



# 茨城県地域臨床 教育センターだより

2021  
Vol.38

〒309-1793 茨城県笠間市鯉淵6528 ☎0296-77-1121 令和3年5月1日発行(第38号)

## Covid-19への当院の手術部の対応



准教授

星 拓男

専門領域 ■ 臨床麻酔  
■ 手術医学  
■ 集中治療

2020年2月1日にダイヤモンド・プリンセス号の乗客がSARS-CoV-2（新型コロナウイルス）に感染していたことが判明した後、日本における本格的なCovid-19との戦いが始まりました。その後感染は拡大し、4月7日に1回目の緊急事態宣言が7都道府県に、そして16日に全国に拡大されて出されたため、不急の手術の延期が各外科系の学会で推奨され、当院も診療全体を20%程度制限しました。そのため手術件数はここから大きく減少しています。5月14日に8都道府県を除いて解除され、25日に全国で解除された後、6月8日に茨城県のステージも1に下がり、診療制限も解除されていきましたが、再び患者数が増加に転じ7月3日には茨城県のステージも2に上がり、手術数も戻らないまま、後昨年度と同等の数に戻るのには11月までを要しました。その後再び12月に院内でCovid-19の発生や再び全国的な感染の拡大などもあり手術件数は昨年度に比べ減っています。

当院の手術室は既存棟に7室、救急センター2階に2室の9室あります。通常手術室は外より気圧を高くしてあります（陽圧）。個別空調がある手術室は既存棟の1室、そして救急センター2階の手術室だけで、前室を備えているのは既存棟の手術室のうち1つのみです。Covid-19のような飛沫で感染を拡大させる感染症の患者さんの場合、通常とは異なり陰圧の部屋で手術をすることが他への感染を防ぐ上で望ましいですが、当院の手術室は古いためスイッチひとつで切り替えることができません。6月に施設課に確認をしてもらい、送気量を絞り、排気量をそのままにすることで陰圧に代えられること、エネルギーセンターに連絡することで、24時間体制で30分ほどの時間で対応可

能なこと、その場合でも換気回数は16.9回/時間で手術室としての条件を満たしていることをあらためて確認しました。また、診療面では、2月13日に日本環境感染学会より医療機関における対応ガイドが出され、当院では翌日に感染制御部よりその内容を全職員あてに周知されています。2月12日にカナダ麻酔雑誌にCovid-19に関する手術・集中治療関連についてのまとめが出ており、2月21日には集中治療医学会、麻酔科学会、呼吸療法医学会などがCovid-19に対する人工呼吸・ECMOに対する注意事項を、またアメリカのCDCも医療者向けのガイドラインを発表しています。さらに、3月3日に麻酔科学会がCovid-19患者に対する気管挿管手順の指針を出しています。3月4日に感染制御部より以前に院内で策定した新型コロナウイルスに対する診療継続計画書が改めて周知され、上記のようなものを読んだ上で、手術部では感染制御部とともに3月5日に手術部への搬送を含む処置・対応マニュアルを作成し、その後随時新たな情報や状況に応じて改定をしてくれています。その後人の異動があった後4月上旬には個人防護具の要の一つであるN95マスクのフィッティングテストを手術に係る職員全員に行っています。しかしその後世界的な供給不足のため必ずしもその個人に最も適したマスクを使用できない状況になりました。

世界的な流行は、流通や製造にも影響を与え、手術に係る薬品や機器の納入が不安定になるということも見られました。そのため一時的に節約の呼びかけや代替品を探すなどのことが必要となりました。幸い現在はそのような危機は脱し、殆どのもので比較的安定した供給を受けられています。

実際にCovid-19の可能性を否定できないとして、個人防護具を全員つけて対応した手術は、当院では5月7日に消化管穿孔の緊急手術で初めて行われており、その後数多く緊急手術で行われていますが、その殆どは後にCovid-19は否定されています。

最近では日常でもマスクをつけた生活などにも慣れてきた印象がありますが、手術室では常に緊張感を持って感染を広げないような対策を行っています。

## かかりつけ医と病診連携 with コロナ



准教授

吉田 健太郎

 専門領域 ■ 不整脈領域  
 カテーテルアブレーション治療  
 心房細動

茨城県立中央病院に勤務9年となります。当初から、紹介状をお持ちでない予約外の患者様を受け入れる新患内科外来の在り方に悩んできました。おそらく、留学において2年間アメリカの医療を体感したこと、紹介状を持った予約受診が大前提である大学附属病院に2年間勤務した後に当院に赴任したことが影響しているのかもしれませんが、病院に相談にお見えになるみなさんの受診慣習の違いに気がきました。

まずは患者側から見たアメリカ医療について10年前の話にはなりますが少し体験談をご紹介させていただければと思います。2007年7月から2009年6月までの2年間、米国ミシガン大学に留学しました。皆様もご存知のことと思いますがアメリカの診療は基本、自由診療です。各自が民間の保険会社と契約しますが、当時6人に一人は無保険、自己破産の6割は医療費が原因であるといわれていました。2009年はオバマ大統領の選挙戦の年で、いわゆるBig3のお膝元ミシガン州はオバマ支持であった訳ですが、保険加入率を向上させようとした政策「オバマケア」が声高に叫ばれていました。あれから10年以上経ちましたが、医療は高度化、高額化する一方で、アメリカの健康保険制度が大幅に改善されたという話は聞きません。保険の問題だけではありません。そもそも医療費が高額なのです。背中が痛いということで夜間の救急外来を受診して、診断のために腹部エコー、造影CT検査を受けると100万円(診断は尿路結石)。私が専門とする心房細動のカテーテルアブレーション治療は1泊2日入院で6万ドル(660万円)、日本の数倍です。さらに保険会社の審査基準は極めて厳しいので、検査は必要最低減(日本の健診以下)、入院日数も日本の常識では考えられないほど短期間です。日本では「退院日はいつになりますか?」と医者が患者さんにお伺いすることが多いのですが、アメリカでは疾患によって入院日数はおおよそ決まっているので入院延長はよっぽどのことがない限り許されません。急性心筋梗塞で

入院したら2~3日で退院、出産後は24時間以内に退院です。歯科治療は通常の健康保険ではカバーされないので(オプション契約)3本抜歯したら100万円です。本当に誰がいつ自己破産しても不思議でない制度です。日本の国民皆保険制度が如何に素晴らしいものであるのか分かっていただけたと思います。しかし、この日本の誇るべき制度も医療の高度化、高額化、そして高齢化によってその存続が危ぶまれています。アメリカの医療費が高額である理由は複数あると思われますが、ひとつには人件費の高さです。日本は今、働き方改革として労働時間を減らすことに必死です。それ自体に反対するつもりはありませんが、これまでの日本の医療、国民皆保険制度が医者・医療従事者の長時間労働によって支えられてきたという一面を忘れてはなりません。今後我々は、限られた労働時間の中で、高度化する医療を担っていかなければならないということです。漸く本題です。当院は大学病院にも劣らない高度医療を担っています。その診療を安全・確実に患者様にご提供するためには、やはりその道に専念できる時間と心の余裕が必要であって、診療業務を効率化することが求められます。一次医療(風邪などの軽症疾患に対する診療)から、がん診療、重篤な急性疾患への高度専門医療まで一人の医者が全てに対応することは難しい時代です。アメリカの話に戻りますが、2年間の家族5人の生活の中で、保険証を使用することは間々ありましたが、医者の診察を受けたことは一度もありませんでした。それは、アメリカでは通常の初期診療、予防接種などはNurse Practitionerという上級看護師が担っているからです。いつでも直ぐに医者の診察を受けられる、これは当たり前のことではないのです。

皆様に改めてお願いします。かかりつけ医をお持ちになってください。病院ホームページに掲載されておりますが、病気の初期対応はまずかかりつけ医にご相談いただき、高度な検査、治療が必要な場合には当院へご紹介いただくという体制にご協力いただきたいのです(病診連携)。予約なしでの受診はお控えください。コロナ禍において予約のない患者様に対する当院の診療能力は大幅に低下しています。休日、夜間の救急診療体制にも限界があります。高度な専門診療、新型コロナ診療、そして国民皆保険制度を守るためにも皆様のご協力が不可欠です。日本の誇る、誰にも温かい医療を守っていくために、そしてコロナ禍においても通常診療を維持していくためにも、一定のルールを守って受診していただくことをこの場をお借りしてお願いしたいと思います。


 筑波大学  
 University of Tsukuba

筑波大学附属病院 茨城県地域臨床教育センター

〒309-1793 茨城県笠間市鯉淵6528 ☎0296-77-1121

ホームページ <http://www.hosp.tsukuba.ac.jp/chiiki/cyubyo/>

茨城県