

特集

在宅医療における感染対策研修会

「コロナ禍の 訪問医療の 最前線より」

よしき往診クリニック 院長 守上佳樹



この記事は、令和3年12月16日に会場およびオンラインで開催された「在宅医療における感染対策研修会」の様をまとめたものです。



守上佳樹医師

コロナ禍の訪問医療最前線

私自身は、コロナ以前から京都で往診を中心としたクリニックをやっています。コロナの往診チームの立ち上がり、感動秘話について——感動するかどうか分からないですけども、お話ししたいと思います。

京都でスタートしてすぐに、大阪府医師会の上層部のメンバーに前向きに取り組ん

でいただきました。プランがあれば皆迅速に動きやすいということを経験しましたので、今日は、そういったあたりも含めて、お話しさせていただきます。

最初に、在宅医療の話です。平成29年のデータですが、6,900弱ある市町村で在宅医療が必要となる患者さんは2025年にプラスアルファでどれぐらいになるか。京都は6,900市町村中第6位。数字としては1万3,981人です。これは、2025年に京都市で1日に追加で行かないといけない在宅医療が必要な患者さんが約1万4,000人いるということです。1日です。1カ月でも1年でもありません。みんなで頑張ってやっけないと、本来家まで行ってあげないといけない人達に医療を提供できない、そういう国に2025年からなっていくですよということです。ちなみに、大阪市は2万9,393人、京都市の2倍以上いらっしゃいます。地域の医療の在り方について考え直さないといけないというデータになります(図1)。

(図1)

全国、及び京都の在宅利用必要患者どうなると推測されるか		
2025年の介護施設、在宅医療等の追加的の需の機械的試算(患者住所地ベース)(人/日) 10,000人以上の市町村のみをデータから抜粋		
北海道札幌市	75歳以上	18,152.60
東京都世田谷区	75歳以上	11,318.14
神奈川県横浜市	75歳以上	37,516.83
愛知県名古屋市	75歳以上	25,843.66
京都府京都市	75歳以上	13,981.67
大阪府堺市	75歳以上	10,744.97
大阪府大阪市	75歳以上	29,393.78
兵庫県神戸市	75歳以上	15,882.5
広島県広島市	75歳以上	10,516.89
福岡県福岡市	75歳以上	12,827.21

全約6,900市町村中
第6位

介護施設、在宅医療等の新たなサービス必要量の推計方法について 資料1厚生労働省 平成29年7月28日
厚生労働省 医政局 厚生労働省 老健局 厚生労働省 保険局



在宅医療とは



少し京都の話をさせていただきます。僕達のチームは京都市の西の外れにあります。平成29年、常勤ドクター1人でスタートしました。24時間365日対応、ほぼ往診専門のチームです。令和3年時点で、常勤、非常勤を含めてほとんど全員30代、40代のドクターで、31人まで増えています。在宅療養支援診療所としては、強化型支援診療の連携型です。

在宅医療をどう考えるのか。これは日本医師会が平成29年に出したもので、かなり踏み込んだなと思ったのですが、「介護者なしに公共交通機関の利用が困難な認知症の患者さん、病院での積極的な治療に期待ができなくなったがんの終末期患者さん、さらに精神疾患や心情的、思想的な理由も考慮し、それに関しては診療報酬上の在宅医療の考え方と切り離して、有益と判断されれば在宅医療の対象とすべき」と通達が出ています。(図2)

(図2)

在宅医療の対象者・対象疾患 提供の場所

介護者なしに公共交通機関の利用が困難な認知症や、病院での積極的な治療に期待がなくなったがんの終末期患者、さらに、精神疾患や心情的、思想的な理由も考慮する。

診療報酬上の在宅医療の考え方と切り離して、患者に有益と判断されれば、在宅医療の対象とすべきである。



【日本医師会 平成29年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会資料より抜粋】

対象は、基本的にはご高齢の方と医療的な緩和ケアが必要な患者さんというイメージが強いですが、次の時代は、恐らく精神疾患で自宅から出るのが困難な方、医療的ケア児に対してもしっかり提供すべきです。実際、2～3年後には京都でも小児医療のケアシステムを立ち上げようということで、水面下で動いています。

在宅医療の考え方としては、何でもかんでも家で看取るとか、自宅で人が亡くなったらそれが美しい国というわけではありません。医療は基本、病院を一番たてないといけません。病院の外来に行かれる方もいるし、一時的にショートステイや入院をされる方もいる。検査だけで入院する人もいるし、緩和ケア病棟に入る人もいます。いろんな人がいるけれども、家まで行ってあげるといった選択肢があることが、その人の生活の質に非常に大きく関わってきます。少なくとも自分達の地域、自分達の抱えている患者さん達に家まで行くという選択肢を与えてあげられる、療養生活の選択肢として提示できる状態に持っていこうというのが、僕達の考えている在宅医療になります。

では、在宅でどれぐらいのことができるか。24時間対応で輸血、胸水穿刺や腹水穿刺もやっています。CVポートの管理や麻薬の皮下注射、終末期の鎮静、BIPAPやCPAPの導入、気管切開患者であれば気管切開のカニューラ交換や胃瘻・ストマの管理・交換、デブリードマンは、最近では骨まで見えているようなものでも可能です。ペースメーカーのチェックや一部の透析なども家でできる時代になり、現状でできる

ことは結構多いです。デバイスの進化によって在宅医療でできることがかなり多くなっています。家まで行って顔を見て、肩をたたいて帰ってくるだけではなくて、結構いろんなことをやらないといけないので、往診専門ということになるとかなり重装備なデバイスが必要になってきます。

連携して負担を分散

一番の負担は24時間対応で、ここはきついです。コメディカルのメンバーとか、いつ電話してもつながる先生はありがたいですが、受ける側からするとお正月もゴールデンウィークもなく、そもそも自分の地域から出られない。これは非常に負担が大きいです。さらにきついのが365日です。ドクターが2年ぐらい24時間365日働くと、3年目でバーンアウトして、必要な医療がその地域で提供できなくなります。これは持続可能な医療ではありませんので、とに

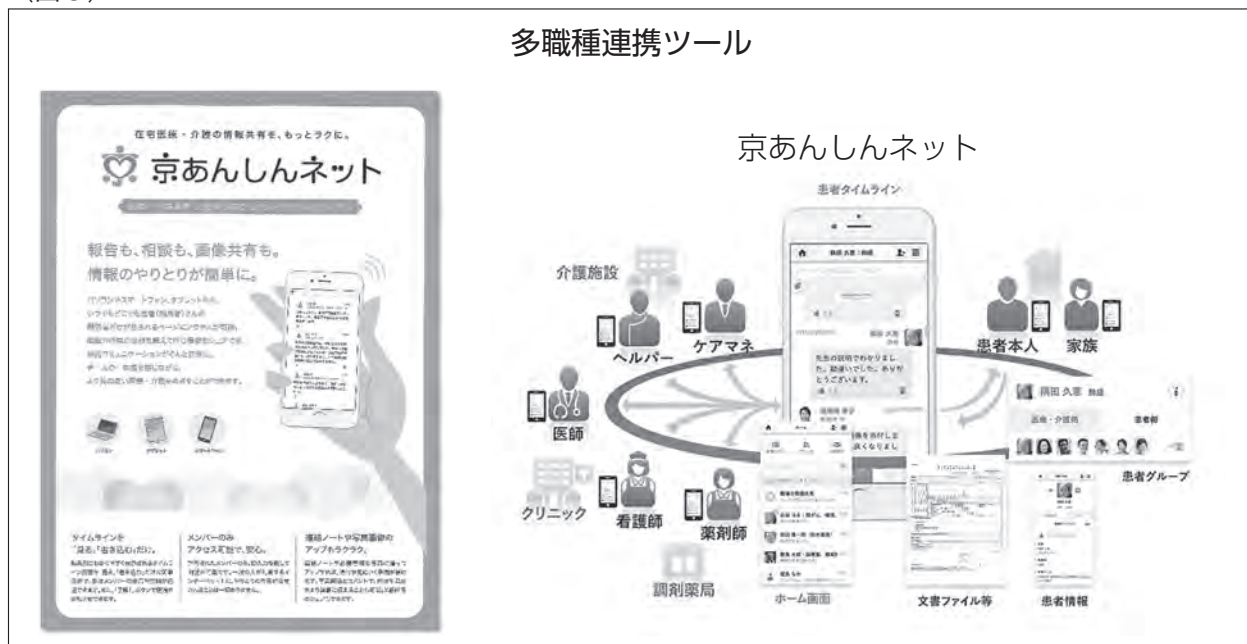
かく一人ひとりの負担をなるべく減らして、みんなでやっ払いこうということで、連携スキームを組んでやっています。

ここで外部連携の話をしていただきます。京都には京あんしんネットというメディカルケアステーション、医療の職種を超えた多職種の連携ツールが設定されています。これによって、医療・介護連携、医科・歯科連携、病・診連携、医・薬連携が非常にスムーズにできるようになります。少しずつ導入し、とにかくやっ払いこうということで多職種連携ツールとして使っています。(図3)

また、企業連携もやっています。これは医療でどういうことをやっているのか、どのような工学的なものを企業につくってほしいのかといったことを発信して、連携しています。人・病院・患者をつないで全員でやっ払いこうと動いています。

これは、僕達の地域での基本的な超法人連携方法の概念です。ある基幹病院とは、

(図3)



強化型の在宅連携チームとしてコラボレーションしていますし、元勤務先の病院もあります。さらに違う病院からは研修医を受け入れています。また別の地域の基幹病院には、外来をやりたいクリニックのドクターに行ってもらって、そこで院内と院外での交流をしています。西京区のすべての病院と何らかの関係性をつくって、法人や病院を超えて連携していこうと内部から積極的に動くようにしています。こういうことをしっかりやらないと、囲い込みの医療と揶揄されるようになってしまいますので、とにかく自分達から動いてなるべく交流していこうと、超法人の連携体制を強力に推進してまいりました。(図4)

内部でも連携

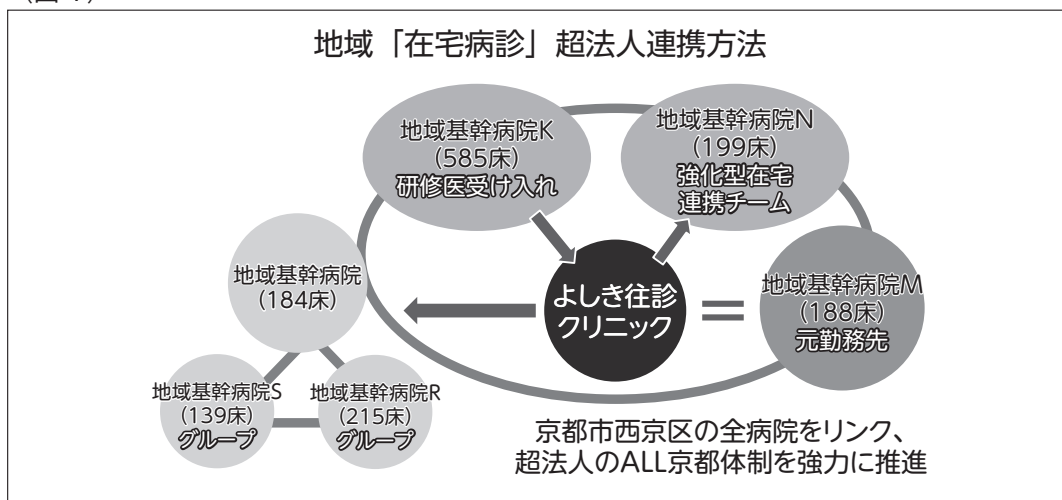
内部の連携については、やはりクリニックの中も風通しが良くないといけません。そこで、クラウド型の電子カルテを使って、自分の携帯から見られるというシステムを導入しています。常勤、非常勤にかかわらずどのスタッフでも、いつでもどこか

らでも患者の情報が見れます。こういったものはハードルが高いですが、一旦導入してしまえば非常に便利です。電子化に関してはかなり積極的に取り組みました。この辺りは、コロナ対策にどういうふうにかしているかというところにダイレクトに関わってきます。

僕達のチームでは、ドクターとドクターの間にメディカルコーディネーターという新しい職をつくって、カルテの打ち込みや運転、カンファレンスの発表といったものをやっています。そのメンバーが24時間でバトンタッチすることで、例えばいつも診ていない患者さんのところへ急に行くことになっても彼らが直接ついて情報を伝える。ドクターがやらないといけないことはしっかりドクターがやるけれども、ドクターがやらなくてもいいことはドクター以外がやるというシステムを構築しています。

僕達のチームは基本的に紹介オンリーですが、毎月20人から30人ぐらいの紹介があります。99.6%が個人患者さんです。特に超重症とか超急性期、あと3日で命がなくなるかもしれないけれど1日だけでも家に

(図4)



帰りたい、本人が何を考えているか分からないけれどもとにかく帰りたいという人に24時間以内に対応できるようにしています。20年、30年やっていたわけではなくて、5年以内でこういったシステムをつくりました。

自宅でも患者を診ることの重要性

家まで行って直接診ることがどれほど重要なのかというと、これは非常に重要です。

一例ですが、病院からの紹介状では、認知症、心不全、心房細動と一般的な病名が並んでいました。実際に家に行くと、家の中はめちゃくちゃで、これまで出した薬はほとんど押し入れにあり、全然飲んでいない。こういうことは多いです。患者さんが薬を飲んでいるかどうかは、極論すると、誰かが家まで行って確認しないと分からないので、そこまでケアして本当の医療ということになります。高齢化に伴う社会問題の一因としては、とにかく外来で見える部分というのは表面に見えている問題の一部であって、実は根が深い根本的な問題が隠れており、家まで行く医療がプラスアルファになります。

実際に家まで行くことで、▽耳が聞こえなくて説明が理解できていなかった▽要介護3だった▽採血が嫌いだった▽裏山が災害時に崩れそう▽自宅はプレハブで冬は寒かった——など、いろいろな問題が分かるし、コメディカルの話を実際に聞くことでよく分かってきます。それに対してどういう医療を提供したらいいかということ

で、その人に合った医療の選択肢が広がります。

在宅医療は多職種連携でやっていくしかありません。患者宅に介入するすべての事業所スタッフと信頼できるチームづくりが重要です。次の10年に必要になってくるのは、真剣に肩を組んで真剣に動けるチームをつくれるかどうかです。これまではチームをつくったらそれで何とかいけましたとか、往診してくれる先生が少ないのでお願いします、だけでしたが、今後は、いかに良いチームをつくれるかが問われる時代になると感じていたので、そういったチームづくりを真摯にやってきました。

新規患者に在宅医療のアンケートを取ると、自宅まで医師が来る制度があること自体を、40%ぐらいしか知らない。80歳、90歳の高齢になって、腰が曲がってきて、認知症になっても、病院やクリニックに行かないといけないと思込んでいる人が結構いらっしやいます。恐らく大阪もあまり変わらないと思いますが、家まで行く医療の推進も必要だと思います。こうした動きは結構気合を入れてやらないといけない。また、コロナ環境下で応用できることに気付きました。

コロナ環境下でのチーム医療の応用

令和2年の1月から5月、コロナ第1波が日本にきました。最初は、感染力がどうなのか、治療に何が必要なのか、全く分かりませんでした。遠い国の出来事という認識でしたが、海外では大きなインパクトで

襲ってきていることは分かっていました。

コロナ第2波はその年の夏頃です。まだ日本にはそんなにいませんでしたが、海外ではさらに恐ろしい猛威を振るっていました。病院の中はめちゃくちゃになっているといったニュースが連日連夜流れていました。今回のKISA2隊、つまりコロナ往診の専門チーム立ち上げプランは、ちょうどこの時期です。もしこのコロナが日本に入ってきて日本が海外と同じようになった場合は、我が国オリジナルの対応をしていかないとたないだろうということで提案しました。

オール京都体制でのコロナ施策として、①高度救命医療機関に物資を集める②専門のチームも病院に集める③コロナ患者が出てきたらまず病院に入院——を予想しました。また、ドライブスルー方式で予防、チェック、検査をするだろうと。ただ、いずれにも該当しない人達がコロナ患者として自宅に取り残されると考えました。そこには恐らく、在宅医療で自分達が診ているような高齢独居の方とか入院拒否の患者、認知症、引きこもり、精神疾患、医療的ケア児も入るだろうし、サポートがないといけないと考えていました。ICUとか入院、ホテル隔離ということで、コロナ患者はまずそこに入ってくるだろう。ただ、そこがいっぱいになってきた時、コロナの主戦場は自宅隔離になるかもしれない。そのための動きとして考えたのがKISA2隊です。



未知のウイルスを自宅で診るというプロ

ジェクトですので、もともとの在宅医療のさらに2ギアぐらい上の非常に困難なミッションになるだろうということで、KISA2隊としました。KYOTO INTENSIVE AREA CARE UNIT FOR SARS-Cov-2対策部隊の頭文字を取っています。地域に行くのだから、INTENSIVE AREA CARE UNITという造語をつくりました。そして、非常に困難なミッションになるのは分かっていたし、関西のプロジェクトなのでクスツと笑ってもらって、みんなでやっついこうということで名付けました。コロナ対策ベースを拠点に、車もコロナ専門にしてコロナ患者のみ24時間対応で在宅医療を行うというシステムです。しかし、その頃は日本では感染者数が少なく、取りあえず一旦置いておこうという感じになりました。(図5)

令和2年の年末、ちょうど1年前から日本でも一気に数が増えました。そして、この時に京都では、入院先が見つからず、80

(図5)

京都でのコロナ自宅療養患者に対する活動

KISA2隊 (略：きさつたい)

K	KYOTO (KANSAI)
I	INTENSIVE AREA CARE UNIT FOR
SA2	SARS-Cov-2
隊	対策部隊

コロナ患者のみに、コロナ対策装備と知識をもち、コロナ対策モビリティを使用して、コロナ対策ベースを拠点に、自宅から自宅、もしくは待機場所としてのホテル、施設を連続的に24時間対応で移動する。

代女性が自宅で死亡したとの報道がありました。これを聞き、KISA2隊を発動して誰かがやらないと、今週末にでも人が死んでしまう。このニュースが出た次の日ぐらいにスタートしました。

ホテルや病院の逼迫をひしひしと感じていたのですが、行政も家で診るシステムが必要と考え、行政サイドと地域のクリニックの気持ちが交わりました。比較的若手のドクターが動きやすいということで、プロジェクトを始めました。半径16キロで実際にプロットしてみると、京都市は全域、西は亀岡、東は大津、下の方も八幡市ぐらいまで行けることに気付きました。いつもは自分の区、せいぜい隣の区までしか行かないのですが、広い範囲に行けるということでスタートしました。

先ほどの記事が出たのが1月17日で、2月1日からコロナ専門往診を開始しました。その時は何の補助金もなかったので、全部持ち出しで構わないのでやろうと。うちの理事長は父親（守上賢策）ですが、社会貢献活動だし、誰かがしなければならぬ。赤字になるのは目に見えていたのですが、「いいよね、お父さん」と言ったら、「うんうん」と。京都市は150万人弱の人口がいますが、往診を開始しました。誰かがやらないといけない、かつ、死亡者が出た以上は今始めないといけないということでスタートしました。

僕達は、重症の方に在宅酸素療法とか点滴療法、緩和ケアの看取りも行っていたので、中等症のCOVID-19まで家で診れるという思いもありました。在宅医療、救急、災害医療の3つのセグメントを掛け合

わせるというイメージでやりました。

訪問診療チームの動き

保健所にすべてのコロナ感染者のデータが集まります。そして、健康観察は毎日の電話です。ただ、90歳の方に「大丈夫？息苦しくない？」と聞いても、そもそも認知症がある人に「大丈夫だ」と言われても、本当に大丈夫かどうか分かりません。行政は毎日電話していますが、数がどんどん増えると、本当に大丈夫かどうかの2回目の電話もできなくなります。そもそも相手の顔が見えないので、非常に心配です。かつてないほど忙しく、保健所で自殺者が出るかもしれないというぐらい逼迫していました。KISA2隊は入院医療コントロールセンターの下に入る形で、保健所から入院医療コントロールセンターに要請があった場合に、その中でどうしても危ないと思われる症例をピックアップし僕達が行く。単に顔を見に行くだけではなくて、点滴や酸素療法、ステロイド投与、抗凝固療法、抗体カクテル療法まで実施するというシステムを組みました。

行政サイドからは、こういうことをやりますとスタートアップのアナウンスがあり、日本で最初の行政、医師会員の民間クリニック、保健所という三位一体でスタートしました。

スタッフは単にドクターだけがバラバラで行くのではなくて、チームとして組織立って動きます。リエゾン担当の看護師、実際に動くKISA2隊の隊士というかKISA2隊の隊長格のドクターを準備して、この特殊

チームのためにいわゆる出向という形でチームをつくって動きました。

リエゾン担当の訪問認定看護師は、卓越した力を発揮します。訪問診療の依頼があった時に、担当医の割り振りとかケアマネジャーへの連絡などを行います。コロナの感染期における最短10日間の隔離期間は、かかりつけ医から情報を聞き、その期間だけリスクを含めすべての責任を持って介入します。その間の容体は、診療情報という既存スキームを活用したり、ケアマネジャーと情報を共有して地域の医療資源、ソースに帰ってもらうということをひたすら繰り返すことを目標としました。

また、装備を全部買い直して、一人ひとりの感染防御に合ったものをつくり、専用の処置台もつくりました。家の使ってなかった場所の改装もしました。往診バッグもホームセンターでかごを買ってきて、消毒しやすいように再構築しました。

コロナ往診の実情

地域の基幹病院にコロナ患者さんがどんどん集まってきます。京都もまずは入院が鉄則ですので、地域の基幹病院に集まってきます。コントロールするのは入院コントロールチームで、保健所と一緒にやります。そして、病院と入院コントロールセンター、保健所、在宅対策チームが24時間態勢のオール京都体制で、いつもやっていることをコロナにコンバートするんだという意識で実施しました。

とはいえ、未知のウイルスですし、みんなで一気にできるかという、そういうわ

けではありません。でも、「これは僕がやる」ということで、3つのトップ兼経営者に直接電話して、最初に医師、看護師、薬剤師メンバーをしっかりと固めました。

実際のコロナ往診です。コロナになってしまった高齢男性が入院しましたが、サチュレーションモニターで酸素を測りに来てくれる看護師にかみついても酸素が測れない。点滴もできないし、食事もしない。せん妄はどんどん悪くなり家に帰されます。これはコロナ以外でもよく経験されると思います。家に帰ってきた時に診に行くチームがあればいいということです。家であればいつもの環境ですので結構採血もさせてくれるし、話も聞いてくれます。こんな人はいっぱいいます。

また、下は2カ月の子どもから上は93歳までいるご家庭で、3歳の子どもがコロナになった時、その子だけホテルに入れることはできない。逆に、お母さんがコロナになった時、3歳の子どもを家に残してお母さんだけホテルに入るかというところできない。結局自宅で待っている間に、家族全員感染してそこから動けなくなるというパターンもあります。これは特に第5波で多かったですが、全疾患、全年齢を対象にすると途中から変更したので、こういった事例にも対応できました。結果、皆さんリカバーできました。

重度の知的障害のお子さんがある家族はホテルに行けないし、入院もできません。いつもお母さんがずっと見ているということ自体が社会的問題だと思いますが、家で療養するしかないの、そういったところにも行きました。

こうしたことはパッションでしかできません。誰かがしないといけないという熱い気持ちでやる。少なくとも自分達が動いたら、その背中は見せられます。今続かないといつ続くのかという思考になって、京都全域で様々なメンバーが協力してくれました。

法人を超えた連携

まずMKタクシーというタクシー会社です。僕達は結構重装備で動きます。段ボール5箱とか6箱を持って移動するのですが、コスト度外視ということで社長以下皆さんが協力してくれて、ドライバーへの感染防御対策が取られた専門特殊車両の内装を共同開発しました。この車の中が会議室にもなって、中でカルテを打ったり、次の訪問先の診療方針を決めたりということもできました。

在宅酸素の業者には、協力してほしい、横並びで一緒にやろうということで声をかけ、京都ではフクダライフテックというところが協力してくれました。全体の30%以上が酸素を供給しますが、要請から数時間以内、早ければ30分以内で持ってきてくれます。あらかじめ酸素供給会社のメンバーと意識を共有しておいて、メンタル面でつながっておくことを意識しています。

栄養士も家まで行ける時代になっていますので、それまでの多職種連携をそのまま移行しました。家まで行かなくても、オンラインで介入してもらえます。コロナと分かった瞬間、1週間か2週間分の食事が届くのですが、ご高齢の方はそれをどう食べ

ていいかわからないことが結構あるので、そういったところにも介入してもらいます。

歯科医の役割も重要です。コロナではたくさんの方がご飯を食べられなくなります。それで脱水になって、余計全身状態が悪くなって、さらに食欲不振が進み衰弱するという状態がすごく多いです。口腔ケアは歯科医師会の協力が得られました。かなり状態が悪い方もいたのですが、歯科医が介入して口の中をケアしたところ、食べられるようになりました。もしかすると全身状態がよくなったタイミングと合ったのかもしれないですけれども、少なくとも一定の効果が得られたので、必要な症例に関しては口腔ケアに入ってもらうようにしました。

医療と介護の連携も大切です。寝たきりで褥瘡ができ始めた時、通常であれば、ケアマネジャーを通じて福祉介護業者にエアマットを用意してもらうのですが、コロナ環境下では持っていく人がいません。福祉介護用品協会の代表理事に連絡を取ったところ、エアマットどころかポータブルトイレとかいろいろ貸していただきました。それを僕達が持って行きました。医療と介護の連携でリカバリーにつながったという経験もしています。

言語聴覚士、理学療法士、作業療法士との連携です。特に理学療法士がなるべく早く介入したほうがいい症例を選んで、呼吸器リハをやってもらっていて、コロナは治ったけれども酸素吸入器から外れられなくなったというアフターコロナの後遺症に多少なりとも寄与できています。

最初は一つのクリニックだけでスタートしましたが、いろんなクリニックが声を上げてくれました。最初は、「先生、何でそんなことやるの」とか「そんなことやって何かいいことあるの」とか言われましたけれども、最終的には「どうやってやるの」という質問が多くなってきて、とにかく超法人、超組織連携の重層化ということで、男も女も老いも若きも関係なく、災害の時に人命救助に動けるメンバーということで進化してきました。



結果分析



医学は科学ですので、自分達がやったことが本当によかったのかという解析もハイレベルで行いました。

各ドクターの力量に任せてやるのではなくて、パイロットスタディの診療フローをつくりました。全身状態の確認から、D-dimerをどう使うか、抗ウイルス薬をどう使っていくかなど、フローをつくってなるべく再現性が高い状態にしました。在宅ケアアライアンスという在宅医療のトップの組織が出したCOVID-19の診療フローには、KISA2隊のデータがそのまま反映されています。初期バージョンに関しては、フルオープンで出しました。

結果的にどうだったか。これから患者さんはまだまだ出ると思いますし、亡くなった方も悲しい思いをされた方もたくさんいらっしゃいますので、全然胸を張って言える内容ではないです。しかし、これだけのチームを組んでやれば、単日の自宅管理患者は最大30人、正確には1日最大37人管理

できました。京都府全域の当時のコロナ病床は300床でしたので、京都府全域のコロナ病床の10%を確保できたことはとんでもないインパクトです。

中央値平均では、患者へ24時間以内にアウトリーチできました。介入期間は、顔だけ見て1日で終わりとか、何カ月も診るといってもなく、隔離解除基準と同等の10日間の介入でいけました。増悪要因の多い高齢者もフルカバーできました。最年長は93歳でした。

令和3年の2月4日～11月23日のトータルの訪問件数は、KISA2隊全体としては3,388回でした。他の都道府県から驚かれるぐらい驚異的な数値ですが、構想が早かったのと動き出しが早かったということであって、数は問題ではありません。どれだけ救えたか、どれだけ人のためになったかというのが一番の問題になります。

行政からの依頼に関しては、今のところ100%受け入れられています。行政を通して本当に必要なところをピックアップしてもらっているのも、そういった意味で100%です。

京都のKISA2隊介入症例に関しては、自宅死亡ゼロで推移しています。第3波、第4波、第5波まで、もちろん亡くなりそうな方もいらっしゃいましたが、家でしっかり診ることで、病院の逼迫度も下げられます。これが真の病診連携だと思っていて、家で診られるものは自分達の責任で診て、どうしても入院が必要な方を選別して送る。ハイグレードに医師と医師が連携することで、結果的に自宅死亡をゼロに抑えられました。

多職種連携が不可欠

具体的に進めるには多職種連携しかないと考えています。もともとの在宅医療や地域包括ケアの考え方と一緒にです。ドクターだけではなかなかうまくいきません。様々な職種のメンバーと肩を組んでやっていく必要があります。このチームの考え方をさらに2ギアぐらい上げて、このチームを、メディアとか市、府、知事、市長、医師会、学会、保健所などと合わせる。コロナは地域をまたいだ災害ですし、とにかく全員でやっていくしかない。多職種連携チームが入って、さらに一つの輪としてチームをつくるという構想です。各都道府県に介入するすべての組織やスタッフとの信頼できるチームづくりが重要です。

また、日本にはいろいろな地域がありますので、京都のKISA2隊の形が全部に適用できるわけではありません。京都ではうまくいったけれども、大阪ではまた違うスタイルが必要になります。各地域に広がることで我が国を守る政策の一つになるのではないかという思いで取り組んでいます。

これは絵空事で到底無理な話なのか。実は大阪では広がってきています。大阪KISA2隊は、最初は孤軍奮闘だったのですが、それが広がっています。こういった動きに対してコミットしてくれるのは、やはり若手のメンバーが多いです。たくさん勉強しているし、真摯に医療のことを考えている。次の世代がどういう動きをしていかなければいけないかということも考えてメンバーがどんどん集まってきました。とにか

く民間と行政がタイアップしてやっていこうということが大切です。

大阪の状況

では、大阪はどうかということ、大阪府医師会も動いています。KISA2隊の「K」は今KANSAIになっています。ほとんど毎日、テレビや新聞に出られていると思いますが、若手のニューフェース葛西医院の小林正宜先生を中心として、大阪は6クリニックがチームを組んでいます。外来も往診もしているクリニックですが、若手主体で全員医師会員です。バックアップとして、旭区の奥内科・循環器科の奥知久先生が入っていますし、プラスして、長野県の諏訪中央病院から定期的に後期研修医がヘルプに来てくれています。公益財団法人風立つライオン基金もバックアップに入ってくれています。さだまさしさんがサインをしてくれていますけれども、京都以上に大阪のメンバーが肩を組みながら熱い思いを受け取って、さらに拡大しています。

吉村洋文知事と茂松茂人会長が協力体制を強めたというニュースが出ました。実はこの背後にあるのがKISA2隊の動きです。2トップだけが頑張っているわけではなくて、この後ろには若手のメンバーがこうした思いを酌み取って動いているということで、非常に熱いストーリーになっております。みんなで服をつくり、若手のメンバーが、自分達も立ち上がらないといけないということで協力しています。(図6)

コロナの環境下ではネガティブなニュー

スが多いので、こういうポジティブなニュースはメディアも味方になってくれます。メディアの協力も得て、さらに良い方向に持っていくということです。一番うれしかったのは、クリニックの近くに住む小学校2年生の女の子がこういったものを書いてポストに入れてくれたことです。涙が出る

ほどうれしいです。コロナ往診をやると風評被害があるかもしれません。しかし、実際に僕達が受け取ったのは住民の子ども達からの感謝の熱いお手紙でした。やって悪かったことはないと信じております。(図7)

(図6)

KANSAI intensive area care unit for SARS cov2対策部隊
(KISA2隊通称きさつたい大阪)



- [カバーエリア半径16km]
- ・葛西医院 (生野区)
- [カバーエリア半径5 km]
- ・みなとクリニック (北区)
- ・ひなた内科在宅クリニック (鶴見区)
- ・寺内クリニック (中央区)
- ・西平診療所 (大正区)
- [バックアップ 電腦KISA2隊]
- ・奥内科・循環器科 (旭区)



(図7)



内容の拡充

大きめのフィールドで見ると、関西KISA2隊といってもカバーできていないフィールドは多いです。KISA2隊以外の地域の病院、開業の先生方もオンラインも含めてたくさんやっていただいていますので、これがコロナ対策、在宅療養のすべてではありませんが、少なくとも第6波が来るといふシナリオで、兵庫、滋賀の辺りでもやりたいという先生方もいます。今後オープンスキームでもっと広げて、関西一円で活動できるよう、今水面下で動いています。

また、京都では産婦人科の先生方と共同して、コロナ陽性となった妊婦に対してのサポートプログラムも論じています。このきっかけもニュースですが、コロナ陽性に

なったお母さんの出産を受け入れるところがなくて、自宅で出産した子どもが命を落としたということがありました。大人達の問題を子どもの命で償うことだけは絶対防がないといけません。このニュースが出た次の日には、産婦人科のメンバーと連携を取って、コロナで自宅療養中の妊婦さんに対しての往診にも対応しました。応用がきくというか、連携と連帯、みんなで気持ちよく肩を組んでやっていこうという動きは、その地域にプラスの効果を生んでいくことになります。

KISA2隊のコロナ往診チームの実際の感染防御スキームの情報発信に関しては、公式アカウントをつくっています。これは医療業界以外のところが無償でやってくれたのですが、QRコードを読み込んだらLINEの公式アカウントが出てきます。そこには定期的に情報を流しています。N95マスクや防護服の装着とか、患者さんの家でごみの処分法、そういったものもオープンスキームで出していくようにしていますので、活用していただいたらいいかなと思っています。(図8)

(図8)



KISA2隊（コロナ往診チーム）の感染防御スキーム情報発信
〈LINE公式アカウント〉

とにかく多職種連携

これは災害なので、強大な力を持つどこかの部署の誰かだけがやっても何も変わらなくて、みんなでやっていくしかありません。この連携の輪をどのようにリンクしていくかということが重要です。そして、もう一つフェーズを上げて、いろんなところとさらに連携することが大切だと思います。

超法人、超組織、超多職種、超地域、これは我が国全体の問題であり、世界の問題でもあります。自分達のところは人が足りないので無理ですねとか、自分達の行政長はなかなか話を聞いてくれないから無理ですねとか、多くの問題は共通です。人やモノは足りないし、気持ちはギスギスしてしまう。それも全部同じだと思います。しかし、時代と時代の間を突破していくためには、情熱を持ってみんなでやっていくしかありません。

コロナ環境下だからではなくて、ずっとこういう主張をしています。今日も同じことを言っているだけです。コロナ環境下は本来ウイルスと人類の戦いです。とにかく悪いのはウイルスで、人類側とウイルス側の戦いなのに、特に我が国では、いつの間にか人類と人類の戦いになっています。どこの組織が悪いとか、誰々が悪いとか、うちにはこういうのがないとか。なぜか人と人との戦いになっていきます。だからこそ、そうならないように、みんなで肩を組んで、手をつないでやっていきましょうということを申し上げるのです。

ウイルスはとても怖いし、とっととやっつけたい。でも、たった1点、彼らを見習わなければならないと思うのは、彼らは肩を組んで、お互い触発し合って、株すら変えて、どうやって人類に取りつこうか、どうやって感染力を上げようか、みんなで相談しながら仲よく攻めてきているところです。防御側の僕らの方も、そこの1点に関しては参考にして、みんなで一緒にやっていく必要があると強く思います。

また、時代の波の分岐点の話をする、このコロナ禍は、世界でも我が国でも戦後最大の災害になります。そして、10年後、20年後、さらにその次の世代、今、小学校とか幼稚園の子ども達が、この時代に生きてこの日本に住んでいる僕達がどのようにこの難局と向き合ったのかを知る日が必ず来ます。このコロナ環境下は非常に困難な時代ですし、たくさんの方が亡くなっています。僕達がどう闘ったのかということ、次の世代の目を見て、胸を張って語れるようにしたいと思っています。

(文責：広報委員会)