

COVID-19の流行で生じた外来診療と救急外来の変化と取り組み

Managements of ambulatory and emergency outpatients in the COVID-19 epidemic

鈴木 なつき 筒井 真理子

Natsuki SUZUKI, Mariko TSUTSUI

要 旨

2019年12月、中国において確認された新型コロナウイルス感染症（以下COVID-19）は、2020年に入り日本でも感染者が拡大した。2月には新潟県内で感染者第1例目を確認され、感染者は増え続けている。当院でも外来における発熱患者の対応を余儀なくされ、救急外来を感染外来に変更し、発熱外来を新設した。本稿では外来診療と救急外来の変化と対応について2020年度の取り組みを報告する。

はじめに

がん専門病院である当院は、COVID-19陽性患者の積極的な受け入れはしていない。しかし、通院中の患者の発熱症例は多く、陽性患者との区別がつきにくいいため発熱患者を疑似症として隔離環境のもとで他患者と区別し診療・検査を行い、他患者への感染を防止している。2020年度に行った一般外来、救急外来における感染対策について以下に報告する。

I. 外来診療の変化と取り組み

1 一般外来の診療

毎日の報道で、感染経路不明の患者が増えはじめると患者や家族の不安が高まった。感染者が発生した報道がされると、「県外へ出かけてもよいか」「県外の人と接触したがコロナに感染していないだろうか」「病院にコロナ患者はいるか」などCOVID-19が流行する前では考えられなかった問い合わせが増えた。また、新潟市内で感染者が発生した報道がされると「新潟市で感染者が増えているから病院に行きたくない」「病院に行くとコロナに感染するかもしれない」という不安を訴え、診察日を先延ばしにする患者が増えた。患者の受診行動が減り、治療を延期した事例もあった。患者や家族からのCOVID-19類似症状の相談と不安を訴える電話、予約日変更の電話が非常に増えた。中には、COVID-19について明らかに誤解した情報に惑わされている患者も見受けられた。患者の訴えを聞き、その時点で知り得て

いる情報を伝えていくしかなかった。外来は、電話対応や受診者への説明が増え混乱する日々が続いた。

外来診療の体制については、2020年4月に院内感染防止対策委員会からの発出により、不要不急の受診を減らし外来の混雑を緩和すること、院内感染リスクを低減することを目的に外来患者の診療日をトリアージする方針が出された。方法は、予約患者を3段階にトリアージし、トリアージ2・3に分類された患者の受診日を延期することにより受診者数を2～5割減らすというものであった（表1）。方針に則り医師が予約患者をトリアージし、看護師と医師事務作業補助者が患者に電話連絡をして受診者数を調整した。予約患者のトリアージや患者の受診行動減少により2020年5月の外来患者数は、21.8%、新患者数は28.8%減少した。予約患者トリアージ対策は、2020年6月まで実施され以降通常診療を行っているが、2020年度の通算では外来患者数は8.8%減少した。

一方で、がん専門病院だからこそ診療が延期できない患者も多い。外来診療を一時制限した期間があったものの、通常通りに診療が行われていたため、1日約900人来院する患者の時間調整は困難であった。感染リスクを軽減するために、診察室や廊下に手指消毒を設置、注意喚起ポスター掲示、換気などを実施したが、待合室の椅子の配置や診察室の環境調整は限界があり、待合室は密の状態が続いた。患者や家族からは、当院の感染対策に対する意

見、感染リスクの不安を多く頂き、その都度説明を行った。

2020年5月からは、感染拡大防止と来院する患者制限を主な目的とし電話再診（処方箋発行）を開始した（図1）。電話再診では、結果説明や定期処方箋発行を行っている。電話再診は、患者にとって感染リスクの不安を軽減させるものとなっている。

2 発熱外来の設置（図2）

2020年4月救急外来のレイアウトを変更し発熱外来として診療を開始した。その後、同年11月救急外来の隣に発熱外来2室を新設し、救急外来と合わせて3室での運用が開始された。発熱外来は、建物の構造上行える治療に限られるため、軽症者を発熱外

来、重症者を救急外来で診察する必要があった。そのため、発熱のある患者には電話で問診し、重症度をトリアージして診察する部屋の選択をおこなった。

発熱外来を受診した患者は、採血・CTなどの検査や点滴を経て入院または在宅療養が決定するため、患者一人あたりの診察室滞在時間が3時間以上となる。そのため、発熱外来の効率的な利用に困難が生じた。発熱外来3室同時に利用することも多く、診察室が足りない時は陰圧室である気管支鏡室や西6病棟の一般個室を利用した。また、軽症者はドライブスルー診察とするなど安全に診療ができるよう対応した。

表1 トリアージの分類

トリアージ1	予定通り受診
トリアージ2	1から2か月先まで延期、定期処方があれば継続
トリアージ3	3ヶ月以上の受診延期、定期処方があれば継続

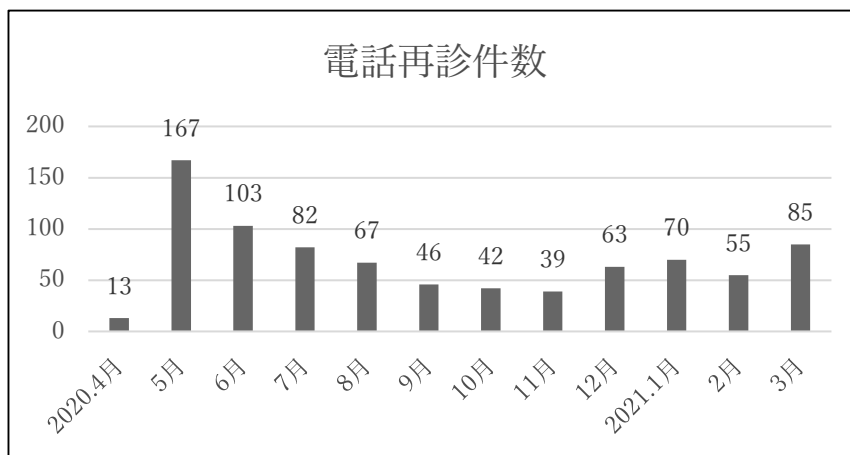


図1 電話再診件数

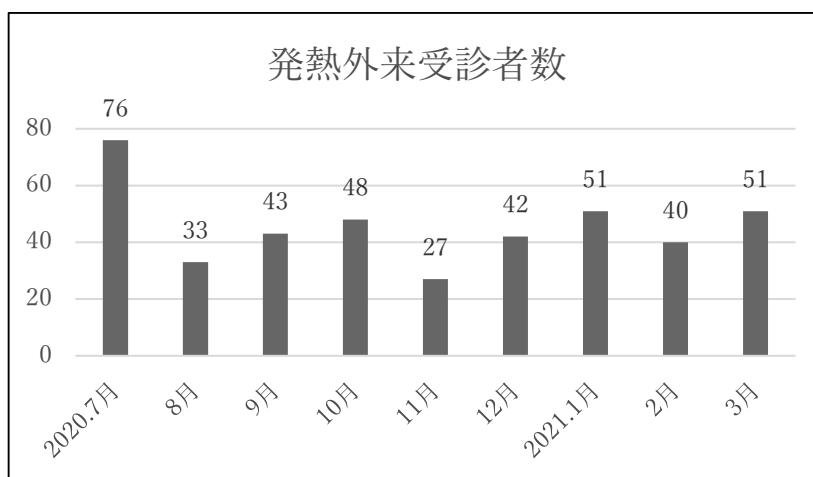


図2 発熱外来受診者数

II. 看護部の取り組み

1 外来看護師教育

COVID-19が流行しはじめた頃は、確実な情報が少なく日々変わる方針に現場は混乱した。看護師自身の安全確保と不安が軽減できるように、院内感染防止対策委員会が発信した情報はタイムリーに共有できるように努めた。副看護師長と感染委員を中心に、COVID-19の知識、個人防護具（以下PPE）着脱方法、マニュアルの読み合わせ等の学習会を実施し、発熱外来開設やCOVID-19に関わる施設の運用方法の変更時はシミュレーションを行った。また、発熱者を対応した看護師には、情報のフィードバックと問題提起をしてもらった。実際に対応してみて初めて分かる問題が多く、一つ一つマニュアルを確認し対応策を考えた。COVID-19マニュアル、施設の運用方法の変更は何度も繰り返され、その都度情報共有やシミュレーションを行い、外来職員への周知はかなりの時間を費やした。

外来は、看護師だけでなく医師事務作業補助者、受付事務員等の多職種が関わっている。電話再診やCOVID-19問診などの運用は、どの職種も同じ基準で行えるよう看護部がフローを作成し、説明会を開催するなど多職種教育も実施した。

2 外来看護師の人員調整

COVID-19の流行により、発熱外来の診療、患者からの予約変更や問い合わせの電話対応、電話再診日の調整など外来業務が大幅に増えた。発熱外来の診療は、看護師一人の拘束時間が長くなり、外来診療に影響を及ぼすことになった。業務量の増加と発熱外来対応のために看護師配置体制を検討し人員調整をする必要があった。しかし、外来看護師は子育て世代が多いことから、子どもの体調不良による突発的な休みや早退が多く、常に予定通りの人員が確保できない現状がある。さらに、COVID-19感染拡大予防策として、疑わしい症状がある職員は長期間の業務停止が必要となったことから、職員自身の発熱による長期休暇、COVID-19患者と接触後の休暇等で欠員が生じる日が続いた。欠員が生じても診療に影響を及ぼさないよう、時には病棟から応援をもらいながら副看護師長やリーダーが中心となり人員調整を行った。

III. 救急外来の取り組み

1 従来の救急外来

従来の救急外来は、3床のベッドを有し主に夜間救急の診察室として運用していた。平日日中は外来受診患者の中で感染の可能性がある患者を隔離して診察し、夜間は当直医が救急外来で感染疑い以外の患者を診察し、感染の可能性のある患者は内科外来

処置室、または内科外来に隔離していた。そのため、ゾーニングはされていなかった（図3）。

2 COVID-19の流行を受けて行った救急外来の変化

2020年4月から院内感染対策チーム（以下ICT）の意見を参考にしながら、3床あったベッドを段階的に1床にし、ふき取りのできる素材のパーテーションで仕切り、コンピューター側を清潔区域、その他を汚染区域に分けるところからレイアウトの変更を開始した（図4）。

さらに日中と夜間の対応方法を統一し、日中も夜間も救急外来、もしくは気管支鏡室（陰圧室）を疑似症患者対応とし、発熱のない患者は夜間であっても内科外来で診察することに運用を変更した。また、内科外来でもすぐに処置が行えるように回診車を用意し、処置などの物品を揃えて内科外来に持ち運びができるようにした。

ICTの指示により、救急外来で発熱者を診察する際には、あらかじめ患者から電話連絡をしてもらい、COVID-19関連の症状があらわれていないか、感染者との接触がないか、県外への移動歴はないかなどの間診を行った。自家用車で来院する患者には可能であればドライブスルー方式でPPEを着用した医師、または看護師が検査を実施した。

発熱患者のうち、呼吸不全の症状がある患者は救急搬送入り口から救急外来のベッドに案内し、そこでPPEを着用した医師、または看護師が検査、診察を行った。検査時や気管吸引、気管挿管など、エアロゾル発生の危険がある行為をする際にはN95マスクを着用して検査・治療を施行した。

電話連絡の際、発熱やCOVID-19関連の症状がない場合においては入退院玄関から院内に入ってもらい、警備員室で受付をしたのち再度検温を行い、発熱があった場合は救急外来で対応し、発熱がないことを確認できた患者は内科外来で診察を行った。

3 院内他職種との連携

発熱や呼吸症状のある患者が受診した場合は、CRP、プロカルシトニンを含む採血、インフルエンザ抗原検査、胸部単純撮影、胸部CTなどを行い、入院が必要と判断した場合には感染管理、呼吸器内科の当番医師に相談して決定するという仕組みが作られた。

検査はICT作成のフロー図に則って施行し、検体の提出は救急外来入り口での受け渡しとなった。放射線撮影に際しては放射線撮影時のPPEについて看護師と放射線技師が統一した概念を持つことが出来るように基準を設け、それにより統一したPPEで移送ができるようにした。

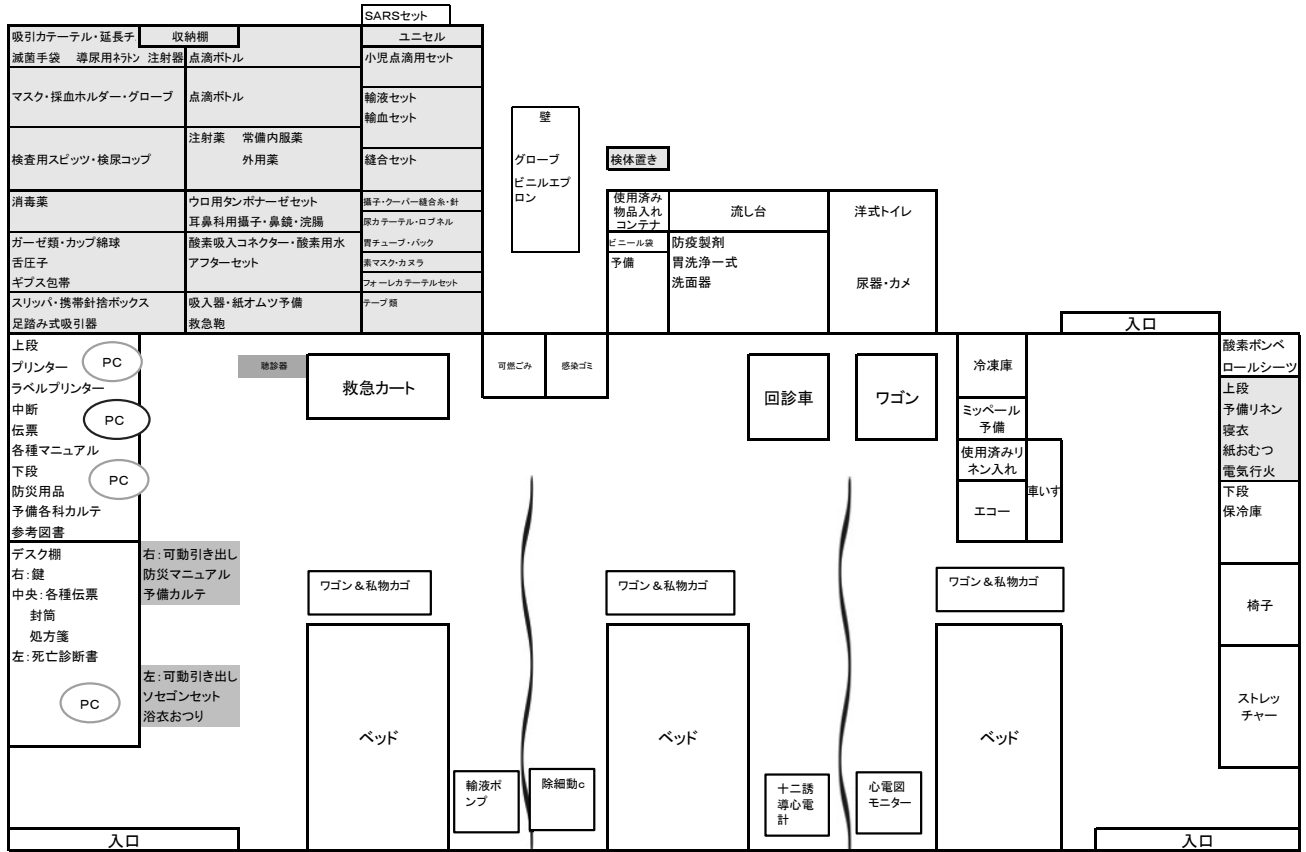


図3 従来の救急外来レイアウト

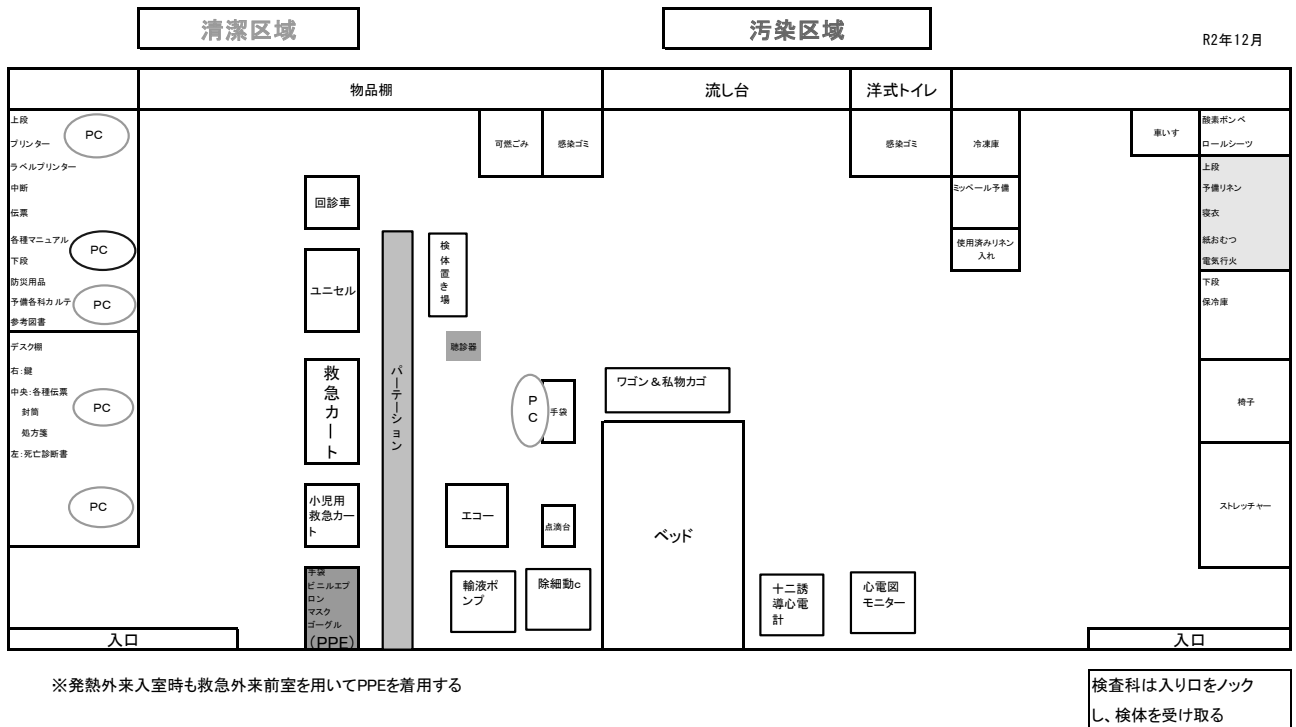


図4 ゾーニング後の救急外来

IV. 今後について

外来は、感染制御のためニューノーマルな対応が求められている。がん専門病院としての役割を果たし、診療機能を維持・向上させるために以下の課題を検討する必要があると考える。

①患者数の調整

外来は1日約900人の患者が来院している。外来機能を維持するため、逆紹介と地域連携パスの促進、完全予約制の導入などを検討し受診者数と予約のあり方を見直す必要があると考える。

②待合環境の整備

病院への入り口は3か所あり、発熱者、疑似症患者の動線確保が難しい。外来の待合室は狭く、窓がなく換気ができない所がある。また、椅子の配置は変えられず環境調整が難しく密の状態となっている。患者数の調整と合わせて待合環境を検討していく必要がある。

③発熱外来の効率的な運用

発熱外来は、患者一人あたりの診察室滞在時間が3時間以上となる。これからさらに疑似症患者が増加することや、他の感染症流行を想定し、救急外来、発熱外来の運用方法を考えていく必要がある。

④外来看護師教育

今後も新たに発信される情報を職員が正しく理解し、不安なく業務が遂行できるようにしていかなければならない。それが、職員自身の安全を守り、職員の行動が患者と病院の安全を守ることにつながる。院内感染防止対策委員会、多職種と連携し、診療機能を維持していかなければならない。

参考文献

- 1) 古林千恵：新型コロナウイルス感染症患者の受け入れに伴う看護管理者としての実践と今後の課題. 看護管理. 31 (1): 58-64. 2021.
- 2) 勝見真澄：COVID-19患者受け入れにおける管理者のマネジメント. 看護管理. 30 (9): 820-825. 2020.