

在宅医療における新型コロナウイルス感染症対応 Q&A (改訂第4版)

2021年10月1日

はじめに

日本在宅医療連合学会は2020年3月に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「在宅医療における新型コロナウイルス感染症(COVID-19)対応Q&A集」(第1版)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月には新たなQ&Aを追加した第2版を、2021年2月には第3版を発行しました。

特に第3版では、年末年始以降のCOVID-19流行よってもたらされた状況、すなわち、隔離する病床や宿泊療養の部屋の逼迫による無症状あるいは軽症者で併存疾患のない自宅療養者の増加、さらには、併存疾患をもつ人あるいは高齢者も含めた自宅療養という自宅待機者の増加、高齢者施設でのクラスター発生などを受けて、在宅医が積極的に、感染対策、陽性者あるいは濃厚接触者の感染対策に関与する体制を念頭に置いた記述を行いました。

また、この第3版では、「このような状況を打開するためには、保健所と第2種感染症指定機関等(協力病院を含む)の連携だけでなく、医療関連団体(地域の医師会を含む)、市町村行政担当者、福祉施設や福祉事業所および介護関連団体の連携体制の下で感染対策を行う、災害時の健康危機管理の理念および手法を導入すべきであり、地域全体の連携体制を急いで構築することが緊急課題である」との提言を行いました。

この後、第4波が到来し、特に関西地方ではCOVID-19患者の著増に対応が間に合わず、結果的に自宅療養者が急増。病状が悪化しそのまま自宅で亡くなる事態も起きました。そして、今回の第5波では、変異株(デルタ株)の影響もあり、東京を中心とする首都圏で同様のことが起こりつつあります。

自宅療養者に対しては、従来から保健所等の健康観察が行われていますが、これは医療支援ではなく、生活支援の一部であることより、自宅療養者(COVID-19患者)は医療支援を全く受けることが出来ないままの状態に置かれていることが、皆保険制度のある日本で起きていることとなります。この状況を改善する、少なくとも自宅療養となった時点から医療支援を受けられ、症状や不安に対して適切な医療(相談や治療を含む)が提供されるためには、オンライン診療(電話診療を含む)および必要時の往診・訪問看護が行われる体制を作る必要があります。

そして、この体制には、地区医師会の中で在宅医療を実践する医療者が積極的に関わっていくことが必要です。

今回の改訂版(第4版)では、このための具体的な対応方法を治療方法も含めて記載しました。在宅医療の現場にかかわる全ての職種に役立てていただきたいと思います。

一般社団法人 日本在宅医療連合学会 代表理事 石垣泰則
新型コロナウイルス対策ワーキンググループ座長 蘆野吉和

目 次

I COVID-19 の感染予防のための基本的知識	7
1) 標準予防策の徹底	7
2) 状況に応じた感染経路別予防策の追加	7
3) 標準予防策・感染経路別予防策と PPE の選択	7
<標準予防策>	8
<感染経路別予防策>	8
<PPE (個人防護具)>	10
4) 環境消毒	11
II COVID-19 対策の基本的戦略	13
1) 感染拡大防止対策 (感染制御)	13
2) COVID-19 患者の早期発見による早期隔離	14
3) COVID-19 患者への医療体制の確保	14
4) 既存の医療体制 (在宅医療を含む) の堅持	14
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	15
6) 地域住民の不安への対応	15
III 在宅医療における COVID-19 への対応 (一般的事項)	16
1) 在宅医療の現場における COVID-19 対策の原則	16
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対策	17
3) 発熱療養者への対応	18
4) COVID-19 が疑われた場合の在宅医療現場の感染対策	19
5) 濃厚接触者と認定された場合の在宅医療現場の感染対策	21
6) 検査陽性者と認定された場合の在宅医療現場の感染対策	22
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	22
8) 医療あるいは介護スタッフが検査陽性者と認定された場合の療養者への対応	23
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)	24
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)	24
2) COVID-19 が疑われた場合の高齢者介護施設等の感染対策 (2021 年 9 月時点での状況下における具体的対応手順)	26
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) の感染対策	28
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) の感染対策	28
5) 検査陽性者と認定された場合の高齢者介護施設等の感染対策	28
6) 検査陽性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) の感染対策	29
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対策	30
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) の感染対策	30

V 在宅医療現場における COVID-19 の Q&A	32
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？	32
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？	33
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？	34
CQ4：職員への教育はどのように行えばよいか？	35
CQ5：PPE (Personal Protective Equipment (個人用防護具)) を含めた資機材の管理をどのようにすればよいか？	36
CQ6：BCP とは何か？どのように作成するのか？	37
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？	38
CQ8：新型コロナウイルスへの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？	39
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？	40
2. 一般的な居宅訪問について	
CQ10：実際の訪問前に行うべきことはあるか？	41
CQ11：療養者を診察する際の PPE はどのようにすべきか？	42
CQ11-1：一人で訪問した場合の、PPE 等の着脱はどのようにしたらよいか。	42
CQ11-2：PPE の脱衣場所および脱衣した PPE 等の処理はどうしたらよいか。	42
CQ11-3：N95 マスクはいつ装着するのか。装着の際に注意すべきことはあるか？	43
CQ12：往診車両の環境管理はどのように行うべきか？	45
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。	46
CQ14：感染対策として「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？	47
CQ14-1：フレイルへの対策	47
CQ14-2：抑うつへの対策	48
CQ15：独居療養者の感染対策としてどのような対応が必要か？	49
CQ15-1：身体機能が低下し外出できない療養者への対応	49
CQ15-2：認知機能が低下した療養者への対応	49
CQ16：精神疾患のケアに関わる際に注意すべきことは？	51
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？	52
CQ17-1：新型コロナウイルスへの感染の可能性が極めて低い場合	52
CQ17-2：COVID-19 と診断されている、あるいは罹患の可能性が否定できない場合	52
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？	55
CQ18-1：COVID-19 と診断されている場合	55
CQ18-2：COVID-19 の可能性が否定できない場合	55

CQ 1 8-3 : COVID-19 患者が自宅で亡くなった場合の遺体の扱い方	55
3. COVID-19 を疑う療養者への対応について	
CQ 1 9 : どのようなときに COVID-19 を疑うか?	57
CQ 2 0 : 発熱した療養者の具体的診察法はどのようにすべきか?	59
CQ 2 0-1 : 聴診を含めた身体診察の是非について	59
CQ 2 0-2 : インフルエンザ迅速検査の是非について	59
CQ 2 0-3 : 超音波検査やレントゲン検査の是非について	59
CQ 2 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?	61
CQ 2 1-1 : 高齢者施設等における抗原定性検査の活用に関して	62
CQ 2 2 : COVID-19 を疑い PCR 検査を行ったが、結果判明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?	63
CQ 2 3 : 療養者の新型コロナウイルス感染を疑う場合、家庭内感染への予防はどのように指導すべきか?	64
CQ 2 4 : 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?	65
CQ 2 5 : 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?	66
4. COVID-19 に罹患している療養者への対応について	
CQ 2 6 : COVID-19 に罹患した療養者に対する医療・介護サービスの提供はどのようにすればよいか?	67
CQ 2 7 : 療養者が COVID-19 と診断され、保健所などから自宅療養を指示された場合、治療を含め、注意することは何か?	69
CQ 2 7-1 : COVID-19 における酸素療法について注意すべきことはあるか	69
CQ 2 7-2 : 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?	71
CQ 2 7-3 : COVID-19 に罹患し自宅などで療養中の方への血栓予防についてはどのように指導すべきか?	73
CQ 2 7-4 : COVID-19 に罹患し自宅で療養している方に対する深部静脈血栓症の早期発見について注意すべきことはあるか?	73
CQ 2 7-5 : COVID-19 患者の深部静脈血栓症の予防目的の薬剤投与にはどのような選択肢があるか?	74
CQ 2 7-6 : 非挿管患者の腹臥位療法 (いわゆる awake-proning) についての有用性は? 行う場合の方法と注意点は?	75
CQ 2 7-7 : 患者が急増し酸素濃縮器が不足してきた場合、どのように効率的な運用を行うべきか?	76
CQ 2 8 : 療養者が COVID-19 患者と判明した場合、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?	78

CQ 2 9 : 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？	79
CQ 3 0 : 在宅医療を受けている乳幼児・小児が濃厚接触者となった場合、あるいは COVID-19 に罹患した場合、どのように対応すべきか？	81
CQ 3 1 : COVID-19 患者やその家族、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？	83
CQ 3 2 : 療養者が COVID-19 に罹患し、自宅療養を希望した場合、どのように対応すべきか？	85
CQ 3 3 : COVID-19 患者に対し在宅緩和ケアを行う場合、注意すべき点は何か？	86
5. COVID-19 に罹患し、退院してきた療養者への対応について	
CQ 3 4 : 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？	88
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	
CQ 3 5 : 複数の医療機関が訪問診療する施設の感染対策はどうしたらいいか？	90
CQ 3 6 : 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？	91
CQ 3 7 : 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？	92
CQ 3 7-1 : 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？	92
CQ 3 7-2 : 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？	93
CQ 3 7-3 : COVID-19 以外の原因で臨死期に至った施設入居者において、近親者の面会制限は行うべきか？	94
CQ 3 8 : 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？	95
CQ 3 9 : 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？	96
7. COVID-19 を疑う職員が発生した場合の対応について	
CQ 4 0 : 自院スタッフから感染者が出た場合、2 週間は電話再診と緊急往診の対応でよいか？	97
CQ 4 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？	98
CQ 4 2 : 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？	99
CQ 4 3 : 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？	100
CQ 4 4 : 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	101
CQ 4 4-1 : 診療所において、医師が感染または 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、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？	101

CQ 4 4-2：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？	101
CQ 4 4-3：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？	102
8. ワクチンについて	
CQ 4 5：ワクチンの効果はどれくらいあるのか？重症化や他者への感染を防ぐこともできるのか？	103
CQ 4 6：ワクチンの副反応にはどのようなものがあるのか？また、どのように対応すればよいか？	104
CQ 4 7：副反応を防ぐために予防的な解熱鎮痛薬の内服を行ってもよいか？	105
CQ 4 8：在宅療養者にワクチン接種を行う際、ワクチンを持って移動する必要がある。このときに注意すべきことや工夫すべきことはあるか？	106
CQ 4 8-1：接種を円滑かつ無駄なく行うための計画	106
CQ 4 8-2：接種場所への運搬	106
CQ 4 8-3：接種後の経過観察	107
CQ 4 8-4：在宅での副反応対応	107
CQ 4 9：ワクチンを2回接種すれば濃厚接触者にならないか？ワクチンを2回接種したあとも基本的な感染対策は継続しなければならないか？	109
CQ 5 0：新型コロナに罹患した場合もワクチンを接種する必要はあるか？罹患後どのくらいあけて接種すべきか？	110
CQ 5 1：ワクチン接種を希望しない療養者が、入所介護施設や通所介護施設を利用する場合に不当な差別を受けることが懸念される。これに対し、どのような配慮を行えばよいか？	111
9. その他	
CQ 5 2：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？	112

I COVID-19 の感染予防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、膣等）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 Equipment：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) 状況に応じた感染経路別予防策の追加

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追加するのが感染経路別予防策である。感染経路別予防策としては、接触感染予防策、飛沫感染予防策、空気感染予防策があるが、COVID-19 の疑いあるいは確定例では、医療施設に於いて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) 標準予防策・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と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、感染対策に関する基本的な知識をしっかりとち、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標準予防策、感染経路別予防策と状況に応じた PPE の使用である。

<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手指消毒薬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、適切に外し、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。

<感染経路別予防策>³⁾

①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、床や壁など、ほとんど手を触れない箇所の消毒は労力のわりには効果が乏しいため省略してよいことなど家族や介護施設関係者に指導する。
- ・なお、接触感染予防策で最も重要なのは、手指衛生であることを常に念頭に置く。

②飛沫感染予防策

療養者に咳やくしゃみなど症状があり、飛沫感染がおりやすい可能性がある場合に行う感染対策である。今回の COVID-19 では、主な感染経路が飛沫感染であり、COVID-19 患者に接する際には飛沫感染予防策は必要な感染対策である。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 1～2 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 2 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。
- ・目に飛沫を浴びる可能性がある時には、目の保護（ゴーグルやフェイスシールドの着用）を行う。
- ・療養者がマスクを着用できない場合（認知症等による）に近距離で対面となる介護を行う場合には、ビニールエプロン、マスク、フェイスシールドを着用する。
- ・室内の換気を保つ。特に室内での空気の流れ、外気が取り入れられ、室内の空気を外部に出すことを意識することが大事である。

③空気感染予防策

空気感染とは病原体となる微生物を含む $5 \mu\text{m}$ 以下の飛沫核が長時間空気中を浮遊し、空気の流れによって広範囲に感染を引き起こすもので、病原体としては、結核、水痘、麻疹などがある。

空気感染予防策としては、N95 マスクの着用と陰圧室の使用が必要とされている。

COVID-19 が空気感染にあたるかどうかについては、まだ議論がなされているが、空気感染と飛沫感染との中間ともいえるエアロゾル感染としての対応の必要性および重要性は喚起されている。エアロゾル感染への対応は、在宅（自宅対応はおよび施設）での対応として念頭に置くべき事項である。

④エアロゾルへの対策

エアロゾルとは、気体中に浮遊する微小な液体または固体の粒子と周囲の気体の混合体（ $0.001 \mu\text{m} \sim 100 \mu\text{m}$ 程度）（日本エアロゾル学会の定義）であり、特にウイルス量の多いデルタ株では換気の悪い密閉された空間において、ウイルスを含むエアロゾルから感染する可能性が指摘されている。

COVID-19 診療の手引き（第 5.3 版）では、感染経路として「エアロゾル感染は厳密な定義がない状況にある。SARS-CoV-2 は密閉された空間において短距離でのエアロゾル

感染を示唆する報告があるが、流行への影響は明らかではない。患者病室などの空間から培養可能なウイルスが検出された報告がある一方、空気予防策なしに診療を行った医療従事者への二次感染がなかったとする報告もあり、現在の流行における主な感染経路であるとは評価されていない。医療機関では、少なくともエアロゾルを発生する処置が行われる場合には、空気予防策が推奨される。」との記載がある。

したがって、在宅現場でこのエアロゾル感染を意識した対策としては以下の対応が必要である。

- ・室内の換気については、常に空気の流れがあるように意識する。
- ・1～2 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、パンデミックが起こった時もっとも不足がちなので、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。

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（*）を着用する。咳やくしゃみをしている療養者では不織布のマスク（可能な限りサージカルマスクが望ましいが、布マスクでも可、ウレタンマスクは不可）をしてもらう。サージカルマスクをはずす時には紐だけ持って外し、そのまま捨てる。

*不織布のマスクには様々な性能の違いがあり、その性能がパッケージに表示されている。PEE とは「微粒子濾過効率」で、約 $0.1\mu\text{m}$ サイズの粒子をどれくらい濾過できるかの表示である。VFE とは「ウイルス濾過効率」で、約 $0.1\mu\text{m}\sim 5\mu\text{m}$ のウイルスが含まれた粒子がどれくらい濾過（捕集）できたのかの表示である。BFE とは「細菌濾過効率」で、約 $3\mu\text{m}$ の細菌を含んだ粒子がどれくらい濾過できるかの表示である。サージカルマスクとはアメリカの ASTM（American Society for Testing and Materials）という機関が認定した規格のレベル 2、3（PFE 98%以上、BFE 98%以上、血液不浸透性、呼吸抵抗 $6.0\text{ mm H}_2\text{O}/\text{cm}^2$ ）を満たしているもので、特に血液不浸透性や長期間の装着での快適性が求められる。

- ・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、不足しがちであることから、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、接触感染する感染症に罹患している場合には、あらかじめ手袋とガウンあるいは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。また、高齢者で認知機能が低下している人ではマスクの着用が困難であることが多く、濃厚接触となる介護の際にはフェイスシールドの着用を心掛けることは感染予防として必要である。

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。シューズカバーの着用は、日常的に清掃されている環境では必要がないとされているが、状況において判断する。

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、消毒用アルコールおよび次亜塩素酸ナトリウム水溶液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）

COVID-19 患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 14 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 COVID-19 患者の症状の状況あるいは周辺の環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 COVID-19 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。

② 適切な感染防護（マスクなど）無しに COVID-19 患者（確定例）を診察、看護若しくは介護していた者。

③ COVID-19 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。

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、「COVID-19 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 COVID-19 患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、COVID-19 患者が適切にマスク（布マスクを含む）を着用していること、接触感染予防策として、COVID-19 患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 COVID-19 患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には標準予防策に加え接触感染予防策と飛沫感染予防策（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は PCR 検査を行い陰性が確認されたのちに最終接触日より 14 日間の健康観察が要請される（令和 2 年 5 月 29 日改定）。

2) COVID-19 患者の早期発見による早期隔離

無症状 COVID-19 患者を含め、COVID-19 患者を早期に発見し、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。このため、特に高齢者施設等で陽性者が発生した場合には、「当該施設の入所者及び従事者全員を原則対象とした検査を速やかに実施する」（令和 2 年 11 月 19 日事務連絡）、「COVID-19 患者が多数発生している地域やクラスターが発生している地域においては、COVID-19 患者が一人も発生していない施設等であっても、その期間、医療機関、高齢者施設等に勤務する者、入院・入所者全員を対象に、いわば一斉・定期的な検査の実施を行う」（令和 2 年 9 月 15 日付 事務連絡、11 月 16 日付 事務連絡）、こととなっており、積極的な検査が望まれる。

また、国の抗原簡易キット配布事業（令和 3 年 6 月 9 日付け事務連絡）も行われており、症状のある職員（施設管理者の判断により利用者）の迅速な検査を行うことも可能となっている。

3) COVID-19 患者への医療体制の確保

COVID-19 患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。しかし、第 3 波以降では、COVID-19 患者の受け入れ病床が不足し、自宅療養が余儀なくされている状況があり、特に高齢者の自宅療養、あるいは、施設入居者の施設での療養においては、在宅医療の関わりが必要となっている。また、施設でのクラスターの発生が、地域の医療体制の崩壊につながる可能性がある場合には、当該施設での対応が求められる場合もあることを念頭に置いて事前に地域で対応策を話し合っておく必要がある（「新型コロナウイルス感染症の医療提供体制の整備に向けた一層の取組の推進について」令和 3 年 2 月 16 日厚生労働省新型コロナウイルス感染症推進本部事務連絡）。

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 COVID-19 患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 流行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策、接触感染予防策、飛沫感染予防策、PPE の適切な着脱方法、環境消毒法等の感染対策最低限必要な知識・技能の教育、④COVID-19 罹患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対策の指導および医療および介護従事者の感染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 患者あるいは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・曝露リスクの高い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、あるいは感染曝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、適切な感染対策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 患者との接触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（COVID-19 患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 COVID-19 患者が発生した情報が提供されるということはあるとはならない。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 PPE を使って感染対策がなされているが、在宅の現場では、一人に対し一式の PPE 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 PPE がい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対策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、日常的に行える COVID-19 の感染対策についての留意事項を伝える。
- ・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対策を事前にシミュレーションしておく。
- ・治療やケアを行う場合には、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）では手洗いを励行する。
- ・できるだけ不用意に周囲環境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対策に責任を持ち、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、なにもかも不足しがちな在宅医療の現場で、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 の感染対策に関する注意喚起：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 患者との接触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、フェイスシールドを着用する。本人および家族に症状の経過、病状の経過、および COVID-19 罹患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。

- ・COVID-19 罹患の可能性が高く、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。

(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、検査にまわす、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

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。

【訪問診療あるいは往診で診察を行う場合】

(軽症の場合)

診察により症状が軽症(呼吸器症状なし、咳のみで息切れなし、SpO₂96%以上)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。なお、感染曝露リスクが低いにも関わらず、迅速キット陽性となった場合には、PCR 検査での再検査を行うことが必要となる。

(中等症の場合)

診察により症状が中等症（息切れあり、SpO₂96%以下 93%以上）であることが確認された場合は、COVID-19 であれば、病状が急速に変化する可能性があり、可能であれば迅速キットを用いて現場で検査を行った上で、陽性であれば、当該保健所に連絡をし、受け入れ病院に搬送する。陰性であれば、救急対応病院に受け入れを打診する。

(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感染予防策・接触感染予防策を徹底する（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、ゴーグルあるいはフェイスシールドの着用）
- ・診察前の手指消毒および診察終了時等の手指消毒を徹底する

手順3： 検査結果が出るまで等の対応

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、濃厚接触者としての対応（自宅での標準予防策、飛沫および接触感染予防策）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、会食・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、必要に応じて医師の判断で PCR 検査を行う（なお、医師が必要と認めた場合には行政検査となる）。

- ・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、食事中对面で会話しない。

(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

- ・感染曝露リスクが高いと判断される場合には、早めのPCR検査を勧める。
- ・基本は、検査結果がわかるまでは、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よう助言する。

5) 濃厚接触者と認定された場合の在宅医療現場の感染対策

(1) 療養者（自宅）が濃厚接触者と認定された場合

- ・在宅医療を受けている病状にもよるが、病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、濃厚接触者としての対応（自宅での標準予防策、飛沫および接触感染予防策）を助言する。
- ・COVID-19類似の症状が発現した場合には、再度PCR検査を行うこととなるため、可能であれば診察を行い、検体採取（行政検査）に協力する。

(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。

- ・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
- ・直接触れ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

症状が出て再度の PCR 検査で陽性となる確率は高くないが、その場合には入院となるため、療養者の介護体制について、あらかじめケアマネジャーと相談しておくことを助言する。

6) 検査陽性者と認定された場合の在宅医療現場の感染対策

①療養者が検査陽性者と診断された場合

療養者が検査陽性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の隔離となる。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保健所と対応を相談する。なお、地域での蔓延により入院する病床がなく、自宅で待機せざるを得ない状況では、保健所と相談の上で、委託を受け、診察あるいは健康観察することも考慮する。また、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同居家族が検査陽性者と診断された場合

同居家族が検査陽性者と診断され、家族介護に関わっている場合には、通常は保健所の指示により療養者の PCR 検査が行われる。その結果、陽性と判断されれば療養者も入院となるが、陰性の場合には濃厚接触者となり、介護者がいない状況になる可能性がある。この場合には、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が考慮される。

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、開くことのできる窓とドアのある部屋）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、石鹸と流水を使用する。
- ・石鹸と流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不織布マスクを渡し使用してもらう。不織布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水溶液（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検査陽性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、手指衛生をこまめに行う。
 - ・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検査陽性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、ワクチン接種に期待が寄せられているものの、COVID-19 の収束にはまだまだ時間がかかると考えられる現状では、高齢者介護施設および高齢者介護事業所での COVID-19 対策は依然として最も重視すべき事項である。

すでに、日本各地で高齢者施設・事業所でクラスターが発生していることより、9月以降、厚労省より高齢者施設・事業所の感染対策を強化するよう通達が発せられ、また、対応のためのガイドラインや手引きが発行されている。しかし、具体的な指導や研修体制の構築、クラスター発生に備えた地域の支援体制の構築はまだ不十分であるのが現状であり、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、日ごろから標準予防策に則った対策を励行すること、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眼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施設外からウイ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イ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

②COVID-19 患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

検査陽性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、常に物理的距離をとること、マスクの着用、頻回の手指衛生、共同で触れる可能性のある環境表面のこまめな消毒等、標準予防策の励行を心がけると共に、検査陽性者が発生した時の隔離や適切なPPEの使用、検査陽性者が過ごすエリアとその他の利用者が過ごすエリアを分ける（ゾーニング）。

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・接触感染予防策および状況に応じてフェイス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、COVID-19対策による感情面、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対策（2021年9月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 罹患が疑われ、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。

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（COVID-19 患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、PCR 検査のための検体（唾液、鼻腔拭い液であれば検体採取にあたっての危険性は少ない）を採取し、できるだけ早く検査結果が得られるようにする。なお、抗原定性キットを用い施設で迅速診断を行うこともできる（この場合、鼻腔拭い液の検体採取と検

査はその研修を受けた職員に依頼することもできる)。

【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、対面の診察を行わず直接、COVID-19病床を持っている病院へ紹介することが望ましい。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。

【訪問診療あるいは往診で診察を行う場合】

（軽症の場合）

診察により症状（呼吸器症状なし、咳のみで息切れなし、SpO₂96%以上）、周囲の状況（感染曝露リスク）からCOVID-19の可能性が高いと確認された場合は、本人自身が唾液や鼻腔拭い液の検体を採取できれば採取した検体を用いて、それが不可能であれば、訪問の上で採取した検体を用いて検査を行い、できるだけ早く検査結果を得ることが、その後の対応において重要である。

（中等症の場合）

診察により症状が中等症（息切れあり、SpO₂96%以下93%以上）であることが確認された場合は、COVID-19であれば、病状が急速に変化する可能性があり、可能であれば迅速キットを用いて現場で検査を行った上で、陽性であれば、当該保健所に連絡をし、受け入れ病院に搬送する。陰性であれば、救急対応病院に受け入れを打診する。

（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、受け入れ先を決め、救急車等で搬送する。なお、COVID-19を疑う入所者の搬送においては、事前に保健所等（消防署、医師会、受け入れ病院、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（あるいは不織布マスク）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。PCR

検査は医師が必要と認めれば行うことができ、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、積極的に検査を行うよう通達が出されている。

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。PCR 検査は医師が必要と認めれば行うことができ、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、積極的に検査を行うよう通達が出されている。

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 罹患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。PCR 検査は医師が必要と認めれば行うことができ、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、積極的に検査を行うよう通達が出されている。

5) 検査陽性者と認定された場合の高齢者介護施設等の感染対策

(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 COVID-19 患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。

- ・保健所が行う積極的疫学調査に協力し、できるだけ早めに濃厚接触者の特定を終えるようにする。このため、施設側で接触者の一覧表（接触の内容、接触時のマスクの着用の有無、接触の時間等）を作成していると作業は短時間で終わる。
- ・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し、一定の期間をおいて再度検査を行うことも考慮する（関係している医師が必要と認めれば行政検査として行うことが可能であり、また、事前に保健所と相談することもできる）。
- ・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、一般的に陽性者が少なければ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が、地域の感染状況によっては、陽性者が少なくても入院できないこともある。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こととなっているが、専門業者による大掛かりな消毒は必要ない。
- ・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) 検査陽性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）の感染対策

(1) 利用者が検査陽性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検査陽性者が出た場合には、施設スタッフの不安が強く、離職者もでる可能性があり、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) 施設スタッフが検査陽性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検査陽性者が出た場合には、施設スタッフの不安が強く、離職者もでる可能性があり、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。なお、トイレの水を流すときは蓋を閉めて流す。
- ・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。
- ・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。
- ・感染した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。
- ・感染した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

CQ 1 : 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？

A 1 :

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

CQ 2～9 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のか？

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 に関する自施設の子防策
- ・ 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COVID-19に関する情報を入手する
- ・COVID-19に関する勉強会・講習会に出席する
- ・COVID-19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。最近は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（Personal Protective Equipment（個人用防護具））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るのではない。

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：

事業継続計画（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COVID-19にも利用できる「緊急時の対応マニュアル」である。しかし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、完璧な診療継続計画を作ることではなく、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に、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・ゾーニング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（新型コロナウイルスをはじめとする病原性微生物の汚染がない場所）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、マスクの着用なしでの会話は控える
- ・ 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
- ・ 髪が長い場合髪の毛を束ねておく（特に前に垂れてこないようにする）
- ・ 指輪等の装飾品や時計を外しておく

CQ8：新型コロナウイルスへの感染が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？

新型コロナウイルスへの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

PPE（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

新型コロナウイルスへの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い。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

事前情報から新型コロナウイルスへの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。

CQ10：実際の訪問前に行うべきことはあるか？

特に COVID-19 流行期においては、訪問の前に電話連絡を行い、介護者や家族を含め COVID-19 が疑われる病歴・症状がないか、流行地にいる家族などとの接触がなかったかなどを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、円滑にスクリーニングできる)

訪問に際し、患者の健康や生活を守るために必要な医療行為や生活支援を提供することはもちろんだが、その質を可能な限り保ちつつ、回数・時間などを最小限のものに見直すことで感染予防に努める必要がある。医療介護者の安全を守ることが患者を守ることにつながる。事前に本人の状態を確認することは、滞在時間の短縮にもつながり、処置など必要な場合も準備をして最小限の時間で終わらせるよう努める。

また、事前に再度居室・居室の換気を行っていただくことも願います。可能な際は窓やドアを二方向で開け、換気扇やサーキュレーターを用いて換気を促進するなど、室温が上がりすぎたり下がりすぎたりしないことに配慮しながら行うようアドバイスする。療養者・家族・介護者にも可能な限りマスクを装着していただくよう依頼する。

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。

PPE 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。

【参考文献】

Guidance: Ventilation of indoor spaces to stop the spread of coronavirus(COVID-19), Public Health England, Updated 30 July 2021:<https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-ventilation-of-indoor-spaces-to-stop-the-spread-of-coronavirus/ventilation-of-indoor-spaces-to-stop-the-spread-of-coronavirus-covid-19>

CQ11：療養者を診察する際の PPE 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。居宅訪問時には靴を脱ぐため、病院での診療とは異なり、シューズカバーの装着は許容される。頭部へのウイルスの付着を懸念する場合はヘアキャップを装着してもよい。

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。

なお、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、自身の鼻、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、PPE 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。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。

CQ11-2：PPE の脱衣場所および脱衣した PPE 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 PPE 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対策上は望ましいが、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。玄関でのPPE着脱時に足裏にウイルスが付着することを考慮し、玄関に新聞紙などをひいて足場を作る方法もある。脱衣前後には手指消毒を必ず行うだけでなく、脱衣時に手指にウイルスが付着したと考えられる場合はその都度手指消毒を行うこと。

ディスプレイのPPE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、居宅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。

ディスプレイでないPPE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 1-3：N95 マスクはいつ装着するのか。装着の際に注意すべきことはあるか？

原則としてN95 マスクは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・NPPVなど）を行う場合に着用する。一方で、WHOやCDCなど複数の機関から、密集・密閉・密接した空間では、通常の会話においてもエアロゾルによる感染が生じる可能性が指摘されている。¹⁻⁴⁾ また上記の問題に加え、従来と比較し、より感染力の高い変異株の存在も懸念される。

従って、病院をはじめとする医療機関とは異なり、換気条件の悪い居宅訪問というセッティングでは、COVID-19に罹患している可能性が高い患者やCOVID-19に罹患している患者の診療に対し、N95 マスクを装着することを推奨する。（なお、N95 マスクは「NIOSH」の刻印のある、米国国立労働安全衛生研究所の検定に合格したものであること）

N95 マスクは正確な装着を行わない限り、感染予防効果は低い。N95 マスクの装着時はフィットテストとユーザーシールチェックを行うことが望ましいと考える。まず、N95 マスクを初めて装着する場合や、装着に慣れていない場合などはフィットテストを行うことを推奨する。フィットテストには定量的試験と定性的試験が存在するが、いずれも専用の資機材を要するため、容易には行えない。ただし関係機関（例として感染症指定病院など）と協力することで、フィットテストを行うことができる可能性がある。現場で対応する職員の安全を守るため、責任者はフィットテストを行うことができる環境を整備することが望ましいと考える。また、毎回の着用時にはユーザーシールチェックを行うことを推奨する。これは両手でマスクを覆い、息を吸ったり履いたりすることで空気の漏れをチェックする作業のことである。空気の漏れがある場合はゴムバンドやノーズワイヤーを調整し、再度フィッティングする。

フィットテストとユーザーシールチェックに関しては下記の参考動画を合わせて参照のこと。

【参考文献】

1) CDC, Scientific Brief: SARS-CoV-2 Transmission

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/sars-cov-2-transmission.html> (Accessed on August 1, 2021)

2) World Health Organization, Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions

<https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions> (Accessed on August 1, 2021)

3) Tang JW, Marr LC, Li Y, Dancer SJ. Covid-19 has redefined airborne transmission. BMJ. 2021;373:n913.

4) Tang JW, Bahnfleth WP, Bluysen PM, et al. Dismantling myths on the airborne transmission of severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2). J Hosp Infect. 2021;110:89-96.

【参考動画】

押谷 仁ら「新型インフルエンザ大流行期の公衆衛生対策に関する研究」平成20年度厚生労働科学費補助金

医療従事者向け N95 マスク・防じんマスク DS2 フィットテストビデオ第1章

<https://www.youtube.com/watch?v=kKHnI1piKC8>

N95 マスクフィットテストビデオ第2章

<https://www.youtube.com/watch?v=J8XoIy2LhCE>

CQ12：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感染予防策（時に飛沫感染予防策）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。

COVID-19を強く疑う患者やCOVID-19に罹患した患者への往診の際は患者宅へ持ち込んだ物品がウイルスで汚染されている可能性がある。この場合、車内でのゾーニングを行うことで汚染区域を最低限に留めることができる。例えば、3列シートの場合、最後部座席を汚染区域とし患者宅へ持ち込んだ物品を収納する。後部座席に汚染されていない物品（未使用のPPEなど）を中央の列に収納し、最前列に職員が着席することで、汚染されていない資機材と汚染されている資機材が混在しないようにすることができ、車両清掃も容易になる。セダン型の車両の場合はトランクに汚染されている資機材を収納することでゾーニングできる。

（車内ゾーニングの一例）

- ・患者の家に持ち込んだ物品はレッドゾーンに収納
 - ・触ったあとは必ず手指衛生を！
- バイタルセット・ゴミやゴミ箱・採取した検体類・使用した検査機器など



- ・清潔物品のケース自体を患者の家には絶対持ち込まない
 - ・清潔物品は手指衛生後に触る
 - ・患者の家に持っていったものを清潔物品ゾーンに絶対置かない
- 着用前の个人防护具・採取前の検体・点滴や内服薬などの薬剤

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。

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 流行期にはこの「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 流行期であっても、十分感染対策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

- ・新型コロナウイルスはすれ違うだけでは感染しないこと
- ・接触感染の危険性が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慮した上で、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。COVID-19 感染拡大によって、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、新

型コロナウイルスへ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、結果的に防ぎ得たであろうオーラルフレイルの進行や誤嚥性肺炎への罹患は避けなければならない。

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対策（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、物理的距離（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。

CQ15：独居療養者の感染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新型コロナウイルスへの感染対策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。

CQ15-1：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対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。

CQ15-2：認知機能が低下した療養者への対応

CQ15-1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対策が難しく、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。

CQ16：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)適切な感染対策が講じられず、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。

特に適切な感染対策を講じることが難しい療養者に対しては、CQ15-2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、新型コロナウイルス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 CQ26 (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。なお、日本老年歯科医学会が作成した指針¹⁾では「歯科訪問診療では、COVID-19の重症化リスクや死亡リスクの高い要介護高齢者などが対象となるため、歯科訪問診療に携わる歯科医療従事者は、積極的にワクチンを接種することが望ましい」としている。

新型コロナウイルスへの感染を恐れるあまり、口腔・栄養関連のリスクが高い療養者が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。口腔内の衛生状態を保つことは非常に重要であり、適切な介入が行われる必要がある。

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。特にエアータービンや超音波スケーラーは、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：新型コロナウイルスへの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、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、グローブ、マスク、ゴーグル・フェイスシールド、エプロン・ガウンを使用）に則った感染対策を行う。

また訪問中は窓を開けるなど換気を常に行い、4ハンドテクニックを用いた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では、医療資源を節約しつつも、一般開業においては放置すると救急部門へ負担をかけてしまいかねない外傷や急性炎症への対応など、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、あるいは罹患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治療は、緊急を要するものを除き、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、COVID19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。

一方、療養者に対する日常の口腔ケアについては、逆タスクシフトの考え方にに基づき、歯科医療従事者が実施することが望ましい。医学的知識に基づき感染対策を実施することが可能な歯科医療従事者が口腔ケアを実施することで、ケアに伴う感染拡大リスクを低減することが可能となる。また、プロフェッショナルケアによるプラークフリーを提供できるため、いわゆる「ケアの貯金」が可能となり、訪問回数の削減も可能になると考えられる。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（グローブ、ゴーグル・フェイスシールド、ガウン、事前にフィットテストにて適合を確認した N95 マスク）を装着し、直前にシールチェックを行った上で診療にあたる。また、室内の換気を十分に行う。なお、歯科訪問診療における感染対策の実際については、日本老年歯科医学会が作成した「歯科訪問診療における感染予防策の指針 2021 年版」を参照のこと。

【参考文献】

- 1) 日本老年歯科医学会, “歯科訪問診療における感染予防策の指針 2021 年版”, 老年歯科医学. 36: E4-33, 2021.
- 2) 小林隆太郎, “クリニカル 院内感染対策”, 日本歯科医師会雑誌. 71(6): 485-493, 2018.
- 3) Mizumoto K, et al., “Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship, Yokohama, Japan”, Euro Surveill. 25(10):2000180, 2020.
- 4) Huang C, et al., “Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China”, Lancet. 395: 497-506, 2020.
- 5) Xian Peng, et al., “Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice”, Int J Oral Sci. 12, 9, 2020.
- 6) SK Harrel, et al., “Aerosol and splatter contamination from the operative site during ultrasonic scaling”, J Am Dent Assoc. 129(9):1241-9, 1998.
- 7) What Constitutes a Dental Emergency? ADA.org, Updated 3/31/2020
- 8) Guidance for Dental Settings -Interim Infection Prevention and Control Guidance for Dental Settings During the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic-. Centers for Disease Control and Prevention: CDC. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/dental-settings.html>
- 9) Jingjing Yu, et al., “Characteristics of endodontic emergencies during COVID-19 outbreak in Wuhan”, J Endod. 46(6): 730-735, 2020.
- 10) Allison JR, et al., "Evaluating aerosol and splatter following dental procedures: Addressing new challenges for oral health care and rehabilitation", J Oral Rehabil. 48(1):61-72, 2021.
- 11) Ehtezazi T, et al., "SARS-CoV-2: characterisation and mitigation of risks associated with aerosol generating procedures in dental practices", Br Dent J. 7:1-7, 2021.
- 12) Yang M, et al., "Mitigating saliva aerosol contamination in a dental school clinic", BMC Oral Health. 5:21(1), 2021
- 13) 堀内 玲, 他, “オンライン診療におけるミールラウンドの取り組み支援について”, 老年歯

科医学. 36(1): 72-78, 2021.

14) 岸本裕充, "周術期オーラルマネジメントの実際", 日本口腔外科学会雑誌 63(1): 9-14, 2017.

15) Benzian H, et al. "Pandemic Considerations on Essential Oral Health Care." J Dent Res. 2021 Mar;100(3):221-225. doi: 10.1177/0022034520979830.

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、原則として飛沫感染対策は不要であるが、死亡前に CPR 施行や咳嗽・吸引などエアロゾル発生の可能性が高い状態であった場合は N95 マスクの着用が望ましい。同様に遺体は飛沫拡散の可能性も低いいため、遺体への直接的なケアがない場合は接触感染予防策のみを行う。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 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、前述の通り、原則として空気感染予防策は不要である。ただし、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、N95 マスクの着用が望ましい。

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 患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 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 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 患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 患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プレイ手袋を着用の上、体液の飛散リスクがある場合は接触感染予防策、飛沫感染予防策を行い納体袋収容・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別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。

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。特に発症初期において、症状のみで他のウイルス性疾患と鑑別することは困難である。

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 ④ワクチン接種歴によって COVID-19 の確率は大きく変わる。例えば地域で COVID-19 患者が 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やその家族が多くの人々と接している場合は 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ポーザブルのもの、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

臨床所見のみでインフルエンザと COVID-19 の初期症状を鑑別することは非常に困難である。従って、インフルエンザ迅速検査を行うことで得られるメリットが大きい場合には適切な感染対策を講じた上で検体採取を行うことが望ましい。

ただし、インフルエンザ迅速検査を行う場合は以下の点に留意する。

(1) インフルエンザ迅速検査がたとえ陽性であっても COVID-19 との重複感染 (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

(2) 特にインフルエンザの発生数が非常に少ない場合、検査前確率が低くなるため、結果的に偽陽性の可能性が高くなる

上記の理由より、COVID-19 の流行地域において、インフルエンザ迅速検査を行う場合は COVID-19 の抗原迅速検査や PCR 検査も合わせて行うことが望ましい。

なお、現在はインフルエンザでも鼻腔検体での迅速抗原検査が可能であり、医療者の監視の下、自己検体採取を行うことも可能である。同一検体で COVID-19 と同時に判定が可能な迅速検査キットも存在し、これらを活用することで検体採取者の感染リスクを低減させることができる。

CQ20-3：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、接触感染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しう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。

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？

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。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基本的に推奨されない。（高齢者施設等における抗原定性検査の活用に関してはCQ21-1を参照のこと）また唾液検体では抗原定性検査は実施できないことにも注意する。

【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。検出感度は鼻咽頭検体を比較するとやや低い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】

一般的に鼻咽頭検体と比較して精度は同等と考えられ、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ため、その使用を積極的に検討してよい。ただし、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ため、注意が必要である。また検査には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ことも欠点である。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) 病原体検査の指針検討委員会. 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)病原体検査の指針(第4版 2021年6月4日)

CQ 21-1 : 高齢者施設等における抗原定性検査の活用に関して

一般的に無症状者に対する検査および「陰性確認目的」での抗原定性検査の実施は推奨されないが、感染拡大地域の医療機関及び高齢者施設等において、PCR検査等による実施が困難な場合には抗原定性検査を用いることで、重症化リスクの高い者が多い医療機関や高齢者施設等における感染拡大を防止できる可能性がある。ただし、このような抗原定性検査によるスクリーニングを行う際、特に検体中のウイルス量が少ない場合は、感染していても結果が陰性となる場合があるため、陰性の

【参考文献】

- 1) 厚生労働省 令和3年1月22日 事務連絡 医療機関・高齢者施設等における無症状者に対する検査方法について(要請)

CQ 2 2 : COVID-19 を疑い PCR 検査を行ったが、結果判明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？

一般的に、自施設で PCR 検査機器を有していない場合は、PCR 検査の結果判明には 1-2 日間を要する。また地域での感染者数が増加した場合には、検査のキャパシティが検査数を超えてしまい、PCR 検査結果判明までに数日を要するケースもしばしば見られる。感染拡大を防ぐためにも COVID-19 を疑った際には迅速な初期対応が全ての医療者・介護職に求められる。

以下に COVID-19 を疑い、検査を行った際に速やかに行うべき事項を列挙する。病床が逼迫している場合、保健所は他業務に追われていることが予想されるため、以下は保健所からの指示を待たずに行えるようになることが望ましい。

① 関係各所（家族・ケアマネジャーや医療・介護サービスに関わる事業所）に COVID-19 の検査を行ったこと、結果に数日を要することを情報共有する

可能であれば検査を行った日だけでなく(1)症状発症日や(2)症状発症の 2 日前からのサービス利用歴などについても共有できることが望ましい。

② 通所系サービスの利用は原則中止するよう依頼し、訪問系サービスの再調整をケアマネジャーに依頼する

感染拡大防止の観点から、通所系サービスの利用の中止を依頼する。一方で、通所系サービスを中止することで療養者の生活が保持できない場合（例えば、デイサービスを中止することで昼食の手配ができない場合など）はそれに応じた訪問系サービスの調整を行うことがケアマネジャーには求められる。

③ 結果判明までの期間、連日（可能であれば 1 日複数回）の状態確認を行う

検査を行った療養者が COVID-19 であった場合、結果判明までの数日間に病状が悪化する可能性がある。このような状況を避けるため、医療者・介護職は最低 1 日 1 回、可能であれば 1 日複数回の電話連絡を行うことが望ましい。状態確認は介護職が行っても構わない。チェックシートを用いて状態確認を行うと聞き逃しが少なくなるため積極的に活用すること。

CQ 2 6 も合わせて参照のこと。

CQ 2 3：療養者の新型コロナウイルス感染を疑う場合、家庭内感染への予防はどのように指導すべきか？

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。

CQ 2 4：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？

濃厚接触者と判定されてから、PCR 検査の結果判明までの間は”COVID-19 患者”と同様の扱いを行うべきである。すなわち、十分な感染対策を講じることができる職種による医療・介護サービスの提供が可能となるようにサービス内容を調整する必要がある。(CQ 2 6 をあわせて参照のこと)

PCR 検査陰性であった場合、まずは濃厚接触者であるということを医療・介護に関わるスタッフが認識し情報共有することが重要である。(PCR 陽性であれば COVID-19 患者として扱われる)

療養者が濃厚接触者となった場合に行うべきことを以下に列挙する。感染拡大を防ぐためにも以下は保健所の指示を待たずに自発的に行えることが望ましい。

① 関係各所（家族・ケアマネジャーや医療・介護サービスに関わる事業所）に濃厚接触者となったことを情報共有する。

可能であれば濃厚接触者になった事実だけではなく、(1)感染者との最終接触日 (2)現在の症状の有無 (3)検査予定日についても共有できることが望ましい。

②通所系サービスの利用は原則中止するよう依頼し、訪問系サービスの再調整をケアマネジャーに依頼する

感染拡大防止の観点から、通所系サービスの利用の中止を依頼する。一方で、通所系サービスを中止することで療養者の生活が保持できない場合（例えば、デイサービスを中止することで昼食の手配ができない場合など）はそれに応じた訪問系サービスの調整を行うことがケアマネジャーには求められる。濃厚接触者となった療養者に対しては、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。一方で、療養者の生活を守ることも医療者・介護職には求められるため、感染対策を行いながら可能な範囲で訪問し、状態確認や生活の保持に努める必要もある。例えば、「濃厚接触者なので全く訪問しない」ということは可能な限り避け、「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、療養者の生活を守りながら接触時間を少なくする工夫を検討することが求められる。

③連日（可能であれば1日複数回）の状態確認を行う

濃厚接触者となった療養者が、症状出現時に速やかな検査・治療に結びつけることができるよう、医療者・介護職は最低1日1回、可能であれば1日複数回の電話連絡を行うことが望ましい。状態確認は介護職が行っても構わない。チェックシートを用いて状態確認を行うと聞き逃しが少なくなるため積極的に活用すること。なお、一度検査が陰性であっても、COVID-19 を疑う症状が出現した場合は再度検査を行うことを推奨する。

CQ 2 5：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。

「濃厚接触者の濃厚接触者」という定義は存在せず、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、適切な PPE を着用してケアを行うことは許容される。

「濃厚接触者の濃厚接触者」に対するサービス制限は推奨されない一方で、濃厚接触者の状況を確認することや「濃厚接触者の濃厚接触者」の状態を確認することは積極的に行う必要がある。例えば、濃厚接触者の PCR 検査結果が陽性であれば、その濃厚接触者は「COVID-19 患者」となる。同時に「濃厚接触者の濃厚接触者」は濃厚接触者になり、サービス内容の調整が必要となると考えられる。(CQ 2 4 を参照)

CQ26：COVID-19に罹患した療養者に対する医療・介護サービスの提供はどのようにすればよいか？

COVID-19に罹患した療養者に対し、病床逼迫時は自宅待機を余儀なくされる場合も存在する。この場合の医療・介護サービスの提供は以下の原則に基づき調整することが望ましい。

① 療養者の生活と安全を守る

② ケアに関わる医療者・介護職の感染リスクを低くする

そのためには

- (1) 隔離解除までの期間、在宅療養者の生活を維持しつつ、ケアに関わる医療者・介護職の感染リスクを軽減させるため、一時的にサービス提供内容を縮小する
 - (2) サービス内容縮小時には感染対策に習熟していない介護職を優先的に守る
 - (3) 保健所と協力し療養者の病状悪化の早期発見に努める
- ことが必要である。

介護職のカリキュラムには感染対策の系統的な教育が含まれていないため、感染対策に習熟していない介護職も多い。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、医師・看護師を始めとする医療者は介護職に配慮し、必要に応じて介護職の業務を一時的に行うことが求められる。一方で、ワクチンを2回接種し2週間以上経過した介護職で、感染対策に関する研修を受講し、感染対策の技能を習得した者は積極的にケアに参加することが望ましい。また今後は介護職において、感染対策を習熟し、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求められる。

介護職の業務を一時的に看護師が行い、介護職・看護師の業務を医師が一時的に行うこと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に罹患した場合、以下のように訪問頻度を変更することを考慮する。

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						

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。

この場合、訪問頻度は減少し、サービス自体も減少するため、療養者の生活を最低限保証できるようケアの優先順位を考慮する必要がある。例えば、食事や排泄の介助・服薬介助などは生命を維持するために非常に重要である。一方で部屋の清掃や洗濯などは短期間であれば中止することも許容される。

CQ 2 7 : 療養者が COVID-19 と診断され、保健所などから自宅療養を指示された場合、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 CQ 2 6 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” “silent 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アセトアミノフェンを優先するが、NSAIDs の使用も禁忌ではない。アセトアミノフェンの十分量投与にて無効な場合は NSAIDs の使用も検討される。

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、その場合呼吸状態が急速に悪化する。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覚醒下腹臥位療法（いわゆる Awake Proning）を検討しても良い。

また 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。

COVID-19 における在宅での薬物治療の是非については CQ 2 7-2 を参照のこと。

CQ 2 7-1 COVID-19 における酸素療法について注意すべきことはあるか

①酸素投与開始基準について

基礎疾患がない患者の場合、欧米では安静時 SpO₂ 92-94%で酸素投与を開始している。本邦では厚生労働省の基準に従い安静時 SpO₂ 93%以下の場合に酸素投与の開始を検討する。

1-4)

一方で、SpO₂ 96%以上の場合に酸素投与を行うことは推奨しない。2-4)

また呼吸状態に関しては SpO₂ 値だけでなく、呼吸数や呼吸促迫も評価すべきである。血中酸素濃度が低下した際に、呼吸回数を増多させることで酸素取り込み量を増加させ、血中酸素濃度を維持しようとするため、呼吸数は SpO₂ よりも鋭敏に呼吸状態を表すバイタルサインである。

同様に呼吸促迫を示す徴候も重要であり、強い息切れや一文続けて会話できない場合などは呼吸促迫を疑い、SpO₂ や呼吸数を測定し詳細な評価を行う。

なお上記はあくまで原則であり、医療資源が枯渇している地域においては、酸素濃縮器をはじめとする医療資源の効率的な配分という観点に立って、適応を熟考した上で在宅酸素導入を検討すること。ただし医療資源が枯渇している場合であっても SpO₂ 90%未満の場合は酸素投与を強く推奨する⁴⁾。

②酸素投与時の目標 SpO₂について

在宅酸素投与開始時の目標酸素濃度は96% (94-98%) とし、酸素流量を増減させる。^{2,4)} 肺胞に必要以上の高濃度の酸素が投与された場合、高濃度酸素による肺胞細胞傷害が生じる可能性がある。さらに吸収性無気肺によって酸素濃度が低下するだけでなく、肺胞の虚脱がずり応力による肺胞障害を惹起し、ARDSの悪化の原因になる。

また、SpO₂が高値の場合、PaO₂の取りうる範囲は広くなり、PaO₂の低下が生じた場合も、SpO₂値には反映されないため、呼吸状態の悪化が気付かれにくくなる可能性がある。例えば PaO₂ 500mmHg のとき、SpO₂は100%を示すが、PaO₂ 150mmHg でも SpO₂は同様に100%を示す。一方で、PaO₂ 90mmHg のとき SpO₂は97%を示すが、PaO₂ 70mmHg とわずか20mmHgの低下でも SpO₂は93%と大きく変動するため、呼吸状態の変化に早期に気付くことが出来る。

上記を含む理由で、一般的に SpO₂は92-96%の値を維持するよう推奨されている^{3,4)}。

しかし在宅医療では患者の状態を常時モニタリングできないという性質上、それを上回る SpO₂を維持することも許容されると考え、上記の目標値を設定している。

また SpO₂はあくまで簡易計測値であり、SpO₂が高値であるからといって末梢組織に十分な酸素運搬が行えているとは限らない。ヘモグロビン低値や心拍出量の低下など酸素供給量 (DO₂: oxygen delivery) を低下させる要因がある場合は SpO₂が高値の場合でも酸素運搬量が低下している場合があるため、留意すること。

③COPDなどの基礎疾患を有する場合の酸素投与について

呼吸器疾患や神経難病などの基礎疾患がある患者に対しては血中酸素濃度を高く維持していると CO₂ナルコーシスを生じることがある。一般的に COPD 急性増悪の場合、SpO₂ 88-92%を維持することが推奨されており、この値を目標に酸素投与を行うこと。^{5,6)}

なお、CO₂ナルコーシスの確定診断には動脈血液ガス検査が必須であるが、在宅医療の現場での実施は容易ではない。そのため意識障害・頭痛・四肢末端の温感・著明な発汗・縮腫・羽ばたき振戦などの陰性ミオクローヌスといった、CO₂ナルコーシスを疑う所見がないか問診・診察することが重要である。また既往歴が不明な患者への診療の場合、気管短縮の有無や胸鎖乳突筋の発達など、COPDを疑う身体所見を確認することも重要である。なお、急激に呼吸状態が悪化している場合は酸素投与を躊躇なく行うこと。CO₂ナルコーシスを恐れるあまり、酸素投与を躊躇した結果、低酸素血症の遷延や低酸素脳症を発生させることはあってはならない。また酸素投与開始後には綿密なフォローアップを行うことが重要である。

【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5.2版
- 2) COVID-19 Treatment Guidelines Panel. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines. National Institutes of Health. Available at <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/> (Accessed Aug 25th 2021.)
- 3) Guidelines for the Respiratory Care of COVID-19 Patients at UHB Outside of Critical Care. National Health Service. Available at <https://www.uhb.nhs.uk/coronavirus-staff/clinical-info-pathways/clinical-info-pathways-downloads/c002-respiratory-covid-outside-cc.pdf>. (Accessed Aug 25th 2021.)
- 4) Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Intensive Care Med. 2020;46:854-887.
- 5) 2021 Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2020/11/GOLD-REPORT-2021-v1.1-25Nov20_WMV.pdf (Accessed Aug 25th 2021.)
- 6) Austin MA, et al. Effect of high flow oxygen on mortality in chronic obstructive pulmonary disease patients in prehospital setting: randomised controlled trial. BMJ. 2010;341:c5462.

CQ 2 7-2 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 に対して認可されている薬剤はレムデシビル・バリシチニブ・カシリマブ/イムデビマブの3種の薬剤である。この他、デキサメタゾンは重症感染症に対する適応があり、COVID-19 に対しても広く利用している。しかしながらレムデシビル・バリシチニブは在宅医療の現場での使用は認可されていない。

従って今回はステロイド（デキサメタゾン）を中心に詳細な記載を行う。カシリマブ/イムデビマブに関しては今後追記予定である。なお、本項は在宅医療における薬物投与の実際について述べており、一般的な薬物治療の考え方に関しては参考文献 1)を参照のこと。

①ステロイド（デキサメタゾン）

COVID-19 におけるステロイド薬で最もエビデンスが集積されているものはデキサメタゾンである。デキサメタゾンの効果について検討した無作為非盲検試験ではデキサメタゾンの投与を受けた患者は標準治療を受けた患者と比較して死亡率が減少したことが示されている²⁾。

また、サブグループ解析ではあるが、侵襲的人工呼吸管理を伴わない酸素投与を受けた群では死亡率が低下した一方で（デキサメタゾン投与群 vs. 標準治療群 23.3% vs. 26.2%, RR0.82, 95%CI 0.72-0.94）、酸素投与を受けていない患者群では死亡率の低下は見られず、むしろ有害となる可能性も否定できない。（デキサメタゾン投与群 vs. 標準治療群 17.8% vs. 14.0%, RR1.19, 95%CI 0.92-1.55）

さらに同様のサブグループ解析では発症 7 日以内の投与では死亡率の低下は見られなかった一方で（デキサメタゾン投与群 vs. 標準治療群 29.4% vs. 27.8%, RR1.01, 95%CI 0.87-1.17）、発症 7 日後以降の投与の場合は死亡率の減少効果が見られた。（デキサメタゾン投与群 vs. 標準治療群 17.9% vs. 24.1%, RR0.69, 95%CI 0.59-0.80）上記の結果はあくまでサブグループ解析であるため、明確に結論づけることは困難ではあるが、投与対象や投与のタイミングの参考になると思われる。

なお、この文献における酸素投与の明確な基準は存在しない。プロトコール内には「SpO₂ 値が 90-94%であれば酸素投与が必要である」と記載されているが、すべての患者がこの基準で酸素投与されたかは不明である。

また、この試験は 2020 年 5 月～6 月に実施され、現行の治療内容との乖離がある可能性は否定できない。しかし、対象患者となった 6425 人のうち、レムデシビルを投与されたのはわずか 2 名、トシリズマブを投与された患者も 2-3%程度にとどまっている。つまりレムデシビルやトシリズマブなどを使用されている患者は極めて少なく、抗体カクテル療法はこの時点で開発されていないことから、現在の本邦の在宅医療のセッティングに酷似している可能性があり、ステロイドは本邦の在宅診療でも有効に使用できると考えられる。

ステロイド薬としてデキサメタゾンを選択する場合、6mg 1 日 1 回 10 日間の投与を基本とする。10 日間の投与の場合、基本的に投与量の漸減は不要である。また、臨床的に改善しフォロー終了とする場合は 10 日より短期間の投与でも許容される。

内服薬の場合、デカドロン錠 4mg 1.5 錠やデカドロン錠 0.5mg 12 錠 を投与する。静注薬の場合、デキサート注射用 6.6mg 1A を投与する。体重 40kg 未満の場合はデキサメタゾン 0.15mg/kg に減量する。

また妊婦や授乳婦には一般的にデキサメタゾンを使用せず、プレドニゾロンなどを用いる。同様にデキサメタゾンの供給が不安定な場合は等価の他のステロイドを投与しても良い。例として、プレドニゾロンを使用する場合は 40mg/day の投与量を目安とする。

なお、メチルプレドニゾロン 2mg/kg/day がデキサメタゾン 6mg/day と比較して有用であったという報告は存在するが³⁾、対象群の約半数が SpO₂ 85%未満の重症な患者を扱っていること、三重盲検 RCT ではあるがサンプル数が非常に小さいこと、過去のメタアナリシスではデキサメタゾン以外のステロイド薬（ヒドロコルチゾン・メチルプレドニゾロン）の有効性は示せていないことなどから、その解釈には十分注意する必要がある⁴⁾。

ステロイド薬投与には高血糖および糖尿病性ケトアシドーシス、消化性潰瘍の併発に十分注意し、必要な症例に対して予防や治療を行う。特に血糖値の上昇・糖尿病性ケトアシドーシスには注意し、ステロイド投薬前には可能な限り血液検査にて HbA1c を計測しておくことが望ましい。

【参考文献】

1)日本感染症学会. COVID-19 に対する薬物治療の考え方 第 8 版.

https://www.kansensho.or.jp/uploads/files/topics/2019ncov/covid19_drug_210731.pdf

(Accessed Sep. 3rd 2021)

- 2) RECOVERY Collaborative Group. Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19. N Engl J Med. 2021;384:693-704.
- 3) Ranjbar K, et al. Methylprednisolone or dexamethasone, which one is superior corticosteroid in the treatment of hospitalized COVID-19 patients: a triple-blinded randomized controlled trial. BMC Infect Dis. 2021;21:337.
- 4) WHO Rapid Evidence Appraisal for COVID-19 Therapies (REACT) Working Group. Association Between Administration of Systemic Corticosteroids and Mortality Among Critically Ill Patients With COVID-19: A Meta-analysis. JAMA. 2020;324:1330-1341.

CQ 2 7-3 COVID-19 に罹患し自宅などで療養中の方へ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
<http://www.hachinohe.aomori.med.or.jp/ishikai/notice/kessenyobou.pdf>

CQ 2 7-4 COVID-19 に罹患し自宅で療養している方に対する深部静脈血栓症の早期発見について注意すべきことはあるか？

COVID-19 において、酸素投与が必要な入院症例では予防的に抗凝固薬が投与されること

が多い¹⁾。一方で、外来患者における抗凝固薬療法は推奨されていない。

しかし、病床逼迫時において酸素投与が必要にも関わらず、自宅療養を余儀なくされた症例に対し、抗凝固薬を投与するべきかどうかは、治療により得られるメリットと管理上のデメリット、出血のデメリットなどを考えた場合、非常に悩ましい問題である。特に在宅医療を受けている患者は高齢であったり腎機能が低下していたりすることが多く、出血のリスクが予防投与によるベネフィットを上回る可能性があるため慎重な対応が求められる。

まず、酸素投与が必要にも関わらず自宅療養を余儀なくされている患者に対しては深部静脈血栓症に関する問診・身体所見を頻回にモニタリングすることを推奨する。また、肥満患者や体動困難な患者、D-dimer 値の上昇（正常上限の 3-4 倍）を示す患者の場合²⁾、習熟していればポイント・オブ・ケア超音波検査の施行を検討する。超音波検査は全下肢に行ってもよいが、現場滞在時間の短縮と肺塞栓症への進展リスクを考慮し、2 点圧迫法や ECUS（extended compression ultrasound：中枢下肢静脈超音波検査）に簡略化しても差し支えない³⁾。

なお、深部静脈血栓症を疑う所見がある場合（片側下肢の腫脹・発赤・疼痛）がある場合も同様にポイント・オブ・ケア超音波検査の実施を検討するが、資機材などの関係で超音波検査を実施できない場合は高次医療機関での精査を依頼することを推奨する。（たとえ病床逼迫時に入院できない場合であっても外来受診のみであれば応需してくれる可能性がある）

【参考文献】

1) American society of hematology：COVID-19 and VTE/Anticoagulation: Frequently Asked Questions

<https://www.hematology.org/covid-19/covid-19-and-vte-anticoagulation>

2) 孟 真、他. 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）における静脈血栓塞栓症予防の診療指針 2021 年 4 月 5 日版（Version 2.0），静脈学, 2021, 32 巻, 1 号, p. 99-103

3) 日本循環器学会、他. 肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断・治療・予防に関するガイドライン(JCS 2017 年改訂版)

http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2017_ito_h.pdf

CQ 2 7-5 COVID-19 患者の深部静脈血栓症予防目的の薬剤投与にはどのような選択肢があるか？

CQ 2 7-4 でも議論されたように、一般的に在宅医療を受けている患者は高齢であったり腎機能が低下していたりすることが多い一方で、在宅の現場では間欠的空気圧迫法の施行も難しいため、体動困難な症例では深部静脈血栓症のリスクが非常に高い。出血のリスクと予防投与によるベネフィットを十分に検討した上で投与の是非を検討する。

一般的に酸素投与が不要な患者には特別な場合を除いて抗凝固薬の投与は不要である一方で、酸素投与が必要な入院患者においては低用量未分画ヘパリンの予防量投与を考慮する¹⁾。具体的にはヘパリンナトリウム（10,000 単位/日もしくは 200 単位/kg/日）の持続点滴静注が推奨されている。しかしながら、在宅医療の現場において、持続点滴静注は困難なケースも多い。この場合、ヘパリンカルシウムの皮下注射（5000 単位 1 日 2 回：10000 単位/日）を使用しても良い。

自己注射が困難な患者で医療者による 1 日 2 回の訪問が困難な場合は 1 日 1 回投与が可能な低分子ヘパリンの使用も考慮される。低分子ヘパリンにおいて、最もエビデンスが蓄積されているのはエノキサパリンである。腎機能障害がない場合、エノキサパリン 40mg を 1 日 1 回投与する²⁾。なお、高齢者の場合、筋肉量が少なく腎機能を過大評価してしまう可能性があるため、投与適応や投与量には十分注意すること。ダルテパリン（5000 単位 1 日 1 回投与）も選択肢となりえるが、エノキサパリンと比較して COVID-19 における十分なエビデンスが蓄積されていないことに留意する³⁾。

DOAC についてはリバーロキサバン 15mg もしくは 20mg 投与を行った場合、前述のエノキサパリン予防量投与と比較して血栓症の予防効果を改善させず、臨床的に重要な出血イベントを増加させたという報告がある²⁾。血栓症予防のためにリバーロキサバン 10mg を投与することを選択肢としているエキスパートオピニオンも存在するが、今後のエビデンスが蓄積されるまで COVID-19 予防目的の積極的な DOAC の使用は推奨されない。

【参考文献】

- 1) 孟 真、他. 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）における静脈血栓塞栓症予防の診療指針 2021 年 4 月 5 日版（Version 2.0）, 静脈学, 2021, 32 巻, 1 号, p. 99-103
- 2) Lopes RD, et al. Therapeutic versus prophylactic anticoagulation for patients admitted to hospital with COVID-19 and elevated D-dimer concentration (ACTION): an open-label, multicentre, randomised, controlled trial. *Lancet*. 2021;397:2253-2263.
- 3) Stattin K, et al. Inadequate prophylactic effect of low-molecular weight heparin in critically ill COVID-19 patients. *J Crit Care*. 2020;60:249-252.

CQ 2 7-6 非挿管患者の腹臥位療法（いわゆる awake-proning）についての有用性は？行う場合の方法と注意点は？

集中治療領域において重症 ARDS に対する腹臥位療法は死亡率を低下させるという報告が存在し、以前より推奨されてきた。COVID-19 でも同様に挿管患者への腹臥位療法が推奨されているが、非挿管患者への覚醒下腹臥位療法（いわゆる awake-proning）についての有用性についても同様に研究がなされてきた。¹⁻³⁾

特に 2021 年 8 月に発表された大規模な無作為試験³⁾では Nasal high flow による治療を受けている患者に対する覚醒下腹臥位療法は死亡率や入院期間を短縮させない一方で、気管挿管に至る割合を有意に減少させたと報告されている。通常の酸素療法を受けている患者

に対してのデータは乏しいが、上記の報告から有効である可能性が示唆される。従って、病床が逼迫し入院による高濃度酸素が投与できない状況や、酸素濃縮器が不足している状況において、指示に従え自身で体位交換が行える患者においては積極的に覚醒下腹臥位療法を試みても良い。なお、覚醒下腹臥位療法を何時間以上行えば有効なのかについての一定の見解は存在しない。約 16 時間の腹臥位療法を指示している文献が多いが、実際には 16 時間全ての時間で腹臥位を達成できているわけではない。前述の覚醒下腹臥位療法の有効性を示した文献では 8 時間以上の腹臥位療法を達成できた場合に治療失敗の割合が減少しているため、1つの参考になる可能性がある。

一方で、在宅医療の対象となることが多い高齢者や認知症患者など、特に自分自身で体位交換ができない患者や自分自身で症状の変化を訴えることができない患者では、腹部圧迫による嘔吐や窒息に十分注意する必要がある。前述の覚醒下腹臥位療法の有効性を示した文献は、有害事象の発生率に差はなかったと報告しているが、在宅医療で関わることの多い frailty のある患者を一部除外していることに注意し、腹臥位療法に耐えることができるか適応を慎重に判断する必要がある。同様に、長時間の同一体位を保持したことによる褥瘡の形成や目の圧迫による角膜障害などにも注意する必要がある。

なお、覚醒下腹臥位療法の代替案として側臥位・前傾側臥位をとることも考えられるが、覚醒下における側臥位・前傾側臥位での効果を示した研究は乏しく、その効果は不明である。

【参考文献】

- 1) Caputo ND, et al. Early Self-Prone in Awake, Non-intubated Patients in the Emergency Department: A Single ED's Experience During the COVID-19 Pandemic. Acad Emerg Med. 2020;27:375-378.
- 2) Rosén J, et al. Awake prone positioning in patients with hypoxemic respiratory failure due to COVID-19: the PROFLO multicenter randomized clinical trial. Crit Care. 2021;25:209.
- 3) Ehrmann S, et al. Awake prone positioning for COVID-19 acute hypoxaemic respiratory failure: a randomised, controlled, multinational, open-label meta-trial. Lancet Respir Med. 2021;S2213-2600(21)00356-8.

CQ 2 7-7 患者が急増し酸素濃縮器が不足してきた場合、どのように効率的な運用を行うべきか？

酸素濃縮器は、酸素供給業者ごとに独自の回収に際する取り決めがある。まず、自院が契約している酸素供給業者の回収に際する取り決めを確認すること。その上で、医学的に明らかに不要な取り決めがある場合は、その理由を確認し、必要に応じてそれらを短縮できないか相談すること。また、現場で対応する医療者が協力できる部分があれば積極的に協力すること。以下、状況別に応じて具体例を示す。

①患者自宅での使用から回収まで

新型コロナウイルス感染症患者が治癒または入院し酸素濃縮器が不要となった場合、一般的には速やかに酸素供給業者に連絡し、回収を依頼する。しかし、酸素供給業者によっては一定期間を経てからしか患者宅に入ることができない場合もある。この場合、医療者が酸素濃縮器を屋外に搬出し、表面を消毒もしくはビニール袋をかぶせるなどして酸素供給業者の感染リスクを低減することによって速やかな回収が可能となる。

②酸素濃縮器の再使用について

一般的に新型コロナウイルス感染症患者から、酸素濃縮器を回収した後は、酸素供給業者は一定期間を空けた後に内部清掃とフィルター交換を行い、次の患者へ提供することとなっている。ただし、医療供給体制が極めて逼迫し、酸素濃縮器が地域で不足している場合は時間を置かずに次の新型コロナウイルス感染症患者へ提供することも許容される。別の変異ウイルスへの感染の懸念は残るものの、酸素投与が必要な場合は酸素投与することの方が優先される。

その場合は以下の点に留意する。

- (1)患者ごとに使用される鼻腔カニューレ等は交換する。
- (2)表面等の消毒できる部分は、アルコール等で消毒する。
- (3)フィルターが交換できる場合は、予備のフィルターに交換し洗浄等を行う。
- (4)運搬等で、新型コロナウイルス感染者以外の者が触る時には、手袋、マスクを着用する。この場合、予め酸素供給業者が承諾すれば、医療者が酸素濃縮器を回収し次の患者へ提供することも許容される。

【参考文献】

- 1) 日本環境感染学会. 酸素濃縮器の再使用について
http://www.kankyokansen.org/modules/news/index.php?content_id=406 (Accessed Sep 3rd 2021.)
- 2) 厚生労働省 令和3年9月2日 事務連絡 新型コロナウイルス感染症に使用した酸素濃縮器の再使用について(周知)
<https://www.mhlw.go.jp/content/000826843.pdf> (Accessed Sep 3rd 2021.)

CQ 2 8 : 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」および 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べきか？）を参照のこと。

CQ 29：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御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 PPE（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御機能を有する精神科医療機関に紹介する場合、治療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

CQ 3 0：在宅医療を受けている乳幼児・小児が濃厚接触者となった場合、あるいは COVID-19 に罹患した場合、どのように対応すべきか？

一般的に小児における COVID-19 患者の重症化および死亡リスクは一般成人より低いとされている。その一方で、在宅医療を受けている乳幼児・小児の多くは基礎疾患を有しており、基礎疾患を有する小児は重症化のリスクが高いとされている。¹⁾²⁾従って、感染判明時に適切な医療が速やかに提供できるよう、事前に在宅主治医と病院主治医との取り決めを行っておくことが望ましい。また病院の入院体制（養育者・介護者の付添いが可能かどうか）についても予め確認しておく必要がある。

以下に、対応方法の一例を記載する。

①養育者・介護者以外の経路から在宅医療を受けている児が濃厚接触者となった場合

児は養育者とともに自宅での健康観察を基本とする。在宅主治医は状況の確認を行い、関係各所（相談支援専門員・サービス提供者）に必ず情報共有を行う。また入院主治医に連絡し、罹患時の対応について協議することを推奨する。また、在宅主治医は家庭内感染の予防策について養育者・介護者に指導を行う必要がある。

②養育者・介護者以外の経路から在宅医療を受けている児が COVID-19 に罹患した場合

前述の通り、基礎疾患を有する児は重症化のリスクが高いため、原則として入院を行う。ただし入院調整の結果、もともと通院している病院に入院できない可能性もある。その場合は通院している病院と在宅主治医が連携し、入院した病院へ情報提供を行うことが求められる。在宅主治医は関係各所（相談支援専門員・サービス提供者）に必ず情報共有を行い、隔離解除のサービスが速やかに再開できるように手配すること。なお、入院時の付添いに関しては医療機関の状況や児の状態によって決定される。

③児以外の経路から養育者・介護者が濃厚接触者となった場合

可能であれば濃厚接触者となった養育者・介護者と児との接触を避け、他の養育者や介護者にて児をケアすることが望ましい。しかし、現実的には他の養育者や介護者で児を十分にケアできない可能性もある。そのような場合はレスパイト施設への入所も検討される。在宅主治医は速やかに関係各所（相談支援専門員・サービス提供者）に必ず情報共有を行い、療養の方針について検討すること。

これらがいずれも実施困難な場合は感染リスクを了承の上で、自宅でのケアを継続することとなる。この場合も、養育者・介護者が COVID-19 を発症した場合に備え、引き続きケアの体制を整えていくことが在宅主治医に求められる。

④児以外の経路から養育者・介護者が COVID-19 に罹患し、在宅医療を受けている児が濃厚接触者となった場合

養育者・介護者が無症状～軽症であり入院を要さない場合は③と同様に他の養育者や介護者にて児をケアすることで COVID-19 患者との接触を最小限に留めることが望ましい。し

かし、他の養育者や介護者で児を十分にケアできない可能性もある。そのような場合は児をケアしながら自宅療養を行うか、児とともにホテル療養を行うという選択肢がある。この場合、在宅主治医は児が COVID-19 を発症した場合に備え、発症時の対応について入院主治医と検討することが在宅主治医には求められる。

養育者・介護者が無症状～軽症であり入院を要する場合も基本的には他の養育者や介護者にて児をケアすることが望ましい。他の養育者や介護者で児を十分にケアできない場合はレスパイト施設への入所や医療機関への入院の手配が必要になる。

いずれの場合でも発生してからの対応では施設・医療機関ともに受け入れ困難となる可能性が高いため、このような事案が発生する前から予め相談支援専門員やサービス提供者を交え、対応を協議しておくことが望まれる。

【参考文献】

- 1) Bellino S, et al. COVID-19 Disease Severity Risk Factors for Pediatric Patients in Italy. *Pediatrics*. 2020;146:e2020009399.
- 2) Kompaniyets L, et al. Underlying Medical Conditions Associated With Severe COVID-19 Illness Among Children. *JAMA Netw Open*. 2021;4:e2111182.

CQ3 1 : COVID-19 患者やその家族、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 患者やその家族、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、病原性微生物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 病原性微生物の感染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、積極的疫学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 患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つであると考えます。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おうよう、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>

CQ32：療養者の COVID-19 陽性が確定し、自宅療養を希望した場合、どのように対応すべきか？

もともと在宅での看取りを希望されている方をはじめとして、COVID-19 に罹患した場合でも自宅療養を希望する療養者も存在し、保健所と相談の結果、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 に罹患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。

ただし以下の点に十分注意が必要である。

① いわゆる第1波の時期とは異なり、医療体制の整備、治療薬の開発、ワクチンの普及など複数の要因で、高齢者の死亡率は大幅に低下してきている点。例として、埼玉県オープンデータによると、2020年2月1日～6月9日に COVID-19 に罹患した方の死亡率は70歳代で11.1%、80歳代で21.6%に対し、2021年2月23日～2021年7月1日に罹患した方の死亡率は70歳代で2.0%、80歳代で4.7%であった¹⁾。

② いわゆる Advance care planning の一環として、「なぜ自宅療養を希望するのか」について十分に療養者の考えや思いを確認し、必要に応じて適切な医療情報を提供する必要がある点。例えば前述の通り、死亡率は経時的に低下しており、「どうせ死ぬのだから、それなら自宅が良い」という思いで自宅療養を希望されている場合には現在の死亡率の変化を説明し、それを踏まえて意思決定を再度支援することが望まれる。

③ Advance care planning では一般的に本人の意向が重視されるが、COVID-19 における意思決定は同居家族や周囲の人々への感染伝播についても十分考慮する必要がある点。自宅療養を希望する療養者に対してはこのリスクについて言及した上で、意思決定をサポートしていく必要がある。

1) 埼玉県: 埼玉県の新型コロナウイルス感染症の発生状況

<https://www.pref.saitama.lg.jp/b0714/surveillance/covid-19.html>

CQ 3 3 : COVID-19 患者に対し在宅緩和ケアを行う場合、注意すべき点は何か？

CQ 3 2 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、感染のリスクを考慮し経肛門投与は避けることが望ましい。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⁾。なお、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

CQ34：治療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？

原則として厚生労働省の示す、隔離解除基準を満たした際にはその日からサービスを開始すること。(例外は後述する) このサービス開始の基準はいわゆる変異株 (VOC) に罹患した療養者も同様である。なお、サービス開始時には、サービス提供者は標準予防策を徹底して行い、療養者の体調の変化に十分注意すること。

過去の文献によると、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⁾。我が国の隔離解除基準もこれに準拠している³⁾。

人工呼吸器を装着していない有症状の患者が PCR 検査を行わずに隔離解除を行う場合は「発症日から 10 日経過し、かつ、症状軽快後 72 時間経過」することが求められる。また発症 10 日以前に隔離解除とする場合は症状軽快後 24 時間経過し、PCR 検査が 24 時間以上の間隔をあけて 2 回陰性となることが求められる。(例えば発症 6 日目に症状が消失し、発症 7 日目・8 日目に連続して PCR 検査が陰性であれば隔離解除となる。) いずれの場合でも隔離解除基準を満たせば、その直後からサービスを開始しても良い。

一方で人工呼吸器もしくは体外式心肺補助 (ECMO) を装着している重症患者において、PCR 検査を行わずに隔離解除を行う場合は「発症日から 15 日間経過し、かつ、症状経過後 72 時間経過」することが求められる。ただし、発症 15 日間経過した段階では約 5% 程度の患者が感染性を有している可能性がある¹⁾と報告されている一方で、この感染性は 20 日を超えて有しないとされている¹⁾。従って、発症 15 日以降経過しかつ 20 日間経過する以前に PCR 検査なしで隔離解除された場合、発症日から 20 日経過するまでは、COVID-19 患者と同様の感染予防策を行った上で、医療・介護サービスを提供することを推奨する。

(ただし、実際には重症例で 20 日以内に退院することはほとんどない) なお、PCR 検査を行って隔離解除する場合は症状軽快後 24 時間経過した後、症状軽快後 24 時間経過し、PCR 検査が 24 時間以上の間隔をあけて 2 回陰性となることが求められる。この場合は隔離解除基準を満たせば速やかに標準予防策を徹底しサービス再開を行う。

また、罹患後など感染性を有していない場合でも PCR 検査陽性が持続する場合がある。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感染したことの無い療養者と異なる対応をとることは望ましくない。

ただし、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が存在する³⁾。前述のような重度の免疫抑制状態の患者に対しては入院先の病院と事前に十分に協議してサービス開始時期や受け入れ時の感染対策を検討する。

なお、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. 2021;72(8):1467-1474.
- 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) 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5.2版
- 4) Aydillo T, et al. Shedding of Viable SARS-CoV-2 after Immunosuppressive Therapy for Cancer. N Engl J Med. 2020;383:2586-2588.

CQ35：複数の医療機関が訪問診療する施設の感染対策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、感染対策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。

CQ36：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、PPE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PPE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。

CQ37：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。

CQ37-1：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。

CQ3 7-2：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。

CQ3 7-3：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。

CQ38：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患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患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。

CQ39：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汚染区域に入る直前に PPE を着用し、汚染区域から出る直前に室内で、または状況に応じ直後に玄関で PPE を脱衣する。
- ⑤PPE の着脱場所は明確に掲示し、着用場所と脱衣場所は可能な限り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

CQ40：自院スタッフから感染者が出た場合、2週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着席せず、会話を可能な限り控えるようにする
- ・食事休憩場所はできる限り換気扇の使用や二方向の窓やドアを開けての換気を心がけ、食べ物や食器・おしぼりなどの共有・共用も避けるようにする

CQ4 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？

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。

【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 2：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考える。

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。

CQ43：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が可能である。

CQ 4 4 : 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のようにすればよいか

CQ 4 4-1 : 診療所において、医師が感染または 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、訪問診療の継続と他医療機関への引き継ぎはどのようにすればよいか?

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 PPE 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到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。

CQ 4 4-2 : 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のようにすればよいか?

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

<http://www.hachinohe.aomori.med.or.jp/ishikai/houkankyou/renkeisys.pdf>

CQ 4 4-3：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感染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 などでも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>

CQ45：ワクチンの効果はどれくらいあるのか？重症化や他者への感染を防ぐこともできるのか？

研究では mRNA ワクチンは少なくとも半年は有効性が保たれると言われている。その後効果がどの程度減弱し、ブースターがどの時期にどのような形で必要になるかは現在検討されている段階である。mRNA ワクチンでは従来株に対して感染予防効果は 90%以上、重症化と死亡の予防効果もそれぞれ 95%以上とされている。感染予防効果についてはデルタ株の出現により 60–80%台に下がることも示唆されているが現在検証が続けられている。同様にデルタ株を含めワクチン接種により他者への感染を防ぐ効果も示唆されているが、効果の程度については検証段階にある。

CQ46：ワクチンの副反応にはどのようなものがあるのか？また、どのように対応すればよいか？

ワクチンの副反応には、免疫がつく時に起こる比較的軽い反応と、アナフィラキシーなどまれに見られる医療介入が必要な反応に分けられる。

血管迷走神経反射は接種時の緊張や痛みなどをきっかけに、たちくらみや一時的な血圧低下が起こるもので、強い息苦しさや喘鳴、蕁麻疹などアナフィラキシーを疑う所見がないか注意しながら安静や下肢挙上などで経過観察することで自然に回復する。

免疫がつく時に起こる反応の頻度は二回目の接種後に多く、65歳以上の日本人で接種部位の疼痛が約8割、全身倦怠感が約4割、頭痛が約3割、1割に発熱が認められるが、いずれも通常数日で治ることが多いとされている。

それぞれの対処法としては、以下のようなことが推奨されている。

<接種部位の症状>

腫れ・痛み・熱感・発赤

→冷やしながら少しずつ動かすようにする。ただし、腫れが2日目以後も強くなっていく場合は医療機関で相談する。

<全身の症状>

倦怠感・頭痛・関節痛・発熱

→できるだけ体を休めて経過を観察し、熱が2日以上続いたり症状が強い場合は、薬局か医療機関で相談する。

非常にまれだが、以下のような症状が出たら救急外来へ相談または急激に症状が強くなる場合は救急車を要請する。

- ・急激に強い息苦しさを感ずる
- ・顔や喉が腫れて息が詰まるような感じがする
- ・めまいや動悸が強くなり意識を失いそうになる

【参考文献】

1)令和2年度厚生労働省行政推進調査事業費補助金（振興・再興感染症および予防接種政策推進研究事業）新型コロナワクチンの投与開始初期の重点的調査（コホート調査）健康観察日誌集計の中間報告 <https://www.mhlw.go.jp/content/10601000/000802343.pdf>

2)一般社団法人 保健医療リテラシー推進社中「こびナビ」 <https://covnavi.jp>

CQ47：副反応を防ぐために予防的な解熱鎮痛薬の内服を行ってもよいか？

アセトアミノフェンやイブプロフェン、ロキソプロフェンなどの鎮痛解熱剤を、予防のためワクチン接種前に飲むことは、効果を弱める可能性があるため推奨されていない。症状が出てから飲む場合は効果には影響はしないと考えられているため、必要に応じ内服してよいとされている。

CQ48：在宅療養者にワクチン接種を行う際、注意すべきことや工夫すべきことはあるか？

ワクチンを在宅で接種する場合は、以下の点に工夫と注意が必要である。

- ・接種を円滑かつ無駄なく行うための計画
- ・接種場所への運搬
- ・接種後の経過観察
- ・在宅での副反应对応

CQ48-1：接種を円滑かつ無駄なく行うための計画

在宅療養者のワクチン接種計画を立てる際に、以下の点を心がける。

- ・療養者とその家族・介護者を含め何人の接種が必要かを確認する
- ・他の患者、特に近くの患者や訪問日が重なる療養者と合わせ、6の倍数で無駄なく計画できるよう日程を調整する
- ・準備から最後の接種者までの時間が6時間を超えず、なるべく短時間で終わるよう訪問順やルート进行调整する
- ・接種当日には、事前に電話で体調や検温・問診票の記載を行うことを確認する
- ・当日の体調不良などで余りが生じた場合に調整が効くようあらかじめ予備接種者を設定しておく。

例)

- ・外来患者で当日の連絡で接種可能な患者のリストを作成する
- ・訪問患者で当日の連絡で接種可能な患者のリストを作成する
- ・行政や医師会と連携し、教育・医療・介護関係者などで当日の連絡で接種可能な人のリストを作成し、連絡体制を構築する

CQ48-2：接種場所への運搬

基本的にワクチン（現状日本ではファイザー社製のワクチンが用いられる）はシリンジに詰めた状態で運搬する。搬送の際は直射日光や紫外線に当てず、高温を避けるため、クーラーボックスを用いるか、保冷剤を詰めるなど気温に応じ適宜工夫する。添付文書の記載に従い 2-30℃の範囲で管理し、希釈後 6 時間経過し使用しなかったものは廃棄する。mRNA ワクチンは衝撃に弱いため、クッション性の良い素材でシリンジが固定されるよう工夫し、車の中ではできれば運転者以外の人員が保持するか、車内で動いて振動を与えないような形で固定する。また、接種後のゴミは別に針入れなどに入れて持ち帰ることができるよう準備する。

搬送時の梱包例)



CQ4 8 - 3 : 接種後の経過観察

重篤なアレルギーやアナフィラキシーの既往がある場合は接種後 30 分、それ以外の場合は接種後 15 分の経過観察を要するとされるが、必ずしも医師や同行した看護師がその場に居る必要はない。訪問看護師やケアマネジャー、介護者や家族と相談し、注意点を十分に説明した上で、必要な際に連絡が取れ、短時間で駆けつけることができる状況を作ることができれば、接種後次の訪問先に向かうことも許容される。訪問診療と合わせて接種を行う場合には、先に問診票と体調を確認し接種を行うことで時間を有効に活用できる。

CQ4 8 - 4 : 在宅での副反应对応

在宅での接種において、アナフィラキシーなどが起きた場合の準備としては、エピネフリン製剤と血圧測定、静脈路の確保と生理食塩水の輸液、スロイド剤の注射および抗ヒスタミン薬内服の準備ができていたことが望ましい。気管挿管などの準備は必ずしも必須ではなく、アナフィラキシーの兆候が見られた際に地域の基幹病院などが救急搬送を受け入れてもらえるようあらかじめコンセンサスを得ておくことと安心である。

【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予防接種の実施に関する医療機関向け手引き(5.2 版)」
- 2)厚生労働省事務連絡「新型コロナウイルス感染症対策に従事する医療関係者である濃厚接触者に対する外出自粛要請への対応について」・一般社団法人 日本アレルギー学会「新型コロナウイルスワクチン接種にともなう重度の過敏症（アナフィラキシー等）の管

理・診断・治療」令和3年3月12日改訂

https://www.jsaweb.jp/uploads/files/JSA2021COVID-19_ワクチン_アナウンスメント_210312改訂.pdf

CQ49：ワクチンを2回接種すれば濃厚接触者にならないか？ワクチンを2回接種したあとも基本的な感染予防策は継続しなければならないか？

ワクチンを二回接種しても濃厚接触者にはなるが、感染の可能性は非常に低い。ただし、最近の研究では感染した場合には未接種者と同等のウイルス量が検出され、感染を広める可能性があることが指摘されており、感染を広めないために他者との接触を避け経過観察することが望ましいと言える。しかし、流行状況と医療介護現場の人材の問題から、コロナ対策にあたる医療従事者で、ワクチン二回接種後14日以上経過しており、毎日PCRまたは抗原検査で陰性を確認できた場合には、当該業務に当たることが許可されている。ワクチン接種後の感染が少ないがゼロではないこと、感染した場合に広める可能性も否定できないことから、基本的な感染予防策および感染させないための予防策は未接種者と同様に継続する必要がある。

CQ50：新型コロナに罹患した場合もワクチンを接種する必要はあるか？罹患後どのぐらいあけて接種すべきか？

罹患後も自然免疫の低下や他の変異株の出現などにより再度罹患する可能性があることからワクチンは二回接種することが勧められている。未接種や一回接種後に罹患した場合、一回目または二回目の接種をどのぐらいの時期に行うべきかについては未だ統一見解はなく、体調や地域ごとのワクチン接種の進捗状況に合わせて治癒後に接種を検討する。ただし、抗体や血清を用いた治療を受けた場合は治療後 90 日、小児・成人ともに多系統炎症性症候群に罹患した場合はその診断から 90 日経過してから接種することが推奨されている。

CQ 5 1 : ワクチン接種を希望しない療養者が、入所介護施設や通所介護施設を利用する場合に不当な差別を受けることが懸念される。これに対し、どのような配慮を行えばよいか？

ワクチン接種をするか否かは個人の判断に委ねられるものであり、また、アレルギーや疾患などにより接種を受けられない場合もあるため、そのような選択をした人を差別することは不当である。ただし、感染対策上は接種者と非接種者ではリスクが異なるため、接する者の PPE や接触時間などをより厳重に管理するなど、感染対策に一定の区別が必要になる場合がある。逆に不当な差別を防止する意味でも、必要な区別を行った上で、どちらもケアの質を落とさないための工夫が必要であり、そのことを事業所や利用者・家族の共通認識とするよう努める必要がある。

【参考文献】

1) CDC Science Brief : COVID-19 Vaccines and Vaccination, Updated July 2021

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/fully-vaccinated-people.html>

<https://www.mhlw.go.jp/content/000819036.pdf>

CQ5 2：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
- ・感染対策に関するルールと業務手順の策定
- ・感染対策に関する教育
- ・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>

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
新屋 洋平 (副座長)	
石垣 泰則	医療法人社団仁生堂 大村病院
猪原 健	医療法人社団敬崇会 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	医療法人 はちのへファミリークリニック
川越 正平	医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所
河野 雅臣	感染対策コンサルタント
木下 朋雄	和光ホームケアクリニック
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
菅原 由美	全国訪問ボランティアナースの会キャンナス
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
武知 由佳子	医療法人社団愛友会 いきいきクリニック
田城 孝雄	放送大学 教養学部
谷水 正人	独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター
平原 佐斗司	東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所
古屋 聡	山梨市立牧丘病院
宮本 雄気	医療法人双樹会 よしき往診クリニック / 京都府立医科大学 救急医療学教室
望月 弘彦	相模女子大学 栄養科学部 管理栄養学科
森 清	社会医療法人財団大和会 東大和ホームケアクリニック
吉江 悟	一般社団法人 Neighborhood Care