

専門家のご意見

専門家	意見
朝野座長	<u>別紙のとおり</u>

専門家	意見
掛屋副座長	<p>【感染・療養状況について】 オミクロン株が中心の第6波はピークを超え、大阪府下においても減少傾向が見られる。一方、減少率はやや鈍化していることや、オミクロン株の亜系統（BA.2）への株変化が起こっていくことが推察され、今後も高止まりが続いていく可能性が高い。3回目のワクチン接種のスピードは遅かったが、高齢者を中心に徐々に進んできている。今後、他の年齢への拡大を進めていくことが期待される。全体の病床利用率はやや高いが、重症病床利用率は50%を下回っている。入院は高齢者が中心で入院長期化の原因となっており、有効な病床運用が課題となる。</p> <p>【死亡例分析】 ○第1波から第6波にかけて高齢者（70歳以上）の死亡率は徐々に減少しており、この2年間の診断や治療の技術の進歩が寄与しているものと考えられる。一方、第6波では感染力が強いオミクロン株の影響で全体の感染者数の増加に伴い、高齢者の死亡数増加が目立つ。高齢患者の増加には、病院や高齢者施設でのクラスター発生が関与しているものと推察する。第6波では診断日に死亡された方が以前に比較して多いが、オミクロン株では初期に軽症・無症状であることも多く、院内にコロナ陽性者が検出された後のスクリーニング検査で陽性が判明した患者も多いものと推察する。また、中には基礎疾患の病態増悪時に実施された検査にて陽性が判明した事例の存在も疑われる。第6波では想定数を遥かに超える新規陽性患者が連日経験されたため、高齢者施設等からコロナ専門病院への搬送入院が困難で、早期に標準的な治療を受けることができなかった例も多い。</p> <p>【第七波に向けて】 今後、来る第7波に向けて、高齢者施設や病院において感染を拡大させないための感染対策のさらなるレベル向上と早期治療への診療の充実が求められる。そのためには、大阪府下の多くの医療施設で新型コロナウイルス感染症の診療ができる体制づくりが必要である。すべての医療機関にコロナ患者が来院する可能性がある。多くの医療機関で抗体製剤や経口治療薬の使用申請を行い、新型コロナ治療ができる準備を整えること、さらに高齢者施設等の入所施設は近隣医療機関との連携を確保しておくことが望ましい。</p> <p>感染対策レベルの向上および診療支援には、保健所や医師会等と連携した地域感染対策ネットワークを充実させ、基幹病院の感染症専門スタッフの院外活動を後押しする体制づくりが重要と考える。また感染対策の充実には、多くの医療機関が4月に行われる診療報酬改定に伴う「感染対策向上加算」を取得することで、感染个人防护具の充実やネットワーク参加による感染対策の標準化が期待される。</p> <p>全国的にはまん延防止等重点措置の解除が実施され、人の移動を伴う年度末・新学期の時期にリバウンドの可能性も含んでいる。今後の変異株の動向は分からないが、オミクロン株の流行はしばらく高止まりで続いていく可能性が高い。一方、2年以上にわたる新型コロナウイルスのパンデミックによる自粛生活は、経済問題のみではなく、子供の教育問題をはじめ一般の社会生活への負の影響は計り知れない。社会生活を徐々に取り戻しながら、コロナと共にどのように社会をまわしていくかを考える時期である。3回目のワクチン接種を進めて行くことに加え、重症化する可能性が高い高齢者や基礎疾患を有する患者への対策に軸足をシフトしていくことが期待される。</p>

専門家	意見
<p>忽那委員</p>	<p>大阪府では依然として新規感染者数は多いものの、20代・30代・40代・50代といった世代では減少傾向にある。また、現在最も多い新規感染者の年代は10代以下の世代であり、飲食店の時間制限などによる効果が期待できない。したがって、第6波の初期の頃とは状況が異なることから、まん延防止等重点措置を解除することは妥当と考えられる。 <u>一方で現在の流行状況に合わせた対策が必要である。</u></p> <p>具体的には、<u>幼稚園・保育園・学校などにおける感染対策の支援体制の充実、5歳～11歳の新型コロナワクチン接種の推進、高齢者施設・非コロナ診療医療機関におけるクラスター発生に備えた感染対策の向上、高齢者へのブースター接種率の向上などが挙げられる。</u></p> <p>オミクロン株に対してはワクチンによる感染予防効果が十分ではないこと、小児の感染者数が減りきらないことなど、デルタ株が中心であった第5波とは状況が異なることから、この第6波は十分に感染者が減りきらないまま再増加に向かう可能性が考えられる。<u>オミクロン株の下位系統 BA.2 の拡大も流行につながる要因の一つである。</u></p> <p><u>地域によってはすでに減少が見られてきており、第7波への備えは早急に整える必要がある。</u></p> <p>第6波では、医療の逼迫により高齢者施設で感染者が出てコロナ病床に入院ができないという事態が発生した。感染者が高齢者施設にとどまることで「治療が遅れる・機会を逃す」「さらに感染が広がる」ということが見られた。これを改善するためには、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・<u>専門家チーム（治療をする医師・感染対策を指導する看護師など）の派遣体制の整備</u> ・<u>クラスターを早期に検知し、早期に派遣することで感染者・重症者を最小限にする</u> ・<u>平時から高齢者施設の感染対策の水準を上げる（定期的なオンライン講習会・研修会の開催、病院との連携強化）</u> ・<u>高齢者施設の嘱託医の責任の明確化</u> ・<u>高齢者施設で陽性となった人を集約するための施設の整備</u> <p>などが必要と考えられる。</p>

専門家	意見
佐々木委員	<p>【感染・療養状況について】 新規感染者数や検査陽性率は低下しており、感染状況はピークアウトしていると思われるが、直近 1 週間の感染者数は、今なお 5,000 人を超える大規模な感染が継続している。実質的な病床の稼働状態を示す病床運用率はピークを過ぎているとはいえないものの、3 月 15 日現在、重症病床 54.0%、軽症・中等症病床 63.5%と依然として高く、病床のひっ迫状態から脱却したとは言い難い。特に、入院患者の多くは、要介護高齢者の中等症以上の感染者で、病院にかかる負荷は依然として大きい。「大阪モデル」モニタリング指標からも、非常事態解除の目安からも程遠い。感染状況が低下傾向にあることから、まん延防止等重点措置（まんぼう）解除の考えも一部の都道府県であると聞かすが、沖縄県、広島県、山口県など、まんぼうの解除後、感染者数の増加傾向もみられている。3 月後半から 4 月前半にかけて、本格的な学生の春休み体制になることや、年度替わりの歓送迎会、お花見などの種々の宴会のピークを迎え、飲食機会、人流が増加することが予想される。この時期のまんぼう解除は感染のリバウンドも危惧されるので、4 月上旬までは、まんぼうを延長するか、仮にまんぼう解除するにしても、飲食店に関しては、酒類提供の時間制限などの制約は残した方が良いのではないかと考えられる。</p> <p>【死亡分析】 大阪府では、多くの高齢者施設でクラスターが多発し、基礎疾患を有する、あるいは、全身状態が不良な要介護高齢者に多くの感染者が出た結果、多くの死亡者と中等症以上入院患者が急増し、病床がひっ迫した。第 6 波の死亡者の特徴として、診断後、あるいは発症後早期の死亡例が非常に多いとされている。その原因について、コロナ死、あるいは非コロナ死といった単純な分類ではなく、死因についてもっと詳細な検討が必要である。非コロナ死といっても色々な死因があるのではないかと考えられる。コロナ死であれ、非コロナ死であれ、本来コロナに感染しなければ、死に至らなかった人が、コロナ感染によってなぜ死亡に至ったかの究明が必要である。想像するに、施設での介護や支援によってなんとかギリギリのところで生活し、生命を維持し得ていた人が、コロナ感染の診断の遅れや、感染直後に点滴など生命維持に必要な初期治療すら受けることができなかつたために、急激に体力を消耗して、コロナが重症化する以前に、早期死亡に至った例があるのではないかと考えられる。</p> <p>【第七波に向けて】 施設での高齢者に対する感染予防の徹底と、クラスターを発生させないように早期からのコロナに対する治療のみならず、生命維持のための早期治療介入が、死亡者を減らし、医療をひっ迫させない最大の肝と思われる。将来にわたって、定期的な検査による早期発見と早期での入院治療のできる体制の構築が望ましく、第 7 波に向けての最重点項目であると考えられる。その対策の一つとして、施設入居者、および施設従業員は、医療従事者と同等レベルあるいはそれ以上に、3 回目のワクチンの 100%接種をより迅速に進めることが必要で、さらに一歩進んで、半年ごとにワクチン接種を繰り返すシステムを構築してはどうか。施設の高齢者に対する定期的な訪問診療・治療に関して、病院と施設を一体経営しているグループは、グループ内で役割分担すれば良いが、そうでなければ、施設協力医療機関として、ネットワークの軽い診療所が往診での診療を行うのが良いと思われる。診療所レベルでの診療は、できるだけ簡易な方法が望ましく、唾液抗原定性検査と経口抗ウイルス剤の処方を中心とし、それ以上の治療や入院を要する患者は連携した治療支援病院が担当するような、一応の役</p>

割分担を決めてはどうか。

精神疾患、透析患者、妊産婦、小児などの特殊な背景の患者は、それらを診療していない医療機関での一般病床での対応は難しく、それぞれの疾患を日ごろから扱っている医療機関での対応が望ましい。第6波を経験して、これらの背景のコロナ患者の対応は、それほど困難でないことが分かってきたように思える。基本的にこれらの疾患に対応できる医療機関は少ないので、市町村単位よりも広域の二次医療圏単位で、病院間でコロナまん延時のコロナ対応病院と非コロナ対応病院の役割分担を決めておくのが良いのではないか。コロナ担当病院は2次医療圏内で輪番制でも良いかと思われる。

現時点で非コロナ受け入れ病院は、ヒトやカネの点からコロナ対応が難しい医療機関であると思われる。**100**床以下の小病院が多いのではないか。コロナを受け入れられない原因を再度調査して、改善余地があれば、行政の介入と金銭的補助により一定数の病床確保が可能かもしれないが、これらの病院に今後コロナ患者を受け入れ要請するよりも、ポストコロナの患者の多数受け入れを要請するような役割分担を課した方が良いかもしれない。

より幅広い医療機関でのコロナ対応に関して、問題点は①医療施設での患者動線を含めた感染対策 ②簡便な検査体制 ③迅速な検査と治療 ④後方支援施設との連携などがあげられる。診療・検査医療機関やコロナ受け入れ医療機関では、通常の感染対策（体温センサー、アクリル板、ウイルス除去空気清浄機、等）の整備はもちろんのこと、一般患者との分離のために、きちっとした施設内ゾーニングや、駐車場などの屋外、あるいは屋外に建てたプレハブやテントなどで、コロナ診療や検査が行われている。対応する看護師などの医療従事者もコロナと非コロナで分けている施設も多い。スペースのない施設では、時間をずらした診療により時間的に患者の分離を行っている。現在、コロナを扱っていない医療機関の多くは、このような感染対策基準を満たせない施設が多いと思われる。これらの施設にコロナ診療や検査を広げるためには、感染対策の緩和が必要である。現状のきちっとしたゾーニングまでは必要ないかもしれない（あるにこしたことはないが）が、できる限りの基本的な感染対策や、待合室や診察室を仕切るなどの、一般患者との最低限の分離はまだ必要と思われる（これらによっても感染はかなり制御できると考えられる）。その整備のための補助は必要である。検査も、唾液による抗原定性検査のような、迅速かつ簡便で、かつ検査者や周囲にも感染暴露の危険性が少ない方法を基本にするのが良いのではないか。判定不能になれば、別途 **PCR** 検査を連携した後方支援病院等で追加すれば良い。陽性と分かれば、重症リスクや症状のあるなしにかかわらず、保健所の指示を仰ぐことなく、その場で経口抗ウイルス薬を処方できるようにすればよい。そのために経口抗ウイルス薬を保管する調剤薬局を一定数配置する必要がある。まだしばらく「2類相当」の位置づけになるので、検査や薬代は自己負担よりも公費負担の方が良い。簡易検査と経口抗ウイルス薬の処方は、病院でなくとも診療所レベルで対応可能であると思われる。抗体治療薬あるいは入院が必要な患者が出た場合は、それらの患者を引き受けられる後方支援の病院との連携が不可欠である。その場合、後方支援の病院は、基本的にコロナの外来での検査、診療はせず、入院患者の治療に専念する。診療所と後方支援の病院の地域での役割分担、連携が重要である。

新規感染者数の登録やクラスターの発生の報告は重要である。しかし、今の保健所による感染者数等の日々の報告・登録作業は限界にきている。すべての医療機関から各々電子媒体で直接入力が見込めるが、**HER-SYS** は入力量が多すぎるように思われる。もっと項目を減らして簡略化しないと継続性が困難

ではないか。

2類相当から5類相当への引き下げが、水面下で議論されつつあるが、オミクロン株の感染力や重篤性の強さがまだ明らかとは言えない。また、性質の異なった変異株の出現の可能性もある。そのような状況で5類相当への引き下げは、パンデミック発生時に入院措置や外出自粛要請ができないなどの危険性をはらんでいる。検査や治療費が有料化すれば、コロナ下で経済的に困っている人の負担が増えることになり、経済的な事情から検査を受けない、治療拒否の人が出てくる可能性がある。このような理由により、再度感染の拡大が起こる可能性も高い。感染者数の把握も困難になり、対策が取りにくいなど、現時点で5類への引き下げは時期尚早ではないか。

コロナパンデミック時には、その役割は色々あるにせよ、すべての医療機関が何らかの形でコロナの診療に関与しなければならない。そのような有事の際には、国あるいは自治体が医療機関や住民、飲食店などの施設、企業などに強制力のある指示、命令を出せるような法改正も考慮に入れた方が良い。少なくとも積極的な議論が必要。乱用は避けなければならないが、災害級の有事には単なる要請よりも強い措置は必要であろう。

現時点では、フォローアップセンター、保健所は、秩序ある入院の調整機能を果たしている。しかし、この仕組みも限界に来ていることも事実で、一部で地域単位での入院調整も始まっている。ただ、無秩序に自主性に任せた入院を認めると、本来入院の必要な患者が入院できなくなる可能性がある。実際、第6波ではそのような事例もみられた。地域単位での入院調整も良いが、どこかで入院の合理性や公平性をチェックする機構が必要で、できれば公的な組織が望ましいが、保健所は能力の限界にきているので、地域の医師会等、民間の組織でも良い。

自宅療養は、どうしても家庭内感染のリスクを伴うので、できれば自宅よりも、完全隔離が可能な宿泊施設での療養が望ましい。本来は、隔離が必要な宿泊施設療養の適応患者であっても、強制力がないため、本人の希望により自宅療養になっている人もある。現時点では宿泊施設は余裕があり、大規模医療・療養センターもガラガラの状態である。せっきく多くの宿泊施設を確保し、大規模センターを作ったので、もっと有効利用すべきである。逆に自宅療養でも十分感染対策がとれることが検証されれば、宿泊施設は減らしても良いのではないか。

専門家	意見
茂松委員	<p>【現在の感染・療養状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・連日の新規感染者数は減少傾向にあるものの、病床使用率とともに急激な減少が見られない状況にある。<u>変異株（BA.2）の確認例のうち、海外渡航歴や BA.2 陽性者との接触が無い事例が大半を占めており、BA.2 への置き換わりも時間の問題と言える。</u> ・資料 1-2 に記載されているが、軽症中等症入院患者のうち 70 代以上が 8 割弱を占めている。当該患者の多くは、新型コロナ以外の病歴を有する、または介護対応が必要となる。そのため、<u>入院日数の長期化や転院困難事例が生じており、速やかな転院がカギとなる。転院調整もさることながら、後方支援病院に対する支援メニューの拡充をお願いしたい。</u> <p>【死亡例の分析、今後の対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・亡くなられた方々に対するサーベイランスが重要であることは言うまでもない。<u>高齢者施設をひとくりにせず、制度上医療・介護が関わる施設と、関わらない住宅等を分類し、的確な調査・分析が行政には求められる。対策としては（今後の）変異株の特性を踏まえる必要はあるが、<u>早期の診断体制と診断後（陽性確定後）のアプローチが引き続き重要になる。各医療機関でのハース導入に向けて、引き続き会員へ協力を求めている。</u></u> ・また、<u>クラスター施設等に対する今後の対策として、感染症専門医と地域の訪問看護ステーションと連携の上で、協力医等のオンライン指示により、患者の脱水をまず治療し、基礎体力維持のための（点滴の）指示等が行える体制を構築することも一案と考える。そのための（高齢者）施設の状況把握を含め、施設・医療機関・行政（福祉部局）間の連携をお願いしたい。</u> ・併せて、地域の訪問看護ステーション等も対応能力に限りがあるため、<u>例えば、宿泊療養施設での訪問看護を含めた一元管理が可能か検討してはどうか。そのために更なる宿泊療養施設の確保も進めていただきたい。</u> <p>【まん延防止等重点措置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・政府の新型コロナウイルス感染症対策分科会（第 14 回・3/11 開催）では、「<u>病床使用率、重症病床使用率が 50%を超えていても、急激な増加が見られず、かつ、新規陽性者数が減少傾向であり、今後、病床使用率、重症病床使用率が減少し、医療への負荷が低下する見込みであれば終了できるのではないかと</u>」の考えが示された。<u>分科会の提言を踏まえ、大阪府において、まん延防止等重点措置の取扱いを議論してもよいと思う。しかしながら、受け入れ病院や地域の診療所の負荷が依然として高い現状を改めてご理解いただきたい。</u> <p>【第 7 波に向けた対策等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・これまでの感染の「波」を念頭におけば、<u>感染者数が十分に下がりきらずに再拡大（リバウンド）が生じることは想像に難くない。そのためにも、再拡大の発生時期を少しでも遅らせ、その間に必要な措置（ワクチン接種等）を講じる体制が重要である。</u> ・例年 3 月末から 4 月にかけては、様々なイベント（入学・就職・異動等）があるため、人の動きが活発にならざるを得ない。<u>繰り返しの記載になるが、現時</u>

点での対策は、基本的な感染予防（不織布マスクを使用し鼻まで覆う／手指消毒／人と人との接触を避ける／適度な換気）を講じるとともに、3回目のワクチン接種を進めることである。特に2回目接種から6か月以上が経過していれば、仮に接種券が無くともワクチン接種を行うことは可能との整理である。既に **Twitter** 等で、吉村知事が自身のワクチン接種（3回目）の様子を発信されている。引き続きワクチン接種に関し、大阪府からの情報発信をお願いするとともに、府民におかれては是非とも前向きなワクチン接種をご検討いただきたい。

専門家	意見
白野委員	<p>【現在の感染状況とまん延防止等重点措置の解除について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新規陽性者数は減少しているが、<u>依然として連日 5,000 人以上の新規感染者が発生している。</u> ・<u>医療機関や高齢者施設などのクラスターも依然として多い。</u> ・COVID-19 自体の重症例、COVID-19 自体は軽症・中等症だが基礎疾患のため入院を要する人は多く、<u>病床使用率も高止まりである。</u> ・BA.2 株の拡大も懸念される。 <p>しかしながら、まん延防止等重点措置を解除する流れは仕方がないかもしれない。 滞在人口指数は増加傾向である一方、新規感染者数は減少してきている。 既に、感染対策を意識して自粛している人と、気にしない人に二極化している印象がある。 継続による経済的打撃と、効果を天秤にかけて検討する必要がある。 <u>解除というメッセージが、会食等をすべて解禁するということとらえられると、一気に感染が再拡大する懸念がある。</u> <u>なし崩し的に人流が増加しないよう、送別会などの大規模な会食は控えること、引き続き学校や職場には対策の強化を呼び掛けていただきたい。</u></p> <p>【重症者・死亡者を減らす取り組み】</p> <p>経済活動の中心となる若年者への対策と、重症化・死亡リスクがある高齢者への対策は、分けて考えなければならない。 資料 1-3 にある死亡例の分析では、高齢者の死亡が多い点は第四波と第六波で似ているが、診断から死亡までの日数が短い点で異なっている。 第 4 波はワクチン接種前であり、医療機関や高齢者施設でのクラスターが相次ぎ、高齢者の重症例、死亡例が多かった。 第 6 波ではワクチンの効果が低下したことで、再び高齢者のケースが増加した。 ⇒<u>ワクチンブースター接種の必要性が裏付けられている。</u></p> <p>さらに、感染者数の増加により保健所、医療機関ともに業務がひっ迫し、救急搬送困難なケースや、そもそも受診せず（診断されず）様子を見ているうちに悪化したケースが多かったようである。 当院でも、<u>心肺停止で搬送された患者が陽性であったケース、コロナ以外の理由で状態が悪化して受診、救急搬送された患者が陽性であったケースが多かった。</u></p> <p><u>診断から死亡までの日数が 0 日や 1 日などと短いケースが増えているのは、このような理由のためと考えられる。</u> ⇒<u>保健所が介在しなくても、速やかに受診、入院できるよう、受け入れ医療機関の門戸を広げることも必要である。</u></p> <p>使用施設が制限される中和抗体薬や経口抗ウイルス薬が使用できる施設を増やすこと、流通制限がなく（近々軽症者にも適用拡大されると見込まれている）レムデシビルを投与できる施設を増やすなどの取り組みも必要と考える。</p> <p>死亡例の中には、高齢で DNAR(心肺蘇生を行わない)のケースが多かったことは想像できるが、高齢であっても感染までは元気にしていた方も多い。</p>

人工呼吸などの集中治療は行わないにしても、抗ウイルス薬や中和抗体薬を投与することで回復する可能性はあるので、クラスター発生施設への治療支援も重要となる。

⇒感染対策の支援に加え、治療の支援も引き続き拡大し、早期に治療介入することで死亡率も下げ、軽症中等症・重症病床の使用率低下にも寄与すると考えられる。

大阪市では感染対策支援ネットワークの枠組みで支援に入っているが、やはり不十分であると考えられる。支援に入る医療機関の負担も大きい。

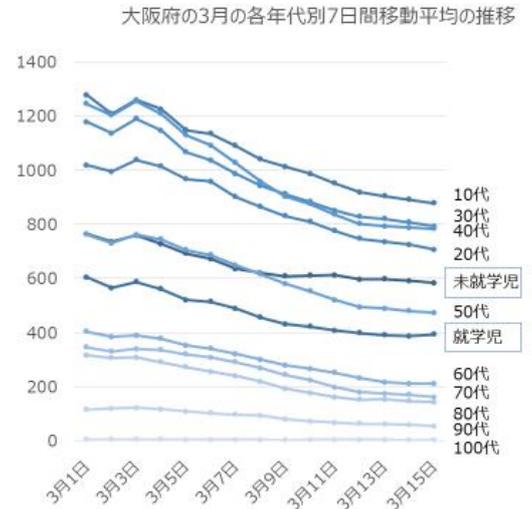
支援に入る側の医療機関の選択肢も増やし、標準治療を指南するだけの小回りの利く支援を期待したい。クラスター対応チーム、ホットラインの創設は有効な手段であろう。

専門家	意見
<p>倭委員</p>	<p>【死亡分析】</p> <p>死亡分析において 7 日以内の死亡割合が多いことは、特に高齢者においてワクチン 3 回目追加接種が未だ十分に進んでおらず、特に高齢者施設において初期治療が適切に行われていない患者さんが死亡の転帰になっていると考えられる。実際、オミクロン株では発症 2、3 日で重症あるいは本当に一歩手前の中等症 II まで悪化している患者が当院搬送患者においても多く見受けられる。もちろんワクチンを 1 回も接種されていない方では 60 歳代以下においても特にそのような傾向にあるし、たとえ改善傾向にあってもなかなか酸素需要が無くならないし、ウイルスが排出されない経過となっている。60 歳以下までだと何とか治療に反応して回復されるが、高齢者では厳しい転帰となる。実際、当院においても、治療のタイミングがまだ間に合えば中等症からコロナの重症肺炎になる患者はほぼいない状況である。高齢者では誤嚥性肺炎 + 新型コロナウイルス感染で、ほぼ看取り状態に近い方が高齢者施設から搬送され、治療に全く反応せず死亡されている。これまでだと、新型コロナウイルス感染による肺炎があり、誤嚥性肺炎が続発する傾向にあったが、今回は誤嚥性肺炎が先にあり、その後、高齢者施設内でのクラスターにより新型コロナウイルス感染となるケースが多い傾向にあるのではと思われる。一方、今回は循環器疾患さらに慢性透析患者では、初期治療に反応し経過良好であったとしても、元々の既往症である心筋梗塞や致死性の不整脈、心不全で一気に死亡される症例も発症から 10 日以上経過した症例で見られる。もちろん、80 歳以上の高齢者であっても治療に反応し、回復されている方も多くおられる。重症病床に入院される患者の特徴としては、これまでも報告されているように、当院においても、他の尿路感染症などの感染症からの敗血症性ショックで搬送された患者が新型コロナウイルス陽性であったり、多発外傷患者が新型コロナウイルス陽性であったり、誤嚥性肺炎の悪化からの呼吸不全が主たる疾患の患者が新型コロナウイルス陽性であったりする例が多く見られている。たとえ、医療機関において高齢者においてクラスターが発生しても、早期に診断し、早期に治療を開始すれば患者さんの経過は良好であることを医療現場として実感しており、7 日間以内の死亡が多いことは、高齢者施設などでのクラスターにおける医療介入が遅いかと思われる。5 人以上の患者が発生したクラスター発生段階でサポートを開始するのでは遅く、1 人でも発生したタイミングでの早期介入が必要であると考え。もちろん BA.2 の今後の拡大による第 7 波に対する基本的な備えとしては、ワクチン 3 回目追加接種を進めることがまず必須であり、さらに高齢者施設内にウイルスを持ち込まないように引き続き基本的な感染対策、迅速簡易キットによる検査体制を徹底することが求められる。</p> <p>【感染・療養状況と第七波への対応】</p> <p>現在、依然として医療状況の逼迫は持続しているが、感染者数が減少傾向にある現状では、一旦、まん延防止等重点措置を解除する方針とすることには致し方ない面もあるかと思われるが、今後、春休み、卒業、入学、入社など人の移動、会食などの増加が起こり得る季節を迎えるため、これまでと同様の感染対策、医療体制ではまた次の変異株 BA.2 に対して、昨年のアルファ株の際と同様に医療が極めて逼迫し、救急搬送困難例も増加することは避けられない可能性が極めて高い。新たな行政による医療体制の構築を進めていただいていることは評価できるが、これまでにあるものの上に継ぎ足し、継ぎ足しになっている感が否めない。また、あまりに複雑で、患者搬送が実際に迅速に行えるのが医療現場としては不安が残る。また、BA.2 には少なくとも現在の中和抗体療法ソトロビマブは効果がないことが報告されている。中和抗体療法カシリビマブ/イムデビマブの効果が回復しているとの報告もあるが、実際の臨床においては不透明である。その辺りを十分に考慮して、重症化リスク因子のある患者ではレムデシビルの外來、施設、ホテルなどでの軽症段階での 3 日投与を行うか、ある</p>

いは現在承認されている経口薬の中で効果の高いニルマトレルビル/リトナビル錠を、加齢による腎機能低下を考慮し、高齢者への投与量を半量にするなどに注意し、かつ可能であれば薬剤師の先生にご協力をいただき、お薬手帳を確認して、併用禁忌、併用注意の薬剤に対する確認をしっかりと行っていただいた上で重症化リスク因子のある患者に投与することが考えられる。これらの新たな治療戦略を大阪府全体の医療機関へ情報提供、情報共有するための研修会などを迅速に行い、次なる第 7 波に向けて直ちに備えないとすぐにまん延防止等重点措置を再度要請する事態になりかねない。その点を十分に理解し、今回解除とすかどうかを慎重にご判断いただきたい。当院では本日から **BA.2** に対する **PCR** によるスクリーニングを行い、疫学調査のみならず、早期治療法の確立につなげる方針である。次の第 7 波への備えとして、迅速抗原検査体制の充実、新たな治療薬による治療指針、ワクチン 3 回目接種の更なる推進、地域の医療機関との連携強化による高齢者施設への感染対策（クラスターが発生してからの介入ではなく、1 人の患者が発生したら保健所を介さずに直ちに介入することが必要、**DMAT** 感染症チームなどによる早期介入、医療機関への迅速な搬送などを今後導入することを想定。）、治療のサポート体制の確立などとセットにした上で、まん延防止等重点措置の解除を行えないのであれば、今回解除することには賛同できない厳しさが今の大阪府にはあると思わざるを得ない。より根本的な対策としては幅広い方にすぐに処方できるインフルエンザのオセルタミビルに相当する、新型コロナウイルス経口薬の 1 日も早い承認が期待される。最近の特徴として未就学児から大学生までの子供が先に感染し、家庭内において濃厚接触者になる医療者が再度増加していることを現場において実感する。また、その多くがその後に症状発現し感染症となっている。濃厚接触者に対して直ちに予防内服が可能な薬剤の承認にも期待したい。行政の医療体制構築はもちろん必要であるが、最も大事な点は個々の患者さんへの感染症診療を確実にを行うために体制を構築する必要があるのだという基本に立ち戻り、早期発見、早期治療に繋げていただきたい。これまでの波の特徴に合わせた対策で不十分な点を改善していくことはもちろん重要であるが、毎回、新たな変異株による新たな波において異なる様相を見せていることから、先の予想を行った上での行政、保健所対応対策をしっかりと行っていただきたい。毎回想定外では許されない。また、どうも感染症による災害対応を行っているとの認識が乏しいように思わざるを得ない迅速性の乏しさを感じる。まずは、今後次の波になる可能性の高いオミクロン株 **BA.2** に対する **PCR** 検査による迅速なスクリーニングをしっかりと行い、これまでのオミクロン株より感染力が強いことが報告されている特徴を踏まえ、今回の行政の新たな取り組み、上記に挙げたより迅速な対応、より有効な治療方針について、大阪府内の新型コロナウイルス感染症対応の医療機関のみならず全医療機関に対しての周知徹底をいち早く行っていただきたい。

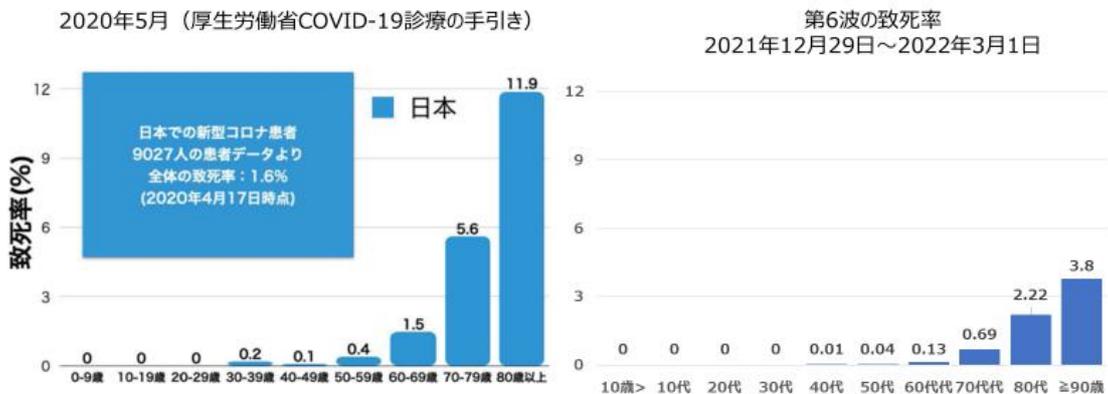
【第6波の感染状況】

- 大阪府では、検査陽性者数、陽性率の減少傾向が続いているが、未だに第5波のピークの2倍の陽性者数であり、ここ2~3日減少のスピードが鈍っている。
- 全国的には、比較的人口規模の大きくない県で高止まりや再上昇がみられている。これらの県で明らかなBA.2の増加は報告されておらず、20歳未満の若年層の増加が原因と考えられる。
- 大阪府もここ数日10歳未満の若年者の減少のスピードが他の年代に比べて鈍くなっている（右図）。学校や保育園、家庭での感染予防がさらに必要と考える。



【まん延防止等重点措置について】

- まん延防止等重点措置や緊急事態宣言は、物理的、心理的に一定の効果があったと考えられているが、その代償は大きい。数値化することのできる経済のことが取り上げられるが、婚姻数が減少し、将来の人口にも長期的な影響を与えることが予想され、教育の現場でも勉強だけではなく、情操面においても将来世代への影響が懸念される。超高齢社会の日本においては、高齢者の外出自粛による運動量の低下、フレイルや認知症の増加のリスクも指摘されている。このように現在の利益、不利益だけではなく、将来にわたる長期的な視野で対策の実施を判断すべきであると考えます。
- オミクロン株の病原性：オミクロン株の病原性は、流行初期のころ（新型コロナウイルス感染症診療の手引き第2版 2020年5月；厚生労働省）の致死率と比べ年齢階層別に5~1/10となっており（下図）、肺炎の発症率も1/10程度（90~80% vs 5%）と相当程度低くなった、と評価できる。



- 第6波で新型コロナウイルス流行に対して脆弱な人達の特徴がより明らかになった。オミクロン株程度あるいはそれ以下の病原性で感染力が強い場合には、まん延防止等重点措置や緊急事態宣

言など社会活動を制限することによって、リスクのある人達（高齢者や基礎疾患のある人）を間接的に守るのではなく、周囲の人（介護施設や医療機関のスタッフ）も含めたワクチンの迅速な接種や頻回の検査の実施など直接的に守ることで社会活動をできるだけ制限しないという方向性が適切と考える。また、感染力が強く、感染者数が爆発的に増加すれば、重症者や死亡が増えることから、医療体制も専門の医療機関を設置するのではなく、全医療機関が対応できるように整備する必要があり、大阪府の第7波に向けた対策の方針に同意である。

- ・ ただし、オミクロン株よりも病原性が高い場合、あるいは不明の場合には、病原性が判明するまで、あるいはワクチンや治療薬の有効性が確認されるまで、従来の対策と同じで、2類相当のうちでも専門の医療機関において対応することが望ましい。

- ・ 大阪府のまん延防止等重点措置の継続について、医療のひっ迫が指標になるが、右図は、第3波以降の60歳以上陽性者数と重症病床数の相関を示している。第3波から第5波にかけては、60歳以上陽性者数と重症病床の使用数は類似した推移を示していたが、第6波では、陽性者数の増加に対して緩やかな病床の使用数の増加となった点が大きく異なる。すなわち、重症化率が低かった。現在すでに陽性者数の減少に相関して重症病床使用数も減少してきており、このまま感染者数が減少を続ければ、重症病床の使用率も減少すると考えられる。



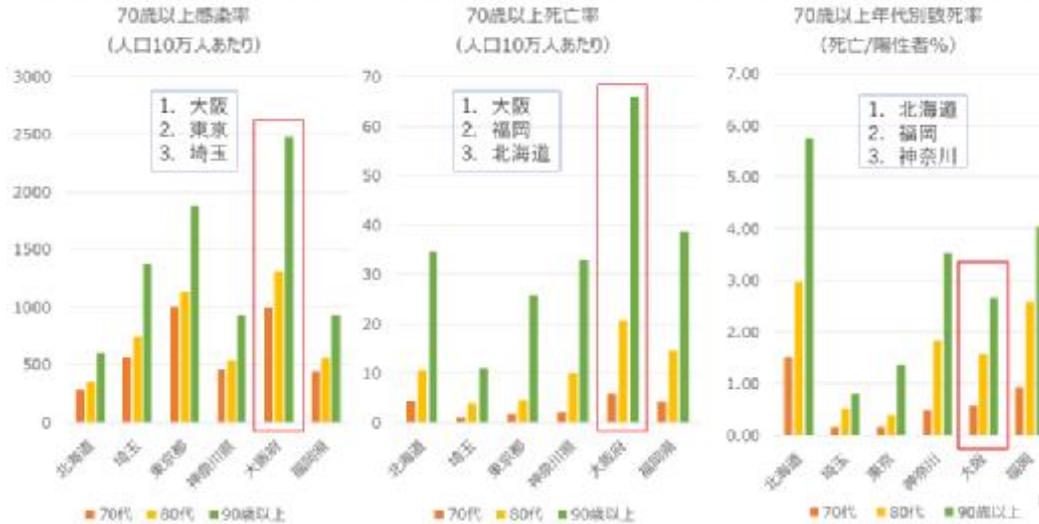
- ・ 第6波における軽症中等症病床のひっ迫は、60歳以上の陽性者数が従来の波と比べて圧倒的に増加し、65歳以上は原則入院にしたために起こったと考える。この点でも第7波に備えて、すべての病院での入院体制の整備に賛成であり、そのための支援を行うべきと考える。
- ・ また、施設でのクラスターについて、感染者が多く入院が難しくなった場合には、軽症者は施設で迅速に治療できる医療介入体制を整備すべきである。

【死亡者の状況と考察】

- ・ 大阪府は全国の都道府県の中で死亡者数、死亡率が最も多くなっている。
- ・ 人口500万人以上の都道府県の第6波（12月29日～2月15日）感染率（年代別感染者数/人口10万人）、死亡率（年代別死亡者数/人口10万人）を死亡者の90%以上を占めている70歳以上について次図に示す。
- ・ 大阪府は他の都道府県に比べ感染率（人口に占める感染者数）が高く、高齢の感染者数も多いため死亡率が高くなっている。
- ・ 高齢の感染者数が多いのは、死亡者の1/3 ずつを占めている施設内、病院内感染の多発が原因と考える。
- ・ 致死率は、感染後の医療介入や診療の質のひとつの指標となり、高齢者年代別致死率は東京

都や埼玉県は低く、地方の県が高い傾向にある。大阪府は中間にある。死亡率には医療状況のみならず、死生観など社会文化的要因もあるので社会学的解析も必要と考える。

70歳以上各年代別感染率、死亡率、致死率（厚生労働省、期間：12月29日～2月15日）



- ・ 今回の大阪府の死亡者の解析では、第6波では、診断早期の死亡者が最も多く、これまでの波の死亡状況と異なる。COVID-19による死亡は、発病後5～7日後に肺炎が重症化し、サイトカインストームによって死亡に至るとされていた。発症から診断まで約3日とすると、肺炎の重症化までが診断後4～5日、さらにサイトカインストームによる死亡までが2週間と仮定すると、第4波の死亡日数のパターンとなる。第6波は、それと異なり、診断早期に死亡が多い。
- ・ この原因としては
 - ② オミクロン株の病原性が弱いため、あるいはワクチンの影響で肺炎やそれに伴うサイトカインストームが死亡原因ではない。
 - ② 高齢者が多いために、発熱や倦怠感の症状が明確ではなく診断が遅れた*。
 - ② 抗ウイルス薬の治療が奏功するようになり、診断後すぐに治療的介入がなされる頻度が高くなった、
などが考えられる。
- ・ 死亡原因についても診断日に死因にコロナ以外が最も多くなっていることから考えられるのは、高齢者のため発症に気付くのが遅れ、重症化、死亡してから診断された可能性を考える。
 - * 高齢者の肺炎は発熱、咳などの症状があらわれにくく、37.5℃以上の発熱は1/3の症例であったという報告がある。
- ・ 診断後早期の死亡者のうち、診断時に自宅にいる人の割合が多いことから、自宅にての気づきの遅れが起こっている可能性がある。
- ・ 診断後早期の死亡者は、発病の気づきの遅れが想定され、診断時にはすでに重症化しており、発症早期に治療が有効な抗ウイルス薬（レムデシビルや抗体薬、経口抗ウイルス薬）による治療の効果が乏しいことが推測され、医療介入をおこなっても救命が難しいと考える。

- ・ 死亡者の半数以上はワクチンを打っていないか不明の人のため、データからはワクチンの死亡抑制効果は明らかである。ワクチンを接種していない高齢者の背景を分析し、できるだけワクチン接種をしてもらえるように対策を執ることが必要。

【第七波に向けた保健所業務の重点化、医療・療養体制の強化についての意見】

- ・ 大阪府の第 7 波に備えた保健所業務の重点化、医療・療養体制の強化に賛成である。
- ・ その大きな理由は、すでに多くの医療機関で **COVID-19** のクラスターや“**incidental COVID**（他の疾患の検査、治療目的で入院した患者が、検査によって、新型コロナウイルス感染が確認された偶発的 **COVID** 患者）”を経験している。**Incidental COVID** は、今後も続くので、いつでも **COVID-19** 患者の診療が可能な体制をすべての医療機関が整備するべきである。
- ・ そこで、患者、職員合わせて **200** 人以上のクラスターを経験した非コロナ専門病院の聞き取りを基に、これらの対策を実現するために追加すべき事柄を述べる。
- ・ この病院では、ハード面での解決すべき問題も残っているため、コロナ専門病院になることはできないが、入院患者が **COVID-19** と診断された場合は、重症の治療が必要な患者を除いて軽症、中等症の患者は自院で抗ウイルス薬の投与など迅速に行い、診療を続ける方針とされている。
- ・ 大きなクラスターの発生に対して、職員は、看護師を中心に献身的に診療、看護に従事したが、感染制御の専門家と治療の専門家の支援が必要であった。
- ・ また、自院で軽症中等症患者を診療するためにも、重症化して集中的な治療が必要になったときには専門の病院に転院できることが必要条件となる。
- ・ この病院では、関連する病院の感染管理看護師や治療法の情報を取得し、治療としてできるだけ早期に抗ウイルス薬の点滴を実施し、さらに地域の感染対策のネットワークからの支援を受けることができ、クラスターの収束に向かっている。
- ・ 地域ネットワーク の重要性：災害医療における **DMAT**のごとく、地域の複数の感染防止対策 1 取得病院が保健所と連携し、地域のすべての病院の感染対策の向上をはかり、それらの病院群と協力して地域の施設の感染対策や医療介入を実践するネットワークを平時から（第 6 波後）早急に構築すべきである。
- ・ 地域ネットワークは保健所をはじめとする行政との連携が重要であり、保健所をハブとして病院群が連携し、地域の感染対策に自律的に取り組む組織となる。