

2022 年 2 月 21 日版



公益社団法人 日本リハビリテーション医学会

Contents

	3	はじめに
I	1	平常時対応
	5	①（平常時の）標準予防策、経路別予防策は？
	6	②（平常時の）職員教育の方法は？
II	13	新興・再興感染症
	13	① 新興・再興感染症にはどのようなものがあり、どのような感染予防策が必要か？
	13	② どのような状況の際に感染対策を強化するか？
III	15	COVID-19 蔓延期・地域での対応
	15	① 入院リハビリテーションに際する対応は？
	17	② 外来リハビリテーションに際する対応は？
	18	③ 訪問リハビリテーションに際する対応は？
	19	④ 通所リハビリテーションに際する対応は？
	20	⑤ 発熱や上気道症状など COVID-19 を疑う症状を呈している患者への対応は？
	21	⑥ 職員の健康管理はどのように行うか？
	22	⑦ 家族との面談方法は？
	24	⑧ 外部関係者との面会・手続きは？
	26	⑨ その他の対応は？
IV	31	COVID-19 確定症例との濃厚接触
	31	① COVID-19 患者との濃厚接触の定義は？
	32	② 濃厚接触者となった患者への対応は？
	33	③ 濃厚接触者となった職員の就業は？
V	37	COVID-19 確定症例の対応
	37	① COVID-19 と診断された患者の訓練はどのように行うか？ レッドゾーンの中でリハビリテーションを行う際の感染対策は？
	38	② COVID-19 と診断された場合、特別な対策が必要な期間は？

はじめに

日本リハビリテーション医学会感染対策指針（COVID-19 含む）をご覧いただきありがとうございます。この指針の基本的考え方、読者対象、作成組織、作成方法、利用にあたっての注意などをまとめましたので、最初にお読みください。

基本的考え方

日本リハビリテーション医学会では 2018 年に「リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン第 2 版」を刊行しました。これはリハビリテーション診療に関連して発生する可能性がある有害事象を予防し、そのような有害事象が発生した際の影響を最小限とすることで、リハビリテーション診療による治療効果を最大限にすることを目的としています。内容としては、合併症や事故対策に加えて、医療関連感染対策が盛り込まれました。

2019 年 12 月に中国に端を発した新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は瞬く間に全世界に拡大し、各国の医療提供体制を混乱に陥れました。我が国も例外ではなく、医療・介護関連施設でのクラスターなどが発生しました。リハビリテーション診療は患者と医療従事者の距離が近く、接している時間も長時間となるため、医療関連感染のリスクが高い診療行為となります。このため、日本リハビリテーション医学会診療ガイドライン委員会において、新興感染症などに対応した医療関連感染対策の指針が必要と判断され、本指針の策定が決定されました。

対象

想定される読者：主にリハビリテーション診療に携わる医療職としています。

対象とする感染症：COVID-19 のみではなく、飛沫・接触・空気感染予防策を要する感染症も想定しています。

作成組織

本指針の作成主体は公益社団法人日本リハビリテーション医学会診療ガイドライン委員会となります。日本リハビリテーション医学会より、リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン第 2 版の策定委員を中心として、委員が選出されました。さらに感染症専門家として、日本感染症学会の専門医 2 名にも正式な委員としてご参加頂くこととなりました。また、日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会、日本義肢装具学会、日本リハビリテーション看護学会、日本環境感染学会からも協力委員をご推薦頂いております。さらに本文執筆にあたっては、レビュー委員（執筆支援）として、日本リハビリテーション医学会および日本感染症学会の専門医の先生方にもご協力を頂きました。

作成組織 委員（敬称略、順不同）

作成主体（統括委員会）

公益社団法人日本リハビリテーション医学会 診療ガイドライン委員会

委員長

津田英一

副委員長

宮越浩一

日本リハビリテーション医学会感染対策指針（COVID-19 含む）策定委員会

津田英一（担当理事：弘前大学大学院医学研究科リハビリテーション医学講座）

宮越浩一（委員長：亀田総合病院リハビリテーション科）

根本明宜（横浜市立大学医学部リハビリテーション科学）

川上寿一（滋賀県高島保健所・滋賀県立リハビリテーションセンター）

西田大輔（東海大学医学部専門診療学系リハビリテーション科学）

藤谷順子（国立国際医療研究センター病院リハビリテーション科）

細川直登（亀田総合病院感染症科）

岡秀昭（埼玉医科大学総合医療センター総合診療内科・感染症科）

関連学協会協力委員

高橋哲也（日本理学療法士協会）

山本伸一（日本作業療法士協会）

内山量史（日本言語聴覚士協会）

坂井一浩（日本義肢装具学会）

板倉喜子（日本リハビリテーション看護学会）

大毛宏喜（日本環境感染学会）

レビュー委員（執筆支援）

平田知大（ヴォーリズ記念病院リハビリテーション科）

早乙女郁子（国立国際医療研究センター病院リハビリテーション科）

國枝顕二郎（岐阜大学医学部附属病院脳神経内科）

西田裕介（埼玉医科大学総合医療センター総合診療内科・感染症科）

小野大輔（埼玉医科大学総合医療センター感染症科・感染制御科）

作成方法

日本リハビリテーション医学会感染対策指針（COVID-19 含む）策定委員会として、2020 年 12 月 10 日より作業が開始されました。感染拡大状況を鑑みて、委員会は主にオンライン会議にて開催されました。委員会ではクリニカルクエスション（CQ）の立案、コンセンサス形成、本文の記述方法について検討がなされました。各委員によりエビデンスや、関連する指針などの情報収集が行われました。これらの過程で、CQ や本文の記述について協力委員の皆様からコメントを頂きました。

可能な限り科学的根拠に基づくものを目指しましたが、それが十分でない場合には、委員会内でのコンセンサスに基づいた記述としました。また、関連する学協会や政府機関などの指針がある場合には、それとの整合性も考慮した記述としています。

利用にあたっての注意

本指針は、リハビリテーション診療の現場における感染対策について、現時点（2021 年 12 月）での一般論をまとめたものとなります。今後も感染拡大状況や、新興感染症の発生など、状況が大きく変わることも想定されます。また、医療機関ごとに対象となる患者背景や、職員配置、施設・備品などの状況が大きく異なることも予想されます。各医療機関内に設定されている感染対策指針がある場合には、そちらが優先されるものであり、本指針がそれらの裁量権を拘束することはありません。

医療関連感染対策の基本は、全ての職員が、全ての患者・利用者に対して基本の手順を確実に実施することにあります。医療機関ごとに設定された指針を熟知し、それを遵守することが必須となります。医療関連感染において、リハビリテーション診療はハイリスク領域であり、そのことを十分に認識して診療にあたる必要があります。医療関連感染対策の推進のため、本指針を役立てて頂ければ幸いです。

日本リハビリテーション医学会感染対策指針（COVID-19 含む）
策定委員会
2022 年 2 月 19 日

I

平常時対応





1 (平常時の) 標準予防策、経路別予防策は？

- 標準予防策 (Standard Precaution) は、施設規模を問わず、平常時から全ての患者に対して適用される感染予防の基本です。病原微生物の種類に関わらず、患者の湿性生体物質 (血液、汗をのぞく体液、分泌物、排泄物、粘膜、損傷した皮膚) は感染性があるものとして取り扱います **1) 2) 3)**。
- 手指衛生を基本に、それらの物質に接触する状況に応じて、個人防護具 (Personal Protective Equipment : 以下 PPE) を適切に使用し、使用器材の滅菌・消毒と環境に応じた清拭・消毒、リネン類の管理、廃棄物の適切な取り扱い、安全な注射手技等に挙げる感染制御手技を適切に行うことが必要です **1) 2) 3)**。
- 手指衛生の方法には、流水と石鹸などによる手洗いと、擦式アルコール製剤による手指消毒があります **2) 3) 4)**。流水と石鹸などによる手洗いは、血液・体液等の付着により手が目に見えて汚染しているような場合にまず行います。アルコールに耐性がある病原微生物 (クロストリディオイデス・ディフィシル、ノロウイルスなど) では有効な感染予防策です。
- 擦式アルコール製剤による手指消毒は、手が目に見えて汚染していない場合でも、日常的に実施が推奨される方法です。手洗いに比べて短時間で手指の殺菌効果が得られるので、簡便で有効な方法ですが、アルコール耐性の微生物には効果が期待できない欠点があります。
- 石鹸などの手指洗浄剤を用いた手洗い手技は、少なくとも 15 秒以上の時間をかけて行うことが推奨されます **1) 5)**。指先、爪と皮膚の間、甘皮の部分、手のひらのしわ、母指球の部分は洗いきれぬ多い部位とされています **1) 5)**。勤務先の手指洗浄剤および擦式アルコール製剤の適正使用量と使用手技の手順を身につけておく必要があります。
- 手指衛生は実施するタイミングも重要です。WHO の、①患者に触れる前、②清潔・無菌操作の前、③体液に暴露される可能性がある場合、④患者に触れた後、⑤患者周辺の物品に触れた後、の 5 つの場面に加えて、米国疾病予防管理センター (Centers for Disease Control and Prevention : 以下 CDC) は「手袋を外した直後」の手指衛生実施を重視します **4) 5)**。
- 医療従事者の手指衛生の遵守率は 5 ~ 81% とばらつきがあるものの、平均 40% 程度で、十分でないことが報告されています **5)**。手指衛生の徹底は、患者への医療関連感染リスクを低減するばかりでなく、医療従事者自身の感染予防と院内・施設内感染に伴う患者トラブルを回避することにもつながります。
- 手指衛生を行いやすくかつ習慣化するためには動機づけ、注意喚起、環境調整、教育、評価によるフィードバックなど、多面的な取り組みが必要とされます **4)**。
- リハビリテーション室の手洗い場所に、手洗いや手指消毒の手技を示したポスターを掲示することは、自分の手技を確認でき効果的です。また、ボトル式の擦式アルコール製剤の携帯や、リハビリテーション室の入り口や受付に擦式アルコール製剤を設置し、職員が入退室の際に手指衛生にアクセスしやすいような環境整備も大切です。
- リハビリテーション関連職種は訓練時間中、徒手療法や身体支持・介助動作時に患者の身体に直接的に接触するばかりでなく、排痰・気管切開部ケア時や開放式吸引対応、口腔機能評価を含む言語・聴覚訓練や摂食・嚥下訓練時には、痰や唾液などで体液曝露を受けやすい状況下におかれます。訓練中の汚染が予想されるときには、適切な PPE を使用して対処します。



I
平
常
時
対
応



- PPE 脱衣時は着用者が病原微生物に曝露されやすいため、もっとも注意すべきタイミングです。また、一度使用した手袋、ガウンは目に見えない表面の汚染や脱着による劣化の可能性があるため、再利用してはいけません **1) 2) 3)**。
- リハビリテーション診療を行う環境は、複数の患者が利用するリハビリテーション室のほか、病棟やベッドサイドなど医療機関内の広範囲に及びます。リハビリテーション診療の対象には全身状態が不良で、免疫低下状態のようなハイリスク・易感染性患者も含まれます **6)**。
- リハビリテーション診療は、専門職自身も接触・飛沫感染リスクを伴いやすく、医療関連感染リスクへの接点が多い医療行為であると考えられます。リハビリテーション科医師や・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、自らが病原微生物の伝播を介することがないように日頃から感染予防を意識した行動を心がける必要があります **6)**。
- 日頃からのリハビリテーション室内の環境整備も重要です。平行棒、ベッド、車いす、訓練用機器のほか、モニター、点滴やカテーテルなどのデバイス類、枕やタオルなど、患者に接触した物品・機器を介した感染予防にも配慮が必要です。手指衛生を適切なタイミングで実施した上で、訓練終了ごとに訓練機器の清拭・消毒を行います **3)**。電子カルテ（キーボード）使用の前後にも手指衛生は必要です。
- リハビリテーション室では、患者の痰や唾液がついたティッシュペーパー、血液・浸出液の付着し

たガーゼ類、吐物、紙おむつなど、体液・排泄物が付着した廃棄物に対処する場合があります。対処時は必ず手袋を装着し、必要に応じてエプロン、またはガウンを使用します **3)**。

- 床や訓練器具に体液等が付着した場合は、医療機関の消毒剤使用の方針に沿って、ふき取り消毒を行います。体液が付着した廃棄物は感染ごみとして扱い、指定された感染性廃棄物ボックスに捨てます。吐物や紙おむつなどの汚物は、ビニール袋に入れて密封した上で病棟に持ち帰り、汚物処理室で処理してもらいます。対処後は、必ず手指衛生を行います **3)**。
- 経路別予防策は、まずは標準予防策を実施し、その上で特定の病原微生物に対して感染経路を遮断するために追加で行われる感染予防策です。接触感染、飛沫感染、空気感染のそれぞれの感染経路に対して、接触感染予防策、飛沫感染予防策、空気感染予防策があり、以下のような指針が示されています **1) 3) 6) 7)**。

①接触感染予防策

- 接触感染は患者との直接または間接接触、あるいは患者が環境内で頻繁に接触した機器を介して病原微生物が伝播します。
- 主 な 対 象 は、MRSA、MDRP、VRE、ESBL、CRE などがあります。
- 環境対策としては個室隔離が望ましいですが、できなければコホーティングを行います。



- 医療従事者は患者対応時にガウンと手袋を着用します。着脱前後の手指衛生を徹底します。クロストリディオイデス・ディフィシルやノロウイルスなどアルコールに耐性がある病原微生物では、石鹸などと流水による手洗いがが必要です。
- 聴診器や血圧計など使用する器具は患者専用になります。

②飛沫感染予防策

- 飛沫感染は咳・くしゃみ等で病原微生物を含む飛沫（ $5\mu\text{m}$ 以上の大きさの病原微生物を含む粒子のこと）が飛散し、経気道的に粘膜に付着することで成立します。ほとんどの気道症状を示す微生物が該当します。
- 主な対象は、インフルエンザ、風疹、新型コロナウイルス、ムンプス、アデノウイルス感染症、百日咳、髄膜炎菌感染症などがあります。
- 環境対策は、個室隔離が望ましいですが、できればコホーティングを行います。
- 医療従事者は、患者と対面するときはサージカルマスクを着用します。必要に応じて目を飛沫から防護するためにゴーグルなどを使用します。
- 聴診器や血圧計など、使用する器具は患者専用になります。

③空気感染予防策

- 空気感染は、飛沫として空气中に飛散した病原微生物が空气中で水分が蒸発して $5\mu\text{m}$ 以下の微粒子（飛沫核）となり、浮遊しているものを呼吸で吸い込むことで伝播します。主な対象は、結核、麻疹、水痘、播種性帯状疱疹が挙げられます。
- 環境対策では陰圧個室管理下での患者隔離が必要になります。
- 医療従事者は飛沫核を吸い込まないようにPPEとしてN95マスクを着用します。水痘など皮膚病変がある場合は手袋・ガウンを着用します。
- 病棟隔離中にリハビリテーション診療を行う場合

は、感染対策を優先して対応します。

- 複数の病原微生物の検出経路によっては、異なる経路別予防策が並列する場合があります。PPEの選択・装着手順を確認して、着脱時の不備がないようにします。
- 隔離解除後は基本的にリハビリテーション室への出棟の制限はないと考えられますが、保菌者などへの対応も含め、施設の感染対策担当者の指示に従い対応します。
- リハビリテーション室では、接触感染予防策を適用している患者の場合、訓練時間やゾーニングを調整し、他の患者と接触しないように配慮します。訓練後は使用した機器、物品の消毒・環境衛生を行います。リハビリテーション室での対応方針はマニュアル等で整備しておくといでしょう。適切な感染対策を講じた上で、患者の利益が損なわれないようリハビリテーション診療が行われることが重要です。

* 日本環境感染学会のWEBサイトから、標準予防策、手指衛生、感染経路別予防策の教育用スライドツールのダウンロードや動画の視聴が可能です **3)**。

* 日本職業感染制御研究会のWEBサイトから、個人防護具の着脱の手順のポスター **8)** のダウンロードが可能です。

【文献】

- 1) WHO: Practical guidelines for infection control in health care facilities.
<https://www.who.int/publications/i/item/practical-guidelines-for-infection-control-in-health-care-facilities>
- 2) CDC: standard precaution for all patients care
<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/basics/standard-precautions.html>
- 3) 日本環境感染学会教育ツール Ver.3 [感染対策の基本項目改訂版]
http://www.kankyokansen.org/modules/education/index.php?content_id=5
- 4) WHO: Guidelines on Hand Hygiene in Health Care
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>
- 5) CDC: Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings
<https://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf>
- 6) 日本リハビリテーション医学会リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン策定委員会編：リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン（第2版）、診断と治療社、2018
- 7) CDC: Transmission-Based Precautions
<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/basics/transmission-based-precautions.html>
- 8) 日本職業感染制御研究会：安全機材と個人用防護具
<https://www.safety.jrgoicp.org/index.html#>



2

(平常時の) 職員教育の方法は？

- 感染対策は医療安全の一部です。施設規模を問わず病院管理者には、①感染対策のための指針の策定、②院内感染対策委員会の設置、③従業者に対する院内感染対策のための研修の実施、④その他の院内感染対策の推進を目的とした改善のための方策の実施、が義務づけられています **1)**。
- * 診療報酬 A234-2 感染防止対策加算の規定も参考になります。
- 医療に係る安全管理のための通知では、院内感染対策のための研修は年 2 回程度開催し、受講することとされています **2)**。
- 院内感染対策マニュアルには、部門ごとに特有な対策を盛り込むこととなっています **3)**。感染者への訓練実施時のマニュアル、リハビリテーション室の衛生環境保持、補装具や治療・検査器材の衛生管理、廃棄物や汚染物の処理などの規定を設けましょう。
- 病院機能評価 **4)** では、「標準予防策に関する遵守状況」「感染経路別の予防策に基づいた対応」「手指衛生(手洗い・手指消毒)の徹底」「PPE の着用」「現場での感染性廃棄物の取り扱い」「血液、体液の付着したリネン・寝具類の取り扱い」が評価要素として挙げられています。研修内容に取り入れておくとよいでしょう。
- 300 床以上の病院では多職種構成による感染制御チーム (ICT) が設置され、定期的に院内ラウンドやサーベイランスを行うとともに、マニュアル策定とその遵守の評価、職員研修も行います **3)**。ICT がある医療機関ではリハビリテーションスタッフの研修にも協力を仰ぎましょう。

① PPE のトレーニングのポイントは？

- PPE には手袋、ゴーグル、マスク (サージカルマスク・N95 マスク)、ガウン・エプロン、キャッ

プなどがあります **5)** **6)**。

- PPE は感染リスクを軽減しますが、感染性病原微生物を排除するものではなく、手指衛生など標準予防策に代わるものでもないので、適切に使用しなければ防護効果はありません。これから行おうとする処置やケア時の汚染範囲に応じて、必要な PPE を選択し正しく着用することが大切です **5)** **6)**。
- 患者接触後の PPE 脱衣時は、着用者自身が病原微生物に曝露されやすい、最も注意すべきタイミングです。特に汚染された手袋の取り外し中に曝露しやすいので **7)**、汚染部位に接触しないように PPE を外すトレーニングが重要です。
- WHO **5)** や CDC **6)** は、各医療施設で使用している PPE の脱着手順について、院内研修や指導に基づき正しく使用することを推奨しています。リハビリテーション科医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士も、勤務先で使用されている PPE の使用方法と着脱手順を習得しておく必要があります。可能な限り ICT の協力を得て、PPE 使用の実技指導を受けておくとよいでしょう。装着者自身の安全認識を高めることにもつながります。
- PPE の着脱前後には必ず手指衛生を行います。手袋着用は手の汚染を完全に防護できるわけではないので、手指衛生のかわりにはなりません。PPE 着脱前後での擦式アルコール製剤による手指衛生の実施が必要です **5)** **6)**。

② 手指衛生の教育のポイントは？

- 手指衛生の方法には、流水と石鹸などを用いた手洗いと擦式アルコール製剤による手指消毒があります **5)** **8)**。
- アルコールに耐性がある病原微生物 (クロストリ



I 平常時対応

ディオイデス・ディフィシル、ノロウイルスなど）では石鹸と流水による手洗いが有効です **5) 8)**。

- 流水と石鹸などの手指洗浄剤を用いた手洗い手技は、少なくとも 15 秒以上の時間をかけて行います **5) 8)**。指先、爪と皮膚の間、甘皮の部分、手のひらのしわ、母指球の部分は洗い残しの多い部位とされています。利き手側は非利き手による洗浄が不十分になりやすい傾向があったとの報告があります **9)**。手洗いチェック機器で自分の手洗い手技を確認しておくといよいでしょう。
- 擦式アルコール製剤を多くの場所に置くこと、携帯型ボトルを配布することは、手指衛生の頻度を上げることにつながります。
- 手指消毒剤による手荒れ発生などの皮膚トラブル

が、手指衛生の実施を阻害しないように、感染対策ではスキンケアの情報教育も重視されます。WHO や CDC は低刺激性の手指衛生製品使用やハンドローション・クリームの配備を勧告しています **5) 8)**。

- 擦式アルコール製剤の剤型には、液状製剤、ゲル状製剤、フォーム状（泡状）製剤があり、手荒れが生じにくいようにスキンケアに配慮した低刺激性、保湿剤含有の製剤が普及しています。消毒効果を得るための適正使用量は、製剤によって異なることに注意する必要があります。勤務先の擦式アルコール製剤の適正使用量を確認して、手指全体にしっかりと刷り込み手指消毒を実施することが重要です。



I
平
常
時
対
応



- 手洗い場の壁などに手洗いおよび手指消毒の手順、洗い残しが多い部分を示すポスターなどを貼っておくと、手指衛生手技を自己確認でき手指衛生の徹底にもつながります。

③ N95 マスク装着のポイントとは？

- N95 とは米国の国立労働安全衛生研究所(NIOSH) による防塵マスクの規格で、非常に小さい(0.3 ミクロン) 微粒子を少なくとも 95% 以上は除去するという、フィルターの性能を示します。フィルターを通して有害物質を吸い込まないための呼吸器保護具なので、欧米ではレスピレーターという用語が使われています。日本では通称、N95 マスクと呼ばれます **10)**。
- 空気感染予防策では呼吸防護具として N95 マスクを装着します **5)**。N95 マスクの形状はメー

カーによってカップ型、折りたたみ型、くちばし型などがあります **11)**。勤務先で採用されている N 95 マスクを、各医療機関の使用・指導指針に沿って正しく使用できるようにしておきましょう。

- ユーザーシールチェックは、N95 マスクと顔の間に空気漏れがないかどうかを自分で確認する方法です。マスクの表面を手で覆って息を吐く(陽圧)と息を吸う(陰圧)の場合で、マスクから空気漏れや空気の引き込みがないかをチェックします。着用者自身の感覚による影響があるため、慣れによる不適合装着に注意が必要です **10)** **11)**。
- N95 マスク装着時は、必ずユーザーシールチェックをして、自己点検することが重要です。PPE 装着場所に N95 マスクの装着手技とユーザー



シールチェック方法のポスターを掲示し、鏡を設置しておくのも、自己点検を促す有効な方法です **10) 11)**。

- N95 マスクが顔の形状に適合して装着できているかは、フィットテストを実施して密着性を確認することが推奨されています。米国では労働安全衛生庁（OSHA）により N95 マスクの導入時とその後は年 1 回のフィットテストの実施が義務付けられています。日本では現在のところ法的義務はありませんが、N95 マスクを使用する施設・病院においては自主的に実施することが求められます **10)**。
- フィットテストは定性的と定量的方法（機器を用いた計測）があり、OSHA が規定した手順で行います **10) 11)**。勤務先で定量的方法でのフィットテスト実施が可能な場合は、ICT と連携して、N95 マスクの密着性評価と装着指導の機会を得ておきます。教育的価値は高いので、リハビリテーション部門内での勉強会や新入職・異動者向けの研修時に実施を検討します。
- フィットテストでは、特に鼻根部や顎まわりから漏れやすく、口や顎を大きく動かすような動作（大きな声、あくび）では N95 マスクのずれが生じる可能性があるので注意が必要です **10) 11)**。

【文献】

- 1) 医療法施行規則（厚生省令第五十号）；第一章の三 医療の安全の確保、厚生労働省ホームページデータベースサービス
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?datald=80092000&data Type=0&pageNo=1
- 2) 通知 良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部施行について；(3) 医療に係る安全管理のための職員研修（平成 19 年 3 月 30 日）（医政発第 0330010 号）
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?datald=00tb3561&data Type=1&page
- 3) 「医療機関における院内感染対策について」医政地発 1219 第 1 号、各都道府県・各政令市・各特別区衛生主管部（局）長あて厚労省医政局地域医療計画課長通知 2014/12/19.
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?datald=00tc0640&data Type=1&page
- 4) 日本医療機能評価機構：病院機能評価 機能種別版評価項目、リハビリテーション病院 <3rdG:Ver.2.0> 評価の視点／評価の要素（2017 年 10 月 1 日版）
https://www.jq-hyouka.icqhc.or.jp/wp-content/uploads/2017/07/20170701_R.pdf
- 5) WHO: Practical guidelines for infection control in health care facilities
<https://www.who.int/publications/i/item/practical-guidelines-for-infection-control-in-health-care-facilities>
- 6) CDC: Sequence for Putting on Personal Protective Equipment (PPE)
<https://www.cdc.gov/hai/pdfs/ppe/ppe-sequence.pdf>
- 7) Tomas ME et al. Contamination of Health Care Personnel During Removal of Personal Protective Equipment. JAMA Intern Med.2015; 175: 1904-10.
- 8) CDC : Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings
<https://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf>
- 9) 伊藤守弘、他：手指衛生における速乾性手指消毒薬と未滅菌手袋の効果 医療職を目指す学生を対象とした臨床実習前感染対策教育の取り組みから。薬理と臨床 2014; 24: 127-136.
- 10) 感染対策としての呼吸用防護具 フィットテストインストラクター養成講座テキスト、フィットテスト研究会、2014 年
https://square.umin.ac.jp/fittest/pdf/ft_text.pdf
- 11) 医療従事者のための N95 マスク適正使用ガイド（監修：満田年宏）、スリーエム ジャパン株式会社 ヘルスカンパニー
<https://multimedia.3m.com/mws/media/19333330/hpm-528-d-n95-users-guide.pdf>

II

新興・再興感染症



1

新興・再興感染症にはどのようなものがあり、 どのような感染予防策が必要か？

- 新興感染症とは最近になって新しく出現した感染症の総称で、WHO によると「かつて知られていなかった、新しく認識された感染症で、局地的あるいは国際的に公衆衛生上問題となる感染症」とされています **1)**。
- 代表的な例としてエボラ出血熱 (1976 年)、エイズ (1981 年)、SARS (重症急性呼吸器感染症) (2003 年)、MERS (中東呼吸器症候群) (2012 年)、そして COVID-19 (2019 年) などがありますが、他に VRSA (バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌) 感染症などの薬剤耐性菌による感染症も含まれます **2)**。
- 再興感染症とは「既知の感染症で、すでに公衆衛生上問題とならない程度まで患者数が減少していた感染症のうち、再び流行し始め患者数が増加した感染症」とされており、代表的な例として結核やマラリアなどが挙げられます **1)**。
- 新興・再興感染症のうち、ヒト-ヒト感染を起こす病原微生物は院内感染として問題になるため、感染経路を理解し適切な感染予防策を行うことが必要です。
- 主な新興・再興感染症と感染経路を表に示します。

表：主な新興・再興感染症と感染経路

感染経路	主な病原微生物または疾患
接触感染	VRSA、COVID-19
飛沫感染	COVID-19、新型インフルエンザ
空気感染	結核、COVID-19 (エアロゾルを発生させる処置)

- COVID-19 や SARS (重症急性呼吸器症候群)、MERS (中東呼吸器症候群) などのコロナウイルスによる感染症には、飛沫感染予防策を中心に接触感染予防策を追加、さらにエアロゾル発生の可能性が考えられる場合は空気感染予防策も追加する必要があります。
- HIV やマラリアなどは標準予防策です。
- タイベック® などのカバーオールを使用するフル PPE は、感染した際の死亡率が高いことがわかっているウイルス性出血熱や、感染力のわかっていない新興感染症の場合などに使用される場合があります **3)**。

【文献】

- 1) The World Health report 1996--fighting disease, fostering development. World Health Forum 1997; 18: 1-8.
- 2) 平成 16 年版厚生労働白書 第 2 章 現代生活に伴う健康問題の解決に向けて
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/04/>
- 3) エボラ出血熱に対する個人防護具 (暫定版) 医療従事者に関する個人防護具ガイドライン (平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金 新型インフルエンザ等新興・再興感染症 研究事業)

2

どのような状況の際に感染対策を強化するか？

- 上記で示したように、新興・再興感染症の概念の中には様々な感染症が含まれるため、一律に感染経路を想定することはできません。
- 実臨床でも原因微生物が特定されずに肺炎、胃腸炎、不明熱などで入院している患者が多く、それぞれの症状と想定される病原微生物に合わせた感染予防策を行うことが現実的です。(症候別アプローチ)
- 具体的には、どの患者と接する場合でも標準予防策を徹底することに尽きます。
- COVID-19 のように特定の感染症が蔓延している状況であれば、各医療機関に設置されている ICT などの感染管理部門と相談して、妥当な感染予防策を講じることが重要です。

Ⅲ

COVID-19 蔓延期・地域での対応





1

入院リハビリテーションに際する対応は？

①入院してくる患者からの感染拡大を予防する方法は？

- 感染蔓延期には、感染者と気づかれないまま入院してくることをできるだけ避けるため、「チェックリスト」「体温測定」などを用いて、感染しているリスクの高い方を無防備に受け入れないようにします。チェックリストで該当項目がある症例に対しては、リスクの程度に応じ、待合スペースや動線の設定、当該患者への検査の実施、職員のPPE 選択も含めて、各医療機関の規定に沿って対応します。
- 救急車で来院、意識障害など、チェックリストによる聴取ができない場合には、検査を実施するかなどの判断は、各医療機関の規定に沿って対応します。
- チェックリストには、この2週間の状況（症状、海外渡航、渡航者との接触、密になる体験、罹患患者や濃厚接触者との接触の有無）、現在の症状、ワクチン接種の有無や時期を記入してもらいます。今後は、ワクチンパスポートの提示などが広まると思われます。
- チェックリストの該当項目の有無にかかわらず、来院・入院中の患者のマスク装着、手指衛生の励行は必要です。
- 無症候感染者が存在するため、チェックリストと体温測定で感染者を完全に特定することはできません。
- 職員は常に、ユニバーサlmask（無症状の場合でもマスクを着用）および標準予防策の徹底を行います。標準予防策でも、体液に暴露するような医療行為においては、手袋・エプロン・ゴーグルの装着など決められたPPE を身に着けます。さらに、明らかなCOVID-19 感染リスクのある症例に対しては、各医療機関の規定に沿って対応し

ます。

- 患者間での感染予防のために、待合室・多床室・食堂・デイルームなどでの会話の際はマスク着用を徹底し、密の回避、換気を励行します。食事や口腔ケアなど飛沫の予想される場面では、他の患者とは2m 以上の距離を確保するか、個室対応など接触・飛沫感染予防策が適応できる環境で行い、環境衛生（蛇口や周囲を拭くなど）、換気を励行します。
- 感染初期の入院・転入院では、その後に症状が顕在化する可能性もあります。PCR が陽性にならないこともあります。その間でも感染力はあります。入院・転入院症例では、上記チェックリストが陰性でも、その後に咳・鼻汁など気道症状や下痢などの消化器症状が出現しないかを十分に観察し、標準予防策を徹底して行います。その目的で、感染リスクのある転入院患者には、一定期間の個室管理や、接触感染予防策を実施している医療機関もあります。

2) 職員からの感染拡大を予防する方法は？

- 医療機関に勤務する職員は、自らが市中で感染しないような行動、陽性の患者から感染しない行動が求められますが、もっとも重要なのは、たとえ職員が感染しても職場（医療機関内）で他者に感染させないことです。職員自らの行動のほか、職場の環境整備（ハード面・ソフト面）も重要です。
- 勤務中の職員は、ユニバーサlmaskおよび標準予防策の徹底を行います。（他項目参照）
- 職場内の会議で集まることは最小限とし、WEB 会議やメール審議への変更を励行します。集まる場合には、密を避ける環境設定と、短時間化、共有するマイク等の物品の清拭等を行います。
- 可能な業務は在宅ワークとする、シフト出勤制に



するなど、職場における密回避を検討します。

- 職員の休憩室・更衣室などバックヤードでの感染予防を行います。そのような場でもできるだけ密を避けること、換気の励行、食事ではむを得ずマスクをとる際にはできるだけ間隔をとって、会話しないことを励行します。会話をする際にはお互いにマスクを着用してからにします。管理者は、休憩室や更衣室の換気設備や窓開け可能な網戸の設置、清掃や消毒用品の準備、スペースの拡張（会議室で食事をしてもらいなどのルール緩和）、職員食堂へのアクリル板の設置などを行います。
- 職員は自らの症状の管理、検温等を行います。管理者は、発熱者および有症状者が上司・感染対策部門に報告し、リスクの程度によって出勤を停止するルール作りをします。職員が濃厚接触者となった場合、濃厚接触者ではないがリスクのある状態となった場合（家族が濃厚接触者となった場合、家族の学校や職場でクラスターが発生した場合など）も報告することとします。そのような場合の対応をあらかじめ感染管理担当者と協議の上決めておきます。各職場は、職員が体調不良や家族リスクの報告をしやすく、休みが取りやすい環境づくりに配慮します。
- 受け持ち患者の感染が判明した場合や、職員の感染が判明した場合には誰と接触したかの確認が必

要です。訓練実施者と訓練場所のリストは日々更新しておきます。

- 私生活においても、職員は適切な感染予防行動をとることが求められます。

3) 患者家族・院外関係者からの感染拡大を予防する方法は？

- 患者家族と患者の面談時にも感染予防対策は重要です。面会禁止施設が多い現状ですが、面会禁止による弊害から緩和も求められています。WEB面談や電話機会の増加を励行しましょう。また、上記のルール同様、家族の健康管理と行動管理を励行し、チェックリスト等を提出し、かつ面談時の感染予防対策や面談する場所の環境管理（病棟・病室で行わない）を行ったうえでの面会が求められています。
- 退院前ケアカンファレンスなど、院外関係者との会議・面談は最小限とし、WEB会議やメール審議への変更を励行します。集まる場合には、密を避ける環境設定と、短時間化、共有するマイク等の物品の清拭等を行います。医師やスタッフが病状説明のために実施する入院患者の家族との面談に際しては、実施場所を検討します（病棟は避け外来で行うなど）



- 義肢装具士等の外部からの専門職の来院にあたっては、施設の感染管理対策部門の指示に従いますが、基本として前記チェックリストの利用、感染予防策の徹底を行います。可能な説明会はWEB等へ変更します。
- 学生実習、見学者の受け入れにあたっては、施設の感染管理対策部門の指示に従いますが、基本と

して前記チェックリストの利用、職員と同様の感染予防策の徹底を求めます。見学場所数の制限、実習患者数の制限など、接する患者数を減らす感染予防対策を行います。

注) この部分は、7. 家族との面談方法は、8. 外部関係者との面会・手続きは、の項と一部重複します。関連部分もご参照ください。

2

外来リハビリテーションに際する対応は？

- 最も重要なことは、ウイルスが外部から持ち込まれることを防ぐことです。検温や患者の体調確認だけでなく、同居家族や周囲の体調不良者の有無、感染リスクのある行動の有無なども確認しましょう。
- 接触感染リスクを下げること、飛沫が飛ばない工夫をすること、換気のよい環境をつくること、の3点が重要です。とくに換気は徹底します。
- 訓練器具などは使用前後に毎回消毒を行います。使用する人は器具を使用する前後で手指消毒あるいは手洗いを行いましょう。
- 患者は訓練を行う前と訓練を終了した後に必ず手洗いを行います。
- 飛沫を防ぐためにはマスクの種類が重要です。患者もサージカルマスクを正しく装着するようにします。布マスク、バンダナ、ネックゲイターに効果はほとんどありません。
- 飛沫が目から感染する報告もあります。フェイスシールドは飛沫を直接顔面に浴びることを低減する目的で、原則として適切なマスクと併用して使用されます。マウスシールドは、顔との間が離れており密着できていないため、使用は推奨されません。
- 1時間に5-10分は換気を行いましょう。目安は対角線上のドアと窓を全開にした換気ですが、リハビリテーション室にいる人数、リハビリテーション室の構造や窓の場所、その日の天候（風向

きや風の強さなど）によって状況は変わります。ドアが1つしかないような環境では常時開放にしておきます。扇風機を用いて空気の流れを作り、室外に排気するような配置も良いと思われます。

- 他の患者との距離は2m以上空けるようにしましょう。施設の構造や状況が許せば屋外での訓練も検討します。
- 家族などの同席は控えるか、必要な場合でも1人までにします。
- 施設内への滞在時間は最小限にしましょう。
- 装具室や更衣室などでは構造上換気が十分でない場合があります。使用するときには、サージカルマスクを装着して会話を控えるようにし、お互い飛沫を吸入しない対策をとりましょう。3密空間では短時間の利用にとどめることが大切です。
- 高強度の運動を行う時や息切れなどにより呼吸回数が増加する場合は、サージカルマスクの装着が困難なことがあります。十分な換気がなされていることを前提に、周囲に人がいない状況で近距離での会話を避けて訓練を行います。
- 言語訓練や嚥下訓練にはエアロゾルが発生する訓練が含まれます¹⁾。特に言語リハビリテーション室のような密になる場所では十分な換気、パーティションの利用、スタッフの位置などに配慮しながら行いましょう。エアロゾルが発生しやすい訓練（咳嗽訓練など）は控えるようにしますが、必要な場合はN95マスクとフェイスシールドを



使用します。

- 気管切開のカニューレがある患者の訓練では、エアロゾル発生による感染に留意し、スタッフはN95 マスクとフェイスシールドを含む PPE を装着して訓練を行うことが推奨されます。カフ操作やガーゼ交換時など気管切開チューブを操作する時はエアロゾル発生のハイリスク行為になります。気管切開部の正面からの処置を避ける工夫も必要です。適応があれば、患者本人にもサージカルマスクを装着します。
- 人の動線を固定化・限定化することが、接触機会を減らすことに繋がります²⁾。外来リハビリテーションと入院リハビリテーションを担当するスタッフを、出来る限り分けることが推奨されます（人間的に困難な場合も多いと想定されますので、施設ごとの判断となります）。外来と入院患者の動線については、お互いに直接接することを避けるような配慮が重要です。
- ゾーニングでは、空間的・時間的な分離が接触機会を減らすことに繋がります。外来と入院患者が使用するリハビリテーション室を分けることが推奨されます。リハビリテーション室が共通の場合は、外来と入院患者の間に十分なスペースを設ける、訓練の時間帯を分ける、といった対応を検討します（時間帯を分ける場合には、入院患者を先とすることが有効と思われます）。それが難しい場合には標準予防策に加えて十分な換気、接触感染リスクを下げるための機器の消毒などを徹底します。フロアをまたいでの診療はなるべく控えることが推奨されます。

- スタッフルームは、外来と入院患者を担当するスタッフの間で分けることが望ましいですが、それが難しい場合には密集、密接、密閉（いわゆる 3 密）を避けて換気を徹底します。
- 窓の配置や換気回数・時間と感染リスクの関係を表 1 に示します。換気回数や換気時間のみでなく、窓の配置も換気効率に関連します。
- 認知症患者や小児などサージカルマスクの装着が困難な患者のリハビリテーション診療では、十分な換気を行った上で、他の患者とのスペースをとるように留意します。担当スタッフの立ち位置にも配慮します。

表 1：換気回数と感染リスクの関係³⁾

感染経路	1 時間あたりの換気回数 (回 / 時間)	感染リスクを 90% 下げるためにかかる時間
窓を閉め切って換気していない部屋	0.1 ~ 0.5	5-25 時間
窓を 1 つだけ開けた部屋	1 ~ 2	1-2 時間
機械で換気された窓のない部屋	4	37 分
広く窓をあけた部屋	10	15 分
対角線上に窓を広く開けた部屋	40	5 分

【文献】

- 1) 日本嚥下医学会：新型コロナウイルス感染症流行期における嚥下障害診療指針
<https://www.ssdj.jp/new/detail/?masterid=113>
- 2) 日本渡航医学会・日本産業衛生学会：職域のための新型コロナウイルス感染症対策ガイド第 5 版
<https://www.sanei.or.jp/images/contents/416/COVID-19guide210512koukai.pdf>
- 3) European Centre for Disease Prevention and Control: Heating, ventilation and air-conditioning systems in the context of COVID-19: first update
<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Heating-ventilation-air-conditioning-systems-in-the-context-of-COVID-19-first-update.pdf>

3

訪問リハビリテーションに際する対応は？

患者の自宅での対応

- 訪問リハビリテーションは利用者の自宅という特

殊な環境での診療であり、医療機関内とは異なる特別な配慮が必要となります。

- 利用者の自宅に立ち入る場合、その環境はウイルスで汚染されている可能性があることを考慮した



行動が必要となります。ドアノブなどの高頻度接触面は特に注意が必要です。

- ダイヤモンドプリンセス号でのクラスター発生に関する調査では、船内環境からの SARS-CoV2 RNA 検出頻度はトイレの床、枕、電話、テーブル、テレビのリモコン、椅子の手すりの順で高頻度であったとされています¹⁾。利用者の自宅環境においても、これらには極力接触しない配慮が必要です。
- 使用する物品を介しての間接接触感染の可能性もあります。利用者の自宅に持ち込む物品は必要最小限としましょう。持ち込んだ物品を使用する前には手指衛生を行い、使用後に片づける際にはアルコールで清拭しましょう。
- 利用者の自宅での手洗いにおいては、洗面所が汚染されている可能性にも配慮が必要です。擦式アルコール製剤での手指衛生が望ましいと思われます。

利用者と家族対応

- 訪問する前や利用者の自宅に上がる前に、利用者や家族の健康状態を確認しましょう。異常が見られる場合には、当日のリハビリテーション治療は中止しましょう。
- 利用者のみでなく同居者にもサージカルマスクの着用を促しましょう。



室内の換気

- 閉鎖環境では通常の会話で感染を生じることがあります。
- 頻繁に咳をしている患者がいる部屋（約 50㎡の小事務所や診察室）のウイルス濃度は高いとされています²⁾。
- 換気を徹底することが必要です。

【文献】

- 1) 国立感染症研究所：ダイヤモンドプリンセス号環境検査に関する報告
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/ka/corona-virus/2019-ncov/2484-idsc/9849-covid19-19-2.html>
- 2) Riediker M, et al: Estimation of viral aerosol emission from simulated individuals with asymptomatic to moderate coronavirus disease 2019. JAMA Network Open 2020;3: e2013807

4

通所リハビリテーションに際する対応は？

送迎サービス

- 送迎の車内は同乗者同士の距離が近いことや、閉鎖空間となることから感染のリスクがあると考えられます。
- 乗車前に利用者の健康状態を確認しましょう。異

常が見られる場合には乗車させず、当日の利用は断るようにしましょう。

- 家庭内での二次感染率が高いことが報告されています。利用者の体調のみでなく、同居者に体調不良者がいないかも確認しましょう。
- 乗車する利用者は手指衛生を行い、マスクを着用します。



- 送迎サービスで使用する車両は窓を複数開ける、エアコンを外気モードとするなどでの換気を実施しましょう。
- 送迎サービス前後には、ドアノブや車内の手すりなど高頻度接触面の消毒を実施しましょう。ただし、車内へのアルコール製品の放置は車両火災の危険性があるため注意が必要です。
- 運転手への感染を予防するためには、運転席の後の座席を使用しないことも検討する必要があります。また、運転席と後部座席の間にビニールなどでパーティションを設置する工夫もあります。

食事・入浴

- 通所リハビリテーションサービスでは、食事や入浴など利用者がマスクを外す場面が生じます。
- 利用者がマスクを外す場面では、医療従事者がフェイスシールドやゴーグルなどを着用し眼を防

護することが必要です。

- 食事介助では、むせこみなどで飛沫に暴露される可能性があります。利用者の側面から介助を行いましょう。
- 食事の際には利用者同士の間隔をあげ、かつ対面とならないよう座り、更に会話は控えるようにしましょう。食堂の換気も必要です。

施設内の共有環境・物品

- 利用者が施設に入る際には、手指衛生を行います。
- 施設内では換気に努め、施設内で利用者が使用するテーブルや椅子、トイレのドアノブなどは定期的な環境消毒が必要です。
- 訓練器具などは使用前後に毎回消毒を行います。使用する人は器具を使用する前後で手指消毒あるいは手洗いを行いましょう。

5

発熱や上気道症状など COVID-19 を疑う症状を呈している患者への対応は？

① COVID-19 を疑う症状はどのようなものがありますか？

発熱、咳、呼吸困難、全身倦怠感、咽頭痛、鼻汁・鼻閉、味覚・嗅覚障害、眼の痛みや結膜の充血、頭痛、関節・筋肉痛、下痢、嘔気・嘔吐など多岐にわたります **1-3**。頻度が高い症状としては発熱、上気道症状、味覚嗅覚障害が挙げられます。

② COVID-19 を疑う場合隔離の判断、その間のリハビリテーション治療はどのようにしますか？

上記で挙げたような症状を有し COVID-19 が疑われる場合には、直ちに隔離措置を行った上で PCR 法や LAMP 法などのウイルス学的検査を行うこと



を勧めます。発熱がある場合には熱源精査を行い、呼吸困難がある際には適切な酸素療法、精査を行うことを勧めます。検査結果により COVID-19 感染の可能性が低いと判断され隔離解除されるまでは、



リハビリテーション治療は行わないことを勧めます。どうしても必要な場合には COVID-19 確定症例と同じ装備で行うことを勧めます。

どの検査にも一定の割合で疑陰性が存在するため、陰性結果によって必ずしも感染を除外できるものではないことに留意することが必要です。特に発熱などの症状が遷延する場合には、複数回の陰性結果に反して最終的に COVID-19 と診断された患者もいるため注意を要します。

③個室隔離が困難な場合の対応はどうしますか？

COVID-19 感染が疑われる患者は個室隔離を行うことが望ましいですが、隔離が行えない場合には改善の策として標準予防策に飛沫感染予防策と接触感染予防策を実施できる体制が勧められます¹⁾。換気を十分に行うこと、カーテンやパーティションなどの物理的仕切りを行うことで一定の飛沫感染を抑制することができ、推奨されます。

④対応する職員についてはどうしますか？

病歴や検査結果をふまえ、COVID-19 感染の可能性が低いと判断され隔離解除されるまでは感染者と同様に扱い、マスク、フェイスシールド、手袋、ガウン着用を行うことを勧めます。PPE の供給が不十分な場合には関わるスタッフを限定する、もしくはリハビリテーション治療を積極的には行わないことが勧められます。隔離室への医療面接や評価などには電話や電子デバイスを利用したビデオ通話なども提案され、これらは実際の臨床現場でも使われており積極的な活用が勧められます。

【文献】

- 1) 日本環境感染学会．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4版．
http://www.kankyokansen.org/modules/news/index.php?content_id=418
- 2) Guan WJ, et al: Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med 2020; 382: 1708-1720
- 3) Romero-Sanchez CM, et al: Neurologic manifestations in hospitalized patients with COVID-19: The ALBACOVID registry. Neurology 2020; 95: e1060-e1070

6

職員の健康管理はどのように行うか？

- 自覚症状が出現する前から他者に感染させるリスクがあります¹⁾。感染が流行している地域では、職員自身が体温、自覚症状などを健康観察アプリや記録表を活用し毎日記録しておくことが望まれます。
- 医療機関内では、職員の休憩スペース・更衣室を含めた施設・設備の利用状況や、会議・カンファレンスなどの実施方法などを検討し、感染予防対策を立てることが勧められます。
- 職員に症状が出現した際に備えて、誰に連絡するか、職場ではどう対応するかなどの対策を事前に決めておくことが望まれます。
- 医療関係者が新型コロナウイルスに感染する類型としては、「① COVID-19 と診断または疑われている患者を診察して感染」、「② COVID-19 と診

断または疑われていない患者から感染」、「③ 市中や医療従事者間での感染」があります²⁾。このうち、①と②については院内の感染予防対策を講じることになります。③については、医療従事者の感染は院内感染より市中感染状況を反映しているという報告³⁾もあり、緊急事態宣言の実施区域、蔓延防止等重点措置の実施区域、都道府県の流行ステージなどに応じて、職員の施設外での移動や活動について検討しておくことが勧められます。

- 体調が悪い職員は出勤せず自宅療養するとともに、必要に応じて医療機関を受診することを徹底してください。相談しやすい職場環境づくりは安全管理の観点からも重要です。
- 出勤後に軽い症状が判明した者に対しては抗原簡



易キットを使用することができます。感染者の3分の1以上は無症状であるともされ⁴⁾、重症化リスクの高い者が多い医療機関や高齢者施設等では、陽性者の早期発見によって感染拡大を防止する観点から、症状が軽い職員に対しても検査を行えるよう抗原簡易キットの配布事業が行われています⁵⁾。簡易キットの感度は比較的低く、陽性になった場合は有用ですが、陰性でも感染を否定することはできない点に注意が必要です。

- ワクチン接種は最も重要な対策です。医療従事者へのワクチン接種は進みましたが、ワクチン接種後であってもその時点で流行しているウイルスに感染することがあること、およびワクチン接種後

感染例の一部では二次感染しうることが示され、ワクチン接種者においても感染防止対策の継続は重要と考えられています⁶⁾。

【文献】

- 1) 国立感染症研究所：積極的疫学調査の情報に基づく新型コロナウイルス感染症の2次感染時期の分布。IASR 2021;42: 129-130
- 2) 国立感染症研究所：新型コロナウイルス感染症に対する感染管理 <https://www.niid.go.jp/niid/images/epi/corona/covid19-01-210630.pdf>
- 3) Treibel TA, et al: COVID-19: PCR screening of asymptomatic health-care workers at London hospital. Lancet 2020; 395: 1608-1610
- 4) Oran DP, et al: The proportion of SARS-CoV-2 infections that are asymptomatic. Ann Intern Med 2021; M20-6976
- 5) 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部 令和3年6月9日事務連絡
- 6) 新型コロナワクチン接種後に新型コロナウイルス感染症と診断された症例に関する積極的疫学調査（第一報） 国立感染症研究所 IASR 速報 2021.7.21.

7

家族との面談方法は？

- 令和2年3月28日（令和2年5月25日変更）に新型コロナウイルス感染症対策本部が決定した新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針¹⁾では、面会について「医療機関及び高齢者施設等において、面会者からの感染を防ぐため、面会は緊急の場合を除き一時中止すべき」「医療機関及び高齢者施設等において、患者や利用者からの感染を防ぐため、感染が流行している地域では、施設での通所サービスなどの一時利用を中止又は制限する」、「入院患者、利用者の外出、外泊を制限する等の対応を検討すべきである」が示されています。WHOのガイダンス²⁾においても面会制限が示されています。
- 感染者が増加している地域の医療機関では、面会による感染症の持ち込みも懸念されます。特別な事情がある場合を除いては、原則的に面会は禁止することが望ましいと考えられます。面会制限のエビデンスについては報告が少ないですが、統合的文献レビューが行われています³⁾。面会制限の効果については明確でないとの報告があるものの⁴⁾⁵⁾、小児病棟ではウイルスによる呼吸

器感染症に有効であったと報告されています⁶⁾⁷⁾。

- 一方で Middle East Respiratory Syndrome (MERS) が流行した際の隔離の影響が検討されており⁸⁾、精神面への影響など良くない影響も指摘されています⁹⁾。COVID-19への隔離による精神衛生上の問題も検討されています。家族と会えなくなる事は患者の権利の侵害にもつながり、日本弁護士連合会からも一律での面会制限に意見書が提出されています¹⁰⁾。
- 家族との面談においても原則は制限であり、「緊急の場合」に該当するか否かが判断の基準となります。急性期病院では患者の生命に関わるか否かが、「緊急の場合」の判断基準となると考えられます。が、リハビリテーション治療目的での入院では在宅復帰に向けて家族への直接的な指導、入院目的の確認・修正時など患者・家族との直接的な対話が必要な場合なども「緊急の場合」に準じた状況と考えられます。
- 直接的な面談が必要か否かについては、リモートでの面談で代用できないかも含め個別に検討し、



参加者についても最小限の人数で面談することが望ましいです。

- 感染蔓延期には誰であれ感染の可能性があるため、「チェックリスト」「体温測定」などを用いて、感染しているリスクの有る家族を患者、職員と接触させないことが必要です。感染リスクの高い方を無防備に受け入れないようにします。チェックリストで該当項目がある家族に対しては、リスクの程度に応じ待合スペースや動線の設定、その家族への検査の推奨、職員の PPE 選択も含めて、各医療機関の規定に沿って対応を行います。
- チェックリストには、この2週間の状況（症状、海外渡航、渡航者との接触、密になる体験、罹患患者や濃厚接触者との接触の有無）、現在の症状、ワクチン接種の有無や時期を記入してもらいます。今後は、接種証明の提示などが広まると思われます。
- チェックリストの該当項目の有無にかかわらず、家族のマスク装着、手指衛生の励行は必要です。
- 職員は常に、ユニバーサマスクおよび標準予防策の徹底を行います。
- 直接面会せずに距離を保ち感染リスクに配慮した面会方法として、パーティション越しに面会を行い、患者側と家族側に院内電話を用いたり、患者

の携帯電話を利用したりするなど会話を可能にできます。また、テレビ電話、Web 会議のアプリケーションを用いてリモートでの面会を実施する施設もあります。高齢の患者、家族ではアプリケーションの利用が難しく、職員によるサポートが求められることもあります。また、遠隔での面談を容易にするためのソフトウェアも提供されており、利便性を考慮し導入することも選択肢となります。

- 厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室から「高齢者施設等におけるオンラインでの面会の実施について」の通知 **11**）が出されており、環境面での配慮や ICT 環境整備についての支援に関する情報提供がなされています。環境については、面会する場合と同様に利用者の個室や、専用個室、共有スペースの一角等で実施し、他の利用者や職員に会話内容が聞こえないよう、衝立等で仕切りを設けるなどしてプライバシーの確保に努めます。職員が利用者に付き添いパソコンやテレビ電話等の操作補助を行う場合は、患者又は家族等の同意を得ておくことが望ましいとされています。
- 先進的な病院でオンライン面会の取り組みがなされていますが **12)** **13)**、直接面会をどこまで代



替できるかについては、各地で実証実験がすすめられ結果が待たれている状況です。また、既存のテレビ会議システムに加え、ロボット、アバターの利用など先進的な ICT 技術を面会に活用する取り組みも行われています。

【文献】

- 1) 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策本部. 新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針. 令和2年3月28日(令和2年5月25日変更)
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/th_siryoku/kihon_h_0525.pdf
- 2) World Health Organization (WHO). Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context: interim guidance, 1 June 2020.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332240>
- 3) K Hugelius, et al: Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review. Int J Nurs Stud 2021; 121: 104000
- 4) Jefferson T, et al: Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. Cochrane Database of System, 2020
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006207.pub5>
- 5) Rickman HM, et al: Nosocomial Transmission of Coronavirus Disease 2019: a Retrospective Study of 66 Hospital-acquired Cases in a London Teaching Hospital. Clin Infect Dis 2021; 72: 690-693
- 6) Forkpa H, et al: Association between children's hospital visitor restrictions and healthcare-associated viral respiratory infections: a quasi-experimental study. J. Pediatric Infect Dis Soc. 2020; 9: 240-243
- 7) Washam M, et al: Association of visitation policy and health care-acquired respiratory viral infections in hospitalized children. Am J Infect Control 2018; 46: 353-355
- 8) Jeong H, et al: Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. Epidemiol Health 2016; 38: e2016048
- 9) Greenberg N, et al: Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. BMJ 2020; 368: m1211
- 10) 日弁連「コロナ禍における社会福祉施設・医療施設での面会機会の確保を求める意見書」(2021年4月)
<https://www.nichibenren.or.jp/library/pdf/document/opinion/2021/210416.pdf>
- 11) 厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室: 高齢者施設等におけるオンラインでの面会の実施について.
<https://www.mhlw.go.jp/content/000631175.pdf>
- 12) 佐藤真貴子: 【看護業務の効率化 看護業務の効率化 先進事例アワード 2020】(2章) 事例「看護業務の効率化 先進事例アワード 2020」受賞施設の実践 優秀賞 AI・ICT等の技術の活用部門 ウィズコロナで ICT 促進! 患者と家族をつなぐオンライン面会の取り組み. 看護 2021; 73: P45-50
- 13) 大塚 貴幸: 入所者・在宅者の QOL をいかに保つか 患者の精神安定と家族の安心感を目指したオンライン面会の取り組み. 日本重症心身障害学会誌 2021; 46: 39-42

8

外部関係者との面会・手続きは？

①学生実習や就職見学、面接の受け入れ

- 学生実習については文部科学省高等教育局大学振興課医学から、「遠隔授業等の実施に係る留意点及び実習等の授業の弾力的な取扱い等について」
1) の中で、歯学または薬学の正規の課程において大学の単位認定等の弾力化に関わる取り扱いについての事務連絡がなされています。その他職種の養成校に対しては、文部科学省、厚生労働省から、「新型コロナウイルス感染症の発生に伴う医療関係職種等の各学校、養成所及び養成施設等の対応について」2) の通知が出され、実習の削減によるカリキュラム変更への対応がなされています。また、実習の実施にあたっての留意事項が示され、感染防護具等を提供するように病院への依頼がなされています 3)。
- 養成校に対しては、実習の実施の2週間程度前

から、毎朝の検温及び風邪症状の確認を行うこと、感染リスクの高い場所に行く機会を減らすことなどを学生に徹底することが依頼されています。また、実習中の感染対策の指導の徹底、実習に参加予定の学生の家族等に感染が確認されるなど、学生が濃厚接触者に特定された場合への対応の指導が依頼されています。

- 見学、実習に際して、ワクチン接種を原則行うことが推奨されます。

②装具業者や医療機器の担当者の訪問

- 義肢装具士の新型コロナウイルス感染症に対する対応としては、2020年4月6日に ISPO が提案を発表しており、英語、フランス語、スペイン語、中国語、トルコ語、ベルシャ語、アラビア語、ネパール語などと一緒に日本語へも翻訳されて発表



されています 4)。

- 其中では、原則として施設に入る人数を最少とし必要最小限の時間に制限すること、採型、適合等の作業が必要でない患者についてはオンラインによる診療を考えるべきとされています。COVID-19 に対する一般的な感染予防策に加えて、工具の消毒、追加の物品・資材を持ち込む際には患者を担当している義肢装具士以外のものが受け渡しなどの手順が示されています。また、カービングマシンやドラムサンダー等の機器使用の際には、作業環境へのウイルス拡大を招くリスクがあることを理解して使用することを求めています。
- 3D スキャナーや 3D プリンターを用いての義肢装具作製により、患者との接触を減らしたり、オンライン診療での対応などが試みられていたりしていますが、採型、適合などは直接の接触が必要な業務であり、ICT 技術の導入によっても業務変更は難しい部分があると報告されています。感染対策を適切に行い安心安全な診療を行うことが、義肢装具士には引き続き求められます 5) 6)。
- 治療機器の担当者の病院への出入りについては、リハビリテーション診療においても高度の医療機

器が用いられるようになっており、機器の日常メンテナンス、髄腔内バクロフェン投与療法のポンプ植え込み術時の立ち会いなど診療上担当者の出入りが必要な状況が多々あります。担当者においても、自らが市中で感染しないような行動、陽性の患者から感染しない行動が求められます。勤務中はユニバーサルマスクおよび標準予防策の徹底を行います。病院での支援は最小限としテレビ会議での支援なども検討し、病院への移動時の感染、病院への持ち込みを避ける工夫も有用です。

③介護認定調査・サービス担当者会議などへの対応

- COVID-19 流行下における介護認定調査については厚生労働省老健局老人保健課より「新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の取扱いについて」7) として通知されています。
- 介護保険サービスは欠かせないものであり、前提となる要介護認定について高齢者が COVID-19 に係る外出自粛等のために申請を控えることがないよう、電話での相談や郵送等での申請が可能なことを周知します。申請後に居宅への訪問による感染の不安等から、認定調査員の訪問に難色を





示す場合には必要性を十分に説明します。それでも訪問が受け入れられない場合には、必要に応じ暫定ケアプランの活用などで対応し、利用の手控えがないようにします。COVID-19 に関連し臨時的な取り扱いとして、①面会が困難な場合には有効期間を 12 ヶ月までの範囲内で延長する、②面会禁止施設の入所者等からの新規・変更認定の申請には、面会禁止等の措置が解けた後に調査を実施する等の対応を行う、③申請から認定までが 30 日を超える場合には、介護保険法（1997 年法律第 123 号）第 27 条第 11 項ただし書きの「特別な理由」に該当するものとして取り扱って差し支えない、などが通知されています。

- 患者に介護保険の申請、認定の更新などを勧める際には臨時対応についても理解して説明する必要があります。
- 退院前などのサービス担当者会議については、外部から担当者等が病院に立ち入ることになりますので、基本的には避ける方向での運用になります。対面での情報交換は重要ですが、感染リスクと比較しての判断になります。また、テレビ会議などの方法で、直接来院しないでカンファレンスを開催したり担当者との面談を行ったりすることも可能であり、ICT の技術を用いて業務効率化を図ることも選択肢になります。今回の COVID-19 の流行でオンライン診療の制限が緩和され、多くの病院、診療所でオンライン診療が行われるようになりました **8)**。COVID-19 の影響により、サービス担当者会議など多くの調整を要する部分で、これまで困難とされていた点の業務改善に繋がる

可能性があります。

④病院の感染担当者との適切な連携

- 学生実習の受け入れ、義肢装具士や医療機器の担当者の来院については、病院の感染対策担当者との情報共有し、周辺の感染状況や病院の方針の学生や関連職種への伝達、指針の遵守の確認などを適切に行う必要があります。厚生労働省からの指針 **9)**などを踏まえ、手順の見直しも適宜行うことが望ましいです。

文献

- 1) 文部科学省高等教育局大学振興課。遠隔授業等の実施に係る留意点及び実習等の授業の弾力的な取扱い等について。
https://www.mext.go.jp/content/20200501-mxt_kouhou02-000004520_3.pdf
- 2) 文部科学省、厚生労働省。新型コロナウイルス感染症の発生に伴う医療関係職種等の各学校、養成所及び養成施設等の対応について
<https://www.mhlw.go.jp/content/000636112.pdf>
- 3) 厚生労働省医政局医事課、歯科保健課。新型コロナウイルス感染症の発生に伴う医療関係職種等の各学校、養成所及び養成施設等における実習の実施にあたっての留意事項及び感染防護具等の物資提供協力依頼について
<https://www.mhlw.go.jp/content/000626051.pdf>
- 4) ISPO: Statement on COVID-19 Vaccination for People Working with and Using Assistive Technology.
<https://www.ispoint.org/page/COVID-19>
- 5) Jayaraman A, et al: Technologies to Enhance Orthotics & Prosthetics Outcomes during the COVID-19 Pandemic and Beyond. 日本義肢装具学会誌 2021; 37: 130-136
- 6) Binedell T, et al: Leveraging Digital Technology to Overcome Barriers in the Prosthetic and Orthotic Industry: Evaluation of its Applicability and Use During the COVID-19 Pandemic. JMIR Rehabil Assist Technol 2020; 5: e23827
- 7) 厚生労働省老健局老人保健課。新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の取扱いについて
<https://www.mhlw.go.jp/content/000626161.pdf>
- 8) 宮田俊男: With コロナ時代に加速するオンライン診療。病院 2021; 80: 228-231
- 9) 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策本部。新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針。
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/th_siryu/kihon_h_0525.pdf

9

その他の対応は？

①予防策をとることが困難な場合の対応はどのようにすれば良いですか？

- リハビリテーション関連職種は患者と密接・密着

し、飛沫やエアロゾルが発生する手技があり、多数の患者を担当することが多いため感染リスクが高い職種です。

- 特に感染蔓延期には標準予防策、換気を十分に行



い、環境衛生管理を行うことが大前提になります
1)。しかし、リハビリテーション診療の対象となる患者の中には、小児や認知機能低下などでマスクを着用できない患者や、気管切開により外気に開放されている患者が少なくありません。このような場合には職員がフェイスシールドやゴーグルを着用します。

そして換気を十分に行い、訓練後はリハビリテーション室を消毒し環境衛生を保つことが重要です。

その前提のもと、エアロゾルの発生リスクを伴う訓練 (Aerosol Generating Procedures: 以下 AGP) 2) と、AGP に当たらないリハビリテーション診療場面に分けて解説します。

① AGP に相当するリハビリテーション診療

- エアロゾルを発生するリスクのある、呼吸リハビリテーション、咳嗽を伴う直接嚥下、大声での発声を伴う発声リハビリテーションを行うことを最小限にすることを勧めます。実施する場合には医療従事者はフル PPE (N95 マスク、アイシールド、ガウン、手袋) 着用でリハビリテーション診療を行うことを勧めます。場合によっては、電動ファン付呼吸用保護具 (Powered Air-Purifying Respirator: PAPR) の使用も考慮します。

② AGP に相当しないリハビリテーション診療

- 医療従事者は標準予防策に加え、飛沫感染と接触感染予防策を追加して行うことを勧めます。具体的には手袋、ガウン、マスク、アイシールド、飛沫感染予防策として真正面から向かい合わず横もしくは後ろに位置すること、アクリル板などシールド越しに評価・訓練を行うことを勧めます。また周囲の環境管理として他の患者との距離を 2m 以上に離し、換気を十分に行うことも重要です。

② PPE の供給が不十分な場合 どうしますか？

- 感染対策の防護具は基本的には規定のものを使用し、使用後に廃棄するのが原則ですが、感染蔓延

期には供給不足に遭遇することがあります。PPE の供給が不十分な場合には感染者に関わるスタッフを限定します。隔離室への面接や評価などは電話や電子デバイスを使用したビデオ通話などの使用も提案され、実際に医療現場でも使われています。

- 各々の防護具の再利用についても、推奨される安全な使用方法が提示されており以下にまとめます。

① N95 マスクの再利用

- 厚生労働省は 1 人に 5 枚の N95 マスクを配布し、5 日間のサイクルで毎日取り替える再利用法を勧めています。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 時間生存することが報告されています。N95 マスクを 1 人につき 5 枚配布し、使用したものを通気性のよいきれいなバッグに保管し、毎日取り替えて 5 日間のサイクルで使用することを提唱しています。
- CDC はマスクの性能を十分に発揮させるために、同一医療従事者による再使用回数を 1 つのマスクにつき 5 回までに制限すべきと提唱しています **3)**。
- N95 マスクを消毒滅菌して再利用する方法については見解が分かれており、確立されたコンセンサスは得られていません。

今までに紫外線照射による滅菌、水蒸気と熱による滅菌、マイクロ波下に水蒸気による滅菌、過酸化水素水蒸気での滅菌の 4 つの除染方法が低レベルエビデンスで示されたという報告があります **4) 5)**。なお、この滅菌方法は専用の設備で消毒滅菌していることに注意する必要があります。一方で液体や蒸気を使った処理には注意が必要という指摘もあります。蒸気、アルコール、家庭用漂白剤などは、いずれも N95 マスクのフィルター性能の低下を招き、ウイルスのエアロゾルにさらされる危険性があるため行わないこととの指摘もあります。

② N95 マスクの代用品

N95 マスクの同等以上の性能の呼吸用保護具



の利用も検討します。日本の防じんマスク規格 DS2 以上のマスク、電動ファンつき呼吸用保護具 (PAPR) の使用も検討します。

③サージカルマスク

- サージカルマスクの使用は、厚生労働省から原則 1 日 1 回使用し、汚染の場合には交換破棄することを勧めています **6)**。
- 消毒滅菌して再利用する方法については様々な試みがなされましたが、フィルター性能の安全性についての検証は不十分なものが多く **7)**、さらに蒸気、アルコール、家庭用漂白剤などは、サージカルマスクのろ過効率の低下を招くといった報告がされています。
- 2021 年 6 月に日本国内でサージカルマスクに日本産業規格 (JIS) が制定され、マスクの性能及び試験方法について標準化が図られました。使用者が安心して購入できるよう、医療用及び一般用のマスクを対象とした JIS T9001 (医療用及び一般用マスクの性能要件及び試験方法)、コロナ感染対策に従事する医療従事者用のマスクを対象とした JIS T9002 (感染対策医療用マスクの性能要件及び試験方法) が制定されました **8)**。この認証によりサージカルマスクの質の担保が期待されます。

④ガウン

- 長袖ガウン (アイソレーションガウン・長袖のプラスチックガウン等) について、厚生労働省は使用機会に優先順位を設けることを推奨しています。優先する機会としては、①血液など体液に触れる可能性のある手技、②エアロゾルが発生する手技 (気道吸引気管内挿管、下気道検体採取等) をあげ、次いで③上気道検体の採取、④患者の体位交換や車いす移乗など前腕や上腕が患者に触れるケアを示しています。なお、③および④については長袖ガウン不足時には袖のないエプロン可：手指・前腕の適切な洗浄・消毒を行うことで感染予防が可能であると注釈がついています。
- また、代替品については体を覆うことができ、破棄できるもので代替可 (レインコートなど撥水性

があることが望ましい) とし、大きなプラスチック袋を組み合わせた代替品による取り組みもされています **6)** **9)**。

③環境に対する市販の機材の効果は？

現時点では COVID-19 に対し、市販の機材 (空気清浄機、紫外線照射機) で環境衛生を改善するとの明確なエビデンスは得られておらず、積極的な使用は勧められません。

④靴の履き替えは必要か？

- 靴底から新型コロナウイルスが検出された報告はありますが、感染予防を目的とした靴の履き替えは必要ありません **10)**。
- シューズカバーの使用に関しては、シューズカバーを脱ぐ際に手指が汚染するリスクがあるため、推奨されません **10)**。履物に血液や体液汚染が生ずる恐れがある場合には、標準予防策の考えに基づいた使用でよいでしょう。

⑤病棟やフロアをまたいでの診療は避けるべきか？

- 人の動線を固定化・限定化することが、接触機会を減らすことに繋がります **11)**。また、感染者が発生した時の接触者の把握と追跡にも有効な手段となりえます。
- 可能な限り担当する病棟やフロアが最小限になるように、医療従事者を配置することを推奨します。

⑥ゾーニングはどのようにするか？

- ゾーニングとは、病原微生物によって汚染されている区域 (汚染区域) と汚染されていない区域 (清潔区域) を区分けすることです。これは安全に医療を提供するとともに、感染拡大を防止するための基本的な考え方となります **12)**。
- 汚染区域とは、空気・環境に新型コロナウイルス



が存在している場所のことです（隔離対象者の病室など）。

- 汚染区域に入る際には必要な PPE を着用し、汚染区域から出る際には PPE を脱衣します。PPE の着用と脱衣は別の場所で行います。
- PPE の着脱回数が増えると汚染リスクは高くなります。COVID-19 の患者に対応するリハビリテーション関連職は固定し、他のフロアや病棟への出入りは行わないようにします（人員的に困難な場合も多いと想定されますので、施設ごとの判断となります）。
- 蔓延期では、外来から病原微生物が施設内に持ち込まれることを防ぐことが大変重要です。清潔区域（通常業務を行う場所）であっても、外来患者と入院患者が使用するリハビリテーション室を別々にすることを推奨します。
- 難しい場合には、標準予防策に加えて十分な換気、密を避ける（患者の間を 2 メートル以上あける）、接触感染リスクを下げるための機器の消毒などを徹底します。
- 外来患者と入院患者が使用するリハビリテーション室を別にするのが難しい場合には、外来患者と入院患者の訓練スペースの間隔を開ける、訓練の時間帯を分けるといった対応を検討します。外来患者の移動は入院患者と異なる導線で行います。外来リハビリテーションについては最小限の

利用頻度、利用者数の制限、一時的な中止も検討します。

文献

- 1) 日本嚥下医学会．新型コロナウイルス感染症流行期における嚥下障害診療指針
<https://www.ssdj.jp/new/detail/?masterid=113>
- 2) Klompas M, et al: What Is an Aerosol-Generating Procedure?. JAMA Surg 2021; 156:113-114
- 3) CDC. Strategies for Optimizing the Supply of N95 Respirators during the COVID-19 pandemic: A systematic review. Infect Control Hosp Epidemiol 2021; 42:25-30.
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/respirators-strategy/index.html>
- 4) Seresirikachorn K, et al: Decontamination and reuse of surgical masks and N95 filtering facepiece respirators during the COVID-19 pandemic: A systematic review. Infect Control Hosp Epidemiol 2021; 42:25-30.
- 5) Liao L, et al: Can N95 Respirators Be Reused after Disinfection? How Many Times? .ACS Nano 2020; 14: 6348-6356
- 6) 厚生労働省．サージカルマスク、長袖ガウン、ゴーグル及びフェイスシールド、の例外的取扱いについて 事務連絡 令和 2 年 4 月 14 日
<https://www.mhlw.go.jp/content/000622132.pdf>
- 7) Zorko DJ, et al: Decontamination interventions for the reuse of surgical mask personal protective equipment: a systematic review. J Hosp Infect 2020; 106: 283-294
- 8) 厚生労働省．マスクに関する日本産業規格（JIS）を制定しました
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_19244.html
- 9) Centers for Disease Control and Prevention : Optimizing Supply of PPE and Other Equipment during Shortages
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/index.html>
- 10) 日本環境感染学会．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 4 版
http://www.kankyokansen.org/modules/news/index.php?content_id=418
- 11) 日本産業衛生学会 一公．職域のための新型コロナウイルス感染症対策ガイド 第 5 版
<https://www.sanei.or.jp/images/contents/416/COVID-19guide210512koukai.pdf>
- 12) 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

IV

COVID-19 確定症例との濃厚接触





1

COVID-19 患者との濃厚接触の定義は？

COVID-19 患者 注 1) (無症状 COVID-19 患者を含む 注 2)、以降同様) と、COVID-19 患者から他者に感染性があると考えられる期間 注 3) に接触し、その接触様式が濃厚接触に該当する場合は濃厚接触者と定義されます (表 1) 1、2)。濃厚接触に該当するとされる接触様式であったかどうかについては大まかに、曝露が近距離であったか、直接的であったか、長時間であったか、また適切な感染予防策が行われていない状況であったか、などで決定されます。

リハビリテーション実施者においては、COVID-19 患者に対する近距離での接触を伴うリハビリテーション診療であっても、適切な感染予防策が行われていた場合には、濃厚接触者には該当しません。

- ※ 1: 「COVID-19 患者」とは、COVID-19 の症状 (発熱や咳、鼻汁、咽頭痛、頭痛、下痢・嘔吐、関節痛、筋肉痛、倦怠感など。以降同様) を呈しており、かつ COVID-19 検査 (PCR 検査や抗原定量検査など、以降同様) によって COVID-19 と診断された患者のことです 1)。
- ※ 2: 「無症状 COVID-19 患者」とは、COVID-19 の症状が無いものの、COVID-19 検査によって COVID-19 と診断された患者のことです 1)。
- ※ 3: 「COVID-19 患者から他者に感染性があると考えられる期間」とは、本ガイドラインでは執筆時点での知見を参考に、COVID-19 の症状が出現する 2 日前から (無症状 COVID-19 患者の場合には検査陽性の 2 日前から)、療養期間 (医療機関や宿泊機関、自宅における療養期間) が解除され感染性が低いと判断されるまでの期間とします。療養期間が解除されるまでの期間については、COVID-19 検査を実施しないケースでは、有症状 COVID-19 患者の場合には症状発症から 10 日間が経過かつ症状軽快後 72 時間経過したとき、また無症状 COVID-19 患者の場合には陽性となった検査の検体採取日から 10 日間が経過したとき、などの基準が厚生労働省から本ガイドライン執筆時点で出されています。ただし、COVID-19 検査の利用の有無や重症度、治療法など、患者ごとに設定される期間が異なり、かつ内容の修正・変更が今後もあると予想されるため、最新の情報をその都度確認してください 1)。

(表 1) 濃厚接触者の定義

「濃厚接触者」とは、「患者 (確定例)」(「無症状病原体保有者」を含む。以下同じ。の感染可能期間において当該患者が入院、宿泊療養又は自宅療養を開始するまでに接触した者のうち、次の範囲に該当する者である。

- ・ 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
- ・ 適切な感染防護なしに患者 (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
- ・ 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)。



2

濃厚接触者となった患者への対応は？

COVID-19 患者と、COVID-19 患者から他者に感染性があると考えられる期間に接触し、濃厚接触者と判定された患者への対応については、以下のように隔離、症状観察、心身のケアなどについて、個別に対応を行います（表 2）。

リハビリテーション診療にあたっては、まずその必要性について患者ごとに個別に評価する。実際に行うリハビリテーション診療のプラン（開始時期や方法、実施頻度、強度など）について、患者ごとに必要度、患者の ADL・重症度（COVID-19 以外の疾患によるものも含む）、施設環境、マンパワーなどを考慮し、決定する必要があります。

なお、COVID-19 の流行状況や患者ごとのリスクに応じて、個別に対応を工夫することも重要です。例としては、COVID-19 の検査結果などをもとに患者の COVID-19 罹患リスクが判明するまでは、リハビリテーション診療の開始を延期する、あるいはベッドサイドでのリハビリテーション診療のみを開始しリハビリテーション室の利用は延期とする、などの対応があります（3）。

実際に濃厚接触者と判定された患者にリハビリテーション診療を行う際には、スタンダードプリコーションやユニバーサルマスク、手指衛生に加えて、各医療機関での取り決めに応じて患者ごとにフェイスシールドや N95 マスク、PPE などを使用します。特に重要な点としては、リハビリテーション実施者のみならず、リハビリテーションを受ける患者（COVID-19 流行下では、COVID-19 患者や濃厚接触者に限らずすべての患者）にも、サージカルマスクを装着してもらうことです。これは、サージカルマスクを装着することで、飛沫量が減少することにより感染リスクが低下するからです（4）（5）。

さらに、実施するリハビリテーション診療の種類によっては、追加の感染予防策が必要です。例としては、飛沫感染のリスクがある言語聴覚室でのリハビリテーション診療では透明なパーティションや鏡（患者と対面に位置しなくてよい）を使用する、飛沫感染だけでなくエアロゾル感染のリスクがある呼吸・嚥下リハビリテーションではフェイスシールド、N95 マスク、手袋、ガウンを使用する、などが挙げ

（表 2）濃厚接触者となった患者への各種の対応

隔離	濃厚接触者については、10 ～ 14 日間の隔離を行います。 ※隔離期間は一律ではなく、患者ごとに検討します。
症状観察	10 ～ 14 日間の症状観察を行います。 ※症状出現した際には、医師の診察による判断に従います。
心身のケア	隔離・症状観察の期間中は、適切に患者の心身のケアを行います。 適宜専門職種と連携をとります。
患者とその家族への説明と同意と対応	上記の対応（隔離、症状観察、心身のケア）について平易な言葉で十分に説明を行ったうえで、適宜質問を受けたうえで、濃厚接触者から同意を得ます。



げられます 6)。

期待される取り組みとしては、特に COVID-19 の感染リスクが高いとされる患者に対する遠隔リハビリテーションがあります 7)。適宜、セキュリティが担保された Web 会議システムを用いて、パルスオキシメーターなどを濃厚接触者と判定された患者に装着してもらい、リハビリテーション診療を行うものです。

濃厚接触者の濃厚接触者の対応はどうなるか？

まだ COVID-19 の診断が確定していない濃厚接触者（以降、未診断濃厚接触者）との濃厚接触者については、未診断濃厚接触者が COVID-19 検査で陽性になり COVID-19 感染者と判定された時点から、基本的には上記で定義する濃厚接触者として対応します。

但し、未診断濃厚接触者のなかには COVID-19 に感染している可能性が極めて高い場合（まだ COVID-19 検査陽性は判明していないが、COVID-19 の感染者と感染予防策無しに近接した距離で長時間、一緒に生活していた場合など）と、逆に感染している可能性が低い場合が含まれます。前者のように感染している可能性が極めて高い場合には、接触した未診断濃厚接触者の COVID-19 検

査陽性が判明する前の段階でも濃厚接触者に準じた感染予防策を行うなど、個別にリスク評価したうえでの対応が必要です。

またリスクが高いか低いかに関わらず、未診断濃厚接触者との濃厚接触者では感染の可能性はゼロではないため、ユニバーサルマスクや手指衛生などの基本的な対応は行ったうえで慎重に症状観察し、症状の出現があれば速やかに報告してもらい、個別に対応することが重要です 1) 2)。

文献

- 1) 診療の手引き検討委員会：新型コロナウイルス感染症診療の手引き 第 6 版
<https://www.mhlw.go.jp/content/000888565.pdf>
- 2) 国立感染症研究所感染症疫学センター：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
<https://www.niid.go.jp/niid/images/epi/corona/COVID19-02-210108.pdf>
- 3) 日本理学療法士協会：コロナ禍で見直す、感染予防の理論と実践－感染管理と理学療法の両立－
https://www.youtube.com/watch?v=BDhDvg_qGVE&list=PLjsjRuiCw8N0HG42YZ4O_4qatAL_q7Y8t&index=1
- 4) Klompas M, et al: Universal Masking in Hospitals in the Covid-19 Era. N Engl J Med 2020; 382: e63
- 5) Arons MM, et al: Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. N Engl J Med 2020; 382: 2081.
- 6) 国立国際医療研究センター：目指せ院内感染ゼロへ！国立国際医療研究センター（NIGM）新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応マニュアル．南江堂，2021
- 7) Mukaino M, et, al: An Affordable, User-friendly Telerehabilitation System Assembled Using Existing Technologies for Individuals Isolated With COVID-19: Development and Feasibility Study. JMIR Rehabil Assist Technol 2020; 7: e24960

3

濃厚接触者となった職員の就業は？

- 職員が濃厚接触者となった場合、必要に応じて保健所と相談しながら対応を行います。濃厚接触者は、現時点で症状がなく病原微生物が検出されていなくても、今後発病の可能性があることから、本人の健康観察と二次感染のリスクを減らす対応が要請されます。
- 濃厚接触者であるかの判断は保健所により行われますが、医療機関における濃厚接触と曝露リスクについて、曝露のリスク評価（就業停止の必要性）

1) にもとづいて対応を行うことで職場における二次感染リスクへの対策にもつながります。

- 濃厚接触者に対しては、確定患者と最後に接触があった日から 14 日間の健康観察を要請します。
- 職員が新型コロナウイルスに感染していることが確認された場合には、感染症法に基づいて都道府県知事が該当職員に対して就業制限を行う場合があります。この場合、一般的には「使用者の責に帰すべき事由による休業」に該当しないと考えら



IV COVID-19 確定症例との濃厚接触

れ、使用者は休業手当を支払う必要はなく、被用者保険に加入されている職員であれば、要件を満たせば各保険者から傷病手当金が支給されます。

- 濃厚接触者である職員を休業させる際、使用者の自主的判断（指示）により職員を休業させる場合、一般的に「使用者の責に帰すべき事由による休業」に当てはまり、使用者は労働基準法第26条に基づく休業手当を当該職員に支払う必要があります。不可抗力による休業の場合には使用者の休業手当の支払い義務はありませんが、在宅勤務など業務に従事させる方法を十分に検討しているか、他の業務を探すなど具体的な努力をしているか、などの事情から判断されることになります。疑問点等については管轄地域の労働局及び労働基準監督署に相談ができます 2)。
- 濃厚接触者および同居者には、健康観察期間中において咳エチケットと手洗いを徹底すること、常

に健康状態に注意を払うこと、不要不急の外出はできる限り控えやむをえず移動する際にも公共交通機関の利用は避けること、外出時や同居者等と接触する際にはマスクを着用し手指衛生などの感染予防策を行うこと、同居者はマスクを着用し手指衛生を遵守すること、濃厚接触者が着用しているマスクは食卓などに放置せず廃棄すること、マスクを触った後は必ず手指衛生をすること、濃厚接触者が発熱または呼吸器症状を呈し医療機関を受診する際には保健所に連絡の上で勧められた医療機関を受診すること、廃棄物処理・リネン類等の洗濯を本人以外が行う場合にはマスクと眼の防護具を着用し手指衛生を行うことが求められています 3)。

- 2021年7月からの第5波といわれる感染者の急増に際して、感染者が急増している地域において医療提供体制を確保するための緊急的な対応と





して、医療従事者について、一定の要件及び注意事項を満たす場合に限り医療に従事することは不要不急の外出に当たらないとすることも可能、とする通知が出されています。**4)** これは緊急的な対応とされており、国内および地域の流行状況により判断されることから、管轄保健所と相談が必要です。

文献

- 1) 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4版
日本環境感染学会
http://www.kankyokansen.org/modules/news/index.php?content_id=418
- 2) 厚生労働省：新型コロナウイルスに関する Q&A（企業の方向け）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/dengue_fever_qa_00007.html
- 3) 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：
新型コロナウイルス感染症に対する感染管理
<https://www.niid.go.jp/niid/images/epi/corona/covid19-01-210630.pdf>
- 4) 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部：医療従事者である濃厚接触者に対する外出自粛要請への対応について
<https://www.mhlw.go.jp/content/000819920.pdf>

V

COVID-19 確定症例の対応





1

COVID-19と診断された患者の訓練はどのように行うか？ レッドゾーンの中でリハビリテーションを行う際の感染対策は？

COVID-19 患者にリハビリテーション診療を行うためには、飛沫感染及び接触感染対策のため PPE 装着が必要となります **1) 2)**。PPE としてキャップ、ガウン、手袋、ゴーグル、マスクを装着します。リハビリテーション診療では、有酸素運動など AGP を伴うこと、屋内環境での接触時間が長いことから、N95 マスクの装着が望ましいと考えます **1) 3) 4)**。サージカルマスクの装着は大きく飛沫を減らすことから、訓練を受ける患者にもサージカルマスクを装着させることが重要となってきます **2) 5)**。

訓練に関しては、場所の制限等から基本動作訓練を中心に **6)**、スクワットやヒールレイズ等の下肢筋力増強訓練を行うとよいでしょう。歩行可能な患者には、歩行訓練も選択肢となります **6)**。またエルゴメーターなどの有酸素運動は AGP であることから、閉鎖空間を避けて適応を十分に検討する必要があります **3) 4)**。

COVID-19 患者の呼吸状態は不安定であることから、以下を参照に訓練の除外適応を判断する必要があります **6)**。

- ①体温 38.0 °以上
- ②診断日または症状出現から 3 日以内
- ③呼吸困難感出現時から 3 日以内
- ④ 24-48 時間以内で胸部画像の 50%以上の範囲の進行
- ⑤ SpO2 90% 以下
- ⑥血圧 90/60mmHg 以下または 180/90mmHg 以上
- ⑦呼吸数 40 回 / 分以上
- ⑧心拍数 40 拍 / 分以下もしくは 120 拍 / 分以上
- ⑨新規の不整脈および心筋虚血の発症
- ⑩意識のレベルの低下

COVID-19 患者には遠隔リハビリテーションの有効性も報告されています **7)**。会議ソフトウェアやパルスオキシメーター制御アプリケーション等がインストールされたタブレットを用いて、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が COVID-19 患者に対して評価・指導を行うもので、患者状態に応じて考慮してもよいでしょう。

①どの程度の接近・接触が許容されるか、 呼吸訓練、摂食機能療法は？

しっかりと PPE を装備していれば、COVID-19 患者への接近・接触は許容されます。しかし訓練の際には、飛沫を避けるために患者の正面を避ける工夫が必要です。訓練中にはできるだけ患者の側方及び後方から介助、見守りを行うよう配慮します。

- COVID-19 患者と接近・接触する場合等には PPE の脱着が重要となります。訓練後の PPE 表面には、新型コロナウイルスが存在していると認識し行動することが求められます。PPE の装着と脱衣は COVID-19 患者へのリハビリテーション診療の基本となることから、各施設のマニュアル、一般社団法人 日本環境感染学会「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」等を参考に、付着したウイルスを環境へ拡大させない、また自己に付着させないために PPE 脱着の技術を習得することが必要です。
- 呼吸リハビリテーションとしては、AGP の可能性がある咳を誘発させる手技（ハフティング等）、呼気振動などは推奨されません **2)**。基本動作訓練や歩行訓練 **6)**、下肢筋力増強訓練を中心に組み立てることになります。
- COVID-19 患者への治療に際しては、低栄養からの早期回復に努める必要があります **8)**、経口摂取の有無は非常に重要になってきます。一方で、摂



食嚥下に関わる評価・訓練は AGP であり 9)、
加えて評価・訓練中はサージカルマスクを装着出
来ない事から感染のリスクは高い状況にありま
す。そのため COVID-19 患者への摂食機能療法
は原則として推奨されませんが、どうしても必要
な場合は各医療機関の方針に従って医療従事者
が適切な PPE を装着して実施します 10)。N95
マスク、及びゴーグル（もしくはフェイスシールド）、
ガウン、手袋、キャップの装着を基本とし
た PPE とし、評価・訓練中に患者の正面は避け、
側方及び後方から訓練を行う配慮が必要です。

② COVID-19 患者へのリハビリテーション 担当職員（リハビリテーション科医・理 学療法士・作業療法士・言語聴覚士）は 専属とする必要があるか？

- COVID-19 患者に対してのリハビリテーション
関連職に関し、専属を推奨している 11) ものが
ある一方で、必ずしも専属としていない施設があ
る 12) など対応が別れているのが実状です。し
かしながら、リハビリテーション関連職以外の医
療従事者においては、必ずしも専属としていない
施設が多いと思われます。
- COVID-19 患者は、発症 3 日前から発症後 5 日
目までが最も感染性が最大となり、その後一部
の免疫不全者や重症者を除き、急速に感染性は

減弱します 13) 14)。リハビリテーション治
療の時期が、発症 6 日目以降であれば感染のリ
スクは減ることになります。加えてしっかりと
PPE を装着していれば、COVID-19 患者に接し
たとしても医療従事者は濃厚接触者には該当し
ません 1)。また COVID-19 を扱う発熱外来及び
発熱病棟の医療従事者の方が、一般病棟よりも
COVID-19 の感染のリスクは低かったという報
告もあります 15)。これらの情報をもとに、各
医療機関のマニュアルに従い、COVID-19 患者
を担当するリハビリテーション関連職に関し専属
の可否を決める必要があります。

③ 1 回の訓練時間、頻度は？

- COVID-19 患者への訓練時間、頻度は、毎日 2 回、
最初の 3-4 回目の訓練では 1 回 10-15 分から開
始し、その後徐々に時間を増やして 1 回 30-45
分の訓練を行うという推奨があります 6)。
- COVID-19 では、呼吸器症状だけでなく、悪心・
嘔吐、下痢などによる十分な食事の摂取が困難で
あったり、消化吸収障害などもきたしたりする可
能性があり、栄養状態の把握も重要です 8)。全
身状態を見ながら Borg dyspnea score3 以
下を目安に 6)、患者状態に合わせて適切なリハ
ビリテーション治療を行い、廃用症候群の予防、
ADL 改善につなげる必要があります。



④ネーザルハイフローでもマスクをすれば エアロゾルはほとんど発生せず、 フル PPE でリハビリテーション診療が 可能か？

- ネーザルハイフローは AGP とされており **1)** **16)** **17)**、医療従事者の N95 マスク装着が必要です **3)**。ネーザルハイフロー装着中にサージカルマスクを装着すると環境中に散布させる飛沫数が減ることがわかっており（サージカルマスク装着下で、マスク内にて粒子 $\leq 5 \mu\text{m}$ は 67.6%、 $>5 \mu\text{m}$ は 93.4% の粒子を捕捉できる）**18)**。患者にサージカルマスク装着の徹底が重要になります。このような対応を取ることで、ネーザルハイフロー装着下でもリハビリテーション診療は可能ですが、そもそもネーザルハイフローを装着する患者は呼吸状態も不安定であり、感染のリスクからもリハビリテーション診療の適応は慎重に判断することが求められます。

⑤担当職員に対する協力や協働の体制： COVID-19 担当職員の ストレスマネジメント、バーンアウトを 予防するための心理的サポート、 相談窓口の設置

- COVID-19 担当職員は業務における緊張と不安

の連続によるストレスだけでなく、飲食や旅行など日常生活の制限も加わり、仕事や生活に関する不安、悩み、ストレスを感じる可能性があります **19)** **20)** **21)**。このようなメンタルストレスに対しては、自己のストレスの正しい評価、理解が重要であり **20)**、ストレスチェック調査票などを活用したストレスへの気づきが有用です。自身のストレスを知り、日頃から適度な休みを取り早めの対処が必要です **22)**。しっかり休息や睡眠を取り、家族との団欒等リラックスする時間を設け、運動や趣味、娯楽などでレクリエーションの時間を作ることが大切になってきます **22)**。

- メンタルストレスに対して自己にて対応が困難な場合には、家族、同僚、友人など身近な人や、職場の上司、産業保健スタッフ、専門の相談機関や相談窓口、医療機関、行政による地域の相談機関（産業保健総合支援センターなど）へ相談しましょう **19)**。
- 職場の上司が、「いつもと違う」スタッフの様子に早く気付くことも重要です **20)**。継続的にスタッフに声を掛け、早期に異常を発見することが必要です **19)**。またスタッフが不安や不満などを発言できる場、業務のローテーションなど組織としての体制を整えることも必要になってきます **19)**。
- COVID-19 患者を担当する職員同士がお互いに支えあい、組織による職員のサポートが COVID-19 のメンタルヘルスにとって重要です。

2

COVID-19 と診断された場合、 特別な対策が必要な期間は？

- 新型コロナウイルスは発症 3 日前から発症後 5 日目までが最も感染性が最大となり、その後急速に感染性は減弱します **13)** **14)**。また COVID-19 確定症例 269 例の濃厚接触者 472 例についての追跡調査では、確定症例の発症 5 日後以降に濃厚接触者の発症者はなく **23)**、確

定症例 100 例の濃厚接触者 2,761 例の追跡調査でも、6 日後以降に濃厚接触者の発症者は認めていません **24)**。つまり入院直後の COVID-19 患者への介入が、最も感染対策が必要となります。

- ウイルスの感染性を示す指標としてウイルス培養があり、新型コロナウイルスにおいてウイルス培



養が陽性となった 97.5% が発症後 10 日以内の検体であったとの報告があります **25)**。軽症～中等症の患者ではウイルス培養が陽性となったのは発症後 10 日以内であり、重症の患者においても 20 日以内であったため **26)**、COVID-19 と診断された場合、特別な対策が必要な期間は軽症～中等症で 10 日以内、重症の患者で 20 日以内と考えられます。ただし、同種造血幹細胞移植を受けた患者 2 名に発症後 25 日と 26 日、キメラ抗原受容体 T 細胞療法を受けた 1 名が発症後 61 日でウイルス培養が陽性との報告があります **27)**。一部の重症免疫不全患者ではウイルス排出が遅延する可能性が残っており、免疫抑制に関わる基礎疾患等をもつ患者では注意が必要です。

- PCR 検査はウイルスの遺伝子の一部を増幅し検査しているため、そのウイルスが生きているかどうかの判定はできません。ウイルスが失活した後の残骸であっても PCR が陽性になる可能性があることから、必ずしも PCR 陽性が感染性を示すわけではないことに留意する必要があります。

文献

- 1) 日本環境感染学会：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 4 版）、2021
http://www.kankyokansens.org/modules/news/index.php?content_id=418
- 2) Physiotherapy Management for COVID-19 in the Acute Hospital Setting: Recommendations to guide clinical practice Version 1.0
https://physiotherapy.ca/sites/default/files/final_physiotherapy_guideline_covid-19_v1_dated23march2020_endorsed730am.pdf
- 3) Gov.UK:SARS-COV-2 TRANSMISSION ROUTES AND ENVIRONMENTS SAGE - 22 OCTOBER 2020,
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/933225/S0824_SARS-CoV-2_Transmission_routes_and_environments.pdf
- 4) Jang S, et al: Cluster of Coronavirus Disease Associated with Fitness Dance Classes, South Korea. Emerg Infect Dis 2020; 26: 1917-1920
- 5) NHL Leung NHL, et al: Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks. Nature Medicine 2020; 26: 676-680
- 6) Wang TJ, et al: PM&R and Pulmonary Rehabilitation for COVID-19. Am J Phys Med Rehabil 2020; 10: 1097
- 7) Mukaino M, et. al: An Affordable, User-friendly Telerehabilitation System Assembled Using Existing Technologies for Individuals Isolated With COVID-19: Development and Feasibility Study. JMIR Rehabil Assist Technol 2020; 7: e24960
- 8) 日本臨床栄養代謝学会：新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の治療と予防に関する栄養学的提言
<https://www.jspen.or.jp/covid-19/>
- 9) American Speech-Language-Hearing Association:ASHA Guidance to SLPs Regarding Aerosol Generating Procedures.
<https://www.asha.org/SLP/healthcare/ASHA-Guidance-to-SLPs-Regarding-Aerosol-Generating-Procedures/>
- 10) 日本摂食嚥下リハビリテーション学会：新型コロナウイルス感染症（Covid-19）に対する注意喚起
https://www.jsdr.or.jp/news/news_covid-19.html
- 11) 一般社団法人 日本集中治療医学会：ICU における COVID-19 患者に対するリハビリテーション医療 Q&A
https://www.jsicm.org/news/upload/COVID-19_rehab_qa_v1.pdf
- 12) 大曲貴夫ほか：COVID-19 症例に対するリハビリテーション治療、国立国際医療研究センター（NCGM）新型コロナウイルス感染症 COVID-19 対応マニュアル、南栄堂：50-53、2021
- 13) He X, et. al: Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19.Nature Medicine 2020; 26: 672-675
- 14) Cevik m, et al: Virology, transmission, and pathogenesis of SARS-CoV-2. BMJ 2020; 371: m3862
- 15) Lai x, et al: Coronavirus Disease 2019 (COVID-2019) Infection among Health Care Workers and Implications for Prevention Measures in a Tertiary Hospital in Wuhan, China. JAMA Netw Open 2020; 3: e209666
- 16) 診療の手引き検討委員会：新型コロナウイルス感染症診療の手引き 第 6 版
<https://www.mhlw.go.jp/content/000888565.pdf>
- 17) 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：新型コロナウイルス感染症に対する感染管理、
<https://www.niid.go.jp/niid/images/epi/corona/covid19-01-210630.pdf>
- 18) Leonard S, et al: Reducing aerosol dispersion by High Flow Therapy in COVID-19: High Resolution Computational Fluid Dynamics Simulations of Particle Behavior during High Velocity Nasal Insufflation with a Simple Surgical Mask. J Am Coll Emerg Physicians Open 2020; 29: 578-591
- 19) 毛内寛子：新型コロナウイルス対策 Q & A 68（矢野邦夫編）. インフェクションコントロール 2021 年春季増刊：236-238、2021



- 20) 厚生労働省：職場における心の健康づくり～労働者の心の健康の保持増進のための指針～
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11300000-Roudoukijunkyokuanzeneseibu/0000153859.pdf>
- 21) 高橋哲也ほか：レッドゾーンで新型コロナウイルス感染症患者に対応する理学療法士の心理的ストレスについて．理学療法学 2021；48:620-627
- 22) 日本看護協会：看護職の働き方改革の推進、個人での対応（セルフケア）
<https://www.nurse.or.jp/nursing/shuroanzen/safety/mental/kojin/index.html>
- 23) Bernal JL, et al: Transmission dynamics of COVID-19 in household and community settings in the United Kingdom.
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.08.19.20177188v1>
- 24) Cheng HY, et al: Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset. JAMA Intern Med 2020; 80: 1156-1163
- 25) Kim MC, et al : Duration of Culturable SARS-CoV-2 in Hospitalized Patients with Covid-19. N Engl J Med2021; 384: 671-673
- 26) Rhee C, et al: Duration of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infectivity: When Is It Safe to Discontinue Isolation?. Clinical Infectious Diseases 2021; 72: 1467-1474
- 27) Aydiillo T, et al: Shedding of Viable SARS-CoV-2 after Immunosuppressive Therapy for Cancer. N Engl J Med 2020; 383: 2586-2588

日本リハビリテーション医学会 感染対策指針

公益社団法人 日本リハビリテーション医学会

〒101-0047 東京都千代田区内神田 1-18-12 内神田東誠ビル 2 階

phone : 03-5280-9700

mail : office@jarm.or.jp

発行 : 2022 年 2 月 21 日



公益社団法人 日本リハビリテーション医学会