

「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～日本学連・関東学連合同版（本体）～」  
～2022 年度改訂版（第 3 版）～

2022 年 3 月 15 日発行

日本学生ゴルフ連盟	会長	黒須 一雄
感染症対策小委員会		
	関西学生ゴルフ連盟	白井 義雄
	中部学生ゴルフ連盟	堀田 勝市
編集監修・関東学生ゴルフ連盟		金井 毅

執筆責任者

東京大学 保健・健康推進本部講師・関東学生ゴルフ連盟理事  
東京大学医学部附属病院 循環器内科所属 八尾 厚史

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)

付記： 上記メンバー全てにおいて、申請するような利益相反(COI)はありません。

## 日本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、日本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)の感染予防を目的とした感染対策ガイドラインです。COVID-19 は世界的発症後 2 年以上が経ちその病態生理の解明が進み、世界初の mRNA ワクチンの開発・普及、そしてウイルス抗体カクテルの開発・実用、更に抗ウイルス増殖抑制薬の開発・実用といった対抗処置がとられるようになりました。そして 2021 年秋頃には、これらの予防策・治療薬によりいよいよ COVID-19 パンデミックは終息へと向かうのではという期待感が高まっていました。しかし、SARS-CoV-2 デルタ株に代わって系統の異なる亜種とされるオミクロン株が主流となり、また新たにと言って良いような大規模な世界的パンデミックを引き起こしています。2022 年 1 月からは日本でも最大級のパンデミックとなり、2 月のピークが今後どう収束するのか未だ予測がつかない状況です。日本学生ゴルフ連盟は、デルタ株までの戦いにおいて「競技会で感染者を出さない」という大きな成果をあげてきました<sup>1</sup>。これまで採用してきた第 1 版と第 2 版の感染対策ガイドラインにより、SARS-CoV-2 との戦い方の一法を確立したとも言える成果です。まさに、Student Golf with SARS-CoV-2 はどうあるべきかを具体的に示してきたと言えるでしょう。しかし、このオミクロン株においては、その驚異的な感染力から、全くもって同じやり方では同じ成果をあげることはならないかもしれません。一方、現代の我々にはワクチンという感染予防・重症化予防の武器が提供されており、何より、SARS-CoV-2 に関する知識が多く備わっています。感染対策ガイドライン第 3 版では、より安全に、より効率的な、そしてより社会的な感染対策を実施すべく、ワクチンや SARS-

CoV-2に関する知識を活用して更なる改訂をしています。もちろん、従来からの感染対策の指針である以下の2点には変更はありません。

①加盟員とその関係者、ご家族の健康と命を守ることを最優先する。

②責任を持って感染対策を徹底し、感染拡大防止に努め社会（日本国）に協力する。

また、この感染ガイドラインは、一般社団法人大学スポーツ協会(UNIVAS)<sup>2</sup>、公益財団法人日本ゴルフ協会(JGA)を含む5ゴルフ団体<sup>3</sup>、公益財団法人日本スポーツ協会・公益財団法人日本パラスポーツ協会<sup>4</sup>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たものです。

さて、本ガイドラインにおける感染対策基本方針は、第1版から採用している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-

第3版では、このトリプルガードシステムの基本姿勢に、さらに「学校バブルシステム」（後述 P35 参照）を学校間感染拡大防止のために加えています。

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。その場合、ガイドライン自体の改訂を急遽行う場合とその競技に限ったローカルルールとしてガイドラインの内容を一部変更する場合が出てくると考えられます。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、必要に応じて適宜改訂版を出した場合は、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。ここで、感染対策ガイドラ

インなど作成せずともゴルフ競技開催は可能であったといった根拠のないゴルフ競技実績を掲げる方々が未だにいらっしゃるかもしれませんが、果たして社会的責務を果たした上で安全に施行されたという科学的な根拠があるのかどうか、これからも続くSARS-CoV-2との戦いへ向けて今一度胸に手を当てて考えていただければと思う次第です。一方、これまでの学生ゴルフ連盟感染対策ガイドラインに基づく感染対策の結果は、COVID-19 有識者会議のホームページ(<https://www.covid19-jma-medical-expert-meeting.jp/topic/7074>)<sup>1</sup>に掲載されています。第3版は、この結果を基に更に進化した感染対策を掲げています。何より、安全に学生ゴルフ競技が取り行われ、“Student Golf with SARS-CoV-2”の継続性のある運用を続けていけることを切に願うものであります。

2022年3月15日

日本学生ゴルフ連盟

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-第3版-」

### はじめに

第2版による感染対策を行った2021年度の競技会までには、未だ特異的な治療法は確立しておらず、秋の試合においては高齢者・社会人においてのワクチン2回接種は8割以上進んでいたものの、学生においてはワクチンの普及は不十分なままでありました。したがって、COVID-19感染症蔓延下での大学生ゴルフ競技の開催では、トリプルガードシステムによる感染予防の強化が重要でした。様々な競技での感染対策を眺めて見ますと、一見、競技会前の「検査による感染者混入の防止」こそが、極めて重要かのような印象を受けます。確かに、検査による感染者同定を行うことは競技会を安全に運用するために感染拡大防止効果があることは明白ではありません。しかし一方、**検査さえしていれば大丈夫という心理が働き、日常の感染対策が杜撰になる可能性を秘めています。**加えて、重症になりにくい若年者が多くを占めるアスリート系競技会では、COVID-19に対する個々人の警戒感が薄くなり、競技のみへの取り組みに傾倒する帰来が見え、事実、ワクチン副反応によるパフォーマンス低下の懸念から、アスリートへワクチン接種が進まないといった事実も伺えます。しかし、これまで学連の感染対策のデータ<sup>1</sup>では、明らかなガイドライン違反者を除くと、競技前・宿泊練習前に施行したPCR検査・抗原定性検査キットによる前検査での陽性者は皆無でありました。また、2021年におきましては、1日競技での前検査を廃止して行いましたが、明らかな感染者の競技会参加という事実は認めませんでした。すなわち、事前検査ではなく「**ガイドライン遵守による感染予防が最も大きな効果を有する**」ことが証明されたと言えます。この結果を根拠として、2022

年度は一步進んで宿泊を伴う2日間競技における事前検査を省略する試みを計画するに至っております。しかしながら、これまでのアルファからデルタ株といった系統と遺伝子系列の異なるオミクロン株とその変異体のすさまじい流行を経験するに当たり、その驚異的な感染力と潜伏期間の短縮化を鑑みて、競技会における現場での「学校単位のバブル感染対策システム（学校バブルシステム）」の概念を追加導入することに致しました。この対策の根本は、現場での感染拡大は学校単位であれば許容するというものではありません。オミクロン株においての事前検査陰性の意義の低下、すなわち、潜伏期が短く無症状者が多いオミクロン株では、2日間（2泊3日、練習日を入れると3泊4日まで拡大）競技においても、「検査陰性者からの発症者の競技会への参加、そして競技会で感染者が生じ得るばかりではなく、さらに他の方への感染拡大が可能」であるということから、トリプルガードの「競技会当日に感染者を発生させない」という最後の砦の部分をもっと強固にしたということです。その方法として、各学校単位での感染対策の強化を要請したというご理解でお願いできたらと思います。感染対策自体の基本姿勢は、感染ゼロという強い意識のもと、感染しない・感染させない生活様式・競技開催の実行により、結果として感染ゼロの“Student Golf with SARS-CoV-2”の達成であり、第1,2版のガイドラインの概念と何ら変わることはありません。そして、決して公共の福祉を乱さないものでなければならないと考えます。この1年半の結果に奢ることのないパフォーマンスの積み重ねが重要となります。今一度、「なぜCOVID-19蔓延下での学生ゴルフ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ります。そして、その意義・重要性を失わないためにも、責任感のあるさらに一步進んだパフォーマンスが学生の皆さんには期待されます。COVID-19蔓延下であっても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認識し、その遂行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、感染ガイドラインを理解・遵守し、自覚と責任を持った競技会実行を強くお願いする次第です。

COVID-19 蔓延により、世界中で多くの人命が失われ続け、2022 年に入り、急性期のみならず遠隔期後遺症に関する膨大な報告<sup>5</sup>も出てくるに至っています。軽症者さらには無症状者であったとしても COVID-19 に罹患すること自体が重篤な後遺症発生リスクとなることが証明されています。もちろん、持病を持っている方や高齢者などの一般向けに言われている重症化リスク(表1ガイドライン図表参照)も知っておく必要があります。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(自殺者を含む)をも生み続けていることに関しては、全世界的に同様ではありますが、ワクチンや治療薬の普及状況や国による方針の違いから、国際化社会(Globalism)機能不全に対する対応の足並みは依然として揃ってはいません。各国の対策とその結果から学ぶことは非常に重要ではありますが、こういった状況を鑑みるにおいては、今一度現状および将来的な予測をたてる必要があります。端的には、今後の「周期的な感染拡大の可能性」と「感染拡大による種々の変異種の出現」は、現状のワクチンの感染予防効果の限界(終生免疫獲得は不可能)と治療薬の限界を考えると、受け入れざるを得ないことということです。すなわち、“New Life with SARS-CoV-2”の指針の構築をまず行い、その指針の共通認識の上での対策を進めるということになります。日本学生ゴルフ連盟では、第1版作成時から一貫して“Student Golf with SARS-CoV-2”を現状に則してかつ将来的な見通しをもち、データ・成果に基づいて改変し様々な成果をあげてきました<sup>1</sup>。ガイドライン作成以降の競技会事前検査での陽性者ゼロという結果が端的に物語っています。ここで第3版では、オミクロン株の驚異的な感染力と種々の変異株の出現予測、そして今後も続く感染者発生数の振幅と周期の予測から、「現場での感染者ゼロ」を達成目標とはしても、100%可能と考えることは現実的ではないと

判断しました。そこで「**競技会自体が感染拡大に寄与しない**」を主眼に据え、**感染者ゼロを目指した運用を徹底すること**としました。すなわち、これまでの次善策として掲げた目標をガイドライン第3版構築の基本理念としています。

2022年北京での冬季オリンピックを含め様々なスポーツイベントにおいて、種々の対策が講じられていますが、感染者が出ないということは極めてめずらしい(まず不可能の)状況下、感染者発生に対する人々の反応は大きく変わってきております。英国に至っては、マスク無しの日常生活を許容する“Living With SARS-CoV-2”政策に舵がきられました。ワクチンによる重症化の予防が大きく寄与した結果ではありますが、このワクチンの重症化予防効果により英国社会における人々のCOVID-19への意識が大きく変わってきたことも要因の一つではないかと考えられます。日本においては、1年くらいの急な流れでのそこまでの意識改革には至ると思えません。しかも、我々の対象者は、課外活動をする大学生であることから、これまでの素晴らしい感染対策の結果を加味した上でもっとも実現性の高い他に類を見ない感染対策ガイドラインを構築すべきと考えております。各個人のみならず、各大学の協力無くしてはこのような感染対策を敷けないことは報告書<sup>1</sup>に書いた通りです。今後とも、競技会参加の皆様のご協力をお願いいたします。

最後に重要な点の確認をしておきたいと思います。競技会開催期間中にCOVID-19罹患が判明する方が出てくるかもしれません。ワクチン接種は義務ではなく、仮に接種済みであっても感染予防効果には限界があります。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あり、COVID-19罹患自体、ワクチンを接種していなかったとしても本人に何ら罪は無いものです。この第3版では、大学単位でのバブル体制をお願いし、最終的にはそのバブルシステムが破られたかどうかで処分についても考えることになると思われまます。すなわち、競技会場での感染者発覚・参加事実というだけでは失格にはしないという概念を導入したということで



す。あくまで処分は安全対策上の重大な違反で行うもので、具体的反省と感染対策の改善はしていただくとしても、やむを得ず(ガイドライン遵守の上で)感染したこと自体に対する個人への責任追及はあってはならず、個人はしっかり保護された上で治療を受けていただき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れます。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) が生じやすいのですし、オミクロン株が相手ではいままでの常識のみでは通用しません。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。日本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、個人情報の観点のみならず、罹患者の保護に積極的に努めていただければ幸いです。前書きの締めとさせていただきます。

2022年3月15日

日本学生ゴルフ連盟

感染対策小委員会委員一同

## 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	P10
1-1) ウイルスに感染しないためには	P10
1-2) COVID-19 病態を正しく理解する	P15
1-3) SARS-CoV-2 の感染制御を困難にする要因とその対処	P17
1-4) 感染者(ウイルス)を保有しない為には-日常における具体的感染対策について-	P20
1-5) 3密に対する考え方	P22
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-	P27
2-1) ウイルス保有を回避し競技会に持ち込まないための従来からの方法	P27
2-2) ワクチン接種による水際対策	P27
2-3) 競技開催前 14 日から開催当日にかけての対策	P29
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-	P35
3-1) 往路	P37
3-2) 競技会場での集合など	P38
3-3) クラブハウス使用について	P39
3-4) 打撃練習場と練習パッティンググリーンなどの指定練習場	P41
3-5) ラウンド時の留意点	P41
3-6) アテスト時の感染対策	P43
3-7) 帰路	P43
3-8) 競技終了 14 日後まで	P44
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	P45
5. その他の注意点	P46

## 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、大学として、部としての集団的な努力を行う。

UNIVAS(大学スポーツ協会)では、「まず、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。」としている<sup>2</sup>。すなわち、必ず感染対策委員を定め、本ガイドラインを軸に、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<sup>2,4</sup>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をすることが基本となる。そして、各大学における変動する感染ステージに応じた課外活動指針を適宜確認・遵守するようにすべきである。感染対策委員は、大学と日本学生ゴルフ連盟との間に立ち連携を深める役割を担い、感染者発生時には、部責任者に対してのみならず、大学・日本学生ゴルフ連盟に対し必要とされる報告・連絡・相談を可及的速やかに行うことが求められる。少なくとも発覚後 24 時間以内かつ直近の学連主催試合の会場入り前までに報告すべきである。

### 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せん。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。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います。

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侵入に必要な表面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、ヒト以外でも、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<sup>6</sup>。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体内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、不織布マスクの穴 (~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、大量にウイルスを浴びてしまっただけは無意味と化す可能性があります。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(飛沫)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 50cm 以内に顔を突き合わせるように近くで会話してはいけません。

マスクをしていても 1 m 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、マスク着用は自分を守るというよりはむしろ他人への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。また、こういった効果は不織布マスクに比べて布製マスクでは弱いため不織布マスクが広く推奨されていることも知っておく必要があります。英国でのマスク着用義務の撤廃は、ウイルス感染を受け入れるという国の覚悟ということであり、その背景にはワクチンによる重症化リスクの軽減・経済的な社会状況の考慮・マスクに対する国民感情(海外の方は嫌悪感が強いようです)といった総合的なリスク・ベネフィットバランス的な考え方がベースにあります。つまり、マスクに意味が無いという理由ではないということを付け加えておきます。

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、皮膚自体へのウイルス付着はウイルスの運搬という意味以外では問題ないと考えられています。とすれば、手もそれ自体は付着したウイルスを目、口、鼻に運ぶ運搬的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ます。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

の意味もないことが分かります。つまり、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が、なぜか未だに手袋をして手指消毒が疎かになっている状況が見受けられます。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、仮にウイルスが付着していたとしても感染は成立しませんし、「換気が無限大であるゴルフコースでは、手で顔を触りさえしなければゴルフで感染する可能性は他者からの直接的な飛沫感染のみ」ということであります。こう考えると現場で近くに感染者が居る場合の換気の問題は別として、電車内でも同様な対策をすれば良い訳です。そして、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。こういった理論的背景から、ガイドライン第1・2版では、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・つり革はほとんど汚染されず、念のため降りるときに手の消毒をすれば十分という、電車での感染対策を掲げました。実際これまで電車での感染拡大は報告がなく、全員がマスクをして会話を控えているため(飛沫防止の効果)ではないかと考えられており、この感染対策で通常は充分であることが伺えます。しかしながら、今回蔓延しているオミクロン株は、麻疹と同等の感染力を有しているのではないかとさえ言われています。すれ違っただけで感染すると揶揄される麻疹ウイルスと比較されるオミクロン株の場合は、果たして電車が、特に非常に密集している場合(ラッシュ時、混雑時)はその限りではないとして、混んでいる電車は避けるといった慎重な対応を考慮しておく必要はあります(詳しくは3密の項を参照)。重要な接触感染対策としては、「物事(行為)の前後・ある場所への

出入り前後の手の消毒と、物事の最中に手で首から上(顔)を触らない習慣を身につける」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、競技中の接触感染による感染拡大リスクをほぼゼロに下げることになる訳です。「少なくとも消毒していない手で顔（首より上）を触らなければ接触感染は成立しません」。

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いかもしれません。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りました。すでに 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、オミクロン株の出現により、当ガイドライン第 1 版から掲げてきたウイルス濃度の問題と易感染性の兼ね合いという考え方の正当性・現実味が示されたものと言えます。今や、エアロゾル感染（空気感染）は、密な状況下での発声時（特に大声、飲食中時の発声、その両者の要素を持つカラオケ時）には普通にありうるということが認識されるに至り、オミクロン株ではこれまで以上の対策が求められています。冬の乾燥時には特に注意が必要とされ、オミクロン株に至っては、そういった空気(エアロゾル)感染の発生しやすい状況は避けることが最重要となります。仮に屋外であったとしても、発声時・会話時には距離以外の風向き・気流にも十分に気を配ることが必要です。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。スーパーコンピューター富岳の計算では、(窓が開けられない状況でも) 外気モードのエアコンをつけておくことが感染予防に重要であるとも計算されています。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、検査のタイミングが重要とはいえ、1回のPCRの有効性・感度はざっくりと7割程度(100%には遠く及ばない程度)しか担保できないのがこのSARS-CoV-2全株での厄介な特徴でもあります。

## **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COVID-19感染蔓延初期に聞いたことがあるかもしれません。しかし、実際の死亡率ですが、インフルエンザが1万人に1名程度に対しSARS-CoV-2は2021年度の段階でも1000人に1名をゆうに超えていますので、如何にいい加減な吹聴が出回っていたかが分かるかと思えます。しかも種々の遠隔期合併症が報告されるに至っています<sup>5</sup>。この2年、インフルエンザ関連で実感できる重要なことは、SARS-CoV-2の感染対策を行っていれば、インフルエンザは流行しないということです。

症状は変異株に関わらず一貫して(表2ガイドライン図表参照)に示されるような感冒症状が主であり、無症状ウイルス保持者も相当数(20-30%程度)存在するとされます。特に若年者(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、ワクチンの普及が進みにくい原因でもありました。そしてオミクロン株では、小学生以下の小児での感染力が強くなっているため、保育園や小学校に通う小児からの家庭内感染が多く報告されるに至り、2022年2月から5-11歳の小児へのワクチン接種が開始されています。ウイルスの病原性には、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。SARS-CoV-2に属するとはいえ、変異株での病態と感染様式は大きく異なることが証明されてきたため、共通事項と変異株固有の事項は、個別に評価・理解をすべきです。共通事項として最も重要であるのが、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)という酵素が共通の受容体分子(侵入の入口)ということです。その接着力には変異株ごとに違いがあり、より感染力が高い変異株ほど接着力が高いと考えられますが、オミクロン株は加えて、従来株に比較して、何らかの理由で肺よりも上気道部分における感染・増殖力が高いという結果が得られています。

さて、細胞表面酵素のACE2分子にウイルスが接着することが、感染の第一歩ですが、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は種々の重要な病態形成に関与する原因ホルモンの1つであるアンジオテンシンII(AT-II: angiotensin II)の分解を促し、さらにAT-IIの作用を抑制する物質を作り出し、強力にAT-IIの作用を抑制する役割を担った重要な分子です<sup>6</sup>。リスクの一つとされる高血圧もAT-IIの作用が強く関与する病態の一つです。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、高血圧を含め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。オミクロン株では感染の起こり方が従来株とは多少異なっていますが、これまでの従来株同様に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**)。

また、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おり、10代の日本人若年者患者が

血栓症で亡くなったと報じられています。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も言われています。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。こういった病態が総じて起こりにくいと言われる若者たちには、やはり単なる風邪くらいに考えている方も少なからず見受けられます。しかしながら、オミクロン株では明らかに感染力において違いが見受けられ、今後も変異と流行を繰り返す SARS-CoV-2 とともに生活を強られる状況下、単なる風邪という丸め的な考察をすることは危険です。そして、この 1-2 年のデータをまとめた報告から、様々な後遺症、特に軽視できない種々の心血管系後遺症を残すことが報じられています<sup>5</sup>。しかし、その後遺症の最終的な結末が分かるのは早くともこれからの 5-10 年後です。高い感染率を呈している若者たちが、安易な考え方で感染制御を疎かにするならば、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 において、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(潜伏期は最大約 14 日ほど)で、感染力がある時期は多くが発症(症状がでる)前 2-3 日から発症後 10 日くらいまでということが挙げられてきました。この発症までの無症状期が長いことに加え、発熱も無く(軽度)かつ無症状で経過してしまうが感染力を有する無症状患者(イメージ的には潜伏期だけで終了するような病態)が多く、症状と感染力が全く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きました。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ます。そして、今の SARS-CoV-2 感染への厳戒態勢下では強力に自主隔離が遂行されます。加えてマスク着用が徹底している日本社会では、インフルエンザが流行する可能性は考えようがありません。そして、多くのインフルエンザ感染者が発症後 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るため、感染制御がしやすいのです。こういった比較であれば、インフルエンザとの比較も理解を助けるものとして有用だと思われます。そして、無症状ウイルス保有患者の多さゆえに、如何に SARS-CoV-2 の感染拡大のコントロールが難しいかが分かるかと思えます。オミクロン株では、感染力が強くなった点が一番大きな違いではありますが、発症までの期間が 2-3 日と短くなり、無症状ウイルス保持期間も 14 日から 10 日程度に短くなったと考えられています。また、軽症例(元気な患者)が多いことも特徴とされ、感染者には朗報ですが、感染拡大防御的には逆に難しい対策を迫られることになる訳です。感染者同定の最強の武器である PCR 検査には依然として少なからず偽陰性も呈するため、(表 2 ガイドライン図表) 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ます。

2022 年 2 月、感染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 検査を受けずとも医師は SARS-CoV2 感染者と診断できるという厚労省からのお達しがありました。これは、仮に PCR 陰性を証明したとしても陽性患者との濃厚接触者として最終接触日を 0 日として通常 10-14 日間は自主隔離する必要が生じるため、症状を発症した者に関しては検査の手間を省いても十分に診断して良いとしたものです。医学的に正しい手順ではなく、疑いとしての診断は妥当であっても、医師としては検査なしで診断することには躊躇するもので

もあります。ここでもう一点、注意が必要な事象が有ります。発症が見られない濃厚接触者の場合の自主隔離期間は、最後に感染者と濃厚接触した日から隔離期間が算出されますが、濃厚接触者のうち感染発覚した場合はその感染発覚時から隔離期間が決定します。オミクロン株蔓延にて、3人家族に1名の感染者が出た場合に、他の2名が自主隔離をせず感染者と14日同居したとします。感染者と同居した14日目に同居した2名中1名に感染発症した場合、その感染者は順調に回復したとしてもトータル約4週間隔離となります。そして最後の未発症者は、感染発覚しない限りはその2番目の感染者と最後に接触した日から2週間の隔離となるため、最大6週間自宅隔離となる訳です。このように、家族内感染者発生による隔離連鎖は大きな弊害を生みまます。同居者がいる学生は更なる注意が必要なのです。

COVID-19蔓延下、他の疾患の発生状況も問題となります。例えば、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。症状と状況から熱中症と決めつけ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つかまずし、**本来熱中症は体調が悪い人に発生しやすい**のです。**COVID-19合併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し、その後家庭内感染へと発展する可能性も有ります。**この場合、COVID-19合併は否定できずとして、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、**有症状者に関してはCOVID-19を念頭に置き、その感染対策をしながらの対応になる**のです。これがすべての医療行為を困難にしているという理由であります。症状の原因に常にCOVID-19を考えねばならない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人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。もちろん、無症状者、ひいては PCR 検査陰性者は大丈夫という訳ではないことも頭に置きます。

#### 1-4) 感染者(ウイルス)を保有しないためには一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)ことが今なお最も重要であり、危険な状況を察知する感覚を日々磨くことが役に立つ。

危険な状況を避けるのは基本であり、避けることができれば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 \* (表.2 ガイドライン図表)の有無を記録する (体調管理チェックシート参照)。

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(課外活動と見なされる)は控えるべきである。

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。

- ・ 密でない屋外で周囲に人がいない状況下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(飲んだ直後の呼気が問題)。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、マスク着用の上SDを十分(1m以上)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)飲食時の会話は特に控え、黙飲食を基本とする。 食事では唾液が出るためウイルス量が多く口腔内に発生し、加えて食物を含んだままの発声はウイルス量を多く含んだ飛沫のみならずエアロゾルを多く発生する。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が、プレー中に手で顔(首から上)を触らない習慣を身に着けることも重要である(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、異常がある場合は競技参加前(当日チェックイン時)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、塩素製剤は機器に錆を生じるなど）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、操作中手で首以上に触れず、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(混んでいて換気やSDが保てないような密な)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を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静かに行うものであり、ゴルフは3密を避けることができるスポーツの代表ともいえます。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密状態を醸し出す原因になるので、絶対に避けねばならない最悪のマナーのみならず危険行為と言え、スロープレーは退場または、それに匹敵する緊急かつ重要な対処を取らざるを得ないことがあるかもしれません。規則に従わず意識的(故意)にリスクとなる行為を行った場合は、ゴルフルールに関係なく緊急避難的に競技失格となることは社会的に十分認められる措置となりうることを認識しなければなりません。

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空気感染も成立するという意見が主流になっています(カラオケルーム、換気の悪い混んだ居酒屋などの飲食店)**。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し、2021年秋から世界流行しているオミクロン株においては空気感染が麻疹(はしか)ウイルス並みに生じると考えられています。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+換気量)」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)空間や換気量をゴルフ場のように大きく広く(無限大に)とれば感染確率は0にできます。応用すれば、電車の車両選びや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。しかし結局は回避しない限り可能性ゼロは確保できません。

- **密集：** 単位空間あたりの人口が多い(人口密度が高い)と感染者の混入確率およびウイルス濃度が高くなる確率が上がり、飛沫を含め、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を拡散してしまう前に吸い込んでしまう可能性が高まる訳です。すなわち、人口密度が高いと人-人間距離が短くなり **Social Distance (SD、社会的距離：2 m、マスク着用時は 1m)**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、密閉してはいなくとも密閉効果も関与してくると思われます。これを出来る限り防ぐという意味では、一般の不織布マスク(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、ウイルスを含んだ飛沫核が通過する可能性があります。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)は飛沫の到達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えません**。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っ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。時間が長く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が、(個別空間が十分にある)パーソナルジムやペアで行うトレーニングであれば、“1対1”でありお互いが感染対策を十分に行っていれば感染リスクはむしろ低いとも言えます。

さて、濃厚接触者という言葉があります。感染者と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、保健所などが濃厚接触者と認定しなかった場合でも、医学専門家と自身の両者がともに自信をもって3密の状況にはなく感染回避は確実だと断定できないならば、濃厚接触者として対処しておくことが正しいやり方だと思います。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、最終接触日から14日間(エッセンシャルワーカーは10日や6日+検査で陰性で解除など規定が種々ありますが、ここではいままで通り14日とする)自主隔離すべきなのです。もし少しでも濃厚接触の不安がある場合には、必ず速やかにしかるべき専門家に相談することが重要で、勝手な自己判断は避けてください。日本学生ゴルフ連盟へのご連絡並びにご相談頂くことも推奨いたします。濃厚接触後に競技前のPCR陰性という結果を得た方でも、念のため自身で濃厚接触を疑い自粛した後に発症・PCR陽転化した例も経験しており、同様な例はいろんな場面で報告されています。

- 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。共用物は、利用者が多ければ多いほど感染者が利用するチャンスが生まれ、感染拡大(感染者数増大)のチャンスも増える訳です。また、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。ウイルスをもらわないための最後の砦は、**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まさに一体となって完璧に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-

この 14 日間の感染対策が 100%行われたならば、競技会にウイルスが入り込む余地はない。

### 2-1) ウイルス保有を回避し競技会に持ち込まないための従来からの方法

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。更に、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。しかし、PCR で陰性だから大丈夫という誤解は絶対にしてはなりません。基本は、競技当日前 14 日間において密になるような行動を一切していないという行動の裏付けと体調チェックで問題ないということがあっての PCR 陰性ということなのです。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。

### 2-2) ワクチン接種による水際対策

世界各国でワクチンの開発・接種が進んでいます。大きく 2 通りのワクチンが開発利用されています。1 つは従来通りの不活化ウイルスワクチン(中国製など)です。原理は単純で、培養したウイルスを破壊して毒性が無くなった断片を注射して免疫系を賦活

化してウイルスに対する抗体を作るというものです。もう1つは、遺伝子ワクチンです。ウイルスのRNAやDNAといった遺伝情報の一部を含んだ製剤を注射すると、自身の細胞の中にその遺伝子を取り込まれて、接種を受けた自身の細胞がRNAやDNAの情報を基にウイルスのタンパク質を合成して、細胞の表面に出します。これに免疫系が賦活され、その（ウイルスの一部に相当する）蛋白に反応する抗体を作るようになるのです。この今までにない新しい遺伝子ワクチンは一定の効果が期待されるとして実用化されていますが、先の不活化ワクチン同様、十分な長期的な効果の維持は難しいことが分かっており、6か月ほどに1回の追加接種を繰り返していく必要があるようです。副反応についての検証は広く知れ渡ってはいませんが、国全体としての、人類全体としての接種利益と比べると些細な程度と評価されています。しかしながら、個々人において不安がある方は医師と十分に相談して接種を検討すべきと思われます。効果重視の意味でわが国でも投与が2021年2月後半ごろから開始され、2022年2月現在では、3回目接種が推奨されているのです。

さて、ワクチン接種済みの選手や関係者に関しては、公式にその効果が保証されている期間に関しては、日常生活で注意した生活を送っている限りにおいては、ウイルスを保持している可能性は低いと考えてよいと思われます。厳密には、一旦ウイルスを十分もらい感染が成立した場合、感染が成立してからウイルスが除去されるので、除去までの極めて短時間にはウイルスを保有する可能性は否定できません。また、ワクチンを打ったとはいえ、抗体産生が上手く誘導できない方々もいるかも知れません。終生免疫獲得できると言われる麻疹・風疹・水疱瘡・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)などのワクチンを打っても抗体価が上がらない方は少なからず居ます。今使用されている遺伝子ワクチンは、高いものでは重症予防効果95%程度の効果が謳われておりますが、やはり100%ではないのです。効果の持続に関しては、3か月でかなり中和抗体価は低下して、6か月では10%程度まで低下するとされています。しかしながら、この段階でも感染し

た際の重症化予防にはある程度の効果があるとされています。こういったデータからは、3-6 か月でのブースター追加接種が推奨されています。しかしながら、このブースター接種後であっても、しかも接種後2週間から1か月という最も抗体価が高い時期であったとしても、感染することは珍しくありません。つまり、持っている免疫力に対し、浴びるウイルス量と浴び続ける時間により感染が成立するかどうかが決まるので、ワクチン接種はしたとしても、感染予防という部分については常日頃からの感染対策を行っていることが必要であるのです。以上から、ワクチン接種を行っており(ワクチン接種日が書かれた証明書類が必要)、「効果が期待されるという期間においては」試合に参加される・会場に足を運ぶ方々に関しては、“基本的に” PCR などの事前検査は必要ありません。ただし、感冒症状・発熱・濃厚接触などのその他の事象に関する扱いは、「他の選手同様(PCR 検査必須の試合では PCR 検査陰性の選手同様)の規定」を遵守するものと致します。

\* 「効果が期待されるという期間においては」に関して： 規定のワクチン接種が済んでいるまたは国が推奨するワクチン接種を行っていると同義として考えてください。すなわち、2022年2月の時点において予測される状況は、3回目接種後か、2回接種後の場合の8か月以内もしくは8か月を超えている場合で接種券により可及的速やかに予約をして10か月以内に接種3回目を予定して待っている場合といった状況が考えられます。ここで、1回接種のみでは接種としては認めません。

### **2-3) 競技開催前14日から開催当日にかけての対策**

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) 競技開催前「7日以内」にかかる「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といった部活動は、「国が推奨するワクチン接種回数を満たすか、ワクチンの効果が期待されるという期間」においては、同大学部員のみで行う場合のみ認める。ワクチン接種不十分の部員については、直前のPCR検査・抗原定量・抗原定性検査での陰性をもって参加可能とする。（不安がある場合は学連への相談を予め

余裕をもって行うべきである）

本ガイドライン2版においては、「この部分は第1版同様に14日以内では基本禁止とし、学連並みの感染対策（PCR施行などの対策を講じるなどの場合）を行うことで、この期間に“宿泊を有する”部活動などをどうしても行いたい場合は、個別に必ず学連による事前確認・許可を要するとした。しかし、許可が下りたとしても、それが原因として考えられる感染者が発覚し、学連の競技の安全性に支障が出る(出た)場合は、その部活動への参加者全員を安全性の概念のもとに（濃厚接触者の否定の調査が事実上不可能の可能性が高いため）競技出場停止や事後対処・処分の対象にすることがあることは認識しておかねばならない。」とした。今回、「7日以内」に短縮したことと、ワクチン規定回数接種したものに関する扱いを追記した。この大きな理由は、現在主流のオミクロン株の潜伏期が短いこと、学連の対策を守っているワクチン接種後の若年者ではウイルス保有の確率や重症化リスクは低いこと、そして何より、学校バブル体制(後述 P35 参照)で競技会に臨むことにより「学校間感染拡大は起こさない方針の徹底」を打ち立てた部分が大きいのです。

E3) 18時以降の（接待の有無を問わず）飲食を伴う店舗での客としての利用・食事や会話などの感染リスクとなる滞在を禁止する。アルバイトなどそれ以外の滞在に関しては、大学が許可している場合は許容する。

E4) 酒類を主として提供する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。感染者と同居が発覚した時点で、感染力がある状況下で1-3日は経っていることがほとんどになりますので自動的に濃厚接触者とします。

E6) 宿泊を要する競技の場合、規定のワクチン接種を終了していない場合には、基本、競技日(練習日を含む)から3日前以内かつ競技会場入りする日から3日前以内における各種抗原検査もしくはPCR法によるSARS-CoV-2感染検査を行い、陰性の証明を原則必要とする。学連が提供する場合以外では抗原検査については市販のもので十分であるが、売り切れのことがあり、あらかじめ購入しておくことが安全である。PCRについては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。(学連が主導する場合については、必ず学連からホームページ並びに各校感染対策委員にお知らせ致します)結果的に来場する控えの選手を含め、来場する関係者も全員、同様の扱いとする。車の乗り合わせはワクチン接種者およびこれら検査で陰性が示されたメンバーで乗り合わせる。ワクチン接種未完結かつ検査未施行の場合、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、競技期間中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、その車の運転手がワクチン接種未完結および検査未施行の場合は許容する。宿泊を要する競技の場合の基本は、ワクチンならびに検査如何に関わらず、個室での1名の宿泊とし、宿泊中の食事や入浴などは自室で宿泊者のみでとることを基本とする。食事に関して、やむなく同じ大学の関係者を含め同じ部員と一緒にとる場合には、ワクチン接種者およびPCR陰性証明者で構成される4人以下の30分以内の滞在にて、食事以外はマスク着用・食事中の黙飲食を厳守とすることを条件に、十分な感染対策を行っているレストランでとるようにする。マスクを着用しない食事中の会話は基本厳禁とする。命に係わる緊急時はその限りではないが、準緊急時などのやむを得ない事情のため仕方なく会話するときにはマ



スクをつけるかナプキン・ハンカチなどで飛沫をブロックし、小声でかつ必要最小限の会話とする。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。ミーティングを兼ねたような大勢での飲食は禁止とし、ミーティングはリモートが推奨されるが、集合する場合は換気の効いた広い場所(屋外など)でマスク着用の上、飲食とは別に行うようにする。

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、またウイルス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極稀に偽陽性はあります。特に、抗原検査において判定時間を大きく超えての判定での偽陽性は珍しくないため、抗原検査の判定時間を厳守してください。偽陰性は両方で比較的良好に見られ、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(陰性とは、陽性の証明が単にできなかっただけと理解すればその意味付けは覚えやすいです)、すなわち陰性の証明を要求することは「感染を完全に否定することを要請するものではない」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。2020年の学連競技会前のPCRで陰性であった関係者が、濃厚接触者である可能性があったため、念のため競技会場への来場を自粛したところ、競技会翌日に発熱しPCR再検で陽転したというケースが発生しております。感染ガイドラインに書かれた濃厚接触者の意味・考え方とPCRの限界を正しく理解し自粛を選択されたという良い対処例であったと思われます。PCR や抗原検査を過信せず正しく理解して振る舞うことが非常に重要です。

E7) この期間(指定練習日・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。これを怠った者はワクチン接種歴・PCRなどの事前結果のいかんにかかわらず入場できない。またその際、当日の体温チェックも行う。14日間の平均体温(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、入場禁止・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、ワクチン接種歴・PCRなどの事前検査結果の如何にかかわらず参加は認められない。3回目のブースターワクチン接種を行った医師の方で、家庭内同居者感染発覚から注意して同居していたようですが13日後に発症してしまった実例が有ります。 ワクチンの効果は、接種後有効な期間であっても限界があります。感染予防効果はそこまで高くはなく、あくまで重症化予防効果・感染期間短縮効果が主な効果であることを意識して下さい。濃厚接触者の判定を仰いだ方は、その結果いかんにかかわらず、速やかに学連へ事情を連絡して学連判断を仰ぐことを必須とする。 2021年度の競技において、感染対策ガイドラインを読むこともせず、学連に対し身勝手とも思える抗議的な電話を直接かけてきた選手の家族の方がいましたが、学連への感染対策関連の質問に関しては、基本的には感染対策委員もしくは部・学校の責任者を通して行うこととする。

E9) 1日競技(前泊を含む)では体調チェックシートによる症状チェックのみを基本とするが、2日間以上の競技で宿泊を伴う場合には、ワクチン接種未完結者においてはPCR・抗原検査などの事前検査(P31参照)による陰性の判定が宿泊ならびに会場入りに必須とする。

この宿泊には所属大学・保護者の許可があることを必須とし、事前にその旨学連の方へ申請し許可を得ることとする。またこの際には、車の利用については、前述したように(P31参照)ワクチン接種者もしくは事前検査陰性者の部員で構成し、他の公共交通機関の利用では同じ部ではない・関係ない方々との接触を最低限(可能な限りゼロ)にしなければならない。 その宿泊に関する責任は、所属大学の判断にあるものとする。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、どうしてもやむなく外食せざるを得ない際には、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、同じ大学の部員などの同大学関係者との同席も含め同席はできる限り避ける。やむを得ない場合でも、(特に 1 日競技における前泊時の場合)ワクチン接種未完結や PCR・抗原検査陰性証明がない場合は計 2 名までの同席で 30 分以内の滞在・黙飲食を厳守する(ワクチン接種完結や PCR 陰性証明がある場合は E6 参照、その他の注意点は E6 に準じる)。またこの場合、2 日間競技で抗原検査キット使用予定の場合は抗原陰性を確認して食事に行くこととする。

今回ワクチン接種者に関する事前検査の省略を大々的に採用した根拠は、これまでの学連競技会において、事前検査陽性者が皆無であったという結果<sup>1</sup>によるところが大きいのです。これは皆さんがガイドラインを十分に守った成果と考えていますので、その成果を信用してそれを基にさらに進んだということです。またさらに、ワクチン接種者において検査省略を行うことは、仮に陽性者が出た場合でも、その影響を最小限に食い止められるという保険的な意味が有ります。**間違っても、ワクチンさえ打っていれば大丈夫という短絡的な解釈をしてはいけません。やはり重要であるのは、感染ガイドラインによる感染対策を十分に行うことが何よりも重要**であったというこれまでの成果を頭におくことです。また今回、トリプルガードシステムの現場での対応で、「**学校バブルシステム**」(後述 P35 参照)を新たに導入し、他大学の学生や関係者との接触を強く制限しています。最悪の事態でも学校間感染拡大の可能性を排除できるというこの防御壁が加わったために検査を緩和したことも理解しなければなりません。ここで、「同じ大学部内での感染拡大を問題とはしない」ということではないことも覚えておいてください。したがって、**競技会場(屋内や密集する状況下など)ならびに移動中などを含め宿泊地の自室以外においては、常時マスク着用を義務付けるも**

のとする。同じ部内とはいえ感染者が明らかになった場合は常に可及的速やかに(発覚後 24 時間以内かつ競技会場入りする前までに)学連への報告を必須と致します。

E10) 特にこの期間、部活動時には、密になるような練習・部活動は避ける。トレーニングにおいては呼吸が荒くなるため、2 人一組の柔軟体操など、飛沫が直接かかるような密な状況を避けるよう十分に注意する。密なミーティングなども含め、感染リスクとなるような場面を特に避ける。

### 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。(これまでの関東学生ゴルフ連盟の競技会での感染者に関する情報は COVID-19 有識者会議ホームページで公表されています<sup>1</sup>。) これまでのガイドライン 下での競技会において、症状がなく濃厚接触の疑いもない選手における PCR・抗原検査陽性者は 1 人も発生していません。しかしながら、現在流行中のオミクロン株は、麻疹 (はしか) 並みの驚異的な感染力を有しており、これまでの結果を 100%鵜呑みにしての運営は危険であり、より一層の対策を講じる必要があると考えられます。つまり、競技において感染者が紛れ込む可能性を否定するものではなく、むしろ紛れ込むことがあるとしての対策を加えておかねばならないのです。これまで通り、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」の実践は基本であるが、もう 1 枚最悪を避ける防御壁として「学校バブルシステム」\*を導入することとしました。すなわち、感染者混入時の感染拡大(濃厚接触者の拡大)は同じ学校内に留めるという次善策である。詳細は下記に示すとともに、各論部分でその都度明示します。

#### ★「学校バブルシステム」

基本概念は2つ。1. 学校単位での感染対策の更なる徹底、2. 競技会では学校単位での接触活動以内を徹底するとし、学校を超える選手間・関係者間の濃厚接触を完全に避けることとします。

1に関しては、感染対策委員を中心に各学校でのガイドラインの徹底を促すことでこれまで以上に感染対策を徹底していただくというこれまでの強調です。2に関しては、現場での対策が極めて重要であり、この部分が新しい追加対策の主要部分となります。具体的には、当たり前の対策ではありますが、**他校の生徒と接触する際には、SDをとることを特に徹底する、マスクをしても1m以上離れて会話する**というように、とにかく**水際まで接触していない他校の生徒へのウイルスの拡散を完全に防ぐ**ということであります。もちろん、不用意に他人の所有物には触らないということも徹底します。レストラン使用においては、学校単位のテーブル(仮に個人戦の場合でも1テーブル2名ずつ)で速やかに黙食するようにします。ロッカー使用を認める場合でも学校単位で区画を決めて使用していただく(個人戦の場合は同じ組のメンバーは離れた位置に配置)など、学校単位での感染対策活動を行っていけば、学校間の濃厚接触者が発生しないように行っていけると考えられます。

この第3版では、ワクチン接種完結者に対してはPCR・抗原検査といった事前検査の免除を基本軸にすえています。したがって、「学校バブルシステムを加えたトリプルガードシステムにおける現場での感染対策」は、オミクロン株蔓延下での最後の砦として、これまで以上に極めて重要な意味をなすこととなります。

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ですので、プレーヤー同士の“密接と接触感染の回避”で完璧な対策となります。ここで、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となります。オミクロン株では特に危険性が増します。これまで同様、忌々しきスロープレーに対しては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必要が生じるかもしれません。

次に、現場では頻回の手指消毒による接触感染予防が重要になります。消毒液の配備を徹底しますが、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します。しかしながら、これまで通り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ています。

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す。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ます。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）の使用も適宜検討します。今回、一律に事前検査を免除して行う競技会場(例えば、宿泊を伴わない1日競技)では、“スタート前”のマスク未着用での会話を禁止としました(しかしながら、マスク無しでの練習時などの時には、“完全”に声を発しないのであれば大丈夫としています。くしゃみは地面に向かって何かしらで口を覆って行ってください。)。熱中症が懸念される気候や雨天のもとでは、2021年同様、常に傘(普通の傘でも可であるがゴルフ用の大きな傘を推奨する)をさすことなどでSDを担保する対策とするローカルルールを採用することがあります。

競技会での行動・マナーの統一を行うことが感染対策意識の1本化による意識強化につながるという概念から、今回はワクチン接種完結者を基準として第3版ガイドラインは構築しています。しかしながら、前項でも述べた通り、ワクチンの感染予防効果は100%保証されているものではありません。また、ワクチン接種は義務化されたものではありませんので、ワクチン接種未完結者に関しては、これまでのガイドラインの方針を遵守して検査などの追加処置を講じております。ワクチン接種者を優遇するというのではなく、ここには医学的・社会的見地から、ワクチンを打っていない医学的弱者を守る、競技会を安全に運営し公共の福祉を乱さないという理念があることをご理解ください。

### 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。（注：遠方での競技で、公共交通機関利用がやむを得ない場合は、この限りではない） 複数人乗り合わせする場合は同大学関係者のみでの学校バブル方式とし、マイクロバス・バス（注：大学所有バスについては後述）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を積極的に使用することが望まれる。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、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。ワクチン接種完結者および既定の抗原検査や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、同居者同士のみ乗車とする。大学自体が所有・推奨しているバス(小型バス以上)での集団移動手段に関しては、十分な換気と着席の密を避けることを前提に、ワクチン接種完結か事前検査陰性の出場選手および関係者(運転手を含む)という条件での利用に関しては、学連の事前承認を条件に許容する場合がある。その他、個々の特殊事情の際には学連の事前承認を基に許容する場合があるので、必ず学連への事前申請を行うこととする。

### 3-2) 競技会場での集合など

- ・ 駐車に関しては、可能な限り、他校の学生との密になりにくいように他校の車とは1列以上の間隔を空けるか、他校の車と1列以上空けて学校単位(学校バブルシステム)でまとまった位置で駐車することを推奨する。個人戦の場合は、隣に駐車した方々と同時に乗り降りしないよう注意して駐車する。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を保ち行うこととし、消毒薬設置も推奨する。

- ・ まずは屋外に設置した入場口（開催コースの状況によってはアテスト会場と同じ場所となることもある）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日間の平均低温(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、入場できない。また、来場後に同様の発熱を認めた場合は、(必要に応じて追加PCR/抗原検査を行った上で)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、室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の1つであり、感染対策の要である。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。

歯磨きは、広範囲に飛沫を飛ばしかつエアロゾルを多く発生させるため禁止する(単なる水でのうがいもしかりであるが、うがいはイソジン使用時のみ可とし、マウスウォッシュは、飛沫を飛ばさないよう工夫・注意して行う)。

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。その場合、学校単位での着席を基本とする(学校バブルシステム)。

着席による飲食は1席2名までを基本とし、飲食中以外はマスク着用とし、マスクを外している飲食中の会話は禁止する(黙食の徹底)。食事は速やかに済ませて退席することとする(席についてからトータル30分以内目安)。競技運営上の各種業務のための利用はマスク着用の上十分なSDを取って利用をすることができるが、それ以外での利用や会話を伴う茶席としては、余程の必要性が生じている場合以外は、利用を認めない。

- ・ ロッカールーム： 基本、使用しない。使用予定がある場合は、学校単位での区画の設定や個人戦では密を避けるため同じ組のメンバーは離れたロッカーを使用するように配置することとする。

学連所定の場所において、やむない場合（雨で濡れる、多量に汗をかいたなど）、申請許可のもと着替えなど最低限の使用を急遽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。どうしても利用したい場合(例えば、崖や池に落ちて汚れたなど)には学連に申し出て許可を得る必要がある。

### 3-4) 打撃練習場と練習パッティンググリーンなどの指定練習場

マスクをつけている場合は、SD を十分とった上での会話は容認する。しかしながら、マスクを外しての練習の場合は、SD をとっていたとしても独り言含め、周りに聞こえるような大声での会話は厳禁とし、SD 不十分(2m 以内)での独り言や会話の場合、競技失格或は退場を命じることがある。くしゃみなどの場合は、何かしらで口を押えて地面に向けて行うようにする。決して上や前を向いて飛沫を飛ばすようなことがあってはならない。

### 3-5) 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）。なお、1日競技で一律 PCR 事前検査を行わない場合、ラウンド前までは常時マスク着用を基本とする。スタート後ラウンド時は、徹底して SD を保つようにし、SD を保たないでの会話は避ける。なお、熱中症が懸念される場合や雨天の場合は、体調を崩さないことも加味して傘を常時さすことで SD を担保するなどのローカルルールを定めることがある。

- 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(ドライバーの素振りが安全にできるくらいが目安)、無駄

に大きな声での会話を行わず(ファーはその限りではないが叫ぶ方向に留意し、近くの関係  
ない人に向かって叫ばないようにする)、他人の体・キャデイーバック・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。今回からカート利用時であっても、物品の  
運搬目的のみの利用とし、カートへの乗車(着席)は禁止とする。(※但し、ホール間のイン

ターバルがあまりにも長距離の場合などは、ローカルルールを設定する場合もある。)

また、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・携帯することとする。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又はカート内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を推奨する。これによ  
り、そのホールにおけるレイキ、カップ、ピンといった共用物の接触汚染の予防効果を期待  
する。手の消毒をしない限り最後の感染予防の習慣として手で顔(首から上)を触らないよ  
うに徹底する。

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。

他人のキャデイーバックや持ち物に触らないよう心掛ける。

乗用カートは物品の運搬のみを目的とした使用とし、マスク着用したサポートキャディ以外の乗車は禁止とする(学校バブルシステムの一環でもある)。運転式カートにおいてサポートキャディがいない場合、運転者を決めるか、交代で運転するかなどの工夫をする。

- R5) コース内トイレの使用法については、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、ただし多くが個室・個別利用のトイレであり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。

### **3-6) 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。

### **3-7) 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。

### 3-8) 競技終了 14 日後まで

- ・ 競技前 14 日間同様、競技後 14 日間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、感染経路同定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となります。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、本人か本人が了解しているしかるべき方が速やかに(発覚後 24 時間以内かつ次の予定されているすべての学連競技の会場入り前までに)日本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くれぐれもご注意ください。情報として、学校バブル内の感染で納まっているかどうかに関しては必ずコメントしてください(濃厚接触した他校の生徒や関係者がいないかどうか)。
- ・ 若年者は無症状感染者が多く含まれます。これらの方は、濃厚接触した年配の方などが発症して逆方向に無症状若年者の感染が発覚することが多いのです。したがって、試合会場に会場した方のみならず、会場に来場していないなどの無関係な部員や部関係者(学校バブル内関係者)、また、その同居者などが COVID-19 と診断を受けた場合には、その事実を学連にも報告して頂くことを要請致します。この部分は、次の点でも特に重要です。学連以外で、感染対策の十分にされていない大会に参加する場合に理解していただきたいことは、仮にその大会やその後 2 週間の間に参加者から感染者が出ていないとしても、その大会による感染拡大は無かったということにはならないということです。参加者が無症状にウイルス

をもらって関係ない方に伝播させ、知らぬ間に感染拡大に寄与してしまったかもしれないということは否定されないということです。日本学生ゴルフ連盟の感染対策ガイドラインに比し、感染対策がなされていない・もしくは十分に文書化されたガイドラインが作成されていない大会に不用意に出場することは、学連の大会へのリスクともなりかねない旨を理解する必要があります。そのような公共の福祉、すなわち社会に対して責任が取れない行動・活動は慎むべきと考えます。

#### 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

- 学連は、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。
- 学連は、感染有無の判定が必要な事態への対処として、一定数の抗原定性検査キットを競技会場に用意しておくこととする。その使用に関しては、現地競技委員もしくは感染対策委員の判断のもと被検者本人の同意(使用自体への同意と学連との結果の共有に関する同意など)をもって使用するものとする。
- 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。
- 学連は、会場のある場所の管轄の保健所(電話番号など)を確認し、できれば前もって相談し、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、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。

## 5. その他の注意点

2022年度、4月1日から日本学生ゴルフ連盟主催の最終試合終了後14日までの期間に加盟員並びにゴルフ部関係職員に発生した(もしくは発覚した)感染者に関しては、感染者報告フォーマットを用いて関東学生ゴルフ連盟へ可及的速やかに(発覚後24時間以内かつ学連主催の最も直近の試合の会場入り前までに)報告を行うものとする。

本ガイドラインは、本連盟に所属する全ての加盟員に対して発行し、理解を義務付けるものである。また加盟員と行動を共にする指導者、関係者の方々にも本ガイドラインを十分に理解して頂き、同様の行動協力を求めるものとする。

## 引用文献

1. 八尾 厚史 金井 毅, 黒須 一雄, 柳元伸太郎. 関東学生ゴルフ連盟感染対策の大学課外活動への貢献. *COVID-19 有識者会議ホームページ*. 2021 年 11 月:<https://www.covid19-jma-medical-expert-meeting.jp/topic/7074>.
2. 安全安心委員会 一般社団法人 大学スポーツ協会. 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」(2022.1.25 第 6 版). 2022 年 1 月 25 日.
3. 公益財団法人日本ゴルフ協会、公益社団法人日本プロゴルフ協会、一般社団法人日本女子プロゴルフ協会、一般社団法人日本ゴルフツアー機構、一般社団法人日本ゴルフトーナメント振興協会. 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(Ver.6) *日本ゴルフ協会ホームページ*. 2021 年 8 月 23 日:[http://www.jga.or.jp/jga/jsp/championship/news\\_detail\\_19596.html](http://www.jga.or.jp/jga/jsp/championship/news_detail_19596.html).
4. 会 公益財団法人日本スポーツ協会、公益財団法人日本パラスポーツ協. 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 (2021 年 11 月 5 日改訂版) . 2021 年 11 月 5 日;Japan Sport Association ホームページ:[https://www.japan-sports.or.jp/Portals/0/data/somu/doc/guideline\\_R3\\_1105.pdf](https://www.japan-sports.or.jp/Portals/0/data/somu/doc/guideline_R3_1105.pdf).
5. Xie Y., Xu E., Bowe B. and Al-Aly Z. Long-term cardiovascular outcomes of COVID-19. *Nat Med*. 2022.
6. Bourgonje A. R., Abdulle A. E., Timens W., Hillebrands J. L., Navis G. J., Gordijn S. J., Bolling M. C., Dijkstra G., Voors A. A., Osterhaus A. D., van der Voort P. H., Mulder D. J. and van Goor H. Angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2), SARS-CoV-2 and the pathophysiology of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *J Pathol*. 2020;251:228-248.