

医療法人社団慶友会吉田病院でのコロナクラスターの経過

(1月20日現在)

はじめに

この度、当院で11月6日に発生した新型コロナウイルス感染症の院内感染、クラスター（集団感染）は皆様に多大なご心配とご迷惑をおかけ致しましたこと、心よりお詫び申し上げます。基礎疾患及び新型コロナウイルス感染症に対して、最大限の対応、治療、転院を行いました。私どもの力及ばずお亡くなりになりました患者様、ご遺族の皆様には心よりご冥福をお祈り申し上げます。

また、他の医療機関へ転院して頂きました患者様とそのご家族の方にも大変なご心痛をお掛けし、感染されていない患者様におかれましても、治療の遅延、退院延期や面会禁止など、ご不便をおかけする状況になり、深くお詫び申し上げます。

日頃より、当院を信頼して頂いております多くの患者様、健康診断受診者の皆様、さらにご支援頂いております旭川市民の皆様、広く北海道民の皆様には甚大なご心労を与えてしまいましたこと重ねてお詫び申し上げます。

現在までに判明しております事実に基づき、当院における新型コロナウイルス院内感染に伴うクラスター発生からその後の経過に関しまして以下のとおりご報告申し上げます。

尚、当院のCOVID-19に対する対応については、本報告書で詳細に説明しているとおりであることから、個別の問い合わせはお控え頂きたくお願い致します。

1 要旨

2019年12月に中国武漢で肺炎患者の集団発生が報告され、2020年1月にそれが新型コロナウイルス感染症（COVID-19）であることが判明した。日本国内では1月に1例目が報告され、世界114の国と地域に感染拡大を引き起こした。同年3月11日、世界的流行（パンデミック）がWHOにより宣言され、2021年1月14日時点でも感染は「収束」の兆しは見え、世界の感染者数9300万人、死者200万人、本邦の感染者数31万人、重症者数920人、死者4340人という状況になった。直近2021年1月には国内11都道府県で緊急事態宣言が発せられ、医療現場では患者受け入れや病床確保ができない等の医療提供体制が逼迫した状況となった。

当院は、1981年開設時より①保健・医療・福祉各施設の有機的連携による統合医療②人間ドック・健診機能に特化した予防医療③地域ハブ病院として、院外専門医療機関との連携推進、以上3つの特徴を生かし、患者様をはじめ施設利用者様の健康創造支援を通じて「安全圏の構築」に邁進してきた。

診療科目は内科系（消化器、呼吸器、循環器、内分泌、緩和ケア等）を中心として、外科、整形外科、泌尿器、眼科、精神科、リハビリテーション科、歯科・歯科口腔外科を標榜している。病床数は263床。病床機能別の内訳は一般病棟104床、障害者病棟92床、地域包括ケア病棟56床、緩和ケア病棟11床である。また、予防医療センターとして健診・人間ドック・企業健診（巡回健診）など院内に併設し、予防医療に特化した施設として地域医療に貢献している。

月2回感染対策会議（医師、看護師、保健師、薬剤師、検査技師から構成）を開催、COVID-19勉強会（2020年度は7月）、広報誌すこやか（2020年7月、10月慶友会グループへ900部配布）など院内全体のCOVID-19に対する警戒を強めていた。

ところが、11月6日に6階病棟患者1名発熱、及び看護師1名発熱（体調不良で当院発熱外来受診）を契機にCOVID-19のクラスターは発生した。同日午後から旭川及び上川保健所（4名）により院内対策本部が設置され、翌7日より、日赤DMAT(Disaster Medical Assistance Team：災害派遣医療チーム2名)、北海道庁クラスター専門家（1名）の対策班設置、及び当院職員（5名）により対策本部が増強された。

保健所を中心とした対策班からの指導・指示、管理下のもと院内感染対策を進めていた。クラスター発生5日後（11月10日）に7階病棟へ感染が発生し、陽性者は計30名となった。その後、他外部支援の協力にもかかわらず感染収束は叶わず、11月29日までには全病棟の患者、職員へ感染が拡大した。11月中旬以降は治療終え、転院先患者の戻りが始まったが、当院新規陽性患者の転院先が決まらず、院内で対応するケースが増えた。そのため、職員陽性者の増加に伴う人的不足や物資不足は深刻となり、職員の疲弊もピークとなった。

この状況を打開すべく、再度11月27日以降DMAT（大阪支部）、自衛隊、外部看護師、保健師そして歯科衛生士の支援を受けた。外部支援指導のもと患者の病状把握、職員健康管理、陽性者ゾーニング、感染防御を日々継続することで、12月8日前後から20日にかけて新規陽性者は収束傾向となった。

現時点での感染者数累計は入院患者136名、職員77名、計213人、死亡者数（患者のみ）39名のクラスターとなった。2020年12月21日職員1名、2021年1月2日入院患者3名の発症が最終となり、その後約3週間（患者）、約4週間（職員）の経過観察期間中に発症者は認められなかった。1月18日に保健所監査、指導を踏まえ、病院機能の回復に一定の見通しがたち、一部の外来診療を再開した。1月20日付ホームページにてクラスターの経過報告を行った。

2 発生経緯（感染経路と伝搬様式）

以下は図 1 を参照

(1) 11 月 6 日初発症者は 6 階病棟患者の発熱が発端で抗原検査陽性→PCR 検査陽性であった。ほぼ同日に当院発熱外来を受診した（体調不良のため）6 階病棟担当看護師も同じ経過で陽性となった。そのため保健所指令により 6 日からその深夜にかけて、濃厚接触者の PCR 検査を施行し、全体で 6 階患者 21 名、6 階看護師 4 名陽性、担当医数名陰性が判明した。

(2) 6 階病棟では 10 月 31 日～11 月 6 日にかけて発熱患者が増加し、後の検査でその全てが PCR 陽性で転院となった。

(3) 陽性者は 6 階病棟で 11 月 6 日から 11 日までに患者 28 名、職員 10 名計 38 名と 6 階病棟がクラスター端緒と考えられる。当初、感染者は 6 階病棟に限定されるのではないかと予測していたが、11 月 11 日から 15 日にかけて 7 階病棟、5 階病棟の陽性者が散発した。各病棟・病室、における患者・職員間、もしくは各病棟間の職員間の交差感染が疑われる。

(4) 6 階職員の人的不足を他病棟職員が応援業務を行い、その後 11 月 29 日までに 6 階→7 階→5 階→4 階→1 階→2 階へと、この順序で入院患者、職員への感染伝播及び感染症が発生した。

(5) 発症した患者の多くは衣・食・身体・排泄などの介助を要し、必然的に濃厚な身体接触が業務の中心となり、飛沫感染、接触感染に限らず、エアロゾルを介した感染の存在も疑われる。

実際、クラスター発生当日から 10 日間までの陽性患者内訳は 43 名中 39 名が全要介護の入院患者であった。

(6) 発生状況をみると他病棟に比べて 1 階・2 階病棟の発症は遅れていた。（1 階職員 11 月 19 日、1 階患者 11 月 24 日、2 階患者 11 月 29 日からそれぞれ初発症。1 階・2 階病棟は別棟で 2 階エレベーターから連絡通路を利用した移動は可能である。）

3 検査結果と感染者数データ

以下は図 1～5 を参照

(図 1) 1・2 階（1 階；黒色、2 階；みず色）、4 階：オレンジ色、5 階：緑色、6 階：赤色、7 階：青色

- ←→ は各病棟での陽性者検出された期間
- ←→ は同階病棟での患者と当該職員での発症時期
- ←→ は各階病棟への感染伝播

(1) 11 月 6 日に 6 階病棟の職員、患者両方で発熱発症のため PCR 検査施行し陽性、COVID-19 が判明した。11 月 10 日までは 6 階病棟に限局していたが、その後 11 月 29 日までには感染が全病棟まで広がった。

(2) 5階6階病棟の入院患者は、基礎疾患に伴う発熱が頻繁であった。11月6日クラスター集団感染と判明する約1週間前頃から、6階病棟では10月31日1名、11月2日2名、4日1名、5日6名、6日6名と発熱患者が目立ってきた。そのためPCR検査を施行したところその全ての患者で陽性が判明した。COVID-19の発症間隔4～5日から鑑みて、少なくとも6階病棟内では11月6日以前から感染が伝播していた可能性が高い。従って、10月下旬の段階での早期発見が遅延したことが感染拡大の一つの要因と考えられる。

(3) 11月29日に2階病棟入院患者1名が抗原検査陽性が判明した時点で、COVID-19による全病棟への感染拡大となった。また、病棟及びその業務とは殆ど関係のない職員(14名)の陽性者は、11月16日から12月21日まで散発した。その発生源が当院内クラスター発端であるのか、院外(当職員、入院患者家族面会者、出入り業者など)からの持ち込み感染であるのか等の感染経路に関しては不明である。5階6階入院患者は自立歩行で活動的に頻繁に移動することが殆どないことを考慮すれば、クラスター発生以前における面会可能なご家族、診療、看護、介護などを行う当職員による持ち込み感染の可能性は否定できない。(当院では、様々な状況、条件及び倫理委員会を開催できず、陽性者の血液検査からのウイルスゲノム解析はできなかった)。

(4) 感染者数は初発11月6日から約1ヶ月間増加傾向を示し、12月10日以降の新規感染者のピークは終わるが、その後散発的に陽性者が認められた。

(5) 5階6階7階病棟は感染管理2であり、標準的感染管理は行われていた。5階6階は障害者病棟であり入院患者は要介護、認知症であるため、職員による身体的に密な接触介護が中心とならざるを得ない。そのため感染防御(患者一人に対して防護具脱着交換、介護器具消毒など)の僅かなミスから感染拡大へ繋がった可能性は否めない。事実、クラスター発生当日から10日間までの陽性患者は左記病棟43名中39名が要介護の入院患者であった。

(6) 4階、5階、6階、7階各病棟では12月10日以降、新規感染者のピークは終え(陽性者累計約200名)、最終陽性者は12月12日であった。時系列上遅れて出現した1階・2階病棟は12月19日以降も散発例が認められ、現時点で最終陽性者は1月2日である。

(7) 病棟における感染者の割合は6階病棟では職員の方が高く、それ以外の階では患者の方が高い。6階病棟の感染率が、患者82.8%、6階職員92.3%と最も高い。一方、5階の感染率は、患者82.3%、職員57.9%であるが、同じ階の緩和病棟(空調や扉などの設備が建築構造上他病棟とは異なり病室が隔離されている)は0%である。4階病棟の感染率は患者3.8%、職員20%であり、発見から3～4日で新規感染者は消失して、その後、現在まで感染者数は0名である。

(8) 病棟以外の職員の感染累積は17名、その感染率は8.1%と全体の中では4階病棟患者(3.8%)に比べ2倍以上高い。一部署のみ(院内健診+健康サポートが同室)での感染5名、感染率が29.1%と高い(他は5.9%～17.6%)。この部署はデスクワークが多く、密な環境になりやすい反面、基本的な感染防護、換気は十分行われていた。また、病棟勤務や業務の接点が無いため、その感染経路は不明である。ただし、院外からの持ち込み感染や病棟との交差感染が全く無いとは断定できない。原因究明のためには病院内外での濃厚接触の詳細な調査や検討(例えば、ヒアリングなどによる疫学調査や血液サンプルからのゲノム解析など)が必要である。

4 当院院内感染対策および感染症専門機関等による外部支援

(1) 当院院内感染対策に関して

クラスター発生日 11 月 6 日の午後、保健所（4 名）により対策本部が院内に設置された。その翌日 7 日より、対策本部は旭川日赤 DMAT（2 名）、道庁クラスター解析専門医（1 名）による対策班及び当院職員（5 名）へと増強された。この時点から、対策班中心となり保健所の指導・指示の下、院内感染対策が実施稼働された。

(2) 当初、対策班による指導・指示によれば、感染状況は 6 階病棟に限定されており感染管理は可能と判断し、「検査（全職員 PCR 検査）と隔離（6 階病棟）」「ゾーニング（6 階病棟と透析室）」「1 階ロビーの消毒」「飛沫感染に注意しマスク着用と手指消毒」「三密と換気を考慮し、職員の昼食・休息場所の変更」などを徹底することであった。ところが、クラスター発生から 6 日後 11 日に 7 階病棟、続いて 15 日に 5 階病棟の陽性患者が確認され、交差感染が疑われたため、5 階、6 階、7 階病棟入室時の防護服着用（エプロン、マスク、タイベックス、マスク、手袋、フェイスガード、キャップ、ガウン着用等）の指示が出た。

(3) 11 月 8 日からは、患者、当職員 PCR 陽性者を指定機関病院への転院が始まり、11 月 9 日から外来・健診・人間ドックは中止となった。

(4) 保健所中心の対策班による 11 月 15 日前後の指示は「感染リスクを鑑み病棟担当医師は各病棟への回診は控え、必要時には遠隔連絡で医局から病棟への指示を行い、同時に院内感染対策を継続すること」であった。この時点で 5 階、6 階、7 階の入院患者、当職員への感染拡大が認められ、病棟入室時には上記防護服着用による感染防御の徹底を行った。

(5) 各病棟は職員不足（6 日～15 日累積感染者数 21 人）のため他病棟職員が病棟間移動を行なって応援勤務せざるを得なかった。11 月 15 日から交差感染疑いと判断し、職員の担当病棟を固定し、一般職員と病棟職員の更衣室、休憩室及び病棟内でのゾーニング（区分）、コホーティング（集約）を行った。

(6) 11 月 18 日には保健所指示で 5 階、6 階、7 階病棟職員の PCR 検査実施、陽性者患者のベッド管理、不足物資要請を行った。11 月 24 日（クラスター発生から 18 日目）感染は全病棟の患者、職員へ拡大した。また、11 月 16 日～19 日にかけて病棟看護師リーダー 5 名が陽性者となった。入院患者管理強化のため担当医による回診を増やした。

(7) 11 月 19 日から基幹病院への入院もしくは自宅療養ができない（家族への配慮や風評被害など）職員陽性者は、当院 3 階の人間ドック受診者専用宿泊室へ入院となった。

(8) 11 月 20 日から 24 日にかけて、旭川日赤病院副院長、北海道医療大学教授、国立感染症研究所疫学専門官を中心に感染病棟回診によるゾーニング、コホーティング指導及び職員各人の感染防御、病棟・トイレ清掃・消毒（含 UV 照射）に関する実践指導が行われた。また、ポータブルトイレ設置やディスポ（使い捨て）を要するものと、消毒等により再利用可能なものを明確にした。以上の内容の一部を院内共有 PC 上で動画を発信した。

(9) 11 月 21 日～23 日感染病棟の病室に対する UV 照射を行った。転院された患者の病室やその荷物は清掃・消毒目的として UV 照射を行い、3 階人間ドックサロンに一時保管とした。3 階人間ドック宿泊用の 11 部屋に職員陽性者の病室を設置し、レッドゾーンとし隔離した。

(10) 11 月 22 日旭川市内の他病院でもクラスターが発生したため、保健所は 24 日以降①PCR 検査業務に負担

が生じる②当院職員、入院患者の PCR 検査は一巡しているとの理由で、今後当院内感染疑い者に対して抗原検査中心に行うようにと指示があった。また、自宅待機できない当院職員の感染者が増加したため、保健所に対し隔離場所に指定されていたホテルへの転院を強く要請したが、対応が遅延し、本来は入院施設ではない人間ドック受診者用宿泊施設 11 室へ非常時入室せざるを得なかった。(この領域をレッドゾーンとして施設内隔離を行った)

(11) 11 月中旬以降、病棟担当職員は 3 分の 1 に減少し人員不足が深刻化し、陽性患者の転院先も決まらず、感染制御が逼迫していた。そこで 11 月 25 に西川旭川市長に面会し、当院の現状と支援要請をまとめた要望書を提出した。要請内容は大きく 4 つ。①看護師 20 名以上の派遣②院内消毒、清掃・実施③医療廃棄物の撤去④感染予防具の供給。総務部長からの自衛隊派遣要請に該当しないとの返答を受け、同 25 日に鈴木北海道庁知事宛てに要望書を郵送した。

(12) 11 月 27 日から第二弾 DMAT (大阪)、北海道医療大学教授、感染疫学専門官が参加し、再度現状分析、方針など感染対策の再評価が行われた。1 日 2 回、9 時と 17 時から 1 階ロビーにて各担当部署とのミーティングが行われ、参加者が網羅的理解をできるよう指揮系統、各病棟感染状況、感染制御状況、患者搬送、人的資源、物品資源、ゴミ・リネン・給食、職員ケアなどの現状把握と今後の方針が行われた。外部業者による清掃業務中止となり環境整備が整わず、当院リハビリ課、管理課、事務職員中心のボランティア活動によって、ゴミ回収、清掃、消毒作業などを行った。

(13) 二度目の DMAT 支援開始となった 11 月 28 日以降から感染者は増加傾向であった。12 月 10 日から約 2 日間感染者ゼロであった。振り返ればこの時点で感染はピークを迎えたものと考えられる。11 月下旬からの感染対策は、病棟に限らず院内での清掃・消毒に加え、UV 照射を行い環境整備、さらに職員各人の感染防御の実践訓練を継続していた。また、患者の病状把握を厳格に行い (例えば検温に加え SpO₂、胸部 CT 検査など行う) 病状別一覧表を作成することで、各病棟・病室のゾーニング (レッド、グレー、グリーン)、ベッド管理が可能になってきた。

(14) 上記 (13) の状況下、依然として陽性の入院患者の転院搬送が遅延していた為、院内での陽性者集約を目標とした。5 階、6 階を陽性入院患者レッドゾーンとし、4 階 7 階を陰性入院患者グリーンゾーンとし院内における COVID-19 患者のトリアージが行えるようになってきた。

感染症の基本である①SARS-Cov-2 の感染力②感染経路の 2 つに関しては、ゾーニングによるトリアージで隔離し、③患者の感染防御力 (免疫力) を把握するための日々の病態・病状管理を実践し、職員の感染防御を持続徹底することで 12 月 8 日からは 4 階、7 階グリーンゾーンが維持されレッドゾーンが解除され、感染者数も散発的となりクラスターも収束傾向となったものと考えられる。

(15) 11 月 30 日午前中に北海道医療大学教授による防護服着脱デモと実践トレーニングを行った。これにより医師は積極的に病棟に入り患者の病状把握と COVID-19 のスクリーニングなどが迅速かつ正確に行われることとなった。外部から必要物資が供給され始めた。

(16) 12 月 1 日には当院における新型コロナウイルス感染症クラスター発症及びその感染拡大に至る経緯を中間報告 (保健所、旭川市長、旭川医科大学 3 者への事実に基づく問題提起及び提言) として当院 HP に掲載した。その反響は大きく、HP へのアクセス不能が続き (当院サーバーダウン)、当院利用者への適切な情報提供ができなくなることを懸念し、この日の文面のみを削除した。(内容に関しては、当院顧問弁護士によるその内容の検討

を終えた後に掲載したものである。)

(17) 12月1日以降、患者に対する看護職員不足(通常人数の1/3まで減少)は深刻となり、看護師は過重労働状態となっていた。職員の復帰もあり病棟人員再配分を行うが、陽性患者数は減少しなかった。そこで院内陽性患者の病状把握(SpO₂、胸部CT検査など)及び診断基準の明確化、転院搬送の優先順位を決定し、DMATから直接、旭川市内5基幹病院へ転院依頼を行った。

(18) 12月8日以降自衛隊(21日まで)及び外部看護師による支援が開始された。6階のコホーティングにより役割分担がより明確化され、院内環境整備(ゾーニング、ベッド管理)が行われた。患者は12月17日、職員は12月8日でそれぞれ陽性者数が収束傾向となる。この間、職員一人一人の感染防御のチェック(防具着脱、手指衛生など)が行われ、各ゾーンでの適切な感染対策が実践できるようになってきた。

(19) 12月6日から19日にかけて当院医師・看護師とDMAT共同で、再度、全患者の症状把握及び病室別患者一覧を作成し、各病棟・病室のゾーン(レッド、グレー、グリーン)、ベッド管理を行いつつ、UV照射や清掃・消毒を行い、環境整備に徹した。

(20) 12月17日頃から感染状況が落ち着き、院内感染対策が安定してきたため、DMATは12月21日、保健所23日、外部看護師2021年1月11日で支援終了となり、その後は保健所と連絡をとりながら感染対策を継続することになる。

(21) 保健所指導のもと病院再開目標を1月4日として感染対策を継続していたが、1月1日透析患者1名を緩和病棟へ移動する前の抗原検査(症状無し)陽性となり、その関係者26名(全て無症状)のPCR検査実施したところ患者2名(無症状)職員1名偽陽性(数日後の再検査では陰性)が判明したため、再開は延期となった。3名の陽性患者は1月3日転院搬送となった。その後、新規感染者は認められず1月18日、病院機能を再開した。

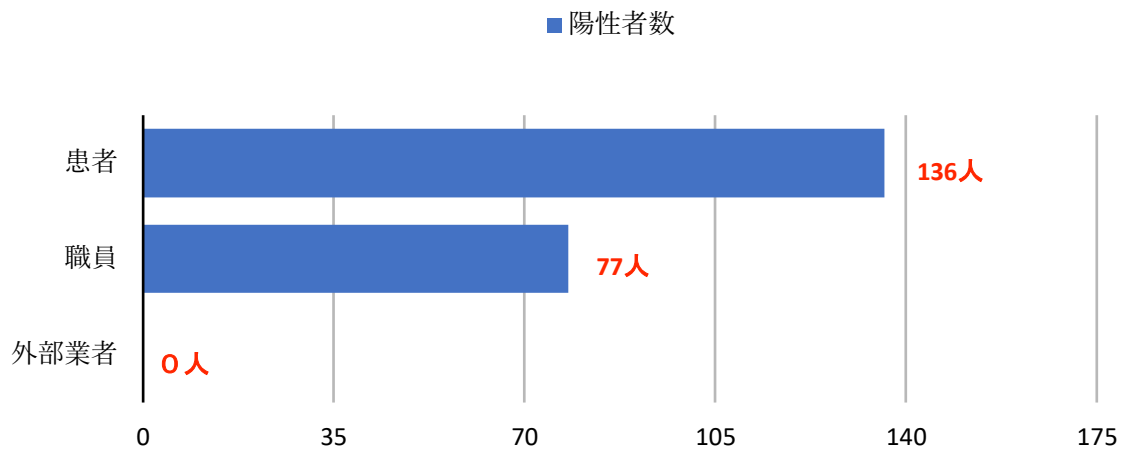
皆様への御礼

令和2年新年早々から新型コロナウイルス感染症が広がる中、一時的に日本全国の医療施設ではマスクや防護服などの医療物資が不足する事態に見舞われました。11月6日慶友会吉田病院では新型コロナウイルス院内感染クラスターが発生し、早急に感染対策本部を設置し対応に追われておりました。また、医療物資の安定的な確保の見通しが立たず深刻な状況下ではありましたが、皆様からご寄付や、マスク、フェイスシールドなどの医療物資のご支援を多数賜りました。また、励ましのお手紙、お電話も複数いただき、心温まるお言葉が大変励みになりました。皆様のご支援・ご協力に、あらためて心より感謝申し上げます。まだまだ新型コロナウイルス感染症との闘いは終わりが見えません。今後も、最大限の防護策を講じ、安心安全な医療を継続して提供できるように、皆様からのご寄付や、お送りいただいた医療物資を、最大限有効に活用させていただきます。

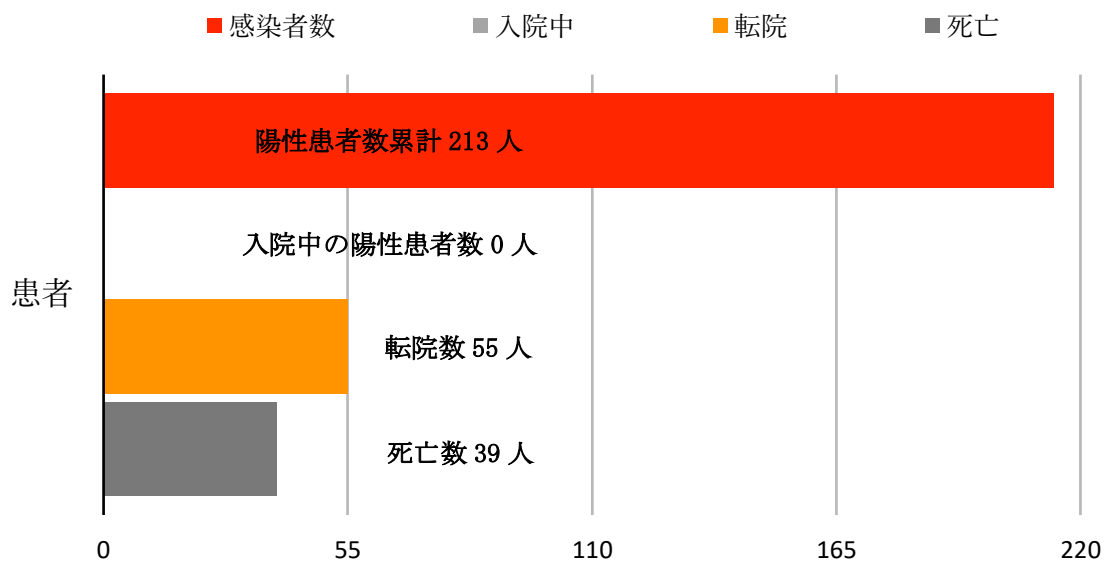
令和3年1月20日

医療法人社団慶友会 病院長
馬場 勝義

1) 感染の状況（令和2年(2020年)11月6日から令和3年(2021年)1月20日までの累計現在）



2) 感染者の転帰（感染の経過）（令和2年(2020年)11月6日から令和3年（2021年）1月20日までの累計現在）



職員数 374 人



参考文献

1. 新型コロナウイルス感染症診療の手引き 第4版
<https://www.mhlw.go.jp/content/000631552.pdf>
2. 新型コロナウイルス（COVID-19）診療所・病院のプライマリー・ケア初期診療の手引き」
https://www.primary-care.or.jp/imp_news/pdf/20200311.pdf
3. 国立感染症研究所
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/ka/corona-virus/2019-ncov.html>
4. 大阪大学微生物研究所
http://www.biken.osaka-u.ac.jp/news_topics/detail/1109
5. 藤田医科大学
https://fujita-accm.jp/outline/medical_guide/ecmo
<https://www.fujita-hu.ac.jp/news/j93sdv0000005p42.html>
6. 城西国際大学
<https://www.jiu.ac.jp/features/detail/id=6717>
7. GISAIID (Genomic epidemiology of hCoV-19)
<https://www.gisaid.org/epiflu-applications/next-hcov-19-app/>
8. 国際環境経済研究所
<http://ieei.or.jp/2020/04/expl200415/>
9. 山中伸弥による新型コロナウイルス情報発信
<https://www.covid19-yamanaka.com/cont3/16.html>
10. 日本国内の感染者数（NHK）まとめ
<https://www3.nhk.or.jp/news/special/coronavirus/data-all/>
11. 東京都健康安全研究センター（2005）「日本におけるスペイン風邪の精密分析
<http://www.tokyo-eiken.go.jp/sage/sage2005/>
12. WHO(2020) Naming the coronavirus diseases(COVID-19) and the virus that causes it
13. 国立感染症研究所（2020.8.5）新型コロナウイルス SARS-CoV-2 のゲノム分子疫学調査 2
http://www.niid.go.jp/niid/images/research_info/genome-2020_SARS_CoV-MolecularEpidemiology_2.pdf
14. CDC (2020.5.15)High SARS-CoV-2 Attack Rate Following Exposure at a Choir Practice-Skagit Country, Washington, March 2020
15. CDC (2020.10.5) How COVID-19 Spreads
16. 三浦麻子（2020.7.12）「差別はだめ」だけで差別は消えない 過剰な防御反応防ぐ道は」
朝日新聞 GOBE
17. m3.com 編集部（2020.7.2） 「死ぬかもしれない、子ども達を頼む」永寿総合病院、医師・看護師の手記日記」
18. 新型コロナウイルス対策分委会（2020.8.24） 「第7回資料」
19. Cori, A et al. (2013) A New Framework and Software to Estimate Time-Varying
Reproduction Numbers During Epidemics, American Journal of Epidemiology 178, pp. 1505
20. Ferguson, N.M et al.(2020.3.16) Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions
(NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand, Imperial College COVID-19
Response Team

21. Flaxman, s. et al. (2020.3.30) Report 13: Estimating the number of infectious and the impact of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in 11 European countries, Imperial Collage COVID-19 Response Team
22. Sethuraman, N, et al. (2020.6.9) Interpreting Diagnostic Tests for SARS-CoV-2, JAMA 323, pp2249
- 23.厚生労働省ほか (2020.10.2) 「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)病原体検査の指針 第1版」
24. WHO(2020.4.24) “Immunity passports” in the context of COVID-19
25. 新型コロナウイルス対策分委会 (2020.10.29) 「第13回資料、議事概要」
- 26.Piller, C et al. (2020.6.4) Two elite medical journals retract coronavirus papers over data integrity questions, Science.
27. 忽那賢志 (2020.6.6) 「新型コロナ 英文誌での論文撤回 ここから私たちが学ぶべきこと」 Yahoo!ニュース
- 28.河岡/義裕 (2020/7/31)「新型コロナウイルスを制圧する」文藝春秋
- 29.Langreth, R. (2020.9.5) Vaccine Makers Plan Public Stance to Counter Pressure on FDA, Bloomberg.
30. Corum, J. et al. (2020.10.27) Coronavirus Vaccine Tracker, NY Times
31. Fontanet A. et al.(2020.6.18) COVID-19 herd immunity: where are we? Nature Reviews Immunology 20, pp583.
32. Amante, A. (2020.6.9) Over half of people tested in Italy’s Bergamo have COVID-19 antibodies, Reuters.
33. 毎日新聞(2020.6.8) 「コロナ院内感染、全国 2105 人 死亡 205 人、国内の 24%」
34. 一般財団法人アジア・パシフィック・イニシアティブ(2020.10)「新型コロナ対応・民間臨時調査会 調査・検証報告書」ディスカバー・トゥエンティワン
35. 上東麻子(2020.4.22)「全国 54 施設 783 人が院内感染 日本看護協会が集計「防護具不足」改善訴え」毎日新聞
36. Kashiwagi, A. et al. (2020.3.24) In Japan, a ‘model’ in fight against coronavirus, Guam Daily Post
37. Science: https://www.sciencemag.org/collections/coronavirus?intcmp=ghd_cov
38. Nature Medicine : <https://www.nature.com/articles/d41591-020-00009-x>
39. New England Journal of Medicine: https://www.nejm.org/coronavirus?query=main_nav_lg
40. 米国医師会雑誌 (JAMA <https://jamanetwork.com/journals/jama/pages/coronavirus-alert>)
41. Lancet: https://www.thelancet.com/coronavirus?dgcid=kr_pop-up_tlcoronavirus20

おわりに

今回の事態を受けて、慶友会は原点である“Humanature（自然との共生）”と“健康創造”について立ち返ることになりました。

Humanature は人（Human）と自然（Nature）を合わせた造語で、慶友会が最も大切にしているテーマです。自然災害の多い日本において、私たちのテーマの持つ意味は何なのか。人が自然の中で生きるとはどういうことか。

健康創造は慶友会の理念です。人が豊かな生活を送る上で欠かすことが出来ない「健康」という財産を、慶友会に関わる全ての人々が長く享受できるように、新しい健康に対する価値観を創造し、提唱、実行していくことを表しています。これらを踏まえ、以下の三つのことを考えるに至りました。

一つ目は慶友会としてのコロナ感染における総括です。政府から首都圏で発令された緊急事態宣言は、日を追うごとにその対象地域を広めています。同時にこれは日本だけではなく、世界規模の問題です。そのような状況の中、私たちが共有すべきは「コロナに感染した人が悪いのではない」という共通した認識です。いわれのない誹謗中傷に苦しんだ職員を目の当たりにしたとき、吉田病院で起こっていたこと、それに対してどのように立ち向かっていたのかを皆様に正確に発信したいと思いました。病院機能が回復した今、医学と実務からの見地を踏まえた客観性のあるデータに基づく総括を本報告書で表すことによってその一端が伝わりましたら幸いです。

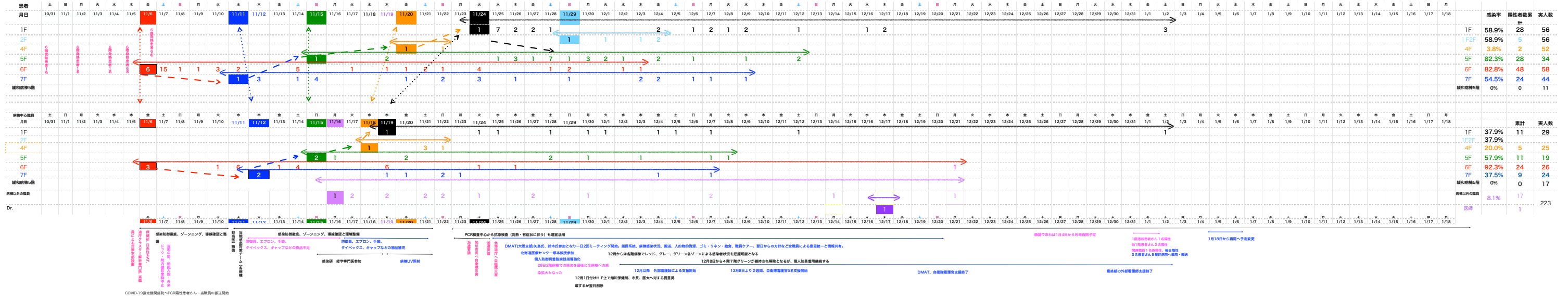
二つ目はこれからのコロナ感染との向き合い方です。米国でのワクチン接種はすでに開始されていますが、日本での接種は来月、その効果が現れてくるのはもっと先のことになります。同時に、英国をはじめ世界各地で変異種が確認され、その脅威はさらに大きくなっています。こうした状況下の中で医療に携わる者はコロナと共存、共生しながら医療活動を継続しなければなりません。今回の事態を受けて私たちは感染症の恐ろしさを知ることになりましたが、同時に対処の仕方も学びました。この現場の「生きた知識」を風化させないためにも、感染対策チームの強化、全職員への感染症に対する教育の徹底に取り組んでいきます。またこれを体系化し、with コロナ時代の最適な医療としての選択を発信していきます。

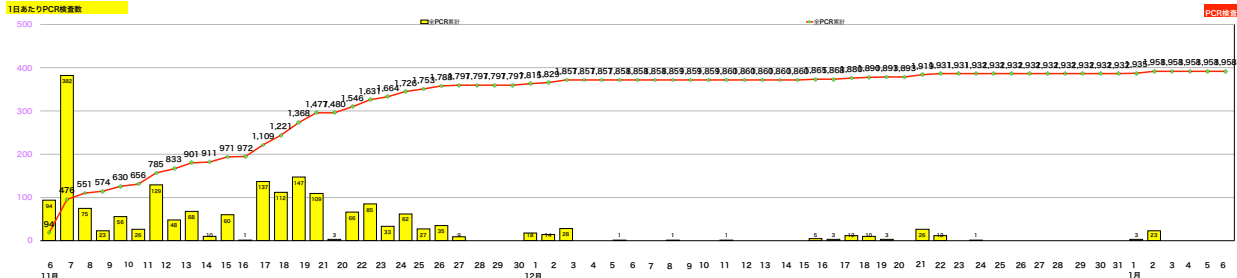
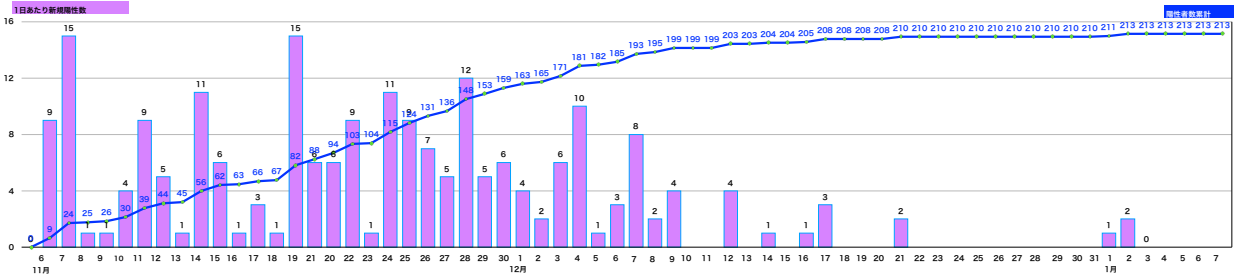
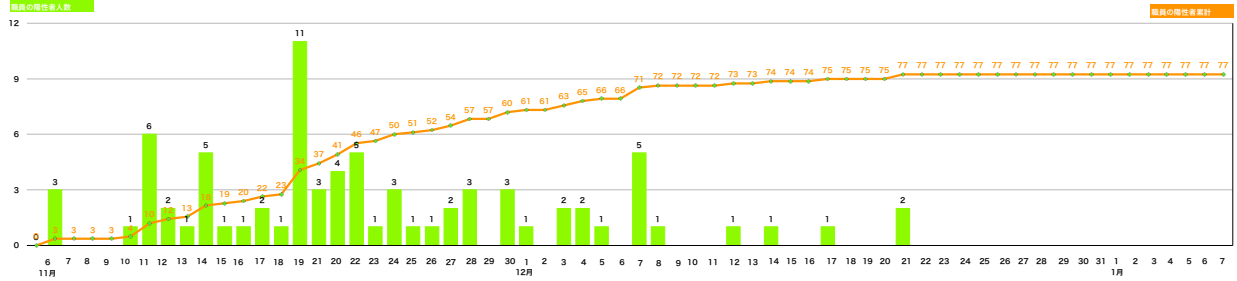
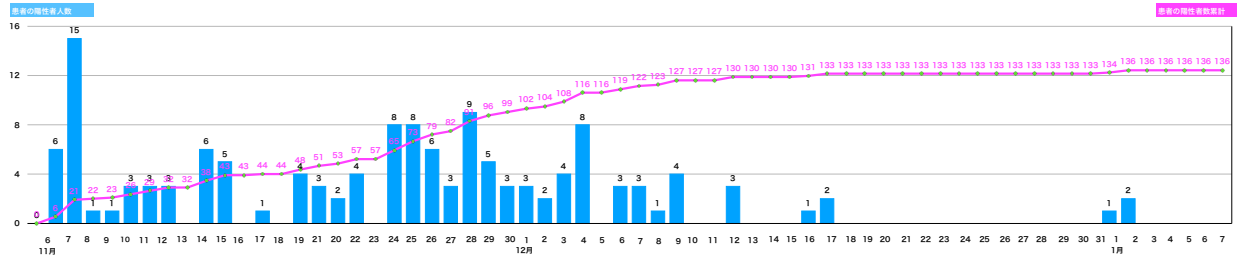
三つ目は吉田病院の医療についてです。吉田病院は今般の報道にあるような慢性期患者のみを受け入れる病院ではありません。旭川市を含めた上川中部医療圏の中で、がん治療を含む標準的な内科治療を行う医療機関でもあります。病棟の機能としては、急性期疾患対象患者として3、4、7階病棟の104床、慢性期疾患は5、6階病棟の92床、内科系疾患を主とした患者の在宅復帰を目指す地域包括ケア病棟の1、2階病棟は56床、がんを主とした緩和ケアを担う11床を揃えた全263床で構成されています。高齢化が進む上川中部医療圏への対応を視野に入れながら、がん治療などでは当院でしか実現できないような高度な内科治療を目指した病院です。

11月6日に発生したコロナ感染症クラスターに対し、当院の病院機能に一定の回復の兆しが見えたのは、一重にこれまで支えて頂きました方々のご支援によるものです。今後、私たち慶友会はこの教訓を糧に、一層の研鑽を重ね、地域に根ざした健康支援活動に邁進していく所存です。今後とも何卒よろしく願いいたします。

令和3年1月20日

医療法人社団慶友会 理事長
吉田 良子





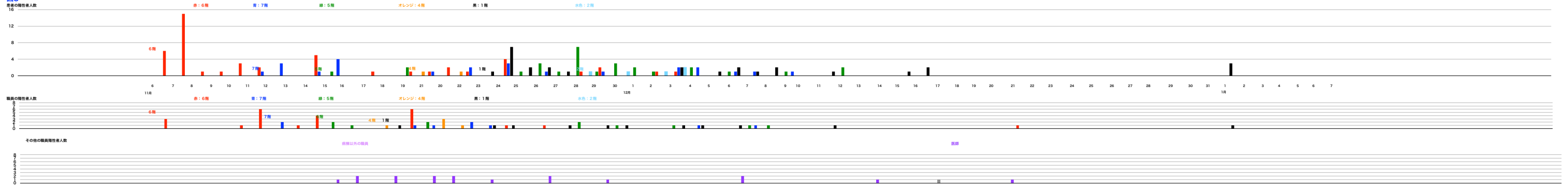


図4

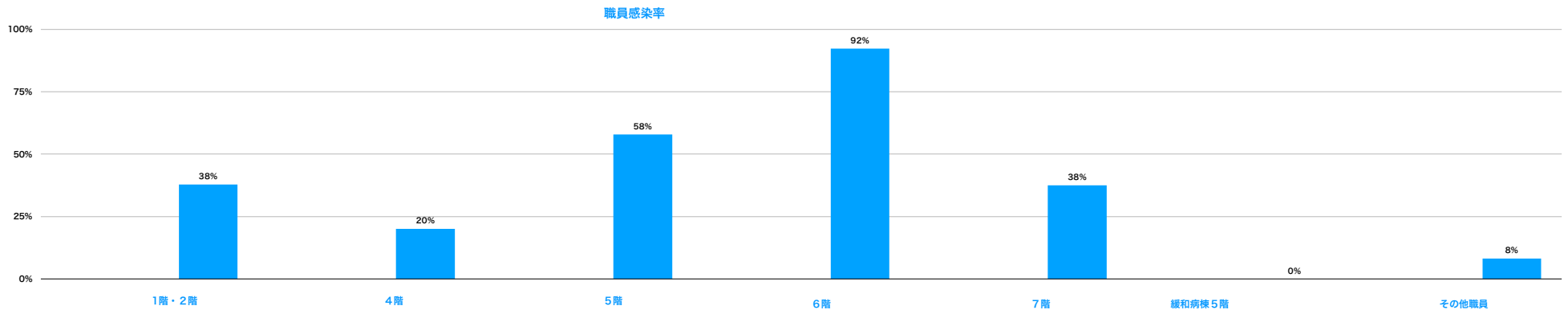
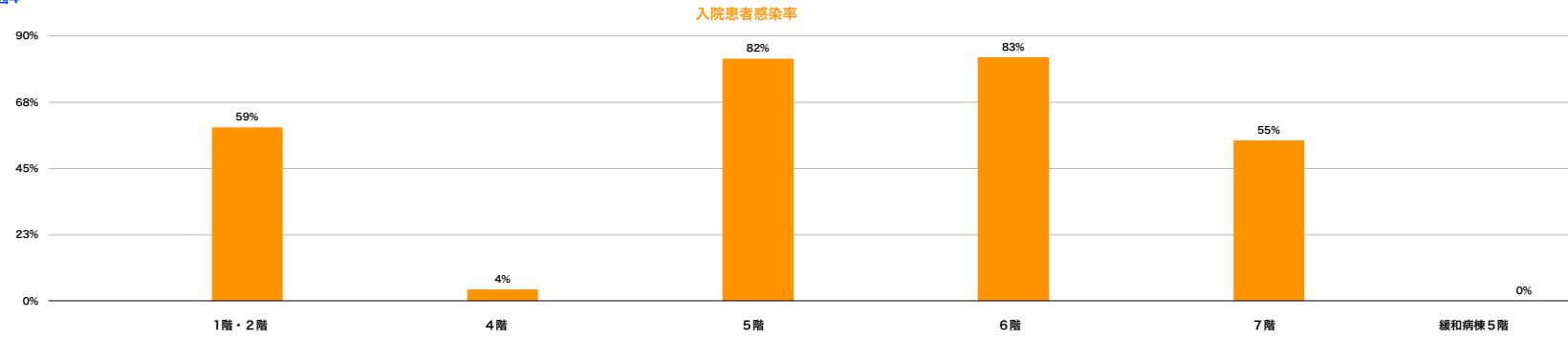


図5

