

「大学生ゴルフ競技における SARS-CoV-2 感染症(COVID-19)

対策ガイドライン」

2020年7月31日第1版発行

関東学生ゴルフ連盟                      会長                      黒須 一雄

COVID-19 感染症対策委員会

委員長                      金井 毅

執筆責任委員                      八尾 厚史

委員                      村瀬 雅宜

委員                      小川 裕子

委員                      佐藤 丞

委員                      白川 真悠子

外部評価員

東京大学 保健・健康推進本部 教授 柳元 伸太郎

(東京大学医学部附属病院 感染症内科所属 感染症専門医)

## 関東学生ゴルフ連盟からの「大学生ゴルフ競技における SARS-CoV-2 感染症(COVID-19)対策ガイドライン」刊行に際しまして

本ガイドラインは、関東学生ゴルフ連盟主催競技における SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome - Corona Virus - 2: サーズコロナウイルス 2)感染症(COVID-19: Coronavirus Disease- 2019 の略: コビッド 19)の予防を目的とした感染対策ガイドラインです。COVID-19 は世界発症後まだ 1 年に満たない、検査体制も不十分で病態解明も道半ば、治療法・予防法は全くと言っていいほど確立していない感染症です。判明していることとしては、SARS-CoV-2 の感染力は極めて強く、インフルエンザとは異なり高湿度・高温下でもその感染力は充分保たれている。そして、重症の肺炎・全身の血栓/塞栓症などを発症し、約 5%の確率で死に至るといふことです。

2020 年 7 月現在でも、未だ世界では感染者数の増大は続き、パンデミックは拡大し続け、ワクチンなどの効果的な予防法や治療薬は 1 つも確定してはおらず、ウイルスを避けるという感染予防こそが未だに唯一の対策である。我が国でも長期の自粛生活が余儀なくされてきたが、それにより経済活動は障害され、社会生活には大きな変化をもたらされている。教育の場でも、もはや待ったなしの立ち遅れた状況へと追い込まれている。こういった危機的状況の中で、完全な COVID-19 制御法の確立を待っての社会の回復といった悠長な正攻法では、その前に経済・社会は崩壊してしまうことが懸念されている。“New Life with Coronavirus”、社会は SARS-CoV-2 とともに歩む必要が出てきたのです。如何にして COVID-19 の拡大を防ぎながら経済や社会生活を回復・維持させるかを模索・実践する必要が叫ばれているのです。

大学生ゴルフ競技は、大学教育の一環としての課外活動としての重要なものです。社会生活において、このゴルフ競技活動における経験は多くの知見を学生たちに与え、集団活動を行う社会生活の準備として貴重なものとなっているのは言うまで

もありません。この COVID-19 蔓延のもとで、学業はもとよりこの学生の課外活動が損なわれることは、日本の未来にとって損失であり、個々の将来を制限することになってしまいます。現在、経済・学業といった社会生活を営むのに必要な各基本分野においては、COVID-19 と戦いながらの立て直しを行うという“With Coronavirus”体制が始まったと言えます。関東学生ゴルフ連盟は、大学の課外活動の1つである学生ゴルフ競技を主催していますが、ここに“Student Golf With Coronavirus”の方針を立ち上げ、学生ゴルフ競技における COVID-19 感染対策ガイドラインを提示するものとしします。

本ガイドラインは、一般社団法人大学スポーツ協会(UNIVAS)、公益財団法人日本ゴルフ協会(JGA)の掲げる感染ガイドラインの基本理念を十分に参考にし、医学専門家の意見を基に作成しています。

本ガイドラインにおける感染対策は3段階の対策により構成されています。すなわち、トリプルガードシステムです。

### 感染対策3原則（トリプルガードシステム）

1. 感染部員を保有しない・日常の感染対策により感染部員を日常から発生させない
2. ウイルス(感染者)を競技会に持ち込ませない -競技前14日の水際感染対策-
3. 競技会当日に感染者を発生させない -現場において新たな感染者を作らない-

このガイドライン自体、「大学におけるスポーツ活動の再開の許可」「自治体からのスポーツ施設の使用許可」を前提としたものであり、また、日々明らかになる知見の集積により、競技直前であってもガイドラインの種々の変更がやむない場合もあると考えられます。最悪の場合、直前に競技中止すらありうる事を承知しておくべ

きです。したがって、本ガイドラインは適宜改訂版を出し連盟ホームページに掲示するとともに、各大学のゴルフ部責任者に周知することとします。

何より、安全に学生ゴルフ競技が行われ、“Student Golf with Coronavirus”へ向けて前進できることを切に願うものであります。

2020年7月31日

関東学生ゴルフ連盟

会長 黒須 一雄

# 「大学生ゴルフ競技における SARS-CoV-2 感染症(COVID-19)対策ガイドライン」

## はじめに

未だ治療法・予防法が確立していない COVID-19 感染症蔓延下での大学生ゴルフ競技の開催意義を理解することは、この感染ガイドラインを読む前に必須です。大学生ゴルフ競技は、“New Life with Coronavirus（コロナウイルスとともに歩む新しい生活）”の中の一環として、社会生活を営む上で重要な行事であるということを、関東学生ゴルフ連盟が承認し主催するものであります。しかしながらそれは大学・各自治体・国が容認しているという前提上で成り立つものでなければなりません。本質的には、将来、社会人として社会に貢献するための準備の意味でも、大学生ゴルフ競技は重要な大学課外活動の一つでなければならないということなのです。あくまで、アマチュアとしてのゴルフです。

だからこそここで「なぜ COVID-19 蔓延下での開催を必要とするのか」についての意義・重要性を噛みしめる必要があるのです。その意義・重要性を失わないためにも、社会的に許容される、そして責任感のあるパフォーマンスが学生の皆さんには期待されます。大学課外活動として、この学生ゴルフ競技が重要である！との認識があればこそその開催決断であり、そのためのガイドラインであるということを深く意識して頂きたいと思います。そして同時に、この感染ガイドラインを遵守し、自覚と責任を持った上で、競技会への参加・実行を強くお願いする次第です。

この感染対策を徹底して学ぶということは、将来の“New Life with Coronavirus”構築へも貢献するという非常に大きな意味もあり、この競技会成功が社会貢献へとつながっていくことを強く望みます。

COVID-19 蔓延により、多くの人命が失われ、後遺症を持った人も多く発生しました。医学的犠牲者に加え、経済の著明な停滞により多くの経済的犠牲者をも生み続けています。国際化社会の発展(Globalism)は一気にその勢いをなくし、いまだ何の解決策ありません。国際スポーツイベントの象徴である 2020 年東京オリンピックは翌年に延期をしたものの、果たして開催ができるのかさえ不安視されています。しかしこういった中、手をこまねいていても COVID-19 は自然に消えてなくなることはありません。ワクチンなどの予防法や治療法を開発しながら、同時に我々は“New Life with Coronavirus”構築のため一致団結して動かねばならないのです。

予防法や治療法の確立していない中での“New Life with Coronavirus”においては、100%の感染回避による安全な生活は有り得ません。したがって、滅多なことでは感染しない・感染させない生活様式の確立が目標となります。今回大学生ゴルフ競技は、“New Life with Coronavirus”の重要な一部として歩むべく、関東学生ゴルフ連盟は競技再開を決定致しました。

ゴルフ競技は、屋外でかつ広い敷地で行う静かなスポーツであり、感染伝播防止には最もいい環境と言えます。そこで、ゴルフ競技においては限りなく感染拡大をゼロにするという意識のもと、関東学生ゴルフ連盟はこの感染症対策ガイドラインを作成しました。このガイドラインが大学生ゴルフ競技を安全に施行するために十分な役割を果たすことを深く願い、そして将来、学生たちが社会でこの経験を活かして活躍することを強く願うものであります。

また、このガイドラインは、大学生ゴルフ競技が許容される社会情勢内でのガイドラインであるということを認識する必要があります。「このガイドラインに沿って行えばいつでも競技開催が許容される」といったものではないという理解が必要です。競技自体が許容されない、競技により社会や学生の皆さんに不利益をもたらす状況下では、ガイドライン自体も、意味が無いものとなります。

しかし一方では、本ガイドラインでは COVID-19 に対する知識・理解を深める内容を盛り込みました。すなわち、“New Life with Coronavirus” へ向けての日常生活に応用が利く内容を多く加えていますので、その内容自体は、競技は開催されなくとも、“New Life with Coronavirus” へ向けて有用なものであると考えております。一般社会でも活用していただき、このガイドラインが少しでも社会貢献できればと思う次第です。

最後に1つ重要な点を確認しておきたいと思います。この感染対策ガイドラインは競技開催のための必須事案として作成しましたが、経過中に COVID-19 罹患が判明する方が出てくるかもしれません。未だ、COVID-19 に打ち勝つことができてない社会において、不幸にしてこのタイミングで罹患してしまったということです。ある意味、不幸にして被災されてしまった方であり、本人に何ら罪は無いものです。感染したことへの責任の追及はあってはならず、しっかり保護されたうえでの治療を受けられ、そして社会復帰して頂くことが、我々ならびに社会の責任と思われま

す。

このガイドラインは、知らぬ間に感染拡大に寄与してしまうといったような、COVID-19 罹患に追加される感染拡大という心理的負担を避けるために作成したものであります。そして、副次的には早期発見にも寄与できるものであります。このことをしっかり胸に焼き付けて頂くことをお願いしたいと思っております。社会で生活するどなたにおいても、むしろ社会活動をしっかり行おうとしている人にこそ（例えば医療従事者など）、不幸にして SARS-CoV-2 感染（COVID-19 罹患）が生じやすいのかもしれません。こういった感染者が判明した際には、十分な周りのサポートが必要になります。関東学生ゴルフ連盟はもちろん、各大学の部員・関係者の方々におかれましては、個人情報観点のみならず、罹患者の保護に積極的に努めていただけますようお願いして、前書きの締めとさせていただきます。

令和2年7月31日

関東学生ゴルフ連盟

感染対策委員会委員一同

## 目次

1. 感染部員を保有しない-日常感染対策により感染部員を日常から発生させない-	9
1-1) ウイルスに感染しないためには	9
1-2) COVID-19 病態を正しく理解する	12
1-3) SARS-CoV-2 の感染制御を困難にする要因とその対処	14
1-4) 感染者(ウイルス)を保有しないためには-日常における具体的感染対策について-	16
1-5) 3密に対する考え方-	18
2. ウイルス(感染者)を競技会に持ち込ませない-競技前 14 日の水際感染対策-	22
3. 競技会当日に感染者を発生させない-現場において新たな感染者を作らない-	25
3-1) 往路	25
3-2) 競技会場での集合など	26
3-3) クラブハウス使用について	26
3-4) ラウンド時の留意点	28
3-5) アテスト時の感染対策	30
3-6) 帰路	30
3-7) 競技終了 14 日後まで	30
4. 競技会場での COVID-19 を疑う症状を発症した場合の対処マニュアル	32

## 1. 感染部員を保有しない・日常感染対策により感染部員を日常から発生させない

学連加盟員、加盟校は、日常生活において常に感染拡大防止の意識を高め、感染者を出さない生活様式(“New Life with Coronavirus”)に努める。そして、そのことを皆で推進するという、部としての努力を行う。

UNIVAS(大学スポーツ協会)では、「運動部内の感染予防対策の責任者を明確にし、対策を実行する担当者を置くことが必要である。担当者は大学との連絡の役目も担う。」としています。すなわち、感染対策委員を定め、本ガイドライン、UNIVAS 新型コロナウイルス感染症対策としての「UNIVAS 大学スポーツ活動再開ガイドライン」などの主要な感染対策ガイドラインに示される生活様式を部員に徹底させ、常日頃から感染者を発生させない努力が基本となります。そして、変動する大学の課外活動指針を適宜確認・遵守するようすべきです。

### 1-1) ウイルスに感染しないためには

日常において、感染者を発生させないためには何に気をつければ良いか。この質問に答えるためには、ウイルスがどうやって人の細胞に感染するかを理解する必要があります。まず、人に感染し体内で増殖するウイルスは、必ず人から人に感染できます。したがって、血液や体液を介するのか(例えば、B型・C型肝炎やHIVエイズウイルスなど)、空気感染(麻疹など)なのかという感染経路を知ることが最も重要なのです。そして現実問題としてどういった状況で感染が成立するかを知ることが重要となります。しかし、ウイルスを正しく理解すれば、こういった感染経路などの問題は概ね想像ができる現象です。単なる記憶ではなく、理屈を理解して科学的思考により生じた現象を記憶することが重要となるのです。決して現象や伝え聞きの話を丸暗記してはいけません。必ず大きな間違いのもとになります。

ウイルスが体のどこから入り込むか（入口）を知るのがその第一歩です。ウイルスは、細胞内に入り込んで増殖させてもらわない限りいずれ消滅してしま  
す。自己増殖できないため生物とはいえません（ここが決定的に細菌・バクテリア：  
bacteria とは異なります）。細胞内に入る必要があるため、まずは細胞表面にある受容  
体と呼ばれる接着に必要な分子に接着することが必須となります。このウイルスが利  
用する受容体は、ウイルスごとに違っており、そのウイルスに特異的な受容体が無い  
場合には細胞には入れません。例えば、人以外でも、似たような受容体を持つ動物に  
は感染でき、似たような受容体を持っていない動物には感染できないということにな  
ります。SARS-CoV-2 の場合、細胞表面にある ACE2 (エーシーイー2: angiotensin  
converting enzyme 2 : アンジオテンシン変換酵素 2) という細胞表面にある酵素を受容  
体として利用してその細胞に侵入(感染)します。ACE2 は、眼瞼結膜(まぶたの内側)、  
鼻腔から気道（鼻腔粘膜や気管粘膜や肺胞細胞）、口腔内粘膜、血管内皮、腸管、腎臓  
などの細胞に広く発現しています。したがって外からの侵入経路は目、鼻、口とな  
り、感染後は血液をも介して血管自体や腎臓などの臓器に広く拡散するのです。ここ  
で重要なのは、入り口は目、鼻、口のみであるということです。そのため、顔をブロ  
ックすれば感染は成立しないと考えられ、マスクやフェースシールドが感染予防に使  
われるのです。しかし、マスクやフェースシールドでは気流に漂うウイルスをブロ  
ックはできません。隙間(横)から容易に入り込むからです。また、SARS-CoV-2 ウイル  
スのサイズは 50-100 nm 程度(ナノメートル, 1 nm = 0.000001 mm)と、サージカルマ  
スクの穴 (~1 μm = 0.001 mm 以上、製品によりより大きな穴のものもある)より十  
分小さいので通り抜ける可能性があります。つまり、マスクにウイルスが付着すれば  
吸い込む可能性もあるのです。マスクは、唾などに付着したウイルスを唾もろとも遠  
くに飛ばすことを防ぎますが、完全にブロックするわけではなく、したがってマスク  
していても顔を突き合わせるように近くで会話してはいけません。マスクをしてい

も1m程度は離れる意識を持ちましょう。あくまで、マスクは自分のウイルスを口や鼻から遠くに飛ばさない・拡散させない意味が最も大きいことを覚えておく必要があります。こういった理由から、マスク着用は感染拡大防止の第一の基本事項になるという理解が重要なのです。なぜマスク着用なのか、理由を理解してください。

次に接触感染についてですが、前述した感染経路を理解することにより、ウイルスが皮膚につくのは感染の入口としては問題無いことが伺えます。実は汗腺にACE2が発現しているとされていますが、現時点ではここからの感染は言われておらず、皮膚自体は大丈夫と考えられています。とすれば、手それ自体は付着したウイルスを目、口、鼻に運ぶ役割をしているだけで、感染の入口として寄与することはないと考えられるのです。ここをよく理解すると、手袋をして感染予防としている施設などがありますが、その手袋には何の意味もなさないことが分かります。頻回に手指消毒を行うことが接触感染予防に最も重要で、手の消毒を適宜行えば物から人へ(手から目・鼻・口へ)はまず感染しないのです。手袋着用により、手指消毒が逆に疎かになり、手袋交換もせず多くのものを同じ手袋で触りまくるのは全くもって逆効果です。ゴルフコースでは、例えば、旗竿やバンカーレイキなど物を触っても顔を触る前に手(手袋も)の消毒をすれば感染しないということです。こう考えると電車の手すり・つり革は多くの人間が触ってウイルスに汚染されている可能性が高いため、電車の中では極力手で顔を触らずに過ごし、降りた際にはすかさず手を消毒することが重要となるのです。実は、すべての方がマスクをし(飛沫防止)、電車に乗る前に手を消毒して乗車し(接触感染防止)、窓を開けて程よく換気すれば(空気汚染防止)、手すり・つり革ではほとんど汚染されず、降りるときに手の消毒をすれば十分という、電車での感染対策となります。しかしながら、密集している場合(ラッシュ時、混雑時)はその限りではありません(詳しくは3密の項を参照)。重要な接触感染対策として「物事の前後・ある場所への出入り前後の手の消毒」こそが、接触感染予防の基本である、というこ

とが理解できます。これをゴルフ競技に応用すると、各ホールティーショット前後に手指消毒をして、最終 18 番ホールアウト後に手指消毒をすれば、接触感染リスクをかなり下げることになる訳です。

次に Social Distance (以下 SD: 社会的距離、約 2m)について解説します。本来、咳をしても飛沫に混じった病原体が相手方に達しない距離を目安に考えられた距離です。しかし実際には、咳嗽時には病原体は唾に乗って 2m は充分達してしまいます。したがって、SD とは普通に会話して感染が成立しにくいと思われる距離と言った方が良くかもしれません。SD を十分とることは非常に重要で、特にマスクを付けないスポーツ時には注意する必要があります。また、SARS-CoV-2 の空気感染は議論があるとはいえ、十分に疑われてきました。そして 2020 年 7 月 WHO は空気感染リスクを認めるに至っています。したがって、会話時の風向き・気流にも十分に注意が必要です。ゴルフは屋外とはいえ、対面で話す場合はその間に気流が横切るようにするとより感染リスクを軽減できると思われます。来場や帰宅のために 2 名で車移動する際には、前座席に 2 人乗車し、前後の窓 4 か所すべてを適当に開けておくと換気効果が高いと考えられます。4 人乗車の際には後ろ座席の換気効果が少ないことが懸念される部分となります。もちろん、全員がウイルスを持っていなければ一番良いのですが、1 回の PCR ではその証明が完全どころかせいぜい 7 割程度しか担保できないのがこの SARS-CoV-2 の厄介な特徴です。

## 1-2) COVID-19 病態を正しく理解する

「死亡率はインフルエンザと同程度であり、COVID-19 はたちの悪い風邪のようなもの」という言葉を聞いたことがあるかもしれません。しかし、それならばなぜ世界中で長々と多くの死者が出続け、そして多くの学者たちがやっきになって病態や治療の研究をしているのでしょうか？それは、病態形成のメカニズム自体が全く異質な

上に複雑で、形成される病態像(治療法のない肺炎など)が危険なものであり、すべてが未知のものだらけだからです。もちろん我が国の死亡率約 5%も決して低い訳ではなく、ひとたび医療崩壊が生じるような蔓延状態の重症感染者多数となれば、もうこの比率では済まないでしょう。

現時点では、表 1 に示された高リスク群に重症例が発生しやすいとされ、若年者(30 歳以下)は殆どが軽症か無症状で治癒するとされているため、上述したような例えが用いられて誤解を招いているのです。よく考えねばなりません。インフルエンザにも一色単にできないほど、多くの亜型があり病原性が異なります。その病原性には、感染する(宿主)細胞表面にある受容体への結合力・その受容体の発現量・発現している細胞の種類や臓器が深くかかわり、それが感染力と誘発される臓器障害を決定する重要な要因となります。つまりインフルエンザでさえ、一色単にインフルエンザと呼んではならず、したがって、SARS-CoV-2 はその病態と感染様式が全く異なるため、固有に評価・理解をすべきです。

その原因として大きな役割を担うと考えられているのが、感染する(宿主)細胞の表面上にある ACE2 (エーシーイー 2: angiotensin converting enzyme 2、アンジオテンシン変換酵素 2)という受容体分子です。この分子にウイルスが接着することが、感染の第一歩です、実は、ACE2 は 2000 年に発見された様々な病態・病気に寄与する重要な酵素でもあります。簡単に解説すると、ACE2 は種々の病態形成に関与する主な原因ホルモンの 1 つアンジオテンシン II(AT-II: angiotensin II)の分解を促し逆に AT-II の作用を抑制する物質を作り出し、強力的に AT-II の作用を抑制する役割を担った重要な分子なのです。したがって、ACE2 分子が SARS-CoV-2 に結合され消費されてしまうと、AT-II の作用が暴走し様々な病態が悪化するのではないかと考えられているのです。また、ACE2 は口腔内に多く発現するとともに、上気道だけではなく特に肺(下気道)に多く発現するため、上気道(喉など)よりも先に(ほぼ同時に)肺へ直接感染が成立

するのです。実際、COVID-19 では肺炎が容易に誘発され無症状の方にも肺炎が存在することが珍しくないとされています (silent pneumonia: 無症状の肺炎)。

一方、COVID-19 では、血管内に血栓が生じて脳梗塞、心筋梗塞、肺塞栓などの重篤な血管閉塞性合併症を引き起こすことが分かっています。これは、血管の内側をコーティングして血が固まらないようにしている内皮細胞に ACE2 が多く発現しており、ウイルスのターゲットになって障害を受けるためと言われています。また一方では、血栓誘発に関与するある種の抗体が産生されるためなどの機序がその原因として考えられています。

果たして、インフルエンザとの対比で語って良い病態でしょうか？ たちの悪い風邪という抽象的な表現が適当な病態でしょうか？ 肺炎後の肺線維化や血栓により生じた心筋梗塞後の心不全や脳梗塞後の麻痺といった後遺症を残すこの COVID-19 を死亡率だけで単純に語って良いでしょうか？ COVID-19 を風邪扱いして、若者の致命率は低く軽症で済むから大丈夫と、単純に扱って良いでしょうか？

若者全員が無事ではありませんし、後遺症の結果が分かるのはこれからの 5-10 年後です。すでに軽症者の多くに心筋炎という重大な病態を密かに発症していたという報告も出てきています。最近、高い感染率を呈している若者たちが、こういった安易な考え方で感染制御に積極的に協力しないならば、他人や社会だけではなく、将来の自分へも取り返しのつかない傷を残す可能性があることを胸に刻む必要があります。

### 1-3) SARS-CoV-2 の感染制御を困難にする要因とその対処法

SARS-CoV-2 の感染制御が難しい大きな特徴として、平均発症(平均潜伏)日数が感染後 5-6 日(潜伏期は約 14 日までが殆どとされてます)と、発症までの無症状期が長い上に、発熱も無く(軽度)かつ無症状で経過してしまう患者が多いこと、症状と感染力がリンクしないことも相俟って、症状が無い、軽症の感染者が知らぬ間に感染

拡大に寄与してしまうことが挙げられています。確実な根拠はないが、現在、症状を呈する場合は発症前 2-3 日から発症後 1 週間程度感染力が高いとされており、一方、インフルエンザは発症まで 1-2 日と短く、ほとんどが高熱・倦怠感など分かり易い感冒症状を有し、ウイルス量と症状がリンクする傾向にあるので、患者自身や医師のみならず、周りの一般民も容易に危険を察知することができ、感染力が高い人間を区別・隔離できるのです。そして、多くが発症後 5 日で感染力を失うと考えられ、発症後 5 日後でかつ解熱後 48 時間後であれば感染拡大することは無いとして対処されます。この点においても、インフルエンザへの例えは、多くの誤解の引き金になる可能性があることがもう理解できたのではないかと思います。そして、如何に SARS-CoV-2 の感染拡大のコントロールが難しいか分かるかと思います。さらに、**PCR 検査には少なからず偽陰性も呈するため、表 2 などの症状を含め少しでも体調異常がある場合には、PCR 結果如何に関わらず体調回復まで他人への接触を避けるという姿勢**が少なくとも望まれ、高熱や呼吸状態の悪化(息切れ)症状悪化時には積極的な(必要であれば繰り返しの)PCR 法や抗原検査での鑑別診断を行い、陽性の場合は入院などの隔離処置をとる必要がある訳です。

また、陽性患者との**濃厚接触が確定している場合(例えば、同居して衣食を共にしている夫婦など)には、PCR 検査を受け陰性であったとしても、陽性患者と最終接触日から 14 日間は自主隔離する必要があります。**

さてここで、暑い最中ゴルフをして熱中症疑いの患者がいたとします。ぐったりとして熱も有ります。症状と状況から単に熱中症と診断して扱えるでしょうか？  
答えは No です。COVID-19 の症状としても十分説明が付きません。したがって、COVID-19 患者疑いとして注意して対処しないと、接触した方々でクラスターが発生するかもしれません。この場合、COVID-19 否定できずとして、しかも症状に重症感があるので即座に救急車で搬送すべきです。症状が、単に軽いだるさだけだったらど

うしますか？やはり、COVID-19 を否定できないため、病院受診を勧めなければなら  
ないでしょう。すなわち、どんな症状であっても、COVID-19 を否定できずに、その  
感染対策をしながらの対応になるのです。症状の原因を誤解してしまうといった診断  
の困難さもまた感染制御の上での難しさに輪をかけるのです。したがって、感染者の  
みならず体調が悪い方を会場内に入れないということも極めて重要な意味を成すので  
す。

#### 1-4)感染者(ウイルス)を保有しないためには - 日常における具体的感染対策について -

前提として、3密(密集、密閉、密接)のすべてを徹底的に避ける (次章参照)  
ことが最も重要である。避けるのは基本であり、避けていれば3密による感染確率は  
ゼロであるのは明らかです。そのもとで、以下が注意すべき日常の具体的対策となり  
ます。細かな点までは網羅できないこともありますので、種々の感染対策ガイドもご  
参照いただければと考えます。

- ・ 平時から体温と自覚症状(息苦しさ・呼吸困難、倦怠感・だるさ、咳、喉痛、筋  
肉痛、関節痛、味覚障害、嗅覚障害など)の有無を記録する。

例) 2020年7月1日 朝8時 36.5度、症状なし

- ・ その時々自身が居住している地方自治体の提示した行動制限に注意を払い、感  
染対策に関する指針は厳守する。
- ・ 他県などへ移動する際には、目的地の自治体の指針にも注意を払う。
- ・ その時々に出される大学の指針に沿った行動制限や課外活動制限を遵守する。こ  
れに違反した活動を行っている部員・大学関係者の競技場入場は認められない。

自治体と大学における方針に不一致がある場合には大学に確認した上で行動す  
る。

例) 各大学の指針で、例えばレベル1には課外活動は自粛、レベル0では課外活動制限なく認めるといった大学の指針があった場合、レベル1であるのに2名以上の集団でのゴルフ練習やラウンドは控えるべきです。ただし、家族などとのゴルフ活動については、私的活動の範疇である限り大学の課外活動の範疇外と考え、自治体の基準に反しない限り学生連盟としての評価対象外と考える。

- ・ 密でない屋外では必ずしもマスクは必要でないが、屋内・公共の場など、人と接触する可能性がある場所では必ずマスクを着用する。
- ・ 不用意に他人に近づかない。他人の物に触れない。他人と物を共有利用しない。(特に水筒やペットボトルなどから) 飲み物を飲むときに、他人の方を向いて飲まない。飲食物を回し飲み食いしない。
- ・ 会話時には、「お互いの」マスク着用はもとより、SDを十分に取り、気流にも気を配った上で会話する。
- ・ (3密のどれかに近い状況では)飲食時には会話は控える。そもそも集まって飲食をしない。
- ・ 建物や部屋(特にトイレや洗面所)への出入り、種々の行為の前後といった、物事のはじめと終わりには手指消毒をすることが感染拡大防止の基本手技であり、常に実践する。その一環として、ゴルフ場においては各ホールでの手指消毒を提唱した(後述)。あらかじめアルコールアレルギーなど消毒液使用に関する副作用については部内でも把握しておき、競技参加前までに学生連盟に報告をする。
- ・ 普段から自分用の携帯用手指消毒グッズを携帯する。アレルギー(アルコールなど)や皮膚障害(高濃度次亜塩素酸など)が生じないこと、効果が十分であること(消毒液の濃度など)、取り扱いに注意するもの(高濃度アルコールは火気厳禁など)についての確認をしておくこと。

- 共用のパソコンやセルフレジといった公共の器材などを共有して使用する際には、手指はもちろん、キーボード、タッチパネル、マウスなどの触る部分を前後で消毒することが望ましいが、機器の障害・破損しないことを確認して使用する。使用できない場合は、首以上に触れず、使用後の手指消毒でカバーする。
- 外出、外食、外での活動時には、人口密度の高い地域・町にある飲食店・リクリエーション施設といった種々の施設や人口密度が高い飲食店・施設では3密になる可能性が高いため、利用するかどうかの判断は慎重にすべきである。自治体が承認した感染対策ステッカーも利用基準として考慮すべきであるが、実際の状況を見て危険と感じるような密状況がある場合は利用を避ける。  
例) 劇場、イベント会場、遊園地、スポーツ会場、映画館、カラオケ、ジムなど
- 自宅内にウイルスを持ち込まない。帰宅時、玄関にて手指並びに荷物類を消毒した上で屋内へ入る。急を要しない荷物などは、1-2日触らず放置してから消毒後室内へ持ち込むとより安全である。
- 感染者と濃厚接触した場合は保健所・医師に相談し、適切な対応を検討する。

#### 1-5) 3密に対する考え方

3密とは、密閉・密集・密接という3つの状態を指します。ゴルフ自体は屋外の広い敷地で行うものであり、3密を避けることができるスポーツの代表ともいえるスポーツであります。しかし、クラブハウス内、特にトイレ・レストラン・ロッカールーム・浴室といったリスクが高い場所も存在します。そして、スロープレーはコース内で3密状態を誘発する原因となるので、絶対に避けねばならない最悪のマナー行為だけでなく、「危険行為」と言え、スロープレーヤーは退場または、それに匹敵する緊急かつ重要な対処を取らざるを得ません。

ここでは3密自体の説明を行います。3密の中でも、**集団感染には密集**が最悪と考えられますが、説明の都合から密閉から進めて行きます。

- ・ **密閉**： なぜ密閉でウイルス感染が起こりやすくなるのでしょうか？答えは、感染者が呼吸することで、空気中のウイルス濃度がどんどん高くなるため、入り口である口・鼻から吸い込んで・もしくは目などの粘膜から細胞内に取り込まれる確率が増すということです。このエアロゾル化(空気中で微小粒子に付着して漂うこと)したウイルスが空中を漂って感染を成立するかどうかははっきりしていなかったのですが、今回のコロナでの検証が一般的に進み、**密閉空間で特に狭い空間で長時間感染者と対峙することで感染が成立するという意見が主流になっています**。そして2020年7月、WHOも空気感染を認める発表をしています。密閉空間のウイルス濃度を上げる因子は、**「感染者数×ウイルス排出量(人/時間)×滞在時間 / 空間の容積」という式**で覚えて考えれば、実際の危険を良く表現し覚えやすいと思います。この要素(分子)のどれかをゼロにすれば感染する(感染させる)可能性を取り除けるのです。また、(分母に当たる)空間をゴルフ場のように大きく広くとれば感染確率は0にできます。応用すれば、スーパーマーケットでの買い物や電車でのポジショニングなどどうすれば良いかはおのずと見えてきます。これらの場合は、回避しない限り可能性ゼロは確保できませんが---
- ・ **密集**： 単位空間あたりの人口が多い(人口密度が高い)と感染者の混入確立が上がり、閉鎖空間でなくとも身近の感染者から排出されたウイルスが拡散してしまう前にウイルスを吸い込んでしまう可能性が高まる訳です。すなわち、人-人間距離が短くなり **Social Distance (SD、社会的距離：2 m)**が保てなくなり、ウイルスを多く含んだ呼気や唾液による飛沫を浴びる確率を上昇させますし、密閉効果も関与してくると思われれます。これを出来る限り防ぐという意味では、一般のマスク(ウイルスより十分大きな  $1\mu\text{m}$  以上の穴が開いており、ウイルスが通過する可能

性がある。一方、N95 マスクの穴は十分小さな穴が開いたマスクのためウイルスは通過しない)は飛沫距離を制限するので有効だと考えられますが、あまりに人口密度が高く人・人の距離が近すぎると目の粘膜はもちろん、マスク越しやマスクの横からウイルスを吐き出したり吸い込んだりしてしまい、ウイルスの人・人感染の確率上昇は不可避となります。「お互い」がマスク着用している場合でも、密集を避ける(その場所での滞在時間ゼロ)以外完全な感染回避はありません。また、密集に一瞬でもいた場合は、衣服や持ち物などが汚染される可能性もあり、それを触れた手で顔を触れたり物を食べたりして感染が成立することも有ります。密集は集団感染の観点からも一瞬たりともあつてはならない最も避けるべき状況と考えます。全国の感染者数と人口密度に因果関係があるのは簡単に見てとれることから、マクロな視野でも密集が最も大きな感染拡大の原因と考えられます。

- ・ **密接：** これは2つの要因に分けて考えます。感染者の衣服や体に直接触れることによる直接的なウイルスの移行を許すという点、もう一つは、飛沫などを短時間であっても大量に浴びるという点です。時間が長いと浴び続けるということになります。これも基本的には避ける以外、完全回避は有り得ません。

さて、濃厚接触者という言葉があります。3密の状態に十分さらされた者と解釈できます。一般の方は定義を言葉上で一生懸命暗記して、専門家の判定を気にしています。しかし、上記の3密の内容を正しく理解していれば、おのずと濃厚接触した疑いがあるのかないのかは自身で判断できるかと思います。逆に、自身しか正確な状況を再現はできないので判定もできないのです。したがって、より安全を期すには、専門家と自身の両者がともに自信をもって3密の状況にはいなかったと判定し感染回避は確実だとするならば、濃厚接触ではないとすることが正しいやり方

だと思えます。感染拡大を防ぐ意味からは、密な状況下に滞在して濃厚接触の疑い・感染不安が少しでもあるならば、自主隔離を14日間すべきなのです。

• **3密以外は大丈夫か？**

3密以外の要因として、公共の場、人が共有する施設など、共同で使用するものは多くの方が触れていて接触感染を起こすリスクが高いと考えられます。また、SARS-CoV-2は唾液に多く存在するので飲食物の回し飲み食いは最悪です。多ければ多いほど感染者が利用するチャンスが生まれ、ウイルスが種々のものに付着し浮遊しているかもしれません。一番身近なのは電車でしょう。3密の要素に加え、手すり・つり革・座席・床など、危険が有ります。スーパーマーケットにある種々の食材なども2020年7月31日現在の東京の感染者数からすると気をつけて触る必要があります。入り口で皆が高濃度アルコールなどの手指消毒をすればその危険をかなり少なくすることができるかもしれませんが、重要なことは、汚染されたかもしれない手をその都度高濃度アルコールで消毒することです。最後の砦は、消毒を忘れた手で首以上を触らないよう習慣づけることです。そして、必ず建物や家に入るときには手指消毒や荷物・衣服・買い物の消毒を心がけるという習慣が自宅にウイルスを持ち込まないために重要となります。自己防衛が可能な最後の憩いの場は自宅であるということを忘れないでください。そして、それを成しえるためには家族など同居者全員で対策することが必須となります。同じように、競技参加者および参加者の同居者(寮生活者も含む)や濃厚接触する関係者全員が対策をすることが競技会場にウイルスを持ち込まないための要となります。

## 2. ウイルス(感染者)を競技会に持ち込ませない (競技前 14 日の水際感染対策)

1. に示したように、日常からの感染対策をしっかりと施行することで、学内・部内・部員(および部関係者)家庭内の感染対策は行われているとしても、安全な競技施行のためには、競技当日前 14 日間の水際における感染対策レベルを上げていくことが重要です。最大潜伏期間の 14 日における感染予防が完璧であれば、もはや競技者および関係者の中の感染者が潜在する可能性は皆無に等しくなります。また、仮に日常の予防が完全ではなく感染者が紛れ込もうとしても、その来場・出場を水際で防ぐ効果が期待される処置(例えば直前での PCR 検査や抗原検査、ただし 100%ではない)をここで講じることが重要なのです。若者を中心に、感染者に無症状者が多い中、潜伏期間中もしくは無症状感染者の競技場侵入を可能な限り予防することがこの章の意味するところとなります。1. に記載された日常の感染予防策に加えて、以下の強化事項を競技前 14 日間は遵守することとしてください。

競技開催前 14 日から開催当日にかけて、日常の対策の上に、以下の対策を加えます(Extra 事項として E ナンバーとします)。

- E1) 大学ならびに大学が許可する範囲における部活動を中心に日常生活を送ることを基本とし、対面・同席による会話を要する食事や喫茶は一切避けることが望まれる。
- E2) 「宿泊地を要するような宿泊」を伴う各種練習や合宿などのラウンド練習は一切禁止する。
- E3) 18 時以降の(接待の有無を問わず)飲食を伴う店舗での食事・滞在を禁止する。
- E4) 酒類を出す飲食店での滞在は時間に関わらず禁止する。
- E5) 登録選手に関わるコーチや同居する家族やチームメンバーを含め、日ごろ濃厚接触の可能性が高い関係者へも選手並みの感染対策の徹底を要請し、選手への感染伝播が生じないようにする。

E6) 競技前 2 日(前々日)以内に抗原検査もしくは PCR 法による SARS-CoV-2 感染検査を行い、陰性結果の証明書を必要とする。あらかじめクリニックなどに検査予約を取っておく必要があるが、集団で受診する場合は現地個別来院で密を避けて検査を行う。控えの選手を含め、来場する関係者も全員、同様の検査を行っておく。車の乗り合わせはこれら検査で陰性が示されたメンバーで乗り合わせる。検査未施行の場合、競技場(駐車場を除くゴルフ場敷地内)への立ち入りを禁止するとともに、当日は選手や他の競技関係者に接触・対面での会話などを禁止する。同居している家族同士のみでの乗車であって、その車の運転手が検査未施行の場合は許容する。

PCR 検査は、ウイルス遺伝子を増幅させて検体の中にウイルス遺伝子が存在するかどうかの遺伝子同定検査です。抗原検査は、増幅はせず検体の中にウイルスが持っている抗原(ある種のウイルス特異的蛋白)が存在するかどうかを、あらかじめ反応する抗体を用いて同定する検査で、増幅というプロセスは無く、また量が少ないと抗体で同定できないなどの点から、PCR より感度が低いとなります。いずれも、その時点でのウイルスの存在を同定する検査であり、PCR といえど偽陰性は生じます。これらの検査で陽性ならば、まず感染しているとして考えられますが、手技的なミスなど含め稀に偽陽性があります。偽陰性は、両方で比較的好く見られ、特に抗原検査では PCR よりも感染初期には発生しやすいです。検査の限界として、陰性の場合には完全にウイルス感染を否定するものではないことは覚えておいてください。したがって、この検査は、症状などで見落とされる軽症・無症状者で実はウイルス量が多い方を何とか見つけようとする次善策であることをご了解ください。

\*なお、検査に関しては、周辺状況を鑑み、よりよい検査方法が見つかった場合、安全管理の観点で新たな検査方法に変更する場合があります。

E7) この期間(当日朝を含む)の「体調管理チェックシート」(事前に学連より配布)に記入・記録し、チェックイン時に提出する。これを怠った者は入場できない。またその際、

当日の体温チェックも行う。14 日間の平均低温(平熱)より 1 度を超えて高い場合か又は 37.5 度以上の場合には、即退場とする。

- E8) 競技前 14 日以内に COVID-19 患者の濃厚接触者として疑われた場合は、参加は認められない。
- E9) 原則として前日宿泊からの会場入りは禁止する。 地理的・スケジュール的にやむを得ない場合には、所属大学・保護者の許可を取った上で、関東学生ゴルフ連盟へその旨を事前に届け出る。やむを得ない宿泊時には、1 名による個室使用で 1 泊を限度に承認とする。その宿泊責任は、所属大学の判断に帰依するものとする。 宿泊に際してのホテル・旅館における COVID-19 感染対策が十分になされていることは各人で確認することとするが、共同浴場の使用は避けることとする。宿泊時の飲食においては、take out による自室ですませることとし、自室に他人を招くなどの密な状況は絶対に避けねばならない。 また、やむなく外食する際には、COVID-19 感染対策が十分になされているレストラン・コンビニエンスストアなどを利用し、マスクを着用しない食事中的他人との会話は極力控える。 また、他の利用者との十分な間隔を空けての利用をするものとする。

### 3. 競技会当日に感染者を発生させない（現場において新たな感染者を作らない）

交通を含め競技当日の対応であり、事実上主催者が直接的に講じる手立ての多くがこの部分である。日常ならびに競技直近 14 日の十分な感染対策により、ウイルスの持ち込む可能性についてはかなり低いものと思われるが、対策基本概念として、競技中において「自分以外の全員が感染者であったとしても自分は感染しない」「自分が感染者であったとしても他の方にウイルスを感染させない」の実践を目指すことになる。

ゴルフにおいては、解放された環境で SD を十分とることが可能なためラウンド中は低リスク環境にある。プレーヤー同士の密接と接触感染の回避で完璧な対策となる。そのため、有り得ないはずのプレーヤーの溜まり（密集状態）を作ってしまうスロープレーはすでに単なるマナーの問題ではなく危険行為である。したがって、即退場またはそれに匹敵する緊急かつ重要な対処を行うべきである。

次に、頻回の手指消毒による接触感染予防が重要になる。消毒液の配備を徹底するが、アルコールアレルギー者の存在に注意して次亜塩素酸製剤も適宜併用利用する。リスクの低いラウンド中の手指消毒は自前の消毒グッズで対応することを基本とした。

最後に、ラウンド以外の部分への注意が一番重要な感染対策である。感染リスクの高いトイレ・洗面所を含む屋内もしくは共用スポットでの感染対策としては、マスク着用を基本に、換気を十分に行うとともに、消毒液の設置場所を増やし頻回の手指消毒を行うことで対策を講じる。また、密閉空間に対しては必要に応じて空気消毒薬（二酸化塩素製剤など）の使用も検討する。

#### 3-1) 往路

時間にゆとりを持った来場計画を立て、個々ばらばらに、できるだけ公共交通機関を利用しないでの来場（例えば、自家用車で 1 名での来場）を基本とする。マイクロバスなど多人数乗車

の車両は避け、通常の 5 人乗り自家用車では、できれば 2 名までとし、長距離運転など、やむを得ない場合には、運転交代のことも考慮し 4 名までは許容する。但し、行き帰り同じメンバーでの乗り合わせによるものとする。しかしながら、室内の換気については常時窓を適度に開けての運転が望まれ、エアコンに関しては、外気利用のモードでの使用が望まれる。やむを得ず公共機関を使用する場合には、個別行動を基本とし、多くとも 2 名までの集団行動までとし、密な状況を避けるようにする。いずれにしても、車内ではマスク着用を徹底し適宜手指消毒を行う。乗車直前・降車直後の手指消毒は必ず行うようにする。既定の抗原検査や PCR 検査で陰性のメンバーでの乗り合わせとするが、同居者による送り迎えは可とする。その場合は、同居者同士のみの乗車とする。

### 3-2) 競技会場での集合など

- ・ 駐車に関しては、チーム密・他の学生との密になりにくいように、各人ばらばらに駐車することを推奨する。集合場所については、屋外でかつ十分なスペースを利用して、集合時にはマスク着用かつ SD を保ち、消毒薬設置の上であれば尚良い。
- ・ まずは屋外に設置した入場口（コースの躯体状況によってはアテスト会場と同じ場所となる）に向かいチェックインする。
- ・ チェックイン時に「体調管理チェックシート」（事前に学連より配布）を提出。これを怠った者は入場できない。またその際に、体温チェックを受ける。14 日間の平均体温(平熱)より 1 度を超えて高い場合か 37.5 度以上の場合には、即退場とする。

### 3-3) クラブハウス使用について

- ・ 学生連盟委員や運営関係者を除き、原則、不必要に立ち寄り滞在することを禁止する。
- ・ 大会本部は、屋外・テラスなどを利用することが望ましいが、気温や風雨などのためクラブハウス内などの屋内の部屋を使用する場合、3 密を避けるように、十分なスペースと換気に

気を払う。エアコンを使用する場合は、屋外気利用のエアコンであることを確認する。屋内気を利用するエアコン使用は望ましくない。そのため、大会委員は季節に応じた適切な服装で業務に当たる必要がある。ジャケットなど余計な着用物は持たないことが望ましい。

- 全ての出入り口に消毒液を設置することとし、入る時のみならず出るときにも必ず手指消毒を行う。

- 洗面所・トイレ：最も感染拡大を起こす可能性がある場所であり、感染対策の要となる。

二酸化塩素製剤による空気洗浄を行っている場合があるので、塩素臭を感じることもある。もし気分不快を生じる場合にはすぐに退出し、その旨を申し出る。

通常通り、入室時には所定の手指消毒か自前のアルコールなど有効な消毒液による手指消毒を行ってから入室する。

基本、利用時はマスク着用とする。 洗顔のためにマスクをとる場合などやむを得ない場合はその限りではない。

洗顔する場合には、手指消毒を忘れてないか確認し、手の洗浄を十分に行ってから洗顔を行うようにする。手で顔を触る前にはその都度、確認意識を持つ習慣が大事である。

感染者の大便にはウイルスが混入している可能性が高く、洋式トイレを流す際には、便器のふたを閉めてから流すよう心掛ける。

用後の手指は接触汚染されているため、洗面台で手洗いをする前に所定の消毒液か自前の消毒液で手指消毒を行ってから洗面所に移動するようにする。共用の洗面台を極力汚染から守ることが大事である。用を足してから手指消毒までの間は、首から上を絶対に触らないよう心掛ける。

洗面台での最終手洗いの後であっても、退出時における消毒液での手指消毒が済むまでは安易に首より上を触らないようにする。

- レストラン： 使用禁止が基本だが、感染対策が十分であるとして学生連盟からの許可のもと営業している場合の使用は認める。

着席による食事は1席2名までとし、マスクを外している食事時の会話は禁止する。食事は速やかに済ませて退席することとする。会話を伴う茶席としては、マスクをしているとしても利用を認めない。

- ・ロッカールーム：基本、使用する予定はない。

学連所定の場所において、やむない場合（雨で濡れるなど）、申請許可のもと着替えなど最低限の使用を許可することがある。

使用する場合は、密にならないように順に使用許可を出すため、必ず学生連盟の指示に従う。

使用前後に学生連盟が用意した消毒液の噴霧による消毒を行うものとする。

- ・バスルーム：救命救急処置といった緊急事態などやむない状況下以外では原則使用禁止とする。

### 3-4) ラウンド時の留意点

具体的な注意事項を以下に記す（Round 時注意として R 表示とする）

- R1) スタート時 1 番ティーでの集合時にはマスク着用とするが、それ以降ラウンド中は着用しなくても良い。感染者の唾液にウイルスは多く存在するため、ラウンド中は他人に唾液がかからないように SD を十分とり、無駄に大きな声での会話を行わず、他人の体・キャディーバック・所持品などにはできる限り近づかない・触らないように注意する。もちろん、飲み物やタオル(ボール拭き用のタオルなどすべてのタオル類)などを含め所持品の複数人での回し利用(共用)は禁止する。また、クラブのなどの忘れ物に気づいた際にも、触ったり拾い上げたりせず、指摘して気づかせ、本人にとりに行かせるようにする。
- R2) 各人、SARS-CoV-2 に有効とされる手指消毒用のウェットティッシュや消毒液のミニボトルなどを持参・携行することを強く奨励する。特にアルコールアレルギーがある者は、学生連盟が用意した消毒液のうち非アルコール性消毒液を使うように気をつける。また持参す

る消毒グッズが手袋に使用でき、かつ使用してもプレーに影響ないことは各人前もってチェックしておくこと。

- R3) 各ホールティーイングエリア近くに配置された消毒液か、それが無い場合には各人で持参した消毒グッズを用いて、必ず、各ホールティーショット前後（できればショット・ルーティーンに入る前）で1人1回(以上)手指消毒を行うこととする。 コース内の消毒液はアルコール性のものが基本となるため、アレルギーがある方は自前の消毒グッズを使用する。また、手袋に使用する場合も、前もって手袋への使用(アルコールウェットティッシュなど消毒液で濡らしたティッシュなどを利用するとやりやすい)をチェックした自前の消毒グッズを使用することが無難である。これにより、そのホールにおけるレイキ、カップ、ポールといった共用物の接触汚染の予防効果を期待する。
- R4) 電動乗用カートを使用する場合は、  
クラブの出し入れは、各人順番に行い密接・密集にならないよう心掛ける。  
他人のキャディーバックや持ち物に触らないよう心掛ける。  
乗車中は、各人の席は固定することが望ましく、乗車中はマスク着用が望まれ、マスクしない場合は絶対に口を開けないで過ごす。 マスクしていたとしても、会話は極力控える。種々の緊急事態ではその限りではない。
- R5) コース内トイレの用法については、基本クラブハウス内のトイレ利用法に準じた使用を行うが、換気に注意し、必ずしもマスクを着用する必要はない。手指の接触汚染に注意し、用後はトイレ・洗面所のドアは可能なら全て開放したままとし、手を洗って外へ出た直後に即座に手指消毒することを忘れないよう心掛ける。消毒前に不用意に首から上を手で触らないようにする。
- R6) 18 ホール最終グリーン終了後に使用する消毒液を配置してあるので、その場所で手袋を外して手指消毒をする(自前のものを使用しても良い)。ハーフ終了時の使用は任意。この消毒後に、マスク着用してアテスト会場に向かうこととする。

### **3-5) アテスト時の感染対策**

- ・ アテスト会場では、入所前に所定の消毒液による手指消毒を行い、マスク着用の確認を行う。
- ・ アテスト方法により適宜感染対策を立てるので会場での指示に従う。
- ・ アテスト終了後、退所時に手指消毒を行い解散とし、各人、速やかに帰途につくことが望まれる。

### **3-6) 帰路**

- ・ 来場時と同じ配車での帰宅が望まれ、やむなく公共交通機関を使用する場合には往路同様の配慮をすること。
- ・ 車にて移動の場合は、換気などの注意点も往路同様である。
- ・ できれば各人宅前か、徒歩帰宅可能な場所での最終解散とし、公共交通機関使用は最低限かつ密にならない状況下での使用とする。
- ・ 帰宅玄関においては、十分な手指消毒・荷物の消毒には注意して、自宅内にウイルスを持ち込まないことを心がける。

### **3-7) 競技終了 14 日後まで**

- ・ **競技前 14 日同様、競技後 14 日の感染対策は非常に重要である。** この期間に感染が発覚した場合、感染経路道程が非常に重要な課題となるため、競技場での感染拡大の可能性が検証されることになります。競技後の感染対策は競技前 14 日と同程度の対策で臨むべきと考える。抗原検査・PCR などの検査は通常通りの医学的必要性に応じて積極的に施行する心構えが重要です。
- ・ 競技場に入られたすべての方について、**この期間内に発症もしくは感染が発覚した場合には、本人が速やかに関東学生ゴルフ連盟への報告を行ってください。報告すべきか迷った**

場合も必ずご連絡ください。報告は義務としますが、個人情報の不要な流出が無いよう  
れぐれもご注意ください。

#### 4. 競技会場での COVID-19 を疑う症状を発症した場合の対処マニュアル

- ・ 関東学生連盟は、体温計、血圧計、パルスオキシメーターは、あらかじめ用意し、AED の備えつけてある場所を確認しておく。
- ・ 医師もしくは看護師・保健師といった医療従事者の会場常駐は必須ではないが、難しい場合でも状況相談のできる医師との電話コンタクトがとれる体制を敷くことが望ましい。
- ・ 会場のある場所の管轄の保健所に前もって相談し、COVID-19 疑われる症状やその他体調が悪い者が発生した場合に、対応方法（搬送までの手順や搬送先病院）を確認しておく。
- ・ 発熱を含む風邪症状の出現と COVID-19 の症状は区別ができない上、熱中症症状・女性の場合は生理痛などの月経随伴症状・起立性低血圧(立ちくらみ)といった症状自体、COVID-19 を否定するものではなく、むしろ COVID-19 発症を頭に置いた対応が望まれ、あらかじめ保健所と相談した手順での積極的な病院搬送を考慮する。医師に相談できる場合はその医師の指示に従う。医療関係者と相談できずに迷った場合は、救急搬送について 119 で相談する。

## 引用文献 1-7

1. 安全安心委員会 一大. 新型コロナウイルス感染症としての「UNIVAS 大学スポーツ活動再開ガイドライン」(2020.6.18 第1版). 2020年6月18日.
2. 公益財団法人日本障がい者スポーツ協会 公. スポーツイベントの再開に向けた感染拡大予防ガイドライン. 2020年5月14日.
3. 団体新型コロナウイルス対策会議 ゴ. 日本国内プロゴルフ トーナメント における新型コロナウイルス感染症対策に 関するガイドライン. 2020年5月20日 (2020年5月26日改訂) .
4. 日本ゴルフ協会 公. 日本国内の小規模ゴルフ競技における新型コロナウイルス感染症対策について (非興行型のアマチュアイベントやプロも参加する小規模予選会を含む) . 2020年5月29日.
5. 八尾厚史. 新型コロナウイルス(SARS-CoV-2)感染症(COVID-19)の日本における動向・展望. 東京大学 保健・健康推進本部 ホームページ (<http://www.hcu-tokyo.ac.jp/ver2019/ja/wp-content/uploads/2020/04/009873265004pdf>). 2020年4月17日.
6. Bourgonje AR, Abdulle AE, Timens W, Hillebrands JL, Navis GJ, Gordijn SJ, Bolling MC, Dijkstra G, Voors AA, Osterhaus A, van der Voort PHJ, Mulder DJ and van Goor H. Angiotensin-converting enzyme-2 (ACE2), SARS-CoV-2 and pathophysiology of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *J Pathol.* 2020.
7. 田村格、新型コロナウイルス感染症対策チーム一同. 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)について. 自衛隊中央病院ホームページ (<https://www.mod.go.jp/gsdf/chosp/page/report.html>). 2020年3月公開、7月10日参照日.