第112回（令和４年12月28日） 新型コロナウイルス感染症対策 アドバイザリーボード	資料３－１１
近藤先生提出資料	

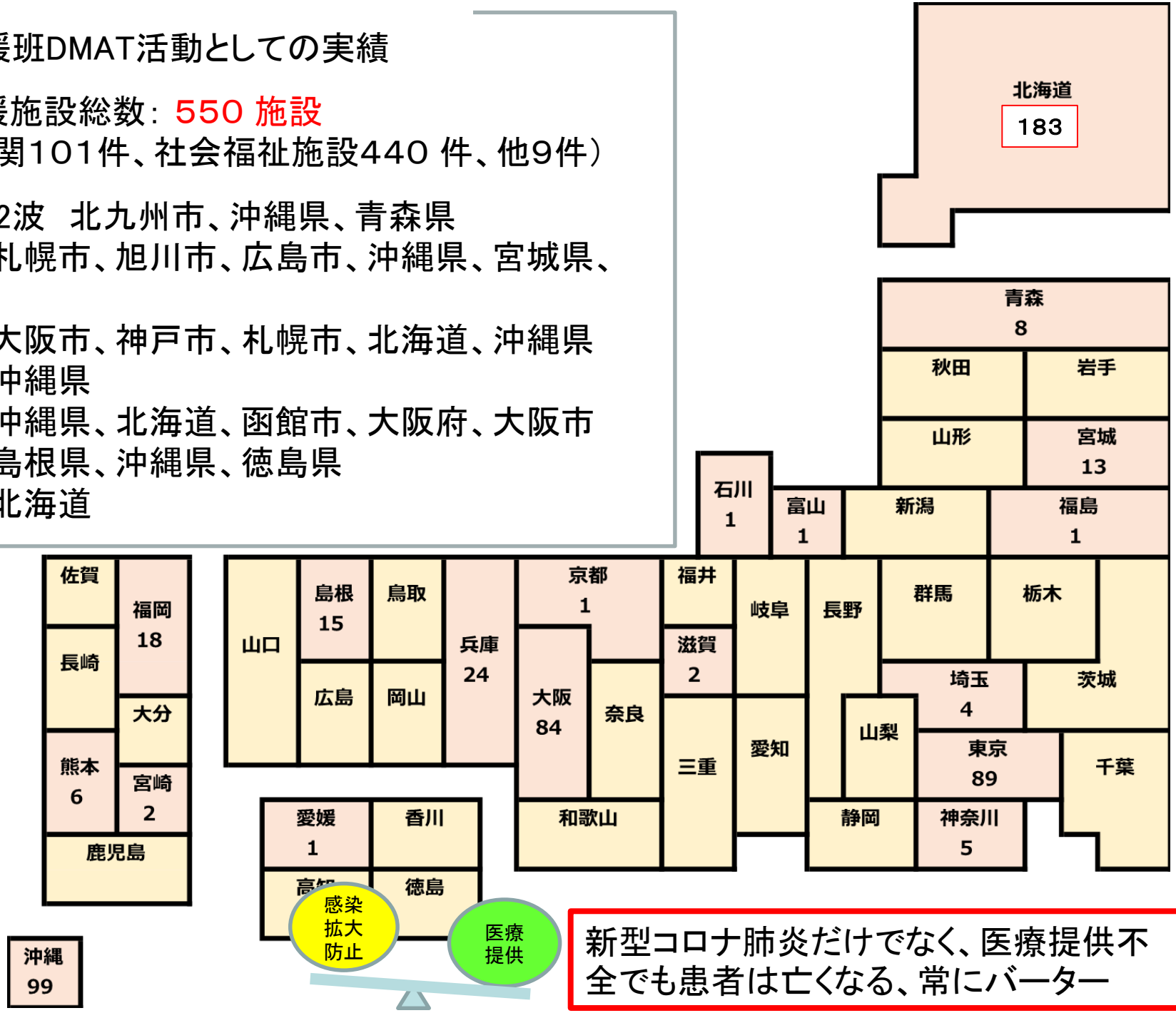
第8波北海道の対応

国立病院機構DMAT事務局
次長　近藤久禎

地域支援班DMAT活動としての実績

累計支援施設総数：550 施設
（医療機関101件、社会福祉施設440 件、他9件）

第1～第2波　北九州市、沖縄県、青森県
第3波　札幌市、旭川市、広島市、沖縄県、宮城県、仙台市
第4波　大阪市、神戸市、札幌市、北海道、沖縄県
第5波　沖縄県
第6波　沖縄県、北海道、函館市、大阪府、大阪市
第7波　島根県、沖縄県、徳島県
第8波　北海道



新型コロナ肺炎だけでなく、医療提供不全でも患者は亡くなる、常にバーター

沖縄県第5波、7波

入院待機ステーションにおける診療

第5波

医療処置		
補液	65	15.9%
酸素投与	290	71.1%
うち5ℓ未満	259	63.5%
うち5ℓ以上10ℓ未満	22	5.4%
うち10ℓ以上	9	2.2%

第7波

医療処置		
補液	322	50.5%
酸素投与	143	22.4%
うち5ℓ未満	125	19.6%
うち5ℓ以上10ℓ未満	8	1.3%
うち10ℓ以上	10	1.6%

要入院肺炎患者の減少

札幌市の病院・施設罹患数、重症化率の推移

	従来株	α株	O株
	第3波	第4波	第6波
札幌市の陽性者数合計	8373	12752	74979
陽性者発生病院で罹患した数	1491	892	2572
陽性者発生施設で罹患した数	851	917	4376
陽性者発生病院・施設で罹患した数の合計	2342	1809	6948

医療機関致命率	20.41%	26.72%	3.13%
施設致命率	10.20%	15.87%	1.19%
医療機関＋施設の致命率	17.36%	21.37%	1.92%

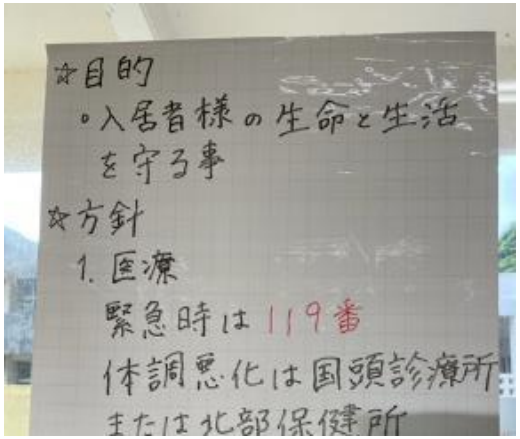
各波の期間はこの通り: R2/11/1～R3/1/31 R3/4/15～6/30 R4/1/7～3/21

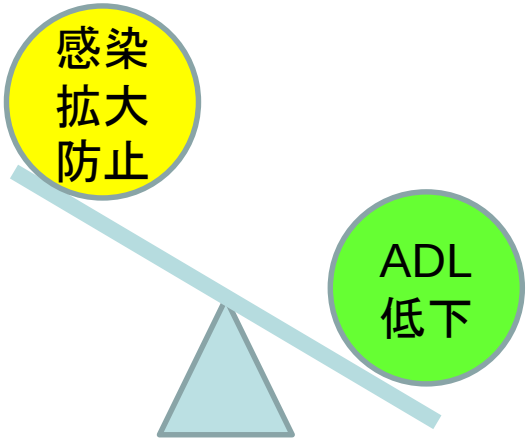
提供:札幌市保健所

療養型病院・高齢者施設でも重症度低下
超過死亡か？？

クラスター発生施設における対応

- 背景
  - 高齢者の生活不活発病（誤嚥性肺炎や尿路感染等）による入院
  - 患者の不幸・悲劇・、病床逼迫の原因
  - 隔離によるADL悪化が原因である可能性あり
  - 入院自体もADL悪化の要因
  - ADLを落とさない形での療養が必要
- 基本的な考え方
  - 感染管理は生命・福祉の危機の一つのリスクにすぎない。総合的なリスクの低減を図ることが重要
  - 感染症はウイルスの侵入だけでなく、宿主側の要因も大きく影響
  - ADLを落とす隔離は、患者重症化、感染拡大防止の上でも有害
- 目標
  - 患者・入居者の生命、福祉（生活）を守る
  - ADLを落とさない中で、可能な感染管理を実施



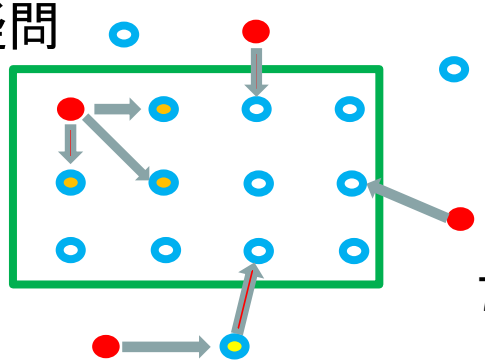


ADL保持のための考え方

- 普段通りの生活の保持
  - できるだけフリーとする
  - 個室隔離（閉じ込め）はしない
  - 食事・排泄は通常通りで（できるだけ室外、ベッド外）
- 医療、介護サービスの継続
  - 外来・在宅医療の継続
    - 施設医・嘱託医・主治医
    - 確保できない場合、保健所調整（DMAT、JMAT等）
  - 介護サービスの継続
  - リハビリ等必要なサービスの継続
  - 医療・介護人員を確保
    - 応援の確保
    - 陽性者・濃厚接触者の勤務継続の検討

感染症管理方針

- ゾーニング
  - 生活空間までの赤エリア運用も検討
- 隔離（陽性者と陰性者）
  - 分離を推奨：食事の場所又は時間
  - 可能な限り分離：居室、協働滞在空間、トイレ
  - 分離できなくてもやむなし：動線・廊下
- PPE
  - 陽性者エリア作業時：マスク ・手袋
  - エアロゾル発生作業時（サクション・食事介助・排泄処理・清拭、リハ等）：マスク ・手袋・フェイスシールド・ガウン（エプロン）
- 検査について
  - 感染の蔓延⇒施設内のみがホットスポットではない
  - 生活空間までの赤エリア運用、PPEの簡便化⇒方針確定のためのスクリーニング検査は不必要
  - 抗原検査の感度⇒無症状者への抗原検査の意義は疑問
  - 有症者への抗原検査を基本とする
  - 治療のための検査、スクリーニングは必須としない



活動実績

- 活動期間
  - 2022年11月9日～12月2日
- 活動場所
  - 北見、紋別、釧路、留萌保健所
- 主な活動内容
  - 多数クラスター支援管理手法の伝達
  - クラスター支援手法
    （現状分析と活動方針の整理：感染状況、医療状況、資源、環境、職員・家族ケア）の伝達
  - クラスターにおけるADL保持・感染管理方針の周知
  - 地元医療機関・DMATとの連携の促進
  - 他保健所の困りごとの相談
- 活動人数
  - 実人数　34名（医師：15人　看護師：4人　業務調整員：15人
    事務局 13人、他県 DMAT 6人、北海道 DMAT 15人）
  - 延べ人数　128人日（北海道 DMAT を除く）
- 施設支援実績
  - 67か所（施設56、病院10、自宅1）、訪問回数100回

DMATの北海道第8波COVID-19支援前後の比較

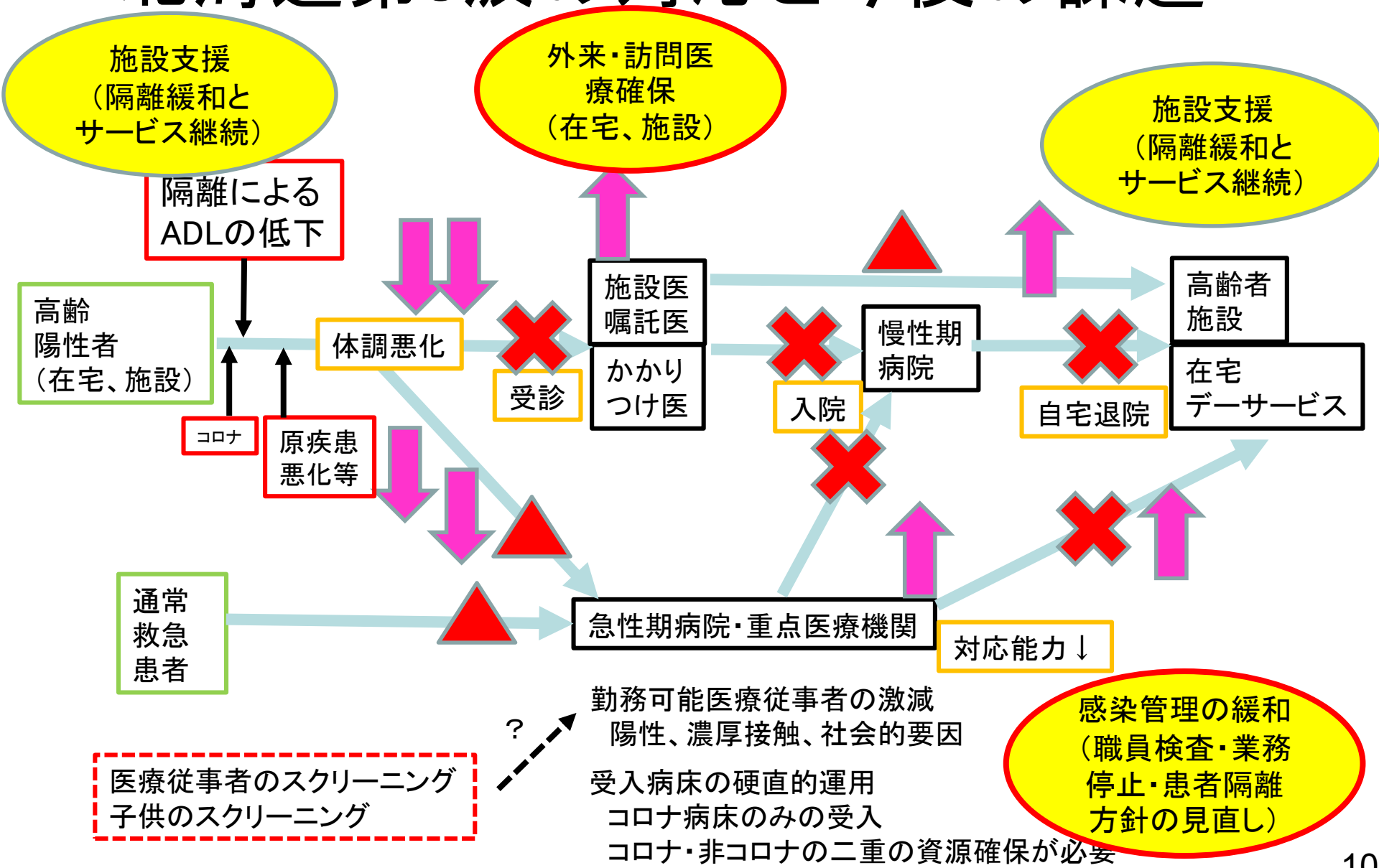
- 個室隔離は実施せず、可能な限り普段通りの生活スタイルを保持する
- 検査は有症状時とし、無症状者へのスクリーニングは実施しない

上記を踏襲して実施したDMATによる包括的支援介入前後*の比較

	累積罹患割合（Attack rate）						陽性入所者における入院率	入所者におけるCOVID-19致命率
	入院・入所者			職員				
	4医療圏全体（95%信頼区間*）	施設単位中央値（四分位範囲）	*p*値**	4医療圏全体（95%信頼区間*）	施設単位中央値（四分位範囲）	*p*値**	4医療圏全体（95%信頼区間*）	4医療圏全体（95%信頼区間*）
支援介入前（発生施設）	30.2%（1271/4210）（28.8%-31.6%）	34.5%（14.3%-70.8%）	<0.0001	15.2%（683/4500）（14.1%-16.2%）	17.6%（5.9%-38.4%）	0.0001	3.5%（45/1271）（2.5%-4.6%）	2.8%（36/1271）（1.9%-3.7%）
支援介入後（発生施設）	16.9%（1616/9588）（16.1%-17.6%）	12.8%（1.1%-40.0%）		8.6%（784/9079）（8.1%-9.2%）	6.5%（0.7%-23.3%）		3.2%（51/1616）（2.3%-4.0%）	2.0%（33/1616）（1.4%-2.7%）

*95%信頼区間はWald法で算出

**支援介入前後の施設単位の累積罹患割合の差についてMann-Whitney U testを用いて検定

従来の感染拡大防止策よりもADLの低下防止を重要視した上記対応を実施しても集団感染発生施設における累積罹患は低下した（検査の対象が絞られた）
入院率、致死率は低下傾向

北海道第8波の対応と今後の課題