

2020年6月20日

はじめに

日本在宅医療連合学会は2020年3月、会員に向けて、新型コロナウイルス感染症（以下 COVID-19 と表記）が在宅医療現場に与える影響に関するアンケート調査を実施しました。その回答の中で、多くの不安や困難といった課題が表出されていました。そこで、本学会はこの調査結果を踏まえ、新型コロナウイルス対策ワーキンググループを立ち上げ、5月に「在宅医療における COVID-19 対策の Q&A 集」を作成し、在宅医療現場の医師および協働する医療・介護の多職種の適切な感染症対策の一助となる活動を開始しました。そして、今回、新たな Q&A を追加し、第2版として発行することとなりました。

日本において COVID-19 は、6月の時点で新規発生者数は少なくなり一息ついた状況となっています。しかし、COVID-19 が終息した、あるいは収束してゆくというわけではなく、人と人との交流の再開により、第2波や第3波などのアウトブレイクも予測され、不安定な状況は1年以上続くものと考えています。

したがって、これまでの短期的な戦略としての感染防御（感染拡大防止および病院への隔離）対策だけでなく、地域で暮らす人々の生活も考慮した上での長期的な戦略、それも感染症を起因とする災害対応としての包括的な COVID-19 対策を立てていく必要があります。その際、特に念頭に置くべきことは、様々な人生観や生活様式をもつ人々が選択できるような対応策を複数用意すること、病気や障がいをもった人々、中でも超高齢化を迎えている日本において多くなりつつある高齢者への対応策であり、結果的に COVID-19 に対する地域力を高める（地域全体で対応し、地域の人々の感染に対する対応力を強める）ための体制の構築です。

本学会は在宅医療に関わる多くの職種が会員となっており、活動している現場の中心は在宅（自宅、居宅、障がい者施設や高齢者施設等）です。そして対象者は病院への移動困難な療養者であり、隔離のため病院に入院するとフレイルが更に進む可能性の高い人も少なくありません。PCR 検査のため、隔離のため病院に移動するのも簡単なことではありません。また、医療や介護支援の手を緩めると QOL が極端に低下する人々です。したがって、どのような状況であろうと、これまで行ってきた在宅医療を継続するためにも、地域の医療や介護に関わって私たちは、しっかりとした感染対策を身につける必要があります。そして、このことが地域力を高めることとなると考えます。

これまでの経過で COVID-19 が最後に問題となったのは、医療施設および高齢者介護施設でした。このため、今回の Q&A 集では、高齢者介護施設および事業所を対象とした記述を付け加えました。また、時間とともに、新型コロナウイルスの特徴も少しずつですが解ってきて、対応も多少変わりつつありますので、それを念頭に第1版を修正している部分もあります。

今後、会員に対するアンケートを再度実施し、あらたな Q&A を付け加える予定です。また、日本在宅医療連合学会としての提言も加え第3版として発行する予定としています。付け加えて欲しい項目がありましたら zaitaku@juntendo.ac.jp まで「COVID-19 に関する情報」としてお寄せください。

一般社団法人 日本在宅医療連合学会
代表理事会長 蘆野吉和

—目 次—

I COVID-19 防御のための基本的知識	6
1) 標準予防策の徹底	6
2) 状況に応じた隔離予防策の追加	6
3) 感染経路別予防策と PPE の選択	6
<感染経路別予防策>	7
①標準予防策	7
②接触感染予防策	7
③飛沫感染予防策	7
④空気感染予防策	8
<PPE (個人防護具) >	8
4) 環境消毒	9
II COVID-19 対策の基本的戦略	9
1) 感染拡大防止対策 (感染制御)	9
2) 感染者の早期発見による早期隔離	10
3) 感染者への医療体制の確保	11
4) 既存の医療体制 (在宅医療を含む) の堅持	11
5) 既存の介護体制 (在宅医療を含む)・障がい福祉サービス提供体制の堅持	11
6) 地域住民の不安への対応	12
III 在宅医療における COVID-19 への対応 (一般的事項)	12
1) 在宅医療の現場における COVID-19 対策の原則	12
2) COVID-19 拡大時における日常的な在宅医療の現場での感染予防対策	13
3) 発熱療養者への対応	14
4) COVID-19 が疑われた場合の在宅医療現場の感染防御対策	15
5) 濃厚接触者と認定された場合の在宅医療現場の感染防御対策	18
6) 感染者と認定された場合の在宅医療現場の感染防御対策	19
7) 感染疑いあるいは濃厚接触者と判定された療養者の療養環境の確保	19
8) 医療あるいは介護スタッフが COVID-19 感染者と認定された場合の療養者への対応	20
IV 高齢者介護施設・高齢者介護事業所等における COVID-19 への対応 (一般的事項)	20
1) 高齢者介護施設・高齢者介護事業所等における COVID-19 への対応 (基本的戦略)	21
2) COVID-19 が疑われた場合の高齢者介護施設等の感染防御対策 (現時点での状況下における具体的対応手順)	23
3) COVID-19 が疑われた場合の高齢者介護事業所 (デイケア、ショートステイ等) の感染防御対策	24
4) COVID-19 が疑われた場合の高齢者介護事業所 (訪問介護、訪問入浴等) の感染防御対策	25
5) COVID-19 感染者と認定された場合の高齢者介護施設等の感染防御対策	25
6) COVID-19 感染者と認定された場合の高齢者介護事業所 (デイケア、ショートステイ等) の感染防御対策	25
7) 濃厚接触者と認定された場合の高齢者介護施設等の感染防御対策	26
8) 濃厚接触者と認定された場合の高齢者介護事業所 (デイケア、ショートステイ等) の感染防御対策	27

V 在宅医療現場における COVID-19 の Q&A	27
1. COVID-19 防御のための基本的知識	27
CQ1 (第1版 CQ1) 療養者を診察する際のマスクや防護着の適切な使用法はどのようにすべきか？	
CQ1-1 : 一人で訪問した場合の、防護具等の着脱はどのようにしたらよいか。	
CQ1-2 : 防護具の脱衣場所および脱衣した防護具等の処理はどうしたらよいか。	
2. 日本における COVID-19 対策の基本的戦略	28
CQ2 (新規) : PPE の不足にどのように対処するのか。	
CQ2-1 : PPE を不足させないような自施設で可能な取り組みはあるか？	
CQ2-2 : PPE が不足している場合、その代用品はあるか？	
CQ2-3 : PPE が不足している場合、PPE を長時間使用や再使用することは可能か？	
CQ3 (新規) : 提携高齢者施設がクラスター (施設内での多数感染者の発生) となった時に、診療所が風評被害にあわないかという不安に対する対応はどうしたらいいか？	
CQ4 (新規) : 感染防御対策として「外出自粛」や「人との接触を避ける」ことにより、フレイルやうつが進行すると思われるが、その対策としてどのような方法が考えられるか？	
CQ4-1 : フレイルへの対策	
CQ4-2 : 抑うつへの対策	
3. 在宅医療における COVID-19 への対応 (一般的事項)	34
1) 在宅医療の現場における COVID-19 対策の原則	34
2) COVID-19 拡大時における日常的な在宅医療の現場での感染予防対策	34
CQ5 (新規) : 地域で感染拡大が生じる前にどのような準備を行えばよいか？	
CQ6 (第1版 CQ6) 診療所・訪問看護ステーション等の環境管理・ゾーニングはどのように行うべきか？	
CQ7 (第1版 CQ3) : 本人並びに家族への感染予防策の説明はどのように行うか？	
CQ8 (新規) : 独居療養者の感染防止対策としてどのような対応が必要か？	
CQ8-1 : 身体機能が低下し外出できない療養者への対応	
CQ8-2 : 認知機能が低下した療養者への対応	
CQ9 (第1版 CQ8) : 往診車両の環境管理はどのように行うべきか？	
CQ10 (第1版 CQ2-4) : 使用した聴診器、血圧計、パルスオキシメーターの消毒や管理法はどのようにしたらいいか。	
CQ11 (新規) : 療養者に関する情報収集や情報共有をどのように行うか？	
CQ12 療養者に関する情報収集や情報共有をどのように行うか？	
CQ12-1 : 家族からの在宅療養者に関する情報収集をどのように行うか？	
CQ12-2 : 他職種からの情報収集や多職種での情報共有をどのように行うか？	
CQ12 (第1版 CQ16) : 医療者自らの感染と、他者へ感染を拡大する可能性に対する不安。どう対応すべきか？	
CQ13 (新規) : 精神疾患患者等の外出機会の減少やストレスの影響を軽減するためにはどうしたらいいか？	
CQ14 (新規) : 療養者への歯科治療・口腔ケアを行う場合、どのような対応が必要なのか？	

CQ14-1：COVID-19 感染の可能性が極めて低い場合

CQ14-2：COVID-19 と診断されている場合あるいは感染の可能性が否定できない場合

3) 発熱療養者への対応 43

CQ15 (第1版 CQ2) 発熱した療養者の具体的診察法はどのようにすべきか？

CQ15- 1：聴診を含めた身体診察の是非について

CQ15- 2：インフルエンザ検査の是非について

CQ15- 3：超音波検査やレントゲン検査の是非について

CQ16 (第1版 CQ10)：COVID-19 と誤嚥性肺炎との鑑別は在宅でどうすべきか？

4) COVID-19 が疑われた場合の在宅医療現場の感染防御対策 46

CQ17 (新規)：COVID-19 の可能性を検討するために必要な情報とは？

CQ18 (第1版 CQ9)：自力通院困難者の外来への受診方法 (移動) はどうするか？

CQ19 (第1版 CQ7)：療養者の COVID-19 感染を疑う場合、どのような配慮が必要なのか？

CQ20 (第1版 CQ7-1)：療養者の COVID-19 感染を疑う場合、療養の場である自宅の環境管理と家族への指導はどのように行うべきか？

CQ21 (新規)：COVID-19 感染を疑い保健所を介し、高次医療機関を受診した際、検査結果が判明するまで自宅待機を依頼された場合に気をつけるべきことは何か？

CQ22 療養者が COVID-19 と診断され、無症状あるいは軽症のため自宅や宿泊施設で健康観察となることはあるのか？そのような場合に注意することは何か？

5) 濃厚接触者と認定された場合の在宅医療現場の感染防御対策 50

6) 感染者と認定された場合の在宅医療現場の感染防御対策 50

CQ23 (新規)：療養者が感染者と判明した場合の自宅の環境消毒についての家族指導は？

CQ24 (第1版 CQ4 を修正) 治癒退院後のサービス開始はいつから行うべきか？

CQ24- 1：治癒退院後の訪問時の感染予防対策はどうすべきか？

CQ24- 2：多職種連携上の注意点は何か？

CQ25 (新規)：精神疾患を抱えた療養者が COVID-19 に罹患した場合、どのように対応すべきか？

CQ26 (新規)：COVID-19 確定者やその家族、あるいは COVID-19 のケアに携わっている医療職・介護職やその家族に対する偏見・差別に対しどう対応すべきか？

7) 感染疑いあるいは濃厚接触者と判定された療養者の療養環境の確保 55

8) 医療あるいは介護スタッフが COVID-19 感染者と認定された場合の療養者への対応 55

CQ27 (新規)：診療所や事業所において、医療職・介護職が感染あるいは COVID-19 患者と濃厚接触し訪問診療の継続が不可能となった場合、他医療機関への引き継ぎはどうすればよいか

CQ27- 1：診療所において、医師が COVID-19 に感染し訪問診療の継続が不可能となった場合、訪問診療の継続と他医療機関への引き継ぎはどうすればよいか？

CQ27- 2：診療所において、医師が COVID-19 患者と濃厚接触し訪問診療の継続が不可能となった場合、訪問診療の継続と他医療機関への引き継ぎはどうすればよいか？

CQ27- 3：訪問看護ステーションにおいて、感染者あるいは濃厚接触者が多発し訪問看護が継続不可能となった場合、訪問看護の継続と他事業所への引き継ぎはどうすればよいか？

CQ27- 4：訪問介護事業所において、感染者あるいは濃厚接触者が多発し訪問介護が継続不可能とな

った場合、他事業所への引き継ぎはどうすればよいか？

CQ28（第1版 CQ5）：自院スタッフから感染者が出た場合、2週間の間は電話再診と緊急往診の対応でよいか？

CQ29（第1版 CQ5-1）：在宅医療に関わる自院スタッフから感染者が発生した場合、関係している在宅療養者やその家族への対応はどうするか？

CQ30（第1版 CQ14）：訪問看護ステーションに感染者が現れ休止した場合、代わる事業所がすぐ見つからない。このような時にはどのように対応するか？

CQ31（新規）：COVID-19に罹患した、もしくは疑われる医療職・介護職の復職基準はどうすればよいか？

CQ32（新規）：療養者が急変し死亡した場合、どのような対応が必要なのか？

CQ32-1：COVID-19感染の可能性が極めて低い場合

CQ32-2：COVID-19感染症と診断されている場合

CQ32-3：COVID-19感染の可能性が否定できない場合

CQ32-4：COVID-19確定者が自宅で亡くなった場合の遺体の扱い方

4. 高齢者介護施設・高齢者介護事業所等における COVID-19 への対応（一般的事項）・・・ 63

CQ33（第1版 CQ13）：複数の医療機関が訪問診療する施設の感染管理はどうしたらいいか？

CQ34（第1版 CQ15）：介護事業所の職員への感染対策知識の教育はどうしたらいいか？

CQ35（第1版 CQ12）：施設の流入制限の実施の仕方はどう行うか？

CQ36（新規）：施設入所者において、家族や親族の面会制限は行うべきか？

CQ36-1：状態の安定している施設入所者において、家族や親族の面会制限は行うべきか？

CQ36-2：COVID-19以外の原因で重篤化した施設入所者において、面会者（家族・親族・親友等）の制限は行うべきか？

CQ36-3：COVID-19以外の原因で臨死期に至った施設入居者において、面会者の制限は行うべきか？

CQ37（新規）：COVID-19に罹患した、もしくはCOVID-19を強く疑う施設入所者においての面会は可能か？

I COVID-19 防御のための基本的知識

1) 標準予防策の徹底

COVID-19の感染対策上重要なのは、呼吸器衛生/咳エチケットを含む標準予防策の徹底である¹⁾。

標準予防策とは、感染症の有無にかかわらず、あるいは、いかなる病態であるにも関わらず適用される感染対策であり、患者と医療従事者双方における医療関連感染の危険性を減少させるために標準的に講じる感染対策である。

標準予防策では湿性生体物質である血液、汗を除くすべての体液、分泌物、排泄物、傷のある皮膚、粘膜（気管、口腔、鼻腔、消化管、眼球、膺等）を感染性があるものとして取り扱う。

標準予防策には、手指消毒、個人防護具（Personal Protective Equipments：以下PPEと表記）、呼吸器衛生・咳エチケット、環境制御（洗浄および消毒）、廃棄物の管理、隔離区域から出た患者ケアに使用した器具・器材・機器・リネン・洗濯物あるいは廃棄物の梱包および輸送、患者の配置や移動、針刺し損傷または鋭利物損傷の予防、などの項目がある。

2) 状況に応じた隔離予防策の追加

この標準予防策だけでは感染経路が遮断できない病原体に対応する際に経路別予防策を追加するのが隔離予防策である。経路別予防策としては、接触感染予防策、飛沫感染予防策、空気感染予防策などがあるが、COVID-19の疑いあるいは確定例では、医療施設では基本的には標準予防策、接触感染予防策、飛沫感染予防策がとられる。では、自宅などの生活環境での診察やケアにおいてはどのような予防策をとるべきなのか、在宅医療に関わる医療職や介護職の大きな疑問、不安となっている。

基本的な考えとして、COVID-19が拡大している状況下では、在宅医療においても、誰もがこのウィルスを保有している可能性があることを考慮し、全ての療養者の診療において、標準予防策は当然のこととして、接触感染予防策、飛沫感染予防策などを状況に応じて追加する対応が必要となる。具体的には、状況に応じて、PPEを選択し、適切な着脱が必要となる。あまり過剰な防御は貴重なPPEの無駄につながり、不十分あるいは不適切な防御は療養者およびその家族、関係する医療介護関係者および自分自身の感染に繋がる。

一方、COVID-19の発生が全国的に散発的であり、当該地域では発生していない場合でも、在宅医療においても標準予防策を徹底することは必要であり、また、発生している地域からの持ち込みがないかどうかを事前に情報収集する作業は必要である。

3) 感染経路別予防策とPPEの選択²⁾

医療施設においては、ウィルスだけでなく耐性菌などの感染に常に曝されているため、個々の職員に対して感染経路別予防策や適正なPPEの使用方法についての教育が日常的に行われ、職員の多くは病院が作成した手順に沿って日常業務を行っている。感染対策の最も重要なポイントは、一人でも対応を間違えるとすべての職員の努力が無駄になってしまう可能性があることである。

一方、在宅医療の現場では、生活空間であることより、医療現場のルールをできるだけ持ち込まないで、その家の環境にあわせた対策を行わざるを得ない。しかし、それでも在宅医療に関わる医療および

介護従事者は治療やケアにあたっては標準的予防策をしっかりと実践する必要があることは認識すべきである。

今回の COVID-19 に対しては病院の医療従事者でさえ感染対策に戸惑いを感じているが、地域によっては地域内に蔓延している可能性もあり、在宅医療にかかわる医療および介護従事者も、感染対策を誰かに任せるのではなく、感染防御に関する基本的な知識をしっかりと持ち、適切な対応を日常的に行う必要性がある。

その知識として重要なものが感染経路別予防策と状況に応じた PPE の使用である。

<感染経路別予防策>³⁾

①標準予防策

標準予防策とは医療および介護従事者が日常的に行うべき感染予防対策である。

標準予防策では、血液、汗を除くすべての体液、分泌物、排泄物、傷のある皮膚、粘膜（気管、口腔、鼻腔、消化管、眼球、膣等）を「感染性があるもの」として取り扱い、リスクに応じた適切な感染対策を行うことである。特に、身体ケアに関わる病原体の伝播路として、手指を介する経路を断つことが重要である。このため擦式アルコール製剤による手指衛生を基本として、血液や体液など目に見える汚れがあるときには、流水と液体石鹸による手指衛生を行う。その他の具体的対応を以下に示す。

- ・血液や体液に触れるときや、触れる可能性のある時には使い捨ての手袋を着用する。
- ・手袋を外すときは、病原体に手指が汚染される可能性があるため、適切に着脱し、直後の手指衛生が必要になる。
- ・口腔内の吸引、オムツや尿の処理など、衣類やからだの露出部位が汚染される可能性がある場合は、ビニールエプロン（使い捨てあるいは消毒して再利用）を着用する。
- ・エプロンを脱ぐときには、露出している上腕も考慮した適切な手指衛生を行う。
- ・療養者に咳やくしゃみなどの呼吸器感染症状があるときには、サージカルマスクを着用する。

②接触感染予防策

接触感染予防策とは、療養者との接触による感染予防だけでなく、療養者周囲の環境表面にも病原体が付着している可能性がある場合に行う感染予防対策である。具体的には以下の対応である。

- ・療養環境に入る前から使い捨ての手袋とガウンやビニールエプロンを着用し、診察や治療およびケアを開始する。
- ・医療および介護従事者はケアの間自分の眼、鼻、口には決して触らない。
- ・ドアノブなどの高頻度接触面の消毒はできるだけ頻回に消毒するように家族や介護施設関係者に指導する。

③飛沫感染予防策

療養者に咳やくしゃみなど症状があり、飛沫感染が ocorrência やすい可能性がある場合に行う感染予防対策である。今回の COVID-19 では、飛沫感染が occurrence やすいため、感染者に接する際には飛沫感染予防策は必要な感染予防策である。具体的には以下の対応である。

- ・ケアするときに、医療・介護従事者および療養者がマスクをする。

- ・療養者の1 m以内で作業するときはサージカルマスクを使用する。
- ・療養者は個室あるいは1 m以上の空間分離を行う。
- ・療養者が激しく咳き込んでいて、本人がマスクを着用できない時は、ゴーグルやフェイスシールドの装着を検討する
- ・室内の換気を保つ。

④空気感染予防策

病原体が長距離（1 m超）にわたり感染性が持続する飛沫核の吸入を介して伝播する場合に行う予防策である。

換気が不十分な室内で、エアロゾル発生手技（例えば喀痰吸引など）を実施する場合などに適応される。

具体的には以下の対応である。

- ・適切に換気された部屋を利用する。かならずしも陰圧室でなくてもいいが、あれば利用する。
- ・1 m以内で作業する場合は、最低でもサージカルマスクを着用する。
- ・エアロゾルの発生手技に際しては、N95 マスク、手袋、長袖ガウンおよびゴーグルなどを装着する。

<PPE（個人防護具）>

PPE は感染対策の要であり、現在もっとも不足しているものであるため、状況に応じて適正に使用することが求められている。PPE の不適切な使用および必要な場面で使用せず治療やケアを行うことは自分と療養者だけでなく地域を危険に曝すことになることを常に念頭に置くべきであり、必要な PPE の確保は国を含めた行政および医師会等の団体、そして本学会の使命でもある。なお、不足している PPE の再利用、あるいは代用品についての情報も発信されている。

①手袋：健全な皮膚に対するケアであれば手袋を着用する必要はない。しかし、血液、汗を除くすべての体液、分泌物、排泄物、傷のある皮膚、粘膜（気管、口腔、鼻腔、消化管、眼球、膣等）、体液に触れる場合、感染性のあるウイルスで汚染されていると考えられる皮膚等の処置の時などでは着用する必要がある。また、濃厚接触により感染の恐れがある場合には手袋を二重に着用する必要がある。

②マスク：分泌物や排泄物などが飛散して、鼻や口を汚染しそうなケアや処置時あるいは咳などで飛沫を吸入する可能性がある場合にはサージカルマスク（5 μ m より大きい飛沫粒子を防護）を着用する。咳やくしゃみをしている療養者ではできればマスク（特にサージカルマスクではなくてもいい）をしてもらう。

現状では、サージカルマスクも不足しており、再利用することも認められている。サージカルマスクをはずす時にはマスクの外面を内側にして折りたたむことで接触感染をさける。

・N95 マスクは微細な飛沫核が発生する感染症（肺結核、麻疹、水痘など）や SARS、高病原性鳥インフルエンザなどの感染力の高い療養者のケアなど、限定された状況で使用するものであり、COVID-19 では喀痰吸引などの際に使用する。

・COVID-19 において N95 マスクを使うのはエアロゾルが発生するような手技（気管内吸引、気管内挿管、下気道検体採取等）に限定されているが、非常に不足していることから、本来使い捨てのものであるが、再利用が認められている。再利用の方法は滅菌器を使う方法、新型コロナウイルスはプラス

ティック、ステンレス、紙の上では 72 時間しか生存できないことが報告されていることから、通気性のきれいなバックに保管し毎日取り換えて 5 日サイクルで使用する方法もある。

③**ガウンあるいはエプロン**：口腔内の吸引、オムツや尿の処理など、衣類やからだの露出部位が汚染される可能性がある場合は、使い捨てのビニールエプロンを着用する。嘔吐や下痢などでウイルス等による環境の汚染があると考えられる場合や、接触感染する病原体や感染症をもっている場合には、あらかじめグローブとエプロンを着用してからケアを始める。

- ・前腕まで汚染されるリスクがあるときには、袖のある使い捨てのガウンが必要である。
- ・長袖のガウンを利用する場面とは、エアロゾルが発生するような手技、上気道や気道検体の採取（長袖ガウンが不足している時は袖のないエプロンも可能）、体位変換や車いす移乗など、前腕や上腕が療養者に触れるケアを行うとき（長袖ガウンが不足している時は袖のないエプロンも可能）、などである。
- ・ガウンの供給量が限られている場合には、エアロゾル発生手技、濃厚接触を伴う活動に優先的に使う。

④**ゴーグル、フェイスシールド**：療養者が激しく咳き込んでいて、本人がマスクを着用できない時、検体を採取するとき、エアロゾルなどが発生する手技を行うときに使用する。

⑤**キャップ、シューカバー**：キャップは、髪の毛が汚染される可能性のある場合、シューカバーは、自身の足が汚染されることを防止するために着用する。シューズカバーは在宅医療の現場では感染対策として使うことはほとんどない。

4) 環境消毒

コロナウイルスはエンベロープを有するため、擦式アルコール手指消毒薬および次亜塩素酸ナトリウムは新型コロナウイルスの消毒にも有効である。なお、環境に対する消毒薬の噴霧は十分な消毒効果はないので、布やペーパータオル等に消毒薬を浸し、ふき取りを行う。

【参考文献】

1) 医療におけるエピソードおよびパンデミック傾向にある急性呼吸器感染症の予防と制御

(Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory infections in health care 日本語版) 国立保健医療科学院 2015 年 8 月 17 日

www.niph.go.jp/publications/who_guide.pdf

2) 医療機関における COVID-19 への対応ガイド 第 2 版改定版 (ver.2.1) (20200302) 一般社団法人日本環境感染学会 www.kankyokansen.org/modules/news/index.php?content_id=343

3) 高齢者の暮らしを守る在宅感染症診療 高山義浩 日本医事新報社 2020 年

II COVID-19 対策の基本的戦略

1) 感染拡大防止対策（感染制御）

感染者が少ない場合には、保健所による徹底的な感染拡大予防策が重要である。その要は積極的疫学

調査と呼ばれるもので、感染が確認された（PCR 陽性）者に症状が出た時点から約 1 4 日間の行動（どこでだれにどのような状況で接触したか）の聞き取り調査を行うものである。この調査の目的は、曝露源の特定、濃厚接触者の特定、そして汚染している可能性の環境の特定である。

濃厚接触者の特定は症状出現 2 日前から隔離開始までの期間に接触した人の中から行い、以下の基準に基づいて判定されるが、地域における感染状況や感染者の症状の状況あるいは周辺的环境や接触の状況によっては多少基準の幅を広げてあるいは狭めて判定する場合もある。

濃厚接触者の判定基準（2020 年 4 月 20 日）

- ①感染者（確定例）と同居あるいは長時間の接触（車内、航空機内等を含む）があった者。
- ②適切な感染防護（マスクなど）無しに感染者（確定例）を診察、看護若しくは介護していた者。
- ③感染者（確定例）の気道分泌液もしくは体液等の汚染物質に直接触れた可能性が高い者。
- ④その他：手で触れること又は対面で会話することが可能な距離（目安として 1 メートル）で、必要な感染予防策なしで、「感染者（確定例）」と 15 分以上の接触があった者（周辺的环境や接触の状況等個々の状況から感染者の感染性を総合的に判断する。

・なお、④の必要な防護策として、感染者が適切にマスク（布マスクを含む）を着用していること、接触感染予防として、感染者が接触者との面会前に適切に手指消毒が行われていることを示す。

・また、医療機関においては、診察後に感染者と確定された場合で、診察時、発熱や上気道症状を有する等の場合であっても、検体採取やエアロゾルの発生する可能性のある手技を実施していない場合は標準予防策（サージカルマスクと手指衛生の励行）を徹底していれば濃厚接触者とは判定されない。また、検体採取を行った場合では標準予防策に加え接触予防策と飛沫予防策（サージカルマスク、ゴーグルあるいはフェイスシールド、ガウン、手袋）、エアロゾルの発生する可能性のある手技ではさらに N95 マスクの着用を行っていれば濃厚接触者とは判定されない。

・濃厚接触者と判定された人のうち症状がある人は PCR 検査を行い、症状のない人は PCR 検査を行わず（症状が出現した場合には PCR 検査を行う）最終接触日より 14 日間の健康観察が行われる。

・ただし、濃厚接触者が医療従事者等、ハイリスクの者に接する機会のある業務に従事し、感染状況の評価が必要と考えられる場合、クラスターが継続的に発生し、疫学調査が必要と判断された際には可能な限り検査を実施することとなっている。

・また、医療機関で COVID-19 を疑う肺炎患者が出た場合には、保健所と連携し、速やかに PCR 検査を行うことや、保険適用による PCR 検査を行うことができる体制を整えるよう通知が出されている（令和 2 年 3 月 30 日）

2) 感染者の早期発見による早期隔離

無症状感染者を含め、感染者を早期に発見し、隔離を行うためには、PCR 検査などの検査を必要に応じて広範囲に行える体制が必要である。現状では、積極的疫学調査による濃厚接触者の割り出しを迅速に行う戦略がとられているが、感染が蔓延し感染源の特定が難しくなった場合には、症状等で疑われる

場合には、検査が迅速に行われる体制が必要である。特に、在宅医療の現場（後述する高齢者介護施設や高齢者介護事業所などを含む）においては、COVID-19が発生すると、感染が地域に拡散しやすく、関係者（感染者および濃厚接触者）の隔離や関わっているスタッフの不安等などにより地域の介護力が極端に低下する可能性もあり、関わっている医療者は所属する都市医師会、保健所および市町村と連携の上で事前から状況に応じた適切な検査体制を計画しておく必要がある。なお、現状ではその必要性や重要性については広く認識されていないため、今後学会として認識を深める活動を行っていく予定である。

3) 感染者への医療体制の確保

感染者の隔離あるいは治療のための病床の確保、軽症者に対する健康観察のための施設の確保などが現在全国各地で進められている。その一方で感染管理のための PPE が不足しており、PPE の供給体制の確立が、病院だけでなく、診療所および在宅医療の現場（訪問介護や施設介護も含めて）今後の重要な課題である。

4) 既存の医療体制（在宅医療を含む）の堅持

感染症拡大時には感染者に対する医療体制の拡充が必要不可欠であるが、その一方で日常的な医療体制が継続されなければならない。救急医療の破綻や通常診療に対する急性期病院の機能の破綻は地域にとって大きな脅威である。このため、従来から進められていた地域医療連携体制の強化の一環として、外来診療における診療所との連携（かかりつけ医への紹介）や在宅医療との連携により病院勤務医の負担軽減をはかる必要があると思われる。

また、在宅医療は病院への移動困難な疾病あるいは障がいをかかえた人々への医療及び介護支援であり、超高齢化社会を迎える日本においては利用者が増加していること、さらに、今回の COVID-19 により病院では家族も含めた面会が極端に制限されていることで在宅医療を希望する人も増えている状況もあることなどから、COVID-19 蔓延下であっても在宅医療体制の堅持は重要である。

5) 既存の介護体制（在宅医療を含む）・障がい福祉サービス提供体制の堅持

日本は高齢社会であり、介護を受ける高齢者が増えている現状では、介護体制の堅持は日本の地域社会において重要な課題である。介護は施設（グループホームを含む）、事業所（デイケア、ショートステイ等）、自宅（訪問介護、入浴サービス等）などで実施され、高齢者だけでなく障がい者も対象となっている。また、同様に支援体制を堅持する必要がある施設や事業所としては、施設・障がい福祉サービス事業所などがある。

これらの施設や事業所に COVID-19 が発生すると、前述したように介護崩壊を含めて地域にとって大きな脅威となるため、事前の計画的な対応とそのための戦略が必要不可欠である。その内容については、第IV章の「高齢者介護施設・高齢者介護事業所等における COVID-19 への対応（一般的事項）」で解説するが、基本的に考慮すべき項目として、①COVID-19 対応の重要性、必要性の認識、②COVID-19 対応のためのガイドライン等の作成、③全スタッフに対する標準的予防法、接触感染予防法、飛沫感染予防法、PPE の適切な着脱方法、環境消毒法等の感染防御に最低限必要な知識・技能の教育、④ COVID-19 感染疑い時および発生時の迅速な PCR 検査の実施等がある。いずれも現在は達成できてい

ない項目であるが、今後学会として、具体的な提言および活動を行っていく予定である。

6) 地域住民の不安への対応

COVID-19 拡大により、地域住民の不安が高まっており、その一方で、感染した人や濃厚接触者、その人達が所属している団体や事業所、院内感染を生じている病院や所属する医療従事者やその家族に非難、中傷や差別が実際におこっている。

この事象に対しての対策も感染症が拡大している際には重要である。

具体的な対策は、不安の解消のための正確な情報発信であり、情報発信においてはリスクコミュニケーションが大切である。

また、感染した人、濃厚接触者、関係する事業所、医療従事者等へのねぎらいが聞こえるような環境を作り出す必要があり、様々な団体や行政が協働してこの対応にあたる体制を作ることが重要と思われる。

Ⅲ 在宅医療における COVID-19 への対応（一般的事項）

1) 在宅医療の現場における COVID-19 対策の原則

①在宅医療の現場にウイルスを持ち込まない、持ち込ませない

療養者の多くは高齢者で免疫能が低下しているため、COVID-19 に罹患すると重篤化する可能性が高い。そして、COVID-19 に罹患した場合、診断のための PCR 検査や入院のための移送の問題、人によっては望まない病院医療を受ける形となる問題、また、治療により病状が改善したとしても、入院による身体的・認知的機能低下がさらに進むという問題、望まない延命治療を受けるという問題、そして、関係する多くの地域リソースに一時的な不足を招くなど、多くの問題が噴出することとなる。したがって、特に在宅医療の現場での COVID-19 対策は徹底してウイルスをもちこまないことが最も効果的な対策である。療養者は多くの場合一人で外出することができないはずで、ウイルスを持ち込むのは、同居家族か関係する医療あるいは介護従事者である。したがって、同居家族に対する感染予防の指導および医療および介護従事者の感染予防対策の教育と現場での実践が重要である。

②在宅医療に関わる人（医師を含めて）は COVID-19 にかからない、濃厚接触者にならない。

在宅医療に関わる医療および介護従事者が COVID-19 感染者あるいは COVID-19 濃厚接触者になると、適切な医療や介護の提供が一時的ではあるが中断となる。したがって、日常診療においても、診療外の時間における日常生活においても、感染者と接触する可能性のある行動を極力避ける必要がある。

③発熱した療養者に対する臨床推論の力を高める（医師・看護師等）

在宅医療を受けている療養者は発熱することが多い。通常は、尿路感染症や誤嚥性肺炎が多いが、COVID-19 の感染拡大により、発熱が COVID-19 によるものでないかと疑うことは不適切なことではない。しかし、発熱＝COVID-19（疑い）と判断され、過剰な PPE の使用に繋がると、貴重な PPE が枯渇し、在宅医療サービスの制限、あるいは感染暴露の可能性を高めることとなる。このため、COVID-19 の可能性がどれだけ高いのか低いのかを現場で判断し、その判断に基づき、適切な標準的予

防法を実践する必要がある。この判断の過程が臨床推論であり、具体的には、訪問前の電話等および診察時の情報収集（療養者の病状および病状経過、これまでの同様の症状の有無、療養者あるいは同居家族が COVID-19 曝露の可能性があったのかどうか、他の職種からの情報等）診察時の理学所見あるいは検査所見等により、総合的に判断するものであるが、これは臨床能力そのものである。常日頃能力を伸ばす努力が必要である。

④関係者間で迅速に情報共有を行う

療養者には家族だけでなく多くの職種が関わっている。発熱の情報や、関係する事業所の状況（感染者の発生や濃厚接触者の発生など）が逐次共有できないと、適切に対応できない可能性がある。例えば、訪問診療を終えた後に、関係する介護事業所で2日前に感染者が発生した情報が提供されるということはあってはならない。在宅医療は多職種協働の活動であり日常的な情報の共有が欠かせないため、現在、ICTなどの利用が進みつつあるが、まだまだ普及しているとは言えない状況である。情報共有のためのツールはICT以外にもあるが、それらを駆使し、あるいは、これを機会に情報共有体制を整備することも考慮されたい。

⑤PPEを適正に使う

病院などの医療施設では、複数の COVID-19 患者に対して同じ防護具を使って感染管理がなされているが、在宅の現場では、一人に対し一式の防護具が使われることとなる。すなわち、効率性が悪いため、適切に使用しないと病院医療を危機に陥れることともなる。適切な使用とは、過剰な防御はしない、感染対策として必要な場合には、しっかり防御する、必要があるが防護具がない場合には危険な曝露行為はしないこと、そして、PPEは決められた手順で着脱することなどである。

⑥自分の身を守る

自分の健康管理をしっかり行い、毎日1～2回体温を測り、発熱がある場合や体調がすぐれない時はしっかり休養をとることが大事である。また、訪問診療では、移動があり、人に接触する機会が多いため、感染症が拡大して状況では多くのストレスに晒されることが多い。このストレスを緩和することも重要であり、関係する同僚や部下あるいは職種のストレスを緩和する環境を作り出すことも大事である。

2) COVID-19 拡大時における日常的な在宅医療の現場での感染予防対策

COVID-19 が日本全体に拡大している現状では、在宅医療を利用している療養者やその家族および在宅医療を提供している医療および介護従事者が共に感染防御に取り組む体制が必要である。

そのための必要事項を以下に記載する。

- ・療養者及びその同居家族に対し、COVID-19 防止についての留意事項を伝える。(例えば、日本在宅ケアアライアンスのパンフレット <https://www.jhhca.jp/covid19/citizen/> を活用する)
- ・訪問する前に、療養者の体調の変化（特に発熱）等がないかどうか、介護家族の体調の変化がないかどうかを含め確認の電話をいれる。
- ・事前に入手した情報に基づき、訪問時に携帯する PPE の準備をする。
- ・訪問時、本人および介護家族に体調の変化等について再確認し、診療の全経過において必要となる感

染防御対策を事前にシュミレーションしておく。

- ・治療やケアを行う場合には、感染防止の標準予防策を守り、原則として手袋、マスクを着用する。直接、療養者に触れない場合（調理、掃除などの日常支援）でも同様とする。
- ・できるだけ不用意に周囲に手を触れないよう心掛ける。
- ・自らの体調管理に努め、毎日の体温測定の励行など常に自らの体調に注意を払う。感染の危険性を常に自覚し、ケアの時間外も責任のある行動に努める。
- ・発熱がなくとも、体調不良（発熱、せき、倦怠感、味覚障害等）の場合や、感染の恐れがある場合は、管理者と相談のうえでケアに従事しない。
- ・療養者やその家族に感染の疑いがある等の場合を含め常にケアチームで情報と取り組みを共有する。在宅医がチーム全体の感染管理・感染予防に責任を持ち、情報提供やアドバイスを行う。

3) 発熱療養者への対応

発熱は COVID-19 の重要な症状の一つであるが、在宅医療を受けている人が発熱することは珍しいことではない。したがって、多くの場合 COVID-19 とは無関係である可能性は高いものの、実際に COVID-19 であった場合には、その現場に関わった専門職とその専門職が関係している多くの人々に多大なる影響を及ぼす可能性が高い。また、多くの療養者は高齢で、様々な疾患を抱えており、病状が重症化しやすい。そして、これらの事実が、在宅医療に関わる医療および介護従事者を大きな不安に陥れている。さらに、PPE が圧倒的に不足し、入手の目途がたたないことがこの不安に拍車をかけている。

医療施設とは違い、なにもかも不足している在宅医療の現場で、発熱療養者にどのように対応するのは、今後も含めて継続的な課題であるが、特に関係する医療および介護従事者がその後の感染源や濃厚接触者とならないことを念頭に現在可能な対応手順を記載する。

手順1：事前の日常的な準備

- ・療養者および介護家族への COVID-19 感染防御に関する注意喚起：パンフレットの配布など
- ・関係する医療介護チームでの情報共有体制の確立
- ・PPE の確保（医師会等を通じた確保ルートの構築を訴える）
- ・PPE の正しい着脱方法の習得

手順2：診療直前の準備

- ・訪問前の情報収集：訪問前に療養者の病状等、療養者あるいは同居家族が COVID-19 曝露の可能性がないかについて電話等であるいは訪問看護師から情報を得る。
- ・上記の情報から、COVID-19 の可能性が極めて高いと判断される場合には、保健所等との相談の上で、診察せず直接新型コロナ外来の受診を勧めることも考慮する。
- ・状況に応じた PPE の準備：呼吸器症状（咳や喀痰等）が高度の場合には、ゴーグル、フェイスシールド、ビニールエプロン、ガウン等を準備する。
- ・診察スケジュールの調整：可能であれば、訪問診療予定の最後に診察するようにする。

手順3：医師の診察

少なくとも、サージカルマスク、手袋を着用した上で診察を行う。呼吸器症状がある場合には療養者にマスクを着用させ、咳や喀痰が多い場合にはガウンやビニールエプロンを着用する。本人および家族

に症状の経過、病状の経過、および COVID-19 感染曝露の可能性がないかどうか確認し、この可能性や病状、および本人や家族の希望・意向を確認した上で、今後の治療方針について本人および家族と話し合う。

(軽症・中等症の場合)

症状が軽症あるいは中等症であり、インフルエンザ、誤嚥性肺炎、市中肺炎等が該当せず、COVID-19 が疑われる場合には、保健所と連絡の上で、新型コロナ外来受診を勧める。

(入院が必要な場合(重症の場合))

診察で入院治療が必要な病状であることが確認された場合には、保健所等と連絡を取りながら、受け入れ先を決め、救急車等で搬送する。なお、COVID-19 (疑い) 療養者の搬送においては、事前に保健所等 (消防署、医師会、病院、行政等) と手順を確認しておく必要がある。

(入院を希望しない場合)

療養者が病院への入院を希望しない場合、現状では訪問診療での PCR 検査も含めて保健所に連絡し、対応を相談する (原則的に在宅での PCR 検査は行われていない)。望まない入院につながる検査を行うかどうか、その検査手順や事前の本人の意思確認の手順も含め検討が必要である。

(入院も検査も希望しない場合)

療養者が入院を希望せず、また、PCR 検査や積極的な治療も希望せず、家族も希望しない場合には、COVID-19 の疑い療養者として自宅療養を継続することも想定される。この場合には、保健所と相談しながら、利用者、同居家族、サービス提供者とともに、標準予防策に加えて飛沫および接触予防策を徹底しながら医療および介護を提供することを基本とする。また、感染の疑い濃厚な病状になったときには、在宅とはいえどしっかりした隔離対策、PPE が必要不可欠である。

4) COVID-19 が疑われた場合の在宅医療現場の感染防御対策

(<https://www.jhhca.jp/covid19/action/>より一部転記)

(1) 療養者 (自宅) の感染が疑われた場合

症状等で療養者の新型コロナウイルスへの感染が疑われる場合

一般的な診療手続きを経ず、兆候から COVID-19 を疑う場合は、以下の手順を行う。

手順 1 家族あるいは訪問看護師等から在宅医 (かかりつけ医を含む) に連絡

手順 2 医師による病状確認

連絡を受けた在宅医は、以下の手順で診断をする。

・電話等で病状確認する

・インフルエンザ、誤嚥性肺炎、市中肺炎等が該当せず、COVID-19 が疑われる場合には、保健所と連絡の上で、新型コロナ外来（帰国者・接触者外来）の受診を勧める。

・（対面の診察を省略する場合）訪問看護からの病状報告（入院が必要な状態等）および周囲の状況から、COVID-19 の可能性が極めて高いと判断される場合には、保健所等との相談の上で、対面の診察を行わず直接、新型コロナ外来の受診を勧めることも考えられる。この場合には、できれば、療養者のこれまでの情報を提供することが望ましい。

（軽症・中等症の場合）

診察により症状が軽症あるいは中等症であることが確認された場合は、保健所と連絡をとり、①PCR 検査を行わずそのまま自宅で健康観察を行う、②新型コロナ外来を受診し PCR 検査を行う、③保健所の依頼にて訪問の上で PCR 検査を行った上で結果がでるまで自宅で健康観察を行う、の3つの選択肢となる。新型コロナ外来を受診するためには、移動が必要であり、移動が困難な療養者の場合の移動手段の確保、移動時の感染拡大防止対策が課題となる。また、PCR 検査結果が判明するまでに一旦自宅待機となる可能性があることも課題である。自宅で PCR 検査を行うためには標準予防策に加え接触感染予防策および飛沫感染予防策が必要で、このための PPE が必要不可欠であり、その入手が困難となっていることが大きな課題である。

以上の課題を解決するためには、地域における医師会・行政（保健所）・病院との密接な連携体制と必要に応じた PPE の確保体制を作る必要がある。

（入院が必要な場合(重症の場合)）

診察で入院治療が必要な病状であることが確認された場合には、保健所等と連絡を取りながら、受け入れ先を決め、救急車等で搬送する。なお、COVID-19（疑い）療養者の搬送においては、事前に保健所等（消防署、医師会、病院、行政等）と手順を確認しておく必要がある。

（入院を希望しない場合）

療養者が病院への入院を希望しない場合、現状では訪問診療での PCR 検査はできないため、保健所に連絡し対応を相談する。その際には、望まない入院につながる検査を行うかどうか、事前指示書の有無をはじめ、ACP を含めた本人の意思確認が重要となる。

（入院も検査も希望しない場合）

療養者が入院を希望せず、また、PCR 検査や積極的な治療も希望せず、家族も希望しない場合には、新型ウイルス感染症の疑い療養者として自宅療養を継続することも想定される。この場合には、保健所と相談しながら、利用者、同居家族、サービス提供者ともに、標準予防策に加えて飛沫および接触予防策を徹底しながら医療介護を提供することを基本とすることとなる。その際は、後述の手順3を参考とすることとなるが、感染の疑いの濃厚な病状になったときには在宅医療現場の PPE の確保の問題もあり、重要な検討課題である。

(診察時の留意事項)

- ・療養者（疑い療養者を含む）にはマスクを装着してもらう
- ・標準予防策および飛沫予防策・接触予防策を徹底する（サージカルマスク、手袋、ガウンあるいはビニールエプロンの着用）
- ・診察前の手指消毒および診察終了時等の手指消毒の徹底

手順3 検査結果が出るまで等の対応

症状が軽度のため PCR 検査が行われず経過観察となった場合や、PCR 検査結果判定まで自宅で待機が必要となった場合、PCR 検査が陰性であるものの COVID-19 が強く疑われ経過観察となった場合（後日再検査予定）等には次の対応を行う。

- ・在宅医療を受けている病状にもよるが、症状が軽度である場合には、訪問サービスは中断あるいは極力少なくせざるを得ない。
- ・緊急で介護等が必要な場合は、医師・看護師のアドバイスを受け、対応。なお、医師・看護師等は、PPE（サージカルマスク、咳や喀痰が多い場合にはN95マスク、手袋、ゴーグルあるいはフェイスシールド、ビニールエプロンあるいはガウン、病状によっては防護服）を使用して対応。同居する家族、介護する家族に対しては、COVID-19 濃厚接触者としての対応（自宅での標準予防策、飛沫および接触予防策）を助言する。

(2) 同居家族に感染が疑われた場合

①症状はないが感染の可能性が疑われる場合（最近、海外から帰国した人、ライブハウス・ナイトクラブ・スポーツジムなどの、「密集」「密閉」「密着」の環境にあった場合）同居家族に以下の対応を助言する。

- ・体温を定期的に測ってもらう。

（注）検温は、起床時に行う。体温計はできれば療養者とは別のものを使用する。共有する場合はアルコール消毒を行う。アセトアミノフェン等解熱作用のある市販薬をのんでいる場合、頭痛や生理痛でロキソプロフェン等の鎮痛剤を常用している場合などは、発熱の状況がわからない場合があるので、必ず起床時かつ薬を飲む前に検温することが重要である。

- ・2週間は、できれば療養者との接触を避ける。
- ・療養者の介護を継続しなければならない場合は自らが感染していることを前提に、下記に留意して利用者の介護を行う。
- ・手洗い、手袋、マスク着用を徹底する。
- ・触れたものは必ず消毒する。
- ・定期的に換気をする。
- ・調理に際しても、念のため、手袋、マスクを忘れず着用する。
- ・食器などは別に用意する。
- ・食事は時間をずらしてとるか、食事中に対面で会話しない。

(注) 厚生労働省「感染疑いの場合、家庭内で注意する8つのポイント」リーフレットを参照

<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000601721.pdf>

・ケアマネジャーや訪問サービスを担当している医師、看護師、地域包括支援センター等などに相談し、代替のサービス提供が可能かを相談。

②症状（発熱、せき・倦怠感・味覚や嗅覚障害等を含む体調不良）がある場合

・基本は、療養者の介護は行わないこととし、ケアマネジャーや訪問サービスを担当している医師、看護師、地域包括支援センター等に相談し、代替のサービス提供が可能かを相談。

・熱が下がらない場合は医療機関に相談する。

5) 濃厚接触者と認定された場合の在宅医療現場の感染防御対策

(1) 療養者（自宅）が濃厚接触者と認定された場合

手順1 PCR検査を行うこととなるため、保健所に連絡を行い、PCR検査の実施につなげる

手順2 PCR検査の結果が出るまでの対応

・在宅医療を受けている病状にもよるが、症状が軽度である場合には、訪問サービスは中断あるいは極力少なくせざるを得ない。

・緊急で介護等が必要な場合は、医師・看護師のアドバイスを受け、対応。なお、医師・看護師等は、PPE（サージカルマスク、咳や喀痰が多い場合にはN95マスク、手袋、ゴーグルあるいはフェイスシールド、ビニールエプロンあるいはガウン、病状によっては防護服）を使用して対応。同居する家族、介護する家族に対しては、COVID-19濃厚接触者としての対応（自宅での標準予防策、飛沫および接触予防策）を助言する。

(2) 同居家族が濃厚接触者と判定された場合

同居家族に以下の対応を助言する。

手順1 保健所の指示でPCR検査を受ける。

手順2 結果がでるまで、以下のことを遵守する。

- ・療養者、在宅ケア従事者とは接触しない
- ・タオル、食器等は別にする
- ・マスクを着用する
- ・直接接触した環境はその都度アルコールで消毒する（部屋やトイレなどのドアノブ等）
- ・自室からなるべく出ない、定期的に換気をする

- ・ゴミは、持ち出さない

手順3 PCR検査陽性となって入院する場合で療養者の介護体制の強化が必要な場合は、ケアマネジャーや訪問サービスを担当している医師、看護師などの助言を受け対応する。

6) 感染者と認定された場合の在宅医療現場の感染防御対策

①療養者が感染者と診断された場合

療養者が感染者と診断された場合には、すでにPCR検査等で関係している管轄保健所の指示により指定された入院機関で治療を隔離となる。結果がでるまで自宅待機していたのであれば、病院までの移送についても管轄保健所と対応を相談する。症状が軽症であっても、療養者は何らかの基礎疾患を有し病状悪化する可能性があることより、本人が入院を拒まなければ入院観察となるはずである。本人が入院を拒んだり、病状がすでに感染前から悪化しており、自宅での看取りを希望したりしている場合には、家族および保健所と対応を話し合う。

②同居家族が感染者と診断された場合

同居家族が感染者と診断された場合には、療養者も感染者あるいは濃厚接触者となる可能性があり、感染者となった場合には入院となるが、濃厚接触者との判定がなされた時、あるいは判定がなされない時に介護者がいない状況になるようであれば、ケアマネジャーと相談の上で介護体制を再構築するか、施設等への一時的な入所を考慮する。ただし、濃厚接触者と判定された場合には、PCR検査を行っていないと受け入れてもらえない可能性があり、その場合にはその旨を保健所に伝え、PCR検査について相談する。

7) 感染疑いあるいは濃厚接触者と判定された療養者の療養環境の確保

感染疑い、あるいは濃厚接触者と判定された場合の療養環境の確保については、以下の点に留意する。これらの点について、サービス提供者と療養者（疑いを含む）・家族と認識を共有する。

- ・可能であれば療養者を換気の良い個室（つまり、開いている窓と開いているドアのある部屋）に配置する。
- ・療養者の動線を極力少なくし、共有部分（キッチン、バスルーム、トイレ等）を最小限に抑える。
- ・共有部分の換気を確保（例えば窓を開いたままにする）する。
- ・同居家族は別の部屋に滞在する。分離が難しい場合はカーテンなどで仕切り、マスクをして2m以上離れて過ごす。
- ・療養者の手指衛生（手洗いあるいはアルコールベースの手拭き）は食事の前、トイレの使用後、手が汚れた時等も含めこまめに行う。手が目に見えて汚れていない場合は、アルコールベースの手拭き、目に見える汚れた手には、石鹸と水を使用する。
- ・石鹸と水で手を洗うときは、使い捨てのペーパータオルを使用して手を乾かす。これらが利用できな

い場合は、清潔な布タオルを使用し、濡れたら交換する。

・飛沫予防として、マスクを着用してもらう。咳やくしゃみがある人はできるだけ医療用マスクを渡し使用してもらう。医療用マスクに耐えられない人は、咳やくしゃみをするときは、口と鼻を使い捨ての紙ティッシュあるいはハンカチ、タオルで覆う。口と鼻を覆うために使用された材料は、使用後に適切に廃棄または洗浄する。

・介護者の数を制限する。理想的には、健康状態が良く、基礎疾患や免疫不全状態のない人を1人割り当てる。

・家族内でケアをするひとは、一人に限定する。

・ケアをする人は、下記に留意する。

-マスク・手袋を着用。他の部屋には持ち出さない。

-利用者の体液などがついた服に触るときも同様。

-手洗い、アルコール消毒を徹底する。

-ドアノブなど、共有部分を消毒する。環境消毒には、次亜塩素酸ナトリウム（0.05%）あるいはアルコールを用いる。

-定期的に換気をする。

8) 医療あるいは介護スタッフが COVID-19 感染者と認定された場合の療養者への対応

療養者およびその家族は濃厚接触者と認定される可能性があるため、その可能性を低くするために、サービス提供にあたっては以下のことに留意する

- ・毎日検温し、発熱がある場合には、無理に働かない
- ・在宅医療の現場では常にマスクを着用し、手指消毒をこまめに行う。
- ・療養者に治療や介護で直接接触れる場合には要領よくできるだけ短い時間で行う

療養者あるいは家族が濃厚接触者と認定されるかどうかは管轄保健所の感染者本人への聞き取り調査（積極的疫学調査）で判定されたため、その結果を受けて、療養者、家族、関係者が連絡を取り合い今後の訪問サービス計画を再検討する。

IV 高齢者介護施設・高齢者介護事業所等における COVID-19 への対応（一般的事項）

高齢者介護施設や高齢者介護事業所での COVID-19 の発生は、以下の点で、在宅医療だけでなく地域全体に大きな脅威となる。

- ①施設内あるいは地域内に感染が広がりやすいこと
- ②基礎疾患をもった高齢者が多いため重篤化しやすいこと
- ③認知機能の低下や精神疾患を持つ人が少なくなく病院での隔離が難しいこと
- ④病院への隔離により早期に身体機能や認知機能の更なる低下および栄養状態の悪化が予測されること（フレイルの進行）
- ⑤高齢者施設でのアウトブレイクは地域の医療崩壊にもつながる可能性があること
- ⑥介護従事者の感染あるいは濃厚接触者認定により地域の介護力が低下すること
- ⑦介護従事者を含む施設関係者の離職により施設の運営が困難になること

⑧⑤および⑥により介護家族の負担が大きくなり地域の介護崩壊につながる

高齢化がすすんでいる日本において、この脅威は重大な社会的問題であり、COVID-19 が長期化することがほぼ確実となっている現状では、高齢者介護施設および高齢者介護事業所での COVID-19 対策は今後最も重視すべき事項である。

そこで、ここでは、これらの施設・事業所における COVID-19 対策について、その戦略について解説（提言）する。なお、これらの戦略を施設あるいは事業所独自で実施することには現状ではかなり大きなハードルがあり、早急に国レベルあるいは地域レベルでの支援を受けた上で、現場で実践できるよう、当学会は今後尽力したい。その上で、当学会会員を含め、在宅医療に関わる医師は、関係する施設や事業所等への助言や教育等の介入により COVID-19 体制構築に資することを期待したい。

1) 高齢者介護施設・高齢者介護事業所等における COVID-19 への対応（基本的戦略）

対応としての基本的戦略を以下に示すが、施設や事業所においては、日常的に感染の標準予防策を励行すること、感染対応責任者を決めておくこと、感染対策のガイドライン等を作成し、施設スタッフ全員の目に触れるところに置いておく（年に2回程度は研修を行うのが望ましい）ことが肝要である。

①施設外からウィルスを持ち込まない

入居している療養者あるいはデイケアを利用している療養者が感染するのは外からのウィルスの持ち込みによるものである。したがって、施設職員への IPC（適切な感染予防と制御）の教育・研修を含めて施設職員、面会者、施設を出入りする業者等からの持ち込みを遮断することが重要である。

具体的な対応を以下に示す。

- ・面会の制限（流行地域では面会の禁止）
- ・納入業者の立ち入り制限（流行地域では進入禁止の上、玄関で授受を行う）
- ・発熱および上気道症状を訴える職員は勤務時間中であっても帰宅させ、可能であれば14日間の自宅待機を指示する。
- ・医療機関受診時に発熱や上気道症状を有する患者と接触しないように努める

②感染者の早期発見と隔離

利用者（入居者および施設利用者：以下利用者と表示）および職員の1日1回以上の検温や症状の有無のチェックなどの健康管理を入念に行うと共に、入居者が COVID-19 に罹患した時にその症状を早期に把握し、隔離し、検査を行い確定し、曝露源と濃厚接触者の特定を行い適切に対応することが求められる。高齢者の症状として、COVID-19 の典型的な症状ではなく、非典型的な症状（倦怠感の出現や増悪、めまいの出現や増悪、下痢など）で発症することもあることを念頭に置く必要がある。これらの症状が認められたら早めに担当医師あるいは保健所に連絡する。

③クラスター化の防止

感染者が発生した場合に蔓延しないように、利用者および職員は、常に社会的距離をとること、マスクの着用、頻回の手指消毒、共同で触れる可能性のある環境のこまめな消毒等、標準的予防法の励行を心がけると共に、感染者が発生した時の隔離や適切な個人防護具の使用、利用者のゾーニングを行う。

具体的な対応を以下に示す

- ・すべての職員にサージカルマスクの着用を指示する。入手困難な場合は布マスクを使用することも許容されるが、サージカルマスクの代用とはならない点に留意し入手努力を怠らないこと
- ・入所者と職員の1日2回の検温および上気道症状の有無を確認する
- ・症状を有する入居者は原則、個室隔離を行い、ケアに当たるスタッフは固定させる
- ・ケアに当たる職員は飛沫・接触予防策およびアイガードの装着を行う
- ・症状を有する入居者とその他の入居者はトイレおよびリネンを分ける。(リネンの洗濯に関しても可能な限り分けることが望ましい)

④医療面・心理面および物的支援

以上の戦略を実践するためには、COVID-19 対策についての相談、教育・研修などについての専門医療チームによる支援、手指消毒薬や PPE 等の感染対策物資の支援が必要不可欠であり、この体制を地域全体（郡市医師会等の団体、市町村行政、保健所等）で構築することが求められる。

また、利用者の多くは既存の身体的および認知的障がいを持っており、今後長期化すると思われる COVID-19 による感情面、行動面での健康に対する影響は無視できない。したがって、この影響を最小限にするための対応も考慮する必要がある。

【参考資料】

1) 高山 義浩: 高齢者施設における新型コロナウイルス感染症への対策

http://plaza.umin.ac.jp/~ihf/others/covid_e1.pdf

http://plaza.umin.ac.jp/~ihf/others/covid_e2.pdf

http://plaza.umin.ac.jp/~ihf/others/covid_e3.pdf

2) CDC guideline: Interim U.S. Guidance for Risk Assessment and Public Health Management of Healthcare Personnel with Potential Exposure in a Healthcare Setting to Patients with Coronavirus Disease (COVID-19)

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assesment-hcp.html>

3) Clinical Guidance for Nursing Home and Residential Care Residents and COVID-19

<https://www.gov.scot/publications/coronavirus-covid-19-clinical-guidance-for-nursing-home-and-residential-care-residents/>

4) Asymptomatic Transmission, the Achilles' Heel of Current Strategies to Control Covid-19 | NEJM

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe2009758>

5) Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2765641>

6) Strategies for Mitigating the Emotional Impact of COVID-19, The Society For Post-Acute and Long-Term Care Medicine

<https://paltc.org/COVID-19>

7) Recommendations for A Metropolitan COVID-19 Response Special Emphasis Series, Guidance on

Protecting Individuals Residing in Long-Term Care Facilities, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

<https://www.jhsph.edu/covid-19/articles/covid-19-guidance-on-protecting-individuals-residing-in-long-term-care-facilities.html>

2) COVID-19 が疑われた場合の高齢者介護施設等の感染防御対策（現時点での状況下における具体的対応手順）

（1）入所者の感染が疑われた場合

症状等で入居者の COVID-19 感染が疑われ、主治医として施設から相談された場合には、施設スタッフの不安が強いことも念頭に置き真摯に対応する。なお、高齢者の COVID-19 では非特異的な症状もあることから、あらかじめ、COVID-19 を疑う症状について、疑った場合の対応の手順について説明書などを渡しておくことも考慮する。

一般的な診療手続きを経ず、症状および感染を疑う人等の接触歴から COVID-19 を疑う場合は、以下の手順を行う。

手順1 施設から在宅医（かかりつけ医を含む）に連絡

手順2 医師による病状等の確認

- ・電話等で病状および COVID-19 を疑った理由（感染者となる可能性のある人との接触歴等）を電話で聴取する
- ・インフルエンザ、誤嚥性肺炎、市中肺炎等が該当せず、COVID-19 が疑われる場合には、保健所と連絡の上で、新型コロナ外来（帰国者・接触者外来）の受診を勧める。
- ・（対面の診察を省略する場合）施設からの病状報告（入院が必要な状態等）および周囲の状況から、COVID-19 の可能性が極めて高いと判断される場合には、保健所等との相談の上で、対面の診察を行わず直接、新型コロナ外来の受診を勧めることも考えられる。この場合には、施設側から入所者のこれまでの情報を提供するよう助言を行うことが望ましい。

（軽症・中等症の場合）

診察により症状が軽症あるいは中等症であり、周囲の状況から COVID-19 の可能性が高いと確認された場合は、保健所と連絡をとり、①新型コロナ外来を受診させ PCR 検査を行う、②保健所の依頼にて訪問の上で PCR 検査を行った上で結果がでるまで施設で健康観察を行う、の2つの選択肢となる。なお、PCR 検査を行わないで健康観察を行う選択肢は、施設スタッフの不安が強いことより一般的には提示しない。新型コロナ外来を受診するためには、移動が必要であり、移動な困難な入所者の場合の移動手手段の確保、移動時の感染拡大防止対策が課題となる。また、PCR 検査結果が判明するまでに一旦施設待機となる可能性があることも課題である。施設で PCR 検査を行うためには標準予防策に加え接触感染予防策および飛沫感染予防策が必要で、このための PPE が必要不可欠であり、その入手が困難となっていることが大きな課題である。

以上の課題を解決するためには、地域における医師会・行政（保健所および市町村）・病院等との密

接な連携体制と必要に応じた PPE の確保体制を作る必要がある。

(入院が必要な場合(重症の場合))

診察で入院治療が必要な病状であることが確認された場合には、保健所等と連絡を取りながら、受け入れ先を決め、救急車等で搬送する。なお、COVID-19 (疑い) 入所者の搬送においては、事前に保健所等 (消防署、医師会、病院、行政等) と手順を確認しておく必要がある。

- ・療養者 (疑い療養者を含む) にはマスクを装着してもらう。
- ・移送前に療養者の手指消毒を行う。
- ・標準予防策および飛沫予防策・接触予防策を徹底する (サージカルマスク、手袋、ガウンあるいはビニールエプロンの着用)

手順3 検査結果が出るまで等の対応

- ・対応にあたるスタッフを固定し、サージカルマスク (入手困難な場合は布マスクも許容される) および手袋を着用して対応する。
- ・個室隔離とし、トイレは可能であれば専用とし、不可能であれば使用時にはトイレのドアを含めて手を触れた可能性のある場所は消毒する。
- ・介護サービスは極力少なくし、直接体に接触する場合にはビニールエプロンを着用する。
- ・手袋・マスク・ビニールエプロンの着脱においては手順を守る。
- ・認知機能が低下している療養者に対しては極力不安を与えないような対応も考慮する。

(2) 施設スタッフの感染が疑われた場合

施設スタッフの健康管理としての毎日の検温は必須であり、発熱等の呼吸器症状がある場合には、自宅待機として、早めにかかりつけ医等と PCR 検査について相談する。現在、PCR 検査は医師が必要と認めれば行うこととなっており、特に医療職および介護職への早期の PCR 検査は、医療及び介護現場への影響が大きい強いため、地域の保健所と医師会等で申し合わせておく必要がある。

3) COVID-19 が疑われた場合の高齢者介護事業所 (デイケア、ショートステイ等) の感染防御対策

(1) 利用者の感染が疑われた場合

利用者が施設を利用する際には、事前に体温測定、あるいは家族介護者等の感染を疑わせる症状の有無について聞き取りを行っておく。施設利用中に発熱などの症状が出現し、COVID-19 が疑われる場合には、家族に連絡し、家族に同様の症状がないかどうか再度聴取し、施設の利用を一時中止するか、個室等で対応にあたる。なお、利用者の手指が触れた可能性のある所は念のため消毒しておく。家族介護者には、早くかかりつけ医等と相談するよう指導し、その後の経過について電話で情報を得て置く。

(2) 施設スタッフの感染が疑われた場合

施設スタッフの健康管理としての毎日の検温は必須であり、発熱等の呼吸器症状がある場合には、自宅待機として、早めにかかりつけ医等と PCR 検査について相談する。現在、PCR 検査は医師が必要と認めれば行うこととなっており、特に医療職および介護職への早期の PCR 検査は、医療及び介護現場

への影響が大きい強いため、地域の保健所と医師会等で申し合わせておく必要がある。

4) COVID-19 が疑われた場合の高齢者介護事業所（訪問介護、訪問入浴等）の感染防御対策

(1) 利用者の感染が疑われた場合

訪問する前には、事前に体温測定、あるいは家族介護者等の感染を疑わせる症状の有無について聞き取りを行っておく。訪問時に発熱などの症状が出現し、COVID-19 が疑われる場合には、家族に連絡し、家族に同様の症状がないかどうか再度聴取し、サービスを一時中止する。家族介護者には、早くかかりつけ医等と相談するよう指導し、その後の経過について電話で情報を得て置く。

(2) 施設スタッフの感染が疑われた場合

施設スタッフの健康管理としての毎日の検温は必須であり、発熱等の呼吸器症状がある場合には、自宅待機として、早めにかかりつけ医等と PCR 検査について相談する。現在、PCR 検査は医師が必要と認めれば行うこととなっており、特に医療職および介護職への早期の PCR 検査は、医療及び介護現場への影響が大きい強いため、地域の保健所と医師会等で申し合わせておく必要がある。

5) COVID-19 感染者と認定された場合の高齢者介護施設等の感染防御対策

(1) 入所者が感染と認定された場合

・保健所と連絡の上で対応を協議する。高齢者介護施設では感染が広がりやすいこと、無症候感染者がいる可能性も否定できないこと、また介護スタッフの不安が強く、離職に繋がる可能性もあるため、全入居者および全職員の症状の有無を早期に把握するとともに、可能であれば、全員の PCR 検査も考慮してもらう。

・なお、感染直後は PCR 検査で陽性とならない可能性も念頭におき、PCR 陰性であっても入居者およびスタッフの健康観察を継続する。

・PCR 陽性と認定された入所者の症状や新たに判明した陽性者の人数、その時点での病院の受け入れ能力によっても対応が違ってくる可能性はあるが、陽性者が少なければ一般的には病院に隔離されることとなり、陽性者が多ければ、その施設での隔離という可能性もある。この場合には医師会や保健所を含む行政等と連携した対応が必要である。

・なお、消毒が必要な場所については、保健所と相談しながら行う。

・施設と関係している在宅医療提供機関に対してできるだけ早く連絡を入れておく。

(2) 施設スタッフが感染と認定された場合

・施設は保健所による積極的疫学調査で濃厚接触者の特定に協力する。

・感染したスタッフが施設内で濃厚接触した人が多い場合には、全職員あるいは全入所者の PCR 検査を行うことでクラスター化が予防される可能性もあり、保健所と相談し対応する。なお、検査を行う時期についても感染初期では PCR 検査が偽陰性となる可能性もあり検討する。

・施設内の消毒については保健所と相談しながら行う。

・施設と関係している在宅医療提供機関に対してはできるだけ早く連絡を入れておく。

6) COVID-19 感染者と認定された場合の高齢者介護事業所（デイケア、ショートステイ等）の感染防御対策

(1) 利用者が感染者と認定された場合

- ・保健所が行う積極的疫学調査に協力する。
- ・利用者が触れた可能性のある場所は消毒する。特に、ドアや手すり、共有して使うテーブル、トイレなど念のため消毒する。
- ・他の利用者および施設スタッフが濃厚接触者として特定された場合には、特定された人以外にも健康観察をお願いし、症状が出たら早めに申し出るよう連絡する。
- ・施設利用者および施設スタッフに数人の感染者が出た場合には、施設スタッフの不安が強く、離職者も出る可能性があり、地域介護力の低下にもつながるため、保健所と相談の上で、施設スタッフ全員の検査も考慮する。
- ・風評被害で施設の運営が困難になることも念頭に置き、できるだけ正確な情報を地域に開示するようこころがける。

(2) 施設スタッフが感染者と認定された場合

- ・保健所が行う積極的疫学調査に協力する。
- ・感染スタッフが触れた可能性のある場所は消毒する。特に、ドアや手すり、共有して使うテーブル、トイレなど念のため消毒する。
- ・他の利用者および施設スタッフが濃厚接触者として特定された場合には、特定された人以外にも健康観察をお願いし、症状が出たら早めに申し出るよう連絡する。
- ・施設利用者および施設スタッフに数人の感染者が出た場合には、施設スタッフの不安が強く、離職者も出る可能性があり、地域介護力の低下にもつながるため、保健所と相談の上で、施設スタッフ全員の検査も考慮する。

7) 濃厚接触者と認定された場合の高齢者介護施設等の感染防御対策

(1) 入所者が濃厚接触者と認定された場合

- ・対応にあたるスタッフを固定し、サージカルマスク（入手困難な場合は布マスクも許容される）および手袋を着用して対応する。
- ・原則個室隔離とし、トイレは可能であれば専用とし、不可能であれば使用時にはトイレのドアを含めて手を触れた可能性のある場所は消毒する。
- ・介護サービスは極力少なくし、直接体に接触する場合にはビニールエプロンを着用する。
- ・手袋・マスク・ビニールエプロンの着脱においては手順を守る。
- ・通常濃厚接触者で症状がない場合にはPCR検査は行わないこととなっているが、認知機能の低下などで個室隔離が困難な場合には、保健所と相談し適切な時期（PCRが偽陰性とならない時期）にPCR検査を行うことが望ましい。この場合PCR検査が陰性であっても規定の期間は健康観察を継続するが、隔離の程度を弱め不安の解消をはかる。
- ・認知機能が低下している療養者に対しては極力不安を与えないような対応も考慮する。
- ・また、健康観察期間にはフレイルが進む可能性もありフレイル予防に特に配慮する。

(2) 施設スタッフが濃厚接触者と認定された場合

- ・施設スタッフが濃厚接触者と認定された場合には、在宅勤務などに変更し、規定された期間が終了したらすぐに職場復帰できるよう配慮する。
- ・感染スタッフが触れた可能性のある場所は消毒する。特に、ドアや手すり、共有して使うテーブル、トイレなど念のため消毒する。

8) 濃厚接触者と認定された場合の高齢者介護事業所（デイケア、ショートステイ等）の感染防御対策

(1) 利用者が濃厚接触者と認定された場合

- ・濃厚接触者の健康観察期間中は施設を利用できないため、利用者あるいは家族に健康観察期間におけるフレイル予防についての指導を行う。
- ・濃厚接触者が利用した状況に応じて、利用者が触れた可能性のある場所は念のため消毒する。
- ・濃厚接触者の健康観察期間が終了すれば、施設の利用について特に留意すべき点はない。

(2) 施設スタッフが濃厚接触者と認定された場合

- ・施設スタッフが濃厚接触者と認定された場合には、在宅勤務などに変更し、規定された期間が終了したらすぐに職場復帰できるよう配慮する。
- ・感染スタッフが触れた可能性のある場所（特に、ドアや手すり、トイレ、更衣所のロッカーなど）は念のため消毒する。

V 在宅医療現場における COVID-19 の Q&A

1. COVID-19 防御のための基本的知識

CQ1（第1版 CQ1）：療養者を診察する際のマスクや防護着の適切な使用法はどのようにすべきか？

A1

原則として、いかなる診療においても（感染症の有無に関わらず）標準予防策を行うべきである。これは療養者・医療/介護職双方の医療関連感染の危険性を減少させるためである。

すなわち、すべての処置において手指衛生を徹底し、呼吸器症状を呈する療養者の診察時はサージカルマスクを着用する。病原体に接触する可能性があるときはディスポーザブル手袋やガウンを着用する。これに加え、COVID-19の流行地域もしくはCOVID-19を事前の問診で疑う療養者を診察する場合は標準予防策に加え、飛沫・接触予防策を行う。すなわち、サージカルマスク・ガウン・ディスポーザブル手袋を着用する。これに加え、療養者を直接ケアする場合は飛沫が発生する恐れがあるため、目の保護（フェイスシールド・ゴーグル）を装着する。なお、エアロゾルが発生する可能性がある手技（気道吸引・下気道検体採取など）を行う場合はサージカルマスクの代わりにN95マスクを着用すべきである¹⁾。

しかしながら、医療資源が不足している現状においては完璧な標準予防策をすべての療養者に行うことが難しい場合がある。①流行地域でない ②不特定多数との接触がない（デイサービス・ショートステイ含む） ③直近2週間外出していない ④介護者・同居者などに上気道症状がない のいずれも満たす場合においてはサージカルマスクのみ装着し診療することも許容される。なお、この場合において

も手指衛生は徹底し、口、鼻、目を診療中に触ることを避けるべきである。

CQ1-1：一人で訪問した場合の、防護具等の着脱はどのようにしたらよいか。

A1-1

PPEの着脱の仕方は特に重要である。PPEの着脱は原則1人でも可能であるが、一処置ごとに消毒用アルコールが必要であり、1人で脱衣を行った際は、消毒用アルコールの容器が汚染される可能性があることに留意する（最後に容器の外表面をアルコールなどで拭き取りなどを行うことが望ましい）。

手洗いで代用することも不可能ではないが、COVID-19を強く疑う療養者の自宅もしくは施設では、自宅内もしくは施設内の手洗い場を使用することは適切ではない。

CQ1-2：防護具の脱衣場所および脱衣した防護具等の処理はどうしたらよいか。

A1-2

COVID-19が疑われる療養者の居宅もしくは施設を退出するときは、原則として防護具は玄関を出てから外す。可能であれば、外した後の防護具についてはディスポーザブルのものは、プラ袋に入れて廃棄を患家または施設に依頼する。廃棄方法については他の感染性廃棄物と同様であり、「廃棄物処理法に基づく完成生廃棄物処理マニュアル」を参照のこと²⁾。

ディスポーザブルでない防護具に関しては、通常の洗濯（洗濯方法・洗剤の種類）で問題ない。ただし、可能であれば他の洗濯物と分けて洗濯を行うこと、その衣類に推奨されている最高温度の設定の湯で洗濯させることが望ましい。なお、汚染された衣類を扱うときは手袋を着用し、扱った後は直ちに手指衛生を行うこと³⁾。

【参考文献】

- 1) 国立感染症研究所：新型コロナウイルス感染症に対する感染管理(2020年4月27日改訂版)
<https://www.niid.go.jp/niid/images/epi/corona/2019nCoV-01-200427.pdf>
- 2) 環境省：医療関係機関や、その廃棄物を取り扱うみなさまへ 新型コロナウイルスの廃棄物について
http://www.env.go.jp/saigai/novel_coronavirus_2020/flyer_on_disposal_of_contaminated_waste.pdf
- 3) CDC：Cleaning And Disinfecting Your Home
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/disinfecting-your-home.html>

2. 日本における COVID-19 対策の基本的戦略

CQ2（新規）：PPEの不足にどのように対処するのか。

CQ2-1：PPEを不足させないような自施設で可能な取り組みはあるか？

A2-1

PPEを不足させないように医療機関や事業所は資機材の管理者を策定し、日々のPPE消費量・PPEの在庫数・そのサプライチェーンについて注意を払う必要がある。PPEに関しては各種団体（医師会・学会・民間企業など）や行政（保健所など）から配布・販売されることもあるため、適宜情報を入手すること¹⁾。

その他、対面診療する患者の数を減らし、オンライン診療・電話再診を活用したり（対面診療を月2回から月1回に減少させるなど）、療養者宅へ訪問する医療従事者の数を減らしたりすることでPPEを節約することが可能である。ただしPPEを温存したいがために、療養者にとって必要な医療サービスが提供できないということはあってはならない。

また、状況に合わせた適切なPPEの使用を心がける。

CQ2-2：PPEが不足している場合、その代用品はあるか？

A2-2

以下に各種PPEが不足した場合の代用品と使用時の注意点について説明する。

ただし、これらはあくまで代替手段であって、「代替品を使用しているから感染対策は大丈夫」というわけではない。不足しているPPEの入手努力は引き続き怠らないことが重要である。

なお、職業感染制御研究会の有志メンバーからもPPEの代替品についての情報公開があり²⁾、詳細な作成方法などについてはそちらを確認すること。

【サージカルマスク】

代替案	布製マスク
特徴	不十分な防護であり、PPEとはみなされない。そのためサージカルマスクを入手次第、速やかに布マスクの使用を中止すること。

【アイソレーションガウン】

アイソレーションガウンの代替品は

- ・袖まで防御できるもの
- ・容易に脱衣でき脱衣時に医療者が汚染されないようなものでなければならない。

代替案	レインコート
特徴	既製品であり自作・準備の必要がないためすぐに使用ができる。作業性は低下すること、コスト面に問題がある。
代替案	使い捨てではないエプロンおよびアームカバー
特徴	複数枚の使い捨てではないエプロンやアームカバーを使用し、使用ごとに洗濯する。複数枚のエプロン・アームカバーの準備が必要であり非効率的ではある。
代替案	ポリ袋・ビニールシート・シャワーカーテンなどを用いた自作エプロン
特徴	ポリ袋などをハサミとシーラーサイズに合わせてフィットするサイズを作成できる反面、自作には慣れと手間が必要。

【ゴーグル・フェイスシールド】

ゴーグル・フェイスシールドの代替品は正面だけでなく、上面・側面が保護されている構造でなければならない。なお、ゴーグルやフェイスシールドの再利用・清拭方法についてはCQ1 2-3を参照のこと。

代替案	クリアファイル（3Dプリンター非使用）
-----	---------------------

特徴	比較的簡易に作成できる反面、頭部の固定性が不安定であること、上面から飛沫が侵入するリスクがあることに注意が必要である。
代替案	クリアファイル（3D プリンター使用）
特徴	作成には 3D プリンターが必要。その分、固定性・飛沫防御の面には優れている。

CQ2-3：PPE が不足している場合、PPE を長時間使用や再使用することは可能か？

A2-3

以下に各種 PPE が不足している場合の PPE の長時間使用や再使用の方法とその注意点について説明する¹³⁾。

【サージカルマスク】

- ・長期使用および再使用ともに、明らかな汚染や損傷が見られる場合は廃棄することを強く推奨する。
(長時間使用)
- ・1つのフェイスマスクで複数人の患者を診察することは許容される。ただし「何人の患者にまで使用可能」という明確な基準はない。
(再使用)
- ・フェイスマスクを一旦外しても再度利用することは許容される。ただしこの際、医療従事者はマスクの外側に触れないように十分注意する必要がある。

【N95 マスク】

- (長時間使用)
- ・8-12 時間連続で使用しても（他業種では）問題ないとされている
(再利用)
- ・N95 マスクが不足している際は、一旦 N95 マスクを取り外して再装着することもできる。使用回数制限はメーカーの指針に準拠すべきであるが、もし明確な指針がない場合は5回以下の使用に留めることが望ましい。（明らかに飛沫や血液・体液で汚染されていない場合・明らかな損傷がない場合に限り）
- ・N95 マスクの外表面の汚染があると破棄せざるを得ない。これを防ぐために、N95 マスクの上からさらにフェイスマスクを着用することやフェイスシールドで保護することも考慮される。
- ・また、新型コロナウイルスが N95 マスクに付着した場合、予想される生存時間が72時間であることから、以下のような再利用法も検討される。ただし、これは N95 マスクが不足している際に止む無く行う方法であり、推奨された方法ではないことに注意すること。

○N95 マスクを5個利用した再使用の方法

- ①特定の医療従事者に N95 マスクを5つ渡す。
- ②毎日1つの N95 マスクを使用する。使用後は指定された保管場所に吊るすか、紙袋などの通気性のよい清潔な容器に保管する。保管容器は定期的に洗浄もしくは破棄されるべきである。
- ③5つ目のマスクを使用し終わったら、再度1日目に使用したマスクを使用する。
- ④マスクを再使用する場合、マスク表面は汚染されていると考え、必ず手袋を着用すること。着用後にその手袋は破棄し、手指衛生を行うこと。フィットテストを行う際も同様に手袋の着用・手指

衛生が必要である。

【ゴーグル・フェイスシールド】

(長時間使用)

・明らかな汚染を認めたりや汚れによって視認性が低下したりしない限り、長時間使用は許容される。

(再使用)

・以下にゴーグルの洗浄方法について記載する。

なお、これは単回使用のフェイスシールドでも適応できると考えられている。

○ゴーグル・フェイスシールドの洗浄方法

- ①新しい手袋を装着し、中性洗剤溶液で湿らせた布もしくは除菌クロスでゴーグル（もしくはフェイスシールド）の内側・外側の順に拭き取り汚れを落とす。
- ②消毒液を染み込ませた布でゴーグル（もしくはフェイスシールド）の外側を再度拭き取る
- ③水やアルコールで再度ゴーグル（もしくはフェイスシールド）の外側を拭き取る
- ④ゴーグル（もしくはフェイスシールド）を乾燥させる（タオルを使用しても良い）
- ⑤手袋を外し、手指衛生を行う

【参考文献】

1) CDC guideline: Strategies to Optimize the Supply of PPE and Equipment

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/index.html>

2) PPE 自作・代用代替品評価チーム：医療用防護具の代替品性能評価と作り方

<https://covid-19-act.jp/ppe/>

3)厚生労働省: サージカルマスク、長袖ガウン、ゴーグル及びフェイスシールドの例外的取扱いについて <https://www.mhlw.go.jp/content/000622132.pdf>

CQ3（新規）：提携高齢者施設がクラスター（施設内での多数感染者の発生）となった時に、診療所が風評被害にあわないかという不安に対する対応はどうしたらいいか？

A3

提携施設にて COVID-19 のアウトブレイクが生じた際も、自施設のスタッフに COVID-19 確定者が発生しない限りは業務停止を行う必要はない。

また適切に PPE を装着し COVID-19 確定者の対応を行った場合は濃厚接触には該当しない場合が多い。

しかし、他の療養者やその家族、あるいは診療所周辺の住民は診療所の職員から感染が拡大するのではないかという不安を覚える可能性がある。このような懸念に対して、医療職や介護職は療養者やその家族、地域住民に対して、事前に十分なリスクコミュニケーションを行うことが求められる。また不幸にもクラスターが発生した場合にも同様のコミュニケーションを要する。

リスクコミュニケーションとは、医療に関わる人々に対し十分な情報提供を行い、リスクに対する双方の理解を深め、合意形成を行うことである。情報を隠すことによるメリットは一切なく、十分な情報提供をもとにした事前の合意形成が療養者やその家族、地域住民の安心・安全と信頼を作り出し、迅速な情報公開が危機管理に繋がると考えられる。感染症におけるリスクコミュニケーションの詳細につい

ては参考文献(1)も参照のこと。

以下に在宅診療におけるリスクコミュニケーションの例を挙げる。

- ・ COVID-19 に関するエビデンスに基づいた、正しく分かりやすい情報提供を行う
(例えば「すれ違うだけや 1-2 分程度の接触であれば感染の可能性は極めて低いこと」や「適切に PPE を使用している場合は仮に COVID-19 確定者を診療したとしても濃厚接触者には該当しないこと」など)
- ・ COVID-19 患者が発生した際の自施設の対応方法を伝える
- ・ 自院のスタッフが COVID-19 に罹患したときの対応について伝える
- ・ 上記に関して、リーフレットなどを作成し患者・家族に説明した上で、自施設での対応について合意と了解を得る
- ・ 療養者やその家族から COVID-19 に関する不安や懸念事項について聴取し、自施設として対応可能なこと、対応不可能なことを丁寧に説明する

エビデンスに基づいた自施設の感染対策を事前に療養者やその家族、地域住民に説明することが風評被害だけでなく、自施設で COVID-19 患者が発生したときの診療キャンセル・通院中断（いわゆる「患者離れ」）を最小限に食い止めることができると考える。

【参考文献】

1) 日本環境感染学会：WHO アウトブレイクコミュニケーションガイドライン（日本語版）

http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/WHO_Outbreak%20communication%20guidelines.pdf

CQ4（新規）：感染防御対策として「外出自粛」や「人との接触を避ける」ことにより、フレイルやうつが進行すると思われるが、その対策としてどのような方法が考えられるか？

CQ4-1 フレイルへの対策

A4-1

フレイルはその特性から身体的フレイル、精神・心理的フレイル、社会的フレイルに分けることができる。フレイル予防には「人とのつながり」が重要であるとされているが、COVID-19 蔓延期にはこの「人とのつながり」が阻害され、フレイルの進行が懸念される。

この項では COVID-19 の蔓延に伴う、身体的フレイルの進行および栄養ケアや口腔ケアからなるオーラルフレイルの進行を取り上げる。なお、精神・心理的フレイルについては CQ2 8-2 も参照のこと。

（身体的フレイルの進行）

COVID-19 蔓延期において、在宅診療に関わる医療職・介護職は身体的フレイルの進行に一層配慮し、外出自粛などによる感染予防とフレイルの進行による。

身体的フレイルの評価として、疲労度や活力だけでなく、歩行速度や握力、体重について定期的な評価を怠らない。また COVID-19 蔓延期であっても以下のような身体活動は可能であり、フレイルの進行の懸念がある療養者に対しては積極的に指導する¹⁾²⁾。

- ・ 人混みを避けて、一人や限られた人数で散歩する。

- ・家の中や庭などでできる運動（ラジオ体操、自治体のオリジナル体操、スクワットなど）を行う。
- ・家事（庭いじりや片付け、立位を保持した調理など）や農作業などで身体を動かす。
- ・座っている時間を減らし、足踏みをするなど身体を動かす。

なお、療養者が感染リスクを懸念している際は

- ・COVID-19 はすれ違うだけでは感染しないこと
- ・接触感染の危険性はあるので外出中は口や鼻を触らず、帰宅後は手指衛生を行うこと
- ・感染リスクとフレイルのリスクの両者を比較考量した上で、患者の健康維持のために勧めたことを合わせて伝えると良い。

（オーラルフレイルの進行）

外出自粛による活動性の低下、口腔ケア介入頻度の減少、デイサービス使用自粛がもたらす食生活の変化など様々な要因によって、いわゆるフレイル・サイクルの悪循環が懸念される³⁾。

COVID-19 拡大によって、口腔ケアおよび栄養ケア介入を一律に自粛・禁止するのではなく、個々の療養者に応じてその必要性を今一度検討し、介入によって患者が受けられるメリットと介入による感染のリスクとを十分に比較する必要がある。例えば、COVID-19 の感染を過剰に恐れるあまり、口腔ケア・栄養ケアがおろそかになり、結果的に防ぎ得たはずの誤嚥性肺炎を患うことになってしまうということはあってはならない。

従って、療養者に対しては今一度、歯科医師・医師・看護師による栄養状態および口腔状態のアセスメントを行い、口腔ケア・栄養ケアの必要性を再検討する。

なお、日本臨床栄養代謝学会（JSPEN）から「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の治療と予防に関する栄養学的提言」が発信されており、こちらも併せて参照のこと⁴⁾。

CQ4-2：抑うつへの対策

A4-2

前述の短時間の外出が抑うつを防止するのは言うまでもない。

その他、物理的隔離（physical distance, social distance）を保ちつつ、孤独を防ぐために

- ・家族や友人と電話で話す。
- ・家族や友人と手紙やメール、SNS などを活用し交流する。
- ・買い物や移動など困ったときに助けを呼べる相手を考えておく。

などが推奨されている¹⁾²⁾。

【参考文献】

1) 厚生労働省: 新型コロナウイルス感染症への対応について（高齢者の皆さまへ）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/index_00013.html

2) 日本老年医学会: 「新型コロナウイルス感染症」 高齢者として気をつけたいポイント

<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/citizen/coronavirus.html>

3) Xue QL, et al. Initial manifestations of frailty criteria and the development of frailty phenotype in the Women's Health and Aging Study II. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 63(9):984-990, 2008.

4)日本臨床栄養代謝学会: 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の治療と予防に関する栄養学的提言
<https://www.jspen.or.jp/wp-content/uploads/2020/04/938ab602b38080b3cd648b33649985dd.pdf>

3. 在宅医療における COVID-19 への対応 (一般的事項)

1) 在宅医療の現場における COVID-19 対策の原則

2) COVID-19 拡大時における日常的な在宅医療の現場での感染予防対策

CQ5 (新規): 地域で感染拡大が生じる前にどのような準備を行えばよいか?

A5

米国の研究チームによると、COVID-19 の世界的流行 (パンデミック) は 2022 年まで持続し、社会的距離 (ソーシャルディスタンス) を断続的に取る必要があるとの試算がなされている¹⁾。従って、いわゆる「その場をしのぐ」だけの対策ではなく、長期的な視点で準備を行う必要がある。

以下に行うべき準備の一例を示す。

- ・ 医師を含めたスタッフの体調不良時が生じても運用可能な診療所・事業所のシステム再構築を行う。
 - 感染流行期における優先すべき診療業務の決定
 - 感染流行期における確保できる人員の試算
 - 感染流行期における 1 人 1 人の職員の業務負担軽減
 - 体調不良時に欠勤しやすい環境づくり
 - 臨時休校時に職員が出勤可能か事前の確認
 - 自院および周辺事業所が業務遂行不可能に陥った場合の対応策の取り決め
- ・ 資機材 (特に PPE など) の確保
 - 資機材の在庫管理担当者の策定
 - 資機材の在庫管理
 - 資機材の 1 日あたり使用量の試算
 - 資機材の入手方法の確認
- ・ 全職員への COVID-19 に関する教育
 - 感染対策の必要性についての根本的な理解
 - 个人防护具の使用方法についての研修 (繰り返し行う)
- ・ スタッフの感染リスクを軽減させる取り組み
 - 時差出勤・テレワークの励行
 - 職場内の環境整備
 - 診療チームの固定化
 - 職員のマスクの着用・手洗いの励行
- ・ 療養者やその家族に対する COVID-19 防御対策の教育
- ・ 療養者に対するアドバンス・ケア・プランニングの遂行
- ・ 療養者やその家族に対する COVID-19 における自院の対応策の明示

- ・地域住民に対する COVID-19 における自院の対応策の明示

なお、以上の項目を含めて、各施設・医療機関毎に診療継続計画（BCP）を策定することを推奨する。

新型インフルエンザ用ではあるが、日本医師会から無床診療所や小規模病院における診療継続計画の作成例等が公開されている。COVID-19 とはその性質が異なる部分もある点に留意しつつ参照されたい²⁾。

【参考文献】

- 1) Kissler SM, et al. Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period. Science. 2020;368:860-868.
- 2) 日本医師会：新型インフルエンザ等発生時の診療継続計画作りの手引き
https://www.med.or.jp/doctor/kansen/novel_influenza/001711.html

CQ6（第1版 CQ6）：診療所・訪問看護ステーション等の環境管理・ゾーニングはどのように行うべきか？

A6

診療所・訪問看護ステーションは原則グリーンゾーン（ウイルスの汚染がない場所）となるよう務めるべきである。しかしながら、発熱・上気道症状の患者に対する外来診療や訪問看護を行っている診療所・訪問看護ステーションもあるため、以下のように対応することが望ましい。

- ・人員に余裕があれば上記の発熱・上気道症状を有する患者の外来診療に従事するスタッフと在宅診療に従事するスタッフは可能な限り分けることが望ましい
- ・その場合、上記のような患者を診察する際の動線と、訪問診療に従事するスタッフの動線は交わらないようにゾーニングすることが望ましい
- ・上記を徹底しても、感染のリスクは残存するため、オフィスや待機室・休憩室でも多人数の集合は避け、各人マスクの着用を行う
- ・業務時間中は手指衛生をした直後でない限りは顔の周り（特に目・口・鼻）を触らないようにすることが望ましい

CQ7（第1版 CQ3）：本人並びに家族への感染予防策の説明はどのように行うか？

A7

在宅現場における感染防止対策は療養者および家族の協力なしでは実行不可能である。このため、療養者および家族が行う感染防止対策を医師が直接説明し、理解を得ておくことは重要である。また、発熱時など、状況によってはマスクや手袋の他に、ガウン（ビニールエプロン）、ゴーグル（フェイスシールド）などを着用して訪問することとなるため、その点についても訪問前に丁寧な説明を行い、同意を得ることが望ましい。

説明すべき内容は以下の通りである。なお、日本在宅ケアアライアンスでは本人・家族向けの説明のパンフレットを作成しており（<https://www.jhhca.jp>）、これを使って説明することも可能である。

- ・新型コロナウイルス感染症が蔓延している現状では、だれが感染してもおかしくなく、密接にか

かわることとなる在宅療養者も感染している可能性を念頭において治療やケアにあたらざるを得ないこと。

- ・万が一、在宅療養者が感染した場合、重篤化する可能性が高いこと。
- ・在宅療養者への感染は、家族、見舞い客、医療および介護関係者からの可能性が高いこと。このため、家族の方を含めての協力が必要であり、医療および介護関係者も同様に細心の感染防護対策を行っていること。
- ・医療および介護関係者はその仕事の性質上常に感染のリスクに晒されているため、状況に応じた感染防護対策を実施しているが、関係者から新型コロナウイルス感染者が出た場合、在宅診療を一時中止せざるを得ない事態になる可能性があること、また在宅療養者が「濃厚接触者」となる可能性があること。
- ・上記の理由から、医療者が感染しないため、また医療者から療養者へ感染させないために全ての居宅訪問で状況に応じた个人防护具の装着を行っていること。
- ・感染防護具としてディスポーザブル手袋・サージカルマスク・ガウン・キャップ・アイガード・N95 マスクなどがあり、状況に応じて使いわけ、特に熱がある場合や新型コロナウイルス感染症の可能性が高いと疑われる場合には居宅訪問前から装着すること。
- ・在宅療養者および介護家族は毎日体温を測定してもらい、発熱および上気道症状を有する場合には訪問前に連絡して欲しいこと。
- ・訪問前に室内の換気を行ってもらうこと（目安として30-60分程度）。
- ・訪問中は在宅療養者や家族もマスク（布製マスクも可）を装着してほしいこと。
- ・その他日常的に気を付けてほしいこと。

CQ8（新規）：独居療養者の感染防止対策としてどのような対応が必要か？

A8

高齢・独居の療養者の多くは COVID-19 予防についての知識が不足しやすく、さらに COVID-19 に罹患し、急変しても関知されない可能性が高いため、より一層の注意が必要である¹⁾。

高齢・独居の療養者は「身体機能が低下し支援なしでは外出できないケース」と、「認知機能の低下が主体で独力での外出が可能なケース」の2つに大別できるため、それぞれのケースの説明方法について以下に述べる。

CQ8-1：身体機能が低下し外出できない療養者への対応

A8-1

療養者本人だけでなく、介助者・支援者に対しても COVID-19 に関する情報提供を行う。例えば、どのような場合に COVID-19 を疑うか、もしくは COVID-19 に罹患した場合の臨床経過について説明する（CQ-17 COVID-19 の可能性を検討するために必要な情報とは？も参照のこと）。

身体機能が低下した患者は COVID-19 の重症化リスクが高いため、発熱・上気道症状など COVID-19 を疑う症状が出現した場合には速やかに訪問診療所・病院へ連絡を行うことを指示する。

なお、療養者の受け入れが良好な場合は、COVID-19 に罹患した際の侵襲的治療や療養場所の希望、ケアの目標について予め話し合っておくことが望ましい。

CQ8-2：認知機能が低下した療養者への対応

A8-2

CQ8-1と同様に、療養者本人だけでなく介助者・支援者に対する COVID-19 に関する情報提供を行い、発熱・上気道症状など COVID-19 を疑う症状が出現した場合には速やかに訪問診療所・病院へ連絡を行うことを指示する。なお、認知機能が低下した療養者においては、COVID-19 感染により急速に認知機能が増悪することもある。また初発症状が上気道症状ではなく、せん妄であったケースも報告されており、医療者は合わせて注意する必要がある²⁾³⁾。

認知機能は低下しているが、外出は可能な独居療養者には「遠方への外出を控え生活に必要な外出に留めること」「手洗いの励行」「外出時はマスクを装着すること」などを指導する。また可能であれば、複数の医療機関受診による感染リスクの上昇を避けるため、処方内容および通院先の一元化を行うことが望ましい。

これらを療養者に対し、わかりやすく説明するだけでなく、リーフレットやポスターなどを作成し、療養者の自宅内の目に付きやすい場所に掲示しておくことが望まれる。

しかし認知機能の程度によっては上記のような指導を行っても、それらを実践してもらうことが難しい場合がある¹⁾。そのようなケースにおいては療養者の日頃の行動パターンを把握し、行動パターン上にいわゆる「三密空間」（密集・密閉・密接を満たすような場所）が含まれる場合には、関係各所（地域包括支援センターを含む）に事前に連絡しておくことが望ましい。またこのようなケースでは、在宅療養者の家族に、日常生活における感染防御が難しく、感染リスクが高いことを伝えた上で、感染した場合の対応や方針について事前に十分協議しておくことが望まれる。また可能であれば ICT を活用した遠隔モニタリングシステムを利用することも 1 つの方法である。

【参考文献】

- 1) Brown EE, et al. Anticipating and Mitigating the Impact of the COVID-19 Pandemic on Alzheimer's Disease and Related Dementias. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020 [Epub ahead of print]
- 2) Alkeridy WA, et al. A Unique Presentation of Delirium in a Patient with Otherwise Asymptomatic COVID-19. *J Am Geriatr Soc*. [Epub ahead of print]
- 3) Tay HS, et al. Atypical presentation of COVID-19 in a frail older person [published online ahead of print, 2020 Apr 21]. *Age Ageing*. 2020; afaa068.

CQ9（第1版 CQ8）：往診車両の環境管理はどのように行うべきか？

A9

療養者宅での標準予防策および接触予防策（時に飛沫予防策）を適切に行っていれば往診車両内は原則グリーンゾーンになっているはずであるが、PPE の着脱が不適切で手指が汚れている可能性もある。従って、往診車両を使用後は手指が頻繁に触れる部分（ドアレバー・ハンドル・シフトレバー・ウインカースイッチ・ワイパースイッチなど）をアルコールなどで定期的に（毎日）消毒することが望ましい。

CQ10（第1版 CQ2-4）：使用した聴診器、血圧計、パルスオキシメーターの消毒や管理法はどのよう

にしたらいいか？

A10

体温計、血圧計は可能であれば療養者宅にあるものを使用させてもらうことで、感染リスクおよび消毒の作業を減らすことができる。

・COVID-19を疑う場合で、医療機関側から医療機器（血圧計や体温計などのノンクリティカル/セミクリティカル器具）を貸し出すことが可能な場合は、それらを貸し出し療養者専用の医療機器として使用してもらうことで、感染リスクおよび消毒の作業を減らすことができる。

・いずれの療養者においても使用した機器は入念に消毒を行う必要がある。拭き取り可能なもの（聴診器・血圧計のカフ以外の部分・超音波機器・ポータブルX線機器など）は大きな汚れを落とした後、消毒用アルコールもしくは0.1%次亜塩素酸ナトリウムで清拭する。拭き取り不可能なもの（血圧計のカフなど）は0.1%次亜塩素酸ナトリウムに浸漬する。

CQ11（新規）：療養者に関する情報収集や情報共有をどのように行うか？

CQ11-1：家族からの在宅療養者に関する情報収集をどのように行うか？

A11-1

訪問前に本人あるいは家族に電話で直近の病状や感染リスクに関わる情報を聴取することは、訪問時の感染リスクを事前に評価し、事前の个人防护具の準備、医療者自身の対面診療時間の短縮など感染リスクを軽減させる利点もある。以下に感染リスクを把握するための問診事項の一例を記載する。なお、事前に聴取する項目を記載したチェック票を渡して置くと聴取の時間が短くなり、また、聴き落とし項目がなくなる。

【電話で聴取可能なCOVID-19感染リスクに関する問診事項】

（症状について）

- 発熱はないか（体温は何度か）
- 呼吸苦・咽頭痛・咳嗽・喀痰増加などの気道症状はないか
- 嘔吐・下痢・腹痛などの消化器症状はないか
- 強い倦怠感や筋肉痛はないか
- その他、「いつもと様子が違う」ことはないか
- （もし症状がある場合）症状が出て何日経過しているか

（接触歴について）

- 家族や自宅への訪問者で感冒症状（発熱・上気道症状）を有するものがいなかったか
- 利用している通所介護施設などで感冒症状（発熱・上気道症状）が流行していないか
- 本人や家族の流行地域への移動歴はないか
- 本人や家族のいわゆる「三密」空間への滞在歴はないか
- その他、COVID-19確定者との接触など、濃厚接触を疑う病歴はないか

CQ11-2：他職種からの情報収集や多職種での情報共有をどのように行うか？

A11-2

地域でCOVID-19が発生・流行しており、対面による長時間の会話に感染の危険があると判断する

場合は、電話や医療介護専用 SNS、ビデオ会議アプリケーションで情報共有を行うことが望ましい。特にサービス担当者会議や退院時カンファレンスなど、複数の医療職・介護職が集まる際にはビデオ会議システムが有用である。厚生労働省からもサービス担当者会議実施加算や退院時共同指導料に関する「対面を伴わない代替手段」に関する通知がなされている¹⁾。

ただし、ビデオ会議システムに汎用サービス（Skype[®]・LINE[®]・Facetime[®]・Zoom[®]・Cisco Webex[®]など）を使用する場合はオンライン診療と同様に、そのセキュリティリスクとその対策・責任の所在について療養者やその家族に説明しておくことが望ましい。また同様に、不正な参加やなりすまし防止のため、「可能な限り 1 人のホストから他の参加者につなげる」「パスワードの使用」「アクセスできる IP アドレスの指定」「身分証明証を用いた相互確認」などの対策を複数組み合わせることが望ましい²⁾。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省：新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて（第 3 報） <https://www.mhlw.go.jp/content/000601692.pdf>
- 2) 厚生労働省：オンライン診療の適切な実施に関する指針 <https://www.mhlw.go.jp/content/000534254.pdf>

CQ12（第 1 版 CQ16）：医療者自らの感染と、他者へ感染を拡大する可能性に対する不安。どう対応すべきか？

A12

COVID-19 が拡大している現状において、ウィルスを保持している可能性を否定できない療養者と免疫力の低下している療養者および協働している医療・介護職等と関わっている医療者は、自らの感染リスク、そして他者に感染を拡大させるリスクがゼロにならない。しかし、以下を行うことで、リスクはかなり低く抑えられる。

- ①在宅の現場の状況や療養者の状況に応じた適切な標準予防策や手指衛生を励行する。
- ②個人保護具を使用する場合その着脱の際の手順をしっかりと守る。
- ③体調不良を感じれば無理して働かない。
- ④勤務時間外であってもできるだけ密集した場所、密閉した空間、密接した状況での会話等を避ける。

また、自分だけの努力だけでなく、療養者や家族および連携している医療・介護職の協力を求めること（できれば感染対策について説明し指導する）でさらにリスクを減らすことができる。その際、予め「療養者や家族へ感染対策を十分に行っているが、それでも感染リスクはゼロにはならない」ということを説明しておくことも自身の不安の軽減につながるであろう。

さらに、COVID-19 蔓延期では、病状に応じて、訪問診療の頻度を少なくし、オンライン診療や ICT による多職種との連携の機会を増やすことで、接触機会を最小限にし、経営不安も少なくすることができるので、この機会に取り組むことも推奨したい。

先行きの見えない中で多くのストレスに晒される医療者が、自分をケアし、関係する人に必要なセルフケアを勧めることで、必要としている人々への対応をし続けることができる。このセルフケアの具体的項目が Center for the study of traumatic stress から示されているため、概略を示す¹⁾。

- ・食事や睡眠などの生理的欲求を十分に満たす
- ・可能な限り、休息を十分に取る・休息時間は罪悪感なく十分に休む
- ・同僚とつながり、話をしたり聞いたりする
- ・建設的なコミュニケーションを取る
- ・家族と連絡を取り合う
- ・お互いの違いを尊重する
- ・確かな情報を常に入手する努力を行う
- ・メディアに触れる時間を制限する
- ・自己の感情状態をセルフチェックする
- ・自己の働きを褒め、自己肯定感を高める

【参考文献】

1) Center for the Study of Traumatic Stress: Caring for Patients' Mental Well-Being During Coronavirus and Other Emerging Infectious Diseases: A Guide for Clinicians.

https://www.cstsonline.org/assets/media/documents/CSTS_FS_Caring_for_Patients_Mental_WellBeing_during_Coronavirus.pdf

日本語訳版：https://www.cstsonline.org/assets/media/documents/CSTS_FS_JPN-_Sustaining_WellBeing_Healthcare_Personnel_During_Coronavirus.pdf

CQ13 (新規)：精神疾患患者等の外出機会の減少やストレスの影響を軽減するためにはどうしたらいいか？

A13

現状のようなパンデミック状況下における精神疾患患者のストレスコーピングに関する研究は回答者が調べた限り存在しなかった。以下は自然災害時のストレスコーピングを拡大解釈し、パンデミック時のそれに適応するものである。

【原理・原則】

- ・大規模災害時は感情障害に関しては悪化することが多く、特に双極性障害の躁状態が多い^{1) 2)}。
- ・大規模災害時における統合失調症患者の増悪に関しては controversial である^{3) 4)}。
- ・一般人を含め、大規模災害時のストレス症状に対応するためにサイコロジカル・ファーストエイド (PFA) の提供が役立つ可能性がある⁵⁾。
- ・サイコロジカル・ファーストエイド (PFA) は(1)安全 (2)安心 (3)周囲とのつながり (4)自己効力 (5)希望の5カテゴリーに分けることができ、さらに具体的な活動原則には「見る (Look)、聞く (Listen)、つなぐ (Link)」の3つのLから成り立っている。
- ・多くの患者のストレス反応は、「レジリエンス」を取り戻すことで、時間とともに自然回復する⁶⁾。従って、PFAを始めとする支援の提供が有害であったり押し付けがましいものとなったりしないようにすべきである⁷⁾。

【具体案】

- ・感情障害の患者、特に双極性障害の患者では躁病の発生に注意する必要がある。

- ・統合失調症患者では幻覚や妄想など精神症状の変化に十分注意する必要がある。
- ・精神疾患を抱えている患者への診療ではより一層注意深く精神症状の変化を観察すること、ニーズについて問い不安や感情を受け止めることが重要である。
- ・もし、精神疾患を抱えている患者のストレスコーピングの一環として、患者自身が外出を希望するのであれば、短時間かつ他の人との接触を最小限とするならば許容されると考える。
- ・かかりつけ医は上記を精神科訪問看護師とも上記を十分に共有しサポート体制を確立していく必要がある。

【参考文献】

- 1) 山口直彦 他: 震災直後の入院症例—ある被災地自治体立精神病院からの報告, 精神医学, 37, 701-706, 1995.
- 2) 岩尾俊一郎 他: 震災後 3 か月間の入院症例の検討, 精神科治療学, 11, 341-348, 1996.
- 3) 荒木憲一 他: 自然災害と精神疾患—長崎水害(1982)の精神医学的研究. 精神神経学雑誌, 87, 285-302, 1985.
- 4) 辻本浩 他: 阪神・淡路大震災後の精神科入院症例について, 日本災害医学会会誌, 44, 354-357, 1996.
- 5) Shultz JM, Forbes D: Psychological First Aid: Rapid proliferation and the search for evidence. Disaster Health J: 1-10, 2013
- 6) Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 52:1048-1060,1995.
- 7) World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International Psychological first aid: Guide for field workers WHO, Geneva, 2011

CQ14 (新規)：療養者への歯科治療・口腔ケアを行う場合、どのような対応が必要なのか？

A14

療養者は自身による日常的口腔ケアが不十分であることが多いため、必要に応じて歯科訪問診療や、歯科衛生士による専門的口腔ケアを受ける必要がある。

COVID-19 への感染を恐れるあまり歯科訪問診療を敬遠した場合、歯科医師・歯科衛生士による介入が減ることで、う蝕・歯周病の悪化、誤嚥性肺炎、食事摂取量の減少に繋がる恐れがある。特に COVID-19 感染による重症者のうち、10%に二次的な細菌感染による肺炎が認められたとの報告があるため、口腔内の衛生状態を保つことは非常に重要である。

歯科診療の場合、歯・義歯の切削、超音波スケーラーによる歯石除去などエアロゾルが発生する機会が多い。特に超音波スケーラーは、一般歯科診療時より多くのエアロゾルが発生すると報告されており、注意が必要である。

また、口腔衛生用具による口腔ケアの際の唾液飛沫や食事介助でのむせ込みでもエアロゾルが発生し易い。そのため、療養者への問診や周囲の状況などから COVID-19 感染のリスクを推定し、そのリスクに応じた対応を行うべきである。

CQ14-1：COVID-19 感染の可能性が極めて低い場合

A14-1

リスク評価により COVID-19 感染の可能性が否定的、もしくは極めて低い場合は、感染対策は標準予防策（分泌物が飛散する可能性がある場合に必要とされる、マスク、ゴーグル、ビニールエプロンを使用）に則った感染対策を行う。

切削作業や超音波スケーラー等を使用する場合は窓を開けるなど換気を行い、バキューム操作を確実にを行う。ただし、標準予防策を実施するにあたって必要となる医療資源が、市中において不足している状況下においては、医療資源を節約しつつ救急部門への負担を減らすため、一般開業歯科医においては、緊急的な歯科処置のみ行うことが推奨される。

食事指導ではビデオ通話によるオンライン診療を検討する。

CQ14-2 : COVID-19 と診断されている場合あるいは感染の可能性が否定できない場合

A14-2

COVID-19 感染症と診断されている在宅療養者あるいは感染の可能性が否定できない者への歯科診療は緊急を要する歯科治療を除き、原則として延期する。なお緊急を要する歯科治療とは、気道閉塞や出血などによる生命の危険を回避するための処置や、激しい疼痛や感染症のリスクを軽減し、病院の救急部門の負担を軽減するために行われるものである。

急性症状がある場合は投薬で消炎を図る。ただし、激しい痛みを伴う急性化膿性歯髄炎などでは、投薬のみでは十分な除痛効果は得られないため、抜髄などの処置が必要となる場合もあり得る。実際、COVID-19 が広がった武漢では、ロックダウン中の緊急歯科診療の半数以上において根管治療を必要とされたと報告されている。根管治療を行う際にはラバーダムを確実に装着することによって感染リスクを軽減させる必要がある。

歯科治療のほとんどにおいて、エアロゾルが発生するため PPE（手袋、フェイスシールド、ガウン等）を着用した上で、N95 マスクを装着して診療に当たる。また、室内の換気を十分に行う。バキューム操作で発生する排気の処理については可能な限り室外へ排出する。

【参考資料】

- 1) 日本老年歯科医学会：在宅歯科医療における新型コロナウイルス感染症（COVID-19）への対策に関する注意喚起 <http://www.gerodontology.jp/info/001795.shtml>
- 2) 小林隆太郎：院内感染対策、日本歯科医師会雑誌第 71 巻第 6 号別冊、東京、平成 30 年 9 月
- 3) MIZUMOTO K., et al: Estimating the Asymptomatic Proportion of 2019 Novel Coronavirus onboard the Princess Cruises Ship, 2020. Euro Surveill, Vol25(10):1- 5, 12 March 2020.
- 4) Huang C., et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. January 24, 2020, DOI:10.1016/S0140-6736(20)30183-5.
- 5) Xian Peng et al, Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. Int J Oral Sci. 2020;12(1):9
- 6) ADA Interim Guidance for Minimizing Risk of COVID-19 Transmission. ADA, 4/1 2020
- 7) SK Harrel et al, Aerosol and Splatter Contamination From the Operative Site During Ultrasonic Scaling. J Am Dent Assoc. 1998 129(9):1241-9.

- 8) What Constitutes a Dental Emergency? ADA.org, Updated 3/31/2020
- 9) Guidance for Dental Settings -Interim Infection Prevention and Control Guidance for Dental Settings During the COVID-19 Response-. Centers for Disease Control and Prevention : CDC
- 10) Jingjing Yu, et al. Characteristics of Endodontic Emergencies during COVID-19 Outbreak in Wuhan. J Endod. 2020 ; 46(6).

3) 発熱療養者への対応

CQ15 (第1版 CQ2) : 発熱した療養者の具体的診察法はどのようにすべきか?

A15

療養者が発熱することは珍しいことではないが、COVID-19による発熱の可能性を否定できないことが不安を助長し、対応を複雑にさせている。このため、対面で診察する以前に COVID-19に関連する情報（症状や病状の経過だけでなく家族も含めた新型コロナウイルス感染の機会の有無）を確認することが重要である。

具体的には、療養者・家族および施設職員に可能な限り協力していただき、電話などによる問診で新型コロナウイルス感染の可能性の検証を行う必要がある。

一般的に在宅診療を受けている療養者においては自身で外に出歩くことは極めて少ないため、感染経路を①家族等の同居者 ②医療職・介護職 ③通所サービス利用もしくは短期入所サービス利用者に絞ることができる。従って、「COVID-19患者との濃厚接触歴」「介護者や家族内の上気道感染症の有無」「通所している施設での上気道症状の発症（職員を含む）」などを問診する。

一般的に高齢者はライノウィルスを始め、上気道感染を起こす「風邪症候群」の原因となるウィルスに罹患しにくいと言われている^{1) 2)}。従って、市中において新型コロナウイルスが流行している状況下では、高齢の療養者において典型的な上気道症状（咳嗽・咽頭痛）を認めた場合も COVID-19罹患の可能性は高いと考えてよい。（ただし無症候性感染もありえるため、症状がないからと言って COVID-19を否定するものではない）

上記に加え、周辺地域での COVID-19の流行（疫学的見地）を加味し臨床推論を行う。

CQ15-1 : 聴診を含めた身体診察の是非について

A15-1

COVID-19の可能性が低い場合、聴診器は使用可能であるが、使用後に必ずアルコールで消毒を行う。査読前論文ではあるが、PCRによる確定診断を受けている患者（全例酸素投与を行っている）に対し、電子聴診器を用いたところ両側下肺の coarse breath sound が最も多く聴取されたという報告が存在する³⁾。

COVID-19の可能性が高いときは、聴診器を装着する際に汚染のリスクがあるため、その使用を最小限とする（必要がなければ使用しなくてもよい）。

・ 血圧計はカフがディスプレイのものの、もしくはナイロン製のものが推奨される。布製のカフの使用は消毒に難渋することが予測されるため、使用を避けることが望ましい。

・ 臨床症状と SpO2 値が乖離する（「歩行可能にも関わらず SpO2 が低値」など）ことがしばしば見ら

れるため、パルスオキシメーターを積極的に使用する。

- ・呼吸数を視診で確認し、積極的に診断に利用すること。

CQ15-2：インフルエンザ検査の是非について

A15-2

・インフルエンザ迅速検査や COVID-19 の PCR 検査など上気道の検体を採取する手技では、当該患者が新型コロナウイルスに感染していた場合に飛沫感染の恐れがあり、適切に感染防御できる場合を除いて原則施行すべきではない。なお、この場合の感染防御とは、十分な換気ができる環境の下、飛沫感染・接触感染予防のための防護具（サージカルマスク・ディスポーザブル手袋・長袖ガウン・ゴーグルまたはアイシールド）を正しく装着し、正しく脱衣することを指す⁴⁾。

・臨床的にインフルエンザ感染症を疑う場合は検査を行うことなく、病歴・身体診察のみでも診断および投薬は可能である。

・インフルエンザ迅速検査がたとえ陽性であっても COVID-19 との合併感染(co-infection)の可能性があり、新型コロナウイルス感染を否定できるものではない⁵⁾。

CQ15-3：超音波検査やレントゲン検査の是非について

A15-3

・聴診器の代わりに超音波検査による肺エコーを施行することの有用性が指摘されており、プローベなどをカバーで覆った状態で使用することは考慮される⁶⁾。

・胸部 X 線検査は使用可能であるが、接触予防策に十分留意する必要がある。(カセットやハンドスイッチをビニール袋でカバーする・使用後に機器を十分消毒するなど)

・中国全土の COVID-19 による入院患者を対象とした観察研究において、胸部 X 線検査は 59.1%のみ異常を示した⁷⁾。従って、胸部 X 線検査の感度は低く、COVID-19 の除外のためには使用できない。入院を要さない軽症症例ではさらに感度は低いと予想される。また異常所見が指摘されてもそれが COVID-19 を示唆するものとも言い切れない^{8) 9)}。ただし、ポータブル X 線には高次医療機関搬送後に、患者を X 線撮影室に搬入する必要性が省け、感染拡大予防に寄与しうるメリットを有するため⁹⁾、X 線検査を在宅で施行可能な施設が、高次医療機関への搬送を考慮する際には搬送先の医師ともその必要性を相談する必要がある。

【参考文献】

- 1) Chen Y, et al. Risk factors for acute respiratory infection in the Australian community. PLoS One. 2014;9: e101440.
- 2) Anthony Fauci, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine 19th ed (Vol.1 & Vol.2). McGraw-Hill Professional ; 2015.
- 3) “Characteristics of pulmonary auscultation in patients with 2019 novel coronavirus in China (Preprint)” https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3543593
- 4) 国立感染症研究所：新型コロナウイルス感染症に対する感染管理(2020年4月27日改訂版)
<https://www.niid.go.jp/niid/images/epi/corona/2019nCoV-01-200427.pdf>
- 5) Kim D, et al. Rates of Co-infection Between SARS-CoV-2 and Other Respiratory Pathogens. JAMA.

2020 Apr 15. [Epub ahead of print]

6) Buonsenso D, et al. COVID-19 outbreak: less stethoscope, more ultrasound. Lancet Respir Med. 2020 Mar 20 [Epub ahead of print]

7) Guan WJ, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020 Feb 28. [Epub ahead of print]

8) 日本放射線科専門医会 「新型コロナウイルス肺炎(COVID-19)に対する CT 検査については慎重な対応を」 https://jcr.or.jp/covid19_2020/covid-19_200218/

9) American College of Radiology “ACR Recommendations for the use of Chest Radiography and Computed Tomography (CT) for Suspected COVID-19 Infection” <https://www.acr.org/Advocacy-and-Economics/ACR-Position-Statements/Recommendations-for-Chest-Radiography-and-CT-for-Suspected-COVID19-Infection>

CQ16 (第1版 CQ10) : COVID-19 と誤嚥性肺炎との鑑別は在宅でどうすべきか?

A16

結論から言うと、病歴、身体所見および補助的な検査所見だけで誤嚥性肺炎と COVID-19 の鑑別を 100% 行うことは不可能である。これは COVID-19 に限らず、すべての疾患において言えることである。しかしながら、丁寧な問診と身体所見および補助的な検査所見によって可能性を変動させることは可能である。

【COVID-19 らしい所見】

- ・ COVID-19 患者との濃厚接触歴がある
- ・ 介護者や家族内で上気道感染症患者がいる
- ・ 通所している施設での上気道症状の発症（職員を含む）が認められる
- ・ 誤嚥性肺炎を疑い適切な抗菌薬治療を行ったが、その後の明確な誤嚥のエピソードがないにもかかわらず症状が改善しない
- ・ 喀痰の量に比して、経皮的酸素飽和度の低下が明らかである。
- ・ 血液検査で、白血球数およびリンパ球数、血小板数が低値である¹⁾。
- ・ 軽症例ではプロカルシトニンが低値である²⁾。

【誤嚥性肺炎らしい所見】

- ・ 過去にも誤嚥性肺炎の既往がある
- ・ 直近数日で誤嚥のエピソードがある
- ・ COVID-19 患者との濃厚接触歴がない
- ・ 介護者や家族内で上気道感染症患者はいない
- ・ 通所している施設での上気道症状の発症（職員を含む）は認められない
- ・ 聴診にて「片側（特に右側）」下肺に肺雑音が聴取される場合
- ・ 誤嚥性肺炎を疑い適切な抗菌薬治療を行い、症状が改善している場合

【参考文献】

1) Guan WJ, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020 Feb

28. [Epub ahead of print]

2) Wang D et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. JAMA. 2020 Feb 7. [Epub ahead of print]

4) COVID-19 が疑われた場合の在宅医療現場の感染防御対策

CQ17 (新規) : COVID-19 の可能性を検討するために必要な情報とは？

A17

COVID-19 の可能性を検討するためには、患者の臨床症状もさることながら、地域の流行状況や行動・接触歴の聴取が重要となる。また、これらの病歴聴取とともに、他の見逃してはならない疾患（髄膜炎や敗血症、心不全など）に関する病歴もあわせて聴取する必要がある。

【流行状況】

インフルエンザなどとは異なり、現段階で COVID-19 の「流行期」を示す明確な指標は存在しない。

しかし以下のような項目の推移を観察することで流行状況を知ることができる。

- ・地域の人口当たりの新規感染者数が増加しているか（特に指数関数的に増加しているかどうか）
- ・地域の感染経路不明の感染者の割合が増加しているか
- ・周辺地域でクラスターが発生しているか

【行動・接触歴】

- ・ COVID-19 患者との接触歴があるか、もしくは国内外問わず他の流行地域への移動歴はあるか
- ・いわゆる「三密（密集・密閉・密接）」空間での滞在がなかったか
- ・同居者に発熱や上気道症状を有する人はいないか
- ・療養者やその同居者は感染リスクの高い職業に就いていないか
- ・通所サービスもしくは短期入所サービスを利用している場合、そこで発熱や上気道症状が流行していないか
- ・関わる医療職や介護職に発熱や上気道症状を有しているものがないか
- ・自施設以外の医療機関を受診していないか

【病歴・臨床症状¹⁾²⁾³⁾】

- ・感冒様症状（発熱・咳嗽・喀痰・咽頭痛・鼻汁）
- ・頭痛や強い倦怠感
- ・筋肉痛
- ・消化器症状（嘔気・軟便・下痢）
- ・嗅覚や味覚の異常（ただし、若年者に多いとされる）
- ・せん妄や意識障害（高齢者の非特異的症状とされる）
- ・呼吸困難や喘鳴
- ・感冒様症状が比較的長期間（目安として 4-7 日間）継続する場合

- ・細菌性肺炎として治療しているにも関わらず、改善が乏しい場合

【参考文献】

- 1) Guan WJ, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020;382(18):1708-1720.
- 2) Alkeridy WA, et al. A Unique Presentation of Delirium in a Patient with Otherwise Asymptomatic COVID-19. J Am Geriatr Soc. [Epub ahead of print]
- 3) Tay HS, et al. Atypical presentation of COVID-19 in a frail older person [published online ahead of print, 2020 Apr 21]. Age Ageing. 2020; afaa068.

CQ18 (第1版 CQ9) : 自力通院困難者の外来への受診方法 (移動) はどうするか？

A18

自力通院困難な療養者で COVID-19 を強く疑った場合は、管轄保健所と相談し、移動手段を決定する。移動手段としては以下の原則が適応されるが、管轄する保健所と相談の上で決定すること。

- ・家族同伴のもと、自家用車で受診を行う。この際、同乗者は車内の換気をよくし、療養者・同乗者ともにマスクを着用する。
- ・介護タクシーや公共交通機関（タクシーを含む）は感染伝播の観点から推奨されない。
- ・自家用車が用意できない場合は管轄の保健所と相談の上、対応を決める。
- ・緊急性がある場合には、救急車による搬送を検討する。この際、救急要請時に COVID-19 の疑いがあることを正確に伝える。なお、COVID-19 関連の救急車の使用については、管轄保健所および医師会と管轄する消防本部との間で事前に協議しておくことが重要である。

CQ19 (第1版 CQ7) : 療養者の COVID-19 感染を疑う場合、どのような配慮が必要なのか？

A19

訪問前に療養者宅へ電話連絡を行い、以下の内容を問い合わせ、COVID-19 の可能性についてこれまでの病状経過も念頭に予測をしておく。COVID-19 の疑いがある場合には、症状（咳やくしゃみ等）や居住環境を考慮し、個人防護具を準備し療養者宅の玄関で着用する。なお、その際は事前に療養者・家族へ十分な説明を怠らない。COVID-19 の疑いがない場合には標準予防策で対応する。

- ・本人に最近発熱・上気道症状がないか
 - ・デイサービスやショートステイなどで発熱・上気道症状の報告はないか
 - ・家族に発熱・上気道症状がないか
 - ・家族は最近2週間以内に遠方（COVID-19 蔓延地域）に出かけたことはないか
 - ・本人および家族に最近2週間以内に遠方（COVID-19 蔓延地域）から来た人との接触歴はないか
- これに加え、訪問前からの換気も併せて依頼しておく。十分な換気に加え、適切なゾーニング・PPEの装着によって感染リスクは大きく抑制できることが実証されている¹⁾。

なお、療養者宅で飲食物を提供されても、感染リスクを考慮し、遠慮することを予め療養者・家族へ説明しておく。

【参考文献】

1) Ong SWX, et al. Absence of contamination of personal protective equipment (PPE) by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2020 Mar 26:1-3. [Epub ahead of print]

CQ20 (第1版 CQ7-1) : 療養者の COVID-19 感染を疑う場合、療養の場である自宅の環境管理と家族への指導はどのように行うべきか？

A20

在宅療養者の COVID-19 感染を疑う場合、家族の感染リスクを最小化するための支援は在宅医の重要なミッションである。COVID-19 を疑う療養者もしくは診断確定した療養者の自宅療養の環境管理および家族への指導は以下の原則を参考に、療養者の自宅療養環境を熟知している医療職が、現状に即した指導を行うこと（参考文献1を改編）。

1. 感染者と他の同居者の部屋を可能な限り分ける
2. 感染者の介護をする人は、できるだけ限られた方(一人が望ましい)にする
3. できるだけ全員がマスクを使用する
4. 小まめにうがい・手洗いをする
5. 日中はできるだけ換気をする。
6. 取っ手、ノブなど共用する部分を消毒する
7. 汚れたリネン、衣服を洗濯する
8. ゴミは密閉して捨てる
9. 療養者はもちろん、介護に当たる家族・同居者も不要不急の外出を避ける
10. 家族・同居者も毎日健康状態の観察を行う

なお、上記をまとめたリーフレットが厚生労働省から提示されており、説明時に併用することを推奨する²⁾。

【参考文献】

- 1) 環境感染学会：新型コロナウイルスの感染が疑われる人がいる場合の家庭内での注意事項
<http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/dokyokazoku-chuijikou.pdf>
- 2) 厚生労働省：「家庭内でご注意いただきたいこと ～8つのポイント～」
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000601721.pdf>

CQ21 (新規) : COVID-19 感染を疑い保健所を介し、高次医療機関を受診した際、検査結果が判明するまで自宅待機を依頼された場合に気をつけるべきことは何か？

A21

COVID-19 を疑って高次医療機関へ紹介した場合、帰宅の指示前に外来診療担当医と連絡を取り、以下の事項に当てはまらないことを互いに確認する¹⁾。

- ・病状は自宅でケアを受けるのに十分安定している。
- ・自宅で適切な介護者を確保できる。

- ・自宅には直接他の人と接触することなく回復できる独立した寝室がある。
- ・食料やその他の必需品を入手するための援助がある。
- ・本人およびその他の家族などは、適切な推奨される个人防护具（少なくとも手袋とマスク）が入手でき、在宅ケアまたは隔離の一環として推奨される感染拡散防止措置（例：呼吸器衛生と咳エチケット、手指衛生）を順守することができる。
- ・同居家族に COVID-19 による合併症のリスクが高い人（65 歳以上の人、幼児、妊娠中の女性、免疫不全の人、心臓、肺、腎臓などの慢性疾患の人）がいない。

これらのうち 1 つでも当てはまらない項目があれば、検査結果が判明するまでの間、高次医療機関での入院を再検討してもらおう。また、COVID-19 以外の疾患の除外診断を可能な範囲で行ってもらおうことが望ましい。これは後述するように自宅待機期間中に対面訪問の機会が減少するため、COVID-19 以外の疾患での急変リスクを可能な限り低下させるためである。

検査結果判明までに療養者が自宅待機している場合、連日電話による状態確認を行い、病状が変化しない限りは対面での訪問を控えることが望ましい。

COVID-19 に罹患すると、時間単位で急速に呼吸状態が悪化する場合があるため、病状の変化に絶えず注意し、呼吸苦・倦怠感の増悪や、意識レベルの低下があれば速やかに医師に連絡するよう、療養者・介護者に十分説明すること。また、COVID-19 感染では、自覚症状と酸素飽和度や呼吸数との乖離が見られることがあるため。上記に加え、パルスオキシメーターの貸し出しや呼吸回数の測定方法の指導を行い、急激な酸素飽和度の低下や呼吸回数の増多が見られた場合も医師へ連絡するよう指導する。

なお、対面診療を行う際は、感染拡大防止の観点から、同一療養者に対しては可能な限り同一の医療スタッフが行う。

CQ22（新規）：療養者が COVID-19 と診断され、無症状あるいは軽症のため自宅や宿泊施設で健康観察となることはあるのか？そのような場合に注意することは何か？

A22

現時点では、在宅医療の対象者となる療養者の多くは高齢者であり、また、様々な疾患や障がい等により免疫能が低下していると考えられるため、COVID-19 に罹患した場合、自宅あるいは宿泊療養の対象から除外されている。しかし、今後感染拡大の局面を迎えた際は高齢者や基礎疾患を有する患者であっても軽症・無症状であれば、本人や家族の希望およびある特定の状況下で、自宅あるいは宿泊療養を許可される可能性はないとは言えない。以下は療養者が COVID-19 と診断されたが自宅療養を許可された際に注意すべき点を述べる。

まず、新型コロナウイルス感染が判明したが入院ではなく自宅での療養を希望した場合、以下の事項に当てはまらないことを外来診療担当医と互いに確認する¹⁾。

- ・病状は自宅でケアを受けるのに十分安定している。
- ・自宅で適切な介護者を確保できる。
- ・自宅には直接他の人と接触することなく回復できる独立した寝室がある。
- ・食料やその他の必需品を入手するための援助がある。
- ・本人およびその他の家族などは、適切な推奨される個人用防護具（少なくとも手袋とマスク）が入

手でき、在宅ケアまたは隔離の一環として推奨される感染拡散防止措置（例：呼吸器衛生と咳エチケット、手指衛生）を順守することができる。

- ・同居家族に COVID-19 による合併症のリスクが高い人（65 歳以上の人、幼児、妊娠中の女性、免疫不全の人、心臓、肺、腎臓などの慢性疾患の人）がいない。

これらのうち 1 つでも当てはまらない項目がある場合、通常、自宅療養は許可されない。一方上記全てに当てはまり、自宅療養を許可され、自宅に戻った場合、感染拡大防止の面より、連日電話による状態確認を行い、病状が変化しない限りは対面での訪問を控えることが望ましい。

COVID-19 に罹患すると、時間単位で急速に呼吸状態が悪化する場合があるため、病状の変化に絶えず注意し、呼吸苦・倦怠感の増悪や、意識レベルの低下があれば速やかに医師に連絡するよう、療養者・介護者に十分説明すること。また、COVID-19 感染では、自覚症状と酸素飽和度や呼吸数との乖離が見られることがあるため。上記に加え、パルスオキシメーターの貸し出しや呼吸回数の測定方法の指導を行い、急激な酸素飽和度の低下や呼吸回数の増多が見られた場合も医師へ連絡するよう指導する。

なお、対面診療を行う際は、感染拡大防止の観点から、同一療養者に対しては可能な限り同一の医療スタッフが行う。

5) 濃厚接触者と認定された場合の在宅医療現場の感染防御対策

6) 感染者と認定された場合の在宅医療現場の感染防御対策

CQ23（新規）：療養者が感染者と判明した場合の自宅の環境消毒についての家族指導は？

A23

感染が判明した療養者の家族に対して適切な感染対策の指導を行うことは、在宅診療において非常に重要である。環境消毒に関しては①共用部分の消毒 ②療養者の周辺環境の消毒 に大別できる。

【消毒の手順】

消毒を行う者は可能な限り、サージカルマスクおよびディスポーザブル手袋を着用する。消毒を行う部屋を事前に十分換気しておく。消毒に使用する薬品は基本的に 70%のアルコール（エタノールもしくは 2-プロパノール）もしくは 0.05%-0.1%（500-1000ppm）の次亜塩素酸ナトリウムを選択し、それらを含ませたペーパータオルで清拭する。次亜塩素酸ナトリウムを使用して金属などを清拭した際は腐食の恐れがあるため、10 分程度経過した段階で水拭きすることが望ましい。

なお、汚染部位に薬液を直接噴霧することは消毒が不完全となったり、ウイルスが舞い上がったりする恐れがあるため推奨しない。また次亜塩素酸ナトリウムの噴霧や空間消毒は人体に有害となる可能性もあるため絶対に行わない。

またなお、消毒用アルコールが枯渇している場合、次亜塩素酸ナトリウムを使用できない部位を消毒するなどの場合には、医薬部外品でも新型コロナウイルスが不活化できる可能性がある。詳細は参考文献（2）を参照のこと。

【共用部分の消毒】

基本的に感染が判明すれば感染者とその家族は家庭内隔離を行うが、感染判明以前に共用部分を使用していることは十分にありえるし、感染判明後も共用部分を使用せざるを得ない状況も存在する。そのため、共用部分の消毒が必要となる。以下に共用部分で消毒が必要な部位の一例を示す。

○居間・食事部屋：ドアノブ・窓の取手・照明スイッチ・テーブル・椅子・電話機・パソコンなど

○浴室：水道の蛇口・ドアノブ・窓の取手・照明スイッチなど

○トイレ：流水レバー・便器のフタ・便座・トイレットペーパーホルダーなど

【療養者の周辺環境の消毒】

療養者の周辺環境のうち、高頻度接触部位（室内のドアノブや照明スイッチ、ベッド周辺など）を重点的に消毒する。また室内の清掃は可能であればフロアワイパーやダスタークロスを使用する。

自宅内でのリネン類の洗濯は通常通りで問題ないが、体液で汚染されている可能性がある場合は手袋およびマスクを着用の上、洗濯・乾燥させることが望ましい。

【参考文献】

1) 国立感染症研究所：新型コロナウイルス感染症に対する感染管理(2020年5月20日改訂版)

<https://www.niid.go.jp/niid/images/epi/corona/2019nCoV-01-200520.pdf>

2) 北里大学・北里研究所：医薬部外品および雑貨の新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）不活化効果について <https://www.kitasato-u.ac.jp/jp/albums/abm.php?f=abm00026588.pdf&n=20200417>

3) CDC guideline: Criteria for Return to Work for Healthcare Personnel with Suspected or Confirmed COVID-19 (Interim Guidance) <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/return-to-work.html>

4) Xiao AT et al. Dynamic profile of RT-PCR findings from 301 COVID-19 patients in Wuhan, China: A descriptive study J Clin Virol. 2020 [Epub ahead of print]

5) Wölfel R et al. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. Nature. 2020 Apr 1. [Epub ahead of print]

CQ24（第1版CQ4を修正）：治癒退院後のサービス開始はいつから行うべきか？

A24

現時点（2020年6月12日時点）では入院患者の退院基準として、有症状患者では発症後10日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過した場合、発症日から10日間経過以前に症状軽快した場合に、症状軽快後24時間経過した後に、PCR検査が2回連続（24時間毎測定）陰性であることが条件とされ、無症状患者では、①発症日から10日間経過した場合、あるいは②発症日から6日間経過した後に、PCR検査が2回連続（24時間毎測定）陰性であることが条件とされており、この時点で就業制限は解除される¹⁾。従って退院後は通常診療と同様に、標準予防策を継続しつつ訪問診療・介護を開始する（あるいは再開する）ことが可能となる。しかし稀な事例として退院後に再度PCR検査陽性となる人が確認されたことより、退院後4週間は①一般的な衛生対策の徹底、②健康状態（体温測定など）の毎日のチェック、③症状が出た場合の早めの連絡が要請されている。また、いくつかの文献（査読前論文を含む）で、概ね3週間～1ヶ月程度の間、咽頭スワブ・鼻腔スワブ・喀痰および便のPCRでウィルスの検出が報告されており²⁻⁴⁾、退院後のウィルスの検出と感染性との関連については不明ではあるが、退院基準が4月の時点から随時変更となり、特に発症日からの期間が14日から10日に短縮とな

り、また、症状が軽快してから 72 時間後は PCR 検査を行わなくても退院可能となっており、症状軽快時の PCR 検査と感染力は必ずしも一致しないものと認識されつつあるものと推測される。ただ、安全を期す場合には感染成立から約 1 ヶ月間は接触・飛沫予防策の徹底を継続することが望ましい。

CQ24- 1：治癒退院後の訪問時の感染予防対策はどうするべきか。

A24-1

すでに述べたように、療養者の退院直後からの在宅サービスの導入においては、COVID-19 による症状はないことから、基本的には標準予防策と接触予防策の対応でよいと思われる。ただし、排泄物のケアに従事することも多い看護職・介護職では、医療用手袋にはピンホールと呼ばれる微細な穿孔が約 10%の割合で生じていると報告されており⁵⁾、糞口感染が起こる可能性も否定できないため、排泄物のケアに従事する際は手袋を二重に装着することが望ましい。

なお、前述したように 2 回連続で PCR 検査陰性で退院した患者が、再陽性となったケースが散見されているが、これは感染性ウイルスの検出より感度が 100-1000 倍程度高いこと、回復期には PCR 陽性・陰性を繰り返しウイルスは消退していくこと、PCR の検査精度などが原因として考えられる。また 9 例の観察研究ではあるが、PCR 検査が陽性であっても 10 日目以降でウイルス培養が陽性となる可能性は極めて低いと報告されており、PCR 検査の結果が感染性と必ずしも相関しているわけではないことにも注意する必要がある⁴⁾。

CQ24- 2：多職種連携上の注意点は何か。

A24-2

退院後に在宅医療を再開する場合、以上の留意点についての情報共有が必要と思われる。

この情報共有のために通常は対面による担当者会議が開かれるが、関係者が閉鎖空間に密集することは感染リスクを助長させるため、ウェブ会議を利用するなどの工夫を行うことが望ましい。

【参考文献】

- 1) 健感発 0612 第 1 号. 令和 2 年 6 月 12 日. 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて（一部改正）
- 2) He X et al. Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. Nat Med. 2020 Apr 15. [Epub ahead of print]
- 3) Yuhan Xing, et al. Prolonged presence of SARS-CoV-2 in feces of pediatric patients during the convalescent phase. (preprint) doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.11.20033159>
- 4) Wölfel R, et al. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. Nature. 2020 Apr 1. [Epub ahead of print]
- 5) Tanner J, et al. Double gloving to reduce surgical cross-infection. Cochrane Database Syst Rev. 2006;3:CD003087.

CQ25（新規）：精神疾患を抱えた療養者が COVID-19 に罹患した場合、どのように対応するべきか？

A25

精神疾患を抱えた療養者が COVID-19 に罹患した場合、精神疾患を抱えていない療養者と比較して

以下の問題点がある。

- ・急性疾患の罹患により精神症状が一時的に増悪する可能性がある
- ・抱えている精神疾患により、指示が通りにくく安静や隔離を維持できない可能性がある

なお、これは精神疾患を抱えている療養者の全ての急性疾病罹患時に共通する問題であり、対応の原理原則は常に同じである（通常の感染症・敗血症・外傷でも行うべきことは常に同じである）。

以下、軽症の場合と重症の場合に分けて記載する。

【COVID-19 に罹患したが無症状あるいは軽症の場合】

精神疾患を抱えた療養者が COVID-19 に罹患したが軽症であり、経過観察を目的とした入院が必要と考える場合は、精神科を標榜している医療機関（以下、精神科医療機関）かつ感染症指定医療機関である病院、もしくは陰圧室などの感染防護機能を有する精神科医療機関への入院が望まれる。

このような医療機関は都道府県ごとに複数箇所確保するよう厚生労働省より通達されており¹⁾、予めどの医療機関が該当するかについては地域の保健所に確認しておくことが望ましい。

なお、経過観察目的での入院においては、環境の変化により精神症状が増悪する可能性も考え、自宅や施設内での療養を継続する場合とのメリット・デメリットを比較考量する必要がある。なお、自宅や施設内での療養を継続する場合は以下の項目を確認し、安全に自宅療養が可能かを判断すること²⁾。

- ・療養者は自宅でケアを受けるのに十分安定している。
- ・自宅で適切な介護者を確保できる。
- ・療養者が直接他の人と接触することなく回復できる独立した寝室がある。
- ・食料やその他の必需品を入手するための援助がある。
- ・療養者およびその他の家族などは、適切な推奨される個人用防護具（少なくとも手袋とマスク）が入手でき、在宅ケアまたは隔離の一環として推奨される予防措置（例：呼吸器衛生と咳エチケット、手指衛生）を遵守することができる。
- ・療養者以外の家族に新型コロナウイルス感染症による合併症のリスクが高い人（65歳以上の人、幼児、妊娠中の女性、免疫不全の人、心臓、肺、腎臓などの慢性疾患の人）がいない。

【COVID-19 に罹患し、酸素化の悪化や呼吸苦など重篤な症状を呈する場合】

精神疾患を抱えた療養者が COVID-19 に罹患し、重篤な症状を呈する場合、精神科医療機関かつ感染症指定医療機関である病院へ紹介することが望まれる。なお、感染症指定医療機関ではないが、陰圧室などの感染防護機能を有する精神科医療機関に紹介する場合、治験段階の薬剤使用や既存薬剤の適応外使用についての制限を有する可能性があるため、紹介時に確認する必要がある。

上記のような病院が応需不可能であるにも関わらず療養者の状態に猶予がない場合には、精神科を標榜していない感染症指定医療機関に相談することも許容される。ただしこの際、「隔離指示に従えない場合で、他者への感染伝播のおそれが高く、切迫性・非代償性が認められる場合」は身体拘束を行う可能性が通常の診療より高くなりうるということを事前に療養者・家族に説明する必要がある³⁾。なお、これらの対応については、基本的には保健所と相談の上で行うものであり、最終的には保健所の指示を待つ形になると思われる。

【参考文献】

1) 厚生労働省：精神科を標榜する医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応について

<https://www.mhlw.go.jp/content/000618677.pdf>

2) CDC：Interim Guidance for Implementing Home Care of People Not Requiring Hospitalization for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-home-care.html>

3) 日本看護倫理学会：身体拘束予防ガイドライン

http://jnea.net/pdf/guideline_shintai_2015.pdf

CQ26 (新規)：COVID-19 確定者やその家族、あるいは COVID-19 のケアに携わっている医療職・介護職やその家族に対する偏見・差別に対しどう対応すべきか？

A26

COVID-19 確定者やその家族、あるいは COVID-19 の治療やケアに携わっている医療機関・医療者やその家族に対する偏見・差別が起こっている。このような、ある特定の特性をもつ個人や集団を、ある特定の疾患と誤って関連づけることを「社会的スティグマ」と呼ぶ¹⁾。

感染症流行時には、このような差別や偏見が起こりやすいと言われており、疾患を抱える人々だけでなく、介護者、家族、友人、地域社会にも悪影響を与える可能性があり、社会的結束を弱め、特定の集団の社会的孤立を促進する。これにより、ウイルスが広がりやすくなる状況に寄与する可能性があり、その結果、より深刻な健康障がいを引き起こされ、感染症の流行を制御することがより困難になる可能性があると言われてしている。

スティグマを防ぐために行う対策は自身の立場によって異なるが、以下にその一例を挙げる¹⁾²⁾。参考文献(1)は日本語訳が出版されているので合わせて参照されたい。

- ① 恐怖心を煽ること無く COVID-19 に関する意識を高める。
- ② 差別のない言葉遣いを心がける。
- ③ ウイルスの伝播経路について正しい知識を情報共有する。
- ④ その他、科学的データや最新の情報に基づいて COVID-19 のリスクについて正確に情報を伝える。
- ⑤ 療養者やその家族、接触調査に関わる可能性のある人の守秘義務を遵守する。

なお、COVID-19 確定者やその近親者への誹謗中傷や人権侵害に対する相談窓口を法務省が開設しているため、活用すること³⁾。同様に日本医師会もケアに関わる人への風評被害・差別・人権侵害に対しメッセージを発信している⁴⁾。

COVID-19 に関する科学的で正しい情報を提供することは医療職・介護職にとって重要な使命の1つであると考えられる。また COVID-19 は誰でもかかりうるものであるという理解、その際には誰もが医療機関を利用する可能性があるということを理解してもらうよう、啓発活動も合わせて行うべきである。上記に関して当学会からも情報発信・提言をしていく。

【参考文献】

1) UNICEF・WHO・IFRC：新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関する社会的スティグマの

防止と対応のガイド

(英語版) <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid19-stigma-guide.pdf>

(日本語版) https://www.unicef.or.jp/jcu-cms/media-contents/2020/04/Social-stigma-associated-with-the-coronavirus-disease-2019_COVID-19_JP.pdf

2) CDC : Reducing Stigma

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/reducing-stigma.html>

3) 法務省: 人権擁護局フロントページ 新型コロナウイルス感染症に関連して

http://www.moj.go.jp/JINKEN/jinken02_00022.html

4) 日本医師会: 新型コロナウイルス感染症の正しい理解のために【国民の皆様へ日本医師会からのメッセージ】 http://www.med.or.jp/people/info/people_info/009162.html

COVID-19 に関する社会的スティグマの防止と対応のガイドライン Social Stigma associated with COVID-19 A guide to preventing and addressing social stigma

<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid19-stigma-guide.pdf>

7) 感染疑いあるいは濃厚接触者と判定された療養者の療養環境の確保

8) 医療あるいは介護スタッフが COVID-19 感染者と認定された場合の療養者への対応

CQ27 (新規) : 診療所や事業所において、医療職・介護職が感染あるいは COVID-19 患者と濃厚接触し訪問診療の継続が不可能となった場合、他医療機関への引き継ぎはどうすればよいか

A27

訪問診療所や事業所において、医療職あるいは介護職が COVID-19 に罹患、濃厚接触、あるいはその両方により、一時的に診療継続が不可能となる可能性が考えられる。特に、1人の医師が診療所を運営しており、その医師が罹患あるいは濃厚接触者となった場合に、診療継続が不可能となる可能性が最も高くなると考えられる。

このような可能性はすべての医療機関（診療所等）および事業所にあり、自施設が診療不能になる可能性を考え、あらかじめ近隣の医療機関・事業所と連携を強化しておくことが重要である。

また訪問看護ステーション（訪問介護事業所）において訪問看護（訪問介護）の継続が不可能となったにもかかわらず、他の訪問看護ステーション（訪問介護事業所）との連携が行えない場合もある。

このような状況を解決する方法の1つが「逆タスクシフティング」であると考えられる。これは看護師の業務を医師が行い、介護職の業務を看護師が行うといったことである。医師は「～しかしない」、看護師は「～しかしない」といったセクショナリズムを今一度再考し、コミュニティー全体で協同し、問題解決に当たる姿勢が重要と考える。

以下の CQ に具体的な対応の一例を示す。

CQ27-1 : 診療所において、医師が COVID-19 に感染し訪問診療の継続が不可能となった場合、訪問診療の継続と他医療機関への引き継ぎはどうすればよいか？

A27-1

前述の通り、1人の医師で診療所を運営し、その医師がCOVID-19に罹患した場合には診療継続できなくなる可能性が高い。このような診療所では、必ず近隣の医療機関と連携し診療継続不可能となった場合の対応について協議しておく必要がある。医師がCOVID-19に罹患した場合、軽症であっても最低10日間、重症になればさらに長期の診療不能期間が予想される。従って2-4週間の診療不能期間を想定した事業継続計画（BCP）と医療サービス提供計画の策定を行う必要がある。

その際、自院の診療継続不可能により地域医療資源の減少が生じているため、定期訪問診療においてはすべての患者を他院へ診療依頼する必要はなく、状態が不安定な療養者や頻回の訪問を要する療養者に対して重点的に引き継ぎを検討すべきである。

一方で、緊急往診に関しては可能な限り全ての要請に対応できるよう、他医療機関と協同する必要がある。近年は各地域で医療介護専用SNSも普及しつつあり、このような情報共有プラットフォームを活用することも有用である。

具体的には以下のような対策が考えられる。

- ・状態が安定している療養者に対しては予め長期処方を行っておくこと。

（なお、療養者に漫然と長期処方を行った場合、慢性疾患の急性増悪に気づきにくくなったり、薬剤の副作用が顕在化しやすくなったりすると考えられるため、長期処方自体は推奨するが、必ずしも訪問回数を減らすことを推奨しているものではないことに留意する）

- ・特に病状の安定していない療養者に対して、予め自院が診療不能になった場合の対応について検討しておくこと。
- ・すべての療養者に対する緊急往診要請への対応を検討しておくこと。
- ・突発的に診療不能に陥る可能性も考え、平時より定期的なサマリーの作成・更新を行い円滑に引き継ぎが行えるよう努力すること。2-3ヶ月に1回程度サマリーを更新しておくことが望ましい。

CQ27-2：診療所において、医師がCOVID-19患者と濃厚接触し訪問診療の継続が不可能となった場合、訪問診療の継続と他医療機関への引き継ぎはどうすればよいか？

A27-2

CQ27-1と異なり、医師が濃厚接触者となり、感染が明らかではない場合は、必ずしも診療継続不可能を意味するわけではない。つまり当該医師による対面診療が不可能であっても、電話による診療、オンライン診療および他医療機関や事業所への指示は可能である。ただし、急な病態の変化に対してのオンライン診療のみで診療を完結させることはリスクが高いため、緊急往診に関しては可能な限り全ての要請に対応できるよう、他医療機関と協同する必要がある。

その他の具体案についてはCQ27-1と同様でありそちらを参照のこと。

CQ27-3：訪問看護ステーションにおいて、感染者あるいは濃厚接触者が多発し訪問看護が継続不可能となった場合、訪問看護の継続と他事業所への引き継ぎはどうすればよいか？

A27-3

訪問看護ステーションにおいて、複数のCOVID-19感染者および濃厚接触者が発生し、訪問看護の継続が不可能となった場合、CQ27-2と同様に濃厚接触者で自宅待機を行っている看護師は電話による療養者の状態確認や医療用SNSによる他職種との連携を行うことができる。

しかし看護は対面でのケアを要する場面が多く、濃厚接触者である看護師が対面でのケアを行うことは避けなければならない。そのため、他事業所との連携を事前に行い、訪問看護が継続不可能となった場合の対応について協議しておく必要がある。その際、訪問看護の継続不可能により地域医療資源の減少が生じているため、療養者の状態に応じて一時的に訪問頻度を減らすことも検討する。他事業所との連携は同一法人であればその実行は容易であるが、そうでない場合は診療報酬算定上の問題が障壁となる場合もある。このような問題に対しては地域全体で各ステークホルダー（訪問看護であれば各都道府県の訪問看護ステーション協議会など）がイニシアチブを取って対応しておくことが望まれる。

また、周囲に訪問看護ステーションが少なく、他の訪問看護ステーションとの連携が困難な場合は診療所や医療機関と連携することも必要である。つまり、看護師の業務を一時的に医師が代わりに行う

「逆タスクシフティング」という概念で支援を行う必要があると考えられる。

具体的には以下のような対策が考えられる。

- ・濃厚接触者だが COVID-19 を発症していない看護師は電話や医療用 SNS を用いた業務継続が可能である。
- ・特に病状の安定していない療養者に対して、訪問看護が不可能になった場合の対応について他事業所や訪問看護ステーション協議会と事前に協議しておくこと。その際、医療資源が減少しているため、一時的に訪問頻度を減少させることも考慮する。
- ・他の訪問看護ステーションとの連携が困難な場合は医療機関と協議・連携することも可能である。
- ・突発的に診療不能に陥る可能性も考え、平時より定期的なサマリーの作成・更新を行い円滑に引き継ぎが行えるよう努力すること。2-3 ヶ月に 1 回程度サマリーを更新しておくことが望ましい。

CQ27-4：訪問介護事業所において、感染者あるいは濃厚接触者が多発し訪問介護が継続不可能となった場合、他事業所への引き継ぎはどうすればよいか？

A27-4

訪問介護事業所において、複数の COVID-19 感染者および濃厚接触者が発生し、訪問介護の継続が不可能となった場合に備え、他事業所との連携を事前に行い、訪問介護が継続不可能となった場合の対応について協議しておく必要がある。その際、訪問介護の継続不可能により地域医療資源の減少が生じているため、療養者にも協力を依頼し、療養者の状態に応じて一時的に訪問頻度を減らすことも検討する。

また、周囲に訪問介護事業所が少なく、他の訪問介護事業所との連携が困難な場合は医療機関や訪問看護ステーションと連携することも必要である。つまり、介護職の業務を一時的に医師・看護師が代わりに行う「逆タスクシフティング」という概念で支援を行う必要があると考えられる。

具体的には以下のような対策が考えられる。

- ・訪問介護が不可能になった場合の対応について他事業所と事前に協議しておくこと。その際、医療資源が減少しているため、一時的に訪問頻度を減少させることも考慮する。
- ・他の訪問介護事業所との連携が困難な場合は医療機関や訪問看護ステーションと協議・連携することも可能である。

CQ28（第1版 CQ5）：自院スタッフから感染者が出た場合、2 週間の間は電話再診と緊急往診の対応

でよいか？

A28

自院スタッフから感染者が出た場合においても、一律に定期訪問を中止する必要はない。ただし、濃厚接触者と判定された人は最終接触日から14日間の自宅待機を行い、診療所や往診車両を含めた療養者が接触したと思われる部分は十分に消毒用エタノールあるいは0.05%次亜塩素酸ナトリウムで環境消毒を行う。

しかし、濃厚接触者が多数存在し、現行の診療体制の維持が不可能な場合は診療規模の縮小（訪問診療、訪問看護の回数を減らす等）あるいは情報通信機器を用いたオンライン診療の導入なども考慮する。それでも体制が整わない場合には一時休診もやむを得ない。診療規模の縮小および、休診は地域の療養者と、地域の医療体制に大きな影響を及ぼすため、感染者が発生してもできるだけ濃厚接触者が少なくなるよう、リスク分散に関する工夫を行うべきである。

以下に対応例を示す。

- ・発熱や上気道症状を発症したスタッフ（事務スタッフを含め）は、勤務途中であっても速やかに帰宅・自宅待機を指示する
 - ・発熱および上気道症状を有する療養者を診察する医療スタッフを固定する
- ・訪問診療にチーム制を敷いている場合、チームメンバーや往診車両を固定する（例えば医師Aと看護師B、医師Cと事務スタッフDを固定して診療に当たる など）
 - ・カンファレンスでの集合を避け、オンライン会議や直行・直帰のシステムなどを活用する
- ・食事休憩は時間差を設け、食事の際も向かい合って食事せず、食事時の会話も可能な限り控えるようにする

【参考文献】

1) 国立感染症研究所：新型コロナウイルス感染症患者に対する積極的疫学調査実施要領（2020年4月20日暫定版）<https://www.niid.go.jp/niid/images/epi/corona/2019nCoV-02-200420.pdf>

CQ29（第1版CQ5-1）：在宅医療に関わる自院スタッフから感染者が発生した場合、関係している在宅療養者やその家族への対応はどうするか？

A29

感染者が出た場合、管轄の保健所による積極的疫学調査が始まる。具体的には感染した人に対し、発症2週間前の行動調査を行い、暴露源の調査および濃厚接触者の特定が行われる。通常、発症2日前からの接触者から、濃厚接触者の要件に当てはまる人が特定される。

国立感染症研究所による濃厚接触者の要件は以下のとおりである¹⁾。

- ・患者(確定例)と同居あるいは長時間の接触(車内、航空機内等を含む)があった者
- ・適切な感染防護無しに患者(確定例)を診察、看護若しくは介護していた者
- ・患者(確定例)の気道分泌液もしくは体液等の汚染物質に直接触れた可能性が高い者
- ・その他:手で触れることの出来る距離(目安として1メートル)で、必要な感染予防策なしで、「患者(確定例)」と15分以上の接触があった者(周辺の環境や接触の状況等個々の状況から患者の感染性を総合的に判断する)。

なお、この濃厚接触の定義は疾患のサーベイランスを目的としており、感染していないことを確実に保証するものではないが、適切な手指衛生およびマスクの装着を双方が行っていた場合、濃厚接触の定義は原則として満たさないと考える。従って、個人の健康管理と共に、診療やケアの際にはすべての療養者・医療職の双方が適切な手指衛生とマスクの装着を行うことが望ましい。

なお、積極的疫学調査自体は保健所が行うものであるが、在宅療養者およびその家族に対し、電話等で事実を説明し、保健所に協力してもらいたい旨を伝えることが望ましい。

CQ30 (第1版 CQ14)：訪問看護ステーションに感染者が現れ休止した場合、代わる事業所がすぐ見つからない。このような時にはどのように対応するか？

A30

訪問看護ステーションが感染者の発生により休止してしまった際、さらに代替の事業所がすぐに見つからない場合は以下のような対応策が考えられる。

- ・安否確認のため、訪問看護師から居宅へ定期的な電話連絡を行う
- ・訪問看護の必要最低限の業務を、訪問診療所および訪問介護で一時的にカバーする。その際に訪問診療所や訪問介護事業所が一時的に他の業務を縮小することは許容されると考える。

このような自体に陥らないためにも、看護ステーション内でのクラスター発生の予防、他の訪問看護ステーションとの連携を行っておくことが望ましい。さらに、連携する訪問診療所や訪問介護事業所とも予め閉鎖時の対応を協議しておくこと。

CQ31 (新規)：COVID-19に罹患した、もしくは疑われる医療職・介護職の復職基準はどうすればいいか？

A31

医療職・介護職における復職基準について明確な指針を示した文章はまだ提示されていないが、厚生労働省の通知¹⁾ ²⁾ や米国 CDC のガイドライン³⁾ およびいくつかの参考文献を参考にして、当学会の暫定的な基準を提言する。

【厚生労働省の通知】(2020年6月12日)

- ・COVID-19感染確定者で入院した人は退院基準を満たした時点で就業制限も同時に解除される¹⁾。

この退院基準とは、有症状者であれば、①発症日から10日間経過し、かつ、症状が軽快(解熱剤を使用せずに解熱し、かつ、呼吸器症状が改善傾向)後72時間経過した場合、あるいは②発症日から10日経過以前に症状軽快した場合に、症状軽快後24時間経過した後にPCR検査を行い、更に24時間後のPCRが2回続けて陰性となった場合、無症状者であれば、①発症日から10日間経過した場合、あるいは②発症日から6日間経過した後に、PCR検査が2回連続(24時間毎測定)陰性であることが条件とされている。

- ・更にCOVID-19感染確定者で無症状あるいは軽症のため自宅療養中もしくは宿泊療養中の療養解除基準も入院と同じであり、就業制限も同時に解除される²⁾。

これらの通知に従えば、退院直後あるいは療養解除直後に就業可能のはずであるが、退院時に渡される文章には「まれな事例として、退院後再度新型コロナウイルス感染症陽性となる方が確認されています」とし、退院後4週間は消毒・健康状態等に留意することとある。この記載より、非公式に退院後の

職場復帰は2週間後あるいは4週間と指導している地域も見られる。企業向けに作成された対策集（2020年3月31日作成）³⁾には「主治医からアドバイスを受けた上で、退院後1週間程度は自宅療養を行った上でマスク着用を義務づけ、体調を確認しながら復帰させること」との記載もあり、就業の時期については曖昧になっている。

【米国 CDC のガイドライン】⁴⁾

このガイドラインには COVID-19（感染確定者）のヘルスケアに関わる職種の復職基準を示されているが、あくまでも地域での感染蔓延状況によって異なることを念頭に置き、①症状を基本とした基準、②PCR 検査を基本とした基準、③経過時間を基本とした基準の3つの基準が提示されている。

①有症状の COVID-19 で「解熱剤を使用せずに解熱し、呼吸器症状が改善してから、少なくとも 72 時間以上経過している」「症状が現れてから 10 日以上経過している」のいずれも満たせば PCR 検査を行わずに復職してもよい

②有症状の COVID-19 で「解熱剤を使用せずに解熱」かつ「呼吸器症状（咳、息切れなど）の改善」かつ「24 時間以上の間隔をあけて採取した呼吸器検体の PCR 検査が連続して 2 回陰性」となれば復職してもよい

③無症状の COVID-19 で PCR 検査から 10 日間症状なしに経過した場合は復職してもよい。

【その他の文献的根拠】

・呼吸器検体や便などの PCR 検査が陽性になること（viral shedding）は 20 日間程度持続することが多い。症例によっては 30 日以上陽性が持続することがある⁵⁾。

・ただし PCR 検査陽性であっても、死滅したウイルスの RNA を検出しただけの可能性があり、必ずしも感染性を有するわけではない。

・少数の症例シリーズではあるが、発症 9 日目以降で感染性を示す指標であるウイルス培養検査が陽性となった検体は存在しなかった⁶⁾。

【本学会が提案する復職（暫定）基準】

今回の CQ は医療職および介護職の復帰基準である。COVID-19 蔓延期では、医療職や介護職の現場からの離脱は医療および介護サービス低下に直接つながり、極力避けたいあるいはできるだけ短期間に抑えたい事態である。その一方で、医療職や介護職は様々な疾患や障がいのため免疫能の低下している療養者に直接接触する職種であるため、感染を広げる事態は決してあってはならない。その二つの視点を踏まえて、本学会は以下の復職基準を提案する。

日本では、COVID-19 感染確定者は必ず病院・自宅・宿泊所に隔離されるという前提、また、医療職および介護職は体調管理や標準的予防策を含めた予防策を日常的に実践できる（現場でのサージカルマスクの着用と頻回の手指消毒等）という前提の下で、隔離が解除された直後の復職は可能である。ただし、退院後 4 週間は手指衛生・症状の自己モニタリングを行い、症状が発生した場合には速やかに帰国者・接触者センターに連絡すること。

【参考文献】

1) 厚生労働省：感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて（一部改正）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000639691.pdf>

2) 厚生労働省：新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象 並びに自治体における対応に向けた準備について（一部改正）

<https://www.mhlw.go.jp/content/0006359692.pdf>

3) 日本渡航医学会、日本産業衛生学会：職域のための新型コロナウイルス感染症対策ガイド（第1版）

<https://www.sanei.or.jp/images/contents/416/COVID-19guide0511koukai.pdf>

4) CDC guideline: Criteria for Return to Work for Healthcare Personnel with Suspected or Confirmed COVID-19 (Interim Guidance) <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/return-to-work.html>

5) Xiao AT et al. Dynamic profile of RT-PCR findings from 301 COVID-19 patients in Wuhan, China: A descriptive study J Clin Virol. 2020 [Epub ahead of print]

6) Wölfel R et al. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. Nature. 2020 Apr 1. [Epub ahead of print]

9) その他

CQ32（新規）：療養者が急変し死亡した場合、どのような対応が必要なのか？

A32

療養者が急変し、死亡した際にも、生前の病歴（直近の病状を含む）や周囲の状況などから COVID-19 感染のリスクを推定し、そのリスクに応じた対応を行う。なお、「周囲の状況」には家族の COVID-19 を疑わせる症状の有無や家族や来訪者が感染する可能性のある場所に立ち寄っているかなどの聴取を含む。

CQ32-1：COVID-19 感染の可能性が極めて低い場合

A32-1

リスク評価により COVID-19 感染の可能性が否定的、もしくは極めて低い場合は、感染対策は標準予防策に則って行う。なお、死体検案が必要かどうかについては規定のルールに従う。

CQ32-2 COVID-19 感染症と診断されている場合

A32-2

COVID-19 と診断されている療養者が死亡した場合、玄関先で PPE（手袋、サージカルマスク、ガウン等）を着用した上で、死亡確認を行う。閉鎖空間内（閉め切られた室内など）で心肺蘇生が行われた可能性がある場合はエアロゾルが発生している可能性があるため、可能な限り室内の換気と空気感染予防策を行うことが望ましい¹⁾。

なお、死亡することが事前に予測されている場合には、家族あるいは介護者に死亡診断の手順（感染の危険性を増す蘇生措置などは行わないことも含めて）について説明しておく。予測できない死であり死亡診断ではなく死体検案となる場合には、警察への連絡が必要であり、COVID-19 確定者であることを伝えた上で、警察の指示に従う。

なお、遺体の扱い方については CQ32-4 で解説する。

CQ32-3 : COVID-19 感染の可能性が否定できない場合

A32-3

リスク評価により COVID-19 の可能性を否定できない場合、保健所等に連絡し、PCR 検査を行うかどうか相談する。①PCR 検査を行った場合には、その結果が出るまでは、感染者としての対応（CQ32-2）を行う。②PCR 検査の結果がでるまでかなり時間がかかる場合、あるいは PCR 検査を行わない場合には、感染者としての対応を行うことが望ましく、葬儀会社はその旨を必ず伝える。なお、その際は、伝える相手を必要最低限とするなどプライバシー保護にも十分配慮する。

すでに COVID-19 における PCR 検査を生前に行っており結果を待っている状況であれば、自宅内で遺体安置を継続し、検査結果に応じて対応が決定されることもある。

CQ32-2 と同様に、閉鎖空間内（閉め切られた室内など）で心肺蘇生が行われた可能性がある場合はエアロゾルが発生している可能性があるため、可能な限り室内の換気と空気感染予防策を行うことが望ましい¹⁾。

CQ32-4 : COVID-19 確定者が自宅で亡くなった場合の遺体の扱い方

A32-4

遺体の搬送および火葬作業における配慮が必要となり、その方法は地域によって異なる場合もあり、予め地域の葬儀会社および火葬場に手順を確認しておくことが望ましい。また、多くの場合、「新型インフルエンザ等対策ガイドライン」（平成 25 年 6 月 26 日作成）の「埋火葬の円滑な実施に関するガイドライン」²⁾ に沿った対応が順守されているものと思われるが、以下に対応の一例を示す³⁾。

COVID-19 確定者が自宅もしくは施設で死亡した場合、その遺体は通常非透過性納体袋に収容密封し、搬送される。納体袋への収容時は必ずディスポーザブル手袋を着用の上、体液の飛散リスクがある場合は接触予防策（ディスポーザブル手袋・不織布製マスク・ゴーグル・ガウン）の装着を行う。納体袋収容・密封後に納体袋表面全体を消毒する。このような状態においては特別な感染予防策は不要であり、遺族が遺体搬送を行っても構わない³⁾。

なお、非透過性納体袋が準備できない際に、通常の納体袋を二重にパッキングすることで対応している業者も存在する。

非透過性納体袋に収容密封された場合には、遺族が顔を見ることができないことを念頭に置き、本人の尊厳を守ることおよび家族の希望に沿った対応を行うよう努力する。遺族が遺体に触れることを希望している、もしくは最後のお別れを希望している場合は、可能な限り実現できるよう感染対策（手袋の着用や手指消毒等）について助言を行う。

【参考文献】

1) ILCOR staff. COVID-19 infection risk to rescuers from patients in cardiac arrest. (draft version)
<https://costr.ilcor.org/document/covid-19-infection-risk-to-rescuers-from-patients-in-cardiac-arrest>

2) 新型インフルエンザ専門家会議：埋火葬の円滑な実施に関するガイドライン
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/pdf/09->

3) 厚生労働省 新型コロナウイルスに関する Q&A（関連業種の方向け）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/covid19_qa_kanrenkigyuu.html

【参考資料】

- ・ Infection Prevention and Control for the safe management of dead body in the context of COVID-19
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331538>
- ・ Dead body management in the context of the novel coronavirus (COVID-19)
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52001/PAHOPHEIHM Covid1920002_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- ・ 日本法医病理学会：新型コロナウイルスに対する検案時対応の手引き
http://houibyouri.kenkyuukai.jp/information/information_detail.asp?id=102134
- ・ 日本医師会総合政策機構対新型コロナウイルス特別医療タスクフォース：新型コロナウイルス感染症ご遺体の搬送・葬儀・火葬の実施マニュアル（ver.2）
<https://www.jmari.med.or.jp/information/covid19.html>

4. 高齢者介護施設・高齢者介護事業所等における COVID-19 への対応（一般的事項）

CQ33（第1版 CQ13）：複数の医療機関が訪問診療する施設の感染管理はどうしたらいいか？

A33

複数の医療機関が訪問する場合でも、感染管理の原則は変化しない。

ただし施設内で感染者（または疑い）が出た場合には、関係する全医療機関で情報を共有すること、施設全体のゾーニングやコホーティングが必要な場合にイニシアチブをとる医療機関をあらかじめ決めておくことが重要である。また施設が連携している病院に依頼し、感染管理認定看護師の派遣を行うなどの方法も考えられる。

CQ34（第1版 CQ15）：介護事業所の職員への感染対策知識の教育はどうしたらいいか？

A34

介護事業所の職員への感染対策の教育に関しては、可能な限り感染症の知識を有する職種（医師や感染管理認定看護師）が行うことが望ましい。なお、個人防護具の装着の訓練においては可能な限り机上の講義形式だけでなく、実際の個人防護具の着脱まで実演・実習を行うことが望ましい。その際、上記の専門知識を有するスタッフに確認しながら行うことを推奨する。

CQ35（第1版 CQ12）：施設の流入制限の実施の仕方はどう行うか？

A35

施設の面会制限に関しては地域の流行状況に応じて判断されるべきである¹⁾。

- (1) 地域での発生を認めていない、もしくは渡航歴・明確な接触歴がある患者のみである状況。この場合、面会の全面的な制限は行わないが、面会は個室にとどめ、他の入居者と接触しないように努める
- (2) 地域で COVID-19 患者が発生、増加しつつある状況。この場合、原則として面会および業者の立ち入りを禁止とする
- (3) 地域で COVID-19 が流行しており、軽症症例の自宅療養が行われている状況。この場合、原則として面会および業者の立ち入りを禁止とする

以上の3つのパターンに分けることができると考えられる。

【参考文献】

- 1) 高山 義浩: 高齢者施設における新型コロナウイルス感染症への対策
http://plaza.umin.ac.jp/~ihf/others/covid_e1.pdf
http://plaza.umin.ac.jp/~ihf/others/covid_e2.pdf
http://plaza.umin.ac.jp/~ihf/others/covid_e3.pdf

CQ36 (新規) : 施設入所者において、家族や親族の面会制限は行うべきか？

CQ36-1 : 状態の安定している施設入所者において、家族や親族の面会制限は行うべきか？

A36- 1

施設に家族・親族あるいはそれに準ずる方（以下、「面会者」と記載）が面会することによって、感染リスクは発生するが、一律に面会制限を行うことで施設入所者の不安やストレスが増大したり、認知機能が低下したりすることが懸念されるため、その両者のリスクを勘案する必要がある。従って、状態の安定している施設入所者において、面会者の制限を行うかどうかは地域の COVID-19 の流行状況によって変化すると考えられる⁽¹⁾。また、面会者が遠方から来訪する場合は施設周辺地域の流行状況だけでなく、面会者の居住地域の流行状況も同様に勘案する必要がある。（以下、施設周辺の地域と面会者の居住地域をまとめて「地域」と記載する）

以下状況別について回答する。

【地域での COVID-19 の発生がほとんどない、もしくは限定的である場合】

地域で感染者の報告はあるものの、いずれも渡航歴や接触歴のある患者であって、流行状況は限定的であると考えられる状況では、一律に面会制限を行う必要はない。

具体的には訪問者の検温・症状確認を行った上で、発熱や上気道症状がなければ面会を許可してもよい。ただし、訪問時に玄関先で手指衛生を行った上で、可能な限り他の入所者とは接触しないよう、速やかに個室へ入室させる。また、同様の理由でトイレを含む共用の場所には立ち入らないように依頼する。

【地域での COVID-19 の発生が一定数見られる場合】

渡航歴や接触歴のない患者の報告が増加しており、地域での流行が始まっていると考えられる状況では、原則として対面での面会は中止とする。ただし、居住スペースとは別の風通しの良い場所で、双方がマスクを装着した上で1 m以上の距離を保ちつつ、10分程度の面会を行うこと（例えば玄関口や外でマスク装着の上、適切な距離を保ちながら家族1人と10分程度の会話を行うなど）は、想定される感染リスクが低く、人的資源に余裕があれば許容されると考える。なお、施設入所者が重篤な状態もしくは臨死期である場合はこの限りではない（CQ36-2・CQ36-3も参照のこと）

また代替案として、テレビ電話システムや Web アプリのビデオ通話機能等のインターネットを利用する面会（いわゆる「オンライン面会」）の導入・実施を積極的に検討する。

【地域で COVID-19 が流行している場合】

地域における感染拡大が進んでいる状況でも同様に、対面での面会は中止とする。ただし施設入所者

が重篤な状態もしくは臨死期である場合はこの限りではない（CQ36-2・CQ36-3も参照のこと）

代替案として、テレビ電話システムやWebアプリのビデオ通話機能等のインターネットを利用する面会（いわゆる「オンライン面会」）の導入・実施を積極的に検討する。

CQ36-2：COVID-19以外の原因で重篤化した施設入所者において、面会者（家族・親族・親友等）の制限は行うべきか？

A36-2

COVID-19以外の原因で重篤化した施設入所者の面会に関しては、病状を面会者（家族・親族・親友等）に理解してもらうため、もしくは病院への受診を判断してもらうために短時間の面会を行うことはそのベネフィットがリスクを上回る可能性があり、条件を満たせば許容されると考える。

以下は地域の流行状況に応じた回答である。

【地域での COVID-19 の発生がほとんどない、もしくは限定的である場合】

地域で感染者の報告はあるものの、いずれも渡航歴や接触歴のある患者であって、流行状況は限定的であると考えられる状況では、一律に面会制限を行う必要はない。

具体的には訪問者の検温・症状確認を行った上で、発熱や上気道症状がなければ最小限の人数での面会を許可してもよい。ただし、訪問時に玄関先で手指衛生を行った上で、可能な限り他の入所者とは接触しないよう、速やかに個室へ入室させる。また、同様の理由でトイレを含む共用の場所には立ち入らないように依頼する。

【地域での COVID-19 の発生が一定数見られる場合】

渡航歴や接触歴のない患者の報告が増加しており、地域での流行が始まっていると考えられる状況でも、訪問者の検温・症状確認を行った上で、発熱や上気道症状がなければ成人1名程度の面会は許可できると考える。ただしその際には

- ・部屋の換気を十分に行うこと
- ・訪問者はサージカルマスク（もしくは布マスク）の装着及び手指衛生を行うこと
- ・他の利用者と接触することなく、共用物に可能な限り触れることなく個室へ入室すること
- ・患者と面会者は可能な限り1m程度離れること
- ・滞在は短時間（15分程度まで）とし、退出時まで個室から出ないこと

に留意する必要がある。

【地域で COVID-19 が流行している場合】

地域における感染拡大が進んでいる状況における重篤者への面会はその感染リスクと面会の切迫性とを総合的に勘案することになる。もし面会の切迫性が感染リスクを上回ると考える場合、訪問者の検温・症状確認を行った上で、発熱や上気道症状がなければ成人1名程度の面会は許可できると考える。ただしその際には

- ・部屋の換気を十分に行うこと
- ・訪問者はサージカルマスクの装着及び手指衛生を行うこと
- ・他の利用者と接触することなく、共用物に可能な限り触れることなく個室へ入室すること

- ・患者と面会者は1m程度離れること
- ・滞在は最低限（15分以内）とし、退出時まで個室から出ないことに留意する必要がある。

CQ36-3：COVID-19 以外の原因で臨死期に至った施設入居者において、面会者の制限は行うべきか？

A36-3

CQ36-2と異なる点は、重篤者ではその後も継続的なケアが必要で、家族→入居者→介護者への感染伝播の危険性が高いのに対し、死亡もしくは死に瀕している入居者の場合、その後のケア期間はわずかであり、感染伝播の危険性は重篤者のケアと比較すると低い事が挙げられる。従って、訪問者の検温・症状確認を行った上で、発熱や上気道症状がなければ成人1-2名程度の面会は許可できると考える。ただしその際には

- ・部屋の換気を十分に行うこと
- ・訪問者はサージカルマスク（もしくは布マスク）の装着及び手指衛生を行うこと
- ・他の利用者と接触することなく、共用物に可能な限り触れることなく個室へ入室すること
- ・面会前後の手指衛生を徹底すること

に留意する必要がある。面会時間に関しては個々の状況に応じて決定される。例えば臨終の場合などは、15分より長い時間の面会も許可されると考える。

【参考文献】

1) 高山 義浩: 高齢者施設における新型コロナウイルス感染症への対策

http://plaza.umin.ac.jp/~ihf/others/covid_e1.pdf

http://plaza.umin.ac.jp/~ihf/others/covid_e2.pdf

http://plaza.umin.ac.jp/~ihf/others/covid_e3.pdf

CQ37（新規）：COVID-19に罹患した、もしくはCOVID-19を強く疑う施設入所者における面会は可能か？

A37

施設内でクラスターが発生した場合などに、行政との取り決めの上、施設内でCOVID-19確定者や疑う施設入居者の療養を継続する場合がある。この際、他業務に忙殺され、療養者の家族に十分な情報が提供できないことも多い。その場合、療養者が重篤化したり死亡したりしてしまった場合はもちろんのことながら、軽症の場合も家族に大きな心的ストレスを強いることとなる。従って、施設内でCOVID-19確定者の療養を継続する場合であっても療養者と面会できるシステムを構築することは非常に重要である。

この場合、テレビ電話システムやWebアプリのビデオ通話機能等のインターネットを利用する面会（いわゆる「オンライン面会」）の導入・実施を積極的に検討する。

なお、対面での面会は不可能ではないが、PPE着用は必須であるため、非医療者である療養者の家族はPPEを適切に着脱できるか検討する必要がある。

日本在宅医療連合学会 新型コロナウイルス感染症ワーキンググループ

(敬称略)

氏 名	所 属
蘆野 吉和 (座長)	山形県庄内保健所医療監
新屋 洋平 (副座長)	医療法人沖繩徳洲会 中部徳洲会病院
石垣 泰則	医療法人社団悠輝会 コーラルクリニック
市橋 亮一	総合在宅医療クリニック
猪原 健	敬崇会 猪原歯科・リハビリテーション科
大友 宣	医療法人財団 老蘇会 静明館診療所
小倉 和也	はちのへファミリークリニック
川越 正平	あおぞら診療所
木下 朋雄	曙光会 コンフォガーデンクリニック
木村 琢磨	埼玉医科大学 総合診療内科 / HAPPINESS 館クリニック
佐々木 淳	医療法人社団悠翔会
高田 靖	高田歯科医院
高山 義浩	沖縄県立中部病院感染症内科
田城 孝雄	放送大学 教養学部 教授
谷水 正人	国立病院四国がんセンター
英 裕雄	医療法人社団三育会 新宿ヒロクリニック
平原 佐斗司	東京ふれあい医療生協 梶原診療所
古屋 聡	山梨市立牧丘病院
宮本 雄気	東京大学 公共健康医学専攻
望月 弘彦	相模女子大学