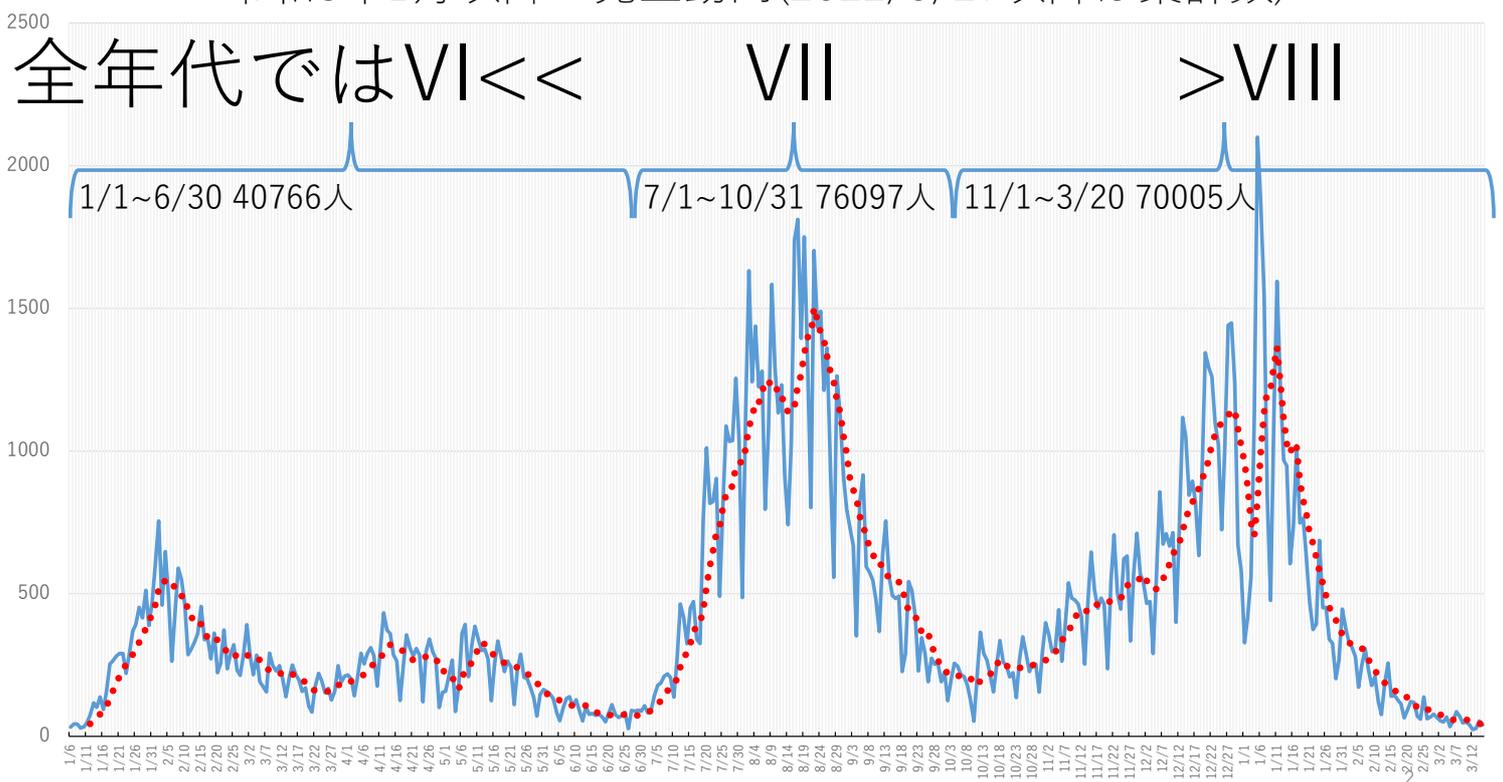


# 5類化で変わる・変える

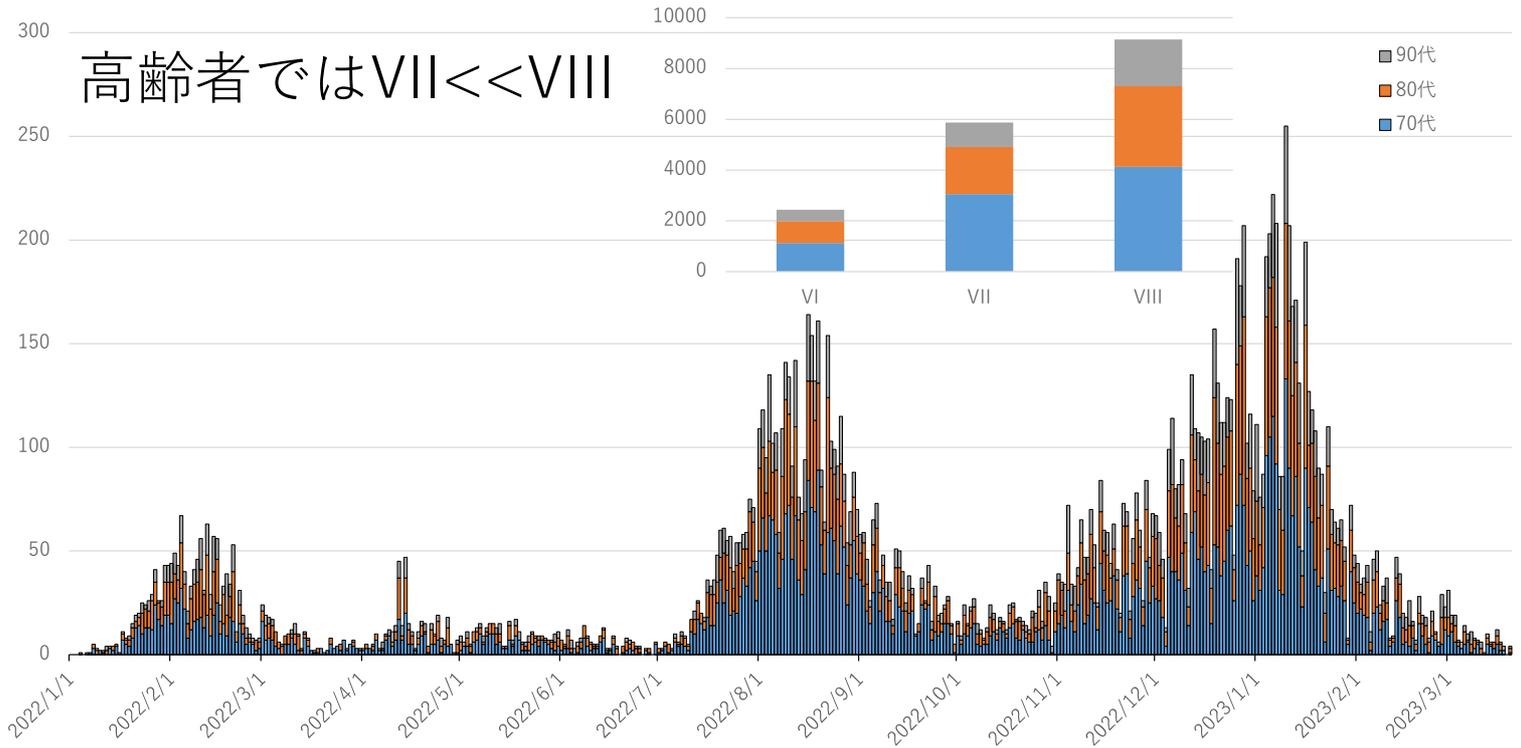
令和5年4月14日

岡山市保健所 松岡宏明

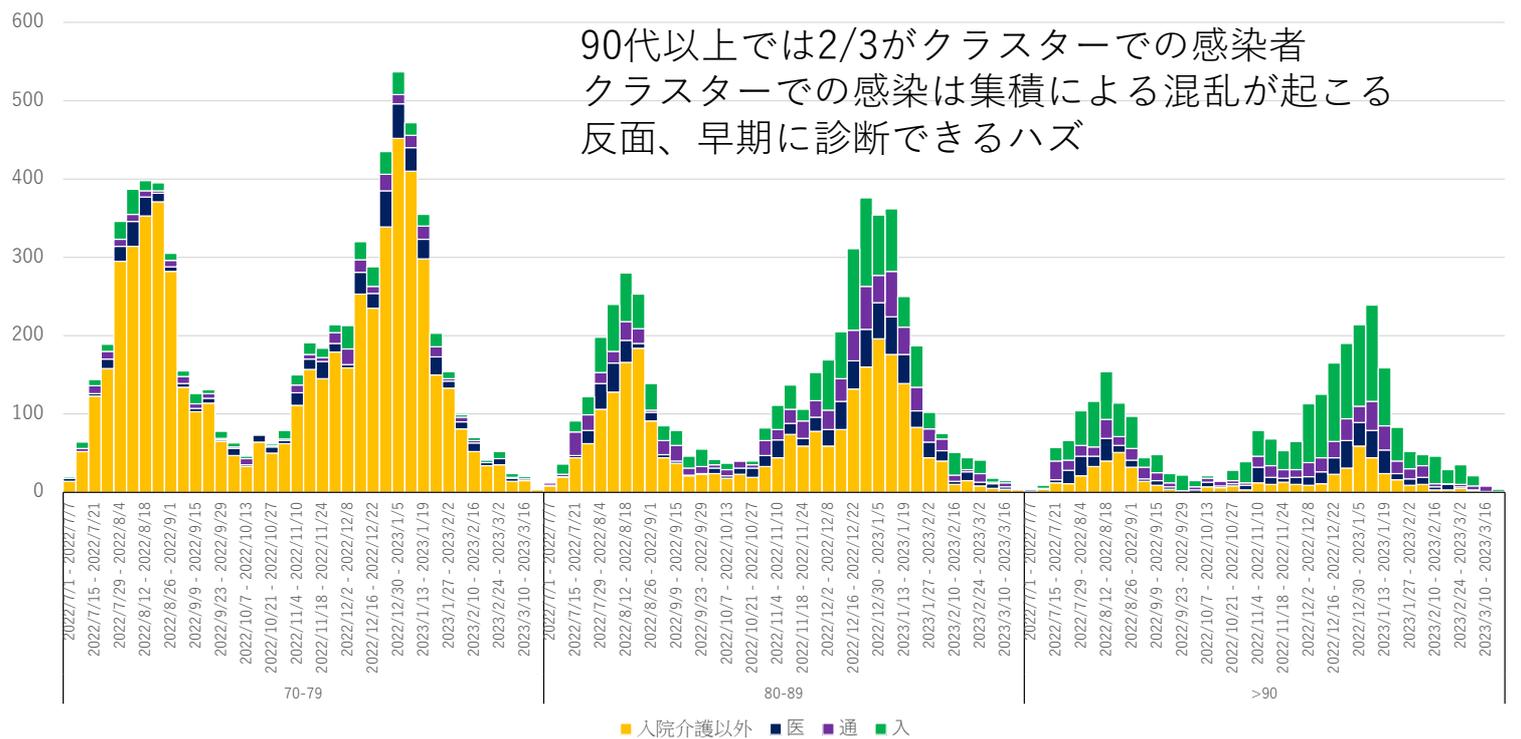
令和3年1月以降の発生動向(2022/9/27以降は集計数)



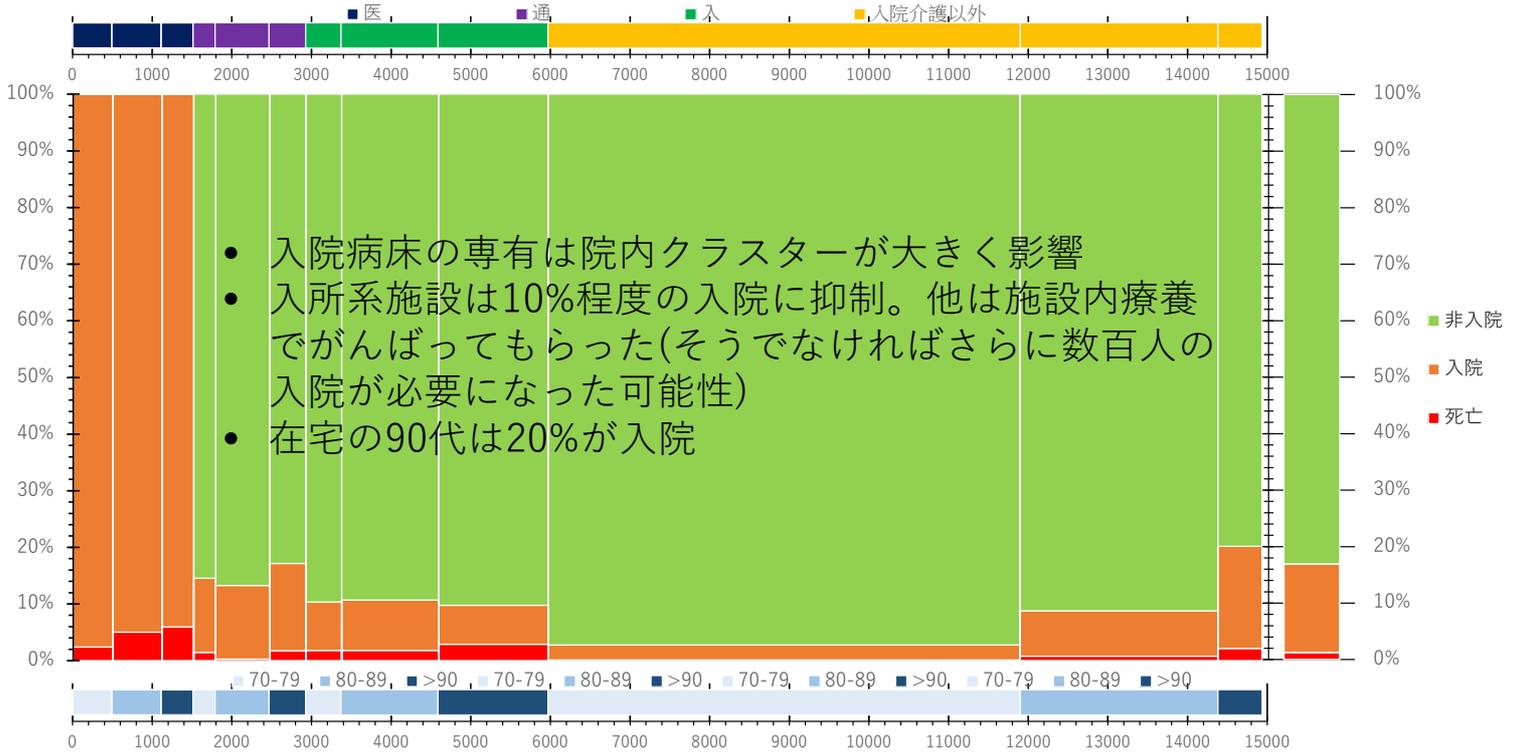
# 2022年1月以降の70代以上の届出患者の発生動向



# 2022年7月以降の70歳以上患者の所属状況別発生動向



## 2022/7/1~2023/3/20までに届出のあった70歳以上の患者の診断時所属と年齢階級別の転帰

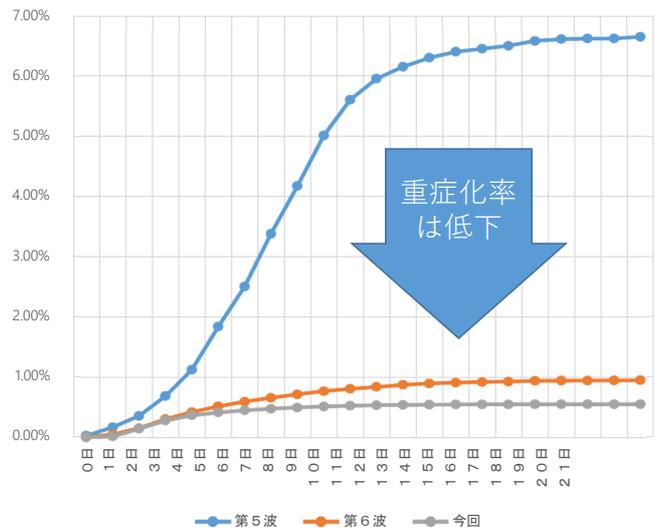
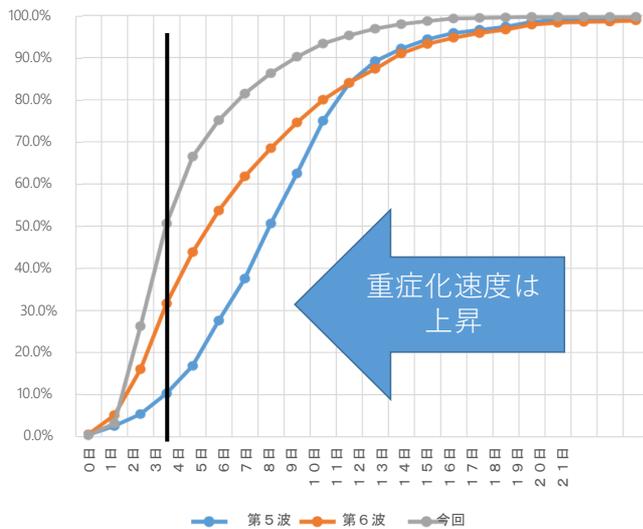


## 広島県のデータ 発症から症状悪化までのスピード比較【速報値】

悉皆データ

中等症Ⅱ以上へ悪化した者における、発症から症状悪化までの累積割合の推移  
(症状悪化例を100%とした場合)

患者全体のうち、中等症Ⅱ以上へ悪化した者の発症から症状悪化までの累積割合の推移  
(患者全体を100%としている)



第5波：R3.7.1~R3.11.30公表事例 第6波：R3.12.1~R4.6.30

公表事例

今回：R4.7.1~R4.8.31公表事例 (R4.9.3時点までのデータを使用(そのため、8月後半の公表事例については今後症状悪化する可能性がある点に留意))

※中等症Ⅱ以上：中等症Ⅱ、重症、死亡

## オミクロン株の流行であれば

- 多大の労力を投入しても0コロナの達成は不可能
- 有効性の高い抗ウイルス療法がほとんど実施されていなくても90代で入院20%、死亡3%程度
- 発症後3日以内での入院や死亡は心不全悪化に伴うものが多い
- 4日目以降の入院や死亡は誤嚥性肺炎の合併

効果のある対策に限って実施

抗ウイルス療法の普及が不十分

早期開始を可能にする早期診断

日頃の介護ケアの継続

## 当面の指針

利用者の早期診断・早期治療開始できる体制が整っていれば、

感染防止策は利用者の利便性や従事者の業務負担と感染拡大防止効果とを勘案した対策を実施するだけでよい

## ただし流行拡大時の入院加療は今まで以上に難しくなる

- 入院加療は早期治療でかなり防げる(1/5～1/10まで減らせる)
- 患者急増時には入院でなければ提供できない医療の必要な人しか入院できないことを想定しなければならない
- 軽・中等症患者の念のための入院は病床を逼迫させるのみならず、利用者に大きな副作用を招く
- 介護保険サービスと医療サービスとの分担・協力を進めることで、従事者の負担を少なくしつつ、適切な医療サービス提供体制を作る

## 1. 利用者の早期診断・早期治療体制

- 全利用者にパキロビッド・パック(以下パキロ)内服の適応があるかどうか確認済み
- リスク要因はあるもののパキロを内服できない人について、ベクルリーの点滴を実施できる準備ができています
- 早期に診断できるように、受診や、抗原キットでの自己検査実施体制ができています(通常夜間の対応は不要ながら土日の準備)
  - 自己検査の場合、抗原キット陰性時の再検の実施体制も決める
- パキロの適応のある人については、発症から診断、内服開始までの所要時間を最長でも(特に土日でも)24時間以内に行える想定がある

## 1.1 パキロの適応

- 準備としての適応/薬物相互作用/処方調剤体制整備を強力に推進
  - 適応判断は医師の専権(従って準備しないのは主治医の責任)
  - 入所系/住宅系施設入所者の薬物相互作用チェックは医師から薬剤師会加入薬局へ相談できる制度を利用
  - もし今まで全く準備が進んでいないなら、90代から順に80代、70代と準備を進める
  - 処方体制: 同意の事前準備と休日対応を主治医と調整
  - 調剤体制: 依頼ルートや休日対応を日常調剤してくれている薬局と調整

## 1.2 ベクルリーの点滴

- 抗てんかん薬や一部の循環器用剤のようにパキロを無効化する薬剤を飲んでいたり、一時的中止では対応できない抗がん剤等を使用している患者が10%程度
- その場合のベクルリーの点滴をどこで実施するかを主治医に事前検討しておいてほしい旨を打診
- もし、外来での実施を想定するならば3日間の送迎体制を準備

## 1.3 早期診断

- 地域内での流行が起こっていない場面での症状出現時
- 地域内での流行が起こっている場面での症状出現時
- 施設内で職員や利用者の陽性者が出たときの症状出現時

この早期発見は難しい

できれば早期発見したい

必ず早期発見したい

## 1.4 処方と調剤の迅速化

- 初診患者への診療提供を想定している訳ではないので、オンライン診療や電話再診等の仕組みを活用
- ただ、パキ口服用時に一部の薬剤の一時中止等がある場合は薬剤師の関与を決めておくか、一時中止の間の処方を別建てに出してもらうなどの対応を決めておくことが望ましい
- 一般流通薬剤になったので、在庫不足の際の他の薬局からの譲渡や、施設内で多数発生した際のヒートシールの分割等の対応も可能ながら、薬局の積極的な関与を事前に頼んでおく
- 一日二回とはなっているものの、朝夕となっているからと言って、夕まで服薬開始を遅らせる必要はない

## 1.5 対応の一例

- 0日朝: 施設従事者で陽性判明
- 0日夕: 利用者及び職員全員の抗原検査では他の陽性者なし
- 1日8:00 利用者2人が発熱と咽頭痛を訴え
- 1日9:00 2人の主治医医療機関へTELし、施設の保有するキットでの抗原検査の実施を促された。1人は陽性だったが、1人は陰性であった
- 1日10:00 その結果を主治医医療機関へ報告、オンライン診療として、陽性者にはパキロ処方
- 1日11:00 陰性であった1人の唾液検体を医療機関へ搬入
- 1日13:00 パキロが薬局から配達されたため、直ちに服用
- 2日8:00 PCRでもう一人の陽性判明

## 1.6 事前準備チェック

利用者	主治医	パキロ適応	服薬時調剤調整	流行時連絡先 医療機関	休日医療機 関連絡先	調剤薬局 連絡先	休日薬局 連絡先
A	X先生	有	不要	Xクリニック	X携帯	P薬局	当番薬局
B	Y先生	有	アムロジピン中止	Y診療所	Y診療所	Q薬局	Q携帯
C	Z先生	ベクルリー (往診実施)		Z内科	Z携帯/K訪看		
D	X先生	有	別途処方箋発行	Xクリニック	X携帯	P薬局	当番薬局

## 2.1 入院の適応

- 絶対的な適応
  - 人工呼吸器装着や高流量酸素投与が必要な呼吸不全
  - 人工透析の導入
  - 血圧の管理に集中治療
  - 非経口抗菌剤の使用
- 相対的な適応
  - 経口摂取不能
  - 酸素投与

心肺蘇生するかどうかだけではない治療意向についての事前ケア計画が必要

## 2.2 中等症/軽症の入院加療の明暗

- 抗ウイルス療法は外来でも可能
  - 特に入院してからでは遅すぎる
- 酸素投与と経口摂取不良への輸液
  - 早期からの抗ウイルス療法と対症療法で予防できる可能性。
  - 解熱剤の使用を控える必要はない
- 心不全増悪の治療
  - 抗ウイルス療法早期開始での増悪を予防できる可能性
  - パキロビッドと併用できない心不全治療薬(セララ、イブリブラジン等)が必須な人は、感染時のベクルリー投与体制を予め決めておく必要がある
- 誤嚥性肺炎への対応
  - コロナ感染2日以内に誤嚥性肺炎が起こるわけではない(発病に伴う気道症状でのCOPD増悪か、意識レベル低下に伴う誤嚥の増加が起こっても、それによる肺炎の発症には2日程度を要する)
  - 口腔ケア、吸引、体位交換の縮小では誤嚥性肺炎をさらに起こりやすくする
- リロケーションダメージによるせん妄
- 行動制限による廃用

## 2.3 中等症/軽症での相対的適応での入院は避けられるに越したことはない

- 酸素投与のできる体制
  - 指示を出してくれる主治医の確認
  - 濃縮器の手配の確認依頼
- 点滴のできる体制
  - 指示を出してくれる医師の確保
  - 配置看護師/訪問看護ステーション/往診等の確認
- 吸引のできる体制
  - 必要時の機材の手配
  - 配置看護師/訪問看護
  - 研修済み介護士

## 3. 利用者の利便性や従事者の業務負担と感染拡大防止効果とを勘案した対策

防護策

検査体制

組織体制

## 3.1 防護策の戦略

- 施設内で陽性者が発生していない時
  - 従事者がたとえ感染していても利用者へ感染させない
- 施設内で陽性者が発生している時
  - 誰が感染しているかわからないので診断の如何を問わず従事者間、従事者から利用者、利用者から従事者への感染を減らす
- 施設内で陽性者をケアしている時
  - 誰が感染しているかわからないので診断の如何を問わず従事者間、従事者から利用者、利用者から従事者への感染を減らす
  - 陽性利用者から従事者及び他の利用者への感染を減らす

### 3.1.1 防護策の基本方針

	利用者の利便性低下	従事者の負担増	感染拡大防止効果
完全PPE	±	重大	?
フロア全体のゾーニング	重大	重大	?
手洗い強化	±	軽	+
マスク	±	軽	適切に実施すれば大
フェイスシールド	±	軽	適切に実施すれば大
換気	±	軽	適切に実施すれば大

接触感染防止策は縮小  
飛沫感染防止策は継続  
空気感染防止策は強化

## 3.1.2 飛沫感染防止策としてのマスク着用を空気感染防止策に高める

- マスクフィット
  - 自分にあう形状を確認
  - 最低限W字ノーズチップの確認
  - 両面テープ、マスクフィッター等の工夫
- セルフシールチェック(マスク漏れチェック MMC)
  - 毎回着用の度毎の確認
  - 勤務時間中の相互チェック
- 不織布(特にナノフィルターマスク)でも適切に使用すれば空気感染防止にもなるものの、適切な使用に工夫がいる
- N95の方が、厳密を期さずに使用してもフィルター効果が高い場合もある

## 3.1.3 エアロゾル感染の特徴に注意

- 空気感染では遠近が問われないのに対してエアロゾル感染では接近場面が危ない
  - 接近場面を特定して注意を強化
- エアロゾル発生場面を特定
  - 吸引による咳誘発
  - 歯磨き
  - 大声/歌唱
- 体感できない換気状態をCO2モニターで確認する習慣

### 3.1.4 飛沫感染防止策としての目の保護

- 非流行期の未診断利用者からの感染を想定することは必ずしも必要ない
- 流行期は未診断利用者からの感染も想定して対応してもよい
- 診断確定患者の飛沫増加やエアロゾル発生場面には目の保護が必須

## 3.2 抗原定性自己検査は限定的に実施

- 無症状の従事者への定期的な検査
  - 著しい流行期以外勧めない
- 陽性者が利用者や従事者から出た場合
  - 広がってしまっているかどうかを確認する目的で無症状者も含めて一斉に実施することを勧める
- その後の施設内でのフォローにあたっては
  - 施設内集発が集結するまでは、無症状職員を定期的検査(3日おき)を勧める
  - 検査よりも利用者の体調変化の観察が重要
  - 有症状者の早期診断の方法を主治医と協議し、抗原検査の利用も考慮(ただし、偽陰性に注意)
  - 未診断従事者から利用者、無症状利用者から従事者への感染予防は検査結果に依らず強化

## 3.3 対応体制

- 対策本部/対策チームの役割分担を事前に決めておく
  - 小人数の職場でも組織図を一応作る
  - 時間経過はホワイトボード等へ書き出して情報共有する
- 多忙になった際にチーム意識が高まるための準備
  - お互いさま意識の醸成
  - 持ち込み者を責めない文化
  - 空気感染予防策等も継続的な質向上のネタにする

## まとめ

- 持ち込みは防げない
- 持ち込んだあとの対応を適切にできるための準備
  - 早期診断・早期治療
  - 地域内患者急増時の施設内での医療提供体制と事前ケア計画
- 感染対策の鍵は空気感染対策の強化
  
- 検査は頼りにならない
- 接触感染防止策は弱めて良い