



# 5 類感染症へ向けた COVID-19(コロナ2019)に対する 医療機関としての取り組み ～診療経験からの問題提起

NHO茨城東病院 臨床研究部長

薄井 真悟

院内感染対策チーム 感染管理責任者

はじめに



## 3年を経過したCOVID-19を振り返って

茨城県では、2020年3月、当院検体採取例が初のCOVID-19と診断され、3年を経過した

その致死性や伝播性から分類すると、

「高致死率を有した1-4波」

「致死性と高伝播性を兼ね備えた5波(デルタ株)」

「致死性の低い6波以降(オミクロン株)」

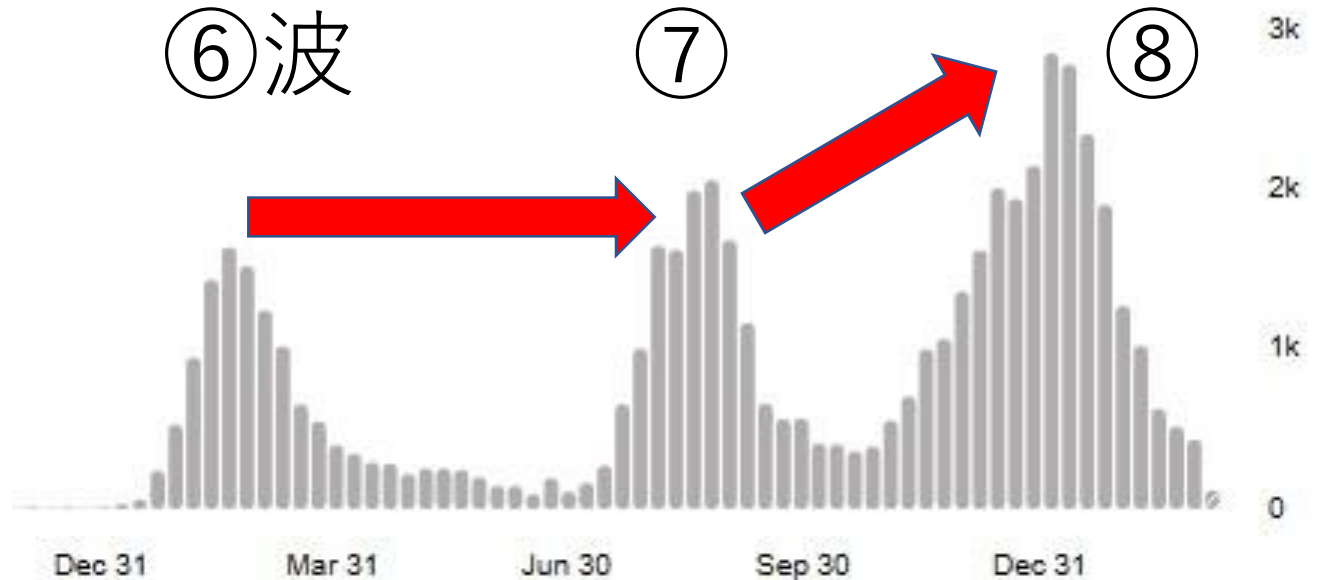
に大別できよう

# オミクロン株

発生数



死者数



2023.3.18データ

From WHO [WHO Coronavirus \(COVID-19\) Dashboard](https://www.who.int/dashboards/covid19)

# 8波は最大の波であった



発生届の簡略化により、カウントされない発生者がいることが想定された

- 重傷者収容数や死者数から、少なくともピークの発生数は、7波の1.1～1.4倍はあったのではないかと(論文では5倍説も)? また期間が長期化した
- 8波は2類感染症対応(管理診療)からの部分脱却  
⇒調整入院より、救急搬入が目立った
- 本年5月8日 5類感染症へ移行が決定

# 6-8波の起因：オミクロン株



従来株（WT・アルファ・デルタ）との違い

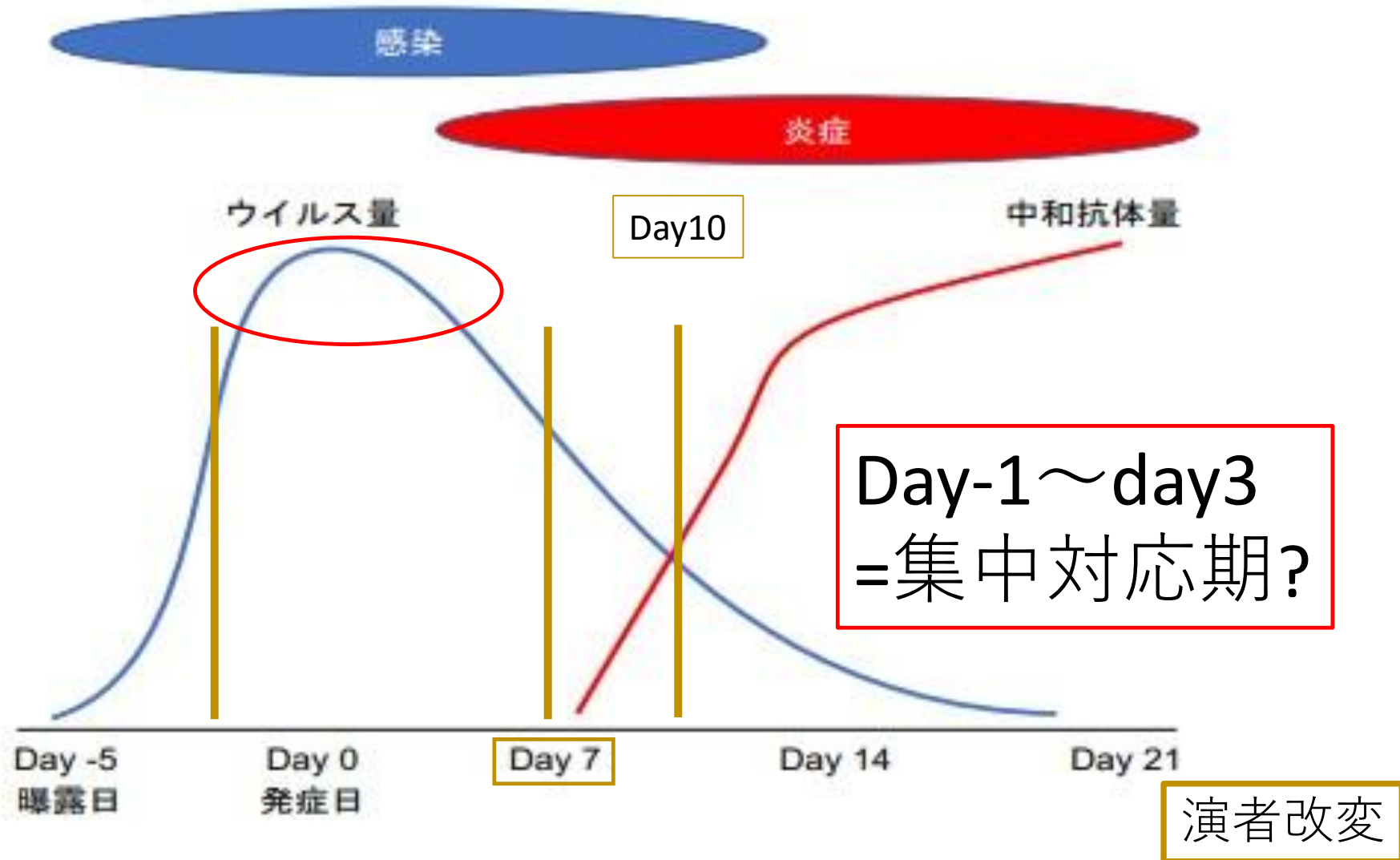
- 高伝播性
- 低致死性
- 潜伏期の短縮 3日（～10日）（WT 5日（～14日））
- 勧告期間・濃厚接触観察期間の短縮化に至った
- 院内感染や、高齢者施設内感染が問題化した

# 今後 9波 . . .



- 今微増 XBB(俗称グリフォン)  
BA.2.10→BJ.1とBA2.75.3→BM1.1.1の組換え体
- 他BA.5→BQ.1.1(俗称ケルベロス) 欧州中心
- しかし、いずれも「オミクロン株の亜種」
- 潜伏期短縮・高伝播性・低致死性の特性が加速するものと考えられる
  
- ポイントはオミクロンでない変異が出てきたとき
- ただ、WTは“振り返って”、“恐怖”だったのか？

# 感染・免疫応答



(参考) WHO. What we know about the COVID-19 immune response. 02 Aug 2020.



# ウイルス培養期間から推察される 自宅療養機関の至適化の考察

## 行政14日ルール時

WT・アルファ	10.4日	(8.6～12.7日)
デルタ	6.9日	(5.9～8.0日)

## 行政7(～10)日ルール時

オミクロン BA1	5.5日	(4.7～6.5日)
BA5	4.5日	(4.1～4.9日)

(97.5%点(95%信頼区間))

Ref. Ogata, T et. Al: Int. J. Environ. Res. Public Health 2022

Tanaka, H et. Al: same as above 2022, and Ogata, T et. Al. Emerg. Infect. Dis. 2023

NHO Ibarakihigashi National Hospital



# 今後のウイルス特性と対応



今後基本路線は、

- 感染力上昇・ウイルス消失時間短縮・致死率低下の流れが維持されるであろう(ウイルスの宿主適応)
  - すなわち、全例報告がされ得ると、集団免疫確立まで、次の波は最大になることが見込まれます
- 
- ✓ 要医療の人をどう現場につなぐか?
  - ✓ 医療介入不要の人にどう療養していただくか?  
→ むしろ「社会医学的」な問題が重要か?

# 感染管理について思うこと



## コロナ感染の成立時期

- 発症の1日前から3日後 ⇒ 高い・集中対応期?
  - 4日後～7日目 中等度リスク?
  - オミクロンはさらに期間が短縮?
- 
- 最もリスクが高いのは外来・救急の現場
  - コロナ病棟で治療が開始され数日たった患者からの感染リスクは低下する
  - 現行のN95 + 接触飛沫感染予防策は、どこですべきで・いつまで適応すべきなのか?

# 外来対応看護師 常時アイガード装着



⇒ これでよいのか?



入院対応  
看護師

スクラブ  
キャップ  
N95  
エプロン

NHO Ibarakihigashi National Hospital

感染経路		PPE	感染速度	オミクロン	WT
空気		N95			
エアロゾル	密閉・密集	換気			
飛沫	密接	マスク			
接触		ガウン			

- アクリル板、ビニールカーテン 飛沫・接触対策  
 → WTに有効、オミクロンでは換気の方が不足する  
 → 換気が確保され、マスクガウンが使用可能であれば、不要(メンテナンスの分手間がかかる)  
 → 換気+マスク(フェイスシールド)が基本

# 院内対応の論点整理



## 5類感染症に向けた3部門への対応

1. 外来診療 / 2. 入院診療 / 3. 感染管理

現在の対応・今後

1. 外来診療 発熱外来の臨時設置対応

⇒ 継続? 常設外来への統合?

2. 入院診療 臨時コロナ病棟による診療

⇒ 継続? 常設病棟への移行?

3. 感染管理 ICT+有事(BCP)的管理

⇒ ICT中心?



# ① 外来編



# 1. 外来の対応①

## 個人的な考え

- ✓ 集中対応期(**Day-1～Day3**)の感染力の高い患者が訪れやすい救急診療の場において、常に眼を保護する防具を併用した、“**Extended Standard Precautions**”が、続けやすく効果が高いと考えています
- ✓ インフルエンザ(現行5類)の診療をかつてどのように行っていたか?
- ✓ 肺結核(現行2類)が疑われる患者が受診された場合どのように院内規定で対応しているか?  
⇒コロナ対応を決める際の基準になると思います

# 1. 外来の対応②



- 臨時外来の継続
  - 患者間感染回避の安全性は高いが、医師・看護師・事務員確保の問題、施設維持の問題があり困難か
- 予診で分離
  - 予診前の待合での患者間感染の可能性あり、予診スタッフの感染回避対策を要する
  - 分離後の診療は?
  - 臨時外来に準拠するのか、既存施設内に確保するのか?
- 一般と同動線で対応
  - 患者間感染回避には劣る
  - すべての患者が感染していることを想定したスタッフ対応・設備対応を行う必要がある



# 1. 外来の対応③



## 当院では

- ✓ 共通待合待機後、予診でトリアージ
- ✓ 発熱・体調不良受診者全員に抗原検査実施
- ✓ 陽性 現在発熱外来 / 新年度感染症診療ブースで対応
- ✓ 予診待機中・抗原結果待ち時間の、患者間感染の可能性の問題



NHO Ibarakihigashi National Hospital



レガシー 当院 発熱外来(旧帰国者接触者外来)



# 1. 外来の対応④

インフルエンザと同様通常に診療を行うと?

通常診療を可能とする問題解決型思考の1例

患者来院

⇒ トリアージによる発熱エリアへの誘導・診察

⇒ この間に患者間感染の恐れ

\* 5類化はここが医学的には免責されうると推察

検査・陽性⇒診察

⇒ スタッフ感染の恐れ・診察環境汚染の恐れ

\* 適切なPPE・環境整備で解決

# 1. 外来の対応⑤



## 患者間感染回避

- ✓ 病院から来院者へメッセージをしっかりと発出  
「無症状の方でもコロナキャリアーの可能性がある」  
よって「ユニバーサルマスクングが必要」  
かつ 「静かに待合で過ごすことが必要」
  - ✓ 医療機関の方針として「患者間感染を防ぐための  
施策としてお願いしている」と明示、協力を求める
- \* 既に厚生労働省から、病院受診時のマスクを着用  
は明示されています

# 1. 外来の対応⑥



## 適切なPPE

- ✓ 発症日数からのリスク評価に基づくPPE私見例
- ✓ 発症日から3日以内 高リスク  
          サージカルマスク＋アイガード 検査時エプロン
- ✓ 4日を経過している 中リスク  
          サージカルマスク＋アイガード
- ✓ 7日(6日へ短縮予定)を経過している 標準対応
- ✓ N95は不要、手指衛生は必須、手洗い・洗顔は有効
- ✓ トリアージ時の発症日の確認が極めて大切

# 外来診療のピットフォール



- 医療者が患者から感染しないよう努めます
- しかし、発症日に応じて感染防御対策を簡易化することが可能になりそうです
- 高リスクの診断行為(=鼻咽頭ぬぐい)が必須でしょうか？
  - 発生届はなくなります
  - 抗ウイルス薬適応外症例に診断は必要でしょうか
  - 適切な療養期間の指示で十分なケースもあります
  - (診断書希望例は増える可能性があります・・・)
- 法的な縛りや、患者家族への指導義務はなくなります
- すなわち、患者間感染問題はひとまず目をつぶりましょう

# ちなみに 当院はコンパクト外来です



- 単科 診察室6個 + 感染症2個
- 動線 全患者同一
- 過去のインフルエンザの時は、発熱来院者の待合をパーティションで分けていただけです
- 4月～新感染症外来ブースが稼働開始し、検査受験者の結果待ち待機場所は分離しました
- しかし、問診までの患者動線は同一です
- 今のところ受診者のご意見はなさそうです・・・



# ② 入院編





## 2. 入院の対応①

- コロナ専用病棟を維持して収容する
  - 通常患者収容ベッドの減少
  - 対応人員(医師・看護師)の確保
  - コロナ閑散期への対応
- 常設病棟内にコロナ患者を収容する?
  - 一般患者への感染伝播は生じないのか?
- 隔離期間をどのように設定するのか?
  - 難治例や長期例は現在でも病院内陰性化の転帰判断時期はばらつきがある

## 2. 入院の対応②



- 病院の基準で感染性に段階をつけるのか?
  - 現行での7日目、10日目ルールをどのように患者に適應するのか
  - 学会等が主導するガイドラインや、学校保健安全法を参考にすれば、解決可能か?
- **学校保健法改定方針**
- **発症翌日から5日間出席停止**
- **ただし、症状軽快後1日を経過していること**
- 隔離期間や感染性に応じて病床運用するのか?
  - 集中対応期は個室、以降はコホート、陰性化へ等

## 2. 入院の対応③



### 当院では

- ✓ 現在コロナ病棟は一般病棟の一部区画を使用
- ✓ 1個病棟で、一般患者、開放性肺結核(TB)、COVID-19患者の混合化となっている
- ✓ ゾーニングと、対応看護師の分離で実践している

### NEXTプラン

- ✓ 感染性(発症日数)による対応PPEの変更
- ✓ 病院内の解除基準の策定
- ✓ 専用病床から全患者一般病床へのシフト 10月1日開始目標

感染対応病

一般40床

赤枠

COVID-19

緑枠

一般救急

陰圧ユニット

10床 全室個室





COVID

TB

一般



COVID

COVIDステーション

TB・一般

## 2. 入院の対応④



専用病床から一般病床へのシフトの必要条件

### ✓ PPE基準の浸透

発症3日目                      接触飛沫対応

発症4～7(6)日目    簡易化?

発症8(7)日目以降    サージカルマスクのみ?

### ✓ 解除基準の策定

解除基準の策定入院を要するもの = 中等症2以上となることから、通常経過の7(6)日目解除は、適応しにくい  
過去に定量抗原検査値や、LAMP反応時間の統計を取ったが明確な基準は決められなかった  
咳症状と熱がキーポイントになると考えています



# ③ 感染管理

# 3. 感染管理の対応



院内クラスターが頻発するほど感染力の強いオミクロン株に対しては、引き続き強力な感染管理が必要と思われます

- 職員に対する対応
  - 発症の管理、報告、濃厚接触の対応
- 入院患者に対する対応
  - 入院時の陰性確認をどうしていくのか?
- 面会者に対する対応
  - どこまで緩和をしていくのか?

ICTを実行部隊として、全病院的な対策を実行継続していくことが望ましいと思います





## 当院の今後

- ✓ 職員に対する対応
  - 本人家族発症は報告制維持
  - 病院基準の濃厚接触対応を制定
- ✓ 入院患者に対する対応
  - 入院時の陰性確認は当面継続
- ✓ 面会者に対する対応
  - キーパーソン・予約制・時間制・ロビー等を利用した管理面会(個室は病室内可能)
- ✓ 院内ルールとして制定し、実践、コンプライアンス遵守を求める

# 感染管理の時と場合



- \* **世間一般**は: かかってもよい～かかりたくない
  - 千差万別につき対策は難しい・せめて病院はマスク!
  - しかし、困ったら診てほしい!と声は大きくなるか?
  
- \* **病院**は: スタッフが休みになるので感染されたら困る、  
院外で感染したスタッフに持ち込まれたら困る
  - ～部署によって困り方が異なります～
    - 急性期病床 感染されたら困る 予防策の教育等
    - 慢性期病床 持ち込まれたら困る 感染管理の徹底等
  - 一律対応では埒があきません
  
- \* きめ細かな院内規約の策定と果敢なき実践しか解決の道はないと思います

# 院内感染を防ぐ 高齢者施設・長期療養型病院



## 当院にも重症心身障害者病棟があります

- ✓ 患者の持ち込み ほぼありません
- ✓ 職員に対する対応 これにつきます  
わずかな体調変化でも積極的な検査を実施  
しかし、無症状で持ち込まれることは大いにあります  
職員に、「**他者に感染させないワークスタイル**」を教育し実践させることがメイン  
→ うつさない診療・看護が重視される
- ✓ 面会者に対する対応 段階的に緩和可能か？

# 感染させないワークスタイル



自分が感染していても人に感染させない  
～これを職場で実践することを旨とする～

- ✓ ユニバーサルマスクング(顎・鼻マスクしてませんか?)
- ✓ 咳・くしゃみ・大声への配慮(エアロゾルの発生源として)
- ✓ マスクの外れる食事の時の3密回避・会話は控えめ  
スタッフ間感染回避
- ✓ 患者に接する前の手指衛生の徹底・接触時の手袋ガウン  
患者から・患者への、両方の意味を持つ感染回避
- ✓ すべては「標準予防策」の考えの徹底なのです

# 院内でルールを



- ICTの院内位置付け 院長直属のリスク管理部門
- 医療安全 副院長をトップとしたリスク管理部門  
⇒ ICTは医療安全に包括されての活動が望ましいとされる

管理部門の決定の周知はトップダウン(有事)方式

- 一方、スタッフからの意見の吸い上げを実行、尊重し納得を得るプロセス⇒ボトムアップ(平時)方式
- 両方式をすり合わせて、組織内における合意形成を得ることが望ましい (アドバイザーボード資料)

# これらプロセスにより



- 正に良いガバナンス(病院統治)の形成
- リスクコミュニケーションを得る
- 感染管理は、多くの決まり事を果敢なく実践していく実行モデルであり、病院統治の一具体例である
- コロナへの対応
  - 現行 国の指針に従ったが、徐々に緩和
  - 今後 病院が指針 普遍的で実行可能であり有効な施策を決めていかなければならない

2023.04.18 ひたちなか保健所管内 研修会



# 補 企業統治

NHO Ibarakihigashi National Hospital

# (参考) 企業統治(Corporate Governance)に 病院統治の方策を学ぶ



- ✓ CGコード(ガイドライン) 東京証券取引所策定  
持続的成長や中長期的な企業価値の向上を実現する  
ためにガバナンス改革をコード(ガイドライン)に沿って実施  
会社が、株主をはじめ顧客・従業員・地域社会等の  
立場を踏まえた上で、透明・公正かつ迅速・果断な意  
思決定を行うための仕組み

## 医療に翻訳

良い医療の持続的提供や医療の質の向上を実現する  
ためにガバナンス改革をコードに沿って実施  
病院が、患者をはじめ患者家族・従業員・地域社会  
等の立場を踏まえた上で、透明・公正かつ迅速・果断  
な意思決定を行うための仕組み





## (参考) 医療における考え方は？

- ✓ ガバナンスは「管理体制を構築、病院内部を管理して、病院運営上のあらゆるリスクを減らす」といった意味合い
- ✓ 医学的根拠に基づく、守るべき施策はコンプライアンス(規範)と表現できる
- ✓ ただ病院を管理するのではなく、コンプライアンスに対する意識を維持し、管理体制を整えていくのが良い「ガバナンス」の構築
- ✓ これらを意識したガバナンスの形成 = 「管理の強化」や「効率的な管理」を行うことが、ガバナンスを効かせる・強化することにつながる



(参考)

## 医療界にコード(ガイドライン)はあるのか?

✓ 日本医療機能評価機構 3rdG:Ver3.0

2023年4月～適応開始

✓ その特徴(評価機構公開資料)より抜粋

病院幹部面談

病院におけるガバナンスの状況の確認評価

病院の進むべき方向等に関する意見交換

医療安全・感染ラウンド

サーベイヤーの指定した病棟をラウンド・ヒアリング、実践の確認・評価

# (参考) ガバナンスの形成にあたって ～トップ企業に求められる配慮



東京証券取引所 CG code 改訂版より

- 社会・環境問題をはじめとするサステナビリティ (SDGs) を巡る課題
  - 上場会社は、サステナビリティを巡る課題に対する適切な対応を行わなければならない
  - 病院ではまずサステナブルな業務フローが大切?
- その課題として「従業員の健康・労働環境への配慮や公正・適切な処遇」も重要である
  - 「2024医師の働き方改革」は正に時代の訴求か?

2023.04.18 ひたちなか保健所管内 研修会



まとめ

NHO Ibarakihigashi National Hospital

# 本発表の考察①



- 本発表は、各病院のコロナに対する施策運用状況には差があると考えられることから、問題提起を中心とし、当院の今後や私見を示しました
- 個人的な対応・対策はインフルエンザと同様と考えており、個人の責任範囲で実行しています。
- すなわち、コロナ診療は標準予防策で十分と考え、小生はマスクのみで気管内挿管しています
- しかし、多くの思いが渦巻くコロナ対応であり、拒絶反応も未だ残ると考えられますから、十分な議論が必要と考えます

# 本発表の考察②



- 3年に及ぶコロナ施策中の多くの制限、すなわち“禁止令”は、病院スタッフを疲弊させてきました
- コロナの病原性は変わりませんから、単純に制限がなくなると考えるのではなく、“こうして行きたい”という自発的な議論が必要と考えます
- 本講演は、今後の病院の進む道を明らかにしていく良い機会ではないかと考え、病院運営の話も加えさせていただきました
- 各病院における、5類対応に向けた積極的な指針作りのきっかけとなりますと幸いです

# まとめ



- 5類感染症への移行時期が決まった現在、医学的根拠に基づいた対応が求められる
- 各病院での感染管理指針を病院職員間で合意形成を得た形で決めていく必要がある
- すなわち病院統治につながるこれら施策は、医療安全部門も含めた全病院的な対応が求められる
- 上記の実行が、患者の求めである「5類になってどの病院でもコロナを見てくれるようになった」との思いに沿い得る施策でないかと思っています



ご清聴有難うございました

NHO Ibarakihigashi National Hospital