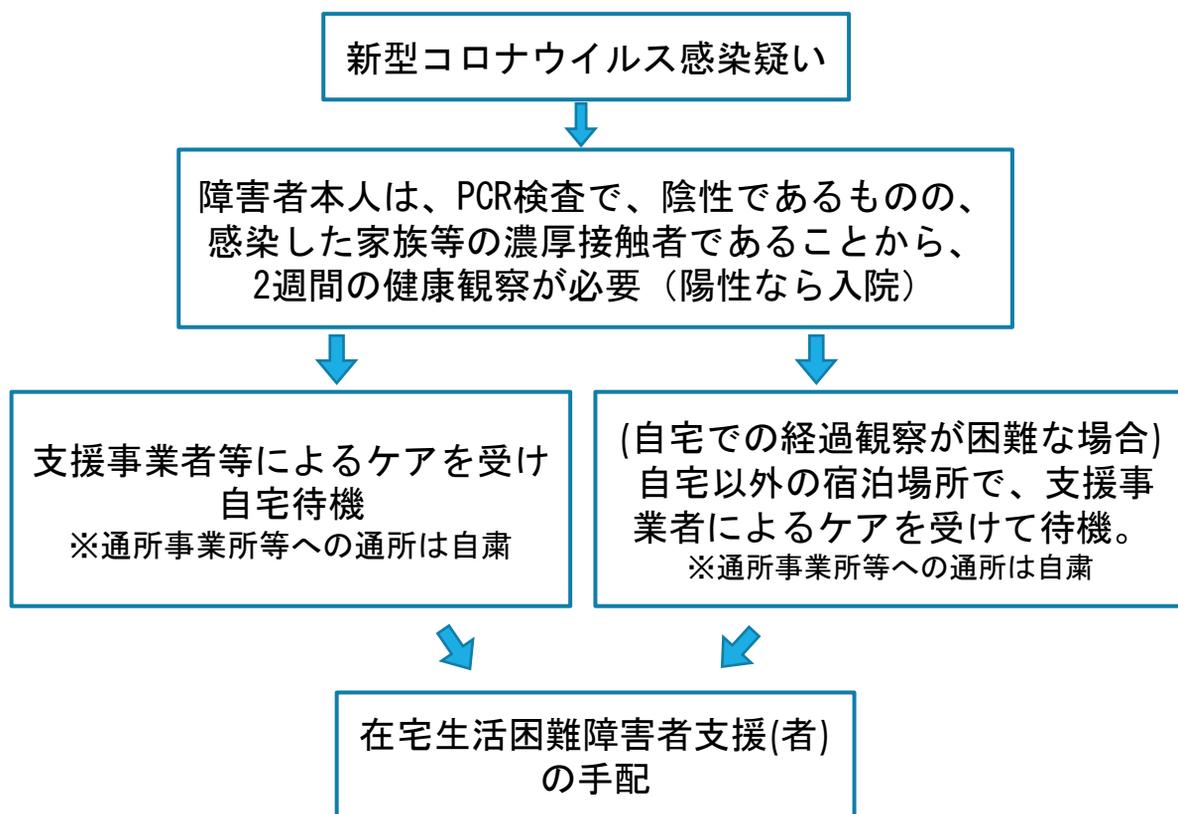
本資料はそうなってしまった際の支援の流れをまとめています。この資料の手順に従って、落ち着いて対応を行ってください。

目次

- ・ はじめに――――p. 2
- ・ 在宅生活困難障害者等支援事業とは――p. 4
- ・ 支援を受けるまでの流れ――――p. 5～9
- ・ 支援中の流れ――――p. 10～11
- ・ 支援スタッフについて――――p. 12
- ・ ご家族様の心構え――――p. 13
- ・ その他――――p. 14
- ・ 宿泊準備物(2週間)――――p. 15
- ・ SNシート記入用紙――――p. 16～19
- ・ さいごに――――p. 20
- ・ メモ欄――――p. 21
- ・ 参考資料――――p. 22

新型コロナウイルス感染症にかかる 在宅生活困難障害者等支援事業とは

障害者の同居家族等が新型コロナウイルスに感染し、障害者本人が濃厚接触者となったことで2週間の待機が必要となった場合、支援スタッフを派遣し、障害者本人に対して行われる支援事業のことです。



ご家族に感染が疑われる事例が発生した場合の 支援を受けるまでの流れ

障害者本人の同居家族に感染が疑われる事案が発生した場合

★詳細はP.22をご覧ください

①-1 かかりつけ医やお近くの診療所、 クリニックに電話で相談する

※症状について聞き取りをし、PCR検査
を受ける必要の有無などを相談します。

①-2 診療所が指定する方法で受診して ください

相談先・受診先に迷った時は？・・・

(草津・甲賀・東近江・彦根・長浜・高島保健所)

TEL 077-528-3621

FAX 077-528-4865

Mail s-support@office.email.ne.jp

支援を受けるまでの流れ

PCR検査を受けることになった時にすること

②相談支援専門員に連絡

連絡項目

- ☑SNシート内容 (p. 16)
- ☑本人と家族の現在の所在
- ☑健康に関すること
(服薬の有無と残数や次回通院)
- ☑連絡先携帯番号
- ☑医療ケアの有無
- ☑家族に本人の宿泊荷物 (p. 15)
(着替え・薬・余暇グッズ・現金等)
の準備状況。

ご本人様の情報をまとめた用紙です。
事前に記入しておくことをお勧めします。

事前にご準備していただくことをお勧めします。

支援を受けるまでの流れ

※相談支援専門員がない場合

障害福祉行政窓口で同様の対応をいたします。

お住まいの地域の福祉課にご連絡ください。

☎湖東地域障害福祉行政窓口 問い合わせ先☎

彦根市障害福祉課(0749-27-9981)

愛荘町福祉課(0749-42-7691)

豊郷町保健福祉課(0749-35-8116)

甲良町保健福祉課(0749-38-5151)

多賀町福祉保健課(0749-48-8115)

支援を受けるまでの流れ

③支援チーム結成

ご家族様との連絡内容をもとに、基幹相談支援センターや行政と支援内容を検討、その日中に支援チームを結成し、ご連絡いたします。

支援チームからご確認させていただく内容

- ・ 支援施設について
- ・ ご家族様の緊急連絡先(陽性者でない方)
- ・ 支援内容について
- ・ ご本人の送迎がご家族で可能か否か



支援を受けるまでの流れ

④支援の開始

- 本人の送迎※支援先がご自宅でない場合
（原則ご家族様にお願いいたします。）
- 支援場所のゾーニング
- 過ごし方の準備

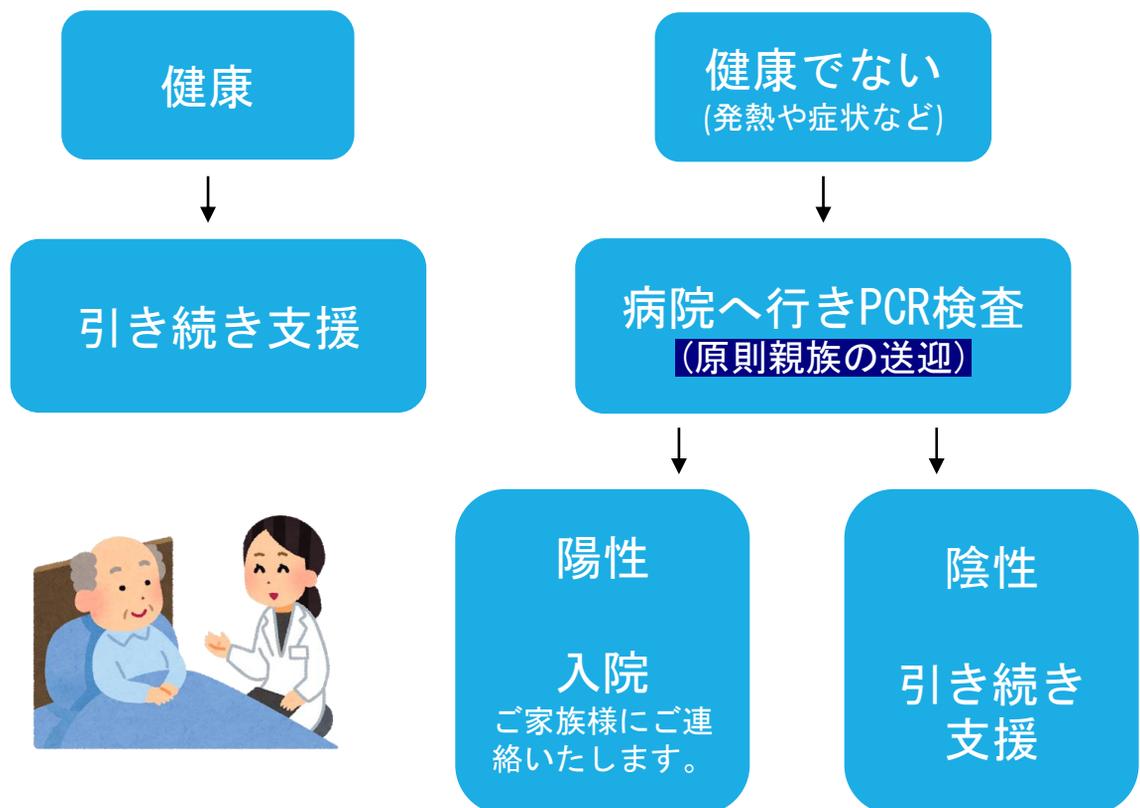
を整え、2週間ご本人様の支援を行います。

支援中の流れ

最低 4～5 人の支援スタッフが、交替しながら支援にあたります。

毎朝健康チェックを行い、保健所へ報告します。
(ご本人様の健康に異変があった場合はご家族様にもご連絡いたします)

健康チェックフローチャート



支援中の流れ

⑤支援終了後

入院されたご家族様がご自宅に戻られましたら、支援チームにご連絡ください。

ご本人様のご自宅へ帰宅する準備をいたしますので、ご自宅までの送迎をお願いいたします。



支援スタッフについて

要件：基礎疾患なし。
感染管理研修の事前受講。



原則として、支援対象者の支援の経験がある支援スタッフを派遣できるように手配いたします。

困難な場合、SNシートや事前にお聞きした支援内容に沿って支援スタッフが対応いたします。

ご家族様の心構え

事前の準備

- ・ SNシートなどで本人様の伝達事項の整理。
円滑なご相談が可能になります。
- ・ 荷物の準備を済ませる。



連絡場所の把握

(1) 受診・相談センター

☎ 077-528-3621 FAX 077-528-4865

(2) 相談支援専門員

☎ _____

もしくは

(2*) 湖東地域障害福祉行政窓口

☎7ページ参照

(3) 支援担当チーム連絡先

☎ _____

p. 8の時点で支援チームから連絡先をお伝えします。

感染疑いが
出た時

PCR検査
待機中に

PCR検査
結果発覚後

その他

【支援中にスタッフの感染が発覚した場合】

もしスタッフが陽性になり、ご本人様が陰性となった場合、新たな支援スタッフを派遣し、支援を継続いたします。

【費用】

食事代等の実費についてのみご負担いただきます。利用者に現金3万円程度ご準備いただき、その中から精算いたします。

その他ご不明点などございましたら、こちらの番号までご連絡をお願い申し上げます。

☎0749-35-0008

(基幹相談支援センターステップアップ21)

宿泊準備物(2週間)

【衣類】

着替え（最低5日分） パジャマ 室内履き

※頻繁に着替えが必要な方は多めにお願いします。

【洗面用具】

歯ブラシ 歯磨き粉 石鹸 シャンプー・リンス くし
電気ひげそり バスタオル3枚 フェイスタオル5枚 化粧品

【洗濯用具】

洗剤 ハンガー 洗濯ばさみ

※介助が必要な方は支援者が行いますので、不要です。

【食器用具】

特別に必要な自助具やコップ 常温保存ができる食べ物 特別食

※基本的には使い捨ての食器やコップを使用します。使用が難しい方は、日頃使い慣れた自助具等をご持参下さい。

※とろみ剤やペースト食等が必要な場合は、普段食べ慣れている物をご準備ください。

【娯楽関係】

携帯電話 充電器 本など日中時間を過ごせる物

※施設には～ _____ の設備があります。

【その他】

まくら 筆記用具 （体温計） くすり、おくすり手帳
健康保険証・まるふく（受診に必要な物） オムツ・パッド・防水シート
おやつやジュースなどの嗜好品 現金：30,000円程度

※タバコ、アルコールの持ち込みは禁止。

※はさみやカミソリなどの刃物は危険なため持ち込みはご遠慮下さい。

SNシート記入用紙

こちらのシートに沿って、相談支援専門員と支援内容についての相談を行ってください。

記入日	令和 年 月 日	記入者	
-----	----------	-----	--

1. 利用者の状況

氏名		生年月日		性別	男 ・ 女
住所	〒 -			電話番号	
緊急連絡先	氏名: (続柄) 連絡先:				
診断名等					
障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 療育手帳() <input type="checkbox"/> 身障手帳(種 級) <input type="checkbox"/> 精神手帳(級) <input type="checkbox"/> 手帳なし				
かかりつけ医療機関	病院名: 主治医:		連絡先: 次回通院: 月 日		
服薬状況	なし / 朝・昼・夕・眠前・頓服		服薬支援状況(具体的に)		
日中の過ごし方					
好きな事					
苦手な事					

2. 支援内容

<健康面>

項目	現在の状況		支援内容・特記事項
視力	()特に問題はない ・ ()配慮が必要		
聴力	()特に問題はない ・ ()配慮が必要		
肢体	()特に問題はない ・ ()配慮が必要		
内部疾患	()特に問題はない ・ ()配慮が必要		
てんかん	()ない ・ ()ある ※頻度や対応を右欄に、記入下さい。		
平熱	℃	持病	()ない ・ ()ある ⇒ 糖尿病 ・ 心不全 ・ 喘息 ・ 呼吸器疾患 ・ 透析治療等により免疫の低下されている方 ・ その他【

<コミュニケーション方法>

項目	現在の状況(できるものに○をつけて下さい)	支援内容・特記事項
意思伝達	()言葉のみ ()文字 ()絵、カード	
指示理解	()ジェスチャー ()その他	

<移動方法>

項目	現在の状況	支援内容・特記事項
移動	()一人で行ける ()場面により声かけや介助が必要 ()全面的に介助が必要	
車内での介助	()不要 ()必要	

< 食事面 >

項目	現在の状況	支援内容・特記事項
食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> その他	
食事介助	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	※自助具の有無、介助方法等
水分補給の促進	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	※頻度や量など

< 排泄面 >

項目	現在の状況	支援内容・特記事項
排泄行為	<input type="checkbox"/> 一人できる <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 声かけが必要 <input type="checkbox"/> 部分的に介助が必要 <input type="checkbox"/> 全面的に介助が必要 <input type="checkbox"/> その他	※定時誘導が必要な方は時間をお書きください。
オムツ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※交換の時間をお書きください。

< 入浴面 >

項目	現在の状況	支援内容・特記事項
介助	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	

< 行動面 >

項目	現在の状況	支援内容・特記事項
こだわり	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
パニック	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	

4. 睡眠状況

現在の状況	支援内容・特記事項
18時 0時 6時 	

5. 感染予防行動

項目	現在の状況	支援内容・特記事項
マスク着用	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できるが不十分 <input type="checkbox"/> できない	※必要な支援など
手洗い 手指消毒	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できるが不十分 <input type="checkbox"/> できない	※必要な支援など
3密回避	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できるが不十分 <input type="checkbox"/> できない	※必要な支援など

6. 現在利用している福祉サービスについて

計画相談	事業所名: _____ 相談員氏名: _____	
福祉サービス	事業所名: _____	事業所名: _____
	事業所名: _____	事業所名: _____
	事業所名: _____	事業所名: _____

さいごに

もはや誰が感染してもおかしくない新型コロナウイルス。

現在は治療法や支援手順などが確立されつつあります。

もし感染されたとしても焦る必要はありません。

湖東地域の障害者支援スタッフは、これらの手順を踏まえて最大限、支援のお手伝いをさせていただきます。



メモ欄

発熱などの症状がある場合の相談・受診について

発熱などの症状がある方

① まずは、かかりつけ医や
お近くの診療所・クリニックに
電話等で相談ください

発熱、のどの痛み、頭痛、下痢、体のだるさ、においや味がわかりにくいなどの症状がある場合は、受診前に必ず電話等で連絡してください

② 診療所が指定する方法で
受診してください

他の患者との接触を避けるため、来院時間や来院方法を指定されることがあります

③ 受診時には
感染予防の徹底をお願いします

手指の消毒またはせっけんを使った手洗いをすませて、マスクを着用して受診してください

！ 休日・夜間に症状が
つらくなったり

? 相談先・受診先
迷ったとき

相談・受診 [休日・夜間の場合]

休日急病診療所等

救急病院(外来)
新型コロナウイルスに限らず
重症の場合に対応

発熱、のどの痛み、頭痛、下痢、体のだるさ、においや味がわかりにくいなどの症状がある場合は、受診前に必ず電話等で連絡してください

緊急時に応急処置を行うところですので、基本的に**新型コロナウイルスの検査はできません**

かかりつけ医など身近な医療機関
(診療所・クリニック)

発熱患者等を診ることが
できない医療機関

・特に免疫低下している患者などが来院する専門外来
・構造的に動線が分けない診療所など

発熱患者等を診療することができない医療機関に相談があった場合は、診療できる医療機関を案内します

案内

発熱患者等を診療する医療機関
(診療・検査医療機関)

医師の診察により、必要な検査を行います

診療 → 検査

インフルエンザ
新型コロナウイルス
その他

紹介

検査ができないときは、検査できる医療機関を紹介します

地域外来・検査センター等
(PCR検査センター)

他の診療・検査医療機関

診療 → 検査

検査

受診・相談センター(毎日24時間)

お近くの「診療・検査医療機関」を案内します

電話 077-526-5411
FAX 077-525-6161
E-mail hoken@city.otsu.lg.jp

大津市

電話 077-528-3621
FAX 077-528-4865
E-mail s-support@office.email.ne.jp

大津市以外

休日・夜間の
場合

聴覚に障害のある方をはじめ
電話での相談が難しい場合は
メールやファックスでお問合せください

製作者：金 亜海(滋賀大学経済学部3回生)

発行者：湖東地域障害者自立支援協議会