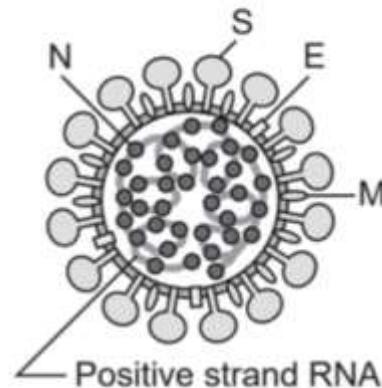
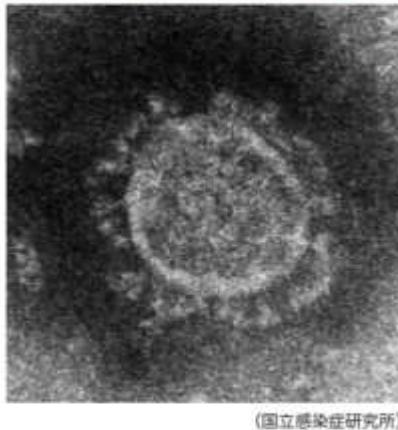


# SARS-CoV-2について

SARS-CoV-2は、SARSやMERSの病原体と同じβコロナウイルスに分類される動物由来コロナウイルスと判明したが、宿主動物は2020年2月時点ではまだ分かっていない。

現在はヒト-ヒト感染によって流行が広がっている状況である。SARS-CoV-2による感染症をCOVID-19(感染症法では新型コロナウイルス感染症)と呼ぶ

図1 病原体 SARS-CoV-2 動物由來のコロナウイルス



エンベロープにある突起が王冠(ギリシア語でコロナ)のように見える。SARS-CoVと同様にACE2をレセプターとしてヒトの細胞に侵入する。環境表面での安定性は不明だが、SARSの病原体(SARS-CoV)では5日程度感染性を保つ場合がある。

図2 新型コロナウイルス感染症の典型的な経過



図3 年齢別にみた新型コロナウイルス感染症の致死率

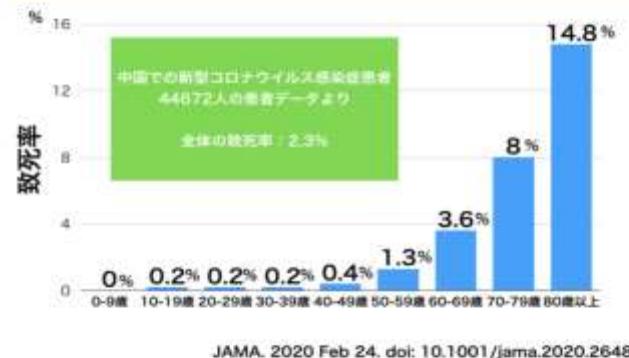
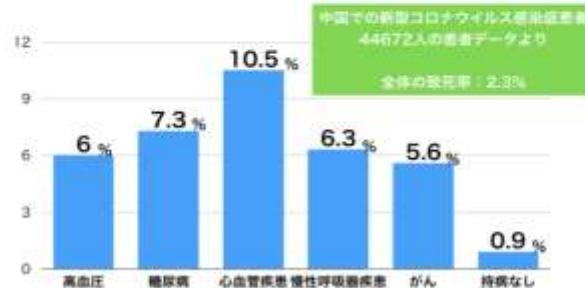


図4 基礎疾患ごとにみた新型コロナウイルス感染症の致死率



# SARS-CoV-2について

## Jin Yin-tan Hospital, Wuhan, China における 41 例のまとめ

(2019 年 12 月 1 日から 2020 年 1 月 1 日に発症)

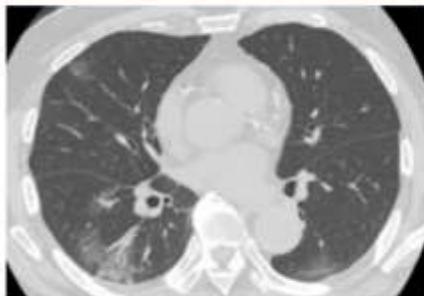
	ICU 入室あり (n = 13)	ICU 入室なし (n = 28)	p 値
白血球 (/μL)	11,300	5,700	0.011
リンパ球 (/μL)	400	1,000	0.004
プロトロンビン時間 (s)	12.2	10.7	0.012
D ダイマー (μg/mL)	2.4	0.5	0.004
AST (U/L)	44.0	34.0	0.10
クレアチニン (mg/dL)	0.89	0.83	0.84
CK (U/L)	132.0	133.0	0.31
LDH (U/L)	400.0	281.0	0.004
プロカルシトニン (ng/mL)	0.1	0.1	0.031

\* 検査値は中央値のみを示した。

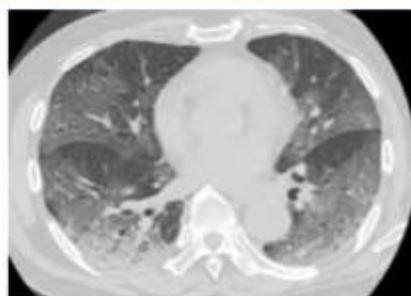
(Huang C, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet 2020.)

- ・胸部 CT 検査は感度が高く、無症状であっても異常所見を認めることがある。
- ・武漢市における患者（81 例）の胸部 CT 所見のまとめでは、79% に両側の陰影を認め、54% は肺野末梢に分布した。すべての肺野に異常を認めうるが、右下葉に多い傾向を認めた。
- ・発症から 1～3 週間の経過でスリガラス陰影から浸潤影に変化する。第 14 病日頃にピークとなることが多い。

## 80 歳代 男性（東京都保健医療公社豊島病院における症例）



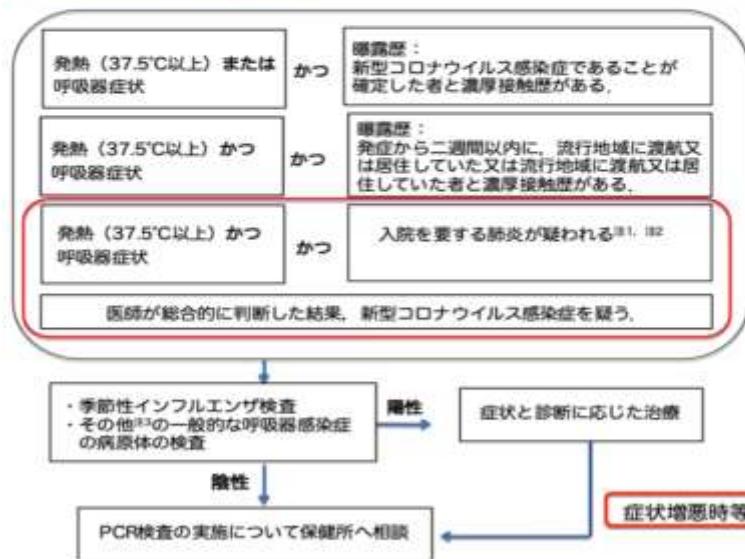
▲第 6 病日



▲第 12 病日

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	
疑似症患者	感染が疑われる患者のうち、臨床的に顕著性が高い	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
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
感染症死亡者（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

## 疑い患者の要件と検査の流れ



注1：従前の集中治療その他これに準ずるものに限らず、入院を要する肺炎が疑われる者を対象とする。

注2：特に高齢者又は基礎疾患がある者については積極的に考慮する。

注3：病状に応じて、早期に結果の出る迅速検査等の結果を踏まえ、培養検査など結果判明までに時間がかかるものについては、結果が出る前でも保健所へ相談する。

\* 赤枠は 2020 年 2 月 27 日変更点

(2020 年 2 月 27 日現在の流行地域は、中華人民共和国湖北省・浙江省、大韓民国大邱広域市・慶尚北道清道郡)

# SARS-CoV-2について

## 感染防止策

	必要な感染防止策	感染防止策を実施する期間
初期対応	標準予防策（呼吸器症状がある場合のサージカルマスクを含む）	
疑い患者	標準予防策 接触予防策・飛沫予防策	病原体診断の結果、COVID-19が否定されるまで
確定例	標準予防策 接触予防策・飛沫予防策 空気予防策 (エアロゾル発生手技)	症状消失まで（14日間程度） 検査診断でウイルス陰性が2回確認されるまで（退院まで）

## 新型コロナウイルス感染症における退院等基準

軽快：24時間発熱（37.5°C以上）なしかつ呼吸器症状が改善傾向であること

### ● 患者（症状ありかつPCR検査陽性）



### ● 無症状病原体保有者（症状なしかつPCR検査陽性）



- 陰転化が確認されるまで、48時間毎にPCR検査を実施する。陰転化が確認されたら、前回検体採取後12時間以後に再度採取を行い、2回連続で陰性が確認されたら退院可とする。

- 無症状病原体保有者は、有症状となれば患者のフローへ移行する。

COVID-19の疑いに関わらず、原則として以下は常に用うべきである。

- ・外来患者の待合室では、発熱や呼吸器症状を訴える患者とその他の患者、または発熱や呼吸器症状を訴える患者どうしが、一定の距離を保てるように配慮する。呼吸器症状を呈する患者にはサージカルマスクを着用させる。

- ・医療従事者は、標準予防策を遵守する。つまり、呼吸器症状のある患者の診察時にはサージカルマスクを着用し、手指衛生を遵守する。サージカルマスクや手袋などを外す際には、それらにより環境を汚染しないよう留意しながら外し、所定の場所に破棄する。さらに手指衛生を遵守し、手指衛生の前に目や顔を触らないように注意する。

- ・風邪の症状や発熱のある患者や、強いだるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)がある患者は迅速に隔離し、状況に応じてPCR検査の実施を考慮する。

# SARS-CoV-2について

表1 医療従事者（注1）の曝露のリスク評価と対応

新型コロナウイルス感染症患者と接触したときの状況（注2）	曝露のリスク	健康観察の方法（注7） (最後に曝露した日から14日目まで)	無症状の医療従事者に対する就業制限
<b>マスクを着用している新型コロナウイルス感染症患者と長時間（注5）の濃厚接触あり（注6）</b>			
医療従事者のPPE：着用なし	中リスク	積極的	最後に曝露した日から14日間の就業制限
医療従事者のPPE：サージカルマスクまたはN95マスクの着用なし	中リスク	積極的	最後に曝露した日から14日間の就業制限
医療従事者のPPE：サージカルマスクは着用しているが眼の防護なし	低リスク	自己	なし
医療従事者のPPE：ガウンまたは手袋の着用なし（注3）	低リスク	自己	なし
医療従事者のPPE：推奨されているPPEをすべて着用（N95ではなくサージカルマスクを着用）	低リスク	自己	なし
<b>マスクを着用していない新型コロナウイルス感染症患者と長時間（注5）の濃厚接触あり（注6）</b>			
医療従事者のPPE：着用なし	高リスク	積極的	最後に曝露した日から14日間の就業制限
医療従事者のPPE：サージカルマスクまたはN95マスクの着用なし	高リスク	積極的	最後に曝露した日から14日間の就業制限
医療従事者のPPE：サージカルマスクは着用しているが眼の防護なし（注4）	中リスク	積極的	最後に曝露した日から14日間の就業制限
医療従事者のPPE：ガウンまたは手袋の着用なし（注3）（注4）	低リスク	自己	なし
医療従事者のPPE：推奨されているPPEをすべて着用（N95ではなくサージカルマスクを着用）（注4）	低リスク	自己	なし

Interim U.S. Guidance for Risk Assessment and Public Health Management of Healthcare Personnel with Potential Exposure in a Healthcare Setting to Patients with 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) 2020年3月4日版をもとに作成

注1 医療従事者 ここでいう医療従事者とは、医療機関で勤務するすべての職員を指す。

注2 記載されている PPE 以外の PPE は着用していたと考える。例えば「眼の防護なし」とある場合は、それ以外の推奨される PPE(マスク、手袋、ガウン)は着用していたと考える。

注3 体位変換などの広範囲の身体的接触があった場合は中リスクと判断する。

注4 医療従事者が大量のエアロゾルを生じる処置（下記）を実施した場合やこれらの処置を実施中の病室内に滞在した場合は中リスクと判断する。エアロゾルを生じる処置とは、気管挿管・抜管、NPPV 裝着、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、誘発採痰などを指す。

注5 接触時間 ここでいう接触時間の長さは以下を目安とする。長時間：数分以上 短時間：約1～2分

注6 濃厚接触 ここでいう濃厚接触とは以下のいずれかを指す。

a) COVID-19 患者の約2メートル以内で長時間接触する（例えば、ケアを行う、または、2メートル以内に座って話をするなど）

b) 個人防護具を着用せずに患者の分泌物や排泄物に直接接触する（例えば、咳をかけられる、素手で使用済みのティッシュに触れるなど）濃厚接触の有無を判断する際は、接触した時間（長いほうが曝露の可能性が高い）、患者の症状（咳がある場合は曝露の可能性が高い）、患者のマスク着用の有無（着用していれば飛沫による他者や環境の汚染を効果的に予防することができる）についても考慮する。以下の状況では、患者のマスク着用の有無にかかわらず、医療従事者が推奨される個人防護具を着用していない場合でも低リスクと考えられる。

・受付で短時間の会話を交わした場合

・病室に短時間入ったが患者や分泌物/排泄物との接触がない場合

・退院直後の病室に入室した場合 患者のそばを通りかかったり、病室に入らず、患者や患者の分泌物/排泄物との接触がない場合、リスクはないと判断する。

注7 健康観察の方法 以下の二つの方法がある。いずれの場合も症状（発熱または呼吸器症状）が出現した時点で直ちに他の人から離れ（マスクがあれば着用し）、医療機関の担当部門に電話連絡のうえ受診する。

積極的：医療機関の担当部門が曝露した医療従事者に対し、発熱または呼吸器症状の有無について1日1回、電話やメール等で確認する。

自己：曝露した医療従事者自身が業務開始前に発熱または呼吸器症状の有無を医療機関の担当部門に報告する。

# SARS-CoV-2について

## (用語の定義)

- 「患者(確定例)」とは、「臨床的特徴等から新型コロナウイルス感染症が疑われ、かつ、検査により新型コロナウイルス感染症と診断された者」を指す。
- 「疑似症患者」とは、「臨床的特徴等から新型コロナウイルス感染症が疑われ、新型コロナウイルス感染症の疑似症と診断された者」を指す。
- 「濃厚接触者」とは、「患者(確定例)」が発病した日以降に接触した者のうち、次の範囲に該当する者である。
  - ・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
  - ・適切な感染防護無しに患者(確定例)を診察、看護若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：手で触れること又は対面で会話することが可能な距離(目安として2メートル)で、必要な感染予防策なしで、「患者(確定例)」と接触があった者(患者の症状などから患者の感染性を総合的に判断する)。
- 「患者クラスター(集団)」とは、連続的に集団発生を起こし(感染連鎖の継続)、大規模な集団発生(メガクラスター)につながりかねないと考えられる患者集団を指す。これまで国内では、全ての感染者が2次感染者を生み出しているわけではなく、全患者の約10-20%が2次感染者の発生に寄与しているとの知見より、この集団の迅速な検出、的確な対応が感染拡大防止の上で鍵となる。

新型コロナウイルス感染症患者に対する積極的疫学調査実施要領(暫定版)  
-患者クラスター(集団)の迅速な検出の実施に関する追加 2020.3.12版より引用

## 新型コロナウイルス感染症(疑似症患者を含む) 基本情報・臨床情報調査票

## 基本情報※

ID

1 調査担当保健所名 :	調査者氏名 :	
2 調査日時 : 年 月 日 時	調査方法 : <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他( )	
3 調査回答者: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外一氏名( )	本人との関係( )	
4 調査回答者連絡先: 自宅電話: - - - 携帯電話: - - -		
5 診断分類 : 新型コロナウイルス感染症(患者(確定例)) <input type="checkbox"/> 無症状病原体保有者 <input type="checkbox"/> 疑似症患者		
6 MESID登録ID :	7 患者居住地保健所 :	
8 届出医療機関名 :	9 届出医療機関主治医名 :	
10 届出医療機関所在地 :	11 届出受理自治体 :	
12 届出受理保健所 :	13 届出受理担当者 :	
14 初診年月日 : 年 月 日	15 診断年月日 : 年 月 日	
16 感染推定日 : 年 月 日	17 発病年月日 : 年 月 日	

※3~17は発生届出票等より転記(4欄MESIDへの登録後に記入)

18 患者氏名 :	19 性別: 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 生年月日 : 年 月 日 ( 年齢 + P )
21 国籍 :	22 患者住所 :

23 患者電話番号: 自宅 - - - 携帯 - - -
24 患者Email: @
25 調査時点の患者の主たる所在: <input type="checkbox"/> 医療機関 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先・学校 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 不明 連絡先住所: 電話番号:

職業・業種・学校(幼稚園・保育園等を含む)等:

最終勤務・出席(勤)日( 年 月 日)(児童・生徒の場合、所属クラス・クラブ等詳細に記入する)

26 勤務先/学校名 :	勤務先/学校所在地 :
勤務先/学校電話番号:	- - -

27 本人以外(保護者等)の連絡先	本人との関係:
氏名:	
住所:	
電話番号	自宅: - - - 携帯: - - -

妊娠	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>	(妊娠週)
慢疾	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>	(歳から 本/日)
糖尿病	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>	
呼吸器疾患(喘息・COPD・その他)	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>	(具体的に )
腎疾患	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>	(ありの場合、透析 あり・なし)
肝疾患	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>	(具体的に )
心疾患	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>	(具体的に )
神経筋疾患	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>	(具体的に )
血液疾患(貧血等)	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>	(具体的に )
免疫不全(HIV・免疫抑制剤使用含む)	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>	(具体的に )
悪性腫瘍(がん)	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>	(具体的に )
その他( )		

## 臨床経過等

症状	用必要に応じ、症状の有無、体温、時刻等の情報を記入								ID
	月	日	月	日	月	日	月	日	
最高体温 (°C)									
呼 吸 故	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
吸 吸 困 難	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
鼻 液	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
鼻 液	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
咽頭痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
咽 気・咽 口	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
結膜充血	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
頭 痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
全身倦怠感	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
關節筋肉痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
下 痢	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
意識障害	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
けいれん	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
その他の	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
月	日	月	日	月	日	月	日		
症状など									
最高体温 (°C)									
呼 吸 故	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
吸 吸 困 難	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
鼻 液	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
鼻 液	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
咽頭痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
咽 気・咽 口	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
結膜充血	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
頭 痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
全身倦怠感	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
關節筋肉痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
下 痢	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
意識障害	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
けいれん	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
その他の	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
月	日	月	日	月	日	月	日		
症状など									
最高体温 (°C)									
呼 吸 故	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
吸 吸 困 難	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
鼻 液	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
鼻 液	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
咽頭痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
咽 気・咽 口	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
結膜充血	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
頭 痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
全身倦怠感	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
關節筋肉痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
下 痢	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
意識障害	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
けいれん	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
その他の	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
月	日	月	日	月	日	月	日		
症状など									
最高体温 (°C)									
呼 吸 故	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
吸 吸 困 難	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
鼻 液	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
鼻 液	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
咽頭痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
咽 気・咽 口	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
結膜充血	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
頭 痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
全身倦怠感	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
關節筋肉痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
下 痢	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
意識障害	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
けいれん	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
その他の	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
月	日	月	日	月	日	月	日		
症状など									
最高体温 (°C)									
呼 吸 故	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
吸 吸 困 難	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
鼻 液	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
鼻 液	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
咽頭痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
咽 気・咽 口	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
結膜充血	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
頭 痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
全身倦怠感	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
關節筋肉痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
下 痢	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
意識障害	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
けいれん	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
その他の	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
月	日	月	日	月	日	月	日		
症状など									
最高体温 (°C)									
呼 吸 故	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
吸 吸 困 難	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
鼻 液	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
鼻 液	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
咽頭痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
咽 気・咽 口	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
結膜充血	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
頭 痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
全身倦怠感	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
關節筋肉痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
下 痢	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
意識障害	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
けいれん	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
その他の	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
月	日	月	日	月	日	月	日		
症状など									
最高体温 (°C)									
呼 吸 故	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
吸 吸 困 難	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
鼻 液	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
鼻 液	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
咽頭痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
咽 気・咽 口	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
結膜充血	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
頭 痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
全身倦怠感	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
關節筋肉痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
下 痢	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
意識障害	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
けいれん	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
その他の	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
月	日	月	日	月	日	月	日		
症状など									
最高体温 (°C)									
呼 吸 故	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
吸 吸 困 難	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
鼻 液	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
鼻 液	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
咽頭痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
咽 気・咽 口	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
結膜充血	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
頭 痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
全身倦怠感	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
關節筋肉痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
下 痢	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
意識障害	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
けいれん	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
その他の	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
月	日	月	日	月	日	月	日		
症状など									
最高体温 (°C)									
呼 吸 故	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
吸 吸 困 難	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
鼻 液	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
鼻 液	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
咽頭痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
咽 気・咽 口	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
結膜充血	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
頭 痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
全身倦怠感	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
關節筋肉痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
下 痢	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
意識障害	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
けいれん	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
その他の	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
月	日	月	日	月	日	月	日		
症状など									
最高体温 (°C)									
呼 吸 故	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
吸 吸 困 難	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
鼻 液	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
鼻 液	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
咽頭痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
咽 気・咽 口	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
結膜充血	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
頭 痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
全身倦怠感	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
關節筋肉痛	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
下 痢	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
意識障害	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
けいれん	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
その他の	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>								
月	日	月	日	月	日	月	日		
症状など									
最高体温 (°C)									

32	入院：口無 口有 (有の場合 入院期間 月 日～月 日)	診療科名：	主治医名：		
	入院医療機関名：	診療科名：	主治医名：		
	疑似症定点医療機関 該当	非該当			
	入院医療機関所在地：	連絡先：			
33	胸部X線 無・有(所見)	)			
34	胸部CT 無・有(所見)	)			
35	人工呼吸器使用の有無 無・有				
患者受診後の医療行為：					
36	月日	医療機関名	医療行為	備考(検査・医療行為等の結果、等)	
	/				
	/				
	/				
37	転帰 退院(退院日 年月日)	死亡(死亡日 年月日)			
その他の経過					
38					
検査結果					
新型コロナウイルスの検査					
39	検体材料	検体採取日	3へジ 結果	検査方法	検査施設
			陰性・陽性・その他( )		
			陰性・陽性・その他( )		
			陰性・陽性・その他( )		
			陰性・陽性・その他( )		
			陰性・陽性・その他( )		
新型コロナウイルス以外の検査					
	病原体	検体材料	検体採取日	結果	検査方法 検査施設
●培養検査 無・有・不明					
	ありの場合			陰性・陽性(菌名： )	
				陰性・陽性(菌名： )	
				陰性・陽性(菌名： )	
				陰性・陽性(菌名： )	
●抗原検査 無・有・不明					
40	インフルエンザウイルス			陰性・陽性	
	RSウイルス			陰性・陽性	
	アデノウイルス			陰性・陽性	
	肺炎球菌			陰性・陽性	
	レジオネラ			陰性・陽性	
●その他検査法					
	病原体名( )			陰性・陽性・その他( )	
	病原体名( )			陰性・陽性・その他( )	
	病原体名( )			陰性・陽性・その他( )	
自由記載欄					

新型コロナウイルス感染症患者行動調査票(感染者)

(添付2-1)

• 160 •

卷之三

**共通** 露見露を後ろ向きに探査する作業は発症前の2週間を目安とし患者の行動について記載する。職場、学校、医療機関、移社施設等の人々が集まる場所、密閉されかつ不特定多数の人が一定時間接触がある空間などの感染リスクが高い場所に関する行動歴を中心とし、症状がある人等との接觸歴（対面で会話した等）とあわせて聞き取りする。発症前1日目以降の行動歴については行動（発症前日から）調査票（添付3-1）を使用すること。  
※感染リスクが高い場所の例として：船、長距離バス、スポーツジム、屋内音楽ライブ、クラブ、立食パーティー、カラオケボックス、屋内展示会等の換気が悪く密閉された環境での集会参加、流行地への滞在歴（国内・国外）が挙げられる。

Digitized by srujanika@gmail.com

新型コロナウイルス感染症患者行動調査票（接触者）

(添付3-1)

新二  
ME-100第10頁

唐宋词

☆発症後の行動観察は、過度接触者を特定し、感染拡大を予防するために行う。原則として、診断されて症例として対応される直前までの行動について記載する。また、患者と同室であったり会話をした者のうち、連絡や問い合わせが可能である者を優先的に記述する。

発症日 より	日付	時刻	同居者以外の者との接觸 状況	接觸場所	接觸者氏名 ※	接觸者の連絡先	備考
記 載 例	B/Y	8時～12時 13時30分 ～ 15時頃	(1)職場に出勤し、所属する官 公機関の同僚と接觸 (2)取引先に移動し、応対した 社員や商談した社員等と接觸	①〇〇物産株式会社 TEL：000-000-0000 ②〇×貿易株式会社 TEL：999-999-9999	①〇〇太郎、 △〇〇花子、△ △次郎 ②〇×部長、 △〇主任	①は全て〇〇物 産株式会社 ②は全て〇×貿 易株式会社	
発症 1日前	/						

新型コロナウイルス感染症患者の接触者リスト

備考用語

調查者姓名：

#### 参考书:

报告者ID: 3-1 [别途健康观察表 - 第13-31行] 健康观察表(3)

連絡者名	性別	年齢	連絡者ととの最終接触日	基礎疾患有無	観察期間内の既往歴	連絡先(電話番号、メールアドレス等)	備考(接触状況等)
よみがな氏名	性別	年齢	年月日	無/有	無/有		
			年月日	無/有	無/有		

## 新型コロナウイルス感染症患者の接触者における健康観察票(1枚目)

これは、管轄保健所が主体となって行う調査票です。観察対象者に対しては注意深く健康チェックを実施してもらい、もし気になる症状が現れたときには、必ず速やかに保健所へ連絡するよう伝えて下さい。健康観察は、患者との最終接觸日から14日目で終了してください。

接觸者番号:	観察対象者氏名:			住所:			TEL:			Email:		
患者氏名:				患者との最終接觸日時: 年 月 日 時頃			患者との関係:					
	観察開始日	開始後1日目	開始後2日目	開始後3日目	開始後4日目	開始後5日目	開始後6日目	開始後7日目	開始後8日目	開始後9日目	開始後10日目	
日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
最高体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	
呼吸器症状	咳嗽	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	呼吸困難	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	鼻汁・鼻閉	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	咽頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	嘔気・嘔吐	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	結膜充血	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	全身倦怠感	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	関節筋肉痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
その他	意識障害	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	けいれん	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
その他												
朝・夕の確認 <input checked="" type="checkbox"/> (確認手段(電話・面接等)を記載)	朝:□( )	朝:□( )	朝:□( )	朝:□( )	朝:□( )	朝:□( )	朝:□( )	朝:□( )	朝:□( )	朝:□( )	朝:□( )	
夕:□( )	夕:□( )	夕:□( )	夕:□( )	夕:□( )	夕:□( )	夕:□( )	夕:□( )	夕:□( )	夕:□( )	夕:□( )	夕:□( )	
備考												
確認者												

保健所名: 担当者: 所在地: TEL: FAX: Email: @

# SARS-CoV-2について

## ご家族に新型コロナウイルス感染が疑われる場合 家庭内でご注意いただきたいこと ～8つのポイント～

(一般社団法人日本環境感染学会とりまとめを一部改変) 令和2年3月1日版

### 部屋を分けましょう

- ◆ **個室にしましょう。** 食事や寝るときも別室としてください。
  - ・子どもがいる方、部屋数が少ない場合など、部屋を分けられない場合には、少なくとも2m以上の距離を保ったり、仕切りやカーテンなどを設置することをお勧めします。
  - ・寝るときは頭の位置を互い違いになるようにしましょう。
- ◆ **ご本人は極力部屋から出ないようにしましょう。**  
トイレ、バスルームなど共有スペースの利用は最小限にしましょう。

### 感染者のお世話はできるだけ限られた方で。

- ◆ 心臓、肺、腎臓に持病のある方、糖尿病の方、免疫の低下した方、妊婦の方などが感染者のお世話をするのは避けてください。

### マスクをつけましょう

- ◆ 使用したマスクは他の部屋に持ち出さないでください。
- ◆ マスクの表面には触れないようにしてください。マスクを外す際には、ゴムやひもをつまんで外しましょう。
- ◆ マスクを外した後は必ず石鹼で手を洗いましょう。  
(アルコール手指消毒剤でも可)

※マスクが汚れたときは、すぐに新しい清潔な乾燥マスクと交換。

※マスクがないときなどに咳やくしゃみをする際は、ティッシュ等で口と鼻を覆う。

### こまめに手を洗いましょう

- ◆ こまめに石鹼で手を洗いましょう、アルコール消毒をしましょう。洗っていない手で目や鼻、口などを触らないようにしてください。

### 換気をしましょう

- ◆ **定期的に換気してください。** 共有スペースや他の部屋も窓を開け放しにするなど換気しましょう。

### 手で触れる共有部分を消毒しましょう

- ◆ **共用部分** (ドアの取っ手、ノブ、ベッド柵など) は、**薄めた市販の家庭用塩素系漂白剤で拭いた後**、水拭きしましょう。
  - ・物に付着したウイルスはしばらく生存します。
  - ・家庭用塩素系漂白剤は、主成分が次亜塩素酸ナトリウムであることを確認し、使用量の目安に従って薄めて使ってください（目安となる濃度は0.05%です（製品の濃度が6%の場合、水3Lに液を25mlです。））。
- ◆ **トイレや洗面所は、通常の家庭用洗剤ですすぎ、家庭用消毒剤でこまめに消毒しましょう。**
  - ・タオル、衣類、食器、箸・スプーンなどは、通常の洗濯や洗浄でかまいません。
  - ・感染者の使用したものを分けて洗う必要はありません。
- ◆ **洗浄前のものを共用しないようにしてください。**
  - ・特にタオルは、トイレ、洗面所、キッチンなどでは共用しないように注意しましょう。

### 汚れたりネン、衣服を洗濯しましょう

- ◆ 体液で汚れた衣服、リネンを取り扱う際は、手袋とマスクをつけ、一般的な家庭用洗剤で洗濯し完全に乾かしてください。
  - ・糞便からウイルスが検出されることがあります。

### ゴミは密閉して捨てましょう

- ◆ **鼻をかんだティッシュはすぐにビニール袋に入れ、室外に出すときは密閉して捨ててください。** その後は直ちに石鹼で手を洗いましょう。

- **ご本人は外出を避けて下さい。**
- **ご家族、同居されている方も熱を測るなど、健康観察をし、不要不急の外出は避け、特に咳や発熱などの症状があるときには、職場などに行かないでください。**

## 危機的状況下で子どもが示す一般的な反応

危機的な出来事に直面した子どもたちは、大人とは異なる反応や考えをします。また、成長段階によって必要とする支援も異なってきます。ただし、年齢には個人差があります。

0~3歳  
くらい

0~3歳くらいの子どもたちは、何が起きたのか理解できず、ただただ親や養育者にしがみついたり、離れなくなったり、以前は怖がらなかったことを怖がることがあります。睡眠や食事行動に変化が起きたり、より幼い行動に戻ることがあります。

4~6歳  
くらい

4~6歳くらいの子どもたちは、親や養育者(主たる愛着対象)の反応を見て、事実を推測します。また、想像力豊かな内面を持っていて、想像的な考え方をすることがよくあるため、悲惨な出来事を自分のせいだと考え、現実にないことを言い出すこともあります。

7~12歳  
くらい

7~12歳くらいの子どもたちは、起きた出来事について同じ言葉や方法で繰り返し話したり、起きた出来事(例えば、地震ごっこなど)を遊びの中で表現したりすることがあります。これらは、子どもの自然なストレス対処方法の一つでもありますので、無理に止めずに見守り、良い結果に導けるよう接してください。

13歳以上  
くらい

13歳以上くらいの子どもたちは、自分の考えとは異なる他の者の考えも理解するようになり、緊急時の深刻さを自分の視点からだけではなく、他の者の視点からも理解できるようになります。強い責任感や罪悪感もこの年齢の子どもによくみられる感情で、自説的な行動をとったり、他者を避けたり、攻撃的な行動が増したり、現在や将来に対して大きな希望を持たなくなるのもよくみられる反応です。社会に適合するために、より仲間を頼るようになります。

これらは緊急時に子どもが一般的に示すストレス反応です。

できる限り、子どもたちの日課や習慣を保ち、子どもたちが安心して遊んだり、学んだり、休息したり、家族や友達と過ごせる機会や場所をつくりましょう。また、ストレスを抱えた子どものケアをする親や養育者を支えることも大切です。親や養育者を尊重し、彼らが自分自身で子どもの世話をし、より良いコミュニケーションが取れるようにサポートをしましょう。

公益社団法人セーブ・ザ・チルドレン・ジャパン

〒101-0047 東京都千代田区内神田2-8-4 山田ビル4F TEL:03-6159-0070 MAIL:pfa@savechildren.or.jp

緊急下の子どもの心のケア

PFA

## 子どものための心理的応急処置

Psychological First Aid for Children (PFA for Children)



### 子どものためのPFAとは

災害時などに、ストレスを抱えた子どもの心を傷つけず、適切に対応するために。  
見る・聴く・つなぐの行動原則を基本とした、誰もができる心の応急手当てです。

「子どものためのPFA」には  
次のようなことが含まれます。

- ▶ ニーズや心配事を確認する。
- ▶ 支援が必要と思われる子どもに寄り添う。
- ▶ 安心して落ち着けるよう手助けする。
- ▶ 子どもの話を聞く。
- ▶ 基本的ニーズ(衣・食・住)を満たす。
- ▶ 被災した子どもたちと養育者を、  
情報や公共サービス、社会的支援につなぐ。
- ▶ さらなる危害から保護する。
- ▶ 自分で問題に対処できるよう手助けする。

「子どものためのPFA」とは  
このようなものではありません。

- ▶ 専門家にしかできないものではありません。
- ▶ 専門家が行うカウンセリングや医療行為ではありません。
- ▶ 何が起こったのかを分析せたり、起きた事を時系列に並べさせることではありません。
- ▶ 子どもの感情や反応を無理に聞き出すことではありません。

国連や人道支援機関が参加するIASCC(Intergovernmental Standing Committee: 機関間常設委員会)によるガイドラインでは、緊急下の心のケアを表現するために、精神保健と心理社会的支援と併記しています。セーブ・ザ・チルドレンの心のケア活動は、この心理社会的支援にあたります。

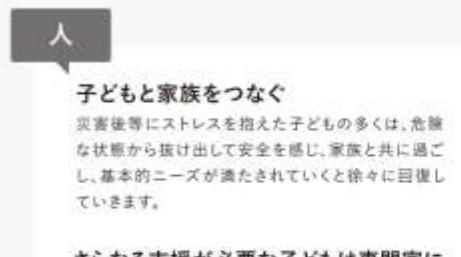


Save the Children

## 見る -Look-

## 聴く -Listen-

## つなぐ -Link-



### 1 安全確認を行う

周辺をよく観察し、損傷した道路、崩壊する恐れのある建物、火事や洪水の危険がないなど、潜在的な危険性に注意をすることが必要です。また、常に皆さん自身の安全を確認するようにしてください。

### 2 明らかに緊急の対応（基本的ニーズ）を必要としている子どもがいるか探す

- 重傷を負い、緊急医療を必要としている子どもやその家族はいないか？
- 飲料水や避難場所、衣類の替えなど、基本的なニーズをすぐに満たす必要のある子どもはいないか？
- 差別や暴力から保護されるための基本的なサービスや特別なケアを必要としている子どもはいないか？

### 3 深刻なストレスを抱えている子どもがいるか確認する

注) 現地で利用可能な支援やサービスを事前に調べてから、支援にあたりましょう。

### 1 支援が必要と思われる子どもに寄り添う

- 優しく、ゆっくり、穏やかに話しかける
- 目線が子どもと同じ高さになるように身をかがめたり、しゃがむ

### 2 子どものニーズや心配事について尋ねる

- ストレスを抱えた子どもやその家族と初めて接する際は、まず今のニーズや心配事についてたずねる

※ただ、深刻なストレスを抱えた人は今何が必要なのかについて冷静に説明することが難しい場合もあるということには注意してください。

### 3 子どもの話に耳を傾け、気持ちを落ちかせる手助けをする

- 子どもが出来事について話したがっている場合には、耳を傾ける
- 話すことを無理強いしたり、根掘り葉掘り何が起こったのか聞かない
- うなずいたりするなど相手の話を聞いているということを示し、子どもが言ったことを批判せず、話に集中する

### さらなる支援が必要な子どもは専門家につなぐ

子どもの中には、自分だけでは上手く対処できず、さらなる支援を必要とする子どももいるでしょう。さらに専門的な支援が必要となる子どもは、例えば次のような子どもたちです。

- 依然として強いストレスを抱えている
- 人格や行動に大きな変化が起き、それが継続している
- 自分自身や他者を傷つけるリスクがある

こういった子どもたちは、専門家（医師、保健師、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士など）につなげてください。少し気になるなと思った子どもは自分で対応せず、専門家へつなぐことが大切です。あくまでもできる範囲で支援をしましょう。

### 物

子どもや家族の衣・食・住・医療などの基本的ニーズに対し、適切な支援が受けられるようサポートする

### 情報

#### 正確な情報を提供する

ストレスをもたらす出来事が起きた際、最もつらいことのひとつは、自分自身や大切な人の安全や健康状態について不安を抱えたり、心配したりすることです。子どもやその家族の多くは次のことで情報を探します。

- 何が起こったのか
- 自分たちの安全
- 影響を受けた大切な人びと
- 必要な援助や物資を得る方法
- 自分たちの権利

提供する情報の出所と、どれほど信頼できるものかを必ず説明し、自分が知っていることだけを伝え、思いつきや気休めを言わないようにしましょう。また、守ることができない約束は決してせず、むやみに希望を与えるようなことは言わないことが大切です。

#### 子どもやその家族に支援を約束した場合は、必ずフォローアップを行う

自分がボランティアなどで、短期間被災地に入る場合は、推奨的に支援できる人や機関につないでください。

# 参考・引用図書

- 「新型コロナウイルス感染症COVID-19 診療の手引き (2020.4.9)
- 一般社団法人 日本環境感染学会
- 医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド 第2版改訂版 (ver.2.1)
- 新型コロナウイルス感染症患者に対する積極的疫学調査実施要領(暫定版) -患者クラスター(集団)の迅速な検出の実施に関する追加 2020.3.12版