

<医療従事者の皆さんへ>

1. 診察前の注意: 検温、問診票で患者さんの事前チェック

医療機関内での不用意な感染およびその拡大を防止するためには、感染者ないしその疑い患者を特定し、適切な感染予防策を採ることが重要です。

SARS-CoV-2 が感染すると、多くの症例で発熱、咳嗽、咽頭痛、鼻汁、鼻閉などの呼吸器症状、頭痛、倦怠感などがみられます。また、下痢、嘔吐などの消化器症状や嗅覚・味覚障害が認められることもあります。医療機関ごとに、これら COVID-19 を疑う症状がある患者への対応の可否、受診可能な場合はその際の注意、できない場合はどこを受診すればよいのかなどを明確にし、これをホームページや玄関に掲示したり、次回の診療日を予約する際に案内したりすることで周知します。また、すべての受診患者は、診察前に検温を行い、問診票を利用して COVID-19 を疑う症状の有無を確認することで、疑い例を特定します。大きな医療機関であれば、来院者の入り口を一本化して、病院玄関で検温と症状の確認を行い、その後、外来の受付などで再度確認する 2 重チェックが推奨されます。外気温が低い場合は、玄関での検温で平熱と判断されたにも拘らず、診療科の受付では発熱が確認されることが稀ではありません。また、感染疑い患者に対しては、診察場所とそこへの動線、診療担当医の割り当て、採血や画像検査時の対応などに関して、医療機関の状況に応じたマニュアルの作成が必要です。

このように、診察前のチェックで疑い患者をその他の患者と切り離すことはできますが、疑い患者への対応は、医療機関にとって大きな負担になります。疑い患者の症状は通常の感冒と変わりはないことを考慮すると、疑い患者のスクリーニング感度を高めると、SARS-CoV-2 感染のない患者に対する医療資源の投入量が多くなります。従って、市中の蔓延率を参考して、疑い患者のスクリーニング感度を調節する必要があります。

2. 診断確定例と疑診例への対応

SARS-CoV-2 は接触ないし飛沫感染しますので、これに応じた対策が求められます。また、気道吸引、上部消化管内視鏡検査などを実施する際は、エアロゾルによる感染も想定されており、空気感染への対策も検討する必要があります。

1) 外来診療と中央部門での検査などに際する管理

患者の動線は複雑に交差するのが一般的ですが、確診例、疑い患者とその他の患者の動線は可能な限り分離することが推奨されます。診察には疑い患者専用室を設置し、画像検査を行う場合は、時間帯で撮像対象患者を区分するなどの対応が必要です。確診例ないし疑い患者に対応した診察室や検査室は、診療終了後に施設の基準に従った環境整備（清拭・換気など）を行います。

2) 病棟での管理

個室収容が原則ですが、感染が確定した患者は集団隔離（コホーティング）することも考慮されます。一方、疑い患者に関しては、PCR や抗原検査の感度が 70%程度であり、感染例と非感染例が混在しているため、患者間の感染を避けるために個室に収容しなければなりません。また、一つのフロア全体ないしその一部に SARS-CoV-2 感染症者を集める場合は、区域のゾーニングを明確にして、医療従事者が区域を移動する際の感染対策が一定になるように配慮する必要があります。

3. 一般診療における感染防御策：医療従事者個人の対応と診療環境の整備

感染防御の基本は標準予防策を徹底することです。すなわち、診療場面ごとに必要な個人防護具（personal protective equipment: PPE）を着用し、適切なタイミングと方法で取り外しを行うとともに、手指衛生を繰り返すことが重要です。次いで、医療従事者以外の職員も全員が院内ではサージカルマスクを常時着用するユニバーサルマスクが推奨されます。外来および入院患者に関しても、同様の対応をお願いする必要があります。さらに、確診例と疑い患者に対応する際には、接触感染と飛沫感染の予防策を加えます。PPE の適正使用については誤解が多く、SARS-CoV-2 感染が蔓延した状況下では、不安感からあらゆる診療場面ですべての PPE を装備する状態になりがちです。このような一部の医療従事者の行動は、他者にも伝播し、不必要な PPE の使用から資材の枯渇、コストの高騰につながりかねません。社会的に PPE が不足している現状では、それぞれの医療機関で医療従事者、職員および患者の安全を確保するためにガイドラインは遵守する一方で、PPE の確保状況も考慮したルールを作成し、これを周知徹底することが求められます。特に現在不足している N95 マスクについては、エアロゾル発生手技の際にのみ使用するべきであり、乱用には注意が必要です。PPE が不足している状況下での感染管理に関しては、日本環境感染学会が発行している「医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド 第3版」をご参照ください。

診療環境の整備としては、確診例および疑い患者の周辺の高頻度接触環境表面と、これら患者の皮膚に直接接触した器材を、エタノール（60%以上）ないし次亜塩素酸ナトリウム溶液（0.1%～0.5%）を用いて清拭消毒することが推奨されます。消毒薬の噴霧や、床、壁を含む広範囲の消毒は不要ですが、確診例と疑い患者の診療した部屋は、終了後に設備の機能に応じて 30 分から 1 時間程度の喚起を行います。

また、医療従事者や職員間の感染予防のために、共用のキーボードやタブレットの消毒、会話をしながらの飲食の回避、休憩室や作業室などの頻回の換気などの職場環境整備が必要です。また、会議は集合開催から Web 会議へ切り替えることが推奨されます。また、医療従事者と職員の体調管理、発熱ないし体調不良時の勤務制限など、労務管理上の制度を策定することも求められます。

<参 考>

「医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド 第3版」 一般社団法人日本環境感染学会

「新型コロナウイルス感染症 COVID-19 診療の手引き 第2版」令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業「一類感染症等の患者発生時に備えた臨床的対応に関する研究」

「新型コロナウイルス感染症に対する感染管理」 国立感染症研究所・国立国際医療研究センター国際感染症センター

4. 検査、治療に際しての感染防御策

1) 腹部超音波検査、腹部超音波下での治療

腹部超音波を用いる診療では、施術者が患者と一定時間密接に接するため、感染リスクを考慮する必要があります。そのた、診療前に患者に発熱の有無などを含めた問診を行い、COVID-19 が疑われる場合には、検査・治療の緊急性を鑑みて、施行するかどうかを検討してください。

検査・治療に当たっては、無症状の COVID-19 患者も存在することから、すべての患者にマスクの着用が求められます。医療従事者もサージカルマスクを着用して検査・治療を行ってください。検査前後の手指消毒及と手洗いを徹底し、部屋の換気も十分行ってください。検査終了時にはプローベのアルコール清拭などによる消毒も行ってください。外来検査などでは、待合室の換気も十分配慮し、患者同士がフィジカルディスタンス（身体的距離）を保てるよう配慮することも必要です。

なお、COVID-19 が疑われる患者に対しては、接触感染予防策（エプロン+手袋+手洗い）と飛沫感染予防策（アイシールド付きサージカルマスク、あるいはサージカルマスクとゴーグル/アイシールド/フェイスガードの組み合わせ+手洗い）を行い、検査・治療を実施します。COVID-19 を強く疑う患者に対しては長袖ガウンとキャップの着用も考慮してください。また、ビニールカバーなどで物理的にプローベと患者との接触を避けるとともに、トランスジューサーのヘッド部分とケーブルを消毒するようにしてください。

<参 考>

WFUMB Position Statement: Equipment cleaning and safe performance of ultrasound examinations in the context of COVID-19. World Federation of Ultrasound in Medicine and Biolog https://www.jsum.or.jp/committee/uesc/pdf/covid-19_safe_method.pdf

医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド 第3版 一般社団法人 日本環境感染学会

2) 内視鏡検査、内視鏡治療

上部消化管内視鏡診療は咳嗽を誘発する場合があります、エアロゾルの発生が危惧されます。このため日本消化器内視鏡学会は、COVID-19 患者ないし COVID-19 を強く疑う患者（ハイリスク患者）は、緊急性のある場合のみに内視鏡診療を行うべきであると提言しています。ハイリスク患者を見分けるためには、内視鏡診療の当日に、患者に対して確実な問診と体温測定など行う必要があります。

しかし、無症状の COVID-19 患者も存在することから、ハイリスク以外の患者に対して内視鏡検査診療を行う場合も、標準予防措置策（スタンダード・プリコーション）を徹底することをお願いします。さらに飛沫予防策と接触予防策を、スタンダード・プリコーションに追加して行うことが、強く推奨されています（アイシールド付きサージカルマスク、あるいはサージカルマスクとゴーグル/アイシールド/フェイスガードの組み合わせ・手袋・キャップ・長袖ガウンの着用、患者毎の各種防護具取り換え、検査・治療終了後手指から肘までのしっかりと洗済）。なお、ハイリスク患者に対する内視鏡診療は、サージカルマスクの代わりに N95 マスク（または N95 と同等のフィルター性能を有するマスク）あるいは電動ファン付呼吸用保護具（PAPR）を使用する必要があります。また、当該患者が院内感染源にならないよう検査場所などの配慮も必要です。

検査・処置室に関しては、すべての患者がフィジカルディスタンスを保てるよう配慮し、十分な換気に努めることが求められます。詳細な対応については、日本消化器内視鏡学会 HP に記載されておりますのでご参照ください。

< 参 考 >

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) への消化器内視鏡診療についての提言 日本消化器内視鏡学会
<https://www.jges.net/medical/covid-19-proposal>

5. オンライン診療、電話診療にあたっての留意点

院内感染を含む感染防止のため、時限的・特例的な取り扱いとして、厚生労働省が定める研修を受講せずに、オンライン診療・電話診療を行うことが可能となっています。感染爆発により外出禁止が強く求められる時期には、オンライン診療の導入によって、院内感染および市中感染のリスクが低下することが期待されます。また、患者の過度な受診自粛による継続加療の中断を阻止するにも繋がります。一方、オンライン診療では問診（+視診）以外の情報は得られません。このため見落としや誤診リスクの増加が懸念されます。定期受診患者に対しては、診療地域における COVID-19 の流行状況を考慮して、オンライン診療の利便性、有用性と危険性のバランスを考慮して、その導入を決定する必要があります。

オンライン診療の際には、まず、患者にその不利益を説明し、同意を得る必要があります。また、オンライン診療中は、得られる情報が視覚および聴覚に限られる中で、可能な限り、疾病の見落としや誤診を防ぐ必要があります。例えば肝硬変患者に対する電話診療では、通話だけを頼りに、「肝性脳症が出現していないか」、「肝性腹水や浮腫が出現していないか」、「黄疸や貧血の進行を疑う状態ではないか」などを判断することが求められます。いつも家族と対面受診されている患者であれば、家族からの情報も診断の補助として取り入れることを考慮してください。医師が患者から心身の状態に関する適切な情報を得るためには、日頃より直接の対面診療を重ねるなど、医師と患者間での信頼関係を築いておくことが重要です。また、診察時には、患者に起こりうる症状や身体所見およびその変化を説明し、これらが出現していないかどうかを聴取するとともに、今後出現した際の再診の目安についても説明する必要があります。一方、医学的な観点から問診（+視診）以外の診察や検査が必要と判断した場合には、オンライン診療では不十分である旨を伝え、対面診療のために来院するよう説明しなければなりません。

非代償性肝硬変など症状、身体所見が変化する可能性が大きい患者では、本来は対面診療が望ましいのですが、地域の感染状況などからオンライン診療をせざるを得ない場合は、その後、対面診療の有用性が危険性を上回ると判断できる時期になったら、速やかに対面診療に戻すことを考慮してください。

< 参 考 >

オンライン診療の適切な実施に関する指針 - 厚生労働省

新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて（令和2年4月10日事務連絡）

6. 医療従事者の体調管理

医療従事者が SARS-CoV-2 に感染すると、院内感染の感染源になります。このため、医療従事者は特に自らの体調管理を徹底することが求められます。

医療現場だけではなく、日常生活においても、密閉・密集・密接（3密）空間は感染リスクが高いことを認識し、そのような場所は避けて、フィジカルディスタンスを保つように常に心がけなければなりません。また、毎日常温を測定するなど日常の健康状態を管理し、発熱や呼吸器症状が出現した際は、出勤せずに職場管理者に相談する必要があります。一方、職場管理者は予め、医療従事者に発熱や呼吸器症状が出現した際の対策を確立し、これを全員に周知することが求められます。状況に応じて、発熱、呼吸器症状が出現時には、PCR 検査ないし抗原検査を実施しますが、陰性であった場合で、これらの検査の感度が 100%でないことにも留意しなければなりません。

<参考文献>

新型コロナウイルス感染症に対する感染管理（2020年5月1日改訂版）

国立感染症研究所 国立国際医療研究センター 国際感染症センター

企画広報委員会 「COVID-19 WG」

企画広報委員会	委員長	持田 智	埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科
同	委員	是永 匡紹	国立国際医療研究センター 肝炎情報センター
同	委員	長谷川 潔	東京大学 肝胆膵外科・人工臓器移植外科
同	委員	中川 美奈	東京医科歯科大学 消化器内科
WG	委員	四柳 宏	東京大学医科学研究所 先端医療研究センター
同	委員	新井 雅裕	練馬光が丘病院
同	委員	堤 武也	東京大学医科学研究所 先端医療研究センター
同	委員	疋田 隼人	大阪大学 消化器内科