

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対する注意喚起

患者にとって摂食嚥下リハビリテーションは非常に重要です。新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大に伴い、日本摂食嚥下リハビリテーション学会は、検査・訓練に対する現時点での注意喚起を示します。

<前提>

医療者側自身に新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が疑われる臨床所見や陽性患者との接触歴などを有する場合は、所属医療機関の指示に従って下さい。患者には接触しないでください。

[COVID-19が疑われる臨床所見：37.5℃以上（または37.0℃以上）の発熱があり、咳・痰・呼吸困難などの急性期症状、嗅覚・味覚障害など]

<注意喚起>

- 1) 現時点で多くの入院患者、外来患者は COVID-19 の検査を受けていないと思われます。したがって、患者と接する際、感染リスクのあることを念頭においた対策が必要になります。

[介入前にすべての患者に以下を確認してください]

- ① 過去2週間以内（できればそれ以上）に、患者及び家族に COVID-19 が疑われる臨床所見や陽性患者との接触歴、渡航歴がないことの確認
- ② 過去2週間以内（できればそれ以上）に、患者、家族及び患者に接触した人が「密閉」・「密集」・「密接」の3つの「密」が想定される場所（ジム、居酒屋、ナイトクラブ、ライブハウス、コンサート、集会など）に行っていないことの確認

- 2) 上記①②すべてが「なし」と確認できた患者に対して、評価を含む摂食嚥下リハビリテーションを行う場合、COVID-19 は、基本的には飛沫・接触感染するので、飛沫、接触を防ぐため標準予防策として以下を実施してください。

- 患者と接触時はガウン、フェイスシールド（目の防護）、ゴーグル、手袋、サージカルマスク（可能なら N95 マスク）の装着を推奨する^{注1)}。
- 紙コップ、ティッシュ、手袋などの使用した物品は、所属医療機関で決められた方法で適切に処分する。
- 机、椅子、PC、タブレット、携帯、リモコンを含め、可能なものは、介入前後にすべてアルコール清拭を行う。
- 室の換気に努め、患者が風下にくるように配置する。
- エアロゾルの暴露を回避する手段は、N95 マスクでも完全ではありません。できるだけエアロゾルを減らす方法として、開窓換気が重要視されています。

注1) 感染拡大に伴う医療資源の需要の高まりにより、厚生労働省からサージカルマスク、長袖ガウン、ゴーグルおよびフェイスシールドの例外的取り扱いも告知されています (<https://www.mhlw.go.jp/content/000622132.pdf>)。

既存のフェイスシールドを入手しにくい場合のため、クリアファイルで作成する応急的フェイスシールドの作製法を紹介します（文末【参考】欄）。

洗浄および消毒方法については上記告知内の記載をご参照ください。

- 3) 上記①②の一部でも問題が疑われる場合、感染のリスクがあるため、所属医療機関の患者対応に準じて下さい。
- 4) COVID-19の検査を受けて陰性だった患者（新型コロナウイルス陽性から陰性になった患者を含む）の場合、所属医療機関の患者対応に準じてください。
ただし、陰性の判定の後に陽性になる例も報告されているので、ある程度はCOVID-19の検査を受けていない患者に準じた感染予防対策が必要と思われます。
- 5) 新型コロナウイルス患者、感染を疑う患者に対する嚥下機能検査や摂食嚥下リハビリテーションについては、所属医療機関の患者対応に準じて下さい。可能性として遠隔リハビリテーションなどを考える必要があります。

<エアロゾル感染について>

COVID-19は、基本的には飛沫・接触感染であり、一部エアロゾルによる空気感染を生じるリスクがあるといわれています。

[エアロゾル：気体中に浮遊する微小な液体または固体の粒子と周囲の気体の混合体。飛沫と異なり新型コロナウイルスは3時間程度空気中を漂う。物体に付着した場合は数日間残存する。]

<摂食嚥下リハビリテーションの実施にあたって>

摂食嚥下リハビリテーションの実施には十分な対策が必要です。以下に関連する対策をまとめました。なお、日本嚥下医学会では、「感染傾向が拡大している地域」においては、「非緊急の」上気道粘膜との接触を伴う嚥下訓練や内視鏡下嚥下機能検査は見合わせることを推奨しています。したがって、同一の検査やリハビリテーションにおいても、各地域の状況を見極めてその可否を判断することが望まれます。摂食嚥下評価やリハビリテーションを実施しないことによる誤嚥性肺炎発生などのリスクも念頭におく必要があります。所属医療機関の方針と異なる場合には、所属医療機関の方針に従って対処して下さるようお願いします。

1) 基本的事項

- 発声、喀出を伴う手技はエアロゾル発生リスクがある。
- 患者の対面には位置しない。90度横、患者と並列、あるいは患者の後側方に位置する。
- 新型コロナウイルスは鼻腔、咽頭に最も多く存在する。

2) スクリーニング検査

- むせを生じる可能性がある検査はエアロゾル発生リスクがある（各種水飲みテスト、咳テストなど）。
- むせを生じる可能性がある手技を行う場合には、患者と並列または後側方に位置する、2m以上離れる、開窓換気できる室で風下に向かって行うなどの環境調整が望ましい。風下に他の患者やスタッフがいないように配慮する。
- 水飲みテストを行う場合は、量を少量にする（改訂水飲みテスト）、患者の後側方に位置する、開窓換気できる個室で風下に向かって行うなどを考慮する。
- 質問紙、反復唾液嚥下テスト(RSST)はエアロゾル発生リスクを高めないと考えられる。
- 食事場면을観察することで、ある程度スクリーニング検査の代用となりうる。

3) 嚥下内視鏡検査、マノメトリー

- 嚥下内視鏡検査やマノメトリーは経鼻的に挿入するため、無症状病原体保有者の場合には感染リスクは高いと思われ、施行する場合には特に注意が必要である。手技に精通しない者による検査は推奨しない。

4) 嚥下造影検査

- 検査手技自体では鼻腔、咽頭に直接接触しないので嚥下内視鏡検査よりは感染リスクは低いと思われるが、誤嚥などでむせが生じるとエアロゾルが発生する。

5) 摂食嚥下リハビリテーション

- むせを生じる可能性がある手技はエアロゾル発生リスクが高い（チューブ嚥下訓練、バルーン法など）。
- 強い呼気を発生させる手技はエアロゾル発生リスクが高い（ブローイング、呼気筋トレーニング、ハフティングなど）。
- 手技の一部に咳喀出やハフティングがある場合は、その手技を除くことができればエアロゾル発生リスクは減少する（嚥下体操、息こらえ嚥下法・強い息こらえ嚥下法、昭大式嚥下法など）。
- 発声を伴う手技はエアロゾル発生リスクが高い（Lee Silverman Voice Treatment (LSVT)、プッシング・プリング法など）

ただし、患者にサージカルマスクを装着させることや発声を伴わない声門閉鎖を利用することで、エアロゾル発生リスクを減らせるかもしれない。

- むせを生じる可能性がある手技や発声を伴う手技を行う場合には、患者と並列または後側方に位置する、2m 以上離れる、開窓換気できる室で風下に向かって行うなどの環境調整が望ましい。風下に他の患者やスタッフがいないように配慮する。
- 咳や排痰中には患者と向かい合わない。可能な患者は自分でティッシュに咳や痰を受けティッシュを処分し手指消毒を行う。患者が自分でできない場合は医療者が介助する。
- その他の処置については所属医療機関の基準に従い、感染に十分配慮しながら対応する。

6) 摂食嚥下機能評価、リハビリテーションの実施について以下の可能性について熟慮してください。

- 摂食嚥下機能評価を行い、必要な対処法（食物形態調整、姿勢調整など）を考える。
- エアロゾル発生リスクの低い摂食嚥下機能評価、リハビリテーションを行い、感染可能性の高い手技（発声、喀出を伴いかつ、十分な対策が取りにくいもの）は避ける。
- 個人防護具(PPE)の入手が困難な場合は、アルコール手指衛生剤による手指消毒や石鹸を使用した手洗いを十分に行う。また、患者の対面には位置しない。
- どうしても感染防護策がとれない場合は、嚥下機能評価・リハビリテーションの実施は控える。

※ それぞれの施設の状況にあった判断をお願いいたします。

※ 所属長は感染に対するスタッフの不安を聴取し、対策をたてていただくことをお願いいたします。

【参考】

透明クリアファイルでつくる応急用フェイスシールド（マスクにつけるタイプ）
マスクとフェイスシールドがずれにくいように、切り込みラインを工夫しました。
クリアファイル1枚から2個のフェイスシールドが作れます。

* 飛沫の顔への接触を防ぐ効果はありますが、エアロゾルに対する暴露を防ぐことはできません。

型紙は https://www.jsdr.or.jp/wp-content/uploads/file/news/news_20200420_pattern2.pdf
からダウンロードできます。

