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（第 25 回）

日 時 ： 令 和 ４ 年 ３ 月 ４ 日 （ 金 ）
10 時 30 分～12 時 30 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）基本的対処方針の変更について
３．閉　会

（配布資料）

資　　料１	新型コロナウイルス感染症まん延防止等重点措置に関する公示の全部を変更する公示（案）
資　　料２	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３	今回の重点措置終了の考え方について
参考資料１	直近の感染状況の評価等
参考資料２	都道府県の医療提供体制等の状況
参考資料３	都道府県の医療提供体制等の状況（全都道府県）
参考資料４	直近の感染状況等
参考資料５	都道府県別エピカーブ
参考資料６	新型コロナウイルス感染症新規陽性者数の推移(今週先週比の推移)
参考資料７	新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査結果
参考資料８	オミクロン株による新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザの比較に関する見解
参考資料９	沖縄県におけるまん延防止等重点措置および解除後の対策について
参考資料 10	まん延防止等重点措置期間延長について
参考資料 11	まん延防止等重点措置の期間延長等を受けて
参考資料 12	各地域における専門家の意見等

新型コロナウイルス感染症まん延防止等重点措置に関する公示の全部を変更する公示（案）

令和４年　月　日
新型コロナウイルス感染症
対　策　本　部　長

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）第31条の４第３項の規定に基づき、新型コロナウイルス感染症まん延防止等重点措置に関する公示（令和４年１月７日）の全部を次のとおり変更し、令和４年３月７日から適用することとしたので、公示する。

記

（１）まん延防止等重点措置を実施すべき期間
令和４年１月21日から３月21日までとする。（２）の各区域におけるまん延防止等重点措置を実施すべき期間は次のとおりである。
・群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、岐阜県、愛知県、香川県及び熊本県については、令和４年１月21日から３月21日までとする。
・北海道、青森県、茨城県、栃木県、石川県、静岡県、京都府、大阪府及び兵庫県については、令和４年１月27日から３月21日までとする。
ただし、まん延防止等重点措置を実施する必要がなくなったと認められるときは、新型インフルエンザ等対策特別措置法第31条の４第４項の規定に基づき、速やかにまん延防止等重点措置を集中的に実施する必要がある事態が終了した旨を公示することとする。
（２）まん延防止等重点措置を実施すべき区域
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、香川県及び熊本県の区域とする。
（３）まん延防止等重点措置の概要
新型コロナウイルス感染症については、
・肺炎の発生頻度が季節性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、かつ、
・特定の区域が属する都道府県において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ことから、
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り、かつ、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まん延を防止するため、まん延防止等重点措置を集中的に実施する必要がある事態が発生したと認められる。

第 25 回（令和4年3月4日） 基本的対処方針分科会	資料２

（案）

新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針

令和３年 11 月 19 日（令和４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......8
（５）令和３年９月の感染収束......9
（６）オミクロン株の発生と感染拡大......10
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......15
（１）医療提供体制の強化......15
（２）ワクチン接種の促進......16
（３）治療薬の確保......17
（４）感染防止策......17
（５）オミクロン株の特徴を踏まえた感染防止策......20
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......22
（１）情報提供・共有......22
（２）ワクチン接種......24
（３）サーベイランス・情報収集......26
（４）検査......28
（５）まん延防止......31
１）緊急事態措置区域における取組等......31
２）重点措置区域における取組等......34
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......38
４）職場への出勤等......41
５）学校等の取扱い......43
６）その他共通的事項等......44
（６）水際対策......46
（７）医療提供体制の強化......46
（８）治療薬の実用化と確保......54
（９）経済・雇用対策......55
（10）その他重要な留意事項......56

(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、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。そのため、基本的な感染対策（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（以下「三つの密」という。）の回避、人と人との距離の確保、マスク（不織布マスクを推奨。以下同じ。）の着用、手洗い等の手指衛生、換気等）が重要である。
- 潜伏期間は約5日間、最長14日間とされている。感染後無症状のまま経過する者は20～30％と考えられており、感染者の約40％の患者は発症から1週間程度で治癒に向かうが、残りの患者は、発症から1週間程度で肺炎の症状（酸素飽和度の低下、高熱の持続、激しいせきなど）が明らかになり、約 20％の患者では酸素投

与が必要となり、約５％の患者が急性呼吸窮迫症候群（ARDS）に移行して人工呼吸器による治療を要すると考えられる。

・　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、カシリビマブ／イムデビマブ、ソトロビマブ、モルヌピラビル及びニルマトレルビル／リトナビルがある。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（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、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧、心血管疾患、肥満、喫煙等がある。ワクチン接種を２回受けることで、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２年６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約1.6％（50歳代以下で 0.3％、60 歳代以上で 8.5％）、死亡する人の割合は、約 1.0％（50 歳代以下で 0.06％、60 歳代以上で 5.7％）となっている。なお、季節性インフルエンザの国内における致死率は 0.02-0.03％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、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。

- 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の急増と、オミクロン株への置き換わりが確認されている。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。また、ワクチン接種や自然感染による免疫を逃避する性質が示唆されており、ワクチン２回接種による発症予防効果がデルタ株と比較してオミクロン株への感染では著しく低下するものの、３回目接種（追加接種）により発症予防効果が一時的に回復する可能性が示唆されている。また、入院予防効果もデルタ株と比較してオミクロン株においては一定程度の低下を認めるものの、発症予防効果と比較すると保たれており、さらに、３回目接種により入院予防効果が回復するという報告がある。中和抗体薬につい

ては、オミクロン株への有効性として中和活性の低下が報告されてい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。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も高いことを示唆する暫定的な見解が報告されている。ただし、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４年３月２日までに、合計 5,127,714 人の感染者、24,084 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、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面を極力回避するため、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。

ワクチンの総接種回数は、２億回を超え、２回目接種を終えた方は約８割となっている。

また、令和３年 12 月からは、追加接種を開始し、令和４年２月下旬からは、５歳から 11 歳までの子どもに対する接種を開始した。

ワクチン接種は、デルタ株に対する重症化予防・発症予防等の効果

が期待されており、海外では一定の感染予防効果を示唆する報告も見られる。我が国のデルタ株の流行期における発症予防効果については、ワクチン２回接種 14 日以降で 87%程度とする報告がある。最も重症化リスクの高い群である高齢者の約９割が２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、若年層の更なるワクチン接種の進展により、令和３年夏と比べて、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、感染者全体に占める高齢者の割合が再び上昇すると考えられること、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、引き続き基本的な感染対策が重要である。また、オミクロン株については、短期間の追跡結果ではあるが、追加接種により発症予防効果等が回復する可能性が示唆されており、まずは、重症化リスクが高い高齢者などの方々の接種間隔を前倒しするとともに、接種を加速化し、並行して、予約に空きがあれば、できるだけ多くの一般の方にも接種間隔を更に前倒しして接種するなど、迅速にワクチン接種を進めることが重要である。

（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（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、オミクロン株に効果が示唆される軽症から中等症向けの治療薬は、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」、抗ウイルス薬「レムデシビル」の４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、令和４年２月 27 日時点で、約 25,900 の医療機関と約 18,800 の薬局が登録を終え、このうち、約 21,300 の医療機関・薬局に対して、約 162,300 人分の薬剤を配送し、約 80,200 人に投与されている。

（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）の自宅等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、オミクロン株に関する知見の蓄積等を踏まえ、水際対策の骨格を段階的に緩和することとし、令和４年３月１日より、①入国者の待機期間、②外国人の新規入国制限、③入国者総数の上限について、次のとおりとしている。

具体的には、まず、入国者の待機期間について、７日間の待機を原則としつつ、３日目の検査で陰性が確認された場合、それ以降の待機を不要とする。オミクロン株に係る指定国・地域については、検疫所の確保する施設での待機期間を３日とする。ワクチン３回目追加接種者については、指定国・地域からの入国者を、検疫所の確保する施設での待機に代えて自宅等待機とし、非指定国・地域からの入国者を、自宅等待機免除とする。また、外国人の新規入国について、受入責任者の管理の下で観光目的以外の入国を認めることとする。さらに、１日当たり 3,500 人目途として運用していた入国者総数の上限について、３月１日より１日当たり 5,000 人目途とし、３月 14 日より１日当たり 7,000 人目途としている。また、外国人留学生について、「留学生円滑入国スキーム」を設け、留学生の受け入れを優先的かつ着実に実施することとする。

出発前検査陰性証明の確認、入国時の空港検査及び入国者健康確認センターによるフォローアップは引き続き実施していくとともに、各国における感染状況等を踏まえ、指定国・地域の指定も適時に行っていく。

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、14 日から 10 日に、さらに 10 日から７日に短くするとともに、地域における社会機能の維持のために必要な場合には、自治体の判断により、社会機能を維持するために必要な事業（別添に掲げる事業を参考として、自治体が適当と認める事業）に従事する者に限り、２日にわたる検査が陰性であった場合に、５日目に待機を解除する取扱いを実施できることとしている。加えて、常に接触のある家庭内では、感染者の発症日又は感染対策を講じた日のいずれか遅い方を０日目として、待機期間を７日間（８日目解除）としている。

ワクチンの追加接種については、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開始している。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ている。

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。

なお、医療提供体制への負荷の改善等が見られ、まん延防止等重点措

置を実施する必要がなくなったと認められるときは、期間内であっても措置を解除する。

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、当面、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、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。
- 全ての自宅・宿泊療養者について、陽性判明当日ないし翌日に連絡をとり、健康観察や診療を実施できる体制を確保。
- 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」。

（２）ワクチン接種の促進

新型コロナウイルス感染症の重症化や発症等を予防するため、迅速なワクチンの追加接種を進め、令和４年２月中旬以降、１日 100 万回程度接種可能な体制を自治体や職場において構築し、接種券についても市町村から２月末までの見込みとして約 6,100 万人分を送付している。接種を希望する全ての方が追加接種を受けられるよう、引き続き、戦略的に取り組む。具体的には、２回目接種から６か月を経過した方々への接種券の配布促進や接種会場の増設などに取り組むほか、職域接種の積極的な活用を推進するとともに、自治体に配布したワクチンなども活用して、各自治体の判断により、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も進める。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機会を確保するとともに接種を促す。５歳から 11 歳までの子どもについても、希望される方が接種を受けられるよう、取り組む。

（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する。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いる。

また、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む。

（４）感染防止策

感染拡大の防止の基本は、個々人が「三つの密」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、換気等の基本的な感染対策を徹底することであり、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。

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

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。）提言において、都道府県ごとに感染の状況や医療のひっ迫の状況等を評価するための新たなレベル分類が示された。この提言を踏まえ、今後、緊急事態宣言の発出及び解除（緊急事態措置区域の追加及び除外を含む。）の判断に当たっては、以下を基本として判断することとする。

（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、コロナ分科会提言におけるレベル３相当の対策が必要な地域の状況等）を踏まえて、全国的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、コロナ分科会提言におけるレベル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

現在感染が拡大しているオミクロン株については、令和４年２月４日のコロナ分科会提言を踏まえ、政府、地方公共団体及び事業者等は、現行の対策に加え、オミクロン株の特徴を踏まえた感染防止策を強化するものとする。

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、飲食はなるべく少人数で黙食を基本とすること、会話をする際にはマスクの着用を徹底すること、特に高齢者や基礎疾患のある者及びこれらの者と日常的に接する者は感染リスクの高い場面・場所への外出は避けること、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、子供の感染防止策を徹底すること、高齢者や基礎疾患のある者はいつも会う人と少人数で会う等、感染リスクを減らすこと等を促す。

２）学校等

- 「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、特に感染リスクが高い教育活動については、同マニュアル上のレベルにとらわれず、基本的には実施を控える、又は感染が拡大していない地域では慎重に実施を検討するといった対応を行う。
- 学齢期の子ども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情等を考慮し、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。

3）保育所、認定こども園等

・　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。

・　保護者が参加する行事の延期等を含めて大人数での行事を自粛する。

・　発育状況等からマスクの着用が無理なく可能と判断される児童については、可能な範囲で、一時的に、マスク着用を奨める。ただし、２歳未満児のマスク着用は奨めず、低年齢児については特に慎重に対応する。

　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ども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る必要はないこと。さらに、一律に着用を求めたり、児童や保護者の意図に反して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。

・　なお、放課後児童クラブ等においても同様の取扱いとする。

4）高齢者施設

・　高齢者施設等の利用者及び従事者に対するワクチン追加接種を速やかに実施し、高齢者施設入所者及び従事者のうち希望する者

への接種をできるだけ早く完了する。

・　高齢者施設等の感染制御や業務継続について支援体制を強化する。

・　高齢者施設等の利用者が新型コロナウイルス感染症から回復して退院する場合の早期受け入れや施設内の療養環境整備を行うため、医師・看護師の派遣など高齢者施設等での体制強化を図る。

・　レクリエーション時のマスク着用、送迎時の窓開け等、「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。

・　面会者からの感染を防ぐため、感染が拡大している地域では、オンラインによる面会の実施も含めて対応を検討する。通所施設において、導線の分離など、感染対策をさらに徹底する。

５）事業者

・　緊急事態宣言の発出を待つことなく、業務継続の観点からも、在宅勤務（テレワーク）の活用等による出勤者数の削減目標を前倒しで設定する。

・　事業継続が求められる業種に係る業務継続計画（BCP）の確認等を進める。

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する。

・　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。
- 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。
- 接触確認アプリ（COVID-19 Contact-Confirming Application：COCOA）のインストールを呼びかけるとともに、陽性者との接触通知があった場合における適切な機関への受診の相談や陽性者と診断された場合における登録の必要性についての周知。あわせて、地域独自の二次元バーコード（以下「QR コード」という。）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等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ワクチンの接種目的は、新型コロナウイルス感染症の重症化予防・発症予防等である。

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 追加接種については、２回目接種完了から８か月以上経過した方に順次、接種することを原則としていたが、感染防止に万全を期する観点から、まずは、重症化リスクが高い高齢者などの方々の接種間隔を前倒しするとともに、接種を加速化し、並行して、予約に空きがあれば、できるだけ多くの一般の方にも更に接種間隔を前倒しして接種する。併せて、一般の方への接種を実施するに当たって、各自治体の判断により、教職員、保育士、警察官、消防職員など、地域における社会機能を維持するために必要な事業の従事者等に対して優先的に追加接種をするような取組も進める。追加接種に使用するワクチンについては、１回目・２回目に用いたワクチンの種類にかかわらず、mRNA ワクチンを用いる。また、引き続き１回目・２回目未接種者に対する接種機会を確保し、接種を促進する。これらの接種に使用するワクチンについて、安定的な供給を行う。

⑤ 政府は、追加接種についても、これまでの接種状況も踏まえた上で、引き続き、各地方公共団体の接種会場での接種のほか、職域（大学等を含む。）による接種を推進するとともに、自衛隊による大規模接種会場を設置し、地方公共団体によるワクチン接種に係る取組を後押しする。

⑥ ５歳から 11 歳までの子どもへのワクチン接種について、希望さ

れる方が接種を受けられるよう、取り組む。

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　感染の広がりを把握するために必要な検査を実施し、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。）第 12 条に基づく医師の届出等によりその実態を把握する。

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、HER-SYS を活用し、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、積極的疫学調査により、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、感染拡大の規模を適確に把握し、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や感染拡大の状況を踏まえ、地域の実情に応じ、保健所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クラスター事例に重点化する。

⑥ 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。

⑦ 厚生労働省は、感染症法第 12 条に基づく医師の届出とは別に、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。

⑧ 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。

⑨ 厚生労働省は、新型コロナウイルス感染症に関するいわゆる後遺症について、諸外国で報告もあることも踏まえ、調査・研究を進める。

⑩　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。

⑪　政府は、COCOA について、プライバシーに最大限配慮しつつ、機能の向上を図るとともに、陽性者との接触通知があった場合における適切な機関への検査受診を周知するほか、HER-SYS 及び保健所等と連携した積極的疫学調査において活用することにより、効果的なクラスター対策につなげる。

⑫　政府は、ワクチン・検査パッケージに関する技術実証の結果等を踏まえ、QR コード等を活用して作成された入場者・入店者情報を活用したクラスター対策のための効果的な分析・情報共有のあり方について検討を行う。

（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　また、検査が必要な者に、より迅速・円滑に検査を行い、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。これらの区域に指定された特定都道府県等は、集中的

実施計画を策定し、感染多数地域の高齢者施設等の従業者等に対する検査の頻回実施を行う。

③　さらに、過去最大規模を上回る新規感染者数が生じた場合やインフルエンザの流行にも対応した検査ができるよう、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見直す。

④　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。抗原定性検査キットについて、感染の急拡大に伴う需要増により地域によっては一時的に供給不足が生じていることから、国が買取保証を行い緊急の増産・輸入要請をすることや、優先度に応じた物流の流れを確保すること等により、確保に万全を期す。さらに、政府は、同様の観点から、医療機関や高齢者施設、保育所等において従事者等に毎日の健康状態を把握するための健康観察アプリも活用しつつ、迅速に検査を実施できるよう、都道府県と連携しつつ抗原定性検査キット最大約 780 万回程度分を確保、配布しており、その適切な活用を図る。

⑤　大学、専門学校、高校、特別支援学校や、中学校、小学校、幼稚園等に対して、約 125 万回分の抗原定性検査キットを配布し、発熱等の症状がある場合には、自宅で休養することや、医療機関の受診を原則とした上で、直ちには医療機関を受診できない場合等において、教職員や学生、速やかな帰宅が困難であるなどの事情のある児童生徒（小学校 4 年生以上）を対象として抗原定性検査キットを活用した軽症状者（発熱、せき、喉の痛み等軽い症状を有する者をいう。以下同じ。）に対する迅速な検査を実施し、陽性者発見時には、幅広い接触者に対して、保健所の事務負担の軽減を図りつつ、迅速かつ機動的に PCR 検査等を行政検査として実施する。

⑥　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における重点的な取組を働きかけ、陽性者発見時には、幅広い接触者に対して、保健所の事務負担の軽減を図りつつ、迅速かつ機動的に PCR 検査等を行政検査として実施する。

これら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。

⑦　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、その薬局における販売方法を見直す。

⑧　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。

⑨　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及び飲食、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民間の取組を推奨する。このため、政府は、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令和 4 年 3 月末まで予約不要、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や、COCOA 等の活用等について、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、更には全国的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　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、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 20,000 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（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や、COCOA等の活用等について、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。また、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ものとする。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　まん延防止等重点措置を終了する都道府県においても、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など、地域の実情を踏まえ、法第 24 条第 9 項に基づく措置やオミクロン株の特徴を踏まえた感染防止策等を引き続き実施する。また、政府は、都道府県と連携しながら、地方公共団体や民間事業者が安全・安心を高める取組として、ワクチン接種歴や検査結果を確認する取組を推奨する。

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、感染拡大の傾向がみられる場合には、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。

②　都道府県は、感染拡大の傾向がみられる場合には、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（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。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。

（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、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、人数上限は収容定員までかつ収容率の上限を 100％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や、COCOA 等の活用等について、主催者等に周知するものとする。

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防止策を徹底するよう促すものとする。また、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ものとし、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。）。

こうした対応が難しいと判断される場合は、帰省や旅行を控えるよう促すものとする。発熱等の症状がある場合は、帰省や旅行を控えるよう促すものとする。

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、換気の状況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ある労働者、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。

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。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、大学、高等学校等におけ

る軽症状者に対する抗原定性検査キット等の活用（部活動、各種全国大会前での健康チェック等における活用を含む。）や、中学校、小学校、幼稚園等の教職員や速やかな帰宅が困難であるなどの事情のある児童生徒（小学校４年生以上）への抗原定性検査キットの活用を奨励する。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、デルタ株等の強い感染力を踏まえた業種別ガイドラインの改訂を行うことを促す。

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と、患者や利用者、家族の QOL を考慮することとし、具体的には、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。

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、変異株を含め、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、入国制限、渡航中止勧告、帰国者の検査・健康観察等の検疫の強化、査証の制限等の措置等を、引き続き、実施する。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、水際措置について必要な対応を行う。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、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おいては最大約 2.8 万人の入院が必要となったが、今後、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ている。

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ている。また、国・都道府県の協働による臨時の医療施設等の新増設、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。

・　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　全ての自宅・宿泊療養者について、陽性判明当日ないし翌日に連絡をとり、健康観察や診療を実施できる体制を確保する。

このため、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、従来の保健所のみの対応を転換し、保健所の体制強化のみならず、電話等情報通信機器、HER-SYS における My HER-SYS や自動架電等の機能を用いて遠隔で健康状態を把握するとともに、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、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。なお、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体制強化開始の目安を設定の上、都道府県等の全庁体制を含めた体制確保を図ること。特に、オミクロン株を中心とする陽性者が急増する地域においては、重症化リスクの高い方に重点を置いた保健医療体制を最大限確保するとともに、軽症や無症状の方については、迅速に自宅療養支援・健康観察ができる対応を可能とする。例えば、重症化リスクの高い陽性者に優先して最初の連絡を行い、重症化リスクが低い陽性者は My HER-SYS 等のシステムを活用する。なお、陽性者全員に対して、体調悪化時に繋がる連絡先を周知しておく。また、医療機関等から HER-SYS での発生届を徹底するため、発生届の項目を重点化して重症化リスクを把握し適切な健康観察に繋げる。加えて、保健所や地域の医療機関のみで健康観察・診療を行うことが困難となる場合には、都道府県等が一元的に実施する体制（いわゆる健康フォローアップセンターの設置やその強化）を確保する。その際、症状悪化時に治療が必要となった場合の健康観察・

診療医療機関とフォローアップセンター等との連携が確実に行われる体制とする。

② 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、令和３年夏と比べて約1.9万室増の約6.6万室を確保する。

③ さらに、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、全ての自宅療養者にパルスオキシメーターを配付できるよう、総数で約70万個を確保する。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。

④ 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。

⑤ 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。

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 億円を支援する。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。

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、複数の治療薬を確保し、必要な量を順次納入できるよう、企業と交渉を進める。

②　感染力が２倍以上となった場合には、令和３年夏の感染拡大の実績等を考慮すれば、軽症から中等症の重症化リスクを有する者向けに最大で約 35 万人分の治療薬が必要になるものと見込まれる。また、感染力が３倍となった場合には、最大で約 50 万人分の治療薬が必要になるものと見込まれる。

これに対して、薬事承認され投与実績のある中和抗体薬については、令和４年初頭までに約 50 万人分を確保する。

③　あわせて、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（納入時期の前倒しを行い、令和３

年度内に約80万人分が、順次、納入予定)、「ニルマトレルビル／リトナビル」を合計 200 万人分（年度内に納入予定であったもののうち、既に 12 万 5 千人分が先行して納入済み）確保している。

④　さらに、中期的な感染拡大にも対応できるよう、更なる治療薬（中和抗体薬、経口薬）の確保に向けて取り組む。

⑤　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。

　なお、主に重症者向けの抗ウイルス薬については、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。

（９）経済・雇用対策

　新型コロナウイルス対応に万全を期すとともに、「成長と分配の好循環」と「コロナ後の新しい社会の開拓」による「新しい資本主義」を起動させ、国民の安全・安心を確保するため、令和３年度補正予算を含む「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」（令和３年 11 月 19 日閣議決定）を迅速かつ着実に実行する。具体的には、事業復活支援金、雇用調整助成金、実質無利子・無担保融資、子育て世帯等に対する給付、マイナポイント等の事業や雇用・生活・暮らしを守る支援策を着実に実施する。あわせて、感染状況について最悪の事態を想定して、医療提供体制の強化やワクチン接種の促進、治療薬の確保に万全を期し、経済社会活動を極力継続できる環境を作り、安全・安心を確保していく。

　経済対策の円滑な実施に取り組むため、当事者の方々や現場の声を直接聞き、課題やニーズをきめ細かく把握するとともに、必要に応じ、関係府省間で課題等を共有することにより、執行の改善に努める。感染拡

大により予期せぬ対応が生じた場合には、引き続き、「新型コロナウイルス感染症対策予備費」の適時適切な執行により、迅速・機動的に対応する。

（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、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。

第 25 回（令和4年3月4日） 基本的対処方針分科会	資料3

今回の重点措置終了の考え方について

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、鹿児島県については、今回、各知事から重点措置終了の要請があり、新規感染者数が減少傾向で、医療の負荷の低下が見られており、３月６日の期限をもって、重点措置を終了する。

具体的には、

- 新規感染者数の減少については、新規陽性者数（７日間平均）の今週先週比が継続して 1.0 を下回っているか、低位の水準にあること、
- 医療への負荷については、
  - 病床使用率が概ね 50%を下回っており下降傾向にあるか、50%に向けて安定的に下降していること
  - 重症病床使用率が概ね 50%を下回っていること
  - 自宅療養者数と療養等調整中の者の合計が下降傾向にあること

から、重点措置の終了が妥当と考えられる。

なお、今後の重点措置の終了については、該当団体の特性（例：人口規模や医療提供体制等）や全国的な感染状況等を踏まえ、新規感染者数や医療の負荷の状況をみて、総合的に判断する。

直近の感染状況の評価等

<感染状況について>

- 全国の新規感染者数（報告日別）は、今週先週比が0.84となり、直近の1週間では10万人あたり約364人と減少が継続している。年代別の新規感染者数は全ての年代で減少傾向となっている。
- まん延防止等重点措置が適用されている31都道府県のうち30都道府県で今週先週比が1以下となり、新規感染者数は減少が継続している。一方、重点措置区域の適用が解除された5県のうち、島根県、大分県及び沖縄県で今週先週比が1を上回っている。
- 全国の新規感染者数減少の動きに伴い療養者数も減少しているが、重症者数及び死亡者数は高止まりしている。

実効再生産数 ： 全国的には、直近（2/13）で0.97と1を下回る水準となっており、首都圏、関西圏ではいずれも0.96となっている。

<地域の動向> ※新規感染者数の数値は、報告日ベースの直近1週間合計の対人口10万人の値。

重点措置区域	北海道	新規感染者数は今週先週比が0.82と1を下回り、約286（札幌市約391）。30代以下が中心。病床使用率は約4割。
	東北	青森の新規感染者数は今週先週比が0.94と1を下回り、約234。30代以下が中心であり、特に10歳未満で増加。病床使用率は約5割。福島でも今週先週比が0.92と1を下回り、新規感染者数は約113。病床使用率は5割弱。
	北関東	群馬の新規感染者数は今週先週比が0.88と1を下回り、約227。30代以下が中心。病床使用率は5割強、重症病床使用率は2割強。茨城、栃木でも今週先週比がそれぞれ0.93、0.88と1を下回り、新規感染者数はそれぞれ約301、248。病床使用率について、茨城では4割強、栃木では4割弱。重症病床率について、茨城、栃木では約2割。
	首都圏（1都3県）	東京の新規感染者数は今週先週比が0.81と1を下回り、約564。30代以下が中心。病床使用率は5割強、重症病床使用率は4割強。埼玉、千葉、神奈川でも今週先週比がそれぞれ0.84、0.81、0.84と1を下回り、新規感染者数はそれぞれ約428、399、467。病床使用率について、埼玉では5割強、千葉では6割強、神奈川では約7割。重症病床使用率について、埼玉、千葉では約2割、神奈川では4割弱。
	中部・北陸	石川の新規感染者数は今週先週比が1.09と増加が続き、約268。30代以下が中心であり、特に10歳未満で増加。病床使用率は3割強。新潟、長野では今週先週比がそれぞれ0.88、0.77と1を下回り、新規感染者数はそれぞれ約133、119。病床使用率について、新潟では2割強、長野では3割強。
	中京・東海	愛知の新規感染者数は今週先週比が0.84と1を下回り、約424。30代以下が中心。病床使用率は6割強、重症病床使用率は約3割。岐阜、静岡、三重でも今週先週比がそれぞれ0.79、0.95、0.87と1を下回り、新規感染者数はそれぞれ約243、266、229。病床使用率について、岐阜では4割強、静岡では5割弱、三重では4割強。
	関西圏	大阪の新規感染者数は今週先週比が0.76と1を下回っているが、約638と全国で最も高い。30代以下が中心。病床使用率は8割弱、重症病床使用率は5割強。京都、兵庫、和歌山では今週先週比がそれぞれ約0.79、0.79、0.78と1を下回り、新規感染者数はそれぞれ約426、445、217。病床使用率について、京都では7割強、兵庫では7割弱、和歌山では約5割。重症病床使用率について、京都では5割強、兵庫、和歌山では2割強。
	中国・四国	広島の新規感染者数は今週先週比が0.91と1を下回り、約173。30代以下が中心であり、特に10歳未満が高水準で横ばいに推移。病床使用率は4割強。重症病床使用率は2割強。岡山、香川、高知でも今週先週比がそれぞれ0.86、0.94、0.89と1を下回り、新規感染者数は約217、283、178。病床使用率について、岡山では4割強、香川では4割弱、高知では約4割。重症病床使用率について、高知では3割弱。

九州	福岡の新規感染者数は今週先週比が0.85と1を下回り、約406。30代以下が中心。病床使用率は6割強。佐賀、長崎、熊本、宮崎、鹿児島でも今週先週比がそれぞれ0.88、0.98、0.87、0.97、0.93と1を下回り、新規感染者数はそれぞれ289、189、227、140、193。病床使用率について、佐賀では約3割、長崎では3割弱、熊本では約5割、宮崎では3割強、鹿児島では約4割。
沖縄	新規感染者数は今週先週比が1.12と増加し、約324。新規感染者は30代以下が中心であり、特に10代以下で増加。病床使用率は約5割、重症病床使用率は約4割。
上記以外	岩手、秋田、富山、福井、鳥取、島根、徳島、愛媛、大分では、それぞれ約189、150、307、284、186、92、279、125、199。いずれも今週先週比が1を上回る水準で増加。宮城、山形、山梨、滋賀、奈良、山口では今週先週比がそれぞれ0.86、0.91、0.76、0.95、0.83、0.95と1を下回り、新規感染者数はそれぞれ191、122、195、451、485、135。病床使用率について、岩手、秋田では4割弱、宮城では4割強、富山、愛媛、大分では3割強、山形では約3割、福井、鳥取、島根では2割強、山梨では5割強、滋賀では7割強、奈良では6割強、山口、徳島では約4割。重症病床使用率について、奈良では約7割。

※病床使用率、重症病床使用率については、内閣官房ホームページより。

＜今後の見通しと必要な対策＞

- 全国の新規感染者数は、実効再生産数及び今週先週比が１以下と減少が続き、直近１週間の移動平均も１週間以上にわたり減少が継続しているが、先週の祭日の影響も考えられ、今後の推移を注視する必要がある。重点措置区域を含む多くの地域で減少が継続しているが、一部の地域で横ばいや増加が見られる。また、大都市部における感染レベルが依然として高く、地方の感染状況の改善傾向も弱い。新規感染者における10代以下の割合は依然として高く、また、介護福祉施設における高齢者の感染が継続している。
- 現在の状況は、ワクチン接種の加速に伴い継続的な減少傾向が見られた昨夏の感染拡大状況とは異なり、新規感染者数の減少は緩慢であり、少なくともしばらくの間、新規感染者数が高いレベルで推移していくことが予想される。
- 夜間滞留人口については、重点措置区域では一部の区域で増加していることに加え、沖縄を始め重点措置区域の適用が解除された地域では急増しており、新規感染者数の増加傾向も見られる。今のところその兆候は見られないが、今後BA.２系統に置き換わることで再度増加に転じる可能性や、年度末を迎えることによる感染状況への影響に注意が必要である。
- 報告の遅れにより、陽性者数の公表データが実態と乖離している可能性が指摘されており、流行状況の判断にあたっては、他の指標（例えば東京都のモニタリング項目としては、発熱等相談件数、検査人数、救急医療の東京ルールの適用件数、入院患者数、重症患者数など）も継続的にモニタリングしていくことが重要。なお、検査陽性率については分母となる検査数の報告の遅れが顕著であり、参考程度とすべきである。
- 全国の感染者数の減少が続いても、当面は多くの地域で軽症・中等症の医療提供体制等のひっ迫と、高齢の重症者による重症病床使用率の高止まり傾向が続く可能性がある。今回の感染拡大における死亡者は、高齢者の占める割合が高くなっている。高齢者の中には、侵襲性の高い治療を希望されない場合や基礎疾患の悪化などの影響で重症の定義を満たさずに死亡する方も含まれるとの指摘もある。また、基礎疾患を有する陽性者でコロナ感染による肺炎が見られなくても、感染により基礎疾患が増悪することや高齢の感染者が誤嚥性も含む肺炎を発症することで、入院を要する感染者の増加にも注意が必要。

• 救急搬送困難事案について、非コロナ疑い事案及びコロナ疑い事案ともに多くの地域でやや減少傾向が見られるが、未だに高水準で増加しており、通常医療、特に救急医療に対して大きな負荷がかかっている。

• **オミクロン株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に飛沫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】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可能性が示されているが、オミクロン株感染による入院例が既に増加している。現時点で分析されたオミクロン株による感染の致命率は、季節性インフルエンザの致命率よりも高いと考えられる。また、肺炎の発症率についても限られたデータではあるが季節性インフルエンザよりも高いことが示唆されているが、今後もさまざまな分析による検討が必要。

【ウイルスの排出期間】オミクロン株感染症例におけるウイルスの排出については、ワクチン接種の有無にかかわらず時間の経過とともに減少し、有症状者では、発症日から10日目以降において、また、無症状者では、診断日から８日目以降において排出する可能性が低いことが示された。

【ワクチン効果】初回免疫によるオミクロン株感染に対する発症予防効果は著しく低下するが、入院予防効果は一定程度保たれている。また、ブースター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、ブースター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。国内でも新型コロナワクチンの2回及び3回接種によるオミクロン株への有効性に関する症例対照研究の暫定報告があり、オミクロン株に対するワクチンの有効性に関する知見も増えてきている。

【BA.２系統】海外の一部地域ではBA.２系統による感染が拡大している。現状、国内におけるオミクロン株の主流はBA.１系統であるが、BA.２系統も検疫や国内で検出されており、その割合は増加する可能性がある。この場合、感染者数の増加（減少）速度に影響を与える可能性がある。なお、BA.２系統はBA.１系統との比較において、実効再生産数及び二次感染リスク等の分析から、感染性がより高いことが示されている。BA.２系統の世代時間は、BA.１系統と比べ15%短く、実効再生産数は26%高いことが示された。BA.１系統とBA.２系統との重症度の比較については、動物実験でBA.２系統の方が病原性が高い可能性を示唆するデータもあるが、実際の入院リスク及び重症化リスクに関する差は見られないとも報告されている。また、英国の報告では、ワクチンの予防効果にも差がないことが示されている。BA.１系統ウイルス感染後におけるBA.２系統ウイルスに再感染するリスクについてはまだ明らかではない。

- **オミクロン株による感染拡大を踏まえた取組**

【感染急拡大地域におけるサーベイランス等】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が必要。また、変異株監視体制について、オミクロン株への置き換わった地域においては、ゲノムサーベイランスで動向の監視を継続することが必要。さらに、重症例やクラスター事例等では、変異株PCR検査や全ゲノム解析による確認が求められる。

【自治体における取組】自治体では、地域の感染状況及び今後の感染者数や重症者数の予測に基づき、必要病床数と医療従事者の確保や地域に必要な保健所機能の維持と体制強化のための応援確保、自宅療養者に対する訪問診療やオンライン診療体制の構築について機動的に取り組むことが必要。その際、高齢者や基礎疾患のある者など、重症化リスクのある患者を対象とする経口治療薬や中和抗体薬を迅速に投与できる体制を確保することが求められる。

この時期は、通常医療でも救急搬送が必要な急性疾患が多くなるため、コロナ医療と通常医療とのバランスに留意すべき。感染が急拡大した場合には、重症化リスクの高い方について、迅速かつ確実に受診・健康観察に繋げることが必要。また、コロナに罹患していても、基礎疾患の治療が継続できるような体制を整えることが必要。

健康観察等の重点化や患者発生届の処理の効率化など先般発出された事務連絡に基づき、効率的な保健所業務の実施が求められる。あわせて、流行株の特性を踏まえた対策の最適化について検討することが必要。特に、濃厚接触者の特定や待機については、オミクロン株による感染は世代時間及び潜伏期間が短いという特性を踏まえると、感染レベルが高く保健所の濃厚接触者の特定に時間を要するような状況では感染拡大防止効果が限定的となっていることから、その対象者など戦略の検討が必要。

【ワクチン未接種者、追加接種者への情報提供の再強化】

- 65歳以上高齢者の3回目接種率が約50%に達したが、高齢者を中心とする重症者・死亡者を最小限にするため、また同時に、現在の感染状況を確実に減少傾向へと向かわせるためにも、高齢者への接種をさらに加速するとともに、65歳未満の対象者への追加接種をできるだけ前倒しすることが求められている。
- 自治体では、ワクチン接種に関する情報提供を進めることが重要。未接種者へのワクチン接種とともに、初回接種から6か月以降の追加接種によりオミクロン株に対してもワクチンの有効性が回復することから、追加接種を着実に実施していくことも必要。また、ワクチン接種はコロナ後遺症に対しても効果があると報告されている。
- さらに、5歳から11歳までの子どもへのワクチン接種について、特例臨時接種として実施すること、その際、努力義務の規定はこれらの小児について適用しないことを踏まえ、今後接種を進めていくことが必要。また、小児への感染予防を期待して、保護者や周囲の大人がワクチンを接種することも重要。

【水際対策】3月からの入国者の待期期間の緩和などの措置の実施とともに、引き続き、海外及び国内のオミクロン株など変異株の流行状況なども踏まえて水際対策の段階的な見直しを検証していく必要がある。また、入国時検査での陽性者は、海外における流行株監視のため、全ゲノム解析を継続させることが必要。

- **オミクロン株の特徴を踏まえた感染防止策の強化・徹底**

感染が広がっている場面・場所において、オミクロン株の特徴を踏まえた感染防止策の強化・徹底が求められる。

- ➢ 学校・幼稚園・保育所等においては、新型コロナウイルス感染陽性者や濃厚接触者が多くの地域で増加している。自治体による教職員や保育士などに対する積極的なワクチンの接種促進が必要。また、分散登校やリモート授業などの組み合わせによる教育機会の確保や社会機能維持にも配慮する必要がある。あわせて、家庭内における感染対策を徹底することも求められる。
- ➢ 高齢者の感染を抑制するため、介護福祉施設における対策を徹底していくことが重要。このため、入所者及び従事者に対するワクチンの追加接種を進めるとともに、従業者等へは積極的な検査を実施することも必要。また、施設等における感染管理や医療に関して外部からの支援が重要。
- ➢ 職場においては、社会機能維持のため、業務継続計画の活用に加え、企業におけるテレワークの活用や休暇取得の促進等により、出勤者数の削減に取り組むとともに、接触機会を低減することが求められる。また、従業員の体調管理を徹底することが必要であることに加え、職域におけるワクチンの追加接種を積極的に進めるべきである。

- **現在の感染状況を市民や事業者の皆様と広く共有して、感染拡大防止に協力していただくことが不可欠**

- ➢ 行政・事業者・市民の皆様には、オミクロン株においても基本的な感染防止策は有効であることから、不織布マスクの正しい着用、手指衛生、換気などの徹底を継続していただくことが必要。また、三つの密（密集、密閉、密接）が重なるところは最も感染リスクが高いが、オミクロン株は伝播性が高いため、一つの密であってもできるだけ避けることが必要。さらに、個人の重症化予防・発症予防だけではなく、周囲の人々への感染を防ぐ効果を期待して、ワクチンの追加接種を受けていただくことが重要。
- ➢ 外出の際は、混雑した場所や換気が悪く大人数・大声を出すような感染リスクの高い場面・場所を避けることが必要。行動はいつも会う人と少人数で。飲食は、できるだけ少人数で黙食を基本とし、飲食時以外はマスクの着用を徹底することが必要。
- ➢ ご自身やご家族の命を守るため、同時にオミクロン株による感染拡大防止のためにも、軽度の発熱、倦怠感など少しでも体調が悪ければ外出を控えるとともに、自治体等の方針に従って受診や検査をすることが必要。
- ➢ これからの年度末に向けて、卒業式・春休み・3連休等の多くの人が集まる機会が増える。これまでこのような機会をきっかけに感染が拡大したことから、感染防止策の徹底が必要。

（参考）都道府県の医療提供体制等の状況

【レベル判断に用いる指標】　【参考指標】

	人口	確保病床使用率	確保病床使用率【重症患者】	新規陽性者数（最近１週間）	直近１週間とその前１週間の比	PCR陽性率（最近１週間）	感染経路不明割合	療養者数	入院率	重症者数	自宅療養者数及び療養等調整中の数の合計値
時点	2020.10	3/1	3/1	~3/3(1W)	~3/3(1W)	~2/27(1W)	~2/25(1W)	3/1	3/1	3/1	3/1
単位	千人	%(前週差)	%(前週差)	対人口10万人（前週差）	（前週差）	%(前週差)	%(前週差)	対人口10万人（前週差）	%(前週差)	人(前週差)	対人口10万人(前週差)
北海道	5,225	37.7% (+0.6)	3.7% (▲1.5)	277.21 (▲43.7)	0.86 (+0.1)	36.1% (+0.3)	62.2% (▲0.4)	459.8 (▲45.5)	6.0% (+0.6)	5 (▲2)	427.3 (▲44.6)
青森県	1,238	49.3% (+4.3)	16.1% (+6.5)	248.31 (+11.4)	1.05 (▲0.0)	46.4% (▲25.1)	49.8% (+2.2)	272.8 (▲4.2)	6.1% (+0.5)	5 (+2)	247.8 (▲3.3)
茨城県	2,867	42.4% (▲0.8)	21.3% (+1.3)	313.39 (▲4.0)	0.99 (▲0.0)	43.0% (▲4.3)	42.3% (+2.7)	267.7 (▲42.2)	4.8% (+0.6)	17 (+1)	233.4 (▲39.7)
栃木県	1,933	37.5% (▲2.5)	17.4% (▲2.2)	252.44 (+7.8)	1.03 (+0.2)	54.5% (▲9.4)	53.5% (▲1.1)	384.2 (+25.6)	3.2% (▲0.5)	8 (▲1)	352.6 (+27.6)
群馬県	1,939	53.2% (▲4.0)	21.6% (▲2.7)	235.98 (+2.5)	1.01 (+0.1)	43.4% (▲11.6)	49.6% (+6.7)	314.9 (▲53.6)	4.9% (+0.4)	8 (▲1)	272.1 (▲48.5)
埼玉県	7,345	56.1% (▲5.4)	23.4% (+0.4)	412.97 (▲80.1)	0.84 (▲0.2)	47.4% (▲31.4)	63.3% (▲6.4)	443.1 (▲79.8)	5.2% (+0.6)	56 (▲1)	410.5 (▲77.0)
千葉県	6,284	58.0% (▲2.2)	20.2% (▲2.4)	399.92 (▲49.0)	0.89 (+0.0)	71.9% (▲19.5)	96.6% (+0.1)	468.8 (▲324.7)	3.9% (+1.5)	25 (▲3)	442.3 (▲325.3)
東京都	14,048	51.1% (▲5.8)	42.2% (▲6.3)	565.20 (▲58.1)	0.91 (+0.1)	72.1% (▲43.3)	60.4% (▲1.7)	1,126.3 (▲99.4)	2.4% (▲0.0)	619 (▲92)	1074.1 (▲92.3)
神奈川県	9,237	67.5% (▲3.6)	33.7% (▲3.3)	477.05 (▲48.4)	0.91 (▲0.0)	113.2% (▲38.7)	90.5% (+0.2)	510.4 (▲82.2)	3.6% (+0.3)	91 (▲9)	489.0 (▲81.0)
石川県	1,133	31.2% (▲6.0)	19.5% (+14.6)	273.90 (+21.9)	1.09 (+0.0)	14.5% (▲4.1)	64.5% (▲6.3)	330.6 (+13.3)	4.1% (▲1.0)	8 (+6)	310.9 (+16.4)
岐阜県	1,979	43.4% (▲8.8)	13.6% (▲1.7)	242.07 (▲22.4)	0.92 (+0.1)	37.9% (▲5.6)	53.4% (▲6.0)	298.4 (▲68.3)	6.6% (+0.1)	8 (▲1)	256.6 (▲61.7)
静岡県	3,633	53.1% (▲4.3)	8.5% (+2.2)	267.31 (+0.7)	1.00 (+0.1)	50.4% (▲0.5)	45.1% (+1.5)	339.6 (▲12.1)	4.1% (▲0.8)	5 (+1)	319.3 (▲7.7)
愛知県	7,542	62.7% (▲5.3)	27.3% (+0.0)	419.40 (▲54.2)	0.89 (+0.0)	108.0% (▲30.7)	- -	466.0 (▲62.5)	5.3% (+0.4)	50 (+0)	433.1 (▲60.0)
京都府	2,578	69.9% (+1.3)	46.8% (▲18.7)	403.48 (▲89.1)	0.82 (▲0.0)	59.1% (▲5.3)	91.6% (▲1.0)	617.7 (▲220.2)	4.1% (+1.1)	80 (▲32)	584.8 (▲220.9)
大阪府	8,838	72.9% (▲4.1)	57.8% (+1.9)	636.06 (▲100.9)	0.86 (+0.1)	60.3% (▲18.5)	84.1% (▲0.9)	1,183.9 (▲226.5)	2.8% (+0.3)	813 (+25)	1121.6 (▲220.8)
兵庫県	5,465	67.1% (▲3.7)	26.1% (▲8.5)	440.95 (▲75.6)	0.85 (▲0.0)	95.1% (▲14.4)	72.0% (▲0.9)	563.5 (▲207.9)	3.3% (+0.7)	37 (▲12)	538.5 (▲206.2)
香川県	950	34.8% (▲9.1)	23.3% (+13.3)	294.66 (+4.9)	1.02 (▲0.1)	42.8% (+13.4)	53.9% (+0.3)	335.9 (▲28.8)	5.5% (▲1.7)	7 (+4)	303.0 (▲15.9)
熊本県	1,738	47.4% (▲3.8)	16.2% (▲4.4)	234.14 (▲10.7)	0.96 (+0.1)	71.7% (▲3.9)	30.8% (+1.5)	427.1 (▲75.8)	5.3% (+0.4)	11 (▲3)	387.7 (▲67.3)

（参考）都道府県の医療提供体制等の状況

【レベル判断に用いる指標】　　　　【　　　参考指標　　　】

	人口	確保病床使用率	確保病床使用率【重症患者】	新規陽性者数（最近１週間）	直近１週間とその前１週間の比	PCR陽性率（最近１週間）	感染経路不明割合	療養者数	入院率	重症者数	自宅療養者数及び療養等調整中の数の合計値
時点	2020.10	3/1	3/1	~3/3(1W)	~3/3(1W)	~2/27(1W)	~2/25(1W)	3/1	3/1	3/1	3/1
単位	千人	%(前週差)	%(前週差)	対人口10万人(前週差)	(前週差)	%(前週差)	%(前週差)	対人口10万人(前週差)	%(前週差)	人(前週差)	対人口10万人(前週差)
福島県	1,833	39.7% (▲3.5)	10.6% (▲2.1)	119.19 (+6.0)	1.05 (+0.3)	10.2% (▲3.3)	67.2% (+7.2)	149.7 (▲16.1)	12.2% (+0.3)	5 (▲1)	111.6 (▲13.9)
新潟県	2,201	26.5% (+0.5)	2.7% (+0.0)	123.88 (▲20.6)	0.86 (▲0.1)	18.6% (+0.8)	12.6% (▲6.5)	159.8 (▲18.2)	4.9% (+0.6)	3 (+0)	149.7 (▲18.6)
長野県	2,048	33.3% (▲4.3)	9.3% (+4.7)	120.36 (▲17.8)	0.87 (+0.0)	43.4% (+2.3)	74.4% (+0.3)	185.7 (▲63.3)	5.0% (+0.0)	4 (+2)	160.6 (▲54.7)
三重県	1,770	40.7% (▲12.3)	12.5% (+7.1)	230.81 (▲7.5)	0.97 (+0.1)	93.7% (▲15.1)	36.7% (+0.1)	286.2 (▲42.6)	4.4% (▲0.6)	7 (+4)	267.3 (▲38.4)
和歌山県	923	57.3% (+7.3)	23.1% (▲11.5)	203.13 (▲44.1)	0.82 (+0.1)	27.9% (▲6.6)	30.9% (▲4.6)	172.2 (▲68.1)	22.7% (+8.5)	6 (▲3)	122.7 (▲67.0)
岡山県	1,888	44.8% (▲4.3)	16.2% (▲1.5)	227.49 (+6.0)	1.03 (+0.2)	22.8% (▲3.2)	48.9% (▲5.8)	259.5 (▲28.6)	6.2% (▲0.5)	11 (▲1)	235.9 (▲25.1)
広島県	2,800	40.9% (▲7.2)	22.4% (+3.4)	172.16 (▲6.9)	0.96 (+0.1)	17.7% (▲0.3)	23.8% (▲0.4)	372.8 (▲38.5)	9.4% (▲0.5)	13 (+2)	323.6 (▲30.3)
高知県	692	39.2% (▲2.0)	12.5% (▲4.2)	190.45 (+13.7)	1.08 (+0.4)	43.3% (+0.2)	36.6% (+2.2)	264.1 (▲63.5)	5.6% (▲0.7)	3 (▲1)	223.6 (▲60.3)
福岡県	5,135	62.7% (▲14.1)	9.2% (+0.0)	404.44 (▲24.3)	0.94 (+0.2)	54.0% (▲4.5)	- -	696.5 (▲80.7)	4.9% (+0.1)	19 (+0)	645.3 (▲74.7)
佐賀県	811	29.4% (▲7.2)	6.3% (+0.0)	299.71 (+4.8)	1.02 (+0.2)	59.2% (▲1.8)	31.3% (+2.6)	359.2 (▲47.3)	9.4% (+3.4)	3 (+0)	295.6 (▲54.0)
長崎県	1,312	30.0% (+2.3)	7.5% (+0.0)	194.62 (+20.4)	1.12 (+0.3)	25.5% (▲0.1)	44.7% (+4.7)	302.4 (▲9.0)	7.1% (▲0.4)	3 (+0)	264.6 (▲7.9)
宮崎県	1,070	39.2% (+6.1)	0.0% (+0.0)	150.81 (+15.5)	1.11 (+0.2)	17.9% (▲1.0)	38.2% (+2.1)	174.9 (▲18.3)	5.8% (+1.4)	0 (+0)	152.5 (▲23.7)
鹿児島県	1,588	38.7% (▲8.8)	9.1% (▲3.0)	196.32 (+10.4)	1.06 (+0.3)	46.5% (+1.0)	37.6% (▲10.1)	218.0 (▲14.2)	9.3% (▲0.6)	3 (▲1)	148.5 (▲8.4)

注：レベル判断の指標である確保病床使用率、重症患者用確保病床使用率について、50%を超えている場合、黄色に色づけをしている。

※：人口10万対の人数は、令和３年12月４日までは総務省統計局における各年10月1日時点の人口推計の数値、
令和３年12月５日からは令和２年国勢調査の数値により算出している。

※：確保病床使用率、入院率、療養者数は、厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況等及び入院患者受入病床数等に関する調査」による。
同調査では、記載日の翌日 00:00時点としてとりまとめている。

※：重症者数は、集中治療室（ICU）等での管理、人工呼吸器管理又は体外式心肺補助（ECMO）による管理が必要な患者数。

※：陽性者数は、感染症法に基づく陽性者数の累積（各都道府県の発表日ベース）を記載。自治体に確認を得てない暫定値であることに留意。

※：ＰＣＲ検査件数は、厚生労働省において把握した、地方衛生研究所・保健所、民間検査会社、大学等及び医療機関における検査件数の合計値。

※：「PCR陽性率」は、分子の「各都道府県の発表日ベースの新規陽性者数（疑似症患者を含む）」に対し、「PCR検査件数（退院時検査等を含む）」を分母として機械的に算出した値であり、
いわゆる「陽性率」とは異なる点に留意。

※：「PCR陽性率」について、PCR検査件数報告の遅れ等の影響により100%を超える場合があり、他の都道府県についても結果の解釈には留意が必要。

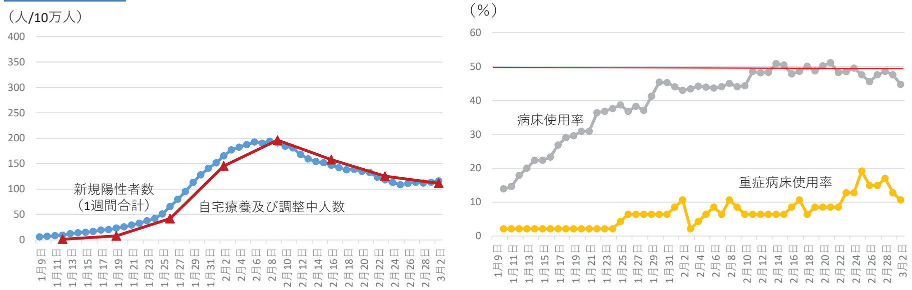
※：令和２年12月18日以降に新たに厚生労働省が公表している岡山県のアンリンク割合については、
木曜日から水曜日までの新規感染者について翌週に報告されたものであり、他の都道府県と対象の期間が異なる点に留意。

※：感染経路不明割合は都道府県より報告のあった時点の数値にて算出したもの。

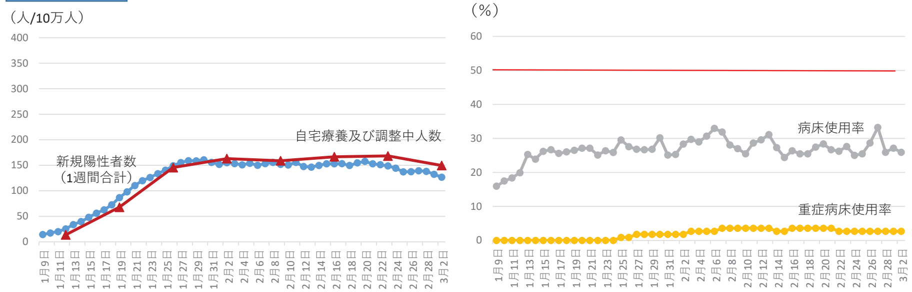
※：各数値について、分母が０、都道府県が調整中、または、数値を非公表としている場合には「-」で表示。

※：各数値は、資料掲載時点において把握している最新の値としているため、公表済資料の値と一致しない場合がある。

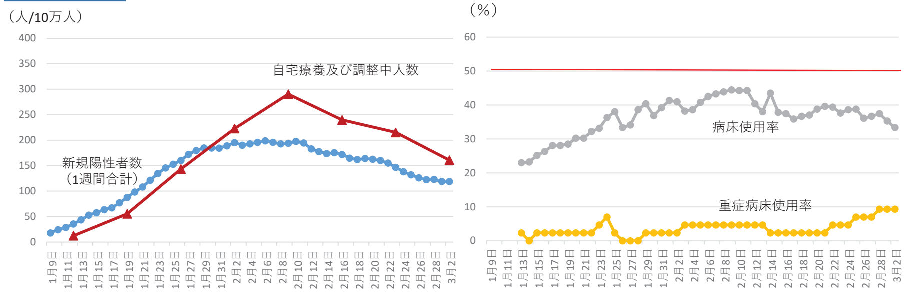
福島県



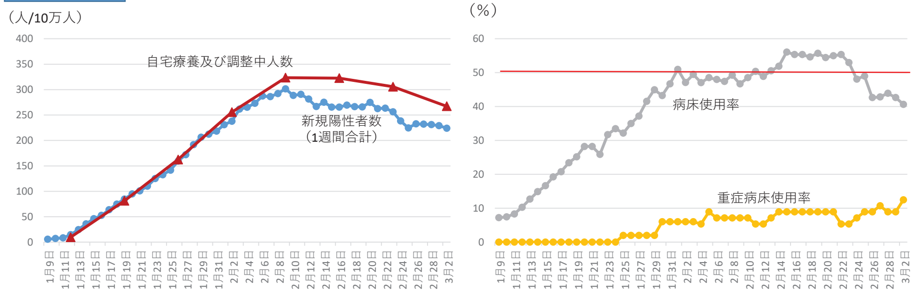
新潟県



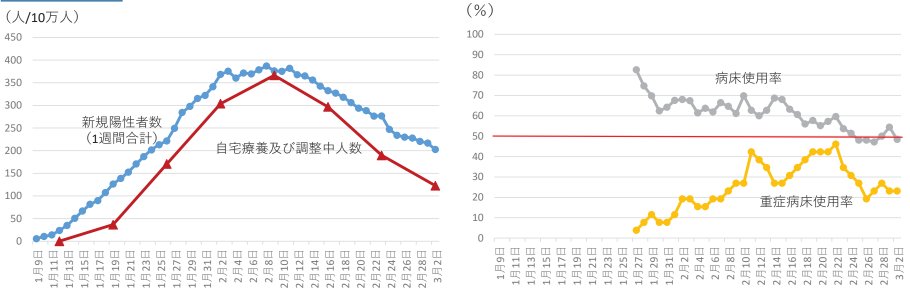
長野県



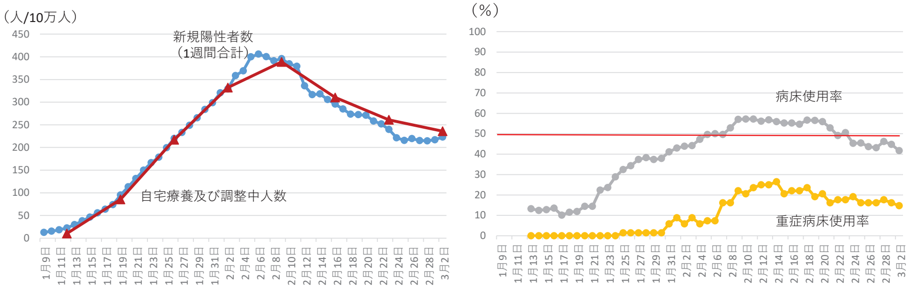
三重県



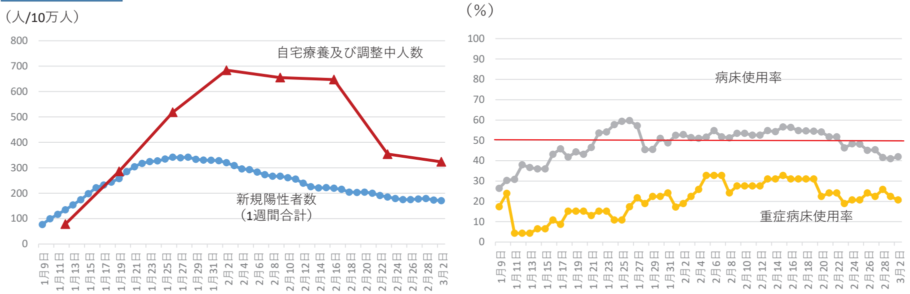
和歌山県



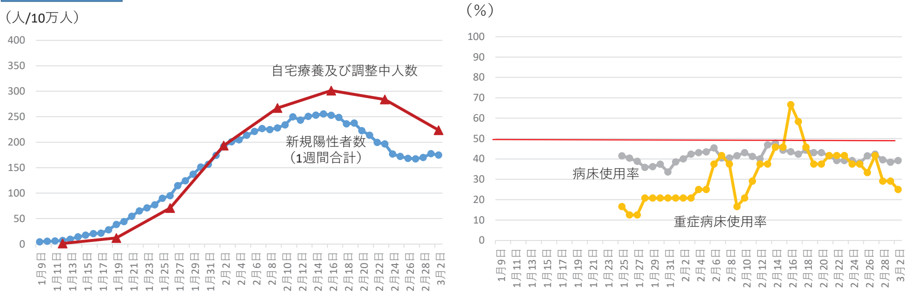
岡山県



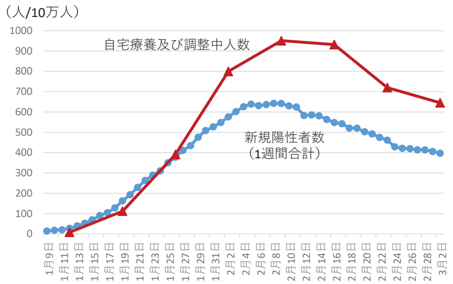
広島県

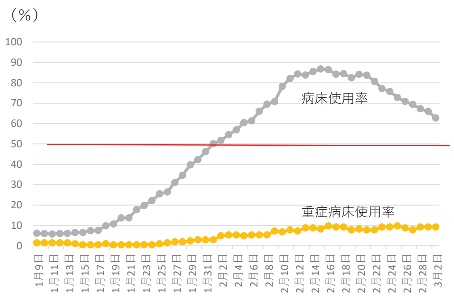


高知県

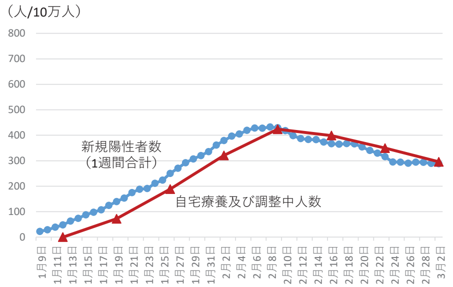


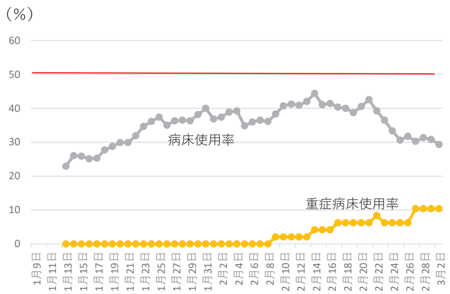
福岡県



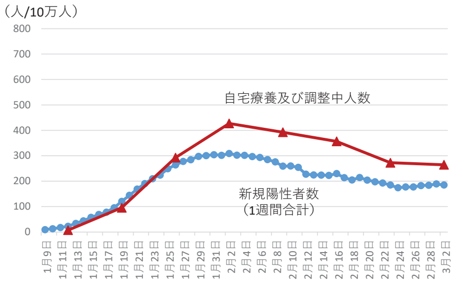


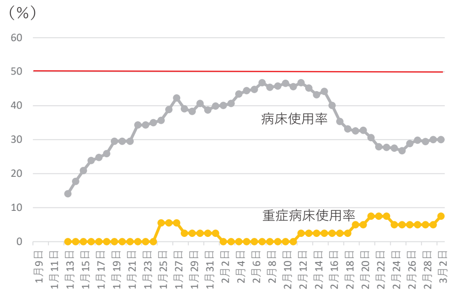
佐賀県



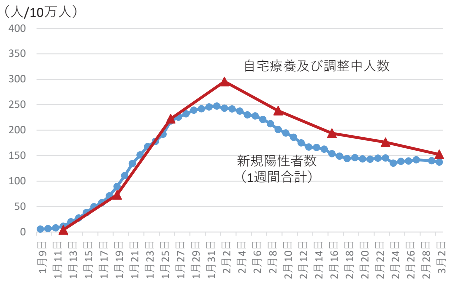


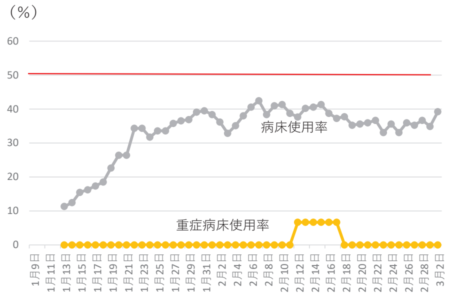
長崎県



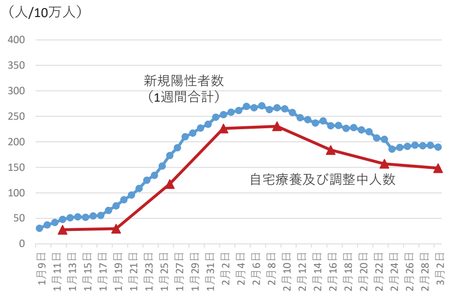


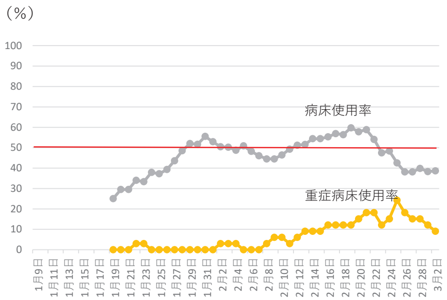
宮崎県





鹿児島県





第25回（令和4年3月4日）
基本的対処方針分科会

参考資料3

第74回（令和4年3月2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
事務局提出資料

資料2－1－2②

（参考）都道府県の医療提供体制等の状況

【レベル判断に用いる指標】　　【　参考指標　】

	人口	確保病床使用率	確保病床使用率【重症患者】	新規陽性者数（最近１週間）	直近１週間とその前１週間の比	PCR陽性率（最近１週間）	感染経路不明割合	療養者数	入院率	重症者数	自宅療養者数及び療養等調整中の数の合計値
時点	2020.10	2/28	2/28	~3/1(1W)	~3/1(1W)	~2/20(1W)	~2/18(1W)	2/28	2/28	2/28	2/28
単位	千人	%(前週差)	%(前週差)	対人口10万人(前週差)	(前週差)	%(前週差)	%(前週差)	対人口10万人(前週差)	%(前週差)	人(前週差)	対人口10万人(前週差)
北海道	5,225	39.6% (+2.0)	3.7% (▲2.2)	286.34 (▲61.9)	0.82 (▲0.0)	35.8% (▲5.4)	62.6% (▲4.1)	514.6 (▲17.6)	3.1% (+0.3)	5 (▲3)	463.1 (▲39.8)
青森県	1,238	51.4% (+3.9)	16.1% (+3.2)	234.41 (▲14.7)	0.94 (▲0.2)	71.5% (▲8.1)	47.5% (▲0.6)	261.6 (▲13.6)	6.6% (+0.8)	5 (+1)	237.3 (▲12.0)
岩手県	1,211	39.1% (▲6.9)	3.0% (+0.0)	189.26 (+46.7)	1.33 (▲0.2)	25.2% (+4.2)	34.2% (▲0.0)	243.6 (+53.1)	5.3% (▲2.7)	1 (+0)	221.5 (+54.0)
宮城県	2,302	44.0% (▲5.3)	18.2% (+1.8)	190.53 (▲32.1)	0.86 (▲0.2)	29.5% (+2.6)	67.4% (+3.3)	259.7 (▲38.7)	3.8% (+0.1)	10 (+1)	213.0 (▲32.0)
秋田県	960	38.1% (+6.2)	8.3% (+0.0)	149.97 (+2.4)	1.02 (▲0.1)	40.1% (▲1.6)	35.5% (▲10.3)	167.4 (▲24.2)	6.8% (+1.8)	2 (+0)	148.1 (▲20.8)
山形県	1,068	29.9% (▲11.9)	0.0% (+0.0)	122.28 (▲12.7)	0.91 (▲0.2)	24.3% (▲2.2)	61.6% (▲5.6)	186.3 (▲12.9)	3.8% (▲0.9)	0 (+0)	173.9 (▲9.6)
福島県	1,833	48.6% (▲2.5)	17.0% (+8.5)	113.36 (▲10.3)	0.92 (+0.1)	13.5% (▲4.1)	60.0% (+4.0)	158.3 (▲13.9)	12.6% (+0.4)	8 (+4)	101.6 (▲29.2)
茨城県	2,867	44.5% (+1.1)	20.0% (+0.0)	300.80 (▲22.2)	0.93 (▲0.0)	47.3% (+6.9)	39.7% (▲3.7)	282.2 (▲34.5)	4.8% (+0.6)	16 (+0)	247.8 (▲32.5)
栃木県	1,933	38.2% (▲2.5)	19.6% (+0.0)	248.04 (▲34.4)	0.88 (▲0.2)	63.9% (+13.4)	54.6% (▲3.4)	379.1 (+1.2)	3.3% (▲0.2)	9 (+0)	346.7 (+1.6)
群馬県	1,939	52.6% (▲7.6)	24.3% (▲8.1)	226.81 (▲30.8)	0.88 (▲0.1)	55.0% (+8.9)	42.9% (▲12.8)	309.9 (▲59.6)	5.0% (+0.2)	9 (▲3)	272.5 (▲53.4)
埼玉県	7,345	57.2% (▲4.7)	21.1% (▲3.2)	427.76 (▲84.1)	0.84 (▲0.2)	78.8% (+5.8)	69.7% (▲0.5)	454.8 (▲90.0)	3.8% (+0.4)	52 (▲8)	421.7 (▲87.5)
千葉県	6,284	65.1% (▲2.5)	20.2% (▲3.2)	398.60 (▲91.4)	0.81 (▲0.1)	91.5% (▲3.3)	96.5% (+1.8)	500.5 (▲288.8)	3.7% (+1.4)	25 (▲4)	468.2 (▲290.0)
東京都	14,048	53.9% (▲5.2)	44.7% (▲4.0)	563.72 (▲134.1)	0.81 (▲0.1)	115.4% (+34.7)	62.1% (▲1.9)	1,133.7 (▲67.4)	2.4% (▲0.0)	656 (▲59)	1080.1 (▲61.2)
神奈川県	9,237	71.1% (▲0.3)	37.8% (+0.4)	467.14 (▲86.3)	0.84 (▲0.1)	152.0% (+0.2)	90.2% (+0.8)	514.0 (▲72.8)	3.7% (+0.4)	102 (+1)	491.6 (▲72.6)
新潟県	2,201	25.9% (▲0.8)	2.7% (▲0.9)	132.51 (▲18.7)	0.88 (▲0.1)	17.8% (▲0.0)	19.2% (▲1.0)	164.8 (▲17.1)	4.7% (+0.3)	3 (▲1)	155.0 (▲17.2)
富山県	1,035	35.6% (+3.1)	16.7% (+8.3)	306.53 (+13.0)	1.04 (▲0.1)	40.3% (+6.1)	45.6% (▲9.4)	542.8 (+40.5)	3.0% (+0.0)	6 (+3)	503.5 (+42.2)
石川県	1,133	32.0% (▲9.7)	17.1% (+2.4)	268.25 (+23.0)	1.09 (+0.1)	18.6% (+5.8)	70.8% (▲0.8)	332.5 (▲10.2)	4.1% (▲1.1)	7 (+1)	301.0 (▲4.9)
福井県	767	25.9% (+3.6)	12.5% (+0.0)	283.75 (+38.2)	1.16 (▲0.0)	16.3% (+1.7)	4.0% (▲1.9)	227.0 (+15.0)	6.5% (+0.5)	3 (+0)	198.6 (+8.5)
山梨県	810	57.3% (+0.0)	12.5% (▲4.2)	194.70 (▲63.0)	0.76 (▲0.4)	19.3% (▲0.8)	45.0% (▲6.4)	276.3 (▲20.4)	10.0% (+0.7)	3 (▲1)	202.4 (▲12.8)
長野県	2,048	37.4% (▲2.1)	9.3% (+7.0)	118.90 (▲36.1)	0.77 (▲0.1)	41.1% (+3.2)	74.1% (▲2.2)	179.3 (▲30.5)	5.2% (+0.5)	4 (+2)	160.9 (▲58.7)
岐阜県	1,979	47.3% (▲10.5)	13.6% (+0.0)	243.03 (▲63.6)	0.79 (▲0.2)	43.5% (▲6.6)	59.4% (▲1.1)	313.6 (▲63.4)	6.8% (▲0.1)	8 (+1)	255.4 (▲50.3)
静岡県	3,633	49.1% (▲8.4)	7.8% (+0.0)	266.49 (▲13.2)	0.95 (▲0.0)	50.9% (▲5.7)	43.6% (+0.2)	365.4 (+15.4)	2.8% (▲0.6)	5 (+0)	342.3 (+15.7)
愛知県	7,542	66.7% (▲3.3)	30.1% (▲0.5)	424.49 (▲83.0)	0.84 (▲0.1)	138.7% (+19.1)	- -	480.7 (▲75.0)	3.5% (+0.3)	54 (+1)	425.8 (▲61.5)
三重県	1,770	43.9% (▲11.1)	8.9% (+0.0)	229.12 (▲34.4)	0.87 (▲0.1)	108.9% (+10.6)	36.5% (▲0.1)	279.7 (▲38.9)	4.9% (▲0.5)	5 (+0)	259.0 (▲35.7)
滋賀県	1,414	76.5% (+5.5)	1.9% (▲2.0)	450.55 (▲22.6)	0.95 (▲0.2)	66.5% (▲25.7)	75.3% (▲10.3)	655.3 (+59.1)	4.1% (▲0.0)	1 (▲1)	617.3 (+56.2)
京都府	2,578	73.6% (+2.1)	52.6% (+4.7)	426.44 (▲112.1)	0.79 (▲0.1)	64.5% (▲3.2)	92.6% (+1.5)	695.5 (▲144.8)	3.8% (+0.8)	90 (+8)	661.3 (▲147.3)
大阪府	8,838	79.4% (▲1.1)	55.3% (▲1.6)	637.88 (▲203.7)	0.76 (▲0.1)	78.8% (+0.6)	85.1% (▲0.9)	1,205.3 (▲287.8)	3.0% (+0.5)	779 (▲9)	1139.1 (▲282.6)
兵庫県	5,465	68.0% (▲8.5)	27.5% (▲3.5)	445.38 (▲117.3)	0.79 (▲0.1)	109.6% (+15.2)	72.8% (▲0.2)	646.4 (▲206.3)	2.9% (+0.6)	39 (▲5)	621.1 (▲203.1)
奈良県	1,324	68.4% (▲2.8)	70.6% (▲2.9)	484.57 (▲102.5)	0.83 (▲0.2)	84.4% (▲1.6)	74.9% (▲3.5)	1,047.9 (▲76.5)	2.5% (+0.1)	24 (▲1)	987.2 (▲68.5)
和歌山県	923	50.0% (▲7.3)	26.9% (▲15.4)	216.78 (▲59.7)	0.78 (▲0.0)	34.5% (+2.2)	35.5% (+0.2)	179.4 (▲116.7)	19.0% (+6.0)	7 (▲4)	145.5 (▲112.6)
鳥取県	553	26.6% (+1.1)	8.5% (+0.0)	185.58 (+25.3)	1.16 (▲0.6)	13.4% (+0.7)	24.1% (+1.6)	259.1 (+97.0)	6.5% (▲3.4)	0 (+0)	214.5 (+86.6)
島根県	671	22.6% (▲1.4)	0.0% (+0.0)	91.94 (+17.1)	1.23 (+0.4)	24.6% (+6.4)	22.9% (▲3.1)	108.2 (+16.7)	11.4% (▲2.9)	0 (+0)	92.8 (+19.2)
岡山県	1,888	46.2% (▲6.7)	17.6% (+1.5)	217.06 (▲34.8)	0.86 (+0.0)	26.0% (▲15.0)	54.7% (▲3.2)	263.8 (▲45.3)	5.1% (+0.1)	12 (+1)	217.5 (▲60.8)
広島県	2,800	41.6% (▲10.2)	25.9% (+1.7)	173.20 (▲18.1)	0.91 (+0.0)	18.1% (+0.4)	24.2% (+7.8)	366.7 (▲188.0)	3.3% (+0.6)	13 (+0)	337.5 (▲181.8)
山口県	1,342	40.4% (▲4.4)	6.4% (+0.0)	135.09 (▲6.6)	0.95 (▲0.0)	28.2% (▲7.3)	31.4% (▲1.8)	170.7 (▲8.1)	10.4% (▲0.6)	3 (+0)	144.5 (▲2.9)
徳島県	720	39.5% (+6.5)	8.0% (+8.0)	279.48 (+47.5)	1.20 (▲0.1)	29.7% (+3.4)	29.6% (+6.9)	301.7 (+53.2)	4.8% (▲0.1)	2 (+2)	262.2 (+59.8)
香川県	950	39.4% (▲8.3)	16.7% (+6.7)	282.98 (+17.0)	0.94 (▲0.3)	29.4% (▲3.6)	53.7% (▲0.0)	340.8 (+5.4)	3.2% (▲0.7)	5 (+2)	303.2 (+16.0)
愛媛県	1,335	32.6% (▲1.2)	5.3% (▲10.5)	125.26 (+8.9)	1.08 (+0.0)	73.2% (+15.1)	31.7% (+1.5)	140.8 (▲7.8)	4.7% (+0.2)	1 (▲2)	128.6 (▲8.1)
高知県	692	39.6% (▲2.0)	29.2% (▲12.5)	177.58 (▲22.0)	0.89 (+0.1)	43.1% (▲6.2)	34.4% (▲0.3)	245.1 (▲54.8)	6.0% (+0.8)	7 (▲3)	208.4 (▲56.1)
福岡県	5,135	67.3% (▲16.4)	9.2% (+1.5)	405.84 (▲69.5)	0.85 (+0.0)	58.5% (▲0.7)	- -	832.0 (+32.9)	2.5% (▲0.7)	19 (+3)	776.9 (+40.1)
佐賀県	811	31.4% (▲11.2)	10.4% (+4.2)	289.36 (▲40.3)	0.88 (▲0.0)	61.0% (+3.6)	28.6% (▲4.0)	363.6 (▲72.3)	5.8% (▲0.8)	5 (+2)	311.8 (▲63.7)
長崎県	1,312	29.5% (▲1.2)	5.0% (▲2.5)	189.36 (▲3.7)	0.98 (+0.1)	25.6% (▲6.4)	40.0% (▲3.5)	298.2 (▲14.6)	3.9% (+0.0)	2 (▲1)	270.7 (▲14.1)
熊本県	1,738	49.7% (▲7.0)	16.2% (▲7.4)	226.77 (▲33.9)	0.87 (+0.0)	75.6% (+4.0)	29.4% (+0.9)	412.1 (▲64.5)	5.7% (+0.1)	11 (▲5)	412.0 (▲51.3)
大分県	1,124	32.1% (▲6.5)	0.0% (+0.0)	199.05 (+7.4)	1.04 (+0.2)	27.4% (▲4.2)	28.8% (▲7.2)	219.1 (▲2.8)	6.6% (▲1.2)	0 (+0)	154.4 (▲8.6)
宮崎県	1,070	36.7% (+0.7)	0.0% (+0.0)	140.06 (▲4.9)	0.97 (+0.1)	19.0% (+1.7)	36.2% (▲0.9)	182.6 (▲11.5)	5.2% (+0.4)	0 (+0)	147.8 (▲22.8)
鹿児島県	1,588	39.9% (▲19.0)	15.2% (▲3.0)	193.36 (▲14.2)	0.93 (+0.1)	45.6% (▲10.8)	47.6% (+2.7)	218.5 (▲22.4)	6.5% (▲2.2)	6 (▲1)	149.5 (▲10.8)
沖縄県	1,467	50.0% (+7.2)	40.0% (▲6.7)	323.68 (+35.8)	1.12 (+0.0)	52.5% (+27.0)	54.7% (+1.3)	362.9 (+22.2)	5.9% (+0.4)	24 (▲4)	306.9 (+19.1)
全国	126,146	54.2% (▲3.8)	34.5% (▲1.5)	364.29 (▲70.3)	0.84 (▲0.1)	66.5% (+3.3)	65.4% (▲1.5)	557.4 (▲79.7)	3.4% (+0.2)	2048 (▲82)	517.3 (▲78.0)

注１：各都道府県についてレベル２に移行した場合には橙色に、レベル３に移行した場合には赤色に色づけをしている（令和４年２月28日時点）。
注２：レベル判断の指標である確保病床使用率、重症患者用確保病床使用率について、50%を超えている場合、黄色に色づけをしている。

※ 人口10万対の人数は、令和３年12月４日までは総務省統計局における各年10月1日時点の人口推計の数値、
　令和３年12月５日からは令和２年国勢調査の数値により算出している。
※：療養者数は、厚生労働省で把握した数値による。
※：重症者数は、集中治療室（ICU）等での管理、人工呼吸器管理又は体外式心肺補助（ECMO）による管理が必要な患者数。
※：「確保病床使用率」及び「重症者用確保病床使用率」は、内閣官房ホームページより。「自宅療養者・療養等調整中（10万人あたり）」、
　及び、「重症者数」は厚生労働省調べ。
※：陽性者数は、感染症法に基づく陽性者数の累積（各都道府県の発表日ベース）を記載。自治体に確認を得てない暫定値であることに留意。
※：ＰＣＲ検査件数は、厚生労働省において把握した、地方衛生研究所・保健所、民間検査会社、大学等及び医療機関における検査件数の合計値。

※：「PCR陽性率」は、分子の「各都道府県の発表日ベースの新規陽性者数（疑似症患者を含む）」に対し、「PCR検査件数（退院時検査等を含む）」を分母として機械的に算出した値であり、
　いわゆる「陽性率」とは異なる点に留意。
※：「PCR陽性率」について、PCR検査件数報告の遅れ等の影響により100%を超える場合があり、他の都道府県についても結果の解釈には留意が必要。
※：令和２年12月18日以降に新たに厚生労働省が公表している岡山県のアンリンク割合については、
　木曜日から水曜日までの新規感染者について翌週に報告されたものであり、他の都道府県と対象の期間が異なる点に留意。
※：感染経路不明割合は都道府県より報告のあった時点の数値にて算出したもの。
※：各数値について、分母が０、都道府県が調整中、または、数値を非公表としている場合には「-」で表示。
※：各数値は、資料掲載時点において把握している最新の値としているため、公表済資料の値と一致しない場合がある。

（１）感染の状況（疫学的状況）　（２）①医療提供体制（療養状況）

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
	人口	直近１週間累積陽性者数	対人口10万人 B/(A/100)	その前１週間累積陽性者数	直近１週間とその前１週間の比（B/D）	感染経路不明な者の割合（アンリンク割合）	確保病床に入院している者の数	確保病床に入院している重症者数	確保病床に入院している者の数	確保病床に入院している重症者数	宿泊療養者数	
時点	2020.10	~2/28(1W)	~2/28(1W)	~2/21(1W)		~2/18(1W)	2/22	2/22	2/15	2/15	2/22	2/15
単位	千人	人		人		人	人	人	人	人	人	人
北海道	5,225	15,521	297.07	18,436	0.84	63%	770	7	821	7	330	286
青森県	1,238	2,820	227.79	3,067	0.92	48%	186	3	171	3	128	171
岩手県	1,211	2,230	184.22	1,663	1.34	34%	188	1	184	0	111	84
宮城県	2,302	4,430	192.44	5,245	0.84	67%	209	9	201	10	1,115	885
秋田県	960	1,411	147.06	1,366	1.03	35%	89	2	82	0	93	70
山形県	1,068	1,289	120.69	1,423	0.91	62%	97	0	98	0	56	80
福島県	1,833	2,050	111.83	2,437	0.84	60%	324	6	302	4	376	345
茨城県	2,867	8,468	295.36	9,225	0.92	40%	379	16	338	9	676	626
栃木県	1,933	4,866	251.71	5,758	0.85	55%	255	9	273	7	395	330
群馬県	1,939	4,548	234.54	5,194	0.88	43%	325	9	367	10	606	532
埼玉県	7,345	31,068	423.00	38,447	0.81	70%	1,353	57	1,689	62	816	683
千葉県	6,284	25,757	409.85	31,433	0.82	96%	1,064	28	1,114	31	451	300
東京都	14,048	78,819	561.09	102,105	0.77	62%	4,045	711	3,998	669	4,047	4,029
神奈川県	9,237	43,311	468.87	52,069	0.83	90%	1,778	100	1,726	98	303	178
新潟県	2,201	3,042	138.19	3,366	0.90	19%	171	3	160	3	40	43
富山県	1,035	3,096	299.18	2,959	1.05	46%	148	3	145	2	264	263
石川県	1,133	2,911	257.04	2,851	1.02	71%	181	2	219	4	77	84
福井県	767	2,096	273.32	1,885	1.11	4%	98	3	100	1	69	68
山梨県	810	1,656	204.45	2,154	0.77	45%	228	4	272	3	367	493
長野県	2,048	2,519	123.00	3,278	0.77	74%	193	2	192	1	432	423
岐阜県	1,979	5,071	256.27	6,227	0.81	59%	467	9	497	8	492	466
静岡県	3,633	9,881	271.96	10,217	0.97	44%	431	4	366	6	281	234
愛知県	7,542	32,167	426.48	40,155	0.80	-	1,285	50	1,230	43	741	546
三重県	1,770	4,091	231.10	4,651	0.88	37%	292	3	305	5	119	99
滋賀県	1,414	6,618	468.16	6,584	1.01	75%	316	0	305	4	199	177
京都府	2,578	11,149	432.45	14,067	0.79	93%	634	112	638	106	198	157
大阪府	8,838	58,347	660.21	76,034	0.77	85%	3,127	788	3,238	739	2,852	2,750
兵庫県	5,465	24,745	452.79	31,717	0.78	73%	1,062	49	1,079	53	399	450
奈良県	1,324	6,514	491.82	8,022	0.81	75%	371	26	373	21	344	336
和歌山県	923	2,036	220.68	2,661	0.77	36%	315	9	365	7	152	168
鳥取県	553	1,090	196.96	800	1.36	24%	85	0	79	0	148	73
島根県	671	599	89.25	455	1.32	23%	89	0	100	0	32	28
岡山県	1,888	4,053	214.62	4,879	0.83	55%	272	12	306	14	147	137
広島県	2,800	5,017	179.20	5,606	0.89	24%	393	11	461	19	466	669
山口県	1,342	1,779	132.56	1,996	0.89	31%	248	4	228	2	144	158
徳島県	720	1,939	269.47	1,624	1.19	30%	94	0	91	0	230	202
香川県	950	2,682	282.24	2,881	0.93	54%	116	3	140	2	186	173
愛媛県	1,335	1,535	114.99	1,610	0.95	32%	80	1	83	5	74	67
高知県	692	1,176	170.06	1,478	0.80	34%	105	4	118	4	158	140
福岡県	5,135	21,246	413.73	25,280	0.84	-	1,202	19	1,346	20	1,024	1,090
佐賀県	811	2,382	293.55	2,762	0.86	29%	199	3	226	2	263	255
長崎県	1,312	2,412	183.80	2,597	0.93	40%	143	3	204	1	206	184
熊本県	1,738	4,028	231.72	4,756	0.85	29%	422	14	482	19	411	429
大分県	1,124	2,198	195.58	2,210	0.99	29%	174	0	187	0	473	553
宮崎県	1,070	1,499	140.15	1,530	0.98	36%	92	0	105	1	90	115
鹿児島県	1,588	3,053	192.22	3,492	0.87	48%	268	4	312	4	830	911
沖縄県	1,467	4,395	299.49	4,272	1.03	55%	273	26	307	28	514	406
全国	126,146	463,610	367.52	562,924	0.82	65%	24,636	2,129	25,623	2,037	21,925	20,946

※ 人口10万対の人数は、令和３年12月４日までは総務省統計局における各年10月1日時点の人口推計の数値、令和３年12月５日からは令和２年国勢調査の数値により算出している。
※：累積陽性者数は、感染症法に基づく陽性者数の累積（各都道府県の発表日ベース）を記載。自治体に確認を得てない暫定値であることに留意。
※：確保病床に入院している者の数、確保病床に入院している重症者数及び宿泊療養者数（G列～L列）は、厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況等及び入院患者受入病床数等に関する調査」による。
　同調査では、記載日の翌日 00:00時点としてとりまとめている。
※：重症者数は、集中治療室（ICU）等での管理、人工呼吸器管理又は体外式心肺補助（ECMO）による管理が必要な患者数。
※：各数値は、資料掲載時点において把握している最新の値としている。掲載時以降に数値が更新されることにより、前週の値が前週公表の値と一致しない場合がある。
※：東京都、滋賀県、京都府、福岡県及び沖縄県の重症者数については、これまで都府県独自の基準に則って報告された数値を掲載していたが、
　8/21公表分からは、国の基準に則って、集中治療室（ICU）等での管理が必要な患者も含めた数値が報告されている。
※：令和２年12月18日以降に新たに厚生労働省が公表している岡山県のアンリンク割合については、
　木曜日から水曜日までの新規感染者について翌日に報告されたものであり、他の都道府県と対象の期間が異なる点に留意。
※：感染経路不明割合は都道府県より報告のあった時点の数値にて算出したもの。
※：各数値について、分母が０、都道府県が調整中、または、数値を非公表としている場合には「-」で表示。

（２）②医療提供体制（病床確保等）　　（３）検査体制の構築

	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W
	新型コロナ対策協議会の設置状況	患者受入れ調整本部の設置状況	周産期医療の協議会開催状況	即応病床数	確保病床数	宿泊施設即応居室数	最近１週間のPCR検査件数	2週間前のPCR検査件数	変化率(S/T)	(参考)それぞれの週の陽性者数	
時点	5/1	5/1	5/19	2/22	2/22	2/22	~2/20(1W)	~2/13(1W)		~2/20(1W)	~2/13(1W)
単位				床	床	室	件	件		人	人
北海道	済	済	済	1,689	2,075	2,140	52,450	55,734	0.94	18,764	22,925
青森県	済	済	済	389	414	920	4,030	3,466	1.16	2,883	2,759
岩手県	済	済	済	402	402	370	6,175	5,388	1.15	1,557	1,130
宮城県	済	済	済	511	511	1,710	17,762	17,725	1.00	5,236	4,769
秋田県	済	済	済	289	289	415	3,358	3,064	1.10	1,345	1,275
山形県	済	済	予定	219	251	322	5,953	5,274	1.13	1,447	1,400
福島県	済	済	済	751	751	1,446	18,382	16,681	1.10	2,475	2,924
茨城県	済	済	済	700	877	1,950	19,336	25,589	0.76	9,142	10,327
栃木県	済	済	済	638	638	850	9,333	9,785	0.95	5,960	4,933
群馬県	済	済	済	568	568	1,727	9,492	11,669	0.81	5,218	5,372
埼玉県	済	済	済	2,199	2,199	2,154	48,194	52,355	0.92	37,962	38,222
千葉県	済	済	済	1,712	1,767	2,290	34,882	36,750	0.95	31,905	34,821
東京都	済	済	済	6,599	7,109	8,850	89,819	136,358	0.66	103,634	110,001
神奈川県	済	済	済	2,385	2,500	2,238	33,882	36,514	0.93	51,493	55,407
新潟県	済	済	済	555	656	300	19,502	18,106	1.08	3,473	3,225
富山県	済	済	済	230	481	760	7,623	6,989	1.09	3,072	2,392
石川県	済	済	済	487	487	970	15,082	21,940	0.69	2,803	2,815
福井県	済	済	済	191	441	425	11,241	10,708	1.05	1,828	1,556
山梨県	済	済	済	389	389	1,135	11,311	8,717	1.30	2,188	1,755
長野県	済	済	済	466	513	932	8,099	9,578	0.85	3,332	3,638
岐阜県	済	済	済	894	894	1,932	14,495	11,977	1.21	6,311	6,000
静岡県	済	済	済	653	751	1,057	19,926	19,521	1.02	10,142	11,054
愛知県	済	済	済	1,888	1,888	2,209	29,483	33,099	0.89	40,898	39,578
三重県	済	済	済	534	551	665	4,469	4,805	0.93	4,865	4,721
滋賀県	済	済	済	491	494	677	9,705	7,543	1.29	6,452	6,951
京都府	済	済	済	924	924	1,126	22,720	24,178	0.94	14,647	16,352
大阪府	済	済	済	3,831	4,062	11,446	100,717	106,351	0.95	79,329	83,131
兵庫県	済	済	予定	1,499	1,499	2,411	29,646	38,008	0.78	32,486	35,888
奈良県	済	済	済	509	509	1,083	9,719	8,840	1.10	8,207	7,605
和歌山県	済	済	済	630	630	191	7,853	10,433	0.75	2,711	3,368
鳥取県	済	済	済	250	350	458	5,634	3,839	1.47	756	489
島根県	済	済	済	321	368	143	1,890	3,243	0.58	464	589
岡山県	済	済	済	537	554	629	19,698	14,584	1.35	5,118	5,975
広島県	済	済	済	758	818	2,334	31,652	35,876	0.88	5,722	6,326
山口県	済	済	済	591	591	830	7,009	5,362	1.31	1,975	1,905
徳島県	済	済	済	234	263	500	5,129	4,830	1.06	1,525	1,274
香川県	済	済	済	264	264	488	9,459	6,874	1.38	2,781	2,268
愛媛県	済	済	済	270	270	263	2,167	2,565	0.84	1,586	1,490
高知県	済	済	済	255	255	418	3,569	3,516	1.02	1,540	1,734
福岡県	済	済	済	1,564	1,564	2,468	44,125	50,833	0.87	25,810	30,074
佐賀県	済	済	済	482	545	615	4,706	5,415	0.87	2,872	3,110
長崎県	済	済	済	477	516	900	10,496	9,230	1.14	2,685	2,950
熊本県	済	済	済	825	825	1,335	6,492	7,540	0.86	4,906	5,397
大分県	済	済	済	415	508	1,360	8,222	8,946	0.92	2,250	2,824
宮崎県	済	済	済	278	278	510	8,093	10,369	0.78	1,534	1,784
鹿児島県	済	済	済	564	564	1,710	7,787	6,864	1.13	3,547	3,865
沖縄県	済	済	済	632	632	1,230	8,089	15,368	0.53	4,243	3,917
全国	-	-	-	41,939	44,685	70,892	858,856	952,399	0.90	571,079	602,265

※：即応病床数、確保病床数、宿泊施設即応居室数は、厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況等及び入院患者受入病床数等に関する調査」による。
同調査では、記載日の翌日 00:00時点としてとりまとめている。

※：即応病床数は、現在のフェーズにおいて、新型コロナウイルス感染症患者の受入れ要請があれば、即時患者受入れを行うことが可能な病床数。実際には受入れ患者の重症度等により、変動する可能性がある。

※：確保病床数は、いずれかのフェーズにおいて、新型コロナウイルス感染症患者の受入れ要請があれば、患者受入れを行うことについて医療機関と調整済の病床数であり、変動しうる点に特に留意が必要。また、実際には受入れ患者の重症度等により、変動する可能性がある。

※：宿泊施設確保数は、受け入れが確実な宿泊施設の部屋として都道府県が判断し、厚生労働省に報告した室数。都道府県の運用によっては、事務職員の宿泊や物資の保管、医師・看護師の控え室のために使用する居室等として、一部使われる場合がある。（居室数が具体的に確認できた場合、数値を置き換えることにより数値が減る場合がある。）数値を非公表としている県又は調整中の県は「-」で表示。

※：PCR検査件数は、①各都道府県から報告があった地方衛生研究所・保健所のPCR検査件数（PCR検査の体制整備にかかる国への報告について（依頼）（令和２年３月５日））、②厚生労働省から依頼した民間検査会社、大学、医療機関のPCR検査件数を計上。一部、未報告の検査機関があったとしても、現時点で得られている検査件数を計上している。

※：「PCR陽性率」は、分子の「各都道府県の発表日ベースの新規陽性者数（疑似症患者を含む）」に対し、「PCR検査件数（退院時検査等を含む）」を分母として機械的に算出した値であり、いわゆる「陽性率」とは異なる点に留意。

※：各数値は、資料掲載時点において把握している最新の値としている。掲載時以降に数値が更新されることにより、公表済資料の値と一致しない場合がある。

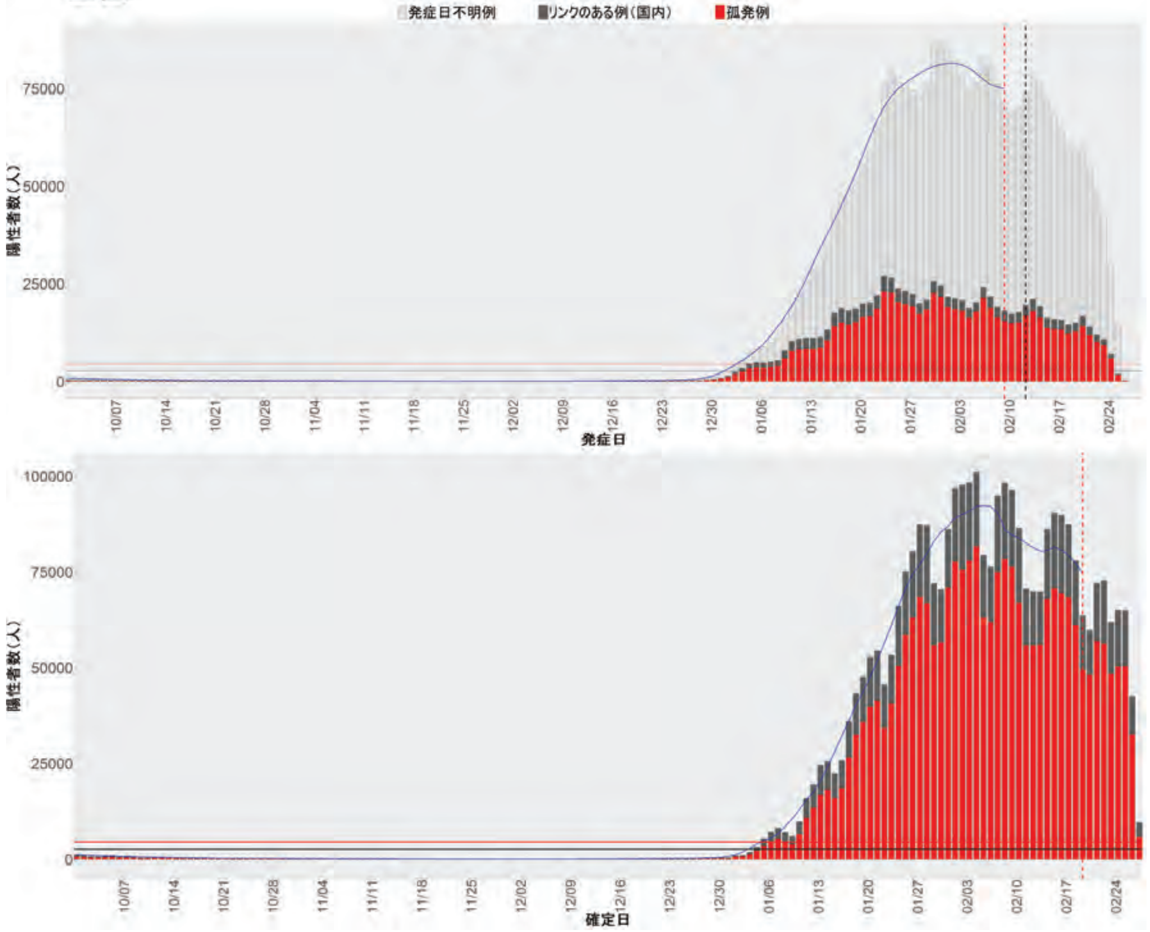
第25回（令和４年３月４日） 基本的対処方針分科会	参考資料5

第74回（令和４年３月２日） 新型コロナウイルス感染症対策 アドバイザリーボード	資料３－１①
押谷先生提出資料	

都道府県別エピカーブ
（ 2021/10/1から2022/2/27まで ）

- **集計方法：**
  - 確定日は「陽性判明日」、それが不明な場合「自治体発表日」
  - 無症状例は上段に含まれない
  - リンク不明の場合は「孤発例」としてカウント
  - 上段の薄灰色の発症日不明例は確定日から推定した発症日でカウント
  - 東京都の発症日に基づくエピカーブは全てリンクなしとしてカウント
- **補助線：**
  - 上段の赤垂直線は17日前、黒垂直線は14日前、下段の赤垂直線は7日前を示す
  - 赤水平線は、1週間の累積症例数が人口10万人あたり25に相当する数を1日あたりの症例数に換算したもの。同様に、黒水平線は人口10万人あたり15人に相当する
  - 青線は7日間の移動平均であり、上段の移動平均には発症日不明例も含まれる
- **注意事項：**
  - データは全て自治体公表情報から取得
  - 2021-10-01から2022-02-27までに報告された症例が含まれる
  - 詳細情報の発表がない一部の自治体ではエピカーブにリンクの有無を反映出来ていない

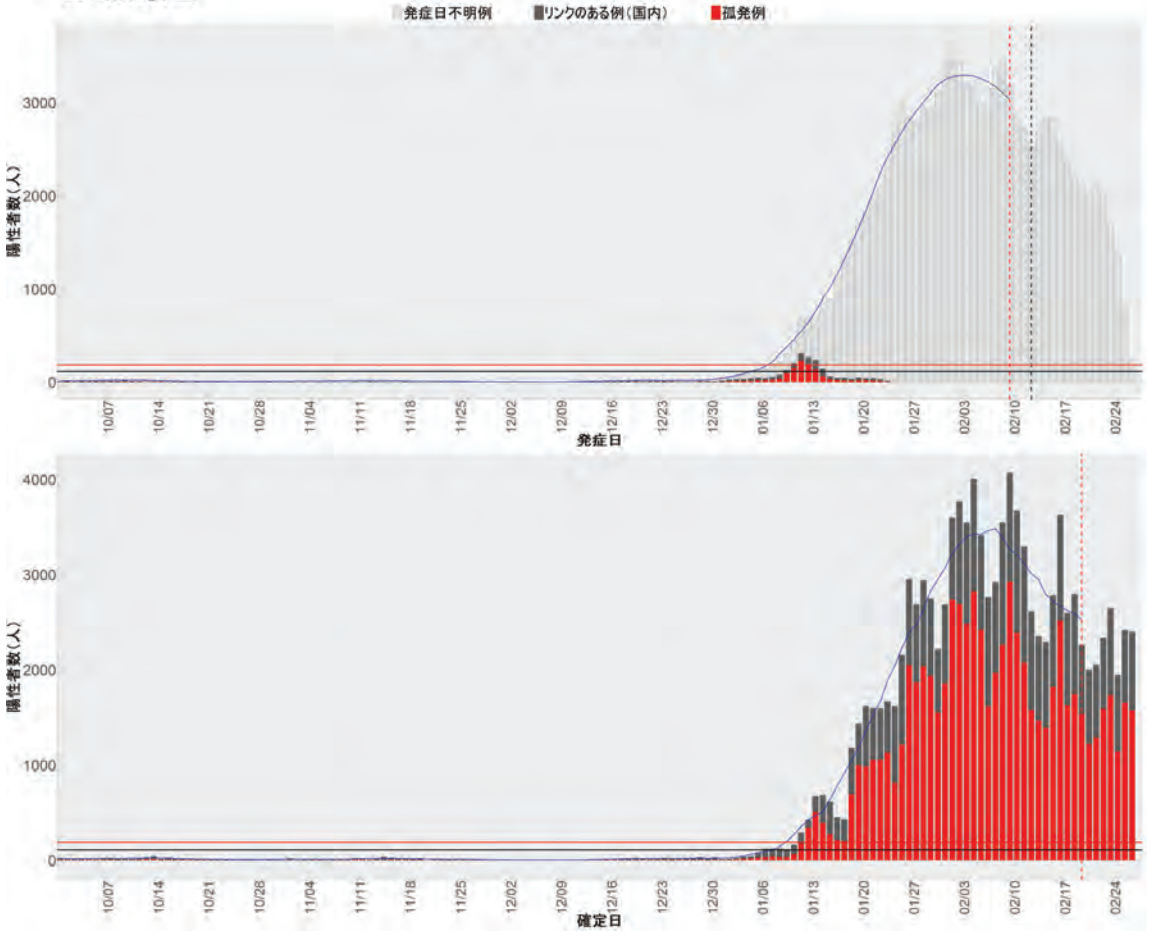
全国



発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
発症日
確定日

2

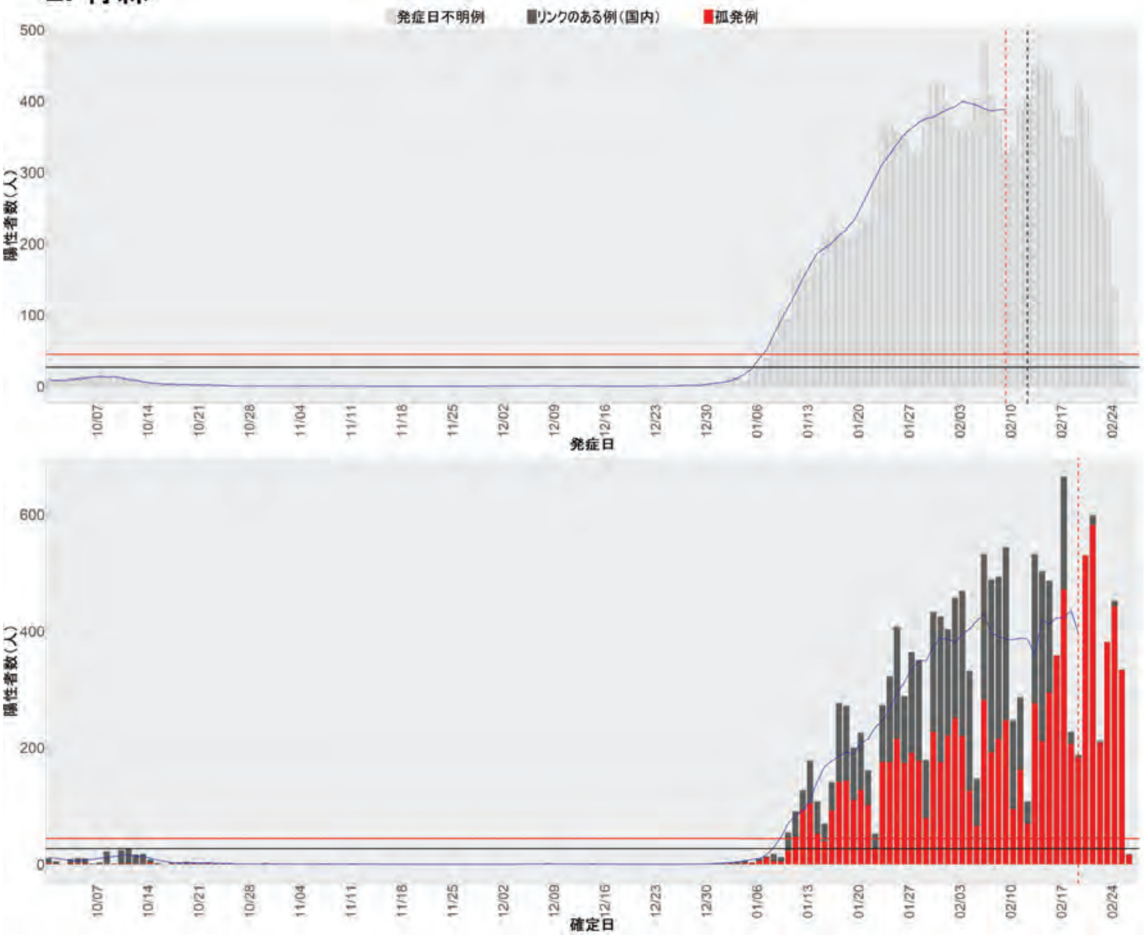
1. 北海道



発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
発症日
確定日

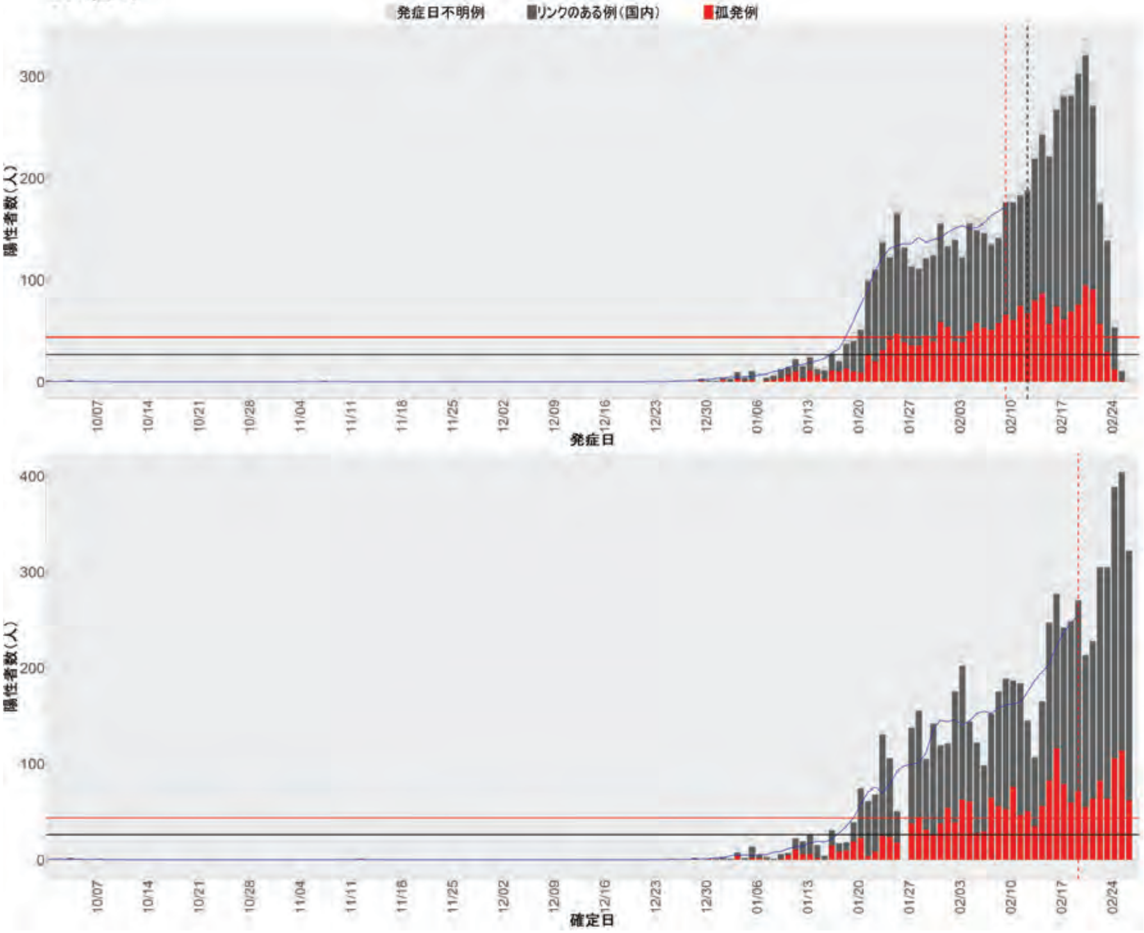
3

2. 青森



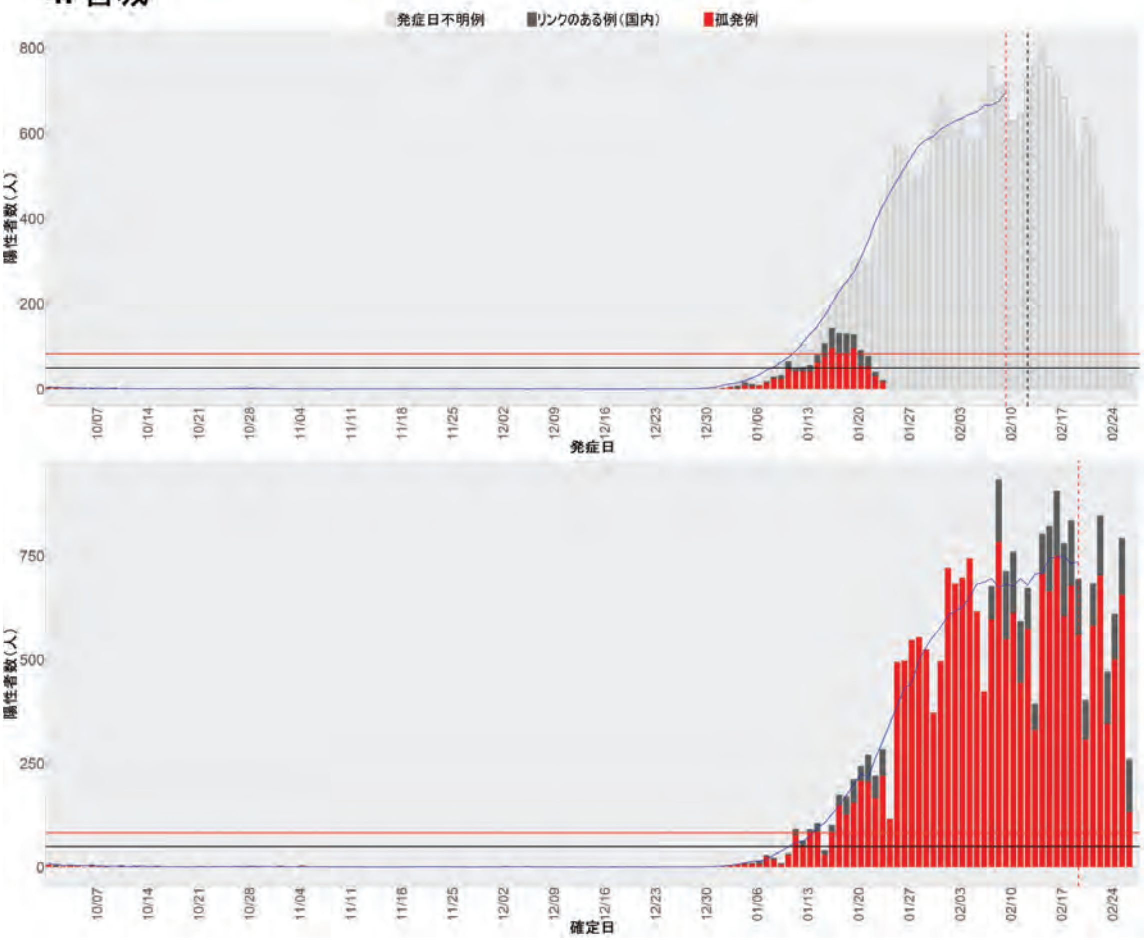
発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
500
400
300
200
100
0
10/07
10/14
10/21
10/28
11/04
11/11
11/18
11/25
12/02
12/09
12/16
12/23
12/30
01/06
01/13
01/20
01/27
02/03
02/10
02/17
02/24
発症日
陽性者数（人）
600
400
200
0
確定日

3. 岩手



発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
300
200
100
0
10/07
10/14
10/21
10/28
11/04
11/11
11/18
11/25
12/02
12/09
12/16
12/23
12/30
01/06
01/13
01/20
01/27
02/03
02/10
02/17
02/24
発症日
陽性者数（人）
400
300
200
100
0
確定日

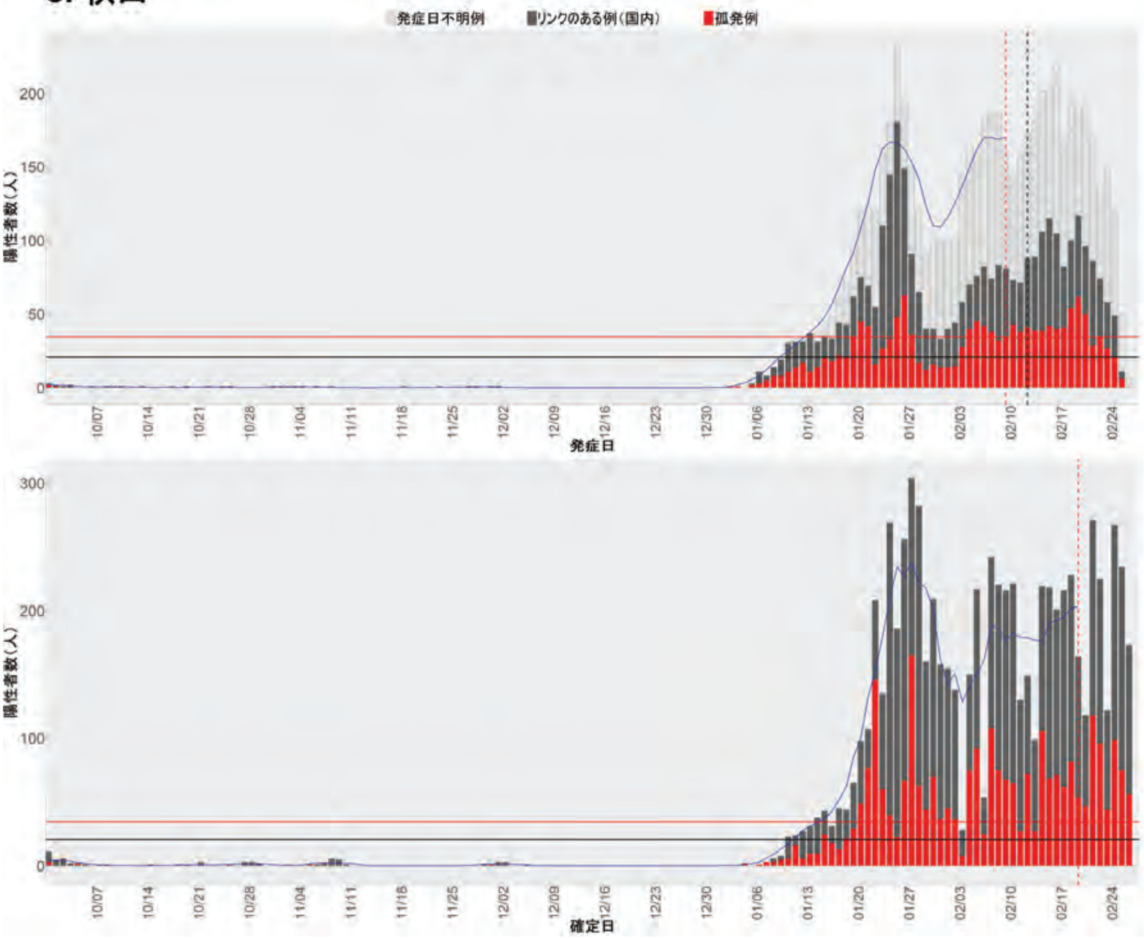
4. 宮城



発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
発症日
陽性者数（人）
確定日

6

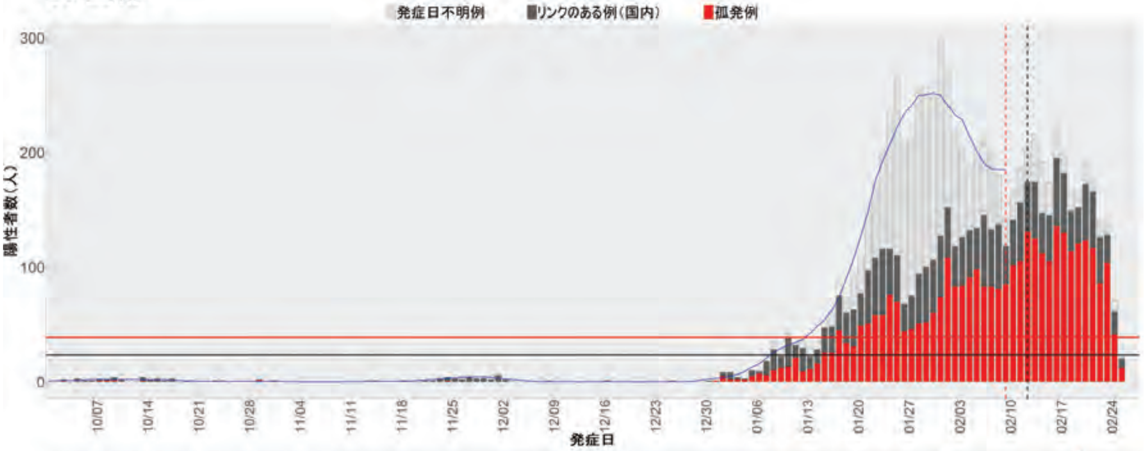
5. 秋田



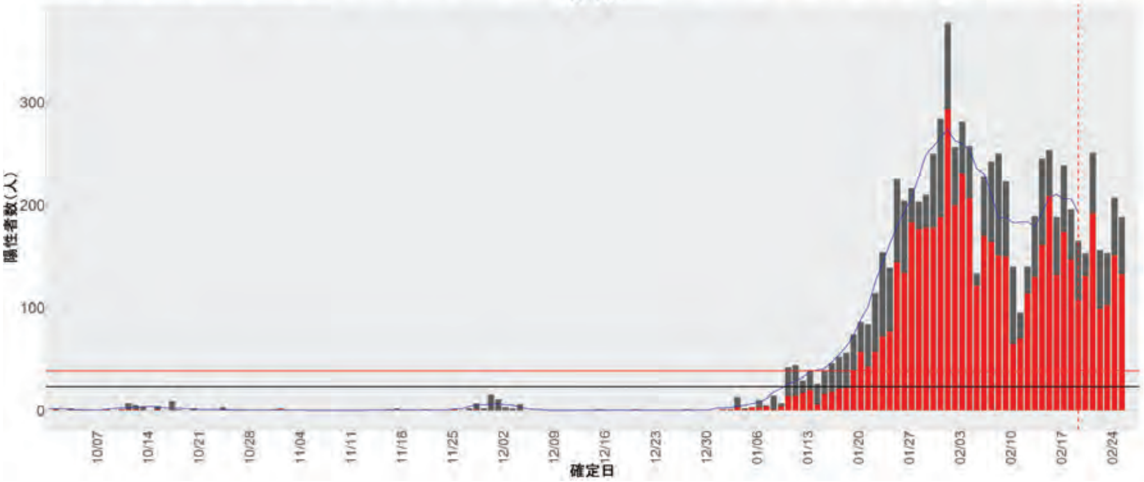
発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
発症日
陽性者数（人）
確定日

7

6. 山形

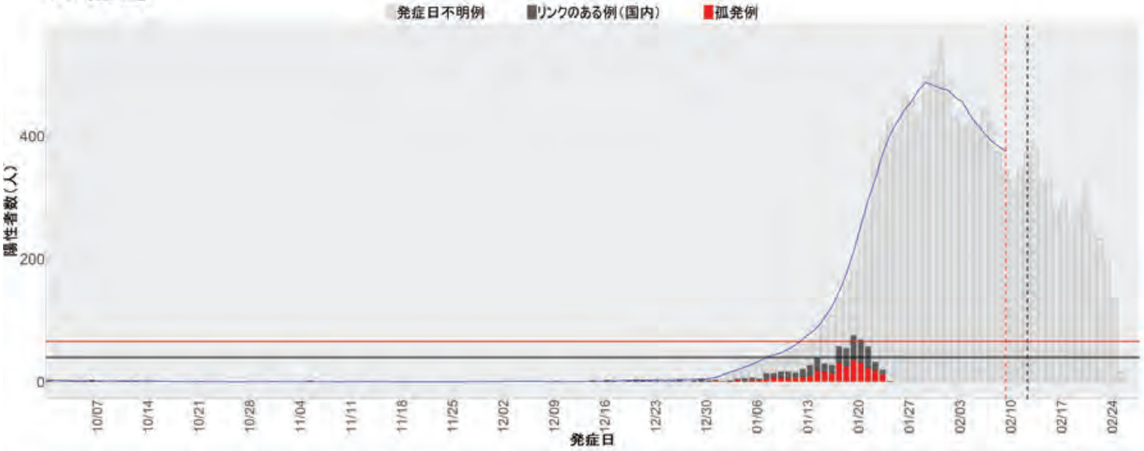


発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
0
100
200
300
10/07
10/14
10/21
10/28
11/04
11/11
11/18
11/25
12/02
12/09
12/16
12/23
12/30
01/06
01/13
01/20
01/27
02/03
02/10
02/17
02/24
発症日

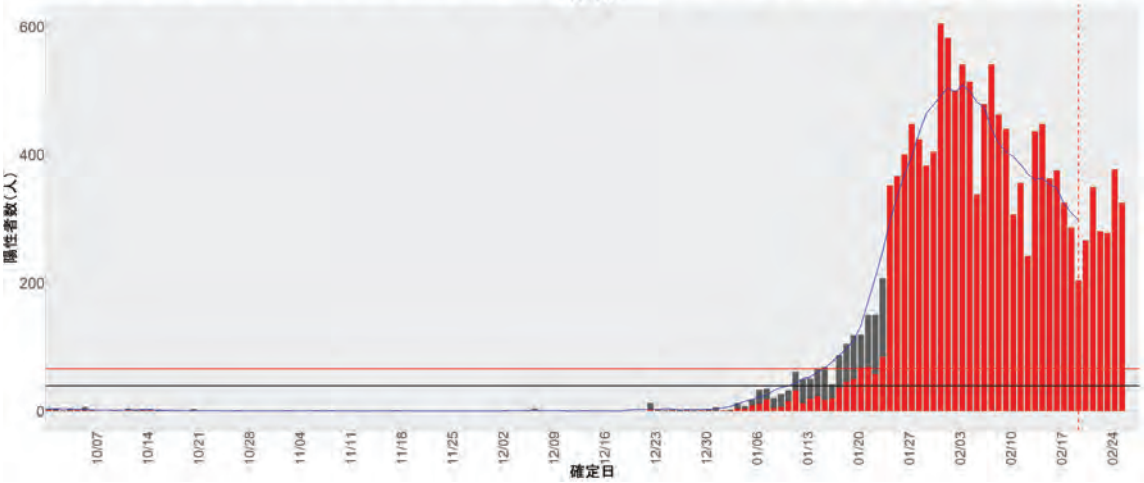


陽性者数（人）
0
100
200
300
10/07
10/14
10/21
10/28
11/04
11/11
11/18
11/25
12/02
12/09
12/16
12/23
12/30
01/06
01/13
01/20
01/27
02/03
02/10
02/17
02/24
確定日

7. 福島

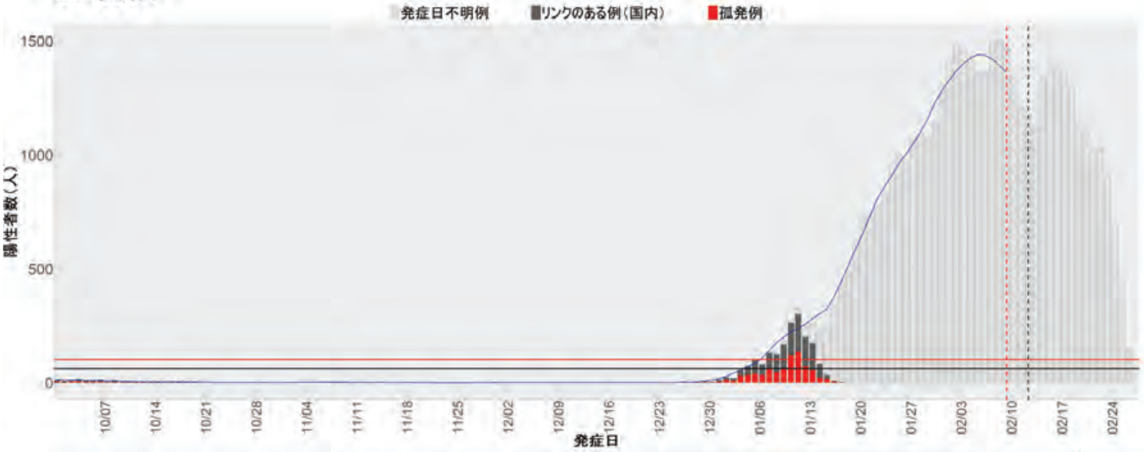


発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
0
200
400
10/07
10/14
10/21
10/28
11/04
11/11
11/18
11/25
12/02
12/09
12/16
12/23
12/30
01/06
01/13
01/20
01/27
02/03
02/10
02/17
02/24
発症日

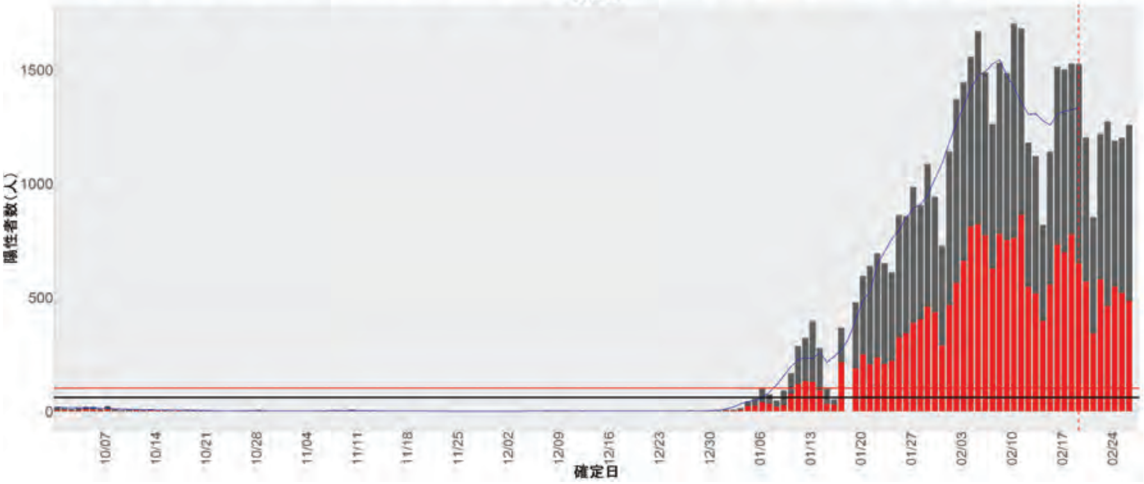


陽性者数（人）
0
200
400
600
10/07
10/14
10/21
10/28
11/04
11/11
11/18
11/25
12/02
12/09
12/16
12/23
12/30
01/06
01/13
01/20
01/27
02/03
02/10
02/17
02/24
確定日

8. 茨城

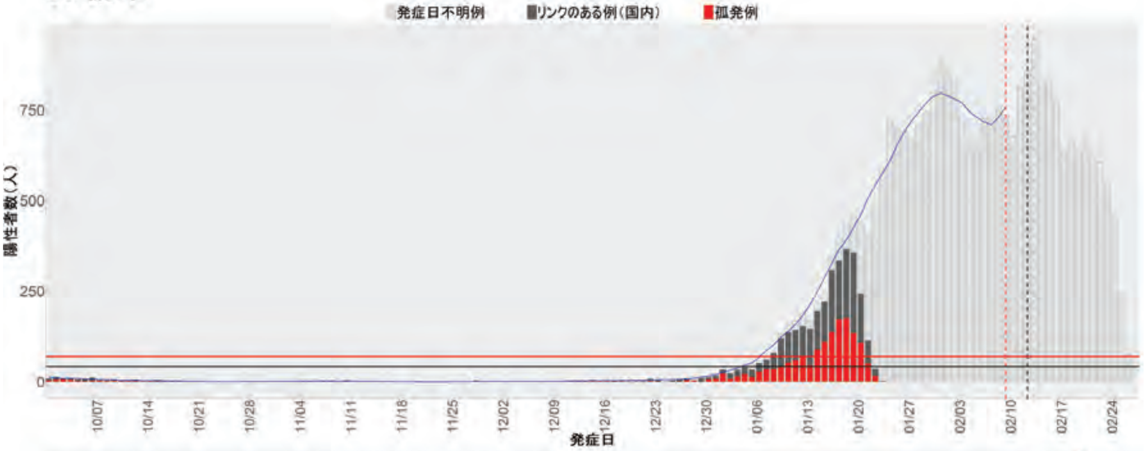


発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
1500
1000
500
0
10/07
10/14
10/21
10/28
11/04
11/11
11/18
11/25
12/02
12/09
12/16
12/23
12/30
01/06
01/13
01/20
01/27
02/03
02/10
02/17
02/24
発症日

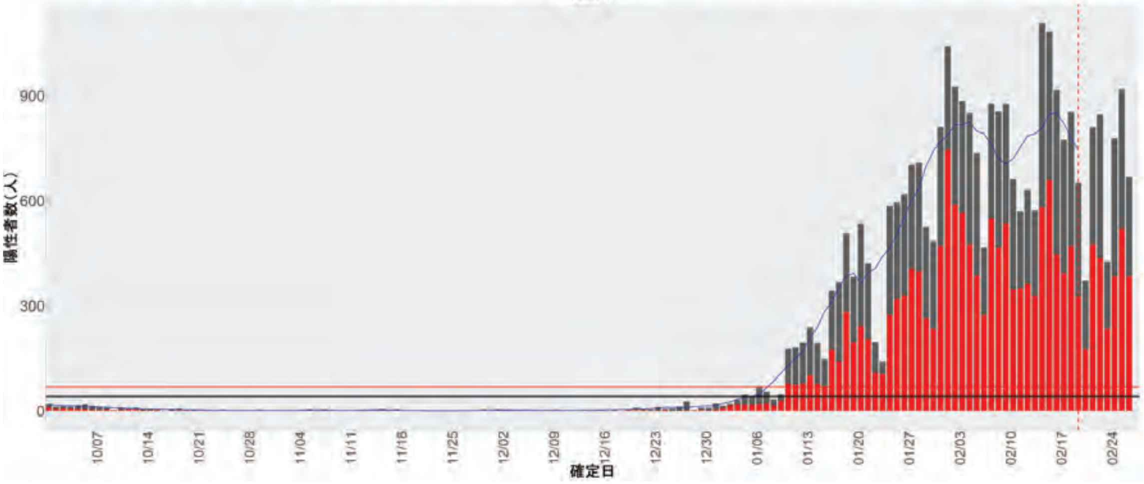


陽性者数（人）
1500
1000
500
0
10/07
10/14
10/21
10/28
11/04
11/11
11/18
11/25
12/02
12/09
12/16
12/23
12/30
01/06
01/13
01/20
01/27
02/03
02/10
02/17
02/24
確定日

9. 栃木

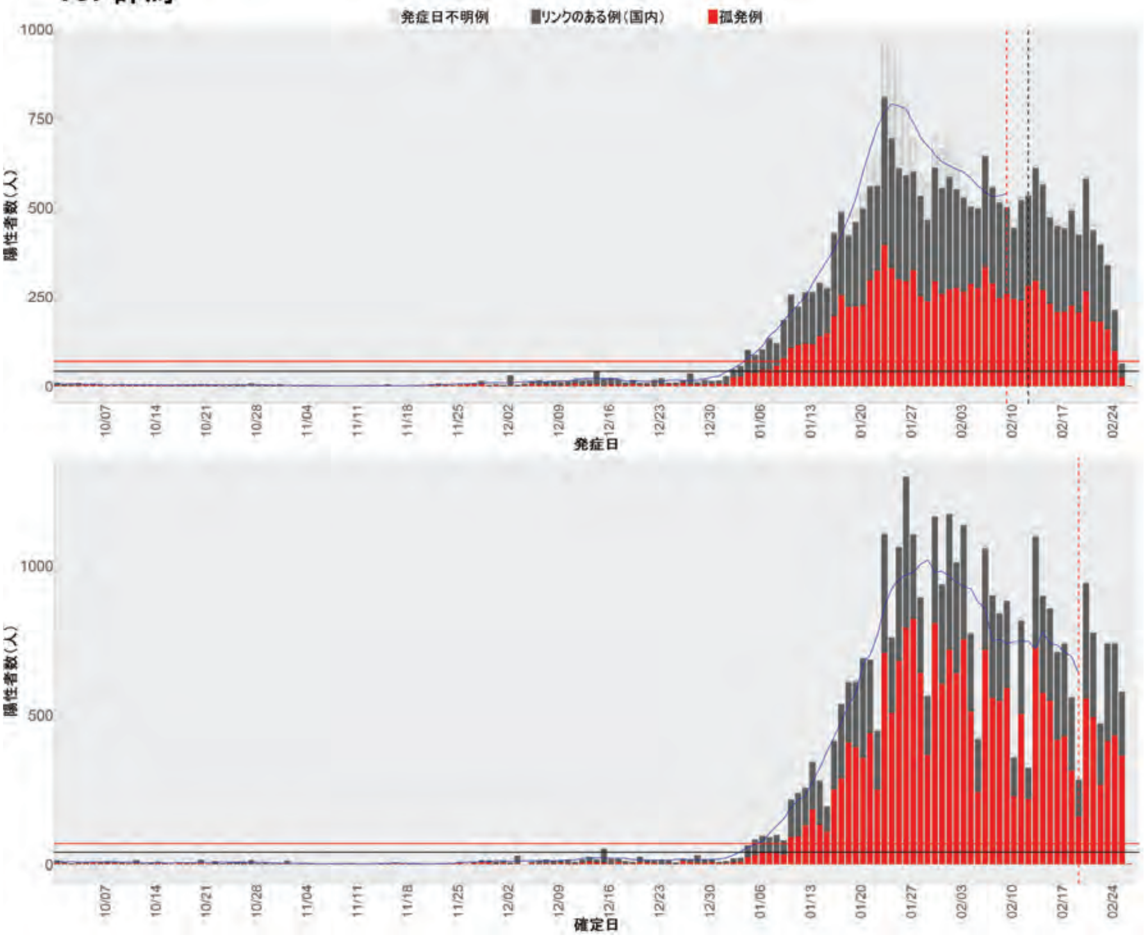


発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
750
500
250
0
10/07
10/14
10/21
10/28
11/04
11/11
11/18
11/25
12/02
12/09
12/16
12/23
12/30
01/06
01/13
01/20
01/27
02/03
02/10
02/17
02/24
発症日

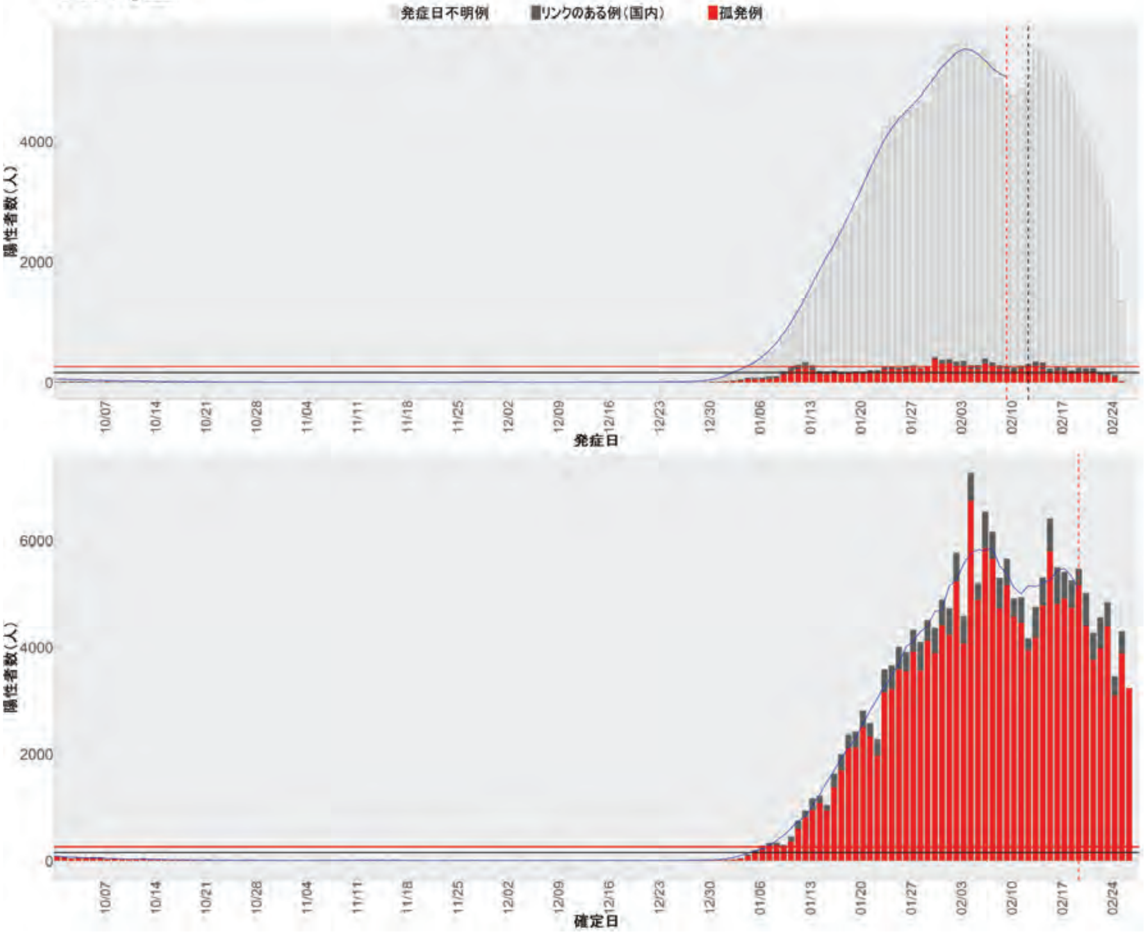


陽性者数（人）
900
600
300
0
10/07
10/14
10/21
10/28
11/04
11/11
11/18
11/25
12/02
12/09
12/16
12/23
12/30
01/06
01/13
01/20
01/27
02/03
02/10
02/17
02/24
確定日

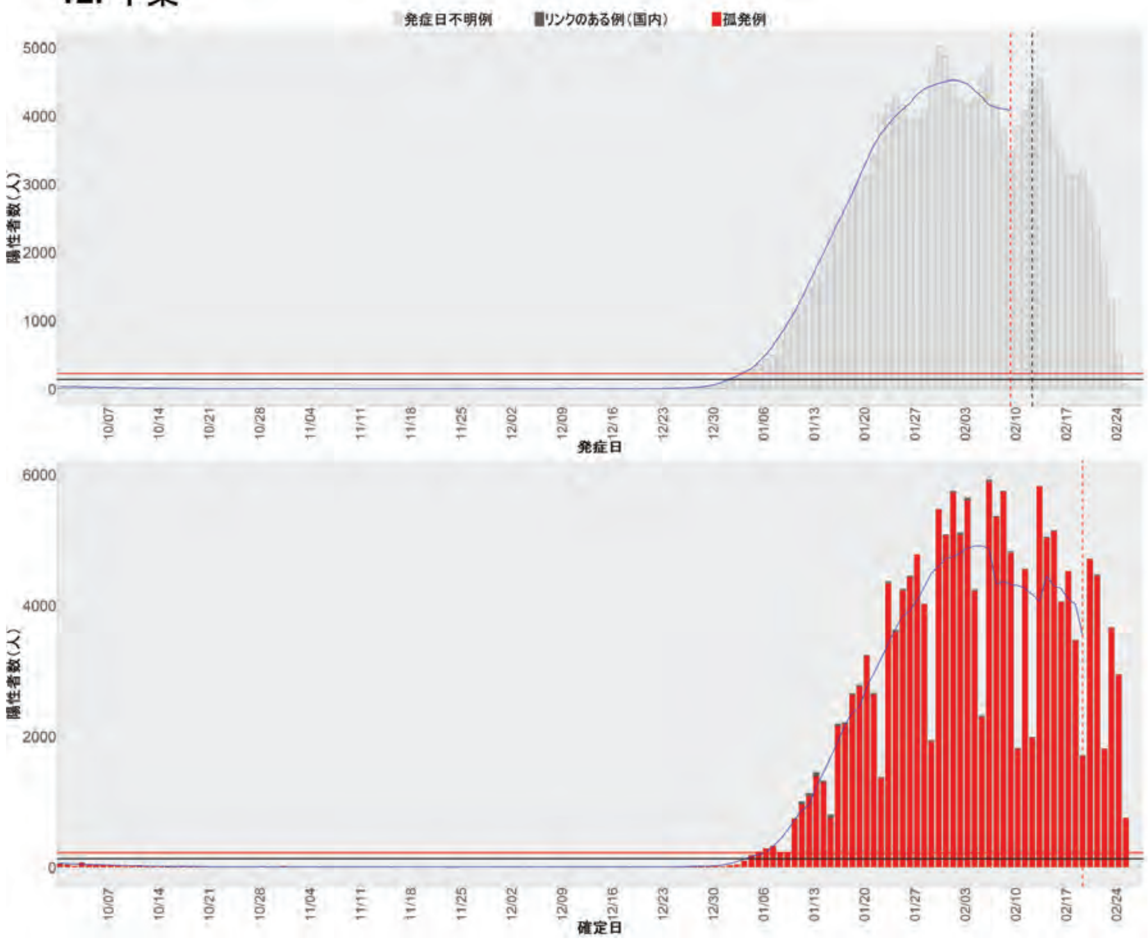
10. 群馬


発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
1000
750
500
250
0
10/07
10/14
10/21
10/28
11/04
11/11
11/18
11/25
12/02
12/09
12/16
12/23
12/30
01/06
01/13
01/20
01/27
02/03
02/10
02/17
02/24
発症日
陽性者数（人）
1000
500
0
確定日

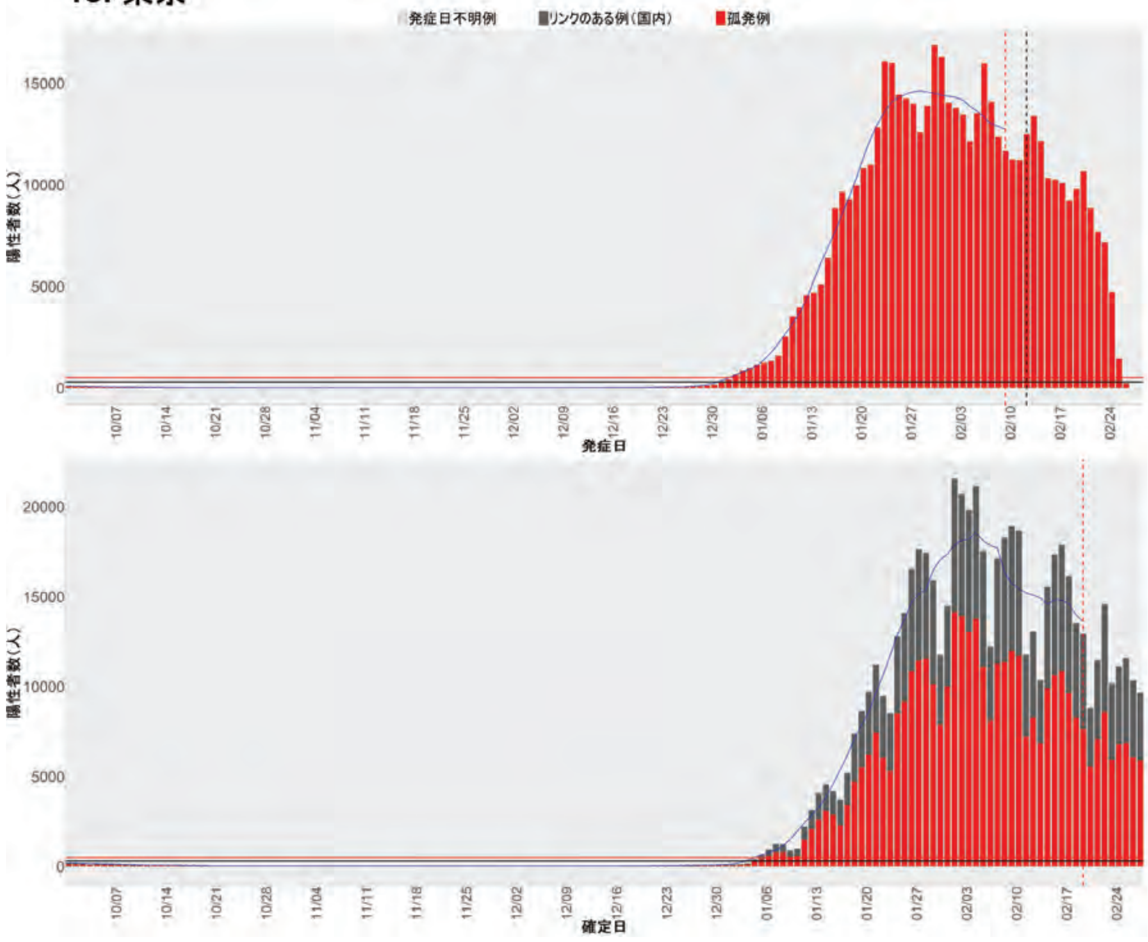
11. 埼玉


発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
4000
2000
0
10/07
10/14
10/21
10/28
11/04
11/11
11/18
11/25
12/02
12/09
12/16
12/23
12/30
01/06
01/13
01/20
01/27
02/03
02/10
02/17
02/24
発症日
陽性者数（人）
6000
4000
2000
0
確定日

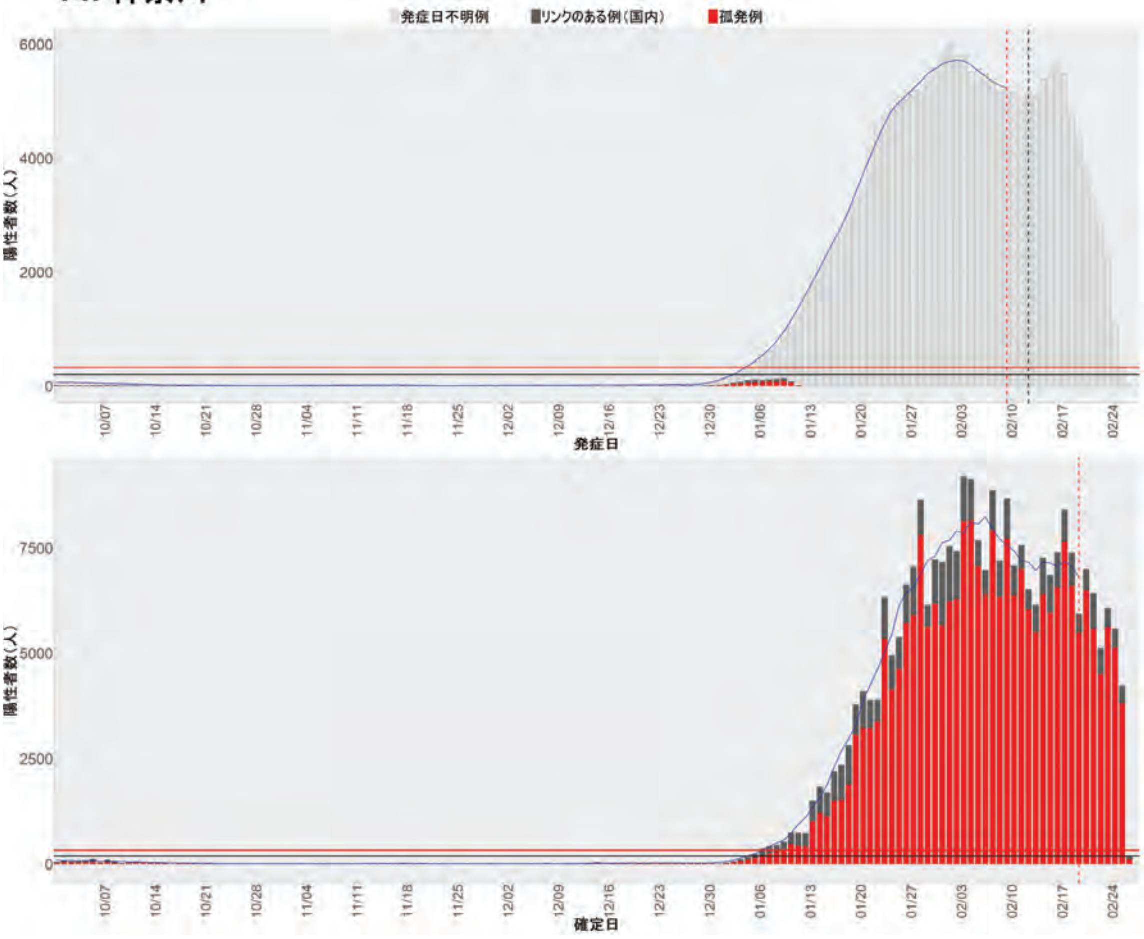
12. 千葉


発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
発症日
確定日

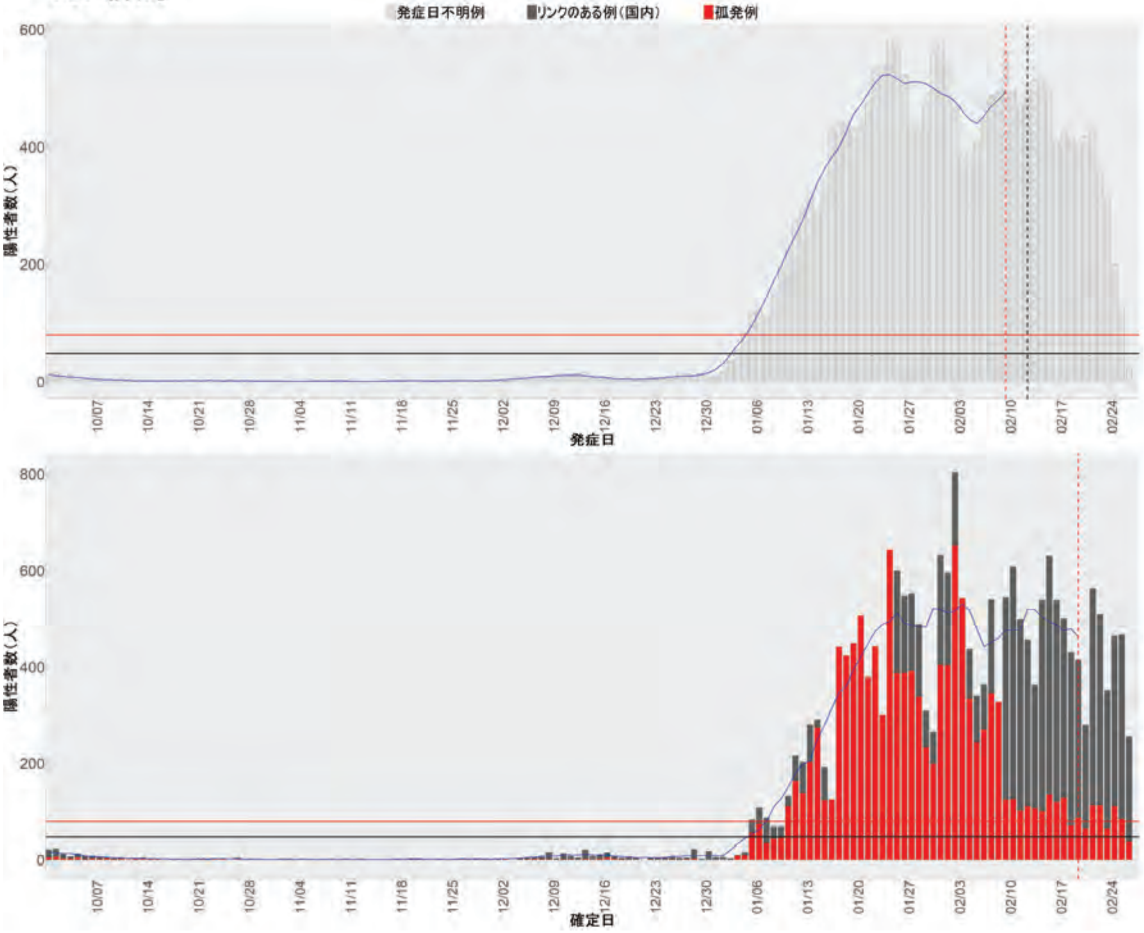
13. 東京


発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
発症日
確定日

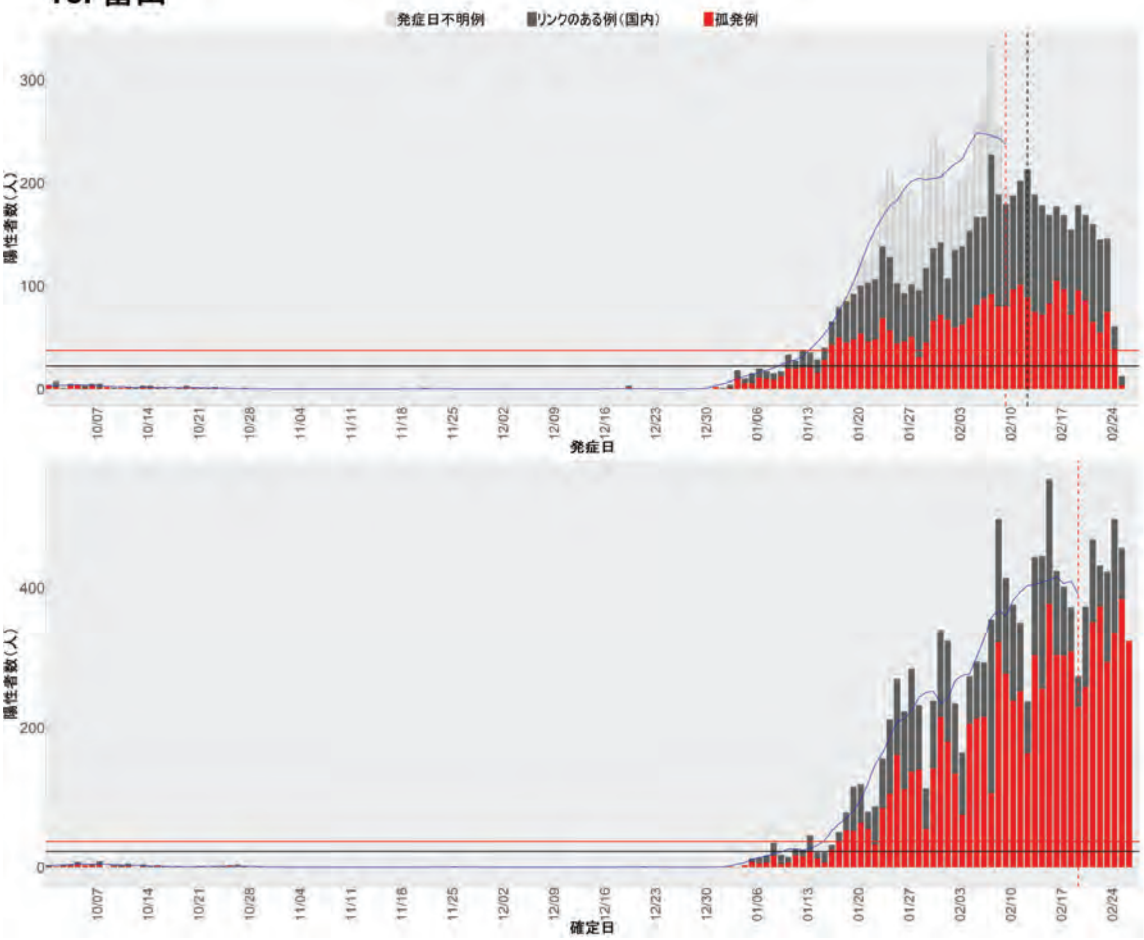
14. 神奈川


発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
6000
4000
2000
0
10/07
10/14
10/21
10/28
11/04
11/11
11/18
11/25
12/02
12/09
12/16
12/23
12/30
01/06
01/13
01/20
01/27
02/03
02/10
02/17
02/24
発症日
陽性者数（人）
7500
5000
2500
0
確定日

15. 新潟

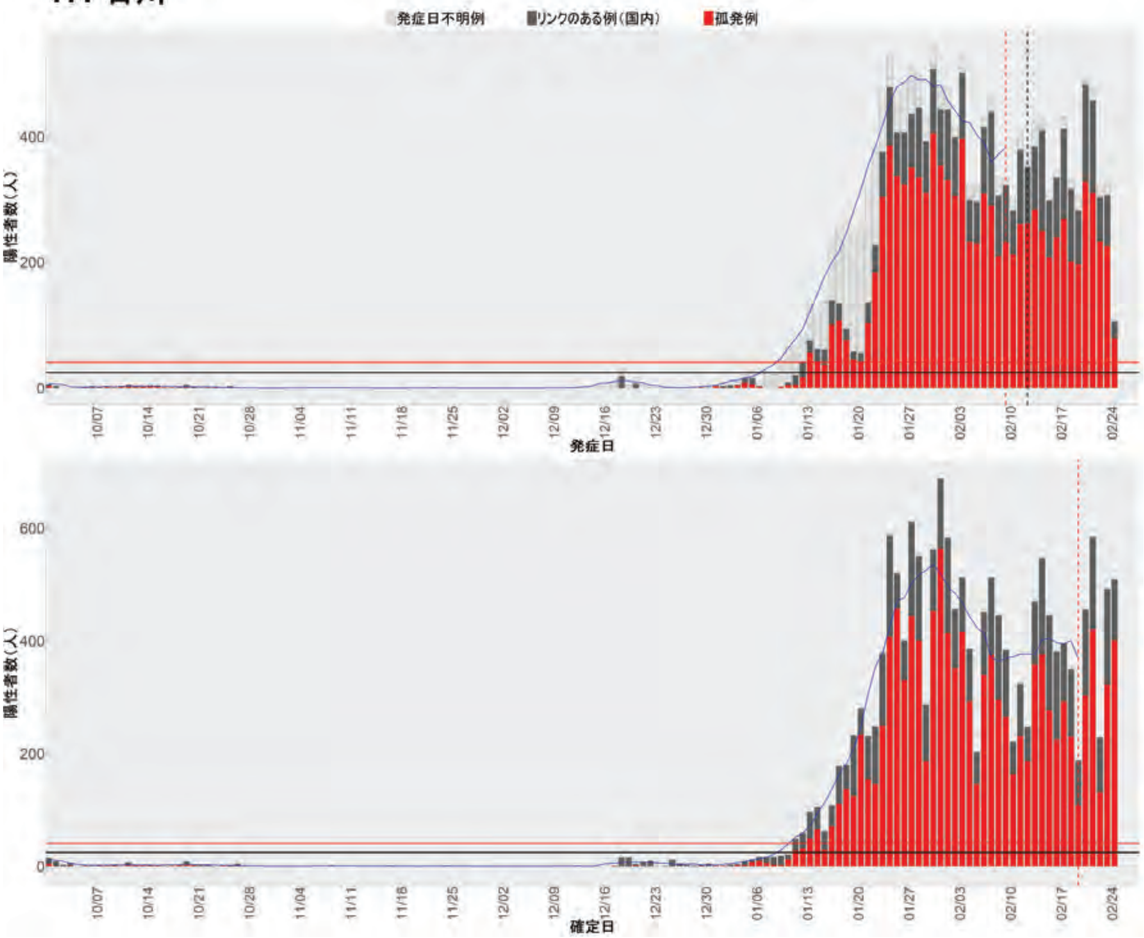

発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
600
400
200
0
10/07
10/14
10/21
10/28
11/04
11/11
11/18
11/25
12/02
12/09
12/16
12/23
12/30
01/06
01/13
01/20
01/27
02/03
02/10
02/17
02/24
発症日
陽性者数（人）
800
600
400
200
0
確定日

16. 富山



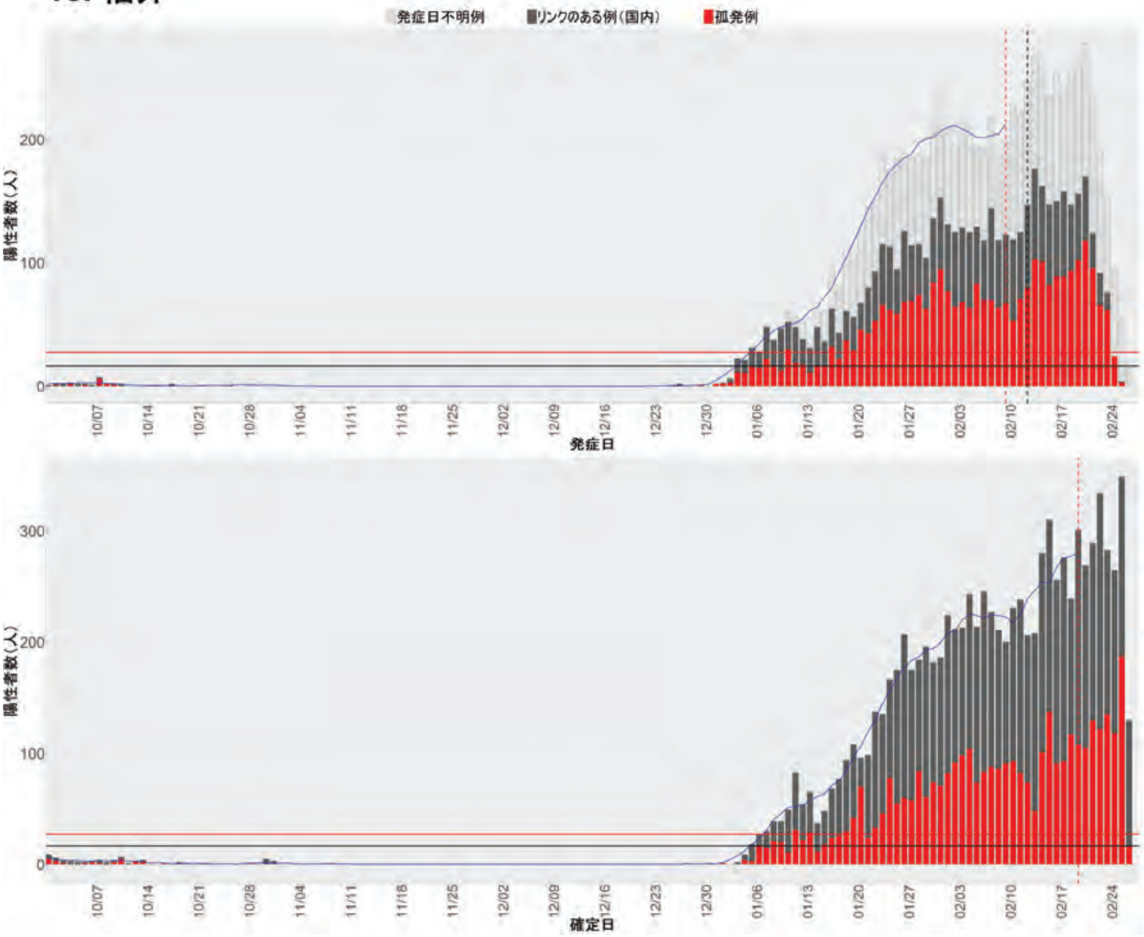
発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
発症日
確定日

17. 石川



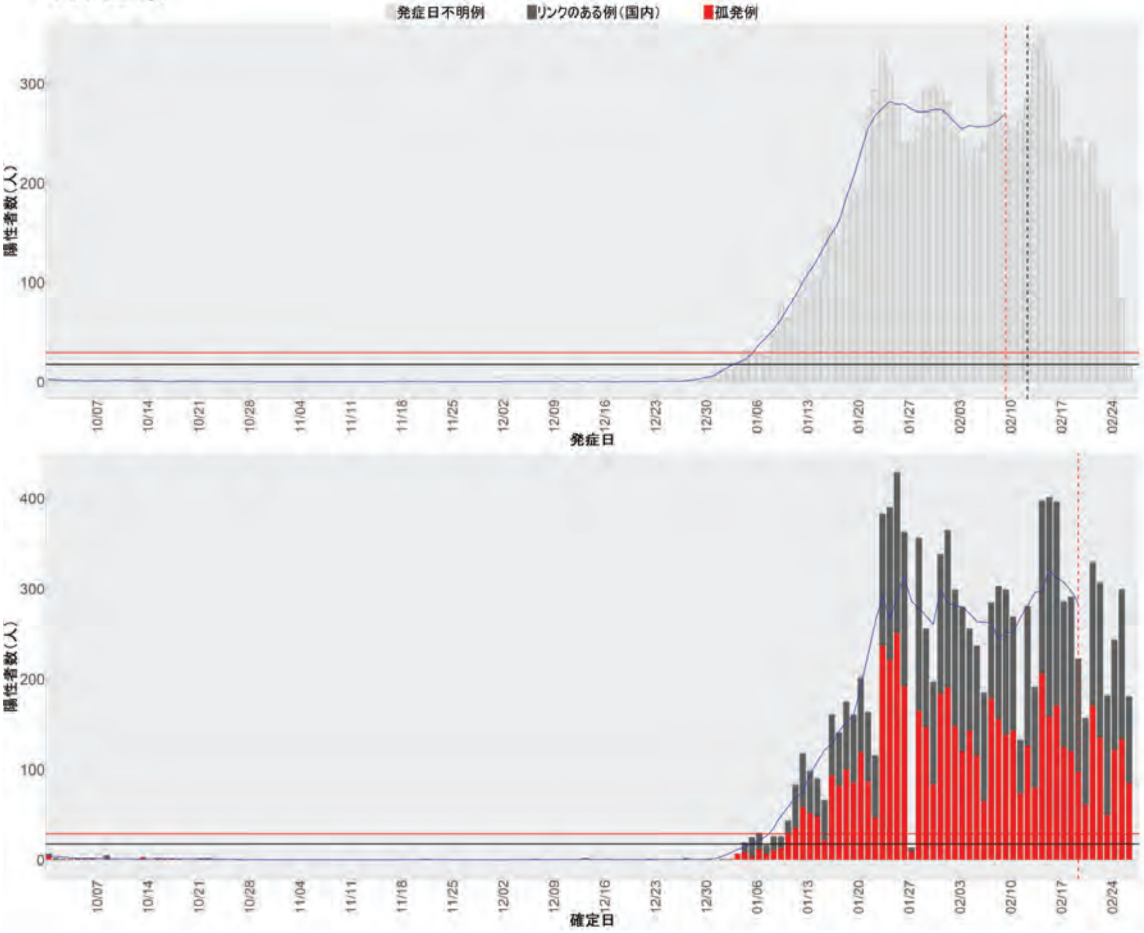
発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
発症日
確定日

18. 福井



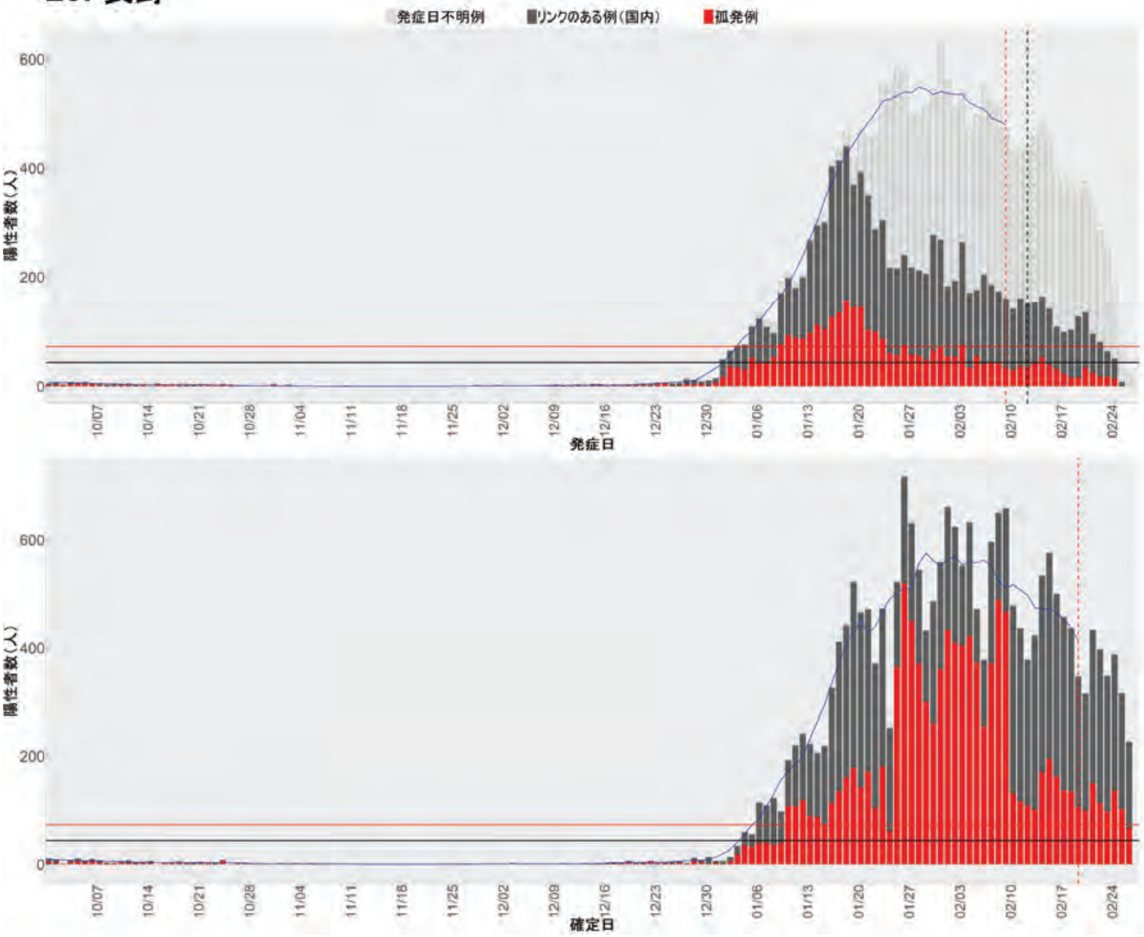
20

19. 山梨

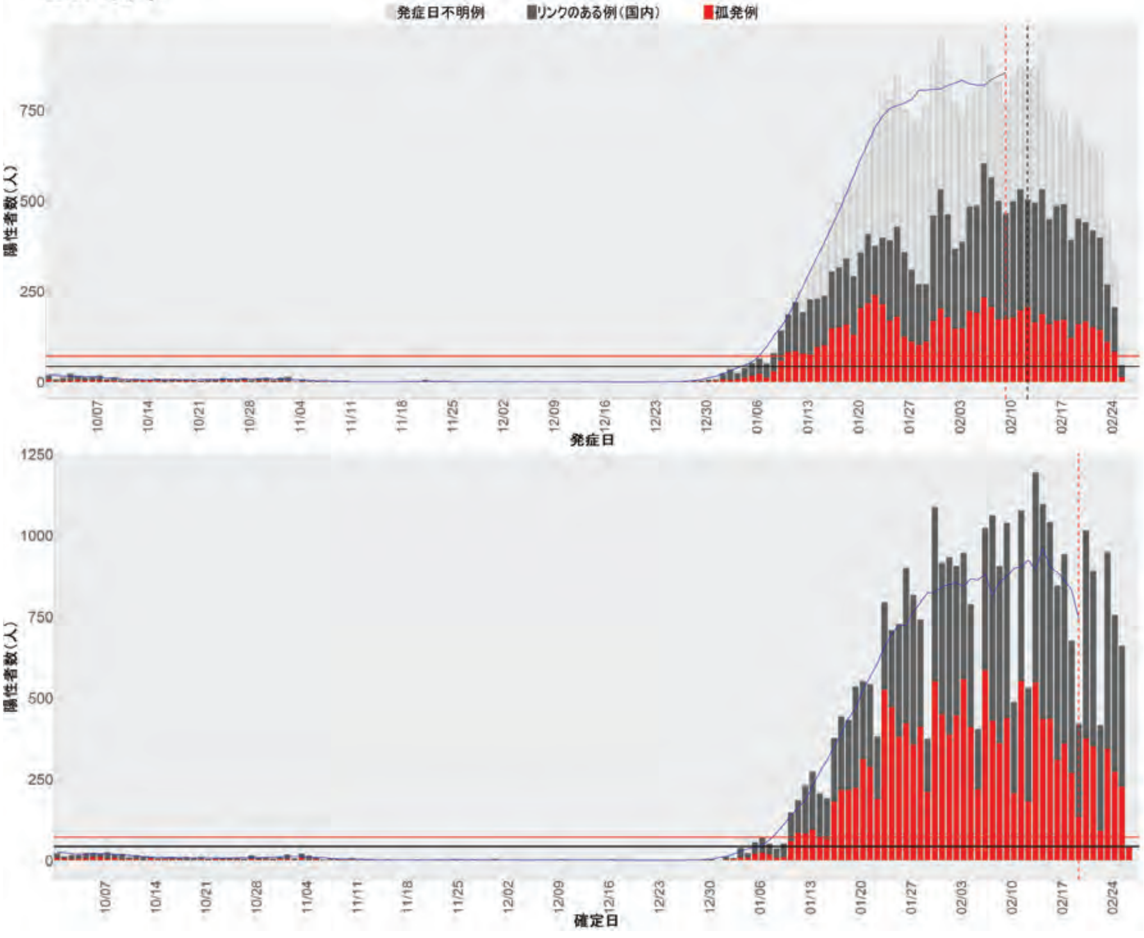


21

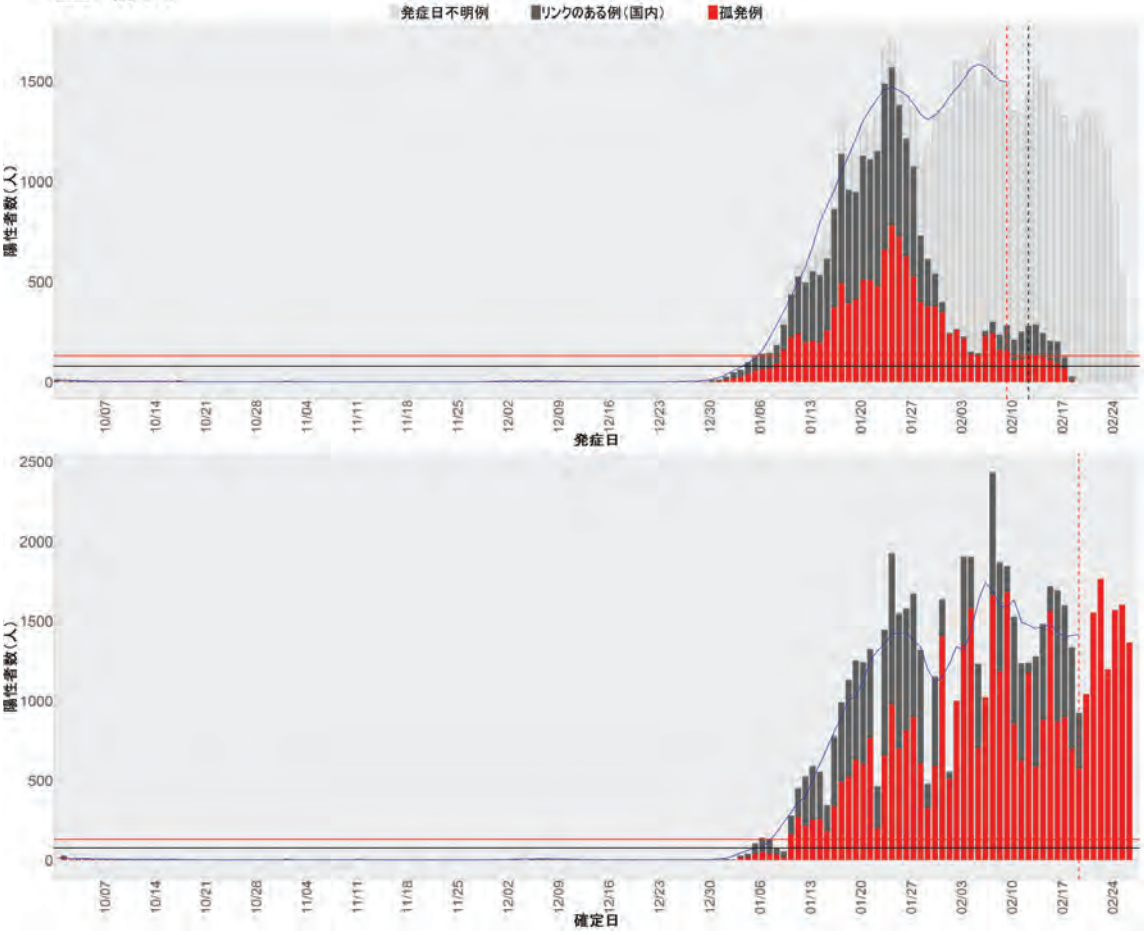
20. 長野


発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
600
400
200
0
10/07
10/14
10/21
10/28
11/04
11/11
11/18
11/25
12/02
12/09
12/16
12/23
12/30
01/06
01/13
01/20
01/27
02/03
02/10
02/17
02/24
発症日
陽性者数（人）
600
400
200
0
確定日

21. 岐阜

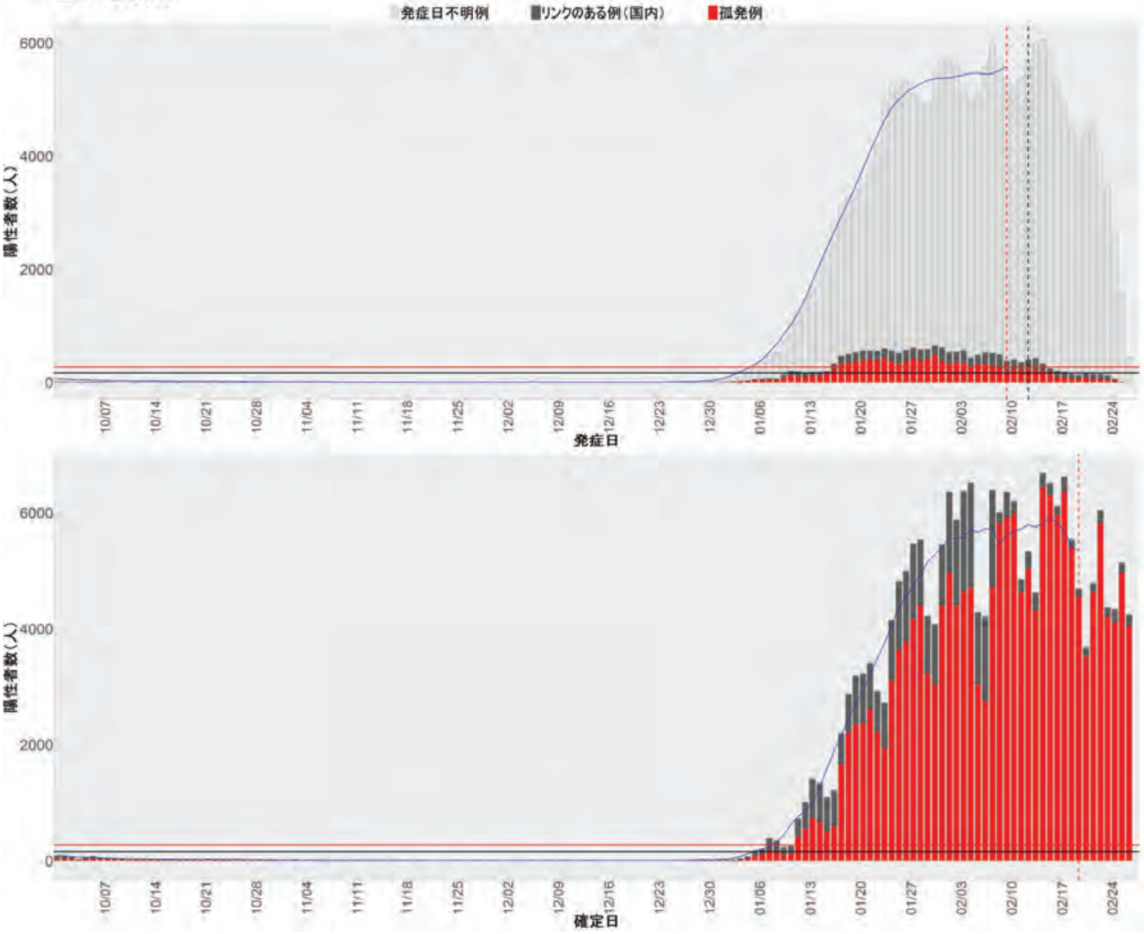

発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
750
500
250
0
10/07
10/14
10/21
10/28
11/04
11/11
11/18
11/25
12/02
12/09
12/16
12/23
12/30
01/06
01/13
01/20
01/27
02/03
02/10
02/17
02/24
発症日
陽性者数（人）
1250
1000
750
500
250
0
確定日

22. 静岡



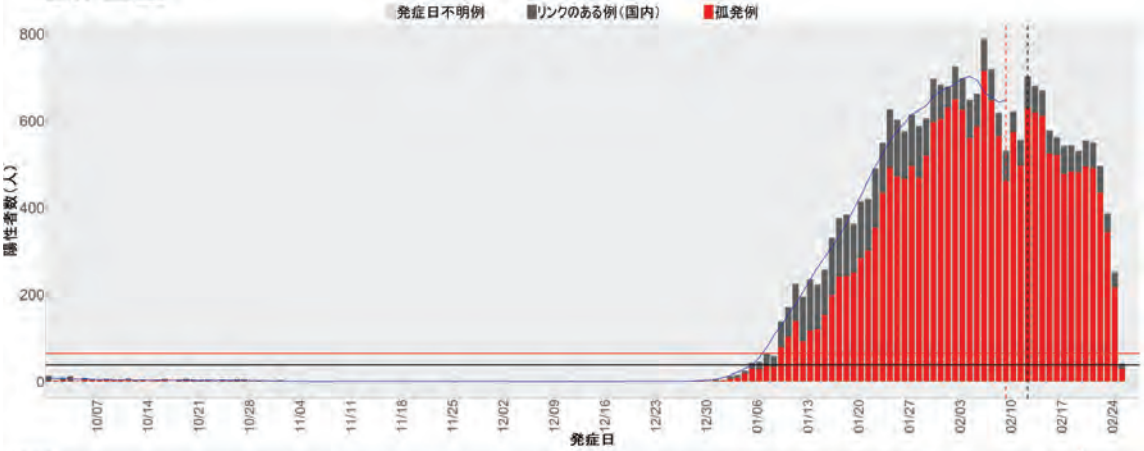
発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
発症日
確定日

23. 愛知

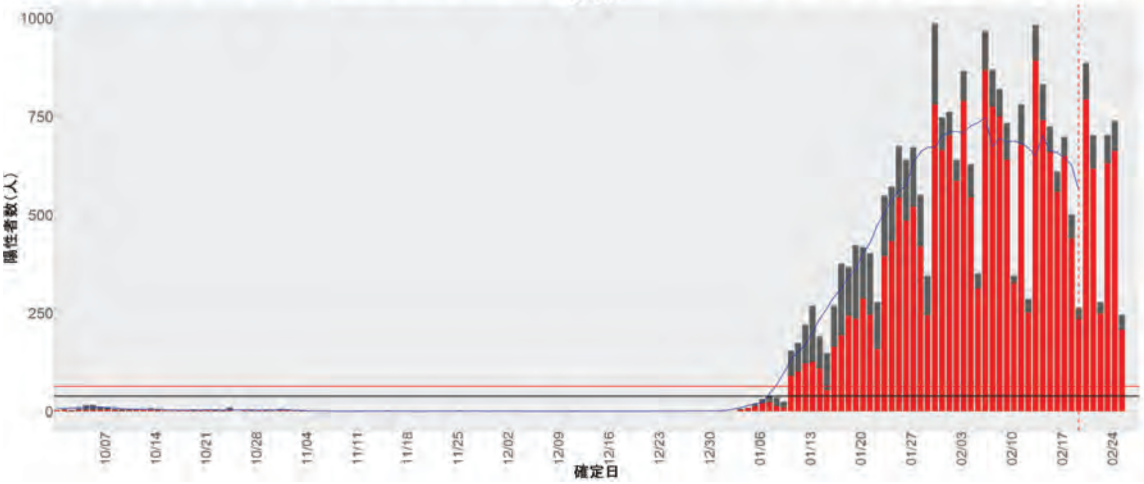


発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
発症日
確定日

24. 三重

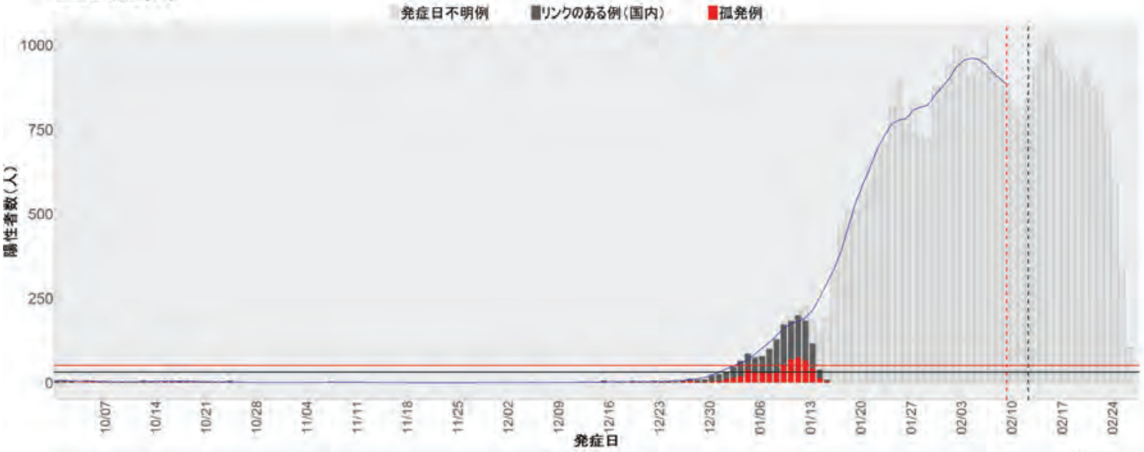


発症日不明例
リンクのある例(国内)
孤発例
陽性者数(人)
0
200
400
600
800
10/07
10/14
10/21
10/28
11/04
11/11
11/18
11/25
12/02
12/09
12/16
12/23
12/30
01/06
01/13
01/20
01/27
02/03
02/10
02/17
02/24
発症日

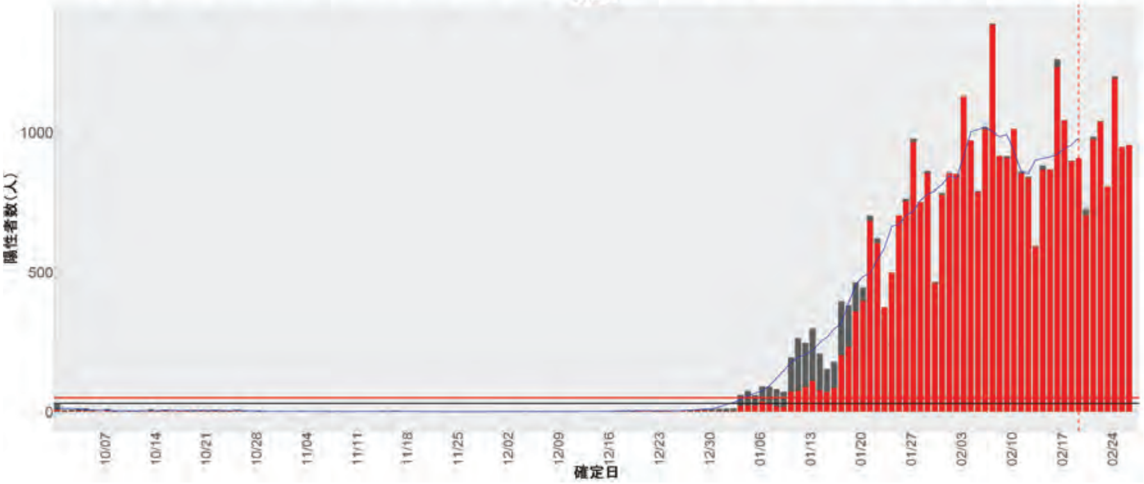


陽性者数(人)
0
250
500
750
1000
10/07
10/14
10/21
10/28
11/04
11/11
11/18
11/25
12/02
12/09
12/16
12/23
12/30
01/06
01/13
01/20
01/27
02/03
02/10
02/17
02/24
確定日

25. 滋賀

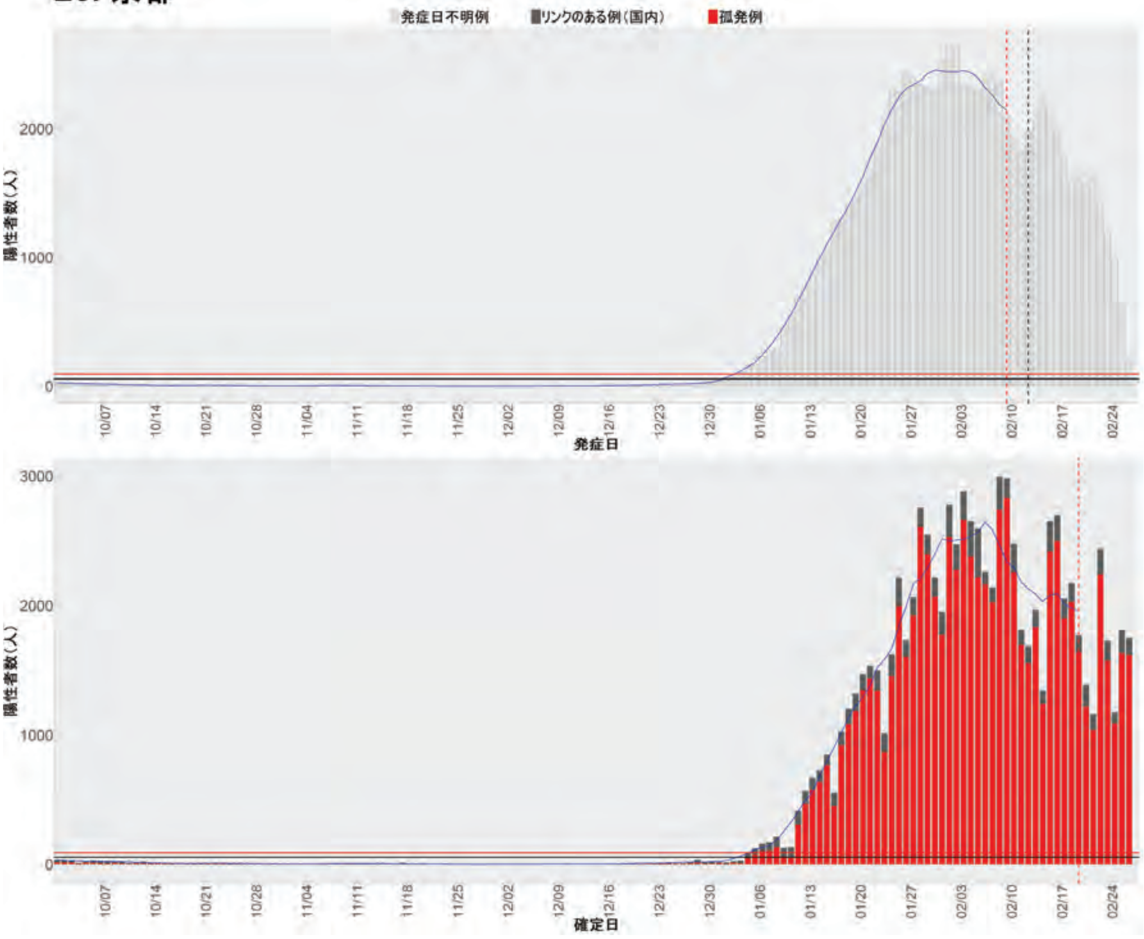


発症日不明例
リンクのある例(国内)
孤発例
陽性者数(人)
0
250
500
750
1000
10/07
10/14
10/21
10/28
11/04
11/11
11/18
11/25
12/02
12/09
12/16
12/23
12/30
01/06
01/13
01/20
01/27
02/03
02/10
02/17
02/24
発症日



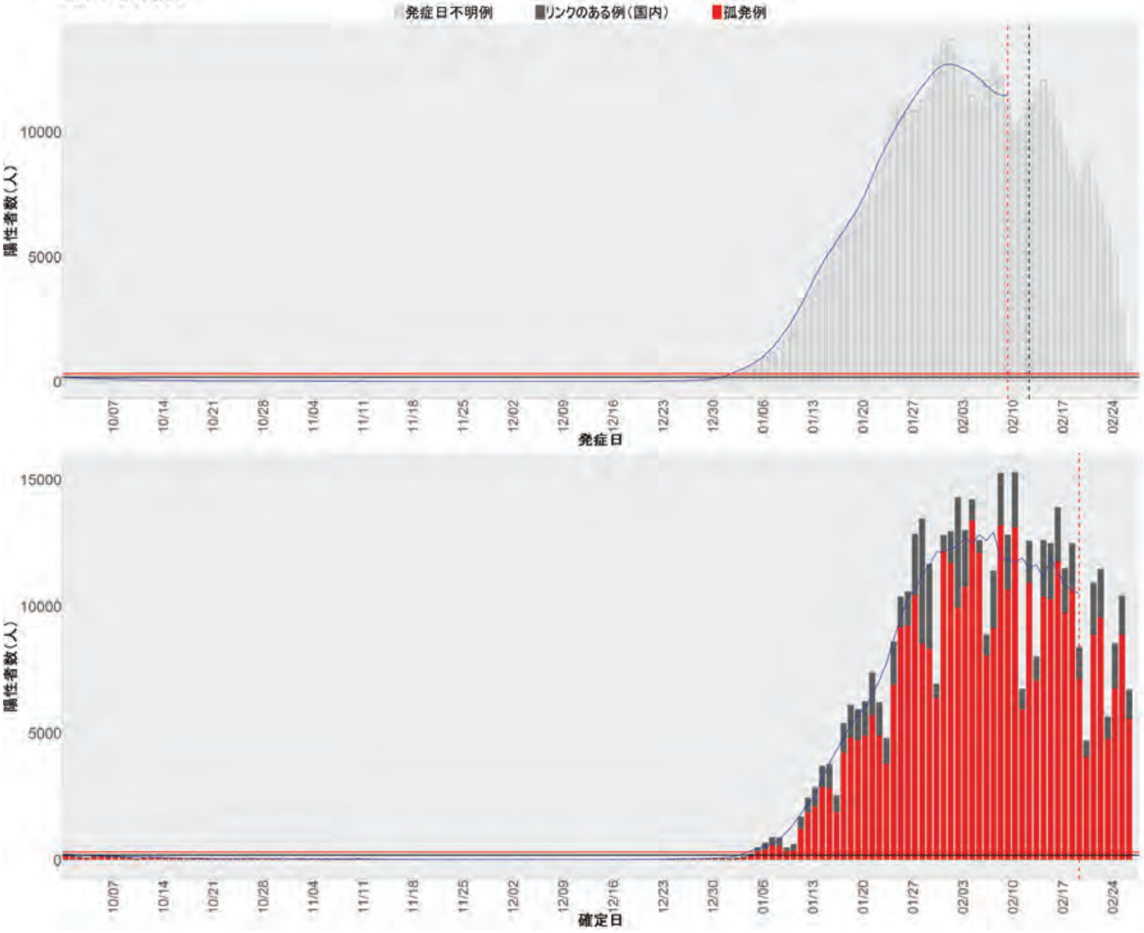
陽性者数(人)
0
500
1000
10/07
10/14
10/21
10/28
11/04
11/11
11/18
11/25
12/02
12/09
12/16
12/23
12/30
01/06
01/13
01/20
01/27
02/03
02/10
02/17
02/24
確定日

26. 京都



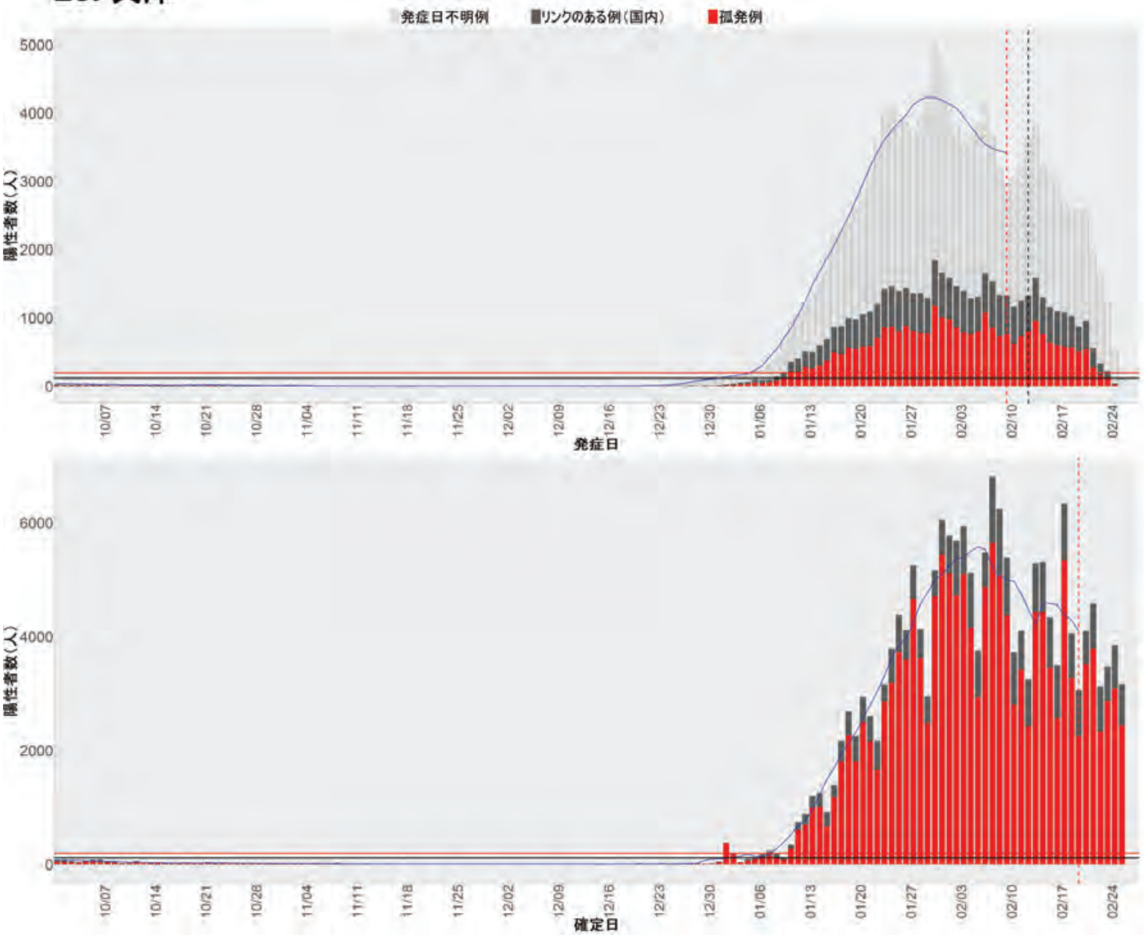
発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
発症日
確定日

27. 大阪



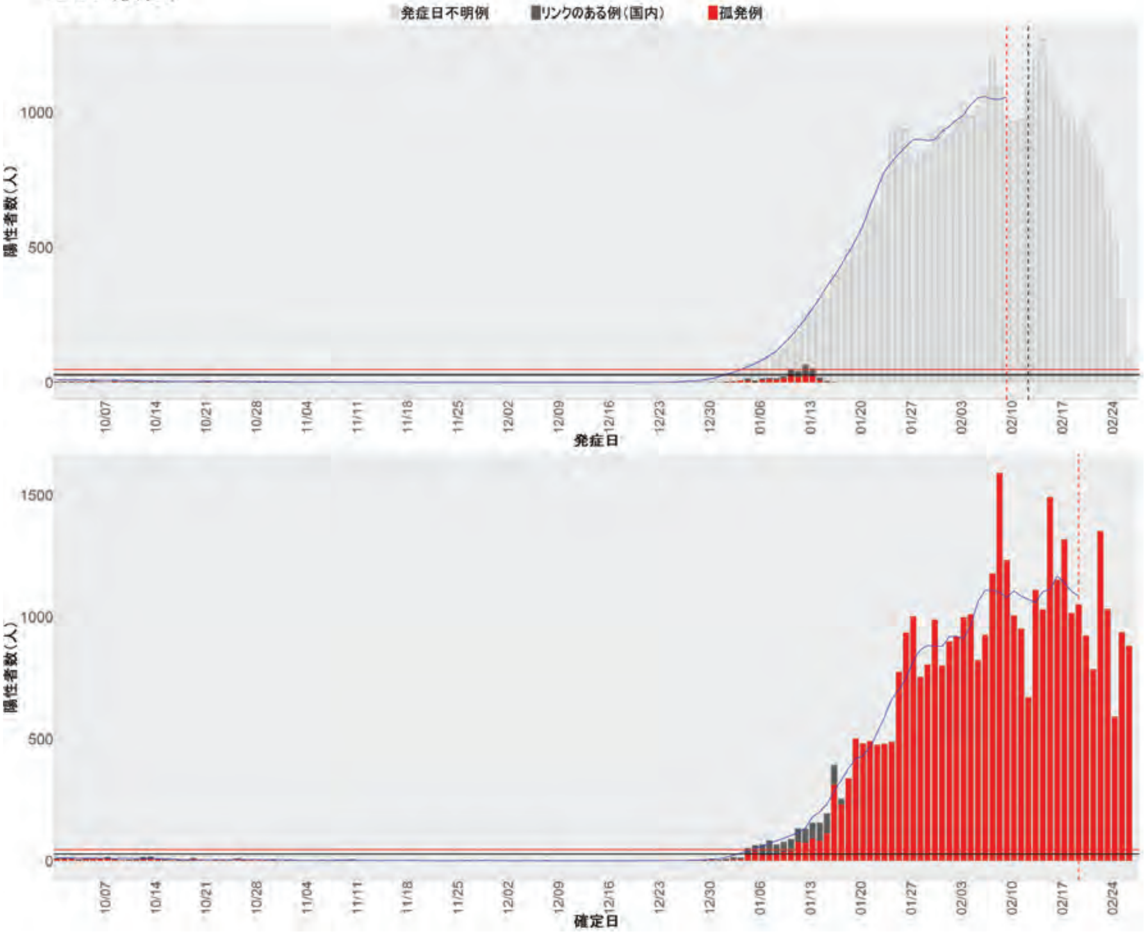
発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
発症日
確定日

28. 兵庫



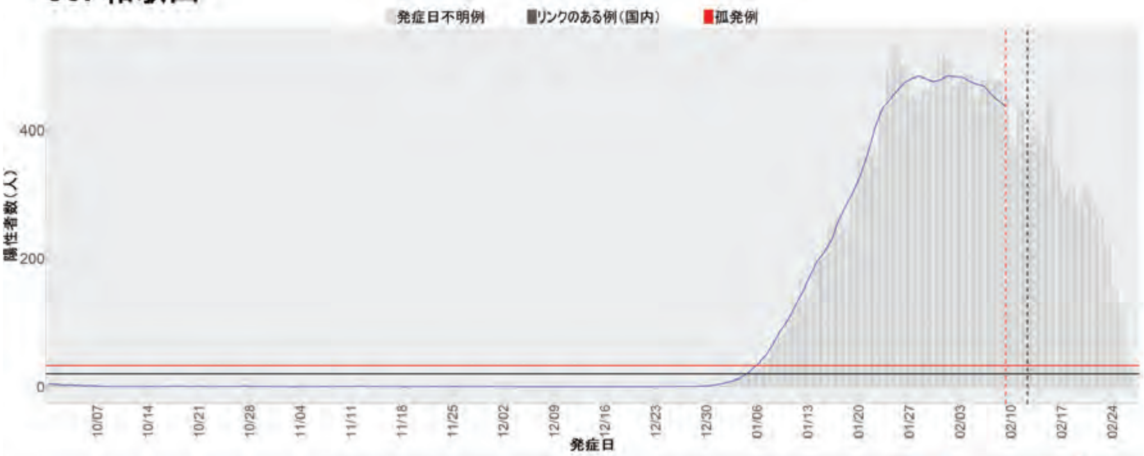
30

29. 奈良

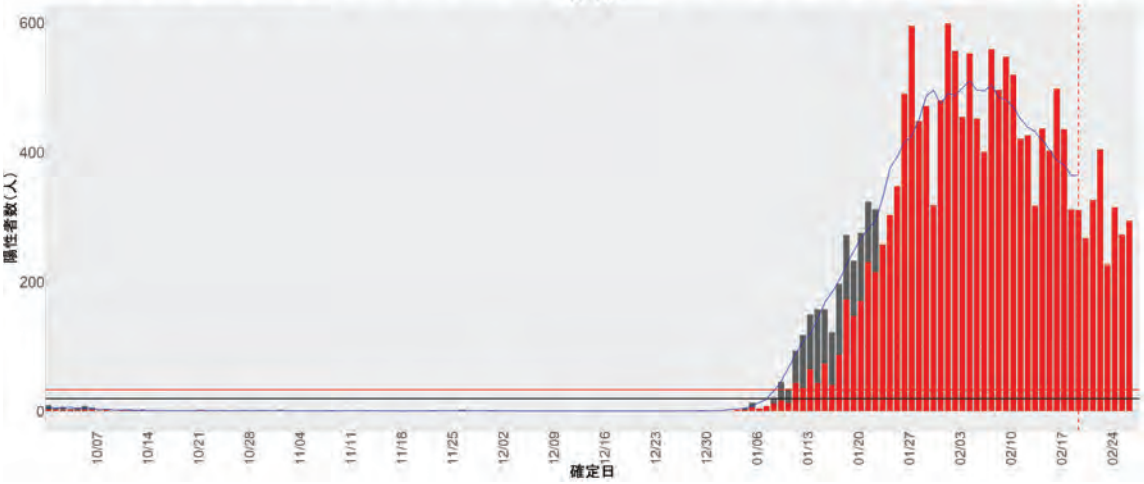


31

30. 和歌山

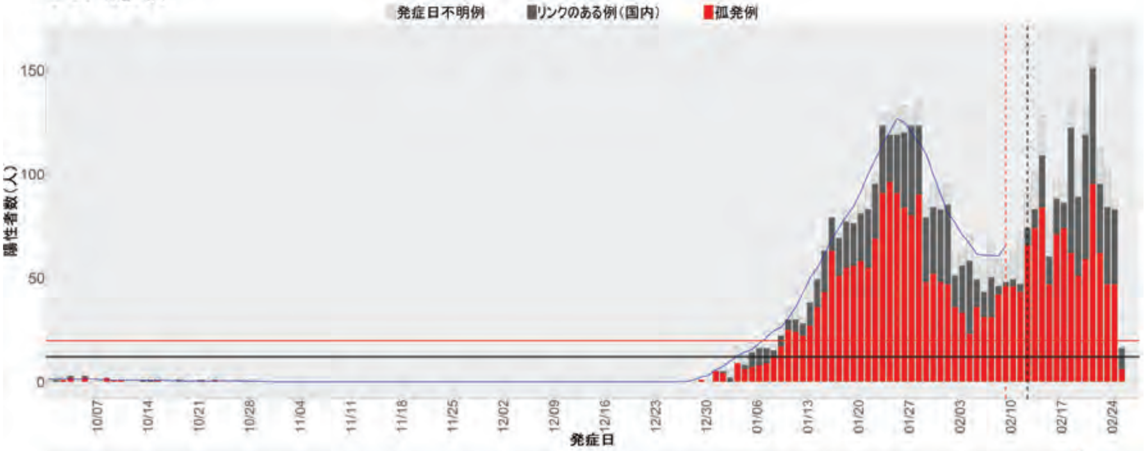


発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
0
200
400
10/07
10/14
10/21
10/28
11/04
11/11
11/18
11/25
12/02
12/09
12/16
12/23
12/30
01/06
01/13
01/20
01/27
02/03
02/10
02/17
02/24
発症日

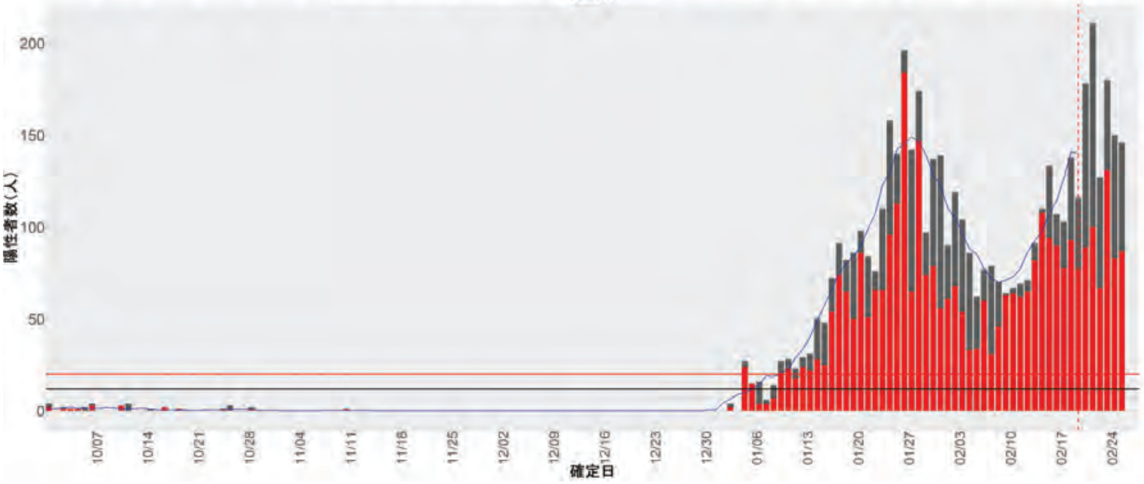


陽性者数（人）
0
200
400
600
10/07
10/14
10/21
10/28
11/04
11/11
11/18
11/25
12/02
12/09
12/16
12/23
12/30
01/06
01/13
01/20
01/27
02/03
02/10
02/17
02/24
確定日

31. 鳥取

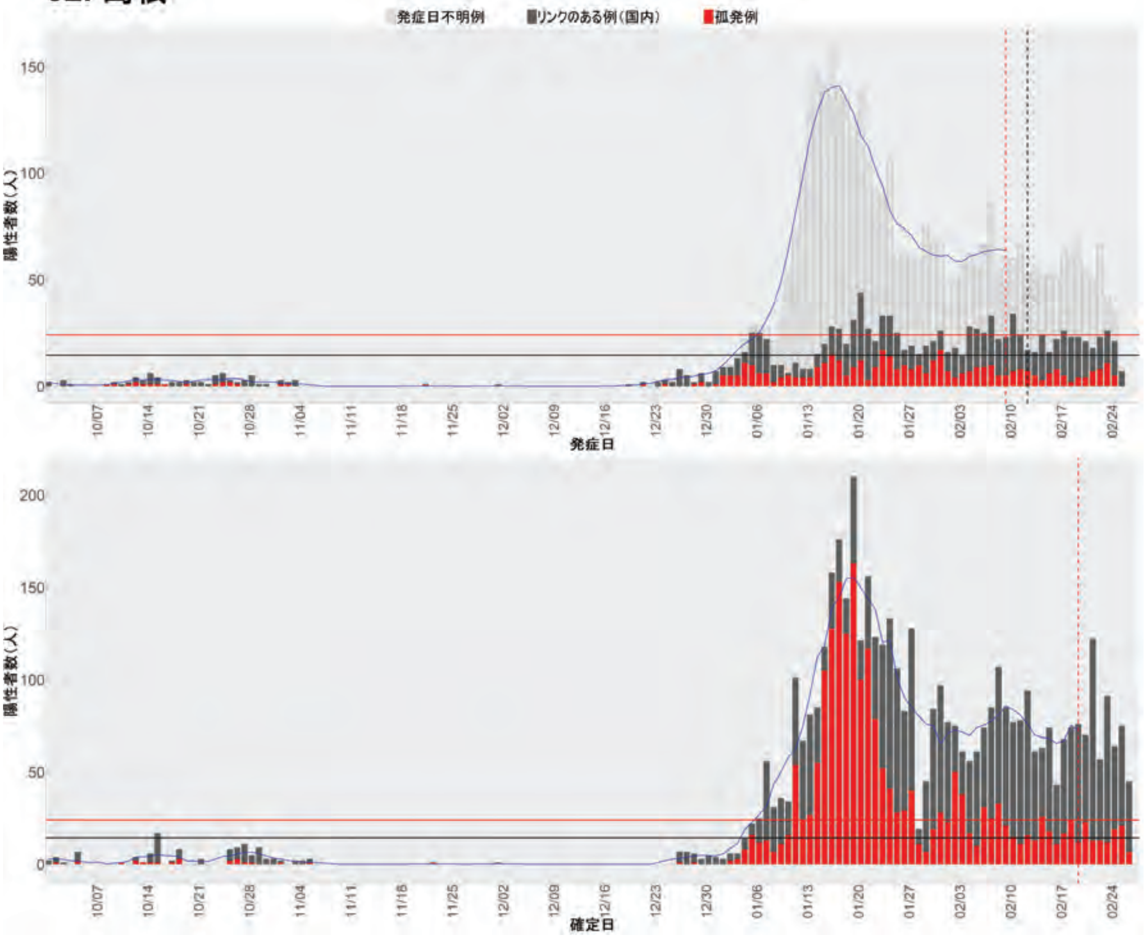


発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
0
50
100
150
10/07
10/14
10/21
10/28
11/04
11/11
11/18
11/25
12/02
12/09
12/16
12/23
12/30
01/06
01/13
01/20
01/27
02/03
02/10
02/17
02/24
発症日



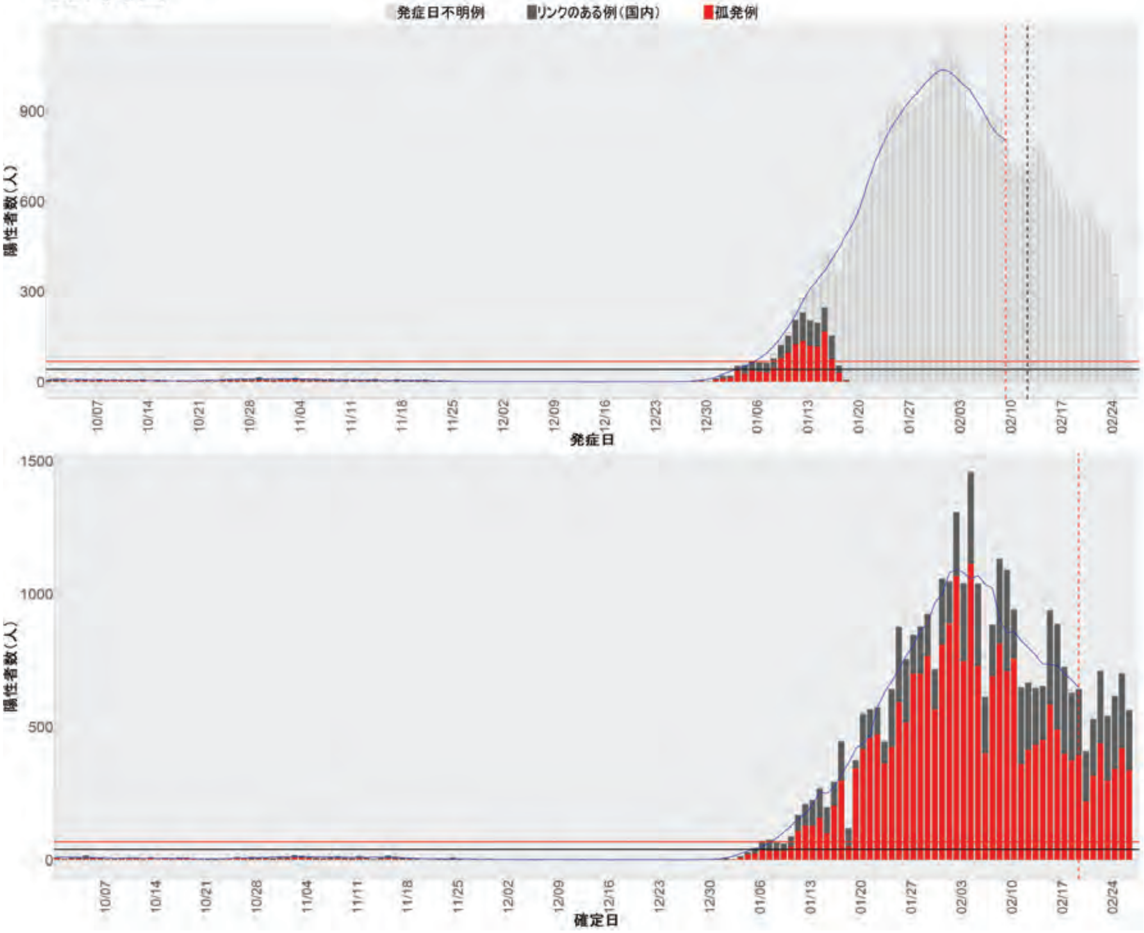
陽性者数（人）
0
50
100
150
200
10/07
10/14
10/21
10/28
11/04
11/11
11/18
11/25
12/02
12/09
12/16
12/23
12/30
01/06
01/13
01/20
01/27
02/03
02/10
02/17
02/24
確定日

32. 島根



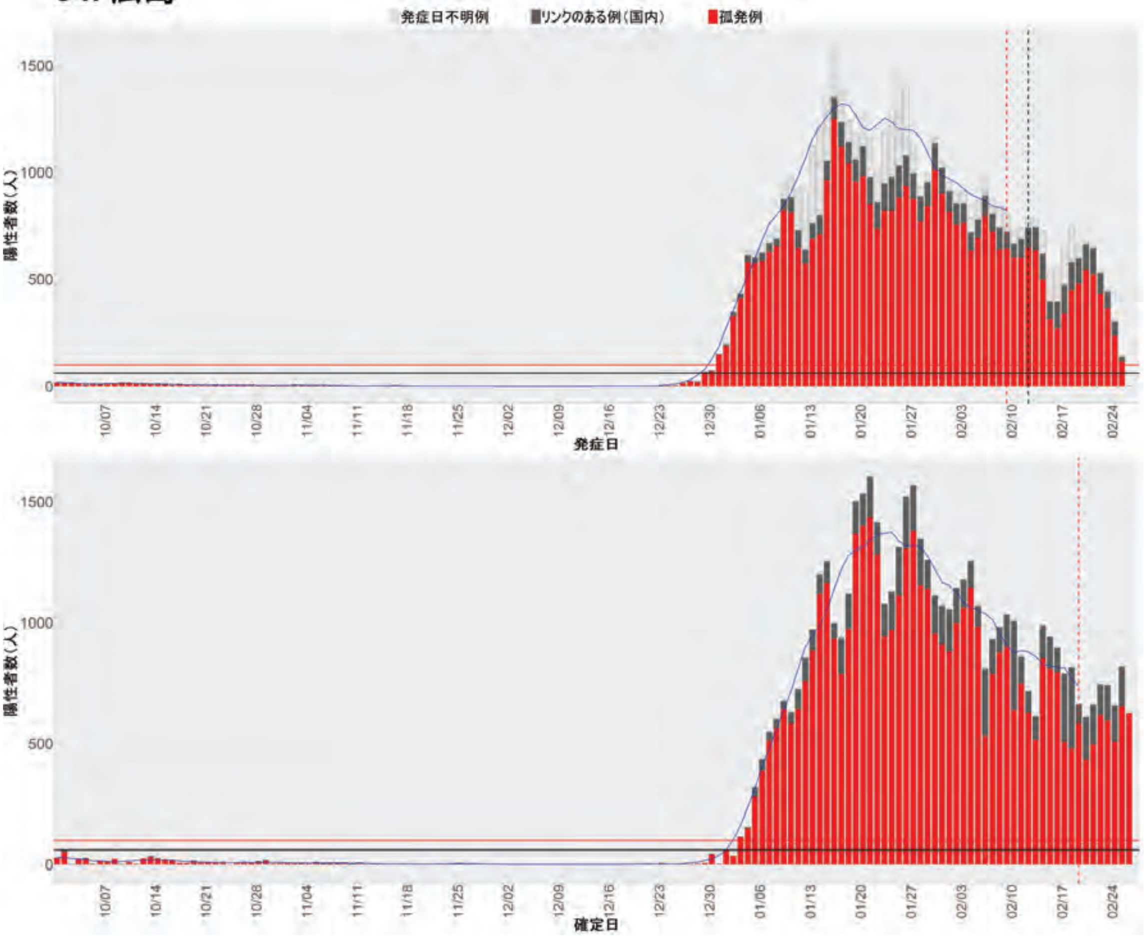
発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
発症日
陽性者数（人）
確定日

33. 岡山



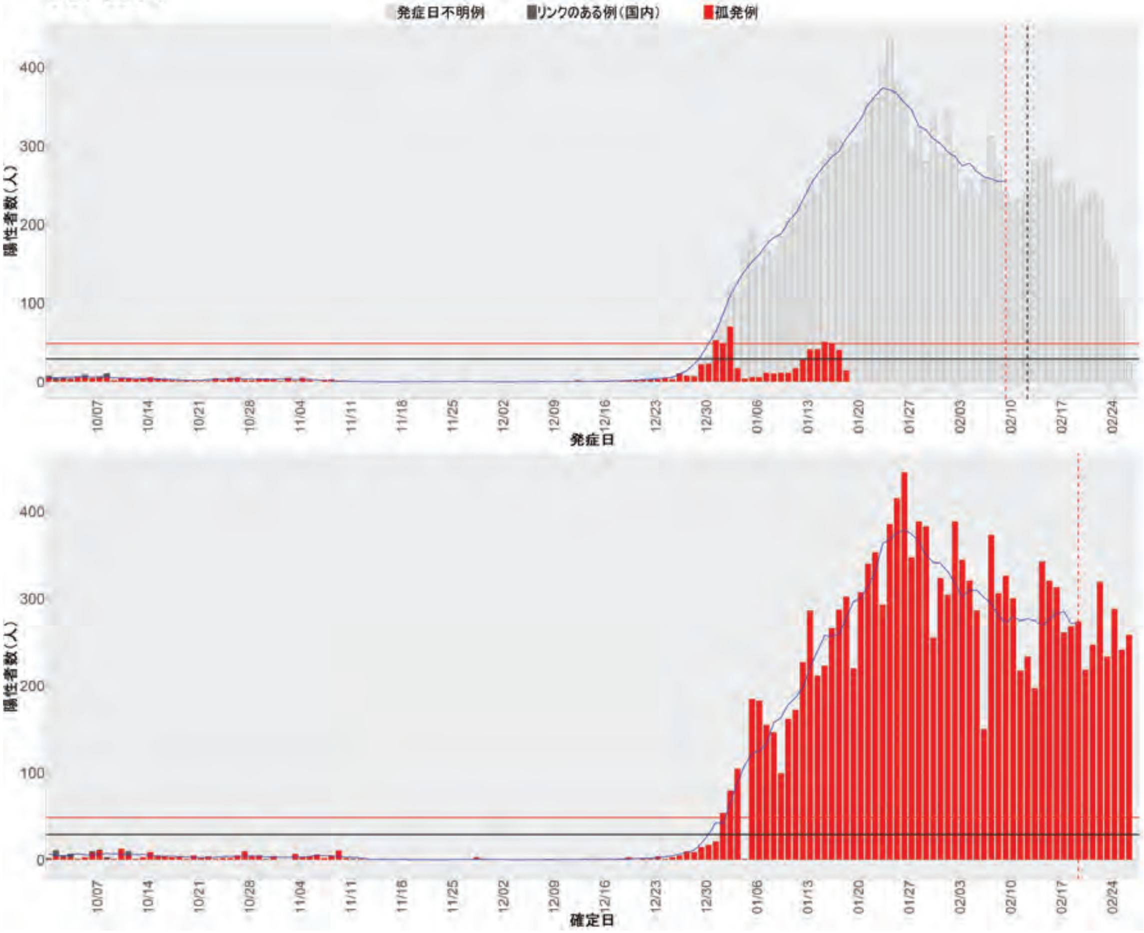
発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
発症日
陽性者数（人）
確定日

34. 広島



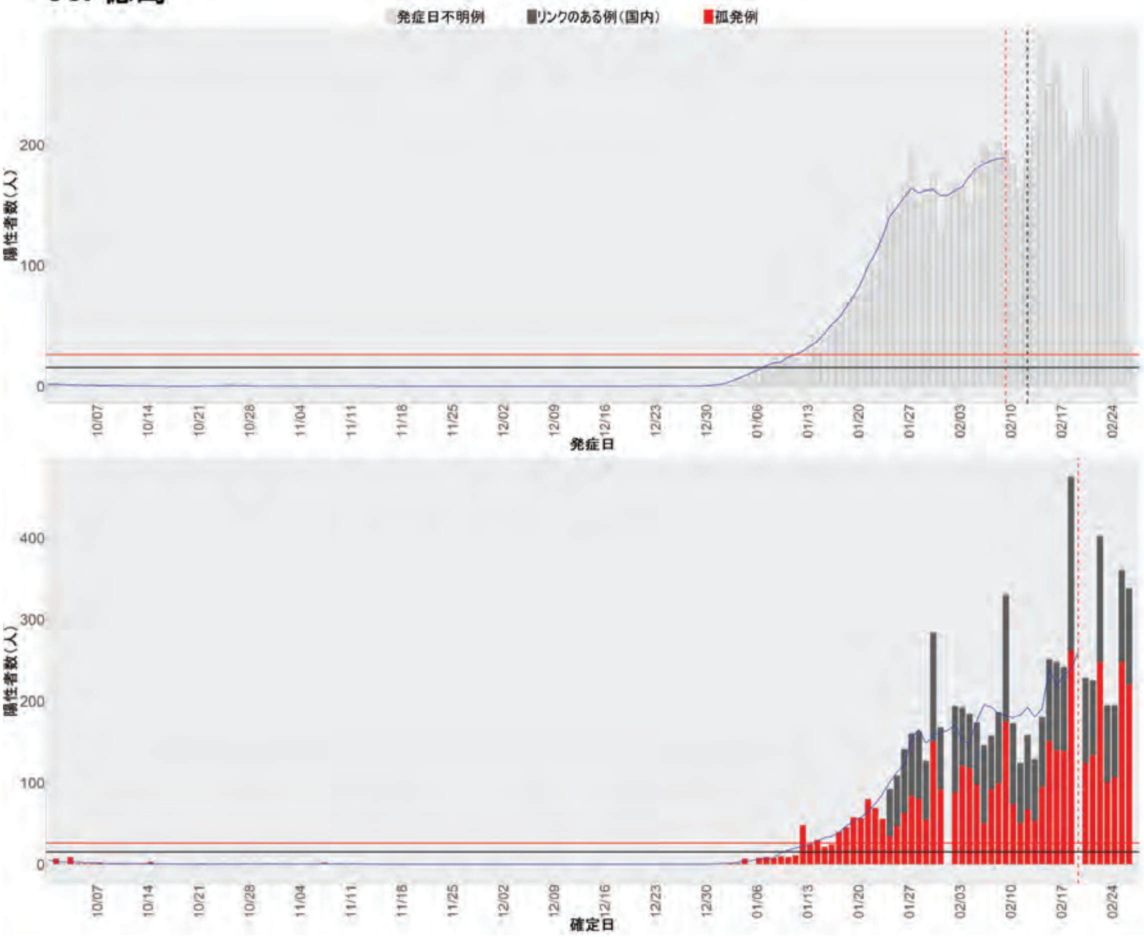
発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
1500
1000
500
0
10/07
10/14
10/21
10/28
11/04
11/11
11/18
11/25
12/02
12/09
12/16
12/23
12/30
01/06
01/13
01/20
01/27
02/03
02/10
02/17
02/24
発症日
確定日

35. 山口



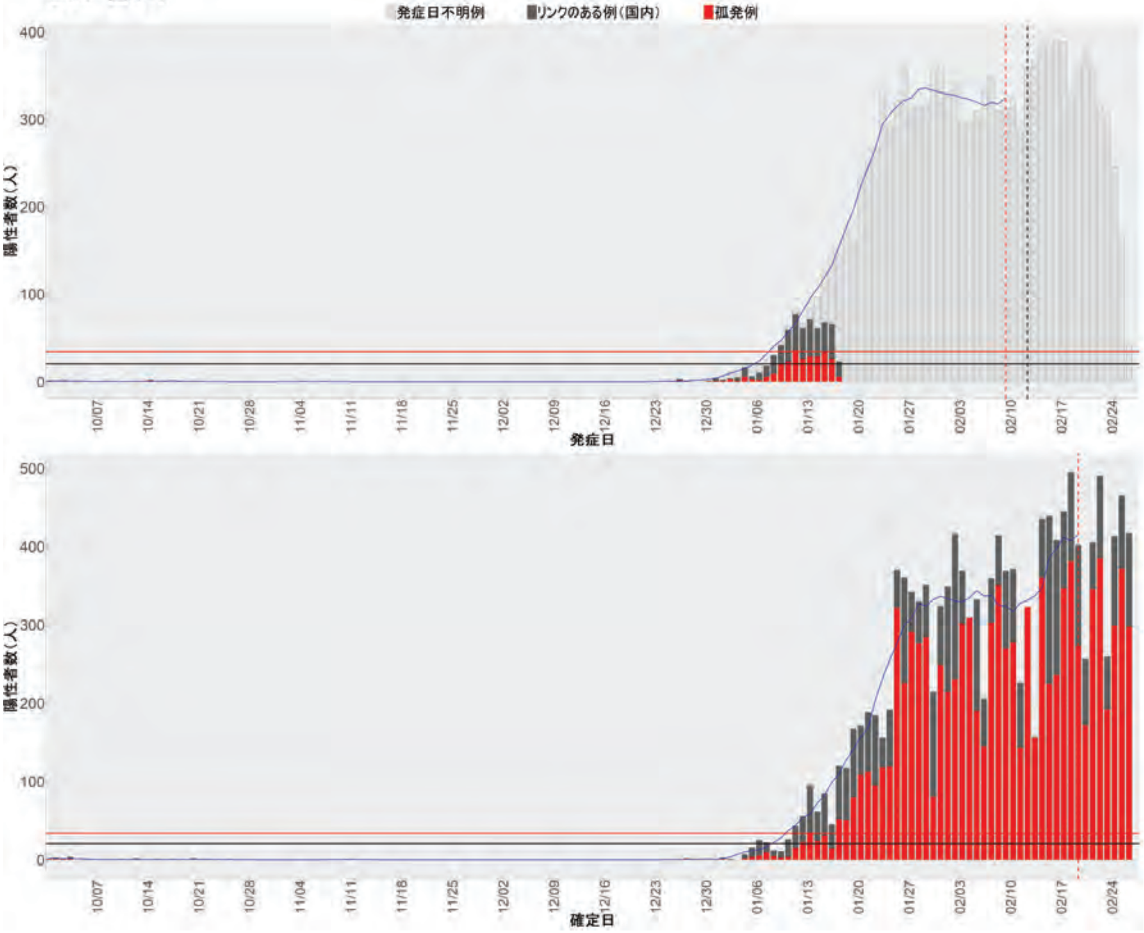
発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
400
300
200
100
0
10/07
10/14
10/21
10/28
11/04
11/11
11/18
11/25
12/02
12/09
12/16
12/23
12/30
01/06
01/13
01/20
01/27
02/03
02/10
02/17
02/24
発症日
確定日

36. 徳島



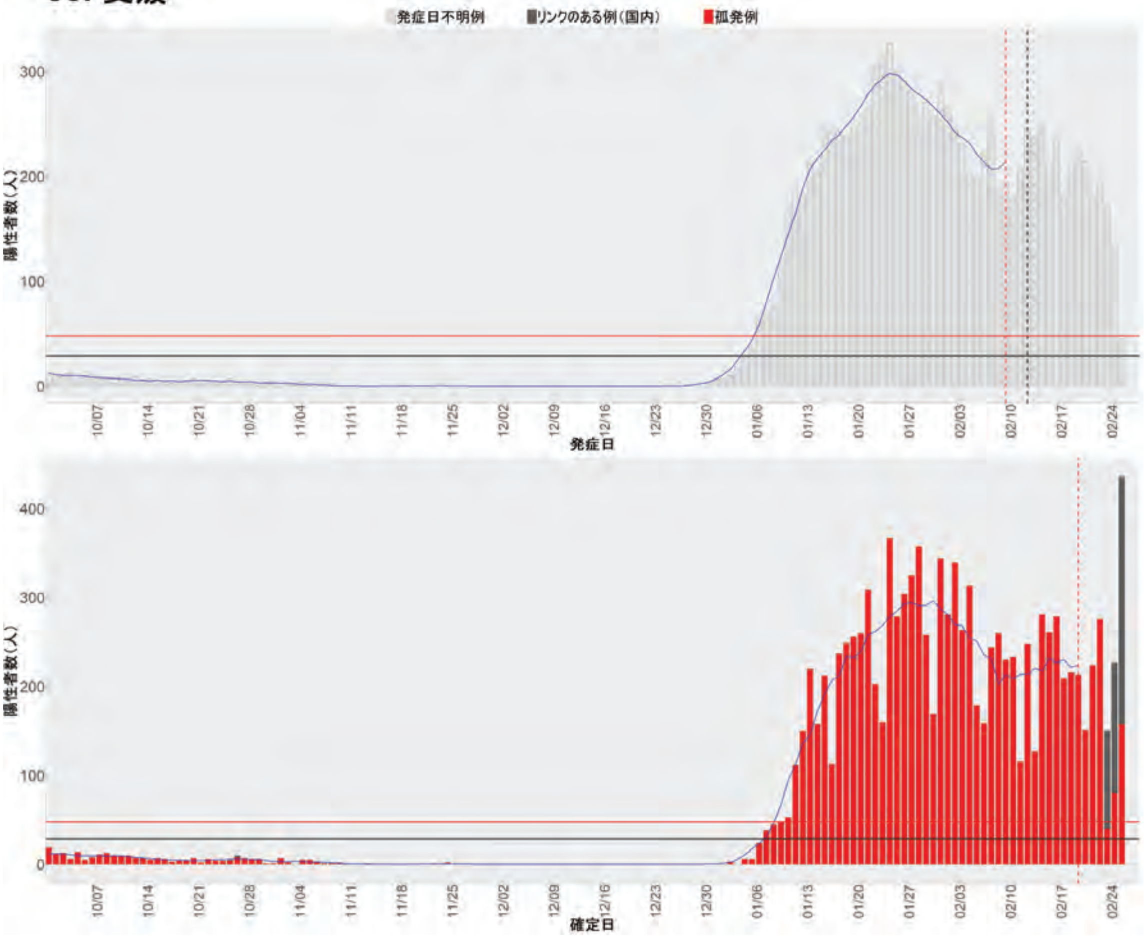
38

37. 香川



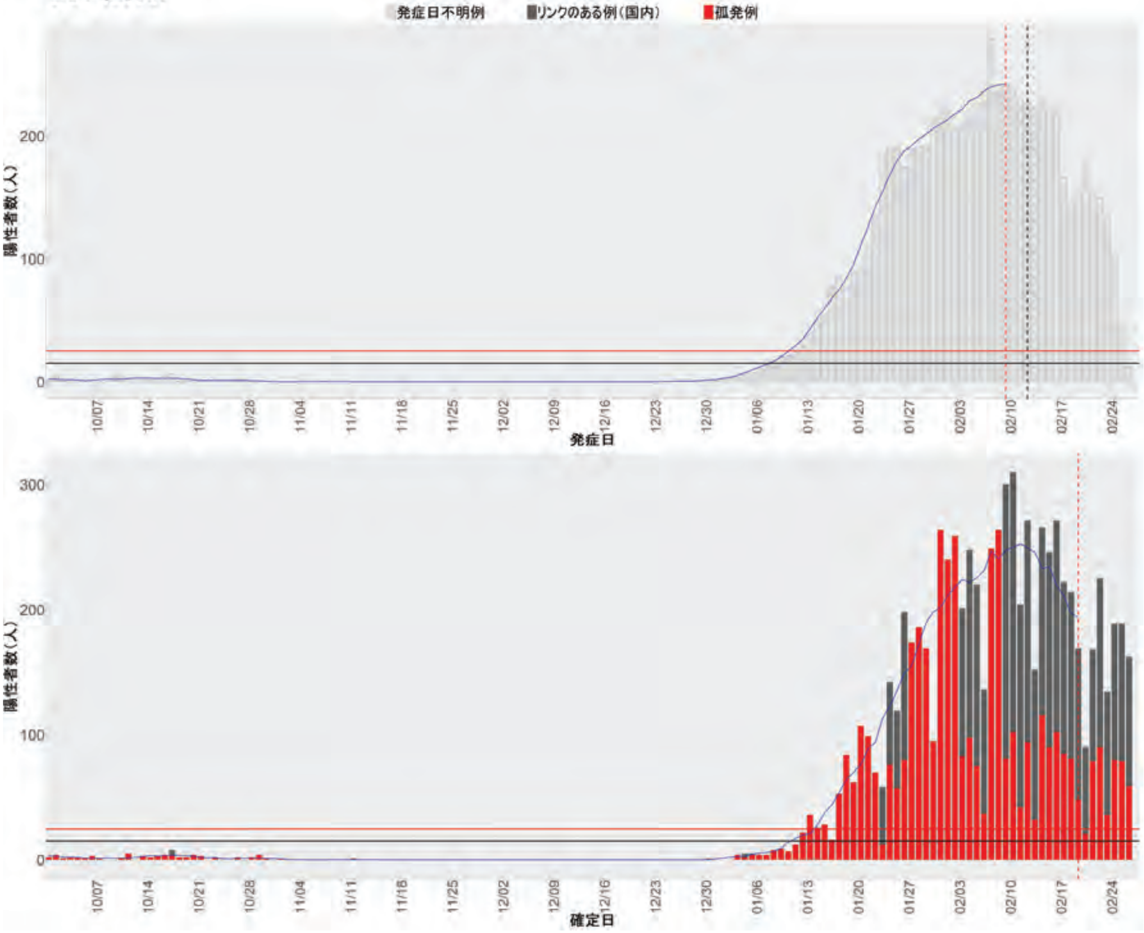
39

38. 愛媛



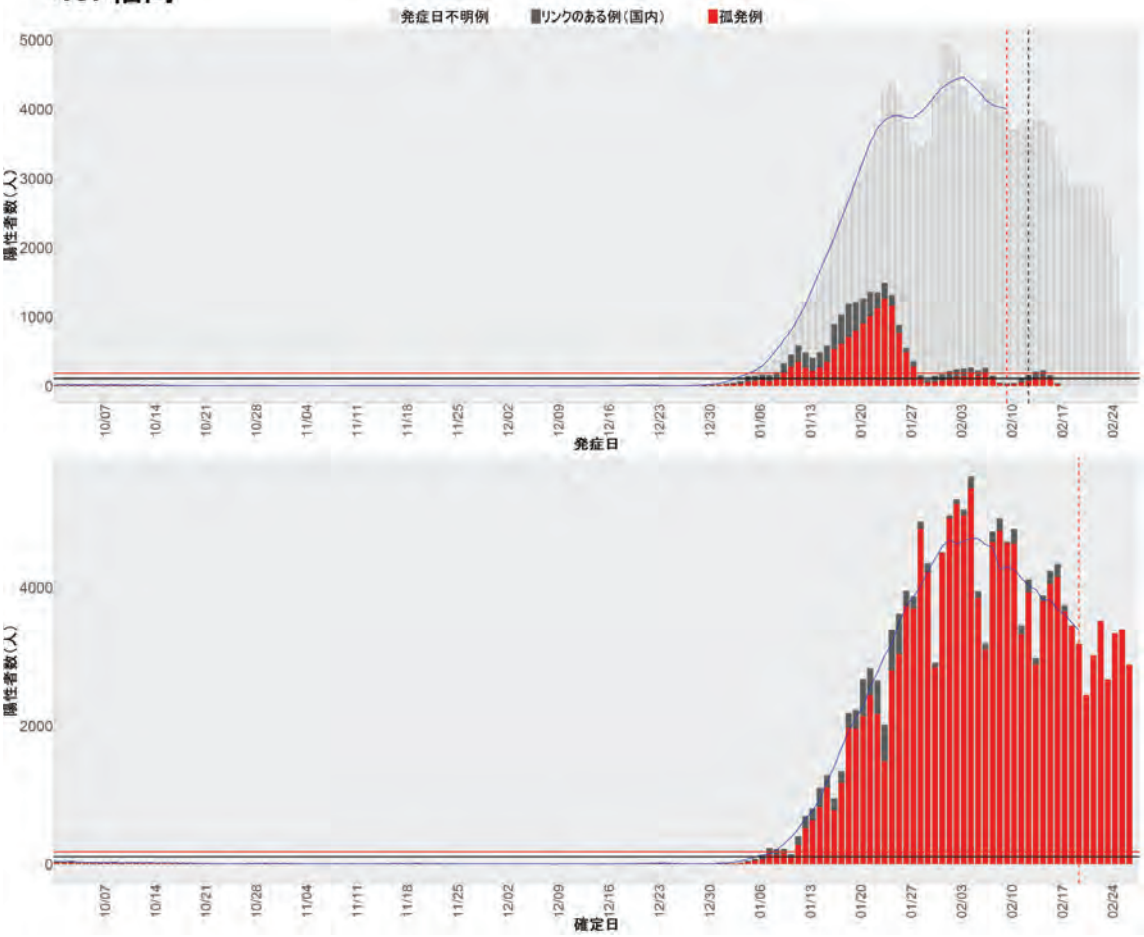
発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
発症日
確定日

39. 高知



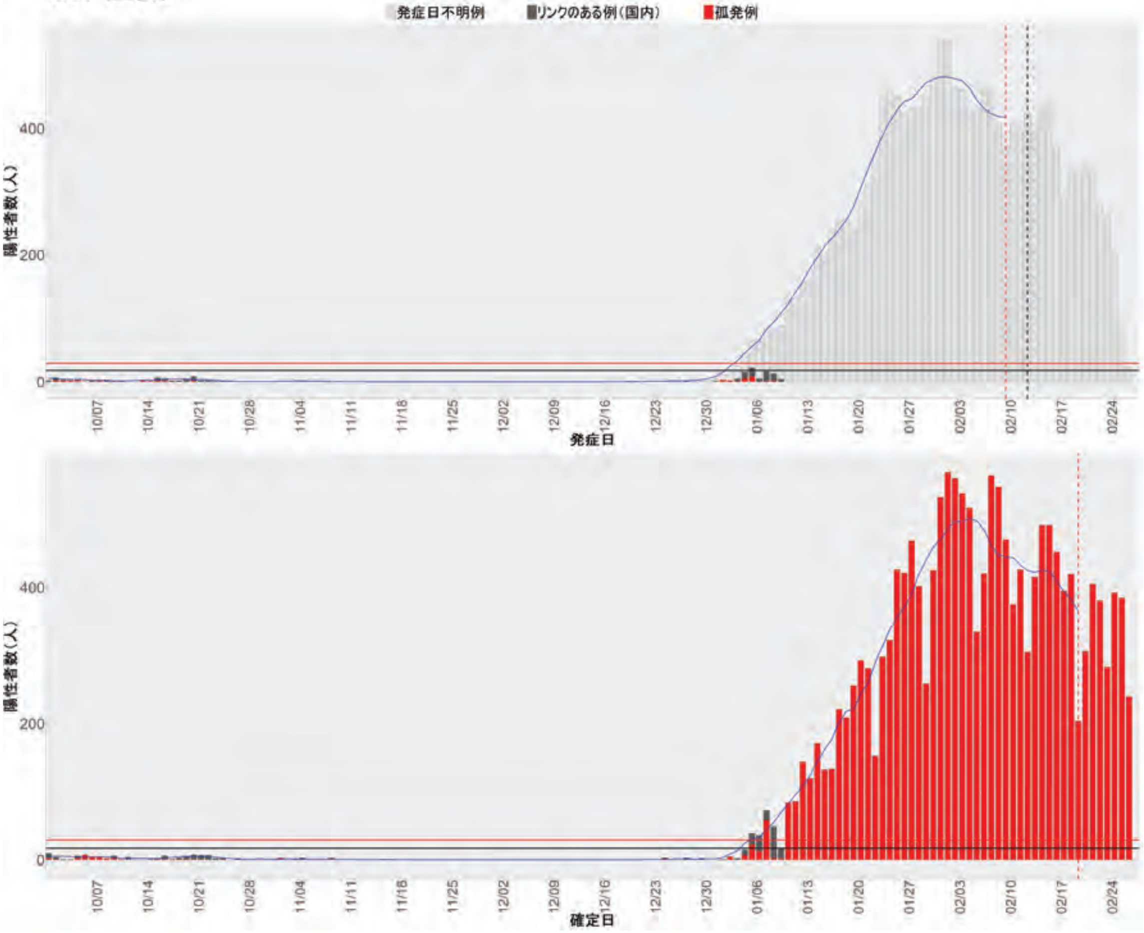
発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
発症日
確定日

40. 福岡



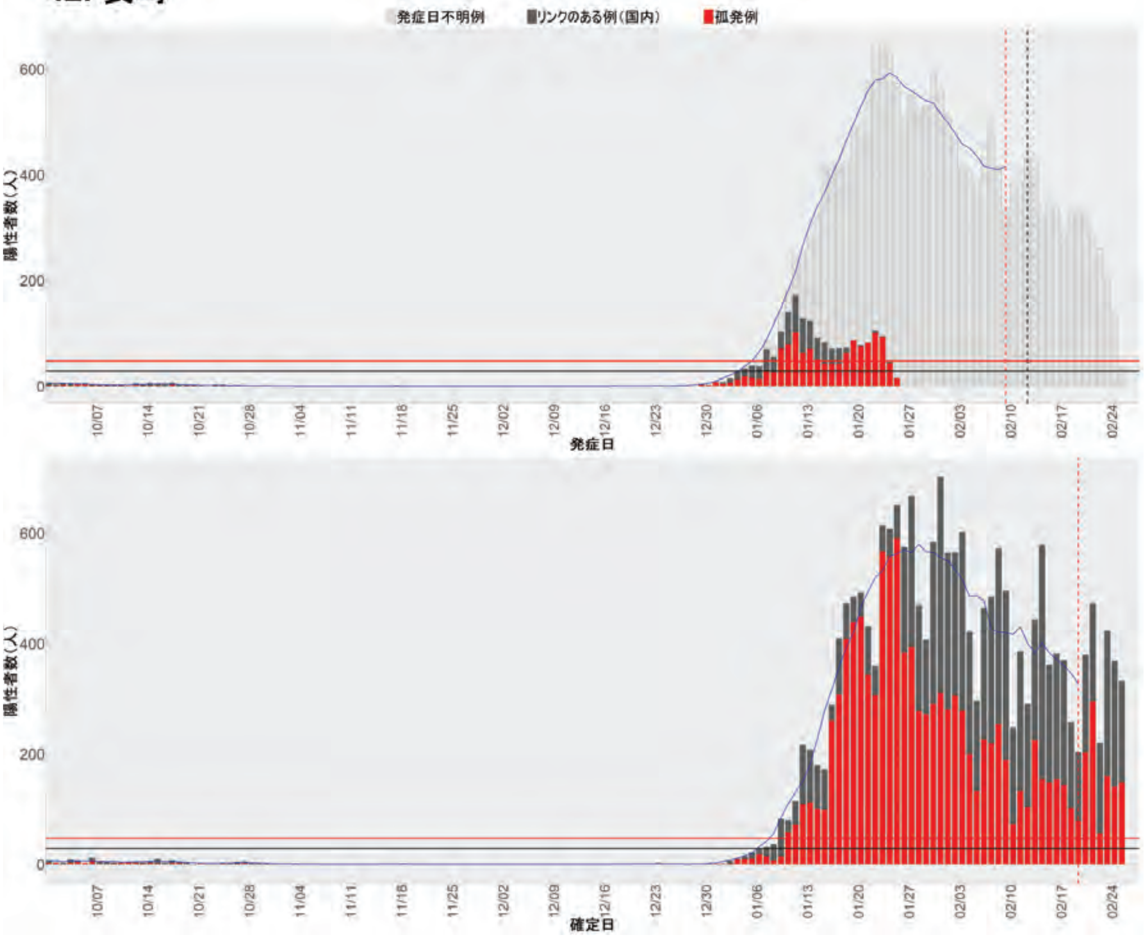
発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
5000
4000
3000
2000
1000
0
10/07
10/14
10/21
10/28
11/04
11/11
11/18
11/25
12/02
12/09
12/16
12/23
12/30
01/06
01/13
01/20
01/27
02/03
02/10
02/17
02/24
発症日
陽性者数（人）
4000
2000
0
確定日

41. 佐賀



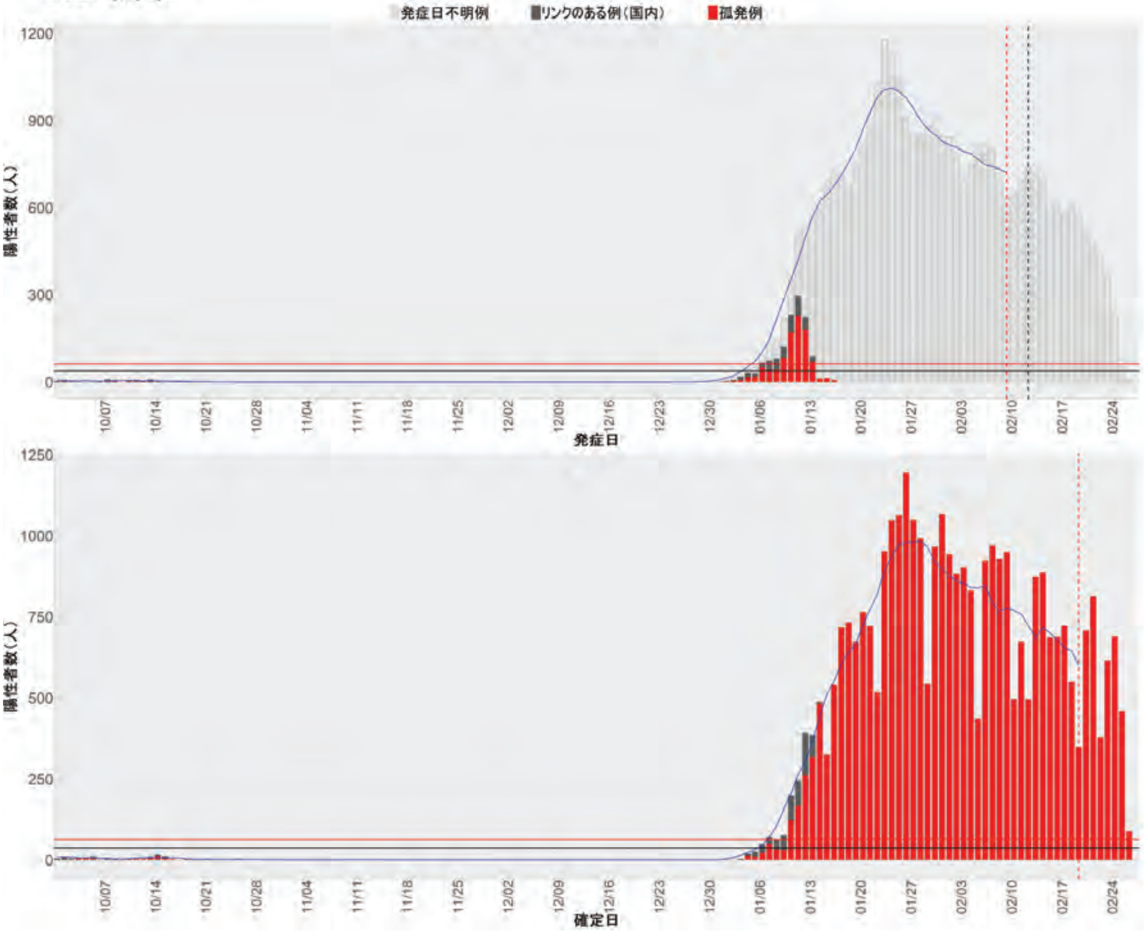
発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
400
200
0
10/07
10/14
10/21
10/28
11/04
11/11
11/18
11/25
12/02
12/09
12/16
12/23
12/30
01/06
01/13
01/20
01/27
02/03
02/10
02/17
02/24
発症日
陽性者数（人）
400
200
0
確定日

42. 長崎



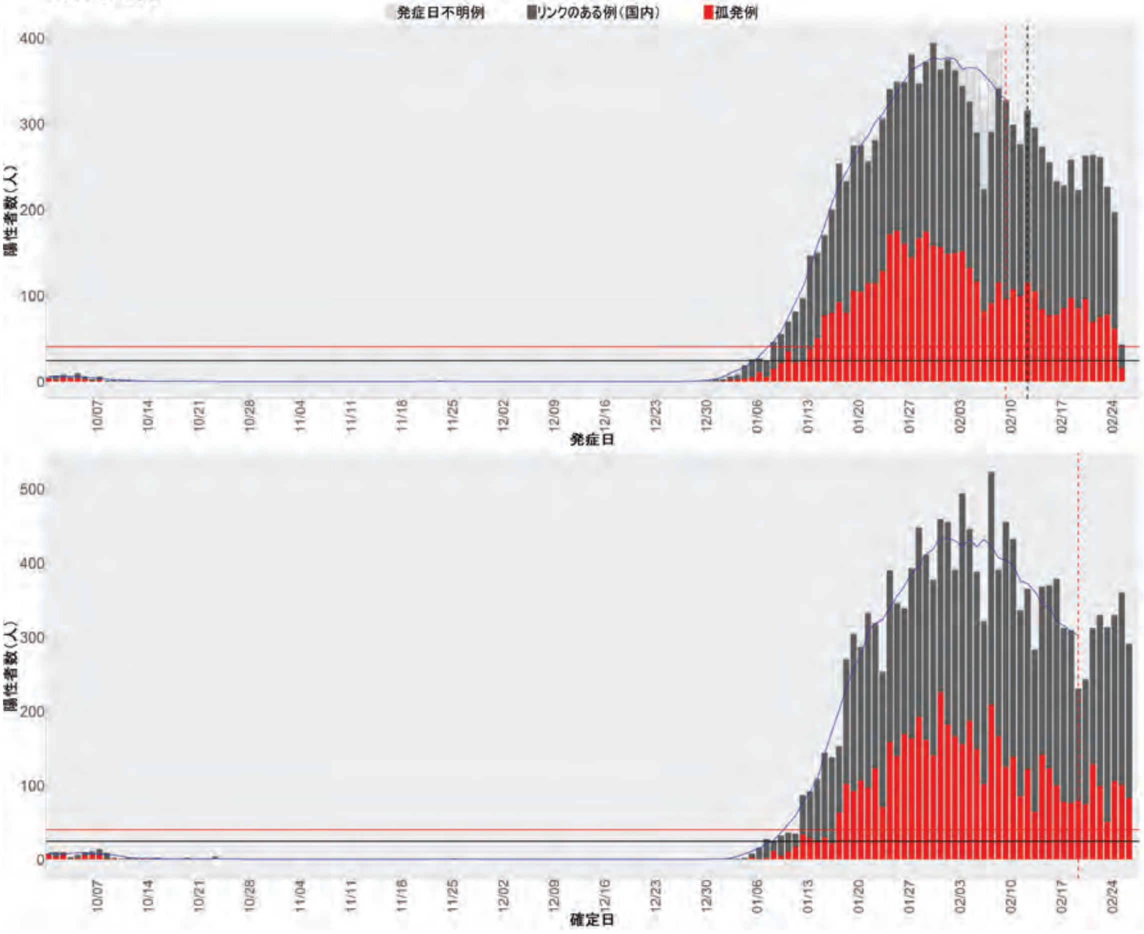
発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
発症日
確定日

43. 熊本



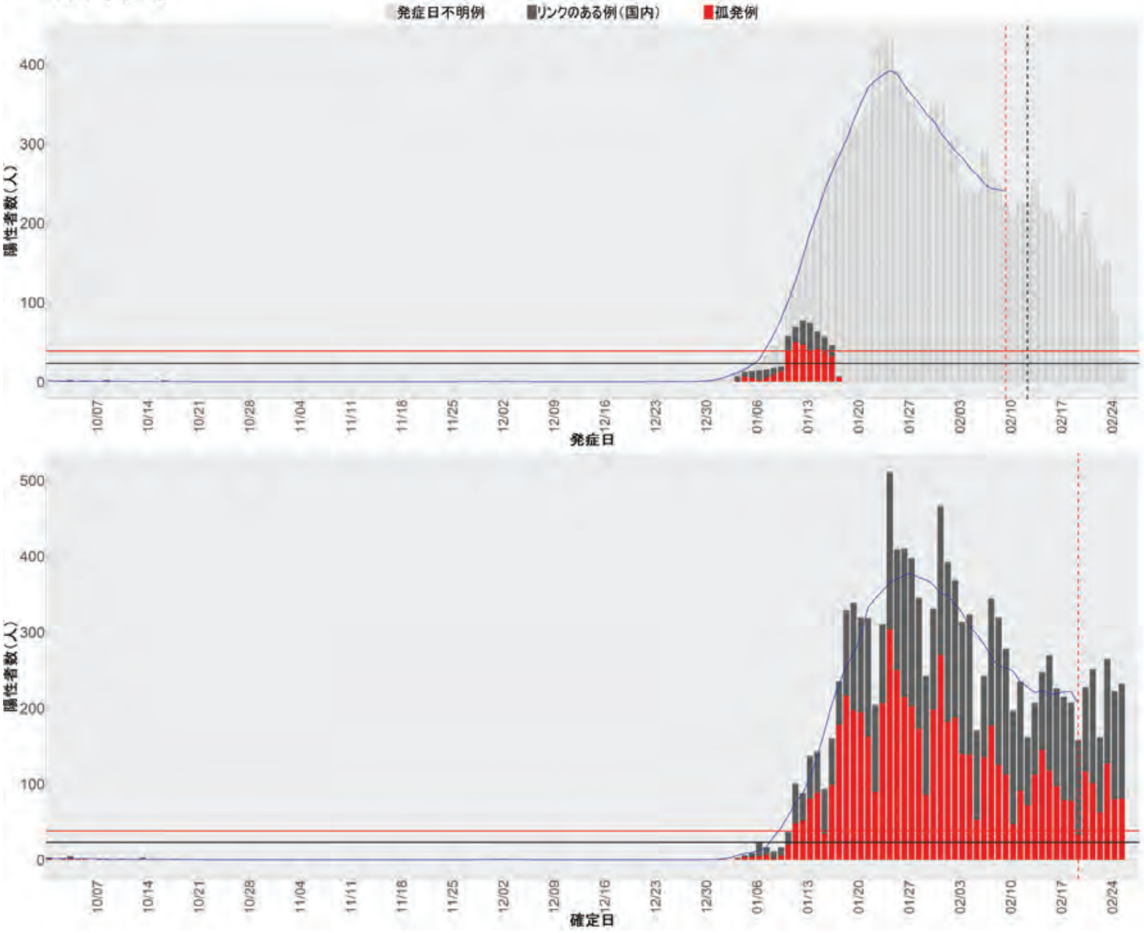
発症日不明例
リンクのある例（国内）
孤発例
陽性者数（人）
発症日
確定日

44. 大分



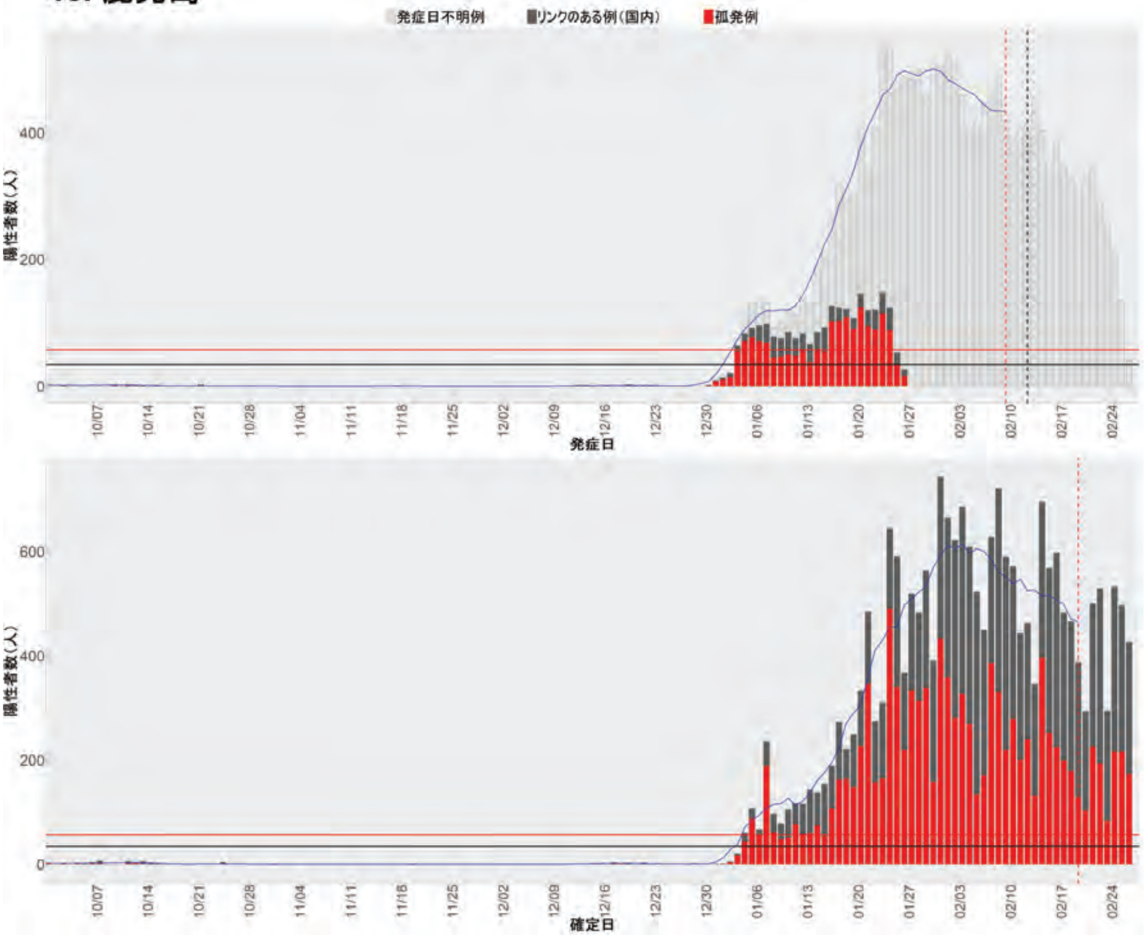
46

45. 宮崎



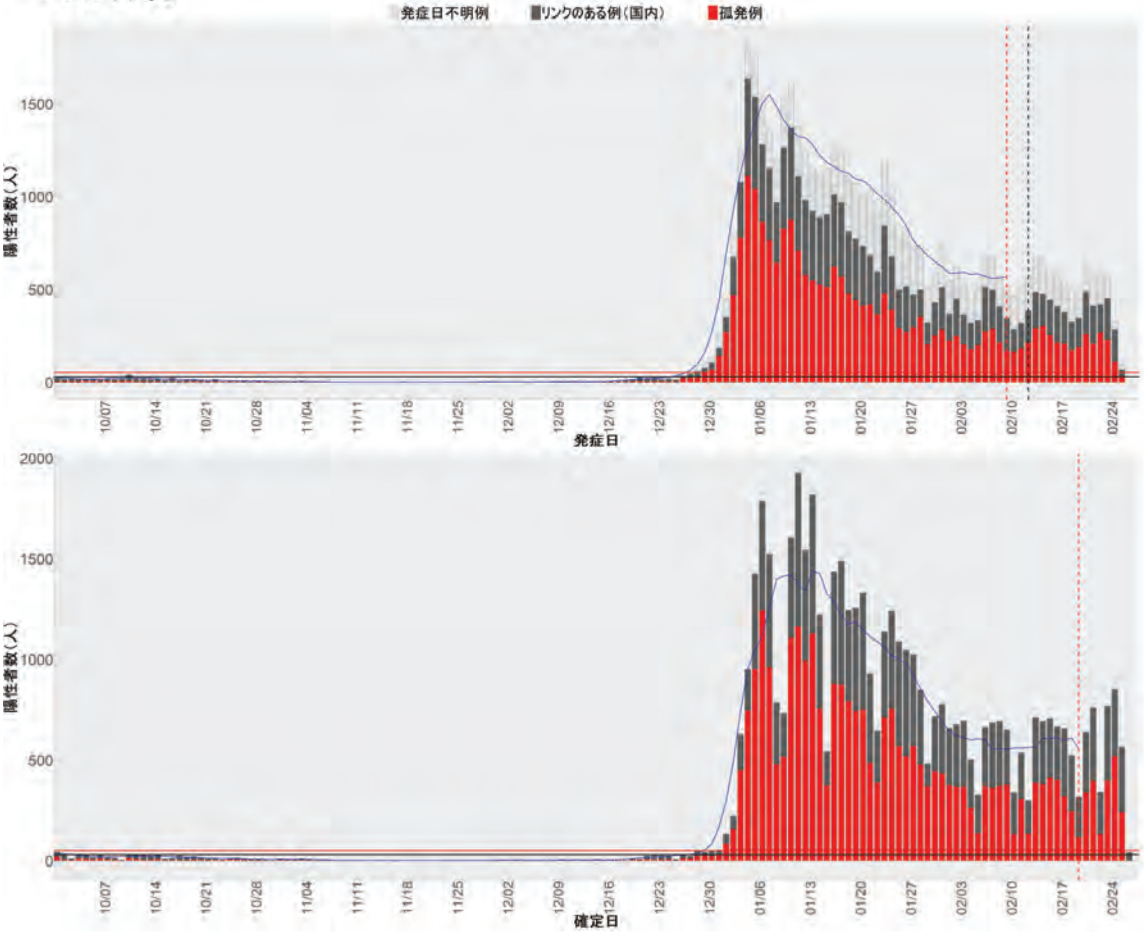
47

46. 鹿児島



48

47. 沖縄

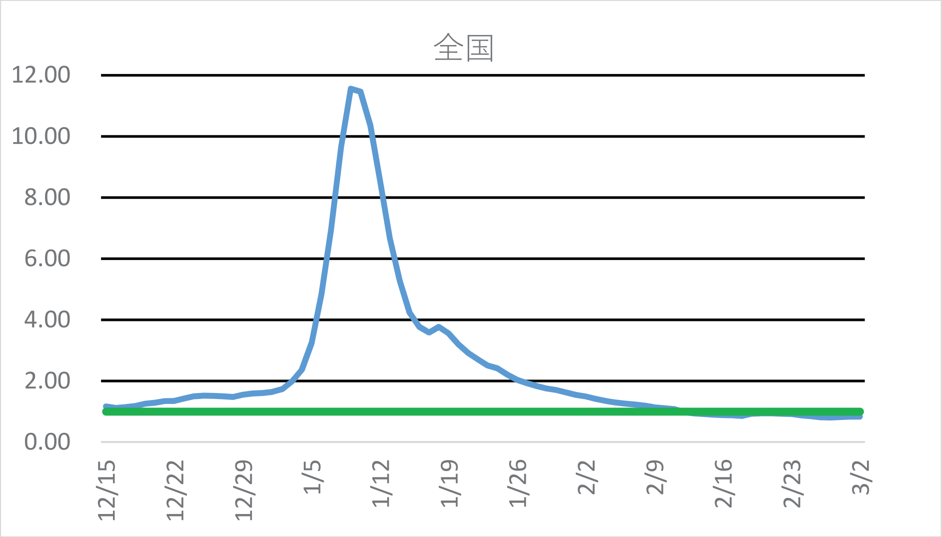


49

新型コロナウイルス感染症　新規陽性者数の推移

今週先週比の推移

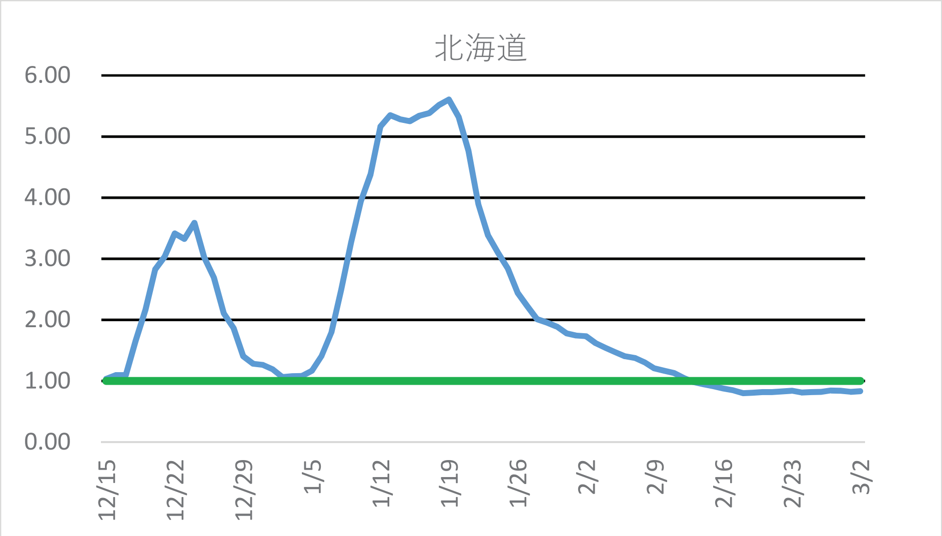
全国					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
1.17	1.35	1.56	3.26	8.54	3.55
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
2.04	1.49	1.15	0.89	0.93	0.84



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

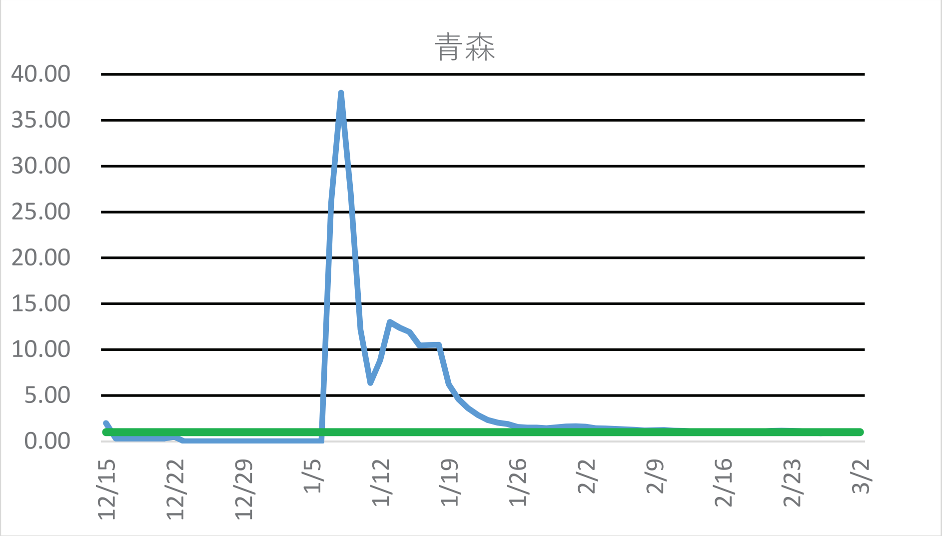
北海道					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
1.04	3.41	1.40	1.17	5.17	5.61
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
2.45	1.73	1.20	0.88	0.84	0.83



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

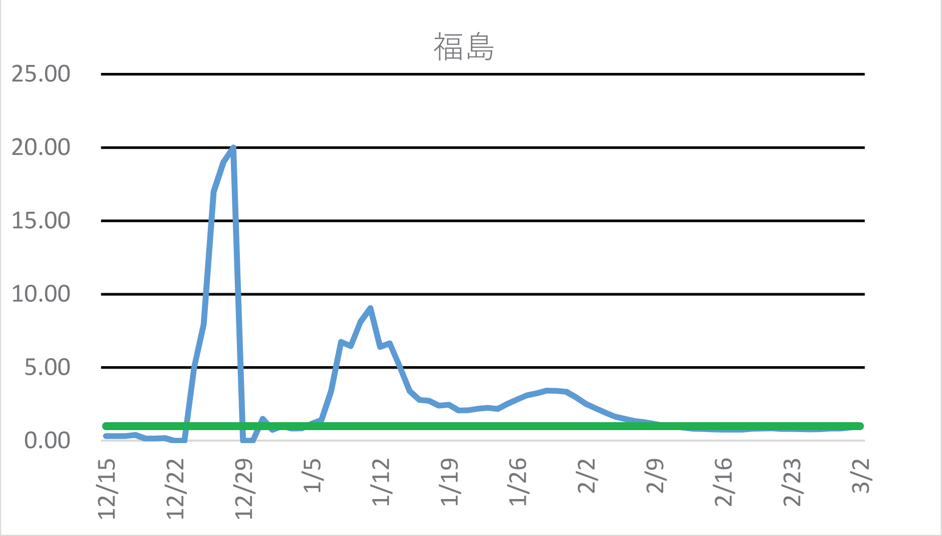
青森					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
2.00	0.50	0.00	-	8.82	6.23
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
1.57	1.59	1.21	0.95	1.14	0.93



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

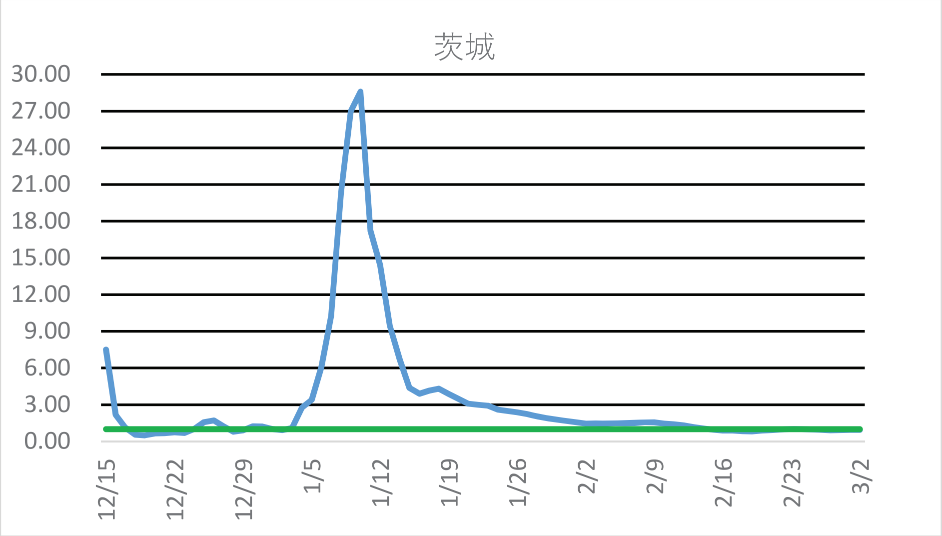
福島					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
0.33	0.00	-	1.17	6.41	2.46
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
2.82	2.52	1.15	0.77	0.81	0.98



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

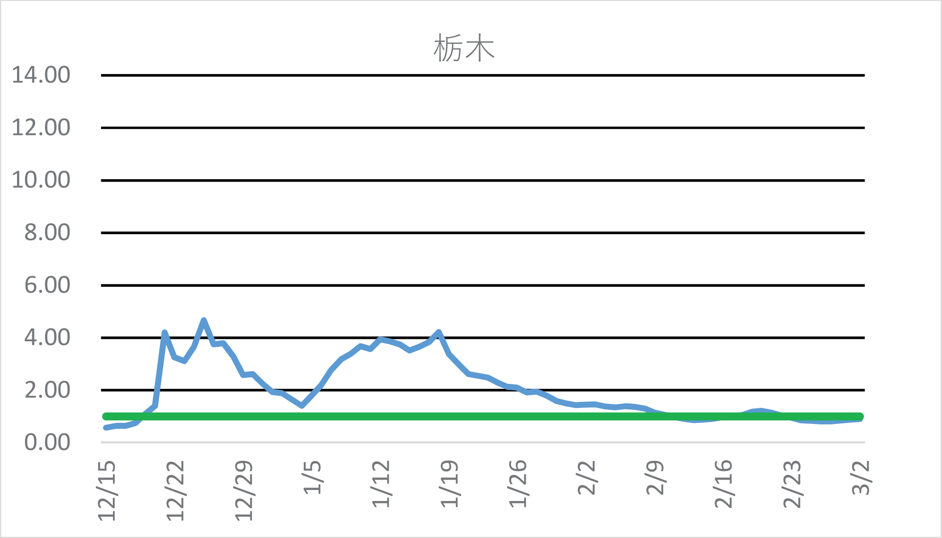
茨城					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
7.50	0.73	0.91	3.40	14.41	3.88
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
2.38	1.47	1.56	0.88	1.02	0.94



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

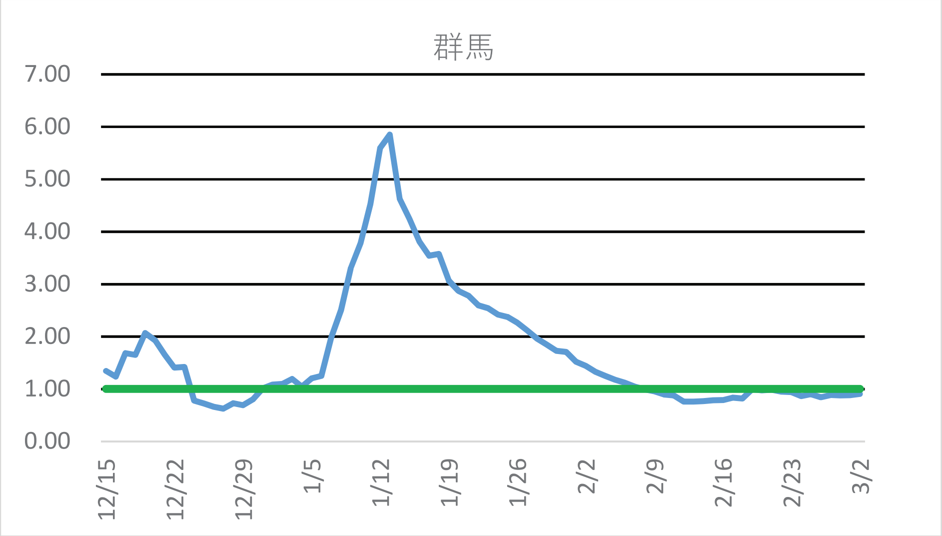
栃木					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
0.57	3.25	2.58	1.81	3.94	3.39
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
2.09	1.44	1.15	0.98	0.95	0.90



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

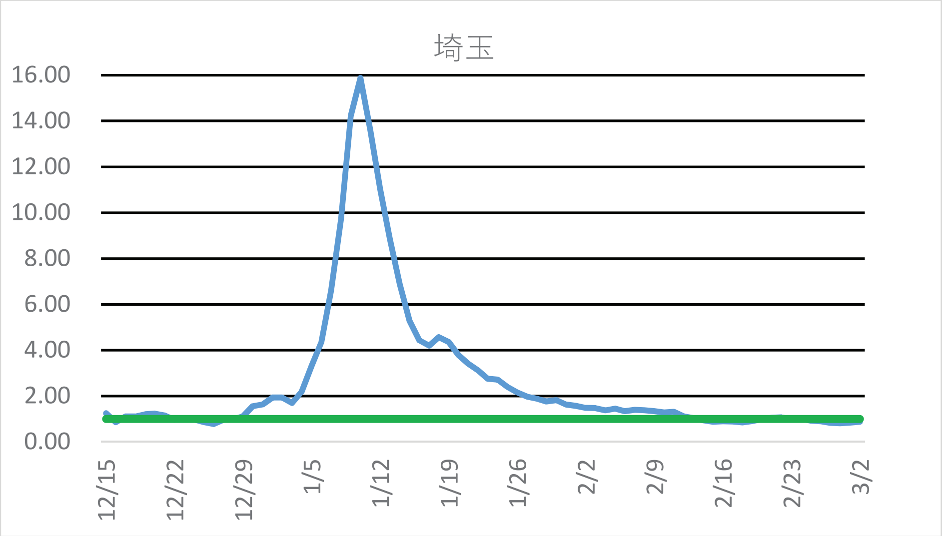
群馬					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
1.34	1.41	0.69	1.20	5.60	3.06
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
2.27	1.44	0.96	0.79	0.94	0.91



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

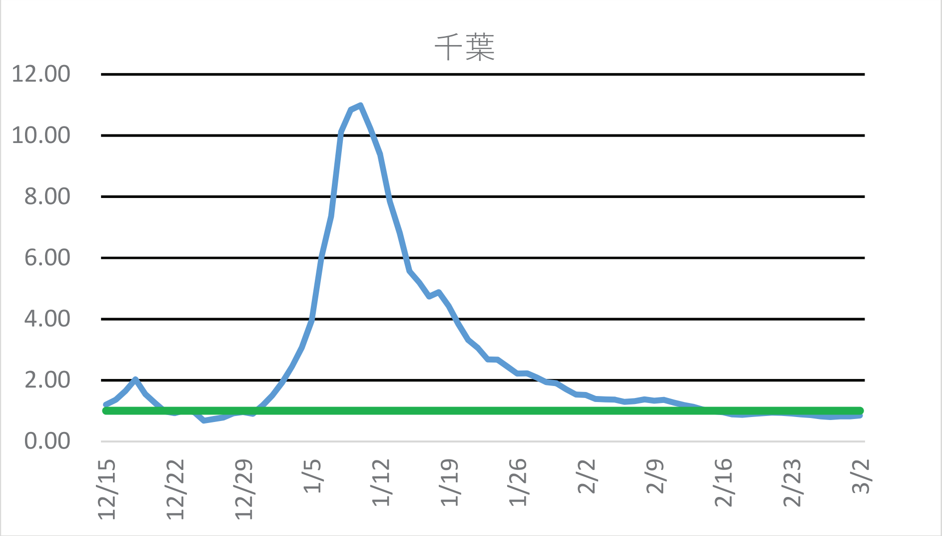
埼玉					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
1.25	0.96	1.11	3.32	11.04	4.36
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
2.15	1.49	1.34	0.90	0.99	0.88



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

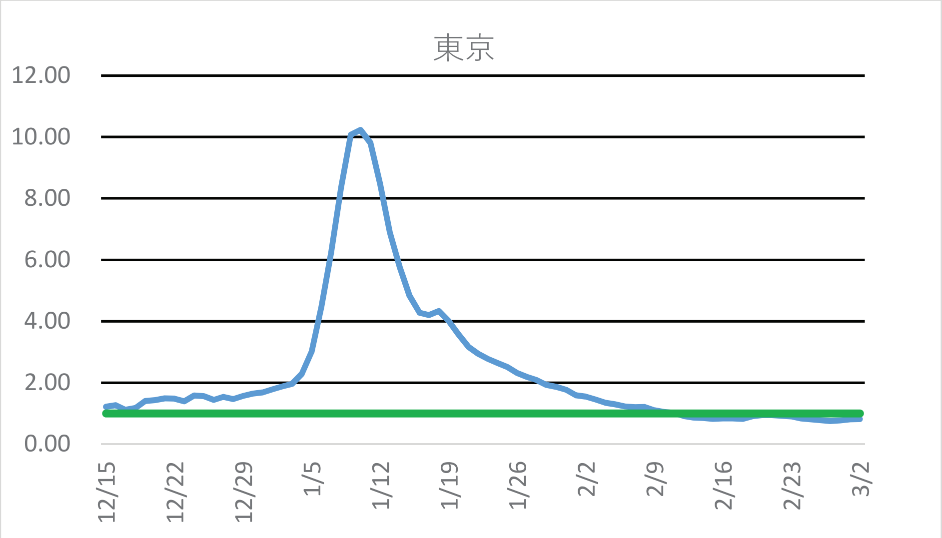
千葉					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
1.20	0.92	0.96	3.96	9.39	4.42
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
2.22	1.52	1.33	0.95	0.91	0.84



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

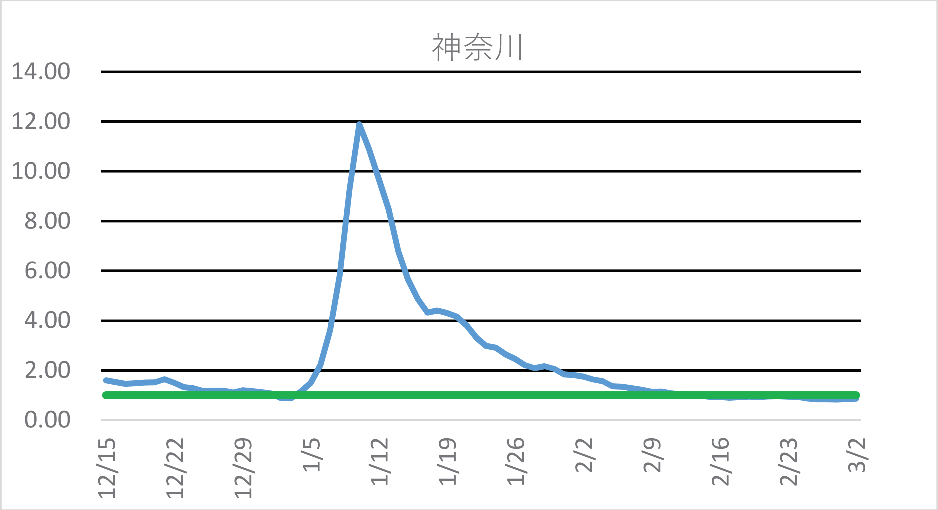
東京					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
1.22	1.48	1.57	3.02	8.47	4.00
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
2.31	1.55	1.10	0.83	0.90	0.81



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

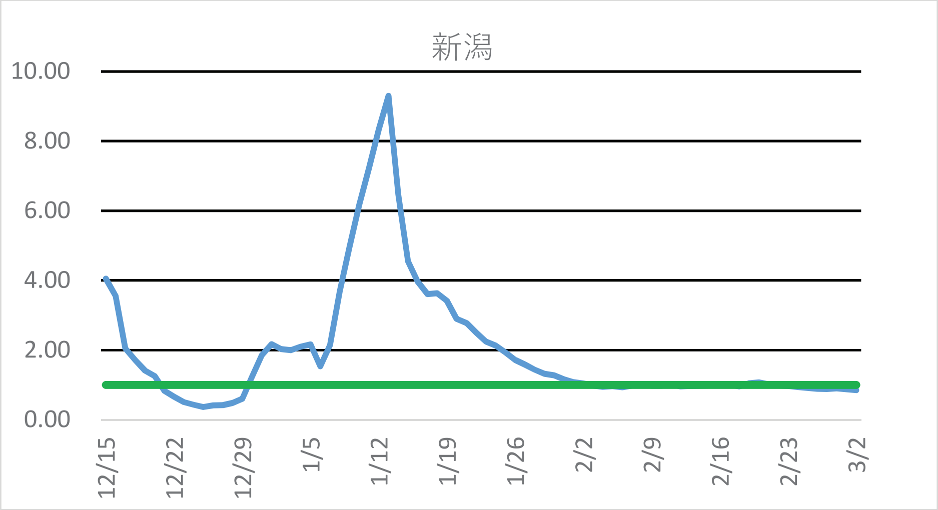
神奈川					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
1.60	1.50	1.20	1.50	9.69	4.30
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
2.47	1.75	1.14	0.94	0.95	0.87



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

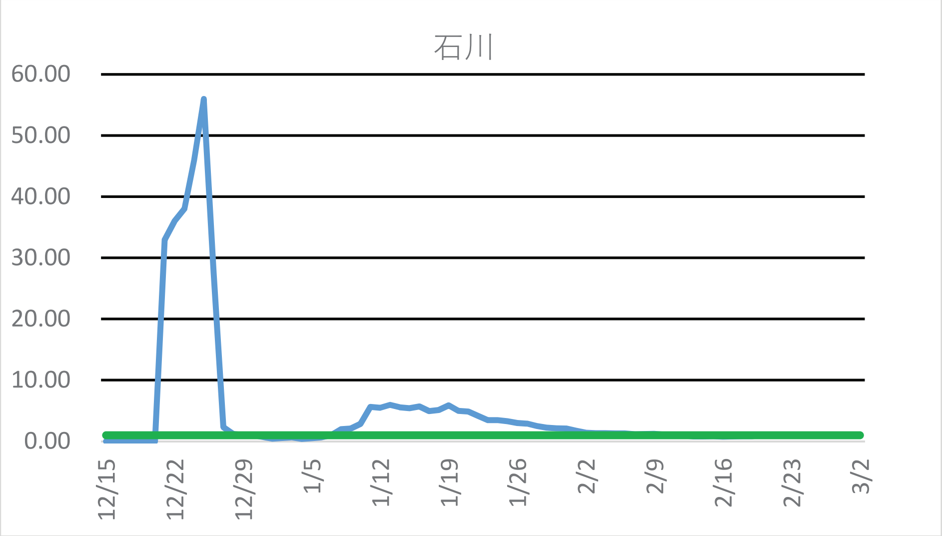
新潟					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
4.05	0.66	0.61	2.16	8.34	3.42
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
1.72	1.04	0.98	1.01	0.97	0.85



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

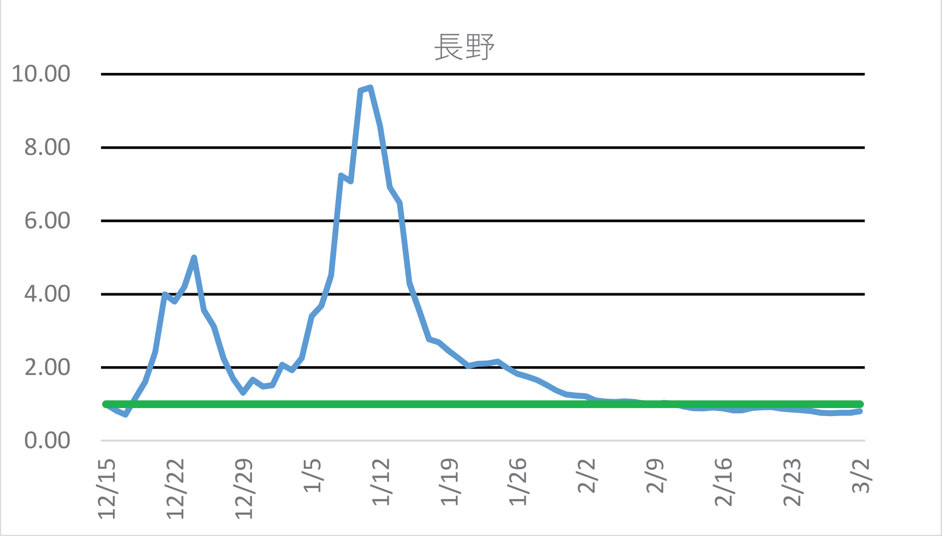
石川					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
-	36.00	1.06	0.53	5.50	5.91
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
3.00	1.43	1.22	0.78	1.06	1.09



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

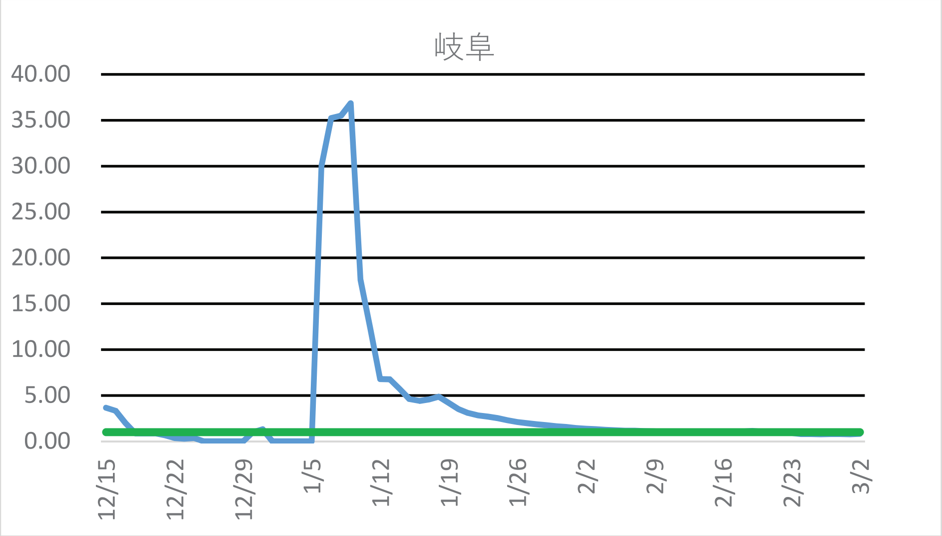
長野					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
1.00	3.80	1.32	3.40	8.58	2.46
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
1.83	1.22	0.99	0.89	0.85	0.81



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

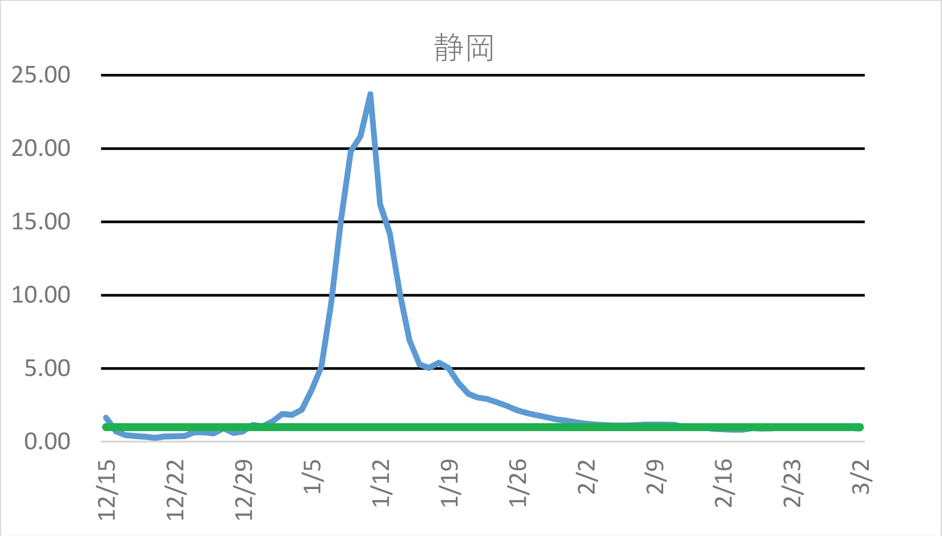
岐阜					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
3.67	0.36	0.00	-	6.81	4.19
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
2.11	1.37	1.09	1.05	0.91	0.82



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

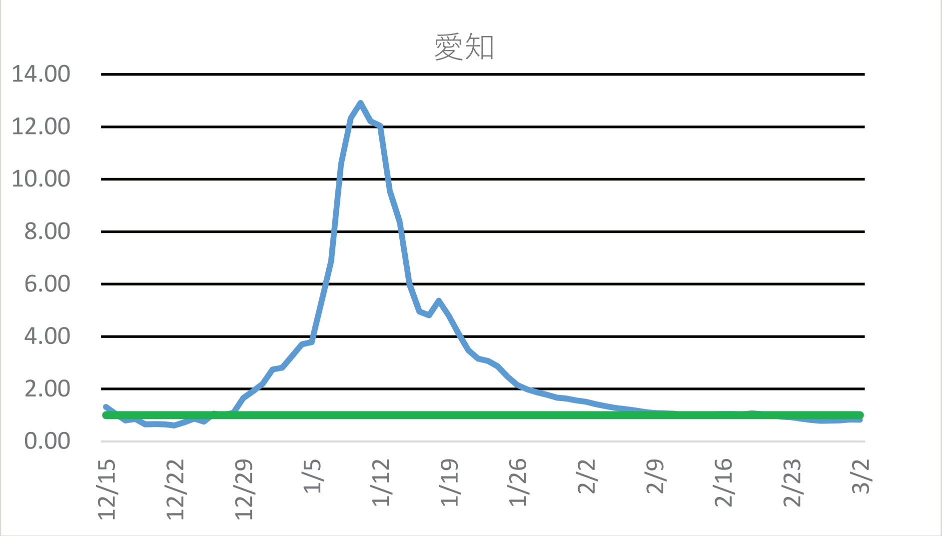
静岡					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
1.64	0.39	0.72	3.54	16.20	5.02
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
2.16	1.26	1.18	0.86	0.99	0.91



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

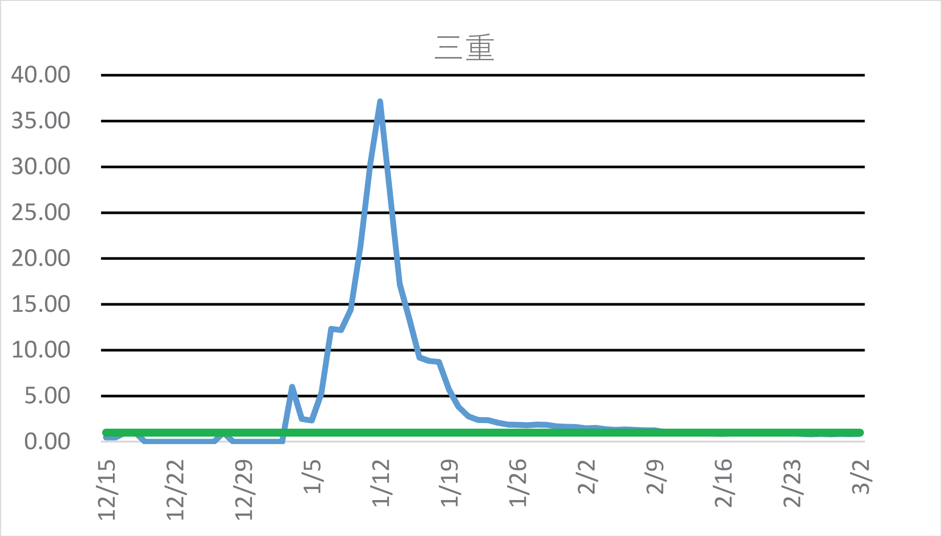
愛知					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
1.31	0.61	1.65	3.78	12.04	4.80
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
2.16	1.51	1.08	1.04	0.92	0.83



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

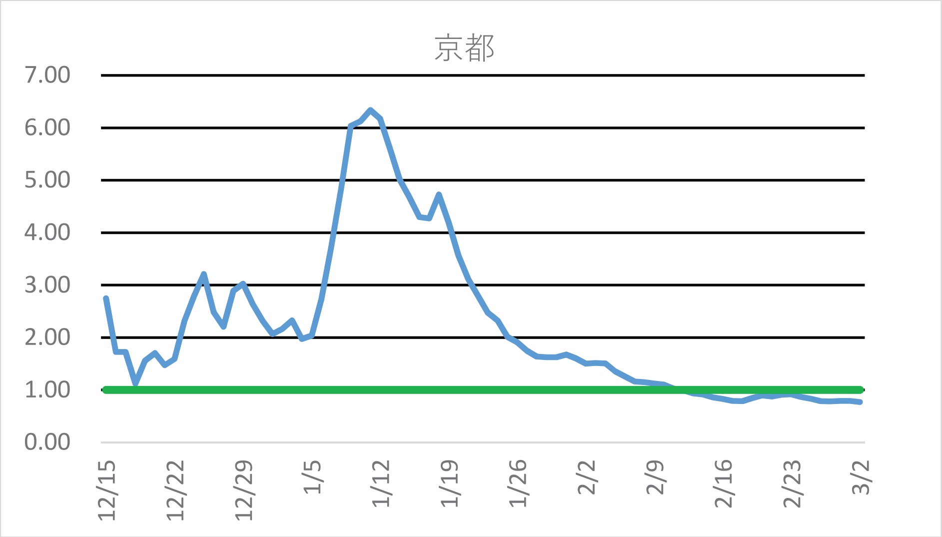
三重					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
0.50	0.00	-	2.33	37.14	5.77
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
1.88	1.49	1.27	0.88	0.96	0.87



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

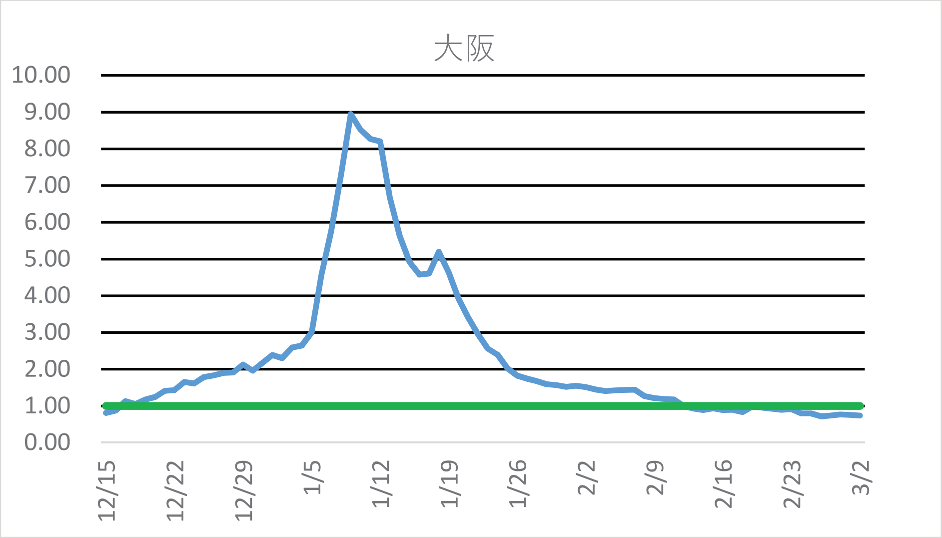
京都					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
2.75	1.59	3.03	2.04	6.18	4.19
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
1.91	1.50	1.12	0.83	0.92	0.77



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

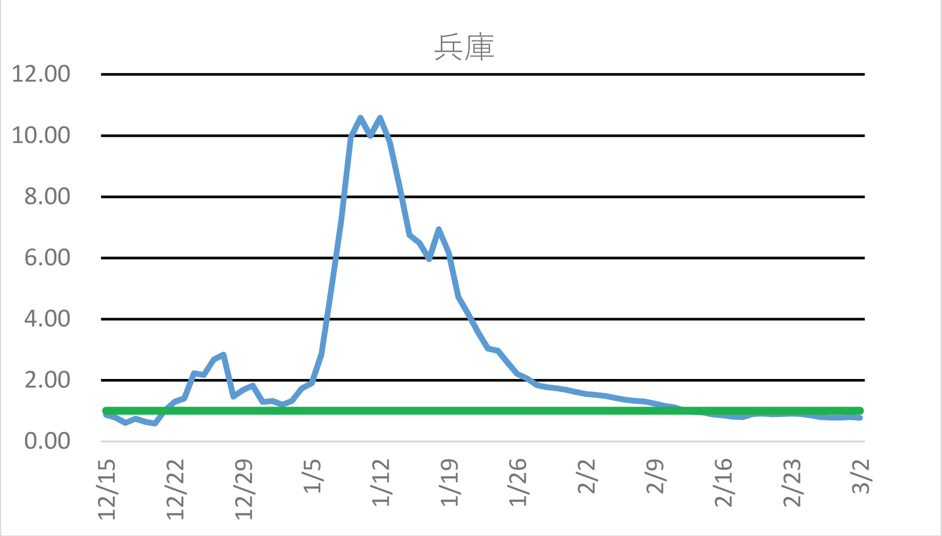
大阪					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
0.81	1.43	2.13	3.01	8.20	4.64
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
1.83	1.51	1.22	0.89	0.91	0.74



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

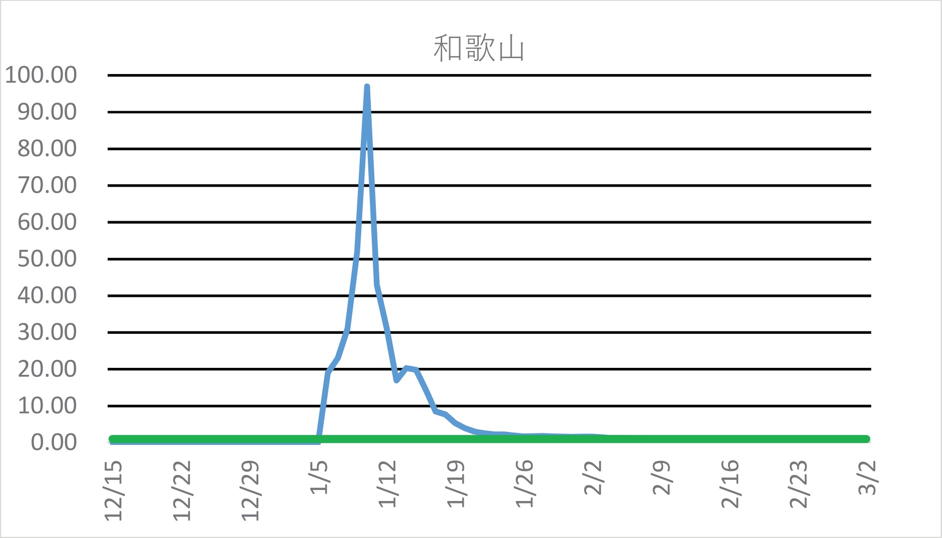
兵庫					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
0.87	1.29	1.68	1.91	10.58	6.17
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
2.21	1.55	1.24	0.85	0.91	0.77



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

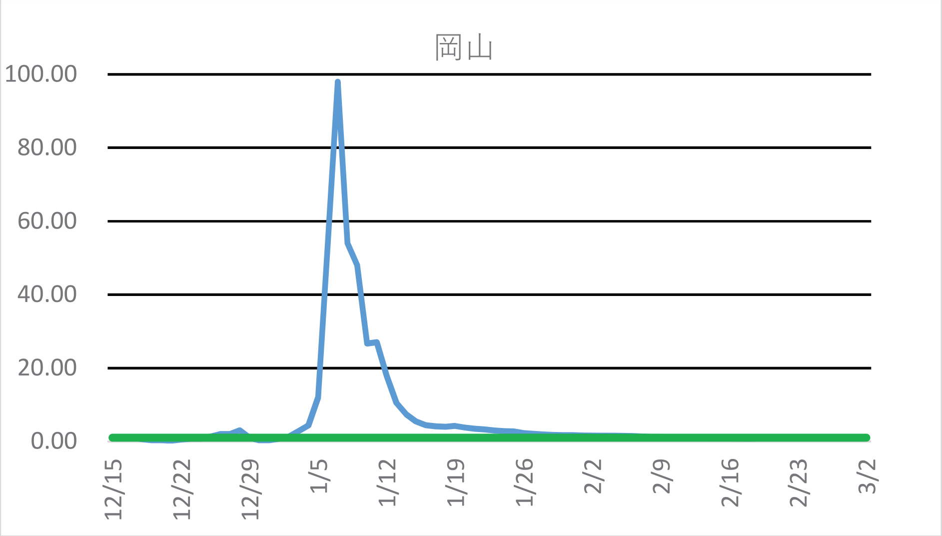
和歌山					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
-	-	-	-	31.14	5.35
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
1.75	1.66	1.02	0.88	0.83	0.73



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

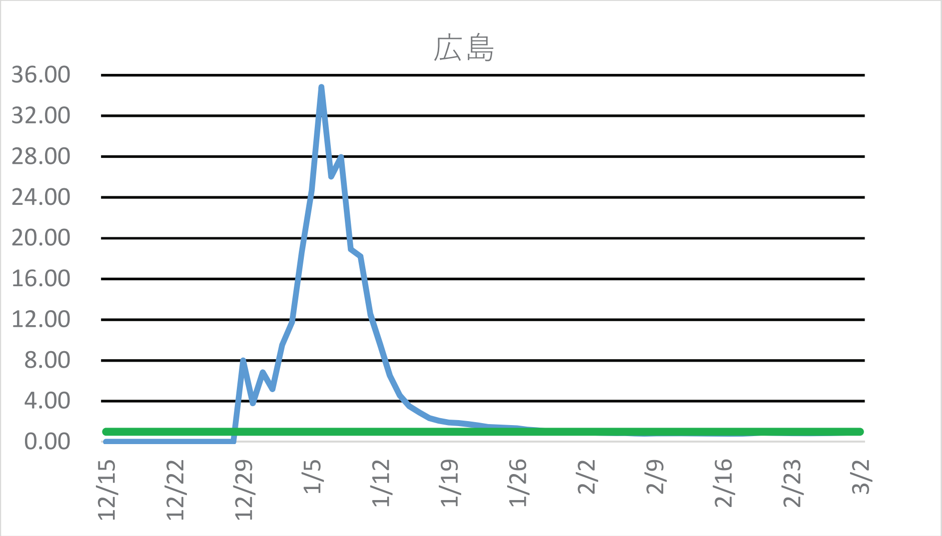
岡山					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
0.80	0.50	1.00	12.00	17.79	4.21
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
2.31	1.50	1.20	0.75	0.81	0.93



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

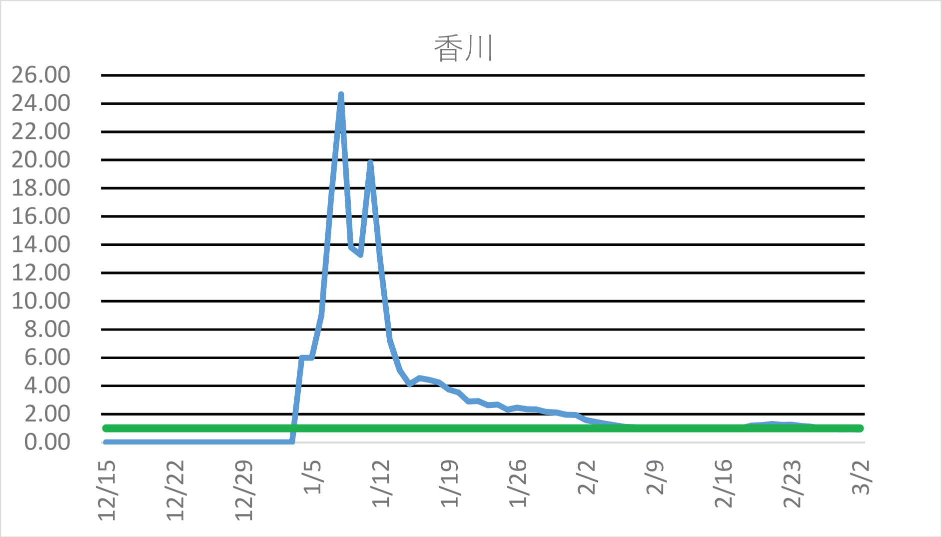
広島					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
-	-	8.00	24.69	9.57	1.91
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
1.33	0.94	0.83	0.82	0.84	0.92



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

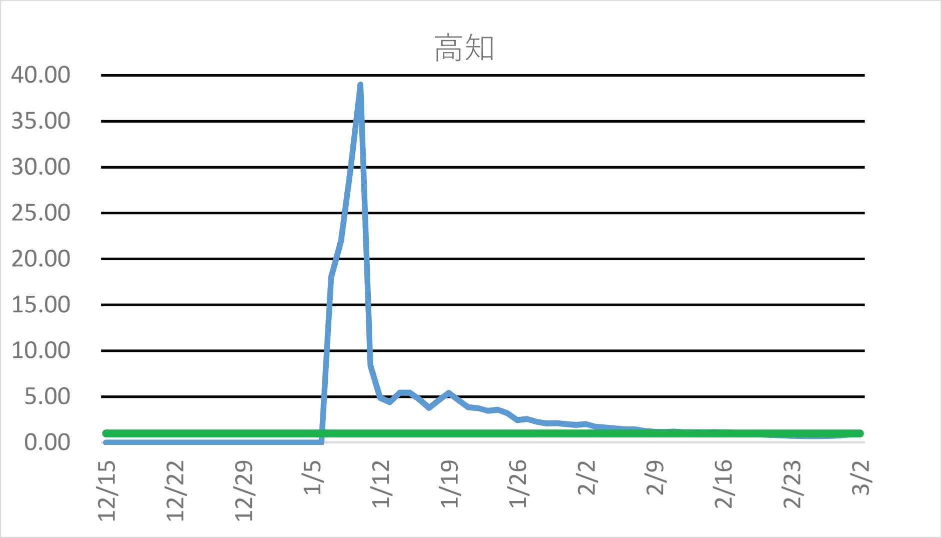
香川					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
-	-	-	6.00	12.92	3.74
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
2.46	1.59	1.06	0.96	1.25	0.91



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

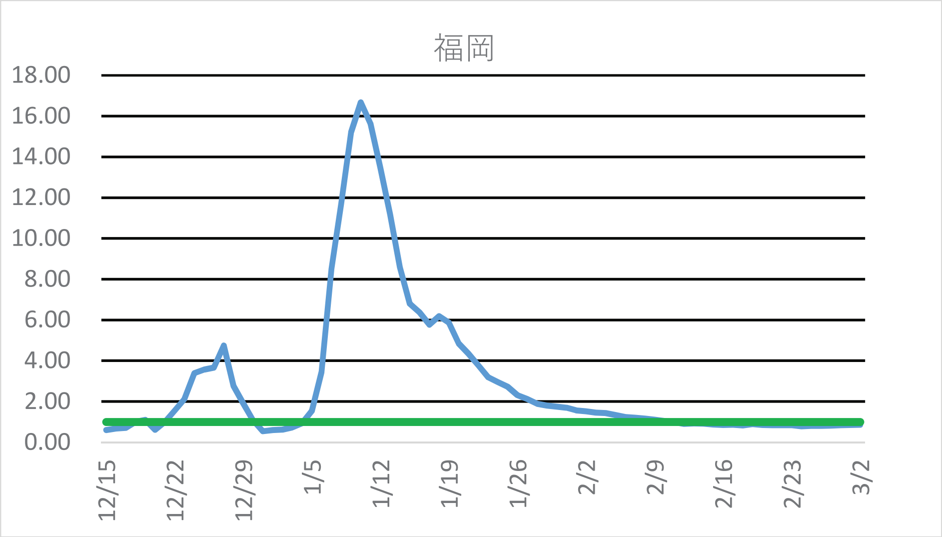
高知					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
-	-	-	-	4.90	5.43
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
2.47	2.02	1.19	1.11	0.78	0.89



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

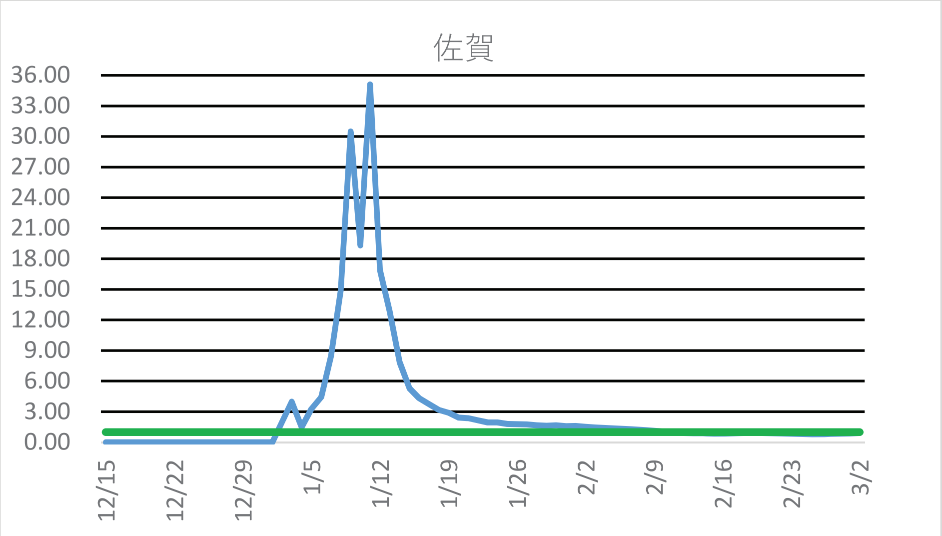
福岡					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
0.61	1.57	1.92	1.54	13.44	5.88
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
2.31	1.53	1.11	0.85	0.84	0.86



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

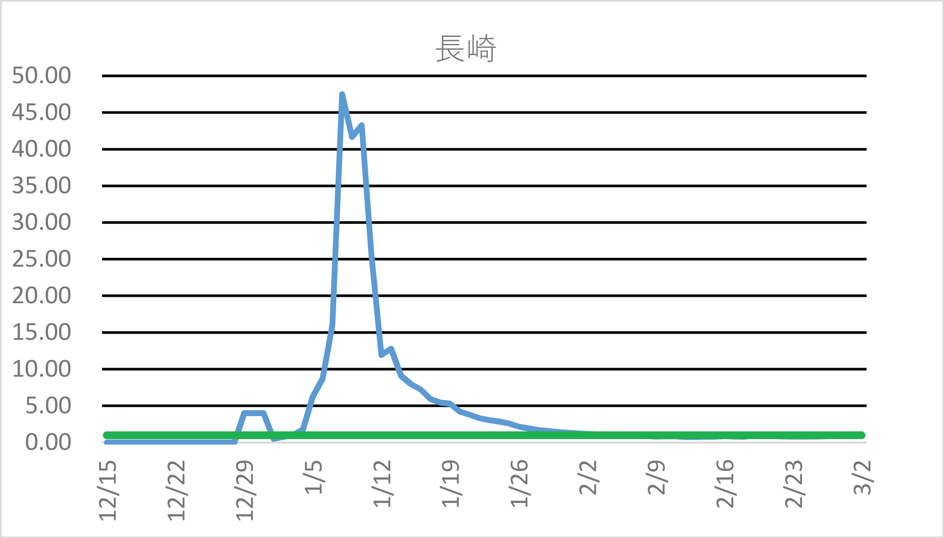
佐賀					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
-	-	-	3.29	11.92	2.92
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
1.79	1.52	1.13	0.85	0.86	0.91



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

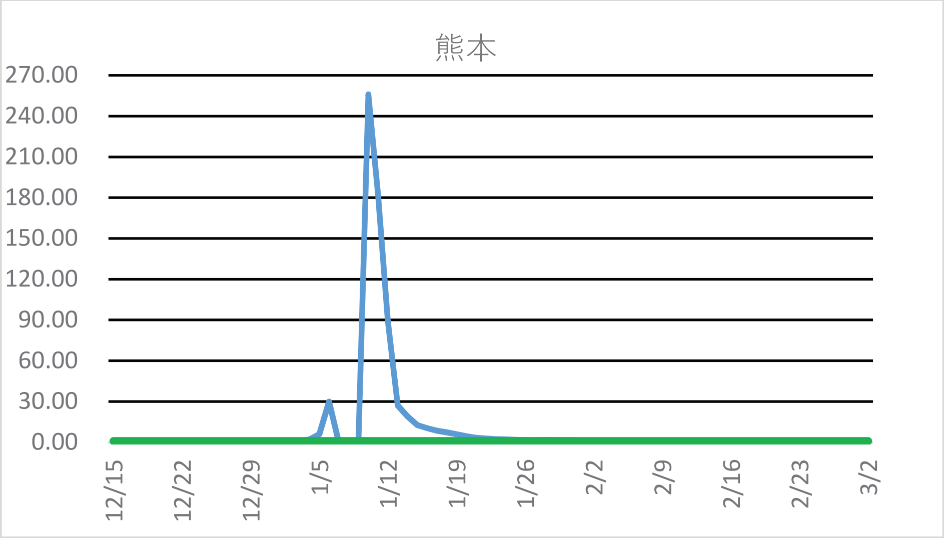
長崎					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
-	-	4.00	6.25	11.92	5.31
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
2.19	1.17	0.84	0.89	0.81	1.00



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

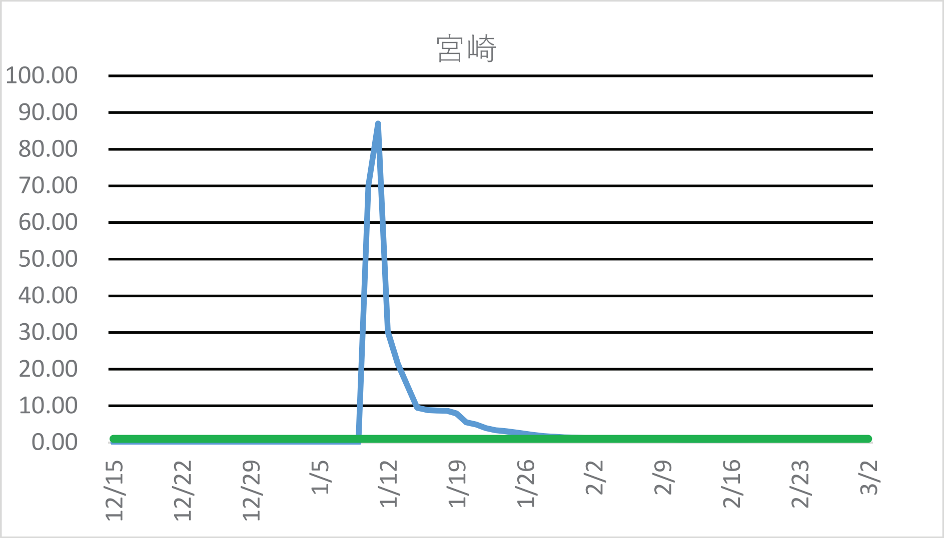
熊本					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
-	-	-	6.00	89.50	5.99
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
1.63	1.36	0.81	0.92	0.83	0.89



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

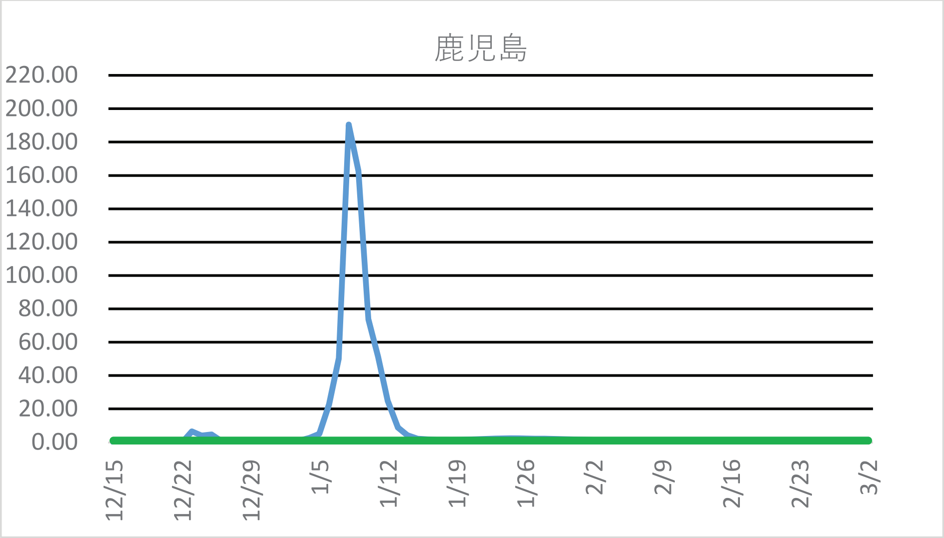
宮崎					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
0.00	**-**	**-**	**-**	**30.25**	**7.89**
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
2.44	**1.12**	**0.83**	**0.76**	**0.95**	**0.94**



今週先週比の推移

まん延防止等重点措置

鹿児島					
12/15	12/22	12/29	1/5	1/12	1/19
-	**-**	**0.50**	**5.17**	**24.52**	**1.56**
1/26	2/2	2/9	2/16	2/23	3/2
2.32	**1.46**	**1.05**	**0.87**	**0.89**	**0.92**



新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査結果（2月23日0時時点）

令和4年2月25日公表

都道府県名	（1）療養者数（注1）	（2）①-1 入院者数	（2）①-2 うち、確保病床に入院している者数	（2）①-3うち、確保病床に位置付けられた臨時の医療施設・入院待機施設に入院している者数	病床数：現フェーズ／最終フェーズ（注2）	病床数：即応病床数（注3）	病床数：確保病床数（注4）	病床数：うち、確保病床に位置付けられた臨時の医療施設・入院待機施設の病床数	病床数：確保病床使用率（注5）	病床数：入院率（注6）	（2）②-1 うち重症者数	（2）②-2 うち、確保病床に入院している重症者数	（2）②-3うち、確保病床に位置付けられた臨時の医療施設・入院待機施設に入院している重症者数	うち重症者用病床数：現フェーズ／最終フェーズ（注2）	うち重症者用病床数：即応病床数（注3）	うち重症者用病床数：確保病床数（注4）	うち重症者用病床数：うち、確保病床に位置付けられた臨時の医療施設・入院待機施設の病床数	うち重症者用病床数：確保病床使用率（注5）
01 北海道	26,397	1,416	770	0	2／3	1,689	2,075	0	37%	5%	7	7	0	2／3	110	134	0	5%
02 青森県	3,429	192	186	0	3／5	389	414	0	45%	6%	3	3	0	1／5	31	31	0	10%
03 岩手県	2,569	190	188	0	Ⅰ／Ⅰ	402	402	0	47%	7%	1	1	0	Ⅰ／Ⅰ	33	33	0	3%
04 宮城県	6,711	236	209	0	Ⅰ／Ⅰ	511	511	0	41%	4%	9	9	0	Ⅰ／Ⅰ	55	55	0	16%
05 秋田県	1,818	89	89	0	6／6	289	289	0	31%	5%	2	2	0	6／6	24	24	0	8%
06 山形県	2,070	101	97	0	Ⅰ／Ⅱ	219	251	0	39%	5%	0	0	0	Ⅰ／Ⅱ	26	26	0	0%
07 福島県	3,040	364	324	0	3／3	751	751	8	43%	12%	6	6	0	3／3	47	47	0	13%
08 茨城県	8,886	379	379	0	Ⅰ／Ⅰ	700	877	77	43%	4%	16	16	0	Ⅰ／Ⅰ	40	80	0	20%
09 栃木県	6,933	255	255	5	2／3	638	638	100	40%	4%	9	9	0	2／3	32	46	0	20%
10 群馬県	7,147	325	325	0	4／4	568	568	0	57%	5%	9	9	0	4／4	37	37	0	24%
11 埼玉県	38,407	1,788	1,353	0	Ⅰ／Ⅰ	2,199	2,199	130	62%	5%	57	57	0	Ⅰ／Ⅰ	239	247	0	23%
12 千葉県	49,869	1,173	1,064	17	2／2	1,712	1,767	232	60%	2%	28	28	0	2／2	120	124	0	23%
13 東京都	172,184	4,172	4,045	0	3／3	6,599	7,109	230	57%	2%	711	711	0	3／3	1,468	1,468	0	48%
14 神奈川県	54,737	1,778	1,778	81	Ⅰ／Ⅰ	2,385	2,500	180	71%	3%	100	100	0	Ⅰ／Ⅰ	197	270	0	37%
15 新潟県	3,917	171	171	0	3／4	555	656	0	26%	4%	3	3	0	3／4	112	112	0	3%
16 富山県	5,416	148	148	0	2／3	230	481	0	31%	3%	3	3	0	2／3	14	36	0	8%
17 石川県	3,593	181	181	0	Ⅱ／Ⅱ	487	487	0	37%	5%	2	2	0	Ⅱ／Ⅱ	41	41	0	5%
18 福井県	1,576	98	98	0	4／5	191	441	100	22%	6%	3	3	0	4／5	20	24	0	13%
19 山梨県	2,402	228	228	0	5／5	389	389	0	59%	9%	4	4	0	5／5	24	24	0	17%
20 長野県	5,099	257	193	0	3／3	466	513	0	38%	5%	2	2	0	3／3	38	43	0	5%
21 岐阜県	7,256	467	467	0	4／4	894	894	0	52%	6%	9	9	0	4／4	59	59	0	15%
22 静岡県	12,777	615	431	0	3／3	653	751	0	57%	5%	4	4	0	3／3	47	64	0	6%
23 愛知県	39,861	1,929	1,285	0	Ⅰ／Ⅱ	1,888	1,888	0	68%	5%	50	50	0	Ⅰ／Ⅱ	183	183	0	27%
24 三重県	5,822	292	292	1	Ⅱ／Ⅲ	534	551	10	53%	5%	3	3	0	Ⅱ／Ⅲ	52	56	0	5%
25 滋賀県	7,998	471	316	0	Ⅰ／Ⅰ	491	494	30	64%	6%	0	0	0	Ⅰ／Ⅰ	52	52	0	0%
26 京都府	21,603	634	634	0	2／2	924	924	110	69%	3%	112	112	0	2／2	171	171	0	65%
27 大阪府	124,647	3,127	3,127	0	Ⅰ／Ⅰ	3,831	4,062	0	77%	3%	793	788	0	4／5	1,178	1,409	0	56%
28 兵庫県	42,158	1,062	1,062	0	5／5	1,499	1,499	0	71%	3%	49	49	0	5／5	142	142	0	35%
29 奈良県	14,679	539	371	0	3／3	509	509	0	73%	4%	26	26	0	3／3	34	34	0	76%
30 和歌山県	2,217	315	315	0	3／3	630	630	0	50%	14%	9	9	0	3／3	26	26	0	35%
31 鳥取県	1,014	85	85	0	2／3	250	350	5	24%	8%	0	0	0	2／3	30	47	0	0%
32 島根県	664	89	89	0	5／5	321	368	0	24%	13%	0	0	0	5／5	5	28	0	0%
33 岡山県	5,441	365	272	0	4／4	537	554	0	49%	7%	12	12	0	3／4	51	68	0	18%
34 広島県	11,515	1,141	393	0	Ⅰ／Ⅱ	758	818	56	48%	10%	11	11	0	Ⅰ／Ⅱ	58	58	0	19%
35 山口県	2,460	248	248	0	4／4	591	591	0	42%	10%	4	4	0	4／4	47	47	0	9%
36 徳島県	2,013	94	94	0	4／5	234	263	22	36%	5%	0	0	0	4／5	25	25	0	0%
37 香川県	3,466	250	116	0	3／3	264	264	0	44%	7%	3	3	0	3／3	30	30	0	10%
38 愛媛県	2,015	80	80	0	3／3	270	270	0	30%	4%	1	1	0	3／3	19	19	0	5%
39 高知県	2,265	143	105	0	5／5	255	255	0	41%	6%	9	4	0	5／5	24	24	0	17%
40 福岡県	39,915	1,917	1,202	0	5／5	1,564	1,564	0	77%	5%	19	19	0	5／5	206	206	0	9%
41 佐賀県	3,299	199	199	0	4／5	482	545	50	37%	6%	3	3	0	2／5	8	48	0	6%
42 長崎県	4,086	304	143	0	Ⅰ／Ⅱ	477	516	0	28%	7%	3	3	0	Ⅰ／Ⅱ	40	40	0	8%
43 熊本県	8,742	422	422	0	Ⅱ／Ⅱ	825	825	0	51%	5%	14	14	0	Ⅱ／Ⅱ	68	68	0	21%
44 大分県	2,119	174	174	0	3／4	415	508	0	34%	8%	0	0	0	3／4	34	43	0	0%
45 宮崎県	2,067	92	92	0	2／2	278	278	0	33%	4%	0	0	0	2／2	15	15	0	0%
46 鹿児島県	3,688	365	268	0	4／4	564	564	0	48%	10%	5	4	0	4／4	33	33	0	12%
47 沖縄県	5,220	273	273	0	5／5	632	632	0	43%	5%	26	26	0	5／5	60	60	0	43%
合計	785,207	29,233	24,636	104		41,939	44,685	1,340			2,140	2,129	0		5,405	5,957	0	

都道府県名	（3）①-1 宿泊療養者数	（3）①-2うち、確保居室に位置付けられた臨時の医療施設・入院待機施設に宿泊している者数	居室数：現フェーズ／最終フェーズ（注2）	居室数：即応居室数（注7）	居室数：確保居室数（注8）	居室数：うち、確保居室に位置付けられた臨時の医療施設・入院待機施設の居室数	居室数：確保居室使用率（注9）	（4）臨時の医療施設・入院待機施設療養者数（再掲含む）（注10）	定員数：現フェーズ／最終フェーズ（注2、11）	定員数：即応定員数（注12）	定員数：確保定員数（注13）	定員数：確保定員使用率（注14）	（5）①-1 自宅療養者等数	（5）①-2 うち、社会福祉施設等療養者数	（6）①-1 療養先調整中の人数（注15）	（6）①-2 うち、入院先調整中の人数（注16）
01 北海道	330	0	2／3	2,140	2,600	0	13%	0	2／3	56	56	0%	22,296	557	2,355	1
02 青森県	128	0	3／5	920	920	0	14%	0	－	0	0	－	2,500	18	609	0
03 岩手県	111	0	Ⅰ／Ⅰ	370	370	0	30%	0	－	0	0	－	2,129	44	139	0
04 宮城県	1,115	0	Ⅰ／Ⅰ	1,710	1,710	0	65%	0	－	0	0	－	4,643	7	717	0
05 秋田県	93	0	6／6	415	415	0	22%	0	－	0	0	－	1,181	23	455	0
06 山形県	56	0	Ⅰ／Ⅱ	322	322	0	17%	0	Ⅰ／Ⅱ	0	0	－	1,739	0	174	0
07 福島県	376	0	3／3	1,446	1,446	0	26%	0	3／3	16	24	0%	2,170	40	130	0
08 茨城県	676	0	5／5	1,950	2,600	0	26%	0	Ⅰ／Ⅰ	77	77	0%	7,831	0	0	0
09 栃木県	395	0	2／3	850	1,110	0	36%	5	2／3	100	100	5%	6,283	67	0	0
10 群馬県	606	0	6／6	1,727	1,727	0	35%	0	4／4	6	6	0%	5,215	0	1,001	95
11 埼玉県	816	0	Ⅰ／Ⅰ	2,154	2,523	8	32%	0	Ⅰ／Ⅰ	174	198	0%	31,695	0	4,108	0
12 千葉県	451	0	2／2	2,290	2,290	3	20%	17	2／2	227	235	7%	47,006	0	1,239	18
13 東京都	4,047	20	3／3	8,850	8,850	290	46%	138	3／3	1,698	2,326	6%	83,953	1,160	79,894	643
14 神奈川県	303	0	1／1	2,238	2,238	0	14%	81	Ⅰ／Ⅰ	204	204	40%	52,076	849	580	0
15 新潟県	40	0	3／3	300	340	0	12%	0	3／3	10	10	0%	3,705	54	1	1
16 富山県	264	0	2／3	760	760	0	35%	0	2／3	0	0	－	4,438	82	566	3
17 石川県	77	0	Ⅱ／Ⅱ	970	970	0	8%	0	Ⅱ／Ⅱ	0	0	－	2,357	122	978	0
18 福井県	69	0	2／5	425	575	0	12%	0	4／5	0	100	0%	1,409	0	0	0
19 山梨県	367	240	5／5	1,135	1,135	639	32%	240	5／5	639	639	38%	1,324	48	483	0
20 長野県	432	0	Ⅰ／Ⅰ	932	932	0	46%	0	－	0	0	－	3,716	47	694	0
21 岐阜県	492	0	3／3	1,932	1,932	4	25%	0	4／4	4	4	0%	4,713	48	1,584	33
22 静岡県	281	0	3／3	1,057	1,057	0	27%	1	3／3	75	75	1%	11,847	276	33	0
23 愛知県	741	0	Ⅰ／Ⅱ	2,209	2,209	0	34%	0	2／2	0	0	－	32,401	391	4,790	5
24 三重県	119	0	3／3	665	665	0	18%	1	Ⅱ／Ⅲ	10	10	10%	5,385	118	26	5
25 滋賀県	199	0	Ⅰ／Ⅰ	677	677	0	29%	0	Ⅰ／Ⅰ	30	30	0%	7,312	119	16	6
26 京都府	198	0	1／1	1,126	1,126	0	18%	0	2／2	110	110	0%	20,771	0	0	0
27 大阪府	2,852	42	6／7	11,446	11,446	150	25%	76	Ⅰ／Ⅰ	1,021	1,191	6%	66,570	0	52,064	0
28 兵庫県	399	0	5／5	2,411	2,411	0	17%	0	－	0	0	－	36,522	0	4,175	49
29 奈良県	344	0	3／3	1,083	1,083	0	32%	0	3／3	0	0	－	0	0	13,796	66
30 和歌山県	152	0	3／3	191	329	0	46%	0	3／3	178	178	0%	1,065	0	685	685
31 鳥取県	148	0	2／2	458	458	0	32%	0	1／1	5	5	0%	618	0	163	163
32 島根県	32	0	5／5	143	143	0	22%	0	－	0	0	－	361	0	182	6
33 岡山県	147	0	3／3	629	629	0	23%	0	2／4	0	5	0%	4,469	197	460	0
34 広島県	466	0	Ⅰ／Ⅰ	2,334	2,334	0	20%	0	Ⅰ／Ⅱ	0	56	0%	6,759	627	3,149	0
35 山口県	144	0	4／4	830	830	0	17%	0	4／4	0	0	－	1,868	160	200	0
36 徳島県	230	0	5／5	500	500	0	46%	0	4／5	0	22	0%	1,689	0	0	0
37 香川県	186	0	2／2	488	488	0	38%	0	3／3	0	0	－	1,971	72	1,059	0
38 愛媛県	74	0	3／3	263	263	67	28%	0	3／3	67	67	0%	1,798	134	63	0
39 高知県	158	0	5／5	418	418	0	38%	1	5／5	12	12	8%	1,942	100	21	10
40 福岡県	1,024	0	4／4	2,468	2,468	19	41%	0	1／2	19	69	0%	32,437	239	4,537	0
41 佐賀県	263	0	3／4	615	615	0	43%	0	4／5	50	50	0%	2,837	300	0	0
42 長崎県	206	0	Ⅰ／Ⅱ	900	920	20	22%	0	Ⅰ／Ⅱ	20	20	0%	3,142	8	434	0
43 熊本県	411	0	Ⅱ／Ⅱ	1,335	1,335	0	31%	0	－	0	0	－	7,144	101	765	109
44 大分県	473	0	3／4	1,360	1,360	209	35%	0	3／4	79	209	0%	1,454	25	18	18
45 宮崎県	90	0	Ⅰ／Ⅰ	510	510	10	18%	0	Ⅰ／Ⅰ	10	10	0%	1,543	77	342	3
46 鹿児島県	830	0	4／4	1,710	1,757	47	47%	0	1／4	0	57	0%	0	0	2,493	0
47 沖縄県	514	0	5／5	1,230	1,230	50	42%	0	5／5	50	50	0%	3,687	0	746	0
合計	21,925	302		70,892	73,026	1,516		560		4,947	6,205		547,971	6,110	185,924	1,919

注1：入院者数、宿泊療養者数、臨時の医療施設・入院待機施設療養者数、自宅療養者等数、療養先調整中の人数の合計から確保病床に位置付けられた臨時の医療施設・入院待機施設に入院している者数、確保居室に位置付けられた臨時の医療施設・入院待機施設に宿泊している者数を除いた値

注2：病床・宿泊療養施設･臨時医療施設等確保計画の一般フェーズまたは緊急フェーズにおける現在のフェーズ/最終フェーズを記載（一般フェーズはアラビア数字（1・2・3･･･）、緊急フェーズはローマ数字（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ･･･）で記載）。緊急フェーズは赤色、一般フェーズの最終フェーズは黄色に着色。（一般フェーズの設定が１つしかない都道府県については、緊急フェーズに移行した場合にのみ赤色に着色）

注3：現在のフェーズにおいて、準備病床からの切り替えが完了し、新型コロナウイルス感染症患者の受入れ要請があれば、即時患者受入れを行うことが可能または既に受入れを行っている病床数

注4：いずれかのフェーズにおいて、新型コロナウイルス感染症患者の受入れ要請があれば、患者受入れを行うことについて医療機関と調整済の病床数

注5：確保病床数に対する当該病床に入院している者（(2)①-2または(2)②-2）の割合

注6：療養者数に対する入院者数（(2)①-1）の割合

注7：現在のフェーズにおいて、新型コロナウイルス感染症患者の受入れ要請があれば、即時患者受入れを行うことが可能または既に受入れを行っている宿泊療養施設居室数

注8：借り上げなど契約等に基づき確保している居室数と協定等に基づき確保している居室数の合計

注9：確保居室数に対する宿泊療養者数の割合

注10：確保病床または確保居室に位置づけられた臨時の医療施設等に入院している者とそのいずれにも位置付けられていない施設等で療養している者の合計

注11：確保病床・確保居室のいずれにも位置付けられていない臨時の医療施設・入院待機施設の定員数についてのフェーズを記載（ただし、そのような臨時の医療施設・入院待機施設を持たない都道府県においては、病床確保計画又は宿泊療養施設確保計画のいずれかのフェーズの設定に準じて記載し、当該施設がない場合は「－」と記載。）

注12：現在のフェーズにおいて、新型コロナウイルス感染症患者の受入れ要請があれば、即時患者受入れを行うことが可能または既に受入れを行っている定員数

注13：いずれかのフェーズにおいて、新型コロナウイルス感染症患者の受入れ要請があれば、患者受入れを行うことについて臨時の医療施設・入院待機施設と調整済の定員数

注14：確保定員数に対する臨時の医療施設・入院待機施設療養者数の割合

注15：調査時点で、⑵～⑸のいずれにも該当しておらず、療養先調整中である者の数

注16：⑹①-１療養先調整中の人数のうち、療養場所の種別が「入院」と決定したが、調査時点で入院療養が開始していない者の数

オミクロン株による新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザの比較に関する見解

2022 年 3 月 2 日

阿南英明、今村顕史、岡部信彦、押谷 仁、尾身 茂
河岡義裕、川名明彦、齋藤智也、鈴木 基、瀬戸泰之
西浦 博、武藤香織、吉田正樹、脇田隆字

１．オミクロン株による新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザの現時点での共通する特徴

(1) 呼吸器疾患であり、肺炎の原因がウイルス性のものが主体か二次性の細菌性のものが主体かという違いはあるものの、いずれも肺炎を生じさせうる。
(2) 高齢者や基礎疾患を持つ者では重症化することがある。感染をきっかけに基礎疾患が悪化したり、合併症を併発したりして、全身状態の悪化に至ることがある。
(3) 大多数の小児や青壮年では、比較的予後が良い。
(4) 短期間に多くの感染者が発生し、軽症者・無症候感染者が多いためにすべての感染者を探知することはできない。

２．オミクロン株による新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザの現時点での主な相違点

(1) 季節性インフルエンザウイルスの変異は、主に抗原性の変化を伴うが、通常は流行を起こしたウイルスの中から次の流行株が現れる。一方、新型コロナウイルスのオミクロン株はデルタ株等から派生したものではなく、抗原性だけでなく病原性を含む特徴が従来の流行株から大きく変化していた。オミクロン株にさらに変異が起こることも考えられ、まったく別の特徴をもった変異株が発生する可能性もある。
(2) 新型コロナウイルスのオミクロン株は、従来株や他の変異株から抗原性が大きく変化しているため、自然感染やワクチンの免疫による感染・発症予防効果は限定的である。これに対し、季節性インフルエンザウイルスに対しては、人口の多くが流行株に対して一定の免疫を持っている。
(3) オミクロン株による感染を含む新型コロナウイルス感染症では、流行初期に若年層（10 代後半から 30 代）の感染者の割合が高く、流行を牽引しているのはこの年齢層だと考えられる。一方、季節性インフルエンザでは流行初期の感染者に小児の割合が非常に高く、保育園・幼稚園・小学校・中学校などが起点となって感染が地域に拡大する。
(4) 肺炎には、細菌感染が主体となって起こる細菌性肺炎と、ウイルス感染が主体となって起こるウイルス性肺炎がある。季節性インフルエンザに罹患した高齢者における肺炎には、抗菌薬での治療が可能な細菌性肺炎が多く含まれる。一方、その頻度は従来株に比べて低いものの、オミクロン株による新型コロナウイルス感染症でも

年齢を問わずウイルス性肺炎を生じることがある。ウイルス性肺炎に対しては早期の治療介入が必要なため、オミクロン株による感染者の急増により、検査・診断が遅れる場合に早期の治療が困難なことがある。したがって、新型コロナウイルス感染症の流行が拡大すれば、中等症以上の患者が増加しやすくなり医療の逼迫が生じやすい。季節性インフルエンザで見られる急性脳症や異常行動などは、新型コロナウイルス感染症ではこれまでにはないか、あるいは稀である。かわって小児ではMIS-C（小児 COVID-19 関連多系統炎症性症候群）が生ずる可能性がある。

(5) また、新型コロナウイルス感染症では、多くの者で症状が改善、または罹患前の健康状態に戻る一方で、一部の症状が遷延、またはいったん回復後に新たに症状（罹患後症状）が出現する者が一定程度いることが報告されている。オミクロン株での罹患後症状の特徴は現時点ではよくわからないものの、これまでの報告では、軽症者でも罹患後症状が発生する場合もあることがわかっている。また、季節性インフルエンザでも軽度から重篤な合併症を併発することがあり、まれに遷延化することがある。

(6) オミクロン株を含む新型コロナウイルス感染症に対しては、高リスク患者に対し重症化防止効果が確認された治療薬がすでに使用可能となっているが、重症化リスクのない多くの軽症及び無症状の罹患者に投与できる抗ウイルス薬はない。季節性インフルエンザに対しては、軽症者を含めた罹患者の罹病期間の短縮効果や発症前の予防効果を有する治療薬はすでに使用可能となっているが、重症化防止効果が臨床試験で十分に確認された抗ウイルス薬はない。

３．致命率計算の課題

流行が起きている状況下で、致命率を正確に評価することは困難である。また、そもそも正確に致命率を計算し、異なる感染症の間での比較を行うことも難しい。その理由は以下の通りである。

(1) 本来、重症度を正確に比較するためには、軽症者・無症候感染者を含むすべての感染者を分母とし、すべての死亡者数を分子とした感染致命率（Infection fatality ratio, IFR）で比較すべきである。しかし、新型コロナウイルス感染症や季節性インフルエンザでは、上述の理由により全ての感染者数を探知することは不可能なので、短期的あるいはリアルタイムの疫学的評価においては、報告された罹患者数もしくは報告された感染者数から推定した罹患者数を分母に用いる症例致命率（Case fatality ratio, CFR）が使われることが多い。

(2) さらに、以下の理由から CFR には過大評価または過小評価が起こり得る。

① 死亡者数は感染者数に遅れて増加するため、単純な割り算（ある時刻での累積死亡者数を累積感染者数で除すること）をすると CFR は過小評価になる可能性がある。

② 報告された感染者数を分母とする場合、医療逼迫や検査数の減少等の影響により分母が減少すると、本来の死亡リスクとしては過大評価される。

③ 分子とする死亡者数は、死亡者をどう定義・報告するかにより過小評価にも過大評価にもなり得る。また、死亡の診断バイアスが問題になり得る。

④ 年代別にみると CFR は高齢になるほど高くなる。また、流行の主体の年齢構成により、分母となる感染者の年齢構成も変化する。したがって、全年齢層を対象として計算した CFR は感染者の年齢構成によって大きく変化し得る。

⑤ 流行株の重症度、ワクチンの有効性、接種率、治療薬の効果等の複合的な要因によって CFR は変化するため、どの時点（シーズン、波）の値をとるかで過大評価にも過小評価にもなりうる。オミクロン株感染による重症度が低下しているのも、オミクロン株そのものの重症度が低下しているだけはなく、多くの人が一定の免疫を獲得していることが関与している可能性がある。

(3) 季節性インフルエンザでは、定点医療機関からの報告数に基づいて全国の総受診者数を推定して分母とする一方で、新型コロナウイルス感染症では無症候感染者を含む全数報告の値を分母としている。

(4) 季節性インフルエンザでは、人口動態統計を用いてインフルエンザを原死因とする死亡者数もしくは超過死亡を分子とすることが多い。これに対して、新型コロナウイルス感染症では、診断された後に死亡した人は死因に関わらず報告することが求められており、リアルタイムに致命率を評価する場合はこの数字が分子に用いられる。季節性インフルエンザと同様に超過死亡を分子とすることもあるが、その評価にはタイムラグが生じる。

(5) 季節性インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症のいずれについても、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を用いて全国の医療機関を受診した患者数を集計できる。ただし、患者は検査結果ではなく傷病名と処方薬に基づいて特定されることから、これを分母として用いると CFR は過小評価にも過大評価にもなりうる。

なお、国際的にみても季節性インフルエンザにおける肺炎の発症率を示したデータは極めて限られており、新型コロナウイルス感染症の肺炎の発症率も正確に評価することは現時点では困難である。

４．暫定的なデータ

上記のようにオミクロン株による新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザの比較は困難であるが、これまでに報告されているデータから以下のように分析した。

(1) 現時点での推定症例致命率

- 季節性インフルエンザについては、2013 年から 2017 年の人口動態統計における狭義のインフルエンザ死亡数を分子とし、定点医療機関から報告されたインフルエンザ患者数に基づく推計患者数を分母とすると[1]、症例致命率（CFR）は 0.006%

[1] 第 73 回（2022 年 2 月 24 日）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資料 3-2②

- 0.018%と推計された。また、2018/19 シーズンのインフルエンザ関連超過死亡数を分子とし、推計患者数を分母とすると[2]、症例致命率は 0.010%-0.052%と推計された。また、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を用いて、2017 年 9 月から 2020 年 8 月の 3 年間に季節性インフルエンザで医療機関を受診した患者数を分母とし、受診後 28 日以内に死亡した数を分子とすると、症例致命率は 0.09%と推計された[3]。

- オミクロン株による新型コロナウイルス感染症については、全国での 2022 年 1 月 1 日からの累積死亡者数と累積陽性者に対する死亡者の比率では、厚労省公表データから 2 月 21 日現在、約 0.13%程度となる。この方法で計算した致命率は、この段階で上記のように推定された季節性インフルエンザの致命率を上回っており、さらに上昇傾向にある。
- 新型コロナウイルス感染症については、2020 年 1 月から 2021 年 10 月までの累積超過死亡数を分子とし、同期間の累積陽性者数を分母とすると、症例致命率は 4.25%であった。一方、流行当初からの累積死亡報告数を分子、累積陽性者数を分母とし、報告から死亡までの遅れを補正して計算すると、症例致命率は 2020 年 6 月には 5%を超えていたが、その後は低下傾向となり、2021 年後半以降は 1%を切るようになった（図 1）。これは新型コロナワクチンの接種拡大により、特に高齢者の感染、死亡が減少したことが要因と考えられる。また、2022 年 1 月以降の症例致命率の低下は、オミクロン株の致命率がそれまでのデルタ株に比べて低下していることを反映している可能性がある。観察された CFR の減少傾向は、予防接種が充分に行き渡るまでに流行の抑制策を取ることの重要性を示唆する。

(2) 現時点での肺炎の発症頻度

国立感染研と国立国際医療研究センターによれば、オミクロン株に感染した初期の 139 例の分析において、胸部レントゲン検査あるいは胸部 CT 検査で 5.6%の症例に肺炎像をみとめた[4]。一方で、季節性インフルエンザでの肺炎の発症頻度は成人では 1.1-2.3%との報告[5]や､2.1-2.5%との報告[6]がある。しかし、季節性インフルエンザについては、比較対象とすべき過去のデータが限定的で、今後とも比較が困難と考えられた。

---

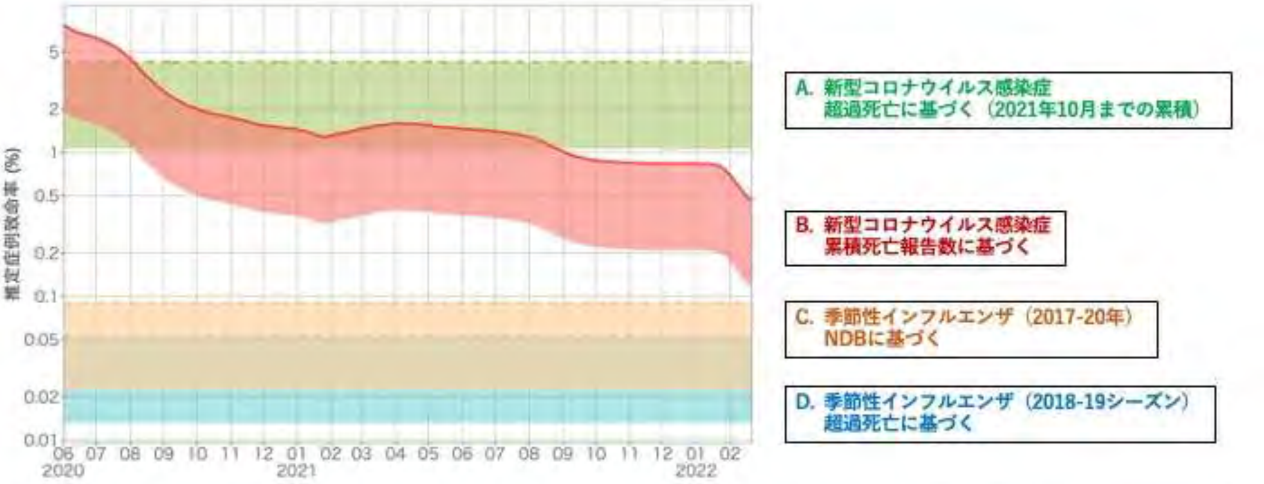
[2] 第 73 回（2022 年 2 月 24 日）厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード資料 3-2②

[3] 第 74 回（2022 年 3 月 2 日）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資料 3-10

[4] SARS-CoV-2 B.1.1.529 系統（オミクロン株）感染による新型コロナウイルス感染症の積極的疫学調査（第 5 報）. 2022 年 2 月 18 日.

[5] Belongia EA, Irving SA, Waring SC, et al. Clinical Characteristics and 30-Day Outcomes for Influenza A 2009 (H1N1), 2008-2009 (H1N1), and 2007-2008 (H3N2) Infections. JAMA. 2010;304(10):1091–1098.

[6] Irving SA, Patel DC, Kieke BA, et al. Comparison of clinical features and outcomes of medically attended influenza A and influenza B in a defined population over four seasons: 2004–2005 through 2007–2008. Influenza and Other Respiratory Viruses. 2012; 6(1): 37-43.



症例致命率（case fatality risk）を感染致命率（infection fatality risk）を念頭に範囲（実際の感染者数は報告数の最大で4倍と想定）で推定した。

A.分子は2020年1月から2021年10月までの累積超過死亡数の上限値、分母は同期間の新型コロナウイルス感染症の累積報告数とした。分母を最大で4倍とした場合の範囲を推定した。

B.分子は東京都の累積死亡数、分母は東京都の累積陽性者数とし、診断から死亡の遅れを補正した。分母を最大で4倍とした場合の範囲を推定した。

C.レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を用いて特定された、2017年9月から2020年8月までの季節性インフルエンザ受診者の情報に基づく致命率を示した。分母を最大で4倍とした場合の範囲を推定した。

D.分子は2018-19シーズンのインフルエンザ関連超過死亡数の上限値、分母は同シーズンの推定インフルエンザ受診者数とした。データは人口動態統計および国立感染症研究所公表値を用いた。分母を最大で4倍とした場合の範囲を推定した。

図１　日本における新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザの推定致命率
（作成：鈴木基、高勇羅）

５．暫定的な見解

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、年齢群別の感染頻度の時間変化や感染から死亡までの遅れを適切に考慮すると、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いと考えられる。また、肺炎の発症率についても、限られたデータではあるが季節性インフルエンザよりも高いことが示唆される。

なお、英国と米国における検討状況については、参考資料に示したので参照されたい。

【参考資料１】英国における死亡証明統計を用いた推計

図 2 は、西浦 博（京都大学）が英国イングランドの死亡証明統計（Death certificates）に基づく新型コロナウイルス感染症の IFR を計算し、季節性インフルエンザの IFR を比較したものである。新型コロナウイルス感染症の IFR の計算には、英国の国家統計局（ONS）によるイングランドの新規感染者数推定値（Infection survey）と、イングランドのみの死亡証明統計の原死因データを用いている。ベースラインとして用いている季節性インフルエンザの IFR は、ニュージーランドから出された報告によれば、0.039%である（赤線）[7]。2022 年 1 月以降、オミクロン株に置き換わった後も、新型コロナウイルス感染症の IFR は季節性インフルエンザの IFR を上回っており、直近の観察値は 0.062%である。図 1 と同様、観察される IFR の長期間を経た減少傾向は、予防接種が充分に行き渡るまでに流行の抑制策を取ることの重要性を示唆する。

＜注＞2022 年 2 月 22 日時点で、人口 100 万人あたりの新型コロナウイルス感染症による累計の死者数は、英国では約 2,355 名であるのに対し、日本では約 177 名であり、解釈に留意が必要である（出典：Our World in Data COVID-19 dataset）。

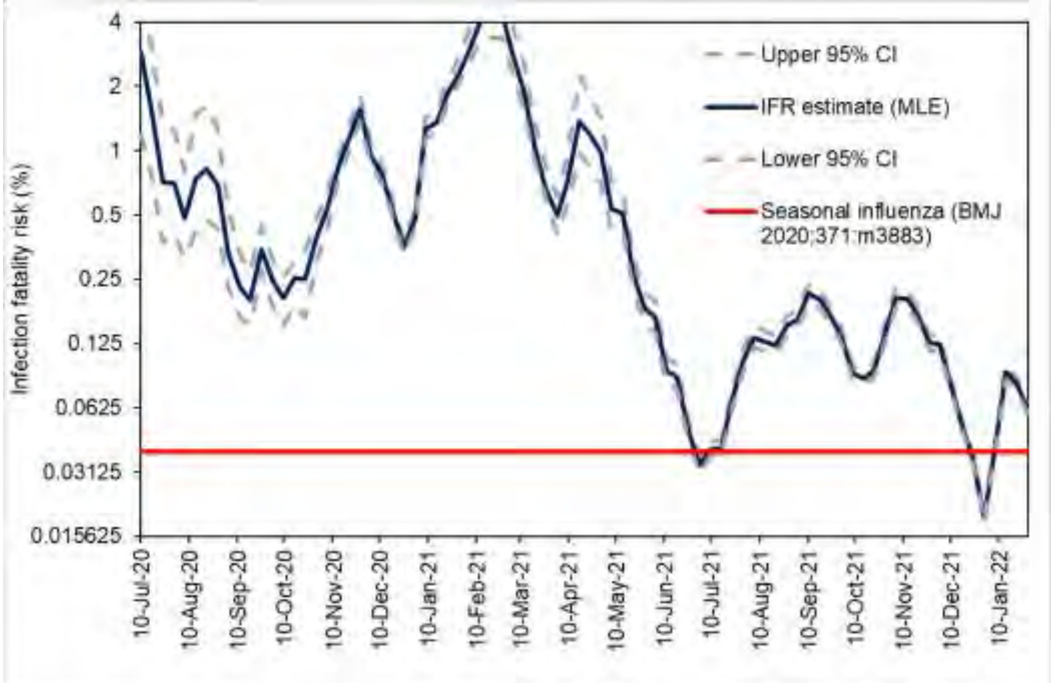


図 2　英国イングランドにおける新型コロナウイルス感染症の IFR（作成：西浦 博）

※日本と同様、英国においてもオミクロン株の流行は 20-30 歳台を中心に拡大し、その後に遅れて高齢者が増えるパターンを認めた。その影響からか、オミクロン株流行当初には IFR が赤線を下回ったが、しかしその後上昇するに至ったと考えられる。

[7] Baker M, Wilson N. BMJ. 2020;371:m3883

【参考資料２】米国における死因統計に基づくサーベイランス

図 3 は、米国・衛生統計センター（NCHS）による死因統計に基づくサーベイランス結果として公表されたものである。季節性インフルエンザによる死亡と新型コロナウイルス感染症の死亡の実数がそれぞれオレンジと青で示されている。米国では 2022 年 1 月中旬以降ほとんどの検出株がオミクロン株である（https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#variant-proportions）。オミクロン株が流行株の主体であった 2022 年の 3-6 週目の 4 週間だけで死亡者は 4.2 万人となっている。これは近年では季節性インフルエンザによる死亡が突出して多かった 2017/2018 年シーズンの約 1.5 万人を大きく上回っている。

＜注意＞2022 年 2 月 22 日時点で、人口 100 万人あたりの新型コロナウイルス感染症による累計の死者数は、米国では約 2,814 名であるのに対し、日本では約 177 名であり、解釈に留意が必要である。（出典：Our World in Data COVID-19 dataset）

PIC: pneumonia, influenza, and/or COVID-19

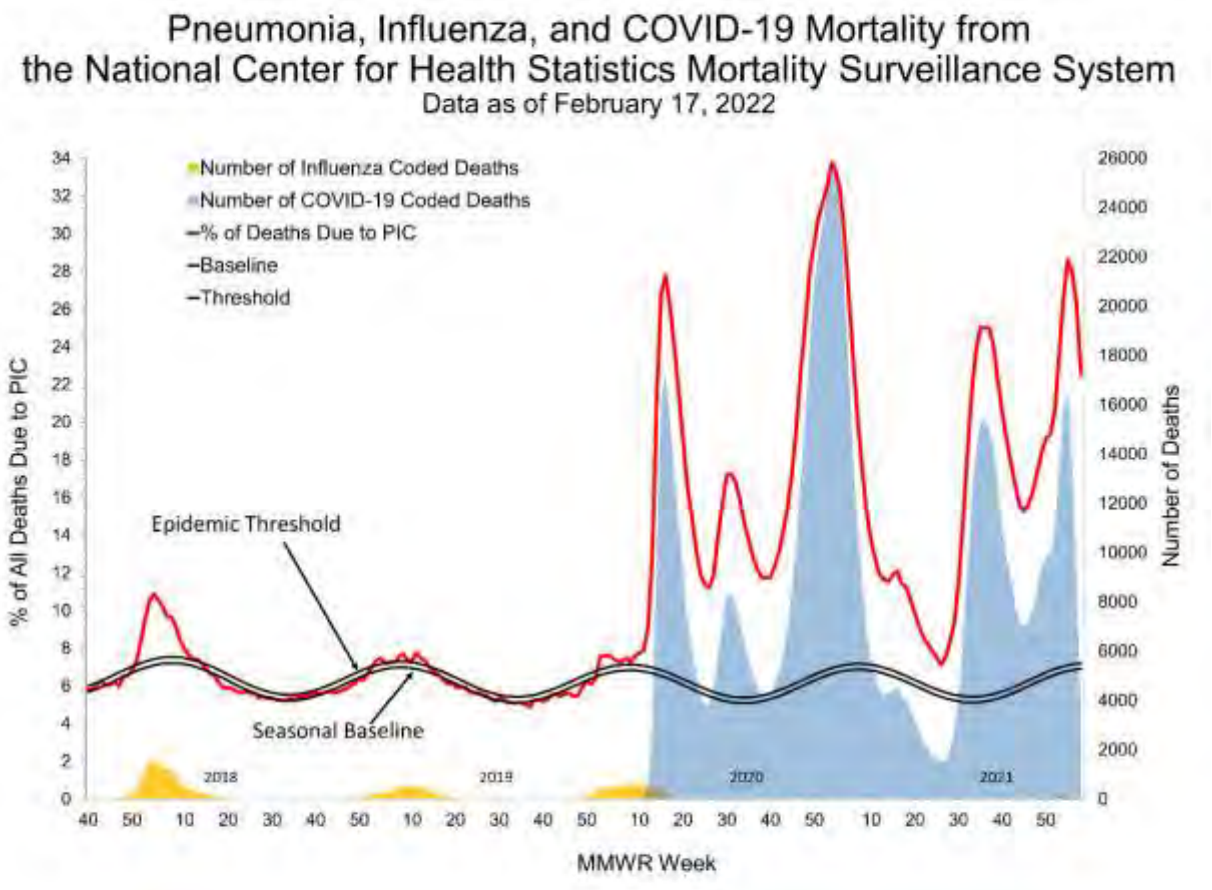


図 3　米国・衛生統計センター（NCHS）による死因統計に基づくサーベイランス結果
出典：National Center for Health Statistics (NCHS) Mortality Surveillance [https://www.cdc.gov/flu/weekly/index.htm]

第25回（令和４年３月４日）
基本的対処方針分科会

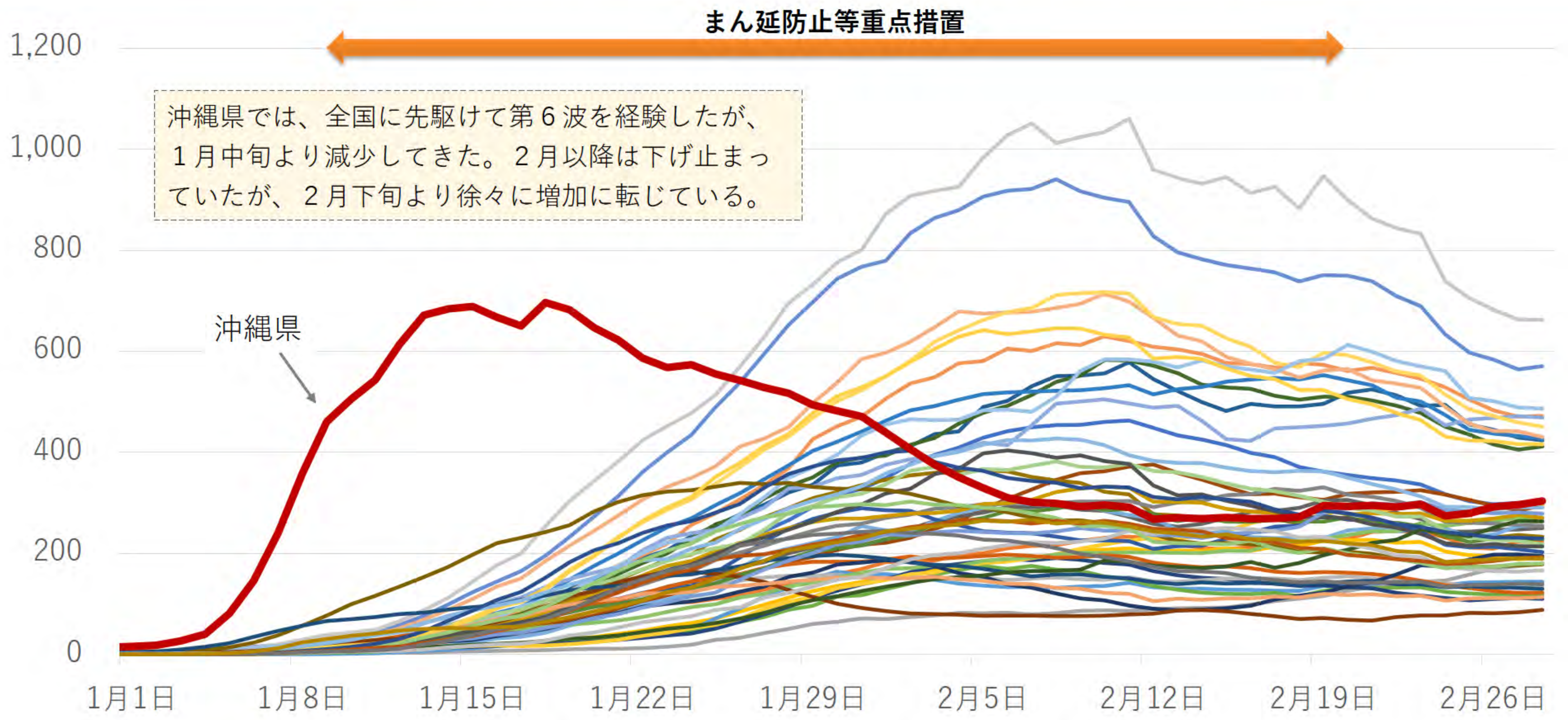
参考資料９

沖縄県における
まん延防止等重点措置および解除後の対策について

2022年3月4日

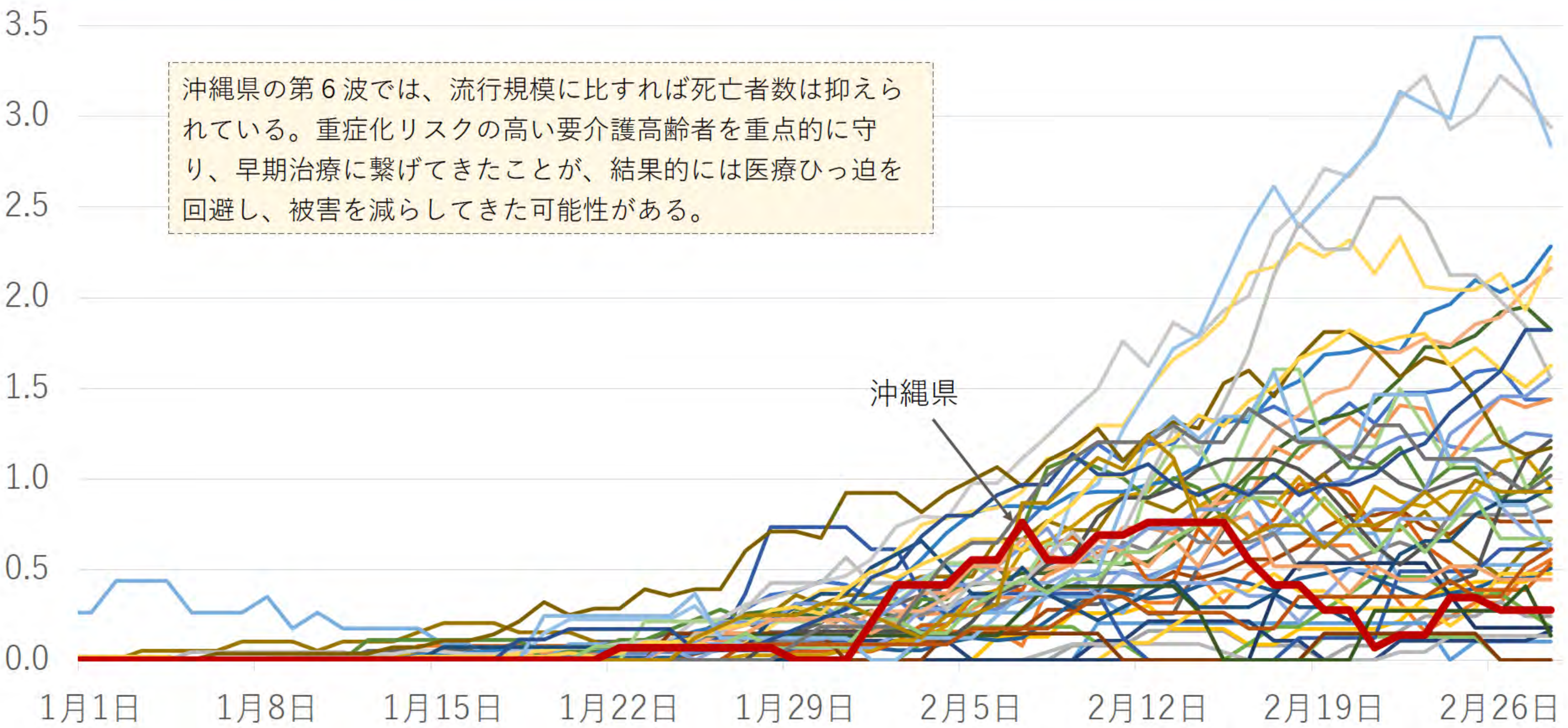
沖縄県立中部病院感染症内科・地域ケア科副部長／沖縄県政策参与　高山義浩

図１ 都道府県別にみる新規陽性者数の推移（人口10万人あたり７日間合計）



出典：NHK特設サイト「新型コロナウイルス」掲載の都道府県ごとの陽性者数をもとに作図

図２ 都道府県別にみる死亡者数の推移（人口10万人あたり７日間合計）



出典：NHK特設サイト「新型コロナウイルス」掲載の都道府県ごとの陽性者数をもとに作図

図３ 年齢階級別にみる新規陽性者数の推移（人口10万人あたり７日間合計）

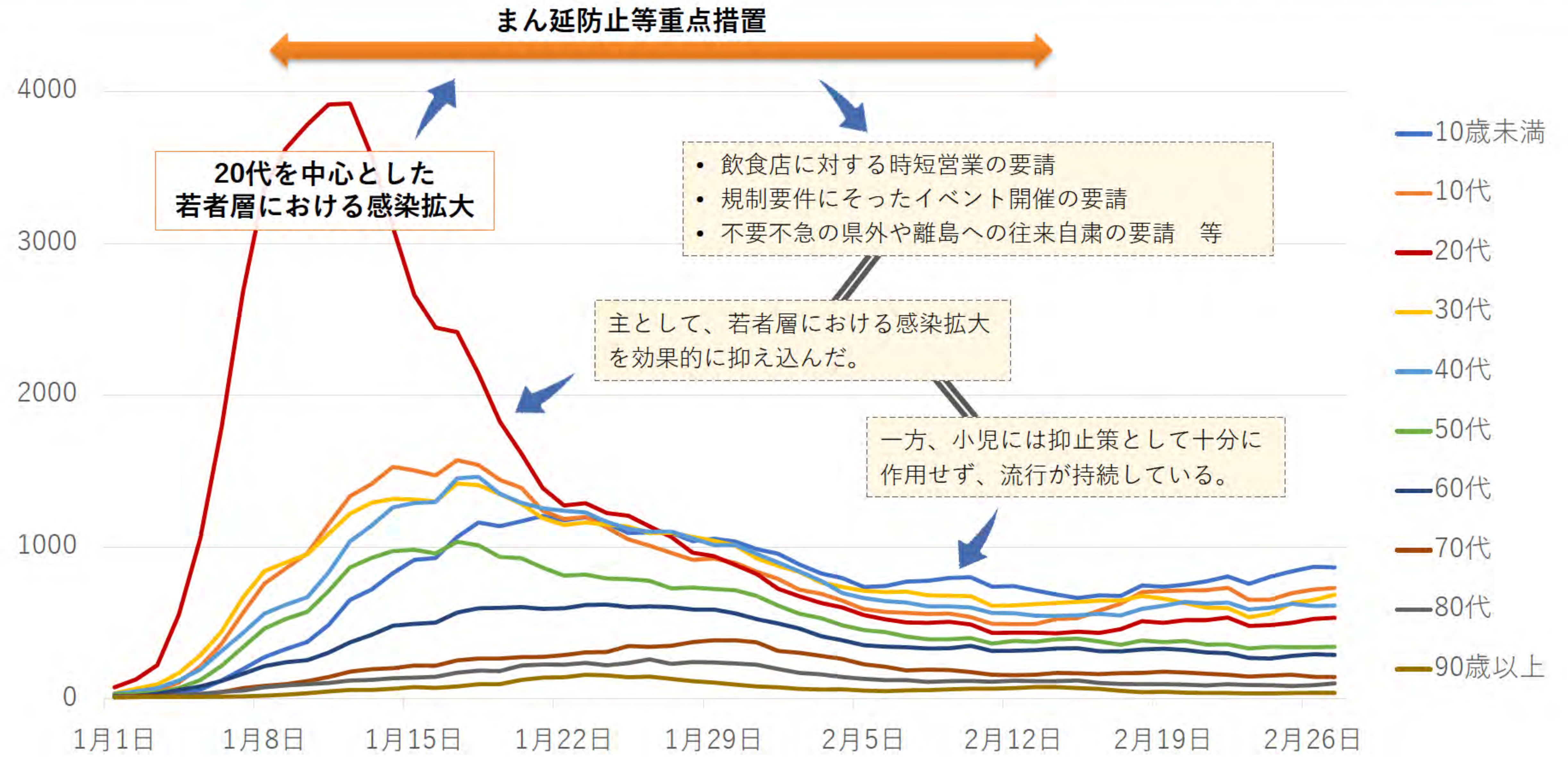


図４ 年齢階級別にみる新規陽性者数の推移（人口10万人あたり７日間合計）

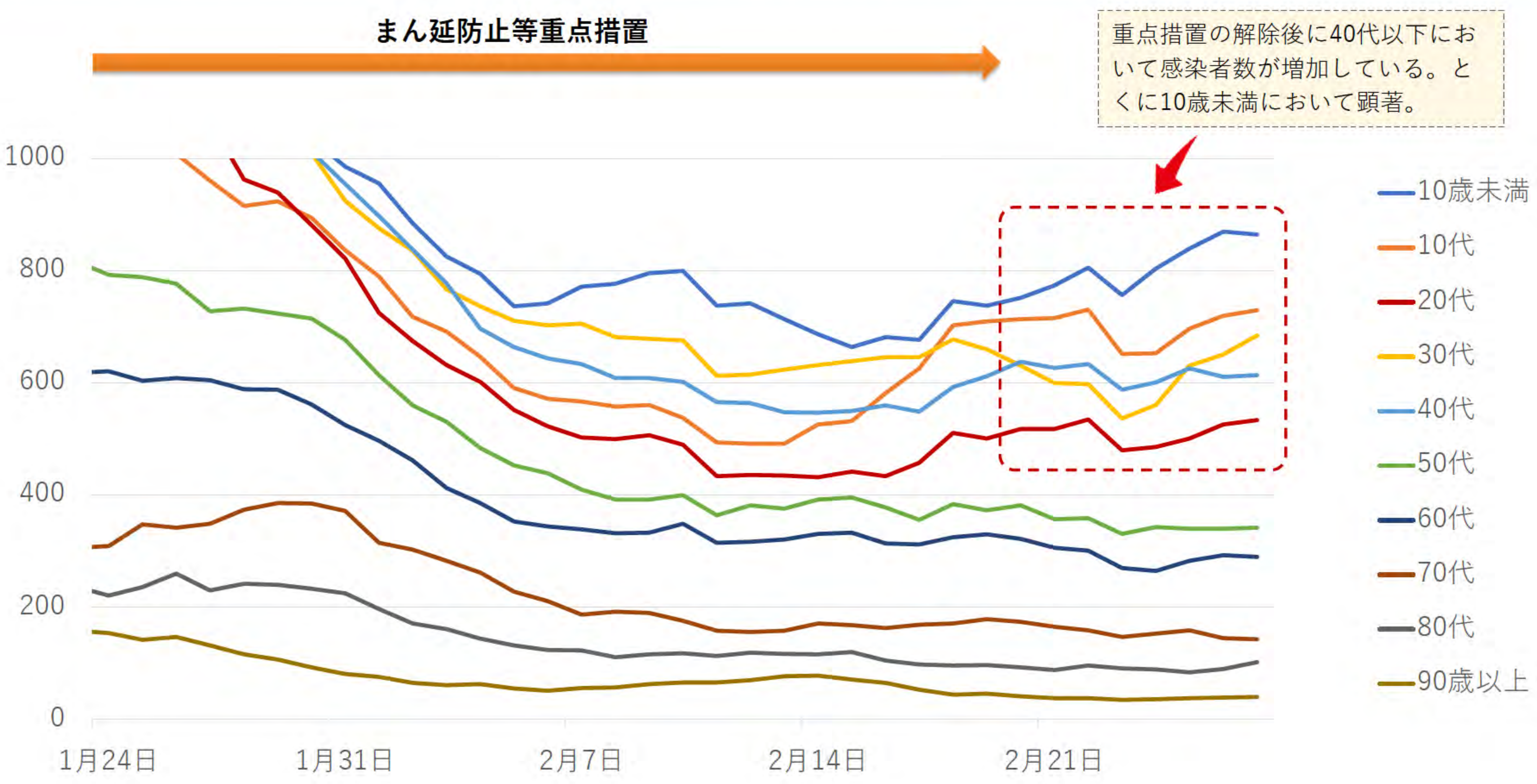


図５ 幼年・若年層における推定感染経路

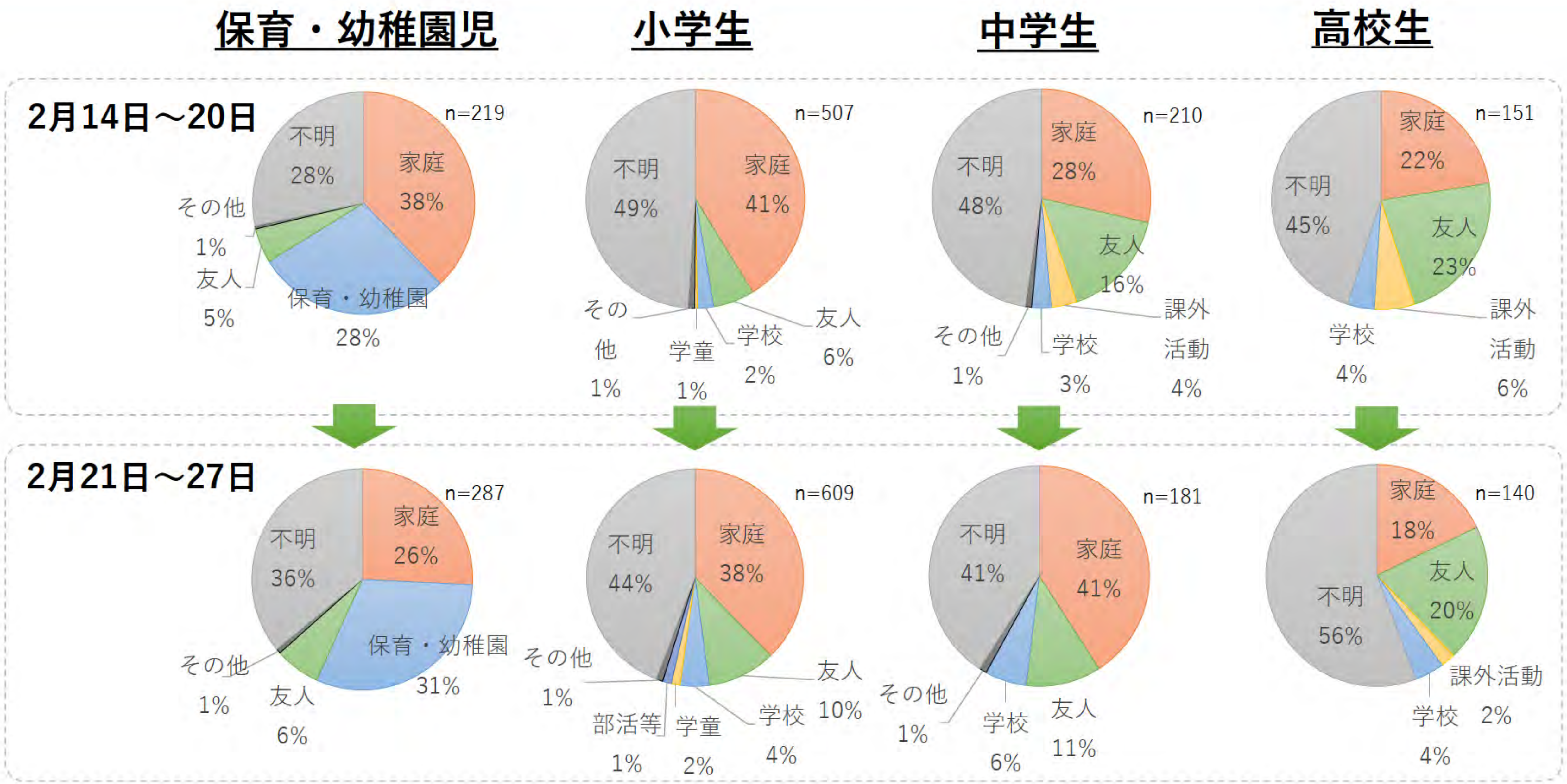


図６ 重症度別入院患者数と施設療養者数の推移

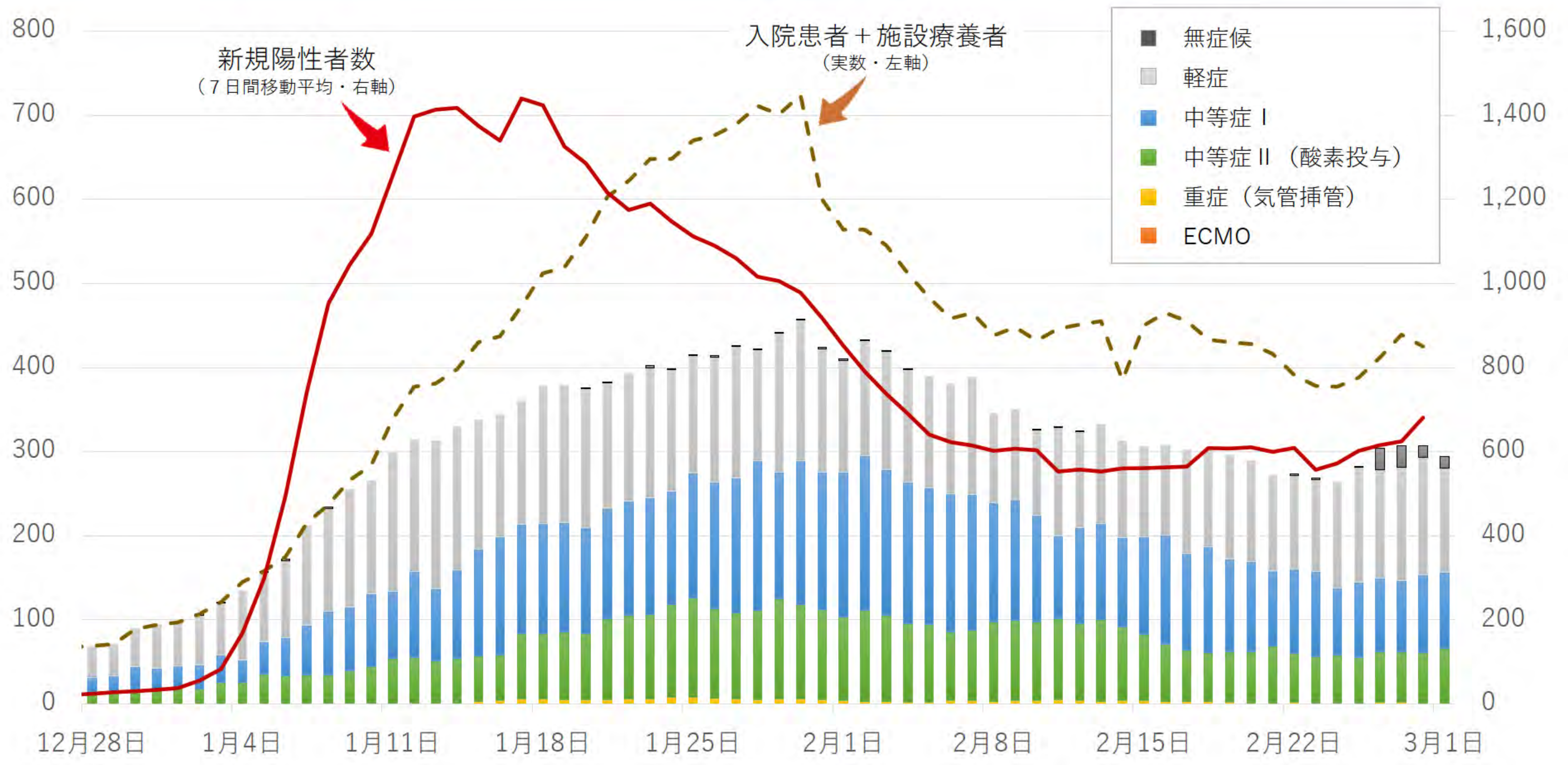
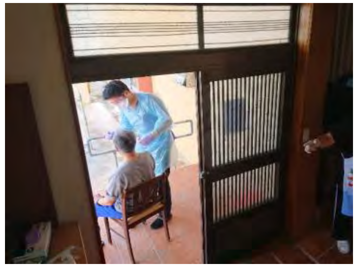


図７ 社会福祉施設における集団感染　支援の流れ

職員もしくは入居者に１人でも陽性者を確認

↓ 地域の医療機関と保健所、
県施設支援班で速やかに共有

迅速対応チームによる原則２４時間以内の支援介入
①感染対策の指導　②集中的検査の実施　③資機材の供給



↓ 陽性者が複数発生
または複数発生が見込まれる場合

どこまで施設療養を継続するかを決定（基準を参照）

↓ 施設従業員、家族等とのコンセンサス
県の責任で継続的な支援体制の構築

施設療養の支援（必要に応じて施設内に支援本部を立ち上げ）
①陽性者に対する速やかな治療薬の投与（人工抗体薬等）
②オンライン診療、訪問診療、訪問看護によるサポート
③継続的な感染対策の指導（実地とオンラインの組み合わせ）

図８ まん延防止等重点措置の解除後における取り組み（沖縄県）

- 1月9日からの重点措置の実施により、若者層を中心としていた感染拡大は抑え込まれた。また、高齢者施設に対する重点的対策は、医療ひっ迫を回避し、死亡者数を減らすことに貢献した。しかし、小児の感染が継続している。
- 2月20日より重点措置を解除したが、今後、卒業式や送別会など多人数の交流、春休みにおける移動の増加により、第７波が生じる可能性は高いと考えられる。医療ひっ迫が生じた場合には、改めて重点措置の実施が求められる。

沖縄県では、重点措置解除後の2月21日から3月31日までを「**感染再拡大抑制期間**」とし、引き続き医療体制を維持し、できるだけ再流行を抑止する対策を行いながら、第７波に備えることとしている。

医療体制を維持するための対策（抜粋）

１）高齢者および介護従事者に対する３回目ワクチン接種の推進　→　2月27日時点で高齢者の53.2%接種済

２）高齢者施設における感染対策の強化、発生時の支援体制の維持　→　地区医師会の協力による強化

３）エッセンシャルワーカーへの定期ＰＣＲ検査事業の継続（希望施設は２週間おきに全従業員が無料検査）

再流行を抑止するための対策（抜粋）

１）全世代に対して、日常的な感染予防策、体調不良時には仕事や学校を休むことを呼び掛け

２）主として若者世代に対して、感染リスクの高い活動を抑制するよう呼びかけ（会食は４人以下等）

３）子どもの集団生活の場（保育園、学校、部活、学童クラブ等）における感染対策と検査体制の強化

まん延防止等重点措置期間延長について

基本的対処方針分科会構成員　大竹文雄

まん延防止等重点措置の期間延長提案に反対します。反対理由はつぎの通りです。

1. オミクロン株は重症化リスクが低い

第１に、第６波の中心であるオミクロン株の重症化リスクが今までの新型コロナウイルスの変異株に比べると相当程度低いことです[1]。重症化リスクは、高齢者と基礎疾患がある人たちに偏っています。それ以外の人の重症者はほとんど観察されていません。政府は２月中に高齢者の希望者にワクチン接種を終えるように、環境を整備したと理解しています。３月６日以降の重症者が出るとすれば、ワクチンを接種していない高齢者と基礎疾患をもっている方にほぼ限られることになります。また、高齢者であっても３回目接種を終えた方の重症化リスクは非常に低いと考えられます。

オミクロン株の特性と２回ワクチン接種で重症化リスクが低い人と３回目接種を終えた高齢者を前提とすれば、オミクロン株の重症化リスクは極めて低いと考えることが自然です。ワクチンも治療薬もない状況であれば、オミクロン株であっても重症化リスクが高い感染症と考えることはできる可能性がありますが、３月６日の時点での高齢者に対するワクチン接種状況・接種可能な環境を前提にして重症化リスクを判断すべきです。ワクチン接種は自由意志ですが努力義務が課せられています。一方で、まん延防止等重点措置は、様々な行動制限や私権制限を伴います。重症化リスクがほとんどない子供たちの学校行事や学校生活への制限も行われます。イベントの制限や移動の自粛によって、広範な業界の人々の生活が苦しくなります。既に重症化リスクに関する情報は既に相当程度明らかになってきています。まん延防止等重点措置による私権制限を課すべきだと判断できるほどの重症化リスクがある感染症であるかということを改めて精査すべきです。

2. まん延防止等重点措置の効果は限定的

今までの基本的対処方針分科会、新型コロナウイルス対策会議分科会、アドバイザリーボードへの提出資料によれば、第６波で発生しているクラスターの中心は飲食店ではなく、保育所、学校、職場、高齢者施設等です。まん延防止等重点措置の対策の中心である飲食店の営業時間規制を続けることの効果は小さいと考えられます。まん延防止等充填措置を適

---

[1] 第６波における致死率は重症化率ほど第５波のそれよりも下がり方が小さいとされています。しかし、第６波では、コロナを直接的な原因とした死亡の比率は小さくなっていることに注意すべきです。

用していない奈良県、滋賀県などの感染者数の推移は適用自治体と大きな違いがありません。また、内閣府 AI シミュレーションチームの平田晃正教授の３月１日の報告資料の新規感染者数、重症者数の予測によれば、まん延防止措置が３月６日で解除された場合とされなかった場合で、新規陽性者数の差は大きくありません。まん延防止措置の継続によって新規感染者数が大きく下がるわけではありません。

感染力が強いオミクロン株の感染を抑制するためには、クラスターが発生している保育所、学校、職場、高齢者施設での行動制限を強化することが必要になります。しかし、上述したように、オミクロン株の重症化リスクを考慮すれば、高齢者施設以外での行動制限を課す必要性は低いと考えられます。つまり、感染者数を抑えることはオミクロン株の特性を前提にすれば困難であり、重症化防止対策に集中すべきということになります。

3. まん延防止等重点措置は財政的、社会経済的影響が大きい

まん延防止重点措置による財政的影響、社会経済的影響は、大きなものがあります。財政的には、飲食店の営業時間規制のための協力金支給です。非常に大きな金額が協力金として支払われていますが、まん延防止等重点措置が、実施される前から夜間人流が減っているため、営業時間規制による追加的な顧客減少効果は比較的小さいと考えられます。事実上、顧客減少で所得が減った飲食店への所得補償政策になっています。行動変容を促すための政策ではなく、所得補償政策であれば、二つの問題点があります。第一に、まん延防止等重点措置の政策目標である感染拡大抑制策としての機能が小さいことです。第二に、感染拡大によって売上減少が生じたことを補償する所得再分配政策になっているとすれば、それは政策の目的ではありません。

まん延防止等重点措置による学校、保育所などに対する様々な活動制限が、子供たちの発達や学力に長期的に負の影響を与える可能性があります。既に２年間、様々な活動制限がされていますから、学校生活、学生生活のほとんどを制限のある状況で過ごしてきている状況で、まん延防止の期間延長の追加的影響は大きなものになると考えられます。まん延防止重点措置の延長をすることは、子供たちや若者たちの人生に与えるマイナスの影響よりも、まん延防止等重点措置の感染拡大防止効果がより重要であるという政策判断をすることを意味します。

まん延防止等重点措置は企業の活動にもマイナスの影響を与えます。イベントの制限、移動の制限により、企業活動は大きな制約を受けており、企業経営や労働者に対してマイナスの影響を与えます。また、基本的対処方針での水際対策の緩和のペースでは、企業活動への悪影響と留学を通じた国際交流への影響を十分には改善できません。

4. オミクロン株の特性に応じた対策

感染力が強く、重症化リスクが高いのはワクチン未接種の高齢者と基礎疾患を有する人に限られるというオミクロン株への対策としては、つぎのものが考えられます。

第一に、高齢者と基礎疾患をもった人への３回目接種を促進することです。順調にワクチン接種が進めば、３月６日以降の新規感染者から重症になる人の比率は減少するはずです。

第二に、高齢者や基礎疾患をもった人が感染した場合に、早期に治療につなげる体制を構築することです。高齢者施設でのクラスターが発生した場合に、その場所で治療・投薬を可能にする体制を充実することです。できるだけ多くの医療機関がコロナ患者の診療をできるようにすることです。

第三に、高齢者や基礎疾患をもった人に対して行動制限を行うことです。重症化リスクが低い人たちの行動制限をしても感染拡大は完全には防げないのですから、重症化リスクが高い人の行動制限に集中すべきです。

第四に、保健所による濃厚接触者の調査・特定作業、感染者の全数把握作業を中止し、高齢者等の重症化リスクの高い人への対応に集中することです。オミクロン株は感染から発症までの期間が短いため、保健所による濃厚接触者の調査・特定による行動制限では、感染拡大を抑制する効果が小さいことが明らかにされています。軽症者が大多数を占めるオミクロン株の全数把握を続けることを止め、全体の感染状況を別の手法で把握することに変えるべきです。効果が小さい対策から効果が大きな対策に保健所の人員が行う仕事の中身を変更すべきです。

まん延防止等重点措置の期間延長等を受けて

本日、政府対策本部において、１７道府県のまん延防止等重点措置を３月６日まで延長するとともに、５県の重点措置を解除することが決定された。いずれも知事の要請に沿って適切に御対応いただいたことに深く感謝申し上げる。

新規感染者数が減少傾向を見せ始めている地域がある一方、依然として過去最多の新規感染者が確認される地域もあり、全国的な感染の収束は未だ見通しが立たず、予断を許さない状況が続いている。

今般、まん延防止等重点措置等の区域を対象としたオンライン診療の報酬引き上げや、施設内療養を行う高齢者施設等への追加支援が示されたが、重点措置の適用等にかかわらず、オミクロン株対策は、全国各地で取り組んでいるものであり、支援等は全国一律で実施するよう強く求める。

全国知事会は、これ以上の感染拡大を抑制し、早期に収束させるため、引き続き、医療体制の更なる強化やワクチン接種のペースアップ等に全力で取り組む決意である。政府におかれては、地方と緊密に連携し、感染拡大の抑制と経済・社会の回復に向け、地域の実情に応じた実効性のある対策を強力に打ち出していただくようお願いする。

令和４年２月１８日

全国知事会　新型コロナウイルス緊急対策本部

本部長・全国知事会会長　鳥取県知事　平井 伸治

本部長代行　福島県知事　内堀 雅雄

各地域における専門家の意見等

目次

・三重県 ……………………………… P１

・広島県 ……………………………… P３

・福岡県 ……………………………… P５

・長崎県 ……………………………… P６

令和４年３月２日　三重県

まん延防止等重点措置対策検討会議終了後　臨時ぶらさがり

（知事）
・本日、１８時から１９時まで WEB で第５回三重県まん延防止等重点措置対策検討会議を開催した。
・各指標の状況を説明し、３月６日までのまん延防止等重点措置を終了することについて、委員の方々から意見を頂戴した。まん延防止等重点措置の終了について、県の方針に異論を唱える方はいなかった。

・委員の方々からの主な意見は次のとおり。
① 飲食店でのクラスター発生はなく、これに集中した対策は意義が薄まった
② 高齢者施設でのクラスターには、今後もさらに注意が必要
③ ワクチン接種を早く進める必要がある
④ 措置終了に伴い県独自の措置を行う必要がある
⑤ 県独自の措置にあたっては、県内一斉での対応が必要
⑥ 今のコロナ禍は大災害時と同様であり、県民へ命を守る行動を呼びかけることが必要
⑦ 今後も県で事業者支援を行うことが必要

・これまでの県の主な対応は次のとおり。
① 県独自に２月１０日から職員が高齢者施設を回り、感染防止への呼びかけを行っている。
② 医療関係者の協力のもと、令和３年１０月からの第６波への準備対応を進めてきた。
・宿泊療養施設や酸素ステーションの確保。
・保健所では応援職員の追加により、感染者数確認のコントロールが継続できている。
・入院コントロールの観点から、三重大学から県へ応援医師を派遣いただき対応している。

・以上により、明日（３月３日）、国に措置終了の要請をしたいと考えている。

令和４年３月２日　三重県

（質疑）

○措置終了後において、飲食店への時短要請はどうなるか。

⇒県内一斉で時短要請はしない方向で考えている。マスク会食の徹底、短い時間での飲食や４人以下での会食を依頼したい。また、３回目のワクチンを依頼したい。

　近隣の県は措置延長の可能性もあり、県境を越える移動は必要な場合を除きお控えいただきたい。

○新規感染者数はいまだ第５波のピークを越えており、リバウンドへの警戒が必要と思われるが、どのような懸念を持っているか。また感染者が増加してきた場合の対応はどうするのか。

⇒再拡大の傾向が出てくれば、まん延防止等重点措置を国に要請することもあり得る。現時点の状況判断としては措置終了とした。

○国により措置延長が必要と判断された場合はどうするか。

⇒最終判断は国なので、それに従うことになる。

○飲食店由来の感染経路は全体の 0.1%となっている要因は、時短要請なのかマスク会食によるものなのか。

⇒要因分析はできていない。それぞれに効果はあったものと考えられ、マスク会食は今後も呼びかけていく。

○県独自措置の期間はいつまでを想定しているか。

⇒他都道府県において延長されるまん延防止等重点措置の期間をふまえて考慮する。

広島県

資料２

令和４年２月 28 日
新型コロナウイルス感染症対策専門員会議

広島県の新型コロナウイルス感染症の状況にかかる評価と提言

【感染状況・医療体制】

○　県内の感染者数は，緩やかな減少傾向が継続しており，県全体の直近１週間の新規報告者数（人口 10 万対）は，２月 27 日時点で 176.8 人となっている。

○　直近の年代別では，概ねすべての年代で減少傾向となっているが，10 歳未満と高齢者層では横ばいで推移し，保育施設や学校，高齢者施設でのクラスターの発生も継続している。

○　陽性判明時に軽症又は無症状であった患者が中等症Ⅱ又は重症化する割合は，第５波と比べると低位であり，特に 50 歳以下でその割合は顕著となっている。

○　死亡率は２月 21 日時点で 0.32％と他県に比較して高いが，本県の第５波と同レベルとなっている。死亡者の年齢は，82％が 80 代以上の高齢者（中央値：88 歳）であり，感染経路は医療機関又は高齢者施設の割合が高い。

○　医療体制については，２月 27 日時点の確保病床使用割合は 45.4％，重症病床使用割合は 22.4％と低下傾向にあるものの，そのスピードは緩やかであることから，医療フェーズは緊急フェーズⅠを維持している。

○　２月 21 日から飲食店等に対する要請を緩和したことにより，昼間，夜間ともに広島市中心部における人流の増加が認められる。

【レベル分類】

○　県内の新規感染者数は，高い水準にあるものの緩やかな減少傾向は継続している。

○　医療提供体制についても，確保病床使用割合は 50％を下回っており，新規感染者数の減少とともに病床使用割合は徐々に低下するものと考えられ，今後再拡大がなければ緊急フェーズから通常フェーズへの移行も可能となる。

○　以上により，感染レベルは引き続き「レベル２」の状態と判断する。

【今後の対応について】

○　県内の新規感染者数は，高い水準ではあるものの，前週比が 0.8～0.9 の減少傾向が３週間以上継続していることで，医療のひっ迫も徐々に改善しつつあり，全県を対象とした制限を伴う強い対策は，解除を含めてもう一段階緩和してよいと考える。

○　全国的には，重点措置の適用解除地域の一部では，新規感染者数の下げ止まりや増加が見られること，オミクロン株の BA.2 系統への置き換わりによる再拡大の可能性があることから，対策の緩和後も十分な警戒が必要であり，基本的な感染防止対策の徹底とワクチン追加接種の重要性を訴えていくことが不可欠である。

○　特に，年度替わりの時期を迎え，都道府県をまたぐ人の往来が増加する。また，卒業シーズンで謝恩会等の行事により，大人数での接触の機会も増える。昨年もこの時期に感染が拡がったことから，改めて注意喚起を行う必要がある。

○　学校や幼稚園・保育園等における児童生徒への対応については，クラスターの発生状況等を踏まえ，感染対策を十分に行ったうえで，活動等の制限は最小限とすべきである。

○　医療は，ターゲットとすべき重症化リスク因子が明らかになり，治療薬の選択肢も増えたことから，リスク因子のある患者を外来で早期に治療する体制が必要である。医療ひっ迫の要因となった高齢者層への対応として，重症化を防ぐため，ワクチン接種の加速とともに，軽症のうちに治療介入できるよう高齢者施設への往診等治療薬の投与体制を確保することも必要である。

○　県内で新型コロナウイルス感染症の患者が初めて確認されてから２年が経ち，累積感染者数は 73,000 人を超え，約 40 人に 1 人は感染を経験したことになる。社会的にも感染対策の重要性が理解されてきたことから，社会機能維持に配慮する対策にシフトしていくことが求められる。

福岡県

まん延防止等重点措置の取扱いに関する医療界の意見

令和4年3月1日
福岡県新型コロナウイルス感染症対策本部

〇感染症専門家A

- 入院患者の大部分を占める高齢者の感染は自宅や施設内がほとんどであり、飲食店の時短、酒類提供制限をする根拠に乏しいため、措置は解除した方がよい。

〇感染症専門家B

- BA.2の影響が危惧されること、ピークアウトはしたが、小児・高齢者の発生がまだ多く、解除して経済活動が活発になると若い世代が感染し、発生カーブが二峰性となるおそれがあることから、あと2週間程度の延長をした方がよい。

〇感染症専門家C

- 今回は、認知症を伴うこともある高齢者の医療提供が課題であるため、現在の措置は解除してよいと思う。
- 一方で、関東や関西の都府県で期間が延長され、福岡県が解除されることに対して県内市町村長がどのように考えているかは気になるところである。

〇医療関係団体A

- 現在の措置解除はやむを得ないと考えているところ。
- ただし、県民に対して警報は続けていく必要がある。

〇コロナ患者受入病院長A～D

- 以下の理由から現在の措置は解除した方がよい。
  - ✓ 医療のひっ迫に対して、飲食店の時短措置による直接の効果は認められない。
  - ✓ 医療従事者への感染は影響するが、対策は飲食店の時短要請ではない。
  - ✓ 延長を繰り返すと次の波の際に措置を打ち出しにくいことが懸念される。
- 高齢者に加えて、年少者にもワクチン接種を進めていくべき。
- 高齢者施設への医療提供を強化するための財政措置をお願いしたい。

第39回長崎県新型コロナウイルス感染症対策有識者会議の結果（概要）

1．日　時　　令和4年3月2日（水）12:00～12:34
2．場　所　　ＴＶ会議（知事室ほか）
3．出席者　　河野 委員（長崎大学 学長）
　　　　　　泉川委員（長崎大学病院感染制御教育センター センター長）
　　　　　　鴛海委員（日本銀行長崎支店 支店長）
　　　　　　木村委員（長崎県立大学 学長）
　　　　　　大石知事
4．議 題　　新型コロナウイルス感染症への対応について
5．概 要

まん延防止等重点措置の終了について

（事務局）
・ 病床使用率は10日以上20%台で推移しており、新規感染者数･療養者数についてもピーク時から改善
・ 入院者の多くを占める高齢者へのワクチン接種が着実に進捗

上記を踏まえ、本県に適用されている重点措置については、
予定どおり3月6日をもって終了し、措置適用期間の再延長は求めない

（全構成員）
重点措置の当初期限をもっての終了について、異議等なし

-------------------その他意見等---------------------

（委 員）
市町村別発生状況で東彼杵町の数値が高い原因はなぜか。
また、重点措置が既に解除されている沖縄県の状況はいかがか。

（事務局）

東彼杵町は保育施設でのクラスターが起きている。沖縄県は重点措置解除後、新規感染者数は減少傾向で推移していたが、最近は増加若しくは横ばいの状況。

（委 員）

長崎県の現在のデータを見ると下げ止まりの状況であるが、何を根拠として、重点措置を解除するのか分かりやすく説明したほうがよい。

（事務局）

新規感染者数のみではなく、医療提供体制や高齢者のワクチン接種状況をお伝えし、そのうえで感染防止対策に引き続き取り組んでいただけるよう、会見等における説明ぶりは工夫したい。

（委 員）

重点措置の要請時は短期的な見通しを含めて、早めの対応を取っていくのは合理的判断であり説明しやすい。一方、今回は下げ止まり感が有る中で、重点措置を終了することに合理的判断ポイントをどう見出すのか、この先の展開を考えると心配である。判断に客観性を持たせるという意味で根拠をより分かりやすく県民に示すことが必要である。

（委 員）

今後の対策とこれまでの対策を対比すると緩和しすぎのような印象を受ける。例えば、会食では「4 人・2 時間以内」を「できるだけ少人数、マスク会食」と緩和すると実質フリーに近くなってくるため、中間点くらいで制限するのも良いのではないか。また、重点措置について佐賀県が解除、福岡県が延長となった場合、隣県の状況をみても安心できる状況ではないため、「重点措置適用地域」との往来ではなく「県外」としてもても良いのではないか。

（委 員）

県北の医療体制は脆弱であり、今後も注視が必要。また、規模の大きい病院に負担がかかっており、解決には医師会の協力が不可欠。併せて、3 回目のワクチン接種の重要性をしっかり県民に伝えて欲しい。