

高齢者・障がい者施設における被害を最小限にするために

今村、太田、岡部、釜萯、川名、高山、館田
前田、中島、吉田、脇田、尾身

1. 第8波のリスクと高齢者・障がい者施設を守ることの重要性

○高齢者・障がい者の重症化リスク:

我が国ではこれまでに、高齢者・障がい者施設において多数のクラスターを経験し、残念ながら、多くの命が失われてきました。これまでの経験を生かし、新しい治療薬や診断法を活用し、この冬の第8波の被害を出来るだけ少なく乗り切ることが極めて重要です。

○今はまだ第8波の入り口:

現在の感染者数は、第7波のピークよりは少ない状況ですが、日に日に感染状況が悪化し、医療現場への負荷が高まっています。オミクロン BQ.1 株の増加が報告されていますが、年末から年始にかけてどのように推移するかに注意しておかなければなりません。また、これまでこの時期にはクリスマスや忘年会、新年会などでリスクの高い接触の機会が増えます。BA.5 株への置き換わりでみられた第7波のような急激な感染者数の増加が生じると、これまでになく大きな波を形成するリスクが高まります。

○死亡者数の増加:

死亡者数に関しても懸念される数字が報告されています。12月15日時点で、1日の死亡者数が270名を超える日がみられています。第8波の入り口でこれだけ多くの方がお亡くなりになっていることに注意しなければなりません。第7波では最高で1日347名の死亡が報告されましたが、このまま感染者数が増加すると、第7波を超える方がお亡くなりになることが想定されます。お亡くなりになる方の多くが、高齢者や基礎疾患を有する方です。とくに、集団感染が生じやすい高齢者・障がい者施設、慢性期医療機関がリスクの中心であり、その被害をいかに減らすかが重要になります。

○インフルエンザとの同時流行の懸念:

今年の冬は、オーストラリアでみられたような、コロナとインフルエンザの同時流行が懸念されています。今のところインフルエンザの全国的な流行は報告されていませんが、一部の地域では学級・学年閉鎖が報じられており、岩手県では、この冬初めての流行期入り（定点あたり報告数1以上）が報告されました。これからもコロナ感染者数と

ともに、例年のようなインフルエンザの流行が生じる可能性があることに注意しておかなければなりません。施設内においても、コロナとインフルエンザが同時期に流行し両方の感染者が増大したことを想定した備えが必要になります。

○施設内対応が求められる事例の増加:

新型コロナウイルス感染症の発生当初は、高齢者・障がい者施設において感染者がみられた場合には、医療機関への搬送による専門的治療が原則とされていました。しかし、オミクロン株となってからは、ワクチン接種が推進されたこともあり、軽症のままに回復する事例が多数となっています。また、医療機関に入院中の日常生活動作の制限により、入院前よりADLが低下してしまう事例も少なくありません。このため、すべてが医療機関への入院ではなく感染者の状態に応じて施設内での療養継続を選択し、感染者や濃厚接触者への感染対策や治療を施設等でも行っていくことが求められるようになっていきます。医療機関での治療は、感染の有無ではなく症状や全身状態に応じて検討することが重要です。

施設内での感染者の対応に関して、以下の注意点を参考にさせていただきようお願い申し上げます。

2. 高齢者・障がい者施設で求められる第8波対策

○健康チェック:

入所者・職員の毎日の健康チェックが重要です。発熱・咳・咽頭痛（違和感）・全身倦怠感などがみられた場合には感染の可能性を考えて迅速に対応しなければなりません。都道府県が実施している職員対象のPCR検査や抗原定性検査キットによる定期的検査を積極的に活用し、感染の早期発見に努めて下さい。

○ワクチン接種:

オミクロン対応2価ワクチンが利用できるようになっていきます。それ以外の新型コロナワクチンの最終接種から3カ月を経過した時点からは次のワクチン接種が受けられます。施設利用者に対しては集団的接種等による接種機会の確保を図るとともに、職員にも早めの接種をお勧めください。また、インフルエンザワクチンとの同時接種も可能となっています。

○早期診断・早期対応:

“かぜかな？”と思ったら、コロナやインフルエンザの可能性を考えて検査を実施することが必要です。典型例をのぞき（インフルエンザ流行時の急激な発熱・筋肉痛など）、

臨床症状だけで両者を鑑別することは困難です。現在、コロナだけでなく、インフルエンザも同時に診断できる簡易抗原検査キットが利用可能です。施設ごとに協力医療機関等と連携の上で、検査キットを備えておくことがすすめられます。表1に簡易抗原検査キットの使用上の注意点を示しました。

なお、検査が陰性であったとしても、コロナやインフルエンザを100%否定することはできません。症状などから感染が疑われる場合には、再検査を実施することも良い方法です。そして、検査の陽性陰性にかかわらず症状が改善するまでは、感染対策の継続を実施してください。症状が長引くときは、医師等へ相談してください。

○コロナと診断された場合の早期治療:

これまでにコロナに対する治療薬として抗ウイルス経口薬（3種類）と注射薬（1種類）、中和抗体薬（3種類）に加えて、免疫抑制剤（3種類）が承認されています。それぞれの特徴を表2に示します（詳細は日本感染症学会：COVID-19に対する薬物治療の考え方 第15版を参照）。高齢者や重症化リスクのある人に対しては早期の治療開始が重要です。しかし、高齢者・障がい者施設においては、医師が常駐していないこともあります。施設特性や得られる医療支援に応じて、無理のない範囲で使用可能な治療薬の検討を行い、感染発生を想定した準備を行うことも重要です。

○予防投与が可能な薬剤:

施設内で感染者が発生し、クラスターのリスクが高まっている場合、あるいは免疫抑制状態が強く重症化リスクが高い入所者において、曝露後に使用できる薬剤としてロナプリーブが承認されています。オミクロン株の流行の中で中和活性の低下が報告されていますが、中和活性に加えて感染細胞を排除する作用（エフェクター機能）があることも報告されており、他の薬剤が使用できない場合の投与が承認されています。施設内でのクラスター発生時、感染者周囲の曝露者に対して予防投与を早期に行うことにより発症および重症化を抑制できる可能性があります。施設の特性や得られる医療支援を考慮し、無理のない範囲で、予防投与の進め方に関して担当医師と相談しておくことも重要かと思われます。

○クラスターのリスクが高まっている場面での感染対策の実際:

施設内で感染者が発生した場合に、施設内で隔離および治療を行わなければいけない場合も増加しています。これまでの経験をもとに感染対策を実施し、他の入所者に感染を広げない対策が必要になります。施設内では人材・感染対策資材も限られており、ゼロリスクを求める対策は困難ですが、施設で実施することが可能なリスクを減らす対策

を組み合わせることで対応することが必要になります。

表3・表4にアドバイザーボードで示された施設内感染対策の1例をお示しします。別紙1に、高齢者・障がい者施設より相談を受けることの多いエアロゾル感染対策について、基本事項を紹介しています。現場での対策にあたって、参考としていただければ幸いです。自施設だけで対応が困難な場合には、保健所や行政のサポート組織、近隣医療機関に相談し、早め早めの対応を行うことが求められます。高齢者・障がい者施設を孤立させることなく、地域・社会全体で感染を抑えていくという地域での考え方が重要になります。

○保健所・医療機関との連携の重要性:

クラスターの発生前から保健所や医療機関との連携が取れるように、日常から備えておくことが重要です。特に医師が常駐していない施設においては、感染疑いの入所者・職員が出た場合の検査や治療の実施に関して事前に保健所や医療機関と相談をしておく必要があります。感染者が明らかとなった場合には、保健所・医療機関に速やかに連絡し、必要な治療を開始することが重症化抑制、クラスター対策として効果的です。第8波を前に、今一度、保健所・連携医療機関と対応の実際に関してお互いに確認ができるようにしてください。

3. 終わりに

これから年末・年始に向けてさらに感染状況が厳しくなることが想定されます。特に高齢者・障がい者施設の入所者が重症化しやすいことに加え、これら施設においては迅速かつ適切な医療の実施が困難な状況もみられます。現在増加しつつある第8波がどのくらいの規模でいつピークを迎えるのかに関しては正確な想定は困難ですが、“高齢者・障がい者施設を守る”という視点での対策と備えを地域・社会全体で行っていくことが重要になります。最後に、高齢者・障害者施設における感染対策のポイントを表5として示しました。

表1. コロナ・インフルエンザ抗原検査キット使用時の注意点

- ・ 偽陰性があることに注意：陰性であったとしても基本的感染対策は継続.
- ・ インフルエンザは発症12時間目までは陰性のことも多い.
- ・ 陰性の場合，翌日に再検査を実施することも考慮.
- ・ 鼻先から2cmほど綿棒を挿入し，4－5回回転させて検体を採取.
- ・ 「第1類医薬品」を用意：「研究用」として販売されているものは性能が保証されていないことに注意.

表2. 現在承認されているコロナ治療薬の特徴と適応

種類	一般名(商品名)	投与方法	特徴
抗ウイルス薬	レムデシビル(ベクルリー)	点滴	発症から7日以内、重症化リスクあり
	モルヌピラビル(ラゲブリオ)	経口	発症から5日以内、重症化リスクあり
	ニルマトレルビル・リトナビル(パキロビッド)	経口	発症から5日以内、重症化リスクあり
	エンソレルビル(ゾコーバ)	経口	発症から3日以内、重症化リスクがなく高熱などの臨床症状あり
中和抗体薬	イムデビマブ・カシリビマブ(ロナプリーブ)	点滴・皮下	発症から7日以内、重症化リスクあり、暴露後投与
	ソトロビマブ(ゼビュディ)	点滴	発症から5~7日以内、重症化リスクあり
	チキサゲビマブ・シルガビマブ(エバシエルド)	筋注	免疫不全宿主に対する暴露前投与
免疫抑制剤	デキサメサゾン	経口・経管・静注	中等症・酸素投与あり
	バリシチニブ(オルミエント)	経口	中等症・酸素投与あり
	トシリズマブ(アクテムラ)	点滴	中等症・酸素投与あり

表3. “効果的かつ負担の少ない”医療・介護場面における感染対策

感染対策の項目	“効果的かつ負担の少ない”医療・介護場面における感染対策 に向けた変更の方向性
・基本的感染対策	・接触-飛沫-エアロゾル感染対策＋空間の分離が基本。接触感染対策は最小限かつ効果的に
・接触感染対策	・過剰な環境消毒の中止 (頻回の環境消毒、抗菌コート、エレベーターのボタンカバーなど)
・PPEの使用	・直接接触のリスクが少ない場合(問診、診察、検温など)にはガウンは不要 (移乗介助、身体リハ、むせこみ食事介助、おむつ交換などの場合はガウン着用を考慮)
・陽性者の管理場所	・陽性者同士の大部屋管理も可。コロナ専用病棟ではない通常の病棟でも、個室あるいはコホーティング (陽性者同士の大部屋)で対応可(患者間距離、換気、物理的遮断に配慮)
・ゾーン設置による対応	・インフルエンザ流行時と同様、部屋単位で部屋内(患者ゾーン:レッド)、ドアの周囲(中間ゾーン:イエロー)などとして対応(病棟全体のゾーニングは基本的には不要)(図1参照)
・面会希望への対応	・高齢者施設: マスク着用、短時間・少人数、一定の距離をとって面会可 ・医療機関: 個々の患者の状況等を考慮して面会を受け入れ (例えば新生児・小児、出産立ち会い、看取りなど、家族や関係者の面会の必要性・重要性が高い場面から受け入れ) ・面会時の基本的な感染対策(体調確認・マスク・手指消毒等)に加えて、面会場所の工夫(換気・距離・大部屋は避ける)や人数・時間制限などにより院内感染のリスクを低減
・外来患者への対応	・インフルエンザ流行時に準じた対応 (空間的/時間的隔離、換気、マスク、優先診察などによる対応)

表4. 医療機関および社会福祉施設における感染対策の考え方

	無症状者(感染者を除く)への対策	有症状者(感染者を含む)への対策
標準予防策	<ul style="list-style-type: none"> 患者に触れる前後の手指衛生の徹底。 患者や利用者の体液や排泄物に触れたときは、直後に手指衛生を行う。 予測される汚染度に応じて、適切な防護具をあらかじめ着用する。 	
接触感染対策	<ul style="list-style-type: none"> 体液や排泄物への汚染が想定されない限り、エプロンやガウンを着用する必要はない。 環境表面を定期的に消毒する必要はない。 	<ul style="list-style-type: none"> 身体密着が想定される場合には、接触度に応じてエプロンやガウンを着用する。 有症状者が触れた環境で、他の人が触れる可能性があるときは速やかに消毒する
飛沫感染対策	<ul style="list-style-type: none"> 患者や利用者、医療者、介護者の双方が、屋内で対面するときはサージカルマスクを着用する。 フェイスシールド等で眼を保護する必要はない。 	<ul style="list-style-type: none"> 有症状者がマスクを着用していない場合¹⁾には、フェイスシールド等で眼を保護する。
エアロゾル対策	<ul style="list-style-type: none"> 室内換気を徹底する(十分な機械換気。または、窓やドアから風を入れる) 日常的にN95マスクを着用する必要はない。 	<ul style="list-style-type: none"> エアロゾル排出リスクが高い場合²⁾には、医療者や介護者はN95マスクを着用する。
空間の分離(ゾーニング)	<ul style="list-style-type: none"> 無症状者同士の接触を制限する必要はない。 	<ul style="list-style-type: none"> 有症状者と他の患者や利用者が空間を共用することのないよう、個室での療養を原則とする。トイレも専用とすることが望ましい³⁾。 専用病棟(病棟全体のゾーニング)は基本的には不要。

1)口腔内の診察、口腔ケア、食事介助、入浴支援など。

2) 咳嗽がある。喀痰吸引や口腔ケアを実施するなど。

3)トイレが病室に無い場合は、病棟トイレの一部を患者用に使用することも可。

表5. 高齢者・障害者施設における感染対策のポイント

- ・ 最終ワクチン接種後、3カ月を経過したら次の接種が可能（コロナとインフルエンザワクチンの同時接種も可能）
- ・ 早期発見：“かぜ”かな？ と思ったら検査を実施（適宜、コロナ・インフルエンザ同時抗原検査を利用）
- ・ リスクを減らす対策を可能な限り組み合わせる
- ・ 人との接触時（近距離・直接）はマスク着用＋効果的な換気が基本（吸引などの場合はN-95マスクを使用）
- ・ 医療機関・保健所との連携の確認（早めの診断と治療、感染の拡大予防が可能になるよう前もって相談）

別紙1. 高齢者・障害者施設におけるエアロゾル感染対策の考え方

1. 屋内における密集を避ける

エアロゾル感染対策の基本は、密集を避けることです。デイルームなど密集しがちな場所の滞留人口を減らす工夫をお願いします。加えて、通所利用者と入居者を同席させないなど、いつも一緒にいる人を単位した座席配置を検討してください。

空間をなるべく広く活用することも、密集を避ける具体的な方法です。たとえば、デイルームの机と机の距離を拡げて、廊下まで展開するといった方法が考えられます。

2. 換気扇を常時稼働させる

高齢者施設の換気は、定期的な窓開けよりも換気扇による機械換気を優先させます。換気スイッチに「常時稼働」の注意喚起を促すシールを貼ったりして、スイッチが切られないようにしてください。

CO2 モニターを活用するときは、800ppm 未満であることを参考指標としましょう。

なお、換気扇を使用する前に、老朽化やメンテナンス不良などがなくを確認してください。吸気口にティッシュペーパーが吸い付かなかつたり、異音が続いているようなときは、整備不良が考えられるので修理しましょう。

換気扇を使用する場合であっても、離れた位置にある窓やドアから風を取り入れるようにして、部屋は締め切らないようにしてください。風を入れることが目的なので、大きく窓を開け放つ必要はありません。とくに冬季には、寒冷に配慮する必要があります。また、花粉症の季節には、入居者のアレルギー症状を誘発しないように留意しましょう。

3. 人数が増えたら窓を開ける

デイルームで室内人数が増えるなどして、機械換気では不十分と考えられるときには、窓開け換気を追加します。できるだけ部屋の対角線上となる2方向の窓やドアを開けて、空気が淀む場所には扇風機を設置するなどして、室内全体に空気の流れを作るようにしてください。

なお、排気のために窓を開ける場合には、できるだけ天井に近い側の窓（排煙用など）を開けるようにしてください。呼気に含まれるエアロゾルは、室温よりは暖かいので、排出直後は天井に向けて上がっていく性質があります。煙や臭いなどもそうですが、一般に不快なものは上にあがっていきます。換気扇が天井に付いている理由です。

4. 扇風機を外に向かって回す

換気の効率をあげる目的で扇風機を使用する場合には、できるだけ、外に向かって回すようにしてください。換気とは、エアロゾルを屋外に出すことが目的です。室内の空気をかき回すだけの扇風機の使い方は、エアロゾルを室内循環させ、むしろ感染リスクを高めている可能性があります。

エアロゾル感染対策に限っては、シーリングファン（天井に取り付けた扇風機）の使用はお勧めできません。なお、米国 CDC は、シーリングファンを使用するときは、低速または空気が天井に向かって引き上げられるよう逆回転させるよう推奨しています。

5. パーティションは必要時に設置する

パーティションを机上に設置することで、飛沫やエアロゾル粒子の周囲への拡散を防ぐ効果が期待されます。たとえば、口腔ケアやカラオケなどでは、パーティションを設置する効果はあると考えられます。ただし、室内の空気の流れを考慮せずに多数設置していると、十分な換気が妨げられて、逆にエアロゾルを滞留させてしまう可能性があります。

エアロゾル感染対策としては、まず、室内換気が優先されるべきです。それを補助するものとしてパーティションを活用してください。このため、恒常的にパーティションを設置することは避け、必要時に適切な大きさで使用するようにしましょう。

6. 空気清浄機を活用する

エアロゾル感染対策を補助する方法として、HEPA フィルターを追加したり、ウイルスを不活化する紫外線殺菌照射 (UVGI) を組み合わせたりする方法があります。

これら空気清浄機については、外気を入れる換気ほどには期待しないことです。ただ、十分な換気効果が得られにくい脱衣所などの閉鎖空間では、効果があるかもしれません。

なお、家庭用の空気清浄機を購入する際には、使用する部屋の広さに合致したクリーンエア供給率 (CADR; Clean Air Delivery Rate) 等の性能を確認してください。

- 1) American Society of Heating, Refrigerating, and Air-Conditioning Engineers (ASHRAE):
Guidance for Building Operations During the COVID-19 Pandemic
<https://www.cdc.gov/niosh/docs/2009-105/pdfs/2009-105.pdf>
- 2) CDC: Ventilation in Buildings
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/ventilation.html>
- 3) CDC: Upper-Room Ultraviolet Germicidal Irradiation (UVGI)
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/ventilation/UVGI.html>
- 4) United States Environmental Protection Agency: EPA's Guide To Air Cleaners In The Home
https://www.epa.gov/sites/default/files/2018-07/documents/guide_to_air_cleaners_in_the_home_2nd_edition.pdf
- 5) C.M. Rooney, et al. Evidence review of physical distancing and partition screens to reduce healthcare acquired SARS-CoV-2. *Infect Prev Pract.* 2021 Jun; 3(2): 100144.