

# 新型コロナウイルス感染症の現状と課題

—5類移行(感染症法)を見据えて—

2023. 4. 13-14,19

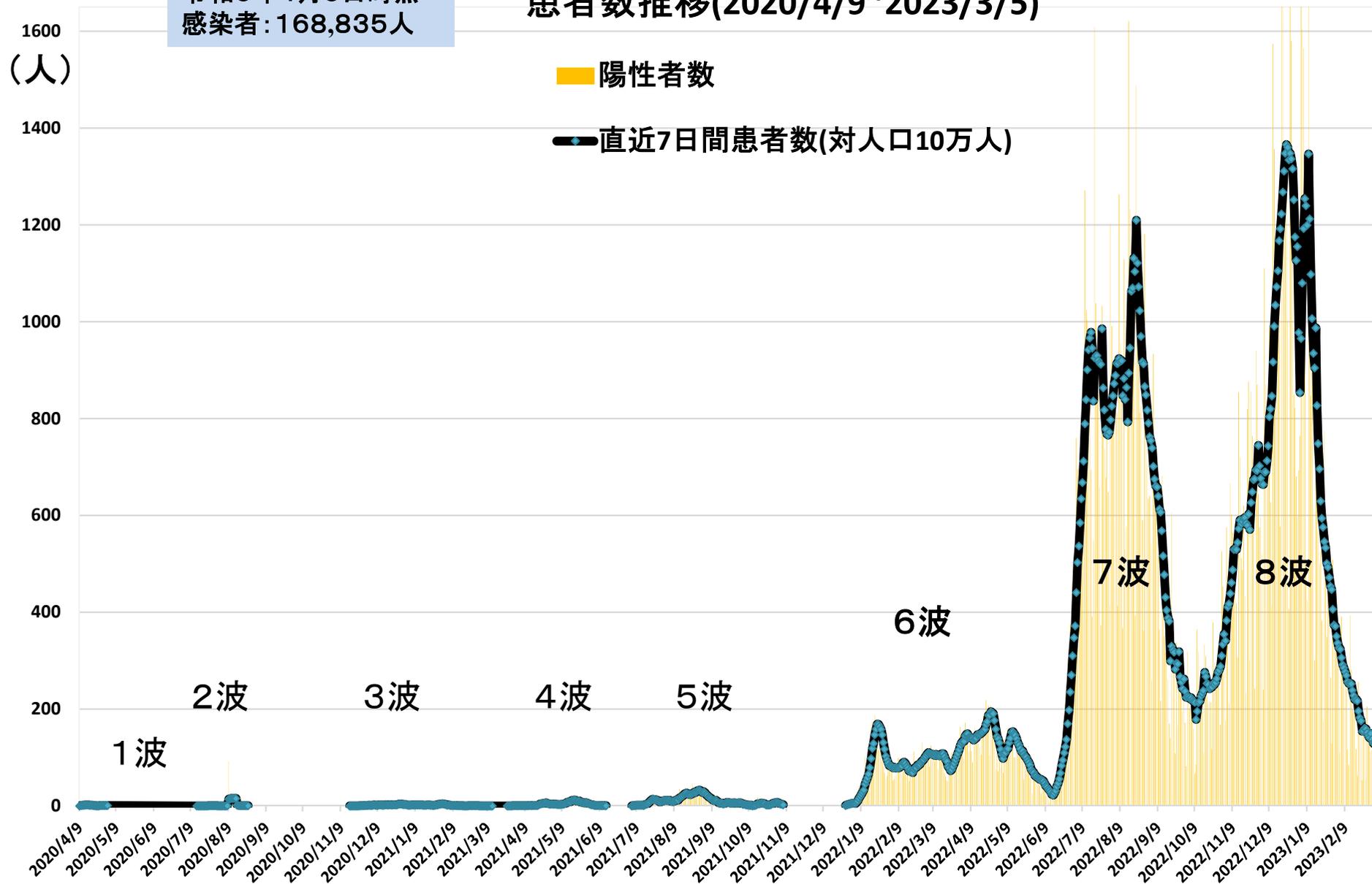
島根県健康福祉部

田原 研司

# 島根県

令和5年4月5日時点  
感染者: 168,835人

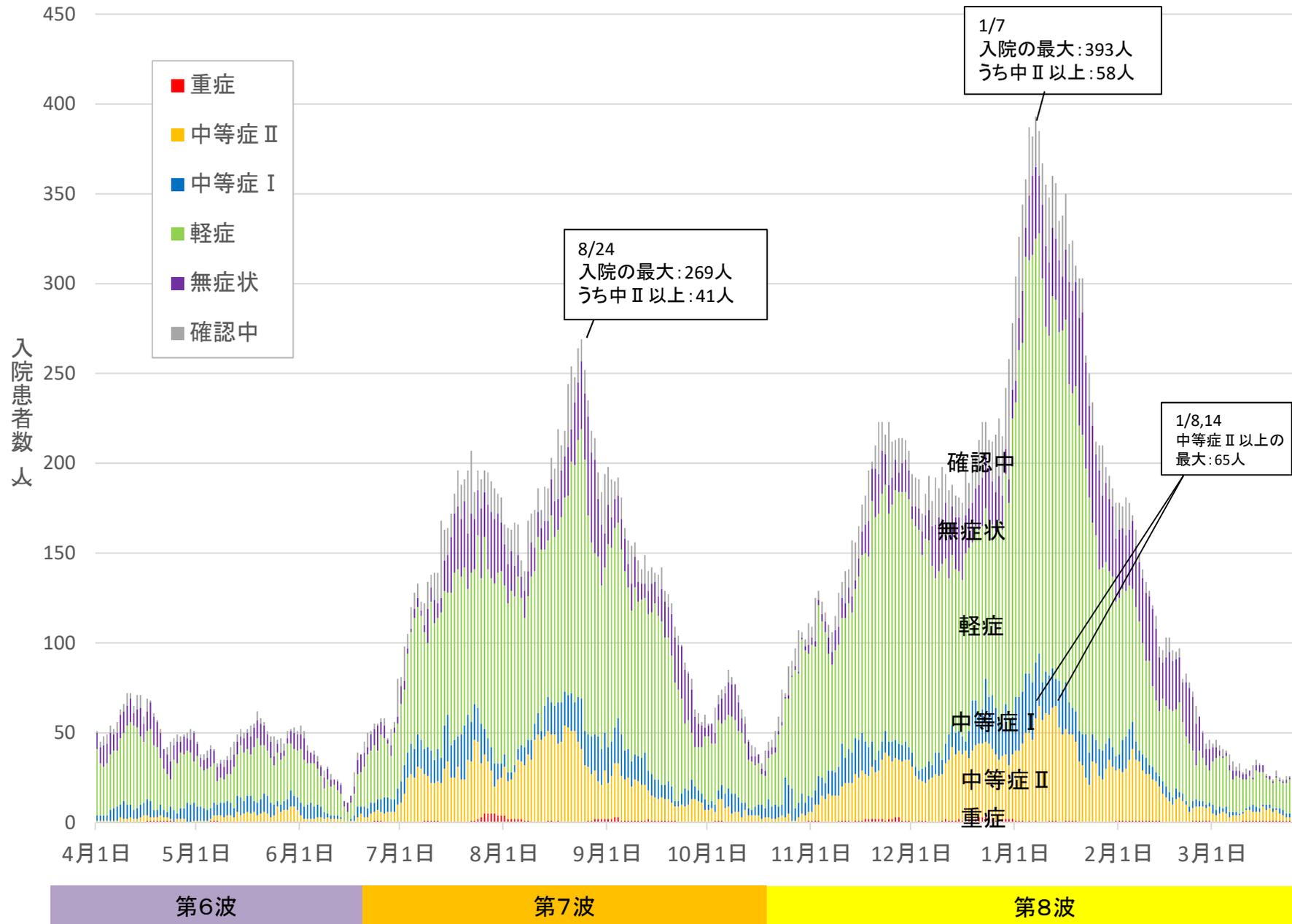
## 患者数推移(2020/4/9~2023/3/5)



# 島根県

## 重症度分類別の入院患者(確保外含む)の推移

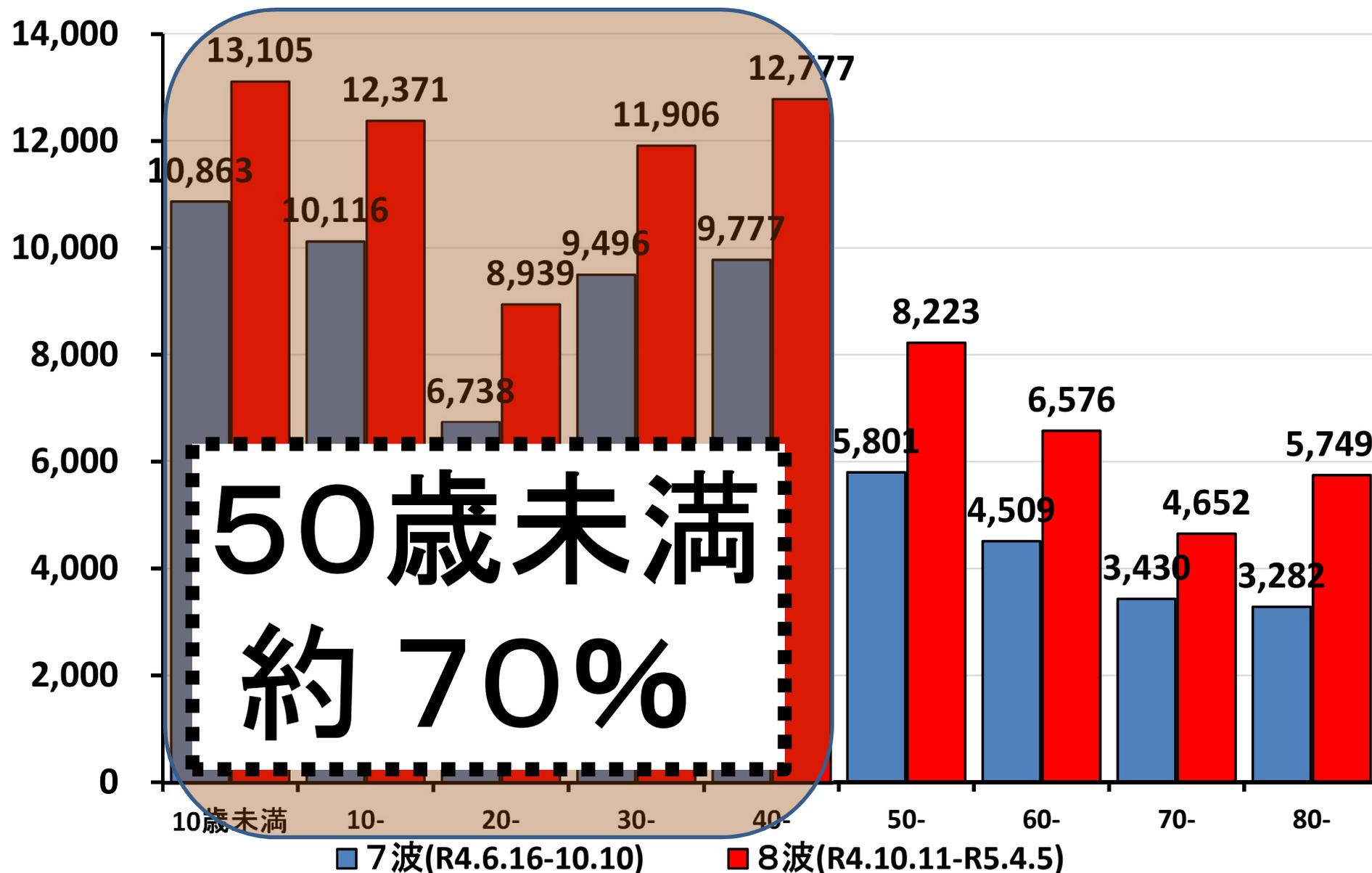
R4.4.1~R5.3.27



# 島根県

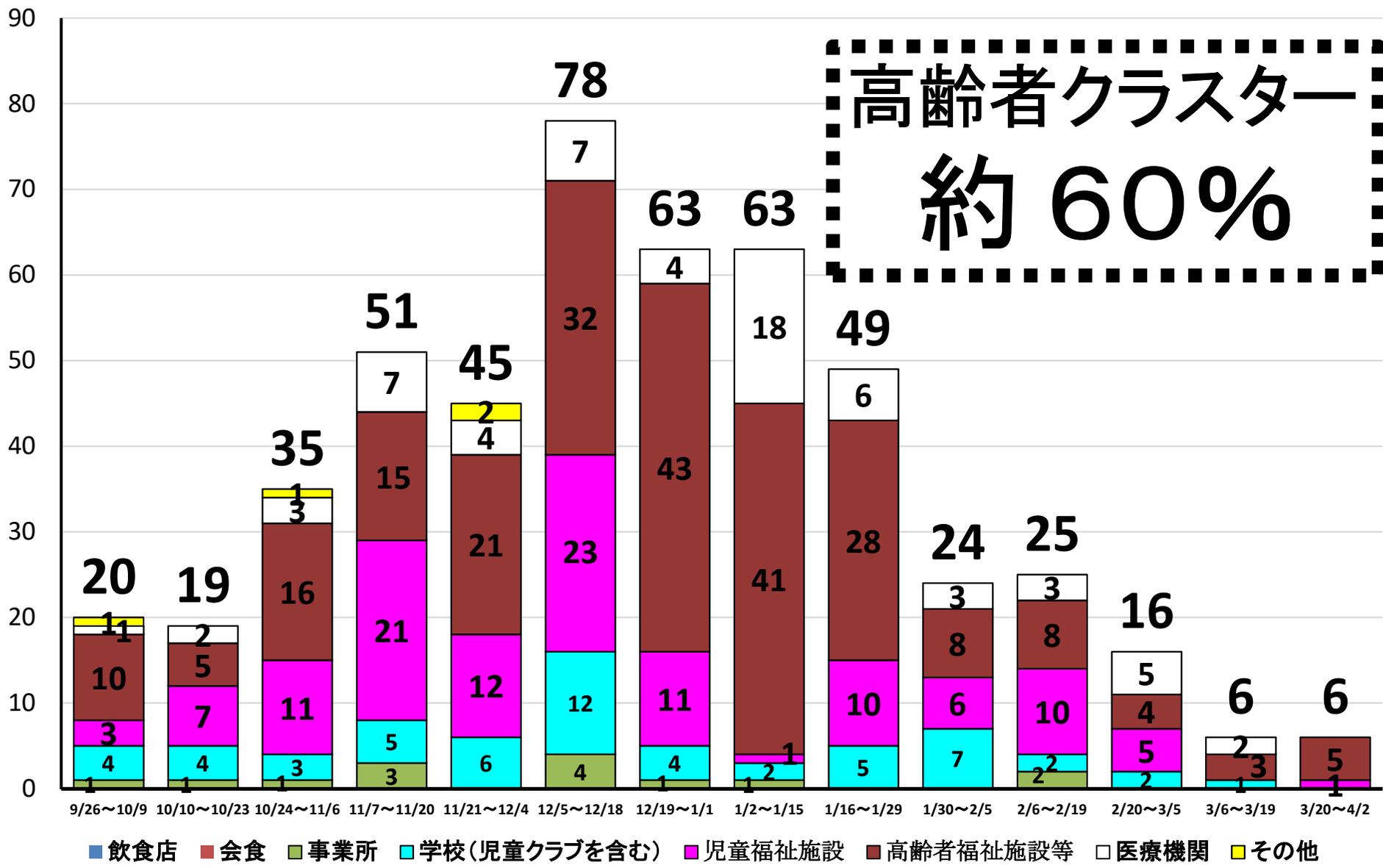
## 年代別陽性者数の推移—第7波と第8波(R5.4.5現在)

(人)



# 島根県

(件) クラスター一件数(種別毎・2週間毎)(R4.9.26以降) 総計 500 件



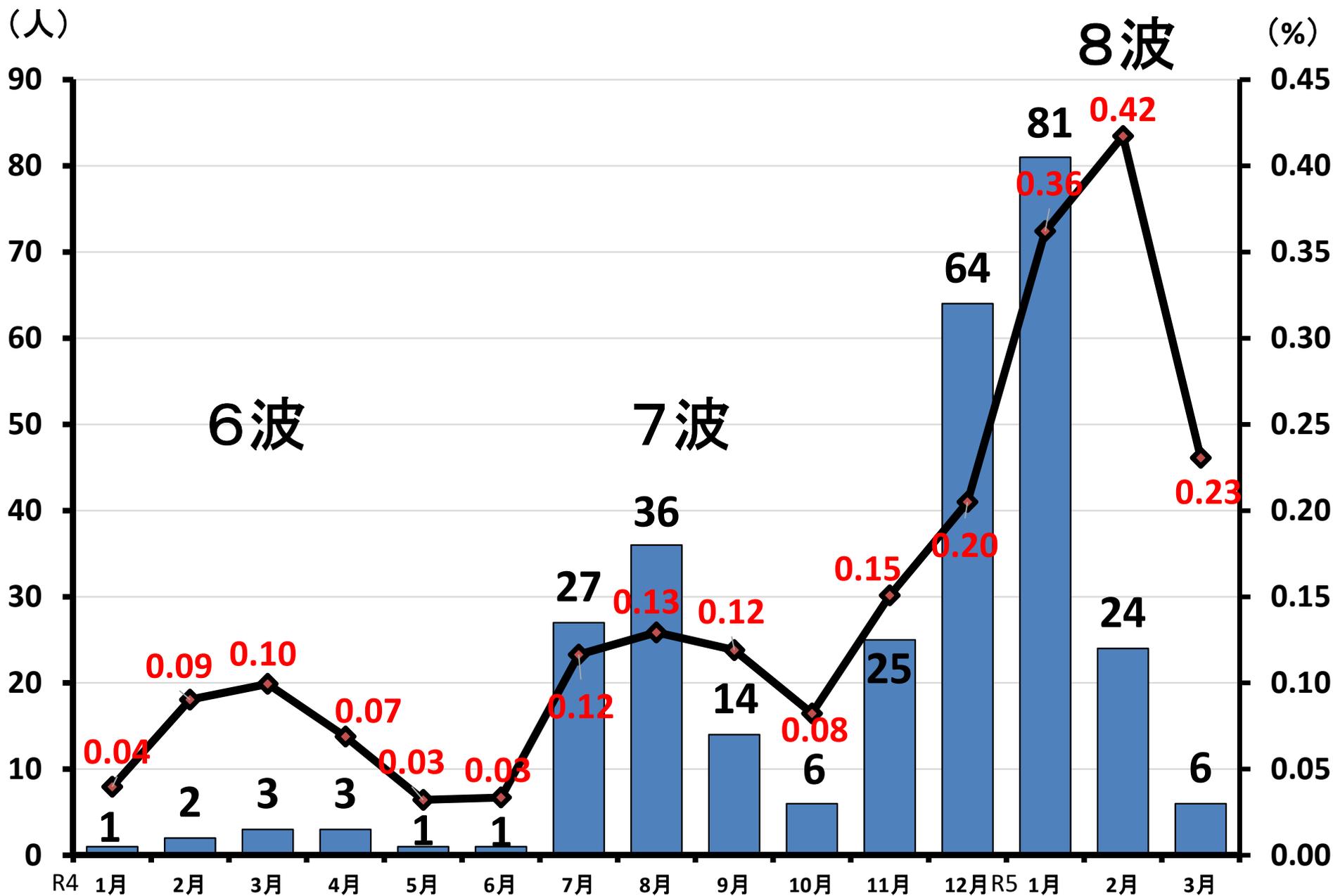
# 島根県

## 県内の6～8波の陽性者数と重症者等の割合（％）

	期 間	陽性者数	中等症Ⅱ（％）	重症者（％）	死亡（％）
<b>6波（主流；オミクロン株 BA.1,BA.2）</b>	R3.12～R4.6.15	15,763人	193人（1.22）	7人（ <b>0.04</b> ）	11人（ <b>0.07</b> ） （全国；0.17％）
				平均年齢： <b>73.1</b>	平均年齢： <b>87.5</b>
<b>7波（主流；オミクロン株 BA.5）</b>	R4.6.16～10.10	67,001人	495人（0.74）	16人（ <b>0.02</b> ）	82人（ <b>0.12</b> ） （全国；0.11％）
				平均年齢： <b>67.3</b>	平均年齢： <b>85.0</b>
<b>8波（主流；オミクロン株 BA.5）</b>	R4.10.11～R5.4.9	84,430人	718人（0.87）*	21人（ <b>0.02</b> ）	203人（ <b>0.24</b> ）
				平均年齢： <b>74.1</b>	平均年齢： <b>86.1</b>

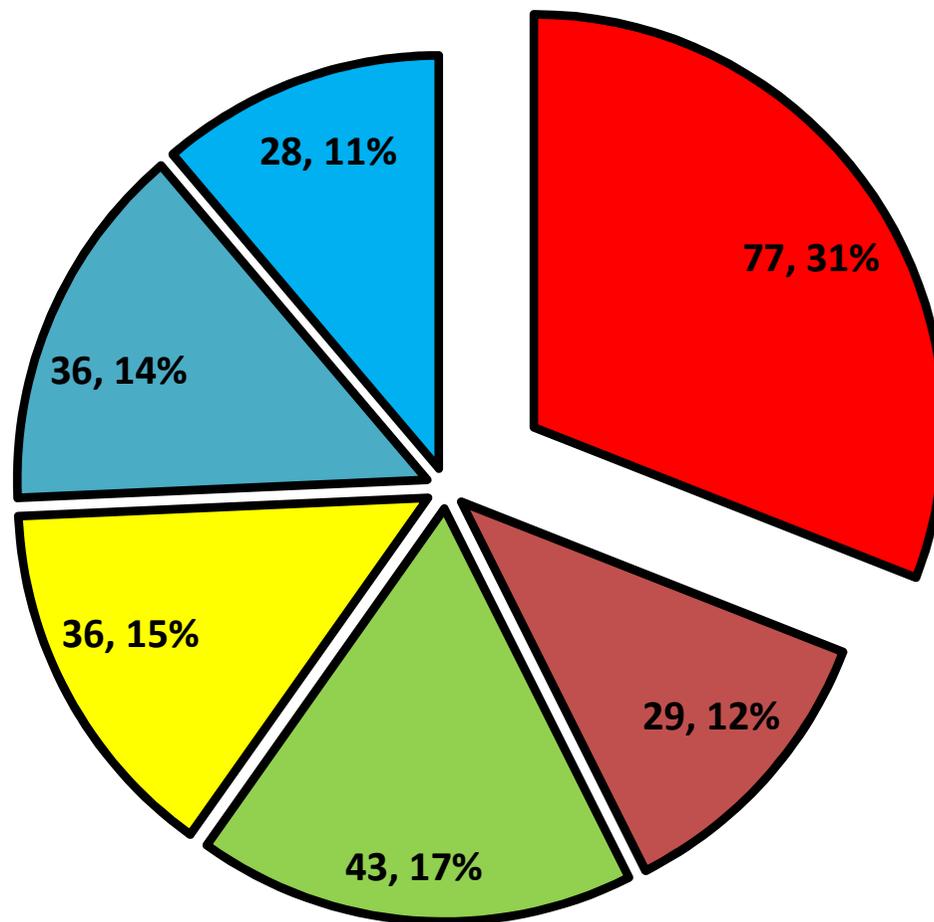
\*R5.3.12現在

# 島根県 県内の月別死亡者数・死亡率の推移(令和4年1月以降)



# 島根県

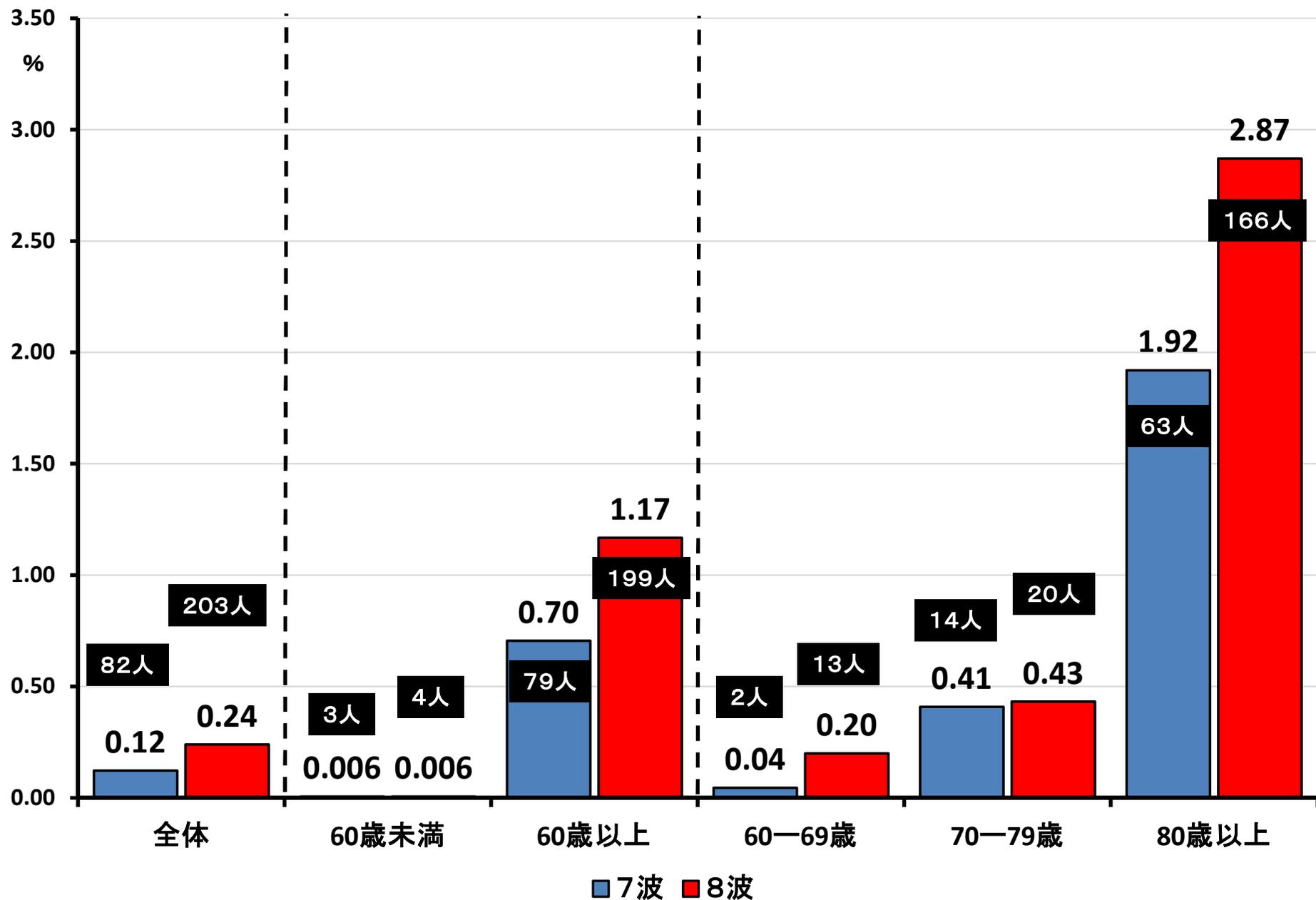
## 死亡原因（7/8波；249人） \*不明を除く



- コロナ原因・主因
- 悪性腫瘍等(ガン等)
- 脳・心血管疾患
- 肺炎(コロナ以外)
- 老衰
- その他

# 島根県

## 年代別新型コロナウイルス感染症死亡率—第7波(82名)と第8波(203名)の比較



(R.5.4.5現在)

## 重症化のリスク因子

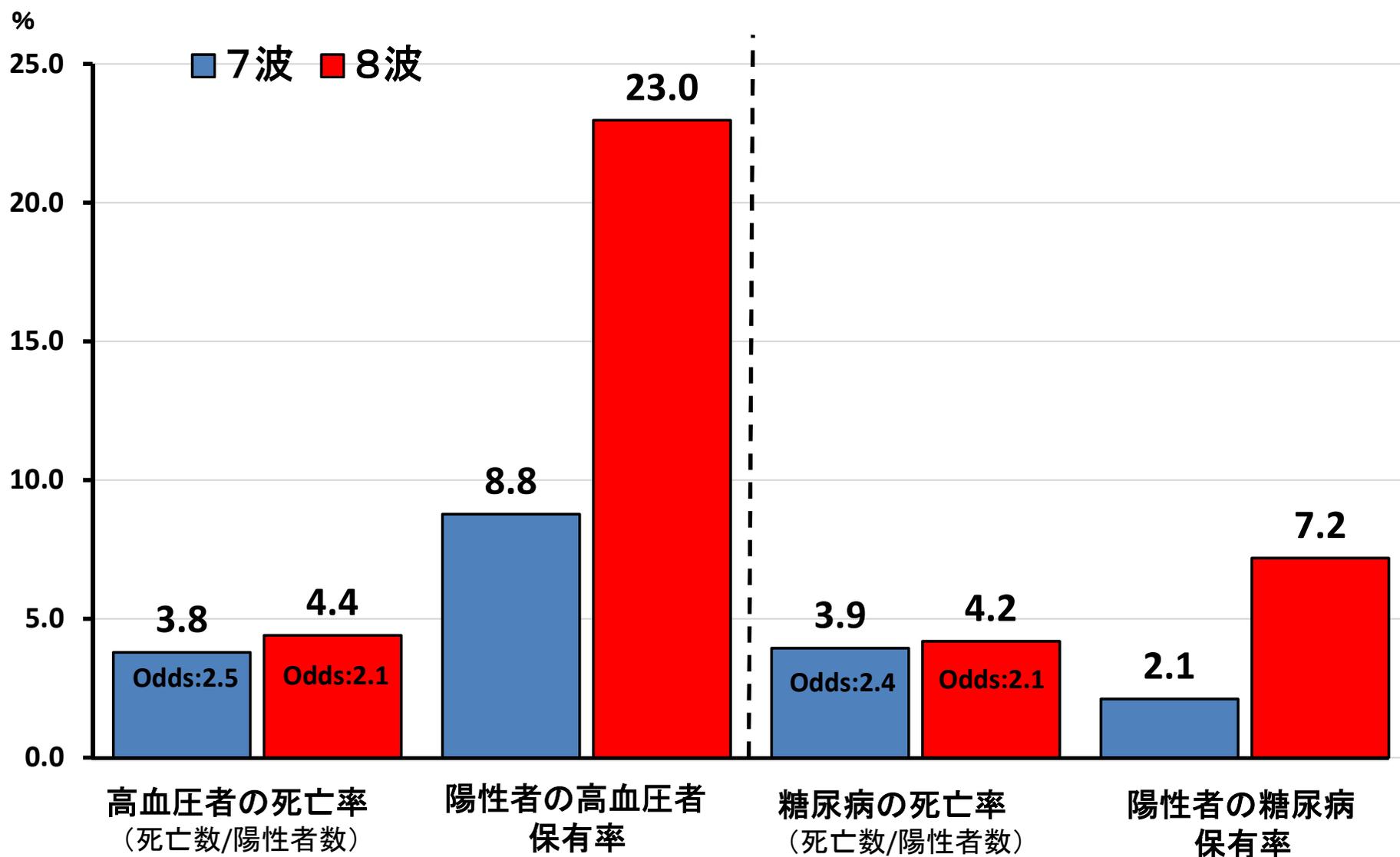
### ・ 65歳以上

- ・ 喫煙
- ・ 高血圧
- ・ 心血管疾患
- ・ 脳血管疾患
- ・ 糖尿病
- ・ 慢性呼吸器疾患（COPDなど）
- ・ 肥満（BMI 30以上）
- ・ 悪性腫瘍
- ・ 慢性腎臓病
- ・ 脂質異常症
- ・ 固形臓器移植後の免疫不全
- ・ 免疫抑制・調整薬の使用
- ・ HIV感染症（特にCD4 < 200/ $\mu$ L）

### ・ 妊娠後半期

# 島根県

## 80歳以上における基礎疾患（高血圧・糖尿病）の陽性者死亡率と陽性者の（高血圧・糖尿病）保有率

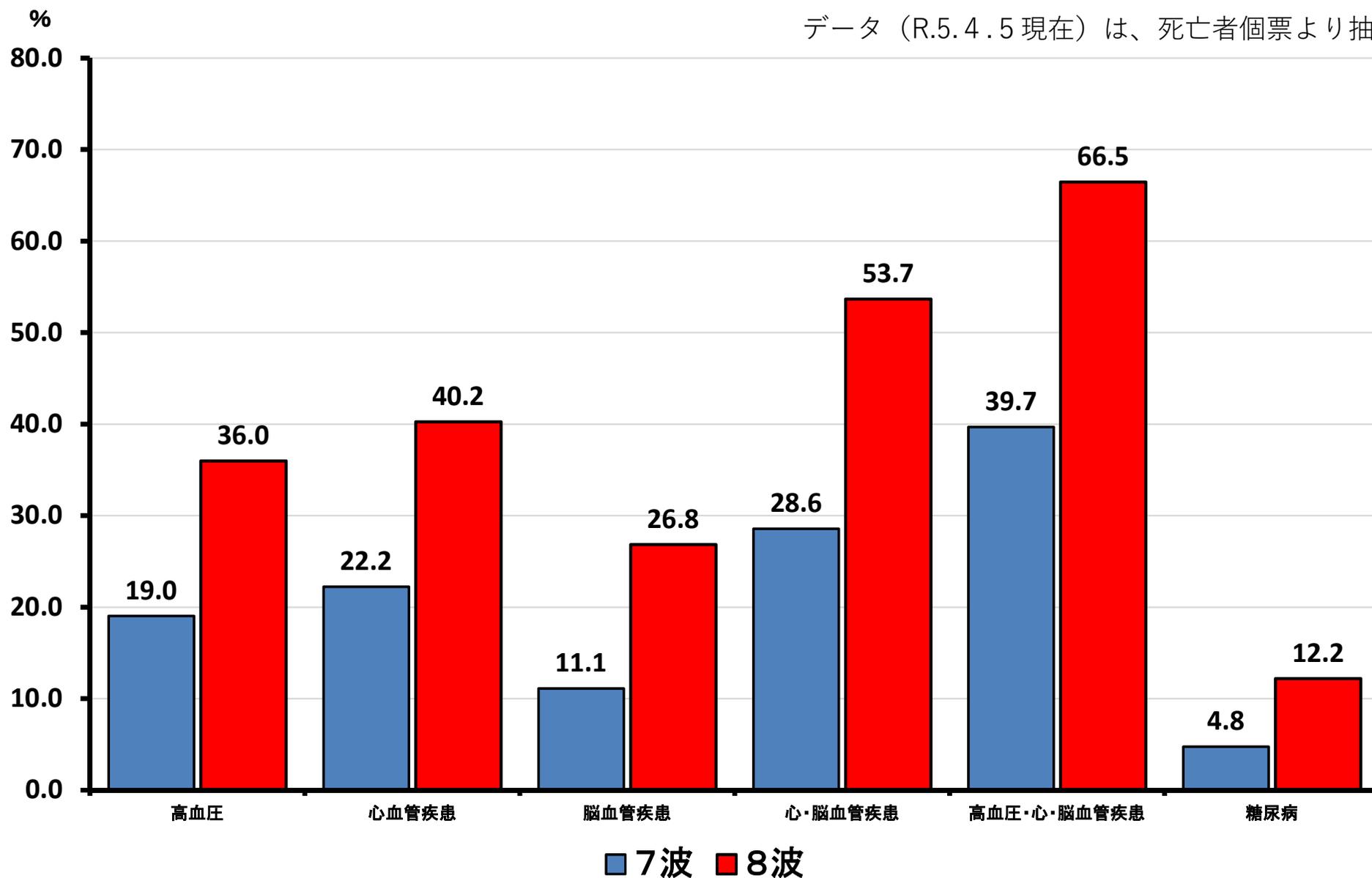


データ(R.5.1.30現在)

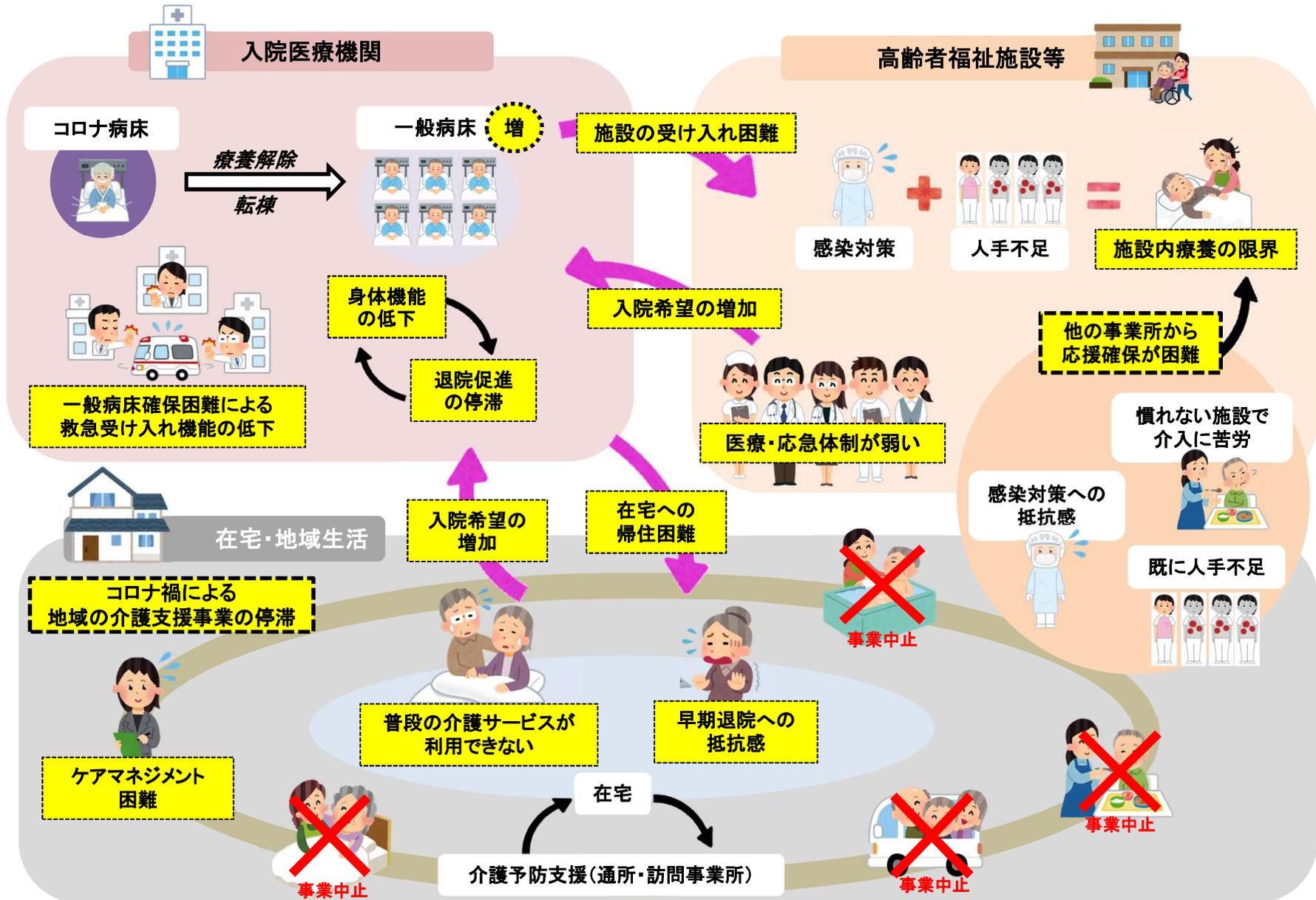
# 島根県

## 死亡例（80歳以上）の基礎疾患（死因含む）の保有率 － 7波（63例）と8波（166例）の比較 －

データ（R.5.4.5現在）は、死亡者個票より抽出



# 出雲圏域における課題の整理



# 課題整理

## 1. 医療機関(病院)における退院促進の停滞

### (1)入院中の機能低下

- コロナ療養が満了した患者であっても、活動性の低下等による**ADL低下**や現病の増悪などにより一般病床等へ入院継続せざるを得ない状況が生まれる。
- コロナ病棟での隔離療養の場合、リハビリ介入などが容易にできず**身体機能の低下**が目立つ。
- 経口摂取ができなくなり、経管栄養となったため、**施設の受け入れ調整に時間を要す**。

### (2)その他事情による入院延長

- 入院中のADL低下により、介護保険変更申請にかかる調査等で入院継続が延長される場合がある。
- 病院間同士の転院調整に時間や手間がかかる例がある。
- 退院先として、新規の施設入所調整をするもケアマネージャーの決定やサービス調整に時間を要する**。

## 2. 病院と施設・在宅との入退転院調整にかかる課題

### (1)社会的入院希望の増加

- 施設内クラスターや、認知症患者への隔離困難などを理由とした**社会的入院**を主訴とするケースが見受けられる。

### (2)退院調整の認識の違い

- 持続的な痰吸引や点滴が必要な退院患者は、**施設側にとっては医療従事者の勤務体制上、受け入れが難しい**。
- 療養期間を満了した場合であっても、検査による陰性確認をもって受け入れる施設の場合、スムーズな退院に移行できない。
- 感染拡大により病院の退院調整が繁雑となる(例:元の施設から別の施設への退院調整が病院に任せきりになってしまうなど)
- 入院に至る経過やその後の状態について、施設・病院・家族間で情報共有が十分でないことがある。

## 3. 高齢者福祉施設にかかる施設内療養の限界

### (1)入所系施設における医療的ケア介入の困難さ

- 持続痰吸引や点滴が必要な退院患者は、**施設側にとっては医療従事者の勤務体制上、受け入れが難しい**。

### (2)感染症対策と介護の両立の困難さ

- 施設内での感染対策は、より多くの時間と労力を要するため、職員の負担が過重となる。
- 認知症の入所者は、感染隔離目的の行動指示や協力が得られにくい**場合が多く、対応に苦慮する場合が多い。

### (3)職員の感染による人員不足

- 職員の感染により人員不足に陥る。特に**夜勤体制の確保が困難**となり、超過勤務や連続勤務などの負担が生じること例がある。
- 職員の応援確保が整っていない施設が散見される。

### (4)施設内療養における応急体制の確保不足

- 嘱託医や施設医、かかりつけ医との連携・応急体制**の確保が十分に整っていない施設が見受けられる。
- 医療従事者が常勤していないことや、24時間体制で勤務していないことなから、療養に対する施設の不安感が大きい。

## 4. コロナ禍による在宅復帰(後)の課題

### (1)コロナ禍による地域の介護事業の停滞

- コロナ療養後であっても、普段から活用していた事業所や施設などでクラスターが起り、実際の利用が先延ばしになる。
- 入院中のADL低下による介護度の変更により、利用サービスの再調整に時間を要すことや、家族の納得が得られない例がある。

### (2)「早期退院」患者への感染対策の継続の困難さ

- 在宅における感染対策の継続に抵抗感を示される家庭が散見される。
- 普段利用していた介護サービス(通所・訪問系)の利用が憚られる。