

新型コロナウイルス感染症対応を振り返り、そして今後を考える

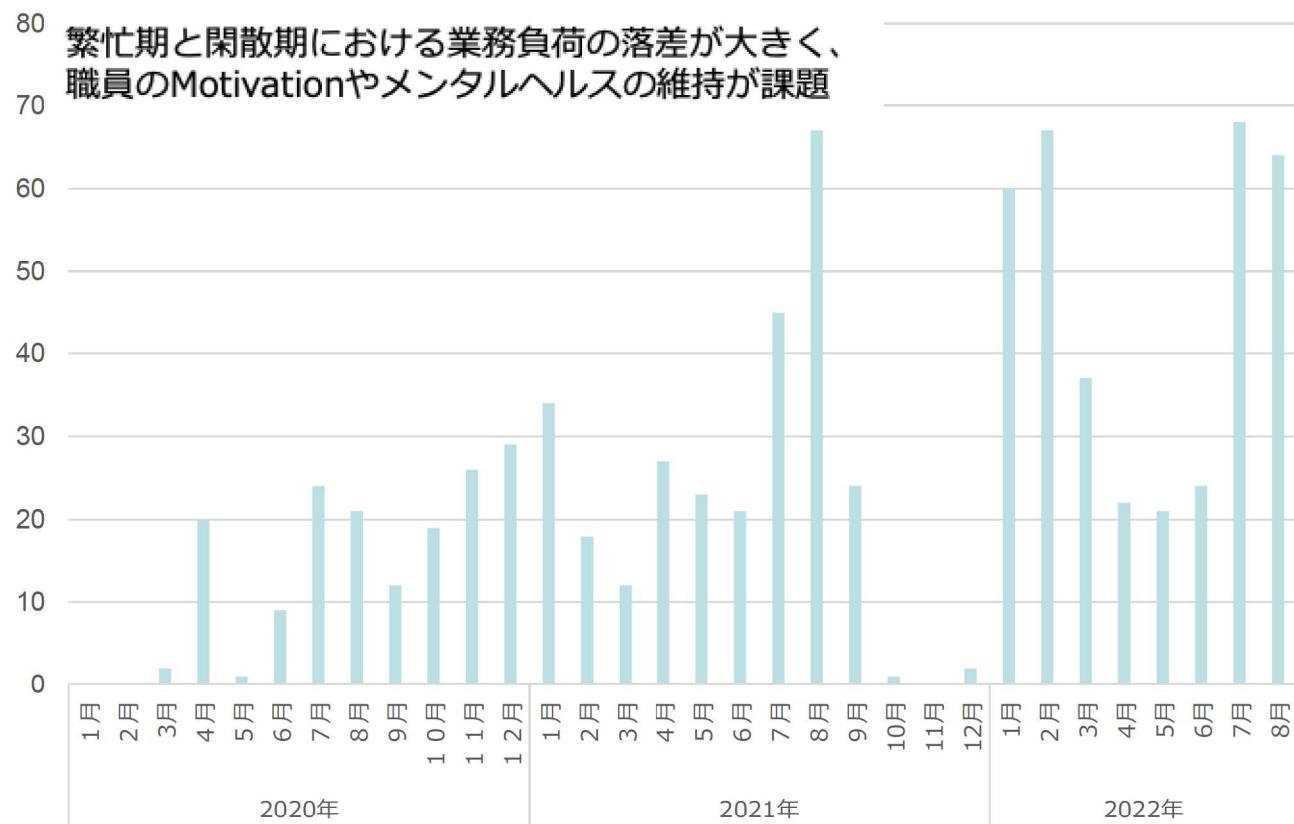


東京都済生会中央病院 海老原全

 Tokyo Saiseikai Central Hospital

新型コロナウイルス感染症診療と
その一般診療への影響

新型コロナウィルス感染症入院患者数の推移（月別）

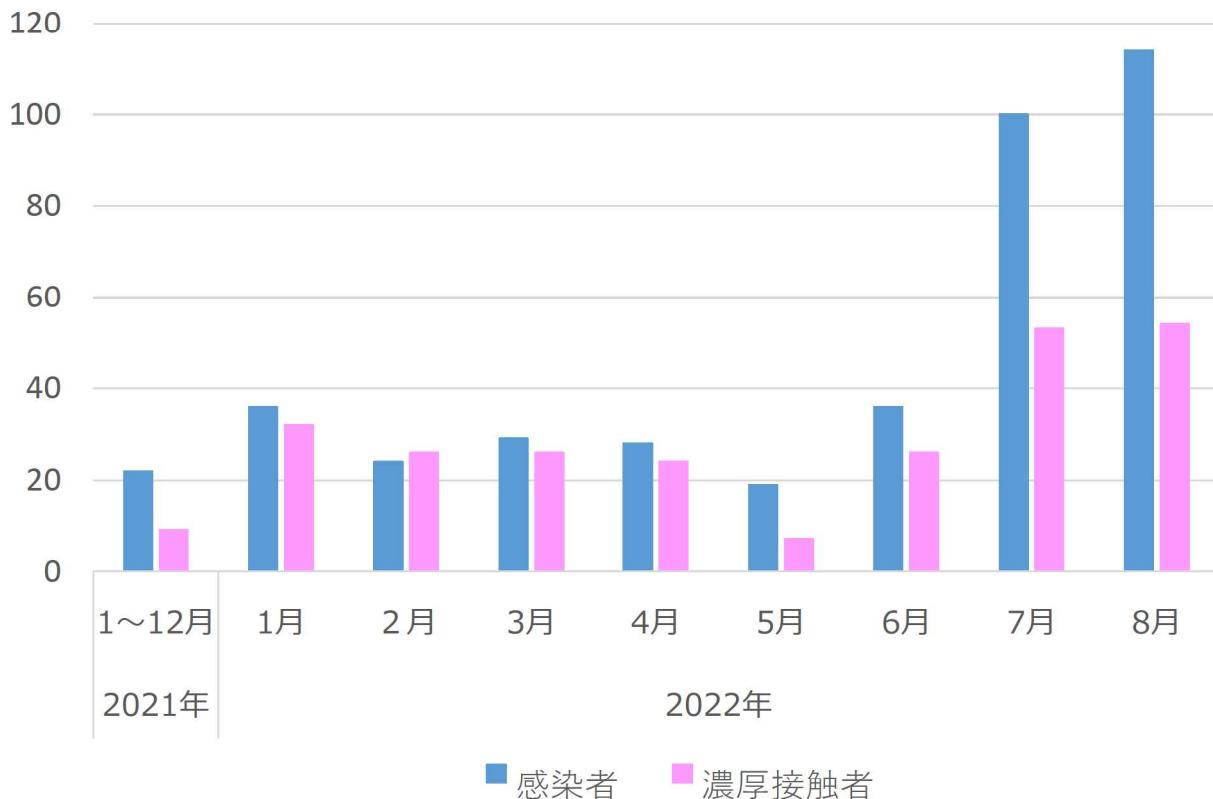


COVID-19集団感染事例件数

年	月	部署	患者/入所児	職員
2020年	4月	乳児院	8	6
2021年	1月	9西	1	1
	7月	N4	4	0
2022年	1月	11東	4	2
	1月	11西	6	3
	1月	10西	0	3
	4月	8西	4	4
	4月	9西	0	2
	6月	9東	6	8
	6月	乳児院	19	18
	7月	N4	4	1
	7月	11西	2	0
	7月	11東	4	3
	7月	SCU	1	1
	8月	救急専用	2	2
	8月	9西	3	5
	8月	11西	1	5
	8月	9東	1	5
	8月	9東	4	3
	8月	栄養管理科	0	5
	8月	職員食堂	0	3

一定期間、入退院・
転入転出の停止
診療機能への影響

職員 感染者数と濃厚接触者数の推移



第5波～第7波の特徴

- **第5波** 若年者～高齢者まで重症患者が溢れかえり、治療に難渋
 - ・ 重症患者を入院受け入れ困難な状況が多数発生
 - ・ 人工呼吸器・Nasal High Flow・CHDFの医療機器が不足
 - ・ プロポフォールやミダゾラム等 鎮静薬の大幅な不足
→挿管時の鎮静は、やむを得ずセレネースとサイレースを使用
- **第6波** 重症患者と軽症患者の混在
 - ・ 基礎疾患有していて、ワクチン未接種または3回目のワクチンの追加接種をしていない患者が重症化
 - ・ コロナ自体は軽症だが、基礎疾患の悪化した患者または誤嚥性肺炎の高齢者が入院
 - ・ 入院受け入れ制限：感染／濃厚接触者という理由で出勤停止となる職員の増加、院内クラスターの発生
- **第7波** 複数の基礎疾患有患者や高齢者の入院
 - ・ 心疾患や呼吸器疾患などの基礎疾患の急激な悪化による入院
 - ・ 出勤停止となる職員のさらなる増加により、医療現場が疲弊
 - ・ 院内クラスターの発生増加による、入院受け入れのさらなる制限

新型コロナウイルス感染症診療全般に関する問題点

● 入院状況による、コロナ病棟の業務負荷の落差

- 入院患者が少ない状況では、業務負荷は過小となる一方で
- 入院患者が増加すると、コロナ治療の通常業務の増加に留まらず
人工呼吸器・人工透析・化学療法など専門性の高い業務が加わり、一気に高負荷になる
→医療スタッフのMotivationやメンタルヘルスを如何に維持するかという課題

● 感染者数が増加すると、入院受け入れ機能が低下する

- 感染者数が増加すると、職員も感染者・濃厚接触者が増加するために
入院を必要とする患者が増加する一方で、入院受け入れ機能が低下する状況が発生
- 不慣れな職員を投入しても、代替は困難であり、安全性の問題も生じる
→このジレンマを如何に解決するかは今後の感染症法改正の課題になる

● 感染隔離期間・濃厚接触者解除基準における乖離

- 病院には免疫が低下した患者が多数入院しているため、国の定める基準をそのまま
当てはめることはできない

● 医療以外の負荷の加重

- 認知症患者や高齢者が感染した場合、介護的な問題が負荷として加重される

今後に向けて

● 病院内で取り組むべき課題

- 情報共有や院内の連携体制強化を通して、病院の対応能力を向上させる
- 行政（保健所）や地域病院との連携を強化して、柔軟で効率的な対応を実現する
- 感染状況に応じた、臨機応変な病棟および人員の運用
- 職員のMotivationおよびメンタルヘルスに対する対応強化

● 行政に対応を求める課題

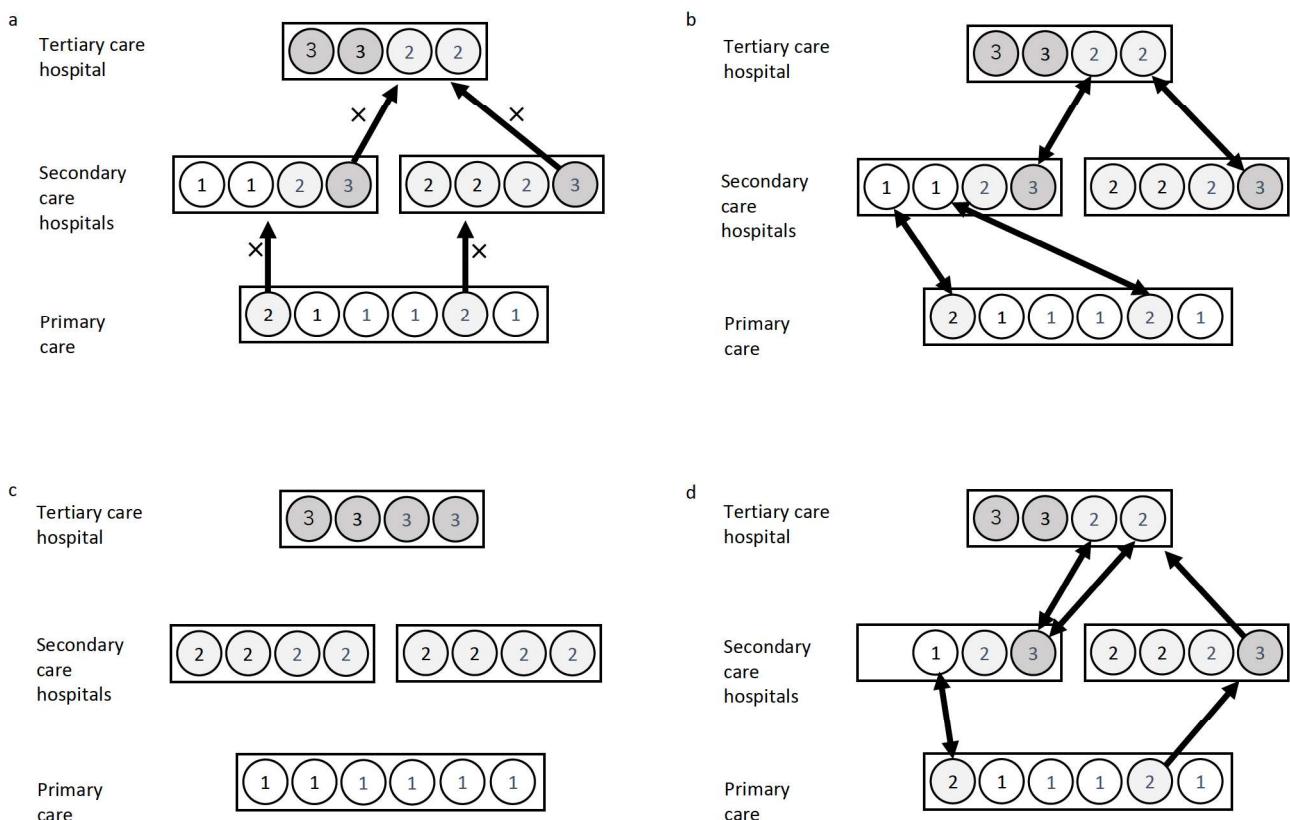
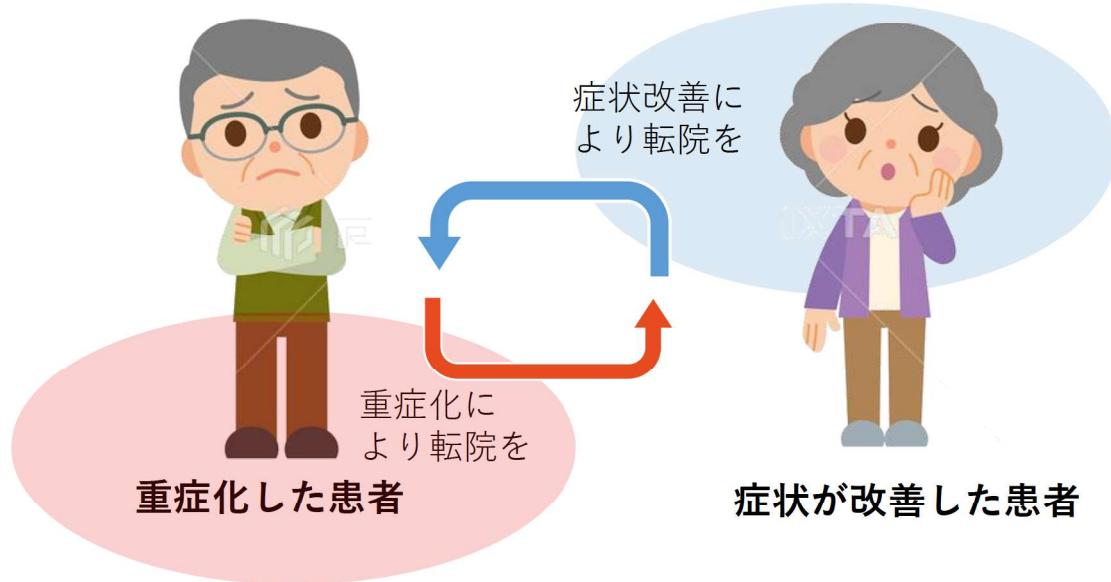
- 認知症患者、高齢者、障害者がコロナに感染したときのサポート体制の充実
 - 行政（保健所）と病院との対等な関係性の構築
 - 薬剤や医療機器（人工呼吸器や血液透析装置）が不足する状況への備え
 - 透析患者受け入れ加算の創設
-
- 有事に迅速な対応ができるだけの財政的体力を病院が持てる目的とした
医療制度の改革
→換言すれば、医療従事者の善意に頼った、医療からの脱去
-
- 医療従事者が院内で感染した場合の補償の見直し
→手続きの簡略化と補償内容の充実

地域の病院との医療連携

軽症・中等症患者を診療する
近隣病院

中等症・重症患者を診療する
済生会中央病院

診療分担維持のために、近隣病院と当院との間で転院システムを構築
連絡が来てから約2時間で転院を可能にする



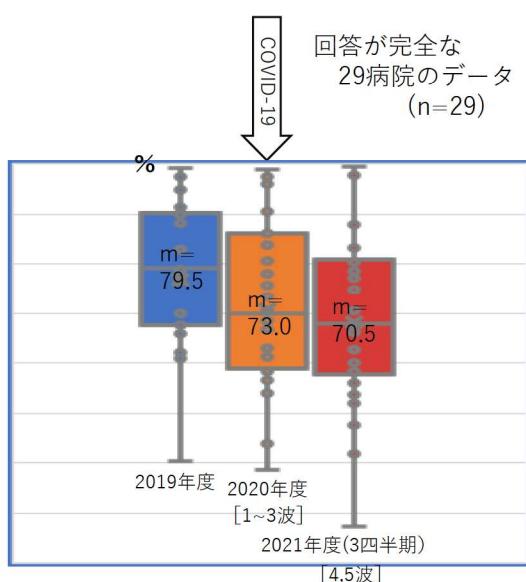
重症患者1人と軽症・中等症患者複数人と患者交換を実施
することでベットを空ける工夫

新型コロナウイルス感染拡大下での 救急診療の状況

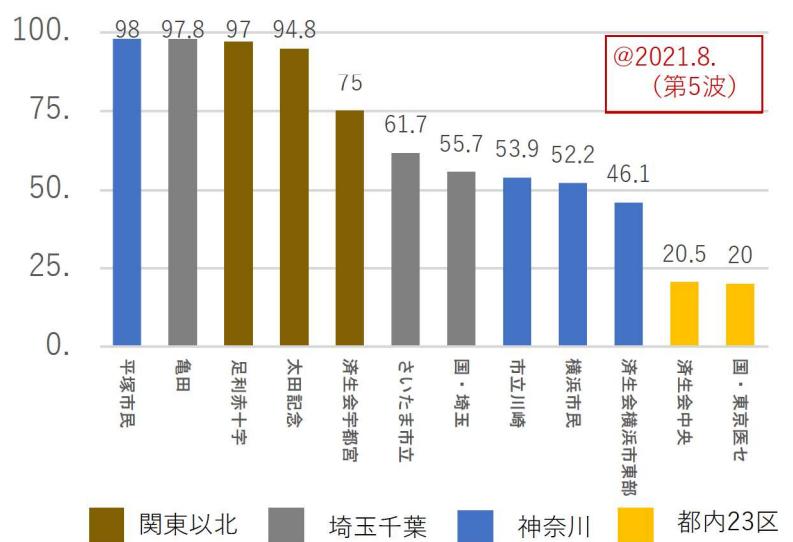
救急車応需率の変化

慶大関連病院会
2020-2021

年度変化



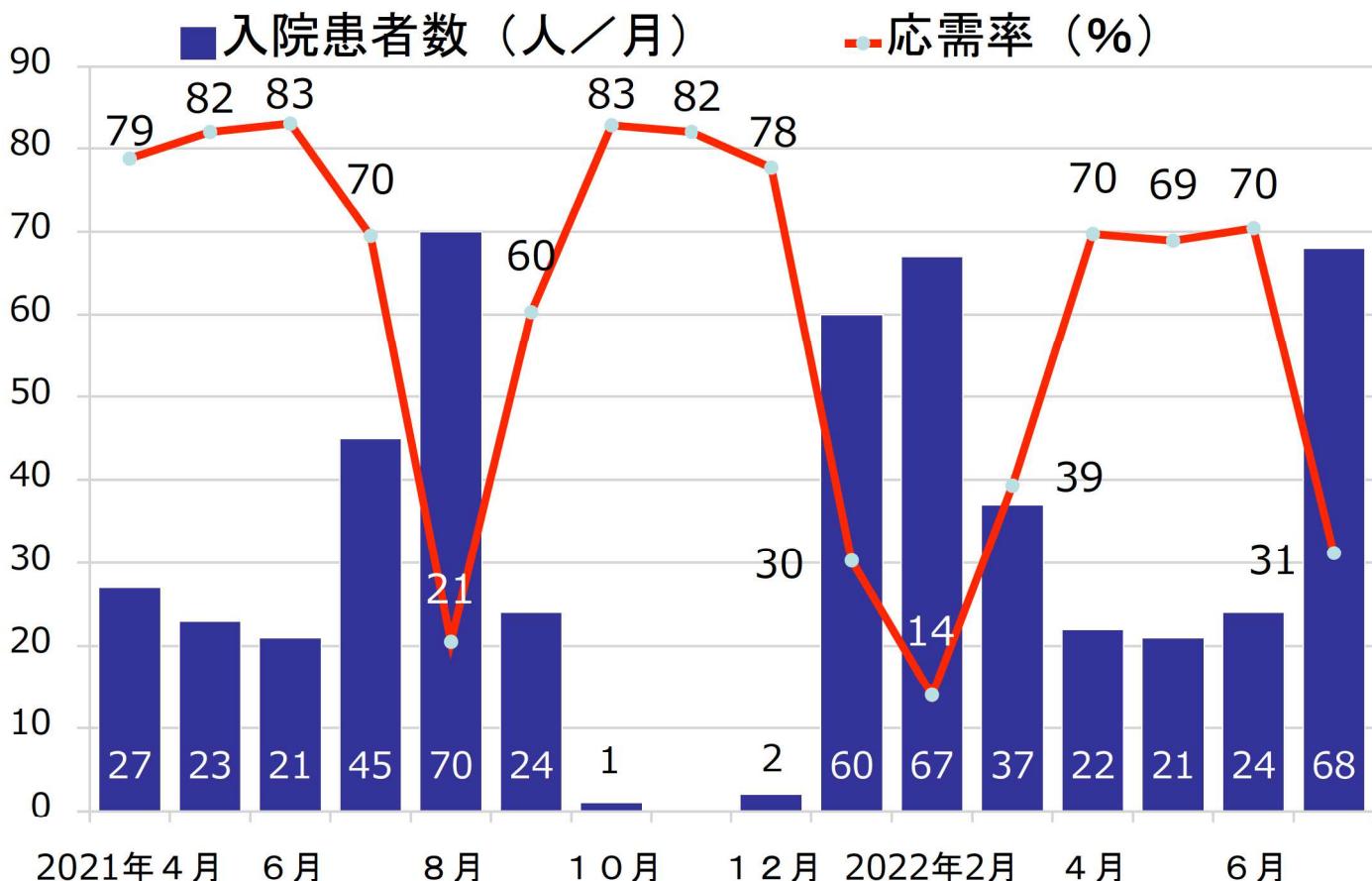
最低応需率@3次病院 (月単位)



COVID-19により
平均の救急車応需率は73%までの低下した。
翌2021年度は、さらに低下し、
一般救急は危機的な状態に陥っていた。

第5波時、救命センター応需率は50%程度まで低下。
特に、埼玉・神奈川、東京は20%とまさに、壊滅的状況
にまでなった。

救急応需状況と新型コロナウィルス感染症入院患者数



新型コロナウィルス感染拡大下での 救急診療の課題

● 最大の課題

- 感染拡大極期（前後を含む）において、患者がコロナ感染であるか否かに問わらず、救急需要に応えられないこと

● それ以外の、現在・将来の課題

- コロナ感染を伴う救急患者における、緊急手術・緊急血管内治療・緊急内視鏡治療・周産期医療の体制整備
- ウィズコロナ時代の大規模災害（自然・局所）発生時、感染制御のあり方・指針を確立すること

救急需要に応えられないという最大の課題の要因

● あまたの中から、その一部を提示

- 平日日中でも、病院診療機能の低下（空床数、勤務停止となる職員、院内クラスター）
- 発熱患者が病院前医療でコロナ感染の有無を確定できず、受け入れが困難
- 救急外来患者が、コロナ感染未確定のため、個室診察室・人員を占有
- 緊急入院患者が、コロナ感染未確定のため、個室病床・人員を占有
- 休日・夜間の救急診療における病院マンパワーの減少
- コロナ感染拡大極期において必要となる医療資源の予測が困難

- 患者、病院、救急医療体制、検査機器などさまざまな限界による複合的要因
- コロナの診断・除外作業に係る、時間・人員・設備・資機材の過重負担

救急需要に応えられないという最大の課題への克服・解決する対策

● 理想的な対策

- コロナ感染の有無を短時間、簡便、かつ精緻に確定できる検査機器の開発と24時間稼動する体制整備
- 救急外来・緊急病棟の全個室化
- 救急診療に従事できる人員を、24時間・365日確保
- コロナ感染拡大極期において必要となる医療資源を事前に精密予想

● 実行可能な対策

- 検体運搬からコロナPCR検査までを一貫して担う地域検査センターの設置
365日24時間の稼働により、コロナ感染の有無を効率的に確定でき、コロナ／非コロナ診療を最適化することが可能。
病院ごとにコロナ検査体制を構築する必要がなくなり、中小病院の負担を軽減。
- 公的資金援助による救急外来・緊急入院ベッドの個室化推進
人材育成・確保には膨大な時間と労力を要するが、個室化は比較的短期間で整備可能。

新型コロナ拡大に伴う患者数の減少 それを如何に回復させるか