



## 新型コロナウイルスに感染した妊産婦の方へ 専門職によるケアや 相談支援を行っています

妊産婦の方は、出産や育児を控え、新型コロナウイルス感染症の流行に不安を感じていると思います。感染が確認された場合でも、皆さまの不安を少しでも軽減できるよう、助産師などが支援を行います。

助産師などにより、訪問による専門的なケアや電話による相談支援を行います。

対象となる方は... (以下の全てに当てはまる方)

- ・新型コロナウイルスの感染が確認された妊産婦の方
- ・健康面や出産後の育児などに不安を感じ支援を希望する方

支援する内容は...

- ・助産師や保健師などの専門職が支援を行います。
- ・訪問や電話などで、妊産婦の方のさまざまな不安や悩みをうかがい、専門的なケアや育児に関する助言や支援を寄り添いながら行います。
- ・費用は無料です。

新型コロナウイルスに感染したけど、無事に出産や育児ができるかな... 助産師に相談したいなあ。



お申し込み先は...

- ・かかりつけ産科医療機関または分娩予定施設の医師にご相談、または、
- ・下記の自治体までご連絡ください。



心配なことがあれば  
気軽にご相談ください！

新型コロナウイルスに感染し、帝王切開で出産。母子分離となった期間があり授乳の仕方が不安...

新型コロナウイルスに感染し、母親教室や育児教室に参加できず、育児について不安...

新型コロナウイルスに感染し、里帰りができず、身近に相談する人がいなくて不安...



新型コロナウイルス感染の不安から分娩前に新型コロナウイルス感染症検査を希望される妊婦の方は、裏面をご覧ください。

自治体名、連絡先など



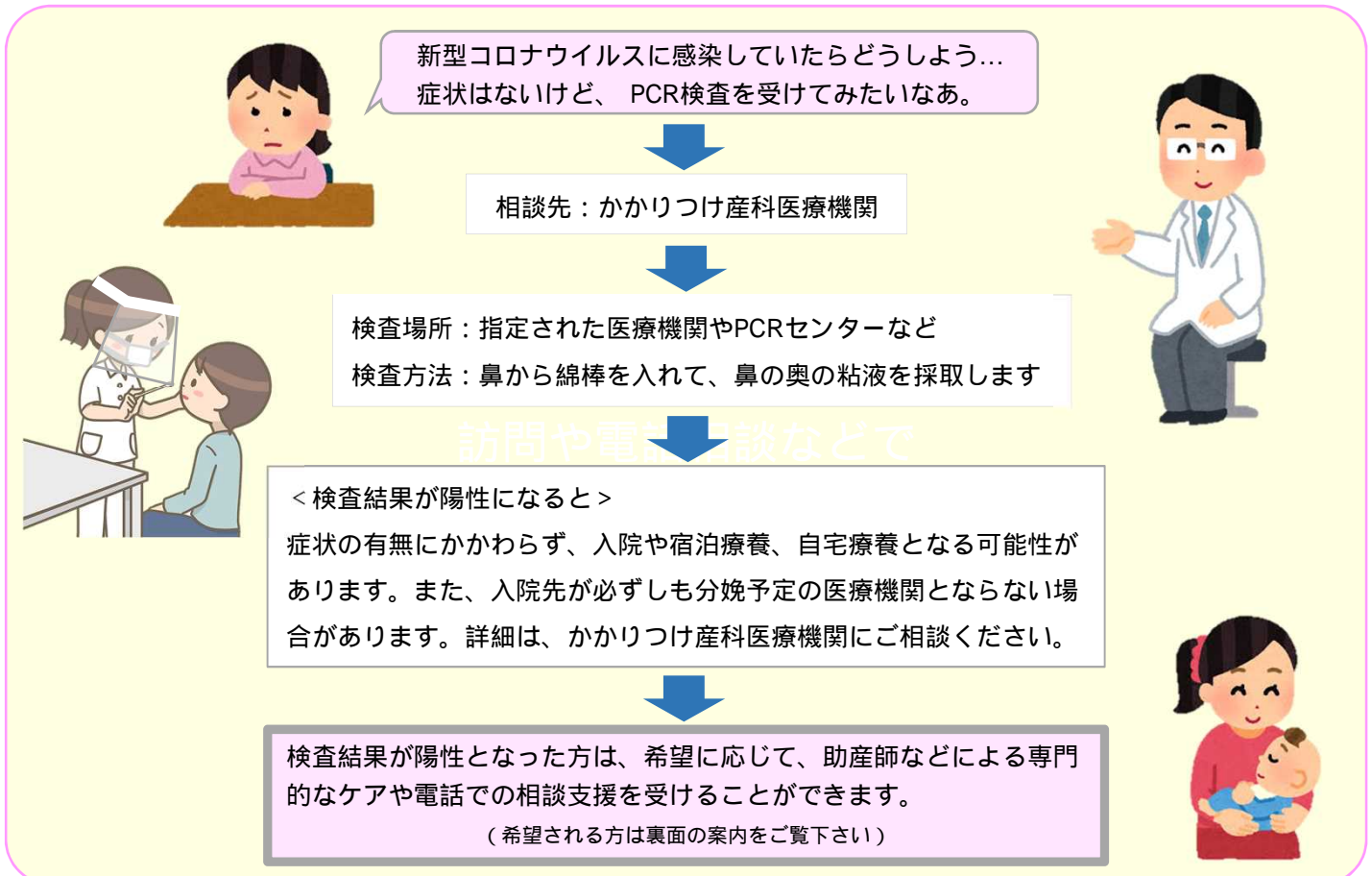
# 新型コロナウイルス感染症に不安をかかえる妊婦の方へ

検査を希望する妊婦の方に、新型コロナウイルスの検査を行います。

対象（以下の全てにあてはまる方）	相談先
<ul style="list-style-type: none"> <li>・分娩予定日が概ね2週間以内の妊婦の方</li> <li>・発熱などの感染を疑う症状がない方</li> </ul>	妊婦健診を受けているかかりつけ産科医療機関

本ウイルス検査は、令和2年度第二次補正予算による母子保健医療対策総合支援事業において実施するものです。発熱などの症状のある方や無症状でも医師より検査が必要と判断された方は、本検査の対象ではなく、帰国者・接触者外来などに相談のうえ、感染症法に基づく検査（行政検査）を受けていただくこととなります。

## 検査までのフローチャート



ウイルス検査の実施にあたっては、下記内容をご覧ください。かかりつけ産科医療機関にご相談ください。

- ・検査の性質上、実際には感染しているのに結果が陰性になること（偽陰性）や、感染していないのに結果が陽性になること（偽陽性）があります。
- < 検査結果が陽性となった場合 >
  - ・症状の有無にかかわらず、入院や宿泊療養、自宅療養となる可能性があります。
  - ・症状の有無にかかわらず、入院先が必ずしも分娩予定の医療機関とならない場合があります。また、分娩方法等が変更される（帝王切開や計画分娩等）可能性があります。
  - ・症状の有無にかかわらず、感染拡大防止の観点から入院中の面会および分娩時の立ち会いが制限される場合があります。また、分娩後の一定期間、母子分離（お母さんと赤ちゃんが別室での管理となり、赤ちゃんに触れたり、授乳することができない）となる可能性があります。
  - ・本検査結果等につきましては、住民票のある自治体に提供させていただく場合があります。

## 新型コロナウイルスへの感染が確認された妊産婦の方へ

新型コロナウイルスに感染し、ご自身やお子さんの健康面のことなどで強いご不安を感じていることと思います。

このため、お住まいの自治体等において、皆様方に対し、助産師や保健師等による訪問や電話での健康相談、保健指導、育児支援等が行われます。（支援の具体的な内容は、自治体によって、また、妊産婦さんの状態等によって異なります。）

この自治体による支援は、妊産婦さんご本人が希望する場合に提供されます。そのため、希望される場合には、妊産婦さんご本人の療養の状況等について、本医療機関から自治体の母子保健担当課（健康相談等の支援を希望される住所地の担当課）に情報提供いたします。

つきましては、自治体によるサポートの希望がある場合は、以下の意向確認書にご回答をお願いします。

## 意向確認書

医療機関主治医あて

私は、主治医から、自治体における、新型コロナウイルスに感染された妊産婦向けの健康相談等の支援が希望者に提供されることについて、説明を受けました。

私は、自治体による支援を希望します。

令和 年 月 日

ご住所 \_\_\_\_\_

健康相談等のサポートを支援される住所をご記載下さい。

お名前 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_