

2022.07.15
第13回日本在宅薬学会学術大会

ウィズ ~~ポスト~~コロナ時代のプライマリケア

桜新町アーバンクリニック 遠矢純一郎

日本在宅薬学会 COI開示

遠矢純一郎

演題発表に関連し、開示すべきCOIは以下のとおりです

1. 役員、顧問職 なし
2. 株の保有 なし
3. 特許権使用料 なし
4. 講演料 なし
5. 原稿料 なし
6. 研究費 なし
7. その他 なし

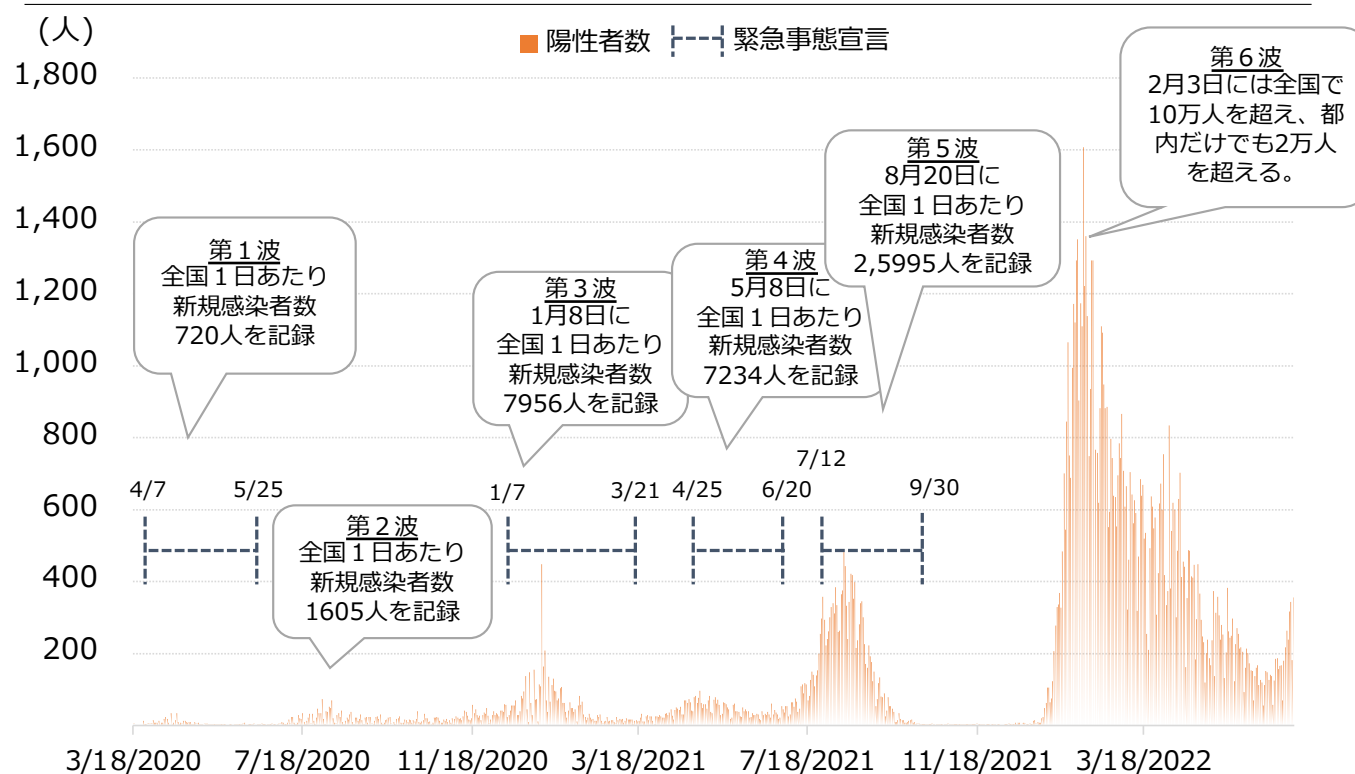
桜新町アーバンクリニック 在宅医療部・訪問看護ステーション

- 住所：東京都世田谷区 2009年開設
- 在宅医療部：医師6名、看護師14名、薬剤師、作業療法士3名、MSW、ケアマネ
- 患者数 **450名**（うち施設100名）、新規在宅患者の約**40%**は末期がん
- 年間**150名**を看取り、在宅看取り率は**80-90%**
- **訪問看護部、看護小規模多機能、デイサービス、世田谷区認知症在宅生活サポートセンター**
- 法人内に**4カ所**（世田谷区2、横浜市1、鎌倉市1）の在宅療養支援診療所があり、**約3,000名**の在宅患者への訪問診療をおこなっている



日本における新型コロナウイルス感染状況

国内の新規感染者数と死亡者数推移



出典：世田谷区 区内の新型コロナウイルス感染症の検査陽性者数等について 「5月以前の毎日の陽性者数(7月4日現在)」

COVID-19 パンデミック発生当初の対応

- 発生初期はウイルスの封じ込めが目標
- 感染者全員の隔離と濃厚接触者の行動制限を徹底
- 海外との入出を封鎖
- 感染者数は限定的
- 感染対策を徹底するためにも、診療する医療機関を限定



2020.1.3 中国武漢で原因不明のウイルス性肺炎が多発



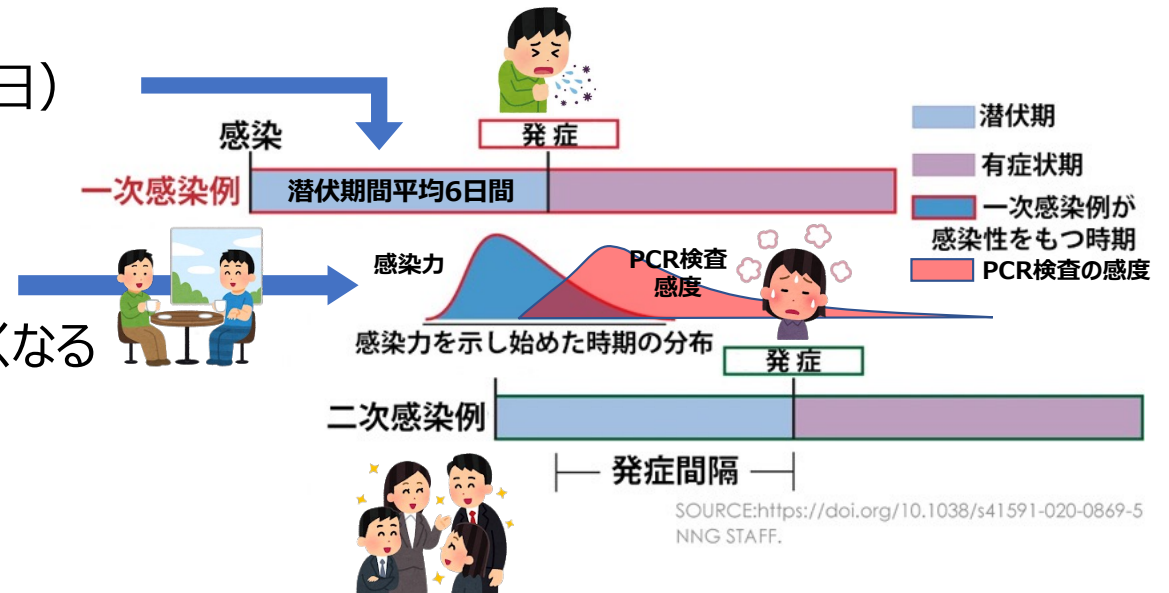
2020.2.3 乗客の感染が確認されたダイヤモンドプリンセス号が横浜港に入港



2020.3.12 WHOパンデミック宣言

新型コロナウイルスの特徴 - 潜伏期間、感染力、病状、検査について

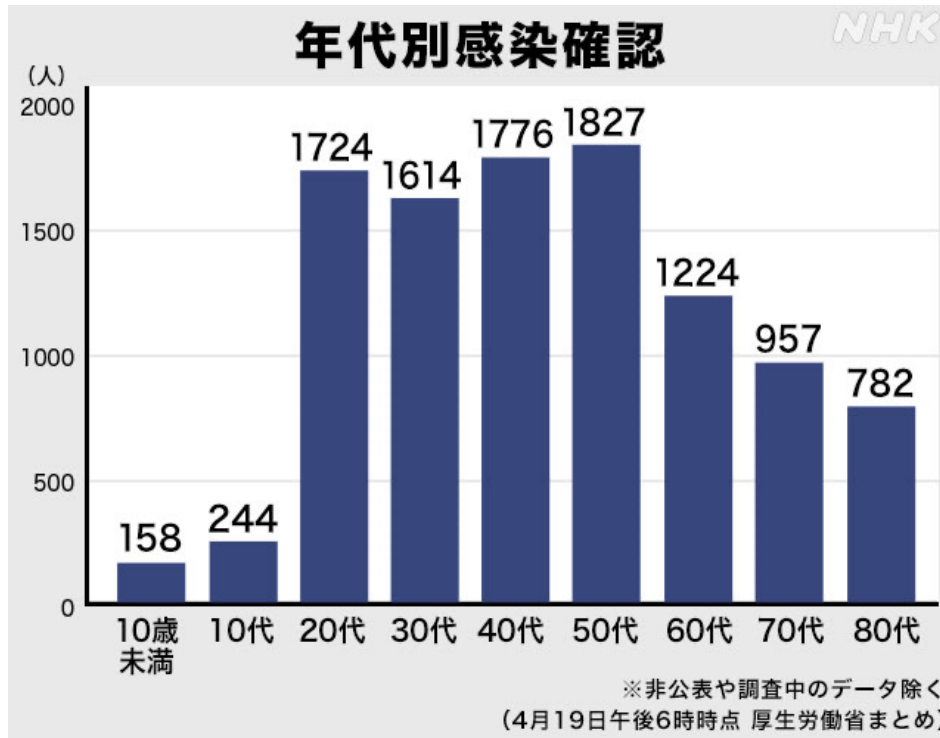
- 潜伏期間は1～12.5日（平均5.8日）
- 感染者の80%は軽い風邪症状のみ
- 感染力は発症の2-3日前からあり
発症6日以降は感染力はほとんど無くなる
- PCR検査は発症から8日目で
感度最大（70%）となる



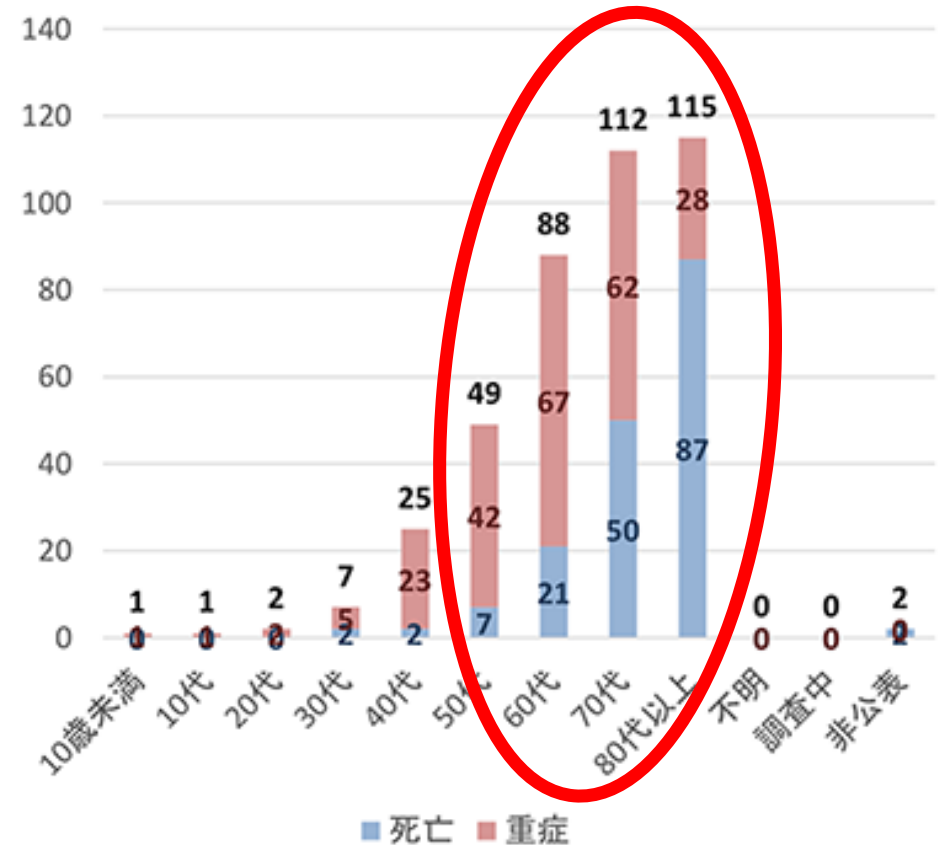
Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19
Xi He et al, Nature Medicine (15 April 2020)

- 発症前でも感染させうる
- 初期には風邪と見分けがつかない
- 感染者の30%はPCR陰性となる

高齢者ほど重症化しやすい



年齢階級別死亡数・重症者数

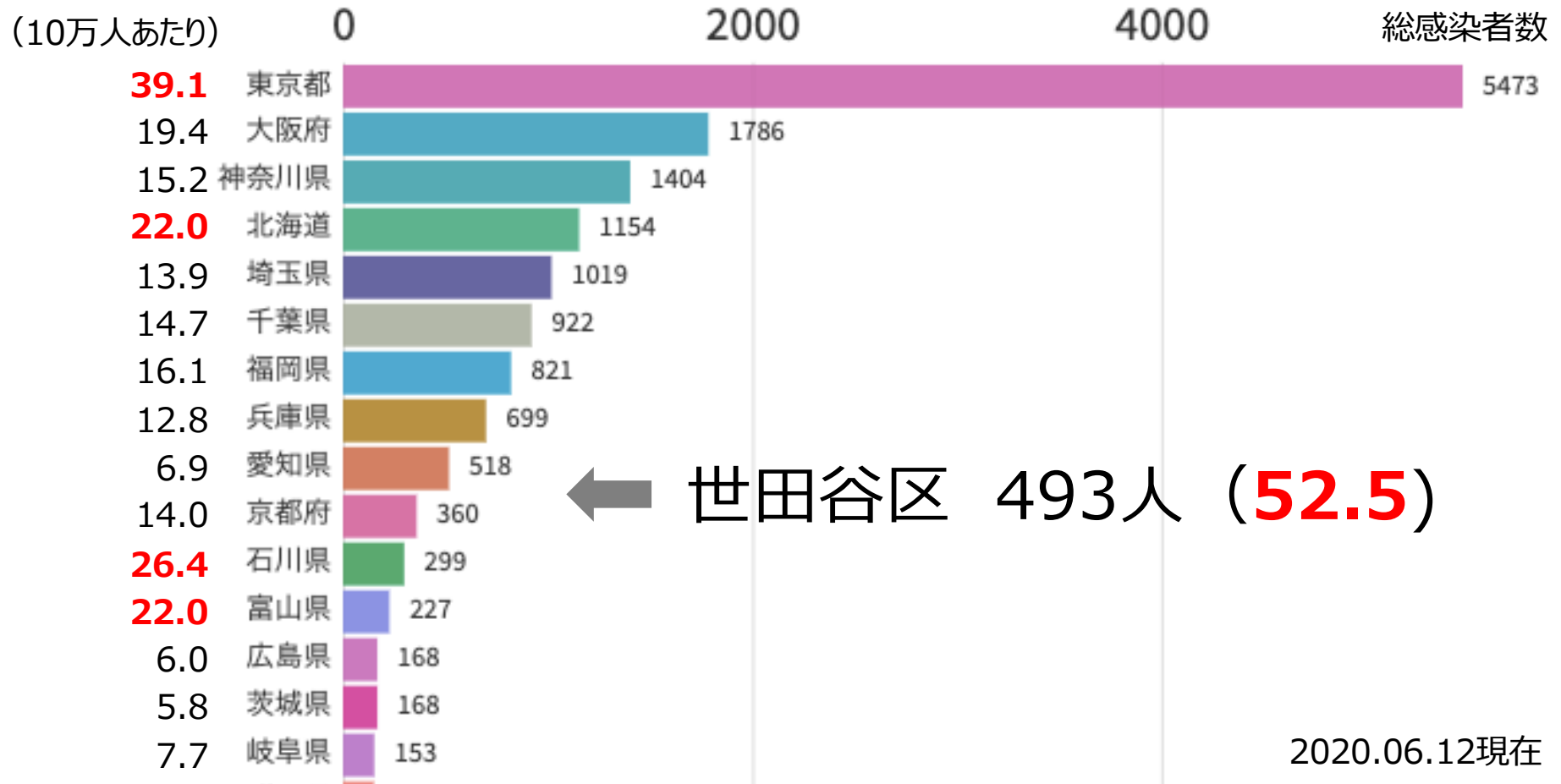


➡ 地域の高齢者ケアが防波堤にならねばならない

厚生労働省新型コロナウイルス感染症国内発生動向
2020年4月19日18時時点

都道府県別感染者数

全国感染者数 17,332人、死亡者数 922人



パンデミック下での在宅医療

- すべての訪問診察において、**マスクとゴーグル**を装着する。手指や診察器具を消毒する。
- 訪問中、患者さんやご家族にもマスクの装着をお願いする。室内の**換気**も適宜お願いし、**滞在時間は15分以内**を目指す。
- 患者さんやご家族にも毎日の**体温測定**や**体調不良の申告**をお願いする。もし発熱や体調不良がある場合、訪問時により**厳重な感染防護具**（手袋、フェイスシールド、ガウンなど）を装着する。
- 熱発患者には、できるだけご自宅の体温計や血圧計を使用する。
- 紙カルテをなくし、**ペーパーレス化**。往診バッグもなるべく持ち込まない。
- 患者さんの状態にもよるが、ご希望があれば、**訪問や処方**の間隔を**延ばしたり**、**オンライン**や**電話**による診察を行う。
- スタッフの通勤方法の変更や**在宅ワーク**、**リモート会議**、**現場への直行直帰**を積極的に実施。全体を2チームに分けて、空間も分割。事務所内でも常時マスク装着し、**集団発生リスク**を減らす。



感染が疑われる在宅療養者 訪問時のポイント

- **玄関からすべてがレッドゾーン。**どこにでも接触感染のリスクがある
- 同居家族は**濃厚接触者 = 感染者**と考えて接する
- 感染リスクのある期間は、**できるだけ訪問しない。**電話対応を優先
- 継続的な**支援が必要な高齢者なら、在宅ケアは無理。**入院を勧める
- 訪問前に換気していただく。訪問したらまず窓を開ける
- 患者宅内に物品を**持ち込まない、持ち出さない**
- 原則として**聴診、バイタル測定は行わない。**問診と触診を基本に
- パルスオキシメーターは有用、患者宅にひとつ置いておく
- **無理しない、させない、深追いしない、迷ったら撤退が原則**

熱発者リスト – 熱発者カンファレンスを毎朝実施



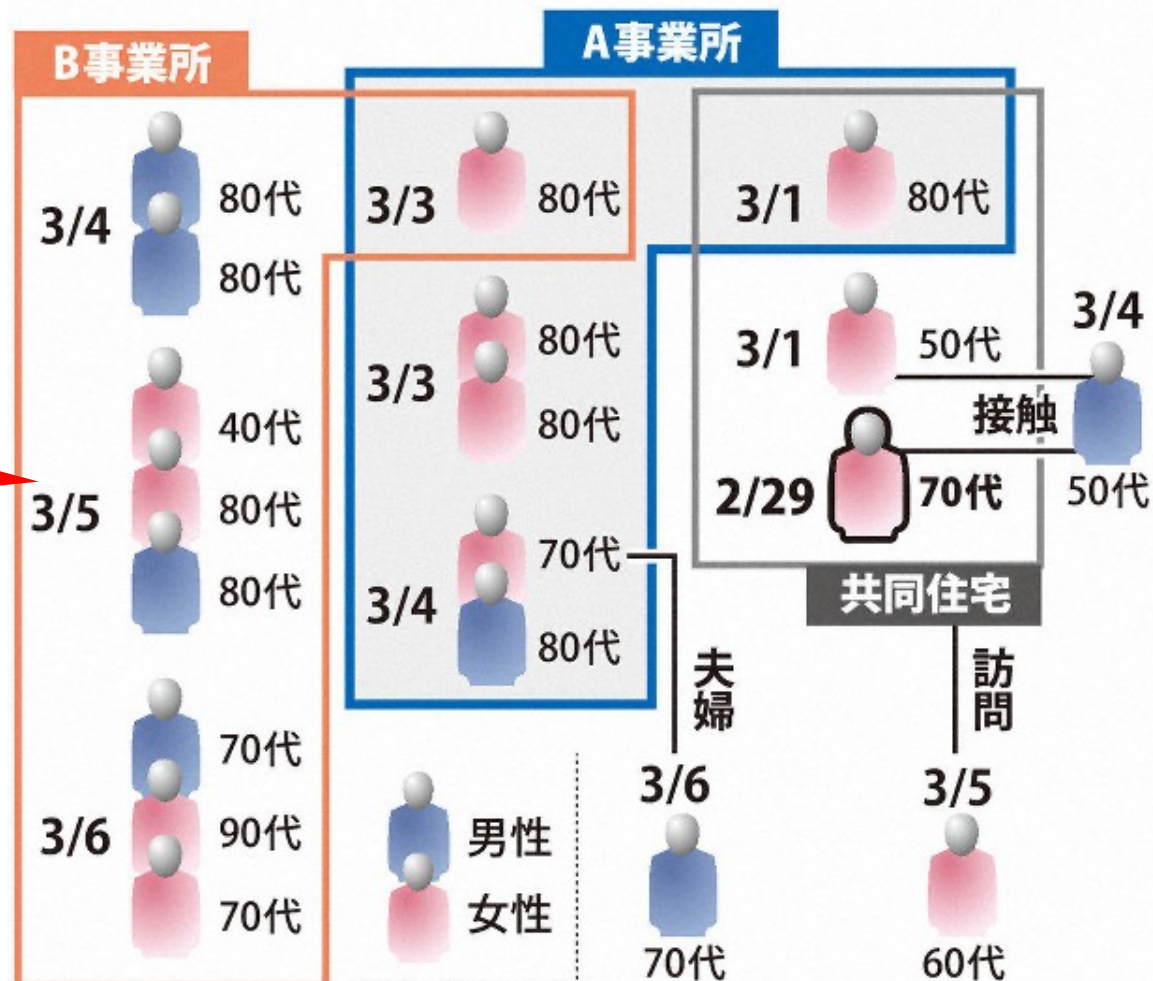
患者情報										症状		診断		既往歴	
氏名	ID	年齢	主治医	発症日	発症からの日数	症状改善日	症状改善からの日数	リスト管理終了日	発熱	発熱以外の症状	主治医の臨床判断	コロナ疑い度	基礎疾患	発熱の既往	
	801821	72	勝又	2020/04/07	69			2020/05/08	あり	活気低下、左鼠径部腫瘍	腫瘍熱	★	下咽頭痛術後	なし	
									あり	なし	尿路感染症	★	糖尿病	尿路感染	
									あり	右足関節腫脹・疼痛	右足関節偽痛風	★			
									なし	喀痰 咳嗽	上気道炎?	★	認知症	気管支炎	
									あり 微熱	なし		★★	認知症	なし	
									あり	酸素飽和度低下、湿性咳嗽	誤嚥性肺炎	★★	認知症	尿路感染	
									あり	咳嗽	間質性肺炎に合併した肺炎	★	間質性肺炎	肺炎	
									あり	なし	カタレプシーによる筋緊張	★	統合失調症	なし	
									あり	なし	尿路感染or不顕性誤嚥	★★	心不全	誤嚥性肺炎	
									あり	湿性咳嗽	肺炎疑い	★★	肺癌ケモ後	誤嚥性肺炎	
									あり	尿混濁、左膝関節熱	尿路感染症疑い	★	糖尿病	なし	
									あり	なし	尿路感染症疑い	★	認知症		
									あり	腰痛	腰椎圧迫骨折疑い	★	脳梗塞	なし	
									あり	咳嗽、頻呼吸	肺炎疑い	★		肺炎	
									あり	尿臭	尿路感染症	★	尿管ステント	尿路感染	
									あり	喀痰	誤嚥性肺炎	★	パーキンソン病	誤嚥性肺炎	
									あり	喀痰(以前より)	肺炎疑い	★	悪性腫瘍	肺炎	
									あり(微熱)	なし	感冒疑い	★	認知症	誤嚥性肺炎	
									あり	なし	感冒疑い	★	心不全		
									あり	なし		★	糖尿病		
									ボルタレン使	呼吸困難	COPD、癌性リンパ管症	★★	多発性骨髄腫	肺炎	
									あり	なし	尿路感染症	★	悪性腫瘍		
									あり	なし		★	正常圧水頭症		
									あり	なし	脱水	★	不整脈	なし	
									あり	なし	尿路感染症	★	認知症	尿路感染	
									あり	なし		★	心不全	なし	

- COVID-19は初期には感冒と見分けがつかない
- **すべての熱発者はコロナ疑いとして、感染防護と必要な検査を行う**
- 世田谷区の帰国者接触者相談センターの電話が終日まったくつながらず。検査の相談をすることもままならなかった
- **数日間には自宅で経過観察**する。その間はコロナ感染疑いとして隔離防護対応を実施
- **毎朝「発熱者カンファ」を行い、必要なタイミングで検査や入院をチームで検討**
- 一定期間後は隔離解除し、リストから外す

クラスター化 & 飛び火しやすい高齢者施設

感染者の情報を地域の事業所間で迅速に共有する必要がある

名古屋市のデイサービスなどで確認された感染状況




日々アップデートされるコロナ診断や予防方法

参考2

新型コロナウイルス COVID-19 診療の手引き

厚労省 第2版

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 診療所・病院のプライマリ・ケア 初期診療の手引き



Version 2.0
2020年4月30日公開

一般社団法人
日本プライマリ・ケア連合学会
Japan Primary Care Association

日本プライマリケア連合学会 第2版

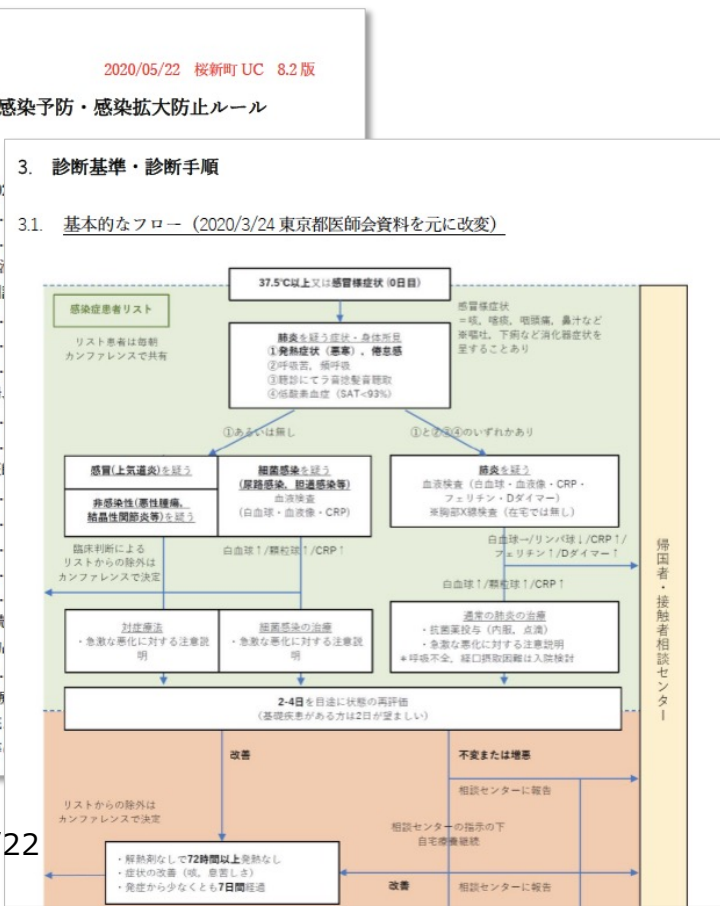
2020/05/22 桜新町 UC 8.2版

新型コロナウイルス感染症 感染予防・感染拡大防止ルール

目次

- 新型コロナウイルス感染症を疑う基準 (20)
- 職員の勤務と感染予防 (共通)
 - 職員の自宅待機基準とルール.....
 - 自宅待機からの復帰 (4日未満で症状消失).....
 - 新型コロナウイルス感染症の受診・相談.....
 - 感染対策の考え方.....
 - 職員個人の感染対策.....
 - 職域の感染対策.....
 - 車・自転車通勤、時差出勤、直行直帰.....
 - その他.....
- 診断基準・診断手順.....
 - 基本的なフロー (2020/3/24 東京都医師会資料を元に改変).....
- 在宅医療部における感染対策.....
 - 準備.....
 - 訪問時.....
 - 診察・検査・処方.....
 - 個人・職域の感染対策.....
 - 診療体制・事務所での勤務 (5/14 継続).....
 - 往診バッグ、往診バッグ補充、個人物品.....
 - 診療に伴う事務業務.....
 - カルテのペーパーレス化(iPadで診療).....
 - 事務への診療内容の申し送りの徹底.....
 - ディクテーション時の処方や処置等.....
 - 郵送の管理 (A116以降).....

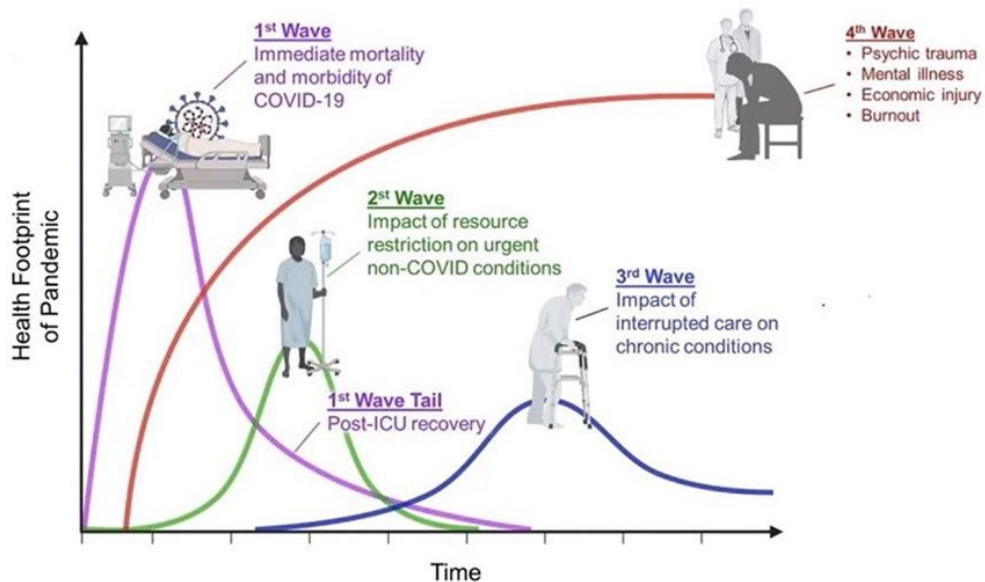
院内対応マニュアル
ver8.7 2020/05/22



院内熱発者診断フロー

パンデミック後に経時的にもたらされる変化（第1-4の波）

パンデミック後の4つの波

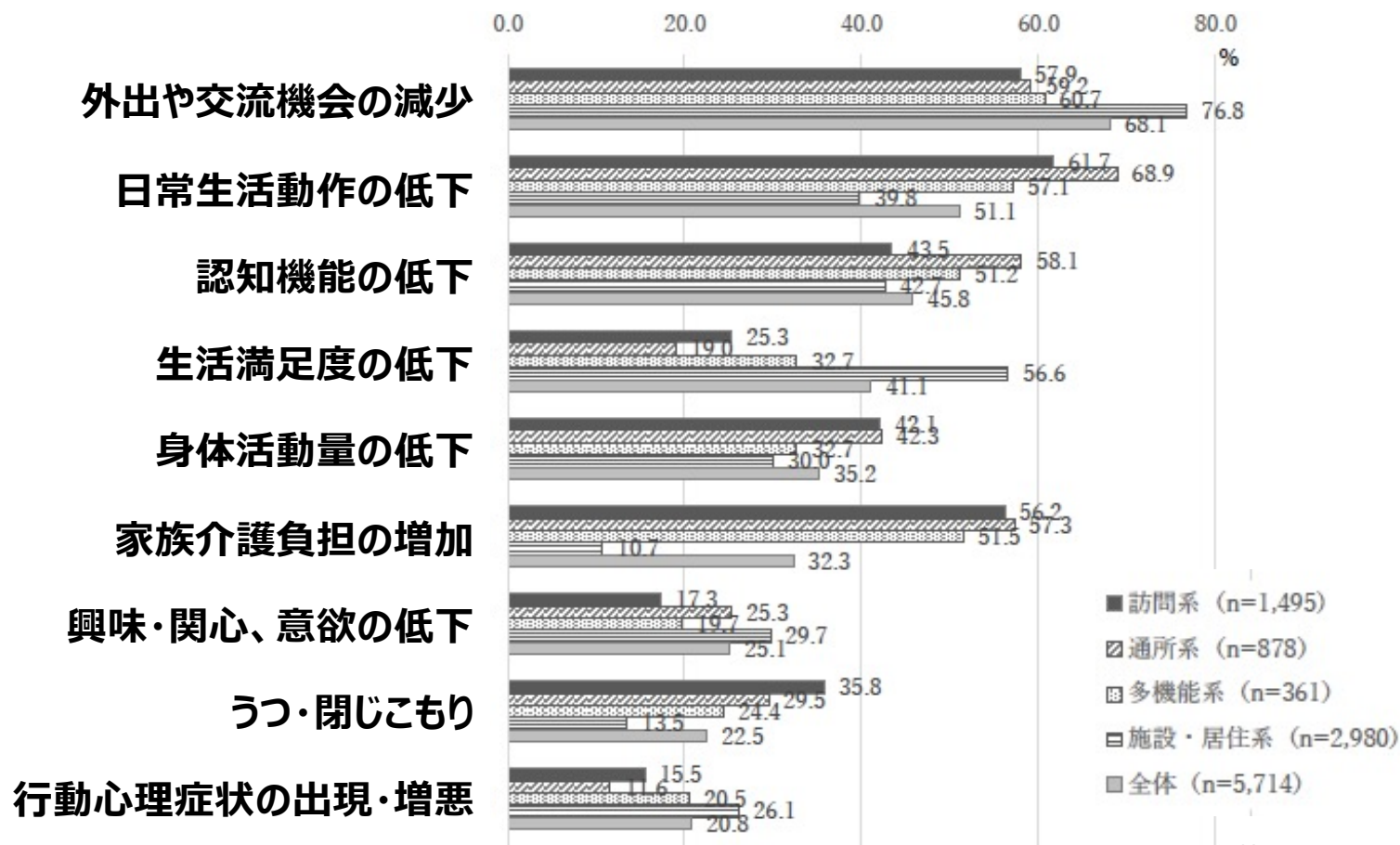


@VectorStingのtwitterより

感染拡大とは別の意味の「パンデミックの第1～4波」も提唱されている

- 第1波は**COVID-19の罹患と死**による大きなインパクト
- 第2波は**医療資源不足によるコロナ以外の疾患患者**へのインパクト
- 第3波は**慢性疾患患者に対するケアの中断**によるインパクト
- 第4波は**精神的ダメージ、心的外傷後ストレス障害、バーンアウト**など時間とともに重くなるインパクト

新型コロナの影響による介護利用者の状態悪化やリスク

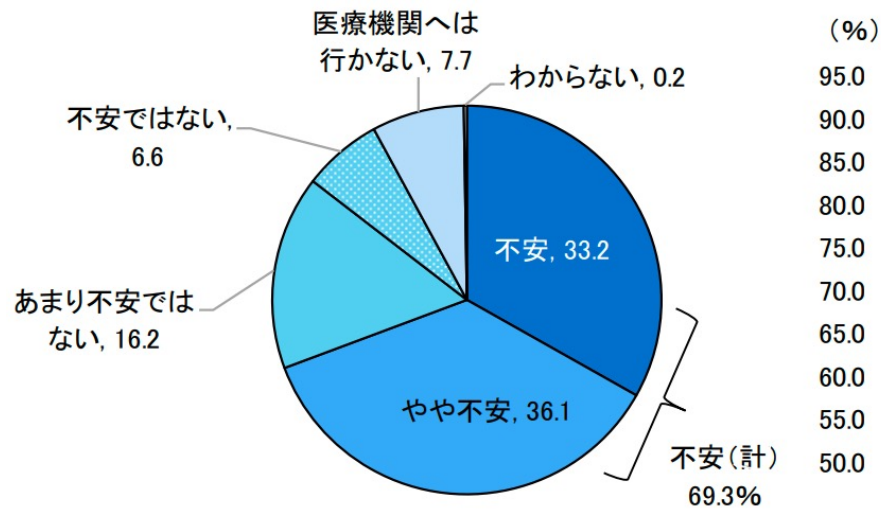


一般社団法人 人とまちづくり研究所

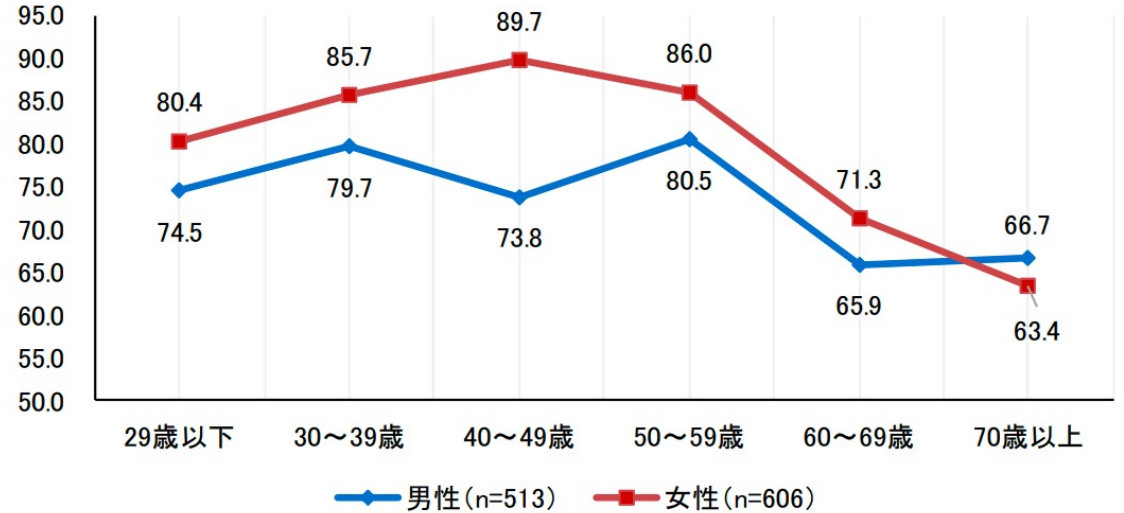
新型コロナウイルス感染症が介護・高齢者支援に及ぼす影響と現場での取組み・工夫に関する緊急調査【介護保険サービス事業所調査】調査結果報告書 2020年6月9日

医療機関の受診が不安 69.3%

医療機関の待合室などで感染症に感染する不安 (n=1,212)

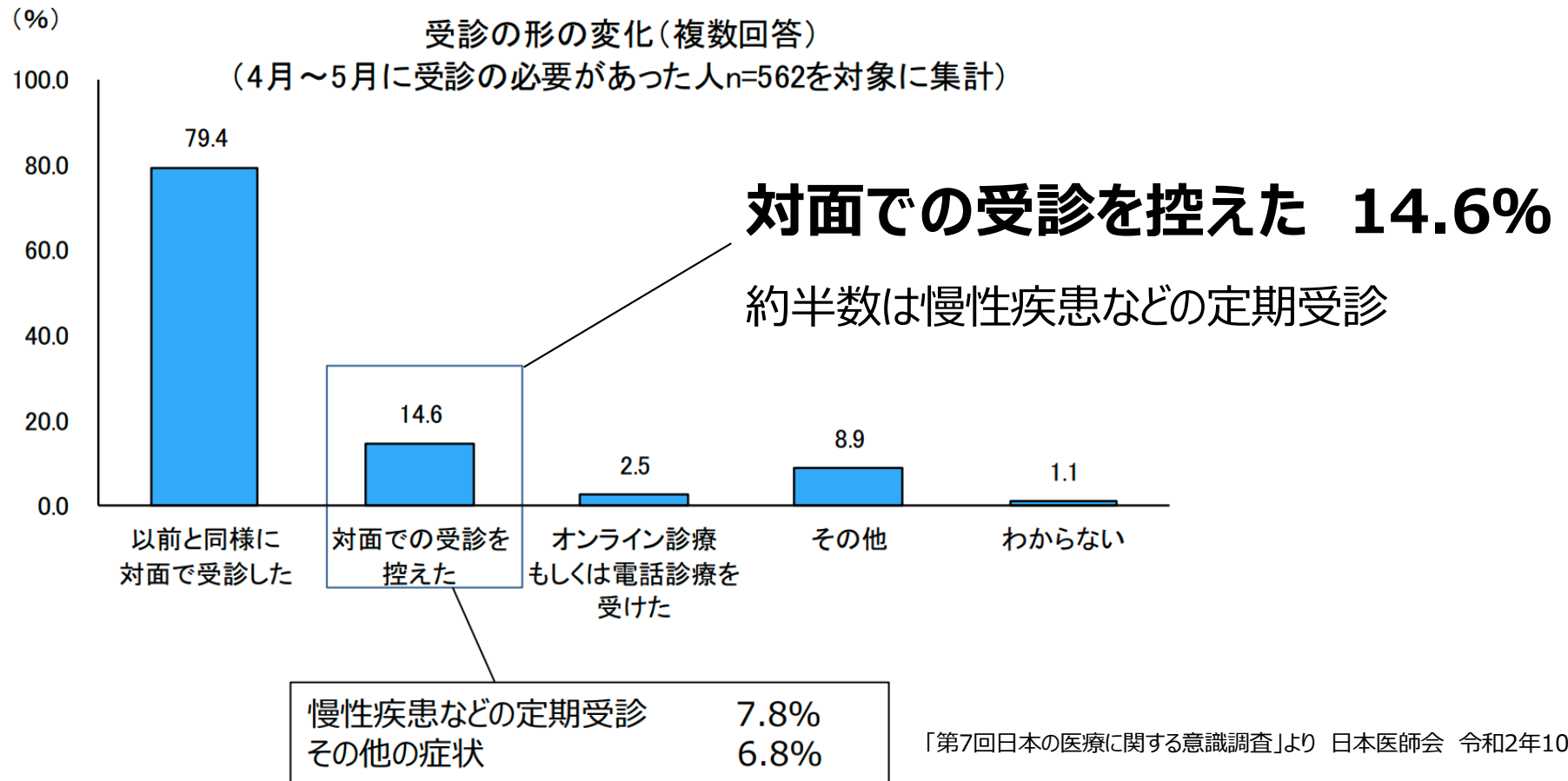


医療機関の待合室などで感染症に感染する不安
-男女別・年齢別



※全体のn数は、「医療機関へは行かない」を除いた数である。

受診の形態の変化

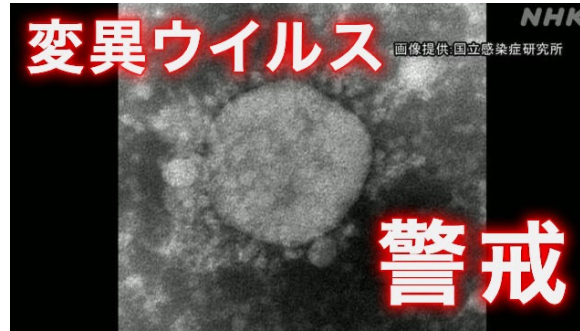


COVID-19 流行拡大期の対応

- 地域流行が拡大してくると、**自宅療養を容認せざるを得なくなる**
- **緊急事態宣言**など感染拡大を抑止する社会施策がなされた
- 医療は（**隔離ではなく**）**重症者の救命**が主たる目標となった
- 自宅療養者への**保健所による連日の健康観察**が追いつかず
- **病床が逼迫し、呼吸不全のある方も入院できず、自宅で往診治療**



2021.2.17 医療従事者へのワクチン
先行接種開始



2021.6.24 デルタ株 国内での感
染力は従来の1.95倍と推定

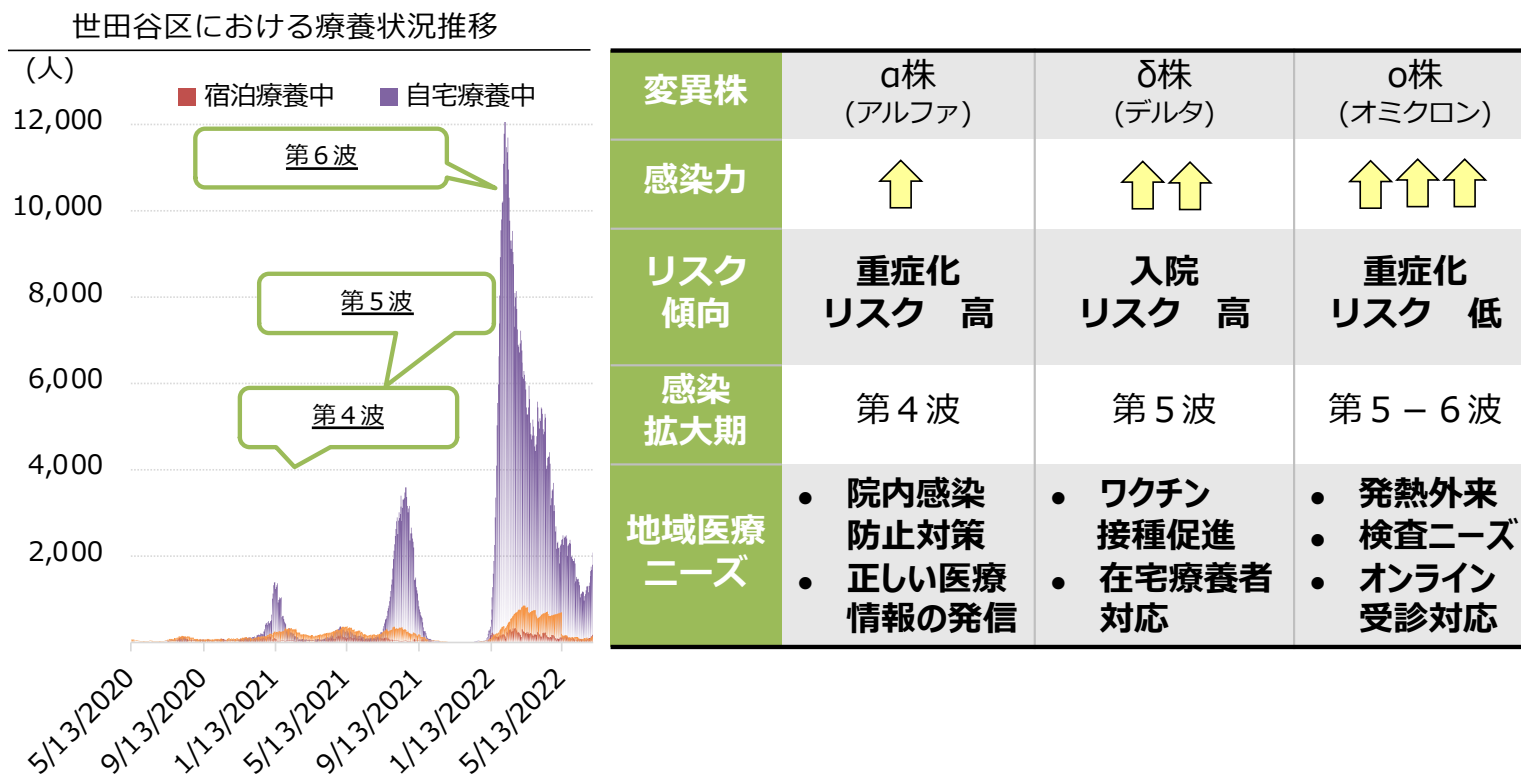
		従来	今後(東京など感染者急増地域)
重症	集中治療室か人工呼吸器が必要	原則入院	原則入院 <ul style="list-style-type: none"> 重症患者 中等症患者で酸素投与が必要 投与必要なくても重症化リスクある人 最終的には医師の判断
中等症II	酸素飽和度93%以下か酸素投与必要		
中等症I	呼吸困難・肺炎の所見など		
軽症	肺炎の所見なし	原則 宿泊療養	入院必要な患者以外は自宅療養が基本

2021.8.13 病床が逼迫し、東京
都の自宅療養者が2万人超

変異株と療養場所、医療ニーズの変化

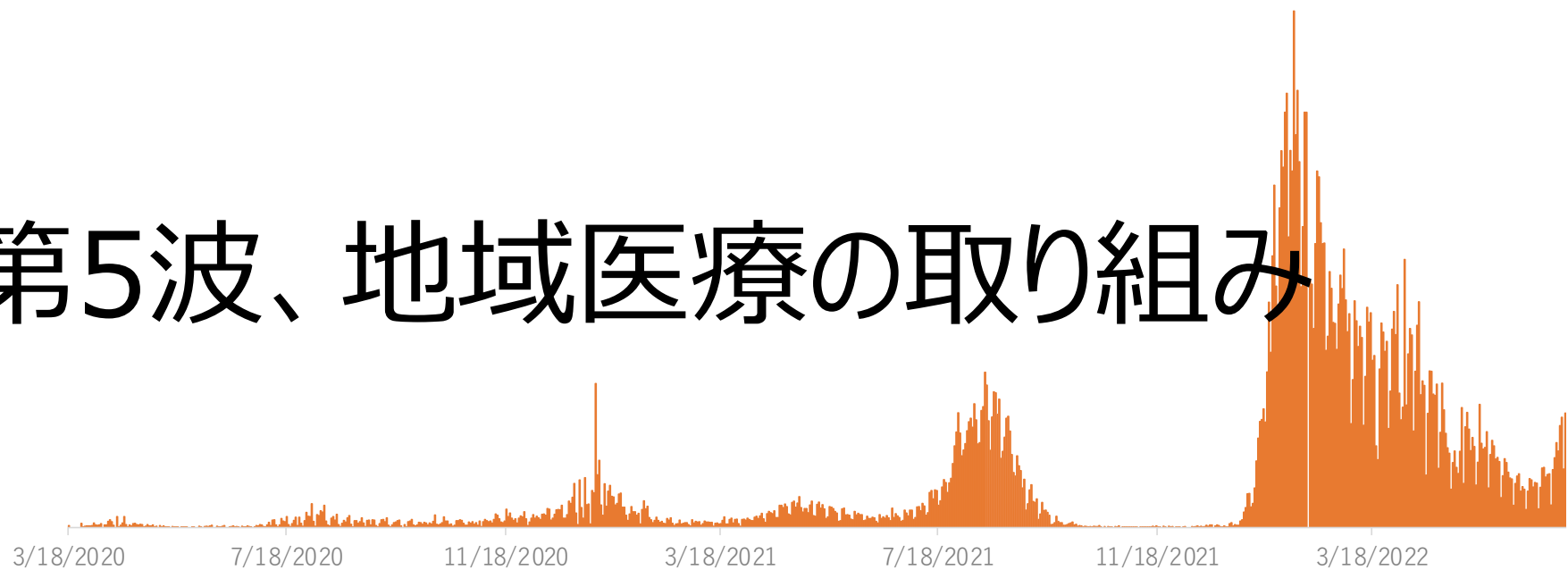


コロナウイルスの感染力や重症化リスクの変化に伴い、求められる医療ニーズも変化し、入院リスクが高い「デルタ株」の流行に伴い病床逼迫が相次ぎ、徐々に自宅療養のニーズも高まっていった

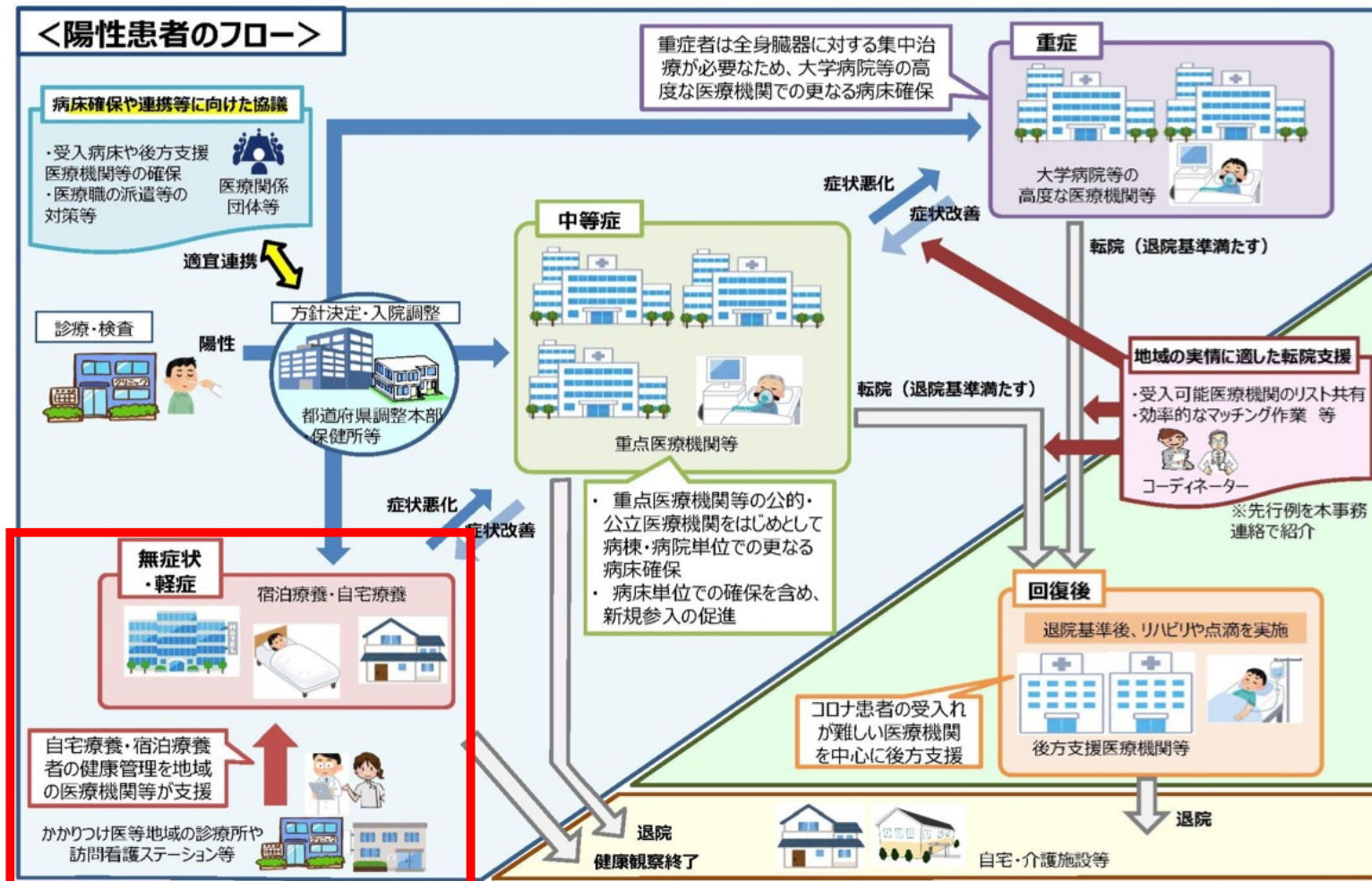


出典：世田谷区 区内の新型コロナウイルス感染症の検査陽性者数等について 「検査陽性者の療養状況の推移について(7月4日現在)」

第5波、地域医療の取り組み



医療ひっ迫時の地域における医療提供体制の役割分担のイメージ

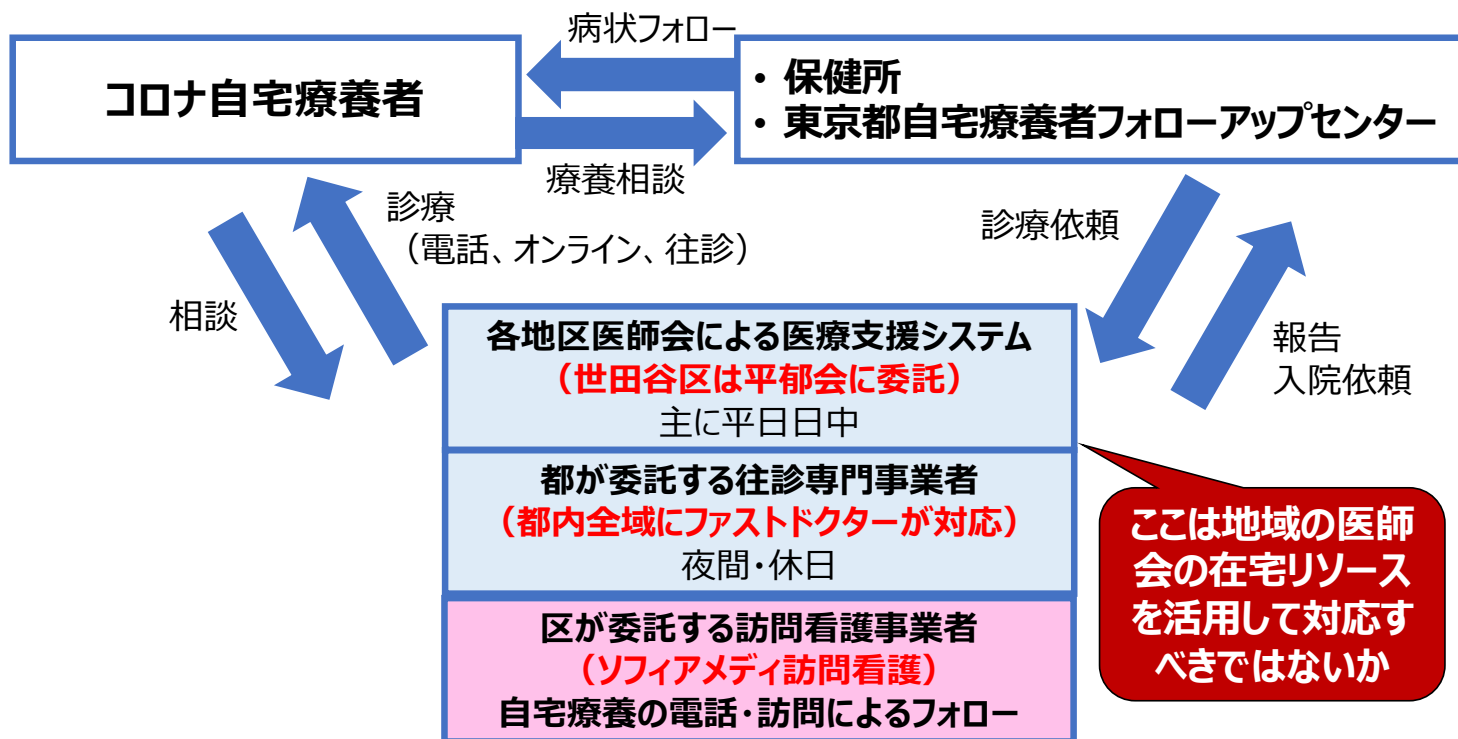


(出典：第 24 回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード資料 2021.2.18)
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00216.html

東京都医師会による新型コロナ自宅療養者に対する医療支援

自宅療養者の体調が悪化した場合に、速やかに地域の医師などによる電話やオンライン、往診による診療が受けられる体制を構築

世田谷区の自宅療養支援



COVID-19の自宅往診に求められること（第5波）

なにをすべきか

1. コロナ**自宅療養者への医療ニーズに応える**
2. 自宅療養者の苦痛や不安を軽減、家族への二次感染を防御
3. **中等症レベルで入院できない方や重症化しやすいハイリスク群への継続的なフォロー**
4. 重症者の適切な病院搬送のトライアージ
5. 連日の点滴など、継続的な治療やケアが必要な場合、**訪看や薬局との連携が必要**
6. 重症管理が終了した方の**早期退院を支援**

どんな成果が期待されるか

- ✓ 自宅療養の不安や苦痛を軽減
- ✓ 入院移行を減らす
- ✓ 在宅死を無くす
- ✓ 早期退院を支援
- ✓ 二次感染を防ぐ
- ✓ 保健所や病院の負担を分担



コロナ往診 地域医師会での体制作り

- 玉川地域：人口23万人、玉川医師会
- 医師会の在宅医療部会で「ひとまず3つの在宅クリニックでやってみよう」ということに。（2021年5月～）
- 曜日毎に担当クリニックを決め、当番表を保健所側に共有
- 地理的に離れた3クリニックなので、患者宅の場所によっては、当番曜日以外にも往診を割り振りする
- 初回で往診したケースは、終了まで同じクリニックがフォローしていく
- 互いの対応ケースを共有し、早期に経験値を高める
- 診療の質を統一するため、記録シートを作成、共有
- 地域の訪問看護STや薬局との連携体制も整えた



玉川医師会 COVID-19 在宅療養支援 診療・観察シート

診療
診療
記録シート

感染
生年月日 T・S・H 年 月 日 年齢 歳

ハイリスク者 該当・非該当
高齢者 65歳以上・慢性呼吸器性疾患
慢性腎臓病・糖尿病・高血圧・心血管疾患
肥満 (BMI 30以上)

発症日時 年 月 日 時 分
診断日時 年 月 日 (検査日)



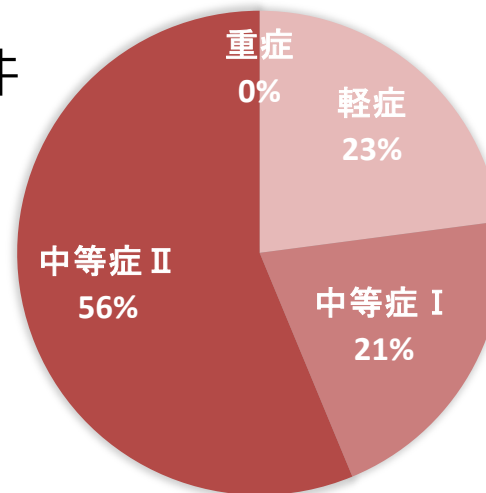
玉川医師会で経験したコロナ自宅療養者への往診の実際（第5波）

■ 保健所からの依頼数 49名

- 往診45件、電話 3 件、オンライン 1 件
- 年齢25-74歳 中央値41歳
- 家庭内感染あり 69%
- 依頼日 発症から7.5日目
- 発症から中等症2まで 7日間

■ 転帰

- 入院 35名 71%
- 入院までの期間 当日31% 翌日69%
- 入院までの在宅酸素導入 26名 74%



初回往診時の重症度

2021年5月25日-8月31日

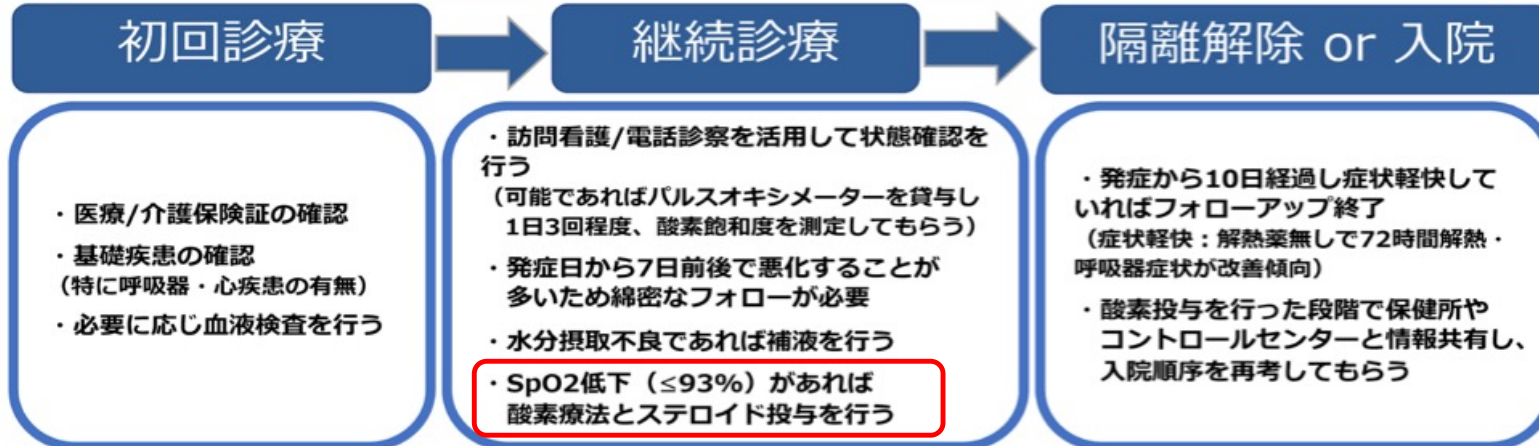
自宅療養者への往診の実際（第5波）

実際やってみると、、、

- 保健所からの往診依頼の多くは、発症5-10日目で呼吸苦しさを訴える**中等症レベル**
- 初回訪問時には**入院か酸素投与が必要**なことが多い
- 救急隊やかかりつけ医からの往診要請が来ることもある
- 軽症者の場合、電話やオンライン診療で済むことも多いが、**高熱の遷延や脱水、嘔吐下痢などの消化器症状、不安などへの往診ニーズ**もある
- 同居家族がいる場合、ワクチン接種済の方以外は、時間差で発症していく。自宅療養は二次感染を増やしてしまう

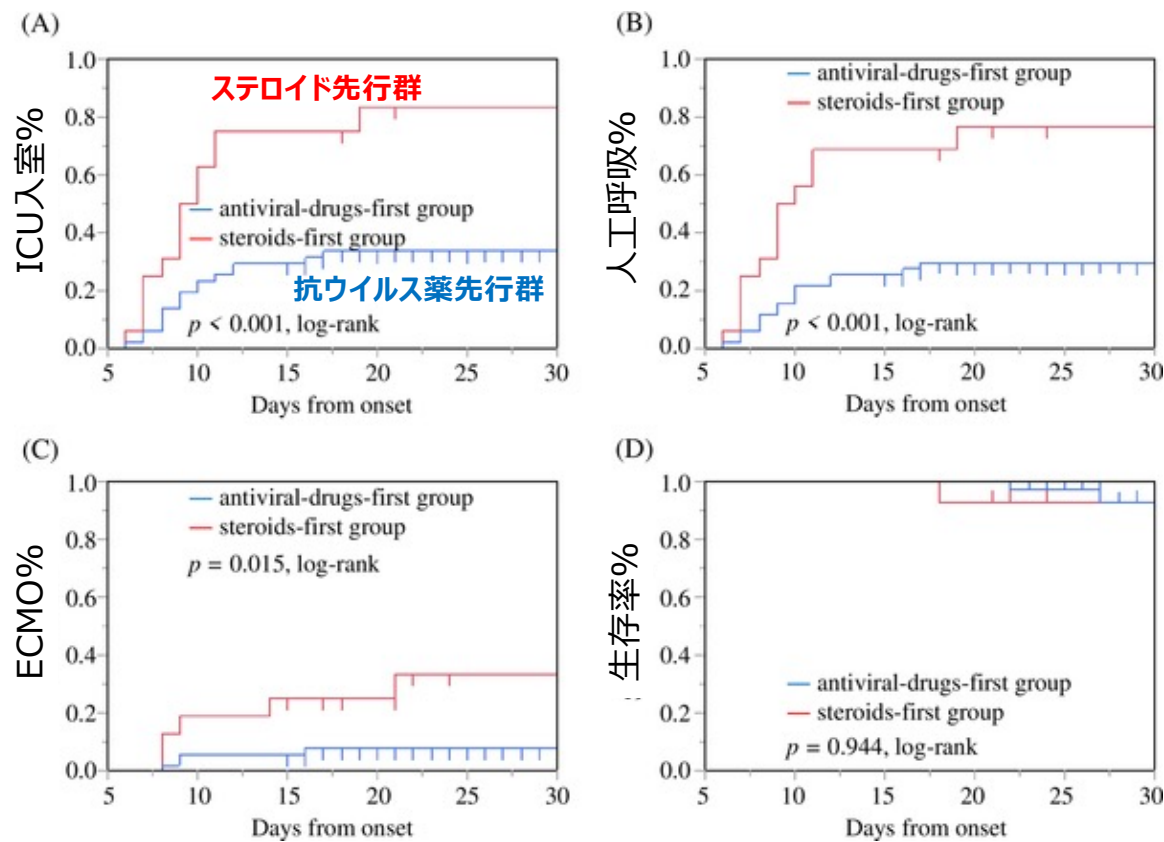


自宅療養者に対して行う診療プロトコル（ダイジェスト版）



輸液療法	<ul style="list-style-type: none"> ・心/腎疾患がなければ1日1500ml程度の水分摂取を目標とする ・可能な限り経口補液で対応するが必要に応じて輸液療法を行う
酸素療法	<ul style="list-style-type: none"> ・SpO2低下（$\leq 93\%$）や呼吸促迫があれば躊躇せず在宅酸素を導入すること ・基礎疾患がなければSpO2 96%・呼吸数16回/分を目標に投与量を調整する ・酸素療法開始の際は対面診療を行っていることを原則とする
ステロイド投与	<ul style="list-style-type: none"> ・酸素投与が必要な患者に投与する（投与期間は10日間 or フォローアップ終了まで） （内服可能時の処方例）デカドロン錠0.5mg 12錠分1 朝食後 （内服不可能時の処方例）デキサート注射液6.6mg 1A静注 ・高血糖・消化性潰瘍・せん妄に注意する
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・解熱薬はアセトアミノフェンを優先して使用する ・深部静脈血栓症の徴候（下肢腫脹・発赤・疼痛）を必ず確認する

ステロイドを抗ウイルス薬の前に投与した群と同時もしくは後に投与した群の比較



Shionoya Y, Taniguchi T, Kasai H, Sakuma N, Imai S, et al. (2021) Possibility of deterioration of respiratory status when steroids precede antiviral drugs in patients with COVID-19 pneumonia: A retrospective study. PLOS ONE 16(9): e0256977. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256977>

ステロイドを先行投与した群では、重症化する割合が高くなる傾向あり

保健所、ファストドクターとの連携



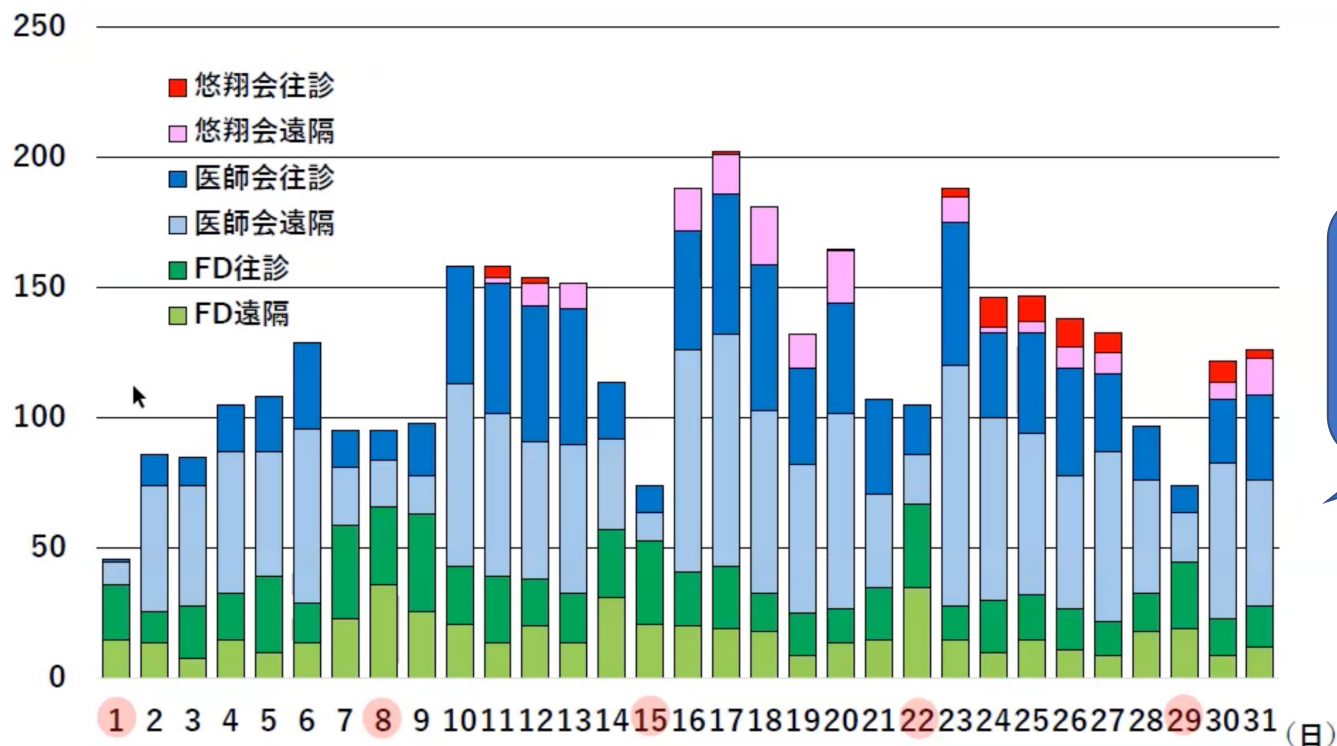
- 保健所への往診報告や入院要請で頻繁にやりとりするようになったが、**連絡の行き違いが発生、保健所側の動き方や体制が見えないことが課題に**
- 保健所側の体制や業務の実際を伺い、顔の見える関係作りのため、**保健所に訪問し、直接話をする機会を頂いた。**直接の担当者を決めて頂き、よりコミュニケーションがとりやすくなった。

- 夜間や土日を担当する**ファストドクターとの連携**の必要性を感じ、代表の菊池先生とお話する機会を頂いた。
- この1年半コロナへの往診を続けて来られた経験を伺い、**ファストドクターとの連携について具体的に取り決めた。**



東京都における自宅療養医療支援の実績 2021年8月

自宅療養者医療支援実績（8月分速報値）



各地域の医師会
で体制を作り
自宅療養者支
援を行っていた

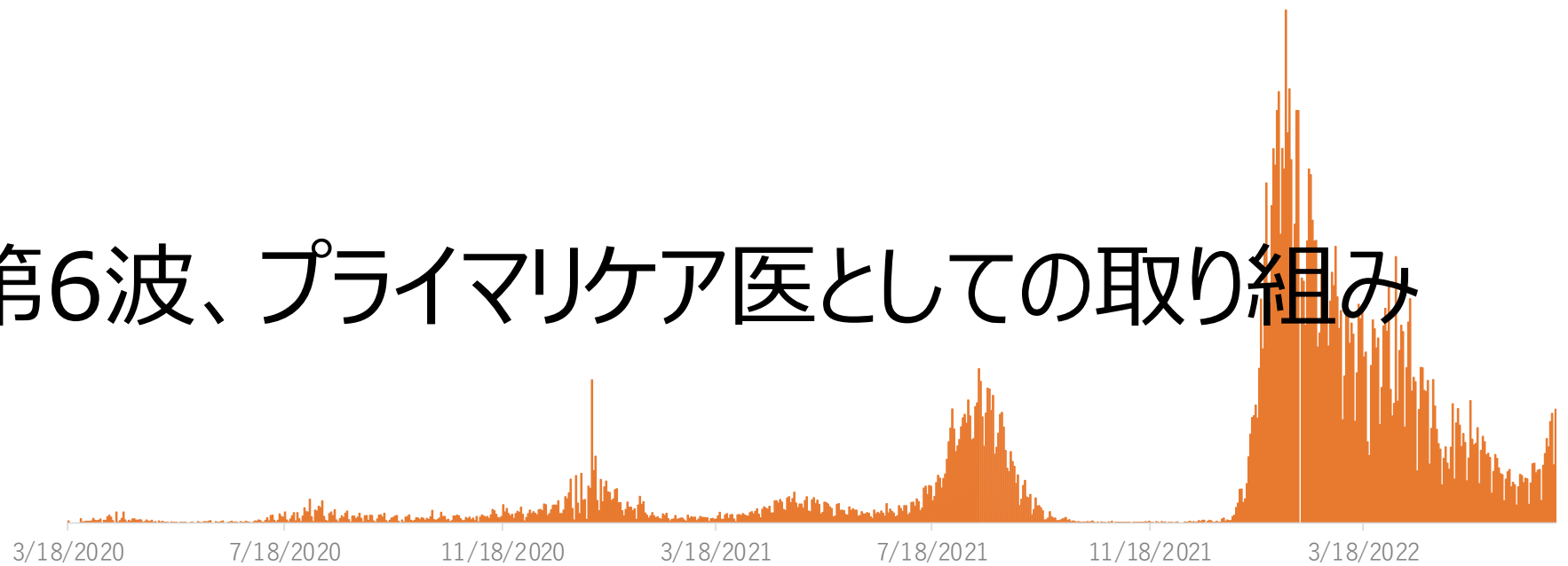
東京都医師会調べ(令和3年12月14日 東京都医師会定例記者会見 第6波の備えて 自宅療養感染者への医療供給体制の新たな「強化・充実」策 (med.or.jp))

第5波 まとめ

- 最初はCOVID-19がどういう経過をたどるのか、自宅で何ができるのか、不安も大きかったが、経験を重ねるうちにポイントがみえてきた
- 目指したのは、この危機に対して、自分たち（医師会や訪看、薬局のチーム）で対処していける地域体制を作っていこう、ということ
- 在宅に強い3クリニックがひとつのチームとして、LINEやメールで密に連絡し合いながら柔軟に連帯することで、負担感の軽減につながった
- 早い段階で保健所と直接話をして、保健所側の業務や仕組み、逼迫状況を把握できたことで、コミュニケーションがスムーズになった
- 後遺症が長びくことがあり、継続したフォローはかかりつけ医などに引き継いでいくなどの対応が必要
- 現在コロナ病床の医師らとも連携を進めており、ピークアウトした方を早期退院させて、病床不足を改善することも必要

病院、診療所、訪問看護、薬局、保健所、行政がひとつになって、コロナに強い地域医療連携を構築する必要がある

第6波、プライマリケア医としての取り組み



COVID-19 ワクチン・治療薬普及後の対応

- **有効なワクチンと治療薬が普及**し、重症者や死亡者の報告数が減少
- **社会的な警戒感**は低下し、さらに**流行規模が大きくなった**
- 感染者数が激増するので、できるだけ**すべての医療機関においてコロナ診療が行われるような体制**が求められる
- 住民に対しては、**適時のワクチン接種の普及**を進めていく必要がある



2021/07/19 コロナ治療薬
中外製薬申請の薬 厚労省が
承認



2021/11/1 東京都新型コロナ
新規感染確認が1年5か月ぶり
に1桁に

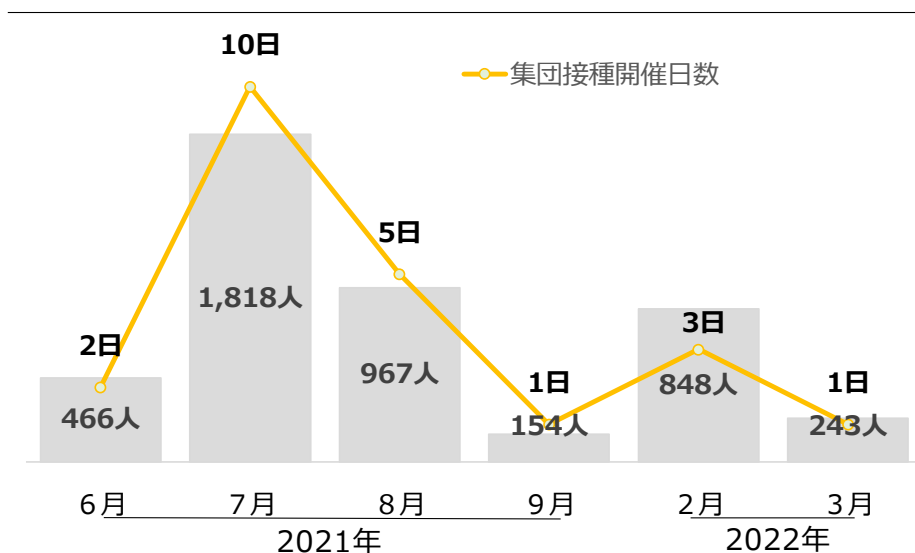


2022/1/31 東京都新型コロナ
自宅療養者が7万人超える

地域住民・介護従事者向け集団ワクチン接種を実施

- 外来に併設しているデイサービスや、近隣の神社の講堂をお借りして、地域住民向けの集団ワクチン接種をスタッフ総出で時間外・休日に行い、計「4,496回」のワクチン接種を実施した
- 接種後の待機時間に事務処理をすべて終わらせ、接種者が滞留することなく帰宅できるよう院内フローの改善を繰り返した。
- 3時間で300人への接種をこなすため、地域の薬局薬剤師にも協力を依頼、多くの薬剤師さんが参加して下さった

地域住民向け集団ワクチン接種回数と開催日数



※当院では全てファイザー製のワクチン接種を実施



オミクロン株による第6波の特徴

- デルタ株と比較して、**感染力が極めて強くて速い**
感染力はデルタの1.5-3倍
SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation in England Technical briefing 34 ¹⁾
- 免疫回避能力が高く、**ワクチン・中和抗体療法が効きにくい**
- **潜伏期間が2-3日と短く**、ほとんどが曝露から7日以内に発症
国立感染症研究所 SARS-CoV-2の変異株B.1.1.529系統（オミクロン株の潜伏期間の推定：暫定報告 ²⁾
- デルタ株より**かなり弱毒化**していて、入院リスクは40-45%低い
Report 50 - Hospitalisation risk for Omicron cases in England - Imperial College London ³⁾

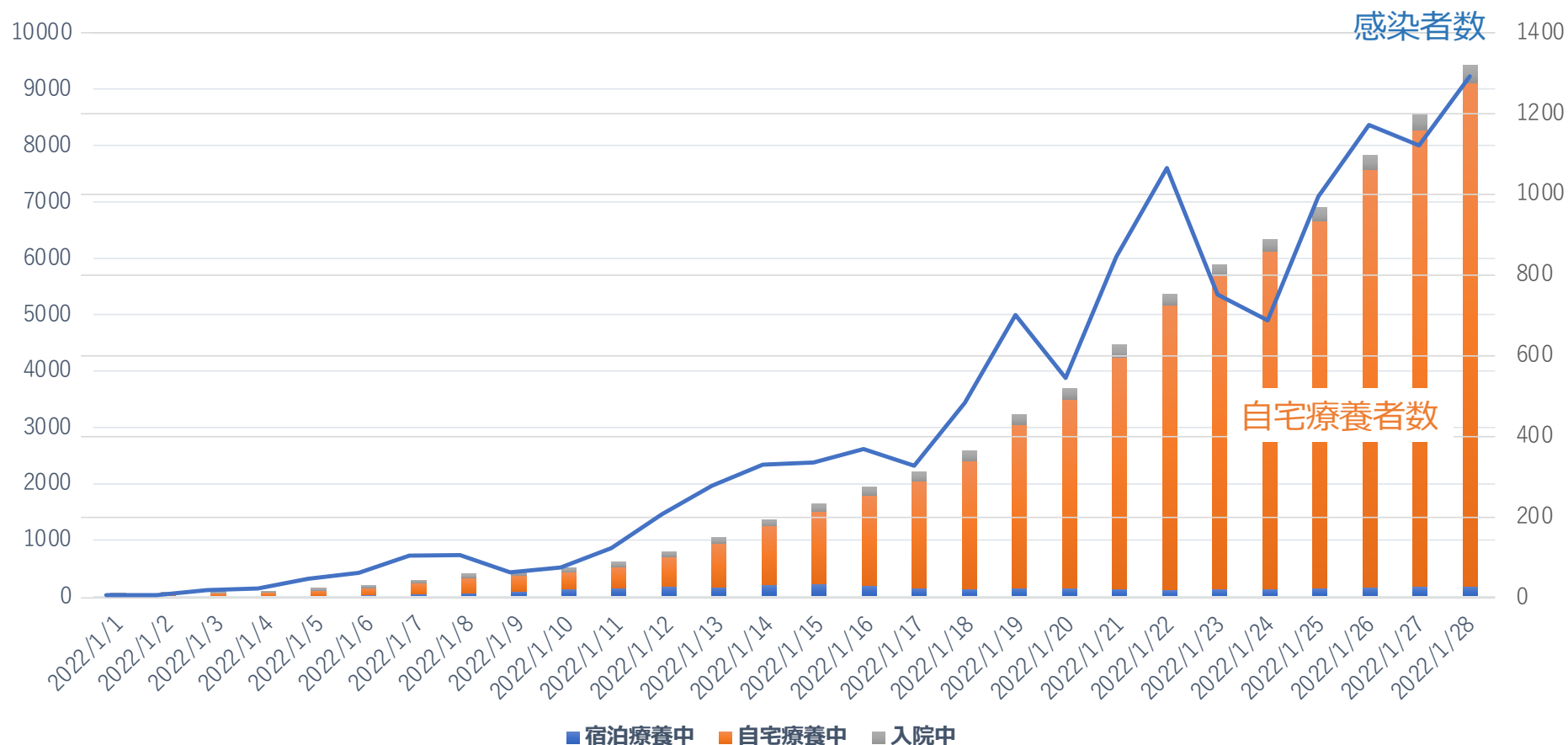


入院や重症治療ニーズは多くないが、患者数が短期間に爆発的に増加するため、検査、診断ニーズが急激に増大する

第6波（95%以上オミクロン株）で起こったこと

- **ほとんどの感染者は感冒レベルの軽症**、重症化率はかなり低い
- 潜伏期間が短いので、**感染者数の増加が早くて多い**
- **小児への感染が多く発生**し、学校を中心にクラスター化している
- 子どもの感染から、**家族中が濃厚接触者**となり、家族内感染が生じる
- 濃厚接触者となることで、**社会機能がダウン**する
- 医療者の感染や濃厚接触による勤務不能で、**患者増ではなく、内部から医療崩壊する**
- **急激な診断・検査ニーズ、外来受診&フォローニーズの増大**に対して、保健所、東京都、地域医療の間で役割分担が必要

第6波、世田谷区のコロナ感染者数、療養場所



区内の新型コロナウイルス感染症の検査陽性者数等について 世田谷区ホームページより発表者が作成

第6波、発熱外来受診希望者の急増

- 外来に発熱や接触に対する受診相談が、**1日50件を超えるようになった**
- 発熱外来の時間は14:30-16:00 = **4-6人/日の予約枠**
- 「**なんとかしたいけど、ほとんどの相談を受けられない状況、、、**」
と外来スタッフからの悲痛な声
- コロナ自宅療養支援の依頼は、ほとんど発生していない = ほとんど軽症者

コロナは医療ニーズの爆発による「災害医療」

「完成度の高い医療を少数の人に」 < 「必要最小限の医療をより多くの人に」

プライマリケアの立場で我々に何かできるか？

いま最も必要なことは、発熱外来の拡充

「**発熱・コロナ相談専用オンライン診療**」を立ち上げねば！

対象者：外来受診相談された発熱・接触相談者で、当日の発熱外来予約枠が埋まってしまい、リアル受診はお受けできないが、オンライン診療でもよいという方

期間：第6波が落ち着くまでの間

方法：

1. 上記の方にお声かけをして、対面⇒オンライン診療へ
2. 当日の専用オンライン診療枠に予約
3. 1時間に4-6名、1日2-3時間（= **1日10-20名程度**）
4. 在宅医が往診の空き時間に対応する



「発熱・コロナ相談専用オンライン診療」を立ち上げる

実現のために解決すべき課題：

- 医者時間をどうやって確保するか
- どうやってオンライン診療する？
- ビデオ会議への誘導は？
- 検査をどうする？
- 保険証の確認は？
- 支払いは？
- カルテ記録はどうする？
- HER-SYS登録は？
- その後のフォローは？

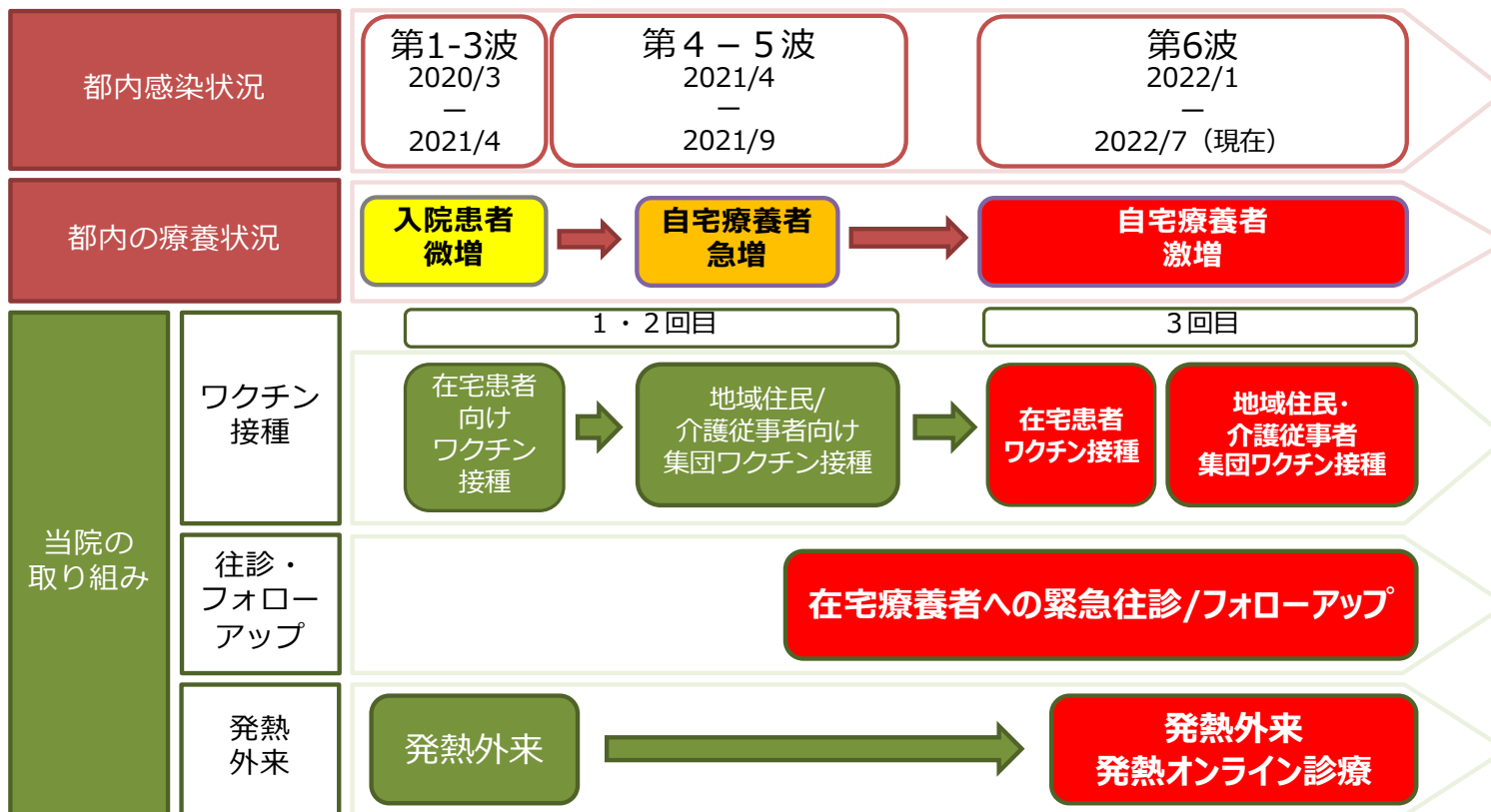
解決案：

- ✓1時間毎に1枠ずつ設定、複数医で対応
- ✓スマホ同士でfacetimeかZoom利用
- ✓患者の携帯SMSに会議のURLを送る
- ✓スタッフが患者宅に検査物を配送&回収
- ✓患者が写真メール送信orビデオキャプチャー
- ✓クレジットカード払い用サービスを利用
- ✓コロナ診療用テンプレートで標準化
- ✓上記テンプレートに登録必要項目を記載
- ✓陽性者は保健所に代わって連日健康観察

感染の規模やリスクに合わせて、必要な医療提供を行う



感染状況やウイルスの変異に応じて地域医療ニーズは変化し、外来・在宅機能を持つ当院のCOVID-19への取り組みも常に変化が求められた



新たな価値を生み出すために、大切なこと

- 変化していくコロナウイルス株の特性や感染状況に合わせて、地域医療のなかで、**自院や自分がどんな貢献ができるか**を考え、実践する
- **こうあるべきと考えた未来の姿から逆算**（バックキャスト）して、現在の方策を考えていく。逆に**現状からどんな改善ができるか**を考え、**改善策をつみあげていく**（フォアキャスト）。この双方向で考え、すり合わせていくのが近道
- 「未来から考える人」と「現場から考えていく人」が常日頃からコミュニケーションをとっていくことが欠かせない
- クローズドな秘密結社的な場からスタートすることが多い
そこには普段の上下関係を持ち込まないようにする

新たな取り組みに必要な起承転結 4つのタイプの人材

- **起：0から1を仕掛ける人材**

アート思考（妄想設計）の持ち主、トライ&エラーを繰り返しつつ、既存の概念にとらわれずに**新しいビジネスを発想する力**

- **承：1をn倍化する構造をデザインする人材**

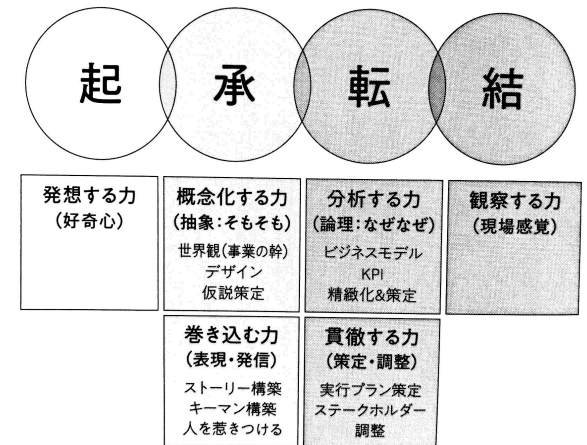
その意味や概念を再定義して**グランドデザイン思考**する（構想設計）
概念化と巻き込む力の能力をもつ

- **転：1をn倍化する過程で目標指標を策定し
効率化かつリスクを最小化する人材**

優れたビジネスモデルが絵に描いた餅にならないように、どうすれば無理なくムダなく収益化できるのか(**分析・貫徹する力**)の計画を立てる（機能設計）

- **結：最後に仕組みをきっちりオペレーションする人材**

計画に基づいて確実にオペレーションを実行してくれる、**細かく現場を観察する力**。
変わったことがないかをチェックし、日々現場を改善していく（詳細の設計）




新たな取り組みを実現させるために、必要なこと

- 新たな取り組みを実現させるためには、「誰から巻き込んでいくか」は大事
- 何かを変えようとする、必ずコンフリクション（衝突）が起こる。そしてコンフリクションはハレーション（周囲に悪影響を及ぼすこと）を生んでしまう（逆に、それが起こらないのは既定路線の延長に過ぎない）
- それらを乗り越えるために重要なことは、コミュニケーションやモチベーションをデザインすること
- 巻き込んだ相手と深いコミュニケーションで意見交換し、高いモチベーションでその力を発揮してくれるような仕組みを考え、デザインする
- それができると、改革はコンフリクションをも糧として前に進んでいける

コロナ禍という災害に、プライマリケアとしてやってきたこと

- 1. 予防：ワクチン接種（地域の医療介護職、地域住民）**
- 2. 診断：定性抗原検査、PCR検査の実施と診断、HER-SYS登録**
- 3. 感染者対応：軽症者への治療とフォローアップ、
ハイリスク者への早期治療、入院トリアージ**
- 4. 在宅ケア：往診による自宅療養支援、施設におけるクラスター対応、
コロナ病床との連携による早期退院支援**
- 5. 公衆衛生：保健所との連携によるフォローアップ支援**
- 6. 地域医療：感染防護や感染者への対応における地域連携**

コロナ禍でのかかりつけ医（プライマリ・ケア）の限界

- 「発熱や感冒症状は受診お断り」の医療機関が多い
 - オンライン診療を提供する診療所も少ない
 - クラスタ感染が発生した介護施設に対してサポートする機会はほとんどなかった
 - 施設療養や自宅待機しているコロナ感染者に対して、往診要請もなかった
 - 第5波以降でようやく自宅療養支援が開始されたが、動いた医療機関は限定的だった
- 
- 有症状者がかかりつけ医での診療を受けられず、急性期病院や保健所に押し寄せ、業務が逼迫。受け入れ不可に
 - クラスタが発生した施設に、十分な医療を提供することができず、ほぼ放置されて死亡するケースが多発
 - 自宅療養患者が急増し、保健所がフォローしきれず、症状悪化し自宅死亡するケースも多発した

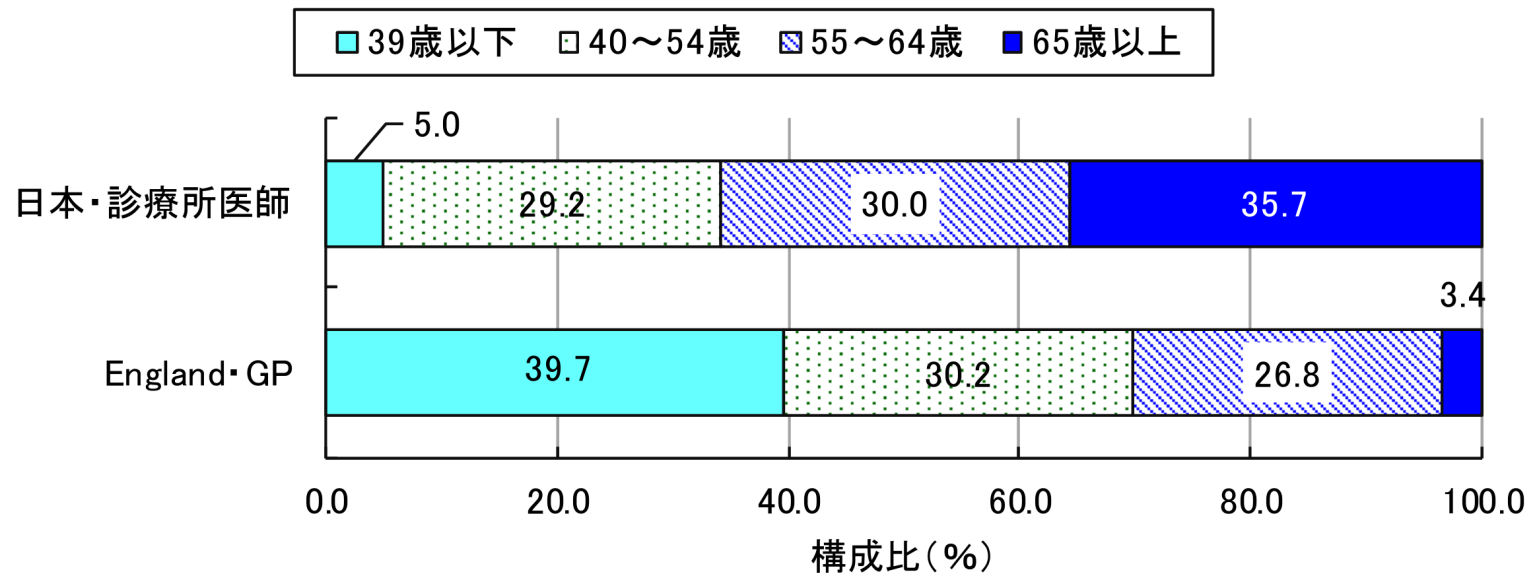
コロナ禍で露呈した日本の医療システムの問題

現在の医療システム	コロナ禍で明らかになった課題
診療所は小規模、一人体制、高齡化	自院の感染防護が最優先 かかりつけ患者が発熱受診しても断られる
専門医によるクリニックがほとんどで、プライマリケアに対応できない	コロナ往診や個別ワクチン接種に協力した診療所は限定的だった 医療は社会のインフラという認識が、一般の開業医には乏しい
フリーアクセスの弊害として、住民ひとりひとりの健康を責任をもって管理するかかりつけ医が機能していない	かかりつけ医の標準化ができていない 有事の際には、国民が自らの健康や病気を自分で管理せざるを得ない



ソロプラクティスの脆弱性や、日本の開業医が比較的高齢という問題が露呈

日本の診療所医師およびイングランドGPの年齢構成(2020年)



1施設あたりの医師数
2020年

日本	1.38
イギリス	5.32

*NHS"General Practice Workforce, England Bulletin Tables, September 2015 - March 2022"、厚生労働省「医療施設(静態・動態)調査」から作成

*出所: 日本(10月1日現在)
厚生労働省「医療施設静態調査」
England(9月末現在)
NHS"General Practice Workforce, England Bulletin Tables, September 2015 - March 2022"
All GPsの常勤換算数(Full-time equivalent)をNumber of GP Practicesで除して計算。
GP Retainers(キャリアを保持するための時間勤務医師)、GP Regular Locums(代理医師)
も常勤換算されているが、両国で制度や定義が異なるので厳密な比較は困難。

日医総研リサーチ・レポート No.128 かかりつけ医の制度整備について思うこと
日本医師会総合政策研究機構 前田由美子 2022.6.16

オンライン診療の希望

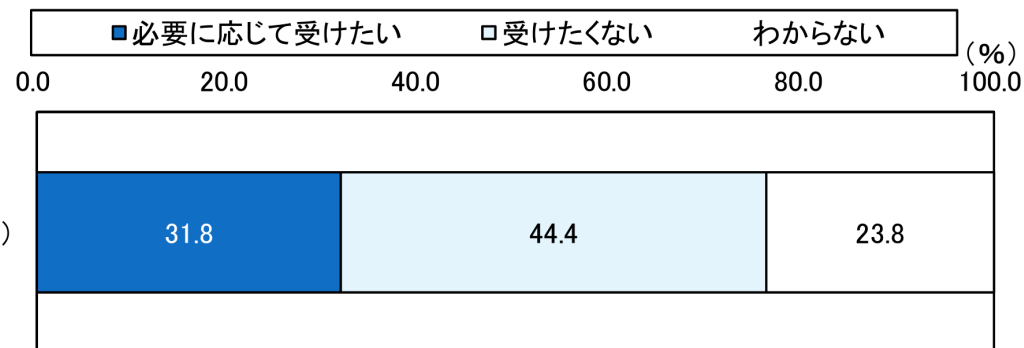
日本の医療に関する意識調査 2022年臨時中間調査 - 日医総研

前回2020年調査の38.1%から低下

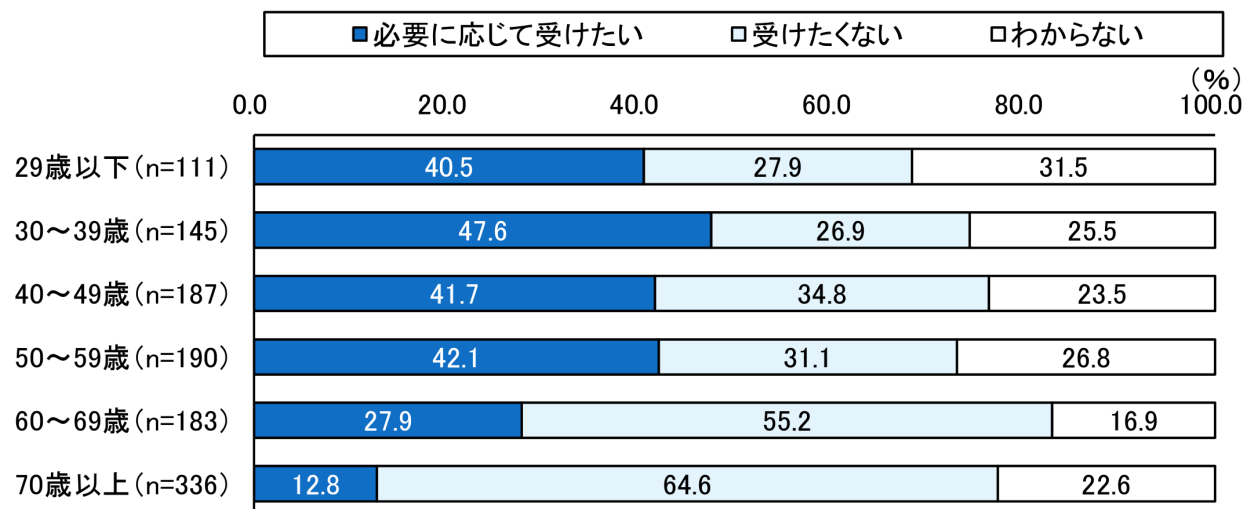
さまざまなコロナ対策によって、対面診療に対する国民の不安がやや軽減している結果とも推測される

20～59歳の層では40%以上が希望、70歳以上では12.8%のみ

今後、必要に応じてオンライン診療を希望するか n=1,152

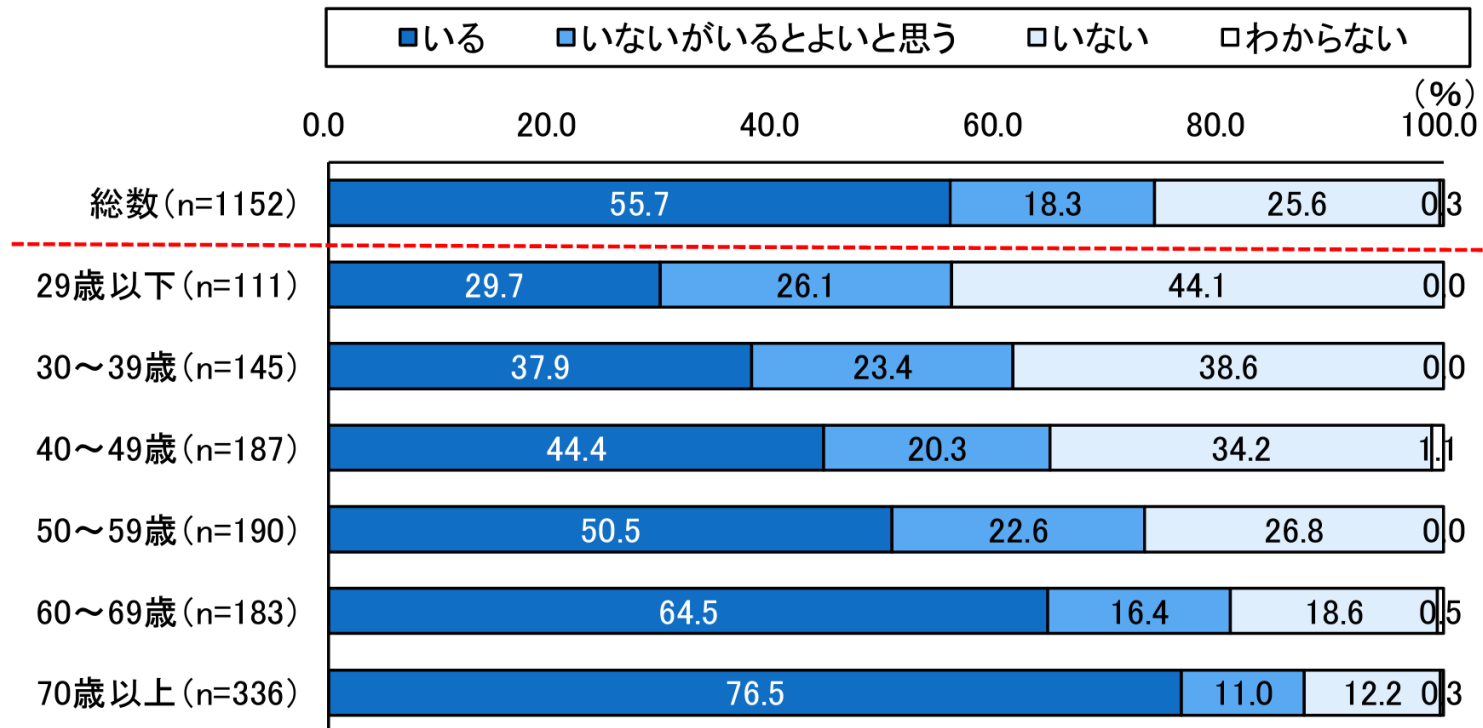


今後、必要に応じてオンライン診療を希望するか-年齢別 n=1,152



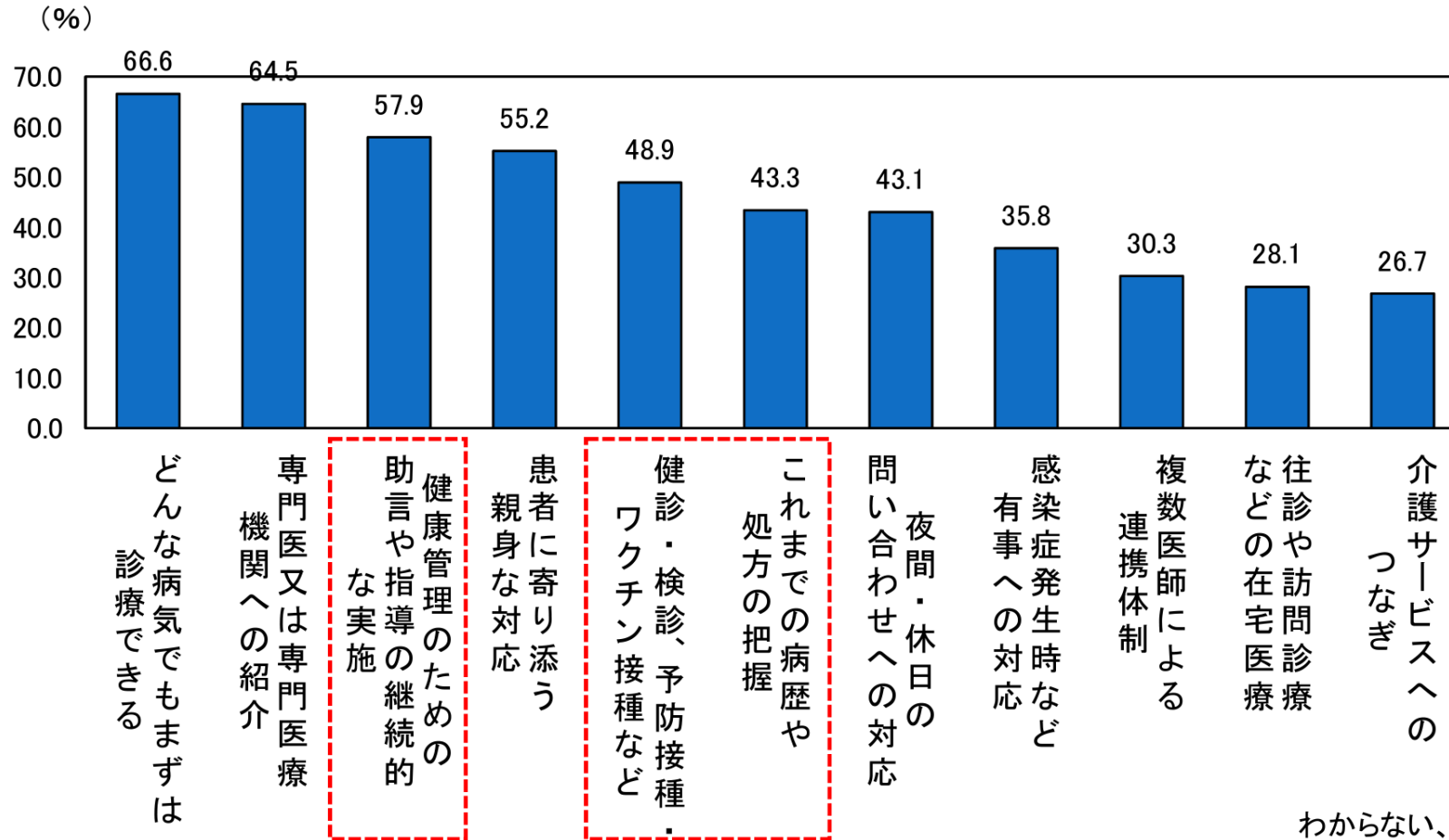
高齢者ほど、かかりつけ医を持っている（と思っている）

かかりつけ医の有無-年齢別 (n=1,152)



かかりつけ医がいない人については、第7回調査でその理由を尋ねているが、最も高い割合は、「あまり病気にかからないので必要ないから」（72.3%）で、次に「その都度、受診する医療機関を選んでいるから」（24.5%）であった。

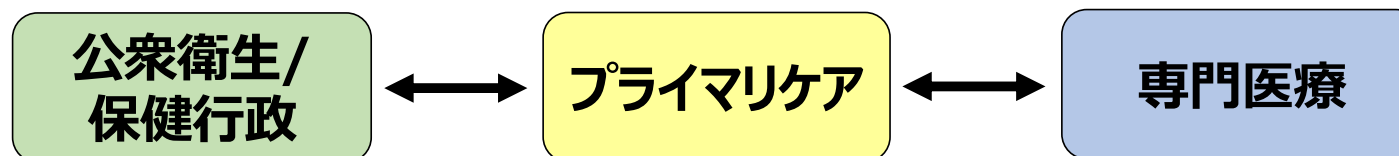
かかりつけ医に期待する役割や機能



これからのプライマリ・ケア（かかりつけ医）のあり方

- プライマリ・ケア＝かかりつけ医で提供できる健康問題を明確に定義し、診療の質を公的に保証すべき
- 平時からの**健康増進や予防医療、訪問診療やオンライン診療、地域の医療機関・介護事業所・訪問看護・薬局などと連携した地域包括ケア**をかかりつけ医に必須の機能とすべき
- 有事の際には、保健所、自治体、急性期病院、地域の介護施設と連携しながら、**全ての国民に対して臨機応変に必要な診療を提供する**
- これらを志の高い一部の医療者の献身的な貢献によって達成するのではなく、日本全国あらゆる地域で標準的に提供できるようにする

専門医療と公衆衛生・保険行政への橋渡しとして 国民の最前線にあるプライマリ・ケア



- 法定感染症の管理
- 医療計画の管理
- 母子保健・予防接種・健診
- 健康増進

- 包括的な外来診療
- 訪問診療・往診
- 予防医療
- 健康増進活動
- 地域包括ケア

- 急性期入院診療
- 救急医療
- 高度集中治療

- 感染者の管理とフォローアップ
- 感染経路の把握、感染拡大防止
- ワクチン接種の後方支援

- 有症状者・濃厚接触者へのPCR・抗原検査
- 自宅療養者への診療
- 介護施設でのクラスター対応
- ワクチン接種の実施
- 後遺症への対応

- 中等症・重症者への治療

コロナ禍における役割

コロナ禍に対して、かかりつけ薬局にできること

- 1. 予防：マスクや消毒剤の供給、ワクチン集団接種への参画**
- 2. 診断：抗原・PCR検査、オンライン診療支援、HER-SYS登録**
- 3. 感染者対応：自宅療養者への薬剤提供、フォローアップ、
ハイリスク者への早期治療薬剤提供**
- 4. 現病治療の継続：治療中断へのアラート、オンライン服薬指導、
リフィル処方対応**
- 5. 公衆衛生：保健所との連携によるフォローアップ支援（食料、
介護衛生用品などの供給など）**

在宅医療をめぐる人びと

訪問看護、在宅診療文化企画、
医療的ケア児の母親、写真家、映画監督
それらの目撃する光景



2022 7.23[土] - 24[日]
神戸国際展示場1号館1F

第4回在宅在宅医療連合学会大会 シンポジウム18
在宅医療とアート

そこここの暮らし展

山本美里 / 尾山直子 / 清水朝子 / 唐川恵美子 / 毛利安孝

7月23日-24日
日本在宅医療連合学会
学術大会
神戸国際展示場

シンポジウム18
在宅医療とアート

連動した展覧会
そこここの暮らし展



山本美里 / Misato Yamamoto



尾山直子 / Naoko Oyama



清水朝子 / Asako Shimizu



毛利安孝 / Yasutaka Mouri

本学会シンポジウム18「在宅医療とアート」と連動して、登壇されるシンポジストの方々の作品の特別展示を開催する機会を頂きました。

医療のみならず、その方の生活や暮らしに寄り添いささえる在宅医療において、本人の生き方や価値観、大切にしていることなどに触れることで、自らの人生観や死生観を動かされることもしばしば経験します。その方らしい生き方を続けていくこと、それをささえる家族の喜怒哀楽、やがて迎える死の場面にも尊厳や感謝、愛情を感じられる喜び。こうした人々の豊かな営みは、文化として伝え継がれていくべきものです。

ここ数年在宅医療やケアをテーマとした作品展が全国あちこちで開催されたり、映画やテレビ番組が制作されるようになりました。本シンポジウムでは、訪問看護師、在宅診療所文化企画、医療的ケア児の母親、写真家や映画監督など、様々な立場や視点で作品づくりをなさっているアーティストたちに登壇頂き、それぞれの創作活動に寄せる思いや制作・展示から得られた学びや気づきなどを語り合います。

この写真展では、シンポジウムと連動して、それぞれの作家の作品を一堂に展示することができました。在宅医療を中から外から見つめて、向き合っ、かけがえのない瞬間を捉えた写真や映像の数々に、あなたは何かを感じるでしょうか。

ぜひこの機会にじっくりご覧頂ければ幸いです。

遠矢純一郎 (桜新町アーバンクリニック)



山本 美里
Misato Yamamoto

1980年生まれ。桜新町アーバンクリニック在宅医療部に勤務。訪問看護師として働きながら、京都造形芸術大学を卒業。現在は、かつて暮らしのなかにあった着取りの文化を現代に再構築するための取り組みや、若い人々との対話や死生観、人が人を見ることの意味を模索し、写真作品制作を行っている。2020年より写真展「くるり」巡回中。

尾山 直子
Naoko Oyama

東京在住。桜新町アーバンクリニック在宅医療部に勤務。訪問看護師として働きながら、京都造形芸術大学を卒業。現在は、かつて暮らしのなかにあった着取りの文化を現代に再構築するための取り組みや、若い人々との対話や死生観、人が人を見ることの意味を模索し、写真作品制作を行っている。2020年より写真展「くるり」巡回中。

清水 朝子
Asako Shimizu

東京都出身。日本大学芸術学部写真学科卒業、元マガジンハウス勤務。2006年キャン写真新世紀優秀賞受賞。個展「空にむかって 地へ向けて」(ライカ GINZA SIX)「Finding a Pearly Light」(森岡書店)をはじめ、仏、ベルギーなど国内外で展覧。「働く」の教科書(中央法規出版)など、福祉現場での活動も10年近く展開。

唐川 恵美子
Emiko Karakawa

「ほっちのロッツ」文化環境デザイナー。これまでに、都内・地元福井県の公共文化施設にて舞台音響・企画広報を担うかたわら、2017年より音楽家が地域の老々介護世帯を回る活動「アーティスト・イン・ばあちゃんち」を立ち上げ運営する。社会包摂やケアの視点から文化芸術のポテンシャルを引き出す企画制作に取り組んでいる。

毛利 安孝
Yasutaka Mouri

1968年生まれ。大阪府出身。フリーランスの映画監督を経て、2010年「おのぼり物語」にて長編商業映画にて監督デビュー。2021年尾崎の在宅医・長尾和宏氏の日々を追いかけたドキュメンタリー映画「けったいな町医者」を発表。尚、同時期に発表された在宅医療と尊厳死をテーマにした映画「痛くない死に方」(長尾和宏氏原作:高橋伴明監督作品)では助監督を務めている。

主催 桜新町アーバンクリニック 協力 診療所と所のあるところ ほっちのロッツ
企画 遠矢純一郎 (桜新町アーバンクリニック) / 神野真実 (株式会社メディアワ) / 夏目真季 (桜新町アーバンクリニック) / 尾山直子 (桜新町アーバンクリニック)
デザイン グラム・デザイン