令和３年８月23日

会員各位

鎌倉市医師会会長　山口　　泰
公衆衛生担当理事　今井　一登

自宅・宿泊療養への移行が可能なCOVUD-19入院患者の対応について

神奈川県医師会を通じて、通知がまいりましたのでお知らせいたします。

神奈川県健康医療局医療危機対策本部室
災害医療担当課長
（公　印　省　略）

自宅・宿泊療養への移行が可能なCOVID-19入院患者の対応について（通知）

日頃から本県の新型コロナウイルス感染症対策の推進に御理解と御協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、昨日、本県の新規感染者数が2,000人を超えて過去最多となり、同時に入院患者の増加により病床がひっ迫している状況となっています。

そこで県では、病床の確保を行うため、入院後、症状が改善し、**当面の入院治療が不要と判断された感染期の患者**について早期に自宅又は宿泊療養への移行を促すこととし、次のとおり運用を整理いたしましたので、**令和３年８月11日（水）より**御対応くださるようお願いします。

対象となる患者について、添付の連絡シート等を作成いただき、退院前日の正午までに、問合せ先メールアドレスあてお送りいただくとともに、電話でも御連絡くださるようお願いいたします。連絡シート等を受理後、本部室において搬送手段を手配し、医療機関に搬送時間を御連絡します。

なお、宿泊療養の可否については、連絡シートの情報をもとに県の搬送調整の担当医師が最終的に判断いたしますので、御了承くださるようお願いいたします。

また、退院患者が地域療養の神奈川モデルに該当する地域に在住している場合は、地域療養の神奈川モデルに基づき、必要な方には、各地域の訪問可能な医療機関や訪問看護ステーションと連携して対応することを申し添えます。

【提出資料】

①　自宅・宿泊療養移行に向けた退院時連絡シート

②　退院時スコアシート　（①②は一つのExcelにまとまっていますので、そのまま記載をお願いします）

【参考資料】

③　退院～自宅・宿泊療養～療養解除までの流れ

④　現下の感染拡大を踏まえた患者療養の考え方について（要請）（令和３年８月３日付厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡）fukusou.kiki@pref.kanagawa.jp

【申込方法】

１．fukusou.kiki@pref.kanagawa.jp　あて、①及び②を記載したExcelシートを添付し
件名を　【病院名】病院から自宅or宿泊への移行希望　としてメールを送付してください。
退院前日の正午までに受信したメールを、翌日の搬送調整の対象とします。

２．メール送付から10分以上経過した後、専用電話番号（045-285-1020）までお電話ください。
（送付から到達までお時間がかかります。また、記載内容の詳細をお尋ねする場合があります。）

問合せ先
災害医療グループ　奈良、森
電話 045-285-1020
mail fukusou.kiki@pref.kanagawa.jp

最新版：様式1(20210806初版)ver.1

▲▼▲ 自宅・宿泊療養移行に向けた退院時連絡シート ▲▼▲

神奈川県 健康医療局 医療危機対策本部室 【搬送調整班】 行
(return-home.pv63@pref.kanagawa.jp)

記入日：西暦 2021 年 月 日
（令和3 年）

HERSYS ID:
陽性判明日： 月 日

原則自宅療養が基本となります。
療養時のリスクの把握や自治体等からのフォロー体制の準備のために、以下の項目に回答をお願いいたします。
（該当する記号に●(択一式)、■(複数回答可)をつけてください。）

1.基本情報(Basic information)

※日付の区切りは"/"(スラッシュ)

読み仮名(カタカナ限定)	姓	名	性別	生年月日/B.D.	/ /
名前/Name 漢字・英字等	姓	名	未選択	(記入日による満年齢(スコア判断))	(満 (未) 歳)
電話番号/Tel (※) 携帯	0	− −	Tel.名義	LINE登録 Register to LINE	○ あり ○ なし ○ 登録予定
自宅	0	− −			
所在地 /Address	郵便番号/Zip Code 〒	−	市区町村 字名 地番 (未選択)	建物名・マンション名等	

※LINEでフォローを受けられる方は、LINEに登録している電話番号を携帯番号欄へ記載してください。

2.医療情報(Medical information)

服用中の薬	○ なし ○ あり 症状							
	薬品名(商品名)						(日分)	
アレルギー情報	○ なし	内容・症状						
	○ あり							
	〔上記でじんま疹以上の症状の有無〕	○ なし	○ あり					
既往歴	○ なし	○ あり 〔病名〕						
保険証 (記号・番号・保険者番号)	記号		番号		保険者番号			
ワクチン接種の有無	○ なし	○ 1回目接種済み接種日〕	年 月 日	○ 2回目接種済み接種日〕	年 月			
妊娠の有無(患者本人)	○ なし	○ あり(	週)(かかりつけ医:	)				

3.日常生活自立の状況(Daily life independence level)

＊宿泊施設での療養を検討する場合の項目です。

支援を受けることなく一人で日常生活を送れますか？	○ はい	○ いいえ	○ その他〔		〕

UD FONT より多くの人へ適切に情報を伝えられるよう配慮したユニバーサルデザインフォントを採用しています。空間に余裕のある文字で視認性・可読性に優れており、誤読を防ぐシンプルな形状で読みやすさと高いデザイン性を備えています。見えにくい条件下での検証を繰り返すことで、視力や環境に左右されることなく幅広い年齢の方にとって認識しやすいよう設計されています。

※裏面に続く

4.緊急連絡先(原則家族)(Emergency contact)

＊緊急時に患者様と連絡が取れない場合に使用します。

1	名前/Name		続柄/Relation	
	電話番号/Tel	0 − −		

5. 外国籍の方(A citizen of foreign nationality)

日本語での会話は可能ですか？	○ はい ○ いいえ ○ その他[ ]		
母国語は何語ですか？		英語対応について	○ 可能 ○ 不可能

6.食事・お体の状況(Physical condition)

食事はとれていますか？	○ 普段どおり ○ あまりとれていない(日前頃から) ○ ほとんどとれていない(日前頃から)
水分はとれていますか？	○ 普段どおり ○ あまりとれていない(日前頃から) ○ ほとんどとれていない(日前頃から)
眠れていますか？	○ 普段どおり ○ あまり眠れていない(理由: □ 息苦しい □ せき □ その他(具体的に:))

7.住居や同居人等について (About your home,family or housemate)

患者本人の専用の個室はありますか？	○ なし ○ あり	→『なし』を選択した場合は、以下の5つの項目についてもお答えください。
同居人はいますか？	○ なし ○ あり	→『あり』を選択した場合は、以下の5つの項目についてもお答えください。

宿泊療養を希望される場合は、次の3条件を満たす場合のみ対象です。
・専用の個室なし
・同居人あり
・ワクチンを接種していない左記同居人がいる

高齢者(65歳以上)	○ なし	○ あり
基礎疾患がある者 (糖尿病、心疾患や呼吸器疾患を有するもの、透析加療中の者、脳血管疾患、精神疾患等)	○ なし	○ あり
免疫抑制状態である者(免疫抑制剤や抗がん剤を用いている者)	○ なし	○ あり
妊娠している者	○ なし	○ あり
医療従事者、福祉・介護職員などの高齢者・障がい者等と多く接触する者	○ なし	○ あり

8.入院の状況について(Situation of admissiont)

入院日		年	日	日		
入院時の症状	○ 無症状	○ 有症状				
退院日		年	日	日		
退院時の症状	○ 無症状	○ 有症状				
担当保健所名						

入院医療機関記入欄

入院医療機関名:		入院先担当医師名:		入院先電話番号:	0 − −

《療養先》 ○ 自宅療養 ○ 自宅療養(入院待ち) ○ 入院 未選択

○ 宿泊療養 ○ 宿泊療養(入院待ち)( ) □ 喫煙ルームに入る可能性があることを本人説明済み)

宿泊療養先:

□ 選択時:区フォロー □ 選択時:県からのパルスオキシーメータ不要「県パルス不要」

《療養期間起算日》(次のいずれかの日をご記入ください)

有症状(発病日: 月 日

または

無症状(検体採取日): 月 日

《療養最終日》 月 日 □ 本人確認済み

《外出可能日》 月 日 □ 本人確認済み

備考 医療機関で架電を受ける方の担当者と電話番号を記載してください

《自宅療養時の配食サービスの提供に係る個人情報提供の同意について》

※宿泊から自宅へ切替わる可能性もあるので、全員に聴取してください。

自宅療養の際、療養期間に応じて配食サービスを受けることができます。県から委託先業者に名前、住所等の個人情報を提供について同意の上で、配食サービスの利用を希望しますか。

○ 希望します

○ 希望しません 未選択

UD FONT より多くの人へ適切に情報を伝えられるよう配慮したユニバーサルデザインフォントを採用しています。空間に余裕のある文字で視認性・可読性に優れており、誤読を防ぐシンプルな形状で読みやすさと高いデザイン性を備えています。
見えにくい条件下での検証を繰り返すことで、視力や母境に左右されることなく幅広い年齢の方にとって認識しやすいよう設計されています。

必須項目

=== 退院時スコアシート ===

※LGWANにて送付ください。

神奈川県 健康医療局 医療危機対策本部室 感染症対策G、ITデータ入力班 行
(return-home.pv63@pref.kanagawa.jp)

記入日:(ヒアリングシート未入力)

所管保健所名		(ヒアリングシート未入力)
利用者	氏名(カナ)	(ヒアリングシート未入力) (ヒアリングシート未入力)
	氏名(漢字)	(ヒアリングシート未入力) (ヒアリングシート未入力)
	生年月日	(ヒアリングシート未入力) (記入時点:満 (未) 歳)
	性別	未選択 Tel.: ---

◆ 判断項目 ◆ 各スコア↓

1.性別 (ヒアリングシートの性別から)
○ 男 ※ヒアリングシートの性別について、記入状態をご確認ください (配点: 1) 0
○ 女 (配点: 0)

2.年齢 (ヒアリングシートの生年月日から)
○ 75歳以上 ※ヒアリングシートの記入日、生年月日について、記入状態をご確認ください。 (配点: 3)
○ 65~74歳 (配点: 2) 0
○ 65歳未満 (配点: 0)

3.基礎疾患(ハイリスク因子)
(該当する記号に■・●をつけてください。□・■は、複数回答可。○・●は、択一式)
□ 糖尿病 (配点: 2) 0
□ 慢性呼吸器疾患(気管支喘息含む) (配点: 2) 0
□ 現在治療が必要な重度の心血管疾患 (配点: 2) 0
(症状や心不全伴う冠動脈疾患、心筋症)
□ 高度慢性腎臓病* (配点: 2) 0
(GFR 30未満が目安)
➡肥満 ○ (30≦BMI) (配点: 2)
○ (25≦BMI<30) (配点: 1) 0
□ 治療中の悪性腫瘍 (配点: 2) 0
(手術、抗がん剤など治療期間を終えたものを除く)
□ 免疫低下状態(ステロイド等の免疫抑制剤使用、臓器移植後、血液・骨髄移植、HIV、原発性免疫不全) (配点: 2) 0
□ 肝硬変 (配点: 1) 0

4.透析
(該当する記号に■をつけてください。)
□ 透析を受けている。 (配点: 6) 0

5.妊婦
(ヒアリングシートの妊娠の有無(患者本人)から)
□ 37週以降妊婦 (配点: 6) 0

6.CT/単純X線にて肺炎像 (過去の繊維化でない、スリガラス状陰影や浸潤影を指す)
(当てはまるものに●をつけてください。択一式。)
➡最も病変がひどいスライスで左右合計面積の ○ 25%以上 (配点: 6)
○ 25%未満 (配点: 3) 0

7.発熱
(該当する記号に■をつけてください。)(複数回答可)
□ 判定日を含めて3日以上、38℃以上の発熱を認める (配点: 2) 0

8.SpO_2(経皮的動脈血酸素飽和度)
(該当する記号に■をつけてください。)(複数回答可)
□ 安静時または室内歩行等の労作時にSpO_2 93%以下 (配点: 6) 0
□ 安静時に、SpO_2 94%または95% (配点: 2) 0

9.重症感
(該当する記号に■をつけてください。)
□ 重症感 (配点: 2) 0
(横になれないほどの高度咳嗽(がいそう)、摂食・飲水量低下など)

10.無症状
(該当する記号に■をつけてください。)
□ 無症状 (配点: -1) 0

スコア合計: 0

11.備考

UD FONT より多くの人へ適切に情報を伝えられるよう配慮したユニバーサルデザインフォントを採用しています。空間に余裕のある文字で識別性・可読性に優れており、誤読を防ぐシンプルな形状で読みやすさと高いデザイン性を備えています。
見えにくい条件下での検証を繰り返すことで、視力や年齢に左右されることなく幅広い年齢の方にとって認識しやすいよう設計されています。