



## COVID-19に堪えるなか 実感するレジリエンス

Finding resilience in surviving COVID-19

Jodi Ann Brangaccio (PT)

New York, USA

### ■ 施設の概要

- ・大規模の急性期・亜急性期総合リハビリテーション施設 (155床)
- ・スタッフ：病棟PT, OT, ST, レクリエーションセラピスト (約65名), 外来PT, OT, ST (約50名), レクリエーションセラピスト, トレーナー (2名)。
- ・外来利用者数：週2~3回通院する患者が約350人/日
- ・ウェルネスサービス:50名/日  
常時は75~80%のベッドキャパシティで運営 (COVID-19以外の時期, 115~125床)。  
COVID-19ピーク時には55~60%のベッドキャパシティ (85~95床) で運営。そのうちの35%はCOVID-19患者で埋められた。残りの25~30%の患者は、集中的なリハビリテーションを必要とする通常の神経系疾患患者。患者数の減少は、主に、待期的手術の停止と、病状が安定した急性期の患者の多くが、病院でのCOVID-19感染のリスクを避けて自宅療養を選択したことによるものである。

ある時は優しくまたある時は烈しい、外からはタフに見えるが内面は柔軟、献身的で寛容であり、職に忠実一病院で働くわれわれは優しい戦士のようなも

のだと、常に思っていた。郵便配達人のような（患者にとって常に信頼できる）存在だと思っていた。だが、真のパンデミックが発生するまで、われわれにどれほどのレジリエンスがあるかを完全には理解していなかった。当院はベッド数約150の独立型リハビリテーション病院で、COVID-19流行の震源地であるニューヨークからわずか25分の距離に位置する。広範囲にわたって入院および外来治療を提供する一方、平均して毎週数百人の患者を診察する診療所を備えており、あらゆる診断、診断レベル、年齢の患者の治療を行っている。気管切開術後の患者を含め、救急病院または外傷センターから退院した患者の急性期および亜急性期のリハビリテーションレベルでほとんどの医療合併症を扱う。われわれは、壊滅的な怪我や病気を経験した人たちに、歩く方法、服を着る方法、料理する方法、話す方法、そして再び生きる方法を教えている。病院スタッフは経験豊富で十分な教育を受けており、強力な感染防止チームを含め、広い範囲のあらゆるプロフェッショナルで構成されている。財政的には、ニューヨーク市のいくつかの大規模病院と提携して州が運営している施設である。

### ■ 感染初期の背景とその後の 拡大防止対策

3月上旬のある日、COVID-19のニュースが届いた。今でもすべてはつきり覚えている。朝はいつも通り。だが午後までには、世界は文字通り時間ごとに変化し始めていた。未知の世界

規模のパンデミックが発生しており、国から支援を求められていると伝えられた。われわれに与えられた第1の任務は、専用の最小50人収容可能な自給型COVID-19ユニットを院内に構築し、安全にスタッフを配置する方法を設定すること。第2の任務は、病院ですでに発生している可能性のある感染の拡大を抑制および排除する方法、ならびに今後の感染拡大を防ぐ方法を構築し実現すること。第3の任務は、現在滞在する入院と外来のエリアにいる患者を把握し管理すること。タイムライン!? 「今すぐ実行してくれ」。そしてわれわれはその通り実行した。

**構造とリソース：**ユニットは再割り当てされた。エンジニア部は、ユニットを分離するために、新しい壁、入り口、廊下の構築を開始した。必要に応じて陰圧室が追加された。エレベーターにはマークが付けられ、それぞれ特定の患者、スタッフなどのみ利用可とされた。建物の入り口は限定された。公共の場では、テーブルと椅子が取り除かれ、ソーシャルディスタンスが確保された。スタッフのワークステーションが再編成され、共用エリアの利用者数を制限するために昼食休憩には時差スケジュールが適用された。すべてのハウスキーピングリソースを院内の必要なエリアの継続的なクリーニングと消毒に充てるため、使用されていないエリアは完全に閉鎖された。病院にあるすべてのPPEは、必要に応じて会計と配給を行うために回収され1か所に配置された。

**患者：**すべての面会は禁止、すべての外来患者、診療およびメディカルフィットネス利用者は追って通知があるまでキャンセルと通知された。新しい入院患者はすべて、検査で陰性になるまで COVID-19 の疑いありとみなされた。当初、検査結果を待つ間の接触感染を制限するため、すべての入院患者は治療中のマスク着用が義務づけられ、部屋を出ることは許されなかった。患者は1部屋あたり1人に制限された。COVID-19 患者には専任スタッフが充てられ、そのスタッフは、シフト中とその前後には他の院内エリアに行くことも治療することも許されなかった。COVID-19 陽性患者専任スタッフの1日はこうである—適切な PPE を着用し COVID-19 陽性患者のみを扱い、1日の終わりには PPE を取り除きシャワーをして帰宅する。他の患者と同様、COVID-19 陽性患者は日々治療を受けることができたが、その多くは非常にデコンディショニングされ、病状が重度であったため、(通常の厳密な3時間ルールと異なり) 可能な限りの治療のみとされた。

**スタッフ：**スタッフの配置は、建物内のスタッフ数を制限および監視するために再編された。燃え尽き症候群を防ぐために、時間差のスケジュールが適用された。全スタッフはマスクの着用が義務づけられ、建物に出入りするたびにスクリーニングと体温測定が行われた。必要に応じて、スタッフはさまざまな職務に再割り当てられた。つまり、セラピストは看護師を助

け、スケジューラーは体温測定とスクリーニングを行い、技術助手は設営を手伝った。患者とその家族のために、可能な限りの代替形式のコミュニケーションが試された。誰もが新しい職務を免除されない、それはわれわれが今まで経験したことの無いものだった。誰にとっても困難な時期であったが、ニューヨーカーが過去にそうしたように、誰もが歩み寄りそれを受け入れた。

#### ■ 対応にあたって困ったこと

2020年6月末の時点で、ニューヨークでは40万近くの症例、55,000人以上の入院、32,000人以上の死亡が報告されている。当院はニューヨーク州で最も症例の多い4つの地域の1つにある。そんななか、われわれの病院はこの危機をうまく処理してきたと思う。これは、想像に難くないことであるが、試みと苦難なくしてはあり得なかった。

まず、最も困難なことの1つは、非常に長い検査の結果待ち期間と可能な検査の不足である。当初は検査結果が出るまでに2週間以上を要し、結果が出るまでにこの患者は既に院内の半分(以上)のスタッフと接触している、というようなことになっていた。われわれはウイルス防御に一所懸命に努めていたものの、それは COVID-19 曝露に適切なレベルではなかったり、また単に COVID-19 以前のレベルの防御対応でしかなかった。そんなスタッフたちが、他のスタッフ、患者、自分の家族などに COVID-19 曝露を許してしまい、曝露の波が広がっ

た。そして、スタッフはさらに罪悪感と責任感に苛まれることになった。

また、院内ではスタッフの検査ができなかったため、スタッフは検査のために地域の救急に行かなければならず、そこでさらに新たな COVID-19 曝露の機会を作ってしまうことになっていた。スタッフにとって、それは大きな不安と罪悪感以外の何ものでもなかった。

第二に、PPE の需要と供給およびその着用ルールが頻繁に変更されたことは、スタッフにとって非常に受け入れがたかった。午前中には正しかったルールが午後には無効になっており、それまでに既に何人も患者に無効のルールで治療していた、というようなことが度々起こっていた。PPE の過剰使用でも過少使用でもペナルティ、変化し続けるルールに忠実に PPE 着用を実行して、安全だと感じることは難しかった。院内での物資の買いだめ、配給なども起こったが、実際に物資が不足状況には陥らなかったことはとても幸運だった。

最後に、精神的なストレスはものすごいものである。われわれは現在、国民から「ヒーロー」などと呼ばれているが、その称号には多大な負担が伴う。「私は十分やっているのか?」、「自分の家族を危険にさらしているのではないのか?」、「この状況はどれだけ続くのか?」、「私にこれがやれるのか?」、「もし彼らを十分に助けられなかったらはどうなる?」、「もし私が知らずに彼/彼女を曝露させたとしたら?」さらに、患者や愛する人

が目の前で弱っていくのを見るのは非常に困難であり、無力感を覚える。そして、そのような心理的な傷に塩を擦り込むように、家に帰っても愛する家族を抱きしめることもできない。われわれは今、プロフェッショナルな人生の中で最も困難な時期に居ることは間違いない。しかし、そんな時だからこそ、治療を施すそれぞれの患者に、またお互いに、愛、尊敬、思いやりの偉大さを見い出せるのかもしれない。

### ■ 今後について—第二波に備えて

どんな未来が待っているのか？ 未来未定の今、われわれは自分たちの仕事を続けている。第二波が来ないことを祈りつつ、COVID-19 患者の入院受け入れと治療を続けている。病院では当初一時的と見做されていた構築を永続化し、すべての治療とスタッフのスペースを再編成して再配置し、ソーシャルディスタンスと安全を確保している。徐々に外来患者を受け入れ始めたが、介護者や訪問者の面会はまだ許可されていない。

一人では来られない、または安全に来院できない外来患者のための代替手段として、遠隔医療も提供するようになった。われわれは今でも毎日、自身と患者に体温測定とスクリーニングを実施している。そして『目』を通して効果的にコミュニケーションすることを学んだ（残りの顔はマスクで覆われたままなので）。

未知の未来がもたらすことへの恐れや不安はないと言ったら嘘になる。だが同時に、われわれ

は、自身のレジリエンスと困難な状況に耐える力を確信している。われわれニューヨーカーは本当にレジリエンスのある輩である。われわれは完璧にはほど遠い。他の人たちと同じように、自己中心的で、残酷で、許容範囲の狭い、そんな人種である。だが、事が重大になったとき、われわれは団結する、お互いを助けるために戦う才能もっている。過去には、9.11 やハリケーンサンディのような深刻な打撃を受けた時も、その度に勝ち上がってきた。だから、恐怖はいまだにある。しかし州として、病院として、われわれは、何があってもどんなに困難に出会っても、一緒に生き残って困難に打ち勝つことを静かに確信している。

訳：Aiko K. Thompson (PhD)

(Associate Professor, Department of Health Sciences and Research, College of Health Professions, Medical University of South Carolina)



### Finding resilience in surviving COVID-19

Jodi Ann Brangaccio (DPT)

New York, USA

I always thought of us here at the hospital as gentle little warriors, kind but fierce, strong but soft in the middle, dedicated, forgiving, and unwavering to our trades. Like the postman, we were always here. But I never quite understood how resilient we were until a true pandemic hit with virtually no notice. We are a 155-bed free-standing rehabilitation hospital, located just

25 min from the NYC, the epicenter of the COVID-19 pandemic. We have an extensive outpatient therapy and doctor's clinics that see on average several hundred clients each week. In in-patient and out-patient settings, we see all levels of clients at all ages with all diagnoses. Including post-tracheostomy and ventilated clients, we handle most medical complications at the acute and sub acute rehabilitation levels (who can tolerate 3 hours of intense therapy a day) in patients who have been discharged from an acute care hospital or a trauma center. We teach individuals after devastating injuries and diagnoses how to walk, dress, cook, talk and live again. Our staff are well-educated and experienced, are quite well represented on all levels and professions, including a strong Infection prevention team. Financially, we are state run facility with affiliations with several large New York City hospitals.

One day in early March, the news of COVID-19 arrived. I can still remember it all, very clearly, the morning was business as usual at work however ; by afternoon our whole world had started to change, literally by the hour. We were told that we were experiencing a worldwide pandemic of unknown enormity and we've been called upon by the state to help. The first task was to build a dedicated, self-contained COVID-19 unit that could handle at least 50 patients of all levels and figure out how to staff it safely. The second task was to fig-

ure out and implement how to contain and eliminate any possible spread that could have already occurred in the hospital as well as prevent and future spread. The third task was to figure out and manage the patients were currently present in the in-patient and out-patient areas. Timeline!? “Go and do it right now.” So we did....

Structures and Resources : Units were reallocated ; engineering started building new walls, entry ways, and hallways to isolate units ; negative pressure rooms were added as needed ; elevators were marked and deemed appropriate for only certain patients, staff, etc. ; entrances were limited. Tables and chairs were removed in public areas to allow social distancing. Staff’s workstations were reorganized and lunches needed to be staggered to limit volumes in the common areas at a time. Areas not in use were completely shut down so that all the housekeeping staff and resources could be used for continuous cleaning and disinfection of all the rest of the hospitals areas. All personal protective equipment (PPE) for the hospital was collected and laid out for accounting and rationing as needed.

Patients : All Visitors were denied. ALL outpatients, clinic, and wellness clients were called and cancelled until further notice. All new in-patients were deemed suspicious for COVID-19 until tested negative. Initially, all In-patients were masked for treatment and could not leave their rooms COVID-19 positive or not. This was in effort

to limit exposure while awaiting test results. Patients were limited to one per room. A dedicated staff was created just for the COVID-19 patients ; this staff was not allowed to go or treat elsewhere in the hospital before, during or after their shift ; they saw COVID-19 positive patients and that was it for the day. That dedicated staff would come in “suit up” in appropriately deemed PPE (which was constantly changing) treat those clients only, strip down shower and go home. Like all of out patients the COVID-19 patients received daily therapy, however their therapy was as tolerated (vs. the stringent 3 hour rule) as many were very deconditioned and ill.

Staff : Staffing was reorganizing to limit and monitor the numbers in the building ; schedules were staggered and rotating so as to prevent emotional burn out. Every staff member had to come and leave masked and was screened and temperature tested every time they entered or exited the building. Staff was reallocated to different job duties, as needed. That is, therapist helped nurses ; schedulers took temperatures and did screenings ; and technicians helped with construction. Alternative forms of communication were being developed for the patients and their families as able. It was nothing like we had ever experienced ; no one was exempt of his/her new job duties. A challenging time for all indeed, however, like New Yorkers have done so in the past, everyone just stepped up and embraced it.

As of the end of June 2020, New York has faced nearly 400,000 diagnosed cases, over 55,000 hospitalizations with 32, 000 deaths. The Hospital is located in one of the four highest diagnosed areas in the state of NY. With that said, I do believe the hospital did a good job handling this crisis, which, as one can imagine, was not without its share of trial and tribulations. Firstly, I believe the number one most difficult thing for us was the very long testing turn arounds as well as the lack of tests available. Initially, it would take testing results almost 2+weeks to come back, by then, this patient had been seen by half the hospital. Although we were trying to be so diligent with protection, it wasn’t at the same level as the COVID-19 exposure appropriate level and/or it was merely the pre- COVID-19 level. Those staff members then, in turn, had exposed other staff, patients, their own family members, and so on and so on. That was very difficult for staff in terms of guilt and responsibility. Furthermore, because we didn’t have tests in house, the staff had to further expose themselves by going to local ERs for the test. For staff, it was a time of great uncertainty, angst, and guilt. Secondly, the supply and demand of PPE and the continuously changing rules of what to wear and when was extremely frustrating. Staff would do one thing in the morning, and by the afternoon it had changed but they had already been treating. There was penalty for too much PPE on

and too little PPE on, but it was very difficult to keep track of the rules and feel safe. There was hoarding, rationing, but we never actually ran out of supplies. We were very fortunate. Lastly, I think the emotional demands were tremendous. We were now called “heroes” by the public, but with that title comes a tremendous burden. “Am I doing enough?”, “am I putting my family at risk by helping?” “how long will this go on?” “am I strong enough for this?” “what if I can’t help them enough?” “What if I exposed him/her without knowing?” Additionally, It has been very difficult watching patients and loved ones get sicker and sicker in front of you, feeling helpless. And to further add insult to such psychological wound, you couldn’t even go home and hug your loved ones for comfort. Without a doubt, we are in the most trying times of our careers. Yet because of that, you also see the greatness of love, respect, and compassion in each other and in each patient you treat.

What does the future bring? We don’t know, so we will continue to do our jobs and be prepared. We will continue to admit and treat COVID-19 patients as needed, hoping for no second surge. We have made temporary restructures permanent, and reorganized and reallocated every single treatment and staff space to ensure social distancing and safety. We have slowly opened our doors to a limited volume of outpatient clients but caregivers or visitors are still not allowed.

We offer telehealth as an alternative for our outpatients who cannot make it here safely and/or alone. We continue to be screen ourselves and patients with temperatures tests every day. We have learned to communicate quite effectively with each other through our eyes (as the rest remains covered in masks). I would be lying if I stated that there is no fear or anxiety of what the unknown future could bring. At the same time, there is a growing confidence in our own resilience and in our ability to withstand and recover from difficult conditions. I believe New Yorkers are truly a resilient breed. We are far from perfect. Like most, we can be self-absorbed, cruel, and unforgiving. But when the chips are down, we truly have a knack for coming together and helping each other to fight the fight. In the past, we have taken serious beatings like 9/11 and Hurricane Sandy, and each time, we have emerged victorious. So, there is still some fear, yes absolutely, but as a state and a hospital, we are quietly confident that no matter what or how hard, together we will always survive and win the battle.





## COVID-19 への対応—パ ンデミック時のセラピスト の視点から

Responding to COVID-19 : therapists' perspectives during the pandemic

Blair H. S. Dellenbach (OT)  
South Carolina, USA

筆者はサウスカロライナ医科大学の研究室に所属する OT である。数年の臨床経験に基づいてさまざまな臨床設定を評価することはできるが、新型コロナウイルスの感染が広がる前に研究職に就いたため、今回のレポートに関しては、OT または PT の知人に、彼らの現場経験を共有するように依頼した。このレポートは、チャールストン市内外の公立病院、私立病院、成人デイケアで働いている数人のセラピストとの個人的なコミュニケーションに基づいている。1670年に設立されたチャールストン市は、植民地時代の入植地として、奴隷貿易の中心地として、また南北戦争の始まりの地として、色鮮やかな歴史を持つ米国南部の街である。今日、チャールストンは、にぎやかな空海港と急速な人口増加に象徴される大都市圏であり、世界有数の観光地と称されている。

### ■ 近況と背景

米国での COVID-19 患者発生後、3月15日付でチャールストン郡の学校は閉鎖され、公立病院は非必須従業員に在宅勤務を勧め始めた。チャールストンとその周辺地域は、他の州に比

べて比較的早く閉鎖されたが、州民に対する自宅待機指示は、3週間後の4月6日まで執行されなかった。チャールストンエリアを含め、サウスカロライナ州は5月4日にビジネス活動を再開し、それ以後、サウスカロライナ州ではコロナウイルス感染者数が急増している。6月30日の時点で、州保健環境管理省によると、COVID-19の陽性率は19%で、COVID-19陽性の症例数は日々増加を続けている。

### ■ 成人のデイケア

成人のデイケアは、一般的な地域の反応を最もよく反映する現場である。この成人向けデイケアセンターは、知的障害、発育遅延、脳神経疾患（脳卒中、パーキンソン病、多発性硬化症など）、アルツハイマー病や他の認知症、またはセルフケア要介助の約50人の成人のケアを担っている。利用者の多くは、併存している慢性疾患のため、ウイルスの合併症のリスクが高い。

民間の契約会社を通じて、セラピストチーム（PT 1人、OT 1人、ST 1人）が利用者に理学療法、作業療法、ないし言語療法の訪問外来サービスを提供している。一人の患者（利用者）が受ける治療セッション数は、診断名、保険給付、および治療効果によって異なり、1回の診察セッションのみから数か月にもわたる多数のセッションまで、さまざまである。

ウイルスの発生当初は情報が限られており（これといった方策は取られなかったが）、情報の蓄積に伴い、日々の体温測定と症状のスクリーニングなど、

感染の防止と遅延のための方策が組み込まれていった。当初はマスクとソーシャルディスタンスは必要とされなかった。多くの利用者はデイケアでの感染の危険を冒すよりも自宅にいることを選択した。

3月中旬、セラピストはすべての治療セッションでマスクと手袋の着用を実行し始め、治療セッション間の消毒作業が増やされたが、治療法そのものにはほとんど変化がなかった。3月28日から6月1日の間、デイケアセンターは完全に閉鎖され、セラピストは無給で待機となった。この間に、セラピストの契約会社はPPEを調達し、より標準化された手続きと方策を策定した。

6月の初め、30人の利用者を対象に治療セッションが再開された。州の規制により、ソーシャルディスタンス維持のために、利用者許容数は50人までという上限が設定された（実際問題、ソーシャルディスタンスとマスクの常用は認知障害のある利用者には難しいのであるが）。施設内では、マスクと手袋の着用がすべてのスタッフに義務づけられた。過剰な口腔分泌または唾液コントロール不良の利用者に使用するため、セラピストにはフェイスシールドが提供された。利用者は、治療セッション中のマスクの着用を要請された（常時ではない）。スタッフと利用者がCOVID-19検査で陽性を示した後、6月21日に施設は「COVID-19の症例が減少するまで」再び閉鎖されることとなった。7月上旬時点で、デイケアは未だ再開されていない。

## ■ 大学病院

サウスカロライナ医科大学は700台の病床を備えた州立病院で、救急医療、急性期入院サービス、外来治療を提供している。治療は急性期入院（病院）と外来（5つの地区別診療所）のみで、入院リハビリテーション部門はない。閉鎖を余儀なくされたデイケアとは対照的に、大学病院はCOVID-19患者の流入に備え、すべての待機的手術を停止して、COVID-19患者のための病床を確保した。これにより、病院の収入が劇的に減少したため、病院を財政的に存続させるために、職員の減給と解雇が実施された。多くのセラピストは職を失い、4月6日付で15%の減給が全職員に適用された。今現在も、COVID-19患者の治療は陰圧室のCOVID-19ユニット（COVID-19 ICUを含む）で行われている。

## ■ 私立病院

病床数321、救急サービス、標準的な入院および外来サービスを備えた地元の私立病院では、セラピストが急性期入院施設と病床数14の入院リハビリテーションユニットで働いている。州営の大学病院とは異なり、営利目的のこの病院では、職員の減給や解雇を施行されなかった。4月の初めに、COVID-19患者の病室は1フロアに限定され、COVID-19 ICUが設立された。

## ■ COVID-19の扱いに関する施設間共通の方策

検査はCOVID-19の症状を示している患者と待機的手術の

ために入院している患者に提供されている。治療を受けているCOVID-19患者には、新型コロナウイルスによる合併症の治療を受けている患者と、別の状態（整形外科的損傷、脳卒中など）の治療を受けている患者が含まれる。COVID-19患者治療時のPPEの使用には厳格なガイドラインが設けられている。これまでのところ、COVID-19のセラピストへの主な影響は、作業環境の変化と感染症への曝露に対する懸念によってもたらされるストレスと不安の増加であるように見受けられる。興味深いことに、患者との接触を最小限に抑えることを重視する一方、臨床の医師間またはセラピスト間の伝染を制御することには注意が払われていない。公共病院ではセラピストの共有オフィスでのマスクの使用は義務づけられておらず、私立病院では6月下旬までセラピストのオフィスでのマスク着用が実施されていなかった。実施要綱は施設によって異なり、頻繁に変更される。

大陸の反対側（西海岸）では、状況は多少異なる。ワシントン州シアトルの完全看護施設で働いている知り合いのセラピストによると、潜在的なスタッフのウイルス曝露を削減するため、各部門（PT、OT、ST）から1人のセラピストがすべてのCOVID-19患者の治療にあたるようになってきている。治療ジムの利用には使用者の数を制限するために予約が必要とされ、異なるレベルのPPEおよびソーシャルディスタンスの要件が設

定されたさまざまなゾーンが施設内に作られている。

## ■ 課題

必要なPPEを着用しながら効果的な治療を提供することは、あらゆる医療環境で困難になってきている。患者と患者の間のPPEの着用と離脱には、セラピストの1日に医療費請求不可能なかなりの時間を費やすこととなり、すでに高いレベルに至っているストレスをさらに増加させる可能性がある。PPEは、患者とのコミュニケーションおよび対話の妨げとなる。フェイスシールドの着用は特に困難を悪化させる—セラピストの視界をゆがめ、患者の視野を妨げまたは歪め、患者の扱いを難しくする。マスクは療法士の声をこもらせる。手袋はセラピストの触覚と巧緻性を減少させる。セラピスト—患者間の言語的または非言語的コミュニケーションを低下させることは、認知障害、視覚障害、聴覚障害、または触覚低下を伴う患者に多大な困難を与える。PPEは扱いにくく通気性も悪く、そのような条件下で長時間作業することは困難でありイライラする。

## ■ 考察

進化を続けるCOVID-19のパンデミックに対して、その対応プロトコルは依然変化し続けている。最前線のセラピストが望んでいるのは、安定した手続き、検査の可用性の向上、安定したPPEの提供、そして患者の安全だけでなくセラピストの安全をも考慮する方策である。それらがなければ、当然のことな

がら、多くのセラピストは不安を拭えない。現在、チャールストンでは、COVID-19 患者が病院に殺到し、予断を許さない状況に陥る可能性が身近に迫っている。おそらく、感染曲線が本当に平坦になり COVID-19 感染件数が安定する時が来たら、その時こそ、これまでの対応をよく吟味し、より明確な進路を決められるであろう。

訳：Aiko K. Thompson (PhD)

(Associate Professor, Department of Health Sciences and Research, College of Health Professions, Medical University of South Carolina)



## Responding to COVID-19 : Therapists' perspectives during the pandemic

Blair H. S. Dellenbach (MSOT)  
South Carolina, USA

I am a research Occupational Therapist (OT) at the Medical University of South Carolina (MUSC). While I can appreciate a variety of clinical settings based on my previous clinical experience, I have not experienced the new demands coronavirus has brought to the clinical professions firsthand, so I asked my therapist cohort to share their experiences with me. This report is based on personal communications with several clinical therapists working in various settings, including a public hospital, a private hospital, and an adult day care in and around Charleston. Founded in 1670, Charleston is a southern town

with a colorful history, including being a colonial settlement, hub for the slave trade, and site of the start of the American Civil War. Today, Charleston is a metropolitan area with a busy port and a rapidly growing population, as well as a popular tourist destination.

**Background :** Upon the breakout of coronavirus in the US, Charleston County schools closed, and the public hospital recommended work-from-home for non-essential employees on March 15. Charleston and the surrounding area closed relatively early in comparison to the rest of the state ; “work or home” orders for South Carolina residents were not ordered until 3 weeks later on April 6. The state, including the Charleston area, began to reopen on May 4, and now in late June, South Carolina is experiencing a surge in coronavirus cases. As of June 30, according to the SC Department of Health and Environmental Control, the rate of positive tests is 19%, with the number of COVID-19 positive cases increasing daily.

**Adult Day Care :** Perhaps this is the setting that best mirrors the general local response. The adult day care center serves approximately 50 adults with intellectual disabilities, developmental delay, neurological conditions (e.g., stroke, Parkinson’s Disease, or multiple sclerosis), Alzheimer’s or other dementias, and other individuals unable to care for themselves. Many of the clients are at high-risk for complications from

the virus due to chronic conditions. Through a private contract company, the therapists (1 Physical Therapist, 1 Occupational Therapist, and 1 Speech-Language Pathologist) provide in-house physical, occupational, and/or speech therapy outpatient services to their clients. The number of therapy sessions a patient receives is based on their diagnosis, insurance benefits, and response to therapy, and can range from a single consultation session to several months of sessions. At the start of the coronavirus outbreak, information was limited. As more was learned, the day care implemented policies to prevent or slow infection, including checking temperatures and screening for symptoms each day. Masks and social distancing were not required initially. Many clients opted to stay home rather than risk infection. In mid-March, the therapists began to wear masks and gloves during all treatment sessions and increased disinfection efforts between patients, but therapy treatments remained largely unchanged. The facility closed from March 28 to June 1, during which time the therapists did not receive pay. This allowed the company time to procure personal protective equipment (PPE) and develop more standardized procedural policies. Reopening began in early June with about 30 clients. Per SC regulations, the census was capped at 50 clients to allow for social distancing, although social distancing and continuous mask use with clients with cognitive impair-



ments proved difficult. All staff were required to wear masks and gloves when in the facility. Face shields were provided for therapists to use with clients with excess oral secretions or poor saliva control. Clients were required to wear masks during therapy sessions (but not all times). After a staff member and client tested positive for COVID-19, the facility closed again on June 21 “until the cases of COVID-19 decrease.” As of early July, the day care has not reopened.

**University Hospital :** MUSC Hospital is a public, state-funded hospital with 700-beds, providing emergency care, acute inpatient services, and outpatient care. Therapy is provided in acute inpatient (hospital) and outpatient settings (5 area clinics) ; there is no inpatient rehabilitation unit. In contrast to the day care, which shut down, the hospital prepared for an influx of COVID-19 patients and halted all elective surgeries to hold beds for potential COVID-19 patients. This dramatically reduced the hospital’s income, and to keep the hospital financially viable, pay cuts and layoffs were implemented. Many therapists lost their jobs, and a 15% pay cut was instated for all employees on April 6. COVID-19 patients continue to be treated in COVID-19 units (including a COVID-19 ICU) in negative pressure rooms.

**Private Hospital :** At a local private hospital with 321-beds, emergency services, and standard inpatient and outpatient services,

therapists work in the acute inpatient setting, as well as a 14-bed inpatient rehabilitation unit. Different from the state-funded university hospital, this for-profit hospital imposed no pay cuts or staff lay-offs. At the beginning of April, COVID-19 patient rooms were confined to a single floor and a COVID-19 ICU was established. Common Procedural Policies for COVID-19 Across Facilities : Testing is provided to patients displaying symptoms and those checking in for elective surgeries. COVID-19 patients receiving therapy include those being treated for complications due to coronavirus, as well as those being treated for another condition (e.g., orthopedic injury, stroke). There are strict guidelines for PPE-use while treating COVID-19 patients. To date, the main effect of coronavirus on therapists seems to be increased stress and anxiety brought on by changes to the work environment and concerns about exposure to infection. Interestingly, while much focus is on minimizing the exposure to and from patients, less emphasis has been placed on controlling potential disease transmissions among therapists and clinicians ; there appears to be no strong enforcement of the use of masks in the shared therapy office in the public hospital, and a mask policy was not implemented in the private hospitals’ therapy office until late June. Directives differ across facilities and change often. On the other side of the continent, the situation is somewhat different.

According to a fellow therapist working at a skilled nursing facility in Seattle, WA, one therapist from each discipline (PT, OT, SLP) is designated to treat all COVID-19 patients to reduce potential staff exposure ; appointments are required for therapy gym use to limit the number of occupants, and various zones with differing levels of PPE and social distancing requirements have been implemented within the facility.

**Challenges :** Providing effective therapy while wearing necessary PPE has been challenging across all settings. Donning and doffing PPE between patients can add significant non-billable time to a therapist’s day, increasing already high levels of stress associated with productivity requirements. PPE also interferes with communication and interaction with patients. Face shields seem particularly challenging, distorting the therapist’s vision, obstructing or distorting the patient’s view of the therapist’s face, and encumbering handling patients. Masks muffle the therapist’s voice. Gloves decrease therapists’ sensation and dexterity. Reducing the ability of the therapist and patient to effectively communicate verbally and non-verbally is especially disruptive for people with cognitive disorders, impaired vision, impaired hearing, or decreased tactile sensation. Finally, the PPE is cumbersome and hot, and it’s difficult and frustrating to work under such conditions for long periods of time.

**Discussion :** Against the ever evol-

ing COVID-19 pandemic, the response protocols are still changing. What frontline therapists want are stable procedures, increased testing availability, reliable provision of PPE, and policies that prioritize not only patient safety, but therapist safety as well. Without those, understandably, many therapists feel apprehensive. In Charleston, there is a real possibility that hospitals could soon become overwhelmed with COVID-19 patients, making the foreseeable future anything but predictable. Perhaps, once the curve has been truly flattened and the number of COVID-19 cases has been stabilized, we will then be better able to examine our response thus far and define a clearer path forward.