

技能修練と技術革新



広島市立広島市民病院 病院長

秀 道 広

中国武漢に史上最強の新型コロナウイルスが生じ、その名を SARS-CoV2、その感染症を COVID-19 と名付けられてからウイルスと人類の格闘が続いています。幸いわが国では令和3年8月をピークとする第5派を最後に感染拡大はなりを潜めています。この稿が人々の手に届くことにはオミクロン株の市中感染が防げない状態になっているかもしれません。

しかし、医学の進歩もめざましく、この2年間にウイルスのゲノム解読はもとより、感染防御法と次々開発される治療薬、そして普及が進んでいた世界規模のインターネット環境はまたたくまに Web 会議を日常のこととしてしまいました。2021（令和3）年は、県内主要病院はこぞって急速な COVID-19 の拡大に明け暮れた年となりました。当初 COVID-19 以外の高度救急医療の役割に専念することとしていた当院も、感染症対策の必要性和公的病院としての役割を嫌と言うほど思い知らされることとなりました。これから迎える新しい年を、私達はどうか捉え、いかにより良い年にすることができるのでしょうか？

COVID-19 患者を受け入れた施設は、呼吸器内科、救急、総合診療科等の医師、看護師を中心に対策チームを構成し、既存の病棟のゾーニングを行い感染専用病棟に振り替えて COVID-19 患者の診療に当たりました。なかなか患者受け入れ先が確保できないわが国の状況に対し、マスコミ報道では海

略歴

昭和59年(1984) 広島大学医学部卒業、広島大学皮膚科入局
 昭和63年(1988) 広島大学大学院卒業、米国NIH留学
 平成2年(1990) 英国St Thomas病院留学
 平成5年(1993) 尾道総合病院皮膚科
 平成8年(1996) 広島大学医学部（助手、講師）
 平成13年(2001) 広島大学医学部皮膚科教授
 令和3年(2021) 広島市民病院病院長

外で行われていたテントによる臨時の増床や PCR 検査の実施ができないことを非難する声も少なくありませんでした。ワクチン接種にもわが国は海外先進国に比べて初動が遅れました。しかし、結果的にわが国における COVID-19 による死亡率の低さは世界トップレベルで、ワクチン開始後の接種率は急速に上昇し、今やこちらも世界トップクラスとなりました。さらにここまで感染が長引き、かつワクチン接種率が高まっているにもかかわらず、国民のマスク装着や建物の出入りに際しての手指の消毒は極めて実直に励行されており、当初の対応と批判はともあれ、結果的にはわが国の新型コロナウイルス感染対策は世界有数と誇ることができると思います。

ただ、それはあくまで昨年までの対応の結果です。今年、あるいは近未来のより大きな感染症への対応は、甚だ心もとありません。行政的には、昨年第4波を迎えた段階で、各病院は感染のフェーズに併せて COVID-19 対応のために供出できるベッド数を報告しました。マスコミでは、広島県はフェーズ5に備えたベッド数が報道されましたが、他の主要病院同様、当院もフェーズ4の段階で先送

りできる診療はすべて先送りし、様々な努力、工夫を重ねて何とかギリギリピークを乗りきりました。その後、フェーズまでの各医療機関の COVID-19 患者収容人数は見直しとなりましたが、当初当院が報告した受け入れ患者数は通常診療を投げ出して初めて成り立つ極めて現実性の低いものでした。ある程度でもまともに COVID-19 患者へ対応しようとするなら、いくら強い要請を受けても現実的に受け入れられる患者数は打ち出の小槌の様には増やせられません。

今回私達が直面した COVID-19 対策の課題を表にまとめました。1の「技能」についての説明は不要と思います。2の「場所」は、移転準備などで空いたスペースや余裕のあるところは良いですが、病院の敷地に限りがある場合、既存の病室、病棟から削り取るしかありません。3の「人手」は恥ずかしながら管理する立場になって初めて認識することになりました。医師は何人でも患者を診ることができますが、看護師には保健診療で担当することができる患者数の上限が厳格に決め

られています。病棟にはかならず夜勤が必要ですが、一月あたり一人の看護師が担当できる夜勤回数も、いわゆる 36 協定と労働組合との取り決めで固い縛りがあります。少なくともわが国では、不眠不休などは無政府状態にでもならない限り絵に描いた餅で、そもそもそのような働き方で長く医療を提供できるはずがありません。厳重な PPE 装着のもとで担当する重症 COVID-19 肺炎患者の治療、看護の労働負荷は大きく、他の疾患よりも多くの人手がかかります。COVID-19 対策のため、例年のような臨床実習の乏しい新人ナースが当直を担当できるようになるまでには時間もかかります。4の「費用」は幸い国の休床補償と COVID-19 治療関連医薬品の提供により対処することができましたが、大きなジレンマは5の「通常診療の圧迫」です。人工呼吸器を必要とする COVID-19 患者に、今日、明日にも運ばれてくるであろう心筋梗塞や脳出血の患者を診るために確保されている限られた ICU のベッドと、他のスタッフでは代替できない専任看護師を振り当てて

表. 私達が直面した COVID-19 診療の課題

<p><u>1. 技能 (重症肺炎)</u> 医師、看護師であれば誰でも診られる訳ではない</p>
<p><u>2. 場所 (ゾーニング)</u> 新たな感染拡大防止のための隔離、広さ</p>
<p><u>3. 人手 (看護師)</u> 通常診療よりも多くのマンパワー (1:7 → 1:4、1:2) チーム編成 (混成) の難</p>
<p><u>4. 費用 (直接・減収)</u> 保険診療の壁 (ベッド数、看護師数、保険薬) →空床補償で対応</p>
<p><u>5. 通常診療の圧迫</u> 心筋梗塞、脳出血か? コロナか?</p>
<p><u>附. 非常事態を受け入れる国民の理解</u></p>

良いのか問われました。県内の COVID-19 患者受け入れ調整会議では、この問いに対する明確な答えはなく、結局現場でその都度判断することになりました。このような切迫した状態の中、概ね社会からは医療者に対する暖かな声援が送られました。が、心ないハラスメントに傷ついた職員、スタッフも存在します。

第5波までの対応で、私達は特殊な感染症患者を受け入れるための基本的診療技能、同一院内とはいえ普段共に仕事をしていない人達と、勝手を知らない部署で働く経験と慣れ、各科が通常診療のためのベッドを制限し、そのために予定手術枠が制限されるなかで診療の優先度をつけて危機に対応する経験を積みました。その経験は極めて貴重であり、県内の各病院が連携して患者を受け入れること、重症度、合併症の有無、妊産婦など、患者の状態により受け入れ病院を振り分けることなどについても体制ができました。現在、これまで先送りしていた診療が付けを返すように戻りつつあり、次回、同じレベルの感染が起きた場合は格段にスムーズな対応ができることと期待します。今後のオミクロン株の感染拡大は避けられないとしても、3回目のワク

チン実施と急ピッチで進む治療薬の開発は、おそらくこれまでの感染ピークを上回る重症患者の増加はもたらさないのではないかと思います。

ただ、今後我々が直面し得る感染症や災害が、これまでの社会的負荷のレベルに留まる保証はありません。もしかすると、次回はどうも少し努力と工夫をすることで、より多くの患者に対応できるかもしれません。しかし、それはいうなれば家計のやりくりにも似て、家族みんなが少しずつ節約し、これまで蓄えてきた貯金を切り崩したり、借金したりして危機を乗り切る努力の域を超えません。今回、ワクチンの普及は確実に重症例を減らしましたが、より大きな新たな感染災害に対応するには、新薬の開発と既存薬の転用などによる医薬品の確保体制、非常事態に対応するための看護師の配置規制の緩和、DMAT に似た派遣医療チームの養成や定期的な訓練といった、技術と体制の革新が必要と思えてなりません。コロナ禍という、前代未聞の危機をどう未来に活かすのか。おそらくは、今までにない発想で、困難を経験した我々こそが生み出す新たな提案と取り組みが必要と思います。

(ひで みちひろ)

