

都内の新型コロナウイルス感染の状況		新規陽性患者数： 531	新規陽性患者数： 188	新規陽性患者数： 532	新規陽性患者数： 1,315
入院患者の状況		入院患者数： 1,347	入院患者数： 1,583	入院患者数： 1,685	入院患者数： 3,025
圏域		区中央部	西多摩	北多摩西部	南多摩
開催日		令和2年11月19日(木)	令和2年11月24日(火)	令和2年12月3日(木)	令和3年1月5日(火)
		事例パターン①	事例パターン①	事例パターン①	事例パターン②
主な意見	訪問診療	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療においてやらなければならないのは、まず同居しているご家族のPCR検査である。そこでPCR検査を行って、陽性者が出れば入院、陰性であれば様子を見るというような形をとることが、まず1歩。</li> <li>Aさんの病状に配慮しつつ、ここからほかに感染を広げないということも大事なので、まずはデイサービスの中止。</li> <li>普段の測定等、健康チェックなどについてはリモート等も使って、何とか感染の拡大を防ぎながら、ご本人の病状をチェックすることが重要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自宅に陽性者がいた場合は、家中がレッドゾーンだと考える。実際、本当に診察しようとする、布団の中や床に膝もつかないといけないこともあり、在宅療養においては、病院でフル装備をして検査をするのとは条件が異なる。患者の状態にもよるが、感染力を失う時期を2週間と考えるのであれば、2週間はできるだけ訪問の頻度は極力少なくするべき。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>医師が、やっぱり一番手を引けない、こういった状況で何ができるのかなというのは、やはり模索していかなければいけない。</li> <li>外来診療もやっているが、自分の清潔操作にどれだけ確実性を持っているのかということが、正直心配な部分もある。</li> </ul>
	ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者宅で陽性者が出た場合は、まずは医療・介護チームで、今後の流れや確認事項情報共有する場面が必要。集まればWEB会議などを活用する。</li> <li>介護職の方は、ガウンテクニックやスタンダードプリコーション等について経験やノウハウがないこともあるため、患者宅で陽性が判明した段階ですぐに、皆さんで情報共有をし、安全の面に関する共有を行う必要がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>濃厚接触者の段階であっても、介護サービス事業所が断ることが多いのが現状。PCR検査で陰性でも、2週間の様子を見てからサービスを再開したいというところが一般的。そのため、その間のサービスの提供はほぼ難しいのが現状。</li> <li>生命に関わる食事や清潔の面を重点に置きながら、お弁当を届けるとか、排せつができるようにポータブルトイレを貸し出すとか、最低限必要なサービスは提供できるよう動いている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>福祉系のサービスに関しては、濃厚接触者というだけでも、対応に苦慮する事業所が多い。訪問看護師に支援を仰ぎながら、どう介護・福祉系がサービスに入るかを考えることとなる。しかしながら、医療職と比較して感染防護に関するノウハウ等がないため、訪問の継続は困難となる可能性有。</li> <li>PCR検査の結果を踏まえつつ、主治医にも指示を仰いだうえでの判断が必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族構成等を把握し、早い段階からリスク管理をしてきたい。準備が大切。感染症に対するリスク等の研修等に参加することで、不安が回復できると思う。</li> </ul>
	訪問薬剤科	<p>(歯科) 緊急性がある場合に訪問。完全フル装備は難しいが、スタンダードプリコーションにのっかって、フェイスガードとかマスクを装着して訪問する。訪問歯科が行く前に、在宅医や多職種に状況を聞きながら、対応していく。</p>	<p>(薬剤) ほかの職種と情報を共有して、PPEの使用について話し合ったうえで訪問したい。</p>	<p>(歯科) 濃厚接触者であってもPCR検査の結果が陰性であることや2週間の経過を見たらうえで、通常どおりの訪問が可能。歯科の場合は飛沫等を受けやすいためリスクが高いが、感染防護の上、口腔ケアや治療は行える。</p> <p>(薬剤) 陰性であれば、訪問していくべきと考える。感染防護や手指消毒等について会として薬剤師に啓発していく必要がある。</p>	<p>(薬剤) 電話等のオンラインツールで状況把握ができれば、接触の時間は少なくすることはできる。</p> <p>(薬剤) 薬剤の管理をしているようなキーパーソンの方が陽性で家おらず、本人が認知症の場合は、薬剤師としても対応も少し考えていく必要があると思う。</p>
	訪問介護		<p>(看護) 基本的な感染対策がしっかりできていれば、今までとあまり変わらないサービスを提供できる。患者の状況によって吸引や吸入が必要なときは十分注意しなければならないが、そうでない場面では、きちんと標準予防対策を徹底してやれば問題ないと考える。しかしながら、そうした基本的な感染対策を行うことが難しいところであり、実際、在宅の現場ではその対策が徹底しづらいのが現状。</p>	<p>(介護) PCR検査で陰性であっても偽陰性というケースもあり、施設のクラスター発生などのリスクを踏まえるとデイサービスの利用はお休みいただくこととなる。訪問系のサービスに切り替える等の対応の検討が必要。しかしながら、感染防護がしっかり行える介護職がどれくらいいるかが課題。</p> <p>(リハ) 濃厚接触者であっても、原則一旦はお休みいただくこととなる。</p> <p>(看護) 感染対策のスキルを持った訪問看護師ナリが中心になって、活躍していかざるを得ないと考える。</p>	<p>(介護・看護) 地域でこういった事例に対応できる事業所の確保が必要。</p> <p>(介護) 一度陽性になった介護士が回復後、陽性者のサービスに対応してくれた事例がある。</p>
	介護施設等で	<ul style="list-style-type: none"> <li>老健は地域連携のために、地域医療も含めて担っていかないといけない。老健施設で、隔離ゾーンを設けるなどして、緊急避難場所として使えるようにできると思う。また、陽性になった方で病院がすぐに見つからないときも、一時的に老健施設で預かりすることは可能ではないかと思う。行政には、このときのプラスアルファの要員の人件費への支援をお願いしたい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>今の状況では、老健が濃厚接触者を受け入れ経過観察をしながら療養ケアをするということは、なかなかゾーニングの件などで簡単にはいかない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院でのクラスターの発生が増加していることや陽性者数の増加の現状を踏まれば、患者本人が陰性であれば、老健としては受入れの方向で検討が必要と考える。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>受け入れた施設が受け入れ時に陰性でも、陽性になってしまえば職員が濃厚接触者扱いということ、最終接触から14日間の出勤停止を保健所のほうから指示されてしまう。老健にそういう方が入ってこられると、大変なことになるかなという懸念はある。</li> <li>入所者を1回入院させてしまうと、元に戻してくれないというような事例もある。安心して元のホーム等に戻しても平気だというような仕組みをつくっていくということが、大事。</li> </ul>
行政	<p>医療と介護の関係者を集めて、患者・家族の希望に従って、どういう支援ができるか、個別に考えていくべき</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>日頃から感染症に対する情報の周知を行うとかというのは、行政が日頃からやっていくべきものの</li> <li>コロナの感染症に対しては、部署を超えた連携が必要。他部署との情報共有と、市が市民の方に情報を集約して発信していくことが求められる。</li> <li>高齢者に対する感染症の正しい知識の普及のほか、外出自粛等により二次的に体力低下なども起きているため、介護予防の側面からも取り組んでいくことが行政の役割。</li> </ul> <p>小さい町村なゆえ、感染者が特定されてしまうということががあるので、人権に配慮した対応を行っている</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>国立市では、在宅要介護者の家族(介護者)が新型コロナウイルスに感染したため家族介護が受けられない状況が生じた場合でも在宅支援等を継続して受けられるように、在宅でのPCR検査の実施や介護保険サービス調整が困難な場合に感染症対応チームを派遣する等の事業を行うスキームを構築した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>予防のマスクやフェイスガード等を準備する必要。医療機関にはある程度備えがあるが介護の方にも用意していく必要がある。</li> <li>介護職に対する研修を企画。必要に応じて都保健所と連携し取り組んでいる。</li> <li>対応に保健所が追われている。陽性の方の対応となると、在宅の希望があっても難しいと感じている。</li> <li>PCRマイナスの方について地域包括ケア病床での受け入れを調整している。</li> <li>週に1回、ウェブ会議を開催。医療機関、介護施設、学校教育の関係者で情報共有と課題整理のほか、専門の看護部長や医療関係者のからアドバイスをしている。併せて一般の教員や市の職員も自由参加のウェブセミナーも、週に1回実施。医療従事者以外にも少し安心して陽性患者の方に対応できるよう取り組んでいる。</li> <li>医療従事者だけでなく一般の方にもコロナに対する恐怖感や認識を変えていくのが必要な時期に来ている。そのような啓発が必要では。</li> <li>陽性者に対応するような訪問看護やヘルパー事業所を募り、そこに補助金等の経済的援助をすべきなのは。</li> </ul>	
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>PCR陽性で、在宅で療養を望んだときに、患者さんの思いとニーズをどうやって応えてあげるかという問題が出てくる</li> <li>医療と介護の連携の話合いのときに、患者・家族を支援する現場の意見が保健所に伝わらないと困ることがあるので、保健所との連携が重要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>西多摩の地域性から、高齢者施設が多いため、クラスターが発生した場合に、全て医療機関に入院となったらすぐに逼迫し医療崩壊状態となる。一時的な受入れ施設があると、非常に地域として助かる。</li> <li>緊急事態宣言以降、介護サービス費の実態を確認したところ、やはり緊急事態宣言のときは、通所とか居宅のサービスが一時止まっていたことが分かった。それに反して、訪問看護はかなり伸びているという状況があった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院はあくまでも治療が目的であり社会的入院のような受入は、コロナ禍であっても対応が難しい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養を継続する場合、酸素が必要になってもずっと在宅なのか、亡くなるまで在宅を希望しているのかが、ACPをとっていく必要がある。</li> <li>認定看護師、感染管理の認定看護師の数が少ない。いなくなると、病院の中でも感染管理全体が困惑するというような状況がある。感染管理の専門性の高いナースたちを、もっと育成していかなければならないというのが、課題。</li> <li>ワクチン接種によって、感染に対する抵抗力をしっかりと持っている人とか、あるいは感染経験者とかそういう人たちが、増えていかないと、根本的な対処にならないと思う。</li> </ul>	

(参考) 都内の新型コロナウイルス感染の状況※		新規陽性患者数： 2,520	新規陽性患者数： 1,025	新規陽性患者数： 1,480	新規陽性患者数： 1,552
		入院患者数： 3,154	入院患者数： 3,427	入院患者数： 3,266	入院患者数： 3,133
圏域	北多摩南部	北多摩北部	区西南部	区西北部	
開催日	令和3年1月7日(木)	令和3年1月12日(火)	令和3年1月13日(水)	令和3年1月14日(木)	
		事例パターン②	事例パターン②	事例パターン②	事例パターン②
主な意見	訪問診療	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護サービスの利用継続が困難となった場合、少なくとも医療職は支援を継続し続けるということが最低限必要</li> <li>陽性者が出た場合、在宅の医療・介護チームでみんなが防御していくのは難しいのではないかと。</li> <li>陽性疑いの患者が出たら、検査するまで、陽性か陰性が判断することぐらいしか訪問診療ではできないのではないかと。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>最期を看取ることを覚悟されているのであれば対応していくべきだが、24時間対応の在宅支援診療所でない場合、急変の可能性が高い症例となると、24時間対応の在宅支援診療所等にバトンタッチする必要があるだろう。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅で対応ができるかどうかは、地域の資源的に可能なか確認が必要。そうした情報共有があれば判断可能。</li> <li>在宅においても、重症化の一つの見極めに、かかりつけ医が携わって、サチュレーションモニターや簡便に家族でもチェックできるようなものを貸し出すしくみがあれば、患者・家族はもちろん、普段の医療・介護チームも助かるのではないかと。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>感染対策チームをつくり、情報発信やPPEの調達、感染防御の教育、事業所だけでなく、区民への講演会を行っている。また、現場サポートチーム、何かあったときに代わりに駆けつけられるような体制つくるとよい。</li> <li>自宅療養の方には、パルスオキシメーターを配る等取組も何か考えられているようだが、全く診ていない自宅療養の方を訪問するというのは、とても難しいのが現状。</li> <li>PPE着用する際、行き慣れている家ですら、着脱の同線が難しい。初めての家に行くとなるとリスクが高まる。写真だけでも共有できるとリスクを軽減できる。</li> </ul>
	ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>濃厚接触者となった利用者が出た際は、家族や介護職が訪問することが難しく、ケアマネジャーも患者に入ることができず食料を購入し玄関に置く対応を行ったこともある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅において病状が比較的安定していれば生活支援を中心にプラン作成を行う。また、特別指示書を出していただければ、訪問看護ステーションと相談をし、2週間限定で頻回に伺っていただくなど、健康観察だけでなく、看護師が身体清潔面に関してを援助できないか調整をしていくことが想定される。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>発熱というだけで訪問を拒否する医師、亡くなる患者の場合入院を断る病院、対応が困難な介護事業者もいる中、ケアマネジャーは、地域の事業所と交渉して対応できる事業所を探すことが求められる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問が難しいというところが出てくる可能性があるため、地域で対応できる事業所を把握しておく必要がある。</li> </ul>
	訪問薬剤科	<ul style="list-style-type: none"> <li>(薬剤) 薬剤師会としては感染防護、消毒方法に関する研修を医師、看護師、介護職などと一緒に啓発していく必要。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>(薬剤) 薬をどのように届けるか。オンラインで医師が処方した薬を、薬剤師が調剤してそれをどう届けるかというの、食品を届けるのと同じように大事な問題。</li> <li>(薬剤) ホテル療養の場合、近くの薬局にファクスを処方箋を出してくれば、ホテルの方がそこへ取りに行く等で、ホテル療養の方は対応できるのではないかと。</li> <li>(歯科) 口腔ケアが自分でできない方の場合、誤嚥性肺炎を引き起こしてしまうリスクがある。事前にセルフケアがどれだけできるかアセスメントできていると、このような事例における緊急の歯科治療の必要性について検討しやすい。</li> </ul>
	訪問訪問看護	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問看護Stも事業所の大小があり、事業所によって対応の可否は異なる。</li> <li>陽性の場合、フルPPEで訪問する必要があるが、物資の不足だけではなく、感染防護の知識やノウハウも職種によってレベルが異なる。地域の中では、在宅での支援の体制は十分取れていない。</li> <li>医師会を中心に2週間に1回ずつ、会員に対して防護服の着脱訓練を半年以上継続。介護スタッフも含めて、継続して実施していくことが必要。</li> <li>地域の中で感染症対応チームを結成し、そこに感染防護が行える介護職が入る形のチームを作れば、陽性となった在宅療養患者に地域の中でも対応できるようになるのではないかと。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(訪問看護) 経過観察は訪問看護ステーションが血圧やサチュレーションをオンライン等も含めて確認しながら重症化の兆候が見られたら訪問診療医に手渡す等の対応するのはどうか。</li> <li>(訪問看護) 医療・介護関係者の感染症の理解が進んで、コロナ患者の受け入れに抵抗を感じない状況を作ることが必要ではないかと。</li> <li>(訪問介護) PPEの着脱方法等について、研修等を受けつつ患者を支えていく必要がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養を継続せざるを得ないとき、身体介護の面が最も重要となる。</li> <li>身体介護の面では、介護職の感染防護のスキルや知識が医療職と比較して少ない。訪問看護師など医療面の知識のある者が感染管理、衛生の管理を支援し、医師が病状に対してケアをどのようにしていくかということが一番重要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(訪問介護) 介護サービスの提供者同士で情報を共有をしっかりと行う。</li> </ul>
	介護施設等で	<ul style="list-style-type: none"> <li>免疫状態の悪い方を含めた入所者が大半を占めている。施設内には陰圧で隔離をできるような設備を持っているところはほぼない。現状では、陰性であることを証明された方しかお預かりすることはできない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設内でクラスターが出た場合、入院できず、10日間の療養期間を施設で過ごすとは定めた場合、濃厚接触者になった介護職が家に帰らずに支援することが想定される。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院で行われているような感染症対策が、介護施設では比較的实施されていないことが多い。そうした面が強化されれば、受け入れられる施設も増えていく。ただ単にマンパワーを割けばいいということではない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院に入院された方が軽症になって、老健に来る場合には、個室対応しや、PCR検査の実施等全体として動きやスキームを統一したい。</li> </ul>
行政	<ul style="list-style-type: none"> <li>市内の介護事業所の方に、陽性または疑いがある方の在宅の支援ができる事業所がないかアンケートを実施したが、対応可能な事業所は非常に少ない状況。</li> <li>感染症対応チーム結成の際は、行政も関わっていく。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>経過観察を行う訪問看護ステーションに対する経済的支援が必要</li> <li>感染防御等に関して、厚生労働省のビデオを使うなどして、オンライン研修を実施している。</li> <li>医療の中の診療報酬等に関する評価を改めていく必要がある</li> <li>年末年始の患者さんが急増しており、いろんな発生に伴う調査等についてもなかなか追いついていないのが現状</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自治体単位の中で在宅療養者において在宅療養をしなければいけない患者さんの身体介護の部分での感染予防に関する研修、サチュレーションモニターやPPEなどの物資のサポートは各自治体でバックアップ必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MCSの参加等ICTを活用した情報連携の推進。行政自身が参加していない事例もあるので、積極的に参加してほしい。</li> <li>突然連絡が取れなくなってしまう自宅療養の方もいる。保健師だけでなくその他の職種でも、休日だとか、夜間に確認に走る事例もある。今後、そういう事例に対して、医療機関や訪問看護ステーション等との連携というのは、どうしても必要になってくるのではないかと考えている。</li> </ul>	
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅で生活している方はやっぱり高齢者、それから基礎疾患がある方が多く、重症化のリスクも非常に高いので在宅で診ていくというのは、それ自体非常に危険なことと認識すべき。</li> <li>特別なチームをつくる場合、医療職を介護の現場に投入した場合には、一定の割合で感染者が出るかと想定されるので、その上で人数やチーム数について検討し、覚悟を持ってやる必要がある。</li> <li>在宅の場合には恐らくクリーンも準クリーンもなく、その中で作業することになる点、病院での感染者対応と異なる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>コロナの場合には10日から2週間を過ぎると伝染性がなくなり、PCRは陽性であってもウイルス自体は活動性を失うというのが基本的に受け入れられているのが現状かと思う。逆に言えば自宅療養の方が1週間から10日の間を乗り越えていただくためにどうする必要があるのかというのが課題</li> <li>感染を防御対策等の医療職以外への研修が必要</li> <li>毎日行くというのは陽性者にとっては親切だが、訪問行為自体も感染を広げてしまう可能性も出てくるため、その辺りは課題である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>情報共有に当たっては、MCS等のシステムを使うのが良い。緊急時に備えて、医療・介護関係者間で連絡先を共有しておく等。</li> <li>陽性となった在宅療養患者を在宅で支えていくに当たって、入院の可否や入院までの待機期間の目途、対応可能な地域の医療・介護資源の情報等の共有が必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>このような事例においては、訪問診療、在宅医や、訪問看護ステーションで支えていくというようなスタンスが、特に強く求められている。</li> <li>ACPをしっかり取っておく必要がある。人工呼吸器もつけるかどうかということを決めておくのは一つ重要なポイント。</li> <li>看護協会がアンケートを実施したところ、感染管理の認定看護師がいる施設というのは少ない。感染が起ったときに、保健所に相談するという回答が多かったが、看護協会も相談にのれるので、もう少し看護協会の活動も知らせていかなくてはいけないと感じている。</li> </ul>	

令和2年度 地域医療構想調整会議在宅療養ワーキンググループ 意見まとめ（3／3） ※開催日順					参考資料3
（参考） 都内の新型コロナウイルス感染の状況※	新規陽性患者数： 1,253	新規陽性患者数： 1,026	新規陽性患者数： 976	新規陽性患者数： 1,065	
	入院患者数： 2,941	入院患者数： 2,847	入院患者数： 2,871	入院患者数： 2,888	
圏域	区南部	区西部	区東部	区東北部	
開催日	令和3年1月19日（火）	令和3年1月26日（火）	令和3年1月27日（水）	令和3年1月28日（木）	
	事例パターン②	事例パターン②	事例パターン②	事例パターン②	
主な意見	訪問診療	・健康観察と、それから必要であれば訪問診療を提供する必要がある。 ・区や医療施設から酸素飽和度のモニターを貸出し、一定期間、例えば朝晩、電話で確認等の医療的な介入が望ましい。	・家庭内感染で高齢者が感染した場合、家で見ざるを得ないということが起きてくる。その際は在宅で何をどれだけできるのかというのを、ご家族と話し合いながら在宅医が何か対応しなければならぬ事態になる。情報や実績が積み重なってくれば、家でどう対応するのかというガイドライン等を作る必要があるのでは。 ・コロナの陽性患者、もしくは疑い患者の場合には、必ず医師のほうから薬局に、該当する薬局に連絡を入れなければいけない。	・コロナ疑いの患者もしくはコロナ陽性患者の場合、小まめに体調の変化を診るため訪問することが必要な一方、接触は最小限に抑えるべきとの考え方もあり、対応に苦慮する。 ・なるべく積極的に検査を実施する。陽性だった場合は、できる限り積極的に医師が訪問する。電話でも構わないので必ず一日に1回ないしは数回様子を伺いながら、訪問も続ける努力をしている。まだ数が少ないことと自院のドクター数が多いため実施できていること。持ち患者の陽性者が増えてくると、今まで通り続けられるか不安はある。	・急変した場合には、急性期病院に迅速に送れるかどうか、その状態を把握している必要がある。
	ケアマネジャー	・ケアマネとしてはサービスに行っていほしいが、訪問介護側からすれば、ヘルパーが感染しないよう守る必要もあり調整が難しい。	・他親族のご連絡先とか、家族内の役割、また生活状況を主治医の先生及びチーム全体への共有が必要。 ・地域で対応ができる定期巡回・随時対応型の訪問介護看護等に相談するのも必要だが、リアルタイムでの連携が図れるよう、既存の連絡体制を確認し、連絡網を速やかにつくることが求められる。 ・感染予防をしながら入れる介護事業所というのは少ない。訪問看護等医療側が中心になって、最低限の回数入るような計画を立てるといことが必要ではないか。 ・事前にできる限り緊急時の対応も含めて、担当者会議をリモートを中心に実施し、ご家族がどこまで対応が可能なのか、同居でなくて別居の方でも確認しておくことが求められる。その他の職種についても緊急時にどこまで対応可能で、どこから対応不可なのかということも確認しておいた方がよい。	・地域の中で支え合う連携チームができて、通常のメンバーが訪問が困難な際に、特定のメンバーが訪問する仕組みがあると、一つの事業所の負担が軽減されるのではないか。各地域に例えば中学校単位で対応チームが出来上がると理想的。	・必要最小限のサービスを洗い出し、計画をたてなおす必要がある。訪問看護師の体調管理も考えると、必要最小限が良い。
	訪問薬剤科		（薬剤）在宅をやっているかどうかに関わらず、かかりつけの薬局に、電話診療等で処方箋を医療機関からファクスで薬局に流し、それを基に患者さんと連絡を取り合っており、実際に薬局から患者さん宅へ配送、薬局自身が持っていくことも必要となる。 （歯科）陽性者への歯科医師の派遣などが必要な場合には、ホテル滞在者も含めて、派遣できる体制が必要。	（薬剤）コロナの疑いのある患者に対応した際は、調剤後、そのお宅にあらかじめお電話をして、ドアに届ける対応を行った。患者には、その後電話で薬の説明を行い、接触を極力減らしながら薬を渡す対応を取った。	（歯科）歯科医師と衛生士だけでなく、訪問看護師やヘルパーと同行して診させていただく等の対応は必要になってくる。 （薬剤）薬剤師として、薬剤師会内等でもっと積極的に防護策について早急に確認していく必要がある。
	訪問介護	（訪問看護）フルPPEの装備や、訪問する看護師を固定する等の配慮をしながら、サービスの継続が求められる。 （訪問介護）一人のヘルパーに固定する等してサービスの継続をしていくべき。 （訪問看護）看護師と違い、介護職は感染症に対する基礎的な知識に乏しい場合が多く、危険を伴う可能性が高い。今から研修等を受けていただくにしても、時間がかかってしまうので、今すぐということであれば、訪問看護が行くべき。	（訪問看護）保健所のほうから状況によって入院が必要なのかどうかの確認を途中でしてほしいということで依頼があった。レントゲン、CT等々必要な現状もあるが、実際に在宅療養をせざるを得ない場合にどう看護側と医師はじめ、ほかのところでどう連携していくかということについて今後さらに求められる。 （訪問看護）病状とか、そういった症状のこととか、医療的な面で必要性が生じた場合には、訪問看護がケアマネと密に連携をとって計画に反映していく必要がある。	・ガウンやマスク、フェイスシールドを装着すれば、少なくとも濃厚接触者にはならない。その点をクリアできれば、在宅でも、医師もケアマネもヘルパーも対応できるのではないかと。感染防護をしっかりと行うことが重要。 ・陽性者の重症化のポイントをどこで見極めるかとかという点も、看護師やヘルパーの不安につながっているのではないかと。普段、重症者を見ていないこと、新型コロナは特に、サチュレーションが低くても意外と患者と会話が普通に行えることもあるため、重症化の見極めが難しいことが不安の一つ。	（訪問介護）防護服の対応策等について、まだ勉強不足なので、医師や看護師を呼び、まず、本事例のような場合どういったことができるのか、そして、なるべく感染を防ぐように少人数での対応するためにはどうするべきかといった研修を受ける必要がある。 （訪問看護）12時間置きにするか、8時間置きにするかは病状を見ながら判断。状況把握に努めることが必要。電話対応でも良いし、電話に出なかったら、すぐに見に行けるような体制が必要。
	介護施設等で	・軽症者だが、ホテル療養の利用が難しい方に対して区内の施設を利用して、介護を受けながら回復を待つというような体制整備していく必要がある。 ・特養より医者がいる老健で受け入れていく。	・病院でコロナの肺炎を治療した後の方を受けていく必要がある。	・介護施設では、クラスターの発生を防ぐという点では徹底した対応を取っている。しかしながら、コロナ陽性者や濃厚接触者の方を受け入れるといったところまで対応ができる体制を整えられていないのではないかと。看護師や医師等の医療職と介護士では、衛生観念や感染の知識、文化などのベースがそもそも異なっている。	・10日間過ぎていけば大丈夫と分かっていたとしても、一度陽性になった人を避けてしまう等、ご本人が居づらくなくなってしまてはいけませんので、情報の伝え方の配慮など、職員を含めて必要。
行政	・自宅療養者に対しての配食でレトルトとかカップ麺を取り扱っているが、高齢者については食形態の対応等難しい部分がある。 ・自宅療養者の配食サービスをするのであれば、経済的なフォローが必要になる。 ・酸素法和濃度器等の貸し出しが必要。 ・感染対策の装備に構えられるような、診療報酬等経済的な支援も求められてくる。	・訪問看護ステーションや介護事業所にも医師会や歯科医師会へ配布したように感染防護のための医療物品を提供していく体制整備が必要である。 ・介護者が陽性になったときに、要介護の方が区の施設に一時的に入所できるというような仕組みもつくっていく必要がある。 ・PCR陽性、コロナ陽性、もしくは濃厚接触者が出たときに対応できる訪問看護等リストアップして、いろいろすぐ相談できるような体制を整えることが必要。 ・個人情報を守りながら必要な情報を出していく。風評被害が出ないよう、正しい情報を個人情報になるべく触れない範囲で出していく取組が必要。	・訪問する際の標準的な感染防護のスタイルとして、PPEのフル装備で行くことについて、行政側から積極的に広報してほしい。マンション等の集合住宅の方の場合、隣室の方などが様子を見ていらぬ誤解を招くことを防ぐ必要がある。	・陽性者のリスト化ができればと思うが、個人情報管理のこともある。そのようなことで、いかに保健所と協力し合いながらやれるかが、課題。 ・情報をどう行政が把握できるのか、本事例のように家族の中の危機的な状況をどうキャッチするのが課題。保健所のほうに入ってくる、個々の情報をどう束ねるか。ご家族の関係、相関関係みたくないものをしっかり束ねて、一つの情報にしなければならない。	
その他	・自宅療養者に対しては酸素飽和度測定器を貸出した場合、認知症のある方だと使いこなせない場合もあるので、モニタリングの方法について整理する必要がある。 ・医療介護関係者が話し合っておき、こういうケースが出たときはどうするという、その想定だけはしておかなきゃいけない。多職種研修会等でこういうケースを取り上げてみて、自分だったらどうするというを何回も何回も繰り返していく必要がある。 ・症状が発症してから10日間を経過すれば感染することはないという正しい知識を啓発していく。	・個人情報を守りながら、どのレベルでどの情報を共有するのか。やはり風評被害の問題がある。また、迅速に情報が伝わるのが重要なので、ICTを利用すべき。 ・急性期病床のベッド数をいきなり増やすことは難しい。今ある急性期病床をいかに効率的に回すかということが課題。退院や転院にPCR陰性2回確認という要件が出ているという話も聞くが、感染力がない方は、なるべく早く急性期病床から転院ないし退院してもらおうというような仕組みをやっぱり全体でつくる必要がある。、 ・自宅待機の方が亡くならないようにフォローする体制も必要である。	・陰性とならなければ訪問できないと判断される事業所があり、サービス体制が整わないため陰性にならなければ退院して自宅に戻ることができない方がいる。 ・入院中は家族が面会できないため、自宅に帰した後、ADLが低下した患者をみて非常に困惑される家族もいた。	・介護事業者や医療事業者が、掲示板のような場所で、こんなときが起きたらどうするか、うちはこうしたみたいな情報が簡単にやり取りが気軽にできたりするとよい。他の事業所がどうしているかというのを共有できると参考にできる。	