

在宅医療における新型コロナウイルス感染症対応 Q&A（改定第3版）

2021年2月14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、6月に新たなQ&Aを追加した第2版を発行し、今回、第3版として改訂版を作成しました。

日本においてCOVID-19は、5月以降減少傾向にあったものの7月以降では増加し始め、8月にピークを迎えたのち、9月以降は横ばいの傾向が続いています。そして、これからの冬に向けたインフルエンザの流行に備える形で、11月から新しい感染拡大防止対策が取られることになりました。この対策とは、従来保健所が対応してきた受診相談、検査誘導を一般医療機関に委ねるというもので、従来行われていたインフルエンザ患者への対応と同じ体制に戻すものです。

この対応の変更は、在宅医療の立場では、在宅医の判断で、しかも、在宅医療の現場で、検体を採取し、診察することが可能となったという意味で、好ましいものと考えます。

一方、COVID-19のクラスター発生状況では、懸念したように、高齢者施設での発生が全国各地で報告されるようになり、その対応については、施設関係者、地域の医師会、病院等の感染症専門家、行政担当者の連携が組まれており、感染予防も含めた感染症に対する日常的な地域ネットワークの構築が大きな課題となりつつあります。さらに、すでに指摘しているように、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への対応（フレイル対策等）も引き続き課題となっています。

これらの課題解決のため、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。

今回の改訂版（第3版）では、読みやすい、わかりやすい内容を心がけて編集し直しました。

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 28

1) COVID-19 流行期に備えた自施設の準備について 28

- CQ1 : COVID-19 への対策をまだほとんど行えていない。何から始めればよいか？
- CQ2 : 療養者や家族への教育・リスクコミュニケーションはどのように行えばよいか？
- CQ3 : COVID-19 に関する日々の情報をどのように更新すればよいか？
- CQ4 : 職員への教育はどのように行えばよいか？
- CQ5 : PPE を含めた資機材の管理をどのようにすればよいか？
- CQ6 : BCP とは何か？
- CQ7 : 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？
- CQ8 : 感染の疑われる療養者への訪問に際し、予め準備できることはあるか？
- CQ9 : 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？

2) 一般的な居宅訪問について 32

- CQ10 : 実際の訪問前に行うべきことはあるか？
- CQ11 : 療養者を診察する際の防護具はどのようにすべきか？
 - CQ11-1 : 一人で訪問した場合、防護具等の着脱はどのようにしたらよいか。
 - CQ11-2 : 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。
- CQ12 : 往診車両の環境管理はどのように行うべきか？
- CQ13 : 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。
- CQ14 : 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？
 - CQ14-1 : フレイルへの対策
 - CQ14-2 : 抑うつへの対策
- CQ15 : 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？
 - CQ15-1 : 身体機能が低下し外出できない療養者への対応
 - CQ15-2 : 認知機能が低下した療養者への対応
- CQ16 : 精神疾患のケアに関わる際に注意すべきことは？
- CQ17 : 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？
 - CQ17-1 : COVID-19 感染の可能性が極めて低い場合
 - CQ17-2 : COVID-19 と診断されている、あるいは感染の可能性が否定できない場合
- CQ18 : 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？
 - CQ18-1 : COVID-19 感染の可能性が極めて低い場合
 - CQ18-2 : COVID-19 感染症と診断されている場合
 - CQ18-3 : COVID-19 感染の可能性が否定できない場合
 - CQ18-4 : COVID-19 確定者が自宅で亡くなった場合の遺体の扱い方

3) COVID-19 を疑う療養者への対応について 40

- CQ19 : どのようなときに COVID-19 を疑うか？

CQ20：発熱した療養者の具体的診察法はどのようにすべきか？

CQ20-1：聴診を含めた身体診察の是非について

CQ20-2：インフルエンザ検査の是非について

CQ20-3：超音波検査やレントゲン検査の是非について

CQ21：COVID-19に関する検査は何をどのように選択すればよいか？

CQ22：COVID-19のPCR検査結果に数日を要する場合、医療・介護サービスの提供について、どのようなことに留意すべきか？

CQ23：療養者のCOVID-19感染を疑う場合、家庭内感染への予防はどのように指導すべきか？

CQ24：療養者が濃厚接触者となった場合、医療・介護サービスの提供について、どのようなことに留意すべきか？

CQ25：療養者の同居者が濃厚接触者となった場合、医療・介護サービスの提供について、どのようなことに留意すべきか？

4) COVID-19に罹患している療養者への対応について 46

CQ26：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？

CQ27：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？

CQ27-1 抗ウイルス薬およびステロイド薬を含むCOVID-19における在宅での薬物治療の選択肢としてどのようなものがあるか？

CQ27-2 新型コロナに感染し自宅などで療養中の血栓予防についてはどのように指導すべきか？

CQ28：家庭内感染予防の指導はどのように行えばよいか？

CQ29：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？

CQ30：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？

CQ31：COVID-19確定者が自宅療養を希望した場合、どのように対応すべきか？

CQ32：COVID-19確定者に対し在宅緩和ケアを行う場合、注意すべき点は何か？

5) COVID-19に罹患し、退院してきた療養者への対応について 27

CQ33：治癒退院後のサービス開始はいつから、どのように行うべきか？

6) 高齢者介護施設・高齢者介護事業所等におけるCOVID-19の対応について 54

CQ34：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？

CQ35：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？

CQ36：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、近親者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、近親者の面会制限は行うべきか？

CQ3 6-3 : COVID-19 以外の原因で臨死期に至った施設入居者において、近親者の面会者の制限は行うべきか？

CQ3 7 : 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？

CQ3 8 : 施設内でのゾーニングはいつ行うべきか？またゾーニングの際の注意点はありますか？

7) COVID-19 を疑う職員が発生した場合の対応について 59

CQ3 9 : 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？

CQ4 0 : 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か？

CQ4 1 : 訪問看護ステーションに感染者が現れ休止を余儀なくされた場合、どのように対応するか？

CQ4 2 : 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？

CQ4 3 : 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

CQ4 3-1 : 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？

CQ4 3-2 : 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？

CQ4 3-3 : 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？

CQ4 3-4 : 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？

8. その他

CQ4 4 : スタッフの心のケアについて、どのようなことに留意すればよいか？

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、誰もがこのウイ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、ウイ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、膺等）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（ $5\mu\text{m}$ 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。なお、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チック、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) 医療におけるエピデミック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き、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郡市医師会、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。

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。

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、BCP の作成、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、④COVID-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。

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、毎日の体温測定の実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。

医療施設とは違い、医療資源が不足しがちであ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かは、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、現場での検体を採取も念頭において、その準備を行う。
- ・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。

- ・感染曝露の可能性が高く、COVID-19 も否定できない場合には、検体を採取し、検査にまわす、あるいは、迅速キットを用いて現場で検査を行う。

(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、検体を採取し、検査を依頼する、あるいは迅速キットを用いて現場で検査を行う。

(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、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、検体を採取し、検査を依頼する、あるいは、迅速キットを用いて現場で検査を行った上で対応を相談する

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、感染曝露リスク等からCOVID-19が疑われる場合には、病状によって対応を検討する。
- ・（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、連携している急性期病院の救急外来に状況についての情報提供を行った上で、受け入れを依頼する。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、検体を採取し、検査にまわす、あるいは、迅速キットを用いて現場で検査を行う。

検査を外注した場合には、結果の判定に時間がかかることから、その間一旦自宅待機となるため、本人および家族等の対応上の留意事項について指導を行う。

現場での迅速検査で陽性の場合には、保健所に連絡し、受け入れ先や移動等について相談する。

（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、連携している急性期病院の救急外来に状況についての情報提供を行った上で、受け入れを依頼する。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、検体を採取し、検査にまわす、あるいは、迅速キットを用いて現場で検査を行い、検査の結果で対応を相談する。検査を外注した場合には、結果の判定に時間がかかることから、その間の本人および家族等の対応上の留意事項について指導を行う。検査の結果が陽性である場合には保健所に連絡を行った上で対応について協議する。

(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。

- ・介護体制を維持することを目的に必要なに応じて医師の判断で PCR 検査を行う。
- ・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事

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个人防护具の使用、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な対応手順）

（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に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、個室等に対応にあたる。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 流行期に備えた自施設の準備について

CQ1：COVID-19 への対策をまだほとんど行えていない。何から始めればよいか？

A1：

COVID-19 における対策としてまず準備すべきは以下の 5 つの項目である。

- ① 感染が疑われる療養者へ訪問する際の具体案の作成
- ② 資機材管理者の選定
- ③ 事業継続計画（Business Continuity Plan）の策定
- ④ COVID-19 に関する日々の情報入手と情報共有
- ⑤ 療養者やその家族への情報共有とリスクコミュニケーション

CQ2～9 において、上記 5 つの項目について詳記する。

CQ2：療養者や家族への情報共有・リスクコミュニケーションはどのように行えばよいか？

A2：

居住地域における COVID-19 の発生に伴い、少なからず療養者やその家族、職員らは不安を感じ、時に「パニック」に陥り非合理的な行動をとることもある。従って少しでもこれらの不安を軽減するため、療養者やその家族、あるいは自施設の職員へのリスクコミュニケーションを行う必要がある。

リスクコミュニケーションの定義は様々であるが一般的には「危機に直面している人々と専門家の間で情報や意見を交換する過程」であることを指し、「最終的に双方がより良い信頼関係を築くことができる」ことを目的としている。従って、一方的な情報提供や単なる意見交換にとどまらないことを意識する必要がある。

在宅医療・介護従事者はすべての療養者やその家族に対し、可能な限り科学的根拠に基づいた情報提供を行うことが重要である。またその際、情報提供や説明がその人に及ぼす影響を十分に考える必要がある。同時に COVID-19 のリスク自体ばかりを説明するのではなく、療養者 1 人 1 人にとっての総合的なリスクを考えて情報提供を行うべきである。例えば、COVID-19 を恐れて、外に出歩くのを恐れフレイルが進行してしまった療養者がいると仮定する。その場合には、外出することによる COVID-19 の感染リスクだけを話すのではなく、フレイルが進行した場合の様々な偶発症（転倒や誤嚥性肺炎など）についてのリスクに関しても十分な情報提供を行い、さらにウイルス感染を可能な限り防止しながら外出できる方法を一緒に検討することで、療養者が十分納得した上で意思決定ができるようにコミュニケーションを取る必要がある。

なお、リスクコミュニケーションを行う際には、相手の価値観や考えについてよく傾聴し、相手を蔑ろにしたり、無理に説得したりしないようにすること。これらは在宅医療において広く知られている「アドバンス・ケア・プランニング」の概念に類似している。

（施設入所者を含む）療養者やその家族に提供すべき情報としては具体的には以下のようなものが考えられる。

- ・ COVID-19 は誰にでも（療養者にも職員にも）起こり得る感染症であるという事実

- ・ COVID-19 に関する基本的な情報（感染経路や診断方法、重症化のリスク因子など）
- ・ COVID-19 に関する自施設の予防策
- ・ COVID-19 の予防や悪化防止のための医療機関・事業所からの依頼
- ・ 自施設の COVID-19 発生時の対応策

CQ3：COVID-19に関する日々の情報をどのように更新すればよいか？

A3：

COVID-19 に関する情報は膨大であり、日々変化する情報を取得していくのは非常に労力を要する作業である。自施設や地域包括支援センターなどで委員会などのグループを結成し、情報収集作業を分担していく必要がある。

情報収集の方法の一例としては以下のようなものが考えられる。

- ・ 都道府県や市区町村が発表する地域の感染状況を毎日確認する。
 - 可能であれば、新規感染者数だけではなく、
 - ・ 新規感染者数の7日間の平均値（Moving average）
 - ・ PCR検査の陽性率
 - ・ 感染経路不明者の割合
 - ・ 前週との感染者数の比較
 - ・ 地域の COVID-19 受け入れ病院の病床占有率
- などを確認・評価しておくことが望ましい。
- ・ 信頼のおける Web ページ（行政や学会が発信している情報）をリストアップした上で、定期的に巡回し新型コロナウイルスに関する情報を入手する
- ・ 新型コロナウイルスに関する勉強会・講習会に出席する
- ・ 新型コロナウイルスに関する書籍・論文を読む

CQ4：職員への教育はどのように行えばよいか？

A4：

CQ3 に挙げた方法などで情報を収集した後、自施設の職員に以下のような情報を伝達するのが望ましい。

- ・ 施設周辺地域の COVID-19 の発生状況の提供
 - 前述の新規感染者数以外の評価項目を踏まえ、どのように行動するべきかを提示する。
- ・ メールや書面などによる定期的な情報発信
 - 対面講習の時間を最小限にするため、メールや文書などでの情報伝達も活用する。
- ・ Web 会議ツールなどを用いての自施設での勉強会の実施
 - Web 会議ツールに熟達していない職員のために、これらの使用に関する講習会なども合わせて検討する。最近是非常にわかりやすい動画コンテンツなども行政や各職能団体・学会から配信されており、これらを利用するのも有効である。
- ・ 身近な場所で起こった COVID-19 の事例検討
 - 身近な場所の事例を共有することで、リアリティの高い教育が可能となる。

CQ5：PPEを含めた資機材の管理をどのようにすればよいか？

A5：

まず、医療機関や事業所は資機材の管理者を策定することが望ましい。

資機材の管理者は日々の 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い、PPE の確保を行う必要がある。なお、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、資機材の管理者はこれらの情報の入手努力も合わせて行うこと。

資機材の管理者は PPE が不足しそうな場合に、状況に応じた PPE の使用を呼びかける必要がある。例えば、PPE が不足している場合には、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。

同様に PPE の不足してしまった場合には、PPE の延長使用・再使用を促したり、PPE の代用品を入手する努力を行ったりする必要がある。

CQ6：BCP とは何か？どのように作成するのか？

A6：

事業策定計画（Business Continuity Plan：BCP）とは「震災などの緊急時に低下する業務遂行能力を補う非常時優先業務を開始するための計画で、遂行のための指揮命令系統を確立し、業務遂行に必要な人材・資源、その配分を準備・計画し、タイムラインに乗せて確実に遂行するためのもの」と定義されているが、BCP は震災などの自然災害以外にも十分利用できる。つまり新型コロナウイルス感染症にも利用できる「緊急時の対応マニュアル」である。BCP を最初から作成するのは非常に困難であるため、在宅医療連合学会では BCP の原案と作成マニュアルを作成した。この原案を改変し自施設の利用に役立てていただきたい。

なお、BCP 策定時に重要な点は重要な点は、完璧な診療継続計画を作るのではなく、各医療機関が COVID-19 流行時に起こりうることを想定し、人員や資機材が減っても対応できるよう、診療業務の優先順位についてあらかじめ検討する機会を持つことである。

CQ7：診療所・訪問看護ステーション等の環境管理はどのように行うべきか？

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を行っている診療所もある。スタッフが職場以外から新型コロナウイルスを持ち込む可能性もあり、その場合に濃厚接触者を可能な限り減らす工夫が必要である。

以下に対応策の一例を示す。

- ・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
- ・オフィスや待機室・休憩室では各人のデスクの距離を空け、マスクの着用しないでの会話は控える
- ・食事は原則として1人で行い、食事中の会話は控える
- ・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

CQ8：感染の疑われる療養者への訪問に際し、予め準備できることはあるか？

感染が疑われる療養者への訪問に際し、あらかじめ準備できることは以下の3点である。

(1)感染が疑われる療養者用の資機材セットの作成

個人防護具（手袋・長袖ガウン・フェイスシールド）やゴミ袋、消毒用アルコール、体温計、パルスオキシメーターなど、診療に必要な最小限の物品をあらかじめセットにしておくことで、物資の抜け漏れなく、物資の汚染リスクを最小限にできる。

(2)アクションプランの作成

感染が疑われる療養者に対して、どのように行動するかを訪問してから考えると、滞在時間がいたずらに長くなってしまふ。従って、あらかじめ感染が疑われる療養者に対する行動指針、いわゆるアクションプランを各施設で作成しておくことよ。当学会ではアクションプランの雛形を作成・配布している。自施設の現状に即した形に改変し利用することが望まれる。

(3)主治医への連絡と検査の必要性の検討

事前情報から感染が強く疑われる場合、主治医へあらかじめ連絡し、検査の必要性について検討してもらうことも重要である。

CQ9：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？

COVID-19 流行期においては、地域の流行状況だけでなく、COVID-19 を疑う療養者が発生した場合の速やかな情報共有を含め、多職種の連携・情報共有が重要になってくる。Web 会議ツールを用いたサービス担当者会議や、医療用 SNS を用いた情報共有を活用することが重要である。また、緊急時の連絡手段の確立や患者サマリーの作成も事前に行っておくと良い。

2) 一般的な居宅訪問について

CQ10：実際の訪問前に行くべきことはあるか？

特に COVID-19 流行期においては、訪問の前に電話連絡を行い、COVID-19 が疑われる病歴・症状がないか、確認することが望ましい。(COVID-19 を疑う病歴・症状については別紙のチェックリストを使用すると抜け漏れがなく、スムーズにスクリーニングできる)

COVID-19 を疑う療養者への訪問時には資機材を最小限とすることが望ましい。

个人防护具や最低限の診察道具をディスポーザブルの袋に入れ、あらかじめ準備をしておくこと、感染バッグが汚染されるリスクも減少し、診察がスムーズとなる。

CQ11：療養者を診察する際の防護具はどのようにすべきか？

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。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 マスクを着用する。なお、鼻咽頭検体採取に関して、それ自体はエアロゾルを発生させるものではないため、N95 マスクの装着は必須ではない。ただし、くしゃみや咳のエアロゾル発生に関しては専門家の間でも意見が分かれるため、これらに曝露しないような工夫（療養者の正面から検体採取を行わない・検体採取時にくしゃみや咳を誘発させないように特に注意する・換気を行いながら、可能であれば扇風機などを用い、療養者の風上に位置するなど）を行う必要がある。

医療資源が不足している場合に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。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を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。

CQ11-1：一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。

PPE の着脱の仕方は特に重要である。个人防护具の着脱は原則 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。

CQ 1 1-2：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。

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、原則として防護具を療養者宅の玄関もしくは玄関を出てすぐの場所で脱衣する。（玄関を出てからの脱衣が感染管理の上では望ましいが、近隣からの偏見や不当な扱いを避けるため、玄関での脱衣も許容される）。脱衣前後での手指消毒を必ず行うこと。

ディスポーザブルの防護具の処分に関しては、療養者や同居家族の承諾があれば、ポリ袋に入れて、居室内で処分してもらうよう依頼する。これは汚染された物品を往診車内に持ち込むことを可能な限り避けるためである。承諾が得られない場合は、可能な限り二次感染しないように留意しながら持ち帰り、自施設で処分する。その際の廃棄方法については他の感染性廃棄物と同様である。

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。

CQ 1 2：往診車両の環境管理はどのように行うべきか？

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の汚染リスクは低いはずであるが、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）を定期的に清拭することが望ましい。車内の換気に関しては窓を開ける・エアコンを外気導入とし風量を最大にするなどを行うことで実施できる。

CQ 1 3：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。

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。

CQ14：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？

CQ14-1：フレイルへの対策

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 CQ28-2 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する。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。COVID-19 蔓延期であっても、十分感染予防に配慮されたサービスは継続することを推奨する。また、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。

- ・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。

また同居人・家族にも協力を依頼し、特に自宅内で可能な運動について指導を行うと良い。

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。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・歯科衛生士・管理栄養士・言語聴覚士・看護師・医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。また、ケアを担う家族や介護職に食解除時の感染防御策（フェイスガードやエプロンの着用など）の指導も重

要である。

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。

CQ1 4-2：抑うつへの対策

身体フレイルの予防と同様に抑うつの予防のために身体活動を推奨する。

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

などが抑うつの予防に有効であるとされている。

また、COVID-19 流行期は、平時よりもスクリーニングの問診を積極的に行い、抑うつの早期発見に努める必要がある。

CQ1 5：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？

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。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。

CQ1 5-1：身体機能が低下し外出できない療養者への対応

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。また、介助者・支援者も感染リスクとなり得るので、介助者・支援者自身にも積極的な感染予防策を講じてもらう必要もある。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、療養者の病状への理解・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。

CQ1 5-2：認知機能が低下した療養者への対応

CQ1 5-1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 罹患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。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。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）に事前に連絡を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。地域によって実行されている認知症患者の見守りシステムを利用することも有用である。また可能であれば医療用 SNS や 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。

CQ 16：精神疾患のケアに関わる際に注意すべきことは？

精神疾患を抱えた療養者のケアに際して、COVID-19 流行時期には以下の点で問題となることがある。

(1)通所系サービス閉鎖による孤立

通所系サービス閉鎖による孤立により、精神状態が不安定となったり、内服コンプライアンスが悪化したりすることで病状の悪化が懸念される。通所系サービスの閉鎖時は、主治医およびケアマネジャーらがサービスの提供内容を再考し、感染リスクと療養者の精神状態・内服コンプライアンスを考慮した臨時ケアプランの提供を考慮する。（例：精神科訪問看護の回数増加など）臨時ケアプラン作成時の原理原則については CQ26 も参照のこと。

(2)適切な防護策が講じられず、感染リスクが上昇する可能性

精神疾患を抱えた療養者は、適切な防護策を講じられず感染リスクが上昇する可能性や、逆に感染を過剰に恐れ外出が困難になる可能性がある。

特に適切な感染防護策を講じることが難しい療養者に対しては、CQ 15-2 と同様の対策を講じるが重要である。一方、感染を恐れ不安になっている療養者に対しては不安に耳を傾け、本人の最善の利益となるような感染対策を提案することが望まれる。

(3)感染時の受け入れ先病院の制限

精神疾患を抱えた療養者の場合、COVID-19 感染時に受け入れ病院が従来よりも限られる可能性がある。詳細は CQ 26（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？）を参照のこと

CQ17：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？

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 による重症者のうち、10%に2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 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。

CQ17-1：COVID-19 感染の可能性が極めて低い場合

リスク評価により COVID-19 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。

CQ17-2：COVID-19 と診断されている、あるいは感染の可能性が否定できない場合

COVID-19 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。

【参考文献】

- 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).

CQ 1 8：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？

療養者が死亡している場合、咳嗽反射は生じないため、原則として空気感染予防策は不要である。同様に遺体は飛沫拡散の可能性も低いため、遺体への直接的なケアがない場合は接触予防策のみを行う。一方で遺体への直接的なケアを行う場合は体液曝露のリスクもあるため、接触・感染予防策を主に行うことが重要である。以下に各々のケースについて論じる。

CQ 1 8-1：COVID-19 感染症と診断されている場合

COVID-19 と診断されている療養者が急変し死亡したと考えられる場合、接触・飛沫感染予防策を講じた上で、死亡確認を行う。前述の通り原則として空気感染予防策は不要であるが、心肺蘇生が行われた場合はエアロゾルが発生している可能性があり、十分な換気を行った上で死亡確認を行う。なお、換気が困難な場合は N95 マスクの装着にて空気感染予防策を行っても構わない。

なお、COVID-19 に罹患し、死亡することが事前に想定される場合には、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）についてあらかじめ説明しておく。確実に診断している内因性疾患で死亡したことが明らかでない場合は死亡診断ではなく死体検案が必要であり、警察への連絡を行うこととなる。この際は COVID-19 確定者であることを伝えた上で、警察の指示に従う。

CQ 1 8-2：COVID-19 感染の可能性が否定できない場合

COVID-19 の検査結果待ちの間に死亡した、もしくは臨床上 COVID-19 感染を強く疑う場合の死亡に関しても CQ 1 8-1 と同様の手順で療養者の死亡確認を行う。なお、遺体を取り扱う事業所（いわゆる葬儀を執り行う事業所）において、COVID-19 を疑う遺体への対応は（COVID-19 を診断されている遺体とは異なり）事業所ごとに異なるため、あらかじめ確認しておくことが望ましい。

また、死後に検査結果が判明した場合は、その結果をもとにした総合的な診断を速やかに共有することが望ましい。

CQ 1 8-3 : COVID-19 確定者が自宅で亡くなった場合の遺体の扱い方

原則として家族が遺体に触れることは感染リスクの観点から避けたほうが良いとされる。どうしても接触を希望される場合は、医療従事者の指示のもと接触感染および手指衛生などの感染対策に十分留意して行うこと。

死後の処置（いわゆるエンゼルケア）に関しては感染リスクに十分配慮し可能な範囲で行う。例えば、遺体に対する化粧（いわゆるエンゼルメイク）は、接触感染の観点からその遺体専用の用具を用いる必要があるため、ご自身の化粧品があればそれを使用することが望ましい。一方で、更衣・清拭などは接触・飛沫感染に徹底すれば全例で実施可能である。

COVID-19 確定者が自宅もしくは施設で死亡した場合、通常その遺体は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を行う。納体袋収容・密封後に納体袋表面を清拭消毒する。このような状態においてはその後の特異な感染予防策は不要であるが、納体袋の破損には十分注意すること。なお、非透過性納体袋が準備できない場合には、十分な接触・飛沫感染予防策を講じた上で、体液が漏出しないよう処置を行う（紙おむつの装着・詰め物など）。さらに納体袋を止水テープで目張りし、体液が納体袋から漏出しないよう配慮する必要がある。

一般的には死後 24 時間以内に火葬を行うことは法律上禁止されているが、COVID-19 患者においては死後 24 時間以内の火葬が認められる。ただし、これは死後 24 時間以内に必ず火葬を行わなければならないことを意味しているわけではない。非透過性納体袋に収容・密閉されている限り、通常の手順で葬儀・火葬を行っても良い。

なお、葬儀・火葬に際しては遺族が濃厚接触者である可能性を十分考慮する必要がある。

3) COVID-19 を疑う療養者への対応について

CQ19：どのようなときに COVID-19 を疑うか？

COVID-19 を 100% 同定できるような問診や検査方法は存在しない。

しかしながら①地域の感染の流行状況 ②行動・接触歴 ③臨床症状によって COVID-19 の確率は大きく変わる。

例えば地域で COVID-19 感染者が 1 人もおらず、療養者や同居している家族が遠方へ移動していない場合、COVID-19 に罹患している可能性は極めて低い。

一方、COVID-19 の流行地域で療養者の家族が仕事の関係上、多くの人々と接する機会がある場合は COVID-19 に罹患している可能性が高くなる。

以下にそれぞれの項目について詳記する。なお、これらの項目はチェックリストとして別途まとめているため、そちらも参照のこと。

①地域の感染の流行状況

地域の感染の流行状況は療養者の感染リスクの大前提となるものである。前述の通り、地域で感染者が 1 人も存在しない場合は感染リスクが低くなる一方で、地域内で流行していたり、クラスターが発生したりしている場合は感染リスクが高くなる。地域の感染の流行状況の具体的な指標は CQ3 を参照すること。

②行動・接触歴

行動・接触歴については以下のような項目に注意する。

- ・ 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
- ・ 換気の悪い場所での長時間の滞在はなかったか
- ・ 曝露リスクを高める行動（大声で話す・歌う・マスクを外す）などを行っていないか
- ・ 不特定多数の方と接触する機会はなかったか
- ・ 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
- ・ 療養者やその同居者は不特定多数との接触がなかったか
- ・ 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

③臨床症状

高齢者の COVID-19 では以下のような特徴がある。

一般的に高齢者では典型的な症状が出ないことに注意する必要がある。

- ・ 鼻汁や鼻閉塞感の症状は若年者に比べて少ない
- ・ 味覚障害や嗅覚障害の症状は若年者に比べて少ない

- ・呼吸苦の症状は若年者に比べて多い
- ・75歳以上の高齢者では高熱が出にくい
- ・せん妄や転倒が初発症状のこともある

ただし、臨床症状の多くは若年者と同様であり、以下のような項目に留意して臨床症状を聴取する

- ・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
- ・せん妄や意識障害
- ・呼吸困難や喘鳴

CQ20：発熱した療養者の具体的診察法はどのようにすべきか？

COVID-19 以外にも細菌感染症や膠原病、薬剤熱、偽痛風、腫瘍熱などでも発熱は見られるため、医療者は適切にその他の発熱の原因を評価する必要がある。以下は COVID-19 流行時に医療者が悩む点を中心に解説した。なお、療養者が発熱し、切迫した状態の場合はこの限りではない。

CQ20-1：聴診を含めた身体診察の是非について

- ・COVID-19 の可能性が高いときは、聴診器をあて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、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活用する。
- ・呼吸数を視診で確認し、積極的に診断に利用すること。

CQ20-2：インフルエンザ迅速検査の是非について

・インフルエンザ迅速検査や COVID-19 の PCR 検査などの検体採取では一定の感染リスクを伴う。従って、インフルエンザ迅速検査によって得られるメリットと感染リスクのデメリットを比較し、検査の是非を検討することとなる。

しかし、インフルエンザ検査によって得られるメリットは以下の理由から少ない可能性がある。

- ・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、COVID-19 を完全に否定できるものではないため
- ・現時点において、インフルエンザの発生数は非常に少なく、検査前確率が非常に低く、偽陽性の可能性が高くなるため

もちろんインフルエンザ検査によって COVID-19 の可能性が上昇したり低下したりする可能性はあるが、上記の理由から検査の必要性は十分に検討することが望ましい。

なお、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治療は可能である。臨床的にインフルエンザ感染を疑う場合には治療を躊躇してはならない。

CQ2 0-3：超音波検査やレントゲン検査の是非について

- ・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。
- ・胸部 X 線検査も同様に使用可能であるが、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)
- ・ただし胸部 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。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。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するメリットを有する。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。

CQ2 1：COVID-19 に関する検査は何をどのように選択すればよいか？

在宅診療における COVID-19 に関する検査は主に

- ・核酸検出検査　・抗原定性検査　・抗原定量検査
- などが存在する。

また検体採取の方法は

- ・鼻咽頭　・鼻腔　・唾液

の 3 種類が存在する。いずれの方法も一長一短であり、以下に概要を説明する。

【核酸検出検査：PCR 法・LAMP 法】

PCR 法は感度が高く、COVID-19 において、現時点で最も信頼性の高い検査法である。

しかし、結果が判明するまでに時間を要することが欠点である。PCR 法であってもその検出感度は 100% ではないことに十分注意が必要であり、PCR 検査結果が陰性であっても COVID-19 を強く疑う症状がある場合は引き続き注意深い経過観察と感染対策が必要となる。LAMP 法は PCR 法と比較して感度は若干低下し、偽陽性の報告もあるものの PCR 法と比較して比較的迅速に結果が判明することが知られている。

【抗原定性検査】

PCR 検査と比較して感度・特異度が劣ることが知られているが、診断キットを用いれば 15 分程度で結果が判明する迅速性がメリットである。従って原則として有症状者（発症から 9 日目以内）の迅速な確定診断に用いられる。現時点では無症状者に対する検査および「陰性確認目的」での検査は推奨されないと考えられる。無症状者に対する検査および「陰性確認目的」での検査を行う場合には抗原定性検査の使用は推奨されない。また唾液を用いた検体では抗原定性検査は実施できないことにも注意が必要である。

【抗原定量検査】

専用の機器が必要ではあるが、LAMP 法による検査に匹敵する診断精度を有し、唾液検体や無症状者に

対しても使用できる。診断に要する時間も約 30 分と短い。ただし、検体に不純物が含まれている場合や検体の粘度の高い場合には偽陽性となる可能性（ライノウイルスなどと交差反応する可能性）が報告されている¹⁾²⁾。上記のような検体かつ検査前確率が低い状況で陽性判定が検出された際には PCR 検査による再検査を検討する。

【鼻咽頭からの検体採取】

鼻咽頭から採取した検体が最も検出感度が高いと言われているが、検体採取時に咳やくしゃみを誘発する可能性があり、病原体曝露のリスクが上昇する。被検者にはサージカルマスクを着用させ、口元を覆う。鼻咽頭検体の採取者は、手袋・マスク・長袖ガウン・フェイスシールド（もしくはゴーグル）を装着し、可能な限り咳やくしゃみを誘発させないよう、愛護的に手技を行う。N95 マスクに関しては咳やくしゃみを誘発させずに検体採取できる限りは不要である。指示が通らず、検体採取時に咳やくしゃみに曝露する可能性が極めて高い場合は、N95 マスクを適切に装着することが望ましい。検体採取自体はエアロゾルを発生させないことがわかっている一方で、咳がエアロゾルを発生させるかどうかについて専門家の間でも意見が別れているためである³⁾。

【鼻腔からの検体採取】

症状を有する者に対しての鼻腔からの検体採取は有用であると報告されている。鼻咽頭からの検体採取と比較して咳やくしゃみを誘発しにくく、病原体曝露のリスクが低くなると考えられる。鼻腔からの検体採取におけるデータは未だ少ないことに注意が必要ではあるが、鼻咽頭検体と比較して検出感度は劣らないと報告されている⁴⁾。また実施時は鼻出血のリスクがあるため、唾液からの検体採取とは異なり、医療者の監視のもと行う必要がある。

【唾液からの検体採取】

一般的に鼻咽頭からの検体採取と比較して検出感度が若干劣ると言われているが、検体採取する者の技術に影響されず比較的安定した検出感度を呈するため、鼻咽頭検体の代替選択肢に十分なりえると考える。また検体採取時に病原体曝露のリスクが極めて低いことも利点である。しかし、発症から 10 日以降の検体では診断精度が低下すると言われている。検査には 1-2ml の唾液が必要であり、口腔内が乾燥した高齢者や指示に従えない療養者に対しては実施が困難である。効率よく唾液を採取する方法にはレモンや梅干しの画像を見せること、唾液腺マッサージを行うことなどが有用とされている。

【参考文献】

- 1) Mertens P, et al. Development and Potential Usefulness of the COVID-19 Ag Respi-Strip Diagnostic Assay in a Pandemic Context. *Front Med (Lausanne)*. 2020;7:225.
- 2) Aoki K, Nagasawa T, Ishii Y, et al. Clinical validation of quantitative SARS-CoV-2 antigen assays to estimate SARS-CoV-2 viral loads in nasopharyngeal swabs. *J Infect Chemother*. 2020; S1341-321X(20)30428-1.
- 3) Jackson T, et al. Classification of aerosol-generating procedures: a rapid systematic review. *BMJ Open Respir Res*. 2020;7:e000730.

4) Tu YP, Jennings R, Hart B, et al. Swabs Collected by Patients or Health Care Workers for SARS-CoV-2 Testing. N Engl J Med. 2020;383:494-496.

CQ 2 2 : COVID-19 の PCR 検査結果に数日を要する場合、医療・介護サービスの提供について、どのようなことに留意するべきか？

地域での感染者数が増加した場合、PCR 検査の実施に数日を要するケースがしばしば見られる。

有症状で、検査結果を待っている療養者においては、“COVID-19 陽性者”と同様の扱いを行うべきである。すなわち、介護従事者を感染から守るため、介護サービスを減少させ、医療者のサービス提供の機会を増加させることが必要となる。詳細は CQ 2 6 を参照のこと。

濃厚接触者であったため検査を行った療養者においては CQ 2 4 を参照すること。

CQ 2 3 : 療養者の COVID-19 感染を疑う場合、家庭内感染への予防はどのように指導するべきか？

COVID-19 は家庭内感染が多いことでも知られている。従って、COVID-19 を疑う療養者が居宅内にいる場合、その家族に家庭内感染の予防方法について十分説明する必要がある。

一般的に以下のポイントに注意して説明する。

- ①療養者とそれ以外の方の居室を分けること
- ②療養者のケアを行う家族は限られたもの（可能であれば 1 人）とすること
- ③居宅内でもマスクの着用を行うこと
- ④頻回の手指衛生を行うこと
- ⑤部屋の換気を徹底すること

（積雪が多いなどの理由で部屋の窓を開けられない場合は、トイレ・風呂場・キッチンなどの換気扇を常時作動させ、可能であれば HEPA フィルターを備え付けた空気清浄機を使用する。必要に応じて扇風機などを用いて風の流れを作り、同居家族の居室内に空気が入り込まないように工夫すること）

- ⑥トイレ・洗面所および頻回接触部位を定期的に消毒すること
- ⑦タオルや洗面用具の共有は避けること
- ⑧感染者から出た家庭ゴミは密閉して出すこと
（可能であれば感染者の居室内で 72 時間程度保管してから出すこと）

さらに直接ケアを行う介護者には

- ⑨手袋・長袖ガウンの装着方法
- ⑩ケア前後の手指衛生の方法や感染経路について
を指導することが望ましい。

CQ24：療養者が濃厚接触者となった場合、医療・介護サービスの提供について、どのようなことに留意すべきか？

PCR検査の結果判明までの数日間は”COVID-19陽性者”と同様の扱いを行うべきである。すなわち、介護従事者を感染から守るため、介護サービスを減少させ、医療者のサービス提供の機会を増加させるようサービス内容の調整が必要となる。(CQ26参照のこと)

PCR検査陰性であった場合も、引き続きサービスの提供回数・時間・内容を柔軟に変化させることが許容される。(例えば、「今までは食事を自宅内で調理していたが、濃厚接触期間中は買ってきた惣菜類を提供する」など)

サービス提供時は症状の変化に十分注意し、COVID-19を疑う症状が出現した場合は再検査を行う。

CQ25：療養者の同居者が濃厚接触者となった場合、医療・介護サービスの提供について、どのようなことに留意すべきか？

いわゆる「濃厚接触者の濃厚接触者」となったケースを指すが、原則として療養者が無症状の場合は「医療・介護サービスの提供回数・提供時間を減少させるべきではない」と考える。ただし、CQ24と同様に、適切な感染防護具を着用してケアを行うことは許容される。

療養者の同居者に何らかの症状が現れ、PCR検査で陽性となった場合は、療養者が濃厚接触者となる可能性が極めて高いため、CQ24に準じてサービス内容を調整する。

4) COVID-19 に罹患している療養者への対応について

CQ26：「介護サービスを減少させ、医療者によるサービス提供の機会を増加させる」とは具体的にどのようにすればよいのか？

介護職の中には、感染防御に習熟していない者も多い。介護は在宅療養者の生活基盤であり、介護職の中で COVID-19 が集団発生してしまうと、在宅療養者の生活自体が成り立たなくなる。従って、感染リスクの高い療養者（濃厚接触者や臨床症状から COVID-19 を疑う療養者）に対しては医師・看護師をはじめとする医療職が中心となってケアを行う必要がある。（感染防御の技能を習得した介護職は積極的にケアに参加することが望ましい）

つまり介護職の業務を一時的に看護師が行い、看護師の業務を医師が一時的に行うというものである。これを通常のタスクシフト（包括的指示のもと、医師の業務を看護師が、看護師の業務を介護士が行うこと）と対比し「逆タスクシフト」と呼ぶ。逆タスクシフトの具体例を示す。

例えば 80 歳代・要介護 3・独居の療養者に対し、以下のサービスが入っていたとする。

訪問診療	月 2 回
訪問看護	週 1 回
訪問介護	週 3 回
通所介護	週 3 回
合計	週 7 回

この療養者が COVID-19 を疑う状況におかれた場合、以下のように訪問頻度を変更する。

訪問診療	週 1-2 回
訪問看護	週 3 回
訪問介護	なし
通所介護	なし
合計	週 4-5 回

上記のように訪問頻度は減少し、サービスも減少するため、療養者の生活を最低限保証できるレベルを維持するよう意識する必要がある。これに加え、療養者の急変のリスクが有るため、1 日 2 回の電話相談を行う。

ただし上記案は介護職が感染対策を十分に行えないという前提で作成している。今後、介護職も感染対策を熟知し、十分な感染対策を講じた上で、療養者のケアにあたることができるようになることが望ましい。

CQ27：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？そのような場合に治療を含め、注意することは何か？

療養者は介護を要する高齢であったり、基礎疾患を有していたりする場合が多いため、一般的に宿泊施設での療養の可能性は低い。しかし、病床が逼迫している場合で医師が入院の必要がないと判断したケースでは宿泊療養や自宅療養としてもよいという厚生労働省からの事務連絡もあるため、COVID-19 と診断された療養者が入院調整中に自宅待機を余儀なくされたり、在宅療養を指示されたりするケースが見られている。

このような場合、初期評価時に軽症であっても急速に悪化していく可能性があるため、在宅療養を指示された場合は注意深い観察が必要となる。

まず CQ26 で示したような医療職の頻回訪問および電話連絡が必要となる。また自覚症状のない低酸素血症（いわゆる“happy hypoxia”）がしばしば見られることから、パルスオキシメーターおよび呼吸数による評価を必ず行う。家人が同居している場合は、呼吸数の測定方法について指導する。物資に余裕があればパルスオキシメーターを療養者に貸し出すことも検討する。また、発熱時の解熱薬としては NSAIDs ではなく、アセトアミノフェンを使用することが望ましい。

高齢者や呼吸器系の基礎疾患を有する療養者では、長期間の低酸素血症による呼吸筋疲労を来すこともあり、低酸素血症が見られた場合は在宅酸素を導入する。また身体機能的に可能であれば気管挿管に至らなくとも腹臥位療法を検討しても良い。この際、嘔吐や血栓塞栓症のリスクが有ることに留意する。また前述の通り、COVID-19 では血栓症のリスクが高いとされているため、十分な水分摂取を含む、血栓予防策を講じる必要がある。（CQ27-1・CQ27-2 参照）

抗ウイルス薬およびステロイド薬を含む COVID-19 における在宅での薬物治療の是非については CQ27-1 を参照のこと。現時点で在宅診療というセッティングにおいては、無症状から軽症例を経過観察する際に、強く使用を推奨できる薬剤は存在しないことを申し添える。

CQ27-1 抗ウイルス薬およびステロイド薬を含む COVID-19 における在宅での薬物治療の選択肢としてどのようなものがあるか？

現在、COVID-19 に対して本邦で承認されている薬剤としてレムデシビルおよびデキサメタゾンがある⁽¹⁾。またトシリズマブやファビピラビルも適応外使用として病院内での治療の選択肢となっている。トシリズマブやファビピラビルに関しては企業治験および承認申請待ちの状態であり、在宅医療の現場において、十分な観察ができない状況で使用することは推奨されない。レムデシビルは 2021 年 1 月に「SARS-CoV-2 による肺炎を有する患者」に投与可能となったが、特例承認されたときの審査では在宅投与された患者は 1 例も含まれていないとのことを踏まえると、在宅診療の現場での使用は極めて慎重を要する。今後、病院内でのデータが蓄積された段階で、これら 3 剤の在宅医療での使用は検討されると考えられる。

一方で、デキサメタゾンは入手やその使用が容易であり、在宅医療での使用も検討される。ただし、過去に行われた大規模多施設無作為化オープンラベル試験⁽²⁾では「侵襲的人工呼吸器管理を行っている集団」および「酸素投与を必要とした集団」では死亡率を低下させることが判明している一方で、「酸素投与が不要であった集団」では死亡率は低下しなかったと報告されており、現時点では酸素投与が不要な患者に対してのデキサメタゾン投与は推奨されていない。体重 40kg 以上の場合はデキサメタゾン 6mg（経

口・静注・筋注いずれも可) を1日1回10日間を目安に投与する。なお、体重40kg以下の場合は0.15mg/kgを1日1回10日間を目安に投与する。デキサメタゾン投与時は血糖上昇および消化性潰瘍のリスク上昇が見られるため、必要に応じて血糖測定や消化性潰瘍予防薬の投与を検討する。

抗凝固薬は身体診察・Dダイマー値・エコー所見などで血栓症の診断を行った場合に投与を検討する⁽¹⁾。在宅医療において比較的使用しやすいエノキサパリンも有効性を示した文献が散見されるが⁽³⁾⁽⁴⁾、下肢静脈血栓症の治療におけるエノキサパリンの使用は本邦の保険適応外であることに注意が必要である。DOACの使用に関してはアピキサバンがエノキサパリンと同様に予防投与によって死亡率を低下させるとの後向き研究が存在するが⁽⁴⁾、十分なエビデンスの蓄積には至っていない。また、COVID-19は腎機能障害を併発することもあり、出血の危険性が上昇することもあり、上記の抗凝固薬を在宅医療で使用する場合は腎機能の評価も頻回に行う必要がある。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省：新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療の手引き・第4.1版
- 2) RECOVERY Collaborative Group, et al. Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19 - Preliminary Report. N Engl J Med. 2020; NEJMoa2021436.
- 3) Albani F, et al. Thromboprophylaxis with enoxaparin is associated with a lower death rate in patients hospitalized with SARS-CoV-2 infection. A cohort study. EClinicalMedicine. 2020; 27: 100562.
- 4) Billett HH, et al. Anticoagulation in COVID-19: Effect of Enoxaparin, Heparin, and Apixaban on Mortality. Thromb Haemost. 2020;120(12):1691-1699.

CQ2 7-2 新型コロナに感染し自宅などで療養中の血栓予防についてはどのように指導すべきか？

在宅医療の対象となる方々は、寝たきりや活動の少ない方が多いため元々血栓症のリスクが高いことが想定される。これに加え新型コロナウイルス感染症では、血栓形成がおこりやすくなることが知られており、予防のための指導が不可欠である。

高齢者では心房細動などの有病率も高いため、既に抗凝固薬などの内服をしている方では確実に継続する。また、生活習慣病など他の慢性疾患の治療を継続することや、禁煙の徹底も重要である。

狭い部屋やなどで長い時間座ったり、水分が少ない状態が続いたりすると、足の血行が悪くなり血栓(血のかたまり)ができやすくなるため、その方のADLに合わせた運動やマッサージなどの指導が望ましい。また、水分摂取についても糖分やカフェインなどの摂取量が増えないように注意しながら、一日2L程度の摂取を促すことが推奨されている。

なお、療養中は自覚症状のない低酸素症を早期に発見するためにパルスオキシメーターを貸し出して測定することも検討し、定期的な健康観察を行なう必要がある。

【参考文献】

- 1) 一般社団法人日本呼吸器学会：エコノミークラス症候群(肺血栓塞栓症)に関するQ&A
https://www.jrs.or.jp/modules/citizen/index.php?content_id=152
- 2) 厚生労働省 HP：エコノミークラス症候群の予防のために
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212521_00001.html

3) 八戸市医師会：血栓症の予防のために（別紙）

CQ28：療養者が感染者と判明した場合、自宅の環境消毒や家族の感染対策についての指導はどのように行えばよいか？

P19 「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」を参照のこと。

CQ29：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？

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、マスクの装着・手指衛生を守れない可能性、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。
- ・療養者以外の同居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

CQ30：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？

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、ある特定の特徴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つであるとする。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。

【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>

CQ3 1：COVID-19 確定者が自宅療養を希望した場合、どのように対応するべきか？

現行の感染症法では感染拡大防止の観点から、保健所が入院を求めているにもかかわらず、本人の希望で自宅療養を行うことは推奨されない。しかしながら、保健所と十分相談の上で自宅療養を選択できる可能性はある。従って、自宅療養を希望する COVID-19 に感染した療養者がいる場合はまず保健所に相談することが望ましい。なお、感染拡大防止の観点から、本人が自宅療養を希望する際に、必ず家庭内感染のリスクについて言及する必要がある。また東京都から、「新型コロナウイルス感染症 自宅療養者向けハンドブック」を発行しており、自宅療養を行う場合の参考となる¹⁾。

1) 東京都:新型コロナウイルス感染症 自宅療養者向けハンドブック

<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryu/kansen/zitakuryouyouhandbook.files/zitakuryouyouhandbook0128.pdf>

CQ3 2 : COVID-19 確定者に対し在宅緩和ケアを行う場合、注意すべき点は何か？

CQ3 1 でも述べたとおり、在宅で緩和ケアを受ける前に、自宅療養が選択可能か、保健所との十分な協議が必要である。その上で、在宅緩和ケアを行う場合は以下の2点に特に注意する必要がある⁽¹⁾。

①臨床症状の緩和について

息切れ・呼吸苦に対しては酸素投与を検討する。酸素飽和度の数値よりも臨床症状としての息切れを優先する⁽¹⁾。

薬剤を使用した症状緩和で主に用いられる薬剤は以下の通りである。

- ・発熱・悪寒・せん妄 : 解熱薬
- ・咳嗽・呼吸苦 : オピオイド
- ・興奮 : ベンゾジアゼピン
- ・せん妄・興奮 : 抗精神病薬

オピオイドは通常、呼吸苦の緩和に有効である。COVID-19 は急速に呼吸状態が悪化するため、その投与量の細やかな調整及び頻回のレスキューの使用に対応できるよう、持続皮下注射の使用を積極的に検討する。経口モルヒネの使用も同様に有用であるが、感染のリスクがあるため経肛門投与は避けることが望ましい。なお、投与量の参考として、死亡直前 24 時間のモルヒネの投与量は皮下輸液として 16mg であったとされている⁽²⁾。非がん性疾患におけるオピオイドの使用はしばしば保険適応外使用となるので注意すること。

興奮やせん妄および、最終段階の高度な呼吸困難感に対して、ベンゾジアゼピンや抗精神病薬などの鎮静薬が使用されることがある。これらも必要に応じて皮下輸液の使用を躊躇しないことが望まれる。

[初期投与量の目安]

(1)体温 37.5℃以上の場合：アセトアミノフェン 1000 mg投与

(2)呼吸苦、興奮による高度な苦痛を認める場合

- ・モルヒネ 2.5-5 mg or オキシコドン 2.5-5 mg 経口投与(経口投与困難であれば皮下投与を躊躇しない。皮下投与の際は経口投与量の半量から投与する。)
- ・ミダゾラム 2.5-5 mg 皮下/口腔粘膜投与

②緩和ケアを受けている方とのコミュニケーション

COVID-19 と診断された療養者は、一般的な緩和ケアを受けている療養者と比較して、PPE を装着していることや会話の頻度自体が低下することからコミュニケーション不足に陥ることが予想される。医療従事者は電話やテレビ電話、Web 会議ツールなどを用いて、療養者と親しい人達、医療者と積極的にコミュニケーションをとってもらうよう図る必要がある。また急速な状態の悪化、医療資源の不足などから療養者やその家族の不安が顕著となる場合がある。このような場合のコミュニケーションに悩む場合は vital talk などの資料を活用するのがよい⁽³⁾。

【参考文献】

1) Ting R, et al. Palliative care for patients with severe covid-19. BMJ. 2020; 370: m2710.

2) Turner J, et al. A Dual-Center Observational Review of Hospital-Based Palliative Care in Patients Dying With COVID-19. J Pain Symptom Manage. 2020; 60: e75-e78.

3) 新型コロナウイルス用：VitalTalk コミュニケーション・アドバイス

https://www.vitaltalk.org/wp-content/uploads/VitalTalk_COVID_Japanese.pdf

5) COVID-19 に罹患し、退院してきた療養者への対応について

CQ3 3 : 治癒退院後のサービス開始はいつから、どのように行うべきか？

過去の文献レビューによると、重篤な免疫疾患を有しておらず、かつ軽症から中等症の COVID-19 患者では発症後 10 日を超えて、感染性を有しないとされている⁽¹⁾⁽²⁾。病院入院中の療養者であれば、隔離解除・退院可能となった段階で 10 日が経過していることがほとんどであり、退院直後から速やかにサービスを再開することが望ましい。また、感染性を有していない場合でも PCR 検査陽性が持続する可能性がある。従って、重篤な免疫疾患を有しておらず、かつ軽症から中等症の COVID-19 患者において、サービスの開始を検討するために PCR 検査の陰性を確認することは推奨しない。またサービス再開時には感染前と同様に標準予防策を講じ、空気感染予防策は不要である。

一方、重症患者では発症 20 日間まで感染力を有していたという報告がある⁽¹⁾。また重度の免疫抑制状態の患者（先天性の免疫抑制疾患や造血幹細胞移植後患者など）では発症 60 日程度まで感染力を有していたという報告も存在する⁽³⁾。重症例で 20 日以内に自宅退院する場合（ただし、重症例で 20 日以内に退院することはほとんどない）、および重度の免疫抑制状態の患者に対しては入院先の病院と十分に協議してサービス開始を検討する。

サービス再開に際しては、情報共有のためサービス担当者会議などを要する場合もあるが、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) Rhee C, et al. Duration of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infectivity: When Is It Safe to Discontinue Isolation? Clin Infect Dis. 2020; ciaa1249.
- 2) Cevik, Muge et al. SARS-CoV-2, SARS-CoV, and MERS-CoV viral load dynamics, duration of viral shedding, and infectiousness: a systematic review and meta-analysis. Lancet Microbe. 2021; 2: e13-e22.
- 3) Aydillo T, et al. Shedding of Viable SARS-CoV-2 after Immunosuppressive Therapy for Cancer. N Engl J Med. 2020;383:2586-2588.

CQ3 4 : 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？

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。

CQ3 5：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？

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。

CQ3 6：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？

以下に、医学的判断に基づいた、面会制限の一例を示す。ただし、施設による面会の可否は、医学的判断以外に運営会社の方針によって大きく対応が異なることが多い点に注意する。

CQ3 6-1：状態の安定している施設入所者において、近親者の面会制限は行うべきか？

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。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（CQ37-2・CQ37-3 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（CQ37-2・CQ37-3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、近親者の面会制限は行うべきか？

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则认为する。

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。

CQ3 6-3 : COVID-19 以外の原因で臨死期に至った施設入居者において、近親者の面会者の制限は行うべきか？

CQ37-2 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。

CQ3 7 : 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？

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。しかし対面での面会は原則として困難であり、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。

CQ38：施設内でのゾーニングはいつ行うべきか？またゾーニングの際の注意点はありますか？

本項ではアウトブレイクには至っていない状況での施設内でのゾーニングについて論じる。(アウトブレイク発生時は以下の原理原則に当てはまらない例が多いため、保健所と協働しながらゾーニングを行う必要がある)

施設内での感染拡大防止の原則は「早期発見・早期隔離」である。従って、発熱や呼吸器症状など COVID-19 を疑う症例では早期に PCR 検査を行うことと同時に、早期に他の療養者と隔離することが求められる。この際に、病原体に汚染されている区域と汚染されていない区域を区分けすることを「ゾーニング」と呼ぶ。

ゾーニングの原則は以下の通りである⁽¹⁾。

なお、ゾーニングの例については別途資料を作成しているため、そちらも参照のこと。

- ①清潔区域と汚染区域を明確に区別する
- ②汚染リスクを減らすため、消毒作業の負担を軽減するために、汚染区域は可能な限り狭く設定する
- ③事務所やキッチンなど、職員しか立ち入らない場所は原則として清潔区域とする。
- ④汚染区域に入るときは個人防護具を着用し、汚染区域から出る際に防護具を脱衣する。
- ⑤個人防護具の着脱場所は明確に掲示し、着用場所と脱衣場所は必ず別の場所に設置する。
- ⑥いずれの区域でも換気を励行し、可能であれば清潔区域から汚染区域へ風の流れを作ることが重要である。

「COVID-19 が確定した療養者」と「感染していない療養者」は必ず接触しないようにすることは当然である。ただし、居室スペースなどの問題で COVID-19 が確定した療養者同士を同室にしたり接触したりすることは許容される。(これをコホーティングと呼ぶ)

一方で、「COVID-19 が確定した療養者」と「COVID-19 を疑う療養者 (すなわち PCR 検査結果待ちの場合や PCR 検査の結果は陰性だが臨床上強く疑う場合など)」は同室にしたり接触させたりしてはいけない。同様に「COVID-19 を疑う療養者」と「感染していない療養者」も同室にしたり、接触させたりしてはいけない。

【参考文献】

(1) 国立国際医療研究センター 国際感染症センター：急性期病院における新型コロナウイルス感染症アウトブレイクでのゾーニングの考え方

http://dcc.ncgm.go.jp/information/pdf/covid19_zoning_clue.pdf

7) COVID-19 を疑う職員が発生した場合の対応について

CQ39：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？

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、日常的にリスク分散に関する工夫を行うべきである。

以下に対処例を示す。

- ・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、食事中の会話も可能な限り控えるようにする

CQ40：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？

感染者が発生した場合、原則として管轄保健所による積極的疫学調査が行われる。疫学調査の結果、最終的に保健所が濃厚接触者を判定することとなる。しかし、この疫学調査には数日を要することもあり、以下の濃厚接触者の要件に該当する療養者やその家族にあらかじめ連絡し、感染防止のための対応および保健所への協力を依頼することが望ましい。

【濃厚接触者の要件】

患者の発症 2 日前から隔離開始までの間に

- ・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。

【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（2021年1月8日版）<https://www.niid.go.jp/niid/images/epi/corona/COVID19-02-210108.pdf>

CQ4 1：訪問看護ステーションに感染者が現れ休止を余儀なくされた場合、どのように対応するか？

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、まずは業務代行を行ってくれる事業所を探すことが望ましい。訪問看護ステーションの利用者で濃厚接触者が存在する場合は特別訪問看護指示書を活用することで業務代行の促進につながる可能性がある。

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ころ。

このような自体に陥らないためにも、訪問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。

CQ4 2：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？

COVID-19に罹患した、もしくは疑われる医療職・介護職の復職基準については、一般人と同様に扱う。すなわち、COVID-19に罹患し、軽症～中等症であった場合は発症した日（無症状の場合はPCR検査を行った日）を0日とし、10日目には隔離解除されるため、この段階で復職してもよい。なお、軽症～中等症の場合、復職に当たりPCR検査で陰性を証明することは不要である。重症の場合や、重度の免疫抑制状態でCOVID-19に罹患した場合は、感染力が遷延している場合があるため、診断・入院した先の医師と十分な協議を行うことが望ましい。また本人の体力や精神状態、希望なども総合的に判断した上で、復職を検討することが望ましい。

濃厚接触によって、COVID-19が疑われる場合は、14日間の就業制限を行うことが望ましい。ただし、無症状の場合は在宅勤務は可能である。

CQ4 3：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

CQ4 3-1：診療所において、医師が COVID-19 に感染または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？

グループ診療を行う診療所などで医師が COVID-19 に感染または濃厚接触した場合、院内で他の医師が対応可能な場合はそのまま訪問診療を継続することを第一に検討すべきであるが、医師・スタッフが濃厚接触などに該当する場合も考えられるため、その場合でも訪問回数・滞在時間の再検討やオンライン診療の活用、適切な防護具の使用などを組み合わせることにより、患者・家族・他のスタッフへの感染拡大のリスクを最小限にすることを心がける必要がある。

また、医師が 1 人のみの診療所である場合、院内スタッフの複数が感染または濃厚接触に該当し自院での訪問診療の継続が困難となった場合は、他院からの医師・スタッフの応援を依頼するか、または適切な情報提供を行うことで、他院への迅速な引継ぎを行う。その場合、医師会などにおいてあらかじめ応援・連携体制を構築しておくことも有効である。この場合の情報共有においては、地域で用いられている ICT 情報共有ツールの活用や、地域共通の情報共有フォーマットがある場合は十分に活用し、ケアマネージャーや訪問看護ステーションとの連携と合わせて可能な限り迅速かつスムーズな支援・移行を行うことが望ましい。

CQ4 3-2：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？

訪問看護ステーションにおいて感染者や濃厚接触者が多発し、訪問看護が継続不能になった場合、その期間の訪問看護業務を何らかの形で円滑に代替する必要がある。その場合、他のステーションからの応援職員を臨時職員とすることで、同ステーションからの訪問看護として継続することも考えられるが、事業所自体が事業休止を求められる場合があり、また支払いについての合意の問題など制度上煩雑な面もあるため、一定期間限定で他の事業所に訪問を引き継ぐ形が現実的である。その場合、多くの地域ではケアプラン上サービスを提供する訪問看護ステーションの変更は、「軽微な変更」として扱われ、また、主治医からの訪問看護指示書についても厳密な運用が困難な場合でも適切な情報提供・連携を行い可及的速やかに発行することで対応可能となっている。この場合にも、あらかじめ地域において連携の取り決めを行う試みや、ICT を用いた情報共有やオンラインでの必要に応じた支援などを行う取り組みがなされており、参考にされたい。

【参考文献】

(1)八戸地域訪問看護協議会：訪問看護ステーション連携協力システム

CQ4 3-3：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？

訪問介護事業所において監査は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には、それぞれの患者・利用者の担当ケアマネージャーと相談・連携の上、多事業所への引き継ぎを行うことが必要となる。この際には、ケアマネージャーからの情報共有とともに、事業所間での情報共有も必要となる。介護施設での情報を共有可能な ICT などで共有していない場合でも、地域の医療介護連携の仕組み

で活用されている ICT ツールなどがあれば、行政・医療機関などの協力も得て活用すべきである。
また、介護事業所が休業要請などを受け、支援や感染対策などのため通常以上の費用が必要となった場合などには、サービス継続のためのかかりまし費用についての公的な支援を受けることが可能であることから、都道府県・指定都市・中核市の担当窓口へ必要に応じ相談を行う。

【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等に対するサービス継続支援事業の実施について

<https://www.pref.kanagawa.jp/documents/64005/keizokushien.pdf>

CQ4 4：スタッフの心のケアについて、どのようなことに留意すればよいか？

COVID-19 という疾病そのものだけではなく、目に見えないという感染症の特性による「不安や怖れ」とそれによって引き起こされる「嫌悪・差別・偏見」がスタッフのストレスとなり心のバランスを崩しやすいとされる。このストレスに対しては医学的対応・セルフケア・コミュニケーション・コミュニティーレベルでのサポート・行政レベルでのサポートなどの多面的な対応が必要になる。

まず自分自身で出来ることとして、個人のセルフケアがあげられる¹⁾。

【セルフケアの一例】

- ・ 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

また、このような状況で働くスタッフの心の健康を維持するためには本人の努力（セルフケア）だけではなく、上司や施設管理者からのサポートも必要である²⁾。

【職場の上司・施設管理者が行うべきことの一例】

- ・ 最新情報の提供や発信
- ・ 感染防御に関するルールと業務手順の策定
- ・ 感染防御に関する教育
- ・ 活動に対するねぎらいや感謝、承認
- ・ 短時間でも良いので、活動後・勤務後の振り返りができる環境づくり
- ・ 業務・担当・ローテーション等の仕組み作り

- ・精神保健支援:個人面談・相談窓口の紹介(内部・外部)
- ・感染した職員と家族への配慮・対応

上記は一例であり、詳細は参考文献を参照のこと。

また、医療職・介護職向けのメンタルヘルス相談窓口も存在するため、積極的に活用すること⁽³⁾⁽⁴⁾。

【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
- 2) 日本赤十字社：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 http://www.jrc.or.jp/activity/saigai/news/200330_006139.html
- 3) 日本看護協会：看護職を対象とした新型コロナウイルス感染症に関するメール相談窓口（メンタルヘルス）
<https://www.nurse.or.jp/question/31617e34d37169ae1545160889c34702/mail.cgi>
- 4) 厚生労働省老健局：新型コロナウイルス感染症に対応する介護施設等の職員のためのメンタルヘルス相談窓口の設置について
<https://www.yurokyo.or.jp/pdf.php?menu=item&id=3112&n=1>
- 5) 医療法人社団 悠翔会：新型コロナウイルス在宅療養支援ガイド
https://www.yushoukai.org/1#_9

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