

医療における新型コロナウイルス感染症

対応マニュアル

(令和5年6月12日)

目次

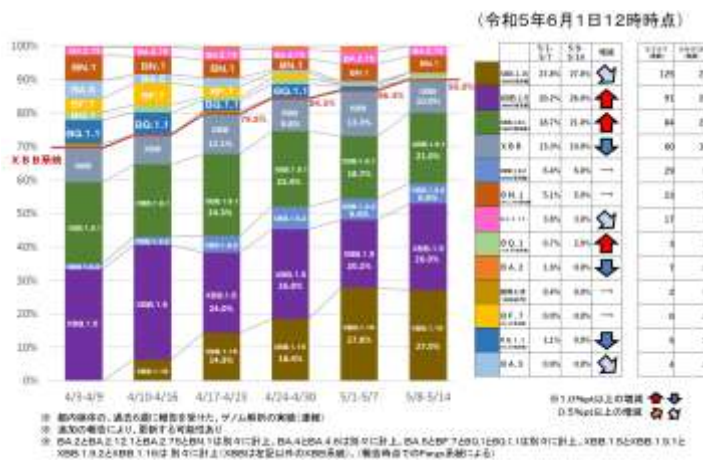
1	新型コロナウイルス感染症の特徴と感染性.....	1
1.1	新型コロナウイルス(特にオミクロン株)の症状.....	1
1.2	感染性のある期間と療養期間.....	1
2	新型コロナウイルス感染症予防のための一般的な対策.....	2
2.1	新型コロナウイルスの3つの感染経路とその予防.....	2
2.2	マイクロ飛沫(エアロゾル)感染の予防.....	2
2.2.1	換気.....	2
2.3	飛沫感染の予防.....	4
2.3.1	(お互いの)マスク.....	4
2.3.2	アクリル板やビニールシートで遮断.....	4
2.3.3	1~2 m以上の距離(ソーシャルディスタンス).....	5
2.4	接触感染の予防.....	5
2.4.1	手指衛生.....	5
2.4.2	物品や環境表面の洗浄や消毒.....	6
3	個人防護具.....	9
3.1	新型コロナウイルス感染症を想定した個人防護具の使い分け.....	9
3.2	マスク.....	9
3.3	ゴーグル、アイシールド、フェイスシールド.....	10
3.4	手袋.....	10
3.5	エプロン・ガウン.....	11
3.6	キャップ.....	11
3.7	シューズカバー.....	11
4	新型コロナウイルス感染症を踏まえた医療機関における感染対策.....	12
4.1	医療機関における新型コロナウイルス感染症対策の要点.....	12
4.2	新型コロナウイルス感染症を踏まえた医療機関における感染対策の考え方.....	13
4.3	標準予防策としての手指衛生と手袋の使用.....	14
4.4	手指衛生と物品・環境の消毒の具体例.....	15
5	外来診療における新型コロナウイルス感染症の感染対策.....	17
5.1	外来診療における感染対策の考え方.....	17
5.2	動線.....	17
5.3	待ち合いや診察室.....	17
5.4	新型コロナウイルス感染症を想定した個人防護具の使い分け.....	18
5.5	ゾーニング.....	18
5.6	物や紙、お金のやりとり.....	19
6	検査.....	19

6.1	検査の結果と解釈	19
6.2	各種検査の特徴	19
7	治療	20
7.1	病態や合併症、入院の必要性の判断	20
7.2	COVID-19 の薬物治療	21
7.2.1	軽症～中等症Ⅰの症例に対する薬物療法	21
7.2.2	中等症Ⅱ以上の症例に対する薬物療法	22
7.3	薬剤の用法・用量・注意点	23
7.3.1	軽症・中等症Ⅰの治療薬一覧(2023年5月29日現在)	23
7.3.2	抗ウイルス薬	23
7.3.3	中和抗体薬	28
7.3.4	免疫抑制・調節薬	31
8	(付録)本資料で使用する用語の定義と解説	35
9	(付録)新型コロナウイルス感染症の5類移行にあたっての変更事項	36
9.1	2023年1月27日 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更等に関する対応方針	36
9.2	2023年2月10日 変更 2022年11月19日 新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針	36
9.3	2023年4月11日最終改正 2023年3月17日 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について	37
9.4	2023年4月11日 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけ変更による入院調整体制の移行に向けた「医療機関等情報支援システム(G-MIS)の改修等について	37
9.5	2023年4月14日 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけ変更後の療養期間の考え方等について	38
10	(付録)Q&A	40
10.1	濃厚接触となった職員や感染した職員の扱い	40
10.2	診療にあたっての感染対策	41
10.3	患者の診断と治療について	46
10.4	クラスター対策	49
11	参考文献	50

1 新型コロナウイルス感染症の特徴と感染性

1.1 新型コロナウイルス(特にオミクロン株)の症状

- 当初（2020年～第1波の頃）は、発熱や味覚障害、嗅覚障害、急激な呼吸困難などが特徴とされたが、オミクロン株になり、**味覚障害や嗅覚障害の頻度は少なくなった**。また特にワクチン接種者では重症化率も低下し、**軽い咽頭痛や鼻汁、咳、痰などや無症状のことも多い**。「**発熱や味覚障害、嗅覚障害がないからコロナではない**」とは考えてはいけない。
- 一方で、特にワクチン未接種の高齢者や基礎疾患を有する患者では重症化することもある。また後遺症の問題も指摘されている。現時点では決して「かぜのようなものだから特に対策は必要ない」と軽視できるものではない。



参考

東京都福祉保健局病原体サーベイランス（ゲノム解析）
https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/kansen/corona_portal/info/monitoring.html#cms935DC
 2023年6月1日時点でオミクロンXBB株が90%以上を占めている。

1.2 感染性のある期間と療養期間

- 新型コロナウイルス患者は、**発症の2日前から感染性があり**、発症前後に感染性のピークがあり、その後に感染性は低下していく。
- 2022年9月7日に通知された療養期間では有症状者では**発症日を0日として7日間を経過した後の8日目から解除**（ただし症状軽快後24時間以上経過していること）とされているが、8日目の時点でも16%の患者からウイルスが培養されたと報告されており、**10日間が経過するまでは感染リスクが残存するとされている**。
- また無症状病原体保有者では、**陽性となった検体の採取日を0日として7日間を経過した後の8日目に解除**が基本だが、5日目の検査キットによる検査で陰性を確認した場合は6日目に解除も可能とされている。しかし、6日目の時点では12.5%の患者からウイルスが培養されたという報告もあり、**7日間が経過するまでは感染リスクが残存するとされている**。
- 接触者の調査を行う時には、上記の「**感染性のある期間**」を参考に接触者を広くリストアップすることが重要である。
- なお、濃厚接触者については陽性となった人との最終接触日を0日として6日目から解除とされているが、7日間が経過するまでは感染リスクが残存するとされている。これは2日目、3日目で抗原定性検査で陰性を確認して待機期間を短縮した場合にも適応されることに注意する。

2 新型コロナウイルス感染症予防のための一般的な対策

2.1 新型コロナウイルスの3つの感染経路とその予防

2021年6月15日

3つの感染経路の解説動画（奈良県）

<https://youtu.be/2nPdLYRyB1Q>



- 新型コロナウイルスは、患者の鼻の中や、口の中などに存在し、咳やくしゃみの際に飛沫に含まれる形で体の外に放出され、次の①～③のいずれかの経路で感染する。

- ① **マイクロ飛沫（エアロゾル）感染**：ウイルスを含んだマイクロ飛沫（エアロゾル）が空中を漂い、それを吸い込むことによって感染する。2m以上離れていても起こる。
- ② **飛沫感染**：ウイルスを含んだ飛沫が1～2m飛散し、眼に付着したり、鼻や口から直接吸い込むことによって感染する。
- ③ **接触感染**：ウイルスを含んだ飛沫が患者の手指や周辺の環境表面に付着し、それに触れた手指で自分の目鼻口に触れることによって感染する。**ウイルスは手指に付着しているだけでは感染せず、その手指を目鼻口の粘膜に持っていくことで感染する。**



図1 新型コロナウイルス感染症の3つの感染経路

2.2 マイクロ飛沫(エアロゾル)感染の予防

2.2.1 換気

2.2.1.1 必要な換気とCO2測定

2021年6月15日

マイクロ飛沫感染予防の解説動画（奈良県）

<https://youtu.be/2nPdLYRyB1Q?t=152>



2022年7月14日

新型コロナウイルス感染症対策分科会「感染拡大防止のための効果的な換気について」

https://www.cas.go.jp/seisaku/ful/taisakusuisin/bunkakai/dai17/kanki_teigen.pdf



2022年9月7日

内閣官房新型コロナウイルス等感染症対策推進室「効果的な換気のポイント」動画

<https://youtu.be/utlnrLrfxmc>



2023年3月

京都府「エアロゾル感染対策ガイドブック（医療施設版）」

https://www.pref.kyoto.jp/shisetsucluster/documents/iryomuke20230406_all_s.pdf



- 新型コロナウイルス感染症対策においては、室内にいる 1 人あたり 1 時間あたり最低 30m³ の換気量を確保する。
- これは、CO₂センサーで約 1,000 ppm 以下に相当する。
- CO₂センサーは説明文やパッケージに NDIR（非分散型赤外線吸収）または PA（光音響方式）と書いてあるものを選ぶ。測定値のズレを修正できる補正機能（または校正機能）が付いているものが望ましい。センサーに呼気を拭きかけて測定値が大きく増加すること、消毒用アルコールをかけた手を近づけても測定値が大きく変化しないことを確認する。説明書をよく読み、定期的な補正（校正）を行う。
- CO₂センサーは、以下の場所を避けて設置する。
 - 特に CO₂ が溜まりやすい場所（過大な値が表示される）：人の息が直接かかる場所や燃焼物がある場所、医療用炭酸ガスを用いる場所など
 - 外の空気にさらされる場所（過小な値が表示される）：窓や出入り口、空気取り入れ口の近く
 - 風や温湿度の変化がある場所（CO₂センサーの精度が落ちる）：扇風機やエアコンなど常に風が当たって温度が大きく変化する場所、加湿器の近くなど

2.2.1.2 機械換気

- 換気不足の原因の 68%は機械換気装置の不備にあり、その背景要因の 45%は掃除不足、21%はスイッチの入れ忘れと報告されている。①屋外の給気口（表側が詰まる）、②屋外の排気口（裏側が詰まる）、③屋内の排気口（表側が詰まる）の三点を定期的に確認すること。

2.2.1.3 自然換気

- 部屋の中を対角線上に空気が抜けるように窓やドアを開けると良い。
- 窓やドアを常時開けっぱなしにしておく必要はなく、時間を決めて定期的に 2 方向の窓やドアを開けて換気を行う（例えば業務で入室した際に数分間など）。
- 人が集まる前後ではなく、人が集まっている時に換気する。
- 換気扇や換気孔の近くの窓を開けると新鮮な空気がすぐに排出されるため、部屋全体の換気能力が低下することがあるので注意が必要である。
- ビニールシートでは目張りが十分にできず、マイクロ飛沫感染の予防としては不十分である。また後述のように、逆に換気を悪くするリスクもあり注意が必要である。

2.2.1.4 空気清浄

- 厚生労働省では、空気清浄機は HEPA フィルタを搭載し、ろ過風量が 300m³/h (=5m³/min) 以上の能力を持つ機種を推奨している。
- 常時在室する成人の人数×30m³/h が、その部屋に必要な空気清浄機のろ過風量の目安となる。例えば成人 10 名が居る部屋に空気清浄機を置く場合、ろ過風量が 300m³/h 以上の性能が望ましい。
- HEPA 空気清浄機にはアルコールをかけないこと。アルコールにより HEPA が劣化し、ウイルス飛沫の除去性能が低下する。

- 空気取り入れ口を人がいる側に向けておくことで、エアロゾルが部屋に広がる前にいち早く浄化される。その他、**手動モードで最大風量（強）にする、フィルタをこまめに掃除する**、換気が行き届かない場所や空気がこもりがちな場所、人が多く集まる場所に置くなどの注意点がある。
- **二酸化炭素（CO₂）モニター**で室内の二酸化炭素の増減を確認する方法もある。
- 空間除菌商品は一般的には効果が確認されていない。商品や濃度によっては人体に有害である可能性があり注意が必要である。

2.2.1.5 空気調和装置(AHU、空調機)

- 空気調和装置が使用されている場合、①還気時に適切なフィルター（中性能フィルター）が使用されているか、②外気の供給を停止するタイマーが設定されていないか、③ダンパーを閉鎖して外気量の取り込みを減らしすぎているか、を確認する。

2.2.1.6 送風

- **サーキュレーターや扇風機は開けた窓やドアに向けて一方向に作動させる**（室内の汚染した空気を室外に出すイメージ）。このときサーキュレーターや扇風機はなるべく窓に近い所に置く（扇風機は背面から風を取り込み、前面に押し出す）。エアコンをまんべんなく効かせるように**閉めきった部屋の中で首振り機能を使って作動させるのは感染対策としては誤り**。
- **風上、風下を作るような扇風機の置き方は避ける**。

2.2.1.7 圧力差

- 空調による空気の供給や換気のバランスによって、部屋や廊下の間には空気の圧力差が発生する。CDCでは、差圧計を用いて感染者が居る部屋を-2.5パスカルの陰圧に管理することを推奨しているが、差圧計が無くても煙が出る線香、あるいはティッシュペーパーなどをドアの隙間に当てればおおよそ空気がどちらに動いているかは分かる。

2.3 飛沫感染の予防

2021年6月15日

飛沫感染予防の解説動画（奈良県）

<https://youtu.be/UzQrMvFQ4tA>



2.3.1 （お互いの）マスク

- 個人防護具「マスク」のページを参照（p.9）。

2.3.2 アクリル板やビニールシートで遮断

- **遮断しすぎて密閉すると換気が悪くなり感染リスクが上昇するので注意が必要**
- 飛沫の飛散経路を適切に遮断すること。
- ビニールシートやアクリル板を設置した場合、汚れが見られるようであれば適切に洗浄・消毒を行う。汚れが見られる場合は中性洗剤などで洗浄を行い、ついで次亜塩素酸ナトリウムまたはアルコ

ールで消毒するが、特にアクリル板はアルコールにより著しく劣化するので注意すること。また洗浄・消毒の際には、前後に手指衛生を行うなどによって自分の汚染に注意すること。

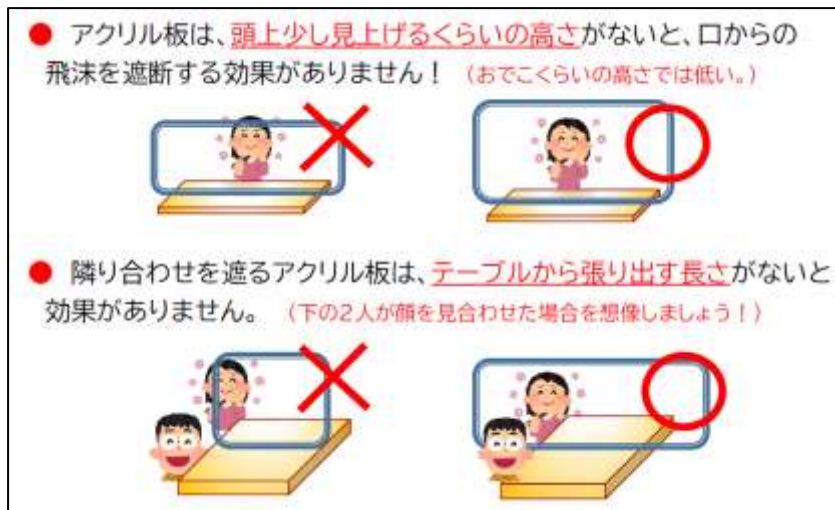


図2 適切なアクリル板の設置方法¹

2.3.3 1～2 m 以上の距離(ソーシャルディスタンス)

- マスクを外している場合などでは特に、人と人の距離を最低 1～2m 以上あけるように留意する。これは飛沫が届かないための距離である。
- 更衣室、休憩室、食堂、スタッフルームなどで職員同士が、一定の距離を保てるよう、出勤時間、休憩時間をずらし、席数を減らすなどの工夫を行う。特に、飲食中はマスクをはずすので、職員間が近距離で食事をしない、食事中はマスクをはずした状態での会話はできる限り控えるなど、接触を減らす工夫を行う。

2.4 接触感染の予防

2021年6月15日

接触感染予防の解説動画（奈良県）

<https://youtu.be/fNNAXEeal0w>



2.4.1 手指衛生

- 流水と石けんによる「**手洗い**」と速乾性手指消毒薬による「**手指消毒**」の二通りがあり、二つをあわせて「**手指衛生**」と呼ぶ。
- **医療や介護の場面では「手指消毒」を優先**して良い。理由は以下の3つである。
 - 手指消毒薬を持っていれば、いつでもどこでもできる（手洗いはシンクや石けんがないとできない）。
 - 手指消毒は手洗いよりも確実な消毒効果が得られる。
 - 手指消毒は手洗いよりも手荒れが少ない（アルコールが体質的にダメな場合を除く）。
- 一方、「**手洗い**」が必要になる場面としては以下のようなものがある。
 - **手指が目で見えて汚れている**場合。例えば排泄物などが手指に付着している場合

➤ **アルコールが効きにくい微生物**による感染症患者の対応を行う場合

◇ 例えば**ノロウイルス**や**クロストリジオイデス・ディフィシル**（偽膜性腸炎の原因菌で一般的に CD と呼ばれる）

- 職員・入所者に対し、施設内では適宜手指衛生（アルコールによる手指消毒または流水と石けんによる手洗い）を行うよう指導する。
- 適切な手指消毒ができるようにアルコール手指消毒薬を適切に設置する。介助の合間に顔付近等を触りたくなつた際に手指消毒できるよう、介助業務の際には**必ず手元に用意**するようにする。（居室内に設置しておき、介助時には手元に持ってくるなど）
- 設置したアルコール手指消毒薬を入所者が誤飲する危険性がある場合は、職員が個別にアルコール手指消毒薬を携帯するなどの工夫を行う。
- エプロンやガウンを装着した状態でアルコール手指消毒薬をポシェットに入れて携帯する場合は、エプロンやガウンの中に手を突っ込まなくて済むように、**ポシェットはエプロンやガウンの外に装着し、汚染しているものとして扱う**（グリーンゾーンに持ち込まない）。
- **アルコールは十分量**を手にとることが重要である。据え置き型のはワンプッシュしっかりと押し切る（通常2～3 mL）。携帯型の小さいボトルはワンプッシュで出てくる量が少ないので、「最低2プッシュ」など各施設でルールを作る。



図3 ガウンの上からポシェットと鍵を着用する

2.4.2 物品や環境表面の洗浄や消毒

- **物品**（体温計や血圧計、SpO₂ モニターや食器、洗濯物、筆記用具など）や**環境表面**（ドアノブや手すり、机やトイレの便座など）にウイルスが付着していると、それに**触れた手指で目鼻口を触ることにより感染**する。またその手指で他の物品や環境表面を触ることで、**汚染を広げる**ことになる。

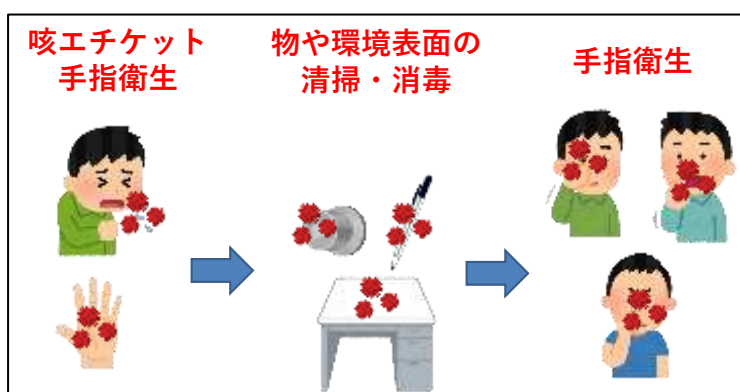


図4 接触感染とその防止

- 図4 から分かるように、接触感染を防ぐには、①物品や環境を触る前の手指衛生、②触った物品や環境の洗浄や消毒、③触った後の手指衛生、の3つの方法がある。
- 表1の様な物品や環境は接触の頻度が高いものとして、施設側としてもある程度定期的に洗浄や消毒すると良い。なお「定期的」に決められた時間間隔はない。理想としては使用毎に消毒するのが

望ましいが、それが困難な場合は1時間ごと、4時間ごと、8時、12時、16時、など可能な範囲で施設で時間を決めて消毒する。また逆に誰も触っていないものを頻繁に消毒しても意味がない。

表1 定期的な清掃や消毒が必要な物品や環境

<ul style="list-style-type: none"> ■ パソコン（キーボードやマウス） ■ タッチパネルを有する電子機器 ■ 電話機 ■ エレベーターなどのボタン ■ 手すり ■ 筆記台やボールペン
--

- アルコール類はヒトの手指などに使用できるが、次亜塩素酸ナトリウムはヒトには使用しない（表2）。

表2 アルコールと次亜塩素酸ナトリウムの使用方法と使用時の注意

	アルコール	次亜塩素酸ナトリウム
ヒトへの使用 (手指など)	○	× (人体には使用しない!)
物品・環境への 使用時の注意	<ul style="list-style-type: none"> ■ 通常は70%以上の濃度で使用する。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 通常は0.02～0.05%の濃度で使用する。 ■ 嘔吐物や便の処理時は0.1%で使用する。
注意点	<ul style="list-style-type: none"> ■ ノロウイルスなどには無効。 ■ プラスチック類（特にアクリルなど）は劣化する可能性がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 希釈後は密封・遮光し、使用期限は24時間とする。 ■ 金属腐食性が高くサビが発生しやすいので金属には用いないか、使用後に水拭きを行う。 ■ 脱色（漂白）作用がある。 ■ 換気を十分に行う。 ■ トイレ用洗剤などの酸性物質と混合すると有毒な塩素ガスが発生するので注意する。 ■ 直射日光で活性が低下する。
共通する注意点	<ul style="list-style-type: none"> ■ 液晶モニタなど使用しない方が良いものがあるので注意 ■ 目で見て汚れが付着している場合は、まず汚れを拭き取って（洗浄・清掃）から消毒する。 ■ 消毒時は手袋（特に次亜塩素酸ナトリウム使用時）を装着すること。 ■ 消毒薬は噴霧ではなく、ペーパータオルやガーゼなどに染みこませて拭くことによって消毒すること。 ■ 紙や木、布類はアルコールや次亜塩素酸ナトリウムによる消毒は十分にはできない。 	

- 次亜塩素酸ナトリウムと次亜塩素酸水は異なるものなので注意すること。
- 次亜塩素酸ナトリウムや次亜塩素酸水は、手指消毒には使用してはならない。また、テーブルやドアノブの消毒には用いて良いが、次の使用方法を厳守すること²。
- 次亜塩素酸水を使って物品のウイルス対策をする場合の使用方法は次のとおりである。
 - ① 有効塩素濃度 80 ppm 以上のものを使う。
 - ② 汚れをあらかじめ落としておく。
 - ③ 拭く対象物に対して十分な量を使用する。

④ きれいな布やペーパーで拭き取る（20秒反応させた試験で有効性を確認）

（参考）<https://www.meti.go.jp/press/2020/06/20200626013/20200626013-4.pdf>

- 次亜塩素酸水は不安定な物質（濃度が低下しやすい）のため、冷暗所に保管し、早めに（製品に使用方法、有効成分、酸性度、使用期限の表示があることを確認）使い切る。

● ウイルス汚染が手指や環境の汚染によって、どのように広がっていくか、見てみよう！

（どちらの動画も英語ですが、映像だけで内容は分かります。）

- 女性がパーティに呼ばれてドアノブを触り、ドーナツを食べて感染する様子を可愛い微生物のイラストを用いて表現した動画

<https://youtu.be/yToii3-p-NI>

- 手指衛生を行わないとどのように微生物が広がっていくかを緑色の絵の具を用いて表現した動画

<https://youtu.be/M8AKTACyiB0>



3 個人防護具

3.1 新型コロナウイルス感染症を想定した個人防護具の使い分け

患者の状態	追加条件	手指衛生	サージカルマスク	N95マスク	眼の保護	手袋	ガウン
患者がマスクを外した状態 	身体密着あり						
	身体密着なし						
患者がマスクを適切に装着 	換気良好短時間						
	換気不良長時間						
患者との距離（2m以上） が取れる業務	換気良好短時間						
	換気不良長時間						

3.2 マスク

- 職員・入所者は、施設内では自分の飲食時などを除き、原則としてマスク（不織布マスク）を装着する。
- マスクは口や鼻からの飛沫の吸入を防ぐだけでなく、自分の口や鼻から飛沫が飛び散るの（自分からの感染）を防ぐ。



メモ マスクを装着していても注意が必要な場面

- 入所者の聴力が低下している場合など、どうしても職員が入所者の耳に顔を近づけて大きな声で話さないといけないことがある。**大声を出すとマスクがずれたり、マスクと顔の間に隙間ができて飛沫が漏れやすくなる。**さらに距離が近いと感染リスクが高まる。このような場合は、職員の顔が入所者の顔と対面にならないよう、飛沫が入所者の顔に飛ばないように、斜め横から話しかける、手を添える、などの工夫があると良い。

- 気管内挿管や気道吸引、激しい咳などでマイクロ飛沫（エアロゾル）が大量に発生するような場面では、職員が使用するマスクは **N95 マスク** が望ましい。
- **N95 マスク** は感染を防ぐために職員側が装着するものである。入所者には N95 マスクを着けない。

メモ N95 マスクの再利用について

- 本来 N95 マスクは 1 回ごとの使い捨てが原則ですが、所定の場所に吊す、あるいは紙袋に入れるなどして 1 日 1 回交換とすることも有る。
- N95 マスクを再利用する場合は N95 マスクの表面が汚染されないように **上からサージカルマスクを装着** したり、フェイスシールドを併用すると良い。

3.3 ゴーグル、アイシールド、フェイスシールド



- 目（の粘膜）への飛沫の飛散を防ぐ。
- フェイスシールドやアイシールド、ゴーグルなどがある。
- それぞれは眼を覆う面積や顔への密着度が異なり、どれでなければならない、ということはない。入所者につかまれる、取られる、というような場合は密着性の高いゴーグルを利用したり、咳や痰などが激しく顔面への曝露が多い場合はフェイスシールドを使うなど使い分けると良い。見やすさや手軽さではアイシールドがよく使われる。
- お互いがマスクを装着している場合は飛沫が飛び散る危険性は低下するため、フェイスシールドやゴーグルは必須ではない。
- 入所者がマスクをしておらず、強い咳やくしゃみがあったり、唾を吐くなどの行為が見られる場合、こちら側がフェイスシールドやゴーグルを着用する。具体的な場面としては**食事介助**や**入浴介助時**、**入所者が何らかの理由でマスクが装着できない**ときなどがある。
- フェイスシールドやゴーグルは表面が汚染されている可能性があるため、使い回す場合は表面を消毒する。消毒する場合は、①表面（患者・入所者側）がより高度に汚染されている可能性があるためより丁寧に消毒すること、②消毒の際の自分の手指の汚染に注意すること、③ゴムバンドやスポンジの消毒は十分にできないため、その汚染が想定される場合は廃棄すること、などに注意が必要である。



ゴーグルおよびフェイスシールドの洗浄及び消毒方法（令和2年4月14日厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡「サージカルマスク、長袖ガウン、ゴーグル及びフェイスシールド、の例外的取扱いについて」）

- 洗浄及び消毒方法についてはメーカーへ問い合わせ、その推奨方法とすることが基本であるが、方法が不明な場合は、以下の手順を参考とする。
- 手袋を装着したままの状態、ゴーグルやフェイスシールドの内側、次に外側を丁寧に拭くこと。
- アルコール又は0.05%の次亜塩素酸ナトリウムを浸透させたペーパータオルやガーゼ等を使用して、ゴーグルやフェイスシールドの外側を拭くこと。
- 0.05%の次亜塩素酸で消毒した場合、ゴーグルやフェイスシールドの外側を水またアルコールで拭き、残留物を取り除くこと。
- 清潔な吸収性タオルを用いて吸水することなどにより、良く乾燥させること。
- 手袋を外した後は、手指衛生を行うこと。

3.4 手袋



- 手指が飛沫で汚染されることを防ぐ。
- **手袋は原則として一重**が良い。
- 新型コロナウイルスは**手指から感染するわけではないため、素手に飛沫が付着してもその手指で自分の目鼻口に触れなければ感染しない**。
- また手袋を着けていたとしても、飛沫が付着した手袋で自分の目鼻口に触れると感染するし、周辺の物品や環境表面に触ると汚染を広げることになる。

- 施設等において手袋は主に排泄物やゴミなどを扱う時に装着し、それ以外では装着が必須となる機会は少ない。
- **注意** 同じ手袋で（交換せず）次々に物品や環境表面を触ると、手袋に付着した微生物を身のまわりに拡散させることになり、**非常に危険**である。
- 手袋は適切なタイミングで交換すること。どうしても交換が難しい場合（フロア全体をレッドゾーンにするなど、手袋を着けっぱなしにせざるをえない場合）には、手袋の上から消毒することが何より重要である。
- （参考）p.8で紹介した女性とドーナツの動画でも、仮に女性が手袋を着けていたとしても起きる結果（物品や環境を次々に汚染させる）は同じであることが分かる（<https://youtu.be/yToii3-p-NI>）。



3.5 エプロン・ガウン

- エプロン（袖なし）は体幹の、ガウン（袖付き）は体幹と腕の汚染を防ぐ。
- エプロンやガウンは原則として一重で良い。
- 新型コロナウイルスは体や腕から感染するわけではない。また飛沫が衣服や腕に付着してもそこから感染するわけではない。
- しかし、入所者を抱きかかえるなど密着するような場面、あるいは食事介助などで衣服が汚染する可能性が高い状況では、ガウンを装着すると良い。
- 清掃や環境整備など、入所者に接触（＝腕が汚染する）する可能性がない場合はエプロン（袖なし）を使っても良い。
- エプロンやガウンの着用中や脱ぐ時に、消毒薬を噴霧したりする必要はない。噴霧してもエプロンやガウンがまんべんなく消毒されるわけではない。
- エプロンやガウンは原則として使い捨てである。特に1回脱いだものはかならず捨てる。吊して使い回すことは絶対にしない。



3.6 キャップ

- 頭部や毛髪が飛沫で汚染されることを防ぐ。
- 新型コロナウイルスは頭部から感染するわけではない。しかし飛沫による頭部や毛髪の汚染が気になる場合はキャップを装着してもよい。



3.7 シューズカバー

- 靴の裏に付着した飛沫が感染源になることは稀であり、基本的にシューズカバーは不要である。
- ただしグループホームで靴を脱いだり、床を舐めたりする入所者がいるような状況では、シューズカバーや上履きの使用を考慮する。

4 新型コロナウイルス感染症を踏まえた医療機関における感染対策

4.1 医療機関における新型コロナウイルス感染症対策の要点

- **新型コロナウイルス感染症以外の感染症**も視野に入れる。例えば、2023年5月29日現在、奈良県では新型コロナウイルス感染症以外に感染性胃腸炎やRSウイルス感染症、ヘルパンギーナなどが流行している。また結核や侵襲性肺炎球菌感染症、侵襲性レンサ球菌感染症なども毎週のように報告されている。
- **①患者→職員、②患者→患者、③職員→患者の3つの感染を防ぐ。**
- **个人防护具や動線、ゾーニングだけにとらわれず、手指衛生や物品・環境の消毒なども合わせて総合的に効率の良い感染対策を行うことが重要である。**
 - 新型コロナウイルスは**手からは感染しない**。従って、手に新型コロナウイルスが付着しても、その手で自分の目鼻口を触らなければ感染しない。あるいは自分の目鼻口を触る前に手を消毒すれば良い。
 - 一方、**手指に付着した病原体は、接触によって広がっていく**。従って、ノロウイルスや薬剤耐性菌など、新型コロナウイルス以外の病原体も想定した接触感染の予防には、手指衛生や物品や環境表面の消毒を適切に行うことが重要である。

項目	これまで	これから（笠原私見）
動線	・他の患者と分ける ・入り口と出口を分ける	→ ・動線は分けなくて良い
待合室	・徹底的な消毒と換気	→ ・必要最低の消毒と換気 ・患者が触れたところ ・機械換気や空気清浄機の活用
目の保護（ゴーグル・フェイスシールド）	・常に	→ ・患者がマスクを外すとき
サージカルマスク	・常に	→ ・常に
N95 マスク	・エアロゾルが発生するとき	→ ・同様
手袋	・常に	→ ・血液や体液、粘膜に触れるとき
ガウン	・常に	→ ・体や腕が接するとき
手指衛生	・手袋の着脱前後	→ ・「WHO が提唱する手指衛生の5つのタイミング」に基づく ・手袋の着脱前後 ・手袋の上から（異論あり）
物品や環境の消毒	・こまめに、徹底的に	→ ・汚染したところを適宜
換気	・陰圧 ・30分～1時間の換気	→ ・機械換気や空気清浄機の活用

表3 新型コロナウイルス感染症対策のこれまでとこれから



COVID-19 に対する WHO や CDC の感染対策の方針と日本の方針の違い

- WHO や CDC では COVID-19 に対しては標準予防策に加えて接触予防策と飛沫予防策を推奨している^{3,4}。細かい話になるが、ここでいう「接触予防策」や「飛沫予防策」というのは、「接触感染対策」「飛沫感染対策」とは異なる、「ルール」の話である。具体的に言うと、「接触予防策」では、例えば患者が個室に入院している場合は、血液や体液に触れるかどうかにかかわらず、「入室時に手袋とガウンを装着する」ことがルールになっている。この点で、「汚染箇所に触れなければ手袋やガウンは不要」としている日本の感染対策は、WHO や CDC の推奨する感染対策と比べると緩和したものとなっている。また逆に、これを安全なものにするためには、平素からの感染対策、すなわち標準予防策を強化することと抱き合わせでなければならない。

4.2 新型コロナウイルス感染症を踏まえた医療機関における感染対策の考え方

- 2023年3月17日に発出された厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部による通知では、「今般の位置づけの変更に伴い、今後はガイドラインに沿いつつ安全性だけではなく、効率性も考慮した対応へと見直すこととする」と記載された⁵。これを受けて4月4日に「新型コロナウイルス感染症への対応について」と題する医療機関向けのリーフレットが発表された⁶。このリーフレットには、個人防護具、外来における院内のゾーニング・動線分離、病床の考え方、換気などの感染対策の要点が整理されている。
- 医療における感染対策の目的には、①職員と患者の間の感染を防ぐ、②職員同士の感染を防ぐ、③患者同士の感染を防ぐ、という3つがある（図5）。またそもそも医療において問題になる感染症は新型コロナウイルス感染症だけではない。
- 今後は、①新型コロナウイルス感染症以外の感染症も視野にいれ、②職員と患者の間の感染、職員同士の感染、患者同士の感染の3つの感染を防ぎつつ、③効率良く診療を行う、ことが求められる。このためには、「この時はこうすること」という場面毎の画一的なルールの設定ではなく、個々の職員が場面毎のリスクを評価して適切な感染対策を行えるようにすることが求められる。

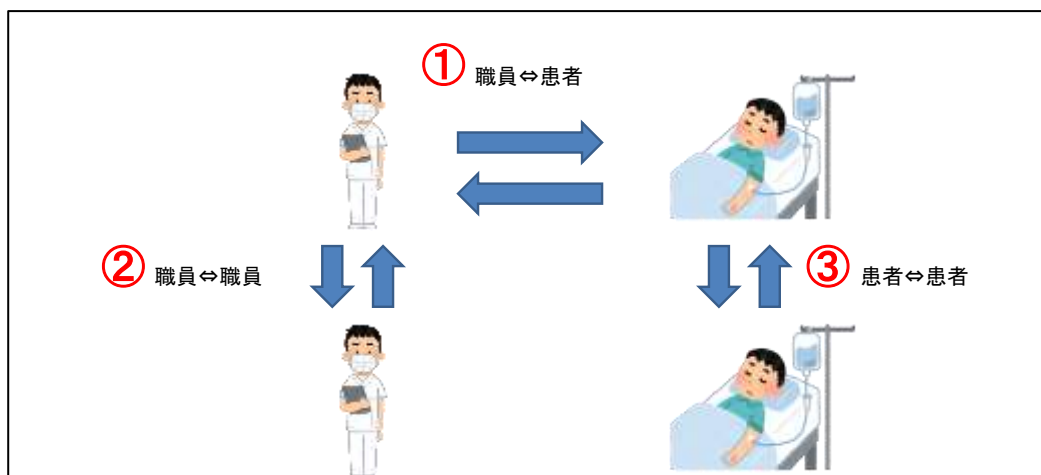


図5 防ぐべき「3つ」の感染

- なお、新型コロナウイルス感染症対策においては、しばしば個人防護具や動線、ゾーニングなどが

強調されるが、これらは感染対策の一部の要素に過ぎない。特に手指衛生と物品や環境表面の清掃、消毒を強化することによって、个人防护具の選択や動線・ゾーニングをより柔軟に行えるようになる。上記厚労省リーフレットには手指衛生、物品や環境表面の清掃・消毒が記載されていないが、これらは感染対策において最も基本的で重要な要素であることを強調しておく。

4.3 標準予防策としての手指衛生と手袋の使用

- 標準予防策では、「誰がどんな感染症を持っているか分からない」という前提のもと、手指衛生は「WHO が提唱する手指衛生の5つのタイミング」に基づいて行う。



図6 WHO が提唱する手指衛生の5つのタイミング

- また手袋は「血液、汗を除く体液、分泌物、排泄物、健常でない皮膚、粘膜」に触れる際に装着する。標準予防策において、手袋はWHO が提唱する「手袋ピラミッド」に基づいて必要の有無を判断する。
- 手袋は装着する前に手指衛生（きれいな手で手袋を取り出し装着する）すること、および手袋を脱いだ後に手指衛生（手袋を脱いだ直後の手は汚染されているかもしれない）することが重要である。すなわち1回の手袋使用につき、2回的手指衛生が必要になる。

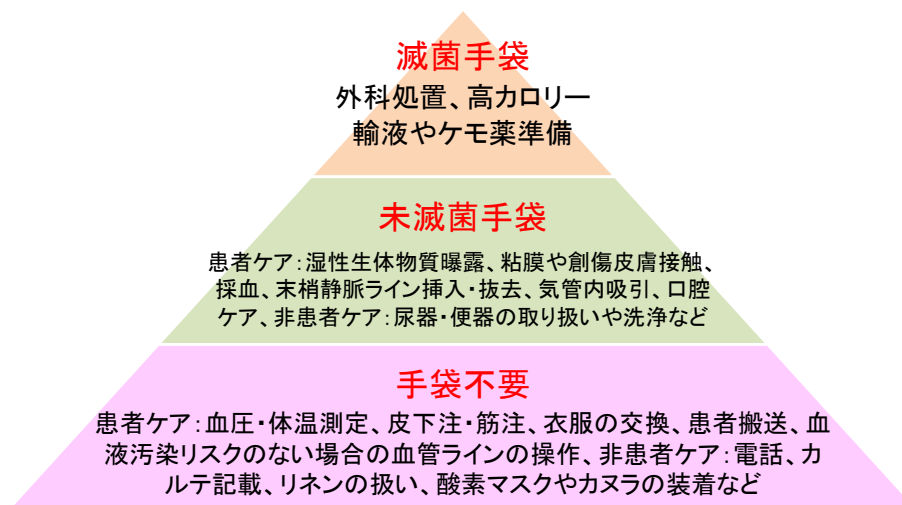


図7 手袋ピラミッド

4.4 手指衛生と物品・環境の消毒の具体例

2023年4月15日

一人で安全に行う鼻咽頭拭い液の採取

https://youtu.be/ivHhzFLv_bw



- COVID-19において接触感染のリスクはエアロゾル感染や飛沫感染と比べると低い、リスクがないわけではない。そのため適切に手指衛生、物品や環境表面の清掃・消毒を行うことは重要である。
- COVID-19外来診療において、現在は「診察前から診察終了まで手袋は着けっぱなしで、素手になることはない」という感染対策が一般的であるが、前述のように標準予防策に基づいて手指衛生と手袋が適切に使用され、さらに診療中に医療従事者が安易に自分の目鼻口を触るようなことがなければ、手袋は必須ではない。
- また物品や環境の消毒も必要最低限で良い。ただし、聴診器やサチュレーションモニターなど、患者に使用した物品は、患者に触れた場所はもともと標準予防策としても消毒することが推奨されており、それらが省略できるわけではない。
- 標準予防策として一般的に行う手指衛生や手袋使用の場面を示す。

【標準予防策として一般的に推奨される手指衛生や手袋使用の手順】

〔通常の診察の場合〕

カルテ記載→①手指衛生→診察→②手指衛生→カルテ記載

〔採血や検体採取の場合〕

物品準備→①手指衛生→手袋装着→採血や検体採取→直ちに手袋を脱ぐ→②手指衛生→片付け

- このように手指衛生を行うことができれば、COVID-19診療においても、ルーチンで手袋を装着する必要はない。
- むしろルーチンで手袋を着用することによって、手指衛生のタイミングが難しくなる。一例として、ルーチンで手袋を装着した場合の正しい手袋の着脱と手指衛生の手順を示す。

【ルーチンで手袋を装着した場合の正しい手袋の着脱と手指衛生の手順】

〔通常の診察の場合〕

①手指衛生→手袋装着→カルテ記載→手袋を脱ぐ→②手指衛生→新しい手袋装着→診察→直ちに手袋を脱ぐ→③手指衛生→新しい手袋装着

〔採血や検体採取の場合〕

①手指衛生→手袋装着→物品準備→手袋を脱ぐ→②手指衛生→手袋装着→採血や検体採取→直ちに手袋を脱ぐ→③手指衛生→新しい手袋装着→片付け

- このような手順になるのは、「手袋の上から消毒」することが推奨されていない（手袋のしわなどによって適切に消毒できない、あるいは手袋が破れやすくなるなど）からである。しかし現実には外来診療においてこれだけの手指衛生と手袋交換を行うのは効率が悪いので、ルーチンの手袋装着はやめて手指衛生を適切に行って外来診療を行うか、手袋の上からの消毒を許容する。
- 一例として、手袋の上からの消毒を許容した場合の手順を示す。この場合でも、採血後の手袋は血液で汚染されている可能性もあり、直ちに交換することが望ましい。

【ルーチンで手袋を装着した場合に手袋の上からの消毒を許容する場合の手順】

〔通常の診察の場合〕

①手指衛生→手袋装着→カルテ記載→②手袋の上から消毒→診察→③手袋の上から消毒→カルテ記載

〔採血や検体採取の場合〕

①手指衛生→手袋装着→物品準備→②手袋の上から消毒→採血や検体採取→直ちに手袋を脱ぐ→③手指衛生→新しい手袋装着→片付け

- 施設の考え方によって、①手指衛生、②手袋、③物品や環境消毒、の3者のバランスを考えて効率的・効果的な接触感染を予防すると良い。

5 外来診療における新型コロナウイルス感染症の感染対策

5.1 外来診療における感染対策の考え方

- 入院診療と異なり、患者の滞在時間が短く、他の患者との接触時間も短いため、患者同士の感染リスクは低い（クラスターなどは起きにくい）。
- 患者の動線や滞在場所も限定的であり、入院診療と比べると感染対策を行いやすい。
- 一方で、多忙な外来診療の中で厳重な感染対策を講じながら COVID-19 診療を行うのは困難を伴う。
- 従って、患者→職員、あるいは患者→患者の感染を最大限に防ぎつつ、効率良く診療を行うために、必要最小限の感染対策を講じる必要がある。

5.2 動線

- ①患者が不織布マスクを適切に装着しており、②短時間の通過（歩行や車椅子移動など）、であれば他の患者や職員と動線を分ける必要はない。

【考え方】

- 上記に示した状況であれば、短時間のすれ違いなどで感染するリスクは極めて小さい。

5.3 待ち合いや診察室

- 新型コロナウイルス感染症の患者が滞在する待ち合いや診察室は、①換気を良好に保つこと、②周囲のスペースや廊下に対して陰圧、少なくとも等圧に保つこと、③適宜消毒すること、が望ましい。
- 空間的分離（車や別室で待機してもらう）や時間的分離（別の時間帯に予約して来てもらう）といった工夫も有効である。

【考え方】

- 動線と異なり、待ち合いや診察室などでは患者が部屋に一定時間滞在することによって部屋内の感染性ウイルスを含んだエアロゾルが増加し、主にエアロゾル感染のリスクが高まる。資料 2.2 マイクロ飛沫（エアロゾル）感染の予防（p.2）を参照し、効果的に自然換気や機械換気、空気清浄機などを活用する。
- また、患者がマスクを適切に装着していない場合は、感染性ウイルスを含んだ飛沫が飛散し、物品や環境表面に付着することによって、接触感染のリスクも高まる。そのため適切な清掃や消毒も必要である。
- なお感染リスクは、①患者のマスクの有無、②症状の強弱、③滞在時間、④換気状況、⑤他の患者との距離や人数、などによって変化するため、換気条件や消毒の頻度については一律の基準は設定できない。

5.4 新型コロナウイルス感染症を想定した個人防護具の使い分け

表4 COVID-19 確定または疑い患者に使用する PPE と装着の基準

患者の状態	追加条件	手指衛生	サージカルマスク	N95マスク	眼の保護	手袋	ガウン
患者がマスクを外した状態 	身体密着あり						
	身体密着なし						
患者がマスクを適切に装着 	換気良好 短時間						
	換気不良 長時間						
患者との距離（2m 以上） が取れる業務	換気良好 短時間						
	換気不良 長時間						

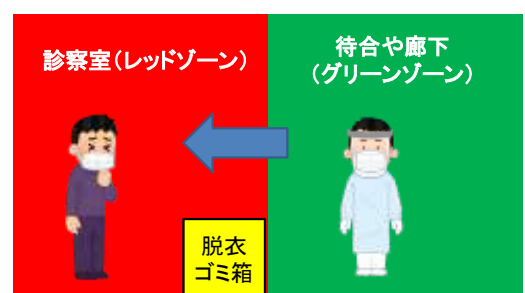
1. サージカルマスクは職員、患者ともに常時装着する。
2. N95 マスクは①患者の咳などの呼吸器症状が強い、②エアロゾル産生手技を行う、③換気が悪い、④患者がマスクができない、などの状況で職員が装着する。また、COVID-19 確定患者に対して、職員はルーチンに N95 マスクを使用しても良い。なお N95 マスクは患者に着用させるものではない。
3. フェイスシールドまたはゴーグルは、患者がマスクを装着できない時に職員が眼の保護をするために装着する。
4. 手袋は、患者の鼻汁や唾液、尿や便などの湿性生体物質に触れる時に装着する。手指衛生が適正に行えればそれ以外の場面では手袋は必須ではない。
5. ガウン、エプロンは、湿性生体物質が体に付着する、あるいは患者と体が接する時に装着する。

【考え方】

- 従来は COVID-19 確定または疑い患者に対しては、いわゆるフル PPE（マスク、眼の防護、手袋、ガウン）を装着するのが一般的であった。しかし、特に手袋とガウンについては、常に必須というわけではなく、後述する①適切な手指衛生と、②物品や環境表面の消毒、の2つを徹底し、接触状況を適切に評価できれば使用しないこともありえる。表4に、各 PPE の装着基準を示す。

5.5 ゾーニング

- PPE はグリーンゾーンで着用し、レッドゾーンで脱ぐ（N95 マスクを装着している場合は N95 マスクはグリーンゾーンに戻ってから脱ぐ）。
- レッドゾーン専用の診察室を用意できない場合は、患者診察時に一旦レッドゾーンにして、患者退室後に飛沫が付着したと思われるところを消毒してグリーンゾーンに戻す。



5.6 物や紙、お金のやりとり

- 物や紙、紙幣や硬貨を介して感染するリスクは低いですが、これらに触る前後の患者および職員の手指衛生を徹底することによりさらにリスクは下がる。
- 消毒できるものは消毒することによって感染性は低下する。また消毒できないものは3日間（72時間）程度放置することによって感染性は低下する。
- 電子マネーやウェブ問診の利用など、非接触でやりとりができるよう工夫する。

6 検査

6.1 検査の結果と解釈

- 検査には大きく①PCR検査、②抗原定量検査、③抗原定性検査、の3種類がある。一般的に「抗原検査」と呼ばれるものは、「抗原定性検査」を指すことが多い。
- このうち感度（陽性者に検査を行って陽性と結果が得られる確率）が最も高いのはPCR検査、最も低いのが抗原定性検査である。
- 従って、特に抗原定性検査は「陰性だからといって絶対に陰性」と過信しないことが重要である。
- とりわけ無症状病原体保有者に対する抗原定性検査の感度は低く、本来は無症状の者に抗原定性検査は推奨されていない。無症状の者の抗原定性検査が陰性であったからといって、「陰性」と決めつけないように十分な注意が必要である。特にその者が濃厚接触者の可能性がある場合は、安易に感染対策を解除しないようにする。

6.2 各種検査の特徴⁷

検査の対象者		PCR検査			抗原定量検査			抗原定性検査		
		鼻咽頭	鼻腔	唾液	鼻咽頭	鼻腔※2	唾液	鼻咽頭	鼻腔	唾液
有症状者(症状消退者含む)	発症から9日目以内	○	○	○	○	○	○	○	○	○※3
	発症から10日目以降	○	○	－※5	○	○	－※5	△※4	△※4	－※5
無症状者		○	○	○	○	－※6	○	－※6	－※6	－※5

1. 本表では行政検査を実施するにあたって推奨される事項をとりまとめている。
2. 引き続き検討が必要であるものの、有用な検体である。
3. 唾液検体での薬事承認を得た製品に適用される点に留意。
4. 使用可能だが、陰性の場合は臨床像から必要に応じてPCR検査や抗原定量検査を行うことが推奨される（△）。
5. 推奨されない（－）。
6. **確定診断としての使用は推奨されない**が、感染拡大地域の医療機関や高齢者施設等において幅広く検査を実施する際にスクリーニングに使用することは可能。ただし、**結果が陰性の場合でも感染予防策を継続すること**、また、結果が陽性の場合であって医師が必要と認めればPCR検査や抗原定量検査により確認すること。**感染拡大地域の医療機関や高齢者施設等以外の有病率が低い場合には、スクリーニングの陽性的中率が低下することに留意が必要である**。なお、スクリーニングとは、主に診断目的ではなく**感染リスクを下げる目的で実施するものである**。

7 治療

7.1 病態や合併症、入院の必要性の判断

- COVID-19 の診療においては、①COVID-19 としての病態や重症度の評価と、②基礎疾患や合併症の病態や重症度の評価の両者が重要である。特にオミクロン株が主流になってからは、デルタ株以前のような新型コロナウイルス感染症そのものによって重症化する症例は著減した。その代わりに、特に高齢者において、二次性の誤嚥性肺炎と考えられる症例がしばしば見られる。
- 従って、介護を要するような高齢者の COVID-19 診療においては、①重症化を予防する目的での早期診断および早期治療（有効性の観点からパキロビッド、ベクルリーを第一選択とし、ラゲブリオを第二選択とする）と、②二次性の誤嚥性肺炎の早期診断および早期治療（誤嚥の有無の確認、喀痰の増加や呼吸状態の悪化、胸部レントゲンなどでの肺炎の確認）が重要である。
- 病態や重症度の評価においては、バイタルサインの異常、特に呼吸状態（呼吸数 22 回以上、SpO₂ 93%以下など）、収縮期血圧の低下（100 mmHg 以下）、意識変容などが重要である。胸部レントゲン検査で肺炎像を認める場合や、飲食が困難な場合も注意して経過観察する必要がある。
- 参考として、敗血症のスクリーニングとして用いられる qSOFA スコア（表 5）（3 項目中 2 項目以上が満たされる場合に敗血症を疑う）、市中肺炎の重症度判定に用いられる A-DROP システム（表 6）、そして市中肺炎における細菌性肺炎（肺炎球菌やインフルエンザ菌など）と非定型肺炎（肺炎マイコプラズマとクラミジア属）の鑑別項目（表 7）を示す。

表 5 qSOFA スコア

意識変容	GCS < 15
呼吸数	≧ 22 回/分
収縮期血圧	≦ 100 mmHg

qSOFA の 2 項目以上が満たされる場合に敗血症を疑い、早期治療開始や集中治療医への紹介のきっかけとする。

表 6 A-DROP システム

A (Age : 年齢)	男性 70 歳以上、女性 75 歳以上
D (Dehydration : 脱水)	BUN 21 mg/mL 以上または脱水あり
R (Respiration : 呼吸)	SpO ₂ 90%以下 (PaO ₂ 60 torr 以下)
O (Orientation : 意識)	意識変容あり
P (Blood Pressure : 血圧)	収縮期血圧 90 mmHg 以下

軽症：上記 5 つの項目のいずれも満たさないもの

中等症：上記項目の 1 つまたは 2 つを有するもの

重症：上記項目の 3 つを有するもの

超重症：上記項目の 4 つまたは 5 つを有するもの。ただしショックがあれば 1 項目のみでも超重症とする。

特に R（呼吸）、O（意識）、P（血圧）の 3 つは重視する。







表7 市中肺炎における細菌性肺炎と非定型肺炎（肺炎マイコプラズマとクラミジア属）の鑑別項目

- 1) 年齢 60 歳未満
- 2) 基礎疾患がない、あるいは軽微
- 3) 頑固な咳がある
- 4) 胸部聴診上所見が乏しい
- 5) 痰がない、あるいは迅速診断法で原因菌が証明されない
- 6) 末梢血白血球数が 10,000/μL 未満である

6 項目中 4 項目以上合致すれば非定型肺炎が疑われ、3 項目以下の合致であれば細菌性肺炎が疑われる（感度 78%、特異度 93%）。

7.2 COVID-19 の薬物治療(図 8)

7.2.1 軽症～中等症 I の症例に対する薬物療法

● 2023 年 2 月 10 日 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き 第 9.0 版 https://www.mhlw.go.jp/content/000936655.pdf	
● 2023 年 2 月 14 日 日本感染症学会 COVID-19 に対する薬物治療の考え方 第 15.1 版 https://www.kansensho.or.jp/uploads/files/topics/2019ncov/covid19_drug_230217.pdf	
● 2023 年 1 月 13 日 World Health Organization Therapeutics and COVID-19: living guideline https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-therapeutics-2022.4	
● 2022 年 12 月 28 日 NIH COVID-19 Therapeutic management of nonhospitalized adults with COVID-19 https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/management/clinical-management-of-adults/nonhospitalized-adults--therapeutic-management/	
● 2023 年 4 月 11 日 IDSA Guidelines on the treatment and management of patients with COVID-19 https://www.idsociety.org/practice-guideline/covid-19-guideline-treatment-and-management/	
● 2023 年 3 月 29 日 NICE COVID-19 rapid guideline: managing COVID-19 https://www.nice.org.uk/guidance/ng191	

7.2.1.1 重症化リスクがない場合

- 重症化リスク因子のない軽症～中等症 I 例（SpO₂ 96%以上、肺炎像なし）では原則として抗ウイルス薬は不要であり、対症療法を行う。
- ゾコーバ®はこのような患者に対して 5 症状（①倦怠感・疲労感、②体熱感・発熱、③鼻汁・鼻閉、④咽頭痛、⑤咳）の改善を促進（中央値で 192.2 時間から 167.9 時間へ短縮）するが、この効果を得るためには発症後 72 時間以内に投与する必要がある、薬価や薬物相互作用、妊娠の有無などを勘案して投与の有無を判断する。

7.2.1.2 重症化リスクがある場合

- 重症化リスク因子のある中等症Ⅰまでの重症度の患者に対しては、①パキロビッド®、②ベクルリー®（3日間投与）、③ラゲブリオ®によって重症化を抑制することができる。いずれも発症から目安として5日目以内に投与する。
- 経口抗ウイルス薬の有効性を示した多くの研究は、オミクロン株以前の株（デルタ株など）による非ワクチン接種患者の重症化予防効果を示したものであり、オミクロン株以降でワクチン接種者に対してどのくらいの有効性があるのかは、現在研究が進められているところである。

7.2.2 中等症Ⅱ以上の症例に対する薬物療法

- 抗ウイルス薬としてはベクルリー®を使用し、デキサメタゾンを併用する。人工呼吸器使用例やECMO使用例などの重症例では、オルミエント®（ベクルリーと併用、デキサメタゾンやアクテムラとの併用の有効性は不明）やアクテムラ®（デキサメタゾンと併用、通常はベクルリーも併用、オルミエントとの併用の有効性は不明）の併用を考慮する。

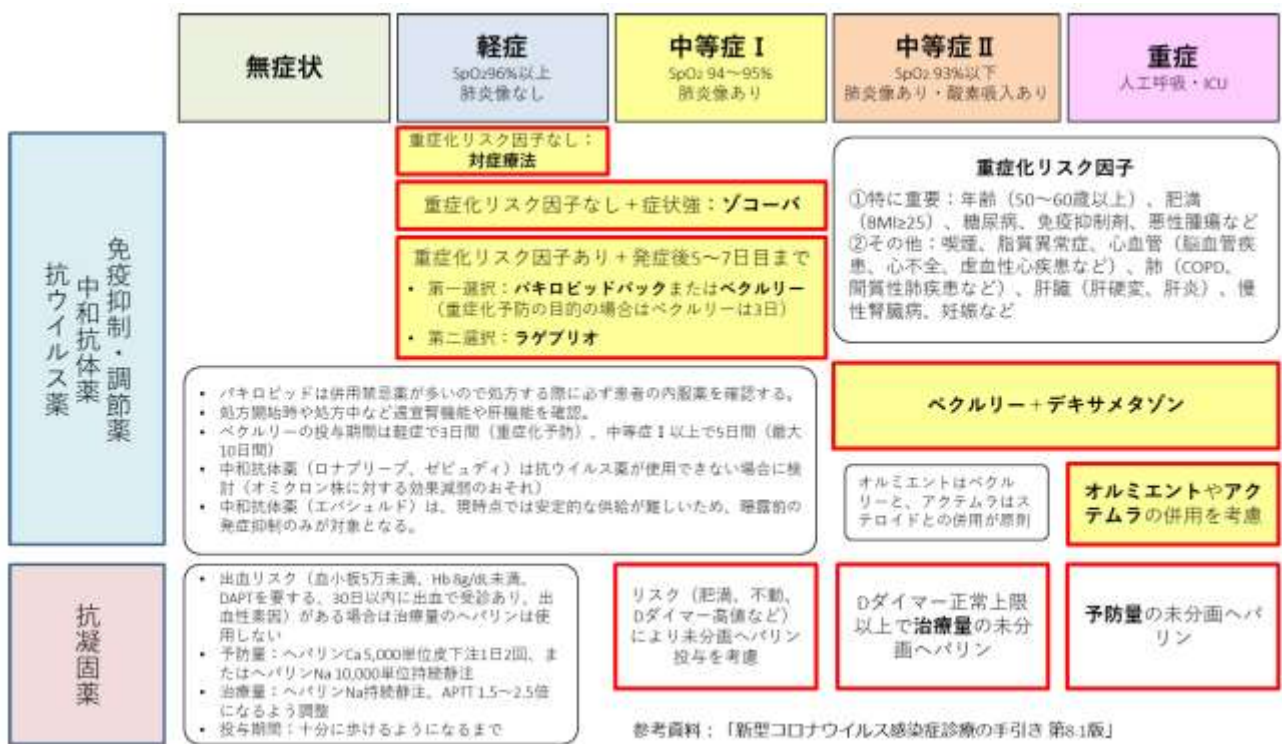


図8 COVID-19の重症度に応じた薬物療法の考え方

7.3 薬剤の用法・用量・注意点

7.3.1 軽症・中等症 I の治療薬一覧(2023年5月29日現在)

(投与の際は必ず薬剤添付文書をご確認ください)

【抗ウイルス薬】




薬剤名	流通	投与適応	投与期限	対象者	同意書	妊婦	投与方法	効果 ※入院・死亡の減少
レムデシビル	一般	年齢制限無 リスク因子有	発症後速やかに	有症状	不要	○	点滴 (3~5日)	87% オミクロン○
ラゲブリオ	一般	・61歳以上 ・18~60歳の リスク因子有	発症から5日 以内	有症状	不要	×	経口(カプセル) 1日2回×5日間	30% オミクロン○
パキロビッド	一般	・60歳以上 ・12~59歳の リスク因子有	発症から5日 以内	有症状 禁忌薬多数	要	○	経口(錠剤) 1日2回×5日間	88% オミクロン○
ゾコーバ	一般	・12歳以上	発症から72 時間以内	有症状 禁忌薬多数	要	×	経口(錠剤) 1日1回×5日間	症状の短縮 オミクロン○


【中和抗体薬】



薬剤名	流通	投与適応	投与期限	対象者	同意書	妊婦	投与方法	効果
ゼビュディ	厚労 管理	・55歳以上 ・12~54歳の リスク因子有	発症から7日 以内	有症状	不要	○	点滴(1日) 24時間フォロー	他の治療薬が使用 できない場合に投 与を検討
ロナプリーブ	厚労 管理	・50歳以上 ・12~49歳の リスク因子有	発症から7日 以内	有症状 無症状 濃厚接触	要	○	点滴(1日) 24時間フォロー	
エバシエルド	厚労 管理	・12歳以上か つ体重40kg以 上	曝露前 (発症抑制)	ワクチン接種 で免疫応答が 得られない者	不要	○	筋注(1回)	発症リスク 76.7% 減

7.3.2 抗ウイルス薬

7.3.2.1 パキロビッド®パック 600 またはパキロビッド®パック 300

パキロビッド®パックの相互作用に関するリソース	
● ファイザー株式会社「薬物相互作用検索ツール」 https://www.covid19oralrx-hcp.jp/interactions-finder	
● 2023年2月27日 第4版 国立国際医療研究センター病院薬剤部「パキロビッドパックとの併用に慎重になるべき薬剤リスト」 https://www.hosp.ncgm.go.jp/phar/140/20220210.pdf	
● 2022年9月26日 岡山市立市民病院「パキロビッド相互作用チェックシート」 https://okayama-gmc.or.jp/shimin/department/pharmacy/checksheet	

<ul style="list-style-type: none"> ● 2022年6月16日 日本医療薬学会「パキロビッドの薬物相互作用マネジメントの手引き」 https://www.jsphcs.jp/news/banner/20220228.pdf 	
--	---

一般名	<ul style="list-style-type: none"> ● ニルマトレルビル／リトナビル 2022年2月10日 特例承認 2023年3月15日 保険適用 2023年3月22日 一般流通開始
投与時の注意	<ul style="list-style-type: none"> ● 12歳以上（ただし体重40kg以上）と成人に投与する。 ● 症状発現から5日目以内に投与したCOVID-19患者において、入院や死亡のリスクを低下させることから、重症化リスクのある患者で本剤の投与が必要と考えられる患者に投与する。 ● 症状発現から6日目以降に開始した場合の有効性は不明である。 ● 本剤はCYP3Aの基質であり、強いCYP3A阻害作用を有する。多くの併用禁忌または併用注意薬があり、処方にあたっては服薬中のすべての薬剤を確認する。詳しくは添付文書を参照する。
用法・用量	<ul style="list-style-type: none"> ● 正常腎機能患者ではパキロビッド®パック 600（ニルマトレルビルとして1回300mg、リトナビルとして1回100mg）を使用して、1日2回、5日間経口投与する。 ● 中等度腎機能障害患者（eGFR 30以上60 mL/min未満）ではパキロビッド®パック 300（ニルマトレルビルとして1回150mg、リトナビルとして1回100mg）を使用して、1日2回、5日間経口投与する。 ● 重度の腎機能障害患者（eGFR < 30 mL/min）には投与は推奨しない。 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>パキロビッド®パック600</p>  <p>1シート(1日分)には、ニルマトレルビル錠4錠及びリトナビル錠2錠(朝及び夕方2回分)が含まれています。</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>パキロビッド®パック300</p>  <p>1シート(1日分)には、ニルマトレルビル錠2錠及びリトナビル錠2錠(朝及び夕方2回分)が含まれています。</p> </div> </div> <p>パキロビッド®パック 600は1シートに朝と夕服用分の2回分（それぞれニルマトレルビル 150 mg×2錠とリトナビル 100 mg×1錠）が入っており、5シート（5日分）で1パッケージとなっている。一方、パキロビッド®パック 300は同様のパッケージであるが、ニルマトレルビルの量が半分（150m、1錠）となっている。</p>
小児	<ul style="list-style-type: none"> ● 小児を対象とした臨床試験は実施していない（11歳以下および12歳以上で体重40kg未満の小児には使用しない）。
妊婦	<ul style="list-style-type: none"> ● 妊婦又は妊娠している可能性のある女性には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。



授乳婦	● 治療上の有益性及び母乳栄養の有益性を考慮し、授乳の継続又は中止を検討すること。ニルマトレルビルのヒト乳汁への移行性については不明であるが、リトナビルはヒト乳汁中へ移行することが報告されている。
腎機能障害	● 中等度腎機能障害患者（eGFR 30 以上 60 mL/min 未満）ではパキロビッド®パック 300 を使用する。 ● 重度腎機能障害患者（eGFR < 30 mL/min）への投与は推奨しない。 ● コルヒチン服用中の腎機能障害患者には投与しない。
肝機能障害	● 肝機能障害が増悪するおそれがある。コルヒチンを投与中の患者には投与しない。
禁忌	① 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 ② 特定の薬剤を投与中の患者（最新の添付文書を参照） ③ 腎機能または肝機能障害のある患者で、コルヒチンを投与中の患者
参考にした添付文書等	● 2023年3月作成（第1版） ● 新型コロナウイルス感染症診療の手引き（第9.0版）

7.3.2.2 ラゲブリオ®カプセル 200 mg

一般名	● モルヌピラビル 2021年12月24日 特例承認 2022年8月10日 保険適用 2022年9月16日 一般流通開始
投与時の注意	● 18歳以上に投与する。 ● 症状発現から5日目以内に投与したCOVID-19患者において、入院や死亡のリスクを低下させることから、重症化リスクのある患者で本剤の投与が必要と考えられる患者に投与する。 ● 症状発現から6日目移行に開始した場合の有効性は不明である。
用法・用量	● モルヌピラビルとして1回800mg（4カプセル）を1日2回、5日間経口投与する。
脱カプセル・簡易懸濁投与	● モルヌピラビルの脱カプセル、懸濁、簡易懸濁による投与は十分に検討されており、やむを得ない場合を除き推奨されない（詳しくはメーカーQ&A参照。）。
小児	● 18歳未満を対象とした臨床試験は実施していない。
妊婦	● 妊婦又は妊娠している可能性のある女性には投与しないこと。動物実験で胎児毒性が報告されている。
授乳婦	● 治療上の有益性及び母乳栄養の有益性を考慮し、授乳の継続又は中止を検討すること。動物において、モルヌピラビルの乳汁移行試験は実施しておらず、ヒト乳汁中への移行の有無及び乳汁産生への影響に関するデータはない。
腎機能障害	● 腎機能障害患者でも用法・用量を変更せずに使用できるが、特に重度の腎機能障害患者（eGFR < 30 mL/min）や透析患者における薬物動態は評価されていない。
肝機能障害	● 肝機能障害患者における薬物動態は評価されていないが、影響は少ないと考えら

	れている。
禁忌	① 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 ② 妊婦または妊娠している可能性のある女性
参考にした添付文書等	● 2023年4月改訂（第5版） ● 新型コロナウイルス感染症診療の手引き（第9.0版）

7.3.2.3ゾコーバ®錠 125 mg

ゾコーバ®錠の薬物相互作用に関するリソース	
● 塩野義製薬株式会社「ゾコーバ®薬物相互作用検索」 https://www.shionogi.co.jp/med/products/drug_sa/xocova/interaction/index.html	
● 2023年1月 日本医療薬学会 ゾコーバ（エンシトレルビル）の薬物相互作用マネジメントの手引き－第1版－ https://www.jsphcs.jp/news/banner/20230119.pdf	

一般名	● エンシトレルビル 2022年11月22日 緊急承認 2023年3月15日 保険適用 2023年3月31日 一般流通開始
投与時の注意	● 12歳以上の小児および成人に投与する。 ● 症状発現から3日目（72時間）以内に投与した場合に5症状（①倦怠感・疲労感、②体熱感・発熱、③鼻汁・鼻閉、④咽頭痛、⑤咳）の改善を促進した（中央値で192.2時間が167.9時間へ短縮）したことから、これらの効果を目的に症状発現から72時間以内に投与する。 ● 重症化リスク因子のある軽症例に対して重症化抑制効果を裏付けるデータは得られていない。このことから、本効果を目的とする場合はパキロビッド®パック、ラゲブリオ、ベクルリーの投与を優先する。 ● 重症度の高い（中等症Ⅱ以上）患者に対する有効性は確立していない。 ● 妊娠可能な女性に対しては、本剤投与中及び最終投与後2週間は適切な避妊を行うよう指導すること。 ● 本剤はCYP3Aの基質であり、強いCYP3A阻害作用を有する。またP-gp、BCRP、OATP1B1およびOATP1B3阻害作用を有することから多くの併用禁忌または併用注意薬があり、処方にあたっては服薬中のすべての薬剤を確認する。詳しくは添付文書を参照する。
用法・用量	● エンシトレルビルとして1日目は1回375 mg（3錠）、2日目～5日目は1回125 mg（1錠）を1日1回経口投与する。
小児	● 12歳未満を対象とした臨床試験は実施していない。
妊婦	● 妊婦又は妊娠している可能性のある女性には投与しないこと。
授乳婦	● 授乳しないことが望ましい。

腎機能障害	<ul style="list-style-type: none"> ● 腎機能障害患者を対象とした臨床試験は実施していない。 ● コルヒチン服用中の腎機能障害患者には投与しない。
肝機能障害	<ul style="list-style-type: none"> ● 肝機能障害患者を対象とした臨床試験は実施していないが血中濃度上昇のおそれがあり特に重度の肝機能障害患者での投与は推奨されない。 ● コルヒチン服用中の肝機能障害患者には投与しない。
禁忌	<ol style="list-style-type: none"> ① 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 ② 特定の薬剤を投与中の患者（最新の添付文書を参照） ③ 腎機能または肝機能障害のある患者で、コルヒチンを投与中の患者 ③ 妊娠または妊娠している可能性のある女性
参考にした添付文書等	<ul style="list-style-type: none"> ● 2023年3月改訂（第2版） ● 新型コロナウイルス感染症診療の手引き（第9.0版）

7.3.2.4ベクルリー®点滴静注用 100 mg

一般名	<ul style="list-style-type: none"> ● レムデシビル <p>2020年5月7日 特例承認 2021年1月7日 適応拡大 2021年8月12日 保険適用 2021年10月18日 一般流通開始 2022年3月18日 適応拡大</p>
投与時の注意	<ul style="list-style-type: none"> ● 18歳以上に投与する。 ● 症状発現から6日目移行に開始した場合の有効性は不明である。
用法・用量	<ul style="list-style-type: none"> ● 成人及び体重40kg以上の小児にはレムデシビルとして、投与初日に200mgを、投与2日目以降は100mgを1日1回点滴静注する。 ● 体重3.5kg以上40kg未満の小児にはレムデシビルとして、投与初日に5mg/kgを、投与2日目以降は2.5mg/kgを1日1回点滴静注する。 ● SARS-CoV-2による感染症の症状が発現してから速やかに投与を開始し、3日目まで投与する。ただし、SARS-CoV-2による肺炎を有する患者では、目安として、5日目まで投与し、症状の改善が認められない場合には10日目まで投与する。
小児	<ul style="list-style-type: none"> ● 治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。28日齢未満の小児等を対象とした臨床試験結果は得られていない。
妊婦	<ul style="list-style-type: none"> ● 妊婦又は妊娠している可能性のある女性には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。
授乳婦	<ul style="list-style-type: none"> ● 治療上の有益性及び母乳栄養の有益性を考慮し、授乳の継続又は中止を検討すること。
腎機能障害	<ul style="list-style-type: none"> ● 添加剤スルホブチルエーテルβ-シクロデキストリンナトリウムの尿細管への蓄積により腎機能障害が悪化するおそれがあることから添付文書上は投与が推奨されていないが、安全に投与できるとする複数の研究報告がある。腎機能障害患者における投与方法の一例を示す。

	<ul style="list-style-type: none"> ● 減量投与、または腹膜透析患者の投与方法例 初日 1 回 200 mg、2 日目を以降 1 回 100 mg を 48 時間毎 ● 透析患者 血液透析施行 4 時間前に 25 mg/kg×ドライウェイト（最大 100 mg）、最大 6 回まで
肝機能障害	<ul style="list-style-type: none"> ● ALT が基準範囲上限の 5 倍以上の患者には、肝機能障害が悪化するおそれがあるため投与しないことが望ましい。
禁忌	<ul style="list-style-type: none"> ● 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
参考にした添付文書等	<ul style="list-style-type: none"> ● 2023 年 2 月改訂（第 8 版） ● 新型コロナウイルス感染症診療の手引き（第 9.0 版）

7.3.3 中和抗体薬

7.3.3.1 ロナプリーブ®注射液セット 300、ロナプリーブ®注射液セット 1332

一般名	<ul style="list-style-type: none"> ● カシリビマブ／イムデビマブ 2021 年 7 月 19 日 特例承認
投与時の注意	<ul style="list-style-type: none"> ● 12 歳以上（ただし体重 40 kg 以上）と成人に投与する。 ● 本剤の投与中は患者をモニターするとともに、投与完了後少なくとも 1 時間は観察する。 ● アナフィラキシーや急性輸注反応を含む重篤な過敏症が、投与中から投与 24 時間後にかけて起きることがある。 ● 2023 年 4 月 15 日時点で流行している SARS-CoV-2 変異株に対して本剤の有効性は期待できず、処方推奨されない。 <p>【SARS-CoV-2 による感染症に対して投与する場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 症状発現から 7 日目以内に投与した COVID-19 患者において、入院や死亡のリスクを低下させることから、重症化リスクがあり、軽症から中等症 I の患者で本剤の投与が必要と考えられる患者に投与する。 ● 症状発現から 8 日目移行に開始した場合の有効性は不明である。 ● 高流量酸素または人工呼吸器管理を要する患者において症状が悪化したとの報告があり、酸素投与が必要な患者（中等症 II 以上）への投与は行わない。 <p>【SARS-CoV-2 による感染症の発症抑制を目的として投与する場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 以下のすべてを満たす者に投与すること。また、本剤の投与対象については最新のガイドラインも参考にすること。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ SARS-CoV-2 による感染症患者の同居家族又は共同生活者等の濃厚接触者、又は無症状の SARS-CoV-2 病原体保有者 ➢ 原則として、SARS-CoV-2 による感染症の重症化リスク因子を有する者 ➢ SARS-CoV-2 による感染症に対するワクチン接種歴を有しない者、又はワクチン接種歴を有する場合でその効果が不十分と考えられる者
用法・用量	<ul style="list-style-type: none"> ● カシリビマブ（遺伝子組換え）及びイムデビマブ（遺伝子組換え）としてそれぞれ

	れ 600mg を併用により単回点滴静注又は単回皮下注射する。
小児	● 12 歳未満の小児等を対象とした臨床試験は実施していない。
妊婦	● 妊婦又は妊娠している可能性のある女性には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。
授乳婦	● 治療上の有益性及び母乳栄養の有益性を考慮し、授乳の継続又は中止を検討すること。
腎機能障害	● 用法用量の調節なく投与可能
禁忌	● 本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴のある患者
参考にした添付文書等	● 2023 年 3 月改訂（第 6 版） ● 新型コロナウイルス感染症診療の手引き（第 9.0 版）

7.3.3.2ゼビュディ®点滴静注液 500 mg

一般名	● ソトロビマブ 2021 年 9 月 27 日 特例承認
投与時の注意	● 12 歳以上（ただし体重 40 kg 以上）と成人に投与する。 ● 2023 年 4 月 15 日時点で流行している SARS-CoV-2 変異株に対して本剤の有効性は期待できず、処方推奨されない。 ● その他、投与に関連した観察や投与のタイミングなどはロナプリーブ®の「投与時の注意」に準ずる。
用法・用量	● 成人及び 12 歳以上かつ体重 40kg 以上の小児には、ソトロビマブ（遺伝子組換え）として 500mg を単回点滴静注する。
小児	● 小児等を対象とした臨床試験は実施していない。
妊婦	● 妊婦又は妊娠している可能性のある女性には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。
授乳婦	● 治療上の有益性及び母乳栄養の有益性を考慮し、授乳の継続又は中止を検討すること。
腎機能障害	● 用法用量の調節なく投与可能
禁忌	● 本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴のある患者
参考にした添付文書等	● 2023 年 2 月改訂（第 9 版） ● 新型コロナウイルス感染症診療の手引き（第 9.0 版）

7.3.3.3エバンセルド®筋注セット

一般名 入手方法等	● チキサゲビマブ／シルガビマブ 2022 年 8 月 30 日 特例承認 ● 本剤は安定的な入手が可能になるまでは、一般流通は行われず、厚生労働省が所有したうえで、対象となる患者が発生した医療機関および薬局からの依頼に基づき、無償で譲渡される。詳細は最新の事務連絡を参照すること。 ● 本剤は、現時点（2023 年 4 月 15 日）では安定的な供給が難しいことから、「発症抑制目的での投与」のみ本剤が配分されている。
--------------	---

投与時の注意	<ul style="list-style-type: none"> ● 12歳以上（ただし体重40kg以上）と成人に投与する。 ● 2023年4月15日時点で流行しているSARS-CoV-2変異株に対して本剤の有効性は期待できず、処方推奨されない。 ● 添加剤であるポリソルベート80は、ポリエチレングリコール（PEG）と構造が類似しているため、PEG含有の新型コロナワクチン（ファイザー社およびモデルナ社製）と交差過敏症のリスクが指摘されている。 <p>【SARS-CoV-2による感染症に対して投与する場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 症状発現から7日目以内に投与したCOVID-19患者において、入院や死亡のリスクを低下させることから、重症化リスクがあり、軽症から中等症Ⅰの患者で本剤の投与が必要と考えられる患者に投与する。 ● 症状発現から8日目移行に開始した場合の有効性は不明である。 ● 高流量酸素または人工呼吸器管理を要する患者において症状が悪化したとの報告があり、酸素投与が必要な患者（中等症Ⅱ以上）への投与は行わない。 <p>【SARS-CoV-2による感染症の発症抑制を目的として投与する場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● COVID-19患者と接触した後の発症予防（曝露後予防）を目的とするのではなく、接触していない状況（接触する前、曝露前）での発症予防を目的とする。 ● SARS-CoV-2による感染症に対するワクチン接種が推奨されない者又は免疫機能低下等によりSARS-CoV-2による感染症に対するワクチン接種で十分な免疫応答が得られない可能性がある者に投与すること。 ● SARS-CoV-2による感染症患者の同居家族又は共同生活者等の濃厚接触者ではない者に投与すること。SARS-CoV-2による感染症患者の同居家族又は共同生活者等の濃厚接触者における有効性は示されていない。 ● 新型コロナウイルス感染症診療の手引き（第9.0版）で示されているチキサゲビマブ／シルガビマブの発症抑制における投与対象 <table border="1" style="margin-left: 20px; width: 80%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ● 抗体産生不全あるいは複合免疫不全を呈する原発性免疫不全症の患者 ● B細胞枯渇療法（リツキシマブなど）を受けてから1年以内の患者 ● ブルトン型チロシンキナーゼ阻害薬を投与されている患者 ● キメラ抗原受容体T細胞レシピエント ● 慢性移植片対宿主病を患っている、または別の適応症のために免疫抑制薬を服用している ● 造血細胞移植後のレシピエント ● 積極的な治療を受けている血液悪性腫瘍の患者 ● 肺移植レシピエント ● 固形臓器移植（肺移植以外）を受けてから1年以内の患者 ● 急性拒絶反応でT細胞またはB細胞枯渇剤による治療を最近受けた固形臓器移植レシピエント ● CD4Tリンパ球細胞数が50 cells/μL未満の未治療のHIV患者 </td> </tr> </table> 	<ul style="list-style-type: none"> ● 抗体産生不全あるいは複合免疫不全を呈する原発性免疫不全症の患者 ● B細胞枯渇療法（リツキシマブなど）を受けてから1年以内の患者 ● ブルトン型チロシンキナーゼ阻害薬を投与されている患者 ● キメラ抗原受容体T細胞レシピエント ● 慢性移植片対宿主病を患っている、または別の適応症のために免疫抑制薬を服用している ● 造血細胞移植後のレシピエント ● 積極的な治療を受けている血液悪性腫瘍の患者 ● 肺移植レシピエント ● 固形臓器移植（肺移植以外）を受けてから1年以内の患者 ● 急性拒絶反応でT細胞またはB細胞枯渇剤による治療を最近受けた固形臓器移植レシピエント ● CD4Tリンパ球細胞数が50 cells/μL未満の未治療のHIV患者
<ul style="list-style-type: none"> ● 抗体産生不全あるいは複合免疫不全を呈する原発性免疫不全症の患者 ● B細胞枯渇療法（リツキシマブなど）を受けてから1年以内の患者 ● ブルトン型チロシンキナーゼ阻害薬を投与されている患者 ● キメラ抗原受容体T細胞レシピエント ● 慢性移植片対宿主病を患っている、または別の適応症のために免疫抑制薬を服用している ● 造血細胞移植後のレシピエント ● 積極的な治療を受けている血液悪性腫瘍の患者 ● 肺移植レシピエント ● 固形臓器移植（肺移植以外）を受けてから1年以内の患者 ● 急性拒絶反応でT細胞またはB細胞枯渇剤による治療を最近受けた固形臓器移植レシピエント ● CD4Tリンパ球細胞数が50 cells/μL未満の未治療のHIV患者 		

① B細胞枯渇療法（リツキシマブなど）を受けてから1年以内の患者：

	<ul style="list-style-type: none"> 1) 治療導入時は入院から外来に移行するタイミング 2) 治療中または治療終了後（1年以内） ②同種造血細胞移植の患者： <ul style="list-style-type: none"> 1) 移植前処置開始前 2) 移植後，生着を確認後，安定期に入った後から退院までのタイミング 3) 移植後のフォロー中で，免疫抑制剤を服用している患者 ③ CAR-T（キメラ抗原受容 T）細胞療法の患者： <ul style="list-style-type: none"> 1) 白血球アフェレーシス以降 2) CAR-T 投与後，安定期に入った後から退院までのタイミング 3) 投与後フォロー中で，B 細胞減少が遷延する患者
用法・用量	<p>【SARS-COV-2 による感染症に対して投与する場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 成人及び 12 歳以上かつ体重 40kg 以上の小児には、チキサゲビマブ（遺伝子組換え）及びシルガビマブ（遺伝子組換え）としてそれぞれ 300mg を併用により筋肉内注射する。 <p>【SARS-CoV-2 による感染症の発症抑制を目的として投与する場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 成人及び 12 歳以上かつ体重 40kg 以上の小児には、チキサゲビマブ（遺伝子組換え）及びシルガビマブ（遺伝子組換え）としてそれぞれ 150mg を併用により筋肉内注射する。なお、SARS-CoV-2 変異株の流行状況等に応じて、チキサゲビマブ（遺伝子組換え）及びシルガビマブ（遺伝子組換え）としてそれぞれ 300mg を併用により筋肉内注射することもできる。
小児	<ul style="list-style-type: none"> ● 小児等を対象とした臨床試験は実施していない。
妊婦	<ul style="list-style-type: none"> ● 妊婦又は妊娠している可能性のある女性には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。
授乳婦	<ul style="list-style-type: none"> ● 治療上の有益性及び母乳栄養の有益性を考慮し、授乳の継続又は中止を検討すること。
腎機能障害	<ul style="list-style-type: none"> ● 用法用量の調節なく投与可能
禁忌	<ul style="list-style-type: none"> ● 本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴のある患者
参考にした添付文書等	<ul style="list-style-type: none"> ● 2023 年 2 月改訂（第 3 版） ● 新型コロナウイルス感染症診療の手引き（第 9.0 版）

7.3.4 免疫抑制・調節薬

7.3.4.1 デカドロン®錠、デキサート®注射液 など

一般名	<ul style="list-style-type: none"> ● デキサメタゾン
投与時の注意	<ul style="list-style-type: none"> ● 40 kg 未満の小児等ではデキサメタゾン 0.15 mg/kg/日への減量を考慮する。 ● 肥満や過体重では用量につき個別に検討する。 ● 血糖値測定やリスクに応じた消化性潰瘍の予防も検討する。 ● デキサメタゾンが使用できない場合には、概ね同力価の他の副腎皮質ステロイドの使用を検討する。

用法・用量	● デキサメタゾンとして、6 mg1 日 1 回 10 日間まで（経口・経管・静注）
小児	● 小児等を対象とした臨床試験は実施していない。
妊婦	● 妊婦又は妊娠している可能性のある女性には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。
授乳婦	● 胎盤通過性が低いとされるプレドニゾン（40 mg/日）を考慮する。 ● デキサメタゾンは胎盤通過性を有するが、短期間であれば胎児への影響は小さいと考えられ、海外の COVID-19 治療ガイドラインでは妊婦への投与は必ずしも禁忌とはなっていない。
腎機能障害	● 用法用量の調節なく投与可能
禁忌	● 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 ● 特定の薬剤を投与中の患者（最新の添付文書を参照）
参考にした添付文書等	● 新型コロナウイルス感染症診療の手引き（第 9.0 版）

7.3.4.2 オルミエント®錠

一般名	● バリシチニブ 2021 年 4 月 23 日 追加承認
投与時の注意	● 本来の効能効果は関節リウマチやアトピー性皮膚炎、円形脱毛症である。 ● 入院後から時間的経過が短く（3 日以内）、CRP 等の炎症マーカーが増加し、高流量酸素療法や非侵襲的人工呼吸管理を必要とする患者に、入院下で投与する。 ● レムデシビルと併用する。 ● デキサメタゾンやトシリズマブとの併用について有効性及び安全性は確立していない。 ● 中等度の腎機能障害患者（eGFR 30 以上 60 mL/min 未満）では、2 mg1 日 1 回経口投与とする。 ● 重度の腎機能障害患者（eGFR 15 以上 30 mL/min）では 2 mg を 48 時間ごとに 1 回投与（最大 7 回まで）する。 ● eGFR < 15 mL/min ではバリシチニブは投与しない。 ● プロベネシド併用時には本剤を 2 mg1 日 1 回に減量するなど用量に注意する。 ● 静脈血栓塞栓症のリスクが高くなるため、血栓塞栓予防を行う。 ● HBV キャリアまたは既往感染者（HBsAg 陰性かつ HBcAb または HBsAb 陽性）では HBV 再活性化に注意する。 ● 結核の既感染者や活動性結核患者では注意（T-SPOT や QFT などの IGRA、喀痰抗酸菌検査、胸部レントゲンなど） ● その他、投与禁忌や慎重投与が多いので、最新の添付文書を確認すること。
用法・用量	● レムデシビルとの併用において、バリシチニブとして、4 mg1 日 1 回、最長 14 日間（経口）
小児	● 小児等を対象とした臨床試験は実施していない。
妊婦	● 妊婦又は妊娠している可能性のある女性には投与しないこと（禁忌）。動物実験

	では催奇形性が報告されている。
授乳婦	● 本剤投与中は授乳しないことが望ましい。
腎機能障害	● 投与時の注意参照
肝機能障害	● 副作用が強くあらわれるおそれがある。重度の肝機能障害を有する患者は臨床試験で除外されている。
禁忌	<ul style="list-style-type: none"> ● 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 ● 特定の薬剤を投与中の患者（最新の添付文書を参照） ● 妊娠または妊娠している可能性のある女性 ● 活動性結核 ● 好中球数 < 500/mm³ ● リンパ球数 < 200/mm³ ● ヘモグロビン値 < 8 g/dL ● 透析患者または末期腎不全（eGFR < 15 mL/min）
参考にした添付文書等	<ul style="list-style-type: none"> ● 2022年11月改訂（第7版） ● 新型コロナウイルス感染症診療の手引き（第9.0版）

7.3.4.3 アクテムラ®点滴静注用

一般名	<ul style="list-style-type: none"> ● トシリズマブ 2022年1月21日 追加承認
投与時の注意	<ul style="list-style-type: none"> ● 本来の効能効果は関節リウマチや成人スチル病などである。 ● 酸素投与、人工呼吸器管理または体外式膜型人工肺（ECMO）導入を要する患者を対象に入院下で投与を行う。 ● デキサメタゾンと併用する（併用していない患者で全死亡割合が高くなるという報告がある）。 ● バリシチニブとの併用の有効性や安全性は確立していない。 ● 本薬剤によって発熱や CRP 増加などが抑制されるため、慎重に経過を観察する。 ● HBV キャリアまたは既往感染者（HBsAg 陰性かつ HBcAb または HBsAb 陽性）では HBV 再活性化に注意する。 ● 結核の既感染者や活動性結核患者では注意（T-SPOT や QFT などの IGRA、喀痰抗酸菌検査、胸部レントゲンなど） ● リンパ球数減少遷延（500/μL 以下）では投与しない。 ● 腸管穿孔などの急性腹症の発見が遅れることがあるため、腸管憩室のある患者では注意する。
用法・用量	<ul style="list-style-type: none"> ● 成人には、副腎皮質ステロイド薬との併用において、トシリズマブとして、1回 8 mg/kg 点滴静注する。症状が改善しない場合には、初回投与終了から 8 時間以上の間隔をあけて、トシリズマブ（遺伝子組換え）として 8 mg/kg を更に 1 回追加投与できる。
小児	<ul style="list-style-type: none"> ● 小児等を対象とした臨床試験は実施していない。

妊婦	<ul style="list-style-type: none"> ● 妊婦又は妊娠している可能性のある女性には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。
授乳婦	<ul style="list-style-type: none"> ● 治療上の有益性及び母乳栄養の有益性を考慮し、授乳の継続又は中止を検討すること。
肝機能障害	<ul style="list-style-type: none"> ● トランスアミナーゼ値上昇に注意するなど観察を十分に行うこと。
禁忌	<ul style="list-style-type: none"> ● 活動性結核の患者 ● 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
参考にした添付文書等	<ul style="list-style-type: none"> ● 2023年4月改訂（第3版） ● 新型コロナウイルス感染症診療の手引き（第9.0版）

8 (付録) 本資料で使用する用語の定義と解説⁸

患者（確定例）	<p>新型コロナウイルス感染症の臨床的特徴（※）を有し、かつ、検査により新型コロナウイルス感染症と診断された者。無症状病原体保有者を含むこともある。</p> <p>※ 発熱、咳、呼吸困難、全身倦怠感、咽頭痛、鼻汁・鼻閉、頭痛、関節・筋肉痛、下痢、嘔気・嘔吐、味覚障害、嗅覚障害など</p>
無症状病原体保有者	<p>臨床的特徴を呈していない（無症状）が、検査により新型コロナウイルスを保有していることが確認された者</p> <p>→大事なポイントは無症状病原体保有者であっても、ウイルスを排泄し、他人へ感染させる可能性があるということ。</p>
疑似症患者	<p>臨床的特徴等から医師が新型コロナウイルス感染症を疑うが、新型コロナウイルス感染症の確定診断が得られていない者</p> <p>→症状や病歴から新型コロナウイルス感染症が疑われるが、まだ検査によって診断がついていない（新型コロナウイルス感染症でない可能性もある）患者</p>
患者（確定例）の感染可能期間	<p>患者（確定例）が他者に新型コロナウイルスを感染させる可能性があると考えられる期間</p> <p>具体的には発熱及び咳・呼吸困難などの症状を呈した日を0日として2日前から10日間（特に5日間）が経過するまで^{9,10}</p>
無症状病原体保有者の感染可能期間	<p>陽性となった検体を採取した日を0日としてその2日前から7日間が経過するまで¹⁰</p>
濃厚接触者	<p>患者（確定例）または無症状病原体保有者の感染可能期間において当該患者が入院、宿泊療養又は自宅療養を開始するまでに接触した者のうち、次の範囲に該当する者</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 患者（確定例）や無症状病原体保有者と同居あるいは長時間の接触（車内、航空機内等を含む）があった者 ● 適切な感染防護なしに患者（確定例）や無症状病原体保有者を診察、看護もしくは介護していた者 ● 患者（確定例）や無症状病原体保有者の気道分泌液もしくは体液等の汚染物質に直接接触した可能性が高い者 ● 手が触れることのできる距離（目安として1メートル）で、必要な感染予防策なしで患者（確定例）や無症状病原体保有者と15分以上（※）の接触があった者（周辺の環境や接触の状況等個々の状況から患者の感染性を総合的に判断する） <p>※ 実際には患者の症状の強弱やお互いのマスクの有無、換気の状況や距離などの接触状況によって15分より短くても感染が成立する可能性があるし、長くても（例えば数時間以上）感染が成立しないこともあるため、一概には決めることはできない。</p>

9 (付録) 新型コロナウイルス感染症の5類移行にあたっての変更事項

- 本項は適時内容が変更になる可能性があるため最新の情報をご参照ください。
- 2023年1月20日に岸田首相の会見で、2023年春にCOVID-19を5類感染症とする方針が示され、加藤厚生労働大臣の会見が行われた。これを受け、1月23日の厚生科学審議会感染症部会で議論が開始され、1月27日の第101回新型コロナウイルス感染症対策本部会議で、COVID-19は感染症法に基づく私権制限に見合った「国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれ」がある状態とは考えられないことから、**新型インフルエンザ等感染症に該当しないものとし、5月8日から5類感染症に移行すること**、そして患者等への対応や医療提供体制の移行の具体的な方針は3月上旬に示されることが決定された。

9.1 2023年1月27日 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更等に関する対応方針

(https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/th_siryou/kihon_r2_050127.pdf)

- 患者等への対応と医療提供体制については3月上旬を目処に具体的な方針を示す。
- 入院・外来の医療費の自己負担分に係る一定の公費支援について、期限を区切って継続する。
- **感染症法の規定を根拠に講じられている入院措置・勧告が適用されないこととなる。**
- **感染症法に基づく発生届は終了し、定点医療機関による感染動向把握に移行する。**
- ゲノムサーベイランスを継続する。
- 医療機関や高齢者施設でのクラスター防止対策は継続しつつ、できる限り面会の希望が実現できるよう取組をお願いしていく。
- 新型コロナウイルス感染症対策本部は廃止される。都道府県対策本部についても廃止することとなる。
- 新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針も廃止する。

9.2 2023年2月10日 変更 2022年11月19日 新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針

(https://corona.go.jp/news/news_20200411_53.html)

- 「マスクの着用は個人の判断に委ねられるが事業者が利用者や従業員にマスクの着用を求めることは許容される」→3月13日から適用
- 「**高齢者等重症感リスクの高い者への感染を防ぐため、マスクの着用が効果的な下記の場面では、マスクの着用を推奨する**」
 - 「**医療機関受診時**」
 - 「**高齢者等重症化リスクが高い方が多く入院・生活する医療機関や高齢者施設等への訪問時**」
 - 「**通勤ラッシュ時等通勤ラッシュ時等混雑した電車やバス（概ね全員の着席が可能であるもの（新幹線、通勤ライナー、高速バス、貸切バス等）を除く。）に乗車する時（当面の取扱）**」
- 「**高齢者等重症化リスクが高い方が多く入院・生活する医療機関や高齢者施設等の従事者については、勤務中のマスクの着用を推奨する**」

9.3 2023年4月11日最終改正 2023年3月17日 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について

(<https://www.mhlw.go.jp/content/001086594.pdf>)



9.4 2023年4月11日 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけ変更による入院調整体制の移行に向けた「医療機関等情報支援システム(G-MIS)の改修等について

(<https://www.mhlw.go.jp/content/001086537.pdf>)

- 暫定的な診療報酬措置を経て、令和6年4月の診療報酬・介護報酬の同時改定を通じて新型コロナ対応を組み込んだ新たな診療報酬体系による医療提供体制に移行させる。
- 外来医療体制については、位置づけの変更により、幅広い医療機関が新型コロナの患者の診療に対応する体制へと移行していく（2月8日時点の42,490医療機関から6.4万医療機関）。6.4万の根拠は、インフルエンザ抗原定性検査を外来においてシーズン中、月1回でも算定している医療機関数
- 感染対策については、ガイドラインに沿いつつ安全性だけではなく、効率性も考慮した対応へと見直す。
- 応召義務の整理¹¹

位置づけ変更後の応召義務の考え方について

- 新型コロナウイルス感染症に係る医師等の応召義務については、緊急対応が必要であるか否かなど、個々の事情を総合的に勘案する必要があります
- **その上で、患者が発熱や上気道症状を有している又はコロナにり患している若しくはその疑いがあるということのみを理由に、当該患者の診療を拒否することは、応召義務を定めた医師法（昭和23年法律第201号）第19条第1項及び歯科医師法（昭和23年法律第202号）第19条第1項における診療を拒否する「正当な事由」に該当しないため、発熱等の症状を有する患者を受け入れるための適切な準備を行うこととし(※)、それでもなお診療が困難な場合には、少なくとも診療可能な医療機関への受診を適切に勧奨しましょう**

(※) (左) 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5版
(右) 診療所における効果的な感染対策の好事例の紹介

- 医療機関向け啓発資料の活用
 - 2023年4月4日（火）新型コロナウイルス感染症への対応について（医療機関向けのリーフレット）(<https://www.mhlw.go.jp/content/001084071.pdf>)
 - 2023年4月17日（月）新型コロナウイルス感染症への対応について【第2報】（医療機関向けのリーフレット）(<https://www.mhlw.go.jp/content/001088182.pdf>)
- 医療機関名の公表の取扱いの変更
- 入院医療体制
 - 重点医療機関等、位置づけ変更前に確保病床を有していた医療機関（約3,000）は、重症者・中等症Ⅱ患者の受入れへと重点化を目指す。
 - 重点医療機関等以外で受入れ経験がある医療機関（約2,000）に対して、新たに軽症・中等症Ⅰ患者の受入れを積極的に促す。
 - 新型コロナウイルス感染症疑い患者受入協力医療機関は廃止
- 臨時の医療施設／宿泊療養施設→奈良県では宿泊療養施設は廃止

- 転退院の促進
- 救急医療
- 入院調整
 - 医療機関間での調整を基本とする仕組みに移行（入院調整困難事例は保健所へのホットラインを活用し、県が入院調整に協力）。
 - G-MIS を利用した入院調整（保健所や消防も閲覧可能）

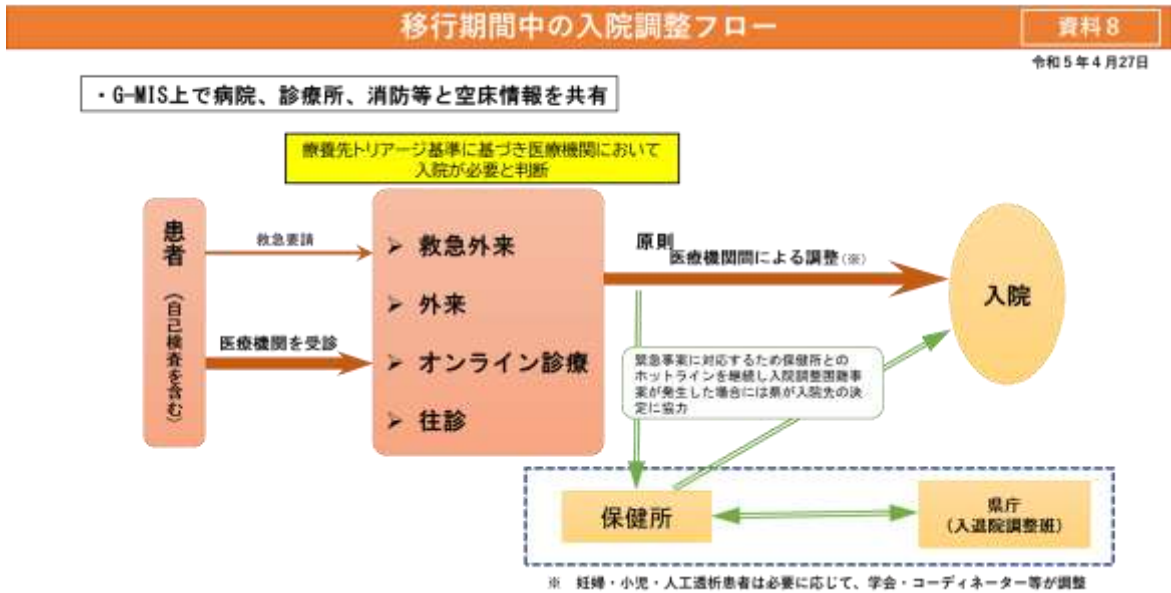


図9 第89回奈良県新型コロナウイルス感染症に関する連絡会資料

- 健康フォローアップセンターは廃止
- HER-SYS も廃止
- 外来、入院の両方で、抗ウイルス薬は公費支援。その他、医療保険各制度における月間の高額療養費算定基準額（以下「高額療養費制度の自己負担限度額」という。）から原則2万円を減額した額を自己負担の上限とする措置を講ずる。なお、高額療養費制度の自己負担限度額が2万円に満たない場合にはその額を減額する。
- 検査
 - 自己負担分の公費支援は終了
- その他
 - 食事やパルスオキシメーター等の在宅療養者に対する物資の支援は終了

9.5 2023年4月14日 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけ変更後の療養期間の考え方等について (<https://www.mhlw.go.jp/content/001087453.pdf>)⁹

- Q1. 新型コロナウイルス感染症は、他の人にうつすリスクはどれくらいありますか？
 - 発症2日前から発症後7～10日間は感染性のウイルスを排出しているといわれます。
 - 特に発症後5日間が他人に感染させるリスクが高いことに注意。
- Q2. 新型コロナウイルス感染症にかかったら、どのくらいの期間外出を控えればよいのでしょうか？

- 令和5年5月8日以降、新型コロナ患者は、**法律に基づく外出自粛は求められません**。外出を控えるかどうかは、**個人の判断**に委ねられます。周囲の方や事業者におかれても、個人の主体的な判断が尊重されるよう、ご配慮をお願いします。**各医療機関や高齢者施設等においては、以下の情報を参考に、新型コロナウイルスに罹患した従事者の就業制限を考慮してください**。なお、高齢者施設等については、重症化リスクを有する高齢者が多く生活することも考慮してください。
- 外出を控えることが推奨される期間
 - ◇ 特に発症後5日間が他人に感染させるリスクが高いことから、**発症日を0日目として5日間は外出を控えること**
 - かつ
 - 5日目に症状が続いていた場合は、熱が下がり、痰や喉の痛みなどの**症状が軽快して24時間程度が経過**するまでは、外出を控え様子を見ることが推奨されます。
 - ◇ 周りの方への配慮
 - 10日間が経過するまでは、ウイルス排出の可能性**があることから、不織布マスクを着用したり、高齢者等ハイリスク者と接触は控える等、周りの方へうつさないよう配慮しましょう。発症後10日を過ぎても咳やくしゃみ等の症状が続いている場合には、マスクの着用など咳エチケットを心がけましょう。
- Q3. 5月8日以降の「濃厚接触者」の取り扱いはどのようになりますか？
 - 令和5年5月8日以降は、5類感染症に移行することから、一般に**保健所から新型コロナ患者の「濃厚接触者」として特定されることはありません**。また、「濃厚接触者」として**法律に基づく外出自粛は求められません**。
- Q4. 家族が新型コロナウイルス感染症にかかったら、どうしたらよいですか？
 - ご家族、同居されている方が新型コロナウイルス感染症にかかったら、可能であれば部屋を分け、感染されたご家族のお世話はできるだけ限られた方で行うことなどに注意してください。その上で、外出する場合は、新型コロナにかかった方の発症日を0日として、特に5日間のご自身の体調に注意してください。7日目までは発症する可能性があります。こうした間は、手洗い等の手指衛生や換気等の基本的感染対策のほか、不織布マスクの着用や高齢者等ハイリスク者と接触を控える等の配慮をしましょう。

10 (付録) Q & A

10.1 濃厚接触となった職員や感染した職員の扱い

- (1) 濃厚接触者の扱いをどうするか？例えば子供が陽性になった場合、その親は当然濃厚接触者ですが、自宅隔離での生活を可能な限りしたとして、何日休めばリスクが低くなるのか？現状は、10日、更に5日、合わせて15日休むこととしていますが・・・ウイルスを保有しているかも？というような感染対策をとって職場復帰するとして、最低の休み期間について、お考えを伺いたい。

(回答)

2023年5月8日以降は、新型コロナ患者の濃厚接触者として法律に基づく外出自粛は（国としては）求められません¹¹。あくまで医療機関での個別の判断となります。濃厚接触者に対する対応としては、①一定期間休んでもらうのかどうか（休んでもらう場合はいつからいつまで？その間の給与の補償は？）、②検査を受けてもらうのかどうか（受けてもらう場合は、いつ？）、といったことを医療機関で決めることになると思います。最も緩和した対策としては、万が一感染していたとしても、患者や他の職員に感染させないように注意しながら勤務を継続してもらう（休まない、検査も受けない）といった対応が考えられます。なお、理論的に考えられる感染可能期間としては、濃厚接触があった日を0日として、そこから平均潜伏期間の3日程度で無症状病原体保有者になったとすると、そこからさらに10日間は感染性がありうる、ということになるのでお示しの通り、濃厚接触から15日程度休む、ということもありえますが、5月8日以降の対応としては過剰のように感じます（あくまで笠原の個人的な意見です）。

☞ 職員の休職期間については、資料9.5 2023年4月14日 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけ変更後の療養期間の考え方等について

(<https://www.mhlw.go.jp/content/001087453.pdf>)⁹ (p.38) もあわせてご覧ください。

- (2) 感染した職員は何日休ませれば良いでしょうか？

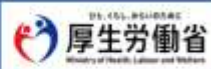
(回答)

2022年9月7日 第98回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード資料3-2-②では、①無症状病原体保有者では診断後6日目から7日目までに検体が採取された症例における感染性ウイルス検出率は12.5%で、8日目以降に検体が採取された症例からは感染性ウイルスが検出されず、②有症状者では、発症日から8日目で少なくとも16.0% (95%CI: 8.2-24.5%)、9日目で10.2% (95%CI: 4.2-17.3%)、10日目で6.2% (95%CI: 2.0-12.0%)のウイルス残存リスクを認めると記載されています¹²。このことも踏まえ、5月8日移行は「発症後5日間が経過し、かつ解熱および症状軽快から24時間経過するまでは外出を控えることが推奨されます」と記載しつつも、「発症後10日間が経過するまでは、マスクの着用など周りの方へうつさないよう配慮をお願いします」、つまり発症後10日間が経過するまでは、感染性が残る可能性があるということも併記しています¹¹。

濃厚接触者となった職員の扱いと同様、どのタイミングで、どういう基準で復帰させるのか、さらにはそもそもコロナの検査を受けてもらうのかなど、各医療機関で判断していただくこととなります（実際リーフレットにもそのように記載されています）¹¹。

位置づけ変更後の新型コロナに罹患した医療従事者の 就業制限解除の考え方について

(医療機関・医療従事者向けのリーフレット)



令和5年5月8日以降、新型コロナ患者は、法律に基づく外出自粛は求められません。外出を控えるかどうかは、個人の判断に委ねられます。以下の情報を参考にして、各医療機関において新型コロナウイルスに罹患した医療従事者の就業制限を考慮してください

■ 位置づけ変更後の新型コロナ患者の療養の考え方 (参考)

- ・ 発症後5日間が経過し、かつ解熱および症状軽快から24時間経過するまでは外出を控えることが推奨されます(※1)
- ・ 発症後10日間が経過するまでは、マスクの着用等周りの方へうつさないよう配慮をお願いします

10.2 診療にあたっての感染対策

(3) 会計は、その時すませて、お金のやり取りをして良いのでしょうか？

(回答)

患者が持っているお金(貨幣、紙幣)にウイルスが付着し、そのウイルスによってお金を受け取った人が感染するというリスクは極めて低いと思われます。さらにそのリスクを下げる工夫としては、①患者が財布からお金を取り出す際に手指衛生をしてから取りだしてもらい、②いただいたお金は最長3日程度放置する、③電子マネーなどを使用する、といったことがあります。それに加え、お金を受け渡しする際の飛沫感染やエアロゾル感染などに注意が必要と考えられます。

(4) コロナ陽性患者を診療する場合、現在のようなフルPPEの着用は必要ないと思いますが、どの程度のPPEが必要ですか。

(回答)

厚労省からのリーフレットに目安となるPPEが示されています⁶。

マスクについてはサージカルマスクは常に着用の上、エアロゾル産生が増加するような状況ではN95マスクを装着します。

ゴーグル、フェイスシールドについては、患者がマスクの着用ができない場合に装着します。

手袋とガウンの装着基準が一番あいまいで、「患者および患者周囲の汚染箇所」に直接接触する可能性がある場合に装着」とありますが、「汚染箇所」というのがはっきりと定義されていません。最低限目で見ると汚染されている、あるいは汚染が予想される場合は装着し、目で見える汚染がない場合は、手袋は装着せず、手指衛生を徹底するという対策もありえると思えます。

なお、手袋を装着する場合でも、手袋の着脱前後にはそれぞれ手指衛生を行い、また特に入院では患者間では手袋を交換する、あるいは手袋の上から消毒する(これには反対意見もあります)ことが必要です。

なお、WHO や CDC は現時点で COVID-19 に対して標準予防策、接触予防策、飛沫予防策、さらに状況によってエアロゾル予防策を推奨しています。手袋やガウンを装着してはいけない、あるいは従来の PPE が間違っていた、というわけではありませんので、PPE の選択については職員は引き続き「自分を守る」ことを第一に考え、適切に選択し、使用しましょう。

☞ 3 個人防護具 (p.9) および 5.4 新型コロナウイルス感染症を想定した個人防護具の使い分け (p.18) も参照ください。

新型コロナ患者・疑い患者診療時の個人防護具の選択について (入院・外来共通)


1. サージカルマスク：常に着用
(交換は汚染した場合や勤務終了時等)

2. ゴーグル・フェイスシールド：
飛沫曝露のリスクがある場合(※1)に装着
(交換はサージカルマスクと同様)
(※1) 患者がマスクの着用ができない場合、
近い距離での処置、検体採取時等

3. 手袋とガウン：患者および患者周囲の汚染箇所に直接接触する可能性がある場合に装着 (患者および患者周囲の汚染箇所に直接接触しない場合は不要)

4. N95マスク：エアロゾル産生手技(※2)を実施する場合や激しい咳のある患者や大きな声を出す患者に対応する場合に装着
(※2) 気管挿管・抜管、気道吸引、ネーザルハイフロー装着、NPPV 装着、気管切開術、心肺蘇生、
用手換気、上部消化管、内視鏡、気管支鏡検査、ネブライザー療法、誘発探痰など

【個人防護具の着脱の例 (外来)】



マスク、フェイスシールドは、汚染※した場合や勤務終了時などに交換

手袋は患者毎に交換

ガウンは、手以外の部位が患者に直接接触することが見込まれる場合や、大量の飛沫の曝露が見込まれる場合のみ装着し、その都度交換する。

サージカルマスク、フェイスシールド、手袋を基本とし、ガウンは必要時のみ装着

※汚染した場合とは、大量の飛沫への曝露、患者に直接接触した場合など

(出典) 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会「診療所における効果的な感染対策の好事例の紹介」(2022年11月28日)

(5) 医療機関及び高齢者施設の従事者のフェイスシールド着用について。現在は濃厚接触者の該当しないためにフェイスシールドを着用しているが、エアロゾルが飛散しない状況下では不要またはゴーグルのみとしてもよいか？

(回答)

一般的にはゴーグルとフェイスシールドはいずれも目の粘膜を保護する目的で使用され、ゴーグルはより目に密着するため目が保護されやすい、フェイスシールドは面積が広いので額や頬などが保護されるといった特徴があります。患者がマスクをできない時に対応する職員は、フェイスシールドまたはゴーグルで目を保護する必要があります。

☞ 3.3 ゴーグル、アイシールド、フェイスシールド (p.10) をご参照ください。

(6) 高齢者施設等での食事時のパーティションには意味があるのか？

(回答)

患者や入所者等がマスクを外して近距離で対面で食事をし、大声でしゃべったり、むせて咳をしたりすると、大量の飛沫が発生します。この際、①エアロゾル感染、②飛沫感染、③接触感染、のいずれのリスクも上昇します。パーティションはこのうち②の飛沫感染を防ぐという意味では有効だと思います。「意味が無い」と言われるのは、こういう状況では①エアロゾル感染や③接触感染も起きてしまうので、②飛沫感染だけを防いでも意味が無いでしょ、という意味だと思われませんが、換気や消毒の強化と合わせることで、パーティションも一定の意味があると思われま

☞2.3.2 アクリル板やビニールシートで遮断 (p.4) をご参照ください。

- (7) コロナ陽性患者の入院や検査等で出棟する場合、他の患者とエレベーターに同乗するのは避けた方がよいでしょうか。

(回答)

ADL が自立したコロナ陽性患者が適切にマスクを装着してエレベーターに乗った場合、その短時間に他人に感染させるリスクは低いと思います。しかし現実的な運用として、PPE を装着した職員が同乗することが多いでしょうから、他の患者との同乗は避けざるを得ないのではないのでしょうか（一定時間エレベーターを開放しておく、触ったところを消毒するといった対策もリスクを下げる意味では有効だと思いますが、やるかやらないかは各医療機関、さらには各職員の現場での判断になると思います）。

- (8) コロナ陽性診断後、患者が点滴を希望した際、十分なゾーニングなどできない院内で、どのように対応すればいいのでしょうか？

(回答)

空間分離ができない場合は時間分離をするしかないと思います。ただ特に「空間分離」という言葉はかなり曖昧に使用されています。①ある程度換気ができている、②その空間では適切な感染対策を行える職員のみが存在する、といった状況では一定時間、患者の滞在を許容することができるかもしれませんが（点滴という問題よりも、結局はどのくらいの時間患者が滞在してよいか、という問題かと思います）。厚労省の資料を参考にお示しします⁶。

☞ 5.3 待ち合いや診察室 (p.17) をご参照ください。

外来における院内のゾーニング・動線分離

1. 待合の工夫 (例) : 自家用車で来院している患者は車中で待機

2. 診察・検体採取時の工夫(例) :

- ・パーティションによる簡易な分離、空き部屋等の活用
- ・検体採取を屋外や駐車場の車中で実施 (プライバシーに配慮)
- ・発熱患者の導線を分離 (矢印等で解りやすく表示)

3. 上記の空間的分離が構造的に困難な場合は時間的分離で対応

【参照】

- ① 医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド第5版
- ② 診療所における効果的な感染対策の好事例の紹介
- ③ 新型コロナウイルス感染症診療の手引き第9版
- ④ 令和4年度院内感染対策講習会「新型コロナウイルス感染症に関する特別講習会」(HP中段『2. 感染拡大防止に関する事項』の中に動画と講義資料のリンクあり)




(9) 新型コロナ患者が使用したリネンや食器はどう扱えば良いのでしょうか？

(回答)

新型コロナウイルス感染症の手引き（第 9 版）によると、洗濯および食器の取扱いは以下のように記載されています（手引き p.75～p.76）¹³。

- 患者寝具類の洗濯
患者が使用したリネン類の洗濯は、施設外に持ち出す際は 80℃・10 分間の熱水消毒または 250 ppm 次亜塩素酸ナトリウム 30 分浸漬を行った後に持ち出して洗濯するか、水溶性ランドリー袋に入れて運搬し、袋を開けずに洗濯する。
施設内で洗濯する場合、通常の洗濯で構わないが、洗濯機に入れるまでは手袋、長袖ガウン、サージカルマスク、眼の防護具を着用し、洗濯物を取り扱った後、PPE 脱衣後に手指衛生を実施する。洗濯後のリネンの取り扱いの際に特別な PPE は不要である。
- 食器の取り扱い
患者が使用した食器類は、必ずしも他の患者と分ける必要はなく、中性洗剤による洗浄に加え、80℃ 5 分以上の熱水による消毒を行ったあと、よく乾燥させる。

ただし、食器の取り扱いについても、患者の療養場所から洗浄場所への運搬の際には、運搬する者、および周辺環境の汚染に注意して運搬する必要があります。

2021 年 8 月 14 日 洗濯（特別養護老人ホームの例）【入所系施設コロナ対策】 https://youtu.be/lhtMP3NIMOk	
---	--

(10) CT 室の換気方法 教えてください。プラズマクラスターは効果期待できるのでしょうか。

(回答)

2023 年 3 月京都府「エアロゾル感染対策ガイドブック（医療施設版）」

https://www.pref.kyoto.jp/shisetsucluster/documents/iryomuke20230406_all_s.pdf¹⁴

をご参照ください。

(11) 入浴介助時には患者はマスクを外していますが、フェイスシールド、ゴーグルに水滴やくもりがみられてしまいます。見えにくくなって嫌がるスタッフもいます。いかがな対応がいいのでしょうか？

(回答)

近距離で患者がマスクを外している場合、職員の目の保護が不要とはいえません。まずこのような場合は目の保護を行わなければいけないのだ、ということをしかりと理解してもらうことが最も重要だと思います。その上で具体的な対応としては、

- (1) くもり止めを塗ること
- (2) フェイスシールドよりも目だけを覆うようなタイプ（特にスキーや水泳の時に使うような密着するゴーグルよりも、取り替え可能な目だけを覆うフィルムタイプのもの）の方が装着感の良いこと
といったことが挙げられます。

(12) 面会等について具体的なガイドラインはありますか？

(回答)

厚労省の資料がありますが、基本的には一般的な記載に留まっていると思います⁶。

- マスクについて、医療機関への受診時や訪問時はマスクの着用が推奨されています。
- 医療機関における面会については
面会の重要性和院内感染対策の両方に留意し、患者及び面会者の交流の機会を可能な範囲で確保するよう各医療機関で検討をお願いします。
 - 地域における感染の拡大状況や入院患者の状況等のほか、患者及び面会者の体調等を総合的に考慮してください。

院内感染対策に留意しつつ面会を実施する流れ

1. 面会者への対応

- 体調や、直近の発熱患者等との接触歴を確認
- 必要な場合は、人数や時間に条件を設定
- 面会者のマスク着用や手指衛生を徹底

2. 面会場所の工夫（右図参照）

- 大部屋患者の場合はデイルーム等を面会場所とする
- 患者・面会者ともに常にマスクを装着
- 常時換気する



【面会のイメージ】
(出典) 令和4年度院内感染対策講習会②
 「新型コロナウイルス感染症に関する特別講習会」
 (日本環境感染学会)
 (下記QRコード参照)

3. その他

- 上記のような対応でも対面面会が困難な場合オンライン面会を実施
- 新型コロナ患者についても、状況に応じて、可能な範囲で、オンライン面会や、面会者に個人防護具の着用を指導した上での対面面会等の対応をご検討ください。

【参照】

- ① 令和4年度院内感染対策講習会「新型コロナウイルス感染症に関する特別講習会」『2. 感染対策』
(HP中段『2. 感染拡大防止に関する事項』の中に動画と講義資料のリンクあり) (上記の工夫例は講義スライドp35)
- ② 事務連絡「医療施設等における感染拡大防止に留意した面会の事例について」
(令和3年11月24日事務連絡) 別添：院内感染対策に留意した面会の事例



面会にあたって、現実的には、

- ①誰が？（家族？友人？など）何人（人数）？
- ②何分（時間）？
- ③どこで（場所）？
- ④どのように（マスク、換気、消毒、飲食の有無など）
- ⑤面会者の感染リスク（症状や行動歴）の評価
- ⑥①～⑤の管理方法

といった条件を設定することになると思います。「面会制限」「面会禁止」という言葉で曖昧に議論するのではなく、「面会条件の設定」という表現で具体的に各項目を決めていくことが重要ではないかと思います。またその際、「どういう面会が望ましいのか」ということは病棟の看護師や医師で議論し、感染対策担当者はそこで出た面会方法をどのような感染対策を取れば安全に行えるのか

を助言する、というように、役割分担を明確にすることが重要だと思います（感染対策担当者が、面会の在り方まで決めさせられている事例を見聞きします）。

実際には⑥の**管理が徹底できればできるほど、より柔軟な面会ができる**のではないかと考えます。

【面会条件の設定の一例：院内部署への指示】

- 面会にあたっては、下記の条件を遵守してください。
 - (1) 面会者の体調と、直近の発熱患者等との接触歴を確認すること
 - (2) 面会時の患者および面会者のマスク着用を徹底すること（飲食などはしないこと）
 - (3) なるべく換気が良い場所で面会すること
- 面会人数、面会時間、面会場所

上記(1)～(3)が各所属で確認・管理できる範囲で、面会人数、面会時間、面会場所は各所属でご判断ください。現時点での病院としての目安は、面会人数は1～3人程度、面会時間は10～15分程度とします。可能であれば面会は病室でなく、ダイルームなどをご利用ください。

10.3 患者の診断と治療について

(13) 新型コロナウイルス感染症のコロナ病床への入院基準について教えてください。

(回答)

ご質問の意図としては、医学的な入院基準と、制度的な入院基準の2通りがあるように思いました。医学的な入院基準については、コロナ以外と同様、医学的に入院が必要と考えられた場合ということになると思います。

☞ **7.1 病態や合併症、入院の必要性の判断 (p.20) をご参照ください。**

制度的な意味では、4月13日に開催された第88回奈良県新型コロナウイルス感染症に関する連絡会で提示された資料の通りとなります（病床数は4月13日時点の目標値）。

新型コロナウイルス感染症移行期間中の病床の考え方

資料3-5

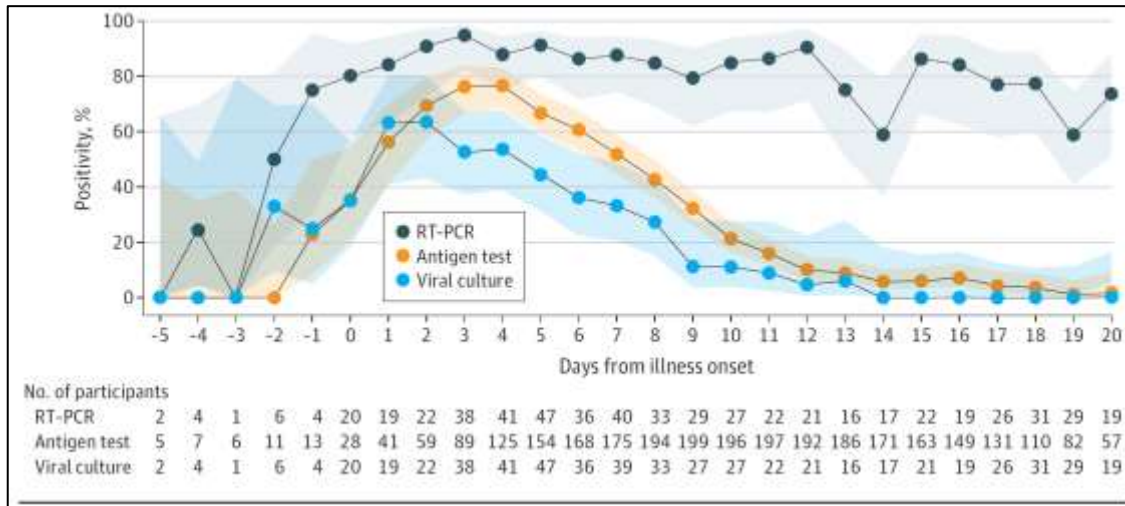
療養先トリアージ基準に合致した患者に限り、県が確保した病床への入院調整可

入院対象 (現行の療養先トリアージ基準を継続)	入院調整先の病床	県全体の病床数 (移行期間中 5/8~)	考え方
新型コロナのための 入院治療が必要な方	病床確保料により 確保した入院病床	400床	・トリアージ基準の運用開始後に入院した患者のうち、新型コロナのための入院治療が必要な方が全体の3/4。 ・移行期間前確保病床571床×3/4=428床≒400床
新型コロナ以外の 傷病のための 入院治療等が必要な方 (コロナの重症度:中等症Ⅰ軽症)	妊婦、小児患者	病床確保料により 確保した入院病床	(学会・コーディネーター等で調整中) ※400床とは別途確保
	外傷・持病の治療 の必要な患者など	病床確保料により 確保した病床 以外 の病床	各病院において 確保をお願いします。

(14) 抗原検査や PCR 検査がいつくらいにどれくらい陽性になるか分かっているのでしょうか？

(回答)

抗原検査も PCR 検査も発症後 3 日目あたりで陽性率が最大になります (PCR で約 95%、抗原定性検査で約 80%)。発症日だと PCR 検査で約 80%、抗原定性検査で約 40%の陽性率です。逆に PCR 検査は陽性が遷延することが分かります。



Chu VT, et al. JAMA Intern Med. 2022;182(7):701-709. PMID 35486394¹⁵.

(15) 今後も発熱があればコロナ検査をする必要があるのか？

(回答)

他疾患と同様、あくまで医学的な判断が最優先されると思います。現実的には、患者自身の判断によって検査を受けない、医療機関に行かないということも増えると思います。患者が検査を希望する、あるいはある程度の重症例で診断のために検査が必要である、さらには院内感染時などで調査が必要であるといった時に検査を行うことになると思います。

(16) 入院時などのスクリーニング検査は必要でしょうか？ (続けるべきでしょうか？)

(回答)

COVID-19の持ち込みを防ぐためのスクリーニング検査（あくまで無症状で感染性のあるウイルスを保有するかどうかの検査）については様々な議論があり、一律の結論は出ていません。一般的には以下の様なメリットやデメリットを勘案して施設ごとに基準を設けることとなります。

なお、SHEA（米国医療疫学会）は2022年12月21日に「処置や入院前のCOVID-19のスクリーニング検査はもはや推奨せず、平時の感染対策を強化すべきだ」という声明を出し、その理由として、既感染患者が増加して感染性のない患者を拾い上げる割合が高くなったことや、入院時に陰性でも入院後に陽性となる患者が存在すること、スクリーニング検査によって救急外来の滞在時間が約2時間延長することや、1人の陽性者を見つけるのに12500ドル（約170万円）かかることから、費用対効果が乏しいとしています¹⁶。

【メリット】

- 感染性のある COVID-19 患者を早期に発見し、感染対策を講じることによって感染拡大を防ぐことができる。

【デメリット】

- 金銭的成本、人的コスト
- 過去の感染（すでに感染性はない）を拾い上げることによって、無用な隔離や治療の遅延を招く
- 感染早期の場合は陽性にならない（偽陰性、すり抜け）

【考慮しなければならない事項】

- 対象者
 - 特に流行している地域の患者、直近で COVID-19 患者との接触が疑われる患者など
 - 特に感染性の高い手技を行う患者：口腔外科領域や耳鼻科領域で鼻咽頭領域を対象とするような手術前、気管支内視鏡や上部消化管内視鏡、呼吸機能検査など
 - 感染拡大した場合の病院や患者が受けるダメージが大きい患者：精神科閉鎖病棟や ICU に入院する患者など
 - 感染リスクの確認ができない患者：緊急入院患者、意識障害患者など
- 検査方法
 - PCR 検査、抗原定量検査、抗原定性検査など

(17) 新型コロナで入院の必要性がない患者に対する抗ウイルス薬の最新の情報を教えて欲しい。

(回答)

☞ 7.2 COVID-19 の薬物治療（図 8）（p.21）をご覧ください。

(18) コロナの薬、薬局からの配達システムはあるのでしょうか？

(回答)

オンライン診療や薬剤の薬局からの配送等については、厚労省からリーフレットが出ています¹¹。また、『「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日付け事務連絡)に基づく、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は、位置づけ変更後においても、引き続き実施する」とされています⁵。

(19) 電話診療は今後どうなっていくのでしょうか？

(回答)

オンライン診療や薬剤の薬局からの配送等については、厚労省からリーフレットが出ています¹¹。

(20) ラゲブリオやゾコーバなどの高額な治療薬のみ公費となっていますが、それ以外の頓服や咳の薬等を処方した場合の薬代・処方料、またラゲブリオ等を院外処方した場合の処方箋料などは公費にはならない、ということになるのでしょうか？

(回答)

9月末までは、「5類感染症への移行（5月8日）後は、新型コロナウイルス感染症の患者が外来で新型コロナウイルス感染症治療薬の処方（薬局での調剤を含む。以下同じ。）を受けた場合、その薬剤費について、全額を公費支援の対象とする。当該薬剤を処方する際の手技料等は支援対象には含まれない。」とされ、それ以降については、「その後の本措置の取扱いについては、他の疾病との公平性に加え、国確保分の活用状況や薬価の状況等を踏まえて冬の感染拡大に向けた対応を検討することとしている。」とされています⁵。

10.4 クラスタ対策

(21) 今後、院内クラスターが起きた場合、一斉検査をすべきか、それとも有症状者のみを検査対象にするべきか？

(回答)

インフルエンザ等でもそうですが、院内クラスターが起きた（起きそうな）場合、まずは管轄の保健所に相談して対応を仰ぐのが原則になると思います。ただし現実的にはそれぞれの医療機関が先んじて対応していくことになると思います。当面は、院内クラスターの対策は、今まで通り（広く接触者に検査を行う）になると思いますが、いずれ、有症状者のみに検査を行うといった体制にシフトすることもありえると思います。あるいは結核の接触者調査のように、最も濃厚接触と考えられる人に検査を行い、陽性者がいれば、次に接触度の高い患者に検査を行うといったように、検査対象者に優先順位を付ける方法もあります。またそれは、職員なのか、患者なのか、によっても多少対応が変わると思います。少なくとも、例えば4人部屋で1人コロナ陽性患者が出た場合は、残りの3人の患者に対してはそれを説明し、濃厚接触者としての対応をせざるを得ないのではないのでしょうか（現在のところ）。

☞ クラスタ対策については、2022年3月29日奈良県医療機関における新型コロナウイルス感染症院内感染対策マニュアルをご覧ください。

<https://www.pref.nara.jp/secure/265587/R040420manual.pdf>

(22) 入退院の制限は各病院の方針によるところになりますか？

(回答)

今までも入退院の制限は、奈良県や奈良市と相談しつつ、各病院の方針で決定されていたのではないかと思います。

インフルエンザなどでも感染者が増加し、職員の感染者も増加した場合は病棟閉鎖（新規入院停止）となることはあったと思います。新型コロナの場合は感染性が極めて高いため、病棟閉鎖（新規入院停止）とせざるを得ない場面は増えるのではないかと思います。ただし今までと異なり、一般的には濃厚接触者を特定しなくなりますし、あるいは法的にも無症状病原体保有者を含めて感染者を自宅待機させなければならない根拠はなくなりますので、医療機関の裁量が大きくなるとともに、保健所など行政機関と連携を密に取る必要があるのではないかと思います。

(23) 院内クラスターが起きた場合、報道発表は継続されるのでしょうか？

(回答)

従来でも大規模な院内感染が起きた場合は報道発表は行われていたと思います。5月8日以降の報道発表の基準は、個別の病院名、感染者数（内訳）などの報道発表は原則行わないことに変更されました。

11 参考文献

1. 2021年10月28日 奈良県福祉医療部医療・介護保険局介護保険課「第6波に備えるための奈良県の高齢者施設におけるコロナ感染対策の要注意事例集」.
(<https://www.pref.nara.jp/secure/256399/zireisyu.pdf>).
2. 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).
3. Center for Disease Control and Prevention. COVID-19 & IPC Overview. Updated Dec. 6, 2021.
(<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/non-us-settings/overview/index.html>).
4. World Health Organization. Infection prevention and control in the context of coronavirus disease (COVID-19): a living guideline. 13 January 2023. (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-ipc-guideline-2023.1>).
5. 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部. 2023年4月11日最終改正 2023年3月17日新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について. (<https://www.mhlw.go.jp/content/001086594.pdf>).
6. 2023年4月4日 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う啓発資料について. (<https://www.mhlw.go.jp/content/001084071.pdf>).
7. 2022年12月22日 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）病原体検査の指針 第6版.
(<https://www.mhlw.go.jp/content/001029252.pdf>).
8. 国立感染症研究所感染症疫学センター. 新型コロナウイルス感染症患者に対する積極的疫学調査実施要領（2021年11月29日版）. (<https://www.niid.go.jp/niid/ja/2019-ncov/2559-cfeir/10800-covid19-02.html>).
9. 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部. 2023年4月14日 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付け変更後の療養期間の考え方等について（令和5年5月8日以降の取扱いに関する事前の情報提供）. (<https://www.mhlw.go.jp/content/001087453.pdf>).
10. 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部. 2022年9月7日 2022年9月13日最終改正 新型コロナウイルス感染症の患者に対する療養期間等の見直しについて.
(<https://www.mhlw.go.jp/content/000989624.pdf>).
11. 厚生労働省. 新型コロナウイルス感染症への対応について【第2報】（医療機関向けのリーフレット）. (<https://www.mhlw.go.jp/content/001088182.pdf>).
12. 第98回（令和4年9月7日）新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード資料3-2-②.
(<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000987065.pdf>).
13. 2023年2月10日 新型コロナウイルス感染症診療の手引き 第9.0版
(<https://www.mhlw.go.jp/content/000936655.pdf>).
14. 2023年3月京都府「エアロゾル感染対策ガイドブック（医療施設版）」.
(https://www.pref.kyoto.jp/shisetsucluster/documents/iryomuke20230406_all_s.pdf).
15. Chu VT, Schwartz NG, Donnelly MAP, et al. Comparison of Home Antigen Testing With RT-PCR and Viral Culture During the Course of SARS-CoV-2 Infection. JAMA Intern Med 2022;182(7):701-709. DOI:

10.1001/jamainternmed.2022.1827.

16. 2022年12月21日 SHEA (The Society for Healthcare Epidemiology of America) Pre-Procedure and Pre-Admission COVID-19 Testing No Longer Recommended for Asymptomatic Patients. (<https://shea-online.org/pre-procedure-and-pre-admission-covid-19-testing-no-longer-recommended-for-asymptomatic-patients/>).

作成・監修

奈良県立医科大学附属病院

感染症センター教授 笠原 敬

奈良県福祉医療部医療政策局地域医療連携課

お問い合わせ先

〒630-8501 奈良県奈良市登大路町 30 番地

奈良県庁医療政策局地域医療連携課

TEL：0742-27-8653

FAX：0742-22-2725