

新聞記事で見る各地での奮闘

2020年1月、国内で初めての新型コロナウイルス感染症患者が確認され、感染の「波」が到来するたびに医療は逼迫した。検査を拡大せず、有効な感染対策、十分な医療提供体制を確保しないままに引き起こされた感染爆発と医療逼迫は、「人災」といっても過言ではない。第1波から第5波まで、医療現場での奮闘を全国保険医新聞の記事で振り返る。

第1波。新型コロナウイルスの全容も見えない中、医療現場では院内感染防止と通常診療継続の両立が困難となった。感染防護具も不足し、医療従事者は極度の緊張状態が続いた。

防護具不足、ポリ袋で代用

長崎協会 本田孝也

4月に新型コロナウイルス感染症は全国で



ポリ袋をかぶり、車の窓越しに診察

急速に拡大し、長崎でも4例目の新規感染者が発生した。住民の緊張感は一気に高まり、噂が噂を呼び、外来から患者が遠のいた。

それでも具合が悪い患者は外来を受診する。「熱のある方は院内に入らず、お電話ください」と張り紙をしてもなかなか徹底できない。張り紙を増やし、入り口を見張って発熱者は院内ではなく駐車場の車の中で診察することにした。

ところが個人用防護具が足りない。マスクは何とか在庫があったものの、防護服はおろかフェイスガードもない。業者に問い合わせても全く入荷の目途がたたないという返事。困った。そんな時に目にとまったのは東京で開業する友人医師のフェイスブックだった。

ごみ袋用の透明ポリ袋をすっぽりかぶった友人の写真をみて、これだ！と膝を打った。さっそく近くの百貨店で45リットルサイズのポリ袋を購入した。かぶってみると中々調子がよい。上半身から腰まですっぽり覆われるので防護性が高い。数分なら息も大丈夫である。息で曇るのが難点だが、診察するには問題ない。一緒に購入した使い捨ての家庭用のロング手袋は肘の上まで覆ってくれて使

い勝手がよい。

念のために専門家にも相談した。「車の窓越しに診察するのであれば、防護性は十分であろう。ただし、手袋、ポリ袋を脱ぐときに白衣を汚染しないように注意が必要である」との意見をもらった。個人用防護具の供給体制が回復するまで、もう少し、ポリ袋で頑張りたい。(全国保険医新聞2020年6月5日号より)

口腔ケア放置で重症化懸念

大阪歯科協会 小澤 力

当院では従来から、外来でも訪問診療でも、歯科治療に入る前に歯科医師、歯科衛生士によるプロフェッショナルケア、義歯の消毒を行ってきました。それが歯科治療時の感染予防手段の1つと考えているからです。

厚労省の通知等を受け新型コロナへの対応をスタッフと話し合った時、25歳になる衛生士が「今までだってウイルスや細菌感染については、学校でも、現場でもその前提でやってきたじゃないですか」と言ってくれたことが、私や他のスタッフにとって大きな力になりました。受付スタッフも『「不要不急」の歯科治療なんてない。必要やから、ちゃんと来いやと言って予約してもらうのに」と怒り出しました。

結果当院では、「うつらない、うつさない」を合言葉に、リスクへの対応はお互いに知恵を出しあって、今まで通り診療をすることにしました。ただ、協会のアンケートでは、診療を手控える先生と従来通り診療する先生の数は半々で、医院の方針が真っ二つに分かれています。当院も含め、同じなのは、患者さんの減少や、衛生材料がいつ不足するか、収入がどうなっていくのか、この予防体制(果てしない重装備化)に耐えていけるのか等、



感染予防に留意しながら診療を継続

心が休まるいとまがないということです。第2波、第3波にどう対応していくべきかも含め課題は尽きません。

「木を見て森を見ず」という諺がありますが、新型コロナウイルスだけに目を奪われて、放置することで発生したり重症化する口腔疾患や、全身疾患への悪影響をしっかりと見据えて、今は日々の診療を行なっていこうと決意しています。

政府に一言。「自粛を決めたのはあなた。だから責任もあなた」はやめて下さい。これ以上「社会」を壊さないで下さい。

“There really is such a thing as society”(確かに社会なるものは存在するのです)

(全国保険医新聞2020年6月5日号より)

新型コロナウイルス感染症患者受け入れの最前線となった各地の病院は、防護具不足や通常診療の患者減などの困難に直面しながら、診療に奮闘した。ところが、大幅な赤字を抱えるなど、医療提供が危ぶまれる事態も。

1カ月で1億円超える損失

同仁会耳原総合病院病院長・大阪協会 奥村伸二

当院は大阪府にある病床数386床の急性期病院です。新型コロナウイルス感染症の対応は、大規模な自然災害の対応に匹敵する活動になりました。

新型コロナ対応で最初に問題になったのが、マスクやエプロンなどPPE（個人用防護具）の不足でした。まったく供給が追いつかず、本来使い捨てのものを洗って使い続ける、ゴミ袋で職員が代用品を作るなど通常なら考えられないようなことがいまも続いています。

外来対応から始まり、その後、疑似症の入院対応が増えてからは、院内感染予防のため疑似症患者を一つの病棟に集約しました。これにより4人部屋では閉鎖ベッドが大量に生じました。また、当該病棟で空床があっても他疾患の患者は入れられないため、その空床も含めて大きな損失を生みます。

コロナ対応のための外来縮小や健診・ドックの中止の影響も合わせると月1億円を超える損失を生みました。

大阪府は5月下旬から流行の第1波は収束しつつありますが、第2波、第3波があると



病院入口で全ての来院者に検温と問診を実施

言われており、新型コロナの対応は年単位になります。しかし、長く続く診療報酬抑制政策のもとで、病院経営は余裕のないところが少なくありません。当院も同様で、4月～5月のような患者減が年単位で続けば資金繰りに支障を来しかねません。

第1波において日本で医療崩壊が生じなかったのは、感染症指定医療機関だけでなく、多くの医療機関がそれぞれ外来の受入れ、疑似症の受入れ、陽性受入れで役割を分担して担い、奮闘したからこそ、です。それを国は評価し、設備補助金や診療報酬前払いだけでなく、抜本的な経営支援をしてほしいと思います。同時に、医療・社会保障抑制政策を転換する契機にしなければいけないと思います。（全国保険医新聞2020年6月15日号より）

救急が逼迫、経営的にも困難に

健和会大手町病院病院長・福岡協会 吉野興一郎

北九州市は新型コロナウイルス感染症（COVID-19）「第2波」の真只中にあります。医療機関は多い地域ですが、2～3次救急を担う6病院（2020年6月4日現在）がクラスター発生等で救急外来の診療制限中で、市内の救急医療は逼迫しています。COVID患者のみならず通常救急患者の受け入れも一部は市外に求めざるを得ない状況です。

当院は499床の地域医療支援病院です。「断らない医療」を旗印に市内の救急の約14%を担っており、COVID流行期中でも発熱を含む救急患者を分け隔てなく受け入れています。急性期の1病棟を半分（約30床）閉鎖して個室6床を用意、COVID疑い対応病床として看護体制を強化して運用、PCR検査陽性患者は市内の公的病院を中心としたCOVID病床に転



コロナ患者などの受け入れに奮闘してきた吉野医師

院としています。職員の肉体的・精神的負担、感染対策の人的・物的費用は大きく、病棟一部閉鎖で病床稼働率が低下しているため経営的にも厳しい状況です。

診療報酬上の支援はCOVID疑い患者にはほとんどありません。このままでは経営的要因による医療崩壊を招きかねません。最前線で奮闘している医療者・医療機関を守るため、財政支援を抜本的に強化する必要があります。

今後も感染の波が繰り返し発生する可能性があります。対策が長期間に及ぶことを想定して、地域ごとに行政と各医療機関の連携体制を見直し、COVID患者と疑い患者、通常の救急患者に対応する体制の整備が必要と思います。（全国保険医新聞2020年6月15日号より）

通常の対策さらに強化

宮城協会 杉目博厚

コロナ禍の中、歯科は患者の受診抑制により甚大な経営危機に陥っている。国民の外出自粛による受診控えもあるが、科学的根拠のない厚労省通知や誤ったマスコミ報道も大きな影響を与えた。

そもそも歯科はCOVID-19以前からさまざまな感染症と対峙しながら診療を行ってきた。歯科におけるスタンダードプリコーション(標準予防策)は徹底されている。これに加え換気を行い、COVID-19用問診票・受付パーテーション・フェイスシールド等を用いさらに対策を強化している。結果、歯科診療によるCOVID-19の感染者はいまだ一人も確認されていない。この点を国民に周知することは必須である。

さらに、「歯科医療はウイルスと闘うために必要な医療」であることを訴えていく必要がある。

インフルエンザ予防に関して、口腔ケアが重要であるということは既に知られている。

歯周病菌が出すタンパク分解酵素(プロテアーゼ)がウイルスの細胞への侵入を促進させる。SARS-CoV(SARSコロナウイルス)もプロテアーゼ依存性を持ち活性化することが論文で発表されている。またウイルス感染への有効な対策は体の免疫力を低下させないことである。腸内細菌のバランスは全身の免疫に密接に関わるが、口腔内の細菌は腸内細菌のバランスを乱し、免疫力を低下させる。

このような点からも「歯科医療はウイルスと闘うために必要な医療」なのである。

このことを多くの国民に発信すると共に、我々自身がCOVID-19の終息に必要な不可欠な医療を担っているという気概を持って前へ進むことが必要であると考える。

(全国保険医新聞2020年7月15日号より)

消毒液が1カ月届かず

神奈川協会 田辺由紀夫

眼科では有効な薬剤のないウイルス性結膜

炎が存在するので、感染症対策といってもあまり特別なことはしていない。元々多くの眼科医がしているように、患者さん一人ひとりについて手指の消毒または手洗いは励行している。以前よりもこまめに行うようになったのは手すりや椅子の清拭とマスク着用くらいである。

職員には、毎日の検温を指示したが、発熱で眼科を受診する患者はまずいないので、患者への検温は実施せず、入口に注意喚起のポスターを貼り、密回避で待合室内の人数制限を行っている。診察に使用する細隙灯顕微鏡では医師・患者間が35cmほどとなるので、透明のシールドを設置する施設もあるが、当院では行っていない。

マスクや衛生材料の不足が問題となっているが、消毒用エタノールが注文して1カ月届かなかったのには、一番困った。幸い蓄えがあったので何とか間に合った。

マスクについては神奈川協会や横浜市などからの配給があり、現在は充足している。

また、テナントとして入居しているビルの関係で商店会に入っており、そこからマスクの他、手指用消毒剤の配給があり、会費を



通常時からの感染症対策を徹底している田辺医師

払っているメリットを実感した。

政府の緊急事態宣言が出てからは、高齢者を中心に受診控えが起こり、4・5月は前年同月比で約3割の収入減となったが、種々の調査を見た限りでは当院はマシな方だ。

宣言解除後は患者さんも戻ってきており、その威力を感じる。だからこそ、政府の施策を注視することが必要だ。

(全国保険医新聞2020年7月15日号より)

PCR検査の敷居高く

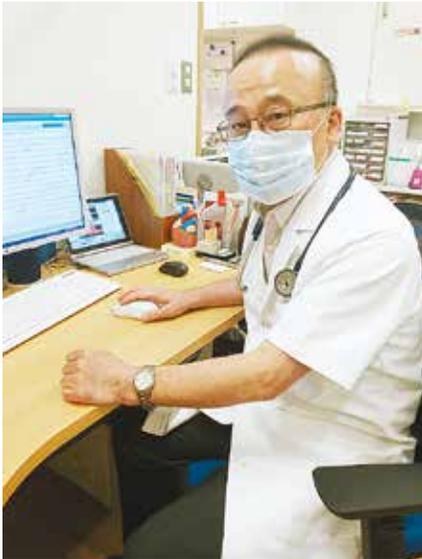
愛知協会 浅海嘉夫

新型コロナ緊急事態宣言が全国に拡大された4月中旬。多くの患者が発熱で心配しつつ、受診を躊躇したりPCR検査を望んだりしてさまよい、最前線の現場医療機関も翻弄される日々を送っていた。

医療資材の不足はもちろんだが、とにかくPCR検査への敷居の高いこと。患者が電話すると、「かかりつけ医に受診するように」との一边倒だが、ことは簡単ではない。

一例だが、長引く高熱、全身倦怠感、高度肝障害の高校生であった。相談センターに電話を入れると、確かにPCR検査への手配はしてくれた。しかし入院も含めた精査の依頼を持ちかけると、「PCR検査対応しかしていない。先生の方から直接高次医療機関に相談してほしい」となった。やむなく名古屋屈指の病院いくつかに連絡したが、「発熱者は診ない」「PCR検査予定者は診ない」との返事で八方ふさがり。もちろん現場が大変なことはわかるが、これでは発熱すると重症患者は行き場がない。

何とか保健センターに談判し、PCR検査のできる郊外中核病院の感染責任者と話すこと



PCR検査拡充が焦眉の課題とする浅海医師

ができた(本当はどこでPCR検査をするかは教えないのだが)。同病院の感染責任者と上司の英断で、熱はあるものの濃厚接触が否定的なので、PCR検査とともに高熱、肝障害の精査もしていただいた。結局その日の午後はこの対応だけで終わってしまった。こんなことが何度か続き、地域医療体制の崩壊をいやでも思い知らされた。

今でこそ基幹病院は発熱患者受け入れに余裕はあるが、抜本的な医療体制の増強、保健センター・PCR検査拡充は焦眉の課題である。人が生きていくために必要なものは、自己責任論ではなんら解決できない。

(全国保険医新聞2020年7月15日号より)

緩和ケア病棟の苦悩

香川協会 蓮井宏樹

新型コロナウイルスは医療現場にさまざまな影響を及ぼしているが、末期がん患者が穏やかな死を迎えるために終末期を過ごすホスピ

ス緩和ケア病棟にも大きな影を落としている。

院内感染防止のための手段として家族との面会制限を行わざるを得ないことで、本来のホスピス緩和ケアを行えない事態が生じている。

緩和ケアは、「生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者・家族のQOLを、(中略)、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチ」と定義され、「患者・家族を中心としたケア」が重要である。つまり患者だけではなく家族も対象に含めて、そして家族とともに行うケアである。「限りある残された時間をいっしょに過ごしたい」「そばにいて少しでも寂しさや辛さを分かってあげたい」という思い、大切な人とのつながりが新型コロナによって断たれている。

ほとんどの緩和ケア病棟で、家族の写真やメッセージカードを病室内に掲示、ノートでのやり取り、スマートフォンやタブレットを活用したオンライン面会、看取りまでの期間によって面会の基準を調整する等の取り組みがされているが、決して十分な満足が得られるものではない。在宅での療養を実現するための支援を行っていくことも一つの方法、役割である。



本来の緩和ケアができず苦悩する蓮井医師

当院での事例として、山間部に夫、子どもと暮らす40歳代の患者が、倦怠感と疼痛を訴えて緩和ケア外来初診当日に緩和ケア病棟入院となった。症状がある程度緩和され、病院の感染予防対策のため付き添い・面会がままならないことから在宅での療養を希望された。

幸い患家の近隣の（と言っても結構距離はあるが）病院が最近訪問診療を開始したとの情報を得て、合同カンファレンスを持ち退院。最後は病院での看取りとなったが、直前まで訪問診療、訪問看護を利用して10日あまりを自宅で家族とともに過ごすことができた。

新型コロナの感染は長期化し、根気強い備えが必要になる。感染予防と患者・家族の思いに寄り添うこととの両立という課題にどう向き合っていくか、苦悩はまだまだ続きそうである。（全国保険医新聞2020年9月25日号より）

第3波が流行する中、地域の医療機関が発熱患者の診療・検査を担う発熱外来がスタートした。発熱外来を設置した医療機関は日常医療との両立に困難を抱えながら試行錯誤を続けた。

発熱外来開設までの苦労

永田内科・岐阜協会 永田正和

岐阜県では、2020年10月5日より発熱・検査外来が始まり、各開業医でもPCR検査や抗原検査が実施できるようになりました。しかし、詳細の通達が突然であり、届出期限までの時間が短く大混乱を招きました。当院では、説明会の時に保健所からできるだけ長時間対応してほしいと依頼され、対応時間を通常の診察時間と同じ時間帯で届出しました。

ところが、国が示したQ&Aで、通常患者と



カルテ用倉庫に換気扇、エアコンを設置(上)、発熱外来の診療室を確保(下)。費用は約50万円

発熱患者は場所だけでなく、時間帯も分けなければならないことを知り、急遽時間帯を午前11時半から12時、午後6時半から7時と診察終了30分前としました。

強風でテント崩壊

動線を分ける必要性から、当初は庭にキャンプ用テントを建て、そこで検査する予定でしたが、強風でテントが倒れてしまい、建物の裏口にあるカルテ用の倉庫に急遽、内外入れ替え式の換気扇とエアコンを付けて診察室としました。

時間外も患者来院

しかし、いくら動線を分け検査時間を入りに掲示しても、発熱患者さんはかまわず受付にきます。一度帰宅してもらおうか、別室に移ってもらうよう大慌てで対応しています。

発熱患者は1日に何人もくるので、空床補償概念に基づいた補助制度では補助金はもらえないのではと毎日不安にされています。診療実績に見合う診療報酬や補助金制度とな

るよう早急な改善を求めています。100万円の感染症対策補助金では到底足りません。

(全国保険医新聞2020年12月5日号より)

院内にコロナを入れない

京都山城総合医療センター感染管理認定看護師 藤井美奈子

当院は京都府南部、木津川市にある321床(感染病床10床)の地域中核病院で、発熱外来受診者は2020年10月31日現在で645人です。

発熱外来開設当初は、場所がなく感染病棟を緊急避難的に発熱外来としました。4月は感染病棟への入院患者受け入れに伴い発熱外来を院外プレハブ倉庫に移設しました。しかし、患者が増加し、待合室や診察場所の確保が困難となりました。症状の重い患者はPCR検査と鑑別診断が必要です。自家用車で待機してもらい、院内検査室等と時間調整を行い一般患者との接触を避けました。徒歩やバイク、直接来院患者の待合場所として災害テントを設営しました。

住民から苦情も

5月、6月は政府の自粛政策もあり発熱外来患者は少し減少しました。オレンジ色の災



オレンジ色の災害テント



院外プレハブの発熱外来

害テントは目立ち「山城アラート」と言われ、一部住民から「駅前で怖いことしないで」と苦情が寄せられ、テントを撤去し、救急車両の待合場所にしました。病院入口は有熱者確認のため正面のみに制限し、すべての来院者に手動で検温を実施しました。

7月に病院入口の一つの通路を入口、出口と分け、入口側にサーモカメラを設置。熱があれば院外の救急車両で対応し、一般患者に接触しないようにしました。コロナ問診票は当院オリジナルで14の質問を点数化。5点以上が発熱外来対象者になります。厳しい点数配分ですが発熱外来対象者を決めるツールとして威力を発揮しています。

8月は患者数が徐々に増え、プレハブ倉庫前の狭い駐車場では対応不能となり、病院正面の駐車場5台分を使い、ドライブスルー式の発熱外来を設置しました。

炎天下で灼熱外来

問診、バイタル測定、検体採取、保険証確認、会計と一人の患者に時間を要しました。駐車場は屋外で、真夏の炎天下での作業は過酷を極め、「灼熱外来」と呼ばれました。

現在は、元のプレハブ倉庫で発熱外来を实



自家用車で検査結果を待機

施しています。改善点は13時～16時の予約制で保健所、開業医、発熱相談患者の検査のみ対応しています。事前カルテの作成、医療費後払い、ドライブスルーで15分に3件までと滞在時間を短くしました。9月に迅速抗原検査15分、PCR検査は1時間で結果が出る機器を導入し、患者への対応が短時間でできるようになりました。新型コロナとインフルエンザの同時流行も懸念される中、発熱外来は、感染症から一般患者を守る^{とりで}と自負しています。「病院内にコロナは入れない」を合言葉に職員一丸となり感染対策に取り組んでいます。（全国保険医新聞2020年12月5日号より）

第4波、大阪府では感染者数が1000人を超える日が続き、救急搬送も長時間待機する事態が多発。病床確保が追いつかず入院調整がつかない在宅患者が急増した。

変異株で医療崩壊—病床逼迫で入院調整困難に

大阪市民連会長 大島民旗

吉村大阪府知事が1週間前倒しで2021年

2月28日に2回目の緊急事態宣言を解除して以降、大阪の新型コロナウイルス感染者数は過去最悪のペースで増加しました。特に今回の流行は変異株の影響もあって重症者が急増しており、4月25日時点で確保病床288床に対して重症者は362人(125.7%)と多くの入院待機者がいます。

重症患者も転送困難

民医連に加盟している大阪府内の4病院の状況をお伝えします。耳原総合病院では重点医療機関として疑似症用2床を含む5床を届出していますが、この間これを上回る受け入れの状況が発生しており、4月14日現在、陽性患者5人、疑似症患者6人が入院しています。うち1人の患者さんは重症化して人工呼吸管理を行っており、体外式膜型人工肺(ECMO)も想定した対応を府フォローアップセンターに相談しましたが転送困難な状況となっています。

西淀病院ではコロナ受け入れ病床1床に対して3人が入院し、うち1人は人工呼吸管理が必要な重症患者ですが、まだ転院のめどがたっていません。発熱外来は1日12～20枠



入院できない中等症患者に往診を行う東大阪生協病院の橘田院長



防護具着用を徹底。費用は医療機関の持ち出しとなる

ですが、連日その枠を超える患者数に対応しており、PCR陽性率も20%以上に上がってきています。

発熱患者が連日押し寄せる

コープおおさか病院では、連日発熱などの患者さんが押し寄せ、コロナ陽性者もこれまでにない勢いで確認されております。コロナ受入医療機関ではありませんが、近くの救急隊からコロナ陽性患者の受入要請がある状況です。

東大阪生協病院は、発熱外来で3月の陽性率10%から4月は21%と急増しており、診断した中等症患者の転送先がなかなか見つからず、動線を分けられない小規模病院であるにもかかわらず、保健所からは当院への入院を強く要請されました。同病院では、「救える命を救う」を方針に掲げ、防護具の着用を徹底し、入院待機の中症などの在宅患者に往診を実施。費用は医療機関がすべて持ち出し

となります。

1日20人死亡も

患者を適切な治療の場で治療できない状態が大阪中で発生しており、すでに「医療崩壊」を起こしています。吉村知事が緊急事態宣言の要請の判断を4月19日まで遅らせたことは、感染者のピークアウトを遅らせることでしかありませんでした。大阪府のコロナ患者の死亡率は2%で、1日1000人の感染者が発生することは、のちに1日20人の命が奪われることを意味していますが、治療可能なベッドがなければ、死亡率は比較にならないほど上昇します。

私たちは吉村知事と松井大阪市長に対し、早急に緊急事態宣言を発出し、昼夜を問わない会食の自粛、マスクなしでの会話の禁止と人の密集を避けるために、従来以上の総合的な対策などを要望してきました。

一般医療が大きく制限され救急患者の受け入れも困難な状況です。国や自治体には危機に対峙する医療現場に対し、財政面も含めあらゆる支援策を講じてもらいたいです。

(全国保険医新聞2021年5月5・15日号より)

第5波では、多くの開業医が急増する自宅療養患者の治療に奔走した。

自助で自宅療養は限界

愛知協会 早川純午

当院は、名古屋南部工業地帯に近接し、市内でも高齢化率・生活保護受給者の比率も高い地域で在宅支援診療を行っている。自宅療養中の2件を所管の保健センターからの依頼を受け往診した。

1例目—第4波の5月中旬。当院がかかり



自宅療養の限界を訴える早川医師

つけ医である90歳代の女性患者で、孫より感染し、本人を含む4人が家族内感染した。認知症が進行、生活困難となり発症3日前にワクチン接種を受けた。

高熱・SpO₂低下で発症。すぐに入院できず2日目に往診を依頼された。自宅は2LKの市営住宅で以前から整理整頓できず、窓を開けることも困難な状態だった。

保健センターより今後の訪問診療・看取りも要請された。電話再診で状態は悪化、入院をすすめ、看取りを条件に3日目に入院できたが、16日目に亡くなられた。

2例目一第5波の8月中旬。50代男性の

事例。同僚から感染し、その後高熱で当院発熱外来を受診し、PCR陽性にて保健センターと相談し、自宅待機となった。家族全員陽性となった。

翌日、呼吸困難、SpO₂も90%前後、体動時に呼吸困難が強く、臥床状態を電話で確認の上、ステロイドを処方した。

5病日後、さらに酸素状態が悪化し、往診を依頼され、酸素濃縮器とともに自宅のマンションを訪問した。自宅は2LDKで、窓は開放しエアコンはつけてあるが暑い。また、室内の整理整頓はできておらずゴミの入った袋が散在していた。酸素濃縮器を設定、使用方法を説明し、ステロイドの内服継続を指示した。その後、電話再診で回復したことを確認した。

電話では生活環境がわからず、やはり実際に家の中を見ないとわからない。自助で自宅療養ができる環境は当院の周辺ではない。適切な療養環境・隔離ができなければ家族内クラスターは当然のように起こる。

入院できない状況では患者の年齢、ADL、認知面などによるトリアージが実際に求められるが、倫理的にも精神的にもつらい。

(全国保険医新聞2021年10月25日号より)