

# プライマリ・ケアの現場で医療従事者は 新型コロナウイルス感染症（COVID-19） に対してどのような経験をしたのか？

——2020年前半についての報告——

木村周平・飯田淳子・小曾根早知子・後藤亮平・照山絢子・  
金子 惇・濱 雄亮・堀口佐知子・宮地純一郎・春田淳志



# プライマリ・ケアの現場で医療従事者は 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対して どのような経験をしたのか？ ——2020年前半についての報告——

木村周平（筑波大学人文社会系）・飯田淳子（川崎医療福祉大学）・  
小曾根早知子（筑波大学医学医療系）・後藤亮平（筑波大学  
医学医療系）・照山絢子（筑波大学図書館情報メディア系）・  
金子 惇（横浜市立大学）・濱 雄亮（東京交通短期大学）・  
堀口佐知子（テンプル大学ジャパンキャンパス）・  
宮地純一郎（浅井東診療所）・春田淳志（慶應義塾大学）

## I はじめに

### 1. 本報告の概要

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は、その発生以来、世界中で深刻な大きな影響を与えている。COVID-19への対応には様々な前線があるが、プライマリ・ケア<sup>1</sup>の現場もその一つである。パンデミック発生から2年以上が経過した本稿執筆時点（2022年7月）でも、依然としてウイルスや症状に関する知識は十分とは言えず、今後の推移は不確実さははらみ、最前線の現場で働くプライマリ・ケア医の日々の模索は続いている。

本稿執筆者による共同研究は、以上のような不確実な状況下でのプライマリ・ケアの現場における医療者の意思決定や対応に関わる経験を現在進行形で記録し、質的に分析することで、今後同様の事態が起きた際の対応を検討するうえでのエビデンスを提供することを目的とし、2020

---

<sup>1</sup> プライマリ・ケアとは「国民のあらゆる健康上の問題、疾病に対し、総合的・継続的、そして全人的に対応する地域の保健医療福祉機能」（一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会ウェブサイトより <https://www.primary-care.or.jp/paramedic/index.html>）であり、それを担う医師のことをプライマリ・ケア医と呼ぶ。従来、「家庭医」や「かかりつけ医」と呼ばれてきた医師や、近年、19番目の基本領域専門医として制度化された「総合診療医」などが含まれる。

年3月以来本稿執筆時点まで継続しているものである<sup>2</sup>。主な調査方法は10人のプライマリ・ケア医への継続的なオンライン・インタビューであるが、本報告の対象となった時期においてはこの10人に加え、共同研究メンバーのうち4人にもそれぞれ1回ずつインタビューを行った（14人の内訳は表1を参照）。インタビューは対象者のリクルートと同時進行で2020年3月末から開始し、第2回目以降は、10人の調査対象者を2人ずつのグループに分け、そのグループごとに調査チームも担当者を決め、日程調整をしながらインタビューを進めている。なお、インタビュー中、調査側はメモを取るだけでなく、対象者の許可を取ったうえで録画・録音し、音声データを文字起こししている。本報告は、そうしたメモと逐語録をもとに、2020年3月から8月までの、パンデミック初期におけるプライマリ・ケア医たちの反応や実践をまとめたものである。

以下、第I章の残りの部分でパンデミックの特性をふまえてインタビュー記録をまとめるうえで取った方針について述べる。次に第II章で8節にわたってインタビューの内容を整理する。第1～3節までは時間的推移に応じて、問題の認知、対応の開始、具体的な対応を取り上げる。第4～6節は対応の中で見えてきた問題点などについて述べる。第7節はプライベートへの影響、第8節はプライマリ・ケア医としての考えを扱う。

続く第III章は本稿のまとめである。なお、第IV章に補遺として、今回のインタビューの時期に起きた出来事について整理している。これは本報告の前提となるべき情報ともいえるが、（少なくとも本稿刊行時の）読者にとっては既知の内容であり、煩雑さを避けるため最後に掲載している。必要に応じて参照されたい。

表1 調査対象者（11-14は共同研究メンバー）（本報告執筆者による共同作成）

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
性別	M	M	M	M	M	M	M	F	M	F	M	M	F	M
地域	首都圏	関東	九州	中国	首都圏	北海道	首都圏	中部	関西	中部	首都圏	首都圏	関東	関東
	都市部	都市部	都市部	都市部	都市部	周辺部	都市部	周辺部	都市部	周辺部	都市部	都市部	周辺部	周辺部
勤務施設	複合	病院	複合	診療所	病院	診療所	診療所	診療所	診療所	診療所	病院	複合	複合	(PT)
1回目	3/24	3/26	3/27	4/2	4/3	4/7	4/16	5/3	5/12	5/15	4/14	4/15	4/17	4/17
2回目	4/14	4/25	6/6	4/23	4/25	4/23	6/6	6/17	6/19	6/19				
3回目	5/19	6/11	8/8	8/17	6/11	8/17	8/8	7/20	7/29	7/29				
4回目	6/17	7/17			7/17									
5回目	7/20													

<sup>2</sup> この研究の経緯やデザインについては、木村ほか [2020] および照山ほか [2021] を参照。また、これまでの研究成果としては、飯田ほか [2021]、Haruta et al. [2021]、木村ほか [2022] を参照。

## 2. 本報告の方針

### 2.1 COVID-19 をめぐる不確実性

まず、言うまでもないことかもしれないが、(1) 本報告で取り上げる調査が行われた時点でCOVID-19についてそれがいかなるものであり、どう治療可能かについての確定的な知識は存在していなかったこと、(2) 本報告執筆時点でも十分な知識が存在しているとはいえない、ということ、加えて、(3) 対応に関わる多様な立場のなかで、特に意思決定および実務上で重要な位置を占める政府や都道府県、基礎自治体、保健所、医師会、各医療機関などにおいて、対応方針や対応能力にばらつきがあり、さらに時間による変化も生じていること、の3点を確認しておきたい。

こうした事情のため、マクロ（世界レベル、全国レベル）でも、メゾ（県レベル）でも、ミクロ（地域レベル、医療機関レベル）でも、事実として、パンデミックが全世界を覆う一方で、その対応においては、大きな多様性が生じている。例えば市民のマスク着用は、2020年3月時点では「感染防止にとって有効でない」とされ、マスクを買いに列をなすのは非合理的な行動と見なされていたが、その後、マスクの有効性は見直され、さらに飛沫よりもエアロゾルによる感染リスクが注目される中で、ふたたびマスクの有効性は疑われるようになっていく。こうした事態について、本報告では「〇〇時点の判断は誤りだった」という立場を取らない。本報告が目向けるのは、「何が正解か」を明らかにすることではなく、「(何が正解かを判断する) 情報が不十分な中で、その時点で問題がどのようなものとして捉えられ、それに対して調査対象者たちがどのような思考や行動をとったか」である。そして「そうした思考や行動の、調査対象者間での類似性と差異から何が読み取れるのか」を検討する。

### 2.2 調査対象者における記憶の曖昧さ

COVID-19の流行は、当初の楽観的な予想を超えて長期にわたって進行し、かつ、そのなかで「第〇波」と呼ばれるような状況の変化が生じている（表2も参照）。そうした状況において、調査対象となる医療者の側の記憶がどうしても曖昧になる部分がある。例えば個別のケースについては鮮明でも、「施設として現在の対応の体制にしたのはいつか」と問われても明確に答えられないという場合がある。

そのため、調査では継続的なインタビューによって、できるだけ変化のプロセスを捕捉するよう努めているが、どうしても語られる内容が事実とずれてしまいうることも、改めて確認しておきたい。なお、本研究では、客観的な時系列に沿った事実関係の把握よりも、当事者が出来事をどのように捉え、記憶のなかでどのように位置づけているかの方に重点を置いているため、事実とずれる場合は対象者の語った内容を優先した。

以上を確認したうえで、インタビューからの知見を整理する。なお（ ）内にインタビューの勤務する地域、都市部か周辺部<sup>3</sup>か、病院か診療所か両方か、いつのインタビューかを示した（表1も参照）。また、文字起こししたものから抜き出している部分は「 」で括っている。反復や文法的な逸脱も見られるが、語られた通りにしてある。ただし、具体的な地名等でインタビューの特定につながるものは〇〇に書き換えた。また「 」内においては、省略している部分は…で表し、調査者による補足は[ ]で表している。「 」で括られていない部分は調査者による要約や言い換えである。

表2 パンデミック初期の出来事（作成：春田淳志）

【2019年】	
12月30日	原因不明の肺炎について記載された公文書を勤務先の病院で発見した李文亮がWeChatに画像として投稿。
12月31日	世界保健機関（WHO）への最初の報告が行われた。
【2020年】	
1月1日	華南海鮮卸売市場を閉鎖。
1月7日	肺炎の原因が新種のコロナウイルスであることを確認。
1月9日	肺炎による最初の死者が発生。
1月13日	初めての中国域外の陽性事案がタイで確認された。
1月16日	日本での感染者を確認・報道。1月14日、神奈川県内の医療機関から管轄の保健所に対して、中華人民共和国湖北省武漢市の滞在歴がある肺炎の患者が報告され、国立感染症研究所で検査し、15日に新型コロナウイルスへの感染が確認されたと報道。
1月19日	韓国での感染者を確認。
1月20日	クルーズ客船「ダイヤモンドプリンセス号」が横浜港から出港（2/4に帰港する予定のクルーズ）。
1月23日	武漢都市封鎖、1月24日から30日まで春節（旧正月）の大型連休に突入。（その後、2月2日まで延長）。
1月25日	日本で武漢市在住の30代女性旅行者の感染を確認。クルーズ客船「ダイヤモンドプリンセス号」から香港人男性が下船。
1月26日	広東省政府は公共の場でのマスク着用を義務付け、違反者に対する罰則を導入。北京市政府が市境を超えるすべてのバスの運行を停止すると報じた。
1月30日	武漢から来たツアー客を乗せて、東京・大阪間を往復した武漢市への渡航歴のないバス運転手の男性の感染が28日判明。翌29日にはこのバスに同乗していた女性バスガイドの感染も確認。これらの感染例について、厚労省は30日になって「人・人」感染が認められると明らかにした。
1月31日	WHOが国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態を宣言。武漢市がある中国湖北省の滞在歴のある外国人を2月1日から入国拒否すると発表した。
	世界的に防疫体制が敷かれ、武漢市に対して各国民を帰還させるチャーター便が送られると共に中国以外の国では中国を経由しているクルーズ客船から下船できない乗客も現れた（以降参照）。SARS-CoVが流行した2003年時点よりもグローバル化が進み、SARS-CoV-2感染者に無症状の場合も多いという特徴もあって、防疫が難しく、SARS-CoV-2は急速に世界中に広まっていった。また、ネットとマスメディア双方が「コロナ」の話題で埋め尽くされ、不正確な情報が大量に飛び交う「インフォデミック」状態に陥った。困窮状態にある消費者心理に付け込んだ、生活必需品の高額転売なども起きた。
2月1日	クルーズ客船「ダイヤモンドプリンセス号」から香港で1月25日に下船した香港人男性の感染を確認。
2月5日	日本では集団感染を起こしたクルーズ客船「ダイヤモンドプリンセス号」が、日本政府の指示により大黒埠頭沖で14日間の隔離措置を開始。
2月7日	SNSで最初に新型肺炎についての報告を行った医師の李文亮が死亡。

<sup>3</sup> 周辺部という表現はこなれていないが、通常、都市に対応する村落や農村という語彙では対象者の勤務する地域を適切に表現できないと考え、この語を選択した。

2月8日	武漢で60代の日本人男性1名が新型コロナウイルスによる日本人初の死亡が報告される。
2月11日	WHOが新型コロナウイルスの感染による疾患を「COVID-19」と命名、ICTVがこのウイルスを「SARS-CoV-2」と分類、命名。
	湖北省が、肺炎を引き起こす新型コロナウイルスによる死者が103人、感染者が2097人増えたと発表。同日時点で中国本土の死者は計1011人となり、感染者は4万2千人を超えた。
2月13日	日本で初の死者確認。新型コロナウイルス感染の疑いがある乗客がいるとしてフィリピン、日本、台湾、アメリカ領グアムに入国拒否されたクルーズ客船「ウエステルダム号」がカンボジアに入港。渡航歴のない千葉県の20代男性が感染。
2月16日	タクシー運転手の男性が1月に開かれた屋形船での新年会に参加していたことが報道。都は関係者など「約100人が濃厚接触者にあたる」として検査を進め、1月18日の屋形船新年会（東京都）の感染判明。
2月17日	政府、「帰国者・接触者相談センター」に相談する際の基準として「風邪の症状や37.5度以上の発熱が4日以上続く」症状などを挙げる。
2月18日	岩田教授がクルーズ船の動画をYouTubeで公開。
2月20日	「新型コロナウイルス感染症対策専門家会議」が開催され、クルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」における感染制御策を報告。
2月21日	日本での感染者が100人を超えた。都知事が都が主催する大規模で飲食を伴う屋内イベントを3週間、原則中止か延期すると発表。
2月22日	岩田教授動画、遅くともこの日までに本人によって削除された。
2月24日	安倍首相「これからの1～2週間が急速な拡大に進むか収束かの瀬戸際」。新型コロナウイルス感染症対策の基本方針の具体化に向けた専門家の見解が示された。
2月25日	症状が軽い人は自宅療養を原則とする、また「全国一律のイベント自粛要請はしない」とされていたが、「患者集団が確認された地域では自粛の検討要請もあり得る」とする政府方針が発表された。
2月26日	日本で2人目の死亡者を確認。韓国での感染者が1000人を超えた。北海道は小中学校を臨時休校する方針を明らかにした。
2月27日	安倍首相、小中高校を3月2日より休校するよう要請。 新型コロナウイルス感染症対策専門家会議が、新型コロナウイルス厚生労働省対策本部クラスター対策班が分析した内容に基づき検討した結果をまとめ、見解を公表。症状の軽い人から感染が拡大していること、これまでに国内で感染が確認された方のうち約80%の方は他の人に感染させていないこと、感染が確認された症状がある人の約80%が軽症、14%が重症、6%が重篤であること、北海道の感染状況の分析を明らかにした。 全国的なスポーツ、文化イベントを「今後2週間は中止、延期、または規模を縮小する」対応を要請した。
2月28日	北海道で非常事態宣言が発令された。
2月29日	イタリアでの感染者が1000人を超えた、大阪ライブハウスでのクラスター感染。首相「これから1、2週間が、急速な拡大に進むか、終息できるかの瀬戸際となる。こうした専門家の皆さんの意見を踏まえれば、今からの2週間程度、国内の感染拡大を防止するため、あらゆる手を尽くすべきである」と発言。 2月下旬からそれまで感染の中心だった中国だけではなく、韓国やイタリアで感染者が急増した。
3月2日	小中高校の臨時休校開始。
3月5日	首相は3月9日から中国全土と韓国全土からの入国規制を強化する方針を明らかにした。
3月6日	早稲田大学、新学期開始日を4月20日以降にすると発表。
3月8日	全世界での感染が確認された国・地域が100に到達。
3月9日	新型コロナウイルス感染症対策専門家会議が、新型コロナウイルス厚生労働省対策本部クラスター対策班が分析した内容に基づき、検討した結果をまとめた見解を公表。政府・専門家会議「感染は一定程度持ちこたえている」。
3月11日	世界各地での流行についてWHOがパンデミック相当との見解を示した。 3月上旬になると、スペインやフランスなど欧州の広範囲で猛威を振るう。さらにアメリカでも感染拡大あり。 13日には「今や欧州がパンデミックの中心地」だとの認識だとWHO発表。
3月12日	アメリカがイギリス以外のヨーロッパからの入国を30日間停止すると発表。アテネでオリンピック聖火灯火式。 3月4日の安倍首相と野党の党首会談を経て、10日に特措法改正案（新型コロナウイルス等対策特別措置法（特措法）の改正）が国会に提出され、13日に成立。翌14日から施行。 これにより、政府が特措法に基づく「緊急事態宣言」を出せる環境が整った。

3月17日	新型コロナウイルス感染症対策専門家会議から厚生労働省への要望。入国拒否の対象となる地域からの帰国者は検疫時において健康状態を確認し、症状の有無を問わず、検疫所におけるPCR検査を実施し、陽性者については検疫法に基づき隔離の対象とし、それ以外に感染者が多数に上っているヨーロッパ諸国等、距離的に近い東南アジアから入国する者に対して、2週間の自宅あるいは宿泊施設などで待機して自己健康観察を実施し、国内において公共交通機関を使用しないよう要請。
3月19日	安部首相会見：引き続き持ちこたえている。「1. クラスター（集団）の早期発見・早期対応」、「2. 患者の早期診断・重症者への集中治療の充実と医療提供体制の確保」、「3. 市民の行動変容」という3本柱の基本戦略。感染源（リンク）が分からない患者数が継続的に増加し、こうした地域が全国に拡大すれば、どこかの地域を発端として、爆発的な感染拡大を伴う大規模流行につながりかねないと発表。 北海道 非常事態宣言終了。大阪のライブハウスクラスターの検査終了。
3月20日	国内感染者数が997名に。政府は学校の休業の延長はしない、と発表。
3月21日	国内感染者数が1000名を超えた。
3月22日	さいたまスーパーアリーナでK1開催。
3月24日	新学期の学校開始に向けた文科省から感染拡大を防止するために、「3つの条件（密集・話す・閉鎖）が重なる場」を避けること、臨時休業や出席停止する場合には単位認定などを弾力的に行うこと、遠隔授業などを活用することが発表された。オリパラ延期発表。
3月25日	東京都で1日に40人以上の感染が認められ、爆発的感染（オーバーシュート）が発生しかねない局面にあるとし、外出自粛が要請された。都知事は「今の状況は『感染爆発の重大局面』だ」と強調し、週末の不要不急の外出自粛を都民に要請。合わせて「3つの密（密閉・密集・密接）」を避けるよう呼びかけた。志村けんの感染発表。緊急事態宣言、ロックダウンの発令の可否に注目が集まるようになる。
3月26日	東京・神奈川・埼玉・千葉・山梨の5都県知事共同メッセージ。3密を避ける、若年層に慎重な行動要請、人込みへの不要不急の外出自粛、テレワークなど。
3月26日	千葉・山梨の2県知事、週末3/28-29の都内への不要不急の移動自粛するよう県民に要請。
3月26日	神奈川・埼玉の2県知事、週末3/28-29の移動そのものを自粛するよう県民に要請。3月26日に初めて1日の新規感染者数が100人を超えた。
3月27日	都内で3日連続で40人台の感染者が確認された。
3月27日	JR東日本、GW中の臨時列車の指定券販売（通常1か月前から）を当面見合わせると発表。
3月28日	安倍首相の会見：外出自粛、治験、予防接種、経済支援、都内では60人以上の感染者が確認された。
3月29日	千葉県の施設、東京の病院での院内感染拡大の報告。
3月30日	志村けん訃報の知らせ。
3月31日	累積感染者数が2000人を超えた。都内で78人/日がCOVID-19陽性。
4月1日	新型コロナウイルス感染症対策専門家会議「新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言」発表。布マスク配布を安倍総理が宣言。出国制限・渡航制限が発表された。
4月3日	感染者3000人超え。土日は外出自粛を。慈恵医科大学でも院内感染発生。
4月4日	都内で118人感染し、81名が感染経路不明。都心のデパート等は軒並み休業しているが、公園などの人通りは多い。
4月5日	都内の累計患者数は4月5日に1000人を超えた。
4月7日	7都府県への緊急事態宣言発令について安倍首相からの発表。新型コロナ感染症緊急経済対策が閣議決定。非常時の対応として、希望する患者に対してオンライン診療が可能となる
4月8日	感染者5000人超え。武漢都市封鎖解除。
4月9日	オンライン診療を行う医療機関を都道府県ごとに公表決定。
4月10日	感染者6000人超え。初診からオンライン診療が可能になる通達ができる。
4月11日	東京197人と過去最高。
4月12日	感染者7000人超え。都内の感染者も2000人を超えた。
4月16日	新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言の対象地域について、北海道、茨城、石川、岐阜、愛知、京都を加えた13都道府県をより重点的な取り組みが必要な「特定警戒都道府県」に指定し、緊急事態宣言は全国に拡大した。5月6日までの残りの期間で終えるためには、最低7割、極力8割の接触削減を何としても実現しなければならないと安倍首相が報告。
4月19日	感染者1万人を超える。都内の感染者も3000人を超えた。
4月23日	岡江久美子さんの訃報が伝わる。無症状者のCOVID-19患者が6%いることを報告（慶応）





- 「ある程度情報をキュレーションされた状態で発言してくれるのが〇〇先生であったり、やはり内部でダイヤモンドプリンセスの中のこともよくご存知だった〇〇先生の発信だったとか、…そういう人達がある程度重要な情報を発信してくれていて、そのリンクを追うときちんと厚労省の重要な文章にいけたりとかするので、…貴重な情報を選んで発信してくれている方の SNS での発言というのはずっと追っていました。」（北海道・周辺・診療所 4/7）
- 「[〇〇先生は]…よく Facebook とかに書いていて、その危機意識みたいなものは、何か信頼出来る人だなと思っているので、早くから持っていたのではないかと、何か良くなさそうだなというのを感じていたかなと思います。（中国・都市・診療所 4/2）
- 「Twitter は見ても嫌な気持ちになるだけなのでやめて、Facebook であれば、自分がそんなにあまり見たくない情報は入ってこないで、Facebook と Yahoo! のニュースとかもすぐ見えています。Yahoo! のニュースとかはすぐチェックしていますね。」（首都圏・都市・複合 4/14）
- 「情報源はやはりネットがほとんどで、私はあまり Facebook とかをちゃんと見ていない人なのですが、コロナの情報に関しては Facebook をとても見るようになりました。」（関西・都市・診療所 5/12）

## 1.2 COVID-19 の意識化

こうしたネットワークを通じて COVID-19 のことを意識するようになった時期は、2019 年の年末から 2020 年の 2 月ごろまで、人によって多様である。この時期にはダイヤモンドプリンセス号の事件をはじめとして様々なことが起きており（表 2 参照）、プライマリ・ケア医たちはこうした出来事を契機にしながら<sup>6</sup>、「対岸の火事」から次第に警戒意識を高めていった。

- 「過去でいうと、SARS とか MARS とかありましたよね。…ああいうレベルのものだと思っていて、比較的、対岸の火事…現地ですぐ封じ込めが行われるのだろうと、例えば時々発生する鳥インフルエンザによる死者というものも中国で出ていますし、H5N1 ですか、そういったものと同様に封じ込められてしまうものなのだろうと思っていました、当時は。」（北海道・周辺・診療所 4/2）
- 1 月の前半はあまり自分事とは思ってなかった。日本に感染者が出たというのを聞いて危機感があがった。1 人出たらもう来ると思ったので。これは医療者の責任として、コロナがどういふもので、という情報にキャッチアップしていかなければと思った。（関東・周辺・診療所 4/17）

また、地域によっては 1 月中（中国、ないし、より狭く、武漢の問題だと思われていた）に、中国や武漢からの観光客や出身者が来ていることで緊張感を高めた医師もいた。

- 「[春節の少し前頃] たまたま名古屋で、元々出張の予定があつて、…普通に行つて、そうしたら名古屋中、中国人の人がすごく多くて、…帰ってきてから、これは今後この後少しすごいこととか酷いことになるのではないかと、という緊張感が生まれたような気がします。」（中部・周辺・診療所 5/3）

い利用率。」であるという。Facebook の全年齢での利用率は 31% であるのに対して、30 代は 48%、40 代は 39% である。本調査のインタビューは全員 30-40 代である。本調査のインタビューにおける Facebook 利用率の高さは、年代による情報メディア選好の特性の反映である可能性がある。

[https://www.soumu.go.jp/main\\_content/000765135.pdf](https://www.soumu.go.jp/main_content/000765135.pdf)

<sup>6</sup> インタビューでは、調査対象者に、COVID-19 に関連する社会的出来事を日付ごとにリスト化したもの（表 2）を提示し、それを見ながら語ってもらった。これは語りを引き出すのに役立ったが、逆に自身の変化を出来事と関係づける語りを誘発してしまった可能性もある。

加えて、都道府県内での最初の感染例の発生も、危機感を高める大きな要因であった。

- 「[県内の] 1 例目が出て、明らかに、私ですが、スタッフ全員が、これ、本当に来たなみたいな、全然、1 例目が出たのと、その前とで緊張感が全然、違いました。」(中国・都市・診療所 4/29)

ただし、2, 3 月はいわば「まだら」で、情報収集や対策を準備しつつ、仕事での集まりやプライベートの外出などを事前に予定した通りに行く、という医師もいた。

- ちょうど〇〇に行った頃 [2/20 頃] に〇〇で 1 人目の感染者が出て、どうい対策をとろうかと模索している時期だった(…)。でもそのころが転換点というか、東京や横浜だけのことではなく、いろいろなところにコロナが近づいてきたと思って、警戒感のレベルが自分の中であがった。(関東・周辺・診療所 4/17)

### 1.3 意識の高まり (の早さ) の背景

こうした意識の高まり (の早さ) については、自身の過去の経験やポジション、医療機関の位置づけも関わっている。

- 〇〇と〇〇で大規模災害を 2 回経験しているので、「スイッチを入れる閾値が、私は低いのかも知れません。」(九州・都市・複合 3/27)
- 「感染症指定医療機関なので、万が一、日本で流行った時には、受け入れをしなくてはいけないだろうと」(関東・都市・病院 3/26)
- 「クリニックの責任者になったこともあり」(中国・都市・診療所 4/2)
- 「トラベルクリニックをやっているものですから、海外の感染状況というのは常に気にしていて、帰国者で体調が悪いということがあるので、現在どこで何が流行っているかなということはいつもアップデートするようにはしています。」(中部・周辺・診療所 5/15)

### 1.4 象徴的な出来事としてのダイヤモンドプリンセス号

なお、今回の COVID-19 の日本での対応において象徴的な出来事としては、やはりダイヤモンドプリンセス号 (以下 DP と略す) のことが挙げられる。このクルーズ船での感染者発生、および対応をめぐる緊迫したやりとりは、入港地に近い地域の医療者の警戒心を高める契機にもなったが、この出来事を具体的事実としてより、ある種の「兆候」として捉えた医療者が何人かいたことは興味深い。

- 「何か新種のもが出ていたのだと、それで、それがクルーズ船に乗って日本に来たという様な感覚」(九州・都市・複合 3/27)
- [DP のニュースを見て] 「すござわざわ、気持ち的には、してきた」(首都圏・都市・複合 3/24)
- [DP への対応での論争を見て] 「そういう混沌としたことが起こるのは、あらしの前触れではないですが、何かそういう能力がある人達が、あからさまに喧嘩したり、声を荒げたりするのって、何かおかしいことが起きているなみたいな、そういうことを肌で感じた」(中国・都市・診療所 4/2)

### 1.5 積極的な情報収集

こうした危機感の高まりのなかで、より積極的な情報収集が行われていく。その際には、国内

外の公的機関と、専門誌の論文という、通常信頼性が高いとされる情報源が活用された。ソーシャルメディアも信頼性の高い情報源からの情報を効率的に得るために用いられた。

- 「参考にした情報源…勿論まず厚労省から出る情報ですよね。対策本部とかというホームページがあったり、厚労省の COVID-19 のホームページがあったりするので、そこに出る文章は当時、逐一応目を通しながらですね。そういったものをある程度情報をキュレーションされた状態で発言してくれるのが〇〇先生であったり、やはり内部でダイヤモンドプリンセスの中のこともよくご存知だった〇〇先生の発信だった」（北海道・周辺・診療所 4/7）
- 「なるべく一次情報というかを探そうということで、当初はあまり国内には情報がなかったので、WHO ですね、あと中国の CDC ですか、そこがメインのリソースだったんですね。後はその後に JAMA とかいろいろジャーナルからも出されたので、そこを見ているのと、後、日本国内の対策だとやはり国立感染症研究所と、厚労省ですね。その 2 つがメインで情報を最初出してきたので、そこを見るようにしていた」（中部・周辺・診療所 5/15）
- 「論文報告でグーグルスカラーとかで引っかけて、引っかけている論文検索を見ているのと、後は最近は、厚労省が開示したオープン、主要雑誌とか、学会が提示しているオープンリソースのリンク集がありますので、その辺りを確認したりとか、後は、国立感染症研究所の報告とか、その辺りを確認したり、主にはそのくらい」（九州・都市・複合 3/27）
- コロナ関係の論文は査読が甘いと言われている。どれが正しいのかちゃんと読まないと分からない。忙しいと読めない。誰かが日本語にまとめてもらったのを読んでいた。（首都圏・都市・病院 6/11）

## 2. 対応の開始

### 2.1 対応の開始

各医療機関での対応は、早いところでは 2020 年 1 月中から準備を始めている。まずは情報収集、そしてフローチャートなどのプラン作成やシミュレーションが行われ、可能な場合は練習をしたうえで実用化されている。また、実際に動かし始めてからも試行錯誤して修正したり、感染状況に応じてさらに厳格化したり、ということが行われた。こうしたプロセスは、DP からの受け入れ、地域的なイベント、県内の感染者発生などのタイミングで進んだ。準備の過程では厚生労働省の指針や診療報酬の改定、学会による指針、あるいは論文等で示される知見、ソーシャルメディアで得た他機関のノウハウなどが参照され、各施設の状況に合わせて調整する、ということが行われた。

- 「診療所の感染対策という意味では、…1 月 29 日頃には、診療所で作っています、フローチャートを、どういふふうに対応するかというフローチャートが作られています。要するに、何が起きるか、どこまで感染防御するのかを 1 月の 29 日くらいの辺りくらいから、整えていました。…具体的に風邪症状の患者さんを、どういふふうに対応しようかというところは、2 月の 14 日に〇〇診療所では完成しています。手順書が、コロナウイルスを疑う人達を、疑う人達の定義をどうするかということが、そこで出来上がっています」（首都圏・都市・複合 3/24）
- 雪まつりを控え「院内では、特に医師のメンバーでは議論を始めていて、ああ、来るね、みたいな感じで、やばいよね、これ」と。院長兼感染症対策委員長として頭でシミュレーション始める。情報収集と共有、物資

の在庫確認を行った。「どういうフェーズでものが進んでいくのか、感染症が広がってくるのかというのは、新型コロナウイルスの時に経験していたので、掴みやすかった」。しかし「中核都市で出たら準備をしようかな、というくらいの気持ちでおったのですけれども、…いきなりドンと〔自分の地域での〕一発目が出てしまった」。そこですぐ「準備していた発熱外来の枠組みを一気に形にした」文章を作った。「きちんと隔離された発熱外来を私達が立ち上げて、PPE<sup>7</sup>とかとやれるような体制を作って」いった（北海道・周辺・診療所 4/7）

- [DPからの患者受け入れ可能性について]「保健所の方には、2床までであれば受け入れられますよとお返事をしたのが、多分、2月の初旬から中旬くらいでしょうか」（関東・都市・病院 3/26）
- 「2月の本当に最終週くらいです。2月の最終週にそういうこと〔DPからの患者受け入れ打診〕があった辺りからは、本格的に病院の中でも勉強会が開かれたりしていて、どういふふうに対応するのか、実際に来たら、どういった感染対策をするのかとか、いろいろな基準が、そこからいろいろな病院の基準が作られて」（首都圏・都市・複合 3/24）
- 「想定としては、うちの病院に救急外来とか、普通の外来とか救急外来で来た人を隔離する場所が必要であろうということ、最初はそれで、陽性になったら指定医療機関に送るという話だったのですが、結果が出るまではどこかに隔離する場所が必要であろうということ、プラス、ダイヤモンドプリンセスから、人が来る、陽性の患者さん、入院要請が来た時に対応するために当然ですが、陰圧に出来る個室を準備しないといけないということで、その両方の観点から、入院できる病床の整理をしようということで、実際にどう動くのかと、誰が診るのかとか、どう動くのかとか、そういう話をするために感染対策、コロナ対策本部みたいなものが立ち上がったのが2月初旬から半ばにかけてくらいだった」（首都圏・都市・病院 4/3）
- 県内で発生したのち、院内で疑わしい事例が実際にあったため「〔3月〕18日くらいに、今から1、2週間かけて、何があっても2、3ヶ月は耐えられる様な準備態勢を整えよう」とスタッフに伝えた。

「3月25日までに最悪の事態を想定して、各部署毎にシミュレーションしたものを、出して皆で共有…最悪の事態というのは、考えられるものは部署毎に任せるというふうにして、看護部と事務部と介護部というふうにして、それぞれが出したのは、院内の患者さんに発生した場合とか、スタッフがかった場合とか、みたいなことにして、看護部とかは2人感染したら、シフトが組めなくなるみたいなものとか、事務、自宅勤務の可能性とかというのとかも、事務とかに考えてもらったのですが、基本的に在宅勤務は業務的に馴染まないのが難しいかなとか。

後は、休業補償のとかも、早々に、それは3月の最初の時点で言っていましたか、体調が悪かったら、絶対に休んで、その時に休業補償はちゃんと出す、手当はちゃんと出しますのよというの言っていたりしたのですが、それで3月25日の時点で、ほぼ物資も全部揃って、最悪のシナリオとかに対しても、皆が意見を出したので、何かそこで、皆一息ついた」（中国・都市・診療所 4/2）

## 2.2 対応の進め方

施設の対応の進め方は、大きくは①組織的に行ったところと、②リーダー主導のところに分けられる。病院は規模が大きいため、組織的な対応が多いが、(a)以前からある委員会が対応の中心となったところと、(b)新たに本部や対策チームを設置し、そこが主導したところがある。診療所においては、委員会や定期的な集まりが中心となったところと、院長などリーダー的な医師が方針を定めてそれに他の医師や他職種も従う、というところがある。

<sup>7</sup> 手袋、マスク、キャップ、アイガード、ガウン、エプロン、靴カバーなどの、個人用防護具のこと。

## ①組織的な対応

### (a) 既存委員会中心の対応

- 副院長をトップとする ICT [感染対策チーム : Infection Control Team] で話し合っ、て、こうしようかと言って [意思決定して] 現場で流す」(首都圏・都市・病院 3/26)
- 「対策本部というのが、結構な人数なのですが、医師と看護師と、感染対策の ICT のトップと、後は感染対策のナースがトップになって、医師とか看護師とか、看護師は実際に患者が入る ICU とか、後、一般病床でも何床か確保したのでその師長とか、後は事務方もそうですし、結構な人数が入って、対策本部というものを立ち上げて、毎日、毎朝会議して」いる。8時半から9時くらい、長い時は1時間くらい。30人ほどで、警備の人も入ってもらっている。何床確保するとか、まず、患者さんが来た時にどこに入れるとか、重症化した時にどうするとか、保健所とのやり取りはどうするとか、という話。議長が進行し、関係してくる部局に「看護部から何かありますか」とか、「現場で診療しているドクター側から何かありますか」とか、「事務から何かありますか」とか、そういう形で話を進めて行く。別に皆でディスカッションしながらというよりは、意見ありますかという、意見出してもらってそれを集約して方針を決めていく。…2009年の新型インフルエンザの時に、同じ様な感じで、県から何床くらい病床を確保出来るとか、そういった話を受けて対策本部をやっていた様なことはあったらしい」(首都圏・都市・病院 4/3)
- 「放射線技師とか、後は検査技師とか薬剤師もメンバー出してくれています。薬剤師はもちろん、治験の話とか、アビガンの確保とかというのを動いてくれていて、後は警備のおじさんとか、発熱者の誘導です、警備のおじさんもその会議には入ってくれています。後は、事務方ですね、医事課とか COVID 患者、疑いの患者の会計をどうするのかみたいな話とかもしたりするのに、医事課とか、施設課とかも入って、結構、その会議は病院の中のありとあらゆる業種が入って、全体で同じ方向を向きながらやっていっている感じはあります。」(首都圏・都市・病院 4/25)

### (b) 新設の本部や対策チームで主導

- 院内でチームを作った。各セクションからなので、外来の受付事務から1名と、看護師1名と、ドクター1名と、あと取りまとめの事務長さん。「週2回くらいだったでしょうか。少しずつ作って、またそれがネット上でこんなふうにとまとめたけれどどうですか、ブラッシュアップしましょう、といって、こういうふうにした方がいい、ああいうふうにした方がいいのではないかと、といって問診票をどうすればいいかとか、電話対応の時にどうすればいいかとか、というやりとりを少しネットとかでもやりつつ、それで A3 の紙にまとまっているのが今出来ている」。1週間くらいかけて、フェーズ0からフェーズ3までの外来診療の行動計画みたいなものを作った。(首都圏・都市・診療所 4/16)
- 1月終わりから3月はじめにかけて毎週～2週に一度ずつ、診療所で対策について話し合っていた。職種は医師が3人(所長、後期研修医、私)、看護師2人、受付2人、全部で10人くらい。「これが正解っていうのはない中でベストは考えないといけなくて。主に症状がある人をどこで見るのか、どういう装備をつけて診察をするのか。インフルの鼻の検査はすべきか。…きちんと診断して目の前の人にベストを尽くしたいっていう気持ちと。なかなかワンベストな答えにたどり着きにくい。マスクの使い方ひとつにしても危機意識が全然違って、一番若い後期研修医の先生が一番危機意識が高くて、マスクは患者さんごとに変えないといけなくて。私と所長は、そんなことしたらマスクの備品がすぐなくなっちゃうから、そういうことしたら先々もたないからと。」(関東・周辺・診療所 4/17)

## ②リーダー主導

- 2年位前から診療所で隔週水曜日に多職種の勉強会を行っていたが、2月の終わりからそこでコロナについて毎回少しずつ勉強会を始めた。

「だんだん情報が、多分2月から3月にかけてすごく増えてきたり、いろいろ分かってきたりしたので、そういう中で、実際にそろそろ来るでしょうということで、来た時にうちの診療所で対応をどうするかということも、空間分離とか時間分離とかをすることも含めて、みんなで考えようと言って、とりあえず、東京がまだそんなに増えていない時期は、でも練習をしなければいけないよね、急には出来ないよね、ということになって、患者さんの待合室での三密を避ける為に、院内の採血を少なくして、外出しに変えようとか…。そういうことを少しずつまずは始めようと、いうことになって少しずつやりながら、ゴーグルとかフェイスシールドを作ったり。

4月〇日にこの保健所圏内で一例目が出て、やはりそれで一段階進んだというところはあるのですけれども、その後次の週の金曜あたりに〇〇で出た。…これは市中感染に切り替わる可能性もあるなと思ったので、院内のフェーズを1個上げるか、と言って更に外来の電話再診を増やして、訪問も削った。その1例目が出たすぐ後、その日に管理職だけで集まって方針を決めて、その後〇〇で出たとなった日にも、やはり少し1段階、0.5段階くらい進めようと言って、その先のフェーズまで考えるけれども、取り敢えず、やはり、外来の数をかなり減らして電話再診、訪問も施設は診療報酬が低くなってしまうので同じ施設の人もバラして行ったりとかというふうに訪問の担当の先生が組んでくれて、今までまとめていなかったのですけれども、それを全部一つにまとめたり、すごく安定しているような、安定していて施設にナースがいるようなところには電話再診で行かないね、という連絡をしたりとか、というようなことをパッとやりました。」(中部・周辺・診療所 5/3)

### 3. 具体的な対応

具体的な対応としては、①「COVID-19に感染している可能性の高い患者の診療」の分離、②「感染していない(と思われる)患者やスタッフの感染防止」に大きく分けられる。診療しないという選択もあり得たが、今回の調査対象者はみなその選択肢を取っていない。前者は、当初は帰国者接触者外来、発熱外来などの形をとっている。またこうした対応が進んだ背景には、トリアージ加算がつく<sup>8</sup>ようになったことも関わっている。

#### 3.1 空間的な分離(動線の分離)・時間的な分離

分離は対応において中心的な部分だが、施設の物理的空間やインフラの設備状況によって制約を受ける。そのため施設ごとの苦勞、工夫がある。空間的な分離のため、建物の外にプレハブやコンテナを設置して臨時的な外来診療を行ったところもある。

- 帰国者接触者外来は、「院外で離れた場所で診られると一番良かったのですが、ただ、とは言え、うちは敷地は広いけれど、あまり良い隔離場所はなくて、散々、あつちはどうだ、こっちはどうだと言っていたのですが、そこは電子カルテが届かないとか、そこはポータブルレントゲン取りにいけないとか、いろいろなことを言われてしまって、結局、あまり良い場所がどこにもなかったのです。なおかつ、ちゃんと陰圧にしてPCR採らなくてはいけないとか、いろいろな話が当初あったので、そうなってくると、外にテントを張ってとかいろいろあったのですが、それは無理だねという話になって、結局、…中にしっかり入れてしまって、陰圧の中で対応してしまった方が、ちゃんと対応出来るでしょうということにして、中に入れてしまうことにしたのです。…病棟で陰圧がちゃ

<sup>8</sup> トリアージ加算とは、2020年4月8日に厚生労働省から出された「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その9)」において、コロナ患者の診療を行う医療機関ではコロナ患者の診療時に院内トリアージ実施料を算定できると通知されたことを指している。<https://www.mhlw.go.jp/content/000620202.pdf>

んとかかった状態で、しっかり装備も出来る状態で診察をして、必要であればPCR検査をするという様な流れを作ったという形でした」(関東・都市・病院 3/26)

- 「[感染患者の入院の] 動線に関しては、結構、いろいろ悩んだのですが、院内に入れるに当たっては、どうしても全て、レッドゾーンを通すというわけにはうちはいかないので、ある程度、グリーンゾーンの部分を一時的に封鎖して、そこを通して中に入れるというスキームを、少し事務と看護部と、いろいろなところ相談して考えたという形でした。ただ、最初は、こんなに大規模に長期になるとは思っていなかったもので、本当に受け入れる時だけ、一瞬、そういった対応を取れば十分なのかなと思っていたので、あまり明確な文章化はしていませんでした」(関東・都市・病院 3/26)

- 「救急外来の一つのブースを発熱者の診療用にして、後、その近くを待ち合いにして、どういふふうパーテーションで区切って、動線を他の一般の患者さんと交わらない様にするかとか、後はCTを撮りに行く時に、放射線の技師の責任者も来ていたので、CTを撮りに行く時に、人払いをして、どういふ事前連絡…をどうやってとるかとか、具体的なことを、日常診療における具体的な取り決めみたいなものを、いろいろな部署と擦り合わせながら決めていました。」

その後、「いよいよ本格的に日本の国内でパラパラ出る様になっていたので、熱がある人は院内に入れない方が良いのではないかとということで、今 [3月半ばぐらいから]、うちの病院は熱が出ている患者は、救急外来の外にコンテナを2つ置いて、1つを待ち合いにして、1つを診察室にして診ている」(首都圏・都市・病院 4/3)

「病棟全体をレッドゾーンにしてしまったので、前室があって——前室から入ったところがイエローゾーンなのです、疑似症の人を入れるところにしていて、その奥がレッドゾーンなのです——ですので、イエローは全部個室なのですが、イエロー間の移動は当然PPEを交換しないと移動は出来ないのです。個室から個室への移動は、疑似症同士ですので、片方が陽性で片方が違う場合、うつしてしまう可能性があるのです。…奥のレッドは全部レッドなので、大部屋もありますし、個室もあるのですが、1個のPPEで [大丈夫です]」(首都圏・都市・病院 4/25)

- 「[渡航歴のない感染者が出た] 時から、場所を完全にちゃんと分けようとなって、…待合室で風邪症状がある人は、受付で聞いて、そういった症状がある人は、2階で診察して、1階は定期的患者さんにしようかなという話でした。…完全に空間的な分離をしよう、時間的な分離をするか空間的な分離にするかどうかという話になったのが3月の10日からです。今どうしているかと言いますと、患者さんが診療所の入口に大きな看板を貼って、咳、鼻水、喉の症状がある方は、その場で病院に、診療所に電話して下さいと。そうすると入らずに診療所、すぐその診療所の受付の人が対応して、では、…職員入口のところから階段を上ってもらって、そこで2階の待合室で待っていてもらう、というふうになりました。完全に接触がしない様に」(首都圏・都市・複合 3/24)

- 「私が週1行っている診療所だと、そこは結構、活動力がある診療所だからそういうことも出来たのかも知れませんが、診療所の外にプレハブ小屋を駐車場に持ってきて、設置して、そこに感染者疑いというか、発熱だったり、呼吸器症状がある人はそこで診るというふうになっています。一般の定期的通院の方は、普通に外来の中にお通して診療を行うと、分けて、完全に分けてやっています。他方で僻地の診療所であつたり、コミュニティホスピタルは、全く普段通り。意識とか危機感とかに差はあるなとは思いますが。」(九州・都市・複合 3/27)

- 「4月に入って少し経った頃から、フェーズ1がスタートしたのですね。ただやって、その時点でもう待合室のレイアウトも全部、発熱エリアの人はここで待っていてね、みたいな感じにしたのですけれども、だんだんだんだん人々の不安も増えてきて、実際にそういうふうに変だなと思う人が増えてきたので、先週からフェーズ2に入って、時間的、空間的な分離という形で、発熱者外来という感じで時間を区切ってそれ専用の人達にも来るふうになっている」(首都圏・都市・診療所 4/16)



- 発熱外来は「完全には分けていないのだけれども、11 時以降を熱とか症状がある人に、というふうにして、後は、うちが基本的に個室が 6 つあるので、電話で連絡してもらって、LINE をしたらすぐ…と換気のいい部屋に通して、車で待てる人は車で待って、車で診察ということもしている。…採血は個室でして、CBC<sup>9</sup> と CRP<sup>10</sup> はすぐに出るので、細菌性、ウイルス性っぽいなというあたりをつけて、それで同意が取れば CT まで撮ることもあれば、結構、妊娠の可能性のある人が多かったでするので、検査はせずにという人も結構います」（中国・都市・診療所 4/23）
- 元々ガレージで、ソファ、長椅子を置いて、待合室から溢れた人がそこで待っていたりとかすることがある場所を、2 月の頭から風邪、発熱者の待合にした。「2 月の頭は、単純に熱がある人はそちらで待っていて、という感じに…だけれども、だんだん情報がはつきりしてくるに従って、一応もう動線は分けなければいけないだろうと閉じて、基本的にそこを診察室に変えてしまったのが 2 月の第 2 週目くらい」（関西・都市・診療所 5/12）
- 3 月 20 日から一週間くらいかけて、風邪症状の人の専用外来を作る準備をし、実際に広げたのは、4 月に入ってからだった。4 月の初め、3 日くらいに風邪症状外来のシミュレーションを始めた。  
「風邪の症状があった方がクリニックに来られたら、インターホンを鳴らしていただいて、クリニックの中に入らないようにしていただいて、スタッフが外で対応をして、テラスがあるので、そこを少し区切ってそこに外来のブースを作って診察。半外といいますか、屋根があるけれども壁には囲まれていないというテラスで風邪症状の方の診察と、婦人科の方が 4 月にやりました。時間は分けていなくて、空間を分けていた。そうするとやはり定期の方が少し心配になってきますよね。今後増えていくかもしれないので、時間も分けた方がいいのではないかとということも考えて、時間も分ける外来を別にやりました。  
空間を分ける外来を始めたのが、4 月の 8 日、9 日くらい、4 月の初めからテラスでやり始めて、場所を変えるのが、4 月 25 日を過ぎていたと思います。」それくらいに駐車場にトレーラーハウスを設置して場所と時間を変えた。「トレーラーハウスを風邪症状外来のブースとして、別に完全に場所を分けました。時間は、風邪症状の方は午前 30 分、午後 30 分で、完全に風邪症状の方だけを診る時間を作って、その時間は他の人は診ないことにしました。受診された方は受付はインターホンをお願いして、今はウェブの問診にして、そのまま車で待っていてもらって、時間が来たら車から直接駐車場のトレーラーハウスに入ってもらって、診察をして、帰ってもらおう、というような感じで場所と時間を分けることを今やっています。」（中部・周辺・診療所 5/15）

### 3.2 院内での感染対策

上のような分離に加え、患者の院内での感染防止、診療の継続、スタッフの感染防止と不安の解消、さらには施設の評判なども考慮して、院内での感染対策も行われている。

- 「面会制限する様にしたり、病棟の方と、面会する人はちゃんと熱を計って、風邪症状がないかをちゃんと記録して名前書いて入ってもらう様にしています」。業者の出入りも病棟は絶対に通らない様にして、掃除をするのも、患者さんが触れたところは全部アルコール消毒し、コンビニのトイレみたいに何時に掃除したかをサインしている。時間、日付と時間を決めて、掃除をする場所を決める。（中国・都市・診療所 4/2）
- 「やはり通常の定期受診とかで来る方達の待合室も、椅子をベンチみたいに三密になってしまうものを全部撤去して、間隔を広げた椅子にしたのと、みなさんがコンビニでやっているようなビニールのあれもお会計のところはそんなふうにしてもらって、職員も今は休憩時間も全て含めて三密を避けるような休憩のシフトに変えて」

<sup>9</sup> 全血算。スクリーニング検査として、血液中の赤血球数（RBC）・白血球数（WBC）・血色素量（Hb）・ヘマトクリット値（Ht）などの数値を測定する。

<sup>10</sup> 炎症や細胞・組織破壊が起こると血中に増加するタンパク質。

(北海道・周辺・診療所 4/23)

- 「休憩時間を分けたりとか、感染対策チームが元々あるのですけれども、そこが中心になって2m 距離を取る為に、みたいなことを全部いろいろ写真付きで〔説明して〕休憩場所とかも作って…。」「コンビニとかにあるビニールのシートとかもやったりとかして、そういうことも、まず一番はスタッフを守ることが大事なので、どうやったら自分の身が安全になるかということは、挙げてどんどん意見を出して欲しい、ということ言っていて、結局、患者さんの為にというのはその通りなのですが、やはり皆が不安定な気持ちの状況にいるので、まず自分達を守って、自分達を守る行為が結局患者さんを守る、感染から守ることになるので」(中国・都市・診療所 4/23)
- 「2 月の中旬に…、まず診察室の飲食禁止から始めました」。ふだんのように他のスタッフが医師にお茶を出すことを止める、全員サージカルマスクをつけて、手指消毒とか手洗いを1人ずつやる。そのようなことを朝礼や夕方の振り返りで指示した。「インフルエンザもまだ少し残っている時期だったので、そんなに違和感なくやってくれていましたね。基本的に、インフルエンザの時期はみんなもうマスクをしていたので、1人ずつの手洗いがプラスされる感じです。今みたいにアルコールが足りないこともないので、手指消毒をしましょうと言ったら、さっさと手指消毒してくれたという感じです。」(中部・周辺・診療所 5/15)

### 3.3 診察時間の短縮・触れない診察

上記に加えて、診療時間の短縮や、診察中に患者に触れないことを心掛けている施設もある。ただこれはプライマリ・ケア医としての通常のあり方とずれるため、葛藤を生じている。また患者からの不満が出ないような配慮もなされている。

- 家庭医のやることではない、と思いつながら、発熱外来では、患者に接する時間を3分以内、5分以内と制限した。発熱外来は、半日で15人。2人で手分けしてやっていて、そのうちの1人は本物〔陽性者を指す〕っぽい人を診る人。レッドとイエローみたいな感じで、だいたい問診票を点数化している。それで何点以上はこっち、何点以下はこっちというふうにしておいて、軽症の方は本当にもう3分とかでどんどん回していく、それで本物というのは紹介とかすごく時間がかかるので、みんな手一杯で今は取ってくれるところが本当に少なくなりましたので。…PCRが陽性だったらいいのですよ。だけどPCRが陽性になっていない方のベッドコントロールですので、すごく難しく、そこに行くのはそれで30分電話にとられても仕方ないねというような人が1人と、後はもう3分でちゃっちゃか回していくというもので、分けているという状況。(首都圏・都市・診療所 4/16)
- 4月1日からなるべく聴診をやめる、なるべく触れない診察に変えていく形にした。「うちの診察は患者さん呼び入れて最初に問診係が簡単な問診。問診係が出て、それで私が入るのですが、その時に少し時間がある。患者さんは机の上にある紙〔「今はコロナのことがあって、院内感染対策のために聴診は控えています、必要な場合にだけします」という注意書き〕を読んで待つ。そのうえで説明すると皆納得する」(中部・周辺・診療所 5/15)

この一環として、オンライン診療や電話再診なども行われている。これらは外来患者の減少に対応するものでもあるが、心理的抵抗もあり、慣れるのはそう容易ではないようである。

- 「〔電話〕再診は、一応ルールを決めていて、電話を事務がまず取って、電話再診という形でコストが発生しますけれどもいいですか、というようなことを、基本的にうちのIDがある人、というか診察券がある人しか今は対象にしていないので、話をして、まず看護師が話を聞いて、聞いた話をカルテにまとめておいて、聞くこともある程度、例えば所謂、三密のところに行っていないか、とかそういったことを決めておいて、カルテに

記載した状態でその日の外来の順番の中に予約で入れていくようにしているので、例えば外来の待ち患者さんが3人いたら、1時間後くらいかなというような感じで、おおよそ1時間から1時間半後になったらまた電話をかけますので、というふうにして、時間になったら事務から電話をして、向こうが出たら私に繋いでもらって、話をして、電話での診察が終わったら事務に回して、処方箋の受け渡しとかお支払いのことだったりとか事務的なことをして、というふうにしています。やはり電話再診なので、直接診ていない分、リスクもあるなどと思うので、必ず翌日とか電話フォローをしますねということを言っておいて、状態を観察するようにしています。」(中国・都市・診療所 4/23)

- 「今まで、まず1回も会ったことのない患者さんに対して、コスト〔料金〕を取ることはできなかったのですが、それもOKになったのと、完全に1回も会わずに診察料とか初診料とか、診察料を取れるとか、後は、電話は、今までは患者さん側から来た問い合わせの電話に対して、例えば診療所が何か対応した時に電話再診というお金を取れたのですけれども、それも少し変わったりしていて、病院側から体調はどうですかという電話をかけてその患者さんの体調管理をすることだけで、電話再診料というものを取れたりとか、今、処方箋も上手くFAXとか郵送だけで患者さんのところに処方箋が届いたりとかというところが、ここ1、2週間であんなことがどんどん出来るようになってきているというところで、大きく変わったのではないかなと思っています。」(首都圏・都市・複合 4/14)

- 「目の前にタブレットがあれば非対面で診察出来るという形で、病院のある小部屋にご案内して、そこで、軽症の人は診察して終るという形で、どうしてもこれは診察が必要かなと言いますか、具合が悪い人だけ救急外来のPPEを着る方に案内するという形で、体制を整えている感じです。ですので、そういう形をどんどん作って行って、何とか、大波に備えるという形をやってはいます。…先週の木曜日にそれをやろうと言って、金曜日にwebで説明会を聞いて、何か、うちの上が結構、即決だったので、よし行こうって言ったので、金曜日にアカウントをもらって土日に準備して、月曜日にシミュレーションをして、火曜日から開始でした。…結構、スピード感がありました。それで、昨日、一昨日でも10人くらいはオンラインで診ましたが、何とかかなという感じです。」(関東・都市・病院 4/25)

- オンライン診療への慣れなさ、難しさ。「実はこういう新しいものはどちらかというと、私は苦手な方なので、なかなか最初どうしようかというところがあったのですけれども、うちの外来が今40%くらい減っているので…、特にお子さんに関しては7割以上減っているのですね。実際は本当に風邪をひいていないこともあるのかもしれないのですけれども、ただやはり怖くて来ない、ということが相応にしてあるだろうということで、今はオンライン診療という感じにしています。オンライン診療の目的で考えるといくつかあって、1つはいつももらっているお薬が欲しい、だけどコロナの人がいるから怖い、という人がいる訳ですよ。それは成人の人も小児もあるので、そういう人には一定のニーズがあるだろうというふうに思っています。

ただ、診療報酬が対面でやるものの半分くらいになってしまうので、〔患者さん〕みんなにそれをさせてしまうと本当に私は困ってしまうなというところがあって、たまには会いに来てよ、というふうに画面越しに言うしかないというところが辛いところではありますけれども、それが1つ。もう1つに関しては、熱を出してしまったのだけれども、私はコロナかどうかしら、という相談を画面でしたいという人もいますよね。それは医療関係者に対するプロテクションとしてはいいのかもしれないのですが、やはり私はそれは苦手です。やはりお話を聞いているだけで、胸がゼーゼーしてしまっているのもわからないので、来てもらったほうがいいかなと思うことも多々あります。まだこれは私が慣れていないみたいだと思います。

海外でやはりオンライン診療がすごく上手にしている国の場合は、テレビで聞いて、ここを触って、ここが痛いですが、と言うと、これはリンパ腺が腫れているかもしれないな、みたいな効果的な聞き方とか、その人に触ってもらったりして、何かをやる、という、テクニックがたくさんあるのだそうなのですよ。ただ、私は全然そういうことを知らないで、すごくドキドキしながらやっているというところなので、少しそこはもう少し自分

自身の慣れというものが必要なのかなというところです。

あともう1つは、最後は全く新規の人、という方が一方ではいらっしゃるって、何かオンライン診療って面白そうだな、みたいな感じで来てしまって、住所が北海道だったりする人までいるのですけれども、そういう人は正直苦手ですね。何を言われるのかもわからないし、関係性も出来ていないので、自分で何を喋ったらいいかわからないし、ということもあるので、そこはすごく苦手です。今後どうあるべきか、ということにはなってくると思うのですけれども、新しい日常という意味も含めて、例えば本当に毎月来ている、という人たちの中で、3ヶ月に1度対面で、残りの2つはオンラインで、とかというような新しい需要というものももしかしたら出来るかもしれないし、これはコロナに限らずですけれども、今回みたいなコロナのショックがなければ、こういうこともなかったということで、あまりコロナにかかわらずオンライン診療の本来のあるべき姿とか、先程も申しましたように、きちんと効果的なオンライン診療のやり方ですね、医者としてのやり方というものも含めて出来ていたらいいのかなと…。

後はコストはなかなか難しいのですけれども、オンラインの受診相談ですね、これは看護師さんであるとか保健師さんであるとか、なかなか気軽な相談ということは対面だと大変だけれど、オンラインだったら気軽な相談がしやすい、育児相談とか栄養相談とかもそうですね、そういう活用の仕方というものが、もしかしたら少しあるのかなという気はしています。やはり育児相談をするだけのためにお化粧をするのも大変だよな、みたいなことがあると思うので、そこは少し一定のニーズというものももしかしたらあるのかもしれないと個人的には思っています。」(首都圏・都市・診療所 6/6)

### 3.4 グレーゾーンの症例への対処

対応において難しいのが、感染が判別しにくかったり、症状と検査結果がずれたりする患者の存在である。一般には患者を発熱や症状の有無で分けるところが多いが、グレーゾーンの症例が出たことで、段階を増やしたり、対応を変えたりしているところもある。医師たちはこうした症例を重ねることでCOVID-19への対応の仕方を掴もうとする。他方で、症状がないのにPCR検査をすることへの心理的抵抗を感じているプライマリ・ケア医もいた。

- 「最初の頃になのですが、これは普通の肺炎だろうと思って、特に隔離もせずに普通の病床に入院させたのですが、画像が全然典型的ではないよねと、経過も全然典型的ではないしということで、ただ、抗菌薬で治療をしても、最近多いのですが、何か治りが悪いなと、普通の肺炎だったら、もう少しずつと良くなるだろうと思う様な症例で、結構、治りが悪いなというので、CT撮り直してみたら、肺炎像が悪くなっていて、これはひょっとしてコロナなのではないかと、…急いで、隔離して〇〇〔病棟〕に作っていた隔離病床にに入れて、PCRを出してみたいな、これが陽性だったら、めっちゃめっちゃ接触者がいるけどどうしよう、みたいな話になったことはあります。

結果的に陰性だったのですが、それはヒヤリハットと言えそうですね、すごくひやっとしたところで、どこまで疑って掛かるかというのは、今でもすごく悩ましいのですが、病床が無限にあるわけではないので、一番はそこですね。発熱外来を作ろうということになったのも、院内のスタッフの曝露を極力減らすと、だからオーバーリアージして、少しでも可能性があれば、そちらに送って診ると。普通の受付の事務の人とか、外来の看護師とか、そういうのが曝露されない様に、万が一コロナだった時に、曝露されない様にそういうふうにしようというのは、話は出ました」(首都圏・都市・病院 4/3)

- 「肺炎の人とかをなかなか否定するのが難しい状況になってきているので、肺炎対応を個室にしようとかですね、場合によって怪しければ、PCRはやはりやった方が良さだろうとか、そういう判断を日々するので、そういう対応は毎日の様にあるという感じです。」(関東・都市・病院 3/26)

- これまでは、本人が症状を訴えないのに医者が勝手に検査するというのは、やってはいけないこととされていた。サーベイランスの場合ならありだと思うが、医者として自分がやることには抵抗感がある。無症状の人のPCRに保険が通るのも変だと思っている。「なんで検査したの」と聞かれたときに、医者として、こういう理由で検査しました、と言えないことには、検査をする責任を果たしていないのではないかと思う。(首都圏・都市・複合 7/20)
- クラスターが出た病院を見ると、医者であるための正義感、倫理観の裏をかいている。コロナと思わないで対応してクラスターが起きてしまっている。医者として正しい行動をしたことで、コロナ感染を増やしてしまうという、逆説になっている。その難しさがある。だから流行期は自分の考えを挟まずに「PCR マシン」になるしかないのかもしれない(中部・周辺・診療所 7/20)
- どこから線を引くか。疑っているわけではないが、肺炎は全部[PCR 検査をすることが正解]なのか、どうか。現在、当院入院の肺炎の人はみんなPCR 検査をしている。判断をブレないようにということと、市内のサーベイランス機能も考えて。肺炎入院は皆個室対応。2 回撮って陰性の人も個室でさらに 10 日間。過剰だという意見はあったが。(関東・都市・病院 6/11) 悩ましいのは、それでもすり抜けることはあること。なので、リスクを考えて「ほぼ大丈夫だけど臨床経過だけは心配なので大部屋には出せず、個室で、様子を見てから大部屋へ」としている。だから疑似症も長い間個室にいる感じになってしまう。流行状況にあわせた対応が必要。(関東・都市・病院 7/17)
- 職場や立場を守るため病歴を隠す患者もいる。問診が機能しないことも(関西・都市・診療所 7/29)
- 1 人、陽性という診断結果を受け入れない人がいた。検査はしたが、そんなはずはない、と。保健所も説得したが、そもそも保健所の人だということも信じてもらえず、防護服着ていったのに「帰れ」と怒鳴られた。(関東・都市・病院 6/11)
- 「1 人 20 代の中国からの留学生、これは 3 月末だったか軽い風邪症状みたいなことで来たのですよね。パツと見は元気ですし、この子はただの風邪【という判断】で帰しかけて、説明も 9 割終わっていたのですけれども、何か息苦しさを非常に言うのですよ。サチュレーション[血中酸素飽和度]を安静時でとつても 98 だったのですよね。でも何か引っかかって、待合室で 1 人で出してもらって 1 個目の信号まで行って帰ってきてもらう、約 100m 歩いて帰ってきてもらってサチュレーションを取ったら、93 くらいまで下がったのだったか、…それで、これはおかしいとなつて、すぐに保健所に言って、保健所の医者も本当ですかみたいな感じだったのですけれども、一応、発熱外来をやっているところに行ってもらったら、やはり両側に肺炎があつて、別の病院に行つて PCR をしたら陽性だった、という人がいたりとか。  
 そういうことを踏まえ、たまたま運が良く診ることが出来たから、なんとなく自分の中で気をつけなければいけない人たちが、言語化は難しいですけれども、出てきているという感じでしょうか。」(関西・都市・診療所 5/12)
- 「臨床的 COVID」(画像を見るとコロナによる肺炎に見えるのに、PCR も抗原検査でも何も出ない人)の扱いの難しさ。2 週間隔離するしかない。隔離解除できない。そのため、患者がメンタルに来ている。(首都圏・都市・病院 6/11)
- 疑似症の扱いが一番難しい。これは明らかに誤嚥性肺炎だと思つても、COVID じゃない、とはっきり言えない。(首都圏・都市・病院 6/11)
- 患者をレベルわけしている。1 は感染確定、2 はかなり疑わしい、3 そんなに疑わないけど念のため個室に入ってもらう人、4 は感染ではない人。肺炎は皆レベル 3 にしている。肺炎確認には CT を使っている。熱がある人は皆 CT、ない人も条件により(首都圏・都市・病院 6/11)

## 4. 対応における試行錯誤

COVID-19 への対応では、はじめてのことや、やってみてはじめて分かった問題が多々あり、施設ごとに様々な試行錯誤がなされている。とくに4月頃は物資不足も顕著であり、それに関わる試行錯誤もあった。

### 4.1 物資不足に伴う工夫

4月ごろは、マスク、PPE、アルコールなど、多様なものが不足し、現場で様々な工夫が行われた。

- 「直接患者に接しない事務職に配布するサージカルマスクは、1週間に1枚にしようと言っています。それで、患者と接することがある事務方は、確か1週間で2、3枚。実際に患者と触れる看護師とか、医師とかは1日1枚というふうに話をしています。ただ、私達は、実際に発熱の人を診る外来とか、もう確定している、陽性が分かっている患者さんの部屋に入る時は、毎回捨てるので、それは、それが結局、今、5人になったので、普通に1人だった時【と比べて】単純に考えて、そのPPEも全てが5倍かかるというふうに…。  
ナースが交代で入っていくので、1人当たり、フルPPEが何回使いますかね、患者1人当たりで、私が基本、医者とは1日1回、多くて2回くらいだと思うのですが、入るのが。ナースは特に入院した時とか、採血をオーダーしたりしますし、いろいろと用事があるので入ったりするので、3、4回は多分、フルPPEを患者1人当たり使っていると思います。ちょっとそれは確認してみないと分かりませんが。」(首都圏・都市・病院 4/3)
- 「県内で発生して以降、…全職員、マスクを付けて診療とか、業務をするよう指示が出る。事務さんから看護師さん、いろいろ清掃する方から、検査技師だのなんだのすべての人がマスクを使うようになって、一気に在庫もなくなり、入ってこなくなり、3月初めくらいには在庫がないので、なるべく使いまわしなさいみたいな通達が出来て、とても不衛生ですよ、それはそれで、病棟とか、結構、看護師さんは、一度使ったディスポのマスクを洗って、乾かして、それをもう一回付けて…。女性だと結構、お化粧が付いてしまうので、マスクをする内側に、例えばティッシュとか、ペーパータオルはがさがさしていやみたいですから、ティッシュが多いと思いますが、ティッシュを少し入れて、マスクをして、そのマスクは家で洗って乾かして、また使ってという。それでマスクに穴が開き始めるので、そうすると新しいやつがもらえるみたいな感じでやっているのです。自分はハンカチマスクをするように。マスク購入が困難な時期。畳んで畳んで、ハンカチの生地地という、9枚以上のバリアになって、素材によってはN95並にかなり苦しい。」(九州・都市・複合 3/27)
- 「とにかくPPEが足りないのです。…陰性確認フェーズに入ってしまった【も】、まだ〇〇県はホテルスキームが出来ていないので、帰れないのです。ずっといるので、そうすると、昔は、当初は、その人のところに毎日PPE着て入って行ったわけです。でも、結局、やっていることは不安の傾聴と、【症状は】変わらないですね、ということと、PCRまだ陰性にならないですね、という何でもない話を、まあまあまあと言いつつ、陰性【になるの】を待ちましょう、みたいな話だったので、途中で私は、これ以上、このメンバー皆を感染リスクに晒すのは、ちょっと【問題があると思い】、なので、患者さんに1人1人電話をして、ご協力をお願いしたい、防護具が足りないし、このまま皆さんのところに毎日行くことは、ちょっと難しいので、皆さんの携帯を使わせて欲しいと行って、皆さんのスマホと、病棟にあるwifiを繋いだパソコンで繋ぐことにして、facetimeかzoomの会議室を作って、基本的にはオンライン診療に、院内もさせてもらいます。結構、【法的には】グレーですが。これは緊急事態だから仕方ないと思って。」(首都圏・都市・病院 4/25)
- 「【消毒用】アルコールに関しては、…県の医師会からの配布があって、それでまかなっているのと、意外と

卸さんも気を遣って下さって、普通にいつも買っているルートですね、頼んでおくと、入りました、という感じで、なんとか使っていますけれども、やはりクリニック中を掃除するには足りないので、掃除は次亜塩素酸を薄めて使っていて、椅子とかテーブルとかですね、腐食しないものは、色が落ちやすいものとか、劣化しやすい革のものとか、そういったものは次亜塩素酸ですとどんどん変な状況になってしまうので、そこはアルコールを使ってやったりして、消毒するものを分けて、次亜塩素酸が使えるものは次亜塩素酸を使って、次亜塩素酸が使えない素材で出来ているものはアルコールで消毒して、というふうに分けて使っています。

次亜塩素酸が一番最初の段階で、だいが買ったので、普通のキッチンハイターみたいなものですが、まだこれはあるので大丈夫ですね。一番困ったのが、糖尿病の患者さんにお分けしてお配りしているアルコールのカット綿になっているのですね。それがちょうど5月いっぱいくらいまでギリギリしかなかったのですが、それもちょうど運よく5月の半ば過ぎに卸さんから納品があったので、間に合ったのですが、クリニックの中でやる分にはボトルさえあれば、物さえあればなんとかなるので、患者さんに糖尿病の方にお渡しするものに関しては、個包装になっているものがどうしてもお渡しする必要があって、それがヒヤヒヤしましたけれども、なんとかかなりましたね。」(中部・周辺・診療所 5/15)

## 4.2 入院患者に関わる用具の扱い

入院患者への対応においても、様々な想定していなかった問題が起きた。

- 「最初の時期のトラブルとしては、[入院患者が] お2人いて、うちは陰圧個室はそれぞれ別なのですが、陰圧個室で装備を脱ぐか、それとも、全部…脱いで着なおすのか、そのまま行くのかみたいな話があって、…最終的には当然それぞれの患者さんで脱いでいくしかないよねという話になったのですが、その辺りは現場でいざ診ようとなった時に少し混乱したところ」(関東・都市・病院 3/26)
- 「結構、やりながら試行錯誤して、それこそ最初は、食器はディスポ [使い捨て] ではなかったので、トレーをそのまま1回入れてしまったりしたことがあって、入れて、次亜塩素酸で拭いて出すというのを暫くやっていたのですが、でもそれは少し、やらない方が良くないよねということで、そんなことも…、そう言えばとなって、そこから栄養科に依頼して、ディスポのものをトレーとかいろいろ用意してと言って、買ってもらって、載せ替えてとか、そういうことすら決まっていなかったところはあります。ですので、決して全部スムーズではないのですが、現場現場でこれはどうするとやっていたところはあります。」(関東・都市・病院 3/26)

## 4.3 入院患者のメンタルケア

入院患者は個室で、隔離状態であり、入院が長期化することでメンタル面での問題を生じることもあった。

- 「長期化してきた人とか、家族を感染させてしまった人とか、そういう人のメンタルサポートと言いますか、メンタルケアはしなければいけないだろうということで、精神科の先生、心理士さんと精神科の先生に入ってもらって、入院時にスクリーニングかけて、1回は心理士さんが精神科の先生に入ってもらおうという体制をしたのですが、そのために、ラインのビデオ通話で、それで患者さんと話せる様な、システムをやったと作ったという感じですよ。」(首都圏・都市・病院 4/25)
- 他の病院でクラスターが発生してしまって、陽性になってない人もその病院で診られなくなることが起きた。その結果、その病院の入院患者やPCRの結果が出ていない人が疑似症扱いで送られて来た。このように陽性確定でないけど一般病棟に入れられない人がけっこういたし、普段から入院している介護度が結構高い人もたくさん送られてきたので大変だった。そういうひとにベッド用意して、フルPPEで診て、経過観察をして、さらに陰性になってもその後も入院がつづくので看ないといけない。発症した人、しなかった人にも影響がある。

さらに家族のケア、メンタルサポートも大きな課題。(首都圏・都市・病院 6/11)

#### 4.4 スタッフの異動への対応

長距離通勤をしているスタッフが多い(その場合、多くは中核都市からの通勤となる)医療機関は、その移動に伴うリスクへの対応も迫られた。また、4月には医療施設においても人の異動が起きる。異動に伴う空間的移動や知識・ノウハウの引継ぎもまた問題であった。

- 難しいのが、医学的な感染管理の問題と政治的な問題と、その意思決定を迫られることだった。「例えば、院内職員も東京都から通勤している人とか中にはいるのです。そういう人達は、大体、役職がついて、各科の責任者だったりするので、でも東京から毎日通勤しているとかは、この時期、かなりリスクですので、感染管理的にはそれは止めた方が良いですというのですが、でも、それを止めたら、その先生はどうするのみたいな話。この感染管理の所謂、正論部分と、政治的にどういうふうにするかという部分の折り合いをどう付けていくかという話し合いを結構、しょっちゅうしています。」(関東・都市・病院 4/25)
- 「4月に人の異動があるじゃないですか…前から3月、4月の移動は、絶対この感染症には危ないと思っています、大移動が起るとそこでシャッフルされてしまうと思うのです。シャッフルされてしまって、いろいろな人がキャリアーしてしまう可能性があるだろうなと」(関東・都市・病院 3/26)

### 5. 対応のマネジメント

COVID-19への対応は、施設にとっても、また直接に対応するスタッフにとっても大きな身体的・精神的な負担となる。他方で、直接的に対応していないスタッフにとっては、緊急性や問題意識が十分に共有しにくく、ギャップが生じてしまうこともあり、それがさらに直接的に対応するスタッフがストレスを感じる事態にもなる。そのため、持続的に対応を行うには施設全体でうまく問題意識を共有し、負担を分け合い、一体感を醸成することが欠かせない。また、そうしたマネジメントが可能になる場合には、今回の事態より前に時間をかけて形成してきた「組織文化」も関わっている点も指摘しておきたい。

#### 5.1 直接対応するスタッフの選出と、負担の集中

- 発熱の人を救急外来で、コンテナで診る係を曜日に分けて、週1回という形でやっている。救急外来のメンバーになったのは「[コロナを診る役割になるのは、立場上] 仕方ないよねと [こちらが] 言って、[それに対して] そうだよねと言った人達です。どうしても妊娠可能年齢の女性とかは絶対にダメであろうということと、後は、家に小さい子供がいる、奥さんが妊娠中であるというドクターも外した方が良いでしょうと。後期研修医に診せるのは、希望があれば、どうしてもやりたいと言うのであれば別なのですが、後期研修医は避けた方が良いでしょうと、という話の中で消去法的に、消去法的にと言いますか、呼吸器科は、多分、恐らく使命感だと思うのですが、呼吸器の病気で、自分のところが関わらないわけにはいかないということで、呼吸器科と総合診療内科から、呼吸器もそれ程、人が潤沢にいるわけではないので、後は総合診療内科である程度、実臨床に慣れていて、仕方ないよねと言った人。…

救急外来と内科と呼吸器科で相談してですかね。どちらかと言えば、コアになるメンバーがいて、そのコア



になるメンバーで曜日を決めて、ここは自分達が入れないところだから、内科の他のメンバーとか、呼吸器の他のメンバーとかに話して、ここ出来ない？今日の発熱外来出来ない？という感じで聞いて、やっても良いよと言ってくれた人と一緒にやっていた。…

看護師はうちの病院で陰圧室があるのがICUと後、〇〇病棟というところなのです。入れるのであればそこしかないだろうということで、まずICUの師長と〇〇の師長は入っていました。後は、総看護師長も入っていますが、そこら辺で話をし、後は全員で話して、大体、何床くらい準備しようかというので、結局、陰圧にならない部屋も含めて、陰圧室は2つだけなのです、ICUに1床と〇〇病棟に1床、そこを含めたトータル6床、ICU2床、〇〇病棟個室を4床を確保しようかなと。」(首都圏・都市・病院 4/3)

- 「急に患者数が増えたので、ぼちぼち専任チームを作った方が良いのではないかとということで、来週からは、一応、専任になると。コロナ対策専任、ですので、発熱外来と、後は入院のコロナの陽性患者、もしくは疑似症患者の担当だけをするチームというのに、私ともう1人で、やることに。2人でやることに」(首都圏・都市・病院 4/3)

その後、「病床をうちは30床、COVID専用病床を30床用意して、4月の6日から、私と、後、後期研修医がもう1人、その2人で、コロナ専属で、コロナだけ診るという風な形で、体制始まりました。大体、まずそこから、結構、入院が入る時は入ってきて、MAXが12、13、14[日]くらいでしょうか、入院していました。病棟の方に。プラス、うちは感染症指定医療機関ではないので、発熱外来とか、帰国者接触者外来とかをやっていないのですが、発熱がある人を院内に入れられないということで、救急外来の外でコンテナを作って、それでコンテナの中で熱がある人、気道症状がある人というのをそちらで診る様にしていました。その外来も、私と後期研修医の2人で回していたという感じです。ですので、最初の一週間が超しんどくて、結構、入院も1日1人から2人入ってきて、プラス外来をやったというのが、最初の一週間はかなりしんどかったです。…

最初の一週間で大分、きつかったので、次の週から人を増やしてもらって、呼吸器内科から1人出してもらって、3人体制で始めたのと、今週の半ばからコンテナの発熱者の対応の外来を他の科に、当番で回してもらう様にして、やっと今週になって、病院全体で対応しなければいけないのだというのが、嫌々ながらも他の科が受け入れてくれてきたという感じでしょうか。…

私達はレッドチームと呼んでいるのですが、COVID専用チーム、そのレッドチームのメンバーで、なるべく曝露を減らすという意味ですか。曝露の可能性のある患者に曝露される人数を減らすという意味で、私と後期研修医で、発熱で来た人を皆診るみたいな、それで病棟も診る。ただ、結構、これは来てみたら、案外、中等症ががたがたと悪くなって、大学に搬送しなければいけないとか、中等症でそれなりに酸素を吸って、悪くはなりきらないけれど、ハラハラしながら診なければいけないとか、というのが結構あって、病棟管理も始めてみたら、意外と案外しんどかったです。後は、陰性確認のPCRもやらなければいけなくて、…。10数人入院している中で、多い時は1日5、6人PCRを入院患者で取ったりしていたので、1回PPE着て入ると、その状態で1時間、2時間、5、6人いると、結構、かかるのです、PCR取るのに。

とかで、それをやりつつ、大学から中等症の入院を受けてくれとか、保健所から、調整本部から入院を受けてくれみたいな連絡が来たりして、中に入る時にはPHSは持ってないとか思いながら、そういった感じで結構、バタバタになっていったという感じですね。今は、軽症者は自宅で経過観察可というふうになって、入ってくる人は基本、中等症以上になったのです。基本、酸素吸っている人ばかり。というふうになって、後は、隔離が困難な人、というふうになったので、病棟の方も手が掛かると、大分、手が掛かる。後は、若い人ばかりではなくて、高齢者が時々入ってくる様になって、介護度がそもそも高いみたいな、看護度と言いますか、手が掛かる人が結構、入ってくるようになって、病棟の方も結構大変だとなっていて、そっちのコンテナの外来の方は、他の科に頼もうという話の流れになりました。…

ローテーション制で、最初は2週間交代でと言っていたのですが、いろいろ2週間では慣れる前に終わってしまうのと、人手の問題があって、4週間交代という形にしています、うちは。ですので、私は来週一杯で、取り

敢えず1回レッドは終りです。それで5月に入って、また一般病棟外来業務に戻って、うちの科の他の医師と交代するのですが、1ヶ月経ったらまたレッドチームに戻るという感じです。…ローテートする予定の人達だけでLINEグループを作ったりとか、定期的に話す機会を作って、情報を事あるごとに流して、今、こういうふうにしていますとか、保健所の窓口はここですとか、そういうのは普段の時から共有する様にしているのです、入る予定の人達には、ある程度は。かつ、引き継いで、分からないことがあったら、また、すぐに聞いてもらうという感じなのですが、完全に一気にがらっと変わる様にはしないというふうにはしているのです。…

病棟を1つだけ、1つ完全に潰して、COVID専用病棟にしているのです。…陰圧装置を買って、陰圧テントみたいなものを作る機械なのですが、それで出入り口のところから空気を吸って、一応、病棟全体を…一般病棟28床をCOVID専用病床、その中で4床は疑似症ベッドにしている、そのナース、そこに所属しているナースは、今はCOVID病棟のナースとして働いてくれています。幸い、もちろん、1人1人にヒアリングして、子供が小さいのでとか、妊娠の予定があるからということで、入りたくないという人は入らないようにして」(首都圏・都市・病院4/25)

- 「出来るだけ〔感染者の病室の中に〕入る人の数を少なくすることは大事だろうという話を、です、代り出来るものは、中に入る看護師とか医師が代行したりとか、後は、それこそ役割分担もあって、配膳もそれ専用の容器に入れて、ディスポにして捨ててみたいな形にするので、例えば、医者が入るときに配膳をしようとか、逆に下膳を医者が入って、ちょうど食べ終わった辺りで医者が下膳するよとか、お互いにやってあげないと一個一個のことをやる時に、毎回毎回着替えなければいけないので、かなり大変なので、その辺は上手く役割分担して、後、途中から中にPHSを入れて、本人とPHSで話せるようにしたりして、入らないで済む分は、入らないでも良いことにしようとか、そういったことをやっていたね。」(関東・都市・病院3/26)
- 看護師さん達は、思いの外、すごく協力的。事情に合わせてやりくりしながら。「薬を持って行くのは看護師です。薬剤師は中には入らないです。だから、基本、全部、部屋の掃除もそうですし、ゴミの片付けとか、食器、ご飯を持って行ったり、食膳を下げたりするのも全部看護師がやっている」。従って、看護師の仕事量がかなり増える。(首都圏・都市・病院4/3)

## 5.2 温度差、ストレス

いずれの場合も、COVID-19対応の中心と周辺ができてしまい、しばしば組織内に「温度差」が感じられ、「空気感」の統一が問題となることがあった。規模の大きな病院では、直接対応しない科の医師、あるいは通常の手続きを守る事務職員との温度差が語られた。

- 朝の会議に出ている人とそうでない人の温度差が激しい(首都圏・都市・病院4/3)。  
「病棟のナースとかでも、今までそれ程話したことがなかった人とかで、病棟で一緒にやっていると、結構、一体感みたいなものが出てきて、後はCOVIDの会議とかでも、私は院長と殆ど話したことがなかったのですが、…そういう人達、あまり各科の上の方とか、全然、話したことはなかったのですが、意外と繋がりが出来て、今回のことで、ちょっと確かに、全体、病院で一体感みたいなものが、関わっている人の中ではやはり出てきていると思います。ただ、関わっていない人との温度差がすごいのが問題だなとは思っています。…  
〔他科との温度差は〕埋まり切ってはいませんが、実際、入院の患者が増えたのと、後、他の科の、例えば、救急の患者とか、外来に来る患者がめっちゃ減っているのです、今。…病院全体の入院患者がとても減っていて、その循環器とか、循環器内科で今〔医師が〕5人か、6人いるのですが、患者8人しかいないとか。…(普段は)多い時で30人くらいらしいのですが。多分、どの科も結構、減っていて、そもそも救急搬送が減っているのです。それですごく暇らしいのです。…ICTのトップが院長で、今回のCOVID対策班というのを院内で作っているのですが、そのトップも院長がやっているの、院長からのトップダウンで他科に降ろせるので

す。ですので、やれと。人を出しなさいと。というのは院長からの命令として出来ますので、そこをそれで無理にでもやらせているという感じでしょうか。」

若手で、やりたくない、という医師も。「うちは初動を少人数で対応する様にしようというふうにして若手を置き去りと言いますか、他の専門科は専門科の仕事をしてもらって、ちょっと置き去りにして話を進めてしまったところがあると思うのです。ですので、それで意識を共有できなくて、こういう状況になってしまったのだなと…。かと言って、最初からそれほどの大所帯で動いても仕方なかったなというのはあるのですが、結果論なのですが、ですので、どうにかして全体で意識を共有していけば、少しずつ変わってくるのかなと」(同 4/25)

- 「最初は…CT 撮るのも結構、とても時間がかかって大変、今は慣れてとてもスムーズに撮れる様になったのですが、最初はなかなか、救急外来に来ている人を CT を撮りたいと言っても、コロナの疑いで撮って下さいと言うと、では夕方が良いですかみたいな、患者さんが全くいなくなって夕方が良いですか [という返事が返ってきて]、いやいや、今来てると言っているのに、みたいな。」(首都圏・都市・病院 4/3)

また他職種（とくに看護師）のストレスの問題も語られた。

- 「ナースに関しては、一応、1 回は全員、臨床心理士のスクリーニングをやったみたいです。医者は置いてけぼりなのですが、私達は全然、スクリーニングをやってもらっていないので、私自身のことを言えば、最初の一週間が本当にストレスのピークで、めちゃめちゃいらしていました。もう、家に帰って、妻も医者ですので、嫁さんに愚痴ったりとか、後はお酒を飲んでとか、…このままではダメだと思って、いろいろなところ、中に入らなくても出来る業務は、他に振っていかうとか、…という感じで、動いて行きました。」(首都圏・都市・病院 4/25)

- 「あまり特攻隊感が出るのも嫌だなと思って、うちは分散してしまったのです。ですので、皆、今、入院しているのは 5 人ですが、それぞれ主治医が違うという感じです。…内科 1 チームですので、内科 1 チームで誰が、もうそれはある意味ロシアンルーレットですよという話を、対応するという形でしてしまっていますが、善し悪しですよ。そうやってやっていると、皆自分のことなので興味、興味と言いますか、自分事になるじゃないですか。だから関わってくれるし、意見もくれるしという形での巻き込み方は出来ますが、一方で分散することによる感染リスクとか、後、周知徹底が上手く行っていないと、看護師さんがみていて、ちょっと先生あれは、とかということが出たりすると、呼ばれたりとかすることも当然ありますし、そこは看護師がいろいろと調整していますが、やはり少ない人達がちゃんと少数精鋭でやった方が良くないかと思う反面、精神的な部分をどうやってサポートするかということとか、その辺りが難しいな、病棟間もそれがあるのです。診ている病棟と、診ていない病棟があって。…

時々、院内に入ってから発熱とかの人だと少しひやっとするとかということがなくはないじゃないですか。そういう瞬間とかも、普段見ていない病棟の看護師さん達は、若干、パニックまではいかないけれど、大慌てしてみたいなところとか。もちろん、個室には入れているのですが、その辺りも含めて、中々、温度差というのは、院内の医者同士だけではなくて、職種同士もいろいろあるなというのは聞いていて改めて感じました。」(関東・都市・病院 4/25)

- 「普段ニコニコしている人 [スタッフ] が、休憩時間に入る前のところで、看護師さんが話を聞いて泣いていたりとか、みたいな。それで後で聞くと、言い方が事務の中でも少しきつくなってきたりとかというので、より新人ほどダメージを受けやすくなるというか。…結構みんな柔らかい人が多くて、すごく和気藹々とした職場だなと思うのですけれども、その中でも、意識して柔らかく伝えようとしているというのが目に見えてわかる…。頑張って笑顔を作ろうとしている感じ…」(中国・都市・診療所 4/23)
- 「事務スタッフの 3 人のうちの 1 人の緊張感が高まっているのが、もう見て取れていて、全然イライラしない人だったのが、すごくイライラ始めて、こんなタイミングでキレルのかみたいな感じのことが出てきてですね、そ

れで他のスタッフからもやはり緊張感が凄いという話が3月中に出だして、自分でも見て取れていて、4月には緊急事態宣言が出る前から、もうスタッフは1人休ませるように、3人いるうちのスタッフの1人を休ませて、常に休みを多く取るようなシフトを敷いて、それからはやっと少し緊張緩和がされてきたという感じでしょうか」(関西・都市・診療所 5/12)

### 5.3 対応① ローテーションの導入

以上のような負担の集中や温度差など、COVID-19 対応における問題に対し、いくつかの工夫で改善が図られた。具体的には、同職種内でのローテーションの導入、マニュアルによる情報の共有、スタッフのケアによる一体感の醸成などである。

- 医師は当番制にした。看護師は「ある程度、装着、装備を着るのに慣れる必要もあったので、事前に何回か練習はしたのですが、ただ実際に着けるとなるといろいろと出てくるので、…慣れている人がまた次の人に教えてという形で、少しずつ対応出来る看護師の数を増やしていった」(関東・都市・病院 3/26)

### 5.4 対応② 情報の共有 (マニュアルの作成)

- 「医療事務の専門職という…職種があるのですが、その職種がいろいろ情報があると、関係の ICT メンバーに GC で流すというのをひたすらやっていたりした」。その他、「SNS のコロナ対応している人達が集まっているスレッドみたいなところから、いろいろな情報が流れてくるので、それを見ながら、少し時々質問もさせて頂いたりしながら、情報共有をして、それこそだから CPA [心肺停止] の対応とか、この間 3 月 18 日か何かに出ましたが、ああいうのも、気付かないと普通に CPA 対応してしまったりしているので、あの様なアナウンスが急に出ると、現場もそれでやはり調整しなければなりませんし、後、病理解剖は病理解剖で、病理学会から実は病理の先生達にたくさんお達しが来ていて、病理はコロナ陰性を確認しないと、病理解剖しないとなっているのです、今は。

何か、そういった情報が次から次へと入ってくるので、そうするとその情報を一つ一つ整合性を院内で合わせようとする、それぞれの先生に確認して、ではこのラインはどうですかとか言って調整して、では方針を決めてという形を作って行くという感じです。」

最終的にマニュアルを作るに至った。「あまり私が全部やるのも少し微妙なバランスになるなと思っていて、そういった事務的なこととか、現場のリーダーは、ICN [感染管理看護師] にやって欲しいなと思っていたので、マニュアルを作ってねと言って少し投げっていたのですが、なかなか、相当忙しかったのか、マニュアルがなかなか出来なかったのです。それで、そうこうしている内に、やはり決めたことはそれぞれの現場でいろいろと決めて、みんなが現場で好き勝手な何かを作るのです。…ものによっては、ちゃんとしたものもあれば、結構、感情的に書いてあるものもあつたりするのを散見しながら、このままでは大分まずいなと思って、3 月初旬に頼んでいたのですが、出来なかった、ある週末を使って一気に今までである情報を全部もらって、私が突貫工事でマニュアルを作った。…

これって所謂、辞書みたいなものだなと思っていて、辞書はいくらあつても、見ない人にとっては見ないので、これだけではダメだねと話をして、ICN と協働して作ったのが、…アクションカードというものを作って、各部門がぱっと動けるように、PDF1 枚で動きを見るみたいな感じですね。例えば、こういった感じで 1 枚、外来の事務さんがやるべきこと、みたいな感じでこれをラミネートにして、置いておくみたいな感じ…こういうものをいくつか作って、現場に還元しているという様なことを、夜な夜なやっていた」(関東・都市・病院 3/26)

- 「[他の医師にも関わってもらう中で] 検体採取ミスみたいなものがある、…私達は最初から関わっている、当たり前と思っていた、当たり前と言いますか、私達の中では当たり前のことだったのが、[ミスした医師から]

そんなこと知らないし、とすぐ切れられたりしましたが。それは、分からないよなどは確かに思っただけで、でも、それもマニュアルを作って。マニュアル、マニュアルで、マニュアルがとでもたくさん出来て、何のマニュアルがどこにあるのかということが分からなくなってしまうのです、どうしても、ですので、ある程度、私達が決めたことと言いますか、私達がこういふふうに行っているみたいなのが、なるべく仕事を分散して行く様に、やっと、最近、少し分散出来て、マニュアル化出来て、それが関わる各部署に割り振れて来て、私達の仕事が少し減って来たなという感じはある」(首都圏・都市・病院 4/25)

### 5.5 対応③ スタッフへのケア、一体感の醸成

- 細かく部門長に話を聞いて、トータルの仕事量が増えない様にする(中国・都市・診療所 4/2)。先を見通した情報を出し、スタッフを安心させる(中国・都市・診療所 4/25)
- 「時々、ワーって怒る人がいて、その人をなだめにいくみたいなことはやります。…やはり、看護師さんは、現場でキーってなりますね、…ですので、何度か師長さん達の会に行って、いろいろお話をすると、ICNが、先生が来てくれて良かったですと、泣きそうになりながら」言った(関東・都市・病院 3/26)
- 「[対応するスタッフ間では] 逆に結束が高まる感じはありますが、そこだから、他との温度差がどんどん出てしまうと良くないよなというのはあるので、積極的にいろいろと話は聞く様にしています。それなりのストレスが各方面に溜まっていることは間違いないだろうなというのと、やはり、4月にいろいろと流入してきたいろいろな新入職員とか、他の職場から来た職員との温度差というのは当然あるわけです。ですので、その辺が、例えば流行地域から来た人にとっては、そこでやってきたいろいろなこととここの比較とか、それはいろいろな他の診療科でもそうですし、逆に全然、のほほんとした地域からやってきた人もいますので、そういう人達からすれば、えっ、何でこんなことを、やるのですかみたいな話になったりとか、この辺の温度差を埋めて行くのに少し時間が必要だなというところでしょうか」(関東・都市・病院 4/25)
- 受付のビニールシートをしたり、制服のクリーニングを自宅でやってもらっていたのを…クリーニングに出すようにしたり。それまでは情報を積極的に共有していたが、あえて言わないようにしたり。スタッフへの感謝を積極的に口に出すようにしたり。朝のカンファ、夜の振り返りなどで。(関西・都市・診療所 5/12)
- 「朝礼とかも…今まで全員揃って話をして、というのがきくと良かったのかなと思うのですけれども、今はもう人数を絞ってというふうにしたとかして。なので、情報自体は伝わるようにノートだったりいろいろな電子媒体だったりだとかでやっているのですけれども、何かこう、ささくれた感、みたいなものが出てきているなというのは思っています。多分、情報としては伝わっているのだけれども、何かこう温かみがやはりなくなってきてしまうので、その寂しさというのはあるなと思って、ただ、温かさとかコミュニケーションというのが医療安全面でも大事ですということ、うちの中の医療安全チームがよく言っていて、結局コミュニケーションのなさがミスにつながる、ということもあるので、そこでの天稔だなというのはすごく感じます。

なので、…給料明細を年に1度自分で手渡すのですけれども、それを年度替わりに昇給したことを含めて、院長面談という形で1人ずつ話をして、思いを聞いて、ありがとうございますと言ってその分ささやかですけれども、と言って昇給したものを渡す、というような習わしみたいなものをしていっているので、今年はそれを止めたので、そうすると直接伝える機会がないなと思ったので、全員に手紙を書いて、給料明細に入れて、ということをした…

あとは今、地元の飲食店が、かなり1日に1人か2人しか[客が]来ないような感じになっていて、みんな窮地に立たされているので、そのテイクアウトとかを週に1~2回、みんなでやっているのですけれども、それもやはり職種によって給料が違うので、やはり頼むのは看護師長だけだったりとかするので。なので、地域応援しよう券みたいなものを作って、私ともう1人の法人の理事2人で、カンパしてお金を出し合って、1人2000円分の食券を子供が手作りしてくれて、そういう出前とかテイクアウトを出来るように、みたいな感じに

したのですけれども、そういうものを同封して、今日それぞれのボックスに入れたのですけれども、そうするとみんなすごく喜んでくれて、個人個人に書いているので、自分を見てくれていることがわかって嬉しかった、というような感じで、結構涙が出ました、と言われたりとかして、それを聞いてまた私も元気が出て、みたいな感じで、何かそういう意識的にコミュニケーションを取ったり、温かさを届けたり、届けられたり、ということをしなないと、少し保たないなというようなところはあるかなと思います。

うちが外来と病棟と在宅があるところで、有床診療所なのですからけれども、外来スタッフはやはりそういうリスクが増えてきている中で疲れ感というのは明らかに出て来ていますし、病棟もずっとパンパンの状態が続いていて、というのがデイとかショートを取りやめている事業所が増えてきて、ショートが看てもらえないので、もう家族が無理なので入院で見て欲しいということだったり、或いは〇〇県が感染症の病棟がすごく少なくて、あつという間に溢れ出してしまっている、一般の病院の患者さんの受け入れ要請がすごくあって、なので誰かが退院したらすぐに入ってくる、みたいな状況で、もう病棟も全然休まらないというのもあったり、本当に色々な意味でみんな少し疲れてきていることは確かかなというふうには思います。…それぞれの思いで動いてやってくれていることは、そういうことがすごく助かっているし、いいねということ伝えるようにしているので、そうやって離れてつながる、みたいなことを評価したいなとは思っています。…

コミュニケーションを細かく取っていくことが、ミスの減少にもつながりますし、続けてここでずっと働きたいというような職場にもなっていくのかなと思うので、結局そこで使う労力というのが、間違いなく効果があるということ自分で実感しているというか、逆にそこをスキップして疲れたから後はみんなやってね、よろしく、みたいな、自分はもう知らないから、みたいな感じにすると、何かあれかなと思うので。権限は委譲して、自分達の主体性を持って、圧倒的な当事者意識というのですけれども、当事者意識を持ってもらってというふうにはしている…それを見ているよというサインを出すというのは大事で、それは言葉だけではなくて、形に残る、文字に残るものというのが有効だなと、医療安全のチームから教えてもらってやっているという感じでしょうか。」(中国・都市・診療所 4/23)

## 5.6 組織文化

以上のような対応を、長期にわたってその組織が作り上げた組織文化が支えていた。

- 「私達はここで20年やっているものですから、少しずつ作ってきたものは、みんなが自分の思ったこととか疑問に思ったこととかを言ってもいいという、そしてそれは受け止められるよという、それがきつと誠実に言って、何らかの形でアクションが返ってくるなり何なりを、誠実にやっていく組織にしているうちに、みんながきちんと自分の思ったことを伝えよう、疑問に思ったことはきちんと伝えようという文化が出来たことが一つ大きいのかなということ、私達も実は医療安全委員会、私達はリスクマネジメントという委員会なのですからけれども、やはりそこは私達のところでも重要な役割を果たして、たった27人の診療所のくせに、年間で上がってくるインシデントの件数はものすごい数上がる診療所なのですよ。どんどんやろう、と。思ったより少し手強いかなかったこととかをどんどん言って、誰も責めないから改善していこうというふうには、これももう15年、20年来ずっとやっているのですよ。そうすることで、誰も責められずに物事がよくなっていく経験を、うちの診療所はみんなが知っているのです。

だから、思ったことを言ってコミュニケーションをすれば良くなっていくという経験が、染み付いているような組織ではありますね。だからみんな喋り合って、下のドクター達もその中にある委員会の一員として入っていくので、みんながそうやって喋っている中にどんどん文化に染まっていく感じになっています。」(北海道・周辺・診療所 4/23)

- 「朝の朝礼と振り返りというのはすごく大事にしている、振り返りの時にみんなからその日の患者さんの状況を聞くようにしているのです。私の知らないところでスタッフが患者さんとふれあって得た情報ですとか、感じた

こととかをみんなでシェアするようにすると、そこでもしかしたらスタッフの主体性が生まれているかもしれない。

やらされている感ではなく自分がちゃんと患者さんと一対一で向き合っている。そういうような内容のことを朝、〇〇クリニックの100の基本というそういうものを作っていて、1日一つずつ100の基本を朝の朝礼で読んでいくのです。その中にクリニックの理念に基づいたみなさんに行動していただきたい100個のものが書いてあるので、そういった中に自分を覚えてもらうようにお仕事をしましょう、みたいな事とかが書いてあったりとか、いろいろ書いてあるのですけれども、もしかしたらそういう100の基本を、日々理念を言っているのです、それに基づいた行動をしようという事がベースに伝わっていたらいいなと思いますけれども、こういう事は少しだけ努力しています。」(中部・周辺・診療所 5/15)

## 5.7 経営的問題と悩み

COVID-19 がもたらした影響として患者減（とくに定期的な外来患者、小児科など）があり、医療機関は経営的問題も抱えることになり、COVID-19 に対応することを忌避する傾向も生んでいる。こうした事態に対し、厚生労働省は診療報酬の改定などで対応しようとしているが、COVID-19 の患者を受け入れることが医療機関にとって経営的に損失となっているという深刻な事態は、その後1年近く解消されず、大きな懸念となった。

- このまま通常の入院患者の受け入れを止めていると病院もつぶれるのでは、というのを一生懸命考えるようになった。病院自体は、6月以降は電話再診は止めるようにと上から言われ、対面再診に変わった。6月からは新規の入院は毎日来る。(首都圏・都市・複合 6/17)
- うちのクリニックも、今4割減。患者さんが4割減って、外来は4割減です。近所でも看護師さんと事務員さんを全員解雇したところが出ています。(首都圏・都市・診療所 6/6)
- 「少し風邪症状があつたら休むようにしましょうみたいな空気が出ていますけれども、やはり1人医師診療所はそれはキツイですよね。…コロナとわかってしまえば、全然そんなことも迷いなくできるけれども、例えば少し咳が出るとかで全然元気だったら、念の為休むとか簡単に出来ないですよね。…患者さんに迷惑をかけるという思いが一番強いし、やはり風評被害ではないですけれども、評判がとても怖い。頭ではわかっているけれど、実際に行動に移すのは本当にハードルが高いなと思ってしまいます」(関西・都市・診療所 5/12)

## 6. 地域内の他機関との関わり

### 6.1 保健所

対応においては、地域内の他の機関との関わり合いも出てくる。もっとも重要なのは保健所である。保健所の職員へのインタビューは行っていないが、3～5月頃には、マンパワーの不足や機器の不十分さ、感染の急激な拡大などによって、プライマリ・ケア医同様に（あるいはそれ以上に）疲弊している様子と、そうしたなかで円滑に対応を行っていくことの難しさが垣間見える。それ以降の事情は地域により大きくばらつきがあるようである。医療機関から様子を見て声掛けをすることが有効かもしれない。

#### (a) 当初の混乱

- 「保健所に電話したのですが、保健所としては、私としてはこういった肺炎像があつて、10日間の潜伏期があつ

て、読影でも COVID と書かれているので、これは PCR の検査をしてもらわないと、うちとしては困るとい  
と、後は入院適用になっているので、入院先を探して欲しいという、PCR の検査と入院を探して欲しいとい  
2 つをお願いしたのですが、向こう保健所の担当の先生が、本当にそれは COVID なのですかと、COVID って、  
除外診断ですから、先生、それはちゃんと本当にインフルエンザではないのですかとか、本当に何を根拠に  
先生は COVID と言っているのですか、そんなに軽々しく言わないで下さいという様な感じだったので。

すごく疲れていて、電話口でもすごく、直通電話、医療機関用に電話番号が与えられていて、その電話番  
号は完全に先生、保健所の担当の先生、〇〇区の先生に直接繋がるみたいで、はい保健所ですみたいな感  
じでは全然なくて、はい、はいみたいな感じで、すごく疲れていた感じで、でも私は PCR 検査をお願いしたい  
ので、検体を取りに来てくれないかとお願したのですが、そういうことは、本当にその検査が必要なかは、  
〇〇（県）が決めるから、そんな簡単にさせるものではないみたいなことでやり取りがあって、では、検査を  
するしないは別に良いので、入院先を探して欲しいというふうになっているのですと言って、それで 1 件探してく  
れたので、〇〇病院に電話をかけてくれたのです。

電話をかけてくれたら、急に具合が、77 歳でハイリスクだったので、急に具合が悪くなって、挿管とかが必  
要になったら、今は体制として、無理だからというふうに断られたらしいのです。1 件断られて、私達、やはり  
保健所の担当者も、何と言うのでしょうか、病院を当ったことはないで、転院先を探す様なことは今までした  
ことがないので、地域連携室の担当の人でも突き返されるみたいな感じなのです。それで、先生達はいつも、  
向こうも慣れなくて、疲れていて、イライラしたりもしているのですが、何か最初に断られて、自分達で探して  
下さいと言われて、他の病院を探すと、保健所を通してくれと言うのです、病院では。

でも、確かにそういうルールになっているのです。基本的にそういう疑い、肺炎、入院症例は、〇〇区の保  
健所を通して、保健所から要請があって、入院受け入れになるルールになっているのですが、病院側は間違っ  
ていないのですが、では、私が保健所の担当の先生に、お願いを、ここの病院、〇〇病院に私の方から電  
話をしたのですが、COVID 疑いの患者さんであれば、〇〇区の保健所から電話することになっているので、  
〇〇区の保健所の先生から電話下さいとなって電話を切られたと、それを保健所の人に言ったら、保健所から、  
いや、そんなこと言われてもという、すごく言われて、でも、しづしづ電話してくれたのです。しづしづ〇〇病  
院のところに電話してくれたら、やはりそれも断られたみたいで…」(首都圏・都市・複合 3/24)

- 「疑似症の PCR 取って、保健所と連絡を取って、保健所との連絡がまたすぐ面倒臭くて…何時頃に取りに来  
るとか、誰を出すとか、何時くらいに結果が返って来るとか、書類が足りませんか、陽性確定したので届け  
出を書いて下さいとか」。

書類も多いし、時間の拘束も、時間の拘束というのでしょうか、宅急便の受取りみたいに、こちらで決められない。  
「保健所に [PCR 検査の] 業者が [検体を] 取りに来るのが 3 時くらいらしくて、それまでに保健所に届く様  
に出さないといけないのです。では、保健所に大体何時くらいに取りに来ますかみたいな、今、行政検査と後、  
保険を使った外注の業者の検査があるのですが、一応、よく分からないのですが、保健所に聞いて、保健所  
が出来ないと言ったら、外注に出すという話に今なっているのです、どうも。うちは〇〇という会社に外注はやっ  
ているのですが、そこは一応、出来るは出来るのですが、ちょっとパツア液が保健所のものと違ったりして、  
まずどちらに出すか確認しないといけないのです。保健所に確認して保健所がうちは一杯だから、取れないと、  
だから外注に出して下さいと言われれば、外注に出すという話になっているらしい。…昨日出した検体が、今  
日、結果が返ってきて、私が電話を受けたのですが、電話を受けたのが 7 時くらいです、夕方の方。」結果が  
来るまで帰れない。(首都圏・都市・診療所 4/3)

#### (b) 連携・状況改善

- 「医者で 1 人、ひたすら、〇〇県内で発症した人の症例を解析して、後、記者会見を全部聞きながら、情報  
を拾って解析している人がいるのです。その人が、とにかく今のところ、流入者だから、とにかく流入をストッ



プすることをまずやった方がよいよねと…。そういった感じのことを言っていて。それで、保健所長が、去年までうちの病院の小児外科の部長だった先生なので、保健所長に連絡をして、保健所長もそうやって動いてもらってというので、何か、分からないですが、上手く行っているのかは知りませんが、一応、運が良いだけですが、関東の中では一番少ない状況にはなっている」(関東・都市・病院 4/25)

- その後、「〇〇先生と何か診療所で出来ることはないだろうかと話をずっとして、…1回保健所に話を聞きに行ってみるかということになってですね、保健所のドクターの先生に話を聞きに行き、自分達で出来るようなこととか、どんなことが今人手が困っているとかを聞きに行きました。そうすると、今、保健所が正式に登録している発熱者外来の人手がないから、その応援ドクターとしてアルバイトとして行ってもらえないだろうかということと、後は、実際にうちの病院でも本格的に発熱者外来—保健所が今は電話センターからうちの病院を紹介するという事はないのですけれども—うちでもやっているよということを本格的に紹介させてくれないかということと、後は、軽症者を今は保健所が電話でフォローとかをしているから、そういう軽症者とかを受け入れる体制が出来ないかというところを、アドバイスいただいて」(首都圏・都市・複合 4/14)
- 市の医師会でGW頃にPCRセンターを設置したところも(首都圏・都市・診療所 6/6)。開業医が手挙げ方式でPCR検査をしているところも(中国・都市・診療所 4/23)

### (c) 「第二波」での地域差

第一波の経験をふまえ、多少余裕ができたところや、唾液でのPCR検査などを導入したところもあったが、地域ごとの多様性もあり、また患者の側の変化もあった。

- 保健所は大変だと思う。国が方針出して、ではなく各保健所で各々考えてやっている感じ、地域によってやっていることが全然違う。(首都圏・都市・病院 7/17)
- ある2ケースで本当に嫌な思いをした。関東から〇〇に来て熱発。PCRの検査をしたいと言っているが、結果が1週間かかると言うので、そこまで〇〇にいられないから帰ると。1例目は研修で〇〇に来ていた。熱が出て、その時は大した症状ではなかったので対症療法で様子を見ましょうということにした。その日の晩、電話がかかってきて、会社から検査を受けるように言われた、と。保健所をお願いして段取りをつけたのですが、やはり調整だけで3、4日かかると言われて、そのことを伝えたら、千葉に戻って来てから受けろと会社と言われた。新幹線で帰る、というから、それはよくない、という話を、では上司に言いますと言って、もし上司と話がつかなかったら私から上司に連絡しますので、という話をしたのですけれども、その後連絡なし、帰った。  
もう1つは東京から応援できている風俗かキャバクラの従業員。一週間もいられないので、と、連絡がつかなくなった。高速バスで帰ったようだ。(関西・都市・診療所 7/29)

## 6.2 医師会

加えて、地域としての対応を取るうえでは医師会の重要性が何人かから指摘された。医師会は情報収集・調整機関としての役割を果たしている。ただし世代的な偏りもあり、医師会の対面的集まりはリスクにもなりうる。

- 「[重要なのは] 医師会が本当に機能するかしないかなのですよ。一番小さい単位が我ら〇〇区医師会というのがあるのですけれども、…そこはきちんと集まっているのですよ。月に1回か2回くらい集まっているのですけれども、そこでやはり情報共有をするという流れが出来ているのと、あとは区の中の班みたいなものがあるのですよ、小さい数軒の塊があるので、そこでローカルですけれども、LINEグループをみんな作るようになっているのです。そこで情報共有をして、どうしている、風邪の患者も診ている、みたいな感じとか、

あとマスクはどこで売っているか、みたいな話とかも含めて、今やっているところですね。…

結構そこで市のダイレクトの一番の情報が集まっていたりとかするのだけれども、そこに家庭医の若い先生がアクセスしてなくて、それで何か Facebook で行政はどうなっているのみたいなことを言ってしまうので、それはあなたが知らないだけじゃないか、みたいな話は結構あるのですよね」（首都圏・都市・診療所 4/14）

- 「医師会のいろいろな各会員が集まるような行事は、基本的に全部なくなっていて、理事会は月 1 回あるのですけれども、一応それは行われていますね。比較的狭い部屋に理事が十数人集まって喋るみたいな感じですが。私は緊急事態宣言が明けるまでは、全部自主的に休んでいました。一応明けてから行きましたけれども、普通に行われていますよね。」（関西・都市・診療所 6/19）
- 「他のところに行っては三密を避けるようにということはすごく言っているので、その立場でそこ〔対面での医師会の集まり〕に参加して、市の医師会の医師が 5 人感染とか出たりしたら、話にならないので、私はそういう立場なので行きません、ということで、ただ、ウェブ会議はぜひ今後も必要なので、準備してくださいということをお願いして、…すごくアナログな先生が多いので、お互いにこうやって繋げばいいんだねというテストを先月やりました。非常事態宣言が一回解除されたのですけれども、またもう一回なるようなことがあれば、今度はそれを使って会議をするというようにはお話しさせていただいていますね。」（中部・周辺・診療所 5/15）

### 6.3 自治体

とくに小規模な自治体において診療を行っている診療所の医師が、自治体としての方針に関わることもあった。

- [2月下旬、市内でクラスターが発生し]「市の対策委員会とかに呼ばれて、どうしようか、というような意見を医師会と市民病院とかと聞かれました」（中部・周辺・診療所 5/15）
- 「〇〇先生が〇〇市に来た時に、一緒に〇〇市長に会いに行って、3月の半ばくらいだったと思うのですが、…町の人達に呼びかけをした方がいいのではないかと…。この地域として進んでいかなければいけないフェーズに完全に入っているし、行政は感染症に対しては完全に素人なので、やはり医療者が議論を引っ張らないと無理だなということをその時にすごく思いました…。市の対策本部にうちの新しく来た若手を送り込んだり、医師会の医師会長ともやり取りをしたりとか、ということをして、いつでもいろいろなことが動けるように、というようにはやっていた」（中部・周辺・診療所 5/3）
- 5月半ば過ぎに、休館していた市の施設を6月から再開するのに向けてのアドバイス。（中部・周辺・診療所 6/17）
- 〇〇市は、ステップ1～4として、市の活動をどの程度緩和するかなど判断していたが、感染の再増加をふまえて、感染率とかでフェーズを判断し、このくらい閉めましょう、という助言をした。市がやっている高齢者向け入浴サービスや、体育館でやる卓球など。三密を避けつつ再開したが、また閉めるのか、など議論。5月のロックダウンは簡単だった。閉めて、過ぎれば再開。しかし with コロナで、閉めれば生活できない、しかし感染を防ぐ、というのをどう両立するかがふつうの感染対策とは違う。例えば5月の連休、〇〇市の水族館一度完全に閉めた。そこから再開するとき、入場するとき2mメートル空けて並ぶとか、1時間の入場制限など。その後、1か月感染者が出なかったから、また緩和。感染者が増えてきたので今日一つフェーズをあげた。しかし今日2人、診療所のスタッフ、タクシーの運転手。きつと来週持たないので、明日朝また相談して、一つあげることになる。第一波があったから、その経験をちょっと活かしながら、第二波の対策をしている。ここで出たから、流行ったから、など。（中部・周辺・診療所 7/29）

## 6.4 その他

保育園医や、産業医、施設医などとしての地域との関わり（対応の指導）、市の観光協会などとの活動も行われている。

- 「第一波というものが少し落ち着いてきたところで、やっと訪問サービスであるとか、介護の人たちとか、ケアマネージャーさんたちとか訪問看護師さんが何を考えているかということを押むチャンスを出来るようになりました。私の巻のところでも、例えば〇〇から退院した人は、2週間経たないと訪問看護が行きません、みたいなことが、本当かい、みたいなことがあったりしたのですね。最初はこん畜生という怒りの感情しかなかったのですけれども。

この間先日 zoom で私のところの、〇〇市〇〇区周辺の訪問看護師さんであるとか、薬剤師さんであるとか、ケアマネさんであるとか、ヘルパーさんであるとかという方と zoom 会議でやってみたのですけれども、まあ怖がってしまって怖がってしまって、大変だったのですね。もうすごいですよ、みなさんのプロテクトの格好で来てくださーいと言ったら、雨合羽にフェイスシールドをつけて、ダンボールでぐるぐる巻きにしている、宇宙服みたいな人がたくさん出てきてしまって、本当に怖いのだろうなということがわかって、ただ、やはりそれくらい情報が少ないのだろうなということを同時に思っています。

その人たちに対してやはり正しく一緒にチームとして、物資のことも含めてですけれども、何か出来ることはないかということで、来週か再来週にまた zoom 会議をやって、正しい感染防御のやり方とかということを知ること、ということをやっています。ただ一方で、私たちが知らなかったことが何かというと、結構第2波というところで心配になってくるのが、今回やはり第一波の時は介護サービス、訪問サービスとかが全部ロックダウンしたのですよね。デイサービスなどは誰も行ってないのですよね。訪看もケアマネさんも全然行ってないのですよね。ロックダウンしたので、在宅の患者さんから本当にうちの方も出ていないのですよ。在宅の患者さんがなくなってしまったということがないのです。

ただ、今本当にまた再開しているというところですから、次に第二波というものが必ずやってくるのだろうな、と。一番心配なのは、みんな何かそれで今、在宅の患者さんが熱発してしまったらどうしよう、といっているのだけれども、実際に想像力を働かせてみると、実はいきなり在宅の患者さんが熱発してコロナになるのではなくて、主介護者が最初になることがそうだろう、ということが想像に足る訳で。どういふことかという、主介護者がコロナになってしまった場合、では〔患者〕本人はどうするの、という話になるのですよね。本人が濃厚接触者になる訳です。では濃厚接触者をショートステイ入れてくれるのか、といった現実問題あるわけですよね。今そういうところという問題なども、やはりそういう人たちと話していると当然出てくるわけで、何というのか、一つはそういう情報をきちっと家庭医は集めなければいけないし、家庭医としてそういう想像力を働かせることが如何にできるかということが、こういう有事の時の能力として問われているのではないかと。

今は本当にみんな在宅の先生たちというのは、本人がなってしまったらどうしようの話ばかりで、家でPCRをやるのはどうすればいいのだとかそういう話ばかりしているのですけれども、実はそうではなくて、本人が濃厚接触になってしまったらどうすればいいのかという方がまずは現実的にはすごくあり得る話で、今、私も医師会を通じて〇〇県にずっとお願いをしているところで、一応〇〇県では5ヶ所、濃厚接触になった人で、本人がPCRは陰性だという人を集めるショートステイ先というものを今、5ヶ所指定してもらっているということが、ここ2週間くらいの話ではあります。…

何と言ったらいいいのか、やはりここから先長い付き合いになってくるので、いかに想像力を働かせて、プライマリ・ケアとか家庭医の立場で今後何が起きるのだろうという、想像力を働かせて想像してそれをきちんと問題を解決するための人のところへ届けていくという作業がすごく大事だと。それでその時に、もちろん自分1人で考えるだけではなくて、自分自身も気づかないことが一杯あるので、周りの人たちですよね、他職種の人たちですよね。だからやはり十分ヒアリングをして、支え合っていくということが大事かなというふうに思っていま

す。」(首都圏・都市・診療所 6/6)

- 保育園、全然一貫した対応ができない状況だけ先生たちも一生懸命。ご飯食べるときに園児どうしを離れた方がいいか、パーテーション作ったんだけどどうか、と聞いてくる。現場の痛々しさを感じる。まずは職員の先生たちの健康管理、お迎えのときの接触到気を付けるようにと言う。素人なりに一生懸命。その姿勢はよくわかる。うまい解が見つかれればいいけど。東京では保育園クラスターも出ている。こちらでもいずれ出てしまう、出た時にどうするか。(首都圏・都市・診療所 8/8)
- ○○市の観光協会と「○○(宿泊業者等の感染対策)」をつくるのをやっている。ステップ1, 2, 3。ステップ1は責任者が講義を受ける。感染の原理原則とか、都会が流行期に入ったので、泊りに来て熱が上がった人にどう安全に対応するかを講義。(中部・周辺・診療所 7/20)
- 人口数千でも、情報リテラシーの低い人には情報が届いていない。若い人、地域とのつながりの弱い人など。(北海道・周辺・診療所 4/17)

## 7. プライベートへの影響

また COVID-19 への対応は、家族生活にも影響を与えた。家族の感染を防ぐための工夫や、プライベートでの外出を制限するなどが見られた。

- 「私も夫婦共働きという程ではないのですが、妻がパートで特養の介護の仕事をしているのです。ですから私は医師であるということで、お互いに感染すると、かなりマズイ状況ということで、実は家庭の中ではそれなりにかなり緊張感があって、…そもそもそういう村八分的な状況というか、やはり田舎であるがゆえに、感染したら個人が特定されて即バレになるので、どこでうつってきたのかまで特定されてしまうような場所なので、それだけは絶対にマズイね、ということで比較的夫婦で、出かけることに関しても、すべてリスクということを2人で相談して出かけるというような生活になっていますね。」(北海道・周辺・診療所 4/23)
- 家族の中で自分は「ばい菌扱い。今家に帰ってくると、玄関でスッポンボンになって、“アキラ100%”<sup>11</sup>をやりながら風呂まで走っていく…というルールになっていて」(首都圏・都市・診療所 4/14)
- 「自分から家族に感染するのではないかとかは、一時非常に悩んで、今はもはや運命共同体とと思っていますけれども…。仕事に行く時の服でリビングとかに行っていたのを全部なしにしていますね。一旦自分の部屋というか、家族のいないところで着替えるし、出勤前も前日のズボンとかを行く直前にしか履かないとか。完全に持ち込まないというのはほぼ無理だなと思っていて、出来る限りのそういう分離はしたいなと思っていますけれどね。」(関西・都市・診療所 5/12)
- 「意識していることというのは、勿論自分が罹らないというところが、とにかく一番じゃないかなとは思っていて、そこですね。自分が罹らないというのは、家の中に持ち込まないというのが一つあるのと、後は、やはり院内で広まったらどうしようというところは常にあるので、難しいのですよね。保健所で話を聞きに行くのも、自分が話を聞きに行くことは積極的に関与していくではないですか。それ自体は、例えば奥さんとかはよく思っていない訳ですよ。」(首都圏・都市・複合 4/14)
- 「自宅で気を付けていることは、帰ったらすぐにシャワーを浴びる。家に持ち込まない、ということです。後は家族みんな必ず外に行く時はマスクをするようにしているのと、帰ったら手洗いをちゃんとしようね、ということも前からあったのですけれども、徹底的にやろうという話になっています。でもそれくらいかもしれません。あと、買い物には例えば余分に行かない、というか、さっと買って帰るとか」(中部・周辺・診療所 5/15)

<sup>11</sup> 全裸に股間をお盆で隠しただけの状態でのコントで知られるお笑い芸人。

その結果として、家族仲が良くなるという効果が生じた場合もあった。

- 「これまで仕事で土日不在だったことも、私も結構多かったのですが、この状況になって完全に土日がフリーです。それが圧倒的に家族にとって良さそうです。だから、ある意味、このままで良いのではないかという気もしないでもないですが、そういった意味では家族でいろいろ、特に土日に関してはリフレッシュ出来る機会は増えていますし、子供達もそういう意味では、土日にいるので、何と言いますか、前より関係性は良い様な気がします。」(関東・都市・病院 4/25)
- 「うちの子供は、寮に入っているのですが、学校があるという時はずっといないのですね。…それがこの4月からはほとんど半分家にいる、という、すごく子供とこんなに長くいる時間が今まであったらどうか、というくらい感じがしています」(中部・周辺・診療所 6/19)

## 8. プライマリ・ケア医として

今回の事態は調査対象者にとって、プライマリ・ケア医のあり方について改めて考える機会ともなっている。

### 8.1 発信

- 「情報を自分で求めていなくても、今は入ってきてしまうのだと思うんですね。テレビを見てもそれしかやっていないので、それぞれの立場にあった情報の解釈の仕方を患者さんなんかには少しずつ説明していくということがすごく大事だと思う。…1個1個の情報の解釈とか強弱という、大事か大事じゃないかというのを示してあげるのもすごく大事なことで、その前段階で、このメッセージが聞かれたらこの立場の人はどう思うだろう、というのを常に考えておかないと、情報の重みというのは何かわからない、自分としてはこの情報でこのくらいの重みなのだけれども、多分、患者さんが聞いたらこの情報はすごいのだろうなというところを想像しておかないと、いけないのだなと。…相手に合わせて言葉を変える、というのはすごく重要。」…

普段から「相手の生活背景とか社会背景とかその方の性格から、何でしょうね、知的レベルというものもあるのかもしれないですけども、そういうものも含めて考えて、自分が少しでも合わせてあげるというフォローを気遣うことが大事。」…

「STAY HOME といったって絶対出来ない人もいないではないですか。その人達にどうしたらいいのか、という現実的な落とし所を一緒に考えてみるというのものすごく重要ですし、それを一緒に悩むというのはすごく重要なことだと思います。」(首都圏・都市・診療所 4/14)
- 「こんな仕事をさせてもらっているおかげで、今は重要な人からの情報が得やすい状況にあって、それをそういう人と繋がっていない現場の人達に届ける。やはりリーダーの仕事というのは、外部、外の世界で起きていることと、現実の自分の持っているリアルな世界とを繋げる仕事だと思ってはいるのです。そこをやはり、この現場に役立つように落とし込んでいく作業はしています。これがすごく大事だと思っています」(北海道・周辺・診療所 4/7)
- 「私達は家庭医なので、患者さん達がどう生活しているかにいつもフォーカスしているので、…私は多分その時に、これは一般の人はどうやって正しい情報を手に入れられるのだろうかとか、彼らにどうやって言えば伝わるのかとか、1人1人の生活の中に落とし込めるような情報が出来るのかとか…。この地域で医者をやっているという意識がかなりあるので、私達としては、この地域で自分達が医療を提供している人達に対して、情報をこの地域ならではのというか、ここに関係のあることを発信するというのが、すごく大事なのではないかということ、その時に初めて思った」(中部・周辺・診療所 5/3)

- 「対面して実際に患者さんと会って、そこで患者さん自身が先生に色々不安を聞いてもらった、コロナに関する不安を聞いてもらったということで安心したとか、そう言ってもらえることに、私自身もよかったな、と。やはり実際に不安を感じている様子とか、雰囲気とかというものを、オンライン診療ではそこまで細かく色々拾って行って、こちらもいい具合の間で、タイミングで返しとかが出来ないだろうなと思ってですね、だからやはりそういう意味で、対面というのはいいところもあるのかなと。向こうも多分、私が質問を投げかけている私自身がどういふ雰囲気、どういう表情で、どんな間で、どんな口調で返している、どんな姿勢とかですね、そういうようなところも見えているので、多分そういうところというのは、対面だからの強みがあるのではないかなというふうには思いました。」(九州・都市・複合 6/6)
- 「私の思っているのは、本当に当たり前の感染対策をすることがとても大事で、本当にベーシックに手洗いだったりとか、マスクをしたりだとか、換気をしたりとか、だと思いのですけれども。みなさんやはり本当にしっかりとしなければいけないと思われるので、例えば少し話題になった次亜塩素酸水の噴霧をするだとか、そういうシャワーを通して会場に入るとか、あとはそうですね、大きな空気清浄機を会場に入れれないといけないとか、医学的にあまりエビデンスがないけれど、なんとなく感染対策にしてそうという、アピールできそうなものとか、あとはいろいろな企業さんが今は物を売りたいくて、そういうところにアピールをしているのですね。そういったものを購入しなければいけないのではないかと、とかそういうところが一番の相談の内容になるので、やはり医療者と一般の方ではかなり温度差があるというか、そういうところまで実はしなくてもいいんだよということをお伝えすることがとても大事なのかなと思っています」(中部・周辺・診療所 6/19)

## 8.2 地域と付き合う、地域の問題に関わる

- 久しぶりに会う患者は「お疲れ様でーす、みたいな感じの方がほとんどですね。先生、ちゃんと寝ているのですか、みたいな感じですので、前年比 50%増しくらいな差し入れ量ですね、本当に。…  
何か災害の時と同じですよ、自分は何も出来ないけれども、医療の最前線にいる人たちにこれくらいしか出来ないけれど、何かやろう、みたいなことをおっしゃってくださる方というのは増えたかな…。生活保護のおばあちゃんが 1 枚、これちょっとどこかでお蕎麦を食べたらお蕎麦 1 杯でマスク 1 個プレゼントというのを商店街でやっていたそうなのですね。そのマスクを 1 枚持ってきてくれて、私にくれたので、これはどうしようかなと思いつつ、それをして帰りましたけれども、そういう人まで、自分自身として誰かに何かをしたいという気持ちというものは何かあるのかなと、それが自分自身の癒しにもなっていることももしかしたらあるのかもしれないし、そこは少し私はよくわからないのですけれども、ただそういう行動をしてくださる方が増えているというのは実感で感じます」(首都圏・都市・診療所 6/6)
- 「コロナの社会的な影響というか経済的な影響というのは結構打撃として大きいだろうな、と。まだこれから見えてくることもあるのかなというふうには思っています。…一応〇〇県で、困窮している学生に対しての助成制度というのを始めたら、かなり問い合わせが殺到していたという話で、学生を養っている親御さんたちの世代が、多分結構経済的な問題が出てきている、若しくは学生自体もアルバイトができないとか、学費を払うと生活費が残らないとか、そういう状況が結構起きているのだろうなというふうには思っています。」(九州・都市・複合 6/6)
- DV の問題とかが表面化してきていないかどうかということは、みんなあって、こんな田舎であってもやはり収入の格差というものがある、農家さんは日本でもトップクラスに裕福である一方、やはり貧しいご家庭もある、と。そのような中で休校になって見えなくなっている家庭があるのではないかと(北海道・周辺・診療所 4/23)
- 「うちが…、夜の街の住人が住んでいるエリアと、高学歴なエリアが隣接しているという面白い場所で、なので、子供の孤食、1 人で食べるというのが、シングルマザーで夜の仕事をされていて、子供が 1 人で食べる、という



ました。なので、例えばもう少し大きい枠組みの中では、やはり我々家庭医というものが、そういうことに対してきちんとオピニオンとか相談に乗れるという中に食い込んでいく必要がすごくあるのだなということはずいぶん感じました。逆にローカルなところでいうと、私は自分自身が今、〇〇市医師会の理事なのですけれども、やはり今回の PCR センターを作るにしても何にしても、これは医師会の立場でなければ出来ないのです。行政が動いてくれないのです。

ただ逆に、私は医師会の末席の理事なのですけれども、やりたいと言ったらではやりましょうやりましょう、となります。在宅の患者さんの先程言ったどうするの、みたいな、濃厚接触になったらどうするのと、私たちが例えばここで zoom で、在宅の患者さんはヤバイよねと言っても日本は全然変わらない、ローカルでも変わらないと思うのだけれども、医師会にいれば少なくともローカルには変えることが出来るのですよね。なので、やはり二つ思ったのは、まだもう少し大きな日本の単位の中で、我々家庭医というプライマリ・ケアを担う人材が、もっともつきちんと声を出していく必要があると、私も一生懸命頑張らなければいけないということが一つ…

後、先生方みんなにお願いしたいのが、地域の医師会にコミットして、自分たちがせっかく家庭医の視点で問題点がわかっているのだったら、それを変えるための努力というか、問題を解決するための努力の出発点というのは、こういう有事の時は医師会しかないので、そこにいかにコミットしていくかという重要性というのは、すごくあるなということを感じています。…特に大事なのは、感染防御という意味では、本当は全部ロックダウンするに越したことはないのですよね。でもここは仕方ないから、このくらいは認めないといけないよね、という、なんというのか少し調整が必要な訳ですよね。だけどその調整の度合い、ネジの緩め度合いというのが、みんなすごく難しくわからないのですよ。

そういうことをアドバイスできる立場としての家庭医とか、プライマリ・ケアの力というものが大きくて、放っておくとみんながみんな学校でフェイスシールドをしてしまうわけですよ。みんなご飯を食べる時に、お面みたいなものをつけたりとかいっぱいしているではないですか。多分、何の考慮もなければあんなってしまうのですよね。だけれども、本当にそこまでしなくてもいいよ、そこまでしなくてもこうやってやれば何とかできるのではないかと、ということが言える立場というのは、決して感染症の専門の先生ではなくて、公衆衛生の専門家でもなくて、いつも学校医で学校をウロウロしている私たちの立場の方が、余程実は知っているのかもしれないというようには思いましたね。」(首都圏・都市・診療所 6/6)

### Ⅲ まとめと今後について

以上、2020年8月までのインタビュー（逐語録はA4で350枚ほど）の内容を、項目ごとに整理した。今回の報告からは、全世界を覆う問題としての COVID-19 に対し、その感染の拡大にあわせて各医療機関・医療者のふるまい方や組織的な体制を変化させていったことが示されており、そこには緩やかなパターンも見いだすことができる。しかし細かく見れば、各医療機関や医師の置かれた地域的コンテクスト、組織文化、施設の物理的環境、そして予想もしなかった感染の流行状況等の違いに応じて、現場ごとに細やかな調整が試みられていることもわかる。こうした具体的な試行錯誤の様子は、今後の展開も含め、きちんと記録しておく価値のあるものだと考える。

また、本報告自体、かなり長いものとなっているが、それでもやはりインタビューで語られたなかで取り上げられていない点もいくつかある。それは例えば、治療薬に関わる治験のことや、臨床実習などで地域のなかに医学生を送ることのリスク（医学生の感染、医学生からの感染）の



問題などである。これらについては、また機会をみて整理したい<sup>12</sup>。

## 謝辞

本研究を承認し、研究費用を助成してくださった日本プライマリ・ケア連合学会、そして調査にご協力くださっている医師の方々に、心より感謝いたします。

## Ⅳ 補遺 発生から 2020 年 8 月までの流れ

最後に補足としてこれまでの流れと、それに関わる語りを記載する。

### 1 月～ 2 月上旬

武漢のロックダウンや、春節など。他人事、ないし外から入ってくる感染症というイメージで、DP に象徴されるように水際対策が強調された。日本初の感染者も帰国者。日本で中国人差別、欧米等でアジア人差別も起きた。

- 輸入感染症に近いイメージですね。麻疹とか、例えば言うと、麻疹とかデングとか、それに近いイメージ」（首都圏・都市・複合 3/24）
- 「普通の風邪のようなコロナだったらいいですけども、どんどん広がっているとあったので、MERS とか SARS の再来にならなければいいなと思っていました」（中部・周辺・診療所 5/15）

### 2 月中旬

水際対策の限界、失敗（YouTube 事件）。各地で感染者が出始める。北海道では雪まつりでクラスター発生。「実はもう世間に感染者が沢山いるのでは」と恐怖感持つ人もいた。イベントは中止すべき、という雰囲気が増すが、予定通りの日常も行われている。全国的には、まだ頑張れば抑え込める（抑え込みたい）、という思いがあった。政府はクラスター対策を打ち出す。マスクをめぐる論争や買い占めなど起きはじめる。

- 「コロナと聞いて、患者さんたちからも先生はマスクをしていないのですかと言われるようになってきて、外来はマスクをするようになったのです…うちマスクが余っているのですけれども先生どうですか、と暗に勧められたりとか、これはダメだと思って、逆に褒めて着けて行ったら着けて行っただ、先生はいつもしていないのにしている、体調悪いの、と言われてたり、難しいなと思いましたけれども（関西・都市・診療所 5/12）

### 3 月

イタリア北部、ニューヨーク市等での流行や深刻な状況が報道され、国内でも危機が迫っている感覚を強める。政府は小中高校を休校にする。しだいに感染拡大を否定できない状況になりつつあるが、まだ抑え込めるかもという期待で、あるいはまだ大丈夫だと思って普段通りのふるまいをする人々を憂う・非難する声も大きくなっていく。外出を控える動き、リモートワー

---

<sup>12</sup> 医学教育への影響については、『医学教育』51 巻 3 号の諸論文などを参照。

クやネット通販利用が増加。自分も感染する（している）のでは、という恐怖をもつ人も増える。政府はロックダウンをためらい、クラスター対策を維持。メディアでは日本が比較的抑え込めているのはなぜかについての議論も巻き起こる。3月末、オリンピックの延期決定。志村けん死去。

- 「コロナウイルスに関しては、やはり潜伏期間が2週間で長いというところがかなりネックになって来ると言えますか、しかも軽症者がかかって、無症候性の感染者が流行を広げているというところがとても難しい、ただのインフルエンザの対策とは全く違うところがあるので、そういう意味で感染症の対策としてもかなり難しいなどと思っていますし、そういうところがあるので、まだ分かっていないところがあるので、一般の人達がいうこともあながち間違いではないと言いますか、後からみたら、私は最初、学校休校はやり過ぎだと思ってはいたのですが、イタリアの様子とか、ヨーロッパの様子を見てみると、休校という判断は間違いではなかったのだと思いますし、私の感染症を今まで勉強してきた感覚とも異なっていると言いますか、一般の人達の予想の方が、これはすごく良いと言いますか、それは最初私の中では、やり過ぎだし、それだと1人もいない県でそれをやっでどうするのと私は最初思っていたのですが、まだ分らないのですが、それが本当に良かったか悪かったか、まだ分らないのですが、その何とも言えないもやもや感がありますね。」（首都圏・都市・複合 3/24）

#### 4月～5月半ば

1日、政府によるマスク配布<sup>13</sup>が発表され、3月末の和牛商品券<sup>14</sup>などと合わせ、政府対応への批判強まる。PCR検査を抑制する方針への批判も出る。感染者数は増加、東京等で緊急事態宣言が発令され、半ばには全県に拡大。市民生活も「非日常」になり、高揚と恐怖、気持ち悪さなどを感じる人が増える。むしろ日常を維持しているほうが奇異の目で見られるようになり、「自粛警察<sup>15</sup>」も顕著になる。20日、特定定額給付金<sup>16</sup>発表。事後的に見ると、多くの県では4月下旬～GWぐらいが「第一波」のピークであった。この後、物資不足も徐々に解消されていく。

- 第一波の時は敵がよくわからなかったので何をどうしていいかわからなかった。standard precautionを愚直にやり続けるのでいいはずだ、と半分思い込まなければいけなかった。（中国・都市・診療所 8/17）
- 緊急事態宣言で「取り敢えず不安な人が多くなりました。コロナ不安の人、コロナ鬱の人が多くて、結構お話を聞いて診察することが増えたと思いますね。風邪症状外来も、みんなやはり不安でいますね。」（中部・周辺・診療所 5/15）
- 「今はどちらかと言えば、問題なのは、患者さんも救急外来に来る人も、主訴はほぼ不安、不安、不安、不安という感じで、本物[のコロナ患者]は殆どいないのです。調べたら、その中にもいるのかも知れないのですが、いても軽症で、それほどすごく、コロナ自体で医学的に大変というよりは、社会がコロナという不安に全然、

<sup>13</sup> 布製のマスクを世帯当たり2枚配布するもの。安倍首相の発案とされ、マスメディアやソーシャルメディアなどでは経済政策「アベノミクス」にかけて「アベノマスク」と呼ばれた。

<sup>14</sup> 新型コロナウイルス感染拡大による緊急経済対策として「和牛の購入」に使い道を限定したクーポン券「和牛商品券」が盛り込まれたが、批判を受けて撤回された。

<sup>15</sup> 感染を恐れる市民が、外出や営業、県境を越える移動などの自粛要請に応じない（こよによって感染を拡大を助長しているように見える）個人や商店等に対して、過剰とも思える仕方注意喚起したり、その行動をやめさせようとするさまを指して使われた言葉。

<sup>16</sup> 新型コロナウイルス感染症緊急経済対策として、家計への支援を行うために実施されることになった支援制度。全国民を対象に一律10万円が支給されることになった。支給手続きは自治体ごとで行われ、受給時期には大きなばらつきがあった。

付いていけていなくて、社会のシステムが崩壊しかけているのではないかなということの方が、多分問題なのかなという印象はあります。」(首都圏・都市・病院 4/25)

- 「先週が多分、ピークでした。入院もかなり来ていましたし、外来もめっちゃくちゃ多かったです。木曜日とか午前中だけで18人くらい発熱者来て、…2列[対応する医師を2人にして並行して診察すること]に増やすとか出来ませんので、PPE着て入っていますし、診察用のコンテナは一つしかないですし、だから1人で18人診るみたいなの。」(首都圏・都市・病院 4/25) 5月に入ってからは患者が減り、そのあたりで加算がついたので、それまで診ていなかった他の病院でもベッドをつくって診るようになった。(首都圏・都市・病院 6/11)
- 「〇〇市ではPCRのために送る発熱者帰国者接触者外来、かつ地域の最後の砦、みたいな病院が、〇〇病院だったのですけれども、そこもほとんど私たちの総合診療、家庭医療のプログラムの人たちが、ほぼそこに全力投入されていたんですね。ですから毎日状況は聞いていたのですが、一番最高の時に、ECMOが3台、挿管している人工呼吸器が15台回っているという」(首都圏・都市・診療所 6/6)

感染の地域差は大きい。GW中に緊急事態宣言の期間が延長されるが、地域によっては感染が広がっていない、ないし新規感染者数が減少していくところも。経済を重視し、宣言の解除を指向する動き(「大阪モデル」<sup>17</sup>など)とのせめぎ合いに。専門家会議が矢面に。

- 「思った以上に地域差が出る疾患」「地域地域とか、状況に合わせて対応を変えていかないと、多分、国が言ったこととか、県が言ったことというのをそのままやって、全部が全部上手く行くというわけではないだろうな」(関東・都市・病院 4/25)
- 「いろいろな地域の先生の話を知っていると、タイムマシンみたいなのです。ですので、私が話しているのは、〇〇先生の言う、1ヶ月くらい前の話だよみたいな、そういう何かタイムマシンみたいな感覚がすごくあって、同じ日本に住んでいるのですが、そういう差がすごく生まれる疾患なのだなということを改めて感じているところですよ」(関東・都市・病院 4/25)

## 5月半ば～6月半ば

5月半ばに多くの県で宣言解除。ステイホームでソーシャルメディアによるコミュニケーションが重視される状況にあったためか、ソーシャルメディア上で検察庁法改正案に抗議する動きが盛り上がる。下旬、全県で宣言解除。社会的にもほっとした雰囲気が広がり、医療機関にも市民の間にも少しずつ安心感広がる。医療者のあいだでも、対応への慣れと自信がうかがえた。

- 4月に比べ忙しさは落ち着いてきた。慣れてきた。着替えも早くなった。順応してきた(首都圏・都市・複合 5/19)
- 「1月と今では違いますよね。要するにイルネス・スクリプトというものを教科書で書いているようなイメージではなくて、今の時点で教科書は存在しないけれど、でも診察の時にこういう風なゾーンに当てはまったらPCRに回そうかなとか、怪しいな、みたいなことを持っている」(関西・都市・診療所 5/12)
- 第一波のときは朝礼は人数を絞って2分ぐらいでやっていたが、2ヶ月後は[発生者がいない時期だったので]時間は絞るが人数は絞らずに。(中国・都市・診療所 8/17)

日常回帰へのプロセスは、慎重にやる人とそうでない人とで多様な態度がみられた。学校等も段階を追って再開。5月末、世界でBLM(Black Lives Matter)の動きが広がる。6月も感染の減少傾向が続き、安心してよいのかも、という空気が覆う。と同時に、経済重視派が勢いを強め、専門家会議の対応への批判の声が大きくなった。

<sup>17</sup> 大阪府が独自に設定した指標・基準をもとに感染拡大状況を判断し、府民に自粛を促したり解除したりする方策。

- 連休明け、非常事態が解除されつつあるときにベッドが空きつつあった。そこで段階的に解除していくやり方を考える。クラスターも出たが、これを超えれば、という感じで、乗り切れるという安心感が。院内感染も起こさなかったので、「頑張ったね」と。同時に、日常のことがだんだん出てくる。コロナのせいにして書いていなかった原稿など。(関東・都市・病院 6/11)
- 市中発生状況に合わせて、専属病棟も解体、個室を6つ残して一般病棟に戻した。陰圧テントも外す。しかし絶対に第二波、三波は来るという前提で。(首都圏・都市・病院 6/11)
- 緊急事態宣言空けの頃、いい兆しがあった。「次、冬怖いね」と言っていた。逆に言えば冬までに準備、という感じ。(首都圏・都市・診療所 8/8)

## 6月下旬～7月半ば

下旬から東京で再び数値的には増加傾向になったが、感染対策か経済優先か意見が多様化しており、判断が下されるのが遅れる。7月頭、東京で100人/日超す。政府は専門家会議を解散し分科会に、感染抑制策を取らず、事実上「ウィズコロナ」路線を取る。

感染者は東京などを中心に増加する。「第一波」とは異なる様相で、マスメディアを通じて感染源としての「夜の街」という表現が広まる。

- 東京で100人出た当初は、「夜の街」関連がすごかった。(首都圏・都市・診療所 8/8)
- 当時 [6/19] は落ち着いていたが、その後からコロナを疑う患者さんがどんどん増えてきた。6月末から増えている。震源地が〇〇のホストクラブ。そこの若い男性がたくさん受診する。陽性者も出ている。緊張感をもってやっている。その後、「夜の街」中心から、他の世代に広がっている。まだうちの発熱では若い世代がほとんど。高齢者はまだいない。在宅の患者でもまだいない。(関西・都市・診療所 7/29)
- 「スタートが読めない」ケースも増えてきている。「前が追えないもの」。今週に入って出てきている陽性の方は、読めない。高齢者施設で出たのも今週。今までとは様相が違う。(関東・都市・病院 7/17)
- 7月頃からPCRセンターがあふれ出した。一旦、発熱者外来の時間を短くしていたのだけれど、一週間で戻す。一日に診る患者も増えていった(首都圏・都市・診療所 8/8)
- 「うーん…。やっぱり、わからん。前のほうが分かっている気になっていた。結局、分からん感じ。[陽性]ほい、が病歴だよりになるので。味覚異常とか息切れとか出ていればポイかなと思うが。前は分かった気になっていた。当時は4日目の熱とか国も言っていて、経過をより長く見ていた。いまは1,2日の熱で来る。ホストとかだと自院でねばって経過を見るよりガンガン保健所に言う」(関西・都市・診療所 7/29)
- フェーズが変わってきたのは6月終わり7月初め。もう1つ段階をあげるかどうか。県としてはあげたくない。基準は満たしているだろうが。病院だけ勝手に上げることもできない(関東・都市・病院 7/17)。
- 今回が第二波とすると、明らかに東京から大都会、そして地方へ広がっている。なので、東京をモニタリングしていれば何段階か後に地方がある。地方は東京に比べ圧倒的に医療資源が少なく、高齢者が多く、感染が広がったら不利。そういう意味での不安は大きい。(中部・周辺・診療所 7/20)
- どこの病院も先月、病棟を一度畳んでしまった。それをもう一度コロナ専用にする赤字が見えているので、どこも腰が重く、まだほとんどどこも専用病棟開いていない。個室対応。まだ数が少ない。ほとんどが宿泊施設に行っている。基礎疾患がある人も10日経つといまは退院させている(以前は2回陰性になるまで退院できず)ので、回転はよい。それも専用病棟を開くの踏み切れない理由の一つ。(首都圏・都市・病院 7/17)

## 7月半ば～

地域による感染状況の差が大きく、拡大している地域から人が来ることへの警戒が高まる。アラートや自粛要請を出す県もあるが、それほど強くなく、対応は現場任せとなり、現状認識や

対応は多様化する。市民やメディアに慣れが生まれ、経済派、安心派の「専門家」による言説が主流になっていく。感染は東京、大阪、名古屋、沖縄で特に増加するが、感染拡大の中で日常生活が維持される。下旬、東京だけ除外してGoToキャンペーン<sup>18</sup>が開始に。8月頭、沖縄の米軍クラスター発覚。その後、7月のような増加傾向は続いているものの、感染者の大きな減少はなく、各県で少しずつ重症者が増え、医療体制が逼迫しつつある。しだいにニュースでCOVID-19の話題が取り上げられる割合が下がっていく。

- 僕の周りでは、ほんとにふつうにコロナ。診療所の近くでも小学校で1人。スタッフの子どものところ。夜にLINEが来て、休校。でも1日だけだった。その学年だけは1週間休校、他は消毒。小、中学校でぼつぼつ出ているいろいろなところで休校、休校、みたいなことを最近よく聞く。ほんとに身近にいる、スーパーも心配。(首都圏・都市・複合 7/20)
- [恐怖感] 第一波の時のの方が高かった。得体のしれないものだったのが、情報が出てきて、輪郭が出てきている。若い世代は、よくない感じで[恐怖感]下がっている。結構いろんなところに行っている。普段定期的に来ている中高齢の人は漠然とした恐怖感を抱いている人は減っている印象。(関西・都市・診療所 7/29)
- コンスタントに患者が出ている。7月は爆発的に増えた。いまは、増えてはいるけど、増え方が爆発的ではない。しかしこれ以上増えてしまうとさばききれない。(首都圏・都市・診療所 8/8)
- 接するようになってからはむしろ、感覚としてつかめてきた。(首都圏・都市・複合 6/17) 僕自身も、人数でどうとは思わない。重症者が少ないことが大事。[怖さは]4月のほうが多かった。いまのほうが慣れている。情報が増えているので安心感はある。最初のころは何もない、「石器時代」みたいな、なにも武器がない。いまは剣と楯。(首都圏・都市・複合 7/20)
- この、慣れているが感染者が一番多いという状況を僕らがどう捉えたらいいのか(首都圏・都市・診療所 8/8)
- 自分自身はだいたいアダプトした感じ。疲労、麻痺の感じはあまりない。もちろん[コロナが]始まる前とは違うことをしているので、いったん止めているものはいろいろあるので変わったは変わったのだけど。パターンに合わせていく。割り切って(関東・都市・病院 7/17)
- 感染経路など、かなり細かくみれるようになってきた。あまり厳しすぎず、ゆるすぎず、という線を上手に引けるようになってきた。病棟の面会の制限などを毎週/隔週で細かく吟味している。(北海道・周辺・診療所 8/17)
- 「麻痺なのか、疲れたのか、同じテンションで同じこと[警戒]をやっている感じはない。医療者として同じことをやろうとしても、患者さんが乗ってこない。」(関東・都市・病院 7/17)
- 休憩室、脱衣室でスタッフがマスクを外しがちになる。仕事中はいいが、休憩中はオフになってしまう。院長名で呼びかけたが、意識として気をつけるのは難しい。入り口に手指消毒とマスクを置く。一日終わったらマスクの回収箱に入れる。その間はずっとつけておくものだというのをデフォルトにした。(中国・都市・診療所 8/17)
- 7/20に久しぶりに市内に陽性者。3月以来。そこからは立て続けに6人。ほぼ毎日。近づいてきたな、という感じ。感染者の推移はそんな感じ。10代、20代が多いが、1人、70代もいる。一週間ぐらい熱が続いて、調べたらPCR陽性。腎不全があり、今朝急に悪くなって酸素5リットル。市内にECMOがないので、隣の〇〇市民病院に搬送。(中部・周辺・診療所 7/29)

<sup>18</sup> コロナ禍で停滞している経済の活性化のため、旅行や飲食などに対してクーポン券を発行したり、割引を行う経済政策。

## 参考文献

- 飯田淳子・木村周平・濱雄亮・堀口佐知子・宮地純一郎・照山絢子・小曾根早知子・金子惇・後藤亮平・春田淳志 2021 「パンデミック対策をローカライズする——日本におけるプライマリ・ケア医の実践」 浜田明範, 西真如, 近藤祉秋, 吉田真理子 (編) 『新型コロナウイルスと人類学:パンデミックとともに考える』 水声社, pp.340-365.
- 木村周平・飯田淳子・照山絢子・堀口佐知子・宮地純一郎・濱雄亮・春田淳志・小曾根早知子・金子惇・後藤亮平 2022 「総合診療医が守るもの——COVID-19への対応と社会身体」 『文化人類学』 86 (4) : 674-685.
- 木村周平・春田淳志・飯田淳子・小曾根早知子・金子惇・後藤亮平・照山絢子・濱雄亮・堀口佐知子・宮地純一郎 2020 「COVID-19に向き合う医療者の経験のドキュメンテーション」 『文化人類学』 85 (3) : 566-569.
- 照山絢子・飯田淳子・木村周平・堀口佐知子・春田淳志・濱雄亮・金子惇・宮地純一郎・小曾根早知子・後藤亮平 2021 「ソーシャルディスタンス」の時代のエスノグラフィー——デジタルプラットフォームを活用した調査を事例として」 『白山人類学』 24 : 101-114.
- Haruta, J., S. Horiguchi, J. Miyachi, J. Teruyama, S. Kimura, J. Iida, S. Ozone, R. Goto, M. Kaneko, Y. Hama 2021 Primary care physicians' narratives on COVID-19 responses in Japan: Professional roles evoked under a pandemic. *Journal of General and Family Medicine* 22(6): 316-326.