

在宅医療における新型コロナウイルス感染症対応 Q&A (5 類移行後の感染症対策)

(改訂第 6 版) 2023 年 5 月末日

はじめに

新型コロナウイルス感染症は、2020 年 1 月 15 日に日本で最初に報告され、同年 4 月から全国に広がり、その後、様々な変異を繰り返しながら津波様の感染拡大（第 1 波～第 8 波）を繰り返し、3 年以上の長きにわたり、人々の生命を脅かし、また、社会活動・社会生活に多大な影響を及ぼしてきた。

昨年からオミクロン株に変異し、弱毒化して“インフルエンザ並”と言われるようになり、新規感染者も少なくなりつつあるが、いまだ感染力は強く、特に、私達が対象としている高齢者では、ウイルス罹患を契機として、死の転帰をとる人も少なくなく、日常的な感染対策は必要不可欠であり、ウイルス罹患患者への対応はこれまでとは大きく変わっていない。

そして、今回（2023 年 5 月 8 日以降）、その対応が 2 類感染症対応から 5 類感染症対応に変わり、法的な行動制限は解除され、社会生活はこれまでの日常に戻る事となった。しかし、コロナウイルス感染は終息したわけではないため、これまで私達が作成してきた Q&A を 5 類対応に変えることを目的に、この第 6 版を作成した。

5 類に移行してもコロナウイルス感染は依然として続いており、多くの重症化リスクを持った在宅医療利用者に係る在宅医療実践者が留意しなければならないことが多い状況は続いている。また、“インフルエンザ並”という言葉や、感染対策を弱めていいというニュアンスで受け取るのではなく、今後はインフルエンザも COVID-19 並にしっかり感染対策を行うべきであるというニュアンスで受け止めて欲しいものである。

さらに、例え、COVID-19 が収束したとしても、今後、新規の新興感染症の発生を念頭に、感染症に強い地域づくりは地域包括ケアシステムとして重要な課題であり、この課題解決には、在宅医療実践者が積極的に関与する必要性・重要性が今回の COVID-19 パンデミックで証明されたものと私は確信している。今後、同様の感染症により引き起こされる健康危機や、今や日本では毎年起こっている大規模な自然災害等への対応として、日本在宅医療連合学会は迅速に対応するワーキンググループを結成し、対応していく予定であるが、ひとまず、この新型コロナウイルス対策ワーキンググループの活動は 2023 年 5 月末日で終了する。

これまで、一緒に活動してくれた委員の方々、そして、この Q & A を利用してくれた方々に深く感謝したい。

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

第6版改定内容のポイントについて

第6版は、力作である第5版の内容をできるだけ残し、これまでのQ&A（第1版～第5版）を利用することなく、第6版だけでCOVID-19対策が行えるようにしたが、いくつかの修正・加筆を加えた。

修正および加筆で特に念頭においたことは、

- ① 2類の重要なポイントである行動制限（隔離等）、濃厚接触者に関する記述は適切と思われる言葉に変更した。特に、濃厚接触者という言葉は法律で規定されたものであることや、オミクロン株においてはエアロゾル感染が主伝播経路となり、それまでの飛沫感染および接触感染を念頭においた濃厚接触者の判定基準が、実際に感染が起きている実態と多少合わなくなっていることから、エアロゾル感染を意識した上で、高リスク曝露者という言葉を用意することとした。
- ② 高齢者施設における感染対策は基本的にこれまでとは変わらないことを強調した一方で、これまでの陽性者隔離対応が、陽性者のみならず、施設利用者のフレイルを促進し、そのために、特に認知機能の低下している人やフレイル状態にある利用者へのなんらかの配慮が必要なことを併記した。今後は、隔離しないで対応するための工夫などが必要であると思われるが、まだ、具体的な対応として発表できるまでは至っていないので、今後知見を重ねて検討が必要と思われる。
- ③ これまでも、今後も、高齢者施設における感染者対応が、地域医療に及ぼす影響は大きいことより、施設での看取りも含め、施設への医療支援体制の構築あるいは強化が重要であることを特に強調した。
- ④ ②と同様に、高齢者施設における面会制限については、厚労省から面会再開および促進についての通達が出されていることより、記述はそのような内容に変更した。
- ⑤ 検査においては、抗原検査キットを用いた検査が主流となっているため、迅速検査を行うことを推進した。
- ⑥ 高リスク曝露者への対応について、最終接触から5日間の体調変化の確認を強調するだけにとどめた。
- ⑦ 抗原検査キットの利用方法について2022年8月にFDAから出されたガイドラインを掲載した。
- ⑧ 換気の重要性については特に強調するために具体的な方法を記載した。
- ⑨ 新型コロナウイルス感染症の発生状況の情報として、週報が利用できることを記載した。
- ⑩ COVID-19患者が死亡した際の対応については、新規に公表されたガイドラインに沿って記述した。
- ⑪ COVID-19治療薬についての説明（在宅医療で使用できる薬剤の種類および在宅医療における具体的な使い方）を現状にあわせて更新した。
- ⑫ 深部静脈血栓症予防のための薬剤投与について、新規知見を加えて具体的に解説した。
- ⑬ ワクチンの項目は削除した。
- ⑭ COVID-19後遺症について新規に追加した。

—目次—

はじめに	1
第6版改定内容のポイントについて	2
I. 5類移行後でも必要な COVID-19 の感染予防のための基本的知識	7
1) SARS-CoV-2 感染経路の理解	7
2) 標準予防策の徹底	7
3) 状況に応じた感染経路別予防策の追加	7
4) 標準予防策・感染経路別予防策と PPE の選択	8
【標準予防策】	8
【感染経路別予防策】	9
【PPE（個人防護具）】	10
5) 環境消毒	11
II. 5類移行後の在宅医療における COVID-19 対策の基本的戦略	12
1) 感染拡大防止対策（感染制御）	12
2) COVID-19 患者の早期発見による早期隔離	12
3) COVID-19 患者への医療体制の確保	12
4) 既存の医療体制（在宅医療を含む）の堅持	12
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	12
III 在宅医療における COVID-19 への対応（一般的事項）	14
1) 在宅医療の現場における COVID-19 対策の原則	14
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	15
3) 発熱療養者への対応	15
4) COVID-19 が疑われた場合の在宅医療現場の感染対策	17
5) 高リスク曝露者と判断される場合の在宅医療現場の感染対策	19
6) 陽性者と認定された場合の在宅医療現場の感染対策	20
7) 感染疑いあるいは高リスク曝露者と判断される療養者の療養環境の確保	20
8) 医療あるいは介護スタッフが陽性者と認定された場合の療養者への対応	21
IV 5類移行後の高齢者介護施設・事業所等における COVID-19 への対応（一般的事項）	22
1) 高齢者介護施設・事業所等における COVID-19 への対応（基本的戦略）	22
2) COVID-19 が疑われた場合の高齢者介護施設等の感染対策（5類移行後、2023年5月時点での状況下における具体的対応手順）	25
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	26
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	26
5) 陽性者と判定された場合の高齢者介護施設等の感染対策	27
6) 陽性者と判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	28
7) 高リスク曝露者がいると判断される場合の高齢者介護施設等の感染対策	28
8) 高リスク曝露者がいると判断される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
V 5類移行後の高齢者介護施設・事業所等における COVID-19 への対応（重点事項）	30

VI 5 類移行後の在宅医療現場における COVID-19 の Q&A	35
1. COVID-19 流行期に備えた自施設の準備について	
CQ 1 : COVID-19 患者への在宅医療を今回初めて行うことになったが、何から始めればよいか?	35
CQ 2 : 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?	35
CQ 3 : COVID-19 に関する日々の情報をどのように入手すればよいか?	36
CQ 4 : 職員への教育はどのように行えばよいか?	36
CQ 5 : 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
CQ 6 : BCP とは何か? どのように作成するのか?	37
CQ 7 : 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?	37
CQ 8 : 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?	38
CQ 9 : 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?	38
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?	39
CQ11 : 療養者を診察する際の PPE はどのようにすべきか?	39
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?	40
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?	40
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?	40
CQ12 : 往診車両の環境管理はどのように行うべきか?	41
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?	42
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?	42
CQ14-1 : フレイルへの対策	42
CQ14-2 : 抑うつへの対策	43
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?	44
CQ15-1 : 身体機能が低下し外出できない療養者への対応	44
CQ15-2 : 認知機能が低下した療養者への対応	44
CQ16 : 精神疾患のケアに関わる際に注意すべきことは?	45
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?	45
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	46
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	46
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?	47
CQ18-1 : COVID-19 と診断されている場合	47
CQ18-2 : COVID-19 の可能性が否定できない場合	48
CQ18-3 : COVID-19 患者が自宅で亡くなった場合の遺体の扱い方	48
3. COVID-19 を疑う療養者への対応について	
CQ19 : どのようなときに COVID-19 を疑うか?	50
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?	51
CQ20-1 : 聴診を含めた身体診察の是非について	51

CQ20-2：インフルエンザ迅速検査の是非について	51
CQ20-3：超音波検査やレントゲン検査の是非について	52
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？	52
CQ21-1：高齢者施設等における抗原定性検査の活用に関して	54
CQ22：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？	55
CQ23：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？	55
CQ24：療養者が高リスク曝露者であると判明した場合、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？	56
CQ25：療養者の同居者が高リスク曝露者であると判定される場合、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？	57
4. COVID-19に罹患している療養者への対応について	
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？	58
CQ27：療養者がCOVID-19と診断され、自宅療養となる場合、治療を含め、注意することは何か？	58
CQ27-1：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？	59
CQ27-2：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？	61
CQ27-3：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？	69
CQ27-4：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？	70
CQ27-5：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？	71
CQ27-6：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？ 行う場合の手法と注意点は？	72
CQ27-7：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？	73
CQ28：療養者が感染者と判明した場合、自宅の環境消毒や家族の感染対策についての指導はどのように行えばよいか？	74
CQ29：精神疾患を抱えた療養者がCOVID-19に罹患した場合、どのように対応すべきか？	74
CQ30：在宅医療を受けている乳幼児・小児が高リスク曝露者と判明した場合、あるいはCOVID-19に罹患した場合、どのように対応すべきか？	75
CQ31：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？	77
CQ32：療養者のCOVID-19陽性が確定し、在宅看取りを含めて自宅療養を希望した場合、どのように対応すべきか？	78
CQ33：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？	78
5. COVID-19に罹患し、退院してきた療養者への対応について	
CQ34：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？	80
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	
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？	82
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？	82

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？	82
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？	82
CQ37-2：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？	83
CQ37-3：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？	84
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いての面会は可能か？	84
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？	85
7. COVID-19 を疑う職員が発生した場合の対応について	
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？	86
CQ41：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？	86
CQ42：訪問看護ステーションに感染者が発生し休止を余儀なくされた場合、どのように対応するか？	87
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？	87
CQ43-1：COVID-19 陽性となった医療職・介護職の復職基準はどうすればいいか？	87
CQ43-2：高リスク曝露者と判断される医療職・介護職の復職はどうすればいいのか？	88
CQ44：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？	89
CQ44-1：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？	89
CQ44-2：訪問看護ステーションにおいて、感染者あるいは高リスク曝露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？	89
CQ44-3：訪問介護事業所において、感染者あるいは高リスク曝露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？	90
CQ45：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？	90
8. COVID-19 後遺症について	
CQ46：新型コロナ後遺症の治療法はありますか？ (20230531 新規)	92
あとがき	93
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 メンバー一覧	94

I 5 類移行後でも必要な COVID-19 の感染予防のための基本的知識

1) SARS-CoV-2 感染経路の理解

COVID-19 の感染経路については、流行発生当初から、特に空気感染の可能性についてさまざまな議論がなされてきた¹⁾²⁾³⁾。また、重力で1 – 2 m 以内に地面に落ちてしまう飛沫と、その範囲を超えて飛散し、時間単位で空気中に止まるエアロゾルの定義についても様々な議論がなされてきた。従来は粒子の直径5 μm 程度を目安に大きさのみで分けられていたが、排出された粒子が空気中に止まるか否かは、風量・温度・湿度や排出速度などの環境にも依存し、条件によっては100 μm 前後の大きさまでは止まることができることがわかってきた⁴⁾。このような経緯から、現在 WHO は COVID-19 の感染経路を、空気中に漂う粒子を吸い込むことによる感染か、飛沫が感染部位に直接付着して感染するかによってエアロゾル感染（空気感染）か飛沫感染を分類している⁵⁾。これを参考に従来の分類に合わせて整理すると以下ようになる。①エアロゾル感染（空気感染* 1）：呼吸や発声、咳などにより呼吸器系から発生するウイルスを含むエアロゾルなどの微小な粒子が空気中に一定時間止まり、これを吸い込むことにより感染する感染経路。②飛沫感染：呼吸や発声、咳などにより呼吸器系から発生するウイルスを含む飛沫が、眼、鼻、口などに直接付着して感染する感染経路。③接触感染：上記などで排出されたウイルスが付着した物体の表面などを触った手などで、眼、鼻、口などを触ることで感染する感染経路。

* 1：空気感染については従来、空気感染する感染症として、麻疹ウイルス、結核菌、水痘ウイルスが挙げられ、その対策の原則として、①独立空調で陰圧管理、②空気を外部へ排出あるいは再循環前の HEPA フィルタの使用、③N95 微粒子用マスクまたはそれ以上高レベルの呼吸器防護用具の着用が推奨されているが、COVID-19 感染対策においては、特に密閉した環境においては換気対策が最も重要であることを認識することが重要であり、自宅や施設での在宅医療の現場において、一律に陰圧管理や HEPA フィルタ付空気清浄機の使用を必須とするものではない。

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

3) 状況に応じた感染経路別予防策の追加

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、エアロゾル感染予防策、飛沫感染予防策、接触感染予防策があるが、COVID-19の疑いあるいは確定例では、医療および介護施設に於いては基本的には標準予防策、エアロゾル感染予防策、飛沫感染予防策、接触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。特に5類移行後はどうするのか。

基本的な考えとしては2類の時と変わらない。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、エアロゾル感染予防策、飛沫感染予防策、接触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。

4) 標準予防策・感染経路別予防策とPPEの選択

医療施設においては、ウイルスだけでなく耐性菌などの感染に常に曝されているため、個々の職員に対して感染経路別予防策や適正なPPEの使用方法についての教育が日常的に行われ、職員の多くは病院が作成した手順に沿って日常業務を行っている。感染対策の最も重要なポイントは、一人でも対応を間違えるとすべての職員の努力が無駄になってしまう可能性があることである。一方、在宅医療の現場では、生活空間であることより、医療現場のルールをできるだけ持ち込まないで、その家の環境にあわせた対策を行わざるを得ない。しかし、それでも在宅医療に関わる医療および介護従事者は治療やケアにあたっては標準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。したがって、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持ち、適切な対応を日常的に行う必要がある。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。すでに解説しているように、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。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り、COVID-19の可能性が否定できない場合はN95マスクを着用する。

【感染経路別予防策】

①エアロゾル感染予防策

空気感染予防策として、換気、空気清浄機の使用、およびマスクの適切な選択と使用が重要である。

- ・換気：環境により異なるが、二方向の窓を開けることや換気扇や扇風機あるいはサーキュレーターを可能な限り活用することで行う。二酸化炭素濃度計（NDIR方式を推奨）を使用し、CO₂濃度を800ppm未満に抑えることが一つの目安となる。
- ・空気清浄機の使用：換気と合わせ、HEPAフィルター付きの空気清浄機（特に十分な換気が確保されない場合においては）を活用することが望ましい。
- ・N95マスクの適切な選択と使用：初回使用時にフィットテストを行い、自分に合ったマスクとその装着法を確認する。また、使用時には毎回ユーザーシールチェックを行う。

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 ocorrênciaやすい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。

- ・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1～2m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2m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。

【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、5 類移行においても、在庫数は把握しておく。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：健常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）を着用する。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 μm 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 μm ～5 μm 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 μm 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（PFE98%以上、BFE9898%98%以上、血液不浸透性、呼気抵抗 6.0 mm H₂O/cm²）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ている。

・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）、COVID-19、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、エアロゾル感染（空気感染）とされる疾患の感染予防に用いる。

・本来使い捨てるのものであるが、再利用が認められている。再利用の方法は滅菌器を使う方法、新型コロナウイルスはプラスチック、ステンレス、紙の上では 72 時間しか生存できないことが報告されていることから、通気性のきれいなバックに保管し毎日取り換えて 5 日サイクルで使用する方法もある。

③ガウンあるいはエプロン：口腔内の吸引、オムツや尿の処理など、衣類やからだの露出部位が汚染される可能性がある場合は、使い捨てる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、袖のある使い捨てる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標準感染予防として基本的に必要である。

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、むしろ着脱の際に手が汚染される可能性があり、状況において判断する。

5) 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) 医療におけるエピソードおよびパンデミック傾向にある急性呼吸器感染症の予防と制御 Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory infections in health care 日本語版) 国立保健医療科学院 2015年8月17日 https://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) (20200310)一般社団法人日本環境感染学会 http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/COVID19_taioguide2.1.pdf
- 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 5 類移行後の在宅医療における 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 患者が発生した場合、感染が拡大しないよう、患者に係る人（職員を含む）は、標準感染予防策の徹底に加え、飛沫感染予防策、接触感染予防策およびエアロゾル感染予防策を講じる。

2) COVID-19 患者の早期発見による早期隔離

地域の中で、COVID-19 がまだ蔓延している状況下では、発熱等の呼吸器症状が出現した場合には、COVID-19 も疑い抗原検査キット等で早めに検査を行う。なお、インフルエンザが流行している場合には、インフルエンザも含めた検査を同時に行うことも推奨される。COVID-19 陽性と判断される場合には、自宅であればその旨家族に説明し、家族に感染対策を指導する。施設であれば、個室への隔離等、利用者への感染拡大の防止策をとるよう指導する。

3) COVID-19 患者への医療体制の確保

病状が軽度の場合には、そのまま自宅あるいは施設での療養となるが、重症化リスクの高い人では、必ず、医療機関との連携を確保し、中等症以上では、迅速に入院を含めた対応を検討する。

福祉施設、特に入所施設（ショートステイを含む）においては、日常的（平時）に協力医療機関との連携を保ち、感染症を含めて、介護度が高く移動が困難な利用者への施設での医療支援が可能な体制を作っておく必要がある（施設医・嘱託医の診療、協力医の訪問診療・往診等）。

4) 既存の医療体制（在宅医療を含む）の堅持

COVID-19 が再度蔓延した場合（第9波あるいはそれ以降の蔓延）、軽症者が病院に救急搬送され、地域医療（救急医療を含めて）が逼迫しないよう、平時においても、自宅や施設内で軽症者の療養が継続できるような体制（必要に応じて短期間の輸液や酸素療法が行えるような体制を含めて）を整備しておく必要がある。また、看取りを含めた病状の悪化が予測される超高齢者等には、事前（元気な時、施設であれば入所時等）に ACP を始め、本人の意向を確認する作業を行っておくことも重要であり、本人が搬送を希望しない場合には、その意向に沿って、自宅看取りや施設看取りを行うことが可能となるような体制を作っておくことが望ましい。

なお、在宅医療を実践している医療機関（診療所・病院、訪問看護ステーション等）は、平時より地域 BCP として災害時の連携体制を作っておくことが求められる。

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

日本は超高齢社会に突入しつつあり、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。今回の感染蔓延時には、介護支援が不十分となり、地域の高齢者のフレイルが進んだことをふりかえり、今後は感染蔓延が起こっても、介護サービスが不十分とならないような体制構築が必要である。

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、② COVID-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抗原検査あるいは PCR 検査の実施、⑤介護サービス事業者間の情報共有体制の構築等がある

【参考文献】

- 1) Morawska and Milton, “It Is Time to Address Airborne Transmission of Coronavirus Disease 2019(COVID-19), *Clinical Infectious Disease* 2020:71
<https://academic.oup.com/cid/article/71/9/2311/5867798>
- 2) Wang et al., “Airborne transmission of respiratory viruses”, *Science* Vol. 373 Issue 6558, 27 Aug 2021, DOI: 10.1126/science.abd9149 <https://www.science.org/doi/10.1126/science.abd9149>
- 3) Greenhalgh et al., “The scientific reasons in support of airborne transmission of SARSCoV-2”, *The Lancet* Vol 397 May 1, 2021 [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(21\)00869-2/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(21)00869-2/fulltext)
- 4) Leung, “Transmissibility and transmission of respiratory viruses”, *Nature* Vol 19, August 2021, <https://www.nature.com/articles/s41579-021-00535-6>
- 5) World Health Organization, Coronavirus disease(COVID-19): How is it transmitted?
<https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid19-how-is-it-transmitted>
- 6) 医療におけるエピソードおよびパンデミック傾向にある急性呼吸器感染症の予防と制御
(Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory infections in health care 日本語版) 国立保健医療科学院 2015 年 8 月 17 日
https://www.niph.go.jp/publications/who_guide.pdf
- 7) 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) (20200310)一般社団法人 日本環境感染学会
http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/COVID-19_taioguide2.1.pdf
- 8) 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

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、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った問題、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、ウイルス曝露を避ける。

在宅医療に関わる医療および介護従事者が COVID-19 患者になると、適切な医療や介護の提供が一時的ではあるが中断する。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、地域の COVID-19 の発生状況次第では、発熱が COVID-19 によるものでないかと疑う必要がある。このため、地域での発生状況や、症状等により 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ってはならない。在宅医療は多職種協働の活動であり日常的な情報の共有が欠かせないため、現在、ICT などの利用が進みつつあるが、まだまだ普及しているとは言えない状況である。情報共有のためのツールは ICT 以外にもあるが、それらを駆使し、あるいは、これを機会に情報共有体制を整備することも考慮されたい。

⑤PPE を適正に使う

病院などの医療施設では、複数の COVID-19 患者に対して同じ 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、効率性が悪いいため、適切な使用が求められる。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

5 類に移行し、丁度感染の拡大が下火となっているが、再度 COVID-19 が日本全体で蔓延する可能性もある。このような事態では、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、他疾患の悪化等で病状が重症化することもある。

ここでは、COVID-19 が再拡大した場合を想定し、特に関係する医療および介護従事者の具体的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
- ・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（抗原検査キットを用いた検査も含め）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、フェイスシェイド、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（腕に飛沫を浴びる可能性がなければ半袖も可）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、抗原検査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 I 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、COVID19 が疑われる場合には、抗原検査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。

（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、抗原検査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および周囲の状況から、COVID-19 の可能性が極めて高く入院が必要な状態等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、抗原検査キットを用いて現場で検査を行う。

現場での迅速検査で陽性の場合には、療養継続に向けた説明（介護家族への感染対策の説明、ケアマネージャー等への連絡と介護計画の再検討の依頼等）を行う。

(中等症の場合)

診察により症状が中等症 I（息切れあり、SpO₂96%以下 93%以上）相当であることが確認された場合は、抗原検査キットを用いて現場で検査を行った上で、陽性であり入院が必要と判断した場合には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。

(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、抗原検査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。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
- ・状況にあわせ（COVID-19の可能性、飛沫の発生状況等）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）
- ・COVID-19の可能性の高い場合には、あらかじめ、換気をはかるために窓の解放等の対応を家族に依頼しておく。
- ・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

（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（2日前からの陽性者との接触等）は、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、可能であれば自己検査（*）を勧める。

*自己検査について：今回のQ&Aでは、同居家族、職員等で感染の可能性が高い人（高リスク曝露者）には自己検査を勧める記述としている。これは、感染が地域に蔓延している場合には、診療所や病院外来が込み合い（特に土日祝日）、医療がひっ迫する可能性があることを念頭に置き、また、早く判定し、迅速な対応につなげる意図もある。ただし、検体採取が不適切であったり、ウイルス量が少ない場合には、ウイルス感染があっても陰性となることより、添付の使用方法（特に鼻腔拭い液の採取方法）に従い、また、陰性＝大丈夫（感染していない）とはならないことを認識する必要がある。なお、結果に不安が強い場合にはかかりつけ医等に相談する。

- ・体温を定期的に測ってもらう。

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

・陽性者との最終接触から5日間は体調の変化を観察するよう、もし、発熱等の症状が出た場合には、自己検査を行うよう勧める。約7日間は症状が出る可能性はあるが、5日までに体調の変化がなければ、留意した上で、以下の点に留意して療養者との接触は可能とする。

・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（換気扇は24時間稼働し、換気扇から遠い場所の窓を少し開けて常時換気をはかる）。

- ・調理に際しても、念のため、手袋、マスクを忘れず着用する。
- ・食器などは別に用意する。
- ・食事は時間をずらしてとるか、食事中に対面で会話しない。

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

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

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

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、早めの自己検査を勧める。
- ・基本は、療養者の介護は行わないこととし、ケアマネジャーや訪問サービスを担当している医師、看護師、地域包括支援センター等に相談し、家族による介護ケアの代替のサービスの提供が可能かを相談する。
- ・熱が下がらない場合は可能であれば自己検査を行った上で医療機関に相談するよう助言する。

5) 高リスク曝露者（*）と判断される場合の在宅医療現場の感染対策

*高リスク曝露者：5類移行後は濃厚接触者の認定および行動制限がなくなること、濃厚接触者という言葉は2類における法律用語であることより、5類移行後は濃厚接触者という言葉自体がなくなる。また、濃厚接触者の定義は、飛沫感染および接触感染を念頭において作られた言葉であることより、5類移行後、当学会においては、高リスク曝露者という名称を使うことを提言する。この高リスクとは、エアロゾル感染も念頭においてウイルス曝露した可能性が高いという意味で、従来の濃厚接触者の判定基準に相当する者に加え、換気の悪い室内で一緒にいてエアロゾルを吸い込んだ可能性の高い者も含めている。

(1) 療養者（自宅）が高リスク曝露者と判断される場合

- ・在宅医療を受けている病状にもよるが、呼吸器症状が軽度でもある場合には、一時的に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）を使用して対応。同居する家族、介護する家族に対しては、高リスク曝露者としての対応（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、可能な限り抗原検査キットで検査を行う。

(2) 同居家族が高リスク曝露者と判断される場合

同居家族に以下の対応

を助言する。ただし、法的には行動の自由が保障されていることを念頭に置いての助言となる。

- ・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

6) 陽性者と認定された場合の在宅医療現場の感染対策

①療養者が陽性者と診断された場合

5類移行後では療養者が陽性と診断され、軽症あるいは中等症Ⅰであり入院の必要がないと判断される場合には、原則的に自宅療養を継続することとなる。しかし、介護者がいない等の状況では受け入れてくれる可能性のある病院医師と対応を協議する選択肢も必要となる。中等症Ⅱ以上では救急車で移送する。

自宅療養する場合には、介護家族に対し、感染対策について説明し、その後は、オンライン診療（電話診療を含む）で対応。病状悪化時には、往診あるいは訪問看護師による対面での病状把握により対応（入院対応も含め）を検討する。なお、抗ウイルス剤による治療も病状および重症化リスク等に応じて考慮する。

②同居家族が陽性者と診断された場合

同居家族が陽性者と診断され、家族介護に関わっている場合には、療養者が感染していないかどうかについて検査を行い、その結果、陽性と判断されれば療養者も①の対応となる。

7) 感染疑いあるいは高リスク曝露者と判断される療養者の療養環境の確保

感染疑い、あるいは高リスク曝露者と判断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（換気扇は24時間稼働し、換気扇より遠い場所の窓を少し開けて効果的な換気を図る）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。部屋の換気状況（部屋の空気の入替え）を確認し、陽性者から同居家族に空気が流れないように、扇風機やサーキュレーター等で工夫する。
- ・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おう。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。
 - 常時換気の他に、定期的に窓を大きく開けて換気をする。

8) 医療あるいは介護スタッフが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高リスク曝露者と判断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
- ・地域で感染者がまだ発生している場合には、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。なお、地域の感染状況に応じて柔軟に対応する。
- ・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。

IV 5 類移行後の高齢者介護施設・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 COVID19 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、重篤化のリスクがある（*）こと

*オミクロン株となつてから、COVID-19 による重症化（肺炎等）は非常に少なく、基礎疾患の重症化あるいは誤嚥性肺炎の併発により重症化がむしろ多くなっている。

- ③認知機能の低下や精神疾患を持つ人が少なくなく、マスクの着用や隔離が難しいこと
- 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で地域の入院医療機関に陽性者が多く搬送されると地域の医療崩壊にもつながる可能性があること
- ⑥介護従事者の感染者あるいは自宅待機の高リスク曝露者が多く発生すると濃厚接触者認定により地域の介護力が低下すること
- ⑦介護従事者を含む施設関係者の離職により施設の運営が困難になること
- ⑧⑤および⑥により介護家族の負担が大きくなり地域の介護崩壊につながる

高齢化がすすんでいる日本において、5 類移行後もこの脅威は重大な社会的問題であり、ワクチン接種により重症化する高齢者が少なくなったとしても、COVID-19 に伴う症状により、一時的に全身状態が悪化し、それを契機に誤嚥性肺炎や併発症の悪化が起これ、病態が悪化する高齢者も少なくないため、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。

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

対応としての戦略を以下に示すが、5 類移行後もその基本的戦略は変わらない。ただし、高齢者施設での利用者や職員の交流を断つことや、介護量を減らすことが、結果的に施設入所者のフレイル進行に悪影響を及ぼし、そのために予測より早く亡くなったと思える入所者がいたことは今後考慮しなければならない。このため、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、そして、職員はしっかり感染対策を行う中、食事や室内でのレクリエーションを大人数で行うことは避ける一方で、行動制限を可能な限り避ける、あるいは、口腔ケアや介護等をできるだけ継続する方策を工夫することが肝要である。

さらに、福祉施設での感染者も無症状および軽症では療養継続となること、すでに基礎疾患を多く持ち、フレイル等が進行している利用者では、COVID-19 は軽症であっても、感染を契機に一時的に病状が悪化する者も少なくないことより、病状の変化に迅速に対応できる医療支援体制の構築も重要な戦略である。

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が、感染経路の多くは職員経由であることより、職員の日常的な健康管理が最も重要となる。

具体的な対応を以下に示す。

- ・面会の工夫：家族との面会制限は入所者の心身の健康に大きな影響を及ぼすことより、2023年1月31日より厚労省は面会の再開・推進を促す通知を発信している。また、面会の工夫に関する動画やリーフレットを配信しており、これらを参考に家族と面会できるような工夫が必要である。ただし、再度地域でのまん延が起こった場合には一時的に面会制限を加えることは許容される。
- ・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、自己検査を行い、検査結果が陰性でも症状があるうちは自宅待機してもらう。
- ・職員の健康管理の一環として、発熱や呼吸器症状があった場合にはその症状が短期間で収まっても、その事実を申告してもらう（職員が無症状感染者であることも珍しくなく、よく聞くと、軽い症状が短期間で治った履歴があることも少なくない）。

②COVID-19患者の早期発見と隔離

利用者（入所者および施設利用者：以下利用者并表示）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、入所者が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、曝露源と高リスク曝露者の特定を行うなど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に連絡する。

③クラスター化の防止

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、可能な限り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、陽性者が発生した時の隔離や適切なPPEの使用、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。
- ・共同スペース（廊下、居間、食堂等）の換気状況を確認し、外気が室内に取り込まれ、その空気が共同スペースに流れ、この室内の空気が常時外部に出される（常時換気・強制換気）ような換気環境であることを確認する。
- ・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
- ・症状を有する入所者は原則、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
- ・症状を有する入所者とその他の入所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適応のある無症状者あるいは軽症者への治療

高齢者施設入所者が陽性者と診断され、施設で隔離を行う場合には、医療支援体制が必要となることも少なくない。具体的には COVID-19 による症状への対症治療および COVID-19 に対する治療（重症化予防を含め）が施設でも行われる体制構築が望まれる。特に、後者の COVID-19 に対する治療（抗ウイルス薬）は、現時点で施設でも行うことが可能となっており、適応のある陽性者には治療を行うことを検討する。

⑤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重要な課題である。

⑥療養継続時の医療支援体制の構築

福祉施設には必ず協力医療機関があるはずであるが、これまでの実態として、医療が必要となった時に協力関係が得られない、協力が得られても、その医療機関に搬送する形での対応が主であり、施設内での医療支援の経験がない施設が多かったものと思われる。また、施設医や嘱託医が存在しても、その役割は、健康管理であり、施設内で感染者への治療やケアを行う体制はほぼなかった。しかし、今回の COVID-19 対応で、すでに厚労省から、すべての福祉施設において医療支援体制を構築する方向性が示されており、地域包括ケアシステムにおける在宅医療介護連携体制の構築も視野において、その体制の整備は重要な事項である。

【参考資料】

- 1) 厚生労働省：高齢者施設等における面会の再開・推進にかかる高齢者施設等の職員向け動画及びリーフレットについて <https://www.mhlw.go.jp/content/001048875.pdf>
- 2) 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
- 3) 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-assessment-hcp.html>

- 4) Clinical Guidance for Nursing Home and Residential Care Residents and COVID-19
<https://www.gov.scot/publications/coronavirus-covid-19-clinical-guidance-for-nursinghomeand-residential-care-residents/>
- 5) Asymptomatic Transmission, the Achilles' Heel of Current Strategies to Control Covid19 | NEJM
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe2009758>
- 6) 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>
- 7) Strategies for Mitigating the Emotional Impact of COVID-19, The Society For PostAcute and Long-Term Care Medicine <https://paltc.org/COVID-19>
- 8) 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-protectingindividualsresiding-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（5 類移行後、2023 年 5 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

症状等で入所者の 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、施設で抗原検査キットを用いた迅速診断を行う

【対面の診察を省略する場合】

・施設からの病状報告および周囲の状況から、施設看取りではなく入院が必要な状態等であると判断される場合には、対面の診察を行わず直接、入院でき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助言を行う。

【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、SpO₂ 96%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、抗原検査キットで迅速診断を行う。な

お、多くの場合施設には抗原検査キットが常備されているはずであり、施設看護師等へ検査を行うよう指示する。

(中等症の場合)

診察により、症状が中等症（息切れあり、SpO₂ 96%以下 93%以上）であることが確認され抗原検査キットで陽性であれば、施設で治療（輸液、酸素療法、抗ウイルス剤の投与等）を行うか、病院に入院を依頼するかを検討し、対応する。

(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、救急隊や入院先には COVID-19 に関する情報は提供する。

(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、自己検査を勧める。自己検査で COVID-19 陰性であっても、症状が続く場合は就業を控えさせ、48 時間後に再度自己検査を行うことを推奨する。

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、個室等で対応にあたる。なお、利用者の手指が触れた可能性のある所は念のため消毒しておく。家族介護者には、早くかかりつけ医等と相談するよう指導し、その後の経過について電話で情報を得て置く。

(2) 施設スタッフの感染が疑われた場合

施設スタッフの健康管理としての毎日の検温は必須であり、発熱等の呼吸器症状がある場合には、自宅待機として、自己検査を勧める。自己検査で COVID-19 陰性であっても、症状が続く場合は就業を控えさせ、48 時間後に再度自己検査を行うことを推奨する。

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、自己検査を勧める。自己検査で COVID-19 陰性であっても、症状が続く場合は就業を

控えさせ、48 時間後に再度自己検査を行うことを推奨する。

5) 陽性者と判定された場合の高齢者介護施設等の感染対策

(1) 入所者が感染と判定された場合

・全入所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、全員の抗原検査あるいは職員全員の抗原検査と症状のある入所者の抗原検査を考慮する。なお、5 類移行後も福祉施設においては 9 月までは、行政検査と認められる。

・なお、感染直後は抗原検査キットおよび PCR 検査で陽性とならない可能性も念頭におき、検査陰性であっても入所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（9 月までは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、事前に保健所等と相談することもできる）。

・抗原検査キットにおける再検査の目安：アメリカ FDA は 2022 年 8 月 11 日に迅速検査キット使用時の留意事項として、以下の勧告を行っている

- 1) 抗原検査キットは繰り返し検査を前提として使用すること
- 2) ウイルスを曝露したと考えられる場合の抗原検査キットの再検査の手順として

【症状がある場合】

- ・初回検査で (+) の場合には COVID-19 と判断する
- ・初回検査で (-) の場合には 48 時間後 (2 回目) に再度検査を行い、(+) であれば COVID-19 と判断する。(−) であれば COVID-19 の可能性はないと判断する。なお、この結果に疑問を持つ場合には PCR 検査を行う。

【症状がない場合】

- ・初回検査で (+) の場合には COVID-19 と判断する
 - ・初回検査で (-) の場合には 48 時間後 (2 回目) に再度検査を行う
 - ・再検査 (2 回目) で (+) であれば COVID-19 と判断する。
 - ・再検査 (2 回目) で (-) であれば、更に 48 時間後に再度検査 (3 回目) を行う
 - ・再々検査 (3 回目) で (+) であれば COVID-19 と判断する。
 - ・再々検査 (3 回目) で (-) の場合 COVID-19 の可能性はないと判断する。なお、この結果に疑問を持つ場合には PCR 検査を行う。
- ・検査陽性と判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、基本的には施設での療養継続となる。ただし、この場合、施設医・嘱託医あるいは協力医療機関との連携を密にし、可能な医療支援が受けられる体制を維持する。なお、必要に応じて当該保健所、地域の医師会、病院等の連携による感染対策支援および医療支援体制が地域で受けられる体制構築があることが望ましい。
- ・このため、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判定された場合

・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抗原検査キットを用いた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る。

・施設と関係している協力医療機関（在宅医療提供機関を含む）に対してはできるだけ早く連絡を入れておく。

6) 陽性者と判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) 利用者が陽性者と判定された場合

- ・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。
- ・施設内の換気状況をチェックする。換気扇は稼働しているのか、適切な外気の取り込みがあるのか（常時換気となっているか）、特に浴室および控室の換気状況は点検する。
- ・標準的な感染対策が行われているか確認する。
- ・他の利用者および施設スタッフに高リスク曝露者がいないかどうか確認する。
- ・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) 施設スタッフが陽性者と判定された場合

- ・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。
- ・施設内の換気状況をチェックする。換気扇は稼働しているのか、適切な外気の取り込みがあるのか（常時換気となっているか）、特に更衣室や休憩室の換気状況は点検する。
- ・標準的な感染対策が行われているか確認する。
- ・他の利用者および施設スタッフに高リスク曝露者がいないかどうか確認する。

7) 高リスク曝露者がいると判断される場合の高齢者介護施設等の感染対策

高リスク曝露者が発症する可能性は、陽性者との最終接触から5日間であるが、7日間は症状が出る可能性はある。したがって、5日間は体調の変化を観察し、発熱等の症状が出た場合には、抗原検査キットを用いた検査（施設での検査あるいは自己検査）を行う。

5類移行後は基本的には隔離や行動制限に法的な根拠はなくなるが、発症する可能性のある期間（5日間あるいは7日間）は、関わる者（利用者あるいは施設職員）のウイルス曝露が最小限となるよう配慮する。なお、この配慮として以下の事項がある。

(1) 入所者が高リスク曝露者と判断される場合

- ・対応にあたるスタッフを固定し、サージカルマスクおよび手袋を着用して対応する。
- ・原則個室療養とし、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。
- ・介護サービスはできる限り継続し、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（個室隔離しない、行動を制限しない等）も考慮する。
- ・また、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) 施設スタッフが高リスク曝露者と判断される場合

- ・施設スタッフが高リスク曝露者と判断される場合には、可能であれば在宅勤務などに変更し、発症する可能性のある期間が終了したらすぐに職場復帰できるよう配慮する。あるいは、抗原検査キットを用いた検査を48時間毎3回繰り返し、3回目で陰性であれば職場復帰させる。なお、利用者や他の職員へのウイルス曝露を避ける形で就業することも不可能ではない。
- ・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) 高リスク曝露者がいると判断される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) 利用者が高リスク曝露者と判断される場合

- ・高リスク曝露者と判断される場合には、発症の可能性のある期間は施設の利用を控えてもらう。しかし、その間にフレイルが進まないよう利用者あるいは家族にフレイル予防についての指導を行う。
- ・高リスク曝露者と判断される利用者が触れた可能性のある場所は念のため消毒する。
- ・高リスク曝露者と判断される利用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) 施設スタッフが高リスク曝露者と判断される場合

- ・施設スタッフが高リスク曝露者と判断される場合には、可能であれば在宅勤務などに変更し、発症する可能性のある期間が終了したらすぐに職場復帰できるよう配慮する。あるいは、抗原検査キットを用いた検査を48時間毎3回繰り返し、3回目で陰性であれば職場復帰させる。なお、利用者や他の職員へのウイルス曝露を避ける形で就業することも不可能ではない。

<コロナ対策アップデート2023>①

「かぜかしら？」
症状だけでは
わからない



新型コロナ、インフルエンザ、かぜなどの区別は症状だけではできません。
症状がある場合は抗原検査キットでの自己検査または医療機関での受診が
必要です。症状が軽くても重症化リスクの高い人などに感染を広めてしま
わないよう、早めに検査・受診するよう心がけましょう。

<参考>

NPO 法人 Reconnect
新型コロナ情報チャンネル

【参照】

- CQ19：どのようなときに COVID-19 を疑うか？
- CQ20：発熱した療養者の具体的診察法はどのようにすべきか？



<コロナ対策アップデート2023>②

「陰性だ。」
それでも検査は
もう一回



新型コロナウイルスの検査が一回陰性でも、感染していないと言い切ることはできません。症状があれば48時間後にもう一度、症状がなく接触などで疑いのある場合は48時間後と96時間後に抗原検査で陰性を確認しましょう。それまでは感染の可能性を考えて慎重に行動しましょう。

<参考>

日本医事新報【識者の眼】
「コロナ抗原検査は繰り返し実施を」

NPO 法人 Reconnect
新型コロナ情報チャンネル



【参照】

CQ21-1:高齢者施設等における抗原定性検査の活用に関して

<コロナ対策アップデート2023>③

何よりも
換気とマスクを
しっかりと



新型コロナウイルスの感染は、接触感染よりもエアロゾル（ウイルスを含んで空気中に数時間漂うことができる粒子）による感染（空気感染）が主体であることがわかっています。手洗い・消毒も大切ですが、換気と HEPA フィルター付きの空気清浄機などを活用し、感染がわかっている人のケアをする時は N95 マスクを正しく用いることが重要とされています。

<参考>

日本医事新報【識者の眼】
「空気感染主体のコロナ対策への転換を」

NPO 法人 Reconnect
新型コロナ情報チャンネル



<コロナ対策アップデート2023>④

面会は
対策をして
短時間で



施設などでの高齢者への面会は、感染状況によりますが、換気やマスクなどの対策をして行うことによりほとんどの場合可能です。特に病状が進んだ状態や看取りに際しては、オンラインでの面会や短時間での面会などできるだけ行えるようにしましょう。

【参照】

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？

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？

CQ37-2：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？

CQ37-3：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？

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いての面会は可能か？

お別れも
対策をして
対面で



新型コロナはエアロゾル感染が主であるため、看取りの際には部屋の換気とマスクの着用などの対策をすれば、対面でのお別れが可能です。呼吸停止の後はエアロゾルを発生しないため、納体袋の使用も不要であることが厚生労働省からも通知されています。

<参考>

新型コロナウイルス感染症により亡くなられた方及びその疑いがある方の処置、搬送、葬儀、火葬等に関するガイドライン（第4.1版）



【参照】

CQ37-2：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？

CQ37-3：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？

VI 5 類移行後の在宅医療現場における COVID-19 の Q&A

1. COVID-19 流行期に備えた自施設の準備について

CQ1 : COVID-19 患者への在宅医療を今回初めて行うことになったが、何から始めればよいか？

COVID-19 患者への対応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実施案の作成
- ② 資機材管理者の選定
- ③ 事業継続計画 (Business Continuity Plan) の策定
- ④ COVID-19 に関する日々の情報入手と情報共有
- ⑤ 療養者やその家族への情報共有とリスクコミュニケーション

CQ2～9 において、上記 5 つの項目について詳記する。

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

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

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

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

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

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

- ・ COVID-19 は誰にでも (療養者にも職員にも) 起こり得る感染症であるという事実
- ・ COVID-19 に関する基本的な情報 (感染経路や診断方法、重症化のリスク因子など)

- ・ COVID-19 に関する自施設の予防策
- ・ COVID-19 の予防や悪化防止のための医療機関・事業所からの依頼
- ・ 自施設の COVID-19 発生時の対応策

CQ3：COVID-19に関する情報をどのように入手すればよいか？（20230531 一部改訂）

5 類移行後は COVID-19 新規感染者の発生届等はなくなり、原則的にこれまでのインフルエンザ定点からの情報が集約され、各都道府県および国立感染症研究所のホームページから週報（毎週月曜日までの患者数）で情報が発信される。このため、これまでのような日々の発生状況を知ることができなくなる。ただし、福祉施設での発生状況については、報告を求める保健所も少なくないと思われるため、地区医師会を通して、保健所と情報共有が可能となるよう働きかけを行うことが望ましい。その他、COVID-19 に関する情報収集は下記の通り。

- ・ 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？（20230531 一部改訂）

- ・ 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。
 - ・ 週報による施設周辺地域の COVID-19 の発生状況の提供
 - ・ メールや書面などによる定期的な情報発信
 - ・ Web 会議ツールなどを用いての自施設での勉強会の実施
 - Web 会議ツールに熟達していない職員のために、これらの使用に関する講習会なども合わせて検討する。最近是非常にわかりやすい動画コンテンツなども行政や各職能団体・学会から配信されており、これらを利用するのも有効である。
 - ・ 身近な場所で起こった COVID-19 の事例検討
 - 身近な場所の事例を共有することで、リアリティの高い教育が可能となる

CQ5：PPE (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？（20230531 一部改訂）

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 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、地域の感染状況を勘案しながら PPE の在庫状況を把握する必要がある。

CQ6：BCP とは何か？どのように作成するのか？（20230531 一部改訂）

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のではなく、各医療機関が COVID-19 流行時に起こりうることを想定し、人員や資機材が減っても対応できるよう、診療業務の優先順位についてあらかじめ検討する機会を持つことである。

この BCP 作成は、2021 年度の介護保険法改正で全訪問看護ステーションを含む介護事業者での策定が義務づけられており、3 年間の経過措置期間が 2024 年 3 月で終了する。可能であれば地域の訪問看護ステーションが共同で作成する形が望ましい。また、訪問診療を行う診療所でも必要性が高くなる（超高齢者が多くなるため災害時の対応として必要）ため、これも可能であれば複数の診療所が共同で作成する形が望ましい。医療・介護機関で連携して作成するのが「地域 B C P」であり、「地域 B C P」への第 1 歩である。

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？（20230531 一部改訂）

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、その場合にウイルス保持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、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
- ・基本的に職務中の室内ではマスク着用とし、地域での感染状況および周囲の環境（換気状況、まわりにだれもいない等）に応じて弾力的に実施する
- ・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う。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を疑う療養者が発生した場合の速やかな情報共有を含め、多職種の連携・情報共有が重要になってくる。Web会議ツールを用いたサービス担当者会議や、医療用SNSを用いた情報共有を活用することが重要である。また、緊急時の連絡手段の確立や患者サマリーの作成も事前に行っておくと良い。

2. 一般的な居宅訪問について

CQ10：実際の訪問前に行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、他地域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、事前に再度居宅・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/covid19-ventilation-of-indoor-spaces-to-stop-the-spread-of-coronavirus/ventilation-of-indoorspaces-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 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、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。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。

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？（20220518 改定）

・WHO や CDC など複数の機関から、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⁾。

・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。定量的試験は専用の機器を要するが、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。定性的検査は、簡単な器材を用いて行うことが可能なため、定量的試験を行えない場合はこちらを行うことを推奨する。現場で対応する職員の安全を守るため、責任者はいずれかの方法でフィットテストを行い、自分に合った形のマスクの選択と、正しい装着方法を確認できる環境を整備することが望ましい。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「医療従事者向け N95・防じんマスク DN2 フィットテストビデオ」
- 第1章：<https://www.youtube.com/watch?v=kKHnI1piKC8>
- 第2章：<https://www.youtube.com/watch?v=J8XoIy2LhCE>
- 第3章：<https://www.youtube.com/watch?v=ePZEHBZnxjw>
- 第4章：<https://www.youtube.com/watch?v=AXPoZfiMuVY>

CQ12：往診車両の環境管理はどのように行うべきか？（20220518 改定）

・療養者宅での標準予防策およびエアロゾル感染・飛沫感染・接触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。また、小型のHEPA フィルター付き空気清浄機を併用することも検討に値する。

・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)

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？(20230531 一部改訂)

・2023年4月以降には全国的に新規感染者が少なくなり、5類移行により一般的には外出自粛や他者との接触制限が大幅に緩和されたものの、感染に不安を抱く高齢者はまだ少ないと思われる。また、今後第9波が起こる可能性は否定できないため、その場合も含めてここでは記述する。

・さらに、福祉施設(高齢者施設および障がい者施設)では、これまでは、感染拡大防止対策として、陽性者の個室隔離と利用者および職員との交流回避を行ってきたが、認知症のある高齢者では隔離が困難であることや、隔離や交流回避による弊害としてのフレイルの進行が実際に起こっていることなどを考慮すると、5類移行後は、陽性者が発生しても、職員全員が標準予防策を含めた基本的感染対策を励行しながら、利用者のフレイル予防をどのように行うかが課題となるものと思われる。

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 CQ29 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
- ▶ 接触感染の危険性はあるので外出中は口や鼻を触らず、帰宅後は手指衛生を行うこと
- ▶ 感染リスクとフレイルのリスクの両者を比較考慮した上で、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介助時の感染対策（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。

CQ14-2：抑うつへの対策

身体フレイルの予防と同様に抑うつ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（20230531 一部改訂）

- ・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 による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できるだけ速やかに主治医や利用している訪問看護ステーションに連絡するよう指導する。
- ・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（20230531 一部改訂）

- ・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できるだけ速やかに主治医や利用している訪問看護ステーションに連絡するよう指導する。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「手洗いの励行」などを指導する。また可能であれば、複数の医療機関受診による感染リスクの上昇を避けるため、処方内容および通院先の一元化を行うことが望ましい。
- ・これらを療養者に対し、わかりやすく説明するだけでなく、リーフレットやポスターなどを作成し、療養者の自宅内の目に付きやすい場所に掲示しておくことが望まれる。
- ・しかし、認知機能の程度によっては上記のような指導を行っても、それらを実践してもらうことが難しい場合がある。そのようなケースにおいては療養者の日頃の行動パターンを把握し、行動パターン上

にいわゆる「三密空間」（密集・密閉・密接を満たすような場所）が含まれる場合には、関係各所（地域包括支援センターを含む）に事前に連絡をしておくことが望ましい。

CQ16：精神疾患のケアに関わる際に注意すべきことは？（20230531 一部改訂）

・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 CQ29 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

・5 類移行後は、精神疾患を抱えた療養者の場合でも、かかりつけ医であれば新型コロナウイルス感染時に対応してくれる可能性が高くなっているが、かかりつけ医がいない場合には受け入れ病院が限られる可能性がある。詳細は CQ29（精神疾患を抱えた療養者が COVID-19 に罹患した場合、どのように対応すべきか？）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ケースが多い。特にエア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（20230531 一部改訂）

- ・地域でのまん延状況を加味したリスク評価により 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も可能である。

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”, IntJ 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.

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？

・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。

CQ18-1：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。

CQ18-2：COVID-19 の可能性が否定できない場合（20230531 一部改訂）

・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 CQ18-1 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可能性があるが、すでに対応のガイドライン¹⁾ が出されており、原則的にそのガイドラインに沿って対応が行われるはずである。

・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。

CQ18-3：COVID-19 患者が自宅で亡くなった場合の遺体の扱い方（20230531 改訂）

・基本的に、亡くなられた方の人間としての尊厳と、悲しみと不安を抱える遺族の気持ちに寄り添いながら対応すること。

・感染予防策を実施する期間を満了する前に亡くなった遺体に、臨終後の対応、死後の処置で触れる場合には感染者に接する場合に準じた対応（サージカルマスク、手袋、使い捨ての長袖ガウン、フェイスシールド又はゴーグルの着用）が必要である。家族が遺体に触れる場合にも、医療従事者等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）では、清拭、整容とともに、鼻、肛門等への詰め物や紙おむつの使用等により体液の漏出を行うにより、通常の遺体と同様に取り扱うことができ、納体袋に収容する必要はない。ただし、遺体の状況により体液漏出のリスクが非常に高いと想定される場合には、非透過性納体袋に収容する。

・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。

・感染予防策を実施する期間を満了した後に死亡した場合の遺体は、通常の遺体と同様に取り扱うことができ、納体袋に収容する必要はない。

・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。参列する場合には、3 密の回避、人と人との距離の確保、手洗い等の手指衛生、換気等を行い、場面に合ったマスクの着用を徹底する。

【参考文献】

1) 新型コロナウイルス感染症により亡くなられた方及びその疑いがある方の処置、搬送、葬儀、火葬等に関するガイドライン（第3版：令和5年3月3日）

<https://www.pref.gifu.lg.jp/uploaded/attachment/340979.pdf>

3. COVID-19 を疑う療養者への対応について

CQ19：どのようなときに COVID-19 を疑うか？（20230531 一部改訂）

・ 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。なお、5 類移行後は地域の感染状況を知る手段は週報のみとなる。

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
- ▶ いわゆる「三密（密集・密閉・密接）」空間での滞在がなかったか
- ▶ 換気の悪い場所での長時間の滞在はなかったか
- ▶ 曝露リスクを高める行動（大声で話す・歌う・マスクを外す）などを行っていないか
- ▶ 不特定多数の方と接触する機会はなかったか
- ▶ 同居者に発熱や上気道症状を有する人はいないか
- ▶ 療養者やその同居者は感染リスクの高い職業に就いていないか
- ▶ 療養者やその同居者は不特定多数との接触がなかったか
- ▶ 通所サービスもしくは短期入所サービスを利用している場合、そこで発熱や上気道症状が流行していないか
- ▶ 関わる医療職や介護職に発熱や上気道症状を有しているものがないか

③臨床症状

高齢者の COVID-19 では以下のような特徴がある。（一般的に高齢者では典型的な症状が出ないことに注意する必要がある。）

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

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

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

- ・感冒様症状（発熱・咳嗽・喀痰・咽頭痛・鼻汁）
- ・頭痛や強い倦怠感
- ・筋肉痛
- ・消化器症状（嘔気・軟便・下痢）
- ・嗅覚や味覚の異常
- ・せん妄や意識障害
- ・呼吸困難や喘鳴

CQ20：発熱した療養者の具体的診察法はどのようにすべきか？

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

CQ20-1：聴診を含めた身体診察の是非について

- ・ COVID-19 の可能性が高いときは、聴診器をあてる際に汚染のリスクがあるため、その使用を最小限とする（必要がなければ使用しなくてもよい）。
- ・ 血圧計はカフがディスプレイのもの、もしくはナイロン製のものが推奨される。布製のカフの使用は消毒に難渋することが予測されるため、使用を避けることが望ましい。
- ・ 臨床症状と SpO₂ 値が乖離する（「歩行可能にも関わらず SpO₂ が低値」など）ことがしばしば見られるため、パルスオキシメーターを積極的に活用する。
- ・ 呼吸数を視診で確認し、積極的に診断に利用すること。

CQ20-2：インフルエンザ迅速検査の是非について

・ 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するメリットを有する。X 線検査を在宅で施行可能な施設が、高次医療機関への搬送を考慮する際には搬送先の医師ともその必要性を相談する必要がある。

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？ (20220518 一部改定)

- ・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)
- ・アメリカ FDA は 2022 年 8 月 11 日に迅速検査キット使用時の留意事項として、以下の勧告を行っている。

- 1) 抗原検査キットは繰り返し検査を前提として使用すること
- 2) ウイルスを曝露したと考えられる場合の抗原検査キットの再検査の手順として

—症状がある場合—

- ・初回検査で（+）の場合には COVID-19 と判断する
- ・初回検査で（-）の場合には 48 時間後（2 回目）に再度検査を行い、（+）であれば COVID-19 と判断する。（-）であれば COVID-19 の可能性はないと判断する。なお、この結果に疑問を持つ場合には PCR 検査を行う。

—症状がない場合—

- ・初回検査で（+）の場合には COVID-19 と判断する
- ・初回検査で（-）の場合には 48 時間後（2 回目）に再度検査を行う
- ・再検査（2 回目）で（+）であれば COVID-19 と判断する。
- ・再検査（2 回目）で（-）であれば、更に 48 時間後に再度検査（3 回目）を行う
- ・再々検査（3 回目）で（+）であれば COVID-19 と判断する。
- ・再々検査（3 回目）で（-）の場合 COVID-19 の可能性はないと判断する。なお、この結果に疑問を持つ場合には PCR 検査を行う。
- ・なお、薬局等で安価な「研究用」抗原迅速キットが販売されているが、精度の問題があり使用に際して留意するよう厚生労働省より事務連絡（「新型コロナウイルス感染症の研究用抗原定性検査キットの販売に関する留意事項について」令和 4 年 5 月 2 日）が出されている。

【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¹²⁾。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たため、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)

CQ21-1: 高齢者施設等における抗原定性検査の活用に関して (20220518 改定)

・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¹⁾。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、陰性の場合でも症状がある場合は感染の可能性を想定した対応を行い、医学的評価により日を置いての再度の抗原検査や、PCR検査などを検討する必要があることに留意する²⁾。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省 令和3年1月2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)
- 2) 日本医事新報「識者の眼：新型コロナ迅速抗原検査の正しい活用を」：
<https://www.jmedj.co.jp/journal/paper/detail.php?id=18188>

CQ22：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るべきか？（20230531 一部改訂）

・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過してしまい、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。

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 回の電話連絡（医師では電話診療）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。CQ26 も合わせて参照のこと。

CQ23：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るべきか？

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

・一般的に以下のポイントに注意して説明する。

①療養者とそれ以外の方の居室を分けること

②療養者のケアを行う家族は限られたもの（可能であれば 1 人）とすること

③居宅内でもマスクの着用を行うこと

④頻回の手指衛生を行うこと

⑤部屋の換気を徹底すること

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

⑥トイレ・洗面所および頻回接触部位を定期的に消毒すること

⑦タオルや洗面用具の共有は避けること

⑧感染者から出た家庭ゴミは密閉して出すこと

（可能であれば感染者の居室内で72時間程度保管してから出すこと）さらに直接ケアを行う介護者には以下の項目を指導することが望ましい。

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

CQ24：療養者が高リスク曝露者であると判明した場合、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るべきか？（20230531改訂）

・高リスク曝露者と判明し、抗原定性検査を行い陽性となった場合には陽性者として対応する。検査陰性の場合でも感染していないと断定できないため、あるいは、検査を行わない場合にも、陽性者との最終接触から5日間は体調に注意が必要で、この期間は手洗いや手指消毒など、不織布マスクの着用や陽性者と同様の対応を行うべきである。また、PCR検査を行った場合には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。（CQ26をあわせて参照のこと）PCR検査陰性であった場合でも、まずは高リスク曝露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）

・療養者が高リスク曝露者となった場合に行うべきことを以下に列挙する。

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）に高リスク曝露者であることを情報共有する。可能であれば高リスク曝露者である事実だけではなく、(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。高リスク曝露者と判断される療養者に対しては、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、「高リスク曝露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、発症の可能性のある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（可能であれば最低1日1回）の状態確認を行う

高リスク曝露者と判明した療養者が、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。

CQ25：療養者の同居者が高リスク曝露者と判定される場合、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？（20230531改訂）

・同居者が無症状である場合には、特別な対応は必要なく、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。ただし、発症し、検査で陽性となった場合に備えて、医療および介護従事者が適切なPPEを着用してケアを行うことは許容される。

・同居者には、陽性者との最終接触から5日間は体調に注意が必要であること、この期間は手洗いや手指消毒など、不織布マスクの着用、換気対策が必要であること、症状出現時には検査（自己検査を含めて）を行うことなどを説明しておく。

4. COVID-19 に罹患している療養者への対応について

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？
(20230531 一部改訂)

・COVID-19 に罹患した療養者が、その病状から自宅療養可能であると診断した場合には、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) 電話診療あるいは訪問看護師との連携で病状を経時的に把握し、療養者の病状悪化の早期発見に努める。病状悪化には適切に対応する（自宅での治療対応あるいは病診連携での入院対応）。

・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3回以上接種した介護職で、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 1 回の電話診療を行う。

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。

CQ27：療養者が COVID-19 と診断され、自宅療養となる場合、治療を含め、注意することは何か？
(20230531 一部改訂)

・医師が初期評価時に軽症であり自宅療養可能と判断したとしても、その後悪化する可能性もあるた

め、注意深い経過観察が必要である。必要に応じて CQ26 で示したような医療職の訪問および電話連絡（電話診療）も考慮する。また自覚症状のない低酸素血症（いわゆる“happy hypoxia” “silent hypoxia”）が見られることもあり、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 Proneing）を検討しても良い。

- ・なお 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については CQ 27-2 を参照のこと。

CQ27-1 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、SpO₂96%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、SpO₂ 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、PaO₂150mmHg でも SpO₂ は同様に 100%を示す。一方で、PaO₂90mmHg のとき SpO₂ は 97%を示すが、PaO₂70mmHg 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。

・また、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-pathwaysdownloads/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.

CQ27-2 : 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？ (20230531 改定)

・現在、COVID-19 に対して在宅で使用できる薬剤は抗ウイルス薬のレムデシビル (商品名：ベクルリー®)・モルヌピラビル (商品名：ラゲブリオ®)・ニルマトレルビル/リトナビル (商品名：パキロビッドパック®)・エンシトレルビル (商品名：ゾコーバ®)、中和抗体薬のカリシビマブ/イムデビマブ (商品名：ロナプリーブ®)・ソトロビマブ (商品名：ゼビュディ®)・チキサゲビマブ/シルガビマブ (商品名：エバシェルド®) などが挙げられる。なお、カリシビマブ/イムデビマブやチキサゲビマブ/シルガビマブは治療薬だけでなく、発症予防目的としても使用可能である。

・免疫調整薬・免疫抑制薬としてはデキサメタゾンが COVID-19 に対しても広く利用されている。その他、トシリズマブ (商品名：アクテムラ®)・バリシチニブ (商品名：オルミエント®) なども COVID-19 における免疫調整薬・免疫抑制薬として薬事承認されているが、比較的重症な患者を対象にしていることなどから本稿では割愛する。

・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⁾などを参照のこと。

① ニルマトレルビル/リトナビル (商品名：パキロビッド®パック・パキロビッド®パック 600/300)

・ニルマトレルビル/リトナビルは 2022 年 2 月 10 日から特例承認され、2022 年 4 月 22 日から無床診療所での院外処方も可能となった内服薬である。2023 年 5 月現在は一般流通している薬剤となっているが、処方には原則として同意書が必要である。

・内服薬でありながら臨床試験¹⁾では高い効果を示し (入院・死亡率：ニルマトレルビル/リトナビル投与群 vs. プラセボ投与群 0.8% vs. 7.0%, 相対的リスク 89%減少)、COVID-19 における抗ウイルス薬として、米国 National Institute of Health (NIH) では最も高い推奨度 (AIIa) となっている²⁾。

・上記の臨床試験を踏まえ、発症 5 日目以内かつ、軽症～中等症 I かつ、下記の重症度リスク因子を有する患者への投与において本剤投与の意義は大きいと考えられている。最終的には処方医の判断となるが、これらの根拠を踏まえ、本剤の投与が必要と考えられる患者に対して投与を行うこと。

・一方で、ニルマトレルビル/リトナビルは併用禁忌薬も多く、腎機能によって容量調節も必要な薬剤であり、処方には十分な注意を払う必要がある。

・本剤に含有されているリトナビルにおけるチトクローム p450 に対する競合的阻害作用により種々の薬剤の血中濃度の大幅な上昇が予想される。添付文書に掲載されている薬剤以外にも注意すべき薬剤が存在するため、参考文献³⁾などを参考に使用を検討すること。

・しかし在宅医療は一般外来とは異なり、綿密なフォローアップも可能であるため、併用注意薬を内服している患者に対しては薬物相互作用に伴う副作用が出現していないかフォローアップを行うことで有害事象の発生を最小限に留めることが可能である (例：アルプラゾラム内服患者に対してニルマトレルビル/リトナビルを処方した際に、アルプラゾラムの減量を行うだけでなく、意識障害が出現していないかなどの副作用の確認を医師や看護師が行うなど)。

・腎機能が正常な成人における投与方法は1回あたりニルマトレルビル 300mg（淡赤色の錠剤 2 錠）・リトナビル 100mg（白色の錠剤 1 錠）を1日2回（つまり1日あたりニルマトレルビル 4 錠・リトナビル 2 錠）を5日間投与する。なお、中等度の腎機能障害 $60\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2 > \text{eGFR} \geq 30\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ ）を有する患者は1回あたりニルマトレルビル 150mg（淡赤色の錠剤 1 錠）・リトナビル 100mg（白色の錠剤 1 錠）を1日2回（つまり1日あたりニルマトレルビル 2 錠・リトナビル 2 錠）を5日間投与する。2023年5月現在、一般流通に伴いパキロビッド®パック 600 およびパキロビッド®パック 300 が販売されているため腎機能に応じていずれかを処方する。なお、重度の腎機能障害（ $\text{eGFR} < 30\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ ）患者への投与は推奨されない。

・参考文献 1 における臨床試験はデルタ変異体の流行期かつ、ワクチン未接種の患者が対象となっていた。このため、オミクロン変異体が流行しており、ワクチン接種者の多い現在の状況にはそのまま適応出来ない可能性がある。しかし 2022～2023 年に発表された論文ではオミクロン変異体かつワクチン接種者を含む集団にも一定の効果が示されている（入院率：ニルマトレルビル/リトナビル投与群 vs. プラセボ投与群 0.9% vs. 1.4%，オッズ比 0.45 死亡率：ニルマトレルビル/リトナビル投与群 vs. プラセボ投与群 0.1%未満 vs. 0.2%，オッズ比 0.15）⁴⁾。他の研究では 40-64 歳の集団には投与群と非投与群で統計学的に有意な差はなく、65 歳以上の集団にのみ有効であったという報告も存在する⁵⁾。ただし、これらの研究は観察研究であり、不死バイアスなどによって結果を過大評価している可能性に留意する。

※ニルマトレルビル/リトナビル投与における重症化リスク因子の例（詳細は原著論文等を参照）：

・61 歳以上・慢性腎臓病・慢性閉塞性肺疾患・活動性の癌（免疫抑制および高い死亡率を伴わない癌は除く）・肥満（ $\text{BMI} \geq 30$ ）・重篤な心疾患（心不全・冠動脈疾患・心筋症）・糖尿病・ダウン症・コントロール不良の HIV 感染/AIDS・脳神経疾患（多発性硬化症・ハンチントン病・重症筋無力症 etc.）・肝硬変等の重度の肝臓疾患・臓器移植/骨髄移植/幹細胞移植後

②レムデシビル（商品名：ベクルリー®）

・レムデシビルはもともと中等症以上の患者（肺炎を有する COVID-19 患者）に対して適応が認められていたが、後述する PINETREE 試験⁶⁾の結果をもとに、酸素投与を必要としないが重症化リスクのある患者への使用が認可された。患者の状態によって投与方法が異なるため、以下にそれぞれの場合について概説する。

・なお、2023年5月現在、レムデシビルは一般流通されており、通常の薬剤と同じように購入・使用することが出来るため、適切なモニタリングのもとであれば在宅医療の現場でも使用は可能である。同意書や適格性チェックリストは不要である。

・投与に際して、肝機能障害・腎機能障害・下痢・皮疹などの副作用が報告されており、特に腎機能障害・肝機能障害に対して定期的な血液検査によるモニタリングを行うことが望ましい。腎機能障害を有する患者に対して、 $\text{eGFR} \geq 30\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ の患者では用量調節は不要である一方で、 $\text{eGFR} < 30\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ の患者での安全性を示すデータが無いため、添付文書上、投与は推奨されていない。また、ALT が基準範囲上限の 5 倍以上の肝機能障害を有する患者に対しての投与も同様に推奨されていない。

・ただし腎機能障害を有する患者に関しては、短期間の投与であれば有害事象は生じないという報告も

存在するため⁷⁾、高度な腎機能障害を有する患者であっても連日もしくは隔日で投与を行っている施設も存在する。

・レムデシビルは以下のいずれの場合でも連日の点滴投与が必要となるため、訪問診療を行う診療所は、訪問看護特別指示書などを活用した訪問看護ステーションとの協働が望まれる。

<肺炎を有する COVID-19>

・肺炎を有する COVID-19 に対するレムデシビルの効果に関してはいくつかの RCT が報告されている⁷⁻¹¹⁾。これらの研究によるとレムデシビル投与群では死亡率に有意差はなかった一方で、一部の研究では臨床的な改善までの期間が短縮されたと報告されている。

・成人に対する投与量は投与初日に 200mg (2 バイアル) を、投与 2 日目以降は 100mg (1 バイアル) を 1 日 1 回 30-120 分間かけて投与する。投与期間は 5 日間とし、症状の改善が見られない場合は 10 日目まで投与してもよい。

・また観察研究ではあるが、デキサメタゾン投与前もしくは同日にレムデシビルを投与した群とデキサメタゾン投与より後にレムデシビルを投与した群を、傾向スコアを用いて比較するとデキサメタゾン投与前もしくは同日にレムデシビルを投与した群のほうが死亡率を含め予後良好であったと報告されている¹²⁾。このため、肺炎を有する COVID-19 患者に対してレムデシビルの投与を検討する場合、可能な限りデキサメタゾンに先行してレムデシビルを投与することが望まれる。

<酸素投与を必要としないが重症化リスク因子を有する COVID-19 患者>

・2021 年 12 月に軽症 COVID-19 患者に対するレムデシビル早期投与による有効性を示す RCT (入院・死亡率：レムデシビル投与群 vs. プラセボ投与群 0.7% vs. 5.3%, HR 0.13, 95%CI 0.03-0.59) が発表された⁶⁾。これを受けて本邦でも 2022 年 3 月に重症化リスクを有する軽症 COVID-19 患者に対するレムデシビル投与が適応承認された。

・前述の RCT では発症 7 日以内かつ、重症化のリスク因子 (下記※を参照) を有する 12 歳以上の患者を対象としている。成人に対する投与量は投与初日に 200mg (2 バイアル) を、投与 2 日目・3 日目は 100mg (1 バイアル) を 1 日 1 回 30-120 分間かけて投与する。

※レムデシビル早期投与における重症化リスク因子の例 (詳細は原著論文等を参照) :

・60 歳以上・COPD・中等度～重度の喘息・肺線維症・高血圧症・肺高血圧症・冠動脈疾患・先天性心疾患・心不全・心筋症・脳卒中の既往・糖尿病・肥満 (BMI \geq 30)・免疫不全 (臓器移植後・CD4 低下のある HIV・未治療の HIV・免疫抑制薬投与など)・慢性腎臓病・慢性肝障害・悪性腫瘍・鎌状赤血球

③ モルヌピラビル (商品名：ラゲブリオ[®])

・モルヌピラビルは内服薬であり、併用禁忌薬剤も少ないため、外来診療の現場で使用されることも多い。ワクチン未接種者を対象にした研究¹³⁾ではモルヌピラビル内服患者の入院・死亡割合が 9.7%であったのに対し、内服を行わなかった患者では入院・死亡割合が 6.8%であり、入院・死亡を約 30%減少させたと報告されている。

・ただしオミクロン変異体の流行期かつワクチン接種者を含む集団を対象とした観察研究ではモルヌピ

ラビル投与群と非投与群で入院や死亡率に有意差がなかったという報告も存在するため¹⁴⁾、米国 NIH でも他の抗ウイルス薬と比較して推奨度は低くなっている (CIIa)。

・モルヌピラビルは 2023 年 5 月現在、同意書や適格性チェックリストは不要となっているが、催奇形性や流産などのリスクが有り、妊婦や妊娠している可能性のある患者には投与しないように注意する。また女性は内服中および最終内服後 4 日間の避妊を行うこと。授乳は治療の有益性や母乳栄養の有益性を考慮し継続の判断を行うこと。

・投与量は 1 回 800mg (4 錠) を 1 日 2 回投与 (1 日あたり 8 錠内服する)、投与期間は 5 日間となっている。

・錠剤のサイズが非常に大きいため、在宅医療においては嚥下機能が低下している療養者も多く、処方・内服に際して十分な注意を払う必要がある。なお、脱カプセルについては海外の研究でも行われており、脱カプセル後に簡易懸濁を行った製剤を一部の対象者に胃管から投与されているが、有害事象は報告されていない¹⁵⁾。これを受けて、発売元の HP においても「やむを得ない場合を除き、おすすめしていません」と表記した上で使用経験の報告がなされている¹⁶⁾。ただし妊婦、妊娠の可能性がある薬剤師への曝露がないよう配慮が必要と考えられるため、処方を行う際に医師は薬剤師と協議する必要がある。また容器に誤開封を防ぐ工夫がなされており、特に在宅医療を受けている療養者においては正確に開封・内服できたかを医療者から確認する配慮が必要である。

※モルヌピラビル投与における重症化リスク因子の例 (詳細は原著論文等を参照) :

・ 61 歳以上・慢性腎臓病・慢性閉塞性肺疾患・活動性の癌(免疫抑制および高い死亡率を伴わない癌は除く)・肥満(BMI \geq 30)・重篤な心疾患(心不全・冠動脈疾患・心筋症)・糖尿病・ダウン症・コントロール不良の HIV 感染/AIDS・脳神経疾患(多発性硬化症・ハンチントン病・重症筋無力症 etc.)・肝硬変等の重度の肝臓疾患・臓器移植/骨髄移植/幹細胞移植後

④エンシトレルビル (商品名：ゾコーバ®)

・エンシトレルビルは上記①～③の薬剤とは異なり、重症化リスク因子を有さない軽症/中等症患者にも投与可能な内服薬である。

・2023 年 5 月現在、エンシトレルビルは一般流通している薬剤となっているが、処方には原則として同意書が必要である。(適格性チェックリストは不要である)

・2023 年 5 月現在、エンシトレルビルの有効性を示した査読済論文は存在しないが、発売元のプレスリリースおよび国際学会での発表データは存在する。この企業プレスリリースおよび国際学会の発表データによると、発症 72 時間以内のエンシトレルビルの投与によりプラセボ群と比較して症状消失までの時間が有意に短縮したと報告されている¹⁷⁾ (投与群 167.9 時間 vs. プラセボ群 192.2 時間)。同様にエンシトレルビル投与群はプラセボ群と比較して、Long COVID の発現リスクを有意に減少させたと報告されている¹⁷⁾。

・これらの結果と軽症 COVID-19 の大半は自然治癒することを踏まえ、エンシトレルビルは重症化リスク因子を有さない患者において、症状等を考慮した上で投与を検討することが望ましい。(重症化リスク因子を有する患者に対しては①～③の薬剤の使用を先に検討すべきである)

- ・12歳以上の小児及び成人にはエンシトレルビルとして1日目は375mg（3錠）を2日目から5日目は125mg（1錠）を1日1回経口投与する。
- ・エンシトレルビルはCYP3Aに対する阻害作用を有しており、ニルマトレルビル/リトナビルと同様に複数の薬剤において併用注意もしくは併用禁忌が存在することに留意する（ただし併用禁忌薬および併用注意薬の詳細はニルマトレルビル/リトナビルとは異なる）併用注意および併用禁忌薬は発売元のHPを参照のこと¹⁸⁾。
- ・催奇形性のリスクが有り、妊婦や妊娠している可能性のある患者への投与は禁忌となっている。また女性は内服中および最終内服後2週間の避妊を行うこと。同様に授乳も内服中および最終内服後2週間は行わないように推奨されている。
- ・中等度以上の腎機能障害を有する患者は臨床試験から除外されており、安全性を示すデータは存在しない。同様に中等度以上の肝機能障害を有する患者も臨床試験から除外されており、安全性を示すデータは存在しない。また重度の肝機能障害患者への投与は添付文書上も推奨されていない¹⁹⁾。

⑤中和抗体薬：カシリビマブ/イムデビマブ（商品名：ロナプリーブ®）・ソトロビマブ（商品名：ゼビュディ®）・チキサゲビマブ/シルガビマブ（商品名：エバシェルド®）

- ・中和抗体薬は発症早期の軽症例に使用することで重症化を抑制する効果が示されている。ただし2023年5月現在、BA.5やXBB1.5など抗体医薬と中和活性が低いオミクロン変異体への置き換わりが進んでいるため、添付文書などでは「本剤の中和活性が低いSARS-CoV-2変異株に対しては本剤の有効性が期待できない可能性がある」と記載されている。投与を検討する場合は地域の疫学情報を参考に判断すること²⁰⁻²²⁾。
- ・中和抗体薬は2023年5月現在も各薬剤の登録センターより配分依頼を行う必要がある。
- ・中和抗体薬の投与に際して、アナフィラキシーやInfusion reactionを生じる可能性が報告されており、投与中や投与後1時間は特に発熱・呼吸困難・酸素飽和度低下・悪寒・嘔気・不整脈・胸部違和感・血圧低下などに注意する。アナフィラキシーやInfusion reactionが生じた場合は酸素投与や補液、アドレナリン・ステロイド・抗ヒスタミン薬を適切に投与する。
- ・投与中のモニタリングの例としては、①患者の自宅内で待機する ②ビデオ通話を行いながら患家の前で待機する ③遠隔モニタリングデバイスを用いながら患家の前で待機するなどが考えられる。
- ・また、同様に投与後1時間の経過観察の例としては ①ビデオ通話を用いて患家の周辺で待機する ②遠隔モニタリングデバイスを用いて患家の周辺で待機する ③訪問看護師による定期的な観察を行うなどが考えられる。

<カシリビマブ/イムデビマブ（商品名：ロナプリーブ®）>

- ・発症7日以内かつ酸素不要な重症化リスクを有する患者に投与する。投与方法としてはカシリビマブ600mg（5ml）・イムデビマブ600mg（5ml）をそれぞれのバイアルから抜き取り、生理食塩水に混注して単回投与を行う。生理食塩水100mlに混注した場合は最低20分以上かけて点滴静注する。また、投与時は0.2μmのインラインフィルターを通して投与する点に注意する。皮下注射も可能であり、その場合は薬液を4本のシリンジに分け、左右上腕部・腹部・大腿部などから別々の4箇所投与する。ま

た、以下の条件を満たす濃厚接触者に対しては発症予防目的に投与することも可能である。

- ① SARSCoV-2 による感染症患者の同居家族又は共同生活者等の濃厚接触者、又は無症状の SARS-CoV-2 病原体保有者
- ② 原則として SARS-CoV-2 による感染症の重症化リスク因子を有する者
- ③ SARS-CoV-2 による感染症に対するワクチン接種歴を有しない者、又はワクチン接種歴を有する場合でその効果が不十分と考えられる者

<ソトロビマブ（商品名：ゼビュディ®）>

・カシリビマブ/イムデビマブと同様に発症 7 日以内かつ酸素不要な重症化リスクを有する患者に投与する。投与方法はソトロビマブ 500mg（8ml）を生理食塩水に混注し、30 分かけて点滴静注（単回投与）する。カシリビマブ/イムデビマブと同様に投与時は 0.2 μ m のインラインフィルターを通して投与する点に注意する。皮下投与や濃厚接触者の発症予防目的の投与はできないことに留意する。

※ 投与における重症化リスク因子の例（詳細は原著論文等を参照）：

・50 歳以上・肥満（BMI 30kg/m² 以上）・心血管疾患（高血圧を含む）・悪性腫瘍・慢性腎臓病・慢性肺疾患・慢性肝疾患・1 型/2 型糖尿病・免疫抑制状態（臓器移植後・HIV/AIDS・免疫抑制剤の長期投与など）・妊娠後期

<チキサゲビマブ/シルガビマブ（商品名：エバシェルド®）>

・有効性を示すエビデンスとしては発症早期の軽症患者における重症化予防効果および、高リスクな患者かつ COVID-19 の感染リスクが高い場所にいた者への発症予防の 2 つが存在する^{23,24}。一方で、ワクチン接種歴がなく、感染歴もない接触者全体（高リスクでない者も含む）を対象としたランダム化比較試験では本薬剤の有効性は示すことが出来なかった²⁵。

・このため添付文書では重症化予防目的および高リスク者への発症予防目的の投与適応が示されている。しかし 2023 年 5 月現在、一般流通が行われておらず薬剤登録センターでは対象となる免疫抑制患者の発症予防目的に対してのみ薬剤が無償譲渡される。

・発症予防目的に投与する場合、成人及び 12 歳以上かつ体重 40 kg 以上の小児に対し、チキサゲビマブ 150mg（1V/1.5ml）およびシルガビマブ 150mg（1V/1.5ml）を投与する。なお、オミクロン変異体の流行期においては、効果が減弱する可能性が示唆されており、その際はチキサゲビマブ 300mg（2V/3.0ml）およびシルガビマブ 300mg（2V/3.0ml）を投与する²⁶。

・複数回投与が可能な薬剤であるが、2 回目以降の投与を行う場合は前回投与から 6 ヶ月以上空ける必要がある。

※ 投与における重症化リスク因子の例（詳細は原著論文および参考文献 21 を参照）：

- ・抗体産生不全あるいは複合免疫不全を呈する原発性免疫不全症の患者
- ・B 細胞枯渇療法（リツキシマブ等）を受けてから 1 年以内の患者
- ・ブルトン型チロシンキナーゼ阻害薬を投与されている患者
- ・キメラ抗原受容体 T 細胞レシピアント

- ・慢性移植片対宿主病を患っている、又は別の適応症のために免疫抑制薬を服用している造血細胞移植後のレシピエント
- ・積極的な治療を受けている血液悪性腫瘍の患者
- ・肺移植レシピエント
- ・固形臓器移植（肺移植以外）を受けてから1年以内の患者
- ・T細胞又はB細胞枯渇剤による急性拒絶反応で最近治療を受けた固形臓器移植レシピエント
- ・CD4Tリンパ球細胞数が50 cells/ μ L未満の未治療のHIV患者

⑥ステロイド（デキサメタゾン）

- ・中等症II（SpO₂≤93%）のCOVID-19患者に対して、デキサメタゾンの投与が死亡率を低下させると報告されている²⁷⁾。
- ・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、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ことに注意する。
- ・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、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。こ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。
- ・中等症II以上の症例に対するデキサメタゾンは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、プレドニゾンを使用する場合は40mg/dayの投与量を目安とする。
- ・ステロイド薬投与時には高血糖および糖尿病性ケトアシドーシス、消化性潰瘍の併発などに十分注意し、必要な症例に対して予防や治療を行う。特に在宅医療の現場では頻回の血糖測定やインスリン投与が困難なケースが多いため、血糖値の上昇に伴う脱水の進行や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) Hammond J, Leister-Tebbe H, Gardner A, et al. Oral Nirmatrelvir for High-Risk, Nonhospitalized Adults with Covid-19. N Engl J Med. 2022;386:1397-140.
- 2) National Institutes of Health. Therapeutic Management of Hospitalized Adults With COVID-19. <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/management/clinical-management-of-adults/hospitalized-adults--therapeutic-management/> (Accessed May 22nd 2023)

- 3) 国立国際医療研究センター. パキロビッド®パックとの併用に慎重になるべき薬剤リスト 改訂第4版. <https://www.hosp.ncgm.go.jp/phar/140/20220210.pdf> (Accessed May 22nd 2023)
- 4) Aggarwal NR, Molina KC, Beaty LE, et al. Real-world use of nirmatrelvir-ritonavir in outpatients with COVID-19 during the era of omicron variants including BA.4 and BA.5 in Colorado, USA: a retrospective cohort study. *Lancet Infect Dis.* 2023;S1473-3099:00011-7.
- 5) Arbel R, Wolff Sagy Y, Hoshen M, et al. Nirmatrelvir Use and Severe Covid-19 Outcomes during the Omicron Surge. *N Engl J Med.* 2022;387:790-798.
- 6) Gottlieb RL, Vaca CE, Paredes R, et al. Early Remdesivir to Prevent Progression to Severe Covid-19 in Outpatients. *N Engl J Med.* 2022;386:305-315.
- 7) Wang Y, Zhang D, Du G, et al. Remdesivir in adults with severe COVID-19: a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. *Lancet.* 2020;395:1569-1578.
- 8) Beigel JH, Tomashek KM, Dodd LE, et al. Remdesivir for the Treatment of Covid-19 – Final Report. *N Engl J Med.* 2020;383:1813-1826.
- 9) Spinner CD, Gottlieb RL, Criner GJ, et al. Effect of Remdesivir vs Standard Care on Clinical Status at 11 Days in Patients With Moderate COVID-19: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2020;324:1048-1057.
- 10) WHO Solidarity Trial Consortium, Pan H, Peto R, et al. Repurposed Antiviral Drugs for Covid-19 - Interim WHO Solidarity Trial Results. *N Engl J Med.* 2021;384:497-511.
- 11) Ader F, Bouscambert-Duchamp M, Hites M, et al. Remdesivir plus standard of care versus standard of care alone for the treatment of patients admitted to hospital with COVID-19 (DisCoVeRy): a phase 3, randomised, controlled, open-label trial. *Lancet Infect Dis.* 2022;22:209-221.
- 12) Wong CKH, Lau KTK, Au ICH, et al. Optimal timing of remdesivir initiation in hospitalized COVID-19 patients administered with dexamethasone. *Clin Infect Dis.* 2021;ciab728.
- 13) Jayk Bernal A, Gomes da Silva MM, Musungaie DB, et al. Molnupiravir for Oral Treatment of Covid-19 in Nonhospitalized Patients. *N Engl J Med.* 2022;386:509-520.
- 14) Butler CC, Hobbs FDR, Gbinigie OA, et al. Molnupiravir plus usual care versus usual care alone as early treatment for adults with COVID-19 at increased risk of adverse outcomes (PANORAMIC): an open-label, platform-adaptive randomised controlled trial. *Lancet.* 2023;401(10373):281-293.
- 15) Arribas JR, Bhagani S, Lobo SM, et al. Randomized Trial of Molnupiravir or Placebo in Patients Hospitalized with Covid-19. *NEJM Evid.* 2021;1:10.1056/evidoa2100044.
- 16) MSD connect. 製品基本 Q&A ラゲブリオ®カプセル 200mg. <https://www.msconnect.jp/products/lagevrio/info/faq/> (Accessed May 22nd 2023)
- 17) 塩野義製薬. 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 治療薬 エンシトレルビル フマル酸によるウイルス力価の 早期陰性化ならびに罹患後症状 (Long COVID) の発現リスクに対する低減効果について <https://www.shionogi.com/jp/ja/news/2023/2/20230222.html> (Accessed May 22nd 2023)
- 18) 塩野義製薬. 薬物相互作用検索. https://www.shionogi.co.jp/med/products/drug_sa/xocova/interaction/index.html (Accessed May 22nd 2023)

- 19) 塩野義製薬. ズコーハ®錠のよくあるお問い合わせ.
https://www.shionogi.co.jp/med/products/drug_sa/xocova-att/XCV-WEB-0002.pdf (Accessed May 22nd 2023)
- 20) Takashita E, Kinoshita N, Yamayoshi S, et al. Efficacy of Antiviral Agents against the SARS-CoV-2 Omicron Subvariant BA.2. *N Engl J Med.* 2022;386:1475-1477.
- 21) Uraki R, Ito M, Kiso M, et al. Antiviral and bivalent vaccine efficacy against an omicron XBB.1.5 isolate. *Lancet Infect Dis.* 2023;23:402-403.
- 22) Uraki R, Ito M, Kiso M, et al. Efficacy of antivirals and bivalent mRNA vaccines against SARS-CoV-2 isolate CH.1.1. *Lancet Infect Dis.* 2023;23:525-526.
- 23) Montgomery H, Hobbs FDR, Padilla F, et al. Efficacy and safety of intramuscular administration of tixagevimab-cilgavimab for early outpatient treatment of COVID-19 (TACKLE): a phase 3, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Respir Med.* 2022;10:985-996.
- 24) Levin MJ, Ustianowski A, De Wit S, et al. Intramuscular AZD7442 (Tixagevimab-Cilgavimab) for Prevention of Covid-19. *N Engl J Med.* 2022;386:2188-2200.
- 25) Levin MJ, Ustianowski A, Thomas S, et al. AZD7442 (Tixagevimab/Cilgavimab) for Post-Exposure Prophylaxis of Symptomatic Coronavirus Disease 2019. *Clin Infect Dis.* 2023;76:1247-1256.
- 26) 日本感染症学会. COVID-19 に対する薬物治療の考え方 第 15.1 版.
https://www.kansensho.or.jp/uploads/files/topics/2019ncov/covid19_drug_230217.pdf (Accessed May 22nd 2023)
- 27) RECOVERY Collaborative Group. Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid19. *N Engl J Med.* 2021;384:693-704.

CQ27-3 : 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>

CQ27-4： 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。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¹⁾。

・ 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) Cuker A, Tseng EK, Nieuwlaat R, et al. American Society of Hematology living guidelines on the use of anticoagulation for thromboprophylaxis in patients with COVID-19: January 2022 update on the use of therapeutic-intensity anticoagulation in acutely ill patients. *Blood Adv.* 2022;6:4915-4923.

2) 厚生労働省, 新型コロナウイルス感染症 診療の手引き 第9.0版.

<https://www.mhlw.go.jp/content/000936655.pdf> (Accessed May 22nd 2023)

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

CQ27-5 : 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？
(20230531 改訂)

・種々のガイドラインにおいて、酸素投与が不要な軽症患者には特別な場合を除いて抗凝固薬のルーチンでの投与は不要であるとされている。

・酸素投与が必要な入院患者においては未分画ヘパリンの予防量投与、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）の持続点滴静注を考慮し、特に男性・肥満患者・不動状態や D-dimer が正常上限の 3-4 倍を超える場合、投与が推奨される¹⁾。

・欧米や本邦の一部のガイドライン²⁻⁴⁾では中等症Ⅱの COVID-19 患者に対し、ヘパリンの治療量投与が推奨されているが、日本静脈学会・肺塞栓症研究会・日本血管外科学会・日本脈管学会・日本循環器学会の合同で発表された治療指針⁵⁾では、日本人は血栓リスクより出血リスクのほうが高いことや未分画ヘパリンによる治療量投与は頻回のモニタリングが必要になること、明確に治療量投与のほうが良いと判断するには結果の相反するエビデンスが複数存在することなどから中等症Ⅱの COVID-19 患者に対し、ヘパリンの予防量投与を推奨している。

・一般的に在宅医療を受けている患者は体動困難なことも多く、病院とは異なり間欠的空気圧迫法の施行も難しいため、深部静脈血栓症のリスクが非常に高い。一方で、在宅医療では高齢者が多いこと、腎機能が低下しているケースが多いことなどから抗凝固薬による出血合併症のリスクも高い。さらに在宅医療の現場では APTT などの頻回の計測は困難である。以上より、在宅医療を受けている中等症Ⅱの COVID-19 患者に対しては出血リスクが高くない場合、ヘパリンの予防量投与を推奨する。

・在宅医療の現場において、未分画ヘパリンの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かつ、医療者による 1 日 2 回の訪問・皮下注射が困難な場合は 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（ただし適応外使用となる）。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⁶⁾。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⁷⁾。

・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⁶⁾。

・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) 厚生労働省. 新型コロナウイルス感染症 診療の手引き 第 9.0 版.

<https://www.mhlw.go.jp/content/000936655.pdf> (Accessed May 22nd 2023)

- 2) Cuker A, Tseng EK, Nieuwlaat R, et al. American Society of Hematology living guidelines on the use of anticoagulation for thromboprophylaxis in patients with COVID-19: January 2022 update on the use of therapeutic-intensity anticoagulation in acutely ill patients. *Blood Adv.* 2022;6:4915-4923.
- 3) National Institutes of Health. Antithrombotic Therapy in Patients With COVID-19. <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/therapies/antithrombotic-therapy/> (Accessed May 22nd 2023)
- 4) 日本集中治療医学会. 日本版敗血症診療ガイドライン 2020 (J-SSCG2020) 特別編 COVID-19 薬物療法に関する Rapid/Living recommendations 【第 5.0 版】 https://www.jsicm.org/news/upload/J-SSCG2020_COVID-19_1_ver.5.0.0.pdf (Accessed May 22nd 2023)
- 5) 日本静脈学会, 他. 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) における血栓症予防および抗凝固療法の診療指針 (Ver.4.0). [https://js-phlebology.jp/wp/wp-content/uploads/2022/06/新型コロナウイルス感染症 \(COVID-19\) における血栓症予防および抗凝固療法の診療指針 Ver.4.0.pdf](https://js-phlebology.jp/wp/wp-content/uploads/2022/06/新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) における血栓症予防および抗凝固療法の診療指針 Ver.4.0.pdf) (Accessed May 22nd 2023)
- 6) 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.
- 7) 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.

CQ27-6 : 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? (20230531 一部改訂)

- ・ 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。
- ・ その後に発表されたメタ解析でも awake-proning の有効性が示されたが、前述の文献のような重度の低酸素血症や高流量酸素を要する患者群では有効性が示された一方で、低流量酸素投与患者のサブグループにおいては有効性を示すことができなかった⁴⁾。
- ・ 上記の結果より、高流量酸素を必要とする状況にもかかわらず病床が逼迫し入院できない患者や、酸素濃縮器が不足している状況下において、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³⁾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。

・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.
- 4) Weatherald J, Parhar KKS, Al Duhailib Z, et al. Efficacy of awake prone positioning in patients with covid-19 related hypoxemic respiratory failure: systematic review and meta-analysis of randomized trials. BMJ. 2022;379:e071966.

CQ27-7 : 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

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 May 22nd 2023.)

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 May 22nd 2023.)

CQ28：療養者が感染者と判明した場合、自宅の環境消毒や家族の感染対策についての指導はどのように行えばよいか？ (20230531 一部改訂)

「感染疑いあるいは高リスク曝露者と判断される療養者の療養環境の確保」および CQ23（療養者の COVID-19 感染を疑う場合、家庭内感染への予防はどのように指導するべきか？）を参照のこと。

CQ29：精神疾患を抱えた療養者が COVID-19 に罹患した場合、どのように対応するべきか？ (20230531 一部改訂)

・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 に罹患したが無症状あるいは軽症である場合には、原則的には自宅療養となる。ただし、家族の都合などで入院が必要と考える場合は、かかりつけ医療機関がある場合には、原則的には、その病院に入院することとなる。かかりつけ医療機関がない場合には、入院が必要と診断した医療機関と地域の精神科を標榜している医療機関（以下、精神科医療機関）病診連携あるいは病病連携で対応する形となる。

・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、5 類移行後も精神科医が常勤している重点医療機関への入院が推奨される。

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⁾。また、症状が軽快した場合には、感染力がまだある状態であっても、かかりつけ精神科医療機関に転院をお願いされることもあり得る。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省：精神科を標榜する医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応について <https://www.mhlw.go.jp/content/000618677.pdf>
- 2) CDC：Interim Guidance for Implementing Home Care of People Not Requiring Hospitalization for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-home-care.html>
- 3) 日本看護倫理学会：身体拘束予防ガイドライン http://jnea.net/pdf/guideline_shintai_2015.pdf

CQ30：在宅医療を受けている乳幼児・小児が高リスク曝露者と判明した場合、あるいは COVID-19 に罹患した場合、どのように対応するべきか？（20230531 一部改訂）

・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高リスク曝露者と判明した場合

- ・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・介護者が高リスク曝露者と判明した場合

・可能であれば養育者・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高リスク曝露者と判明した場合

・養育者・介護者が無症状～軽症の場合は、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こととなる。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・介護者が中等症以上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.

CQ31：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を引き起こされ、感染症の流行を制御することがより困難になる可能性があると言われてている。

・ 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-withthe-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：人権擁護局ホームページ 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、在宅看取りを含めて自宅療養を希望した場合、どのように対応すべきか？（20230531 一部改訂）

・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在宅看取りを含めて自宅療養を希望している場合には、以下の点に十分留意する。

①いわゆる第1波の時期とは異なり、変異株の弱毒化、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、埼玉県の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。

③Advance 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。

【参考資料】

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>

CQ33：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？

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 により急速に呼吸状態が悪化する場合に

備え、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°C以上の場合：アセトアミノフェン 1000 mg投与

(2)呼吸苦、興奮による高度な苦痛を認める場合

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

・ミダゾラム 2.5-5 mg皮下/口腔粘膜投与

②緩和ケアを受けている方とのコミュニケーション

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

【参考文献】

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

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

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

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

5. COVID-19 に罹患し、退院してきた療養者への対応について

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？（20230531 改訂）

- ・原則として厚生労働省の示す、療養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 7 日目では多くの場合感染性は低くなり、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⁾。我が国の療養解除基準もこれに準拠している³⁾。
- ・5 類移行後も入院患者に対する療養解除基準はそれ以前と同様であり、人工呼吸器を装着していない有症状の患者が PCR 検査を行わずに療養解除を行う場合は「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 日以前に療養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療養解除となる。）いずれの場合でも療養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 検査を行わずに療養解除を行う場合は「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 検査なしで療養解除された場合、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 検査を行って療養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。この場合は療養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の感染症法上の位置付け変更後の療養期間の考え方について（厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部／4月14日）
<https://www.mhlw.go.jp/content/001087473.pdf>
- 4) Aydillo T, et al. Shedding of Viable SARS-CoV-2 after Immunosuppressive Therapy for Cancer. *N Engl J Med.* 2020;383:2586-2588.

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

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？（20230531 改訂）

- ・高齢者施設等の入所者における面会制限については、「家族等との面会の機会の減少により心身の健康への影響が懸念されることを踏まえて、高齢者施設等での面会の再開・推進を図ることは重要」として、原則的に面会制限は好ましくないとの見解がだされ、面会の再開・推進のためのリーフレットや動画が作成されている¹⁾。なお、地域の感染状況を念頭に置きながら柔軟に対応することが望ましい。

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？（20230531 改訂）

- ・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、感染リスクは地域での感染状況によりある程度発生するが、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は、できるだけ対面面会できるように厚生労働省が作成したリーフレットなどを用いて工夫を行う。なお、その際には地域の COVID-19 の流行状況や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。（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、対面面会を可能な限り行えるよう配慮する。具体的には訪問者の検温・症状確認を行い、過去 10 日間の発熱や上気道症状がなければ面会を許可する。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。ただし、多床室の場合

には、多床室の場合は、居住スペースとは別の風通しの良い場所での面会が望ましい（臨死期である場合はこの限りではない）。

【地域での COVID-19 の発生が一定数見られる場合】

- ・地域での流行がまだ収まっていないでも、原則として対面面会は行えるよう工夫することが望ましい。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1m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、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】

- ・今後第9波や病原性の高い変異株等の出現等で地域での感染再拡大が起こった場合には、対面での面会は中止せざるを得ない可能性もある。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）。この場合、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。

CQ37-2：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？
(20230531 改訂)

- ・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、条件を満たした上で実施する。
- 以下は地域の流行状況に応じた回答である。

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

- ・地域で感染者の報告はあるものの、流行状況は限定的あると考えられる状況では、対面面会を可能な限り行えるよう配慮する
- ・具体的には訪問者の検温・症状確認を行った上で、過去10日以内の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】

地域での感染がまだ収まっていない状況でも、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人数を制限して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】

・今後第 9 波や病原性の高い変異株等の出現等で地域での感染再拡大が起こった場合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人数を制限して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。

CQ37-3：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？（20230531 一部改訂）

・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。

【参考文献】

1) 厚生労働省：高齢者施設等における面会の再開・推進にかかる高齢者施設等の職員向け動画及びリーフレットについて（令和 5 年 1 月 31 日事務連絡）<https://www.mhlw.go.jp/content/001048693.pdf>

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いての面会は可能か？

・施設内でクラスターが発生し施設内で COVID-19 患者や疑う施設入居者の療養を継続する場合においては、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？（20230531 一部改訂）

・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。

・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抗原定性検査や 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別することを「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いずれの区域でも常時換気を励行し、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抗原定性検査や 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。

・なお、施設内での高齢者には、認知機能が低下し、隔離が難しい、マスク着用が難しい人も少なくない。また、隔離するあるいは介護量を減らすとフレイルが急速に進行する人も少なくなく、そのために併発症が悪化したり、誤嚥性肺炎等を惹起し、そのために死の転帰をとる人もいる。このため、特に陽性者においては隔離を行うかどうか、非陽性者に対しては行動制限を強いるかどうかは慎重に検討が必要である。

【参考文献】

1) 国立国際医療研究センター国際感染症センター：急性期病院における新型コロナウイルス感染症ア

ウトブレイクでのゾーニングの考え方

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

7. COVID-19 を疑う職員が発生した場合の対応について

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？

(20230531 一部改訂)

・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、高リスク曝露者と判明した人は最終接触日を 0 日として、その後 7 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、高リスク曝露者が多数存在し、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高リスク曝露者が少なくなるよう、日常的にリスク分散に関する工夫を行うべきである。

以下に対処例を示す。

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

・なお、医療・介護従事者であれば高リスク曝露者であっても、ある条件下で就業することも可能となっており、その条件については CQ 4 3-2 に記載している。

CQ41：在宅医療に関わる自院スタッフから感染者が発生した場合、関係している在宅療養者やその家族への対応はどうか？（20230531 改訂）

以下の高リスク曝露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、最終接触から 5 日間は体調の管理を行うこと、感染防止のための対応を依頼することが望ましい。

【高リスク曝露者の要件】

・5 類移行後は濃厚接触者の特定は法的には行われず、また、行動制限を課せられることはないが、ウイルスの性質は変わっていないため、これまで通りの対応が必要であるため、これまで使っていた飛沫感染および接触感染を考慮した濃厚接触者の要件に、エアロゾル感染を考慮した要件を加え、高リスク

曝露者の要件とした。

- ・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)。特に会話を伴う会食は要注意。
- ・なお、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や十分な換気環境では、感染リスクは低いと考える。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>

CQ42：訪問看護ステーションに感染者が発生し休止を余儀なくされた場合、どのように対応するか？
(20230531 一部改訂)

- ・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高リスク曝露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。また、協議した内容を地域 BCP として明文化しておくことが今後必要となる。

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？
(20230531 改訂)

CQ43-1：COVID-19 陽性となった医療職・介護職の復職基準はどうすればいいか？

- ・5 類移行により、就業制限の法的な規定はなくなり、就業については、個人および事業所の判断に委ねられる。しかし、医療機関や介護施設の対応については、ウイルスの感染性が変わらないことより、原則これまでと同じ対応（就業制限あり）が必要と思われる。したがって、COVID-19 陽性と診断された医療職・介護職の復職はこれまでの基準を参考に、基本的には、検査陽性と判断され、無症状の場合

には検査日（検体採取日）を0日として、その後も症状がなければ、7日間の療養期間を経て解除（検査日から8日目で復職可能）とすることが望ましい。軽症～中等症の場合は、発症した日を0日とし、10日間の療養期間を経て症状が軽快している場合には療養解除（症状出現日から11日目で復職可能）とすることが望ましい。

・ただし、特例として無症状の場合には、検体採取日から6日間経過後24時間間隔をあけ2回のPCR等検査で陰性を確認できれば療養解除でき、有症状では、症状軽快後24時間経過した後、24時間以上間隔をあけ、2回のPCR等検査で陰性を確認できれば、療養解除することが望ましい。

・なお、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。

CQ43-2：高リスク曝露者と判断される医療職・介護職の復職はどうすればいいのか？

・5類移行により、高リスク曝露者の就業制限の法的な規定はなくなり、就業については、個人および事業所の判断に委ねられる。しかし、医療機関や介護施設の対応については、ウイルスの感染性が変わらないことより、原則これまでと同じ対応（就業制限あり）が必要と思われる。

・高リスク曝露者と判断される場合、原則的には7日間の自宅待機期間があり、症状なく経過すれば最終接触日から8日目に就業可能とすることが望ましいが、一定の条件下で待期間の短縮あるいは待期間中の就業が可能である。その条件とは抗原定性キットやPCR検査を用いて陰性を確認するものであり、それを下表で示す。なお、この条件が適応される状況として、事業所の業務を継続するためには代替困難であること、無症状であること、ワクチン追加接種していることが必要である。また、検査はすべて自費となる。

	0日目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目
原則	最終接触日	自宅待機・感染対策・健康観察							解除日
待期間短縮	最終接触日	自宅待機・感染対策・健康観察				抗原定性検査 で陰性	抗原定性検査 ↓ 陰性確認時点 より待機解除	7日目まで感染対策・健康観察を継続	
待期間中の業務従事 待期間短縮 (PCR/抗原定量検査)	最終接触日	PCR検査/ 抗原定量検査	PCR検査/ 抗原定量検査	PCR検査/ 抗原定量検査	PCR検査/ 抗原定量検査	PCR検査/ 抗原定量検査	PCR検査/ 抗原定量検査	7日目まで感染対策・健康観察を継続	
待期間中の業務従事 待期間短縮 (抗原定性キット)	最終接触日	抗原定性検査	抗原定性検査	抗原定性検査	抗原定性検査	抗原定性検査	抗原定性検査	7日目まで感染対策・健康観察を継続	
		陰性確認→業務従事可能					陰性確認時点 より待機解除		
		陰性確認→業務従事可能					↓ 陰性確認時点 より待機解除		
		業務従事以外の自宅待機は継続							

CQ44：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

CQ44-1：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？（20230531 一部改訂）

・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・スタッフが高リスク曝露者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高リスク曝露者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。

CQ44-2：訪問看護ステーションにおいて、感染者あるいは高リスク曝露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？（20230531 一部改訂）

・訪問看護ステーションにおいて感染者や高リスク曝露者が多発し、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/houkankyoku/renkeisys.pdf>

CQ44-3：訪問介護事業所において、感染者あるいは高リスク曝露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？（20230531 一部改訂）

・訪問介護事業所において感染はあるいは高リスク曝露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（2023年9月まで継続されているが一定の条件があることに注意²⁾）ことから、都道府県・指定都市・中核市の担当窓口相談を行う。

【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>

2) 厚生労働省通知（2023年3月17日：2023年5月16日最終改定）：新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について <https://www.mhlw.go.jp/content/001097047.pdf>

CQ45：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_JPNSustaining_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>

8. COVID-19 後遺症について

CQ46：新型コロナ後遺症の治療法はありますか？（20230531 新規）

- ・ COVID-19 罹患後、ほとんどの方は時間経過とともに症状が改善する。しかし、いまだ不明な点が多いものの、一部の患者で長引く症状（罹患後症状、いわゆる後遺症）があることがわかってきた。したがって、症状が改善せず続く場合には、先ずはかかりつけ医等や地域の医療機関に相談することを勧める。なお、各都道府県のホームページには診療可能診療所一覧が掲載されている。
- ・ 世界保健機関は、罹患後症状について「新型コロナウイルスに罹患した人にみられ、少なくとも2カ月以上持続し、また、他の疾患による症状として説明がつかないもの。通常は発症から3カ月経った時点にもみられる」と定義している。
- ・ 罹患後症状は、疲労感・倦怠感 関節痛 筋肉痛 咳 喀痰 息切れ 胸痛 脱毛 記憶障害 集中力低下 頭痛 抑うつ 嗅覚障害 味覚障害 動悸 下痢 腹痛 睡眠障害 筋力低下などがある。
- ・ COVID-19 後遺症の治療は、現在、漢方薬などで対処療法をしているが、まだ治療法は確立していない。

【参考文献】

新型コロナウイルス感染症診療の手引き別冊 罹患後症状のマネジメント

<https://www.mhlw.go.jp/content/000952747.pdf>

あとがき

日本在宅医療連合学会が新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策ワーキングを立ち上げたのは、COVID-19 が国内で初めて確認されて間もない 2020 年 3 月である。当時は COVID-19 の医学的知識に関して不明な点も多く、海外からの情報を頼りに医療機関は感染対策や検査体制の整備に追われていた時期であった。SARS-cov-2 は感染力が強く、高齢者や基礎疾患のある人では、肺炎そして血栓塞栓症をはじめとする様々な合併症のため重症化するリスクが高いことが判明した。在宅ケアに従事する会員から声が上り、多くの会員がワーキングに参加し、在宅医療と在宅療養者を守るための方策について議論を重ねてきた。患者数が増加し、医療機関が入院患者の受け入れや院内のクラスター発生に苦慮する事態が生じ、医療体制がひっ迫するたびに緊急事態宣言が発令された。世界では 2023 年 5 月時点で感染者数は約 30 億人、死者数は約 1500 万人、わが国では感染者数は約 1,500 万人、死者数は約 6 万人と言われている。

COVID-19 の拡大は医療面での影響はもとより、国民のメンタルヘルスや生活や収入、社会の様々な分野に影響を及ぼした。例えば、ストレスを感じる人が増えた人は 7 割近くに上り、2020 年 8 月以降は自殺者数が前年度を上回って推移している。高齢者では外出機会が減り、フレイルが進行し、孤立し、生きがいや生活意欲が低下するものが増えている。在宅療養高齢者の認知機能低下や誤嚥性肺炎が入院期間を延伸し、死亡率の上昇につながり、更なる医療や介護減摩のひっ迫の要因となっている。このような事態は大規模災害時にもしばしば経験されており、阪神淡路大震災以降、数年ごとに発生する豪雨被害や東日本大震災後の課題として日本在宅医学会時代から繰り返し議論されてきた。現在、わが国は第 8 波を超える「第 9 波」の可能性もある。また、大地震や広域の風水害の発生も懸念されている。私たちは災害に見舞われた時、そして災害に立ち向かうために、何を考え、どう行動すべきか、3 年間にわたるワーキングを通じて学んできた。そして、実績としてワーキンググループという絆を手に入れた。

COVID-19 は第 5 類に移行したが、今後も SARS-cov-2 は変異し、在宅療養者は感染の波に晒されるであろう。また、COVID-19 の後遺症により、在宅療養を余儀なくされる者もいる。在宅医療専門医のコア・コンピテンシーに謳われているグローバルヘルスカバレッジへ貢献する精神をもって、会員が在宅ケアを必要とする人のもとに、在宅ケアを届けることができるよう支援することが、日本在宅医療連合学会が総力を挙げて取り組む目標である。

2023 年 5 月
日本在宅医療連合学会
代表理事 石垣泰則

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 メンバー一覧

(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) 医療法人以和貴会 西崎病院 総合診療科 / 一般社団法人 OHS 沖縄往診サポート
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
梅山 信 医療法人 梅山医院
宇田 和夫 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会
大友 宣 医療法人財団老蘇会 静明館診療所
岡山 容子 医療法人みのり会 おかやま在宅クリニック
小倉 和也 医療法人 はちのへファミリークリニック
小野 宏志 坂の上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
小林 篤史 カリン薬局
佐々木 淳 医療法人社団悠翔会
齊藤 直裕 医療法人社団三育会 新宿ヒロクリニック
清水 政克 清水メディカルクリニック
荘司 輝昭 医療法人在和会 立川在宅ケアクリニック
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
谷水 正人 独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター
長谷川 太郎 湘南おおふなクリニック
原田 奈穂子 国立大学法人 岡山大学
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
三浦 邦久 医療法人伯鳳会 東京曳舟病院救急科
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
泰川 恵吾 Dr.GON 診療所
吉江 悟 一般社団法人 Neighborhood Care