第24回大阪府新型コロナウイルス対策本部会議

日時：令和２年８月19日（水）16時00分～
場所：大阪府新別館南館８階　大研修室

次　　第

議　　題

（１）新型コロナウイルス感染症の府内発生状況

・新型コロナウイルス感染症の府内発生状況【資料１－１】

・大阪モデル　モニタリング指標の状況【資料１－２】

（参考）新型コロナウイルス感染症対策分科会におけるモニタリング指標の状況【資料１－３】

・入院・療養の状況【資料１－４】

・検体採取体制の状況について【資料１－５】

・６月中旬以降のコロナ陽性患者の発生状況【資料１－６】

・推定感染日別陽性者数の状況【資料１－７】

・大阪ミナミ地区の陽性者発生状況の分析【資料１－８】

・ミナミ地区の感染防止対策等の取組状況について【資料１－９】

・夜間（18時～24時）における人口増減状況【資料1－10】

（２）現在の感染状況・療養状況及び重症病床の今後の見通し

・現在の感染状況・療養状況及び重症病床の今後の見通しについて【資料２－１】

・専門家等の意見【資料２－２】

（参考）新型コロナウイルス感染症COVID-19診療の手引き　抜粋【資料２－３】

（３）イエローステージ（警戒）の対応方針に基づく要請等

・イエローステージ（警戒）の対応方針に基づく要請　【資料３－１】

・クラスターが発生した入所系社会福祉施設等への応援職員派遣スキーム（イメージ）【資料３－２】

（４）その他

大阪府新型コロナウイルス対策本部会議　名簿

〈本部員〉

知事

副知事

副首都推進局長

危機管理監

政策企画部長

報道監

総務部長

財務部長

スマートシティ戦略部長

府民文化部長

IR 推進局長

福祉部長

健康医療部長

商工労働部長

環境農林水産部長

都市整備部長

住宅まちづくり部長

教育長

府警本部長

〈オブザーバー〉

（地独）大阪健康安全基盤研究所　公衆衛生部長

大阪市健康局首席医務監

資料１－１

新型コロナウイルス感染症の府内発生状況（令和２年８月 18 日現在）

① 大阪府内の検査陽性者の状況

R2.8.18 現在

	検査件数	陽性者数累計	現在陽性者数	入院中	重症	入院調整中		自宅療養	宿泊療養	療養等調整中	死亡	退院・解除済累計
						入院待機中	入院もしくは療養方法の調整中					
	108,508	7,101	1,700	561	65	0	401	504	226	3	117	5,284
前日比	2,599	185	74	23	−5	−5	10	51	−3	−2	6	105

※大阪府外で健康観察を実施している事例： 5件

② 新型コロナウイルスの発生状況等

③ 陽性者数の推移

④　７日間ごとの新規陽性者数の推移

⑤　検査件数（陰性確認除く）と陽性率の推移

新型コロナウイルス感染症　大阪モデル　モニタリング指標の状況

資料１－２

【モニタリング指標ごとの状況】

分析事項	モニタリング指標	府民に対する警戒の基準	府民に対する非常事態の基準	府民に対する警戒・非常事態解除の基準	8/12	8/13	8/14	8/15	8/16	8/17	8/18
（１）市中での感染拡大状況	①新規陽性者における感染経路不明者７日間移動平均前週増加比	①2以上 かつ ②10人以上	—	—	—	—	—	—	—	—	—
					0.84	0.79	0.75	0.71	0.68	0.67	0.82
	②新規陽性者における感染経路不明者数７日間移動平均		—	10人未満	●	●	●	●	●	●	●
					102.71	98.14	91.43	86.14	79.71	78.00	85.71
	【参考①】新規陽性者における感染経路不明者の割合	—	—	—	57.6%	61.6%	46.9%	57.6%	48.3%	57.7%	51.9%
（２）新規陽性患者の拡大状況	③７日間合計新規陽性者数	120人以上 かつ 後半３日間で 半数以上	—	—	—	—	—	—	—	—	—
					1262	1214	1151	1124	1076	1024	1107
	うち後半3日間				409	463	553	520	490	369	403
	④直近1週間の人口10万人あたり新規陽性者数	—	—	0.5人未満	●	●	●	●	●	●	●
					14.30	13.76	13.04	12.74	12.19	11.61	12.55
	【参考②】確定診断検査における陽性率の７日間移動平均	—	—	—	9.3%	9.1%	8.7%	8.5%	8.1%	7.6%	7.7%
（３）病床等のひっ迫状況	**⑤患者受入重症病床使用率**	—	70%以上 （「警戒（黄色）」信号が点灯した日から起算して25日以内）	60%未満	○	○	○	○	○	○	○
					29.3%	28.2%	34.0%	37.2%	38.3%	37.2%	34.6%
	【参考③】患者受入軽症中等症病床使用率	—	—	—	40.2%	40.9%	40.0%	43.1%	44.8%	44.2%	46.4%
	【参考④】患者受入宿泊療養施設部屋数使用率	—	—	—	22.8%	20.5%	20.4%	20.6%	19.1%	18.6%	18.4%
各指標を全て満たした場合における信号		黄	赤	緑 （ただし、一定期間経過後消灯）	黄	黄	黄	黄	黄	黄	黄

○：基準内　●：基準外

・参考②の確定診断検査における陽性率は、再陽性患者数を除外して算出

（参考）新型コロナウイルス感染症対策分科会におけるモニタリング指標の状況

資料１－３

	指標及び目安					（参考）前日 8/17	実績 8/18	基準 到達状況	（参考）ステージⅣ 目安	基準 到達状況
ステージⅢ	医療提供体制等の負荷	①病床のひっ迫具合	病床全体		・最大確保病床（※１　1615床）の占有率　20%以上	33.6%	34.7%	●	50%以上	○
					・現時点の確保病床数（※２　1257床）の占有率　25%以上	43.2%	44.6%	●	—	
				うち、重症者用病床	・最大確保病床（215床）の占有率　20%以上	32.6%	30.2%	●	50%以上	○
					・現時点の確保病床数（188床）の占有率　25%以上	37.2%	34.6%	●	—	
		②療養者数	人口10万人あたりの全療養者数15人以上（※３）			18.48	19.27	●	25人以上	○
	監視体制	③PCR陽性率	10% ※１週間の平均			7.6%	7.7%	○	ステージⅢと同基準	○
	感染の状況	④新規報告数	15人／10万人／週　以上			11.61	12.55	○	25人以上	○
		⑤直近一週間と先週一週間の比較	直近一週間が先週一週間より多い			直近一週間　1,024 先週一週間　1,365	直近一週間　1,107 先週一週間　1,274	○	ステージⅢと同基準	○
		⑥感染経路不明割合	50% ※１週間の平均			53.3%	54.2%	●	ステージⅢと同基準	●

※１　最大確保病床とは、都道府県がピーク時に向けて確保しようとしている病床数をいう。

※２　現時点の確保病床数とは、現時点において都道府県が医療機関と調整を行い、確保している病床数でもあり、直近に追加確保できる見込みがある場合はその病床分も追加して確認する。

※３　全療養者：入院者、自宅・宿泊療養者等を合わせた数

●：基準外　○：基準内

資料１－４

入院・療養の状況（8月18日現在）

		重症病床	軽症中等症病床	宿泊療養施設
確保計画	フェーズ１	30床	350床	400室
	フェーズ２	85床	800床	800室
	フェーズ３	150床	1,000床	1,015室
	フェーズ４	215床	1,400床	―
確保数等 （フェーズ３）		確保数１８８床 （8/18現在　実運用数１１７床）	確保数１,０６９床 （8/18現在　実運用数８３１床）	１,２２９室
入院・療養者数【8月18日現在】		65人	496人	226人
（使用率：入院・療養者数 ／確保病床・室数）		34.6%（65／188）	46.4%（496／1,069）	18.4%（226／1,229）

※　別途、自宅療養　５０４人（8月18日現在）

現状の検体採取体制について

＜設置状況＞ ※8月20日時点

○受診調整機能付地域外来・検査センター

・9か所設置⇒8月中に計17か所設置見込み

※大阪府設置分：11か所　政令・中核市設置分：6か所

○検体採取特化型地域外来・検査センター

・１７か所設置⇒8月中に計19か所設置見込み

※大阪府設置分：12か所　政令・中核市設置分：7か所

○帰国者・接触者外来

・86か所設置

※大阪府設置分：30か所　政令・中核市設置分：56か所

○保険適用による検査実施医療機関

・221か所（帰国者・接触者外来等と重複あり）

※大阪府管内：90か所　政令・中核市管内：131か所

※その他、容器郵送による自宅検体採取等も実施

※受診調整機能付地域外来・検査センターの設置及び設置予定箇所のみ記載

※上記のほか、各保健所が継続して設置推進中

資料１－６

6月中旬以降のコロナ陽性患者の発生状況

6/14以降8/18までに判明した5,315事例の状況

１．年代分布

２．居住地分布

3. 感染経路不明者の状況

4. 夜の街の関係者及び滞在者の状況

① 割合（全件）

② 割合（感染経路不明者）

③滞在分類別　※カッコ書きは、7日間の推定値

④滞在エリア別　※カッコ書きは、14日間の推定値

5．60代以上の感染経路（6/14～8/18）

（施設等関連の内訳）

	医療機関関連	高齢者施設関連	障がい者施設関連	その他	計
60代	18	6	6		30
70代	28	14		1	43
80代	32	59		2	93
90代	6	42			48
計	84	121	6	3	214

※リンク不明420人中、クラスターとはなっていない25名（８月17日時点）が含まれる。

（参考）年代別の感染経路

60代の感染経路（6/14～8/18）

70代の感染経路（6/14～8/18）

80代の感染経路（6/14～8/18）

90代の感染経路（6/14～8/18）

６．高齢者施設等におけるクラスターの発生状況

※8/18発表分まで

	発表日	発表名称	利用者数規模（定員、病床）	陽性者		
				職員	利用者	合計
1	7月25日	八尾市の高齢者施設	50人未満	4	5	9
2	7月27日	寝屋川市の高齢者施設	50人程度	2	3	5
3	7月29日	寝屋川市の障がい者施設	50人未満	1	8	9
4	7月30日	松原市の高齢者施設	100人程度	2	7	9
5	8月4日	大阪市の障がい者施設	100人程度	14	29	43
6	8月7日	八尾市の高齢者施設②	100人程度	9	7	16
7	8月8日	大阪市の医療機関	100人以上	6	17	23
8	8月9日	大阪市の医療機関②	100人以上	16	26	42
9	8月10日	池田市の高齢者施設	100人未満	8	19	27
10	8月11日	大阪市の高齢者施設	100人未満	8	27	35
11	8月11日	豊中市の高齢者施設	100人未満	4	5	9
12	8月11日	松原市の高齢者施設②	50人未満	1	8	9
13	8月13日	大阪市の高齢者施設②	100人未満	1	8	9
14	8月13日	大阪市の高齢者施設③	50人未満	2	5	7
15	8月14日	泉大津市の高齢者施設	100人以上	2	15	17
16	8月16日	大東市の医療機関	100人以上	3	2	5
17	8月17日	大阪市の医療機関③	100人以上	6	15	21
18	8月17日	大阪市の高齢者施設④	100人程度	4	6	10
19	8月18日	貝塚市の医療機関	100人以上	2	37	39
			合計	95	249	344

※上記のほか、クラスターとはなっていないものの、７施設等で、合計49人（職員18人、利用者31人）の感染が確認されている。

推定感染日別陽性者数

資料１－７

推定感染日別陽性者数（６月14日以降）（N＝4,500名（調査中、不明、無症状815名を除く））

※推定感染日：発症日から６日前と仮定
潜伏期間は1-14日間(一般的には約5-6日)とされていることから、６日前と仮定
（「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針(R2.5.25変更)」より）

資料１－８

陽性者（市内居住者）の夜の街の関係者又は利用者人数（聴き取り）

令和２年６月１日～7月28日（報道提供済）

（市内全陽性者　８８３人）

【ミナミ地区（２７９人）】

【キタ地区（８１人）】

令和２年７月29日～8月５日（要請前）

（市内全陽性者　８２２人）

【ミナミ地区（２４５人）】

【キタ地区（１３６人）】

令和２年８月６日～8月13日（要請後）

（市内全陽性者　８０６人）

【ミナミ地区（１１６人）】

【キタ地区（７７人）】

（参考）

陽性者（市内在住）の夜の街の関係者又は利用者人数（聴き取り）

令和２年８月14日～8月16日

（市内全陽性者　　２２３人）

【ミナミ地区（３８人）】

【キタ地区（２４人）】

ミナミ地区の感染防止対策等の取組状況ついて

資料１－９

【ミナミ地区での取組み】

○ 7/16～　臨時検査場の設置（夜の街関連施設で勤務されている方及び利用者で、少しでも症状のある方への検査受診）
○ 7/16～　街頭啓発（大阪府・大阪市）
○ 8/5　「感染防止宣言ステッカー」登録促進に向け普及活動（252店舗）
　➢ ステッカーのない接待を伴う飲食店、その他の酒類の提供を行う飲食店への個別訪問による感染防止対策徹底の要請（大阪府・大阪市・大阪府社交飲食業生活衛生同業組合・大阪府警察）
○ 8/6～20　休業・営業時間短縮要請

接待を伴う飲食店（キャバレー、ホストクラブ等）、政令対象※の酒類の提供を行う飲食店（バー、ナイトクラブ等）・カラオケ店	**業種別ガイドラインを遵守（感染防止宣言ステッカーを導入）していない施設**	**休業を要請**
	遵守（導入）している施設	**営業時間短縮（５時～20時）を要請**
その他の酒類の提供を行う飲食店(居酒屋等)		**営業時間短縮（５時～20時）を要請**

○ 8/17,18　休業・営業時間短縮要請の現地確認
　➢ 現地確認及び「わかりやすい感染防止の対策例」チラシの配布⇒9割程度の店舗が休業
○携帯電話の位置情報で、7月と休業要請期間中の夜間の人出について比較した結果、3割程度減少(資料１－10参照)

【感染防止宣言ステッカーについて】

○ 登録状況（8月18日現在）
　➢ 感染防止宣言ステッカー（45,844件）、大阪コロナ追跡システム（28,448件）
○ 「感染防止宣言ステッカーコールセンター」
　➢ 8/21から「休業要請コールセンター」を「感染防止宣言ステッカーコールセンター（電話：06-4397-3268）」に変更。
　➢ 登録に関するお問い合わせ・通報への対応。 通報があった場合、施設管理者に架電等により必要な対応を実施。

夜間（18時～24時）における人口増減状況

資料１－10

難波エリア

7月平均　120.44

3割減

8月6日～16日 平均90.54

※エリア人口の指数：緊急事態宣言時（4月7日）を100とした指数で表示
18:00～24:00の間に30分以上の滞在をカウント
［出典：ヤフー・データソリューション］

夜間（18時～24時）における人口増減状況

7月平均　115.75

3割減

8月6日～16日 平均87.00

※エリア人口の指数：緊急事態宣言時（4月7日）を100とした指数で表示
18:00～24:00の間に30分以上の滞在をカウント
［出典：ヤフー・データソリューション］

資料２－１

現在の感染状況・療養状況及び重症病床の今後の見通しについて

令和２年８月19日
健康医療部

新規陽性者の推計と実測値（第22回本部会議資料を8/18時点に更新）

大阪の新規感染者数の推移

実線：新規感染者数予測
点　：新規感染者数実績
点線：個別の感染流行曲線

今後の患者推計と必要病床数の再シミュレーション
大阪府が試算した数値（6/12大阪府専門家会議に提示）との比較 （第22回本部会議資料を8/18日時点に更新）

※大阪府試算（条件変更後）：6月12日府専門家会議で提示した患者の療養期間から、6月14日から7月21日までに判明した患者の退院・解除までの日数に条件を変更（重症入院患者除く）

陽性者の年齢区分と重症者数の推移（令和2年8月18日時点）

陽性者の年齢区分の推移（令和2年8月15日時点）

7月25日以降、高齢者施設や医療機関のクラスターが発生し、新規陽性者数に占める中高年の割合が増加。
特に8月9日以降、高齢者施設・医療機関において、11か所のクラスターが発生し、80歳以上の高齢者の割合が増加(80歳以上の割合が11%となり、前週と比較し約3倍増加）。また、重症患者数も増加傾向。
【参考】直近2週間(8月2日から8月15日まで)に判明した40代以上の新規陽性者数1,076名のうち、重症化した患者数は66名(重症率:6%)

重症例について推定される感染経路（6月14日～8月18日判明分）

6月14日以降の重症者107名について、推定される感染経路の約７割は感染経路不明者。

＜年齢区分＞

年代	重症者総数	（内訳）				総感染者数	重症化率
		①	②	③	④		
30代	1	1	0	0	0	794	0.1%
40代	8	1	0	1	6	581	1.4%
50代	16	0	0	2	14	566	2.8%
60代	26	1	1	5	19	303	8.6%
70代	30	5	2	0	23	264	11.4%
80代	25	5	4	2	14	213	11.7%
90代	1	1	0	0	0	65	1.5%
合計	107	14	7	10	76	2786	3.8%

※①施設等関連（14名）の内訳

高齢者施設関連	医療機関関連	障がい者施設関連	その他
7人	4人	2人	1人

発症から診断までの日数（6月14日から8月18日判明分）

※診断日は報道提供日として集計実施

年代	発症から診断までの日数 （平均値±標準偏差） ※無症状や調査中は集計から除く
全体（N＝5315）	6.18±3.34
40代未満（N＝3323）	6.37±3.36
40－59歳（N＝1147）	5.99±3.18
60－79歳（N＝567）	5.84±3.22
80歳以上（N=278）	5.18±3.63
【再掲】重症患者（N＝107）	5.78±3.09
【再掲】死亡（N=30）	6.65±4.10※ 陽性判明時に死亡されていた事例（N＝8）は集計から除く

全体の陽性者に比べ、重症患者の発症から診断までの日数はやや短かった。
また、80歳以上の発症から診断までの日数は約1日短かった。

重症者のまとめ（令和2年8月18日時点）

6月13日（1786例目）以前

新規陽性者数		1786
	（再掲）40代以上	1054
重症者数		147
転帰	死亡	47
	退院・解除	97
	入院中（軽症）	3
	入院中（重症）	0

40代以上の陽性者に占める重症者の割合：13.9%
全陽性者数に占める重症者の割合：8.2%

平均年齢：60.8歳

6月14日（1787例目）以降

新規陽性者数		5315	
	（再掲）40代以上	1992	
重症者数（※）		107	
転帰	死亡	3	（80代:2、90代:1）
	退院・解除	5	（40代:1、50代:2、60代:2）
	入院中（軽症）	34	（40代:6、50代:6、60代:8、70代: 9、80代：5）
	入院中（重症）	65	

※軽症化後の情報把握のため報道提供していない事例が6例あり

40代以上の陽性者に占める重症者の割合：5.4%
全陽性者数に占める重症者の割合：2.0%

平均年齢：64.4歳

重症の定義：厚生労働省への報告基準である「ICU入室、挿管、人工呼吸器装着、ECMO使用」のいずれかとした。
基礎疾患：相談・受診の目安で示されている重症化リスクの高い患者（糖尿病、心不全、呼吸器疾患（COPD等）、透析患者、免疫抑制剤や抗がん剤等を用いている患者）

重症及び死亡事例のまとめ（8月18日時点）

重症及び死亡例の経過

陽性患者
5315名
(6/14～8/18判明分)

診断時の症状
無症状
軽症・調査中

→ 自宅・宿泊療養 → 療養解除

→ 入院療養 → 入院療養 → 退院・解除 / 死亡　27名※ / 入院中

診断時の症状
重症
41名

※重症の定義
厚生労働省への報告基準である、
『ICU入室、挿管、人工呼吸器装着、
ECMO使用』のいずれかとした。

→ 重症化　66名 → 自宅・宿泊療養 → 療養解除

→ 入院療養(重症)
107名

重症率：2.0%

→ 入院中
軽症中等症：34名
重症：65名
退院・解除
5名
死亡　3名

※陽性判明時に死亡されていた事例（N＝8）含む

	人数	割合 （全体／40代以上の陽性者）
全体の陽性者数	5315	
【再掲】40代以上の陽性者数	1992	37.5%
重症者数	107	2.0%／5.4%
死亡者数	30	0.6%／1.5%

死亡例(N＝30)の状況

平均年齢：75.3歳

【参考　6月22日専門家会議資料】 重症及び死亡事例のまとめ

重症及び死亡例の経過

陽性患者
1790名
R2.6.16時点

診断時の症状
無症状
軽症・調査中

→ 自宅・宿泊療養 → 療養解除

→ 入院療養 → 入院療養 → 退院・解除 / 死亡　40名（入院中）

診断時の症状
重症
56名

※重症の定義
厚生労働省への報告基準である、
『ICU入室、挿管、人工呼吸器装着、
ECMO使用』のいずれかとした。

→ 重症化　91名 → 入院療養(重症)
147名 → 退院・解除 / 死亡　46名（入院中）

重症率：8.2%

死亡：86名

死亡率:4.8%

重症及び死亡例の年代

専門家等の意見　藤見アドバイザーの意見（資料１－10より抜粋）
「中等症の症例でも早めに挿管人工呼吸を開始しているかもしれない。」

平均年齢：73.8歳

【参考】(R2.6.16時点)
・東京都の死亡率：5.6%
(316名/5,619名)
・全国の死亡率：5.4%
(927名/17,311名)

【参考】陽性者の年齢区分と重症者数の推移（東京都の公表日別数値）

※データの出典：東京都ホームページ　重症患者数のデータは4月27日以降

【参考】陽性者の年齢区分の推移（東京都の公表日別数値）

大阪府と比較し、東京都の新規陽性者の年齢区分は40歳未満の割合が高く、80歳以上の割合は2%前後を推移。
80歳以上の陽性者数は直近1週間（8月2日から8月15日まで）は大阪府の方が多かった。

都市圏の重症者数比較（８月18日時点）

都道府県	重症者 （8/18各府県公表）	（参考 ecmoネット8/18）		累積感染者 （7/1～8/18）	60代以上の 新規陽性者	重症率 （重症者／ 累積感染者）	重症率 （重症者／ 60代以上の 新規陽性者）
		人工呼吸器	ECMO				
東京都	31	21	4	11857	1105	0.26%	2.81%
神奈川県	21	16	1	2422	369	0.87%	5.69%
大阪府	65	44	6	5268	844	1.23%	7.7%

60代以上の累積陽性者数の推移（東京都と大阪府の比較）

東京都と比較し、大阪府は80歳以上の患者数が急増しており、6/14以降の累計患者数（80歳以上）は278人となった。

新規感染者数の推移と患者発生シミュレーション

■今後の患者発生予測として、以下の想定でシミュレーションを実施。

・想定①：8月16日以降、新規陽性者数が200人前後で横ばい傾向となる場合

・想定②：8月16日以降、新規陽性者数が減少していく場合

厚生労働省から示された、新たな「流行のシナリオ」に基づき直近1週間あたりの新規陽性者数が人口10万人あたり2.5を超える日を基準日とし、基準日から5日後に社会への協力要請を行った場合の患者推計の数値を参考に用いた(生産年齢人口群中心モデルを用いて、協力要請前の実効再生産数(R)が1.7の場合）。最大値は基準日から19日後(8/4)に256名。

・大阪府試算（6/12専門家会議）

重症病床のシミュレーション　陽性者のうち、40代以上が6割で重症率が6%の場合(全陽性者中の重症率が3.6%)

8月16日以降、以下の想定で新規陽性者数が推移した場合の重症病床のシミュレーションを実施。

■想定①
新規陽性者数が200人前後で横ばい傾向となる場合

■想定②
255名（8/7実測値）を最大値として新規陽性者数が今後減少していく場合

厚生労働省から示された、新たな「流行のシナリオ」に基づき直近1週間あたりの新規陽性者数が人口10万人あたり2.5を超える日を基準日とし、基準日から5日後に社会への協力要請を行った場合の患者推計の数値を参考に用いた(生産年齢人口群中心モデルを用いて、協力要請前の実効再生産数(R)が1.7の場合）。最大値は基準日から19日後(8/4)に256名。

■想定③
大阪府試算（6/12専門家会議）

6月中旬以降、若年の陽性者の割合が高く、重症患者の発生状況は試算と実測値において約20日間の差異が生じた。⇒重症患者数70名（8/15実測値）に照準を合わせてシミュレーション実施。

【条件の設定】

・新規陽性者数のうち、40代以上が6割と設定。
40代以上の新規陽性者における重症率を6%と設定。
（全陽性者中の重症率が3.6%）

直近2週間に判明した40代以上の新規陽性者の重症率から設定。

・重症者が退院するまでの期間を約28日間、重症者のうち死亡する割合を約28%として条件設定。

患者の療養状況のまとめから設定（6/12の専門家会議 資料2参照）

現況の検証と今後の取組みについて

＜現況の検証＞

○　新規陽性者数に占める中高年の割合が増加

（直近２週間（8/2～8/15）の40代以上の新規陽性者数1,076名（新規陽性者数に占める割合44%）

その前の２週間（7/19～8/1）の40代以上の新規陽性者数541名（同割合28%）

○　７月25日以降、高齢者施設・障がい者施設や医療機関においてクラスターが多数発生し、高齢者等を中心に感染が拡大（計19か所（高齢者施設12、障がい者施設２、医療機関５））

○　60代以上の感染経路として、濃厚接触者（家庭内感染）が13%（110人／845人）。

○　発症から陽性判明まで６日程度であり、他府県と比較し、特に長く要しているわけではないが、陽性確定時点で重症化している事例も増加。

（診断時の症状が重症の方の割合　6/13以前　38.1%（56名／147名）　6/14以降（8/18時点）38.3%（41名／107名）

＜今後の取組み＞

①70歳以上の高齢者や40歳以上の基礎疾患を有する方の感染リスクを減らす。

以下を対象に、感染予防対策の徹底などの注意喚起を改めて行う。

・施設や医療機関に勤務している職員や、これら施設等とかかわりのある業務に従事する方

・施設入所者、医療機関の入院患者や、外部から施設等を訪問される方

・高齢者や基礎疾患を有する人と同居されている方

②施設や医療機関における感染拡大を最小化するため、少しでも症状のある施設等職員や入所者等に対する検査の優先実施と早期の検査実施体制の強化を図る。

③府内医療機関に対する症例の検討会や共有を行う。

資料２－２

重症者の発生状況に関するご意見

専門家等	意見
朝野座長 （専門家会議）	●第 2 波では最初 20 歳代、30 歳代の若者が 70%を占めていたが、ここ 2 週間、20 歳代、30 歳代の検査陽性者数が減少に転じている。 ●その反面、60 歳以上の高齢者の検査陽性者数が増加し続けている。 ●60 歳以上の患者数の増加は、東京都よりも顕著であり、60 歳以上の患者数は、第 1 波と比べて、東京都はあまり変わらないが、大阪府ははるかに多くなっている。 ●先週は、全体の検査陽性者の数は東京都の 1/2 程度にもかかわらず、60 歳以上の検査陽性者の数は東京都よりも多くなっている。 ●重症者の定義が自治体によって異なっている。この端的な表れとして、ここ数日大阪府の重症病床の報告数が集中治療学会の ECMO ネットと乖離がみられる。 ●ECMO ネット人数との乖離は、人工呼吸器が外れても ICU にとどまる患者数の増加を意味し、移床先の中等症の病床の不足が示唆される。 ●また、大阪府の 60 歳以上の検査陽性者の数は、東京都よりも急激な増加傾向を示し、短期間で増加したために重症の病床が多くなった可能性がある。 ●第 1 波の重症者数と死亡者数を基に年齢調整を行うと、大阪府ではこれから数週間、重症者数が 1 週間に 100 人近く発生し、死亡者数も 1 週間で 60 人になる可能性も視野に入れて、対策を行うことが求められる。 ●最近の高齢者の増加の一因として複数の施設内感染の発生があげられる。院内施設内感染予防対策にも重点的な取り組みが求められる。 ●診断の遅れが、重症化に関与するというエビデンスはないが、死亡率の上昇にはつながると考えられる。報告日に重症と報告される「いきなり重症」の患者が７月以降重症患者 45%の患者にみられる。patient’s delay（発症から受診までの時間の遅れ）や doctor’s delay（受診から診断までの時間の遅れ）が起こっていないかを分析調査することが必要と考える。 ※詳細については別紙のとおり。
倭委員 （専門家会議）	高齢者施設および医療機関でのクラスターが多数発生していることが原因である。それに加えて最近ではリンク不明の高齢者も多く見られており、かなり時間が経過してから自宅で別居の家族により発見されて病院を受診する高齢者のケースもある。春との大きな違いはこの感染症の病態もかなり明らかになり、薬剤の候補も増えて治療もほぼ確立してきている点である。しかるべきタイミングでしかるべき薬剤を使用すれば春の時とは違い、中等症から重症の進行を食い止められ、春の時には気管挿管され管理していたと思われる症例でも今回はそうならずに回復している症例が数多くある。また、たとえ重症で他院から搬送された症例でも回復する時期も早い。しかしこのような治療が中等症の段階で病院によっては必ずしも行われずに重症化している症例もあるのではないかと推測される。厚生労働省の新型コロナウイルス感染症 COVID-19 診療の手引きや日本感染症学会の COVID-19 に対する薬物治療の考え方を参考にしていただき治療方針の再度の確認、大阪府全体での統一が必要であると考えられる。

藤見先生 （都道府県調整本部アドバイザー）	当センターのデータから話をすると、第 1 波で 25 例の人工呼吸器患者を受け入れた。（5 月 8 日から 7 月 9 日までは受け入れなし）第 2 波では 24 例の人工呼吸器患者を受け入れている。（8 月 16 日現在）その症例を比較したところ 1.80 歳以上の割合が 16%(4/25)、29%(7/24）と明らかに増えていた。 2.集中治療室入室期間を比較しました。第二波では現在進行形で集中治療室にいる症例を除外した。第一波では複数回集中治療室に入っている人を除外した。第一波では 24 例が対象となり、その中央値は 16.5 日だった。第二波では 13 例が対象となりその中央値は 9 日と明らかに短くなっている。 3.人工呼吸器装着期間を比較した。対象は挿管した後に、抜管出来た症例で死亡例と気管切開例は除いている。第一波では 11 例が対象となり、その期間の中央値は 13 日だった。第二波では 11 例が対象となりその中央値が 7 日と明らかに短くなっていた。 ＜考察＞ １に関しては陽性患者数の年齢別比率が影響しているのだと思う。 ２， ３に関しては、抜管までは早く、治療が奏功しているのか、あるいは、あまりその印象はないが、我々が中等症の症例でも酸素１０L 投与になったらあまり粘らずに、早めに挿管人工呼吸を開始している可能性がある。それが重症者にカウントされているのかもしれない。 一方 ECMO ネットで集めているデータでは重症者（人工呼吸器管理患者）は現在 50 人前後である。 大阪府の重症者のカウントの仕方を精査いただければ、東京との差が出るのかもしれない。 4.重症患者の数え方として入院フォローアップセンターを経由した軽症中等症病院から当センターに転院しても、必ずしも集中治療室に入らない症例があること。辛辣な言い方をすれば軽症中等症病院が、重症化を懸念して早めに転院させている症例が重症者としてカウントされている。

別紙（朝野座長ご意見）

現在の状況

第２波は、お盆の前に、減少傾向に転じている。

第１波に比べて第２波は、約３倍の検査陽性者数を記録している。

東京都と大阪府は、人口比ではほぼ同程度の検査陽性者数を示している。

第２波では、20 歳、30 歳の陽性者数が第１波に比べ多かったが、この２週間ほどの間に 20 代、30 代の検査陽性者数は減少に転じ、60 歳代以上の高齢者の数は増加を続けている。

この傾向は、東京都も同じである。

重症化しやすい高齢者陽性者数の増加が続いている

東京都と大阪府の相違は、東京都は第 1 波に比べ第 2 波では 60 歳以上の陽性者数は同じくらいの数で推移しているが、大阪府は第 1 波の 2 倍の多さで 60 歳以上の検査陽性者数の増加が続いている。

また、大阪府は東京都と比べて、60 歳以上の高齢の陽性者の数の増加が急激である点も注目すべきである。この急激な増加によって重症者の病床使用が集中し、多くなっている可能性もある。

大阪府の重症病床使用数は 70 床を超え、第 1 波のピークを越えているが、ここ 2～3 日 ECMO ネットとの乖離が顕著となっている。この乖離は、人工呼吸器が外れても次の中等症用の病床に移床できな

い患者数の増加を示している可能性があり、重症者の増加に対応できる中等症の病床の確保も課題になってくると考えられる。

この ECMO ネットとの乖離は、人工呼吸器装着ではない ICU 入院患者数と考えられ、東京都とも重症の定義が異なっている点は、単純な比較はできないことを意味している。しかし、人工呼吸器管理中の患者は、東京都の 2 倍であることに変わりはない。

重症患者の ICU 管理は第 1 波の経験などから適正化が進んでおり、第 1 波の時と比べ、人工呼吸器管理期間は短縮しており、ICU の病床の回転数は上昇してきている。

第１波に比べ、第２波では、人工呼吸器管理期間は短縮されてきており、経験が積み重ねられ、COVID-19 の集中治療管理の最適化がなされていることを示唆するものと考える

その点を差し引いても、第 1 波の時を基準に年齢調整を行った結果、現在の 60 歳以上の陽性者の増加

傾向は、しばらくの間 1 週間に 60～100 人程度の重症患者が新たに出現する可能性があることを示しており、重大な問題であると認識している。

高齢陽性者の増加と重症患者病床の増加要因

第 2 波の原因であった 20 歳代、30 歳代の検査陽性者数は減少に転じたことから、第 2 波は収束の傾向に転じたようにみえる。一方で、60 歳以上の検査陽性者数が東京都と比べても多く、増加の傾向が続いている。これは、最近報告数の増えてきている施設のクラスターの影響も加わっているものと考えられる。第 1 波の時にも死亡者の半数近くが、院内、施設内感染であり、これに対する対策に今後は集中していくべきである。

おそらく重症者とともに死亡者も今後数週間増加してくることが予想されている。しかし、この死亡者は、重症者から死亡することは少なく（7 月以降重症と報告された患者の死亡は 3 例のみ）、中等症あるいは軽症からの死亡が多い。その理由は、超高齢者の場合、人工呼吸器の装着を行わない、いわゆる看取りになることも多いためである。

感染すると予後が不良となる 80 歳以上の人たちに感染させないことが最も重要な対策となる。

いきなり重症問題

重症化は発症後 10 日ほどで、急激な呼吸状態の悪化をきたし、高齢、糖尿病などの重症化要因は分かっているものの、どの患者が重症化するかはわかっておらず、有効な薬剤などによる重症化の予防方法も今のところ見つかっていない。したがって、診断の遅れが重症化をきたしやすいというエビデンスはないが、診断の遅れは死亡率の上昇にはつながると考えられ、早期診断と経過の観察が重要である。

大阪府の検査陽性者報告日に重症であると報告された重症患者が、7 月以降の重症患者 84 人のうち 39 人（45%）にみられ、patient’s delay（発症から受診までの時間の遅れ）や doctor’s delay（受診から PCR による診断までの時間の遅れ）が起こっていないかを分析調査することが必要と考える。特に、帰

国者・接触者相談センター（保健所）に連絡してから PCR の検査を受けるまでと、PCR 検査を受けてから報告されるまでの時間に遅れがないか、分析が必要と考える。このことは同時に、PCR の検査件数が適切であるかいなか、保健所の人出が不足していないかについての分析と必要な改善が求められる。

資料２－３

新型コロナウイルス感染症
COVID-19
診療の手引き 第2.2版

2020

＊本手引き（第 2.2 版）は，2020 年 7 月 10 日現在の情報を基に作成しました．
　今後の知見に応じて，内容に修正が必要となる場合があります．厚生労働省，国立感染症研究所等のホームページから常に最新の情報を得るようにしてください．

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）　診療の手引き・第２.２版

2020 年 3 月 17 日　第 1 版発行
2020 年 5 月 18 日　第 2 版発行
2020 年 6 月 17 日　第 2.1 版発行
2020 年 7 月 17 日　第 2.2 版発行
令和２年度厚生労働行政推進調査事業費補助金　新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業
一類感染症等の患者発生時に備えた臨床的対応に関する研究
編集協力 studio0510

CONTENTS

第２版・第１版　はじめに　4

1　病原体・臨床像　5
伝播様式／臨床像／重症化マーカー／画像所見

2　症例定義・診断・届出　11
症例定義／病原体診断（遺伝子増幅検査／抗原検査／抗体検査）／届出

3　重症度分類とマネジメント　20
重症度分類／軽症／中等症／重症

4　薬物療法　28
日本国内で承認されている医薬品／日本国内で入手できる薬剤の適応外使用

5　院内感染対策　31
個人防護具／換気／環境整備／廃棄物／患者寝具類の洗濯／食器の取り扱い／死後のケア／職員の健康管理／非常事態における N95 マスクの例外的取扱い／非常事態におけるサージカルマスク，長袖ガウン，ゴーグルおよびフェイスシールドの例外的取扱い

6　退院基準・解除基準・生活指導　37
退院基準／宿泊療養等の解除基準／生活指導

引用・参考文献　39

【診療の手引き検討委員会・作成班（五十音順）】

足立拓也（東京都保健医療公社豊島病院　感染症内科）
氏家無限（国立国際医療研究センター　国際感染症センター）
大曲貴夫（国立国際医療研究センター　国際感染症センター）
加藤康幸（国際医療福祉大学成田病院　感染症科）
川名明彦（防衛医科大学校　感染症・呼吸器内科）
忽那賢志（国立国際医療研究センター　国際感染症センター）
小谷　透（昭和大学医学部　集中治療医学）
西條政幸（国立感染症研究所　ウイルス第一部）
徳田浩一（東北大学病院　感染管理室）
橋本　修（日本大学）
馳　亮太（成田赤十字病院　感染症科）
藤田次郎（琉球大学大学院医学研究科　感染症・呼吸器・消化器内科学）
藤野裕士（大阪大学大学院医学系研究科　麻酔集中治療医学）
迎　寛（長崎大学医学部　第二内科）
倭　正也（りんくう総合医療センター　感染症センター）
横山彰仁（高知大学医学部　呼吸器・アレルギー内科学）

第２版　はじめに

本診療の手引きの第１版を公表してから２カ月が経過しました．欧米における流行を背景に，日本国内では３月下旬から患者数が増加し，４月７日には改正新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づき緊急事態宣言が発出されました．日本国内では 2020 年５月 13 日現在で感染者 15,908 名，死亡者 687 名の報告があります．欧米と比較して，死亡者数は少ないですが，医療機関には個人防護具の不足や院内感染など大きな負荷がかかりました．一方，症例も蓄積され，病態の理解も進み，診断や治療の分野で進歩もみられます．

このような状況の変化に対応するため，日本感染症学会，日本呼吸器学会，日本集中治療医学会のご協力を得て，本検討委員会に参加していただき，治療に関する記載を大幅に拡充した第２版を作成することができました．

国内の患者数は４月をピークに減少していますが，再流行のリスクもあり，予断を許しません．本手引きが広く医療現場で参考にされ，患者の予後改善と流行の制圧の一助となることを期待します．

第１版　はじめに

2019 年 12 月，中華人民共和国の湖北省武漢市で肺炎患者の集団発生が報告されました．武漢市の封鎖などの強力な対策にも関わらず，この新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）の感染は世界に拡大し，世界保健機関は公衆衛生上の緊急事態を 2020 年１月 30 日に宣言しました．日本国内では，１月 16 日に初めて患者が報告され，２月１日に指定感染症に指定されました．また，今後の患者の増加に備えて，水際対策から感染拡大防止策に重点を置いた政府の基本方針が２月 25 日に示されました．

日本国内では３月４日現在で患者 257 例（国内事例 246 例，チャーター便帰国者事例 11 例）の報告があります．横浜港に停泊中のクルーズ船（ダイヤモンド・プリンセス号）から患者を受け入れた首都圏などの医療機関では患者の診療を経験する一方，まだ患者が発生していない地域もあるのが現状です．医療従事者においても，この新興感染症にどのように対処すべきか，不安を抱えているのが現状ではないでしょうか．

医療機関には新興感染症が発生した際，患者に最善の医療を提供するという役割があります．職業感染を防止しながらこの役割を担うには，事前の準備がきわめて重要です．幸い，中国の医師や研究者らにより患者の臨床像などの知見が迅速に共有されてきました．日本国内からも症例報告がなされるようになっています．同時に政府からの通知や学会などからの指針も多数発出され，情報過多の傾向もあるように見受けられます．

本診療の手引きは現時点での情報をできるだけわかりやすくまとめたものです．医療従事者や行政関係者に参考にされ，患者の予後改善と流行制圧への一助となることを期待します．

研究代表者　加藤　康幸

3 重症度分類とマネジメント

以下に，重症度分類および重症度別の支持療法について記載する．また，気管挿管による人工呼吸における注意点をまとめる．なお，感染症病床で重症例の治療を実施できない場合には，集中治療室（ICU）などの別の病床，あるいは他医療機関への転院を含めて，都道府県や管轄保健所と相談する．

1 重症度分類（医療従事者が評価する基準）

重症度	飽和酸素度	臨床状態	診療のポイント
軽　症	$SpO_2 \geq 96\%$	呼吸器症状なし 咳のみ息切れなし	・多くが自然軽快するが，急速に病状が進行することもある ・リスク因子のある患者は入院とする
中等症 I 呼吸不全なし	$93\% < SpO_2 < 96\%$	息切れ，肺炎所見	・入院の上で慎重に観察 ・低酸素血症があっても呼吸困難を訴えないことがある ・患者の不安に対処することも重要
中等症 II 呼吸不全あり	$SpO_2 \leq 93\%$	酸素投与が必要	・呼吸不全の原因を推定 ・高度な医療を行える施設へ転院を検討 ・ネーザルハイフロー，CPAP などの使用をできるだけ避け，エアロゾル発生を抑制
重　症		ICU に入室 or 人工呼吸器が必要	・人工呼吸器管理に基づく重症肺炎の２分類（L 型，H 型） ・L 型：肺はやわらかく，換気量が増加 ・H 型：肺水腫で，ECMO の導入を検討 ・L 型から H 型への移行は判定が困難

注
- COVID-19 で死亡する症例は，呼吸不全が多いために重症度は呼吸器症状（特に息切れ）と酸素化を中心に分類した．
- SpO_2 を測定し酸素化の状態を客観的に判断することが望ましい．
- 呼吸不全の定義は $PaO_2 \leqq 60$mmHg であり $SpO_2 \leqq 90\%$ に相当するが，SpO_2 は 3% の誤差が予測されるので $SpO_2 \leqq 93\%$ とした．
- 肺炎の有無を把握するために，院内感染対策を行い，可能な範囲で胸部 CT を撮影することが望ましい．
- 軽症であっても，症状の増悪，新たな症状の出現に注意が必要である．
- ここに示す重症度は中国や米国 NIH の重症度とは異なっていることに留意すること．

2 軽 症

○ 特別な医療によらなくても，経過観察のみで自然に軽快することが多い．
○ 内服による解熱薬や鎮咳薬などの対症療法は，必要なときにのみ行う．飲水や食事が可能なら，必ずしも輸液は必要ない．
○ 診察時は軽症と判断されても，発症 2 週目までに急速に病状が進行することがある．病状悪化はほとんどの場合，低酸素血症の進行として表れる．
○ 高齢者，基礎疾患（糖尿病・心不全・慢性呼吸器疾患・高血圧・がん），免疫抑制状態，妊婦などのリスク因子がある場合，病状が進行する可能性を想定して入院 とする．
○ 自宅療養や宿泊療養とする場合，体調不良となったらどのように医療機関を受診したらよいか，あらかじめ患者に説明しておく．
○ 軽症患者は発症前から感染性があるため，人との接触はできるだけ避けること．同居家族がいる場合には生活空間を分けること，マスク着用や手洗いの励行を指導する．

表 3-1　中等症以上への病状進行を示唆するバイタルサイン

呼吸数	1 歳 未満 ： 毎分 50 以上
	1 ～ 4 歳 ： 毎分 40 以上
	5 歳 以上 ： 毎分 30 以上
脈拍数	1 歳 未満 ： 毎分 180 以上
	1 ～ 4 歳 ： 毎分 160 以上
	5 ～ 11 歳： 毎分 140 以上
	12 歳 以上： 毎分 130 以上
SpO_2	96% 未満

【参　考】

・Clinical care for severe acute respiratory infection: toolkit. COVID-19 adaptation. Geneva: World Health Organization; 2020 (WHO/2019-nCoV/SARI_toolkit/2020.1).
・Home care for patients with COVID-19 presenting with mild symptoms and management of their contacts: interim guidance. World Health Organization; 17 March 2020.
・COVID-19 Treatment Guidelines Panel. Coronavirus Diseases 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines. National Institutes of Health. Available at https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/. (accessed 11 May 2020).

3 中等症

○ 中等症は入院して加療を行う．目的は対症療法とともに，さらなる増悪を防止，また早期に対応するためである．入院加療に際しては，隔離された患者の不安に対処することも重要である．

【中等症Ⅰ 呼吸不全なし】

○ 安静にし，十分な栄養摂取が重要である．また，脱水に注意し水分を過不足なく摂取させるよう留意する．
○ バイタルサインおよび酸素飽和度（SpO_2）を 1 日 3 回程度測定する．低酸素血症を呈する状態に進行しても呼吸困難を訴えないこともある．
○ 中等症では肺炎を有するが，以下のリスク因子*を有する場合，重症化しやすいことが知られており，注意が必要である．
　＊高齢者，基礎疾患（糖尿病・心不全・慢性呼吸器疾患・高血圧・がん），免疫抑制状態，妊婦．
○ 喫煙者は禁煙が重要である．
○ 一般血液・尿検査，生化学検査，血清検査，凝固関連，血液培養などを必要に応じて行う．リンパ球数の低下，CRP，フェリチン，D ダイマー，LDH，KL-6 などの上昇は重症化あるいは予後不良因子として知られている．
○ 血清 KL-6 値は，肺傷害の程度，および炎症の程度と関連し，また肺の換気機能を反映することから，肺病変の進行の程度を反映するマーカーとなりうる．
(d'Alessandro M, et al. Serum KL-6 concentrations as a novel biomarker of severe COVID-19. J Med Virol. 2020)
○ 血液検査や肺炎の画像所見から細菌感染の併発が疑われる場合は，喀痰検査ののち，エンピリックに抗菌薬を開始する．
○ 発熱，呼吸器症状や基礎疾患に対する対症的な治療を行う．
○ 抗ウイルス薬の投与が考慮される（p.28 ～ 30 参照）．

【中等症 II 呼吸不全あり】

○ 呼吸不全のため，酸素投与が必要となる．呼吸不全の原因を推測するため，酸素投与前に動脈血液ガス検査（PaO_2，$PaCO_2$）を行う． また，必要に応じて人工呼吸器や ECMO の医療体制の整う施設への転院を考慮する．

○ 肺の浸潤影が急速に拡大進行するなど急速に増悪する場合がある．このような場合，ステロイド薬やトシリズマブ（適応外）が用いられることもある（p.26 参照）．

○ 通常の場合，O_2 5 L/min までの経鼻カニューレあるいは O_2 5 L/min まで酸素マスクにより，$SpO_2 \geqq 93\%$ を維持する．

＊注：経鼻カニューレ使用時はエアロゾル発生抑制のため，サージカルマスクを着用させる．

○ 酸素マスクによる O_2 投与でも $SpO_2 \geqq 93\%$ を維持できなくなった場合，挿管を考慮する．また，通常より早めのタイミングでの挿管，人工呼吸管理が望ましい．

＊注：環境汚染のリスクから推奨しないが，この段階では，通常はリザーバー付きマスク（10 ～ 15 L/min），ネーザルハイフローや非侵襲的陽圧換気が考慮される．エアロゾルが発生し院内感染のリスクがあるため，陰圧個室の利用が望ましい． ハイフロー使用時には 30 ～ 40 L/min とし，カニューレが鼻腔内に入っていることを必ず確認し，エアロゾル発生を抑制するためにサージカルマスクを装着させる．

○ 細菌性肺炎，ARDS，敗血症，心筋障害，不整脈，急性腎障害，血栓塞栓症，胃炎・胃十二指腸潰瘍，虚血性腸炎の併発に留意する．

4 重 症

1．COVID-19 重症肺炎の特徴

○ COVID-19 の肺炎は L 型（比較的軽症）と H 型（重症）に分類される．
○ いずれも高めの PEEP を要するが，呼吸療法や鎮静の対応が異なる．
○ 一部 L 型から H 型へ移行するが，移行したことの判定が難しい．
○ 適切な対応には，集中治療の専門知識と監視体制が不可欠．

病態	・肺内含気は正常でコンプライアンスも正常 (Low elastance) ・肺循環障害のために低酸素血症 (Low V/Q ratio) ・肺水腫が生じていない (Low lung weight) ・リクルートする無気肺なし (Low lung recruitability)	・肺水腫で含気が減少し，コンプライアンスも減少 (High elastance) ・シャント血流の増加による低酸素血症 (High right-to-left shunt) ・肺水腫のために重症 ARDS 並みの肺重量 (High lung weight) ・含気のない肺組織はリクルート可能 (High lung recruitability)
治療	・１回換気量制限は必須ではない ・腹臥位療法の効果あり ・換気量が多すぎると，肺傷害が起こるため，換気量を抑えるために鎮静剤や筋弛緩剤の使用を検討する	・１回換気量制限は必須 ・腹臥位療法の効果あり ・一般に治療抵抗性であるため，ECMO-net 等の専門施設へ紹介

(Gattinoni L,et al. COVID-19 pneumonia: different respiratory treatment for different phenotypes? Intensive Care Med 2020.)

2．気管挿管手技

急速に呼吸状態が悪化することに留意し，気道管理について幅広い経験をもった手技者（救急専門医，集中治療専門医など）をあらかじめ治療チームに含める．さらに，気管挿管はエアロゾルが発生する手技であることに留意し，フェイスシールドあるいはゴーグル装着に加えて空気感染予防策（N95 マスク装着）が必要である．また，エアロゾル感染のリスクを減らすために，前酸素化に引き続き，鎮静薬，鎮痛薬および筋弛緩薬をほぼ同時に連続投与し，バッグマスク換気は行わない迅速導入気管挿管（Rapid sequence induction：RSI）が選択され，さらに，直視下での挿管に比べ患者との距離が保て，口腔内を直接のぞき込まずにモニター画面を見て挿管手技が行えるビデオ喉頭鏡の使用を考慮する．

資料３－１

イエローステージ（警戒）の対応方針に基づく要請

① 区域　大阪府全域

② 期間　イエローステージ２の期間（８月21日～８月31日）

③ 実施内容（特措法第24条第９項に基づく）

●府民への呼びかけ

➢ 府民に対し、次の内容を要請。

1　高齢者の方 2　高齢者と日常的に接する家族 3　高齢者施設・医療機関等の職員	は、感染リスクの高い環境を避け、 少しでも症状が有る場合、早めに検査を受診すること

・５人以上の宴会・飲み会は控えること

・３密で唾液が飛び交う環境を避けること

・業種別ガイドラインを遵守（感染防止宣言ステッカーの導入）していない、接待を伴う飲食店及び酒類の提供を行う飲食店の利用を自粛すること

●イベントの開催について（府主催（共催）のイベントを含む）

- 主催者に対し、業種別ガイドラインの遵守を徹底するとともに、
  国の接触確認アプリ「ＣＯＣＯＡ」、大阪コロナ追跡システムの導入、
  又は名簿作成などの追跡対策の徹底を要請
- 開催規模については、以下の参加人数かつ収容率の範囲内を目安とすること

【参加人数の上限】
〇屋内・屋外：5,000人以下

【収容率】
〇屋内：収容定員の半分以内の参加人数とすること
〇屋外：人と人との距離を十分に確保できること

※　全国的な移動を伴うイベント又はイベント参加者が1,000人を超えるようなイベントを開催する際には、
　　そのイベントの開催要件等について、大阪府に事前に相談すること。
※　適切な感染防止策が実施されていないイベントや、リスクへの対応が整っていないイベントは、
　　開催自粛を要請することも検討。

●施設について（府有施設を含む）

➢ **施設（事業者）に対し、次の内容を要請。**

1．高齢者施設、医療機関等は、職員、施設と関わりのある業務の従業員、入所者・入院患者、外部から訪問される方に対し、徹底した感染防止対策を求めること

2．高齢者施設、医療機関等の職員に少しでも症状が有る場合は、検査受診を勧めること

3．業種別ガイドラインを遵守 （感染防止宣言ステッカーの導入）すること

4．国の接触確認アプリ「ＣＯＣＯＡ」、大阪コロナ追跡システムの導入、又は名簿作成など追跡対策をとること

5．バー、クラブ、キャバクラ、ホストクラブ等、夜の街関連施設の従業員に少しでも症状が有る場合は、検査受診を勧めること

●<u>経済界へのお願い</u>

１．５人以上の宴会・飲み会は控えること

２．業種別ガイドラインの遵守を徹底すること

３．テレワーク70％を推進すること
出勤が必要となる職場でも、ローテーション勤務、時差通勤、自転車通勤などの取り組みを推進すること

４．体調の悪い方は出勤させないこと
体調の悪い方や少しでも症状がある方へは、検査の受診を勧めること

５．感染拡大を防止するため、
・感染防止宣言ステッカーを掲示しているお店を選択すること
・お店に入った後は、感染拡大防止のため、大阪コロナ追跡システムの登録・利用をすること
・国の接触確認アプリ「COCOA」の登録・利用をすること

●大学等へのお願い

1．高齢者と日常的に接する学生は、感染リスクの高い環境を避けること

2．寮やクラブ・サークル活動での感染防止対策を徹底すること

3．５人以上の宴会・飲み会は控えること

4．業種別ガイドラインを遵守（感染防止宣言ステッカーの導入）していない、接待を伴う飲食店及び酒類の提供を行う飲食店の利用を自粛すること

5．体調の悪い方は登校させないこと。体調の悪い方や少しでも症状がある方は、検査を受診すること

クラスターが発生した入所系社会福祉施設等への応援職員派遣スキーム（イメージ）

資料３－２

○ 入所系の社会福祉施設等は、クラスター発生時においても継続運営が必要
○ 特に、職員が陽性患者又は濃厚接触者となり、勤務が困難になった場合の応援体制確保が重要
→府と施設団体との連携により、入所施設等の継続運営のための応援職員派遣スキームを検討中(8月中に協定締結予定)

基本的な考え方

○ **法人・施設の事前準備の徹底** 感染予防の徹底や、感染発生時を想定した人員確保等に関する事前の検討 等
○ **応援職員の安全・安心の確保** 感染リスクの低い施設（エリア）での支援が原則、応援終了後のPCR検査 等

派遣スキーム（イメージ）