

NCNPは新型コロナに どう立ち向かったか

～コロナ禍で見えてきた新たな使命と役割～

2019年の秋に発生し、またたく間に全世界へと拡大したCOVID-19（新型コロナウイルス）のパンデミックは、精神、神経、筋、発達障害を専門領域とするNCNPの活動にも大きな影響を及ぼしました。さまざまな事態が発生し新たな課題がクローズアップされるなか、それらに対するNCNP一丸となった取り組みがなされ、多くの貴重な知見も得られつつあります。現場でCOVID-19対策に取り組んできたスタッフが、これまでの軌跡と今後について語り合いました。

出席者

- 金 吉晴** 精神保健研究所 所長
- 有賀 元** 病院 総合内科消化器科医長、COVID-19診療担当医長
- 小澤 慎太郎** 病院看護部副看護部長、感染管理認定看護師
- 佐竹 直子** 第一精神診療部・医療連携福祉部、精神科医

多職種チームで建設的議論

金：本日はCOVID-19が問題になってからの我々の取り組みや、これからNCNPが目指すべき方向性などについて幅広く意見交換したいと思います。

ダイヤモンド・プリンセス号で集団感染が起こったときは、まだ自分たちのところに来るとは実感はありませんでした。その後、多摩地区でも感染者が発生したというニュースがあり、「ついにルビコン川を渡ったか」と身が引き締まったことを覚えています。

有賀：私は内科医として、いずれCOVID-19の診療をしなくては行けなくなるだろうとは思っていました。ただ、当院は精神・神経・筋疾患と発達障害の診療を主任務としておりますので「すぐ診ましょ」

とはなかなかならない。とはいえ、COVID-19診療の社会的要請があれば、それに応えることもナショナルセンターの役割として重要です。そのバランス感覚は必要かなと思っていました。

金：有賀さんは内科医とはいえ感染症の専門家ではありませんが、自分が引き受ける覚悟はできていましたか。

有賀：ニュースなどで眼科や耳鼻科が主治医をしている病院があるという話を聞いて、専門うんぬんは言っていないかと覚悟は固まりました。医師としての責務、そのために医師免許を持っているんだ、くらのつもりでいました。

金：そういう先生がいてくださって、NCNPとしてはありがたく思います。

有賀：一人ではできなかったことです。医師だけではなく、看護師や他のスタッフまで含めてひとつのチームとして対応しています。

金：佐竹さんはダイヤモンド・プリンセス号へ精神科医として派遣されるという話があったと聞きました。

佐竹：私はDPAT（災害派遣精神医療チーム）の隊員でもあったので、実際には派遣には至りませんでした。ただ院長から辞令もいただきました。ですので、COVID-19への対応には災害派遣での経験が生かせるかもしれないと思っていました。精神科病院が多くある



金 吉晴
精神保健研究所 所長
NCNPの幹部とメンタルヘルス研究リーダーの視点から司会と発言者を兼ねての参加。

有賀 元
病院 総合内科消化器科医長
COVID-19診療担当医長
NCNP初のCOVID-19対策チーム「Cチーム」から診療チームのリーダーを務める。

佐竹 直子
第一精神診療部・医療連携福祉部、精神科医
総合病院勤務、DPAT隊員としての経験を生かしCOVID-19病棟の精神科医療を担う。

小澤 慎太郎
病院看護部副看護部長
感染管理認定看護師
感染管理認定看護師として、NCNP全体の感染症対策に取り組む。

この多摩地区で集団感染が出たらどうするのだろうと考えていたときに、NCNPで感染病棟を開いてほしいという話が東京都から来ました。私は総合病院の勤務も長かったので、合併症の治療に自分のノウハウを少しでも活かせればと思い、関わらせていただきました。

小澤：私は感染管理認定看護師（ICN）として2013年からNCNP病院の感染対策を担当してきましたが、2020年1月8日に初めて院内メールで、中国で原因不明の肺炎が集団発生しているという院内周知をしました。そこから感染対策のルールを作り、週に2～3回マニュアル改訂を続けました。一時期、サージカルマスクなどの个人防护具が手に入らなくなり、意に反して不十分な感染対策をお願いしなくてはならなかったときはとても心苦しかったです。その恐怖感たるや、たいへんなものがありました。その頃、多職種によるCOVID-19診療対応チームである「Cチーム」がNCNPの中に立ち上がりました。多職種が関わって意見交換ができる。すごくありがたいなと思ったのを覚えています。

有賀：「Cチーム」は当時の病院長の指示で作ったのですが、看護師、薬剤師、放射線技師、ケアワーカー、いろいろなところからやりたい人を集めてチームをつかって対策を練りました。話し合いはとても建設的で、ざっくばらんに議論ができました。

金：ボトムアップ的なまとめ方をされてきたということですね。

有賀：結果的にボトムアップになったと思います。皆さん、モチベーションが高かったですね。

感染対策は心を鬼にして

有賀：地域の精神科単科病院でクラスターが起こり、病棟をひとつ空けて、COVID-19の患者さんを受け入れました。収束後も、再びクラスターが発生したときのためのベッドが必要とのことで、当初の5南病棟からCエリアを経て現在の5北病棟と、場所を変え増床しながら、症状が重い精神疾患の患者さんも受け入れられるよう発展させていきました。当初は、中等症II以上は他院に転院と

していましたが、今は重症の患者さんも診ています。私たちもスキルアップして、転院ありきではなく自分たちで診られるようになっていきました。感染症専門医がいない状況でしたが、みんなで知恵を絞って学びながらやっていくスタイルで、今の形が作れたと思います。

佐竹：感染症の専門医がなくて内科的な治療が滞っているかという、そうでもありません。神経内科医はステロイドの使用にたいへん長けておりますし、筋疾患の患者さんのための人工呼吸器もたくさんあります。それぞれのメリットを活かして診ることができています。

金：看護師さんも含めてスタッフの気持ちの準備などはどうでしたか。

佐竹：本人の希望を聞いて気持ちを尊重しましたが、初めは感染に関する情報も今ほどはなく、また看護師は医師より圧倒的に患者さんに関わる時間が長いので、不安を抱えながら勤務をしていたと思います。少しでもリラックスして仕事できるように気を配って病棟内の雰囲気づくりをしました。心理療法士のチームもストレスマネジメントに関わってくださいました。

有賀：一番大切なのは、やりたい人でやるということ。そこを徹底しましょう、ということを大事にしました。ただ、手を挙げた人が本



厳しい入室制限を行っているレッドゾーン（感染管理エリア）入口の様子



「日本の精神医療の歴史のなかでたいへん貴重な経験値が積み上がっています」金 吉晴

当にやりたいのかどうかの見極めは難しいですね。こういう仕事は嫌々やるものではないと思いますので、できるだけどよりした環境にならないように気を配りました。僕がやったのはおやつ係ですかね(笑)。休憩室には必ずおやつを絶やさないとをモットーにしてやっています。

金：おやつ係。素晴らしいですね。

佐竹：看護師さんたちが、熱があるから休ませてくださいと言いやすい環境や雰囲気づくりは各部長さんたちが努力されていたと思います。わずかでもCOVID-19を持ち込むリスクのある人は病棟に入らないようにすることも、うまく機能したと思います。

金：NCNPではクラスターが起きませんでした。

有賀：それはICNの力です。リスクのある患者さんが多いのにもかかわらず、クラスターが出ていない。

小澤：綱渡りではありました。院内で職員や患者さんから感染者は出ています。それが広がらなかったのは、厳しい制限が実を結んだのかもしれない。入院中の患者さんについては院内散歩やリハビリや食事をする場所などを制限し、発熱者の隔離や検温回数なども厳しくしました。職員についても、通常の感染対策に加え、職員自身だけでなく同居家族の体調不良時には出勤を控えるよう、病院全体に協力を求めました。

院外からの持ち込みを防ぐため、面会は病状が相当に深刻な場合以外は許可しない、タブレットを使ってリモートにするなどの制限をしました。退院前の外泊訓練は重要な治療の一環で、患者さんはこの外泊を楽しみにしていたのですが、これも厳しく制限しました。血も涙もないと思われるかもしれませんが、病棟にいる何十人もの人を守らなければならないので、そこは情を切り離して考えましょう、とスタッフにもお願いして患者さんを説得しました。

佐竹：本来は治療の一環として、外泊をして生活の場で状態の確認することは必要なのですが、この時期は私も心を鬼にして患者さんに一生懸命説明しました。

組織として成長できた

有賀：今回COVID-19を診ることで、診療科の横のつながりがすごく強くなったと思います。NCNPに来て十数年ですが、以前は「うちは単科病院の集まりだからね」と言う人もいて、横のつながりはあまりなかったと思います。今は精神科と内科と神経内科の医師・看護師が一丸となってCOVID-19診療に関わっています。小児神経科や脳外科の医師が加わることもあります。ソーシャルワーカーや薬剤師が入ってくれたり、検査技師や放射線科技師も、ひとつのチームのような横のつながりができて、充実感を持ってディスカッションをしています。先々COVID-19が収まってからも、これが発展できたらよいと思います。

金：はからずもCOVID-19をキーワードにして一気に連携が深まったわけですね。私はPTSDを専門にしていますが、「トラウマ後の成長」という概念があります。ポスト・トラウマティック・グロースといいますが、それを思い出しました。組織として成長してきたということですね。

佐竹：これだけの数の合併症治療を1カ所でやるという経験はこれまでなかったと思います。総合病院の精神科病棟でも合併症の治療は10%か20%くらいのものですが、5北病棟内の患者さんはすべてがCOVID-19の合併症患者さんですから。

有賀：合併症診療は、どちらかというところだったと思うんです。かなりマンパワーやエネルギーが割かれますが、協力し合い、クロストークしながらタッグを組めばできることがわかりました。こういうスタイルがありますよというのを、発信できたらいいなと思っています。

金：ひとつのモデルになっていますね。確かに単科のクリニックが横に並んでいるだけのようなイメージが昔はあったと思います。それが一体感をもって、ナショナルセンターとして他にない役割を果たしていくきっかけになったようですね。



「病棟にいる何十人もの人を守らなければならないので、情を切り離して制限をしました」小澤 慎太郎



多職種のスタッフによるカンファレンス風景

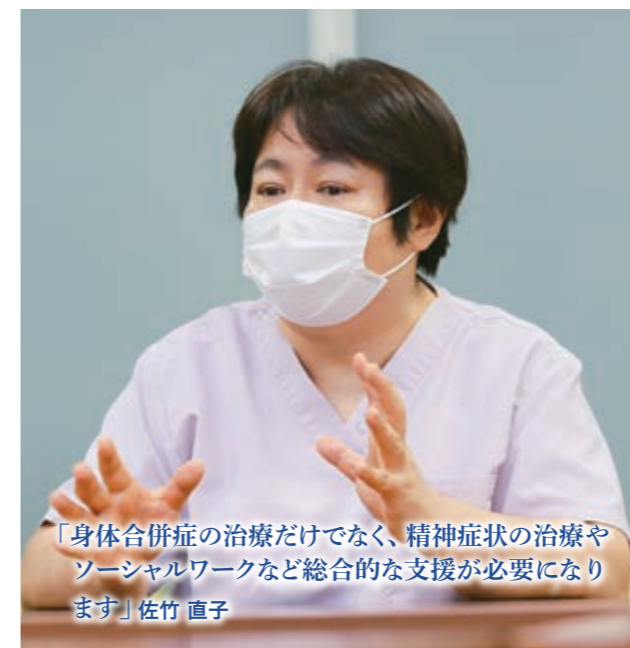
精神疾患における合併症を診る

佐竹：精神の疾患があってもなくても、身体疾患はひとつの医療機関で治療を受けるのが理想です。ただ、重い精神症状の人や専門療法を受けている人の合併症治療は、精神科がある病院での対応が必要になります。

金：東日本大震災のときも、福島県内の精神科病院の患者さんで身体合併症のある患者さんはNCNPに来ているんです。他院ではなかなか引き受けられない合併症のある方を診るのが、NCNPの今後の使命のひとつになっていくかもしれないですね。

佐竹：たとえば母親と2人暮らして親が日常生活のサポートをしている患者さんで、2人ともコロナで入院して親のほうが入院が長引いた場合、本人を一人だけ家に帰すのが難しい。そういう時にはソーシャルワークも必要になってきます。単に身体合併症の治療だけでなく、精神症状が増悪した場合にはその治療も行い、地域生活につなげるために必要な支援を考えるなど、総合的な支援が必要になります。

金：それによって精神科のスキルがすごく上がる。日本の精神医療



「身体合併症の治療だけでなく、精神症状の治療やソーシャルワークなど総合的な支援が必要になります」佐竹 直子



「次に全然違う病気が出てきても、対応できるベースはできたと思います」有賀 元

の歴史の中でたいへん貴重な経験値が積み上がっている。このスキルが、将来一般の精神医療にも広がっていくといいと思います。

有賀：精神疾患の患者さんは、身体疾患を一般の病院でなかなか診てもらえないという大きな課題があります。精神疾患があるのでお断りと言われて、都内の遠方の区からも患者さんが来られます。NCNPのような高度な医療機関でないと難しい患者さんも一定数いますけれども、逆にどうしてこの患者さんはうちでないとだめなんだろう、という患者さんも少なからずおられる。例えば抑うつやパニック障害など、病名がただで一般の病院では診ていただけないことが度々起こります。そろそろこういう時代から脱していければと思います。

佐竹：精神科外来で患者さんが感染対策やワクチンのことなどを聞いてきます。かかりつけ医が精神科しかないということです。「先生、コロナが悪くなったならここで必ず診てもらえますか?」と、何回か聞かれたこともあります。精神症状の対応は精神科医のいない病院では難しい面は確かにありますが、重症肺炎の人たちの中に精神疾患を持っている人がいたときに起こりやすい問題、管理の方法、お薬の調整など、私たちが持つデータを伝えていくことで、一般病院や救急病院でも精神障害の人を診ることができるようになればと思います。

金：精神科に移らなくても、こういうふうにやればできますよ、と。それは貴重な提言になりますね。

人間の特性をあぶり出した新型コロナ

佐竹：つらいことの多いコロナ禍ですが、強迫傾向で手洗いの多い方たちから、「コロナで周囲の人たちも手洗いをしてくれるのでホッとすると聞いたことがあります。

金：在宅勤務でストレスを感じている人もいれば、会社に行かなくてすむので気楽でいいという人もいて、人によってさまざまだと

いう感じはありますね。

佐竹：社会全体で“ひきこもり”になったので、在宅でできる仕事が増えて就労のチャンスが増えたという話もあります。人前に行くことと緊張して仕事に就くことに踏み切れなかった人が「在宅の仕事が最近多いですよ」と喜んでいました。一方で、もともと不安が強い人たちは不安を増しています。外来に来ると感染するかもしれないと不安になってしんどいという人もいます。また、依存症の人たちは、人と人の距離が遠くなることで孤独感を感じるようになり、かなり辛い思いをされています。感染下で自助グループが集まれない。リモートでは独特の違和感があって集まっている感じがしない。依存症からの回復には支援者や仲間とのつながりが重要なのですが、コロナ禍で一人家にいて、孤独感から再使用につながる、ということが増えています。

金：依存症の人はヒューマンネットワークで支え合って、1日1日のいでいる感じがありますからね。

有賀：糖尿病は悪くなっている患者さんが多いですね。運動の機会が減ると、どうしても食にストレス発散を求めてしまう。逆に過敏性腸症候群の患者さんはよくなっている人が多いです。通勤、通学をしなくてもよくなって、いろいろなストレスから解放されて症状が軽くなる。「こういう時代を待っていました」と言われたこともあるくらいなので、病態によって、よい方に働いている方と悪い方へ働いている方がおられるというのを実感しています。

金：新型コロナという状況が人の特性をあぶり出しているみたいですね。統合失調症の患者さんの病識とか治療アドヒアランス¹⁾はどうでしょう。

佐竹：これから治療しますよと言って、嫌だという方は少ないですね。認知症の方の場合、状況を理解することが難しい。重度の知的障害ですと協力はほぼゼロになります。

金：そこに精神科の課題や困難例が集約されていますね。

新たに求められるNCNPの使命

金：実は罹患後の長引く症状に苦しむ患者さんに対する医療体制も立ち遅れていて、患者さんの行き場がない。そこでNCNPでは2021年6月にCOVID-19感染後遺症外来を開設して、専門医による診察や検査を行っています。NCNPで研究を進めてきた慢性



疲労症候群との症例の重なりも注目されています。COVID-19後遺症についてはまだ分かっていないこともあって症状も多様なのですが、着実な対応に努めているところです。ワクチン接種後の不調の相談も来ています。今後は他の医療機関とも連携して後遺症に



病棟内での歩行訓練の様子

についてのデータを積み重ねて、実態の解明につなげたいですね。

佐竹：NCNPはナショナルセンターですけど、国全体のセンターでもあり地域の病院であるという病院の立ち位置を、今回のCOVID-19で改めて考えるきっかけになりました。保健所や東京都との連携も活発になりました。ナショナルセンターであり、かつ地域の主要病院であることが求められていると思いました。

有賀：社会のニーズや地域のニーズにリアルタイムに反応できること、いま困っていることに対応することが求められてきました。次に全然違う病気が出てきても対応できるベースはできたと思います。

金：大きな公衆衛生的な災害危機があったときに、それに対する調査をしたり提言したりするのもナショナルセンターの役目ですので、厚生労働省に助言をしながら1万人を対象にしたコロナストレス調査²⁾を行いました。NCNPのTMC(トランスレーショナル・メディカルセンター)の久保亮室長が中心となって行った2,600人のインターネット調査³⁾では、たとえば若年者、女性、一人暮らしの方、収入が厳しい方などにワクチンに対する不安が強いという結果が出ています。もともと持っている不安が、ワクチンで増強しているような気もします。このような臨床研究を実施する使命がNCNPにはあります。さらに6つのナショナルセンターが連携して情報共有する。たとえば国立がん研究センターや国立循環器病センターにも精神科の患者さんがいらっしゃるの、そういうところにNCNPでの経験を伝えるとか、6つのナショナルセンターの連合体として今回のような公衆衛生的な危機が起こったときにどのように取り組んでいくべきか。それはたぶん今後議論されていくことになるのではないかと思います。

(2021年9月、NCNP内にて)

- 1) 治療アドヒアランス
患者さんが治療方針の決定に関わり、その決定に従って積極的に治療を受けること
- 2) 新型コロナウイルス感染症に係るメンタルヘルスに関する調査(2020年)
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_15766.html
- 3) 新型コロナウイルスワクチン忌避者は1割。忌避者の年齢・性別差、理由と関連する要因を明らかに：日本初全国大規模インターネット調査(2021年)より
<https://www.ncnp.go.jp/topics/2021/20210625p.html>
<https://www.mdpi.com/2076-393X/9/6/662>