

**新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザの流行に関する短期的な見通しと暫定的リスク評価：
2022年10月5日時点**

押谷仁、鈴木基、西浦博、脇田隆字

背景

本報告書では、日本国内の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）と季節性インフルエンザの流行に関する短期的な見通しと暫定的なリスク評価について報告する。短期的な見通しについては、2022年10月以降の数ヶ月から半年間を想定して定性的なシナリオを設定し、ウイルス学的、疫学的な知見に基づき、合理的で整合性のある分析的記述を行った[1,2]。本報告は定量的な予測を目的としたものではない。また、今後の状況の推移に応じて評価を更新する予定である。

流行の現状と見通し

1. 新型コロナウイルス感染症について

1-1. 冬期の流行

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行の季節性変動に関して学術的な見解は定まっていない[3,4]。気象要因、人口内の免疫保有割合、社会的活動、国をまたぐ移動、および公衆衛生的介入、変異株の出現が流行動態に影響しているという報告があるが[3-5]、各要因がどの程度影響しているのか、中長期的に気象要因がどの程度流行を規定していくかについては不透明である。一方、過去2年間を振り返ると、国や地域によってタイミングや規模には差があるものの、概ね12月から2月、および6月から8月にかけて流行の拡大が見られている。この現象が今後も繰り返すことを支持する科学的エビデンスは乏しいが、国内におけるCOVID-19の流行動態および季節性インフルエンザや新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）以外のヒト・コロナウイルス（HCoV-OC43、HCoV-NL63、HCoV-HKU1、HCoV-229E）を含む他の呼吸器ウイルス感染症の流行パターンを鑑みても[6,7]、2022年冬期に流行拡大を起こすことを想定することは合理的である。

1-2. 見通しに影響する要因：新規変異ウイルス

SARS-CoV-2 については、2021 年末からのオミクロン株の出現以降、国外で亜系統が発生し、それが日本に輸入されることで流行を繰り返してきた[8]。国内において、いわゆる第 7 波はオミクロン株の BA.5 亜系統が流行の主体となったが、次の流行拡大がオミクロン株の新たな亜系統によるものになるか、あるいはオミクロン株にかわる新たな変異ウイルスによるものになるかは現時点では予測できない。後者の確率を定量的に予測することは現状では困難であるが、前者の亜系統が今後も生じる可能性は系統樹上での変異の蓄積速度が速いことから十分に高いと考えられる。しかし、現在世界では複数のオミクロン株の亜系統が見られており（BA.2.75、BA.4.6 など）、どの亜系統が流行の主体となるかを正確に予想することは困難である。今後も国外の流行状況に大きな影響を受けつつ、国内の流行が左右されるものと予測される。

国内において、ワクチン接種に由来する免疫や過去の感染による免疫をもつ者が大多数であるため、今後流行するウイルスは、これらの免疫を逃避する優位性を兼ね備えたウイルスである可能性が高い（そのようなウイルスでないと淘汰されるため、流行しがたい）。感染・伝播性については、免疫逃避能と分けて検討することが非常に困難である点に留意する必要がある。

臨床的な重症度については、ウイルス自体の特徴による重症度とワクチンや過去の感染による免疫による重症度の修飾とを分けて検討することは非常に困難である。ワクチンや過去の感染による免疫が重症化を予防することはオミクロン株を含む過去の変異株においては示されているが、これらの免疫のオミクロン株に対する重症化予防効果が低いことを示唆する報告があることから[9,10]、現在国内における個々人が獲得している免疫が、今後出現する変異株に対して同様の重症化予防効果を発揮するかは不明である。今後流行するウイルスについて、ウイルス自体の性質としての重症度がどうなるかについては現時点では不明である。自然淘汰という意味では、SARS-CoV-2 は無症状から軽症の症例が大半を占めること、ウイルス排出から重症化するまでの期間に時間的差違があることから、重症化しやすいウイルスが自然淘汰され軽症化の方向にウイルスが進化する方向に向かうわけではないと考えられる。

1-3. 見通しに影響する要因：人口の免疫保有状態

一般にワクチンや自然感染によって獲得された免疫は暴露後の時間と共に減弱していくが、SARS-CoV-2 に関しては免疫の感染・発症予防効果も顕著に減弱していくことが示されている[11,12]。現状では、免疫の持続について十分に科学的な分析が行われておらず、精密な意味での免疫持続期間（例、半減期）や防御能力の程度の減少、また、免疫による感染予防と重症化予防の違いとその持続メカニズムの差異などについては、部分的にのみ解明された状況にある。また、免疫防御能は自然感染だけを経験した者と感染と予防接種の両方を経験した者、予防接種だけをした者、複数回の自然感染をした者（特に異なる株に暴露され

た者) で異なると考えられ[11,12]、また、どのワクチンを利用したのかによっても今後の免疫保持者の動向は大きく影響を受けるものと思われる。

SARS-CoV-2 が流行を起こし得るような感受性人口の特徴（サイズや密度、空間・年齢分布）は今後数年間を通じて決定づけられていくものと考えられる。感受性集団のプールは抗原性の進化（つまり、新たな変異ウイルスの発生）により極端に増加することが考えられる。また、ワクチンや自然感染によって獲得された免疫が減弱していくことによっても感受性集団の増加が起こる。これは年齢によって異なる可能性が高く、高齢者が免疫を失うことによる疫学的インパクト（重症感染者や死亡者への影響）が特に懸念される。感染・発症予防効果に比べて重症化阻止効果はより長期間維持されるとされているが、重症化阻止効果についても時間経過とともに減弱する可能性も示されている[13]。

1-4. 見通しに影響する要因：ワクチンと治療薬

自然感染およびワクチン接種により獲得した免疫の減弱が流行拡大の要因となるが、オミクロン対応の 2 価ワクチン（先行して BA.1 対応 2 価ワクチンの接種が開始となり、次いで BA.4/5 対応 2 価ワクチンの接種が開始となる予定である）の接種も国内で開始された。このワクチンはオミクロン株に対してはより有効だと考えられるが[14]、現時点で実際の有効性については十分なデータが得られていない。しかし、この 2 価ワクチンは 12 歳以上の幅広い年齢層が対象となっており、人口全体のワクチンの接種率が高まれば、流行の抑制と重症者数、死亡者数の抑制に寄与することが期待できる。特に、活動度の高い若年世代における 3 回目、4 回目の接種率をどこまで高く達成できるか、ワクチンが第 8 波の流行の主体となるウイルスに対してどの程度有効であるか、その有効性の持続期間がどの程度あるかなどが第 8 波の流行規模を規定すると考えられる。

治療薬については、ワクチンと異なり、集団レベルでは発病後しばらく経過した者を治療すること自体が流行動態に大きく影響することは考えにくい（一方で treatment failure により個人、特に免疫不全者において、治療薬に抵抗性を持つウイルスが選択される可能性はあり、これについては別途検討していくことが重要である）が、治療薬の有効性については国立感染症研究所やその他の研究機関で行われているように in vitro での評価を継続していくことが重要である。

2. 季節性インフルエンザについて

2-1. 直近の流行状況について

季節性インフルエンザの国内発生動向は 2020 年 3 月以降、極めて低調となり、冬期においても定点あたり報告数が 0.10 を超える報告数の週はなかった（参考：定点あたり報告数のピーク値は、2018-2019 シーズンでは 57.09、2019-2020 シーズンでは 23.24 であった）[15-17]。2020-2021 シーズンには国際的にも同様であった。2021-2022 シーズンには国内では流行は認めなかったが、同じ北半球の温暖地域である欧州および北米では一定程度の流行を認め、かつ冬期の流行に加えて、春先に第二のピークを認めた国もあった[18]。さらに、2021 年に流行を認めなかった南半球のオーストラリアやニュージーランドにおいて、2022 年に季節性インフルエンザの流行を認めた。流行のレベルとしては、陽性者や入院者の報告数は COVID-19 のパンデミック前と同等またはそれに近い程度であった。オーストラリアでは、パンデミック以前は 8 月にピークを迎えていたが、6 月にピークが早まった。2022 年 9 月中旬時点で、過去 1 ヶ月間に、中国南部や韓国等の東アジア諸国でも、低レベルではあるが、インフルエンザの検査数・陽性数・陽性率が微増していることも懸念される[19,20]。なお、オーストラリアの流行、および直近の東南アジア地域の流行の主体は A(H3N2) である。

これらの諸外国の状況や国際的な移動によって国から国へと感受性宿主を見つけながら空間的拡大が可能になってきた空間条件、国内において COVID-19 に対する政策や意識・行動等が以前よりも緩和されている状況、学校における秋学期の再開等も踏まえると、今秋～冬に、インフルエンザの一定程度の流行を認める可能性が高い。その際の流行は A(H3N2) が主体となる可能性がある。また、上記の諸外国の状況から、パンデミック以前と比較して、流行の立ち上がりが早まる可能性や一度流行が収束傾向となったのちに、再度流行拡大する可能性もある。

他方、ヒトの国際移動が 2 年以上に渡って極めて限定的であったことは、季節性インフルエンザウイルスの多様性を著しく減少させたことが知られている[21]。例えば、インフルエンザウイルス B/Yamagata は 2020 年 4 月以降に検出されていない[22]。加えて、パンデミック中に A 型インフルエンザウイルスも亜型によらず多くの地域で伝播の途絶が起きたと考えられており、それによって 2020 - 21 年にみられた抗原性は極めて限定的である。もちろん、その間に人口内の免疫保持者は減衰したために人口の感受性は十分と考えられるが、継続的な冬季の季節性インフルエンザ流行が起こり得るのかに関しては今後の経過を見守る必要がある。

2-2. 過去 2 シーズンに季節性インフルエンザの流行が低調であった理由について

季節性インフルエンザは人口の多い熱帯・亜熱帯地域（東南-東アジア、南アジア）およびサブサハラアフリカ地域において通年で流行しており、これらの地域で世界的な流行をするウイルス系統が維持され、それが国際

的な人の移動に伴って北半球や南半球の温帯地域で季節性の流行拡大をきたしていると考えられてきた [21,23]。

2020 年初頭以降、国際的に新型コロナの流行対策を目的として、強力な行動制限・移動制限が行われ、これが概ね 2021 年末まで続けられた。接触削減は季節性インフルエンザの流行を抑制することに直接的に寄与し、移動制限は季節性インフルエンザが流行地域からより伝播条件のよい他地域へと移りながら拡大することを防いだと考えられる。オミクロン株が流行の主体となった 2022 年初頭以降、各国で制限の緩和が進行した。これによる接触機会の増加が南半球における流行の再来の要因の 1 つであると考えられる。日本においても今後、接触機会の増加および海外との人の動きが増加することから季節性インフルエンザの流行が発生する可能性は十分にある。

2-3. 2022-23 冬期シーズンの見通しに影響する要因

この冬の季節性インフルエンザの流行と医療負荷の規模を規定する要因は主に 4 つあると考えられる[24]。

① 諸外国でのインフルエンザ流行と国際的な人の移動の回復

2022 年初頭以降の国際的な移動制限の緩和により、国境を超えた人の移動が増加している。既に国際的なインフルエンザウイルスの循環が再活性化しており、また、日本においても海外との人の往来が今後さらに増加することが予想される。諸外国でも高いレベルでの季節性インフルエンザ流行が見られると、国内への輸入感染者が増加し、国内流行が起こりやすい条件が構築され得る。

② 国内における接触機会の回復

世界に先駆けて行動制限を緩和した英国においても、社会接触調査では、住民の接触頻度は COVID-19 の流行以前に比べて低い状態を維持している[25]。日本においても接触頻度が 2021 年時点よりも増加すると考えられるが、2019 年以前のレベルまで戻る可能性は低い。このことはインフルエンザの流行規模を例年より小さくする方向に働く可能性がある。

③ 人口の抗体保有状況

過去 2 シーズンの流行が低調であったことで自然感染により免疫を獲得した人の割合が COVID-19 の流行前に比べて低くなっていると考えられる。実際、予防接種法に基づく感染症流行予測調査事業で行われたインフルエンザ抗体保有状況調査の結果では、A(H3N2)亜型に対する抗体保有率は、全年齢層において

2020年7-9月に比べて2021年7-9月では低い傾向にあった[26]。これが流行規模を例年より大きくする方向に働く可能性がある。

④ ワクチンの接種率とワクチン株と流行株の抗原性の一致

現在、国内で用いられている不活化インフルエンザワクチンが流行拡大の抑制にどの程度効果を有するかは十分に明らかではない[27-29]。一方で、重症および死亡を減少させることが示されている。ワクチン接種率がどの程度になるか、ワクチン株と流行株の抗原性がマッチするかは、過去シーズンと同様に季節性インフルエンザの疾病負荷を規定する。

3. 2022年冬期のCOVID-19と季節性インフルエンザの流行の見通し

以上から、2022年10月から2023年3月の半年間に新たなCOVID-19の流行拡大と、季節性インフルエンザの流行が発生する可能性は極めて高い。一方で、その流行の立ち上がりの時期と持続期間、流行規模、医療負荷の程度については、事前情報が不足していることから、現時点でそれを定量的に予測することは困難である。

表1と表2では、それぞれCOVID-19と季節性インフルエンザについて定性的シナリオを設定し、各シナリオを規定する要因（ウイルス要因、免疫要因、社会的要因）について記述した。本報告では、各シナリオが現実化する確率についての見積もりは行わない。

またCOVID-19と季節性インフルエンザの他に、ライノウイルス、アデノウイルス、SARS-CoV-2以外のコロナウイルス（HCoV-OC43、HCoV-NL63、HCoV-HKU1、HCoV-229E）を含む他の呼吸器ウイルスによる呼吸器感染症の流行が発生する可能性を念頭に置いておく必要がある[30]。これらは風邪症候群の原因ウイルスであり、重症化することは稀であるが、インフルエンザ様症状（ILI）の原因として外来診療の負荷増大の要因となりうる。

WHOのガイドラインによると、ILIおよび重症急性呼吸器感染症（SARI）に占める、COVID-19およびインフルエンザの割合は流行の傾向と医療負荷を把握するうえで重要な指標である[31]。国内では三重県および国立三重病院が中心となって実施しているILI、新型コロナウイルス感染症様症状（CLI）サーベイランスのデータが参考になる[32]。このデータに基づくと、CLIに占める新型コロナウイルス陽性率は2022年第24週で8%、第33週で53%であり、流行状況によって幅がある。またILIに占めるインフルエンザ陽性率

については、2022 年春以降は 0-2%であるが、これも今後の流行拡大により上昇する可能性がある。一方で、これらは他の急性呼吸器感染症の原因となる病原体の流行に大きく左右されるため、今後の動向を定量的に見通すことは困難である。

本報告で行った見通しとリスク評価は暫定的なものであり、状況の変化に応じて更新する予定である。

表 1. COVID-19 の 2022 年 10 月から半年間の見通し

シナリオ	想定される状況	想定される要因
小規模流行の持続	<p>・過去の流行拡大の規模を下回る程度の小中規模の感染拡大が 1 ～ 2 回発生する。</p> <p>・一定数の入院患者、重症者が発生するが、現行の医療提供体制で対応可能な範囲内となる。</p>	<p>・ウイルス要因</p> <p>新たなオミクロン株の亜系統が流行するが、感染・伝播性は BA. 5 に対して大きく優越するものではなく、獲得免疫に対する明らかな逃避能力はみられない。重症度についても大きく変化がない。</p> <p>・免疫要因</p> <p>第 7 波までに自然感染とワクチンにより獲得した免疫による感染防御、重症化防御の効果が持続する。</p> <p>・社会的要因</p> <p>海外からの流入人口が増加し、国内での社会活動の活性化が起こるが、比較的抑制的である。</p>
年内の大規模流行	<p>・年内に流行が立ち上がり、第 7 波を上回る規模の流行が年明けまで続く。</p> <p>・第 7 波を上回る規模の入院患者、重症者が発生し、地域によって医療が逼迫する状態となる。</p>	<p>・ウイルス要因</p> <p>新たなオミクロン株の亜系統あるいは新規変異ウイルスが流行する。感染・伝播性は BA. 5 に対して優越し、獲得免疫から逃避する能力を有する。重症度は BA.5 相当かそれを上回る。</p> <p>・免疫要因</p> <p>第 7 波までに自然感染とワクチンにより獲得した免疫による感染防御、重症化防御の効果が比較的急速に減弱する。2 価ワクチンの追加接種が十分に進まない。</p> <p>・社会的要因</p>

		海外からの流入人口が増加し、国内では年内に社会活動が著しく活性化する。
年明けの大規模流行	<p>・年末は比較的低いレベルの流行が続く、年明け以降に流行が立ち上がり、第7波を上回る規模の流行が発生する。</p> <p>・第7波を上回る規模の入院患者、重症者が発生し、地域によって医療が逼迫する状態となる。</p>	<p>・ウイルス要因</p> <p>新たなオミクロン株の亜系統あるいは新規変異ウイルスが流行する。感染・伝播性は BA. 5 に対して優越し、獲得免疫から逃避する能力を有する。重症度は BA.5 相当かそれを上回る。</p> <p>・免疫要因</p> <p>第7波までに自然感染とワクチンにより獲得した免疫による感染防御、重症化防御の効果がゆっくりと減弱する。2価ワクチンの追加接種は一定程度進むが、接種しても流行ウイルスに対する感染防御、重症化に対する有効性が十分ではない。</p> <p>・社会的要因</p> <p>海外からの流入人口が増加し、国内では年末年始に社会活動が著しく活性化する。</p>

表2. 季節性インフルエンザの2022年10月から半年間の見通し

シナリオ	概要	想定される要因

<p>小規模流行</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・2019 年以前と比較して比較的小規模の流行となる ・一定数の入院患者、重症者が発生するが、COVID-19 の同時流行と合わせても現行の医療提供体制で対応可能な範囲内となる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ウイルス要因 <p>南半球および東南アジアで先行して流行した A(H3N2)亜型が流行の主体となる。重症度は過去シーズンと同程度である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・免疫要因 <p>過去の感染による獲得免疫により流行拡大が一定程度抑制され、今シーズンのワクチン接種により重症化が予防される。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会的要因 <p>海外からの流入人口の増加と国内での社会活動の活性化が起こるが、2019 年以前と比較して抑制的である。</p>
<p>年内の大規模流行</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・2019 年以前と比較して早期に流行が拡大し、過去シーズンと比較して同等かより大規模な流行となる。 ・過去シーズンと同等以上の入院患者、重症者が発生し、COVID-19 の同時流行と合わせて地域によって医療が逼迫する状態となる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ウイルス要因 <p>南半球および東南アジアで先行して流行した A(H3N2)亜型が流行の主体となる。重症度は過去シーズンと同程度かそれを上回る。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・免疫要因 <p>過去の感染による獲得免疫が減弱している。抗原性の不一致により今シーズンのワクチン接種による入院、重症化抑制効果が限定的となる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会的要因 <p>年内に海外からの流入人口の増加と国内での社会活動の活性化が起こり、2019 年以前の水準に近づく。</p>

<p>年明けの大規模流行</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・2019 年以前と同時期かやや遅れて流行が拡大し、過去シーズンと比較して同等かより大規模な流行となる。 ・過去シーズンと同等以上の入院患者、重症者が発生し、COVID-19 の同時流行と合わせて地域によって医療が逼迫する状態となる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ウイルス要因 <p>南半球および東南アジアで先行して流行した A(H3N2)亜型が流行の主体となる。これに A(H1N1)pdm09 型あるいは B 型が同時流行する。重症度は過去シーズンと同程度かそれを上回る。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・免疫要因 <p>過去の感染による獲得免疫が減弱している。抗原性の不一致により今シーズンのワクチン接種による入院、重症化抑制効果が限定的である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会的要因 <p>年末年始に海外からの流入人口の増加と国内での社会活動の活性化が起こり、2019 年以前の水準に近づく。</p>
------------------	--	--

4. 公衆衛生的対応について

以上のシナリオ分析に基づいて、2022年冬期シーズンに向けて以下の対応が求められると考える。本報告では一般的な項目について優先順位をつけることなく挙げる。実務上の課題については別途検討が求められる。

- ・インフルエンザワクチンと2価新型コロナウイルスワクチンの高い接種率の実現
- ・全国医療機関でCOVID-19とインフルエンザを診断・治療できる体制の整備
- ・COVID-19とインフルエンザの同時流行に備えた重症例の病床確保
- ・定点把握を含むサーベイランス体制の再確認

参考文献

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Long-term qualitative scenarios and considerations of their implications for preparedness and response to the COVID-19 pandemic in the EU/EEA. August 2022. ECDC: Stockholm; 2022.
2. Amer M, et al. A review of scenario planning, *Futures*, 2013; 46: 23-40.
3. Mecenas P, et al. Effects of temperature and humidity on the spread of COVID-19: A systematic review. *PLoS One*. 2020 Sep 18;15(9):e0238339.
4. Nichols, G.L., Gillingham, E.L., Macintyre, H.L. et al. Coronavirus seasonality, respiratory infections and weather. *BMC Infect Dis* 21, 1101 (2021).
5. Lai S, Ruktanonchai NW, et al. Effect of non-pharmaceutical interventions to contain COVID-19 in China. *Nature*. 2020;12:988.
6. Barreca AI, et al. Absolute humidity, temperature, and influenza mortality: 30 years of county-level evidence from the United States. *Am J Epidemiol*. 2012 Oct 1;176 Suppl 7:S114-22.

7. Komabayashi K, et al. Seasonality of human coronavirus OC43, NL63, HKU1, and 229E infection in Yamagata, Japan, 2010–2019. *Jpn J Infect Dis.* 2020;73:394-397.
8. 国立感染症研究所. 感染・伝播性の増加や抗原性の変化が懸念される 新型コロナウイルス (SARS-CoV-2) の変異株について (第 20 報) .
9. Šmíd M, et al. Protection by vaccines and previous infection against the Omicron variant of SARS-CoV-2. *J Infect Dis.* 2022 Apr 28;jiac161.
10. Tartof SY, et al. Durability of BNT162b2 vaccine against hospital and emergency department admissions due to the omicron and delta variants in a large health system in the USA: a test-negative case-control study. *Lancet Respir Med.* 2022 Jul;10(7):689-699.
11. Goldberg Y, et al. Waning immunity after the BNT162b2 vaccine in Israel. *N Engl J Med* 2021;385(24):e85.
12. Tartof SY, et al. Effectiveness of mRNA BNT162b2 COVID-19 vaccine up to 6 months in a large integrated health system in the USA: a retrospective cohort study. *Lancet* 2021;398:1407-1416.
13. Lin DY, et al. Association of Primary and Booster Vaccination and Prior Infection With SARS-CoV-2 Infection and Severe COVID-19 Outcomes. *JAMA.* 2022 Sep 26.
14. Chalkias S, et al. A Bivalent Omicron-Containing Booster Vaccine against Covid-19. *N Engl J Med.* 2022 Sep 16. doi:10.1056/NEJMoa2208343. Epub ahead of print.
15. <https://www.niid.go.jp/niid/ja/flu-m/590-idsc/8979-fludoko-2018.html>
16. <https://www.niid.go.jp/niid/ja/flu-m/590-idsc/10824-fludoko-2021.html>
17. <https://www.niid.go.jp/niid/ja/flu-m/590-idsc/11409-fludoko-2022.html>
18. WHO HQ Influenza Update N° 427.
19. Chinese Influenza Weekly Report (8/29-9/4).
<https://ivdc.chinacdc.cn/cnic/en/Surveillance/WeeklyReport/>
20. Korea Influenza Weekly Report (8/28-9/3).
<https://www.kdca.go.kr/board/board.es?mid=a30504000000&bid=0033>

21. Dhanasekaran V, et al. Human seasonal influenza under COVID-19 and the potential consequences of influenza lineage elimination. *Nat Commun.* 2022 Mar 31;13(1):1721.
22. Koutsakos M, et al. Influenza lineage extinction during the COVID-19 pandemic? *Nat Rev Microbiol.* 2021 Dec;19(12):741-742.
23. Bedford, T. et al. Global circulation patterns of seasonal influenza viruses vary with antigenic drift. *Nature* 523, 217–220 (2015).
24. Lee K, et al. Estimating the Impact of Low Influenza Activity in 2020 on Population Immunity and Future Influenza Seasons in the United States, *Open Forum Infectious Diseases*, Volume 9, Issue 1, January 2022, ofab607.
25. <https://cmmid.github.io/topics/covid19/comix-reports.html>
26. <https://www.niid.go.jp/niid/ja/je-m/2075-idsc/yosoku/sokuhou/10864-flu-yosoku-rapid2021-2.html>
27. Boddington NL, et al. Effectiveness of Influenza Vaccination in Preventing Hospitalization Due to Influenza in Children: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Infect Dis.* 2021 Nov 2;73(9):1722-1732.
28. Demicheli V, et al. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Feb 1;2(2):CD001269.
29. Demicheli V, et al. Vaccines for preventing influenza in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Feb 1;2(2):CD004876.
30. Oh KB, et al. Lifting non-pharmaceutical interventions following the COVID-19 pandemic - the quiet before the storm? *Expert Rev Vaccines.* 2022 Sep 5:1-13.
31. The WHO. Public health surveillance for COVID-19: interim guidance. 2022 Jul 22.
32. 三重県の最新感染動向. <https://www.kenkou.pref.mie.jp/covid19mie/>

医療機関、高齢者施設等、 学校、保育所等における 感染状況に係る参考資料

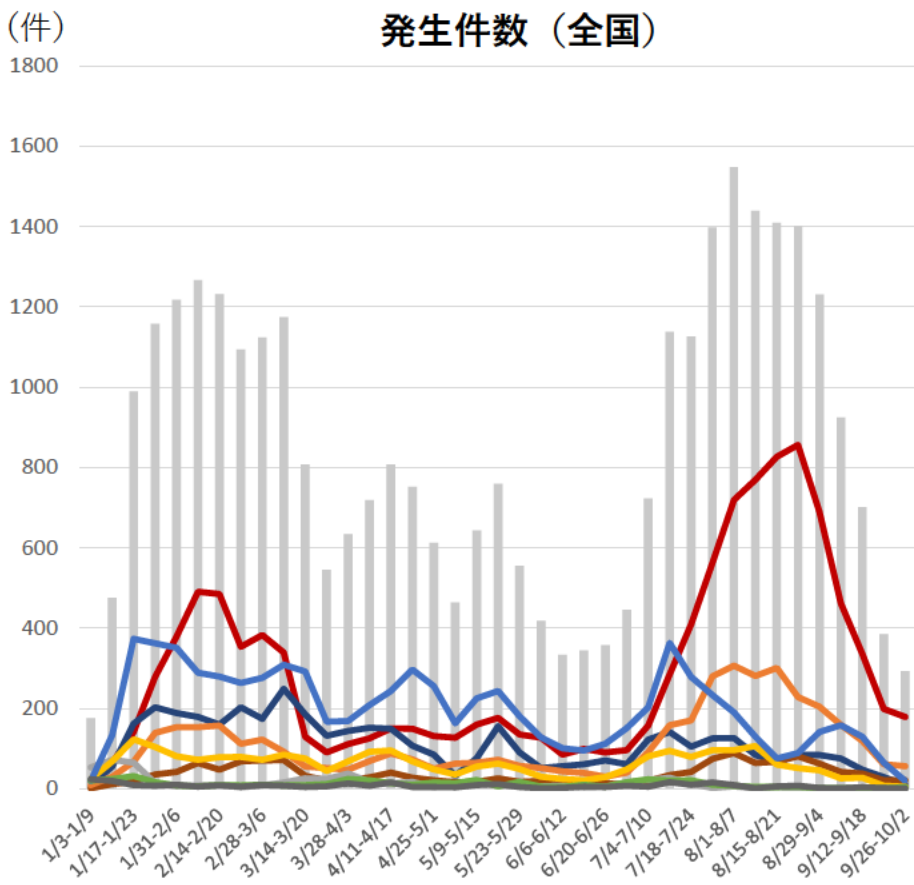
【データ解釈上の注意点】

本データは、クラスターの発生件数・陽性者数について、報道ベースの情報を内閣官房で集計したものであり、各県の積極的疫学調査の実施状況や報道の傾向等に影響を受けることに留意が必要。

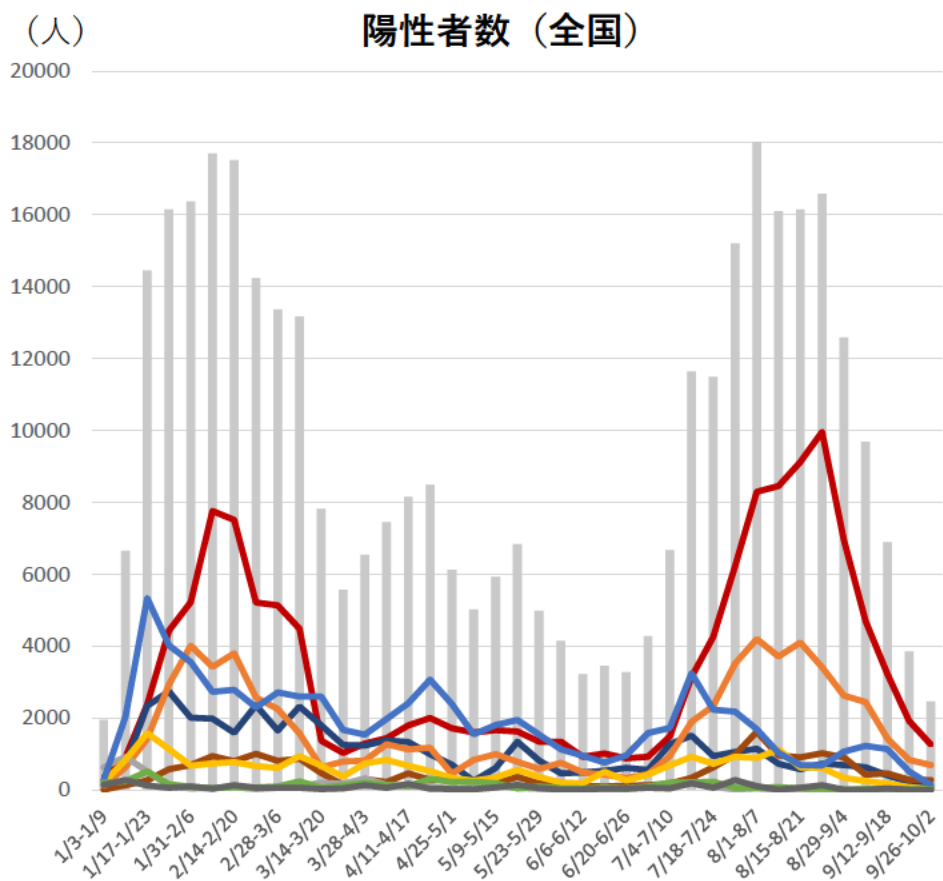
クラスター発生件数、陽性者数（週別、全国）

- 全体
- 高齢者福祉施設
- 児童福祉施設
- 障害者福祉施設
- 医療機関
- 飲食店
- 企業等
- 学校・教育施設等
- 運動施設等
- その他

発生件数（全国）



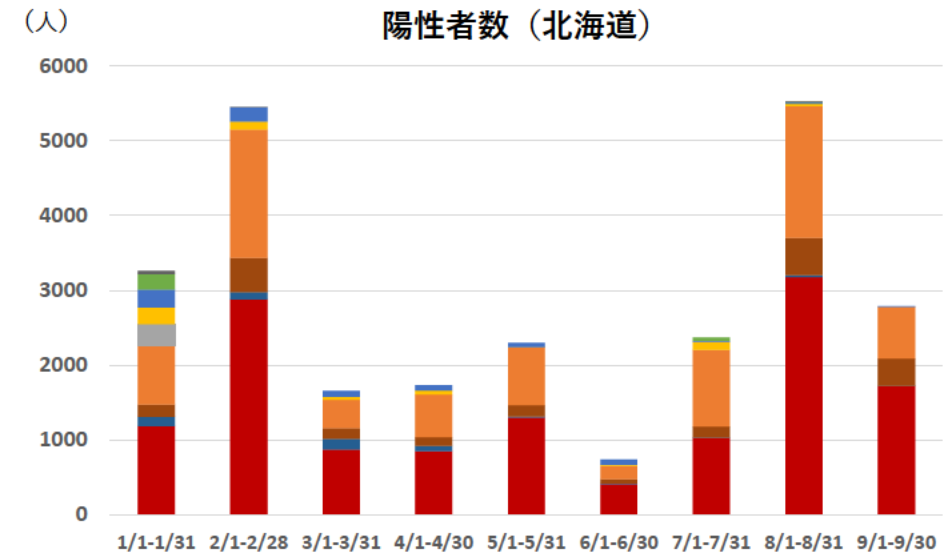
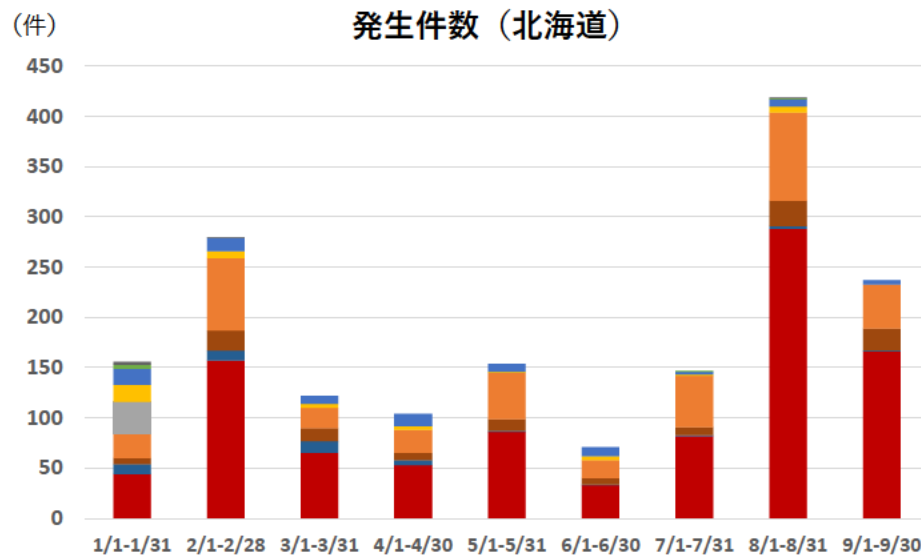
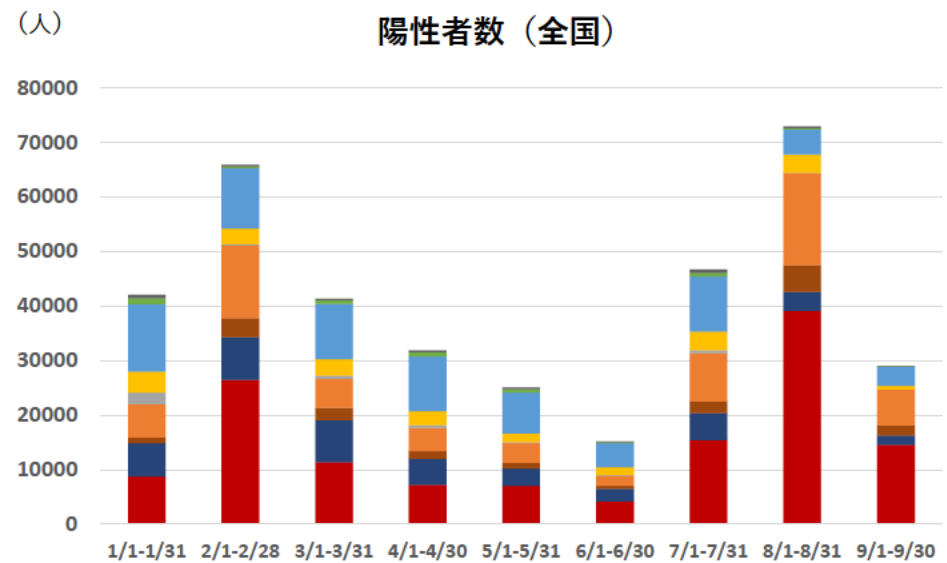
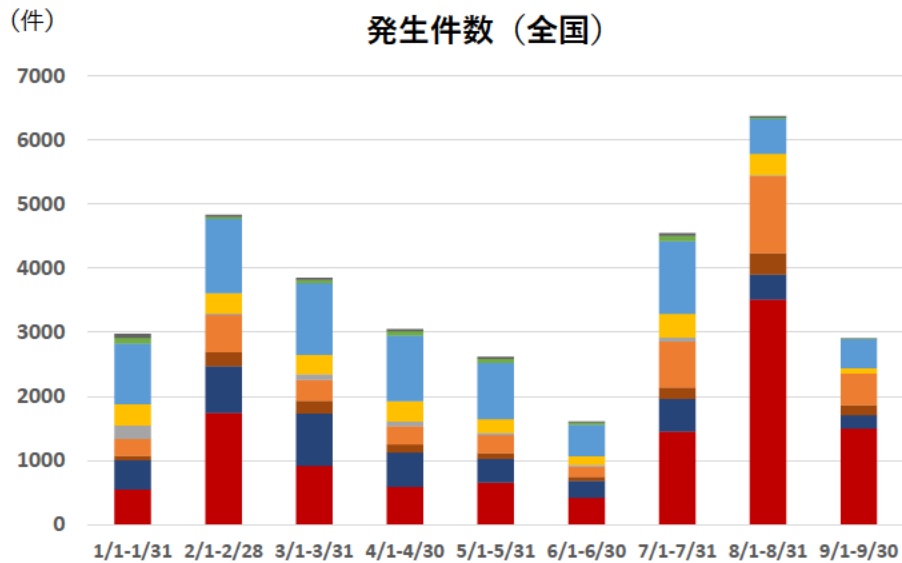
陽性者数（全国）



クラスターの発生状況②

クラスター発生件数、陽性者数（月別、全国・北海道）

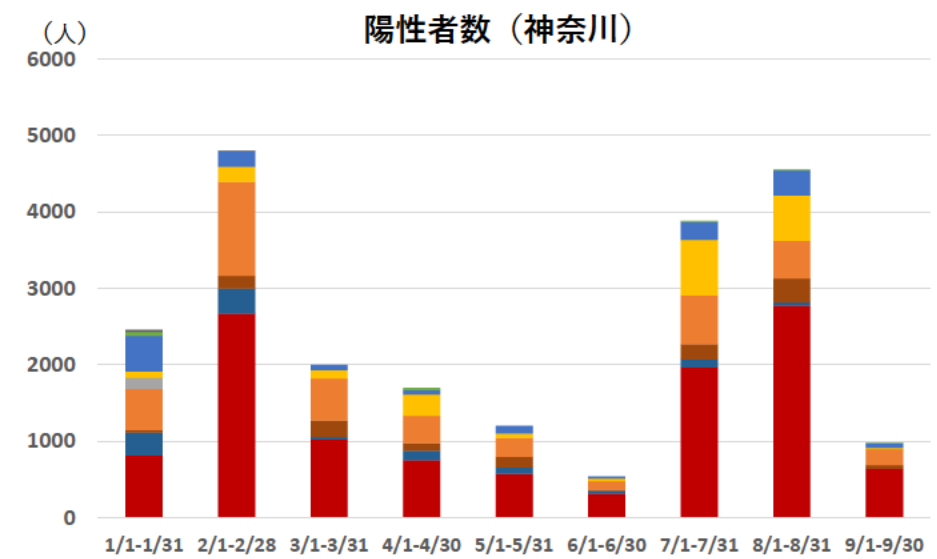
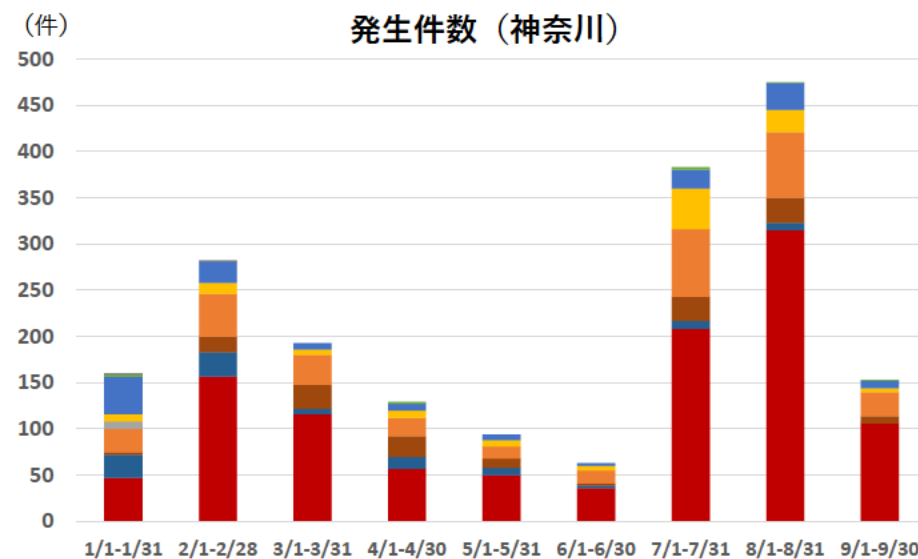
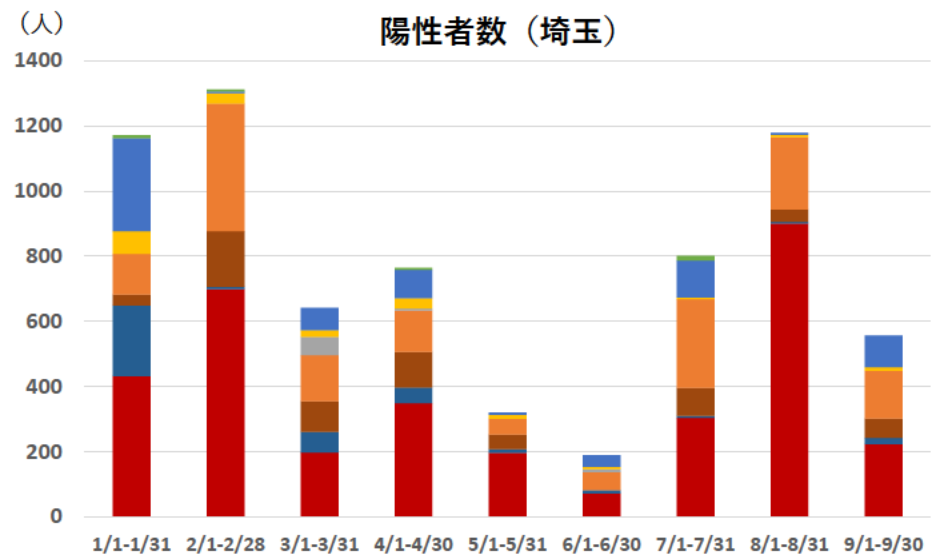
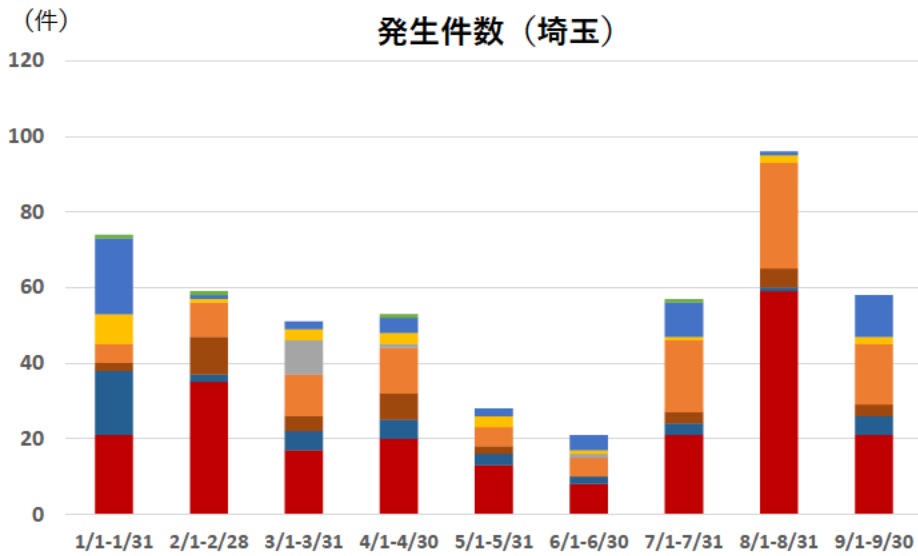
- 高齢者福祉施設
- 児童福祉施設
- 障害者福祉施設
- 医療機関
- 飲食店
- 企業等
- 学校・教育施設等
- 運動施設等
- その他



クラスターの発生状況③

クラスター発生件数、陽性者数（月別、埼玉・神奈川）

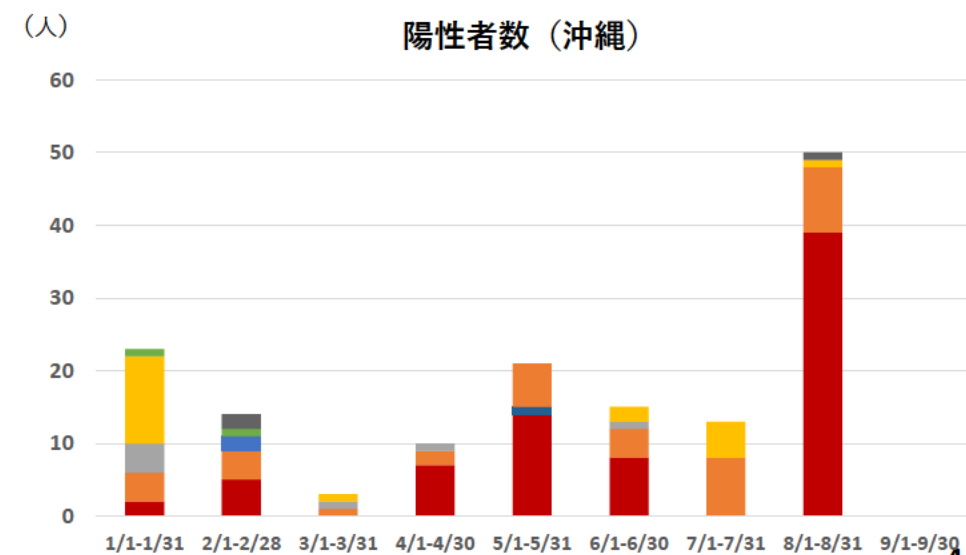
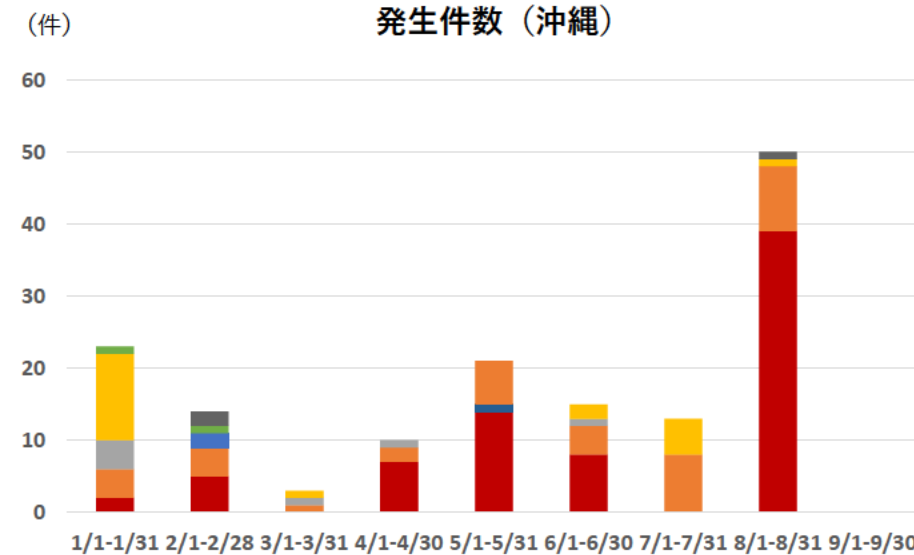
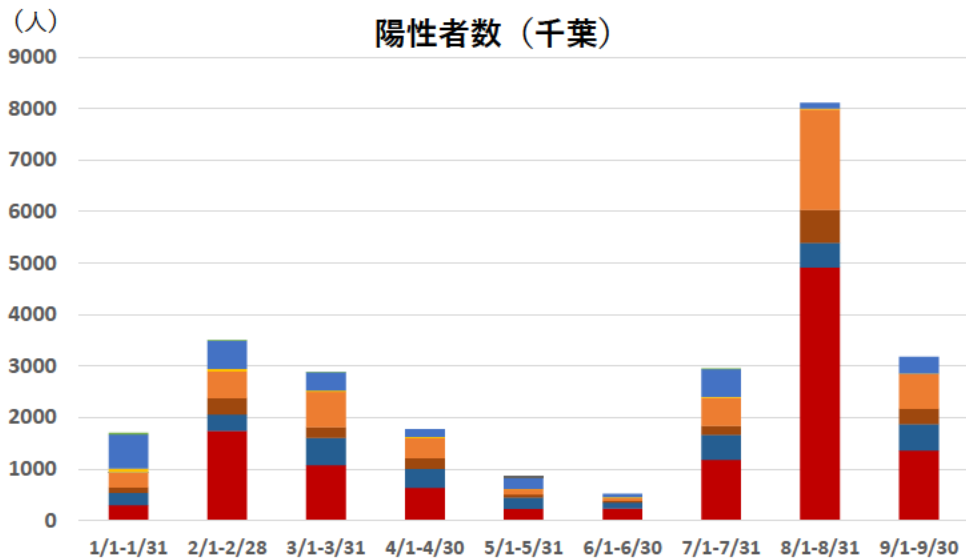
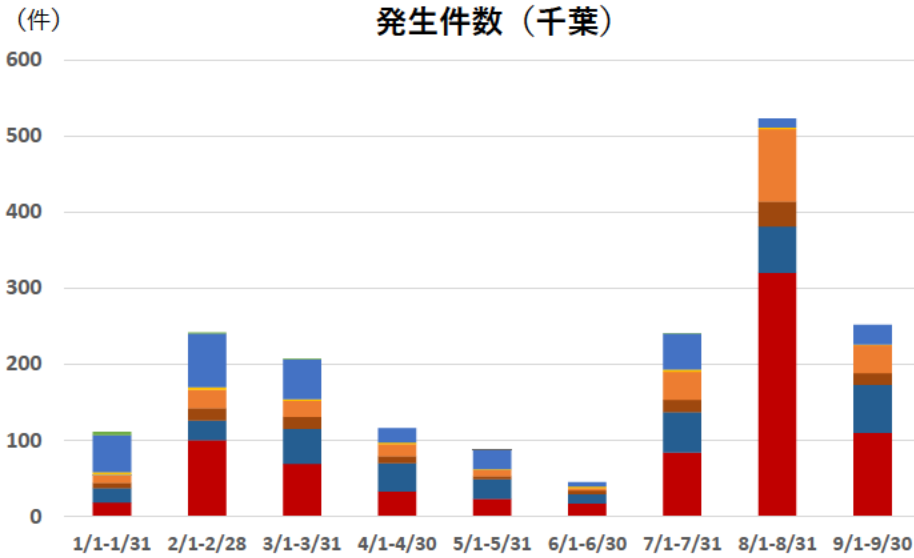
- 高齢者福祉施設
- 児童福祉施設
- 障害者福祉施設
- 医療機関
- 飲食店
- 企業等
- 学校・教育施設等
- 運動施設等
- その他



クラスターの発生状況④

クラスター発生件数、陽性者数（月別、千葉・沖縄）

- 高齢者福祉施設
- 児童福祉施設
- 障害者福祉施設
- 医療機関
- 飲食店
- 企業等
- 学校・教育施設等
- 運動施設等
- その他

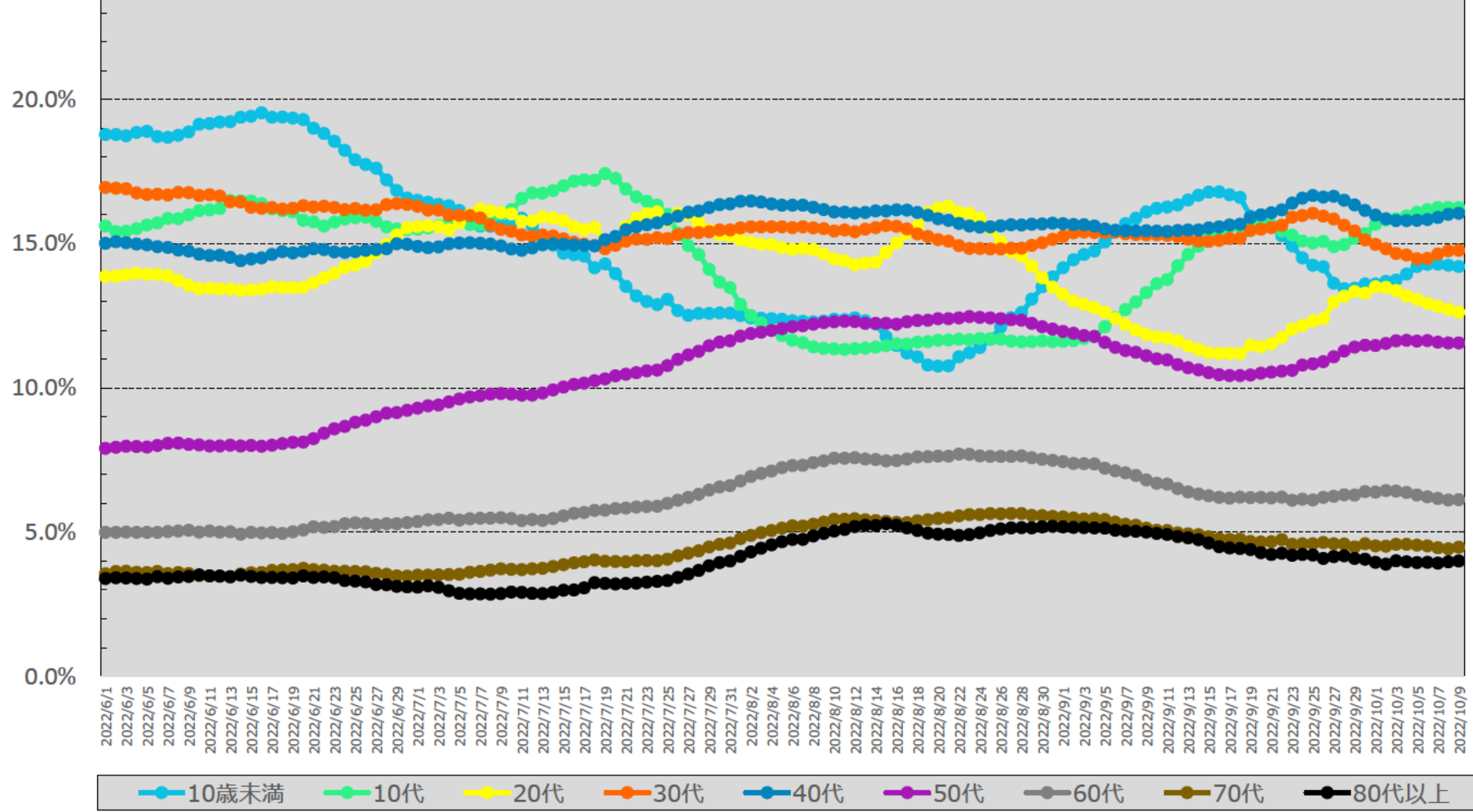


【日次】年代別新規陽性者の割合 (報告日別、HER-SYSデータ)

○ **新規陽性者に占める各年代の割合**を時系列で整理したもの。(全国、日次化)

	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代以上
2022/6/1	18.8%	15.6%	13.9%	16.9%	15.0%	7.9%	5.0%	3.5%	3.4%
2022/10/9	14.2%	16.2%	12.6%	14.8%	16.0%	11.6%	6.1%	4.5%	4.0%

全国



* 10/11 9:00時点の入力データを基に算出。年齢不詳は除いている。

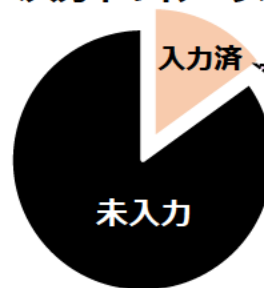
* 各月の割合は、7日間移動平均の値を用いて各月の陽性者数を累積化した上で、各年代別の割合を算出している。

- 場所区分が入力されている全てのデータを機械的に集計し、百分率でグラフ化したもの。
- 緊急避難措置として発生届の限定をしている8自治体のデータは含まれていない。

【データ解釈上の注意点】

- ・ 場所区分の入力は任意であり、**入力率は概ね13%程度で推移** (残りの**87%程度は未入力**)。
- ・ また、保健所・医療機関における入力状況の差は大きいこと等から、データの解釈には十分な留意が必要。

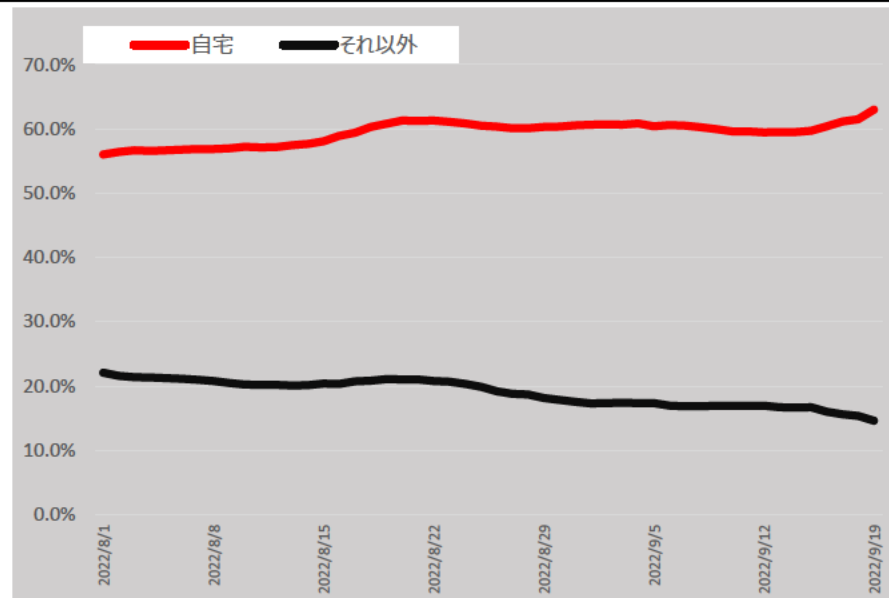
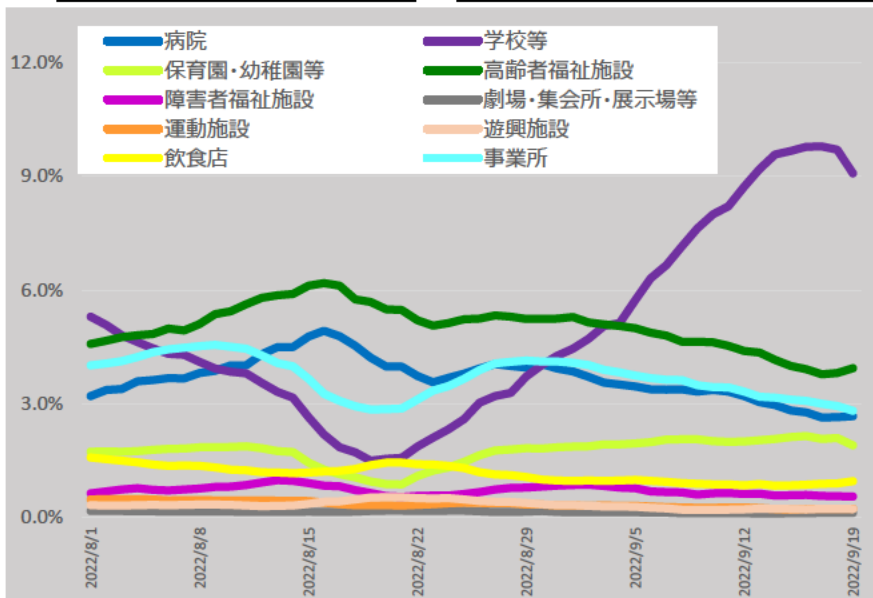
<入力率のイメージ>



以下のグラフは、データが入力されている約13%分のデータを元に、新規陽性者の感染場所を整理したもの。

全国 (全年齢)

	病院	学校等	保育園・幼稚園等	高齢者福祉施設	障害者福祉施設	劇場・集会所・展示場等	運動施設	遊興施設	飲食店	事業所	自宅	それ以外
2022/8/1	3.2%	5.3%	1.7%	4.6%	0.6%	0.2%	0.5%	0.3%	1.6%	4.0%	56.0%	22.0%
2022/9/19	2.7%	9.1%	1.9%	3.9%	0.5%	0.1%	0.2%	0.2%	1.0%	2.8%	63.0%	14.6%



* 9/20 9:00時点の入力データを基に算出。7日間移動平均による。

* 「それ以外」とは、「病院、学校等、保育園・幼稚園等、高齢者福祉施設、障害者福祉施設、劇場・集会所・展示場等、運動施設、遊興施設、飲食店、事業所、自宅」以外であり、「感染場所不明」を含む。

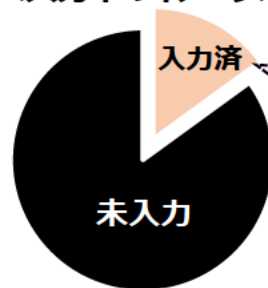
新規陽性者の感染場所（報告日別、HER-SYSデータ、100分率）

- 場所区分が入力されている全てのデータを機械的に集計し、百分率でグラフ化したもの。
- 緊急避難措置として発生届の限定をしている8自治体のデータは含まれていない。

【データ解釈上の注意点】

- ・ 場所区分の入力は任意であり、入力率は概ね13%程度で推移（残りの87%程度は未入力）。
- ・ また、保健所・医療機関における入力状況の差は大きいこと等から、データの解釈には十分な留意が必要。

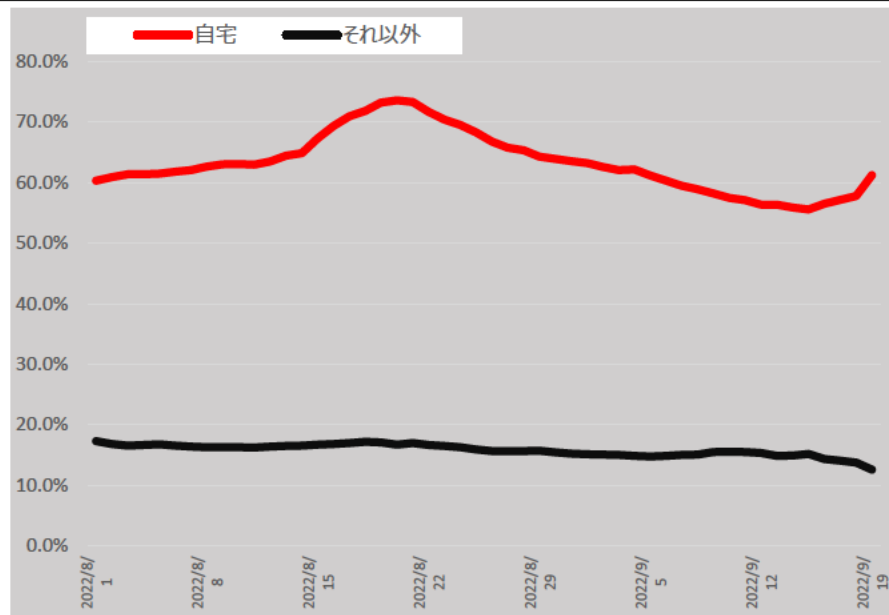
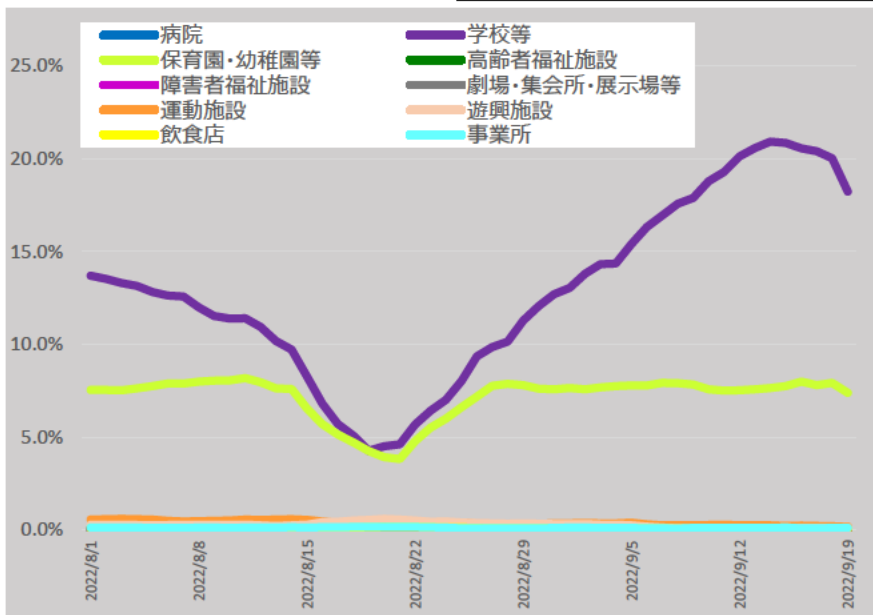
<入力率のイメージ>



以下のグラフは、データが入力されている約13%分のデータを元に、新規陽性者の感染場所を整理したもの。

10歳未満（全国）

	病院	学校等	保育園・幼稚園等	高齢者福祉施設	障害者福祉施設	劇場・集会所・展示場等	運動施設	遊興施設	飲食店	事業所	自宅	それ以外
2022/8/1	0.1%	13.7%	7.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.6%	0.3%	0.1%	0.1%	60.3%	17.2%
2022/9/19	0.1%	18.2%	7.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.1%	0.0%	0.1%	61.2%	12.6%



* 9/20 9:00時点の入力データを基に算出。7日間移動平均による。

* 「それ以外」とは、「病院、学校等、保育園・幼稚園等、高齢者福祉施設、障害者福祉施設、劇場・集会所・展示場等、運動施設、遊興施設、飲食店、事業所、自宅」以外であり、「感染場所不明」を含む。

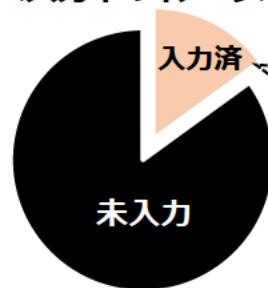
新規陽性者の感染場所（報告日別、HER-SYSデータ、100分率）

- 場所区分が入力されている全てのデータを機械的に集計し、百分率でグラフ化したもの。
- 緊急避難措置として発生届の限定をしている8自治体のデータは含まれていない。

【データ解釈上の注意点】

- ・ 場所区分の入力は任意であり、**入力率は概ね13%程度で推移**（残りの87%程度は未入力）。
- ・ また、保健所・医療機関における入力状況の差は大きいこと等から、データの解釈には十分な留意が必要。

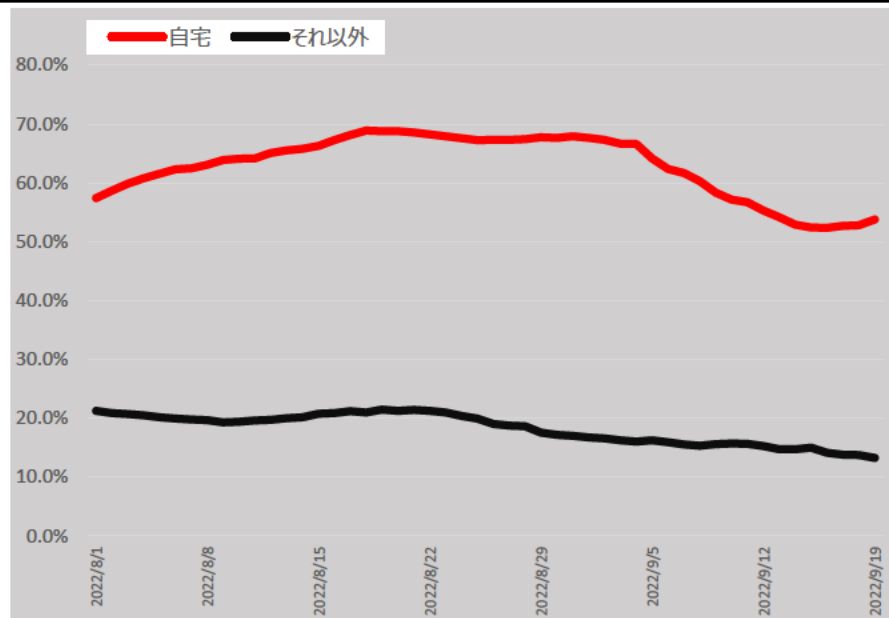
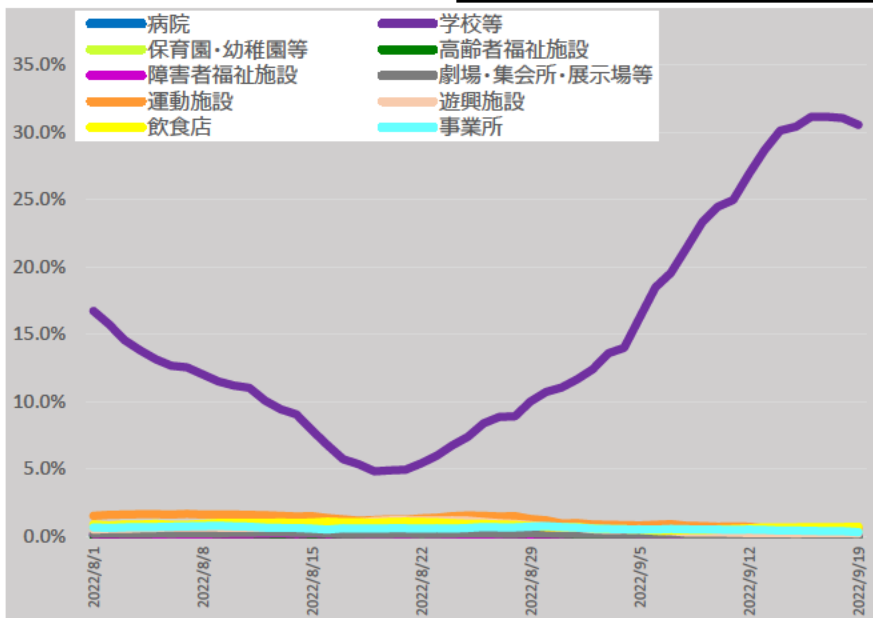
<入力率のイメージ>



以下のグラフは、**データが入力されている約13%分のデータを元に、新規陽性者の感染場所を整理**したもの。

10代（全国）

	病院	学校等	保育園・幼稚園等	高齢者福祉施設	障害者福祉施設	劇場・集会所・展示場等	運動施設	遊興施設	飲食店	事業所	自宅	それ以外
2022/8/1	0.1%	16.7%	0.6%	0.0%	0.2%	0.2%	1.5%	0.5%	0.9%	0.7%	57.4%	21.2%
2022/9/19	0.1%	30.6%	0.3%	0.0%	0.1%	0.1%	0.6%	0.2%	0.7%	0.3%	53.8%	13.2%



* 9/20 9:00時点の入力データを基に算出。7日間移動平均による。

* 「それ以外」とは、「病院、学校等、保育園・幼稚園等、高齢者福祉施設、障害者福祉施設、劇場・集会所・展示場等、運動施設、遊興施設、飲食店、事業所、自宅」以外であり、「感染場所不明」を含む。

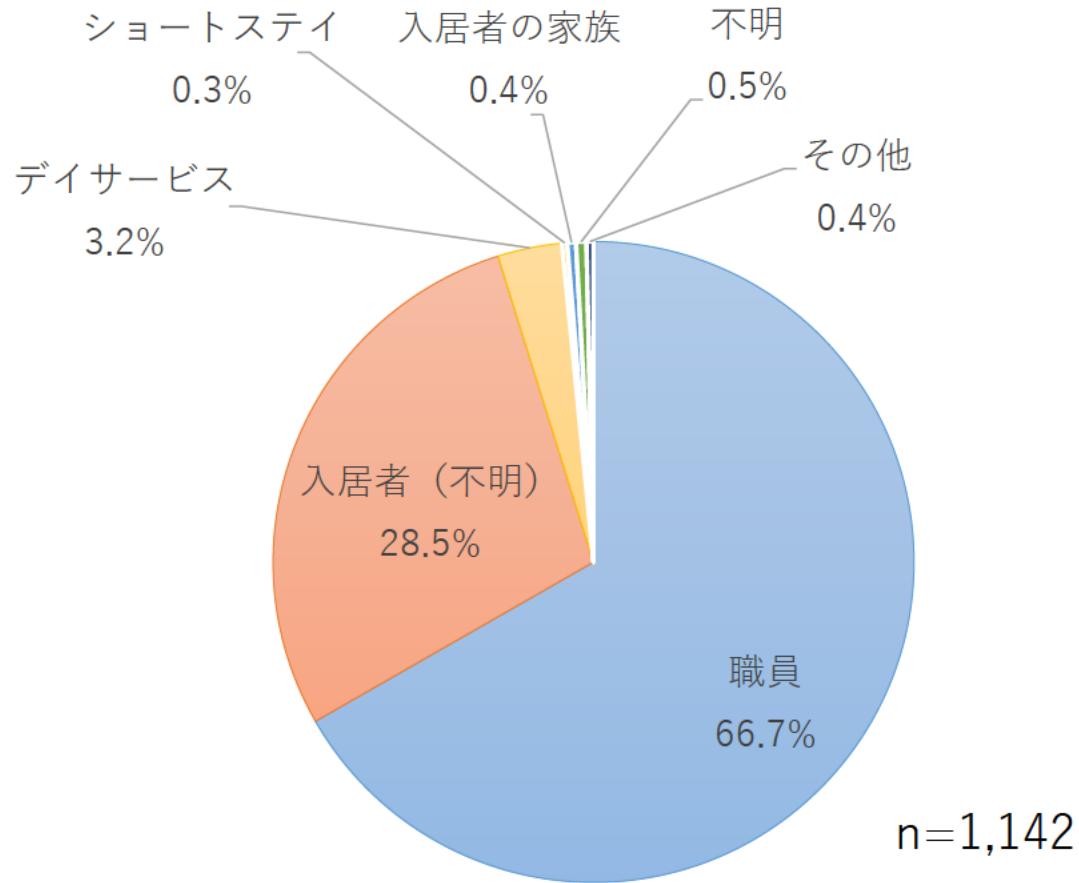
図14 社会福祉施設における初発例と感染者数（沖縄県）

第97回(令和4年8月31日)
新型コロナウイルス感染症対策
アドバイザリーボード

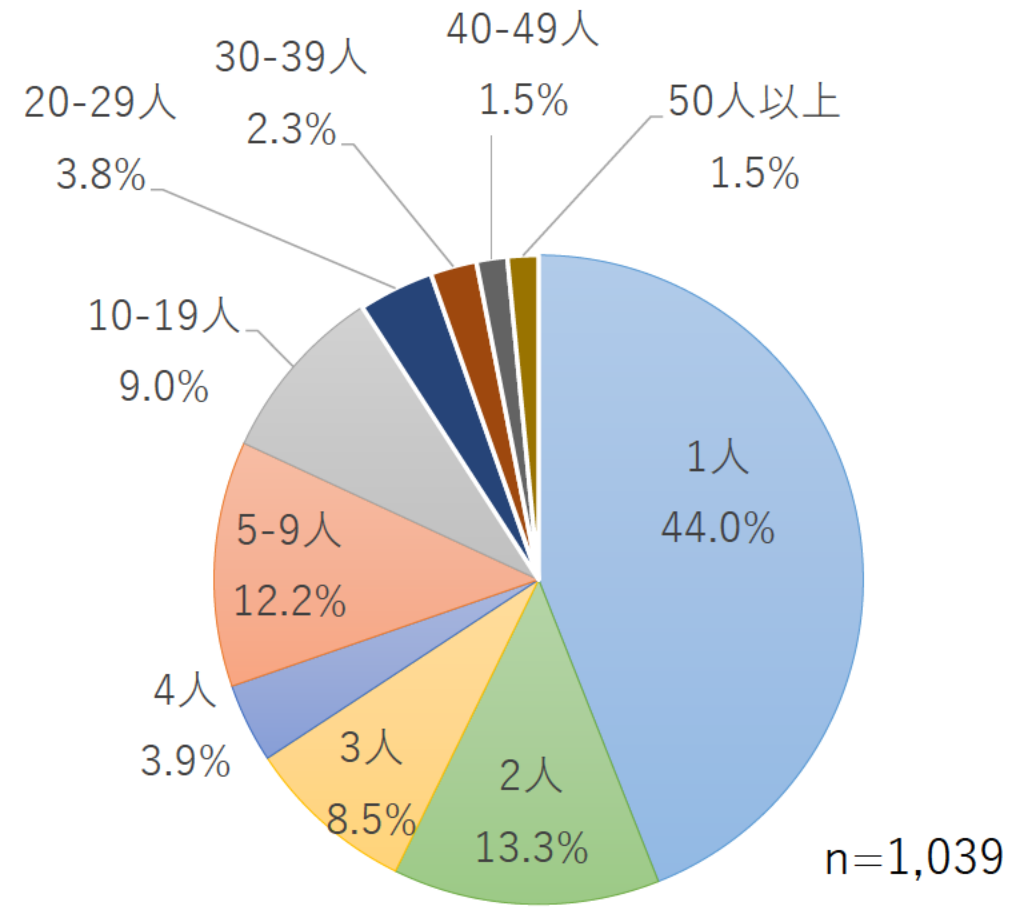
資料3-7(抜粋)

施設支援班が介入した社会福祉施設数（2022年4月～7月）

施設内における初発例



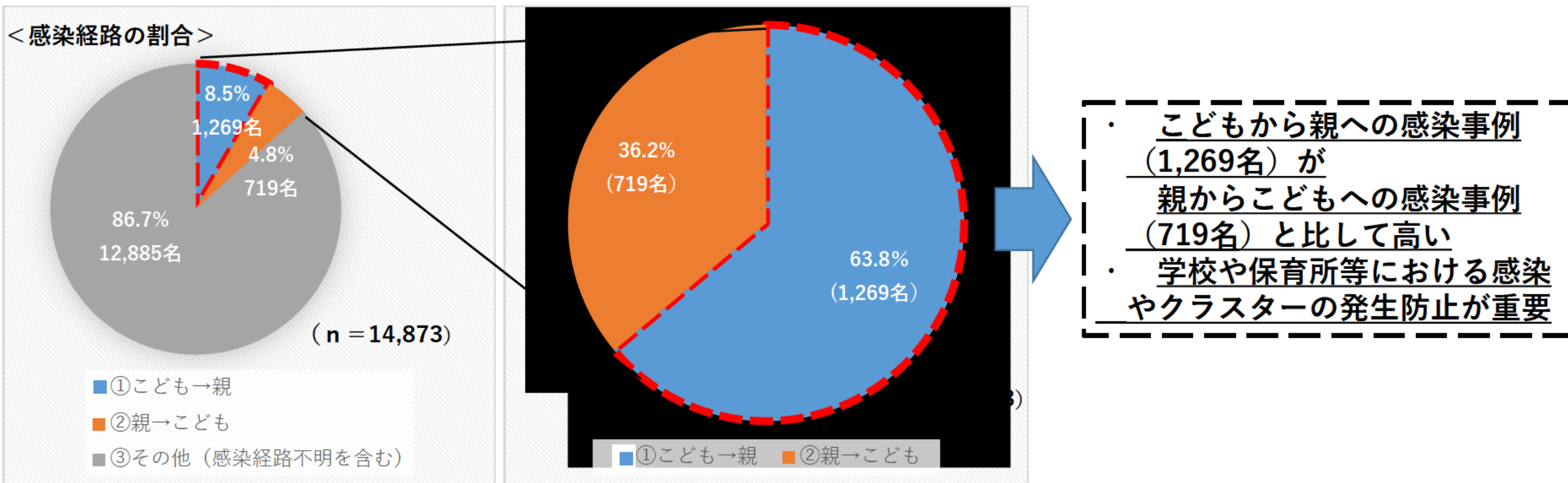
最終的な感染者数



家庭内感染の感染経路にかかる事例①

- 2022年7月9日～7月22日のA県における陽性判明者14,873名について、感染経路を推定※
 - ①子どもから親 (※1) への感染割合が8.5% (1,269名)
 - ②親から子ども (※2) への感染割合が4.8% (719名)
 - ③その他 (感染経路不明を含む) 86.6% (12,885名)
- ※1 49歳以下でこどもの濃厚接触者である陽性判明者
※2 18歳以下で親の濃厚接触者である陽性判明者

*2022年7月9日～7月22日陽性判明者について、感染経路を推定



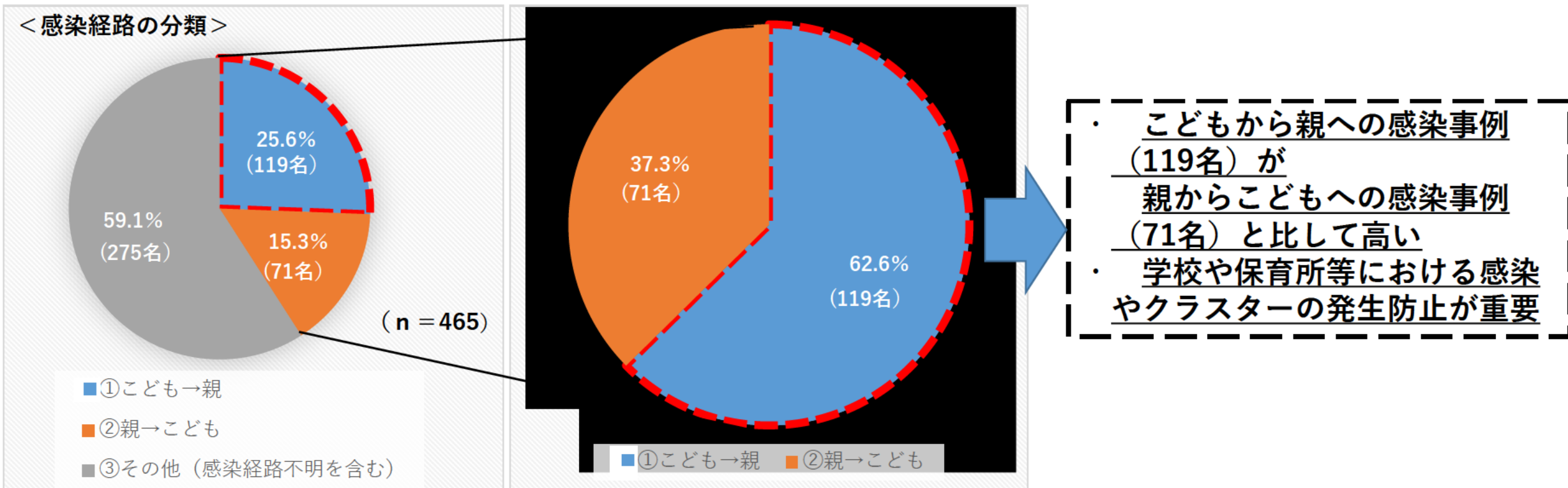
※ 県内全域における陽性判明者について調査
※ 調査票の濃厚接触者歴から感染経路を推定

家庭内感染の感染経路にかかる事例②

- 2022年7月9日～7月15日のB県における陽性判明分者465名について、感染経路を推定※
- ①子どもから親への感染割合が 25.6% (119名)
②親から子ども (※) の感染割合が 15.3% (71名)
③その他 (感染経路不明を含む) 59.1% (275名)

※18歳以下の者を対象とした

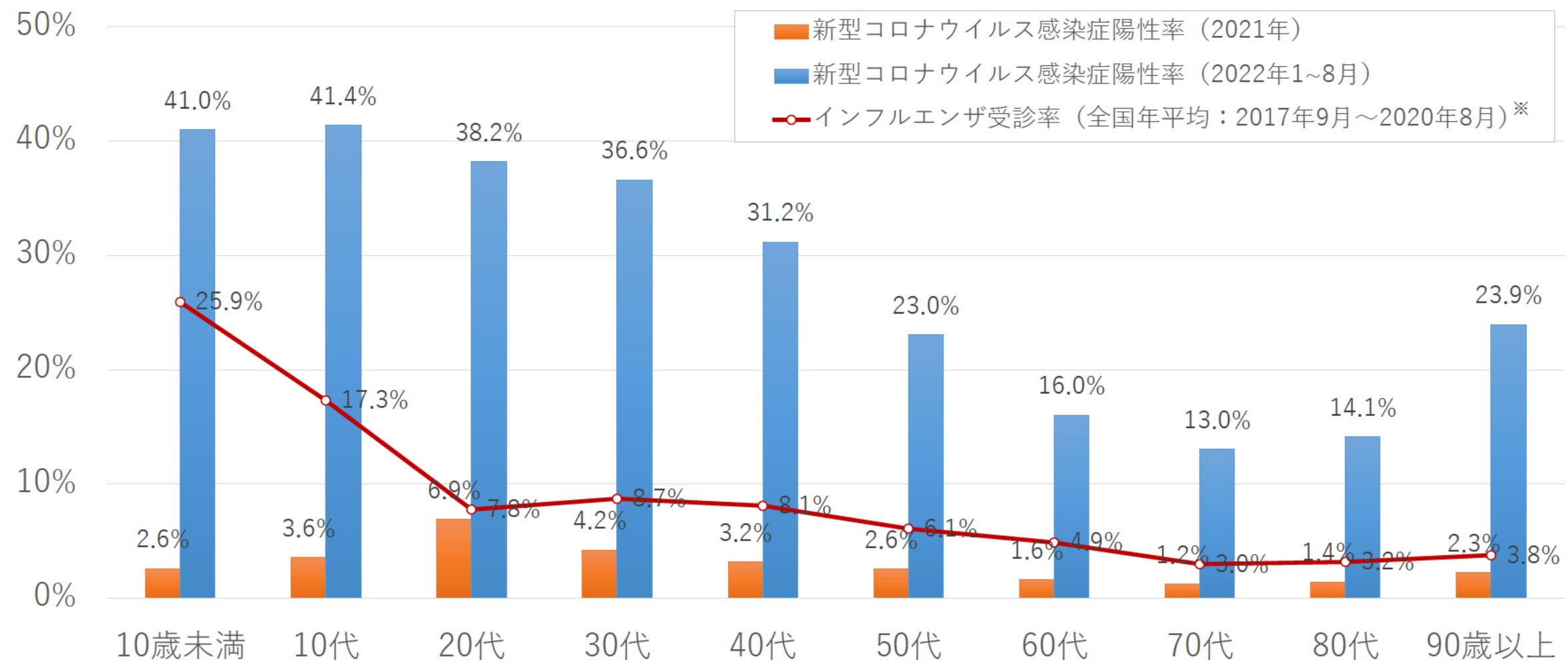
*2022年7月9日～7月15日 陽性判明者について、感染経路を推定



※ 県内の1保健所における陽性判明者について調査

※ 調査票上、感染経路が家庭に区分されるものについて、陽性判明日から感染経路を推定

図6 年齢階級別に見る陽性率/受診率の推移 (沖縄県)



陽性者数 (人)	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90歳以上
2021年	4,309	1,594	3,513	2,415	2,190	1,737	1,399	792	623	295
2022年1~8月	67,797	67,091	56,189	64,426	64,200	41,895	29,886	16,719	11,722	5,612

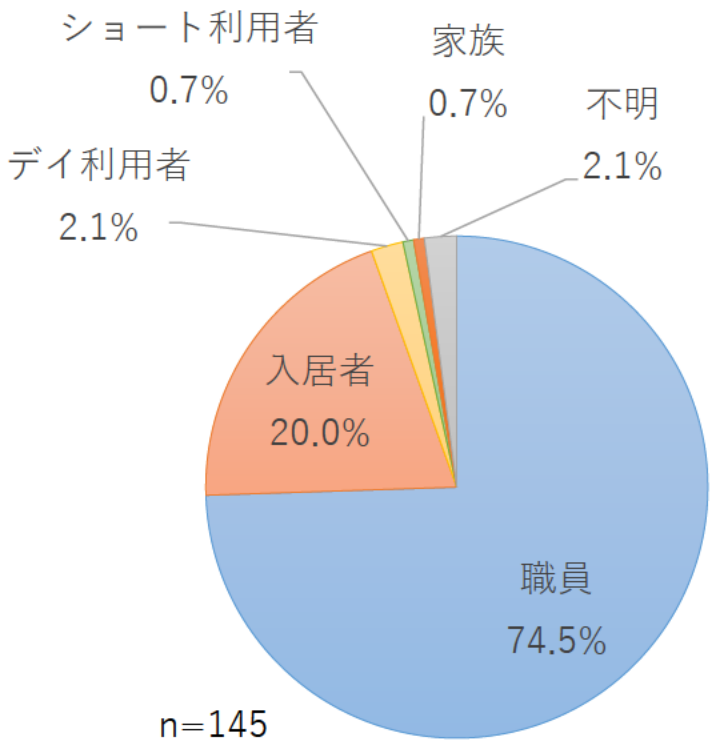
※ 野田龍也：日本の医療データベースから算出された季節性インフルエンザの重症化率 (第74回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード提出資料) 12

検査に係る参考資料

図11 初発例に対する検査理由と最終的な感染者数

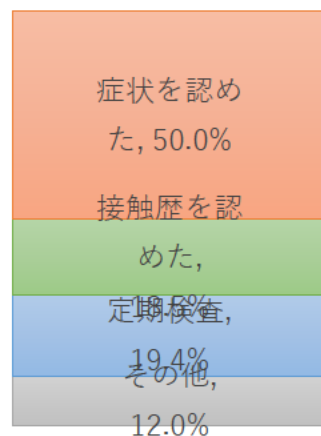
2022年4月1日から6月30日までに最初の感染者を確認した施設内発生事例のうち、メールによる質問に対して回答のあった94施設145件について、初発例および初発例への検査理由、職員および入居者の最終的な感染者数の平均値を算出した。

初発例



初発例への検査理由

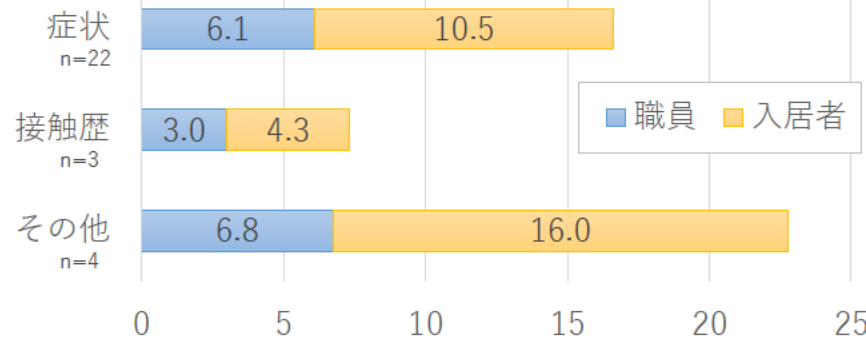
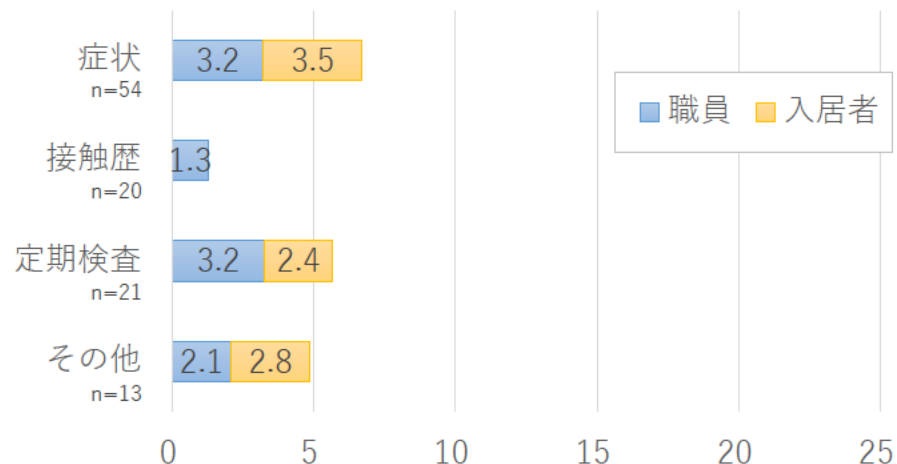
(職員)
n=108



(入居者)
n=29



最終的な感染者数 (平均)



- ▶ 高齢者施設における集団感染を抑止し、死亡を減らすためには、職員と入居者の感染を早期発見することが重要である。とくに、接触者に対する検査体制については、重点化後も維持する必要がある。
- ▶ 届出対象に該当しない施設職員の感染についても、健康フォローアップセンターへ登録されることにより、施設の疫学調査および接触者に対する広範な行政検査が行えるようにすること。
- ▶ インフルエンザとの共流行においては、COVID-19に限ることのない総合的な外来受診および入院調整機能が求められる。同一施設内で共流行が生じた場合には、専門的なサポートが必要になる。

効果的に感染拡大を防止しながら、
社会経済活動を維持していくための検査の活用
について
令和4年7月14日(木)

新型コロナウイルス感染症対策分科会

I. 検討の趣旨・背景

○新型コロナウイルス感染症対策分科会では、令和2年7月16日に、「検査体制の基本的な考え・戦略 感染症対策と社会経済活動の両立に向けた考え方の整理」をとりまとめ、感染リスク評価及び新型コロナウイルスの検査前確率（検査前に考えられる陽性率）に基づいて検査対象を以下の3つのカテゴリーに分け、それぞれの検査方針を示した。

① 有症状者（症状のある人）

② 無症状者（明らかな症状がない者）

a. 感染リスク及び検査前確率が高い場合

b. 感染リスク及び検査前確率が低い場合

○その後、令和2年10月29日に「検査体制の基本的な考え・戦略（第2版）」をとりまとめ、上記② bの検査については、「広く一般に推奨されるわけではないが、社会経済活動の観点から個別の事情などに応じて検査を受ける際は、検査の内容やその際の留意事項などを理解した上で受けることが重要。」と提言した。

○前回の提言以降、我が国においては、全国的に検査体制の整備が進み、検査能力が拡充するとともに、薬事承認された抗原定性検査キットの製品が多く登場し、薬局等で入手可能となったこと、国において、予約不要の無料検査事業が開始されたことなどにより、国民の検査へのアクセスが非常に向上している。

さらに、新たな治療薬の登場により、早期診断の重要性が増していることや、重症化しにくいが感染力が極めて強いオミクロン株への置き換わりにより新規陽性者数が大幅に増加するなど、検査を取り巻く環境も大きく変化している。また、濃厚接触者の業務復帰のための検査や、旅行やイベント等に参加するに当たっての検査など、社会経済活動を行う上での検査の利用場面も増えている。

○他方で、現在、急速に感染が再拡大しており、20代・30代の新規陽性者数が急増しているほか、高齢者施設や学校・保育所等でのクラスターが発生しており、現場では、施設の使用停止や臨時休校、部活動の中止等を行わざるを得ない状況が生じている。

○今回、こうした状況の変化や現在現場が直面している問題も踏まえ、効果的に感染拡大（※）を防止しながら、社会経済活動を維持していくために、検査を今後どのように活用していくべきかについて検討し、「検査体制の基本的な考え・戦略（第2版）」を改定するものとして、本提言をまとめた。

※この提言において、感染拡大とは、新規陽性者数が増加傾向にあるか、又は高止まりしていることを言う。次頁以降、同じ。

II. 検査の対象・活用場面、活用の留意点

1. 検査の対象・活用場面

- ・「有症状者」については、早期に検査を行い、早期治療につなげるとともに、有症状者からの二次感染を防止することが重要である。
※抗原定性検査を基本として活用。何らかの症状がある方が医療機関の受診前に自宅で簡便に検査できるよう、都道府県が有症状者に抗原定性検査キットを送付するなど体制を整備することも有効。
- ・「無症状者」については、治療対象を発見するために行う検査は、感染拡大時には推奨するが、感染拡大していない場合には検査前確率が低いことから基本的に推奨されない。
※感染拡大時に、都道府県知事が、不安のある無症状者に対して検査の受検を要請した場合には、無料検査事業（一般検査事業）として実施。
- ・（1）高齢者施設等、（2）学校、（3）保育所等においては、外部からの感染の持ち込みなど、無症状の感染者が他者と混ざり合うことによる感染拡大が今も生じており、感染拡大を防止するため、無症状者への検査も活用する場合があります。
- ・また、無症状者であることを前提に、（4）業務復帰・継続のための検査、（5）旅行・イベント等の参加に当たっての検査が現在行われている。

2. 検査活用の留意点

- ・（1）高齢者施設等、（2）学校、（3）保育所等における検査については、感染リスクがそれほど高くないにもかかわらず、広範・頻回に検査を行うことは、検査を受ける者にとって負担であり、検査を担当する自治体や医療従事者等の業務負担も増加することから、感染リスクが一定程度高まる場合に行うことが重要であり、具体的には以下の3点を前提に考えるべきである。
 - ① 地域において感染拡大しており、実際に高齢者施設や学校等の部活動で感染者が発生しているなど、感染リスクが高まっている場合に行うこと
 - ② その上で、具体的な感染事例も踏まえると、外部から感染が持ち込まれるリスクのある場合や普段会わない人との交わりなど、感染リスクが高まる場面・場所に的を絞って検査を行うこと
 - ③ 特に小児への検査については、有症状者には当然優先して行う。地域の感染状況に応じて、小児の負担、地域における検査能力等を考慮して実施可能である場合には、無症状の小児に対する検査もあり得る。
- ・（4）業務復帰・継続のための検査、（5）旅行・イベント等への参加に当たっての検査は、社会経済活動のために必要かつ有益なものとして、国としても活用を推奨するが、最終的には事業主又は個人の判断で行うことになる。ただし、検査キャパシティーを圧迫しないかに留意が必要である。

Ⅲ. 検査の活用場面・方法に関する整理

検査の場面	(1)高齢者施設等	(2)学校	(3)保育所、幼稚園、認定こども園等	(4)業務継続・復帰	(5)旅行・イベント等への参加
検査の目的	重症化リスクのある者への感染防止	集団感染防止	集団感染防止	社会経済活動の継続	参加者の安心安全
検査活用の留意点	①地域で感染拡大しており、感染リスクが高まっている場合に行う ②外部からの感染の持ち込みや普段会わない人との交わり等の場面に的を絞って検査を行う ③特に小児への検査については、有症状者には当然優先して行う。地域の感染状況に応じて、小児の負担、地域における検査能力等を考慮して実施可能である場合には、無症状の小児に対する検査もあり得る。			社会経済活動の継続のために、国としても、検査の活用を推奨するが、事業主又は個人の判断で検査を行う	
検査の活用方法	<ul style="list-style-type: none"> ・職員への頻回検査（抗原定性検査も活用して週2～3回） ・通所施設利用者等に対する節目での検査（必要に応じて実施） ・施設内で感染が確認された場合には幅広い検査 	<ul style="list-style-type: none"> ・教職員への検査（長期休暇後等） ・部活動等における大会前等の検査 ※健康観察と組み合わせる検査を活用 ・修学旅行等の前の検査 ※健康観察と組み合わせる検査を活用 ・学校内で感染が複数確認された場合には関係する範囲に検査 （いずれも自治体又は学校等の判断で実施）	<ul style="list-style-type: none"> ・保育士・教職員等への頻回検査（できる限り週1回程度） ・施設内で感染が確認された場合でも、無症状の小児に対しては基本的に検査を行わない 	国として推奨（事業主又は個人の判断で実施）	国として推奨（主催者や個人の判断で実施）
検査の種類	PCR検査（週2～3回の頻回検査の場合は、抗原定性検査も活用）	抗原定性検査又はPCR検査	抗原定性検査又はPCR検査	抗原定性検査	抗原定性検査
検査費用	個人負担を伴わない形で実施			事業主負担	自費 ただし、現在国の「無料検査事業」で実施

IV 具体的な活用方法（1）高齢者施設等

高齢者施設等では、施設従事者や利用者等による外部からの持ち込みにより、感染拡大が見られていることから、以下のような検査の実施が有効と考えられる。

①施設従事者への頻回検査

- ・地域で感染拡大しており、地域の高齢者施設等でクラスターが発生している場合には、施設従事者への頻回検査が有効と考えられる。
- ・検査の頻度については、海外事例等も参考に、週2～3回（抗原定性検査を活用）で行うことが有効と考えられる。
- ・実施方法としては、集中検査として施設において実施することが考えられる。

②利用者への節目での検査

- ・例えば、通所施設は、利用者によって外部から感染が持ち込まれるリスクもある。入所施設でも、利用者が外出から戻る場合や一時帰宅から戻る場合等には、利用者による感染の持ち込みも想定される。
- ・そのため、地域で感染拡大がしている場合には、必要に応じて、通所施設や入所施設の利用者について、例えば帰省した親族等との接触等が想定されるお盆や年末年始など、節目での検査を行うことが有効と考えられる。
- ・検査の種類は、PCR検査又は抗原定性検査により行う。

③施設内で感染が確認された場合の幅広い検査

- ・地域の感染状況にかかわらず、施設内で感染者が確認されれば、即座に当該施設の関係する利用者・施設従事者に幅広く検査を行うことが有効と考えられる。
- ・利用者の状態によっては、自ら検査を実施することが難しい場合も想定されるため、可能な範囲で実施する。
- ・検査の種類は、PCR検査又は抗原定性検査により行う。

IV 具体的な活用方法（2）学校

中高生の部活動等におけるクラスターや寮・寄宿舎におけるクラスター、修学旅行での集団感染等が報告されている。他方で、子どもは相対的に重症化リスクが低く、検査に伴う心理的負担等も考慮すれば、広範・頻回に検査を行うのではなく、有症状者を中心に検査を行うこと、感染リスクが高まる要因である外部からの感染の持ち込みや普段会わない人との交わり等の場面に的を絞って検査を行うことが有効と考えられる。

①教職員への検査

- ・感染が拡大している地域において、学校でクラスターが発生している場合には、地域の実情に応じて、教職員への検査を行うことが有効と考えられる。
- ・特に、連休明けや夏休み明けなどでは、健康観察を徹底するとともに、自治体又は学校等の判断で、出勤前に検査を行うことが考えられる。検査の種類は、抗原定性検査又はPCR検査により行う。

②部活動における大会前等の検査

- ・日々の部活動は、普段行動を共にしているメンバーで行うものであり、その都度の検査の必要はない。部活動においてもその他の学校教育活動同様、日々の健康観察を徹底し、症状のある児童生徒が確認された場合は、部活動の参加を見合わせるよう指導した上で、医療機関の受診を勧めることが必要である。
- ・普段会わない他校の多くの生徒等の交わりがある部活動の大会では、地域の感染状況に応じて、自治体又は大会主催者等の判断で、大会前に検査（抗原定性検査又はPCR検査）を実施することが考えられる。例えば、大会前に健康観察表や健康観察アプリ（後述）等を活用して、日々の健康状態を把握し、何らかの症状がある場合や気になる者は検査を行い陰性を確認し参加することが考えられる。

③修学旅行等の前の検査

- ・修学旅行等では、普段と同じメンバーでも、寝食をともにするなど、接触機会の増加がある。日々の健康観察を徹底し、発熱等の症状がある場合には参加を見合わせるよう指導した上で、医療機関の受診を勧めることが必要である。
- ・地域の感染状況に応じて、自治体や学校等の判断で、検査（抗原定性検査又はPCR検査）を実施することが考えられる。例えば、出発前に健康観察表や健康観察アプリ（後述）等を活用して、日々の健康状態を把握し、何らかの症状がある場合や気になる者は検査を行い陰性を確認して参加することが考えられる。

④学校内で感染が複数確認された場合の検査

- ・学校内で感染者が複数確認されれば、自治体の方針を踏まえつつ、関係する教職員や生徒等に検査（抗原定性検査又はPCR検査）を行うことが有効と考えられる。（発生状況等に応じて、クラス内など必要な範囲で実施）

IV 具体的な活用方法

(3) 保育所・幼稚園・認定こども園等

- ・未就学児については、マスクの着用をはじめとした感染対策にも一定の限界があるものの、検査を自ら行うことが難しく、本人の代わりに家族や小児科医が実施することも現実的ではない。
- ・そのため、保育士・教職員等による外部からの感染の持ち込みを絞って検査を行うことが有効と考えられる。
- ・具体的には、地域で感染拡大しており、保育所等のクラスターが発生している場合には、地域の実情に応じ、保育士・教職員等に対して頻回の検査を行うことが有効と考えらえる。
- ・検査の頻度についてはできる限り週1回程度とし、抗原定性検査又はPCR検査により行う。
- ・また、施設内で感染が確認された場合に、地域の感染状況に応じて、小児の負担、地域における検査能力等を考慮して実施可能である場合には無症状の小児に対して検査を行うこともあり得る。

(4) 業務継続・復帰

- ・現在、濃厚接触者については、4日目・5日目に抗原定性検査により陰性を確認した場合は、5日目から待機解除が可能となっている。（解除の判断を個別に保健所に確認することも不要）
※緊急的な対応として、医療従事者、介護従事者、保育所・幼稚園・小学校等の職員等が濃厚接触者となった場合、無症状であり、毎日業務前に検査を行い陰性が確認される等の一定の要件を満たせば、待機期間中であっても業務に従事することが可能。
- ・この時の抗原定性検査について、事業主が当該濃厚接触者を業務に従事させる必要があると判断して実施する場合には、事業主において検査体制が確保されることが必要である。
- ・なお、有症状者の陽性者については、発症日から10日間経過し、かつ、症状経過後72時間経過した場合には療養解除されることとなっており、解除後の業務復帰に当たって、従業員に検査を求めている事例もあるが、改めて検査を行う必要はないとされている。

(5) 旅行・イベント等への参加

- ・飲食店の会食人数の制限（4人以内）や緊急事態措置におけるイベントの人数上限等について、対象者全員検査で陰性を確認することにより、都道府県が緩和することが可能とされている。また、行動制限の緩和ではなく、地方公共団体や民間事業者等が、参加者の安全・安心を確保し、社会経済活動を回復・継続する取組として、ワクチン接種歴や検査結果の確認を行うことが推奨されている。

例) 飲食：大人数の会食、ホームパーティー等 イベント：小規模イベント、結婚式、成人式等
移動：都道府県間の旅行等 その他：高齢者施設での面会等

- ・この検査については、自己負担となるが、現在は、国において実施している無料検査事業で対応可能となっている。

V 健康観察アプリの積極的活用

- ・高齢者施設等や学校・保育所等において、健康観察アプリ等を積極的に活用して、体調不良者を早期に発見し、検査につなげることで、クラスターの発生を防止できる可能性があると考えられる。
- ・オミクロン株の感染症状を踏まえると、発熱だけでなく、頭痛や鼻水、咳、咽頭痛などの症状を把握するほか、感染者との濃厚接触の有無、同居家族に感染に疑われる人がいるかどうか、海外渡航の有無等も把握しておくことが有効。

〔活用事例〕

- ①クラスターの発生した病院や高齢者施設に導入
 - ②日常的な病院や高齢者施設職員の健康管理
 - ③病院実習 ⇒ 実習前2週間の健康履歴を提示等
 - ④スポーツ大会 ⇒ 入場時に過去2週間の健康履歴を提示等
- ・部活動の大会前の検査や修学旅行等の前の検査については、こうした健康観察アプリも活用して、懸念される条件に該当する者を把握した上で、当該者に絞って検査を行う方法も考えられる。