

東京都病院協会による
COVID-19 禍における病院BCP作成のための指針

作成：東京都病院協会
病院BCP作成のための指針作成ワーキンググループ

はじめに

新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）による感染症（COVID-19）への適切な対処に関する様々な提言(ガイドライン)が発出されているが、優れた内容であっても必ずしも我々の医療環境で実行可能とは言えない。今回、東京都病院協会では、河北博文名誉会長と猪口正孝会長の要請を受けて会員にとって実行可能な院内感染対策への指針を可及的速やかに発出することになり、ワーキンググループが結成された。そして、ワーキンググループの構成員全員の精力的な作業で完成することができた。本指針の作成に当たっては、当協会の外部から国立国際医療研究センター病院 AMR 臨床リファレンスセンターの具芳明先生と東京都福祉保健局健康安全研究センターの中坪直樹疫学情報担当課長にも加わっていただき、多大な協力を得ることができた。本指針の作成においては時間的な制約はあったものの、現場で実行できる内容にすることをめざして各構成員の意見を取り入れ最終版としている。さらに各病院の状況に合わせて改変することが必要なことも想定される。分かりやすく実効性の高いことを目指した本指針が、会員諸施設の COVID-19 に対する医療の実施に貢献できれば幸いである。

令和3年2月吉日

座長 大田 健
新井 悟
大坪 由里子
大桃 丈知
具 芳明
進藤 晃
高野 研一郎
土谷 明男
中坪 直樹
宮崎 国久

東京都病院協会 病院BCP作成のための指針作成ワーキンググループ 構成員名簿

◎：座 長

氏 名	所属・役職
新井 悟	東京都病院協会 参与 河北総合病院 理事長補佐
◎大田 健	東京都病院協会 副会長 複十字病院 院長
大坪由里子	東京都病院協会 常任理事、総務委員会委員、看護管理部会担当理事 三軒茶屋病院 院長
大桃 丈知	東京都病院協会 急性期医療委員会委員 平成立石病院 副院長
具 芳明	国立研究開発法人 国立国際医療研究センター病院 AMR 臨床リファレンスセンター 情報・教育支援室長
進藤 晃	東京都病院協会 常任理事、慢性期医療委員会委員長 大久野病院 理事長
高野研一郎	東京都病院協会 常任理事、総務委員会委員長、慢性期医療委員会委員 高野病院 院長
土谷 明男	東京都病院協会 常任理事、総務委員会委員、医療安全推進委員会委員 葛西中央病院 理事長
中坪 直樹	東京都福祉保健局健康安全研究センター 企画調整部 疫学情報担当課長
宮崎 国久	東京都病院協会 常任理事、総務委員会委員、診療情報管理委員会委員長 東京北医療センター 管理者

目次

I. 院内感染の防止	II. 院内感染の発見段階	III. 院内感染発生後の対処
<p>1) 対策本部の設置と情報共有</p> <p>a)対策本部の設置 p 5</p> <p>b)情報共有 p 5</p> <p>2) 迅速な PCR 等検査の確立</p> <p>a)検体採取と検査法の選択 p 5</p> <p>b)検査の実際の流れ</p> <p>i)予定入院前ルーチン検査としてのウイルス検査 p6</p> <p>ii)緊急・準緊急入院時のウイルス検査 p6</p> <p>3) 職員、濃厚接触者を含め PCR 検査実施</p> <p>a)PCR 検査以外の対応 p7</p> <p>b)有症状者への PCR 検査を含む対応</p> <p>i)職員 p7</p> <p>ii)入院患者 p7</p> <p>c)濃厚接触者への対応 p7</p>	<p>1) 対策本部の設置と情報共有</p> <p>a)対策本部の設置 p11</p> <p>b)情報共有 p11</p> <p>c)対策本部が果たすべき機能の内容一覧 p11</p> <p>2) 迅速な PCR 等検査の確立</p> <p>a)院内感染発見のスクリーニング検査 p11</p> <p>b)入院時検査陰性で入院後発熱した患者への対応 p12</p> <p>3) 患者の区分け</p> <p>a)陽性者 p12</p> <p>b)回復者 p12</p> <p>c)濃厚接触者 p12</p> <p>d)陰性者 p12</p> <p>4) 職員、濃厚接触者を含め PCR 検査実施 p13</p> <p>5) 医師の判断を優先 p13</p> <p>6) zoning に従って行うベッドの移動 p13</p> <p>7) 施設の zoning p13</p>	<p>1) 対策本部の設置と情報共有</p> <p>a)対策本部の設置 p16</p> <p>b)情報共有 p16</p> <p>2) 迅速な PCR 等検査の確立 p16</p> <p>3) 患者の区分け</p> <p>a)陽性者 p17</p> <p>b)回復者 p17</p> <p>c)濃厚接触者 p17</p> <p>d)陰性者 p17</p> <p>4) 職員、濃厚接触者を含め PCR 検査実施 p17</p> <p>5) 医師の判断を優先 p18</p> <p>6) 国の指針を超える期間の設定 p18</p> <p>7) zoning に従って行うベッドの移動 p18</p> <p>8) 施設の zoning</p> <p>a)基本事項 p18</p> <p>b)清潔区域 p18</p> <p>c)汚染区域 p18</p>

I. 院内感染の防止	II. 院内感染の発見段階	III. 院内感染発生後の対処
4) 消毒の徹底 a) 手指衛生 p7 b) 対人感染予防 p8 c) 環境消毒 p8	8) 消毒の徹底 p14	9) 消毒の徹底 p19
5) 標準予防策・感染経路別予防策 a) 標準予防策 p8 b) 感染経路別予防策 p9	9) 標準予防策・感染経路別予防策 a) 標準予防策 p14 b) 感染経路別予防策 p15	10) 標準予防策・感染経路別予防策 a) 標準予防策 p19 b) 感染経路別予防策 p19
6) 連携 a) 行政 p9 b) 地域 p9 c) 委託 p10	10) 調査・指導を受ける p15	11) 死亡診断書：医師の判断による現病症が基本 p19 12) 調査・指導を受ける p20
7) 診療報酬・補助金の徹底した情報共有と請求 p10	11) 診療報酬・補助金の徹底した情報共有と請求 p15	13) 葬儀が必要な場合は葬儀社との連携 p20 14) 診療報酬・補助金の徹底した情報共有と請求 p20

I. 院内感染の防止

1) 対策本部の設置と情報共有

a) 対策本部の設置

- 対策本部を設置する。メンバーとしては医師、看護師、薬剤師、臨床検査担当者など医療に関係する多職種の責任者、感染や安全管理を担当する部会の主要メンバー、事務部門の主要メンバーなどが考えられる。
- 対策本部会議を定期的開催、必要に応じて臨時の会議も開催する。
- 会議では様々なパターンを想定し、各部署のBCPを作成（例えばCOVID-19患者を受け入れていない病棟での発生、発症しても他院に移動できない、責任者が罹患するなど）を踏まえた対応マニュアルを作成する。
- 感染者（または濃厚接触者）の発生時の連絡体制や感染拡大防止策（ゾーン化、囲い込み、個人防護具の適切な使用、面会制限、検査やリハビリなどの制限、就業制限、復帰基準、濃厚接触者の隔離と健康管理、家族へ説明、情報公開、患者相談窓口など）についても検討しマニュアルを作成する。
- マニュアルは厚生労働省の通知や最新情報をもとに適宜追記や修正を行う。
- 全職員（非常勤職員、委託会社を含む）のリストを作成し（できれば電子版で作成し適宜更新）、院内でのCOVID-19患者発生時の対応についてシミュレーションを行うことにも活用する。
- 医療法に基づく定例立ち入り時の感染症対策に関する指摘事項は確実に遵守する。
- 新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム（G-MIS：Gathering Medical Information System on COVID-19）に登録して、病院の稼働状況、病床や医療スタッフの状況、医療機器（人工呼吸器など）や医療資材（マスクや防護服など）の確保状況などを報告することは公的な支援を受けるうえで有用である。

b) 情報共有

- 院内の病床の状況、入院中の患者の内容などを担当部署（例えば医療安全部）で把握し対策会議で情報共有する。
- 地域での感染の状況を把握し医療機関相互の適切な連携を可能にするために、保健所、近隣の医療機関との連携を確認し、担当者を指名して他施設との情報共有を定期的に行い、その内容は対策会議で情報共有する。
- とくに連携していない他施設の患者数に関する情報は、東京都多職種連携ポータルサイトが主な情報源で、新型コロナ感染病棟医長を介して常にアップデートする。
- 院内の資材（PPEや手指消毒剤など必要物品）の在庫状況や確保の見込みを把握し、必要に応じて職員に情報提供し、計画的な消費を推進し無駄な消費を抑制する。
- 職員全体への周知する手段としては院内LAN、医局、ナースステーションへの掲示など、複数の手段を組み合わせ、徹底する。

2) 迅速なPCR等検査の確立

紛れ込み防止の観点からは、以下の検査とその流れを検討する。

a) 検体採取と検査法の選択

- PCR検体を提出する際には、平日の時間内（検査を外注する場合は検査会社の検体の集配時間、院内の場合は検査技師の勤務体制に依存）では原則として唾液を検体とする。

- 唾液がなかなか出ないケースや唾液に血液や喀痰が混じるなどの検体不良例では早めに鼻咽腔ぬぐい液(スワブ)での検査に切り替える。
- きちんと採取された唾液は、通常スワブと同等ということが報告されている。
- 院内での検査を確立する場合は、抗原定量が PCR とほぼ同等の信頼度で導入しやすい。
- 抗原の定性検査キットは院内での導入が容易であるが、信頼度の点で不十分な場合があり、とくに陰性の場合には PCR との併用が推奨される。したがって、無症状者に定性検査を行うことや、唾液検体を用いた定性検査は推奨されない。無症状者に定性検査を行うことや、唾液検体を用いた定性検査は推奨されない。
- ウイルスの遺伝的検出法には RT-PCR のほかに LAMP 法があるが、後者は迅速で院内検査として採用されている。

b) 検査の実際の流れ

i) 予定入院前ルーチン検査としてのウイルス検査

- 前回の退院から日数に関係せず、全入院患者を対象とする。
- ウイルス検査としては唾液 PCR 検査を全例施行することが望ましい。
- ただし、退院後 7 日以内の予定入院で、発熱や COVID-19 を疑う症状がなく、かつ問診で感染リスクとなる会食や接触状況を認めない場合は、入院前 PCR または抗原定量検査を省略しても良い。症状のないこと、感染リスクとなる行動がないことなどをカルテに必ず記載しておく。
- 入院前ルーチンの自宅採取による唾液 PCR 検査は、患者が検体を持参し提出する。
- 転入院患者の場合は、なるべく転院元に PCR 検査をしてもらう。
- 新型コロナウイルス関連症状（発熱、咳、倦怠感、食欲低下、息切れ、痰、筋肉痛、嗅覚・味覚障害、稀に嘔吐や下痢など）を認めている場合には、抗原検査（可能なら抗原定量を選択）と PCR 検査に加えて、胸部 CT 検査とを組み合わせることが望ましい。
- 予定手術前の検査として、7 日前から 3 日前までに唾液 PCR 検査を実施する。
- 外来内視鏡検査前には全例で唾液 PCR 検査を実施する。
- なるべく転院元に PCR 検査をしてもらう。
- いずれの場合にも入院時に、検査後入院までの期間の検温表を持参することを依頼する。
- 在宅クリニックでの療養から緩和ケア病棟へ入院する患者は、入院後、個室でスワブの抗原定量検査と PCR 検査を行い、PCR の結果が出るまでは個室対応とする。

ii) 緊急・準緊急入院時のウイルス検査

- 抗原検査は、ウイルス量のある程度反映していると考えられるが、とくに抗原定性検査では一定の比率で偽陰性ととともに偽陽性の可能性もあり、陽性の場合にも PCR による裏付けが必須である。
- 感染を拡大させる速やかなリスク判定には抗原定性検査の結果を参考とし、PCR に加えて胸部 CT 検査を実施しておくことが望ましい。
- 抗原定量検査が可能な場合には、入院前にスワブによる抗原定量検査と PCR 検査に加えて胸部 CT 検査を実施し、抗原定量が保留判定や CT で GGO（Ground Glass Opacity；スリガラス様陰影）を含む疑わしい所見があれば感染者に準じて個室管理とする。
- PCR や CT 検査が自院でできない場合は、検査可能な施設と連携してデータを取得して対応する。

3) 職員、濃厚接触者を含め PCR 検査実施

a) PCR 検査以外の対応

- 全入院患者、全職員の症候群サーベイランス（体温、呼吸器症状、味覚・嗅覚障害、新たな酸素需要など）を行う。サーベイランス結果は記録に残す。
- 感染源の持ち込みルートと感染伝播経路から感染拡大範囲等のリスク評価を実施できるように記録を一元化して管理する。
- 職員に対し、体調不良時は出勤せず電話等で職場管理者と相談するよう徹底する。
- 体調不調者、また陽性者が発生した場合の対応シミュレーションを実施し、有事の際に業務を継続できるよう検討する。非常勤職員を含めて軽症であっても休める環境作り、勤務状況の確実な把握などが重要である。
- 職場内での緊急連絡網が正しく機能するか、各職場で確認しておく。

b) 有症状者への PCR 検査を含む対応

i) 職員

- 職員に新たな症状があれば自宅待機にするとともに、鑑別診断に必ず COVID-19 を加え、PCR 検査を積極的に行う方向で検討する。
- 通常の勤務時間内で体調不良の場合は、積極的に上司に報告し、抗原定量と PCR 検査を基本的には唾液で、状況によりスワブで実施する。
- 時間外の体調不良（職員・その家族）時の受診の方法については、「職場責任者経由で情報を日当直師長へ連絡して受診」とする。

ii) 入院患者

- 入院患者に新たな症状があれば、鑑別診断に必ず COVID-19 を加え、PCR 検査を積極的に行う方向で検討する。

c) 濃厚接触者への対応

- COVID-19 関連症状（発熱、咳、倦怠感、食欲低下、息切れ、痰、筋肉痛、嗅覚・味覚障害、稀に嘔吐や下痢など）が認められた場合や、同居家族に陽性者が発生し濃厚接触者に該当する場合には速やかに所属長（職場責任者）へ報告し、所属長は個々の対応に際し適時適切に対策本部の判断を仰ぐ。
- 施設内の濃厚接触者の洗い出しを迅速に行い、対象者に抗原定量と PCR 検査を対応する時間に応じて唾液またはスワブの検体を用いて実施する。
- 各職場責任者においては、体調不調者、また陽性者が発生した場合の対応、濃厚接触者の洗い出しなどのシミュレーションを実施し、有事の際に業務を継続できるよう検討する。
- 職場内での緊急連絡網が正しく機能するか、各職場で確認しておく。

4) 消毒の徹底

a) 手指衛生

- SARS-CoV-2 はアルコールで不活化されることを念頭に、アルコールによる手指衛生を徹底する。
- アルコール消費量による客観的把握を実施する。

- 自己申告による手指衛生遵守率の定期的（月1回程度）な確認による職員意識向上を図る。
- 病院や病棟入口、廊下、外来受付など、職員や患者、来院者が利用しやすい場所に、アルコールベースの手指消毒剤を設置する。また、職員個人には携帯型手指消毒剤の汎用を奨励する。
- とくに複数の人が接触するドアノブ、キーボード、マウス、テーブル、椅子、蛇口のハンドル、交通機関の吊り輪、などへの接触時における手指消毒を徹底する。

b) 対人感染予防

- 職員へのエアゾル感染防止策としてサージカルマスクを常時装着する。
- マスクを外して会話をする場面（更衣室での談笑禁止や黙食の徹底）を想定し、職員への教育を徹底する。
- 職員へ院外での感染リスク行動（複数名での会食、人が集まるイベント参加など）を控えるよう指導する。
- 職員の院外での会食などの指標としては、①普段会っていない方との会食は避ける、②感染対策がおこなわれている店舗に限定する、③会食に限らず「密」になる人混みへの外出は控える、などである。
- 職員が感染拡大防止のために控えるべき施設外での行動について、ポスターを掲示するなど全職員へ注意を喚起する。

c) 環境消毒

- 共有物品や高頻度接触面は日頃から確実に消毒するよう決めておく。
- 対象となる物についても定期的にアルコールや次亜塩素酸ナトリウムなどにより消毒を行う。
- 休憩室の場における個包装でない菓子類の共用を避けるよう徹底する。
- 目隠し用のカーテン廃止や蛇口や扉開閉の自動化を検討する。

5) 標準予防策（standard precaution）・感染経路別予防策

a) 標準予防策

- 入院患者、全職員の症候群サーベイランスを行う。
- 職員は朝のタイムカードでの出勤記録時に体温を測定し所定の用紙に記録する。
- 職員の入退出時に容易に検温可能なように自動検温器を導入設置しておくことよい。
- PPEの着脱を確実に行うことができるよう、日頃からトレーニングを行う。
- 推奨されるPPEの着脱方法がいつでも閲覧可能なように、当該部署へ掲示しておく。
- 必要なPPEや物品を確保する。
- 清掃やリネン、廃棄物の流れを確認し、病棟間の伝播リスクを評価するとともに、感染対策の観点から手順を見直す。
- 使用済み器材は、器材の種類により洗浄、消毒、滅菌を行い清潔に保管している。全ての共有物品は、洗浄、消毒や滅菌を行う。
- 医療用器材は滅菌や消毒ができるものか、またはディスポーザブル製品へ変更する。もし素材の変更ができない物品がある場合には、触れる前に手指消毒を徹底する等工夫する。
- ナースステーションに感染性廃棄物を持ち込んだり手袋をしたまま入ったりするようなことがないよう、ルールを徹底するとともに物品の配置を工夫する。
- 施設全体で、たとえ冷暖房時でも定期的な換気を心掛け実行する。

b) 感染経路別予防策

- 全職員に対し、院外での感染リスク行動を避けるよう依頼する。
- 院内はユニバーサルマスクとし、医療従事者はもちろんのこと、外来患者、出入り業者など立ち入る者には必ずマスクの着用や手指衛生の徹底を依頼する。
- 入院患者についても、マスク着用や手指衛生を啓発し実行を求める。
- 手指衛生が必要な際にはすぐに行うことができるよう、手指消毒薬の配置を工夫する。
- ユニバーサルマスクとしては病院が支給（原則として1日1枚）するサージカルマスクを常時装着し、診療の場では個人ごとに配布しているフェイスガードを装着する。
- 外来・病棟で電子カルテのキーボードを使う前と後には必ずアルコールで手指を消毒する。
- 担当医は手洗い、アルコールによる手指消毒や診察器具の消毒を患者ごとに実行する。
- 職員が飲食する際には密な空間にならないよう場所や時間を工夫し、職員同士がマスクなしで会話することがないように徹底する。
- 職員ロッカーの環境や使い方も感染対策の観点から見直す。
- 食事介助が必要な際には、可能な限り一患者一職員対応とし、対応職員はサージカルマスク+眼球防護材を装着することを実行する。
- 会議や打ち合わせは最小限、短時間とし、WEBの利用も考慮する。
- 来院者（外来受診患者、面会者など）の発熱など感染症の兆候について把握するための仕組みを確立する。
- 一般の来院者が使う正面玄関には非接触の体温測定装置と対応するスタッフを配置し、来院者の体温チェックに加えて、マスクの装着のチェック、健康状態に関する問診、来院の理由などについて情報を得る。
- 本人が発熱を自覚していないのに発熱が認められた場合、通常の検温により確認し、発熱外来に誘導できる動線を決めておく。
- 患者への面会は原則として禁止とし、ITによるリモートで対応する。

6) 連携

a) 行政

- 感染症発生時の窓口となる施設スタッフを確認する。
- 地域や他施設での流行状況を把握するために、保健所からも管内の医療施設に対して積極的に地域の発生情報を共有する。
- 疑い症例、確定例が発生した際、及びその後の手順が確認されていることを踏まえて、発生した際の行政的な流れ（発生届、病床調整、入院勧告、その後の疫学調査など）を共有しておく。
- 患者発生時に自治体（保健所）が必要とする情報がすぐに共有できるように、事前にデータのまとめ方などすり合わせをしておく。

b) 地域

- 感染管理のネットワークを運用して、感染管理連携加算取得施設以外においても感染症管理専門家による施設内教育、必要時の相談（現場支援）ができることが重要であり、行政による地域の専門家の確保も必要と考えられる。その他のネットワークとして、医療機能縮小時の患者受入医療施設連携の構築をしておく。
- スタッフ不足時に、法人等のグループ内でのスタッフ支援が可能かどうかを確認し、自治体内での支援システムが構築されている場合にはその運用も考慮する。

c) 委託

- 委託先と患者施設内発生時の対応について、①患者発生時に業務継続可能かどうか、②どこまでなら業務可能か、などを確認しておく。
- 委託スタッフの勤務管理として、委託スタッフの体調不良時（発熱、咳、倦怠感、食欲低下、息切れ、痰、筋肉痛、嗅覚・味覚障害、稀に嘔吐や下痢などの COVID-19 関連症状に類似する有症時）の情報共有を依頼し、必要な PPE の確保状況などの相談に関する取り決めについて確認する。

7) 診療報酬・補助金の徹底した情報共有と請求

感染防止対策加算算定や補助金などに関する迅速な情報源は全日本病院協会からの配信で、院長経由で事務の担当者に転送することにより漏れなく申請が可能になる。

II. 院内感染の発見段階

1) 対策本部の設置と情報共有

a) 対策本部の設置

- 対策本部、対策チームの立ち上げのタイミングは病院の性格によっても変わってくるが、初発例の発症を受けて可及的速やかに立ち上げ、院内感染対策を開始する。
- 院内感染の発生は、医療需要の増加と提供体制の不均衡を生じるため、災害対応への速やかな移行が必須である。
- 対策本部は各部署の責任者が集まりやすい場所に十分なスペースを確保して設置する。
- とくに看護必要度の高い病棟において、陽性患者が発見された場合、COVID-19の易感染性を考えると、既に複数名に感染が広がっている可能性を否定しえないので、感染の拡大が否定されるまでは災害対応体制を維持する。

b) 情報共有

- 疫学情報や対策の現状・課題を掲示するなどしてわかりやすく示す。
- PPEや手指消毒剤など必要物品の在庫状況や確保の見込みを把握する。
- 対策本部会議を定期的に、さらに必要に応じて臨時に開催して情報の共有を図る。

c) 対策本部が果たすべき機能の内容一覧

- 人・物・資金の準備と管理、出勤予定者と出勤可能な人員の把握と管理、入院・退院のコントロール、消毒薬や防護服などの調達、院内物流の確立、ロッカールームの調整、出入り口の変更と変更に伴う作業の指示、などこれらの項目に関わる指揮命令。
- 広報活動として、院内への広報と指示、院外（都道府県・区市町村・地元自治会・医師会など）への広報と連携を行う。

2) 迅速な PCR 等検査の確立

a) 院内感染発見のスクリーニング検査は以下のようになる。

- COVID-19 関連症状（発熱、咳、倦怠感、食欲低下、息切れ、痰、筋肉痛、嗅覚・味覚障害、稀に嘔吐や下痢など）を認めた時点で、抗原検査（可能なら抗原定性検査よりも抗原定量検査選択）と PCR 検査と胸部 CT 検査とを組み合わせる。自院で PCR や CT 検査ができない場合は検査可能な施設との連携を行う。
- 胸部 CT 検査により GGO（Ground Glass Opacity；スリガラス様陰影）が検出された場合、たとえ抗原・PCR が陰性であった場合でも疑い例として取り扱い、PCR 検査を繰り返し行う。
- 抗原定量検査の結果が保留という判定結果の場合は、PCR 検査の結果が出るまでは感染を拡大させるリスクありとして陽性に準じて対応する。
- 自院で抗原定性検査のみが可能な場合には、抗原陰性でも PCR の結果が出るまでは感染を拡大させるリスクありとして陽性に準じて対応する。
- PCR 検査は、自院内で出来る体制を整えることが望ましい。

b) 入院時検査陰性で入院後発熱した患者への対応

- 入院患者に予期しない発熱や体調不良が起きた場合には随時ウイルス検査をおこなう。
- 転入院患者は、入院前に胸部 CT を確認。入院後、個室でスワブを採取し抗原定量検査と PCR 検査を行い結果の判定が出るまでそのまま個室管理する。
- 抗原定量陰性で PCR 陽性という場合には胸部 CT 撮影を施行し、肺病変の有無を判定する。
- ウイルス検査が陰性でも胸部 CT 所見で疑いがある場合には COVID-19 に準じて対応し、仮に感染者でも感染性を失う 10 日間を目安に隔離する。

3) 患者の区分け：陽性者、回復者、濃厚接触者、陰性者

a) 陽性者

- 陽性者を確認したら、発症日（無症状であれば検査日）から 2 日さかのぼって病室、担当看護師・看護助手・その他医療スタッフ、検査などによる院内移動などを確認し、濃厚接触者を確定する。
- 陽性と判定された患者には COVID-19 に対する感染対策を開始する。
- スクリーニングにより判明した陽性者を速やかに隔離する。

b) 回復者

- 無症状で 14 日経過後は、国の基準に従い解除する。
- 回復者の退院基準は、発症後 10 日以降、かつ、発熱などの症状軽快後 72 時間以降とされている。
- 発症後 10 日以上でも全身状態不良、呼吸状態不良で退院できなかった患者については、軽症または中等症では 14 日、重症では 20 日以上経ったらとくに感染対策なしの対応が可能と考えられる。

c) 濃厚接触者

- 濃厚接触者には 14 日間の健康観察を行い、その間に COVID-19 を疑う症状があれば速やかに PCR 検査を行う。PCR 検査結果は偽陰性となることもあるため、陰性であっても慎重に経過観察する。
- スクリーニングにより判明した陽性者を速やかに隔離する。
- 濃厚接触者は可及的速やかに抗原定量と PCR を通常時間内は唾液、時間外はスワブで実施し、自宅待機とし、職員は原則として出勤停止とする。
- 濃厚接触とされた患者は常に発症する可能性があるものとして陽性者に準じた感染対策を実行する。
- 陽性者と同室者は、濃厚接触者として以降のベッド移動を避け、14 日間は健康観察期間として対応する。
- ベッド移動が頻回である病院では、症状発現日から 2 日遡って同室者（デイルームやリハビリテーション室などを含む）の洗い出しを行う必要がある。
- 医師や看護スタッフから陽性者が出た場合は、担当患者および担当病棟（部屋）の入院患者を濃厚接触者として扱う。
- 濃厚接触者が退院を希望する場合、退院後に発症する可能性を踏まえ、退院後の療養の注意点や有症時の対応など、十分に理解できているかを確認する。

d) 陰性者

- スクリーニング PCR 検査で陰性であったとしても濃厚接触者に対する感染対策を変えてはならない。
- 陰性者に対しては、退院可能な者は退院させて、退院先で基準日から 14 日間の健康観察を行う。

- 陰性者は抗原定量と PCR が陰性であれば確実に陰性となるが、それでも疑いがあれば、3～5日の自宅待機後に再検査と CT 所見で最終判断する。
- 疑い患者で陰性と確定された場合でさらに入院が必要なら、一般病棟に転棟とする。

4) 職員、濃厚接触者を含め PCR 検査実施

- 院内感染発見後は、感染拡大防止を図る観点から、前述の災害対策本部の指示に基づき対応する。
- 入院患者や職員に PCR 陽性者がでたら感染の広がりを検討するため濃厚接触者を中心に PCR 検査を行う。
- PCR 検査の対象は、濃厚接触者だけでなく広めにとることが望ましい（例：病棟の全患者、その部署の全職員など）。
- 濃厚接触者以外で陽性者が出た場合は、濃厚接触者の判定を再度行うとともに、検査の範囲を拡大することを検討する。
- PCR 陰性であることは感染していないと保証するものではないことを周知し、日常の感染対策を継続する。

5) 医師の判断を優先

- PCR 検査陰性であっても、曝露歴や臨床像から COVID-19 の可能性が高い場合は、COVID-19 として感染対策を行う。
- 入院患者に COVID-19 関連症状（発熱、咳、倦怠感、食欲低下、息切れ、痰、筋肉痛、嗅覚・味覚障害、稀に嘔吐や下痢など）が認められた場合速やかに主治医へ報告するよう看護師を教育し、主治医は遅滞なく対策本部へ報告する体制を構築しておく。
- 対策本部の判断に基づき、抗原検査・PCR 検査・胸部 CT 検査等を実施し、陽性者の早期発見に努める。

6) zoning に従って行うベッドの移動

- PCR 陽性者は個室または陽性者のみを大部屋に集めて隔離する。どの病室を使用するかは、他の患者とトイレ・浴室を共有することがないように配慮し、スタッフの動線を考慮して決める。
- 濃厚接触者は PCR 陽性者とは別の病室とする。
- 濃厚接触者にはすでに感染している患者と感染していない患者が混在している可能性があるため、可能なら個室を使用することが望ましい。
- 大部屋の場合には患者同士の交差が生じないように考慮する。
- PCR 陽性者が過ごしていた病室をその他の患者（濃厚接触者を含むその他）に用いる場合は、環境消毒を行った上で入室とする。

7) 施設の zoning

- ウイルスによる汚染区域と汚染されていない清潔区域を明確にわかる形で zoning を行う。
- 清潔区域は可能な範囲でできるだけ狭く設定することが望ましい。
- 清潔区域を設定したら、PPE 着脱のルールを定め、汚染された可能性のある PPE（N95 マスクを含む）を清潔区域に持ち込まないように厳密に対応する。

- 清潔区域に入るときには手指衛生を徹底する。手指衛生を行いやすいように手指消毒剤を配置する。
- 清潔区域とくにナースステーションや休憩室は zoning 開始に合わせて徹底的に消毒を行う。次亜塩素酸ナトリウム（0.05%）や消毒用アルコールを用い、手の触れる場所すべてを拭き上げる。十分に消毒効果が得られるようしっかり消毒薬が付着することを意識する。
- 1病棟をコロナ専用とし、そこまでの導線を一般患者と分離して zoning を実施する。
- 外来も発熱外来を別棟で zoning し、そこから漏れた発熱者は外来の陰圧部屋で対処する。
- 容易に面会が許可できる環境ではなくなることを想定し、外来ブースの一部などを利用して病室やレッドゾーンとの間をつなげることが出来るテレビ会議システムなどを導入することを検討する。

8) 消毒の徹底

- 清潔区域を設定する際には、次亜塩素酸ナトリウムやアルコールを用いてその区域を徹底的に消毒する。
- 清潔区域内の共有物品や高頻度接触面は定期的（例：1日3回）に清拭消毒を行い、清潔な状態を維持する。
- PPE を含め汚染された物品を清潔区域に持ち込まないよう徹底する。
- 汚染区域内は、最小限の日常清掃に留める。必ずしも消毒を行う必要はない。
- トイレなどを PCR 陽性者とそれ以外の者が共有する場合、PCR 陽性者使用後に次亜塩素酸ナトリウムやアルコールで清拭消毒を行う。
- リネン類は 80°C・10 分間の熱水消毒後に洗浄を行うが、業者により対応が異なることがあるので確認する。
- 速やかに手指衛生を保つことが出来るよう、アルコール消毒薬の適正配置を見直す。
- 消毒用アルコール類の使用量が増大することを想定し、無許可 80 リッターの上限を超える在庫許可届け出または申請を管轄消防署へ提出しておく。

9) 標準予防策（standard precaution）・感染経路別予防策

a) 標準予防策

- PCR 陽性者と濃厚接触者は厳格に分け、PPE が汚染された状況で濃厚接触者のケアにあたることのないようにする。
- PPE 着用エリアには必要な PPE に加え、自己チェックできるよう鏡を置くことよい。
- PPE 着用時には PHS や筆記具などをあらかじめ外しておく。どうしても PHS を持ち込む必要があれば、ビニル袋に入れるなどして PHS の汚染を予防する。
- PPE 脱衣エリアには感染性廃棄物の廃棄箱や手指消毒剤など安全に脱衣できるよう物品を用意する。
- zoning の際に決めた PPE 着用ルールを厳格に守る。
- 災害対策本部要員が感染対策委員会と連携してラウンドを行い、適時適切な指導を行う。
- 職員は朝のタイムカードでの出勤記録時に体温を測定し所定の用紙に記録する。
- 外来・病棟で電子カルテのキーボードを使う前と後には必ずアルコールで手指を消毒する。
- 担当医は手洗い、アルコールによる手指消毒や診察器具の消毒を患者ごとに実行する。
- 一般の来院者が使う正面玄関には非接触の体温測定装置と対応するスタッフを配置し、マスクの装着のチェック、来院の目的、発熱が主訴ではないが発熱の可能性が見られたら検温により確認する。
- 発熱があれば発熱者としての流れに乗って診察する。

b) 感染経路別予防策

- PCR 陽性者および濃厚接触者に対しては接触予防策と飛沫予防策を行う。
- 気管挿管・抜管、気道吸引、NPPV 装着、気管切開術、心肺蘇生、用手換気、気管支鏡検査、ネブライザー療法（肺炎の治療に対して行われるものに限る。耳鼻咽喉科で使用するような薬剤投与は該当しない）、誘発採痰など、エアロゾルを生じる処置を行う際には、空気感染対策を行う。
- 可能な範囲で換気を行う。とくに多くの飛沫が生じる処置後は積極的に換気を行う。
- 診療の場では個人ごとに配布しているフェイスガードを装着する。
- 患者への面会は禁止とし、原則として IT によるリモートで対応する。

10) 調査・指導を受ける

- 保健所の疫学調査に協力し、院内での伝播要因を把握する。

11) 診療報酬・補助金の徹底した情報共有と請求

- COVID-19 罹患が判明したら速やかに発生届を保健所へ報告（HER-SYS へ入力）する。
- 迅速な情報源として全日本病院協会からの配信が有用である。

III. 院内感染発生後の対処

1) 対策本部の設置と情報共有

a) 対策本部の設置

- 災害対応 BCP に倣い、速やかに災害対策本部を立ち上げる。
- 各部署の意思決定を行える者が参加して、毎日 2 回程度のミーティングを行う。
- 過去の事例から、感染の拡大主要因として①看護必要度の高い入院患者、②複数部署からの応援職員の投入、などが挙げられていることを念頭に運用する。
- 病院機能維持に際し、職員間の感染防止対策の徹底を災害対策本部主導で実行する。
- 新規入院の制限、手術の制限に加えて対応職員の適正配置が必要となる。
- 職員の勤務状況を把握し、医療の継続に必要な人材配置を行う。
- 職員の勤務状況や感染の広がりに応じて診療機能の集約・縮小を検討する。診療機能を縮小することには、病院幹部や事務部門がクラスター対策に集中して意思決定を早くする効果も期待できる。
- 感染対策を充実させるため、担当者が感染対策に集中できるよう業務調整を行う。
- 院内の情報伝達ルートを確認する。
- 院外からの問い合わせ窓口を設置し、広報担当者を決める。
- 職員のメンタルケアは、院内各部署での対応に加え、保健所に専門的な対応を依頼する。

b) 情報共有

- 情報として、陽性者、有症者、接触者、PCR 検査状況などに関する最新の状況を整理し、掲示するなどしてわかりやすく示す。
- 情報整理を担当する職員（事務職員など）を決めることが望ましい。
- 問い合わせ窓口における広報担当者を介して、入院患者の家族や地域住民向けの情報提供や問い合わせのルートを一元化し情報の内容を統一する。
- 保健所への報告と連携として、疫学調査への協力、PCR スクリーニング調査、就業制限などを調整する。
- 自施設のみでの対応が難しければ、日頃の医療連携の活用や保健所などの様々なルートを活用して、専門家のアドバイスを受ける方向で検討する。
- PPE や手指消毒薬など必要物品の在庫状況や確保の見込みを把握し、不足が予想される場合はそれに応じて zoning や感染対策の変更を検討する。
- 風評被害への対応として職員から情報を収集し、保健所とも情報共有しながら適切な情報公開に努める。

2) 迅速な PCR 等検査の確立

- 当該病棟職員に加えて、当該病棟に出入りするリハビリスタッフや薬剤科スタッフおよび清掃委託業者などを含むエッセンシャルワーカーの健康調査を開始し、順次 PCR 検査を実施する。
- 陽性患者の同室者に対しては、陽性者と同様の検査を実施し、無症状であっても潜伏期中央値の 5 日～10 日目の間に PCR 検査を実施する。

3) 患者の区分け

a) 陽性者

- 院内感染の拡大状況に応じて、優先順位を決めて PCR 検査対象を拡大し、陽性者のスクリーニングを行う。
- 高齢者や基礎疾患のある患者などでは、もともとの症状もあって発症日を決めるのが難しいことがある。そのような場合は暫定的に検査日を発症日として感染対策の期間を決める。

b) 回復者

- いわゆる退院基準（軽症であれば発症から 10 日＋症状改善して 72 時間以上）を満たせば回復者として扱うことができる。
- 回復者と判断されたら COVID-19 としての感染対策は不要となるが、標準予防策は確実に行う。
- 中等症以上の場合は 10 日を超えて感染対策の継続を検討する。
- 中等症以上の場合も原則として 20 日以上経過すれば回復者として扱うことが可能である。
- 一般には、上記の期間を満たせば PCR 検査の陰性化を確認する必要はない。
- 重症患者や重度の免疫不全をもつ患者は個別に判断することが必要と考えられる。
- 回復者に対しては、国の基準に従い解除し、陰性者と同様に退院・転院を進める。

c) 濃厚接触者

- 濃厚接触者は可及的速やかに抗原定量と PCR を通常時間内は唾液、時間外はスワブで実施し、自宅待機とするが、職員の場合は原則として出勤停止とする。
- 濃厚接触とされた患者は常に発症する可能性があるものとして陽性者に準じた感染対策を実行する。
- 陽性者と同室者は、濃厚接触者として以降のベッド移動を避け、14 日間は健康観察期間として対応する。
- スクリーニングにより判明した陽性者を速やかに隔離する。

d) 陰性者

- スクリーニング PCR 検査で陰性であったとしても濃厚接触者に対する感染対策を変えてはならない。
- 陰性者は抗原定量と PCR が陰性であれば確実に陰性となるが、それでも疑いがあれば、3～5 日の自宅待機後に再検査と CT 所見で最終判断する。
- 陰性者に対しては、退院可能な者は退院させて、退院先で基準日から 14 日間の健康観察を行う。
- 疑い患者で陰性と確定された場合でさらに入院が必要なら、一般病棟に転棟とする。

4) 職員、濃厚接触者を含め PCR 検査実施

- 濃厚接触者に加えてその他の入院患者や職員に COVID-19 を疑う症状があれば PCR 検査で診断に努める。
- PCR 検査の特性を踏まえ、院内感染が発生してからしばらく時間がたったところ（例えば 1-2 週間）で全入院患者、全職員に対するスクリーニング PCR 検査を行うことを検討する。
- PCR 陰性でも、潜伏期間（最終接触から 14 日間）は発症の可能性ありという意識を持つことが必要である。

5) 医師の判断を優先

- PCR 検査陰性であっても、曝露歴や臨床像から COVID-19 の可能性が高い場合は、COVID-19 として感染対策を行う。
- 災害対策本部長のもとに全入院患者・職員の感染状況を集約し、病院として対応するため、主治医の裁量権が制限される場合がある。
- 現病に対して継続すべき治療は主治医の判断により行われるが、COVID-19 に対する治療は、対策本部に属する責任者の指示のもとで実施する。

6) 国の指針を超える期間の設定

- 国の指針による 10 日間ルールおよび症状改善後 72 時間ルールに準拠すべきであるが、症例によっては、post-COVID-19 として新型コロナウイルス病棟（病床）で対応する事を考慮する。
- 国の指針を超える期間を設定する場合は、①咳嗽など呼吸器症状が治まらない場合、②37.5°C以上の発熱が継続的に認められ他の熱源が特定できない場合、③高度な気道確保器具挿入中、もしくは BIPAP 使用中、あるいは高濃度酸素投与が必要な場合などである。

7) zoning に従って行うベッドの移動

- 前述の「3)患者の区分け」の項目に準ずる。
- 濃厚接触者が発症し PCR 陽性となったら、ただちに PCR 陽性者の部屋に移動する。

8) 施設の zoning

a) 基本事項

- 新規入院停止により zoning space を確保する。
- 職員が理解しやすい、出来るだけシンプルな zoning が望ましい。
- 病棟に入る者全員が PPE 着脱のルールに従い、汚染された可能性のある PPE（N95 マスクを含む）を清潔区域に持ち込まないよう徹底する。
- 感染拡大に伴う zoning の拡大や感染収束に伴う zoning の縮小に適時適切に対応する。
- 特に防護衣を脱ぐイエローゾーンには十分な広さの確保が求められる点に留意する。

b) 清潔区域

- 清潔区域が汚染されないよう日々の清掃・消毒を確実に行う。
- 清潔区域の範囲を広げる際には、環境や物品を消毒または廃棄して汚染された可能性のあるものを残さないようにする。

c) 汚染区域

- 患者の状況変化（転院・退院、新たな発症、経過観察期間の終了など）に応じて汚染区域の範囲を見直す。

9) 消毒の徹底

- 清潔区域内の共有物品や高頻度接触面は定期的（例えば1日3回）に清拭消毒を行う。
- PPEを含め汚染された物品を清潔区域に持ち込まないよう徹底する。
- 汚染区域内は、日常清掃は必要だが、必ずしも消毒を行う必要はない。
- トイレなどをPCR陽性者とそれ以外の者が共有する場合、PCR陽性者使用後に次亜塩素酸ナトリウムやアルコールで清拭消毒を行う。
- リネン類は80℃・10分間の熱水消毒後に洗浄を行うが、業者により対応が異なることがあるので確認する。
- 適正使用に資するデータとして、手指消毒薬・ワイプ材の使用量をモニターしておく。

10) 標準予防策（standard precaution）・感染経路別予防策

a) 標準予防策

- 災害対策本部要員が感染対策委員会と連携してラウンドを行い、適時適切な指導を行う。
- PCR陽性者と濃厚接触者は厳格に分け、PPEが汚染された状況で濃厚接触者のケアにあたることのないようにする。
- PPEを二重に着る、手袋を二重にするなど、マニュアル通りに励行することを厳守する。
- PPE着用エリアには必要なPPEに加え、自己チェックできるよう鏡を置く。
- PPE脱衣エリアには感染性廃棄物の廃棄箱や手指消毒剤など、安全に脱衣する上で必要な物品を用意する。
- zoningの際に決めたPPE着用ルールを厳格に守る。

b) 感染経路別予防策

- PCR陽性者および濃厚接触者に対しては接触予防策と飛沫予防策を行う。
- 気管挿管・抜管、気道吸引、NPPV装着、気管切開術、心肺蘇生、用手換気、気管支鏡検査、ネブライザー療法（肺炎の治療に対して行われるものに限り、耳鼻咽喉科で使用するような薬剤投与は該当しない）、誘発採痰など、エアロゾルを生じる処置を行う際には、空気感染対策を行う。
- 可能な範囲で換気を行うが、とくに多くの飛沫が生じる処置後は積極的に換気を行う。
- PPE表面に付着したウイルスにより、患者-患者間の接触感染を媒介する可能性があるので注意する。

11) 死亡診断書：医師の判断による現病症が基本

- 新型コロナウイルス感染症に起因したウイルス性肺炎で死亡した場合には、(ア)項目に新型コロナウイルス性肺炎と記載する。
- 新型コロナウイルス感染症への感染が証明され、直接死因に関係しない場合には、II項目に新型コロナウイルス感染症と記載する。
- 元々の疾患の増悪により死亡したことが確定できる場合には(ア)項目には原病名を記載し、新型コロナウイルス感染症の罹患が重大な影響を与えた場合には(イ)項目に、新型コロナウイルス感染症と記載する。
- 療養期間終了後の患者が亡くなった場合は、死亡診断書の「その他特に付言すべきことがら」に「新型コロナ

「新型コロナウイルス感染症の感染性はない」と記載することで、通常の火葬をスムーズに行うことができる。

- 死亡症例検討会を開催する。

12) 調査・指導を受ける

- 院内感染が疑われる新型コロナウイルス感染者が複数名（孤発例でも5名以上）判明した場合、速やかに保健所へ報告し、指示を仰ぐ。
- 保健所の調査・指導を受ける際には、入院患者の陽性判明リストに加えて入院患者のベッド移動状況が分かるように、発見2日前に遡って病棟マップのプリントアウト、配属先別の職員の陽性者リスト、有症状者の発症日別推移グラフ、陽性判明者のPCR検査日別の推移グラフ、アルコール消毒薬使用状況などの資料を用意しておくが良い。

13) 葬儀が必要な場合は葬儀社との連携

- 遺体の処置にあたる従事者は、ゴーグル（またはフェイスシールド）、サージカルマスク、手袋、長袖ガウン、帽子などのPPEを着用し、作業後は確実に手指衛生を行う。
- 遺体を安置する際には、体外へ体液が漏れ出ないように処置し、納体袋を使用するが、故人の尊厳にも十分配慮する。
- 病棟でご遺体を感染者用遺体袋への収納し、霊安室への搬送までを医療従事者が担当、納棺は業者と協働して行うなど、事前の協議が必要である。
- 特にご家族との対面の場面をどこで設けるかについても協議しておく必要がある。
- すでに「11) 死亡診断書」で記述したように、発症から時間が経っており感染性はないと考えられる場合は、死亡診断書の「その他特に付言すべきことがら」に「新型コロナウイルス感染症の感染性はない」と記載することで、通常の火葬をスムーズに行うことができる。

14) 診療報酬・補助金の徹底した情報共有と請求

感染防止対策加算は、1・2・なしの病院それぞれで、以下のように対応が異なる。

①感染防止対策加算1

→自院内で対応が原則、出来ない場合は1・1連携、私大協、保健所等行政への支援依頼を検討

②感染防止対策加算2

→自院内で対応が原則、出来ない場合は1・2連携、保健所等行政への支援依頼を検討

③感染防止対策加算なし

→自院内で対応が原則、出来ない場合は保健所等行政への支援依頼を検討

参考

1. 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）病原体検査の指針（第3版）
2021年1月22日付 国立感染症研究所 国立国際医療研究センター 他8団体
<https://www.mhlw.go.jp/content/000725966.pdf>
2. 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）医療施設内発生対応チェックリスト
2020年7月8日付 国立感染症研究所 感染症疫学センター
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/ka/corona-virus/2019-ncov/2484-idsc/9735-covid19-21.html>
3. 新型コロナウイルス感染症に対する感染管理
改訂2020年10月2日付 国立感染症研究所 国立国際医療研究センター 国際感染症センター
<https://www.niid.go.jp/niid/images/epi/corona/2019nCoV-01-201002.pdf>
4. 医療機関による新型コロナウイルス感染症への対応ガイド（第3版）
2020年5月7日付 一般社団法人 日本環境感染学会
http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/COVID-19_taioguide3.pdf
5. 新型コロナウイルス感染症 感染予防・管理のための活用ツール 中小規模病院用
2020年9月10日付 公益社団法人 日本看護協会
https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid_19/document/pdf/tool_hospitals.pdf

上記参考資料は、令和3年2月19日現在のものであり、実際にご参考いただく資料は、最新のものをご参照くださいますよう、お願い申し上げます。