

嘱託医、配置医、在宅医のための 高齢者施設における新型コロナウイルス感染症診療の考え方

沖縄県立中部病院感染症内科

沖縄県では、新型コロナウイルスの第4波となる流行の最中にあります。感染が確定した高齢者については、原則として入院措置となります。しかし、地域における病床の確保状況によっては、高齢者施設において療養継続となることも考えられます。

沖縄県立中部病院感染症内科では、これまで入院措置となった高齢者の診療にあたってきたほか、高齢者施設の集団感染に対応し、感染対策のアドバイスを行ってきました。本指針は、その経験に基づいて、嘱託医、配置医、および在宅医を対象とし、高齢者施設における新型コロナウイルス感染症の診療の考え方を示すものです。

ただし、それぞれの施設における医療資源や人員配置には違いがあると考えられますので、ここで紹介する対策については、あくまで目安としていただき、施設ごとの状況に応じて具体的な対応を検討いただければ幸いです。

1. 入居者に発熱や呼吸器症状を認めたとき

- 発熱や呼吸器症状など、入居者に新型コロナウイルス感染症が疑われる症状を認めるときは、速やかに新型コロナウイルスの検査を実施してください。なお、新型コロナウイルス感染症では、必ずしも発熱しないことがあります。地域で流行しているときには、咳や倦怠感、息切れなど体調不良があれば疑うようにしてください。
- 迅速に結果が出る抗原定性検査がお勧めです。鼻咽頭からの採取が望ましいですが、鼻腔でも構いません。いずれも医師の指示のもと、看護師が実施することができます。なお、結果の判定は医師が行ってください。
- 採取にあたってN95マスクを着用する必要はありません。ただし、換気の良いところでサージカルマスクとフェイスシールド（またはアイゴーグル）、およびエプロンと手袋を装着して行うようにします。また、本人の口元をマスクで覆った状態で、鼻だけを出して採取します。

2. 抗原検査またはPCR検査の結果が陰性のとき

- 入居者に新型コロナウイルス感染症が疑われる症状を認めて検査を実施したときは、その検査が陰性であったとしても、否定することはできません。症状を認めてから7日間が経過し、かつ症状消失後72時間が経過するまでは、「6」に示す感染対策を実施してください。

3. 抗原検査または PCR 検査の結果が陽性のとき

- 速やかに保健所に発生を届け出てください。入院先については、県庁の医療コーディネーターが調整しますので連絡を待ってください。地域における病床の確保状況によっては、入院までに数日を要することもあります。
- 高齢者が感染した場合には、死亡するリスクが極めて高い感染症です。沖縄県における年齢階級別致死率は、70代 4.7%、80代 10.6%、90代 20.5%です。入院調整を依頼する前に、どこまで治療を希望するかを必ず確認したうえで、そのことを医療コーディネーターに伝えてください。
- 軽症である場合には、夜間や休日の入院調整は行われません。重症と判断した場合を除いて、救急搬送を要請しないでください。一方、頻呼吸や SpO₂ の低下を認めるなど中等症と判断した場合には、そのことを医療コーディネーターに伝えて早期の入院調整を依頼してください。
- 症状を認めてから 10 日間が経過し、かつ症状消失後 72 時間が経過するまでは、「6」に示す感染対策を実施してください。

4. 濃厚接触者とされる入居者への対応

- 高齢者施設における感染連鎖を阻止するうえでは、濃厚接触者を適切にリストアップすることが重要です。このリストを保健所に報告することで、職員には就業制限がかけられ、入居者に対して感染対策を強化し、検査結果によらず濃厚接触があった最終日から 14 日間は、疑われる症状の出現がないか注意深い観察が求められることになります。
- 新型コロナウイルス感染症の診断検査については、濃厚接触者に限ることなく、より広範に実施される必要があります。施設内で感染が持続している可能性があるときは、繰り返し実施することも必要です。検査の対象者については、保健所または県から派遣される感染対策の専門家に相談するようにしてください。なお、検査法は PCR 検査です。無症状者に対する抗原定性検査は推奨されないため、原則として使用しないでください。
- 濃厚接触者と判定された入居者に対しては、最後に接触があったと考えられる日から 14 日間が経過するまで、「6」に示す感染対策を実施してください。なお、PCR 検査の結果が陰性だったとしても、感染が否定されたわけではありません。やはり 14 日目までは感染対策を強化する必要があります。
- 濃厚接触者に発熱や呼吸器症状を認めたときは、「1」に示した考え方で検査を実施してください。軽症であるにも関わらず、検査依頼の目的で救急搬送を要請することは絶対にやめてください。

5. 濃厚接触者とされる職員への対応

- 職員自身が濃厚接触者と判定されたときは、最後に濃厚接触があったと考えられた日を0日目として14日目までを就業制限とします。

6. 感染者または感染が疑われる者への感染対策

- 原則として個室で過ごしていただきます。個室がない場合には、ベッド周囲のカーテンを締め切り、窓を少し開けて常時換気を心掛けます。
- 個室であれば、本人にマスクを着用させる必要はありません。職員がケアにあたる時のみ、本人にマスクを着用させます。
- ケアにあたる職員は、サージカルマスクと手袋、ガウン、フェイスシールド（またはアイゴーグル）を着用してください。あと、吸痰など一時的にエアロゾルの発生が疑われる処置では、換気を徹底した環境で行うか、N95マスクを着用します。
- 複数の陽性者を認める場合や濃厚接触者が発生しているときは、ウイルスによって汚染されている区域（レッドゾーン）と汚染されていない区域（グリーンゾーン）を明確にするゾーニングを実施します。
- ゾーニングの方法を含めた感染対策の詳細については、当科で取りまとめた『高齢者施設における新型コロナウイルス感染対策の考え方』をご参照ください。あるいは、感染対策の専門家による実地の指導が必要な場合には、県庁のコロナ対策本部に依頼してください。

7. 新型コロナウイルス感染症患者の診療

- 新型コロナウイルス感染症は、病初期（発症後5日まで）は軽症であっても、その後（発症後6日から10日まで）に急激に呼吸状態が悪化することがあります。呼吸状態は、呼吸数、努力様呼吸の有無で評価できますが、パルスオキシメーターが有用です。
- 聴診、血圧測定などは不要です。こうした消毒しにくい器具を使うことは、感染リスクとなりかねません。体温と脈拍、呼吸数、意識状態、食事量、そして顔色の観察で十分です。可能であれば、パルスオキシメーターを準備してください。
- 高熱に対してはアセトアミノフェンなど解熱剤を使用してください。
- 脱水に対しては、経管栄養チューブからの補液または末梢静脈からの点滴を行います。職員の接触頻度を減らすため必要最低限としてください。
- 低酸素に対しては酸素投与を行ってください。
- 病初期から10～14日間程度、可能であればコルヒチンを投与します。ただし、腎機能障害、肝障害がある患者、コルヒチンと相互作用のある薬剤の投与がある患者、これらの判断が困難な患者には使用しないでください。

<投与方法>

1) コルヒチン錠 0.5mg 1日1回 1錠内服（破砕して経管投与可）

投与開始後5日目ぐらいで血液検査を行い、腎機能、肝機能、CPKを確認して異常があれば投与中止とする。

- 呼吸状態の悪化（頻呼吸、SpO₂低下）、咳嗽の増加、高熱（38℃以上）があれば、医療コーディネーターに伝えて入院調整を依頼してください。速やかな入院が困難な場合には、デキサメタゾン内服、ヘパリンカルシウム皮下注をセットで開始してください。

<投与方法>

1) デカドロン錠 6mg 1日1回 1錠内服（破砕して経管投与可）

2) ヘパリンカルシウム皮下注 5000単位（0.2mL） 1日1回 皮下注

- ウイルス性肺炎と鑑別が困難な細菌感染症（誤嚥性肺炎など）を疑うときは、患者背景を考慮して下記のA～Cの抗菌薬を選択してください。いずれも治療期間は5～7日間とします。なお、予防的な抗菌薬投与は不要です。

<投与方法>

A) セフトリアキソン（ロセフィン®）1gを24時間おきに静脈注射

適応：末梢静脈路がすでにある。または確保が容易な症例に使用する。

禁忌・注意：ペニシリンアレルギー、セフェム系抗菌薬アレルギー、胆管系疾患

B) アモキシシリン・クラブラン酸（オーグメンチン配合錠 250RS®）1錠とアモキシシリン（サワシリンカプセル®）1回250mgを併用して1日3回内服

適応：末梢静脈路がない場合に選択する。

経管投与：オーグメンチン配合錠は投与直前に破砕して経管より投与可。

経管投与：サワシリンカプセルは脱カプセルして経管より投与可。

適応：末梢静脈路がない場合に選択する。

禁忌・注意：ペニシリンアレルギー

C) レボフロキサシン（クラビット錠®）1回500mgを1日1回経口投与

適応：上記A),B)がアレルギー等で使用できない場合に使用する。

禁忌・注意：QT延長、不整脈、内服中薬剤との相互作用

以上