

# NCGM医療連携の会 On-Line COVID-19UPDATE Q&A集

※2021年3月現在の情報に基づいて回答しておりますので、予めご了承ください。

また、当サイトの内容を引用、転載される場合には、事前に著作物の使用許可が必要です。  
詳しくは[こちら](#)をご参照ください。

**Q** これからの国と民間企業に求められる医療体制とはどのようなものでしょうか？

**A** どちらが正解、というものではないと思いますが、医療者としては限りなく患者数をゼロにするほうが良い一方、日本が今の状況からゼロコロナの状況まで持ち込むことは極めて困難であり、経済的にも大きなダメージを負うため、結局のところ政治判断となるのではないのでしょうか。

**Q** 合併症COVID-19患者の地域から受け入れ状況について教えてください。

**A** 透析患者さんをはじめ基礎疾患のある新型コロナ患者様も当院でお引き受けさせていただいております。

**Q** 国立国際医療研究センターで行っているイベルメクチンなど抗ウイルス薬の治験の状況や早期承認などの情報、自宅療養者をかかりつけ医が見る場合の急変時の医療連携体制について教えてください。

**A** 現時点ではアビガン、イベルメクチンなどの経口薬は新型コロナに対する効果はエビデンスレベルの高い臨床研究では示されていません。したがって、いまのところは自宅療養者に使用できる治療薬はありませんが、重症化する患者様を早期に検出いただき当院などの基幹病院にご紹介いただけましたら、できる限りの対応をさせていただきます。

**Q** 皮膚症状の具体的症状についてお示してください。  
今後のパンデミックのために、二類感染症に指定することについての是非についてお考えをお聞かせください。

**A** 新型コロナの皮膚症状については頻度が高くないことから十分な情報がありませんが、紅斑、蕁麻疹、紫斑、水疱など様々な皮疹を呈することがあるようです。  
二類感染症にすることの是非ですが、これは1年後の時点での新型コロナの流行状況、重症度（これらはワクチンによって改善する可能性があります）などによって判断されるのではないかと思います。

Q

変異株の検出は、現在どのように確認をされていらっしゃるのでしょうか。

A

変異株の検出については、検疫でPCR陽性になった事例は全例ゲノム解析がされており、国内では（自治体にもよりますが）10例に1例程度を「変異株検出のためのPCR」にかけ、これが陽性だった事例をゲノム解析されているようです。東京都内はより高い頻度で「変異株検出のためのPCR」を実施しています。

Q

COVID19は他のウイルスよりも変異しやすい傾向を持っているのでしょうか。

A

RNAウイルスですので常に変異を繰り返していますが、私（忽那）の理解では他のウイルスと比べて特に変異しやすいというわけではないと考えています。

Q

元から肺に炎症があった方が、新型コロナウイルスに感染した事によって急激に重篤な状態になる場合があると思われます。その元からあった肺の炎症の大きな原因の一つに歯周病菌が考えられると思われます。如何ですか。

A

歯周病と肺病変の悪化については不明ですが、興味深い臨床的疑問かと存じます。

Q

新型コロナウイルスの入り口は口腔ですね。ですから新型コロナウイルスへの感染対策の予防として、普段から口腔のケアに努めることは大事だと思います。如何ですか。

A

口腔ケアが新型コロナの予防に繋がるのかについては十分なエビデンスがありませんが、口腔衛生を保つことは望ましいことと考えます。

Q

PCR陰性者に対するその後の行動や、復職等の具体的指示について教えてください。

A

PCR陰性であっても新型コロナを否定できるわけではありませんので、症状のあるうちは仕事を休んでいただくことが重要です。

発熱や風邪の症状があったものの新型コロナと診断されなかった（PCR検査が陰性、医療機関を受診しなかった場合を含む）人はいつ職場復帰すればよいのか、についても日本渡航医学会、産業保健委員会などが目安を示しています。

次の1)および2)の両方の条件を満たすこと

1) 発症後に少なくとも8日が経過している

2) 薬剤\*を服用していない状態で、解熱後および症状\*\*消失後に少なくとも3日が経過している

\*解熱剤を含む症状を緩和させる薬剤

\*\*咳・咽頭痛・息切れ・全身倦怠感・下痢など

この条件を満たした場合を職場復帰の目安としています。"

Q

コロナ後遺症と心の悩みにどう応えるべきか？後遺症の対処法があれば具体的にご教示下さい。

A

非常に重要な問題であり社会的に関心の大きいテーマですが、現時点で有効な治療薬などはなく、対症療法となります。

Q

急性期治療終了後の再発熱への対応、慢性期の対応の注意点について  
COVID-19患者のケアを行った後に、組織がPCR検査を求めた場合、何日後に検査を実施するのがよいのでしょうか。支援に行かれた場合等ほとんど実施されている現状です。本人も不安から希望もされます。よろしくお願い致します。

A

隔離解除の基準を満たした患者さんは原則として数ヶ月程度は新型コロナに罹患しにくいとされます（感染性はなくなってもPCR検査は陽性になり続けることはあります）。あくまで原則ですので、新型コロナ回復者の発熱時の対応は、総合的な判断となります。罹患後どれくらい経過してからPCR検査を行うべきかについては正解はなく（本来は感染性がなくなっている回復者にPCR検査をする意義はありません）、感染性があるかどうかについては発症からの日数で判断して良いと考えます。支援に行かれた医療従事者については濃厚接触者と判断すればPCR検査を行ってもよいかと思えます。

Q

在宅の場でどのような症状が検査前確率が高いと思われる症状で、どのような状態で病院への紹介を検討すればよいのでしょうか。

A

現状においては、コロナが疑われる症状を有する患者は検査が推奨されますし、在宅での患者様は重症化リスクが高いと考えられますので、疑われた時点でご紹介いただくのがよろしいかと思えます。

Q

訪問看護師です。陽性者の自宅療養中の方のところに訪問しています。様々な環境下でのゾーニングのポイント、60分の滞在を避けられない場合の感染予防策について教えていただきたいです。また通常の方の入浴介助時はご本人がマスクができないので、看護師はマスクとゴーグルをしていますが、感染予防策として不十分でしょうか。もし不十分なら他に追加できる方法を教えて下さい。季節柄換気は難しくまた、要介護者の入浴は15分以内で終わることができません。よろしくお願い致します。

A

陽性患者さんを在宅で診療するに当たってはいろいろと制限があるとは存じますが、原則としては個室をレッドゾーンとして、入室前に个人防护具を装着し、出る前に脱衣を行う、のがよろしいかと思えます。非感染者でマスクが装着できない場合は、医療従事者はマスク＋フェイスシールドでよろしいかと思えます。

Q

全職員への感染予防対策の教育・周知のノウハウ(ゾーニングやPPEの取り扱い、私生活での注意点の周知、協力の得方)、それに伴う職員のストレスマネジメントについて教えてください。

A

職員への情報共有については担当者を決めた上で、例えば週に1回など感染対策、私生活での注意などについて定期的に周知するのが良いと考えます。ストレスマネジメントについては多くの医療機関において問題となっていますが、職場内で専門の担当者がいない場合は保健所でも対応いただけることがあるようです。

Q

5割近くが無症状のままであるということが、どうしても懸念事項として残ります。対処はどうしたらよいのでしょうか。やはりいつでも自分が保菌者かもしれないと自覚し外出をひかえるべきでしょうか。

A

無症候性感染者、そして発症前の時点でも感染を広げる可能性があることから、無症状の人も含めてすべての人がマスクを着用するユニバーサルマスクという概念が重要かと思います。

Q

昨年3月末のNew York Timesにて、業種別新型コロナ感染リスク予想が掲載されましたが、歯科医院は最もハイリスクグループとされました。

しかし、これまで全国約64000歯科医院でのクラスター発生は確認されていません。

また、東京都歯科医師会約8000歯科医院での歯科医療従事者、患者の陽性者数も約30名程度にとどまっているようです。全てが報告されているわけではありませんので、正確とは言えませんが、ご存知のように歯科医療では患者さんの口の中で高速ドリルを回転させますので、大量の飛沫が周囲に飛び散ります。

無症状のいわゆるサイレントキャリアの患者さんへの歯科処置も知らぬ間にたくさんされている筈ですので、感染様式の中心が飛沫感染ならもっと大量の感染者が発生していると考えられますが、現実はそうなってはいません。

新型コロナウイルスは低温低湿度下で活性化することですので唾液の飛沫中では不活性となり、落下して床やテーブル上で乾燥して活性化したものを手で触り、その手が口へ運ぶことで多くの感染が成立するのではと考えていますが、これは素人の暴論なのでしょうか。

できましたらその辺のところをご教示頂ければありがたいので、宜しくお願い致します。

A

ご指摘の通り歯科でのクラスター発生はこれまでほとんど報告はありません。各歯科医院側の徹底した感染予防対策が功を奏しているのではないかと思います。それ以外になにか要因があるのかは不明です。

Q

最近、Natureの記事で接触感染のリスクは低いとの発表がありましたが、どの程度のリスクと捉えたらよいのでしょうか？

A

接触感染は、COVID-19の全体の感染の1割を占めるのではないかと推定されています。(Science 10.1126/science.abb6936 (2020).)

Q

温泉（大浴場）は感染リスクありますか？コロナはお湯に弱いイメージがありますが、いかがでしょうか？

A

マスクを着けずに近距離で会話をする、という意味において感染リスクがあると考えます。

Q

① COVID-19の感染対策について、外来での発熱者や、入院、内視鏡やIVRなどのカテーテル治療や手術、ICU入室などの時にPCR法やLAMP法でどこまでをスクリーニングにかける方が良いのでしょうか。

② 施設や担当科の先生方のご意見による違いがあるかもしれませんが、救急医療の場面でACSや脳出血などの緊急カテーテル検査や緊急手術をする時に、COVID-19の否定をする事に対応が遅れたりする事があるかと思えます。感染防止策がしっかりとできる環境なら速やかに治療に入るのがベストだとは思っています。ただ、その中でもCOVID-19が否定出来ない中入室に抵抗のあるスタッフもいます。COVID-19が否定出来ない中で行う、緊急のカテーテルや手術などの感染防止策で安全に行うにはどのような事が大切なポイントになるのでしょうか。

A

① その施設のキャパシティ、その地域・時期の流行状況にもよると考えます。キャパシティが十分あり、高度流行地域では意義があると思われれます。

② これもキャパシティや地域・時期によってはPCR検査を行う意義はあるかと思えます。また、PCR検査であっても完全に除外することはできないことから、可能な限りユニバーサルマスクを徹底し、標準予防策を遵守することが重要と考えます。

Q

COVID19陽性例・擬似症に対する緊急手術に関わります。周術期の感染対策に関してアップデート、経験の蓄積から得られた教訓などあれば知りたいです。

A

あまり目新しいものはないようですが、The World Federation of Societies of Anaesthesiologistsからガイドライン（Care for Patients with Suspected or Confirmed COVID-19 and associated anaesthesia related resources）が出ています。  
<https://wfsahq.org/news/latest-news/coronavirus-guidance-for-anaesthesia-and-perioperative-care-providers/>

Q

感染者の抗体を投与することについての進捗状況を教えてください。

A

NCGMでは回復者血漿療法のランダム化比較試験を開始しております。また、海外では重症化リスクの高い高齢者や基礎疾患のある方に発症3日以内に投与することで重症化を防げた、という報告がNEJMに掲載されています（DOI: 10.1056/NEJMoa2033700）

Q

最新の治療方針、血栓症の予防方法について教えてください。

COVID-19患者の抗凝固療法については徐々にエビデンスが出てきています。

COVID-19入院患者で予防的抗凝固療法の早期開始により30日死亡率が低下も重篤な出血リスクの増加なし

Early initiation of prophylactic anticoagulation for prevention of coronavirus disease 2019 mortality in patients admitted to hospital in the United States

<https://www.bmj.com/content/372/bmj.n311>

A

国際大規模臨床研究でCOVID-19入院患者への抗凝固療法により、挿管率の低下と死亡率の減少傾向が観察される

Full-dose blood thinners decreased need for life support and improved outcome in hospitalized COVID-19 patients

<https://www.nih.gov/news-events/news-releases/full-dose-blood-thinners-decreased-need-life-support-improved-outcome-hospitalized-covid-19-patients>

Q

迅速抗原検査は感染性と相関する印象で見っていますがいかがでしょうか？

食事の場所を高率に介するクラスターの発生に鑑みて唾液腺感染を起こしているのではないかと疑っています

プライマリーが唾液腺感染で多くが無症候性であれば、おたふく風邪のような高い伝播率とその割にそこまで広がらないのが、これだけの伝播性の一部を説明すると感じてます  
この点について研究がされていれば教えて頂きたいです

A

ご指摘の通り、抗原検査は感染性の推移とよく相関すると言われております(DOI: 10.1056/NEJMp2025631)。

唾液腺についてはそのような仮説はあるようです

(<https://doi.org/10.1177/0022034520918518>) が、まだ十分分かっていないのではないかと思います。

Q

先日感染後14日で退院直前に微熱が出て、念の為撮影して胸部レントゲンで新たな陰影が出現した患者がいました。

1 / 5 にリツキサンを含むR-CHOP療法施行、1 / 1 8 発症

1 / 2 2 入院 経過は良好でしたが、2 / 2 (発症から17日) に微熱 CTで肺炎も増悪

通常より遅れて増悪した事に関して、リツキサンなどが関係している可能性があるのか。抗がん剤治療がなくても、稀に遅れて増悪する人がいるのかを伺いたいです。

昨年9月に大阪の病院で症状が再燃する人が複数いたと発表しておりましたが、今回のような事例なのかと推測しております。

一応、再燃や再発は今の所ははっきりあるとは言えないとも考えております。

例えば血液疾患などでは発症後10日目で血球数も臨床所見も異常がなくても、20日くらい経過観察が必要なのでしょうか。

A

悪性リンパ腫などの血液疾患など細胞性免疫不全の患者ではSARS-CoV-2を長期間排出したり、寛解と増悪を繰り返したりする事例が報告されています。

こうした事例では、明確な隔離解除基準はありませんが、慎重に隔離解除を判断する必要があります。

**Q**

流行地域とそうでない地域でPCRや抗原検査の施行閾値は変わりますか？

**A**

流行度の違いによって検査前確率が異なるため、スクリーニング検査としてのPCR検査や抗原検査の閾値は異なると考えられます。実際には明確な基準がないため各施設の判断になりますが、例えばその地域の検査陽性率などが判断材料になるのではないかと思います。

**Q**

アビガンの適応、評価はいかがでしょうか？

**A**

アビガンは現時点ではCOVID-19に有効であるという科学的根拠が不足しているため承認に至っていないものと思われます。効果がないとは言い切れず、今後の研究が待たれるところかと思えます。

**Q**

これからの季節、自然に感染者（PCR陽性者）が減少してゆく可能性が高いのではないのでしょうか。流行時期を考慮せず、国民の大多数が順繰りにワクチンを打つのは妥当でしょうか？

**A**

昨年の状況を見ますと、春以降に症例数が減るとは必ずしも言えず、またワクチンの効果の持続期間も不明な状況においては、できる限り早く接種を開始するのは妥当ではないかと考えます。

**Q**

ワクチンの効果はどのくらいの期間といわれていますでしょうか。

**A**

現時点ではまだ分かっていません。中和抗体は、4ヶ月は持続するというモデルナのmRNAワクチンのデータがあります（DOI: 10.1056/NEJMoa2022483）

**Q**

各国のワクチン接種後、感染者数の傾向をお示しいただけませんか。

**A**

イスラエルでは国民の半数以上に接種が行われており、2回目の接種7日後に92%の予防効果を示しています（DOI: 10.1056/NEJMoa2101765）

Q

ワクチンの接種を考慮すべき方をおしえてください。

A

コロナ収束のためにはPEGに対するアレルギーのある方以外は基本的に接種を前向きにご検討いただくのがよいかと考えます。

Q

抗体を持っている方やコロナ罹患歴の方のワクチン接種の考え方をご教授下さい。

A

罹患歴のある方は1回の接種でも十分な抗体が得られた(DOI: 10.1056/NEJMc2101667)、という報告が出ていますが、1回で良いという方針にはなっておりませんので現時点では通常通り2回接種になるかと思えます。

Q

免疫不全のかたへのワクチン接種は効果があるのでしょうか？

A

CDCは以下のように推奨しています (<https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/clinical-considerations.html>)。

免疫抑制療法を受けている人はCOVID-19の接種を受けることができます。免疫抑制療法を受ける予定のある人がCOVID-19ワクチンを接種する最適なタイミングを知るためのデータは現在のところ不十分です。しかし、免疫不全者へのワクチン接種の一般的なベストプラクティスに基づき、理想的には免疫抑制療法開始の少なくとも2週間前にCOVID-19の接種を完了すべきです。COVID-19の完全なワクチンシリーズ（すなわち、mRNAワクチンの2回接種またはJanssen COVID-19ワクチンの1回接種）を事前に行うことができない場合でも、免疫抑制療法を受けている人はCOVID-19の接種を受けることができます。COVID-19ワクチン接種を完了するために免疫抑制療法を延期する決定は、基礎疾患に関するその人のリスクを考慮する必要があります。

Q

不妊治療や妊娠を計画されている方は、ワクチンを打った方がよろしいのでしょうか？

A

妊婦へのmRNAワクチンの安全性については十分なエビデンスはありませんが、これまでの知見からは、mRNAワクチンは生ワクチンではないため、妊娠中の人や胎児にリスクをもたらす可能性は低いと考えられます。

妊婦さんが新型コロナに感染すると重症化する可能性もあるため、今後海外から妊婦さんのワクチン接種の安全性のデータが確認できれば接種することが望ましいと考えられます。不妊治療中の方は努力義務からは外れておらず、接種については問題ないと考えられます。