

## 新型コロナウイルス感染症対応状況チェックリスト Ver.2

確認日	令和 年 月 日	事業所番号			確認者:
事業所名			事業の形態		
住所		担当者		連絡先	
サービス種別	訪問介護・通所介護・通所リハビリテーション・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護				
併設事業所	有 (事業所名: サービスの種類: ) 無				
定員	名		現在の利用者数	名	
項目	確認事項			チェック	特記事項
施設について					
居室について	<ul style="list-style-type: none"> <li>感染者と濃厚接触者、他の入居者の居室を確認する</li> <li>居室の配置図を提供してもらい、感染者の居室をチェックする(感染者と悲感染者の居室、共用施設の確認を行う) 居室の入所者名を記入する</li> </ul>			<input type="checkbox"/>	
	居室数 (個室 室 ・ 人部屋 室)			<input type="checkbox"/>	
トイレについて	入居者のトイレの配置について			居室・共同	場所は
	職員専用トイレがあるか			ある・ない	
更衣室について	職員の更衣室があるか			ある・ない	
シャワー室について	職員用のシャワー室があるか			ある・ない	
休憩室等について	職員専用の休憩室があるか			ある・ない	
	夜勤者専用の仮眠室があるか 寝具、シーツ類の交換は共用しない			ある・ない	
同一建物、敷地等のサービスについて	感染者発生場所以外の周辺施設について把握する (訪問看護 ・ 訪問介護 ・ デイサービス ・ (看)小機能多機能型居宅介護 ・ )			<input type="checkbox"/>	
	疑感染者の利用または濃厚接触者の可能性はあるか			ある・なし	
面会について	面会者の制限を行っていたか (時期: 制限程度:家族のみ可・他)			<input type="checkbox"/>	
ゾーニングについて	陽性者は個室管理とされているか			<input type="checkbox"/>	
	ゾーニングができていないか			<input type="checkbox"/>	
	ゾーニングができていない場合は、図面等を元にゾーニングを行う 動線の確保(感染者と非感染者が交差しない)			<input type="checkbox"/>	
往診・訪問診察・薬剤指導について	協力医療機関は、緊急時の対応ができるか				
	医療機関名	往診(可・不可・時間帯)		電話対応(可・不可・時間帯)	抗原検査
	1				可・不可
	2				可・不可
	3				可・不可
協力薬局			<input type="checkbox"/>		

項目	確認事項	チェック	特記事項
定期薬・往診について	・入居者の残薬確認 (一覧表があるとよい)	<input type="checkbox"/>	
	・主治医や薬局などの関係機関に往診の一時停止と処方方法の確認ができていますか	<input type="checkbox"/>	
家族・関係機関への連絡について			
家族への連絡 関係機関への連絡	・利用者家族への連絡を行ったか	<input type="checkbox"/>	
	・かかりつけ医、かかりつけ薬局、居宅介護支援事業所など関係する介護事業所へ連絡を行ったか	<input type="checkbox"/>	
	・施設へ出入りの業者への連絡を行ったか	<input type="checkbox"/>	
利用者状況について <b>※感染者が発生した場合、入居者は個室対応、必要時以外個室から出さない</b>			
外部利用者について	・外部(在宅)からの利用者はあるか	ある・なし	
	・感染者、濃厚接触者の利用の可能性はあるか 利用者リストを提供してもらい、濃厚接触者等をチェック	ある・なし	人
	・サービスの種類 (訪問介護 ・ 通所介護 ・ )		
濃厚接触者(他入居者)の対応について			
バイタルサイン チェック	・体温計は(腋窩用か・非接触型か)	個	不足分
	・血圧計は	台	
	・パルスオキシメーターはあるか(ある・なし)	個	
	・陽性者と陰性者を分けてバイタルサインチェックができるだけの個数が確保されているか	<input type="checkbox"/>	
	通常回数 ・検温( 回/日)	<input type="checkbox"/>	
	・陽性者が発生したら、全利用者の検温、酸素飽和度(SpO2)、食事量を測定し健康状態を確認後、午前8時30分までに介護保険課へ報告をする	<input type="checkbox"/>	
食事について	・現在の食事の提供方法(施設調理・施設調理場使用の委託・外部委託)(業者)	<input type="checkbox"/>	
	・外部委託の場合、一括提供か、個別提供か	一括・個別	
	・感染者が発生した場合、食事の提供が可能か	可・不可	
	・感染者が発生した場合、個室での食事の提供が可能か	可・不可	
	・感染防止のため、使い捨て容器での提供は可能か	可・不可	
	・配膳の方法 (調理室から入居者までの流れ)	<input type="checkbox"/>	
	・食事の形態 ・胃瘻 ( 人) ・流動食 ( 人) ・きざみ食 ( 人) ・一般食 ( 人)	<input type="checkbox"/>	
	・うち食事介助者は、( 人)		
・食料の備蓄は、例:即席めん・そうめん・パンなど	ある・なし	約 日分	
排泄について	・排泄方法 トイレ歩行可 ( 人) ポータブルトイレ( 人) オムツ ( 人)	<input type="checkbox"/>	
	・個室対応でのポータブルトイレ使用による不足数	個	

項目	確認事項	チェック	特記事項
清潔(入浴)について	・入浴回数( 回/週) 感染者が出た場合は、全員清拭に変更、再開時期については、ゾーニングの状況により、宮崎市と検討し決定する	<input type="checkbox"/>	
	・入浴再開時期については、宮崎市と協議する	<input type="checkbox"/>	
マウスケアについて	・マウスケアの回数( 回/日)		
	・歯ブラシの消毒方法は		
リネン・衣類について	・リネン洗濯(自前・業者:	<input type="checkbox"/>	
	・衣類洗濯(自前・業者:	<input type="checkbox"/>	
	・必ずしも他の利用者と分ける必要はないが、清拭したタオル等は熱水処理(80℃10分浸漬)後洗浄乾燥、または次亜塩素酸Na浸漬後(0.05%32分)洗浄、乾燥	<input type="checkbox"/>	
DNAR	・入居者の延命治療等について 利用者によっては、延命治療に関する同意書をとっているため入院者について情報提供するためにコピーを提供してもらおうと良い。	同意書 あり・なし	
職員について			
濃厚接触が疑われる者の確認	・濃厚接触が疑われる者があるか (職員名簿の提供をお願いします) <b>※濃厚接触者は自宅待機出勤不可</b>	ある・なし	人
職員の家族への感染を防ぐために	・施設内で感染者が発生した場合、職員は家族と接触せず生活できるか ・職員の家族構成をまとめておく 例:夫、子(小学生1人、中学生1人)4人暮らしなど 家族に大きな手術後や化学療法中、透析中なども記載してもらおう		
人員の確保	サービス提供のために必要な人員の確保を検討する  ・日勤の必要人員 ( 人) 《勤務可能人員( 人)不足人員( 人) ・夜勤の必要人員 ( 人) 《勤務可能人員( 人)不足人員( 人) ・調理員の必要人員 ( 人) 《勤務可能人員( 人)不足人員( 人)	サービス 可能・不可能	
	・応援人員が必要か 看護師( 人) 介護員( 人) 調理員( 人)	必要・不要	
ガウンテクニックの実施	・日頃から実施訓練をしているか(頻度 回/年)	あり・なし	
	・実際に指導	<input type="checkbox"/>	
職員のユニフォームについて	・ユニフォームがあるか	ある・ない	着
	・ユニフォームの更衣はどこでしているか	自宅・事業所	
	・事業所内に職員専用の洗濯機があるか	ある・ない	
サービスの提供について			
サービス提供方法の検討	サービス提供時は必ず感染症対策を徹底してサービスを提供する		
	・一時的に中止するサービスについて(通所介護など)	<input type="checkbox"/>	
	・個々のケアプランの検討	<input type="checkbox"/>	
	・居宅介護支援事業所への連絡	<input type="checkbox"/>	

項目	確認事項	チェック	特記事項
消毒・清掃について	サービス提供の場所を消毒、清掃をする		
	陽性者の利用した部屋だけでなく、浴室、トイレ、食堂など共用スペース、車両について手袋等着用の上、①または②の方法で消毒、清掃を行う ①消毒用エタノール(アルコール濃度70%以上)で清拭 ②濃度0.05%(目安)に薄めた塩素系漂白剤(次亜塩素酸ナトリウム)で清拭後、湿式清拭し乾燥	<input type="checkbox"/>	
	・上記の消毒薬で1日2回以上必ず消毒をすること ・消毒用クロスは使い捨てとすること	<input type="checkbox"/>	
衛生用品の備蓄について			
感染対策用品について	①サージカルマスク ( 箱50枚入)	あり・不足・なし	
	②フェイスシールド ( 個)	あり・不足・なし	
	③キャップ ( 枚)	あり・不足・なし	
	④ガウン・エプロン(後ろが閉じるタイプ) ( )	あり・不足・なし	
	⑤手袋 ・ S ( 箱 枚入) ・ M ( 箱 枚入) ・ L ( 箱 枚入)	あり・不足・なし	
	⑥消毒用アルコール ( 本)	あり・不足・なし	
	⑦次亜塩素酸ナトリウム ( 本)	あり・不足・なし	
	⑧除菌クロス(アルコールなどを湿したもの) 個	あり・不足・なし	
	・①～⑧の数から十分な感染対策用品が確保されているか	あり・不足・なし	
	・PPEセットを置くための棚やラックがあるか	あり・なし	
	・PPE着衣のための姿見(鏡)があるか	あり・なし	
	・足踏み式のごみ箱があるか ( 個)	あり・なし	
	ゴミについて	・ゴミの回収業者について(業者名)	<input type="checkbox"/>
・業者は感染ゴミの回収ができるか 回収方法についても問い合わせる(2重袋にするや 2週間後の回収になるなど)		可・不可	
・感染ゴミの回収ができない場合は、業者を探す		<input type="checkbox"/>	
・感染ゴミを一定期間保管する場所があるか		ある・ない	
その他環境について			
インターネットについて (オンライン診療のため)	・施設内にWiFi環境があるか	ある・ない	
	・施設にiPad等タブレット端末は、あるか(台数 )	ある・ない	
入居者移送について	・医療機関へ入院し、退院となった場合に施設に移送手段があるか	ある・ない	
	・移送手段は、( 車椅子 ・ ストレッチャー )が可能である		