

鍼灸師と鍼灸学生のための

感染症予防マニュアル

北海道鍼灸専門学校附属臨床実習センター

2020 年 7 月 20 日版

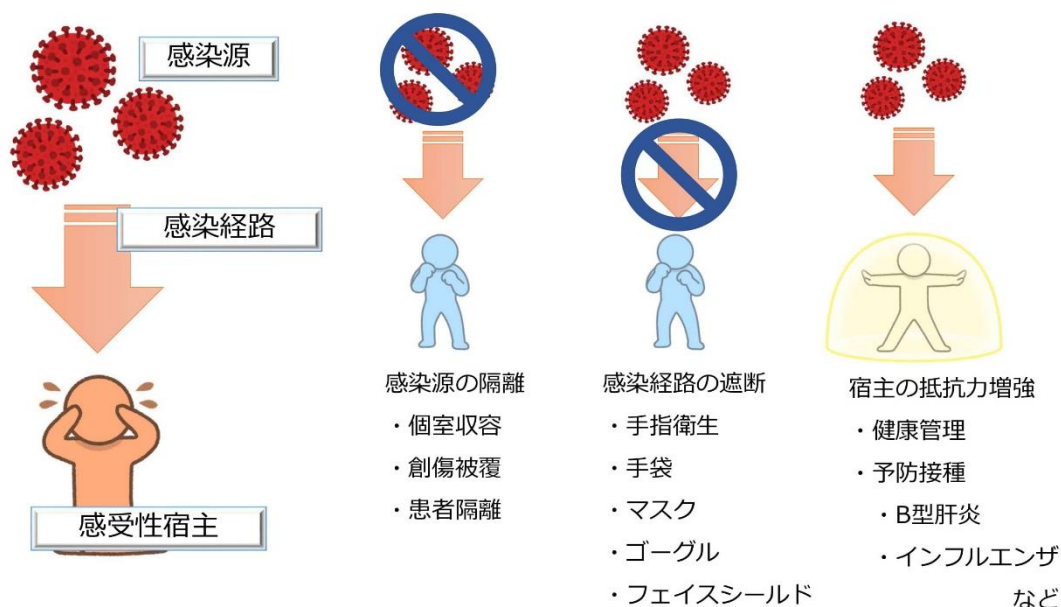
目 次

はじめに.....	3
第 1 章 医療従事者の感染予防の基本.....	4
1 標準予防策（Standard precautions）.....	4
1.1 手指衛生	4
1.2 咳エチケット.....	7
1.3 白衣の洗濯・クリーニング	7
1.4 医療器具の取扱い.....	8
1.5 環境対策	9
2 感染経路別予防策	12
2.1 飛沫予防策（Droplet precautions）.....	12
2.2 接触予防策（Contact precautions）.....	14
2.3 空気予防策（Airborne precautions）.....	15
第 2 章 針刺し事故、粘膜汚染発生時の対応	18
1 施術に際しての注意	18
1.1 針刺し、切創、粘膜汚染の定義	18
1.2 針刺し等汚染事故予防策.....	18
1.3 針刺し等汚染事故が発生した場合の応急処置.....	19
1.4 針刺し等汚染事故後の処置	19
第 3 章 医療スタッフの健康管理	21
1 予防可能な感染症に対するワクチン接種.....	21
1.1 血液媒介感染症.....	21
1.2 インフルエンザウイルス	21
1.3 その他の感染症	21
2 感染症症状発現時の早期受診.....	21
2.1 結核.....	21
2.2 その他の感染症	22
3 日常生活における注意事項	22

3.1	手指衛生の徹底	22
3.2	咳エチケット.....	23
3.3	マスクの着用	23
3.4	身体的距離を保つ(Physical Distancing).....	23
3.5	換気および環境消毒.....	23
3.6	情報の収集.....	24
第4章	学生の臨床実習における感染症対応.....	25
1	学校において予防すべき感染症	25
2	学生への諸注意.....	26
2.1	新型コロナウイルス感染症.....	26
2.2	インフルエンザ.....	27
2.3	麻疹、水痘、風疹、ムンプス.....	27
2.4	口唇ヘルペス(単純ヘルペス).....	28
2.5	マイコプラズマ感染症	28
2.6	ノロウイルス感染症	28
2.7	海外渡航から帰国した際の感染症対策.....	28
補足資料		30
1	新型コロナウイルス感染症について.....	30
1.1	病原体について.....	30
1.2	伝播様式	30
1.3	臨床像.....	31
付記		35
1	改訂に関する情報.....	35

はじめに

感染予防対策において考慮しなければならないのは、「感染の三要素」である。すなわち、感染が拡大するためには、感染源、感染経路、感受性宿主の3つの要素が必須であるため、これら3つの要素のいずれか1つに対応することで感染拡大を阻止することができる。さらに2つ以上の感染予防対策を講じることで、感染予防はより確実になる。



感染源の隔離として、局所の病変であれば感染部位を覆うことで感染源を隔離することができる。しかし、呼吸器感染症のように市中に蔓延する可能性のある感染症においては、罹患した者が自宅等で自己隔離するか、必要に応じて入院等の措置を講じなければならない。医療スタッフから患者への感染を防ぐために、**感染症が疑われる症状を有する医療スタッフは、率先して自宅での療養に努めることが重要である。**また、医療スタッフは多くの患者の健康を支える立場であることから、感染症から守られねばならない。**感染症が疑われる症状を有する患者の来院は、医学的に妥当な判断をもって断ることも必要である。**しかし、潜伏期間の長い感染症や、不顕性感染でありながら感染力を持つ感染症の場合、感染源を完全に封じ込めるのは困難である。

感染経路の遮断および宿主の抵抗力増強は、鍼灸診療において、鍼灸師が普段から心がけるべき重要な感染予防対策である。

本マニュアルにおいて、「第1章 医療従事者の感染予防の基本」で感染経路の遮断である標準予防策と感染経路別予防策について述べる。また、「第3章 医療スタッフの健康管理」において、宿主の抵抗力増強について触れる。各自、ご参考頂きたい。

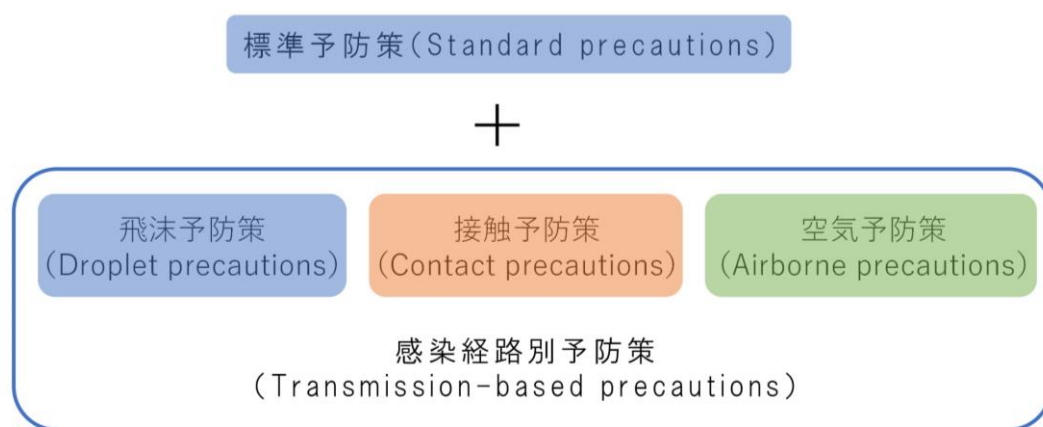
感染症は、たった一人の感染者から蔓延する可能性がある。各医療スタッフが日常から感染予防の意識を持つことが重要である。

また、どんなに注意をしても感染症に罹患することがある。我々医療スタッフが戦う相手は病原微生物であって、感染症患者ではない。いかなる時も、個人の尊厳、プライバシーの尊重を忘れずに行動することが望まれる。

第1章 医療従事者の感染予防の基本

医療従事者の感染予防策は、全ての患者に対して行う標準予防策(Standard precautions)と、病原体の感染経路別に行う感染経路別予防策(Transmission-based precautions)に大別される。感染経路別予防策は、飛沫感染を予防する飛沫予防策(Droplet precautions)、接触感染を予防する接触予防策(Contact precautions)、空気感染・飛沫核感染を防ぐ空気予防策(Airborne precautions)の3種類がある。

感染症の予防には、まず感染経路の遮断が重要な因子となる。病原微生物は目に見えないため、自身の手に病原微生物が付着しているか否か判断することは難しい。そのため、病原微生物の伝播を予防するためには、定められた手順で予防策を行わねばならない。



1 標準予防策 (Standard precautions)

標準予防策とは「感染症患者に限らず、あらゆる患者は伝染可能な病原体を持っていると想定して必要な対策を行う」という考えに基づき、全ての患者に対して行う一連の感染予防策である。標準予防策の具体的対策としては、手指衛生、咳エチケット、鋭利器具の取り扱い、環境対策、リネンの適切な取扱いなどを含む。

1.1 手指衛生

手指衛生は最も基本的であると同時に、最も重要な感染予防策である。流水と石けんを用いて丁寧に手洗いを行う。水分をふき取った後、アルコール手指消毒を行う。

1.1.1 手指衛生を行う際の確認事項

- ・爪を短く切りそろえているか
- ・時計、指輪をはずしているか
- ・手首がみえるまで袖をまくっているか



1.1.2 手指衛生を行うべき場面

- ・患者に直接接する前
- ・体液に暴露された可能性のある場合
 - ：血液、吐瀉物など
- ・患者に触れた後
- ・患者の環境に触れた後
 - ：使用済みタオルの交換後、ベッドサイドの清掃後など
- ・臨床実習センター入室時

1.1.3 手指衛生の方法その1「手洗い」

②～⑦までを 20 秒以上かけて丁寧に行う。



(引用:厚生労働省 <https://www.mhlw.go.jp/content/000501120.pdf>)

1.1.4 手指衛生その2 「アルコール擦式消毒」



(引用: 慶応義塾大学病院感染制御部)

アルコール手指消毒剤が完全に乾燥するまで繰り返してすり込むこと。

1.1.5 手荒れの予防と対処

手荒れは皮膚常在菌層のバランスを崩し、一過性細菌などが定着・繁殖するなど、病原体への感染リスクが高くなる。また、痛みや出血のために、適正な鍼灸施術へも悪影響を及ぼす。手荒れを予防するために、日頃からスキンケアを心掛ける必要がある。

[手荒れ予防として]

- ・手洗いの際に温水を使用すると、皮膚の正常な皮脂が除去されやすくなる。水温は室温程度が望ましい(25～26℃以下を推奨)。
- ・手洗い後、石けん成分が残留しないように、しっかり流水中で洗い流す。
- ・手洗い時、ペーパータオルで水分をふき取る時などは、ごしごしと強くこすらない(水分ふき取り時はパッティングする)。
- ・ハンドクリームなどを使用して皮膚の保護に努める。

[手荒れが生じたとき]

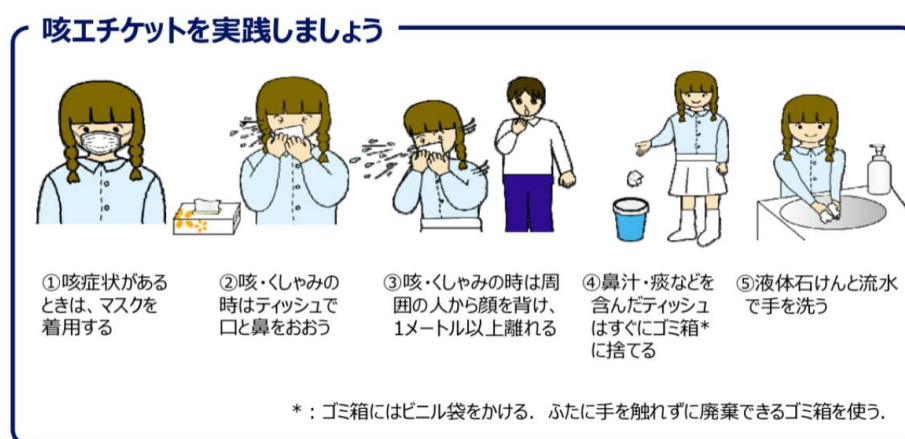
- ・なるべく早期に皮膚科を受診して治療する。
- ・手荒れが完治するまでは、アルコール手指消毒剤の使用を避ける。
- ・手荒れの程度がひどいとき、あかぎれ、指先に治癒していない傷があるときなどは、医療用グローブまたは指サックを使用する。なお、グローブ等着脱の前後には必ず手指衛生を行う。
- ・日常生活においても、炎症部位の刺激を避けるために、必要に応じて絹や綿手袋などを使用する。

1.2 咳エチケット

咳エチケットは、飛沫や接触による微生物の伝播を防止するために行う。教職員・学生・患者・見学者など、全ての呼吸器症状を有する者が行う。学生・患者・見学者に対して、咳エチケットを行うよう教職員が働きかける。

・咳・くしゃみをするときは、手で覆わずに、ティッシュなどで鼻と口を覆う。この際、被覆物が手元にならない場合は、袖などで鼻と口を覆う。

・使用したティッシュは速やかに所定の場所(オレンジハザード)に廃棄し、手指衛生を行う。



(引用:東北医科薬科大学医学部『新型コロナウイルス感染症 市民向けハンドブック』)

1.3 白衣の洗濯・クリーニング

鍼灸師は、身体診察テストや鍼灸施術を含め、患者との身体接触の多い職種であるため、白衣は常に清潔であるよう努める。

・白衣は毎日、洗濯またはクリーニング済みのものを着用する。

・学生が臨床実習を行う場合、もしくは施術補助業務のために臨床実習センターに入室する場合にも、洗濯またはクリーニング済みの白衣を持参するよう教職員が促す。白衣忘れ、あるいは洗濯されていない白衣を持参した学生は、施術もしくは施術補助業務に参加できないため、教職員は学生が臨床実習センターに入室するときに確認する。

1.4 医療器具の取扱い

1.4.1 滅菌、消毒、洗浄の定義

用語	定義
滅菌	芽胞を含むすべての微生物の数を、感染が発生しない量まで減少させること。 当センターにおいては高圧蒸気滅菌器を用いる。 なお、日本薬局方における「最終滅菌法」では、無菌性保証水準(sterility assurance level: SAL)として 10^{-6} (100 万分の 1)とされている。
消毒	対象物に付着する微生物の数を減少させることを目的として用いられる処置で、必ずしも微生物をすべて殺滅したり除去するものではない。[日本薬局方] 当センターでは化学的消毒(次亜塩素酸ナトリウム、日本薬局方消毒用エタノール、クロルヘキシジングルコン酸塩)を用いる。
洗浄	対象物より有機物や汚染を物理的に除去することを目的として用いられる。 目視で確認できる汚染がある場合、流水と石けん・洗剤を使用する。 明らかな汚染のないものは、適宜、流水ですすぎ、超音波洗浄を行う。

1.4.2 患者に使用した施術道具の処理方法

シャーレ、 再利用可能な接触鍼	洗浄(超音波洗浄) → 高圧蒸気滅菌(オートクレーブ) 明らかな汚染が付着している場合は、台所用中性洗剤で洗浄してから、超音波洗浄を行う。その後、高圧蒸気滅菌を行う。
単回使用毫鍼、 ディスプレイ毫鍼	廃棄 施術終了後、すみやかに廃鍼ボックス(イエローハザード)へ廃棄する。体液が付着した綿花も廃鍼ボックスへ廃棄する。
吸角(吸い玉)	洗浄(流水・洗剤) → 高圧蒸気滅菌(オートクレーブ) 台所用中性洗剤で洗浄後、高圧蒸気滅菌を行う。
低周波鍼通電器など	消毒(消毒用エタノール) 使用の都度、パルス治療器の外側、コードを消毒用エタノールで清拭する。製品の取扱説明書に従ってメンテナンスを行う。
聴診器、打鍵器、 ゴニオメーター、体温計 メジャーなど	消毒(消毒用エタノール) 使用の都度、消毒用エタノールで清拭する。
血圧計	消毒(消毒用エタノール) 使用の都度、血圧計の外側、マンシエットを消毒用エタノールで清拭する。製品の取扱説明書に従ってメンテナンスを行う。

1.4.3 消毒薬

次亜塩素酸ナトリウム	中水準消毒薬(人体に使用不可) 一般的な環境消毒には 0.05%希釈液を用いる。 ノロウイルス、ロタウイルス等の感染が疑われる者が入室した場合の環境消毒は、0.1%希釈液を用いる。 金属腐食作用、漂白作用があるため、使用後、拭き取りを行う。 使用時は換気を行う。 化学的に不安定であるため、希釈後は急速な有効塩素濃度の低下が予想される。希釈液は 24 時間を限度に廃棄する。
消毒用エタノール	中水準消毒薬(器具、人体に使用可) 原液を使用する。 残存効果は認められない。消毒後の再汚染に留意する。 ノロウイルス、ロタウイルス等で汚染された場合は、次亜塩素酸ナトリウムを選択すること。 引火性があるため火気厳禁である。
クロルヘキシジングルコン酸塩	低水準消毒薬(器具、人体に使用可) 術野の消毒には 0.05%希釈液を用いる。 低水準消毒薬であるため、薬液中で生存可能な病原微生物の報告がある。水を用いて希釈した溶液は、24 時間を限度に廃棄する。 ショック(アナフィラキシー)の報告があるため、初診時の問診で消毒薬アレルギーの聞き取りを必ず行う。

消毒用エタノール、クロルヘキシジングルコン酸塩はともにアレルギーの報告があるため、患者に使用する場合は初診時の問診でアレルギーの既往歴を確認すること。

1.5 環境対策

1.5.1 リネン洗濯

- ・**施術ごとに患者に使用したタオル類は、すべて洗浄する。**
- ・使用後のタオルは埃を立てないように取り扱う。
- ・血液等の体液で著しく汚染されている場合は、グローブ着用の上、流水と台所用洗剤で予洗いを行った後、通常の洗濯を行う。

1.5.1.1 主な感染症別リネン洗濯

感染症の診断を受けた患者、あるいは症状を有する感染症患者に対する施術は原則的に行わない。しかし、施術中や施術後に感染が明らかとなった場合、以下に従ってタオル類の洗濯を行う。

なお、吐瀉物・糞便等で著しく汚染されたタオル類は、ビニール袋に密閉した後、廃棄すること。

界面活性剤に対して感受性のある病原微生物または比較的容易に除去できるもの インフルエンザウイルス 新型コロナウイルス 麻疹、風疹、水痘、ムンプス、結核 など	家庭用洗濯洗剤を用いて、通常の洗濯を行う。 （なお、結核は飛沫核感染のみであるため、リネン等を介して感染しない）
界面活性剤に対して感受性の低い病原微生物 ノロウイルス ロタウイルス アデノウイルス など	0.1%次亜塩素酸ナトリウム溶液に 30 分浸漬後、他の洗濯物を分けて洗濯する。
その他 シラミ	60～80℃の湯に 10 分以上浸漬後、他の洗濯物と分けて洗濯する。
その他 疥癬	ビニール袋を被せ、埃等が散乱しないように袋の中に入れ、ピレスロイド系殺虫剤 5 秒以上噴霧し、密封状態で 24 時間放置する。あるいは 50℃以上の湯に 10 分以上浸漬後、他の洗濯物と分けて洗濯する。 （外部へ委託する場合：疥癬患者が使用したものと説明の上、クリーニング業者に依頼する。）

感染症法に基づく消毒・滅菌の手引き

<https://www.mhlw.go.jp/content/000548441.pdf>

一般社団法人日本環境感染学会「新型コロナウイルスの感染が疑われる人がいる場合の家庭内での注意事項」

<http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/dokyokazoku-chuijikou.pdf>

アデノウイルス結膜炎院内感染対策ガイドライン

www.nichigan.or.jp/member/guideline/adenovirus.jsp

国立感染症研究所 疥癬とは

<https://www.niid.go.jp/niid/ja/kansennohanashi/380-itch-intro.html>

（上記、すべて 2020 年 5 月 18 日アクセス）

1.5.2 清掃

- ・患者ごとに施術後はベッド表面、枕、胸当て等を消毒用エタノールで清拭する。
- ・患者ごとに施術後はワゴンを消毒用エタノールで清拭する。
- ・施術ブース、フロア、トイレ、受付等は1日の業務終了後に清掃する。
- ・ソファ、受付は1日の業務終了時に清拭する。

1.5.2.1 血液、吐瀉物、糞便等の処理

処理を行う前に、マスク、手袋、ゴーグル等の防護具を身につける。

[少量汚染の処理]

- ・適切な環境用消毒液を汚染物にかける。
- ・綿花、ペーパータオル、新聞紙等に吸収させる。
- ・汚染面を適切な環境用消毒液で拭き取る。
- ・処理に使用した綿花、ペーパータオル等をビニール袋に密封し廃棄する。

[大量汚染の処理]

- ・上記処理に加え、0.1%次亜塩素酸ナトリウム液を汚染箇所につけ、5分以上放置する。
- ・新しいペーパータオルまたは雑布等で拭きとる。
- ・処理に使用したペーパータオル、雑布等をビニール袋に密封し廃棄する。

2 感染経路別予防策

感染経路別予防策とは、病原微生物の感染経路遮断を目的として、標準予防策に加えて行う感染対策である。感染経路別予防策には、飛沫予防策(Droplet precautions)、接触予防策(Contact precautions)、空気感染予防策(Airborne precautions)がある。

感染経路	特 徴	主な病原微生物
飛沫感染	咳、くしゃみ、会話などで感染する。 一般的に、飛沫粒子(5 μm以上)は約1mの範囲で床に落下するとされている。 空中を浮遊し続けることはない。	インフルエンザウイルス ムンプスウイルス 風疹ウイルス マイコプラズマ 溶血性レンサ球菌 新型コロナウイルス
接触感染 (経口感染含む)	手指、食品、器具等を介して感染する。	ノロウイルス 腸管出血性大腸菌 MRSA、緑膿菌 新型コロナウイルス
空気感染	咳、くしゃみ、会話などで感染する。 一般的に、飛沫核(5 μm以下)となり空気中に浮遊し、飛沫感染よりも広範囲に飛散する。	結核菌 麻疹ウイルス 水痘ウイルス 播種性帯状疱疹

2.1 飛沫予防策 (Droplet precautions)

飛沫感染とは、咳・くしゃみ・会話などにもなって発生する飛沫が、気道粘膜に付着することによって、経気道感染をおこす感染様式である。

2.1.1 感染対策

・患者対応時は常にサージカルマスクを着用する。
サージカルマスクは、鼻から顎までを覆うこと。鼻出し、顎マスクは厳禁とする。

・サージカルマスクを着用している間は、マスク表面に不用意に触れない。触れた場合は、速やかに手指衛生を行う。

・サージカルマスクを外す際は、マスク本体に触れないように外し、速やかに所定の場所(オレンジハザード)へ廃棄する。廃棄後は手指衛生を行う。

新型コロナウイルス感染症終息までは、以下を遵守する。



- ・待合室の人口密度が高くないよう、同一施術時間内にセンターに来院する患者数は最大2名とする。
- ・舌診は必要最小限に止め、行う際には患者の同意を得る。舌診時にマスクを外す患者を守るため、必要に応じ、施術者と患者の間をアクリル板などで仕切る。
- ・必要に応じてゴーグル、フェイスシールドを着用する。

2.1.2 換気

飛沫感染をおこす病原微生物であっても、室内の換気状況が悪い場合は、空気中の飛沫が濃縮を起こし、空気感染に類似の感染を示すことが知られている。このため、飛沫予防においては十分な換気が重要である。

- ・患者入れ替え時に窓を開けて換気を行う。その際、サーキュレーターを使用して空気の流れを作り出し、換気効率を上げる。
- ・学生の臨床実習、見学などにより、通常より施術ブースの人口密度が高くなる時は、外気温や風の有無などを勘案し、適宜、窓を開放しておくことも考慮する。

2.1.3 患者指導

新型コロナウイルス感染症終息までは、以下を遵守し、また患者にも依頼する。

- ・下記「施術をお断りする基準」に該当する場合は、来院を控えて頂く。
- ・来院前に検温して頂き、発熱のないことを確認する。来院当日の検温がなされていない場合、来院時に非接触型体温計にて検温する。
- ・来院に際しては、マスクを着用して頂く。マスクがない場合は、受付でマスクをお渡しし、当センター内ではマスク着用の旨を促す。
- ・待合室では、他の患者と十分距離をとる（マスク着用の上、1m以上離れる）。

「施術をお断りする基準」

- ・いわゆる風邪症状が持続している方
- ・発熱（平熱より高い体温、あるいは体温が37.5℃以上を目安とする。）、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、嗅覚障害などの症状のある方

- ・過去 2 週間以内に発熱(平熱より高い体温、あるいは体温が 37.5℃以上を目安とする。)のあった方

- ・2 週間以内に、法務省・厚生労働省が定める諸外国への渡航歴がある方(およびそれらの方と家庭や職場内等で接触歴がある方)

- ・2 週間以内に、新型コロナウイルスの患者やその疑いがある患者(同居者・職場内での発熱含む)との接触歴がある方

- ・新型コロナウイルスの患者に濃厚接触の可能性があり、待機期間内(自主待機も含む)の方

「健康診査実施期間における新型コロナウイルス感染症対策について」(2020 年 5 月 26 日)

<https://www.mhlw.go.jp/content/000634010.pdf>

2.2 接触予防策 (Contact precautions)

接触感染とは、ヒト-ヒト間の直接接触や、物品や環境表面を介して病原微生物が伝播する感染様式である。感染経路として手指が大きな役割をもつため、手指衛生を徹底する。

2.2.1 感染対策

- ・手指衛生を徹底する。

- ・聴診器や打腱器など、医療器具を使用した後は、当該病原微生物に有効な消毒液で十分に清拭する。

新型コロナウイルス感染症終息までは、以下を遵守すること。

- ・患者の手が高頻度に触れる部位(ドアノブ、ソファ、ベッド、ハンガーなど)は、1 日 1 回以上、消毒用エタノールで清拭する。

2.2.2 患者指導

- ・来院時に手指衛生を行うよう依頼する。適切な手指衛生動作を行っていない場合は、指導する。

2.3 空気予防策（Airborne precautions）

空気感染とは、病原微生物を含む直径（5 μm 以下）以下の飛沫核が長時間空中を浮遊し、空気の流れによって広範囲に伝播する感染様式である。

2.3.1 感染対策

当センターでは、陰圧個室はもとより個室を持たないため、構造設備上、空気予防策を講じることが不可能である。そのため、空気感染する感染症と診断された患者および空気感染する感染症の疑いのある患者の受け入れは行わない。

参考資料

病原微生物	予防策	参 考(実施期間)
アデノウイルス感染症	飛沫・接触	罹患期間中
インフルエンザウイルス	飛沫	罹患期間中
ウイルス性胃腸炎(ロタウイルス、腸管出血大腸菌含む) 上記、失禁の見られる場合	標準 ＋接触	
ウイルス性肝炎(A 型、B 型、C 型、E 型) A 型肝炎で失禁の見られる場合	標準 ＋接触	
HIV 感染、AIDS	標準	
エキノкокクス	標準	
黄色ブドウ球菌	標準	
疥癬	接触	有効な治療開始後 24 時間
カンジダ症	標準	
蟻虫	標準	
クラミジア・トラコマティス(結膜、性器、呼吸器)	標準	
結核(肺、咽頭病変を含む)	空気	排菌が確認されず、日常生活に復帰している場合は不要
結核(肺外)	標準	
食中毒(ウエルシュ菌、ブドウ球菌、ボツリヌス)	標準	
シラミ	接触	
真菌	標準	
水痘	空気	全ての病変が痂皮化するまで
帯状疱疹(播種性病変、免疫不全患者の限局性病変)	空気、接触	水痘に感受性のある者は帯状疱疹病変に曝露すると水痘となる可能性がある
帯状疱疹(免疫不全でない者の限局性病変)	標準	
単純ヘルペス(皮膚、粘膜病変で再発性のもの)	標準	
単純ヘルペス(皮膚、粘膜病変で播種性、重症のもの)	接触	
手足口病(成人)	標準	
手足口病(小児)	接触	罹患期間中
尿路感染症	標準	
膿痂疹	接触	有効な治療開始後 24 時間
梅毒	標準	
百日咳	飛沫	有効な治療開始後 5 日間
皮膚真菌症(たむし)	標準	
風疹	飛沫	発疹発現から 7 日間

蜂窩織炎	接触	排膿期間中
マイコプラズマ	飛沫	罹患期間中
麻疹	空気	
ムンプス(流行性耳下腺炎)	飛沫	腫脹が始まってから 9 日間
溶血性レンサ球菌(A 群) (咽頭炎)	飛沫	有効な治療開始後 24 時間
溶血性レンサ球菌(A 群) (猩紅熱)	飛沫	有効な治療開始後 24 時間
溶血性レンサ球菌(B 群)	標準	
淋菌	標準	
レジオネラ	標準	

第2章 針刺し事故、粘膜汚染発生時の対応

1 施術に際しての注意

日頃からどんなに注意をしても、一瞬の油断から針刺し等汚染事故が起きる可能性がある。針刺し等汚染事故が発生した場合は、速やかに責任者に報告するとともに、感染予防に必要な対応を行わなければならない。針刺し等汚染事故発生時は、血液媒介感染症であるウイルス性肝炎(B型、C型)、ヒト免疫不全ウイルス(HIV)感染を念頭において行動する。

なお、B型肝炎ウイルスについてはワクチンが存在するので、接種することを考慮する。また、ディスポーザブルのグローブを着用していると、体内に入る血液は2分の1程度になるという。

病原微生物	針刺しによる感染成立率
B型肝炎ウイルス	30%
C型肝炎ウイルス	3%
HIV	0.3%

職業感染制御研究会HP jrgoicp.umin.ac.jp/index_infection.html

Janine Jagger et al: Prevention and Control of Nosocomial Infections, Fourth Edition, Lippincott Williams & Wilkins; 2003. 430-466

1.1 針刺し、切創、粘膜汚染の定義

針刺し、切創	患者の汗を除く体液(血液、分泌物、排泄物等)で汚染された鋭利な医療器具によって、施術者が受傷した場合をいう。
粘膜汚染	患者の汗を除く体液(血液、分泌物、排泄物等)に対して、眼・鼻・口などの粘膜が暴露された場合をいう。

1.2 針刺し等汚染事故予防策

- ・「鋭利な医療器具を扱っている」という意識を持つ。
- ・施術中、片付け中の施術者には、不必要に声をかけない。
- ・鍼をむき出しの状態の手渡ししない。
- ・使用済みの鍼は、施術者自身が廃鍼ボックス(イエローハザード)に責任を持って廃棄する。
- ・ワゴンの上は常に整頓する。
- ・体調管理を行う。集中力の欠如した状態で施術しない。
- ・必要に応じて、グローブを着用する。
- ・B型肝炎ワクチンを接種する。

1.3 針刺し等汚染事故が発生した場合の応急処置

ただちに業務を中断し、受傷部位を石けんと流水で洗う。洗浄をせず傷口から血液の絞り出しのみを行った場合、または傷口の消毒のみを行った場合の感染防止のエビデンスはない。

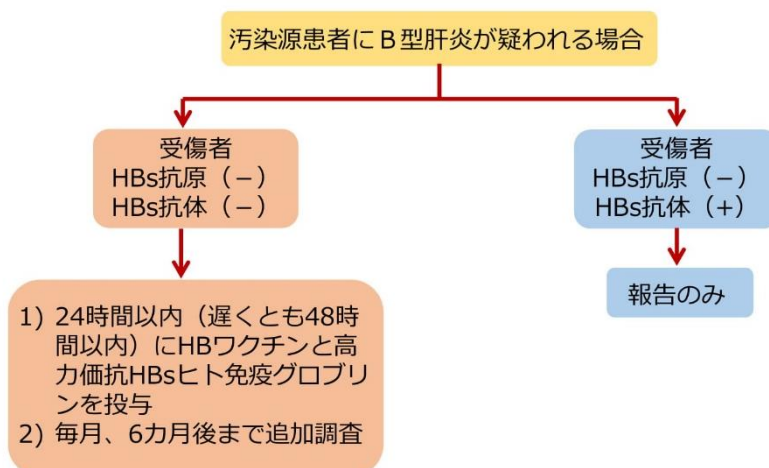
針刺し等汚染事故が発生した場合は、患者の感染症の有無に関わらず、必ずセンター長に報告する。

針刺し、切創 皮膚曝露		受傷部位を、石けんと流水で十分洗う。
粘膜汚染	口腔	大量の水でうがいをする。
	眼	コンタクトレンズをしている場合は、コンタクトレンズを外す。 大量の流水で十分に洗浄する。

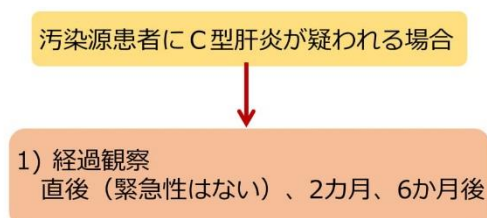
1.4 針刺し等汚染事故後の処置

針刺し事故後、医療機関では一般的に、次のような処置が行われる。

1.4.1 B 型肝炎ウイルス



1.4.2 C 型肝炎ウイルス



1.4.3 ヒト免疫不全ウイルス(HIV)

汚染源患者にHIV感染が疑われる場合



- 1) 受傷者に妊娠の可能性がある場合、直ちに妊娠反応検査を行う。
- 2) HIV曝露後予防内服が必要と判断された場合は、可能な限り直ちに予防内服を開始する（可能ならば2時間以内）
- 3) 6週後、3か月後、6か月後に経過観察

1.4.4 HTLV-1、梅毒

汚染源患者に梅毒、HTLV-1感染が疑われる場合



報告のみ

第 3 章 医療スタッフの健康管理

1 予防可能な感染症に対するワクチン接種

1.1 血液媒介感染症

B 型肝炎ウイルス、C 型肝炎ウイルス、ヒト免疫不全ウイルス(HIV)、成人T細胞白血病ウイルス-1 (HTLV-1)、梅毒は、血液を介して感染するため、針刺し事故や粘膜汚染事故などによる感染が報告されている。この中でも B 型肝炎ウイルスの感染率が高いが、ワクチンが存在しており、接種することによって予防が可能である。医療スタッフには重要かつ必須なワクチンである。

1.2 インフルエンザウイルス

インフルエンザウイルスは、毎年、季節性の流行がみられる。易感染性の患者・スタッフを守るために、シーズン開始前にワクチンを接種する必要がある。集団における抗体保有者が多ければ、集団感染を阻止することが可能となり、これを集団免疫効果という。集団免疫効果により、医学的理由によりワクチン接種を受けられない者やワクチン接種によって十分な抗体が産生できない者を守ることができる。

本校では、職員に対し、ワクチン接種費の助成を行っている。

1.3 その他の感染症

麻疹、水痘、風疹、ムンプスは感染力が強く、感受性のある者に次々に伝播することが知られている。これら感染症に対するワクチンの接種は、スタッフの年代によっては定期摂取に入っていない場合もあり、また、ワクチンが製造された年代によっては抗体の獲得率が低い場合もある。市中における流行等の状況を鑑み、抗体価測定とワクチン接種を考慮する。

2 感染症症状発現時の早期受診

2.1 結核

結核は空気感染により伝播する。日本国内では、毎年およそ 15,000 人の新規結核感染者が報告されている。特に高齢者での有病率が高いことから、鍼灸師にとっても警戒すべき感染症であることを忘れてはならない。

年に 1 度、定期健康診断で胸部XPを行い、早期発見に努めること。また、2 週間以上続く微熱や咳の症状がある時は、早期に受診することが重要である。

国立感染症研究所「感染症発生動向調査」

<https://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/ka/tuberculosis.html>

2.2 その他の感染症

医療スタッフから患者への感染症の伝播の多くは、医療スタッフの不注意から発生する。標準予防策に加えて、必要な感染経路別予防策を常に徹底しなければならない。

加えて、医療スタッフが体調不良（発熱、咳、鼻汁や鼻閉、あるいは下痢、腹痛など）を自覚しているにもかかわらず、有症状の状態で就業することにより、患者や周りのスタッフの集団感染が発生することは明らかである。万が一、当センター医療スタッフから患者への感染が発生した場合、本校の社会的信頼度の低下は計り知れない。医療スタッフは、**毎日の検温**ならびに体調の変化をチェックし、**37.5℃以上の発熱や呼吸器症状、倦怠感などがみられたときは、速やかにセンター長に連絡し、自宅で療養**に努めることが感染症拡大防止に重要である。また、症状が激しい時、経時的に症状の増悪がみられる時などは、医療機関を受診する必要がある。

3 日常生活における注意事項

全ての教職員は、日々の生活の中で各自、健康管理を行う。睡眠時間の確保、バランスのとれた食事、適度な運動など、一般にいわれていることではあるが、おろそかになりがちである。今一度、自身の生活を見直して頂きたい。

また、2019年12月から中華人民共和国湖北省武漢市で発生した新型コロナウイルス感染症は、パンデミックを起こし、世界各地で感染が広がっている。この新型コロナウイルス感染症の伝播様式は、主に飛沫感染と接触感染であると推測されている。当センターにおいても飛沫予防策と接触予防策を徹底するとともに、日常生活の中においても感染リスクを低減する行動をとるように心掛けて頂きたい。

3.1 手指衛生の徹底

日常生活においても手指衛生を行うことで、感染リスク低減が可能である。本マニュアル 3 頁「第 1 章 1.1 手指衛生」を参照のこと。

日常における手指衛生のタイミングとしては、以下のものが挙げられる。

- | | |
|----------------|-------------------|
| ・帰宅時 | ・調理の前後、調理中に必要に応じて |
| ・食事の前 | ・トイレの後 |
| ・咳・くしゃみ・鼻をかんだ後 | ・マスクの着脱前後 |

- ・眼・鼻・口を含め顔を触る前
- ・マスクの表面に触れた時
- ・人と接触する前後
- ・不特定多数の人が触る物に触れた後

など

なお、新型コロナウイルスは、エンベロープを有するウイルスであるため、消毒薬や界面活性剤に対する感受性が高く、比較的容易に不活化することができる。石けんと流水による丁寧な手洗いが理想であるが、手洗いができない時は、消毒用エタノールも利用可能である。なお、報告では、アルコール濃度 50%を境に著しくウイルスの不活効果が落ちるとされているため、最低でもアルコール濃度 50%以上のものを用いる。

3.2 咳エチケット

いかなる時も咳エチケットを行う。「第 1 章 1.2 咳エチケット」参照。

3.3 マスクの着用

他人との身体的距離が保たれており、換気も十分で、かつ会話や呼吸数が増加する運動をしない場合は、マスクは不要である。人出の少ない場所での散歩や散策などが、これに当たる。

しかし、日常生活の場では、他人が身近に存在することが多い。また予定外に言葉を発する必要に迫られることもあることを想定し、可能な限り外出時はマスクを装着する。マスクの着用については「第 1 章 2.1 飛沫予防策」を参照。なお、マスク着用時にマスク表面を手で触れたとき、マスク着脱の前後も、手指衛生をするべきである。

3.4 身体的距離を保つ(Physical Distancing)

新型コロナウイルスは、人とともに移動し伝播する。よって、身体的距離を保つことは、感染予防において最も有効な手段の一つである。他人との距離は可能であれば 2m以上、最低でも 1mを保つ。密集・密接・密閉に代表される「3密空間」を回避する。また、同居家族以外の多人数での食事は、この原則に反する上に、飛沫感染のリスクを飛躍的に上昇させるので、控える必要がある。

3.5 換気および環境消毒

新型コロナウイルスは、同居家族内における感染が多数報告されている。このため、自宅にあっても、家族が頻繁に触れる場所(ドアノブ、リモコン、各種スイッチ、トイレなど)は 1 日 1 回以上、消毒用エタノールや 0.05%次亜塩素酸ナトリウム水溶液で拭き取りを行う。

また、建築基準法の改正により 2003 年 7 月以降、全ての建造物に 24 時間強制換気設備が設置されるようになった。建築基準法では、住宅等の居室にあつては 1 時間で部屋全体の空気の半分以上が入れ替わっていること、その他の居室にあつては 0.3 回／時間以上の換気が必要と定められている。しかしながら、メンテナンス不十分などの理由で、効率的に換気が行われていない可能性もあるため、可能な範囲で「1～2 時間ごとに、5～10 分間」窓やドアを開けて換気を行い、室内の空気を新鮮に保つ。

3.6 情報の収集

新型コロナウイルス感染症は、新興感染症であるため、その全容は全てが解明されているわけではない。現在、確からしいと考えられている情報であっても、新たな知見が加えられることによって、否定されることさえある。医学は科学である。科学的に正しい態度で批判や検証が繰り返されていくことで、真実に近づいていく。このため、情報のアップデートは常に行う必要がある。また、インターネットの発達にともない、SNS などで活発に情報が発信されている。玉石混交の情報の洪水の中で、科学的根拠に基づいた情報を入手するのは困難を極める。情報の収集にあたっては、発信者は誰か、何を根拠にしているかを常に意識し、事実誤認や悪質なデマに惑わされぬように注意が必要である(とくに「〇〇から聞いた(〇〇は病院関係者や行政関係者などが多い)」という伝聞はあまりに根拠薄弱である)。また自身が情報を発信する際には、細心の注意を払い、誤情報を拡散しないように心掛けねばならない。

[参考となるサイト]

厚生労働省: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164708_00001.html

アメリカ疾病予防管理センター: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/index.html>

UpToDate: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-epidemiology-virology-clinical-features-diagnosis-and-prevention>

Johns Hopkins Coronavirus Resource Center: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

第4章 学生の臨床実習における感染症対応

1 学校において予防すべき感染症

1) 学校において予防すべき感染症の第一種感染症については、以下のとおりとする。

臨床実習参加停止期間：治癒するまで

学生の出席停止期間：治癒するまで

(注)第一種感染症：エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱、急性灰白髄炎、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群(病原体がコロナウイルス属 SARS コロナウイルスであるものに限る。)及び鳥インフルエンザ(病原体がインフルエンザウイルス A 属インフルエンザ A ウイルスであってその血清亜型が H5N1 であるものに限る。)、中東呼吸器症候群

2) 第二種および流行性角結膜炎については、以下のとおりとする。

感染症	臨床実習停止期間	出席停止期間
インフルエンザ (鳥インフルエンザおよび新 型インフルエンザを除く)	発症(発熱)後5日を経過し、 かつ症状が消失し、解熱した 後2日を経過するまで	発症(発熱)後5日を経過し、か つ、解熱した後2日を経過するま で
麻疹	発疹消失後7日後まで	解熱した後3日を経過するまで
風疹	発疹消失後5日後まで	発疹が消失するまで
流行性耳下腺炎	耳下腺腫脹9日後まで	耳下腺の腫脹が発現した後5日 を経過するまで
水痘・带状疱疹	水痘は痂皮形成終了まで 带状疱疹は患部を被覆するこ とで原則参加可能とする	全ての発疹が痂皮化するまで (水痘のみ)
結核	病状により学校医その他の医 師において感染の恐れが無い と認めるまで	病状により学校医その他の医師に おいて感染の恐れが無いと認める まで
百日咳	内服開始から7日間	特有の咳が消失するまで
咽頭結膜熱	主要症状が消失した後2日を経 過するまで	主要症状が消失した後2日を経 過するまで
髄膜炎菌性髄膜炎	病状により学校医等において 感染の恐れが無いと認めるま で	病状により学校医等において感染 の恐れが無いと認めるまで

流行性角結膜炎	発症後2週間	病状により学校医その他の医師において感染の恐れが無いと認めるまで
---------	--------	----------------------------------

3) 第三種感染症については、以下の通りとする。ただし、流行性角結膜炎は上記 2) の通りとする。

臨床実習参加停止期間：病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで。

学生の出席停止期間：病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで。

(注) 第三種感染症：コレラ，細菌性赤痢，腸管出血性大腸菌感染症，腸チフス，パラチフス，流行性角結膜炎，急性出血性結膜炎

2 学生への諸注意

2.1 新型コロナウイルス感染症

2.1.1 新型コロナウイルス感染予防策

新型コロナウイルスの主たる感染経路は、飛沫感染および接触感染であると推測されている。このため、臨床実習生も日常から感染予防行動をとることが求められる。

- ・手指衛生の徹底
- ・咳エチケット
- ・身体的距離を保つ
- ・密集・密接・密閉を避ける
- ・環境消毒および換気を励行する
- ・規則正しい生活を送る など

「第 3 章 医療スタッフの健康管理」も参照すること。

2.1.2 臨床実習生が濃厚接触者となった場合等

臨床実習生が濃厚接触者となった場合、あるいは同居家族に新型コロナウイルス感染症疑い患者が出た場合は、すみやかに学校に連絡し、指示を仰ぐ。

2.1.3 臨床実習生に新型コロナウイルス感染症を疑う症状が現れた場合

・37.5℃以上の発熱がある場合、すみやかに学校に連絡し、臨床実習を欠席する。発熱が持続する場合は、自宅療養を続ける。発症後 5 日を経過し、かつ解熱後 2 日を経過した場合は、臨床実習再開を検討するので、学校の指示を仰ぐ。

2.2 インフルエンザ

2.2.1 臨床実習生はインフルエンザ感染に関する一般的注意を遵守する。

- ・うがい、手洗い、咳エチケットを励行する。人混みを避け、混みあった場所ではマスクを着用する。
- ・症状のある人に近づかない。
- ・インフルエンザであるなしに関わらず、発熱、咳、咽頭痛、鼻水などの症状があるときは常時マスクを着用する。

2.2.2 臨床実習生がインフルエンザ患者と濃厚接触した場合

- ・濃厚接触とは「双方がマスクなしで2メートル以内の接触（接触時間を問わない）」をいう。症状出現前日から発症後5日目までの接触が該当する。
- ・接触後5日間は常時マスク着用。咳エチケットを励行し、体温を測定する。症状が出現したときは医療機関を受診する。

2.2.3 臨床実習生に発熱、咳、咽頭痛、鼻水などのインフルエンザ感染症を疑う症状が現れた場合

- ・指導教員と電話などで連絡を取り、欠席・自宅待機などの指示を受ける。

2.2.4 臨床実習生がインフルエンザに罹患した場合

- ・出席停止および診療実習参加停止期間は学校保健安全法による出席停止期間に従う（「第4章 1」）。

2.3 麻疹、水痘、風疹、ムンプス

2.3.1 臨床実習生が麻疹、水痘、風疹、ムンプス発症者と濃厚接触した場合

- ・常時、マスクを着用する。
- ・体調管理に特に留意し、症状出現時は医療機関を受診する。また、学校に連絡すること。

参考)感染性を持つ期間のめやす

疾患名	感染性を持つ期間	推奨される予防投薬
麻疹	初回曝露5日～最終曝露21日	72時間以内のワクチン接種 または6日間の γ グロブリン投与
水痘	初回曝露10日～最終曝露21日	120 時間以内のワクチン接種 または 96 時間以内の γ グロブリン投与 または曝露後 10 日からアシクロビル内服
風疹	初回曝露7日～最終曝露21日	
ムンプス(流行性耳下腺炎)	初回曝露12日～最終曝露26日	

2.3.2 臨床実習生が麻疹、水痘、風疹、ムンプスに罹患した場合

- ・出席停止および診療実習参加停止期間は学校保健安全法による出席停止期間に従う(「第 4 章 1」)。

2.4 口唇ヘルペス(単純ヘルペス)

- ・臨床実習生は口唇ヘルペスを発症した場合、臨床実習責任者への連絡・相談を行い、痂皮形成終了するまで、手指衛生の徹底とマスク着用(病変部の露出を避ける)を行うことで、臨床実習への参加を可とする。

2.5 マイコプラズマ感染症

- ・臨床実習生がマイコプラズマ感染症に罹患した場合、原則として抗菌薬内服後症状が改善し、学校医または医療機関より診療実習許可が出た場合、臨床実習再開とする。
- ・発熱や激しい咳がある場合は、臨床実習への参加はできない。

2.6 ノロウイルス感染症

- ・臨床実習生がノロウイルス感染症に罹患した場合、症状が持続している間は臨床実習に参加できない。
- ・症状消失後は参加可能とするが、症状消失後も 1 カ月程度は便からウイルスが排出されるため、その期間は特に流水と石けんによる手指衛生を徹底すること。

2.7 海外渡航から帰国した際の感染症対策

臨床実習生が海外渡航から帰国した際の感染症対策は以下のとおりとする。

- 2.7.1 厚生労働省、外務省の渡航情報などから、1類感染症(エボラ出血熱、ラッサ熱、ペストなど)や新興再興感染症等の感染リスクがある地域へ渡航し、帰国後3週間以内に臨床実習に参加する予定がある学生については、これらの感染症患者への接触の有無に関わらず、臨床実習を制限する場合がある。
- 2.7.2 海外渡航時は厚生労働省、外務省などのサイトから感染症や安全性に関する情報を収集し、健康管理や安全対策を講じること。
- 2.7.3 海外渡航から帰国後は健康管理を徹底し、異変があれば、すみやかに臨床実習を中止し、医療機関を受診する。

[参考文献]

「学校、幼稚園、保育所において予防すべき感染症の解説」日本小児科学会 予防接種・感染対策委員会(2012 年 9 月改訂版)

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002q4hg-att/2r9852000002q4lb.pdf>

補足資料

1 新型コロナウイルス感染症について

「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療の手引き 第2版」から抜粋する。

1.1 病原体について

2019年に中華人民共和国湖北省武漢市において発生した新型肺炎の原因ウイルスは、新型コロナウイルス(SARS-CoV-2)であることが判明している。新型コロナウイルス(SARS-CoV-2)は、重症急性呼吸器症候群(SARS)や中東呼吸器症候群(MERS)の同じβコロナウイルスに分類され、(+)鎖の1本鎖RNAをもつウイルスである。なお、新型コロナウイルス、SARS、MERSを除くヒトコロナウイルスはいわゆる「かぜ症候群」の原因ウイルスである。

これらのコロナウイルスは、大きさが100～120nm程度の球状のウイルスである。ウイルスの表面はエンベロープと呼ばれる脂質で覆われているため、消毒薬や界面活性剤に感受性が高く、不活化は比較的容易である。

日本では2020年1月28日に、感染症法に基づく「指定感染症」、検疫法の「検疫感染症」に指定されている。

1.2 伝播様式

1.2.1 感染経路

飛沫感染が主体と考えられ、換気の悪い環境では、咳やくしゃみなどがなくても感染すると考えられる。また、接触感染もあると考えられる。有症者が感染伝播の主体であるが、無症状病原体保有者からの感染リスクもある。

1.2.2 潜伏期間および感染可能期間

潜伏期間は1～14日間であり、曝露から5日程度で発症することが多い(WHO)。発症前から感染性があり、発症から間もない時期の感染性が高いことが市中感染の原因となっており、SARSやMERSと異なる特徴である。

SARS-CoV-2は上気道と下気道で増殖していると考えられ、重症例ではウイルス量が多く、排泄期間も長い傾向にある。発症から3～4週間、病原体遺伝子が検出されることはまれでない。ただし、病原体遺伝子が検出されることと感染性があることは同義ではない。

感染可能期間は発症 2 日前から発症後 7～10 間程度(積極的疫学調査では隔離されるまで)と考えられている。なお、血液、尿、便から感染性のある SARS-CoV-2 を検出することはまれである。

(Wölfel R, et al. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. Nature 2020.)

1.3 臨床像

多くの症例で発熱、呼吸器症状(咳嗽、咽頭痛、鼻汁、鼻閉など)、頭痛、倦怠感などがみられる。下痢や嘔吐などの消化器症状の頻度は多くの報告で 10%未満であり、SARS や MERS よりも少ないと考えられる。初期症状はインフルエンザや感冒に似ており、この時期にこれらと COVID-19 を区別することは困難である。嗅覚障害・味覚障害を訴える患者が多いことも分かってきた。イタリアからの報告によると約 3 割の患者で嗅覚異常または味覚異常があり、特に若年者、女性に多い。中国では発症から医療機関受診までの期間は約 5 日、入院までの期間は約 7 日と報告されており、症例によっては発症から 1 週間程度で重症化してくるものと考えられる。さらに重症化する事例では 10 日目以降に集中治療室に入室という経過をたどる傾向がある。

【国内のデータ(国立感染症研究所の感染症発生動向調査 2020 年 1 月 14 日～6 月 10 日)】

国内では、3 月上旬から海外との関連が疑われる事例が増加してきた。また、感染源不明の症例が散発的に発生し、3 月中旬には感染源不明の症例数及びその占める割合が継続的に増加してきた。3 月下旬には都市部を中心にクラスター(患者間の関連が認められた集団)感染が次々と報告され、感染者数が急増した。6 月 10 日現在、NESID 上、報告の最も多かった日は 4 月 9 日(655 例)、発症の最も多かった日は 4 月 1 日(432 例:発症日の判明している症例のみ)であった。今回の流行は、3 月中旬から急増し、4 月初旬をピークとして、その後減少に転じ、5 月中旬に落ち着いたと考えられる。

症例数:17,292 例(確定例 15,286 例、無症状病原体保有者 1,947 例、感染症死亡者の死体 31 例)

性 別:男性 9,466 例、女性 7,798 例(男女比 1.2:1)

年 齢:中央値 49 歳(範囲 0～104)

ICU の入室率や人工呼吸器の導入率をみると、60 歳代以上で急激に増えている。

50 歳代までは重症化は少なく、60 歳代から年齢が高くなるに従って致死率も高くなる。

症状(重複あり):発熱 12,847 例(74.4%)、咳 7,352 例(42.6%)、咳以外の急性呼吸器症状 1,521 例(8.8%)、重篤な肺炎 1,177 例(6.8%)であった。

【COVID-19 の特徴】

重症化のリスク因子:高齢者、基礎疾患(心血管疾患、糖尿病、慢性呼吸器疾患など)のある患者では、致死率が高い。

重症例の基礎疾患の有無について:

ICU 入室例 35 例:基礎疾患あり 17 例・なし 5 例・情報なし／不明 13 例

侵襲的換気が必要とした 49 例:基礎疾患あり 29 例(糖尿病 13 例、高血圧 12 例、脂質異常症 4 例、心血管疾患 5 例、悪性新生物 5 例等(重複あり))・なし 4 例・情報なし／不明 16 例

ECMO を必要とした 18 例:基礎疾患あり 11 例(高血圧 5 例、糖尿病 4 例、脂質異常症 4 例、心血管疾患 2 例等(重複あり))・なし 2 例・情報なし／不明 5 例

【合併症】

若年患者であっても脳梗塞を起こした事例が報告されており、血栓症を合併する可能性が指摘されている。また、軽症患者として経過観察中に突然死を起こすことがあり、これも血栓症との関連が示唆される。小児では、川崎病様の症状を呈する事例もあることが欧米から報告されているが、4 月末時点での日本川崎病学会の調査では、国内の川崎病患者の増加はなく、重症度にも変化は認めず、COVID-19 患者で川崎病の症状を呈した症例の報告はない

(<http://www.jskd.jp/pdf/20200508COVID-10andKD.pdf>)。

重症化のリスク因子	重症化のリスク因子かは知見が揃っていないが要注意な基礎疾患
・65 歳以上の高齢者 ・慢性呼吸器疾患 ・慢性腎臓病 ・糖尿病 ・高血圧 ・心血管疾患 ・肥満(BMI30 以上)	・生物学的製剤の使用 ・臓器移植後やその他の免疫不全 ・HIV感染者(特に CD40<200/L) ・喫煙歴 ・妊婦 ・悪性腫瘍

参考

- ・Guan WY, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020.
- ・Huang C, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet 2020.
- ・Zhou F, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult patients with COVID-19 in Wuhan, China; a retrospective cohort study. Lancet 2020.

- ・Wang D, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. JAMA 2020.
- ・Wu Z, et al. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72,314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA 2020.
- ・Ruan Q, et al. Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China. Intensive Care Med 2020.

症例定義

当初は疑似症定点医療機関による疑似症サーベイランスを利用して、病原体診断と届出を行う体性であったが、2020年2月1日から指定感染症としての届け出が開始された。

分 類	定 義	具体例
患者(確定例)	感染が疑われる患者のうち、SARS-CoV-2 が検出された。	
無症状病原体保有者	症状を認めないが、SARS-CoV-2 が検出された。	濃厚接触者に病原体診断が行われた場合など。
疑似症患者	感染が疑われる患者のうち臨床的に蓋然性が高い。	濃厚接触者に典型的な臨床像を認め、病原体診断に時間がかかる場合など。
感染死亡者(疑い)の死体	COVID-19 で死亡した、あるいはそれが疑われる。	原因不明の肺炎で死亡した場合など。

【疑い患者の要件】

患者が次のア～オまでのいずれかに該当し、かつ、他の感染症又は他の病因によることが明らかでなく、新型コロナウイルス感染症を疑う場合、これを鑑別診断に入れる。

ア 発熱または呼吸器症状(軽症の場合を含む)を呈する者であって、新型コロナウイルス感染症であることが確定したものと濃厚接触歴があるもの。

イ 37.5℃以上の発熱かつ呼吸器症状を有し、発症前14日以内に新型コロナウイルス感染症の流行が確認されている地域に渡航又は居住していたもの。

ウ 37.5℃以上の発熱かつ呼吸器症状を有し、発症前14日以内に新型コロナウイルス感染症の流行が確認されている地域に渡航又は居住していたものと濃厚接触歴があるもの。

エ 発熱、呼吸器症状その他感染症を疑わせるような症状のうち、医師が一般に認められている医学的知見に基づき、集中治療その他これに準ずるものが必要であり、かつ、直ちに特定の感染症と

診断することができないと判断し(法第 14 条第 1 項に規定する厚生労働省令で定める疑似症に相当)、新型コロナウイルス感染症の鑑別を要したもの。

オ ア～エまでに掲げるほか、次のいずれかに該当し、医師が新型コロナウイルス感染症を疑うもの。

- ・ 37.5℃以上の発熱かつ呼吸器症状を有し、入院を要する肺炎が疑われる(特に高齢者又は基礎疾患があるものについては、積極的に考慮する)。
- ・ 新型コロナウイルス感染症以外の一般的な呼吸器感染症の病原体検査で陽性となった者であって、その治療への反応が乏しく症状が増悪した場合に、新型コロナウイルス感染症が疑われる。
- ・ 医師が総合的に判断した結果、新型コロナウイルス感染症を疑う。

＊医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準(2020 年 5 月 13 日改訂)

【濃厚接触者の定義】

「患者(確定例)」の感染可能期間(発症 2 日前～)に接触した者のうち、次の範囲に該当する者。

- ・ 患者(確定例)と同居あるいは長時間の接触(車内、航空機内等を含む)があった者。
- ・ 適切な感染防護なしに患者(確定例)を診察、看護もしくは介護していた者。
- ・ 患者(確定例)の気道分泌液もしくは体液等の汚染物質に直接触れた可能性が高い者。
- ・ その他:手で触れることのできる距離(目安として 1m)で、必要な感染予防策なしで、「患者(確定例)」と 15 分以上の接触があった者(周辺の環境や接触の状況等個々の状況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)。

＊積極的疫学調査実施要領について(2020 年 4 月 21 日改訂)

付記

1 改訂に関する情報

・2020 年 7 月 20 日版:「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療の手引き・第 2.2 版(2020 年 7 月 17 日)」改訂に伴う「補足資料」の変更

本マニュアルの作成にあたり、以下の情報を参考とした。

「改正医療法・感染症法を考慮した院内感染防止ガイドライン(案)」医療機関における感染症対策マニュアル作成のためのガイドライン作成の研究班

「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療の手引き・第 2.2 版」2020 年 7 月 17 日

「新型コロナウイルス感染症 COVID-19 医学生の感染予防指針 第 1 版(慶応義塾大学)」2020 年 4 月 9 日

本マニュアルに関する不備、質問事項についてはメールでお知らせいただけますと幸いです。

編集責任者: 治田みのり (haruta@shinkyu.ac.jp)