

新型コロナウイルス感染症 COVID-19

診療の手引き **第5.2版**

2021

*本手引き（第5版）は、2021年7月29日現在の情報を基に作成しました。今後の知見に応じて、内容に修正が必要となる場合があります。厚生労働省、国立感染症研究所等のホームページから常に最新の情報を得るようにしてください。

【診療の手引き検討委員会（五十音順）】

足立拓也（東京都保健医療公社豊島病院 感染症内科）
鮎沢 衛（日本大学医学部 小児科学）
氏家無限（国立国際医療研究センター 国際感染症センター）
大曲貴夫（国立国際医療研究センター 国際感染症センター）
織田 順（東京医科大学 救急・災害医学）
加藤康幸（国際医療福祉大学成田病院 感染症科）
神谷 元（国立感染症研究所 実地疫学研究センター）
川名明彦（防衛医科大学校 感染症・呼吸器内科）
忽那賢志（大阪大学大学院医学系研究科 感染制御学）
小谷 透（昭和大学医学部 集中治療医学）
鈴木忠樹（国立感染症研究所 感染病理部）
徳田浩一（東北大学病院 感染管理室）
橋本 修（日本大学）
馳 亮太（成田赤十字病院 感染症科）
早川 智（日本大学医学部 微生物学）
藤田次郎（琉球大学大学院医学研究科 感染症・呼吸器・消化器内科学）
藤野裕士（大阪大学大学院医学系研究科 麻酔集中治療医学）
迎 寛（長崎大学医学部 第二内科）
森村尚登（帝京大学医学部 救急医学）
倭 正也（りんくう総合医療センター 感染症センター）
横山彰仁（高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学）
〔執筆協力者〕
市村康典（国立国際医療研究センター 国際医療協力局）
斎藤浩輝（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 救命救急センター）
船木孝則（国立成育医療研究センター 感染症科）
日本小児科学会 予防接種・感染症対策委員会
勝田友博（聖マリアンナ医科大学）／菅 秀（国立病院機構三重病院）／津川毅（札幌医科大学）
〔執筆協力者〕 studio0510

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第5.2版

2020年 3月17日 第1版発行
2020年 5月18日 第2版発行
2020年 6月17日 第2.1版発行
2020年 7月17日 第2.2版発行
2020年 9月 4日 第3版発行
2020年12月 4日 第4版発行
2020年12月25日 第4.1版発行
2021年 2月19日 第4.2版発行
2021年 5月26日 第5版発行
2021年 6月30日 第5.1版発行
2021年 7月30日 第5.2版発行

4

重症度分類とマネジメント

以下に、重症度分類および重症度別の支持療法について記載する。また、気管挿管による人工呼吸における注意点をまとめる。なお、感染症病床で重症例の治療を実施できない場合には、集中治療室（ICU）などの別の病床、あるいは他医療機関への転院を含めて、都道府県や管轄保健所と相談する。

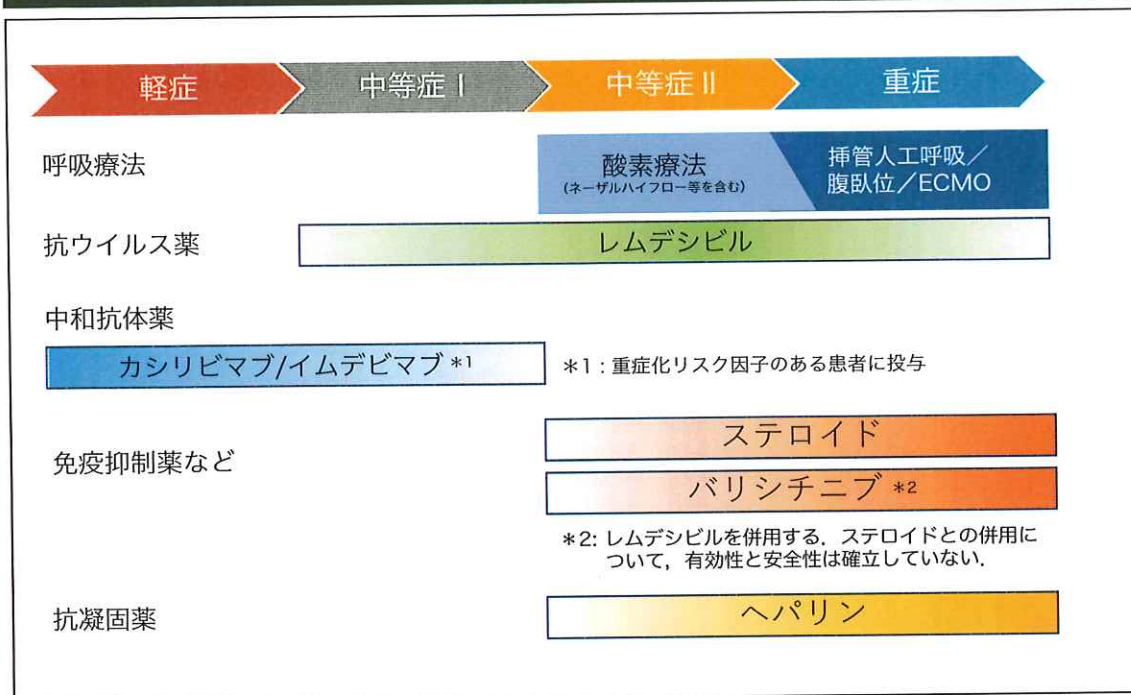
1. 重症度分類（医療従事者が評価する基準）

重症度	酸素飽和度	臨床状態	診療のポイント
軽症	$SpO_2 \geq 96\%$	呼吸器症状なし or 咳のみで呼吸困難なし いずれの場合であっても肺炎所見を認めない	<ul style="list-style-type: none"> ・多くが自然軽快するが、急速に病状が進行することもある ・リスク因子のある患者は入院の対象となる
中等症Ⅰ 呼吸不全なし	$93\% < SpO_2 < 96\%$	呼吸困難，肺炎所見	<ul style="list-style-type: none"> ・入院の上で慎重に観察 ・低酸素血症があっても呼吸困難を訴えないことがある ・患者の不安に対処することも重要
中等症Ⅱ 呼吸不全あり	$SpO_2 \leq 93\%$	酸素投与が必要	<ul style="list-style-type: none"> ・呼吸不全の原因を推定 ・高度な医療を行える施設へ転院を検討
重症		ICU入室 or 人工呼吸器が必要	<ul style="list-style-type: none"> ・人工呼吸器管理に基づく重症肺炎の2分類（L型，H型） ・L型：肺はやわらかく，換気量が増加 ・H型：肺水腫で，ECMOの導入を検討 ・L型からH型への移行は判定が困難

注

- ・COVID-19で死亡する症例は、呼吸不全が多いために重症度は呼吸器症状（特に呼吸困難）と酸素化を中心に分類した。
- ・ SpO_2 を測定し酸素化の状態を客観的に判断することが望ましい。
- ・呼吸不全の定義は $PaO_2 \leq 60$ mmHgであり $SpO_2 \leq 90\%$ に相当するが、 SpO_2 は3%の誤差が予測されるので $SpO_2 \leq 93\%$ とした。
- ・肺炎の有無を把握するために、院内感染対策を行い、可能な範囲で胸部CTを撮影することが望ましい。
- ・酸素飽和度と臨床状態で重症度に差がある場合、高い方に分類する。
- ・重症の定義は厚生労働省の通知に従った。ここに示す重症度は中国や米国NIHの重症度とは異なっていることに留意すること。

図 4-1 重症度別マネジメントのまとめ



- ・重症度は発症からの日数、重症化リスク因子、合併症などを考慮して、繰り返し評価を行うことが重要である。
- ・個々の患者の治療は、基礎疾患や患者の意思、地域の医療体制などを加味した上で個別に判断する。
- ・薬物療法は COVID-19 やその合併症を適応症として日本国内で承認されている薬剤のみを記載した。詳細な使用法は、添付文書などを参照する。
- ・有効性と安全性が確立していないほかの薬剤は、治験や臨床研究として使用されることが望ましい。

2. 軽 症

- 特別な医療によらなくても、経過観察のみで自然に軽快することが多い。
- 内服による解熱薬や鎮咳薬などの対症療法は、必要なときにのみ行う。飲水や食事が可能なら、必ずしも輸液は必要ない。
- 診察時は軽症と判断されても、発症 2 週目までに急速に病状が進行することがある。病状悪化はほとんどの場合、低酸素血症の進行として表れる。
- 病状が進行しているにもかかわらず、呼吸苦低感受性の症例（silent hypoxia）があることに留意する。このため自覚症状のみでなく、可能な限りパルスオキシメーターによる SpO₂ 測定が求められる。
- 重症化リスク因子のある患者では中和抗体薬（カシリビマブ/イムデビマブ）の適応がある。
- 自宅療養や宿泊療養とする場合、体調不良となったらどのように医療機関を受診したらよいか、あらかじめ患者に説明しておく。
- 軽症患者は発症前から感染性があるため、人との接触はできるだけ避けること。同居家族がいる場合には生活空間を分けること、マスク着用や手洗いの励行を指導する。

3. 中等症

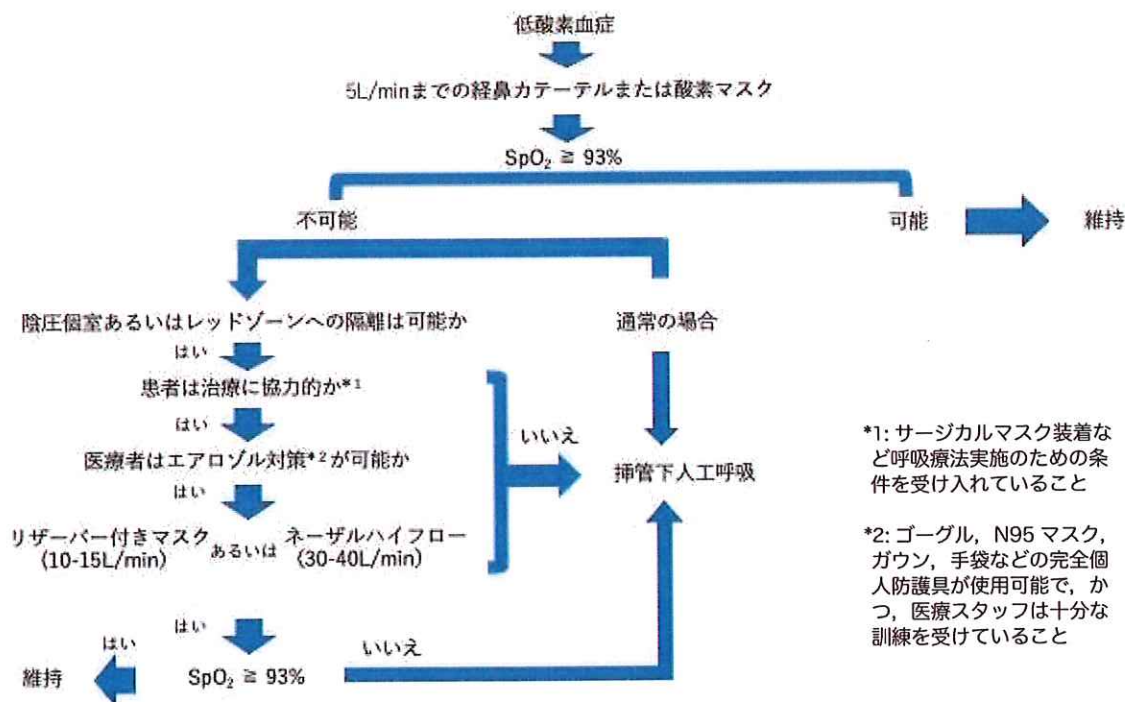
- 中等症は入院して加療を行う。目的は対症療法とともに、さらなる増悪を防止、また早期に対応するためである。入院加療に際しては、隔離された患者の不安に対処することも重要である。

【中等症Ⅰ 呼吸不全なし】

- 安静にし、十分な栄養摂取が重要である。また、脱水に注意し水分を過不足なく摂取させるよう留意する。
- バイタルサインおよび酸素飽和度（SpO₂）を1日3回程度測定する。低酸素血症を呈する状態に進行しても呼吸困難を訴えないこともある。
- 中等症では肺炎を有するが、以下のリスク因子*を有する場合、重症化しやすいことが知られており、注意が必要である。
 - *高齢者、基礎疾患（糖尿病・心不全・COPD・高血圧・がん）、免疫抑制状態、妊婦。
- 喫煙者は禁煙が重要である。
- 一般血液・尿検査、生化学検査、血清検査、凝固関連、血液培養などを必要に応じて行う。リンパ球数の低下、CRP、フェリチン、Dダイマー、LDH、KL-6、IFN-λ3などの上昇は重症化あるいは予後不良因子として知られている。
- 血清 KL-6 値は、肺傷害の程度、および炎症の程度と関連し、また肺の換気機能を反映することから、肺病変の進行の程度を反映するマーカーとなりうる。
- 血液検査や肺炎の画像所見から細菌感染の併発が疑われる場合は、喀痰検査ののち、エンピリックに抗菌薬を開始する。
- 発熱、呼吸器症状や基礎疾患に対する対症的な治療を行う。
- レムデシビルの投与が考慮される（「5 薬物療法」を参照）。
- 現時点では、酸素投与が必要のない患者ではステロイド薬は使用すべきではない。中等症Ⅱ以上とは対照的に、予後の改善は認められず、むしろ悪化させる可能性が示唆されている。ただし、継続使用中のステロイド薬を中止する必要はない。

【中等症Ⅱ 呼吸不全あり】

- 呼吸不全のため、酸素投与が必要となる。呼吸不全の原因を推測するため、酸素投与前に動脈血液ガス検査（PaO₂、PaCO₂）を行う。また、必要に応じて人工呼吸器や ECMO の医療体制の整う施設への転院を考慮する。
- 肺の浸潤影が拡大進行するなど急速に増悪する場合がある。このような場合、ステロイド薬を早期に使用すべきであり、さらにレムデシビルの使用も考慮する。また、バリシチニブやトシリズマブ（適応外使用であることに留意）が用いられることもある（「5 薬物療法」の項を参照）。
- 中等症Ⅱ以上では、ステロイド薬の使用によって予後改善効果が認められるため、強く推奨されている。ステロイド薬としてはデキサメタゾン 6 mg が最もエビデンスがあり、最長 10 日間使用する。同じ力価の他の薬剤、プレドニゾン 40 mg、メチルプレドニゾン 32 mg も代替使用可能と考えられる。ただし、高用量ステロイド投与（ステロイドパルス療法）の有効性と安全性は明らかになっていない。
- 通常の場合、O₂ 5 L/min までの経鼻カニューラあるいは O₂ 5 L/min まで酸素マスクにより、SpO₂ ≥ 93% を維持する。
 *注：経鼻カニューラ使用時はエアロゾル発生抑制のため、サージカルマスクを着用させる。
- 酸素マスクによる O₂ 投与でも SpO₂ ≥ 93% を維持できなくなった場合、ステロイド薬やレムデシビルなどの効果を見つつ、人工呼吸への移行を考慮する。
 *注：この段階では、ネーザルハイフロー、リザーバー付きマスク（10～15 L/min）の使用が考慮される。エアロゾル発生による院内感染のリスクがあるため、陰圧個室あるいはレッドゾーンでの使用とする（「6 院内感染対策：12 ネーザルハイフロー使用時の感染対策」を参照）。適切な気管挿管のタイミングを逸すると治療成績を悪化させる場合があることに十分留意する。



- 血栓塞栓症の合併に注意し、D ダイマー測定などの評価を行い、抗凝固療法も考慮する。
- 細菌性肺炎、ARDS、敗血症、心筋障害、急性腎障害、消化管出血の併発にも注意する。

令和3年8月4日
国土交通省航空局
総務課
首都圏空港課

羽田空港で働いている従業員について

(ご質問)

- 羽田空港の職員等（アルバイトやパートを含む）の感染者は最近増えているか。
- 増えている部署はオリンピック関係者の入国に関連する部署か。

→ オリンピック関係者は、入国後すぐに専用バスで選手村等に向かうこととなっており、空港内の店舗の利用等は不可となっている。

なお、CIQ職員等については把握していない。

なお、羽田空港で働いている従業員の感染者数は以下の通り（国内線も含む羽田空港全体の数字。CIQ職員等は含まない。）。

4月 18名、 5月 6名、 6月 7名、 7月 22名

7月の感染者22名については、以下のとおりであり、オリンピック関係者の入国に関連する部署となっていない。

その詳細は以下の通り。

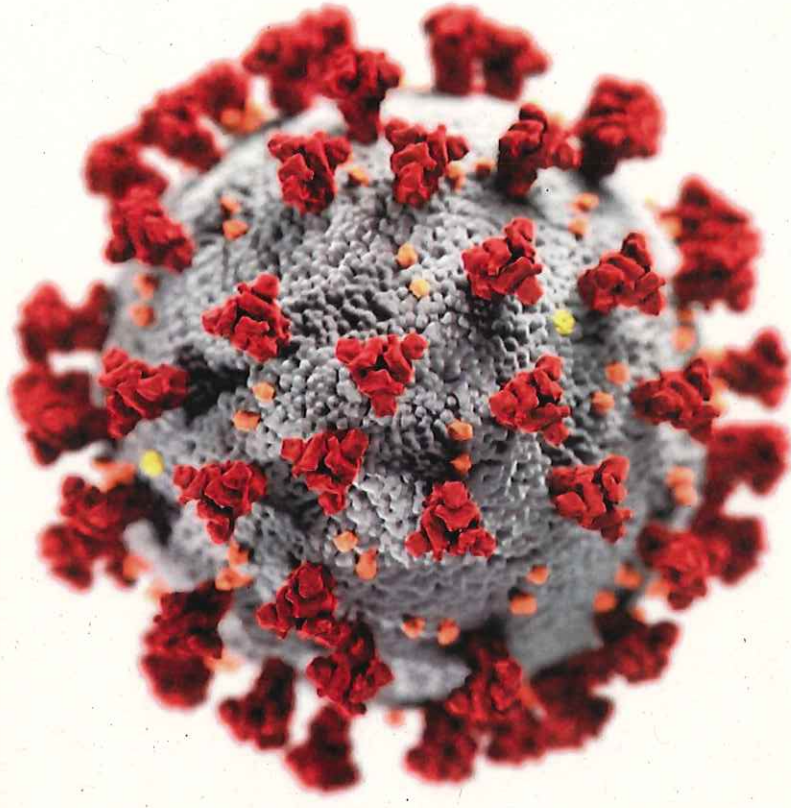
22名のうち、国内線ターミナルビルの従業員が16名、国際線に関連する従業員が6名。

国際線に關係する従業員6名の内訳は、国際貨物上屋ビル（※旅客の手荷物ではない）の従業員が4名、国際線の出発業務に関連する従業員が1名、宅配業の従業員が1名となっている。

→ 以上のとおり、感染が確認された従業員についてはオリンピック関係者の入国に関係しない部署となっている。

Improving communications around vaccine breakthrough and vaccine effectiveness

Meredith McMorrow, MD, MPH
Co-lead, Vaccine Effectiveness Team
Representing EPI Task Force
July 29, 2021



[cdc.gov/coronavirus](https://www.cdc.gov/coronavirus)

出典) 国会図書館提供資料 ※ワシントンポスト紙の以下のサイトに掲載

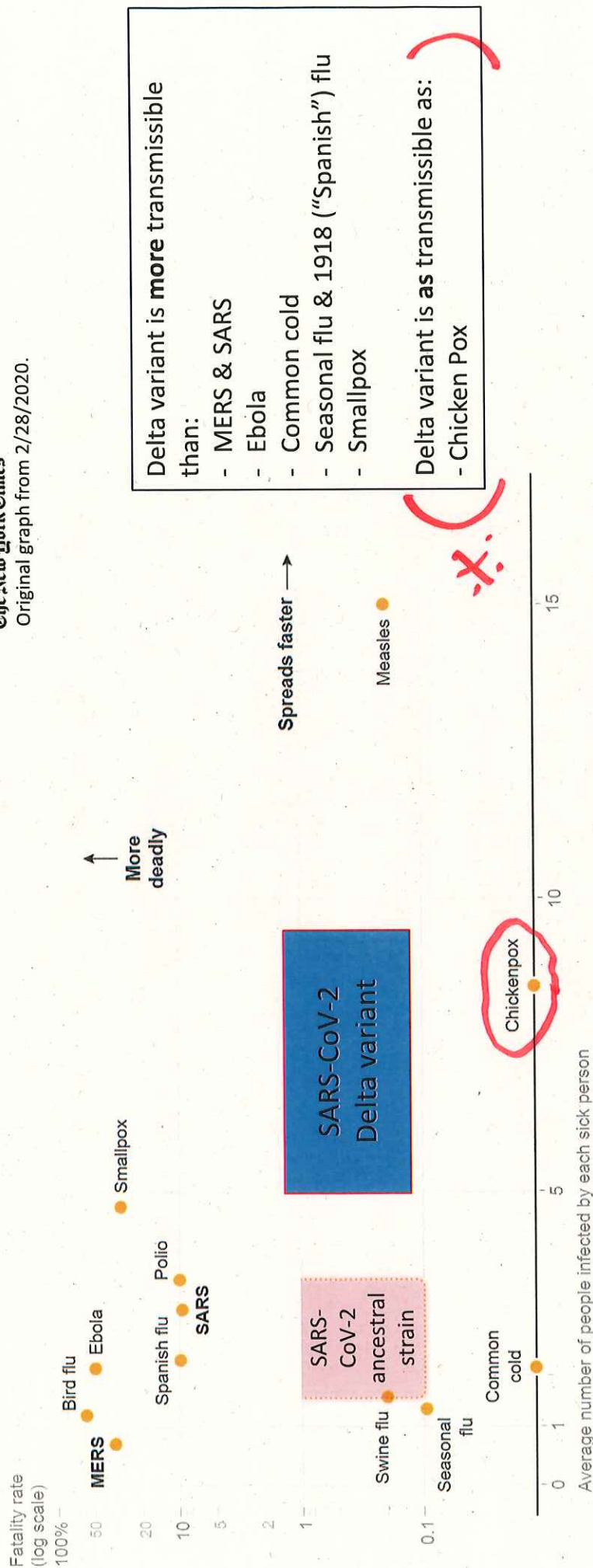
<https://context-cdn.washingtonpost.com/notes/prod/default/documents/54f57708-a529-4a33-9a44-b66d719070d9/note/753667d6-8c61-495f-b669-5308f2827155>

令和3年8月4日 衆議院厚生労働委員会 立憲民主党 長妻昭 提出資料



Transmission of Delta variant vs. ancestral strain and other infectious diseases

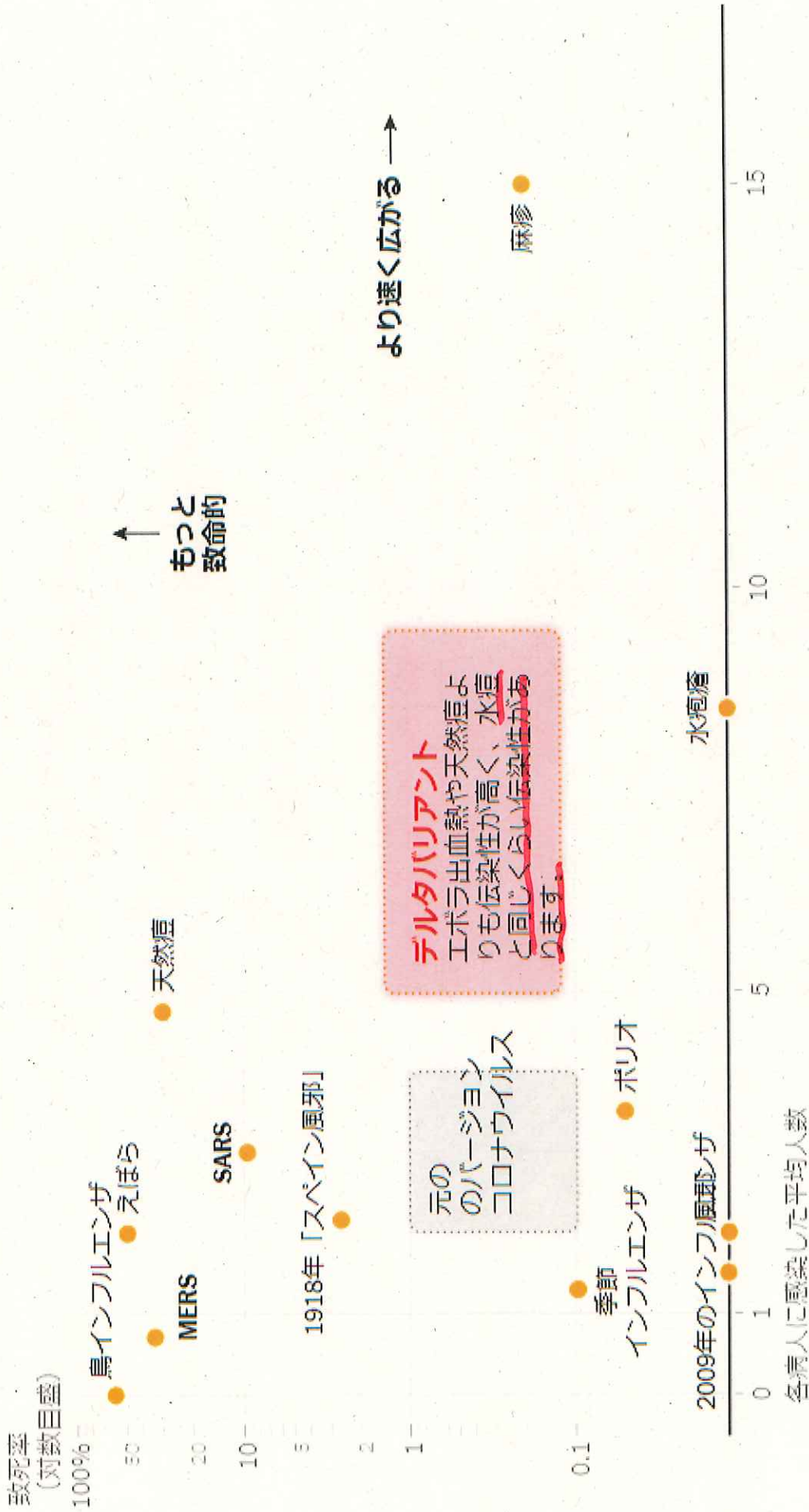
The New York Times
Original graph from 2/28/2020.



Note: Average case-fatality rates and transmission numbers are shown. Estimates of case-fatality rates can vary, and numbers for the new coronavirus are preliminary estimates.

デルタバリアント

Centers for Disease Control and Preventionの内部文書によると、Deltaバリアントは他の既知のバージョンのウイルスよりもはるかに伝染性が高いとのこと。



ニューヨークタイムズによって|注: 平均致死率と感染数が示されています。致死率の推定値はさまざまであり、コロナウイルスの数は予備的な推定値です。

であります。
これが、感染が更に広がったときに、一回約束したというところで、やはりオリパラに行かなきゃいけない、これは一つの病院だけの話ですけれども、そういう状況が発生するということなんでございませぬ。

田村大臣にお伺いしますけれども、こういうところは、やはり夏季休暇を使って、お医者さんもう過重労働で残業、残業が繰り返されていく、しかも、看護師さんも夏休みを使ってここにいく、そんなような状況が各病院であるんですが、連日朝五時十五分から来てくれ、こういうような要請は、今はぎりぎり対応できる、それもできないんでしょけれども、無理無理ですけれども、感染拡大したら到底これはできないんじゃないかと思うんですが、朝五時十五分からということ、こういう要請についてどういうふうに思いますか。

○田村国務大臣 通告もいたしていませんし、具体的に何の話か、私は具体的な話はお聞きをいたしていません。今、長妻委員がおっしゃられたことが、そういうことがもしあるという仮定でいいですかね。私はその実態はよくお聞きしておりませぬ。

そういうようなことがあるとしても、やはりしっかりとコロナというものの対応はしていただかなきゃならぬわけでありまして、コロナ感染症自体が広がる中において、医療機関で患者の方々をしっかりと診ていただかなければならないお立場にあられる医療関係者は、そのようなお立場で御活躍をいただきたいというのが我々どもの考えであります。

○長妻委員 ということは、仮に、今、無理くりしてこういう形で約束、一般論としても、田村大臣、御存じですよ、オリパラのために医療従事者が七千人要請されているということで、やはりこういうふうなスケジュールをもう提出しているんですね、続々と。ところが、提出しても、感染が拡大してコロナの患者さんが増えて行けなく

なつた場合、これは当然キャンセルしていいわけですよ。コロナの患者さんを優先するというところでいいですね。

○田村国務大臣 ボランティアで募集されておられるというふうに思いますが、個別具体的にどういう方にオリンピックの方に御協力をと言われているか、これはちよつと私は具体的なものを今持ち合わせていないので分かりませんが、もしそんなことがあるとすれば、委員がおっしゃられるようなことがあるとすれば、それは当然、人の命が懸かっている、目の前で治療があるわけでありまして、それを優先していただくのがごくごく普通の自然なことだということに思います。

○長妻委員 非常に常識的な御答弁だ、当然だと思います。

尾身先生にお伺いしますと、七千人の医療関係者、尾身先生が理事長のJCHOからは提出されるのかどうか分かりませぬけれども、この七千人の医療関係者がここに赴いていくということについてのリスク評価というのはどんなものですか。

○尾身参考人 これも、やはり一番私は大事なのは、医療の逼迫というものが、過剰に負荷がかからないということだと思います。それに尽きるので、そういうふうにならないように、仮にオリンピックを開催するのであれば、そういう過剰な負荷、コロナの患者さんを診ているのにオリンピックの方をやつて、もうコロナの患者さんの方が手いっぱいなのにオリンピックの方に行つたというの、これは恐らく、今大臣がおっしゃつたように、なかなかそれは一般の市民の理解を得られないので、やるのであれば、そういうことが起こらないようなやり方をするというのが私はオリンピック委員会及び日本政府の務めではないかと思ひます。

○長妻委員 もう一つ尾身先生にお伺いするんですが、オリンピックが始まったら途中で止められないという意見もあるんですね。始まったら、オリンピック、パラリンピックはセットなので九月上旬までそのままいっちゃ、こういう議論があ

ること自体私は心配なんですけれども、当然、途中で感染爆発のような形が起これば途中でやめるべしというのが専門家の皆さんの意見、そういう表明というのがあつたわけでしょうか。

○尾身参考人 恐らくこれは田村厚生大臣の管轄ですけれども、恐らく、アドバイザーボードのようなところは、オリンピックを開催しても、期間中も適宜、感染状況あるいは医療の逼迫状況というのは評価すると思ひます。

そういう中で、一度始まつたものを途中で変えられるかどうかというのは、私はちよつと、今、提言をつくつている最中で、そこは少し分らないので、是非、オリンピック組織委員会の方に、一度決めちゃつたものが適宜変更ができるという柔軟性があるのか、一度決めちゃつたら最後までというものは、ちよつと私は、組織委員会の中に入つていくわけじゃないので、そのことについては、今いろいろな考え方をまとめる最中で、そのこと自体は知りたいたいと思つて、少しそれについては調査してみたいと思つています。

○長妻委員 お役所じゃないんだから、一回始めたら、感染爆発が起こつて感染で亡くなる方が毎日多く出ても、これはもう決まりだから続けるんですというものは、私は、これは国としてどうなのかというふうには思ひます。

田村大臣にお伺いしますが、今に関連して、本当に途中で、もし、やり始めて感染爆発のような相当人命に大きなダメージがあつた場合は、これは中止ということもできるわけですかね。

○田村国務大臣 私は所管じゃないので、それに関して明確に申し上げられませんが、例えば、選手間の中で大幅な感染拡大があれば、当然競技自体ができなくなりますから、競技ができないのにその競技をやるといふことはあり得ないというふうに思ひます。

その状況、状況に応じて、それは組織委員会等々がお考えになられることだというふうに思ひます。

○長妻委員 これはオリパラ事務局にお伺いするんですが、途中でそういう事態が起こつたときに中止ということというのはオプションとしてあるわけですか。

○とかしき委員長 十時内閣官房内閣審議官、申合せの時間が来ておりますので、簡潔にお願いします。

○十時政府参考人 お答え申し上げます。ただいま厚生労働大臣からもお話がございまして、選手の間に感染が広がつてしまつて、そもそも参加する選手がいらない、集まらないという状況では、なかなかその競技自体は開催が難しくなるといふようなこともございます。

そのように、東京大会の開催期間中に不測の事象が起こつた場合については、組織委員会において、テストイベントや机上演習などによつて様々なシミュレーションのケーススタディーを行いながら準備をしていると承知をしております。しっかりとそういった準備を進めていっていただきたいと考えております。

○長妻委員 これで終わりますけれども、いや、違つたんです。バブルの中、選手が出場できなくなつたら中止しますというんじゃないやなくて、選手も大切ですけども、国民ですよ。オリンピックのお祭り騒ぎで相当な緩みが出て日本中に感染が相当地拡大した、選手はある程度大丈夫だった、その場合でも続けるのかということなんです。全然そういうシミュレーションがないじゃないですか。是非国民のことも考えていただきたいと思ひます。

ありがとうございます。

○とかしき委員長 大島敦君。

○大島(敦)委員 質問をさせていただきます。尾身先生、お忙しいと思うので、一番最初に何点か質問させていただきます。

今、長妻委員の御発言を聞きながら、やはり、何回か当委員会でも述べていますけれども、分科会は二つあつた方がよかつたなど。医療関係者の分科会と、経済あるいは経済学者の分科会と二つ