

日整会 Covid-19 WEB 座談会 (2020.4.11)

2020年4月11日(土)に日整会主催で新型コロナウイルス(Covid-19)の問題に実際に対応されている全国5名の先生方と整形外科領域における新型コロナの現状と対策についての座談会を開催した。

座談会の要旨とポイント

ポイント1: 新型コロナウイルス感染症の診断(中澤先生)

- PCR検査のみでは感度が約70%と高くなく、胸部CTとの二本立てが有用。
(待機手術は術前々日に胸部CTとPCRを施行し、COVID-19の疑いがなければ手術施行、疑いがあれば手術を再検討。)
- 可能であれば臨時手術も手術前に胸部CTとPCRを施行し、COVID-19の疑いがなければ手術施行、疑いあれば手術を再検討

*術前PCR検査の保険適用については2020年4月17日に日本整形外科学会・日本臨床整形外科学会・日本整形外科勤務医会の連名で厚労省に要望書を提出しました。
<https://www.joa.or.jp/topics/2020/files/PCR.pdf>

ポイント2: 感染防御

- 患者の診察はマスク手指消毒が基本。
- 疑い患者・流行地域ではさらに手袋・サージカルマスク・ガウン・ゴーグル, などの個人防護具(PPE; Personal Protective Equipment)の使用を推奨する。

ポイント3: 整形外科手術のトリアージ(日整会ホームページ参照)

https://www.joa.or.jp/media/institution/program_change_notification.html

延期すべき	外来手術、生命を脅かすことがない	手根管開放術、関節鏡視下手術など
延期を検討する	生命を脅かすことはないが将来的には病的状態や死亡率に影響する。入院治療を要する	人工関節置換術、待機できる脊椎手術など
延期すべきでない	早期治療を要する	脊髄・神経麻痺、外傷、開放骨折、悪性腫瘍など

ポイント4: 病院・病棟のマネージメント

- 感染者の増加による医療崩壊を防ぐためには、地域連携を強化し病院の層別化によりどの病院でも受け入れる体制をつくる。
- 医療従事者の感染での医療者不足による医療崩壊を防ぐためには、院内で余裕を持った病床運用を行い、ゾーニングを厳重に行い医療者の安全を守る。
- いずれのパターンの医療崩壊を防ぐためには、病院全体で外来・病棟・手術とも余裕を持たせて臨機応変に対応できるマネージメントが不可欠。

ポイント5: 新型コロナウイルス陽性例への対応

- 新型コロナ陽性例での手術の際はエアロゾル感染がおこる可能性があるため、N95

マスク、フェイスガード含めた PPE で対応する。

- 電気メス、エアドリルなどのパワーツールはエアロゾルの発生を助長する可能性があるので使用は必要最小限にする。

* 感染者の手術は手術トリアージに従って必要な場合に限って行うこととし、挿管や術後管理においては日本麻酔科学会から出された指針「新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) (疑い、診断済み) 患者の麻酔管理、気管挿管について」に基づき麻酔科の先生と相談して決定してください。

<https://anesth.or.jp/img/upload/news/cb72269d596637cba065542e74178803.pdf>

* COVID-19 潜伏期期間中と認識せずに行われた待機手術では約 44%が ICU 管理に、約 20%が死亡した、との報告があり、感染者の手術は必要最小限かつ十分な説明・同意を得て行ってください (https://www.joa.or.jp/topics/2020/topics_200417.html)。

- 参加者 : 伊東 学 先生 (国立病院機構北海道医療センター 統括診療部長)
 : 荻田達郎 先生 (東京都立多摩医療センター 副院長)
 : 佐藤公治 先生 (名古屋第二赤十字病院 院長)
 : 宮市功典 先生 (大阪市立総合医療センター 外傷センター長・救命救急部
 部長)
 : 中澤 靖 先生 (東京慈恵会医科大学 感染症科 診療医長)
- 司会 : 伊藤淳二 (日本整形外科学会 安全医療推進委員会 担当理事)
- 主催者 : 松本守雄 (日本整形外科学会 理事長)

松本



本日は、お忙しいところ、ありがとうございます。

今日のWEBミーティングの目的は、全国の整形外科医の先生方に新型コロナウイルス（Covid-19）に関する診療の現場に即した情報をお届けしたいということです。現在、新型コロナウイルス感染症が急速な勢いで拡大しております。われわれ整形外科は新型コロナに直接対応する科ではありませんが、感染が拡大する中で待機的手術をどのようにトリアージすればいいか、あるいは、新型コロナ陽性でも行う必要がある骨折などの外傷、進行性の脊髄麻痺や悪性腫瘍などにどのような体制で臨めばいいかなど、知っておくべき事柄がたくさんあると思います。

国内外からいろいろな指針は出ていますが、整形外科に特化した指針は実際にはありません。本日は既に新型コロナへの対策を講じながら診療に臨まれている先生方と、感染の専門家であります中澤先生にいろいろとご意見を伺えればと思います。通常、日整会は『日整会誌』や『広報室ニュース』などの形で会員の皆さんにじっくりと情報をお知らせしているのですが、今回は急がなければいけないという非常に強い危機感が私ども執行部にございまして、このようなWEB会議を経て新型コロナに関する情報をできるだけ早く会員の皆さんにお伝えしたいと考えました。どうぞよろしくお願いいたします。

司会



ここからは、日本整形外科学会安全医療推進委員会担当理事の伊藤が座長をさせていただきます。

新型コロナに関しての情報はもうたくさんありますが、先ほど理事長もおっしゃったように、整形外科医に対するメッセージを伝えたい、臨床現場で実際にやっておられる先生方の生の意見を届けたいということで、本座談会を企画させていただきました。

まずは中澤先生にこの感染に対する一般的な対応における注意点などについて、感染症専門家のお立場からお話してください。

中澤



新型コロナは症状としては、やはり発熱、咳と呼吸器症状がメインですが、最近では、嗅覚障害等も指摘されていて、これらの症状がどのように起きて、どのように悪くなっていくかということも症例によって随分と違うのですね。われわれの慈恵医大でも全く熱がなくて実は肺炎があったと、そのようなケースも結構多くて非常に診断が難しいです。

具体的な診断方法でやはり一番いいのは胸部 CT だと考えております。CT プラス PCR だと思うのですが、いずれにしても、CT も非特異的な像を示すことも結構ありますし、PCR 自体も感度が今は 70%と言われるような状況でそれほど高くないということで、この二つを組み合わせ診断していくことになると思います。

手術の術前検査のルーチンとして、PCR と CT がどのように活用されていくべきか、その辺りをぜひ私も先生方のご意見をお聞きしたいと思っております。

もう一つは、治療法に関してもまだ研究中で確立されたものはございません。ヒドロキシクロロキンやアビガン、カレトラなどについては入院患者に効果がないという話もあって、アビガンはわれわれのところで投与していますが、重症例には、あまり手応えがない状況がございます。この辺りも、今後、データが集積されるものと思います。

あともう一つの問題は、われわれのところで起きていますけれども、院内感染対策が非常に重要です。症状もかなり千差万別のところがある上に検査もなかなか難しい状況です。例えば長期入院の整形外科の患者さんで新型コロナ肺炎を起こした場合に診断が遅れてしまう。そこで吸引などをしていると、あっという間に院内に感染が広がるという状況がございますので、非常に注意が必要です。

院内感染を経験されている病院は他にもあると思いますが、やはり肺炎を早く見つけて早く診断するというような取り組みがぜひ必要だと思います。

新型コロナ感染例では基本的には、吸引などによりエアロゾルが発生する場合は N95 マスクを使って、それ以外はサージカルマスクとガウン装着と手袋、あとアイシールド、その辺りを注意していけば、それほど一気に広がるという感じは受けていません。やはりエアロゾルが発生する場合の N95 マスクの対応が非常に重要なかと慈恵医大では感じております。

荻田



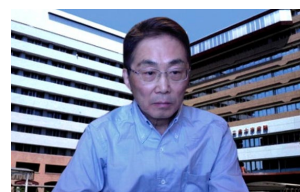
PCR 検査を今までは保健所あるいはエスアールエルなどで行っているのですが、大

学病院などの施設、ご自身の施設で PCR をできるようになってきている施設もあるとお聞きしているのですが、その辺りの状況は、いかがでしょうか。

中澤 多くの大学病院で少しずつ PCR 検査を始めているということです。ただ、やはりそれは、自分の大学病院の中での対策のために使用されているのがほとんどだと思っています。

エスアールエルも、多分、検体数が増えてきて保険以外は受け付けない形になると思います。接触者対応などが必要になってきた場合は自分の所でやれるような体制を作っておかなければ結構困りますので、余裕があれば確立された方がいいと思います。

佐藤



新型コロナに感染すると、今は発熱または PCR プラスの 2 日前までを追って職員を自宅待機させる、患者さんの濃厚接触を決めてやっているのですが、後からコロナ陽性と分かることが多いのですね。

いつが発症なのかわからないので、その 2 日前に会った人からが全部隔離されてしまうと病院の機能が止まってしまうのです。感染と症状、PCR との関係は、どこまで本当に確立しているものなのでしょうか？

中澤 われわれのところでも陽性になってから隔離するというやり方しかしていません。ただ、CT で疑わしい影があれば、まず隔離して PCR をその場でやる。CT が陽性のうちに、ある程度疑わしい所見があるうちに感染対策をしていくことは必要なのだと思います。

PCR が陽性になった場合は、もう確定ですから、そのまま対策を続けるというようなことでよいかと思っています。

ウイルス量と感染の拡大のリスクの問題ですけれども、これは非常に個人的な意見ですが、PCR でウイルス量が少なければ、そこから感染するリスクは、とても少ない気がします。ウイルス量が高い場合は、やはりそこからうつる可能性はあると思うので、CT の方が割と早く分かるのかなという気はしています。

佐藤 新型コロナ陽性と分かっていたら隔離なり、きちんとした対処をできるのですが、コロナと診断できていなくて各科対応になっているケースが増えてきたと思うのです。ですから、中澤先生がおっしゃるように入院患者全員に胸部の CT を撮っている病院もあって、それでも有りなしは、はっきり分からない。全例に手術直前に PCR をやるのかどうかという話になってくるのですけれども、今、困っていることは、この人がコロナかどうか分からずに重大な治療をやらなければいけないフェーズに来ているということです。

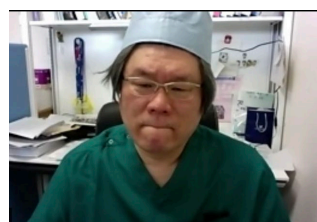
中澤 術前検査のことは、われわれの病院でも議論になっていて、やはり入院時に CT や PCR をやった方がいいのではないかという話になっています。

われわれの所で院内感染を経験して、職員の安全を守っていくためには最大限のその辺りの努力をしていった方がいいのではないかという意見が、かなり出ています。

例えば、それほど患者さんがまだいない地域でそれをあまりやっても意味がないだろうという意見もありますし、東京では非常に患者さんが増えており、発熱外来でCTを撮ると20%から30%ぐらいはコロナの肺炎というような所見を呈するような状況になってきておりますので、このようなところでは、やはり術前の検査をしないでそのまま挿管をさせてしまうなどのハイリスクな処置をさせてしまうと、患者さんにとっても術後にそれで肺炎が出てきて悪くしてしまうことがあったりすると、ですから、その地域の流行状況によって変わってきます。

司会 PCR陽性と分かっている人、疑いの人、そのように分けられるといいのですが、実臨床の現場では、次々と患者の方々がやって来られる。特に、救急外来などでは、もう待たなしで来られる。あとでPCR陽性が判明すると、濃厚接触したかなりの数の医療従事者が自宅待機しなければいけないので、医療資源の損失でもあります。そのような面について外傷を多く取り扱っておられる宮市先生の所では、外傷患者さんに対してどのように早く診断をつけてトリアージしていくか、お聞かせください。

宮市



今、大阪も患者さんが増えてきているので、知事が新型コロナの重点病院の確保を指示しており、当院ではICU28床を全て新型コロナ病床にする要請があり、現在16床を確保して、ゾーニングをしている状況です。

救急外来では、ICUを確保するために一時的に3次救急を含めてストップしている状況になっているので、実際に新しい外傷患者さんが次々と来る状況ではありません。

大阪のある救急センターが外傷患者を受けたところ、新型コロナだったので医療従事者20人が自宅待機となり医療機能を落としてしまう例がありましたので、当院では救急外来での早期診断が可能なLAMP法の導入と全例CTを撮ろうという形にしています。

司会 救急患者には普段は標準予防策で対応すると思うのですがけれども、新型コロナかどうか全然分からない患者さんに対しては、標準予防策で対応しているのか、それとも最初から飛沫感染予防策で対応するのか、その辺りはいかがでしょうか。

宮市 3月初旬から全例、標準予防策に加えて、手袋、ガウン、ゴーグル、エプロンを全例着用するという形にしております。

フェースガードは、あまり医療在庫として数がないので困っております。

伊東



北海道は全国で真っ先に新型コロナのアウトブレイクがありまして、2月28日に道知事が緊急事態宣言をした後、札幌市立病院が感染拠点病院に最初になり、そのICUがいっぱいになりまして、すぐに3次救急がストップしました。

そこで診られなくなった3次救急の患者さんを当院が診なければならなくなり多忙になったという状況がありました。これは非常に注意しておくべきポイントではないかと思います。当院では、札幌市立病院で新型コロナをこれ以上診られなくなったので、50床ほどある結核病床で、平均すると毎日14~15名診ています。その他、一般ICUで3-4名、ECMOは大体常時1台動いている状況です。

完全にゾーニングが出来ているので一般の整形外科の医療もやっています。ただし、先ほどお話がありましたけれども、北海道でも、現時点ではどの患者さんが感染リスクが高いのか、あるいはウイルスを持っているのかということは、もう分からない状況になっています。

麻酔科と議論をしまして、全身麻酔の患者さんに関しては待機手術の前日に胸部X線とCT、血液検査は必ず行うことにしています。外科学会からも出ていますけれども、不要不急の手術は待機していただくことを外来で徹底的にやっている状況です。

司会 日整会のホームページにも、手術のトリアージの方針を出ささせていただいています。その中では、手術を「延期すべき」、「延期を検討する」、そして「延期すべきでない」、の三つに分けております。先生方の中に手術された患者さんで、途中で新型コロナ感染が分かったというようなご経験がおありの先生はいらっしゃいますでしょうか。周術期に感染すると非常に致命率が高く、中国の文献では、骨折手術例10名のうち4名が亡くなったということなので、感染が疑わしい人をいかに手術前にあぶり出すかということも非常に重要だと思いますが、何か工夫されておられますでしょうか？

佐藤 病院として、疑いの人をピックアップするため病院の入り口を絞って、そこで全来院患者や職員の体温、呼吸器症状をチェックしています。

というのも、当院では脳卒中疑いということで救急外来から入院した患者さんが後からPCRプラスと判明し、濃厚接触が疑われた70人ぐらいの職員が休むことになってしまい、医療資源が枯渇していくことが危惧されました。新型コロナの疑いがあれば入れる病棟は決まっていますし、個室管理にするということで4人部屋を1人で使うような感じで使っています。

ですから、もう熱があれば、骨折しても熱が出ることはあるわけですがけれども、非常に気を使っています。

伊東 札幌で非常に感じることなのですからけれども、病院自体が本当に重症な患者さんを集散的に診る病院とするべきなのか、あるいは先ほどの疑いの患者さんがある程度

しっかりと診るのか、中等症あるいは軽症の人を診るのか、やはり行政と一緒にリンクして動く必要があります。北海道では、それぞれの病院の規模がそれほど大きくないので、どこかで全てのコロナ症例を治療することは基本的には無理な状況で、道庁あるいは市でしっかりと医師会と一緒にになって、患者のトリアージをしっかりと決めておかなければ、これは本当に医療崩壊につながるのではないかという危惧があります。

中澤 伊東先生と同じ意見で、多分、北海道も早くから流行が始まって、東京が今はそれを追い抜いて日本で一番燃えている地域だと思うのですけれども、今、あまり感染が広がっていない地域の方々にお話しすることは、やはり病院の層別化を急いでやった方がいいと思います。どの病院でも受け入れる体制を作っておかなければいけないと思います。

非常に感じることは、結局、今のところ高齢者でコロナポジティブの2割ぐらいがICUに入ってしまう。そうすると、最初は歩いてくる人が途中で重症になってICUに入ってしまうパターンを結構経験するのですね。

そうすると、ICUが先に埋まってきてしまって、次々と高齢の基礎疾患を持っているようなコロナポジティブを受け入れるとICUがオーバーフローしてしまう、これが急激に起こることに非常に気をつけておかなければいけないと思います。

ですので、軽症の方などを診る病院、それから重症の方を診る病院としっかり分けておく、これは、よく相談しておかれた方がいいと思います。

あと、やはり病院の稼働率を下げなければいけないと思います。稼働率を低く維持することが必要です。とにかく、このウイルスの広がるスピードと検査して陽性が分かって隔離するスピードの競争のようになってしまうので、積極的に疑い例で隔離していかなければ院内感染は、かなり起きやすいです。

そのためには、病棟の病床数をある程度一定のレベルに下げて隔離しやすい状況にしておかなければいけないと思います。そのために何をするかというと、手術の多い病院では待機手術を減らす努力をもう始めた方がいいと思います。その中で整形外科は非常に待機手術が多いので、そのような意味で待機手術に関しては、やはり延期することを早い時点で決断して空床を確保しなければ職員の安全を守れないことになると思います。これは、東京からの強いメッセージです。

司会 佐藤先生や中澤先生のおっしゃるとおり、病床を減らして使ったり、手術を減らしたり、この点についてはガイドラインも出しておりますけれども、先生方の病院では、既に手術のトリアージをして手術制限などはしていらっしゃいますでしょうか。

伊東 北海道では患者さん自身が手術を計画が入っていても断ってくるケースが最近が増えてまいりまして、病院幹部としては売り上げが下がる等の話になるのですが、実は、自然減と言いますか、市中のコロナ患者の増加に伴い病院全体の空床も目立ってきて、熱が出ている疑わしい患者さんに個室を使えるようになってきているのが現状です。

司会 私の所も青森で、患者が発生するとうちの病院に来ていることがばれるのでうちの病院に来たくないという人が結構いて、自然に減っているのが地方の現状なのですけれども、荻田先生、いかがでしょうか。

菊田 当院は、東京都の中でも西の方にあり、都内の大変な状況は聞き及んでますが、都内から少し遅れてフェーズが来ているような状況です。

皆様の病院も大変工夫をされていると思いますが、手術に関しては、各診療科からBCPを出してもらい、それをもとにぎりぎり縮減をしながら待機手術は継続してまゝです。麻酔科と共同して、積み立て方式で各科の手術を調整して、今のところ手術件数を3割ぐらい減らしています。

外来診療は、各科のガバナンスに任せて外来を少し絞るのは容認して、います。病床運用は、精神科、産科は維持しながら、コロナの患者さん用に陰圧室の病棟を1病棟設定し、人工呼吸器などの管理のため、看護師のマンパワーをねん出するために一般病棟を一つ閉鎖して、夜勤人数を増やすなどして対応しています。病床は1割減で稼働するような方針で、柔軟に対応しています。

それから、48床の結核病棟があったのですが、結核の患者さんを近隣の病院に転院していただいて、新型コロナ用の陰圧病棟に変更して対応しています。ECMOは救命センターで陰圧室2部屋、ICUの陰圧室1部屋で対応しています。陰圧室を増設するための工事もしました。

司会 まとめますと、整形外科は、直接新型コロナ感染症を扱わないにしてもリスクマネジメントとして今の状況では、やはり病床数を少し減らした運用を進めていくということだと思います。

待機的手術についてはいかがですか。

佐藤 入院手術予定の患者さんに当院の新型コロナの現状を説明した上で、手術を受けられますかという説明文書を作りまして、それに同意をした方に入院していただく。そのようなことで手術全体の量が70%ぐらいになっています。整形外科の予定手術でその説明を受けてキャンセルされる方は2割ぐらいです。脊椎、関節の手術を予定している方の8割は、整形病棟が感染していないのだったら、1週間ぐらいの入院で退院されるということで受けられています。救急が2次をストップして新型コロナ対応をしていることもあって、一般的な骨折手術は近隣の病院にお願いしています。

司会 やはりこの社会情勢から患者さんの側からこのようなときには受けたくないということで自然減が結構あります。

しかしどうしても手術をやらなければいけない場面も出てくると思います。トリアージの中でも延期すべきでない手術として、例えば麻痺が増悪している脊椎・脊髄疾患、外傷などが挙げられます。本日は新型コロナ陽性患者の手術を行われた先生は、まだいらっしやらないようなのですが、今後は増えてくる可能性があります。

もし、そのような場面になったらどのような対応をすればいいか、外傷センターと麻酔もやっておられます宮市先生に、ぜひチェックしていただきたい点などを教えてくださいませんか。

宮市 私は実際に外傷整形とともに、ICUのサブ統括もやっています。ですから、新型コロナの患者さんが運ばれてきて気管挿管をする場面も結構ある状況ですが、当院では、実際に気管挿管する場合には、救急外来では絶対にしない。ICUの陰圧個室があるので、そこを救急外来扱いにして、挿管する形を取っています。陰圧個室でやっ

たとしても事前の酸素マスクでの加圧は絶対にしないということにしています。挿管する際には患者さんに対してマスクを当てた状態で 15L の酸素を投与し、補助換気はせずに鎮静剤と筋弛緩を十分投与した状態で気管挿管するというのが、医療者のエアロゾル曝露をさけるためには最も重要と考えています。

まだ新型コロナ患者の手術はしていないのですけれども、陰圧個室がありますので、そこで挿管する形にはなりません。

それと、陰圧のクリーンパーテーションを置いて、そちら側に全部吸ってもらうようにして、医療従事者のエアロゾル曝露を防止しています。

今は挿管した人は ICU で抜管しているのですけれども、抜管した後の管理が一番大変なので、手術室で抜管した後、安易にその人がその部屋から出ていくのもどうなのかなとは思っています。病院としても医療従事者の安全という点では新型コロナ患者さんの手術は、現時点では対応しないという形で考えています。

司会 挿管するときなどはフェースガードなどを着けてやられるわけですね。

宮市 もちろんそのときには完全防備しています。

司会 院内感染という観点からどこまで防御策をとればいいのか、あるいは、患者さんをいつまで個室で管理するかというようなことはいかがでしょうか。

宮市 実際には、陽性患者は手術しないという方針にしているので決まっただけではないのですけれども、私の個人的な意見では、手術室での抜管はもう絶対に禁忌だと思います。手術室では抜管せずに、ジャクソンリースの所に人工鼻を付けて、そのままの状態 ICU に移動して、ICU で抜管を目指していくことが、やはり医療従事者を守る上では重要なのかなと思います。どうしても手術をする場合は、ICU が不可欠とおっております。

司会 手術に関するお話で何かご質問などはございませんでしょうか。

伊東 整形外科は、特にエートムなどのパワーツールを使うので、その際、飛沫、エアロゾルを発生するというか、血液、骨粉が飛びやすい環境をどうしても作ってしまうことが心配しているところなのです。また、パワーツールの使用を短時間・低エネルギーで使用することも考えており、特に骨折などの手術で血や骨粉が飛んだりするこれをどのようにコントロールするのか留意が必要だと思います。

司会 エアロゾルに関しては、気管挿管以外にも電気メスや鏡視下手術などでも、そのようなところで使うと煙が出たりするようなことはあるようで、エアロゾルが発生する手技を極力控えるなどが外科のホームページにも書かれてはおります。

専門家の目から外科的な処置について、これを守った方がいいというようなアドバイスがございましたら中澤先生に教えていただければと思います。

中澤 術中の挿管・抜管のリスクは、当然、エアロゾルが出るから、そのところはかなり注意するわけですけれども、他には腹腔鏡や整形外科の手術では手術室の換気やエアロゾルが発生した場合のコントロールを最大限にやっていくというようなことしかないのかなと今は考えています。

患者が PCR ポジティブかどうかを術前に確認しておくことは重要で、ポジティブだったら 14 日間待って、その方が良くなれば手術ができるわけなので、やはり待機手術の場合は、そのような対応をしていく必要があるとは思っています。

司会 これまでの話で、患者さんの数を制限したり、手術のトリアージをしたり、この辺りは、皆さん一致しているかと思えます。

本日は既に感染対応に当たっている先生方にお集まりいただいておりますが、これからますます感染が広がっていく可能性がある地域の先生方も多いと思うので、そのような先生方にぜひ一言メッセージを頂きたいと思えます。

伊東 通常は新型コロナ患者を診ない施設の先生方、あるいは整形外科単科の先生方は、ほとんど無防備の状態です。患者さんを診なければいけないというのは、かなりつらい状況になるのではないかと考えています。その場合は、やはり近隣の大きな施設、ハブ病院の先生方、地域の医師会などしっかりと連携を取っていただきながら、できることとできないことをその施設の中でも分けていく必要があるのではないかと考えています。

苅田 今、徐々にフェーズが変わっていき入り口が増えている状況です。入り口患者が増えていて、今度は出口戦略がなければ、変な言葉ですけれども便秘状態になっている感があります。

やはり病院の層別化が必要になってくると思うのです。出口戦略では、すぐに近隣の病院が引き受けてはくれないので、東京都の公社病院などのアライアンス的な病院が軽症患者さんを引き受けているという状況です。東京都でも、ホテルを借り上げて軽症な患者さんに移っていただいています。このように出口戦略は必要で、地域連携が非常に重要になってくると思えます。

市中感染が非常に増えていますが、他の医療機関にわれわれの患者さんを拒否される場合があります。当院に入院していたというだけで患者さんが老人ホームの入所を断られていますし、当院の職員のお子様ということで保育所が登園を断ったので困っているという話も出ております。このようなことを解決するために、行政や医師会など多方面との連携を密にして、議論をしていくことが必要ではないかと思えました。

佐藤 当院では整形外科医も ICU の管理、新型コロナの患者さんのところの当直も手伝ってやっておりますし、整形外科医は整形外科だけやればいいというフェーズではありませんので、災害に準じて医師として臨機応変に対応していかなければいけないということをメッセージとして出したいと思えます。

苅田先生がおっしゃったように、職員への風評被害で保育園を断られたり、「日赤の患者はコロナだろ」と言われて転院を断られたときには病院長としても非常に心が痛みましたので、この問題はいろいろと発信してほしいと思えます。

宮市 大阪では府がフォローアップセンターで患者の振り分けを行っています。院内感染などに備えてどのように準備していくのか、医療崩壊とはどのようなことなのかということを、まだ感染が拡大していない地域にも情報を伝える必要があると思えます。また佐藤先生がおっしゃるような整形外科医も必要であれば ICU の患者を担当するというような意識改革を、まだ患者さんが発生していない段階から広めていくことが非常に重要なことかなと再認識しております。

司会 では、最後に中澤先生から感染症の専門家として整形外科医に「ぜひ、これだけは」というようなメッセージをお願いいたします。

中澤 先ほどもありましたが、やはり整形外科だけの問題では、もうなくなってきて

いる。整形外科の先生も積極的にこれに参画していく、考えていく、そのような状況に、早晚、どの地域もなると思います。

ですので、今あった機能分化の話や病院の中の運営の話など、いろいろなことを早めに積極的に考えていくことが必要かなと思います。

あと、今日の話の中で出てこなかったことは、N95 マスクの確保が非常に重要です。これが、すぐに枯渇します。エアロゾル感染に対応するためには、疑いの患者さんも含め手術することになると、やはり N95 を着けて手術することが安全を担保する上では非常に重要になってくると思います。

東京で実感していることは、患者が増加するスピードは非常に速くて、われわれも1週間前に考えていたこと、10日前ぐらいに考えていたレベルと今のレベルは段違いの状況で、オーバーシュートに近くなっていると思っています。

司会 ありがとうございます。最後に今日のお話をまとめさせていただきます。

実臨床において患者の感染の有無が分かっていたらいいのですが、後に分かった場合、多くの濃厚接触医療者に自宅待機などを強いることがあるので、感染の診断はできるだけ早く行う。

次に、外来・入院では早急にやらなくてもいいものは少しずつ減らして、キャパシティの何%か余力を持った運用をしていくということ、特に整形外科では手術のトリアージ基準を参考にされ、不急の手術は先延ばしするというような方向で進めていきたい。

それから、皆さんの施設ではまだ新型コロナ感染例の手術はなかったのですが、感染者の術後致死率が高いことから、できるだけ感染者に対して手術は行わないというのが基本になります。ただ、本当にやらなければいけないときには十分に医療者を感染から守る準備を行い進めていくことが必要だと思います。

さらに、パネリストの先生方のように最前線で携わっておられる病院ばかりではなく、地域全体できちんと患者さんをトリアージするためのベッドコントロールが必要ですので、関連病院への情報提供あるいは患者さんの情報の共有など、自治体や医師会などとの機能連携を深めていくことなどが今日のお話だったかと思います。

以上で座談会を終了したいと思います。本日は誠にありがとうございました。

< ま と め >

整形外科医に関する COVID-19 に対する考え方、対応方法、病院や職員を守るためのマネジメントについて最前線の先生方にお話しをいただきました。座談会の内容を参考にされて、各地域の流行状況のフェーズ、各施設の役割などを勘案して適切な対応をとっていただき、患者・医療者・地域を守り、感染の蔓延を防ぎ、感染終息への一助になれば幸いです。

* 日整会ホームページに「整形外科に関する新型コロナウイルス (COVID-19) 関連特設サイト」のバナーが表紙中央にありますのでご参考にしてください。

https://www.joa.or.jp/topics/2020/topics_200408.html