



HuMA

新型コロナウイルス感染症対策

Q&A 集

項目

1. 職員の健康管理に関する質問
2. 利用者の感染対応に関する質問
3. ゾーニングに関する質問
4. PPE に関する質問
5. 環境消毒に関する質問
6. その他の質問

1. 職員の健康管理に関する質問

Q1. 濃厚接触の基準と、濃厚接触者と認定された職員の行動制限について

A1. 新型コロナウイルス感染症における濃厚接触の定義は、

「新型コロナウイルスの感染が疑われる症状（発熱、咳、呼吸困難、倦怠感、咽頭痛、下痢、嘔気など）を呈し、新型コロナウイルス感染症と診断された日の2日前から隔離される日までのあいだに、その患者と距離1m以内で、適切な感染予防なし（例えばマスクなどで口元が覆われていない状態）で15分以上会話した場合」、濃厚接触とみなされます。

例えば、

- ① 患者と同居あるいは長時間の接触（車内、航空機内などを含む）があった。
- ② 適切な感染防護（例えば、サージカルマスク、ガウン、手袋）なしに患者を介護した。
- ③ 患者の気道分泌液もしくは体液（とくに糞便）に直接接触した可能性がある。

などです。

詳細は、下記の日本環境感染学会から出された医療従事者の曝露のリスク評価と対応について、をご参照ください。

発症の時期や感染者との関わりにより、保健所が判断するため、介護職員全員が濃厚接触者になるとは限りません。保健所の判断が出るまでに、濃厚接触が疑われる症状がある職員は自宅（或いは施設）待機とし、症状なければ保健所と相談のうえ、職員の状況も勘案して対応することになります。保健所より濃厚接触者と判断されれば、保健所の指示で帰国者・接触者外来にてPCR検査を行います。その結果が陽性であれば、保健所の指示で医療機関に入院もしくは、宿泊療養、自宅療養となります。陰性であれば、14日間自宅で待機します。

医療従事者の曝露のリスク評価と対応について

表1 医療従事者（注1）の曝露のリスク評価と対応

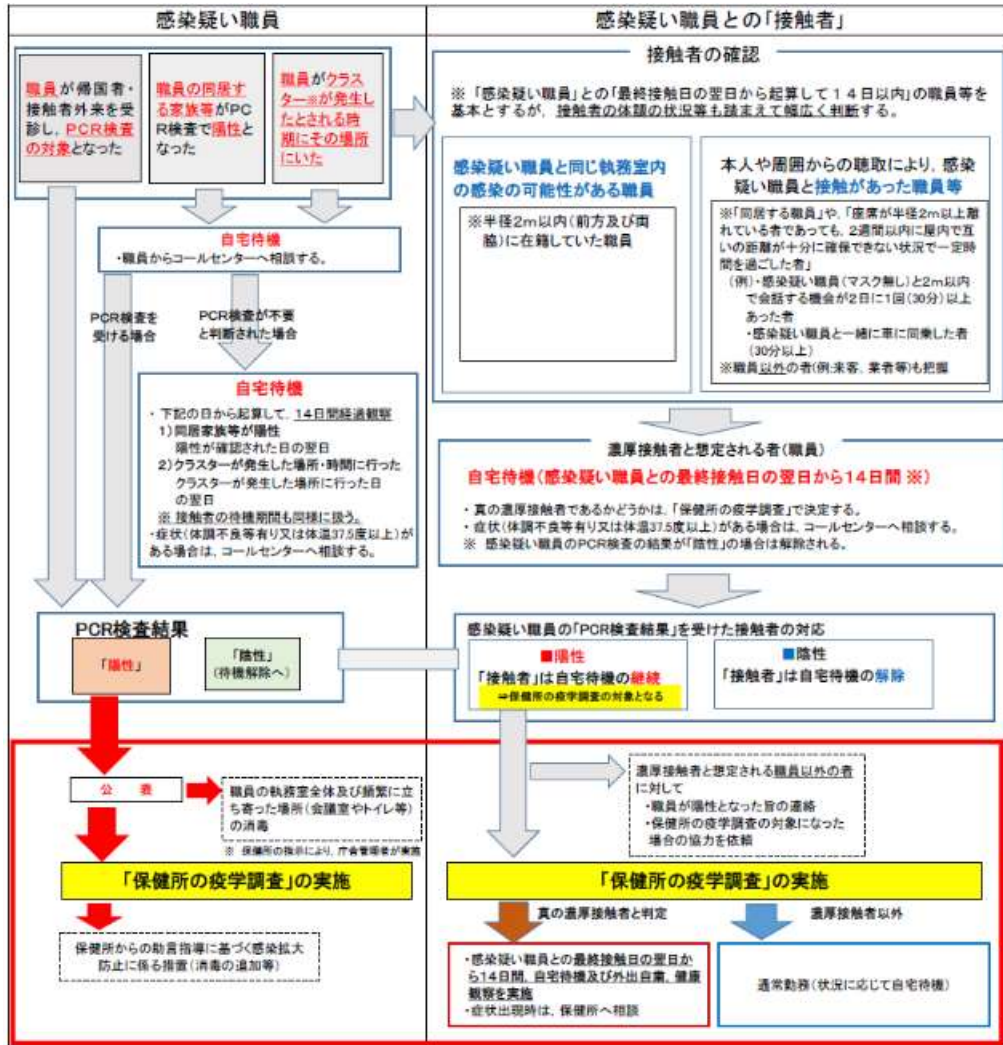
新型コロナウイルス感染症患者と接触したときの状況（注2）	曝露のリスク	健康観察の方法（注7） （最後に曝露した日から14日目まで）	無症状の医療従事者に対する就業制限
マスクを着用している新型コロナウイルス感染症患者と長時間（注5）の濃厚接触あり（注6）			
医療従事者のPPE：着用なし	中リスク	積極的	最後に曝露した日から14日間の就業制限
医療従事者のPPE：サージカルマスクまたはN95マスクの着用なし	中リスク	積極的	最後に曝露した日から14日間の就業制限
医療従事者のPPE：サージカルマスクは着用しているが眼の防護なし	低リスク	自己	なし
医療従事者のPPE：ガウンまたは手袋の着用なし（注3）	低リスク	自己	なし
医療従事者のPPE：推奨されているPPEをすべて着用（N95ではなくサージカルマスクを着用）	低リスク	自己	なし
マスクを着用していない新型コロナウイルス感染症患者と長時間（注5）の濃厚接触あり（注6）			
医療従事者のPPE：着用なし	高リスク	積極的	最後に曝露した日から14日間の就業制限
医療従事者のPPE：サージカルマスクまたはN95マスクの着用なし	高リスク	積極的	最後に曝露した日から14日間の就業制限
医療従事者のPPE：サージカルマスクは着用しているが眼の防護なし（注4）	中リスク	積極的	最後に曝露した日から14日間の就業制限
医療従事者のPPE：ガウンまたは手袋の着用なし（注3）（注4）	低リスク	自己	なし
医療従事者のPPE：推奨されているPPEをすべて着用（N95ではなくサージカルマスクを着用）（注4）	低リスク	自己	なし

Interim U.S. Guidance for Risk Assessment and Public Health Management of Healthcare Personnel with Potential Exposure in a Healthcare Setting to Patients with 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV)2020年3月4日版をもとに作成

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2版改訂版 (ver.2.1)

http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/COVID-19_taioguide2.1.pdf

感染疑い職員、感染疑い職員との「接触者」の対応に関するフロー



宮城県庁 HP より引用

<https://www.pref.miyagi.jp/uploaded/attachment/810115.pdf>

Q2. 同居家族でも感染しない場合があると聞いたが、家庭内での感染率について知りたい

A2. 現在、患者全体の正確な家庭内感染率は発表されていませんが、厚労省の行った調査によると、6月からの2か月に、新型コロナウイルスに感染した児童や生徒の感染経路の6割近くが家庭内であったことが判明しています。

また、英医学雑誌 The Lancet に掲載された論文では、中国での新型コロナウイルスの家庭内感染は、別のコロナウイルス感染症である重症急性呼吸器症候群 (SARS) と比べて2倍、中東呼吸器症候群 (MERS) と比べると3倍高いという結果でした。研究の結果、同居していない相手

にウイルスが感染する確率は平均 2.4%なのに対し、同居者の場合は 17.1%に跳ね上がること、また、家庭内感染が起こる確率は 60 歳以上で高く、注目すべきは、無症状の COVID-19 感染者から家族や同居人への感染率が 39%と、発症後に比べて非常に高いとの報告があります。

新型コロナウイルス感染症が疑われる家族が同居する場合、次のことに気を付けてください。

1. 感染疑いの家族と他の同居者の部屋とは可能な限り別にする。
2. 感染疑いの家族の世話をする人は、できるだけ家族の中で限られた方（一人が望ましい）にする。
3. できるだけ全員がマスクを着用する。食事、洗顔、歯磨き等以外では常にマスクを着用する。
4. 小まめにうがい・手洗いをする。
5. 日中はできるだけ（最低でも一時間に一回）部屋の換気をする。
6. 取手、ノブなどの共用する部分を、定期的に消毒する。
7. 汚れたリネン、衣服を洗濯する。タオルは共有使用しない。
8. ゴミはビニール袋に入れ、密閉して捨てる。（厚労省 HP より）

ご家族に新型コロナウイルス感染が疑われる場合
家庭内でご注意いただきたいこと **8**つのポイント

01 部屋を分けましょう

- 部屋にしましょう。
- 食事や寝るときも別室としてください。
- 子どもがいる方、部屋数が少ない場合は、部屋を分けられない場合は、少なくとも1か所の部屋を必ず1人専用かカーテンなどを設置することを勧めます。
- 寝るときは部屋の位置を互い遠いになるようにしましょう。
- ご本人は能力部屋から出ないようにしましょう。
- トイレ、バスルームなど共有スペースの利用は最小限にしましょう。

05 換気をしましょう

- 定期的に換気してください。
- 共有スペース他の部屋も窓を開け換気にするなど換気しましょう。

02 感染者のお世話はできるだけ限られた方で

- 心臓、肺、腎臓に持病のある方、糖尿病の方、免疫の低下の方、妊婦の方などが感染者のお世話をするのは避けてください。

06 手で触れる共有部分を消毒しましょう

- 共有部分（ドアの取っ手、ノブ、ヘッドホンなどは、濡めた布類の家庭用塩素系漂白剤で拭いた後、水拭きしましょう。
- 物に付着したウイルスはしばらくは生きます。
- 家庭用塩素系漂白剤は、主成分が次亜塩素酸ナトリウムであることを確認し、使用量の目安に従って薄めて使ってください。
- 漂白剤の濃度は0.1%です。
- 製品の包装やラベルの指示、必ず1分を25℃です。

03 マスクをつけましょう

- 着用したマスクは他の部屋に持ち出さないでください。
- マスクの表面には触れないようにしてください。
- マスクを外す際には、ゴムやひもをつまんで外しましょう。
- マスクを外した後は必ず石鹸で手を洗きましょう。
- アルコール手消毒剤でも可。
- マスクが汚れたときは、すぐに新しい清潔な布製マスクと交換し、マスクがないときはマスク代わりにハンカチや手拭紙、ティッシュ等で口を鼻を覆う。

07 汚れたリネン、衣服を洗濯しましょう

- 洗濯で汚れた衣服、リネンを取り取り物は、手袋とマスクをつけ、一般的な家庭用洗濯で洗濯し完全に乾かしてください。
- 洗濯からウイルスが検出されることがあります。

04 こまめに手を洗いましょう

- こまめに石鹸で手を洗いましょう。アルコール消毒をしましょう。
- 洗っていない手で目や鼻、口などを触らないようにしてください。

08 ゴミは密閉して捨てましょう

- 鼻をかんだティッシュはすぐにビニール袋に入れ、室外に出すときは密閉して捨ててください。その後は必ず石鹸で手を洗いましょう。

● ご本人は外出を避けて下さい。

● ご家族、同居されている方も別室を薦め、接触制限をし、不要不急の外出は避け、特に妊婦や高齢者などの状況があるときは、散歩などに行かないでください。

※ 厚労省「新型コロナウイルス感染症の予防対策ガイドライン」を参照してください。

Q3. 講義を聞いていて、廃棄物の扱いに十分気をつけなくてはいけないと感じましたが、職場での職員感染予防として、デイサービス利用者の対応職員と施設入居者の対応職員を別にして、職員同士の接触を減らすという話がありましたが、廃棄物についても分けた方がよいでしょうか？

A3. 廃棄物も分けた方がいいです。職員の感染対策の一つとして、入居者や担当職員が活動する範囲を、施設内で明確に 2 グループに分けること方法があります。もし一方のグループに感染者が生じた場合、他方のグループの方は濃厚接触を避けることができます。担当するフロアや部屋だけで

なく、使用する事務所、トイレ、休憩所といった動線、廃棄物などは分けるようにして、グループ間のコミュニケーションはすべて電話など済ませるなどの対策が挙げられます。

Q4.職場の家族が「感染疑い」になった場合、職員も自宅待機の方がいいですか？

A4.家庭内感染の確率は高いです。ご家族との接触が濃厚接触にあたるようでしたら、自宅待機となります。感染疑いのご家族の方がPCR検査を受け、陰性であれば、自宅待機は解除となりますが、もしご家族の方に症状がある場合は、症状が取れるまでは、できれば職員の方も自宅待機が望ましいと考えます。待機中に、症状が悪化した場合はあらためて、保健所にご相談してPCR検査の必要性について判断してもらってください。

自宅待機中、職員の方もご家族も自宅内でもマスクをつけ、なるべくお互いに接触しないような工夫が必要です。

(詳細は厚労省のHP、「新型コロナウイルスに関するQ & A」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/dengue_fever_qa_00001.html)

Q5. 感染が実際に起きた場合の感染フロアの勤務体制や業務内容事例を教えてください。

A5.施設の構造や地域によって勤務体制に違いがあると思います。例えば、病院では、1つの病棟を感染病棟にして感染者を多数収容するのであれば、病棟担当者の全員で勤務シフトを組むこととなります。病棟の2-3床だけを感染病床として運用する場合は、感染病床担当者が他業務をしないと決めては人数が足りずシフトを組めなくなる可能性があります。しかし、感染者が軽症や無症状なら、食事の配膳を途中まで自分でするようお願いしたり、部屋の消毒を患者自身でするよう頼んだりしながら、勤務の負担を軽減できる可能性があります。

Q6. コロナ感染患者が出た場合、感染者専属の職員をどのように選抜しているのですか？

A6.病院においては、感染症科、呼吸器内科など専門科の医師、看護師が担当となります。施設であれば、特別手当、特別休暇などを付与する条件で、希望者を募ってはどうか？それでも希望者がいない場合は、個人防護具の着脱に慣れている職員に最初に入ってもらい、その間に他の職員にトレーニングをし、交代体制を作るなどが考えられます。病院でも、コロナウイルス発熱外来の担当は医師全員ですが、60歳以上の医師は重症化のリスクが高いため外されている医療機関もあります。ある特別養護老人ホーム(100床)の事例では、まだ陽性者は出ていないが、陽性者が出た時の対応として、職員の基礎疾患の有無、同居者に高齢者がいないかどうか、妊娠の有無、車の運転の不可などを確認する事前のアンケートを取り、陽性者が出た際に、選抜、優先順位を決める参考にするという施設の紹介もありました。

Q7. 陽性者の対応した職員と、清潔区域の職員の交流をどうしたらよいか？

A7.ゾーニングをきっちり行い、個人防護具をきちんと着用し対応し、その後、汚染区域で脱衣し手指衛生をきちんと行っていれば、陽性者対応職員と清潔区域の職員との交流に変わりありません。

(寧ろ、汚染区域で働く職員を区別したり差別したりさせない配慮が必要です) 前提として、陽性者対応職員は適切なゾーニングを理解し、手指衛生の遵守、個人防護具(PPE)の着用と、職員による院内感染予防の基本施策として、陽性者対応職員と他の職員の休憩時間をずらすなどして、休憩室で職員同士食事を取らない、対面で座らず黙って食べる、会話は食後マスクをしてから、休憩室や食堂の換気をするなどに配慮して下さい。また職員同士、多人数で外食をしないことは極めて大切です。

Q8.介護職員で疑いPCR検査を受けた職員がいます。その人と接触した職員で症状が出ていない職員はどう対処したらよいですか？

A8.

- ①濃厚接触者（症状がでる2日前の潜伏期間も含め、コロナウイルス陽性者と、マスクなどの感染予防策をせず、1メートル以内、15分以上の接触）であれば、疑いでPCR検査を受けた職員の結果が出るまで自宅待機となります。
- ②濃厚接触でないが、発熱など症状があれば、当然休みを取り経過観察し、症状が続くようであれば、あらためて医師の判断でPCR検査などを受ける事になります。
- ③濃厚接触ではなく症状もない場合は、職場の人員の状況によっては余裕があれば、疑い職員のPCR検査結果が出るまで休んでもらってください（その際、有休にするかどうかなどの扱いは施設で決定してください）

Q9.施設内での隔離やゾーニング、消毒など職員が対応できなくなると思います。人員に関して具体的にどこをお願いしたらいいでしょうか？

A9. 自治体によって対応が異なってくると思いますが、まずは最寄りの保健所にご相談ください。

Q10. ①外国人技能実習生がいますが、外国人にはどのように説明したらいいですか。②プライベートでの外出は、どこまで制約をしたらいいですか。感染対策がとれているところであれば行ってもいいですか？

A11.①に関して、日本人の職員と同じもしくは簡単な表現で説明することをお勧めします。厚生労働省のHPに多言語でコロナウイルス感染症に対する説明がありますので、こちらをご参照下さい。②に関して、医療・介護従事者は、新型コロナウイルス感染に対して非常に弱い方と接する仕事をされていますので、プライベートな生活においては3密を避け、マスクを外しての家族以外の人との会話を慎むといった行動制限を厳格に求めていくことが重要です。

法務省：新型コロナウイルス感染症関連情報（やさしい日本語：外国人向け情報）

<http://www.moj.go.jp/content/001319345.pdf>

Q11. 感染者対応職員を専任にする場合は、感染者に対応していないときは非感染者に対応しても大丈夫でしょうか？

A11. 隔離をしっかり行い、職員が作業の際に自身の粘膜を守り、しかるべきPPEを着用（PPEをつけ

ていても粘膜が保護されていないと曝露リスクが発生します。) し、汚染区域で手順どおり脱衣を完了し、清潔区域に出た直後に手指衛生を行えば、その後に非感染者に対応することは可能です。人手の少ない夜勤帯においては PPE の適切な脱衣が可能な、そういった対応に慣れている方に担当していただくことがよいと思います。

Q12. 感染者がでていることに若いスタッフが慣れ過ぎている。意外とスルーしている。改めて感染予防を周知させるためにはどうしたらよいか？

A12. 危機意識のないところに濃厚接触者が多数です。日々、休憩の時、食事の時や会話の時に気を付ける、感染者や濃厚接触者が多数出たら施設が機能しなくなることを日々スタッフに注意喚起してください。フランスでは一日当りの新型コロナ感染患者の発生数は 11 月 9 日に 5 万人を超えました、またイタリアは 3 万人前後で推移しています。気を緩めると患者数はすぐ増えていくということです。

2. 利用者の感染対応についての質問

Q1. 多床室からコロナ以外の症状で入院者がした場合、その部屋にいた他の人も隔離すべきか

A1. 状況にもよりますが、入居施設利用者が、新型コロナウイルス感染症以外の病気で病院に入院となり、PCR 検査が行われた場合、

①施設では症状が認められなかったが、病院を受診した時、「発熱、咳、呼吸困難」などの症状や血液検査データや動脈血酸素飽和度の値、胸のレントゲン写真などで、新型コロナウイルス感染症が疑われた。

②病院の規定で、例えば、感染とは関係のない骨折の治療のための入院であっても、手術予定があり、術前検査として PCR 検査をルーチンとして行っている。

③現在、近隣地域で新型コロナウイルス感染症が多いため、病院の規定で一般病棟に入院する全ての患者に対し、PCR 検査を行っている（こういった医療機関はあまりないとは思いますが）。などが、理由に考えられます。

①の場合、入院した利用者の PCR の結果が陽性であれば、同室の利用者は濃厚接触者となる可能性があります。その判断は保健所が行います。陽性であれば、同室者は個室管理（隔離）してください。PCR の結果が陰性であっても、「新型コロナウイルス感染症疑い患者」の濃厚接触者の可能性があるため、個室管理（隔離）となります。また PCR 検査が行われた利用者はその後 PCR 結果が出るまでは同室利用者は個室管理（隔離）してください。

個室管理（隔離）が難しい場合は、症状のある同室利用者と症状のない同室利用者は、別々の部屋で隔離することが望ましいです。個室がなく、同じ部屋で管理せざるを得ない場合は室内でゾーニングを設定してください。

しかし、症状がないが隔離すべき利用者を、別の部屋の利用者と一緒にしないでください。
また、施設で、どうしても個室が確保できない場合は、「マスク着用、ベッド間隔をできるだけ 2m 以上あける、もしくはベッド間をカーテンで仕切る等の対応をし、利用者が部屋を出る時は必ずマスクを着用し、手指衛生を徹底する」などの措置をとり、感染予防することが大切です。

②、③の場合、医師は新型コロナウイルス感染症の可能性を積極的には疑っていないと考えます。
直接、入院先の医療機関の主治医に、入院利用者に PCR 検査を行った理由、疑いがあるのかどうかを確認された方がいいでしょう。疑いなければ、隔離の可能性はありません。

Q2. 食事を複数人で食べている場合において、その中から感染疑いがでた際の対処について

A2. 新型コロナウイルス感染疑いの利用者と、どのくらいの距離でどのくらいの時間、食事を一緒にとっていたか否かで変わってくると考えられます。1m 以内で 15 分以上、食事を一緒に取っていた場合は、「感染が疑われる者」との濃厚接触者となりますので、個室に隔離しての管理となります。
そうでない利用者で症状がある患者も、個室隔離が望ましいでしょう。具体的には、帰国者・接触者相談センター（保健所）の指示により対応することとなります。

参考：介護保険最新情報 vol.808

<https://mitteimg.istsw.jp/roushikyo/file/attachment/325921/%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E4%BF%9D%E9%99%BA%E6%9C%80%E6%96%B0%E6%83%85%E5%A0%B1vol.808.pdf>

Q3. マスクを外したり、異食したりする利用者についてはどう対応したらいいですか？

A3. 認知症や知的障害のある利用者の中には、現実的にマスクを着用することが困難な方もいらっしゃると思います。どうしてもマスク着用が難しい場合は、他の利用者との距離を十分におく、レクリエーション、食前、トイレ使用の後などの手洗い、アルコール消毒を行うように介助します。職員自身はマスク、手袋、ガウン着用、アルコール手指消毒を遵守するなど、自らを守ることに配慮すると同時に、外部からコロナウイルスを持ちこまない感染予防が必要です。

Q4. 認知症で徘徊される利用者に関して、どのように感染対策していますか？

A4. 認知症や知的障害のある利用者の中には、現実的にマスクを着用することが困難な方もいらっしゃると思います。どうしてもマスク着用が難しい場合は、他の利用者との距離を十分に離す、レクリエーション、食前、トイレの後などの手洗い、アルコール消毒を行うように介助します。職員自身はマスク、手袋、ガウン着用、アルコール手指消毒を遵守するなど、自らを守ることに配慮すると同時に、外部からコロナウイルスを持ちこまない感染予防が必要です。

コロナウイルス感染が疑われる場合やコロナウイルス陽性患者は、基本は隔離（個室管理）が必要です。しかし、現実的には利用者がじっとできない可能性が高いですので、対応に苦慮されると思います。また、施設の構造や、職員の数によってその対応は異なってくると思います。

可能であれば、

- ① 感染した利用者さんに対応する専属のスタッフを決め、個室から出ないように観察しながら、個室対応を行う。
- ② 可能であれば共有スペースから遠い部屋に移し、感染した利用者が個室から出て他の利用者と接しないようにする。
- ③ 衝立などの障害物を利用して、利用者が共有スペースに入れないよう工夫する。
などが挙げられます。

施設の構造にもよりますが、他の非感染の利用者を居室対応とし、感染したもしくは疑いのある動きまわる利用者をユニット内フリーにすると、汚染区域（感染区域）が広まり、感染予防的には現実的ではないと考えます。行動制限できない人をどう抑止したらいいのか？身体抑制するのか？倫理的問題が絡み、難しい問題だと思います。しかし、どうしても管理が難しい時は、その旨を保健所に伝え、入院施設を探してもらうことが、他の利用者や職員の感染拡大防止のために必要と考えます。

Q5.施設内を徘徊する利用者が陽性になった時、居室対応が困難になることが予想される。そういった場合は、終日ガウンを着用となるのでしょうか？

また、動き回る利用者にはユニット内をフリーにして、他の利用者を居室対応にした方がいいのでしょうか？

A5. 上述した質問の回答と同様ですが、感染した利用者さんの専属のスタッフを決め、個室から出ないように観察しながら、個室対応を行ってください。その際は、个人防护具を装着の対応になりますが、个人防护具は個室内で脱衣してください。个人防护具を着たまま、清潔区域（他の利用者も使用する共有スペース）に出ると、他の利用者、職員に感染が広がります。施設の構造にもよりますが、他の利用者を居室対応し、動きまわる利用者のユニット内の移動をフリーにすることも、汚染区域（感染区域）が広まり、感染予防的には現実的ではないと考えます。どうしても、管理が難しい時は、その旨を保健所に伝え、入院施設を探してもらうことが、他の利用者や職員の感染拡大防止のために必要と考えます。

Q6.感染が疑われた利用者が立ち寄った場所が汚染区域であれば、居室だけでなく食堂も汚染区域になりますか？

A6. 食堂も汚染されている可能性が高いので、まずアルコールもしくは次亜塩素酸ナトリウム希釈液（0.05%）で消毒を行い、部屋の換気を行います。（3時間以上）その後は、清潔区域として一般の利用者さんの食堂利用をさせていただきます。感染者の食事は個室対応としてください。

参考：厚労省HP 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）

www.mhlw.go.jp/content/000619845.pdf

Q7. 高齢者のちょっとおかしいという症状の①発熱風邪症状②だるい、きつそうは、①と②が揃った場合、②だけでもコロナを疑って対応した方が良いのか？

A7.発熱、風邪症状でも、だるい、きつそうでもコロナ感染症の可能性はあります。コロナ感染症を疑って対応してください。しかし、コロナ感染症以外の疾患でも発熱、風邪症状や倦怠感などの症状はあることを忘れないでください。発熱や風邪の症状や、倦怠感の訴えだけで方針を判断するのではなく、例えば、濃厚接触があったとか、誤嚥しがちで肺炎を疑うとか、尿路感染症を繰り返しているとか、様々な情報を総合して判断することになります。発熱や風邪の症状や、倦怠感の訴えがある時に、体温の他に、バイタルサイン（血圧、脈拍、呼吸数、意識状態）、経皮的動脈血酸素飽和度（いわゆるサチュレーションといわれるものです）の測定を行い、バイタルサインと利用者の症状をかかりつけ医や嘱託医に相談し、受診の指示を仰いでください。

なんかおかしい、へん？って思ったら

個人防護具（ビニール手袋、マスク、ゴーグルまたはフェイスシールド）をつけて以下の**バイタルサイン(または状態)**をチェックする。

	バイタルサイン	状態
<input type="checkbox"/> 収縮期血圧	100mmHg以下	手首の脈が触れない
<input type="checkbox"/> 呼吸数	22回/分以上	はあはあしている
<input type="checkbox"/> 意識レベル	いつもより悪い	
<input type="checkbox"/> 動脈血酸素飽和度	<95%	顔色や唇の色が悪い
<input type="checkbox"/> 体温		

**重症！
緊急性あり！
医療機関に相談**

* 収縮期血圧、酸素飽和度は普段から低い人もいるので利用者の日頃のバイタルを知っておくことも大切

Q8. 厚労省の通知などから施設入所者で PCR 検査陽性者は入院ということが書かれていると思いますが。

- ① 認知症で徘徊などある場合でも入院対応して頂けるのでしょうか？
- ② また実際入院対応にならず施設でゾーニングして対応するケースの方が多いのでしょうか？

A8.

- ① 入院対応については、地域や、時期によって変わってくる可能性があります。PCR陽性患者が多い地域で、入院病床が少なければ、軽症や無症状であれば入院でなく施設で隔離して下さいと言われる場合もあります。また都道府県によっても対応が異なりますので、最寄りの保健所の指示に従ってください。
- ② ①と同様の理由で、感染者が多く病床が逼迫している地域では、病院の病床が準備出来るまで施設内でゾーニングし対応を余儀なくされている介護施設もあるようです。

Q9. コロナ疑いがある利用者を隔離、検査をして 2 日後に陽性となった場合、それまでの期間

接触者が拡大するのではないのでしょうか？

A9.PCR 検査の結果で個室対応（隔離）するのではなく、コロナ感染を疑い PCR 検査が行われた場合、疑がった時点から、その結果が出るまでは個室対応（隔離）とし、職員は個人防護具を着用して対応することが、濃厚接触者発生のリスクを軽減する対策です。

Q10. 職員が感染した。濃厚接触の疑いはないとのことであったが、介助を受けた利用者を濃厚接触者扱いとしPCR検査させた。その利用者も隔離対応が必要ですか？

A10.通常、濃厚接触者で保健所が検査を必要と判断された患者が検査対象になります。そういった意味では、PCR 検査を受けた濃厚接触者は、その結果が出るまでは、個室対応（隔離）としてください。PCR の結果で陰性であれば、その利用者に症状がなければ通常の対応でよいかと考えます。もし症状があるようでしたら、個室対応は継続、マスクをさせて経過を観察し、発熱などの症状があれば、あらためて保健所にご相談してください。

Q11.現在、3 日前から熱発している人がいる。今も 38.5℃、咳、倦怠感の訴えのある利用者がいます。発熱 1 日目に訪問診療の医師に診察してもらい、解熱剤の処置のみが出ています。こちらからは、どうしたらいいか、言いづらいです。どうしたらいいのでしょうか？

A12.医師と施設職員のコミュニケーションの問題かと思われます。関係者を集めた多職種カンファレンスで話し合って情報共有して方針を確認し合う、というのが理想です。

高齢者が解熱剤の内服にも関わらず、咳、発熱が3日間も持続する場合は肺炎等の呼吸器系の感染症が考えられ医療機関受診が必須と考えますので、ためらわずに再度訪問医に報告し、指示を仰いで下さい。

Q13. 自分で体調の訴えが難しい人への体調管理の一つとして、パルスオキシメーターを利用することは有効でしょうか？

A13.非侵襲的で誰でも測定できるので有効です。94～98%が目安ですが絶対値だけではなく経時的変化で判断することが大切です。肺気腫などの慢性閉塞性肺疾患の持病がある方々はもともと低い事もあるので、その人の日頃の経皮的酸素飽和度の数値（サチュレーション）を知っておくことが大切です。

Q14. 感染の疑いということですが、濃厚接触者として定義されたら症状が出ていない方も個室等の対応が必要でしょうか？

A14.濃厚接触者への対応について、日本環境感染学会の推奨によると、最終接触の翌日から14日間の隔離が必要とされています。個室での対応が望ましいです。個室での対応が困難である場合、常時、当事者（濃厚接触者）と入所者はマスクを着用し、他の入所者と接触しないようにする工夫が必要です。また、ベッドの間隔は2メートル以上空け、衝立などを利用することが推奨されます。濃厚接触者で症状が出現した際には必ず病院を受診しPCR検査を受けてください。

Q15.発熱の患者でコロナウイルス感染なのかインフルエンザ感染なのかわからないとき、どうやって利用者を医療機関に運んだらいいでしょうか？

A15.まずは緊急度に応じて判断してください。「息がハアハアしている」、「脈が触れにくい」、「意識がいつもよりボーっとしている」のうち 1 つでも当てはまれば救急車で受診することをお勧めします。先の 3 つのどれも当てはまらない場合は、①民間の送迎車、②施設の車、③家族の車、という選択肢があります。①を利用することを検討するのであれば、事前に相談しておく必要があります。②の場合、必要最小限の職員で搬送、職員の PPE、前の座席と後部座席を隔てるビニールシートの設置、室内循環型のエアコンの使用禁止、後部座席の窓を開放、使用後の消毒、換気の手順、などの整備が必要です。③の場合も、家族に感染させないようにする対策を提示する必要があります。

Q16.体温が低い人について、発熱の基準はどうしたらいいですか？

A16.普段の体温との比較、体温以外の元気さを参考に判断してください。普段より熱が高い(何度以上高いという基準はありませんが、0.5℃程度を目安にしてもよいかもしれません)、普段より元気がないといった場合は、“発熱している”と判断してください。

Q17.デイサービスにおいて、朝は発熱がなかったけれど、来所された際には体温が高くなっていたら(37.5℃)、コロナウイルスを疑った方がいいですか？

A17.発熱だけで新型コロナウイルス感染を強く疑うわけではありませんが、来所の際、体温が高ければ、施設の対応マニュアルに従い、帰宅させることも検討されてよいと思います。もし、後に発熱者が新型コロナウイルス感染者と判明した際には、施設の車に同席していた職員、他の利用者が「濃厚接触者」の定義に当てはまれば、隔離対策が必要となります。上記のような可能性を踏まえて、普段から濃厚接触にならないように、職員、利用者は常にマスクをしておくことが大切です。また、送迎車は定期的に消毒と換気をしておくことも大切です。

Q18. 保護者との面会を考えていく場合、どのような対策が必要でしょうか？

A18. 都道府県のステージ分類指示に従って面会を解除するかどうか、決めて下さい。対策については、手洗い、マスク、短時間、人数を制限するなどの工夫が必要です。

Q19. 子供の施設なのですが、石けんで手洗いさせてアルコールは必要でしょうか？

A19.石けんでの手洗いがしっかり出来ていればそれで十分です。子供の手洗いをスタッフが一緒に行っているのであればそれで十分だと思われます。石けんでの手洗い後にアルコール消毒を行うと手荒れのリスクが高まりますので、石けんで手洗いがしっかりできればその後のアルコール消毒は不要です。

Q20. 知的障害の通所型利用所です。自分で症状を言えない人が多い。これからインフルエンザの季節はどう対応したらいいでしょうか？

A20. 新型コロナウイルス感染症なのか季節性インフルエンザなのか見極める明確な方法はありません。インフルエンザに関しては、ワクチンがあり、検査法があり治療薬があります。疾患を見極めるよりも、家族からの聞き取りや職員の観察から通所者の異常（発熱、元気がない、食欲がない、いつもと違う等）の有無を見極めることが重要です。

Q21. 知的障害の施設で、マスクが出来る人がほとんどいません。もし一人陽性者が出れば、ゾーニングで言うとフロアが全部レッドゾーンになるかと思っています。そうなると範囲も広く、ガウンを着ての対応は、職員の体力が持たないので、早め早めの休憩が必要になると思うのですが、一般的にどれぐらいで休憩を入れているのでしょうか？おおよそ3時間ぐらいでシフトを組む予定で考えています。

A21. このご質問の場合、フロア全部をレッドゾーンにはしません。してはいけません。感染の拡大とスタッフの疲弊につながるのでできる限り感染区域は最小限にします。感染確定者を個室で観察し、人員に余裕があれば感染者が外に出ないように見張り番のスタッフを置くことも検討します。このような、動きの制御ができない感染者がいる場合の明確な回答はなく、施設単独で対応は困難なので保健所に相談しましょう。保健所から明確なアドバイスがなくても問い続けるか、連携している病院に相談し、受け入れてもらえるよう調整してみてください。自分の施設だけで何とかしようという考えになりがちですが、他の関係機関の力を借りることも常に考慮してください。

Q22. 通所の障害者施設です。日中、利用者が発熱した際の対応について質問したいです。①個室に移動して、家族にお迎えにきてもらうとき、例えばトイレなどはどうしたりいいのでしょうか？共有スペースを通過してしまいます。どうしたらいいのでしょうか？②職員の対応はどうしたらいいのでしょうか？

A22. ①個室内にトイレがなければ、ポータブルトイレを持っていくというのは一つの手としてありますが、もしそれができないのであれば、マスクをしてトイレに行ってもらう。トイレ前後に手洗い、取っ手などは消毒をする。もしマスクなしであれば、時間的ゾーニングと言って、その人が通るときに他の人と接しないようにする工夫が必要です。

②付きっきりでないと難しい利用者であれば、対応する職員が感染しないような努力をすることが大切です。PPE（ゴーグルもしくはフェイスシールド、マスク）着用、手指消毒を行ってください。利用者をかかえたりするなどの接触をする場合はさらにガウンや手袋を着用することが大切です。

Q23. 介護施設新入所者を、念のため入所後2週間隔離しています。それはよいのでしょうか？

A23. 換気条件を満たした個室での管理で、対応する全ての職員の感染防護体制が確保できれば有効な対策であると考えます。ただし、全ての介護施設で、このような対策を講じることは困難ではないでしょうか。

Q24. 尿路感染の治療をしていた利用者が治療した後、また発熱して病院を受診しました。そ

の時 PCR 検査を行い陰性だったのですが、もし陽性だったらどの時期から濃厚接触だったのでしょうか？ PCR 検査の検査が出るまでの間はこういった対応をしたらいいのでしょうか？

A24. 基本的には保健所、医療機関と相談して決定します。現在の傾向として、大事をとって、濃厚接触者を検索する期間は長い方を採用することが多いです。PCR 検査の結果を待つ間、当該の方は新型コロナウイルス感染症疑いとして、隔離が必要です。

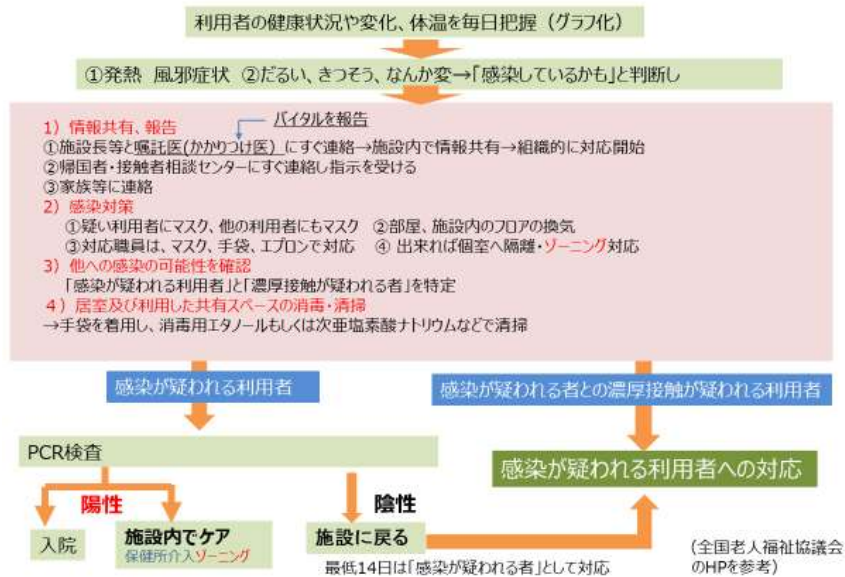
3.ゾーニングに関する質問

Q1. ゾーニング措置をとるかとならないかの判断基準について

A1. 利用者が、風邪の症状や 37.5℃以上の発熱が2日（通常は4日ですが高齢者は2日です）程度続く場合、又は強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難）がある場合は、「感染が疑われる者」に該当することとなり、こういった利用者がある場合は、個室管理（隔離）、あるいは個室対応が困難な場合は多床室の中でゾーニングが必要となります。認知症患者や、高齢者の場合、必ずしも上記のような訴えがあるとは限らず、“元気がない、食事を食べない、意識レベルがおかしい、いつもと違ってなんか変”ということに職員の方々がまず気づかれると思います。その時は、検温とバイタルサインを取りましょう。そして個室対応を行うと同時に、嘱託医もしくはかかりつけ医に指示を仰ぎます。もし、嘱託医に連絡つかないときは、保健所に連絡し、指示を仰ぎましょう。

入居施設利用者の場合、「感染が疑われる者」と同室の利用者も、「感染が疑われる者との濃厚接触が疑われる者」に該当することになります。個室が確保できれば該当者全員をそれぞれ個室に移しますが、個室が不足している場合は、「感染が疑われる者」を個室に隔離して、「濃厚接触が疑われる者」を同室に収容し、それ以外の利用者とは交わらないようにします。個室が確保できない場合は、「マスク着用、ベッドとベッドの間を2m以上あける。（困難な場合はできるだけ開ける。）もしくはベッド間をカーテンで仕切る等の対応をし、利用者が部屋を出る時は必ずマスクを着用し、手指衛生を徹底する」などの措置をとります。「感染が疑われる者」はPCR検査を行い、陽性なら医療機関に入院となりますが、軽症の陽性の場合、例外的に元の施設に戻り、隔離してケアをする場合もあります（その際は感染の発生状況を踏まえて、保健所からゾーニングを設定するよう指示される場合があります。施設側でゾーニングの設定が困難な場合は保健所にアドバイスを求めます。）。研修のスライドの新型コロナウイルス感染症対策のフローをご参照ください。

新型コロナウイルス感染症対策のフロー



参考：介護保険最新情報 vol.808

<https://mitteimg.istsw.jp/roushikyo/file/attachment/325921/%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E4%BF%9D%E9%99%BA%E6%9C%80%E6%96%B0%E6%83%85%E5%A0%B1vol.808.pdf>

Q2. やむを得ず、感染疑いの利用者を移動させる際に、サージカルマスクを着用していたら、清潔エリアを通っても大丈夫ですか？

A2. 移動の際に他の人との接触を最小限にとどめ(時間的ゾーニング)、移動時に壁や手すりに触らないようにすれば問題ありません。感染確定の利用者、感染疑いの利用者、通常の利用者で通路を分けることは理想ですが、そこまでは必要ありません。但し、清潔エリアであっても床は汚染されていると考えてください

Q3. ゾーニングについての質問です。「ゾーニングを開始するのは感染疑い利用者が出た時で、一旦開始したゾーニングの変更はしない」という解釈で宜しいでしょうか。

A3. ゾーニングの開始のタイミングについて、施設の方針である程度幅がありますが、一般的なのは①施設内で感染者又は濃厚接触者が生活を開始したとき、より厳しい基準として②発熱者が発生したとき、と考えてください。ゾーニングを終了するタイミングについて、①のゾーニング開始基準を採用していれば、感染者が回復、濃厚接触者の観察期間が終了したタイミングとなります。②のゾーニング開始基準を採用していれば、発熱者が新型コロナウイルスなどの人に感染させやすい疾患でないことを確認されたタイミングとなります。施設内に、感染者、感染疑いの者、濃厚接触者に専用の場所を常時設定し、ゾーニングを行うという方法もあります。

Q4. ゾーニングについての質問です。施設内で集団感染（もしくはその疑い）となった際には、個室毎の隔離ではなく、生活寮そのもの（居室、廊下、食堂等）をレッドゾーンとし、その他の事務所や共有部分をクリーンゾーンとする方法もあるかと思いますが、いかがでしょうか。（障害特性上、利用者の動きを制限することが困難な場合や、ほぼ全員が感染していると考えられる場合等）

A4. まず初めに、施設内での集団感染時は、感染者は施設で療養するのではなく、病院での治療が行われるべきで、行政に強く要望することが重要です。もし万が一、地域での流行の状況が著しく、病院に入院することができず施設で感染者が療養することになった場合の対応についてお答えします。ゾーニングにおいて汚染区域(レッドゾーン)はできるだけ狭く設定する方が感染対策が容易ですので、汚染区域の指定は一部の居室と廊下までに限定することをお勧めします。

Q5. 知的障害児の施設です。建物の構造上、脱衣のゾーンの確保が難しいです。この場合、汚染区域、清潔区域どちらで脱衣をするのが良いのでしょうか？ついたりカラーテープも、利用者の特性上、リスクが高く、使用が難しいです。

A5. 脱衣区域は汚染区域内に設定する方が良いですが、脱衣した PPE を捨てるゴミ箱を入所者が空けたりできないようにする工夫をするか、汚染区域に入る際にゴミ袋を用意し、毎回そのゴミ袋内に脱衣した PPE を入れて、汚染区域から外に出る(ゴミ袋を持った手はすぐに消毒必要)という工夫が必要と考えます。衝立は難しければ使用しなくともよいのですが、床等に貼るカラーテープは職員に対する注意喚起の目的であるので、使用してください。

Q6. ゾーニングにあたり、区域毎の仕切り（天井からのビニールシートやパーティション）がないと効果は望めないでしょうか。（ウイルスの空気中の浮遊が心配です）

A6. 新型コロナウイルスは主に飛沫感染、接触感染です。飛沫や手に触れたウイルスが目や口に入り感染します。空気中に浮遊したウイルス(エアロゾル)による感染は、吸引などの特別な処置をしない限り、起こる可能性は低いとされています。最近、エアロゾルによる感染経路の可能性が議論になっています。しかし、主な感染経路は飛沫感染と接触感染であることは間違いなく、その施設で実施可能な予防方法で対処するしかありません。以上から、区切りは必ずしも密閉するような形でなくても構いません。追加の対策として、常にマスクとゴーグル（フェイスシールド）を着用すること、1 時間に 5-10 分の換気を行うことで、感染する危険性を下げることができます。

Q7. 従来型の特養ですが多床室のカーテン隔離について教えてください。

A7. 可能であれば大部屋から個室に移動させる方が望ましく、大部屋の中で隔離を試みるならベッドとベッドの距離を離してカーテンや衝立を補助に使います。カーテンは、飛沫が飛び散るのを防ぐと同時に、そこが隔離された汚染区域であることを明示する役割も果たします。カーテンや衝立を設置する場合は、その部屋の消防設備や空調設備の妨げになる可能性に留意する必要があります。トイレは、その人専用（例えば、ポータブルトイレの使用）にすることが理想です。止むを得ず共用する

場合は、使うたびに換気と消毒する必要があります。トイレに移動する際は、他の人と接触しないよう動線を分けるとか時間を分けるとかの工夫が必要でしょう。

Q8. 感染疑いが別々の部屋で複数の場合は、同じ部屋に纏めた方がいいですか？移動後の部屋の消毒は？

A8. PCR 陽性の利用者を、部屋を一か所に集めて隔離は問題ありませんが、疑いの段階で皆を同じ部屋にまとめるには慎重な配慮を要します。感染疑いということは、新型コロナウイルス感染症の疑いがあると同時に、他の疾患の疑いかも知れないからです。

移動後の部屋の消毒に関しては、拭き掃除と空気の入替えが必要です。できれば部屋を 3 日間程度使用しないことが理想です。疑い事例で PCR 検査が陰性であれば、その利用者の部屋は通常の清掃で結構です。

Q9. もし感染者がでた場合には施設の閉鎖を考えていますが、2 週間後に再開する場合の条件を教えてください。

A9. 保健所の指導で閉鎖された場合は、保健所の指導に従ってください。もし自主的に閉鎖するのであれば、2 週間施設そのものを閉鎖すれば新型コロナウイルスの感染の可能性はないですが、閉鎖中の職員の体調管理、自主待機などをしっかりと指導、管理をしてください。（外出しない、外食しない、人に会わないなど、体調がおかしいと思ったら保健所に相談するなど）

Q10. ユニット型と従来型の両方がある施設です。それらのゾーニングについて知りたい。

A10. Q7 と同じです。可能であれば大部屋から個室に移動させる方が望ましく、大部屋の中で隔離を試みるならベッドとベッドの距離を離してカーテンや衝立を補助に使います。カーテンは、飛沫が飛び散るのを防ぐと同時に、そこが隔離された汚染区域であることを明示する役割も果たします。カーテンや衝立を設置する場合は、その部屋の消防設備や空調設備の妨げになる可能性に留意する必要があります。トイレは、その人専用にすることが理想です。止むを得ず共用する場合は、使うたびに換気と消毒する必要があります。トイレに移動する際は、他の人と接触しないよう動線を分けるとか、患者の他の人の時間を分けるとかの工夫が必要でしょう。

Q11. 汚染区域は施設の奥の方がいいですか？

A11. 施設の奥に出入口があれば、汚染された排泄物などの処理で清潔域をなるべく通過しない、清潔区域の入所者が汚染区域の前を通らないなど汚染区域と清潔区域とを区別する意味では、施設の奥に汚染区域を設定したほうが良いと考えますが、利用者さんの状態が悪かったりすると観察しにくくなりますので、スタッフの目の届く範囲が良い事もありますが、ゾーニングは施設の設計図をみて総合的に判断してください。

Q12. うちの施設は全部個室ですが、居室全体が汚染区域で、ドアをあけたらそこは清潔区域

と考えていいのでしょうか？ 居室に洗面台があるのでそこに衝立をして脱衣区域にしたのですがそれでいいのでしょうか？

A12. 問題ありません。部屋の中が汚染区域、部屋の外が清潔区域です。はっきりさせる意味で、扉の内側に赤いテープ、外に緑のテープを張るなどをして区域を明確にすることをお勧めします。清潔区域で PPE を着て個室（汚染区域）に入り、個室（汚染区域）の中に脱衣区域を作ってそこで PPE を脱いで手指消毒をしてから、清潔区域に出てくるのが大切です。

Q13. 知的障害施設、洗面所が一つで共用です。発熱がある人がでたらどうしたらいいですか？

A13. 2 つのことを行ってください。①発熱者と非発熱者が同時に使用しない。定期的な使用の場合、可能ならば、非発熱者の使用後に発熱者が使用することをお勧めします。②発熱者の使用後に、接触した部位をアルコール又は次亜塩素酸ナトリウムで清拭を行う。

Q14. 4 人部屋で発熱した人から 1 ～ 2 M の距離を取るの難しいです。発熱者が出た場合、その部屋を発熱部屋にしようと思うのですが、それについてアドバイスをお願いいたします。

A14. 発熱者（又は濃厚接触者、確定患者）とその他の方をまとめることは推奨されません。発熱者（又は濃厚接触者、確定患者）を別の部屋で過ごしていただくことが必要です。

4.PPE に関する質問

Q1.PPE 着用時、足カバーは必要ですか？

A1. 足カバー装着の目的は、患者の血液や体液が足元にかかり感染することを防ぐためです。そういう危険がない場合は必要ありません。施設内の日頃の介護で、足カバーが必要な場面はあまりないと思われませんが、嘔吐物の処理などで室内履きの靴が汚染される可能性がある場合などに使用します。

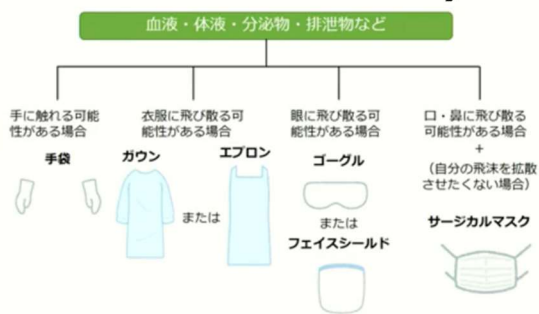
Q2.6PPE(個人防護具)の着用は普段からすべて実施が必要ですか？

A2. PPE は必要に応じて使用してください。

感染疑いのない利用者さんと通常に接するときは、マスクとゴーグル（フェイスシールド）をする。排泄物の処理の時はサージカルマスクもしくは N95 マスク、ゴーグルもしくはフェイスシールド、手袋、袖付きのガウンなければ、ビニールエプロンの着用が望ましいです。

感染した利用者さんの部屋（汚染区域）に入るときは、手袋、ガウン、サージカルマスクを着用します。トイレや浴室の消毒を行うときはゴーグルの着用を考慮します。

自分が感染しない、人にうつさない対策 個人防護具（PPE）



**汚染区域に入る際には、手袋、ガウン、サージカルマスクを着用します。
なお、トイレや浴室の消毒を行う場合にはゴーグルの着用を考慮します。**

厚生労働省：新型コロナウイルス感染症対策推進本部 宿泊療養における感染対策より

Q3.入浴介助の時は、マスク装着が汗や湿気などで大変です。よい工夫を教えてください。

A3. 感染対策としてマスクは大変重要です。ご高齢の方に声掛けする時、大きな声を出さなくてはいけなこともあります。現在、コロナ感染が流行っている間は、マスクをされて介助されることをお勧めします。介助の合間に、人のいないところで短期間マスクを外すなどの工夫をして下さい。また、マスクは防水性のある不織布マスクを使用してください。

Q4. ゴーグルとフェイスシールドの使い分けはどうしたらよいですか？

A4. 状況や処置によって使い分けをしています。飛沫が飛びやすい状況での介護があれば、ゴーグルより、顔全体をカバーするフェイスシールドの方が適していると考えます。

Q5.陽性者を施設でケアするとき、1名であつたら隔離対応で、1ケア1ガウンで対応すると思いますが、陽性者が数人で入院ができない場合は、職員は終日ガウンを着けての対応になると思いますが、大体でいいのですが、何人くらい陽性者がでたら、終日ガウンをつけたいですか？

A5. 終日ガウンを付けての対応は施設内感染の危険性が増大しますので絶対にやめてください。汚染区域が広がり、清潔区域がなくなってしまう、職員の休憩、食事、トイレの際に感染する危険性が増大します。

複数人の感染確定者が施設で生活することになった場合、感染確定者の居室を1ヶ所に集めて、居室とその周辺を汚染区域とし、それ以外の場所を清潔区域としてください。感染者と接触した後の感染防護具(ガウン、手袋など)は汚染区域内で脱いでください。高齢者は重症化のリスクが高く、死亡率も高いので、複数の感染確定者を老人介護施設で管理するようなことは避けるべきで、可能な限り病院への入院を要請していただくことが必要と考えます。

Q6. N95を再利用する際の適切な管理方法を教えてください。

A6. 基本的に N95 マスクの再利用はお勧めしません。どうしても再利用せざるを得ない時は、使用し

た N95 マスクを紙袋（ビニール袋は湿気があるので不可）に入れ、5 日以上放置しておく、ウイルスが不活化し使用する事は可能です。

Q7. 汚染区域から出る時にマスクはどこでとればよいですか？

汚染区域内ですか？一瞬マスク無しで、清潔区域に出てからマスク着用ですか？2重にしておいて上だけ取るのですか？

A7.日本看護協会の*「感染予防の基本」では、部屋を出てから、マスクを外し感染廃棄物容器に捨て、手指消毒をして新しいマスクに交換するよう推奨しております。一方、**日本感染管理ベストプラクティス研究会では、コロナ感染対策として感染患者の居室内でマスクを外し手指消毒後、退出するよう指導があります。部屋を出てからマスクを外し、感染廃棄物容器に捨て、手指消毒して新しいマスクに交換する際には、感染物を「清潔区域」に出すので、廃棄処理に十分注意が必要です（コロナ感染患者の感染物と、他の廃棄物、ゴミと一緒にしない。廃棄物を清潔区域に置き放しにしない）。うっかりマスクをはずすことを忘れて、汚染したマスクをしたまま、他の人の介護をしたりすると、感染を拡げる原因となります。コロナウイルスの空気感染リスクは低いこと、定期的に換気を行っていることを前提にすると、一瞬マスクを居室内で外すことで感染するリスクはかなり低いとされます。従って、施設では个人防护具は汚染区域ですべて外し、マスクは汚染区域内の脱衣区域にある感染廃棄物容器に捨て、手指消毒をして清潔区域に出て、もう一度、手指消毒してから、新しいマスクを装着した方が交差汚染や感染の拡がりのリスクが低いと考えます。感染廃棄物入れを部屋のドアの近く（足などでひっくり返らないような場所）に置き、マスクを廃棄し手指消毒してすぐ清潔区域にでる、そして清潔区域にあらかじめマスクを置いておくとい良いでしょう。

マスクを2重にして上だけ取る時、はがす時に下のマスクが感染する可能性がありますのでお勧めしません。以前、マスクが不足した頃は、汚染区域から出てくる度にマスクを交換することが難しかった時もあったともいます。その時は、マスクの表面を触らないことを意識し、感染患者からの飛沫に暴露され汚染があった時に交換するしかなかったのかもしれませんが。しかし、今は不織布のマスクが手に入る状況となってきましたので、コロナウイルス陽性利用者や疑い利用者の時は、汚染区域から清潔区域に出てくるときはマスクを交換してください。

※日本看護協会 HP

https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid_19/document/index.html

* * 日本感染管理ベストプラクティス“SAIZEN”研究会

https://www.bespra-ic.net/dl_top.html

Q8. 日常からの予防具として、これまでのマスクに加えて、フェイスシールドを標準装備している施設が増えていきます。先日のスーパーコンピューター実験結果でもマスクから溢れ出す結果が出ています。粘膜への面やその面から、マスクだけでは弱いのか？と迷っています

A8.コロナウイルスは目の結膜からも感染します。フェイスシールドは、感染者の唾液や痰が眼や顔に

飛んでくることを防御する目的で使用します。マスク（不織布）をしてその上に、フェイスシールドをつけることで感染予防策となります。外来の患者がいつ咳をするか、わからないので、診療中、常に装着している医師もいます。介護の現場で唾液や痰の飛沫暴露の可能性が高い状況であれば、マスク（不織布）とフェイスシールドの着用が、感染予防策になります。

現在、フェイスシールドは比較的購入しやすく、ネットで手作り方法を教えているサイトもあります。

Q9. マウスシールドについて、有効ですか？

A9. マウスシールドは、自分の飛沫が容易に外へ出るので感染拡大予防には有効ではなく、また眼瞼結膜からの感染予防にも有効ではありません。フェイスシールドは、顔や目の粘膜に飛んでくる飛沫を防ぎ、眼瞼結膜からの感染予防となりますが、口腔からの感染拡大予防（飛沫を出さない）のためにマスクが必要です。そういった理由で、マスクなしでのフェイスシールドも、フェイスシールドなしのマウスシールドも自らの感染予防の観点から意味を成しません。

Q10. 手袋の再利用は？

A10. ディスポのビニール手袋は穴が開いていることもあります。ビニール手袋は乾燥しないと着用できないので、物理的に難しく、再利用は極めて困難です。

手袋の不足の際は、再利用可能な家庭で使うようなゴム手袋を使い、中性洗剤で洗って干して使用して下さい。

Q11. 重度身体障害者の施設です。利用者によっては人工呼吸器装着でマスクができない方もいらっしゃいます。どのように対応したら良いでしょうか。

A11. マスクのできない方と接する際には、職員がマスクとゴーグル(又はフェイスシールド)を着用することでお互いの「感染させる・感染する危険性」を下げることができます。特に、人工呼吸器を装着している方が感染した場合、重症化しやすく、周囲の方が感染する危険性も高まりますので、発熱時は早めに病院を受診し、新型コロナウイルス感染症についての診断を依頼することをお勧めします。

Q12. マスクの不足から、普段は身体介護等が少ないため支援職員も布マスクを装着していません。マスクの種類でやはり効果はかなり違いますでしょうか。

A12. 不織布マスクと布マスクではマスクの網目の大きさが大きく異なります。布マスクでもマスク着用者の飛沫を減少させる効果はありますが、マスク着用者の感染を予防する効果は不織布マスクに比較して大きく低下します。今は不織布のマスクが手に入る状況ですので、医療や介護の現場では不織布のマスクをお勧めします。

Q13. スーパーなど常時ゴム手袋をしています。店員自身の防護であるだけで、感染を広げないための対応と考えてよろしいですか？

A13. スーパーで常時手袋をしているレジ係を見かけますが、従業員の防護を主な目的としていると

解釈されます。手袋が感染していたら、他の人にも感染が広がる可能性があります。スーパーマーケット等の出入りに際しては、自分が感染しない、人にもうつさないためには、入る時も、出る時も手指消毒を行うべきでしょう。

Q14. ガウンテクニックで、脱ぐ際に手袋をガウンと共に脱ぐようになっていましたが、手袋を先に脱がないと、首回りが汚染されませんか？

A14. ガウンを脱ぐ際に、首の後ろに手をもっていかず、手前からガウンを引っ張って首の紐をちぎって外します。手袋を袖の上につける時、手袋が緩ければ、短いテープを手袋の前後に張ると、手袋だけが残ることはありません。

Q15. ビニール手袋をアルコール消毒して再生してもよいですか？

A15. ビニール手袋は再生用として作成されていないので、アルコールにも弱いですし、再生して使うと穴が空いたりして、感染の危険がありますので、再生使用はやめてください。

Q16. 感染者や疑い患者がいない場合もガウンやフェイスシールドは必須になりますか？

A16. 排泄物の処理の際はマスク、手袋、ガウン（エプロン）、フェイスシールドをしてください。施設では患者と接触することが多いと思いますが、体液が付く可能性がある場合（入所者がマスクしていない、嘔吐するかもしれない）時は、ガウン、手袋に、フェイスシールドを使用するなど状況に応じて考えていただくことが大切だと思います。新型コロナウイルス感染だけでなく、一般的な食中毒・インフルエンザ・風邪などの感染防止を忘れないでください。

Q17. 施設で個室対応しなくてはならない状況が発生した場合、汚染区域で脱衣区域を置く。交差汚染を防ぐことが大切ですが、認知症で部屋からでてくる人がいるので、その都度 PPE を着けて対応するのが難しいと思うのですが。

A17. 感染が確定して目つき動きをコントロールすることができない患者さん（利用者さん）がいる場合、感染拡大を防ぐための施設で当座の対応はやむを得ませんが、それと並行して保健所や周囲の医療機関に是非相談してください。決して自施設で抱え込まないようにしてください。そのような患者さんを受け入れてくれる施設、病院があるかもしれません。

感染区域から清潔区域を行き来するときは PPE を清潔域で装着し、脱衣区域で脱ぐ。これを繰り返します。頻繁に行き来しなくてはならない場合は、汚染区域を適宜拡大して脱衣区域を広めにとり、利用者の動きに対応できるようにすることも可能ですが、汚染区域はあまり広げ過ぎない方が望ましいです。

Q17. 食事の介助の時にせき込んでいる。その時のエアロゾル対処法は？

A17. N95 装着にフェイスシールドもしくはゴーグルが望ましいですが、ない場合は入所者さんの顔の周りをビニールカーテンで覆い、その隙間から食べさせてあげるなどして介助者が飛沫を浴びない処置を必ず行

ってください。また、ビニール製のエプロン（ガウン）は首が露出しているため、大きめのフェイスシールドを着用する、もしくは首を保護するための処置用のシートやビニールを巻いて保護してください。

Q18. マスクの種類についてですが、冷感マスクなどは効果的だったのか？

A18. どのような機能があるのか、よくわかりませんが、医療従事者は不織布マスクあるいはサージカルマスクを使用して下さい。施設に残存するマスクの枚数、スタッフの数と一日の使用枚数を考慮して、管理者は戦略的にマスクを調達してください。

Q19. フェースシールドの再利用する場合の消毒方法を教えてください

A19. アルコールで消毒してください。アルコール綿は小さいのでふき取るのに大変ですが、一つの工夫としては、ジブロックにアルコールを浸み込ませたある程度の大きさの布（ガーゼ等）を入れて準備しておき、その都度、ジブロックからそれを取り出して、拭くと良いと思います。

5.環境消毒についての質問

消毒については厚生労働省の HP にも記載されておりますので、ご参照下さい。

新型コロナウイルスの消毒・除菌方法について（厚生労働省・経済産業省・消費者庁特設ページ）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/syoudoku_00001.html

Q1.環境消毒は、どのくらいの間隔で行った方がいいですか？

また、ゾーニングした清潔区域はどのくらいの頻度で行った方がいいですか？

A1. 規定はありませんが、利用者が接触することの多い場所や、ドアノブ、手すり、机、椅子などは、アルコール（60%以上）などで清拭消毒してください。清拭消毒は最低 1 日 1 回程度実施してください。頻繁に人の手が触れるところは回数を増やしてください。

Q2.施設利用者から感染が出た時は、消毒は業者をお願いするのでしょうか？

A2. 職員で消毒作業を行うことが現実的です。そのために、事前に「誰が」、「どんな方法で」、「どこを」消毒するかについて計画を立てておくことが必要です。広範囲の消毒が必要となった場合は清掃業者に依頼することも可能ですが、作業依頼から消毒完了までに時間が掛かることが多いです。事前に清掃業者と依頼方法、時間、費用について相談しておくことが重要です。

Q3.換気についてですが、ロスナイ換気は窓を開けるより有効でしょうか？

冬場の換気はどうしたらいいですか？

A3. 単に窓を開けるだけより、換気扇や送風機を窓の近くに設置して換気する方が有効です。ロスナイ換気がどの程度有効化のデータは明らかではありません。ロスナイ換気の換気量について販売元に

確認してください。冬場であっても 1 時間に 1 回程度、窓を開ける換気は必要です。

Q4. 感染者の着替えなどに関しては、熱湯消毒を行えば通常に洗濯しても良いのでしょうか。

A4. 熱水洗濯機で 80℃10 分間処理し、洗濯後乾燥させれば大丈夫です。

Q5. 陽性者から出たごみ（おむつ、ティッシュなど）や使い終わったあとの PPE などの廃棄方法を教えて下さい。

A5. 感染性廃棄物として廃棄します。感染性廃棄物と明記したゴミ箱に感染性廃棄物と明記したビニール袋を入れて廃棄物容器として使います。感染性廃棄物を捨てたビニール袋の口をしっかりと締めて感染性廃棄物の置き場と決めた場所に集積します。感染性廃棄物として、事業所系の専門業者に引き取って処分してもらってください。なお、感染性廃棄物のゴミ袋を運ぶ時は、感染性廃棄物が清潔区域を通らないようにしてください。どうしても通らなくてはならないときは、通過する清潔区域を最短距離とし、かつ他の利用者や職員がいない時間帯に通過するなど時間的隔離を行ってください。施設内で、廃棄ルートを職員で共有しておくことも大切です。

Q6. マスクの消毒に、紫外線消毒器は有効でしょうか？

A6. ウイルスを殺菌する能力のある紫外線発生器（紫外線 C）について、新型コロナウイルスに対する効果は報告されていますが十分な照射時間を必要とする上、マスク上のウイルスをすべて殺すことはできないと言われています。また、紫外線 C は人体に有害でもあります。

Q7. ジアイーノのような次亜塩素酸での空間除菌はコロナウイルスに有効なのでしょうか？

A7. 空間除菌の効果は明確に証明されていないし確立されていません。噴霧された次亜塩素酸を吸入することで健康を害する可能性があります。

Q8. 次亜塩素水と次亜塩素ナトリウムはちがうのですか？

A8. 次亜塩素酸ナトリウムと次亜塩素酸水は、全く異なるものです。いずれも「次亜塩素酸」を有効成分としていますが、混同しないようにしてください。

まず、次亜塩素酸ナトリウムは、アルカリ性で強い酸化作用を持ちます。市販されている家庭用漂白剤等が代表例です。

消毒を目的として使用する際には、正しく水で 0.05%までに薄めた上で使用してください。また、素手で取り扱ったり、吸入したり目に入ったりすると健康に害を及ぼす可能性がありますので、絶対に行わないでください。

次に、次亜塩素酸水は、酸性で同じく強い酸化作用を持ちます。出荷される野菜の洗浄等に用いられています。

一定濃度以上の「次亜塩素酸水」が新型コロナウイルスの量を減少させることが独立行政法人製

品評価技術基盤機構（NITE）にて確認されました。目に見える汚れをあらかじめ落としの上で、
1. 拭き掃除には、有効塩素濃度 80ppm 以上の次亜塩素酸水を使い、十分な量の次亜塩素酸水で濡らすことで、2. 次亜塩素酸水の流水で掛け流す場合は、有効塩素濃度 35ppm 以上のもので 20 秒以上掛け流すことでウイルスの量が減らせるとされています。いずれの場合も、次亜塩素酸水が残らないよう、きれいな布やペーパーで拭き取ってください。

（厚労省 HP 新型コロナウイルスに関する Q&A（一般の方向け）より抜粋）

Q9. 手洗いについて、界面活性剤ではなく、純石鹼での効果はどのようなのでしょうか？

A9. 石けんは界面活性剤ですので、石鹼で手を洗うことは有効です。

Q10. 浴室の消毒はどのようにすればよいのでしょうか？

A10. 特別な消毒の仕方はありません。界面活性剤(洗剤)で浴槽をきれいにすれば十分です。ただしノロウイルスの場合は、アルコールは無効なので、次亜塩素酸ナトリウムで消毒してください。

Q11. 消毒の際に、アルコールと次亜塩素酸ナトリウム溶液がよいと伺いましたが、アルコールがあればアルコールで消毒したほうがよろしいですか？ 次亜塩素酸ナトリウム溶液だと少し時間をおいてから拭き取らないと無効だと以前うかがいましたが、実際どうでしょうか？

A12. 適材適所をお願いします。汚染がアルコールで固まってきれいにならないこともあれば、物品がアルコールに弱い場合もあります。

Q13. アルコールはジェルタイプの方が液体よりよいですか？

A13. 適材適所をお願いします。手指消毒用のアルコール消毒剤は手消毒に、物品用のアルコール消毒剤は物品に使ってください。物品用のアルコールは、成分がアルコールのみなので手荒れをしやすくなります。手消毒用のアルコールには手荒れ防止の保湿剤が入っているものを選んでください。

Q14. エタノールによる消毒について、やり方を教えてください。

A15. 60%以上の濃度のエタノールで浸した不織布で 1 回で 2-3 度清拭を行ってください。エタノールの噴霧だけでは不十分な個所が発生しますので、噴霧のみは推奨されません。1 度だけの清拭より 2-3 度清拭することでアルコールとの接触時間が増加し、抗ウイルス効果が高まると考えられます。

Q15. 感染者の部屋の掃除は、介護者もしくは看護師が行った方がよいのでしょうか？

清掃係は立ち入らない方がよいのでしょうか？

A15. どういう資格というのではなく、正しい感染防御、清掃方法を理解している人にやってもらうのがよいですし、皆で方法を共有して誰もができるよう勉強して練習しておくことが大切です。

Q16. 素朴な質問で申し訳ありません。施設内の手摺りやドアノブ等の拭き掃除は、簡単に作

れる「ハイター等の薄め液」等でも可能でしょうか？あまり良くないでしょうか？

A16. 「ハイター等の薄め液」で大丈夫です。ハイター（次亜塩素酸ナトリウム）を適切な濃度（0.02～0.05%）に希釈して使用すれば、新型コロナウイルスを含め、多くの病原体を不活化（人にうつさない状態）させることができます。

Q17. 各居室に換気があるので、窓による換気は必要ですか？

A17. それぞれの施設で使用している換気システムが違いますので、まず施工会社にその換気能力（一時間にどのくらい空気が入れ替わるか？）を確認してください。十分でなければ1時間に1～2回、5-10分の積極的に換気を意識することをお勧めします。

6.その他

Q1.インフルエンザとコロナが同時に発生した時の事を考えると怖くなります。対応はどのようにしたら良いでしょうか？

A1. インフルエンザの時は症状が明確で、感染して4～5日で突然、高熱、腰が痛いといった症状ができればインフルエンザを疑いますが、とはいえ同時にコロナウイルスに感染している事もあり、インフルエンザ、コロナが同時に感染した時の対応は難しいと思います。しかし基本は、感染予防の対策をしっかりやることです。インフルエンザ対策としては予防接種を受けてください。インフルエンザは、診断もでき、治療薬もあります。利用者の体調の変化に、早期に気づき、早めに対応することが大切です。日々の体温、体調変化に気づく。そしてしかるべき対応、隔離。この作業の繰り返しです。職員間で早く情報を共有し、感染を囲い込み、広めない事が大切です。現在では、医療機関で一回の検体採取で、新型コロナウイルス抗原とインフルエンザ抗原検査が同時にできます。

Q2.インフルエンザとコロナでは手洗い一緒ですか？

A2. インフルエンザと同様の処置で効果があります。ウイルスの構造上の特徴で膜を持つコロナウイルスやインフルエンザウイルスは石けんやアルコール消毒で膜をこわされ活性化を失います。

Q3.インフルエンザとコロナの同時流行をさけるために、インフルエンザワクチン予防接種早く打つと、効き目が悪くなるのではないかとどの時期に摂取したらよいでしょうか？

A3. インフルエンザワクチンが入荷できる時期9月下旬～10月くらいで、ワクチン接種時期も普段の時期とそう変わらないと思います。インフルエンザワクチンに、コロナウイルスに対する交差免疫もあるかもしれないと論文もあります。高齢者には早く射った方が良いでしょう。

Q5.ワクチンはいつ頃、できる見通しでしょうか？

A5. 臨床試験前に投与している国（ロシア）もありますが、日本でワクチン接種ができるようになるのは、研究機関のプロセスを経てからであり、来年の春以降ではないかと思われます。

厚生労働省の HP に、わが国のワクチン対策について詳細に記載されておりますので、そちらをご覧ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/dengue_fever_qa_00001.html#Q4-3

Q6. 新型コロナウイルスは、ワクチンを一度打てば大丈夫なのでしょう吗？

A6. コロナウイルスは RNA ウィルスで変異しやすい特徴があります。したがって一回の接種で免疫を獲得するのは難しく、定期的な接種が必要と考えます。ワクチンにより体内で抗体を作りますが、回復をした人の抗体が効果を有するかどうか、今話題になっています。まだ結論出ておらず、数か月で抗体がなくなるというデータもあります。新型コロナウイルスのワクチンを接種しても、どのくらいの期間、抗体が体の中に存在するかどうか、現在の所ではわかっていません。

Q7. インフルエンザについて、今年の1～2月はインフルエンザ発症が少なかったように記憶しているのですが、今のコロナに対する予防を維持することで、大きな感染拡大は防げるのではないかと考えているのですが、少し安易な考えでしょうか？

A7. 世界中の人々の衛生意識が確実に高まっています。インフルエンザに対してワクチンも一定の効果があります。ただ、マスク装着が根づいていない海外の国ではすでに外して生活している国も見られ、そういうところは危険です。インフルエンザ対策とコロナウイルス感染対策の基本は、マスクと手洗いです。これを継続することが大切だと考えます。因みに、これを書いている時点での（11月16日～22日）1週間の定点医療機関からのインフルエンザ症例の報告例は46例（昨年は15,390例でした）です。

Q8. 軽症患者が多い今ですが今後重症者の増える可能性はあるのでしょうか？

A8. 増える可能性はあると思って対応することが大切です。今までの施設のクラスター事例を見る限りでは、高齢者施設で感染が起きた場合、早いスピードで広がっているようです。最近では若年者の感染が多いようですが、高齢者への感染対策はとても重要になってきます。

Q9. これから先、インフルエンザが流行りますが、いつもは、インフルエンザを疑った場合、簡易検査を施設でしています。今後も、先にインフルエンザの簡易キットの検査をしても大丈夫でしょうか？

A9. 現在の新型コロナウイルス禍においては、インフルエンザ迅速検査を施設で無防備に行うことはお勧めしません。もし施設でインフルエンザ迅速検査を行うのであれば、「職員は最大限のPPE(N95 マスク、ゴーグル、キャップ、袖付きガウン)を着用し」、「陰圧室か建物の外で行い」、「検査を受けた人がくしゃみをしやすい時間は陰圧室か外で待機する」、「検体採取と結果の判定に使っ

た全ての器具は新型コロナウイルス陽性の可能性もある感染性廃棄物として処理ができる」といった対策と体制が必要です。

Q10.インフルエンザワクチンは今年受けておいた方がいいですか？

A10. A1 でも記載しましたが、インフルエンザの予防接種をお勧めします。新型コロナウイルス禍において、発熱する病気に罹患した場合、病欠期間も長いため、可能な限り発熱する病気にならないことが重要です。

Q11. 1 m・15 分が濃厚接触とのことですが、本当にそれで大丈夫なのか不安です。15 分の根拠はどこにあるのでしょうかあるのでしょうか？ 10 分くらいなら感染リスクは低いのでしょうか？

A11. 今のところ、行政の判断基準、線引きとして一律の目安として 15 分ですが、科学的根拠は分かりません。距離については、飛沫感染の危険を根拠に設定されていると考えます。

Q12. 回復後、PCR 陰性化した人が、かなり後になって再発することがあるようですか？

A12. 文献上、報告例がありますが、その科学的な根拠はまだはっきりしていません。

Q13.インフルエンザの時に、看護師が検査を行います。手技はやらない方がいいですか？

A13.発熱患者が出た場合、インフルエンザかコロナ感染症の区別がつきませんので、施設で検査を行うのではなく、まずは医療機関を受診することをお勧めします。施設でどうしてもインフルエンザを検査しなくてはいけない状況が発生した場合は、フル装備のPPE(N95 マスク、フェイスシールド、ガウン、手袋)を装着し、エアロゾルボックスを使用して、患者からのエアロゾルを吸入しないようにする工夫が必要です。エアロゾルボックスなどが無い場合は、ビニールのカーテンに穴をあけ、肘まであるビニール手袋を装着して実施してください。また口腔ケアや吸引などは、エアロゾルが発生する可能性があるため、同様の工夫をされることを強くお勧めします。

Q14. ウイルス量は、少しでも吸い込むと感染するのでしょうか？

A14.感染が成立するには一定量吸入することが前提となります。しかし、飛沫が出た時点でどれくらいウイルスがでているか、どれくらい吸い込んでいるかはわかりません。可視化できないので、常に予防する事が大切です。症状がでる 2 日前よりウイルスが増え、症状が出る少し前が一番多く、感染力が強いといわれています。抗原検査は発症 2 日目から 9 日までが信頼できるようです。確定患者の症状が出た直後であれば、感染力は高いといわれています。時間が経過していれば、ウイルス量は少ないといわれていますが、可視化できないので、常に予防する事が大切です。

Q15. 接触感染アプリ COCOA についてですが、今後の見込みはどうなのでしょう？

A15.COCA で濃厚接触を指摘され、それを認知して受診する患者さんをつい先日、診察しました。見

えないウイルスに対して、アプリを活用し可視化して注意喚起することは非常に有用な手段だと思われる。そういった意味では、施設のスタッフが濃厚接触者となると施設が機能不全に陥るので、是非 COCOA 登録を進めます。

Q16.①COCOA についての信ぴょう性と②陽性者との接触したと連絡があった時、どういった対応を取ったらいいですか？

A16. ①COCOA の信ぴょう性について、以下の 2 つの視点があります。「COCOA に警報が鳴らなければ安心なのか」、「COCOA の警報が誤作動である可能性はないのか」。前者について、残念ながら 9 月 11 日 17:00 現在のインストール数は約 1663 万件で、日本人口の約 13%にとどまっています。また、私の経験になりますが、帰国者接触者外来で陽性となった方で COCOA をインストールしている方は未だいません。以上から警報がないことで大丈夫とは言えないという状況です。後者について、ニュースで COCOA の警報の誤作動が報じられていますが、警報が鳴った場合は、大事をとって濃厚接触したと考えて保健所又は医療機関に相談し、濃厚接触者としての対応（自宅待機、PCR 検査）をお勧めします。

Q17. 施設内に自動加湿器がありますが、加湿はいかがでしょうか。

A17. 現時点で新型コロナウイルスに対する加湿の効果について確定した証拠はありませんので、加湿を勧めることも否定することもできません。加湿のメリットとして「のどの乾燥を防いで感染する危険性を下げる」、「エアロゾル化したウイルスに水分が付着し床に落としやすくする」と言われる一方、デメリットとして「空気中でウイルスが生きている時間を延ばす」ということも言われています。

Q18.職員もしくは利用者から 37.5℃以上の熱がある場合、まずはインフルエンザの簡易検査を行い、陰性だったら、コロナを疑い、嘱託医に相談するといった手順はいかがでしょうか？

A18. A9. で述しましたように、適切な対策の取れていない環境でインフルエンザ検査を行うことは危険ですのでお勧めできません。

Q19.インフルエンザにかかって、かつコロナウイルスにかかることは、あるのでしょうか？

A19. あります。インフルエンザにり患していても新型コロナウイルスにもり患している可能性もあると考えてください。初期に中国からの報告で、「95 人の COVID-19 患者のうち、44 人がインフルエンザ A 型と、2 人がインフルエンザ B 型と重複感染していた」というものがあります。インフルエンザと新型コロナウイルスの両方にり患している人が一定数いることを想定しておく必要があると考えます。