

**新型コロナウイルス蔓延期でも
対応するための
在宅医療・介護チーム 75 の手引**

I N D E X

INDEX	2P
【3つの目標】	3P
【はじめに】	3P
【このような状況にならないために】	3P
【本手引きを読む際のガイド】	3P
【新型コロナウイルスについて基本となる事実】	4P
【濃厚接触者の定義】	8P
〈組織運営に対する大きな方向性〉	8P
A【感染予防を第一に考えた勤務体制】9項目	8P
B【事業所内感染を防ぐ:事業所の建物での工夫】4項目	10P
C【スタッフの体調管理】12項目	10P
D【チームの雰囲気を保つ】6項目	13P
E【物品】3項目	14P
F【地域連携】5項目	15P
G【未感染の患者さんへの啓発/対応】10項目	15P
H【陽性とみなされる患者に接するときの対応／ 体制編】10項目	17P
I【陽性とみなされる患者に接するときの対応／ 感染経路別予防策】14項目	19P
J【同居家族への指導】2項目	22P
事例:当院での取り組み	23P
〈遠隔診療を行うときのクイック対応シート〉	26P
〈使える情報リンク一覧〉	27P

新型コロナウイルス蔓延期でも対応するための在宅医療・介護チーム 75 の手引

(私案・運営者マニュアル / 運営者・医師・看護師向け)

医療法人かがやき 総合在宅医療クリニック (岐阜) 市橋 亮一

Ver 1.8 2020.4.14 (初版 2020.3.28)

【3つの目標】

- 1 スタッフの感染をゼロにする
- 2 スタッフに感染者がでて、サービス提供を継続できるようにする
- 3 防ぎ得る死亡をゼロにする

【はじめに】

新型コロナウイルス対策として、スタッフの感染を防ぐ「水際対策」から、スタッフに感染者が出てサービスが継続できるようにする「蔓延期対策」まで、私たちはさまざまなフェーズで対策を考えなければならない。感染爆発が起これば、医療資源・人的資源が少ない在宅の環境で、新型コロナウイルス(COVID-19)患者を診ることはそもそも望ましくないが、やむを得ず対応が必要となる可能性もある。その際ヒント・事前準備をここに示す。少しでも最悪の状況を回避できるよう現場の知恵を集約して乗り切っていく必要があると考える。

【想定しておく最悪・・・このような状況にならないためにできること】

・日本国内でも諸外国同様に感染爆発が発生し、スタッフに感染者が出るたびに医療介護福祉サービスの提供が中断してしまう。

・患者が新型コロナウイルス感染が確認されたもしくは感染が疑われる状況で、なんの準備もなく訪問診療・看護・介護など身体的な接触が必要となる。

【本手引きを読む際のガイド】

・この手引は私案であり、在宅医療を行っている組織運営者、医師、看護師向けに書かれたものである。

・すべてを解決することはできないけれど、最悪の状況を少しでも改善しうる、そして現実的である75のアイデアを考えた。

・平時には行われなくても、科学的・理論的に上記3つの目標達成に有利なことであれば提案している。

・今回のできごとは誰にとっても初めてのことであり、正解が見えない中、さまざまな場所で社会実験的な試行錯誤が繰り返されていることと思われる。ここに記載した内容も、あくまでも社会実験中の試みであり、今後多くの知恵と工夫によってこのガイドがブラッシュアップされることを望んでいる。

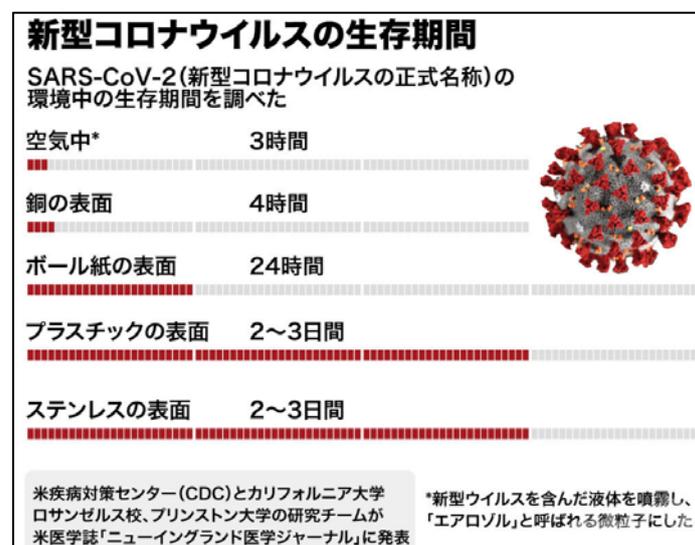
【新型コロナウイルスについて基本となる事実】

飛沫感染：

- ・2m 以内で感染する
- ・目・鼻・口から体内に入って感染する
 - 感染者に接する場合はマスクだけでなくゴーグルが必要
- ・手にウイルスが付着した状態で首よりも上を触ることで感染する
 - 顔を触る頻度を下げたい
- ・ウイルスそのものはマスクを通過するが大きな飛沫はマスクでブロックしうる
 - 以前は感染者のみがマスクをすると良い、と言われたが、
飛沫をブロックするためにスタッフがマスクをすることは有効

エアロゾル化：咳やくしゃみなどで、唾液などが微粒子になって空中を漂う場合（エアロゾル化）がある。このために密閉空間で感染が助長している（密閉、密集、密接を避ける）ことが疑われている。

接触感染：接触面で新型コロナウイルスウイルスが生きている時間は下図の通り。長期間にわたって残存するため、環境の消毒、アルコール消毒、手洗いを行うべき。



N van Doremalen, NEJM 2020 Mar 17.PMID: 32182409

【濃厚接触者の定義】

*注：濃厚接触者の定義は以下の対応ガイドを参考にしているが、実際には各保健所との相談が必要になると思われるため、個別問い合わせが必要である。

以下：医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド（一般社団法人 日本環境感染学会） 第2版改訂版 12-13 ページ 医療者暴露のレベルわけ

http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/COVID-19_taioguide2.1.pdf

表1 医療従事者（注1）の曝露のリスク評価と対応

新型コロナウイルス感染症患者と接触したときの状況（注2）	曝露のリスク	健康観察の方法（注7） （最後に曝露した日から14日目まで）	無症状の医療従事者に対する就業制限
マスクを着用している新型コロナウイルス感染症患者と長時間（注5）の濃厚接触あり（注6）			
医療従事者のPPE：着用なし	中リスク	積極的	最後に曝露した日から14日間の就業制限
医療従事者のPPE：サージカルマスクまたはN95マスクの着用なし	中リスク	積極的	最後に曝露した日から14日間の就業制限
医療従事者のPPE：サージカルマスクは着用しているが眼の防護なし	低リスク	自己	なし
医療従事者のPPE：ガウンまたは手袋の着用なし（注3）	低リスク	自己	なし
医療従事者のPPE：推奨されているPPEをすべて着用（N95ではなくサージカルマスクを着用）	低リスク	自己	なし
マスクを着用していない新型コロナウイルス感染症患者と長時間（注5）の濃厚接触あり（注6）			
医療従事者のPPE：着用なし	高リスク	積極的	最後に曝露した日から14日間の就業制限
医療従事者のPPE：サージカルマスクまたはN95マスクの着用なし	高リスク	積極的	最後に曝露した日から14日間の就業制限
医療従事者のPPE：サージカルマスクは着用しているが眼の防護なし（注4）	中リスク	積極的	最後に曝露した日から14日間の就業制限
医療従事者のPPE：ガウンまたは手袋の着用なし（注3）（注4）	低リスク	自己	なし
医療従事者のPPE：推奨されているPPEをすべて着用（N95ではなくサージカルマスクを着用）（注4）	低リスク	自己	なし

Interim U.S. Guidance for Risk Assessment and Public Health Management of Healthcare Personnel with Potential Exposure in a Healthcare Setting to Patients with 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV)2020年3月4日版をもとに作成

注1 医療従事者

ここでいう医療従事者とは、医療機関で勤務するすべての職員を指す。

注2 記載されているPPE以外のPPEは着用していたと考える。例えば「眼の防護なし」とある場合は、それ以外の推奨されるPPE（マスク、手袋、ガウン）は着用していたと考える。

注3 体位変換などの広範囲の身体的接触があった場合は中リスクと判断する。

注4 医療従事者が大量のエアロゾルを生じる処置（下記）を実施した場合やこれらの処置を実施中の病室内に

滞在した場合は中リスクと判断する。

エアロゾルを生じる処置とは、気管挿管・抜管、NPPV 装着、気管切開術、心肺蘇生、用手換気、気管支鏡検査、ネブライザー療法、誘発採痰などを指す。

注 5 接触時間 ここていう接触時間の長さは以下を目安とする。

長時間：数分以上 短時間：約 1～2 分

注 6 濃厚接触

ここでいう濃厚接触とは以下のいずれかを指す。

- a) COVID-19 患者の約 2 メートル以内で長時間接触する（例えば、ケアを行う、または、2 メートル以内に座って話しをするなど）
- b) 個人防護具を着用せずに患者の分泌物や排泄物に直接接触する（例えば、咳をかけられる、素手で使用済みのティッシュに触れるなど）

濃厚接触の有無を判断する際は、接触した時間（長いほうが曝露の可能性が高

い）、患者の症状（咳がある場合は曝露の可能性が高い）、患者のマスク着用の有無（着用していれば飛沫による他者や環境の汚染を効果的に予防することができる）についても考慮する。

以下の状況では、患者のマスク着用の有無にかかわらず、医療従事者が推奨される個人防護具を着用していない場合でも低リスクと考えられる。

- ・ 受付で短時間の会話を交わした場合
- ・ 病室に短時間入ったが患者や分泌物/排泄物との接触がない場合
- ・ 退院直後の病室に入室した場合

患者のそばを通りかかったり、病室に入らず、患者や患者の分泌物/排泄物との接触がない場合、リスクはないと判断する。

注 7 健康観察の方法

以下の二つの方法がある。いずれの場合も症状（発熱または呼吸器症状）が出現した時点で直ちに他の人

から離れ（マスクがあれば着用し）、医療機関の担当部門に電話連絡のうえ受診する。

積極的：医療機関の担当部門が曝露した医療従事者に対し、発熱または呼吸器症状の有無について1日1回、電話やメール等で確認する。

自己：曝露した医療従事者自身が業務開始前に発熱または呼吸器症状の有無を医療機関の担当部門に報告する。

その他、「濃厚接触者」の定義は、以下の連絡・通達などもある。

①厚生労働省事務連絡（2020年3月11日）「新型コロナウイルス感染症が疑われる者の診療に関する留意点について」<https://www.mhlw.go.jp/content/000607654.pdf>

②日本医師会（2020年3月27日）

「濃厚接触者による自主的な就業制限、施設の使用制限に関する日本医師会の考え方について」http://dl.med.or.jp/dl-med/kansen/novel_corona/2019chi_498.pdf

〈組織運営に対する大きな方向性〉

患者を支える各職種のスタッフが 1 人の感染で共倒れにならないように、小さなチームを複数作る。これにより、チーム内でのウイルス伝播を防ぐとともに、事業継続の可能性を高める。

◎「濃厚接触者による自主的な就業制限、施設の使用制限に関する日本医師会の考え方」

http://dl.med.or.jp/dl-med/kansen/novel_corona/2019chi_498.pdf

「新型コロナウイルス感染症の陽性者（患者、当該医療機関の従事者）が発生した 医療機関の管理者（もしくは診療部門の長）が、院内の職員間では「マスク（サージカルマスク）の着用及び手指衛生」という標準予防策（検査等の手技を実施 する場合は、それらに応じた防護を実施することとする。）が徹底されていると判断した場合は、濃厚接触は発生しなかったものとして自主的な就業制限や施設の 使用制限を行う必要はない。」

◎公益財団法人 日本訪問看護財団（2020 年 3 月 6 日）「【第 1 報】 新型コロナウイルス感染症に関する訪問看護従事者の対応例」 P1

https://www.jvnf.or.jp/newinfo/2019/korona_taisaku20200306.pdf

「訪問看護ステーションのスタッフやその家族が新型コロナウイルス感染症罹患した際、就業制限等の対応が求められるのは罹患した本人のみです。訪問看護ステーションの運営に関する判断等は各事業所に委ねられます」

【感染予防を第一に考えた勤務体制】 9 項目

A-1 「1 人で患者宅へ訪問し、誰とも会わず帰宅する」（直行直帰）をなるべく多くする。
物理的に他のスタッフと接することを減らせれば、チーム内での実質的な感染の広がりを減らせる。

*一人開業医、スタッフの少ない訪問看護ステーションでも、管理者が直行直帰できるのであればそうする。

A-2 事業所内を分割する

スタッフを A チーム、B チームと 2 つに分け、使用するスペースを分割し、どちらかのチームで感染者が出ても、組織全体の動きが長く停止しないようにする。

例えば A チームで感染疑いのスタッフが出た場合には、A の部屋を一時閉鎖し、A チーム全員自宅待機に。A チーム不在間は B チームでサービス提供を継続し、A チームが復帰したタイミングで休息を取る。

A-3 理想的には 3 チーム以上に分けておけると良い。

1 の「直行直帰を増やしておく」ことができれば、直行直帰を C チームとし、蔓延期には C チームが「感染・感染疑い患者担当」として動くことができる。

チームを分けるほど人がいない場合でもできること

一人医師の場合の対応アイデア

- ・非常勤医師を依頼しておく

(例えば準夜帯に定期訪問をずらし、夕方に非常勤医師に働いてもらうことができれば自分が休みになっても診療所を継続することができるかも)

- ・近くの医師と緊急時の相互の対応を行えるように声掛けしておく

訪問看護ステーション

- ・管理者一人が直行直帰になってみる。(事業所内が全員感染とならないように)

A-4 外来を行うメンバーと、在宅医療を担うメンバーを分ける。

1階と2階など、それぞれの執務スペースを分ける必要がある。

A-5 対面での業務を減らす。

対面で行っている業務を電話やオンラインなど他の方法で簡略化できないかを検討する。

A-6 見学・一日研修を断る。

大学生、見学希望者などはさまざまな医療機関を複数経てくるし、さまざまな社会的な活動も活発で媒介になりうる。少なくとも新型コロナウイルスの蔓延期はできるだけ断る。(当然その組織の判断によるが、ここからの感染は“防ぎ得た感染”になるかも)

A-7 単身者に切り札になってもらう。

子供などがたくさんいる多人数同居家族と比べ、感染リスクが相対的に低いと考えられる単身生活等の職員は、なるべく「直行直帰チーム」になってもらい、いざというときの切り札になってもらう。

- ・他チームが感染したら際、バックアップとして訪問診療や訪問看護を引き継ぐ。
- ・新型コロナウイルス患者や濃厚接触者などへの訪問が発生した場合は直行直帰チームのみで対応する

A-8 Zoomなどのツールを知らない人には使い方を伝えていく。

平常時には面倒なことを人は覚えたがらない。今回のような非常時こそ新しいツールの使い方を覚えてもらうチャンスとなる。

A-9 正解はないからこそ、スタッフみんなで知恵を出す。

本手引きを使い、自分たちの事業者で実践していきたいことについて、みんなでさまざまなディスカッションし、試行錯誤していく。

B【事業所内感染を防ぐ：事業所の建物での工夫】4項目

B-1 物品や書類を介した接触感染にも注意。

飛沫感染だけでなく、物品や書類を介した感染の可能性もある。表面をアルコール消毒すること、最後に触ってから24時間放置しておくことで感染リスクを下げる事が可能。また触った後にもアルコール消毒・手洗いをすること。

B-2 室内のアルコール消毒の時間や担当を決める。

事業者内の共有スペースのノブなど大勢が触れるところは定期的に、担当者・役割を決めてアルコール消毒する。環境清掃作業は少なくとも1日に1回実行する必要がある。特に、ドアノブ、作業用デスクトップ、コンピューターのキーボード、マウスなどの手がよく触れる表面では、清掃の頻度を高める必要がある。

B-3 アルコールなどを小瓶に分けて各個人がもつ。

必要なときに簡単に表面の消毒を行えるようにする。

B-4 スタッフにはやるべきことの意義を伝えて納得してもらおう。

室内の消毒など日常とは異なる業務が発生したり、他チームスペースに入れなかったりと、さまざまな不都合が生じる。しかし、これができなければ多くの患者・家族に迷惑が発生する可能性があることをきちんと伝え、実行する。後悔は、やるべきだとわかっていたことをやらなかった時にもっとも大きくなる。

C【スタッフの体調管理】12項目

C-1 各自、自分が感染しないことが第一目標。

職員一人ひとりの感染に対する自覚も必要。自分が感染することは、事業所・患者に感染させることになるということを考えて最大限の努力・自粛が必要となることを理解してもらおう。

C-2 毎朝体温を「家で」測ってもらい、37.5度以上の発熱があれば休み。

37.0度-37.4度までは他の症状と組み合わせて医師または責任者に判断を委ねるようにする。その場合はこまめに熱を測り、上がってくる傾向があれば無理せずに休む。

C-3 理由のわからない咳でも休み。

咳があることは他の人への伝播に強く関係する。ぜんそくなどの持病がある人以

外は、咳が完全に治ってから復帰してもらう。

C-4 体調不良での休みは給与保障。

新型コロナウイルスの蔓延期には、発熱・咳などの体調不良で休んでも給与は100%保証し、それをスタッフに伝える。生活のために体調不良を隠して働くことで、他のスタッフにも感染を広げる可能性がある。結果的には、その方が何倍も高くつくことになる。

C-5 花粉症がある人にはマスクをしてもらい、治療も行ってもらおう。

C-6 「その人しかできない業務」を減らしていく。

「その人しかできない業務」をなるべく減らし、その人が休んでも他の誰かがバックアップできる体制にしておく。

C-7 業務が終わったら、就業時間内であっても早く帰ってもらい自宅待機とする。

一緒にいる時間が長くなることで感染リスクが上がる。必要な業務が終わったら早く帰ってもらうことは感染リスクを下げるだけでなく、十分な休息が個人の免疫力を上げる。基本的な免疫力を高めておき、危機が起こったときの業務増加に耐えるように準備してもらっておく。自宅待機なのでこの時間も勤務扱いとする。

C-8 休んでいる人に定期的に電話連絡。

心優しいスタッフほど、休んでいることを申し訳なく思っているものである。みんなが心配していること、症状がなくなってからの復帰で大丈夫なことを伝え、寂しげさせない。

C-9 家族との時間をなるべく作ってもらおう。

大人も子供もみんなが自宅にいる、という時間は実は現代社会では持ちにくい。この危機を機会ととらえ、家族との時間をなるべく作ってもらおうようにする。家族との時間が増えることで、ストレスの軽減にもつながると思われる。

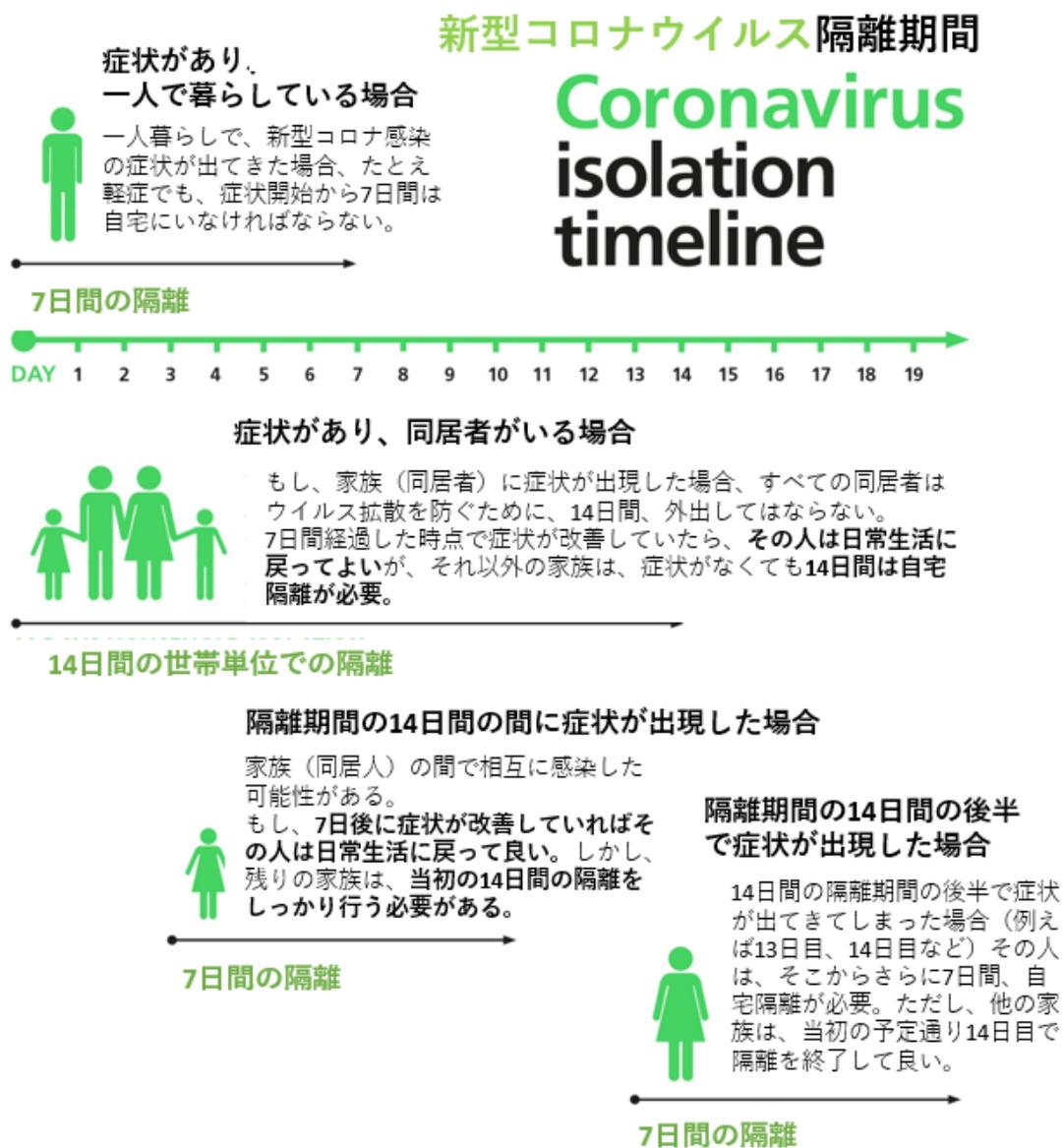
C-10 こころの健康を維持してもらう。

長い期間の緊張状態から精神的な不安定さが、スタッフにも、患者さん、ご家族にも出てくることが予想される。

詳しくは「新型コロナウイルス感染症対応に従事されている方のこころの健康を維持するために」日本赤十字社 参照

http://www.jrc.or.jp/activity/saigai/news/200330_006139.html

- C-11 職員の家族が発熱などの場合を想定しておく。＜下図は参考：隔離期間について＞
 職員の家族が発熱している場合の勤務は流動的。新型コロナウイルスの濃厚接触の場合は14日間の自宅隔離にしたほうが良いが、新型コロナウイルスと見えない場合の対応は、その地域での流行度合いとの勘案になる。その時々で、対応を変化させスタッフに伝えていく。（その時点での専門家の意見を聞いてみてください。）



25 March 2020

For more information go to
[nhsinform.scot/coronavirus](https://www.nhsinform.scot/coronavirus)



<https://www.nhsinform.scot/illnesses-and-conditions/infections-and-poisoning/coronavirus-covid-19/communications-toolkits-and-leaflets/coronavirus-covid-19-communications-toolkits-and-leaflets>

C-12 スタッフが感染したとしても個人を責めない。

医療機関に従事していることで、各スタッフは相当注意をしながら生活を送っていると思われる。それにも関わらず感染したとしたら、個人を責めないようにすることが大切である。本人に必要以上の責任を感じさせないことも重要である。

D【チームの雰囲気を保つ】6項目

D-1 チームの雰囲気改善のためにお金を使う。

チームの潤滑油でもあった飲み会や食事ができなくなるので、働いていても楽しさが減る。これをケアできるようなことを考える。

当院では、A、B、C チームに予算を渡して好きなものを買ってもよいとした。そうすると「ケーキは何を買おうか」「他のチームにも送ってあげようか」などと、新しい楽しみが発生した。

D-2 アフターコロナの楽しみを考える。

新型コロナウイルスが収束したら盛大なパーティーをすることなど、アフターコロナに待っている楽しみを伝える。いつかは感染のアウトブレイクは必ず収束する。未来を楽しみにすることは気持ちが改善することの一つになる。

D-3 外で2 m 以上離れて短時間会話する。

チームを超えても距離を保って話す限りには感染リスクは上がらない。
(当然風向きや、くしゃみ・咳には配慮は必要)

D-4 ランチはクリエイティブに！

訪問チームの中にはミニBBQセットを買って、昼食をBBQ的に食べているチームもある。みんなで食事を注文して取り寄せするチームもある。限られた活動範囲でどう楽しむかは、個人やチームのクリエイティビティが試される。

D-5 業務は少なめに、しなくてもすむ仕事はしない。

日常と変化しているだけでかなりの負担になるので、業務は少し少なめにしておくと良い。通常の事業者では売上の9割がへるようなところもあるのだから、2割程度の売上げ減少には短期間では目をつぶったほうが良い。それよりもスタッフが疲弊してチーム内で問題が起こったり、信頼関係がなくなることの方が怖い。

D-6 感染対策に100点はない、正解はない。

感染対策への個人の見解の違いによって、他者の動きに対して批判的な目を向け

る人も少なくない。スタッフに「お互いに寛容になること」「各自のプロとしての判断を信頼すること」を伝える。そして現在 100 点でなくてもいいが、限りなく 100 点に近くなるのか考えてもらうようにする。

E 【物品】 3 項目

E-1 物資が足りない時は「蔓延期」を想定して節約する。

物資の供給が滞ってくるので、現在手元にある物資で「籠城」することが必要になる。アルコールは有限の資源であり、石鹸などの手洗いの資源は無限である。アルコールは手にはなるべく使わず、手は手洗いをを行うことでアルコールをとっておく必要がある。

E-2 在庫と感染状況にあわせて物品使用ルールを変えていく。

物品の在庫状況によってはベストな対応ができない場合もある。状況によって、ルールを変化させていくことも重要である。

たとえば、当院では3月時点でサージカルマスクの在庫は数百であった。そのため、サージカルマスクは「蔓延期」に使用するためにとっておき、スタンダード・プリコーション(標準的予防措置策)が必要なときのみを使用していた。布マスクを使用するスタッフもいた。その後、各学会からサージカルマスクの使用が「濃厚接触」を防ぐの見解が出たことと、マスクの供給ルートが確保できたことで、事務職を含め全員がサージカルマスクを使用するようになった。

E-3 次亜塩素酸水の生成器の購入なども考慮に入れる。

消毒に次亜塩素酸水を使用することも有効だと考えられている。次亜塩素酸水を購入するか、小型の次亜塩素酸水生成器を購入する方法もある。生成器を購入した場合は、生成した次亜塩素酸水を地域の連携組織へわたせることもできる。

F【地域連携】5項目

F-1 近隣の連携機関にもBCP（事業継続計画）としてのチーム分割を勧めてみる。

地域の訪問看護ステーションが一箇所でも閉鎖になれば、他の事業所の負担が増え、地域の在宅医療体制が瓦解していきかねない。それを避けるために、他の組織にもチーム分割などを勧め、地域全体で取り組める体制が整うとより良い。

* **事業継続計画**とは、災害などの緊急事態が発生したときに、企業が損害を最小限に抑え、事業の継続や復旧を図るための計画。事業継続と復旧計画とも呼ばれる。

F-2 地域へ感染対策を普及する（アウトリーチ）。

「地域医療体制はチームディフェンスであり、どこか1箇所でも弱いところがあればそこを突かれる」ということを意識し、地域全体を考えて感染対策を普及する。地域メンバーに対して定期的にZoomなどのテレビ会議システムなどを使い、カンファレンスや勉強会を行っていくことが必要となる。

* <https://zoom.us/jp-jp/meetings.html>

F-3 近隣の連携組織と「もしもの時」のことを話し合う。

もしも自分の事業所が閉鎖になった場合、患者さんたちはどうなるのかの相談を近隣の組織と予め検討しておく会を持つことが望ましい。

F-4 在庫が多い物品は地域に回す、少ないものは回してもらう。

地域の医療機関で足りないものを、自分たちが必要以上に多く抱えているのであれば地域に回す。そうしておくで、逆に困った時に融通してもらえる。このように地域内でやりとりを行えるようになることよい。そうすると無理にたくさん買い占めをしなくても大丈夫と思えるようになる。

F-5 大量ロットの物品は共同購入。

足りなかった物品が供給されるようになる時、最初は大量ロットで売り出される場合が多い。売り手にとって、その方が簡単だからである。大量に消費しない小さな組織である場合、いくつかの組織で共同購入するように声をかけあうとよい。

G【未感染の患者さんへの啓発/対応】10項目

G-1 手洗い・咳エチケットチラシを配布。

患者さんや家族向けに「手指消毒の方法、咳エチケット」について内閣府から出ているチラシを配布し、洗面所に貼ってもらうようにする。訪問者はなるべく減らす

べきだが、万が一訪問者があったらそれをもとに手洗いの方法を指導するようにお願いしておく。

<https://www.kantei.go.jp/jp/content/000059525.pdf>

G-2 薬は予備がある状態にしておく。

今後何らかの原因で診察回数が減る場合があること、薬局・工場などの問題で薬剤が手に入りにくくなる可能性も想定して多めに処方することで、万が一のことがあっても薬が切れない状況をつくっておく。

G-3 通所サービス・訪問サービスを減らすことを考えてもらう。

集団生活での感染コントロールはそもそも困難であるため、通所サービスの利用はリスクが高い。また家に出入りする人数が増えることを考えれば、訪問サービスも同じである。患者家族と共に必要なサービスと、減らすことができるサービスを考えていく必要がある。

G-4 訪問者には手洗いの声がけをしてもらう。

訪問者を減らすと共に、訪問者にはすぐに手を洗ってもらうように、患者本人・家族から声掛けをしてもらうようにお願いする。

G-5 家族にも不要不急の外出を控えるように依頼する。

不要不急だけでなく、家族が何らかの疾患で通院している場合、病院という感染リスクが高い場所に出かけることになる。慢性疾患で通院中の家族の場合で、訪問診療チームが処方することで（もちろん主治医の許可は必要）家族の外来受診を不要にし、新型コロナウイルスへの家族の暴露のリスクを減らすことができる。

*ハイリスクとしては65歳以上、小児、妊婦、免疫不全患者、慢性心疾患・肺疾患・腎疾患などが挙げられている。

Interim Guidance for Implementing Home Care of People Not Requiring Hospitalization for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Updated February 12, 2020, CDC

G-6 しばらくの間、孫との面会はガマンする/してもらう。

地域の蔓延期には、特に社会的な活動が多く媒介になりやすい孫が遊びに来ないようにお願いする。（無症状で感染している場合もあり、感染源となりうる）

G-7 発熱・咳がある患者・家族には、訪問時にマスクをつけてもらう。

マスクを持っていない患者・家族には玄関でマスクを渡してつけてもらう。

G-8 葬儀の代わりに1年後の法要に親族で集まることを提案する。

葬儀には遠方から多くの人が出てくるため、葬儀がクラスターになった事例もある。看取りになったあとに葬儀の相談をしているようなときには、葬儀で親族を呼ばない、1年後の法要に親族で集まることなどを提案してもよいだろう。

- G-9 スタンダード・プリコーション(標準的予防措置)の方法を医療者が理解しておく。未感染とみなされている人には通常行う感染予防策＝標準的感染予防策(スタンダード・プリコーション/ standard precautions)を行う。動画で勉強できる。

<https://www.youtube.com/watch?v=4XL3Gp99az0>

長崎大学

前半：コロナウイルスについて

後半(37分以降)標準的予防措置の方法についての説明

- G-10 インフルエンザ検査も実施しない。

インフルエンザキットの検査もエアロゾル発生リスクがあるために行わない。問診からインフルエンザと判断でき、必要であるならば投薬も可。

H【陽性とみなされる患者に接するときの対応／ 体制編】 10項目

- H-1 PCR検査をしたら患者は「陽性」とみなして対応する。

現在の日本では感染と判断する可能性が高い場合のみ検査をしている。検査の感度はおよそ70%程度と言われていることから、30%が偽陰性(本当は陽性なのに、陰性とされてしまうこと)になる。「陰性」といわれても、本当は陽性である可能性は否定できない。検査した時点で「陽性」とみなして対応することが望ましい。

- H-2 予め感染患者に対応する「感染者対応スタッフ」を事前に決めておく

- H-3 「感染者対応スタッフ」の人数は最小限とし、できれば感染者のみに対応する。

できるだけ他の患者宅への訪問などは避けたい。

- H-4 「感染者対応スタッフ」はできれば若く、自宅では隔離した生活が望ましい。

年齢が上がるほど一般的に重症化リスクが上がるため、候補者が2名以上いる場合には若い人が対応したほうがいい。また、家族に高齢者がいない人が望ましい。

- H-5 「感染者対応スタッフ」は感染症対策を身につけ、心身共に健康な人が望ましい。

在宅での業務を一人に対応できる程度の熟練(電話や動画などで熟練者から遠隔で指導を受けてもよい)と、感染症対策への講習を十分受けてガウンテクニック、感染症対策ができるものである必要がある。できれば健康状態がよく、精神的にも安定している人が良い。(長期間に渡り自制する生活が続く可能性があるため)

H-6 「感染者対応スタッフ」には危険手当を出すなど保証を検討する。

H-7 患者が家での療養を希望する場合。

感染した患者や家族が自宅での療養を望んでも残念ながら病院へ搬送するしかない場合もあるだろうが、問題となるのは感染予防のための物品の確保と「感染者対応スタッフ」の有無である。事前に準備しておきたい。

H-8 患者が家での最期を希望するような場合。

呼吸苦がひどくなって他の薬剤での緩和が難しい場合には、麻薬（頓服、持続皮下注射）の管理が必要になる可能性もありうる。もちろんその場合には、本人の意思、関係者一同を集めての人生会議／ACPが必要である。

H-9 ある程度の期間の収入の減少を覚悟する。

当初からある程度の期間の収入の減少を覚悟しておくことが重要。正しいことを行って自らの理念に忠実であることが試されるのは危機に面した時である。

H-10 診療報酬上の問題があれば、学会などへ連絡。

診療報酬上の問題は、学会などの窓口を通じてできるだけ早くに厚生労働省の担当者に伝えることが重要。非常時であっても、診療報酬上のルールへのコンプライアンス遵守は重要である一方で、理由があれば例外的に認められる可能性もある。時間との戦いなので早めに現場での問題点を共有することが重要になる。

I【陽性とみなされる患者に接するときの対応／ 感染経路別予防策】14 項目

I-1 必要な感染経路別予防策を行う。

十分な装備がない状態での対応は医療者の感染リスクを上昇させる。

○感染経路別予防策

新型コロナウイルス感染症の感染確定例および疑い例には、飛沫予防策と接触予防策を標準予防策に追加して行います。新型コロナウイルスは気道分泌物および糞便から分離され、対策のポイントは以下の2点です。

- ウイルスを含む飛沫が目、鼻、口の粘膜に付着するのを防ぐ
- ウイルスが付着した手で目、鼻、口の粘膜と接触するのを防ぐ

(1) 個人防護具

- 通常は眼・鼻・口を覆う個人防護具（アイシールド付きサージカルマスク、あるいはサージカルマスクとゴーグル/アイシールド/フェイスガードの組み合わせ）、ガウン、手袋を装着します。
- 一時的に大量のエアロゾルが発生しやすい状況※においては、上記に N95 マスクを追加します。N95 マスクを装着するたびにユーザーシールチェックを実施します。
- 個人防護具を着用中また脱衣時に眼・鼻・口の粘膜に触れないように注意し、手指衛生を実施します。

※気管挿管・抜管, NPPV 装着, 気管切開術, 心肺蘇生, 用手換気, 気管支鏡検査、ネブライザー療法、誘発採痰など

医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド 第2版（一般社団法人 日本環境感染学会）P 4

http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/COVID-19_taioguide2.pdf

※P10には「個人防護具の種類と着脱手順例」が写真付きで掲載されています。

I-2 患者にマスクを着用してもらうことで、暴露のリスクを下げる事が可能。

当ガイドP2「濃厚接触者の定義」のページを参照のこと

I-3 ゴミ袋などを工夫して使用して、簡易的なガウンとして使用することが可能。

防護具が不足している病院でもガウンの代わりに大きなゴミ袋をかぶり、シールドの代わりにクリアファイルで顔を覆うなど、さまざまな代用品を使った試みが行われている。

*最後の脱着がおわり、手を消毒するまでに首よりも上を触れないように注意。

I-4 部屋への入室前に個人防護具を着用。

患者が歩けなかったとしても、濃厚接触者である家族が生活しているため、入り口の扉、ドアノブ、洗面台などすべての接触感染が疑われる。入り口でプラスチック手袋（グローブ）・ガウンなどをつけて入室し、退室後に清潔に脱着し、破棄する。

I-5 訪問前には1時間以上部屋を開けて換気してもらい、訪問中も換気しておく。

1時間の換気回数	浮遊菌を90%除去	浮遊菌を99%除去	浮遊菌を99.9%除去
1時間に6回換気	23分 10分に1回 1回4分の換気	46分 ほぼずっと換気	69分 ずっと換気
1時間に12回換気	12分 5分に1回 1回1分の換気	23分 3分に1回 1回1分の換気	35分 2分に1回 1回1分の換気

MMWR Recommendations and reports 1994; 43: RR-13.

<https://www.slideshare.net/mimonism/zaitaku-covid-1903162>

宮本 雄気先生のスライド参照

I-6 訪問時間と接触は必要最低限にとどめる。

血圧などのバイタルサインのチェックも必要なければ行わない。もしくは、患者宅にある血圧体温計などを使用して患者自身で行ってもらっておく。もしもなければ患者専用として提供することも検討する。

*酸素飽和度モニターも必要時には患者ごとに貸し出しが必要となるかもしれないので、ある程度安価なものを余分に揃えておいたほうが良い。

*酸素飽和度モニターをサランラップで巻いても使用可能であるので、新型コロナウイルス疑い患者に使用する場合に、ラップに巻いた状態で測定し、ラップを捨てることで消毒をより簡素化することができる。

I-7 滞在時間を短くするために事前に電話。

訪問前にかかわらず電話で患者や家族と会話し、状況を把握し、10分程度の滞在時間ですべてが終了するように段取りを行う。遠隔医療で画面越しに顔を見て会話するのも良い。

*20分未満の訪問看護も算定できるようになりました

https://www.jvnf.or.jp/newinfo/2019/korona_taisaku20200309.pdf

I-8 訪問前に个人防护具を装備して訪問することを伝える。

「標準的感染予防策/感染経路別予防策」で訪問するのでびっくりしないようにと伝えておく。玄関の前ではなく、玄関に入った上でプライバシーに注意しながら着替える。

I-9 すべてのエアロゾル化を引き起こすような手技は行わない。

人工呼吸器を使用している患者ではコーケンのダブルサクションカニューレ+アモレに予め変えておき、吸引の回数を減らすようにしておく。

https://www.kokenmpc.co.jp/products/medical_plastics/tracheal_tube/double_suction_cannula/index.html

I-10 口腔内吸引は低圧持続吸引器を使用し、患者が自分でできるようにすることが望ましい。



コンセント式 設置型低圧持続吸引ポンプ

I-11 できるならば気管カニューレからの自己吸引方法学んでもらうことが望ましい。

上肢が使える患者の一部では、自分で気管カニューレからの吸引が可能な患者がいる。可能であれば、自己吸引をしてもらう。

I-12 排尿が自分で行えない患者に対しては、一時的な尿バルーン挿入もやむを得なしとして検討する。

I-13 点滴は皮下注射として行うことも可能。

またルートを長くして隣の部屋に点滴を置いておけば、別室で点滴交換などの作業ができる。不要な接触はなるべく減らす。連結管でつないでおけば長い時間での点滴も可能になる。

I-14 抗生剤を筋注可能なものにするすることで点滴処置などの接触を減らすことができる。

J【同居家族への指導】2項目

J-1 自宅療養中の家族内感染の予防策について家族に伝える。

- 感冒様症状の患者はできる限り家族との接触を避け、療養する部屋も分ける。
- 看病が必要な場合は、看病する人を限定する（1人が望ましい）。ただし、高齢者、基礎疾患を有する患者又は妊娠中の女性には看病させない。
- 患者と家族はタオルを共有せず、別のものを使う。
- 患者の入浴は最後にする。
- 療養する部屋から患者が出るときはマスクをつけ、部屋を出る直前にアルコール手指消毒をする。
- 患者が触った箇所（ドアノブや手すりなど）をアルコールを浸した紙で拭き取り消毒し、拭き取った紙は再利用せずすぐにゴミ箱に捨てる。
- 定期的に部屋の窓を開けて換気する。（目安：1-2時間に一度、5-10分間程度）
- 患者が使った衣類やシーツを洗濯する際は、手袋とマスクをつけて洗濯物を扱い、洗濯後には十分に乾燥させる。
- 患者が出すゴミはビニール袋等に入れ、しっかりと口を縛って密閉してから部屋の外に出す。ゴミを扱った直後はしっかり手洗いする。

プライマリ・ケア学会ガイドライン p13 参照

https://www.primary-care.or.jp/imp_news/pdf/20200311.pdf

J-2 ペットが患者と同一空間にいないようにする。

■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■実践例：当院の取り組み■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■

コロナウイルス拡大防止のために、

2月18日 全てのクリニックでのイベント中止を決定

37.5度以上の発熱あるいは咳が出るスタッフは病欠/給与は100%保証。

※ここまでは「スタッフに感染者が出ないように」が目標だったが、

「感染者が出てしまったとしても、診療全部が止まることがないように」目標変更

3月13日（金）活動を3チームわけるため、社屋レイアウト変更

16日（月）3チームにわけて活動開始

- ・クリニック社屋を拠点とする A チーム・B チームと、直行直帰（クリニックに出入りしない）C チーム。
- ・クリニック社屋も活動スペースを A/B チームの2区にわけ、チームを超えたスタッフの人的接触は避ける。
- ・カンファレンスや会議は zoom で実施。
- ・情報共有ツールとして slack を導入。
- ・使用する事務用品や物品、自動車もできる限りチーム分けして使用。

A チーム（会議室やリビングを事務所に変更）



B チーム（通常の事務所で活動）



Cチーム（直行直帰チーム） 医師1名・看護師1名・理学療法士2名
が直行直帰して、クリニックには帰らないようにしている。

4月に入り「食支援」「リハビリ」などの訪問回数を最低限まで減少させる。

4月8日（水） 妊娠している2人の看護師を、完全テレワークに。

幼稚園児を抱える経理スタッフのテレワークを準備のため
デスクトップを自宅に設置。

<次なる課題>

・書類や、患者向け医療物品・医療機器などの物品を通しての接触感染のリスクはどうしても残ってしまう→ 配達のための人員を別に設定することを検討している。

・地域で訪問看護ステーションや介護ステーションが閉鎖になった場合に対応をどうするか？

・新型コロナウイルス患者が自宅にいるときへの対応を具体的にどのように行っていくか？病院への紹介のタイミングなどをどのように決定するか？

<地域連携>

2月23日、3月5日、3月28日

zoomを使って新型コロナウイルス感染対策についての医療・介護・福祉関係者のミーティングを開催。自院の取り組みなどを紹介し、地域への啓蒙活動を実施。

<物品関連>

4月1日 いよいよマスクの在庫が600枚となりマスク購入を真剣に考え始める

2日（木） 3月28日 Zoomでのコロナ対策勉強会参加者から、マスク提供企業を紹介していただき1万枚を依頼

6日（月）～ ・グローブ・酒精綿など足りない物品をさまざまな供給ルートで購入
アスクルで一団体の限定数があるため、知り合いの会社に協力を仰ぐ。

・次亜塩素酸水生成器を購入。1リットルずつ生成できる小型タイプ。

・他のマスク販売ルートでスタッフ家族向けの購入を募り、まとめて注文。

13日（月） マスク1万枚納品される。当法人では3ヶ月、3000枚を確保。

勉強会メーリングリストを通じ、小口でしか購入できない地域医療関係事業にわけることを広報。

「地域の在宅医療関係の医療・介護・福祉事業所優先で、150枚までおわけできます。お金ではなく、いつかマスクが余分に手に入った時に現物返却で」。地域からの反響も大きい。

<患者向け広報>

- 3月頭 手洗い啓発チラシを配布。
- 4月中旬 「当院の感染予防対策と、患者様・ご家族様にご理解・お願いしたいこと」という文書を配布し、診療時の注意事項などをお知らせする。

<遠隔診療を行うときのクイック対応シート>



Visual summary

Covid-19 : 遠隔診療

ビデオもしくは電話での患者問診のためのクイック・ガイド

Version 1.3
25 Mar 2020

この情報は、2020年3月時点で入手可能なデータ（大部分は中国の病院からのデータ）に基づいて、プライマリ・ケアでの利用を意図して作成しています。より適切な情報が得られ次第、更新していきます。

1 事前準備	最新の“ Stay at home” covid-19ガイドを手元に用意する <small>英政府発表アドバイス</small> http://bit.ly/ukgovisol	以下の状況にはビデオが有効である。 ・ 重度疾患の患者 ・ 不安感のある患者 ・ 併存疾患のある患者 ・ 聴覚障がいをもつ患者	以下のようなリスク要因をカルテからさっと確認する。 糖尿病；妊娠；喫煙歴；慢性腎疾患もしくは肝疾患；心血管疾患；喘息
2 接続	画像と音声をチェックする。 聞こえますか？見えますか？	患者のIDを確認する。 ・ 名前 ・ 生年月日	患者の場所を確認する。 現在どこにいますか？
3 開始	迅速な評価 息切れしていて話すことができない場合など、声や外観から重度と判断した場合はすぐにステップ4の質問に進む。		
4 病歴	接触 すでに知られているcovid-19のケースと濃厚接触がありましたか？ 近親者で体調の悪い人はいませんか？ 感染リスクが高い職種ではないですか？	現病歴 最初の症状が出た日にち	Most common presentation もっと一般的な臨床症状 ・ 咳（咳は通常乾性咳だが、喀痰は珍しくない） ・ 倦怠感 ・ 熱（患者の約半数は、最初の発現時に熱がない） ・ 息切れ
5 検査	電話の場合、介護者もしくは患者本人に以下のことを尋ねる ・ 呼吸の状態 ・ 顔や唇の色	ビデオの場合、以下を観察する ・ 全般的な振る舞い ・ 皮膚の色	呼吸機能をチェックする 重度な症状の場合は、息がつかず最後まで話せないのが一般的である ・ 呼吸はいかがですか？ ・ 呼吸は昨日よりも今日の方がひどくなっていますか？ ・ 息切れによりできないことはありますか？
自宅に測定機器がある場合、患者は自分で以下を測定できるかもしれません。 体温；脈拍；最大呼吸流速；血圧；酸素飽和度 自己測定結果の解釈は、その他の全般的な評価の文脈の中で慎重に行う			
6 決断と行動	covid-19の可能性が高いが、軽症状 自己管理：水分補給、アセトアミノフェン服用	covid-19の可能性が高く、体調不良で症状が悪化 ビデオによる追跡調査を手配する 肺炎を疑う場合はできる限り密に経過観察する	関連する併存疾患がある 先を見越した対応と、包括的なケアをする
どの肺炎患者を病院の移送するか？ 以下のような症状 体温：38度以上 ・ 呼吸数：1分間あたり20以上 ・ 心拍数：新たな混乱状態を伴い1分間あたり100以上 ・ 酸素飽和度（自己測定用のオキシメーターがある場合）：94%以下		体調不良で入院が必要 救急車プロトコルに従う（999）	
ウイルスのまん延を減らす 最新の政府の“ stay at home” アドバイスに従う		セーフティネット ・ もし独居の場合、誰かチェックできる人を確保する ・ 水分補給を維持する（1日にグラス6~8杯） ・ 危険信号に該当する症状が出たらすぐに医療機関を受診する	

特徴的な症状
中国武漢の入院患者 1,099名のデータを元に作成

- 69% 咳
- 22% 熱 37.5度~38度
- 22% 熱 38度以上
- 38% 倦怠感
- 34% 喀痰
- 19% 息切れ
- 15% 筋肉痛
- 14% のど痛
- 14% 頭痛
- 12% 悪寒
- 5% 鼻づまり
- 5% 吐き気
もしくは嘔吐
- 4% 下痢
- 24% 併存疾患

Red flags 危険信号

Covid-19:

- ・ 安静時の重度な息切れ
- ・ 呼吸困難
- ・ 胸部の痛みもしくは圧迫感
- ・ 冷たい、じとじとした、蒼白な、もしくは斑状皮膚
- ・ 新しい混乱状態
- ・ 目を覚ませるのが難しい
- ・ 尿量がほとんどない、もしくはまったくない
- ・ 吐血
- その他の状態：
- ・ 肩の凝り
- ・ 圧迫しても退色しない皮膚

article online <https://bit.ly/BMJremcon>

See more visual summaries <http://www.bmj.com/infographics>

© 2020 BMJ Publishing Group Ltd.
 BMJ and the BMJ logo are registered trademarks of the BMJ Publishing Group. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage or retrieval system, without the prior written permission of the BMJ Publishing Group. For the full disclaimer, visit <http://www.bmj.com/page/information>

メディアヴァ 大石佳能子様から翻訳情報いただきました

<使える情報リンク一覧>

◎医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド 第2版改訂版

http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/COVID-19_taioguide2.1.pdf

◎雇用調整助成金について

<https://www.mhlw.go.jp/content/000612660.pdf>

◎感染症 ML で北海道の病院でアルコール消毒薬の在庫が尽きたため、病院薬剤師さんが院内調整されたレシピが共有されていました。

<https://drive.google.com/open?id=1KbV1wS74n8fRNFDea0uSNqkmOgDN5GQ5>

◎次亜塩素酸水の微酸性電解水の生成装置。元々は厨房機器。

<https://www.morinagamilk.co.jp/products/purester/>

◎重症化リスク因子：年齢、タバコ、肥満

他にリスク上昇因子として（調整していない data）として、男性、持病持ち

◎JPCA 新型コロナ手引き v1.0_2020-03-1

https://www.primary-care.or.jp/imp_news/pdf/20200311.pdf

◎肺症状ではなく、心臓症状がみられるコロナ患者がかなり増えてきているとのこと

<https://www.nytimes.com/2020/03/27/health/coronavirus-cardiac-heart-attacks.html>

◎コロナと、ACE 阻害薬、ARB との関連についての話 by 忽那賢志先生

<https://news.yahoo.co.jp/byline/kutsunasatoshi/20200320-00168541/>

◎布マスクは、通常の医療用マスクよりも防御力は弱い

Penetration of cloth masks by particles was almost 97% and medical masks 44%.

BMJ Open. 2015; 5(4):Apr 22. PMID: 25903751

◎手袋の取り扱いやゴミ袋を使ったガウンなどがわかりやすく掲載されています。

目黒区業務継続計画 新型インフルエンザ等編 感染予防策（後編）

https://www.city.meguro.tokyo.jp/gyosei/keikaku/keikaku/sonae/keizokukeikaku02.files/yobousaku2.pdf?fbclid=IwAR1uG_VBUnA50XILEAffKxaNfNnn7EaiVHMqPMi3eu95UQcPM9gwBnAMCW

S