

国診協版

# 新型コロナウイルス感染症 に関するQ&A集

---

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会  
新型コロナウイルス感染対策特別委員会

---

第1版：2020年12月25日作成

## 巻頭言

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会  
会長 小野 剛

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の拡大が広がる中、国診協会員の皆様には地域を守る医療機関として日々感染対策を行いながら緊張感の中で診療されていることに感謝いたします。

国診協会員施設の運営形態は、診療所（有床診療所、無床診療所、歯科診療所）から中小病院、大規模病院と多様であり、地域の介護事業所や介護施設とも密接な関わりがあります。したがって各施設では日々の感染対策の中で多様な疑問や問題が発生していることが少なからずあるものと思われます。このような疑問に対し、多くの施設では国や県、医師会等から発信される情報を元に対応されていることと推察しますが解決に至らないこともあることを実感しています。

国診協ではこの度、新型コロナウイルス感染対策特別委員会を設置して、国保直診の状況にマッチした現場目線で会員の皆さまの疑問にお答えできるよう、よくある疑問に対して医療現場において実効性があるQ&A集を作成し、ホームページ上に公開することになりました。ご一読いただき皆さまの施設における今後の新型コロナウイルス感染対策に大いに役立てていただければ幸いです。

今後いろいろな知見やご意見ご提案をいただいて順次ホームページ上で改訂してまいります。

# 新型コロナウイルス感染対策特別委員会

## 委員一覧

### ◆ 委員

|      |       |  |
|------|-------|--|
| 委員長  | 廣瀬 英生 | 国診協理事/岐阜県 県北西部地域医療センター副センター長兼国保白鳥病院副院長兼国保小那比診療所長 |
| 副委員長 | 澤田 弘一 | 国診協理事/岡山県 鏡野町国民健康保険上齋原歯科診療所長                     |
| 委員   | 川尻 宏昭 | 岐阜県 高山市医療課参事/国保高根診療所長                            |
| 委員   | 濱口 重人 | 大阪大学医学部附属病院感染制御部 感染症専門医                          |
| 委員   | 阿江 竜介 | 自治医科大学公衆衛生学 公衆衛生医師                               |
| 委員   | 兵 明子  | 香川県 三豊総合病院感染対策室副室長・感染管理認定看護師                     |
| 委員   | 北谷 正浩 | 石川県 公立羽咋病院リハビリテーション科士長 理学療法士                     |
| 委員   | 玉川 智久 | 千葉県 国保直営総合病院君津中央病院 ICT 事務部門委員                    |

### ◆ 役員

|           |       |                            |
|-----------|-------|----------------------------|
| 担当<br>副会長 | 安東 正晴 | 国診協副会長/香川県 三豊総合病院企業団企業長兼院長 |
| 会長        | 小野 剛  | 国診協会長/秋田県 市立大森病院長          |

### ◆ オブザーバー

|            |       |                                   |
|------------|-------|-----------------------------------|
| オブ<br>ザーバー | 後藤 忠雄 | 国診協常務理事/岐阜県 県北西部地域医療センター長兼国保白鳥病院長 |
|------------|-------|-----------------------------------|

## 目次

|   |    |
|---|----|
| ◆ スタッフマネジメント .....  | 3  |
| Q.1 医療関係者であるスタッフの子どもが、学校や幼稚園において差別的な対応を受ける可能性を懸念している。これに対してどのような対策があるか？ .....                                 | 3  |
| Q.2 感染対応する担当看護師のメンタルケアにはどのようなものがあるか？ .....  | 4  |
| Q.3 感染症対策に対するトレーニング不足に対する工夫にはどういったものがあるか？ .....   | 5  |
| Q.4 病棟の人員配置に関する工夫はどういったものがあるか？ .....  | 6  |
| Q.5 PCR 検査等を委託され実施する際の、一部の職員への過度な負荷の軽減にはどのように対処したらよいか？ .....  | 7  |
| Q.6 1人診療所であるため、医師が新型コロナウイルスに感染して仕事から離脱した場合、代診医の速やかな確保をどのようにすればよいか？ .....                                      | 8  |
| Q.7 学校などの休校に伴い、子を持つスタッフが休暇取得をするためにその代替えスタッフが確保できないがどういった工夫があるか？ .....   | 9  |
| Q.8 新規採用職員確保難や職員の離職に対しての工夫はどういったものがあるか？ ..  | 10 |
| Q.9 列車や航空便減便による非常勤医師の来院が困難になった場合どのように対応すればよいか？ .....  | 11 |
| Q.10 島内唯一の診療所でスタッフの感染により通常診療ができなくなった場合、島外受診に移行しなければならなくなる。このような場合の工夫にはどのようなことがあるか？ .....                      | 12 |
| Q.11 スタッフの勤務外の行動把握や行動制限について実際はどのように対処すればよいか？ .....  | 13 |
| ◆ 予防対策に係る整備 .....   | 14 |
| Q.12 院内、施設内に感染症対策に精通した人材（医師や感染管理認定看護師など）がいないがどう対応したらよいか？ .....  | 14 |
| Q.13 日常的に地域医療を提供する病院の役割と、新型コロナウイルス感染症診察・治療の役割を担う病院等施設と区分けして対応することは可能か？（医師が少数の施設で医師が感染すると通常機能がストップし崩壊する） ..... | 15 |
| Q.14 離島等で PCR 検査の結果が得られるまで時間を要する場合の対応方法の工夫にはどのようなものがあるか？ .....  | 16 |
| Q.15 新型コロナウイルス感染対策としての運営マニュアル作成や各種報告文書の作成における負担軽減策はあるか？ .....   | 17 |

|      |  |    |
|------|--|----|
| Q.16 | 感染対策に関する情報収集をできるだけ容易に行うことはできるか？  | 18 |
| Q.17 | 施設内で（感染対策関連を含む）各種の会議を実施するにあたって、どのような工夫があるか？  | 19 |
| Q.18 | 来院患者の問診に要する時間に対する苦情への対応に工夫はあるか？  | 20 |
| Q.19 | 面会制限による入院患者の認知機能低下のリスクに対する対応をどうすればよいか？   | 21 |
| Q.20 | 面会制限中の家族への説明の工夫はどのようなものがあるか？   | 22 |
| Q.21 | 面会制限の緩和や来院者の検温中止の基準をどのように設定すればよいか？（通常に戻す基準）  | 23 |
| Q.22 | 部屋の換気や機器の消毒に割かなければならないスタッフの労力を軽減する工夫はあるか？  | 24 |
| Q.23 | 日常診療で使用しない感染対策資器材の適正在庫をどのように考えたらよいか？また、調達困難時の工夫はあるか？   | 25 |
| Q.24 | 小規模医療機関からの軽症発熱患者の受け入れに伴う負担を軽減する方策はあるか？   | 26 |
| Q.25 | 新型コロナウイルス感染症の感染拡大による施設内定期点検の延期、修繕工事の延期に対する対処方法はあるか？  | 27 |
| Q.26 | 会計時の金銭のやり取りなどに伴う感染対策はどのようなものがあるか？  | 28 |
| Q.27 | 新型コロナウイルス感染症を疑うか否かの判断基準は？  | 29 |
| Q.28 | かぜ症状の患者からの電話対応の仕方はどのようにすればよいか？   | 30 |
| Q.29 | 発熱者用外来設置の工夫はどのようなものがあるか？（空間あるいは時間分離の工夫や、空間分離が構造上困難な場合の工夫など）  | 31 |
| Q.30 | 待合室が狭いことに対する工夫にはどのようなことがあるか？   | 32 |
| Q.31 | 冬季の換気の工夫にはどのようなことがあるか？   | 33 |
| Q.32 | 新型コロナウイルス感染症の感染への不安が患者にあり、本来はかかりつけ医に受診したいと考えているが、それを避けてより安心な自宅近くの医療機関に受診された場合、これまでの経緯が分からず対応に困ることが生じるが、これに関する工夫はどのようなことがあるか？ | 34 |
| Q.33 | 施設への訪問診療をどのように継続していったらよいか？   | 35 |
| Q.34 | 訪問介護事業所などの施設の規定によっては、患者宅に県外者が滞在している場合、介護活動を 2 週間停止することがある。こういった場合どのような工夫があるか？  | 36 |
| Q.35 | 訪問介護の活動停止に伴い訪問看護師がその業務を行うことになり費やす時間や仕事量が増すことで負担が増加しているが、これに対する工夫はどのようなことがあるか？  | 37 |
| Q.36 | インフルエンザの流行時期となった時の発熱患者対応はどのように行えばよい  |    |

|  |    |
|--|----|
| か？ .....   | 38 |
| Q.37 実施できる検査が限られている中での、発熱患者の対応の工夫にはどのようなことがあるか？ .....  | 39 |
| Q.38 電話診療から実際の受診に切り替える基準はどのようなものがあるか？ .....  | 40 |
| Q.39 感染の疑いのある患者を診た場合、自主休診の対応基準について知りたい。 ....   | 41 |
| Q.40 タービンや超音波スケーラー等を使用するなどエアロゾル発生の際の感染予防はどのようにすべきか？ .....  | 43 |
| Q.41 施設内に設置する空気清浄機やオゾン発生装置にウイルス防御効果はあるのか？あるならどのような機種をどのように使用するのが効果的なのか？ .....  | 44 |
| Q.42 プラズマクラスター®やナノイーX®など HEPA フィルター付き空気清浄機などは感染予防に効果があるか？ .....  | 45 |
| Q.43 歯性感染症を疑う患者を診察する際に、発熱を伴うケースが多いが、新型コロナウイルス感染による発熱も否定できないため、患者対応に迷うことがある。当施設には発熱外来が設置されたので相談することが可能だが、歯科診療所ではどのように対応するのか？ .....  | 46 |
| Q.44 エアロゾルによる歯科医療従事者の感染リスクを考えると、他科他職種よりもマスク、手袋の取り換えを頻繁に行う必要があるか？ .....   | 47 |
| Q.45 診療チェアで治療中に患者が含嗽した際に、吐き出す排水口周囲の汚染が気になる。対策として特別なものはあるか？ .....   | 48 |
| Q.46 スリッパの紫外線殺菌は新型コロナウイルスに対して、どれほど推奨されるか？ .....  | 49 |
| Q.47 フェイスシールドの再利用・廃棄の基準について、水洗・乾燥して再使用はありか？ .....  | 50 |
| Q.48 歯科で歯を切削する業務や歯石を除去する際に飛沫が発生する。現在、口の中で飛沫及び水分を吸引する装置と口の外に設置している吸引装置の両方を使用することが一般的である。さらに、口の外の吸引装置の先に患者の顔を全て覆うほどの大きさのフードを取り付けて使用している。一方、マスクをしている人同士が接触している場合は濃厚接触者とならないが、上記のような吸引機を使用している場合は、これに当てはまるか。(医療現場では濃厚接触者の定義から外れるが、それと同等と考えてよいか？) ..... | 51 |
| Q.49 歯科診療におけるユニフォームの取り扱い(洗濯・乾燥、白衣の上から上着を着ない?等)についての情報が欲しい。 .....   | 52 |
| Q.50 訪問歯科診療で、介護福祉施設または居宅に訪問する際の注意点は? .....   | 54 |
| Q.51 歯科衛生士、歯科医師ともマスクやフェイスシールドを使用するとお互いの声が聞こえにくい。どうすればよいか? .....  | 55 |
| Q.52 歯科では、診療室に入室後にマスクを外し、治療終了後にマスクを再装着する。この時の良いマスクの管理の方法はないか? .....  | 56 |

|      |   |    |
|------|---|----|
| Q.53 | 歯科医院で起こった新型コロナウイルス感染の事例について知りたい。  | 57 |
| Q.54 | 歯科診療所では口腔外バキュームの構造による違い（移動式、廃棄通路 施設外へ廃棄）、患者の口元への距離、使用するアタッチメントの種類でどの程度の効果の違いがあるか？どのような使用法が効果的か？ | 58 |
| Q.55 | 患者のひざ掛けや顔を覆うタオルの使用を考えている。使用後の洗濯・乾燥に注意点はありますか？   | 60 |
| Q.56 | 受付のカウンター、待合の椅子、ドアノブ、床などチェア以外の消毒についてどれくらいの頻度で、どのような方法で行うと新型コロナウイルス感染予防に効果的なのか。                   | 61 |
| Q.57 | 歯科特有の技工物の感染予防についてどのようにすればよいか？   | 62 |
| Q.58 | 集団（学校）フッ化物洗口の実施に関する注意点などはあるか？   | 63 |
| Q.59 | X線撮影および口腔内写真撮影について注意すべき点は？  | 64 |
| Q.60 | 嚥下機能評価や嚥下訓練の中止の判断はどのようにされているか？また、実施のための工夫はどのようなものがあるか？  | 65 |
| Q.61 | スタッフルーム内のパーティション設備などスタッフ間で濃厚接触者になる危険を避けるための工夫はあるか？  | 68 |
| Q.62 | リハビリ実施の入院患者と外来患者のゾーニング（空間を分ける、または時間を分ける）の必要性はあるか？   | 69 |
| Q.63 | グループでのリハビリを継続するための工夫はあるか。また、これに代わる有効なリハビリの方法はあるか？   | 70 |
| Q.64 | リハビリにおける入院担当者の病棟間の移動制限（病棟間交差）について   | 71 |
| Q.87 | 【2021.03.01 追加】 石けん、消毒用アルコールがない場合、流水で何分くらい手を洗えば、コロナウイルスをある程度流すことができるか？                          | 72 |
| ◆    | 陽性者が出た場合の対応   | 73 |
| Q.65 | 医師、看護師数の絶対数が少ないため実際陽性患者が生じた場合の、感染症関連以外の診療体制を維持する工夫はどういったものがあるか？                                 | 73 |
| Q.66 | 職員の自宅待機基準をどのようにすればよいか？  | 74 |
| Q.67 | 中山間・離島地域では医師を含めスタッフ数が十分とは言えない中で、陽性患者発生時の対応をどのようにすればよいか？   | 75 |
| Q.68 | 職員が感染した場合の診療体制維持の工夫にはどのようなことがあるか？   | 76 |
| Q.69 | 島内唯一の診療所のため、感染者発生時に入院施設がなく、移動の間の重症化の危険をどの程度であると見積もればよいか？  | 77 |
| ◆    | 地域啓発の仕方   | 78 |
| Q.70 | 地域住民に対する健康啓発イベント（施設内講座や地域への講師派遣など）を再  |    |

|   |    |
|---|----|
| 開したい。その基準や、再開する上での工夫にはどのようなことがあるか？ .....  | 78 |
| Q.71 診療所では十分な感染予防対策をとっているが、風評などに対して、医療従事者の精神的なケアやモチベーションの維持をどのようにするとよいか？ .....  | 79 |
| Q.72 新型コロナウイルス感染拡大予防体制（かかり方なども含めて）について住民の方々への周知に関しての工夫はどのようなことがあるか？ .....   | 81 |
| Q.73 嘱託医が施設の感染対策へどのように関わっていくとよいか？ .....   | 82 |
| Q.74 地域の介護予防教室や国保事業の栄養指導等も中止となっており、フレイル・糖尿病患者等の生活指導に介入できていない状況が継続されるが、その対応にどのような工夫があるか？ .....   | 83 |
| Q.75 地域の歯科保健指導継続あるいはそれを代替するためにはどういった工夫があるか？ .....   | 84 |
| Q.76 患者自身が勝手に薬の量を減らして薬を長持ちさせたり、薬を自己中断したりしておりどのような啓発を行ったらよいか？ .....  | 86 |
| Q.77 待合室への患者の密集を避けるために厳密な診療予約時間を設定したい。しかし、高齢患者が多いこともあり、その趣旨を適切に理解してもらえるか不安を覚えている。何か工夫することはあるか。（例えば、早朝から医療機関の玄関前に並ぶ高齢者への説明はどのようにすべきか？） ..... | 87 |
| ◆ その他 .....   | 88 |
| Q.78 新たに設置した部屋や検査室を将来的にどのように活用していくとよいか？ ....  | 88 |
| Q.79 オンライン診療導入に際し、調剤薬局が近くにない場合どのような対応があるか？ .....  | 89 |
| Q.80 オンライン診療導入に際し、高齢者が多くインターネット活用が困難な場合、どのような工夫があるか？ .....  | 90 |
| Q.81 オンライン診療やWEB会議、在宅勤務（事務職員など）の導入に関する工夫はどのようなものがあるか？ .....   | 91 |
| Q.82 研修医の地域医療実習受け入れの工夫にはどのようなことがあるか？ .....  | 93 |
| Q.83 一般住民が使用、運営される、コミュニティーセンターや公民館などでの活動に関する感染予防のガイドラインはあるか？ .....  | 94 |
| Q.84 難聴の患者に対し、密接を防ぐためにできる方法とは？ .....  | 95 |
| Q.85 病院内で感染者が発生した場合、治療の中断や治療内容が制限される患者へのメンタルケアで行うべきことは何か？ .....   | 96 |
| Q.86 面会制限に伴う家族への計画書などの説明や同意を得るための方法とは？ .....  | 97 |

Q&A

この Q&A 集を読むにあたって以下の点にご留意ください

- 作成時点の見解であり、今後のエビデンスの集積、新たな診断・治療法の開発、社会情勢の変化によって内容が変わる可能性があります。
- 今後変更点、修正点が発見された場合は適時更新を行ってまいります。
- 作成した委員の見解であり、専門家によっては様々な解釈がありえます。
- 各回答の中で使用した引用文献について、内容すべてに従ったわけではありません。
- 混乱を避けるため COVID-19、SARS-CoV 2 (Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2)はすべて「新型コロナウイルス」に統一しました。

## ◆ スタッフマネジメント

Q.1 医療関係者であるスタッフの子どもが、学校や幼稚園において差別的な対応を受ける可能性を懸念している。これに対してどのような対策があるか？

<回答>

医療関係者だけでなく、罹患者・感染者に対しても同様に、復職（復学）後に差別的な扱いを受けないように十分に配慮すべきである。これについては、医療機関だけで対処する問題ではなく、地域的な取り組みが必要であろう。幼稚園・保育所などの託児機関及び学校関係に対して積極的に啓発を行う必要がある。国診協会員の各医療機関から、託児機関・学校関係の長宛てに書面上で啓発を行うことも一案であろう。内容として、単純に「差別は問題」と主張するだけではなく、差別が起こることによって、子どもが通園や登校ができなくなり、そのために医療機関に勤務する親が仕事を休んで子どもの面倒を見なければならなくなったり、最悪の場合は親の辞職という事態が発生したりする可能性があることを示唆するのも効果的と考えられる。いずれも医療崩壊に直結することをすべての人に理解していただく必要がある。

## Q.2 感染対応する担当看護師のメンタルケアにはどのようなものがあるか？

<回答>

厚生労働省では「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（2015年11月30日改正）において、職場の管理監督者（上司その他労働者を指揮命令する者）の役割は「長時間労働等により疲労の蓄積が認められる労働者、強度の心理的負荷を伴う出来事を経験した労働者、その他特に個別の配慮が必要と思われる労働者から、話を聞き、適切な情報を提供し、必要に応じ事業場内産業保健スタッフ等や事業場外資源への相談や受診を促すよう努めるものとする」とされている。管理監督者は、職員の様子を丁寧に観察し、ストレスチェックや健康相談の実施等、職員の心身の状況把握の方法を工夫し支援する必要がある。また、状況を看護部門や労務管理部門と共有し、自施設内の産業保健スタッフ等によるケアが受けられるようにしたり、外部の専門家の支援に誘導したりするなど組織的に体制を整備することが望ましい。公益社団法人日本看護協会のホームページには新型コロナウイルス感染症に関する看護職の相談窓口がある\*1。自施設内で十分なサポート体制が整っていない施設の職員は外部の相談窓口を活用されてもよい。

また、感染対策に対する不安からストレスを抱えている場合もあるため、感染対策の研修を行ったり、感染管理が十分に行われるよう体制を整備して職員の安全を確保したりすることも職員のメンタルサポートに繋がることである。

\*1 公益社団法人日本看護協会「新型コロナウイルス感染症に関する看護職の相談窓口」

([https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid\\_19/covid\\_desk/index.html](https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid_19/covid_desk/index.html))

Q.3 感染症対策に対するトレーニング不足に対する工夫にはどういったものがあるか？

<回答>

実際の臨床現場において適切な感染症対策を行うためには、医療機関内にインフェクションコントロールチーム（ICT）を設置し、医師、看護師、検査技師、薬剤師、事務など職種横断的に意見交換ができる場を設けることが望ましい。個人のトレーニング不足は、院内感染対策マニュアルを作成する過程などを通して学習していくことによりスキルアップが望めるが、チーム内で相談ができる環境を整えることで一職種からの目線だけに偏らない院内感染対策の一般化、標準化が可能となる。小規模な医療機関で、自施設で ICT 設置が難しい場合には、Q.12 にもあるように他医療機関と連携して相談、相互チェックを行える環境を整えることも一つの方法である。

#### Q.4 病棟の人員配置に関する工夫はどういったものがあるか？

<回答>

病棟に多くの人員を配置している看護師については、以下のような、多少の流動性をもたせた柔軟な対応が求められる。

- 新型コロナウイルス感染症患者収容病棟の入院患者数が少数で人手に余剰が出る場合には、他病棟へ応援に回す。
- 新人看護師については、新人教育の充実を図るため、一般病棟に配置する。
- 妊娠中の看護師については、肺炎に罹患した場合に重症化するおそれがあること、また、心理的なストレスが胎児等の健康保持に影響があることから、一般病棟に配置するなどの配慮が必要である。

Q.5 PCR 検査等を委託され実施する際の、一部の職員への過度な負荷の軽減にはどのように対処したらよいか？

<回答>

現在の新型コロナウイルス検査法は、real time PCR や LAMP 法等の遺伝子検査と抗原検査に大きく分かれ、各社から様々な検査キットが発売されている。検査法を2種類以上導入している医療機関も多いと思われるが、これらのキットを適切に使用するには専門的知識と検体の安全な取り扱いの知識が必要とされ、医療機関内でも検査技師や特定の職員でない限り実施が難しいと考えられる。新型コロナウイルス検出法の検査数は医療機関周囲の感染状況などにも左右され予想が困難であるため常時検査可能となる体制が望まれていることも、当該職員への負担を増やしている。

このような職員への負担軽減策としては、まず新型コロナウイルス検査法に直接関わることとしては、現場からの検体提出時間をまとめる、緊急症例以外（例えばスクリーニングなど）は来院時間を指定の上、来院してもらうなどの工夫が考えられる。また、検査担当職員を増員することと、当該職員に通常勤務のローテーションから外れてもらうことも考慮が必要である。

検体採取の具体的方法については、国立感染症研究所や厚生労働省からも各種資料が出ているので参考にしながら安全な採取を行いたい。

<参考文献>

- 国立感染症研究所「2019-nCoV（新型コロナウイルス）感染を疑う患者の検体採取・輸送マニュアル～2020/07/17 更新版～」  
([https://www.niid.go.jp/niid/images/pathol/pdf/2019-nCoV\\_200717.pdf](https://www.niid.go.jp/niid/images/pathol/pdf/2019-nCoV_200717.pdf))
- 厚生労働省「新型コロナウイルス感染症に関する PCR 検査のための鼻腔・咽頭拭い液の採取のための研修動画」  
(<https://www.youtube.com/watch?v=V3bZsDcptT8>)

Q.6 1人診療所であるため、医師が新型コロナウイルスに感染して仕事から離脱した場合、代診医の速やかな確保をどのようにすればよいか？

<回答>

医師1人の医療機関において、医師が感染した場合には、参考文献にある資料を参照し、まずは、感染拡大予防及び診療の継続の可否について、保健所等の関係機関と情報共有を行い対応することが求められる。その上で、へき地等にあり、地域唯一の医療機関の場合には、当該医療機関内の感染拡大状況を踏まえて、診療の継続の必要性と可能性を検討したうえで、医師の確保を行うことになると考えられる。

医師確保が速やかに行われるような体制は、現実としてかなり難しいと考えられるが、質問のような状況を想定して、事前に、関連医療機関（連携医療機関や地域医療及びへき地医療支援病院等）、行政（特に都道府県、へき地医療支援機構）と対応を協議しておくことが重要である。

また、新型コロナウイルス感染という状況に限定したことなく、日頃からの診療体制における「人材確保や交流という視点」での広域連携体制を構築し、1人医師不在の状況に対応できるようにしておくことが最も効果的であり、迅速な対応を可能にすると考えられる。

<参考文献>

- 厚生労働省「医療機関における新型コロナウイルス感染症発生に備えた体制整備及び発生時の初期対応について」  
(<https://www.mhlw.go.jp/content/000627464.pdf>)

Q.7 学校などの休校に伴い、子を持つスタッフが休暇取得をするためにその代替えスタッフが確保できないがこういった工夫があるか？

<回答>

地域的なバックアップが必要な問題である。特に、人的リソースの乏しい山間部へき地や離島において対応に苦慮する問題であろう。例えば、(1) 地域医療支援病院に応援を要請する、(2) 自治体に支援を要請する などの対策が提案できるが、いずれにしても「急な対応は困難である」ということを念頭に、緊急時を見据えて予め協力体制を整えておく必要がある。平素から地域医療支援病院、地域の基幹病院、あるいは自治体と建設的な議論をした上で、仕組みを整えておく必要がある。

あるいは、休校中の子供の面倒を見る制度が地域にあれば、医療崩壊防止の観点から医療従事者の子供を優先的に対応してもらえるよう要請しても良い。

また、院内保育がある施設・病院においては可能な範囲で利用することも検討する。

Q.8 新規採用職員確保難や職員の離職に対しての工夫はどういったものがあるか？

<回答>

新規採用職員の確保については、養成施設への訪問が困難な状況であるため、今年度採用した職員の出身校に対して職員募集要項や病院案内パンフレットを送付する際に、先輩方が活躍している姿や応援メッセージを添えるなど、他病院との差別化を図ることも効果的である。また、業者が開催するオンラインでの合同就職説明会への参加も職員確保策の一つである。

職員の離職対策としては、病院幹部が職員の声を聴くように努め、その都度丁寧に対応することが職場の安心感の醸成につながる。

Q.9 列車や航空便減便による非常勤医師の来院が困難になった場合どのように対応すればよいか？

<回答>

公共アクセスの遮断に伴う問題である。感染拡大時だけでなく、自然災害時にも同様の問題が生じることがある。特に、山間部へき地や離島においては重要な課題であろう。このような緊急時の対応策については、平素より医療機関内でマニュアルや手引きを策定しておく方が良い。原則は常勤医師での対応となるが、医師1名のみの診療所ではその限りではなく、地域医療支援病院や地域基幹病院からの医師支援が必要となる場合がある。これらの機関と平素から建設的な議論をしたうえで、適切な仕組みを整えておく必要がある。

また各都道府県にはへき地医療支援機構が設置されているため、非常時の医師の派遣について相談してもよい。

Q.10 島内唯一の診療所でスタッフの感染により通常診療ができなくなった場合、島外受診に移行しなければならなくなる。このような場合の工夫にはどのようなことがあるか？

<回答>

離島に関わらず、公共交通機関が十分に整備されていない山間部へき地においても起こりうる問題である。万々に備えて、事前に後方支援病院（へき地医療支援病院あるいは地域基幹病院）からのバックアップが得られる仕組みを構築しておくべきであろう。

後方支援病院との協議においては「最も起こり得る状況」をいくつか（多くとも3つ程度まで）例示・シミュレーションして協議を進めるのが好ましい。それぞれの状況に対して、例えばフローチャートのような対策マニュアルを策定すべきである。あまり起こり得ない状況まで「念のため」と議論すると、対策マニュアルが煩雑になるだけである。検討すべき状況として最も重要な事項の一つは「医師が感染した場合」であろう。この状況を中心に、後方支援病院と議論して、バックアップの仕組みを事前に検討しておくとうい。

Q.11 スタッフの勤務外の行動把握や行動制限について実際はどのように対処すればよいか？

<回答>

行動制限については、政府の新型コロナウイルス感染症対策専門家会議が提言した「新しい生活様式」の実践例<sup>\*1</sup>において、流行地域との往来は控えるように書かれており、全国の都道府県の中でも、地域外への移動を控えるように言われている所もある。

施設内で感染が発生すると、外来や入院の受け入れの停止を余儀なくされ、施設が機能しなくなる可能性がある。職員の行動制限をすることは、施設内への感染の持ち込みを防止する目的として有用であると考え。地域の発生状況等に鑑みて職員の行動制限について検討されることが望まれる。

大事なことは、職員全員が外出をしたときにどのような行動をとらないといけないのかを理解して行動できるかどうかである。手指衛生、マスクの着用、いわゆる3密の回避、体調不良時の就業制限などの感染対策を周知徹底しておく。また、職員の意識づけ等のためと思うが、日々の行動記録を記載してもらっている施設もある。新型コロナウイルスに感染した場合を考え、職員に行動記録を記載しておくように促すのは良いが、日々の勤務時間外の行動について職場で把握しておくかどうかは、その知り得た情報をどのように使うのか等を踏まえ施設内で検討されたい。勤務時間外での新型コロナウイルス感染者との接触を把握するために新型コロナウイルス接触確認アプリ(COCoA)を利用することも、施設内へのウイルスの持ち込み対策につながると期待される。

\*1 厚生労働省「『新しい生活様式』の実践例」

([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431\\_newlifestyle.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_newlifestyle.html))

## ◆ 予防対策に係る整備

Q.12 院内、施設内に感染症対策に精通した人材（医師や感染管理認定看護師など）がないがどう対応したらよいか？

<回答>

新型コロナウイルス感染者のうち40～50%は無症候と考えられるため、どの施設にも新型コロナウイルス感染者が受診する可能性がありうる。院内、施設内に感染症対策に精通した医師、看護師がいる施設は限られているため、近隣で感染症専門医や感染管理認定看護師（CNIC）が勤務する医療機関を把握しておき、日頃から感染症に関する相談を病診連携、病病連携として行っていくことが望ましい。感染症専門医は一般社団法人日本感染症学会\*1、感染管理認定看護師は公益社団法人日本看護協会のホームページ\*2からそれぞれ検索が可能である。日頃から顔の見える関係を構築しておくことで、クラスター発生などの緊急事態発生時にも迅速に対応が可能となる。

また、感染症対策の地域連携の枠組みとしては、比較的大きな医療機関を中心に感染防止対策加算を算定している医療機関があり、これらの医療機関は感染防止対策加算の要件として定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行っている。医療機関の規模に応じて加算1と加算2の医療機関があるが、これらの医療機関は感染対策に一定の経験を有しており、近隣の医療機関や施設の相談にも対応してもらえらると思われる。

\*1 一般社団法人日本感染症学会「専門医名簿」

([http://www.kansensho.or.jp/modules/senmoni/index.php?content\\_id=29](http://www.kansensho.or.jp/modules/senmoni/index.php?content_id=29))

\*2 日本看護協会「分野別都道府県別登録者検索」

(<https://nintei.nurse.or.jp/certification/General/GCPP01LS/GCPP01LS.aspx>)

Q.13 日常的に地域医療を提供する病院の役割と、新型コロナウイルス感染症診察・治療の役割を担う病院等施設と区分けして対応することは可能か？（医師が少数の施設で医師が感染すると通常機能がストップし崩壊する）

<回答>

例えば大阪府では（手挙げ方式ではあるが）新型コロナウイルス診療に対応可能な医療機関とそうでない医療機関とに区分けされている。ただし、この「区分け対応」が可能なのは医療機関の数が多き都市部に限られており、人口や医療機関の数が少ない地域ではこの対応が困難な現状にある。ただし、このことは「地域医療全体（地域医療システム上）の課題」であり、地域基幹病院を中心とした地域連携が成功の鍵となる。平素より医療機関同士が密に連携し、議論を重ねたうえで有効なシステムを構築する必要がある。

新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる医療機関が近隣にない状況で診療を断れば、医師法第19条に規定された応招義務違反の可能性も出てくる。現実的には、厳重な感染防止策を実施したうえで、各医療機関において対応せざるを得ないであろう。

また、各市町村、都道府県医師会は新型コロナウイルス感染対策に力を入れており、病院機能で迷うケースでは一度相談してもよい。

<参考文献>

- 厚生労働省「今後を見据えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備における当面の対応について」  
(<https://www.mhlw.go.jp/content/000635521.pdf>)
- 厚生労働省「年末年始に向けた医療提供体制の確保に関する対応について」  
(<https://www.mhlw.go.jp/content/000700853.pdf>)

Q.14 離島等で PCR 検査の結果が得られるまで時間を要する場合の対応方法の工夫にはどのようなものがあるか？

<回答>

まず患者への基本的な対処法として、新型コロナウイルス検査を実施した患者は検査結果判明までは疑い患者として陽性者と同様に扱う必要がある。具体的には、医療機関内で検体採取以降に滞在するのは避けてもらい、可能な限り結果判明まで人に会わず自宅待機をしてもらう。

新型コロナウイルスの検査に関しては、現時点（2020年12月5日）で本邦にて承認されている新型コロナウイルス体外診断用検査キットは、厚生労働省の報告<sup>\*1</sup>で24種類を数える。大きく分けて拡散増幅法と抗原検査法とが存在するが、中にはいくつか簡便で短時間で結果が出る検査法もある。これらの迅速診断系検査は Point of Care Testing (POCT) と呼ばれ、簡易キットの抗原検査であるエスプライン（富士レビオ）やクイックナビ（デンカ）、拡散増幅法である GeneXpert（セフィエド）や ID Now（アボット）などが挙げられる。検査の精度と検査時間はトレードオフの傾向があるため結果の解釈に注意が必要であるが、離島などで PCR 検査の結果返却までに数日を要する場合には、これらの POCT の医療機関への導入を検討してもよい。POCT の導入により人手の少ない中でも数時間で結果が得られるメリットがある。

\*1 厚生労働省「新型コロナウイルス感染症の体外診断用医薬品（検査キット）の承認情報」  
([https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_11331.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_11331.html))

<参考文献>

厚生労働省「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）病原体検査の指針（第2版）」  
(<https://www.mhlw.go.jp/content/000693595.pdf>)

Q.15 新型コロナウイルス感染対策としての運営マニュアル作成や各種報告文書の作成における負担軽減策はあるか？

<回答>

各医療機関の背景（例えば診療所と病院の違いなど）にもよるが、基本的な感染対策は共通しているため、自施設に相応しい内容を既存の手引きやマニュアルから取捨選択すると良い。つまり、担当者自身が独自に考案するのではなく、一般に用いられている手引きやマニュアルを参考に、自施設にフィットするものだけを選んで取り入れるという方法である。例えば、次の手引き・マニュアルが参考になる。

- (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4版）」  
(<https://www.mhlw.go.jp/content/000702064.pdf>)
- (2) 公益社団法人日本医師会「新型コロナウイルス感染症外来診療ガイド（第2版）」  
(<https://www.covid19-jma-medical-expert-meeting.jp/topic/181>)
- (3) 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 第3版」  
([http://www.kankyokansen.org/modules/news/index.php?content\\_id=355](http://www.kankyokansen.org/modules/news/index.php?content_id=355))
- (4) 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療所・病院のプライマリ・ケア初期診療の手引き（Version3.0）」  
(<https://www.pc-covid19.jp/files/guidance/guidance-3.0.pdf>)

ただし、これらの手引き・マニュアルの中に明示されていない要項もある。例えば「スタッフの自宅待機の基準」がこれに該当する（Q.66 参照）。現場スタッフが混乱せず、速やかに対応できるように、このような基準を自施設内で独自に作成しておく方が良い。ただし、いきなり完璧な手引き・マニュアルが作成されることはなく、運用してみてから様々な課題が浮かび上がってくることであろう。運用を重ねつつ、手引き・マニュアルを現状に即して改善（アップデート）していく必要がある。重要なのは「まず作成してみて実際に運用してみること」である。なお、アップデートした際にはスタッフ全員に周知を図り、全員がこれを遵守する措置を講じる必要がある。

## Q.16 感染対策に関する情報収集をできるだけ容易に行うことはできるか？

### <回答>

新型コロナウイルス感染症に対する感染対策は、現在でも十分なエビデンスが出揃ったとは言えない状況であるが、その中でも少しずつではあるが知見が集積しつつある。正確な情報を入手することは容易ではないが、各国の専門機関や学会などの情報は頻回にアップデートされている。これらを定期的に確認することで最新情報の把握は可能である。

下記に各機関の感染対策に関連する WEB サイトの URL を挙げるので、参考にされたい。

### <参考文献>

- 厚生労働省「医療機関向け情報（治療ガイドライン、臨床研究など）」  
([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431\\_00111.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00111.html))
- 日本医師会「新型コロナウイルス感染症」  
([http://www.med.or.jp/doctor/kansen/novel\\_corona/](http://www.med.or.jp/doctor/kansen/novel_corona/))
- 米国疾病予防管理センター（CDC）「Infection Control Guidance for Healthcare Professionals about Coronavirus (COVID-19)」  
(<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control.html>)
- 欧州疾病予防管理センター（ECDC）「Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings - fifth update」  
(<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-and-preparedness-covid-19-healthcare-settings>)
- 世界保健機関（WHO）「Country & Technical Guidance - Coronavirus disease (COVID-19)」  
(<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance-publications?publicationtypes=d198f134-5eed-400d-922e-1ac06462e676>)
- 一般社団法人日本感染症学会「新型コロナウイルス感染症」  
([http://www.kansensho.or.jp/modules/topics/index.php?content\\_id=31](http://www.kansensho.or.jp/modules/topics/index.php?content_id=31))
- 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) への対応について」  
([http://www.kankyokansen.org/modules/news/index.php?content\\_id=328](http://www.kankyokansen.org/modules/news/index.php?content_id=328))

Q.17 施設内で（感染対策関連を含む）各種の会議を実施するにあたって、どのような工夫があるか？

<回答>

部門間での情報共有を促進するためにも、適宜会議を実施することはきわめて重要である。しかし会議の実施者は、同一の部屋の中に多くの参加者が集まる状況を回避しなければならない。会議を実施するにあたっての必須要項は、次の5点に集約できる。

- (1) なるべく広い部屋で実施する
- (2) 部屋の広さに応じて出席者の人数を制限する
- (3) 参加者全員が必ずマスクを着用する
- (4) 参加者同士が前後及び両隣と十分な距離を保つ
- (5) 可能であれば参加者の間をアクリル板<sup>\*1</sup>などで仕切る

上記の項目を中心に、会議を実施するための要項をまとめた手引き・マニュアルを各医療機関で作成しておくが良い。

透明のアクリル板を机上に設置し、仕切りを設けるのも一案である（下図参照）。大規模な医療機関（例えば大学附属病院）では、同一の施設内であっても Zoom や Microsoft Teams などを利用した WEB 上での会議を実施しているところもある。



図：会議机へのアクリル板の設置例

\*1 アクリル板による新型コロナウイルス感染予防の効果については現時点（2020年12月24日現在）で明確なエビデンスが示されていないが、口元を見せる必要がありマスクの使用を避けたい状況や飛沫を防ぎたい状況など、状況に応じた工夫の一つとしてアクリル板を使用することは有効であると考えられる。

Q.18 来院患者の問診に要する時間に対する苦情への対応に工夫はあるか？

<回答>

来院患者への問診は、新型コロナウイルス感染拡大防止の為に有効な対策である。世界中で新型コロナウイルス感染症が発生しており、これまで以上に感染対策に注意をすべき状況である。そのような状況の中で患者に安心・安全な医療を提供するために、問診が必要であるということを施設内に掲示、口頭での説明を行い、患者に理解してもらえるように案内する。また、時間がかかりすぎないように問診の内容についても検討することが必要である。患者向けに問診について掲示する場合は、問診の目的や所要時間の目安等を分かりやすく記載し、受付など患者の目につきやすい場所に掲示して協力をお願いするとよい。

日頃より地域に密着している国診協施設の強みを活かして各自治体（広報誌）などと連携し、地域の情報共有に努めることをお勧めする。

Q.19 面会制限による入院患者の認知機能低下のリスクに対する対応をどうすればよいか？

<回答>

過度に面会を制限しないように地域の感染状況に応じて面会制限の緩和についても適切に検討していく必要がある。なかなか面会制限が緩和できない場合は家族とのオンライン機器を用いた面会（テレビ電話システムや Zoom や Skype、LINE など WEB アプリケーションのビデオ通話機能等を利用する面会）やアクリル板<sup>\*1</sup>越しでの面会など感染対策を講じた面会を実施することも認知機能低下のリスク低減につながると考えられる。その他にも、家族の写真を持ち込んだり、家族からの手紙を渡したりと施設により様々な取り組みが行われている。オンライン面会で、WEB アプリのビデオ通話機能を活用する場合は、会話内容が WEB アプリを経由するため、個人情報保護の観点から、念のため利用者やご家族等の同意を得ておくことが望ましい。

面会制限により家族との関わりが減るため、患者の生活背景や、趣味、性格などの情報収集を行い、これまで以上に個々に合わせたケアを提供していく必要がある。

\*1 アクリル板による新型コロナウイルス感染予防の効果については現時点（2020年12月24日現在）で明確なエビデンスが示されていないが、口元を見せる必要がありマスクの使用を避けたい状況や飛沫を防ぎたい状況など、状況に応じた工夫の一つとしてアクリル板を使用することは有効であると考えられる。

<参考文献>

- 浜松医科大学・同朋大学他 「『with コロナ』私たちの認知症ケアのニューノーマル」  
(<http://rounenkango.net/dementia-new-normal/>)
- 厚生労働省 「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/000631026.pdf>)

Q.20 面会制限中の家族への説明の工夫はどのようなものがあるか？

<回答>

医療機関には易感染状態にある方が多くおられ、感染症が発生しやすい場所である。そういった環境において、施設内への感染の持ち込みリスクを低減する目的で面会制限をされていることと思われる。全ての患者を感染から守るために面会を制限しているということを家族に理解してもらえるように取り組む必要がある。家族への説明方法としては、ホームページや施設入口、エレベーターなど施設内に説明文を掲示したり、入院時に説明するなどの方法がある。また、視覚的なものだけでなく、館内放送で聴覚的な音声言語で説明することも一つの方法である。

日頃より地域に密着している国診協施設の強みを活かして各自治体（広報誌）などと連携し、地域の情報共有に努めることをお勧めする。

Q.21 面会制限の緩和や来院者の検温中止の基準をどのように設定すればよいか？（通常に戻す基準）

<回答>

国内や県内の発生状況により制限の緩和等を検討することが望ましいと考える。国が示している基準に加え、各都道府県が独自に地域の実情に応じたフェーズを設定している。そのフェーズに合わせて面会の制限や施設内の感染対策について事前に検討しておく、状況が変化した際にも対応がスムーズになると考える。その為にも、自施設の地勢的な事情等にも鑑みて常に地域の発生状況の把握に努めておくことが望ましい。

Q.22 部屋の換気や機器の消毒に割かなければならないスタッフの労力を軽減する工夫はあるか？

<回答>

新型コロナウイルスは環境から多く検出されており\*1、2次感染のうち、環境を介した感染が10%程度あるという報告がある\*2。環境整備は、新型コロナウイルス感染症の感染対策として非常に重要である。また、医療従事者の感染事例には日常生活を送る中での感染も含まれているため、狭い空間や複数の人がいる環境での換気も重要とされている。職員は、通常の業務に加え、部屋の換気や機器の消毒などの感染対策にも時間を費やすことになるため、業務の負担が増すようになる。それを軽減するには、通常行っている業務内容を見直し、優先順位をつけて業務内容の一部を感染対策にシフトすることができるように調整が必要となる。担当分野や職種の枠を超えた人員配置について施設内全体で検討し、多職種が協力しながら感染対策を実践できるように配慮する必要がある。それにより医療提供に支障を生じる場合や、人員確保が困難な場合には、外部委託についても検討するとよい。可能であれば、ディスポーザブル製品を導入すると、消毒にかかる労力は軽減できると考えられる。

\*1 Task Force for the COVID-19 Cruise Ship Outbreak, Yamagishi T. Environmental sampling for severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) during a coronavirus disease (COVID-19) outbreak aboard a commercial cruise ship (preprint). MedRxiv. 2020.

\*2 Quantifying SARS-CoV-2 transmission suggests epidemic control with digital contact tracing. Science. May 8, 2020. DOI: 10.1126/science.abb6936

Q.23 日常診療で使用しない感染対策資器材の適正在庫をどのように考えたらよいか？また、調達困難時の工夫はあるか？

<回答>

各々の施設により器材の調達方法や院内物流管理システム（SPD）の運用方式が異なるため一概には言えないが、まず調達部門は施設内の感染対策組織と連携して感染対策資器材の使用目的や使用基準を明確にし、施設内で使用する資器材の統一を図り周知する必要がある。なるべく日常診療で使用している資器材と共用可能とし、基本的に用途が限定されているもの、必要以上の過剰な機能を持つもの等は採用しない方向で考えた方が、将来的に不良在庫となるリスクを低減できると思われる。

新型コロナウイルス感染症の感染対策資器材のうち、日常診療で使用しないものの一例としてはゴーグルやフェイスシールド類が挙げられるが、これらは滅菌器材ではなく、素材が劣化しない限りは比較的長期保管が可能であるため、感染症への対応を前提にある程度の需要に応えられる数量は備蓄しておくことが望ましい。ただし、保管場所の確保や、いざという時に使用できるよう定期的な保管状況の確認が必要となる。

必需品のうちマスクなど大量に消費する資器材については、施設内倉庫の場合でも保管スペースが許せばある程度の在庫量があったとしても在庫管理上の問題は少ないと思われる、平時から複数メーカーの製品を採用することで、欠品リスクを幾分回避することができる。

また、救急等では個人用防護具（PPE）等の資器材をひとまとめにキット化したものがあると便利な場合があるが、コストが割高な場合は簡単なものであれば施設内にて作成可能である。

資器材が調達困難な場合において、それをすぐに解決することは難しい場合が多いが、過去にも世界的な感染症の流行による資器材の欠品は何度か繰り返されていることから、平時から情報は常に収集しておき、有事には迅速に備蓄や在庫の積み増しを行うなど、常に先手を打つ必要がある。また、納入業者とは日頃から良好な関係を保ち、情報の提供や資器材の確保のため動いてもらう必要があるが、業者の対応については会社というよりは担当営業の資質によるところも大きいと思われる。今回のコロナ禍においては各メーカーにより供給の対応がまちまちであったので、そのあたりも見極めて、今後の資器材の調達に反映させていくことも検討した方がよい。

Q.24 小規模医療機関からの軽症発熱患者の受け入れに伴う負担を軽減する方策はあるか？

<回答>

大都市では、新型コロナウイルス診療に対応可能な医療機関とそうでない医療機関に区分けして感染者の対応を行っているところがある（Q.66 参照）。あるいは軽症者をホテルで療養させることにより対応しているところもある。しかし、医療機関が少ない地域では、このような対応が困難な現状にある。そのため軽症患者であっても受け入れに伴う負担が増大し、地域医療の崩壊を招く可能性がある。昨今は開業医も PCR 検査が実施できるようになってきたが、PCR 検査陽性者をどこでどのように対応するかについて、地域の中核医療機関や医師会が中心となり「地域的な診療基準」を設定しておく必要があるだろう。次の2点が解決策として提案できる。

(1) 自宅療養の基準を明確にする

自宅療養の基準を明確にする（都道府県の規定に従う）と同時に、自宅療養における手引き（自宅療養において見守るべきポイント、新型コロナ受診相談センターに問い合わせる基準、復職を検討する基準など）をあわせて作成しておく。家庭内における感染拡大の予防指導は最も重要であり、これに関する指導・啓発内容も具体的にまとめておく。自宅療養の方針となった患者については、感冒症状の有無や全身状態を経時的に把握し、定められた基準に達した場合には指定の機関・組織に連絡することを徹底する。

(2) 地域的な医療連携のルールを定めておく

地域基幹病院を要とし、開業医を含む周辺医療機関と適切に連携できる仕組みを具体的に議論し、あらかじめルールを決めておくという「地域医療システム」の構築である。平素より医療機関同士が議論を重ねた上で有効なシステムを構築する必要がある。

ただし、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる医療機関が近隣にない状況で診療を断れば、医師法第 19 条に規定された応招義務違反の可能性も出てくる。現実問題として、厳重な感染防止策を実施した上で、各医療機関において対応せざるを得ない場合もある。

Q. 25 新型コロナウイルス感染症の感染拡大による施設内定期点検の延期、修繕工事の延期に対する対処方法はあるか？

<回答>

契約書の内容によるが、受注者と協議を行い、変更契約等の対処をしていく必要がある。建設工事・設備工事の新型コロナウイルス感染症による工期遅延等に対する対応措置については、国土交通省から何度か通知が出されている。

4月7日付けの通知<sup>\*1</sup>では、今回の新型コロナウイルス感染症の影響に伴う資器材等の調達困難や感染者の発生等については、受発注者の故意又は過失により施工できなくなる場合を除き、建設工事標準請負契約約款における「不可抗力」に該当するものと考えられ、この場合、受注者は、発注者に工期の延長を請求できるとともに、増加する費用については発注者と受注者が協議をして決めることとされているとの見解を示している。

\*1 国土交通省「新型コロナウイルス感染症に係る緊急事態宣言を踏まえた工事及び業務の対応について (R2. 4. 7)」

([https://www.mlit.go.jp/tec/kanbo08\\_hy\\_000025.html](https://www.mlit.go.jp/tec/kanbo08_hy_000025.html))

Q. 26 会計時の金銭のやり取りなどに伴う感染対策はどのようなものがあるか？

<回答>

金銭などの物質の表面には、ウイルスが残存することが分かっている。しかし、これまで金銭が感染源となり感染拡大したという報告はない。表面に付いたウイルスは、アルコールや次亜塩素酸ナトリウム水溶液で拭き取りを行うことで不活化することが可能である。しかし、扱った金銭の全てを消毒することは職員の業務負担を大きくすることが予測される。金銭の表面に付いたウイルスが手を介して体内に取り込まれないようにする為、金銭を扱った後には必ず手指衛生を行うことを徹底しておくことが大切である。また、手指衛生をしていない手で、目や鼻、口を触らないようにすることも徹底しておくべきところである。

## Q. 27 新型コロナウイルス感染症を疑うか否かの判断基準は？

### <回答>

臨床症状だけから新型コロナウイルス感染症を診断することはきわめて困難である。新型コロナウイルス感染症の初期症状は発熱、咳嗽、筋肉痛、息切れ、味覚嗅覚障害、下痢などがみられるが、これらの症状の多くは通常の感冒やインフルエンザなどの呼吸器感染症に普遍的にみられる症状である。比較的特徴的である味覚嗅覚障害や息切れがみられた際には、新型コロナウイルス感染症である可能性は多少高くなるが、これらの症状単一での新型コロナウイルス感染症診断に対する特異度は決して高くない。また、これまでの複数の報告で感染者の3～4割が無症候であることが言われており、この無症候感染者の存在も診断を難しくしている一因である。

そのため、胸部 CT で両肺すりガラス影の有無を確認するなど画像診断を併用することや、疫学情報を積極的に活用することが有用である。それぞれの地域における新型コロナウイルス感染症の流行状況を把握しておき、患者の行動履歴や周囲に有症状者がいなかったかどうかを積極的に聞き取り確認する。これらの情報をもとに臨床症状と合わせて総合的に判断する必要がある。

### <参考文献>

厚生労働省「新型コロナウイルス感染症 COVID-19 診療の手引き（第4版）」

(<https://www.mhlw.go.jp/content/000702064.pdf>)

Q. 28 かぜ症状の患者からの電話対応の仕方はどのようにすればよいか？

<回答>

かぜ症状を有する患者から電話で問い合わせが来た場合、まずは近くのかかりつけ医療機関に連絡することが周知されている。このような電話がかかってきた場合は、自施設での取り決めに沿って時間場所などを指定して当該患者に受診してもらい診察を行う。医師が新型コロナウイルス感染を疑う場合で、自施設で検査が実施できない場合、各都道府県が9月から発熱患者対応のために設置している「診療・検査医療機関」を紹介する。なお、この診療・検査医療機関は公表されている都道府県と公表されていない都道府県があるため注意が必要である。

厚生労働省から「発熱患者等が医療機関を受診した場合の主なフロー」<sup>\*1</sup>も事務連絡として発出されているため、これも参考にした上で自施設での実際の運用フローを前もって決定しておく必要がある。

\*1 厚生労働省「発熱患者等が医療機関を受診した場合の主なフロー（別紙1）」

(<https://www.mhlw.go.jp/content/000683916.pdf>)

Q. 29 発熱者用外来設置の工夫はどのようなものがあるか？（空間あるいは時間分離の工夫や、空間分離が構造上困難な場合の工夫など）

<回答>

外来で発熱患者を診察する際に使用する発熱者外来の設置については、医療機関の規模や構造により実施可能な範囲が大きく異なる。各医療機関は発熱者外来を設置すること自体の必要性の検討も含めて十分に施設内で検討、周知が必要となる。安易な発熱者外来の設置は、外来患者間での交差感染のリスクを高めることにも繋がる。

発熱者外来の基本的な概念としては、空間的、時間的に発熱患者と非発熱患者を分離して発熱患者対応時にのみに接触・飛沫感染対策をとるというものだが、これは発熱のない患者は感染性を持たないという前提に立っている。40～50%の新型コロナウイルス感染症患者が無症候であることを考慮すると、この対応が不十分であることは明らかである。空間的もしくは時間的な動線分離はリスク低減のためにある程度有効であるが、同時に発熱者外来の設置だけでは感染対策が十分ではないということを職員全員で共有しておく必要がある。

外来患者の診察の際、最も重要な基本的考え方は標準予防策である。新型コロナウイルスはエンベロープを有するため、アルコール（エタノール濃度 60～90%、イソプロパノール 70%）を用いた手指消毒、石鹸と流水を用いた手洗いのいずれも有効である。ユニバーサルマスクと頻回の手指衛生を徹底することで、仮に新型コロナウイルス感染症患者を診察したとしても感染のリスクを大幅に低下させることが可能である。施設内全ての職員が標準予防策を理解し徹底できるよう、下記の参考文献などを用いて感染対策の概要を広く周知していく必要がある。

<参考文献>

- 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 第3版」  
( [http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/COVID-19\\_taioguide3.pdf](http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/COVID-19_taioguide3.pdf))

### Q.30 待合室が狭いことに対する工夫にはどのようなことがあるか？

#### <回答>

新型コロナウイルス感染症の感染様式は、飛沫感染と接触感染がその主体であることは科学的に証明されている。また、一部、空気感染に近いような状況が、いわゆる3密といわれる状況で起こりうることも事実である。

医療機関における感染対策としては、このような科学的な根拠に基づいて、その施設に応じた対応をとっていく必要がある。

全ての医療機関で行うべき感染対策としては、(1) 時間的な動線の分離（感染症を疑う患者の来院時間とその他の患者の時間を分けることで、接触を減らす）、(2) 空間的な動線の分離（感染症を疑う患者の出入り口や診察室等をその他の患者と別にする）の2つが基本である。

質問の「待合室が狭い」ことについては、以下のような対策が考えられる。

#### (1) 時間的な動線の分離の徹底

受診前の電話等による連絡及び予約を前提として、仮に待合室を共用する場合でも、時間的には、他の患者さんと接触しない環境を整備する。

#### (2) 空間的な動線の分離の徹底

感染症疑いの患者の待合は、別に設定する。あるいは、施設内での別待合室の確保が難しい場合には、来院後、車内での待機や感染対応診察室への誘導などを行う。

#### (3) その他

上記に加えて、待合室内での患者間の距離を保つ（最低1m以上）及び待合室の換気の徹底など環境整備と全ての患者へのサージカルマスクの着用と手指消毒の徹底を行う。

#### <参考文献>

- 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.mhlw.go.jp/content/000678572.pdf>)
- 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 第3版」  
([http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/COVID-19\\_taioguide3.pdf](http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/COVID-19_taioguide3.pdf))
- 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療所・病院のプライマリ・ケア初期診療の手引き（Version3.0）」  
(<https://www.pc-covid19.jp/files/guidance/guidance-3.0.pdf>)

Q. 31 冬季の換気の工夫にはどのようなことがあるか？

<回答>

新型コロナウイルスによる集団感染を防ぐために言われているいわゆる3密（密閉・密集・密接）のうち「密閉」の対策として換気が挙げられる。医療機関に限らない一般論として、厚生労働省は、一人あたり毎時30m<sup>3</sup>は、密閉空間を改善するための必要換気量として一定の合理性を有するとしている。これは大まかに言うと1時間に2回以上の換気と言い換えることができる。そこで室内の温度、湿度を保ちながら効率的に室内を換気する方法として、1時間に2回以上、2方向の窓を開ける換気法や、24時間換気システムの適切な利用などが挙げられる。

なお、「密閉」はリスク要因の一つに過ぎず、一人あたりの必要換気量を満たすだけで、感染を確実に予防できるわけではない。密集した環境や近距離の会話等を避ける、という感染リスク低減対策が併せて実施されることを前提として、必要換気量が定められていることに留意する必要がある。

また、よく勘違いが起こる点として、通常の家用的エアコンには外気との換気機能が備わっていないため、エアコンを付けていても室内の空気を攪拌しているだけで換気していることにはならないことに注意が必要である。

<参考文献>

- 厚生労働省「冬場における『換気の悪い密閉空間』を改善するための換気について」  
(<https://www.mhlw.go.jp/content/000698866.pdf>)

Q. 32 新型コロナウイルス感染症の感染への不安が患者にあり、本来はかかりつけ医に受診したいと考えているが、それを避けてより安心な自宅近くの医療機関に受診された場合、これまでの経緯が分からず対応に困ることが生じるが、これに関する工夫はどのようなことがあるか？

<回答>

時間的な余裕があれば、患者本人への同意を確認した上で、当該患者のかかりつけ医における診療内容について、「診療情報提供書」の作成を依頼し、確認することが望ましいと考えられる。

上記が難しい場合でも、電話等での確認を行うことが望ましい。また、それも不可能な場合で、取り急ぎの投薬などが必要な場合には、薬手帳の確認やかかりつけ薬局への情報確認を行い、数日分（かかりつけ医との連絡に要する時間を考慮）の処方などを行うことが望ましいと考えられる。

反対に、自身がかかりつけ医で、患者が感染を恐れ受診をためらうような場合はオンライン診療の活用も考えられる。

### Q.33 施設への訪問診療をどのように継続していったらよいか？

#### <回答>

施設への訪問診療において重要なことは、施設内に感染症を持ち込まないこと、施設内で発生している感染症を持ち出さないことの2点である。その目的を確認したうえで、以下のような点に留意することが必要と考えられる。

- (1) 訪問する施設の感染対策について事前に問い合わせを行い、その対応が十分に行われているか？また、訪問する際に求められることは何か？を確認すること。
- (2) 上記(1)の確認事項で、施設へのお願い(要望)があれば、事前に施設と協議しておく。また、訪問する際に求められた内容について、対応し訪問を行う。
- (3) 必要以上の訪問は避け、患者(施設利用者)の状況を確認し、必要な訪問について施設と連携して検討する。また、オンライン診療の活用も検討する。

#### <参考文献>

- 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療所・病院のプライマリ・ケア初期診療の手引き(Version3.0)」  
(<https://www.pc-covid19.jp/files/guidance/guidance-3.0.pdf>)
- 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会「訪問・通所系サービス従事者のための新型コロナウイルス感染症(COVID-19)対応の手引き(Version1.3)」  
([https://www.pc-covid19.jp/files/guidance/homevisit\\_guidance\\_1.3.pdf](https://www.pc-covid19.jp/files/guidance/homevisit_guidance_1.3.pdf))
- 一般社団法人日本在宅ケアアライアンス「新型コロナウイルス感染症の中で在宅ケアを守るために(対処方針)(第1版)」  
(<https://www.jhhca.jp/covid19/200622policy/>)

Q. 34 訪問介護事業所などの施設の規定によっては、患者宅に県外者が滞在している場合、介護活動を 2 週間停止することがある。こういった場合どのような工夫があるか？

<回答>

まず、訪問介護サービス事業者における対応が、(参考文献に挙げる国の指針に照らして) 感染対策上妥当なものかどうかについての確認を行うことが必要である。

一定程度の割合で、感染対策上、必要以上の対応をされているために、サービス継続が難しくなっている場合が見受けられる。その場合は、サービス事業者としての方針を確認した上で、サービス継続が難しいかを個別に相談する必要がある。

その上で、患者宅に滞在している県外者が濃厚接触者であるなど、患者宅に訪問することが難しいと判断された場合には、実質上サービス継続が困難となる可能性がある。

ただし、定められた期間の自宅における介護活動や訪問診療が、その方の生命維持に不可欠で、行われないと生命が維持されない可能性があるなど重要性や緊急性が高い場合には、保健所の指導等を確認した上で、濃厚接触者と訪問者の接触をできるだけ避ける方法や訪問時の個人用防護具 (PPE) の着用などを行うことで、継続することも検討する必要があると考えられる。

<参考文献>

- 厚生労働省「訪問系サービス事業者の介護サービス継続に向けた支援について」  
(<https://www.mhlw.go.jp/content/000640555.pdf>)
- 厚生労働省「社会福祉施設等における感染拡大防止のための留意点について (その2)」  
(<https://www.mhlw.go.jp/content/000683520.pdf>)
- 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会「訪問・通所系サービス従事者のための新型コロナウイルス感染症対応の手引き (Version1.3)」  
([https://www.pc-covid19.jp/files/guidance/homevisit\\_guidance\\_1.3.pdf](https://www.pc-covid19.jp/files/guidance/homevisit_guidance_1.3.pdf))

Q.35 訪問介護の活動停止に伴い訪問看護師がその業務を行うことになり費やす時間や仕事量が増すことで負担が増加しているが、これに対する工夫はどのようなことがあるか？

<回答>

Q.34 を参照いただき、まず、訪問介護の活動停止が妥当なものであるかについて検討いただくことが必要と考えられる。

介護事業者の事情などもあり、その点を考慮したうえで、訪問介護の活動の維持が部分的にでも可能かどうかについて、「感染防止対策、職員の不安対応等」をできる限り行った上で検討することが必要である。

その上で、医療的な知識がある看護師が、訪問を行った方がよいと判断する場合には、訪問看護で対応することになる。

その場合には、サービス内容全体の見直しを行い、関わることができる事業者全体で、必要最低限のサービス維持を確認し、それぞれに負担が掛かりにくく、かつ、利用者の健康状態に及ぼす影響が低減できるサービスを再構築することが求められると考えられる。

Q. 36 インフルエンザの流行時期となった時の発熱患者対応はどのように行えばよいか？

<回答>

2020～2021年の冬のシーズンは、新型コロナウイルス感染症の対策として手指衛生とユニバーサルマスクが徹底されていることもあり、国内のインフルエンザの発生状況は現在（2020年12月8日）のところ例年に比べ極端に少ない。例えば2020年48週（11月23日～11月29日）のインフルエンザ定点報告数はわずか46件と、昨年同時期の27,393件に比べ発生報告がほとんど無いに等しい。南半球での今シーズンの流行状況を見ても、2020～2021年の冬のシーズンにインフルエンザが例年と同じくらい流行する可能性は非常に低いと考えられる。

このような状況下で発熱患者対応を行う際には、これまでどおり内科診断学の基本である鑑別診断を挙げて検査所見、身体所見、有病率などを参考に診断を行うことが望ましい。現時点（2020年12月7日）では例年と比較してインフルエンザである事前確率は低くなるため、冷静な判断でそれ以外の新型コロナウイルス感染症も含めた鑑別診断を挙げていく必要がある。

インフルエンザの迅速検査を実施する際には、サンプルとして唾液を用いる検査は承認されておらず、インフルエンザと新型コロナウイルス感染症を同時に検査するためには鼻咽頭もしくは鼻前庭での検体採取が必要となる。ただしPCR検査などの検査結果は常に偽陰性もありうることを念頭に置くべきである。

<参考文献>

- 国立感染症研究所「インフルエンザウイルス分離・検出状況速報 2020/21 シーズン」  
( <https://www.niid.go.jp/niid/ja/flu-m/1974-idsc/iasr-flu/9147-iasr-influ201920.html> )

Q.37 実施できる検査が限られている中での、発熱患者の対応の工夫にはどのようなことがあるか？

<回答>

外来患者の診察の際、最も重要な基本的考え方は標準予防策である。ユニバーサルマスクと頻回の手指衛生を徹底することで、仮に新型コロナウイルス感染症患者を診察したとしても感染のリスクは大幅に低下させることが可能である。施設内全ての職員が標準予防策を理解し徹底できるよう教育することが医療従事者への二次感染を防止するために最も重要である。

仮に迅速に新型コロナウイルスリアルタイム PCR 検査を検査できる環境にあったとしても、検査自体の感度は 70～80%と言われており、検査の陰性結果をもって感染を完全に否定できるものではない。簡便な迅速検査として使用されているイムノクロマト法抗原検査はリアルタイム PCR 検査よりさらに感度が低いことが知られている。これらの検査結果をもとに感染者と非感染者のトリアージを行うのではなく、全ての患者は感染者である可能性があるという前提に立ち、感染対策を行うことが求められる。手指衛生はその中の中核をなす手技であり、繰り返し色々な教材を使用して施設内職員への周知が必要である。手指衛生のやり方をわかりやすいように説明した動画<sup>\*1</sup>などもアップロードされているため参考にされたい。

\*1 大阪大学「手指衛生啓発動画 ～手指衛生のプロフェッショナル・手洗いの極意教えます～」  
(<https://www.youtube.com/watch?v=gwDw0Yve8AA>)

## Q. 38 電話診療から実際の受診に切り替える基準はどのようなものがあるか？

<回答>

新型コロナウイルスのアウトブレイクに伴い、これまで認められていなかった遠隔診療が臨時特例的にはあるが大幅に緩和された。電話や ZOOM、LINE などを用いたテレビ電話での診療は、患者の身体診察などの大きな制限はあるものの、有効に使えばウィズコロナの時代に患者、医師双方にメリットをもたらす。

ただし、電話・情報通信機器等で得られる患者情報は極めて限られ、誤診や見逃しのリスクが大きいことから、厚生労働省から次の条件を全て満たした上で実施することが必要要件として提示されている\*1。

- 初診から電話や情報通信機器を用いて診療を行うことが適していない症状や疾病等、生ずるおそれのある不利益、急病急変時の対応方針等について、医師から患者に対して十分な情報を提供し、説明した上で、その説明内容について診療録に記載すること。
- 医師が地域における医療機関の連携の下で実効性のあるフォローアップを可能とするため、対面による診療が必要と判断される場合は、「電話や情報通信機器を用いた診療を実施した医療機関において速やかに対面による診療に移行」する、それが困難な場合は、「あらかじめ承諾を得た他の医療機関に速やかに紹介」する。
- 対面診療と比べて、患者の身元確認や心身状態情報を得ることが困難であり、患者のなりすましの防止や虚偽の申告による処方防止の観点から、患者の受給資格確認（被保険者証のコピーをファクシミリ等で医療機関に送付してもらう、生年月日や被保険者証の記載内容を説明してもらうなど）、医師の顔写真付きの身分証明書による本人および医師資格の証明などを行う。

また、電話・情報通信機器等を用いた診療が望ましくない疾患も存在する。例えば「突然、猛烈な頭痛が生じた」場合には脳出血などが疑われ、「急に胸を締め付けるような激しい痛みが生じた」場合には狭心症や急性心筋梗塞が疑われる。このような場合には、電話・情報通信機器等を用いた診療を受けている余裕はなく、仮にこうした症状を患者が電話等で訴える場合には、医師は「医療機関をすぐさま直接受診する」ことを勧奨しなければならない旨が厚生労働省から説明されている。

\*1 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」

(<https://www.mhlw.go.jp/content/000620995.pdf>)

Q. 39 感染の疑いのある患者を診た場合、自主休診の対応基準について知りたい。

<回答>

自主休診を決定するにあたり、以下の点をまず確認することが必要である。

- (1) 懸念される患者は、「感染者（陽性者）」か、「疑似症患者」か、「濃厚接触者」か、「いずれにも該当しないが感染者と接触があった者」か。
- (2) 保健所からの連絡や指導が、自施設（医療機関）にあったかどうか？

上記（1）は、指定感染症として、症例定義がされており、その定義と照らして、診療を行った患者が、感染疑いの中でもどのような分類にあたるのかを正確に把握する必要がある。その理由は、それによってその後の対応に違いが生じることや当該患者への人権擁護という観点からである。

上記（1）の確認をした上で、基本的には、「感染者（陽性者）」及び「疑似症患者」の場合には、保健所からなんらかの連絡や指示があると考えられるため、その指示に従う必要がある。

また、当該患者についての確かな情報が確認できない場合にも、保健所への医療機関として問い合わせを行い、まず、正確な情報収集を迅速に行ったうえで、その対応を検討することが求められる。

また、医療機関として、通常の感染防止策（標準予防策＋状況に応じた飛沫感染対策や接触感染対策、環境整備等）を、職員個人として、または施設として適切に行っていた場合には、原則、職員等は「濃厚接触者にあたらない」ことになり、この点でも、普段から感染対策をしっかりと講じることが大切であるということを改めて確認しておく必要がある。このような前提では、仮に感染者あるいは感染疑いの方が患者として受診されたとしても、休診を行う必要性あるいは行わなければいけない可能性は低い。

その上で、保健所からの休診等の指示がなくても、自主休診を検討する場合には、以下のような事項が自主休診を決定する上での基準となりうると思われる。

- 施設内感染の拡大の可能性（施設内でのクラスター発生や職員や別の患者の感染者の発生など）がある場合→自施設の感染対策について、何らかの不備があったと確認され、クラスター発生は認められていないが、その不備により、クラスター発生につながる可能性がある判断される場合。
- 医師や歯科医師等が一人体制で診療を継続しており、当該医師や歯科医師等が、濃厚接触者であると判断された場合あるいは、濃厚接触者でなくとも、体調不良などが確認される場合。

- 濃厚接触者かどうかは問わず、職員の中で体調不良者や不安を感じている者があり、通常の診療体制の維持が困難と管理上判断される場合。  
等は、自主休診を決定するうえでの基準となりうると考えられる

<参考文献>

- 厚生労働省「新型コロナウイルス感染症 診療の手引き（第4版）」P.19 表3-2「濃厚接触者の定義」  
(<https://www.mhlw.go.jp/content/000702064.pdf>)
- 厚生労働省「医療機関における新型コロナウイルス感染症発生に備えた体制整備及び発生時の初期対応について（助言）」  
(<https://www.mhlw.go.jp/content/000627464.pdf>)

Q. 40 タービンや超音波スケーラー等を使用するなどエアロゾル発生の際の感染予防はどのようにすべきか？

<回答>

歯科治療で用いられるタービンや超音波スケーラーは、使用時にエアロゾルが発生することが報告されている。まず基本的なスタンスとして、これらのタービンやハンドピース、超音波スケーラーを使用した処置は回避し応急処置にとどめることや、場合によっては当該治療の延期も検討する必要がある。そのうえで、これらの機器を用いた処置を行う場合には、患者の口から放出される液滴とエアロゾルの分散を防ぐために口腔内での歯科用バキュームの確実な使用が求められる。また、口腔外バキューム（口腔外吸引装置）の活用も検討の余地がある。

<参考文献>

- 公益社団法人日本歯科医師会「新たな感染症を踏まえた歯科診療の指針 第1版」  
( [https://www.jda.or.jp/dentist/coronavirus/upd/file/20200811\\_coronavirus\\_shikashinryoushishin.pdf](https://www.jda.or.jp/dentist/coronavirus/upd/file/20200811_coronavirus_shikashinryoushishin.pdf) )

Q. 41 施設内に設置する空気清浄機やオゾン発生装置にウイルス防御効果はあるのか？あるならどのような機種をどのように使用するのが効果的なのか？

<回答>

いわゆる3密のうち「密閉」の対策として換気が推奨されているが、建物の構造上、十分な換気が難しい場合は、空気清浄機などの使用を考慮してもよい。空間からの新型コロナウイルス減少を目的として使用する場合、HEPAやULPAなどの高捕集効率のフィルターを使用していれば、吸気と排気を比較してウイルス捕集効果はあると考えられる。ただし、空気清浄機のファンの効率は機種により大きな差があり、室内全体を効率的にウイルス除去できるものではない。吸気可能な範囲の空気からウイルスを捕集しているだけであり、効率的な換気の代替手段となるものではなく、あくまで補助的手段であることを理解した上で使用したい。

オゾン発生装置や次亜塩素酸水などの空間除菌を謳った機器、薬剤は以前から存在していたが、今回のコロナ禍で多方面から注目を浴びている。研究段階ではあるが、これらの機器もしくは薬剤が新型コロナウイルスを不活化させることを確認したという報告も見られるが、現時点（2020年12月14日）では厚生労働省や独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）で承認されていて、かつ人がいる空間で空間除菌を可能とするような機器もしくは薬剤は存在しない。オゾン発生装置の効果については、仮に効果があったとしてもPMDAの承認を取れない程度のものであるという認識が必要である。

様々な除菌、殺菌効果をうたった商品が発売されているが、効果が不明瞭な機器に頼ることなく、感染対策の基本に立ち返って標準予防策や、接触、飛沫感染対策の遵守を行いたい。

Q.42 プラズマクラスター<sup>®</sup>やナノイーX<sup>®</sup>など HEPA フィルター付き空気清浄機などは感染予防に効果があるか？

<回答>

いずれの空気清浄機器も、研究機関で実施された研究においてのみ「空気中に浮遊するウイルスが減少する可能性がある」という結果が示されている。ただし、これらのデータはあくまでも「研究機関で実施された研究」によるものであり、医療機関や家庭内でも同様に有効かどうかは明らかになっていない。さらに、ウイルスが減少するとは言っても「100%の除去は困難である」と科学的には解釈されている。現段階では「有効かもしれない」程度の推奨が妥当であり、むしろ「ヒトーヒト接触を避けること（密を避ける・距離を保つ）」という個人行動が感染予防の基本原則であることを念頭に置くべきである。これらの機器については「これさえあれば大丈夫」というものでは決してないと認識すべきであろう。

Q.43 歯性感染症を疑う患者を診察する際に、発熱を伴うケースが多いが、新型コロナウイルス感染による発熱も否定できないため、患者対応に迷うことがある。当施設には発熱外来が設置されたので相談することが可能だが、歯科診療所ではどのように対応するのか？

<回答>

発熱等の症状が生じた場合、まずはかかりつけ医等の地域で身近な医療機関に電話相談することが周知されている。また、かかりつけ医を持っていない場合やどこに相談すればよいかわからない場合は、地域の新型コロナ受診・相談センターに電話相談すると診療・検査可能な医療機関を案内してくれる。仮に、かかりつけ医が診療・検査が対応不可能な場合であっても、対応可能な医療機関を紹介することとされている。自治体によってはホームページ等で対応している医療機関を一部公開しているので、事前に確認しておくが良い。

Q. 44 エアロゾルによる歯科医療従事者の感染リスクを考えると、他科他職種よりもマスク、手袋の取り換えを頻繁に行う必要があるか？

<回答>

サージカルマスクは目に見えて汚染された場合や損傷した場合には交換、手袋は患者ごとに交換する必要がある。施設内のサージカルマスクの備蓄状況にもよるが、休憩時間などのマスクを外すタイミングで交換することを勧める。サージカルマスクの表面には微生物が付着している可能性があるため、サージカルマスクの表面を不必要に触らないことや、サージカルマスクに触れた後の手指衛生を徹底することが重要である。

公益社団法人日本歯科医師会の「新たな感染症を踏まえた歯科診療の指針」<sup>\*1</sup>に記載されている診療室内のエアロゾル対策についても併せて実施される事を勧める。

\*1 公益社団法人日本歯科医師会「新たな感染症を踏まえた歯科診療の指針」  
(<https://www.jda.or.jp/dentist/anshin-mark/pdf/guideline.pdf?>)

Q. 45 診療チェアで治療中に患者が含嗽した際に、吐き出す排水口周囲の汚染が気になる。対策として特別なものはあるか？

<回答>

唾液などの体液が付着した可能性のある環境表面の消毒は、患者ごとに行う。直接人に接しない物品の清拭はアルコールや次亜塩素酸ナトリウムなどでの清拭が勧められている。下記のサイトなどを参考にしながら、環境ごとに適した消毒法で清掃を行いたい。

<参考文献>

- 厚生労働省・経済産業省・消費者庁「新型コロナウイルスの消毒・除菌方法について」  
([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/syoudoku\\_00001.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/syoudoku_00001.html))
- 独立行政法人製品評価技術基盤機構「NITE が行う新型コロナウイルスに対する消毒方法の有効性評価に関する情報公開」  
(<https://www.nite.go.jp/information/koronataisaku20200522.html>)

Q.46 スリッパの紫外線殺菌は新型コロナウイルスに対して、どれほど推奨されるか？

<回答>

紫外線（UV）が新型コロナウイルスの不活化に有用であるという実験結果が報告されており、室内殺菌の為に紫外線照射装置を導入する施設が増えている。UVによる殺菌効果を得るためには、十分なUV強度や光源の波長、照射時間などが必要である。また、ウイルスがUVに確実に曝露されなければ効果が得られないので、UVが届かない陰になるような部分には効果はない。殺菌性能が十分に検証されていないような製品が流通している例もあるので、UV照射殺菌装置を導入する場合は、装置メーカーの技術文書などを参照し、十分に検討することが望ましい。

たとえ、スリッパに新型コロナウイルスが付着していたとしても、そこから直接体内に入ることはなく、ウイルスが付着した手で、目や鼻、口の粘膜と接触することによって体内に入る。スリッパに触れた後は手指が汚染される可能性があるということを踏まえた上で、手指衛生を行うよう促すことが大切である。

Q.47 フェイスシールドの再利用・廃棄の基準について、水洗・乾燥して再使用はありか？

<回答>

ゴーグルやフェイスシールドが目に見えて汚れた場合は、まず表面を水と石鹼で洗淨した後に消毒を行うことが望ましい。洗淨や消毒の方法についてはメーカーが推奨している方法で行うことが基本である。方法が不明な場合は、手袋を着用し、60%以上のアルコール消毒液や0.05%次亜塩素酸ナトリウム水溶液を浸透させたペーパータオルやガーゼ等で、ゴーグルやフェイスシールドの外側を拭く。次亜塩素酸ナトリウム液を使用した場合は、水またはアルコールで拭き取り、残留物を取り除く必要がある。また、洗淨・消毒の際に着用した手袋を外した後は必ず手指衛生を行う。

フェイスシールドがしっかりと固定できなくなった場合や、視界が妨げられ改善できない場合などは廃棄することを勧める。

Q. 48 歯科で歯を切削する業務や歯石を除去する際に飛沫が発生する。現在、口の中で飛沫及び水分を吸引する装置と口の外に設置している吸引装置の両方を使用することが一般的である。さらに、口の外の吸引装置の先に患者の顔を全て覆うほどの大きさのフードを取り付けて使用している。一方、マスクをしている人同士が接触している場合は濃厚接触者とならないが、上記のような吸引機を使用している場合は、これに当てはまるか。(医療現場では濃厚接触者の定義から外れるが、それと同等と考えてよいか?)

<回答>

診療室内で患者の口から放出される液滴とエアロゾルの分散を防ぐためには、口腔内での歯科用バキュームの確実かつ的確な操作が求められる。

また、口腔外バキューム(口腔外吸引装置)を活用することも望ましい。エアタービン、ハンドピース、超音波スケーラーなどの使用時に放出される水量について意識を向け、始業点検時、診療時などこまめに水量をチェック、調整をする習慣をつける。適正な水量調整により飛沫を最小限に抑えることも大切である。関連して、治療中における飛沫防止のためラバーダムを活用する。

医療機関や検査機関で新型コロナウイルス感染症患者に診療を行った場合に診療を行ったスタッフが濃厚接触者に該当するかどうかについては、診療の際に適切に感染防護具(ゴーグルまたはフェイスシールド、グローブ、サージカルマスク)を着用している場合は、濃厚接触者に該当しない。なお、感染防護具が破れていたなどの「適切ではない」と考えられる行動があった場合は、個別に判断する。

<参考文献>

- 一般社団法人日本歯科医学会連合「コロナ時代の新たな歯科システムを」  
([http://www.nsigr.or.jp/coronavirus\\_protect.html](http://www.nsigr.or.jp/coronavirus_protect.html))
- 厚生労働省「新型コロナウイルスに関するQ&A(医療機関・検査機関の方向け)」  
([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/dengue\\_fever\\_qa\\_00004.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/dengue_fever_qa_00004.html))

Q.49 歯科診療におけるユニフォームの取り扱い（洗濯・乾燥、白衣の上から上着を着ない？等）についての情報が欲しい。

<回答>

● 職員のユニフォームの洗濯方法

診療所や訪問看護ステーションなどで家庭用の洗濯機を使用し洗濯されている場合には、0.05%～0.1%次亜塩素酸ナトリウムで30分間の浸漬消毒を行ったのちに洗濯を実施する。

● ユニフォームの取り扱い

歯科診療時に着用する術衣は毎日交換し、特に血液付着の可能性が高い観血処置時は、通常の白衣の上に特別な術衣（ガウン、エプロン等）をつけて防護することが勧められる。なお、処置が終了したら速やかに脱いで廃棄する。

防寒用として、白衣の上から長袖のカーデガンなど防寒具を着て診療に携わることは、控える。長袖のアンダーウェアの場合は、袖が汚染されるため、袖をまくることを勧める。すなわち、半袖のユニフォームで診療の度に肘まで手指消毒を行うことを推奨する。

また、診療時に着用した白衣のままで飲食することや外出することは慎む。

<詳細の解説>

エアタービンのウォーターラインに歯垢染色剤を入れ上顎前歯部の窩洞形成を行った研究において、口腔内吸引と口腔外吸引を併用した場合は飛散がほとんど抑制されたが、口腔内吸引のみの場合は術者および介助者の手元から胸まで飛散が認められ、無吸引の場合は窩洞形成部位から約2m四方の範囲まで飛沫汚染が及んでいたという結果がでている。また、歯科衛生士課程2年生を対象とした研究において、長袖診療着の両袖および右胸部分にフィルターを貼付し、通常の歯科衛生業務（口腔診査、手用スケーラーによる除石、予防処置、超音波スケーラーによる除石）後にフィルターの細菌培養を行ったところ、全ての処置で細菌汚染が確認されている。

一方、チンパンジー（オス）を対象とした感染実験で、HBs抗原およびHBe抗原陽性のヒト血清試料をデシケーター（湿度42%、25℃）中で7日間暗所保存し、乾燥した試料を生理食塩液で戻してチンパンジーに接種（静脈内注射）したところ感染が確認され、HBVは乾燥状態で1週間放置されても感染力を維持していることが証明されている。また、器具の滅菌不備ではなく、衣服や環境表面に付着した血液からのHBVの交差感染と考えられた症例報告が米国でなされている。

したがって、唾液や血液による術衣の汚染が高頻度に起こる歯科診療においては、施設内感染防止の観点から、術衣は毎日交換することが推奨される。また、血液中のHBVは、乾燥状態でも1週間は感染力が持続する可能性があることから、濃厚に血液で汚染される観血処置においては、通常の白衣の上に特別な術衣やガウンなどの防護衣を着用して処置を行い、処置後は直ちに防護衣を脱ぎ、脱いだ防護衣は適切に対処することが推奨される。

<参考文献>

- 公益社団法人日本歯科医師会 日本歯科医学会「一般歯科診療時の院内感染対策に係る指針 第2版」

(<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000510349.pdf>)

- 公益社団法人日本看護協会「新型コロナウイルス感染に関するFAQ（2020年7月20日版）」  
([https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid\\_19/pdf/faq01\\_20200720.pdf](https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid_19/pdf/faq01_20200720.pdf))

## Q. 50 訪問歯科診療で、介護福祉施設または居宅に訪問する際の注意点は？

### <回答>

通常の移動でよいが、移動先へ感染を広めないことに留意する。携行する器材の滅菌や消毒等を徹底する。さらに移動するスタッフの検温等を行う。

### <詳細の解説>

#### ● 訪問歯科診療等について

スタッフに異常がない旨を患家や施設職員等へ伝える。一方で、訪問先の患家や施設職員等についても異常がないことを事前に確認し、場合によっては、相談の上で訪問の延期を検討する。ただしその場合には、口腔衛生状態の悪化による誤嚥性肺炎の発症リスク等について説明し注意を促す等、訪問先との連携を図る。

なお施設等によっては、クラスター感染を防止する観点から、外部からの入館を著しく制限することがあるが、その場合には、それぞれの患者ごとに必要な治療や口腔健康管理等について記したサマリーを渡す（送る）等の対応が必要である。さらに痛み等の急性症状や、食べられない状況が生ずる場合には、施設等との連携の下に、柔軟な対応を行う必要がある。

感染者・感染が疑われる者あるいは濃厚接触者がいる居宅に訪問をする際、訪問者は他の利用者や事業所内にウイルスを持ち込まないことが重要である。そのためには訪問する居宅において感染予防のために个人防护具を着用する区域、个人防护具を脱いでよい区域を分けて感染対策を行う。

家庭内で区域をどのように考え分けているかを確認し、区域を分けて生活している場合はそれに準じて个人防护具を着脱し、全く区域を分けていない居宅では玄関から入った先は个人防护具が必要な区域と考える。

同居のご家族に対しては、厚生労働省からの家庭内での感染対策に関する情報を提供するとよい。

### <参考文献>

- 公益社団法人日本歯科医師会 日本歯科医学会「一般歯科診療時の院内感染対策に係る指針 第2版」  
(<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000510349.pdf>)
- 公益社団法人日本看護協会「新型コロナウイルス感染に関するFAQ（2020年7月20日版）」  
([https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid\\_19/pdf/faq01\\_20200720.pdf](https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid_19/pdf/faq01_20200720.pdf))
- 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 ver1.0」  
([http://dcc.ncgm.go.jp/information/pdf/covid19\\_zoning\\_clue.pdf?fbclid=IwAR1\\_PcbKNR-xEjzlgvts0s2F9\\_v6HxkyRX1kdxQIHEui0n5wOGsmDvVHOP8](http://dcc.ncgm.go.jp/information/pdf/covid19_zoning_clue.pdf?fbclid=IwAR1_PcbKNR-xEjzlgvts0s2F9_v6HxkyRX1kdxQIHEui0n5wOGsmDvVHOP8))

Q. 51 歯科衛生士、歯科医師ともマスクやフェイスシールドを使用するとお互いの声が聞こえにくい。どうすればよいか？

<回答>

シールドとマスクの併用は、子音の明瞭度低下、母音成分の不自然な強調によって、「は」と「あ」の聞き間違いや、「ひ」と「し」の聞き分けの困難さが生じる。このような減衰は 10dB 程度に抑えられているので、親密度の高い言葉を選び、ゆっくり話す、句読点をしっかり意識し、話し方にメリハリをつけるなどの工夫をすることを勧める。

<解説>

マスクのみの場合、2000Hz 以上で 5 dB の減衰が観察される。これは [sh] や [t] や [h] などの子音の特徴周波数のパワーが減衰することを意味している。つまり、子音の存在に気がつかなかつたり、「ひ」と「し」を聞き間違えるといった状況が生じやすくなる。

シールドはマスクと同様に 2000Hz 以上を減衰させるだけでなく、800～1500Hz では逆に増幅させる効果がある。音量が上がるのは良いことのように思われがちだが、母音の第二フォルマントが強調されると、母音の弁別が困難となる。

シールドとマスクの併用は、子音の明瞭度低下、母音成分の不自然な強調によって、「は」と「あ」の聞き間違いや、「ひ」と「し」の聞き分けの困難さが生じる。子音の聞き取り不良は、まず数字の聞き間違いにはじまるので、レジなどでの店員とのやりとりは専ら画面表示データばかりに気を奪われ、買い物する楽しさの一つである店員とのやりとりは成立しなくなる。

このような減衰は 10dB 程度に抑えられているので、親密度の高いことばをえらび、ゆっくり話す、句読点をしっかり意識し、話し方にメリハリをつけるなどの工夫があれば、マスクやシールドが装用された状態でも会話上の齟齬は最小限に抑えることができるだろう。

<参考文献>

- 地方独立行政法人東京都立産業技術研究センター ユニバーサル・サウンドデザイン株式会社聴脳科学総合研究所「新型コロナによるマスク着用・アクリルパネル越しでのコミュニケーション下における『飛沫感染防止用具使用による音声の聞こえ難さ』に関する実験結果」

(<https://prtmes.jp/main/html/rd/p/000000008.000048892.html>)

Q.52 歯科では、診療室に入室後にマスクを外し、治療終了後にマスクを再装着する。この時の良いマスクの管理の方法はないか？

<回答>

患者に対しては、治療行為以外の時間は原則的にユニット着席時においてもマスクの装着をしてもらうことが、飛沫感染の予防につながる（密接での会話などへの対応）。病状の説明時にも、患者および術者のマスク着用が必要であり、可能な限り対面での会話を避ける。

マスクの着脱が多い場合は、着脱時に内面および外面ともに布の部分への接触を避け、ひもの部分だけに接触することに注意を払う必要がある。着脱が多く、布の部分に接触する機会が多い状況であれば、新しいマスクに交換することを推奨し、その際の手指消毒を励行する。

マスクハンガー（またはマスクスタンド）が市販されている。マスクのひもの部分だけを金属または樹脂の棒にかけるものであり、ユニット横またはユニットに設置することで、周りの環境を汚染することなく管理することができる。マスクハンガー自体はその素材に適合した薬剤にて使用毎に消毒することが必要である。また、食料の保存に用いられるファスナー付きのビニール袋や清潔なバットに入れて個別に保管するのも良い。

<参考文献>

- 一般社団法人日本歯科医学会連合「コロナ時代の新たな歯科システムを」  
([http://www.nsigr.or.jp/coronavirus\\_protect.html](http://www.nsigr.or.jp/coronavirus_protect.html))

Q. 53 歯科医院で起こった新型コロナウイルス感染の事例について知りたい。

<回答>

歯科医院での感染事例について、海外の2つの論文では「歯科医院においてクラスター発生や歯科医療従事者への感染について報告されていない」とされている。一方、国内においては、4月に全国で3件、高知県の歯科医院で歯科衛生士の感染、後に陽性者になった歯科医院に訪れた患者と特別な関係があり、治療後に長時間対面で会話をしたとのこと、滋賀県の歯科医院におけるクラスター発生、三重県の歯科医院における歯科医師の感染が報告されているが、感染経路についての報告はないため詳細は不明である。すなわち、いずれも歯科診療時の感染はないとしている。

公益社団法人日本歯科医師会の調査では、令和2年8月31日までの状況では歯科治療を通じての感染事例報告は無い。

<参考文献>

- 一般社団法人日本口腔衛生学会「新型コロナウイルス時代の口腔健康管理：課題と対応」  
([http://www.kokuhoken.or.jp/jsdh/file/news/news\\_200727\\_01.pdf](http://www.kokuhoken.or.jp/jsdh/file/news/news_200727_01.pdf))
- 公益社団法人日本歯科医師会「新たな感染症を踏まえた歯科診療の指針」  
(<https://www.jda.or.jp/dentist/anshin-mark/pdf/guideline.pdf>)

Q. 54 歯科診療所では口腔外バキュームの構造による違い（移動式、廃棄通路施設外へ廃棄）、患者の口元への距離、使用するアタッチメントの種類でどの程度の効果の違いがあるか？どのような使用法が効果的か？

<回答>

術者・補助者各々の位置で最適な除塵効果をもたらす口腔外バキュームの位置は異なるが、術者の位置では口腔外バキュームを横よりも縦方向に設置すると除塵率が高い。

また、口腔外バキュームのみでなく機械にウイルス粒子を除去可能なフィルターを使用することや、空気清浄機や、殺菌性紫外線など、複数の方法を組み合わせると効果が高い。

<詳細の解説>

AGPs（エアロゾルを発生させる処置）に対する感染予防策については、以前より報告がある。歯科治療時に、ラバーダムを使用することにより細菌の飛散が減少、超音波スケーラー使用時に、口腔外バキュームの使用により顕著に減少する、とされており、スタンダードプリコーションとしてサージカルマスクとアイプロテクターなどに加えて、治療前の洗口剤使用、治療中のラバーダム、口腔外バキュームの使用が推奨されている。さらに空気清浄機にウイルス粒子を除去可能なフィルターを使用することや、殺菌性紫外線（germicidal UV：GUV）によるウイルスの失活化など、複数の方法を組み合わせることにより、エアロゾル感染の可能性を減少させることができる。

回転切削器具を併用した抜歯処置の際、術野から 100cm の位置から血液で汚染されたエアロゾルが検出された。口腔内バキュームのみ使用した歯の切削後（窩洞形成および抜髄処置）に、患者の口腔レンサ球菌が術者のマスク・眼鏡、診療室の空気中から検出された一方で、口腔外バキュームを併用した場合の細菌の検出は約 9 割減少した。また、術者・補助者各々の位置で最適な除塵効果をもたらす口腔外バキュームの位置は異なるが、術者の位置では口腔外バキュームを患者及び術者の側面（下図 1）からよりも患者と術者の間または口腔に対して正対した位置（下図 2）に設置したほうが口腔内での切削時、技工操作時の除塵率が高かった。術者だけでなく補助者の個人用防護具（PPE）の使用、口腔外バキュームの使用、適切な空調設備の診療室への設置は、歯科医療従事者の粉塵曝露軽減対策としても重要である。



図1 口腔外バキュームを患者及び術者の側面から設置した場合

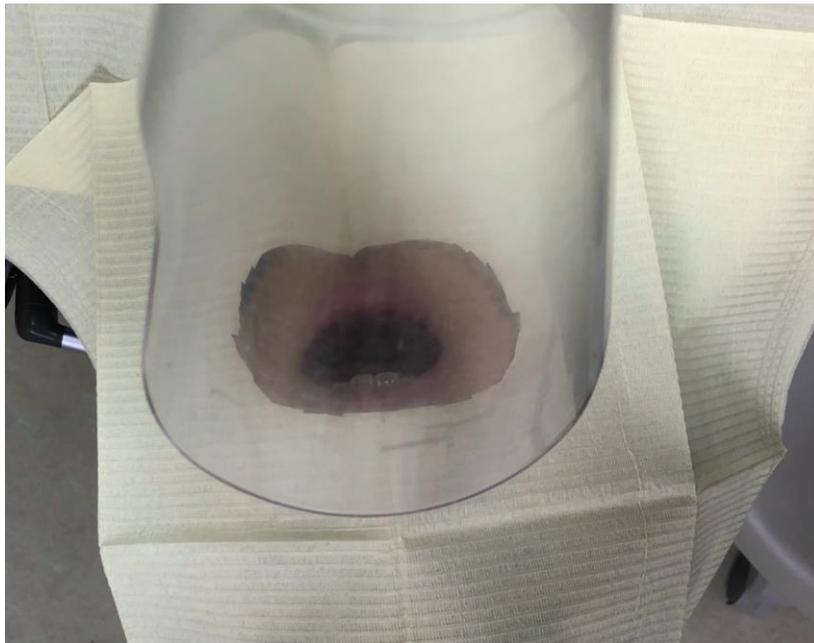


図2 口腔外バキュームを患者と術者の間または口腔に対して正対した位置に設置した場合

<参考文献>

- 一般社団法人日本口腔衛生学会「新型コロナウイルス時代の口腔健康管理：課題と対応」  
([http://www.kokuhoken.or.jp/jsdh/file/news/news\\_200727\\_01.pdf](http://www.kokuhoken.or.jp/jsdh/file/news/news_200727_01.pdf))
- 公益社団法人日本歯科医師会「新たな感染症を踏まえた歯科診療の指針」  
(<https://www.jda.or.jp/dentist/anshin-mark/pdf/guideline.pdf>)

Q. 55 患者のひざ掛けや顔を覆うタオルの使用を考えている。使用後の洗濯・乾燥に注意点はありますか？

<回答>

患者に使用したリネンは、通常の熱水洗浄（80℃、10分間）で問題ないので、特別な対応は不要である。

<詳細の解説>

● 患者の使用した食器やリネンについて

患者に使用した食器、リネンは、通常の熱水洗浄（80℃、10分間）で問題がないので、特別な対応は不要である。施設内においては、病室外に出してから洗浄するまでの間に複数の人の手を介する可能性がある場合にのみ配慮が必要である。水溶性ランドリーバッグやプラスチック袋に封入して搬送すれば、特別な洗浄やディスポーザブル化（使い捨てにすること）は不要である。

施設内のコインランドリーは、場所を共有するリスクを考えると使用しないことが望ましい。

<参考文献>

● 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 第3版」

([http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/COVID-19\\_taioguide3.pdf](http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/COVID-19_taioguide3.pdf))

Q.56 受付のカウンター、待合の椅子、ドアノブ、床などチェア以外の消毒についてどれくらいの頻度で、どのような方法で行うと新型コロナウイルス感染予防に効果的なのか。

<回答>

受付のカウンター、待合の椅子、ドアノブ、床については朝、夕方などの定期清掃と汚染時の清掃が望ましい。ドアノブなど患者が触れた部位および触れた可能性のある高頻度接触部に対しては、抗ウイルス作用のある消毒剤を含有させたクロスを用いての清掃が有効である。新型コロナウイルスは、エンベロープを有するためアルコールにより不活化する。また、環境消毒には次亜塩素酸ナトリウム水溶液も用いることができる。有効性を高めるためアルコールは60%以上、次亜塩素酸ナトリウム水溶液は0.05%の濃度が推奨されている。

<参考文献>

- 公益社団法人日本歯科医師会「新たな感染症を踏まえた歯科診療の指針」  
(<https://www.jda.or.jp/dentist/anshin-mark/pdf/guideline.pdf>)
- 一般社団法人日本歯科医学会連合「コロナ時代の新たな歯科システムを」  
([http://www.nsigr.or.jp/coronavirus\\_protect.html](http://www.nsigr.or.jp/coronavirus_protect.html))

Q. 57 歯科特有の技工物の感染予防についてどのようにすればよいか？

<回答>

アルジネート印象材はラバー系印象材よりも口腔内微生物が付着しやすく、アルジネート印象材では120秒以上、シリコーン印象材では30秒以上の水洗が推奨されている。アルジネート印象材に付着した微生物は、印象材から石膏模型に容易に伝播するので、石膏を注入する前に消毒することが勧められている。0.1～1.0%次亜塩素酸ナトリウム水溶液で15～30分、2～3.5%グルタラル（グルタルアルデヒド）溶液で30～60分浸漬する方法がある。

完成した技工物の消毒には、逆性石けんによる洗浄、次亜塩素酸系消毒薬への浸漬、エタノールによる清拭・噴霧、紫外線照射などの方法がある。

<参考文献>

- 一般社団法人日本歯科医学会連合「コロナ時代の新たな歯科システムを」  
([http://www.nsigr.or.jp/coronavirus\\_protect.html](http://www.nsigr.or.jp/coronavirus_protect.html))

## Q. 58 集団（学校）フッ化物洗口の実施に関する注意点などはあるか？

<回答>

洗口の実施、特に複数の対象者が洗口場で一斉に吐き出す方法を採用している場合：  
3密（密閉、密集、密接）を避けて、

- 集団で洗口場に行かない。
- 洗口場では間隔をおいて吐き出す。
- 窓を開けて洗口場の通気をよくしておく。

これまでの感染事由：

- 感染者から咳やくしゃみで散った飛沫を直接吸い込む。
- 飛沫が目に入る。
- 手指についたウイルスを介している。

実施者が確認する注意点：

- 対象者が口を閉じてブクブクうがいをしているか確認する。
- 吐き出す際のしぶきでエアロゾルが発生する可能性があるため、洗口液を吐き出させるときにはできるだけ低い位置でゆっくり吐き出すように指導する。
- 対象者が洗口液を吐き出すときには、できるだけ口元に近い位置で洗口液を紙コップの中に吐き出すようにすれば、飛沫の飛散の可能性がより少なくなる。
- さらに、吐き出された洗口液をティッシュペーパーに十分吸収させるために、そのティッシュペーパーを一枚多く用いることがあってもよい。
- この機会に紙コップの使用に切替え、使い捨てにすることを検討する。

集団洗口を実施しない場合は、家庭で行う方法について指導することも考える。

<参考文献>

- 一般社団法人日本口腔衛生学会「新型コロナウイルス緊急事態宣言下における集団フッ化物洗口の実施について」  
([http://www.kokuhoken.or.jp/jsdh/file/statement/statement\\_20200420.pdf](http://www.kokuhoken.or.jp/jsdh/file/statement/statement_20200420.pdf))

Q. 59 X線撮影および口腔内写真撮影について注意すべき点は？

<回答>

嘔吐反射の強い患者、喘息や呼吸器疾患がある患者など、咳やむせなどの飛沫が発生するリスクが高いと考えられる患者については、口内撮影法を避け、可能な場合は口外撮影法を検討することも必要と考える。口腔内写真撮影も同様であり、患者の身体状態に合わせて、撮影を延期することも考える。また、治療前後および撮影前後での薬剤による含嗽も推奨する。

新型コロナウイルスに感染している可能性のある患者について、胸部レントゲンや胸部 CT を撮影した場合、部屋の広さと換気の効率にもよるが、30分から60分はエアロゾル感染のリスクがあると考えて、この間、次の患者には使用しないことが望ましい。(歯科において口外撮影法であってもこれらの配慮が必要である。)

施設内感染のリスクも考慮し、レントゲン撮影の適応については慎重に判断する。適応を検討する具体的な状況としては、呼吸数の増加や経皮的酸素飽和度の低下などウイルス性肺炎の存在が疑われるとき、高齢者や基礎疾患を有する者など重症化のリスクがあり、早期の肺炎診断が求められるときが考えられる。

病院などでは、換気しやすい場所で消毒しやすいポータブルのレントゲンを使うことも管理上有効である。

<参考文献>

- 一般社団法人日本歯科医学会連合「コロナ時代の新たな歯科システムを」  
([http://www.nsigr.or.jp/coronavirus\\_protect.html](http://www.nsigr.or.jp/coronavirus_protect.html))
- 公益社団法人日本医師会「新型コロナウイルス感染症外来診療ガイド 第1版」  
([http://dl.med.or.jp/dl-med/kansen/novel\\_corona/shinryoguide\\_ver1.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/kansen/novel_corona/shinryoguide_ver1.pdf))

Q. 60 嚥下機能評価や嚥下訓練の中止の判断はどのようにされているか？また、実施のための工夫はどのようなものがあるか？

<回答>

嚥下機能評価や嚥下訓練ともに、医療従事者が患者に近接して行うものであり、患者の口腔粘膜および分泌物への接触や、飛沫への暴露を伴うものが多い。そのため、患者が訓練中にむせて飛沫を拡散し、エアロゾルを発生させる可能性もある。

さらに、医療従事者自身が無症候の感染者であって、的確な感染予防措置を行っていないと、近接して行う嚥下訓練を通じて患者を感染させるリスクもある。

以下、参考文献から抜粋する。

嚥下機能評価について：

新型コロナウイルス陰性症例や非流行地域では、適切な PPE を装着した上で、嚥下機能評価を実施する。新型コロナウイルス陽性患者や感染を疑う患者への嚥下機能評価は、エアロゾル発生の危険があるため推奨しない。

嚥下訓練について：

嚥下訓練は、地域の感染状況や患者側の状況を考慮し、PPE を適切に使用して、実施環境における感染対策を講じた上で行うことを原則とする。

なお、感染対策は、PPE の装着のみではなく、飛沫物がついている、または落下したと考えられる環境の清拭及び、医療者の眼・鼻・口に手からウイルスや細菌を付着させないために、手洗いを中心とした対応が基本である。

実施のための工夫：

例として、舌の筋力強化訓練を、医療従事者が患者の口腔内に手指を入れて行う場合と、患者から離れて患者自身が行えるように指導する場合とでは、感染のリスクは異なる。呼吸訓練においても、呼吸の方向（訓練者との位置関係、空間に向けるか、ディスプレイの管の中に向けるか）によっても異なる。よって、ここにすべての訓練法における感染リスクを詳細に定義することは困難である。

#### (1) 基礎訓練（間接訓練）

- ① 感染リスクが低いと考えられる訓練（口腔粘膜および分泌物との接触や飛沫への暴露がなく、エアロゾル発生リスクも低い訓練） 嚥下体操、頸部可動域訓練、粘膜や分泌物に触れない方法で行う口唇・舌・頬・顎の訓練、前舌保持嚥下、頭部挙上訓練（シャキア・エクササイズ）、電気刺激療法（Electrical stimulation therapy）など

- ② 標準予防策としての接触・飛沫対策が必要な訓練（口腔粘膜および分泌物との接触があり、飛沫への暴露の可能性もある訓練）患者の口腔内に訓練者の手指を入れて行う口唇・舌・頬・歯茎・顎等のマッサージ、ストレッチ、筋力強化訓練など
- ③ エアロゾルを発生させる可能性のある訓練（咳嗽などを誘発しうる訓練）のどのアイスマッサージ、K-point 刺激、チューブ嚥下訓練、バルーン法、氷を用いた訓練（氷なめ訓練）、音声訓練など。これらの訓練では、患者がむせて咳をすること等によりエアロゾルが発生する可能性があるが、本指針の総論で定義している「呼吸やせき、くしゃみ、発声といった日常行為により 生じるエアロゾルを超える大量のエアロゾルを発生する医療処置」である「エアロゾル発生手技（AGP）」とは区別する。接触・飛沫感染対策に加えて、訓練者の立ち位置の配慮、十分に換気を行うなど、エアロゾルを介した感染への対策も考慮する。
- ④ エアロゾル発生手技（AGP）となりうる訓練（強い呼気や咳の実施を目的とする訓練） 咳嗽訓練、ハフティングなど。回数や継続時間によってはエアロゾル発生手技（AGP）となりうる。継続時間や訓練者の立ち位置、スクリーン、換気頻度等により感染リスク低減を心がける。

(2) 摂食訓練（直接訓練） 摂食訓練（姿勢調整、代償的嚥下法等を含む）は、口腔・咽頭粘膜との接触や飛沫への暴露、エアロゾル発生リスクを伴う。摂食訓練における飛沫飛散やエアロゾル発生に留意する。

(3) 感染リスク軽減のための推奨 嚥下訓練時の感染リスクを抑えるために、以下の対策も併せて行うことを推奨する。

- 患者に対して咳エチケットを指導する。
- 患者の手指消毒の技術を向上させる。
- 嚥下訓練を行う部屋は常時換気をする。
- 訓練を行う室内環境や使用する用具の消毒を徹底する。
- 医療者と患者との距離を可能な限り保つ。患者の横や斜め後ろから指導する。
- フィードバックには鏡やタブレット端末での利用なども工夫する。
- 医療者の直接介入を必要とせず、患者自身が行える自主トレーニングを積極的に取り入れる。
- 患者にモデルを示す場合、医療者はマスクをはずさず、絵や動画等を用いて示す。
- ワンセッションの訓練を短時間で終える。
- エアロゾル発生リスクの高い訓練を最後に行う。
- 透明パーティション等の利用

<参考文献>

- 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>)

Q. 61 スタッフルーム内のパーティション設備などスタッフ間で濃厚接触者になる危険を避けるための工夫はあるか？

<回答>

スタッフルームに限らず、会議開催時の感染予防対策について、新型コロナウイルス感染症対策本部の指針に従い感染予防対策の徹底を図る。

- 健康状態確認の徹底

発熱等の風邪の症状がある場合は、会議に出席しないよう徹底する。

- マスクの着用

主席者の人数に限らず、会議中はマスクを着用する。

- 手指消毒液の配置

会場には手指消毒液を置き、会議の開始、終了時に手指の消毒をする。

- 換気の徹底

会議中は、窓を開け、外気を取り入れる。

- レイアウトの工夫

出席者同士が接近しないようなレイアウトにする。また、対面になる場合は、できる限り2メートル以上間隔を空ける。

- 時間の短縮

効率よく会議を進行し、長い時間、会議室にとどまらないようにする。事前に資料を配布するなど会議時に資料の確認を行わない工夫をし、必要最低限の話し合いに留める。

- 会議実施場所の検討

換気能力のある部屋であるかを確認する。収容人数などを検討する。

<参考文献>

- 首相官邸「新型コロナウイルス感染症対策本部」

([http://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel\\_coronavirus/taisaku\\_honbu.html](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/taisaku_honbu.html))

Q. 62 リハビリ実施の入院患者と外来患者のゾーニング（空間を分ける、または時間を分ける）の必要性はあるか？

<回答>

リハビリを実施する際の入院患者と外来患者のゾーニングは必ずしも必要ではない。このようなゾーニングはそもそも一方の集団が低リスクで、他方が高リスクである場合に有効となるが、入院患者と外来患者にリスクの差がどれほどあるのかは不明である。

また、医療機関の規模にもよるが、現実的に空間的、時間的分離が難しい医療機関も多い。無理にゾーニングを導入することで対応できる患者数が減少すれば、本来必要な患者にリハビリが実施できないことになり本末転倒である。

ただし、スタッフもしくはリハビリ患者に陽性者が出た際の濃厚接触者の把握を容易にするための手段として、グルーピングを行うことは考慮してもよい。

Q. 63 グループでのリハビリを継続するための工夫はあるか。また、これに代わる有効なリハビリの方法はあるか？

<回答>

(1) リハビリそのものの工夫

- 発声するような体操は中止する。
- 司会者の発言も最小限に留め、体操など映像や音声録画できるものは積極的に活用し、患者と直接接する機会を減らす。
- 人数制限を設け、実施する部屋を分ける。
- 道具の併用は避け、個別に使用できるよう必要な数を用意する。

(2) 対面式のリハビリを行わない代替方法

- タブレットを活用して離れていても相手の顔がわかるような工夫をする。

#### Q.64 リハビリにおける入院担当者の病棟間の移動制限（病棟間交差）について

<回答>

リハビリ担当者を病棟ごとに固定して移動制限をするという方法も、Q.62 と同様に必須の対応ではない。この対応の意図するところは、ある病棟で新型コロナウイルス感染症患者が出た場合リハビリ担当者を介して他の病棟に感染が拡大するのを防ぐというものだと考えられる。医師や清掃業者など他職種でも病棟間をまたいで仕事をしている職員はおり、リハビリ担当者だけ移動制限を行っても効果は限定的である。

新型コロナウイルス感染症の受入病棟を持つ医療機関で、新型コロナウイルス感染症患者のリハビリを行っている場合には、一般病棟の担当と分けてリスク減少を図ることも考慮される。また、スタッフもしくはリハビリ患者に陽性者が出た際の濃厚接触者の把握を容易にするための手段としては、病棟間交差の分離を実施することも一つの方法である。

Q. 87 【2021. 03. 01 追加】 石けん、消毒用アルコールがない場合、流水で何分くらい手を洗えば、コロナウイルスをある程度流すことができるか？

<回答>

擦式手指消毒薬も石けんも手に入らない環境では、効果的な手指衛生を行うことは難しい。通常の流水を用いた手洗いでは石けんを使用して 20 秒以上手洗いを行った効果を評価しており、流水だけの手指衛生と比較して明らかに微生物を落とす効果が高いことが言われている。これは石けんの界面活性物質が効率的に油脂成分と一緒に微生物を浮かせて洗い流すためである。

また界面活性剤は新型コロナウイルスの消毒に有効であることも報告されている。

ただし、世界的にみると石けんも擦式手指消毒薬も手に入らないという状況は十分にあり得ることであり、CDC のホームページ手指衛生の FAQ では、「石けんはないが水はある状況での手指衛生は、石けんを使用したほどは効果的ではないものの、水の中でしっかりと手をこすり合わせることである程度の表面の病原体は落とすことができる」と記載されている。

これはあくまで限定的な環境下での消極的な推奨であり、石けんを用いた手洗いの代用となるものではないことには注意が必要である。

<参考文献>

- Centers for Disease Control and Prevention 「Frequent Questions About Hand Hygiene」  
(<https://www.cdc.gov/handwashing/faqs.html>)

## ◆ 陽性者が出た場合の対応

Q. 65 医師、看護師数の絶対数が少ないため実際陽性患者が生じた場合の、感染症関連以外の診療体制を維持する工夫はどういったものがあるか？

<回答>

質問の内容を「貴医療機関において陽性患者が認められた場合」として、回答させていただく（貴施設の医師や医療従事者が陽性となった場合ではなく）。

この場合には、陽性患者に対応していた医療従事者は、通常の感染対策（施設の動線分離や職員の感染防御など）をきっちりと実施していれば、「濃厚接触者」となることはない。したがって、通常の診療体制への影響はあるが、影響を最小限とすることは可能であり、また、最小限とする（施設内クラスター発生につながらない）対策を十分にとっておく必要がある。

一方で、医療従事者の感染がないとしても、「新型コロナウイルス感染陽性患者を受け入れる」には、通常の患者受け入れよりも、人的資源や物的資源および対応の時間など、あらゆる面において、負荷がかかる。

この点を考慮に入れて、各医療機関の地域における役割等を踏まえて、自施設における「陽性患者発生時のシミュレーション」を行っておくことが必要である。

さらに、自施設のみでの対応という発想ではなく、同地域内の他の医療機関との「新型コロナウイルス感染症感染者発生時の相互協力連携体制」について、協議しておく必要がある。その場合には、医療機関同士での協議とともに特に都道府県（地域保健所等）との情報共有や協議を行っておくことが必要であると考えられる。

なお、自施設の職員が感染した場合には、参考文献をご確認いただきたい。

<参考文献>

- 厚生労働省「医療機関における新型コロナウイルス感染症発生に備えた体制整備及び発生時の初期対応について」

(<https://www.mhlw.go.jp/content/000627464.pdf>)

## Q.66 職員の自宅待機基準をどのようにすればよいか？

<回答>

スタッフ本人が自宅待機を考慮する場面には、主に次の3つが想定できる。

- (1) スタッフ本人が感染者
- (2) スタッフ本人が感染症状 (37.5℃以上の発熱、疑わしい症状)
- (3) スタッフ本人が濃厚接触者

これら以外にも自宅待機を考慮すべきケースはあり得るが、おおむねこれら3つの項目をベースに、医療機関の特性に配慮して、自宅待機の基準を設定するのが良い。

- (1) スタッフ本人が感染者

医師の判断 (バイタル、重症度評価) 及び都道府県の基準で入院、ホテル、自宅待機を行う。

- (2) スタッフ本人が感染症状 (37.5℃以上の発熱、疑わしい症状)

自宅待機とすべきである。感冒症状の有無や全身状態を経時的に把握し、報告してもらう。自宅療養における手引き (新型コロナ受診相談センターに問い合わせる基準あるいは復職を検討する基準など) なども併せて策定しておく。

- (3) スタッフ本人が濃厚接触

自宅待機とすべきである。PCR検査で陰性が確認され、症状もなく、濃厚接触から一定期間が経過すれば復職は可能である。

※その他のケースとしてスタッフが濃厚接触者の濃厚接触者 (同居者が濃厚接触者) の場合は、自宅待機を一律に求めるものではない。病院、診療所などの職場の規定に従う。

\*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4版)」P.19 表3-2「濃厚接触者の定義」

(<https://www.mhlw.go.jp/content/000702064.pdf>)

\*2 公益社団法人日本医師会「新型コロナウイルス感染症外来診療ガイド (第2版)」P.17 「E 家庭内における感染予防の指導」

(<https://www.covid19-jma-medical-expert-meeting.jp/topic/181>)

\*3 公益社団法人日本医師会「新型コロナウイルス感染症外来診療ガイド (第2版)」(URLは上記と同じ) 及び一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会「新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 診療所・病院のプライマリ・ケア初期診療の手引き (Version3.0)」

(<https://www.pc-covid19.jp/files/guidance/guidance-3.0.pdf>)

Q.67 中山間・離島地域では医師を含めスタッフ数が十分とは言えない中で、陽性患者発生時の対応をどのようにすればよいか？

<回答>

以下のような3点が基本的な対応として求められると考えられる。

- (1) 陽性患者発生（自施設に受診、入院等）の場合にも、医師を含めた医療職員に感染が拡大しないような感染防止策を日頃から徹底しておくこと
- (2) 陽性患者発生時は、「新型コロナウイルス感染症発生に備えた体制整備及び発生時の初期対応」<sup>\*1</sup>のチェックリストを利用して、適切な対応を院長のリーダーシップの下で、迅速に行うこと
- (3) 地域の特性や他医療機関の状況にもよるが、自施設のみでの対応が困難という場合の地域内での連携等について、都道府県や自治体を交えて、事前に協議しておくこと

(1)については、仮に陽性患者が発生しても、医療機関として適切な感染対策を講じていれば、職員は、「濃厚接触者<sup>\*2</sup>に該当しない」ことになる場合が多い。職員が濃厚接触者に該当しなければ、人員が減少することは少なくとも防ぐことができる。スタッフ数が十分でない状況であればこそ、院内感染対策防止を徹底することが必要になると考えられる。

\*1 厚生労働省「医療機関における新型コロナウイルス感染症発生に備えた体制整備及び発生時の初期対応について（助言）」

(<https://www.mhlw.go.jp/content/000627464.pdf>)

\*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4版）」P.19 表3-2「濃厚接触者の定義」参照

(<https://www.mhlw.go.jp/content/000702064.pdf>)

Q. 68 職員が感染した場合の診療体制維持の工夫にはどのようなことがあるか？

<回答>

職員の感染が確認された場合には、診療の継続が可能かどうかの判断を、まず行う必要がある。

職員に感染者が出た場合には、その施設の感染対策にもよるが、濃厚接触者が職場内で発生している可能性が高い。その場合、複数の職員が PCR 検査の対象になる、あるいは一定期間の経過観察が必要になることが想定され、診療体制の縮小や休止を余儀なくされる可能性が高い。これを踏まえて、前提として、職員の感染防止及び職場内での感染拡大防止策を徹底しておくことが必要である。

また、そうすることで、仮に職員に感染者が発生しても、濃厚接触者を最小限に抑えることができ、診療体制が維持できる可能性が出てくると考えられる。

以上より、本質問に対する回答としては、「職員に感染者が出た後に行う対策（工夫）以上に、感染者が出た場合にも感染が拡大しないような事前対策を十分行っておくことが必要な対策（工夫）である」ということになると考えられる。

診療の継続が可能かどうかについては Q.39 の自主休診についての項目を参照いただきたい。

参考文献の資料はチェックリスト形式になっており、これに沿って診療継続が可能かを判断することができる。また診療継続が可能と判断する場合にどのような対策（工夫）が必要かについても記載されているため確認いただきたい。

<参考文献>

厚生労働省「医療機関における新型コロナウイルス感染症発生に備えた体制整備及び発生時の初期対応について（助言）」

(<https://www.mhlw.go.jp/content/000627464.pdf>)

Q. 69 島内唯一の診療所のため、感染者発生時に入院施設がなく、移動の間の重症化の危険をどの程度であると見積もればよいか？

<回答>

一般論として、新型コロナウイルス感染症重症化のリスク因子とされているのは、65歳以上の高齢者と基礎疾患を有することである。重症化のリスクとなる基礎疾患には、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧、心血管疾患、肥満がある。また、妊婦や喫煙歴、生物学的製剤の使用も、重症化しやすいかどうかは明らかでないものの、注意が必要とされている。血液検査所見では、リンパ球数の低下、CRP、フェリチン、Dダイマー、LDH、KL-6の上昇は重症化あるいは予後不良因子とする報告がある。

このような重症化のリスク因子として報告されているものは、これまでの世界各国の症例のデータを集積して得られた現在までの知見であり、これらの因子がなければ重症化しないというものではない。国内の新型コロナウイルス感染症年齢別死亡率を見ると、50代以下は1%以下であるのに対して、60代は3.5%、70代以上は10%以上と明確に死亡率が上がっており、高齢が明らかなリスク因子であることに疑問の余地はない。

新型コロナウイルス感染症と診断された患者の搬送中の急変リスクを予測することは現時点（2020年12月8日）では困難であるが、患者が65歳以上の高齢者で発症後10日以内である場合は、重症化リスクの高い患者であるということを認識した上で搬送の是非を検討する必要がある。

<参考文献>

- 厚生労働省「新型コロナウイルス感染症 診療の手引き（第4版）」P.19 表3-2「濃厚接触者の定義」

(<https://www.mhlw.go.jp/content/000702064.pdf>)

## ◆ 地域啓発の仕方

Q.70 地域住民に対する健康啓発イベント（施設内講座や地域への講師派遣など）を再開したい。その基準や、再開する上での工夫にはどのようなことがあるか？

<回答>

イベントの再開は、感染状況が落ち着いてから改めて検討すべきである。原則として、感染が拡大している時期には多くの参加者が一堂に会するイベントの開催を見合わせるべきである。多くの住民は感染を懸念して、イベントへの参加を控えるであろう。あるいは、可能であればWEBを用いたイベントを検討するとよい。

Q. 71 診療所では十分な感染予防対策をとっているが、風評などに対して、医療従事者の精神的なケアやモチベーションの維持をどのようにするとよいか？

<回答>

診療所において、特に管理者は、今回の新型コロナウイルス感染症に対応する医療従事者に対応する職員のサポートを積極的に行う必要がある。サポートをしていくために、まず以下の2点を確認する必要があると考えられる。

- 未知の感染症がもたらす影響についての理解<sup>\*1\*2</sup>  
未知の感染症である新型コロナウイルス感染症は、(1) 生物学的感染症としての側面のみでなく、(2) 心理的影響(不安や恐怖)、(3) 社会的影響(嫌悪・差別・偏見)の3つの側面があることを理解する必要がある。
- こころの健康を維持するために必要な4要素<sup>\*2</sup>
  - 職務遂行基盤(スキル、知識、安全): 職務を安定的にこなしていけるという感覚が、自己効力感や仕事のやりがいを支える基盤になる。まず、職員の身体的安全の確保や職務遂行に必要な技能の補強及び安全整備を行うことが必要。
  - 個人のセルフケア: ストレスマネジメント能力を個人として身に付け、実践してもらう必要がある。セルフチェックシートの活用なども積極的に検討する。
  - 周囲からのサポート: 家族や同僚からのサポートにより、精神的な状況は大きく変化する。特に新型コロナウイルス感染症対応については、周囲からのサポートが得られにくい状況があるため、孤立しないようなサポート体制が必要。
  - 組織からのサポート: 個人のセルフケアや周囲からのサポートだけでは限界がある。組織からのサポートや、状況によっては、組織外及び社会からのサポートが、必要であり、それが、職員のモチベーション維持につながる。

下記参考文献には、上記の基本的な考え方及びそれぞれの実際などについても詳しく説明がある。セルフケアのチェックシートなどの例もあるため、それぞれの医療機関において、既存の職員に対するストレス対策を基本として、取り入れていくことも検討する必要があると考える。

\*1 公益社団法人日本看護協会「新型コロナウイルス禍における 看護職へのメンタルヘルス・ケア」

([https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid\\_19/document/pdf/mentalhealth\\_care\\_incovid.pdf](https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid_19/document/pdf/mentalhealth_care_incovid.pdf))

\*2 日本赤十字社「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に対応する職員のためのサポートガ

イド」

([http://www.jrc.or.jp/activity/saigai/news/200330\\_006139.html](http://www.jrc.or.jp/activity/saigai/news/200330_006139.html))

<参考文献>

- 東京大学医学部附属病院精神神経科「新型コロナウイルス感染症に関連したこころのケアについて」

(<http://npsy.umin.jp/covid-19/>)

- トラウマティック・ストレス研究センター (Center for the Study of Traumatic Stress : 米国) 作成 COVID-19 関連のメンタルヘルス・マニュアル 日本語版、専門家向け全6編 (重村淳 監訳・監修)

([https://www.cstsonline.org/covid-19/covid-19-fact-sheets-in-other-languages/japanese?fbclid=IwAR1KWuh500e9p43X6d8\\_u7sL-NS9xT5o40wFSu7qn1CRrzzxZ6rmKHAJTR-E](https://www.cstsonline.org/covid-19/covid-19-fact-sheets-in-other-languages/japanese?fbclid=IwAR1KWuh500e9p43X6d8_u7sL-NS9xT5o40wFSu7qn1CRrzzxZ6rmKHAJTR-E))

Q.72 新型コロナウイルス感染拡大予防体制（かかり方なども含めて）について住民の方々への周知に関しての工夫はどのようなことがあるか？

<回答>

感染拡大防止（予防）という観点からは、以下の2点に分けて考える。

(1) 医療機関（病院・診療所等）を受診する方への周知

既に各種団体（医師会や学会など）が、組織として、医療機関への受診の方法等について基本的な考え方やその対応を様々な媒体から広報しているが、各医療機関においても、そのような基本的な対応を踏まえて、それぞれの状況に応じて、変更や修正を加えて周知する必要がある。また、周知の方法としては、施設内外の掲示やリーフレットなどの作成を行うことや、所属団体や地域の行政を通じた広報を積極的に行う必要がある。

(2) 広く地域住民への周知

住民への周知としては、周知する内容を吟味し、そのポイントを理解しやすいような表現としてまとめることが大切になる。また、周知する方法も、紙媒体、動画配信等、様々な方法を用いることが必要である。いずれも、行政や町内会や地域のまちづくり協議会など、多くの住民への周知が可能である組織との協力を必要とし、周知内容や方法についても、それらの団体等と十分協議をして、理解を得る必要がある。

周知する内容としては、①新型コロナウイルス感染症の生物学的感染症としての基本、②現時点での新型コロナウイルス感染症の（その地域での）診療体制（＝受診の仕方）等について、③新型コロナウイルス感染者への差別偏見などを無くすことの3点はその基本となる。

<参考文献>

- 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療所・病院のプライマリ・ケア初期診療の手引き（Version3.0）」  
(<https://www.pc-covid19.jp/files/guidance/guidance-3.0.pdf>)

### Q.73 嘱託医が施設の感染対策へどのように関わっていくとよいか？

<回答>

嘱託医（配置医師）の職務として、高齢者等施設との契約内容により（１）医療的支援、（２）健康管理、（３）定期健康診断・予防接種の対応などが挙げられる。施設の感染対策は医療的支援の一つとして実施され、専門的知識が必要とされるため嘱託医が先頭に立って行っていくべき対策である。嘱託されている施設からクラスターが発生した場合は、関わり方の少なさによっては監督責任を問われる可能性もあり、積極的な関与が必要とされる。

嘱託医の場合は、主となる勤務医療機関がある場合が多いと考えられるが、その医療機関で行っている感染対策にも積極的に関わることで、嘱託されている施設へのフィードバックがより円滑に実施できるようになる。医療職の配置など、医療機関とは異なる施設特有の問題も出てくるため、その対応も嘱託医は併せて行う必要がある。施設特有の問題は、現実的にはすぐには解決が困難なものも多いが、公益社団法人全国老人福祉施設協議会のWEBサイト<sup>\*1</sup>等も参考にしながら、解決策を探っていきたい。

施設職員が現場で非常に困っていることは、疑問点や改善方法を相談する人がいないということである。手探りの中で感染対策を実施している施設職員にとって、嘱託医がいつでも相談に乗れる体制をとるだけでも、実際の解決策は難しかったとしても大きな支えになると思われる。

\*1 公益社団法人全国老人福祉施設協議会「新型コロナウイルス感染症対策情報2（Q&A）」  
(<https://www.roushikyo.or.jp/?p=we-page-single-entry&type=contents&spot=319368>)

Q.74 地域の介護予防教室や国保事業の栄養指導等も中止となっており、フレイル・糖尿病患者等の生活指導に介入できていない状況が継続されるが、その対応にどのような工夫があるか？

<回答>

新型コロナウイルス感染対策による特に高齢者への介護サービスの縮小等は、以下の2点への影響が最も懸念される。

- (1) ADL低下とフレイル状態の発生
- (2) 孤立化

これらについては、基本的に、地域の感染拡大状況を踏まえて、その中止や縮小についての妥当性を常に検討することがまず大切である。感染対策を講じた上で、感染リスクをできる限り低減して開催できないかという検討を、利用者による条件の違いも考慮の上、検討することが求められる。

その上で、開催が難しいと判断される場合には、(1)に対しては、自宅内あるいは自宅周辺での身体活動を進めることや、バランスの取れた食事内容、口腔内衛生の啓蒙、睡眠時間の確保などの情報提供を行うことが考えられる。(2)に対しては、電話やインターネットを利用した交流を積極的に試みることや、サービス担当者が協働して高齢者の状況の確認を行うことが考えられる。

<参考文献>

- 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会「訪問・通所系サービス従事者のための新型コロナウイルス感染症対応の手引き」  
([https://www.pc-covid19.jp/files/guidance/homevisit\\_guidance\\_1.3.pdf](https://www.pc-covid19.jp/files/guidance/homevisit_guidance_1.3.pdf))

Q.75 地域の歯科保健指導継続あるいはそれを代替するためにはどういった工夫があるか？

<回答>

継続する場合：

集合人数と集合場所の大きさに配慮し、換気、マスク着用、手指消毒、検温および問診（感染地への往来や体調）を行う。集合人数の制限の工夫として、複数日に分けて行う。

集団で実施する場合、新型コロナウイルス感染拡大の状況に応じ、各自治体、教育委員会及び学校や施設等と協議した上で、各種健診、保健指導等の実施の延期を検討する。

さらに、集団ではなく個別歯科保健指導の実施については、同じく各自治体等との連携に基づき、三つの密（密閉空間・密集場所・密接場面）が生じうる環境かどうかの観点で実施の可否を判断する。加えて、歯科保健指導の延期等により受診できない者に対しては、必要に応じ、別の機会を設ける等の対応にあたる。

また実施にあたっては、マスク、フェイスシールドかゴーグル、手袋を着用することのほか、健診・指導器具として使い捨ての歯科用ミラーを利用すること、また幼児の健診では、頭部を術者の膝に乗せる際に使用するバスタオル等はペーパータオル等に変更することが望ましいことから、器材や衛生用品の配備をふくめ、各自治体及び教育委員会等と地域歯科医師会等が協議した上で、感染リスクを可及的に軽減し、安心安全な歯科健診の実施に努める。

健診時の留意点

- 事前に健診対象者の体調チェックを徹底し、必要な対応を求める。
- 手指消毒等を徹底する。
- 可能な限り、三つの密（密閉空間・密集場所・密接場面）を回避する。
- 手袋を着用し、一人一人交換することが必須である。
- マスク及びフェイスシールドかゴーグルを着用する。
- 特に三つの密が回避できない環境においては、防護衣を着用することが望ましい。

代替する場合：

ブラッシング指導やフッ素塗布など現場での飛沫拡散が予想される行為については控える。

代替の場合、パンフレット郵送、電話、ビデオ通話および個別訪問での保健指導を行う。

<参考文献>

- 公益社団法人日本歯科医師会「新たな感染症を踏まえた歯科診療の指針」  
(<https://www.jda.or.jp/dentist/anshin-mark/pdf/guideline.pdf>)
- 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 第3版」  
([http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/COVID-19\\_taioguide3.pdf](http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/COVID-19_taioguide3.pdf))
- 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療所・病院のプライマリ・ケア初期診療の手引き（Version3.0）」  
(<https://www.pc-covid19.jp/files/guidance/guidance-3.0.pdf>)

Q.76 患者自身が勝手に薬の量を減らして薬を長持ちさせたり、薬を自己中断したりしておりどのような啓発を行ったらよいか？

<回答>

基本的には、「処方された薬剤（治療）については、患者と医師（医療者）の合意の上で、双方が納得して行われている」と理解でき、「患者の自己判断による内服の量やその方法の変更等」は行ってはいけないということで対応することが必要である。

しかしながら、質問のような状態が確認された場合には、下記の3段階での対応が必要である。

- (1) 患者がそのようなことを行った理由を、患者の立場に立って、患者を責めることなく、確認すること。
- (2) 上記(1)の理由が、医療者として受け入れられる理由かどうかの判断を冷静に行うこと。
- (3) その理由と受け入れ可能かどうかを踏まえたうえで、現処方の継続が妥当かあるいは可能な範囲で処方の変更も検討するかを確認すること。

また、特に慢性疾患を抱える高齢者などで、以前から polypharmacy が課題ととらえられていた患者等については、自己判断による減薬等を行った結果としても、医学的に処方を減らすことが可能であると判断される場合には、これをきっかけに、処方の見直しを行うことも考えられる。

このように「患者にとって真に必要な投薬内容かどうか」の再評価を、医師として行った上で、再度、患者自身に下記のことを伝えることが望ましいと考えられる。

- 治療や処方内容は、患者と医師の合意の下に行われている約束事項であること。
- 治療の内容の変更は、自己判断で行うことは危険であり、勝手に行わないこと。
- 治療の内容の変更を希望する場合は、受診できなくとも、電話等で相談をしてほしいこと。
- 自身の治療法や投薬に関して疑問などがあれば、遠慮なく相談してよいこと。

また、受診控えなどの背景もあることから、このような患者向けのお願いを、「新型コロナウイルス感染症が心配で受診を控えたい方へ」といったリーフレット作成などを検討し、受診の方法や投薬に関する事など、患者に知っていただきたい情報をまとめて配布するなどして、改めて周知することも考えられる。

Q. 77 待合室への患者の密集を避けるために厳密な診療予約時間を設定したい。しかし、高齢患者が多いこともあり、その趣旨を適切に理解してもらえるか不安を覚えている。何か工夫することはあるか。(例えば、早朝から医療機関の玄関前に並ぶ高齢者への説明はどのようにすべきか?)

<回答>

まず、大前提として「医師が設定された時間を厳守する」ことが重要である。日々の外来診療において、予約時間は「あってないようなもの」と言っても過言ではなかろう。突然に急を要する初診患者が来院すれば、予約時間が大幅に遅延することもある。

待合室への患者の密集を避けるためには、時間を厳守して診療を行う以外に、通院に使用した自動車内で待機してもらおうといった対策も一案である。受診時間が来たら呼び出しにかかるスマートフォンのアプリなどがあれば便利ではあるが、これについては各医療機関の状況に応じて検討する。

受診患者に高齢者が多い場合であっても、例えば医療機関の玄関や受付窓口にポスター・貼り紙を掲示するなど、わかりやすく注意喚起をする必要があるだろう。

## ◆ その他

Q.78 新たに設置した部屋や検査室を将来的にどのように活用していくとよいか？

<回答>

新型コロナウイルス感染に対応する施設について、現時点（2020年12月18日）では、各医療機関において、（1）当面の対応として仮の診察室や検査室を整備（プレハブ等）、もしくは（2）施設改修や増築をおこない、比較的長く利用できるように整備の2つの方法で対応されていると考えられる。

今回の新型コロナウイルス感染症に対する施設整備は、その整備内容にもよるが、（1）新型コロナウイルス感染症のみならずいわゆる感染症全般についての対応が可能になっている、かつ、（2）飛沫・接触（・空気）感染対策への対応が可能となっていると考えられ、新型コロナウイルス感染症の終息後も、その役目を終えるというよりも、今後の感染症対策として継続利用する必要があるものと考えられる。

Q. 79 オンライン診療導入に際し、調剤薬局が近くにない場合どのような対応があるか？

<回答>

オンライン診療は、インターネット環境や利用者（患者）の状況（通信機器の利用に慣れていないなど）に大きく影響されるが、遠隔地、住民の移動手段が乏しい場合に有効なこともあるので導入の検討を検討してもよいかもしれない。

質問の調剤薬局が医療機関の近くにない場合の対応については、現時点（2020年12月19日）では、解決策が難しい。しかし、現在オンライン服薬指導が認められており、地域の薬剤師会と協議し体制作りにあたってもよい。

Q.80 オンライン診療導入に際し、高齢者が多くインターネット活用が困難な場合、どのような工夫があるか？

<回答>

現在、日本においては、2つのオンライン診療が認められている。一つは、「平時のオンライン診療・電話再診」であり、もう一つは、新型コロナウイルス感染症の感染に伴う「時限措置のオンライン診療」である。

高齢者においては、質問のようにネット環境や通信機器への対応など、オンライン診療における課題が解決できないあるいはできていない場合は多いと考えられ、いわゆる「ビデオ通話によるオンライン診療」は難しいことが多い。

一方で、上記2つのオンライン診療においては、電話を利用した診療も認められており、電話を利用したオンライン診療を試みることも一つである。また、その場合にも、同時に同居家族と状況を確認するなど、患者本人のみでなく、高齢者の状態に合わせた支援の体制についても併せて検討しておく必要がある。

オンライン診療を行う場合に、現在認められている2つのオンライン診療において、その保険上の違いや実施する場合の条件の違いなどがあるため、その点を事前に確認しておくことが必要である。(下記参考文献参照)

<参考文献>

- 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会「新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 診療所・病院のプライマリ・ケア初期診療の手引き (Version3.0)」  
(<https://www.pc-covid19.jp/files/guidance/guidance-3.0.pdf>)
- 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会「プライマリ・ケアにおけるオンライン診療ガイド (Version1.0)」  
([https://www.pc-covid19.jp/files/guidance/online\\_guidance-1-1.pdf](https://www.pc-covid19.jp/files/guidance/online_guidance-1-1.pdf))
- 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」  
(<https://www.mhlw.go.jp/content/000620995.pdf>)

Q.81 オンライン診療やWEB会議、在宅勤務（事務職員など）の導入に関する工夫はどのようなものがあるか？

<回答>

オンライン診療、WEB会議、在宅勤務（テレワーク）の導入に際しては、まず、共通して以下の点を整備・確認する。

- インターネット環境の確認と整備

職場内における環境整備を行うとともに、患者や職員個人のインターネット環境の確認も必要となる。

- インターネットやPC等の機器利用における研修会などの実施

この分野における医療機関職員や患者などの経験・知識にはばらつきがあるため、利用に際しては、スムーズな施行を行うため、それぞれに合わせた研修会や情報提供及び開始に際しての施行（オンラインテストなど）を行う必要がある。

以上の2点を行った上で、それぞれの対応について参考文献に記載されている内容をまとめたものが下記である。

- オンライン診療について

厚生労働省は、新型コロナウイルスへの対応を踏まえて、これまで認められてきた慢性疾患の定期診療に加えて、初診からのオンライン診療を特例的に認める方針としている。<sup>\*1\*2</sup>

今回、認可されているオンライン診療では、対象疾患としての制限はなく、その手段としても、電話またはビデオ通話のいずれかで可能となっている。<sup>\*3\*4</sup>

- WEB会議・在宅勤務（テレワーク）について

自宅などにおけるテレワークについては、それに必要なPCやPC関連機器の貸し出しや取得に際しての助言や補助なども検討が必要である。その上で、労務管理という視点から、厚労省が発行しているガイドラインを参照するとよい。<sup>\*5</sup>

<参考文献>

\*1 厚生労働省「医療機関が電話やオンラインによる診療を行う場合の手順と留意事項」

(<https://www.mhlw.go.jp/content/000624983.pdf>)

\*2 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」

(<https://www.mhlw.go.jp/content/000621247.pdf>)

\*3 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療所・

病院のプライマリ・ケア初期診療の手引き (Version3.0)』

(<https://www.pc-covid19.jp/files/guidance/guidance-3.0.pdf>)

\*4 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会「プライマリ・ケアにおけるオンライン診療ガイド (Version.1.0)』

([https://www.pc-covid19.jp/files/guidance/online\\_guidance-1-1.pdf](https://www.pc-covid19.jp/files/guidance/online_guidance-1-1.pdf))

\*5 厚生労働省「テレワークにおける適切な労務管理のためのガイドライン」

(<https://www.mhlw.go.jp/content/000553510.pdf>)

## Q.82 研修医の地域医療実習受け入れの工夫にはどのようなことがあるか？

### <回答>

研修医（及び医学生）の地域医療実習の受け入れについては、以下の点を確認することが必要と考えられる。

- (1) 研修（及び実習）管理を行う医療機関の新型コロナウイルス感染症対策を確認すること。
- (2) 受け入れ側としての対応策を事前に決めておくこと。

(1)については、各医療機関が基本的な対策を立てており、また、感染状況により、それぞれ対応策をわかりやすく示している場合が多い。提携している医療機関の対策について、可能であれば文書で取り寄せるなどをして、確認しておくことが望ましい。また、一方で、自施設の（外部からの研修の受け入れ等に伴う）感染対策について、まとめておくことが必要である。例えば、受け入れ日から遡って、2週間の行動についての確認や体調管理の状態等を事前に把握しておくことや研修・実習中の健康状態の確認（チェックリストの作成等）、その間の行動の留意点等である。

研修・実習中については、基本的に受け入れている自施設の職員と同様の感染対策をお願いすることが望ましい。その上、上記(1)に示されているような研修管理を行う医療機関の対策との違い等については、個別に、研修管理を行う医療機関及び研修医や実習生本人と3者で協議することが必要と考える。

いずれにしても、新型コロナウイルス感染の拡大を防ぐという点と次世代の医療者を育てることは両立させる必要があり、過度な受け入れの制限等につながらないような対応が求められる。

### <参考文献>

慶應義塾大学医学部学生有志一同「医療系学生の感染予防指針 第2版」

(<https://medstudent.jp/wp-content/uploads/2020/05/infection-prevention-20200522.pdf>)

Q.83 一般住民が使用、運営される、コミュニティーセンターや公民館などでの活動に関する感染予防のガイドラインはあるか？

<回答>

ガイドラインは、下記参考文献が存在する。

各種業種により発表されているガイドラインとともに、各自治体が発表しているガイドラインが存在することもある。

実際に、使用あるいは運営する場合には、参考文献とともに自治体への確認を行うことが望ましいと考える。

<参考文献>

- 公益社団法人全国公民館連合会「公民館における新型コロナウイルス感染拡大予防ガイドライン」  
([https://www.kominkan.or.jp/file/all/2020/20201002\\_02guide\\_ver03.pdf](https://www.kominkan.or.jp/file/all/2020/20201002_02guide_ver03.pdf))
- 内閣官房「業種別ガイドライン（令和2年12月18日時点）」  
(<https://corona.go.jp/prevention/pdf/guideline.pdf?20200928>)

Q.84 難聴の患者に対し、密接を防ぐためにできる方法とは？

<回答>

難聴患者のリハビリで耳の近くで話さなければいけない場合や、言語リハビリで口の動きを見せなければいけない場合には、密接を防ぐことは難しい。代わりに、必要時以外は必ずマスクを着用する、フェイスシールドやアイガードなどの目を保護する防護具を合わせて着用する、口の動きを見せなければいけない場合はアクリル板\*1をはさんで行う、などの対策を行うことで、お互いの感染リスクを少しでも低下させることが重要である。いずれの対策も感染を確実に防御するものではないが、細かな対策の積み重ねによってリスクの低減を図るのが現実的な解決策である。

\*1 アクリル板による新型コロナウイルス感染予防の効果については現時点（2020年12月24日現在）明確なエビデンスが示されていないが、口元を見せる必要がありマスクの使用を避けたい状況や飛沫を防ぎたい状況など、状況に応じた工夫の一つとしてアクリル板を使用することは有効であると考えられる。

Q. 85 病院内で感染者が発生した場合、治療の中断や治療内容が制限される患者へのメンタルケアで行うべきことは何か？

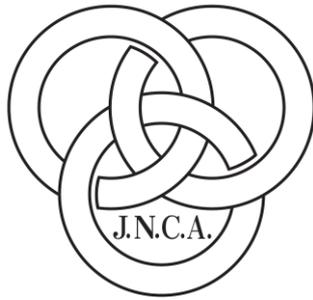
<回答>

新型コロナウイルス感染症の影響により、治療が中断・制限されており、病状が悪化するのではないかなどと不安を抱えている患者が一定数いるであろう。担当医は、患者の病状や感染リスクなどに鑑みて方針を決定しているので、不安なことは納得できるまで担当医と相談することを勧める。また、自分も感染するのではないかと不安を抱える患者もいるので、過度に恐れることがないように新型コロナウイルスに関する正しい知識を提供する。そして、自施設の感染対策の取り組みについて施設内掲示物等を利用して周知し、不安の軽減に努める。患者に対し、手指衛生やマスク着用等の感染対策について指導することもメンタルケアに繋がる場所である。

Q. 86 面会制限に伴う家族への計画書などの説明や同意を得るための方法とは？

<回答>

面会制限により、家族への計画書などの説明や家族からの同意書の取得が困難になる場合がある。同意取得の方法について法令上の規定はないため、施設によりインフォームド・コンセントに関する取り決めがある場合、それに従い対応する。同意取得の方法としては、文書による方法以外に、口頭、電話による方法がある。面会制限している場合、電話にて口頭で説明し同意を取得することが考えられるが、その場合には、必ず説明実施及び同意取得したことをカルテに記録する必要がある。カルテ記載する内容としては、説明した日時、内容、及び説明内容に同意する意思を確認した旨等を記載しておく。



国診協版 新型コロナウイルス感染症に関するQ&A集

---

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

Japan National Health Insurance Clinics and Hospitals Association

〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 VORT 芝大門4階

ホームページ <https://www.kokushinkyō.or.jp/>

令和2年12月 第1版