

今月の視点

見えぬけれどもあるんだよ

常任理事 前川 恭子

東京都は10年以上前から救急搬送で東京ルールを運用していた。三次救急に搬送される程ではないが入院を要する病態の患者の搬送で、照会5回以上、又は搬送先の選定に20分以上を要した場合、地域救急医療センターや消防庁内のコーディネーターにより搬送先が調整される。救急搬送困難事例対策である。

COVID-19拡大以降、この東京ルールがうまく機能しない事案が増えた。これに対し東京都は新たな基準を作り、6月末から運用を開始した。COVID-19疑い救急患者を受け入れるよう指定された医療機関には、受入実績に応じた謝金や補助が支払われる。ご存知のように、東京ルールの適用件数が、東京都のCOVID-19モニタリング項目の一つにもなっている。

7月の感染者増加に先行し、新たに運用されたルールにより、搬送困難例がどのように推移するのか、見守っている。

さて、山口県でも、COVID-19確定患者・疑い患者の搬送スキームができてきた。

感染症指定病院を中心とした県内の4ブロックが調整エリアの基準となり、保健所又は県の調整本部によりCOVID-19確定患者の行く先が決まる。患者を受入れるのは感染症指定病院だけではない。地域医療構想などのために、既に急性期病床を転換・減床した医療機関も含まれる。診療報酬がマンパワー育成や未知の感染症対策の原資となり得ず、状況も刻々と変化する中で、よくぞ対応してくださったと思う。

COVID-19か確定せぬが、疑わしい患者の搬送スキームも決まっていく。疑い患者を受け入れる二次救急医療機関が決まるということだ。入院を要さぬ傷病者の救急搬送が多ければ、二次医療機関の入り口の負担が増え、本当に入院を要する患者の処置に遅れが出るであろう。まさに感染者が増えてきたこの時期、負担が増えるのは感染症指定医療機関と入院協力医療機関であり、それらが二次救急の入り口ともなっている。

地域の医療者にとっての砦の一つ、しかも大きな砦である二次救急医療機関を崩さぬために、できることは何か。本当に入院を必要とする傷病者が二次救急医療機関に搬送され、入院を要さぬ疑い患者が救急搬送とならぬためにはどのようにすれば良いのか。

軽症の方は、救急車を要請せずに、順を追って医療機関を受診してくれば良い。これは、先から分かっていることである。が、この数年、山口県の軽症傷病者の救急搬送は搬送人数の4割、多い地域では5割弱を占めることもある。

感冒症状があれば、職場内感染を防ぐ目的で、とにかく仕事は休んでいただく。皮肉なことに、働き方改革よりもCOVID-19の方が効果的だ。

熱が出れば、今までのように、仕事終わりや休日に救急外来を受診するのではなく、仕事を休んだ平日の日中に、発熱外来や発熱患者を診察する一般開業医を受診すればよい。

そう、保健所や厚労省は、かかりつけ医が発熱

患者さんを診察するようすすめている。しかし、開業医としては COVID-19 かもしれない患者さんを一般診療で診察するのは怖い。発熱外来と称し、一般診療所で患者さんの診療を行うのは、山口県内の COVID-19 の事前確率が低い時期でも、ゾーニングをきちんとしていても、PPE の脱着が完璧であっても、世間からは悪い方に取りざたされた。患者さんの一人が COVID-19 であったと判明したその後に、自分たちが対処せねばならぬ消毒、他の患者さんや職員との接触歴調査、それに伴う風評被害を考えれば、発熱患者さんに受診をご遠慮いただきたい、そう思う同業者の気持ちもよくわかる。

地域外来・検査センターにも出務する。インフルエンザワクチン接種も始める。COVID-19 のワクチンはいつになるかわからない。日頃の様子に分かる患者さんの看取りはまだしも、見知らぬご遺体の検死で、COVID-19 に暴露しないとは言えない。並行してインフルエンザが流行れば、どのように対応すればよいのか。

散々、診療行為を診療報酬で買ったたかされてきた。それを今更、新興感染症だからと医療者の正義感やボランティア精神を当てにされ、風評被害や自身の感染による休業は、一体誰が経済的に助けてくれるのか。モーパッサンの「脂肪の塊」にはなりたくない。目の前の減収を何とか切り抜け、職員と自分の生活を守りたい。

それでも、このウイルスは追いかけてくる。無症候感染者が待合室や職員詰め所に紛れ込む、その前提で私たちは診療を継続することになる。COVID-19 が指定感染症である限り、備えること、せねばならぬことは山積みで、状況の変化や国の施策の変化に対し、何度も対策を立てなおすことになる。例え COVID-19 が指定感染症でなくなったとしても、ウイルスの性状が変わらなければ、効果的なワクチンができるまで、異なる荷を背負うことになる。

人は、目の前で起こっていないこと、自分に起こっていないことはこの世に存在しないと思う。差別や虐待、ハラスメント、いじめ、自分の病気。

保健所は一般開業医が背負っているものが見えない。住民は救急隊の負担がわからない。一般開業医は、国の決めたルールに不本意でも沿わねばならぬ機関のストレスを想像しきれない。

地域医療構想では公的医療機関と民間医療機関が、データの公開で対立した。看護行為と処遇で、准看護師と看護師が未だにぶつかる。相対的マイノリティのアフリカ系アメリカ人とラテン系アメリカ人とアジア系アメリカ人が争う。問題は「そこ」ではない他のところにあるのに、現場の近い者がお互いを非難し合う。自分が背負うものやストレスや愚痴を言えない渦中で、相手も背負っているものやストレスや愚痴を言えない状況であることは見えない。見えないものは、自分の世界に存在しない。

保健所には開業医の精神的・経済的負担を、クリニックの先生方には受入医療機関や保健所の負担を、住民には救急車のその先を想像していただきたい。そして、もし、想像した世界に納得がいくのであれば、自分の世界で負えるリスクをもう少しだけ背負っていただきたい。目いっぱい背負ってくださっている方は、もう充分である。

どこも、誰も、大変なのである。これからしばらく、もしかすると、しばらくよりもっと長い間、大変なのである。国以外の特定の誰かにだけ責を負わせ、その大変さを切り抜けるのは心が荒む。

見えぬものでも「そこ」にある。そこにあるのは勝手の悪いルールであり、ウイルスでもあり、滞った情報であり、人の気持ちでもある。