

新型コロナウイルス感染症対策分科会（第22回）

基本的対処方針分科会（第31回）

（合同開催）

日時：令和5年1月27日（金）

14時00分～16時00分

場所：中央合同庁舎8号館1階講堂

議 事 次 第

1. 開 会
2. 議 事
 - (1) イベント開催制限の見直しについて
 - (2) 基本的対処方針の変更について
 - (3) 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけに関する検討状況について
3. 閉 会

（配布資料）

資 料 1	直近の感染状況の評価等
資 料 2	今後のイベント開催制限の見直しについて（案）
資 料 3	新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針（案）
資 料 4	新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針（新旧対照表）
資 料 5-1	感染症部会のとりのまとめ
資 料 5-2	厚生労働省感染症部会の参考資料

参考資料 1	新規陽性者数の推移等（HER-SYS データ）（令和5年1月25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）
参考資料 2	新型コロナの重症化率・致死率とその解釈に関する留意点について（令和4年12月21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）
参考資料 3	感染症対策における感染症法と新型インフル特措法の位置づけ（令和4年12月9日新型コロナウイルス感染症対策分科会資料を一部改変）
参考資料 4	新型コロナウイルス感染症対策に関する見解と感染症法上の位置付けに関する影響の考察（令和5年1月11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）
参考資料 5	今後の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策における倫理的法的社会的課題（ELSI）の観点からの提言（令和5年1月11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）
参考資料 6	これからの身近な感染対策を考えるにあたって（第一報）（令和5年1月25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）
参考資料 7	「5類」移行にあたっての倫理的及び社会的観点からの意見（武藤委員提出資料）
参考資料 8	新型コロナウイルス感染症の位置付け見直しに向けた国と地方の協議について
参考資料 9	全国知事会新型コロナウイルス緊急対策本部「感染症法上の位置付けの見直しに関するワーキングチーム」の設置について
参考資料 10	新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けについて

<感染状況等の概要>

- 全国の新規感染者数は、直近の1週間では人口10万人あたり約445人となり、今週先週比は0.59と、減少傾向が継続している。今後の免疫の減衰や変異株の置き換わりの状況等が感染状況に与える影響に注意が必要。
- 病床使用率は全国的に低下傾向にあり、死亡者数や救急搬送困難事案数も、高い水準にあるものの減少傾向となっている。

参考: 地域の動向

※新規感染者数は、直近1週間合計の対人口10万人の値の概数であり24日0時時点のHER-SYS報告値(今週先週比も同時点)、病床使用率は24日作成時点の確保病床使用率

	感染者数	今週先週比	病床使用率		感染者数	今週先週比	病床使用率		感染者数	今週先週比	病床使用率
北海道	244	0.60	32.7%	石川	434	0.56	45.9%	岡山	607	0.59	68.4%
青森	289	0.58	41.0%	福井	523	0.67	36.6%	広島	664	0.65	51.1%
岩手	326	0.55	28.2%	山梨	580	0.62	39.0%	山口	578	0.52	49.4%
宮城	378	0.62	46.0%	長野	499	0.79	49.9%	徳島	619	0.59	45.3%
秋田	283	0.61	32.9%	岐阜	583	0.56	45.9%	香川	635	0.57	56.6%
山形	300	0.67	31.0%	静岡	690	0.64	62.5%	愛媛	551	0.51	55.7%
福島	435	0.62	38.2%	愛知	504	0.58	72.7%	高知	476	0.53	48.3%
茨城	527	0.74	54.0%	三重	762	0.71	55.9%	福岡	513	0.50	65.8%
栃木	462	0.63	57.1%	滋賀	547	0.63	74.5%	佐賀	585	0.46	45.7%
群馬	459	0.61	54.0%	京都	392	0.57	56.7%	長崎	489	0.46	43.9%
埼玉	356	0.62	62.2%	大阪	428	0.60	54.6%	熊本	573	0.48	56.6%
千葉	405	0.63	57.1%	兵庫	489	0.62	51.3%	大分	573	0.51	55.1%
東京	322	0.59	44.5%	奈良	489	0.65	53.0%	宮崎	615	0.43	48.7%
神奈川	340	0.61	70.1%	和歌山	652	0.62	38.5%	鹿児島	560	0.47	65.8%
新潟	327	0.62	40.1%	鳥取	703	0.58	39.3%	沖縄	250	0.44	43.2%
富山	385	0.59	39.8%	島根	537	0.55	35.7%	全国	445	0.59	-

<感染状況等と今後の見通し>

○ 感染状況について

- 新規感染者数について、全国的に減少傾向が継続しており、全ての都道府県で今週先週比が1を下回る状況が続いている。
- 地域別の新規感染者数について、東海や中四国、九州などでは、人口あたりで全国を上回っている一方、北海道や東北、関東、沖縄では人口あたりで全国を下回っているが、感染状況の改善に伴い地域差も縮小している。また、高齢者施設や医療機関等の集団感染は多くみられるものの、減少傾向にある。
- 全国の年代別の新規感染者数は、全年代で減少傾向となっており、60代以上でも減少傾向となっているが、10歳未満の減少幅が小さく、一部地域では増加もみられる。
- 全国では重症者数は減少傾向にあり、死亡者数も、高い水準にあるものの減少傾向となっている。今般の感染拡大では昨年夏の感染拡大時よりも、新規感染者のうち80代以上の高齢者の占める割合が増加する傾向が続いており、例年冬場は基礎疾患が悪化する時期ということもあり、引き続き注意が必要。
- 昨年1月以降の小児等の死亡例報告にあるように、小児感染者数の増加に伴う重症例、死亡例の発生や、小児の入院者数の動向にも注意が必要。
- 季節性インフルエンザについては、全国では同時期と比べ例年よりも低いですが、直近2年間より高い水準にある。先週末公表時点では、定点医療機関当たりの週間報告数が全都道府県で1を超え、全国では7を超えている。沖縄では30を超え、その他7府県で10を超えており、全国的に増加傾向にある。

○ 今後の見通しについて

- 今後の感染状況について、エピカーブや全国及び大都市の短期的な予測では、地域差や不確実性はあるものの、全国的には減少傾向が続くことが見込まれる。さらに、今後の免疫の減衰や、より免疫逃避が起こる可能性のある株の割合の増加、また、中国における感染状況及び国内への流入等が、感染状況に与える影響についても注意が必要。
- 季節性インフルエンザについても、例年の傾向を踏まえると今後も増加の継続が見込まれており、特に、新型コロナウイルス感染症との同時流行に注意が必要。

○ 感染の増加要因・抑制要因について

【ワクチン接種および感染による免疫等】 ワクチン接種の推進および自然感染により、オミクロン株(BA.5とBQ.1.1)に対する免疫保持者割合が各年代で増加していること、特に高齢者層ほどワクチン接種により割合の増加が進んでいることを示唆する報告がある。一方で、ワクチン接種と自然感染により獲得した免疫は、経時的に低下していくと考えられ、高齢者層ではすでに低下に転じた可能性もある。

【接触状況】 夜間滞留人口の全国的な状況として、年末年始期間中に減少した後、多くの地域で増加傾向が継続している。

【流行株】 国内では現在BA.5系統が主流となっているが、BQ.1系統やXBB系統などのオミクロン株の亜系統、特に米国中心に報告されているXBB.1.5は、より免疫逃避が起こる可能性があると考えられ、海外で感染者数増加の優位性が指摘されている。特にBQ.1系統は国内で割合が増加しつつあり、注視が必要。また、BA.2.75系統の亜系統であるBN.1.2系統、BN.1.3系統も国内で割合が増加している。

【気候・季節要因】 冬が本格化し全国的に気温の低下がみられ、換気がされにくい状況となっている。また、冬の間は呼吸器ウイルス感染症が流行しやすくなる。

○ 医療提供体制等の状況について

- 病床使用率は全国的に低下傾向にあり、地域差はみられるものの、5割を下回る地域が増えている。重症病床使用率も多くの地域で低下傾向にあるが、4割を上回っている地域も一部でみられる。
- 介護の現場では、施設内療養数は高い水準が続いており、従事者の感染もみられる。
- 救急医療について、冬場は通常でも医療提供体制に負荷がかかるところ、救急搬送困難事案数は、足元では全国的に減少したものの、コロナ疑い事案・非コロナ疑い事案共に高い水準にあり、地域によっては依然として非常に高い水準のところもある。引き続き、救急搬送困難事案数の今後の推移と、救急医療提供体制の確保には注意が必要。

<必要な対策>

○ 基本的な考え方について

- ・限りある医療資源の中でも高齢者・重症化リスクの高い方に適切な医療を提供するための保健医療体制の強化・重点化を進めることが必要。また、国民一人ひとりの自主的な感染予防行動の徹底をお願いすることにより、高齢者等重症化リスクの高い方を守るとともに、通常医療を確保する。
- ・昨年11月18日の政府対策本部決定に基づき、外来医療等の状況に応じた感染拡大防止措置を講じていく。
- ・国、自治体は、日常的な感染対策の必要性を国民に対して改めて周知するとともに、感染防止に向けた国民の取組を支援するような対策を行う。

1. ワクチン接種の更なる促進

- ・「オミクロン株対応ワクチン」について、初回接種を完了した全ての12歳以上の者に対する接種を進めることが必要。
- ・BA.1対応型ワクチンとBA.4-5対応型ワクチンいずれも従来型ワクチンを上回る効果が期待されるため、いずれか早く打てるワクチンの接種を進めることが必要。接種を希望するすべての対象者がオミクロン株対応ワクチンの接種を行うよう呼びかける。
- ・未接種の方には、できるだけ早い時期に初回接種を検討していただくよう促していく。
- ・小児(5～11歳)の接種については、初回接種とともに追加接種を進める。小児(6か月～4歳)の接種については、初回接種を進める。
- ・新型コロナワクチンの今後の接種のあり方について速やかに検討を進めることが必要。

2. 検査の活用

- ・国と自治体は検査ができる体制を確保し、検査の更なる活用が求められる。
- ・高齢者施設等について、従事者への頻回検査(施設従事者は週2～3回程度)を実施する。
- ・有症状者が抗原定性検査キットで自ら検査し、陽性の場合に健康フォローアップセンター等で迅速に健康観察を受けられる体制整備の更なる推進。
- ・OTC化されインターネット販売もされている抗原定性検査キットについて、一層利活用を進める。

3. 水際対策

- ・中国において新型コロナの感染状況が急速に悪化するとともに、詳細な状況の把握が困難であることを踏まえ、新型コロナの国内への流入の急増を避けるため、昨年12月30日から入国時検査などの臨時的な措置を講じており、中国の感染状況等を見つつ柔軟に対応。

4. 保健医療提供体制の確保

- ・冬場は新型コロナ以外の疾患の患者が増える時期でもあり、国の支援のもと、都道府県等は、主に以下の病床や発熱外来等のひっ迫回避に向けた対応が必要。
- ・病床確保計画に基づく新型コロナウイルス感染症の全体の確保病床数は引き続き維持し、感染拡大に併せ時機に遅れることなく増床を進めるとともに、新型コロナ病床を有していない医療機関に対しても、院内において新型コロナ患者が生じた場合の対応能力の向上を支援(病室単位でのゾーニングの推進等)することにより、新型コロナの対応が可能な医療機関の増加を引き続き図ること
- ・確保病床等の即応化や、病床を補完する役割を担う臨時の医療施設等の整備に加え、宿泊療養施設や休止病床の活用など、病床や救急医療のひっ迫回避に向けた取組
- ・入院治療が必要な患者が優先的に入院できるよう適切な調整(後方支援病院等の確保・拡大、早期退院の判断の目安を4日とすることの周知など転院・退院支援等による病床の回転率の向上等)、高齢者施設等における頻回検査等の実施や平時からの医療支援の更なる強化
- ・発熱外来の診療時間の拡大、箇所数の増加等のほか、地域外来・検査センターや電話・オンライン診療の強化等による外来医療体制の強化・重点化
- ・受診控えが起らないよう配慮の上、例えば無症状で念のための検査のためだけの救急外来受診を控えることについて、地域の実情に応じて地域住民に周知。併せて、体調悪化時などに不安や疑問に対応できるよう、医療従事者等が電話で対応する相談窓口の周知及び相談体制の強化
- ・職場・学校等において療養開始時に検査証明を求めないことの徹底

5. 新型コロナウイルスと季節性インフルエンザの同時流行に備えた対応

・同時流行下に多数の発熱患者等が生じることへの対応として、各地域の実情に応じて、発熱外来の強化や発熱外来がひっ迫する場合に備えた電話診療・オンライン診療の強化、健康フォローアップセンターの拡充と自己検査キットの確保、相談体制の強化、救急医療のひっ迫回避に向けた取組等を進める。

また、新型コロナウイルス感染症の新たな治療の選択肢であり医師の適応確認の上処方される経口薬含め、治療薬の円滑な供給を進める。解熱鎮痛薬等の入手が困難な薬局等に対しては、厚生労働省の相談窓口の活用を呼びかける。

- ・都道府県は、地域の実情に応じた外来医療の強化等の体制整備の計画に基づき、保健医療体制の強化・重点化に取り組む。
- ・国民各位への情報提供とともに、感染状況に応じた適切なメッセージを発信することが必要。抗原定性検査キット・解熱鎮痛薬の購入や電話相談窓口などの連絡先の確認等の呼びかけに加え、重症化リスクが低い方の自己検査や地域のフォローアップセンターの活用をより積極的に呼びかける。また、冬場は例年救急医療が逼迫する時期であることから、急な体調不良やけがに備えて「救急車利用マニュアル」の確認や救急車の利用に迷った際のかかりつけ医への相談、#7119などの電話相談窓口の利用、必要ときは救急車を呼ぶことをためらわないことを呼びかける。
- ・併せて、新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザのワクチンについて、接種対象者への接種を進める。
- ・なお、感染者数が膨大となり医療のひっ迫が生じる場合には、住民や事業者に対する感染拡大防止や医療体制の機能維持に関する更なる協力の要請・呼びかけや、行動制限を含む実効性の高い強力な感染拡大防止措置等が考えられ、状況に応じた対応が必要。

6. サーベイランス・リスク評価等

- ・発生動向把握のため、実効性ある適切なサーベイランスの検討を速やかに進めることが必要。また、ゲノムサーベイランスで変異株の動向の監視の継続が必要。
- ・リスク評価について、新型コロナウイルス感染症に関する病原性、感染力、変異等についての評価を引き続き進めることが必要。

7. 効果的な換気の徹底

- ・気温の低下による暖房器具の使用等により、屋内での換気が不十分にならないよう、効果的な換気方法の周知・推奨が必要(エアロゾルを考慮した気流の作り方、気流を阻害しないパーテーションの設置等)。

8. 基本的な感染対策の再点検と徹底

- ・以下の基本的感染対策の再点検と徹底が必要。
 - ・場面に応じた不織布マスクの正しい着用、手指衛生、換気の徹底などの継続
 - ・3密や混雑、大声を出すような感染リスクの高い場面を避ける
 - ・飲食店での会合の際は、第三者認証店等を選び、できるだけ少人数で、大声や長時間の滞在を避け、会話の際はマスクを着用する
 - ・咽頭痛、咳、発熱などの症状がある者は外出を控える
 - ・医療機関の受診や救急車の利用については目安を参考にする
 - ・自宅などにおいて抗原定性検査キット・解熱鎮痛薬の準備や、電話相談窓口などの連絡先の確認等を行う
 - ・できる限り接触機会を減らすために、例えば、職場ではテレワークの活用等の取組を再度推進するなどに取り組む
 - ・イベントや会合などの主催者は地域の流行状況や感染リスクを十分に評価した上で開催の可否を含めて検討し、開催する場合は感染リスクを最小限にする対策を実施する
- ・陽性者の自宅療養期間について、短縮された期間中は感染リスクが残存することから、自身による検温などの体調管理を実施し、外出する際には感染対策を徹底すること。また、高齢者等重症化リスクのある方との接触などは控えるよう求めることが必要。
- ・症状軽快から24時間経過後または無症状の場合の、食料品等の買い出しなど必要最小限の外出の許容について、外出時や人と接する時は必ずマスク着用、人との接触は短時間、移動に公共交通機関は利用しないなど、自主的な感染予防行動の徹底が必要。

《参考:オミクロン株とその亜系統の特徴に関する知見》

【感染性・伝播性】 オミクロン株はデルタ株に比べ、世代時間が約2日(デルタ株は約5日)に短縮、倍加時間と潜伏期間も短縮し、感染後の再感染リスクや二次感染リスクが高く、感染拡大の速度も非常に速いことが確認されている。なお、報告されているデータによれば、これまでの株と同様に発症前の伝播は一定程度起きていると考えられる。

【感染の場・感染経路】 国内では、多くの感染がこれまでと同様の機会(換気が不十分な屋内や飲食の機会等)で起きており、感染経路もこれまでと同様、飛沫が粘膜に付着することやエアロゾルの吸入、接触感染等を介していると考えられている。

【重症度等】 オミクロン株による感染はデルタ株に比べて相対的に入院のリスク、重症化のリスクが低いことが示されている。オミクロン株含め新型コロナウイルス感染症の評価には、疾患としての重症度だけではなく、伝播性や、医療・社会へのインパクトを評価することが必要。

令和3年末からの感染拡大における死亡者は、令和3年夏の感染拡大と比べ、感染する前から高齢者施設に入所している利用者が感染し、基礎疾患の悪化等の影響で死亡するなど、新型コロナが直接の死因でない事例も少なくないことが報告されている。また、新型コロナ発生当初からデルタ株流行期までは、典型的な新型コロナ感染によるウイルス性肺炎によって重篤な呼吸不全を発症する事例が多かったが、オミクロン株流行期には、入院前からの基礎疾患の悪化や入院中の別の合併症の発症など、肺炎以外の疾患が死亡の主たる要因との報告がある。

昨夏の感染拡大では、前回に引き続き、令和3年夏の感染拡大時よりも重症化率の減少や、入院患者に占める高齢者の割合が上昇。さらに、昨夏の感染拡大における死亡者は、令和3年末からの感染拡大と比べ、人工呼吸・ネーザルハイフローの使用率やステロイドの処方率が下がっている。

小児等の感染では内因性死亡が明らかとされた死亡例において、基礎疾患のなかった症例も死亡しており、痙攣、意識障害などの神経症状や、嘔吐、経口摂取不良等の呼吸器症状以外の全身症状の出現にも留意が必要といった実地調査結果の報告がなされている。

昨年7・8月の自宅での死亡事例においては、同時期の死亡者全体の傾向と同様、70歳以上の者が約8割を占め、新型コロナ以外の要因による死亡事例も多いことが示唆される。また、新型コロナ陽性死体取扱い状況によると、月別報告件数は昨年12月に過去最多となり、死因が新型コロナとされる割合は、直近では約3割となっている。自治体においては、診療・検査医療機関をはじめとする外来医療体制や健康フォローアップ体制の整備等が進められており、引き続き、自宅療養者への必要な医療の提供に努めることが重要。

【ウイルスの排出期間】 国内データによれば発症後10日目までは感染リスクが残存し、発症後7日目までが感染力が高く、5日間待機後でもまだ3分の1の患者が感染性のあるウイルスを排出している状態。8日目(7日間待機後)になると、多くの患者(約85%)は感染力のあるウイルスを排出しておらず、当該ウイルスを排出している者においても、ウイルス量は発症初期と比べ7日目以降では6分の1に減少したとの報告がある。

【ワクチン効果】 従来型ワクチンについては、初回免疫によるオミクロン株感染に対する感染予防効果や発症予防効果は著しく低下する。入院予防効果については、半年間は一定程度保たれているものの、その後50%以下に低下することが報告されている。一方で、3回目接種によりオミクロン株感染に対する感染予防効果、発症予防効果や入院予防効果が回復することや、3回目接種後のワクチン効果の減衰についても海外から報告されている。オミクロン株対応ワクチン(BA.4-5対応型)については、接種後0-2か月(中央値1か月)での発症予防効果が認められたと報告されている。

【オミクロン株の亜系統】 引き続き、世界的にBA.5系統が主流となっているが、世界各地でスパイクタンパク質に特徴的な変異を有するオミクロンの亜系統、及び組換え体が複数報告されており、BQ.1系統(BA.5.3系統の亜系統)、XBB系統(BJ.1系統(BA.2.10系統の亜系統)とBM.1.1.1系統(BA.2.75.3系統の亜系統)の組換え体)等、感染者数増加の優位性が指摘されている亜系統もある。欧州では、BQ.1系統の占める割合が増加しており、国内でもBQ.1系統の占める割合が増加しつつある。また、米国ではXBB系統の亜系統であるXBB.1.5系統が増加傾向にある。WHO等によると、これらの変異株について、免疫逃避から感染者数増加の優位性につながっている可能性は指摘されているが、これまでに得られた情報によると、XBB.1.5系統の感染性や重症度に関する疫学的、臨床的な知見は限られている。また、国内で増加傾向にあるBN.1.2系統、BN.1.3系統に関する知見は明らかではない。新たなこれらの亜系統や組換え体の特性について、引き続き、諸外国の状況や知見を収集・分析するとともに、ゲノムサーベイランスによる監視を続けていくことが必要。

今後のイベント開催制限の見直しについて（案）

第22回新型コロナウイルス感染症対策分科会
第31回基本的対処方針分科会
(令和5年1月27日)

資料2

（現状）

○その他地域（緊急事態措置区域及び重点措置区域以外の都道府県）におけるイベント開催制限については、基本的な感染対策を徹底する観点から、「感染防止安全計画」等の策定などを前提に、**規模要件等（人数上限及び収容率上限）に関する目安**を定めているところ。

- **人数上限** : 収容定員まで(感染防止安全計画を策定する場合) 等
- **収容率上限** : 50%(大声あり※)、100%(大声なし) ※観客等が通常よりも大きな声量で、反復・継続的に声を発すること。

（見直しの背景）

○ウィズコロナの取組を更に進めるため、様々な措置等の段階的な移行を推進。

○基本的な**感染対策は産業界全体に定着**し、概ね適切に実施されており、（行動制限のない）「その他地域」においては、こうした対策に基づくイベントについて、**その他の社会経済活動と比して特段の制限を設ける必要はないもの**と考えられる。

- 令和3年11月以降、**感染防止安全計画等の策定・実施により**、(大声なし・ありともに)**様々なイベントで基本的な感染対策が定着**。

(例)プロスポーツや音楽コンサート等のイベントにおいて、**会場の換気等の対策が適切に実施されていることを確認**。

（対応案）

○感染防止安全計画の策定等による**基本的な感染対策の実施を前提に、収容率上限を50%とする制限については廃止（100%とする）**。

※なお、地域の実情に応じて、都道府県知事の判断により、収容率等の制限を行うことは差し支えないものとする。

(例：感染状況に応じて、国の目安より厳しい基準を設定する。)

※基本的対処方針の変更（1/27）により同日より適用し、都道府県の取扱い変更をもって運用開始。

今後のイベント開催制限の見直しについて（案）

今後のイベント開催制限の概要

項目	収容率上限			人数上限		
	その他	重点	緊急	その他	重点	緊急
要請等の 内容	大声あり 50%	大声あり 50%		【感染防止安全計画策定（※1）】 収容定員 まで	収容定員 まで	10,000人 対象者全員検査の 実施により、収容定員 まで追加可
	大声なし 100%	大声なし 100%				
	↓ 100%					

(※1) 参加人数が5,000人超かつ収容率50%超のイベントに適用。(緊急事態措置区域、重点措置区域においては、5,000人超)

(※2) 感染防止安全計画の項目を自己チェックにより確認する簡易版。

(注) 都道府県知事の判断により、より厳格な制限を可としている。

（参考）「感染防止安全計画」の概要

- 「**感染防止安全計画**」は、**大規模イベント等**（5,000人超等）について、包括的な感染防止策の推進を図るもの。
- 感染防止安全計画では、イベント開催時の必要な感染防止策を着実に実行するため、イベントごとに**具体的な感染防止策の内容を記載**。都道府県がその内容を確認し、必要な助言を行う。

項目	感染防止策の概要
1. イベント参加者の感染対策	
(1) 感染経路に応じた感染対策	
①飛沫感染対策	適切なマスク（不織布マスクを推奨）の正しい着用、参加者間の適切な距離の確保 等
②エアロゾル感染対策	機械換気による常時換気又は窓開け換気 等
③接触感染対策	こまめな手洗・手指消毒、会場の消毒 等
(2) その他の感染対策	
④飲食時の感染対策	(1) と併せて、食事中以外のマスク着用 等
⑤イベント前の感染対策	発熱等の症状がある者のイベント参加の自粛の呼びかけ
2. 出演者やスタッフの感染対策	
⑥出演者やスタッフの感染対策	出演者やスタッフによる健康管理や必要に応じた検査等の実施、出演者やスタッフから参加者に感染させないための対策（舞台と客席との適切な距離の確保など）

新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針 (案)

令和 3 年 11 月 19 日 (令和●年●月●日変更)
新型コロナウイルス感染症対策本部決定

目次

一	新型コロナウイルス感染症発生の状況に関する事実.....	3
(1)	新型コロナウイルス感染症の特徴.....	3
(2)	感染拡大防止のこれまでの取組.....	6
(3)	ワクチン接種の進展とこれに伴う患者像の変化.....	7
(4)	医療提供体制の強化.....	9
(5)	令和3年9月の感染収束.....	10
(6)	オミクロン株の発生と感染拡大.....	11
(7)	オミクロン株の特性を踏まえた感染症法上の取扱いの見直し.....	17
二	新型コロナウイルス感染症の対処に関する全般的な方針.....	19
(1)	医療提供体制の強化.....	20
(2)	ワクチン接種の促進.....	20
(3)	治療薬の確保.....	21
(4)	感染防止策.....	22
(5)	オミクロン株の特徴を踏まえた感染防止策.....	25
三	新型コロナウイルス感染症対策の実施に関する重要事項.....	29
(1)	情報提供・共有.....	29
(2)	ワクチン接種.....	32
(3)	サーベイランス・情報収集.....	33
(4)	検査.....	35
(5)	まん延防止.....	38
1)	緊急事態措置区域における取組等.....	38
2)	重点措置区域における取組等.....	41
3)	緊急事態措置区域及び重点措置区域以外の都道府県における取組等.....	44
4)	職場への出勤等.....	47
5)	学校等の取扱い.....	50
6)	その他共通的事項等.....	51
(6)	水際対策.....	52
(7)	医療提供体制の強化.....	53
(8)	治療薬の実用化と確保.....	61
(9)	経済・雇用対策.....	63
(10)	その他重要な留意事項.....	63

(別添)事業の継続が求められる事業者

本方針は、新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成 24 年法律第 31 号。以下「法」という。）第 18 条第 1 項に規定する基本的対処方針として、今後講ずべき対策を実施するに当たって準拠となるべき統一的指針を示すものである。

地方公共団体は、本方針に基づき、自らその区域に係る対策を的確かつ迅速に実施し、及び当該区域において関係機関が実施する対策を総合的に推進する責務を有する。また、政府は、本方針に基づき、指定行政機関、都道府県及び指定公共機関が実施する対策に関する総合調整を行うことができる。

一 新型コロナウイルス感染症発生の状況に関する事実

（1）新型コロナウイルス感染症の特徴

新型コロナウイルス感染症については、変異によって変化するが以下のような特徴がある。

- ・ ヒトコロナウイルス SARS-CoV-2 による感染症であり、発熱、呼吸器症状、倦怠感、頭痛、消化器症状、鼻汁、味覚異常、嗅覚異常等の症状を発症する。
- ・ せき、くしゃみ、会話等のときに排出される飛沫やエアロゾルの吸入、接触感染等が感染経路と考えられている。
- ・ 潜伏期間は約 5 日間、最長 14 日間とされているが、オミクロン株では潜伏期間が短縮していると報告されている。新型コロナウイルスはまず鼻咽頭などの上気道に感染すると考えられる。多くの患者は発症から 1 週間程度で治癒に向かうが、一部の患者では肺炎を発症する。さらに、急性呼吸窮迫症候群（ARDS）に至る患者もある。現在のオミクロン株による流行では、アルファ株やデルタ株が主体の流行と比較して、酸素療法や人工呼吸管理を必要とする患者の割合が低下していることが報告されている。
- ・ 軽症の場合は経過観察のみで自然に軽快することが多く、必要に応じて解熱薬等の対症療法を行う。ただし、重症化リスク因子

のある方については、経口の抗ウイルス薬や中和抗体薬の投与を行い重症化を予防する。呼吸不全を伴う場合には、酸素投与や抗ウイルス薬、ステロイド薬（炎症を抑える薬）、免疫調整薬の投与を行い、改善しない場合には人工呼吸器や体外式膜型人工肺（Extracorporeal membrane oxygenation：ECMO）等による集中治療を行うことがある。国内で承認されている医薬品として、レムデシビル、デキサメタゾン、バリシチニブ、トシリズマブ、カシリビマブ／イムデビマブ、ソトロビマブ、モルヌピラビル、ニルマトレルビル／リトナビル、チキサゲビマブ／シルガビマブ及びエンシトレルビル（重症化リスク因子のない軽症から中等症の患者に投与可能な経口薬）がある。患者によっては、呼吸器や全身症状等の症状が遷延したり、新たに症状が出現すること（罹患後症状、いわゆる後遺症）が報告されている。

- 新型コロナウイルス感染症と診断された人のうち重症化しやすいのは、高齢者と基礎疾患のある方、一部の妊娠後期の方であり、重症化のリスクとなる基礎疾患等には、悪性腫瘍、慢性呼吸器疾患（COPD等）、慢性腎臓病、心血管疾患、脳血管疾患、喫煙歴、高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満（BMI 30以上）、および臓器の移植、免疫抑制剤、抗がん剤等の使用その他の事由による免疫機能低下等がある。ワクチン接種を受けることで、重症化予防効果が期待できる。
- 重症化する人の割合や死亡する人の割合は年齢によって異なり、高齢者は高く、若者は低い傾向にある。令和4年3月から4月までに診断された人においては、重症化する人の割合は50歳代以下で0.03%、60歳代以上で1.50%、死亡する人の割合は、50歳代以下で0.01%、60歳代以上で1.13%となっている。また、同年7月から8月までに診断された人においては、重症化する人の割合は50歳代以下で0.01%、60歳代以上で0.69%、死亡する人の割合は、50歳代以下で0.00%、60歳代以上で0.59%となっており、

重症化する割合や死亡する割合は以前と比べ低下している。なお、季節性インフルエンザの国内における致死率は 50 歳代以下で 0.01%、60 歳代以上で 0.55%と報告されている。

- ・ 診断にはリアルタイム RT-PCR 等の核酸検出検査や抗原検査が用いられる。
- ・ 新型コロナウイルスは約 2 週間で 1 か所程度の速度でその塩基が変異していると考えられ、新たな変異株が世界各地で確認されており、厚生労働省と国立感染症研究所において、ゲノムサーベイランスを通じた変異株の発生動向の監視を行っている。
- ・ オミクロン株については、令和 3 年 11 月 24 日に南アフリカから WHO へ最初のオミクロン株感染例が報告されてから、世界的に感染例が報告され、感染拡大が進んでいる。
- ・ オミクロン株については、国内外の報告から感染・伝播性の増加が示唆されており、デルタ株に比べて世代時間、倍加時間や潜伏期間の短縮、二次感染リスクや再感染リスクの増大が確認されており、感染拡大のスピードが極めて速い。国内においても感染例が急増し、令和 4 年 2 月頃に全国的にデルタ株からオミクロン株の BA.1 系統に置き換わり、同年 5 月には、オミクロン株の BA.2 系統に置き換わったが、さらに同年 7 月には、BA.5 系統に概ね置き換わった。また、飛沫や換気の悪い場所におけるエアロゾルによる感染が多く、子供が感染しやすくなっており、学校等での感染に加え、家庭に持ち帰り、家庭内で感染が拡大する事例が見られている。まず軽症者の数が急激に増加し、併せて中等症者も一定程度増加し、その後、高齢者に伝播し、重症者数、入院者数も増え医療全体がひっ迫し、更に社会機能の維持も困難になってくることも懸念される。オミクロン株対応ワクチンについては、オミクロン株に対応した成分が含まれるため、従来型ワクチンを上回る重症化予防効果や、短い期間である可能性はあるものの、発症予防効果や感染予防効果も期待される。また、2 価のワクチン

であるため、今後の変異株に対しても従来型より効果が高いことも期待される。中和抗体薬については、オミクロン株への有効性が減弱するおそれがある薬剤もあることから、投与に当たって留意が必要である。

- ・ 他方、更なる知見の集積が必要であるものの、デルタ株と比較してオミクロン株では重症化しにくい可能性が示唆されているものの、高齢者を中心に基礎疾患のある者において、オミクロン株への感染が契機となって基礎疾患が増悪する事例が多く発生しており、重症化リスクがある程度低下していたとしても、感染例が大幅に増加することで重症化リスクの低下分が相殺される可能性も考慮する必要がある。

なお、我が国においては、令和2年1月15日に最初の感染者が確認された後、令和5年1月26日までに、合計32,310,939人の感染者、66,707人の死亡者が確認されている。

(2) 感染拡大防止のこれまでの取組

これまでの感染対策においては、後述する基本的な感染対策を推進することに加え、専門家の分析等で感染リスクが高いとされた飲食の場면을極力回避するため、飲食店の時短営業及び酒類提供の停止の措置を講じてきた。同時に、人流や人との接触機会を削減する観点から、外出・移動の自粛、イベント及び大規模集客施設への時短要請等の取組を進めてきた。また、検査・サーベイランスの強化、積極的疫学調査等によるクラスター（患者間の関連が認められた集団。以下「クラスター」という。）対策、水際対策を含む変異株対策等の取組を実施してきた。

特に、令和3年3月下旬以降は、より感染力の強い変異株の出現による急速な感染拡大に対し、令和3年2月3日に成立した新型インフルエンザ等対策特別措置法等の一部を改正する法律（令和3年法律第5号）による改正後の法で創設されたまん延防止等重点措置区域（以

下「重点措置区域」という。)における機動的な対策、ゴールデンウィーク期間中のイベントの無観客開催、大規模集客施設の休業等の集中的な対策をはじめ、緊急事態宣言等の下で、全国的に度重なる強い措置を講じてきた。また、強い感染力を持つ変異株が出現し、それまでの飲食への対策、人流抑制の取組のほか、再度の感染拡大の予兆や感染源を早期に探知するため、検査を大幅に強化するとともに、高齢者施設等や学校における感染対策を強化する観点から、軽症であっても症状が現れた場合に、早期に陽性者を発見することができるよう、抗原定性検査キットの配布を行ってきた。さらに、健康観察アプリを活用し、早期に検査につなげる取組も実施してきた。

(3) ワクチン接種の進展とこれに伴う患者像の変化

ワクチンについては、令和3年2月に医療従事者向け接種を開始し、同年4月に高齢者向け接種を開始、同年5月から本格的に接種を進め、同年4月末には医療従事者の接種会場への派遣を可能にするほか、接種費用への時間外・休日加算相当分の上乗せや接種回数の多い施設への支援の措置により、1日100万回を超えるスピードで接種を進めることができ、同年7月末には希望する高齢者への2回接種をおおむね完了した。地方公共団体での接種努力に加えて、企業等による職域接種等を行うことにより、同年10月上旬までに供給されたワクチンは、対象人口の9割が接種できる数量に達した。

令和3年12月からは、3回目接種を開始し、接種券の配布促進や接種会場の増設、職域接種の積極的な活用の推進、地域における社会機能を維持するために必要な事業に従事する方への接種の推進により、令和4年2月中旬には、1日100万回接種を実現した。3回目接種を終えた方は約7割となっている。

同年2月下旬からは、5歳から11歳までの子供に対する1回目・2回目接種（初回接種）を開始したほか、同年3月下旬からは、12歳から17歳までの方への3回目接種を開始した。

同年5月下旬からは、60歳以上の方や18歳以上で重症化リスクの高い方などを対象とし、重症化予防を目的として4回目接種を開始した。また、ファイザー社及びモデルナ社のワクチンに加え、国内で製造が行われる武田薬品工業株式会社（ノババックス社からの技術移管を受けて武田薬品工業株式会社が国内で生産及び流通を実施）のワクチン（以下「武田社ワクチン（ノババックス）」という。）による1回目・2回目・3回目接種を開始した。さらに、同年7月下旬からは、重症化リスクの高い方が多数集まる医療機関・高齢者施設等の従事者であって、18歳以上60歳未満の方に対する4回目接種を開始した。

同年9月下旬からは、令和4年秋開始接種として、1人1回、12歳以上の1回目・2回目接種（初回接種）を完了した者を対象にオミクロン株対応ワクチンの接種を開始した。また、同年10月下旬からは、最終接種からの接種間隔を5か月以上から3か月以上に短縮し、年内に約1億人がオミクロン株対応ワクチンの接種を受けることが可能となった。

同年11月上旬からは、何らかの理由でオミクロン株対応ワクチン以外のワクチンの接種を希望する者については、令和4年秋開始接種として従来型の武田社ワクチン（ノババックス）を接種することが可能となった。

同年9月上旬からは、5歳から11歳までの子供に対する3回目接種（従来型ワクチン）を開始したほか、同年10月下旬からは生後6か月から4歳までの乳幼児に対する従来型ワクチンによる1回目・2回目・3回目接種（初回接種）を開始した。

ワクチン接種は、最も重症化リスクの高い群である高齢者の約9割が3回接種を終えたこともあり、感染者数の増加に比べ、重症者数、死亡者数の増加は少なくなっている。

また、医療提供体制の強化が進められると同時に、陽性者の治療については、中和抗体薬や経口の抗ウイルス薬が利用可能となるなど、選択肢が確実に増えてきている。

今後、更なるワクチン接種の進展により、感染者や重症者は抑えられると期待されるほか、中和抗体薬や経口の抗ウイルス薬の重症化予防効果も一定程度期待される一方、更なる感染拡大が生じた場合には、ワクチン接種後にも新型コロナウイルス感染が確認される症例があること、変異株の出現の可能性やワクチンによる免疫の減衰の影響を踏まえ、引き続き後述する基本的な感染対策が重要である。また、オミクロン株対応ワクチンについては、オミクロン株成分を含むことで、従来型ワクチンを上回る重症化予防効果、発症予防効果や感染予防効果があることや、2価ワクチンであることから今後の変異株に対しても従来型ワクチンより効果が高いことが期待されることから、引き続き、迅速にワクチン接種を進めていくことが重要である。

(4) 医療提供体制の強化

医療提供体制の強化については、令和3年夏に比べ約3割、約1万人増の約3.7万人が入院できる体制を構築するなど、これまで各都道府県において、感染拡大の経験を踏まえた医療提供体制の段階的な強化が進められてきた。

また、病床やホテル等の宿泊療養施設の確保に加え、臨時の医療施設や入院待機施設の整備、酸素濃縮装置の確保を進め、症状悪化時に確実に酸素投与や治療につなげる体制の整備、自宅療養等を行う場合の診療体制の整備や、HER-SYS（Health Center Real-time Information-sharing System on COVID-19：新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム）における My HER-SYS（陽性者がHER-SYS にスマートフォン等で自身や家族の健康状態を入力する健康管理機能）等の導入の推進による健康観察体制の整備が進められてきた。政府としても、往診や訪問診療、訪問看護の診療報酬の評価の拡充等を行ってきた。

軽症から中等症（1）の患者を投与対象とする初めての治療薬として令和3年7月19日に特例承認がなされた中和抗体薬「カシリビマブ

「カシリビマブ／イムデビマブ」については、短期入院による投与や投与後の観察体制の確保等の一定の要件を満たした医療機関による自宅療養者に対する外来・往診での投与等の取組を進めてきた。また、同年9月27日には、中和抗体薬「ソトロビマブ」が、同年12月24日には、経口薬「モルヌピラビル」が、令和4年2月10日には経口薬「ニルマトレルビル／リトナビル」が特例承認され、それぞれ医療現場に供給されている。これにより、重症化リスク因子のある軽症から中等症患者向けの治療薬は、経口薬「モルヌピラビル」、「ニルマトレルビル／リトナビル」、中和抗体薬「ソトロビマブ」、「カシリビマブ／イムデビマブ」及び抗ウイルス薬「レムデシビル」の5種類が揃うこととなり、患者の状態や薬剤の特性等に応じて、適切に選択し活用が可能となっている。「モルヌピラビル」については、同年9月16日には一般流通が開始された。また、重症化リスク因子のない軽症から中等症患者に投与可能な経口薬「エンシトレルビル」が、同年11月22日に緊急承認され、**医療現場に供給されている。**

(5) 令和3年9月の感染収束

令和3年7月からの感染拡大期は、感染力の強いデルタ株への置き換わりにより、これまでに比べ陽性者数において非常に大きなものであったが、同年8月20日に全国で1日当たり25,975名の新規陽性者を記録した後に、急速に減少した。同年9月の感染収束については、これまでの国民や事業者の感染対策への協力、夜間滞留人口の減少、ワクチン接種率の向上、医療機関や高齢者施設のクラスター感染の減少等によるものと考えられる。

令和3年9月28日に、感染状況や医療提供体制・公衆衛生体制に対する負荷の状況について分析・評価を行い、全ての緊急事態措置区域（北海道、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、広島県、福岡県及び沖縄県）が緊急事態措置区域に該当しな

いこととなったため、緊急事態措置を実施すべき期間とされている同月 30 日をもって緊急事態措置を終了した。

また、全ての重点措置区域（宮城県、福島県、石川県、岡山県、香川県、熊本県、宮崎県及び鹿児島県）について、まん延防止等重点措置を実施すべき期間とされている令和 3 年 9 月 30 日をもってまん延防止等重点措置を終了する旨の公示を行った。

その際、今後、ワクチン接種を一層進捗させ、医療提供体制をもう一段整備し、感染拡大に対する社会の耐性を高めながら、感染対策と日常生活を両立させることを基本として、政策を展開していくこととした。また、感染の再拡大が見られる場合には、速やかに効果的で強い感染対策等を講じるものとした。

（6）オミクロン株の発生と感染拡大

令和 3 年 9 月以降、急速に減少に転じた新規陽性者数は、同年 12 月下旬以降再び増加傾向となった。令和 4 年 1 月には新規陽性者数の急速な増加に伴い、療養者数と重症者数も増加傾向が見受けられた。

政府は、令和 3 年 11 月末以降、感染・伝播性の増加が示唆されるオミクロン株のリスクに対応するため、外国人の新規入国を停止するとともに、帰国者には、7 日間（オミクロン株以外の変異株が支配的となっていることが確認されている国・地域については 14 日間）の自宅待機と健康観察を実施し、加えて、オミクロン株に係る指定国・地域からの帰国者には、検疫所の確保する施設での厳格な待機措置を講じた。

その後、日本の国内対応や G 7 各国が水際措置を撤廃してきていることを踏まえ、令和 4 年 10 月 11 日より、更なる緩和を以下のとおり行った。

- ・ 全ての外国人の新規入国について、受入責任者による管理を求めないこと。
- ・ 査証の免除措置の適用を再開すること。
- ・ ワクチン 3 回目接種証明書又は陰性証明書の提出を求めることと

しつつ、全ての帰国者・入国者について、新型コロナウイルスへの感染が疑われる症状がある者を除き、入国時検査を行わないこと。

- ・ 入国者総数の上限を設けないこと。

さらに、中国において、新型コロナの感染状況が急速に悪化するとともに、詳細な状況の把握が困難であることを踏まえ、新型コロナの国内への流入の急増を避けるため、同年12月30日以降、中国本土等からの入国者に対して、入国時検査を実施するなどの臨時的な措置を講じた。

また、令和3年12月から、オミクロン株の国内新規感染者の発生を受け、原則として、全ての国内新規感染者について、L452R 変異株 PCR 検査を行うとともに、その時点の検査能力を最大限発揮して全ゲノム解析を実施し、早期探知の体制をとった。その後、国内におけるオミクロン株への置き換わりが進んだことを踏まえ、感染者の5-10%分又は300-400例/週程度の全ゲノム解析を実施することにより、引き続き、変異株の発生動向を監視している。

また、オミクロン株の濃厚接触者の待機期間について、これまでに得られた科学的知見に基づき、順次短くしている。

ワクチンの3回目接種については、まずは、重症化リスクが高い高齢者などの方々を対象とし、その後には、一般の方を対象として接種間隔を前倒しして接種を実施することとし、また、オミクロン株について、海外渡航歴がなく、感染経路が不明の事案が発生したことを受け、感染拡大が懸念される地域での無料検査を行っている。経口薬については令和3年12月24日には「モルヌピラビル」が特例承認され、令和4年2月10日には経口薬「ニルマトレルビル／リトナビル」も特例承認され、それぞれ医療現場に供給されている。さらに、重症化リスク因子のない軽症から中等症患者に投与可能な経口薬「エンシトレルビル」が、同年11月22日に緊急承認され、医療現場に供給されている。あわせて、都道府県における在宅療養をされるの方々への健康観察や訪問診療体制の準備状況の自己点検を実施し、政府の方針として、在宅療養体制が整った自治体において、自治体の総合的な判断の下、感染の急拡大が確認され

た場合には、陽性者を全員入院、濃厚接触者を全員宿泊施設待機としている取組みを見直し、症状に応じて宿泊・自宅療養も活用し、万全の対応ができるようにしている。また、感染拡大が顕著な地域において、保健所業務がひっ迫した場合には、積極的疫学調査、健康観察の重点化、患者発生届の処理の効率化等、保健所業務を重点化・効率化することとした。

令和4年1月7日には、感染状況や医療提供体制・公衆衛生体制に対する負荷の状況について分析・評価を行い、感染の再拡大を防止する必要性が高いこと等から、法第31条の4第1項に基づき、まん延防止等重点措置を実施すべき期間を同月9日から同月31日までの23日間とし、重点措置区域を広島県、山口県及び沖縄県とする公示を行った。

令和4年1月19日には、感染状況や医療提供体制・公衆衛生体制に対する負荷の状況について分析・評価を行い、感染の再拡大を防止する必要性が高いこと等から、法第31条の4第3項に基づき、重点措置区域に群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、岐阜県、愛知県、三重県、香川県、長崎県、熊本県及び宮崎県を追加する変更を行うとともに、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、岐阜県、愛知県、三重県、香川県、長崎県、熊本県及び宮崎県において、まん延防止等重点措置を実施すべき期間を同月21日から同年2月13日までの24日間とする公示を行った。あわせて、オミクロン株による感染が急速に拡大している状況等を踏まえ、後述するワクチン・検査パッケージ制度については、原則として、当面適用しないこととした。

令和4年1月25日には、感染状況や医療提供体制・公衆衛生体制に対する負荷の状況について分析・評価を行い、感染の再拡大を防止する必要性が高いこと等から、法第31条の4第3項に基づき、重点措置区域に北海道、青森県、山形県、福島県、茨城県、栃木県、石川県、長野県、静岡県、京都府、大阪府、兵庫県、島根県、岡山県、福岡県、佐賀県、大分県及び鹿児島県を追加する変更を行うとともに、北海道、青森県、山形県、福島県、茨城県、栃木県、石川県、長野県、静岡県、京都

府、大阪府、兵庫県、島根県、岡山県、福岡県、佐賀県、大分県及び鹿児島県において、まん延防止等重点措置を実施すべき期間を同月 27 日から同年 2 月 20 日までの 25 日間とし、広島県、山口県及び沖縄県においてまん延防止等重点措置を実施すべき期間を同年 2 月 20 日まで延長する旨の公示を行った。

令和 4 年 2 月 3 日には、感染状況や医療提供体制・公衆衛生体制に対する負荷の状況について分析・評価を行い、感染の再拡大を防止する必要性が高いこと等から、法第 31 条の 4 第 3 項に基づき、重点措置区域に和歌山県を追加する変更を行うとともに、和歌山県において、まん延防止等重点措置を実施すべき期間を同月 5 日から同月 27 日までの 23 日間とする公示を行った。

令和 4 年 2 月 10 日には、感染状況や医療提供体制・公衆衛生体制に対する負荷の状況について分析・評価を行い、感染の再拡大を防止する必要性が高いこと等から、法第 31 条の 4 第 3 項に基づき、重点措置区域に高知県を追加する変更を行うとともに、高知県において、まん延防止等重点措置を実施すべき期間を同月 12 日から同年 3 月 6 日までの 23 日間とし、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、岐阜県、愛知県、三重県、香川県、長崎県、熊本県及び宮崎県においてまん延防止等重点措置を実施すべき期間を同年 3 月 6 日まで延長し、公示を行った。

令和 4 年 2 月 18 日には、感染状況や医療提供体制・公衆衛生体制に対する負荷の状況について分析・評価を行い、山形県、島根県、山口県、大分県及び沖縄県について、まん延防止等重点措置を実施すべき期間とされている同月 20 日をもってまん延防止等重点措置を終了するとともに、法第 31 条の 4 第 3 項に基づき、北海道、青森県、福島県、茨城県、栃木県、石川県、長野県、静岡県、京都府、大阪府、兵庫県、和歌山県、岡山県、広島県、福岡県、佐賀県及び鹿児島県においてまん延防止等重点措置を実施すべき期間を同年 3 月 6 日まで延長し、公示を行った。

令和 4 年 3 月 4 日には、感染状況や医療提供体制・公衆衛生体制に対

する負荷の状況について分析・評価を行い、福島県、新潟県、長野県、三重県、和歌山県、岡山県、広島県、高知県、福岡県、佐賀県、長崎県、宮崎県及び鹿児島県について、まん延防止等重点措置を実施すべき期間とされている同月6日をもってまん延防止等重点措置を終了するとともに、法第31条の4第3項に基づき、北海道、青森県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、石川県、岐阜県、静岡県、愛知県、京都府、大阪府、兵庫県、香川県及び熊本県においてまん延防止等重点措置を実施すべき期間を同月21日まで延長し、公示を行った。

令和4年3月17日には、感染状況や医療提供体制・公衆衛生体制に対する負荷の状況について分析・評価を行い、北海道、青森県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、石川県、岐阜県、静岡県、愛知県、京都府、大阪府、兵庫県、香川県及び熊本県について、まん延防止等重点措置を実施すべき期間とされている同月21日をもってまん延防止等重点措置を終了する公示を行った。

令和4年2月以降、全国的には概ね減少傾向であった新規陽性者数が、同年6月下旬以降、再び上昇傾向に転じた。同年7月中旬には、BA.5系統への置き換わり等による新規陽性者数の急速な増加に伴い、重症者数や死亡者数は低水準であるが、療養者数や入院者数は増加傾向となった。

政府は、このような感染状況や医療提供体制・公衆衛生体制に対する負担の状況を踏まえ、現下の感染拡大への対応については、

- ・ 新たな行動制限を行うのではなく社会経済活動をできる限り維持しながら、
- ・ 保健医療体制について、「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」（令和3年11月12日新型コロナウイルス感染症対策本部決定。以下「全体像」という。）に基づき整備してきた病床等をしっかりと稼働させることを基本に、引き続き、自治体や医療機関等の支援を行い、保健医療体制の確保に万全を期すとともに、
- ・ 医療への負荷に直結する重症化リスクの高い高齢者を守ることに重点を置いて、効果が高いと見込まれる感染対策に、国・地方が連携して

機動的・重点的に取り組むこととし、同時に新型コロナウイルスと併存しつつ平時への移行を慎重に進めていくこととした。

令和4年7月下旬には、感染者の急増により診療・検査医療機関等の外来医療を中心に医療機関等への負荷が急速に高まり、熱中症による影響もあり救急搬送困難事案も地域差はあるが急速に増加した。また、従業員が感染者や濃厚接触者となることにより業務継続が困難となる事業者も増加した。

政府は、こうした状況を踏まえ、一定以上の医療の負荷の増大が認められる都道府県が「BA.5 対策強化宣言」を行い、住民及び事業者への協力要請又は呼びかけを実施する際に、当該都道府県を「BA.5 対策強化地域」と位置づけ、その取組を支援することとした。同年8月24日までに合計27道府県を「BA.5 対策強化地域」と位置付けた。その後、感染状況や保健医療の負荷の状況を踏まえ、同年9月30日までに、当該道府県の「BA.5 対策強化地域」の位置付けを終了した。

また、政府は、「全体像」に基づく最大確保病床・ベッド数約5万の全面的な稼働に向けた病床等の即応化に加え、自ら検査した結果を、都道府県等が設置し、医師を配置する健康フォローアップセンター等に登録し、外来受診を経ることなく迅速に療養につなげる仕組みの整備、患者発生届の届出項目の削減、療養開始時に検査証明を求めないことの徹底等、医療機関や保健所の負担軽減への対応を行った。

加えて、政府は、同年8月25日に、診療・検査医療機関や保健所業務が極めてひっ迫した地域において、当面の緊急的な対応として、都道府県知事の申出により、発生届の範囲を①65歳以上、②入院を要する者、③重症化リスク因子があり治療薬投与等が必要な者、④妊娠している者に限定することを可能とした。

さらに、「With コロナに向けた政策の考え方」（令和4年9月8日新型コロナウイルス感染症対策本部決定）に基づき、感染拡大防止と社会経済活動の両立をより強固に推進していくこととした。

同年秋以降の新型コロナウイルスの感染拡大においては、これまで

の感染拡大を大幅に超える感染者数が生じることもあり得るとされており、また、季節性インフルエンザとの同時流行が懸念されている。このような事態にも対応できるよう、厚生労働省において、「新型コロナウイルスと季節性インフルエンザの同時流行に備えた対応」を決定し、これに基づき、限りある医療資源の中でも高齢者等重症化リスクの高い方に適切な医療を提供するための保健医療体制の強化・重点化を進めていくこととした。加えて、厚生労働省において、医療関係団体、アカデミア、経済団体、地方自治体等をメンバーとする「新型コロナ・インフル同時流行対策タスクフォース」を同年10月13日に立ち上げてから、12月にかけて3回開催し、感染状況等に応じた国民への呼びかけの方針等を決定し、一丸となって国民への呼びかけを行うこととした。

同年10月半ば以降、地域差はあるものの全国で新規感染者数が増加に転じ、同年11月には同年夏の新規感染者数のピークを超える自治体も生じるとともに、全国的に病床使用率が上昇し、令和5年1月には救急搬送困難事案数についても過去最多を記録した。また、新規感染者のうち80代以上の高齢者の占める割合が増加し、これに伴い死亡者が増加した。

こうした中で、政府は、感染が著しく拡大し、同年冬の季節性インフルエンザとの同時流行も想定した外来等の保健医療体制の強化等を実施してもなお、保健医療への負荷が高まった都道府県が「医療ひっ迫防止対策強化宣言」を行い、医療体制の機能維持・確保、感染拡大防止措置及び業務継続体制の確保等に係る対策を強化する際に、当該都道府県を「医療ひっ迫防止対策強化地域」と位置付け、その取組を支援することとした。政府は、一部の地域において入院や外来等の保健医療への負荷が高まったこと等を踏まえ、同年12月には岐阜県を、令和5年1月には静岡県を「医療ひっ迫防止対策強化地域」と位置付けた。

(7) オミクロン株の特性を踏まえた感染症法上の取扱いの見直し

オミクロン株については、若者の重症化リスクは低く、大部分の人は感染しても軽症で入院することはなく、一方で、高齢者のリスクは引き続き高い。このようなウイルスの特性を踏まえ、感染症の予防及

び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成 10 年法律第 114 号。以下「感染症法」という。）上の措置について、以下の対応を行うこととした。

① 発生届の対象者の見直し（全数届出の見直し）

感染症法第 12 条に定める発生届の対象者について、（i）65 歳以上、（ii）入院を要する者、（iii）重症化リスク因子があり治療薬投与等が必要な者、（iv）妊娠している者の 4 類型に限定し、令和 4 年 9 月 26 日より全国一律で適用を開始する。

その際、発生届の対象外となる者が安心して自宅療養をできるようにするため、（i）抗原定性検査キットの OTC 化（インターネット等での販売を解禁）、（ii）体調悪化時等に連絡・相談できる健康フォローアップセンターの全都道府県での整備、（iii）必要に応じて、宿泊療養や配食等の支援が可能になるようにすること等、必要な環境を整備する。

また、今回の見直しに伴い、HER-SYS の追加機能により、医療機関の患者数及び健康フォローアップセンターの登録者数を集計することで感染者の総数の把握（全数把握）を継続する。

② 陽性者の自宅療養期間の見直し

自宅療養期間については、療養者が有症状の場合には 10 日間、無症状の場合には 7 日間は引き続き、自身による検温、高齢者等重症化リスクの高い者との接触や、感染リスクの高い行動を控えることを前提に、以下のとおり短縮することとし、令和 4 年 9 月 7 日から適用する。

- ・ 有症状の場合、発症から 10 日間かつ症状軽快後 72 時間としていたところ、7 日間かつ症状軽快後 24 時間に変更（ただし、現に入院している場合は 10 日間）。
- ・ 無症状の場合、検体採取から 7 日間としていたところ、5 日目の抗原定性検査キットによる検査により陰性であった場合、5 日間に変更。

また、感染症法第 44 条の 3 に基づき、陽性者に対する外出自粛要請

は引き続き行うが、症状軽快後 24 時間経過後又は無症状の場合には、感染リスクが残るため、マスクは必ず着用すること、短時間とすること等の自主的な感染予防行動を徹底することを前提に、食料品の買い出しなど必要最低限の外出を許容する。

二 新型コロナウイルス感染症の対処に関する全般的な方針

新型コロナウイルス感染症の感染拡大に備え、「全体像」に基づき、ワクチン接種、検査、治療薬等の普及による予防、発見から早期治療までの流れを更に強化するとともに、最悪の事態を想定した対応を行う。

このため、デルタ株への置き換わり等による令和 3 年夏のピーク時における急速な感染拡大に学び、今後、感染力が 2 倍（若年者のワクチン接種が 70%まで進展し、それ以外の条件が令和 3 年夏と同一である場合と比較し、新たな変異株の流行や生活行動の変化等による、「令和 3 年夏の実質 2 倍程度の感染拡大が起こるような状況」）となった場合にも対応できるよう、医療提供体制の強化、ワクチン接種の促進、治療薬の確保を進める。

こうした取組により、重症化する患者数が抑制され、病床ひっ迫がこれまでより生じにくくなり、感染拡大が生じても、国民の命と健康を損なう事態を回避することが可能となる。今後は、こうした状況の変化を踏まえ、感染リスクを引き下げながら経済社会活動の継続を可能とする新たな日常の実現を図る。

その上で、感染力が 2 倍を大きく超え、例えば感染力が 3 倍（若年者のワクチン接種が 70%まで進展し、それ以外の条件が令和 3 年夏と同一である場合と比較し、新たな変異株の流行や、生活行動の変化等による、「令和 3 年夏の実質 3 倍程度の感染拡大が起こるような状況」）となり、医療がひっ迫するなど、それ以上の感染拡大が生じた場合には、強い行動制限を機動的に国民に求めるとともに、政府の責任において、新型コロナウイルス感染症以外の通常医療の制限の下、緊急的

な病床等を確保するための具体的措置を講じる。

(1) 医療提供体制の強化

今後の医療提供体制については、「全体像」に基づき、今後も中長期的に感染拡大が反復する可能性があることを前提に、次の点を重点として各都道府県において「保健・医療提供体制確保計画」を策定し、検査から入院までの総合的な保健・医療提供体制を構築している。

- ・ 今後、感染力が2倍となった場合にも対応できるよう、ワクチン接種の進展等による感染拡大の抑制効果等も勘案しつつ、入院を必要とする方が、まずは迅速に病床又は臨時の医療施設等に受け入れられ、確実に入院につなげる体制を整備。
- ・ 感染拡大時に臨時の医療施設等が円滑に稼働できるよう、医療人材の確保、配置調整を担う体制を構築。
- ・ 医療体制の稼働状況の医療機関等情報支援システム（Gathering Medical Information System : G-MIS）やレセプトデータ等を活用した徹底的な「見える化」。

また、こうした「全体像」に基づく保健・医療提供体制をしっかりと稼働させることを基本としつつ、その中でもオミクロン株の特徴に対応する対策の強化・迅速化を図る。

具体的には、オミクロン株の特性やワクチン接種の進展を踏まえつつ、令和4年1月以降、自宅療養者等の支援の点検・強化を図るとともに、診療報酬の加算措置を延長した上での診療・検査医療機関の拡充・公表等の診療・検査の体制整備、転院や救急搬送受入れの対応強化、高齢者施設等に看護職員を派遣した場合の補助の拡充等の自宅療養や高齢者施設等における療養の環境整備、通常医療との両立についての徹底・強化を図っている。引き続き必要な財政支援を図りながら、更なる対策の強化・徹底を図る。

(2) ワクチン接種の促進

オミクロン株対応ワクチンについては、従来型ワクチンを上回る重

症化予防効果等があることや、今後の変異株に対しても従来型ワクチンより効果が高いことが期待されており、**まだ接種していない方に対して接種の積極的な検討を呼びかけていく**。さらに、比較的若い世代等を中心に、1回目・2回目接種が完了していない者へは引き続き接種を促す。5歳から11歳までの子供や生後6か月から4歳までの乳幼児についても、ワクチン接種を着実に進めていく。

(3) 治療薬の確保

新型コロナウイルス感染症の治療薬については、国産経口薬を含む治療薬の開発費用を支援している。また、経口薬については、令和3年12月24日には「モルヌピラビル」が特例承認された。さらに、令和4年2月10日には経口薬「ニルマトレルビル／リトナビル」も特例承認され、それぞれ医療現場に供給されており、同年9月16日には「モルヌピラビル」の一般流通が開始された。加えて、中和抗体薬「カシリビマブ／イムデビマブ」及び「ソトロビマブ」について、他の治療薬が使用できない場合に投与が可能とされている。

さらに、同年8月30日には、「チキサゲビマブ／シルガビマブ」が特例承認され、発症抑制を目的として、同年9月中旬から医療現場への供給が開始されている。

このように、中期的な感染拡大においても、軽症から中等症の重症化リスク因子を有する者が確実に治療を受けられるようにするため、治療薬の作用する仕組みや開発ステージは様々であることも考慮して、複数の治療薬（中和抗体薬、経口薬）の確保に向けて取り組んできた結果、既に一般流通を行っている「レムデシビル」や「モルヌピラビル」をはじめ、複数の治療の選択肢が活用可能となっている。また、重症化リスク因子のない軽症から中等症患者に投与可能な経口薬「エンシトレルビル」が、同年11月22日に緊急承認され、**医療現場に供給**されている。

(4) 感染防止策

新型コロナウイルス感染症の感染経路は、せき、くしゃみ、会話等のときに排出される飛沫やエアロゾルの吸入、接触感染等と考えられていることから、基本的な感染対策が重要である。加えて、政府及び地方公共団体が積極的・戦略的な検査と積極的疫学調査により、感染拡大の起点となっている場所や活動を特定して効果的な対策を講じること、さらに、感染状況に応じて、人流や人との接触機会を削減することが重要である。

基本的な感染対策とは、「三つの密」(①密閉空間(換気の悪い密閉空間である)、②密集場所(多くの人々が密集している)、③密接場面(互いに手を伸ばしたら手が届く距離での会話や発声が行われる)という3つの条件をいう。以下同じ。)の回避、「人と人との距離の確保」、「マスクの着用」、「手洗い等の手指衛生」、「換気」等をいう。

「マスクの着用」については、屋内において、他者と身体的距離(2m以上を目安)がとれない場合、他者と距離がとれるが会話を行う場合、屋外において他者と距離がとれず会話を行う場合は、マスクの着用を推奨する。また、高齢者等との面会時や病院内など、重症化リスクの高い者と接する場合にはマスクの着用を推奨する。マスクは不織布マスクを推奨する。なお、屋内において他者と身体的距離がとれて会話をほとんど行わない場合は、マスク着用は必要ない。屋外において、他者と身体的距離が確保できる場合、他者と距離がとれない場合であっても会話をほとんど行わない場合は、マスクの着用は必要なく、特に夏場については、熱中症予防の観点から、マスクを外すことを推奨する。また、乳幼児(小学校に上がる前の年齢)のマスクの着用には注意が必要であり、特に2歳未満では推奨されない。2歳以上の就学前の子供についても、個々の発達の状況や体調等を踏まえる必要があることから、他者との身体的距離にかかわらず、マスク着用を一律には推奨しない。なお、本人の体調がすぐれず持続的なマスクの着用が難しい場合は、無理に着用する必要はなく、マスクを着用する場

合は、保護者や周りの大人が子供の体調に十分注意した上で着用すること。

政府は、これまでの感染拡大期の経験や国内外の様々な研究等の知見を踏まえ、より効果的な感染防止策等を講じていく。また、都道府県は、感染の拡大が認められる場合に、政府と密接に連携しながら、速やかに効果的な感染対策等を講じるものとする。

法第 32 条第 1 項に規定する事態が発生したと認めるときは、緊急事態宣言を発出し、法第 45 条等に基づき必要な措置を講じる。また、法第 31 条の 4 第 1 項に規定する事態が発生したと認めるときは、まん延防止等重点措置として法第 31 条の 6 に基づき必要な措置を講じる。

緊急事態措置区域及び重点措置区域等においては、飲食店の営業時間短縮、イベントの人数制限、県をまたぐ移動の自粛、出勤者数の削減の要請等の感染防止策を講じるとともに、第三者認証制度や別途定めるワクチン・検査パッケージ制度（以下単に「ワクチン・検査パッケージ制度」という。）、対象者に対する全員検査（以下「対象者全員検査」という。）等を活用し、感染拡大を防止しながら、日常生活や経済社会活動を継続できるように取り組むものとする。ただし、感染が急速に拡大し、医療提供体制のひっ迫が見込まれる場合等においては、政府・都道府県の判断で、ワクチン・検査パッケージ制度等を適用せず、強い行動制限を要請することとする。

上記の緊急事態宣言の発出等については、以下のとおり取り扱う。

1) 緊急事態宣言の発出及び解除

（緊急事態宣言発出の考え方）

国内での感染拡大及び医療提供体制・公衆衛生体制のひっ迫の状況（特に、令和 3 年 11 月 8 日の新型インフルエンザ等対策推進会議新型コロナウイルス感染症対策分科会（以下「コロナ分科会」という。）提言におけるレベル（以下「旧レベル」という。）3 相当の対策が必要な地域の状況等）を踏まえて、全国かつ急速なまん延により国民生活及び国民経済に甚大な影響を及ぼすおそれがあるか否

かについて、政府対策本部長が新型インフルエンザ等対策推進会議基本的対処方針分科会（以下「基本的対処方針分科会」という。）の意見を十分踏まえた上で、総合的に判断する。なお、緊急事態措置区域を定めるに当たっては、都道府県間の社会経済的なつながり等を考慮する。

（緊急事態宣言解除の考え方）

国内での感染及び医療提供体制・公衆衛生体制のひっ迫の状況（特に、緊急事態措置区域が、旧レベル2相当の対策が必要な地域になっているかなど）を踏まえて、政府対策本部長が基本的対処方針分科会の意見を十分踏まえた上で、より慎重に総合的に判断する。

なお、緊急事態宣言の解除後の対策の緩和については段階的に行う。

2) まん延防止等重点措置の実施及び終了

まん延防止等重点措置の実施及び終了については、令和3年11月8日のコロナ分科会提言を踏まえ、以下を基本として判断することとする。

（まん延防止等重点措置の実施の考え方）

都道府県の特定の区域において感染が拡大し、当該都道府県全域に感染が拡大するおそれがあり、それに伴い医療提供体制・公衆衛生体制に支障が生ずるおそれがあると認められる以下のような場合に、政府対策本部長が基本的対処方針分科会の意見を十分踏まえた上で、総合的に判断する。

- ・ 都道府県が旧レベル3相当の対策が必要な地域の状況になっている場合
- ・ 都道府県が旧レベル2相当の対策が必要な地域において、当該都道府県の特定の区域において感染が急速に拡大し、都道府県全域に感染が拡大するおそれがあると認められる場合
- ・ 都道府県が旧レベル2相当の対策が必要な地域において、感染が減少傾向であっても、当該都道府県の特定の区域において感染

水準が高い又は感染が拡大しているなど、感染の再拡大を防止する必要性が高い場合

(まん延防止等重点措置の終了の考え方)

都道府県の感染及び医療提供体制・公衆衛生体制のひっ迫の状況(特に、まん延防止等重点措置を実施している区域の感染状況が、都道府県全域に感染を拡大させるおそれがない水準かなど)を踏まえて、政府対策本部長が基本的対処方針分科会の意見を十分踏まえた上で、総合的に判断する。

(5) オミクロン株の特徴を踏まえた感染防止策

令和4年秋以降の新型コロナウイルスの感染拡大においては、これまでの感染拡大を大幅に超える感染者数が生じることもあり得るとされており、また、季節性インフルエンザとの同時流行が懸念されている。その場合でも、同年夏と同様、オミクロン株と同程度の感染力・病原性の変異株による感染拡大であれば、二(4)1)及び2)の記載に関わらず、新たな行動制限は行わず、社会経済活動を維持しながら、高齢者等を守ることに重点を置いて感染拡大防止策を講じるとともに、同時流行も想定した外来等の保健医療体制を準備することを基本的な考え方とする。

1) 国民への周知等

国民に対し、基本的な感染対策を徹底することに加え、早期にオミクロン株対応ワクチンの接種を受けること、場面に応じた適切なマスクの着脱を行うこと、家庭内においても室内を定期的に換気するとともにこまめに手洗いを行うこと、帰省等で高齢者や基礎疾患のある者と会う際は、事前の検査を行うこと等を促す。

換気については、令和4年7月14日のコロナ分科会提言を踏まえ、エアロゾル感染に対応した屋内の効果的な換気等を行うことを促す。特に高齢者施設、学校、保育所等においては、同提言で示された施設の特性に応じた留意点を踏まえ効果的な換気を実施すること等を

促す。

2) 医療機関・高齢者施設等、学校・保育所等における感染対策

① 医療機関・高齢者施設等

感染が拡大している状況において、市中で感染がまん延し地域の感染状況が悪化している場合には、まず、院内・施設内に感染を持ち込まないようにするため、職員の検査や入院時・入所時のスクリーニングを強化する。

院内・施設内の感染対策については、感染が持ち込まれることを想定し、感染を拡大させないために、基本的な感染対策を徹底する。

それでもクラスターが起り得ることを前提に、平時から準備（医療支援の体制確保、業務継続体制の確保、感染者の周囲への一斉検査の実施等）を行う。

こうした考え方にに基づき、令和4年10月13日のコロナ分科会の提言を踏まえた具体的な対策を実施する。なお、医療機関においては感染対策のガイドライン等（学会の作成したガイドラインや「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き」、高齢者施設等においては「介護現場における感染対策の手引き」）に基づく対応を徹底する。

② 学校・保育所等

学校・保育所等での感染対策については、子供の教育機会を可能な限り確保するとともに、子供や教育現場、医療現場の負担に配慮して効果的・効率的な対策に取り組む。

また、同年秋以降の感染拡大においては、季節性インフルエンザとの同時流行が予想されており、子供が流行の主体である季節性インフルエンザの感染対策も念頭において、体調不良時に登校や登園を控える、部活動を含めた学校内での換気等による感染対策を推進する。

こうした考え方にに基づき、令和4年10月13日のコロナ分科会の

提言を踏まえ、具体的な対策を実施する。なお、学校・保育所等においては、この他に以下のことに留意する。

(学校における取組)

- ・ 「学校における新型コロナウイルス感染症に関する衛生管理マニュアル」等を踏まえた対応を基本としつつ、身体的距離が十分に確保できないときは、児童生徒にマスクの着用を指導する。その上で、地域の実情に応じつつ、十分な身体的距離が確保できる場合や体育の授業ではマスクの着用は必要ないこと、気温・湿度や暑さ指数が高い夏場においては熱中症対策を優先し、マスクを外すこと等を指導する。加えて、運動部活動でのマスクの着用については、体育の授業における取扱いに準じつつ、接触を伴うものをはじめ活動の実施に当たっては、各競技団体が作成するガイドライン等も踏まえて対応するとともに、活動の実施中以外の練習場所や更衣室等の共用エリアの利用、部活動前後の集団での飲食の場面や移動に当たっては、マスクの着用を含めた感染対策を徹底する。
- ・ 地域の実情に応じ、小学校等内で感染者が複数確認された場合の関係する教職員等に対する検査の実施等を行う。
- ・ 学齢期の子供がいる医療従事者等の負担等の家庭・地域の社会経済的事実等を考慮し、学校全体の臨時休業とする前に、地方公共団体や学校設置者の判断により、児童生徒等の発達段階等を踏まえた時差登校や分散登校、オンライン学習を組み合わせたハイブリッドな学習形態を実施する。また、学校の臨時休業は、感染状況を踏まえ、学校設置者の判断で機動的に行い得るものであるが、感染者が発生していない学校全体の臨時休業については、児童生徒等の学びの保障や心身への影響等を踏まえ、慎重に検討する。
- ・ なお、大学等においても適切に対応する。

(保育所・認定こども園等における取組)

- ・ 保育所等が果たす社会的機能を維持するため原則開所を要請するとともに、医療従事者等の社会機能維持者等の就労継続が可能となるよう、休園した保育所等の児童に対する代替保育を確保するなど、地域の保育機能を維持する。
- ・ 「保育所における感染症対策ガイドライン」等を踏まえた対応を基本としつつ、感染リスクが高い活動を避けるとともに、児童をできるだけ少人数のグループに分割するなど、感染を広げない形での保育の実践を行う。
- ・ 2歳未満児のマスク着用は奨めない。
2歳以上児についても、個々の発達の状況や体調等を踏まえる必要があることから、他者との身体的距離にかかわらず、マスク着用を一律には求めない。
- ・ なお、施設内に感染者が生じている場合などにおいて、可能な範囲で、マスクの着用を求めることは考えられる。
マスクを着用する場合には、息苦しくないか、嘔吐していないかなどの子供の体調変化に十分注意するほか、本人の調子が悪い場合などは無理して着用させずに外させること。さらに、児童や保護者の意図に反してマスクの着用を実質的に無理強いすることにならないよう、現場に対して留意点を丁寧に周知し、適切な運用につなげる。
- ・ 地域の実情に応じ、感染者が発生した場合の早期の幅広い検査の実施等を行う。

3) 保健医療への負荷が高まった場合の対応

令和3年11月8日のコロナ分科会提言で示されたレベル分類について、医療のひっ迫度に着目する基本的な考え方は維持しながら、オミクロン株に対応し、外来医療の状況等に着目したレベル分類（以下「新レベル分類」という。）に見直した上で、各段階に応じた感染拡大防止措置を講じる。

また、「今秋以降の感染拡大で保健医療への負荷が高まった場合の対

応について」(令和4年11月18日新型コロナウイルス感染症対策本部決定)に基づき、新レベル分類における各段階に応じた協力要請・呼びかけを行う。

① 「医療ひっ迫防止対策強化宣言」に基づく対策

新レベル分類の「レベル3 医療負荷増大期」においては、地域の実情に応じて、都道府県が「医療ひっ迫防止対策強化宣言」を行い、住民に対して、感染拡大の状況や、医療の負荷の状況に関する情報発信を強化するとともに、より慎重な行動の協力要請・呼びかけを実施すること、事業者に対して、多数の欠勤者を前提とした業務継続体制の確保に関する協力要請・呼びかけを実施すること等を選択肢とした取組を行う。国は、当該都道府県を「医療ひっ迫防止対策強化地域」と位置付け、既存の支援に加え、必要に応じて支援を行う。

② 「医療非常事態宣言」に基づく対策

新レベル分類の「レベル3 医療負荷増大期」において、急速な感染拡大が生じている場合や、上記の「医療ひっ迫防止対策強化宣言」に基づく対策を講じても感染拡大が続き、医療が機能不全の状態になり、社会インフラの維持にも支障が生じる段階(新レベル分類の「レベル4 医療機能不全期」)になることを回避するために、地域の実情に応じて、都道府県が「医療非常事態宣言」を行い、国は、当該都道府県を「医療非常事態地域」として位置付ける。当該都道府県は、住民及び事業者に対して、人との接触機会の低減について、より強力な要請・呼びかけを行う。

三 新型コロナウイルス感染症対策の実施に関する重要事項

二の全般的な方針を踏まえ、主として以下の重要事項に関する取組を進める。

(1) 情報提供・共有

① 政府は、地方公共団体と連携しつつ、以下の点について、国民の

共感が得られるようなメッセージを発出するとともに、状況の変化に即応した情報提供や呼びかけを行い、行動変容に資する啓発を進めるとともに、冷静な対応をお願いします。

- ・ 発生状況や患者の病態等の臨床情報等の正確な情報提供。
- ・ 国民に分かりやすい疫学解析情報の提供。
- ・ 医療提供体制及び検査体制に関する分かりやすい形での情報の提供。特に、感染状況が悪化し、医療提供体制がひっ迫した場合には、その影響を具体的に分かりやすい形で示すこと。
- ・ 変異株についての正確で分かりやすい情報の提供。
- ・ 「三つの密」の回避や、「人と人との距離の確保」、「マスクの着用」、「手洗い等の手指衛生」、「換気」をはじめとした基本的な感染対策の徹底等、感染拡大を予防する「新しい生活様式」の定着に向けた周知。

なお、本人の意に反してマスクの着脱を無理強いすることにならないよう、丁寧に周知する。

- ・ 業種別ガイドライン等の実践。特に、飲食店等について、第三者認証を取得している飲食店等を利用するよう、促すこと。
- ・ 風邪症状等体調不良が見られる場合の休暇取得、学校の欠席、外出・移動自粛等の呼びかけ。
- ・ 感染リスクを下げるため、医療機関を受診する時は、あらかじめ厚生労働省が定める方法による必要があることの周知。
- ・ 新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の考え方を分かりやすく周知すること。
- ・ 感染者・濃厚接触者や、診療に携わった医療機関・医療関係者その他の対策に携わった方々に対する誤解や偏見に基づく差別を行わないことの呼びかけ。
- ・ 従業員及び学生の健康管理や感染対策の徹底についての周知。
- ・ 地域独自の二次元バーコード等による通知システム等の利用の呼びかけ。

- ② 政府は、広報担当官を中心に、官邸のウェブサイトにおいて厚生労働省等関係省庁のウェブサイトへのリンクを紹介するなどして有機的に連携させ、かつ、ソーシャルネットワーキングサービス（SNS）等の媒体も積極的に活用することで、迅速かつ積極的に国民等への情報発信を行う。
- ③ 政府は、民間企業等とも協力して、情報が必ずしも届いていない層に十分な情報が行き届くよう、丁寧な情報発信を行う。
- ④ 厚生労働省は、感染症やクラスターの発生状況について迅速に情報を公開する。
- ⑤ 外務省は、全世界で感染が拡大していることを踏まえ、各国に滞在する邦人等への適切な情報提供、支援を行う。
- ⑥ 政府は、検疫所からの情報提供に加え、企業等の海外出張又は長期の海外滞在のある事業所、留学や旅行機会の多い大学等においても、帰国者への適切な情報提供を行い、渡航の是非の判断・確認や、帰国者に対する自宅待機等の必要な対策を講じるよう周知を図る。
- ⑦ 政府は、国民、在留外国人、外国人旅行者及び外国政府に対し、帰国時・入国時の手続や目的地までの交通手段の確保等について適切かつ迅速な情報提供を行い、国内でのまん延防止と風評対策につなげる。また、政府は、日本の感染対策や感染状況の十分な理解を醸成するよう、諸外国に対して情報発信に努める。
- ⑧ 地方公共団体は、政府との緊密な情報連携により、様々な手段により住民に対して地域の感染状況に応じたメッセージや注意喚起を行う。
- ⑨ 都道府県等は、厚生労働省や専門家と連携しつつ、積極的疫学調査により得られた情報を分析し、今後の対策に資する知見をまとめて、国民に還元するよう努める。
- ⑩ 政府は、今般の新型コロナウイルス感染症に係る事態が行政文書の管理に関するガイドライン（平成23年4月1日内閣総理大臣決定）に基づく「歴史的緊急事態」と判断されたことを踏まえた対応を行う。地方公共団体も、これに準じた対応に努める。

(2) ワクチン接種

政府、都道府県及び市町村は、以下のように新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種を行う。

- ① 新型コロナウイルス感染症に係る従来株によるワクチンの接種目的は、1～3回目接種は、新型コロナウイルス感染症の重症化予防・発症予防等、4回目接種は重症化予防である。
- ② 予防接種については、予防接種法及び検疫法の一部を改正する法律（令和2年法律第75号）による改正後の予防接種法（昭和23年法律第68号）に基づく臨時接種の特例として、厚生労働大臣の指示の下、都道府県の協力により市町村において実施する。
- ③ 予防接種の実施体制等については、令和3年2月9日の「新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種について」（内閣官房及び厚生労働省）を踏まえ接種を円滑かつ効率的に実施する観点に立って行う。
- ④ オミクロン株対応ワクチンの接種については、令和4年秋開始接種として、12歳以上の1回目・2回目接種（初回接種）を完了した者を対象に実施しており、**まだ接種していない方に対して接種の積極的な検討を呼びかけていく。**
- ⑤ 何らかの理由でオミクロン株対応ワクチン以外のワクチンの接種を希望する者については、令和4年秋開始接種として従来型の武田社ワクチン（ノババックス）を接種することを可能とする。
- ⑥ 5歳から11歳までの子供や生後6か月から4歳までの乳幼児について、ワクチン接種を着実に進めていく。
- ⑦ 予防接種法に基づく健康被害が生じた場合の救済措置や副反応疑い報告等について、適切に実施する。
- ⑧ 予防接種は最終的には個人の判断で接種されるものであることから、予防接種に当たっては、リスクとベネフィットを総合的に勘案し接種の判断ができる情報を提供することが必要である。

その上で、政府は、国民に対して、ワクチンの安全性及び有効性についての情報を提供するなど、的確かつ丁寧なコミュニケーション等を進め、幅広く予防接種への理解を得るとともに、国民が自らの意思で接種の判断を行うことができるよう取り組む。

- ⑨ ワクチンについて、国内で開発・生産ができる体制を確立しておくことは、危機管理上も極めて重要であり、国内での開発・生産の基盤整備を進める。

(3) サーベイランス・情報収集

- ① 発生届の対象者の見直しに伴い、HER-SYS の追加機能により、医療機関の患者数及び健康フォローアップセンターの登録者数を集計することで感染者の総数の把握を継続する。
- ② 厚生労働省及び都道府県等は、感染が拡大する傾向がみられる場合はそれを迅速に察知して的確に対応できるよう、戦略的サーベイランス体制を整えておく必要がある。

また、政府と都道府県等で協働して今後の感染拡大局面も見据えた準備を進めるため、厚生労働省は、財政的な支援をはじめ必要な支援を行い、都道府県等は、相談・検体採取・検査の一連のプロセスを通じた対策を実施する。

- ③ 厚生労働省は、医療機関や保健所の事務負担の軽減を図りつつ、患者等に関する情報を関係者で迅速に共有するため、都道府県別の陽性者数等の統計データの収集・分析を行うとともに、その結果を適宜公表し、より効果的・効率的な対策に活用していく。
- ④ 文部科学省及び厚生労働省は、学校等での集団発生の把握の強化を図る。
- ⑤ 都道府県等は、厚生労働省や専門家と連携しつつ、地域の感染状況や保健所の実施体制等に応じて、積極的疫学調査を実施し、個々の濃厚接触者を把握し、健康観察、外出自粛の要請等を行うとともに、感染拡大の規模を的確に把握し、適切な感染対策を行うことを原則としつつ、オ

ミクロン株の特徴（潜伏期間と発症期間が短い）や感染拡大の状況を踏まえ、地域の実情に応じ、保健所等による積極的疫学調査については、医療機関や高齢者施設等、特に重症化リスクが高い方々が入院・入所している施設における感染事例に集中化する。

このような状況においては、国民ひとりひとりが基本的な感染対策を徹底することが重要である。特に、症状がある場合などには、保健所等による濃厚接触者の特定等を待つことなく、出勤、登校等の自粛を含めた感染対策を自主的に講じることが重要である。

その上で、積極的疫学調査の実施及び濃厚接触者の特定について、保健所等による対応が可能な自治体においては、引き続き、幅広く行うこととしつつ、オミクロン株が主流の間は、濃厚接触者の感染リスクが低い事業所等において、保健所等による濃厚接触者の特定を行わない場合は、出勤については一律に制限を行わず、感染者と接触があった者に対して、重症化リスクの高い方との接触や感染リスクの高い場所への外出を控えることを促す等、状況に応じた自主的な感染対策の徹底を求める。一方で、重症化リスクの高い方が入院・入所している医療機関や高齢者施設等について、当該施設等からの報告等に基づき、濃厚接触者の特定を含めた積極的疫学調査を集中的に実施し、行動制限を求める。また、感染するリスクの高い家庭内の濃厚接触者についても、保健所等による特定・行動制限を実施する。

- ⑥ オミクロン株の濃厚接触者の待機期間について、これまでに得られた科学的知見に基づき、14日から10日に、10日から7日に短くしており、さらに令和4年7月22日には7日から5日に短縮した。また、2日目と3日目に2日続けて検査が陰性であった場合には、3日目に待機を解除する取扱いを実施できることとする。加えて、医療機関、高齢者施設等や保育所、幼稚園、小学校等の従事者について、一定の要件の下、毎日検査による業務従事を可

能とする。

- ⑦ 都道府県等は、新たな変異株が確認された場合には、国立感染症研究所の評価・分析を踏まえ、入院措置・勧告、宿泊療養等の措置を適切に講じる。厚生労働省は、国立感染症研究所と連携して、変異株の国内症例の評価・分析を行う。
- ⑧ 厚生労働省は、市中での感染状況を含め国内の流行状況等を把握するため、抗体保有状況に関する調査等有効なサーベイランスを実施する。また、いわゆる超過死亡については、新型コロナウイルス感染症における超過死亡を推計し、適切に把握する。国立感染症研究所における新型コロナウイルス検出方法等の検討や下水サーベイランスを活用した新型コロナ調査研究を支援するなど、引き続き、下水サーベイランス活用について検証を加速する。
- ⑨ 政府は、医療機関の空床状況や人工呼吸器・ECMO の保有・稼働状況等を迅速に把握する医療機関等情報支援システム（G-MIS）を構築・運営し、医療提供状況や PCR 検査等の実施状況等を一元的かつ即座に把握するとともに、都道府県等にも提供し、迅速な患者の受入調整等にも活用する。
- ⑩ 厚生労働省は、新型コロナウイルス感染症に関する罹患後症状、いわゆる後遺症について、調査・研究を進める。
- ⑪ 都道府県等は、感染症法第 12 条及び第 15 条に基づき、地方公共団体間での迅速な情報共有を行うとともに、都道府県は、令和 3 年 11 月 8 日のコロナ分科会提言等も参考に、都道府県下の感染状況について、リスク評価を行う。

（4）検査

- ① 地方衛生研究所や民間の検査機関等の関係機関における検査体制の一層の強化、地域の関係団体と連携した地域外来・検査センターの設置等を進めるとともに、新しい検査技術についても医療現場に迅速に導入する。

- ② 都道府県等は、集中的実施計画を策定し、感染多数地域の高齢者施設、保育所、幼稚園、小学校等の従業者等に対する検査の頻回実施を行う。また、感染が収束傾向にある地域であっても、地域の実情に応じ、感染者が発生した場合に早期の幅広い検査を実施する。

また、感染が拡大している地域においては、高齢者施設等の有症状の入所者・従事者等に対し、幅広い検査を実施する。

多数の感染者やクラスターが発生している地域においては、感染者が一人も発生していない施設等であっても、医療機関、高齢者施設等の従事者、入院・入所者全員に対して一斉検査を行う。特に、クラスターが複数発生している地域では、感染が生じやすく拡大しやすい場所・集団に対して積極的に検査を行う。

緊急事態措置区域や重点措置区域においては、保健所の判断を待たずに、医師による陽性者の同居家族等への検査を促進する。

- ③ また、新規薬剤の導入に伴い早期診断がより重要となる観点や、軽度であっても症状が現れた場合に、早期に陽性者を発見することによって感染拡大を防止する観点から、政府は、早期の受診と診療・検査医療機関での抗原定性検査キットを活用した迅速な検査を促すとともに、有症状者が医療機関の受診に代えて抗原定性検査キット等を活用し自ら検査する体制の整備を進める。抗原定性検査キットについては、国が買取保証を行い緊急の増産・輸入要請をすること等により、感染拡大による急激な需要増や経済活動のニーズにも対応可能な量を確保できるようにする。

- ④ さらに、厚生労働省及び都道府県等は連携して検査体制整備計画を強化し、PCR検査・抗原定量検査能力の引き上げ等を図る。

- ⑤ また、職場においても、健康観察アプリも活用しつつ、軽症状者に対する抗原定性検査キット等を活用した検査を実施するよう促すとともに、クラスターの発生が懸念される職場等において、地域の実情や必要に応じて積極的疫学調査を実施する。

この検査に用いる抗原定性検査キットについては、迅速かつ適切

に検査が実施されるよう、検体採取に関する注意点等を理解した職員等の管理下で検査を実施させる。

- ⑥ さらに、家庭で体調不良を感じる者等が医療機関への受診を迷う場合等に自ら検査を行えるようにするため、政府は、抗原定性検査キットを薬局で入手できるようにしており、加えて、OTC 化によりインターネット等でも入手できるようにしている。
- ⑦ 経済社会活動の中で希望により受ける民間検査については、感染症法第 16 条の 2 に基づき、民間検査機関に精度管理や提携医療機関の決定等の協力を求めること等により環境整備を進めていく。
- ⑧ 日常生活や経済社会活動における感染リスクを引き下げするためには、ワクチン接種や検査による確認を促進することが有効であり、政府は、都道府県と連携しながら、ワクチン・検査パッケージ制度又は対象者全員検査を推奨する。
- ⑨ 政府は、都道府県と連携しながら、令和 4 年 3 月 11 日のコロナ分科会の間とりまとめ「地方公共団体や民間事業者等によるワクチン接種歴や検査結果確認の取組の考え方について」を踏まえ、飲食、イベント、旅行等の活動に際してワクチン接種歴や陰性の検査結果を確認する地方公共団体や民間事業者等による取組を推奨する。
- ⑩ 政府は、必要な場合には、都道府県が、健康上の理由等によりワクチン接種を受けられない者を対象としたワクチン・検査パッケージ又はそれ以外の者も対象とした対象者全員検査等の検査を予約不要、無料とできるよう支援を行う。また、都道府県は、感染が拡大傾向にある場合には、都道府県知事の判断により、法第 24 条第 9 項に基づき、感染に不安を感じる無症状者に対して、ワクチン接種者を含めて検査を受けることを要請するものとする。この場合において、都道府県はあらかじめ政府と協議するものとする。政府は、都道府県が当該要請に基づき検査を受検した者については、検査費用を無料とすることができるよう支援を行う。

(5) まん延防止

1) 緊急事態措置区域における取組等

(飲食店等に対する制限等)

- ① 特定都道府県は、感染リスクが高いと指摘されている飲食の場を避ける観点から、法第45条第2項等に基づき、酒類又はカラオケ設備を提供する飲食店等（飲食業の許可を受けていないカラオケ店及び利用者による酒類の店内持込みを認めている飲食店を含む。酒類及びカラオケ設備の提供（利用者による酒類の店内持込みを含む。）を取り止める場合を除く。）に対して休業要請を行うとともに、上記以外の飲食店（宅配・テイクアウトを除く。）に対して、営業時間の短縮（20時までとする。）の要請を行うものとする。ただし、都道府県知事の判断により、第三者認証制度の適用店舗（以下「認証店」という。）において21時までの営業（酒類提供も可能）もできることとするほか、認証店及び飲食を主として業としていない店舗において、対象者全員検査を実施した場合には、収容率の上限を50%としつつ、カラオケ設備を提供できることとする。

その際、命令、過料の手続に関しては、別途通知する手続に沿って行うことに留意しつつ、要請に応じている店舗との公平性を保つことができるよう、命令等の適切な運用を図るものとする。

- ② 特定都道府県は、法第24条第9項に基づき、飲食店等及び飲食店等の利用者に対し、同一グループの同一テーブルでの5人以上の会食を避けるよう要請するものとし、認証店における対象者全員検査を実施した会食については、同一グループの同一テーブルでの5人以上の会食も可能とする。
- ③ 以上の要請に当たっては、特定都道府県は、関係機関とも連携し、休業要請、営業時間の短縮や第三者認証制度等の遵守を徹底するための対策・体制の更なる強化を行い、原則として全ての飲食店等に対して見回り・実地の働きかけを行うとともに、当該取組について適切に情報発信を行うものとする。また、特定都道府県は、実効性

ある第三者認証制度の普及と認証店の拡大に努めるものとする。

- ④ 特定都道府県は、法第 45 条第 1 項に基づき、路上・公園等における集団での飲酒等、感染リスクが高い行動に対して必要な注意喚起や自粛の要請等を行うとともに、実地の呼びかけ等を強化するものとする。
- ⑤ 政府は、新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金（以下「地方創生臨時交付金」という。）に設けた「協力要請推進枠」により、営業時間短縮要請等と協力金の支払いを行う都道府県を支援する。都道府県は、協力金支給に係る体制の強化等を図り、支給の迅速化に努めるものとする。

（施設の使用制限等）

特定都道府県は、地域の感染状況等に応じて、都道府県知事の判断により、法第 45 条第 2 項等に基づき、人数管理、人数制限、誘導等の「入場者の整理等」「入場者に対するマスクの着用の周知」「感染防止措置を実施しない者の入場の禁止」「会話等の飛沫による感染の防止に効果のある措置（飛沫を遮ることができる板等の設置又は利用者の適切な距離の確保等）」等、新型インフルエンザ等対策特別措置法施行令（平成 25 年政令第 122 号。以下「令」という。）第 12 条に規定する各措置について事業者に対して要請を行うものとする。

なお、人が密集すること等を防ぐため、「入場者の整理等」を行う場合は、別途通知する取扱いを踏まえ、事業者に要請を行うとともに、事業者に対して、入場整理等の実施状況をホームページ等を通じて広く周知するよう働きかけるものとする。

（イベント等の開催制限）

- ① 特定都道府県は、当該地域で開催されるイベント等（別途通知する集客施設等を含む。）について、観客の広域的な移動やイベント等の前後の活動等で生じる、イベント等に係る感染拡大リスクを抑制し、また、イベント等における感染防止策等を徹底する観点等か

ら、主催者等に対して、法第24条第9項に基づき、以下を目安とする規模要件等を設定し、その要件に沿った開催の要請を行うものとする。

- ・ 感染防止安全計画を策定し、都道府県による確認を受けた場合、人数上限10,000人かつ収容率の上限を100%とする。さらに、対象者全員検査を実施した場合には、人数上限を収容定員までとすることを可能とする。
- ・ それ以外の場合は、人数上限5,000人かつ収容率の上限を50%（大声あり）・100%（大声なし）とする。なお、この場合、都道府県が定める様式に基づく感染防止策等を記載したチェックリストを主催者等が作成・公表することとする。

- ② 特定都道府県は、イベント等の開催に当たっては、その規模に関わらず、「三つの密」が発生しない席の配置や「人と人との距離の確保」、「マスクの着用」、イベントの開催中や前後における選手、出演者や参加者等に係る主催者等による行動管理等、基本的な感染防止策が講じられるよう、主催者等に対して強く働きかけるとともに、参加者名簿を作成して連絡先等を把握しておくこと等について、主催者等に周知するものとする。

（外出・移動）

特定都道府県は、法第45条第1項に基づき、混雑した場所や感染リスクが高い場所への外出・移動の自粛について協力の要請を行うものとする。特に、感染対策が徹底されていない飲食店等や休業要請又は営業時間短縮の要請に応じていない飲食店等の利用を厳に控えることについて、住民に徹底する。また、不要不急の帰省や旅行等都道府県間の移動は、極力控えるように促す。この場合において、対象者全員検査を受けた者は、その対象としないことを基本とする。

（その他）

- ① 特定都道府県は、「三つの密」を徹底的に避けるとともに、「人と人との距離の確保」、「マスクの着用」、「手洗い等の手指衛生」等の基本的な

感染対策を徹底するとともに、あらゆる機会を捉えて、令和2年4月22日の新型コロナウイルス感染症対策専門家会議（以下「専門家会議」という。）で示された「10のポイント」、同年5月4日の専門家会議で示された「新しい生活様式の実践例」、同年10月23日のコロナ分科会で示された、「感染リスクが高まる「5つの場面」」等を活用して住民に周知を行うものとする。

- ② 事業者及び関係団体は、今後の持続的な対策を見据え、業種別ガイドライン等を実践するなど、自主的な感染防止のための取組を進める。その際、政府は、専門家の知見を踏まえ、関係団体等に必要な情報提供や助言等を行う。
- ③ 特定都道府県は、緊急事態措置区域における取組として、上記の要請等の取組を行うに当たっては、あらかじめ政府と迅速に情報共有を行う。

2) 重点措置区域における取組等

重点措置区域である都道府県においては、まん延防止等重点措置が、地域の感染状況に応じて、期間、区域、業態を絞った措置を機動的に実施できる仕組みであり、発生の動向等を踏まえた集中的な対策により、地域的に感染を抑え込み、都道府県全域への感染拡大、更には全国かつ急速なまん延を防ぐ趣旨で創設されたものであることを踏まえ、感染リスクが高く感染拡大の主な起点となっている場面に効果的な対策を徹底するものとする。

また、都道府県知事は、区域を指定するに当たって市町村単位や一定の区画を原則とするなど、期間、区域、業態を定めるに当たっては、効果的な対策となるよう留意する。

（飲食店等に対する制限等）

- ① 都道府県は、感染リスクが高いと指摘されている飲食の場を避ける観点から、都道府県知事の判断による上記の重点措置を講じるべき区域（以下「措置区域」という。）において、法第31条の6第1項等に基づき、認証店以外の飲食店（宅配・テイクアウトを除く。）

に対する営業時間の短縮（20時までとする。）の要請を行うとともに、酒類の提供を行わないよう要請するものとする。また、認証店に対しては、営業時間の短縮（21時までとすることを基本とする。）の要請を行うこととする。この場合において、地域の感染状況等を踏まえ、都道府県知事の判断により、酒類の提供を行わないよう要請することも可能とする（また、都道府県知事の判断によっては、営業時間の短縮の要請を行わないことも可能とする。）。

その際、命令、過料の手續に関しては、別途通知する手續に沿って行うことに留意しつつ、要請に応じている店舗との公平性を保つことができるよう、命令等の適切な運用を図るものとする。

- ② 都道府県は、措置区域において、法第24条第9項に基づき、飲食店等及び飲食店等の利用者に対し、同一グループの同一テーブルでの5人以上の会食を避けるよう要請するものとし、認証店における対象者全員検査を実施した会食については、同一グループの同一テーブルでの5人以上の会食も可能とする（都道府県知事の判断により、ワクチン・検査パッケージ制度を適用し、上記の取扱いを行うことを可能とする。）。
- ③ 上記の各要請に当たっては、都道府県は、関係機関とも連携し、営業時間の短縮や第三者認証制度等の遵守を徹底するための対策・体制の更なる強化を行い、原則として措置区域内の全ての飲食店等に対して見回り・実地の働きかけを行うとともに、当該取組について適切に情報発信を行うものとする。また、都道府県は、実効性ある第三者認証制度の普及と認証店の拡大に努めるものとする。
- ④ 政府は、地方創生臨時交付金に設けた「協力要請推進枠」により、飲食店に対して営業時間短縮要請と協力金の支払いを行う都道府県を支援する。都道府県は、協力金支給に係る体制の強化等を図り、支給の迅速化に努めるものとする。

（施設の使用制限等）

都道府県は、地域の感染状況等に応じて、都道府県知事の判断に

より、法第 31 条の 6 第 1 項等に基づき、「入場をする者の整理等」「入場をする者に対するマスクの着用の周知」「感染防止措置を実施しない者の入場の禁止」「会話等の飛沫による感染の防止に効果のある措置（飛沫を遮ることができる板等の設置又は利用者の適切な距離の確保等）」等、令第 5 条の 5 に規定する各措置について事業者に対して要請を行うものとする。なお、人が密集すること等を防ぐため、「入場をする者の整理等」を行う場合は、別途通知する取扱いを踏まえ、事業者に対して要請を行うものとする。

(イベント等の開催制限)

- ① 都道府県は、当該地域で開催されるイベント等（別途通知する集客施設等を含む。）について、観客の広域的な移動やイベント等の前後の活動等で生じる感染拡大リスクを抑制するため、イベント等の前後の活動における基本的な感染対策の徹底や直行直帰の呼びかけ等を行うものとする。また、イベント等における感染防止策等を徹底する観点等から、主催者等に対して、法第 24 条第 9 項に基づき、地域の実情に応じ、以下を目安とする規模要件等を設定し、その要件に沿った開催の要請を行うものとする。
 - ・ 感染防止安全計画を策定し、都道府県による確認を受けた場合、人数上限は収容定員までかつ収容率の上限を 100%とすることを基本とする。
 - ・ それ以外の場合は、人数上限 5,000 人かつ収容率の上限を 50%（大声あり）・100%（大声なし）とする。なお、この場合、都道府県が定める様式に基づく感染防止策等を記載したチェックリストを主催者等が作成・公表することとする。
- ② 都道府県は、イベント等の開催に当たっては、その規模に関わらず、「三つの密」が発生しない席の配置や「人と人との距離の確保」、「マスクの着用」、イベントの開催中や前後における選手、出演者や参加者等に係る主催者等による行動管理等、基本的な感染防止策が講じられるよう、主催者等に対して強く働きかけるとともに、参加者名簿を作成して

連絡先等を把握しておくこと等について、主催者等に周知するものとする。

(外出・移動)

- ① 都道府県は、措置区域において、法第31条の6第2項に基づき、上記により営業時間の変更を要請した時間以降、飲食店にみだりに出入りしないよう、住民に対して要請等を行うものとする。
- ② 都道府県は、措置区域において、法第24条第9項に基づき、混雑した場所や感染リスクが高い場所への外出・移動の自粛及び感染対策が徹底されていない飲食店等の利用を自粛すること等について、住民に対して協力の要請を行うものとする。

都道府県間の移動については、移動先での感染リスクの高い行動を控えるよう促すものとする。また、都道府県知事の判断により、不要不急の都道府県間の移動、特に緊急事態措置区域との往来は、極力控えるように促すことができることとする。この場合において、対象者全員検査を受けた者は、その対象としないことを基本とする（都道府県知事の判断により、ワクチン・検査パッケージ制度を適用し、上記の取扱いを行うことを可能とする。）。

(その他)

- ① 都道府県は、「三つの密」を徹底的に避けるとともに、「人と人との距離の確保」「マスクの着用」「手洗い等の手指衛生」等の基本的な感染対策を徹底するとともに、あらゆる機会を捉えて、令和2年4月22日の専門家会議で示された「10のポイント」、5月4日の専門家会議で示された「新しい生活様式の実践例」、10月23日のコロナ分科会で示された「感染リスクが高まる「5つの場面」」等を活用して住民に周知を行う。
 - ② 都道府県は、重点措置区域における取組として、上記の要請等の取組を行うに当たっては、あらかじめ政府と迅速に情報共有を行う。
- 3) 緊急事態措置区域及び重点措置区域以外の都道府県における取組等

(飲食店等に対する制限等)

- ① 都道府県は、実効性ある第三者認証制度の普及と認証店の拡大に努めるものとする。
- ② 都道府県は、感染拡大の傾向がみられる場合（オミクロン株と同程度の感染力・病原性の変異株による感染拡大の場合を除く。）には、法第24条第9項に基づき、飲食店に対する営業時間の短縮の要請を行うものとする。この場合において認証店以外の店舗については20時までとし、認証店については要請を行わないことを基本とする。
- ③ 都道府県は、感染拡大の傾向がみられる場合には、必要に応じて、法第24条第9項に基づき、飲食店等及び飲食店等の利用者に対し、同一グループの同一テーブルでの5人以上の会食を避けるよう要請するものとし、認証店における対象者全員検査を実施した会食については、同一グループの同一テーブルでの5人以上の会食も可能とする（都道府県知事の判断により、ワクチン・検査パッケージ制度を適用し、上記の取扱いを行うことを可能とする。）。
- ④ 上記の要請に当たっては、都道府県は、営業時間の短縮や第三者認証制度等の遵守を徹底するための見回り・実地の働きかけを進めるものとする。

（施設の使用制限等）

- ① 都道府県は、これまでにクラスターが発生しているような施設や、「三つの密」のある施設については、地域の感染状況等を踏まえ、施設管理者等に対して必要な協力を依頼するものとする。
- ② 都道府県は、感染拡大の兆候や施設等におけるクラスターの発生があった場合、政府と連携して、施設の使用制限等を含めて、速やかに施設管理者等に対して必要な協力の要請等を行うものとする。

（イベント等の開催制限）

- ① 都道府県は、当該地域で開催されるイベント等について、観客の広域的な移動やイベント等の前後の活動等で生じる感染拡大リスクを抑制するため、イベント等の前後の活動における基本的な感染対策の徹底等を行うものとする。また、イベント等における感染防止

策等を徹底する観点等から、主催者等に対して、法第 24 条第 9 項に基づき、地域の実情に応じ、以下を目安とする規模要件等を設定し、その要件に沿った開催の要請を行うものとする。

- ・ 感染防止安全計画を策定し、都道府県による確認を受けた場合、人数上限は収容定員までかつ収容率の上限を **100%とすることを基本とする**。
 - ・ それ以外の場合は、人数上限 5,000 人又は収容定員 50%のいずれか大きい方、かつ収容率の上限を **100%とすることを基本とする**。この場合、都道府県が定める様式に基づく感染防止策等を記載したチェックリストを主催者等が作成・公表することとする。
- ② 都道府県は、イベント等の開催に当たっては、その規模に関わらず、「三つの密」が発生しない席の配置や「人と人との距離の確保」、「マスクの着用」、イベントの開催中や前後における選手、出演者や参加者等に係る主催者等による行動管理等、基本的な感染防止策が講じられるよう、主催者等に対して強く働きかけるものとする。
- ③ 都道府県は、感染拡大の兆候やイベント等におけるクラスターの発生があった場合、政府と連携して、人数制限の強化等を含めて、速やかに主催者等に対して必要な協力の要請等を行うものとする。

(外出・移動)

- ① 都道府県は、帰省や旅行等、都道府県をまたぐ移動は、「三つの密」の回避を含め基本的な感染対策を徹底するとともに、移動先での感染リスクの高い行動を控えるよう促すものとする。また、都道府県知事の判断により、緊急事態措置区域及び重点措置区域への不要不急の移動は、極力控えるように促すことができることとする。この場合において、対象者全員検査を受けた者は、その対象としないことを基本とする（都道府県知事の判断により、ワクチン・検査パッケージ制度を適用し、上記の取扱いを行うことを可能とする。）。
- ② 都道府県は、業種別ガイドライン等を遵守している施設等の利用を促

すものとする。

- ③ 都道府県は、感染拡大の兆候や施設等におけるクラスターの発生があった場合、政府と連携して、混雑した場所や感染リスクが高い場所への外出の自粛に関して速やかに住民に対して必要な協力の要請等を行うものとする。

(その他)

- ① 都道府県は、感染拡大の防止と経済社会活動の維持との両立を持続的に可能としていくため、「新しい生活様式」の経済社会全体への定着を図るものとする。
- ② 都道府県は、感染の状況等を継続的に監視し、その変化が認められた場合、住民に適切に情報提供を行い、感染拡大への警戒を呼びかけるものとする。
- ③ 都道府県は、感染拡大の傾向がみられる場合には、地域における感染状況や公衆衛生体制・医療提供体制への負荷の状況について十分、把握・分析を行い、地域の実情に応じて、法第24条第9項に基づく措置等を講じるものとする。
- ④ 都道府県は、緊急事態措置区域及び重点措置区域以外の都道府県における取組として、上記の要請等を行うに当たっては、あらかじめ政府と迅速に情報共有を行う。

4) 職場への出勤等

(都道府県から事業者への働きかけ)

- ① 都道府県は、事業者に対して、以下の取組を行うよう働きかけを行うものとする。
 - ・ 職場においては、感染防止のための取組（手洗いや手指消毒、せきエチケット、職員同士の距離確保、事業場の換気励行、複数人が触る箇所の消毒、発熱等の症状が見られる従業員の出勤自粛、軽症状者に対する抗原定性検査キット等を活用した検査、出張による従業員の移動を減らすためのテレビ会議の活用、昼休みの時差取得、社員寮等の集団生活の場での対策等）や、「三つの密」等

を避ける行動を徹底するよう、実践例も活用しながら促すこと。
特に職場での「居場所の切り替わり」（休憩室、更衣室、喫煙室等）に注意するよう周知すること。

- ・ 感染防止策の徹底のため、二酸化炭素濃度測定器等の設置を支援するとともに、ビル管理者等に対して、換気の状態を二酸化炭素濃度測定器により確認する場合の留意点等を周知すること。
- ・ さらに、職場や店舗等に関して、業種別ガイドライン等を実践するよう働きかけること。
- ・ 高齢者や基礎疾患を有する者等重症化リスクの高い労働者、妊娠している労働者及び同居家族にそうした者がいる労働者については、本人の申出等を踏まえ、在宅勤務（テレワーク）や時差出勤等の感染予防のための就業上の配慮を行うこと。
- ・ 職場においても、健康観察アプリも活用しつつ、軽症状者に対する抗原定性検査キット等を活用した検査を実施するよう促すこと。

② 特定都道府県は、事業者に対して、上記①に加え、以下の取組を行うよう働きかけを行うものとする。

- ・ 職場への出勤について、人の流れを抑制する観点から、出勤者数の削減の目標を定め、在宅勤務（テレワーク）の活用や休暇取得の促進等の取組を推進すること。
- ・ 職場に出勤する場合でも、時差出勤、自転車通勤等の人との接触を低減する取組を強力に推進すること。
- ・ 職場においては、「感染リスクが高まる「5つの場面」」を避ける行動を徹底するよう、実践例も活用しながら促すこと。
- ・ 別添に例示する国民生活・国民経済の安定確保に不可欠な業務を行う事業者及びこれらの業務を支援する事業者においては、「三つの密」を避けるために必要な対策を含め、十分な感染防止策を講じるとともに、感染者や濃厚接触者が発生し、欠勤者が多く発生する場合においても、感染防止に配慮しつつ、事業の特性

を踏まえ、必要な業務を継続すること。

③ 重点措置区域である都道府県においては、事業者に対して、上記①に加え、以下の取組を行うよう働きかけを行うものとする。

- ・ 人の流れを抑制する観点から、在宅勤務（テレワーク）の活用や休暇取得の促進等により、出勤者数の削減の取組を推進するとともに、接触機会の低減に向け、職場に出勤する場合でも時差出勤、自転車通勤等を強力に推進すること。
- ・ 職場においては、「感染リスクが高まる「5つの場面」」を避ける行動を徹底するよう、実践例も活用しながら促すこと。
- ・ 別添に例示する国民生活・国民経済の安定確保に不可欠な業務を行う事業者及びこれらの業務を支援する事業者においては、「三つの密」を避けるために必要な対策を含め、十分な感染防止策を講じるとともに、感染者や濃厚接触者が発生し、欠勤者が多く発生する場合においても、感染防止に配慮しつつ、事業の特性を踏まえ、必要な業務を継続すること。

④ 緊急事態措置区域及び重点措置区域以外の都道府県においては、事業者に対して、上記①に加え、以下の取組を行うよう働きかけを行うものとする。

- ・ 在宅勤務（テレワーク）、時差出勤、自転車通勤等、人との接触を低減する取組を推進すること。

（政府等の取組）

⑤ 政府及び地方公共団体は、在宅勤務（テレワーク）、ローテーション勤務、時差出勤、自転車通勤等、人との接触を低減する取組を自ら進めるとともに、事業者に対して必要な支援等を行う。

⑥ 政府は、上記①、②、③及び④に示された感染防止のための取組等を働きかけるため、特に留意すべき事項を提示し、事業場への訪問等事業者と接する機会等を捉え、事業者自らが当該事項の遵守状況を確認するよう促す。また、遵守している事業者に、対策実施を宣言させるなど、感染防止のための取組が勧奨されるよう促す。さらに、経済団体に対し、

在宅勤務（テレワーク）の活用等による出勤者数の削減の実施状況を各事業者が自ら積極的に公表し、取組を促進するよう要請するとともに、公表された情報の幅広い周知について、関連する事業者と連携して取り組む。

5) 学校等の取扱い

- ① 文部科学省は、学校設置者及び大学等に対して一律に臨時休業を求めるのではなく、地域の感染状況に応じた感染防止策の徹底を要請する。幼稚園、小学校、中学校、高等学校等については、子供の健やかな学びの保障や心身への影響の観点から、「学校における新型コロナウイルス感染症に関する衛生管理マニュアル」等を踏まえた対応を要請する。健康観察表や健康観察アプリなども活用しながら、教職員及び児童生徒等の健康観察を徹底するよう要請する。また、大学等については、感染防止と面接授業・遠隔授業の効果的実施等による学修機会の確保の両立に向けて適切に対応することを要請する（緊急事態措置区域においては、大学等の感染対策の徹底とともに、遠隔授業もより一層活用した学修者本位の授業の効果的な実施による学生等の学修機会の確保を図る）。部活動、課外活動、学生寮における感染防止策、懇親会や飲み会等については、学生等への注意喚起の徹底（緊急事態措置区域及び重点措置区域においては、部活動や課外活動における感染リスクの高い活動の制限又は自粛（ただし、対象者全員検査の実施等により、部活動や課外活動における感染リスクの高い活動について可能とする。))を要請する。特に、発熱等の症状がある学生等が登校や活動参加を控えるよう周知徹底を図る。また、教職員や受験生へのワクチン接種が進むよう、大学拠点接種を実施する大学に対し、地域の教育委員会や学校法人が大学拠点接種会場での接種を希望する場合の積極的な協力を依頼するとともに、地方公共団体に対し、大規模接種会場の運営に当たり、教育委員会や私学担当部局がワクチン担当部局と連携し、希望する教職員や受験生へのワクチン接種が進むよう取組を行うなどの

配慮を依頼する。大学入試、高校入試等については、実施者において、感染防止策や追検査等による受験機会の確保に万全を期した上で、予定どおり実施する。

- ② 都道府県は、学校設置者に対し、保健管理等の感染症対策について指導するとともに、地域の感染状況や学校関係者の感染者情報について速やかに情報共有を行うものとする。
- ③ 厚生労働省は、保育所や放課後児童クラブ等が果たす社会的機能を維持するため、感染防止策の徹底を行いつつ、原則開所することを要請するとともに、感染者の発生等により休園することになった場合について、休園した園の児童を他の園や公民館等で代替保育を行う際の財政支援を行うことにより、市区町村に対し、地域の保育機能を維持することを要請する。

6) その他共通的事項等

- ① 特定都道府県又は重点措置区域である都道府県は、地域の特性に応じた実効性のある緊急事態措置又はまん延防止等重点措置を講じる。特定都道府県又は重点措置区域である都道府県は、緊急事態措置又はまん延防止等重点措置を講じるに当たっては、法第5条を踏まえ、必要最小限の措置とするとともに、講じる措置の内容及び必要性等について、国民に対し丁寧に説明する。
- ② 政府及び地方公共団体は、緊急事態措置の実施に当たっては、事業者の円滑な活動を支援するため、事業者からの相談窓口の設置、物流体制の確保及びライフライン維持のための万全の体制の確保等に努める。
- ③ 政府は、関係機関と協力して、公共交通機関その他の多数の人が集まる施設における感染対策を徹底する。
- ④ 政府は、事業者及び関係団体に対して、業種別ガイドライン等の実践と科学的知見等に基づく進化を促し、オミクロン株の特性等を踏まえた業種別ガイドラインの改定を行うことを促す。
- ⑤ 都道府県は、法第24条第9項に基づき、事業者に対して、業種別ガイドラインを遵守するよう要請を行うものとする。

- ⑥ 医療機関及び高齢者施設等における施設内感染を防止するため、厚生労働省と地方公共団体は、関係機関と協力して、次の事項について周知する。
- ・ 医療機関及び高齢者施設等において、患者及び利用者からの感染を防ぐため、感染が流行している地域では、感染拡大防止の観点と、患者や利用者、家族のQOL（Quality of Life）を考慮して、入院患者、利用者の外出、外泊についての対応を検討すること。
 - ・ 医療機関及び高齢者施設等における面会については、面会者からの感染を防ぐことは必要であるが、面会は患者や利用者、家族にとって重要なものであり、地域における発生状況等も踏まえるとともに、患者や利用者、面会者等の体調やワクチン接種歴、検査結果等も考慮し、対面での面会を含めた対応を検討すること。
 - ・ 特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者の入院について、当該障害児者の支援者は、障害児者が医療従事者と意思疎通する上で極めて重要な役割を担っているため、当該障害児者が新型コロナウイルス感染症に罹患している場合も含めて、院内感染対策に配慮しつつ、可能な限り支援者の付添いを受け入れることについて、対応を検討すること。
- ⑦ 特定都道府県等は、面会に関する感染防止策の徹底、高齢者施設等や医療機関で感染が発生した場合における保健所による感染管理体制の評価や支援チームの派遣、検査の実施等による感染制御・業務継続支援の徹底を行う。
- ⑧ 厚生労働省は、高齢者施設等における感染対策等の対応力強化の取組を、専門家派遣による研修や業務継続計画の策定支援等により、引き続き、進める。

（6）水際対策

- ① 政府は、水際対策について、国内への感染者の流入及び国内での感染拡大を防止する観点から、今後も新たな変異株が発生し得るこ

とを見据え、「水際対策上特に対応すべき変異株」と従来株を含むそれ以外の新型コロナウイルスに分類し、新たな変異株に関する知見、当該国の変異株の流行状況、日本への流入状況等のリスク評価に基づき、必要な対応を行う。なお、厚生労働省は、関係省庁と連携し、健康観察について、保健所の業務負担の軽減や体制強化等を支援する。

- ② 諸外国での新型コロナウイルス感染症の発生の状況を踏まえて、必要に応じ、国土交通省は、航空機の到着空港の限定の要請、港湾の利用調整や水際・防災対策連絡会議等を活用した対応力の強化等を行うとともに、厚生労働省は、特定検疫港等の指定を検討する。
- ③ 厚生労働省は、停留に利用する施設が不足する場合には、法第 29 条の適用も念頭に置きつつも、必要に応じ、関係省庁と連携して、停留に利用可能な施設の管理者に対して丁寧な説明を行うことで停留施設の確保に努める。

(7) 医療提供体制の強化

1) 病床の確保、臨時の医療施設の整備

- ① 入院を必要とする者が、まずは迅速に病床又は臨時の医療施設等に受け入れられ、確実に入院につなげる体制を整備する。

令和3年夏の各都道府県のピーク時には最大約 2.8 万人の入院が必要となったが、感染力が2倍となった場合にも対応できるよう、各都道府県の「保健・医療提供体制確保計画」(令和3年11月末策定)において、ワクチン接種の進展等による感染拡大の抑制効果等も勘案しつつ、令和3年夏と比べて約3割増(約1万人増)の約3.7万人が入院できる体制を構築した。

あわせて、入院調整中の方や重症化していないものの基礎疾患等のリスクがある方が安心して療養できるようにするため、臨時の医療施設・入院待機施設の確保により、令和3年夏と比べて約4倍弱(約2.5千人増)の約3.4千人が入所できる体制を構築した。

引き続き、都道府県の保健・医療体制確保計画に基づく病床の確保を維持し、感染拡大時には時機に遅れることなく増床を進める。

また、国・都道府県の協働による臨時の医療施設等の新增設、高齢者受入れを想定した介護対応力の強化を図る。

- ② 感染ピーク時に、確保した病床が確実に稼働できるよう、都道府県と医療機関の間において、要請が行われてから確保病床を即応化するまでの期間や患者を受け入れることができない正当事由等について明確化した書面を締結するとともに、休床病床の運用の効率化を図りつつ、病床使用率を勘案した病床確保料に見直しを行うこと等により、都道府県による病床確保努力を阻害することのないよう十分配慮した上で、感染ピーク時において確保病床の使用率が8割以上となることを確保する。
- ③ 妊産婦等の特別な配慮が必要な患者を含め、感染拡大時においても入院が必要な者が確実に入院できる入院調整の仕組みを構築するとともに、フェーズごとの患者の療養先の振り分けが明確になるスコア方式等を導入するなど、転退院先を含め療養先の決定を迅速・円滑化する。
- ④ 都道府県は、関係機関の協力を得て、新型コロナウイルス感染症患者専用の病院や病棟を設定する重点医療機関の指定等、地域の医療機関の役割分担を行うとともに、地域の関係団体の協力の下、地域の会議体を活用して医療機能（重症者病床、中等症病床、回復患者の受入れ、宿泊療養、自宅療養）に応じた役割分担を明確化した上で、保健・医療提供体制確保計画に沿って、段階的に病床を確保する。
- ⑤ 都道府県は、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる医療機関の病床を効率的に活用するため、重点医療機関以外の医療機関の受入れを推進する（早期退院患者や療養解除後の患者の受入先整備）。特に、入院後4日目以降の時点で中等症Ⅱ以上の悪化が認められないオミクロン株の患者について、地域の実情に応じ、医療機関から

宿泊療養・自宅療養への療養場所の変更や早期退院患者を受け入れる医療機関への転院について検討することを医療機関に対し推奨する。その際、陰性証明を求めないこととする。療養施設（臨時の医療施設や入院待機施設、宿泊療養施設）等における介護対応力の強化を図るとともに、回復患者の転院先となる後方支援医療機関を確保する取組を強化する。退院基準を満たした患者について、高齢者施設等における受入れを促進する取組を強化する。また、効率的な転院調整が行われるよう、地域の実情に応じた転退院の仕組みを構築する。

- ⑥ この他、適切な医療提供・感染管理の観点で、厚生労働省と都道府県は、関係機関と協力して、次の事項に取り組む。
- ・ 病室単位でのゾーニングによる柔軟で効率的な病床の活用を図り、通常医療との両立を推進。
 - ・ 妊産婦に対する感染を防止する観点から、医療機関における動線分離等の感染防止策を徹底するとともに、妊産婦が感染した場合であっても、安心して出産し、産後の生活が送れるよう、関係機関との協力体制を構築し、適切な支援を実施。また、関係機関と協力して、感染が疑われる妊産婦への早めの相談の呼びかけや、妊娠中の女性労働者に配慮した休みやすい環境整備等の取組を推進。
 - ・ 小児医療について、関係学会等の意見を聞きながら、診療体制を検討し、地方公共団体と協力して体制を整備。
 - ・ 関係機関と協力して、外国人が医療を適切に受けることができるよう、医療通訳の整備等を引き続き強化。
 - ・ 高齢者施設で感染された方のうち、軽症で入院を要しない方々が施設内で安心して療養できるよう、医師・看護師の派遣等による医療提供体制や高齢者施設における療養環境整備への支援を強化。
 - ・ 救急搬送について、コロナ疑い患者等の受け入れ促進の支援を

強化。

2) 自宅・宿泊療養者等への対応

- ① 軽症であるなどにより、自宅での療養を希望する者は、抗原定性検査キットで自ら検査を行い、陽性の場合、健康フォローアップセンターに連絡し、自宅療養する。高齢者や基礎疾患がある者、子供、妊婦など受診を希望する者は、診療・検査医療機関を受診する。
- ② 高齢者等重症化リスクの高い者への健康観察について、My HER-SYS 等のシステムでの連絡を含めて、迅速に連絡を行うとともに、適切な健康観察を実施できる体制を確保する。それ以外の者に対しては、体調悪化時等に確実に繋がる健康フォローアップセンター等を設置し、急な体調変化時の連絡体制や適切な医療機関紹介等の体制を確保する。

また、医療機関等からの発生届は HER-SYS を用いて行うことを基本とし、重症化リスクを把握し適切な健康観察に繋げる。医師が必要とした場合のオンライン診療・往診、訪問看護の実施等については、都道府県等が医療機関、関係団体等に地域の必要量を示し、委託契約や協定の締結等を推進しつつ、全国で延べ約 3.4 万の医療機関等と連携し、必要な健康観察・診療体制を構築する。

保健所の体制強化については、感染拡大に対応できるよう、業務の外部委託や都道府県等における業務の一元化、都道府県等の全庁体制を含めた体制を確保する。

- ③ また、宿泊療養施設について、家庭内感染のリスク等に対応するため、約 6.6 万室を確保する。
- ④ さらに、高齢者等重症化リスクの高い自宅療養者等に対し、症状の変化に迅速に対応して必要な医療につなげ、また、重症化を未然に防止する観点から、パルスオキシメーターを配付できるようにする。治療薬についても、中和抗体薬・経口薬については、入院に加えて外来・往診まで、様々な場面で投与できる体制を全国で構築する。さらに、経口薬については、かかりつけ医と地域の薬局が連携

することで、患者が薬局に来所しなくても手に入れることができるような環境作りを支援する。

⑤ かかりつけ医等の地域で身近な医療機関や受診・相談センターを通じて、診療・検査医療機関を受診することにより、適切な感染管理を行った上で、新型コロナウイルス感染症が疑われる患者への外来医療を提供する。また、都道府県等は、そのホームページにおいて、診療・検査医療機関を公表する仕組みを整え、患者がより円滑に受診ができるよう、未だ公表していない診療・検査医療機関等に対し、公表を促す。さらに、診療・検査医療機関の箇所数の増加に加えて、地域の感染状況に応じた診療時間等の拡大や、かかりつけ以外の患者への対応など地域の実情に応じた取組を行う。

⑥ 令和4年秋以降の新型コロナウイルスの感染拡大においては、これまでの感染拡大を大幅に超える感染者数が生じることもあり得るとされており、また、季節性インフルエンザとの同時流行が懸念されている。このような事態にも対応できるよう、厚生労働省において、「新型コロナウイルスと季節性インフルエンザの同時流行に備えた対応」を決定し、これに基づき、限りある医療資源の中でも高齢者等重症化リスクの高い方に適切な医療を提供するための保健医療体制の強化・重点化を進めていくこととする。具体的には、

- ・ 各地域の実情に応じて、多数の発熱患者等が生じる場合を想定して、重症化リスク・疾患等に応じた外来受診・療養の流れを示し、これに沿った療養行動を住民に呼びかける
- ・ これとともに、各地域の実情に応じて、発熱外来や電話診療・オンライン診療の体制強化と治療薬の円滑な供給、健康フォローアップセンターの拡充と自己検査キットの確保、入院治療が必要な患者への対応の強化等の対策を進める

等に取り組む。各都道府県は、地域の実情に応じた外来医療の強化等の体制整備の計画を策定し外来医療体制の整備に取り組む。

また、国民への呼びかけにあたっては、厚生労働省の「新型コロナ・インフル同時流行対策タスクフォース」に参加する医療関係団体、アカデミア、経済団体、地方自治体等関係者が一丸となって、時宜にかなった適切なメッセージを発信する。

- ⑦ 都道府県等は、患者が入院、宿泊療養、自宅療養をする場合に、その家族に要介護者や障害者、子供等がいる場合は、市町村福祉部門の協力を得て、ケアマネジャーや相談支援専門員、児童相談所等と連携し、必要なサービスや支援を行う。

3) 保健・医療人材の確保等

- ① 感染拡大時に臨時の医療施設をはじめとした病床・施設を円滑に稼働させるため、都道府県の保健・医療提供体制確保計画において、医療がひっ迫した際に応援派遣が可能な医療人材は、**全国で約2.7千施設から医師約2.1千人、看護師約4.0千人**であり、人材確保・配置調整等を一元的に担う体制を構築する。また、東京都においては、医療機関等からの派遣可能な具体的人員の事前登録制を進めることとしており、こうした取組を横展開する。
- ② 厚生労働省は、今般の新型コロナウイルス感染症の対応に伴い、全国の医療機関等の医療人材募集情報を掲載する Web サイト「医療のお仕事 Key-Net」の運営等を通じて、医療関係団体、ハローワーク、ナースセンター等と連携し、医療人材の確保を支援する。
- ③ 政府は、関係機関と協力して、クラスター対策に当たる専門家の確保及び育成を行う。
- ④ 厚生労働省及び都道府県等は、関係機関と協力して、特に、感染拡大の兆候が見られた場合には、専門家やその他人員を確保し、当該地域への派遣を行う。

なお、感染拡大が顕著な地域において、保健所における積極的疫学調査に係る人員体制が不足するなどの問題が生じた場合には、関係学会・団体等の専門人材派遣の仕組みである IHEAT (Infectious disease Health Emergency Assistance Team) や、他の都道府県か

らの応援派遣職員等を活用し、人材・体制を確保する。

また、都道府県等が連携し、積極的疫学調査等の専門的業務を十分に実施できるよう、保健所業務の重点化や人材育成、外部委託、IHEAT の積極的活用、人材確保・育成の好事例の横展開等により、保健所の体制を強化し、感染拡大時に即応できる人員体制を平時から整備する。

4) ITを活用した稼働状況の徹底的な「見える化」

医療体制の稼働状況を G-MIS やレセプトデータ等を活用して徹底的に「見える化」する。

- ・ 都道府県内の医療機関や都道府県調整本部、保健所、消防機関等との間で、病床の確保・使用状況を日々共有できる体制を構築するとともに、個々の医療機関における G-MIS への病床の使用状況等の入力を徹底すること（補助金の執行要件化）により、令和3年12月から医療機関別の病床の確保・使用率を毎月公表。
- ・ 令和3年12月から毎月、レセプトデータを用いてオンライン診療・往診等自宅療養者に対する診療実績を集計し、地域別（郡・市・区別）に公表。
- ・ 政府が買い上げて医療機関に提供する中和抗体薬等新型コロナウイルス感染症の治療薬の投与者数について、都道府県別に毎月公表。

5) 更なる感染拡大時への対応

- ① 令和3年夏の感染拡大時においては、地域によって、人口の密集度、住民の生活行動等によって感染状況の推移は異なり、また、病床や医療人材等の医療資源にも差があることから、医療提供体制のひっ迫状況は、地域によって様々であった。その中で、病床がひっ迫した地域においては、緊急事態宣言の下で、個々の医療機関の判断で新型コロナウイルス感染症対応のために新型コロナウイルス感染症以外の通常医療の制限が行われていたが、今後、地域によって、仮に感染力が2倍を超える水準になり、医療のひっ迫が見込まれる場合には、国民に対し、更なる行動制限を求め、感染拡大の防止を

図る。あわせて、政府の責任において、感染者の重症化予防等のため地域の医療機関に協力を要請するとともに、更なる新型コロナウイルス感染症以外の通常医療の制限の下、緊急的な病床等を確保するための追加的な措置を講じる。

② 具体的には、医療の確保に向けて、政府の責任において、入院対象者の範囲を明確にするとともに、法で与えられた権限に基づき、政府及び都道府県知事が、

- ・ 自宅療養者等の健康管理・重症化予防を図るため、地域の医療機関に対し、健康観察・診療等について最大限の協力を要請するとともに、
- ・ 新型コロナウイルス感染症患者の入院受入病院に対し、短期間の延期ならリスクが低いと判断される予定手術・待機手術の延期等の実施を求めるほか、
- ・ 国立病院機構、地域医療機能推進機構をはじめとする公立公的病院に対し、追加的な病床の確保、臨時の医療施設への医療人材の派遣等の要求・要請を行うとともに、民間医療機関に対しても要請を行うこととする。

③ さらに、感染力が2倍を大きく超え、例えば3倍となり、更なる医療のひっ迫が見込まれる場合には、大都市のように感染拡大のリスクが高く、病床や医療人材が人口比で見ても少ない地域等では、新型コロナウイルス感染症以外の通常医療の制限措置の実施の徹底や地域内での追加的な病床の確保、医療人材の派遣等の措置を図ったとしても、増加する重症患者等への医療の提供が困難となる事態が生じる可能性がある。こうした事態の発生が見込まれる場合には、当該地域以外に所在する医療機関に対し、必要に応じ新型コロナウイルス感染症以外の通常医療の制限措置を行い、当該地域の臨時の医療施設に医療人材の派遣等を行うよう、法で与えられた権限に基づき、政府が要求・要請を行い、医療の確保を図る。

④ 同時に、新型コロナウイルス感染症以外の通常医療の制限措置等

は、一時的とはいえ、国民に対し大きな不安を与えるほか、医療現場にも大きな負荷を伴うことから、こうした措置が速やかに解除されるよう、感染者数の増加に歯止めをかけ、減少させるため、国民に対し、更なる行動制限を求めるなどの実効性の高い強力な感染拡大防止措置を併せて講じる。

⑤ ①及び④の行動制限については、具体的には、人との接触機会を可能な限り減らすため、例えば、飲食店の休業、施設の使用停止、イベントの中止、公共交通機関のダイヤの大幅見直し、職場の出勤者数の大幅削減、日中を含めた外出自粛の徹底等、状況に応じて、機動的に強い行動制限を伴う要請を行う。

⑥ もちろん、こうした厳しい事態に陥らないよう、ワクチン、検査、治療薬等の普及による予防、発見から早期治療までの流れを更に強化するとともに、国民の理解と協力の下、機動的に効果的な行動制限を行うことにより、急激な感染拡大の抑制を図っていくことを基本として対応する。

また、重症化予防効果の高い経口薬等の利用が可能となれば、仮に感染力が高まっても入院を必要とする者の減少が見込まれ、医療現場への負荷も軽減されることが期待される。

(8) 治療薬の実用化と確保

1) 治療薬の実用化に向けた取組

新型コロナウイルス感染症の治療薬については、国産経口薬を含め、開発費用として1薬剤当たり最大約20億円を支援している。また、経口薬については、令和3年12月24日には「モルヌピラビル」が特例承認された。さらに、令和4年2月10日には経口薬「ニルマトレルビル／リトナビル」が特例承認され、それぞれ医療現場に供給されている。さらに、開発中の治療薬の実用化をさらに加速化するため、既に補助対象として採択されている2社に対して最大約115億円の緊急追加支援を行った。加えて、経口薬「エンシトレルビル」が、同年11月

22日に緊急承認され、医療現場に供給されている。

2) 治療薬の確保に向けた取組

① 治療薬の作用する仕組みや開発ステージは様々であることや、軽症から中等症の重症化リスク因子を有する者が確実に治療を受けられるようにするため、複数の治療薬（中和抗体、経口薬等）を確保する。

② 特に、経口薬については、国民の治療へのアクセスを向上するとともに、重症化を予防することにより、国民が安心して暮らせるようになるための切り札である。

世界的な獲得競争が行われる中で、供給量については、「モルヌピラビル」を合計約 160 万人分、「ニルマトレルビル／リトナビル」を合計 200 万人分確保し、全て納入された。

③ 上記のように治療薬（中和抗体薬、経口薬）の納入の前倒しに取り組み、オミクロン株の感染拡大に対応してきたが、治療薬を必要とする方に行き渡るよう、更なる治療薬の確保・納入と円滑な供給に向けて取り組む。

④ 中和抗体薬・経口薬については、入院に加えて外来・往診まで、様々な場面で投与できる体制を全国で構築してきた。さらに、経口薬については、かかりつけ医と地域の薬局が連携することで、患者が薬局に来所しなくても手に入れることができるような環境作りを引き続き支援する。

なお、主に重症者向けの抗ウイルス薬である「レムデシビル」については、令和3年8月12日に薬価収載され、既に市場に流通し、使用されており、軽症者に対する使用方法等についても「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き」に盛り込まれている。また、「モルヌピラビル」も令和4年9月16日から一般流通が開始されている。

⑤ 「エンシトレルビル」については、200 万人分を確保し、その全てが納入されている。重症化リスク因子のない軽症から中等症の患

者に幅広く投与が可能であるが、併用禁忌の薬剤があることや妊婦等には投与ができないことから、こうした点を注意しつつ円滑に投与できる体制を構築していく。

(9) 経済・雇用対策

「物価高克服・経済再生実現のための総合経済対策」（令和4年10月28日閣議決定）及びそれを具体化する令和4年度第2次補正予算について、進捗管理を徹底し、迅速かつ着実に実行すること等により、新型コロナウイルス対応に万全を期すとともに、足下の物価高などの難局を乗り越え、日本経済を本格的な経済回復、そして新たな経済成長の軌道に乗せていく。

(10) その他重要な留意事項

1) 偏見・差別等への対応、社会課題への対応等

- ① 政府及び地方公共団体は、新型コロナウイルス感染症へのり患は誰にでも生じ得るものであり、感染者やその家族、勤務先等に対する差別的な取扱いや誹謗中傷、名誉・信用を毀損する行為等は、人権侵害に当たり得るのみならず、体調不良時の受診遅れや検査回避、保健所の積極的疫学調査への協力拒否等につながり、結果として感染防止策に支障を生じさせかねないことから、コロナ分科会の偏見・差別とプライバシーに関するワーキンググループが行った議論のとりまとめ（令和2年11月6日）や法第13条第2項の規定を踏まえ、感染者等の人権が尊重され、何人も差別的な取扱い等を受けることのないよう取組を実施する。
- ② 政府は、新型コロナウイルス感染症対策に従事する医療関係者が偏見・差別等による風評被害等を受けないよう、国民への普及啓発等必要な取組を実施する。
- ③ 政府は、ワクチンを接種していない者及び接種できない者が不当な偏見・差別等を受けないよう、国民への普及啓発等必要な取組を

実施する。

- ④ 政府は、海外から一時帰国した児童生徒等への学校の受入れ支援やいじめ防止等の必要な取組を実施する。
- ⑤ 政府及び関係機関は、各種対策を実施する場合において、国民の自由と権利の制限を必要最小限のものとする。特に、罰則が設けられている措置については、患者や関係者の人権に十分に配慮し、まずは当該措置の趣旨や必要性を患者等に丁寧に説明し、理解・協力を得られるようにすることを基本とするとともに、罰則の適用は、慎重に行うものとする。また、女性の生活や雇用への影響は引き続き大きいことに留意し、女性や子供、障害者等に与える影響を十分に配慮するとともに、必要な支援を適時適切に実施する。
- ⑥ 政府は、地方公共団体と連携し、外出自粛による心身機能の低下や地域のつながりの希薄化の回復に向けて、高齢者等がフレイル状態等にならないよう、コミュニティにおける支援を含め、健康維持・介護サービスの確保を行う。
- ⑦ 政府及び地方公共団体は、新型コロナウイルス感染症により亡くなられた方に対して尊厳をもってお別れ、火葬等が行われるよう、適切な方法について、周知を行う。
- ⑧ 政府は、ワクチン接種に便乗した詐欺被害等の防止のため注意喚起や相談体制を強化する。

2) 関係機関との連携の推進

- ① 政府は、地方公共団体を含む関係機関等との双方向の情報共有を強化し、対策の方針の迅速な伝達と、対策の現場における状況の把握を行う。
- ② 政府は、対策の推進に当たっては、地方公共団体、経済団体等の関係者の意見を十分聴きながら進める。
- ③ 地方公共団体は、保健部局のみならず、危機管理部局も含め全ての部局が協力して対策に当たる。
- ④ 政府は、国際的な連携を密にし、世界保健機関（World Health

Organization : WHO) や諸外国・地域の対応状況等に関する情報収集に努める。また、日本で得られた知見を積極的に WHO 等の関係機関や諸外国・地域と共有し、今後の対策に活かすとともに、新型コロナウイルス感染症の拡大による影響を受ける国・地域に対する国際社会全体としての対策に貢献する。

- ⑤ 政府は、基礎医学研究及び臨床医学研究、疫学研究を含む社会医学研究等の研究体制に対する支援を通して、新型コロナウイルス感染症への対策の推進を図る。
- ⑥ 都道府県等は、近隣の都道府県等が感染拡大防止に向けた様々な措置や取組を行うに当たり、相互に連携するとともに、その要請に応じ、必要な支援を行う。
- ⑦ 特定都道府県又は重点措置区域である都道府県等は、緊急事態措置又はまん延防止等重点措置等を実施するに当たっては、あらかじめ政府と協議し、迅速な情報共有を行う。政府対策本部長は、特定都道府県又は重点措置区域である都道府県等が、適切に緊急事態措置又はまん延防止等重点措置を講じることができるよう、専門家の意見を踏まえつつ、総合調整を行うとともに、特に必要があると認めるときは、都道府県知事に対して、必要な指示を行うものとする。
- ⑧ 緊急事態宣言の期間中に様々な措置を実施した際には、特定都道府県知事及び指定行政機関の長は政府対策本部長に、特定市町村長及び指定地方公共機関の長はその所在する特定都道府県知事に、指定公共機関の長は所管の指定行政機関に、その旨及びその理由を報告する。政府対策本部長は国会に、特定都道府県知事及び指定行政機関の長は政府対策本部長に、報告を受けた事項を報告する。

3) 社会機能の維持

- ① 政府、地方公共団体、指定公共機関及び指定地方公共機関は、職員における感染を防ぐよう万全を尽くすとともに、万が一職員において感染者又は濃厚接触者が確認された場合にも、職務が遅滞なく行えるように対策をあらかじめ講じる。特に、テレビ会議及び在宅勤務（テレワーク）

の積極的な実施に努める。

- ② 地方公共団体、指定公共機関及び指定地方公共機関は、電気、ガス、水道、公共交通、通信、金融業等の維持を通して、国民生活及び国民経済への影響が最小となるよう公益的事業を継続する。
- ③ 政府は、指定公共機関の公益的事業の継続に支障が生じることがないように、必要な支援を行う。
- ④ 国民生活・国民経済の安定確保に不可欠な業務を行う事業者は、国民生活及び国民経済安定のため、業務継続計画の点検を行い、事業の継続を図る。
- ⑤ 国民生活・国民経済の安定確保に不可欠な業務を行う事業者についても、テレビ会議及び在宅勤務（テレワーク）の積極的な実施に努める。
- ⑥ 政府は、事業者のサービス提供水準に係る状況の把握に努め、必要に応じ、国民への周知を図る。
- ⑦ 政府は、空港、港湾、医療機関等におけるトラブル等を防止するため、必要に応じ、警戒警備を実施する。
- ⑧ 警察は、混乱に乗じた各種犯罪を抑止するとともに、取締りを徹底する。

(別添)事業の継続が求められる事業者

以下、事業者等については、「三つの密」を避けるための取組を講じていただきつつ、事業の継続を求める。

1. 医療体制の維持

- ・新型コロナウイルス感染症の治療はもちろん、その他の重要疾患への対応もあるため、全ての医療関係者の事業継続を要請する。
- ・医療関係者には、病院・薬局等のほか、医薬品・医療機器の輸入・製造・販売、献血を実施する採血業、入院者への食事提供等、患者の治療に必要な全ての物資・サービスに関わる製造業、サービス業を含む。

2. 支援が必要な方々の保護の継続

- ・高齢者、障害者等特に支援が必要な方々の居住や支援に関する全ての関係者（生活支援関係事業者）の事業継続を要請する。
- ・生活支援関係事業者には、介護老人福祉施設、障害者支援施設等の運営関係者のほか、施設入所者への食事提供など、高齢者、障害者等が生活する上で必要な物資・サービスに関わる全ての製造業、サービス業を含む。

3. 国民の安定的な生活の確保

- ・自宅等で過ごす国民が、必要最低限の生活を送るために不可欠なサービスを提供する関係事業者の事業継続を要請する。
- ① インフラ運営関係（電力、ガス、石油・石油化学・LPガス、上下水道、通信・データセンター等）
 - ② 飲食料品供給関係（農業・林業・漁業、飲食料品の輸入・製造・加工・流通・ネット通販等）
 - ③ 生活必需物資供給関係（家庭用品の輸入・製造・加工・流通・ネット通販等）
 - ④ 宅配・テイクアウト、生活必需物資の小売関係（百貨店・スーパー、コンビニ、ドラッグストア、ホームセンター等）
 - ⑤ 家庭用品のメンテナンス関係（配管工・電気技師等）
 - ⑥ 生活必需サービス（ホテル・宿泊、銭湯、理美容、ランドリー、獣医等）
 - ⑦ ごみ処理関係（廃棄物収集・運搬、処分等）
 - ⑧ 冠婚葬祭業関係（火葬の実施や遺体の死後処置に係る事業者等）
 - ⑨ メディア（テレビ、ラジオ、新聞、ネット関係者等）
 - ⑩ 個人向けサービス（ネット配信、遠隔教育、ネット環境維持に係る設備・サービス、自家用車等の整備等）

4. 社会の安定の維持

- ・ 社会の安定の維持の観点から、企業の活動を維持するために不可欠なサービスを提供する関係事業者の最低限の事業継続を要請する。
- ① 金融サービス（銀行、信金・信組、証券、保険、クレジットカードその他決済サービス等）
- ② 物流・運送サービス（鉄道、バス・タクシー・トラック、海運・港湾管理、航空・空港管理、郵便、倉庫等）
- ③ 国防に必要な製造業・サービス業の維持（航空機、潜水艦等）
- ④ 企業活動・治安の維持に必要なサービス（ビルメンテナンス、セキュリティ関係等）
- ⑤ 安全安心に必要な社会基盤（河川や道路等の公物管理、公共工事、廃棄物処理、個別法に基づく危険物管理等）
- ⑥ 行政サービス等（警察、消防、その他行政サービス）
- ⑦ 育児サービス（保育所等の児童福祉施設、放課後児童クラブ等）

5. その他

- ・ 医療、製造業のうち、設備の特性上、生産停止が困難なもの（高炉や半導体工場等）、医療・支援が必要な人の保護・社会基盤の維持等に不可欠なもの（サプライチェーン上の重要物を含む。）を製造しているものについては、感染防止に配慮しつつ、継続する。また、医療、国民生活・国民経済維持の業務を支援する事業者等にも、事業継続を要請する。
- ・ 学校等については、児童生徒等や学生の学びの継続の観点等から、「学校における新型コロナウイルス感染症に関する衛生管理マニュアル」等を踏まえ、事業継続を要請する。

新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針変更（令和●年●月●日）（新旧対照表）

（主な変更点）

（下線部分は改定箇所）

>

変 更	現 行
<p>新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針</p> <p>令和3年11月19日（令和●年●月●日変更） 新型コロナウイルス感染症対策本部決定</p> <p>目次（略）</p> <p>序文（略）</p> <p>一 新型コロナウイルス感染症発生の状況に関する事実 （1）新型コロナウイルス感染症の特徴 （略）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 重症化する人の割合や死亡する人の割合は年齢によって異なり、高齢者は高く、若者は低い傾向にある。 令和4年3月から4月までに診断された人において 	<p>新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針</p> <p>令和3年11月19日（令和4年11月25日変更） 新型コロナウイルス感染症対策本部決定</p> <p>目次（略）</p> <p>序文（略）</p> <p>一 新型コロナウイルス感染症発生の状況に関する事実 （1）新型コロナウイルス感染症の特徴 （略）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 重症化する人の割合や死亡する人の割合は年齢によって異なり、高齢者は高く、若者は低い傾向にある。 令和4年3月から4月までに診断された人において

は、重症化する人の割合は 50 歳代以下で 0.03%、60 歳代以上で 1.50%、死亡する人の割合は、50 歳代以下で 0.01%、60 歳代以上で 1.13%となっている。また、同年 7 月から 8 月までに診断された人においては、重症化する人の割合は 50 歳代以下で 0.01%、60 歳代以上で 0.69%、死亡する人の割合は、50 歳代以下で 0.00%、60 歳代以上で 0.59%となっており、重症化する割合や死亡する割合は以前と比べ低下している。なお、季節性インフルエンザの国内における致死率は 50 歳代以下で 0.01%、60 歳代以上で 0.55%と報告されて (削除) いる。

(略)

- ・ 他方、更なる知見の集積が必要であるものの、デルタ株と比較してオミクロン株では重症化しにくい可能性が示唆されているものの、高齢者を中心に基礎疾患のある者において、オミクロン株への感染が契機となって基礎疾患が増悪する事例が多く発生しており、重症化リスクがある程度低下していたとしても、感染例が大幅に増加することで重症化リスクの低下分が相殺される可能性も考慮する必要がある。

は、重症化する人の割合は 50 歳代以下で 0.03%、60 歳代以上で 1.50%、死亡する人の割合は、50 歳代以下で 0.01%、60 歳代以上で 1.13%となっている。(新設)なお、季節性インフルエンザの国内における致死率は 50 歳代以下で 0.01%、60 歳代以上で 0.55%と報告されており、新型コロナウイルス感染症は、季節性インフルエンザにかかった場合に比して、60 歳代以上では致死率が相当程度高く、国民の生命及び健康に著しく重大な被害を与えるおそれがある。ただし、オミクロン株が流行の主体であり、重症化する割合や死亡する割合は以前と比べ低下している。

(略)

- ・ 他方、更なる知見の集積が必要であるものの、デルタ株と比較してオミクロン株では重症化しにくい可能性が示唆されている。なお、今後も更なるデータの集積、分析が必要であるが、報告されているデータを基にして、オミクロン株による新型コロナウイルス感染症の現時点で分析された致命率は、季節性インフルエンザよりも高く、また、限られたデータではあるが、肺炎の発症率については、季節性インフルエンザより

<p>なお、我が国においては、令和2年1月15日に最初の感染者が確認された後、<u>令和5年1月26日</u>までに、合計<u>32,310,939</u>人の感染者、<u>66,707</u>人の死亡者が確認されている。</p> <p>(2) 感染拡大防止のこれまでの取組 (略)</p> <p>(3) ワクチン接種の進展とこれに伴う患者像の変化 (略)</p> <p>(4) 医療提供体制の強化 (略)</p> <p>軽症から中等症 (I) の患者を投与対象とする初めての治療薬として令和3年7月19日に特例承認がなされた中</p>	<p><u>も高いことを示唆する暫定的な見解が報告されている。</u>高齢者を中心に基礎疾患のある者において、オミクロン株への感染が契機となって基礎疾患が増悪する事例が多く発生しており、重症化リスクがある程度低下していたとしても、感染例が大幅に増加することで重症化リスクの低下分が相殺される可能性も考慮する必要がある。</p> <p>なお、我が国においては、令和2年1月15日に最初の感染者が確認された後、<u>令和4年11月23日</u>までに、合計<u>24,068,806</u>人の感染者、<u>48,642</u>人の死亡者が確認されている。</p> <p>(2) 感染拡大防止のこれまでの取組 (略)</p> <p>(3) ワクチン接種の進展とこれに伴う患者像の変化 (略)</p> <p>(4) 医療提供体制の強化 (略)</p> <p>軽症から中等症 (I) の患者を投与対象とする初めての治療薬として令和3年7月19日に特例承認がなされた中</p>
--	---

和抗体薬「カシリビマブ／イムデビマブ」については、短期入院による投与や投与後の観察体制の確保等の一定の要件を満たした医療機関による自宅療養者に対する外来・往診での投与等の取組を進めてきた。また、同年9月27日には、中和抗体薬「ソトロビマブ」が、同年12月24日には、経口薬「モルヌピラビル」が、令和4年2月10日には経口薬「ニルマトレルビル／リトナビル」が特例承認され、それぞれ医療現場に供給されている。これにより、重症化リスク因子のある軽症から中等症患者向けの治療薬は、経口薬「モルヌピラビル」、「ニルマトレルビル／リトナビル」、中和抗体薬「ソトロビマブ」、「カシリビマブ／イムデビマブ」及び抗ウイルス薬「レムデシビル」の5種類が揃うこととなり、患者の状態や薬剤の特性等に応じて、適切に選択し活用が可能となっている。「モルヌピラビル」については、同年9月16日には一般流通が開始された。また、重症化リスク因子のない軽症から中等症患者に投与可能な経口薬「エンシトレルビル」が、同年11月22日に緊急承認され、医療現場に供給されている。

(5) 令和3年9月の感染収束 (略)

和抗体薬「カシリビマブ／イムデビマブ」については、短期入院による投与や投与後の観察体制の確保等の一定の要件を満たした医療機関による自宅療養者に対する外来・往診での投与等の取組を進めてきた。また、同年9月27日には、中和抗体薬「ソトロビマブ」が、同年12月24日には、経口薬「モルヌピラビル」が、令和4年2月10日には経口薬「ニルマトレルビル／リトナビル」が特例承認され、それぞれ医療現場に供給されている。これにより、重症化リスク因子のある軽症から中等症患者向けの治療薬は、経口薬「モルヌピラビル」、「ニルマトレルビル／リトナビル」、中和抗体薬「ソトロビマブ」、「カシリビマブ／イムデビマブ」及び抗ウイルス薬「レムデシビル」の5種類が揃うこととなり、患者の状態や薬剤の特性等に応じて、適切に選択し活用が可能となっている。「モルヌピラビル」については、同年9月16日には一般流通が開始された。また、重症化リスク因子のない軽症から中等症患者に投与可能な経口薬「エンシトレルビル」が、同年11月22日に緊急承認された。

(5) 令和3年9月の感染収束 (略)

(6) オミクロン株の発生と感染拡大

(略)

- ・ 入国者総数の上限を設けないこと。

さらに、中国において、新型コロナの感染状況が急速に悪化するとともに、詳細な状況の把握が困難であることを踏まえ、新型コロナの国内への流入の急増を避けるため、同年12月30日以降、中国本土等からの入国者に対して、入国時検査を実施するなどの臨時的な措置を講じた。

(略)

ワクチンの3回目接種については、まずは、重症化リスクが高い高齢者などの方々を対象とし、その後には、一般の方を対象として接種間隔を前倒して接種を実施することとし、また、オミクロン株について、海外渡航歴がなく、感染経路が不明の事案が発生したことを受け、感染拡大が懸念される地域での無料検査を行っている。経口薬については令和3年12月24日には「モルヌピラビル」が特例承認され、令和4年2月10日には経口薬「ニルマトレルビル／リトナビル」も特例承認され、それぞれ医療現場に供給されている。さらに、重症化リスク因子のない軽症から中

(6) オミクロン株の発生と感染拡大

(略)

- ・ 入国者総数の上限を設けないこと。

(新設)

(略)

ワクチンの3回目接種については、まずは、重症化リスクが高い高齢者などの方々を対象とし、その後には、一般の方を対象として接種間隔を前倒して接種を実施することとし、また、オミクロン株について、海外渡航歴がなく、感染経路が不明の事案が発生したことを受け、感染拡大が懸念される地域での無料検査を行っている。経口薬については令和3年12月24日には「モルヌピラビル」が特例承認され、令和4年2月10日には経口薬「ニルマトレルビル／リトナビル」も特例承認され、それぞれ医療現場に供給されている。さらに、重症化リスク因子のない軽症から中

等症患者に投与可能な経口薬「エンシトレルビル」が、同年11月22日に緊急承認され、医療現場に供給されている。あわせて、都道府県における在宅療養をされる方々への健康観察や訪問診療体制の準備状況の自己点検を実施し、政府の方針として、在宅療養体制が整った自治体において、自治体の総合的な判断の下、感染の急拡大が確認された場合には、陽性者を全員入院、濃厚接触者を全員宿泊施設待機としている取組みを見直し、症状に応じて宿泊・自宅療養も活用し、万全の対応ができるようにしている。また、感染拡大が顕著な地域において、保健所業務がひっ迫した場合には、積極的疫学調査、健康観察の重点化、患者発生届の処理の効率化等、保健所業務を重点化・効率化することとした。

(略)

同年秋以降の新型コロナウイルスの感染拡大においては、これまでの感染拡大を大幅に超える感染者数が生じることもあり得るとされており、また、季節性インフルエンザとの同時流行が懸念されている。このような事態にも対応できるよう、厚生労働省において、「新型コロナウイルスと季節性インフルエンザの同時流行に備えた対応」を決定

等症患者に投与可能な経口薬「エンシトレルビル」が、同年11月22日に緊急承認された。あわせて、都道府県における在宅療養をされる方々への健康観察や訪問診療体制の準備状況の自己点検を実施し、政府の方針として、在宅療養体制が整った自治体において、自治体の総合的な判断の下、感染の急拡大が確認された場合には、陽性者を全員入院、濃厚接触者を全員宿泊施設待機としている取組みを見直し、症状に応じて宿泊・自宅療養も活用し、万全の対応ができるようにしている。また、感染拡大が顕著な地域において、保健所業務がひっ迫した場合には、積極的疫学調査、健康観察の重点化、患者発生届の処理の効率化等、保健所業務を重点化・効率化することとした。

(略)

同年秋以降の新型コロナウイルスの感染拡大においては、これまでの感染拡大を大幅に超える感染者数が生じることもあり得るとされており、また、季節性インフルエンザとの同時流行が懸念されている。このような事態にも対応できるよう、厚生労働省において、「新型コロナウイルスと季節性インフルエンザの同時流行に備えた対応」を決定

し、これに基づき、限りある医療資源の中でも高齢者等重症化リスクの高い方に適切な医療を提供するための保健医療体制の強化・重点化を進めていくこととした。加えて、厚生労働省において、医療関係団体、アカデミア、経済団体、地方自治体等をメンバーとする「新型コロナ・インフル同時流行対策タスクフォース」を同年10月13日に立ち上げてから、12月にかけて3回開催し、感染状況等に応じた国民への呼びかけの方針等を決定し、一丸となって国民への呼びかけを行うこととした。

同年10月半ば以降、地域差はあるものの全国で新規感染者数が増加に転じ、同年11月には同年夏の新規感染者数のピークを超える自治体も生じるとともに、全国的に病床使用率が上昇し、令和5年1月には救急搬送困難事案数についても過去最多を記録した。また、新規感染者のうち80代以上の高齢者の占める割合が増加し、これに伴い死亡者が増加した。

こうした中で、政府は、(削除)、感染が著しく拡大し、同年冬の季節性インフルエンザとの同時流行も想定した外来等の保健医療体制の強化等を実施してもなお、保健医療への負荷が高まった都道府県が「医療ひっ迫防止対策強化

し、これに基づき、限りある医療資源の中でも高齢者等重症化リスクの高い方に適切な医療を提供するための保健医療体制の強化・重点化を進めていくこととした。加えて、厚生労働省において、医療関係団体、アカデミア、経済団体、地方自治体等をメンバーとする「新型コロナ・インフル同時流行対策タスクフォース」を同年10月13日に立ち上げ(新設)、一丸となって国民への呼びかけを行うこととした。

(新設)

その後、政府は、「今秋以降の感染拡大で保健医療への負荷が高まった場合の対応について」(令和4年11月18日新型コロナウイルス感染症対策本部決定)に基づき、感染が著しく拡大し、同年冬の季節性インフルエンザとの同時

宣言」を行い、医療体制の機能維持・確保、感染拡大防止措置及び業務継続体制の確保等に係る対策を強化する際に、当該都道府県を「医療ひっ迫防止対策強化地域」と位置付け、(削除)その取組を支援することとした。政府は、一部の地域において入院や外来等の保健医療への負荷が高まったこと等を踏まえ、同年12月には岐阜県を、令和5年1月には静岡県を「医療ひっ迫防止対策強化地域」と位置付けた。

(7) オミクロン株の特性を踏まえた感染症法上の取扱いの見直し (略)

二 新型コロナウイルス感染症の対処に関する全般的な方針

(略)

(1) 医療提供体制の強化 (略)

(2) ワクチン接種の促進

オミクロン株対応ワクチンについては、従来型ワクチンを上回る重症化予防効果等があることや、今後の変異株に

流行も想定した外来等の保健医療体制の強化等を実施してもなお、保健医療への負荷が高まった都道府県は、地域の实情に応じた判断により、医療体制の機能維持・確保、感染拡大防止措置及び業務継続体制の確保等に係る対策を強化することとし、国はその取組を支援することとした。(新設)

(7) オミクロン株の特性を踏まえた感染症法上の取扱いの見直し (略)

二 新型コロナウイルス感染症の対処に関する全般的な方針

(略)

(1) 医療提供体制の強化 (略)

(2) ワクチン接種の促進

オミクロン株対応ワクチンについては、従来型ワクチンを上回る重症化予防効果等があることや、今後の変異株に

対しても従来型ワクチンより効果が高いことが期待されており、まだ接種していない方に対して接種の積極的な検討を呼びかけていく。さらに、比較的若い世代等を中心に、1回目・2回目接種が完了していない者へは引き続き接種を促す。5歳から11歳までの子供や生後6か月から4歳までの乳幼児についても、ワクチン接種を着実に進めていく。

(3) 治療薬の確保

(略)

このように、中期的な感染拡大においても、軽症から中等症の重症化リスク因子を有する者が確実に治療を受けられるようにするため、治療薬の作用する仕組みや開発ステージは様々であることも考慮して、複数の治療薬（中和抗体薬、経口薬）の確保に向けて取り組んできた結果、既に一般流通を行っている「レムデシビル」や「モルヌピラビル」をはじめ、複数の治療の選択肢が活用可能となっている。また、重症化リスク因子のない軽症から中等症患者に投与可能な経口薬「エンシトレルビル」が、同年11月22日に緊急承認され、医療現場に供給されている。

対しても従来型ワクチンより効果が高いことが期待されており、接種を希望する全ての対象者が年内に接種を完了するよう、接種促進に向けた呼びかけ等を行っていく。さらに、比較的若い世代等を中心に、1回目・2回目接種が完了していない者へは引き続き接種を促す。5歳から11歳までの子供や生後6か月から4歳までの乳幼児についても、ワクチン接種を着実に進めていく。

(3) 治療薬の確保

(略)

このように、中期的な感染拡大においても、軽症から中等症の重症化リスク因子を有する者が確実に治療を受けられるようにするため、治療薬の作用する仕組みや開発ステージは様々であることも考慮して、複数の治療薬（中和抗体薬、経口薬）の確保に向けて取り組んできた結果、既に一般流通を行っている「レムデシビル」や「モルヌピラビル」をはじめ、複数の治療の選択肢が活用可能となっている。また、重症化リスク因子のない軽症から中等症患者に投与可能な経口薬「エンシトレルビル」が、同年11月22日に緊急承認され、(新設)ている。

<p>(4) 感染防止策 (略)</p> <p>1) 緊急事態宣言の発出及び解除 (略)</p> <p>2) まん延防止等重点措置の実施及び終了 (略)</p> <p>(5) オミクロン株の特徴を踏まえた感染防止策 (略)</p> <p>1) 国民への周知等 (略)</p> <p>2) 医療機関・高齢者施設等、学校・保育所等における感染対策</p> <p>① 医療機関・高齢者施設等 (略)</p> <p>② 学校・保育所等 (略)</p> <p>3) 保健医療への負荷が高まった場合の対応 (略)</p> <p>① 「医療ひっ迫防止対策強化宣言」に基づく対策 (略)</p> <p>② 「医療非常事態宣言」に基づく対策 (略)</p> <p>三 新型コロナウイルス感染症対策の実施に関する重要事項</p>	<p>(4) 感染防止策 (略)</p> <p>1) 緊急事態宣言の発出及び解除 (略)</p> <p>2) まん延防止等重点措置の実施及び終了 (略)</p> <p>(5) オミクロン株の特徴を踏まえた感染防止策 (略)</p> <p>1) 国民への周知等 (略)</p> <p>2) 医療機関・高齢者施設等、学校・保育所等における感染対策</p> <p>① 医療機関・高齢者施設等 (略)</p> <p>② 学校・保育所等 (略)</p> <p>3) 保健医療への負荷が高まった場合の対応 (略)</p> <p>① 「医療ひっ迫防止対策強化宣言」に基づく対策 (略)</p> <p>② 「医療非常事態宣言」に基づく対策 (略)</p> <p>三 新型コロナウイルス感染症対策の実施に関する重要事項</p>
--	--

<p>(略)</p> <p>(1) 情報提供・共有 (略)</p> <p>(2) ワクチン接種</p> <p>(略)</p> <p>④ オミクロン株対応ワクチンの接種については、令和4年秋開始接種として、12歳以上の1回目・2回目接種(初回接種)を完了した者を対象に実施しており、<u>まだ接種していない方に対して接種の積極的な検討を呼びかけていく。</u></p> <p>(略)</p> <p>(3) サーベイランス・情報収集 (略)</p> <p>(4) 検査 (略)</p> <p>(5) まん延防止</p> <p>1) 緊急事態措置区域における取組等 (略)</p> <p>2) 重点措置区域における取組等</p> <p>3) 緊急事態措置区域及び重点措置区域以外の都道府県に</p>	<p>(略)</p> <p>(1) 情報提供・共有 (略)</p> <p>(2) ワクチン接種</p> <p>(略)</p> <p>④ オミクロン株対応ワクチンの接種については、令和4年秋開始接種として、12歳以上の1回目・2回目接種(初回接種)を完了した者を対象に実施しており、<u>接種を希望する全ての対象者が年内に接種を完了するよう取り組む。</u></p> <p>(略)</p> <p>(3) サーベイランス・情報収集 (略)</p> <p>(4) 検査 (略)</p> <p>(5) まん延防止</p> <p>1) 緊急事態措置区域における取組等 (略)</p> <p>2) 重点措置区域における取組等</p> <p>3) 緊急事態措置区域及び重点措置区域以外の都道府県に</p>
--	---

おける取組等

(略)

① 都道府県は、当該地域で開催されるイベント等について、観客の広域的な移動やイベント等の前後の活動等で生じる感染拡大リスクを抑制するため、イベント等の前後の活動における基本的な感染対策の徹底等を行うものとする。また、イベント等における感染防止策等を徹底する観点等から、主催者等に対して、法第 24 条第 9 項に基づき、地域の実情に応じ、以下を目安とする規模要件等を設定し、その要件に沿った開催の要請を行うものとする。

- ・ 感染防止安全計画を策定し、都道府県による確認を受けた場合、人数上限は収容定員までかつ収容率の上限を 100% (削除) とすることを基本とする (削除)。

- ・ それ以外の場合は、人数上限 5,000 人又は収容定員 50%のいずれか大きい方、かつ収容率の上限

おける取組等

(略)

① 都道府県は、当該地域で開催されるイベント等について、観客の広域的な移動やイベント等の前後の活動等で生じる感染拡大リスクを抑制するため、イベント等の前後の活動における基本的な感染対策の徹底等を行うものとする。また、イベント等における感染防止策等を徹底する観点等から、主催者等に対して、法第 24 条第 9 項に基づき、地域の実情に応じ、以下を目安とする規模要件等を設定し、その要件に沿った開催の要請を行うものとする。

- ・ 感染防止安全計画を策定し、都道府県による確認を受けた場合、人数上限は収容定員までかつ収容率の上限を 100% (大声なし) とすることを基本とするが、同一イベント等において、「大声あり」、「大声なし」のエリアを明確に区分して開催する場合の収容率の上限は、それぞれ、50% (大声あり)・100% (大声なし) とする。

- ・ それ以外の場合は、人数上限 5,000 人又は収容定員 50%のいずれか大きい方、かつ収容率の上限

を100%(削除)とすることを基本とする。この場合、都道府県が定める様式に基づく感染防止策等を記載したチェックリストを主催者等が作成・公表することとする。(削除)

(略)

- 4) 職場への出勤等 (略)
- 5) 学校等の取扱い (略)
- 6) その他共通的事項等 (略)

(6) 水際対策 (略)

(7) 医療提供体制の強化

- 1) 病床の確保、臨時の医療施設の整備 (略)
- 2) 自宅・宿泊療養者等への対応 (略)
- 3) 保健・医療人材の確保等

① 感染拡大時に臨時の医療施設をはじめとした病床・

50% (大声あり)・100% (大声なし)とすることを基本とする。この場合、都道府県が定める様式に基づく感染防止策等を記載したチェックリストを主催者等が作成・公表することとする。なお、同一イベント等において、「大声あり」、「大声なし」のエリアを明確に区分して開催する場合の収容率の上限は、それぞれ、50% (大声あり)・100% (大声なし) とする。

(略)

- 4) 職場への出勤等 (略)
- 5) 学校等の取扱い (略)
- 6) その他共通的事項等 (略)

(6) 水際対策 (略)

(7) 医療提供体制の強化

- 1) 病床の確保、臨時の医療施設の整備
- 2) 自宅・宿泊療養者等への対応 (略)
- 3) 保健・医療人材の確保等

① 感染拡大時に臨時の医療施設をはじめとした病床・

施設を円滑に稼働させるため、都道府県の保健・医療提供体制確保計画において、医療がひっ迫した際に応援派遣が可能な医療人材は、全国で約 2.7 千施設から医師約 2.1 千人、看護師約 4.0 千人であり、人材確保・配置調整等を一元的に担う体制を構築する。また、東京都においては、医療機関等からの派遣可能な具体的人員の事前登録制を進めることとしており、こうした取組を横展開する。

(略)

- 4) ITを活用した稼働状況の徹底的な「見える化」(略)
- 5) 更なる感染拡大時への対応 (略)

(8) 治療薬の実用化と確保

1) 治療薬の実用化に向けた取組

新型コロナウイルス感染症の治療薬については、国産経口薬を含め、開発費用として1薬剤当たり最大約20億円を支援している。また、経口薬については、令和3年12月24日には「モルヌピラビル」が特例承認された。さらに、令和4年2月10日には経口薬「ニルマトレルビル／リトナビル」が特例承認され、それぞれ医療現場に供

施設を円滑に稼働させるため、都道府県の保健・医療提供体制確保計画において、医療がひっ迫した際に応援派遣が可能な医療人材は、全国で約 2 千施設から医師約 3 千人、看護師約 3 千人であり、人材確保・配置調整等を一元的に担う体制を構築する。また、東京都においては、医療機関等からの派遣可能な具体的人員の事前登録制を進めることとしており、こうした取組を横展開する。

(略)

- 4) ITを活用した稼働状況の徹底的な「見える化」(略)
- 5) 更なる感染拡大時への対応 (略)

(8) 治療薬の実用化と確保

1) 治療薬の実用化に向けた取組

新型コロナウイルス感染症の治療薬については、国産経口薬を含め、開発費用として1薬剤当たり最大約20億円を支援している。また、経口薬については、令和3年12月24日には「モルヌピラビル」が特例承認された。さらに、令和4年2月10日には経口薬「ニルマトレルビル／リトナビル」が特例承認され、それぞれ医療現場に供

給されている。さらに、開発中の治療薬の実用化をさらに加速化するため、既に補助対象として採択されている2社に対して最大約115億円の緊急追加支援を行った。加えて、経口薬「エンシトレルビル」が、同年11月22日に緊急承認され、医療現場に供給されている。

2) 治療薬の確保に向けた取組

(略)

⑤ 「エンシトレルビル」については、200万人分を確保し、その全てが納入されている。重症化リスク因子のない軽症から中等症の患者に幅広く投与が可能であるが、併用禁忌の薬剤があることや妊婦等には投与ができないことから、こうした点を注意しつつ円滑に投与できる体制を構築していく。

(9) 経済・雇用対策

「物価高克服・経済再生実現のための総合経済対策」(令和4年10月28日閣議決定)及びそれを具体化する令和4年度第2次補正予算について、進捗管理を徹底し、迅速かつ着実に実行すること等により、新型コロナウイルス対応に万全を期すとともに、足下の物価高などの難局を乗り越

給されている。さらに、開発中の治療薬の実用化をさらに加速化するため、既に補助対象として採択されている2社に対して最大約115億円の緊急追加支援を行った。加えて、経口薬「エンシトレルビル」が、同年11月22日に緊急承認されたところである。

2) 治療薬の確保に向けた取組

(略)

⑤ 「エンシトレルビル」については、100万人分を確保し、その全てが納入されている。重症化リスク因子のない軽症から中等症の患者に幅広く投与が可能であるが、併用禁忌の薬剤があることや妊婦等には投与ができないことから、こうした点を注意しつつ円滑に投与できる体制を構築していく。

(9) 経済・雇用対策

(新設)新型コロナウイルス対応に万全を期すとともに、足下の物価高などの難局を乗り越え、未来に向けて日本経済を持続可能で一段高い成長経路に乗せ、日本経済の再生を図るべく、「物価高克服・経済再生実現のための総合経済対策」(令和4年10月28日閣議決定)を迅速かつ着実に実

<p>え、<u>(削除) 日本経済を本格的な経済回復、そして新たな経済成長の軌道に乗せていく。(削除)</u></p> <p>(10) その他重要な留意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 偏見・差別等への対応、社会課題への対応等 (略) 2) 関係機関との連携の推進 (略) 3) 社会機能の維持 (略) <p>(別添) 事業の継続が求められる事業者 (略)</p>	<p>行する。<u>そのため、裏付けとなる令和4年度第2次補正予算の早期成立に全力で取り組む。</u></p> <p>(10) その他重要な留意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 偏見・差別等への対応、社会課題への対応等 (略) 2) 関係機関との連携の推進 (略) 3) 社会機能の維持 (略) <p>(別添) 事業の継続が求められる事業者 (略)</p>
---	---

「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけについて」概要 (令和5年1月27日 厚生科学審議会感染症部会)

第22回新型コロナウイルス感染症対策分科会
第31回基本的対処方針分科会
(令和5年1月27日)

資料
5-1

1. 新型コロナの感染症法上の位置づけの変更

- 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は、感染症法に基づく私権制限に見合った「国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれ」がある状態とは考えられないことから、**新型インフルエンザ等感染症に該当しないものとし、5類感染症に位置づけるべき。**

2. 変更にあたっての留意点

- 位置づけの変更は、私権制限を解除するものであるため、速やかに行うことが望ましいが、変更に伴う各種対策の転換は、国民ひとりひとりの生活や、各企業や医療機関の取組、地方行政に大きな影響を及ぼすこととなるため、**今後3カ月程度の準備期間を置いた上で行うべき。**
今後は、季節性インフルエンザにおける診療体制を念頭に、医療体制等を構築していくことを目指すが、**位置づけの変更後も、影響を緩和するための期間を設け、必要な準備を進めながら段階的な移行を行うべき。**
- 今後も感染拡大が生じうることを想定して、高齢者など重症化リスクの高い者を守ることも念頭に、必要な感染対策は講じていくべき。丁寧なリスクコミュニケーションを行いつつ、ご理解を得ながら**国民、企業等での自主的な判断や取組にご協力いただくことが重要。**
- 影響を緩和するための段階的な移行については、今後政府による検討が必要であり、具体案をできるだけ早期に示していくことが必要。
- 今後、オミクロン株とは大きく病原性が異なる変異株が出現するなど、科学的な前提が異なる状況になれば、ただちに対応を見直すべき。

「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけについて」概要 (令和5年1月27日 厚生科学審議会感染症部会)

2. 変更にあたっての留意点 (続き)

(1) 患者等への対応

- ・ 位置づけの変更後は感染症法に基づく入院等の措置は終了することになるとともに、こうした一定の行動制限に伴って行ってきた外来・入院の自己負担分の公費支援については、影響を緩和するための措置により、段階的に移行していくべき。

(2) 医療提供体制

- ・ 感染拡大時には、多くの患者が発生する中で、コロナ患者を受け入れる医療機関が限定されていることにより、そこに負荷がかかり逼迫することとなった。入院や外来の取扱いについては、原則として、インフルエンザなど他の疾病と同様となることから、幅広い医療機関でコロナ患者が受診できるよう、必要となる感染対策や準備を講じつつ段階的に移行していくべき。

(3) サーベイランス

- ・ 位置づけの変更後も、流行を繰り返すことが想定されることから、発生動向の正確な把握は引き続き重要。

患者毎の届出（発生届）は終了し、患者の発生動向については定点サーベイランスに移行するとともに、変異株の発生動向についてはゲノムサーベイランスを継続するなど、重層的なサーベイランス体制を構築し、監視体制を維持する方向で検討すべき。

「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけについて」概要 (令和5年1月27日 厚生科学審議会感染症部会)

2. 変更にあたっての留意点 (続き)

(4) 基本的な感染対策 (マスク、換気、手洗い等)

- ・ 引き続き、効果的な換気や手洗いなどの手指衛生の励行をお願いするべき。
- ・ マスクや換気等の基本的な感染対策については、行政が一律に適用すべきルールとして求めるのではなく、個人の主体的な選択を尊重すべき。
個人の判断に委ねることを基本とし、今では過剰とも言える感染対策はできる限り早期に見直しを行いつつ、新型コロナの特性を踏まえ、有効な方法について、引き続き丁寧に情報発信し、国民の理解と協力を得られるようにすべき。
- ・ 位置づけを変更したとしても、自主的な感染対策が不要となる訳ではない。
例えば、マスクについては、症状がある場合や家庭内に感染者がいる場合、高齢者など重症化リスクが高い者に感染を広げる可能性がある場合などには、有効であることを国民に向けて周知していくべき。
また、こうした者に該当しない場合でも、感染が大きく拡大している場合には適切なマスクの着用など、基本的な感染対策の徹底を呼びかけることを検討するべき。
- ・ 感染対策を実施するにあたっては、子どものすこやかな発育・発達の妨げにならないよう配慮が必要。
- ・ ハイリスク者を守るため、高齢者施設等における感染拡大を防ぐことができるよう、地域の支援も得つつ、感染対策に取り組むべき。

新型コロナウイルス感染症の 感染症法上の位置づけについて

令和5年1月27日

厚生科学審議会感染症部会

1. 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけに関する検討経緯と基本的考え方

- ・先般成立した改正感染症法案（※）の審議の過程で、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけについて速やかに検討する」旨の規定が追加されたこと、また、感染症法上の各種措置は、必要最小限の措置とされていることから、位置づけのあり方について検討してきた。

※感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律（令和4年法律第96号）

- ・令和4年11月より、厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボードの専門家により、わかりやすい考え方を深掘りすべく、議論が行われた。

病原性、感染力、変異の可能性等をどのように評価するか、またどのような医療提供体制が求められるのかという点について以下の意見があり、本部会でもこうした点を踏まえて検討した。

①新型コロナウイルス感染症に関する病原性、感染力、変異の可能性について

- ・オミクロン株については伝播性が非常に高いものの、発生初期と比較して重症度が低下している（※1）。他方で、高い伝播性により感染者が増加し、医療提供体制への負荷が高くなっているほか、死亡者が多くなっていることには留意が必要。
- ・現時点において変異株の性質が流行の動態に直接的に寄与する割合は低下している（※2）。他方で、免疫逃避能を有する変異株が確認されており、今後も新たな変異株が出現する可能性について留意が必要。

②新型コロナウイルス感染症の今後の法的位置づけや対策について

- ・適正な医療を提供し続けることが今後も重要課題であり、必要な準備を進めながら段階的に移行していくことが求められる（※3）。
- ・「強制的な手段の最小化」の観点から、感染症法に基づく行動制限等の措置の対象から新型コロナウイルス感染症を速やかに外すべき（※4）。

※1 「新型コロナウイルス感染症の特徴と中・長期的リスクの考え方」第110回（令和4年12月14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押谷先生・鈴木先生・西浦先生・脇田先生提出資料

※2 「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23報）」第111回（令和4年12月21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齋藤先生提出資料

※3 「新型コロナウイルス感染症対策に関する見解と感染症法上の位置付けに関する影響の考察」第113回（令和5年1月11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齋藤先生提出資料

※4 「今後の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策における倫理的法的社会的課題（ELSI）の観点からの提言」第113回（令和5年1月11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武藤先生提出資料

2. 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更

- ・新型コロナウイルス感染症（COVID-19）については、新型インフルエンザ等感染症として様々な対策を講じることにより、日本においては、諸外国と比べて、感染者数、死亡者数を抑えてきた。オミクロン株になってからは、感染がより広がりやすく、発生初期と比較して重症度が低下しており、ハイリスク者を守る対策に重点を置くことを目的として、患者の発生届の対象を高齢者など

4 類型に限定する等、対策を柔軟に見直してきた。また、検査を受けない方や、自己検査で陽性となっても行政に登録をしない方など、全ての患者の捕捉が難しくなっている。

- ・ 法律に基づく入院措置や外出自粛など、本来最小限とすべき私権制限を、多くの軽症患者を含めて、一律に適用可能な状態としておくことは適当ではない。また、過去の過剰な感染症対策が、差別を生んできた歴史にも留意する必要がある。
- ・ 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は、感染症法に基づく私権制限に見合った「国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれ」がある状態とは考えられないことから、新型インフルエンザ等感染症に該当しないものとし、5 類感染症に位置づけるべきである。
- ・ この位置付けの変更により、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染対策は、現在の「新型インフルエンザ等感染症」として、行政が様々な要請や関与をしていく仕組みから、今後は、季節性インフルエンザ等への対応と同様に、個人の選択を尊重することを基本とする考え方へと転換することになる。位置づけ変更の考え方や内容についての丁寧な説明や、必要な情報の提供に努めることが政府には求められる。
- ・ ただし、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は、一年を通じて複数回の流行があり、多くの感染者や死亡者が発生していることなど、他の 5 類感染症と異なる特徴や社会へのインパクトを有し、それにより新型コロナウイルス感染症以外の対応も含め、医療提供体制に影響が大きいことから、5 類感染症へは、国民の生命と健康を守りながら移行することが重要であり、次の点に留意して進めるべきである。

3. 変更にあたっての留意点

- ・位置づけの変更は、私権制限を解除するものであるため、速やかに行うことが望ましいが、変更に伴う各種対策の転換は、国民ひとりひとりの生活や、各企業や医療機関の取組、地方行政に大きな影響を及ぼすこととなるため、今後3か月程度の準備期間を置いた上で行うべきである。

また、今後は、季節性インフルエンザにおける診療体制を念頭に、医療体制等を構築していくことを目指すが、位置づけの変更後も、その影響を緩和するための期間を設け、必要な準備を進めながら段階的な移行を行うべきである。

- ・位置づけの変更により新型コロナウイルス感染症の特徴が変わるわけではないことから、今後も感染拡大が生じうることを想定して、高齢者や基礎疾患のある者など重症化リスクの高い者を守ることも念頭に、必要な感染対策は講じていくべきである。その際、国民の間で「今後感染対策は行わなくても良い」といった誤解や分断が起きないように丁寧なリスクコミュニケーションを行いつつ、ご理解を得ながら国民、企業、医療機関等での自主的な判断や取組にご協力いただくことが重要である。
- ・影響を緩和するための段階的な移行については、今後政府による検討が必要であり、具体案をできるだけ早期に示していくことが必要である。
- ・感染対策の変更やその時期等により、国によって変更後の流行のレベルに違いが見られるとの指摘があることを踏まえ、位置づけ変更後の流行のレベルをなるべく低く抑えるための取組みが、引き続き求められる。
- ・今後、オミクロン株とは大きく病原性が異なる変異株が出現するなど、科学的な前提が異なる状況になれば、ただちに対応を見直すべきである。

(1) 患者等への対応

- ・位置づけの変更後は感染症法に基づく入院等の措置は終了することになるとともに、こうした一定の行動制限に伴い行ってきた外来・入院の自己負担分の公費支援については、影響を緩和するための措置により、段階的に移行していくべきである。
- ・なお、影響を緩和するための措置の検討に当たって、医療費の自己負担が高額となることを懸念する意見や、他の疾病における費用負担との公平性を考慮すべきとの意見があった。
- ・また、重症化リスクの高い方の宿泊療養機能や、発熱患者等に対応する一定の相談機能は、今後も一定期間は必要との意見があった。

(2) 医療提供体制

- ・感染拡大時には、多くの患者が発生する中で、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる医療機関が限定されていることにより、そこに負荷がかかり逼迫することとなった。入院や外来の取扱いについては、原則として、インフルエンザなど他の疾病と同様となることから、幅広い医療機関で新型コロナウイルス感染症患者が受診できるよう、必要となる感染対策や準備を講じつつ段階的に移行していくべきである。
- ・なお、段階的な移行に当たっては、感染症の一つの疾患として対応できる状況にしていくことが望ましいが、発熱患者の受診体制や重症者に対する入院調整といった仕組み、高齢者施設等への検査・医療支援は一定期間継続できるようにすることが必要であるとの意見があった。
- ・また、新型インフルエンザ等特措法に基づく臨時の医療施設について、今後の取扱いについて検討すべきとの意見があった。

(3) サーベイランス

- ・位置づけの変更後も、流行を繰り返すことが想定されることから、発生動向の正確な把握は引き続き重要である。このため、患者の発生動向や変異株の発生動向などの重層的なサーベイランス体制を構築し、監視体制を維持する方向で検討が必要である。
- ・患者の発生動向把握については、現状を確認した上で、感染症法に基づく患者ごとの届出（発生届）は終了し、定点サーベイランスに移行することとし、速やかに具体的な実施方法を示す必要がある。
- ・新たな変異株等の発生を引き続き監視するため、新型コロナウイルスに対するゲノムサーベイランスについては、自治体の負担等にも配慮しつつ、継続する方向で検討すべきである。
- ・また、将来的なパンデミックに備えて、季節性インフルエンザウイルス、新型コロナウイルス感染症、RSウイルス感染症等を含む急性呼吸器感染症サーベイランスのあり方や、病原体サーベイランスのあり方等について、定点医療機関における負担等も考慮しながら本部会において検討を進める。

(4) 基本的な感染対策（マスク、換気、手洗い等）

- ・引き続き、効果的な換気や手洗いなどの手指衛生の励行をお願いするべきである。
- ・マスクや換気等の基本的な感染対策については、行政が一律に適用すべきルールとして求めるのではなく、個人の主体的な選択を尊重すべきである。個人の判断に委ねることを基本とし、今では過剰とも言える感染対策はできる限り早期に見直しを行いつつ、新型コロナウイルス感染症の特性を踏まえ、有効な方法について、引き続き丁寧に情報発信し、国民の理解と協力を得られるようにすべきである。

- ・位置づけを変更したとしても、自主的な感染対策が不要になる訳ではない。例えば、マスクについては、症状がある場合や家庭内に感染者がいる場合、高齢者など重症化リスクが高い者に感染を広げる可能性がある場合などには、有効であることを国民に向けて周知していくべきである。また、こうした者に該当しない場合でも、感染が大きく拡大している場合には適切なマスクの着用など、基本的な感染対策の徹底を呼びかけることを検討するべきである。
- ・感染対策を実施するに当たっては、子どものすこやかな発育・発達の妨げにならないよう配慮が必要である。
- ・ハイリスク者を守るため、高齢者施設等における感染拡大を防ぐことができるよう、地域の支援も得つつ、感染対策に取り組むべきである。

新規陽性者数の推移等 (HER-SYSデータ)

1

(目次)

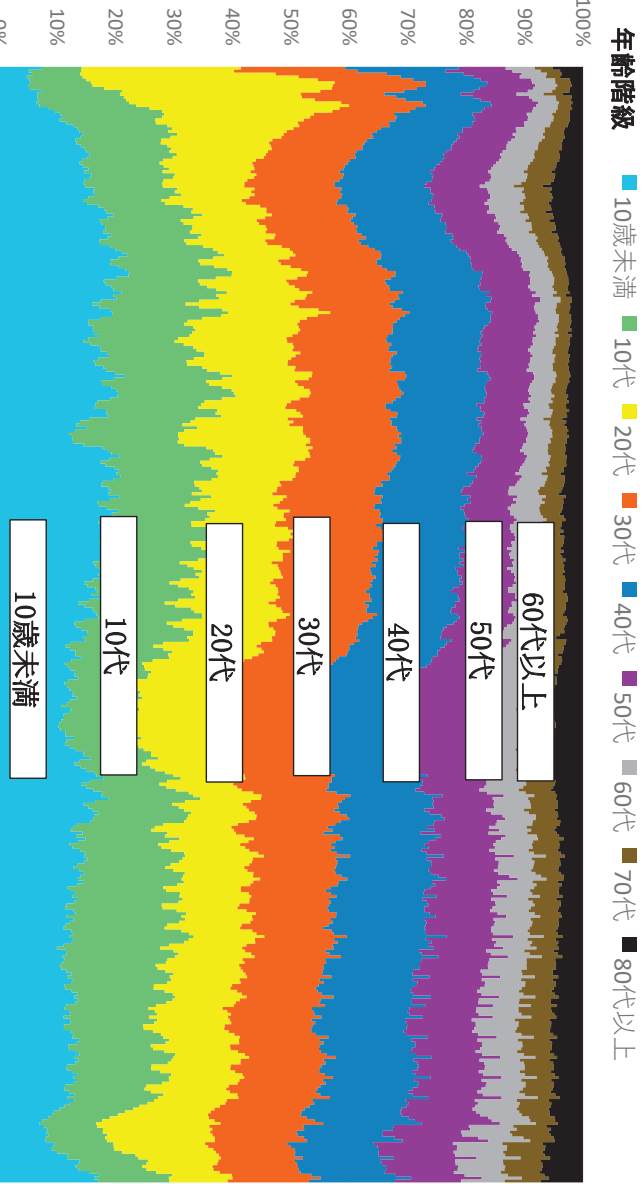
- ①年代別新規陽性者の割合・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
- ②都道府県別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移(10歳刻み)・・・・・・ 9
- ③保健所別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移・・・・・・・・・・・・・・・・ 34

2

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の。（全国）

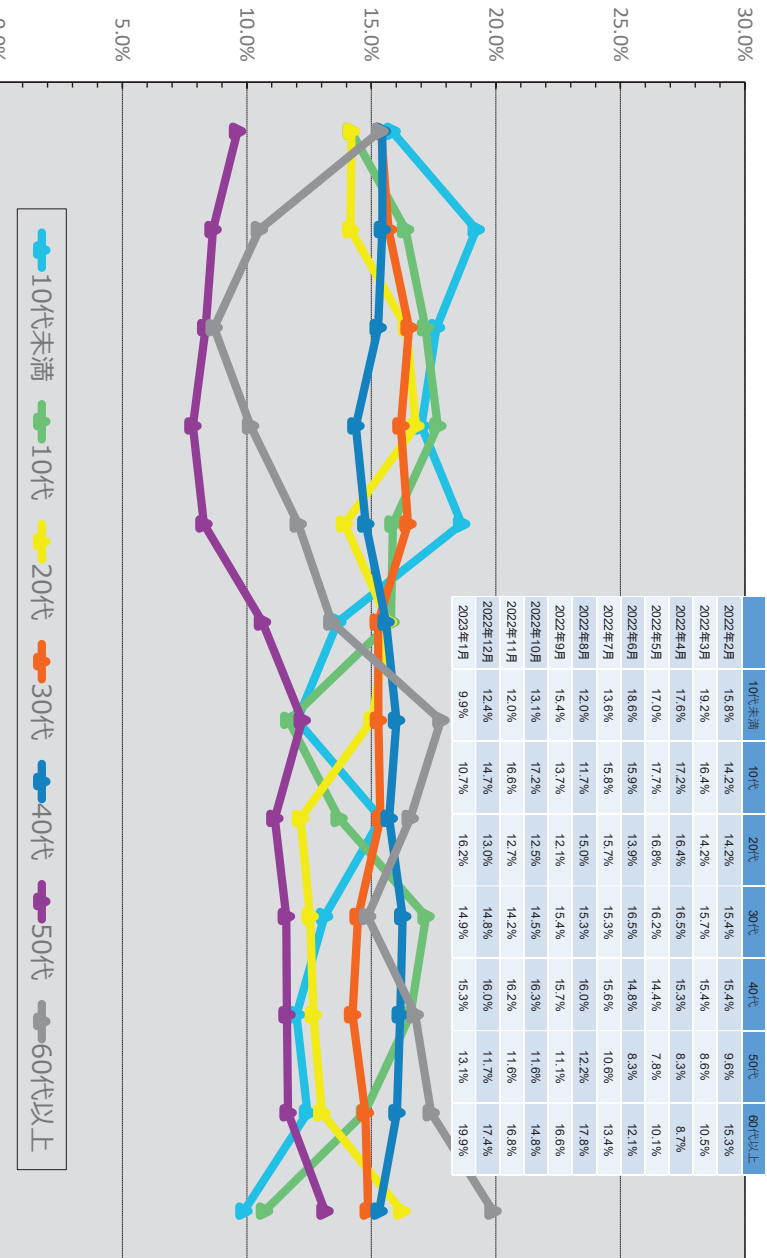
○ 1月の平均値では、10代未満が10%程度、10代が11%程度、20代が16%程度、30代が15%程度、40代が15%程度、50代は13%程度となっており、20代以下で約4割を占めている。



*1/24 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。

【月次】年代別新規陽性者の割合（報告日別、HER-SYSデータ）

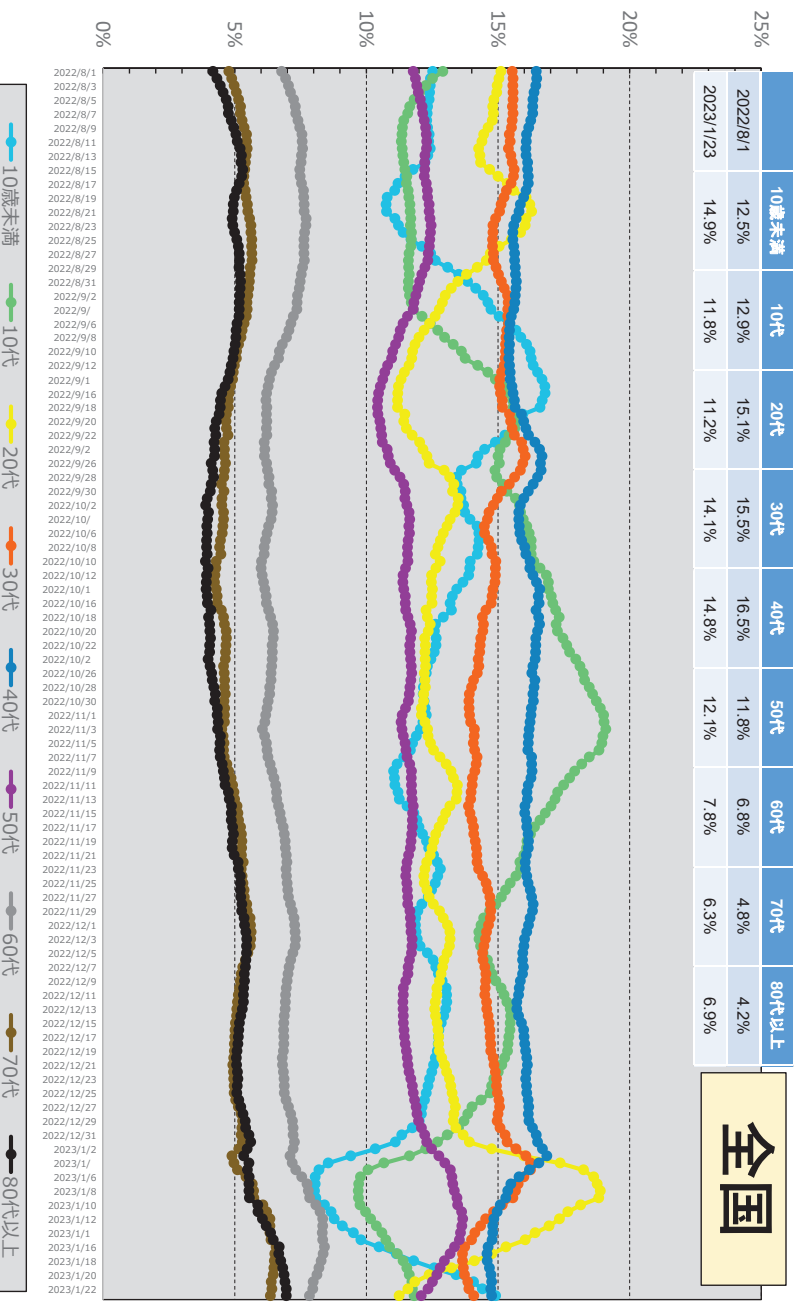
○ **新規陽性者に占める各年代の割合**を時系列で整理したものの。（全国、月次化）



*1/24 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。※1月は1/23までの数字を計上
*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。

【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を。（全国、日次化）

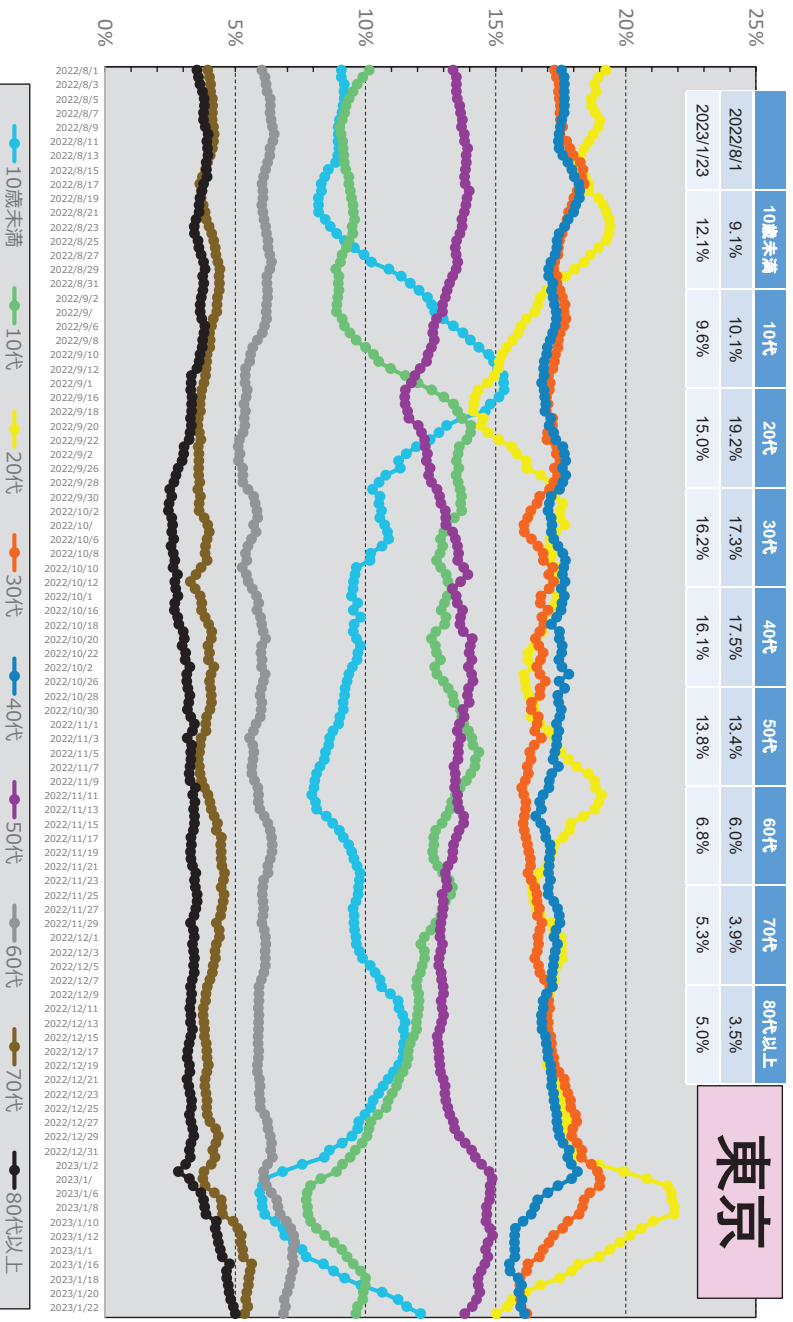


*1/24 9:00時点の入カデータを基に算出。年齢不詳は除いている。
*各月の割合は、7日間移動平均の値を用いて各月の陽性者数を累積化した上で、各年代別の割合を算出している。

5

【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を。（東京、日次化）

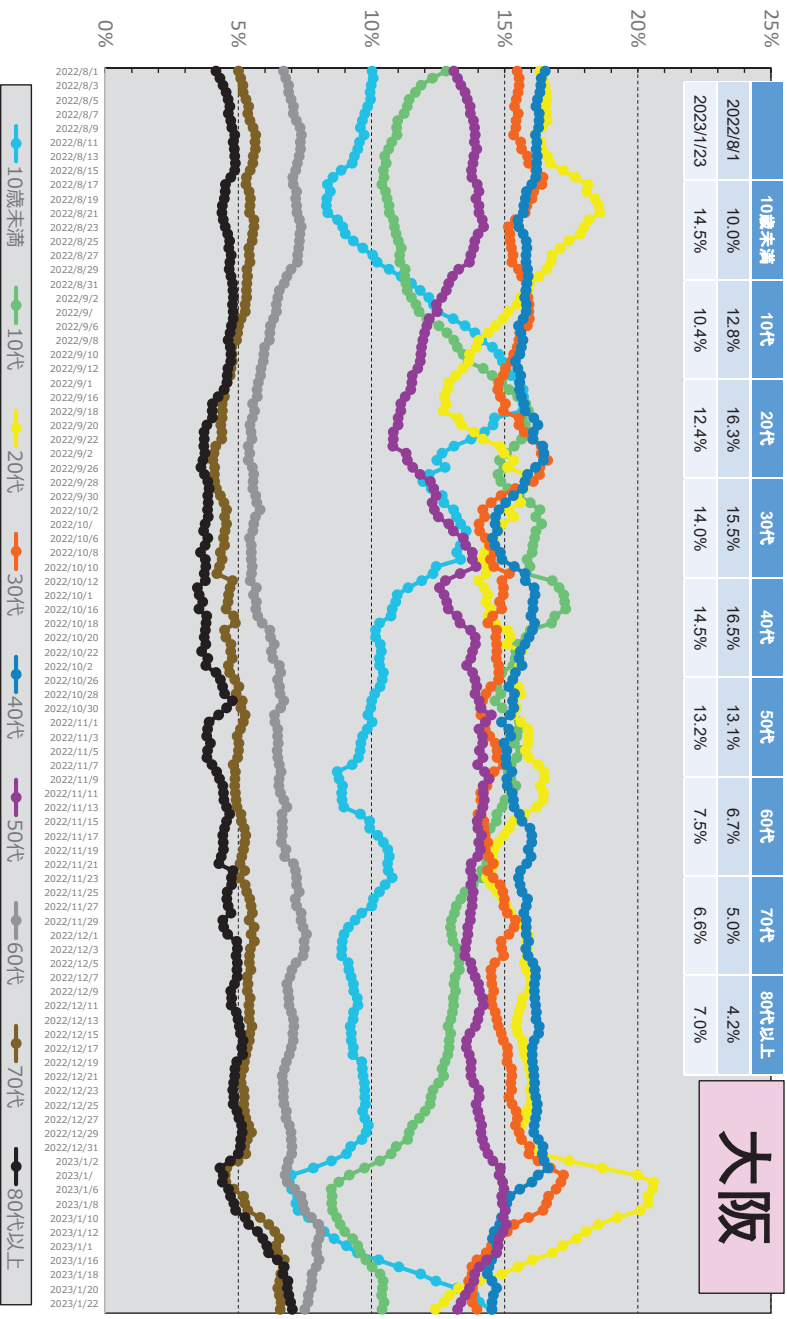


*1/24 9:00時点の入カデータを基に算出。年齢不詳は除いている。
*各月の割合は、7日間移動平均の値を用いて各月の陽性者数を累積化した上で、各年代別の割合を算出している。

6

【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の。（大阪、日次化）

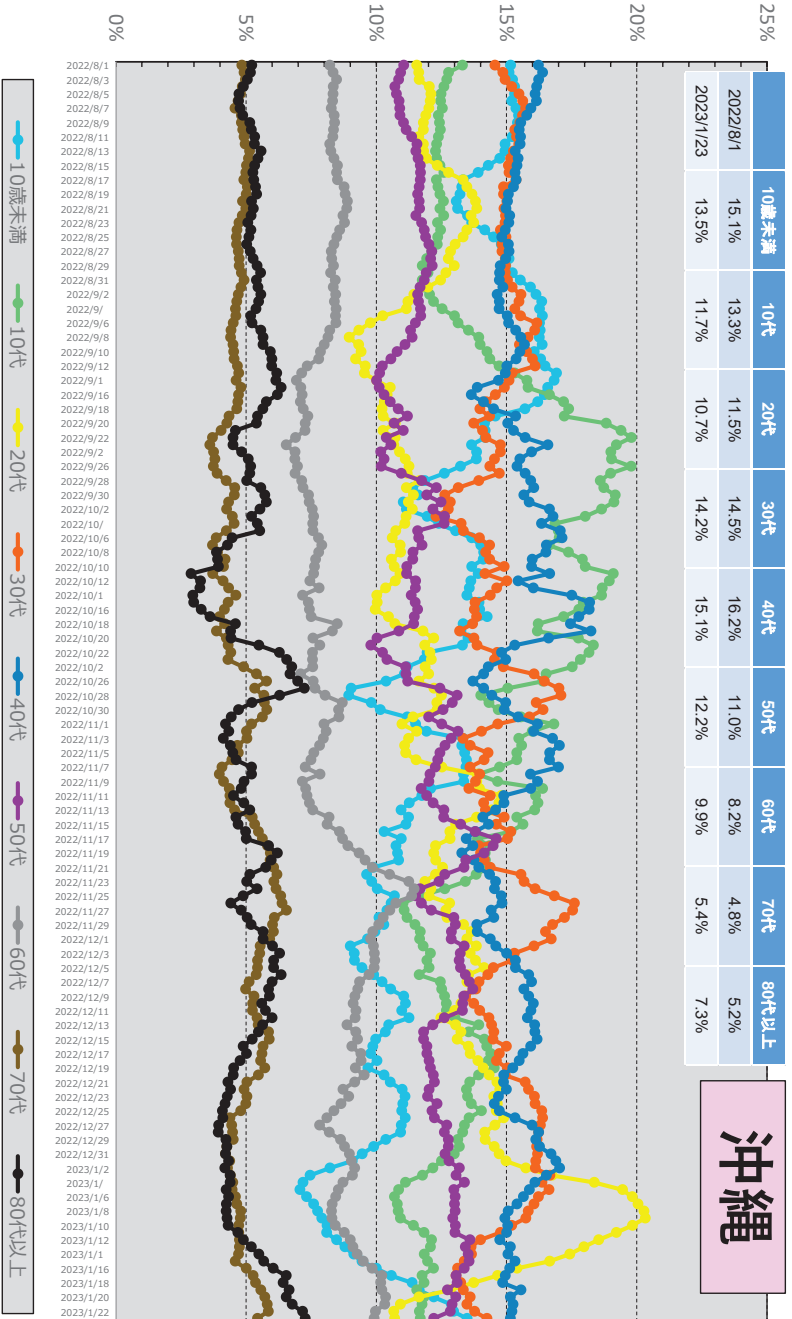


* 1/24 9:00時点の入カデータを基に算出。年齢不詳は除いている。
* 各月の割合は、7日間移動平均の値を用いて各月の陽性者数を累積化した上で、各年代別の割合を算出している。

7

【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の。（沖縄、日次化）

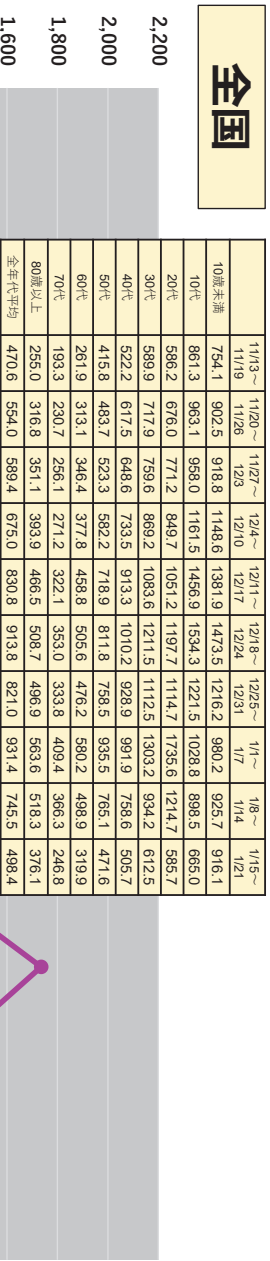


* 1/24 9:00時点の入カデータを基に算出。年齢不詳は除いている。
* 各月の割合は、7日間移動平均の値を用いて各月の陽性者数を累積化した上で、各年代別の割合を算出している。

8

都道府県別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (年代別、HER-SYSデータ)

○ 年代別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数を時系列で整理したもの。(10歳刻み)



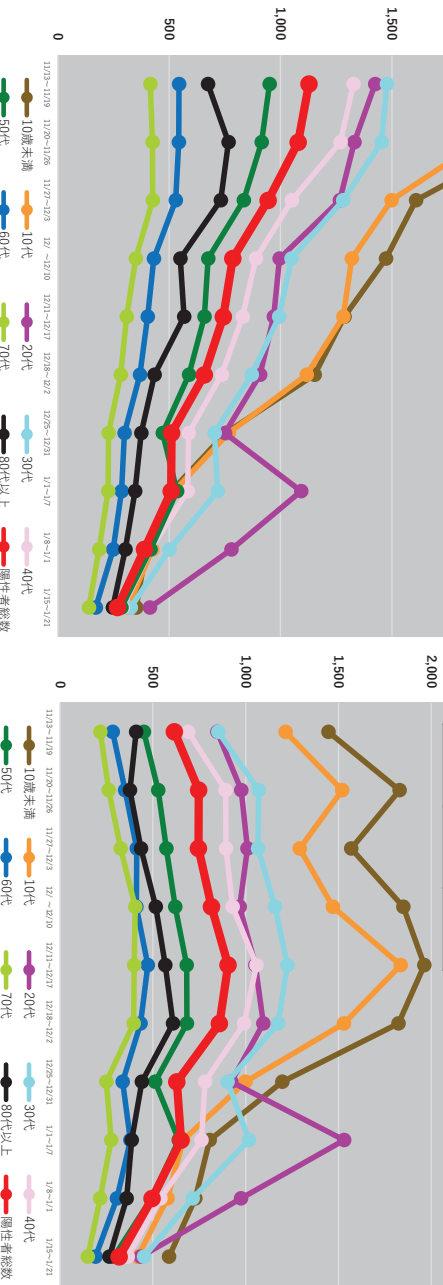
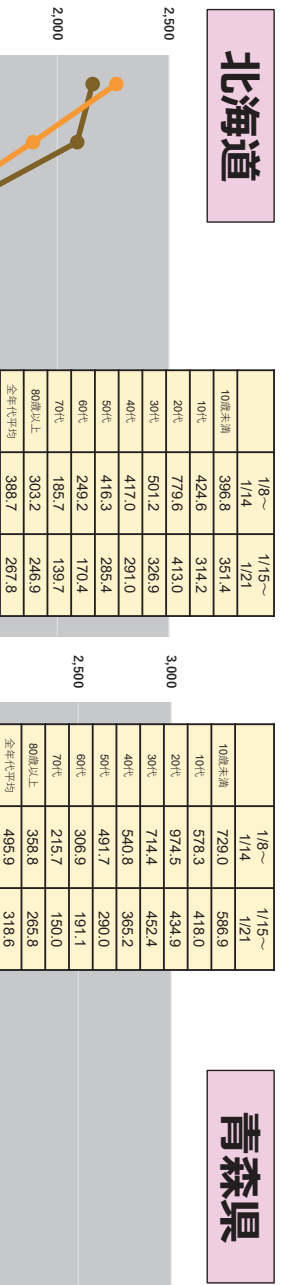
(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各年齢階層に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。

(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)

*1/24 9:00時点の入力データを基に算出 *日次報告数をもとに算出。広島県は1日ずれた形での報告となっている。

都道府県別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (年代別、HER-SYSデータ)

○ 年代別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数を時系列で整理したもの。(10歳刻み)



(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各年齢階層に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。

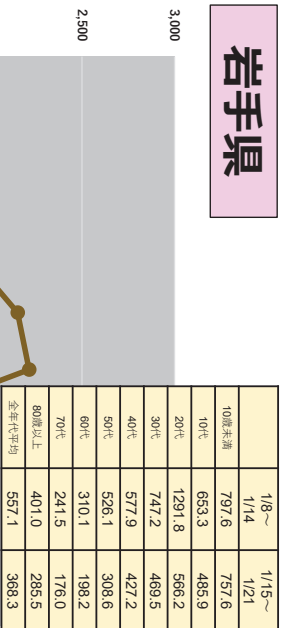
(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)

*1/24 9:00時点の入力データを基に算出 *日次報告数をもとに算出。広島県は1日ずれた形での報告となっている。

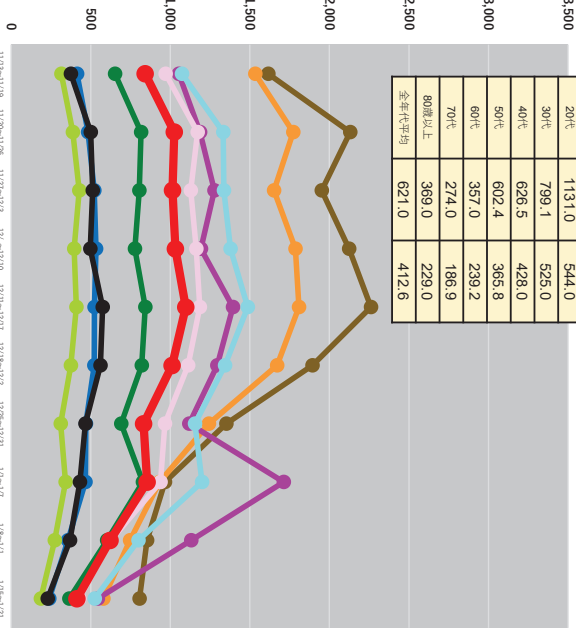
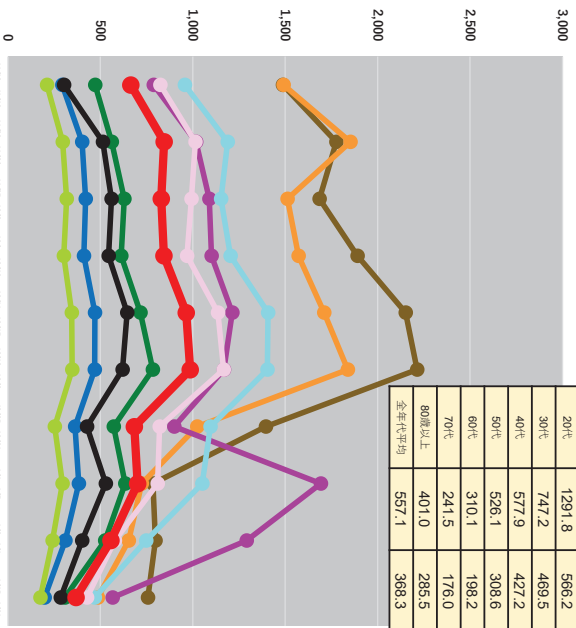
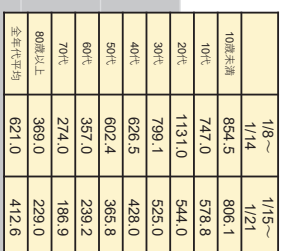
都道府県別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (年代別、HER-SYSデータ)

○ 年代別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数を時系列で整理したもの。(10歳刻み)

岩手県



宮城県



(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各年齢階層に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。
(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)

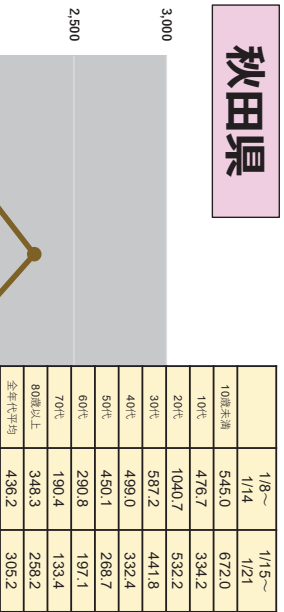
* 1/24 9:00時点の入力データを基に算出 * 日次報告数をもとに算出。広島県は1日ずれた形での報告となっている。

11

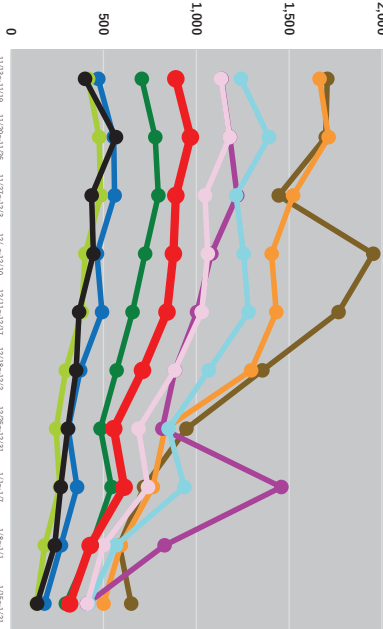
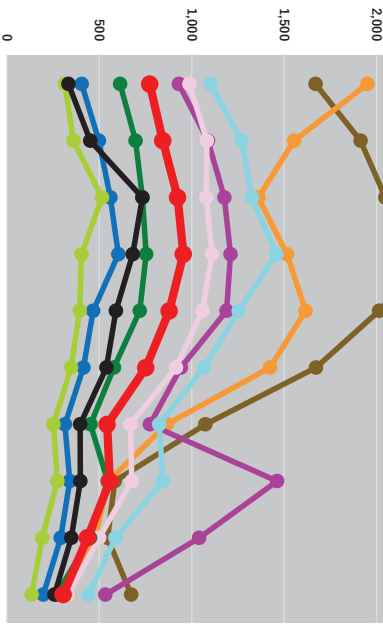
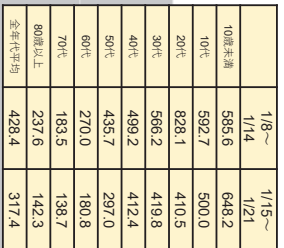
都道府県別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (年代別、HER-SYSデータ)

○ 年代別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数を時系列で整理したもの。(10歳刻み)

秋田県



山形県



(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各年齢階層に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。
(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)

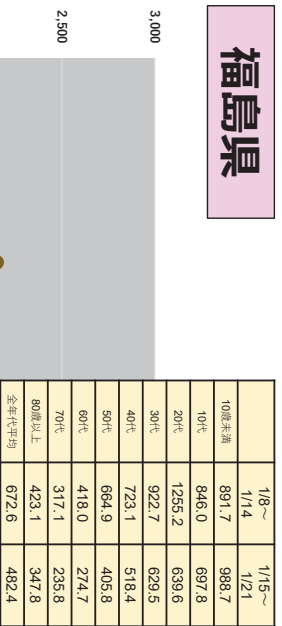
* 1/24 9:00時点の入力データを基に算出 * 日次報告数をもとに算出。広島県は1日ずれた形での報告となっている。

12

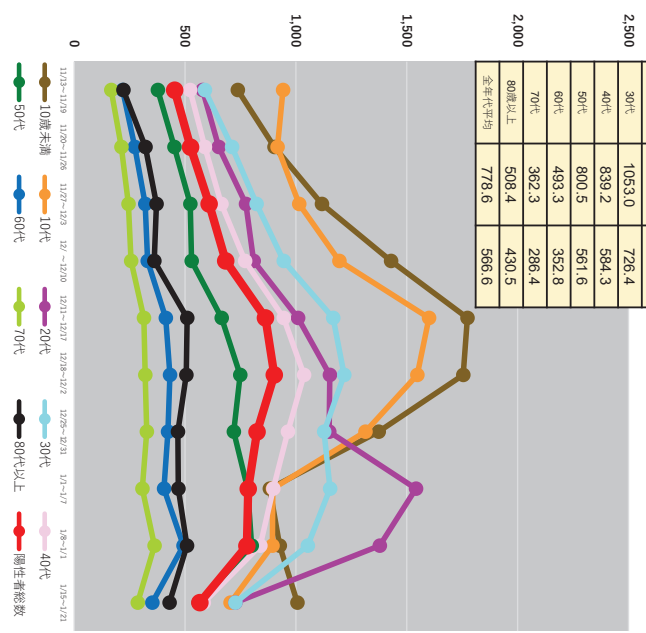
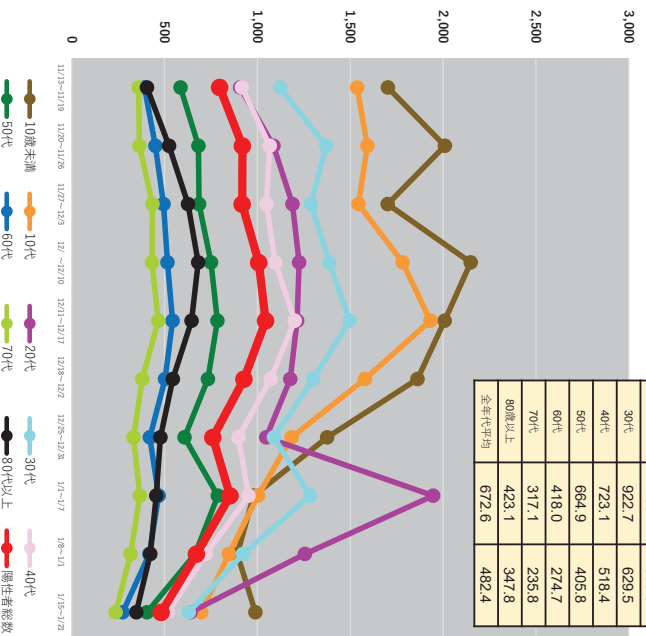
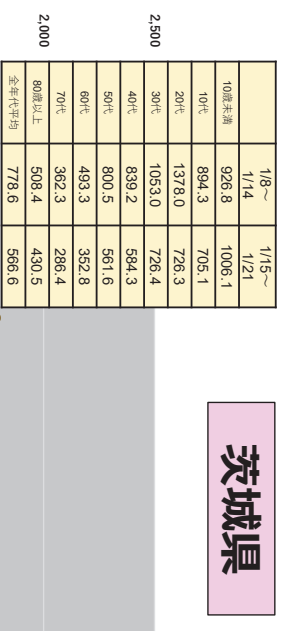
都道府県別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (年代別、HER-SYSデータ)

○ 年代別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数を時系列で整理したもの。(10歳刻み)

福島県



茨城県



(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各年齢階層に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。

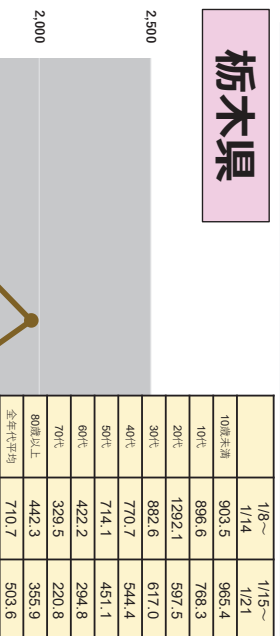
(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)

*1/24 9:00時点の入力データを基に算出 * 日次報告数をもとに算出。広島県は1日ずれた形式での報告となっている。

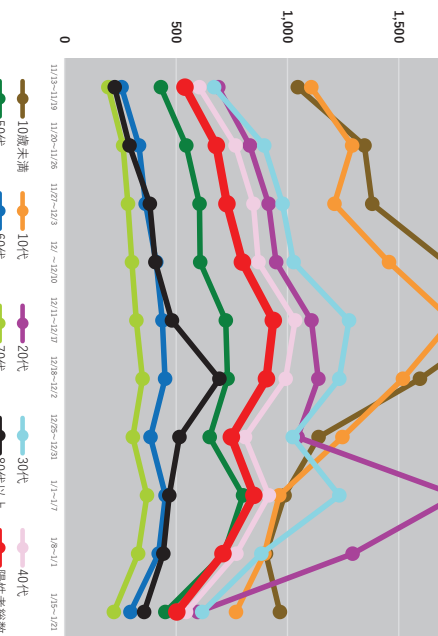
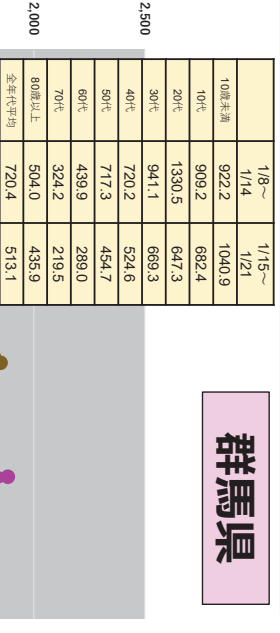
都道府県別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (年代別、HER-SYSデータ)

○ 年代別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数を時系列で整理したもの。(10歳刻み)

栃木県



群馬県



(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各年齢階層に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。

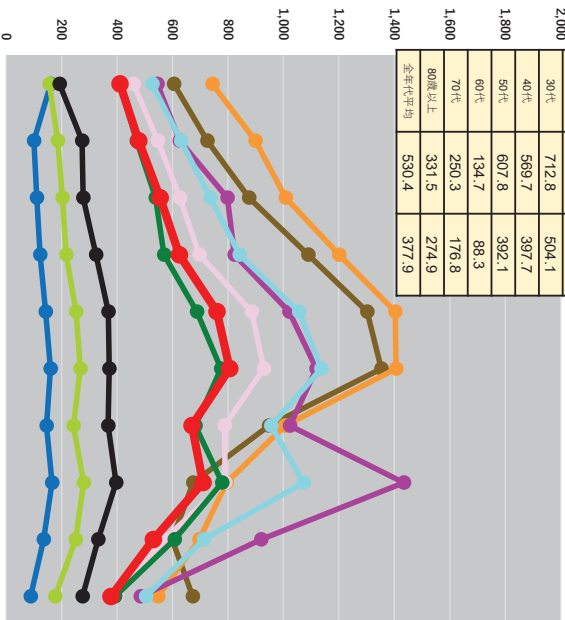
(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)

*1/24 9:00時点の入力データを基に算出 * 日次報告数をもとに算出。広島県は1日ずれた形式での報告となっている。

都道府県別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (年代別、HER-SYSデータ)

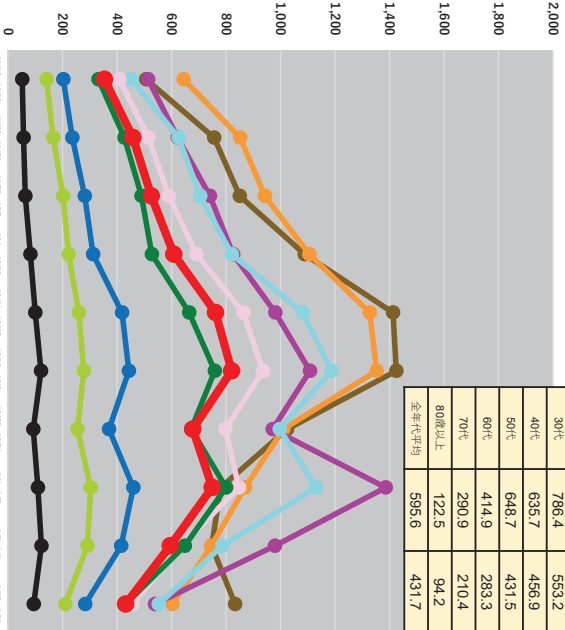
○ 年代別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数を時系列で整理したもの。(10歳刻み)

	1/8～	1/15～
10歳未満	598.4	672.5
10代	696.6	548.0
20代	919.6	484.9
30代	712.8	504.1
40代	659.7	397.7
50代	607.8	392.1
60代	134.7	88.3
70代	250.3	176.8
80歳以上	331.5	274.9
全年代平均	530.4	377.9



埼玉県

	1/8～	1/15～
10歳未満	747.6	833.3
10代	745.4	603.5
20代	979.4	538.7
30代	786.4	553.2
40代	635.7	456.9
50代	648.7	431.5
60代	414.9	283.3
70代	290.9	210.4
80歳以上	122.5	94.2
全年代平均	595.6	431.7



千葉県

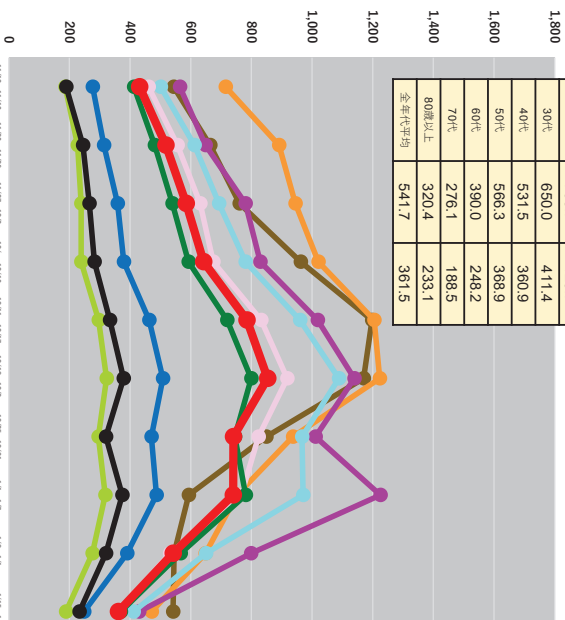
(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各年齢階層に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。
(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)

* 1/24 9:00時点の入力データを基に算出 * 日次報告数をもとに算出。広島県は1日ずれた形式での報告となっている。

都道府県別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (年代別、HER-SYSデータ)

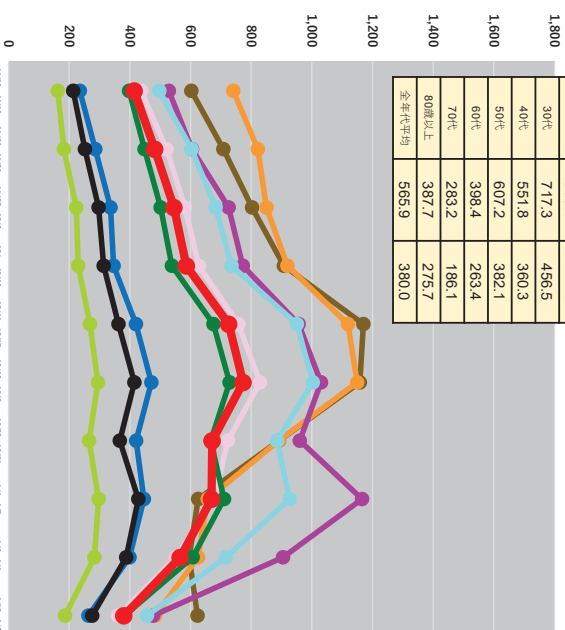
○ 年代別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数を時系列で整理したもの。(10歳刻み)

	1/8～	1/15～
10歳未満	544.9	541.4
10代	648.3	471.3
20代	798.7	429.7
30代	650.0	411.4
40代	531.5	360.9
50代	566.3	368.9
60代	390.0	248.2
70代	276.1	188.5
80歳以上	320.4	233.1
全年代平均	541.7	361.5



東京都

	1/8～	1/15～
10歳未満	595.4	623.0
10代	624.9	482.9
20代	905.1	477.1
30代	717.3	456.5
40代	551.8	360.3
50代	607.2	382.1
60代	398.4	263.4
70代	283.2	186.1
80歳以上	387.7	275.7
全年代平均	565.9	380.0



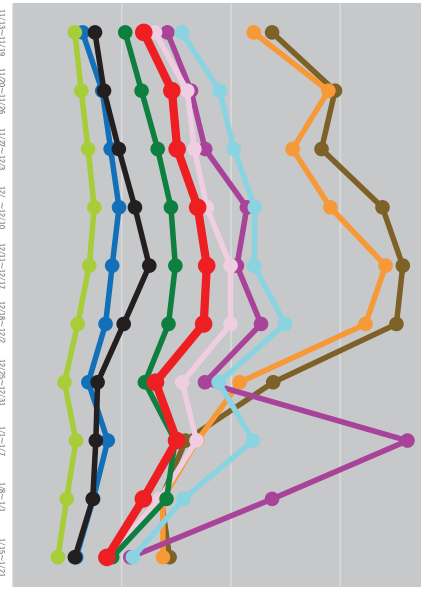
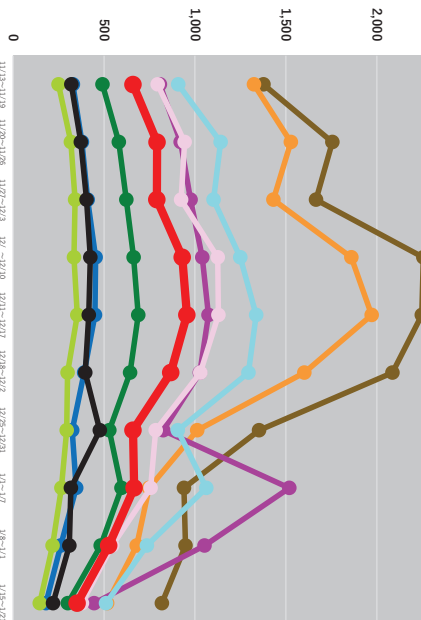
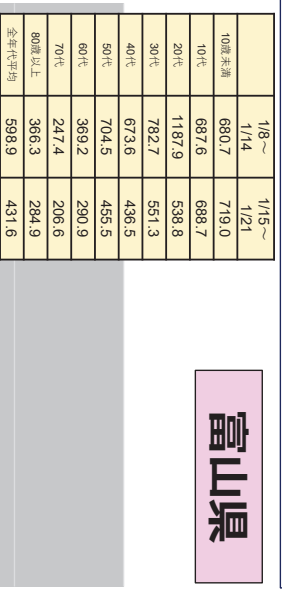
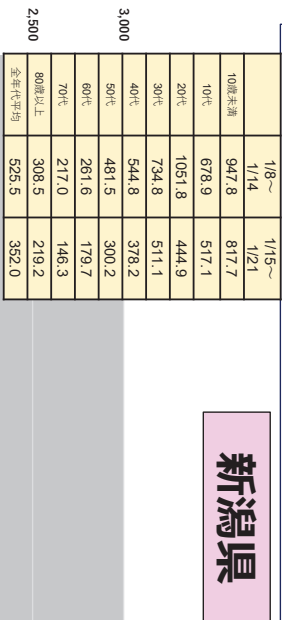
神奈川県

(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各年齢階層に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。
(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)

* 1/24 9:00時点の入力データを基に算出 * 日次報告数をもとに算出。広島県は1日ずれた形式での報告となっている。

都道府県別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (年代別、HER-SYSデータ)

○ 年代別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数を時系列で整理したもの。(10歳刻み)

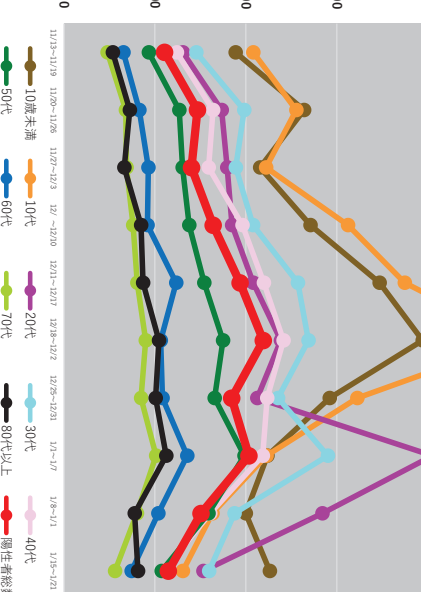
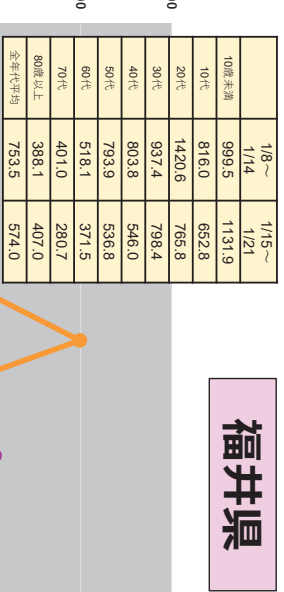
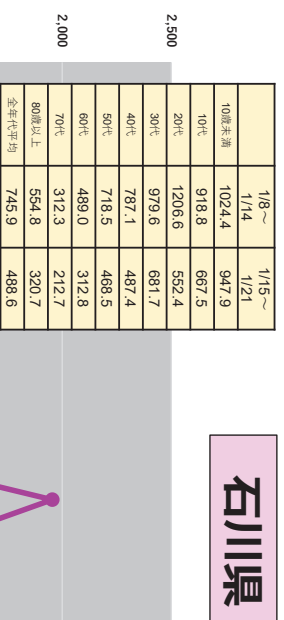


(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各年齢階層に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。
(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)

* 1/24 9:00時点の入力データを基に算出 * 日次報告数をもとに算出。広島県は1日ずれた形での報告となっている。

都道府県別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (年代別、HER-SYSデータ)

○ 年代別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数を時系列で整理したもの。(10歳刻み)



(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各年齢階層に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。
(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)

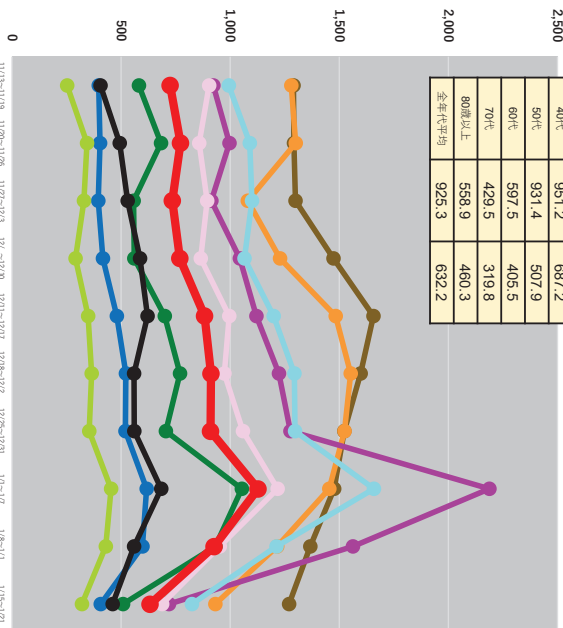
* 1/24 9:00時点の入力データを基に算出 * 日次報告数をもとに算出。広島県は1日ずれた形での報告となっている。

都道府県別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (年代別、HER-SYSデータ)

○ 年代別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数を時系列で整理したもの。(10歳刻み)

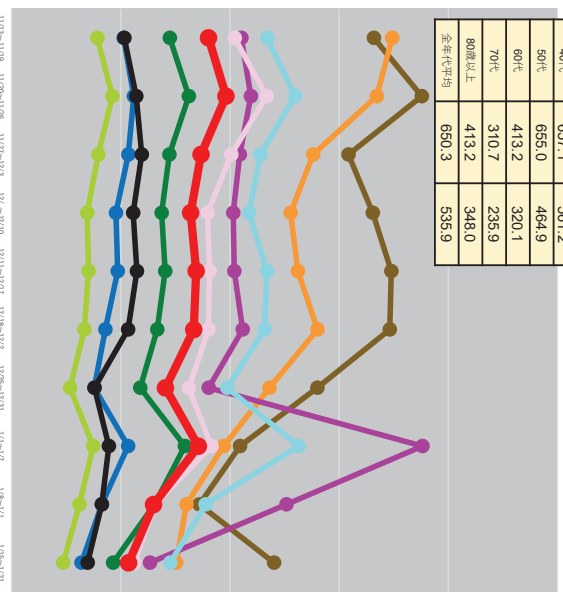
山梨県

	1/8～ 1/14	1/15～ 1/21
10歳未満	1366.8	1269.3
10代	1214.7	931.6
20代	1562.4	718.7
30代	1211.3	823.7
40代	951.2	697.2
50代	931.4	507.9
60代	597.5	405.5
70代	429.5	319.8
80歳以上	558.9	460.3
全年代平均	925.3	632.2



長野県

	1/8～ 1/14	1/15～ 1/21
10歳未満	860.1	1202.1
10代	800.5	753.5
20代	1258.4	633.7
30代	888.3	726.8
40代	657.1	561.2
50代	655.0	464.9
60代	413.2	320.1
70代	310.7	235.9
80歳以上	413.2	348.0
全年代平均	650.3	535.9



(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各年齢階層に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。
(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)
*1/24 9:00時点の入力データを基に算出 *日次報告数をもとに算出。広島県は1日ずれた形での報告となっている。

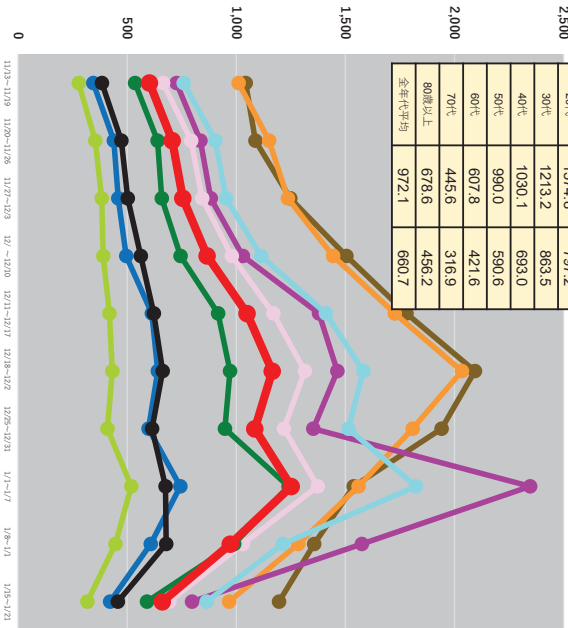
19

都道府県別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (年代別、HER-SYSデータ)

○ 年代別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数を時系列で整理したもの。(10歳刻み)

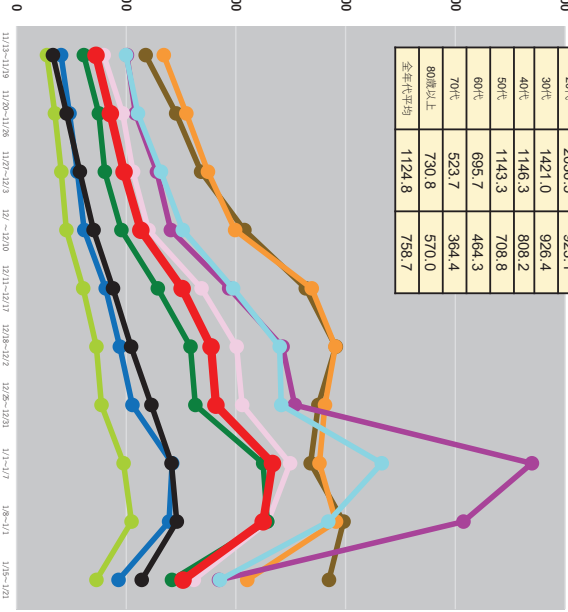
岐阜県

	1/8～ 1/14	1/15～ 1/21
10歳未満	1357.0	1195.4
10代	1233.5	987.1
20代	1574.8	797.2
30代	1213.2	863.5
40代	1030.1	693.0
50代	990.0	590.6
60代	607.8	421.6
70代	445.6	316.9
80歳以上	678.6	456.2
全年代平均	972.1	660.7



静岡県

	1/8～ 1/14	1/15～ 1/21
10歳未満	1490.5	1423.7
10代	1456.5	1051.9
20代	2036.5	923.1
30代	1421.0	926.4
40代	1146.3	808.2
50代	1143.3	708.8
60代	695.7	464.3
70代	523.7	364.4
80歳以上	730.8	570.0
全年代平均	1124.8	786.7



(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各年齢階層に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。
(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)
*1/24 9:00時点の入力データを基に算出 *日次報告数をもとに算出。広島県は1日ずれた形での報告となっている。

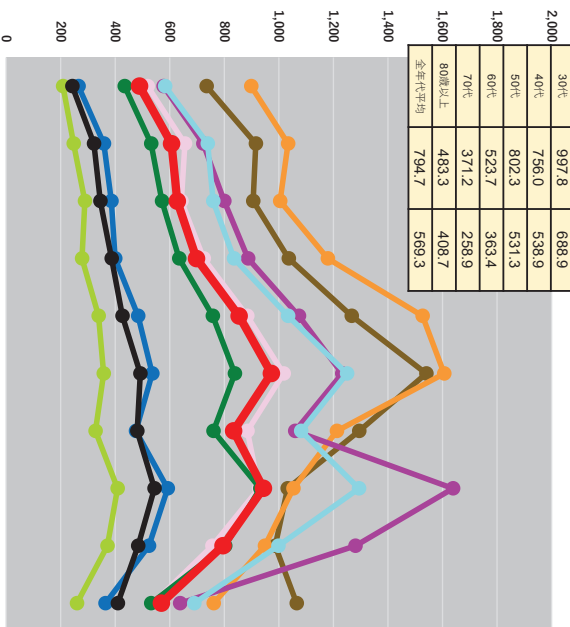
20

都道府県別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (年代別、HER-SYSデータ)

○ 年代別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数を時系列で整理したもの。(10歳刻み)

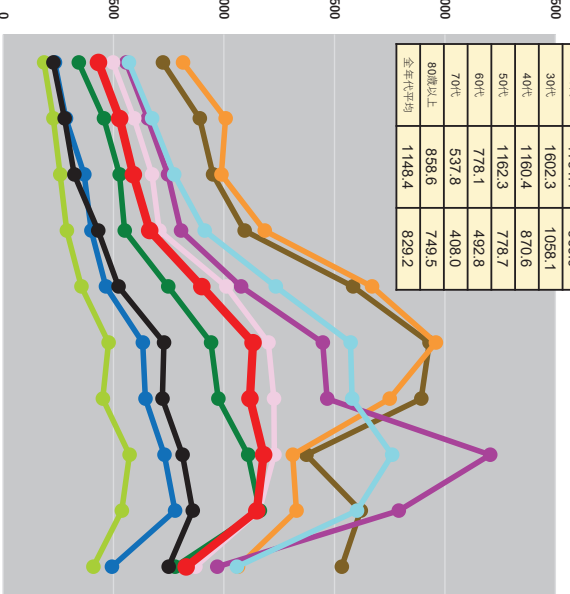
	1/8～ 1/14	1/15～ 1/21
10歳未満	986.4	1065.2
10代	948.4	760.9
20代	1280.5	637.4
30代	997.8	688.9
40代	766.0	538.9
50代	802.3	531.3
60代	523.7	363.4
70代	371.2	258.9
80歳以上	483.3	408.7
全年代平均	794.7	569.3

愛知県



	1/8～ 1/14	1/15～ 1/21
10歳未満	1618.6	1533.0
10代	1328.1	1062.9
20代	1791.1	969.0
30代	1602.3	1058.1
40代	1160.4	870.6
50代	1162.3	778.7
60代	778.1	492.8
70代	537.8	408.0
80歳以上	858.6	749.5
全年代平均	1148.4	829.2

三重県



1/13-1/19 1/20-1/26 1/27-1/29 1/30-1/20 1/21-1/27 1/28-1/22 1/23-1/23 1/24-1/27 1/28-1/21 1/29-1/21

10歳未満 10代 20代 30代 40代 50代 60代 70代 80代以上 陽性者総数

(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各年齢階層に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。

(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)

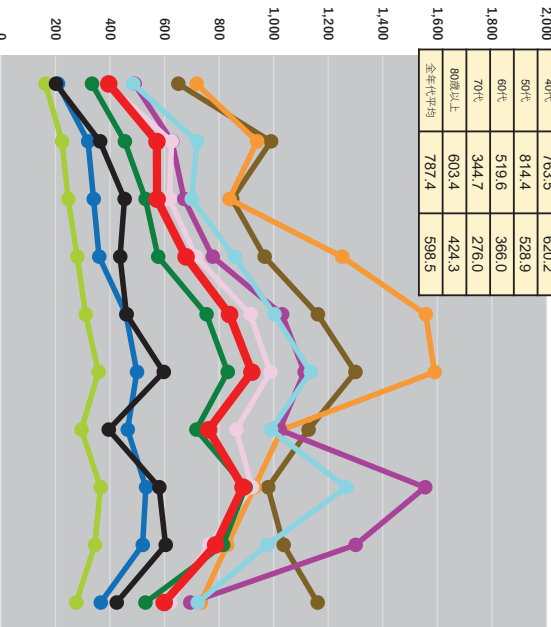
*1/24 9:00時点の入力データを基に算出 * 日次報告数をもとに算出。広島県は1日ずれた形での報告となっている。

都道府県別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (年代別、HER-SYSデータ)

○ 年代別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数を時系列で整理したもの。(10歳刻み)

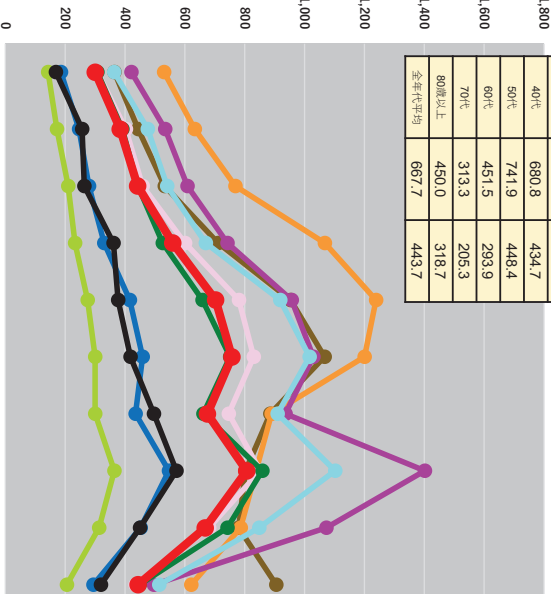
	1/8～ 1/14	1/15～ 1/21
10歳未満	1035.9	1160.9
10代	829.7	732.4
20代	1300.4	693.3
30代	975.9	721.5
40代	763.5	620.2
50代	814.4	528.9
60代	519.6	366.0
70代	344.7	276.0
80歳以上	603.4	424.3
全年代平均	787.4	598.5

滋賀県



	1/8～ 1/14	1/15～ 1/21
10歳未満	779.3	905.0
10代	786.0	620.8
20代	1072.9	495.8
30代	848.5	513.7
40代	690.8	434.7
50代	741.9	448.4
60代	451.5	293.9
70代	313.3	205.3
80歳以上	450.0	318.7
全年代平均	667.7	443.7

京都府



1/13-1/19 1/20-1/26 1/27-1/29 1/30-1/20 1/21-1/27 1/28-1/22 1/23-1/23 1/24-1/27 1/28-1/21 1/29-1/21

10歳未満 10代 20代 30代 40代 50代 60代 70代 80代以上 陽性者総数

(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各年齢階層に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。

(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)

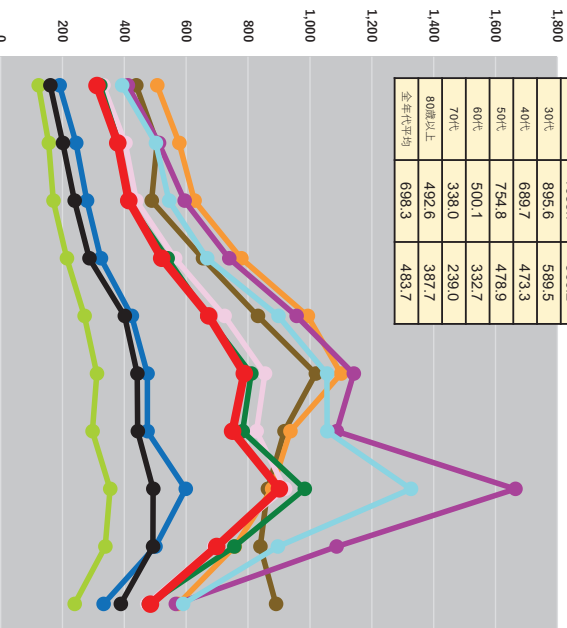
*1/24 9:00時点の入力データを基に算出 * 日次報告数をもとに算出。広島県は1日ずれた形での報告となっている。

都道府県別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (年代別、HER-SYSデータ)

○ 年代別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数を時系列で整理したもの。(10歳刻み)

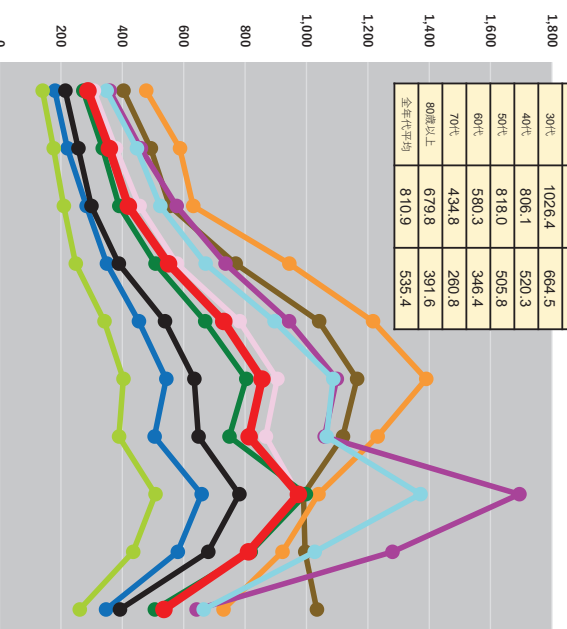
	1/8～ 1/14	1/15～ 1/21
10歳未満	839.6	890.3
10代	756.4	573.6
20代	1095.7	566.2
30代	895.6	589.5
40代	689.7	473.3
50代	754.8	478.9
60代	500.1	332.7
70代	338.0	239.0
80歳以上	492.6	397.7
全年代平均	698.3	483.7

大阪府



	1/8～ 1/14	1/15～ 1/21
10歳未満	995.8	1033.6
10代	921.4	729.7
20代	1279.6	641.8
30代	1026.4	664.5
40代	806.1	520.3
50代	818.0	505.8
60代	580.3	346.4
70代	434.8	260.8
80歳以上	679.8	391.6
全年代平均	810.9	535.4

兵庫県



○ 年代別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数を時系列で整理したもの。(10歳刻み)

(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各年齢層に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。
(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)
*1/24 9:00時点の入力データを基に算出 * 日次報告数をもとに算出。広島県は1日ずれた形での報告となっている。

○ 年代別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数を時系列で整理したもの。(10歳刻み)

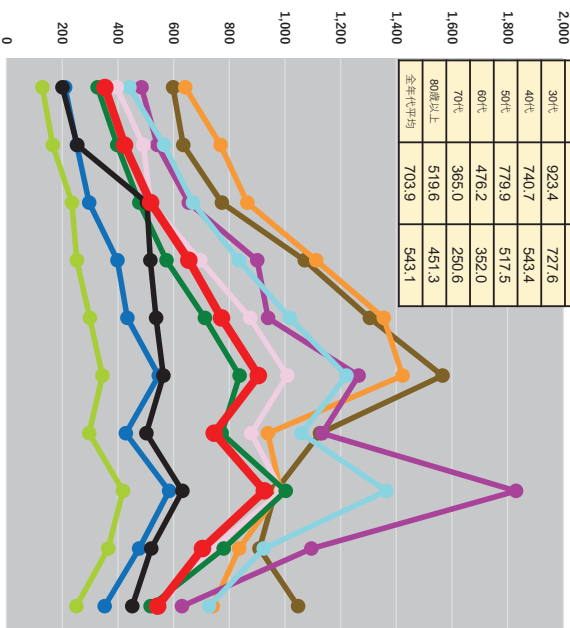
23

都道府県別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (年代別、HER-SYSデータ)

○ 年代別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数を時系列で整理したもの。(10歳刻み)

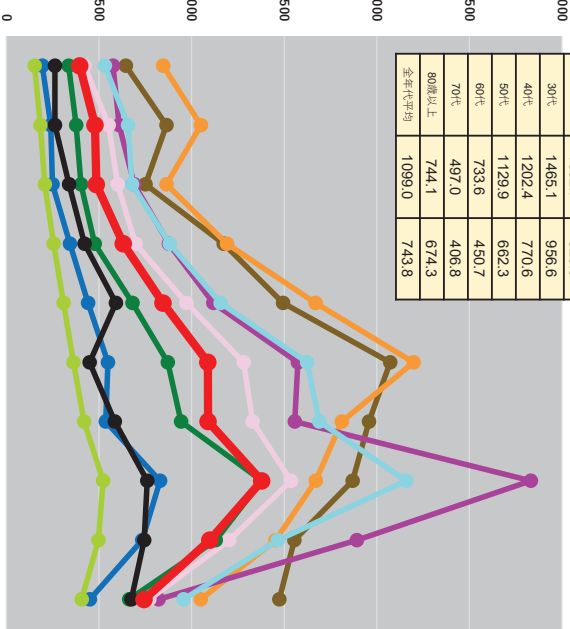
	1/8～ 1/14	1/15～ 1/21
10歳未満	908.6	1047.5
10代	835.4	740.4
20代	1095.1	629.8
30代	923.4	727.6
40代	740.7	543.4
50代	779.9	517.5
60代	476.2	352.0
70代	365.0	250.6
80歳以上	519.6	451.3
全年代平均	703.9	543.1

奈良県



	1/8～ 1/14	1/15～ 1/21
10歳未満	1555.0	1474.0
10代	1453.4	1048.9
20代	1892.7	820.9
30代	1465.1	956.6
40代	1202.4	770.6
50代	1129.9	662.3
60代	733.6	450.7
70代	497.0	406.8
80歳以上	744.1	674.3
全年代平均	1099.0	743.8

和歌山県



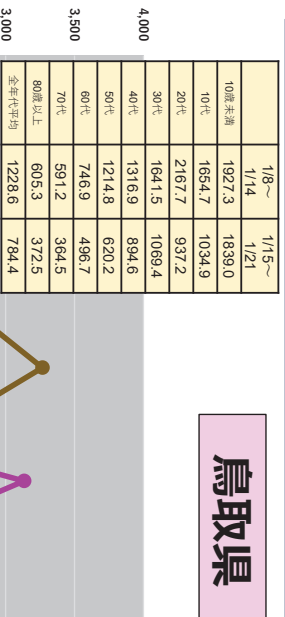
(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各年齢層に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。
(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)
*1/24 9:00時点の入力データを基に算出 * 日次報告数をもとに算出。広島県は1日ずれた形での報告となっている。

24

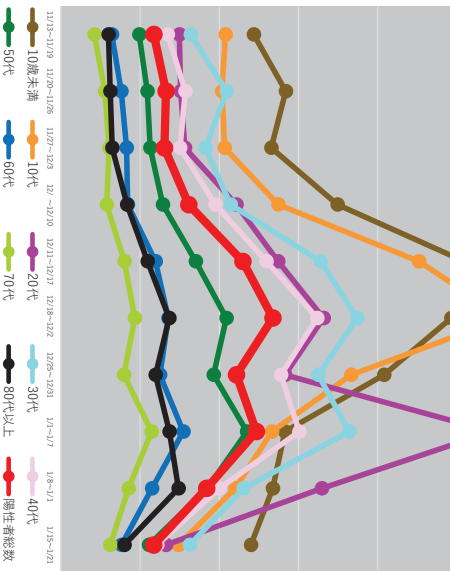
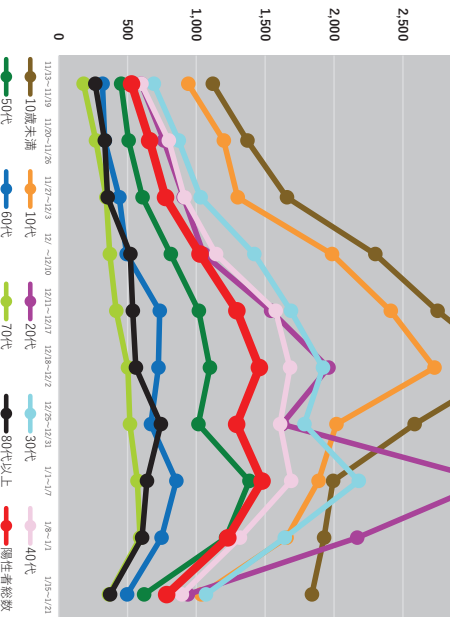
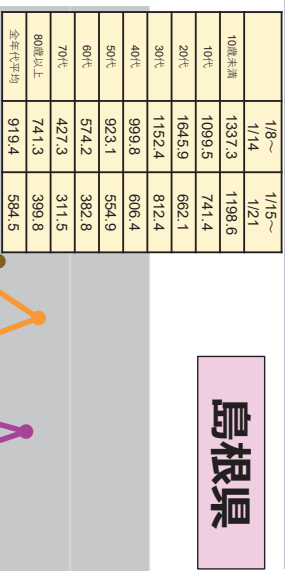
都道府県別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (年代別、HER-SYSデータ)

○ 年代別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数を時系列で整理したもの。(10歳刻み)

鳥取県



島根県



(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各年齢階層に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。
(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)

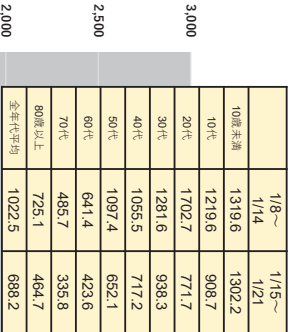
*1/24 9:00時点の入力データを基に算出 *日次報告数をもとに算出。広島県は1日ずれた形での報告となっている。

25

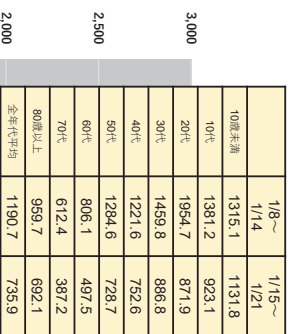
都道府県別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (年代別、HER-SYSデータ)

○ 年代別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数を時系列で整理したもの。(10歳刻み)

岡山県



広島県



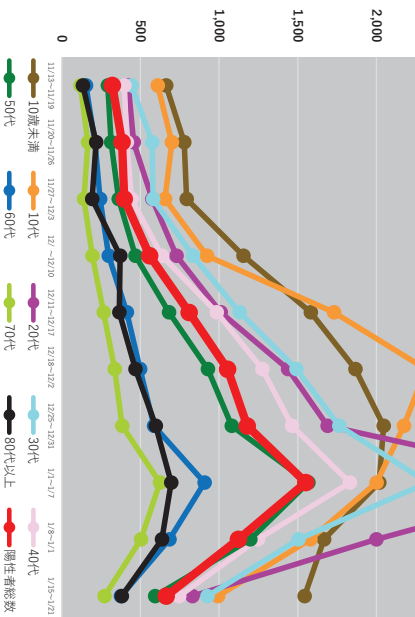
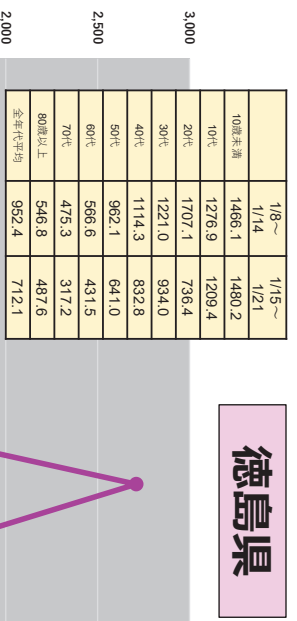
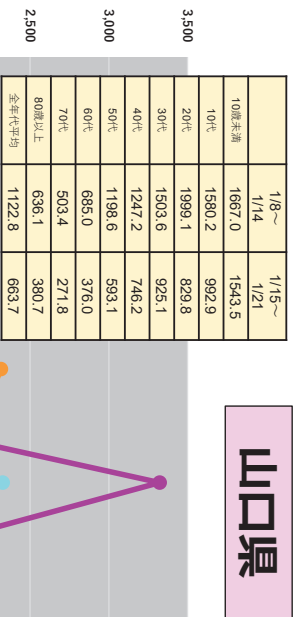
(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各年齢階層に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。
(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)

*1/24 9:00時点の入力データを基に算出 *日次報告数をもとに算出。広島県は1日ずれた形での報告となっている。

26

都道府県別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (年代別、HER-SYSデータ)

○ 年代別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数を時系列で整理したもの。(10歳刻み)



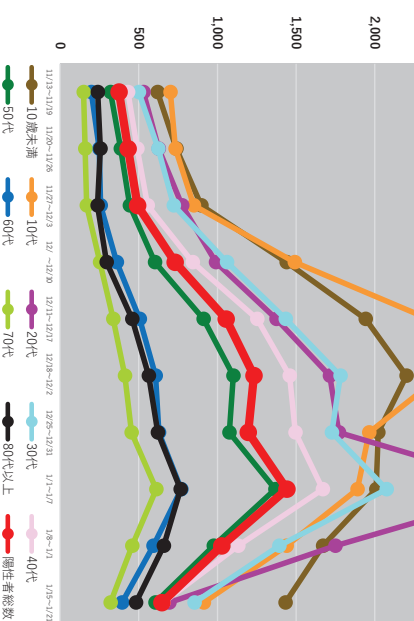
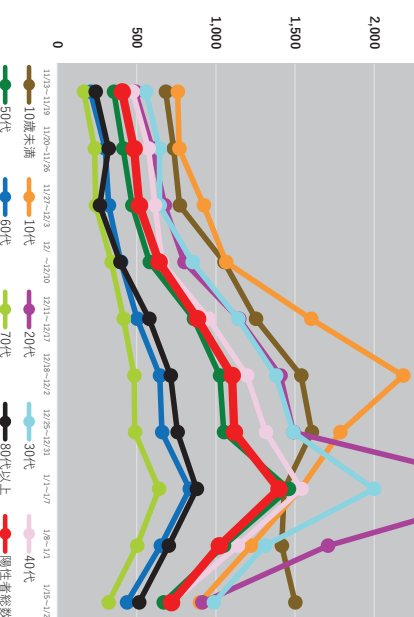
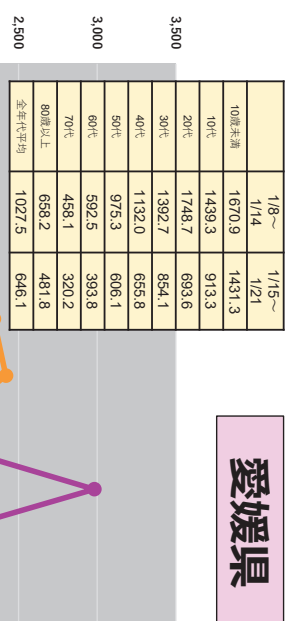
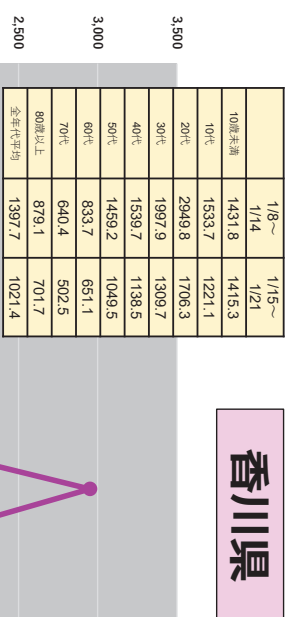
(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各年齢階層に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。
(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)

*1/24 9:00時点の入力データを基に算出 *日次報告数をもとに算出。広島県は1日ずれた形での報告となっている。

27

都道府県別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (年代別、HER-SYSデータ)

○ 年代別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数を時系列で整理したもの。(10歳刻み)



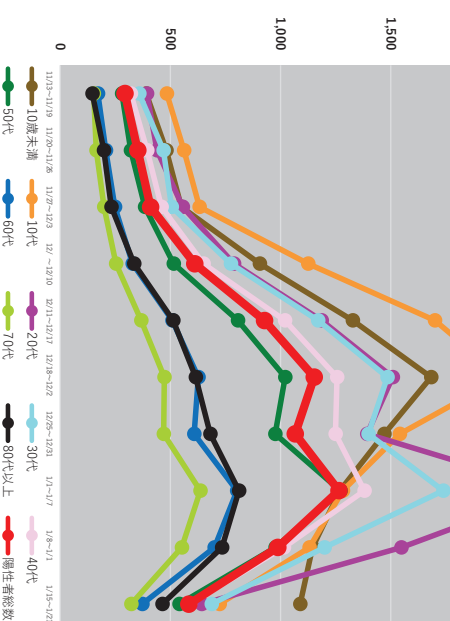
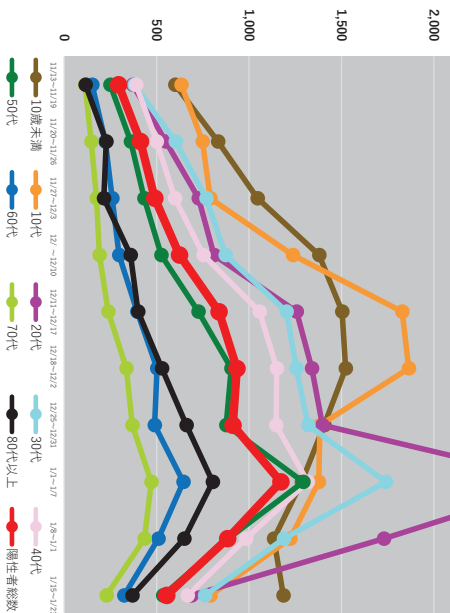
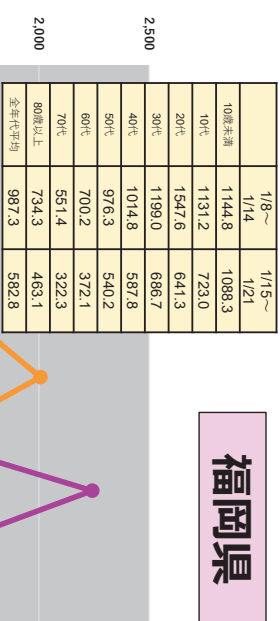
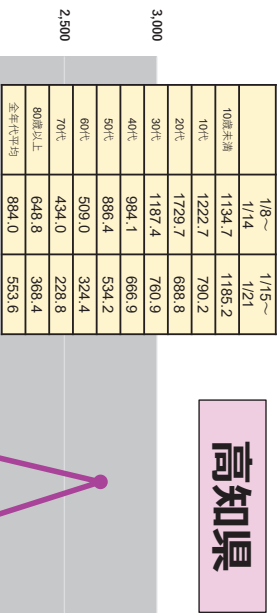
(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各年齢階層に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。
(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)

*1/24 9:00時点の入力データを基に算出 *日次報告数をもとに算出。広島県は1日ずれた形での報告となっている。

28

都道府県別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (年代別、HER-SYSデータ)

○ 年代別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数を時系列で整理したもの。(10歳刻み)



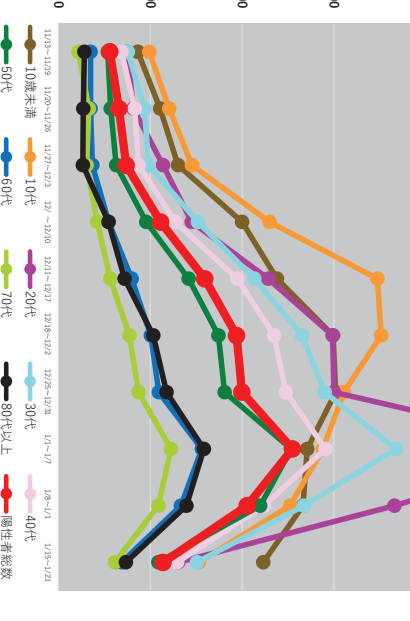
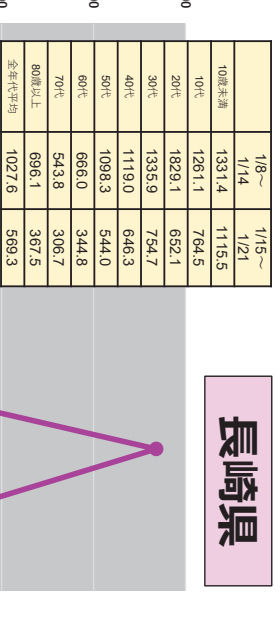
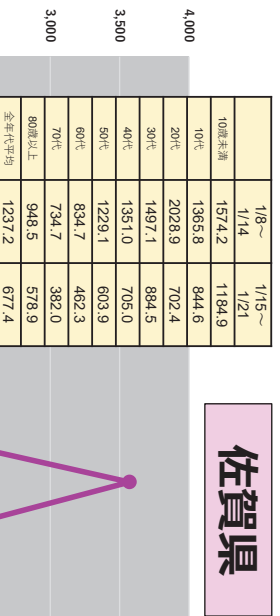
(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各年齢階層に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。
(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)

* 1/24 9:00時点の入力データを基に算出 * 日次報告数をもとに算出。広島県は1日ずれた形での報告となっている。

29

都道府県別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (年代別、HER-SYSデータ)

○ 年代別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数を時系列で整理したもの。(10歳刻み)



(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各年齢階層に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。
(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)

* 1/24 9:00時点の入力データを基に算出 * 日次報告数をもとに算出。広島県は1日ずれた形での報告となっている。

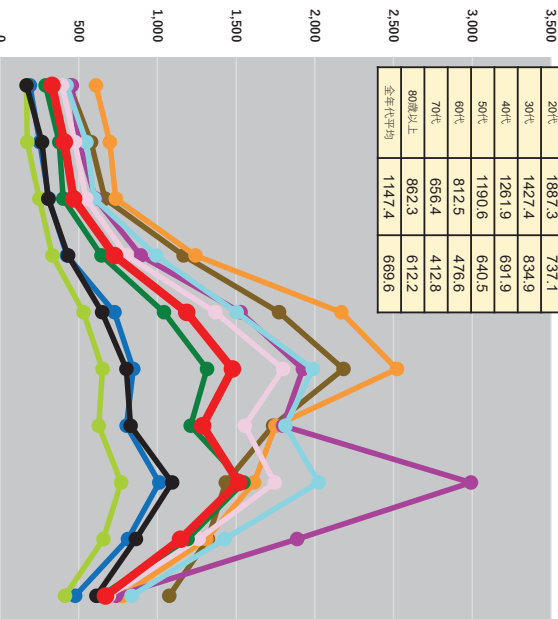
30

都道府県別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (年代別、HER-SYSデータ)

○ 年代別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数を時系列で整理したもの。(10歳刻み)

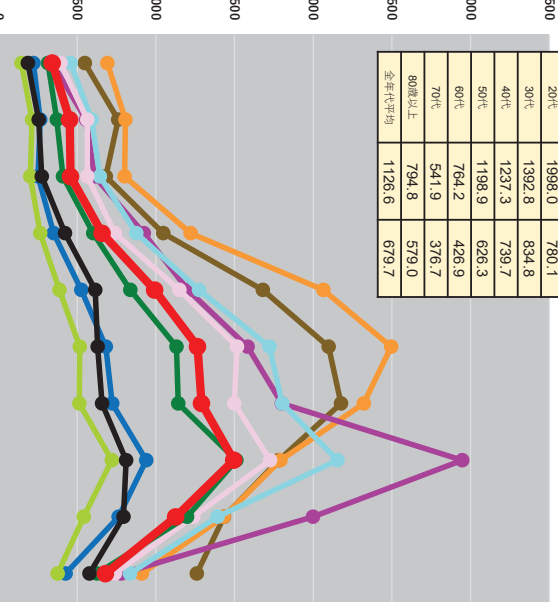
熊本県

	1/8～ 1/14	1/15～ 1/21
10歳未満	1320.5	1075.3
10代	1310.6	775.6
20代	1887.3	737.1
30代	1427.4	834.9
40代	1261.9	691.9
50代	1190.6	640.5
60代	812.5	476.6
70代	656.4	412.8
80歳以上	862.3	612.2
全年代平均	1147.4	669.6



大分県

	1/8～ 1/14	1/15～ 1/21
10歳未満	1433.2	1260.4
10代	1431.0	910.7
20代	1998.0	780.1
30代	1392.8	834.8
40代	1237.3	739.7
50代	1198.9	628.3
60代	764.2	426.9
70代	541.9	376.7
80歳以上	794.8	579.0
全年代平均	1126.6	679.7



(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各年齢階層に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。

(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)

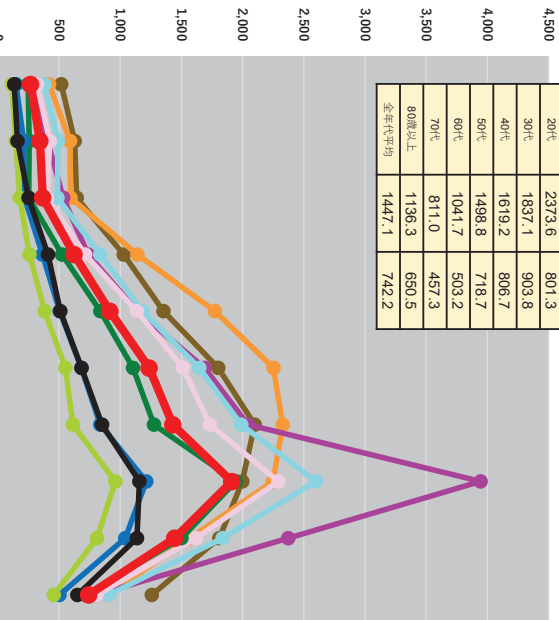
31

都道府県別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (年代別、HER-SYSデータ)

○ 年代別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数を時系列で整理したもの。(10歳刻み)

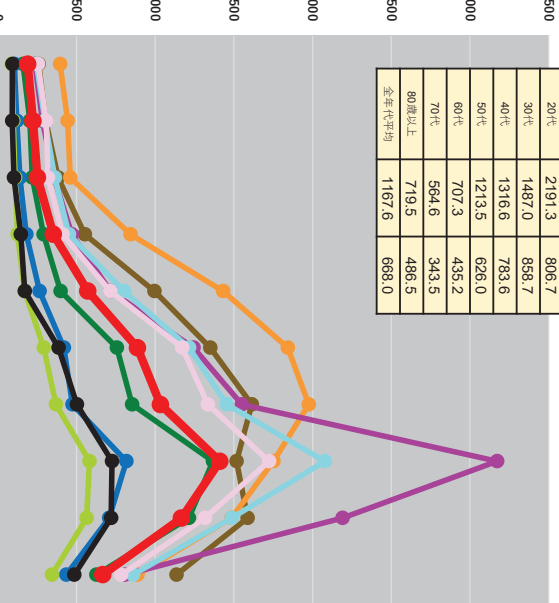
宮崎県

	1/8～ 1/14	1/15～ 1/21
10歳未満	1810.6	1258.1
10代	1568.7	901.2
20代	2373.6	801.3
30代	1837.1	903.8
40代	1619.2	806.7
50代	1498.8	718.7
60代	1041.7	503.2
70代	811.0	457.3
80歳以上	1136.3	650.5
全年代平均	1447.1	742.2



鹿児島県

	1/8～ 1/14	1/15～ 1/21
10歳未満	1587.2	1135.1
10代	1485.3	887.4
20代	2191.3	806.7
30代	1487.0	858.7
40代	1316.6	783.6
50代	1213.5	628.0
60代	707.3	435.2
70代	564.6	343.5
80歳以上	719.5	486.5
全年代平均	1167.6	688.0



(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各年齢階層に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。

(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)

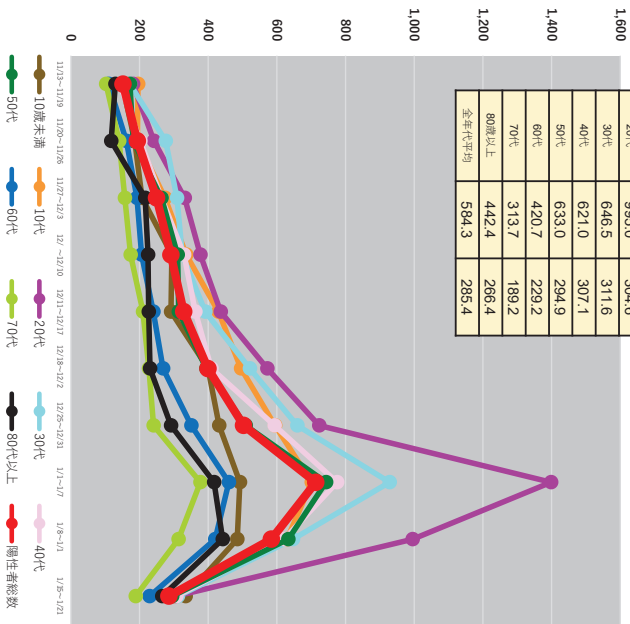
32

都道府県別人口10万人当たり7日間累積新規規陽性者数の推移 (年代別、HER-SYSデータ)

○ 年代別の人口10万人当たり7日間累積新規規陽性者数を時系列で整理したもの。(10歳刻み)

沖縄県

	1/8～	1/15～
10歳未満	485.0	334.3
10代	629.1	305.3
20代	995.0	304.6
30代	646.5	311.6
40代	621.0	307.1
50代	633.0	294.9
60代	420.7	229.2
70代	313.7	189.2
80歳以上	442.4	266.4
全年代平均	594.3	285.4

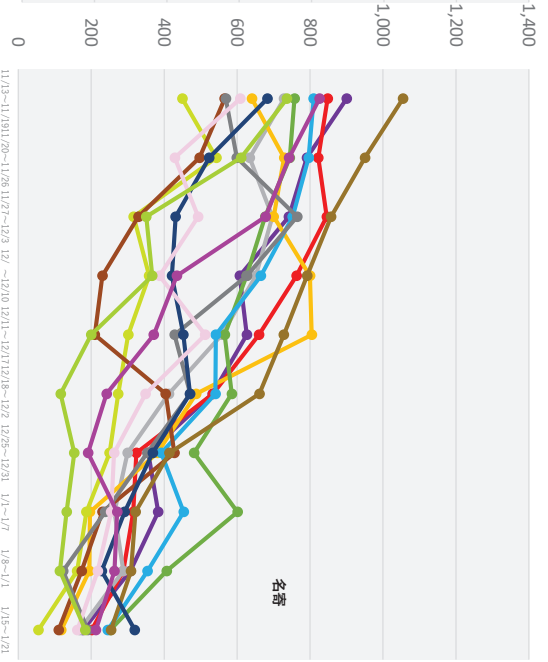
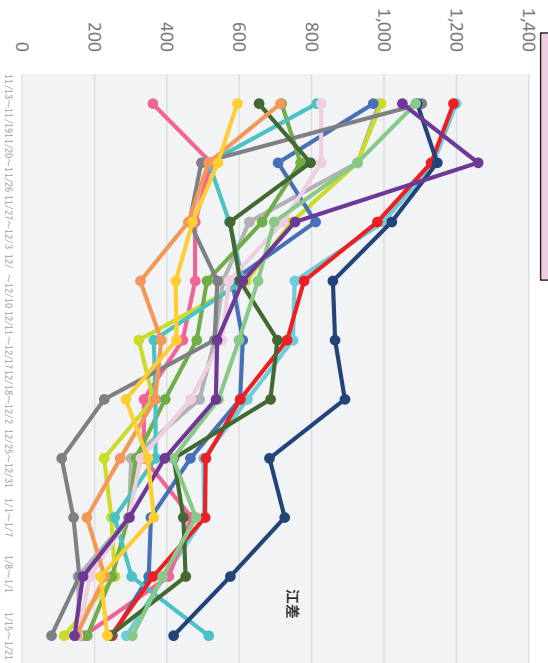


(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各年齢階層に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。
(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)
*1/24 9:00時点の入力データを基に算出 * 日次報告数をもとに算出。広島県は1日ずつれた形での報告となっている。

保健所別人口10万人当たり7日間累積新規規陽性者数の推移 (HER-SYSデータ)

○ 保健所別の人口10万人当たり7日間累積新規規陽性者数を時系列で整理したもの。(届出保健所ベース)

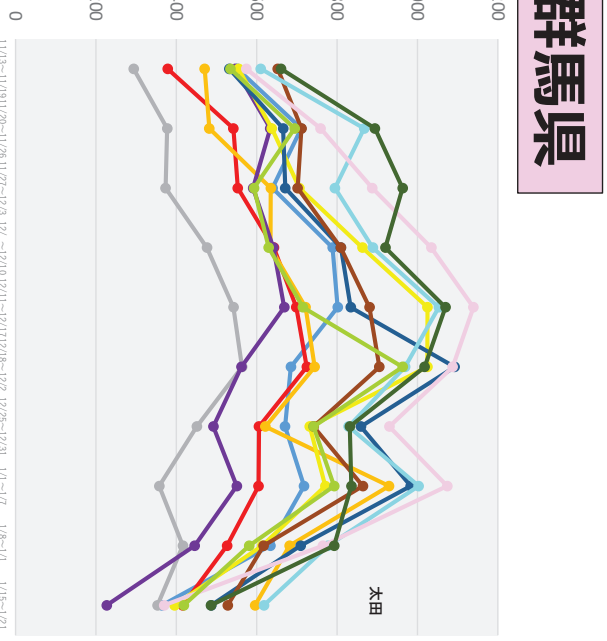
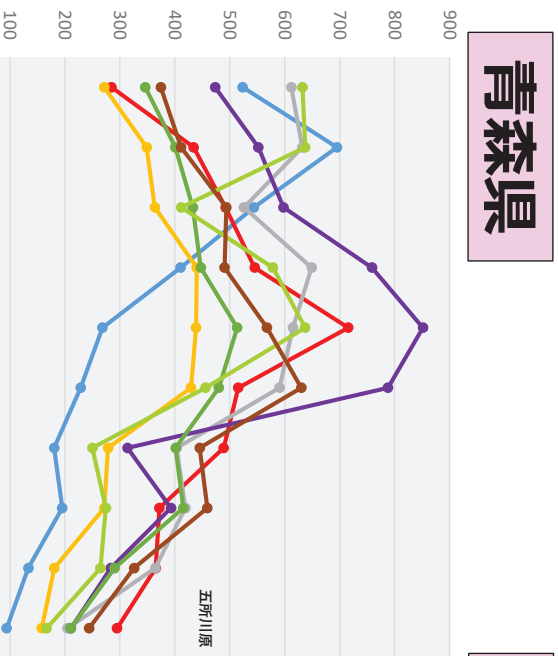
北海道



(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各保健所に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。
(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)
*1/24 9:00時点の入力データを基に算出

保健所別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (HER-SYSデータ)

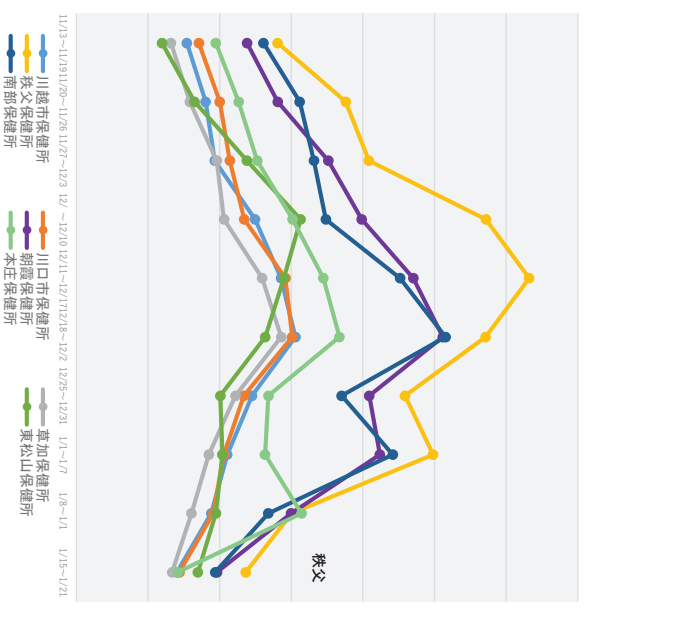
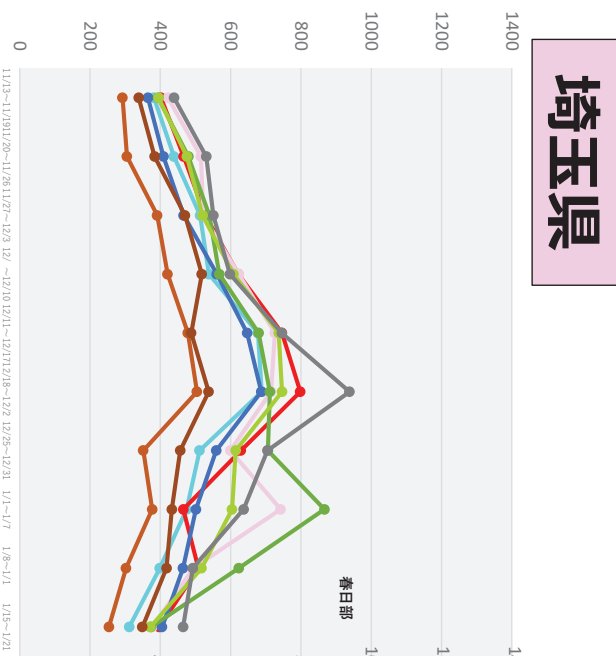
○ **保健所別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数**を時系列で整理したものの。(届出保健所ベース)



(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各保健所に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。
 (注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)
 *1/24 9:00時点の入力データを基に算出

保健所別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (HER-SYSデータ)

○ **保健所別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数**を時系列で整理したものの。(届出保健所ベース)

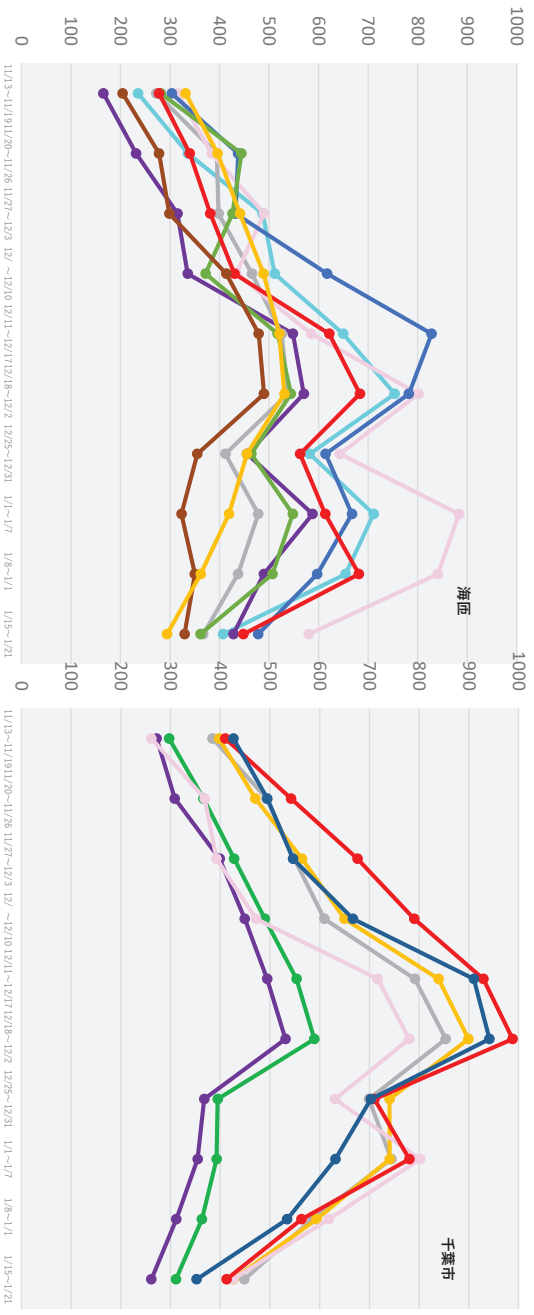


(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各保健所に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。
 (注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)
 *1/24 9:00時点の入力データを基に算出

保健所別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (HER-SYSデータ)

○ **保健所別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数**を時系列で整理したものの。(届出保健所ベース)

千葉県



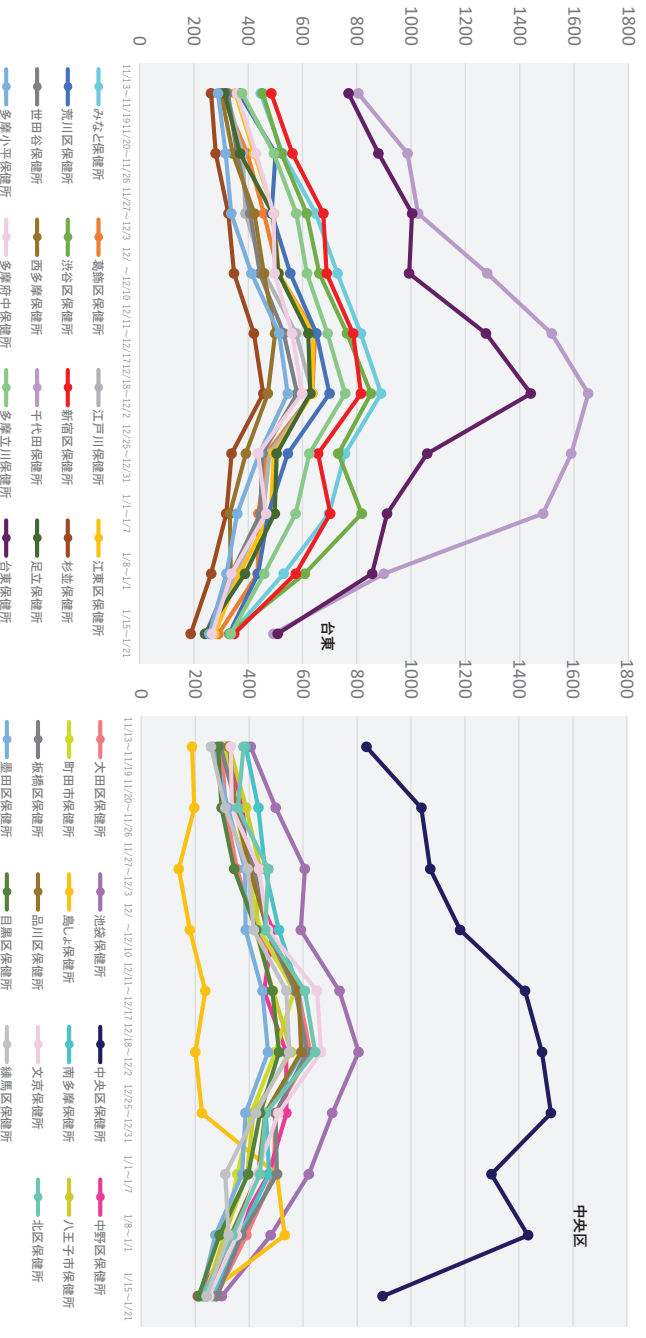
(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各保健所に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。
 (注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)
 * 1/24 9:00時点の入力データを基に算出

37

保健所別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (HER-SYSデータ)

○ **保健所別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数**を時系列で整理したものの。(届出保健所ベース)

東京都



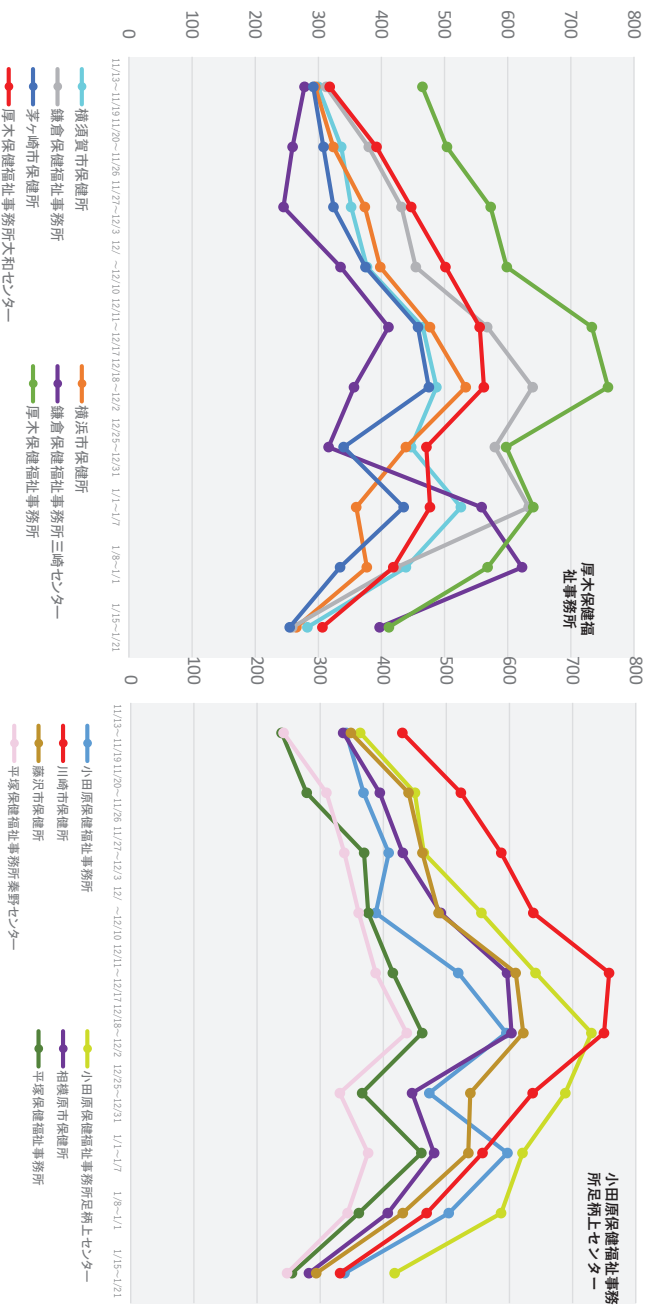
(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各保健所に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。
 (注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)
 * 1/24 9:00時点の入力データを基に算出

38

保健所別人口10万人当たり7日間累積新規規陽性者数の推移 (HER-SYSデータ)

○ **保健所別の人口10万人当たり7日間累積新規規陽性者数**を時系列で整理したもの。(届出保健所ベース)

神奈川県



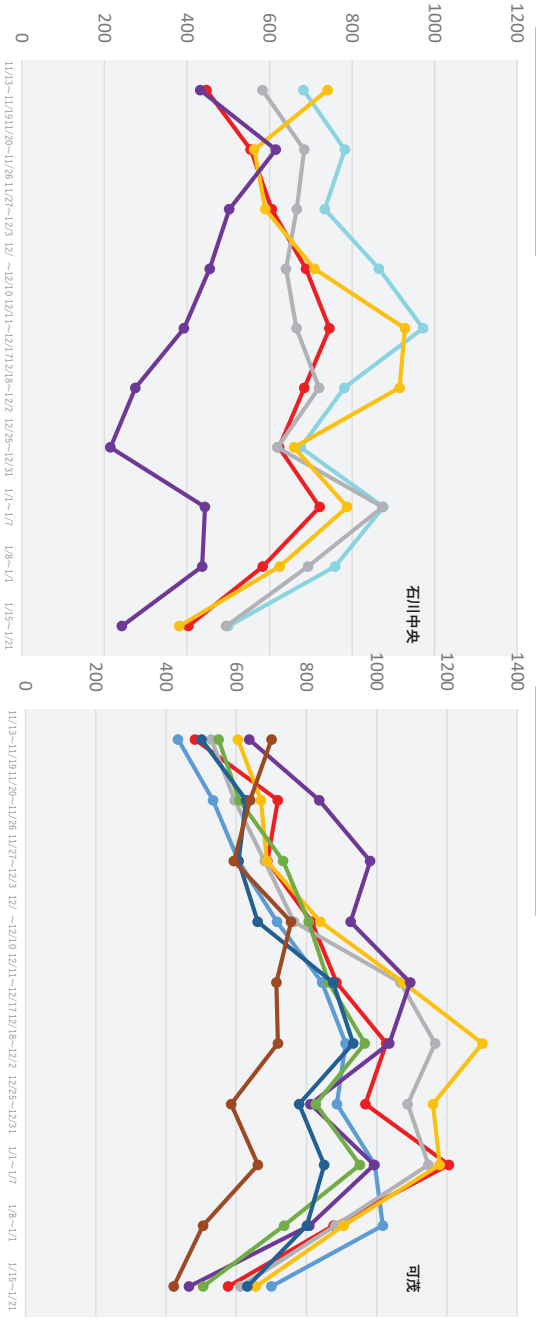
(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各保健所に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。
(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)
*1/24 9:00時点の入力データを基に算出

39

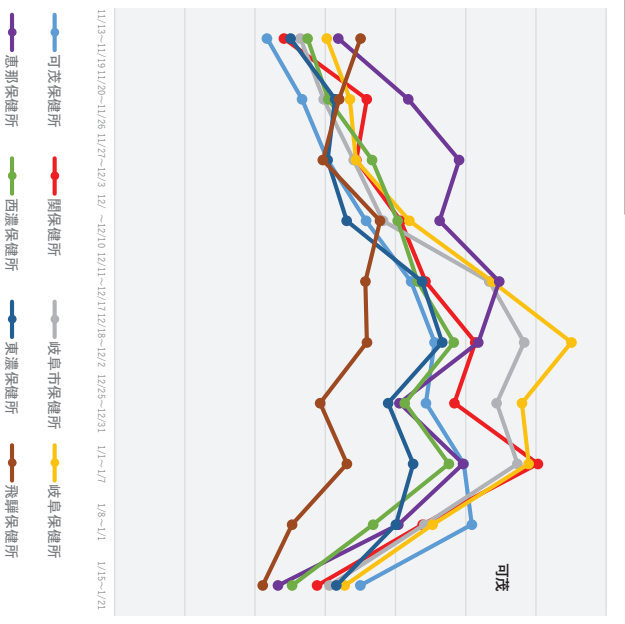
保健所別人口10万人当たり7日間累積新規規陽性者数の推移 (HER-SYSデータ)

○ **保健所別の人口10万人当たり7日間累積新規規陽性者数**を時系列で整理したもの。(届出保健所ベース)

石川県



岐阜県



(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各保健所に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。
(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)

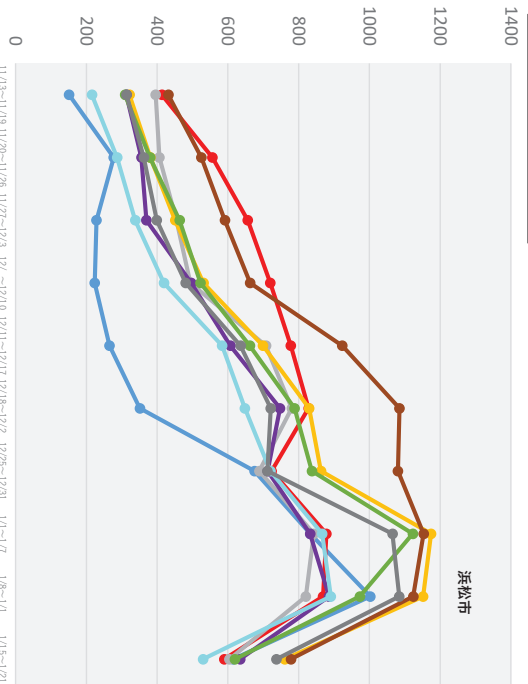
*1/24 9:00時点の入力データを基に算出

40

保健所別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (HER-SYSデータ)

○ **保健所別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数**を時系列で整理したものの。(届出保健所ベース)

静岡県



(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各保健所に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。

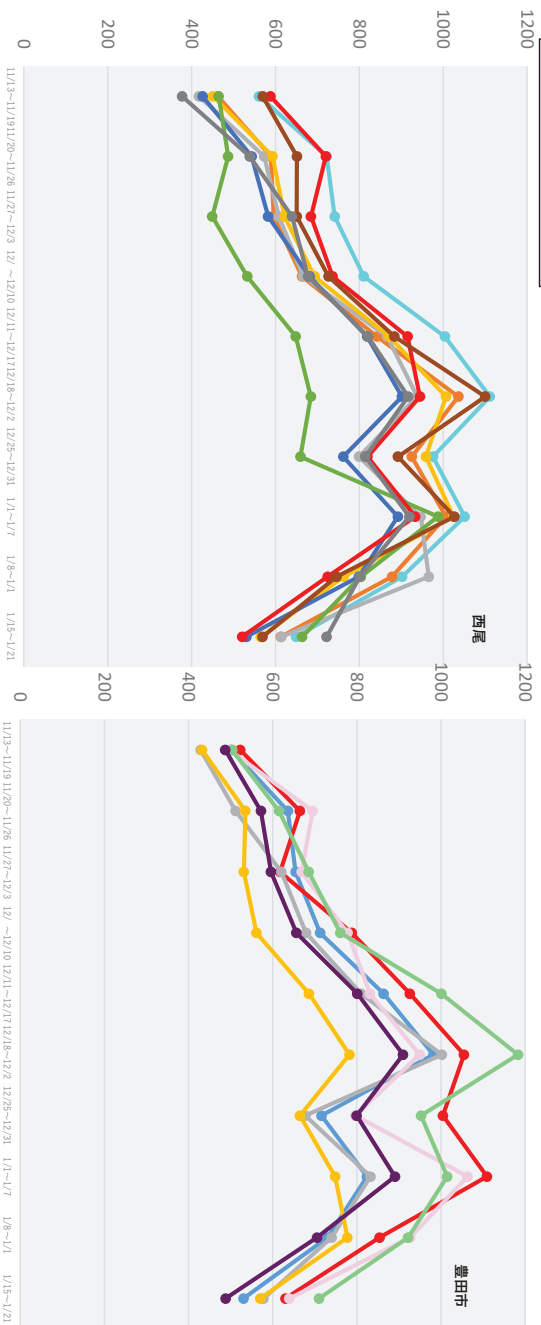
(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)

* 1/24 9:00時点の入力データを基に算出

保健所別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (HER-SYSデータ)

○ **保健所別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数**を時系列で整理したものの。(届出保健所ベース)

愛知県



(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各保健所に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。

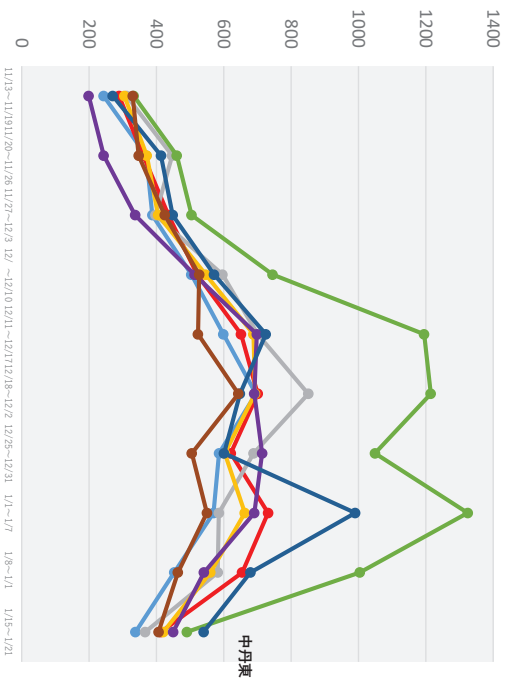
(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)

* 1/24 9:00時点の入力データを基に算出

保健所別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (HER-SYSデータ)

○ **保健所別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数**を時系列で整理したものの。(届出保健所ベース)

京都府



(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各保健所に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。

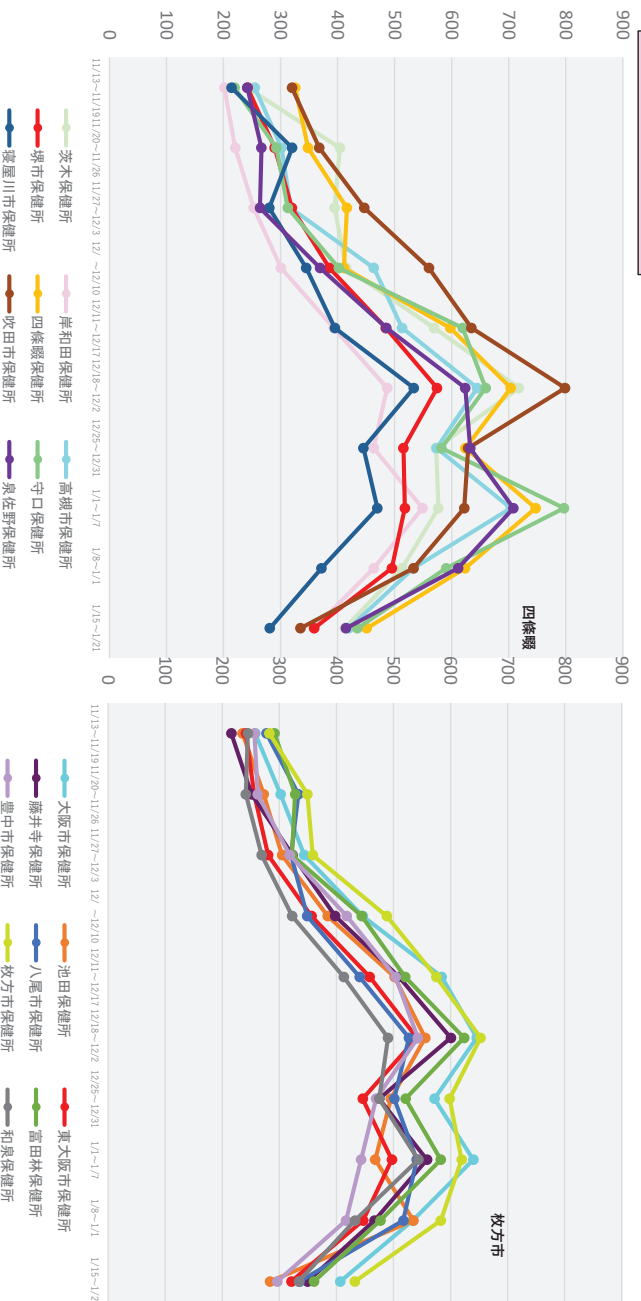
(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)

* 1/24 9:00時点の入力データを基に算出

保健所別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (HER-SYSデータ)

○ **保健所別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数**を時系列で整理したものの。(届出保健所ベース)

大阪府



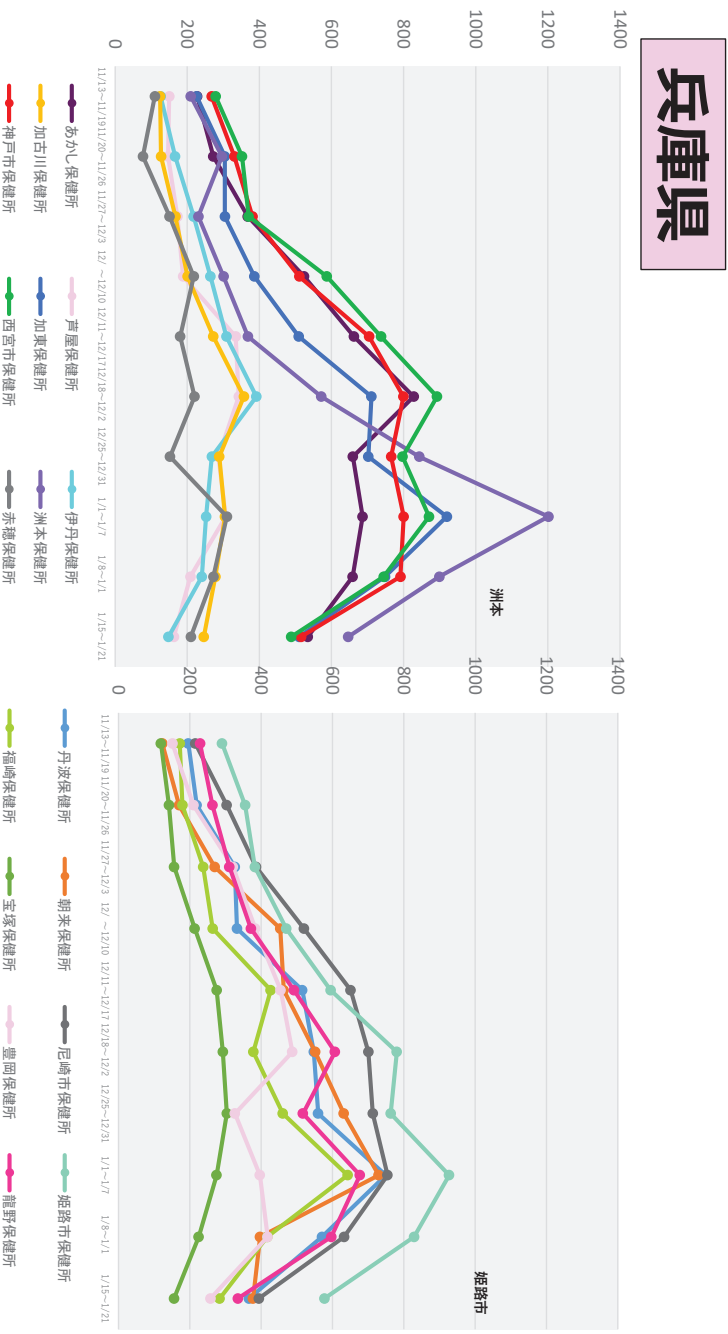
(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各保健所に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。

(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)

* 1/24 9:00時点の入力データを基に算出

保健所別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (HER-SYSデータ)

○ **保健所別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数**を時系列で整理したものの。(届出保健所ベース)



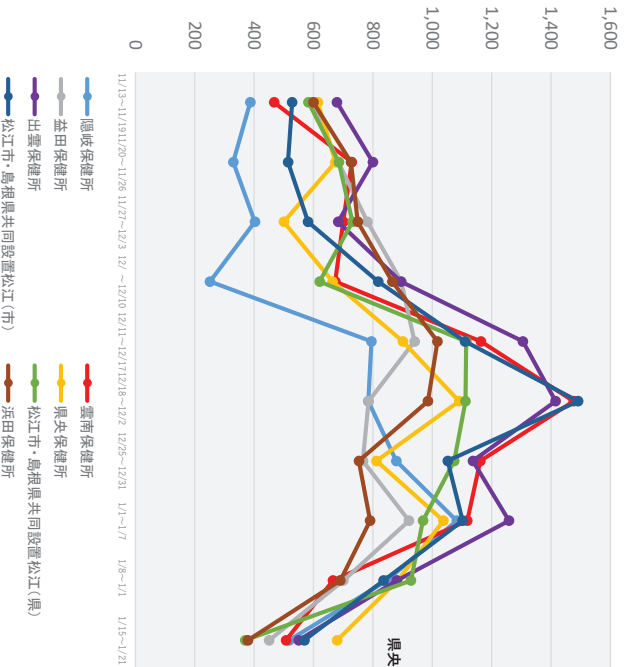
(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各保健所に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。
(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)
* 1/24 9:00時点の入力データを基に算出

45

保健所別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (HER-SYSデータ)

○ **保健所別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数**を時系列で整理したものの。(届出保健所ベース)

鳥根県



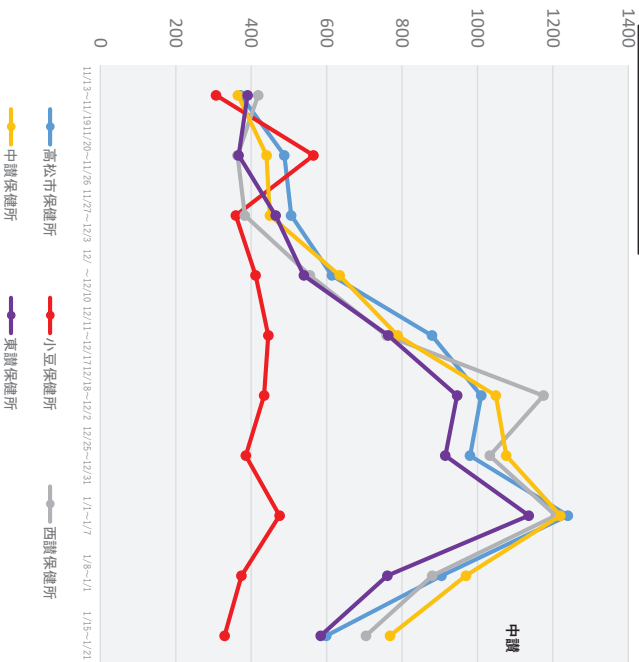
(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各保健所に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。
(注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)
* 1/24 9:00時点の入力データを基に算出

46

保健所別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (HER-SYSデータ)

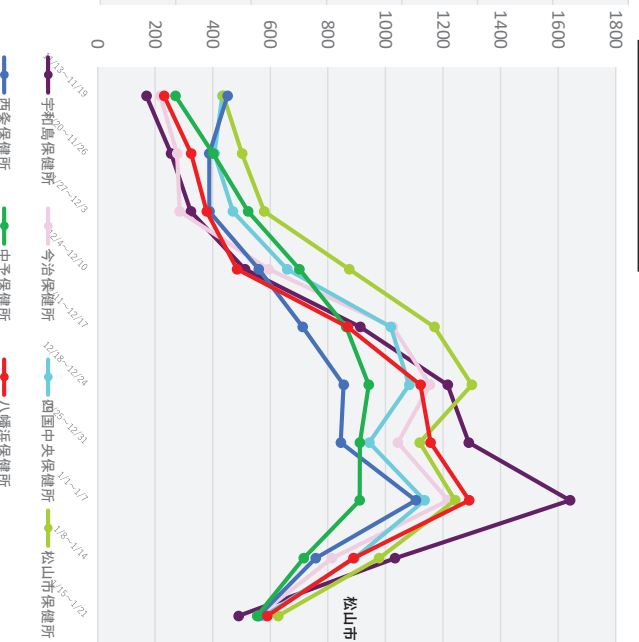
○ **保健所別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数**を時系列で整理したものの。(届出保健所ベース)

香川県



(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各保健所に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。
 (注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)
 *1/24 9:00時点の入力データを基に算出

愛媛県

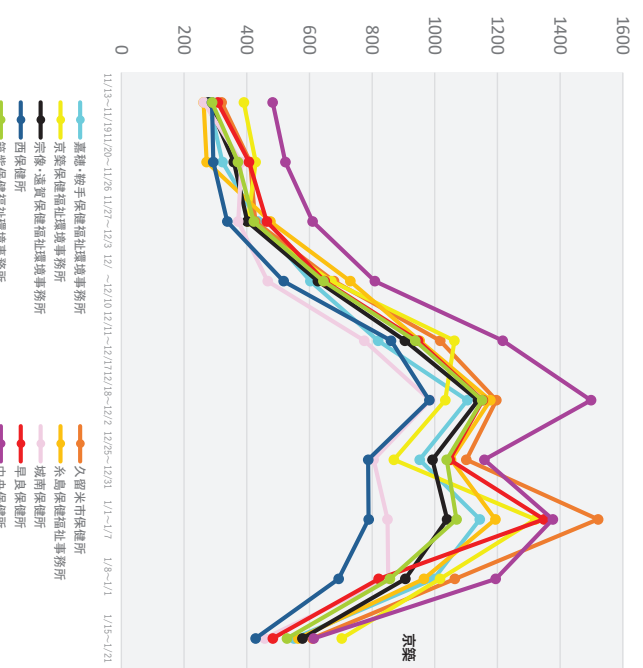


47

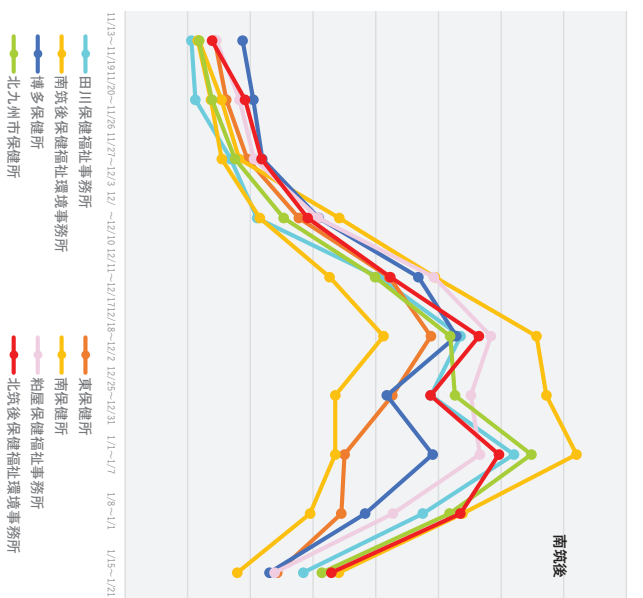
保健所別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (HER-SYSデータ)

○ **保健所別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数**を時系列で整理したものの。(届出保健所ベース)

福岡県



(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各保健所に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。
 (注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)
 *1/24 9:00時点の入力データを基に算出

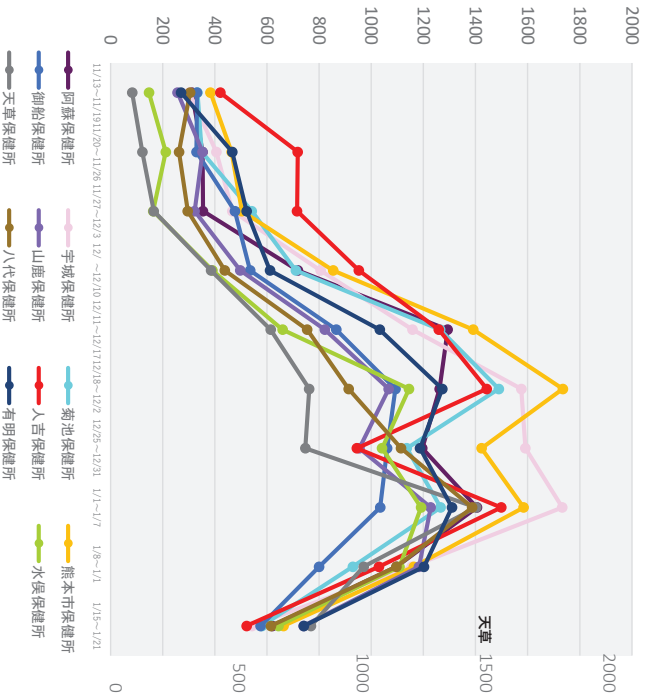


48

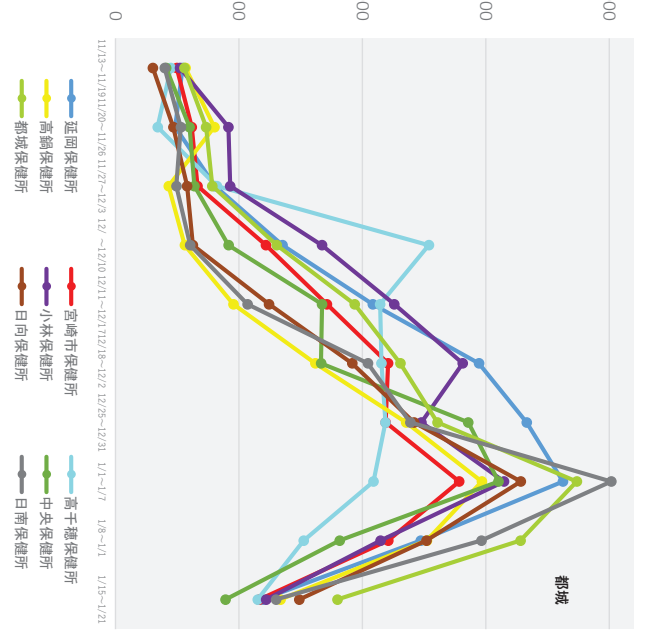
保健所別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (HER-SYSデータ)

○ **保健所別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数**を時系列で整理したもの。(届出保健所ベース)

熊本県



宮崎県

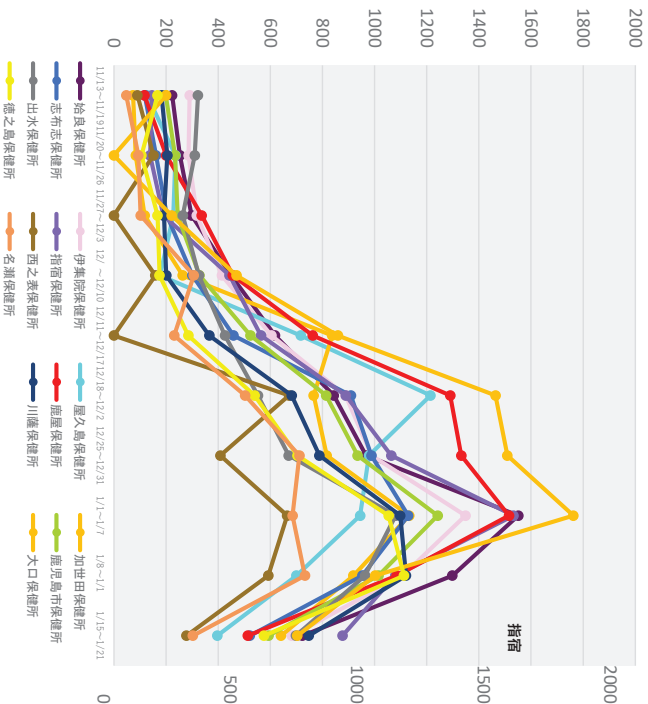


49

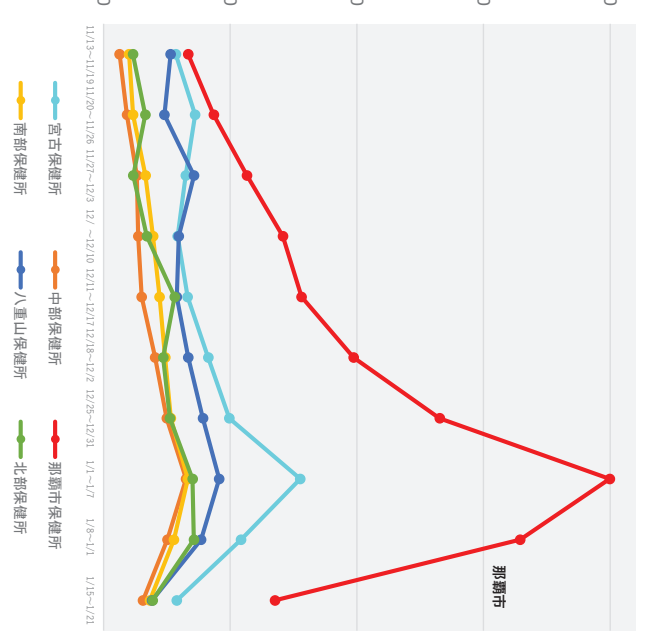
保健所別人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数の推移 (HER-SYSデータ)

○ **保健所別の人口10万人当たり7日間累積新規陽性者数**を時系列で整理したもの。(届出保健所ベース)

鹿児島県



沖縄県



50

(注1) 当該期間(週)中の新規陽性者数の合計を、各保健所に属する人口で除した上で、人口10万人対比で相対化している。
 (注2) 計算に用いた人口は、令和2年国勢調査(令和2年10月1日現在)
 *1/24 9:00時点の入カデータを基に算出

新型コロナの重症化率・致死率とその解釈に関する留意点について

- 新型コロナの感染症法上の位置づけを判断するに当たっては、病原性（重篤性）と感染力、それらによる国民への影響を考慮する必要がある。また、今後の変異の可能性や、病原性（重篤性）と感染力を踏まえて、どのように医療で受け止めていくかを考慮する必要がある。【参考1】
- 自治体の協力のもと新型コロナの重症化率・致死率を集計しており、その結果は【別紙1～2】のとおり。
- これらのデータの解釈にあたっては以下のような専門家の指摘（※）があることに留意が必要。

※第110回 (R4.12.14) ADB資料3-11参照

- ・ COVID-19の重症度は病原性が一定程度低いとされるオミクロン株が流行株の主体となり、さらに多くの人々が自然感染あるいはワクチンによる免疫を獲得したことにより、発生初期と比較して低下しているものの、循環器疾患をはじめとする合併症や罹患後症状のリスクがある。
- ・ COVID-19による死亡インパクトを考えるにあたっては、超過死亡を考慮する必要がある。
- ・ COVID-19と季節性インフルエンザの致死率や重症化率を比較することについては、現在示されているデータは、ほとんどの場合異なる方法で集められたものであり、直接比較するにあたっては留意が必要である。

【参考1】新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけ及び判断に当たっての考慮要素について

第109回（R4.12.7）ADB資料4（事務局提出資料）

【法律上の定義】

○感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）

（定義等）

第六条（略）

2～6（略）

7 この法律において「新型インフルエンザ等感染症」とは、次に掲げる感染性の疾病をいう。

一・二（略）

三 **新型コロナウイルス感染症（新たに人から人に伝染する能力を有することとなったコロナウイルスを病原体とする感染症であって、一般に国民が当該感染症に対する免疫を獲得していないことから、当該感染症の全国的かつ急速なまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあると認められるものをいう。）**

四（略）

8～24（略）

【判断に当たっての考慮要素】

以下の考慮要素を踏まえ、上記「新型インフルエンザ等感染症」の定義への該当性を総合的に判断。

○ 病原性（重篤性）

オミクロン株においても季節性インフルエンザよりも致死率が高いとされているが、累積患者数の増加、ワクチン接種の進展、治療薬の普及などを踏まえ、現時点における病原性についてどのように考えるか

○ 感染力

オミクロン株は感染力が強いとされているが、累積患者数の増加等を踏まえて、現時点における感染力についてどのように考えるか

⇒上記による「国民への影響」をどのように考えるか

○ 今後の変異の可能性

直近では抗原性の変異が主体となっているが、病原性が大きく上がるような変異の可能性についてどのように考えるか

○ 上記のほか、判断にあたって留意すべき点

病原性（重篤性）と感染力を踏まえ、どのように医療で受け止めていくことが考えられるか

【別紙1】令和4年1～8月における新型コロナの重症化率・致死率について

- ▶ 協力の得られた石川県、茨城県、広島県のデータを使用し、令和4年1～8月に診断された新型コロナウイルス感染者を対象に、年齢階級別に重症化率及び致死率を2ヶ月毎（届出日基準）に算出した。
- ▶ 人工呼吸器を使用、ECMOを使用、ICU等で治療のいずれかの条件に当てはまる患者を重症者と定義し、重症化率は、経過中重症に至ったが、死亡とならなかった患者、重症化して死亡した患者、重症化の定義を満たさずに死亡した患者の合計を、感染者数で割ったものである。死亡者数は、COVID-19の陽性者であって、死因を問わず亡くなった者を計上^{※1}している。
- ▶ 本データは感染者が療養及び入院期間が終了した際のステータス又は期間の終了日から30日経過した時点でのステータスに基づき算出しており、今後重症者数や死亡者数は増加する可能性がある点に留意。

	年齢	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90代以上
R.4 ^{※2} 1～2月	感染者数(人)	18,511	17,400	18,549	18,274	17,354	10,598	6,887	5,357	3,949	2,159
	重症/死亡者数(人)	4/0	0/0	0/0	1/0	8/3	13/3	40/20	109/66	168/145	140/134
	重症化率(%) (95%信頼区間 ^{※3})	0.02 (0.01-0.06)	0 (0.00-0.02)	0 (0.00-0.02)	0.01 (0.00-0.03)	0.05 (0.02-0.09)	0.12 (0.07-0.21)	0.58 (0.42-0.79)	2.03 (1.67-2.45)	4.25 (3.65-4.93)	6.48 (5.48-7.61)
	致死率(%) (95%信頼区間)	0 (0.00-0.02)	0 (0.00-0.02)	0 (0.00-0.02)	0 (0.00-0.02)	0.02 (0.00-0.05)	0.03 (0.01-0.08)	0.29 (0.18-0.45)	1.23 (0.95-1.56)	3.67 (3.11-4.31)	6.21 (5.23-7.31)
R.4 ^{※2} 3～4月	感染者数(人)	28,020	25,422	20,055	23,085	21,106	10,957	5,864	3,711	2,287	1,112
	重症/死亡者数(人)	5/0	1/0	1/0	4/0	7/2	18/5	19/6	57/35	71/61	48/45
	重症化率(%) (95%信頼区間)	0.02 (0.01-0.04)	0.00 (0.00-0.02)	0.00 (0.00-0.03)	0.02 (0.00-0.04)	0.03 (0.01-0.07)	0.16 (0.10-0.26)	0.32 (0.20-0.51)	1.54 (1.17-1.99)	3.10 (2.43-3.90)	4.32 (3.20-5.68)
	致死率(%) (95%信頼区間)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.02)	0 (0.00-0.02)	0.01 (0.00-0.03)	0.05 (0.01-0.11)	0.10 (0.04-0.22)	0.94 (0.66-1.31)	2.67 (2.05-3.41)	4.05 (2.97-5.38)
R.4 5～6月	感染者数(人)	14,036	13,564	12,285	12,855	11,318	6,059	3,571	2,683	1,591	757
	重症/死亡者数(人)	0/0	0/0	1/0	5/0	2/1	4/2	7/2	14/7	19/17	16/15
	重症化率(%) (95%信頼区間)	0 (0.00-0.03)	0 (0.00-0.03)	0.02 (0.00-0.06)	0.02 (0.00-0.07)	0.02 (0.00-0.06)	0.05 (0.01-0.14)	0.25 (0.12-0.48)	0.45 (0.23-0.78)	1.19 (0.72-1.86)	2.64 (1.62-4.05)
	致死率(%) (95%信頼区間)	0 (0.00-0.03)	0 (0.00-0.03)	0 (0.00-0.03)	0 (0.00-0.03)	0.01 (0.00-0.05)	0.03 (0.00-0.12)	0.08 (0.02-0.25)	0.22 (0.08-0.49)	1.07 (0.62-1.71)	2.51 (1.52-3.89)
R.4 7～8月	感染者数(人)	59,685	58,331	61,437	65,130	68,434	47,458	30,098	22,355	13,032	6,030
	重症/死亡者数(人)	8/0	4/0	3/1	9/4	11/2	17/11	34/21	104/76	191/165	164/157
	重症化率(%) (95%信頼区間)	0.01 (0.01-0.03)	0.01 (0.00-0.02)	0.00 (0.00-0.01)	0.01 (0.01-0.03)	0.02 (0.01-0.03)	0.04 (0.02-0.06)	0.11 (0.08-0.16)	0.47 (0.38-0.56)	1.47 (1.27-1.69)	2.72 (2.32-3.16)
	致死率(%) (95%信頼区間)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.01)	0.00 (0.00-0.01)	0.01 (0.00-0.02)	0.00 (0.00-0.01)	0.02 (0.01-0.04)	0.07 (0.04-0.11)	0.34 (0.27-0.43)	1.27 (1.08-1.47)	2.60 (2.22-3.04)

※1 茨城県は医師の判断において明らかに別の死因によるもの（溺死や交通外傷等）は除外して集計している。

※2 令和4年1～2月、3～4月のデータは再掲。（<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000987078.pdf>）

※3 95%信頼区間はClopper-Pearson's exact binomial confidence intervalにより算出。

※4 感染者数は感染症法に基づく報告による新型コロナウイルス感染症の陽性者であり、無症候性病原体保有者を含む全ての感染者を補足できておらず、重症化率・致死率を過大評価している可能性がある。3

※5 各期間における感染者数、重症者数、死亡者数を単純に集計しており、背景因子等が調整されていないことに留意が必要。

【別紙2】新型コロナウイルス感染症の重症化率等について

		重症化率 (95%信頼区間)			致死率 (95%信頼区間)		
		60歳未満	60・70歳代	80歳以上	60歳未満	60・70歳代	80歳以上
新型コロナ	2021年7～10月	0.56% (0.47-0.65)	3.88% (3.12-4.77)	10.21% (7.65-13.27)	0.08% (0.05-0.12)	1.34% (0.90-1.91)	7.92% (5.66-10.70)
	2022年1～2月	0.03% (0.02-0.04)	1.22% (1.03-1.43)	5.04% (4.51-5.62)	0.01% (0.00-0.01)	0.70% (0.56-0.87)	4.57% (4.06-5.12)
	2022年3～4月	0.03% (0.02-0.04)	0.79% (0.63-0.99)	3.50% (2.91-4.17)	0.01% (0.00-0.01)	0.43% (0.31-0.58)	3.12% (2.56-3.76)
	2022年5～6月	0.01% (0.01-0.03)	0.34% (0.21-0.51)	1.66% (1.18-2.26)	0.00% (0.00-0.01)	0.14% (0.07-0.27)	1.53% (1.08-2.12)
	2022年7～8月	0.01% (0.01-0.02)	0.26% (0.22-0.31)	1.86% (1.68-2.06)	0.00% (0.00-0.01)	0.18% (0.15-0.23)	1.69% (1.51-1.88)

【参考】

季節性インフルエンザ	0.03%	0.37%	2.17%	0.01%	0.19%	1.73%
新型インフルエンザA (H1N1) pdm2009	0.01%	0.05% (60歳代)	0.07% (70歳以上)	0.001%	0.015% (60歳代)	0.028% (70歳以上)

※ 新型コロナの重症化率（致死率）は協力の得られた3自治体のデータを使用し、2021年7～10月（デルタ株流行期）、2022年1～8月（オミクロン株流行期）に診断された新型コロナウイルス感染者のうち、死亡または重症化（死亡）した割合であり、感染者が療養及び入院期間が終了した際のステータス又は期間の終了日から30日以上経過した時点でのステータスに基づき算出している。季節性インフルエンザの重症化率（致死率）はNDBにおける2017年9月～2020年8月までに診断または抗インフル薬を処方された患者のうち、28日以内に死亡または重症化（死亡）した割合である。新型インフルエンザA (H1N1) pdm2009については、2009年7月28日～2010年3月16日までに自治体から厚労省に報告された死亡例及び入院サーベイランスにより収集された重症例を、2009年7月27日～2010年3月23日までにインフルエンザ定点から報告された患者数から推計された推計受診患者数で除して算出している。95%信頼区間はClopper-Pearson's exact binomial confidence interval により算出。

※ それぞれの重症者や死亡者の定義については以下を参照。新型コロナと季節性インフルエンザ、新型インフルエンザの重症者の定義は厳密にはそれぞれ異なっている点に留意。

・新型コロナ <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000929082.pdf> ・季節性インフル <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000906106.pdf>

・新型インフル pdm2009 <http://idsc.nih.gov.jp/idwr/douko/2010d/10douko.html> <https://www.mhlw.go.jp/kinkyu/kenkou/influenza/houdou/2010/03/dl/infuh0317-01.pdf>

疾患	重症者・重症化率の定義
新型コロナ（3自治体集計）	重症者：人工呼吸器を使用、ECMOを使用、ICU等で治療のいずれかの条件に当てはまる患者。 重症化率：経過中重症に至ったが、死亡とならなかった患者、重症化して死亡した患者、重症化せず死亡した患者の合計を、感染者数で割ったもの。
季節性インフルエンザ（NDBデータ）	重症者：ICU利用または人工呼吸器を使用した患者。 重症化率：死亡と重症化のいずれかが発生した患者の合計を、感染者数（インフルエンザ傷病名付与または抗インフルエンザ薬投与）で割ったもの。
新型インフルエンザA (H1N1)pdm2009（自治体集計・推計患者数）	重症者：入院サーベイランス（全数届出）のうち、急性脳症、人工呼吸器を使用、入院中の集中治療室入室のいずれかの条件に当てはまる患者。 重症化率：前述の重症者（重症化せず死亡した者は含まない）をインフルエンザ定点報告から算出された推計患者数で割ったもの。

※ 年齢階級別の重症化率においても概ね同様の傾向が見られるが、比較する際にはデータソースの違いや背景因子が調整されていない点等に留意が必要。

※ 新型コロナは療養及び入院期間が終了した際のステータス又は期間終了日から30日以上経過した時点でのステータスに基づき算出しており、特に致死率について過少である可能性がある。茨城県は医師の判断において明らかに別の死因によるもの（溺死や交通外傷等）は除外して集計している。また、新型コロナ・季節性インフルエンザ・新型インフルエンザは3者ともに分母に未受診者が含まれないため、重症化（致死）率が過大である可能性がある。特に新型コロナについては、検査キャパシティや外来ひっ迫等により時期によっても変動がある点に留意。

<出典> ・第90回厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード 事務局提出資料 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000964409.pdf>)

・第74回厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード 野田先生提出資料 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000906106.pdf>) を再集計

・国立感染症研究所 IDWR2010年第10号 (<http://idsc.nih.gov.jp/idwr/douko/2010d/10douko.html>) 及び厚労省データ (<https://www.mhlw.go.jp/kinkyu/kenkou/influenza/houdou/2010/03/dl/infuh0317-01.pdf>) を再集計

【参考】インフルエンザの重症化率・致死率について

- ▶ 重症化の定義やデータソース、集計方法等が異なるため、比較する際には留意が必要。

季節性インフルエンザ

NDBにおける2017年9月～2020年8月までに診断または抗インフル薬を処方された患者のうち、28日以内に死亡または重症化（死亡）した者の割合を重症化率（致死率）と定義。重症者はICU利用または人工呼吸器を使用した患者と定義。

	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90代以上	全年齢
感染者数 (人)	7,467,200	5,692,400	2,784,700	3,602,400	4,354,700	2,975,300	2,247,100	1,423,000	853,300	265,400	31,665,539
重症者数 (人)	2,195	632	471	728	1,434	2,055	4,669	8,926	15,101	9,125	45,336
死亡者数 (人)	156	60	67	130	401	692	2,019	4,856	11,184	8,114	27,679
重症化率 (%)	0.03	0.01	0.02	0.02	0.03	0.07	0.21	0.63	1.77	3.44	0.14
致死率 (%)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.02	0.09	0.34	1.31	3.06	0.09

第74回厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード 野田先生提出資料 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000906106.pdf>) を再集計

新型インフルエンザA (H1N1) pdm2009

2009年7月28日～2010年3月16日までに自治体から厚労省に報告された死亡例及び入院サーベイランスにより収集された重症例を、2009年7月27日～2010年3月23日までにインフルエンザ定点から報告された患者数から推計された推計受診患者数で除して算出している。したがって厳密な意味での重症化率・致死率ではない点に留意。入院サーベイランス (全数届出)のうち、急性脳症、人工呼吸器を使用、入院中の集中治療室入室のいずれかの条件に当てはまる患者を重症者と定義し、重症化率は、前述の重症者 (重症化せず死亡した者は含まない)をインフルエンザ定点報告から算出された推計患者数で割ったもの。※一部既公表資料を元に算出。(赤字は既公表値、黒字は赤字を用いて算出。推計患者数は死亡者数を致死率で割り戻して算出。)

	0-4歳	5-9歳	10-14歳	15-19歳	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上	全年齢
推計患者数 (人)	2,857,143	4,333,333	5,000,000	3,000,000	2,200,000	1,555,556	1,000,000	469,697	170,068	159,574	20,745,371
重症者数 (人)	291	645	190	53	46	54	70	99	79	113	1,640
死亡数 (人)	20	13	5	3	11	14	31	31	25	45	198
重症化率 (%)	0.0102%	0.0149%	0.0038%	0.0018%	0.0021%	0.0035%	0.0070%	0.0211%	0.0465%	0.0708%	0.0079%
致死率 (%)	0.0007%	0.0003%	0.0001%	0.0001%	0.0005%	0.0009%	0.0031%	0.0066%	0.0147%	0.0282%	0.0010%

黒字は既公表値
赤字は赤字から算出

- ・ 国立感染症研究所 IDWR2010年第10号 (<http://idsc.nih.gov/idwr/douko/2010d/10douko.html>) 及び
- ・ 厚労省データ (<https://www.mhlw.go.jp/kinkyu/kenkou/influenza/houdou/2010/03/dl/infuh0317-01.pdf>) を再集計

● 感染症法

- ・一類感染症、二類感染症、三類感染症、
四類感染症、五類感染症
- ・**新型インフルエンザ等感染症**
〔**新型インフルエンザ、再興型インフルエンザ、
新型コロナウイルス感染症、再興型コロナウイルス感染症**〕
- ・指定感染症
- ・新感染症

- ・ 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関し必要な措置を規定
- ・ 感染症の発生予防及びまん延防止により
公衆衛生の向上及び増進を目的

<感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律>

（目的）

第一条 この法律は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関し必要な措置を定めることにより、感染症の発生を予防し、及びそのまん延の防止を図り、もって公衆衛生の向上及び増進を図ることを目的とする。

（定義等）

第六条

7 この法律において「新型インフルエンザ等感染症」とは、次に掲げる感染性の疾病をいう。

三 **新型コロナウイルス感染症（新たに人から人に伝染する能力を有することとなったコロナウイルスを病原体とする感染症であって、一般に国民が当該感染症に対する免疫を獲得していないことから、当該感染症の全国的かつ急速なまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあると認められるものをいう。）**

● 新型インフル特措法

- ・ **新型インフルエンザ等感染症**
- ・ 指定感染症 ※当該疾病にかかった場合の病状の程度が重篤であり、かつ、全国的かつ急速なまん延のおそれのあるもの
- ・ 新感染症 ※全国的かつ急速なまん延のおそれのあるもの

⇒全国的かつ急速にまん延し、かつ、病状の程度が重篤となるおそれがあり、また、国民生活及び国民経済に重大な影響を及ぼすおそれがある

- ・ 迅速な初動対応のための体制や、経済社会全体にわたる総合的な対策を統一的に講じるために必要な措置を規定
- ・ 国民の生命及び健康の保護、国民生活及び国民経済に及ぼす影響の最小化を目的

<新型インフルエンザ等対策特別措置法>

（目的）

第一条 この法律は、国民の大部分が現在その免疫を獲得していないこと等から、**新型インフルエンザ等が全国的かつ急速にまん延し、かつ、これにかかった場合の病状の程度が重篤となるおそれがあり、また、国民生活及び国民経済に重大な影響を及ぼすおそれがあることに鑑み、（略）、**新型インフルエンザ等に対する対策の強化を図り、もって新型インフルエンザ等の発生時において国民の生命及び健康を保護し、並びに国民生活及び国民経済に及ぼす影響が最小となるようにすることを目的とする。

（定義）

第二条

- 一 新型インフルエンザ等 感染症法第六条第七項に規定する新型インフルエンザ等感染症（略）、感染症法第六条第八項に規定する指定感染症（第十四条の報告に係るものに限る。）及び感染症法第六条第九項に規定する新感染症（全国的かつ急速なまん延のおそれのあるものに限る。（略））をいう。

新型コロナウイルス感染症に対する感染症法及び特措法に基づく対策の要件比較

対応する感染
拡大防止措置

● 感染症法上の対策（「新型インフルエンザ等感染症」としての対策）

全国かつ急速なまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあると認められる

医師の届出、入院勧告・措置など感染症法上の措置（感染症法第12条、第19条等）、特措法に基づかない呼びかけ

基本的対処方針に基づく対策（特措法第24条9項に基づく要請）

【まん延防止等重点措置】
飲食店の時短要請、外出・移動の自粛要請等（特措法第31条の6）

【緊急事態措置】
飲食店の時短要請、施設の使用制限、催物の開催制限、外出・移動の自粛要請等（特措法第45条）

● 特措法に基づく政府対策本部の設置・廃止

（設置）病状の程度が季節性インフルエンザに比しておおむね同程度以下であると認められる場合を除き、設置

（廃止）病状の程度が季節性インフルエンザに比しておおむね同程度以下であることが明らかとなったとき、又は、新型インフルエンザ等感染症と認められなくなった時に廃止

● 特措法に基づく緊急事態措置・まん延防止等重点措置

・肺炎、多臓器不全又は脳症その他の重篤な症例の発生頻度が、季節性インフルエンザに比して相当程度高いと認められる

参照条文

<新型インフルエンザ等対策特別措置法>

(新型インフルエンザ等の発生等に関する報告)

第十四条 厚生労働大臣は、感染症法第四十四条の二第一項若しくは第四十四条の六第一項の規定により新型インフルエンザ等感染症若しくは新感染症が発生したと認めた旨を公表するとき、又は感染症法第六条第八項に規定する指定感染症が、当該疾病にかかった場合の病状の程度が重篤であり、かつ、全国的かつ急速なまん延のおそれのあるものと認めたときは、内閣総理大臣に対し、当該新型インフルエンザ等の発生の状況、当該新型インフルエンザ等にかかった場合の病状の程度その他の必要な情報の報告をしなければならない。

(政府対策本部の設置)

第十五条 内閣総理大臣は、前条の報告があったときは、当該報告に係る新型インフルエンザ等にかかった場合の病状の程度が、感染症法第六条第六項第一号に掲げるインフルエンザにかかった場合の病状の程度に比しておおむね同程度以下であると認められる場合を除き、(略) 臨時に内閣に新型インフルエンザ等対策本部(以下「政府対策本部」という。)を設置するものとする。

(政府対策本部の廃止)

第二十一条 政府対策本部は、第十五条第一項に規定する新型インフルエンザ等にかかった場合の病状の程度が、感染症法第六条第六項第一号に掲げるインフルエンザにかかった場合の病状の程度に比しておおむね同程度以下であることが明らかとなったとき、又は感染症法第四十四条の二第三項の規定による公表がされ、若しくは感染症法第六条第八項若しくは第五十三条第一項の政令が廃止されたときに、廃止されるものとする。

(新型インフルエンザ等まん延防止等重点措置の公示等)

第三十一条の四 政府対策本部長は、新型インフルエンザ等(国民の生命及び健康に著しく重大な被害を与えるおそれがあるものとして政令で定める要件に該当するものに限る。以下この章及び次章において同じ。)が国内で発生し、特定の区域において、国民生活及び国民経済に甚大な影響を及ぼすおそれがある当該区域における新型インフルエンザ等のまん延を防止するため、新型インフルエンザ等まん延防止等重点措置を集中的に実施する必要があるものとして政令で定める要件に該当する事態が発生したと認めるときは、当該事態が発生した旨及び次に掲げる事項を公示するものとする。

<新型インフルエンザ等対策特別措置法施行令>

(新型インフルエンザ等まん延防止等重点措置を集中的に実施すべき事態の要件)

第五条の三 法第三十一条の四第一項の新型インフルエンザ等についての政令で定める要件は、当該新型インフルエンザ等にかかった場合における肺炎、多臓器不全又は脳症その他厚生労働大臣が定める重篤である症例の発生頻度が、感染症法第六条第六項第一号に掲げるインフルエンザにかかった場合に比して相当程度高いと認められることとする。

2 (略)

新型コロナウイルス感染症対策に関する見解と

感染症法上の位置付けに関する影響の考察

令和5年1月11日

齋藤智也、中島一敏、前田秀雄、今村顕史、阿南英明、太田圭洋、岡部信彦、押谷仁、舘田一博、釜菴敏、高山義浩、小坂健、古瀬祐気、脇田隆字、尾身茂

I. はじめに.....	1
II. 本疾患の特徴について.....	2
III. 疾患の特徴に合わせた当面の対応策.....	3
IV. COVID-19の感染症上の類型が変更された際の影響に関する考察.....	4
V. おわりに.....	8

I. 【はじめに】

これまで3年間にわたり新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応において、市民、保健医療関係者、国・自治体など社会全体の努力の結果、人口100万人あたりのCOVID-19による死亡者数は諸外国と比べ比較的強く抑えられた。しかし、さまざまな感染対策とそれに伴う社会活動の制限が約3年にもわたって続いたため、社会・経済・生活・教育などへの副次的な負の影響も明らかになってきた。

病原性が低下したSARS-CoV-2 オミクロン株の出現やワクチン接種の進展により、感染者が重症化あるいは死亡する割合は徐々に低下してきている。

しかし、オミクロン株になってウイルスの伝播力はむしろ強くなっており、感染者の数が増えたため、死亡者数については極めて多くなってきている。現在、流行は一年を通して繰り返しており、今後の流行サイクルも予測が困難で、本疾患が季節性インフルエンザ等のような流行性疾患と同様な対応が可能な疾患になるには、もうしばらく時間がかかると考えられる。

このような状況では、適切な医療の提供を継続できないほどの感染者数の急増や高いピークを避けることが求められる。

適切な医療の提供体制を維持しつつ、社会・経済・教育等の活動を回復させるために最も合理的な方法は、本疾患の特徴に合わせ、かつ、リスクに応じた対応策をとることである。

本見解は、本疾患の特徴について現在の概況を示し、現在流行するオミクロン株

の特徴に合わせて当面実施すべき対応策に関する見解を示す。加えて、現行の感染症法上の位置付けを変更するとした場合に考えられる影響を考察する。本見解が、国や社会が COVID-19 の感染症法上の位置付けの議論をするうえで参考になれば幸甚である。

II. 【本疾患の特徴について】

1. 重症化率について

オミクロン株が流行の主体となったこと、多くの人々がワクチンあるいは自然感染による免疫を獲得したこと等により、発生当初に比べて重症化率は低下している。

2. 伝播性について

オミクロン株の出現以降、ワクチン接種や自然感染による免疫の獲得もあり重症化率は低下しているが、SARS-CoV-2 の伝播力は季節性インフルエンザウイルスよりもはるかに高く、その亜系統の出現により、現在も伝播性が上昇し続けている。

3. 死亡者数および超過死亡について

社会活動が再開され、接触の機会が増えたこともあり、感染者が増加し、それに応じて死亡者数も増加してきている。

厳密な比較は困難であるが、我が国の死亡統計によれば、COVID-19 パンデミック以前のインフルエンザによる死亡者数は年間 3,000 人程度であるが、発生届に基づく COVID-19 の死亡者数は 2022 年ですでに 36,000 人以上に達する。

また、2021 年以降、日本でも季節性インフルエンザが流行した年よりも多くの超過死亡が確認されている。特に 2022 年には多くの超過死亡が見られている。なお、諸外国でもオミクロン株に移行してからも超過死亡は報告されている。

4. 一般医療への影響

COVID-19 感染者数の増大は、非 COVID-19 疾患に対する迅速な救急搬送も含め、一般医療にも影響が出ている。

5. 予測可能性について

インフルエンザの流行は季節性があり、予測範囲内の規模におさまることが期待される。しかし、COVID-19 は季節を問わず流行が起きており、流行の時期や規模を予測することは困難である。今後は、病原性、伝播性、免疫逃避性の増加のある

新たな変異株の出現の可能性もある。

6. 我が国における免疫状況について

ワクチン接種や自然感染による免疫も時間とともに減弱されることが示されており、免疫を回避する変異株も出現してきている。イングランドでの献血者での検討では、80%以上の人がすでに感染を経験したことが示されているが、流行はいまだに発生している。ちなみに日本の献血者の検討では感染を経験した人の割合はイングランドの約 1/3 とみられる。ワクチン接種率も世界的にみれば高い水準にあるが、接種回数が増えるにしたがって低下してきている。

7. 治療薬について

複数の治療薬については一定程度普及しており、一部の経口薬は市場流通している。しかし、医療機関における抗ウイルス薬の投与にあたっては、併用禁忌薬の確認や同意書の取得など、煩雑な手続きを要するものも多く、簡便に投与できる状況とはなっていない。

III. 本疾患の特徴に合わせた当面の対応策

社会・経済・教育等の活動を回復させていくためには、本疾患の特徴に合わせたリスクに応じた対応策を取ることが必要である。重症化率は低くても、極めて高い伝播性を有するオミクロン株では、感染者数の急増や高いピークによって適切な医療の提供を継続できなくなる恐れがあり、これを避けなければならない。そのため、感染症法上類型を見直したとしても、市民、医療機関・高齢者施設、政府・自治体は、オミクロン株のリスクに見合った対応策の継続が求められる。

当面の具体的な対応策を考える上では、以下の5つのポイントを考慮する必要がある。

- ① COVID-19 か否かに関わらず、重症者や死亡リスクの高い高齢者、基礎疾患のある患者への必要な医療・ケア・生活支援を提供することを最優先すること。
- ② 感染者は、自身の健康状態に注意を払い、他者へ感染させない行動をとること。
- ③ 感染リスクの高い機会があった人は、感染の可能性を考慮し、自身の健康状態に注意を払い、他者へ感染させない行動をとること。
- ④ 市民は、流行状況と場面に応じた感染対策行動をとること。
- ⑤ 病原性が高まる新たな変異株の出現や感染者の激増などにより医療に深刻な影響が生じる恐れがある場合には、接触機会を減少させる対策が必要になること

もありえること。

これらのポイントに留意しつつ、感染症法上の類型に関わらず、求められる感染対策と医療対策を、市民、医療機関と高齢者施設等、国と地方自治体に分けて表に整理した。(別添参照)

IV. [COVID-19 の感染症法上等の類型が変更された際の影響に関する考察]

COVID-19 の感染症法上の類型が変更された際の影響について、以下の5点を考察する。

1. 感染症法に基づく入院措置がなくなることによる影響
2. 感染症法に基づく感染者の自宅・ホテル待機がなくなることによる影響
3. 感染症法に基づく接触者に対する措置がなくなることによる影響
4. 特措法の対象とならなくなることによる影響
5. 新型コロナワクチンの接種に与える影響

1. 感染症法に基づく入院措置がなくなることによる影響

- 入院措置がなくなる。
 - 他者に感染させないことを目的とした入院はなされなくなる。
 - 一方、事実上そのような目的での入院はすでに行われておらず、影響は軽微であると考えられる。
- 新型コロナ対応として病床確保や入院調整を行政が行ってきたが、法に基づく入院勧告が無くなることに伴い、当該措置がなくなる可能性がある。
 - 基本的には、病診・病病連携により実施されることになるが、入院医療を必要とする陽性者が増加した場合の迅速な医療調整や広域での調整の難しさは特に懸念される。
 - 必要な入院治療を確保するためには、医療体制の再構築・見直しが求められる。
 - 高齢者施設入所者の入院調整は、配置医や連携医の業務となるが、対応力には限界があり、調整が困難になると救急搬送の要請が増加することが想定される。

- 一方、行政・医療機関等により作成される医療計画に基づき、COVID-19に限らず医療需要に応じた調整が図られることになる。
- また、病診連携がすでに進んでいる地域もある。
- 治療費の公費負担の法的根拠がなくなる。
 - 自己負担が発生することにより、感染者が検査や受診を受けない・受けられない可能性がある。
 - 高額療養費制度により、所得に応じて負担額には上限があるものの、高額な抗ウイルス薬の服薬をはじめ、診療を受けない・受けられない可能性がある。
 - 一方、公費負担があるために過剰な受診・治療を誘発しているとの意見もあり、公費負担がなくなることによりこれらが抑制される可能性がある。

2. 感染症法に基づく感染者の自宅・ホテル待機がなくなることによる

影響

- 法に基づいて自宅、ホテル待機による行動制限が行われなくなる。
 - 「感染者が一定期間自宅待機すべきこと」の社会的認識と実効性が失われる可能性がある。
 - 重症化リスクの高い人に接触する業務に従事する方にとって、有給を適用した欠勤の取得が難しくなり、クラスターが発生する恐れがある。
 - 一方、マスク着用等の行為は広く認知されてきており、他者への感染リスクを下げた行動することも可能である。
 - また、多くの診断されていない感染者も存在する中で、法に基づく行動制限は理解を得られていない。
- 自宅外にホテル等の待機する場所が確保されなくなる。
 - クラスターの多発する学校などに属する小児を起点として、家族などを介した重症化リスクの高い高齢者への感染が発生する可能性がある。
 - 一方、1年間に2,000万人以上の感染が確認されている現在、キャパシティの限られるホテル療養は、社会の感染拡大の抑制という観点からは、隔離療養の寄与度は低くなっていると考えられる。
 - インバウンドを含め旅行者が感染者となった場合の対応において、療養場所の確保などに困難が生じうる。
- 自宅やホテルでの待機においては、急激な病状悪化時の早期医療対応が可能な体制が行政によって提供されてきたが、当該措置がなくなる可能性がある。
 - 行政が健康観察を行う法的な根拠がなくなり、かかりつけ医による対応が

基本となり、診療所の業務が増加することが想定される。

- ▶ きめ細やかな対応が行われなくなり、重症者・死者が増加する懸念がある。
- ▶ 一方、デルタ株の流行時とは異なり、ウイルス性肺炎により病状が急激に悪化する事例は減少している。
- ホテル療養に準じて確保してきた医療型ホテル療養、宿泊可能な酸素ステーション、高齢者療養施設等が維持できない可能性がある。
 - ▶ 入院病床を補完する機能が失われ、高齢者対応の宿泊療養施設等が一律に廃止されれば入院病床ひっ迫につながる自治体が出てくる可能性もある。
 - ▶ 一方、すでにその需要が失われている施設種別もある。

3. 感染症法に基づく濃厚接触者に対する措置がなくなることによる影響

- 濃厚接触者に対して感染拡大防止のための法に基づいた行動制限が行われなくなる。
 - ▶ 濃厚接触者の待機を、法に基づかず社会規範として呼びかけるだけでは、感染拡大予防の実効性が低下する可能性がある。
 - ▶ 重症化リスクの高い人に接触する業務に従事する濃厚接触者は、行動制限があることにより、有給で欠勤することが出来るが、措置がなくなれば勤務を回避できなくなり、感染しているリスクのある状態で勤務を行うことになるおそれがある。特に、高齢者施設や医療機関ではクラスター発生のリスクが高まる。これらの施設においては、医療安全の視点からも、今後も感染状況に応じた取り組みが求められる。
 - ▶ 一方、濃厚接触者の同定と行政による行動制限は事実上行われておらず、自主的な対策に移行しており、感染対策という観点からの影響は軽微である。
 - ▶ また、感染レベルが上昇する状況においても、BCPの観点からの事業体ごとの主体的な感染対策により対応が可能であるという意見もある。

4. 特措法の対象とならなくなることによる影響

- 特措法に基づき都道府県知事が行っていた感染対策実施に関する呼びかけの法的根拠が失われる。
 - ▶ 「新型コロナは終わった」とみなされ、注意が必要な疾患ではないと考

- え、市民の中で感染対策が行われなくなる可能性がある。
- 一方、現状では、法的位置付けを問わず、感染対策を続ける人は多いと考えられ、影響は軽微であるかもしれない。
 - 対策本部が廃止される。
 - 行政内で医療・保健部門以外の協力が得られにくくなる可能性がある。
 - 感染・伝播性や病原性が著しく増加した新規変異株が再び発生し、特措法上の措置が必要になった場合に、迅速に措置が発動できない可能性がある。
 - 一方、いったん本部は廃止されても、必要となれば速やかに再稼働する準備体制を維持していれば問題にはならないかもしれない。
 - 臨時の医療施設の設置根拠がなくなる。
 - 医療の受入れ能力が減少するおそれがある。
 - 一方、都道府県の現在の活用状況によって異なる可能性がある。
 - 特措法に関するその他の懸念
 - 感染拡大時における国民や事業者に対する経済的支援策は実施されなくなる。
 - 無症状者に対する無料検査が縮小廃止される。
 - ◇ 無症状者に対する無料検査は、感染拡大時における不安解消及び陽性者早期発見の役割を果たしており、全面的廃止により感染拡大時での外来医療機関の負担増等につながる恐れがある。
 - ◇ 一方で、無症状での過剰な受診を回避する啓発と抗原検査キットによるセルフチェックやオンライン診療の活用により、単に検査目的での受診を回避できるという考え方もある。

5. 新型コロナワクチンの接種に与える影響

- ワクチンに関する諸対策が縮小される可能性がある。
 - まん延予防上の緊急の必要性に基づく特例臨時接種が行われなくなる可能性がある。自己負担が発生すれば、接種意欲が減退し、接種率が低下する可能性がある。
 - 都道府県知事の接種促進に向けたリーダーシップが発揮しにくくなり、また、仮に財政的支援が縮小された場合、基礎自治体・医療機関による接種機会確保の取り組みが後退する可能性がある。
 - 今後のワクチン接種のあり方については、別途厚生科学審議会において議論することとされている。

V. おわりに

COVID-19の流行は、従来感染症法や新型インフルエンザ等特別措置法で想定されていた状況とは異なっている。その社会的インパクトと今後の流行の不確実性のリスクを踏まえた対策が必要である。特に、COVID-19の有無に関わらず適正な医療を提供し続けることが今後も重要課題である。

一方、ワクチン接種が進み、感染対策が市民に浸透する中、社会的な制限はリスクに見合った最小限のものとして、社会・教育・経済等の活動を回復させていくことが求められている。

そのためには、感染症法上の類型の位置付けに関わらず、以下の事項が必要であると考えられる。

- COVID-19の発生状況やリスクについて、状況を共有し、リスクと対策について、市民が納得感を得られる施策を行うこと。
- 感染者・感染リスクの高い機会があった人が他人にうつさない行動が重要であり、その規範を何らかの形で維持し、そのための行動を促していくことが必要であること。
- 医療機関の診療体制を確保し、逼迫時の調整機能を何らかの形で維持すること、そのために感染対策に必要な財政措置が行われること。
- 流行状況の変化に応じ必要な予防接種が実施できる体制を確保すること。
- 新型コロナ治療薬などの公費支援が終了することで、他の疾患と比較したときに市民に過剰な費用負担とならないような治療の安定的提供を行うこと。
- 効果的な変異株のモニタリング体制や、サーベイランス方法の変更に伴う感染者数の推計などを構築すること。
- 新たな変異株の出現等により医療に深刻な影響が生じるおそれがある場合には接触機会を減少させる対策を考慮すること。

今後の法的位置付けや対策については、見通しを示しつつ、本見解に示した対応案を実施するための必要な準備をすすめながら段階的に移行していくことが求められる。

別添 表（法的位置付けに関わらず）今後行うべき感染対策と医療対策

<p>感染対策</p>	<p>1. 市民</p> <p><有症状者・感染者></p> <ul style="list-style-type: none"> ・有症状時のセルフチェックOTC等を活用と陽性時の他者につぎさない行動 例：マスク着用、人と会う外出を控える（期間等はリスクに応じて適宜見直し） <p><感染リスクの高い機会があった人></p> <ul style="list-style-type: none"> ・自身の健康状態に注意し、仮に感染していた場合に他者へ感染させない行動をとる 例：マスク着用、人と会う外出を控える（期間等はリスクに応じて適宜見直し） <p><一般市民></p> <ul style="list-style-type: none"> ・流行状況と場面に応じ、十分な換気を含めた感染予防対策 例：流行期に会食等を控える、高齢者施設でのマスク着用 <p><ワクチン接種></p> <p>特に高齢者・ハイリスク者は3回以上の接種</p>	<p>2. 医療機関・高齢者施設等</p> <p><外来・診療所・病院></p> <ul style="list-style-type: none"> ・高い伝播性を考慮した感染対策の継続（換気、ソニーニング、PPEの段階的見直しを考慮） <p><高齢者施設等></p> <ul style="list-style-type: none"> ・十分な換気を含めた通常時の感染予防の継続（換気、感染対策、ワクチン、定期検査等） ・発生時の自治体・医療機関との連携による早期対応 ・拡大時の運営継続に向けての支援 <p><ワクチン接種></p> <ul style="list-style-type: none"> ・多くの医師・医療機関の協力 ・通常の接種体制への移行 	<p>3. 国・自治体</p> <ul style="list-style-type: none"> ・（変異株の動向を含め）複数のサーベイランスの組み合わせによる流行状況の把握・分析 ・感染状況・臨床情報などの情報共有と周知 ・市民や事業者へ感染対策の指針を示す ・無症状者に対する無料検査の精査・重点化 ・ウイルスの変異等により大幅に感染者が増加し医療が逼迫するような事態になった際に素早く措置を実施できる準備体制の維持 <p><ワクチン></p> <ul style="list-style-type: none"> ・費用補助を含む接種率向上のための各種支援 ・接種体制の整備
<p>医療体制 適切な医療を 提供する</p>	<p>企業・職場</p> <ul style="list-style-type: none"> ・安全配慮義務の観点から労働者の感染対策を行う ・感染拡大においても事業継続できるようにする ・事業において感染リスクが高い場面では感染対策を行う <p>学校・保育所・課外活動等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・適切な感染予防対策への見直し（頻回なアルコール清拭、マスク着用の場など） ・発生時対応の見直し 	<p><診療能力の維持拡大></p> <ul style="list-style-type: none"> ・病診連携/病病連携・地域連携の強化 ・診療医療機関のさらなる参入/かかりつけ医による診療推進 ・感染拡大時に対応できる病床の確保 ・コロナ診療の通常医療への段階的組込み（新型コロナウイルスに感染した場合の併存疾患や合併症診療の受け入れ拡大等） ・オンライン診療のさらなる活用 ・罹患後症状への対応 <p><高齢者対応の継続・強化></p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設連携医の積極的な参画 ・必要な治療薬の投与等 ・施設職員への教育 ・入院中の機能維持（リハビリ等） 	<p>医療機関の責務の整理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院調整の後方支援 ・高額な医療費の補助 ・治療薬へのアクセスの向上および治療法の開発（罹患後合併症リスクの上昇、罹患後症状を含む） <p><診療能力の維持拡大></p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院（入院・外来）、診療所、在宅医療の連携強化 ・診療医療機関のさらなる拡大へ向けた支援 ・病床確保のための支援と強い指導 ・オンライン診療体制のさらなる活用 ・罹患後症状の診療体制強化 ・訪問看護師・介護従事者・ケアマネジャー等の教育や支援 ・高齢者施設からの相談体制整備（保健所・福祉部門の連携） ・リハビリ等の回復支援体制 <p><感染拡大リスクへの対策></p> <ul style="list-style-type: none"> ・救急搬送困難事例の推移把握 ・介護施設クラスター発生時対応の支援 ・コロナの有無に関わらず、入院負荷増大時の入院退院調整機能の確認

今後の新型コロナウイルス感染症(COVID-19)対策における 倫理的法的社会的課題（ELSI）の観点からの提言

武藤香織¹、磯部 哲²、井上悠輔¹、大北全俊³

児玉 聡⁴、田代志門⁵、田中幹人⁶、奈良由美子⁷、横野 恵⁸

¹東京大学医科学研究所、²慶應義塾大学大学院法務研究科、³東北大学大学院医学系研究科

⁴京都大学大学院文学研究科、⁵東北大学大学院文学研究科、⁶早稲田大学政治経済学術院

⁷放送大学教養学部、⁸早稲田大学社会科学部

要旨

1. 本稿の目的は、感染症疫学・医療の専門家有志による「新型コロナウイルス感染症対策に関する見解と感染症法上の位置付けに関する影響の考察（令和5年1月11日）」を踏まえて、倫理的法的社会的課題（ELSI）の専門家有志より提言することである。
2. 公衆衛生倫理の主要な原則のひとつに、「侵害の最小化（least infringement）」あるいは「強制的な手段の最小化（least restrictive or coercive means）」がある。我々は他者に感染させないための措置の対象から COVID-19 を速やかに外す必要があると考える。ただし、入院を必要としうる人への医療を保障することは、些かも疎かにすべきではない。
3. COVID-19 に対する措置を減らす過程において、国として許容できる、あるいは許容できない死者数の目標設定は、回避すべきである。
4. 面会や付き添いを含む様々な活動が速やかに再開・定着できるよう、実態調査の実施や指針の策定も含めて、国や都道府県が連携して尽力されることを希望する。
5. 今後、人々が主体的に実践できる健康習慣として推奨できる行動を専門家が取捨選択したうえで、国や都道府県が明確に啓発を行う必要がある。その際、人々の間で根付いてきた、現時点で有効とは言い難い対策等について、国や都道府県としても関心を払い、実態を把握すべきである。こうしたプロセスへの移行に際しては、継続的なリスクコミュニケーションを行うことが望ましい。
6. 新たな健康習慣を人々に啓発するにあたり、対策の実施を個人の責任のみに帰す事態に陥らないように留意すべきである。社会的経済的に脆弱な立場に置かれた人々に最大限の配慮をしたうえで、人々が健康習慣を守りやすい環境整備、体調不良の際に休みやすく復帰しやすい環境整備に尽力すべきである。
7. 国や都道府県の対策部門において、公衆衛生倫理の訓練を受けた複数の専門家からなるチームに、定期的にシナリオの立案と助言に平時から参加できる体制の整備を検討して頂きたい。このような体制と手続きの試行を通じた整備は、リスクコミュニケーションにおいても同様に求められる。

1. はじめに

感染症疫学・医療の専門家有志による「新型コロナウイルス感染症対策に関する見解と感染症法上の位置付けに関する影響の考察（令和5年1月11日）」（以下、「見解と考察」）では、病原性が低下した SARS-CoV-2 オミクロン株の出現やワクチン接種の進展により、感染者が重症化あるいは死亡する割合は徐々に低下してきているものの、オミクロン株になってウイルスの伝播力はむしろ強くなり、感染者数が増えたため、死亡者数も極めて多くなっていること、本疾患が季節性インフルエンザ等のような流行性疾患と同様な対応が可能な疾患になるには時間がかかるため、適切な医療の提供を継続できないほどの感染者数の急増や高いピークを避ける必要があることが述べられている。

本稿の目的は、「見解と考察」が出されたことを踏まえ、SARS-CoV-2 オミクロン株のように重症化率が低く伝播性の高いウイルスの流行を前提として、倫理的法的社会的課題（ELSI）の専門家有志より提言することである。

2. 他者に感染させないための措置の対象から COVID-19 を外す必要

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) は、依然として感染症法に基づく強制力を伴った措置の対象とされている。

都道府県知事は、感染症法第 19 条の規定に基づいて感染した患者に入院の勧告および措置ができることとなっており、患者が従わない場合には、法第 80 条の規定により過料が科されうる。重症化リスクの低い陽性者などの場合は、法第 44 条の 3 第 2 項の規定に基づき、都道府県知事は自宅や宿泊施設からの外出自粛などの協力を要請することができる。

また、都道府県知事は、感染症法第 15 条に基づいて積極的疫学調査を行うこととされている。その目的は、個々の患者発生をもとにクラスターが発生していることを把握し、原則的には後方視的にその感染源を推定するとともに、前方視的に濃厚接触者の行動制限等により封じ込めを図ることである¹。調査への協力を命じられてもなお拒否する患者には法第 81 条の規定により過料が科されうる。

公衆衛生倫理の主要な原則のひとつに、「侵害の最小化 (least infringement)」あるいは「強制的な手段の最小化 (least restrictive or coercive means)」がある。この原則は、新型インフルエンザ特別措置法第 5 条や感染症法第 22 条の 2 においても尊重され、国民の自由や権利を制限する措置は必要最小限のものでなければならないとされている。

「見解と考察」では、他者に感染させないことを主目的とした入院や宿泊療養について、「事実上そのような目的での入院はすでに行われておらず、影響は軽微であると考えられる」、「1 年間に 2,000 万人以上の感染が確認されている現在、キャパシティの限られるホテル療養は、社会の感染拡大の抑制という観点からは、隔離療養の寄与度は低くなっている」と述べられている。また、濃厚接触者の把握と保健行政による行動制限について、「事実上

¹ 国立感染症研究所。新型コロナウイルス感染症患者に対する積極的疫学調査実施要領（2021年1月8日版）[<https://www.niid.go.jp/niid/images/epi/corona/COVID19-02-210108.pdf>]

行われておらず、自主的な対策に移行しており、感染対策という観点からの影響は軽微である」とも述べられている。こうした評価は、これらの措置が実態としてすでに必要最小限のものではなくなっていることの証左でもあるといえる。

他方、他者に感染させないことを主目的とした入院や濃厚接触者の把握と管理に対する人々の見方には地域差が生じており、依然として他者に感染させないことを主目的とした入院や宿泊療養について住民からの要望が根強い地域もある。また、「濃厚接触者」という用語は人口に膾炙し、人々の間で「濃厚接触者」の認定やその行動管理をする慣行が一般化している状況にある。

他者に感染させないことを主目的とする措置が正当化されうるのは、その有効性が人々の自由の制限による不利益を上回ることが見込まれる場合に限られる。介入の有効性と基本的人権への制限のバランスが釣り合わない事態を容認することは、国として必要最小限度を超えた基本的人権の制限を容認した状態が持続することを意味する。また、強制力を伴った措置の対象とされ続けること自体が、患者や濃厚接触者に対する忌避や偏見、差別の一因となりうることに十分に留意する必要がある。

そのため、我々は、他者に感染させないための措置の対象から COVID-19 を外すことを国として速やかに宣言すべきであると考えている。日本では過去に、らい予防法の改廃に途方もない年月を要した反省²、新型インフルエンザ（A/H1N1）対策において病原性等に応じた柔軟な対応が課題であったことの教訓³を活かす必要がある。また、SARS-CoV-2 の病原性が高まる事態や新たな感染症のパンデミックの到来に備え、まん延防止に対して迅速に人々の協力が得られる環境を整備する必要性も考慮すべきである。

ただし、旧伝染病予防法から感染症法への改正に伴って、法第 19 条に定められていた、入院を必要とする人への医療の保障を些かも疎かにすべきではない。他者に感染させないための措置の対象から COVID-19 を外すことは、医療を必要とする人々を幅広い医療機関で適切に診療できる体制の構築と安定にも寄与するものと考えている。

3. 死に対する考え方と死者数の取扱い

今後とも基礎疾患を有する人々や高齢者施設等で暮らす人々、医療・ケア従事者のための感染対策や医療提供体制が強化され、死者数の抑制に努めることは必要である。また、死者数の予測値が示されることは、COVID-19 対策に取り組む人々にとって参考になるだろう。

しかしながら、今後、COVID-19 に対する措置を減らす過程において、国として許容できる、あるいは許容できない死者数の目標設定は回避すべきである。

² 「ハンセン病問題に関する検証会議 最終報告書」（2005 年 3 月）における「第十九 再発防止のための提言」の「三 科学的根拠に基づく健康政策改廃の阻害要因について」を参照のこと。
[<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/kenkou/hansen/kanren/dl/4a30.pdf>]

³ 「新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議 報告書」（2010 年 6 月）における「（2）提言」の「病原性等に応じた柔軟な対応」を参照のこと。[<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/dl/infu100610-00.pdf>]

そもそも統計上の数値として表れる死は、その家族や友人、あるいは死を看取った医療・介護関係者にとってはかけがえのない者の死である。政策立案者はそのことを心に銘記し、人々の気持ちに十分配慮した目標設定を行うことが求められる。

また、COVID-19 およびその対策の影響は、社会全般に長期にわたっており、死亡というアウトカムに限定したとしても、様々にトレードオフの状態が発生していることが推測されている。その状況を明確にすることも現状困難な中で、報告されている COVID-19 による死者数（この内訳は多義的であると思われる）のみを取り出して、許容できる、あるいは許容できない目標数として設定することは公平性の観点からも不適切である。

4. 面会や付き添いに関する実態調査や指針策定の必要性

2022 年 11 月 25 日の基本的対処方針の変更において、面会機会の確保を促す修正が行われ、「面会は患者や利用者、家族にとって重要なもの」と位置付けられたほか、特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者の入院について、「可能な限り支援者の付添いを受け入れることについて、対応を検討すること」と記載されている。

特に、COVID-19 に脆弱とされている障害児者や高齢者は、専門職者に限定されない人との接触によるケアが不可欠であり、それらへの制限がもたらす影響は看過できない。面会や付き添いを含む様々な活動が速やかに再開・定着できるよう、実態調査の実施や指針の策定も含めて、国や都道府県が連携して尽力されることを希望する。

5. 新たな健康習慣の明確な啓発と人々の受け止めの継続的な把握

感染症法第 4 条では、国民の責務として、国民が感染症に関する正しい知識を持ち、その予防に注意を払うよう努めるとともに、感染症の患者等の人権が損なわれないようにしなければならないと規定されている。ただ、この努力義務の規定については、こうした行動や判断が可能となる「知識」に関する適切な支援・環境整備が必要であること、「予防に注意を払う」ことができていないとみなされた個人の責任を過度に追求する風潮を生み出すものとなってはならないことに留意する必要がある。

そのため、COVID-19 対策の初期から実践が推奨された様々な行動（「新しい生活様式の実践例」や「感染リスクが高まる 5 つの場面」等）のうち、今後、人々が主体的に実践できる健康習慣として推奨できる行動を専門家が取捨選択したうえで、国や都道府県が明確に啓発を行う必要がある。特に、最大限の措置を選択せざるを得なかった時期に導入され、人々に普及した様々な行動を、今後の人々の行動規範として根付かせることがないよう、注意を払う必要がある。

その際、人々の間で根付いてきた、現時点で有効とは言い難い対策（事業者による個人情報収集等を含む）や、過度に慎重な陽性者や濃厚接触者の取扱い慣行、様々なローカルルールが存在やその影響について、国や都道府県としても関心を払うべきである。これらは、日本において対策を人々の協力要請に頼ってきたことの副作用とも言えるのではないだろう

うか。国や都道府県において、実態を把握しながら、とりやめるべき事項を明確に宣言する必要がある。

こうしたプロセスへの移行においては、継続的なリスクコミュニケーション⁴を行うことが望ましい。すなわち、国や都道府県、事業者団体等において人々の慣行の実態を把握しながら、時宜に応じた戦略的なリスク情報の発信と人々の受け止め方や要望の確認を継続し、必要に応じてリスク管理のあり方を調整する手続きの整備が不可欠である。

6. 新たな健康習慣に取り組みやすい環境整備

感染症対策には人々の協力によって支えられる面があるが、上記「5」の努力義務の規定をめぐる検討にもあるように、新たな健康習慣を人々に啓発するにあたり、対策の実施を個人の責任のみに帰す事態に陥らないように留意すべきである。

そのため、国や都道府県においては、社会的経済的に脆弱な立場に置かれた人々に最大限の配慮をしたうえで（このためには、脆弱な立場に置かれた人々とのリスクコミュニケーションなども有効であろう）、人々が健康習慣に取り組みやすい環境整備（ワクチン接種や廉価な検査キットの入手など）、体調不良の際に休みやすく復帰しやすい環境整備（病気休暇制度導入の普及啓発など）に尽力すべきである。

7. パンデミックにおける公衆衛生倫理の観点からの助言

武藤が参加していた WHO Working Group on Ethics and COVID-19 では、どの国においても政策立案過程において適時的確な倫理的な助言をするアプローチが機能しなかったことが度々議論されてきた。我が国においても例外ではなく、様々な場面で順位付けをめぐる議論の必要性が表面化した⁵、倫理的ジレンマを公の場で集中的に議論する機会は乏しく、政策決定過程において可視化されずに雲散霧消していった。

WHO で倫理面の議論を主導してきた、公衆衛生倫理の専門家である Upshur や Emanuel らは、政策立案者は複数の倫理学者からなるチームにも、首尾一貫した倫理的対応について支援を求めるべきであり、アウトブレイクから一連のプロセスにおいて生じうる倫理的課題を予期し、政策立案者が緊急事態への対応に関連する倫理的配慮を確実にを行うためのチェックリストが用意されるべきだと指摘している。

これを実現するために、国や都道府県の対策部門において、公衆衛生倫理の訓練を受けた

⁴ リスクコミュニケーションの定義としては、リスクのより適切なマネジメントのために、社会の各層が対話・共考・協働を通じて、多様な情報及び見方の共有を図る活動のこと（文部科学省安全・安心科学技術及び社会連携委員会（2014）『リスクコミュニケーションの推進方策』、リアルタイムでの情報や助言、意見の交換を専門家や行政と様々なリスク（ハザード）の脅威に直面する人々の間で行うこと（WHO（2018）. Communicating risk in public health emergencies: A WHO guideline for emergency risk communication（ERC））等が挙げられる。

⁵ 例えば、即応病床不足時における入院調整の優先順位決定、集中治療提供の制限が発生した場合の優先順位決定、一般医療の制限の正当化など、採用すべき倫理的原則や価値判断が困難な局面において、国として考え方や検討すべきプロセスを示さず、倫理的ジレンマの解消を地方公共団体や医療機関の判断に委ねたことが挙げられる。

複数の専門家からなるチームに、定期的にシナリオの立案と助言に平時から参加できる体制の整備を検討して頂きたい。このような体制と手続きの試行を通じた整備は、リスクコミュニケーションにおいても同様に求められる。

【参考文献】

Ezekiel J. Emanuel, M.D., Ph.D., Ross E.G. Upshur, M.D., and Maxwell J. Smith, Ph.D. What Covid Has Taught the World about Ethics. *New England Journal of Medicine* 2022; 387:1542-1545.

井上悠輔. 感染症予防と「国民の責務」規定. 年報医事法学第 36 号, 65-73 頁, 2021 年.

大北全俊. 自粛と行動変容-日本での行動制限について考える. 『「コロナ」がもたらした倫理的ジレンマ』(共編著) 所収, 3-13 頁, 日本看護協会出版会, 2022 年.

大北全俊. 新型コロナウイルス感染症-行動変容というリスク・マネジメントと責任. 『新型コロナウイルス感染症と人類学』所収, 85-109 頁, 水声社, 2021 年.

児玉 聡. 『COVID-19 の倫理学』, ナカニシヤ出版, 2022 年.

新型コロナウイルス感染症対策分科会 偏見・差別とプライバシーに関するワーキンググループ. これまでの議論のとりまとめ. 2020 年.

永井亜貴子, 李 怡然, 藤澤空見子, 武藤香織. 地方自治体における COVID-19 感染者に関する情報公表の実態: 2020 年 1 月~8 月の公表内容の分析. *日本公衆衛生雑誌* 第 69 巻第 7 号, 554-567 頁, 2022 年.

武藤香織. COVID-19 に関する差別的言動の防止に関する取組を振り返って. *医療と社会* 第 32 巻第 1 号, 83-92 頁, 2022 年.

【謝辞】 本提言は、以下の研究事業の成果の一部である。

- 「新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の倫理的法的社会的課題 (ELSI) に関する研究」(令和 3 年度新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業 研究代表者: 東京大学・武藤香織)
- 「パンデミックの ELSI アーカイブ化による感染症にレジリエントな社会構築」(RISTEX・戦略的創造研究推進事業 研究代表者: 京都大学・児玉聡)
- 「現代メディア空間における ELSI 構築と専門知の介入」(RISTEX・戦略的創造研究推進事業 研究代表者: 早稲田大学・田中幹人)

以上

これからの身近な感染対策を考えるにあたって(第一報)

令和5年1月25日

岡部信彦、阿南英明、今村顕史、太田圭洋、小坂 健、釜范 敏、齋藤智也、高山義浩、
館田一博、田中幹人、中山ひとみ、奈良由美子、西浦博、古瀬祐気、前田秀雄、武藤香織、
脇田隆字、尾身茂

1. 背景と目的

- 新型コロナウイルスが出現してから4年目を迎える。当初は、未知なことが多い感染症で、ワクチンはなく、有効な治療薬も限られていた。2020年5月には当時の専門家会議から「新しい生活様式」や、その後も、死亡リスクの高まったデルタ株の出現などもあり、生活の様々な場面において、できる限りの感染対策や工夫が実践された。最近では、有効なワクチンや治療薬も確保されるようになってきている。
- しかしながら、感染対策の実施が長期に及ぶなかで、今では過剰ともいえる感染対策や、有効性が疑問視される感染対策が続けられている場面が散見されている。これらが社会経済活動や教育活動及び子どもの生活において大きな制限になっていることが課題である。さらには、過度な負担のかかる感染対策や環境整備を強いられる事例や、実践できていない場合に周囲とトラブルになる事例も少なからずある。
- 直近では、メディアなどを通じて、社会経済活動のさらなる活性化や感染症法における類型変更の議論とあいまって、基本的な感染対策と位置付けられていた室内でのマスク着用をめぐる議論に関心が集まっている。
- しかし、新型コロナウイルスのオミクロン株は、伝播力が高まっており、さらなる亜系統も世界各地で確認されており、国内においても今後流行が繰り返す可能性がある。感染した場合の罹患後症状などのリスクや、医療機関や高齢者施設などでのクラスターが今後も多発する可能性は十分にある。我が国は、高齢者の割合が諸外国と比較しても多いことから、感染を大きく抑えたいための感染対策は引き続き必要といえるが、どのような感染対策を継続すべきなのかをあらためて見直す時期にきている。
- 感染対策の目的は、「自分を感染から守る」、そして「周りにいる方、ひいては社会を感染から守る」である。そのため、他者に対する配慮にもとづき、主体的な実践が推奨されている(例:「咳エチケット」)。
- また、「今後の新型コロナウイルス感染症対策における倫理的法的社会的課題(ELSI)の観点からの提言(第113回アドバイザーボード令和5年1月11日)」においては、今後、人々が主体的に実践できる健康習慣として推奨できる行動を専門家が取捨選択して示すことが求められた。

- さらに、今後の感染対策のありかたについて話し合った専門家と市民の対話においても、市民の大きな懸念点の一つとして「性急な緩和策のなかで弱者を取りこぼすような社会変化が起こってしまうこと」があった。(第 114 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 (令和 5 年 1 月 17 日))
- こうした状況を踏まえて、本文書では、これからの身近な感染対策の考え方を示した。

2. これからの身近な感染対策の考え方

- これからの感染対策は、地域での流行状況が大幅に拡大し、社会的に大きな影響を与える事態が想定される場合を除き、これまでの政府の要請に基づく一律の感染対策から、個人や集団が流行状況やリスクに応じて、主体的に選択し、実施することになる。
- 感染対策は、その対策を行うことで、どの程度の感染予防の効果があるかなどの情報に基づいて、個人がそれぞれの価値判断で決めることになる。また、職場や集まりといった場面においては、話し合いなどで合意が形成されることが望ましい。
- 感染対策は、行うことが強要されることがなく、また逆に感染対策をやめることも強要されることがないように、個人の選択を尊重するような配慮がされるべきである。
- 人混みが生じる公共の場所など、感染した場合に重症化しやすい人、健康な方でも感染を避けたい人などがいることも鑑み、こうした方々が不安を感じることなく参加できるような配慮のある感染対策が求められる場面がある。また、病院や高齢者施設などでの感染が広がりやすく、感染拡大の影響が大きいことから感染が持ち込まれないようにすることは引き続き重要である。
- これからの感染対策は、科学的知見をもとに、感染対策を実施することの合理性(科学的、経済的、社会的)についての対話や議論が求められる。医療の専門家や政策決定者が一方的に決めるのではなく、市民対話などの手法を用いたリスクコミュニケーション活動を通じて、合理的かつ、当事者たる市民が納得できる対策を選択することが目指すべき方向性と考える。
- 感染対策の合理性を考えるにあたっては、年代による特徴を考慮すべきである。ことに子どもにおいては、すこやかな発育・発達の妨げにならないような配慮が必要である。
- 国や地方自治体が主体となって感染対策の普及啓発を行い、流行状況や場面に応じて変化する感染リスクに応じて、その感染対策の強弱について意識的な変化が呼びかけられることは今後も必要である。

「5類」移行にあたっての倫理的及び社会的観点からの意見

2023年1月27日

東京大学医科学研究所 武藤香織

早稲田大学政治経済学術院 田中幹人

厚生労働省の新型コロナウイルス対策アドバイザリーボードに提出した資料（参考資料5、6）を踏まえ、倫理的及び社会的観点から以下の意見を述べる。

1. パンデミックの初期にできる限りの対応をしたいと考えて人々が導入し、現時点で有効とは言い難い対策や合理性（科学的、社会的、経済的）の観点からバランスを欠く対策、専門家が推奨していない対策等については、国や都道府県としても関心を払い、実態を把握して、速やかな取りやめを勧奨すべきである。こうしたプロセスへの移行に際しては、継続的なリスクコミュニケーションを行うことが望ましい。
2. 今後も流行が繰り返されることが予想されるなか、救急搬送をはじめとする医療・介護従事者の負担や緊張はさらに続くことになる。国や都道府県におかれては、医事紛争の状況にも注意を払い、医療・介護従事者の貢献が報われ、就労意欲が継続できるような施策を求めたい。一方で、ケアを必要とする人々にとって不可欠な、面会や付き添いを含む様々な活動が速やかに再開・定着できるよう、実態調査の実施や指針の策定も含めて、国や都道府県が連携して尽力されることを希望する。
3. マスク装着や手洗い、換気は、これまでも感染症予防に有効とされ、健康習慣として実践されてきた活動でもある。今後の対策緩和にあっても、その意義が損なわれないような啓発が必要である。また、今後の感染対策の実施を個人の責任のみに帰す事態に陥らないように留意すべきである。特に、感染リスクの高い職場で働く人々や社会的経済的に脆弱な立場に置かれた人々に最大限の配慮をしなければ、健康格差の拡大につながりかねない。基本的対処方針がなくなった後も、人々が健康習慣を守りやすい環境整備、体調不良の際に休みやすく復帰しやすい環境整備に尽力すべきである。
4. 世論調査、市民対話やSNSの議論分析から浮かび上がる、国や都道府県の施策において応えるべき市民の希望・問いかけには、以下のようなものが挙げられる。
 - 「コロナと共存し調和する社会を目指す」こと自体には市民も異論は無い。
 - ただし「性急な変化」と「それにより取りこぼされる人びとが生まれる」ことへの不安は強い。

1) 制度変更に伴う社会の“ロバスト性（しなやかな強さ）”の維持

- 感染症対策のうえで、うまくいっている仕組みはまだ当面維持して欲しい
- これからも起こりうる新たなパンデミックに対応できる柔軟性・即応性を制度としてどう残すのか？

2) 取りこぼされる弱者への危惧

- 性急な緩和策の中では弱者がとりこぼされる危惧がある。誰が・どうやって取りこぼしを防ぐのか？
→「マスク着用を続ける選択」をする（または、選択せざるをえない）人を尊重できる社会になるか？
→社会を立て直すための『公平で公正な支援』はどのように実現されるのか？

（例：飲食店や旅行に関わる事業者への支援はあり、市民も利用促進を支援されたが、医療や介護に従事する人たちが日常に戻るための支援はあるのか？）

リスクコミュニケーションとは？

「リスクのより適切なマネジメントのために、社会の各層が対話・共考・協働を通じて、多様な情報及び見方の共有を図る活動」(文部科学省,2014)

#「広報(=リスク情報発信)」も大事だがそれはリスコミの一部！

市民的論点の整理をもとにした、応答すべき疑問の例：

コロナとの共存を前提に、経済活動と感染対策が調和しつつ、新たなパンデミックへ対応できる社会へ

これからの社会

コロナと共存し調和する社会を目指して欲しいが…

- うまくいっている仕組みは当面維持して欲しい。
- これからの制度の中で、新たなパンデミックに対応できる柔軟性はどうか残すのですか？

ワクチンや検査など、うまくいっている施策を維持しつつ、感染状況に応じて求められる変化を具体的に、はっきりと

感染拡大防止

社会を立て直すための「公平で公正な支援」にはどう取り組むの？

- 声を上げられない人、あげる機会の無い人、代弁者のいない(いなかった)人たちを見いだし、サポートを促す仕組み作りをするのは誰？

必要などころに、必要なだけ、公平で公正な対策・支援を

経済対策・支援

・2020年～現在まで30回以上にわたって開催してきたノウハウを踏まえ、2023年1月中旬に3日間合計9時間にわたり対話を実施(述べ参加人数35名)。

・「専門家による現状の整理と解説」を皮切りに：(1)これまでの対応で良かった・維持されるべきこと、(2)良くなかった・変更すべきこと、(3)よくわからないこと、(4)期待、懸念などについて議論。

第115回厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード(令和5年1月25日)資料3-9を編集

世論／輿論の在処？～「コロナ5類化」に向け広聴する難しさ

「広く意見を聴く」ための手法

1. アンケート調査：○多くの回答を収集可能。△質問は問う側に依存。科学等、複雑な問題が単純化される。
2. SNSなどのソーシャルヒアリング：○多様な市民の声が集積される。
△場の影響を受ける/大きい声が目立つ/他メディアの影響も大
3. 市民対話：○市民の「生の声」を聴ける(本音/建前) △手間と時間がかかる

1. 「コロナ5類化」に関するアンケート調査

- ・毎日新聞「賛成46%,反対41%」(1.22.2023);FNN「引き下げるべき48.7%,今のままで良い46.5%」,「屋内マスク今のままで良い64%」(1.24.2023);JNN「賛成56%,反対30%」(1.8.2023)
- ・留意点：テレビを中心に「5類化=日常への回帰」という単純図式が創られ共有されている。
→5類化のメリット・デメリットを知ると「性急な5類化には警戒的」になる市民(SNS,市民対話)
#市民は素朴な回答と、知識や文脈の理解を得た後の回答が異なる可能性がある。

2. SNSでの議論

- ・専門家を含めた多様な利害関係者の集団がそれぞれに議論を継続している。
(→集合知を発揮することも、衆愚に至ることもある)

【Twitter分析の結果(1/22/2023)】

- ・「(性急な)5類化には反対(検討すべき問題点が多すぎる)」というのが党派性を超えた意見。
- ・「5類化を歓迎」している層には、特異的な世界観を持った人々も多い。

3. 「コロナ5類化」に関する市民対話(第114回アドバイザリーボードで報告)

- ・現状に関する専門家の説明を聴いての市民の意見：
 - ・「制度変更の中で柔軟性/ロバスト性/即応性はどのように残すのか？」
 - ・「性急な緩和策の中で弱者がとりこぼされる危惧」
 - ・「社会を立て直すための『公平で公正な支援』はどうか実現される？」

第115回厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード(令和5年1月25日)資料3-9を編集

新型コロナウイルス感染症の位置付け見直しに向けた 国と地方の協議について

全国知事会では、これまで変異を重ねてきた新型コロナウイルスの特性に応じた対策を提示するよう、累次に渡って提言してきたところであり、今春の5類移行を検討することとした岸田総理及び政府の重い決断を高く評価し、敬意を表したい。

すでに各地域からは、医療やワクチン接種に係る公費負担の継続を求めること、その場合に全額国費負担という財源スキームもあわせて継続が必要であること等の様々な声が寄せられ始めている。

全国知事会では、「感染症法上の位置付けの見直しに関するワーキングチーム」により、感染が当面継続すると見込まれる中でも国民の生命及び健康を守りつつ5類移行を円滑に実現する観点から、入院、宿泊療養、健康フォローアップセンター、検査、ワクチンその他の保健・医療体制等についてどのような経過的措置が必要となるかを早急に検討・整理するとともに、政府に対し、財政措置も含めた国による対策支援を提言していくこととしている。

政府におかれては、国と現場を預かる我々地方とが協議する機会を確保したうえで、国民や保健・医療の現場に混乱を生じることなく円滑な5類移行に向けた万全の対策を講じていただくよう、強く求める。

令和5年1月24日

全国知事会新型コロナウイルス緊急対策本部

本部長・全国知事会長	鳥取県知事	平井	伸治
本部長代行・副本部長	福島県知事	内堀	雅雄
副本部長	京都府知事	西脇	隆俊
副本部長	神奈川県知事	黒岩	祐治
ワクチンチームリーダー	高知県知事	濱田	省司
幹事長	福井県知事	杉本	達治

令和5年1月24日

全国知事会新型コロナウイルス緊急対策本部

「感染症法上の位置付けの見直しに関するワーキングチーム」の設置について

1 目的

岸田総理におかれては、1月20日に感染症法上の位置付けを季節性インフルエンザと同等の「5類」に見直す基本方針を決定され、移行に向けた検討を進めるよう厚生労働大臣に指示された。

全国知事会としても、引き続き、国民の生命・健康を守りながら、円滑な新制度への移行を実現するため、新型コロナウイルス緊急対策本部にワーキングチームを設置し、現場の実情を踏まえた課題の整理を行い、国との協議を得て移行期の対策に反映を求めていく。

2 ワーキングチームの構成県

47都道府県

3 進め方

円滑な新制度への移行のために解決が必要な医療提供体制や医療費の公費負担など各種課題について、構成県へ意見照会を実施し、国と協議を行う。

4 今後のスケジュール（予定）

- 1月24日（火） ・ 全国知事会コロナ緊急対策本部役員会議
（WTを設置）
- 1月下旬～2月 ・ 新制度への移行に係る各種論点について、現場の実態把握及び課題整理
- 2月6日の週 ・ 国と協議の場（要調整）

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けについて

新型コロナウイルス感染症の新型インフルエンザ等感染症への位置付けの在り方については、先般成立した改正感染症法附則に基づき、当該感染症の状況変化を勘案し、他の感染症の類型との比較等の観点から速やかに検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるとされた。

全国知事会では、これまで新型コロナウイルス感染症の感染症法上の取扱いの見直しを含めた出口戦略を提示するよう、累次に渡って提言してきたところであるが、改めて全都道府県を対象に意見集約を行ったところ、科学的知見に基づくリスク評価を行った上で、次に掲げる事項の実現を図りつつ、位置づけの見直しを進め、そのロードマップを示すべきとの意見が大勢を占めている。

12月21日に開催された厚生労働省「アドバイザリーボード」において、新型コロナウイルス感染症の重症化率等のデータが示されたが、季節性インフルエンザと比較して重症化率等が低いのであれば、自治体を実施している感染対策もその病原性等の実態に即したものに移行することが必要である。政府におかれては、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがないことを前提として、その実態に応じた住民、都道府県、市区町村、医療機関、各施設等のとるべき行動について、迅速かつ丁寧に検討を進められたい。

また、こうした感染症法上の取扱いの見直しの検討に当たっては、保健・医療の現場の声を十分に踏まえることが必要であり、地方と協議する場を早急に設けることを強く求める。

1 保健・医療提供関係

- ・ 全ての医療機関において感染が疑われる患者の外来診療・検査に対応できるよう、最新の知見を踏まえた効果的な院内感染対策を示すとともに、診療報酬の加算や設備機器整備等への財政支援を継続すること。特に、感染患者の診療を行っていない医療機関の理解・協力が得られるよう、丁寧な周知や十分な支援を行うこと。
- ・ 診療及び検査に必要な検査試薬や治療薬とともに、安心して自宅療養できるよう、解熱鎮痛薬等の十分な供給体制を確保すること。
- ・ 入院患者の医療費や投薬治療費等が高額になることを踏まえ、公費負担医療の在り方については慎重な検討を行い、当分の間、一定の公費負担を継続するなど、必要な治療を受けられることのできる仕組みとすること。
- ・ 高齢者施設等への支援を通じ、施設内で十分な感染対策や療養を行うための更な

る体制構築を図ること。

2 検査関係

- ・ 医療機関等での必要な検査や自己検査が確実に実施できるよう、国において検査キットを十分確保し、安定供給を図ること。
- ・ 無料検査事業については国の必要な財政支援の下、当分の間継続しつつ、検査キットの市場価格を引き下げる取組を進め、有症状者、無症状者ともに容易に自己検査ができる体制を確立すること。

3 ワクチン接種関係

- ・ ワクチン接種における自己負担は接種控えを引き起こす可能性があり、感染の拡大や医療機関への負荷増大につながるおそれがあることから、当面は全額国費負担での接種を継続すること。
- ・ 発症予防や重症化予防に対するワクチンの効果などの科学的根拠を踏まえ、重症化リスクが高い方への公費負担の継続など、今後の定期接種化を含めた対応方針を慎重に検討すること。

4 その他

- ・ 国民が現状を正しく理解し行動することが最も重要であることから、国が責任をもって、科学的知見に基づき、国民に対する丁寧かつ明確な説明を行いながら、見直しを進めるとともに、見直しによって医療機関に過度な負担がかからないよう、特段の支援を行うこと。
- ・ 国民の不安解消に対応するため、新型コロナウイルス感染症に係る全般的な問い合わせに対応する相談窓口を一定期間継続すること。
- ・ 今後、強毒性の変異株が新たに発生した場合に、必要な対策を講じることが可能な仕組みを整えること。
- ・ 見直しに伴う制度・運用変更については、現場が混乱することがないように、財政措置も含めて十分な調整・移行期間を設けること。

令和4年12月23日

全国知事会新型コロナウイルス緊急対策本部