

令和4年度 新興感染症対策寄附講座セミナー 質問一覧

※回答内容は開催当時のものであり、変更となっている可能性もありますので、行政の通知等、最新の情報をご確認ください。

施設名	職種	参加形態	質問	回答欄	回答者
1 介護医療院	看護師	Web参加	<p>高齢者施設において、個室がない多床室での感染判明時、同室者は濃厚接触者(感染確率が高い)となると思うが、同室者を別の非感染者の多床室の部屋に移動したほうがいいのか？</p> <p>また多床室で、全員感染者であった時に、感染判明から10日たって一人は抗原検査陽性であり、別の同室者は先に抗原検査で陰性判明したときには部屋を分けたほうがいいのか？</p>	<p>・多床室で陽性者が判明した時、疑う症状がみられたら出来るだけ速やかに個室に移動して感染対策を行う事が一番望ましいです。咳がみられている場合は、エアロゾルの発生もありますので、多床室のままではクラスター発生にリスクが高くなります。入院や宿泊療養所への一時的な入所などを保健所へご相談されることをおすすめします。やむを得ず多床室のまま過ごされる場合は、多床室内で感染者とエリアを分け、エリアに入る際には感染対策を行ってください。カーテンなどで仕切る場合、入室前にて指消毒をしてから個人防護具を着用してカーテン内に入り、出る前に個人防護を外してからカーテンから出て、手指消毒をしてからその場を離れるように、カーテン内を個室と想定して感染対策を行いましょう。</p> <p>・同室者は濃厚接触者となりますので、いつ発症されるかわかりません。新型コロナウイルス感染症の潜伏期間中は、陽性者と同様に感染対策を行いましょう。部屋は移動させず、その部屋には新たに別の入室者を移動させないようにしましょう。</p> <p>・多床室の全員が陽性となり、部屋ごとゾーニングして感染対策を行う場合、療養期間が解除された方を感染者がおられない部屋へ移動してもよいです。同時期の発症であれば、数日間の解除のずれであれば、同室のまま感染対策を解除してよいです。</p>	藤本
2 特別養護老人ホーム	施設長	Web参加	<p>&lt;質問①:感染者の感染可能期間について&gt;</p> <p>以前は、感染者は「発症2日前」から他者に感染させる可能性があると言われていたため、発症2日前まで遡って接触者を特定していました。しかし最近では、感染者が発症した後に他の家族と隔離した場合でも、他の家族は感染しないケースが増えてきていると思います。そこで質問ですが、感染者の発症前の感染可能期間は「発症2日前」よりも短くなっているという認識で良いのでしょうか？</p> <p>また、その場合、発症前のどのくらいの日(時間)まで遡って接触者を特定しておけば良いと思われますか？(職員の感染が判明した場合に、その職員の施設内での勤務状況(接触者)をどのくらい前まで遡って把握しておいた方が良いのか判断基準が欲しいと思っています)</p> <p>&lt;質問②:感染者の症状と感染力の関係について&gt;</p> <p>無症状者からの感染もあると思いますが、症状の重さと感染力の強さとの間に相関関係はあるのでしょうか。</p> <p>&lt;質問③:高齢者施設における「陽性者の療養期間」について&gt;</p> <p>今年の9月から「陽性者の療養期間」が一定の条件の下で短縮されていますが、同時に「有症状者の場合10日間経過、無症状者の場合7日間経過するまでは、感染リスクが残存することから、高齢者等ハイリスク者との接触を避けること」等のアナウンスもされています。そこで質問ですが、高齢者施設の職員が感染した場合には、療養期間は短縮すべきではなく、有症状者の場合10日間、無症状者の場合7日間が必要であるとの認識で良いのでしょうか？</p>	<p>&lt;質問①&gt;</p> <p>オミクロン株では従来株より潜伏期間の短縮傾向が示唆されており、発症のピークが3日目ごろになってきておりますので、一部の方では発症2日前より短くなっている可能性はあるかと思えます。しかし、接触から5-7日目まで症状出現する方も相当数いらっしゃいますし、咽頭痛などの自覚症状は本人の訴えであるため程度や自覚するタイミングに幅が出てきます。そのような変動要因も含めると従来からの発症2日前の基準を短縮する所までには至っておらず、行政でも現状この基準が継続されているかと思えます。</p> <p>発症者が出た場合、単純にその時点から2日前とするのではなく、まずは発症者の行動記録や健康観察の記録をさかのぼって、感染したと思われる時期や感染経路、発症していたと思われる時期を検討します。職員さんには平常時から記録を残すようにしてもらっています。当院では14日前からの記録を提出してもらい確認しています。(これらを確認することにより、発症者が発端者ではなく、施設内の二次感染であることが判明するケースもあります。) 接触者については推定した陽性者の発症時期から2日間さかのぼっての特定でよいと考えます。</p> <p>&lt;質問②&gt;</p> <p>ご質問ありがとうございます。感染するかどうかは基本的に感染力のあるウイルスにどれだけ曝露されたかに相関します。感染力の強さはどれだけ他人に感染させるかということで回答します。</p> <p>症状の重さとウイルス排出量についてはピーク時の症状の程度とピーク時のウイルス量(体液中の濃度)にはある程度相関があると考えられます。しかしウイルス排出量のピークと症状の重さのピークのタイミングは一致しておらず、症状出現の直前ではピークレベルのウイルスを排出している一方で、発症1週間後に重症化したとしてもその時点では感染性のあるウイルス量はすでに減少しています。したがってある時点での症状の強さからウイルス排出量を推定することは困難で、感染・発症からの時間経過やPCR・抗原検査などの情報から推定することになりますが、検査を繰り返すことは現実的ではありません。</p> <p>ウイルスの曝露量については感染者のウイルス量に加え、飛沫・エアロゾル発生行為の有無、感染対策の実施状況が影響します。したがって、既知の感染初期の患者さん対応で感染対策を徹底している場合はほぼ感染は生じないのに対して、感染対策なしの濃厚接触で検査キット陰性の無症状感染者からでも感染伝播を生じることが起こります。</p> <p>以上を踏まえると感染防止にはウイルス曝露を減じる感染対策がどの程度実施されていたかということが感染伝播に大きく影響すると考えられます。</p> <p>&lt;質問③&gt;</p> <p>ご指摘の通り9月より一般での療養期間が短縮されましたが、これはオミクロン株のウイルス排出期間が短縮されたという明確なエビデンスに基づくものではなく、経済・社会的な影響を考慮された変更となります。潜伏期間は短くなっていますがウイルス排出期間はあまり変わっていないと考えられています。そのため、高齢者等ハイリスク患者との接触については従来どおりの期間接触を避けるようになっております。医療機関や介護福祉関連施設等でハイリスク者と接触する職員は従来通りの療養期間での対応が妥当と考えます。</p>	岡本

施設名	職種	参加形態	質問	回答欄	回答者
3 介護老人保健施設	看護師	Web参加	ベッド満床時の感染者及び濃厚接触者の隔離方法。例えば四人部屋で1人感染者が出た場合、残りの三人が移動出来る部屋が無い場合、カーテン隔離が良いのか。それとも廊下等居室以外の場所へ移動した方が良いのか。また、感染者に徘徊の傾向がある場合、ある程度抑制しても良いのか。例えば部屋に鍵を掛ける等。	<p>・多床室で陽性者が判明した時、疑う症状がみられたら出来るだけ速やかに個室に移動して感染対策を行う事が一番望ましいです。咳がみられている場合は、エアロゾルの発生もありますので、多床室のままではクラスター発生にリスクが高くなります。入院や宿泊療養所への一時的な入所などを保健所へご相談されることをおすすめします。やむを得ず多床室のまま過ごされる場合は、多床室内で感染者とエリアを分け、エリアに入る際には感染対策を行ってください。カーテンなどで仕切る場合、入室前にて指消毒をしてから個人防護具を着用してカーテン内に入り、出る前に個人防護を外してからカーテンから出て、手指消毒をしてからその場を離れるように、カーテン内を個室と想定して感染対策を行いまししょう。</p> <p>・同室者は濃厚接触者となりますので、いつ発症されるかわかりません。新型コロナウイルス感染症の潜伏期間中は、陽性者と同様に感染対策を行いまししょう。部屋は移動させず、その部屋には新たに別の入室者を移動させないようにしまししょう。</p> <p>・認知症の方については、部屋から出られないように説明しても守って頂くことは困難であるため、出来るだけ早く感知できるように離床センサーを使用するなどして部屋の外に出てこられるたびにお部屋に誘導しています。</p> <p>・身体抑制については、厚生労働省「身体拘束ゼロへの手引き」を基に施設毎に基準があると思います。下記に手引きのURLを記載しておりますので、ご施設で必要性について十分ご検討ください。</p> <p>厚生労働省「身体拘束ゼロへの手引き」  <a href="https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/gyakutai/torikumi/doc/zero_tebiki.pdf">https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/gyakutai/torikumi/doc/zero_tebiki.pdf</a></p> <p>・部屋を施錠することは急変時に対応できないなど安全上の問題があると思います。</p>	藤本
4 サービス付き高齢者向け住宅	看護師	Web参加	サービス付き高齢者住宅の為、完全個室である。その為、濃厚接触者の方に関しては、居室での生活をお願いします。ただ、認知症の方に関しては、理解が不十分で完全隔離が困難なケースもある。その時の対処法を教えてください。	認知症の方については、部屋から出られないように説明しても守って頂くことは困難であるため、出来るだけ早く感知できるように離床センサーを使用するなどして部屋の外に出てこられるたびにお部屋に誘導しています。	藤本
5 病院	看護師	Web参加	認知力低下や興奮状態等によるマスク着用、手洗い・手指消毒等が困難な場合の有効な感染対策を教えてください。またゾーニングした際にそれらを守っていただく、ゾーニングを守るための対策も教えてください。特に消灯後に徘徊著明な際の対応が難しい印象です。	認知症力低下のある方などに感染対策を遵守いただくことには多くの施設で難渋されていることと思います。認知症の方では感染対策が必要であるという記憶が定着しにくいと、たびたびに、「一緒にマスクをつけましょう」、「手洗いをしましょう」、「今コロナが流行ってますね」の声掛けやジェスチャーなどでたびたびに促していくことが重要かと思えます。頭ごなしに「●●をしないとダメです」といった否定的な声掛けは反感を招く可能性があるの言い換えを工夫してみてください。どうしてもご本人の協力が難しい場合は職員等の感染対策を強化して対応することになります。ゾーニングに関しても同様に境界に近づくたびに説明、誘導していくのが現状での対応策になるかと思えます。	岡本
6 病院	理学療法士	Web参加	リハビリ職は患者さんへ最低20分以上密接に関わる事が多く言語聴覚士は発声が必要、感染対策でいい方法があれば教えて欲しいです。	<p>呼吸リハビリテーション、言語リハビリテーション、接触訓練などは咳嗽、発声などによるエアロゾル発生を伴うリハビリテーションに相当するかと思います。まず、実施する環境に関して、換気が十分行われる環境で、できる限り少人数での実施が考慮されます。患者さんがマスク装着なしで訓練が必要な状況では、最低サージカルマスク＋アイシールド＋ガウン、長時間対応やリスクが高い状況ではリハビリテーション医学会の感染対策指針でも示されているようなフルPPE (N95 マスク、アイシールド、ガウン、手袋)着用での対応が望ましいかと思えます。フルPPE下で換気対策がとられていれば実施は必要最小限にとどめるべきですが濃厚接触者や陽性患者に対してもゾーニング内でのエアロゾル発生を伴うリハビリテーション実施も可能と考えます。</p> <p>訓練方法に関して、患者さんの正面に位置すると飛沫に曝露されやすくなるため、顔面の観察に鏡を活用するなどして背面から実施するなどの対応、また換気に関しては室内の空気の流れを考えて空気の吸い込み口→理学療法士→患者→(サーキュレーターや換気装置)→空気の出口となるように配置すると飛沫、エアロゾルの曝露を減らすことができます。歯科処置では常時口腔内吸引することによりエアロゾル飛散防止対策をされていることを考えると、排気装置に近いところで発声させることができると効率が良いかもしれません。(一般家庭のキッチンや実験室のドラフトチャンパーのような局所排気の構造が参考になるかと思えます)。理学療法士がマスク着用なしで口の動き等の見本を見せるような場面があるとすれば、動画を活用するなどの工夫で感染リスクを減らすことができるかと思えます。</p> <p>一般の方はもちろんのことコロナ療養中の患者様でもリハビリテーションの継続は非常に重要と考えております。十分な対策を講じた上で必要なリハビリテーションを実施いただけるようよろしくお願ひいたします。</p>	岡本

	施設名	職種	参加形態	質問	回答欄	回答者
7	—	介護職	Web参加	有料老人ホームに勤務しています。ご家族の面会についてはどのように考えたらよろしいでしょうか？	認知症予防のためにも、様々な工夫(パーテーション、iPad等)をして面会の機会を設けることは大切なことだと思います。また、面会者のワクチン接種の有無、症状の有無や身近な人に感染者がいないかの確認をするとともに短い時間の面会とする等の対応もあると思います。	藤本
8	—	—	Web参加	インフルエンザ、コロナ、或いはダブル感染の方が同一施設で混ざって発生した場合のコホート管理の方法を教えてください。	片方のウイルスが陽性でも、もう一方のウイルスが陰性の場合には両方感染することは考えられますので、インフルエンザ、コロナ、或いはダブル感染の方をしっかりと分けて管理する必要があります。	岡本
9	熊本市	行政職	会場参加	今後、インフルエンザとコロナの同時流行が懸念されているが、この2つの感染症への対策の違いあるいはどういった事に気を付ければいいのかを教えてください。	インフルエンザは飛沫感染としてこれまで対策をとっていたことから、対策としてはインフルエンザとコロナは同様のものになります。また、ユニバーサマスクの着用と飛沫感染、接触感染の予防策を続行することが重要だと考えています。	藤本
10	熊本県	行政職	会場参加	岡本先生のお話で、抗原検査キットを用いたスクリーニング検査の限界として「感染者の割合が少ないときに一律に検査すると、偽陽性の割合が増える」とのお話がありました。熊本県、熊本市共に伝播を防止する対策として「感染者の特定」に重点を置き、高齢者施設や保育施設等の職員に対して定期的に抗原検査を行ってきております。上記のお話をふまえると、感染者の割合が少ない時期に抗原検査を行うことは効果が少ないという理解でよろしいでしょうか。その場合、感染者の割合がどれくらい増えた時期に検査を行うのが効果的なののでしょうか。	感度・特異度といって検査の性能があるが、陰性でも陽性となる現象が低率でも起こります。例えば特異度99%の検査でも100人に1人の確率で被験者の感染の有無に関係なく陽性になる可能性があります。被験者に陽性者が含まれる割合が「感染者の割合が100人に1人」の場合、大雑把にいうと陽性者1人と偽陽性が1人出るので「検査が陽性となった人の約50%が偽陽性」ということとなります。陽性者の確率が上がって「感染者の割合が10人に1人」の場合では、陽性者10人と偽陽性1人の比率で「検査が陽性となった人の約10%程度が偽陽性」となりますので、陽性者の中の偽陽性者の割合が低下します。(厳密には偽陽性となるはずの検査が陽性者に行われて正しい結果となるケースも想定される正確な確率は若干異なります。) したがって、症状がある人に行う場合や感染拡大が進んでいるタイミングで行う場合は陽性者に含まれる偽陽性の割合は少なくなり、有用性が高いと考えられます。一方で、感染者数が少ない時期に症状に関係なく一律的に検査を行った際は陽性者の総数は少ないですが偽陽性の割合が高くなっていますので、このような時期では症状がない人に対してもとどん検査するのではなく、症状がある方、ハイリスクの方に限定して行うことや、抗原検査で「陽性」と出たけど症状や行動歴に疑わしい点が乏しい場合は、さらにPCR検査にて確認するなどの対応が勧められます。	岡本