

インドにおける日本企業資本病院のCOVID-19対策 および看護管理の実践報告

板橋 悦子

Etsuko Itabashi

医療法人社団あんしん会 四谷メディカルキューブ

要 旨

【はじめに】 2018年4月から、インドのベンガルールにある日本企業が資本提供運営する病院（以下A病院）で現地看護部および看護部長のサポートの役割を担っている。2020年COVID-19感染症による世界的なパンデミックにより、インドは世界2位の感染国になった。COVID-19禍で生じた様々な問題に対して取り組んだ医療および看護の現状について報告する。

【インドの概要とA病院の基本情報】 インドは、日本の10倍以上の人口、約9倍の面積を有する国である。平均寿命は68.3歳。疾病構造は、心血管疾患、慢性呼吸器病、呼吸器感染症・結核、悪性新生物の順になっている。A病院は、294床（うちICU78床）の急性期総合病院で、2014年に開院した。1日の平均外来患者数約750人、月間平均手術件数は約900件の施設である。職員数は約1600人うち看護職員は約360人である。

【インドのCOVID-19政策とA病院でのCOVID-19対策】 1) ロックダウン（都市封鎖）2020年3月～5月 2) ロックダウン解除後2020年6月～8月 3) COVID-19感染拡大2020年9月～11月 4) COVID-19感染者の減少とワクチン接種（2020年12月～2021年2月）

【看護部マネジメントのサポート】 COVID-19対策とその実践にあたり、「部下への権限と役割の授与」「指示命令系統の明確化」「他部門との調整・交渉」「優先順位をつけること」をポイントに看護部長のサポートを行った。看護部長としての力量を試される日々ではあったが、一つひとつ実践を積み重ね、2020年の人事考課では高く評価された。

【まとめ】 刻々と発せられた政府のCOVID-19対応指示に応じつつも、組織存続するための対応は、経営陣、医師、看護師にとって先の見えない現実との闘いそのものであった。彼等が常に率先して困難に立ち向かった行動は、COVID-19に対し全職員が安全、安心な環境で働くことにつながり、結果的にA病院の医療崩壊を回避できた。

【今後の看護部の課題】 1) 患者および職員の継続的な院内感染防止 2) COVID-19エリアとそれ以外のエリアでの勤務の公平化 3) 看護職員の教育訓練再開及び新人看護師の教育訓練強化

キーワード： COVID-19、インド、ベンガルール地域、看護管理者

I はじめに

2018年4月から日本の医療施設からの出向で、インドのベンガルールにある日本企業が資本提供する病院（以下A病院）で、看護部品質管理と教育訓練マネージャーとして勤務している。2019年1月からは、副看護部長から看護部長に昇進した現地責任者と共に看護部組織編成を再検討するなど看護部活動の支援を行っている。そうした中、2020年COVID-19感染症は世界的なパンデミックとなった。COVID-19は、欧米から2ヶ月遅れてインドでも猛威をふるい始め、瞬く間にインドは、感染者1000万人以上の世界2位の感染国となった。本稿では、A病院においてCOVID-19禍で生じた様々な問題に対して、日本や世界の医療看護情報を得ながら対応した医療および看護の実態について報告する。

II インドの概要とA病院の基本情報

インドは、人口が日本の10倍以上、面積は約9倍を有する国で、28の州と8つの連邦直轄領から構成されている。平均寿命は68.3歳で人口ピラミッドは、新興国の典型である富士山型を呈し、15～59歳の労働人口が全体の63%を占めている。疾病構造は、心血管疾患が全体の死亡要因の15%を占め、ついで慢性呼吸器疾患、呼吸器感染症・結核、悪性新生物の順で、近年生活習慣病が急増している。公用語は、ヒンディー語であるが、州毎に言語が異なり、地域も含めると500以上の言語があるといわれている。出身地が異なると、インド人同士でも言語が通じない状況がある。英語は第2公用語で、全体の10%であり、高等教育を受けている医師、看護師らは職場内での公用語は英語である。

カースト制度は形式上廃止されたものの、今尚貧富の差が激しい。高級アパートのすぐ足元にブルーテントのスラム街が広がり、障害を持った者が街中で物乞いをしている。IT企業のビルが立ち並ぶ中心地であっても、ゴミが散乱し、牛やヤギがそれを食べているのが日常となっている。ベンガルールは、インド第4の都市で南インドに位置する(図1)。近年IT産業が発展し、当地は「インドのシリコンバレー」とも言われている。標高900mのデカン高原に位置し、気候は年間を通して温暖で、先進的な都市である。

A病院は、294床(うちICU78床)の急性期総合病院で、2014年に開院した。1日の平均外来患者数約750人、入院患者数約170人、病床稼働率60%、平均在院日数3.5日、月間平均手術件数は約900件の施設である。職員数は約1600人(委託と日本人駐在員8人を含む)うち看護職員は約360人である。(2019年12月現在)A病院の看護師の平均年齢は27歳。他の州からの出身者が多いため、既婚者も含め200人以上が寮に住んでいる。看護教育課程は、看護大学と看護専門学校で、(図2)1%が看護大学修士卒、62%が看護大学卒、37%が看護専門学校卒である。看護の知識・技術的には、日本の看護師と大差はないが、倫理や医療安全に関して、仕組みはあるものの理解が不十分で、職員の意識も低く、機能しているとは言いがたい。看護師資格については、州認定の大学の学位または看護課程修了証



図1 インド ベンガルールの位置

を州機関に登録することで、看護師として就労できる。看護師は経験年数が2~3年で、その後、インドの3~4倍の報酬が得られる海外へ出稼ぎに出て行く。インド全体の離職率は50%前後だが、A病院の離職率は2019年が81%、2020年が54%であった。毎月20人前後の新入職者に対し、教育訓練を実施しているが、年間半分以上の職員が入れ替わるために看護の質の担保は課題となっている。

インドにおける看護師の社会的位置づけは、人の世話をするメイド的なイメージが強く、給与も医師と比較すると低い。患者や付き添い者からは、メイドのような扱いを受けることもある。そのため患者とのコミュニケーションギャップが生じ、患者への説明が適切に行えないなど、しばしば問題が生じている。また、組織においても、看護部長が会議の末席に置かれ、院内の式典にも呼ばれないなど、日本の病院と比較するとその位置づけに当初困惑した。しかし、現在は、看護部長が重要なポジションへ就くなど、現地経営陣の意識にも変化が現れてきている。

Ⅲ インドのCOVID-19政策とA病院でのCOVID-19対策

1) ロックダウン(都市封鎖) 2020年3月~5月

政府は、感染拡大を防止するため、2020年3月25日からインド全域にロックダウン(都市封鎖)を実施した。これにより国際線はもとより、インド全土の陸・空の交通手段が断たれ、州を越えるヒト・モノの移動が遮断され、役所や医療施設以外の全ての施設・機関が閉鎖された。インド全土の感染拡大の進行がある程度抑えられたと言えるが、経済活動は激しく落ち込むこととなった。そして、大都市デリやムンバイでは、職を失った労働者が徒歩で故郷へ集団帰省することで逆に密な状況を生じさせた。また密を回避できないスラム街ではCOVID-19のアウトブレイクが発生した。

A病院では、2月後半から日本人を含めた経営陣、診療部長、看護部長、品質管理部長から成るCOVID-19のタス

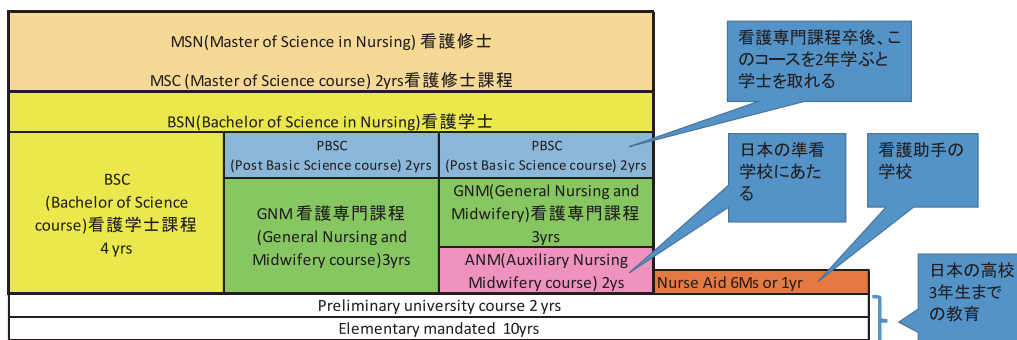


図2 インドの看護教育課程

クフォース会議が結成された。院内のゾーニング、COVID-19患者用ベッドの増設とそのため院内改築・改装、部門毎の対応マニュアルや患者フローの作成、物品・人員調整などについての話し合いが頻回に行われるようになった。3月第1週より病院玄関にて、看護師が患者及び患者の付き添い者など全ての来院者の体温測定、問診のスクリーニングを開始した。それと同時に、病院の敷地内にテントを張り、COVID-19疑い患者の診察室を開設した。日本でいう「発熱外来」を模倣したものである。COVID-19感染患者の入院は政府系病院に限られていたこともあり、救急外来でのCOVID-19疑い患者や、手術・入院予定患者に対してPCR検査を実施することとした。一般の診療も対面式の診察から、一部でオンラインによるビデオ診察が開始された。

院内では当初、不確かな知識と感染の脅威から、誰もがN95マスクを着用し、院内に感染者が全く入院していない状況にも関わらず、N95マスクの在庫が底を突きかける状況となった。正しい知識の基での感染防止ということでICN（感染管理看護師）が中心となって、手洗い、PPE（個人用防護具）装着、マスク着用の啓発やトレーニングを繰り返し行い、更にエリアや職種毎で使用するマスクを決め、それに合わせて供給し、CDCやWHOの情報を得てマスクの再利用を開始した。院内の注意事項や啓発ポスターは、多言語社会ということもあり、可能な限りイラストを用いるなど、わかりやすく作成した。また職員食堂では、以前は日常であった集団で食事を分け合って食べることを禁止し、ついたてが設けられた。これらの違反者には罰金も科せられた。

ロックダウンの影響と人々が病院に足を運ぶことを避けたことで、外来患者は激減し、病床稼働は20%台まで落ち込んだ。病院経営的には、非常に厳しい時期であったが、時間的な余裕があったことで、様々な場面設定での模擬訓練が繰り返し実施され、陰圧室増設、各病室へ換気扇設置、

ゾーン仕切り壁設置の改築・改装などCOVID-19患者受け入れ準備が行われた。

職員への支援施策としては、公共交通手段がなくなったため、病院では職員通勤用の巡回バスをチャーターして運行した。看護師については、近隣のホテル3棟を借り上げ、COVID-19エリア勤務者や、濃厚接触者を一時的にホテル滞在（1～2人一部屋）に切り替えるなどして、相互感染及び集団感染防止対策を組織的に実施した。

2) ロックダウン解除後2020年6月～8月

政府は、5月28日ロックダウンの長期化による経済活動の停滞を防ぐために、全国一律のロックダウンを段階的に解除した。そして、州政府主導による規制が実施されることとなり、州への転入者の健康確認や自宅隔離が義務付けられた。ヒト・モノの行き来が再開され、感染が州を跨ぎインド全土へ一気に拡大していった。ベンガルールにもその波が徐々に押し寄せ、7月以降のCOVID-19感染者数は増加の一途をたどった。（図3）

州政府からA病院を含めた民間病院に、COVID-19感染患者の入院受け入れの要請があり、6月の第4週からCOVID-19患者受け入れを始めた。日毎に10人ずつ入院患者が増え、数日のうちに用意していた60床が満床となった。（図4）

7月に入り、医療費を支払うことができない患者のための政府系病院のCOVID-19病棟やICUが満床になったことから、州政府からそれらの患者を受け入れるためのCOVID-19感染病床を100床以上設置するよう要請があった。A病院としては、場所やベッド、モニター器機など設備面の課題が大きかったが、州政府からの強い要請を拒めず、既存の一般病棟やICUをCOVID-19用に代用し、ゾーニングの整備、そのための改装工事に取り掛かった。最終的に全病床数は294床から378床と増床となった。

感染患者が増える中、当初心配されたマスクを含めたPPE物資不足については、幸いにも日本の提携病院や出

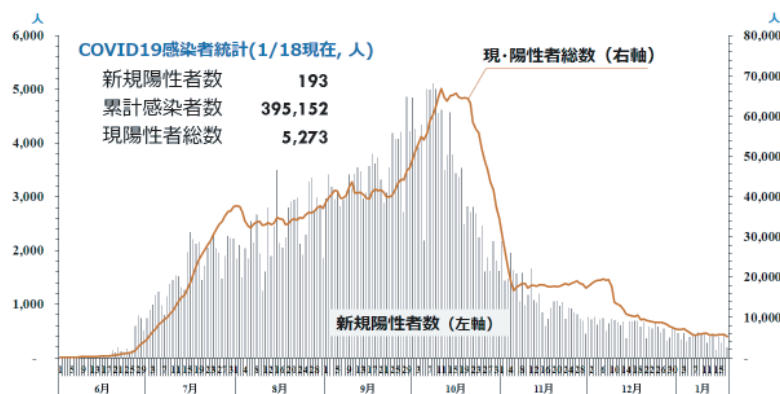


図3 ベンガルールにおけるCOVID-19患者数の推移
<https://www.covid19india.org/>

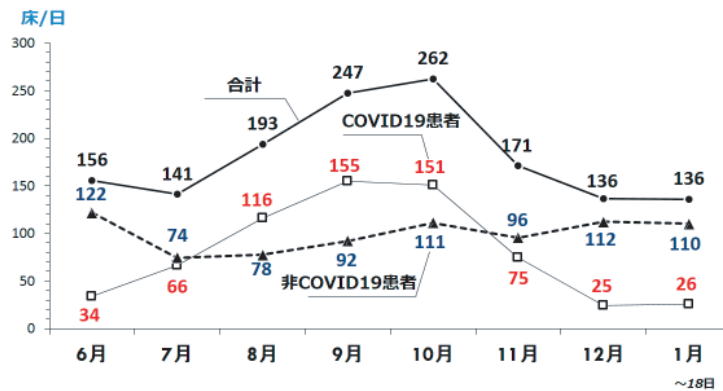


図4 A病院の入院患者数の推移

資企業から臨時便を利用して輸送してもらい、A病院では医療従事者はもとより全ての職員に十分なPPEの提供が可能となった。

看護勤務体制については、4箇所のCOVID-19エリアとそれ以外のエリア勤務を1ヶ月交代とし、COVID-19エリアでは4日勤務プラス2日休暇というシフトとした。1ヶ月勤務後休暇3日目にPCR検査を実施し健康管理を行った。COVID-19エリアではチームリーダー制をとり、直接COVID-19感染者のケアを実施する看護師と、医師やCOVID-19エリア以外との連絡調整をするリーダー看護師のチームで対応することとした。

ヒトの動きが再開したことで、7月の退職者は30人以上となったが、逆に他の州からの入職者も一気に増えた。8月になると急激な患者増加による負担感からの疲弊、長期に及ぶホテル生活の拘束等から、一部看護職員より、改善要求が連名で看護部長に提出された。A病院はインドの他の医療施設と比較して勤務体制や手当等々の待遇は平均より上ではあったが、一部の看護職員が待遇が劣悪であるとマスメディアを介し訴え、ストライキが計画されるという事件が起きた。直ちに経営陣、人事部、看護部長から成る対策会議がもたれ、警察にA病院の警備を依頼するなどし、最終的には双方で話し合い、手当ての見直し、ホテル・寮の生活環境、食事の改善を提示することで、現場の業務を滞らせることなく和解に至った。

3) COVID-19感染拡大2020年9月～11月

9月に入りCOVID-19感染者が増加する中、外傷や Dengue熱など他の疾患患者も次第に来院するようになり、A病院全体の稼働率が高くなっていった。COVID-19入院患者数がそれ以外の入院患者数を上回り、10月には最大1日180人以上のCOVID-19患者がベッドを占めた。しかしこの頃には、病院機能は落ち着きを取り戻し始め、外来診療も通常どおりに行われるようになった。

COVID-19禍において、看護職員は毎日20～25人が、COVID-19エリア勤務後の休暇やPCR検査待機、濃厚接触での待機、感染疑いの隔離、感染による入院や自宅隔離な

どで不在の状況にあったため職員数は400人以上になっていた。しかしながら、全員稼働は困難であり、常に感染発症を気にかける日々が続いた。看護部長室では、副看護部長がCOVID-19エリアの人員調整を担当し、常に勤務表が更新された。この頃になると看護職員もCOVID-19感染対策を理解し、適切に行動することが可能となっていたため、人員配置については柔軟に対応することができた。さらに、手当ての増額もあってCOVID-19エリアでの勤務を自ら志願する者も現れ始めた。

人の入れ替わりが著しく、部署によって師長以外は新入職者でだろうじてシフトをまわしているところもあった。11月には、COVID-19エリアの感染対策や職員指導に当たっていた教育担当者を元の部門に戻し、従来の看護職員へのトレーニングや、新入職者への基礎看護実践トレーニングを再開した。看護部はじめ、病院全体も従来の会議や行事などを人数制限やWeb会議システムに変更して再開した。

4) COVID-19感染者の減少とワクチン接種（2020年12月～2021年2月）

インドの大きな祭事の時期（10月～11月）後のCOVID-19感染者の急増が危ぶまれたが、幸いにも新規感染者は減少の一途をたどり始めた。2月のCOVID-19入院患者は、10人以下となった。政府は1月に、医療従事者や50歳以上の人、基礎疾患のある人を優先に、夏までに3億人にワクチン接種をする計画を発表した。1月中旬より医療従事者からワクチン接種が開始されている。

A病院では、政府の指導の下、従業員1600人（委託も含む）のワクチン接種を2日間で行うことになり、看護部が中心となって1病棟全体を接種と接種後の安静会場にし、医師、看護師、更に事務職員、警備員で8つのチームを作り臨んだ。最終的に接種者は1000人以上となった。接種後発熱、全身筋肉痛、頭痛、吐き気、嘔吐などの副反応で17人が救急外来を訪れたが、いずれも軽症だった。

IV 看護部マネジメントのサポート

看護部長とは、同室で常に組織の問題を共有し、共に考え、意思決定を行った。2020年1月、看護部長は2年目を迎えた。前年の高い離職率から、経営陣から厳しい評価を受けたが、看護部の体制も整備でき、看護部の目標設定や年間教育訓練プログラムも計画し、2020年はそれを確実に実践すべき年と考えていた、その矢先、COVID-19禍に見舞われた。

COVID-19対策においては、看護部長がほとんど全ての会議に参加可能となったが、現場の感染対策、患者ケア、職員の健康管理など成果責任を求められるようになった。経営陣や医師を前に緊張状態の看護部長ではあるが、私は「患者の視点」、「看護の視点」を軸としておれずに意見を述べることを支援の中心に置いた。加えて、「部下への権限と役割の移譲」「指示命令システムの明確化」「他部門との調整・交渉」「優先順位」等のマネジメントについて重点的に支援した。

COVID-19禍、9ヶ月間は、様々な事件が発生し、看護部長としての力量を試される日々ではあったが、一つひとつ実践を積み重ね、多くの管理者や医師から看護部長としてまた病院組織のリーダーとして認められたことで、2020年の人事考課では高い評価を得た。

V まとめ（今後の課題）

A病院が、COVID-19患者の入院を受け入れ始めて9ヶ月目を迎えた。次々と発せられた政府からの指示に応じ、組織としての存続を維持しながら、COVID-19患者を受け入れ、適切に治療・ケアしていくことは、経営陣、医師、看護師にとって非常に厳しい状況であった。その中で、A病院が常に率先して困難に立ち向かう行動を示したことは、全職員が安全安心な環境で働くことを可能にし、医療崩壊を回避することにつながった。看護部は、多重の課題を抱えつつも看護部長を中心に副看護部長、師長が柔軟に人員配置をし、感染管理者、教育担当者が組織横断的に活動した。最後にCOVID-19禍におけるA病院の通常運営をめざして、看護部の今後の課題を3点あげレポートを閉めたい。

- 1) 患者および職員の継続的な院内感染防止
- 2) COVID-19エリアとそれ以外のエリアでの勤務の公平化
- 3) 看護職員の教育訓練再開及び新人看護師の教育訓練強化

利益相反

当該報告の遂行や論文作成における開示すべき利益相反はなし