令和６年度　地域保健総合推進事業

新型コロナウイルス感染症対応記録（続編）〈2022年－2024年〉

監　修　尾身　　茂（公益財団法人結核予防会　理事長）
脇田　隆字（国立感染症研究所　所長）

編　集　佐原　康之（前厚生労働省　健康局長）
和田　耕治（一般財団法人日本公衆衛生協会　理事）

JPHA 一般財団法人 日本公衆衛生協会
JAPAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION

本書は、個人の見解等に基づくものであり、各執筆者の
所属する組織の見解を示すものではありません。

令和６年度　地域保健総合推進事業

新型コロナウイルス感染症対応記録（続編）〈2022年－2024年〉

監　修　尾身　　茂（公益財団法人結核予防会　理事長）
脇田　隆字（国立感染症研究所　所長）

編　集　佐原　康之（前厚生労働省　健康局長）
和田　耕治（一般財団法人日本公衆衛生協会　理事）

JPHA 一般財団法人 日本公衆衛生協会
JAPAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION

はじめに

100年に１度といわれるほどの今回のコロナパンデミックに対し、さまざまな対応がなされた。そうした対応に従事した関係者が中心となって2023年３月に、『新型コロナウイルス感染症対応記録』を発行した。本書はいわばその続編である。前編でカバーした時期は第１波の試行錯誤の時期を経て、アルファ株やデルタ株の出現に対し、新型インフルエンザ等感染症としてかなり厳格な対応策を取ってきた時期である。

続編で扱った時期は第６波からのパンデミック後期で、その特徴を一言でいえば、オミクロン株の出現であった。当初、私たち専門家が感じたことは、デルタ株以前のウイルスとはまったく異なる感染症の出現であった。実際、その後の分析で、オミクロン株の致死率はそれまでのウイルスに比べてかなり低いが、感染伝播力は極めて強いことが分かってきた。これまでの強い対策ではなく、オミクロン株の特徴に合わせて弾力的な対応、５類への移行期をどうするかという議論が始まった時期でもあった。

第１波から第８波までの感染状況を比較すると、オミクロン株が主体となった第６波、第７波、第８波の致死率は第１波から第５波に比べ、確かに減少したが、死亡者、感染者は明らかな増加傾向が示された。このため、パンデミックの前後ではコロナの感染対策にも大きな変更がもたらされた。例えば、パンデミック前期では緊急事態宣言や重点措置が繰り返し発出された。しかし、第７波以降になると、感染者数や死亡者数は圧倒的に増えたにもかかわらず、緊急事態宣言はもとよりまん延防止等重点措置さえ発出されなかった。

この続編は、オミクロン株という極めて感染力が高いウイルスの出現に対し、医療・保健所関係者、行政、専門家などが患者数の急激な増加にどう対応し、いかなる課題に直面したか、サーベイランスの方法をどう変更させたか、さらにリスクコミュニケーションにおいてどんな課題に直面したか等についての、実際に対策に関与した人たちによって書かれた記録である。

これから起こる感染症パンデミックは致死率、病原性、感染伝播力などさまざまなバリエーションがあると考えられる。しかし、今回、われわれは比較的病原性が高かったパンデミック前期、感染伝播力が強くなったパンデミック後期、双方を経験したことになる。

本続編執筆時において新型コロナウイルスの感染拡大による影響は比較的落ち着いてきて社会経済活動が通常に戻ってきている。

しかし、第一次世界大戦前後に発生したスペイン風邪（流行性感冒）、その後2003年のSARS、2009年の新型インフルエンザ、2012年のMERS、さらに今回のコロナパンデミックの歴史を振り返れば、次のパンデミックがいずれ発生する可能性を前提にして備える必要がある。危機にしっかりと対応するためには平時の準備が必須である。

今回のパンデミックでは日本の人口100万人当たりの死亡者数は欧米先進諸国に比べて比較的低く抑えられた。また、わが国のパンデミックによる３年間平均のGDPの落ち込みの程度は先進諸国並みというのが国内外の経済学者のコンセンサスである。

こうしたことは、一般市民の協力、保健医療関係者の尽力、そして医療逼迫などの状況に応じて対策の強度や質を調整した、いわゆる〝ハンマー＆ダンス〞による柔軟かつ機敏な対応などが関係していると思われる。

しかし、同時にさまざまな課題も明らかになった。パンデミック発生後100日以内にわが国からワクチンや治療薬をどう開発するか、医療の逼迫をどう防ぐか、IT医療の深化をどう進めるか、差別、偏見、分断をいかに防ぐべきか等の課題が明らかになった。本続編が前編と共にこうした議論に少しでも役立つことを期待している。

2024年12月

公益財団法人結核予防会　理事長

尾身　茂

本記録の作成にあたって

新型コロナウイルス感染症は、いまも続いておりますが、主な流行株のオミクロン株への変異により、それまでの株より弱毒化し、治療薬の開発や医療体制の整備も一定程度進んできたことから、2023年５月８日に社会経済との両立を主眼として、新型インフルエンザ等対策特別措置法の対象疾患から季節性インフルエンザと同等の感染症法に定める５類感染症に移行いたしました。

しかしながら、わずか３年余で感染者数約3,400万人、死者は７万4,000人（いずれも2023年５月８日の厚生労働省公表資料）にも上り、歴史的にも重大な公衆衛生上の事象であったことは、公衆衛生関係者に共通する認識となっています。

当会では、2022年度にこの教訓を次のパンデミックに備えるため、多くの関係者の協力を得て、地域保健総合推進事業の一環として、新型コロナウイルス感染症の国内発生からデルタ株による第５波（2021年）までの対応状況を国および自治体、関係機関と幅広い視点から執筆いただき、「新型コロナウイルス感染症対応記録」として策定し公表いたしました。

その後、主としてオミクロン株による第６波が襲来し、第７波（2022年）では、ピーク時（第33週）に153万人もの方々が感染、第35週には2,000人余の方々が亡くなり、第８波（2023年）の第２週では2,800人余の方々が亡くなるという、新型コロナウイルス感染症の発生以来、最大の危機に直面いたしました。

この間、自治体においては、保健所業務が逼迫、医療機関の確保も困難な状況に陥り、これまで以上に在宅療養を余儀なくされる方が急激に増加するなどの混乱が生じました。

当会には、その後のオミクロン株への対応と５類感染症への移行に至るまでの軌跡を記録として残すことが重要であると多くの関係者の声が寄せられたことも踏まえ、５類感染症への移行後の対応も含め、前回の記録の続きを編むこととといたしました。

また、当会では、2021年４月から国の委託を受けて、逼迫する保健所等の業務を外部の専門職等が支援するIHEAT（Infectious Disease Health Emergency Assistance Team）運用支援システムを構築し多くの自治体で活用いただきました。

この支援の枠組みは、感染症分野で初めての試みでありました。IHEATにご登録いただいている専門職の皆さまには、オミクロン株の感染拡大においても多くの方々に保健所等へのご支援いただきました。ここに、改めて、感謝を申し上げたいと存じます。

国においては、この取り組みが評価され、2022年12月に地域保健法の改正により、法第22条に「業務支援要員」として位置付けられました。このように体制強化がなされたことは非常に喜ばしいことです。

現在、今回の新型コロナウイルス感染症の経験により、公衆衛生活動の重要性が再認識され、国においても新たな危機管理体制の構築が進んでおります。

今後、発生が懸念されている新型インフルエンザをはじめ、いつどこでどのような感染症が出現するか、誰もあらかじめ知ることはできない以上、日頃から社会的に備える体制を取っておくことが求められています。

このたびは、国での取り組みはすでに記録として公表されていることもあり、各自治体の衛生担当部局をはじめ保健所、地方衛生研究所など最前線で今回の流行に取り組まれた公衆衛生関係機関の動き等を中心に対応記録をまとめました。

将来の新たな感染症の脅威への備えとして、政府や自治体関係者の方々に国民の生命を衛るための資料として活用されることを願っております。

最後に、本記録の作成にあたり、新型コロナウイルス感染症対策に携わった多くの方々から資料の提供や執筆に協力いただき、深く感謝申し上げます。併せまして、大変ご多忙の中、編集にご協力いただいた編集委員会委員の皆さまに厚く御礼申し上げ、記録作成にあたっての言葉といたします。

2024年12月

一般財団法人日本公衆衛生協会

理事長　**松谷 有希雄**

目　次

はじめに …… **2**

本記録の作成にあたって …… **4**

2022年　新型コロナウイルス感染症に関連した主な出来事 …… 10
2023年　新型コロナウイルス感染症に関連した主な出来事 …… 17
2024年　新型コロナウイルス感染症に関連した主な出来事 …… 21

第１章　新型コロナウイルス感染症の特徴 …… **23**

1　新型コロナウイルス感染症の日本における流行の疫学的特徴～2022年１月から2023年５月まで～ …… 24
2　わが国における超過死亡の推定 …… 30
3　待機期間の短縮、濃厚接触者の対応の変遷：エビデンスと議論 …… 35
4　新型コロナウイルス感染症の特徴　FF100について …… 40
5　臨床的特徴 …… 46
6　新型コロナウイルス感染症診療の手引き …… 56
7　罹患後症状のマネジメント …… 62
8　罹患後症状の疫学研究：入院患者ならびに住民の調査結果 …… 66
9　罹患後症状の診療 …… 72
10　諸外国と比較した日本の感染者の特徴 …… 79
11　新型コロナウイルス変異ウイルス（変異株）のリスク評価 …… 84
資料 …… 91

第２章　自治体での対応と専門家会合 …… **99**

1　自治体での対応 …… 100
（１）兵庫県における第６波対応／100
（２）第７波～大分県における感染状況と対応～／108
（３）第８波における福島県の対応／115
（４）島根県における新型コロナウイルス感染症対応（５類移行後の対応について）／119
2　自治体単位での体制と役割 …… 128
（１）都道府県～愛媛県の体制と役割～／128
（２）沖縄県の取り組み～地方の専門家として政策決定を支援する～／134
（３）新規陽性者１万人／日を想定した保健所体制～オミクロン株による感染拡大と大阪市の対応～／140
（４）東京都特別区の状況／148

3　国の専門家会合 …… 156
4　次のパンデミックに向けて何を検証すべきか …… 159
5　新型コロナウイルス感染症流行において、リスク評価を担ったアドバイザリーボードの役割と活動 …… 162
第１回新型インフルエンザ等対策推進会議資料より …… 165

第３章　水際対策 …… 211
第１回新型インフルエンザ等対策推進会議資料より …… 219

第４章　サーベイランス …… 233
1　サーベイランスの目的、法的根拠　全数把握から定点把握へ …… 234
2　COVID-19の血清疫学調査 …… 240
3　埼玉県における定点設定 …… 247
4　茨城県土浦保健所における第６波以降の対応 …… 252
5　寝屋川市での対策の推移：第６波以後の陽性者数激増に対応して …… 256
6　下水サーベイランス …… 258
第１回新型インフルエンザ等対策推進会議資料より …… 262

第５章　保健所体制 …… 267
1　第６波から第８波の対応、2023年の冬の対応まで保健所で対応した業務、入院調整について …… 268
2　岡山市保健所の取り組み …… 274
3　高齢者施設等のクラスター対策における大阪市の取り組みと、今後の地域展開に向けて～施設の感染症対応力の向上と維持を目指して～ …… 279
4　滋賀県における新型コロナウイルスに感染した妊婦への支援体制整備について …… 284
5　山形県置賜地域におけるコロナ禍の災害対策 …… 289
6　IHEAT事務局と新型コロナウイルス感染症対応におけるIHEAT要員の活動について …… 293
第１回新型インフルエンザ等対策推進会議資料より …… 296

第６章　検査体制 311
1　第６波～第８波の地方衛生研究所における役割と民間検査所・医療機関との連携 312
2　オミクロン株流行期における地衛研の連携・エビデンスの構築・サーベイランス 319
3　群馬県衛生環境研究所が医療機関に対して実施したPCR検査精度管理事業について 323
4　東京都の地方衛生研究所でのゲノム解析と情報発信について 327
5　地方衛生研究所の役割：ゲノム解析の立ち上げと実施の経緯 331
6　千葉県新型コロナウイルス感染症検査キット配付・陽性者登録センターの運営について 335
第１回新型インフルエンザ等対策推進会議資料より 341

第７章　医療提供体制 349
1　オミクロン株の特性を踏まえた保健・医療提供体制の対策の徹底・強化、入院調整、療養施設の確保、在宅診療の確保　都道府県：神奈川県での対応について 350
2　福岡県のオミクロン株への対応について～転換点となった第６波での医療提供体制の確保と感染拡大防止について～ 356
3　徳島県における在宅対応の拡充 360
4　沖縄県における第６波以降の高齢者施設支援について 365
5　第８次医療計画における新興感染症対策への議論（大阪府） 370
6　DMATによる地域支援（北海道での対応とDMATの役割） 375
7　救急搬送困難事案数から見る新型コロナウイルス感染症の流行に伴う救急医療の逼迫 382
8　日本医師会での対応について 386
9　東京都と東京都医師会・東京都病院協会の役割～都との連携や医療の確保に向けて行ったこと～ 392
10　日本看護協会の役割 397
11　医療機関への財政的支援・診療報酬 402
第１回新型インフルエンザ等対策推進会議資料より 408
資料 425

第８章　ワクチン 429
1　定期接種化に向けた予防接種・ワクチン分科会での議論 430
2　政令指定市におけるワクチン接種―静岡市における現場対応について― 435
3　枚方市における新型コロナワクチン接種の促進（中核市の一例） 440
4　目黒区におけるワクチン接種の促進 446
第１回新型インフルエンザ等対策推進会議資料より 451

第９章　広報・リスクコミュニケーション ―― **467**
１　自治体からの情報提供（高知県）…… 468
２　岩手県における主に第６波から第８波の対応～2023年冬まで県・保健所で対応した業務、入院調整について～ …… 472
３　生活の中での感染対策の変遷 …… 477
４　リスクコミュニケーションの実践と課題―コミュニティ・エンゲージメントとしての感染症対策を支え続けるために― …… 480
５　新型コロナ報道の課題 「平常化」が目指される中で …… 485
６　メディアが伝えた医療の課題の変遷 …… 488

第10章　社会経済への影響 ―― **493**
１　小中高校での対応 …… 494
２　新型コロナウイルス感染症が及ぼした消費行動や働き方への影響 …… 499
社会経済の動向 …… 509

監修、編集、執筆者、資料集執筆者 ―― **518**

編集後記 ―― **522**

注　政府においては、2023年９月４日に開催された第１回新型インフルエンザ等対策推進会議にて公開された以下の資料において、対応を取りまとめられている。本記録集では、オミクロン株の流行した時期以降について、以下の資料から抜粋をして、項目ごとに章の後ろに「第１回新型インフルエンザ等対策推進会議資料より」として掲載した。

◎参考資料３－２ 新型コロナウイルス感染症対応について（保健・医療の提供体制や新型インフルエンザ等対策特別措置法の運用等を中心とした政府のこれまでの取組～2019年12月末から2022年５月まで～）

◎資料５－２ 新型コロナウイルス感染症対応について（～2022年６月から2023年５月８日まで～）

なお、本記録集では、前編も含めて参考資料３－２の前半の時期については、掲載していない。

https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/taisakusuisin_dai1_2023.html（2024年７月14日アクセス）

2022年 新型コロナウイルス感染症に関連した主な出来事

	年月日	主な出来事	概　要	トピックス
第6波（1月上旬～6月中旬）感染ピーク第5週（1月31日～2月6日）	2022年 1月７日	**〇広島・山口・沖縄にまん延防止等重点措置を適用（政府新型コロナウイルス感染症対策本部）**	・デルタ株からオミクロン株への置き換わりが進み、医療提供体制等が逼迫する可能性があるとし、特に顕著な広島、山口、沖縄をまん延防止等重点措置区域とした（措置期間１月９日から31日まで）	**〇１月１日　米軍から新たに235人の感染を確認、１日当たり過去最高** **〇１月５日　岩国基地　新型コロナに182人が感染、１日で過去最高** **〇１月11日　大阪府　半月でほとんどがオミクロン株に置き換わり** ・12月13日に初めて確認され、22日時点では、50%に達していることが分かった
	１月12日	**〇「オミクロン株の感染流行に対応した保健・医療提供体制確保のための更なる対応強化について」事務連絡（厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部）**	・オミクロン株の全国的な流行を受けて、保健所が行う健康観察や入院調整業務を一元的に都道府県等で実施する「フォローアップセンター」の設置・強化等を都道府県・保健所設置市・特別区の衛生主管部局に要請	
	１月19日	**〇「オミクロン株の感染流行に対応した臨時の医療施設等の開設準備及び医療機関における診療機能の維持・継続について」事務連絡（厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部、医政局総務課、地域医療計画課、看護課）**	オミクロン株の流行と医療従事者での感染者・濃厚接触者の増加を受けて、各都道府県で病床不足の恐れがないか確認し、必要に応じ臨時の医療施設・入院待機施設の開設準備に着手するよう要請	
		〇まん延防止等重点措置区域に13都県を追加（新型コロナウイルス感染症対策本部）	・群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川、新潟、岐阜、愛知、三重、香川、長崎、熊本、宮崎の13都県を追加（１月21日から２月13日まで）	
	１月20日	**〇臨時の医療施設に看護師等の派遣を可能とする特例措置を承認（労働政策審議会職業安定分科会労働需給制度部会）**	・新型コロナウイルス感染症患者の急速な増加を受けて、へき地以外の臨時医療施設への看護師、准看護師の派遣を2022年度末まで認め、通常の医療機関への派遣は引き続き禁止とした	**〇１月22日　新型コロナウイルス国内新規感染者数初の５万人超え**
	１月28日	**〇濃厚接触者の待機期間・療養期間を変更（厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部）**	・オミクロン株に対する科学的知見や専門家の意見を踏まえて、濃厚接触者の待機期間を10日間から７日間に短縮、社会機能維持者は４日目、５日目の抗原定性検査で陰性が確認されれば、５日目に待機解除が可能とし、また、療養解除基準を変更し、検体採取日から７日間を経過した場合には８日目に解除することを可能とした	
	２月３日	**〇まん延防止等重点措置区域に和歌山を追加（新型コロナウイルス感染症対策本部）**	・まん延防止等重点措置区域に和歌山県を追加（２月５日から27日まで）	**〇２月４日　全国で初の自己申告による「自主療養」3,200人余が申請（神奈川県）** ・感染の急拡大で逼迫する医療機関や保健所の負担を減らし、リスクの高い患者に対応を集中

	年月日	主な出来事	概　要	トピックス
	2022年 2月10日	**〇まん延防止等重点措置を13都県で延長（新型コロナウイルス感染症対策本部）**	・群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川、新潟、岐阜、愛知、三重、香川、長崎、熊本、宮崎の13都県の期間を３月６日まで延長	**〇２月６日　市内の介護老人保健施設で大規模クラスター（横浜市）** ・入所者121人のうち116人、職員15人の合計131人が感染、７人が死亡 **〇２月17日　全日本自治体労働組合がコロナ禍における保健所等の職員の意識・影響調査結果を公表** ・約23％が月80時間を超える過労死レベルの時間外労働を経験 **〇２月24日　ロシアによるウクライナへの軍事侵攻勃発**
	２月18日	**〇まん延防止等重点措置を５県を終了、31都道府県を実施区域（政府新型コロナウイルス感染症対策本部）**	・まん延防止等重点措置の期限が20日に到来する５県（山形、島根、山口、大分、沖縄）の措置を終了し、残り31都道府県の措置期間を３月６日までとした	
	３月２日	**〇「オミクロン株の特性を踏まえた保健・医療提供体制の徹底について」事務連絡（新型コロナウイルス感染症対策本部、医政局、健康局、老健局、保険局連名）**	・オミクロン株の特性を踏まえ、特にまん延防止等重点措置の対象地域では保健・医療提供体制の確保を求め、臨時の医療施設等の整備や自宅・宿泊療養者への医療の強化を要請	
	３月４日	**〇まん延防止等重点措置期間を18都道府県で延長（政府新型コロナウイルス感染症対策本部）**	・18都道府県での措置期間を３月21日まで延長するとともに、基本的対処方針を改正し、措置終了都道府県でも地域の感染状況や公衆衛生体制・医療提供体制への負荷に応じて、引き続き感染防止対策を実施することを追加	**〇３月７日　世界の死者数600万人超（米国ジョンズ・ホプキンス大学まとめ）** **〇３月７日　ＮＹ市　学校などでのマスク着用やレストランなどでの接種証明書の確認義務の規制を撤廃**
	３月10日	**〇経済的困窮の外国人留学生や日本の学生に10万円支給を決定**		
	３月17日	**〇まん延防止等重点措置期間を全都府県で解除（政府新型コロナウイルス感染症対策本部）**		**〇３月18日　地震による停電でワクチン廃棄（東京都）** ・３月16日に発生した地震による停電で都内16の区市で２万3,600回分のワクチンを廃棄
	３月22日	**〇「Ｂ.1.529系統（オミクロン株）が主流である期間の当株の特徴を踏まえた感染者の発生場所毎の濃厚接触者の特定及び行動制限並びに積極的疫学調査の実施について」事務連絡（政府新型コロナウイルス感染症対策本部）**	・積極的疫学調査は入院医療機関や高齢者・障害児者入所施設といったハイリスク施設を対象に重点化 ・濃厚接触者の特定・行動制限は同一世帯内や事業所などの発生場所に応じて対応 ・濃厚接触者の待機期間は、同一世帯で発生した場合には発症日または感染症対策を講じた日の遅い日から７日間とし、４日目、５日目に抗原定性検査キットで陰性を確認した場合は５日目に解除可能	
	５月11日	**〇「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議」初会合（内閣官房）**	・保健・医療の提供体制など新型コロナへの政府の対応を評価し、中長期的な課題、抜本的体制強化策に反映すべき事項などを整理 ・６月に決定する「司令塔機能の強化を含めた抜本的体制強化策」に反映させる予定	**〇４月４日　日本対がん協会が「がん検診への影響調査結果」を公表** ・コロナ禍前の元年に比べると10.3％減少し、受診控えの状況が続いている。

	年月日	主な出来事	概　要	トピックス
第７波（６月下旬～10月上旬）感染ピーク第33週（８月15日～21日）	2022年 ５月23日	**○「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」を変更（政府新型コロナウイルス感染症対策本部）**	・熱中症予防の観点から夏場の屋外では身体的な距離や会話の有無にかかわらずマスクを外すことを推奨	**○４月６日　中川日本医師会会長が見解** ・現在のまま、状況変化に応じて運用や対応を見直すべきで、扱いを緩和する議論は慎重に行うべき **○４月21日　全国自治体病院協議会が新型コロナウイルス感染症による影響等実態調査結果を公表** ・新型コロナ発生以降職員のメンタルヘルスケアーの実施数が22.3%の病院で増加 ・精神的不調を起因とした休職者が増えた病院は15%
	６月15日	**○「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議」報告書を了承（内閣官房）**	・保健所体制については、感染拡大期の業務の優先順位や医療機関、市町村などとの役割分担が不明確だったと指摘 ・平時・緊急時の保健所の役割・機能を見直し、緊急時に速やかに関係機関と協働する体制を構築することが必要と提言	
	６月17日	**○内閣感染症危機管理庁を設置する方針を決定（政府新型コロナウイルス感染症対策本部）**	・対策の司令塔機能を強化するため、内閣官房に「内閣感染症危機管理庁」を設置、厚生労働省内に関係各部署を統合して「感染症対策部」を設置、アメリカのＣＤＣ（疾病対策センター）の日本版の創設などを盛り込んだ感染症対応の抜本的な強化策を決定	
	６月24日	**○新たな変異ウイルス「ＢＡ.2.75」神戸市で初確認**	・24日に咳や発熱のあった市内の40代の女性が新型コロナウイルスに感染してることが確認され、ゲノム解析を行ったところ「ＢＡ.2.75」であったことが判明、国内では検疫以外では初めて（神戸市７月12日発表）	
	６月30日	**○「新型コロナウイルス感染症対応に係る保健所等による健康観察等について」の取り扱いを一部改正（政府新型コロナウイルス感染症対策本部）**	・重症化リスクの高い陽性者への対応を確実に実施するため、自宅療養者の健康観察は重症化リスクの高い者を優先して連絡 ・リスクの低い者はHER-SYS等を用いて健康観察を行う	
		○新型コロナウイルス感染症についての感染症法に基づく医師の届出基準を定める「届出通知」について省令の一部を改正（厚生労働省健康局結核感染症課）	・住所、症状、診断方法、感染原因、経路・地域などを削除し届出様式を簡素化、患者・感染者が増加した場合でも発生動向を適切・迅速に把握し、保健所等による健康観察に必要な項目とした	
	７月14日	**○第７波に向けた緊急提言（政府新型コロナウイルス感染症対策分科会）**	・新型コロナウイルス感染症の新規患者が全国で増加に転じ、急速に感染が拡大している状況を受けて緊急提言 ・ワクチン接種の加速化、検査の活用、効率的な換気、国・自治体による効率的な医療機能の確保、基本的な感染対策の再点検	
		○医療提供体制を維持・強化する方針（岸田総理会見）	・新型コロナウイルス感染症のさらなる感染拡大が懸念される状況を踏まえ、病床確保、高齢者施設における療養体制の支援、検査体制の強化などを行い、医療供給体制を維持・強化する方針を打ち出した。 ・こうした対策を実施することで「**新たな行動制限は現時点では考えていない**」とした	

	年月日	主な出来事	概　要	トピックス
	2022年 7月15日	**○ＢＡ・５系統への置き換わりを見据えた感染拡大への対応」を決定（政府新型コロナウイルス感染症対策分科会）**	・現下の感染拡大に対しては経済活動をできる限り維持し、整備してきた病床等を稼働させる ・医療への負荷に直結する重症化リスクのある高齢者を守ることに重点を置き、高齢者、子ども、若者等世代別に効果的な対策を実施 ・対策強化とともにウイズコロナを見据え**「新型コロナウイルスと併存しつつ平時への移行を慎重に進めて行く」**とした	**○７月25日　ＪＲ九州特別列車120本運休** ・新型コロナウイルスの感染拡大により運転手・乗務員の確保が困難となり、27日から８月５日にかけて運休すると発表 **○７月26日　小田急バス188便を運休** ・26日現在運転手・整備士など16人が感染、23人が濃厚接触者で通常運行に必要な人員の確保が困難として全体の２％に当たる188便を運休 **○７月27日　従業員のコロナ感染で郵便局全国154か所で窓口業務を休止** **○７月28日　末期がん患者搬送先見つからず自宅で死亡（東京）** ・診察した医師は「都内の病床は50％くらい空いているのに重症患者が入院できない原因はどこにあるのか今一度見直してほしい」と訴える。
	7月22日	**○「Ｂ.1.529系統（オミクロン株）が主流である期間の当株の特徴を踏まえた感染者の発生場所毎の濃厚接触者の特定及び行動制限並びに積極的疫学調査の実施について」を一部改正（政府新型コロナウイルス感染症対策本部）**	・感染拡大により感染者数とともに濃厚接触者が急増し、健康観察等を行う保健所業務の逼迫を回避するため、「濃厚接触者の待機期間を７日間から５日間」に短縮	
	7月29日	**○ＢＡ・５対策宣言創設（政府新型コロナウイルス感染症対策本部）**	・医療の負荷の増大が認められる場合に地域の実情に応じて都道府県が「ＢＡ・５対策強化宣言」を行い、国がこれらの都道府県を「ＢＡ・５対策強化地域」と位置付け、既存の支援に加えて国からの職員派遣などを行う仕組みを創設	
	8月２日	**○感染者の全数把握の見直しを後藤厚生労働大臣に申し入れ（全国知事会、日本医師会）**	・感染急拡大により、医療機関や保健所の現場では全数把握に膨大な時間を費やし、本来の業務に影響をもたらしているとして、事務負担の少ない仕組みに変更するよう申し入れ	
	8月４日	**○「オミクロン株のＢＡ・５系統への置き換わりを見据えた感染拡大に対応するための医療機関・保健所の負担軽減等について」の事務連絡の一部を改正（厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部）**	・65歳未満で重症化リスクのない者の発生届の事項について氏名、性別、生年月日、住所地、電話番号のみに簡略化 ・自ら検査結果を登録し療養を開始する仕組みについては、外来受診をへることなく迅速に療養につなげられる仕組みとして有効とし、すべての都道府県で健康フォローアップセンター等を設置・導入	**○８月21日　岸田首相コロナに感染** ・岸田総理は20日夜に微熱や咳の症状を呈し21日にＰＣＲ検査を行い新型コロナウイルスに感染していることを確認（内閣官房）
	8月24日	**ＷＨＯは８月15日から21日までの世界の感染状況を発表**	・全体で530万6,244人が新規感染、日本の新規感染者数は147万6,374人と５週連続で１位、死者数は1,624人でアメリカに次いで世界第２位	**○８月26日　阿波踊り出演者660人がコロナ感染（徳島市長会見）** ・３年ぶりに本格開催された阿波踊りに出演した踊り手等660人が感染 ・阿波踊りが要因の一つかもしれないが、主要因とは言い難いと主張
	8月31日	**○緊急避難措置対象の４県を告示（厚生労働省）**	・感染症法施行規則で定められている発生届の対象を65歳以上の者、入院を要する者、重症化リスクがあり、かつ、新型コロナウイルス治療薬の投与が必要な者または重症化リスクがあり、かつ、新型コロナ罹患により新たに酸素投与が必要な者、妊婦に限定できる自治体として宮城県、茨城県、鳥取県、佐賀県を告示	

	年月日	主な出来事	概　要	トピックス
第７波（６月下旬～10月上旬）感染ピーク第33週（８月15日～21日）	2022年 ９月６日	**○全国一律に療養期間を短縮（総理記者会見）**	・岸田総理大臣は９月６日の記者会見で今月26日から全国一律に有症者は10日から７日に、無症状者は７日から５日に短縮する方針を明らかにした	**○９月11日　（NHK報道）中等症から死亡の割合**が第５波の57％から第６波では83%、**第７波では89%と増加**（国立国際医療研究センター分析結果） ・大曲国際感染症センター長コメント （中等症でも特に持病のある高齢者は、臓器の働きが悪くなって衰弱しなくなる人が目立つ。「コロナは死ぬような怖い病気ではなくなった」という意見もあるが、現場ではコロナにかからなければ亡くなることはなかったというケースばかりだ。」）
	９月７日	**○緊急避難措置対象に２県を追加告示（厚生労働省）**	・感染症法施行規則で定められている発生届の対象を限定できる自治体として三重県、長崎県を追加告示	
		○自宅療養者の行動制限を緩和（厚生労働大臣会見）	・自宅療養者について、症状が軽くなってから24時間経過した人や無症状の人は、マスクを着用するなど、自主的な感染防止対策を徹底することを前提に、食料品の買い出しなど必要最小限の外出を認める	
	９月８日	**○Withコロナに向けた政策の考え方（新型コロナウイルス感染症対策本部決定）**	新たな行動制限は行わず、重症化リスクのある高齢者等を守ることに重点を置いて、感染拡大防止と社会経済活動の両立を図る方針を決定	
	９月13日	**○水際対策入国者数の上限撤廃を含めさらなる緩和を検討（松野官房長官会見）**	１日当たりの入国者数の上限撤廃やツアー以外の個人旅行を含めさらなる緩和を検討、実施時期は感染状況なども見極めながら判断することを表明	
	９月14日	**○WHOテドロス事務局長記者会見 「終わりが視野に入ってきた」**	・新型コロナウイルスの世界全体の死者数が先週2020年３月以来の低い水準となったと指摘した上で「世界的な感染拡大を終わらせるのにこれほどの有利な状況になったことはない、まだ到達していないが**終わりが視野に入ってきた**」と述べた	**○９月16日　新型コロナ入院給付金の対象者の見直し（生命保険協会）** ・給付金取扱のある39社すべてで９月26日から支払い対象者を同日以降に診断を受けた、高齢者など重症化リスクが高い者などに限定
	９月20日	**○オミクロン株対応ワクチン接種を開始**	・オミクロン株に対応したワクチン（ファイザー社製とモデルナ社製）を使用して４回目の接種をしていない高齢者や医療従事者から接種を開始	
	９月26日	**○全国一律に発生届の対象限定等（厚生労働省）**	○届出の対象者を65歳以上の高齢者、重症化リスクがあり治療薬の投与が必要と医師が判断する者、入院を要する者、妊婦の４類型に限定	
	10月７日	**○感染症法等の一部を改正する法律案を国会提出**	○予防計画に沿って都道府県と医療機関の間で病床、発熱外来、自宅療養者等への医療の確保等に関する協定を締結する仕組みを法制化 ○公的医療機関等（公立・公的医療機関、特定機能病院、地域医療支援病院等）に医療の提供を義務付け ○自宅療養者等への健康観察の医療機関等への委託を法制化 ○都道府県と保健所設置市・特別区の連携のための連携協議会の創設 ○保健所業務を支援する保健師等の専門家（ＩＨＥＡＴ）や専門的な調査研究、試験検査等のための体制（地方衛生研究所等）の整備等を法制化	

	年月日	主な出来事	概　要	トピックス
	2022年 10月11日	**○水際対策を大幅に緩和**	○オミクロン株が支配的となっている国・地域からのすべての帰国者・入国者について、原則として、入国時検査を実施せず、入国後の自宅または宿泊施設での待機、待機期間中のフォローアップ、公共交通機関不使用等を求めない ○入国者総数の上限は設けない	**○10月11日　全国旅行支援を開始（観光庁）** （対象期間：10月11日～12月下旬）
第8波（10月中旬～2023年3月中旬）感染ピーク2023年第1週（1月2日～8日）	10月13日	**○新型インフルエンザと季節性インフルエンザの同時流行に備えた対応を公表（新型コロナウイルス対策本部）**	○都道府県に対して、発熱外来や電話・オンライン診療の体制強化、治療薬の円滑な供給、フォローアップセンターの拡充、自己検査キットの確保などを要請	
	11月11日	**○接触確認アプリ（COCOA）の機能を停止（厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡）**	○15分以上陽性者と接触した可能性を通知する「接触確認アプリ」の利用者は11月４日時点で延べ約412万件であったが、陽性者の全数届が見直され、高齢者等に限定されたこと等から機能を停止することを決定	
	11月18日	**○今秋以降の感染拡大で保健医療への負荷が高まった場合の対応について（新型コロナウイルス対策本部決定）**	○地域の実情により、医療体制の機能維持・確保、感染拡大防止措置、業務継続体制の確保等に係る対策を強化することとした	
	11月21日	**○「保健医療提供体制確保計画」の入院体制を中心とした点検・強化について依頼（厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部）**	○各都道府県等に対し、病床使用率が高まる冬場に向けて、「保健・医療提供体制確保計画」の点検・強化を行い、点検内容に応じて計画の見直し、年内に対策強化を図るよう要請。併せて、保健所の体制確保では感染症対応に当たる人材（IHEAT）の積極的な活用を要請	
	11月22日	**○新型コロナウイルス治療薬の緊急承認（厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部、医薬・生活衛生局総務課）**	○日本で初めて開発された塩野義製薬株式会社の新型コロナ治療薬（ゾコーバ）を緊急承認し、医療機関および薬局への配分について各都道府県等の衛生主管部局に事務連絡を発出	
	11月25日	**○新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針を改訂（政府新型コロナウイルス対策本部）**	○「医療逼迫防止対策強化宣言」を宣言し、対策強化を図ってもなお感染が拡大する場合に「医療非常事態宣言」を行うことができるとした	
	12月２日	**○感染症法等の一部改正**	○新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、国又は都道府県及び関係機関の連携による病床、外来医療及び医療人材並びに感染症対策物資の確保の強化、保健所や検査体制の強化、情報基盤の整備、機動的なワクチン接種の実施、水際対策の実効性を確保等の措置が盛り込まれた	**○12月７日　新型コロナウイルス感染症シンポジウムを開催（一般財団法人日本公衆衛生協会）** ・「新型コロナウイルス感染症これまでの評価と今後の展望」と題してシンポジウムが開催され、国・自治体関係者が参加し、これまでの公衆衛生活動を再評価しつつ、今後の活動全般の方向性について議論がなされた

	年月日	主な出来事	概　要	トピックス
	12月９日	**〇年末年始の感染症対策についての考え方を取りまとめ（政府新型コロナウイルス感染症対策分科会）**	〇感染状況は下火になっていないとし、保健・医療への負荷が高まる可能性があるため、具体的な対策を政府に対応を求めた ・オミクロン対応ワクチンの早期接種 ・同時流行や感染拡大が生じた場合の医療逼迫防止 ・十分な換気等	
	12月27日	**〇中国からの入国者等に対する水際対策の強化を発表（内閣官房、法務省、外務省、厚生労働省、国土交通省）**	水際対策の臨時的措置として、12月30日から中国（香港・マカオを除く）に渡航歴のある者や中国からの直行便で入国する全ての者について入国時検査を実施	
	12月28日	**〇インフルエンザ３年ぶりに流行入り（厚生労働省）**	感染症発生動向調査で第51週（12/19～25日）のインフルエンザ発生の定点報告数が1.24に達し、今冬の流行期に入った発表し、コロナとの同時流行について引き続き注意喚起した	

2023年 新型コロナウイルス感染症に関連した主な出来事

	年月日	主な出来事	概　要	トピックス
	2023年 1月13日	**〇コロナ病床確保事業の交付金について病床確保料上限額の設定等が適正であったかどうかの検証等を厚生労働省に求めた（会計検査院随時報告）**	○入院コロナ患者の１日当たりの実際の診療報酬額が病床確保料の上限額を下回る医療機関が74施設（59%）、上回っていた医療機関が50施設（40.3%）と医療機関によって格差が生じており、診療報酬を補塡するという趣旨を上回る額が交付される医療機関がある一方、十分な補塡がない医療機関があるなど、医療体制や患者の重症度などによって大きな差が生じていると指摘	
	1月16日	**〇新型コロナウイルス感染症患者の隔離・行動制限措置の問題について厚生労働省に要望（全国保健所長会）**	○致死率が大きく低下しているオミクロン株の流行下で、陽性者の入院措置や外出自粛要請を行うことは患者の基本的人権尊重の観点から問題との認識を示し、感染症法の理念である「感染症の患者等の人権を尊重しつつ、良質かつ適切な医療を確保」を実現するよう要望	
	1月20日	**〇新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けを春以降に５類感染症に移行する方針を表明（岸田首相）**	○岸田首相はウイズコロナの取り組みを進め、平時の日本を取り戻していくために、これまでのさまざまな政策・措置等について段階的に移行することとし、具体的な検討・調整を進めていくと表明	**〇１月26日　中国の新型コロナ感染者数ピーク時に１日当たり約700万人** ・中国疾病予防センターは１月25日新型コロナウイルスの感染状況を発表し、12月22日に１日に694万人が感染、医療機関での死亡者のピークは１月４日で4,273人が死亡と発表
	2月10日	**〇基本的対処方針を変更（新型コロナウイルス感染症対策本部）**	○マスクの着用は個人の主体的判断を尊重し、着用は個人の判断に委ねることを基本としつつ、着用が効果的な場面の周知、３密の回避、手指衛生、換気などは引き続き励行するという方針を示した	
	3月10日	**〇「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について」を決定（新型コロナウイルス感染症対策本部）**	○５月８日から新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けが５類感染症に変更されることに伴い以下の点について方針が決定された ①幅広い医療機関で新型コロナウイルス感染症の患者が受診できる医療体制に段階的に移行 ②急激な負担増が生じないよう、入院・外来の医療費の自己負担分に係る一定の公費負担について、期限を区切って継続 ③救急・外来・病床への影響を緩和するため、受診相談・体調急変時の相談機能や高齢者・妊婦の療養のための宿泊療養施設については、期限を切って継続 ④５類に変更された後に、オミクロン株とは大きく病原性が異なる変異株が出現するなど、科学的な前提が異なる状況になれば、ただちに必要な対応を講じる	○３月１日　外国クルーズ船３年ぶり日本寄港（朝日新聞デジタル）　外国船の国内受け入れが３年ぶりに再開され、ドイツの「アマデア」が１日の朝、欧州の乗客520人を乗せ、静岡県清水港に寄港

	年月日	主な出来事	概　要	トピックス
第8波（10月中旬～2023年3月中旬）感染ピーク2023年第1週（1月2日～8日）	2023年 3月20日	**○「新型コロナウイルス感染症に係る行政検査の取扱いについて（廃止）」を通知（厚生労働省健康局結核医感染症課）**	○新型コロナウイルス感染症が５月８日付で５類に移行することから発熱患者等への行政検査を廃止し、併せて、検査費用の自己負担分への公費負担を終了（健感発0320第２号各都道府県・保健所設置市・特別区衛生主管部局宛厚生労働省健康局結核医感染症課通知）	**○3月1日　保健所等職員の意識・影響調査を発表（全日本自治体労働組合）** ・昨年１年間で保健所等職員のうち23%が過労死レベル（月80時間以上）の時間外労働
	3月23日	**○看護師等の労働者派遣の特例を廃止を承認（労働政策審議会職業安定労働需給制度分科会）**	○「労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律施行規則（省令）の改正案」が３月23日に労働政策審議会に諮問・了承され、同省令の一部改正が３月30日に告示され４月１日に施行された ・へき地以外のワクチン接種会場や臨時医療施設への看護師等の労働者派遣の特例について３月末で廃止 ・臨時の医療施設への派遣は入院患者への医療の提供に支障が生じないよう５月７日まで経過措置が設けられた	
	3月29日	**○コロナワクチン確保量の算定根拠の記載が不十分と指摘（会計検査院報告）**	○会計検査院は、2020年度以降に確保・供給されたワクチンについて、確保量の算定根拠が十分に記載されていないと指摘し、今後に向けて、数量に係る算定の根拠資料を作成して保存し、事後の妥当性の検証ができるようにすることを厚生労働省に求めた	
		○移行計画の策定を要請（厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部）	○感染症法上の位置付け変更後も必要な医療が提供できる体制を構築するため、入院医療体制、入院調整に関して、各都道府県において、地域の医療関係者等とも協議の上、幅広い医療機関で新型コロナ患者が受診できる医療体制に向けた、今後の移行の具体的な方針や目標等を示した９月末までの「移行計画」の策定を要請	
	3月31日	**○病床確保計画等の見直し（厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部）**	○５類移行後の「病床確保計画」については、直近のオミクロン株流行時の確保病床で最大入院患者数およびそのうち重症者・中等症Ⅱ患者数を踏まえ、実績ベースで精査するとともに、できる限り病床確保によらず、幅広い医療機関での受け入れを進めることを考慮した上で、各地域の実情に応じ、適切な病床数を設定することとした	
	4月12日	**○新型コロナウイルス感染症による死亡者数を人口動態統計で把握することを承認（厚生科学審議会感染症部会）**	○新型コロナウイルス感染症が５類感染症に移行することから死亡者数の把握を人口動態統計で行うことを感染症対策部会（部会長　脇田隆字〈国立感染症研究所長〉）了承 ・死亡届・死亡診断書による情報の公表には２か月程度要することから１か月以内に公表できる仕組みを設けることとした	

	年月日	主な出来事	概　要	トピックス
第9波（4月中旬～11月中旬）感染ピーク第35週（8月28日～9月3日）	2023年 4月14日	○政府対策本部廃止後の臨時の医療施設の取扱い等について事務連絡（厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部他４課長連名）	○新型インフルエンザ等対策特別措置法により、都道府県が設置している臨時の医療施設は、５類感染症への移行後は原則廃止されるが、高齢者や妊婦等の受け入れなど都道府県が特に必要と判断する場合は、当面、存続させることができるとした	
	4月27日	○「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針の廃止について」を決定（新型コロナウイルス感染症対策本部）	５類に移行することに伴い、「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　新型コロナウイルス感染症対策本部決定）を、2023年５月８日に廃止することを決定した	
	4月28日	○自費検査を提供する者に対する協力要請（厚生労働省医政局長、厚生労働省健康局長通知）	○新型コロナウイルス感染症の５類感染症への位置付けに伴い、自主検査を提供する者等が講ずるべき措置について自主検査の実態把握を終了するなど自費検査通知を改正	
		検査実績の日次報告の廃止（新型コロナウイルス感染症対策本部）	○地方衛生研究所および保健所における検査分析件数、検体採取人数などの検査実績等の「アンケートシステム（WEBCAS）を用いた日次報告を５月８日の国への報告をもって廃止することとした	
	4月29日	**○水際対策大幅緩和措置（厚生労働省）**	○４月29日午前０時以降の入国者に関し、有効なワクチン証明書および出国前検査証明書の提示を不要とした	
	5月5日	**○「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」の宣言を終了（WHO）**	○WHOのテドロス事務局長は、本部のあるジュネーブで５日、会見を開き、新型コロナウイルスの感染拡大を受けて2020年１月から出していた「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」宣言の終了を発表	○５月２日　近畿日本ツーリストが自治体から請け負った新型コロナ関連の事業でおよそ16億円を過大請求していたことを発表（NHK）
	5月8日	**○新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けを新型インフルエンザ等感染症から５類に移行**		○５月19日　G７広島サミット開催　法の支配に基づく国際秩序の堅持、グローバル・サウスへの関与の強化を視点に、地域情勢、核軍縮・不拡散、経済的強靭性、経済安全保障など７つのテーマを掲げ議論
		○「新型コロナウイルス感染症の５類感染症移行後の対応について」特設ウェブサイトを開設（厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部）	○新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けが５類感染症に移行したことを受け、特設サイトを設け、療養の考え方、医療提供体制、公費支援の内容、患者の発生動向、ワクチン接種対象などを掲載	
	5月31日	**○国立健康危機管理機構法が可決・成立（令和５年６月７日公布）**	○感染症その他の疾患に関し、調査研究、医療の提供、国際協力、人材養成等を行うとともに、国民の生命および健康に重大な影響を与える恐れがある感染症の発生およびまん延時において、疫学調査から臨床研究までを総合的に実施し科学的知見を提供できる体制の強化を図るため設立	○６月29日　第８波（2022年11月～2023年１月）で自宅で亡くなった新型コロナウイルス患者が1,309人に上ったことを公表（厚生労働省）
	7月7日	**○死亡診断書の分析結果を初めて公表**	○５類感染症移行後は、他の疾患と同様に人口動態統計に基づく死因別死亡数として５か月後に公表するとしていたが、迅速に把握するため、死亡診断書を収集し分析することとしており、今回４月分の分析結果が報告され、死亡者数は550人であった	

	年月日	主な出来事	概　要	トピックス
第９波（４月中旬～11月中旬）感染ピーク第35週（８月28日～９月３日）	2023年 ７月14日	**○今夏の新型コロナウイルス感染症等の感染拡大に備えた保健・医療提供体制の確認等について事務連絡（厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部他８課連名）**	○５類感染症への移行で、入院医療が幅広い医療機関による自立的な対応への移行に向けて都道府県では移行計画を策定することとなっている。今夏に新型コロナウイルス感染症の拡大が生じた場合、医療供給体制の逼迫を招く恐れがあるとして、各道府県で実効性のある体制を早急に整備するよう、具体的な確認事項が示された	
	９月１日	**○内閣府に「内閣感染症危機管理統括庁」を新設**	○平時・有事それぞれの状況において司令塔機能が発揮されるよう、内閣の重要政策等に関する企画立案や行政各部の総合調整権を有する内閣官房の中に設置し、内閣総理大臣および内閣官房長官を直接に助け、平時の準備、感染症危機発生時の初動対応、政府対策本部の事務等に係る政府全体の方針立案や行政各部の総合調整機能を一元的に所掌	**○９月14日　政府分科会会長尾身茂氏退任会見　３年半を総括（ＮＨＫ）** ３年半の活動を振り返り、感染症対策と社会経済活動の両立を図りながら提言をまとめることの困難さに触れ、「正解がない中で大切にしてきたのは科学的に合理性があり、多くの人が納得できる提言をまとめ、その意図を市民に発信することだった」と述べた
	９月25日	**○指定届出機関に届け出を不要としていた特例規定を削除（厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部）**	○都道府県知事による基幹定点医療機関の指定には一定の時間を要することから、指定届出機関に届け出を不要とする特例規定を設けていたが、５類感染症に移行して一定期間が経過したことからこれを廃止する感染症法の省令の一部改正を行った	
	９月30日	**新型コロナウイルス感染症の治療薬について全額公費負担の運用終了**	○10月以降、新型コロナウイルス感染症の治療薬については、医療費の自己負担割合に応じて、窓口負担を求めることとした（上限あり、超過については公費負担）	
	10月25日	**○秋開始接種にモデルナ社製オミクロンＸＢＢ対応Ｉ価ワクチンを追加（厚生労働省）**	○厚生労働審議会予防接種・ワクチン分科会での了承を受け、モデルナ社ワクチンを秋開始接種に位置付ける予防接種法実施規則の改正を行い公布・施行した	
	11月６日	○ポストコロナ医療体制充実宣言（厚生労働省・医療関係８団体）	○改正感染症法に基づく都道府県の新たな予防計画に沿って病床5.1万床、発熱外来等4.2万施設の確保を進め、都道府県と医療機関等の協定締結は2024年９月をめどに完了することを確認（厚生労働省、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会、日本病院会、日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神病院協会による共同宣言）	**○11月７日　政府系コロナ融資、不良債権６％　ゼロゼロなど8,700億円** 政府系金融機関が中小企業に行った新型コロナウイルス対策融資で不良債権が拡大、ゼロゼロ融資など不良債権が2022年度末に約8,700億円と全体の６％になったことが会計検査院の調査で判明、回収不能はすでに697億円に上り、民間の融資分も含めれば、不良債権は２兆円を超す可能性がある（日本経済新聞）

2024年 新型コロナウイルス感染症に関連した主な出来事

	年月日	主な出来事	概　要	トピックス
第10波（2023年11月中旬）感染ピーク 2024年第4週（1月29日～2月4日）				**○1月1日　能登半島地震が発生** 午後４時10分ごろに石川県能登半島を震源地とするマグニチュード7.6の地震が発生、同時に津波も発生し甚大な被害をもたらした。 ○避難者数等（１月２日） ・避難所数　1,327か所 ・避難者数　5万1,605人 ○人的被害（５月８日現在） ・死者　245人 行方不明　３人 ○建物被害（５月８日現在） ・全壊　8,597棟、 半壊　２万87棟 ※内閣府防災情報（非常災害対策本部）
	2024年 1月25日	**○新型コロナウイルスワクチン接種円滑化システム（V-SYS）を３月末ですべての機能を終了**	○新型コロナウイルスワクチン特例臨時接種で導入したワクチン接種円滑化システム（V-SYS）について、接種券発行申請・住所地外接種届の受け付けのすべての機能の提供を３月末で終了すると事務連絡を発出（厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部予防接種課）	**○1月12日　内閣感染症危機管理統括庁シンポジウムを開催** 「新たな感染症危機にいかに備えるか～国民の生命・健康と生活・経済の両立を目指して」と題し、課題の振り返りや新たな感染症危機の発生に備えた対策が論議された
	３月５日	○通常の外来・入院体制に移行（厚生労働省・こども家庭庁）	○「新型コロナウイルス感染症の令和６年４月以降の医療提供体制及び公費支援等について（事務連絡）」を発出し、外来・入院・入院調整での特別な対応を３月末で終了し、一般医療機関で幅広く診療するとともに、治療薬や入院医療費の自己負担分の公費支援も３月末で廃止することとした	**○2月8日　コロナ治療薬の公費支援の継続を要望** 日本感染症学会、日本化学療法学会、日本呼吸器学会は通常の医療に移行することで急激に自己負担が増加しないよう「新型コロナウイルス感染症治療薬の公費支援の継続および高齢者肺炎球菌ワクチン接種の経過措置の継続に関する要望書」を武見厚生労働大臣に手交した
	３月11日	○「令和６年度以降の新型コロナワクチンの接種による健康被害救済措置の取扱いについて」事務連絡（厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部予防接種課・医薬局総務課医薬品副作用被害対策室）	○2024年３月31日までの特例臨時接種の間は、予防接種法に基づく救済制度で救済措置が行われるが、４月１日以降は定期接種で行われた場合は、「予防接種健康被害救済制度」が適用され、任意接種の場合は「医薬品副作用被害救済制度」の対象となる旨を周知	
	３月21日	○「令和６年度新型コロナウイルス感染症にかかる相談体制について」発出（コロナ感染症地策本部、厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部予防接種課）	○新型コロナワクチンコールセンターによる相談対応を2024年９月末まで継続する方針を示した	

	年月日	主な出来事	概　要	トピックス
第10波（2023年11月中旬）感染ピーク2024年第4週（1月29日～2月4日）	2024年 3月25日	○HER-SYSの稼働終了	○全都道府県にてHER-SYSの発生届情報および積極的疫学調査ならびにそれに関連してこれまで入力されている情報のダウンロード作業が完了したため、システムの稼働を終了	
	3月29日	○予防接種法施行令一部改正（厚生労働省）	○新型コロナウイルス感染症を定期接種のB類疾病に位置付け、接種対象を「65歳以上の者」と「60歳から64歳までの基礎疾患を有する者」と定め、定期接種実施要綱では65歳以上等対象に秋冬１回接種するとした	
		○都道府県でのコロナ罹患後症状診療機関を公表（厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課）	○４月から医療提供体制が通常の対応となることから、罹患後遺症で悩む方が適切な医療につながることができるよう、各都道府県での対応している医療機関リストの公表や必要な支援が行き届くよう活用できる可能性のある支援制度の周知や支援を必要とする方が相談できる連絡先の掲載に取り組むよう要請	
		○「定期接種による副反応疑いの報告等の取扱いについて」通知（厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策部長・医薬局長）	○各ワクチンの報告基準に即した症状を診断した医師等に対し、新型コロナワクチンの副反応に関しても他のワクチンと同様に電子報告システムを活用して医薬品医療機器総合機構（PMDA）に速やかに報告するよう周知	
	3月31日	○新型コロナウイルス感染対策アドバイザリーボードを廃止（厚生労働省）	○2020年２月から科学的知見から国への提言を行っていたアドバイザリーボードを３月31日をもって廃止し、これまでの尽力と功績に対し、武見厚生労働大臣が感謝状を授与	
		○新型コロナウイルス感染症の治療薬について公費負担終了	○上限を決めて窓口負担を求めていたが、４月以降通常の医療体制に移行し、公費負担を終了することとした	
	4月15日	**○新型コロナウイルスワクチン約２億4,000万回分（総額約6,653億円相当）を廃棄**	○厚生労働省は、衆議院決算行政監視委員会において新型コロナウイルスワクチン約２億4,000万回分（総額約6,653億円相当）を廃棄することを明らかにした	
	5月２日	**○新型コロナワクチン接種による健康被害認定結果（疾病・障害認定審査会感染症・予防接種審査分科会）**	○疾病・障害認定審査会感染症・予防接種審査分科会での審議結果が公表され、累積件数は以下の通り ・進達受理件数　1万991件 ・認定件数　7,144件 ・否認件数　1,603件 ・保留件数　31件	**○５月８日　５類移行後１年** 医療費補助等の支援は３月いっぱいで廃止されたが、依然として医療機関には後遺症の相談が数多く寄せられており、厚生労働省は後遺症の診療に当たる医療機関リストの公開を自治体に呼び掛けている（NHK）。

第1章

新型コロナウイルス感染症の特徴

1 新型コロナウイルス感染症の日本における流行の疫学的特徴 ～2022年１月から2023年５月まで～

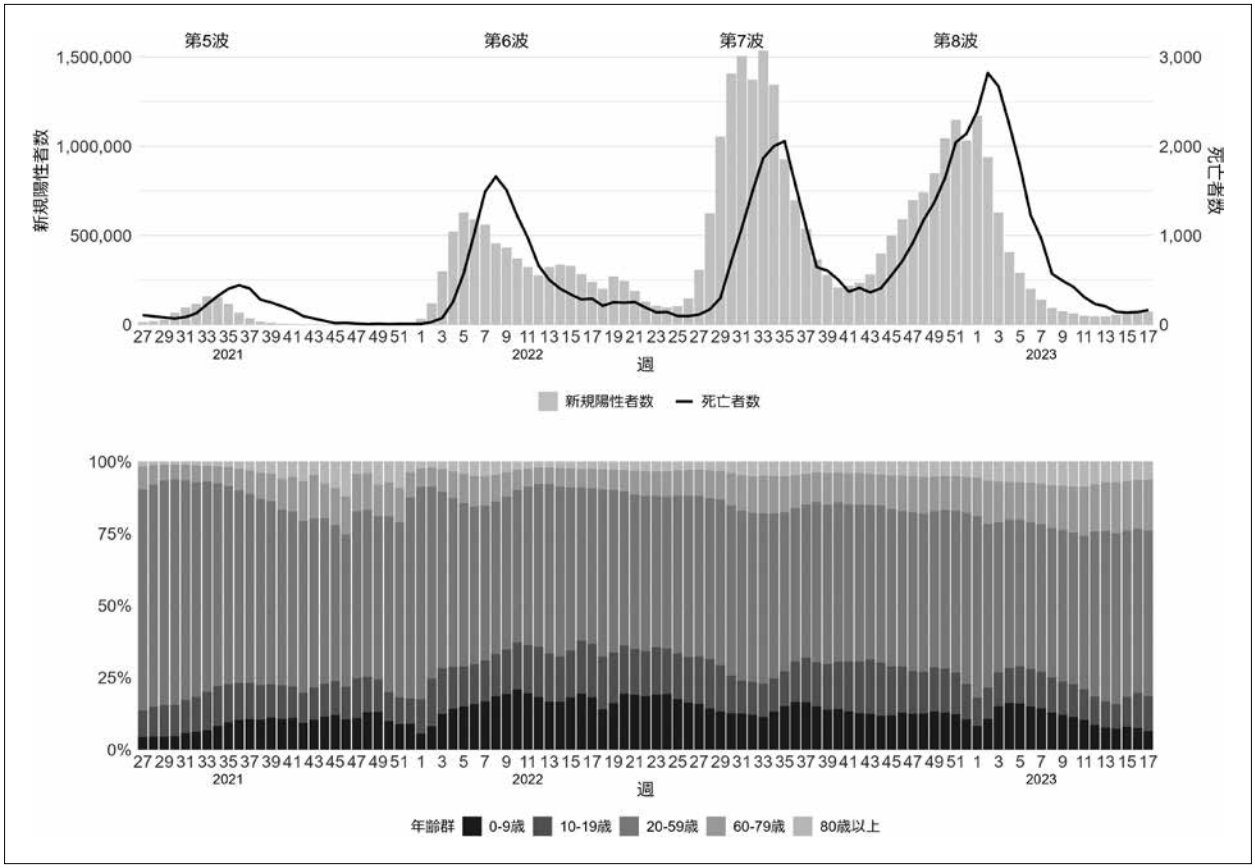
〈大谷 可菜子、滝沢 木綿、神垣 太郎、鈴木 基　国立感染症研究所感染症疫学センター〉

（1）はじめに

2020年１月に日本国内で最初の新型コロナウイルス感染症が報告されてから2023年５月までに約3,380万例が報告されている[1)]。感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律（感染症法）上の指定感染症としてパンデミック初期に位置付けられたが、その後は新型インフルエンザ等感染症として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（Health Center Real-time information-sharing System on COVID-19：HER-SYS）における届け出・集計が2020年５月から運用されてきた。

前稿でまとめた通り、第１波では海外からの輸入症例を端にした流行、第２波では飲食店などを中心としたクラスターでの拡大、第３波ではクラスターの発生の多様化と報告者数の大幅な増加、第４波ではアルファ、第５波ではデルタによる感染拡大が見られ、各流行波で特徴的な疫学像が認められた[2)]。その後、2023年５月までの間に日本はオミクロンによる３回の報告者数のピークを観

図表１　日本における新型コロナウイルス感染症新規陽性者数と死亡者数（上段）および新規陽性者の年齢群（下段）の推移（第５波以降）



注）年齢群は当該疫学週の水曜日から翌火曜日までの集計
出典：厚生労働省オープンデータ[9)]

察している**（図表１上）**。本稿では、オミクロンが流行した３つの流行波（第６波：2021年51週～2022年24週、第７波：2022年26週～40週、第８波：2022年41週～2023年８週）における新型コロナウイルス感染症の疫学像について記述する。

なお、2023年５月４日に世界保健機関（World Health Organization：WHO）は、新型コロナウイルス感染症を国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態から解除すると発表し[3)]、日本では2023年５月８日より５類感染症に位置付けられ、インフルエンザ/COVID-19定点サーベイランスでの届け出・集計の運用が開始されている。また2023年９月25日からは、基幹定点からの新規入院患者の届け出・集計が開始されている。

（２）新型コロナウイルスオミクロンについて

WHOは、南アフリカで初めて報告され、PANGO系統でB.1.1.529系統に分類されるSARS-CoV-2をそのウイルス特性の変化可能性を考慮して2021年11月26日にオミクロンと命名し、懸念される変異株（Variant of Concern：VOC）と分類した。これを受けて国立感染症研究所は、2021年11月28日に同系統に属する株をVOCとして監視体制を強化した[4)]。オミクロンは基準株と比べると30か所程度のアミノ酸置換をスパイクタンパク上に有しており、そのうち半数は受容体結合部位に存在する。ウイルス学的あるいは疫学的に高い伝播性が海外からの知見として指摘されており、日本でも2022年１月以降に報告者数が爆発的に増加した。オミクロン以前では報告者数が最も多かった第５波と比較しても、オミクロンによる新型コロナウイルス感染症の報告者数の規模が見て取れる**（図表１上）**。症例数の増加に伴い、死亡者数も大きく増加した。報告者の年齢層は、変異株の流行やワクチンの導入によって変化してきた[5)]。第１波、第２波では高齢者、第３波以降は若年層を中心とした流行であったが、オミクロン流行初期は、小児症例の増加が顕著であった**（図表１下）**。また、オミクロンはワクチン接種によって誘導される中和抗体に対して高い逃避能を有しているため、ブレイクスルー感染や再感染症例の増加も見られた[6)]。

（３）日本におけるオミクロン流行期の新型コロナウイルス感染症の疫学

①第６波

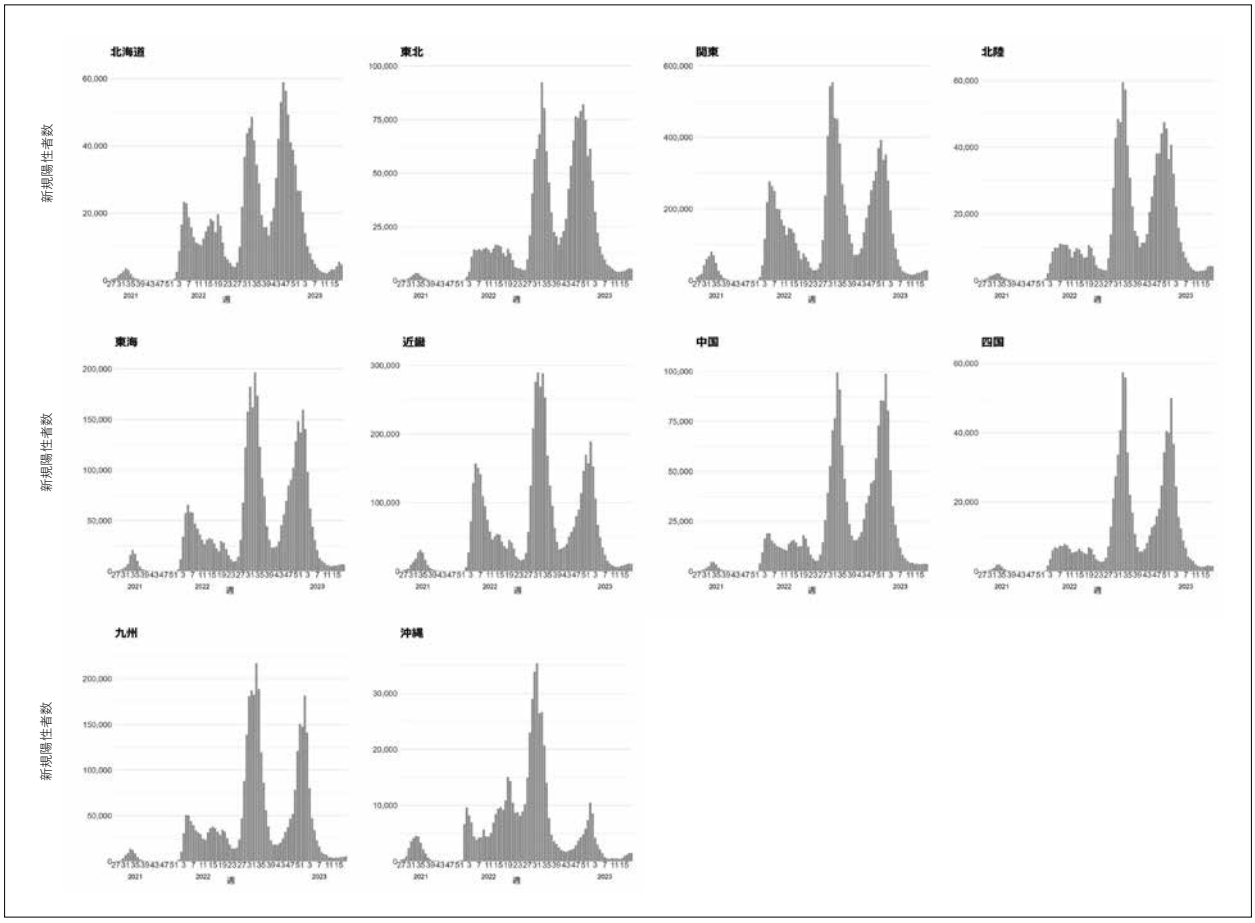
オミクロンは、2021年11月末に海外からの帰国者・入国者に対する検疫でまず探知され[4)]、続いて12月中旬に国内感染例の報告があった。沖縄県で先駆けてオミクロンによる流行が認められたが[7)、8)]、その後急速に全国的に拡大した**（図表２）**。ピーク時には１日の全国新規報告者数は10万人を超えた[9)]。死者数も過去最多を更新し、大阪府で最も多く報告されている[9)]。ゲノムサーベイランスによると、初期はBA.1系統による流行であったが、2022年第２週よりBA.2系統が報告され、第14週以降は置き換わったBA.2系統による流行となった[10)]。

報告者の急増を受けてクラスター対策が強化されるとともに、急速な感染拡大を受けた医療体制の逼迫を見越した対応が求められたために、積極的疫学調査としてFF100（The first few hundred）調査が実施され[11)]、診断および発症から10日以降にウイルス分離が可能な症例が認められなかったことが報告された[12)]。また国立感染症研究所実地疫学研究センターに設置されているFETP（実地疫学専門家養成コース）が全国で実施した積極的疫学調査[13)] の結果を用いた潜伏期間[14)]および発症間隔[15)] に関する疫学解析では、中央値がそれぞれ2.9日と2.6日であり、デルタから短縮

していることが報告された。

第６波における報告者の年齢群から見た特徴として、小児症例の急増が挙げられる。アルファ、デルタの流行期は若年層が流行の中心であったが、オミクロンによる第６波では10歳未満の症例が最も多くの割合を占めた**（図表１下）**。それに伴い、小学校や保育園・幼稚園でのクラスター発生が増加し[16]、学級閉鎖や休園が相次いだ。報告者のみでなく、濃厚接触による待機者も急増し、エッセンシャルワーカー等の欠勤が社会的な問題となった。社会機能の維持が困難となる事態が懸念され、報告者の療養解除および濃厚接触者の健康観察の期間の短縮が行われた[17]。2022年の３月には、５歳以上の小児を対象としたワクチン接種が開始された[18]。

図表２　地域別COVID-19新規陽性者数の推移（第５波以降）



地域の定義
東北：青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県
関東：茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、山梨県、長野県
北陸：新潟県、富山県、石川県、福井県
東海：岐阜県、静岡県、愛知県、三重県
近畿：滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県
中国：鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県
四国：徳島県、香川県、愛媛県、高知県
九州：福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県

出典：厚生労働省オープンデータ[9]

②第７波

第６波以降報告者数が高止まりとなっている中、オミクロン亜系統のBA.2系統からBA.5系統への置き換わりが起こった[19]。BA.5系統は、BA.2系統や他の亜系統株と比べて、感染やワクチン接種による免疫に抵抗性があり、伝播性も高い特徴を持つ[20]。ワクチンの４回目接種が開始され、３回接種率は人口の60％に達していたものの[21]、感染は拡大し、過去最多の症例数を記録した。特に沖縄県では、第６波から継続して多くの報告者数が出ており、ゴールデンウィーク後にも第６波を超えるピークが観察され、第７波での１日当たりの報告者数は全国で最も多くなった[8]。献血検体を用いた血清疫学調査でも、沖縄県の抗体保有割合は突出して高かった[22]。

死亡者数は増加したが、死亡率（新規陽性者に対する死亡者数）は低い傾向にあった。人口動態統計に報告された死亡者数に対して同時期に期待される死亡者数との差分である超過死亡をみると、週当たりの全死因および呼吸器系疾患による超過死亡数が第７波に当たる期間で予測閾値上限を上回っており、間接的にも死亡者数の増加が観察された[23]。前述の通り小児での感染者数の増加を受けて、20歳未満の新型コロナウイルス感染症の感染後の死亡例に関する積極的疫学調査が全国的に実施され、同年齢群においても第７波において増加していること、内因性死亡がほとんど（29/32例）であり、73％は発症から６日以内に死亡していたことが報告された[24]。また第６波以前に比べて大きく感染者が増加したことを受けて、第７波には再感染例も大幅に増加した[6]。

サーベイランスとしては、報告者数の増加に対応するため、発生届の全数届出の見直しが実施され、症例数が急増した都道府県では緊急避難措置として重症化リスクがあるなど特定の条件に該当する症例のみに限定することとなった[25]。その後、全国に拡大して適用された。９月下旬には、オミクロン株対応ワクチンの接種が開始された[18]。

③第８波

秋から報告者数が増加し、冬のインフルエンザとの同時流行が懸念された[26]。流行の主流となった株は、BA.5 系統、BQ.1系統、BA.2.75 系統が混在していた[19]。第８波では、第７波と比べて80歳以上の高齢者が占める割合が増加している**（図表１下）**。全国的な報告者数のピークは第７波を下回ったものの、死亡者数は第７波を上回り過去最多となった**（図表１上）**。報告される報告者数の増加に比べて、死亡者数の増加が大きくなった要因としては、80歳以上の占める割合の増加や医療機関、高齢者施設でのクラスター発生の増加に加え、2022年９月26日より発生届の報告基準が大きく変更され[27]、抗原検査キットを購入して行う自己検査が増加し、報告者数が過小評価されている可能性も考えられる[28]。

第８波は北海道で全国に先駆けて報告者数が増加した**（図表２）**。全国的には症例数のピークは第７波を下回っていたが、北海道では第７波を上回る症例数となった。一方で、沖縄県での報告者数は低く抑えられた。

（４）結語

第６波～第８波はオミクロンとその亜種による感染拡大により、報告者数が急増した。オミクロン流行前までは感染リスクが比較的小さかった小児でも報告者数が急増し、第６波以降の流行の中心となった。症例数に対する死亡数の割合は低かったが、報告者数の増加に伴い多くの死亡例が発

生し、小児死亡例も報告されている。また、この時期は地域による流行の差が見られた。

症例数の爆発的な増加に伴い、社会機能の維持のために対策の緩和が実施され、新型コロナウイルス感染症サーベイランスにおいても届け出方式の変更が行われた。５類感染症に位置付けられた後も、新型コロナウイルス感染症の流行は観察されている。定点把握疾患であるために報告者数全体の把握は困難となったが、引き続き流行状況を監視する必要がある。

■参考文献

1）厚生労働省. 新型コロナウイルス感染症の現在の状況について（令和５年５月８日版）.Available from: https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_32969.html

2）令和４年度地域保健総合推進事業. 新型コロナウイルス感染症対応記録. Available from: http://www.jpha.or.jp/sub/topics/20230427_2.pdf

3）World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing – 5 May 2023. Available from: https://www.who.int/news-room/speeches/item/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing---5-may-2023

4）国立感染症研究所. SARS-CoV-２の変異株B.1.1.529系統（オミクロン株）について（第４報）. Available from: https://www.niid.go.jp/niid/ja/2019-ncov/2551-cepr/10833-cepr-b11529-4.html

5）国立感染症研究所. 日本における新型コロナウイルス感染症の流行波ごとの性別・年齢的特徴の疫学的検討. IASR. 2022; 43: 273-275. Available from: https://www.niid.go.jp/niid/ja/typhi-m/iasr-reference/2605-related-articles/related-articles-514/11696-514r01.html

6）Kitamura N, Otani K, Kinoshita R, Yan F, Takizawa Y, Fukushima K, Yoneoka D, Suzuki M, Kamigaki T. Protective effect of previous infection and vaccination against reinfection with BA.5 Omicron subvariant: a nationwide population-based study in Japan. Lancet Reg Health West Pac. 2023 Sep 25;41:100911.

7）国立感染症研究所. 沖縄県におけるSARS-CoV-２の変異株B.1.1.529系統（オミクロン株）症例の実地疫学調査報告.IASR. 2022; 43: 37-40. Available from: https://www.niid.go.jp/niid/ja/2019-ncov/2488-idsc/iasr-news/10885-504p01.html

8）沖縄県新型コロナウイルス感染症対策本部総括情報部. 第６波から第７波まで（Ｒ４.１月～Ｒ４.９月）における県の取組と次の流行に向けた対策について. Available from: https://www.pref.okinawa.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/024/292/reflection1130.pdf

9）厚生労働省. データからわかる－新型コロナウイルス感染症情報－. Available from: https://covid19.mhlw.go.jp/

10）国立感染症研究所. 国立感染症研究所のゲノム解析の実施状況及びPANGO系統別検出状況（2022年５月11日掲載データ）Available from: https://www.niid.go.jp/niid/images/cepr/covid-19/220511_genome_surveillance.pdf

11）国立感染症研究所. SARS-CoV-２ B.1.1.529系統（オミクロン）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として実施したThe first few hundred調査について. IASR. 2022; 43: 288-290. Available from: https://www.niid.go.jp/niid/ja/typhi-m/iasr-reference/2605-related-articles/related-articles-514/11706-514r11.html

12）国立感染症研究所. 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１報）：感染性持続期間の検討. Available from: https://www.niid.go.jp/niid/ja/2019-ncov/2484-idsc/10880-covid19-66.html

13）国立感染症研究所. 実地疫学調査により得られた情報に基づいた国内のオミクロン株感染症例に関する暫定的な潜伏期間、家庭内二次感染率、感染経路に関する疫学情報（2022年１月10日現在）. Available from: https://www.niid.go.jp/niid/ja/2019-ncov/2559-cfeir/10901-covid19-04.html

14）国立感染症研究所. SARS-CoV-２の変異株B.1.1.529系統（オミクロン株）の潜伏期間の推定：暫定報告. Available from: https://www.niid.go.jp/niid/ja/2019-ncov/2551-cepr/10903-b11529-period.html

15）国立感染症研究所. SARS-CoV-２の変異株B.1.1.529系統（オミクロン株）の発症間隔の推定：暫定報告. IASR. 2022; 43: Available from: https://www.niid.go.jp/niid/ja/2019-ncov/2551-cepr/10952-b11529-si.html

16）厚生労働省. 第91回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード（2022年７月21日）. 資料資料３－１－②. Available from: https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000967345.pdf

17）厚生労働省. 新型コロナウイルス感染症の感染急拡大が確認された場合の対応について. 事務連絡令和４年１月５日（令和４年２月２日一部改正）. Available from: https://www.mhlw.go.jp/content/000892312.pdf

18）首相官邸. 新型コロナワクチンの接種スケジュールについて. Available from: https://www.kantei.go.jp/jp/headline/kansensho/vaccine_supply.html

19）国立感染症研究所. SARS-CoV-２変異株について. Available from: https://www.niid.go.jp/niid/ja/2019-ncov/2624-flu/12055-flu2-1-1.html

20）Kimura I, Yamasoba D, Tamura T, Nao N, Suzuki T, Oda Y, Mitoma S, Ito J, Nasser H, Zahradnik J, Uriu K, Fujita S, Kosugi Y, Wang L, Tsuda M, Kishimoto M, Ito H, Suzuki R, Shimizu R, Begum MM, Yoshimatsu K, Kimura KT, Sasaki J, Sasaki-Tabata K, Yamamoto Y, Nagamoto T, Kanamune J, Kobiyama K, Asakura H, Nagashima M, Sadamasu K, Yoshimura K, Shirakawa K, Takaori-Kondo A, Kuramochi J, Schreiber G, Ishii KJ; Genotype to Phenotype Japan（G２P-Japan）Consortium; Hashiguchi T, Ikeda T, Saito A, Fukuhara T, Tanaka S, Matsuno K, Sato K. Virological characteristics of the SARS-CoV-２ Omicron BA.2 subvariants, including BA.4 and BA.5. Cell. 2022 Oct 13;185（21）:3992-4007.e16.
21）厚生労働省. 新型コロナワクチンの接種回数について（令和６年４月１日公表）. Available from: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/yobou-sesshu/syukeihou_00002.html
22）厚生労働省. 第81回厚生科学審議会感染症部会資料. 新型コロナウイルスの抗体保有割合実態調査結果について. Available from: https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/001181956.pdf
23）日本の超過および過少死亡数ダッシュボード. Available from: https://exdeaths-japan.org/graph/weekly/
24）国立感染症研究所. 新型コロナウイルス感染後の20歳未満の死亡例に関する積極的疫学調査（第一報）：2022年８月31日現在. Available from: https://www.niid.go.jp/niid/ja/2019-ncov/2559-cfeir/11480-20-2022-8-31.html
25）厚生労働省. 新型コロナウイルス感染症に係る発生届の限定（緊急避難措置）の概要及び必要な手続き等について事務連絡 令和４年８月25日令和４年８月26日最終改正. Available from: https://www.mhlw.go.jp/content/000981215.pdf
26）厚生労働省. 新型コロナ・インフル同時流行対策タスクフォース. Available from: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00400.html
27）厚生労働省. 事務連絡. 令和４年９月12日（令和４年９月22日最終改正）. With コロナの新たな段階への移行に向けた全数届出の見直しについて. Available from: https://www.mhlw.go.jp/content/000993000.pdf
28）厚生労働省. 第117回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード（令和５年２月22日）資料３－８. Available from: https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001062650.pdf

2 わが国における超過死亡の推定

〈橋爪 真弘　東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学〉
〈野村 周平　慶應義塾大学医学部医療政策・管理学／東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学〉
〈鈴木 基　国立感染症研究所感染症疫学センター〉

（1）はじめに

温帯地域において、インフルエンザが大きく流行した冬は、流行が小さかった冬に比べて死亡者数が増える現象が古くから観察されている。インフルエンザによる直接的な死亡増加のみならず、呼吸器疾患や循環器疾患などさまざまな疾患による死亡も増加することが知られている。このように、インフルエンザ以外の死因も含めた死亡増加を把握する目的で、ある人口集団における死者数に対するインフルエンザ流行のインパクトを評価するために超過死亡の概念が用いられてきた。1973年に世界保健機関（World Health Organization：WHO）がインフルエンザ発生動向の監視や包括的健康影響評価を目的として超過死亡の概念を提唱して以来、世界的に広くその推定が行われている[1)]。

新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、2020年７月より厚生労働行政推進調査事業費による超過死亡研究班が組織され、2020年１月以降の超過死亡推定値を毎月公表している。本稿では、同研究班が行ってきた超過死亡の推定法とその結果を概観する。

（2）超過死亡推定法

超過死亡の推定方法としては、主にSerflingらの方法[2)、3)]、Choiらの方法[4)、5)]、河合・福富らの方法[6)、7)]、Simonsenらの方法[8)]、高橋らの方法[9)]、国立感染症研究所の方法[10)]などが提案されている[11)]。これらの方法は、いずれもインフルエンザ流行による超過死亡推定を目的としており、インフルエンザ非流行時の死亡数を基に予測死亡数を推定し、観測死亡数との差から超過死亡を求めている。

一方で、米国疾病予防管理センター（Centers for Disease Control and Prevention：CDC）および欧州死亡率モニター（European Mortality Monitoring：EuroMOMO）では、それぞれFarringtonアルゴリズム[12)、13)]やFluMOMOモデル[14)]を用いて新型コロナウイルス感染症による超過死亡の推定を行っており、これら欧米諸国の超過死亡とわが国の超過死亡を比較するため、研究班では主にFarringtonアルゴリズムを用いて超過死亡を推定した。

①利用データ

統計法第32条に基づく調査票情報の提供により、厚生労働省の人口動態調査における死亡票データを利用した。本分析では、東日本大震災（2011年）による一時的な死亡数増加のバイアスを除くため、2012年以降のデータを用いた。死亡票データは「確定数」「概数」「速報」に分かれており、「確定数」は調査年終了の翌年９月に、「概数」は調査月から約５か月後、「速報」は調査月から約２か月後に利用可能となる。そのため、「確定数」が利用可能となるまでの期間は「概数」もしくは「速報」を用いて推定を行った。「確定数」や「概数」には原死因に関する情報（国際疾病分類

〈ICD〉に基づく分類コード）が含まれているが、「速報」にはそれがない。そのため、すべての死因を含む超過死亡の評価には主に「速報」を使用し、死因別の評価には主に「概数」を使用した。さらに、国立感染症研究所が公表する感染症発生動向調査週報の疫学週を用いて、日ごとのデータを週単位に変換した[15]。都道府県別に週別の全死因超過死亡数を推定するとともに、死因別の超過死亡（循環器疾患〈ICD-10:I00-I99〉、呼吸器疾患〈J00-J99、R09.2、U04〉、悪性新生物〈C00–C97〉、老衰〈R54〉、自殺〈X60-X84〉、COVID-19〈U07.1〉以外の死因）も同様に推定した。

②統計解析

Farringtonアルゴリズムに基づき、準ポアソン回帰モデルを用いた。予測時点の直近５年間のデータを使用して予測死亡数を推定し、95％片側予測区間上限の値と比較した。観測死亡数がこれらの上限値を超えた場合、その差分を超過死亡として算出した。

③結果の公表

研究班は2020年７月以降、毎月国立感染症研究所のホームページに推定した超過死亡データを掲載するとともに、2021年３月に「日本の超過および過少死亡数ダッシュボード」（https://exdeaths-japan.org/）を立ち上げ、2020年１月以降の全死因および死因別の超過死亡数を公開した**（図表１）**。全死因の超過死亡は約２か月遅れで、死因別の超過死亡は約５か月遅れでおおむね毎月更新した。また、解析に用いたＲコードおよび時系列死亡数データも専用ダッシュボードに掲載した。さらに、厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボードの資料としても定期的に提出した（2023年４月まで）。

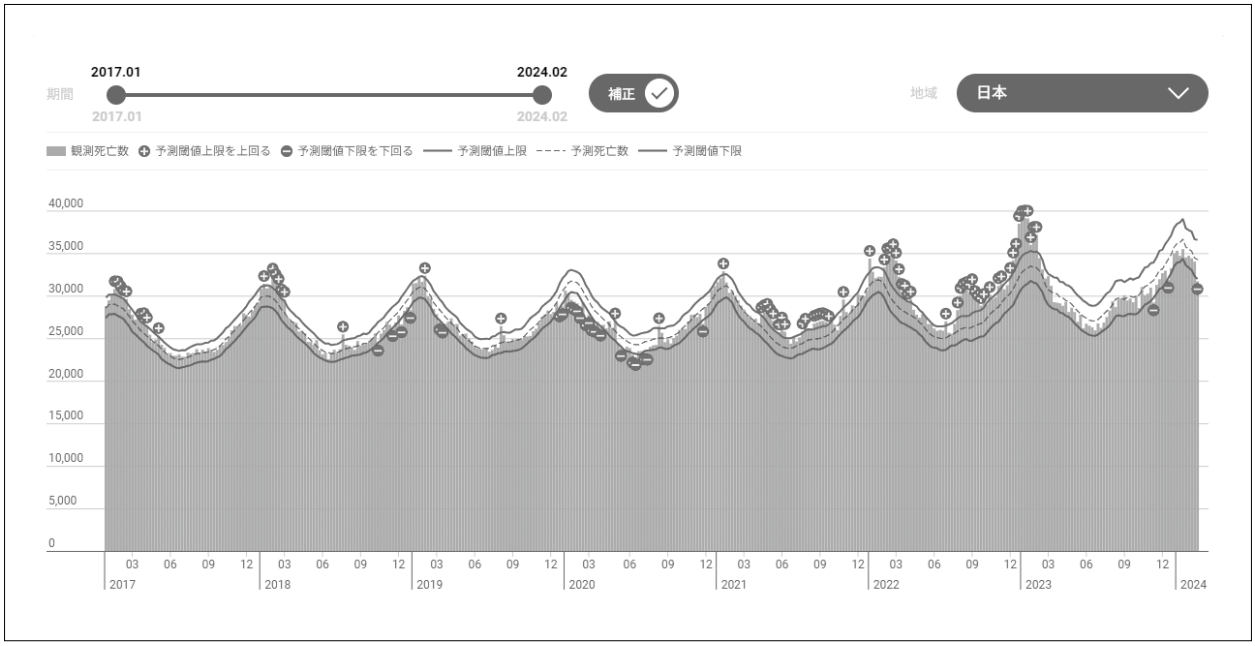
図表１　「日本の超過および過少死亡数ダッシュボード」（https://exdeaths-japan.org/）

（3）パンデミック下における超過死亡の推移

2020年には全国的に顕著な超過死亡は観察されず、むしろ年初から７月まで断続的に例年より死亡者数が少ない過少死亡が観察された**（図表２）**。これは、各種感染症対策意識の高まりや外出を極力避けるなどの行動変容により、インフルエンザをはじめとする感染症の流行が抑えられたこと

が一因と考えられる。しかし、2021年４月～６月には連続して超過死亡を認める週が確認され、さらに2021年８月～10月、2022年２月～４月、８月～９月、そして2022年12月～2023年２月にかけて、新型コロナウイルス感染症流行の波と同期して全国的に超過死亡が観察された。2023年は３月以降、超過死亡は認められていない。

図表２　全国における全死因の週ごと観測死亡数と予測死亡数の時系列推移
(https://exdeaths-japan.org/)



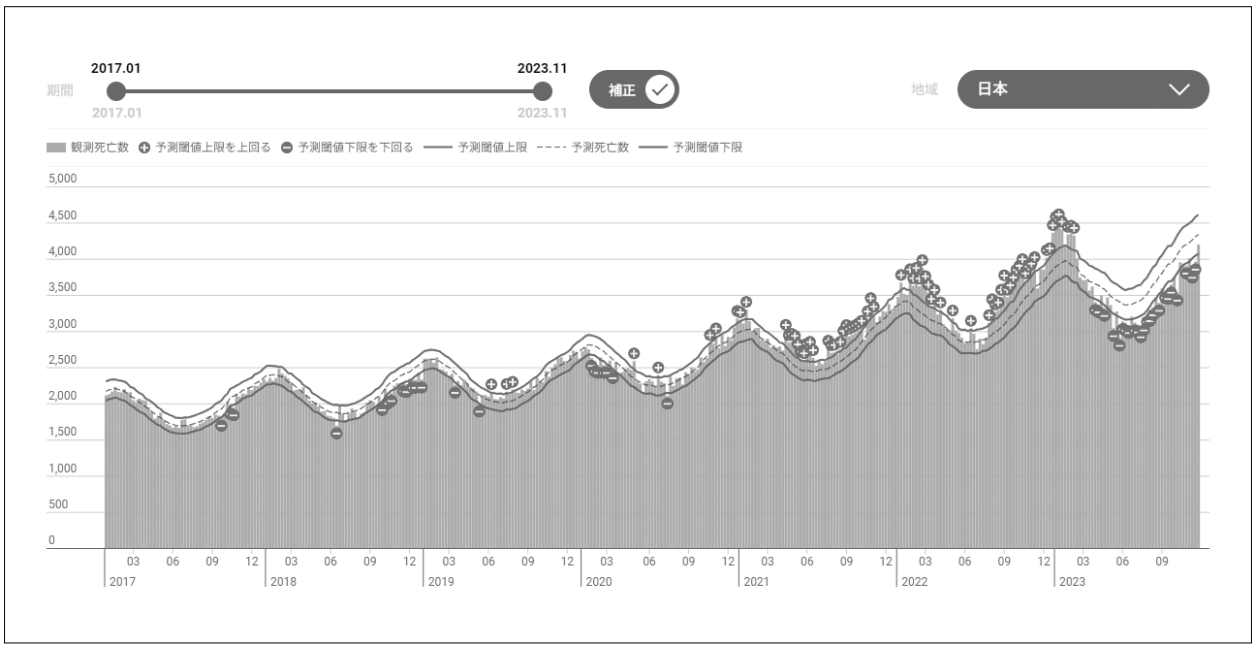
①老衰死の増加

デルタ株が主流となった2021年以降から2023年11月まで、老衰死の増加傾向が顕著である**（図表３）**。老衰死の超過死亡は2023年初頭まで観察され、それ以降は過少に転じている。これは予測死亡数の上振れによる統計モデル上の影響も考えられるが、観測死亡数は新型コロナウイルス感染症流行以降一貫して増加している。外出自粛による身体活動の低下に伴う虚弱化、医療機関受診控えによる慢性疾患治療の不定期化、自宅療養や介護施設での容態悪化に対する入院調整が困難な状況など、複合的な要因が考えられる。高齢者は生活環境の変化の影響を長期的に受けやすく、健康危機時における高齢者の健康状態の把握と医療アクセスの改善が重要であることが示唆された。

②自殺の増加

パンデミック初期の2020年下半期以降、特定の年齢層と性別において自殺者数が増加した[16)、17)]。特に女性全般と、男性の20歳代および80歳以上の層でこの傾向が強く見られた[18)]。過去のデータでは、自殺率は男性や高齢者が高い傾向にあったが、パンデミック下では一部逆転している。男女ともに経済的背景が原因の自殺が増加しているが[19)]、その他の理由や動機は性別によって異なる。女性の自殺の主な理由には「家庭問題」「健康問題」および「学校問題」が含まれ、一方で男性の自殺の主な原因は「経済・生活」および「勤務」に関連している。

図表３　全国における老衰による週ごと観測死亡数と予測死亡数の時系列推移
(https://exdeaths-japan.org/)



（4）おわりに

超過死亡は、通常の期間と比較して特定の期間における実際の死亡数の増加を示す指標であり、新型コロナウイルスの感染による死亡（直接影響）のみならず、介入政策やさまざまな社会・行動様式の変容による死亡数の変化（間接影響）を包括的に評価することができる点で有用である。推定モデルやベースライン期間（通常時）の選択には複数の方法があり、それに応じて推定値にばらつきが生じることは避けられない。特に、パンデミックや自然災害時など、死因の正確な把握が困難な状況でその有用性が発揮される。わが国においては、2020年は過少死亡が、2021年から2023年初頭までは断続的に超過死亡が観察された。

■引用文献

1）Assaad F, Cockburn WC, Sundaresan TK. Use of excess mortality from respiratory diseases in the study of influenza. Bulletin of the World Health Organization. 1973;49(3):219-33.

2）Serfling RE, Sherman IL, Houseworth WJ. Excess pneumonia-influenza mortality by age and sex in three major influenza A2 epidemics, United States, 1957-58, 1960 and 1963. Am J Epidemiol. 1967;86(2):433-41.

3）Serfling RE. Methods for current statistical analysis of excess pneumonia-influenza deaths. Public Health Rep. 1963;78(6):494-506.

4）Choi K, Thacker SB. Mortality during influenza epidemics in the United States, 1967-1978. Am J Public Health. 1982;72(11):1280-3.

5）Choi K, Thacker SB. An evaluation of influenza mortality surveillance, 1962-1979. I. Time series forecasts of expected pneumonia and influenza deaths. Am J Epidemiol. 1981;113(3):215-26.

6）河合道, 福富和夫, 杉浦昭. インフルエンザと超過死亡（1966～1978）. 臨床とウイルス. 1980;8:53-6.

7）福富和夫, 橋本修二. 季節変動の観察―インフルエンザによる超過死亡. 保健統計・疫学. 東京: 南山堂; 2005. p. 56-7.

8）Simonsen L, Clarke MJ, Williamson GD, Stroup DF, Arden NH, Schonberger LB. The impact of influenza epidemics on mortality: introducing a severity index. American Journal of Public Health. 1997;87(12):1944-50.

9）高橋美保子, 丹後俊郎. インフルエンザによる超過死亡の新しい定義とその推定方法の提案. 日本公衆衛生雑誌. 2001;48:402-8.

10）国立感染症研究所感染症情報センター. インフルエンザ流行に伴う超過死亡について. 病原微生物検出情報. 2000;21:265-7.

11）高橋美保子. インフルエンザ流行による超過死亡の範囲の推定　年間死亡率と季節指数を用いた最小超過死亡の推定モデルの応用. 日本公衆衛生雑誌. 2006;53(8):554-62.
12）Farrington CP, Andrews NJ, Beale AD, Catchpole MA. A Statistical Algorithm for the Early Detection of Outbreaks of Infectious Disease. Journal of the Royal Statistical Society Series A (Statistics in Society). 1996;159(3):547-63.
13）Noufaily A, Enki DG, Farrington P, Garthwaite P, Andrews N, Charlett A. An improved algorithm for outbreak detection in multiple surveillance systems. Statistics in Medicine. 2013;32(7):1206-22.
14）EuroMOMO network.［https://www.euromomo.eu/how-it-works/methods/］.
15）国立感染症研究所. 報告週対応表 [https://www.niid.go.jp/niid/ja/calendar.html].
16）Nomura S, Kawashima T, Harada N, et al. Trends in suicide in Japan by gender during the COVID-19 pandemic, through December 2020. Psychiatry Res 2021; 300: 113913.
17）Nomura S, Kawashima T, Yoneoka D, et al. Trends in suicide in Japan by gender during the COVID-19 pandemic, up to September 2020. Psychiatry Res 2021; 295: 113622.
18）Eguchi A, Nomura S, Gilmour S, et al. Suicide by gender and 10-year age groups during the COVID-19 pandemic vs previous five years in Japan: An analysis of national vital statistics. Psychiatry Res 2021; 305: 114173.
19）Koda M, Harada N, Eguchi A, et al. Reasons for Suicide During the COVID-19 Pandemic in Japan. JAMA Netw Open 2022; 5(1): e2145870.

謝辞

本研究は以下の補助金により実施された。「新型コロナウイルス感染症等の感染症サーベイランス体制の抜本的拡充に向けた人材育成と感染症疫学的手法の開発研究（JPMH20HA2007）」（厚生労働行政推進調査事業費補助金　令和２～４年度）、「医療デジタルトランスフォーメーション時代の感染症サーベイランス体制の構築に向けた研究（JPMH23HA2005）」（厚生労働行政推進調査事業費補助金　令和５～６年度）

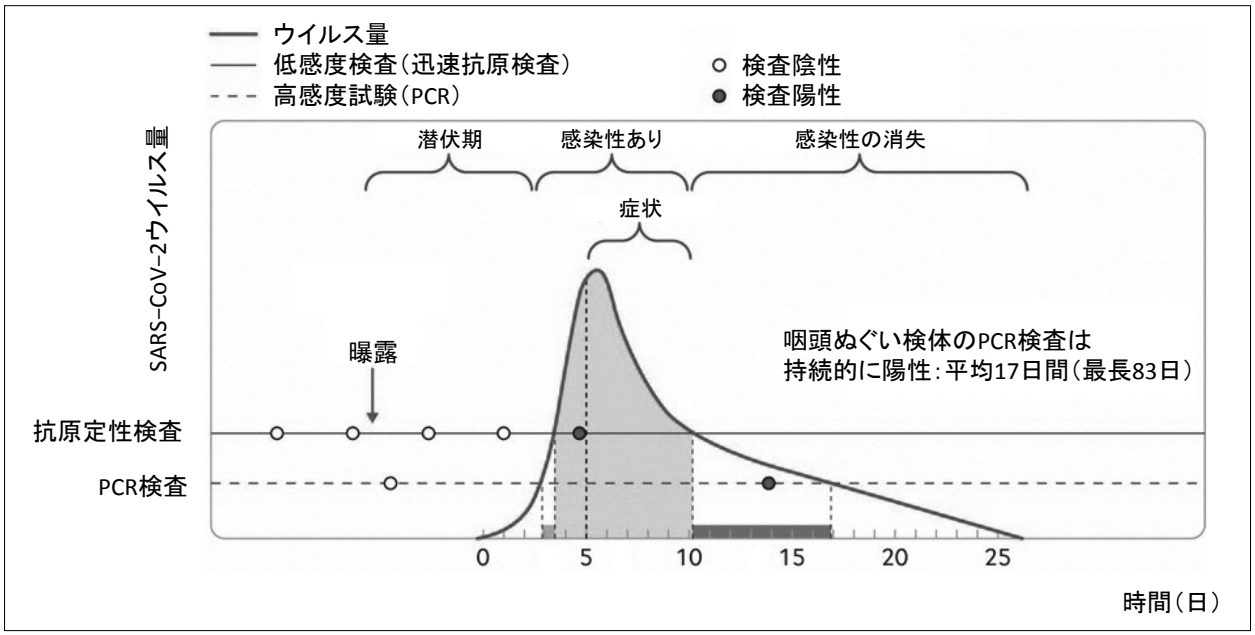
3　待機期間の短縮、濃厚接触者の対応の変遷：エビデンスと議論

〈中島 一敏　大東文化大学スポーツ・健康科学部健康科学科教授〉

（1）はじめに

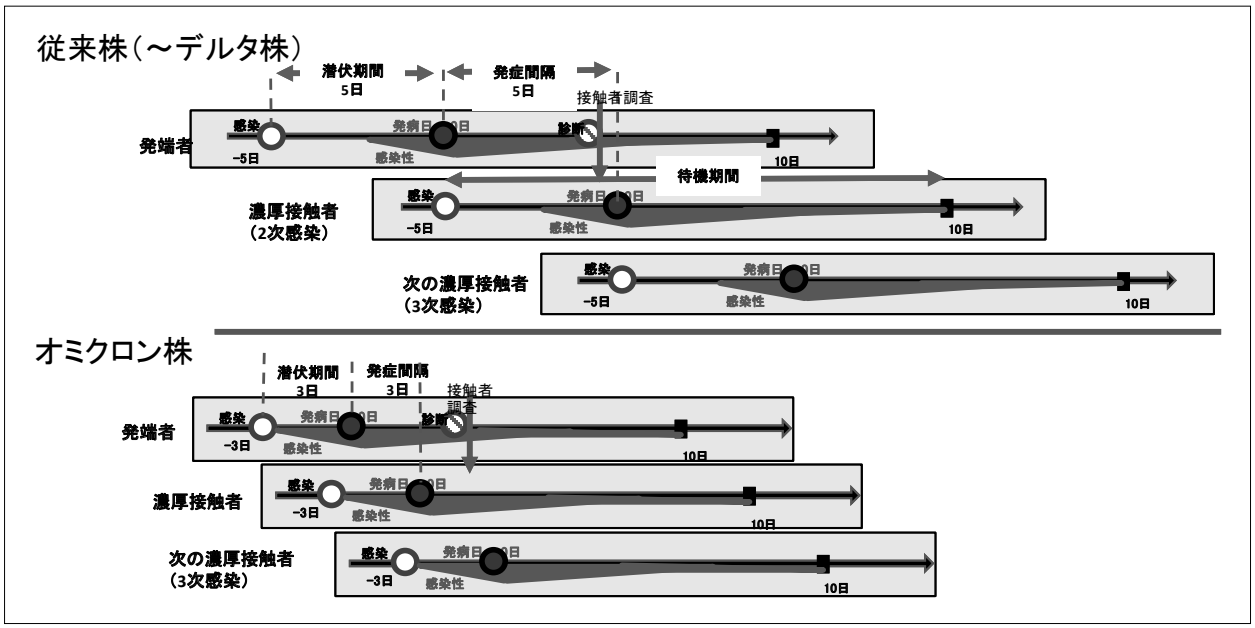
ヒト－ヒト感染で広がる感染症では、感染者が病原体を排出する期間、感受性のある他者との接触を控えることは感染拡大の抑制につながる。そのため、確定診断された感染者に対し、病原体の

図表１　新型コロナウイルス感染症感染者の経過とPCR検査および抗原定性検査による検出



出典：Alex Crozier et al. BMJ 2021;372:bmj.n208

図表２　デルタ株以前とオミクロン株における潜伏期間と世代時間：感染伝播のイメージ



排出が終わるまで入院を継続したり、外出を控えたりするなどの行動制限がしばしば行われるが、新型コロナウイルス感染症においては、発病日前後に最も感染性が高く[1]、確定診断時にはすでに２次感染が生じている場合が多いことから、感染者のみならず、感染している可能性の高い濃厚接触者への行動制限も必要となった**（図表１、図表２）**。

（２）新型コロナウイルス感染症感染者（検査陽性者）の入院期間および待機期間

感染者の感染性がいつまで続くのか不明であったパンデミックの極初期には、感染症法に基づき、感染者は、２回の検査で陰性が確認されるまで、入院加療が求められた[2]が、感染性を有する期間が明らかになるにつれ、入院期間が、2020年５月29日からは、発症日から14日経過後かつ症状消失72時間以降までに、さらに同年６月12日には10日経過後かつ症状消失72時間以降までとなった[3]、[4]**（図表１）**。感染者数が、医療機関の病床キャパシティーを超えると、必然的に、重症者および重症化リスクを有する高齢者等を優先せざるを得なくなり、その他は、必要度に応じて、宿泊療養施設や自宅で経過観察されることとなった。

デルタ株がまん延した第５波が収束した後、2021年11月～12月の流行レベルは極めて低くなったが、2021年末にオミクロン株が出現すると、感染者数は急速に増加した。海外情報から、オミクロン株が高い感染伝播性と免疫逃避性を有しており、国内に侵入すると大きな流行となることが事前から懸念されていたことから、2021年11月30日、厚生労働省はオミクロン株の感染者に対し、全例入院加療、濃厚接触者に対しては全例宿泊療養とし、それぞれ、退院、待機期間解除には、複数回の検査陰性確認を求めた[5]。ところが、第６波では、従来以上のペースで急激に感染者数が増加し医療提供体制に大きな負荷がかかることとなり、2022年１月５日、厚生労働省は、先の方針を改め、急速拡大が確認された場合には、オミクロン株による感染者、濃厚接触者共に、デルタ株等同様の対応を可能とした[6]。また、感染者がワクチン接種歴を有している場合には、10日目以降を退院可能日とし、さらに、１月14日には、ワクチン接種歴を問わず10日目以降とした[7]、[8]。ところが、１月中旬以降も流行状況および医療逼迫状況は悪化し続けた。１月28日、厚生労働省は、無症状病原体保有者に対する待機解除日を検体採取日から７日間経過後へと短縮した[9]。

（３）濃厚接触者の待機期間

SARSやエボラウイルス病等では、発病した患者からの感染伝播が感染拡大の要因であるため、濃厚接触者の健康観察の目的は、濃厚接触者中の発病患者を早期に発見することであるが、新型コロナウイルス感染症においては、健康観察期間中の濃厚接触者からの感染伝播防止が重要となる。そのため、濃厚接触者に対しては、外出を控える等の「待機」が求められることとなり、待機期間は、潜伏期および発病後感染性を消失するまでとするのが基本的な考え方となった**（図表２）**。当初、濃厚接触者の待機期間は具体的には示されていなかったが、2022年２月27日、最終接触日から14日間であると示された[10]**（図表３）**。しかし、濃厚接触者の待機は、感染者の療養期間より長くなることに対する当事者の「不合理感」や、家庭内の濃厚接触者は生活必需品の購入のための外出もできない等のジレンマに加え、休業者増加による経済・社会への影響も大きくなった。

オミクロン株による感染が発生した当時は、先述の通り、最終接触日から数えて14日目までの宿

図表３　感染者および濃厚接触者に対する入院期間、待機期間の変遷

年/月/日	感染者（患者、無症状）	濃厚接触者	参考
2022/2/3	原則入院隔離、解熱後24時間以上以降、２回の検査陰性確認まで		厚生労働省結核感染症課長通知.健感発0203 第３号（令和2年2月3日）
2022/2/18	（無症状病原体保有者）陽性確認48時間以上経過後、2回の検査陰性確認まで		厚生労働省結核感染症課長通知健感発0218第３号（令和2年2月18日）
2022/2/26		クラスター対策として外出自粛要請	厚生労働省対策推進本部. 事務連絡.（令和2年2月26日）
2022/2/27		最終曝露日から14日間	国立感染症研究所.積極的疫学調査実施要領（暫定版）（令和2年2月27日版）
2020/5/29	発病から14日間経過かつ症状消失72時間以上まで		厚生労働省健康局結核感染症課長通知.健感発0529第１号（令和2年5月29日）
2020/6/12	発病から10日間経過かつ症状消失72時間以上まで		厚生労働省健康局結核感染症課長通知.健感発0612第１号（令和2年6月12日）
2021/11/30	オミクロン株感染患者は入院：症状軽快24時間以降2回検査陰性確認まで	（オミクロン）全例宿泊療養	厚生労働省推進本部. 事務連絡（令和3年11月30日）
2021/12/20		（オミクロン株）最終接触日から3、6、10、14日目の検査で全て陰性を確認後	厚生労働省推進本部. 事務連絡（令和3年11月30日 令和3年12月20日一部改正）
2022/1/5	急速拡大期の場合：デルタ株同様症状に応じて、宿泊 療養・自宅療養 とすることが可能	デルタ株等と同様、自宅等に滞在することが可能	厚生労働省対策推進本部. 事務連絡（令和4年1月5日）
2022/1/5	ワクチン接種者の場合：発症日または検体採取日から10 日経過した場合は退院可能		厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部. 事務連絡（令和3年11月30日 令和4年1月5日一部改正）
2022/1/14	ワクチン接種の有無を問わず：発症日又は検体採取日から10 日経過した場合は退院可能	最終接触日から10日目までに短縮	厚生労働省対策推進本部. 事務連絡（令和3年11月30日 令和4年1月14日一部改正）
2022/1/28	急速拡大期の場合：無症状病原体保有者に対しては、検体採取日から7日間経過後に解除	急速拡大期の場合：最終接触日から7日間で解除。社会機能維持者は、4日目、5日目の抗原定性検査陰性で解除	厚生労働省対策推進本部事務連絡（令和4年1月5日 令和4年1月28日一部改正）
2022/3/16		事業所では行動制限を求めない	厚生労働省対策推進本部事務連絡（令和4年3月16日）
2022/7/22		最終接触日から5日間に短縮。2日目、3日目の抗原定性検査陰性で解除。	厚生労働省対策推進本部事務連絡（令和4年3月16日 令和4年7月22日一部改正）
2022/7/30		3日目解除に際し、「7日間が経過するまで、自身の健康状態の確認、ハイリスク者との接触、ハイリスク施設への不要不急の訪問、感染リスクの高い場所の利用、会食等を避け、マスクを着用すること」等を追記	厚生労働省対策推進本部事務連絡（令和4年3月16日 令和4年7月30日一部改正）
2023/5/8	5類化に伴い「待機期間」解除。（学校感染症の取り扱いは継続）	5類化に伴い「待機期間」解除。	厚生労働省対策推進本部事務連絡（令和5年5月8日）

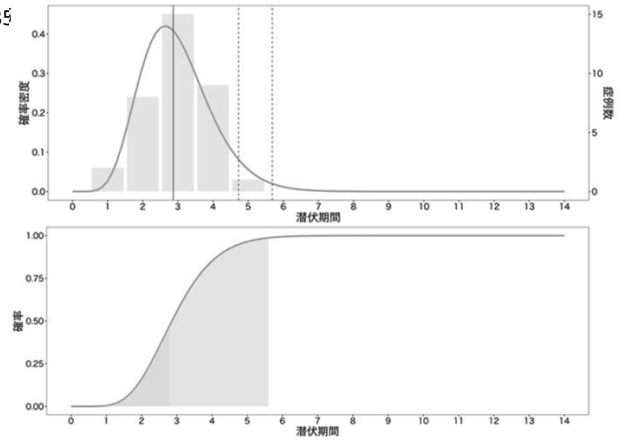
泊療養対象となり、退所には複数回の検査陰性の確認が必要とされたが、第６波の感染者数急増に伴い、2022年１月５日には、自宅待機が可能となった[6)、11)]。さらに、１月14日には待機期間が14日間から10日間へ短縮された[8)]。その時期から、濃厚接触者に対する待機期間が、感染者の療養期間・待機期間とほぼ同じ日数となり、当初の「潜伏期間＋発病後の感染性を有する期間」からずれが生じることとなった。果たして１月28日には、「急速拡大が確認された」場合、７日間で解除、社会機能維持者では、検査陰性確認を条件に５日目で解除が可能とされた[9)]。その後、流行レベルや医療逼迫が深刻化した第７波の上昇局面の７月22日には、５日間に短縮、さらに２回の抗原定性検査で陰性が確認された場合には３日目で解除可能との方針が厚生労働省から示された[12)]。この方針は、オミクロン株感染者の潜伏期間は約３日と２日間短くなったものの感染性持続期間はデルタ株までの感染と大きく異ならないこと等から考えて、最終曝露日から５日間、検査陰性で３日目解除では、多くの感染性を有する人を見逃してしまい、市民への誤ったメッセージとなりかねないことが懸念され、７月27日の厚生労働省第92回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード

で議論された[13]**（図表４、図表５）**。７月30日、厚生労働省は、解除方針は維持しつつも、７日間が経過するまでは、検温など自身による健康状態の確認や、ハイリスク者との接触やハイリスク施設への不要不急の訪問、感染リスクの高い場所の利用や会食等を避け、マスクの着用等の感染対策を徹底することを求めるようアナウンスした[14]。

図表４　オミクロン株感染の潜伏期間

潜伏期間の中央値は2.9日（4日以上が47%）

(1). 積極的疫学調査のデータを用いた曝露-発症間隔の分布と累積分布（N＝35



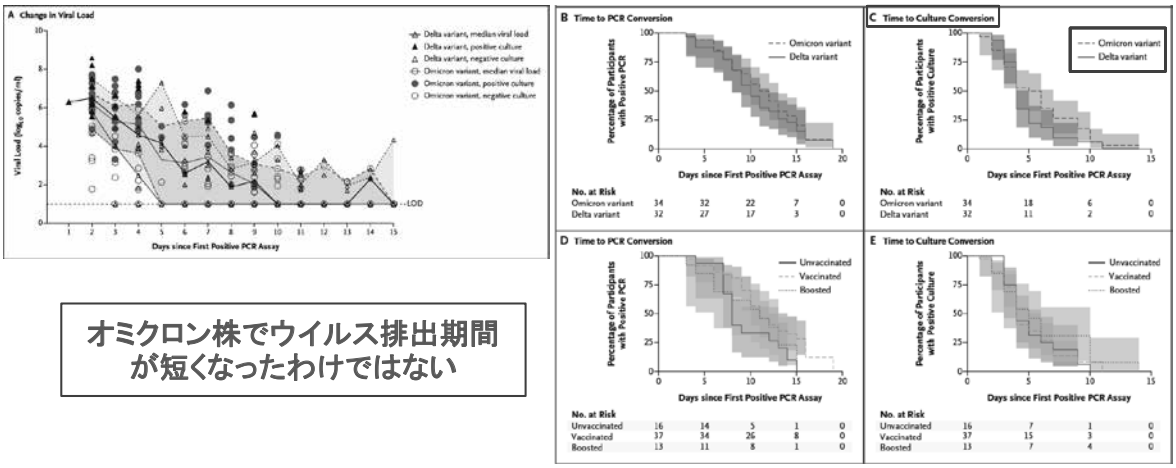
潜伏期間の単位は日。薄茶色は50%、薄水色は99%区間を示す。

(2). HER-SYSデータを用いた曝露から経過日数ごとの発症する確率(%)

曝露日からの日数	アルファ株症例	オミクロン株症例
1日	6.29	8.55
2日	23.1	30.41
3日	42.42	53.05
4日	59.46	70.69
5日	72.67	82.65
6日	82.16	90.12
7日	88.63	94.53
8日	92.90	97.04
9日	95.63	98.43
10日	97.35	99.18
11日	98.41	99.57
12日	99.05	99.78
13日	99.44	99.89
14日	99.67	99.94

出典：国立感染症研究所. SARS-CoV-2の変異株B.1.1.529系統（オミクロン株）の潜伏期間の推定：暫定報告. 2022.1.13
https://www.niid.go.jp/niid/ja/2019-ncov/2551-cepr/10903-b11529-period.html
厚生労働省. 第92回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード資料3-5-②より一部改変

図表５　オミクロン株感染者のウイルス排出期間



オミクロン株でウイルス排出期間が短くなったわけではない

出典：Boucau J. et al. Duration of viable virus shedding in SARS-CoV-2 Omicron (BA.1) infection. NEJM. 387(3). 2022. doi: DOI: 10.1056/NEJMc2202092
厚生労働省. 第92回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード資料3-5-②より

2023年５月８日、新型コロナウイルス感染症が感染症法上５類疾病に変更されると、感染者および濃厚接触者に対し、法律に基づく療養期間、待機期間の設定は解除された[15)]。感染者や濃厚接触者に対する療養期間・待機期間の設定による感染拡大抑制上の意味は、感染症によって異なる。今後の感染症危機管理においても、リスク評価に基づき戦略的に行う必要がある。

■参考文献

1）Alex Crozier, et al. Put to the test: use of rapid testing technologies for covid-19. BMJ 2021;372:n208
2）厚生労働省．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における新型コロナウイルス 感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて.（健感発0203第３号）．令和２年２月３日
3）厚生労働省．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における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて（一部改正）（健感発0529第１号）．令和２年５月29日
4）厚生労働省．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における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて（一部改正）（健感発0612第１号）．令和２年６月12日
5）厚生労働省．B.1.1.529系統（オミクロン株）の感染が確認された患者等に係る入退院及び航空機内における濃厚接触者の取扱いについて．事務連絡．令和３年11月30日
6）厚生労働省．新型コロナウイルス感染症の感染急拡大が確認された場合の対応について．事務連絡．令和４年１月５日
7）厚生労働省．B.1.1.529系統（オミクロン株）の感染が確認された患者等に係る入退院及び濃厚接触者並びに公表等の取扱いについて（一部改正）．事務連絡．令和４年１月５日
8）厚生労働省．B.1.1.529系統（オミクロン株）の感染が確認された患者等に係る入退院及び濃厚接触者並びに公表等の取扱いについて（一部改正）．事務連絡．令和４年１月14日
9）厚生労働省．新型コロナウイルス感染症の感染急拡大が確認された場合の対応について．一部改正．事務連絡．令和４年１月28日
10）国立感染症研究所．新型コロナウイルス感染症患者に対する積極的疫学調査実施要領（暫定版）―患者クラスター（集団）の迅速な検出の実施に関する追加―．令和２年２月27日版
11）厚生労働省．B.1.1.529 系統（オミクロン株）の感染が確認された患者等に係る入退院及び航空機内における濃厚接触者の取扱いについて（一部改正）．事務連絡．令和３年12月20日
12）厚生労働省．B.1.1.529系統（オミクロン株）が主流である間の当該株の特徴を踏まえた感染者の発生場所毎の濃厚接触者の特定及び行動制限並びに積極的疫学調査の実施について．一部改正．事務連絡．令和４年７月22日
13）厚生労働省．第92回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード資料３―５―②．2022年７月27日
14）厚生労働省．B.1.1.529系統（オミクロン株）が主流である間の当該株の特徴を踏まえた感染者の発生場所毎の濃厚接触者の特定及び行動制限並びに積極的疫学調査の実施について．一部改正．事務連絡．令和４年７月30日
15）厚生労働省．新型コロナウイルス感染症の５類感染症移行後の対応について．
https://www.mhlw.go.jp/stf/corona５rui.html（2024年５月５日にアクセス）

4 新型コロナウイルス感染症の特徴　FF100について

〈高橋 健一郎　国立感染症研究所感染症危機管理研究センター〉

（1）FF100とは

The first few hundred調査（以下、「FF100」という）は、感染症による公衆衛生危機発生時に症例定義に合致した最初の数百症例程度から通常のサーベイランスでは得られない臨床・疫学的知見を迅速に収集する調査である[1)]。2009年の新型インフルエンザ流行初期に、臨床・疫学情報の収集に用いられ[2)、3)]、近年はThe first few “X”（FFX）と呼ばれることもある。未知の病原体が出現した際には、その病原体の感染力や死亡率などその特性を明らかにした上でリスク評価と公衆衛生対応を迅速に行う必要がある。そのためFF100では、臨床・疫学情報などのデータと患者検体を複数の医療機関から同一の様式や項目で統合的に素早く収集することが求められている。SARS-CoV-２ B.1.1.529系統（以下、「オミクロン」という）出現時には、オミクロン感染者の臨床的・疫学的特徴とウイルス学的・血清学的特徴を明らかにすることを目的に、感染症の予防およ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）第15条第２項に基づく国による疫学調査として、厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部の企画／依頼によりFF100が実施された。本稿では著者の所属である国立感染症研究所（以下、「感染研」という）の現場目線でオミクロン出現時のFF100について述べる。

（2）オミクロンの出現と初期対応

オミクロンは、2021年11月24日に南アフリカから世界保健機関（World Health Organization: WHO）に初めて報告され、その後WHOは11月26日にVOC（Variant of Concern）に指定した[4)]。日本においても感染研は、11月26日にVOI（Variant of Interest）として位置付け、その後11月28日に国外における情報と国内のリスク評価に基づき、VOCに位置付けた[5)]。11月22日～28日（47週）はオミクロン出現前の流行の主流であったデルタの流行が落ち着いた時期であり、全国の新規陽性者数の１日平均は約90人／日で新規陽性者のいない都道府県も複数あるような流行状況であった[6)]。政府は11月30日以降外国人の入国停止など水際措置の強化を行ったが[7)]、同30日に日本でも検疫でオミクロン陽性者が初めて確認された[8)]。伝染性、重症度の増加や免疫逃避に関連している可能性のあるスパイクタンパク質のアミノ酸変異が30個以上含まれていることから、ウイルスの性状（抗原性、感染性、伝播性、病原性、毒力）が大きく変化していることが懸念された[9)]。そのような状況を踏まえて11月30日オミクロン感染者の退院には核酸増幅法または抗原定量検査で２回の陰性確認が必要と新型コロナウイルス感染症発生初期の退院基準で対応するように事務連絡が発出された[10)]。オミクロンの臨床像や感染性ウイルス排出期間は、対策戦略の立案や医療機関の入院のキャパシティーや機能維持、ならびに感染者の社会的活動に関わる重要な因子であり、そうした科学的知見を迅速に収集し、知見に基づいた対策の意思決定を行うためには、オミクロンの臨床像やウイルス学的・血清学的、疫学的データ、中でも感染性ウイルス排出期間のデータを迅速に収集する必要があった。

（3）FF100の実施体制の構築

FF100は、新型コロナウイルス感染症の発生初期、アルファ出現時にも臨床的・疫学的特徴を明らかにする目的で、実施されてきた。11月30日の検疫でのオミクロン陽性者同定を受け、今後病原性の大きく変化した可能性のあるオミクロンの流行が日本でも懸念されたため新たにFF100の実施が決定した。厚生労働省は調査全体の調整と管理を担い、現場は臨床・疫学・検査の３部門に分け、それぞれ窓口となる責任者を決定した。

臨床・疫学情報は統一されたフォーマットで収集する必要があり、COVI-REGI [11] で作成した調査票を基にしてCOVID-19オミクロン株症例報告実施要領**（図表１）**と症例報告書を作成した。ただし、症例報告書の作成と検体輸送のタイミングが異なること、また検査部門では感染性ウイルス排出期間を解析するのに必要な情報（診断日、発症日、症状消失日、年齢、ワクチン接種歴など）と検体の取り違いを防ぐための情報（検体の数、種類、採取日など）を得ることが重要であったため、症例報告書とは別に必要最低限の情報の検体付随情報**（図表２）**を作成し、検体輸送の際に付随して使用した。

図表１　新型コロナウイルス感染症オミクロン症例報告実施要領（メールアドレスなど一部改変した）

COVID オミクロン 症例報告書　　別添１

COVID-19 オミクロン症例報告実施要領

Ver ××（202×年 ××月 ××日作成）

国立感染症研究所

【本調査対象者】

貴院入院患者のうち、新型コロナウイルス感染症の新規変異株（オミクロン）検査陽性者

【調査に際してのお願い】

(1) 調査対象者が入院された際には、すみやかに**下記の２か所**にご一報をお願いします。
・xxxxxxxx@nih.go.jp　・xxxxxxxx@nih.go.jp

(2) 本調査では①質問紙票（別添２）②鼻咽頭スワブ③血液検体を回収します。

(3) 調査対象患者の退院後、すみやかに調査用紙（別添２）へご記入いただき、電子媒体（PDF 等）でメール提出（xxxxxxxx@nih.go.jp）をお願いします。

(4) また、患者検体②③については下記の通りに検体採取を行い、調査対象患者の退院後、すみやかに凍結保管された下記の残余検体を窓口（xxxxxxxx@nih.go.jp）まで連絡の上、国立感染症研究所に送付してください。送付方法については連絡を頂いた後にお知らせします。:

＜検体採取の手順＞

② 鼻咽頭スワブ：入院中に臨床目的もしくは研究目的で採取された**すべて（陰性を含む）**の鼻咽頭スワブの残余検体（採取の目安：１）新型コロナウイルスの診断 0-1 日後、２）診断 3-5 日後、３）診断 6-8 日後、４）診断 9 日以降、５）退院時陰性検体（2 回分））。スワブを浸したウイルス輸送液検体（生検体、各検体 0.5ml 以上が望ましい）を-80℃にて凍結保管し、血液検体と一緒に送付。

③ 血液（血清あるいは血漿）：１）診断 0-6 日後（急性期）と２）診断 7 日以降（回復期：退院に最も近い日）に臨床目的もしくは研究目的で採血された血液の残余検体（各検体 1.5ml 以上が望ましい）を-80℃にて凍結保管し、鼻咽頭スワブ検体と一緒に送付。

＜入院中・退院前検査への抗原定量検査の使用について＞

採取した鼻咽頭スワブをそのままメーカー指定の検体希釈液に入れると検体中のウイルスが不活化されます。鼻咽頭スワブをウイルス保存液（医療機関にない場合は、感染研から送付）に懸濁し、ウイルス保存液の一部（400μL 程度、メーカ指定の量）をピペットで分取して抗原定量試験を実施してください。感染研にはウイルス保存液の残余をご送付ください。

【調査シート提出先】

国立感染症研究所　感染症疫学センター

メールアドレス：xxxxxxxx@nih.go.jp

【調査の照会】　TEL: 03-xxxx-xxxx

国立感染症研究所　感染症疫学センター

（国立感染症研究所協力研究員/国立国際医療研究センター　国際感染症センター）

【検体送付の照会・送付先】

国立感染症研究所　感染症危機管理研究センター

メールアドレス：xxxxxxxx@nih.go.jp

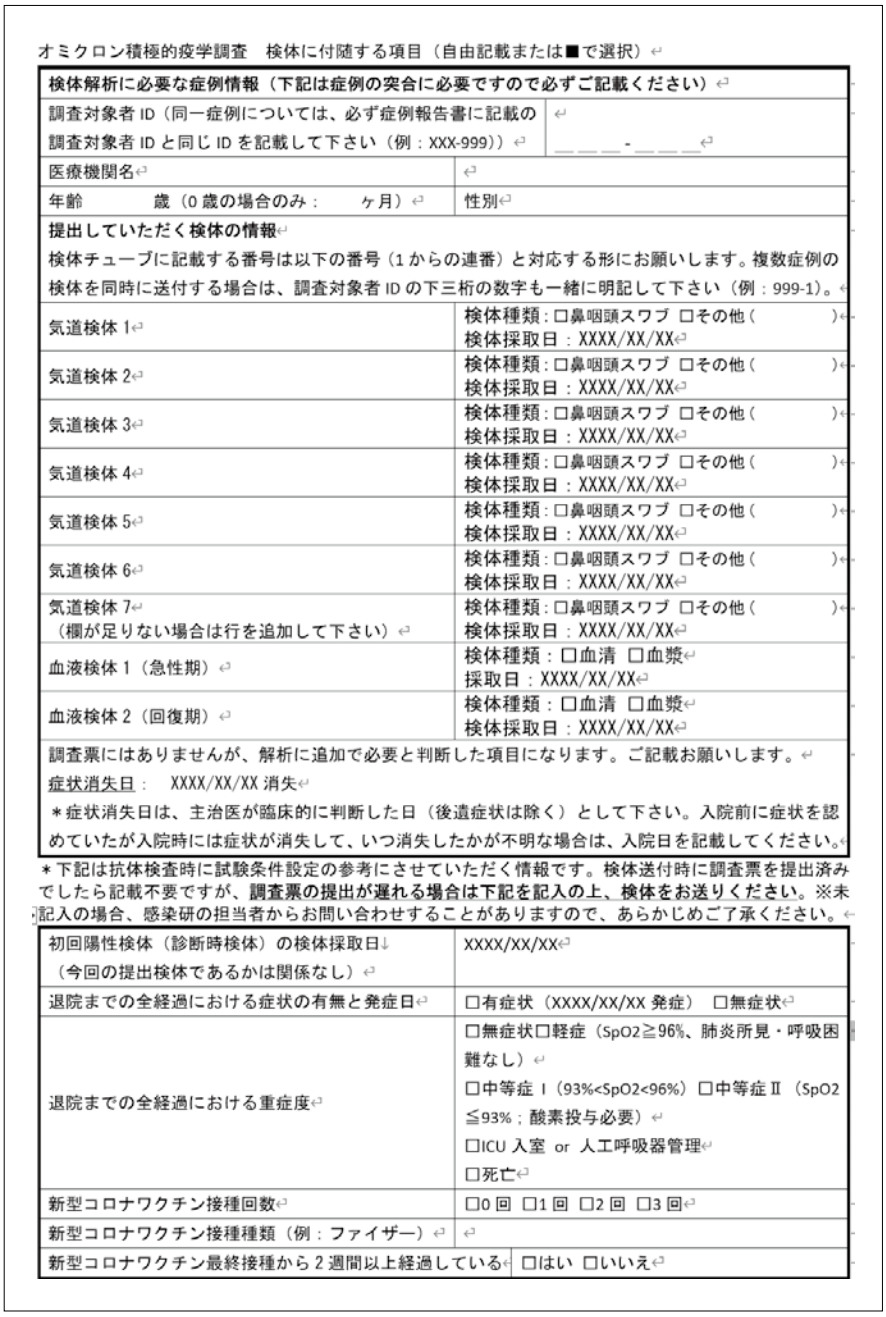
＊検体送付方法の詳細を連絡するため必ずメールでお問い合わせください。

1

症例報告書と検体付随情報は厚生労働省と各部門で作成した。臨床部門は、国立国際医療研究センター病院が統括し、参加医療機関への趣旨説明などの調整に加えて、各医療機関と共に症例報告書の作成と検体の収集と輸送を担当した。疫学部門は感染研の感染症疫学センターが担当し、厚生

労働省および臨床部門により収集された、属性、ワクチン接種歴や既往歴、入院時の症状・所見・検査項目、入院経過、治療内容、退院時転帰などの臨床・疫学情報を解析した。検査部門は感染研の感染症危機管理研究センターが窓口として各医療機関の検体輸送の責任者（梱包責任者）に、検体の種類（呼吸器検体・血液検体）、保存方法、輸送方法についての説明を行い、輸送日程の調整など検体搬送の段取りを調整した。収集した検体の実験科学的解析（ウイルスRNA定量、ウイルスゲノム変異検出PCR、ウイルスゲノム解析、ウイルス分離試験、抗ウイルス抗体検査、中和試験）は感染研の感染病理部が実施した。

図表２　新型コロナウイルス感染症オミクロン検体付随情報



オミクロン積極的疫学調査　検体に付随する項目（自由記載または■で選択）

検体解析に必要な症例情報（下記は症例の突合に必要ですので必ずご記載ください）	
調査対象者 ID（同一症例については、必ず症例報告書に記載の調査対象者 ID と同じ ID を記載して下さい（例：XXX-999））	＿＿＿-＿＿＿
医療機関名	
年齢　　歳（0 歳の場合のみ：　　ヶ月）	性別
提出していただく検体の情報 検体チューブに記載する番号は以下の番号（1 からの連番）と対応する形にお願いします。複数症例の検体を同時に送付する場合は、調査対象者 ID の下三桁の数字も一緒に明記して下さい（例：999-1）。	
気道検体 1	検体種類：□鼻咽頭スワブ □その他（　　） 検体採取日：XXXX/XX/XX
気道検体 2	検体種類：□鼻咽頭スワブ □その他（　　） 検体採取日：XXXX/XX/XX
気道検体 3	検体種類：□鼻咽頭スワブ □その他（　　） 検体採取日：XXXX/XX/XX
気道検体 4	検体種類：□鼻咽頭スワブ □その他（　　） 検体採取日：XXXX/XX/XX
気道検体 5	検体種類：□鼻咽頭スワブ □その他（　　） 検体採取日：XXXX/XX/XX
気道検体 6	検体種類：□鼻咽頭スワブ □その他（　　） 検体採取日：XXXX/XX/XX
気道検体 7 （欄が足りない場合は行を追加して下さい）	検体種類：□鼻咽頭スワブ □その他（　　） 検体採取日：XXXX/XX/XX
血液検体 1（急性期）	検体種類：□血清 □血漿 採取日：XXXX/XX/XX
血液検体 2（回復期）	検体種類：□血清 □血漿 検体採取日：XXXX/XX/XX
調査票にはありませんが、解析に追加で必要と判断した項目になります。ご記載お願いします。 症状消失日：　XXXX/XX/XX 消失 ＊症状消失日は、主治医が臨床的に判断した日（後遺症状は除く）として下さい。入院前に症状を認めていたが入院時には症状が消失して、いつ消失したかが不明な場合は、入院日を記載してください。	

＊下記は抗体検査時に試験条件設定の参考にさせていただく情報です。検体送付時に調査票を提出済みでしたら記載不要ですが、**調査票の提出が遅れる場合は下記を記入の上、検体をお送りください。**※未記入の場合、感染研の担当者からお問い合わせすることがありますので、あらかじめご了承ください。

初回陽性検体（診断時検体）の検体採取日 （今回の提出検体であるかは関係なし）	XXXX/XX/XX
退院までの全経過における症状の有無と発症日	□有症状（XXXX/XX/XX 発症）　□無症状
退院までの全経過における重症度	□無症状□軽症（SpO2≧96%、肺炎所見・呼吸困難なし） □中等症 I（93%<SpO2<96%）□中等症 II（SpO2≦93%；酸素投与必要） □ICU 入室 or 人工呼吸器管理 □死亡
新型コロナワクチン接種回数	□0 回 □1 回 □2 回 □3 回
新型コロナワクチン接種種類（例：ファイザー）	
新型コロナワクチン最終接種から 2 週間以上経過している	□はい □いいえ

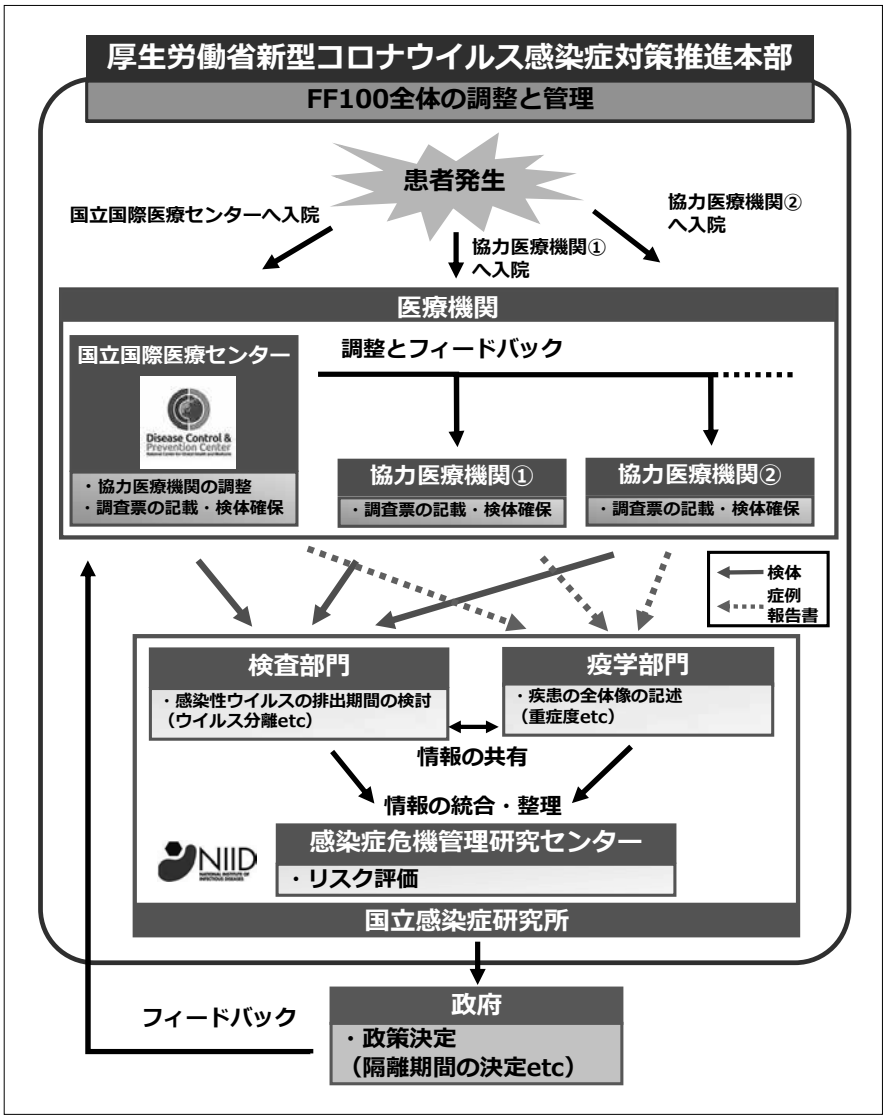
（4）FF100で得られた知見と公衆衛生対策の変遷

2021年12月22日までに登録された21例延べ83検体の感染性ウイルス排出期間の解析結果を積極的疫学調査第１報として2022年１月４日に報告した[12]。２回のワクチン接種から14日以上経過している無症状者および軽症者においては、発症または診断10日後以降に感染性ウイルスを排出している可能性は低いことが示唆された。この知見は、当時、オミクロンの感染性ウイルス排出期間の知見としては世界で最も早い報告であった。この知見を踏まえて１月４日に、ワクチン接種者においては、退院基準・解除基準を非オミクロン症例と同様の取り扱いとする事務連絡が発出された[13]。

次に、１月７日までに登録された47例延べ265検体（ワクチン接種者：36例〈210検体〉、ワクチン未接種者：11例〈55検体〉）を対象として新型コロナウイルス感染症ワクチン未接種者における

ウイルスRNAの排出期間の解析結果を積極的疫学調査第２報として１月13日に報告した[14]。ワクチン未接種者は11例と限られていたが、ワクチン未接種者でのウイルスRNAの排出がワクチン接種者に比べて長期化する可能性を示唆するデータは得られなかった。ウイルス分離の結果ではないことなど制限もあったが、この知見を踏まえて１月14日に、ワクチン未接種者も退院基準・解除基準をワクチン接種者と同様の取り扱いとする事務連絡が発出された[15]。

図表３　オミクロン出現時のFF100の概要



さらに１月14日までに検体搬入された無症状者20例（ワクチン接種者：10例、ワクチン未接種者：10例）を対象として感染性ウイルス排出期間の解析結果を第３報として１月27日に報告した[16]。無症状者における感染性ウイルス排出の可能性は、診断６日目から８日目にかけて大きく減少していくことが示唆された。この知見を踏まえて１月28日に、無症状患者（無症状病原体保有者）の療養解除基準を検体採取日から７日間とする事務連絡が発出された[17]。

臨床・疫学情報については、１月12日までに登録され報告書作成が完了していた122例を対象に１月28日に第４報を報告した[18]。これは、日本国内のオミクロン感染による新型コロナウイルス感染症の発症から退院までの疫学的・臨床的特徴を初めて明らかにした報告である。追って、登録された139例すべての解析結果を２月18日に第５報として報告した[19]。ワクチン接種の有無にかかわらず、重症例や死亡例は認めなかった。

全体のまとめとなるオミクロン症例の感染性ウイルスの排出期間と血清学的特徴に関しては、１月13日までに全国16の医療機関から126例が登録され採取した呼吸器検体622検体、血液検体190検体を用いた解析結果を第６報として３月14日に報告した[20]。この解析により、オミクロン症例のウイルス排出期間は、ワクチン接種の有無にかかわらず診断もしくは発症後５日目から10日目にかけ

て低下し、10日目以降は感染性ウイルスがほとんど検出されなくなること、および無症状者については診断８日目以降に感染性ウイルスは検出されないことが示唆された。これらの知見は、先行して発表していた第１報～第３報の中間報告から大きな変更は認めなかった。血清学的特徴としては、ワクチン未接種者では感染後にオミクロンに特異的な中和抗体が誘導されるのに対して、ワクチン接種者では感染後に従来株とオミクロンの双方に中和能を有する交差中和抗体が誘導される傾向があることが示唆された。倫理承認の取れた初期の症例の一部解析から、世界でも最も早いタイミングでオミクロンのウイルス排出期間に関する知見を論文としても報告した[21)]。

（5）今後の展望とまとめ

オミクロン出現時に実施されたFF100は、その臨床像やウイルス学的・血清学的な知見を迅速に創出し、科学的知見に基づく公衆衛生対策の立案のための基盤となった。一方で、FF100の実施に当たっては、一部、症例報告書などは既存のものを生かすこともできたが、参加医療機関とのネットワーク構築などゼロから構築した部分もあり、結果的に人海戦術に頼る部分も大きかった。また、臨床疫学情報収集のためのインフラ整備、医療機関や検査会社とのネットワーク構築、検体採取に関わる倫理面の整理、検体輸送のロジスティクスの構築、調査実施のためのサージキャパシティーの確保などの課題が確認された。こうした課題の対処のためには、新興・再興感染症データバンク事業ナショナル・リポジトリ（REBIND）の活用など、今後も想定される感染症危機発生時に備えて、迅速に科学的知見を創出するための効率的な仕組みを事前に構築しておくことが極めて重要である。

■参考文献

1）高橋健一郎, 他. SARS-CoV-2 B.1.1.529系統（オミクロン）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として実施したThe first few hundred調査について. IASR 43, 288–290（2022）.
2）McLean, E. et al. Pandemic（H1N1）2009 influenza in the UK: clinical and epidemiological findings from the first few hundred（FF100）cases. Epidemiol. Infect. 138, 1531–1541（2010）.
3）van Gageldonk-Lafeber, A. B. et al. Utility of the first few100 approach during the 2009 influenza A（H1N1）pandemic in the Netherlands. Antimicrob. Resist. Infect. Control 1, 30（2012）.
4）Classification of Omicron（B.1.1.529）: SARS-CoV-2 Variant of Concern.
https://www.who.int/news/item/26-11-2021-classification-of-omicron-(b.1.1.529)-sars-cov-2-variant-of-concern（2021）.
5）SARS-CoV-2の変異株B.1.1.529系統（オミクロン株）について（第２報）.
https://www.niid.go.jp/niid/ja/2019-ncov/2551-cepr/10792-cepr-b11529-2.html（2021）.
6）データからわかる－新型コロナウイルス感染症情報－.
https://covid19.mhlw.go.jp/.
7）オミクロン株への対応に関するタスクフォース第１回.
https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/omicron_tf/dai 1 /gijisidai.pdf（2021）.
8）新型コロナウイルス感染症（変異株）の無症状病原体保有者について（空港検疫）.
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_22507.html（2021）.
9）Gu, H. et al. Probable Transmission of SARS-CoV-2 Omicron Variant in Quarantine Hotel, Hong Kong, China, November 2021. Emerg. Infect. Dis. 28, 460–462（2022）.
10）B.1.1.529 系統（オミクロン株）の感染が確認された患者等に係る入退院及び航空機内における濃厚接触者の取扱いについて.
https://www.mhlw.go.jp/content/000860731.pdf（2021）.
11）COVID-19 REGISTRY JAPAN.
https://rebind.ncgm.go.jp/coviregi/.

12）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１報）：感染性持続期間の検討.
https://www.niid.go.jp/niid/en/2019-ncov-e/10884-covid19-66-en.html（2022）.
13）B.1.1.529 系統（オミクロン株）の感染が確認された患者等に係る入退院及び濃厚接 触者並びに公表等の取扱いについて（令和４年１月５日一部改正）.
https://www.mhlw.go.jp/content/000876461.pdf（2022）.
14）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：新型コロナワクチン未接種者におけるウイルス排出期間（第２報）.
https://www.niid.go.jp/niid/ja/2019-ncov/2484-idsc/10899-covid19-67.html（2022）.
15）B.1.1.529 系統（オミクロン株）の感染が確認された患者等に係る入退院及び濃厚接 触者並びに公表等の取扱いについて（令和４年１月 14 日一部改正 ）.
https://www.mhlw.go.jp/content/000881572.pdf（2022）.
16）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３報）：新型コロナウイルス無症状病原体保有者におけるウイルス排出期間.
https://www.niid.go.jp/niid/ja/2019-ncov/2484-idsc/10942-covid19-70.html（2022）.
17）新型コロナウイルス感染症の感染急拡大が確認された場合の対応 について（令和４年１月28日一部改正）.
https://www.mhlw.go.jp/content/000889667.pdf（2022）.
18）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４報）：疫学的・臨床的特徴.
https://www.niid.go.jp/niid/ja/2019-ncov/2484-idsc/10941-covid19-69.html（2022）.
19）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）：疫学的・臨床的特徴.
https://www.niid.go.jp/niid/ja/2019-ncov/2484-idsc/10969-covid19-72.html（2022）.
20）SARS-CoV-2 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６報）：ウイルス学的・血清学的特徴.
https://www.niid.go.jp/niid/ja/2019-ncov/2484-idsc/11017-covid19-76.html（2022）.
21）Takahashi, K. et al. Duration of Infectious Virus Shedding by SARS-CoV-2 Omicron Variant-Infected Vaccinees. Emerg. Infect. Dis. 28, 998–1001（2022）.

謝辞

原稿作成に当たり助言いただいた鈴木忠樹先生、石金正裕先生、土橋酉紀先生、感染研、厚生労働省感染症対策課の関係者に感謝を申し上げる。また調査全体の調整と管理を行った厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部の関係者、協力いただいた各自治体関係者および16医療機関（大阪市立総合医療センター、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター、国際医療福祉大学成田病院、国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院、国立大学法人千葉大学医学部附属病院、国立病院機構沖縄病院、国立病院機構長良医療センター、国立病院機構福岡東医療センター、市立ひらかた病院、東京都立駒込病院、東京都立豊島病院、東京都立墨東病院、常滑市民病院、成田赤十字病院、横浜市立市民病院、りんくう総合医療センター〈五十音順〉）に感謝申し上げる。

5 臨床的特徴

（1）新型コロナウイルス感染症（COVID-19）

〈大曲 貴夫　国立国際医療研究センター病院国際感染症センター長〉

コロナウイルスはエンベロープを持つRNAウイルスである。従来、感冒を含む急性気道感染症の原因ウイルスとして４種類のコロナウイルスが報告されていた。これに加えてSARSコロナウイルス（SARS-CoV）とMERSコロナウイルス（MERS-CoV）が存在する。新型コロナウイルス感染症は、2019年12月に中国の武漢市で初めて患者が報告され、その後、新型のコロナウイルスが病原体であることが確認された[1)]。今回のアウトブレイクで患者から検出されたコロナウイルスが、severe acute respiratory syndrome coronavirus（SARS-CoV）とウイルス学的に類似しているため、SARS-CoV-2と呼ばれるようになった。また、世界保健機関（World Health Organization：WHO）は本ウイルスによる感染症の呼称をcoronavirus disease 2019（COVID-19）と決定した。

その後、本疾患は世界中に広がりを見せたため、WHOは2020年１月30日に国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態（Public Health Emergency of International Concern：PHEIC）を宣言した。同年２月１日には、新型コロナウイルス感染症は、わが国の「感染症法」に基づき指定感染症に指定された。また、その後の本疾患の世界的な拡大を受け、同年３月12日にWHO事務局長は本疾患の流行をパンデミックであると宣言した。

日本では2020年１月に国内で最初の事例が確認された。同年１月15日～１月31日の間に、新型コロナウイルスの遺伝子が検出された確定例は12例であった。12例中９例は武漢市への渡航歴または滞在歴があったが、３例は中国への渡航歴がなかったことから、同年１月にはすでに日本国内でのヒト―ヒト感染が起こっていたと考えられる。次に同年１月29日～２月上旬にかけて、武漢からの日本政府チャーター便によって主に武漢に在住していた日本関係者の受け入れを行った。帰国した566人のうち11人（1.94％）が有症状・無症候性病原体保有者であった[2)]。また、同年２月には商業航行中のダイヤモンド・プリンセス号内で新型コロナウイルス感染症の集団感染が発生し、日本では横浜港に受け入れて検疫を行うとともに関東・中部・東海の広域の医療機関で患者を受け入れた。同年３月には、おそらくは２月～３月に受け入れた海外からの入国者を発端として国内で感染が広がり、同月中旬以降、患者数が急増した。同年４月７日には日本政府より緊急事態宣言が発され、新型インフルエンザ対策特別措置法に基づく対応が行われた。その後新型コロナウイルス感染症が拡大した。

（2）新型コロナウイルス感染症の病態生理

新型コロナウイルス感染症の患者の大多数は、ほぼ無症状に近いか、感冒様症状のみで自然軽快する。このウイルスが感染する細胞は主に膜表面にアンジオテンシン変換酵素２（angiotensin-converting enzyme 2：ACE２）を有する細胞である。ACE２はⅡ型肺胞上皮、血管内皮等の細胞に存在している。このウイルスはACE２を介してヒトの細胞内に侵入し増殖する。SARS-CoV-2が感染した細胞内で増殖を始めると、IL-6等の炎症性サイトカインの放出が始まる。この炎症のシグナルに対して肺胞マクロファージなどの自然免疫細胞が応答し、種々のサイトカインが血中・組織中

に放出され、免疫系が活性化される。新型コロナウイルス感染症の感染の初期では自然免疫が重要な役割を果たし、自然免疫で十分に対応できれば新型コロナウイルス感染症は重症化しにくいと考えられている。一方SARS-CoV-2の感染細胞内での増殖とともに、構造タンパク質と非構造タンパク質の産生が始まるが、これらのタンパク質はⅠ型インターフェロンの産生とシグナル伝達を抑制することが知られている。これにより免疫応答は抑制され、ウイルスの増加が促進されると考えられている。前掲のⅠ型インターフェロン作用の抑制の結果、比較的多くの無症状者、軽症者が発生すると考えられている一方で、Ⅰ型インターフェロン作用の抑制はウイルスの過剰な増殖を許し、結果として重症化の要因となっているともいわれている。

免疫機構が十分に機能しないと、より多くの細胞にウイルスが感染し、ウイルスの増殖は進行し、免疫系が著しく活性化する。その結果いわゆるサイトカインストームの状況が起こる。この免疫系の過剰な活性化の詳細なるメカニズムはまだよく分かっていない。免疫応答の結果呼吸器系のみならず各臓器系統に障害が起こる。このウイルス感染に対する免疫応答には自然免疫だけでなく液性免疫、細胞性免疫が関与している。液性免疫については本ウイルスに感染することで中和抗体が産生されるため、これが回復のために重要な役割を果たしていると考えられる。一方、産生される抗体がウイルスと宿主細胞のS蛋白との結合を促進する場合もあり、抗体産生と重症化との関連も推測されている。さらにB細胞機能不全で低γグロブリン血症の事例でも本感染から回復した事例があり、免疫応答には液性免疫以外の要素が関連していることがこの事例からは示唆される。実際本疾患では細胞性免疫の応答が罹患後の早期から始まっていることが分かっており、免疫応答として重要であると考えられている。

肺胞レベルではⅡ型肺胞上皮を中心にこのウイルスの感染が起こり、強い炎症が惹起された結果肺胞内に浸出液が滲出し、また肺胞内には硝子膜が形成される。これにより肺胞でのガス交換が妨げられ、低酸素血症が起こる。加えて、本ウイルスの感染により肺胞を取り囲む毛細血管の内皮細胞に障害が起こる。これはD-dimerの上昇などの血液凝固系の異常を来すと考えられている。また高サイトカイン血症の結果、毛細血管内やさらに太い血管内に血栓を形成する。この血管内皮障害と血液凝固系の異常および血栓の形成は肺だけでなく中枢神経、腎臓などさまざまな臓器で起こることが知られている。

これらのさまざまな異常が、本疾患患者の重症化に寄与すると現状では考えられている。

（3）臨床像

①デルタ株流行以前

新型コロナウイルス感染症の潜伏期は平均5.2日、感染源の発症から二次感染者の発症まで7.5日と報告されている[3)]。発症の２日程度前から他者への感染性があり、これは発症後７日～10日程度まで持続する。軽症例では一般的な感冒と同様に咽頭痛、咳などの気道症状を来す。しかし感冒やインフルエンザよりも病悩期間が長い。通常の感冒は発症後３日目～４日目に症状のピークを迎え、その後、徐々に軽快する。新型コロナウイルス感染症では多くの場合軽い風邪の症状が１週間程度続いた後、徐々に軽快していく。ただし改善までには発症から２週間以上かかることが多かった。こうした軽症の患者でも胸部CTスキャンなどで精査すると肺に陰影があることが多い[4)]が、多くの患者は呼吸不全はなく酸素投与は不要である。しかし一部の患者では発症後１週間前後から

咳や高熱が出始め呼吸不全を来す。呼吸不全の重症化が著しい場合には、人工呼吸や体外式膜型人工肺（extracorporeal membrane oxygenation：ECMO〈エクモ〉）による治療が必要になる場合がある。

新型コロナウイルス感染症患者においては味覚・嗅覚異常が見られる場合がある。88人の新型コロナウイルス感染症患者のうち、問診可能であった59人を調査したところ、33.9％に嗅覚または味覚障害のいずれかがあったとの報告がある[5)]。加えて、新型コロナウイルス感染症患者では血液凝固の異常により、肺胞周囲の微小血管から大きな静脈、動脈にまで血栓を起こすことが知られている。新型コロナウイルス感染症患者の血液検査ではD-dimerが亢進していることがあり[6)]、この事実は血栓形成後の線溶の亢進の存在を示唆している。米国ニューヨーク州からは、若年で基礎疾患のない患者の脳梗塞の症例集積が報告されている。新型コロナウイルス感染症患者の剖検の報告では、肺塞栓をはじめとした血栓症の多発が報告されている。

②オミクロン株以降

2021年12月に日本国内に初めて持ち込まれたオミクロン株の流行以降は、臨床上に変化が見られる。さらに重症化率や死亡率が下がった。デルタ株による流行期まではインフルエンザや普通感冒と比較して、鼻汁・鼻閉は少なく、嗅覚・味覚障害の多いことが新型コロナウイルス感染症の特徴と考えられてきたが、流行株がオミクロン株となって以降は、鼻汁、頭痛、倦怠感、咽頭痛などの感冒様症状の頻度が増加した。逆に、味覚・嗅覚障害の症状の頻度が低下したと報告されている。具体的にはフランスからの報告によれば、パリの医療機関の救急外来を受診したデルタ型とオミクロン型のSARS-CoV-2感染患者の臨床像を比較した研究では、嗅覚異常がデルタ型で8.4％とオミクロン型で1.8％でありオミクロン株で低下していた。また呼吸困難感もデルタ型で49.8％、オミクロン型で26.2％と低下していた。一方、頭痛を訴える患者の比率はデルタ型で13.4％、オミクロン型で19.3％とオミクロン株の感染例でむしろ高くなっていた[7)]。日本では新型コロナウイルス感染症に関するレジストリ研究（COVID-19 REGISTRY JAPAN）のデータがダッシュボード化されている[8)]。このレジストリに登録された入院患者の症状の出現率を比較すると、オミクロン株が主たる流行株であった2022年１月～２月のデータでは、咽頭痛を訴える患者の比率は33.5％であり、2020年１月～12月の16.5％よりも高かった。実際オミクロン株での感染例について、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会から注意喚起がなされており、新型コロナウイルス感染症と診断された症例の中で、咽頭、喉頭、気管の発赤や腫脹、白苔など高度な炎症が見られる症例や、急性喉頭蓋炎、喉頭浮腫、急性声門下喉頭炎により上気道狭窄を呈して気道確保を要した症例の診察情報が発信された[9)]。またこのレジストリによれば、2020年１月～12月では味覚異常を訴える患者が17.2％、嗅覚異常を訴える患者が15.5％であった。しかし2022年１月～２月のデータでは味覚異常を訴える患者が2.9％、嗅覚異常を訴える患者が2.0％であった。逆に、鼻汁を訴える患者の比率は、2020年１月～12月では8.9％、2022年１月～２月のデータでは15.3％と増加していた。

遷延する症状については日本からの研究がある[10)]。オミクロン株の感染から回復した患者（オミクロン群）と他の系統のウイルスに感染した患者（対照群）の自己報告アンケートによる比較調査では、オミクロン群と対照群において少なくとも１つの急性期後の新型コロナウイルス感染症症状を有する患者の数は、それぞれ１（5.6％）および10（55.6％）（p=0.003）であった。実際に臨床現

場で見える現象としては、オミクロン株中心の流行時（日本でいうところの第６波）においては、それより前の波による流行時と比較し、新規に感染した方が遷延する症状を訴えるリスクは下がっているものと思われる。

このように、オミクロン株の感染による新型コロナウイルス感染症患者の臨床像は従来の株による感染とは臨床像が変化した。オミクロン株とデルタ株の感染の重症化率や死亡率を比較した疫学研究では、ワウチンの接種の有無などの因子を調整してもやはりオミクロン株の方が低いことが示されている。英国からの報告ではオミクロン株による感染はデルタによる感染と比較して、入院と死亡の調整後ハザード比（HR）の推定値はそれぞれ0.41（0.39～0.43）と0.31（0.26～0.37）であった[11]。他の国からも同様の報告がある[12]、[13]。症状の出方の違いも株の特性に起因すると考えられるが、ワクチン接種の影響でさらに症状にも変化が出ている可能性がある。

（4）重症化のリスク因子

2021年までの、日本における入院患者を対象としたレジストリのデータの解析では、入院時に重症であることの危険因子は、高齢、男性、心血管疾患、慢性呼吸器疾患、糖尿病、肥満、高血圧であった[14]。脳血管疾患、肝疾患、腎疾患・透析、固形腫瘍、高脂血症は入院時の重症度には影響を与えなかったが、入院後の最悪の重症度に影響を及ぼしていた。一方、肥満、高血圧、高脂血症の致死率は比較的低かった。入院時の重症度、最悪の重症度、致死率のリスク因子は一貫していなかった。具体的には、日本人の場合、高血圧、高脂血症、肥満は最悪の重症度に大きな影響を与えたが、致死率には影響が少なかった。入院時の重症度、最悪の重症度、致死率に関連する因子は異なっている可能性がある[14]。

オミクロン株による感染で引き起こされる重症新型コロナウイルス感染症の危険因子について日本でCOVIREGI-JPのデータを用いた検討がなされている。この場合の「重症化」とは酸素療法が必要な状態になる、と定義されている。ロジスティック回帰分析により、高年齢、男性の性別、心血管疾患、脳血管疾患、慢性肺疾患、腎不全および／または透析、医師が診断した肥満、長期介護施設からの入院、および身体活動状態の悪さが重篤な疾患の危険因子であることが示された。ワクチン接種および認知症は、非重篤な疾患に関連する因子として同定された。また身体活動状態の悪さと長期介護施設での生活が、オミクロンVOCによって引き起こされる重度の新型コロナウイルス感染症のリスクと関連していることが示された[15]。高齢者が新型コロナウイルス感染症の重症化リスクが高いことはよく認知されている。一方、高齢者の適切な療養の場については議論がある。この結果からは、身体活動状態の低下している患者は重症化リスクが高いため急性期の医療機関等の医療へのアクセスが良好な場で対応し、身体活動性が保たれリスクの低い方は介護施設や自宅など生活の場で療養を行うことが医療管理上そして介護の質を保つ観点で妥当であることを示している。

（5）新型コロナウイルス感染症の予後

①重症化率

2022年７月13日の厚生労働省の新型コロナウイルス感染症アドバイザリーボードでは、新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザの重症化率を比較した資料が提出された[16]。これによる

と、オミクロン流行期の新型コロナウイルス感染症の重症化率は60歳未満で0.03％である。これはデルタ株流行期の0.56％よりも低下していた。一方、季節性インフルエンザの重症化率は0.03％と算出されている。

また、60歳以上では、オミクロン流行期の新型コロナウイルス感染症の重症化率は60歳未満で2.49％である。これはデルタ株流行期の5.0％よりも低下していた。一方、季節性インフルエンザの重症化率は0.79％と算出されている。

②致死率

同じく2022年７月13日の厚生労働省の新型コロナウイルス感染症アドバイザリーボードでは、新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザの致死率も参考として比較されている。これによると、オミクロン流行期の新型コロナウイルス感染症の死亡率は60歳未満で0.01％である。これはデルタ株流行期の0.08％よりも低下していた。一方、季節性インフルエンザの致死率は0.01％と算出されている。

60歳以上では、オミクロン流行期の新型コロナウイルス感染症の致死率は60歳未満で1.99％である。これはデルタ株流行期の2.5％よりも低下していた。一方、季節性インフルエンザの重症化率は0.55％と算出されている。

このように新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザの重症化率、致死率を比較した場合に、デルタ株流行期と比較しオミクロン株流行期の新型コロナウイルス感染症の重症化率、致死率は、季節性インフルエンザのそれらと比較できる程度に低下していた。これにより、本邦では新型コロナウイルス感染症の感染症法での類型の変更に向けて議論が進んだ。

しかしオミクロン株流行期であっても、特に60歳以上の世代では重症化率、致死率ともに季節性インフルエンザよりは高い。実際に医療現場では入院患者の多くはオミクロン株流行期には高齢者で占められ、死亡者も多い。特に季節性インフルエンザと比較しても新型コロナウイルス感染症では高齢者が多く亡くなることは医療現場での共通認識となっている。高齢者の入院が可能となる医療体制の確保、そして高齢者が介護施設や自宅で新型コロナウイルス感染症を発症しても速やかに医療（診断と治療）を受けられるための、介護現場の支援が今後も必要である。

（6）診断

①核酸検出検査

一般に診断に用いられるのは、リアルタイムRT-PCR法やLAMP（loop-mediated isothermal amplification）法やTMA（transcription mediated amplification）法等の簡易法がある。感度の観点からは、上咽頭の咽頭拭い液から採取するのが最も良いといわれている。リアルタイムRT-PCRは定量法であることからウイルス量の比較や推移が評価できる、コピー数が推定できるなどの利点がある。ただし検査の結果を得るまでに少なくとも２時間～３時間が必要である。一方、LAMP法やTMA法はリアルタイムRTPCR法と比較して感度は落ちるが、その性能は実用に十分耐えるものであり、反応時間が35分～50分程度と短いという利点がある。

②抗原検査

抗原検査はSARS-CoV-2の構成成分であるタンパク質を、抗体を用いて検出する検査法である。定性検査と定量検査が存在する。定性検査はイムノクロマトグラフィー法を用いており、簡便で迅速に結果を得ることができる。検査にかかる時間は５分～30分程度である。ただしリアルタイムRT-PCR法検査や抗原定量検査よりは感度は劣る。抗原定性検査はウイルス遺伝子量が100コピー以下程度の検体で用いた場合に検出感度が低いと考えられている。よって現状では原則として有症状の患者の検査に用いられている。また検体の粘性が高い場合や小児などに偽陽性が生じることが報告されている。抗原定量検査は、化学発光酵素免疫測定法等によりウイルス抗原の量を定量的に測定可能である。感度は簡易な核酸検出検査と同程度であり特異度も高い。また無症状者に対する検査にも使用可能であり、日本では空港検疫での検査に利用された。抗原検査で陽性と出た場合には診断は極めて確からしいが、特に検査前確率が高い事例で陰性となった場合には、PCR検査で確認するなどの対応が必要である。

③抗体検査

抗体検査については、さまざまな抗体検査キットが研究用試薬として流通しているが、医薬品・医療機器などの品質、有効性および安全性の確保などに関する法律上の体外診断用医薬品として日本国内で承認を得たものはない。抗体検査は個人の患者の診断に用いるのではなく、疫学的な調査研究の目的で使用されているのが現状である。

（7）治療

新型コロナウイルス感染症の病態は複雑であり、単にウイルスが細胞に感染し感染細胞を直接に障害するだけでなく、これを原因とする免疫系の調整障害が病態の中心と考えられている。加えて新型コロナウイルス感染症では凝固線溶の制御異常に伴う血栓症の問題もある。よってこれらの要素を考慮しながら治療を行う必要がある。

多くの事例では症状は感冒程度と軽く、７日～14日程度の臨床経過の中で自然治癒する。これは、免疫系の早期からの応答により、ウイルスの増殖は一定以内に抑えられ、肺をはじめとした主要な臓器の障害には至らないからであると考えられている。しかし一部の患者では免疫応答だけではウイルスの増殖とこれに基づく多数の感染細胞の細胞死を抑えることができず、感染細胞からの大量の化学物質の放出、および感染部位に集結した炎症性細胞からのサイトカインの放出などにより、免疫系の働きが攪乱され、肺を中心とした呼吸器系臓器に強い炎症が起こり、この炎症による全身的な反応が起こると考えられている。これにより、もともと心臓や肺、腎臓などの主要臓器に器質的障害を抱えている患者や、免疫不全のある患者では予後が不良となることが知られるようになった。これにより、治療の方針としては①抗ウイルス薬によってウイルスの持続的な増殖とこれによる細胞死をなるべく早く抑えながら　②同時にウイルスの増殖による細胞死が原因である異常な免疫応答による全身的な反応を免疫抑制薬で抑える―ことが治療の原則であると考えられている。よって現在では、特に呼吸不全を伴う症例に対して、抗ウイルス薬と免疫抑制薬を併用するのが一般的な治療方法となっている。

①抗ウイルス薬治療

レムデシビルはRNAウイルスに対し、広く活性を示すRNA依存性RNAポリメラーゼ阻害薬である。米国の国立衛生研究所が主導したランダム化比較試験では、臨床的改善に要した時間がプラセボ群では15日、レムデシビル群では11日と31％短縮された[17]。2020年５月７日に日本国内で特例承認制度に基づき薬事承認された。また、重症化因子を背景に持つ軽症から中等症Ⅰの新型コロナウイルス感染症患者を対象に、発症７日以内にレムデシビルを３日間投与した群と対照群を比較したRCTにより、レムデシビル投与が入院、死亡を87％減少させたことが示され、本剤は重症化予防にも使用されるようになった[18]。これにより日本でも重症化リスク因子を有する新型コロナウイルス感染症患者に重症化を防ぐ目的で３日間の投与が可能になった。

ニルマトレルビル／リトナビルはプロテアーゼ阻害薬であり、SARS-CoV-2メインプロテアーゼを阻害して、ウイルス複製を抑制する。主にCYP3A4で代謝されるため、CYP3A4阻害薬であるリトナビルと併用することで有効血中濃度が維持される。基礎疾患を有する軽症から中等症Ⅰまでの新型コロナウイルス感染症患者を対象とした発症５日以内にニルマトレルビル／リトナビルを開始した群と非投与群を比較したRCTでは、入院および死亡の相対リスクが88％減少していた[19]。日本では2022年２月10日に特例承認された。

モルヌピラビルはRNA合成酵素阻害薬であり、代謝産物がウイルスRNAに取り込まれてゲノム複製のエラー頻度が増加し、ウイルスの増殖が阻害される。重症化リスク因子を有する、発症５日以内の軽症から中等症Ⅰの新型コロナウイルス感染症患者を対象としたRCTでは、本剤投与群で組み入れ後29日目までの入院、死亡の相対リスクがプラセボ群と比較して30％減少していた[19]。日本国内では2021年12月24日に特例承認された。薬物相互作用が少ないため、日本国内では広く用いられている。

エンシトレルビルは、SARS-CoV-2のメインプロテアーゼに作用し、その働きを阻害することによりウイルスの増殖を阻害する。塩野義製薬によるプレスリリースによれば、日本、韓国、ベトナムで臨床第３相試験が行われた。この治験では重症化リスク因子やワクチン接種の有無にかかわらず登録された1,812例において、低用量と高用量で１日１回、５日間経口投与した際の臨床症状の改善効果およびウイルス量の変化が主要評価項目として検証されている。主要評価項目として発症から72時間未満に割付された患者集団における、オミクロン株流行期に国内で共通して見られる特徴的な５症状（鼻水または鼻づまり、喉の痛み、咳の呼吸器症状、熱っぽさまたは発熱、倦怠感〈疲労感〉）の消失までの時間が定められた。この時間が低用量投与群において、プラセボ群と比較して約24時間短縮され、統計学的に有意な症状改善効果が示された（p=0.04）。症状消失までの時間の中央値は、本薬の申請用量投与群では167.9時間、プラセボ群では192.2時間であった。また、いずれの用量においても、重篤な副作用や死亡例の報告はなく、良好な忍容性と安全性が示された。

②抗体療法

モノクローナル抗体製剤であるカシリビマブ／イムデビマブは、発症から時間のたっていない軽症例で重症化を抑制する効果が示されている。重症化リスク因子を１つ以上持つ新型コロナウイルス感染症外来患者4,057人を対象としたランダム化比較試験においてカシリビマブ／イムデビマブ

の単回投与により、プラセボと比較して入院または全死亡のリスクがそれぞれ71.3％、70.4％有意に減少した[20]。カシリビマブ／イムデビマブはSARS-CoV-2による感染症の重症化リスク因子を有し、酸素投与を要しない患者を対象に投与する。なお、オミクロン株では本剤の有効性が減弱する恐れがある。

ソトロビマブはモノクローナル抗体である。SARS-CoV-2を含むベータコロナウイルス属サルベコウイルス亜属に対して抗ウイルス作用を発揮する。特徴として、Fc領域に修飾がなされており、血中の半減期が長くなっている。重症化リスク因子を有し、酸素投与を要しない軽症例の患者に本剤を投与することにより、呼吸不全などの状態悪化による入院や死亡などの重大な転帰を予防する効果が示された。 少なくとも１つ以上の重症化リスク因子を持つ軽症の新型コロナウイルス感染症患者を対象とした第Ⅲ相ランダム化比較試験では、症候性新型コロナウイルス感染症を有する入院しておらず、かつ少なくとも１つの危険因子のある患者に対して、プラセボまたはソトロビマブ500mgの単回投与が行われ、ソトロビマブ500mg単回投与群（291人）と、プラセボ投与群（292人）ではそれぞれ３人の患者（１％）と21人の患者（７％）に入院または死亡につながる疾患の進行が認められた（相対的リスク低下85％、95％信頼区間44％～96％、P=0.002）。プラセボ群では、29日目までに死亡した１人を含む５人の患者が集中治療室に入院した。また重篤な有害事象は、ソトロビマブ投与群で２％、プラセボ投与群で６％と、ソトロビマブ投与群の方が少なかった。なお、オミクロン株では本剤の有効性が減弱する恐れがある。

チキサゲビマブ／シルガビマブは重症化リスク因子の有無を問わない、軽症～中等症Ⅰの新型コロナウイルス感染症外来患者822人を対象としたランダム化比較試験において、発症から７日以内の単回筋肉内投与により、プラセボと比較して重症化または全死亡が50.5％（4.4％対8.9％、p=0.010）減少した。加えて、新型コロナウイルス感染症に対するワクチンの効果が不十分と考えられるもしくは接種が推奨されない、かつ感染リスクが高い状況に置かれる被験者5,172名を対象としたランダム化比較試験では、単回筋肉内投与により、発症したのは本剤群８/3,441例、プラセボ群17/1,731例であり、プラセボ群と比較して、発症のリスクが76.7％（0.2％対1.0％、p<0.001）有意に減少した。なお、オミクロン株については、本剤の有効性が減弱する恐れがある。

③免疫調整薬

デキサメタゾンについては、RECOVERY試験が行われ、合計2,104人の患者が無作為にデキサメタゾン６mgを１日１回（経口または静脈注射）10日間投与され、通常治療のみに無作為化された4,321人の患者と比較したところ、デキサメタゾンを投与された人工呼吸を受けている患者では、死亡が３分の１減少（率比0.65〈95％信頼区間0.48～0.88〉；p＝0.0003）し、酸素を投与されている患者では、死亡が５分の１減少（0.80〈0.67～0.96〉；p＝0.0021）した[21]。

バリシチニブは、新型コロナウイルス感染症に関係するサイトカイン、IL-2、IL-6、IL-10、IFN-γおよびG-CSFなどのシグナル伝達を阻害する。新型コロナウイルス感染症と診断された入院成人を対象として検討したAdaptive COVID-19 治療試験（ACTT-2試験）では、バリシチニブ＋レムデシビルによる治療（併用群； n ＝515）を、プラセボ＋レムデシビル（対照群；n＝518）治療と比較して評価した。バリシチニブ＋レムデシビルの投与を受けた被験者の回復までの期間の中央値は７日（95％信頼区間〈CI〉：６日～８日）で、対照群のプラセボ＋レムデシビルの投与患者（８

日、95％CI：７日～９日）よりも短かった（回復速度比〈RRR〉1.16、95％CI：1.01～1.32、P＝0.03）。また、併用投与群は、Day15までに臨床改善が得られる可能性が対照群より30％高かった（オッズ比〈OR〉1.3、95％CI：1.0～1.6）[22]。本剤は米国では緊急使用許可の対象に認定され、本邦でも新型コロナウイルス感染症に対して適応拡大がなされた。

トシリズマブは抗ヒトIL-6受容体モノクローナル抗体で、IL-6の作用を抑制し免疫抑制効果を示す。英国で実施されたRECOVERY試験では、28日目までの全死亡割合はトシリズマブ群で31％（621/2,022例）、標準治療群の35％（729/2,094例）であり、トシリズマブ群で有意に死亡割合が低かった[23]。全死亡割合は、ステロイド薬併用群では本剤群で29％（489/1,664例）であり標準治療群の35％（600/1,721例）と比較し死亡割合が低かったが、ステロイド薬併用なしの群では本剤群で39％（139/357例）であり標準治療群の35％（127/367例）を上回る死亡割合であった。WHOは上記の知見等を踏まえて、トシリズマブについては酸素投与を要する入院患者にステロイド薬と併用することを推奨している。

④新型コロナウイルス感染症の抗凝固療法

厚生労働省『新型コロナウイルス感染症COVID-19　診療の手引き』[24] では、新型コロナウイルス感染症について、

・重症感染症および呼吸不全は、深部静脈血栓症の中等度リスク因子である。
・さらに、新型コロナウイルス感染症患者においては、サイトカインストームや血管内皮障害などにより凝固亢進および線溶抑制が合併していると推定される。
・肥満、不動、男性、Ｄダイマーが正常上限の３倍～４倍以上を超えるような場合には、ヘパリン（低分子ヘパリンは適応外使用）などによる抗凝固療法が推奨される。
・未分画ヘパリンの投与量は確立していないが、低用量（10,000単位/日、あるいは200単位/kg/日）が用いられる。適宜、APTT や血小板数を測定する。

としている。

■参考文献

1）Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet. 2020;395(10223):507-13. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30211-7. Epub 2020 Jan 30.
2）Kutsuna S, Suzuki T, Hayakawa K, Tsuzuki S, Asai Y, Suzuki T, et al. SARS-CoV-2 Screening Test for Japanese Returnees From Wuhan, China, January 2020. 2020;7(7):ofaa243.
3）Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. 2020;382(13):1199-207.
4）Tabata S, Imai K, Kawano S, Ikeda M, Kodama T, Miyoshi K, et al. Clinical characteristics of COVID-19 in 104 people with SARS-CoV-2 infection on the Diamond Princess cruise ship: a retrospective analysis. The Lancet Infectious diseases. 2020;20(9):1043-50.
5）Yan CH, Faraji F, Prajapati DP, Ostrander BT, DeConde AS. Self-reported olfactory loss associates with outpatient clinical course in COVID-19. International forum of allergy & rhinology. 2020;10(7):821-31.
6）Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020;395(10223):497-506.
7）Bouzid D, Visseaux B, Kassasseya C, Daoud A, Fémy F, Hermand C, et al. Comparison of Patients Infected With Delta Versus Omicron COVID-19 Variants Presenting to Paris Emergency Departments : A Retrospective Cohort Study. Annals of internal medicine. 2022;15(10):M22-0308.

８）国立国際医療研究センター. COVID-19 レジストリ研究 “ダッシュボード” [Available from: https://covid-registry.ncgm.go.jp/dashboard/.
９）日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会. 新型コロナウイルス感染症（オミクロン株）による上気道狭窄への注意喚起 2022 [Available from: http://www.jibika.or.jp/members/covid19/covid19_220304.pdf.
10）Morioka S, Tsuzuki S, Suzuki M, Terada M, Akashi M, Osanai Y, et al. Post COVID-19 condition of the Omicron variant of SARS-CoV-2. J Infect Chemother. 2022.
11）Nyberg T, Ferguson NM, Nash SG, Webster HH, Flaxman S, Andrews N, et al. Comparative analysis of the risks of hospitalisation and death associated with SARS-CoV-2 omicron (B.1.1.529) and delta (B.1.617.2) variants in England: a cohort study. Lancet. 2022;399(10332):1303-12.
12）Hladish TJ, Pillai AN, Longini IM. Updated projections for COVID-19 omicron wave in Florida. medRxiv : the preprint server for health sciences. 2022.
13）Wolter N, Jassat W, Walaza S, Welch R, Moultrie H, Groome M, et al. Early assessment of the clinical severity of the SARS-CoV-2 omicron variant in South Africa: a data linkage study. Lancet. 2022;399(10323):437-46.
14）Terada M, Ohtsu H, Saito S, Hayakawa K, Tsuzuki S, Asai Y, et al. Risk factors for severity on admission and the disease progression during hospitalisation in a large cohort of patients with COVID-19 in Japan. BMJ open. 2021;11(6):e047007.
15）Tsuzuki S, Akiyama T, Matsunaga N, Ohmagari N. Impact of dementia, living in a long-term care facility, and physical activity status on COVID-19 severity in older adults. medRxiv : the preprint server for health sciences. 2022:2022.07.01.22277144.
16）厚生労働省. 第90回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード（2022年7月13日）資料6 2022 [Available from: https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000964409.pdf.
17）Beigel JH, Tomashek KM, Dodd LE, Mehta AK, Zingman BS, Kalil AC, et al. Remdesivir for the Treatment of Covid-19 - Final Report. The New England journal of medicine. 2020;383(19):1813-26.
18）Gottlieb RL, Vaca CE, Paredes R, Mera J, Webb BJ, Perez G, et al. Early Remdesivir to Prevent Progression to Severe Covid-19 in Outpatients. The New England journal of medicine. 2022;386(4):305-15.
19）Hammond J, Leister-Tebbe H, Gardner A, Abreu P, Bao W, Wisemandle W, et al. Oral Nirmatrelvir for High-Risk, Nonhospitalized Adults with Covid-19. The New England journal of medicine. 2022;386(15):1397-408.
20）Weinreich DM, Sivapalasingam S, Norton T, Ali S, Gao H, Bhore R, et al. REGEN-COV Antibody Cocktail Clinical Outcomes Study in Covid-19 Outpatients. medRxiv : the preprint server for health sciences. 2021:2021.05.19.21257469.
21）Horby P, Lim WS, Emberson JR, Mafham M, Bell JL, Linsell L. Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19 - Preliminary Report. 2020.
22）Kalil AC, Patterson TF, Mehta AK, Tomashek KM, Wolfe CR, Ghazaryan V, et al. Baricitinib plus Remdesivir for Hospitalized Adults with Covid-19. The New England journal of medicine. 2021;384(9):795-807.
23）Tocilizumab in patients admitted to hospital with COVID-19 (RECOVERY): a randomised, controlled, open-label, platform trial. Lancet. 2021;397(10285):1637-45.
24）厚生労働省. 新型コロナウイルス感染症 covid 19 診療の手引き第 10 . 1 版. 2024.

6 新型コロナウイルス感染症診療の手引き

〈加藤 康幸　国際医療福祉大学医学部感染症学教授〉

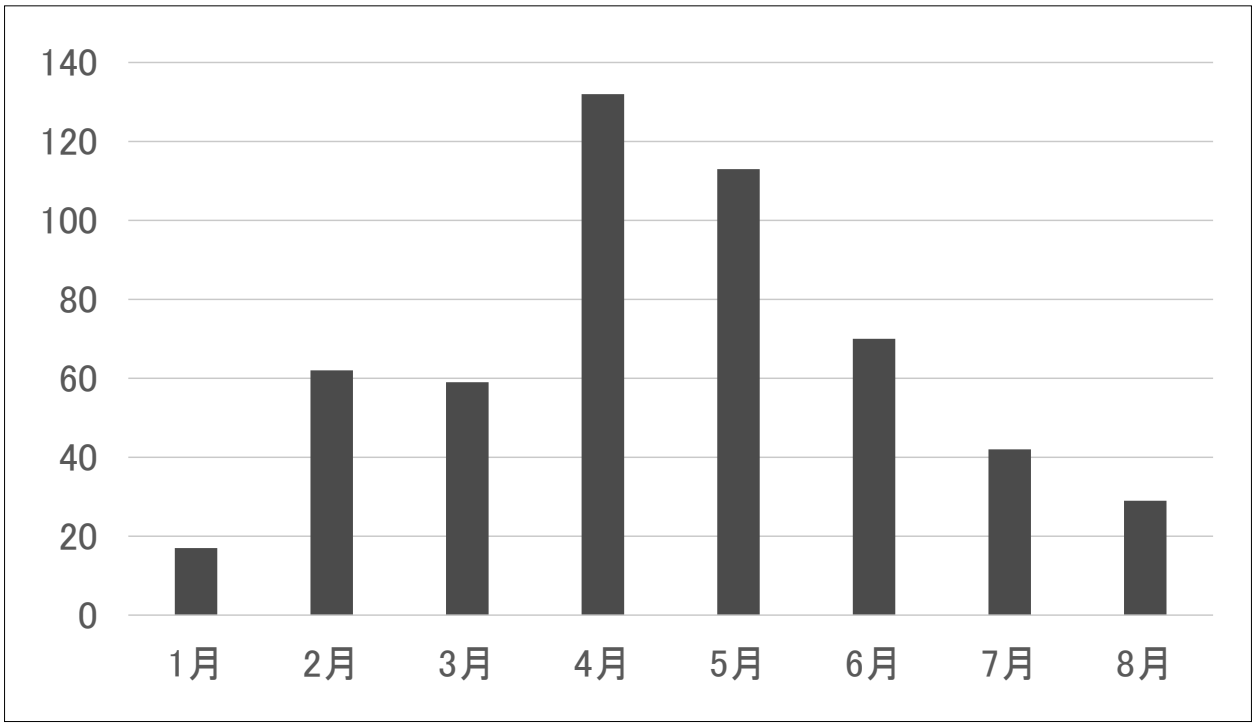
（1）はじめに

新興感染症が発生した場合、積極的疫学調査に加えて、患者にその時点で最善と考えられる医療が提供されることが重要である。これを実現するには、医療施設の整備や個人防護具等の配備が行われるとともに、医療従事者に診断や治療、感染予防策に関する最新の情報が提供される必要がある。本稿では、新型コロナウイルス感染症の診療指針として、この役割を担ったと考えられる『新型コロナウイルス感染症診療の手引き』（以下、「診療の手引き」という）について解説する。

（2）診療の手引き作成の経緯

筆者は国立国際医療研究センター在職中、2012年から2014年にかけて、エボラ出血熱が流行するアフリカに派遣された。当時、世界保健機関（World Health Organization：WHO）のClinical team leadであった進藤奈邦子先生の下、医療従事者向け診療指針の作成やその周知を図る活動に従事した。この間、Ebola isolation unitはEbola treatment unitに名称変更され、臨床試験による抗ウイルス薬の開発を含めて、ともすると隔離が中心であった新興感染症の患者に対する医療を変革していこうとする国際的な機運を肌で感じることができた。このアウトブレイク対策を通じて、症例定義や検査手順、感染予防策などを医療従事者に伝えることはしばしば難しいこと、アウトブレイク時には患者に対する基本的な治療ケアがおろそかになってしまうこと、医療の確保は住民の信頼を得て最終的に地域の感染症対策への協力につながることなどを学んだ。このような課題に対す

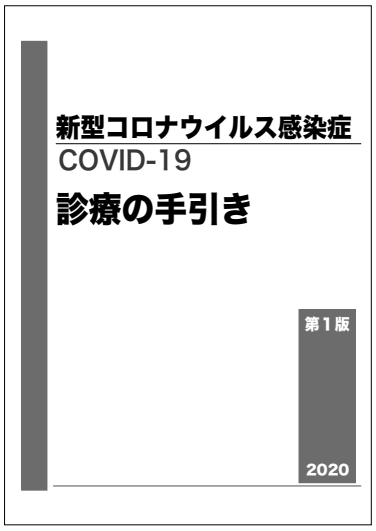
図表１　厚生労働省から発出された自治体・医療機関向けの情報数（2020年）

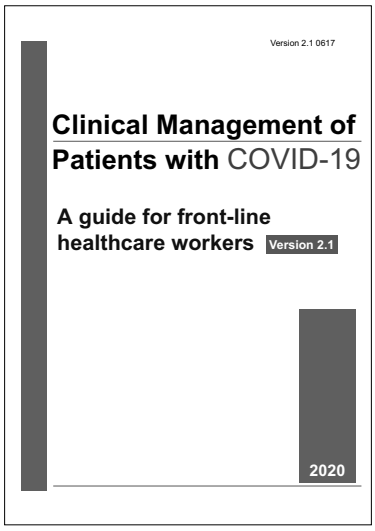


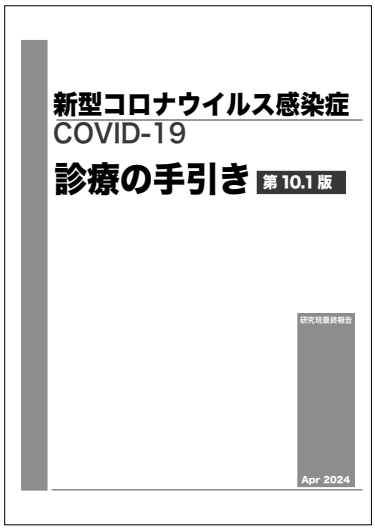
る国内での実践として、厚生労働科学研究において、『重症熱性血小板減少症候群（SFTS）診療の手引き』（2013年）や『ウイルス性出血熱診療の手引き』（2014年）を作成してきた。いずれも希少疾患であり、読者は感染症指定医療機関などの関係者に限られたが、今回幅広く利用された診療の手引きを作成する基盤になったといえる。

2019年末に中国湖北省武漢市で発生した新型コロナウイルス感染症は、2020年１月16日には早くも日本国内で１例目の患者が発生した。２月１日には指定感染症に指定されることとなり、流行拡大に伴って、厚生労働省から多数の通知や事務連絡が発出された**（図表１）**。関連学会の指針や学術論文も同様であり、いわゆるインフォデミックの状況と考えられた。筆者自身も２月に横浜港に停泊するダイヤモンド・プリンセス号に入船する機会があり、今後多くの医療機関が患者を受け入れざるを得なくなることに危機感を持った。研究班の終了年度であったが、暫定版診療指針を作成することとした。研究分担者・協力者の７名と編集事務所の協力で急きょ作成したわずか17ページの診療の手引きを厚生労働省結核感染症課に共有したところ、事務連絡を通じて３月17日に全国の自治体へ周知されることになった。この時点ではその後４年間にわたり、改訂を繰り返すことになるとは考えていなかった**（図表２）**。

図表２　診療の手引きの表紙







（３）診療の手引きの作成と改訂

これまで作成してきたSFTSやウイルス性出血熱の診療の手引きと同様に、厚生労働省からの通知や事務連絡、WHO等の専門機関・団体が発行するガイドライン、主要学術論文等の公開情報を簡潔に分かりやすくまとめることを主眼とした。項目は病原体・臨床像、症例定義・診断・届出、治療、抗ウイルス薬、院内感染防止、退院・生活指導とした。治療と抗ウイルス薬を分けたのは、当面は支持療法が治療の中心になると判断したためである。多忙な医療従事者が理解しやすいよう、図表を多用することとした。また、文献も記載し、読者がさらに情報を深められることとした。

2020年４月に流行が拡大すると、厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部から要請があり、後続の研究班において、診療の手引きを随時改訂していくことになった。同本部を通じて、日本感染症学会、日本呼吸器学会、日本集中治療医学会から委員の推薦を受け、診療の手引き検討

委員会を構成した。呼吸不全に着目した重症度分類を設定し、それに応じて治療の考え方を整理したのが、５月18日に公表した第２版である。その後、退院基準の変更、新規薬剤の導入などに応じて、2024年４月までに改訂を計22回繰り返した**（図表３）**。なお、小児や妊婦患者の増加、アルファ株およびデルタ株の出現と医療逼迫への対応から、国立感染症研究所、日本小児科学会、日本産婦人科学会、日本救急医学会から委員を新たに迎えることになった。

第２版からは厚生労働省との共同作業という性格が強くなり、委員と研究班事務局が作成した原稿を厚生労働省が査読、コメントを受けて研究班事務局が修正、編集事務所にレイアウトを依頼し、検討委員会（のちに編集委員会に名称変更）で確認するという流れが編集作業の基本であった。委員間の意見調整はオンライン会議よりもメール審議によることが多く、厚生労働省、学会等との調整は主に研究班事務局が行った。なお、事務連絡に添付される改訂のポイントは厚生労働省が作成していた。日本感染症学会による薬物治療の考え方、国立感染症研究所等による病原体検査指針に準拠したほか、WHOによる暫定診療指針、および薬物療法指針が主な参考文献であった。このほかに第2.1版は英語版を作成して、WHO西太平洋事務局等に提供された。また、第8.1版は中国医科大学日本校友会により中文版が作成され、中国におけるゼロコロナ政策解除後に発生した2022年末の流行時に利用された。

図表３　新型コロナウイルス感染症診療の手引きの主な改訂

版	公開日（発出日）	ページ数	主な改訂点
第2.0	2020/5/18	32	・重症化リスク　・血栓症　・抗原検査　・重症度分類 ・レムデシビル非常事態における個人防護具
第3.0	2020/9/4	43	・症状の遷延（いわゆる後遺症）　・小児例の特徴 ・中等症のマネジメント　・適応外使用薬
第4.0	2020/12/4	50	・CT画像　・妊婦例の特徴　・中等症に対するステロイド ・死後のケア
第5.0	2021/5/26	59	・アルファ株　・自宅療養　・免疫調節薬 ・ネーザルハイフロー使用時の感染対策
第6.0	2021/11/2	68	・デルタ株　・エアロゾル感染　・中和抗体薬 ・妊婦に対する薬物療法
第7.0	2022/2/28	73	・オミクロン株　・臨床像の変化　・重症化リスク因子 ・症例定義　・経口抗ウイルス薬　・療養解除基準
第8.0	2022/7/22	72	・小児の死亡例　・届出　・高齢者の医療　・経口抗ウイルス薬 ・中和抗体薬　・院内感染対策　・退院基準
第9.0	2023/2/10	84	・高齢者・小児の管理　・経口抗ウイルス薬　・個人防護具 ・死後のケア
第10.0	2023/8/21	63	・外来診療中心にコンパクト化 ・外来における抗ウイルス薬の選択

＊上記は大幅な改訂であり、このほかに小幅な改訂（例：第2.1版）を計13回行った。

（４）利用状況の調査と５類感染症移行後の対応

2022年以降は病原体がオミクロン株に置き換わり、入院患者の臨床像も以前のウイルス性肺炎から高齢者の衰弱や誤嚥性肺炎等に様変わりした。第9.0版を公開した後の2023年３月に北海道、岩

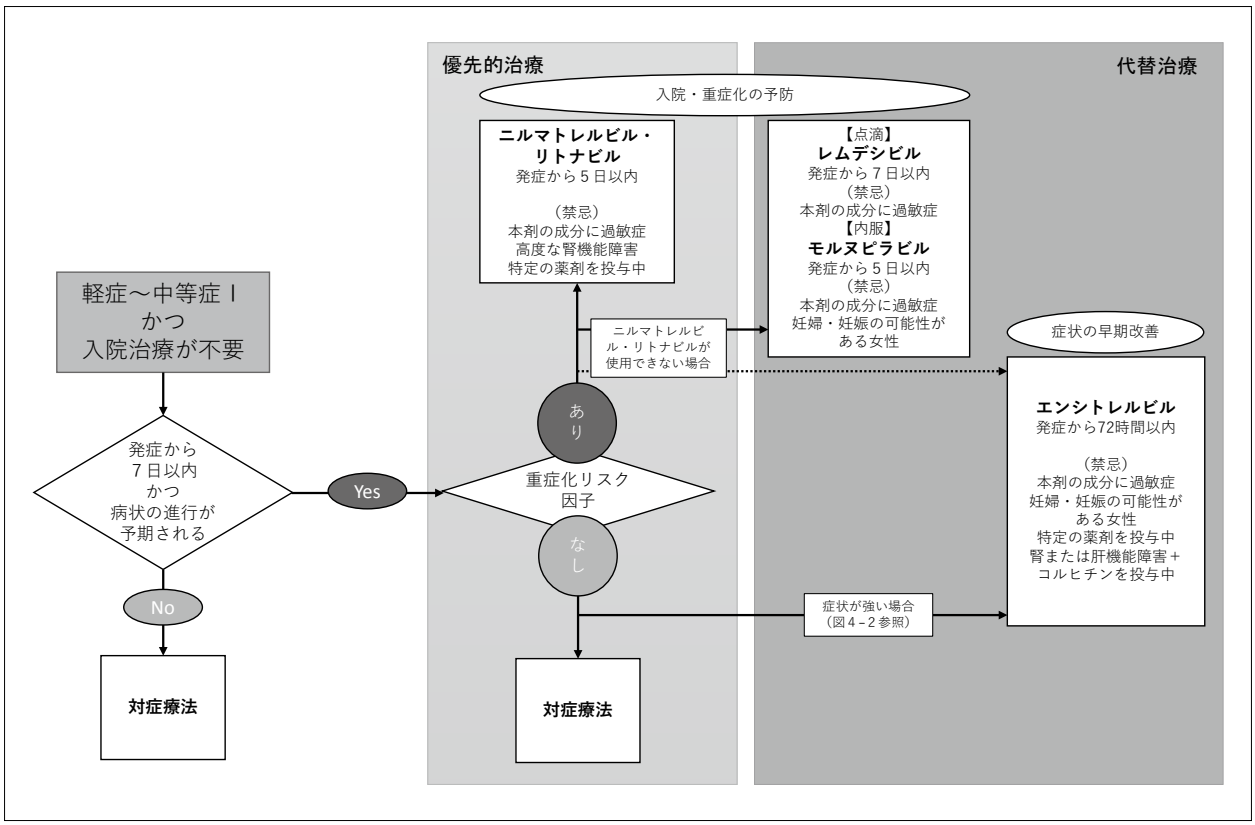
手県、千葉県、新潟県、愛知県、大阪府、広島県、香川県、福岡県の重点医療機関（464施設）に勤務する医師を対象に利用状況のオンライン調査を行い、360名から回答があった。経験年数20年以上の医師が216名（60％）であり、内科、呼吸器内科、感染症内科の医師が189名（53％）を占めたが、小児科、産婦人科、外科等の医師も含まれた。167名（46％）の医師が50人以上の入院患者を経験していると回答した。

回答した医師が参考にしていた外部情報は厚生労働省や自治体等の行政によるものの比率が高かった。学会関連では、日本感染症学会による薬物療法の考え方、日本環境感染学会による医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイドがよく利用されていた。一方、英語資料であるWHOなどの指針を利用している医師は少なかった。

診療の手引きは309名（86％）の医師に利用されており、主に厚生労働省ホームページを通じて入手されていた。利用者のうち213名（69％）が月に数回以上アクセスしていた。PDF利用が多かった（延べ257名）が、印刷利用も少なくなかった（延べ128名）。薬物療法（延べ267名）、重症度分類とマネジメント（延べ251名）、退院基準（延べ205名）の章の利用頻度が高かった。ページ数（84ページ）は利用者のうち211名（68％）が適切と考えていたが、95名（31％）がやや多い・多いと回答した。総合的な満足度（10点満点）の中央値は８点であった。

この調査結果を参考に、新型コロナウイルス感染症の５類感染症移行に合わせて、外来診療を中心とした内容に改めた第10.0版を2023年８月に公開した。読者から要望の多かった外来診療における抗ウイルス薬の選択については、委員の利益相反を管理しながら議論を進め、最終改訂版となった第10.1版において、独自の見解を示すことができた**（図表４）**。

図表４　成人の外来診療における抗ウイルス薬の選択



（5）役割の終了と将来のパンデミックに向けて

診療の手引きの骨格である病原体・臨床像、症例定義・診断・届出、重症度分類とマネジメント、薬物療法、院内感染防止、退院・生活指導は４年にわたり大きな変更を加える必要がなかったことから、今後発生する新興感染症においても基本的な構成になると考えられる。発生時には抗微生物薬は存在しないことが想定されるため、基本的な治療とケアについて手厚い記載をしておくことが望ましい。医師が主な対象ではあっても、外国語文献はあまり参考にされないことは念頭に置く必要があると考えられる。なお、国の診療ガイドラインの国際比較において、本診療の手引きはWHOの推奨に対する準拠率が高いものとして評価されている。

日本発のまとまった臨床データをしばらく反映できなかったことは反省点といえる。新興感染症が発生した場合、国として臨床情報を収集し、速やかに公表されることが望ましい。医師の発生届に基づく感染症発生動向調査では、患者の診断時の状態しか分からず、経過や予後を追える仕組みになっていなかった。FF100や国立国際医療研究センターに設置されたレジストリは研究開発に利用されるほか、得られた暫定的なデータは診療指針にも活用されることが望ましい。

本来、診療指針の作成は時間と労力を要するものである。今回は小規模な研究班が多忙な臨床の傍らでその役割を担ったといえる。第一線の臨床医を中心とした委員は最新の治療動向を知る立場にあるが、科学的エビデンスの吟味に不十分な面があったかもしれない。各種学会や団体がそれぞれの専門に応じて公表する治療指針等の重要な情報を網羅しきれないこともあった。編集責任者（チーム）には広い視野で情報を取捨選択し、読者に分かりやすく伝える能力が求められるであろう。これらを支える研究班の事務局機能は拡充する機会はあったものの人材の確保等に困難があった。疾患に対する社会的な関心の高さを背景に、医療従事者以外にも多様な読者層が生じることは想定しておく必要がある。手引きの内容が国会で議論となり、厚生労働大臣が答弁をされるような場面もあった。メディアにおいては「厚生労働省による診療の手引き」と紹介されることも多く、オーサーシップは厚生労働省にあるのか、研究班にあるのか明確でなかったともいえる。今後、新興感染症発生時には暫定版診療指針の作成を国やその関連機関が主導すると明確に位置付け、必要な資金や人材が投入されることが望ましい。また、医療科学系に詳しいイラストレーターや編集事務所は不足していると考えられ、このような分野にも発展が望まれる。

2023年５月、新型コロナウイルス感染症が５類感染症に移行してからは更新する情報も減少し、暫定版診療指針という性格の手引きは役割を終える時期が来たものと考えていた。2024年４月、新型コロナウイルス感染症の医療に関わるさまざまな特例が廃止される時期に合わせて、研究班の最終報告として第10.1版を厚生労働省に提出することができた。改めて診療の手引きを見返すと、患者に対する医療の変遷をたどることができ、将来、新型コロナウイルス感染症パンデミックを振り返る際の貴重な資料になるだろうことへの感慨と責任も感じる。医療において、エビデンスの創出とその普及は車の両輪であり、後者にあたる本に関われたことは困難ではあったが、国内外の新興感染症対策に関わってきた経験を生かす貴重な機会であったとも感じられる。厚生労働省や読者の立場からは診療の手引きに対してまた違った評価があると思うが、当事者としての感想を述べて筆を置くこととする。

■参考文献

１）World Health Organization. Clinical management of patients with viral haemorrhagic fever: A pocket guide for the front-line health worker. 2014

２）The Lancet Infectious Diseases. The COVID-19 infodemic. Lancet Infect Dis 20, 875, 2020

３）新型コロナウイルス感染症（COVID－19）診療の手引き 第１版-10.1版.　2020-2024

４）Morgan RL, et al. Development of rapid guidelines: GIN-McMaster guideline development checklist extension for rapid recommendations. Health Research Policy and Systems 16: 63, 2018

５）Cokljat M, et al. Comparison of WHO versus national COVID-19 therapeutic guidelines across the world: not exactly a perfect match. BMJ Glob Health 9:e014188,2024

謝辞

本稿をまとめるに当たり、本診療の手引きを参考に患者の診療ケアや感染対策に従事された関係者に敬意と感謝を申し上げます。また、下記の診療の手引き編集委員・協力者、および厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部の関係者に深謝いたします。

編集委員：足立拓也（東京都立豊島病院感染症内科）、鮎沢衛（神奈川工科大学健康医療科学部）、氏家無限（国立国際医療研究センター国際感染症センター）、大曲貴夫（国立国際医療研究センター国際感染症センター）、織田順（大阪大学大学院医学系研究科救急医学）、神谷元（三重大学大学院医学系研究科公衆衛生・産業医学）、川名明彦（防衛医科大学校感染症・呼吸器内科）、忽那賢志（大阪大学大学院医学系研究科感染制御学）、小谷透（昭和大学医学部集中治療医学）、西條政幸（国立感染症研究所ウイルス第一部）、鈴木忠樹（国立感染症研究所感染病理部）、多屋馨子（神奈川県衛生研究所）、徳田浩一（東北大学病院感染管理室）、橋本修（日本大学）、馳亮太（成田赤十字病院感染症科）、早川智（日本大学医学部微生物学）、藤田次郎（おもと会大浜第一病院／琉球大学）、藤野裕士（大阪大学大学院医学系研究科麻酔集中治療医学）、迎寛（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科呼吸器内科学）、森村尚登（帝京大学医学部救急医学）、倭正也（りんくう総合医療センター感染症センター）、横山彰仁（高知大学医学部呼吸器・アレルギー内科学）

編集協力者：斎藤浩輝（聖マリアンナ医科大学救急医学）、陳和夫（日本大学医学部睡眠医学・呼吸管理学）、舩木孝則（国立生育医療研究センター感染症科）、牧野祐子（東北大学）、的野多加志（佐賀大学附属病院感染制御部）、日本小児科学会予防接種・感染症対策委員会：勝田友博（聖マリアンナ医科大学）／菅秀（国立病院機構三重病院）／津川毅（札幌医科大学）、後藤編集事務所
所属はいずれも当時

本診療の手引きは、令和元年度～５年度厚生労働行政推進調査事業費補助金新興・再興感染症および予防接種政策推進研究事業費補助金（H29-新興行政-指定-001、20HA2002、23HA2001）を受けて作成された。

研究課題名

令和元年度～令和４年度　一類感染症等の患者発生時に備えた臨床的対応に関する研究

令和５年度　一類感染症等の患者発生時に備えた臨床対応及び行政との連携体制の構築のための研究

7　罹患後症状のマネジメント

〈岡部 信彦　川崎市健康安全研究所参与〉

（1）『罹患後症状のマネジメント』発行の経緯と目的

新型コロナウイルス感染症が発生して１年ほどたってくると、全体の累積患者数の増加の中から、感染性が消失し主な症状は回復したにもかかわらず〝後遺症〟と呼ばれるようなさまざまな症状、あるいは新たな、または再び生じて持続する症状などに悩む患者が少なからず見られることが明らかとなり、臨床的にも社会的も注目されるようになってきた。十分なデータや資料のない中、また成因・治療法等についても確立されたものもなく模索中であるものの、新型コロナウイルス感染症患者の診療に当たる多くのかかりつけ医等やその他医療従事者、および行政機関の人々にそのような症状が生じ得ることの認識が正しく伝わり、またその場合の標準的な対処の方法やそれぞれの症状に関する専門家への依頼・紹介のタイミング等について、参考になるような書が早急に必要であるとの声が高まった。

そこで厚生労働省の要請により、本コラムの執筆者である岡部がまとめ役としてそれぞれの分野で経験のある専門家に集まっていただき編集委員会を構成し、そこで侃々諤々の議論を重ねて『新型コロナウイルス感染症・診療の手引き』（厚生労働行政推進調査事業費補助金　新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業　一類感染症等の患者発生時に備えた臨床対応及び行政との連携体制の構築のための研究）（JPHM23HA2001）（研究代表者　加藤康幸）の別冊として2021年12月１日『罹患後症状のマネジメント（暫定版）』を発刊した。

暫定版の「はじめ」に、本書発刊の経緯、目的、いわゆる「後遺症」と称される症状の考え方、「罹患後症状」という名称、今後も新たな知見を取り入れて改訂を継続していくことなどについて簡単に述べてあるので、以下にその全文を紹介する。

はじめに：

2021年12月現在、私たちは新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のパンデミック（地球規模での流行）の真っただ中にいます。幸い国内では急峻な感染者の増加となった、いわゆる第５波が急速に減少し、医療機関・保健所等は少し息をつき、一般生活も徐々に制限の解除・緩和が進み始めていますが、世界ではワクチン接種が進んだにもかかわらず、大きなリバウンドが生じている国も多数あり、予断は許されない状況です。

感染者数が減少する一方、感染性が消失し主な症状は回復したにもかかわらず〝後遺症〟と呼ばれるような症状、あるいは新たな、または再び生じて持続する症状などに悩む患者が少なからずみられるようになりました。このような情報は〝軽症に見えても感染に注意が必要〟というCOVID-19の感染に対する注意喚起になる一方で、実際に〝後遺症〟が現れた患者にとっては、日常生活や仕事・学業などの支障が出てくることもあります。このような症状は３カ月ほどで約２/３は回復をしますが、不安が募るとさらに持続・悪化することがあります。これらに悩み不安を抱える患者に対する診療とケアの手順は国内では標準化されていないため、医療者側も悩み「気のせい」と患者に伝えたり、「自分のところでは診られない」と診療を拒んでしまう、あるいは患者自

身が医療機関を求めて転々とするということが生じてしまい、その結果さらに悪い方向に進んでしまうことが心配されるようになりました。

そこから、回復後の経過を診ているかかりつけ医等が、自身でそれらの症状に悩む患者に対して、どこまでどのようにアプローチ・フォローアップをすればよいのか、どのタイミングで専門医の受診を勧めるのか、などについて、標準的な診療とケアについてまとめようという声が高まり、それぞれの分野で経験のある専門家に集まっていただき、議論を重ね、『新型コロナウイルス感染症：診療の手引き』の別冊として発刊することになりました。専門家の手によらなくとも簡単に効果的に指導できるリハビリテーションや職場などへの復帰支援について産業医学的なアプローチも加えて、このたび現在得られている知見をとりまとめました。

この手引きは、専門的な各論に踏み込むものではなく、各論に進む前の段階として、COVID-19患者の診療にあたる多くのかかりつけ医等やその他医療従事者、および行政機関の方々などにご活用いただき、患者の予後の改善に役立てば幸甚です。

なお、WHOでは、このような症状を“post COVID-19 condition”と称しており、本手引きでは、COVID-19罹患後症状（いわゆる〝後遺症〟あるいは〝遷延症状〟）と呼称することとしました。またCOVID-19そのものもかなり理解が進んできたものの、いまだ不明、または新たな疑問として生じてくる点もあり、『診療の手引き』同様に、今後も必要に応じて速やかに新たな知見を取り入れて改訂を継続していきます。

本書は、暫定版を 2021年12月１日に発行した後、第１版2022年４月28日、第1.1版2022年６月14日、第2.0版2022年10月17日、第3.0版2023年10月20日と版を重ね、2024年６月現在、さらなる改訂を検討中である。

（2）『罹患後症状のマネジメント（第3.0版）』のポイント

本書の目的と限界、対象、症状の定義は、以下のようにしている（第3.0版より）。

・本手引きの目的と限界

本手引きは、COVID-19後の症状（以下、罹患後症状）についてのアプローチ・フォローアップ方法などについてとりまとめ、医療従事者等の助けとすることを目的に作成した。罹患後症状についてはいまだ明らかになっていないことも多い。そのため、心不全や脳炎などの他の疾患による症状を見逃さないように、罹患後症状は除外診断であることに留意することが重要である。本手引きは、『診療の手引き』同様に、随時、必要に応じて新たな科学的な知見を取り入れ改訂を継続的に行う予定であり、今後の改訂に伴い内容も大きく変更される可能性があることに留意いただきたい。

・本手引きの対象

罹患後症状を訴える患者に対する診療とケアの手順は標準化されていないが、多くの場合、かかりつけ医等が専門医と連携して対応できるものと考えられる。このため、本手引きはすべての医師および医療従事者を対象とした。長期的なケアには多職種の連携も重要と考えられるため、多様な関係者に参考となるように配慮した。

・COVID-19後の症状の定義

WHOは、「post COVID-19 condition」について以下のように定義している。

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）後の症状（＊）は、新型コロナウイルス（SARSCoV-2）に罹患した人にみられ、少なくとも２カ月以上持続し、また、他の疾患による症状として説明がつかないものである。通常はCOVID-19 の発症から３カ月経った時点にもみられる。

症状には、疲労感・倦怠感、息切れ、思考力や記憶への影響などがあり、日常生活に影響することもある。COVID-19の急性期から回復した後に新たに出現する症状と、急性期から持続する症状がある。また、症状の程度は変動し、症状消失後に再度出現することもある。小児には別の定義が当てはまると考えられる。

注）診断に必要な最小限の症状の数は定まっていないが、さまざまな臓器に関連する症状を訴えることがある。

＊）国内における定義は現時点では定まっておらず、『診療の手引き』ではこれまで「遷延症状」を使用してきたが、WHOの定義の「post COVID-19 condition」を「COVID-19後の症状」と訳したうえで、本手引きでは、「罹患後症状」とした。

本書第3.0版には、以下のような項目について記載をしている（13、14については第3.0版より記載）。

1　罹患後症状
2　罹患後症状を訴える患者へのアプローチ
3　呼吸器症状へのアプローチ
4　循環器症状へのアプローチ
5　嗅覚・味覚症状へのアプローチ
6　神経症状へのアプローチ
7　精神症状へのアプローチ
8　〝痛み〟へのアプローチ
9　皮膚症状へのアプローチ
10　小児へのアプローチ
11　罹患後症状に対するリハビリテーション
12　罹患後症状と産業医学的アプローチ
13　罹患後症状に関する診断書や意見書の記載例罹患後症状に関する診断書や意見書の記載例
14　症例集

11～14を除く各章とも、はじめに、科学的知見、症状へのアプローチ、フォローアップすべき所見・症状、プライマリケアにおけるマネジメント、専門医・拠点病院への紹介の目安・タイミング、専門医・拠点病院でのマネジメントなどの項目について記載されている。専門的な各論に踏み込むものではなく、各論に進む前の段階として、新型コロナウイルス感染症患者の診療に当たる多くのかかりつけ医等やその他医療従事者、および行政機関の方々などに活用いただくためのものであり、罹患後症状の診療・相談などに当たって利用いただければと思う。

第２章・罹患後症状を訴える患者へのアプローチでは、コラムとして「患者説明のポイント」について、第10章・小児へのアプローチでは、コラムとして「医療機関－学校等の関係者間連携と説明」についての記載もある。なお、本書は今後も新たな知見を取り入れて改訂を継続していく予定としている。

■参考文献

1）新型コロナウイルス感染症・COVID-19診療の手引き「別冊 罹患後症状のマネジメント（第3.0版）」https://www.mhlw.go.jp/content/001159406.pdf

8　罹患後症状の疫学研究：入院患者ならびに住民の調査結果

〈磯 博康　国立国際医療研究センター国際医療協力局グローバルヘルス政策研究センターセンター長〉

（1）罹患後症状の疫学調査

新型コロナウイルス感染症は、急性期から持続する症状と急性期から回復した後に新たに出現する症状があり、感染者の心身の健康や社会経済生活に中・長期的に影響を及ぼす可能性が指摘されている[1)]。しかし、その実態については、流行株による相違や非感染者との比較も含めて不明な点が多い。本邦においては、罹患後症状についての実態把握や病態解明等を目的として、厚生労働科学研究や日本医療研究開発機構（AMED）研究が行われている。われわれの研究班では、厚生労働科学研究（新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業）として、2022年度に新型コロナウイルス感染症罹患後症状に関する住民と入院患者を対象とした大規模疫学調査を実施した**（図表１）**[2)]。

図表１　2022年度厚生労働科学研究「新型コロナウイルス感染症による他疾患を含めた医療・医学に与えた影響の解明に向けた研究-今後の新興感染症発生時の対策の観点から-」

	入院患者調査				住民調査		
調査名	COVID-19の長期合併症の実態把握と病態生理解明に向けた基盤研究（慶應大学主幹）	COVID-19退院1年後の健康状態に関する調査研究：付随研究（高知大学主幹）	COVID-19感染者における健康と回復に関するコホート研究Ⅱ（CORESⅡ）	COVID-19感染者における健康と回復に関するコホート研究Ⅰ（CORESⅠ）	コロナ禍における住民の皆様の健康状態に関する調査（八尾市）	コロナ禍における区民の健康に関する調査（品川区）	新型コロナウイルス感染症に関するアンケート調査（札幌市）
調査時期	2022年11月～2023年2月	2022年9月～2023年1月	2022年８～９月	2022年５～10月	2022年11月	2023年1～２月	2023年3月
	感染から約2年後	感染から約2年後	感染から約1年後	感染から約3か月後	感染から約1年後	感染から約半年後	感染から約半年～３年後
回答者数	766人	430人	1,109人	158人	成人：8,447人 小児：3,484人	成人：18,183人	成人：2,883人 小児：28,026人
感染時期	第１波～第３波	第２波～第５波	第４波～第５波	第6波	成人・小児：第４波～第６波	成人：第７波	成人*：第１波～第６波 小児：第１～7波

*札幌市は、一部第７波の感染者を含む。

（2）入院患者における罹患後症状（第１波～第６波）

各調査の結果の概要を**図表２**に示す。

①新型コロナウイルス感染症の長期合併症の実態把握と病態生理解明に向けた基盤研究（第１波～第３波、成人18歳以上）

慶應義塾大学を中心とした全国26の医療機関からなる本研究グループは、第１波～第３波（従来株）の感染時無症状や軽症も含む入院患者を対象に、診断後３か月、６か月、12か月時点での罹患後症状の実態を明らかにした（2020年度厚生労働行政推進調査事業費補助金）。同じコホート症例を対象に、診断後約24か月時点に追加アンケートを行った（調査時期：2022年11月～2023年２月）。その結果、診断から３か月時点で、かつ24か月時点でも同様の症状がある人は26.3％であった。

②新型コロナウイルス感染症退院１年後の健康状態に関する調査研究：付随研究（第２波～第５波、成人20歳以上）

日本呼吸器学会が主導して第２波～第５波（従来株、アルファ株とデルタ株）の感染時で中等症以上の入院患者を対象に、退院後３か月～12か月後の罹患後症状、呼吸機能障害等についての実態調査を行った（2020年度厚生労働行政推進調査事業費補助金）。同じコホート症例を対象に、退院後約24か月時点にアンケート調査を行った（調査時期：2022年９月～2023年１月）。その結果、退院後３か月時点で、かつ約24か月時点でもなんらかの症状を有している人は48.1％であった。先行

図表２　入院患者を対象とした調査結果

	COVID-19の長期合併症の実態把握と病態生理解明に向けた基盤研究（慶應大学主幹）	COVID-19退院1年後の健康状態に関する調査研究：付随研究（高知大学主幹）	COVID-19感染者における健康と回復に関するコホート研究Ⅱ（CORESⅡ）	COVID-19感染者における健康と回復に関するコホート研究Ⅰ（CORESⅠ）
調査時期	感染から約2年後	感染から約2年後	感染から約1年後	感染から約3か月後
回答者数 (回答率, %)	766 (63.8)	430 (59.0)	1,109 (44.1)	158 (37.6)
解析対象者数	718[a]	343[a]	1040[b]	122[C]
性別：男性、人(%)	463 (64.5)	228 (66.5)	688 (66.2)	65 (53.3)
平均年齢、年(SD)	57.8 (15.6)	62.9 (13.8)	57.4 (13.6)	57.5 (17.3)
感染時の重症度、人(%)				
無症状	20 (2.8)	-	0 (0)	1 (0.8)
軽症	141 (19.6)	-	69 (6.6)	54 (44.3)
中等症Ⅰ	297 (41.4)	109 (31.8)	151 (14.5)	25 (20.5)
中等症Ⅱ	160 (22.3)	183 (53.4)	409 (39.3)	32 (26.2)
重症	83 (11.6)	51 (14.9)	411 (39.5)	10 (8.2)
不明	17 (2.4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
罹患後症状、人(%)[d]	189 (26.3)	165 (48.1)	472 (45.4)	65 (53.3)
感染時期別、人(%)	第1波: 39 (28.1) 第2波: 45 (22.5) 第3波: 105 (27.7)	第2波: 23 (67.6) 第3波: 95 (51.1) 第4～5波: 47 (38.2)	第4波: 208 (42.4) 第5波: 264 (48.0)	第6波：65 (53.3)
多い症状 (%)	1.疲労感・倦怠感 (10.2) 2.筋力低下 (7.2) 3.思考力・集中力低下 (5.7)	1.筋力低下 (28.6) 2.呼吸困難 (14.0) 3.疲労感・倦怠感 (13.7)	1. 呼吸困難 (20.7) 2. 疲労感・倦怠感 (17.6) 3. 筋力低下 (15.4)	1. 疲労感・倦怠感 (21.3) 2. 睡眠障害 (18.9) 3..呼吸困難 (18.0)

[a]3か月調査で罹患後症状の有無について回答がない者を除いた。

[b]罹患後症状の質問に回答がない者、COVID-19診断日不明者、無効回答者を除いた。

[c]年齢欠損および追跡期間が150日以上の者を除いた。

[d]感染（診断）後、3か月時点に有したもしくは3か月以内に出現した症状で調査時点でもある症状。

研究とは対象者の新型コロナウイルス感染症重症度や罹患後症状の定義に違いはあるものの、おおむね先行研究と一致する結果であった[3)、4)]。

③新型コロナウイルス感染症感染者における健康と回復に関するコホート研究Ⅱ（CORESⅡ）（第４波～第５波、成人20歳以上）

本邦では、2021年春にアルファ株の流行があり、2021年夏にはデルタ株による感染が拡大した。特に第５波の感染者数は第４波を超える規模となり、入院患者が増加した。11の都道府県から医療機関20施設の救命救急科をはじめとする診療科の協力を得て、第４波、第５波（アルファ株とデルタ株）の感染時で重症者が多くを占める2021年４月～９月の入院患者を対象としたコホート研究を行った（１年後調査：2022年８月～９月）。その結果、感染から約１年後の時点で、感染から３か月以内に出現し約１年後も継続している症状が１つ以上ある人は45.4%であった。海外の入院患者を対象とした罹患後症状についての先行研究[5)、6)]と同様の頻度であることが確認された。

④新型コロナウイルス感染症感染者における健康と回復に関するコホート研究Ⅰ（CORESⅠ）（第６波、成人20歳以上）

本邦では、2022年初旬からオミクロン株による感染者が急増した。６つの医療機関の協力を得て、第６波（オミクロン株）の感染時で軽症者が多くを占める2022年２月～７月の入院患者を対象としたコホート研究を行った（３か月後調査：2022年５月～10月）。その結果、感染から３か月後の時点でなんらかの症状を有する人は53.3%であった。

（3）住民における罹患後症状（第１波～第７波）

新型コロナウイルス感染症罹患後症状については、倦怠感や咳・息切れ、集中力低下など、新型コロナウイルス感染症に罹患していない者でも同様の自覚症状を認めることがある。そこで、一般住民における感染者および非感染者を対象として、新型コロナウイルス感染症罹患後に２か月以上続く症状（罹患後症状）の有無（非感染者においては２か月以上続く遷延症状の有無）、罹患後症状あるいは遷延症状による社会経済状態、精神的健康への影響を調べる必要がある。本邦においては、感染者だけではなく非感染者を対照群とした研究は少ないこと、小児の罹患後症状に関する研究は少ないこと、流行株による罹患後症状の違いを比較した研究は少ないこと、新型コロナウイルス感染症ワクチン接種状況と罹患後症状に関する報告が限られていることから、下記の３自治体の協力を得て調査を実施した[7)、8)]。各調査の結果の概要を**図表３**に示す。

①大阪府八尾市（第４波～第６波）

◎成人（18歳～79歳）：解析対象者：感染者4,278人、非感染者3,382人、合計7,660人。平均追跡期間296日。感染３か月後に罹患後症状を１つ以上有する者の割合は15.0％、非感染者で遷延症状を有する者の割合は4.4％、非感染者を基準とした感染者の持続症状発生の性・年齢調整オッズ比（OR）は3.9（95％CI 3.2～4.6）であった。感染時期別の同ORは、2021年３月～６月（第４波）で7.9（5.8～10.7）、2021年７月～12月（第５波）で8.5（6.4～11.3）、2022年１月～４月（第６波）で3.2（2.7～3.9）であった。感染前の新型コロナウイルス感染症ワクチン２回以上接種者は、ワクチン未接種者と比較して性、年齢、世帯収入、基礎疾患の有無を調整した罹患後症状発生の多変量調整オッズ比（aOR）が有意に低かった（0.5〈0.4～0.5〉）。罹患後症状ありの感染者のうち、日常生活に深刻な支障を有する者の割合は15.9％であった。主観的経済状況は、罹患後症状ありの感染者および遷延症状ありの非感染者の両者において悪化することが示された。遷延症状なしの非感染者を基準とした主観的経済状況悪化のaORはそれぞれ1.3（1.0～1.5）、1.6（1.1～2.2）であった。

◎小児（５歳～17歳）：解析対象者：感染者1,800人、非感染者1,341人、合計3,141人。平均追跡期間273日。感染３か月後に罹患後症状を１つ以上有する者の割合は6.3％、非感染者で遷延症状を有する割合は2.2％、非感染者を基準とした感染者の持続症状発生の性・年齢調整ORは3.2（2.1～4.8）であった。感染時期別の同ORは第４波～第５波で6.1（3.2～11.3）、第６波で2.9（1.9～4.4）であった。感染前のワクチン２回接種児は、未接種児と比較して罹患後症状が出現するaORが有意に低かった（0.5〈0.3～0.9〉）。罹患後症状がある小児のうち、感染から半年以上経過後の調査時点でも日常生活に深刻な支障を有する児の割合は10.5％であった。

②東京都品川区（第７波）

◎成人（20歳～69歳）：解析対象者：感染者8,880人、非感染者6,318人、合計１万5,198人。平均追跡期間168日。感染後に罹患後症状を１つ以上有する者の割合は11.7％、非感染者で遷延症状を有する割合は5.5％、非感染者を基準とした感染者の持続症状発生の性・年齢調整ORは2.3（2.0～2.6）であった。感染前のワクチン２回接種者、３回以上接種者は、ワクチン未接種者と比較して罹患後症状発生のaORがそれぞれ1.0（0.80～1.2）、0.8（0.6～0.9）であり、３回以上接種者で有意に低か

図表３　住民を対象とした調査結果（成人、小児）

	成人					
	大阪府八尾市		東京都品川区		北海道札幌市	
	感染者	非感染者	感染者	非感染者	感染者	非感染者
解析対象者数	4,278	3,382	8,880	6,318	2,023	855
性別：男性、人(%)	1,684 (39.4)	1,309 (38.7)	3,717 (41.9)	2,552 (40.4)	744 (36.8)	303 (35.4)
平均年齢、年(SD)	44.5 (14.7)	45.5 (16.2)	42.1 (11.6)	42.4 (11.8)	45.0 (11.1)	47.8 (11.3)
感染時の重症度、人(%)		–		–		–
無症状	297 (6.9)		264 (3.0)		54 (2.7)	
軽症	3,596 (84.1)		8,493 (95.6)		1,405 (69.5)	
中等症Ⅰ	63 (1.5)		54 (0.6)		46 (2.3)	
中等症Ⅱ	65 (1.5)		66 (0.7)			
重症	29 (0.7)		1-4[a] (0.0)		5 (0.3)	
不明	288 (5.3)		0 (0)		513 (25.4)	
罹患後/遷延[b]症状、人(%)	640 (15.0)[c]	149 (4.4)	1,041 (11.7)[d]	349 (5.5)	474 (23.4)[e]	78 (9.1)
感染時期別、人(%)	第4波: 82 (26.8) 第5波: 96 (27.7) 第6波: 462 (12.7)	–	第7波: 1,041 (11.7)	–	第1波:3 (33.3) 第2波:10 (13.9) 第3波:97 (25.9) 第4波:135 (25.0) 第5波:128 (28.5) 第6波:41 (17.0) 第7波:17 (13.2)	–
多い症状 (%)	1. 疲労感・倦怠感 (3.6) 2. 睡眠障害 (3.1) 3. 集中力低下 (2.6)	1. 睡眠障害 (0.9) 2. 疲労感・倦怠感 (0.7) 3. 呼吸困難 (0.6)	1. 咳嗽 (3.6) 2. 集中力低下 (3.1) 3. 脱毛 (2.8)	1. 咳嗽 (0.9) 2. 疲労感・倦怠感 (0.7) 3. 集中力低下 (0.6)	1. 疲労感・倦怠感 (7.6) 2. 咳嗽 (5.3) 3. 嗅覚障害 (4.3)	1. 脱毛 (0.9) 2. 疲労感・倦怠感 (0.8) 3. 呼吸困難 (0.8)

	小児			
	大阪府八尾市		北海道札幌市	
	感染者	非感染者	感染者	非感染者
解析対象者数	1,800	1,341	15,681	9,084
性別：男性、人(%)	971 (53.9)	710 (52.9)	8,655 (55.2)	4,845 (53.3)
平均年齢、年(SD)	10.4 (3.6)	10.5 (3.6)	10.1 (3.5)	10.3 (3.6)
感染時の重症度、人(%)		–		–
無症状	79 (4.4)		588 (3.7)	
軽症	1,708 (94.9)		14,988 (95.6)	
中等症Ⅰ 中等症Ⅱ	13 (0.7)		84 (0.5)	
重症	0 (0)		3 (0.0)	
不明	0 (0)		18 (0.1)	
罹患後/遷延[b]症状、人(%)	114 (6.3)[c]	29 (2.2)	988 (6.3)[f]	277 (3.0)
感染時期別、人(%)	第4～5波:18 (13.7) 第6波:96 (5.8)	–	第1波:3 (13.0) 第2波:5 (10.0) 第3波:22 (6.5) 第4波:19 (6.5) 第5波:25 (7.5) 第6波:407 (5.8) 第7波:353 (7.3)	–
多い症状 (%)	1. 咳嗽 (1.2) 2. 倦怠感 (1.1) 3. 味覚障害 (0.9)	1. 集中力低下 (0.2) 2. 咳嗽 (0.1) 3. 倦怠感 (0.1)	1. 咳嗽 (1.2) 2. 頭痛 (1.1) 3. 倦怠感 (1.0)	1. 咳嗽 (0.7) 2. 睡眠障害 (0.5) 3. 頭痛 (0.4)

[a] 結果の提示にあたり個人が特定されることがないよう、5人未満の場合には1-4人と提示。[b] 非感染者における2か月以上遷延する症状。

[c] はじめてのコロナ感染で出現した症状のうち、2か月以上続き、初回感染から3か月時点で有した症状。

[d] コロナ感染後に出現した症状のうち、療養期間中にあり、2か月以上続いた症状（ブレインフォグ、集中力低下、脱毛、筋力低下は２か月以上続いた症状）。

[e] コロナ感染後に新たに出現した症状のうち、初回感染後3か月以内に発症し、2か月以上続き、他の疾患による症状として説明できない症状。

[f] はじめのコロナ感染以降に出現した症状のうち、2か月以上続き、かつ初回感染後3か月時点であった症状。

った。罹患後症状ありの感染者のうち、日常生活に深刻な支障を有する者の割合は8.7％であった。主観的経済状況は、罹患後症状ありの感染者および遷延症状ありの非感染者の両者において悪化することが示された。遷延症状なしの非感染者を基準としたときの主観的経済状況悪化のaOR はそれぞれ1.2（1.1～1.4）、1.6（1.3～2.0）であった。

③北海道札幌市（第１波～第７波）

◎成人（20歳～64歳）：解析対象者：感染者2,023人、非感染者855人、合計2,878人。平均追跡期間564日。感染後３か月までに発生した罹患後症状を１つ以上有する感染者の割合は23.4％、非感染者で遷延症状を有する割合は9.1％、非感染者を基準とした感染者の持続症状発生の性・年齢調整ORは3.0（2.4～3.9）であった。感染時期別に見た罹患後症状発生の割合は第３波、第４波、第５波（それぞれ25.9％、25.0％、28.5％）の方が第６波、第７波（それぞれ17.0％、13.2％）よりも高かった。第７波の罹患後症状発生の割合（13.2％）は、品川区調査における同割合（11.7％）と同程度であった。主観的経済状況は、罹患後症状ありの感染者において悪化することが示された。遷延症状なしの非感染者を基準としたときの主観的経済状況悪化のaORは1.6（1.2～2.0）であった。

◎小児（５歳～17歳）：解析対象者：感染者１万5,681人、非感染者9,084人、合計２万4,765人。平均追跡期間290日。感染３か月後に罹患後症状を１つ以上有する感染者の割合は6.3％、非感染者で遷延症状を有する割合は3.0％、非感染者を基準とした感染者の持続症状発生の性・年齢調整ORは2.2（1.9～2.5）であった。感染時期別に見た罹患後症状発生の割合は、第３波～第７波で大きな違いは認められなかった（5.9％～7.5％の範囲）。罹患後症状ありの小児のうち、調査時点でも日常生活に深刻な支障を有する児の割合は13.0％であった。

（4）まとめ

2022年度に新型コロナウイルス感染症罹患後症状に関する入院患者と住民を対象とした大規模疫学調査を実施した。入院患者調査では、国内参加医療機関、慶應義塾大学および高知大学と共同し、生存退院した約2,500人の成人入院患者を対象とした。住民調査では、大阪府八尾市、東京都品川区、および北海道札幌市に在住する約6.1万人の成人と小児（新型コロナウイルス感染者ならびに性・年齢をマッチさせた非感染者）を対象とした。

調査の結果、入院患者調査における調査時点での罹患後症状の頻度は、感染後３か月時点で53.3％（第６波）、１年後45.4％（第４波～第５波）、２年後26.3％（第１波～第３波）から48.1％（第２波～第５波）であった。これらの調査結果より、入院を要した者では感染１年後まで半数近くがなんらかの罹患後症状を抱えていること、さらに、２年経過後も一定数の者が罹患後症状を有することが明らかとなった。軽症者を中心とした住民調査における罹患後症状または遷延症状の頻度は、八尾市調査で成人感染者の15.0％（成人非感染者：4.4％、第４波～第６波）、品川区調査で成人感染者の11.7％（成人非感染者：5.5％、第７波）、札幌市調査で成人感染者の23.4％（非感染者：9.1％、第１波～第７波）と、調査間でばらつきを認めたものの、いずれの調査においても非感染者に比して２倍～３倍高かった。５歳～17歳の小児における罹患後症状の頻度は八尾市調査、札幌市調査ともに6.3％であり、非感染児における遷延症状の頻度（それぞれ2.2％、3.0％）と比して２倍～３倍高いことが示された。感染時期別の罹患後症状割合は、成人、小児ともに、第４波～第

５波（アルファ・デルタ株流行期、成人：25.0％～28.5％、小児：6.5％～13.7％）と比較して第６波～第７波（オミクロン株流行期、成人：11.7％～17.0％、小児：5.8％～7.3％）で低いことが示された。また、新型コロナウイルス感染症ワクチン接種歴の有無で罹患後症状割合を比較すると、成人、小児ともに、未接種者よりも接種者の罹患後症状割合が低いことが示された。今後さらなる追跡調査を行い、新型コロナウイルス感染による長期的な影響を検討していく必要がある。

■参考文献

１）Crook H, Raza S, Nowell J, et al. Long covid-mechanisms, risk factors, and management. BMJ. 374: n1648, 2021.

２）厚生労働行政推進調査事業費補助金（新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業）分担研究報告書「新型コロナウイルス感染症による他疾患を含めた医療・医学に与えた影響の解明に向けた研究 -今後の新興感染症発生時の対策の観点から-」（21HA2011）社会医学部門に関する研究. https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202119042A-buntan５_1.pdf

３）Huang L, Li X, Gu X, et al. Health outcomes in people　２ years after surviving hospitalisation with COVID-19: a longitudinal cohort study. Lancet Respir Med. 10（９）: 863-876, 2022.

４）Fernández-de-Las-Peñas C, Rodríguez-Jiménez J, Cancela-Cilleruelo I, et al. Post-COVID-19 symptoms ２ years after SARS-CoV-２ infection among hospitalized vs nonhospitalized patients. JAMA Netw Open. ５（11）: e2242106, 2022.

５）Huang L, Yao Q, Gu X, et al.　1 -year outcomes in hospital survivors with COVID-19: a longitudinal cohort study. Lancet. 398（10302）: 747-758, 2021.

６）Li D, Liao X, Liu Z, et al. Healthy outcomes of patients with COVID-19 two years after the infection: a prospective cohort study. Emerg Microbes Infect. 11（１）: 2680-2688, 2022.

７）Hosozawa M, Hori M, Hayama-Terada M, et al. Prevalence and risk factors of post-coronavirus disease 2019 condition among children and adolescents in Japan: A matched case-control study in the general population. Int J Infect Dis. 143: 107008, 2024.

８）Iba A, Hosozawa M, Hori M, et al. Prevalence and risk factors of post COVID-19 condition during BA.5 Omicron-Dominant Wave. Emerg Infect Dis.（in press）.

謝辞

本研究は、厚生労働科学研究費補助金新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業JPMH-21HA2011の助成を受けたものです。調査研究に協力いただきました回答者の皆さま、共同研究機関および自治体の皆さまに心より感謝いたします。

9 罹患後症状の診療

〈森岡 慎一郎　国立国際医療研究センター国際感染症センター国際感染症対策室〉

（1）新型コロナウイルス感染症罹患後症状の臨床的特徴

①概要

新型コロナウイルス感染症罹患後症状（以下、「コロナ罹患後症状」という）では、疲労感・倦怠感をはじめさまざまな症状が認められる。コロナ罹患後症状は50種類以上の症状が報告されており[1)]、2023年１月時点では世界中で少なくとも6,500万人がコロナ罹患後症状で苦しんでいるとされている[2)]。本稿ではコロナ罹患後症状に関する臨床的特徴、疫学、診療の実際に関して概説する。また、科学的知見が十分でない部分があり、その点は明記する。

②新型コロナウイルス感染症罹患後症状の定義

現段階では、世界的に統一されたコロナ罹患後症状の定義はない。英国の英国国立医療技術評価機構（National Institute for Health and Care Excellence：NICE）は、症状の持続期間によって①Acute COVID-19：発症から４週間以内　②Ongoing symptomatic COVID-19：発症から４週間～12週間　③Post-COVID-19 syndrome：発症から12週以降―の３つに分類した[3)]。また、米国疾病予防センター（Centers for Disease Control and Prevention：CDC）は、４週間以上続く症状をPost-COVID Conditionsと呼ぶことを提案した[4)]。

一方で、2021年10月には世界保健機関（World Health Organization：WHO）からコロナ罹患後症状（Post COVID-19 condition）の定義が発表された。ここでは、発症から３か月の間に２か月以上続く症状があり、他の疾患で説明がつかないものと定義された[5)]。デルファイ法を用いて広く意見を集め、医療者だけではなく、新型コロナウイルス感染症患者や感染した医療者なども参加していた。上記のように、現段階では複数のコロナ罹患後症状の定義が存在するが、研究などの観点からも今後は統一していくことが望ましいだろう。

③新型コロナウイルス感染症罹患後症状の疫学

2021年12月から2022年２月にかけて国立国際医療研究センター病院に入院したオミクロン株感染者128名に電話インタビューを行い、53名より回復後の罹患後症状に関して回答を得た。そして、オミクロン株出現前に新型コロナウイルス感染症と診断された502名と年齢、性別、肥満の有無、ワクチン接種歴をそろえた上で、コロナ罹患後症状の頻度を比較した。その結果、なんらかの罹患後症状を有したのは、オミクロン群で5.6％であったのに対して、対象群で55.6％（p=0.003）であった[6)]。このことから、オミクロン株はそれ以前の株と比較して罹患後症状が少ない傾向にあることが分かったが、n数の少ない研究結果であった。その後、英国からは、デルタ株の罹患後症状と比較してオミクロン株のそれは半分程度の頻度であることが報告された[7)]。

大規模な疫学調査としては、国内の新型コロナウイルス感染症罹患患者12万2,045例の電子カルテ情報を用いた調査結果が挙げられる。2020年１月１日から2021年６月30日までを第１期（起源株／アルファ株流行期）、2021年７月１日から2021年12月31日までを第２期（デルタ株流行期）、2022

年１月１日から2022年６月30日までを第３期（オミクロン株流行期）とし、全期間における罹患後症状の各症状の発生例数と各期間における発生率を調査した[8]。全期間における罹患後症状各症状の発生例数は、頭痛253例、疲労感・倦怠感88例、抑うつ202例、廃用症候群300例、味覚障害22例、嗅覚障害６例、脱毛７例であった。いずれの症状も新型コロナウイルス感染症発症から２週間以内の急性期においても認められ、その発生例数は頭痛2,838例、疲労感・倦怠感958例、抑うつ899例、廃用症候群421例、味覚障害209例、嗅覚障害119例、脱毛４例であった。流行期間別の罹患後症状各症状の発生率に関して、第１期や第２期と比較して第３期で有意な発生率の減少が認められた症状として、頭痛、疲労感・倦怠感、抑うつ、廃用症候群があった。味覚障害については、第２期と比較して第３期で有意な発生率の減少が認められ、嗅覚障害については有意な発生率の減少は認められなかった。

④コロナ罹患後症状の病態や原因

新型コロナウイルス感染症が発生してから約４年以上が経過する。世界中でコロナ罹患後症状に関する研究が行われ、多額の研究費が投じられたが、2024年５月時点で病態や原因は明確になっていない。

2023年１月コロナ罹患後症状のレビューでは、５つの機序が提案された[2]。それらは、①免疫調整不全　②腸内細菌叢の変化　③自己免疫　④凝固異常・血管内皮異常　⑤脳幹や迷走神経からのシグナル異常―であった。免疫調整不全に関して、生殖器系、心臓血管系、脳、筋肉、目、リンパ節、虫垂、乳房組織、肝組織、肺組織、血漿、便および尿からウイルスタンパク質やRNAが発見されたこと、血中SARS-CoV-2 スパイク抗原はコロナ罹患後症状を有する患者37人のコホートの60％で陽性、26人の回復者（コロナ罹患後症状なし）の０％で陽性であったことなどが根拠になっており、一部の患者が持続的なリザーバーである可能性を示唆した。また、EBVやHHV-６などの再活性化したウイルスが確認されており、ミトコンドリア破砕がエネルギー代謝に関連している可能性も示唆された。腸内細菌叢の異常は、筋痛性脳脊髄炎／慢性疲労症候群の患者でも認められる所見である。コロナ罹患後症状を有する患者では、腸内細菌叢として*Ruminococcus gnavus*や*Bacteroides vulgatus*が多く、*Faecalibacterium prausnitzii*が少ないことが特徴であった。

（２）新型コロナウイルス感染症罹患後症状診療の実際

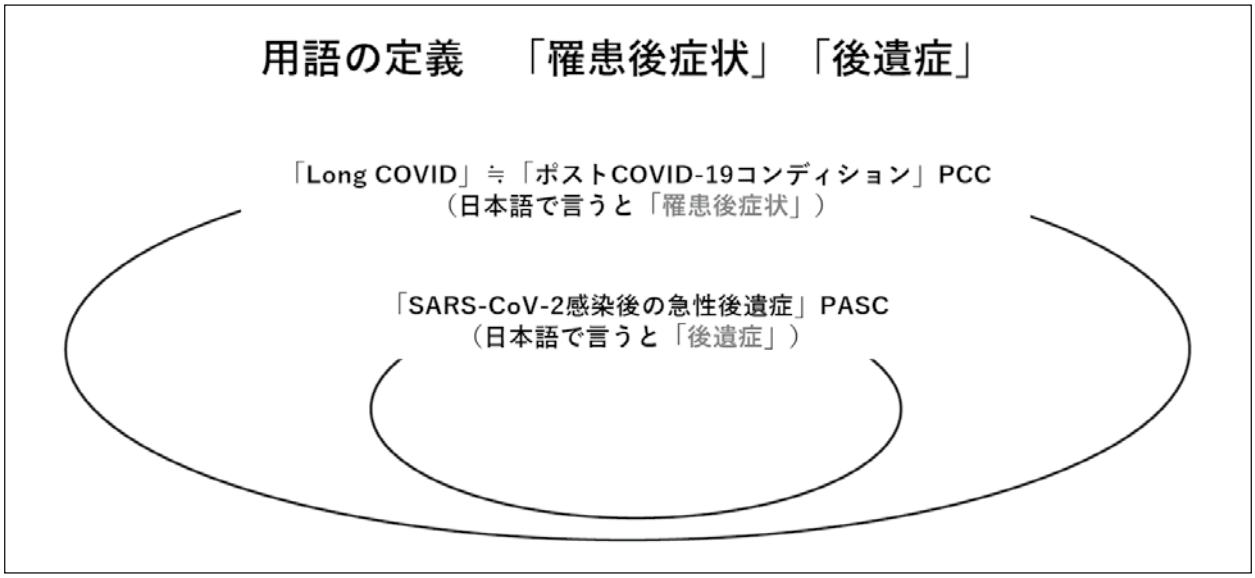
オミクロン株出現後のlong-COVIDの発生率は低下しているが[9]、長期にわたって罹患後症状が続き、QOLに影響が出ている患者は現在でも多い。

①罹患後症状の用語に対する考えと初期診療の進め方

罹患後症状に関連する用語はさまざまある一方で、これらの用語の使い分けについては現時点では不明瞭である。2022年にJAMAに掲載された“Addressing the Long-term Effects of COVID-19”では、①long COVID：米国および世界の多くの人々の健康に今後何年にもわたって影響を及ぼす可能性のある、さまざまな状態、おそらく関連する根本的な病態生理学的原因を指す用語　②post-COVID conditions（PCC）：ウイルスの直接的および間接的な影響による病気を捉える広義の用語　③post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection（PASC）：ウイルスの直接的影響を捉えることを目的とする用語―の３つに分類されている。COVIDとPCCはほぼ同義であり、日本語の「罹

患後症状」に相当するもの、PASCは日本語の「後遺症」に相当するものであり、「後遺症」は「罹患後症状」に含まれるものと考えられる**（図表１）**。

図表１　long COVIDに関連する用語の関係性



罹患後症状の診断に際しては、WHOやCDC、NICEの定義にもあるように、咽頭痛や鼻汁・鼻閉、発熱といった急性期の新型コロナウイルス感染症の症状が見られるときに、抗原検査やPCR検査によって新型コロナウイルス感染症の罹患を確認することが重要である。その上で、上記の定義に当てはめ、新型コロナウイルス感染症罹患から４週間以上経過後など、疫学的に罹患後症状の可能性が疑われる時期に疑わしい症状が見られた場合、コロナ罹患後症状の可能性を考える。

②除外診断の重要性

罹患後症状の診断においては、まず除外診断が重要である。例えば、罹患後症状の１つである疲労感・倦怠感の原因となる病態には、貧血や悪性腫瘍、甲状腺機能低下などさまざまなものがある。実際に、罹患後症状として疲労感・倦怠感を訴えた患者の中に貧血（鉄欠乏性貧血）であった事例が報告されている[10]。また、罹患後症状として受診した患者の中で、副腎機能不全症、甲状腺機能低下症、胃がんや大腸がん、膠原病と診断された患者がいた[11]。罹患後症状だと思って様子を見ているとその他の疾患を見逃す可能性があるため、患者には「新型コロナウイルス感染症罹患後に気になる症状が見られたときには、コロナ罹患後症状と決め付けずに医療機関を受診するように」と伝えることが大切である。

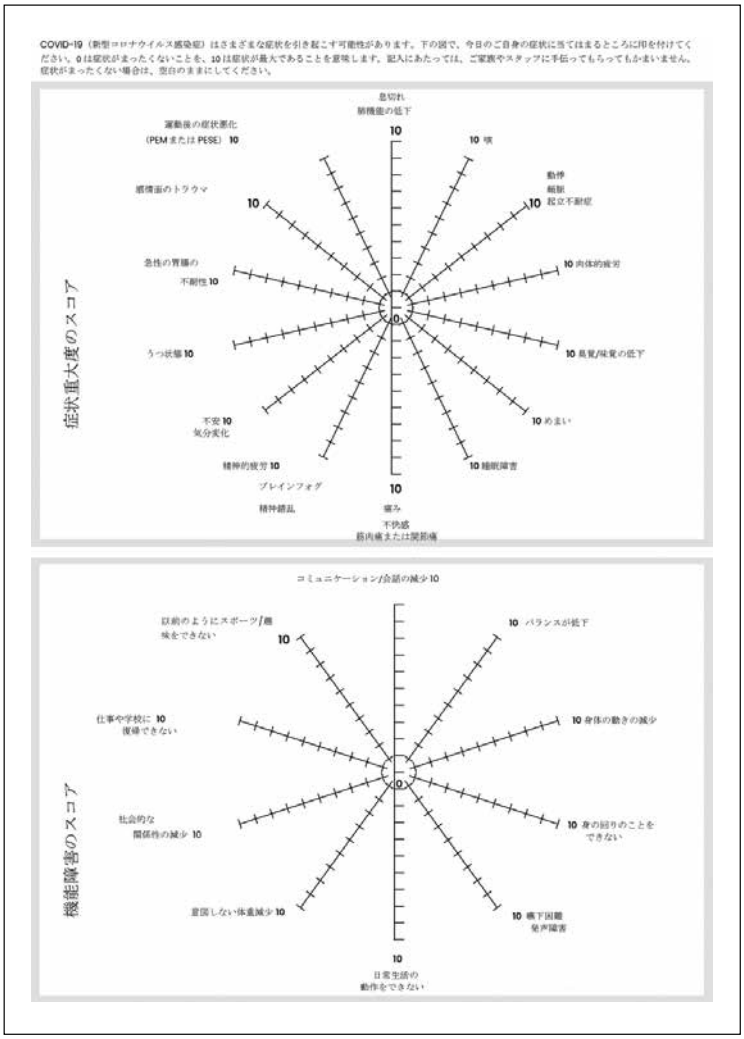
罹患後症状を訴える患者の初期診療には地域の医療を支えるプライマリケア医が当たることが、『新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き　別冊』罹患後症状のマネジメントに示されている[12]。一方で、罹患後症状を訴える患者の中には、検査項目に特に異常が見られないことがしばしばある。このような場合、患者の症状に応じた診療科や、コロナ後遺症専門外来の受診を患者に勧めることが推奨される。

③医療面接上での配慮

コロナ罹患後症状は多岐にわたるため、特に初診時は十分な時間をかけて体系的に医療面接を行いながら、患者と医療者の良好な関係構築を行うことが望ましい。初診時は予約枠を設けて一定の時間をかけるなど、十分な情報を得るとともにラポール形成の工夫を行う。基礎疾患や生活歴などの患者背景に加え、新型コロナウイルス感染症急性期の病歴については、発症日、診断確定日、診断方法（PCR検査、抗原検査など）、症状の経過と期間、重症度、治療内容および投与された薬物治療の詳細、新型コロナウイルスワクチンの接種状況などが含まれる。

罹患後症状は、複数の症状を訴えることは珍しくなく、体系的に聴取する必要がある。症状の重症度、日常生活への影響や仕事への支障の程度は、患者自身に点数を付けてもらったり、Fatigue Severity Scaleなどのスコアを用いたりすることで定量化を図ることができる。また、ニュージーランドのLong COVID診療ガイドラインが作成している**図表２**のようなツールは、経時的変化を把握しやすくなり、回復に向けたゴールを設定するのにも役立つ。

図表２　ニュージーランドのLong COVID診療ガイドラインでの症状の経時的変化を評価するためのツール



④症状経過の評価

コロナ罹患後症状の大半は時間の経過とともに改善するが、患者は先行きが見えないことによる不安を抱えていることも多く、今後の見通しや日常生活の過ごし方などの具体的な説明、精神的なサポートも重要である。

現在の症状と重症度、すなわち日常生活や就業・学業等へどの程度影響を及ぼしているのかを具

体的に聞く。その際、**図表２**のスコアリングなどを用いて各症状を定量化すると、経時的な変化を追いやすくなる。倦怠感や呼吸困難、発熱等は患者の生活や活動と連動している場合もあり、誘因となった行動や活動を思い出してもらい、その行動を避けたり軽減させたりするようにアドバイスする。

症状の持続期間は罹患後症状の内容や急性期病態の重症度、病前の危険因子などによっても左右され、罹患後症状がどの程度の期間で回復するのか予想することも難しい。患者には、数か月から半年程度の期間で改善を認めることが多いものの、再増悪したりなど不安定な経過をたどることもあることや、経過中に二次的な症状（脱毛、抑うつなど）が出現する可能性があることも伝えておく。また、併存疾患についてもフォローアップの過程で注意を払う必要がある。例えば倦怠感を有する患者では、活動性の低下により生活習慣病の悪化を起こすことがある。

罹患後症状の改善には、月単位、場合によっては年単位の時間を要する。例えば、疲労感・倦怠感の場合、まったく動けないところから日常生活が送れるところまで５段階に分け、１週間以上かけて１段階上げることが2021年のBMJに掲載された論文で示されている[13]。英国のNHS（国民保健サービス）が公表している“Post COVID-19 Patient information pack”においても、疲労感・倦怠感への対応として、Planning、Pacing、Prioritizing、Positioningの４つが提唱されており、患者自身がペースを決めてプランを立て、少しずつ症状を良くしていくことが示されている[14]。このことから、焦らずにゆっくりと罹患後症状を良くしていきましょうと患者に伝えることや、生活面のサポートも含めて患者を長期的にフォローアップすることが、罹患後症状診療においては大切である。

⑤薬物治療

コロナ罹患後症状に対する薬物治療はさまざまな臨床研究が行われているが、前述の通り、罹患後症状に対する治療法はまだ確立していない。例えば、抗ウイルス薬の罹患後症状への有効性については、現時点では科学的知見は確立していない。また、日本からは補中益気湯、十全大補湯、人参養栄湯、当帰芍薬散、苓桂朮甘湯などの漢方薬の症例報告がなされているが、有効性が証明された薬物は定まっていない。よって、薬物治療は、対症療法が主体となる。疼痛に対する鎮痛薬、咳嗽に対する鎮咳薬、喀痰に対する去痰薬などであるが、開始した薬物が症状の緩和に結び付かない場合には投薬を終了し、漫然と継続しないように心掛ける。

前述の罹患後症状発生機序仮説に基づき、候補となる治療薬に関する臨床研究が世界中で実施されている[2]。また、最近ではコロナ罹患後症状患者ほど血中セロトニン濃度が低値であること[15]、血中コルチゾール値が低値であることが明らかになってきた[16]。これらは今後の有効な治療薬開発につながる可能性があり、コロナ罹患後症状で苦しむ患者にとって明るいニュースである。本邦においてもコロナ罹患後症状の病態解明から創薬につなげることは今後の重要な課題である。

⑥運動療法やリハビリテーションの考え方

運動療法やリハビリテーションは罹患後症状に対しても症状改善に効果的であることが示されている。一方で、症状が強い場合には、労作により症状が悪化することも報告されている（Post-exertional symptom exacerbation：PESE）。このような場合には、運動療法の実施は避け、

個々の症状に合わせた日々の活動内容の調整、環境調整による対応を行うことが推奨されている。

⑦精神面のサポート

コロナ罹患後症状によってできなくなった行動やそれによる精神的な影響を傾聴し、罹患後症状に苦しんでいる患者が自らの姿をどのように捉えているのかを分析する。また、職場や学校の理解が十分でないこと、周囲からの心ない言葉等により精神的ダメージを負う患者もおり、患者の精神状態を観察し、医療者が患者の精神的サポートも担うことを伝えることも重要である。

⑧コロナ罹患後症状の予防

新型コロナウイルスワクチンを２回接種していた人は、１度も接種していなかった人と比較し、新型コロナウイルス感染症罹患後に症状が28日間以上遷延しにくい傾向があった[17]。また、オミクロン株においても、１回より２回、２回より３回接種の方が、罹患後症状の罹患率が低下した[18]。このことから、新型コロナウイルスワクチンは、発症予防や重症化予防だけではなく、遷延症状の出現予防にも寄与する可能性が高いと考えられる。次に、コロナ罹患後症状患者での新型コロナウイルスワクチンの有効性を検討した研究結果では、ワクチンによってコロナ罹患後症状が改善したという報告が多いが[19]、[20]、[21]、一部の患者において逆に症状の増悪を認めたという報告もあった。コロナ罹患後症状患者におけるワクチンの有効性に関しては、さらなる検証が必要である。

■参考文献

1）Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo PA, Cuapio A, et al. More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2021;11（１）:16144.

2）Davis HE, McCorkell L, Vogel JM, Topol EJ. Long COVID: major findings, mechanisms and recommendations. Nat Rev Microbiol. 2023;21（３）:133-46.

3）https://www.nice.org.uk/guidance/ng188.（2023年１月10日アクセス）

4）https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/long-term-effects.html.（2023年１月10日アクセス）

5）A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus, 6 October 2021. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1.（2023年12月４日アクセス）

6）Morioka S, Tsuzuki S, Suzuki M, Terada M, Akashi M, Osanai Y, et al. Post COVID-19 condition of the Omicron variant of SARS-CoV-2. Journal of infection and chemotherapy : official journal of the Japan Society of Chemotherapy. 2022;28（11）:1546-51.

7）Self-reported long COVID after infection with the Omicron variant in the UK. https://www.ons.gov.uk/releases/selfreportedlongcovidafterinfectionwiththeomicronvariant.（2023年12月４日アクセス）

8）Kinugasa Y, Llamas-Covarrubias MA, Ozaki K, Fujimura Y, Ohashi T, Fukuda K, et al. Post-Coronavirus Disease 2019 Syndrome in Japan: An Observational Study Using a Medical Database. Jma j. 2023;6（４）:416-25.

9）厚生労働行政推進調査事業費補助金 新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業「新型コロナウイルス感染症による他疾患を含めた医療・医学に与えた影響の解明に向けた研究―今後の新興感染症発生時の対策の観点から―」社会医学部門に関する研究 令和４年度分担研究報告書（2023年３月）.

10）Horikoshi Y, Shibata M, Funakoshi H, Baba S, Miyama S. Post coronavirus disease 2019 condition in children at a children's hospital in Japan. Pediatr Int. 2023;65（１）:e15458.

11）Greenhalgh T, Sivan M, Delaney B, Evans R, Milne R. Long covid-an update for primary care. BMJ（Clinical research ed）. 2022;378:e072117.

12）厚生労働省. 厚生労働省. 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き 別冊 罹患後症状のマネジメント 第3.0版、p.14-21　https://www.mhlw.go.jp/content/001159406.pdf、2024年６月10日アクセス

13）Salman D, Vishnubala D, Le Feuvre P, Beaney T, Korgaonkar J, Majeed A, et al. Returning to physical activity after

covid-19. BMJ（Clinical research ed）. 2021;372:m4721.
14）NHS. Post COVID-19 Patient information pack
https://assets.practice365.co.uk/wp-content/uploads/sites/275/2021/02/FYI_2_Post_COVID_19_information_pack.pdf、（2024年６月10日アクセス）
15）Wong AC, Devason AS, Umana IC, Cox TO, Dohnalová L, Litichevskiy L, et al. Serotonin reduction in post-acute sequelae of viral infection. Cell. 2023;186（22）:4851-67.e20.
16）Klein J, Wood J, Jaycox J, Lu P, Dhodapkar RM, Gehlhausen JR, et al. Distinguishing features of Long COVID identified through immune profiling. medRxiv. 2022.
17）Antonelli M, Penfold RS, Merino J, Sudre CH, Molteni E, Berry S, et al. Risk factors and disease profile of post-vaccination SARS-CoV-2 infection in UK users of the COVID Symptom Study app: a prospective, community-based, nested, case-control study. Lancet Infect Dis. 2022;22（１）:43-55.
18）Byambasuren O, Stehlik P, Clark J, Alcorn K, Glasziou P. Effect of covid-19 vaccination on long covid: systematic review. BMJ Med. 2023;2（１）:e000385.
19）Belluck P. Some Long Covid Patients Feel Much Better After Getting the Vaccine. New York Times2021.（2023年１月10日アクセス）
20）Are vaccines safe in patients with Long COVID? A prospective observational study. https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.11.21253225v3.（2023年１月10日アクセス）
21）Change in Symptoms and Immune Response in People with Post-Acute Sequelae of SARS-Cov-2 Infection（PASC）After SARS-Cov-2 Vaccination. https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.21.21260391v2.（2023年１月10日アクセス）

10 諸外国と比較した日本の感染者の特徴

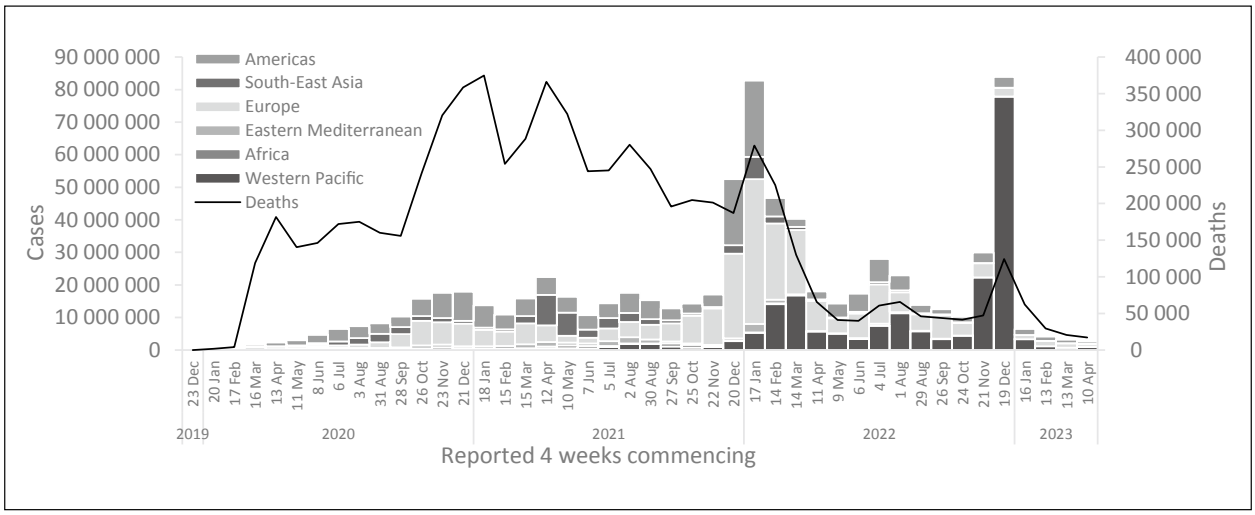
〈和田 耕治　一般財団法人日本公衆衛生協会理事〉

新型コロナウイルス感染症による感染者数、そして死亡者数は、国によって大きく異なった。本稿では、世界全体のデータならびに、日本、英国、米国、韓国の４か国のデータなどを基に、日本の特徴を俯瞰する。

（1）WHOの管轄地域別の感染者の動向

図表１に世界保健機関（World Health Organization：WHO）の地域事務所の管轄地域別に示した感染者数数と死亡者数を示した[1)]。初期から2023年４月末のデータである。2021年後半から2022年初期にかけてオミクロン株の出現に伴って感染者数は大きく増加した。折れ線グラフで示された死亡者数は2022年の初旬にピークとなった。欧州やアメリカでの流行から次第に西太平洋地域へと広がり、2022年末には西太平洋地域で感染者数のピークを迎えた。しかしながら世界的には死亡者数は、2022年３月以降は以前より低く抑えられるようになった。

図表１　新型コロナウイルス感染症の地域別疫学情報（2023年５月11日現在）

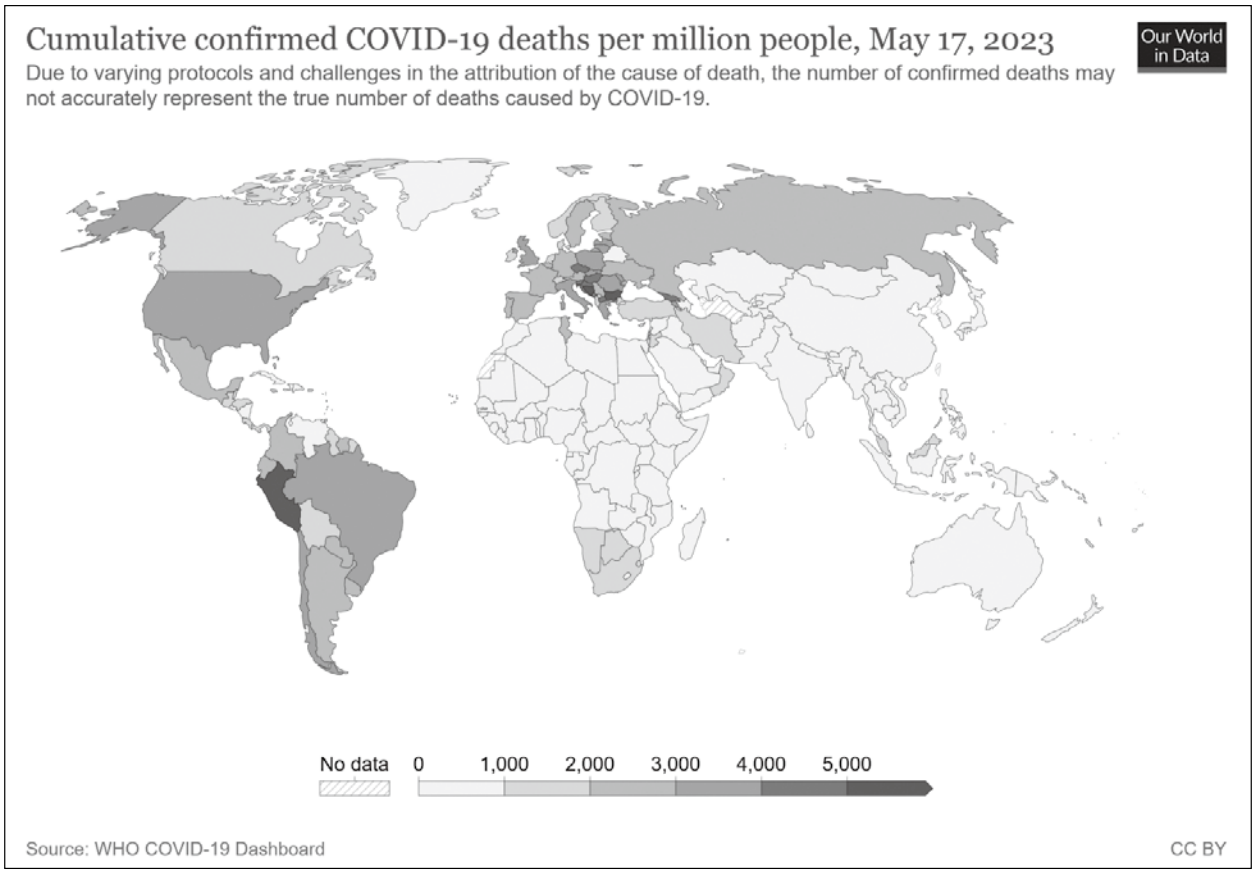


出典：WHO. Weekly epidemiological update on COVID-19 - 11 May 2023.
https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---11-may-2023

（2）国ごとの100万人当たりの累積死亡者数（2023年５月17日現在）

世界全体で見ると、初期から2023年５月17日時点では、南米や東欧などに特に高い死亡者数が確認された。また、欧州や米国も全体から見ると死亡者数は多かった。アフリカなどは報告されていないなどにより少なくなっている可能性がある（**図表２**）。

図表２　国ごとの100万人当たりの累積死亡者数（2023年５月17日現在）



図表３に、WHOのWeekly epidemiological update on COVID-19の2021年12月19日現在と2023年５月７日の結果を基に、この期間の累積感染者数と死亡者数を算出し、症例致命割合を示した。なお、これらの地域ごとの人口動態、ならびに検査の実施や報告は異なることに留意が必要である。西太平洋事務局管轄地域では、感染者数が約1.9億人と最も多く、死亡者数は約26万人であり、症例致命割合は0.14％であった。これは、他の地域と比較しても低めであった。

図表３　WHOのWeekly epidemiological update on COVID-19における2021年12月19日～2023年５月７日の感染者数、死亡者数、症例致命割合

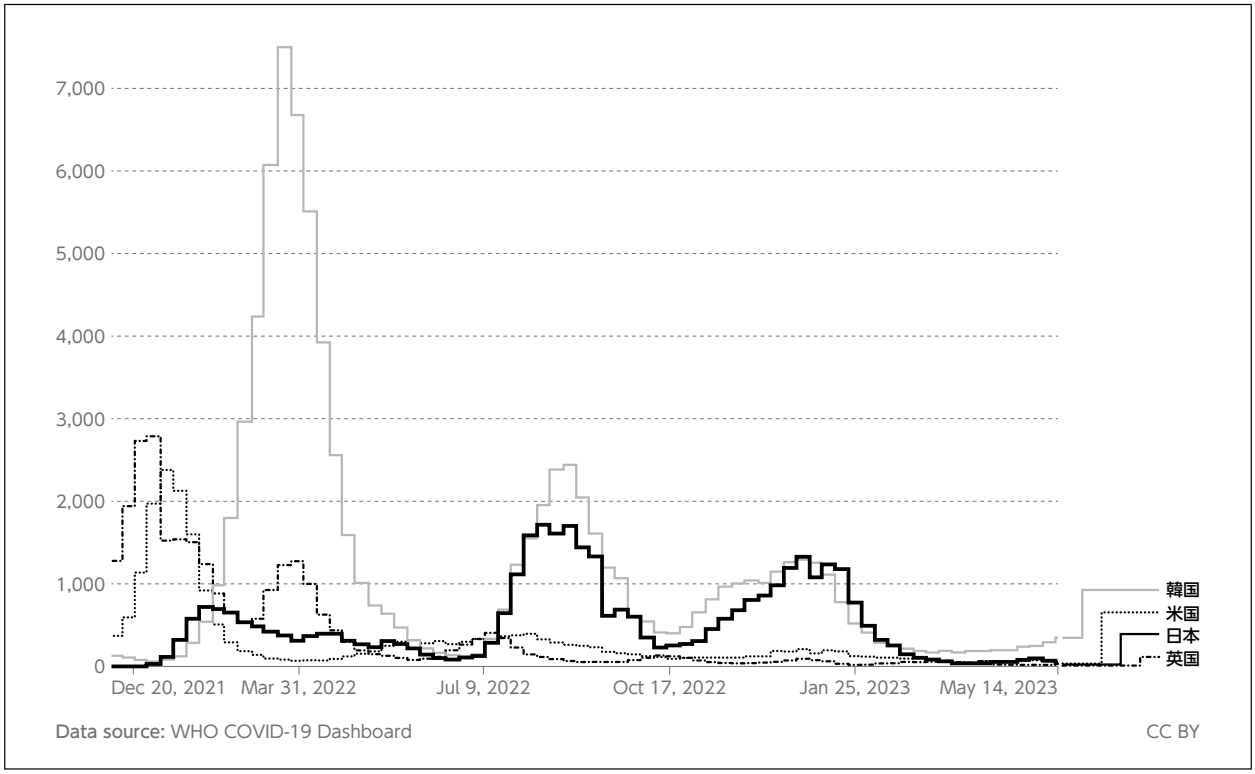
WHO地域事務所	期間中の感染者数（人）	期間中の死亡者数（人）	症例致命割合（%） ＝死亡者数／感染者数
Western Pacific	192,302,599	260,397	0.14
Europe	181,777,825	607,055	0.33
Americas	92,974,373	566,258	0.61
South-East Asia	16,289,732	88,617	0.54
Eastern Mediterranean	6,345,925	37,418	0.59
Africa	2,748,925	21,021	0.76
世界全体	492,439,379	1,580,766	0.32

なお、2023年５月７日現在での、流行が始まってからの累積の全世界での感染者数は7.7億人、死亡者数は約700万人と報告された。流行が始まってから2021年12月９日までにおいては、感染者数は2.7億人、死亡者数は約535万人であったことから、ワクチンや効果的な治療薬が得られなかった時期やデルタ株による影響が死亡者数においては大きかったといえる。

（３）４か国のデータ比較から見る日本の状況

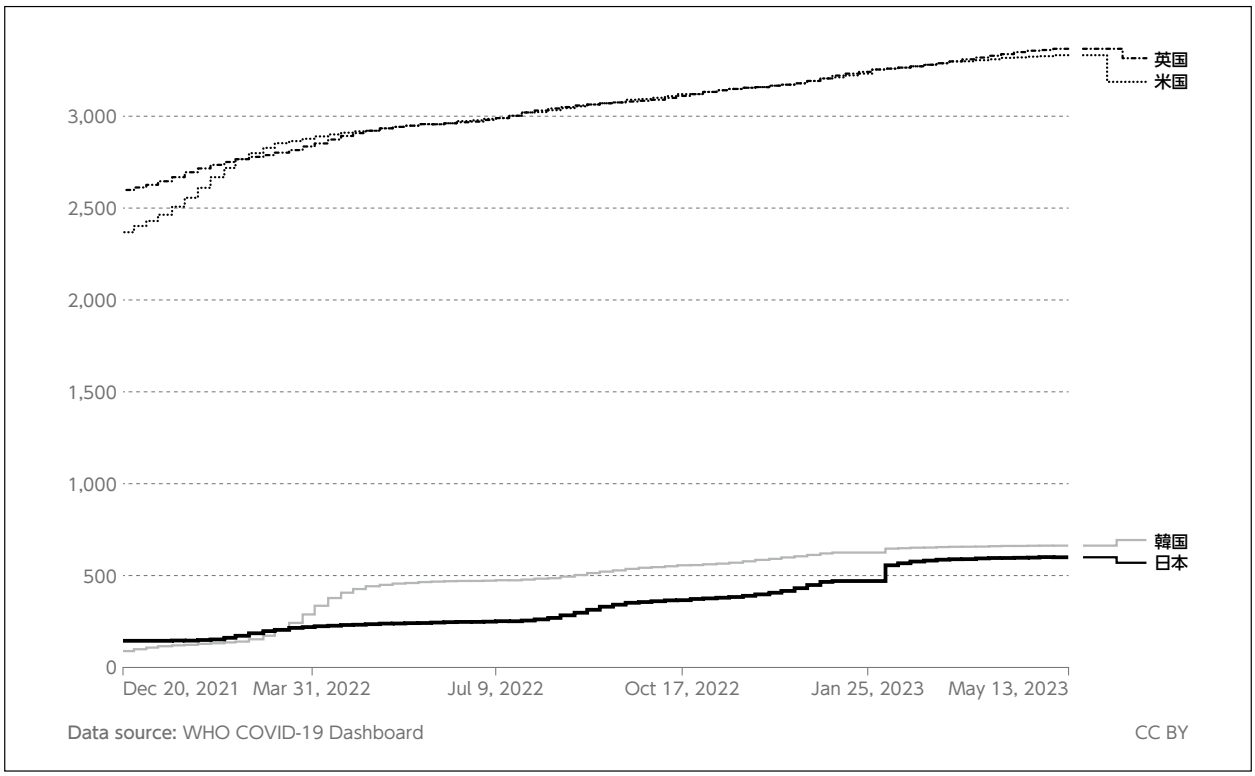
ここからは日本の状況を比較するために、４か国のデータをour world in dataから示す。**図表４**に人口100万人当たりの感染者数（７日間移動平均）を示した。米国や英国では2021年末にオミクロン株の拡大とともに感染者数が増加した。韓国では2022年３月末をピークに感染拡大が見られた（**図表６**の対策の厳格度も合わせて参照）。日本では2022年の夏ごろに大きなピークが認められ、その後、2022年の冬にもピークが見られた。

図表４　４か国の人口100万人当たりの感染者数（７日間移動平均）



図表５に累積の人口100万人当たりの死亡者数について2021年12月20日～2023年５月13日を示した。英国や米国は、2021年までに人口100万人当たり約2,500人の死亡者数が出ていた（１万人当たり約25人）。オミクロン株が主流になってからも引き続き増加傾向であった。韓国は、2022年の３月前後の大きな流行で死亡者数が急激に増加し、その後も徐々に増加した。日本では、2022年夏ごろ以降の感染拡大と冬場の感染拡大で死亡者数が増加した。

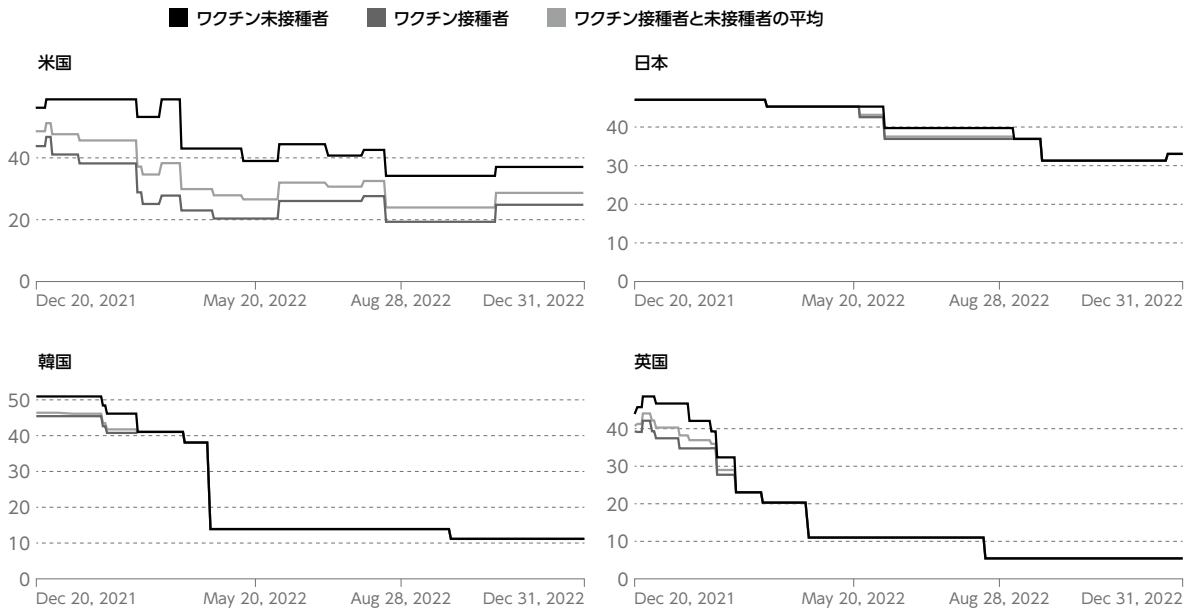
図表５　４か国の100万人当たりの累積死亡者数



図表６に政府の対応として対策の厳格度を示した。最も厳しい対応を100として学校閉鎖、職場閉鎖、公共イベントの中止などを数値指標として示したものである（stringent index）。データは2021年末から2022年末までである。韓国は2022年初冬に厳格度を大きく低下させた。先のデータに見られるように、同時期の感染者数の急激な増加が起きたことと関連が示唆される。日本は比較的長く、他国に比べて対策の厳格度は維持されていた。英国は、オミクロン株が主流になる中で感染拡大を経験しながらも、政府の方針で徐々に下げた。2021年末以前は、他国ではロックダウン等を行うより、厳格度も高い値であったが、2021年末以降はタイミングとその程度に国ごとに特徴があり、先の感染者数の増加のタイミングと合わせて見ると、今後の対策に参考となる。

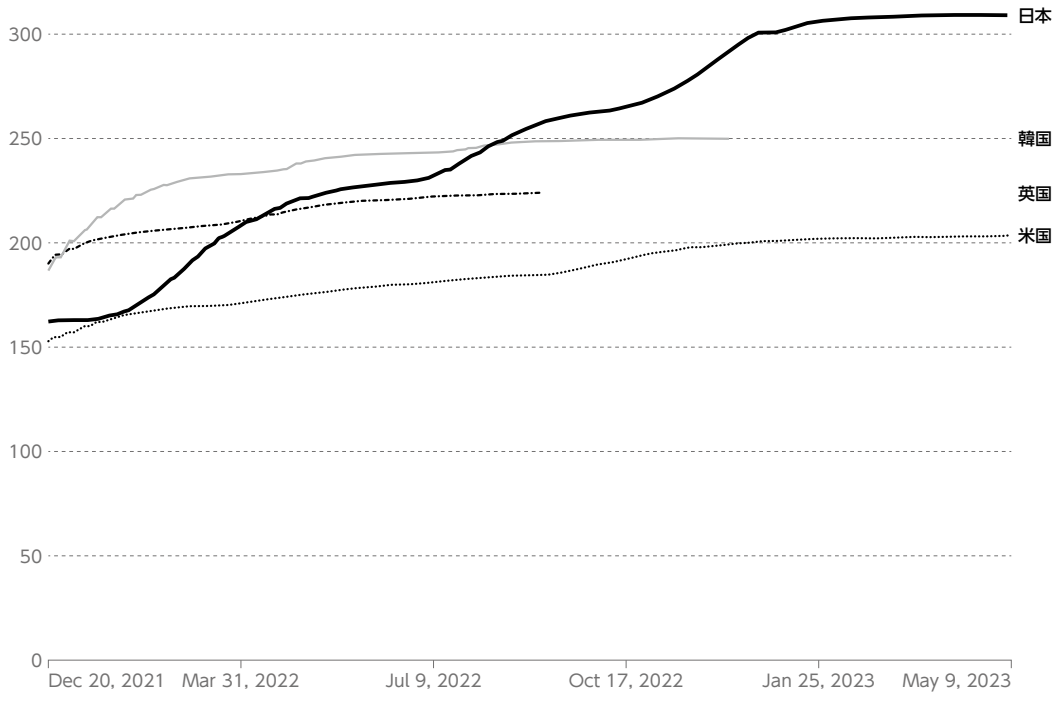
図表７に人口100人当たりのワクチン接種の回数（2021年12月20日～2023年５月９日）を示した。日本では、ブースター接種を進め、2022年末には人口100人当たり３回を超えていた。韓国や英国は途中からデータがないことに留意が必要である。日本では2022年の初旬に３回目のブースター接種を推進したことは他国との比較では特徴といえる。

図表６　４か国の政府の対策の厳格度



Data source: Hale, T., Angrist, N., Goldszmidt, R. et al. A global panel database of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker). Nat Hum Behav 5, 529-538 (2021). https://doi.org/10.1038/s41562-021-01079-8
CC BY

図表７　人口100人当たりのワクチン接種の回数（2021年12月20日～2023年５月９日）



Data source: Official data collated by Our World in Data　　CC BY

11 新型コロナウイルス変異ウイルス（変異株）のリスク評価

〈太田 雅之、齋藤 智也　国立感染症研究所感染症危機管理研究センター〉

（1）はじめに

2020年末から感染・伝播性、重症度および抗原性等に影響を与える可能性がある遺伝子変異を有する新型コロナウイルス変異株の出現が問題となり[1)]、感染者数増加の優位性（growth advantage）を有する変異株によって流行株が置き換わる現象が観察されてきた[2)]。特に、B.1.1.7系統（アルファ）、B.1.617.2系統（デルタ）、B.1.1.529系統（オミクロン）が置き換わりながら流行を形成してきた[3)]。国立感染症研究所では、アルファが最初に報告された2020年12月以降、国内外の疫学的・ウイルス学的知見を収集し、統合的に変異株の分析を行い、新規変異ウイルスに関するリスク評価等の迅速な情報提供を継続して行ってきた**（図表１）**。

図表１　国立感染症研究所で作成した変異ウイルスに関するリスク評価、実地疫学調査報告の一覧（2024年５月31日時点）[7)]

発出年月日	タイトル
2020/12/22	英国における新規変異株（VUI-202012/01）の検出について
2020/12/25	感染性の増加が懸念されるSARS-CoV-2新規変異株について（第２報）
2020/12/28	感染性の増加が懸念されるSARS-CoV-2新規変異株について（第３報）
2021/1/2	感染性の増加が懸念されるSARS-CoV-2新規変異株について（第４報）
2021/1/10	ブラジルからの帰国者から検出された新型コロナウイルスの新規変異株について
2021/1/25	感染・伝播性の増加や抗原性の変化が懸念されるSARS-CoV-2の新規変異株について（第５報）
2021/2/12	感染・伝播性の増加や抗原性の変化が懸念されるSARS-CoV-2の新規変異株について（第６報）
2021/3/3	感染・伝播性の増加や抗原性の変化が懸念されるSARS-CoV-2の新規変異株について（第７報）
2021/3/12	フィリピンからの入国者から検出された新型コロナウイルスの新規変異株について
2021/4/6	感染・伝播性の増加や抗原性の変化が懸念されるSARS-CoV-2の新規変異株について（第８報）
2021/4/26	SARS-CoV-2の変異株B.1.617系統の検出について
2021/5/12	SARS-CoV-2の変異株B.1.617系統について（第２報）
2021/6/11	感染・伝播性の増加や抗原性の変化が懸念されるSARS-CoV-2の新規変異株について（第９報）
2021/7/6	感染・伝播性の増加や抗原性の変化が懸念されるSARS-CoV-2の新規変異株について（第10報）
2021/7/17	感染・伝播性の増加や抗原性の変化が懸念されるSARS-CoV-2の新規変異株について（第11報）
2021/7/31	感染・伝播性の増加や抗原性の変化が懸念されるSARS-CoV-2の新規変異株について（第12報）

2021/8/28	感染・伝播性の増加や抗原性の変化が懸念されるSARS-CoV-2の新規変異株について（第13報）
2021/10/28	感染・伝播性の増加や抗原性の変化が懸念されるSARS-CoV-2の新規変異株について（第14報）
2021/11/26	SARS-CoV-2の変異株B.1.1.529系統について（第１報）
2021/11/28	SARS-CoV-2の変異株B.1.1.529系統について（第２報）
2021/12/8	SARS-CoV-2の変異株B.1.1.529系統について（第３報）
2021/12/15	SARS-CoV-2の変異株B.1.1.529系統について（第４報）
2021/12/28	SARS-CoV-2の変異株B.1.1.529系統について（第５報）
2022/1/13	SARS-CoV-2の変異株B.1.1.529系統について（第６報）
2022/1/13	SARS-CoV-2の変異株B.1.1.529系統（オミクロン株）の潜伏期間の推定
2022/1/26	SARS-CoV-2の変異株B.1.1.529系統について（第７報）
2022/1/31	SARS-CoV-2の変異株B.1.1.529系統（オミクロン株）の発症間隔の推定
2022/2/16	SARS-CoV-2の変異株B.1.1.529系統について（第８報）
2022/3/16	SARS-CoV-2の変異株B.1.1.529系統について（第９報）
2022/3/28	感染・伝播性の増加や抗原性の変化が懸念されるSARS-CoV-2の変異株について（第15報）
2022/4/11	オミクロン株の組換え体について
2022/4/26	感染・伝播性の増加や抗原性の変化が懸念されるSARS-CoV-2の変異株について（第16報）
2022/6/3	感染・伝播性の増加や抗原性の変化が懸念されるSARS-CoV-2の変異株について（第17報）
2022/7/1	感染・伝播性の増加や抗原性の変化が懸念されるSARS-CoV-2の変異株について（第18報）
2022/7/8	新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）の変異株BA.2.75系統について
2022/7/29	感染・伝播性の増加や抗原性の変化が懸念されるSARS-CoV-2の変異株について（第19報）
2022/9/8	感染・伝播性の増加や抗原性の変化が懸念されるSARS-CoV-2の変異株について（第20報）
2022/10/21	感染・伝播性の増加や抗原性の変化が懸念されるSARS-CoV-2の変異株について（第21報）
2022/11/18	感染・伝播性の増加や抗原性の変化が懸念されるSARS-CoV-2の変異株について（第22報）
2022/12/16	感染・伝播性の増加や抗原性の変化が懸念されるSARS-CoV-2の変異株について（第23報）
2023/1/13	感染・伝播性の増加や抗原性の変化が懸念されるSARS-CoV-2の変異株について（第24報）
2023/2/10	感染・伝播性の増加や抗原性の変化が懸念されるSARS-CoV-2の変異株について（第25報）
2023/3/24	感染・伝播性の増加や抗原性の変化が懸念されるSARS-CoV-2の変異株について（第26報）

2023/4/21	感染・伝播性の増加や抗原性の変化が懸念されるSARS-CoV-2の変異株について（第27報）
2023/9/7	新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）の変異株 EG.5.1系統について
2023/9/8	新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）の変異株 BA.2.86系統について
2023/11/16	新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）の変異株 BA.2.86系統について（第２報）
2024/2/16	新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）の変異株 JN.1系統について

疫学的な知見については、感染症疫学センター、実地疫学研究センター、感染症危機管理研究センターの３センターが、また、ウイルス学的知見については、病原体ゲノム解析研究センター、インフルエンザ・呼吸器系ウイルス研究センター、感染症危機管理研究センター、治療薬・ワクチン開発研究センター、感染病理部、獣医科学部、研究企画調整センターが「変異株及びゲノムに関するワーキンググループ」を組織し、共同で解析と評価に当たってきた。

図表２　国立感染症研究所における、変異株の分類定義（2023年４月21日時点）[4)]

分類	定義	対応
懸念される変異株 （VOC：Variants of Concern）	公衆衛生への影響が大きい感染・伝播性、毒力*、及び治療・ワクチン効果の変化が明らかになった変異株	対応 ・週単位で検出数を公表 ・ゲノムサーベイランス（国内・検疫） ・必要に応じて変異株PCR検査で監視 ・積極的疫学調査
注目すべき変異株 （VOI：Variants of Interest）	公衆衛生への影響が見込まれる感染・伝播性、毒力、及び治療・ワクチン効果や診断に影響がある可能性がある、又は確実な変異株で、国内侵入・増加の兆候やリスクを認めるもの（以下、例） ・検疫での一定数の検知 ・渡航例等と無関係な国内での検出 ・国内でのクラスター連鎖 ・日本との往来が多い国での急速な増加	警戒 ・週単位で検出数を公表 ・ゲノムサーベイランス（国内・検疫）で監視 ・積極的疫学調査 ・必要に応じて変異株PCR検査の準備
監視下の変異株 （VUM：Variants Under Monitoring）	公衆衛生への影響が見込まれる感染・伝播性、毒力、及び診断・治療・ワクチン効果に影響がある可能性がある変異を有する変異株 また、VOCやVOIに分類された変異株であっても、以下のような状況では、本分類に一定期間位置付ける ・世界的に検出数が著しく減少 ・追加的な疫学的な影響なし ・国内・検疫等での検出が継続的に僅か ・特に懸念される形質変化なし	監視 ・発生状況や基本的性状の情報収集 ・ゲノムサーベイランス（国内・検疫）で監視 ・週単位で検出数を公表

また、迅速リスク評価に基づき、世界保健機関（World Health Organization：WHO）の暫定定義を準用し、国内の流行状況を加味して「懸念される変異株（Variant of Concern：VOC）」「注目すべき変異株（Variant of Interest：VOI）」「監視下の変異株（Variants Under Monitoring：VUM）※」の分類を設け、追加された知見や流行状況に応じて流行する系統の分類を示してきた**（図表２）**[4]。

※WHOが2021年９月に新たに設けたため、国内でも同年10月より分類に追加。

（２）新型コロナウイルス感染症が５類感染症に指定されるまでの変異ウイルスのリスク評価

2020年12月に後にアルファと命名されるB.1.1.7系統の変異ウイルスが英国から報告されると、国立感染症研究所では、同年12月22日に同系統に対するリスク評価を作成した。これが変異ウイルスについての最初のリスク評価となった。また、南アフリカから報告されたB.1.351系統（後にベータと命名）と併せて同年中に３報のリスク評価を作成した。翌2021年１月には日本およびブラジルからP.1系統（後にガンマと命名）を報告、３月にはフィリピンからの入国者から見つかったP.3系統を報告した。WHOが暫定定義したVOCを中心に、国内で見つかっていた新規系統株の状況等についてのリスク評価を2021年４月中旬までに第８報まで作成し公表した。

その後、インドから初めて報告されたB.1.617系統は、インドでの患者急増とともにその割合が急速に増加し、英国でもアルファをしのいで急速にその検出割合が増加する傾向が認められ、世界中に拡大するに至った。WHOが2021年４月27日にVOIに分類、同年５月11日にVOCに分類し、後にB.1.617.2系統がデルタと命名された。国内でも同様に、当初はVOI、その後VOCに位置付け、迅速リスク評価を２報報告した。その後、アルファからの置き換わりの状況や科学的知見について、同年10月までに６報のリスク評価を作成、公表した。

2021年11月には、スパイクタンパク質に30か所以上の変異を有するB.1.1.529系統（オミクロン）の急速な増加が南アフリカから報告された。同年11月24日、WHOはVUMに指定、さらに２日後の11月26日にVOCに指定、オミクロンと命名した。国立感染症研究所では11月26日にVOIに指定し、オミクロンについての最初のリスク評価を公表した。以降、2021年中に５報、2022年３月までに５報のオミクロンに関するリスク評価を作成した。加えて、感染症発生動向調査による疫学情報、実地疫学調査に基づいた、オミクロンの潜伏期間および発症間隔についての調査結果も公表した[5)、6)]。

その後、オミクロンが世界的に主流になり、後述の通りオミクロンの亜系統の中で置き換わりが進行した。2023年５月に新型コロナウイルス感染症が感染症法上の５類感染症に指定されるまで、月に１報の定期報を12報作成したほか、オミクロンの組み換え体に対するリスク評価、BA.2.75系統に対するリスク評価をそれぞれ１報作成した**（図表１）**[7)]。

（３）オミクロン出現以降の新型コロナウイルス変異ウイルスの変遷

オミクロン出現直後から、欧米をはじめ世界的にデルタからオミクロンへの置き換わりが進行し、2022年１月には、SARS-CoV-2のゲノムデータを登録、提供しているオープンアクセスプラットフォームであるGlobal Initiative on Sharing All Influenza Data（GISAID）に登録された株のおよそ９割がオミクロンとなった[8)]。

以降、オミクロンの亜系統の中でBA.1系統、BA.2系統、BA.5系統、BA.2.75系統と世界的に主流となる亜系統が置き換わりを見せていたが、2022年６月にBA.2系統の亜系統であるBJ.1系統とBM.1.1.1系統がスパイクタンパク質の受容体結合部位で組み換えを起こしたXBB系統が報告され、同年９月ごろにかけて世界的に検出割合が上昇した。

その後XBB系統の中で、XBB.1.5系統、XBB.1.9系統、XBB.1.16系統などが感染者数増加の優位性を示していたが、2023年２月にXBB.1.9系統の亜系統であるEG.5系統が報告され、その中で特にEG.5.1系統が世界的に感染者数増加の優位性を示し、2023年夏にかけて主流となった。

2023年７月にはBA.2系統の亜系統で、過去に報告されたBA.2系統からスパイクタンパク質に30以上のアミノ酸変異を有するBA.2.86系統がイスラエルとデンマークから報告された。検出数は少ないものの、多くの変異を有することから、既存のウイルスの感染やワクチン接種による獲得免疫から逃避する可能性が指摘され、2023年８月にWHOはBA.2.86系統をVUMに指定した。BA.2.86系統は当初XBB系統の亜系統からの置き換わりは見せなかったが、2023年10月にS：L455S変異を有するBA.2.86系統の亜系統であるJN.1系統が欧州から報告されると、徐々にXBB系統から置き換わりを見せ、2024年初頭には世界的に主流となった[8)]。

2024年５月時点で、JN.1系統とその亜系統が全世界から報告されたウイルスの９割以上を占めているが、その中でもKP.2系統、KP.3系統など、S：F456L変異やS：R346T変異、S：Q493E変異などの変異を有する多様な亜系統が感染者増加の優位性を示している[9)]。

日本国内においては、2024年初頭までは世界的な動向と同様の傾向を示していたものの、2024年３月～４月にかけてBA.2.86.1系統とFL.15.1.1系統の組み換え体であるXDQ系統が最も多く報告され、欧米において主流となりつつあったKP.2系統の占める割合は相対的に小さかった。XDQ系統は日本、韓国など東アジアからの報告がほとんどを占めており、欧米を含む世界のその他の地域からの報告は少数であった。しかし、2024年５月以降は、世界的な傾向と同様にKP.3系統が占める割合が上昇している[8)、10)]。

以上のように、オミクロン出現以降は、組み換え体を含むオミクロンの亜系統の中での置き換わりが繰り返されてきた。新規に出現した亜系統では、それまでに主流であった亜系統の感染、既存のワクチンによる獲得免疫から逃避する可能性が高いことが実験的に示されたものの、亜系統間での感染性、重症度といった公衆衛生的なリスクが上昇したとの報告はない[7)、11)]。

（４）新型コロナウイルス感染症が5類感染症に指定されて以降のリスク評価

2023年５月４日に、WHO事務局長は新型コロナウイルス感染症の世界的流行が国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態（PHEIC）に該当しないことを宣言した[12)]。また、同年５月８日には国内において新型コロナウイルス感染症が感染症法上の５類感染症に位置付けられた[13)]。これにより、2020年２月１日から2021年２月12日まで感染症法上の指定感染症、2021年２月13日からは新型インフルエンザ等感染症として全数把握対象となっていた新型コロナウイルス感染症は定点把握対象疾患となり、国内においても感染者の詳細な把握から、定点当たりの報告数をもって発生動向を把握する体制へと移行した。５類感染症へと類型変更されるに当たり、国立感染症研究所では定期的な変異ウイルスに対するリスク評価報の作成を、第27報を最後に終了したが、その後も既存の亜系統からの置き換わりが推測される新規亜系統についてのリスク評価を４報作成した[7)]。具体的に

は、2023年７月にイスラエルとデンマークから報告されたBA.2.86系統、XBB.1.9.2系統の亜系統で2023年２月に初めて報告されたEG.5.1系統、BA.2.86系統の亜系統であるJN.1系統の３つの亜系統に関して、それぞれその変異による免疫逃避の可能性の上昇が示唆され、また世界的な感染者数増加の優位性を示し国内でも拡大する可能性が想定されたことから、その検出状況と科学的知見を集約し、リスク評価を行った**（図表１）**[7)]。

５類感染症定点把握対象疾患に指定されると同時に、新型コロナウイルス感染症は検疫法に基づく検査等の対象となる検疫感染症から外れたが、引き続き海外から流入する感染症を把握することを目的として、同日より、成田、羽田、中部、関西、福岡の５空港検疫所において、「入国時感染症ゲノムサーベイランス」を実施している[14)]。

また、厚生労働省からの要請に基づき、国内のゲノムサーベイランスに関しても、変異ウイルスの出現を注視する必要があることから、各都道府県は、週100件程度を目安に各自治体において臨床検体からのウイルスゲノム解析を実施し、その結果を感染研に登録するよう要請された。また、国立感染症研究所では民間検査機関と契約し、全国をブロックに分けそれぞれの地域の人口に比例した数の臨床検体をランダム抽出し、週200件を目安にウイルスゲノム解析を実施した[15)]。2024年４月からは昨今の新型コロナウイルス感染症の流行状況を鑑みて規模を縮小し、都道府県ごと、また国立感染症研究所としてそれぞれ月140件を目安にウイルスゲノム解析を実施している[16)]。

国外においては、2024年５月時点でゲノムサーベイランスは各国で縮小傾向にあり、特に欧州、南北アメリカ、日本を中心とした西太平洋地域においてのみ評価が可能となっている[9)]。

国内外にともに得られる情報量は以前と比較して限られるものの、WHO、欧州疾病予防対策センター（European Centre for Disease Prevention and Control：ECDC）、米国疾病予防管理センター（Centers for Disease Control and Prevention：CDC）、各国の保健省、研究機関といった公的機関の情報に加え、GISAID、covSPECTUMといったゲノム情報の登録、解析サイトから、国内外において発生した新規変異ウイルスの動向の監視を継続し、迅速なリスク評価を行うことができる体制を維持している。

（５）おわりに

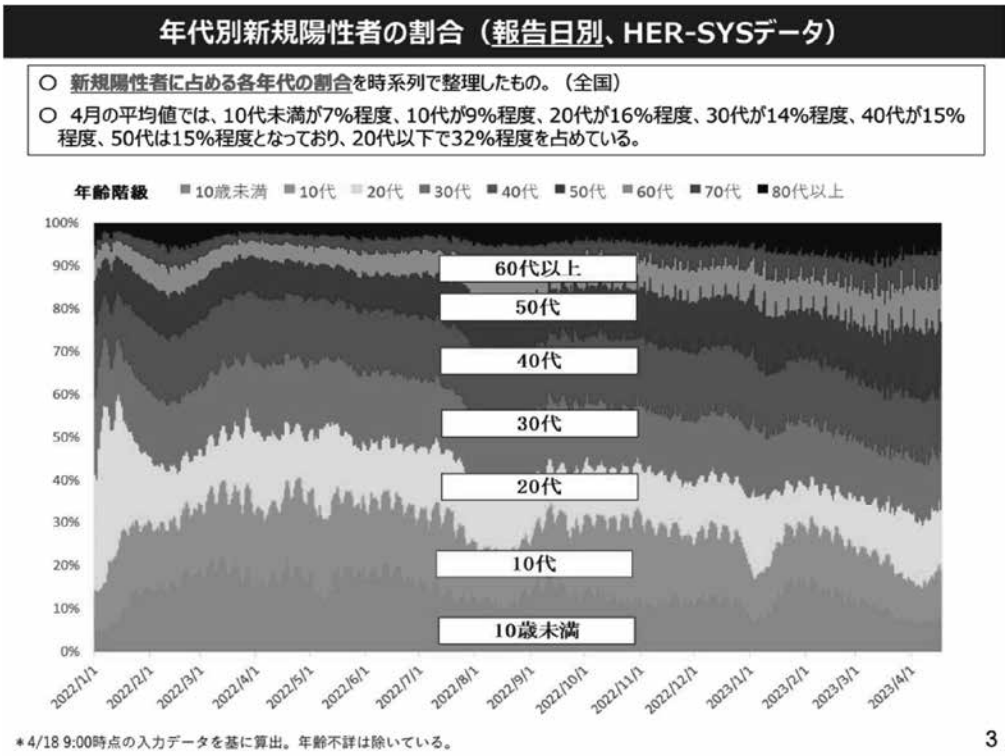
ゲノム解析技術と能力の進展により、ウイルスゲノムの変異状況が速やかに明らかにされるようになった。また、構造解析技術やシュードウイルス等を利用した実験的解析技術の進展により、遺伝子変異による形質変化の可能性を評価するためのラボレベルでの知見が速やかに得られるようになった。一方で、ラボでの知見のみで人体感染時の病態や疫学的なインパクトを必ずしも正しく予見できるわけではない。特に新規変異ウイルスの出現初期は情報が限られ、リスク評価に大きな不確実性が伴う中、断片的な情報を統合的に分析し、速やかに対策の意思決定に資する評価を伝える必要があった。今後の新興感染症発生の対応に向けて、精度の高いリスク評価に基づく適切なリスク管理の意思決定に資するため、ゲノム解析技術・対応能力の維持向上、ラボにおける実験的解析手法の向上、フィールドデータの迅速な入手と解析、そして、統合的なリスク評価とコミュニケーション能力の向上が求められる。

■参考文献

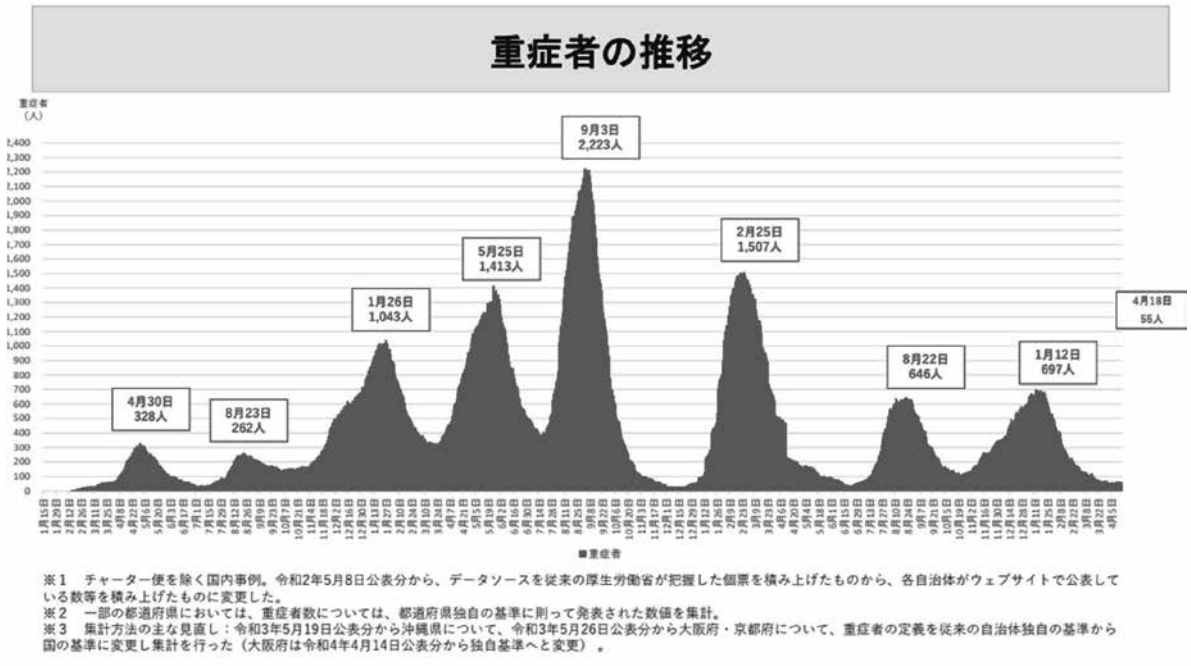
1）国立感染症研究所. 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）2021年5月現在. IASR Vol. 42 p135-136: 2021.
2）国立感染症研究所. 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）2023年5月現在. IASR Vol. 44 p99-100: 2023.
3）国立感染症研究所. 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）2022年11月現在. IASR Vol. 43 p271-272: 2022.
4）国立感染症研究所. SARS-CoV-2変異株について. https://www.niid.go.jp/niid/ja/2019-ncov/2624-flu/12055-flu2-1-1.html. 2024年6月14日閲覧.
5）国立感染症研究所. SARS-CoV-2の変異株B.1.1.529系統（オミクロン株）の潜伏期間の推定：暫定報告. 2022年1月13日. https://www.niid.go.jp/niid/ja/2019-ncov/2551-cepr/10903-b11529-period.html.
6）国立感染症研究所. SARS-CoV-2の変異株B.1.1.529系統（オミクロン株）の発症間隔の推定：暫定報告. 2022年1月31日. https://www.niid.go.jp/niid/ja/2019-ncov/2551-cepr/10952-b11529-si.html.
7）国立感染症研究所. 国立感染症研究所が公表している新規変異株に関する報告. https://www.niid.go.jp/niid/ja/from-lab/2521-cepr/11730-cepr-topics-2.html. 2024年6月14日閲覧.
8）CoVSPECTRUM. https://cov-spectrum.org/explore/Japan/AllSamples/Past6M. 2024年6月14日閲覧.
9）WHO. COVID-19 epidemiological update – 17 May 2024 Edition 167. Published 17 May 2024. https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-epidemiological-update-edition-167.
10）国立感染症研究所. 全国のゲノムサーベイランスによる系統別検出状況　新型コロナウイルスゲノムのPANGO Lineage変遷（２週単位）（2024年６月12日現在）. https://www.niid.go.jp/niid/images/flu/flu2/zenkoku_lineage/20240612_21wk_zenkoku_lineage.pdf.
11）WHO. Update Risk Evaluation of JN.1, 15 April 2024. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/15042024_jn1_ure.pdf?sfvrsn=8bd19a5c_7.
12）WHO. Statement on the fifteenth meeting of the IHR（2005）Emergency Committee on the COVID-19 pandemic. Published 5 May 2023. https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-（2005）-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-（covid-19）-pandemic.
13）厚生労働省健康局長通知. 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施行規則の一部を改正する省令及び新型コロナウイルス感染症のまん延を防止するため新型インフルエンザ等対策特別措置法第四十五条第二項の規定による要請を行うことが特に必要な施設等を廃止する件の公布について（健発0428第５号）. https://www.mhlw.go.jp/content/001092883.pdf. 2023年4月28日.
14）厚生労働省. 水際対策. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00209.html. 2024年6月14日閲覧.
15）国立感染症研究所. 民間検査機関の検体に基づくゲノムサーベイランスによる亜系統検出の推定. 2024年第13週（2024年4月15日時点）https://www.niid.go.jp/niid/images/flu/flu2/minkan_suitei/20240415_13wk_minkan_suitei.pdf.
16）厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課長通知.「新型コロナウイルス感染症の積極的疫学調査におけるゲノム解析及び変異株PCR 検査について（要請）」の一部改正について（感感発0319第２号）. https://www.mhlw.go.jp/content/001230061.pdf. 2024年3月19日.

資料

第121回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード（2023年４月19日）

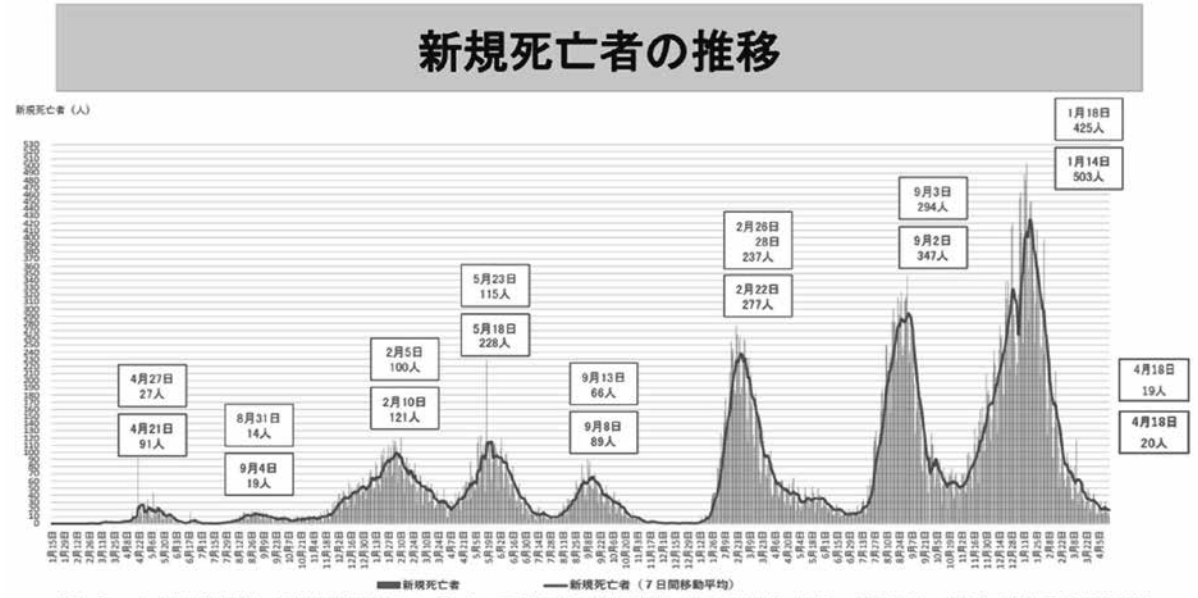


第121回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード（2023年４月19日）



※1　チャーター便を除く国内事例。令和2年5月8日公表分から、データソースを従来の厚生労働省が把握した個票を積み上げたものから、各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げたものに変更した。
※2　一部の都道府県においては、重症者数については、都道府県独自の基準に則って発表された数値を集計。
※3　集計方法の主な見直し：令和3年5月19日公表分から沖縄県について、令和3年5月26日公表分から大阪府・京都府について、重症者の定義を従来の自治体独自の基準から国の基準に変更し集計を行った（大阪府は令和4年4月14日公表分から独自基準へと変更）。

第121回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード（2023年４月19日）



※1　チャーター便を除く国内事例。令和2年4月21日公表分から、データソースを従来の厚生労働省が把握した個票を積み上げたものから、各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げたものに変更した。
※2　一部自治体において死亡者数の遡及改定があった場合は死亡日ベースで計上している。
※3　令和４年9月26日以前は、情報更新日の前日に自治体が公表等した情報を元に更新していた。令和４年9月28日以降は、システムの関係上、情報更新日が厚生労働省が公表した日付となっている。

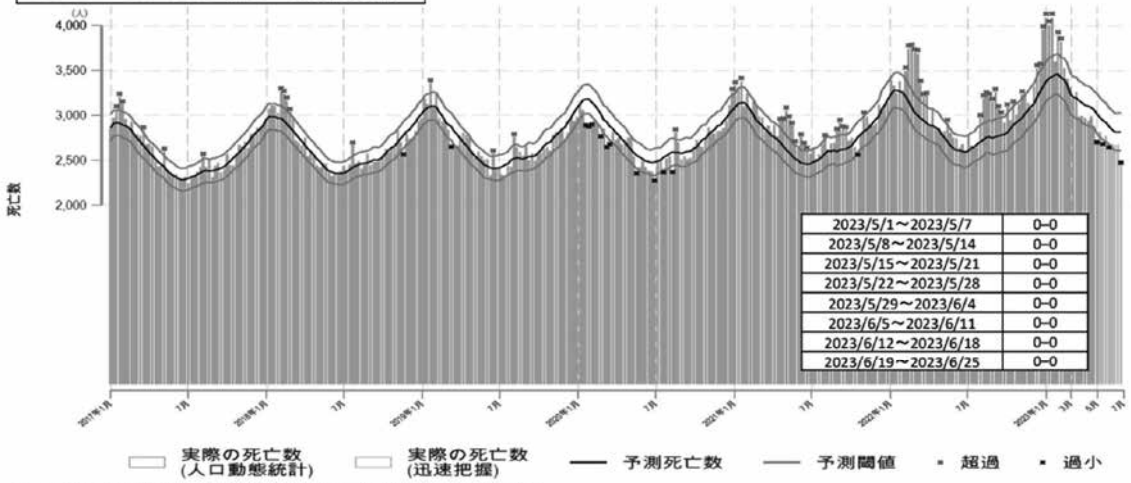
第121回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード（2023年４月19日）

コロナを含む全ての死因での超過死亡（実際の死亡数と予測死亡数の差）の迅速把握

※7/21 (金)に公表（感染研HP）

現在観測されている範囲内で、直近の週で特筆すべき超過死亡は認められていない。
※死亡届の提出の遅れ等に伴う報告の遅延があるため、直近ほど過小評価になる可能性があることに留意が必要。

超過死亡の発生状況（協力23自治体合計）



※　迅速把握の取組に協力いただいた自治体のデータを統合し、週ごとに算出。
※　2023年４月１日以降が、本迅速把握で自治体から提供いただいたデータを使用。それ以前は人口動態調査死亡票を利用。
※　全国の全ての自治体における超過死亡ではないため、本迅速把握はあくまで超過死亡の発生状況（時期と推移）を把握する目的に留まることに留意が必要。
○　超過死亡数：何らかの原因により、総死亡数がどの程度増加したかを示す指標
（算出方法）　超過死亡数 ＝ 実際の死亡数 － 予測死亡数の点推定値、もしくは予測死亡数の予測区間の上限値
○　過少死亡数：何らかの原因により、総死亡数がどの程度減少したかを示す指標
（算出方法）　過少死亡数 ＝ 予測死亡数の点推定値、もしくは予測死亡数の予測区間の下限値 － 実際の死亡数

5

第124回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード（2023年８月４日）

警察庁　新型コロナウイルス陽性死体取扱い状況(令和4年4月～令和5年3月)

○　警察庁から提供いただいた情報を厚生労働省において集計したもの。

<①月別件数>

	全国計 ※1	うち死因がコロナ ※2	うち生前に検査 ※3	うち死因がコロナ※2
4月	90件	33件	35件	15件（うち東京４件）
5月	72件	19件	28件	８件（うち東京０件）
6月	35件	11件	11件	３件（うち東京０件）
7月	258件	104件	131件	65件（うち東京30件）
8月	869件	375件	488件	225件（うち東京71件）
9月	288件	104件	－（※３）	－（※３）
10月	148件	38件	－（※３）	－（※３）
11月	347件	108件	－（※３）	－（※３）
12月	901件	255件	－（※３）	－（※３）
1月	898件	310件	－（※３）	－（※３）
2月	228件	51件	－（※３）	－（※３）
3月	81件	13件	－（※３）	－（※３）
合計	4,215件	1,421件	－	－

<②年齢構成>

	合計	うち死因がコロナ※２
10歳未満	37	12
10代	31	3
20代	51	8
30代	98	32
40代	165	44
50代	272	84
60代	365	126
70代	938	321
80代以上	2,254	791
不詳	4	0

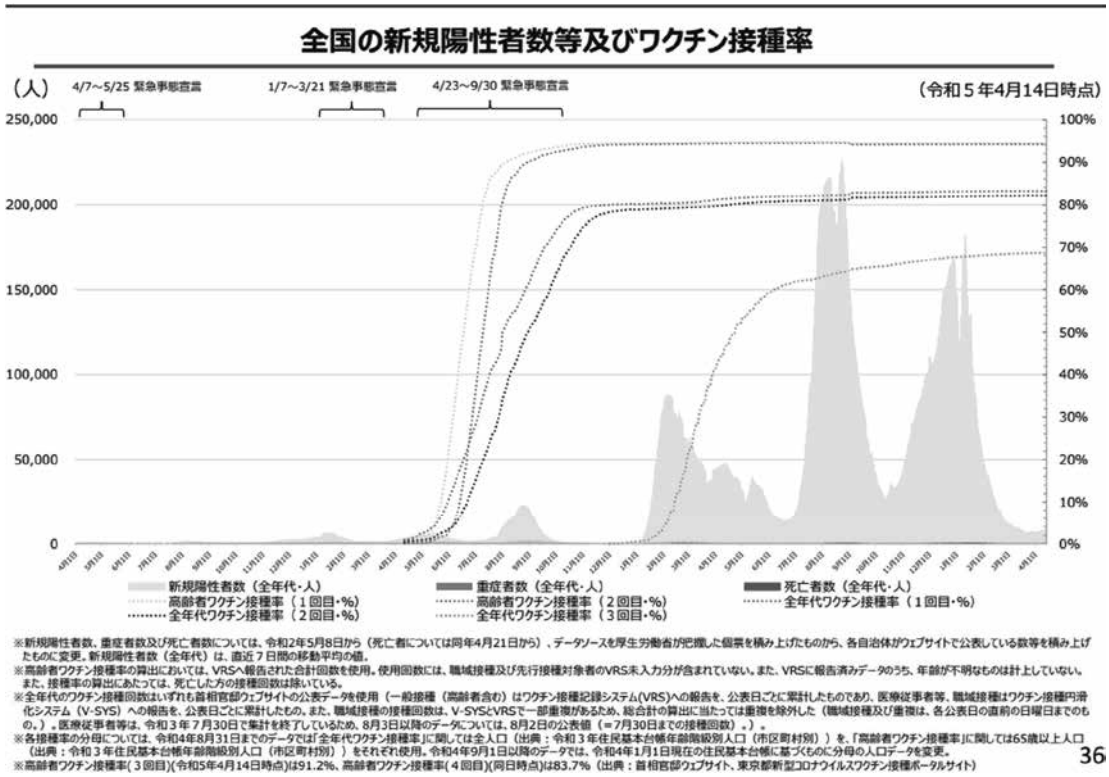
<③性別>

	合計	うち死因がコロナ※２
男性	2,508	888
女性	1,707	533

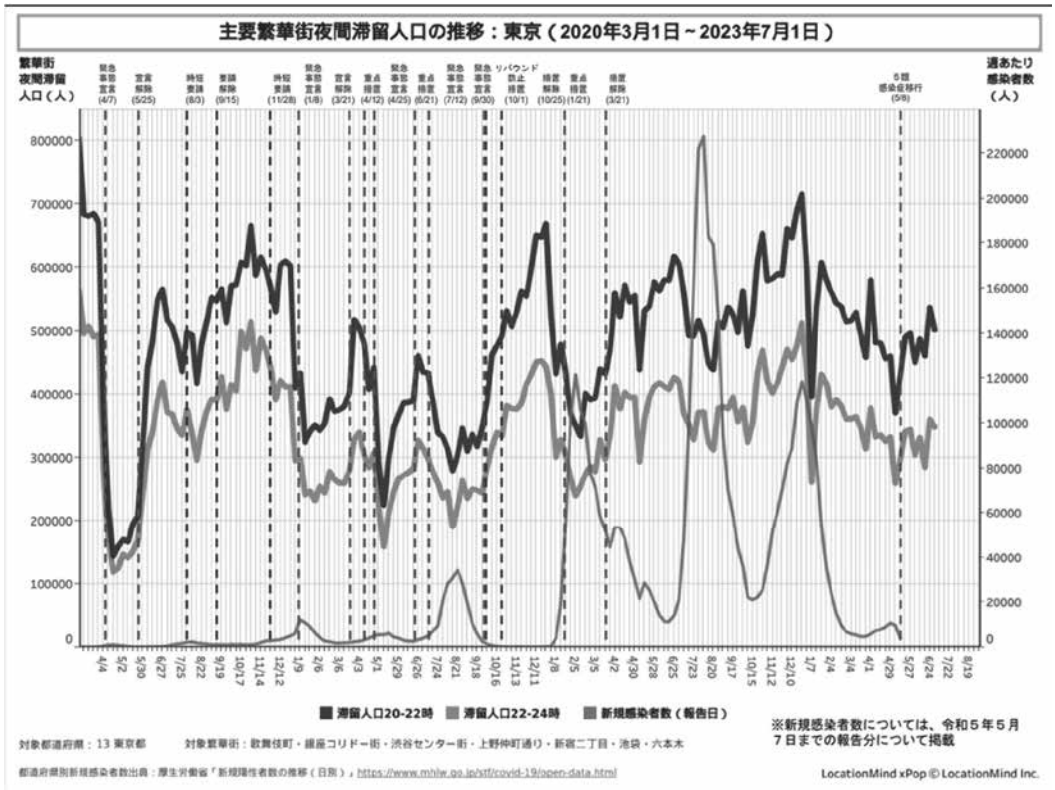
※１　自宅のほか、入所施設、宿泊施設、外出先でなくなった方を含む。また、自宅療養中に亡くなった方のほか、死後又は搬送後に検査を行った結果、陽性であった方や、死因が新型コロナウイルス感染症以外であった方を含む。
※２　新型コロナウイルス陽性死体のうち、死因が新型コロナウイルス感染症とされたもの（検案医等からの聞き取りにより把握されたもの。死因が新型コロナウイルス感染疑いとされたものを含む）。
※３　新型コロナウイルス感染症患者の全数届出見直しに伴い、令和４年９月以降の検査の実施時期に関する内訳は不明。

35

第121回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード（2023年４月19日）



第121回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード（2023年４月19日）

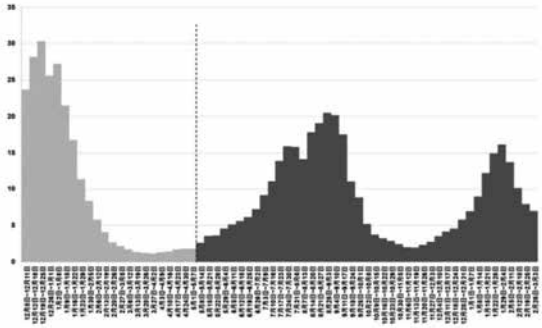


第124回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード（2023年８月４日）

①　新規患者報告数

※3/8(金)に公表（厚生労働省HP）

定点当たり報告数推移



※週（疫学週）ごとの全国データの推移
※令和５年５月７日以前は、HER-SYSデータに基づく定点医療機関からの患者数

年代別定点当たり報告数推移

区分	第5週 1/29-2/4	第6週 2/5-2/11	第7週 2/12-2/18	第8週 2/19-2/25	第9週 2/26-3/3
10歳未満	4.69	3.64	2.14	1.74	1.59
10～14歳	2.51	1.94	1.03	0.68	0.59
15～19歳	0.81	0.71	0.50	0.38	0.33
20～29歳	1.01	0.92	0.85	0.65	0.59
30～39歳	1.50	1.25	1.03	0.76	0.67
40～49歳	1.57	1.42	1.10	0.82	0.75
50～59歳	1.34	1.25	1.03	0.84	0.73
60～69歳	0.92	0.89	0.75	0.65	0.52
70～79歳	0.87	0.81	0.78	0.68	0.57
80歳以上	0.92	0.91	0.89	0.75	0.65
総　数	16.15	13.75	10.10	7.92	6.99

※年代別の定点当たり報告数は小数点以下第３位を四捨五入しているため、合計しても、必ずしも総数とは一致しない。

都道府県別定点当たり報告数推移

区分	第5週 1/29-2/4	第6週 2/5-2/11	第7週 2/12-2/18	第8週 2/19-2/25	第9週 2/26-3/3
北海道	15.40	14.95	10.31	8.38	7.26
青森県	10.75	10.78	10.90	9.44	9.15
岩手県	16.15	18.07	12.40	11.57	11.07
宮城県	19.21	19.02	14.51	12.03	13.16
秋田県	10.84	11.10	9.37	9.29	10.00
山形県	15.84	15.67	12.77	11.16	12.33
福島県	24.49	19.18	13.41	10.29	9.91
茨城県	22.46	19.70	15.46	11.70	9.88
栃木県	20.49	17.61	13.92	10.39	8.68
群馬県	21.74	19.89	11.76	8.80	8.51
埼玉県	18.29	14.87	10.73	8.34	6.85
千葉県	21.74	16.51	12.47	8.81	7.72
東京都	11.38	9.37	6.90	5.30	4.66
神奈川県	14.61	11.01	7.41	6.10	5.33
新潟県	18.92	18.48	12.64	11.27	12.93
富山県	16.10	14.44	9.58	7.21	7.15
石川県	24.52	21.91	15.48	11.08	10.31
福井県	12.90	14.13	9.97	6.67	6.44
山梨県	18.12	16.00	12.83	9.20	8.54
長野県	22.13	17.47	14.14	10.08	8.61
岐阜県	17.68	17.00	15.16	10.89	8.30
静岡県	21.49	17.66	12.73	10.09	7.42
愛知県	22.55	20.06	14.03	10.79	8.71
三重県	18.74	16.04	10.46	8.35	6.99
滋賀県	11.33	11.12	8.38	7.08	6.13
京都府	12.31	10.56	7.02	6.62	6.17
大阪府	9.36	7.82	6.38	5.02	4.79
兵庫県	10.86	9.14	6.04	5.17	4.74
奈良県	13.91	14.25	10.65	7.80	9.30
和歌山県	16.31	12.78	8.24	7.04	5.16
鳥取県	11.93	14.34	10.69	9.41	7.69
島根県	11.58	10.05	8.16	7.42	5.92
岡山県	13.45	11.90	10.26	8.52	8.18
広島県	17.36	15.77	9.43	7.51	5.51
山口県	15.81	12.81	9.22	6.88	6.03
徳島県	15.22	14.57	10.86	8.65	6.51
香川県	17.64	13.47	10.81	7.15	6.85
愛媛県	21.33	18.13	12.62	8.20	6.48
高知県	15.39	10.55	10.00	7.75	4.95
福岡県	13.96	11.66	9.16	6.72	5.27
佐賀県	19.69	14.62	10.67	10.00	7.95
長崎県	14.80	12.24	9.87	7.26	6.19
熊本県	19.23	13.98	9.51	7.76	6.88
大分県	19.22	16.48	11.29	7.74	6.91
宮崎県	17.90	13.55	9.64	8.05	6.26
鹿児島県	16.13	10.87	8.88	6.80	5.47
沖縄県	8.94	6.39	6.87	5.98	5.87
総　数	16.15	13.75	10.10	7.92	6.99

※直近５週分のデータ

2

第83回厚生科学審議会感染症部会・第56回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会　資料（2024年３月14日）

③　新規入院患者数等

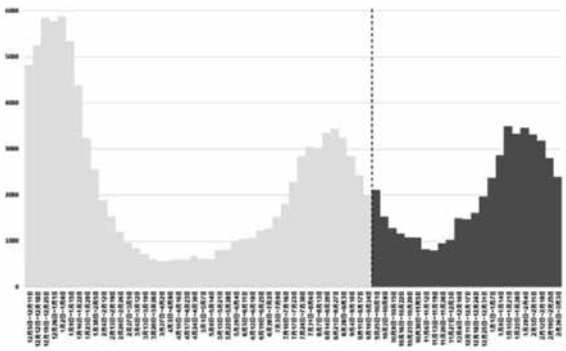
※3/8(金)に公表（厚生労働省HP）

新規入院患者数

期間	1月29日～2月4日	2月5日～2月11日	2月12日～2月18日	2月19日～2月25日	2月26日～3月3日
入院患者数※1	3,461	3,311	3,181	2,800	2,390

※1　基幹定点医療機関（全国約500カ所）からの新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による入院患者の届出数

新型コロナウイルス感染症入院患者の推移



重症者数

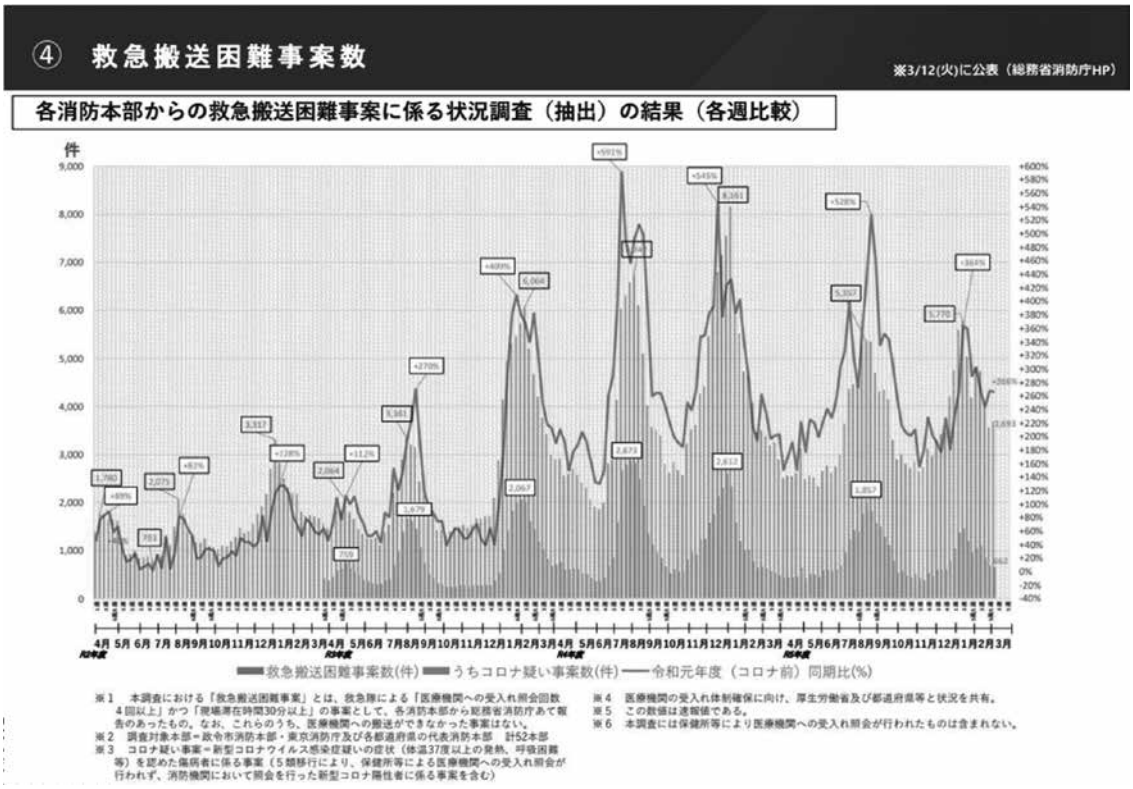
期間	1月29日～2月4日	2月5日～2月11日	2月12日～2月18日	2月19日～2月25日	2月26日～3月3日
ICU入室	123	157	143	143	119
人工呼吸器の利用	50	70	45	62	51

※令和５年９月24日以前の数値は、G-MISデータに基づく定点医療機関における新規入院患者数（参考値）である。

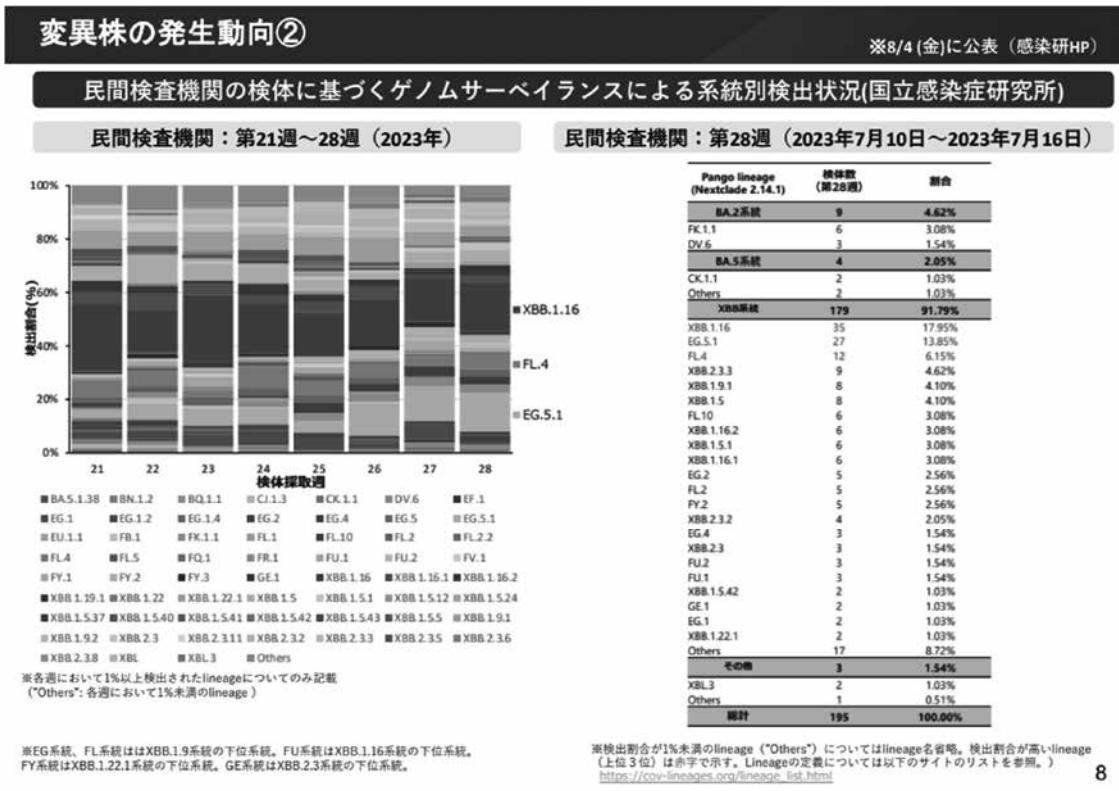
※G-MISに入力されたデータのうち、令和５年９月25日時点で各自治体が指定した基幹定点のリストに基づき抽出したデータを集計したものであるが、定点は、地域の実情に応じて、変更される可能性がある。

※新型コロナウイルス感染症の新規入院患者数等については、改正省令に基づき、令和５年９月25日より、定点医療機関（全国約500か所）からの報告としている。

第83回厚生科学審議会感染症部会・第56回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会　資料（2024年３月14日）

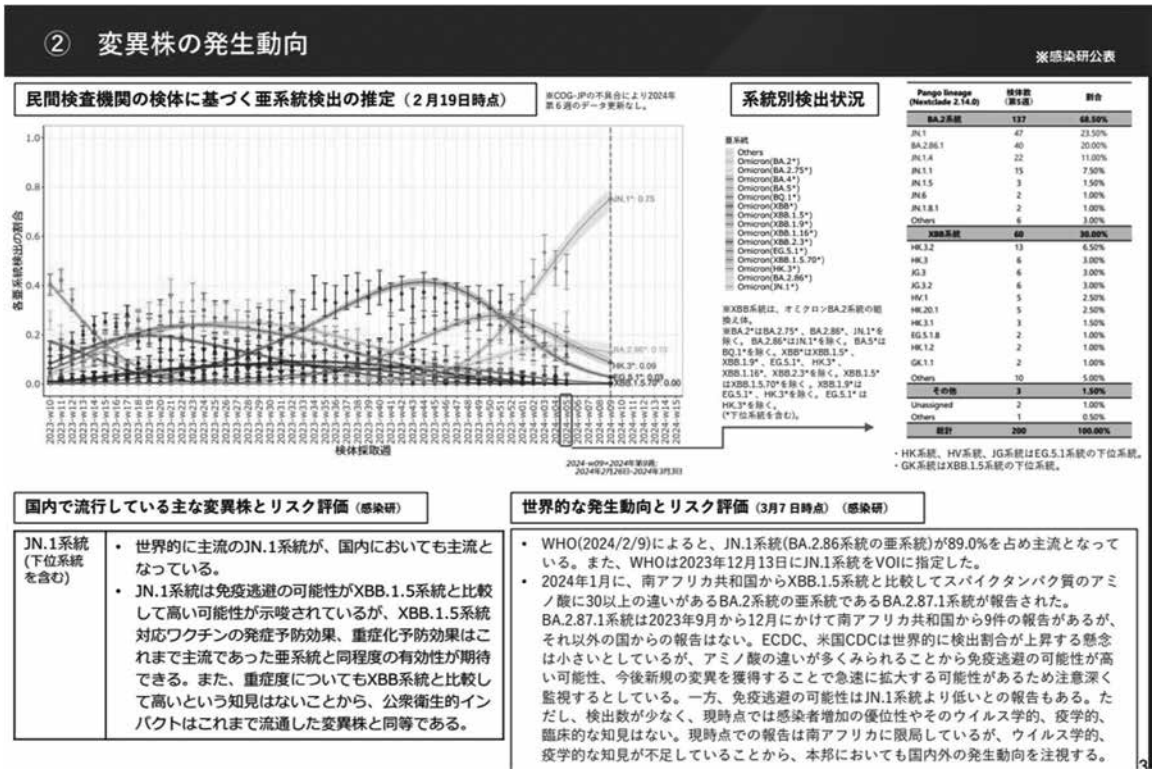


第83回厚生科学審議会感染症部会・第56回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会　資料（2024年３月14日）



Pango lineage (Nextclade 2.14.1)	検体数（第28週）	割合
BA.2系統	**9**	**4.62%**
FK.1.1	6	3.08%
DV.6	3	1.54%
BA.5系統	**4**	**2.05%**
CK.1.1	2	1.03%
Others	2	1.03%
XBB系統	**179**	**91.79%**
XBB.1.16	35	17.95%
EG.5.1	27	13.85%
FL.4	12	6.15%
XBB.2.3.3	9	4.62%
XBB.1.9.1	8	4.10%
XBB.1.5	8	4.10%
FL.10	6	3.08%
XBB.1.16.2	6	3.08%
XBB.1.5.1	6	3.08%
XBB.1.16.1	6	3.08%
EG.2	5	2.56%
FL.2	5	2.56%
FY.2	5	2.56%
XBB.2.3.2	4	2.05%
EG.4	3	1.54%
XBB.2.3	3	1.54%
FU.2	3	1.54%
FU.1	3	1.54%
XBB.1.5.42	2	1.03%
GE.1	2	1.03%
EG.1	2	1.03%
XBB.1.22.1	2	1.03%
Others	17	8.72%
その他	**3**	**1.54%**
XBL.3	2	1.03%
Others	1	0.51%
総計	**195**	**100.00%**

第124回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード（2023年８月４日）



第83回厚生科学審議会感染症部会・第56回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会　資料（2024年３月14日）

第124回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード（2023年８月４日）

第2章

自治体での対応と専門家会合

1 自治体での対応

（1）兵庫県における第６波対応

〈山下 輝夫　兵庫県保健医療部長〉

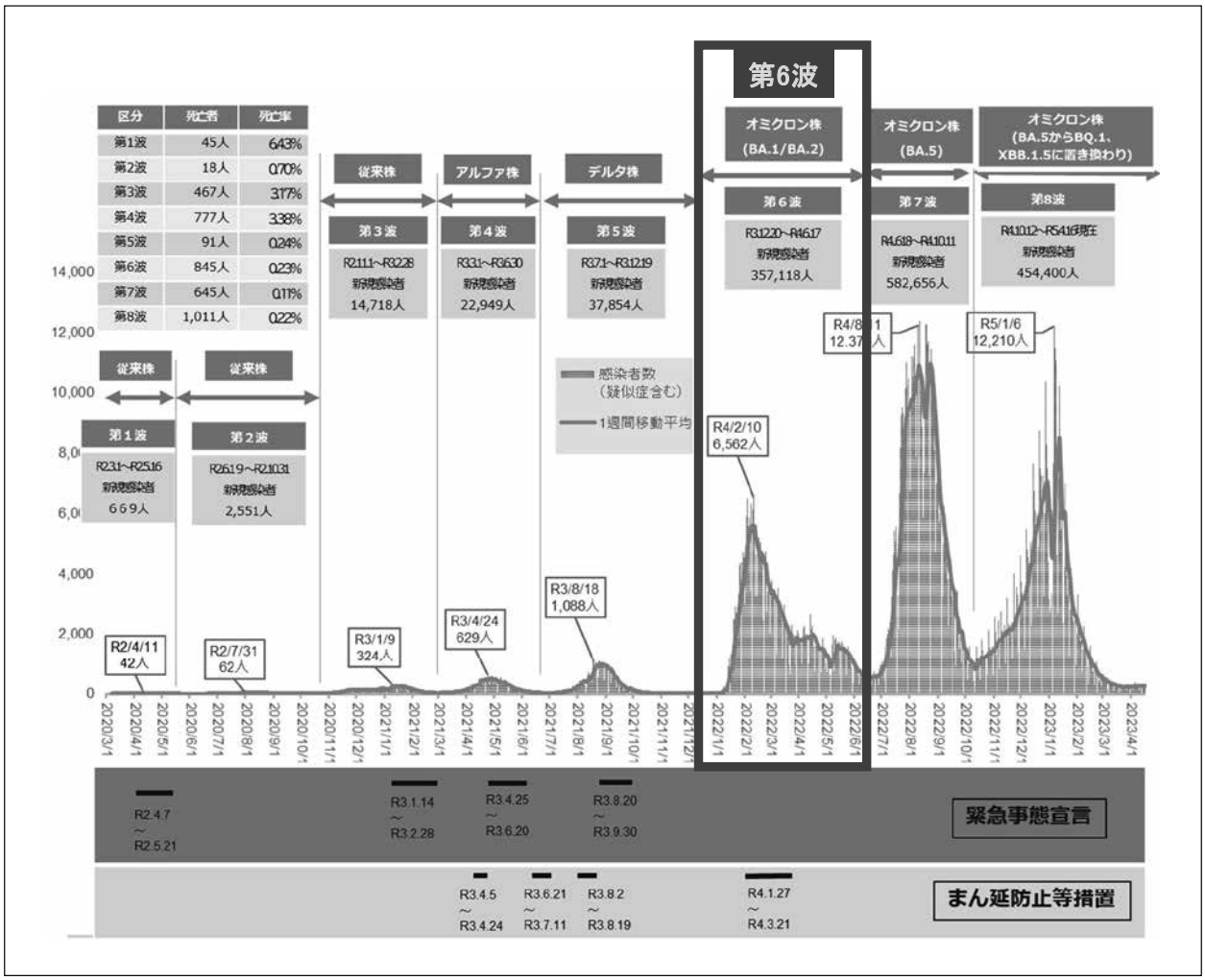
①はじめに

兵庫県では、17か所の保健所（県設置12、市設置５）を中心とし、それぞれが地域の実情に応じた新型コロナウイルス感染症対策を行いつつ、基本的な方向性は「兵庫県新型コロナウイルス感染症対策本部会議」で決定した県の基本的対処方針に従い、協力・連携しながら対策を進めてきた。第６波では、これまで実施してきた対策を強化するだけでは対応できない新たな課題が顕在化した。

②第６波の特徴

2021年11月26日、世界保健機関（World Health Organization：WHO）がオミクロン株と命名した新たな変異株（B.1.1.529系統）は、これまでとは比較にならない強い感染力と免疫逃避能力を有するとされ、当初は国の方針に従いオミクロン株陽性者の全員入院と陽性者が確認された飛行機の

図表１　兵庫県内新規陽性者数の推移



全同乗者を濃厚接触者として宿泊療養施設に収容し、隔離解除には２回のPCR検査陰性を確認することとした[1)]。県内では2021年12月30日にオミクロン株による市中感染が確認されて以来、瞬く間に感染急拡大したが、第５波までとは様相がまったく異なり、小児・若年者の感染者急増やワクチン初回接種を完了した高齢者におけるブレークスルー感染も頻発した。ウイルスそのものによる重症例は少なく、潜伏期間や世代時間も短いことから、もはや特別扱いする意義は薄れ、国の判断[2)]も示されたことから、県ではこれまでと同様の対応に戻したが、別次元の新たな感染症と対峙することとなった**（図表１）**。

③兵庫県における第６波への対応

（ア）社会活動制限

急速な感染拡大に対する県独自措置として、新型インフルエンザ等特別措置法（以下、「特措法」という）第24条第９項等に基づき、県民に対して感染拡大地域等への不要不急の移動を極力控えることや飲食店での人数制限・短時間飲食などの協力を要請した（2022年１月13日）。その後、本県に「新型インフルエンザ等まん延防止等重点措置」が適応された（同年１月27日～３月21日）ため、特措法第31条の６第１項等に基づき飲食店等に協力金を支給し営業時間短縮等を要請するなど社会活動制限を再度強化し、学校等に対しても感染リスクが高い教育活動については実施を控えるように要請した。

（イ）医療提供体制

（ｉ）入院医療体制

県立加古川医療センターを「新型コロナウイルス感染症拠点病院」に、県立尼崎総合医療センター（AGMC）と神戸市立医療センター中央市民病院を「新型コロナウイルス感染症重症等特定病院」に位置付けて対応してきたが、さらに県立こども病院とAGMCで重症小児患者を、県

図表２　フェーズに応じた入院医療体制

フェーズ			①	②	③感染拡大期1	④感染拡大期2	⑤感染拡大特別期
フェーズ切替の契機	病床利用率		10%未満	10%以上	20%以上	50%以上	総合的に判断（800人以上）
	新規感染者週平均［週患者数/10万人対］		20人未満［2.5人未満］	20人以上［2.5人以上］	80人以上［10人以上］	400人以上［50人以上］	
体制	構築の考え方		20人の新規感染者に対応	80人の新規感染者に対応	400人の新規感染者に対応	800人の新規感染者に対応	
	病床	病床数	300床程度	600床程度	1,000床程度	1,200床程度	1,400床程度～
		うち重症	30床程度	60床程度	100床程度	120床程度	140床程度～
	宿泊	室数	300室程度	1,000室程度	1,500室程度	2,000室程度	2,400室程度～

※フェーズの切替は、病床利用率、新規感染者数のいずれかが次フェーズの区分に到達した時点で検討

【第6波】
確保病床数　：1,529床　（重症病床　：142床）
宿泊療養室数：2,411室　（医療強化型：1,107室）

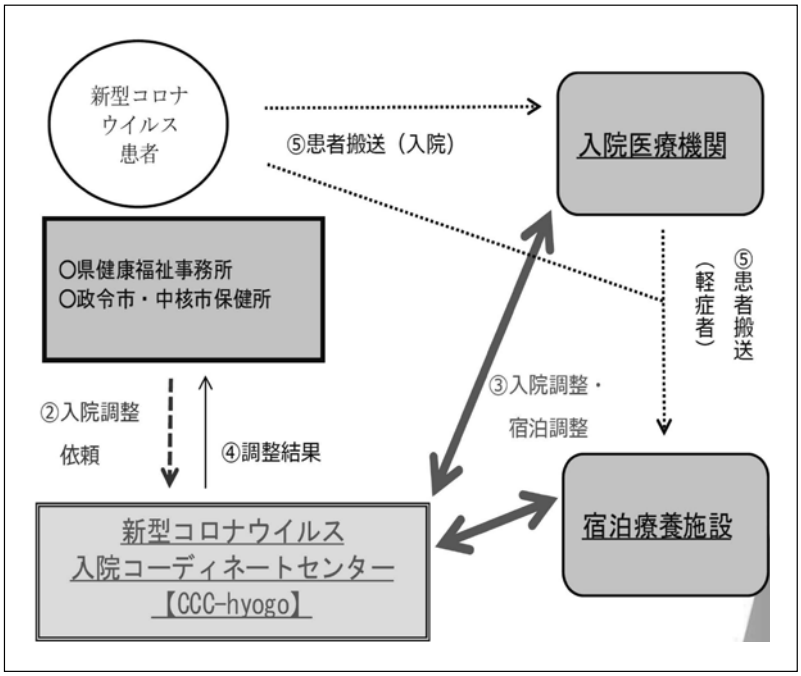
立ひょうごこころの医療センターで精神疾患を有する中等症以上の患者を、県内周産期母子医療センター（12医療機関）を中心に妊婦患者をそれぞれ受け入れる体制を強化した。また、クラスターが多発していた精神科病院や社会福祉施設等に対して感染管理認定看護師等による感染症対応研修を実施し、感染予防ポスターやチェックリストを作成・配布するなど感染防止対策の強化に努めた。第６波においては、最大確保病床数1,529床（重症病床：142床）、最大宿泊療養施設室数2,411室を確保したが、中でも県立病院においては、８病院で計215床（重症用41床）を確保し、重症者や妊婦患者、透析患者、小児患者、精神障害患者等の配慮が必要な患者の積極的な入院受け入れを行った。感染フェーズと症状に対応した療養区分に従って、保健所による圏域内調整と新型コロナウイルス入院コーディネートセンター（CCC-hyogo）による全県的調整の２段階の入院調整を実施した**（図表２、図表３、図表４）**。最大6,562人/日（2022年２月10日）にまで新規陽性者数が増加したことから、重症化率や入院率は低いものの入院が必要な患者数は決して少なくはなく、最大入院患者数1,095人/日（最大病床利用率77.3％、同年２月14日）に達するなど入院調整には難渋したが、最大重症入院患者数53人/日（最大重症病床利用率37.1％、同年２月15日）にとどまった。入院医療逼迫時に病床不足を補うため、医療的措置も受けられる〝Pre-hospital施設〟として「医療強化型宿泊療養施設」の整備を進め、医師会の協力を得て最大８施設・1,107室（全宿泊療養施設室数の45.9％）まで拡充した。これらの施設では、合計175台の酸素濃縮器を配備し、24時間常駐の看護師に加え、医師会派遣の医師による健康観察や診察・投薬、急変時対応、入院判断等を実施するとともに、直接自宅に退院困難な急性期を脱した入院患者の受け入れも積極的に行うなど、退院促

図表３　感染フェーズごとの症状に応じた療養区分

・一般医療とのバランスも考慮しつつ、入院医療の逼迫を回避するため、症状に応じた適切な療養を実施
① 中等症(概ねⅡ程度)以上の者は入院
② 中等症(概ねⅠ程度)患者は宿泊療養施設での療養
③ 軽症・無症状者は自宅での療養をそれぞれ基本として実施

区分		フｪｰｽﾞⅠ～Ⅱ	フｪｰｽﾞⅢ拡大期1	フｪｰｽﾞⅣ拡大期2	フｪｰｽﾞⅤ特別期
入院医療体制	重症				
	中等症Ⅱ		入院		
	中等症Ⅰ				
	軽症		宿泊		
	無症状			自宅	
宿泊療養体制	往診		必要に応じて実施		
	医師派遣	最大週３回		毎日	
	オンコール	毎日			

図表４　新型コロナウイルス入院コーディネートセンター(CCC-hyogo)



進としても大きな役割を果たした。独自に宿泊療養施設の設置・運営等を実施した神戸市を除き、保健所設置４市を含めて宿泊療養施設の療養者調整や民間救急搬送事業者を活用した患者搬送手配などは、CCC-hyogoにおいて一括調整した。また、「回復者転院支援窓口」による調整強化と「早期退院の判断目安」[3)]を関係者に周知徹底し、「医療強化型宿泊療養施設」を最大限に活用しながら機動的な入院病床の運用を行った。急増した小児患者対応としては、重症患児を受け入れる県立こども病院において、さらなる病床を確保（合計11床）したほか、これまでに受け入れ実績のあった19医療機関に加えて、複数の小児科医が在籍する新型コロナウイルス感染症対応医療機関（15病院）にも強く小児患者の入院受け入れを要請した。しかし、家族の付き添いが求められたり、また成人と小児を区別せずに新型コロナウイルス感染症病床を確保・運用していたことなどから協力体制が広がらず、関係者とのWeb会議等で情報共有を図りながら、病院間の連携強化に努めた。

（ⅱ）外来医療体制

保健所の受診調整を経ずに、住民が直接受診できる「発熱等診療・検査医療機関」の体制整備を進め、1,548医療機関から協力が得られ、患者の利便性向上のために同意が得られた895医療機関を県ホームページで公表した。また、透析患者では軽症患者の増加に加え、入院患者の受け入れにも限度があるため、兵庫県透析医会等と協議を重ね、民間救急搬送事業者等を活用した通院手段の支援を行うことで、療養期間内でも通院で透析治療を継続できる医療機関の整備を進めた。また、入手困難な感染防止資材は県備蓄分を配布し、抗原検査キットやPCR検査試薬等の不足については兵庫県医薬品卸業協会等に依頼し、偏在解消や医療機関等への優先納入等を実施した。

（ⅲ）自宅療養者へのフォローアップ

最多で５万8,897人/日（2022年２月11日）に達するなど、自宅療養者等に健康観察が届かなくなることが最も重要な課題となり、まずは自宅療養者等の症状悪化を早期発見するために、小児用のパルスオキシメーターを含めパルスオキシメーター約２万個を確保し希望者へ配布したほか、妊婦に対しては血圧計も配布した。また、症状に応じた健康観察を徹底することとし、軽症者には看護協会によるアプリを利用した健康観察を、高齢者や高リスク患者等には保健師等による家庭訪問を実施した。加えて、県医師会と連携して往診対応医師研修を行い、広く協力要請を行った結果、小児科を含めて往診対応可能な医療機関を440機関確保し、自宅療養者等に酸素濃縮器の手配や状態悪化時の速やかな入院調整等を実施するなど往診体制を拡充した。生活支援物資の配送に関しては、県の支援物資配送事業に加え、市町の協力による迅速な配送体制を構築した。また、国直轄管理の経口抗ウイルス薬（モルヌピラビル、ニルマトレルビル・リトナビル）を取り扱う登録薬局数の増加にも努めた。

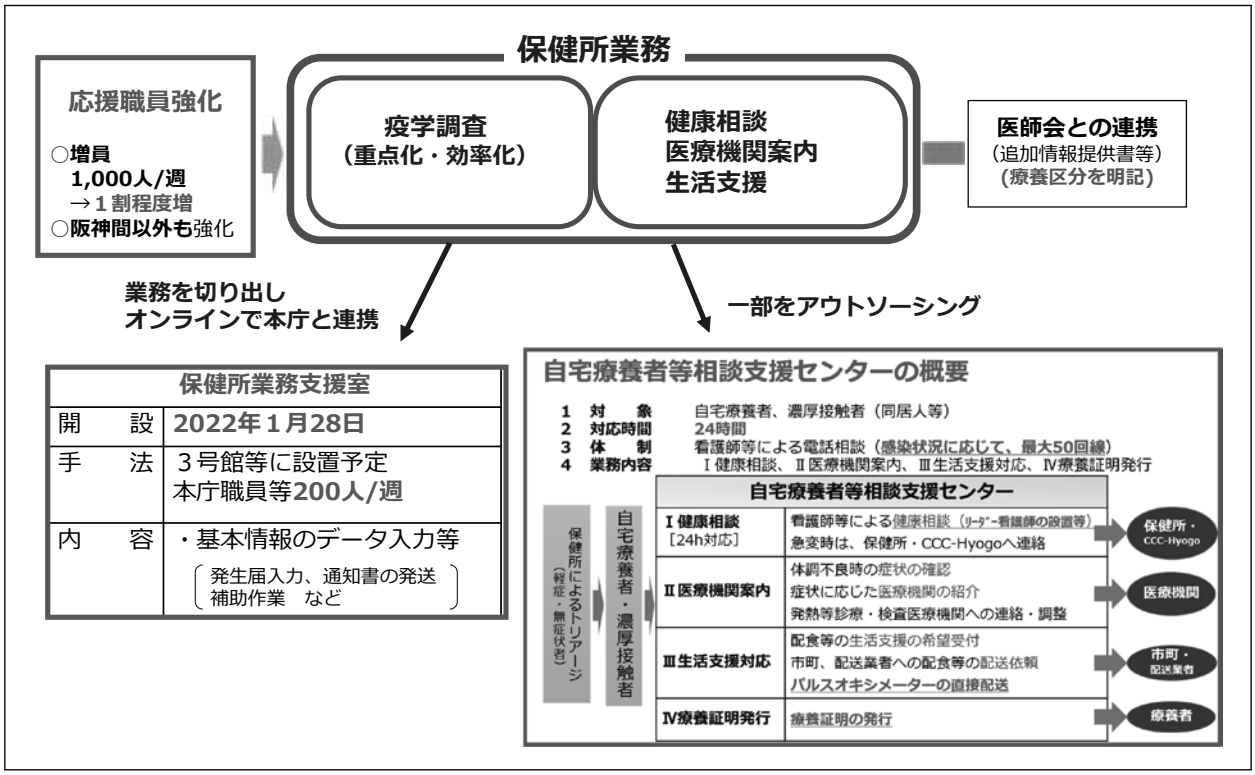
（ⅳ）保健所体制

新型コロナウイルス感染症対策の最前線のとりでである保健所では、住民からの相談業務に加え、日々の発生届・感染者データ整理、Health Center Real-time Information-sharing System on COVID-19（以下、「HER-SYS」という）代行入力、積極的疫学調査、外来受診・受検調整や検体搬送、入院調整や患者搬送、入院勧告や療養証明書発行、さらには自宅療養者等への健康観察など多忙を極め、もはや応援職員の増員等だけでは対応しきれず、危機的な状況に陥った。実

際に応援職員を約1,000人/週まで増員したが状況は好転せず、保健所業務そのものを見直し、業務量の削減と命を守る業務を優先的に実施することにした。まず、濃厚接触者の調査対象を同居者のみとする積極的疫学調査の重点化を実施するとともに、調査対象外となった濃厚接触者の不安払拭のために郵送でのPCR検査等を実施し、施設調査に関しても感染拡大やクラスター化にて重大な影響が懸念される施設等に限定した（2022年１月12日）。

その後、陽性者本人の行動歴調査も中止し、濃厚接触者への連絡も陽性者本人から行うよう依頼し、積極的疫学調査のさらなる重点化を実施（同年１月25日）するとともに、医師会の協力の下、高リスク患者を発生届で即座に判別できるよう、療養区分の追記を実施するなど事務処理の迅速化・効率化に努めた。また、新たに「自宅療養者等相談支援センター」を設置（同年１月28日）し、自宅療養者等の相談・支援業務を保健所から切り離し、健康観察・健康相談、状態悪化時の医療機関受診案内、生活支援対応、さらに療養証明書の発行業務も一括してアウトソーシングした。加えて、発生届のHER-SYS入力や記者発表資料の整理、ならびに陽性者へのファーストタッチのショートメッセージ送信業務などは保健所外部でも実施可能と判断し、本庁内に「保健所業務支援室」（同年１月28日）を設置して保健所業務から切り離した**（図表５）**。また軽症者等の低リスク患者には、医師会の協力により感染検査陽性の説明に併せて「自宅療養者等相談支援センター」への登録を案内し、患者自ら疫学調査オンラインフォームに情報入力するよう協力要請し、保健所業務のさらなる削減を進めた。

図表５　保健所業務の軽減対策

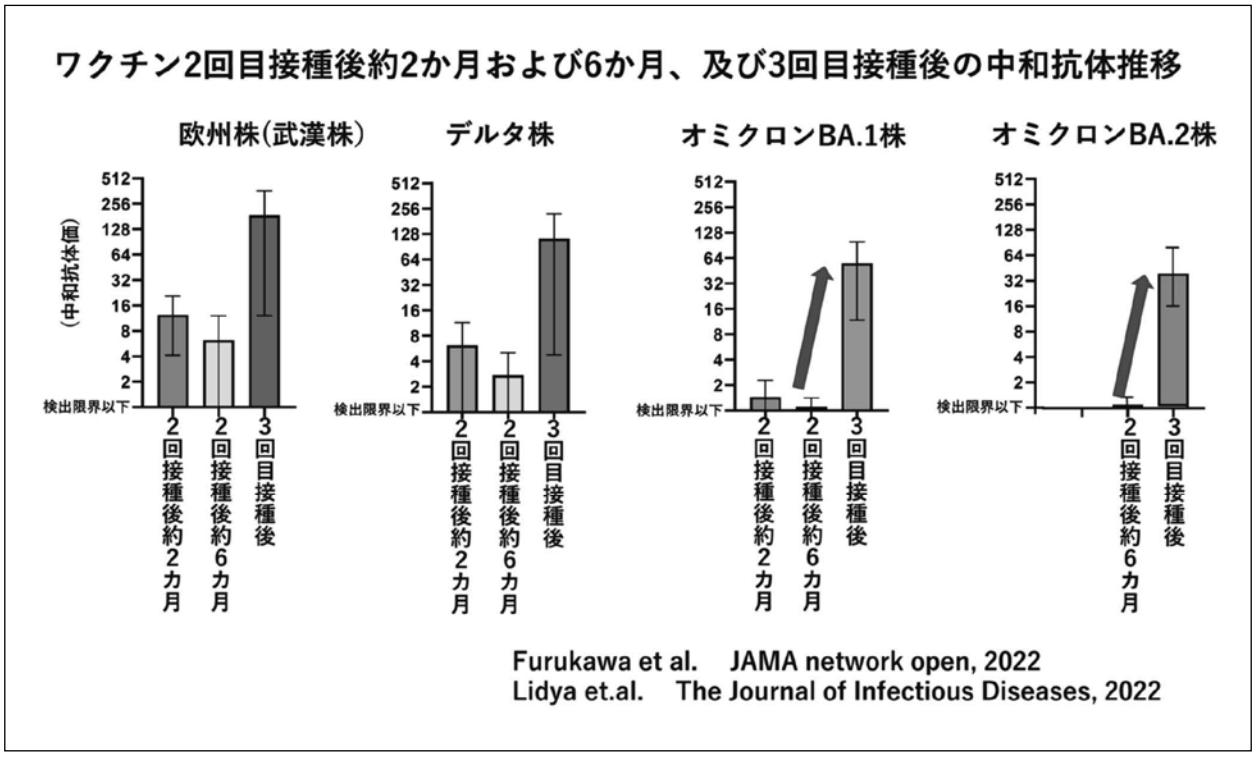


（ｖ）ワクチン接種体制の整備

実施主体である各市町の進捗状況を考慮した適切なワクチン配分を実施し、高齢者等への３回

目ワクチン接種を市町と連携して推進するとともに、人口規模が大きい２つの地域（阪神地域、中播磨地域）において迅速にワクチン接種を完遂させるため、県主体で大規模接種会場を設置・運営した。またアレルギーを有するなど、mRNAワクチンが接種困難な県民に対して、組み替えワクチンの接種会場を県主体で３か所（神戸地域２、播磨地域１）整備した。新型コロナウイルス感染症ワクチンに対する県民の考えは千差万別であることに加え、正しいものから誤ったものまでさまざまな情報が氾濫していたため、県民自らが正しい理解に基づいたワクチン接種判断ができるよう、神戸大学大学院医学研究科・森康子教授の研究を支援し、科学的に立証された３回目ワクチン接種によるブースター効果[4]（オミクロン株に対しても他のウイルス株同様に中和抗体価が有意に上昇すること）のエビデンスを知事会見での同席説明やSNS等を活用した配信動画等により広く県民に周知した**（図表６）**。

図表６　オミクロン株に対するワクチン３回目接種の有効性



出典：第73回兵庫県新型コロナウイルス感染症対策本部会議資料（2022.4.25）
　　森康子先生（神戸大学教授、兵庫県感染症アドバイザー）提出

（vi）調査・検査体制

県立健康科学研究所において、ゲノム解析ならびにオミクロン株スクリーニング検査としてL452R変異PCR検査に加えてT547K変異PCR検査も実施し、サーベイランスを強化した。また特措法第24条第９項に基づいて、感染拡大時に不安を感じる無症状者への無料検査事業を開始し（2021年12月27日）、ワクチン検査パッケージ対象者全員検査等定着促進事業と合わせて最大で約350か所（１万人/日）の検査能力を確保した。

（vii）相談体制等

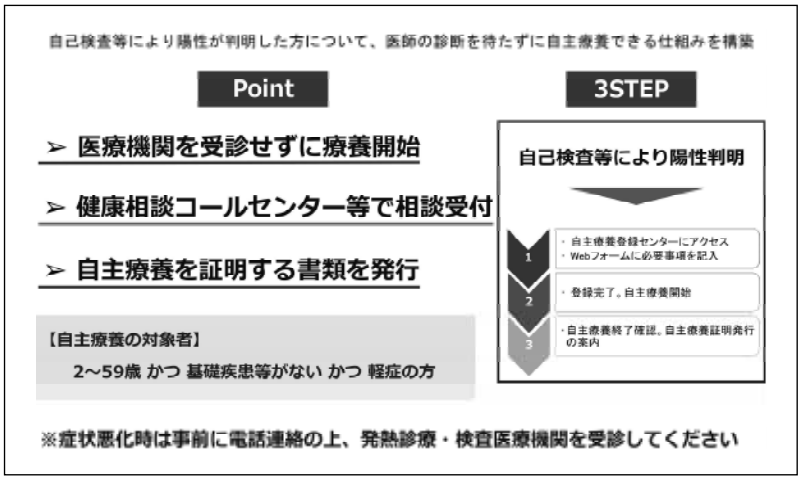
全県的な24時間体制の「健康相談コールセンター」を設置し、夜間・休日にも対応していた

が、ニーズの急増大に対応するため外部委託による大幅な回線数増加に加え、県民の関心が高い後遺症（罹患後症状）に関する「ひょうご新型コロナ後遺症相談ダイヤル」を開設（2022年７月７日）し、併せて後遺症対応医療機関の確保を目的とした研修会を県医師会と協力して実施した。また、兵庫県新型コロナウイルス感染症対策本部会議終了後には必ず知事会見を行い、知事メッセージを県ホームページ、兵庫防災ネット、SNS等を通して発信し、迅速かつ正確な情報の提供に努め、さらに広報専門官による関係者インタビューや動画配信など、項目ごとにターゲットを絞った広報を行ったほか、新たに３名の専門家（成人感染症、小児感染症、ウイルス学）を兵庫県感染症対策アドバイザーに任命し、それぞれ専門的立場からさまざまな情報発信等に協力いただいた。

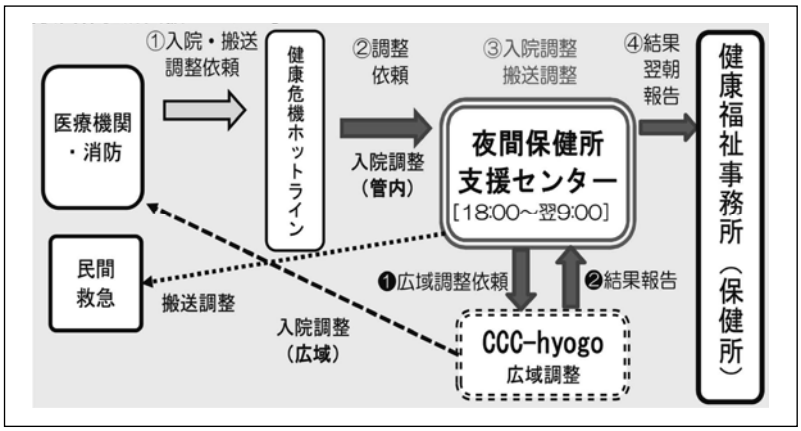
④まとめ

第６波では、重症患者の救命対応から、全世代で想定を超えて増加した軽症者対応等に課題が移行した。県では、平時には24時間体制の組織ではない保健所をどのように支援するかが最重要項目であると考え、保健所業務の見直しと削減・切り離し、外部委託の導入拡大やICT化を進めた。中でも「自宅療養者等支援センター」や「保健所支援室」の設置が保健所支援において最大限の効果を発揮したことから、医療機関受診を介さず、患者が自ら主体的に療養する、県独自の自主療養システムである「自主療養登録センター」設置（2022年８月３日）**（図表７）**や夜間の入院調整業務等から保健所職員を解放する「夜間保健所支援センター」設置（同年８月８日）へとつながった**（図表８）**。業務を継続するかまたは集約・削減するかについて、迅速な〝判断の切り替え〟を行うことが最も重要であった。

図表７　医療機関受診を必要としない自主療養制度



図表８　夜間保健所支援センター



■参考資料

１）厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部. B.1.1.529系統（オミクロン株）の感染が確認された患者等に係る入退院及び航空機内における濃厚接触者の取り扱いについて（2021年11月30日付け事務連絡）
http://www.mhwl.go.jp/content/000860731.pdf
２）厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部.新型コロナウイルス感染症の感染急拡大が確認された場合の対応について（2022年１月５日付け事務連絡）
http://www.mhwl.go.jp/content/000876461.pdf
３）厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部.オミクロン株の感染流行を踏まえた医療提供体制の対応強化について（2022年２月８日付け事務連絡）
http://www.mhwl.go.jp/content/000894894.pdf
４）Furukawa K, Tjan LH, Kurahashi Y, Sutandhio S, Nishimura M, Arii J, et al. Assessment of Neutralizing Antibody Response Against SARS-CoV-2 Variants After 2 to 3 Doses of the BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccine. JAMA Network Open. 2022;5(5):e2210780.

（2）第７波～大分県における感染状況と対応～

〈藤内 修二　大分県福祉保健部理事 兼 豊肥保健所長〉

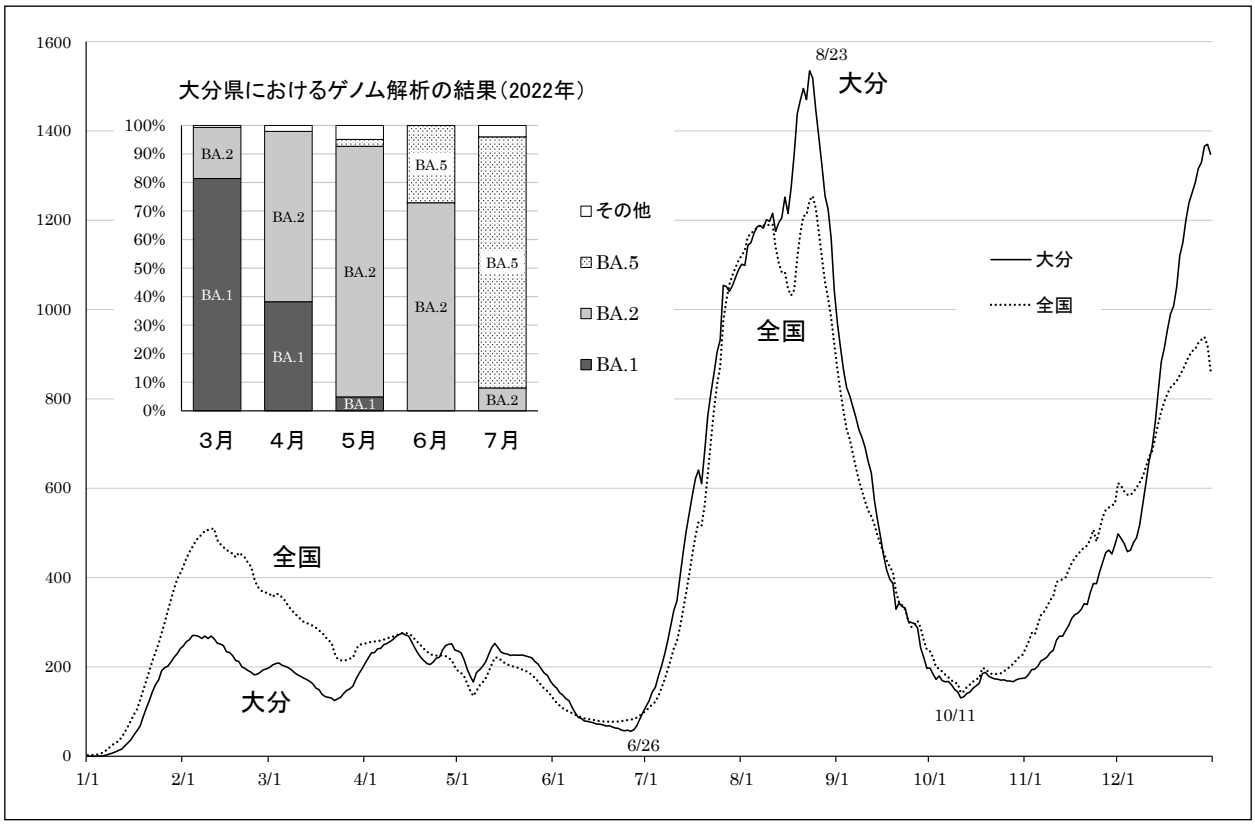
①大分県における第７波の感染状況（図表１）

（ア）感染者数の推移

大分県内においても、2022年６月以降、既存のオミクロン株（BA.1系統、BA.2系統）から、より感染力が増し、ワクチンによる免疫を回避する特性を持ったBA.5系統への置き換わりが進んだことで、感染者数が急増し、７月上旬には実効再生産数が1.99と２に迫る値となった。７月８日には585人の新規陽性者数を確認し、これまでの最大値を更新した。その後も新規陽性者数は増加を続け、お盆休み明けの８月17日には3,025人を記録した後、急速に減少し、10月11日には107人まで減少した。

第７波は全国とほぼシンクロする形で感染者数が増減しており、流行の規模も全国とほぼ同等かそれを上回るものとなった。第６波は全国の流行よりもやや遅れて拡大し、規模も全国を下回っていたことを考えると、第７波は対照的であった。

図表１　人口10万対新規陽性者数/週の推移（2022年）



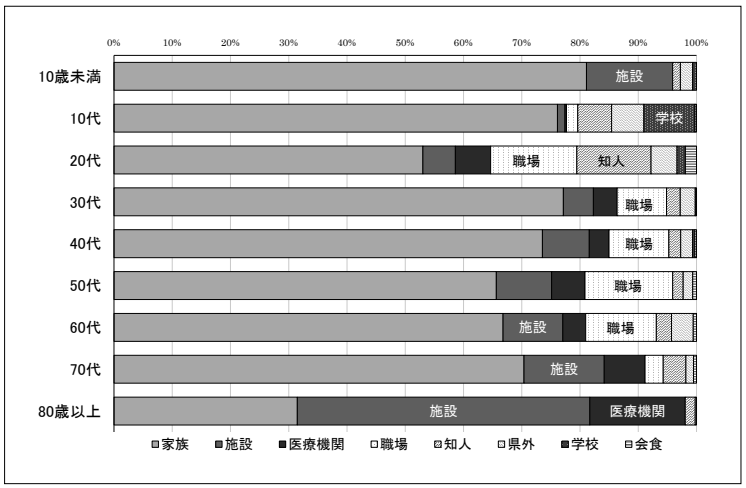
（イ）感染経路およびクラスターの発生状況

第７波のピーク時の年代別・感染経路別の感染者数を**図表２**に示す。高齢者施設や医療機関での感染が多かった80歳以上を除くと、家族内感染が各年代で最も多くなっていた。働く世代では

職場での感染がそれに続いていた。夏休みの時期ということもあって、学校での感染は少なかったが、乳幼児では保育施設での感染がそれに続いていた。

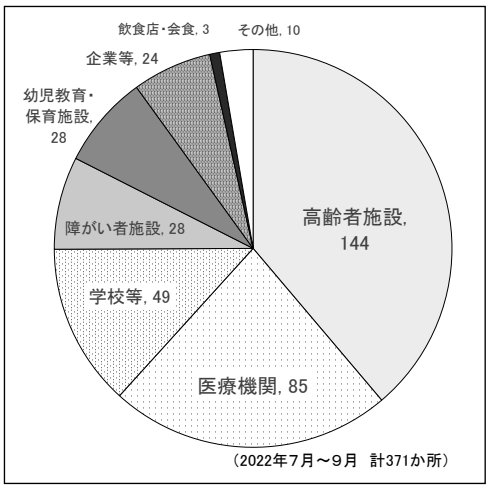
また、７月から９月までの３か月間で、371件のクラスターを確認したが、発生施設の内訳では、高齢者施設、医療機関、学校等の順であった**（図表３）**。

図表２　年代別・感染経路の感染者数（2022年８月第２週）



※感染経路不明を除く

図表３　第７波のクラスターの発生場所



②感染拡大防止

（ア）県民への注意喚起

感染者数の増加に伴い、県民に対して感染対策の強化を呼び掛けた。特に第７波では、気温が上がり、空調を入れるようになって換気が悪くなったことが感染拡大の背景にあると考えられたことから、小まめな換気を呼び掛けた。また、家族内感染が増えたことから、家庭内に有症者等がいる場合には、躊躇なく仕事や学校等を休むよう要請した。加えて、感染者の急増に伴う休日・夜間の「発熱外来」の逼迫を回避するため、家庭での解熱剤や食料などの備蓄を呼び掛けた。

折しも、夏休み期間でお盆の帰省シーズンを控え、県民には「夏休みやお盆の帰省や旅行は制限しない」という方針を示し、移動前には無料検査場での検査を呼び掛けた。

第７波のピーク期には、高齢者や基礎疾患のある人、こうした人と日常的に接する方に対してリスクの高い場所への外出について注意喚起をするとともに、会食時には認証店を選び、大人数・長時間を避け、会話時のマスク着用、BGMの音量を下げるなどの具体的な留意点を示した。

第６波までは緊急事態宣言や「まん延防止等重点措置」のように、行動制限を伴う感染対策が実施されたが、第７波では病床使用率が50％を超えるなど医療機関への負荷の増大が認められる場合に、行動制限を伴わない「BA.5対策強化宣言」を都道府県の判断で出す仕組みが導入された。その結果、27都府県において、BA.5対策強化宣言が発出されたが、大分県では、上記のような注意喚起を徹底することで、同様の効果が得られると考え、「BA.5対策強化宣言」の発出を見送った。

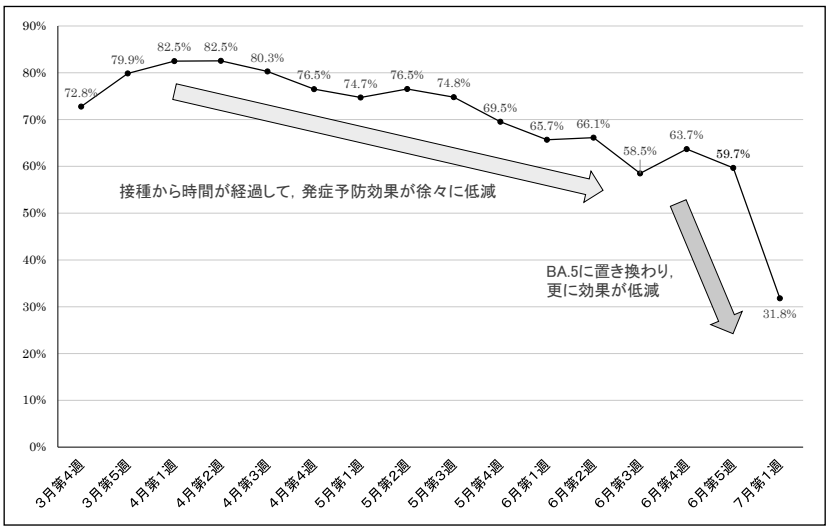
（イ）ワクチン接種

新型コロナウイルスの４回目のワクチン接種が、2022年５月から60歳以上の人や18歳以上で基

礎疾患のある人、７月下旬からは医療従事者や福祉施設の職員を対象に開始された。大分県では県営接種センター（大分県庁新館14階ロビー）でも接種を行い、接種の加速を図るとともに、mRNAワクチンに含まれる成分に対するアレルギーがあって接種ができない人のために、ノババックス社製ワクチンの接種機会を提供した。

大分県では感染者のワクチン接種状況から独自にワクチン接種による発症予防効果を計算し、県民向けに情報発信をしていたが、BA.5系統への置き換わりが進んだことで、その効果は急激に低下したことを示し**（図表４）**、４回目の接種を促した。

図表４　ワクチン３回接種による発症予防効果の推移



またワクチン接種により、発症予防だけでなく重症化や「後遺症」の予防ができることもデータを示しながら周知を行った。「接種券　届いたその日に　すぐ予約！」といった標語を作成し、会見時に県民に印象付けるよう工夫も行った。

第７波のピーク時における、県民の接種率は60歳以上で、２回接種93.3％、３回接種88.6％、４回接種42.5％であった。

（ウ）施設への抗原検査キットの配布

大分県では第３波以降、全国に先駆けて、高齢者施設に対して抗原検査キットを事前に配布し、職員に症状が出た時点ですぐに検査ができる体制を構築していたが、第６波以降、高齢者施設でのクラスターが多発したことから、2022年３月には、職員の一斉検査のために、抗原検査キットを配布、同年８月からは週１回の検査のために、同年11月からは週２回の検査のために抗原検査キットを大量に配布し、定期的な検査の実施を要請した。

（エ）施設や学校、保育園等への二酸化炭素濃度計の配布

新型コロナウイルス感染症の感染対策として換気の重要性は会見のたびに強調してきたが、具体的にどのような換気をすれば効果的なのかをきちんと伝えることができずにいた。第７波では、確実な換気の実践を促すために、７月下旬に二酸化炭素濃度計3,000個を高齢者・障害者入所施設や小中高校、保育施設に配布し、1,000ppm以下を保つように指導を行った。また、第５波以降、バレーボールやバスケットボールなど屋内スポーツの場での感染拡大例が認められていたことから、屋内スポーツ競技団体（42団体）にも二酸化炭素濃度計を配布した。

③医療提供体制

（ア）診療検査医療機関（発熱外来）

大分県内では第７波において、558の発熱外来を確保して、有症者の診療に当たっていただい

た。ピーク時には１日平均4,000人以上が受診・検査をしており、陽性率は６割前後であった。帰省客が増える夏休みの日曜日やお盆期間の発熱外来の逼迫に備え、大分市医師会がドライブスルー方式での発熱外来を延べ８日間開設し、連日200人を超える患者を診察し、陽性率は７割を超える状況であった。

このドライブスルー方式の発熱外来は看護師、検査技師、薬剤師等のスタッフを大分市医師会立アルメイダ病院が出し、医師は大分市医師会の会員が交替で出務するという形で運営された。この方式は、医師会員にとっては、自院の従業員に負担を掛けることなく新型コロナウイルス感染症診療に協力できることに加え、医師以外のスタッフは慣れた医療機関で効率よく働けるというメリットがあり、流行ピーク時の休日の診療形態として有用と考えられた。

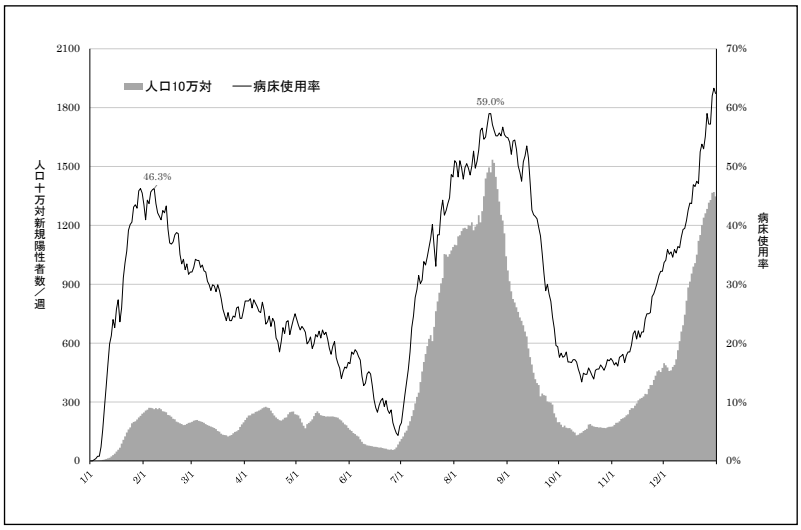
また、８月24日以降は、有症者に対してネットで抗原検査キットの無料配布を開始するとともに、発熱外来の一部（94医療機関）でも配布を行い、発熱外来の負担軽減を図った。

さらに、インフルエンザとの同時流行に備え、新規の発熱外来を増やすべく、「外来診療Quick Start Guide」を作成して、県医師会を通じて配布を行った。

（イ）入院医療機関

第６波の際には、県内に46病院508床を確保して、新型コロナウイルス感染症患者の入院を受け入れていたが、第７波になってさらに感染者数が増えたことから病床の拡充を要請し、56病院552床まで確保した。８月22日に最大病床使用率59.0％を記録したが**（図表５）**、この日の全療養者数は１万6,197人で、入院312人（1.9％）、宿泊療養657人（4.1％）、自宅療養１万5,228人（94.0％）という状況であった（かっこ内の数値は全療養者に占める割合）。また、入院312人中、酸素吸入が必要な患者は55人であり、人工呼吸が必要な患者は５名であった。

図表５　人口10万対新規陽性者数と病床使用率の推移（2022年）



病床使用率50%は病床逼迫の目安とされたが、このことを県民に理解してもらうことは容易ではなく、「もっと入院させられるのではないか」という声が聞かれた。記者説明では、クラスターなど院内感染の患者が一般病棟で療養を続けていることから、病床使用率の数値には含まれていない新型コロナウイルス感染症の入院患者が多くいることや、医療従事者の感染や家族などの感染による濃厚接触者として、自宅待機が必要な医療スタッフが多く、医療機関の機能低下につながっていることを丁寧に説明し、病床の逼迫状況を伝えたが、理解は得られなかった。病床使用率の分母を「最大確保病床数」にするのではなく、その時点での「最大稼働病床数」にするべきであった。

また、より多くの医療機関に新型コロナウイルス感染症の入院治療に関与してもらえるよう

に、第６波の際に続いて、以下のような要請を県医師会に対して行った。①通院中の患者が新型コロナウイルス感染症に感染した場合は、当該医療機関での診療を継続すること　②基礎疾患の治療や全身状態の管理についても、主治医が必要な診療の継続をすること　③新型コロナウイルス感染症が軽症と判断された患者については、退院基準を満たす前であっても転院を受け入れること。

（ウ）宿泊療養

第７波での感染者数の増加に伴い、宿泊療養施設を11棟1,370室まで拡充したが、潜伏期間の短いオミクロン株になり、感染が確認された時点で同居家族に感染が広がっている事例が増え、「家族への感染回避」という宿泊療養の意義が薄れたことから、宿泊療養者数は、第６波の際に記録した892人を上回ることはなく、８月12日の674人が最大であった。宿泊療養は、重症化リスクのある感染者の健康観察を目的とする利用にシフトするとともに、一部の宿泊療養施設は24時間医師が常駐する「臨時医療施設」として、自宅療養中に状態が悪くなった患者に対する輸液療法等に活用された。

（エ）自宅療養の支援

第７波のピーク時には自宅療養者が１万5,000人を超えたが、kintoneを活用して感染者自身が自分のスマートフォンから健康状態を入力し、健康観察が必要なケースを「見える化」できるシステムを導入したことから、自宅療養者の健康支援は大幅な効率化が図られた。

また、第６波以降、自宅療養者の健康支援を医療機関に委託する「健康サポート医」制度を開始していたが、感染者数が増える中で、医療機関との新規契約事務は保健所にとって大きな負荷になった。さらに、「健康サポート医」と保健所の感染者情報の共有がkintoneではなく、HER-SYSであったために、情報共有に手間がかかったこともこの制度の活用のネックになった。

（オ）施設療養の支援

第７波では高齢者施設で158件のクラスターが発生し、嘱託医等と連携して、抗ウイルス剤の処方など、施設での療養を支援した。嘱託医を持たない有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の入所者については、主治医による往診等が行われたが、必ずしも十分とはいえなかった。地域によっては、保健所が地域の医師会員から往診医を確保して、療養支援に当たった。

ピーク時には病床の逼迫もあり、認知症等があって介護の手間がかかる高齢者は入院が困難で、そのまま施設で看取ることになったケースも少なくなかった。

（カ）後遺症への対応

2022年６月に医療機関を対象に後遺症に対する診療状況を調査し、約３分の１の医療機関で後遺症と思われる患者の診療を行っていることや後遺症の主な症状など（倦怠感が最多）を公表した。同年11月には後遺症に対応可能な医療機関の情報をホームページで公表した。

④保健所の対応

（ア）疫学調査の重点化

重症化リスクのない感染者に対してはショートメール（自宅療養の注意事項、家庭での感染対策、緊急連絡先等）を送付し、自分のスマホから健康状態を入力するシステムの活用を促した。この結果、重症化リスクのあるケースの疫学調査を重点的に行えるとともに、すべての感染者に対して、その日のうちに確実に「ファーストタッチ」ができるようになった。

（イ）接触者に対するPCR検査の重点化

オミクロン株になり、2022年２月から濃厚接触者に対するPCR検査も重症化リスクのある者に限定していたが、同年７月20日以降、高齢者施設等や医療機関における濃厚接触者に限定し、家族等の濃厚接触者は症状が出た時点で医療機関を受診するように指導し、行政検査件数の削減を図った。なお、行政検査の１日当たりの最大件数は７月20日の573件であった。

（ウ）陽性者登録センターの設置

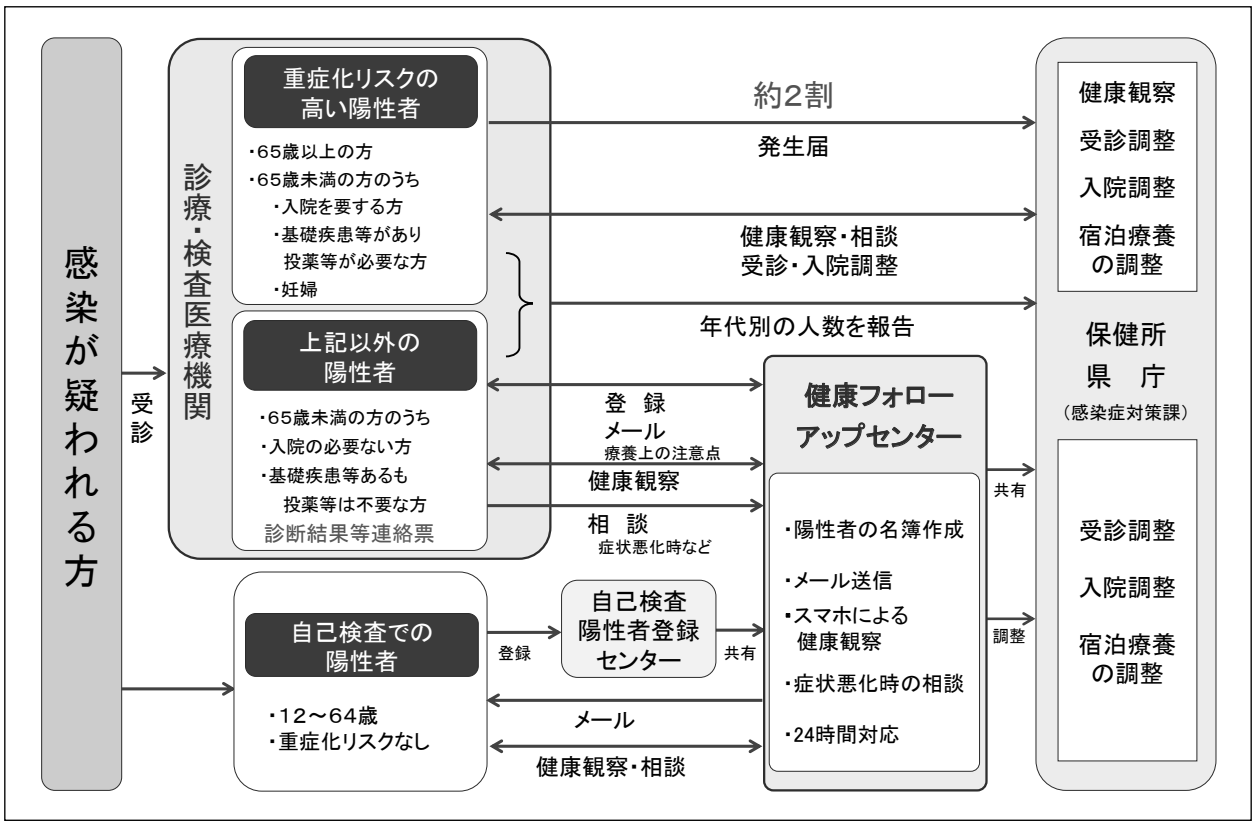
前述したように、８月24日以降、重症化リスクの低い有症者を対象に抗原検査キットの無料配布を開始したが、陽性だった場合には、そのまま「陽性者登録センター」に感染者自らが登録する体制をとった（利用者数は最初の１週間で1,141件、陽性者数の登録は68件にとどまった）。

（エ）全数届出の見直しと健康フォローアップセンターの設置（図表６）

８月25日の国の通知より、都道府県の判断で、全数届出から４類型のみ（①65歳以上　②入院を要する者　③重症化リスクがあり　抗ウイルス薬の投与や酸素投与が必要な者　④妊婦）―の届け出への移行が可能になったが、大分県では、全国一斉実施となった９月26日より、４類型のみの届け出とし、65歳未満で重症化リスクのない者については、年代別の人数を毎日報告してもらう形に変更した。

届け出対象外の感染者は、自ら「健康フォローアップセンター」（外部機関に委託）に登録をしてもらい、希望者にはパルスオキシメーターや食料の配布、症状悪化時の相談などに対応することとした。センターへの登録率は９割近く、センターの看護職による24時間体制での相談対応も機能したことから、保健所の負担は大幅に軽減されることになった。

図表６　全数届出見直し後のフロー図



（オ）市町村からの保健師の派遣

第７波の対応において、前述したような疫学調査等の重点化を行ったにもかかわらず、保健所業務が逼迫したことから、前年11月に県と市町村との間で締結した応援協定に基づいて、７市町から保健所への保健師（１名ずつ）派遣をいただいた（延べ164人）。なお、７月から10月までの４か月間に前述の市町村保健師を含め、延べ3,630人の応援派遣が行われた（うち、看護師等専門職が1,547人）。

⑤リスクコミュニケーション

（ア）新規陽性者数の公表

１日の新規陽性者数が1,000人を初めて超えた７月12日までは、感染者数の公表に当たり、１例１例の属性や感染経路を公表していたが、それ以降は、性、年代、居住自治体、職業、感染経路の集計結果のみを公表することにした。

（イ）クラスターの公表

クラスターの公表については、第５波までは発生した施設名を原則公表としていたが、施設関係者への誹謗中傷につながることから、第６波以降は、クラスターが発生した施設の所在自治体名、施設の種別、感染者数をクラスターが確認されるたびに公表した。

（ウ）感染状況の「レベル」

県内の感染の状況を示すために、第２波から「ステージ分類」を用いていたが、オミクロン株になり、人口10万当たりの新規陽性者数が桁違いに大きくなったことから、第７波以降は前年11月に政府の分科会が提案した「レベル分類」を併記する形を取った。感染者数が増え、レベルを引き上げる際には、知事による記者会見を行い、県民に注意喚起を行った。

第７波までは１日の新規陽性者数が増えてくると、外出自粛等の要請をしなくても、「歓楽街の人出」が減少するという現象が見られ、県民にとっては、１日の新規陽性者数が最も関心事であり、感染リスクを減らす行動につながっていると考えられた。

⑥まとめ

オミクロン株になり、重症化リスクが低減したとはいえ、BA.5への置き換わりに伴い、急速に感染が拡大し、医療機関、保健所、社会福祉施設等に大きな負荷がかかった。保健所業務はICTの活用や重点化により対応したが、より早期の「健康フォローアップセンター」の設置が望ましいと考えられた。また、高齢者施設でのクラスターへの対応では、医療の提供体制等が課題であり、平時からの感染対策の強化に加えて、施設療養時に往診等の医療を確実に提供する仕組みの構築が必要と考えられた。

（３）第８波における福島県の対応

〈金成 由美子　福島県保健福祉部感染症対策課長〉

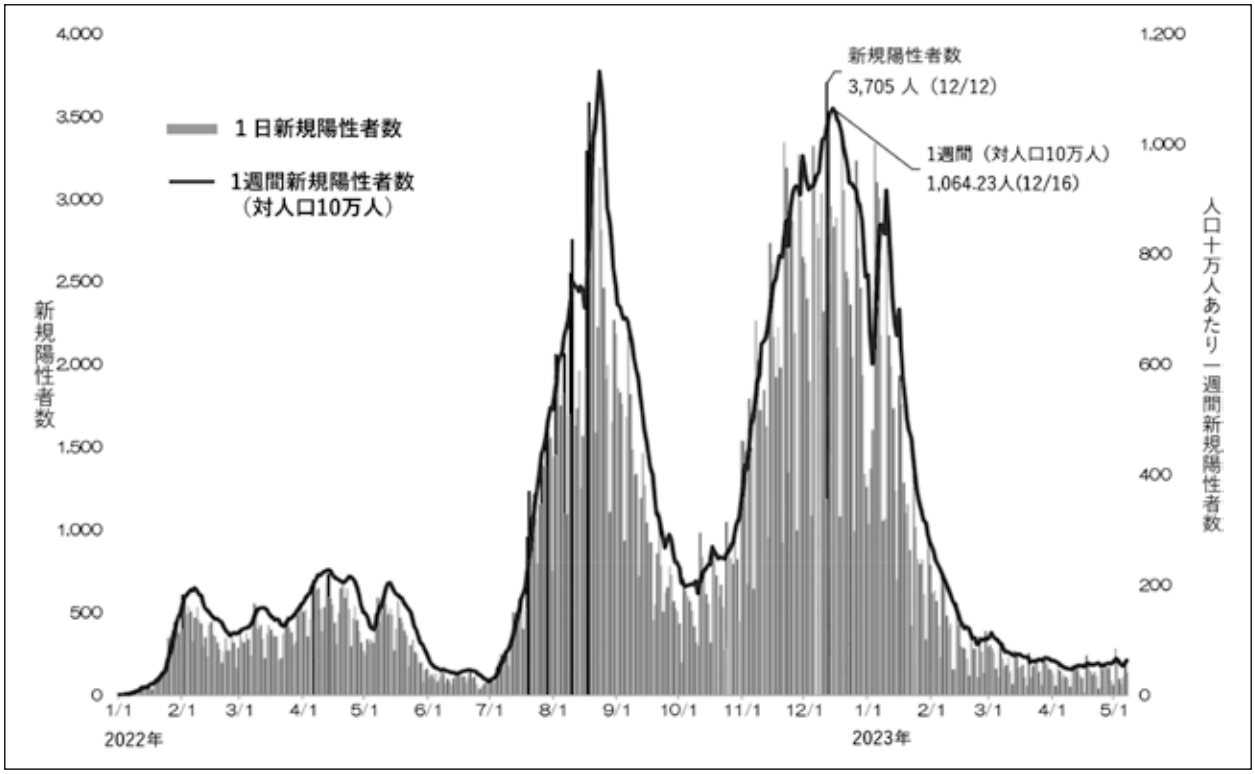
①はじめに

2022年秋から冬にかけての第８波は季節性インフルエンザとの同時流行も懸念され外来や入院医療体制の強化を進め対応した。10月11日には全国旅行支援が開始され、また海外からの入国者総数上限も撤廃されるなど、人の行動も活発化した。その中で、オミクロン株の特性を踏まえ2023年１月には感染症法上の位置付けの変更の方針が公表され、３月にはマスク着用の見直し、５月８日に５類感染症に移行されることとなった。最大の波への対策の強化、５類移行に向けた対策の切り替えの時期となった第８波の福島県での取り組みについて報告する。

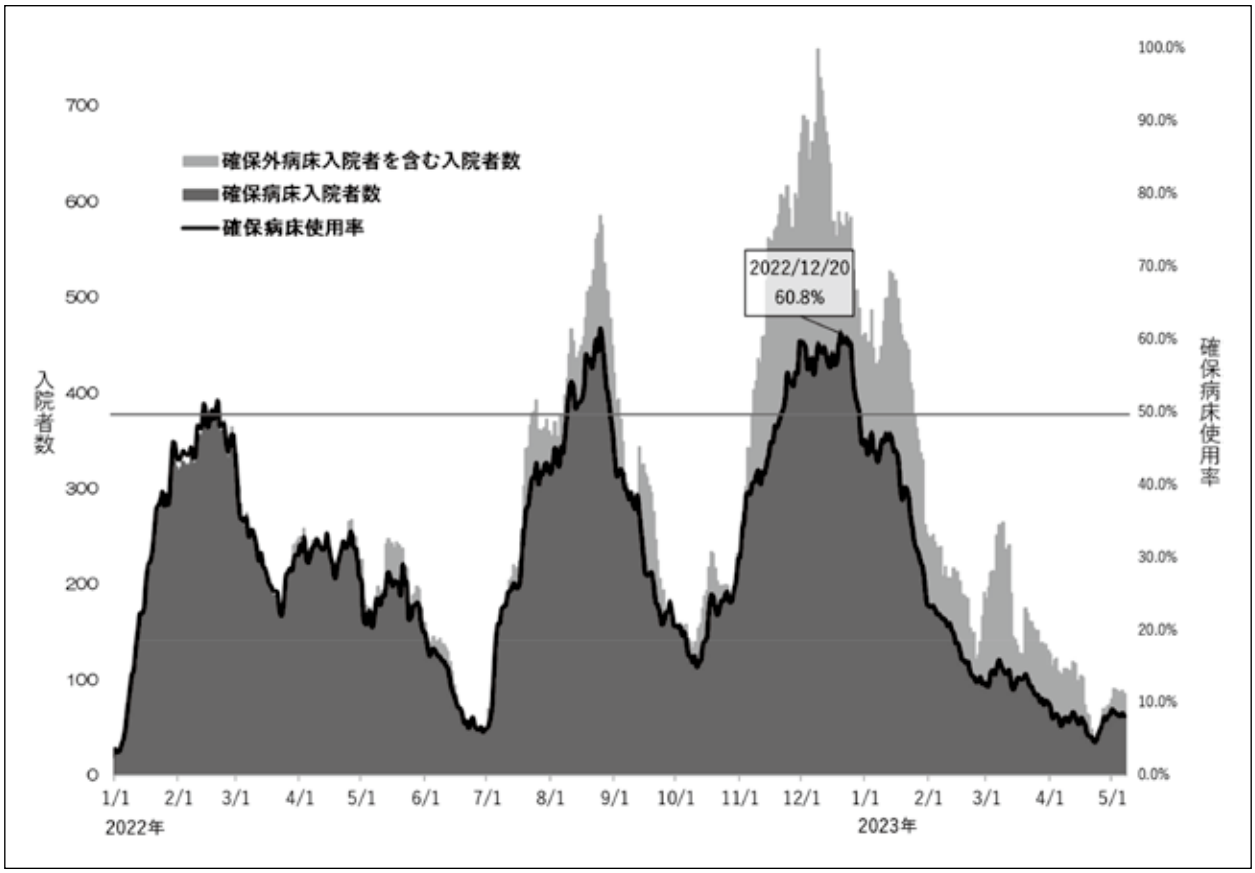
②福島県における第８波の感染状況

第７波の感染拡大も９月には患者数も減少したが、10月から再び増加傾向に転じ12月12日には第７波での１日の最大新規陽性者数を超え3,705人（2022年10月１日現在福島県推計人口179万362人）を記録した**（図表１）**。１週間の新規陽性者数は12月15日に人口10万人当たり1,064.23人となった。県内の医療機関での院内感染も増加し、県内の確保病床数が766床という状況に対して、入院者数760人（確保病床以外での入院者も含む）となり、医療の逼迫が顕著となる状況となった。確保病床使用率としては12月20日に最大60.8％（確保病床入院者数466/確保病床数766）であった**（図表２）**。

図表１　福島県における新規陽性者数の推移（2022年１月～）



図表２　福島県における入院患者数の推移（2022年１月～）



③医療提供体制の強化

2022年夏に南半球において季節性インフルエンザが流行したことを受け、新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザとの同時流行が懸念され、10月13日に国は「新型コロナウイルスと季節性インフルエンザの同時流行に備えた対応」を公表し、各自治体で保健医療体制の強化・重点化を進めた。これに基づき福島県においては11月に外来医療体制整備計画を策定した。

外来体制については、さらに多くの対応可能な医療機関を確保するため、県対策本部、県医師会、中核市を含む保健所、郡市医師会等々の連携により、診療・検査医療機関となっていない医療機関に対する意向調査の実施や、対応困難とする理由に対する解決策の提案、個別の働きかけなどを行った。11月28日には県本部と県医師会との連名により各医療機関に対して診療・検査医療機関としての登録のほか、電話診療・オンライン診療の活用、インフルエンザ等疑い患者への対応についての依頼を行った。2023年１月の時点で診療・検査医療機関の指定数は県内680か所となり、県内全医療機関数の約56％となった（2023年10月には約850か所、全体の約７割となった）。

入院体制については、12月６日時点で病床数766床（緊急時最大838床）を確保した（2023年１月31日時点では770床とした）。12月16日に県内の病院に対して、新型コロナウイルス感染症用の病床を有していない医療機関でも、受診時や入院時の検査等により陽性が判明した場合や協力医療機関となっている高齢者施設等入所者の入院を要する場合など陽性患者を受け入れるための臨時的な病床の確保や、感染症から回復した患者の受け入れ体制（後方支援）の確保等の協力をお願いした。2023年１月下旬には、県内病院の約８割において入院受け入れ（臨時を含む）や後方支援などいず

れかの役割を担う状況となった。福島県では県内の受入医療機関によるオンラインのミーティングを2020年度より月１回ないし２回開催し、最新の感染対策や治療等に関する情報交換、対策等についての意見交換をすることにより連携した取り組みにつなげた。

④福島県医療ひっ迫警報の発出

患者数増加に伴い入院患者数も増加し、病床使用率は11月下旬に50％を超えた。11月25日には各医療機関に対して改めて病床確保の協力をお願いするとともに、退院基準を満たした患者の速やかな退院、一般病床への転棟または後方支援医療機関への転院の検討をお願いし、また、療養解除の基準を満たす前であっても入院治療の必要のない軽症と判断された場合等には、自宅療養や宿泊療養への移行を積極的に行うようお願いした。施設や自宅への退院に当たり医療機関が調整に困った事例などについて、医療機関からの相談により県本部や保健所で支援する対応も行った。

高齢者施設等におけるクラスターも増加し、介護を要する方の入院による医療機関の負担も増加した。感染の著しい拡大に伴い、医療従事者が濃厚接触者や感染者等となり出勤できない場合や、院内感染の発生などにより、受入医療機関において外来および入院を制約せざるを得ない状況が生じ、新型コロナウイルス感染症患者の入院調整が困難になってきたほか、当該病院が担う救急においても、救急車の受け入れが困難になるなど一般医療にも大きな影響が生じた。厚生労働省G-MIS（医療機関等情報支援システム）の集計によれば、入力している医療機関に限るものではあるが、12月５日からの１週間で新型コロナウイルス感染症関連で休んでいる医師・看護師数は県内で１日当たり約260人となり、感染拡大前の６月の約11倍となった。医療機関におけるクラスターも増加しており、12月13日時点では県内病院の約４分の１において院内クラスターの対応中という状況であった。救急搬送困難事案も増え前年比約2.5倍となる状況となった。これらの状況を踏まえ12月16日には福島県独自での「福島県医療ひっ迫警報」を発出した。2023年１月中旬以降新規陽性者数は減少傾向になり、２月には1,000人を下回る日が続き、確保病床使用率も20％を下回ったことから、2023年２月５日に警報を解除した。

⑤年末年始における医療提供体制の確保

12月に入り全国的にインフルエンザの増加が見られ、新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザの同時流行に備え、年末年始における医療提供体制の確保と県民への呼び掛けを強化した。福島県では年末年始および日・祝日に県・保健所と連携し対応を行う診療・検査医療機関に対しては協力金を支給することとして協力依頼を行った。年末年始の各日とも県内の入院受入医療機関のうち約８割に当たる医療機関で受け入れ可能な体制を維持し、診療検査医療機関は前年度比約２倍となる１日当たり68医療機関で約4,200人の診療可能な体制を確保した。また検査キット配布センターの配送件数や陽性者登録センター受け付け件数の拡大、無料検査として臨時検査拠点も県内３か所で実施するなど検査体制を強化するとともに、自宅療養者等の症状悪化時の相談体制として陽性者フォローアップセンターの人員体制も確保した。12月28日には福島県知事、県医師会長、県病院協会長により、県内の医療逼迫状況を踏まえた県民向けの共同メッセージを発出し、「基本的な感染対策の徹底」「速やかなワクチンの接種」「検査キットでのセルフチェック」「救急車・救急外来の適正利用」を呼び掛けた。

⑥患者の療養支援

入院による治療の必要がない方については自宅療養、施設入所者等については施設内療養をお願いした。高齢者施設等に対しては、11月には看護職員等を対象とした感染対策の研修会のほか、管理者や嘱託医師等を対象に施設内療養における治療・療養継続等に関する研修会を実施し対応準備を促すほか、協力医療機関と連携した対応を求めた。

2022年９月26日の全数届出の見直し以降、発生届出の対象者で自宅療養を行う方については保健所と陽性者フォローアップセンターによる健康観察を継続した。発生届出の対象外の方については症状が悪化したときや不安がある場合に陽性者フォローアップセンターを相談窓口として24時間体制で対応した。

県民に対して「予防」とともに日頃から検査キットや薬、食料等の「備え」を呼び掛けた。必要な方に必要な医療が提供できるよう、感染が疑われる際には、高齢者や基礎疾患等を有する方、幼児等を除いた若年層については抗原定性検査による自己検査および陽性者登録センターによる登録を呼び掛けた。県民に向けてはホームページやマスコミ等を通じた広報、市町村や医療機関、薬局等でのチラシの配布などにより周知を図った。

旅行者や寮などで療養場所の確保が難しい方や、重症化リスクが高い方と同居しており自宅で療養が難しい方などの療養先として宿泊療養施設を県内に10施設1,224室を確保して対応した。第８波での最大利用者数は461人（12月３日）であった。

⑦５類感染症への移行と県対策本部の廃止

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けについて、病原性の異なる変異株が出現するなど特段の事情が生じない限り2023年５月８日から５類感染症に位置付けるとの政府の対応方針が１月27日に示され、これまで講じてきた各種の政策・措置について見直しを行うこととされた。３月13日からはマスク着用の考え方について行政が一律にルールとして求めるのではなく、個人の主体的な選択を尊重し着用は個人の判断に委ねることを基本とするとの考え方が２月10日に示された。これらを受け、今後の対応について中核市を含めた保健所とも話し合いながら、医師会等関係機関とも連携し準備を進めた。医療機関や高齢者施設等に対しては、今後の施設等での参考となるよう感染対策に関する研修を加えての説明会を実施するなど理解促進を図った。

４月28日の閣議において５月８日に政府対策本部の廃止が決定されたことを受けて、福島県においても５月８日をもって知事を本部長とする対策本部を廃止した。県の方針の協議、決定を行う県対策本部員会議は2020年１月以降ほぼ毎週開催し、各部局の取り組みの共有とともに、知事から県民に向けたメッセージを発出してきた。第185回となる最後の会議を2023年５月１日に開催し、知事からは県民に向けて「５類移行後もウイルスの特性が変わるわけではない。引き続き基本的な感染対策を。今後は自身や事業者それぞれの判断が基本となる。日頃の備えと体調管理を。」とメッセージを発出し終了となった。

（４）島根県における新型コロナウイルス感染症対応（５類移行後の対応について）

〈谷口 栄作　島根県健康福祉部医療統括監〉

①はじめに

2020年２月に新型コロナウイルス感染症は感染症法の指定感染症にされ、３年３か月後の2023年５月８日に感染症法上の５類感染症に位置付けられた。この間に、保健医療福祉分野では新型インフルエンザ等対策特別措置法および感染症法等上の対応に追われ、特に都道府県等の保健医療福祉分野の本庁機能を担う部署や保健所では、通常業務を犠牲にして新型コロナウイルス感染症対応を行うことになった。また新型コロナウイルス感染症対策は保健医療福祉分野のみならず、教育分野、経済分野等を含む社会全体に甚大な影響を与えた。

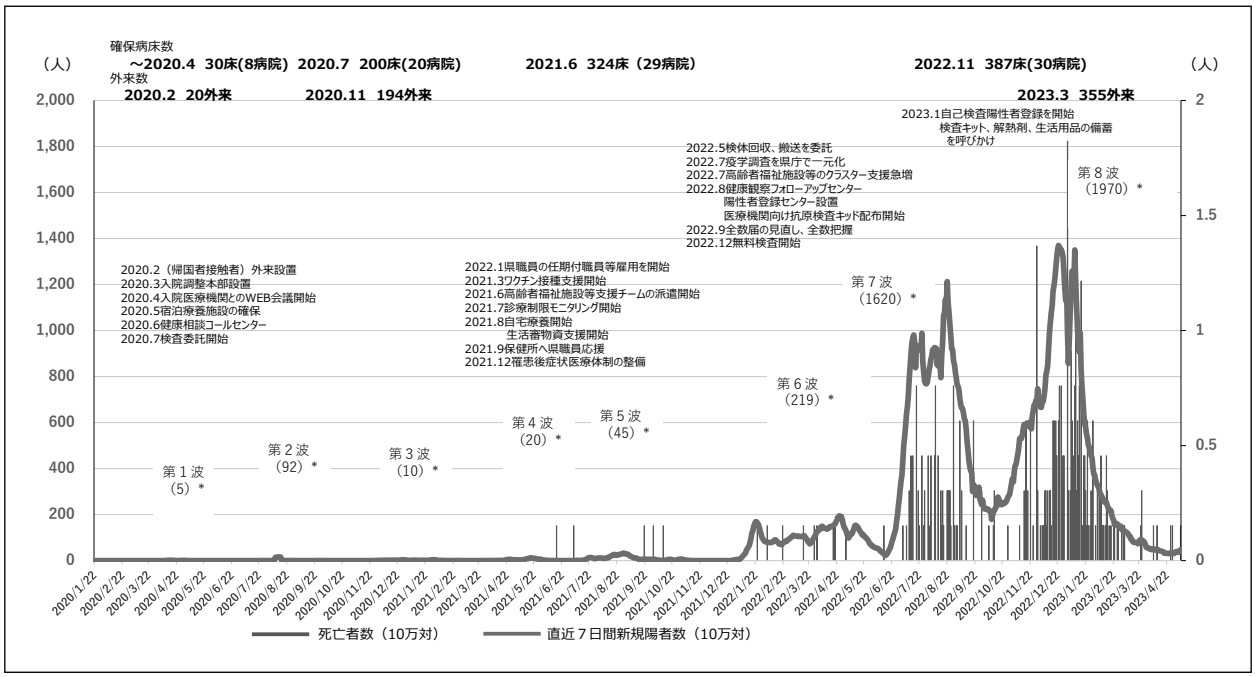
新型コロナウイルス陽性者数は第１波から第８波と次第に多くなり、保健所だけでは対応できず、保健医療福祉分野の職員やそれ以外の職員の動員、外部委託等膨大な予算と人員を投入し、法に基づいて都道府県等ごとに工夫をして対応した。

５類移行後の１年間は、感染状況をモニタリングしながら、肥大化した体制を通常体制に戻す期間であり、それぞれの都道府県等で2024年４月を目指して段階的に縮小した。この稿では島根県の事例を紹介する。

②５類移行までの島根県における新型コロナウイルス感染症対応の概要

島根県内の新型コロナウイルス感染症陽性者数は、2020年４月の県内１例目を皮切りに、2020年に207人、2021年には1,552人、2022年には13万6,097人、2023年の５類移行までの期間で３万2,093人、合計16万9,949人であった。死亡者数は2020年には０人、2021年は５人、2022年は174人、2023年の５類移行までの期間で125人、合計304人であった。

図表１　島根県内新型コロナウイルス感染状況と対応（第１波～第８波）



流行全体の状況を**図表１**に示した。大別すると第１波から第５波と第６波から第８波までの２つ時期に分けられる。第５波までの特徴としては、感染者数が少ないこと（全陽性者数の１％）、感染状況に地域格差が見られたこと、それぞれの地域で陽性者数がほぼゼロになる時期があった、という点が挙げられる。このため、保健所業務を感染症対応に重点化しながら、積極的疫学調査等の丁寧なまん延防止策を講じることができた。入院医療については、感染症法に基づく原則的対応を行い、第５波の途中からは入院を経過しない自宅療養体制を導入した。

第６波以降の陽性者数は全体の99％を占め、減少するときはあったものの、継続的に陽性者が発生した。また、第７波、第８波と陽性者数のピークが大きくなっていった。そのため業務のいっそうの効率化の必要性が急速に高まった。第５波までの陽性者数が全体の７％を超えていて、第６波までに大きな波を経験していた東京、沖縄、神奈川、大阪などに比べて業務の効率化が遅れていた

図表２　島根県の主な新型コロナウイルス感染症対策の５類移行後の変遷

	5類移行前	5類移行後		
	～2023年5月7日	～2023年9月30日	～2024年3月31日	2024年4月1日～
1）健康相談体制	健康相談コールセンター（一般相談、ワクチン相談等）	看護師を充実して継続		終了
2）感染状況把握、検査体制、疫学調査	医療機関の届出及び陽性者登録センターへの登録	終了		
	ゲノム解析による流行株のモニタリング	継続		
	検体回収、検体搬送、検査の委託実施	終了		
	疫学調査を県庁に一元化して業者委託実施	終了		
	無料検査実施	終了		
3）医療提供体制	外来対応医療機関確保	医療機関への働きかけを継続		終了
	罹患後症状患者の医療体制	継続		終了
	入院病床確保（30施設387床）	継続	確保病床減で継続	終了
	医療制限、救急困難件数のモニタンリング	継続(感染状況合わせて)		終了
	医療従事者の休職状況のモニタンリング	継続(感染状況合わせて)		終了
	医療機関・福祉施設への抗原検査キッド配布	継続		終了
	検査キッドの無料配布	継続		
	広域入院調整本部	原則医療機関同士の調整、体制継続		終了
4）高齢者福祉施設、障がい者福祉施設等のクラスター支援	発生状況モニタリング	継続		終了
	WEB会議による指導助言	継続		終了
	業務支援チームの派遣による指導助言	継続		終了
	感染管理チームの派遣による指導助言	継続		
	検査キッドの無料配布	継続		終了
5）宿泊療養所での療養支援	宿泊療養所の確保	終了		
	管理運営スタッフの確保	終了		
6）自宅療養支援	フォローアップセンターによる支援	終了		
	訪問看護ステーション及び医療機関による健康管理	終了		
	生活支援物資支援（パルスオキシメーター含む）	終了		
7）ワクチン接種支援	ワクチン接種モニタリング	継続		終了
	必要に応じて市町村支援	継続		終了
8）広報・研修	感染状況（毎日）の情報提供	終了（定点把握データを公表継続）		
	クラスター発生状況（毎日）の情報提供	継続		終了
	－	医療制限、救急困難件数の情報提供		終了
	県民への情報提供	適宜実施		終了
	関係者への研修会、オンデマンド配信	適宜実施		終了
9）保健所及び感染症主管所属の支援	任期付き職員、会計年度職員増員	継続		終了
	県庁職員、関係機関の支援体制	支援体制は継続		終了
10）連携体制	県新型コロナウイルス感染症対策会議	継続（開催回数減）		終了
	保健医療福祉部局内会議	継続（開催回数減）		終了
	県庁と保健所間での会議	継続（開催回数減）		終了
	WEB会議による入院医療機関との連携	継続（開催回数減）		終了
	医師会役員会への定例参加	継続（開催回数減）		終了
	高齢者福祉施設、市町村との意見交換	継続（開催回数減）		終了

ことも、島根県の感染状況に関係していると考えられる。

2022年以降、急速に体制を整えて、島根県での新型コロナウイルス対策を充実してきた。５類移行直前の島根県の主な取り組み状況は**図表２**の通りである。

③５類移行後の対応

（ア）新型コロナウイルス感染症の感染状況

（ｉ）新型コロナウイルス感染症の感染状況とクラスター発生状況

５類移行に伴い、直近７日間陽性者数（人口10万対）の把握方法が全数把握から定点把握になった。単純な比較はできないが、**図表３**に第８波での全数把握の陽性者数と、定点医療機関から報告された陽性者数のグラフを重ねたものを示す。またクラスターの発生状況については、５類移行と関係なく同様の方法で把握したものを**図表４**に示した。いずれも2023年８月（第９波）と2024年２月（第10波）をピークとする２つの波が確認された。

クラスターの発生場所状況についても**図表４**に示した。第７波以降は高齢者福祉施設、医療機関が多くなっている。このような施設でクラスターが発生すると、陽性者の療養先の確保が困難になること、また、施設スタッフの感染による人手不足が生じ、施設機能に大きな影響を与えることとなり、そのことがさらなる療養および医療の受け入れ制限につながった。

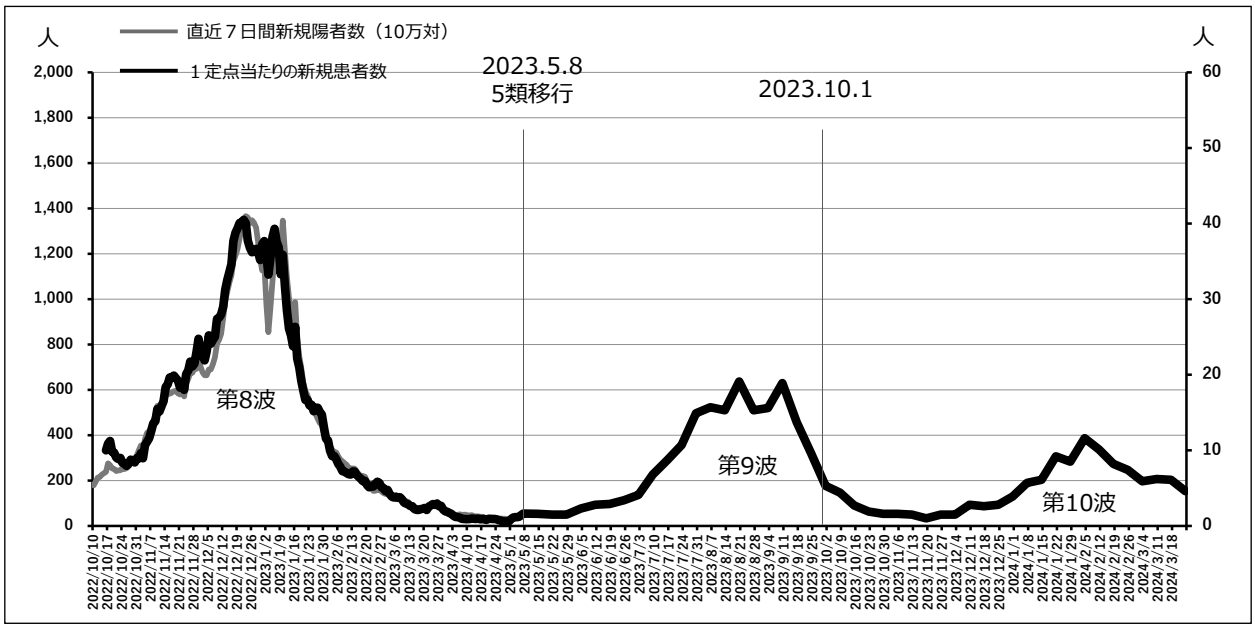
（イ）新型コロナウイルス感染症対応業務の縮小状況と課題

島根県では５類移行まで**図表２**に示すさまざまな対策を構築してきた。５類移行後段階的に業務を縮小し、2024年４月１日に通常対応体制に移行した。主な業務縮小状況は**図表２**の通りである。特にポイントと考えられる健康相談体制、医療体制、高齢者福祉施設、障がい者福祉施設の療養支援等について詳しく述べる。

（ｉ）健康相談体制

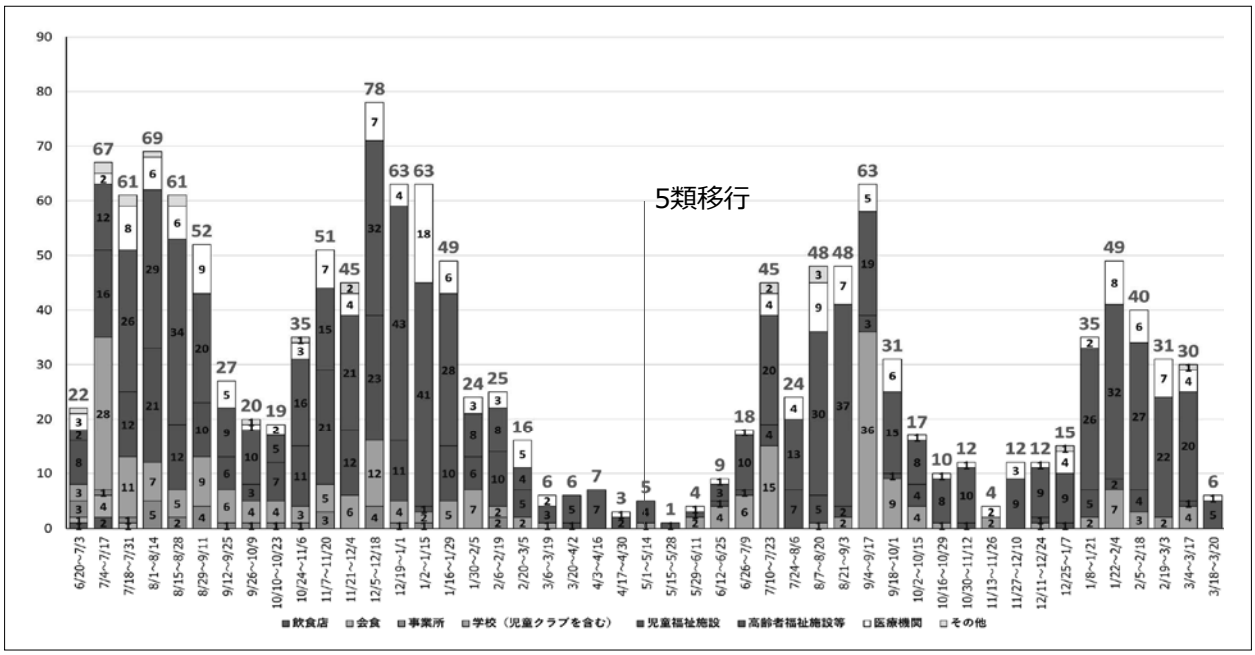
島根県で最も早く外部委託した業務が健康相談コールセンターである（2020年６月）。外部委

図表３　島根県内新型コロナウイルス感染状況と対応　～５類移行以降



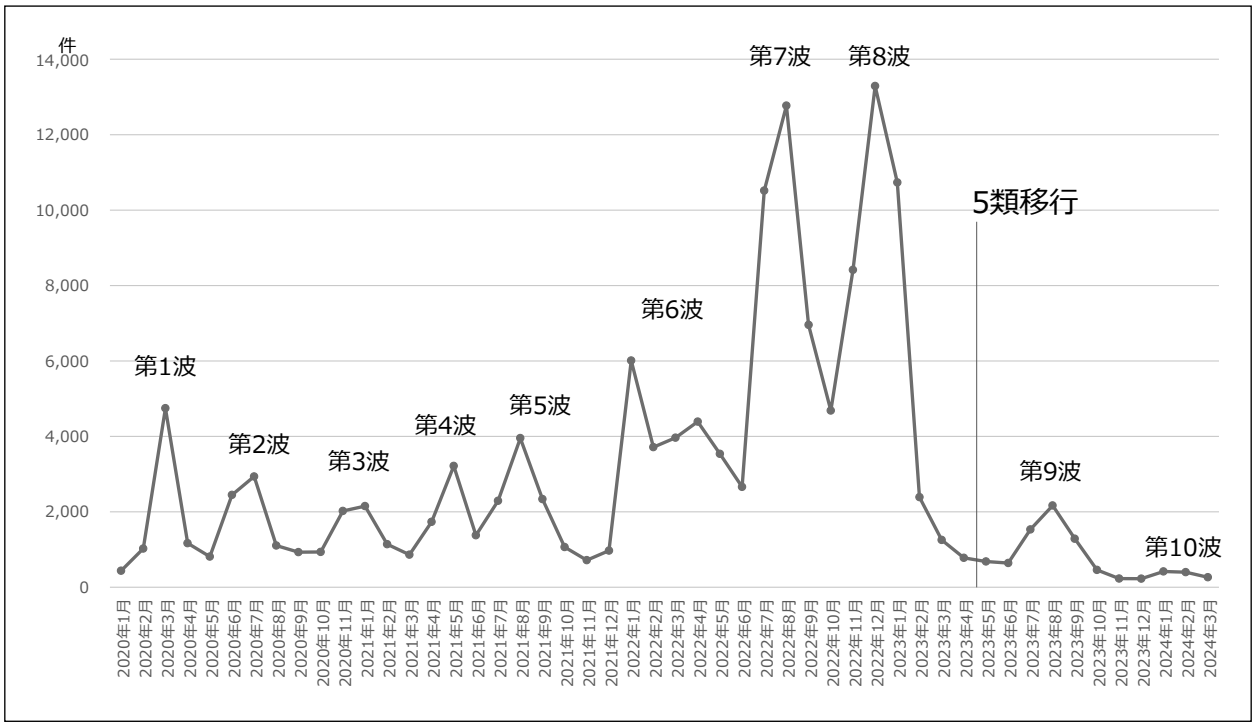
託先と定期的に打ち合わせをしながら、マニュアルやQ＆A等を徐々に充実させてきた。相談件数は感染状況により増減し、第７波と第８波のピーク時にはそれぞれ１万1,967件／月、１万2,288件／月となった。５類移行時には新型コロナウイルス感染症の一般相談に加えて、ワクチン相談、罹患後症状の相談も担っており、相談件数は689件／月であった。

図表４　島根県内の種別クラスター件数（2022.6.20以降）総計1,438件



※直近の状況は3/18～3/20の3日間の集計
出典：島根県感染症対策室資料

図表５　健康相談コールセンターの相談実績（2020.3～2024.3）



また５類移行に合わせて陽性者登録センターおよびフォローアップセンターを廃止するため、健康相談コールセンターに、検査陽性であった場合の相談や療養に関わる相談がかかることを想定して、コールセンターの看護師体制を充実する形で継続した。回線数は感染状況に応じて増減させながら、2024年３月31日まで継続した。

健康相談コールセンターの相談実績を**図表５**に示す。５類移行後は徐々に相談件数は減少した。第９波のピーク（2023年８月）には2,167件／月であったが、第10波のピーク（2024年１月）では418件／月であった。このような状況で、健康相談は2024年４月に保健所へ円滑に移行できた。

新型コロナウイルス感染症に対する県民の不安や関心が、５類移行後に減ったこと等が、相談件数減少の背景と考えられる。なお、５類移行にかかわらず最も多かった相談内容は、発熱等患者に対応する医療機関の紹介であった。

（ⅱ）医療体制

５類移行後の医療提供体制の概要は**図表６**の通りである。詳細は下記の通りである。

図表６　2023年5月8日以降の医療提供体制の概要

項目		５月８日以降の対応（9月末時点）	10月以降の対応
外来	医療機関	**・幅広い医療機関で対応** ・外来対応医療機関（392機関：9月28日時点）による対応 ・ホームページで医療機関名を公表	**・幅広い医療機関で対応** ・外来対応医療機関の拡充の取組を継続 ・医療機関名の公表を当面継続
入院	医療機関 病床確保	**・幅広い医療機関で対応（46病院＋1診療所）** ・病床を最大447床確保し、段階に応じて運用	**・幅広い医療機関で対応（46病院＋1診療所）** ・確保病床の対象を重症・中等症Ⅱ以上等の患者、対象期間を一定の感染状況を超える期間に重点化し、状況に応じて運用 （最大22病院157床）
	入院調整	・G-MISの入力 **・医療機関同士による調整** ・医療ひっ迫時は本部による調整	・G-MISの入力 **・医療機関同士による調整を継続** ・本部による調整の枠組みは継続

◎外来診療体制

外来診療体制については、定例的なWeb会議、県医師会常任理事会や郡市医師会長等会議、保健所による郡市医師会への働き掛けにより、2023年３月時点で公表した上で外来を対応する医療機関は355施設となった。これは2018年度にインフルエンザを病名としてレセプト請求をした医療機関446施設の約80％である。加えて公表はしないが「かかりつけ患者に対しては発熱時の対応をする」という医療機関もあり、多くの医療機関から協力が得られた。５類移行後も働き掛けを継続して、2023年９月末で392施設（約88％）となり、その後はあまり増えなかった。2024年６月からの診療報酬の改定で外来感染症対策向上加算は継続され、発熱患者等対応加算が追加された。今後必要に応じて医師会への要請を続けたい。

◎罹患後症状患者への診療体制

罹患後症状については当初から、まずはコールセンターへの相談またはかかりつけ医での受診をお願いし、対応困難時に最寄りの２次医療圏等で指定された医療機関に紹介する体制を構築したため、５類移行時も円滑に対応できた。

◎入院診療体制

＜病床確保と入院調整＞

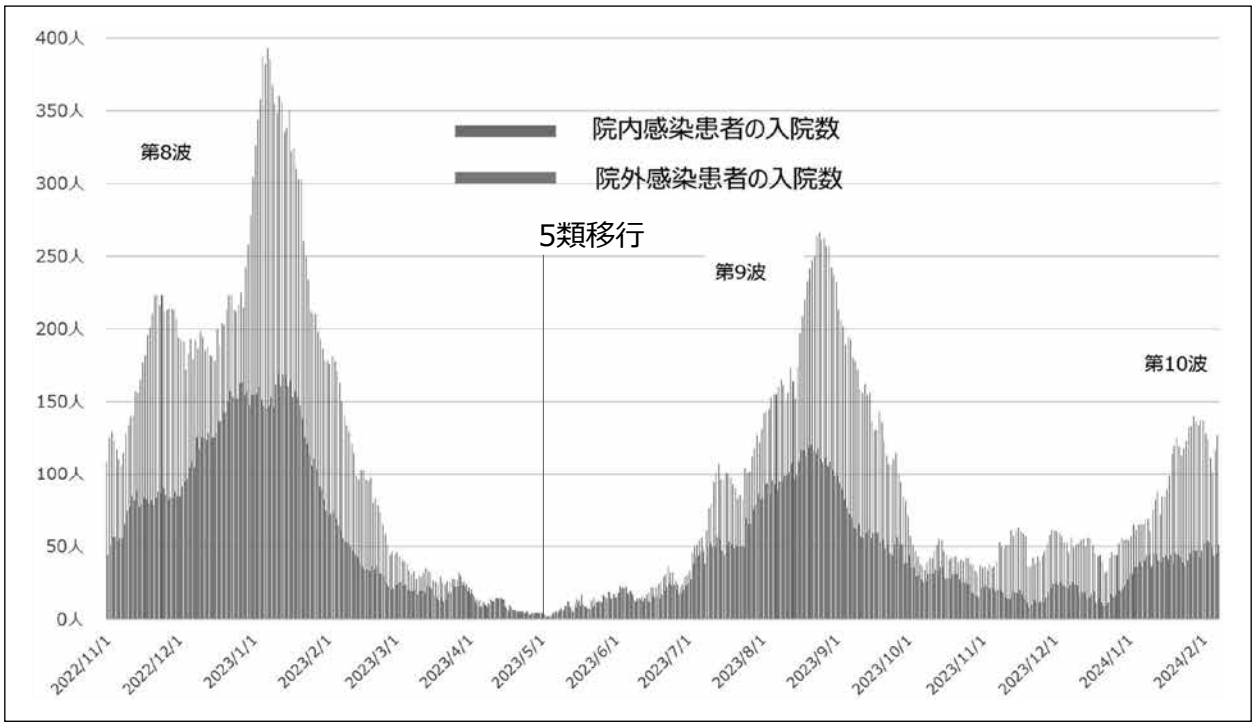
確保病床については、５類移行前には30病院387床であった。第７波および第８波で症状が軽いオミクロン株が主流となり、患者が急増したため、毎週開催していた県内全病院対象のWeb会議で、「新型コロナウイルス感染症以外の患者に対応する医療レベルまで、新型コロナウイルス感染症患者に対しても各医療機関で対応をする」「入院病床を確保していない医療機関を含むすべての医療機関で、院内感染の新型コロナウイルス感染症患者は原則自院で対応する」「入院調整については医療機関同士の調整を原則として、問題があれば入院調整本部で対応する」といった方針を伝え続けた。最初は各医療機関の対応に差があったが、５類移行直前には、新型コロナウイルス感染症患者に対しても、通常患者と同様に対応していただけるようになり、入院調整についても医療機関同士で調整が99.8％あり、スムーズに５類移行が進んだ。

一方、移行計画の中で５類移行後から2023年９月末までは最大受け入れ可能病床（受け入れ表明病床を含む）は47病院（診療所を含む）で447病床となった。2023年10月以降は、最大受け入れ可能病床は47病院で447病床を維持した上で、確保病床が「一定の感染状況かつ重症・中等症Ⅱ以上等の患者を対象」とされた。そのため第１段階の確保病床数17床（17病院各１床）とし、最大確保病床数を157床とした。しかしすでに通常医療体制に近い状態で入院医療が提供されており、第９波、第10波の際に、第１段階の病床確保をする基準に達した時期もあったが、「各病院が通常対応している医療レベルまでは、新型コロナウイルス感染症患者に対応する」ように要請し、2024年３月末まで続いた。

＜医療逼迫への対応＞

５類移行後の第９波および第10波のピーク時には、５類移行前の第７波および第８波同様に一部に医療逼迫が発生した。**図表７**のように感染が拡大すると、病院では外部からの入院患者の増加に加え、院内感染による患者も増加する。このような状況では看護師等の医療従事者に

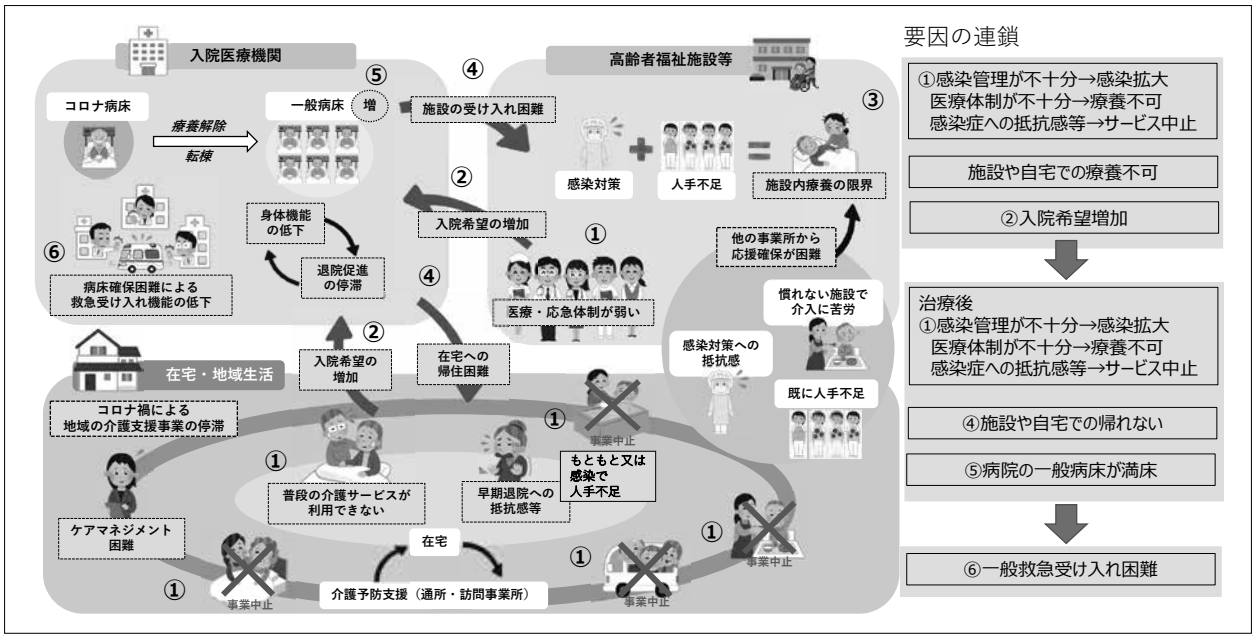
図表７　院外感染患者と院内感染患者の入院数の推移



も市中感染や院内感染による陽性者が増えるため、稼働できる病床数が減少してしまう。

一方施設では、施設療養者や職員に感染者が増え、特に協力医療機関の支援が少ない施設では、施設療養を十分に行うことができなくなった。また地域でも居宅系サービスを担うスタッフの感染や、新型コロナウイルス感染症への偏見などから居宅系サービスを停止する場合もあり、医療機関の負荷が増加して、一部の地域で一般救急の受け入れが難しくなることが発生した。その要因の連鎖を模式図にしたものが**図表８**である。

図表８　出雲圏域における病床逼迫の原因



出典：出雲保健所作成を一部改変

このような課題を解消するために、全県では各病院間で全県と２次医療圏ごとの流行状況や課題を共有した。医療が逼迫した地域では、保健所が中心となって病院、郡市医師会、市町村、福祉関係者がそれぞれに厳しい状況を共有し、病院は急がない医療を控える、診療所は自宅療養での対応を増やす、福祉施設は施設内療養を増やす等を行うことで乗り切ることができた。このような対応はすでに第７波、第８波でも経験したものであった。

◎高齢者福祉施設、障がい者福祉施設での療養支援

＜療養支援＞

高齢者福祉施設、障がい者福祉施設等はリスクの高い人が入所しており、患者が増加すると重症化する人も増える。またこれらの施設でクラスターが増える時期は、地域の感染者数が増加し、介護職員や医療従事者も感染することから、施設機能が低下することになる。島根県では2021年３月から感染症対策主管課に島根県院内感染制御ネットワークに参加する医療機関の感染制御看護師（ICN）等の協力を得て感染管理チームを、2021年６月に高齢者福祉施設、障がい者福祉施設等の県庁主管課に業務支援チームを設置した。

第６波までは13施設に訪問支援したが、第７波になると施設内感染が急増し、同時に医療逼迫も起こった。そのため施設での療養を促進するためにDMATの協力も得て、施設への訪問

指導体制を強化した。施設内で感染者が発生すれば、１例から毎日報告（初発後10日間）を受けモニタリング行い、毎日Web会議での指導助言に加えて、必要に応じて医師、感染制御看護師、事務職等がチームで、訪問指導を行い、施設の協力医療機関への情報提供も行った。また臨床心理士による施設職員のメンタルヘルス対策等も実施した。これらのことにより、施設職員が安心感を持ち、施設内療養を積極的に進めることができるようになった。

５類移行後もこの体制を維持し、施設には１例から報告（初発後５日間に短縮）を求めて、Web会議を実施（クラスターの発生状況によりWeb会議の回数も変動）した。

５類移行後は、保健所によるクラスター発生施設への電話または訪問による指導が充実したことから、県庁への業務支援チームおよび感染管理チームの派遣要請は大きく減少した。

＜感染管理、医療的管理および業務継続支援＞

高齢者福祉施設、障がい者福祉施設では、施設による感染管理および医療的管理状況に大きな格差があった。新型コロナウイルス感染症流行当初はゾーニングの設定もできず、個人防護具（PPE）の着脱やマスクの使用法等で誤った使い方をしている施設、清潔・不潔の概念が理解できない施設など感染管理の基本的な部分で課題が生じていた。特別養護老人ホーム等の一部の施設には看護職が配置されているが、配置のない施設も多い。また嘱託医や協力医療機関を決めている施設も多いが、検査陽性者が発生すると嘱託医が来てくれない等の事例が見受けられた。嘱託医や協力医療機関の施設内感染への関与の度合いにも差異が認められた。さらにサービス付き高齢者住宅では、入居者個々の主治医は決まっているが、施設全体の協力医療機関は決まっておらず、感染管理および医学的管理が不十分なまま療養している実態も散見された。

このように多くの不安を抱えながら働く施設職員に対して、Web会議をベースとしながら、プッシュ型で訪問指導を実施し、さらに医療機関には医師会や病院Web会議を通して、施設での新型コロナウイルス感染症へも通常通りの対応を依頼する等の働き掛けによって、徐々に施設の感染管理や医療的管理の充実が図られた。

感染管理および医療的管理は、業務継続支援のために不可欠である。施設内感染が発生している中で業務継続するためには、業務継続に必要な物資不足、人員不足、職員の不安等に対する支援が必要である。しかし、施設による格差はまだまだ存在しており、2023年夏ごろから2024年３月にかけて、県庁担当者が市町村、特に介護関係部局を訪問し、介護施設の業務継続支援の協力を求めたが、施設への支援については市町村による格差がある。2024年４月以降も市町村の関わりについては依然として差があり、課題は根深いものがある。今後も関係者への研修や意見交換等を粘り強く働き掛けていく必要がある。

④まとめに代えて

（ア）平時からの準備が必要

2020年から2024年までの新型コロナウイルス感染症の流行期には、医療機関、福祉施設等の感染症への対応、そして医療機関連携、医療介護連携、施設居宅連携、県と市町村の連携等、平時から存在していた問題がより顕在化した。平時の対応にシフトした現時点においても、関係機関や施設等が連携して、感染症に強い保健医療福祉を目指すことが重要である。

2023年度に感染症予防計画および保健所危機対処計画が作られ、一定の方向が出された。2024年度には国が新型インフルエンザ等行動計画を改定し、都道府県の計画も策定される。その後マニュアルが見直されることになるが、その際には前記の課題を含め、新型コロナウイルス感染症の経験を考慮する必要がある。

（イ）県庁・保健所の通常体制への移行

感染症法に基づく業務の多くが都道府県業務として位置付けられている。島根県でも県庁保健医療福祉部局および保健所は、３年３か月間新型コロナウイルス感染症対策に忙殺され、緊急対応以外の関係機関との連携を図るための会議等には数年間開催されていないものもある。一方で人事異動は毎年あり、「引き継ぐことがコロナしかない」といった声も聞かれる。コロナ禍で中断した県庁・保健所業務の質の担保が課題の一つである。これらについてはWeb会議を活用して担当者同士で相談する場を増やす等、業務の経験不足を補完している。

謝辞

本稿を記載するに当たって、島根県の新型コロナウイルス感染症に関わった多くの職員にご協力いただいたことに深謝いたします。

2 自治体単位での体制と役割

（1）都道府県～愛媛県の体制と役割～

〈河野 英明　愛媛県保健福祉部医療政策監〉

①対策本部等の体制

2020年３月26日、「新型インフルエンザ等対策特別措置法」（以下、「特措法」という）に基づく政府対策本部の設置および基本的対処方針の策定を受けて、本県においても同特措法に基づく愛媛県新型コロナウイルス感染症対策本部を設置し、県と市町の指揮系統の一本化、情報の一元化、関係機関との連携を基本とする知事の本部運営方針の下、対策にあたった。

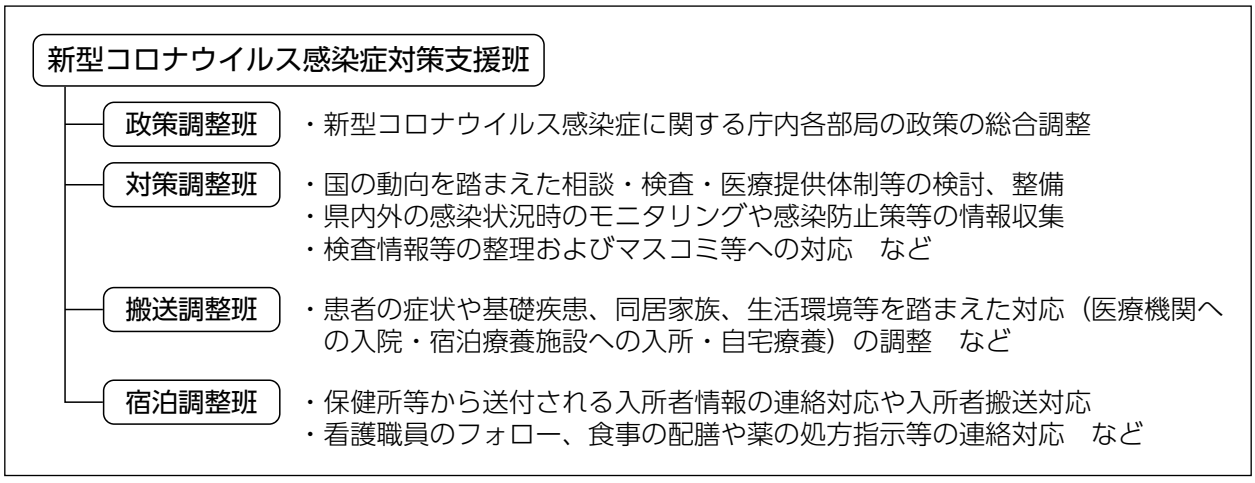
2020年４月１日、本県の新型コロナウイルス感染症対策の立案を円滑に行うため、専担チーム「新型コロナウイルス感染症対策支援班」（コロナ班）を設置した。また同日、県対策本部医療対策班の実行部分を担い、新型コロナウイルス感染症患者の入院調整を円滑に行うため、「愛媛県新型コロナウイルス感染症調整本部」を設置し患者搬送コーディネーターを配置した。

その後、新型コロナウイルス感染症対策事業推進班（2020年７月１日）、新型コロナワクチン接種推進班（2021年１月14日）を設置した。

（ア）新型コロナウイルス感染症対策支援班

新型コロナウイルス感染症に関する県庁内各部局の政策の総合調整をはじめ、国の動向を踏まえた相談・検査・医療提供体制等の検討・整備、感染状況等のモニタリングや感染防止策等の情報収集・県民への情報提供、医療機関への入院・宿泊療養施設への入所・自宅療養の調整に関する対応など、新型コロナウイルス感染症対策立案の中心機能を担った**（図表１）**。

図表１　新型コロナウイルス感染症対策支援班の概要



（イ）愛媛県新型コロナウイルス感染症調整本部

感染症患者が大幅に増加した場合の医療提供体制についてあらかじめ検討するため、県職員のほか、集中治療、呼吸器内科治療、救急医療、感染症医療等の専門家や災害医療コーディネーター等で構成する調整本部を設置した**（図表２）**。調整本部会議には、すべての重点医療機関の病

院長と保健所長にオブザーバー参加を要請し、医療体制の構築や運用に関し積極的な意見交換が行われた。また、調整本部内の搬送調整班において、患者搬送コーディネーターが中心となり、保健所との連携の下、重点医療機関や宿泊療養施設等への調整を全県下一元的に行った。

図表２　新型コロナウイルス感染症調整本部の役割

県新型コロナウイルス感染症調整本部（本部長：保健福祉部長）
（副本部長：医療政策監、社会福祉医療局長、救急・感染症等の専門家）

〈役割〉
・感染者を重点的に受け入れる重点医療機関において、新型コロナの入院患者が大幅に増えた場合の医療体制についてあらかじめ検討
・各医療機関の病床稼働状況の把握
・人工呼吸器やECMOの稼働状況等の把握
・入院患者等の受け入れ調整・搬送調整

②医療提供体制の確保

（ア）入院受け入れ体制（病床の確保等）

新型コロナウイルス感染症専用の入院病床（確保病床）の確保は、医師会、病院との個別交渉を当初から継続し、段階的に拡充を図った。第５波時点の28病院316床から、第８波の最大時には50病院520床にまで増加した**（図表３）**。

また、「入院超過協力金」「入院受入協力金」「後方支援協力金」など県独自の協力金制度を創設し、確保病床を持たない医療機関において、かかりつけ患者や自院における入院患者が陽性となった場合に、自院内に患者を留め置くことで特定の医療機関に負担が集中しない体制や、軽症者向けの後方支援医療機関を確保することで、重点医療機関の病床の有効利用や負担軽減を図るなど、感染急増時においても地域全体でコロナ患者に対応できる体制を整備した。

図表３　各波の最大確保病床数の推移

		第１波	第２波	第３波	第４波	第５波	第６波	第７波	第８波
		2020.3.31	2020.8.6	2021.2.1	2021.5.31	2021.12.28	2022.6.13	2022.9.13	2022.12.27
重症（県全体）		—	33	33	26	26	26	26	26
中等症	東予	21	22	63	58	78	85	120	134
	中予	28	111	111	105	136	171	221	229
	南予	21	63	63	64	76	78	121	131
	小計	70	196	237	227	290	334	462	494
合　　計		70	229	270	253	316	360	488	520
医療機関数		10	14	16	22	28	36	42	50

（イ）自宅療養者の医療

自宅療養者の外来診療受け入れや、往診・オンライン診療・訪問看護等に対する協力金を創設

し、自宅療養者の体調急変時に速やかに受診できる体制と、入院が必要となった場合に、随時入院調整を行う仕組みを構築した。

・コロナ専用外来の確保

搬送コーディネーターが受診調整する対応医療機関（32機関）を整備。

・外来診療受け入れ協力医療機関の確保

第７波の陽性患者の急増を受け、医師会を通じてさらなる協力を依頼し、自宅療養者の外来受診体制を大幅に拡充（2022年９月９日時点224医療機関〈東予72、中予89、南予63〉）

・医療機関への健康管理業務の委託および薬局による薬剤配送の実施

重症化リスクの高い自宅療養者に対し、保健所に代わり医療機関の医師が電話等による健康管理を実施するとともに、必要に応じて、薬局が薬剤を配送する体制を整備。

・自宅療養者医療相談センターの設置（2022年８月）

症状が悪化した自宅療養者向けの24時間対応相談窓口。看護師による医療相談や医師によるオンライン診療を実施し、必要に応じて薬を処方。

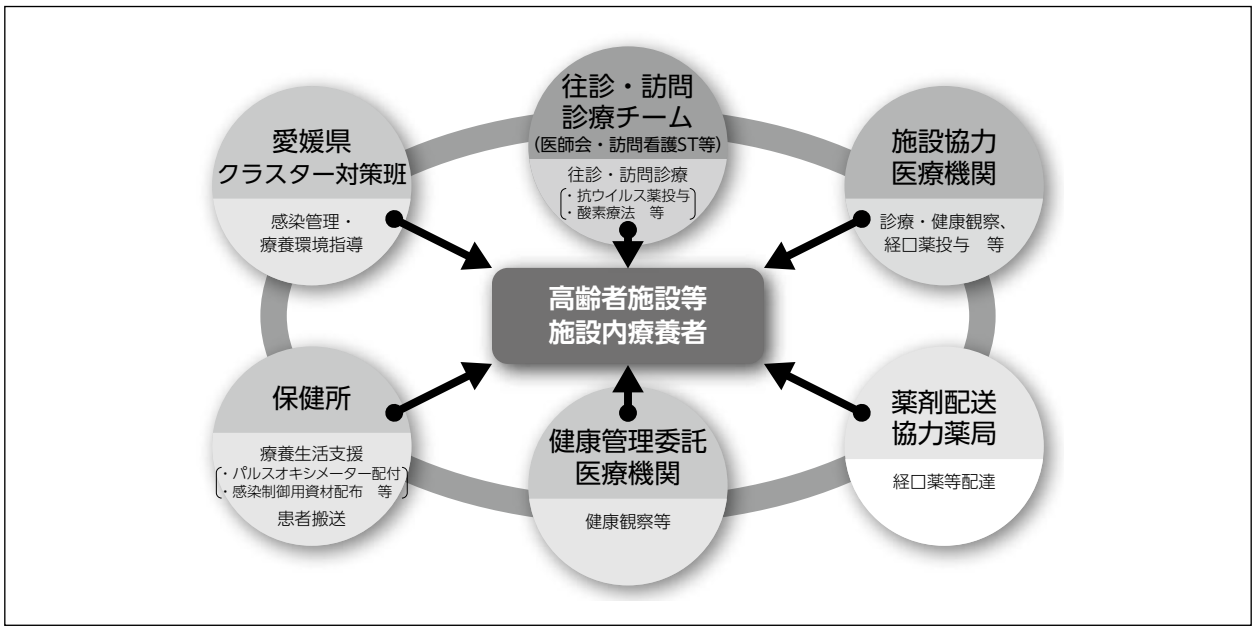
・陽性者登録センターの設置（2022年８月）

診療・検査医療機関の逼迫を回避するため、重症化リスクの低い軽症または無症状者が外来受診を経ることなく確定診断を受け、自宅療養に移行できる仕組みとして設置。

（ウ）施設内療養者に対する医療支援

高齢者施設の入所者については、施設内での介護の継続が必要な場合や、生活環境を変えない方が望ましい場合もあり、無症状や軽症であれば、施設内で療養を行うケースも多くあった。この場合、施設の職員による健康観察に加え、施設の協力医療機関が診療等を行うが、要請があれば、必要に応じて医師会等の協力を得て往診・訪問診療チームを編成し、経口治療薬の投与や酸素療法等を実施する体制を整備した**（図表４）**（県独自の協力金制度を創設2023年12月）。

図表４　施設内療養者に対する医療提供体制



（エ）搬送調整

・病床の効果的使用のための調整の場の設定（第６波以降）

入院が必要な患者の搬送調整は、患者搬送コーディネーターを中心に搬送調整班が一元的に行っていたが、第６波の感染拡大・医療逼迫を受け、二次医療圏域ごとに地域の状況に応じた調整に切り替えることとし、随時会議を開催して対応を協議した（患者が集中する松山圏域では、医療逼迫時は、週１回程度のWEB会議を開催）。

圏域ごとの会議では、確保病床を最大限活用するため、入院の必要性判断の共通認識の醸成、確保病床以外の病床や高齢者施設等での医療提供の推進、下り転院・後方転院の調整、療養解除前の軽快患者の自宅療養等への転換などについて協議した。

・特に配慮を要する患者の入院調整の体制整備（第６波以降）

特に配慮が必要な妊婦や透析患者に対しては、専門医とコーディネーターが協働する体制を整えた。妊婦は愛媛大学医学部附属病院にコーディネーターを配置し、陽性妊婦に係る、受け入れ先・入院先の搬送調整、妊婦健康診査の受診調整を実施した。透析患者は愛媛人工透析研究会が主体となって外来透析を含めた県内の陽性透析患者に対する搬送調整を実施した。

③クラスター対応

（ア）クラスター対策班

2020年５月に発生した精神科病院クラスターの対応を踏まえて、同年秋に「えひめクラスター対策班」のスキームを構築し、集団感染が発生した医療機関や高齢者施設等に対し施設内のゾーニング等の感染管理指導を行う体制を整えた。

クラスター対策班は、県内28医療機関等の感染症専門医やICNおよび保健所、衛生環境研究所の職員59人で構成し、医療機関、高齢者施設や福祉施設、学校寮など陽性確認後も引き続き同じ環境で療養を行う必要がある施設、コロナ患者の受け入れ病院となるに当たり経験者からの指導を希望する医療機関等へ、保健所が調整し派遣した**（図表５）**。

図表５　クラスターの発生状況およびクラスター対策班活動状況（2023年５月７日まで）

時期	クラスター発生件数	クラスター内訳	クラスター対策班介入実績（2020年11月以降）
第３波まで（～2021年３月）	30件	飲食店・会食13、職場内・仕事関係５、医療機関３、高齢者施設６、学校２、友人間１	８施設25回 ・医療機関：３施設　・高齢者施設：５施設
第４波（2021年３月～６月）	25件	繁華街１、飲食店・会食８、職場内・仕事関係７、 医療機関２、高齢者施設４、福祉施設１、学校２	10施設21回 ・医療機関：６施設　・高齢者施設：３施設　・福祉施設：１施設
第５波（2021年７月～2022年１月）	40件	飲食店・会食10、職場内・仕事関係17、高齢者施設２、学校３、児童施設２、イベント・スポーツ・野外活動等４、友人間２	６施設７回 ・医療機関：３施設　・事業所・学校：３施設
第６波（2022年１月～６月）	433件	飲食店・会食36、職場内・仕事関係93、医療機関23、高齢者施設76、福祉施設17、学校78、児童施設71、スポーツ・友人間39	65施設100回 ・医療機関：10施設　・高齢者施設：48施設　・福祉施設：６施設　・学校：１施設
第７波（2022年６月～10月）	328件	飲食店・会食16、職場内・仕事関係13、医療機関70、高齢者施設164、福祉施設18、学校21、 児童施設16、スポーツ活動10	54施設56回 ・医療機関：21施設　・高齢者施設：33施設
第８波（2022年10月～2023年５月）	535件	医療機関138、高齢者施設364、福祉施設33	24施設24回 ・医療機関：５施設　・高齢者施設：18施設　・福祉施設：１施設

（イ）高齢者施設職員一斉検査の実施

高齢者施設では、職員を経由してウイルスが持ち込まれる状況を踏まえ、施設内での感染を早期に把握し迅速な対応につなげるため、2021年４月～５月（第４波）、県内５市の高齢者入所施設の職員を対象に初めて一斉検査（PCR）を実施した。第６波では2022年１月～３月にかけて、感染拡大が顕著な地域から実施し、順次、今後感染拡大が懸念される地域へ対象を拡大し20市町中14市町で実施した（抗原検査キット）。

その後は、基本的対処方針に集中的検査の実施が追加されたことから（2022年９月）、「集中的実施計画」を策定し障害者施設や保育所等も含め対象施設等の従事者に集中的検査を実施する体制を構築した。

④ワクチン接種の推進

県ワクチン接種班の主な役割は、①市町へのワクチン分配量の決定　②市町との調整、市町の支援、進捗管理　③副反応に対応する医療機関の確保、相談窓口の設置　④卸業者との流通調整等－であり、その他さまざまな媒体を活用したワクチン接種に関する正しい情報発信、県内の保育施設や教育機関と連携し、乳幼児や児童、生徒の保護者等に向けた啓発を実施した。

このうち、市町の支援として、医療従事者の確保や会場の運営等を県が担うことで、市町の負担軽減を図りつつ県内の接種を後押しすることを目的として、県内に３つの県営会場を設置した（11日間6,208人に接種）。また、各市町で不足する医療従事者を確保するため、県立医療技術大学、愛媛大学医学部、県立病院、県看護協会、県歯科医師会、県薬剤師会に対し、派遣への協力要請を行ったほか、ワクチン接種に協力する薬剤師、看護師、歯科医師への研修、負担の大きい小児接種に係る財政支援を実施した。

⑤警戒レベルの設定と県民等に向けた広報・情報発信

（ア）県独自の警戒レベルの設定

2020年５月８日、感染第２波を想定し、感染状況等に応じた県独自の警戒レベルを設定し公表した。「感染縮小期」「感染警戒期」「感染対策期」の３つのレベルとし、2021年１月に、感染警戒期において、感染拡大が危惧され、より強い対策が必要な状況である場合を、「特別警戒期間」として追加した**（図表６）**。

第６波以降は、感染対策期に移行することはなかったが、感染警戒期の特別警戒期間にレベルを上げた上で、愛媛県BA.5対策強化宣言、愛媛県BA.5医療危機宣言（第７波）、医療逼迫警戒宣言（第８波）を併せて発出し、県民への呼び掛けを行った。

図表６　愛媛県独自の感染警戒レベル

感染縮小期	感染予防と社会経済活動の両立を図る段階
感性警戒期	感染予防を重視。社会経済活動は、制限付きで展開する段階
感染警戒期 ～特別警戒期間～	感染警戒期において、今後の感染拡大が危惧され、より強い対策が必要な状況である段階
感染対策期	感染予防を最優先。社会経済活動はできる限り縮小する段階

（イ）県民等に向けた広報・情報発信

・記者会見による感染状況等の情報発信

知事による記者会見の実施やマスコミによる収録、共同取材への対応など、感染拡大時には連日情報発信を行った。

・県民・事業者への呼び掛け

知事から県民・事業者へのメッセージなどを公表・送付等し、感染拡大防止をはじめ、緊急事態宣言やまん延防止等重点措置、県独自の警戒レベルにおける対策等に対する協力を呼び掛けた。また、SNS（Twitter）を活用し、日々の陽性者数速報値や県内市町の感染状況を色分けした地図等を公表して注意喚起を図った。

・県ホームページによる広報・情報発信

県民への正確な情報発信を行うため、県ホームページに新型コロナウイルス感染症に関する総合情報ページを開設。感染動向や感染防止対策、自宅療養者・濃厚接触者向け情報、ワクチン接種、事業所向けの支援など、新型コロナウイルス感染症に関するさまざまな情報を掲載。最新情報を速やかにホームページに掲載し、県民に広く周知を行った。

⑥５類移行後の対応

国は、９月末までを移行期間として段階的な移行を進める方針を示していたが、本県は、５月８日以降は５類感染症としての対応に一斉に移行することとした。外来診療は、コロナ前に季節性インフルエンザの診療を行っていた医療機関に対し、新型コロナウイルス感染症についても外来診療体制を整備するよう要請した。入院については、基本的にすべての病院が入院受け入れ体制を整備することとし、第８波の最大入院患者数を基に目標数を示して圏域ごとに調整した。入院調整はすべて医療機関間の調整に移行し、患者紹介や救急搬送の申し合わせなど圏域ごとにルールを決めて運用することとした。高齢者施設等については、施設内で適切に医療を提供できるよう、協力医療機関等と施設の連携強化を図ることを要請した。

2023年３月18日に５類移行後の方針を決定し、二次医療圏域ごとに協議調整を行った。４月には５類移行後の方針や新型コロナウイルス感染症診療や院内感染対策等に関する医療機関向け研修会を開催し、理解と協力を求めた。

５類移行後の診療体制は、外来対応医療機関が移行前の678機関から42増えて720機関（内科・小児科・耳鼻科を標榜する医療機関の約８割）、入院は、病床確保医療機関が移行前の２倍以上の109機関で、第８波のピーク時に対応できる病床数を確保できた。

県内では、2023年７月～９月と2024年１月～２月にかけて定点当たり10を超える感染拡大（ピーク時、21.11、21.33）があったが、いずれも医療の逼迫や救急搬送困難事例の急増を起こすことなく対応できた。

（2）沖縄県の取り組み～地方の専門家として政策決定を支援する～

〈高山 義浩　沖縄県立中部病院感染症内科・地域ケア科副部長〉

①沖縄県疫学・統計解析委員会

私は、2020年７月に設置された沖縄県疫学・統計解析委員会（以下、「疫学委員会」という）において、県内における新型コロナウイルス感染症の流行状況を分析し、必要な施策へと生かすための提言を行ってきた。

この疫学委員会は、当初、企画部科学技術振興課の所管において、新型コロナウイルス感染症の既感染者数の推定を目的とし、県内公立病院の救急受診者を対象とした血清疫学調査を解析するチームであった。京都大学の水本憲治先生を委員長とし、北海道大学の大森亮介先生、広島大学の松山亮太先生、パスツール研究所の島川祐輔先生、京都大学の永元哲治先生に解析をお願いした。いずれも、感染症疫学を専門とする第一線の研究者である。

その後、疫学委員会は、血清疫学の解析のみならず、県内の流行状況の分析や予測についても県からの相談を受けるようになり、2021年４月から沖縄県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）の分科会に位置付けられた。県内外の発生動向を専門的知見に基づいて分析し、沖縄県における政策立案に反映されるようになった。2021年９月からは専門家会議から独立して、知事直轄の委員会へと改組された。

2023年５月８日、新型コロナウイルス感染症の５類移行に伴って、私たち疫学委員会は約３年にわたる役割を終えた。

②科学的根拠に基づく政策決定（図表１）

疫学委員会では、2021年７月から2022年９月まで、ほぼ毎週、計65本の委員会報告を県に提出している[1)]。

その構成は、地域別の新規陽性者数・実効再生産数、年齢階級別・保健所管区別・市町村別推移、渡航者陽性者数の動向、社会福祉施設の動向、年齢階級別入院受療率・重症化率・致死率、変異株の発生状況、そして、今後の見通し、求められる対策など多岐にわたった。

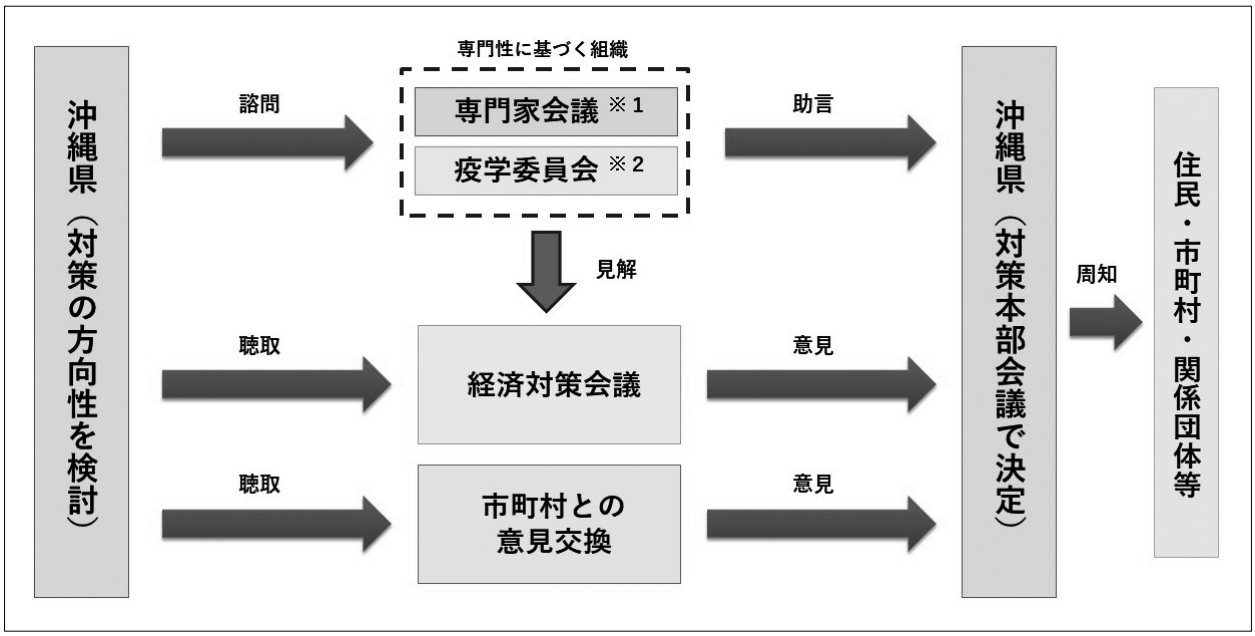
特に、１週間後の入院患者数と重症者数の地域別推計については、足元の感染者数と実行再生産数に基づき、おおむね正確に予測することができたため、関係者が危機感を共有するだけでなく、先手を打った医療体制の確保や住民への注意喚起に役立てていただけた。

報告書の提出は毎週月曜日とされていたが、委員らは、週末の休みを割いて分析作業に当たっていた。私の役割は、これらの分析結果を基に、住民に伝わるように言語化することであった。毎週日曜の夜は徹夜となり、分析結果や説明方針に納得がいかないときは、深夜に委員がオンライン上で激論となることもあった。

仕上がったばかりの委員会報告について、火曜日には知事に直接説明することが恒例となっていた。沖縄県DMAT統括であり、医療コーディネーターを務める佐々木秀章先生が同席し、医療提供体制の状況について説明を加えていただいた。知事室には、保健医療部長と担当統括官、必要に応じて福祉や教育、観光などの担当部長も同席し、専門家と行政との率直な意見交換の場となっていた。

今般のパンデミックへの対応に当たり、沖縄県では、科学的な根拠をもって政策を決定することが浸透していた。もちろん、政策とは、多様な利害関係者との調整が前提となるものであり、科学のみにて進められるわけではない。ただ、知事をはじめ県幹部は、思い込みによることなく、専門家による分析結果を踏まえて政策を検討されていたと思う。

図表１　沖縄県における政策決定の流れ（イメージ）



※１　沖縄県新型コロナウイルス感染症対策専門家会議　　※２　沖縄県疫学・統計解析委員会

③専門知をいかに伝えるか

専門家の一人として、また県行政と疫学研究者の橋渡しをする立場として、私なりに心掛けていたことがある。それは、「必要とされている分析を迅速に提供すること」であった。

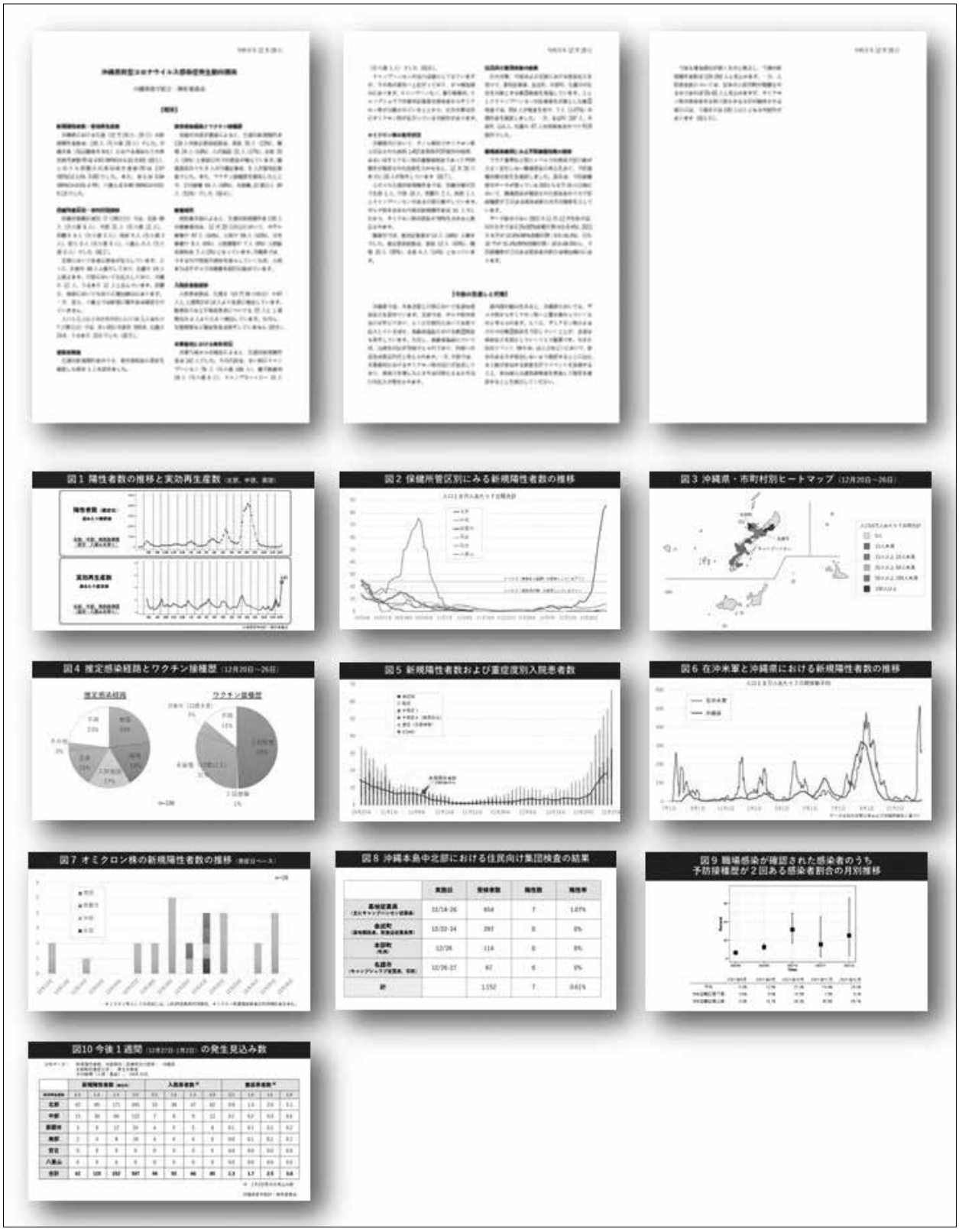
疫学委員会による報告について、「より精緻に分析すべきではないか」と指摘されることもあった。私自身、仮説の確度を上げるよう研究者に求めたことがある。しかし、それには２週間かかる、母数を増やす必要があるなど、科学者として当然の回答が返ってきた。結局のところ、時間がかかる分析は余力ある研究者に任せることとし、私たちは迅速に足元で使える報告を毎週発出することへと力を注ぐことにした。

例えば、ワクチンの有効性について県民に伝える必要が生じたときは、年齢別の重症化率や致死率についての分析を翌週までに仕上げるようにした。あるいは、高齢者施設支援の重要性を共有する必要があれば、支援班の活動実績を急いで取りまとめ、迅速な支援介入の成果を明らかにした。しばしば、県職員に対して「明日までにデータをまとめて提出してください」というむちゃな依頼をしてしまい、大変な負担をお掛けした。県の正式な委員会であるからこそ可能なことであったが、県職員の全面的な協力には心より感謝している。

疫学委員会として分析すべき課題を知るため、県対策本部会議やコーディネーター会議、医療本部ランチミーティングに至るまで、さまざまな会議にできるだけ出席するようにした。政策決定者や行政担当者、医療コーディネーターが何に悩んでいるか。現場とつながっている職員が幹部を説

得できないで困っていることは何か。こうしたことを彼らとの議論を通じて受け止める必要があった。オンラインで出席できるようになったことは、地方で仕事をする専門家として、かなり助けられた。

図表２　沖縄県新型コロナウイルス感染症発生動向報告（2021年12月28日）



もちろん、こうした議論に参加するためには、自分自身が臨床的な感覚を持っておくことが不可欠である。感染症医として、新型コロナウイルス感染症の特性や治療について最新の情報へとアップデートしながら、できるだけ院内や在宅における臨床には携わり続けるようにした。個別の患者の接触歴や渡航歴、重症化している患者の背景といった事例を知っているからこそ、疫学情報を生きたものとして伝えられるようになる。

迅速に分析結果を提出するだけでなく、専門家でなくとも分かるように説明するよう心掛けた。実のところ、知事も、保健医療部長も、新型コロナウイルス感染症対策以外にも重要な案件を数多く抱えている。限られた時間で委員会報告に目を通していただくためにも、パッと見て分かる図表、サッと読んで伝わる文章でなければならない。

このため、報告書を作成するに当たって、専門的であるだけでなく、一般の住民にも伝わりやすい文章を心掛けた。それはすなわち、そのまま知事が定例記者会見で読み上げることができる体裁でもあった。多忙な幹部職員たちにとっては、すぐに使える文章が求められていた。実際、記者会見だけでなく、県の文書においても、私たち委員会が作成した文章をそのまま引用されることが多かった。

私たち疫学委員会の作業とは、こうしたことの繰り返しだった。科学的な分析に基づいた政策決定がなされるためには、専門家が自らの言いたいことを、科学の言葉で放っているばかりでは活用されにくい。専門家だけが集まって議論していても、政策の論評会へと陥りがちだ。「科学的だから正しい」だけを主張していても、住民には伝わらず、政治に生かされることもない。いかに行政や住民に伝えるかは、専門家が情報を発する段階から意識しておく必要がある。

④研究者の協力を引き出す

大きな課題があった。それは、第一線の研究者が協力し、週末を含む多くの時間を割いて政策決定に役立つ分析を行っても、沖縄県からはなんの見返りもなかったことである。

実際に、研究者たちは毎週のように徹夜作業を重ねても、その報酬を受け取ることはなかった。彼らは、「自分たちの能力が沖縄県で役立てられているという実感こそが報酬だ」と言ってくれたが、金銭的な見返りはなくとも、やはり研究的な価値が認められる作業を望んでいたはずだ。研究者とは、本能的に「新たな知見＝論文化できる分析」を求めるものだからだ。

パンデミックに限らず、健康危機管理に際して、若手研究者の有する専門知を動員することは今後も想定しておかなければならない。このとき、彼らが研究者としての時間やキャリアを犠牲にしていることを理解し、その貢献に対する見返りとして、自由度の高い研究費を行政側から提供したり、雇用期間を延長するよう大学側で制度化したりといったインセンティブを考えるべきではないかと思う。

なお、今回、感染症疫学の分野において、県内の専門家を見つけることができなかったことも、今後の課題として検証すべきである。次の危機に備え、対応できる研究者をリストアップすると同時に、大学などと連携して必要な人材を県内で育成する体制をつくる必要があるだろう。

バッシングから研究者を守ることも重要である。沖縄県は比較的穏やかな地域であるため、作業環境としては良好であった。ただ、それでもSNSなどにおいて、的外れな批判やデマにさらされることはあった。メンバーが公表されているため、委員会への攻撃が研究者の職場へと及ぶ可能性に

ついても懸念された。実際に攻撃的なメールや手紙を受け取った者もおり、時間を割いて分析に取り組んでくれた研究者には申し訳ないことであった。

さまざまな意見が交わされることは、社会にとって健全な状態である。異なる意見を封じ込めようとするのではなく、互いに尊重しながら意見交換が行える環境を整える必要がある。その上で、行政には、責任の所在を明確にしながら決断する姿勢が求められる。

行政を支援する専門家を社会のバッシングから守るためには、健全な言論環境の構築とともに役割分担の明確化が求められる。しかるに、県行政が作成する疫学関連の資料には、専門家に相談することなく本部会議や記者会見に提出されるものがあった。政策的には吟味された資料かもしれないが、科学的には不正確な情報を含むことが少なくなかった。しかも、専門家の目を通していないことを明確にしなかったため、これらが疫学委員会によって作成されたと誤解され、不当な批判の原因となることもあった。

最終的に専門家の助言を採用するかどうかは、有権者からの負託を受けた政治が決めることだ。ただし、科学的な分析から目を逸らすことなく、決定した理由について説明責任を果たしていただきたい。

⑤不足していた住民志向

沖縄県では、県医師会や病院長会議、専門家会議、疫学委員会、あるいは医療コーディネーターによる日々の議論など、行政と専門家が密接に連携しながら施策が検討される体制が取られていた。

この対策に関わる行政担当者らの熱意と柔軟さは、振り返ってみても特筆すべきものがあった。また、行政と連携する医療コーディネーターをはじめとした医療関係者との議論は、常に前向きであり、感染者と地域医療を守ろうとする姿勢が揺らぐことはなかった。

その結果、医療提供体制の整備、高齢者施設の支援など、臨機応変に展開することができていた。この点は、全国でも先進的な連携が確立されており、厚生労働省や他県から参考とされることもあった。

ただし、ソーシャル・マーケティングで行われるような住民志向の検討は十分ではなかったと言わざるを得ない。施策が前進しない障害要因についての分析や、その説明責任を果たすことも不十分だった。これは、沖縄県でワクチン接種への協力がなかなか進まず、全国最低の接種率で推移してきたことに表れていた可能性がある。

今回、専門家による政策決定の支援について紹介したが、専門家だけでなく、地域のさまざまな住民の代弁者たち、例えば学生や若者、労働者、高齢者、患者団体などから、活発に意見が出されるのがいわゆる健全な民主主義社会である。特に感染対策は、さまざまな暮らしに介入するため、影響を受ける住民からの多様な意見こそが重要である。

ところが、多様な意見が共存することに、あまりにも日本人が苦手としていることが露呈したように思う。意見が割れるたびに「どれが正しいのか」と騒然となり、激しい攻撃が起きてしまうこともあった。それ故、沖縄県の行政も、異なる意見がテーブルに乗ることを恐れていた節がある。しかし、意見が割れること自体は、社会医学においては起こり得ることである。このとき求められるのが地方政治のリーダーシップであり、さまざまな意見に耳を傾け、決断する行政が求められて

いた。

科学的な分析がどれほど迅速にされても、その解説がどれほど丁寧であっても、住民の行動変容につながる政策とならなければ意味がない。沖縄県に限らないが、このことが次への反省点として残されているのではないか。

これから沖縄県が超高齢社会へと直面していく中で、さらに社会医学は困難な道を歩み、行政は苦しい決断が求められるようになるだろう。だからこそ、より住民の意見に耳を傾け、住民に見える形で決断し、住民の協力を引き出せる行政が求められている。

■参考文献

1）沖縄県新型コロナウイルス感染症対策疫学・統計解析委員会資料について
https://www.pref.okinawa.jp/iryokenko/covid19/1018295/1018300/1022645/1018406.html

（3）新規陽性者１万人／日を想定した保健所体制 ～オミクロン株による感染拡大と大阪市の対応～

〈吉田 英樹　大阪市健康局首席医務監〉

①はじめに

本市の新型コロナウイルス感染症対策においては、保健所感染症対策課にPCR検査、疫学調査、入院・搬送調整等の専任チームを編成し、保健所は新型コロナウイルス感染症対策の中核として大阪府や医療関係団体等と連携を図りながら、各種施策の企画立案および、各区保健福祉センターとの業務調整に当たった。また、発生動向の公表、病床確保および入院先の決定、宿泊施設の入所調整は大阪府が保健所設置市も含め一元的に行った。

第５波以降、新規陽性者数の段階に応じた体制と対策をあらかじめ定め、感染拡大時には、高齢者や基礎疾患のある方などの重症化リスクの高い陽性者に一刻も早く最初の連絡を入れ（以下、「ファーストタッチ」という）、症状や重症度の把握、療養場所の決定および緊急連絡先の案内等、必要最低限の支援を最優先するなど、先を見越した体制整備に取り組んできた。ところが、第６波においては、オミクロン株への置き換わりに伴い過去に類を見ない速度で感染が急拡大し、連日、事務処理能力を超えた発生届が医療機関から提出されたことから、HER-SYSへの入力が滞留しファーストタッチに遅れが生じた。また、受診相談センター（以下、「コールセンター」という）へ問い合わせが殺到し受電率（入電数に対して応答できた割合）が20％程度に低下するなど、保健所業務が極めて逼迫するに至った。本稿では、第６波以降の保健所の現状と取り組みを中心にまとめる。

②第６波の保健所の現状と取り組み（図表１、図表２）

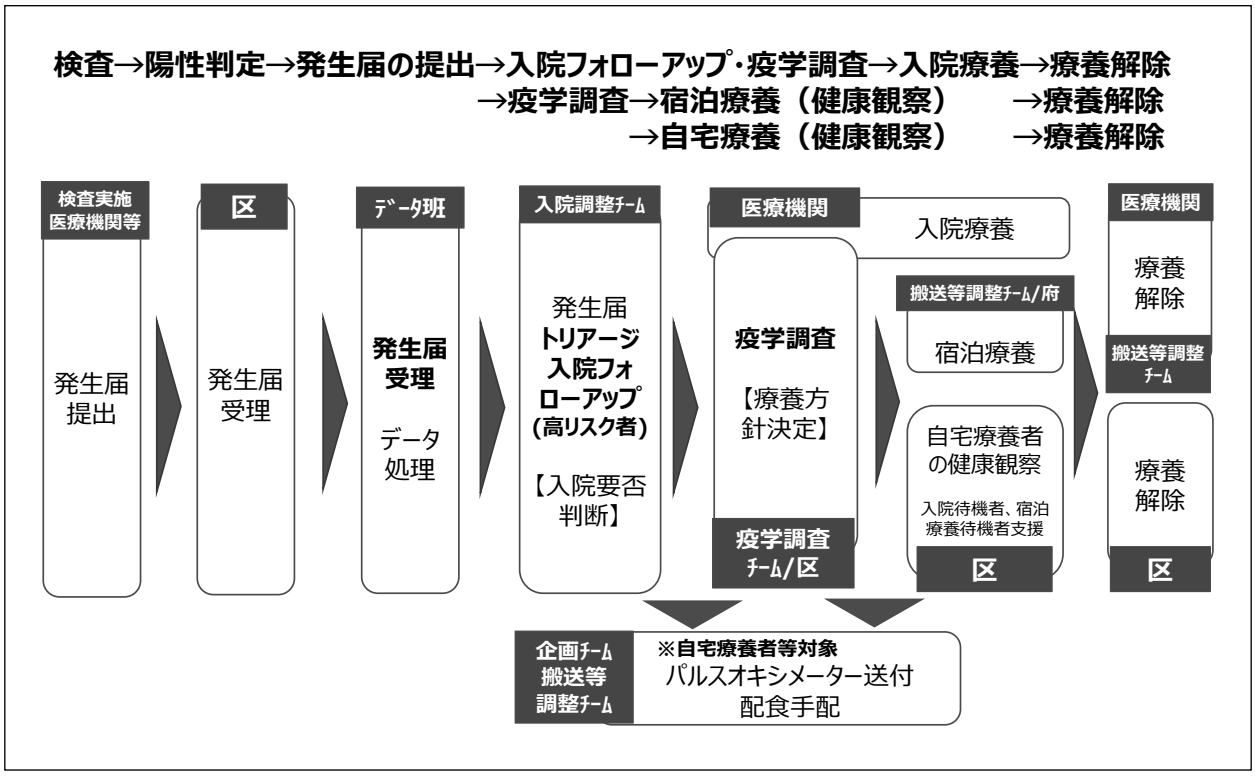
第６波における１日当たり新規陽性者数のピークは2022年２月５日の7,294名であり、第５波までは前回ピークの２倍程度で推移していたが、同５倍を超え１か月にわたり大規模な感染が継続した。増加ペースに追い付かず保健所業務が極めて逼迫したことから、全庁的な応援体制により最大631名（本市職員335名、派遣職員296名）の体制に拡充するとともに、陽性者管理の効率化およびファーストタッチの重点化（対象の絞り込み）を図った。

（ア）発生届の処理と陽性者管理

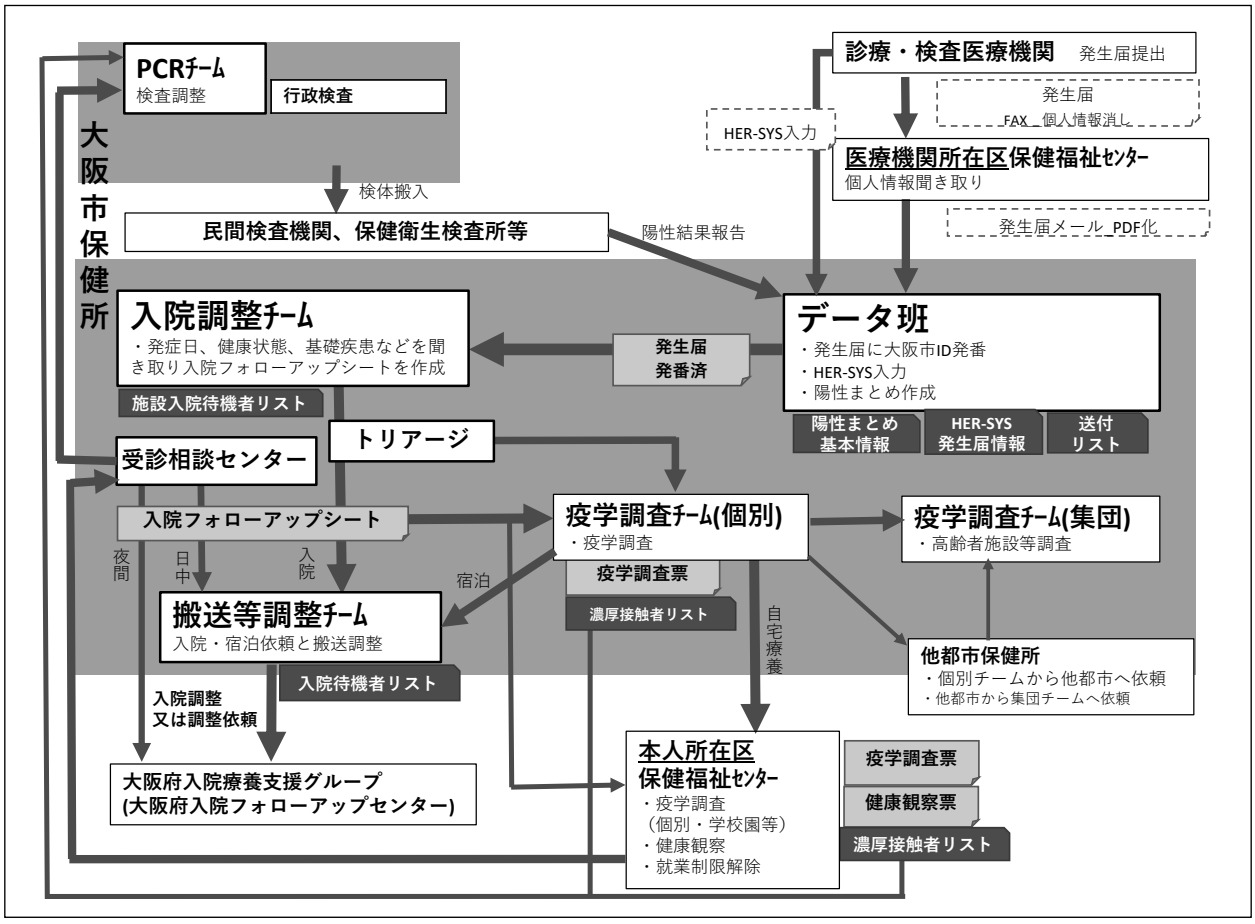
医療機関から提出のあった発生届のうち、約６割が紙媒体での提出であり、HER-SYSへの代行入力を行っていたが、2022年２月には新規陽性者数の急増とHER-SYSの不具合も相まって２万件以上の滞留が発生した。即時解消を図るため、保健所以外に入力拠点を複数設置し処理能力を増強した。また、４月に市内の全医療機関に対してHER-SYSのアカウントを発行・配付しHER-SYSでの提出を促し、大阪府においても普及啓発に取り組んだ。

陽性者の管理に当たっては、エクセル共有ファイルを用いた「陽性者管理台帳」により行っていたが、ファイルの破損、不具合が多発したことから、負荷を軽減するため5,000件ごとに分割管理していたものを1,000件ごとに変更し、マクロ開発により高速表示・編集を行えるようにしたことで操作性が向上した。また、複数の機能（HER-SYS IDと本市特有の保健所IDの変換機能など）を実装したことにより、業務効率が格段に向上した。

図表１　新型コロナウイルス感染症対応の流れ



図表２　第６波における体制図



併せて、紙媒体の発生届により専任チーム間で情報連携していたものを、データ連携に変更し、例えば、ファーストタッチの優先順位を判断する際に、最適なトリアージ項目（妊婦、65歳以上、重症化リスク要因の有無、SpO2値）の設定や追加が可能となり、目視による時間の浪費と見落としを回避し事務作業の迅速化が図られた。

これらの取り組みにより、医療機関における発生届のHER-SYS入力率は６月末時点で約７割となった。陽性者管理台帳の運用については、当初は順調に稼働していたものの、新規陽性者数の急増に伴う負荷に耐え切れず、エラーが多発するなど不具合が生じ、その都度復旧作業に時間を要し陽性者対応が滞る事態となった。そのため、大量の情報処理を安定的に行えるシステムの早期導入と処理体制の確立が課題となった。

（イ）ファーストタッチ

第６波では、第５波を上回る新規陽性者数（1,700人／日）を想定し、保健所は疫学調査、区保健福祉センターは自宅療養者とその家族の対応に専念することなど、双方の役割分担の見直しと明確化を図った。当初は新規陽性者数に応じて段階的に人員を拡充しながら、疫学調査の項目を重点化した上でファーストタッチへ切り替え、全陽性者へアプローチすることを想定していたが、想定をはるかに超える感染の急拡大に伴い、発生届のHER-SYS入力が滞った影響もあり、ファーストタッチに遅れが生じ保健所体制が逼迫する見通しとなった。そこで、入院、宿泊療養の対象者を優先するためにファーストタッチの方法を見直し、2022年１月31日から発生届の内容に応じて、若年層で重症化リスクのない方は原則、SMSによる緊急連絡先の案内およびMy HER-SYSによる健康観察を実施することとした。その後、SMSの対象者を段階的に拡大した。集団を対象とした疫学調査についても、陽性者が１日1,000人を超えた段階で、高齢者入所施設等ハイリスク集団へ重点化することとした。しかし、ファーストタッチが遅れ患者情報入手に時間を要したことにより、集団での接触があると把握した時点で施設が初発の陽性者を覚知してから２週間が経過しているということも少なくなく、すでに施設内で感染がまん延している状況となり、感染制御やクラスター発生予防の活動がかなわず、療養支援および健康観察を中心に行わざるを得ない状況となった。

（ウ）医療提供体制

大阪府内においては軽症中等症病床使用率が100％前後で推移し、重症病床についてはオミクロン株の特性により、新型コロナウイルス感染症による症状は軽症中等症だが、その他の基礎疾患等により重症病床での入院加療が必要な患者が増加し、重症病床使用率が50％近くに及んだ。また、救急搬送困難事例も増加するなど、医療提供体制が極めて逼迫した。本市の搬送体制としては、第６波での感染拡大を見据えて2022年１月以降にジャンボタクシーを１台追加し、民間救急車４台、ジャンボタクシー５台の計９台とした。

③第７波の保健所の現状と取り組み

オミクロン株のような感染力の強い変異株は感染が急拡大するため、迅速に保健所体制を整備するためには、あらかじめ執務スペースを確保しておくことや陽性者の管理に当たっては、大量の事務処理を安定的に行えるシステムを導入する必要がある。第６波を経験して次の波に備えるべく、１日１万人の新規陽性者が発生する想定で保健所の体制を再構築した。

専任チームの再編成、外注範囲を大幅に見直し一般的な相談業務やHER-SYSの代行入力を委託化し、最大1,353名（本市職員310名、派遣職員443名、委託職員600名）の体制に拡充した。また、執務場所を新たに確保し必要な人員を配置できるようになったが、多くの職員が分散したことにより円滑な指揮命令、専任チーム間での連絡調整といった業務効率面での課題が残った。

第７波においては、オミクロン株BA.5系統への置き換わりに伴い、７月下旬から約１か月間新規陽性者数が7,000人を超過する大規模感染が続いた。１日当たり新規陽性者数のピークは2022年７月28日の8,428人であった。

（ア）発生届の処理と陽性者管理

2022年５月から「陽性者管理台帳」に代わる「MIO-SYS（大阪市感染症業務管理システム）」を開発・導入し、専任チーム間および区保健福祉センターとの陽性者情報の即時連携が可能となり安定稼働したほか、レポート機能によるデータ抽出、編集等の一括処理、ダッシュボード機能による進捗状況の可視化を行うことで、保健所業務全体が飛躍的に効率化された。また、インターネットファックスを導入し、医療機関からファックスで提出される発生届をデータ化することで、陽性者の管理と検索が容易になり重複登録が解消された。さらに、国において発生届の届け出項目の簡素化が行われることを受け、データ化された発生届の記載内容をOCR処理で自動的に読み取るためにAI-OCRを導入した。これらにより、職員の入力負荷が大幅に軽減された。また、システム導入と医療機関における発生届のHER-SYS入力率が約７割まで向上したこともあり、処理の滞りは解消した。

（イ）コールセンター

第６波のピーク時には、１日当たり受電率が20％程度の日もあり、想定をはるかに超えるものであったため、コールセンターでは対応困難な状況となった。第７波に向けて受電体制の検討を進めるに当たり、一般的な相談業務を業務委託へ切り替え、320回線（受診相談センター70回線、一般相談センター250回線）へ拡充した。第７波に入り１日当たりの新規陽性者の増加とともに受電数が増加したことから、一般相談センターの電話回線数を最大300回線へ変更し2022年８月から24時間体制とし、加えて100回線を臨時開設（９月末まで）した。また、受診相談センターの電話回線数を78回線へ増設した。

（ウ）配食サービス

第６波では、配食希望者数の増加などから商品調達が追い付かない状況となり、対象者を高齢者等に限定せざるを得なかったが、2022年７月から５事業者それぞれと１日最大2,500件以上、合計で１日１万2,500件以上の配送に対応できるよう契約締結し、希望する自宅療養者全員への提供が可能となった。

（エ）ファーストタッチ

第６波を超える感染規模となり、優先してファーストタッチを行う対象者を2022年７月22日に75歳以上に引き上げた（９月７日に65歳以上へ戻した）。また、ファーストタッチ対象外となった高齢陽性者の相談窓口として、コールセンターに高齢陽性者専用ダイヤル（60回線）を臨時開設し、病状増悪など緊急時の連絡に備えた。

高齢者入所施設等の対応については、陽性者を早期に覚知し、本来の感染制御に取り組むための対応ツールを新設した。具体的には、発生届によらず陽性者が施設内で１人でも発生した時点

で施設からの報告を受けるための専用メールアドレスを設け、コールセンターの受電率が低下した際も施設からの緊急連絡を優先できるよう、入院調整用直通電話を設置した。感染制御に当っては外部人材の活用を検討し「感染制御・業務継続支援チーム派遣事業」を創設した。感染制御の経験のある医師・看護師・介護福祉士等を構成員とするチームを公募し、感染拡大が懸念される施設への派遣を開始した。これらの取り組みにより疫学調査件数が大幅に増加し、感染制御やクラスター発生予防の活動を行うことができた。

（オ）医療提供体制

オミクロン株BA.5系統への置き換わりによる感染の急拡大に伴い病床は逼迫した。オミクロン株の特性により重症化率が低く抑えられたことから、大阪府の重症病床使用率は最大で15.6％にとどまる一方、軽症中等症病床使用率は最大で77.7％になるなど、重症病床と軽症中等症病床のアンバランスが生じた。搬送体制については、民間救急車の利用が午前９時から午後10時までのため、午後10時以降は保健所での搬送体制がなく、逼迫したことや救急車の長時間待機が発生した。そのため、７月１日から、これまでの民間救急車４台から９台へ拡充し、このうち５台については24時間の運用を行うとともに、消防局救急車からの患者引き継ぎにも対応するなど、搬送体制を強化した。なお、本市では受入病床協力金制度を設け2020年12月以降運用し病床の拡充を図ってきたが、大阪府内の確保病床が着実に増加していることなどを踏まえ、2022年６月30日をもって終了した。

④第８波の保健所の現状と取り組み

国は発生届の対象者を全数から４類型に限定する見直しを行い、ハイリスク者への保健医療の重点化と陽性者の療養期間の見直しなど、第７波を上回る感染拡大が生じたとしても、保健医療システムを機能させながら、社会経済活動を維持する方針を示した。大阪府においては陽性者登録センターを設置し、引き続き、全数把握を継続するとともに、検査キット配付センターを設置し、重症化リスクの低い方への自己検査を推奨するなど、行政主体による体制整備から、医療機関、高齢者施設等、府民が各自、「備え」や「対策」を行う「Withコロナ」体制へ転換を図った。本市においては、第８波に向けて、国・府の推計値から市内における１日１万人程度の大規模な新規陽性者数を想定して準備を進め、第７波を上回る体制を整備した。第８波における１日当たり新規陽性者数のピークは2023年１月７日の5,468人であり、第７波の8,428人、第６波の7,294人を下回った。

（ア）コールセンター

第８波当初は受診相談センター88回線、一般相談センター300回線の計388回線で運用していたが、2022年11月から受電数が増加し始めインフルエンザとの同時流行も懸念されたことから、年末年始に向けて十分な体制を確保するため、臨時コールセンター220回線（一般相談170回線、高齢陽性者専用ダイヤル50回線）を開設し、第７波を上回る最大608回線の体制を整えた。

（イ）ファーストタッチ

第８波のピーク時においても対象者の重点化を実施することなく陽性者対応を行った。また、高齢者施設等の対応については、感染制御やクラスター発生予防の活動を継続し、クラスターの急激な増加は見られなかったが、緩やかに増加する期間が長期間にわたり継続した。

（ウ）医療提供体制

2022年10月以降、新規陽性者数の増加に伴い、大阪府の病床使用率も徐々に増加したが、引き続きオミクロン株の特性により重症化率が低く抑えられたことから、重症病床使用率は最大で15.3％となる一方、軽症中等症病床使用率は最大で65.6％となった。第７波において搬送体制を強化し、民間救急車９台、ジャンボタクシー５台の計14台で運用していたが、より速やかな搬送および消防局救急隊のさらなる負担軽減を目的に、民間救急車を新たに２台確保し、民間救急車11台、ジャンボタクシー５台の計16台の搬送体制に拡充した。患者の病態に応じた消防局救急隊からの患者引き継ぎや、民間救急車による24時間対応の搬送７台についても継続した。

（エ）臨時発熱外来の開設

2022年11月27日～2023年２月26日の期間の年末年始（12月29日～１月３日）を含む日曜、祝日において発熱外来を整備した。公立の３病院に開設したほか、本市を含む大阪府下のほとんどの公私立病院が会員となっている「(一社）大阪府病院協会」ならびに「(一社）大阪府私立病院協会」に協力を依頼し、両協会から所属する病院に対し働き掛けを行った結果、公立の３病院と合わせて13区20病院（うち輪番制３区）において臨時発熱外来を開設した。開設期間内には、延べ5,400人が受診した。

⑤2023年５月８日以降の取り組み

国において、５類感染症へ変更する方針が決定された。幅広い医療機関で患者が受診できる医療提供体制に向け段階的に移行するとし、移行期間において、相談体制、外来、入院医療体制等、一部行政による関与を行っていくとされた。具体的には、感染状況の把握については、それまでの全数把握から定点把握へ変更され、移行期間中における入院調整については、原則、医療機関間の入

図表３　５類移行後（５月８日〈月〉以降）の新型コロナ対応について

【大阪市の方針】　国・府の方針を踏まえて、移行期間に必要な対応に着実に取り組む

高齢者施設等への対応	・**原則、現行の取組を継続し、重症化リスクの高い高齢者が多い高齢者施設等を引き続き支援**
相談体制	・**相談体制については、受診相談機能（体調急変時等の専門相談）を維持し、一般相談（医療機関案内等）にも対応**
医療体制	・**入院調整は原則、医療機関間による対応とし、調整困難事例は行政による対応を継続** ・**十三市民病院のコロナ専門病院としての運用を終了（府の求めに応じて、公的医療機関としての対応を図る）**
ワクチン接種	・**集団接種会場の設置を見送り、個別接種を中心とする体制に移行し、春・秋開始の特例臨時接種に対応**

出典：2023年３月17日付 厚生労働省事務連絡等

院調整とし、調整困難事例は行政対応を継続する形へ、医療費については、急激な負担増を回避するため一部公費負担が継続されるなどの措置が取られた。本市の新型コロナウイルス感染症対応についても大きく転換することとなった**（図表３）**。

⑥これまでのワクチン接種の取り組み

本市では、行政と医療の資源を有効活用し、「個別接種」と「集団接種」を組み合わせた接種実施計画の下、体制を構築し、ワクチン接種事業を推進してきた。接種体制については、当初、個別接種対応の医療機関が少なかったことから、各区に集団接種会場を、国際見本市会場（インテックス大阪）に大規模接種会場を設置し、2021年８月以降は交通の利便性が高い市内中心部に中規模接種会場を複数箇所設置する体制に移行していった。個別接種に関しては、実施医療機関が順調に拡大し、2023年１月には2,000件を超える医療機関が参画するに至り、３月には集団接種を終了し、以降、個別接種のみによる対応とした。本市では、このように接種機会の確保を図るほか、接種を希望される方への支援として、区役所での予約支援・相談窓口の設置や、本市福祉部局を含む高齢者・障がい者福祉関係事業者等との連携を進め、保健所職員による巡回接種「キャラバン隊」を高齢者施設等へ派遣する等の取り組みを行った。また、2022年２月には、市内の個別医療機関と各集団接種会場の予約空き情報や取り扱いワクチン、受け入れ対象者、予約方法等の情報をインターネットの地図上（グーグルマップ）に表示する「大阪市コロナワクチンマップ」の運用を開始するなど、独自の取り組みも実施しながら接種促進に努めた。

⑦まとめ

新型コロナウイルス感染症の第６波以降の本市対策の変遷については、以上の通りである。2022年１月に新型コロナウイルス感染症が市内で発生してから約３年半、大阪府新型コロナウイルス対策本部会議とも連携し、府域一元的な施策と保健所設置市としての役割を確認しながら、感染の波が収束するごとに振り返り、課題の抽出、改善策を検討し次の波への備えを行ってきた。また、人口が多い大都市であるが故にオミクロン株が流行するまでは府内陽性者の半数近くを本市陽性者が占め、市域で感染拡大を食い止めるべく、大阪府が市内にPCR検査場を設置・運営し、本市は職員を派遣するなど協働してきた。

第６波においては、過去に類を見ない速度で感染が急拡大し、対策の最前線である保健所の業務量は膨大となり、極めて逼迫した状態に陥った。第７波に向けて、１日１万人の新規陽性者の発生を想定した体制を構築する中で、業務が逼迫する一要因として、本市の業務分担制においてはいったん処理が滞ると後続の業務も引きずられて遅れるということが挙げられた。その打開策として安定的に大量の事務処理が可能となるシステム導入を決定し、開発に当たっては専任チームを立ち上げ、陽性者対応に忙殺される状況下においても所内ミーティングを重ね、各チームの課題と解決策を共有し職員一丸となって取り組んだ。その結果、各チームが必要とする情報をリアルタイムに入手することが可能となり、保健所業務全体が飛躍的に効率化された。さらに、人員の拡充や外部委託化の拡大が奏効し、第７波以降においては処理の滞りなど、業務運用面で大きなトラブルは生じることなく経過したが、人員拡充に伴い新たに執務室を確保したため、多くの職員を分散配置せざるを得ず、円滑な指揮命令やチーム間での連絡調整といった面で課題が残ることとなった。なお、

その点については、当初からの課題でもあり平行して議論を重ねた結果、大規模感染症対応業務を一元的に担うことができる保健所庁舎整備を決定している。

今般の感染症法の改正を受けて、本市においても「大阪市感染症予防計画」を策定し、感染症危機における平時からの備えを本計画に位置付け、全庁的な応援体制の確保や即応人材の育成等の取り組みに着手したところである。新型コロナウイルス感染症対応で培った経験を生かし、関係機関とのネットワークが今後も有効に機能するよう連携に努めるなど、感染症危機への対応可能な保健所体制の構築が求められる。

（4）東京都特別区の状況

〈関 なおみ　大田区保健所参事／元大田区感染症対策課長〉

①第６波（2021年12月上旬～2022年３月下旬）

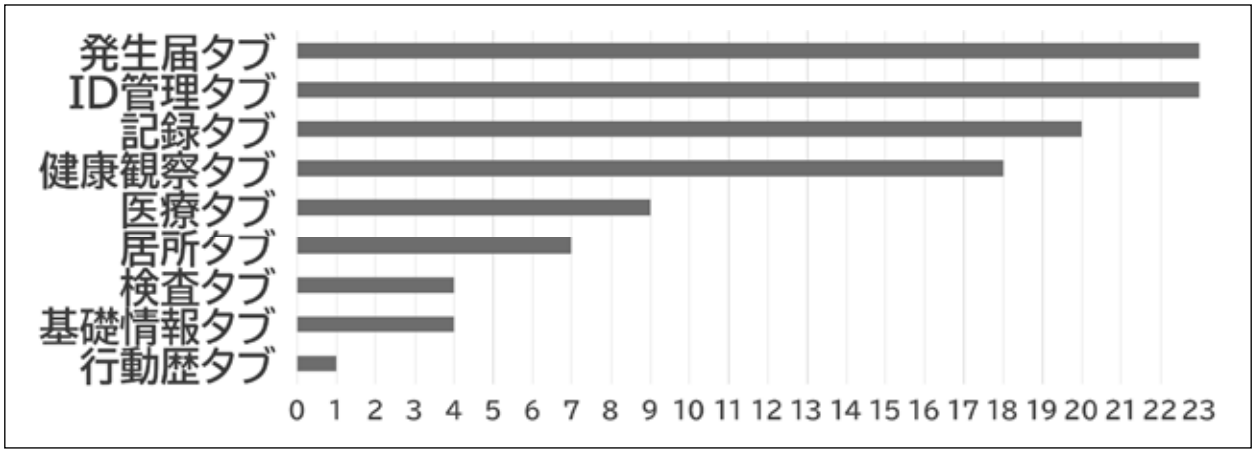
（ア）第５波の対応を踏まえた体制整備

2021年９月８日の選手村閉村と共に東京2020オリンピック・パラリンピック競技大会が終了した。同時期、デルタ株による第５波が急激に収束し、11月24日には都内の新規陽性者数が最小値５（人/日）を記録した。この間、各保健所は職員のリフレッシュのため休暇を取らせたり、地区医師会と意見交換する等、冬の感染拡大に備えた体制の整備を行った。

都は陽性者が直接申し込むことのできる抗体カクテル療法や宿泊療養の窓口を設置する等、保健所を介さない療養者支援体制の整備を進めた。また、かかりつけ医を持たない者が医療機関を探しやすい環境を整備するため、10月より都内診療・検査医療機関の位置情報をマッピングしホームページに公開した。

また国の健康観察システムであるMy-HER SYSについて、ショートメッセージ通知機能や自動架電の多言語化等の改善が図られ、特別区の中でも活用が進んだ**（図表１）**。

図表１　東京都特別区の保健所におけるHER-SYSの機能（タブ）別利用状況
（2021年10月　特別区保健所を対象に調査を実施、回答率23/23）



出典：第80回 日本公衆衛生学会総会（東京）ポスターセッション「東京都特別区保健所におけるHER-SYSの活用と課題について」

（イ）オミクロン変異株に対する水際対策の強化

11月30日、日本は海外におけるB.1.1.529系統の変異株（以下、「オミクロン」という）の急速な拡大を踏まえ、全世界からの外国人の新規入国を原則停止とし、帰国者に対しても水際対策を強化した。これは検疫法に基づく対応ではなかったことから、国際便が検疫空港に集約されたわけではなく、また帰国者に対しても停留ではなく、通知による運用で各自治体が対応することとされた。

水際措置の指定国・地域からの帰国者に係る検疫待機施設は８都府県にわたって27か所設けられ、うち11か所が都内にあった。このうち７か所は東京都の宿泊療養施設を転用した施設であった。また、オミクロン陽性者の航空機同乗者に関する濃厚接触者（以下、「機内濃厚接触者」と

いう）の定義や扱いはたびたび変更され、また国内に居住実態のない一時帰国者が多かったことから、自治体間で居所に基づく健康観察や検査、移送、移管等に係る混乱が生じた。また、検疫待機施設ではなく、自主的に空港近くのホテルや民泊を確保し待機する者もおり、管内に国際空港がある大田区や、宿泊施設が多い港区等においては大きな負荷が生じた。同期間中、国内で発生した陽性者に係る病原体サーベイランスも強化され、ゲノム解析のための陽性検体回収や感染源調査等でも保健所に負荷が生じた。

（ウ）数との闘い

2022年１月になるとオミクロンによる市中感染が爆発的に拡大し、保健所が陽性者全員に個別対応できる規模ではなくなり、区民の命を守るため重症化リスクの高い者や高齢者施設への対応を優先せざるを得ない状況となった。都は保健所長宛てに①流行状況や重症化リスクに応じた疫学調査の順位付け　②陽性者本人からの濃厚接触者への連絡を原則　③企業等団体による自主的な検査や健康観察を依頼する―ことについて通知を発出し、各保健所は公的に対応の優先順位付けができるようになった。

１月末には東京都自宅療養者フォローアップセンター（以下、「FUC」という）から生活支援事業を分離し「自宅療養サポートセンター（以下、「うちさぽ東京」という）」を開設、食料配送やパルスオキシメーターの配送についても陽性者が直接申し込める体制とした。またFUCを保健所別に４か所へ増強するとともに、健康観察の対象を50歳以上、基礎疾患のある者といった、ハイリスク者へ変更、保健所が重症者の入院調整に尽力できる体制とした。

２月には新規陽性者数がこれまでの最大値を更新し続ける状況となり、都内の入院医療も逼迫し、都は酸素・医療提供ステーションに外来診療機能や入院待機者診療機能も付加して増設し、また透析患者専用施設や高齢者・妊婦対応医療強化型宿泊療養施設を開設した。

第３波で設置された夜間入院調整窓口は中等症以上のみ対応としていたが、陽性者の急増とともに救急隊から保健所への架電も増え、医療職の負担が過大となり、軽症者含め夜間は保健所ではなく入院調整窓口で対応することとなった。

②第７波（2022年７月～2022年９月下旬）

（ア）保健所事業のいっそうの外部委託化と都事業の活用

2022年２月に保健所の施設・設備の整備について国保補助金の臨時活用が可能な旨の通知が発出され、これに基づき各保健所において、執務スペースの確保、電話・ネットワーク回線の増強等といった物理的な問題の解決が図られた。

オミクロン以前は特別区間でも感染状況にムラがあり、民間委託や都事業の活用状況に差があったが、陽性者の急増に伴いどの保健所においても業務処理に課題が生じるようになり、FUCや入院調整窓口の活用が進んだ。４月には保健所本来業務以外の外部委託化を進めることを指示する通知[2)]も発出され、本格的に業務フローの見直しや民間委託が各保健所で行われた。

大田区では電話が鳴りやまない状況が職員の大きなストレスとなっており、「言った・言わない」というクレームも増加したため、コールセンターの人員体制を強化するとともに、録音機能や振り分け機能の付与を行った**（図表２）**。

図表２　大田区保健所が外部委託した感染症対応業務一覧（コロナワクチン担当業務を除く）

委託事業名	開始	終了	委託先
感染症患者移送作業	COVID-19発生以前より継続		民間（民間救急）
（都健康安全研究センター等への）検体等運搬業務	COVID-19発生以前より継続		民間（バイク便）
（訪問調査、検体移送等に係る）軽貨物車両の賃貸借	COVID-19発生以前より継続		民間
第１波			
看護師対応等業務 （医療相談、疫学調査、入院調整等が順次追加）	2020/４/13	2023/12/31	民間（医療系）
地域外来・検査センター	2020/５/21	2020/８/31	医師会
第２波			
医師会PCR検査センター事業事務	2020/８/１	2021/７/31	医師会
（検体採取後の）感染性廃棄物収集、運搬および処分	2020/８/13	継続	民間
第３波			
（集団感染事例に係る）PCR検体採取・回収・検査業務	2021/３/１	2023/３/31	民間（医療系）
患者移送用車両の賃貸借	2021/４/１	2024/３/31	民間
第４波			
自宅療養者の状態観察業務	2021/６/21	2023/５/７	訪問看護ステーション
上記事業に係る感染性廃棄物収集運搬および処分	2021/６/21	2023/５/７	民間
第５波			
自宅療養者食料品のセット準備および配送等業務			
（東京都事業の食料配送事業遅延等への対応）	2021/８/16	2022/３/31	区商店街連合会
区独自酸素ステーション設置 ・施設警備業務 ・施設清掃業務および消毒作業 ・施設で排出する産業廃棄物収集運搬	 2021/８/27 2021/８/30 2021/９/17	 2021/９/30 2021/９/30 2021/10/29	 民間 民間 民間
濃厚接触者に対する検体容器巡回配布および保健所への搬送	2021/９/８	2022/３/31	民間
第６波			
自宅療養者・濃厚接触者等への健康観察業務	2021/12/20	2023/３/31	民間（医療系）
陽性者へのショートメール一斉通知	2022/２/４	2023/５/31	民間（通信系）
患者搬送業務委託	2022/４/１	2023/５/７	民間（陰圧タクシー）
COVID-19関連事務業務 ・東京都入院調整システム入力 ・各種通知発行 ・HER-SYSへの発生届入力 ・統計業務	 2021/12/13 2022/５/９ 2022/７/１ 2022/７/１	 2023/６/30 2023/６/30 2023/５/８ 2023/５/８	 民間
第７波			
コールセンター業務（保健所代表電話一時受付）	2022/７/１	2023/５/２	民間
コールセンター業務（録音機能付きコロナ専用窓口フリーダイヤル）	2022/７/29	2023/９/30	民間
第８波			
オンライン診療等業務	2022/12/１	2023/１/31	医療機関

（イ）施設内感染対策の強化

陽性者急増により相対的に高齢者の感染も増え、高齢でも軽症者は施設での療養を原則として施設医や往診医による対応を強化することとなった。これと並行し、施設内のクラスター発生を防止するため、都は、保健所の代わりに医療職が施設へ訪問し基本的な感染対策を指導する仕組みとして、４月から高齢者および障害者入所施設に対する専用相談窓口の開設および即応支援チームの派遣事業（民間委託）を開始した。

当初大田区では、施設で３名以上の発生（１名の陽性者から複数の感染）があった場合に保健所へ報告とし、当該施設へ即応支援チームの派遣を行っていたが、オミクロンは感染拡大のスピードが速く、すでに施設全体に感染が広がり防止策を講じることが難しい状況となっていることが多かったことから、第８波においては１名発生した時点で報告とした。

（ウ）発生届け出対象の限定化に至るまでの状況

オミクロン以降、医療機関からの発生届け出漏れや遅延がさらに増える一方、医師会からは発生届け出の記載（入力）項目が多過ぎることから医療機関が効率的に対応できない、といった意見もあり、６月30日に発生届の様式改定が通知された。これによりコロナワクチンの種類や接種日、診断検査の種類等が削除されたが、同時に職業、症状、疫学リンク、推定感染経路や感染源といった項目も削除されたことから、発生届から感染拡大のリスク要因が読み取れなくなり、保健所が改めて疫学情報を聞き取らなければならない状況となった。

７月ごろから流行が拡大すると、軽症・無症状で重症化リスクの低い者でも生命保険給付金や食料配送等を求めて検査診断のために発熱外来に殺到し、診療が逼迫する状況が生じた。これを解消するため、都は自己検査に基づく「オンライン陽性者登録センター」を開設することとし、８月より試行的に20代の有症者に対し申込制の抗原キット配布と登録受け付けを開始した。その後も順次対象年齢を65歳未満まで拡大し、10月20日以降は24時間稼働となった。また食料依頼が急増し、配送が大幅に遅延したため、都は７月26日より１世帯１セット、対象者を「自身で食料調達が困難な者」に限定化した。

このような状況や、国のWithコロナへの方針転換も踏まえ、９月26日より全国一律に発生届け出対象は医療ニーズの高い４類型に限定化されたことから、区は引き続き届け出対象となる透析患者や妊婦を扱う区内医療機関に対し、届け出漏れが生じないよう周知した。

③第８波（2022年11月下旬～2023年２月上旬）

（ア）インフルエンザとの同時流行を踏まえた発熱患者への対応体制整備

10月以降、COVID-19と季節性インフルエンザとの同時流行が生じ、区は発熱外来の逼迫が生じることがないよう、区民向けの動画や町内掲示板等を活用し、「食料・解熱剤・検査キット」の３点を備蓄するよう呼び掛けを行った。また都は臨時オンライン発熱診療センターを開設、これに加え、人口規模の大きい大田区や世田谷区は区独自の契約によるオンライン診療を夜間休日に実施した。

（イ）５類移行に向けた医療体制整備

12月以降、国ではCOVID-19の類型変更が議論されるようになり、都や区においても５類へ移行した場合の体制移行について検討されるようになった。

国は従来の感染症サーベイランスシステム（以下、「NESID」という）をHER-SYS同様にオンライン化し、医療機関が直接入力できるよう改修し、COVID-19が定点報告へ移行した際もオンライン入力を原則とすることとした。一方で、地区医師会からはオンライン入力を条件とした場合、定点を引き受ける医療機関が少なくなるとの意見が根強く、現在も定点報告の一部がファックスからNESID入力へ移行していない状況が続いている。

都は以前より空床情報の把握や保健所からの入院調整依頼に利用している「東京都新型コロナ入院調整ポータル（以下、「MIST」という）」を外来医療機関も利用できるようオンライン化することとし、医師会や医療機関向けに入院調整の説明会を開催、MISTの入力用デモ画面を公開した。

④５類への段階的移行前半（2023年５月８日～９月30日）

（ア）区民等への周知

大型連休明けの５月８日（第19週）よりCOVID-19は５類定点把握対象疾患へと移行し、感染症週報の一項目として掲載されるようになった。区は制度の移行について区議会で報告、区報特集号やホームページ注目情報等で幅広く周知した。

都は引き続きCOVID-19の電話相談に対応できるよう、FUC・発熱相談センター・うちさぽ等を統合した「東京都新型コロナ相談センター」を開設した。また夏の流行に備え、高齢者等医療支援型施設、高齢者・妊婦支援型宿泊療養施設は継続運営することとし、食事代は一部自己負担となった。

また入院医療が逼迫しないよう、保健所は高齢者施設に対し、今後は「陽性者＝隔離・入院」ではなく施設療養が原則となることを改めて周知啓発するとともに、即応支援チームによる基本的な感染対策の派遣研修の活用を促した。

（イ）行動制限の緩和と感染症の流行

行動制限の緩和やマスク着用が個人の判断に委ねられる等に伴い、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎や咽頭結膜熱、ヘルパンギーナ、RSウイルス感染症等、飛沫感染を起こす感染症が流行し、小児医療機関が一時的に逼迫した。また梅毒の増加が止まらず、20代の女性では過去最多を更新した。各保健所ではHIVおよび性感染症の無料匿名検査の件数を増やすとともに、中学校等での性感染症予防講演会も再開した。

地域の祭事、運動会や文化祭といった学校行事も開催されるようになり、COVID-19の集団感染が発生することもあったが、入院が逼迫する状況は生じなかった。また外食や宴会の増加とともに腸管出血性大腸菌やＥ型肝炎、感染性胃腸炎（ノロウイルス等）の発生も増加した。このため保健所は保育施設や高齢者施設等の職員向けに吐物処理やおむつ交換の実技等も含めた対面による研修も再開した。

（ウ）医療機関における感染症対応への理解促進

５類移行に伴い医療機関に対する各種補助金も終了したことから、COVID-19専用病床や発熱外来を廃止し、一般診療での対応に切り替える医療機関が増える一方で、隔離環境が十分に確保できない等の理由で発熱患者の診察に抵抗がある診療所から、保健所に相談が入ることもあった。このため国や都の資料を参考に、空間的隔離だけでなく、時間的隔離の検討等をお願いした。

９月末までは病診連携による入院調整が不調に終わった場合、宿泊療養施設も含め都が広域で入院調整することとしていたが、これらの申し込みには診断した医療機関が直接MISTへ情報を入力後、所管の保健所へ電話連絡し、保健所の確認・承認を経て都へ進達される仕組みになっており、保健所の土日対応が続くこととなった。

⑤５類への段階的移行後半（2023年10月１日～2024年３月31日）

（ア）COVID-19関連事業の本格縮小

MISTの運用が終了し、保健所職員の土日出勤が約３年ぶりに終了した。10月以降COVID-19の診療に自己負担が生じる状況となったが、冬の流行中も問い合わせが急増することはなかった。各区が独自で設置していたコールセンターは徐々に縮小され、大田区では12月末終了とし、都の相談センターも2024年３月末に終了となった。

区の組織も次年度に向け、COVID-19発生以前の体制へと見直しが図られ、保健所の人員配置数の削減と業務整理が検討されるようになった。コロナワクチンについては、接種率や副反応等への区民の関心が高く、予算額も大きいことから、議会対応を含め感染症対策部門と別に担当課を設置していた区が大半だったが、徐々に担当部長や担当課長が廃止され、多くの区で従来の予防接種事業担当へ吸収される形となった。

（イ）定期予防接種等の接種率低下と輸入感染症の増加

季節性インフルエンザは前年度に引き続き、A（H3N2）に加えてA（H1N1）やBも含めてシーズン前の８月（第32週）ころより流行が始まり、以降注意報域を下回らず、学級閉鎖や施設での集団発生が断続的に続いた。この状況を踏まえ、10月からのインフルエンザ予防接種について大田区を含む複数の区が費用助成を実施したが、小児、高齢者ともに接種率は伸び悩んだ。

また水際対策の緩和により、日本語学校や技能実習生受け入れ施設等で、結核高まん延国からの入国者における結核発生が増加した。コロナ禍で全世界的に麻しん風しん含有ワクチン（以下、「MR」という）等の接種率が低下したこともあり、2024年には麻しんの輸入事例が散見されるようになり、各区は改めてMRの定期接種を完了するよう周知啓発を行った。

（ウ）予防計画の策定

「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律」（2022年12月公布）により、保健所設置区市も「感染症の予防のための施策の実施に関する計画（以下、「予防計画」という）」を2023年度末までに策定することとされた。各区はこれまでの対策の振り返りと検証を踏まえ、国の雛形を参考にしつつ、都の計画との整合性を図りながら、予防計画を策定した。

第５波の収束後に発出された通知「今後の感染拡大に備えた新型コロナウイルス感染症に係る保健所体制の整備等について」[3)]を受け、大田区では日ごとの新規陽性者数に応じたフェーズと庁内職員応援数を整備した「第６波に備えた保健所体制整備計画」を策定**（図表３）**、区対策本部会議で了承、運用されていた。一方、第６波初期に新規陽性者ではなく機内濃厚接触者の増加に係る業務負荷が生じた際には、この計画が足かせとなって庁内応援要請ができない状況が生じた。この反省を踏まえ、予防計画においては発生以降の期間を大きく三段階に分けるのみとし**（図表４）**、応援要請の目安については、「区内に国際空港や多数の病院、施設が存在することから、状況に応じ、日ごとの新規陽性者数だけでなく、水際対策強化に係る機内濃厚接触者の数や集団感

図表３　大田区保健所「第６波に備えた保健所体制整備計画」における応援依頼体制
（コロナワクチン担当除く、2021年10月　第５波収束時点）

フェーズ	新規陽性者数（人/日）	必要職員数	他部からの応援体制
1	50未満	32	他部応援依頼の準備開始
2	50	41	
3	100	60	
4	150	60	
5	200	77	
6	400	110	4人（夜間を想定）
7	600	124	日中10人、夜間4人
8	800	132	日中15人、夜間7人
9	1,000	140	日中20人、夜間7人

図表４　「大田区感染症予防計画」における保健所の感染症対応業務を行う人員確保数目標値
（2024年４月）

流行時期	正規職員＊1（兼務職員を含む）		正規職員以外＊2（IHEAT要員を含む）＊3	
	事務職等	保健師	事務職	医療職
【流行初期】(発生の公表～１か月)	25人/日程度	25人/日程度	10人/日程度	10人/日程度
【流行初期】（１か月～３か月）	50人/日程度	50人/日程度	30人/日程度	20人/日程度
【流行初期以降】（３か月～６か月）	100人/日程度	80人/日程度	50人/日程度	25人/日程度

＊１　感染症対策担当（事務）についてはワクチン担当も含むが、ワクチンの住民接種を進めるため、感染症対策担当とワクチン担当は分けて配置することが望ましい。

＊２　「正規職員以外」とは、外部委託職員および会計年度任用職員等を指す。外部委託契約、会計年度任用職員の任用については、関係部署（財政課、人事課、経理管財課等）と連携して、予算措置、任用事務および契約事務について調整し、感染状況を予測の上、可能な限り迅速に対応できるよう努める。

＊３　IHEAT要員について、区では現時点（2024年４月現在）において活用の予定はないが、今後の研修体制や国および都の体制整備の状況を踏まえ、検討していく。

染事例に係る施設調査の数等も勘案し、要請できるよう柔軟に対応する」との記載とした[4)]。

なお、同法には地域保健法や医療法等の改正も含まれており、保健所は地域保健対策全般の事業継続計画も踏まえ、「健康危機対処計画」も策定することとされている。また国においては「新型インフルエンザ等政府行動計画」の改定、WHOにおいてはIHR（2005年）の一部改正が進められており、今後これらに基づき、どのような危機管理体制が求められ、それに対して都や区がどのように対応していくかを、注視していく必要がある。

■参考資料

1）新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた保健所の整備について（2022年２月24日厚生労働省事務連絡）
https://www.mhlw.go.jp/content/000901449.pdf
2）新型コロナウイルス感染症対応に係る今後の保健所等の体制について（2022年4月4日厚生労働省事務連絡）
https://www.mhlw.go.jp/content/000925108.pdf
3）今後の感染拡大に備えた新型コロナウイルス感染症に係る保健所体制の整備等について（2021年10月1日厚生労働省事務連絡）
https://www.mhlw.go.jp/content/000838790.pdf
4）「大田区感染症予防計画」について（2024年4月大田区）
https://www.city.ota.tokyo.jp/seikatsu/hoken/keikaku/ota_kansensho_yobou_keikaku.html

3 国の専門家会合

〈和田 耕治　一般財団法人日本公衆衛生協会理事〉

本項では、新型コロナウイルス感染症対策として政府内の専門家組織として存在した、アドバイザリーボードと基本的対処方針分科会について取り上げる。なお、組織の法的な位置付けなどは『令和４年度地域保健総合推進事業　新型コロナウイルス感染症対応記録』の90ページ以降に詳述されている。

図表１に2022年以降の開催回数と開催日を示した。

図表１　アドバイザリーボードと基本的対処方針分科会の開催状況

アドバイザリーボード		基本的対処方針分科会	
2022年			
第66回	１月６日	第19回	１月７日
第67回	１月13日		
第68回	１月20日	第20回	１月19日
第69回	１月26日	第21回	１月25日
第70回	２月２日	第22回	２月３日
第71回	２月９日	第23回	２月10日
第72回	２月16日	第24回	２月18日
第73回	２月24日		
第74回	３月２日	第25回	３月４日
第75回	３月９日		
第76回	３月15日	第26回	３月17日
第77回	３月23日		
第78回	３月30日		
第79回	４月６日		
第80回	４月13日		
第81回	４月20日		
第82回	４月27日		
第83回	５月11日		
第84回	５月19日	第27回	５月23日
第85回	５月25日		
第86回	６月１日		
第87回	６月８日		
第88回	６月23日		
第89回	６月30日		
第90回	７月13日	第28回	７月14日
第91回	７月21日		
第92回	７月27日		
第93回	８月３日		
第94回	８月10日		
第95回	８月18日		
第96回	８月24日		
第97回	８月31日		
第98回	９月７日	第29回	９月８日
第99回	９月14日		
第100回	９月21日		
第101回	10月５日		
第102回	10月12日		
第103回	10月20日		
第104回	10月26日		
第105回	11月９日		
第106回	11月17日		
第107回	11月22日	第30回	11月24日
第108回	11月30日		
第109回	12月７日		
第110回	12月14日		
第111回	12月21日		
第112回	12月28日		
2023年			
第113回	１月11日		
第114回	１月17日		
第115回	１月25日	第31回	１月27日
第116回	２月８日	第32回	２月10日
第117回	２月22日		
第118回	３月８日		
第119回	３月23日		
第120回	４月５日		
第121回	４月19日		
第122回	６月16日		
第123回	７月７日		
第124回	８月４日		

（1）アドバイザリーボード

新型コロナウイルス感染症に関連した感染症対策に関する厚生労働省対策推進本部設置規程第５条（対策推進本部の下に感染症等に関する専門家によるアドバイザリー・ボードを置くことができる）に基づき設置された。2024年３月31日に解散するまで計124回開催された。最終回は2023年８月４日であった。

アドバイザリーボードでは、厚生労働省ならびに出席委員からの資料が提出された。資料１に「直近の感染状況の評価等」として、データの解釈などが示された。感染状況、今後の見通し、医療提供体制等の状況、必要な感染対策が記述された。会合の後には、座長らが記者に対して会見や質疑が行われた。会議は、非公開とされ、議事録が後に公開された。

アドバイザリーボードでは、**図表２**のような資料を基に議論された。これらのデータを各都道府県ならびに全国のデータが共有された。またこの他に、東京都、大阪府、沖縄県などの自治体の担当者が招聘され、現状についての共有なども行われた。

資料として、直近の感染状況の評価等として、感染状況の動向（地域別含む）、今後の見通し、感染の増加要因抑制要因、医療提供体制の状況などが示された。また必要な対策として、個人や自治体、政府などの感染対策やワクチン接種、検査、保健医療提供体制の確保などが示された。

委員からは、取るべき対策などについて提言が出され、それに基づいた議論もされた。例えば、2022年12月14日には、新型コロナウイルス感染症の特徴と中長期的なリスクの考え方、2022年12月28日には、高齢者・障がい者施設における被害を最小限にするために、2023年１月25日にはこれからの身近な感染対策を考えるにあたって、などであった。

図表２　アドバイザリーボードで扱われた資料の主な項目

- 直近の感染状況等について
  - 新規感染者数（１週間移動平均の推移）
  - 入院患者数
  - 重症者数
  - 病床使用率
  - 療養者数
  - 死亡者数（人口動態統計、超過死亡など）
  - 検査体制
- 抗体保有調査
- 変異ウイルスについてのリスク評価
- 医療提供体制のあり方
- ワクチン接種や治療薬の状況
- 各地の主要繁華街における滞留人口の状況

（2）基本的対処方針分科会

基本的対処方針分科会（以下、「分科会」という）は、2022年の前半は、アドバイザリーボードと前後して開催された。2022年の１月上旬から３月下旬にかけては、まん延防止重点措置が広島県、山口県、沖縄県を対象に１月９日からとされ、３月21日に至るまで感染状況に応じて対象都道府県が拡大された。その後は、まん延防止重点措置の発令はなかった。

2022年５月23日（第27回・持ち回り）では、基本的対処方針の変更や、学校生活におけるマスク着用などについて資料が提出された。

2022年７月14日（第28回・持ち回り）では、「第７波に向けた緊急提言」が出され、「５つの対策」として次のことが挙げられた。①ワクチン接種の加速化　②検査のさらなる活用　③効率的な換気の提言　④国・自治体による効率的な医療機能の確保　⑤基本的な感染対策の再点検と徹底。

2022年９月８日（第29回）では、「新型コロナウイルス感染症対策本部決定．Withコロナに向けた政策の考え方（案）」が示された（９月８日に発出）。その中で、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の措置について、高齢者・重症化リスクのある者への保健医療の重点化と患者の療養期間の見直しを行うなど、新型コロナウイルス対策の新たな段階に移行する。これにより、今後、今回を上回る感染拡大が生じても、一般医療や救急医療等を含む我が国の保健医療システムを機能させながら、社会経済活動を維持できるようにする。」と示された。Withコロナに向けた新たな段階への移行として、療養の考え方の転換・全数届け出の見直し、社会経済活動との両立（ワクチン接種の促進、陽性者の自宅療養期間の短縮）が示された。

2022年11月24日（第30回・持ち回り）では、「今秋以降の感染拡大で保健医療への負荷が高まった場合に想定される対応、今秋以降の感染拡大期における感染対策について」が示された。委員の大竹文雄・小林慶一郎氏から、基本的対処方針に第７波の状況を反映させること、また、致死率が季節性インフルエンザと比べて「第７波においては 60 歳代以上の致死率に限っても季節性インフルエンザと比べて『相当程度高いとは言い難い』と判断するのが自然である。」と意見した。

2023年１月27日（第31回）では、イベント開催制限の見直し、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けに関する検討状況などが取り上げられた。また、同日新型コロナウイルス感染症対策本部決定として、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更等に関する対応方針について」が発出され、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけについて」（2023年１月 27 日厚生科学審議会感染症部会）を踏まえ、オミクロン株とは大きく病原性が異なる変異株が出現するなどの特段の事情が生じない限り、５月８日から新型コロナウイルス感染症（COVID-19）について、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上の新型インフルエンザ等感染症に該当しないものとし、５類感染症に位置づける。」とされた。

2023年２月10日（第32回）では、基本的対処方針にて「『マスクの着用』の考え方については、個人の主体的な選択を尊重し、着用は個人の判断に委ねることを基本とし、政府は各個人のマスクの着用の判断に資するよう、感染防止対策としてマスク（不織布マスクを推奨）の着用が効果的である場面などを示すこととする。」などが示された。

2023年９月１日に分科会は廃止され、同日に内閣感染症危機管理統括庁が設置された。また、2023年９月４日に第１回の新型インフルエンザ等対策推進会議が開催された。

4　次のパンデミックに向けて何を検証すべきか

〈尾身 茂　公益財団法人結核予防会理事長〉

2022年に入って以降の新型コロナウイルス感染症の流行対策を振り返ると、社会・経済を動かすために感染症法上の分類を２類から５類へと変更させる方向へとハンドルを切った時期に当たる。政府の方針を定める「基本的対処方針」をそれまでの規制重視の対策から、いかに切り替えるか。政府に助言した２つの組織の役割を振り返って、残された課題を３点、書いておきたいと思う。

（1）いかに情報共有するか

１つ目は、情報をいかに共有するかということだ。方針を決定するに当たって政府は、「基本的対処方針等分科会」に諮問した。そこで助言する役目を与えられたこの分科会は、内閣官房に事務局があった。公衆衛生の専門家、経済の専門家、地方公共団体の代表などが参加し、新型コロナウイルス感染症対策を議論する「新型コロナウイルス感染症対策分科会」とメンバーが一部重なっていた。

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」（以下、「ADB」という）もあるが、こちらは流行のリスク評価が役目で、その分析を基に上記の分科会が政府に助言をする、という役割分担になっていた。

ただ問題は、分科会で対策が示されるに当たって、ADBの資料は配布されるものの、経済や地方の首長など公衆衛生の専門家ではない出席者には事前にきちんと情報共有ができていなかった。平場の議論で説明をし直すことに時間を費やさざるを得ず、限られた議論の時間を有効に生かす上では、支障になることがあった。今後のこうした場では、情報共有のための工夫をしないと機能的な議論ができないことを痛感した。

２つ目は、ADBと分科会という２つの組織を有機的に連携させていくことの難しさである。ADBに関しては、定期的な開催に加えて、感染状況の変化を察しながら随時機動的な開催ができたと思う。

分科会もこのADBの開催とリンクさせながら開き、また、その都度、対策を助言できるような体制が理想だが、そう簡単ではなかった。とりわけ、第５波が終わった2021年11月以降、分科会では、感染を通じて亡くなる命と同様に、経済活動が止められていることを通じて亡くなる命も看過できないという議論が強まった。社会・経済を動かす道筋の議論を深めていこうと思うと、経済の専門家と医療の専門家の見解の違いはもちろん、医療関係者の間でも意見の隔たりもあった。

経済を動かすなら、どこまで感染を許容するか。この点を突き詰めると、人の価値観が問われる問題に直面し、専門家の間でも合意を取ることが難しい。

こうした状況こそ政治家の判断が必要と考えた。一度きりの議論で判断するのではなく、ワーキンググループをつくるなどしてステークホルダーの意見を織り込むこと、これを踏まえてADBにフィードバックすること、そしてまた分科会で論点を絞っていく、そのようなアプローチが必要と考えていた。こうした有機的な連携で議論を煮詰め、感染症法上の分類を移すシナリオを考えていた。

こうした有機的な連携で議論を煮詰め、感染症法上の分類を移すシナリオを考えていたが、残念ながら、この時期政府は分科会を開催することはなかった。

専門家の意見を聞きつつ、他の要素も加味しながら、政治の責任として政治家が決断をする、そしてその理由を説明するというのが、危機管理の意思決定における、理想的なサイクルである。２つの会議の連携の課題は、こうしたサイクルを構築していく上で、今後においては政府でしっかりと今回の対応を検証し、未来につなげておく必要があると思う。

（2）国民の「知る権利」に応える

３つ目は、基本的対処方針の「文書」にまつわる課題だ。国が対策を進めるためのツールだが、毎回、数十ページに及ぶ長い文書になった。行政用語も多く、自治体や国民が読み通すのも難しかったと思う。読んでスッと分かってもらえる内容でないために、危機管理に生かすのにふさわしい形になっていなかった。

もちろん、対策の骨格を示す必要はある。しかし、社会への影響を最小限にしつつ死亡者を減らすといった目標など基本的な事柄は毎回通底することであり、ADBで示された分析内容は、そちらの文章を参照すればよいことである。

文書としての正確さに遺漏なきように、と考える気持ちは分かる、ただ、分かりやすいメッセージであったかどうかは振り返ることも必要だろう。

ウイルスに不安を抱く国民は、政府の考えを知りたがっていた。骨太の部分をもっと端的に、分かりやすい言葉で述べて、国民の「知る権利」に応えられないものかと感じていた。

（3）何が欠けていたのか

振り返れば、2009年の新型インフルエンザの後、政府や専門家の間で、その反省点を巡る熱心な議論が行われた。今回の新型コロナの対応では、公的な検証はまだ行うべき余地があると考えている。なぜこれほどまでに繰り返し医療が逼迫したのか（これはベッド数確保だけの議論に還元すべきではない）、なぜ情報技術を上手に活用できなかったのか、社会の分断はなぜ起きたのか、リスクコミュニケーションは誰がどう担うべきだったのか、など論点ごとに検証すべきことがある。

国民に協力を求めること一つを取っても、法的に罰則を設けることがふさわしいのか、あるいは経済的なインセンティブを付与する方がよいのかなど本質的な議論をする必要がある。

また、来るべき新たなパンデミックに備えては、今回、対策策定やその実施に中心的な役割を果たした政治家や行政官、地方の首長、医療関係者、専門家たちが、それぞれの何をし、何を言ったのかなどヒアリングや公開されている文書などを基に十分検証する必要があると思う。これは誰かを批判する目的ではなくて、次のパンデミックにいかによりよく対処するかが目的である。

しっかりと検証のポイントとして一つ例を挙げるなら、感染症・危機管理・公衆衛生分野で活躍する人材の育成の強化だ。今回のパンデミックを通してこの分野の人材が、全国的に不足していることが明らかになった。なぜこの分野に必要な数が集まってこないのか。

日本の医学部生は、キャリアパスがはっきりした臨床家の道に進みがちだ。新型コロナウイルス感染症の経験を経て、基礎研究や疫学を志す若者は増えたとも聞くが、相変わらずポストは不安定で、研究費は時限的なものにとどまる。これでは後に続く人材が増えないのではないかと危惧して

いる。

パンデミックに限らず日本が今後迎える危機は、いずれの問題も高い専門性を要求される「複雑方程式」のような事態ばかりだろうし、それにふさわしい人材がますます要求されるはずである。

公衆衛生の分野でも、自らの専門知識だけでなく、経済や社会を広く見渡し、違う考え方を持つ人のことも共感を持って理解する構えを持った人材が多く育つことを願ってやまない。

■参考文献

1）尾身茂．1100日間の葛藤　新型コロナ・パンデミック、専門家たちの記録 日経BP, 2023.

本稿は、広野真嗣氏のインタビューを基に執筆されました。

5 新型コロナウイルス感染症流行において、リスク評価を担ったアドバイザリーボードの役割と活動

〈脇田 隆字　国立感染症研究所所長、新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード座長〉

（1）新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボードの取り組み

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード（以下、「ADB」という）は新型コロナウイルス感染症流行が始まった2020年当初に招集されて、２月７日と10日に２回開催された。その際、クルーズ船対応などについて議論した。その後、新型コロナウイルス感染症対策専門家会議に移行したが、第１回の緊急事態宣言解除後、専門家助言組織の体制が変更となり、ADBで状況の分析と評価を行い、新型コロナウイルス感染症対策分科会が対策に関する助言を行うこととなった。ADBの役割は新型コロナウイルス感染症対策において厚生労働大臣に助言することであったが、実際には厚生労働省および国立感染症研究所が収集した新型コロナウイルス感染症の情報に加えて、構成員がそれぞれの立場から情報を提示し、さらに全体像を分析し、リスクを評価した。また、ほぼ定例的に毎週開催されたことから、定期的に新型コロナウイルス感染症に関する情報を専門家からマスコミに提供し、同時に全国の自治体、保健所、医療機関への情報周知、また市民へもその時点における状況の周知と感染対策の呼び掛けなどを担っていた。

ADBはほぼ毎週開催される中で、事務局が感染状況など基本的なデータについてまとめた資料を提出、また、構成員がそれぞれの専門性で分析したデータを資料として提出し、その時点における流行状況を分析・評価して議論を行うという形が徐々に定着していった。また、ADBにおける議論も経て流行の全体像を簡潔にまとめ、会議後に提出された資料とともに公表し、マスコミ対応として、議論の内容を紹介するとともに、質疑に対応した。ADBの会議資料と議事概要は厚生労働省ホームページ（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00093.html）を参照していただきたいが、2021年２月１日の第22回あたりから資料１として直近の感染状況等の分析と評価としてまとめ、その後に事務局および構成員の資料を加える形となった。資料１は、全国の感染状況に加え地域の動向およびその分析、必要な対策についてなるべく簡潔に数ページにまとめた。会議前から事務局と作業し、会議後短時間でなるべく議論の内容を反映させるように努めた。ADBあるいは厚生労働省からのコミュニケーションツールとして活用されたと考えている。座長として、毎週のメディア対応でテレビニュースなどにも顔をさらすこととなったが、ADBの活動を通して、その時点の感染状況を広く国内に伝え、必要な感染対策についても周知することで、リスクコミュニケーションの一端を担うことができたと考える。

（2）オミクロン株以降の議題

オミクロン株は2022年の11月以降に出現した。それ以前の武漢株からデルタ株との違いはその感染伝播力の強さであった。「オミクロン株の特徴を踏まえた効果的な対策」については2022年１月21日に専門家から公表した（https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000885350.pdf）。潜伏期、世代時間が短縮したこともあり、感染拡大の速度が非常に速いため、重症化率、死亡率は低下して

も、感染者数が増加することにより、一定程度の重症者数が見込まれる。したがって、社会経済活動を維持しながら、感染者数を抑制することが求められた。デルタ株までは若い世代においても一定の重症化が認められたが、オミクロン株の場合は基礎疾患がない若い世代では軽症の経過を取ることが多くなった。このため、社会経済活動を維持しながら、高齢者を感染から守るという難しい対応が求められることになった。

そして、流行当初とは異なり、専門家の間にもそれぞれの専門性や立場からさまざまな意見や議論があった。例えば、死亡率の低下など病原性の変化はあるものの、オミクロン株のリスクを慎重に評価して対応すべきとの意見があり、一方では、季節性インフルエンザと差がない感染症となったのだから（https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000964409.pdf）、新型インフルエンザ等対策特別措置法の適用は解除して、通常の社会生活に戻すことが重要であるという意見もあった。季節性インフルエンザと新型コロナウイルス感染症は別の感染症であり、リスクを同じ目線で比較することは難しいという意見もあったが、この課題に関する評価についても複数の文書を作成した（https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001003670.pdf、https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001024262.pdf）。

また、オミクロン株の流行以前には小児の感染率は低く、重症化の報告も少なかった。しかし、オミクロン株流行期以降は小児の死亡例の報告があり、その症例をまとめた報告も国立感染症研究所からなされた。小児へのワクチン接種が進まなかったことも残念であった。

（３）社会活動の正常化と医療の両立としての議論

そして、オミクロン流行移行の専門家の最大のミッションは、社会経済活動を正常化に近付けつつも、必要な感染対策・医療を保ち、感染による死亡を抑制していくかという問題をどのようにして解決できるかであった。オミクロン株以前であれば、感染症法に基づき、感染者と濃厚接触者を限定された医療機関などで厳格に管理するとともに、感染拡大時には特措法に基づく緊急事態宣言やまん延防止等重点措置により、一般市民の行動制限や企業や店舗に対しては営業制限を求めた。

しかし、オミクロン株に対しては市民一人一人の主体的な行動により感染を回避し、感染者の対応は限定された医療機関だけではなく、広く医療機関で柔軟かつ効率的に対応することが求められた。このオミクロン株対応への移行は急激に行うとさまざまな混乱が生じる恐れがあり、段階を経て移行することを提言した。この提言も取り入れられて、厚生労働省は2023年５月に新型コロナウイルス感染症の感染症法上の分類を５類に変更し、さまざまな取り組みを段階的に移行した。

（４）将来へ向けて

今後の感染症危機に際しては、筆者の所属する国立感染症研究所が中心となって、外部専門家にも参加してもらい、ADBが担ったリスク評価機能を果たすことが求められる。さらに、今回のパンデミックでは国産の治療薬およびワクチン開発が進まなかったことなどの反省もあり、国立感染症研究所と国立国際医療研究センターを統合して2025年４月に国立健康危機管理研究機構（Japan Institute for Health Security：JIHS）が設立されることを政府は決定している。JIHSは新たな感染症専門家助言組織としての機能を有し、感染症に関するインテリジェンス機能、基礎から臨床開発に至る研究機能、人材育成、国際協力などを通して、日本の感染症危機に対応できる研究機関を目

指すことになる。

この新機構においても、国内のアカデミア、医療機関、地方衛生研究所、保健所、自治体の関係者などとの連携は必須であり、平時からのネットワーク形成が危機対応に重要となる。今後も必ず来ると思われる新たなパンデミックに備え、JIHSが必要な機能を発揮できるように平時から準備することが必要である。2009年の新型インフルエンザ流行収束後の総括会議報告書にも国立感染症研究所の機能強化は書かれていたが、実現しなかった。新型インフルエンザ等対策政府行動計画が今般改定され、その中にJIHSの果たすべき機能も書き込まれた。今後はJIHSの機能強化が実現することを忘れることなくしっかりと注目する必要がある。

謝辞

ADBの活動を支えてくれた厚生労働省事務局とADB構成員および座長が出席を求める関係者として参加いただいたすべての皆さまの貢献に心から感謝します。

これまでの取組の概説

Ⅳ　オミクロン株に対応した時期（2021.11 月頃～2022.5 月末頃）

アウトライン

2021 年秋、海外でオミクロン株が確認され、急速に感染拡大し、その感染力が強いことが指摘された。12 月には国内でオミクロン株の感染者が確認され、国内でも急速に感染が拡大した。その後、オミクロン株は、その特性が、感染力は強いものの、デルタ株と比べ重症化リスクは低いことが示唆されたことから、オミクロン株の特性を踏まえた対策が求められるようになった。

2021 年秋頃の感染状況は沈静化していた。このような中、11 月、政府は「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」を取りまとめた。この「全体像」では、デルタ株への置き換わりなどによる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、治療薬の確保に努めることとした。また、水際においてはワクチン接種者に対する入国後の行動制限及び停止していた外国人の新規入国に係る制限について見直し、新しい入国者管理制度を開始した。

厚生労働省は、「全体像」に基づく各都道府県の「保健・医療提供体制確保計画」を取りまとめ、病床については、夏のピーク時の３割増しに当たる約 3.7 万人分を確保した。

また、11 月、ワクチン・検査パッケージ制度の適用による行動制限の緩和を行い、12 月には、感染に不安を有する者が検査を受けられる環境を整備すること等を目的に、検査無料化に取り組んだ。また、11 月から、オミクロン株の実態等が判明するまでの間、水際における状況把握及び対応を適時適切に行うため、内閣官房長官の下、「オミクロン株への対応に関するタスクフォース」を開催した。

さらに、感染状況を踏まえ、ワクチンの追加接種（３回目接種）について、政府は対応を進めた。その一方で、翌年１月には、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。

2022 年初から国内での感染が急速に進み、連日、過去最多の新規陽性者数を記録する中、医療のひっ迫度合いなども総合的に考慮し、１月、政府は、まん延防止等重点措置を実施した。オミクロン株の特性を踏まえて、濃厚接触者の待機期間の短縮等、高齢者施設等での感染防止策・検査の徹底などを行い、全国の新規陽性者数減少の動きに伴い、療養者数、重症者数及び死亡者数の減少が継続したことから、３月 21 日をもって、まん延防止等重点措置を終了することを決定した。

（１）「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」

政府は、11 月 12 日の政府対策本部において、「次の感染拡大に向けた安心確保の

ための取組の全体像」を示した。これには、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することや、医療体制の稼働状況を G-MIS やレセプトデータなどを活用して徹底的に「見える化」すること等が盛り込まれた。また、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り、あわせて国の責任において更なるコロナ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等を講じることも示された。さらに、12 月から３回目接種を開始し、２回目接種完了からおおむね８か月以降に、３回目接種対象者のうち希望する全ての方が受けられるよう体制を確保することも盛り込まれた。

（２）「保健・医療提供体制確保計画」

12 月、厚生労働省は、「全体像」に基づく各都道府県の「保健・医療提供体制確保計画」を取りまとめ、公表した。同計画により、約 3.7 万人分の病床、臨時の医療施設・入院待機施設約 3.4 千人分、宿泊療養施設約 6.6 万室等を確保した。

（３）行動制限緩和、検査無料化

11 月、政府は、大規模イベント等について、行動制限の緩和を行った。同月、政府対策本部において「ワクチン・検査パッケージ制度要綱」を取りまとめ、ワクチン・検査パッケージ制度の適用による飲食やイベント、人の移動等の各分野における行動制限の緩和を可能とした。

12 月、政府は、地方創生臨時交付金「検査促進枠」を創設した。本事業は、都道府県が検査に係る費用の補助等を行い、検査を無料とすることで、①大人数での飲食など感染リスクの高い活動に当たり、ワクチン未接種者に対して検査の受検を浸透させること、②感染拡大の傾向が見られる場合に、都道府県知事の判断により、感染に不安を有する者が検査を受けられる環境を整備していくことを目的とした。

その後の感染拡大を背景とする検査需要の高まりにより抗原定性検査キットの需給がひっ迫し、１月には厚生労働省等が抗原定性検査キットの増産要請と供給の優先順位付け等を行ったが、３月には抗原定性検査キットの供給が改善傾向となったため、当面の安定的な流通に十分な供給量が確保されたとして厚生労働省において優先順位付けを終了した。

（４）オミクロン株による感染拡大、まん延防止等重点措置の実施と終了

オミクロン株については、国内外の報告から、デルタ株と比較して重症化しにくい可能性が示唆されているものの、感染・伝播性の増加が示唆されており、国内においても感染が急増し、オミクロン株への置き換わりが確認された。

こうした中で、まん延防止等重点措置の実施について、従来の「ステージ分類」の考え方よりも、医療のひっ迫状況により重点を置いた「新たなレベル分類の考え方」（2021 年 11 月８日コロナ分科会提言）も踏まえ、１月、政府は、広島県、山口県及

び沖縄県の３県を対象にまん延防止等重点措置を実施した。その後、重点措置区域に東京都など 13 都県を追加する変更を行うとともに、まん延防止等重点措置を実施すべき期間を延長した。さらに、感染の拡大とそれに伴う病床のひっ迫等を踏まえ、重点措置区域に大阪府など 18 府県を追加する変更を行うとともに、まん延防止等重点措置を実施すべき期間を延長した。

また、２月、コロナ分科会は、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い、子どもが感染しやすくなっている、高齢者を中心に基礎疾患のある者において、基礎疾患が増悪する事例が多いなどといったオミクロン株の特徴を踏まえた対策を効果的に進めるため、全国知事会の協力を得て、オミクロン株に特徴的なクラスターの事例を収集し、学校や保育所、高齢者施設、事業所等、場面・場所ごとで必要となる感染防止策について提言を行った。政府は、提言を踏まえ、オミクロン株の特徴を踏まえた感染防止策の強化について、基本的対処方針に反映させた。

３月、コロナ分科会は、「これまでの感染動向を踏まえた今後の対応の考え方について」を示し、「新規陽性者数が微増傾向又は高止まりしていても、病床使用率が低下し、医療への負荷が低下する見込みであれば終了できるのではないか。」、「病床使用率、重症病床使用率が 50％を超えていても、急激な増加が見られず、かつ、新規陽性者数が減少傾向であり、今後、病床使用率、重症病床使用率が減少し、医療への負荷が低下する見込みであれば終了できるのではないか。」等いわゆる「第６波」のまん延防止等重点措置終了の考え方などを示した。これも踏まえて、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、政府は、３月 21 日をもってまん延防止等重点措置を終了することを決定した。

（５）ワクチンの３回目接種の加速化等

希望する全ての対象者への接種について、2021 年 11 月末時点で人口比で 76.9％の人が２回接種を完了した。

厚生労働省は、12 月中旬以降、オミクロン株に対する最新のエビデンスや感染状況等を踏まえ、ワクチンの３回目接種の接種間隔の前倒しを行った。

さらに、2022 年２月のできるだけ早期に１日 100 万回まで加速化することを目指してワクチン接種の取組を強化することとされ、２月中旬に１日 100 万回の接種を実現した。

加えて、５月 25 日から、重症化予防を目的として 60 歳以上の者や 18 歳以上で重症化リスクの高い者などを対象に４回目接種を開始した。

V　BA.５系統の感染拡大に対応した時期（2022 年６月頃～2022 年 11 月頃）

アウトライン

2022 年夏、既存のオミクロン株（BA.1 系統、BA.2 系統）から、より感染者数増加の優位性が示唆されていた BA.5 系統への置き換わりが進んだ。７月以降、全国各地で新規陽性者数が増加に転じ、多くの地域で急速に感染が拡大し、８月 19 日には１日の新規陽性者数が 26 万人を超えた。

この感染拡大への対応については、７月中旬に、オミクロン株（BA.5 系統）の特性等を踏まえて新たな行動制限は行わず、重症化リスクのある高齢者等を守ることに重点を置いて、世代ごとに効果の見込まれる感染対策を国・地方が連携して講じる方針とし、同月下旬に「BA.5 対策強化宣言」を創設した。さらに、「全体像」の最大確保病床５万床の全面的な稼働に向けた適切なフェーズの引き上げによる即応化、発熱外来の拡充・公表、発熱外来自己検査体制の整備の推進、療養開始時に検査証明を求めないことの徹底等に取り組んだ。

８月中旬頃から新規陽性者数は徐々に減少傾向となる中、６回の感染拡大を経る中で対応力が強化されていることや、諸外国においては社会・経済活動の正常化の動きが進んでいることなどを踏まえ、９月８日の政府対策本部において「With コロナに向けた政策の考え方」を決定し、我が国の保健医療システムを機能させながら社会経済活動を維持できるようにする方針とした。その一環として、８月に抗原定性検査キットの OTC 化、健康フォローアップセンターの全国整備を進めるなど、全数届出の見直しにより発生届の対象外となる若い軽症者等が安心して自宅療養できるよう対策強化を図った。また、９月 20 日からはオミクロン株（BA.1 型）対応二価ワクチンの接種を開始した。10 月中旬からは、水際対策についてもＧ７並みの円滑な入国が可能となるよう、入国者総数の上限を撤廃する等の緩和を行った。

2022 年秋以降には季節性インフルエンザとの同時流行が懸念されていたため、10 月に「新型コロナ・インフル同時流行対策タスクフォース」を立ち上げて保健医療体制の強化・重点化と国民への協力要請・情報提供を進めるとともに、都道府県に対し新たに「外来医療体制整備計画」の策定を依頼した。11 月には「保健・医療提供体制確保計画」の改定を依頼し、入院医療体制の構築も図った。また、コロナ分科会での議論において、オミクロン株に対応し外来医療等の状況に着目した新たなレベル分類に見直されたことを踏まえ、「医療ひっ迫防止対策強化宣言」等を創設した。

11 月 22 日に、新型コロナウイルス感染症の患者を対象とした経口治療薬「ゾコーバ錠」が緊急承認された。

（１）BA.5 系統の感染拡大への対応

これまでの取組の概説

2022 年 7 月以降、既存のオミクロン株（BA.1 系統、BA.2 系統）から、より感染者数増加の優位性が示唆されていた BA.5 系統への置き換わりが進み、全国各地で新規陽性者数が増加に転じ、多くの地域で急速に感染が拡大した。7 月 5 日には、新規陽性者数の増加を受け、オミクロン株の特性を踏まえた検査・保健・医療提供体制の点検・強化を都道府県に依頼した。

感染拡大が続く中、7 月 15 日に開催された第 94 回政府対策本部においては、BA.5 系統は既存のオミクロン株（BA.1 系統、BA.2 系統）と比較して重症度の上昇は見られていないこと、高齢者等に感染が拡大すると医療や介護への負担が極めて大きくなること、新たな行動制限を行うことは社会経済的な損失と得られる効果のバランスを失することなどを踏まえ、新たな行動制限は行わず、重症化リスクのある高齢者等を守ることに重点を置いて、世代ごとに効果の見込まれる感染対策を国・地方が連携して対応する方針が決定され、高齢者施設等の入所者への 4 回目接種の徹底や若者等の３回目接種の促進等に取り組んだ。

感染の急拡大に伴う医療のひっ迫に対応するため、重症化リスクが低いと考えられる有症状者等に対して抗原定性検査キットを配布し、陽性となった場合には健康フォローアップセンター等に連絡して医療機関の受診を待つことなく健康観察を受ける体制の構築を推進した。製造販売業者に対する検査キットの増産・安定供給の要請や、国が購入した 2,400 万回分の検査キットの都道府県への無償譲渡等を通じて、薬局等へ円滑に流通する体制を稼働させた。8 月には、抗原定性検査キットが入手しやすくなるよう検査キットの OTC 化が行われた。

7 月 29 日に開催された第 95 回政府対策本部では、まん延防止等重点措置に至らない場合であっても、一定以上の医療の負荷の増大が認められる場合に、都道府県が「BA.5 対策強化宣言」を行い、国が当該都道府県を「BA.5 対策強化地域」に位置づけて、国・都道府県が連携して、特措法第 24 条第 9 項に基づく感染拡大防止の要請・呼びかけを行う枠組みを創設することが決定された。あわせて、前年とりまとめた「全体像」の最大確保病床 5 万床の全面的な稼働に向けた適切なフェーズの引き上げによる即応化、入院対象者の適切な調整、高齢者施設等における医療支援、病床の回転率の向上等に取り組んだ。外来については、発熱外来の拡充・公表、発熱外来自己検査体制の整備の推進、療養開始時に検査証明を求めないことの徹底等に取り組んだ。

（２）With コロナに向けた新たな段階への移行

感染状況は、8 月 19 日に 1 日の新規陽性者数が 26 万人を超え、夏の感染拡大のピークを迎えた後は減少傾向となり、9 月上旬には 1 日 10 万人を下回った。そうした中で、9 月 8 日に開催された第 98 回政府対策本部において、感染症法上の措置について、高齢者・重症化リスクのある者への保健医療の重点化と患者の療養期間の見直しを行うなど、保健医療システムを機能させながら社会経済活動を維持できるようにする方針（「With コロナに向けた政策の考え方」）が決定された。

具体的には、患者の発生届出の対象を高齢者等の 4 類型に限定することとし、9 月

26 日より全国一律で適用することとするとともに、発生届出の対象外となる若い軽症者等が安心して自宅療養できるよう保健医療体制を強化することとした。また、社会経済活動との両立を図るため、オミクロン株対応のワクチン接種を開始することを想定して準備を行うこと等が決定された。全数届出の見直しに伴い、陽性登録が可能な者も限られることとなり、接触確認アプリ（COCOA）に期待される効果が限定的になることが見込まれたことから、その機能を停止することとした。

9 月 20 日からはオミクロン株（BA.1 型）対応二価ワクチンの接種を開始し、10 月から 11 月にかけては、オミクロン株（BA.4-5 型）対応二価ワクチンの接種を開始した。また、10 月 21 日からはオミクロン株対応ワクチンの接種間隔について、「5 か月以上」から「3 か月以上」に短縮することとした中、11 月 7 日にはワクチン接種回数が 1 日 100 万回を超えた。

10 月 11 日からは、水際対策についても、G 7 並みの円滑な入国が可能となるよう、新型コロナウイルスへの感染が疑われる症状がある者を除き入国時検査を行わないこととする、入国者総数の上限を撤廃する等の緩和を行った。

（3）季節性インフルエンザとの同時流行への対応

2020 年・2021 年は冬に季節性インフルエンザが流行することはなかったが、2022 年夏に南半球において季節性インフルエンザが流行したことを受け、新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザとの同時流行が懸念された。

これについては、同時流行により多数の発熱患者が生じる場合を想定して、重症化リスク等を踏まえた外来受診・療養の流れを整理するとともに、同時検査キットの確保や、重症化予防に資する新型コロナの治療薬の円滑な供給に取り組むこととされた。また、10 月 13 日には、各種対策に関する国民各位への情報提供と外来診療・療養の流れへの協力の呼びかけを迅速かつ効果的に実施できるよう、「新型コロナ・インフル同時流行対策タスクフォース」を立ち上げ、関係機関と連携しながら取り組んでいくこととした。

都道府県に対しては、10 月 17 日に新たに「外来医療体制整備計画」を策定するよう依頼し、外来医療体制の診察能力の把握、住民各位への情報提供と協力の呼びかけ等を要請した。この結果、11 月末時点において、発熱患者の受診見込者数である 75 万人を上回る 90 万人の最大診療能力の確保を実現した。加えて、11 月 21 日には、入院医療体制について、これまで各都道府県において点検・強化してきた「保健・医療提供体制確保計画」の改定を依頼し、重症度やリスク因子等患者の優先度に応じた入院調整・療養体制の考え方の周知や、新型コロナ病床確保の維持・対応医療機関の機能強化等について体制構築を図った。

また、11 月 11 日に開催された第 20 回コロナ分科会においては、2022 年秋以降の感染拡大で保健医療の負荷が高まった場合に想定される対応について議論が行われ、オミクロン株に対応して、外来医療等の状況にも着目したものに見直した上で、各段階において、感染レベルを抑えるために取り得る感染拡大防止措置について整理を行

い、分科会提言としてとりまとめられた。この提言に基づき 11 月 18 日に開催された第 99 回政府対策本部において、「医療負荷増大期」には、地域の実情に応じて、都道府県が「医療ひっ迫防止対策強化宣言」を行い、国が当該都道府県を「医療ひっ迫防止対策強化地域」に位置づけ、国・都道府県が連携して、特措法 24 条第 9 項に基づく医療提供体制の機能維持・確保、感染拡大防止措置、業務継続体制の確保等に係る協力要請・呼びかけを実施することとされた。

このような中、8 月中旬から減少傾向にあった新規陽性者数は、11 月上旬から増加に転じた。北日本など一部の地域では気温の低下により換気がされにくい場合があること、ワクチン接種や自然感染により獲得した免疫が経時的に低下していることが感染者数の増加要因であると考えられた。

11 月 22 日、経口抗ウイルス薬「ゾコーバ錠」（塩野義製薬株式会社）が緊急承認された。承認時点では安定的な供給が難しいことから、一般流通は行わず、当面の間、厚生労働省が所有した上で、配分することとし、11 月 28 日には、購入契約を締結した 100 万人分すべてのゾコーバ錠が納入され、同日から本格的な供給を開始した。

Ⅵ　５類感染症への移行期（2022 年 12 月頃～2023 年５月）

アウトライン

2022 年 11 月から再び感染拡大が生じ、12 月中旬には１日の新規陽性者数は 15 万人を超えるようになった。こうした状況の中、12 月下旬から 2023 年１月上旬頃にかけて、岐阜県と静岡県が医療ひっ迫防止対策強化宣言を発出して国と県が連携して感染対策に取り組んだ。その後、感染状況は１月中旬頃にピークを迎え、それ以降、全国的に減少傾向が継続し、２月下旬頃には冬の感染拡大前の水準を下回る状況となった。

2022 年 12 月からは、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけについて、アドバイザリーボードにおいて継続的な議論が行われた。こうした議論も踏まえつつ、厚生科学審議会感染症部会においても、同月から 2023 年１月にかけて議論が行われ、１月 27 日にとりまとめがなされた。これを受け、政府対策本部において、オミクロン株とは大きく病原性が異なる変異株が出現するなどの特段の事情が生じない限り、５月８日から新型コロナウイルス感染症（COVID-19）を感染症法上の５類感染症に位置づけること、それに伴い、患者等への対応や医療提供体制、サーベイランスなどこれまで講じてきた各種政策・措置等について見直しを行うこと、また、特措法の規定に基づき政府対策本部を廃止すること等を決定した。

続いて、２月 10 日には、マスクの着用について、行政が一律にルールとして求めるのではなく、個人の主体的な選択を尊重し、着用は個人の判断に委ねることを基本とすること等を政府対策本部において決定した。

さらに、３月 10 日の政府対策本部においては、医療提供体制について、入院措置を原則とした行政の関与を前提とした限られた医療機関による特別な対応から、幅広い医療機関による自律的な通常の対応に移行していく方針や、患者に対する公費支援の取扱いについて、位置づけ変更による急激な負担増を回避するため、医療費の自己負担等に係る一定の公費支援について期限を区切って継続すること等を決定した。

４月 27 日には、厚生科学審議会感染症部会において、位置づけ見直しの最終確認が行われ、厚生労働大臣が、５月７日をもって新型インフルエンザ等感染症には該当しないものとする感染症法に基づく公表を行った。これを受け、同日の政府対策本部において、５月８日に基本的対処方針を廃止することを決定するとともに、４月 28 日の閣議において、５月８日に政府対策本部を廃止することを決定した。

（１）2022 年冬の感染拡大への対応

12 月以降、新規陽性者数は全国的に増加傾向が続き、12 月中旬には１日の新規陽

性者数が 15 万人を超える状況となる中、１月中旬までに７県が新たなレベル分類におけるレベル３への引き上げを行い、岐阜県及び静岡県は医療ひっ迫防止対策強化宣言を発出した。

その後すぐに感染拡大のピークを迎え、１月中旬以降は、全国的に新規感染者数の減少が継続し、２月上旬には２県の医療ひっ迫防止対策強化宣言が終了した。２月下旬頃には、冬の感染拡大前の水準を下回る状況となった。

（２）新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの見直しに係る議論

12 月２日に成立した感染症法等一部改正法案の附則に衆議院において追加された検討規定を踏まえ、12 月上旬以降、アドバイザリーボードにおいて、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけについて議論が行われた。病原性（重篤性）、感染力、今後の変異の可能性、その他の留意事項として医療での受け止めといった観点から検討が加えられ、その内容も踏まえつつ、12 月下旬から厚生科学審議会感染症部会においても議論が行われた。

１月 20 日には、総理から、こういった議論等を踏まえ、原則として、2023 年春に新型コロナウイルス感染症を新型インフルエンザ等感染症から外し、５類感染症とする方向で専門家に議論を依頼する旨が表明された。これも踏まえ、厚生科学審議会感染症部会において更なる議論が行われ、１月 27 日の同部会において、「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は、感染症法に基づく私権制限に見合った『国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれ』がある状態とは考えられないことから、新型インフルエンザ等感染症に該当しないものとし、５類感染症に位置づけるべきである。」等のとりまとめがなされた[1]。

これを受け、同日、政府対策本部を開催し、オミクロン株とは大きく病原性が異なる変異株が出現するなどの特段の事情が生じない限り、５月８日から新型コロナウイルス感染症（COVID-19）を感染症法上の５類感染症に位置づけること、それに伴い、患者等への対応や医療提供体制、サーベイランスなどこれまで講じてきた各種政策・措置等について見直しを行うこと、また、特措法の規定に基づき政府対策本部を廃止することなどを決定した[2]。このうち、患者等への対応と医療提供体制については３月上旬を目途に具体的な方針を示すこととした。

（３）５類感染症への移行に係る対応方針

政府は、１月 27 日の政府対策本部決定を踏まえ、感染症法上の位置づけが５類に

[1] 「位置づけの変更は、私権制限を解除するものであるため、速やかに行うことが望ましいが、変更に伴う各種対策の転換は、国民ひとりひとりの生活や、各企業や医療機関の取組、地方行政に大きな影響を及ぼすこととなるため、今後３か月程度の準備期間を置いた上で行うべき」等の留意点もあわせて示された（「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけについて」（2023 年１月 27 日厚生科学審議会感染症部会））。

[2] 「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更等に関する対応方針について」（2023 年１月 27 日第 101 回政府対策本部）

変更されることを見据え、新型コロナウイルス感染症対策として行ってきた各種施策について、見直しの方向性を順次示していった。

2月10日の政府対策本部においては、マスクの着用について、3月13日（学校は4月1日）から、行政が一律にルールとして求めるのではなく、個人の主体的な選択を尊重し、着用は個人の判断に委ねることを基本とし、政府は各個人のマスク着用の判断に資するよう、感染防止対策としてマスク着用が効果的である場面などを示し、一定の場合にはマスク着用を推奨するよう、考え方を見直すことを決定した。

続いて、3月10日の政府対策本部においては、1月27日政府対策本部決定において3月上旬に示すこととしていた患者等への対応と医療提供体制についての具体的な方針を決定した。本決定では、患者に対する公費支援の取扱いについては、位置づけ変更による急激な負担増を回避するため、医療費の自己負担等に係る一定の公費支援について期限を区切って継続すること、医療提供体制については、入院措置を原則とした行政の関与を前提とした限られた医療機関による特別な対応から、幅広い医療機関による自律的な通常の対応に移行していく方針とすること等を示した。

加えて、3月31日には、業種別ガイドライン廃止に際しての留意事項や、基本的な感染対策について、政府として一律に求めることはなくなり、「個人の選択を尊重し、自主的な取組をベースとしたもの」として政府が感染症法に基づき情報提供することとなること等を事務連絡により示した[3]。

（4）５類感染症への位置づけの見直しと政府対策本部の廃止

4月27日の厚生科学審議会感染症部会において、病原性が大きく異なる変異株の出現等の科学的な前提が異なるような特段の事情は生じていないことが確認されたことを受け、感染症法第44条の2第3項の規定に基づき、5月7日をもって新型コロナウイルス感染症は新型インフルエンザ等感染症と認められなくなることを厚生労働大臣が公表し、5月8日から感染症法上の5類感染症に位置づけることとした。これを受け、同日の政府対策本部において、5月8日に基本的対処方針を廃止することを決定する[4]とともに、4月28日の閣議において、5月8日に政府対策本部を廃止することを決定した。

5月8日に政府対策本部及び基本的対処方針が廃止され、政府対策本部の廃止については特措法の規定に基づき国会に報告するとともに、官報で公示を行った。同日、基本的対処方針の廃止についても、官報で公告を行った。

---

[3] 「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけ変更に伴う業種別ガイドラインの廃止及び位置づけの変更に際しての事業者の取組への支援について（依頼）」（2023年3月31日内閣官房新型コロナウイルス等感染症対策推進室長事務連絡）

[4] 「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針の廃止について」（2023年4月27日第104回政府対策本部）

特措法運用

9　オミクロン株の感染拡大（2021.11 月下旬～2022.5 月下旬）

アウトライン

オミクロン株の感染拡大等を踏まえてまん延防止等重点措置を行った。国立感染症研究所など国内外からの報告では、オミクロン株はデルタ株と比較して重症化しにくい可能性が示唆されているものの、感染拡大のスピードが極めて速いという特徴も踏まえ、コロナ分科会において「オミクロン株の特徴を踏まえた感染防止策について」

[139] 「感染防止安全計画」は、大規模イベント等について、上限人数等の緩和を行う際の条件として作成するもの。感染防止安全計画では、イベント開催時の必要な感染防止策を着実に実行するため、イベントごとに具体的な感染防止策の内容を記載。都道府県がその内容を確認し、必要な助言を行う。

[140] 緊急事態措置区域で開催されるイベント等の場合。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、重点措置区域で開催されるイベントの場合は人数上限 20,000 人かつ収容率の上限を 100%、上記以外の区域で開催されるイベントの場合は収容定員まで可能とした。

を示し、学校・保育所・高齢者施設等に対して感染防止策を実施するなど、オミクロン株の特徴を踏まえた感染防止策を行った。

なお、VTP 制度は、オミクロン株による感染が急速に拡大していた状況等を踏まえて原則として当面適用しないこととしたが（対象者に対する全員検査による行動制限緩和は可能）、ワクチンの追加接種（３回目接種）を開始したこと等を踏まえて、ワクチンと検査を活用した取組について、検討を開始した。

（まん延防止等重点措置の実施）

2021 年９月以降、急速に減少に転じた新規陽性者数は、オミクロン株への置き換わりなどにより 12 月下旬以降再び増加傾向となった。このため、県からの要望も踏まえ、政府対策本部は、まん延防止等重点措置を実施すべき期間（以下「重点措置期間」という。）を 2022 年１月９日から１月 31 日までとし、広島県、山口県及び沖縄県の３県を対象にまん延防止等重点措置を行うことを決定した（2022.1.7）。

オミクロン株[141]については、国立感染症研究所など国内外の報告から、デルタ株と比較して重症化しにくい可能性が示唆されているものの、感染・伝播性の増加が示唆されており、国内においても感染が急増し、オミクロン株への置き換わりが確認された。国内では連日新規陽性者数の過去最多を更新し、１月 16 日の東京都の新規陽性者数は、過去最多の 20,040 人となった。

感染の拡大とそれに伴う病床のひっ迫等を踏まえ、政府対策本部において、重点措置区域に東京都など 13 都県を追加する変更を行うとともに、重点措置期間を１月 21 日から２月 13 日までとすることを決定した（特措法第 31 条の４第３項）（2022.1.19）。その後、重点措置区域に大阪府など 18 府県を追加する変更を行うとともに重点措置期間を１月 27 日から２月 20 日までとし、広島県、山口県及び沖縄県において重点措置期間を２月 20 日まで延長[142]することを決定した（2022.1.25）。

（オミクロン株の特徴を踏まえた感染防止策等）

オミクロン株に関しては、学校、保育所、高齢者施設等でクラスターが相次いだこ

141 2021 年 12 月 21 日、厚生労働省より国内で「オミクロン株」の患者が発生したことを発表。オミクロン株は、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。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た。

142 基本的対処方針分科会では、まん延防止等重点措置の実施要件（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）を満たしているのか、飲食店に対する規制がオミクロン株の特徴を踏まえた対策として効果的であるか等の観点から、一部地域の重点措置期間の延長に反対する意見もあった（2022.2.18 等）。

とから、オミクロン株の特徴を踏まえた対策[143]を効果的に進めるため、全国知事会の協力を得て、オミクロン株に特徴的なクラスターの事例を収集した。これを踏まえ、第 12 回コロナ分科会において、クラスターが多く発生している場面・場所での感染防止策を中心に、「オミクロン株の特徴を踏まえた感染防止策について」が提言された（2022.2.4）。具体的には、感染拡大のスピードが速く、無症状者や軽症者が多いため、医療のひっ迫時に実施することになっている高いレベルの感染防止策を前倒しで実施する必要があるとし、

・学校等において、特に感染のリスクが高い教育活動については、レベルにとらわれず基本的に実施を控える。
・保育所において、感染リスクが高い活動を避け、できるだけ少人数のグループに分割する。
・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マスク着用を推奨すること。
・高齢者施設において、レクリエーション時のマスク着用、送迎時の複数の窓開け等の対応を徹底する。

等の対策を講じていくべきとし、その後、基本的対処方針に「オミクロン株の特徴を踏まえた感染防止策」として記載した（2022.2.10）。

その他、同基本的対処方針においては、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こと、事業継続が求められる業種に係る業務継続計画（BCP）の確認等を進めることなどオミクロン株の特徴を踏まえた感染防止策を盛り込んだ。

さらに、第 13 回コロナ分科会では、いわゆる第 1 波からいわゆる第 6 波までの対策の変遷を振り返り、これまでの経験で得られたことをいわゆる第 6 波対策に反映することとされた（2022.2.25）。

第 14 回コロナ分科会では、「これまでの感染動向を踏まえた今後の対応の考え方について」議論が行われ、感染状況の段階（新規陽性者数が増加又は高止まりしている「拡大期」、新規陽性者数が減少傾向となる「収束期」等）と強力な対策の必要性に応じて対策を使い分けることが効果的とされた（2022.3.11）。具体的には、拡大期においては、

・飲食店においては、時短要請による強力な対策で抑え込む。
・学校、保育所等においては、地域の実情に応じ、職員の頻回検査、春休みの部活動等における感染リスクの高い活動の制限、保育所における症状のある子どもの登園自粛要請等を行う。

143 一部の知事からは、協力金を払いながら飲食店への時短要請を続けることの効果について疑問の声が上がった。（2022.2.14 宮城県 HP 等）

・高齢者施設においては、地域の実情に応じ、職員の頻回検査、面会時の感染対策の徹底等を行う。

とされ、その後、基本的対処方針に反映した（2022.3.17）。その他、同基本的対処方針においては、同コロナ分科会における議論を踏まえ、重点措置区域において、不要不急の都道府県間の移動は、国として自粛を求めないこととされた。

（まん延防止等重点措置の終了）

第 14 回コロナ分科会において「これまでの感染動向を踏まえた今後の対応の考え方について」として、まん延防止等重点措置終了の考え方について、「新規陽性者数が微増傾向又は高止まりしていても、病床使用率が低下し、医療への負荷が低下する見込みであれば終了できるのではないか。」、「病床使用率、重症病床使用率が 50％を超えていても、急激な増加が見られず、かつ、新規陽性者数が減少傾向であり、今後、病床使用率、重症病床使用率が減少し、医療への負荷が低下する見込みであれば終了できるのではないか。」等のまん延防止等重点措置終了の判断の考え方を示した（2022.3.11）。

こうした考え方も踏まえて、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、オミクロン株の特徴を踏まえた感染防止策を講じたことなどにより、全国の新規陽性者数は今週先週比が 0.87 となり、直近の 1 週間では 10 万人当たり約 296 人と減少が継続しており、年代別の新規陽性者数は全ての年代で減少が継続し、全国の新規陽性者数減少の動きに伴い、療養者数、重症者数及び死亡者数は減少が継続していると評価された [144]ことなどを踏まえ、政府対策本部において、3 月 21 日をもって、まん延防止等重点措置を終了することを決定した（2022.3.17）。

なお、1 月 25 日から重点措置期間である 3 月 21 日までにおいて、人口 10 万人当たり新規陽性者数が最も多い大阪府について、1 月 25 日に人口 10 万人当たり新規陽性者数は 141.5 人、病床使用率、重症病床使用率はそれぞれ 50.5%、20.3%、歓楽街の 21 時の人出は 4.48 万人であった。その後人口 10 万人当たり新規陽性者数は 2 月 1 日に最多の 182.1 人、病床使用率、重症病床使用率はそれぞれ 2 月 14 日、2 月 24 日に最大の 104.4%、57.7%、歓楽街の 21 時の人出は 3 月 18 日に最大の 6.27 万人となった [145]。

---

[144] アドバイザリーボード（2022.3.15）

[145] 東京都について、まん延防止等重点措置を決定した 2022 年 1 月 19 日に人口 10 万人当たり新規陽性者数は 64.1 人、病床使用率、重症病床使用率はそれぞれ 25.9%、2.0%、歓楽街の 21 時の人出は 9.50 万人であった。その後人口 10 万人当たり新規陽性者数は 2022 年 2 月 8 日に最多の 142.6 人、病床使用率、重症病床使用率は 2 月 19 日に最大の 59.9%、15.9%、歓楽街の 21 時の人出は 3 月 11 日に最大の 11.46 万人となった。

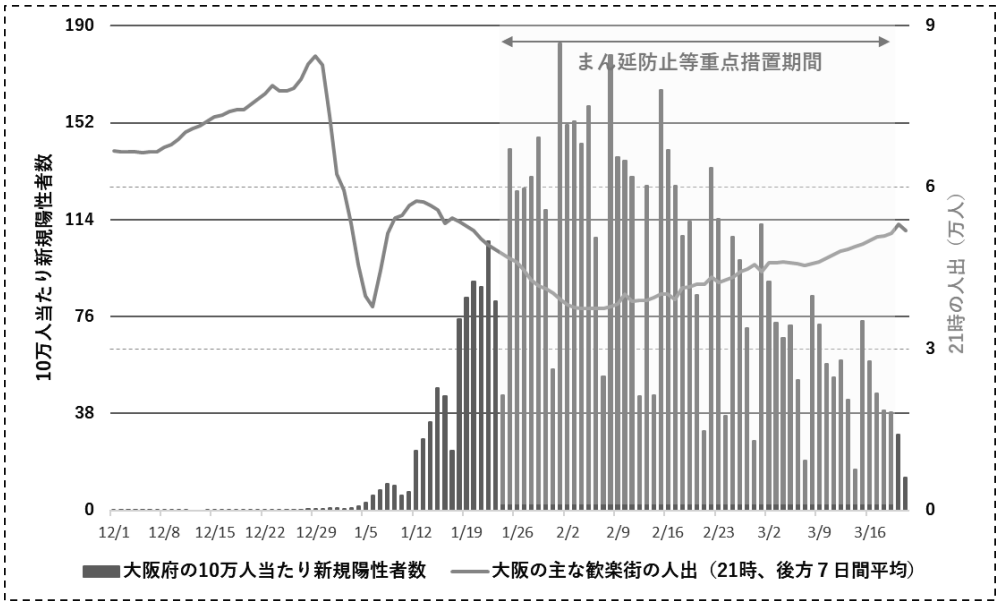


図 23　人口 10 万人当たり新規陽性者数・主な歓楽街の人出（大阪府）2021 年 12 月～2022 年 3 月

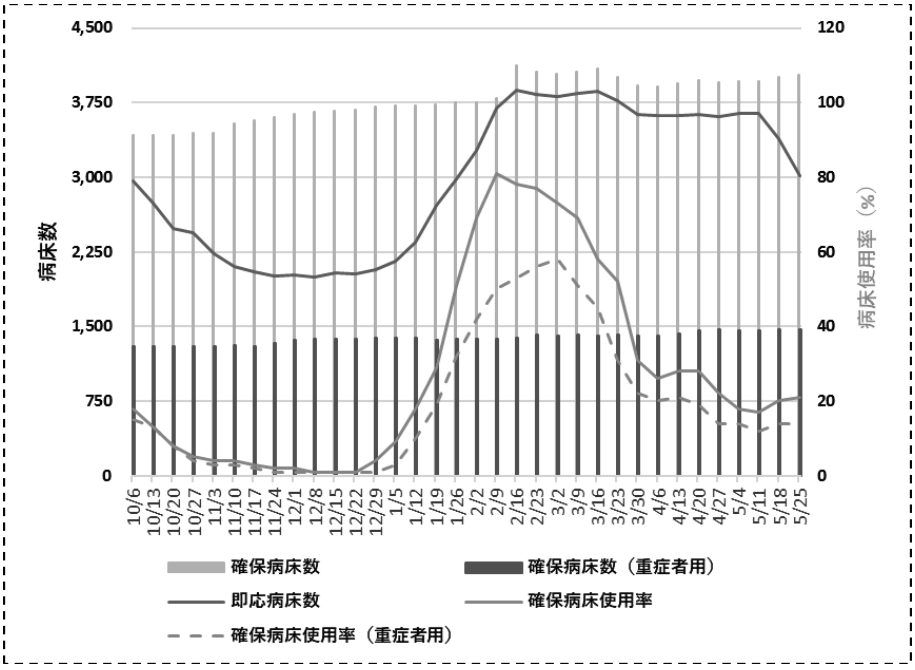


図 24　病床数・病床使用率の推移（大阪府）2021 年 10 月～2022 年 5 月

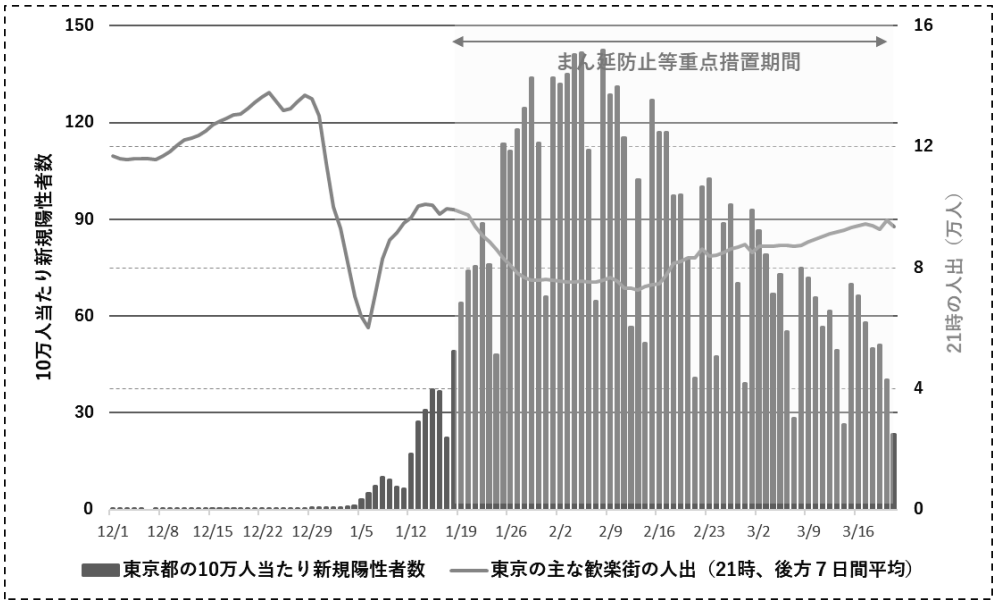


図 25　人口 10 万人当たり新規陽性者数・主な歓楽街の人出（東京都）2021 年 12 月～2022 年 3 月

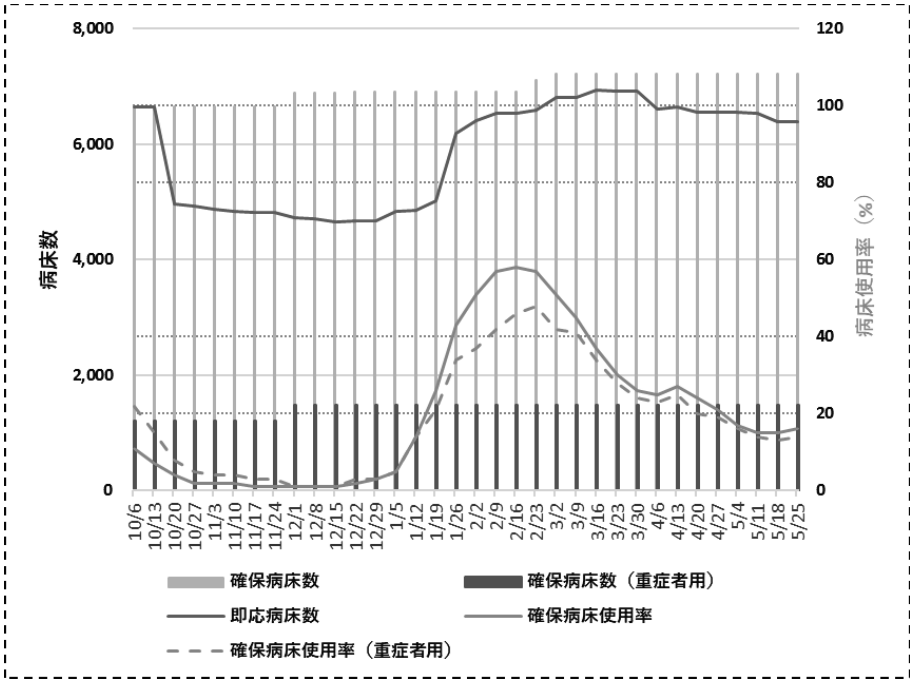


図 26　病床数・病床使用率の推移（東京都）2021 年 10 月～2022 年 5 月

（民間検査の活用等）

① 検査の無料化

都道府県が検査に係る費用の補助等を行い、検査を無料とすることで、①大人数での飲食、イベントへの参加など感染リスクの高い活動に当たり、ワクチン未接種者に対して検査の受検を浸透させること（ワクチン・検査パッケージ等定着促進事業）、②感染拡大の傾向が見られる場合に、都道府県知事の判断により、感染に不安を有する者が検査を受けられる環境を整備していくこと（感染拡大傾向時の一般検査事業）を目的に、地方創生臨時交付金「検査促進枠」を創設した（2021.12.20）。その後、オミクロン株の市中感染が確認された状況では、当面の対応として、感染拡大傾向が見られる場合に当たるものとして、一般検査事業を実施できることとした（2021.12.23）。

また、基本的対処方針（2022.1.19 変更）では、VTP 制度を原則当面適用せず、対象者全員検査等を推奨するとしたことに伴い、①の事業をワクチン検査パッケージ・対象者全員検査等定着促進事業に改め、ワクチン接種者も含め検査結果が必要となる者を幅広く対象に加えた（2022.1.19）。

１月 27 日には厚生労働省において、抗原定性検査キットの需給ひっ迫を踏まえ、抗原定性検査キットの需給が安定するまでの間、供給の優先付け等を行い、無料検査について足下の検査件数を続けられるよう努める方針が示され、都道府県は、検査需要の高まり等を踏まえた適切な無料検査事業の実施に努めることとされた（2022.1.27）。

その後、抗原定性検査キットの供給が改善傾向となったため、都道府県において実施する抗原定性検査の件数の計画値を倍増し（2022.3.4）、当面の安定的な流通に十分な供給量が確保されたとして厚生労働省において優先付け等が終了されると、検査件数を制限する枠組みを廃止した（2022.3.16）。

さらに、基本的対処方針（2022.3.17 変更）において、ワクチン接種歴や陰性の検査結果を確認する地方公共団体や民間事業者等による取組を推奨することとされたことに伴い、当初３月末に終了することとしていた定着促進事業について、６月末まで延長すること等を行った（2022.3.22）。こうした取組を進める中で、検査拠点は全国 11,851 箇所（2022.5.26 時点）に拡大した[146]。

② 下水サーベイランス

新型コロナウイルス感染症については、下水サーベイランス（下水中のウイルス検

[146] 2022 年３月第４週までの累積の検査実績・陽性率は、
検査件数：5,725,002 件（定着促進 500,423 件、一般検査 5,224,579 件）、陽性率：4.5%であった（2022.4.27 第 16 回コロナ分科会）。

査、監視）により、地域のまん延状況の把握や特定の施設における感染有無の探知等を行い、効果的・効率的な対策につなげられる可能性があり、国内外で下水中の新型コロナウイルス調査に関する研究・取組が行われている。具体的には、国立感染症研究所を中心とする厚生労働科学研究課題において検討が進められ、「下水中の新型コロナウイルス検出マニュアル」が策定・公開された（2021.6.14）ほか、国土交通省では、有識者や関係省庁が参加する調査検討委員会を設置（2021.3.5）し、下水中の新型コロナウイルス RNA 濃度の測定及び実態調査を行うとともに、下水サーベイランス実施における下水道管理者としての役割等を記したガイドライン（案）を公表した（2022.3.22）。下水サーベイランスの活用については、基本的対処方針（2021.6.17 変更）において、「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。」とされたことを踏まえ、11 月 16 日、内閣官房、厚生労働省、国土交通省が「下水サーベイランスに関する推進計画」を策定し、実用に向けた実証事業に取り組んでいる。

（行動制限緩和の見直し）

VTP 制度に加えて、対象者に対する全員検査による行動制限緩和を行うことも可能とした（2022.1.7）が、オミクロン株による感染が急速に拡大していた状況等を踏まえ、VTP 制度は、原則として、当面適用しないこととした（2022.1.19）。

その後、ワクチンの３回目接種が始まり、３回目接種により、オミクロン株感染に対する発症予防効果や重症化予防効果が回復することが英国健康安全保障庁（UKHSA）から報告[147]されている（ただし、長期的に効果が持続するかは不明）等の状況変化を踏まえ、ワクチンと検査を活用した取組について、検討を開始した（2022.2.25）。

人数上限については、イベント前後の人流抑制の観点から設定していたものであったが、基本的な感染対策の徹底や直行直帰についての個人への呼びかけ、飲食店への対策等によって対応することが可能と考えられること等を踏まえ、重点措置区域である都道府県全域において、感染防止安全計画を策定し実施するイベント等について、人数上限 20,000 人から、収容定員までの収容を可能とする行動制限緩和を行った（2022.3.17）。

（マスク着用の考え方等について）

2022 年 5 月 19 日のアドバイザリーボードにおいて、専門家より「日常生活における屋外と、小児のマスク着用について」が示され、

・屋外で周囲の人と距離が十分に確保できる、または家族のような一緒に過ごすことが多い間柄の人たちだけであればマスク着用は、引き続き必要ではないと考えられ

147 第 29 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会資料 3

る
・屋外で周囲との距離が十分に確保できない場面でも、周囲で会話が少ないようであれば、これまでの考え方どおり、マスク着用は必ずしも必要ではないと考えられる
・マスク着用により、熱中症のリスクや表情が見えにくくなることによる影響も懸念されており、従来の考え方（２歳以上の未就学児については、マスク着用を一律には求めず、無理に着用させない）に戻していくことを考慮する時期にある[148]と考えられる
など、日常生活において、空気の循環により感染リスクが室内に比べて低めとなる屋外でのマスク着用について改めて確認するとともに、オミクロン株の感染拡大によって一時的にマスク着用の必要性が強化された小児におけるマスク着用について、考え方が整理された。

こうした考え方も踏まえ、厚生労働大臣より「マスク着用の考え方及び就学前児の取扱いについて」が示され（2022.5.20）、
・基本的な感染対策としてのマスク着用の位置づけは変更しない
・身体的距離が確保できないが、会話をほとんど行わない場合のマスク着用の考え方を明確化
・就学前の児童（２歳以上）のマスク着用について、オミクロン株対策以前の取扱いに戻す
こととされた。

基本的対処方針分科会（2022.5.23）において、基本的対処方針に当該マスク着用の考え方及び未就学児の取扱いを明記する等の見直しが了承され、同日の政府対策本部において決定した。

（認証店に対する協力金支給の取扱い）

重点措置区域における飲食店に対する協力金の支給水準については、従来、第三者認証制度の適用店舗（以下「認証店」という。）に対する要請（21 時まで）が非認証店に対する要請（20 時まで）よりも時間制限が緩和されていることを踏まえ、異なる支給水準[149]としていた。沖縄県においては、認証店でも、非認証店と同等の時短要請を行う動きがあり、一部に認証を返上する動きも生じていた。このため、内閣府及び内閣官房より都道府県知事の要請に基づき、認証店が非認証店と同水準の要請（20 時までの時短要請・酒類提供停止）に応じることとした場合、非認証店に対する支給水

[148] オミクロン株の特徴が判明しない中で、小児の感染がこれまでよりも多く確認されていたことを踏まえ、基本的対処方針の改定（2022.2.10）において、保育所、認定こども園等においては、２歳以上の未就学児についても、「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。」とされた。
[149] 支援額は、非認証店に対し、20 時までの時短要請・酒類提供停止を行う場合、３～10 万円、認証店に対し、21 時までの時短要請等を行う場合、2.5～7.5 万円としていた。

準と同額（3〜10 万円）を支給できることとし、適用開始を１月９日に遡ることとする通知を都道府県に行った（2022.1.11）。

（参考１）

表 3　東京都における飲食店への時短要請に係る見回り状況

	対象施設数	見回り施設数（延べ数）
２回目の緊急事態宣言（2021.1.8〜3.21）	約 12 万施設	約 11 万施設
３回目の緊急事態宣言①（2021.4.25〜6.20）	約 12 万施設	約 28 万施設
３回目の緊急事態宣言②（2021.7.12〜9.30）	約 12 万施設	約 28 万施設

（参考２）

表 4　東京都における特措法第 45 条第２項・第３項に基づく要請・命令の件数

	個別要請	命令（指示）	過料通知
1 回目の緊急事態宣言（2020.4.7〜5.25）	68 施設	0	―
２回目の緊急事態宣言（2021.1.8〜3.21）	129 施設	32 施設	4 施設
３回目の緊急事態宣言①（2021.4.25〜6.20）	131 施設	63 施設	60 施設
３回目の緊急事態宣言②（2021.7.12〜9.30）	1,297 施設	91 施設	85 施設

※1 回目の緊急事態宣言については、要請対象は全てパチンコ店であり、要請違反に対する指示は行わなかったが、68 施設中 5 施設の休業を確認。

※2 回目の緊急事態宣言以降については、上記のほか、緊急事態宣言とともに都内全ての施設（特措法施行令第 11 条第 1 項各号の施設（うち飲食店は約 12 万店舗。コロナ禍前後で店舗数に大きな変化なし））に対し、特措法第 45 条第 2 項に基づく要請を行っている。

１．特措法運用

10　オミクロン株 BA.5 による感染拡大（2022.６月～2022.９月上旬）

アウトライン

既存のオミクロン株（BA.1 系統、BA.2 系統）から、より感染者数増加の優位性が示唆されていた BA.5 系統への置き換わりが進み、７月以降、全国各地で新規陽性者数が増加に転じ、多くの地域で急速に感染が拡大した。

感染拡大への対応については、オミクロン株（BA.5 系統）の特性等を踏まえ、新たな行動制限は行わず、重症化リスクのある高齢者等を守ることに重点を置いて、世代ごとに効果の見込まれる感染対策を国・地方が連携して講じる方針を決定した。

その後、さらに急速に感染が拡大し、７月下旬には１日の新規陽性者数が 20 万人を超え、発熱外来や救急外来等の医療の負荷が高まる中で、社会経済活動を維持しながら感染拡大防止を図るため、都道府県が「BA.5 対策強化宣言」を行い、当該都道府県を国が「BA.5 対策強化地域」に指定して、国・都道府県が連携して、感染拡大防止の要請・呼びかけを行う枠組みを設けた。

感染は８月中旬頃にピークを迎え、その後減少傾向となった。９月８日の政府対策本部においては、感染症法上の措置について、高齢者・重症化リスクのある者への保健医療の重点化と患者の療養期間の見直しを行うなど、新型コロナ対策の新たな段階に移行し、今後、今回を上回る感染拡大が生じても、我が国の保健医療システムを機能させながら、社会経済活動を維持できるようにする方針を決定した。

（大型連休を含めた今後の感染拡大時における対策に関する議論）

第 16 回コロナ分科会において、３月 21 日にまん延防止等重点措置が終了して以降の各地の感染動向を確認するとともに、５月の大型連休には人の移動・活動が活発となり、接触機会のさらなる増加が見込まれること等を踏まえ、大型連休における感染対策（「大型連休における感染拡大の防止について」）をとりまとめた。また、専門家有志から、連休後に急速な感染拡大が生じた場合にとりうる施策に関する議論のたたき台として、提言が出された。この中で、法に基づく社会経済活動の制限を講じるかどうか、特定の医療機関で対応し入院隔離等を行うかどうかの組み合わせからなる「基本的な４つの考え方」が示された[5]（2022.4.27）。

[5] まん延防止等重点措置による感染抑制策に重点を置く「考え方Ａ」と、法に基づく社会経済活動の制限を講じず、人々の自主的な対応を尊重する「考え方Ｂ」、特定の医療機関で対応し入院隔離等を行う「考え方①」と、社会の医療資源全体で対応する「考え方②」の組み合わせにより、「考え方Ａ①」「考え方Ａ②」「考え方Ｂ①」「考え方Ｂ②」の４つが示された。

１．特措法運用

（これまでの新型コロナウイルス感染症対応の検証）

「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議」を 2022 年５月から６月にかけて計５回開催し、「①新型コロナウイルス感染症発生以降これまでの、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく対応や、保健・医療の提供体制の構築の対応等の整理及び評価に関する事項」、「②上記の対応に係る中長期的観点からの課題の整理に関する事項」について、とりまとめた[6](2022.6.15)。

（2022 年夏の感染拡大）

2022 年６月下旬までは、全国的には、新規陽性者数の減少傾向が続いていた。一方、地域別に見ると、横ばい又は増加の兆しが見られる地域もあり、一部の人口規模が小さい地域では、クラスターの発生による新規陽性者数の急増がみられた[7]。

既存のオミクロン株（BA.1 系統、BA.2 系統）から、より感染者数増加の優位性が示唆されていた BA.5 系統への置き換わりが進み、７月以降、全国各地で新規陽性者数が増加に転じ、多くの地域で急速に感染が拡大した。

（現下の感染拡大への対応方針）

現下の感染拡大への対応について、第 17 回コロナ分科会において、専門家有志から「第７波に向けた緊急提言」が出され、社会経済活動が徐々に進んでいる中で、国民の感染防止の取組を支援するとともに、医療提供体制の強化にこれまで以上に取り組み、医療や介護のひっ迫回避を目指すこととされた。併せて、社会経済活動を維持しながら、効果的に感染拡大防止を図る具体策として、検査の活用と換気の実施に関する提言がとりまとめられた[8](2022.7.14)。

こうした議論を受け、政府対策本部においては、BA.5 系統は既存のオミクロン株（BA.1 系統、BA.2 系統）と比較して重症度の上昇は見られていないこと、高齢者等に感染が拡大すると医療や介護への負担が極めて大きくなること、新たな行動制限を行うことは社会経済的な損失と得られる効果のバランスを失することなどを踏まえ、現下の感染拡大に対しては、新たな行動制限は行わず、保健医療体制の確保に万全を期すとともに、重症化リスクのある高齢者等を守ることに重点を置いて、世代ごとに効果の見込まれる感染対策を国・地方が連携して対応する方針を決定した(2022.7.15)。

---

6 「新型コロナウイルス感染症へのこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に向けた中長期的な課題について」（2022 年６月 15 日新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議）

7 2022 年６月 23 日第 88 回アドバイザリーボード
特に、島根県は、６月下旬時点で、直近１週間合計の人口 10 万人当たり新規陽性者数の今週先週比が 3.00 を上回るなど、先行して急速に感染が拡大した。

8 「効果的に感染拡大を防止しながら、社会経済活動を維持していくための検査の活用について」「感染拡大防止のための効果的な換気」（2022 年７月 14 日第 17 回コロナ分科会）

その後も感染者数は急増し、診療・検査医療機関（発熱外来）を中心に医療施設や介護施設への負荷が高まり、救急搬送困難事案も地域差はあるが急速に増加していった。また、多数の感染者や濃厚接触者により、業務の継続が困難になる事業者も増加していた。各都道府県は、独自の警報や宣言を発出するなど、感染対策の要請・呼びかけを強化した[9]が、７月 27 日には１日の新規陽性者数が 20 万人を超え、2021 年冬の感染拡大のピークの２倍に達した。

（「BA.5 対策強化宣言」の創設）

こうした中、全国知事会の緊急建議[10]も踏まえ、まん延防止等重点措置に至らない場合であっても、一定以上の医療の負荷の増大が認められる場合に、都道府県が「BA.5 対策強化宣言」を行い、国が当該都道府県を「BA.5 対策強化地域」に位置づけて、国・都道府県が連携して、住民・事業者に対して、特措法第 24 条第９項に基づく感染拡大防止の要請・呼びかけを行う枠組みを創設することを政府対策本部において決定した[11]（2022.7.29）。

８月２日には、神奈川県、福岡県及び熊本県が BA.5 対策強化宣言を発出して国と県が連携して感染症対策を強化することとし、国は当該県を BA.5 対策強化地域に位置づけた。その後も８月下旬にかけて、順次、各道府県が BA.5 対策強化宣言を発出し、８月 24 日までには、合計 27 道府県が BA.5 対策強化地域に位置づけられた[12]。

（沖縄県への対応、お盆期間中の無料検査の利用呼びかけ）

その他、政府は、沖縄県の感染状況や医療提供体制の状況が厳しくなっていたことを受け、内閣官房の幹部職員ら４人をリエゾンチームとして派遣し、看護師等の応援

---

[9] この時期に独自の警報や宣言を発出した都道府県としては、秋田県（感染拡大警報）、静岡県（医療ひっ迫警報）、大阪府（医療非常事態宣言）、宮崎県（医療緊急警報）などが挙げられる。また、それ以外の都道府県についても、必ずしも警報や宣言といった形ではないが、感染対策の要請・呼びかけを強化した。

[10] 「新たな変異株の感染急拡大に対する緊急建議」（2022 年７月 28 日全国知事会）
・速やかに感染拡大防止を図る必要があることを対外的に示すため、まん延防止等重点措置に至らない場合であっても、各都道府県知事の要請による国の事態認定を可能とすることも含めて検討すること
・オミクロン株による感染の特徴を踏まえ、従来の対策を行うか否かにかかわらず、学校、幼稚園、保育所等の教育・保育関連施設や高齢者施設等を含めた具体的かつ多様な対策について、各都道府県知事が地域の実情を踏まえて効果的・効率的な対策を選択できるようにすること

[11] 「社会経済活動を維持しながら感染拡大に対応する都道府県への支援について」（2022 年７月 29 日第 95 回政府対策本部）

[12] BA.5 対策強化宣言の実施地域は、北海道、宮城県、秋田県、福島県、栃木県、埼玉県、千葉県、神奈川県、新潟県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県、京都府、大阪府、鳥取県、岡山県、香川県、徳島県、愛媛県、高知県、福岡県、熊本県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

１．特措法運用

派遣の調整等を行った（派遣期間は７月 25 日～８月１日）[13]。

また、お盆期間中、特に帰省する場合には、地元で高齢の親族など多くの人との接触があることから、すでに整備している全国１万３千箇所以上の無料検査拠点に加えて、主要な駅や空港等で臨時の無料検査拠点を拡充し、お盆期間中に帰省する者に対し、検査受検の呼びかけを行った[14]（2022.7.26）。

（With コロナに向けた新たな段階への移行）

感染状況は、８月 19 日に１日の新規陽性者数が 26 万人を超え、夏の感染拡大のピークを迎え、その後は減少傾向となり、９月上旬には１日 10 万人を下回るレベルとなり、９月 30 日には全ての道府県が BA.5 対策強化宣言を終了した。

そうした中で、新型コロナウイルス感染症対策について、６回の感染拡大を経る中で対応力が強化されていることや、諸外国においては社会・経済活動の正常化の動きが進んでいることなどを踏まえ、病床の確保や抗原定性検査キットの OTC 化等の保健医療体制の強化を前提に、感染症法上の措置について、高齢者・重症化リスクのある者への保健医療の重点化と患者の療養期間の見直し[15]を行うなど、対策の新たな段階に移行することにより、我が国の保健医療システムを機能させながら社会経済活動を維持できるようにする方針（「With コロナに向けた政策の考え方」（後述））を、政府対策本部において決定[16]した（2022.9.8）。

併せて、政府は、イベント開催制限について、基本的対処方針を変更し、同一イベントにおいて、「大声あり」、「大声なし」のエリアを明確に区分して開催する場合の収容率の上限を、それぞれ 50%（大声あり）・100%（大声なし）とした（2022.9.8）。

（次の局面に向けた課題）

○　社会経済活動と感染拡大防止のバランスを踏まえた、2022 年秋以降の季節性インフルエンザとの同時流行に備えた対応のあり方

[13] 沖縄県に対しては、2022 年１月７日～31 日、４月 12 日～27 日、５月 13 日～24 日にもリエゾン派遣を実施している。

[14] 「お盆期間中に帰省される方への検査受検の呼びかけ等について」（2022 年７月 26 日内閣官房新型コロナウイルス等感染症対策推進室事務連絡）、「お盆期間中に帰省される方への検査受検の呼びかけ等について（訂正）」（2022 年８月２日内閣官房新型コロナウイルス等感染症対策推進室事務連絡）

[15] 【有症状者】発症から 10 日間⇒７日間に短縮　【無症状者】検体採取から７日間⇒検査キットによる検査で５日間経過後に解除（検査を受けない場合は７日間）

[16] 「With コロナに向けた政策の考え方」（2022 年９月８日第 98 回政府対策本部）

１．特措法運用

宣言地域	宣言日	期間
北海道	8/10	8/10～9/30
宮城県	8/5	8/5～9/30
秋田県	8/12	8/12～9/30
福島県	8/12	8/12～9/19
栃木県	8/4	8/5～9/25
埼玉県	8/3	8/4～9/30
千葉県	8/4	8/4～9/14
神奈川県	8/2	8/2～9/25
新潟県	8/5	8/5～9/16
長野県	8/24	8/24～9/4
岐阜県	8/5	8/5～9/30
静岡県	8/9	8/9～9/30
愛知県	8/3	8/5～9/30
三重県	8/5	8/5～9/11

宣言地域	宣言日	期間
京都府	8/4	8/4～9/25
大阪府	8/3	8/3～9/14
鳥取県	8/12	8/12～9/15
岡山県	8/5	8/5～9/25
香川県	8/10	8/10～9/25
徳島県	8/19	8/19～9/20
愛媛県	8/9	8/9～9/16
高知県	8/16	8/16～9/16
福岡県	8/2	8/2～9/13
熊本県	8/2	8/2～9/16
宮崎県	8/4	8/4～9/21
鹿児島県	8/3	8/3～9/30
沖縄県	8/4	8/4～9/16

表１　「BA.5 対策強化宣言」の実施地域一覧

※秋田県、静岡県、大阪府、福岡県、宮崎県、沖縄県については、既存の府県独自の宣言を BA.5 対策強化宣言とみなす旨を決定した日を、宣言日としている。

１．特措法運用

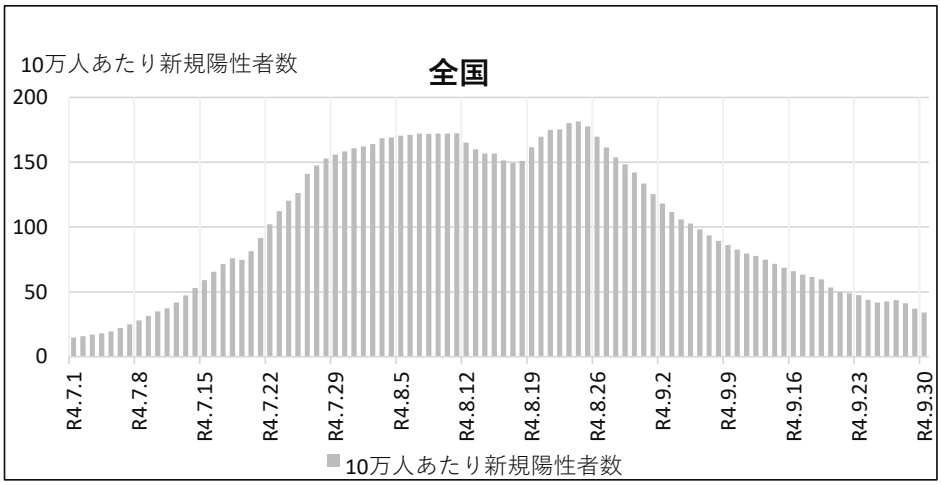


図１　人口 10 万人当たり新規陽性者数[17]の推移（全国）2022 年７月～９月

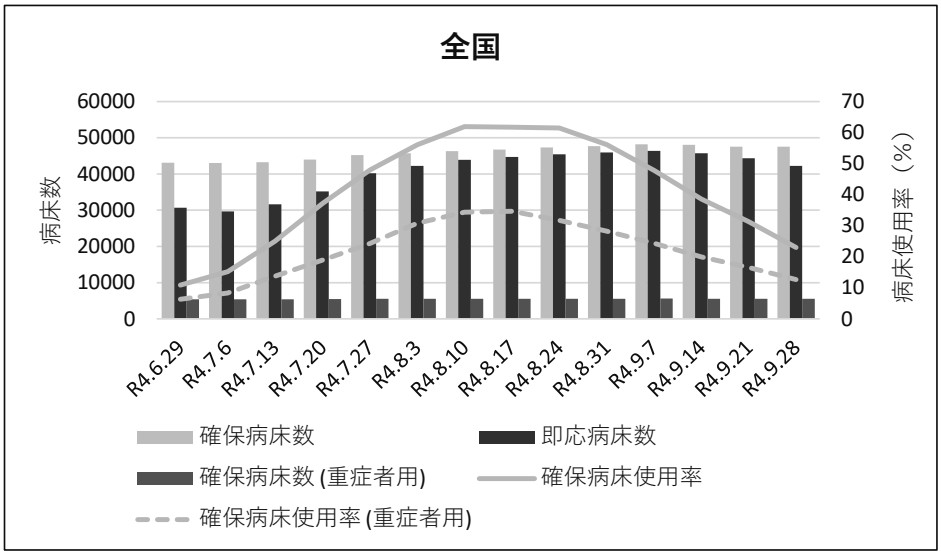


図２　病床使用率等の推移（全国）2022 年７月～９月

[17] 人口 10 万人当たり新規陽性者数は、後方７日間平均。以下、同様。

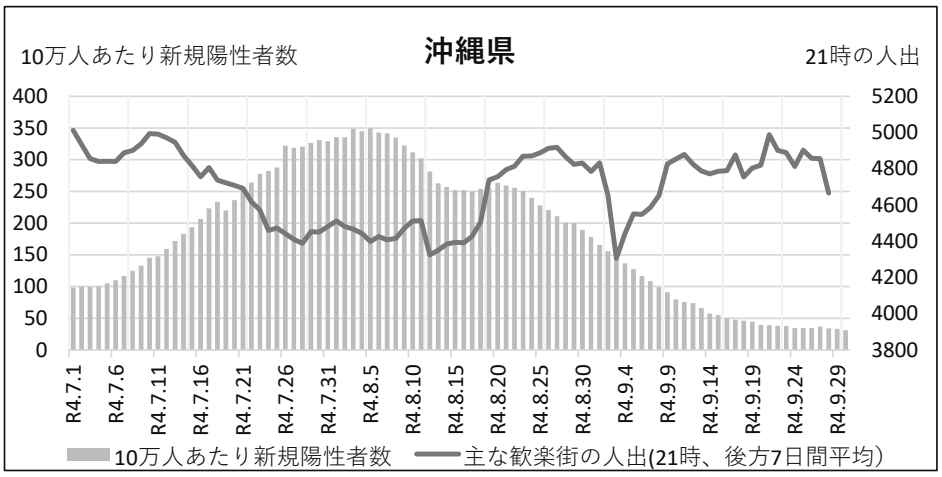


図３　人口 10 万人当たり新規陽性者数等の推移（沖縄県）2022 年７月～９月

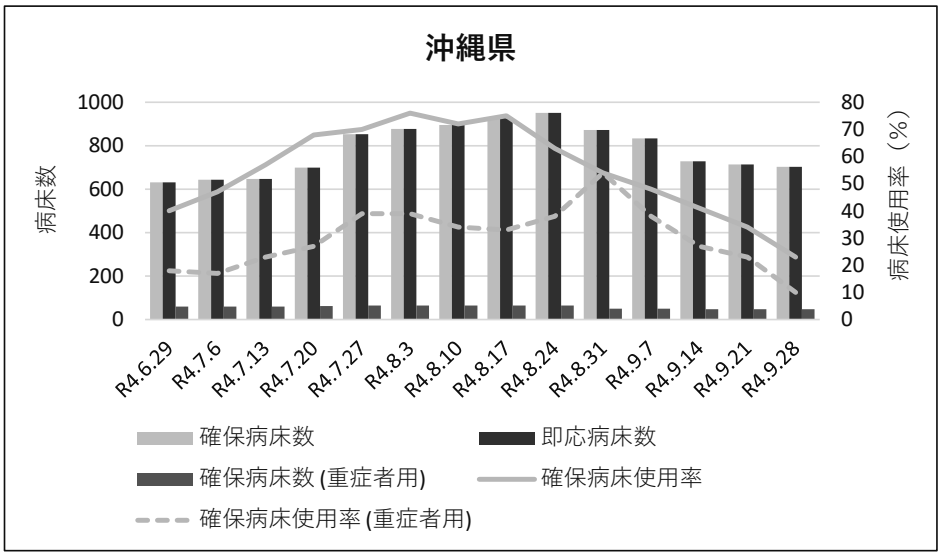


図４　病床使用率等の推移（沖縄県）2022 年７月～９月

11 季節性インフルエンザとの同時流行に備えた対策(2022.９月中旬～2022.11 月下旬)

アウトライン

９月～11 月において３回にわたってコロナ分科会を開催し、2022 年秋以降の感染拡大期における新型コロナウイルス感染症対策について議論した。

具体的には、

① 2022 年夏と同様、オミクロン株と同程度の感染力・病原性の変異株による感染拡大であれば、新たな行動制限は行わず、高齢者等を守ることに重点を置いて感染拡大防止対策を講じるとともに、季節性インフルエンザとの同時流行も想定した外来等の保健医療体制を準備することを基本方針とした。

② 併せて、2022 年夏にクラスターが多発した医療機関、高齢者施設、学校・保育所等における効果的な対策について都道府県の事例等を整理し、提言としてとりまとめた。

③ また、オミクロン株による感染拡大にも対応し、外来医療を含む医療のひっ迫度に着目した４段階のレベル分類に見直した上で、当該レベルに応じて、住民及び事業者に対して感染拡大防止の要請・呼びかけを行う枠組みについて、議論し、提言としてとりまとめた。

当該提言を踏まえ、11 月 18 日の政府対策本部において、都道府県が新たなレベル分類に応じて、「医療ひっ迫防止対策強化宣言」「医療非常事態宣言」を行い、感染対策を講じる枠組みを政府の対策として決定した。

（2022 年夏の感染拡大の振り返りと秋以降の検討課題）

第 18 回コロナ分科会では、2022 年夏の感染拡大について振り返りを行うとともに、今後の検討課題として、（１）2022 年秋以降の感染拡大期における新型コロナウイルス感染症対策（①季節性インフルエンザとの同時流行も想定した外来等の保健医療体制のあり方、②医療機関、高齢者施設、学校・保育所等の感染対策など）、（２）中長期的な With コロナにおける新型コロナウイルス感染症対策のあり方について、議論していくこととした（2022.9.16）。

（2022 年秋以降の感染拡大期における新型コロナウイルス感染症対策）

第 19 回コロナ分科会では、2022 年秋以降の感染拡大期における新型コロナウイルス感染症対策として、（１）季節性インフルエンザとの同時流行に備えた対応、（２）医療機関・高齢者施設・学校・保育所等における効果的な対策について議論を行った[18]（2022.10.13）。

[18] 「新型コロナウイルスと季節性インフルエンザの同時流行に備えた対応」「今秋以降の感染拡

2022 年夏と同様、オミクロン株と同程度の感染力・病原性の変異株による感染拡大であれば、新たな行動制限は行わず、社会経済活動を維持しながら、高齢者等を守ることに重点を置いて感染拡大防止対策を講じるとともに、季節性インフルエンザとの同時流行も想定した外来等の保健医療体制を準備することを基本方針とした。医療機関、高齢者施設、学校・保育所等における感染対策については、2022 年夏に発生したクラスター事例や先進的な取組例等を踏まえて、「入口」「院内・施設内」「クラスターが発生した場合」の段階ごとに分ける等しつつ、具体的な感染対策を整理し、分科会提言としてとりまとめた。

会議においては、委員から、
・今はオミクロン株の重症化率や致死率の低さから考えて、従来の緊急事態措置やまん延防止等重点措置による行動制限について国民の理解を得ることは難しい
・医療提供体制・検査体制の整備やワクチン接種を進めても、感染レベルが高まり、深刻な医療ひっ迫という危機的な状況を避けるために、感染レベルを下げる対策としてどのようなオプションがあるのか、どのような状況になったら強い対策が必要になるのか、検討する必要がある
という趣旨の指摘があった。

また、この会議では、業種別ガイドラインが合理的な内容となるよう、感染対策等に関する最新の知見とマスクを着用しなくてもよい場面の明示等の見直しのポイントを各業界団体に周知して、適時・適切な見直しを促進することとした。

（オミクロン株に対応したレベル分類の見直しと医療ひっ迫防止対策強化宣言の創設）

８月中旬から減少傾向にあった新規陽性者数は、2022 年夏の感染拡大時ほど急激な増加ではないものの、11 月上旬から増加に転じた。海外では、BQ.1 系統や BQ.1.1 系統（BA.5 の亜系統）などについて、感染者数増加の優位性が指摘されていたが、国内では BA.5 系統が引き続き主流となっており、北日本など一部の地域では気温の低下がみられ換気がされにくい場合があること、ワクチン接種や自然感染により獲得した免疫が経時的に低下していることが感染者数の増加要因であると考えられた[19]（2022.11.9）。特に、北海道は、2022 年夏の感染拡大のピークを超えて過去最多を更新するなど感染拡大が顕著となり、東北、北陸・甲信越、中国地方でも多くの増加がみられた[20]（2022.11.17）。このような感染拡大を受け、独自の警報や宣言を発出する

大期における感染対策について」（2022 年 10 月 13 日第 19 回コロナ分科会）
[19] 「新規感染者数について、全国的に増加傾向となっており、すべての地域で今週先週比が 1 を上回っている。一方で、現時点では今夏の感染拡大時より急激な増加にはなっていない。」（2022 年 11 月 9 日第 105 回アドバイザリーボード）
[20] 2022 年 11 月 17 日第 106 回アドバイザリーボード

など、感染対策の要請・呼びかけを強化する都道府県もみられた[21]。

第 20 回コロナ分科会においては、前回の分科会における委員の指摘等を踏まえ、2022 年秋以降の感染拡大で保健医療の負荷が高まった場合に想定される対応について、議論を行った。この中で、従来から用いていた感染状況や医療提供体制のレベル分類について、医療のひっ迫度に着目する基本的考え方は維持しながら、オミクロン株に対応して、外来医療等の状況にも着目したものに見直した上で、各段階において、感染レベルを抑えるために取り得る感染拡大防止措置について整理を行い、分科会提言としてとりまとめた（2022.11.11）。

この提言に基づき政府対策本部において、政府としての対応を決定した[22]。具体的には、オミクロン株に対応した外来医療を含む医療のひっ迫度に着目した 4 段階のレベル分類[23]に見直したうえで、「レベル３　医療負荷増大期」には、地域の実情に応じて、都道府県が「医療ひっ迫防止対策強化宣言」を行い、国が当該都道府県を「医療ひっ迫防止対策強化地域」に位置づけ、国・都道府県が連携して、住民及び事業者に対して、特措法 24 条第 9 項に基づく医療提供体制の機能維持・確保、感染拡大防止措置、業務継続体制の確保等に係る協力要請・呼びかけを実施することとした（2022.11.18）。

また、上記の対策を講じても感染拡大が続き、「レベル４　医療機能不全期」になることを回避するために、地域の実情に応じて、都道府県が「医療非常事態宣言」を行い、国が当該都道府県を「医療非常事態地域」に位置づけ、国・都道府県が連携して、住民及び事業者に対して、人との接触機会の低減について、より強力な要請・呼びかけを行うこととした。

都道府県に対しては、コロナ分科会の提言を踏まえ、レベル分類について、保健医療の負荷の状況、社会経済活動の状況及び感染状況に関する事象等を十分に勘案して判断・運用することを通知するとともに、各レベルの移行に関する事象及び指標について可能な限り 11 月中に設定することを求めた[24]（2022.11.16）。

---

[21] この時期に独自の警報や宣言を発出した都道府県としては、宮城県（みやぎ医療ひっ迫危機宣言）、長野県（医療非常事態宣言）、三重県（感染防止行動徹底アラート／医療ひっ迫防止アラート）などが挙げられる。また、それ以外にも、必ずしも警報や宣言といった形ではないが、独自の基準を設ける等により感染対策の要請・呼びかけを強化する都道府県がみられた。

[22] 「今秋以降の感染拡大で保健医療への負荷が高まった場合の対応について」（2022 年 11 月 18 日第 99 回政府対策本部）

[23] レベル 1「感染小康期」（病床使用率概ね 0 ～30%）、レベル 2「感染拡大初期」（病床使用率 30～50%）、レベル 3「医療負荷増大期」（病床使用率／重症病床使用率概ね 50%超え）、レベル 4「医療機能不全期」（重点医療機関における医療従事者の欠勤急増、病床使用率／重症病床使用率概ね 80%超え）

[24] 「今秋以降の感染拡大で保健医療への負荷が高まった場合のレベル分類の運用について」

１．特措法運用

（次の局面に向けた課題）

○　2022 年秋以降の季節性インフルエンザとの同時流行に備えた対応

○　新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけに関する検討

（2022 年 11 月 16 日内閣官房新型コロナウイルス等感染症対策推進室事務連絡事務連絡）

１．特措法運用

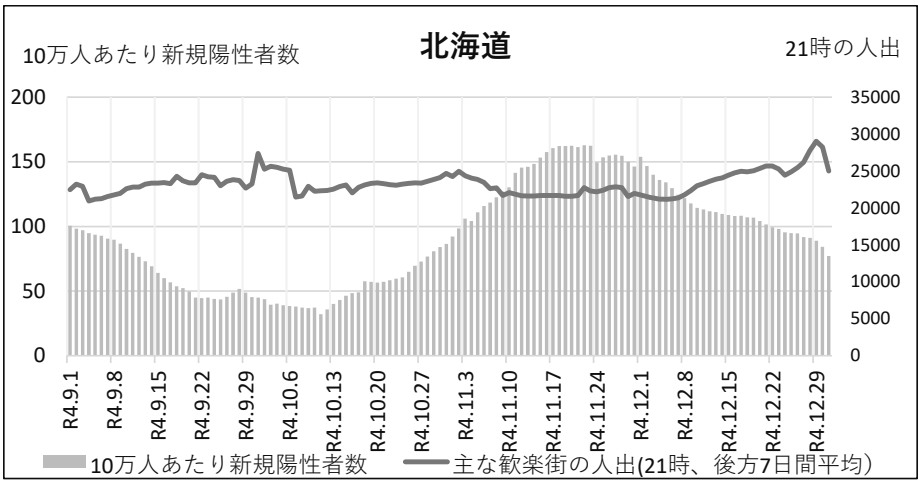


図５　人口 10 万人当たり新規陽性者数等の推移（北海道）2022 年９月～12 月

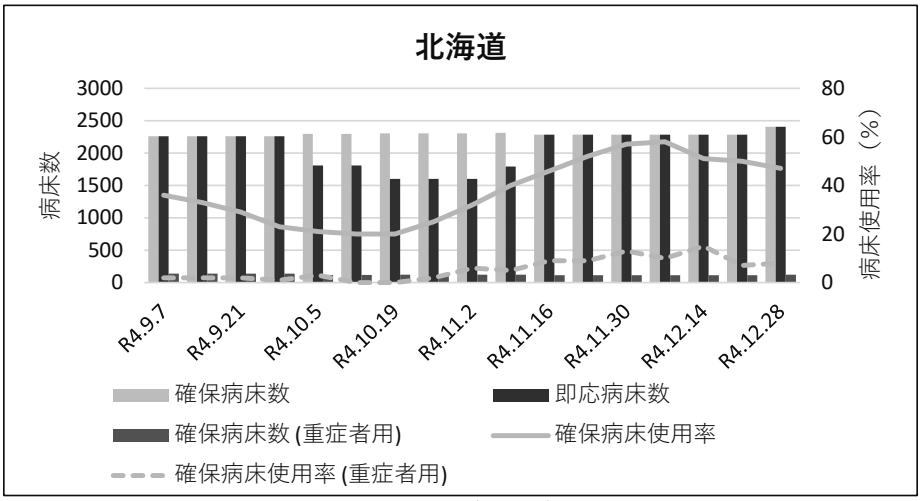


図６　病床使用率等の推移（北海道）2022 年９月～12 月

12 冬の感染拡大と感染症法上の位置づけ見直しに向けた対応（2022.12月上旬～2023.５月上旬）

アウトライン

12月に入り、感染拡大傾向は続き、12月中旬には１日の新規陽性者数は15万人を超えるようになった。その後、感染状況は１月中旬頃にピークを迎え、それ以降、全国的に減少傾向が継続し、２月下旬頃には冬の感染拡大前の水準を下回る状況となった。

感染症法上の位置づけ見直しについて、感染症法等一部改正法附則の検討規定を踏まえ、12月上旬以降、厚生労働省のアドバイザリーボード及び厚生科学審議会感染症部会において議論が行われた。その後、2023年１月27日の厚生科学審議会感染症部会において、感染症法に基づく私権制限に見合った「国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれ」がある状態とは考えられないことから、新型コロナウイルス感染症を新型インフルエンザ等感染症に該当しないものとし、５類感染症に位置づけるべきであることがとりまとめられた。

同日の政府対策本部において、このとりまとめを踏まえ、オミクロン株とは大きく病原性が異なる変異株が出現するなどの特段の事情が生じない限り、５月８日から５類感染症に位置づけること、位置づけの変更に伴い政府対策本部及び基本的対処方針を廃止することを決定した。

２月10日の政府対策本部において、マスクの着用について、５月８日よりも前倒しで、３月13日（学校は４月１日）から、個人の判断に委ねることを基本とする方針を決定した。

４月27日には、厚生科学審議会感染症部会において、位置づけ見直しの最終確認が行われ、厚生労働大臣が、５月７日をもって新型インフルエンザ等感染症には該当しないものとする感染症法に基づく公表を行った。これを受け、同日の政府対策本部において、５月８日に基本的対処方針を廃止することを決定するとともに、４月28日の閣議において、５月８日に政府対策本部を廃止することを決定した。

（新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけ見直しに関する議論の開始）

「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議」のとりまとめ[25]及びその後の政府対策本部決定[26]を踏まえ、感染症法等一部改正法案が12月２日に成立し、12

[25] 「新型コロナウイルス感染症へのこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に向けた中長期的な課題について」（2022年６月15日新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議）

[26] 「新型コロナウイルス感染症に関するこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に備えるため

月９日に公布された。衆議院において、附則に検討規定が追加され、政府は、新型コロナウイルス感染症に関する状況の変化を勘案し、新型インフルエンザ等感染症への位置づけの在り方について、他の感染症との比較等の観点から速やかに検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとされた。

これを踏まえ、12 月７日の厚生労働省のアドバイザリーボードにおいて、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけ及び判断に当たっての考慮要素」について議論が開始された。

12 月９日に開催された第 21 回コロナ分科会では、足元の新規感染者数は横ばいとなっているものの、一部の地域では増加傾向が継続するなどの状況がみられること[27]や、年末に向けて人流・接触機会の増加等に伴う感染動向への影響を想定し、帰省・受験等といった冬の社会経済活動を維持しながら、医療のひっ迫を招かないようにするための感染対策のポイントがとりまとめられた[28]。

また、アドバイザリーボードでの議論や、感染症法と特措法との関係等も踏まえ、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけについて、議論がなされた[29]。

（年末年始期間中の検査受検の呼びかけ）

政府は、年末年始期間中、特に帰省する場合には、地元で高齢の親族など多くの人との接触があることから、年末年始期間中において、すでに整備している全国１万３千箇所以上の無料検査拠点に加えて、主要な駅や空港等で臨時の無料検査拠点を拡充し、年末年始期間中に帰省する者に対し、検査受検の呼びかけを行うこととした。当該期間中、当該呼びかけに応じて行われる検査は、ワクチン検査パッケージ・対象者全員検査等定着促進事業により行うことを可能とした[30]（2022.12.6）。

（「医療ひっ迫防止対策強化宣言」の実施）

12 月以降、新規陽性者数は、全国的には増加傾向が続き、中でも近畿や四国、九州・沖縄など遅れて感染拡大となった地域を中心に増加幅が大きくなっていき、12 月

の対応の方向性」（2022 年６月 17 日政府対策本部決定）、「新型コロナウイルス感染症に関するこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に備えるための対応の具体策」（2022 年９月２日政府対策本部決定）

[27] 2022 年 12 月７日第 109 回アドバイザリーボード

[28] 「年末年始の感染対策についての考え方」（2022 年 12 月９日第 21 回コロナ分科会）

[29] 全国知事会からは、科学的知見に基づくリスク評価を行った上で、保健医療提供体制や検査・ワクチン接種体制の整備の実現を図りつつ、見直しのロードマップを示すべき等の意見が示された（「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけについて」（2022 年 12 月 23 日全国知事会新型コロナウイルス緊急対策本部））。

[30] 「年末年始期間中に帰省される方への検査受検の呼びかけ等について」（2022 年 12 月６日内閣官房新型コロナウイルス等感染症対策推進室事務連絡）

１．特措法運用

中旬には１日の新規陽性者数が 15 万人を超える状況となる中、独自の警報や宣言を発出するなど、感染対策の要請・呼びかけをさらに強化する都道府県もみられた。

こうした状況の中、１月 12 日までには７県がレベル３への引き上げを行い[31]、その中でも岐阜県は 12 月 23 日に、静岡県は１月 13 日に、それぞれ医療ひっ迫防止対策強化宣言を発出して国と県が連携して感染対策を強化することとし、国は同県を医療ひっ迫防止対策強化地域に位置づけた。

その後、感染状況は、１月中旬以降、全国的に減少傾向が継続し、２月下旬頃には冬の感染拡大前の水準を下回る状況となった。岐阜県は２月５日に、静岡県は２月 10 日にそれぞれ医療ひっ迫防止対策強化宣言を終了し、２月 17 日までには全ての県がレベル３から２へ引き下げを行った。

都道府県	レベル３の期間	備考
埼玉県	12/27～2/7	
千葉県	1/12～2/6	
神奈川県	12/27～2/9	
岐阜県	12/23～2/5	医療ひっ迫防止対策強化宣言（12/23～2/5）
静岡県	12/23～2/17	医療ひっ迫防止対策強化宣言（1/13～2/10）
岡山県	1/12～2/9	
熊本県	12/28～2/3	

表２　レベル３への引き上げを行った都道府県一覧

[31] レベル３への引き上げを行った都道府県は、埼玉県、千葉県、神奈川県、岐阜県、静岡県、岡山県、熊本県。

１．特措法運用

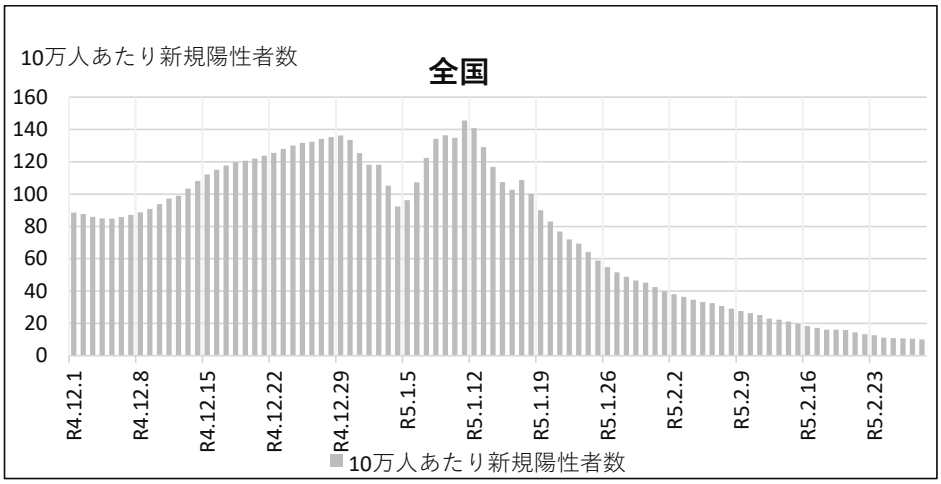


図７　人口 10 万人当たり新規陽性者数の推移（全国）2022 年 12 月～2023 年２月

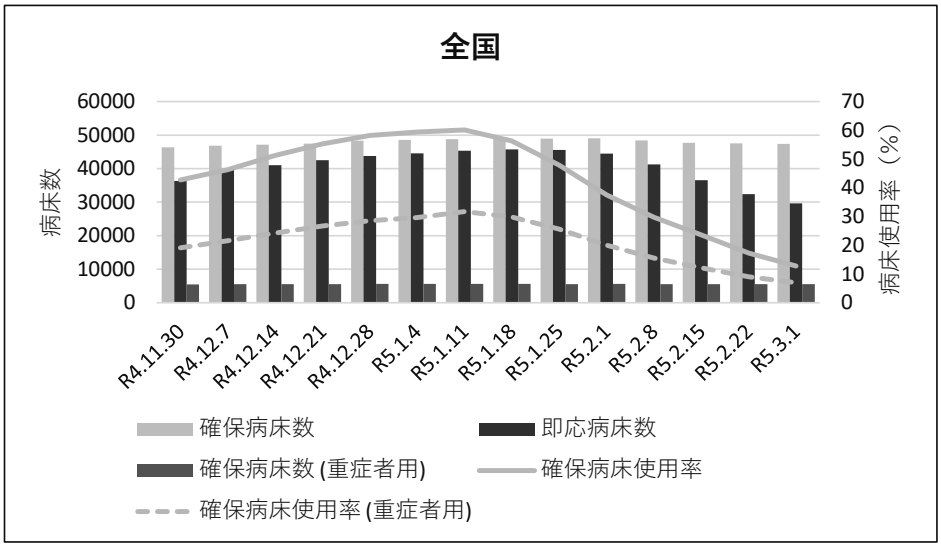


図８　病床使用率等の推移（全国）2022 年 12 月～2023 年２月

１．特措法運用

（感染症法上の位置づけの見直しについて）

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけについては、アドバイザリーボードにおいて、12 月 14 日、21 日、28 日と継続して議論が行われた。21 日の会議では、新型コロナウイルス感染症の重症化率・致死率の 2022 年５～６月・７～８月のデータも示された。これによれば、同年７月から８月までに診断された人においては、重症化する人の割合は 50 歳代以下で 0.01％、60 歳代以上で 0.69％、死亡する人の割合は、50 歳代以下で 0.00％、60 歳代以上で 0.59％となっており、重症化する割合や死亡する割合は以前と比べ低下していることが示唆された。一方で、専門家の一部からは、「COVID-19 と季節性インフルエンザの致死率や重症化率を比較するさまざまなデータが示されているが、ほとんどの場合異なる方法で集められたものであり、直接比較することは困難であり、現在示されているデータの解釈には留意が必要である」との見解が示された[32]。その後、28 日の会議では、感染症法上の位置づけについてこれまでに出された意見の整理が行われた。厚生科学審議会感染症部会においては、12 月 23 日、2023 年１月 23 日と議論が行われた。その上で、１月 27 日朝に開催された厚生科学審議会感染症部会において、「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は、感染症法に基づく私権制限に見合った『国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれ』がある状態とは考えられないことから、新型インフルエンザ等感染症に該当しないものとし、５類感染症に位置づけるべきである。」等のとりまとめがなされた[33]。

これを受け、同日午後に、コロナ分科会と基本的対処方針分科会の合同会議を開催し、とりまとめ内容の報告を行った。同日夕刻には、政府対策本部を開催し、厚生科学審議会感染症部会のとりまとめ結果を踏まえ、オミクロン株とは大きく病原性が異なる変異株が出現するなどの特段の事情が生じない限り、５月８日から新型コロナウイルス感染症（COVID-19）を感染症法上の５類感染症に位置づけること、それに伴い、患者への対応や医療提供体制、サーベイランスなどこれまで講じてきた各種政策・措置等について見直しを行うこと、また、特措法の規定に基づき政府対策本部を廃止するとともに、同法に基づく各種措置や感染拡大傾向時の一般検査事業を終了することなどを決定した[34]（2023.1.27）。

---

[32] 「新型コロナウイルス感染症の特徴と中・長期的リスクの考え方」（2022 年 12 月 14 日第 110 回アドバイザリーボード資料）

[33] 「位置づけの変更は、私権制限を解除するものであるため、速やかに行うことが望ましいが、変更に伴う各種対策の転換は、国民ひとりひとりの生活や、各企業や医療機関の取組、地方行政に大きな影響を及ぼすこととなるため、今後３か月程度の準備期間を置いた上で行うべき」等の留意点もあわせて示された（「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけについて」（2023 年１月 27 日厚生科学審議会感染症部会））。

[34] 「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更等に関する対応方針について」（2023 年１月 27 日第 101 回政府対策本部）

また、このコロナ分科会と基本的対処方針分科会の合同会議では、イベント開催制限に関して、「大声あり」の場合に適用していた収容率上限を 50%とする制限を廃止することについて了解を得た（2023.1.27）。

（マスク着用の考え方等）

２月 10 日の政府対策本部においては、１月 27 日の政府対策本部決定を受け、新型コロナウイルス感染症対策におけるマスクについて、行政が一律にルールとして求めるのではなく、個人の主体的な選択を尊重し、着用は個人の判断に委ねることを基本とし、政府は各個人のマスク着用の判断に資するよう、感染防止対策としてマスク着用が効果的である場面などを示し、一定の場合にはマスク着用を推奨するよう、考え方を見直すことを決定した[35]（2023.2.10）。この考え方の見直しについては、円滑な移行を図る観点から、国民への周知期間や各業界団体及び事業者の準備期間等も考慮して、３月 13 日（学校は４月１日）から適用することとした。

併せて、マスク着用の考え方の見直し後であっても、基本的対処方針に基づく基本的な感染対策は重要であり、引き続き、「三つの密」の回避、「人と人との距離の確保」、「手洗い等の手指衛生」、「換気」等の励行をお願いすること、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけが変更された以降は、基本的対処方針及び業種別ガイドラインは廃止となり、個人及び事業者は自主的な感染対策に取り組むこととなるが、政府は、感染症法上の位置づけ変更後も、必要な情報提供を行うなど、個人及び事業者の取組を支援していくことを決定した。

（基本的な感染対策の見直し）

２月 10 日の政府対策本部決定を踏まえ、業種別ガイドライン廃止に際しての留意事項や、基本的な感染対策について、政府として一律に求めることはなくなり、「個人の選択を尊重し、自主的な取組をベースとしたもの」として政府が感染症法に基づき情報提供することとなること等を示した[36]（2023.3.31）。

（療養期間の見直し）

療養期間についても、政府として一律に外出自粛を要請するのではなく、個人の判断に委ねることとし、政府はその判断に資する情報提供を行う方針を示した（2023.4.14）。具体的には、発症後５日を経過し、かつ、症状軽快から 24 時間を経過するまでの間は外出を控えるとともに、10 日が経過するまではマスクを着用することを推奨することを情報提供したほか、保健所から「濃厚接触者」としての特定は

35 「マスク着用の考え方の見直し等について」（2023 年２月 10 日第 102 回政府対策本部）
36 「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけ変更に伴う業種別ガイドラインの廃止及び位置づけの変更に際しての事業者の取組への支援について（依頼）」（2023 年３月 31 日内閣官房新型コロナウイルス等感染症対策推進室長事務連絡）

行わないこととした。

（５類感染症への位置づけの見直し、政府対策本部の廃止等）

４月 27 日に開催された厚生科学審議会感染症部会において、病原性が大きく異なる変異株の出現等の科学的な前提が異なるような特段の事情は生じていないことが確認されたことを受け、感染症法第 44 条の２第３項の規定に基づき、５月７日をもって新型コロナウイルス感染症は新型インフルエンザ等感染症と認められなくなることを厚生労働大臣が公表し、５月８日から感染症法上の５類感染症に位置づけることとした。これを受け、同日の政府対策本部において、５月８日に基本的対処方針を廃止することを決定する[37]とともに、４月 28 日の閣議において、５月８日に政府対策本部を廃止することを決定した（2023.4.27）。

５月８日に政府対策本部及び基本的対処方針が廃止され、政府対策本部の廃止については特措法の規定に基づき国会に報告するとともに、官報で公示を行った。同日、基本的対処方針の廃止についても、官報で公告を行った（2023.5.8）。

また、特措法において、政府対策本部が廃止されたときは、都道府県対策本部についても遅滞なく廃止するとされているため、各都道府県は、５月８日に都道府県対策本部を廃止した（2023.5.8）。いくつかの都道府県[38]は、特措法に基づく都道府県対策本部の廃止後も、都道府県独自の対策本部等を設置することとした。業種別ガイドラインや飲食店の第三者認証制度をはじめとする基本的対処方針に基づく取組についても、５月８日に廃止されることになった。

（特措法等の改正）

「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議」のとりまとめ[39]及びその後の政府対策本部決定[40]を踏まえ、内閣感染症危機管理統括庁の設置等を内容とする「新型インフルエンザ等対策特別措置法及び内閣法の一部を改正する法律案」を第 211 回通常国会に提出し（2023.2.7）、４月 21 日に成立、４月 28 日に公布された。同改正法は、一部の規定を除き、９月１日に施行され、内閣感染症危機管理統括庁が発足した。

---

37 「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針の廃止について」（2023 年４月 27 日第 104 回政府対策本部）

38 北海道、岩手県、秋田県、福島県、栃木県、千葉県、東京都、新潟県、長野県、岐阜県、愛知県、三重県、京都府、兵庫県、鳥取県、島根県、広島県、山口県、沖縄県など。

39 「新型コロナウイルス感染症へのこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に向けた中長期的な課題について」（2022 年６月 15 日新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議）

40 「新型コロナウイルス感染症に関するこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に備えるための対応の方向性」（2022 年６月 17 日政府対策本部決定）、「新型コロナウイルス感染症に関するこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に備えるための対応の具体策」（2022 年９月２日政府対策本部決定）

各論　第６章　物資対策

8 2021 年秋の感染減退～
9 オミクロン株の感染拡大（2021.9 月下旬～2022.5 月下旬）

アウトライン

感染力の強いオミクロン株の流行により、自宅療養者が増え、自治体によるパルスオキシメータの発注が増加することが想定されたことから、パルスオキシメータの更なる安定供給を依頼した。

PPE の配布を継続し、５物資を緊急配布（プル型）した。また、N95 等マスク及び非滅菌手袋には、需給が改善した 2021 年 12 月まで通常配布（プッシュ型）も併せて行った。

急速な感染拡大に伴い、抗原定性検査キットについて、薬局等における一般販売分で大量の発注があったこともあり、需要が急速に増大し、一部の地域で市場で入手しにくくなったことから、買取保証を前提としてメーカーへの増産要請を行うとともに、卸売販売業者に対して行政検査を行う医療機関などに優先的に供給することを要請するなどの取組を行い、３月中旬までに当面の安定的な流通に必要な抗原定性検査キットが確保された。

（人工呼吸器・布製マスクの無償譲渡）

人工呼吸器について、引き続き特措法に基づく無償譲渡を行った[486]。

また、布製マスクについては、2020 年 7 月末に、マスクの需給状況の改善を踏まえ、当初予定していた全ての介護施設等への一律配布[487]を止め、希望に応じた随時配付に見直したことなどから約 8,000 万枚（2021 年 3 月末時点で約 8,272 万枚）の在庫[488]が生じていた。そして、令和 2 年度決算検査報告において、布製マスクの在庫についての有効活用等に関する会計検査院の所見[489]が示された。厚生労働省において検討した結果、同省は、配布を希望する自治体・個人等からの申出について受付を開始（2021.12.24）し、2022 年 1 月 28 日に配布希望申出の受付を終了し、希望があっ

[486] 人工呼吸器について、追加申請を受付け（2021.11.11）

[487] 当初、介護施設等向けの布製マスクについては、約 1.5 億枚調達していた。

[488] 2022 年 3 月 18 日の参議院予算委員会において、会計検査院令和２（2020）年度決算検査報告に記載されている厚生労働省の布製マスクの調達枚数と同省の配布枚数を基に、質疑者が「計算上の在庫枚数」を計算したところ、同報告に記載されている「実際の在庫枚数」が「計算上の在庫枚数」よりも約 53 万枚少なくなることについて指摘がなされた。これに対して、当時、少しでも早くマスクを届けるため、毎日全国の作業拠点で並行して大量のマスクの納入、こん包、配送といった作業を行い、こうした作業の過程において、配送枚数の集計のずれなどにより生じたものではないかと推測される、と厚生労働大臣が説明を行った。

[489] 会計検査院令和２（2020）年度決算検査報告「布製マスクの在庫について、厚生労働省は、（中略）その有効活用を図って保管等に要する費用の節減に努めつつ、在庫の解消が見込めない場合には、売払い、譲与等も考慮に入れた対応を検討すること」（2021.11.5）

た「マスク」として活用することが明確な個人（約 30 万件、約 2,940 万枚）や団体（約 3.3 万件、約 3,230 万枚）、自治体（約 1,800 件、約 930 万枚）に対し、4 月 1 日に配布を開始した（配布対象は、不良品等を除いた約 7,100 万枚）[490]。

（自宅療養者の増加に備えたパルスオキシメータの確保）

感染力の強いオミクロン株の流行により、自宅療養者が増え、自治体によるパルスオキシメータの発注が増加することが想定されたことから、厚生労働省は医療機器産業関係団体に対しパルスオキシメータの更なる安定供給を依頼（2022.1.12）するとともに、国が買取保証を行った。

（全物資のプッシュ型配布休止）

2021 年 12 月 13 日に、N95 等マスク・非滅菌手袋の需給改善を踏まえ、全物資について通常配布（プッシュ型）を休止し、通常配布 3 か月分の物資を特別配布することとした。

（PCR 検査試薬等・抗原定性検査キットの安定供給）

感染力がこれまでの株と比べて非常に大きいオミクロン株の急激な感染拡大により、薬局等における一般販売分で大量の発注があったほか、一部の地域では PCR 検査機器の試薬が入手しにくい状況が生じたり、民間検査機関の検査結果が遅れたことから、抗原定性検査キットの著しい需要増が生じた。薬局等での一般販売や無料検査事業[491]が開始されて最初の感染拡大であったこともあり、厚生労働省において、こうした急激な検査需要の増加を十分予想できず、また、市場の動向を定期的なモニタリングにより早期に察知する仕組みがなかったことから、製造販売業者等における在庫が大幅に減少した。この結果、一部の地域で、抗原定性検査キットや一部の PCR 検査機器の試薬が市場で入手しにくくなった。

これは、国は 2021 年 11 月以降、600 万個の抗原定性検査キットが市場在庫にあったが、急激な検査需要の増加を十分予想できず、また、市場の動向を定期的なモニタリングにより早期に察知する仕組みがなかったことによるものである。

このため、2022 年 1 月 13 日、厚生労働省は、製造販売業者等に対して増産要請を行い、同月 14 日には、生産能力を最大まで引き上げる措置を講じるよう要請した。同月 18 日には、買取保証を行って 1 日 80 万回以上の増産要請を行うことが決められた。同月 20 日に厚生労働省から医薬品卸売販売業者等に対して、需給がひっ迫している間は行政検査を行う医療機関や地方自治体からの発注などへの対応を優先することを要請した。さらに同月 27 日には、厚生労働省から医薬品卸売販売業者等に

[490] 2022 年 4 月 1 日付け厚生労働省報道発表「布製マスクの配布希望の集計・調査結果及び配布の仕方等について」より。5 月中に概ね配送完了。

[491] 詳細は、「第２章　特措法運用」を参照。

対して、より明確に優先順位付けを行った流通を要請するとともに、その状況のモニタリングを行った。

厚生労働省及び経済産業省の合同チームが、買取保証を前提とした増産に取り組んだ結果、２月中旬以降、抗原定性検査キットの供給が一日 100 万個以上となるまで改善が図られたが、地域によっては購入しにくい医療機関があると考えられたことから、２月 18 日より、抗原定性検査キットの入手が困難な医療機関からの購入申請を厚生労働省が受け付け、医薬品卸売販売業者による供給につなげる仕組み（緊急購入支援スキーム）を整備した。

３月 16 日には、当面の安定的な流通に十分な供給量を確保することができたとして、１月 27 日の優先順位付けの事務連絡等を廃止した。

さらに３月 16 日、総理から、再度の感染拡大や経済活動のニーズにも対応できるよう、国が必要な買取保証を行い、増産による在庫も含めて、向こう６か月で計３億 5,000 万回分の抗原定性検査キットを確保できるようにすることが表明された。同月 25 日は、抗原定性検査キットの買取保証の前提となる予備費が閣議決定された [492]。

抗原定性検査キットの在庫については、12 月 13 日の週には 625 万個、１月 24 日の週には一時 141 万個であったところ、２月 28 日の週には 4,440 万個、３月 28 日の週には１億 7,790 万個、５月２日の週には１億 8,636 万個に増加した。

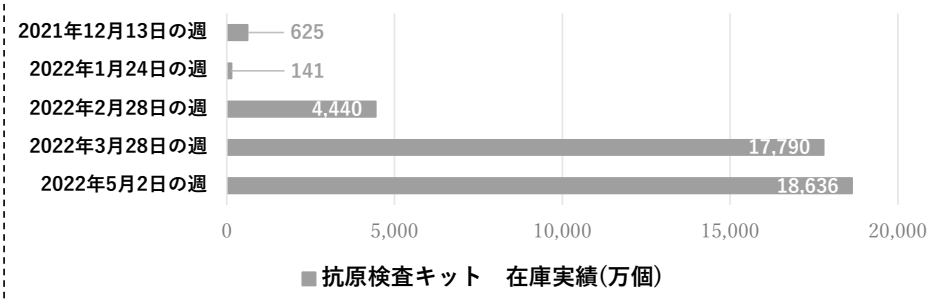


図 66　抗原定性検査キットの在庫推移（厚生労働省メーカーヒアリングより）

（サプライチェーン強靭化のための対策）

経済産業省は国民が健康な生活を営む上で重要な製品・部素材の生産拠点の整備事業を公募対象に含む、「サプライチェーン対策のための国内投資促進事業費補助金 [493]」

[492] 抗原定性検査キットを確保するために必要な費用として 929 億円を措置。このほか、３月 17 日、厚生労働省は、薬局等での一般販売について、購入に当たっての署名を不要とした。

[493] 令和２（2020）年度予算額（第１次補正 2,200 億円、予備費 860 億円、第３次補正 2,108 億円）5,168 億円の

の公募（3 次公募）を 2022 年 3 月から同年 5 月にかけて行った。

（医療機関等に対する PPE の配布継続）

引き続き医療機関等に対する PPE の配布を行った。サージカルマスクや N95 等マスクなど 5 物資に対して、緊急配布（プル型）を行った。また、5 物資のうち N95 等マスク及び非滅菌手袋に対しては、2021 年 12 月まで通常配布（プッシュ型）も継続した。

一部で実施。

５．物資対策

10　オミクロン株 BA.5 による感染拡大（2022.６月～2022.９月上旬）

アウトライン

７月以降の感染拡大を受けて、国は、製造販売業者に対して検査キットの増産・安定供給の要請を、都道府県に対して検査キットの無償譲渡を行った。

（抗原定性検査キットの増産要請、都道府県への無償譲渡）

７月からの感染の急拡大に伴い、抗原定性検査キット在庫量の減少が見られたことから、製造販売業者に検査キットの増産・安定供給を要請するとともに、都道府県における発熱外来自己検査体制の整備のため、国において購入した 2,400 万回分の検査キットを、７月 27 日から特措法第 64 条に基づき特例的に都道府県に無償譲渡する取組を行った。

また、在庫の多いメーカーの製品を活用し、医薬品卸売業者の流通在庫の確保を促した上で、薬局等へ円滑に流通する体制を７月 29 日から稼働させた。

（検査キットの OTC 化）

８月 17 日には、症状の軽い方々への対応のため抗原定性検査キットが入手しやすくなるよう、抗原定性検査キットについて OTC 化が行われ、８月 31 日にインターネット販売も開始された。

（次の局面に向けた課題）
○　2022 年秋以降の季節性インフルエンザとの同時流行に備えた体制整備

11 12　季節性インフルエンザとの同時流行に備えた対策～冬の感染拡大と感染症法上の位置づけ見直しに向けた対応（2022.９月中旬～2023.５月上旬）

アウトライン

季節性インフルエンザとの同時流行を想定し、国から都道府県を経由して診療・検査医療機関等に対して、PPE の配布を行った。

（季節性インフルエンザとの同時流行に備えた医療体制の整備）

2020 年・2021 年は冬に季節性インフルエンザが流行することはなかったが、2022 年夏に南半球において季節性インフルエンザが流行したことから、冬は季節性インフルエンザと新型コロナウイルス感染症との同時流行が懸念された。９月から同時流行への対応の検討を開始し、10 月上旬の厚生労働省アドバイザリーボード及び 10 月 13

５．物資対策

日の第 19 回新型コロナ対策分科会において、同時流行時の対策の在り方について議論が行われ、新型コロナとインフルの同時検査キットの確保や、重症化予防に資する新型コロナの治療薬の円滑な供給に取り組むこととされた。

（個人防護具（PPE）の配布支援、新型コロナ・インフルの同時検査キットの OTC 化）

季節性インフルエンザとの同時流行を想定し、検査需要の把握や検査体制の点検・整備を行うとともに、発熱外来等の診療体制が整備・拡充されるよう、2021 年に引き続き、国から都道府県を経由して診療・検査医療機関等に対し、2022 年 10 月 19 日の事務連絡に基づき、PPE（サージカルマスク、N95 等マスク、フェイスシールド、アイソレーションガウン、非滅菌手袋）の配布を行った。

また、同時流行による医療ひっ迫の回避に資するよう、11 月 29 日には、新型コロナとインフルエンザの同時検査キットについても、OTC 化が行われた。

（感染症法等の改正）

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生及びまん延に備えるため、医薬品・医療機器・個人防護具等の確保のための国から事業者へ生産要請・指示・支援等を行う枠組の整備等を内容とする「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律案」を第 210 回臨時国会に提出し（2022.10.7）、12 月 2 日に成立、12 月 9 日に公布された。同改正法は、一部の規定を除き、2024 年 4 月 1 日までに施行することとされている。

第3章

水際対策

1 はじめに

〈横塚 由美　厚生労働省東京検疫所羽田空港検疫所支所長、
元厚生労働省成田空港検疫所検疫衛生課長〉

ダイヤモンド・プリンセス号対応終了後は、水際最前線は空港検疫へ移り、2020年４月３日以降、成田国際空港、東京国際空港、中部国際空港、関西国際空港、福岡空港の５空港に国際便を集約していた。2020年７月下旬以降、検疫検査はそれまでの鼻咽頭拭いによるRT-PCRから、空港制限エリア内に整備した検査室で行う唾液検体の抗原定量検査を基本とすることに変更し、検査時間が大幅に短縮した。そして迅速な結果通知が可能となり、陽性者は入国することなく検疫療養施設で一定期間療養を行う運用となった。変異株アルファ株の出現[1)]に伴い、2020年12月24日から発生国滞在者を一定期間検疫施設で待機させることとなり、流行状況に応じて待機国対象の国・地域と待機期間が随時更新された。2021年１月７日以降、全ての入国者に出国前検査陰性証明書を求めるとともに入国時全数検査を実施した。その後、世界保健機関（World Health Organization：WHO）から懸念される変異株（Variants of Concern：VOC）に指定されたデルタ株の洗礼[2)]を水際で受けた後、国内第５波の流行期に開催された東京2020オリンピック・パラリンピック競技大会における入国者の検疫対応を行った。

2021年９月９日に改訂された「基本的対処方針」において、ワクチンの有効性等を踏まえ、水際措置の段階的な見直しに取り組むことが明記され、10月１日以降、一部の国・地域から入国したワクチン接種証明書保持者に対する施設待機の緩和措置を実施し、入国後10日目以降に自主的に受けた検査の陰性結果を届け出た場合は、入国後14日目以前であっても自宅待機期間の継続を求めないこととした。11月８日から新たな入国者管理制度（事前に受入責任者を通じて業所管省庁の事前審査を受けたことを要件として、商用又は就労目的の短期間の新規入国および長期間滞在の新規入国）が開始され、2021年11月26日には、入国者総数管理の目安が5,000人/日に引き上げられた。

2 水際でのオミクロン株との攻防

（1）病原性の解明と国内体制整備の時間を稼ぐ

このような水際措置緩和ムードを吹っ飛ばしたのが、オミクロン株の出現だった。2021年11月26日に南アフリカで分離された新しい変異株オミクロン株がVOCに指定され[3)]、日本では、オミクロン株が確認された６か国・地域を10日間の検疫施設待機国に指定した。この４日後の11月30日には、オミクロン株が早くも上陸した（成田空港検疫所で初検出）。発見から間もないオミクロン株の性質は未知であったため、陽性者は無症状であっても全員医療機関において入院管理し、陽性者が搭乗していた航空機の乗客全員を濃厚接触者とした。そして、同11月30日からオミクロン株に対する水際措置の強化として、外国人の新規入国を停止し、新たな入国者管理制度の運用も停止された。また、検疫を確実に実施するために入国者総数管理の目安は3,500人/日へと引き下げられた。検疫所には、水際対応の段階でオミクロン株の病原性を明らかにし、国内の体制を整える時間をで

きるだけ稼ぐという使命が課されたのだった。オミクロン株の感染力は強く、陽性者は毎日増え続け、隔離委託医療機関の病床が溢れてしまったため、無症候性陽性者が病床をふさいでしまうことに恐縮しながら、都の入院調整の下、都立病院での入院管理を依頼した。濃厚接触者すなわち「陽性者の搭乗した航空機の同乗者」は検疫待機施設で健康監視後、自治体に引き継いで自治体が管理する宿泊待機施設等で健康観察が行われ、オミクロン株陽性者のデータ蓄積と分析が進んだが、検疫時の陽性者の増加により、「陽性者の搭乗した航空機の同乗者」の数も瞬く間に膨れ上がった。ソフト面もハード面も限界を迎えたころ、同乗者の機内感染リスクは高くないことが確認されたことから、陽性者の前後２列の座席の乗客および同行者を濃厚接触者とし、無症状～軽症の陽性者は入院させずに検疫療養施設で管理する従前通りの対応に戻された。

（2）オミクロン株陽性者数の巨大インパクト

オミクロン株が確認された国・地域は10日程度で60か国・地域に広がり、厚生労働省では待機施設を増設して受け入れ準備を行ったが、遠方の待機施設へのバス搬送、入所者の宗教に合わせた食事の調達等、入所・搬送調整に長時間を要し、空港での待機時間が大きな問題となった。空港検疫所と待機施設の合計陽性者は１日100人以上となり、各陽性者に問診・診察の上、無症状～軽症状者には療養施設の入所説明を行い、中等症以上の方は入院調整を行い、新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理システム（HER-SYS）[4)]の入力を終えると翌朝を迎えていることもしばしばあった。陽性者ごとの質問票と問診票等をファイリングしていたが、当初１か月分をファイル１冊としていたところ、水際でデルタ株陽性者が増加した2021年４月～５月のピーク時には同じファイル１冊が５日分となり、オミクロン株が増加した2022年１月のピーク時にはファイル１冊が１日分となった。あまりにデータの増加速度が大きく、入退所者管理に支障が出始めたので、ファイリングとHER-SYS入力作業について、専属のスタッフを配置して凌いだのだった。

オミクロン株では、デルタ株ほど患者の症状の急激な悪化という怖さはなかったものの、大病院並みに膨れ上がった療養施設入所者の健康管理を実施しなければならず、入院調整が必要となる患者も少なくはなかった。デルタ株流行期には、「療養施設入所ではなく、入院させてほしい」と希望する陽性者が多かったが、オミクロン株流行期には逆に「入院ではなく、ホテル（療養施設）にしてほしい」という訴えが多く、２つの変異株の病原性の違いが自ずと実感された。感染症法に基づく無症状～軽症状陽性者の自宅療養が2020年４月から認められていたこともあり、検疫法に基づく検疫療養施設入所への抵抗感はデルタ株流行期よりも明らかに大きくなっていた。さらに、一般の方が新型コロナウイルス感染症について知識を持つようになり、抗原定性検査キットの普及も相まって、自主検査の結果を利用して主張を強めたり、検疫対応への科学的な説明を求めたりする人が増加し、検疫官は対応に苦慮するようになっていた。

関東圏の待機施設では待機者を収容しきれなくなり、仙台、中部、関西、福岡へ航空機で移送して待機施設へ収容するオペレーションを行って入所先を何とか確保した。待機・療養施設の入所者が、合併する疾患で受診や入院治療が必要になることも少なからず発生し、各人のニーズに合った外来受診・入院の可否確認、紹介状作成、待機・療養施設からの送迎車両の手配を迅速に行わねばならなかった。特に、精神科、産婦人科、小児科など専門性の高い領域のケアには、多くの調整が必要であった。このような検疫官の努力と裏腹に、オミクロン株の病原性の低さ故に、「到着時検

査が陰性にもかかわらず待機施設へ入所すること」への抵抗感はデルタ株流行期よりも更に大きくなり、その不満が検疫現場での暴言や暴力につながっていた。

コラム

日本に住むドイツ人４人家族が機内で抗原定性検査を実施して全員陰性であったのに、入国時検査（抗原定量検査）で次男のみ陽性という結果となったことに納得できず両親が激高していた。数時間にわたり、抗原定量検査と抗原定性検査の無症候者に対する感度の違い等を英語で説得する必要があった。無症候の子どもの療養に不承不承付き添った父親は、数日後に高熱症状となって、ようやく検疫体制への信頼感の表明に転じたのだった。検疫現場での対応の難しさを示す一例を挙げさせていただいたが、検疫官にとって困難な日々が長期間続いた。

災害時の支援者支援に関する必要性はかなり認知されてきたが、同様に検疫強化時の現場対応職員の精神的ケアが必要であることを強調したい。

3 水際対策の段階的緩和

（1）ファストトラック[5)]

入国者健康居所確認アプリ（MySOS）を使用して、海外から日本へ入国する前に、検疫手続きの一部（①質問票の記入　②誓約書の記入　③ワクチン接種証明書の登録（任意）　④出国前72時間以内の検査証明書の登録）を済ませておくことができるファストトラックが2022年２月７日から順次導入され、2022年３月７日以降は５空港で空港到着時に所持する乗客のスマートフォンの画面表示により、動線を仕分けることができるようになった**（図表１）**。各到着スポットに誘導案内係を配置して対応した。

また、オミクロン株に関する知見の蓄積に基づき、指定国・地域からの入国者でワクチン３回目接種の未接種者について、待機施設での３日間待機を求め、検査陰性退所後の自宅待機を求めず、ワクチン３回目接種済みの場合、原則７日間の自宅待機を求めることとした上で、入国後３日目以降に自主検査が陰性なら、自宅待機は求めないこととした。一方、指定国・地域以外からの入国者でワクチン３回目接種の未接種者について、原則７日間の自宅待機を求めることとした上で、入国後３日目以降に自主検査が陰性なら自宅待機は求めず、ワクチン３回目接種の場合には自宅待機は求めないこととした。また、24時間以内に自宅等待機場所に移動する場合に限り、公共交通機関の使用を可能とした。

外国人の新規入国制限の見直しも行われ、受け入れ責任者の管理の下、観光目的以外の新規入国が認められた。この受け入れ責任者の登録は、入国者健康確認システム（Entrants, Returnees Follow-up System：ERFS）に電子申請する[6)]ことで当日受付済証発行が可能になった。入国者総数管理の目安は、2022年３月１日に5,000人/日、３月14日に7,000人/日、４月10日に１万人/日と段

階的に引き上げられていった。

（２）入国時全数検査の撤廃と赤黄青対応

さらに、2022年６月１日からはワクチン３回目接種の進展、G７各国の水際対策の状況等を踏まえ、水際対策の国・地域を赤黄青３つに区分し、すべての国・地域からの入国者について出国前検査は維持しつつ、以下のような大幅な緩和措置が取られた。

「赤」区分の国・地域については、入国時検査を実施するとともに、待機施設で３日間待機を求め、入国後３日目のPCR 検査が陰性であれば、退所後の自宅待機を求めない。ワクチン接種証明書を所持している入国者については、入国時検査を実施するとともに施設待機に代えて、原則７日間の自宅等待機を求めることとし、入国後３日目以降に自主検査が陰性であれば、自宅待機の継続なし。

図表１　ファストトラック案内

「黄」区分の国・地域については、入国時検査を実施するとともに、原則７日間の自宅等待機を求めることとし、入国後３日目以降に自主検査が陰性であれば、自宅等待機の継続なし。ワクチン接種証明書を所持している入国者については、入国時検査を実施せず、入国後の自宅等待機も求めない。

「青」区分の国・地域については、入国時検査を実施せず、入国後の自宅等待機も求めない、という対応の色分けを行った。

だが、このような入国者のステータスを把握する作業に多数の人員が必要であった。青区分の国・地域の方は質問票QRコードの読み込みだけで手続きが終わるため、到着スポットから手続き場所スポットまでが無駄な長距離移動であるという訴えが強くなり、青色動線短縮が課題となった。入国者総数管理は２万人/日に引き上げられ、空港には人が溢れるようになっていたので、検疫エリアでの滞留を減らし、速やかに入管エリアに進んでもらえるよう努力した。

全数検査の撤廃に伴い、主要５空港に集約していた国際線受け入れは、６月中に新千歳空港と那覇空港の再開準備が整い、外国人観光客の添乗員付きのパッケージツアーが解禁された。

2022年７月28日には、入国後の自宅等待機、健康フォローアップ、および公共交通機関不使用の期間を原則７日間から５日間に引き下げ、９月７日以降の入国者からは、ワクチン３回接種完了者に対して出国前検査の陰性証明書の提出を求めないこととなった。入国者総数管理は、５万人/日

に引き上げられ、旅行代理店を受け入れ責任者とする外国人観光客の添乗員なしのパッケージツアーも開始された。

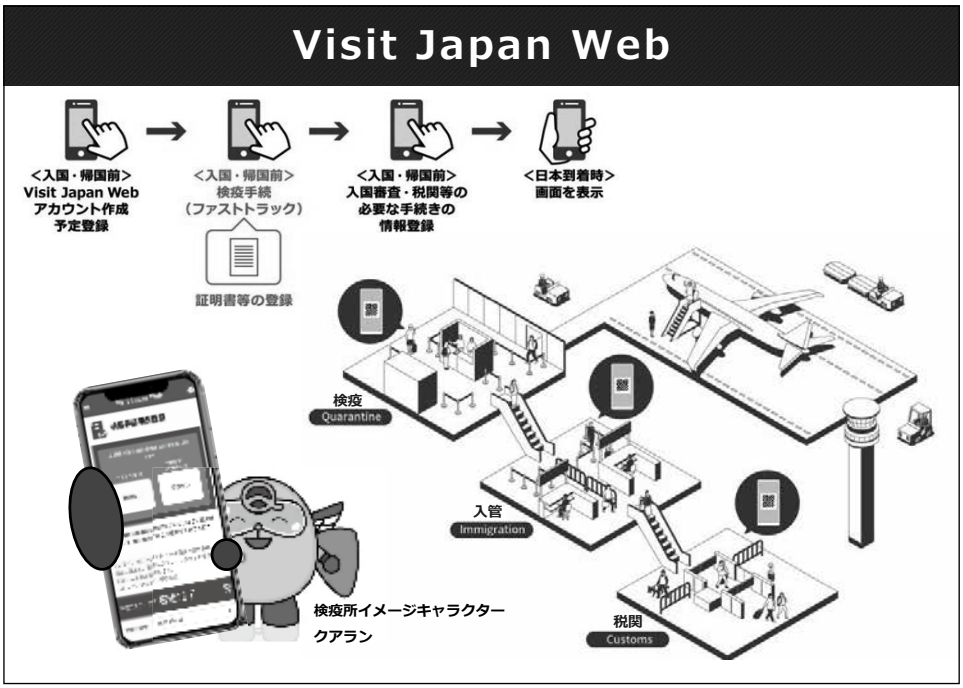
（3）Visit Japan Web[7)]

G７各国が水際措置を撤廃してきていることを踏まえ、わが国も2022年10月11日より、さらなる水際対策の緩和措置を行うこととなった。入国者総数管理の上限は設けないことになり、外国人の新規入国について、ERFSにおける申請が不要となった。

すべての入国者について、ワクチン３回目接種証明書、または出国前検査の陰性証明書のいずれかの証明書の提出を求めることを条件として、原則入国時検査を実施せず、新型コロナウイルス感染が疑われる有症者には抗原定性検査キットによる検査を行うこととなった。そして、国際線の受け入れをストップしていた地方空港における国際線の受け入れについて、準備が整い次第再開していった。

2022年11月１日より、ファストトラックをMySOSから入国審査や税関申告を含めた入国手続きをウェブ登録できるVisit Japan Web：VJWへ移行した**（図表２）**。さらに、12月28日からは、VJW登録者は空港到着時の質問票QRコードの読み込みが不要になった。この手続きの簡素化によって、青画面の方は、到着スポットから検疫ブースを目指すことができるようになり、検疫所が臨時的に使用していたスペースの返還作業を急ぎ、空港の円滑な運用に協力した。一方、赤色画面であるVJW未登録者の作業も検疫ブース前で行う等、到着スポットからの移動距離短縮の工夫を求められた。

図表２　Visit Japan Webを利用したファストトラック登録



CIQで統一したシステムとして、ファストトラックを組み込んだ。

コラム

質問票の電子化は、新型インフルエンザ（パンデミック2009）後の検疫所の悲願であった。今回の新型コロナウイルス感染症対応でも紙ベースの質問票回収で始まったが、2020年11月に空港検疫業務支援システムが導入され、ファストトラック、VJWとの統合が行われた。次の検疫強化時には、速やかに電子化された質問票の回収が開始され、円滑な健康フォローアップおよびサーベイランスシステムとの連携が図れることを期待したい。

4　中国からの入国者への臨時措置

そのように水際対策の緩和に向けて動いている中で、中国における感染状況の急速な悪化が起こったため、2022年12月30日より中国本土（香港・マカオを除く）に７日以内の渡航歴のある入国者、および中国本土からの直行便での入国者については全員入国時検査を実施した。さらに、2023年１月８日から中国本土からの直行旅客便での入国者について、出国前72時間以内に受けた検査の陰性証明書の提出を求める臨時措置を実施した。幸いながら、この対応における入国者の陽性率は徐々に低下していくとともに、陽性者の有する変異株がわが国でもすでに検出済みのオミクロン系統であることが分かったため、中国からの入国者への臨時措置の緩和を段階的に実施し、2023年３月１日より中国本土直行便最大20％のサンプル検査に切り替え、2023年４月５日以降、出国前検査の陰性証明書またはワクチン接種証明書（３回）のいずれかの提出を求める標準的な方法に戻した。

5　水際対策の終了

2023年４月27日に厚生労働大臣から、５月８日をもって新型コロナウイルス感染症が新型インフルエンザ等感染症から感染症法の５類感染症に移行することが公表されたことを踏まえ、４月29日よりいずれの証明書も提出を求めず、中国本土直行便についての臨時措置を終了し、他の国・地域からの入国者と同様に有症者の入国時検査のみとした。わずかに残っていた検疫使用スペースをゴールデンウィークの帰国ラッシュ前に返還して、空港の円滑な運用に協力することができた。入国時検査陽性者については、５月８日まで療養施設での対応を継続した。こうして、５月８日には新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付け変更に伴い、３年超に及んだ検疫強化が終了になった。

最後に、厚生労働省・検疫所職員の検疫業務遂行に対する努力と航空会社、空港会社、入管、税関、警察、自衛隊、医療機関、自治体、検査会社、薬局、バス会社、警備会社、ホテル、人材派遣会社等、多くの方々のご支援に心から感謝を申し上げ、本稿を閉じたい。

■参考文献

1）Public Health England. Confirmed cases of COVID-19 variants identified in UK. Latest updates on SARS-CoV-2 variants detected in UK. Published 23 December 2020. Last updated 17 September 2021.
（https://www.gov.uk/government/news/confirmed-cases-of-covid-19-variants-identified-in-uk）

2）厚生労働省「新型コロナウイルス感染症（変異株）の患者等の発生について（空港検疫）」（2021年５月21日）
（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_18805.html）

3）World Health Organization. Classification of Omicron（B1.1.529）: SARS-CoV-2 Variant of Concern. 26 November 2021.
（https://www.who.int/news/item/26-11-2021-classification-of-omicron-（b.1.1.529）-sars-cov-2-variant-of-concern）

4）厚生労働省「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（HER-SYS）」（2024年３月25日）
（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00129.html）

5）厚生労働省「検疫の入国前WEB手続『ファストトラック』のご案内」（2022年３月９日）
（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_24332.html）

6）厚生労働省「『外国人新規入国オンライン申請』の受付開始について」（2022年２月24日）
（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_24101.html）

7）デジタル庁「Visit Japan Webサービス」
（https://www.digital.go.jp/policies/visit_japan_web）

各論　第７章　水際

9　オミクロン株の感染拡大（2021.11 月下旬～2022.5 月下旬）

９－１．オミクロン株への対応

アウトライン

新たな変異株であるオミクロン株に対応するため、南アフリカ等のオミクロン株が確認された国を最長 10 日間の検疫施設待機国に指定し、緊急避難的対応として、外国人の新規入国を停止するなどの水際対策を 12 月末（最終的には 2 月末）まで強化した。

防疫措置の強化として、オミクロン株の市中感染が確認された国・地域の増加にあわせ、検疫施設における待機を求める指定国・地域を機動的に指定し、その結果、検疫所が確保する宿泊施設がひっ迫した。また、オミクロン株の性質が不明であったことから、オミクロン株陽性者の航空機同乗者の全員を濃厚接触者とする取扱いとした。その結果、地域の保健所業務がひっ迫することになった。また、検疫の確実な実施を確保するため、入国者総数管理の目安を 1 日当たり約 5,000 人から約 3,500 人に引き下げた。

その後、オミクロン株に関する知見等を踏まえ、入国者の自宅等待機期間の短縮等を行った。

表 16　入国者数の推移 2021 年 11 月～2022 年 1 月

	11 月	12 月	1 月
入国者数 （対前年同月比）	80,850 （-16.7%）	108,321 （-14.9%）	69,461 （-14.2%）
うち外国人入国者数 （対前年同月比）	32,752 （-50.8%）	23,786 （-65.9%）	29,736 （-46.6%）

（単位：人）

表 17　待機用ホテル確保室数 2021 年 11 月～2022 年 1 月

	11 月	12 月	1 月
確保室数 （対前月比）	約 7,500 （100.0%）	約 17,500 （233.3%）	約 19,000 （108.57%）

（単位：室）

検査可能数　約 9,000 件（2022.12）

表 18　入国者のアプリへの応答率 2021 年 11 月～2022 年 1 月

	11 月	12 月	1 月
健康状態確認	94.5%	96.0%	95.7%
位置情報確認	86.4%	90.0%	91.9%
ビデオ通話	93.2%	92.9%	95.8%

（オミクロン株の出現を踏まえた対応）

オミクロン株は 2021 年 11 月に南アフリカやボツワナで採取された検体から検出され、南アフリカ共和国が WHO に対して、オミクロン株の確認を報告した（2021.11.24）。WHO はオミクロン株を 11 月 26 日に「懸念すべき変異株（VOC）」に指定した。英国は施設待機を開始した（2021.11.29）。米国は南アフリカ等の 8 ヶ国から外国人の新規入国を禁止した（2021.11.29）。フランスは南アフリカ等の 10 ヶ国を「深紅」というカテゴリーに位置付け、外国人の新規入国を禁止し、併せて「深紅」からの入国者で到着時検査の陽性者を 10 日間施設待機とした（2021.12.4）。ドイツは南アフリカ等の 9 ヶ国から外国人の新規入国を禁止した（2021.12.20）。こうした状況の中で、日本は南アフリカ等のオミクロン株が確認された国について最長 10 日間の検疫施設待機国に指定（2021.11.27）した。

さらに、「オミクロン株に対する水際措置の強化について」を決定（2021.11.29）し、緊急避難的対応として外国人の新規入国を停止し、全ての日本人等の帰国者等について防疫措置を強化するなど水際対策を、当面 12 月末までを期限として強化した（最終的には 2 月末まで延長）。

オミクロン株の実態等が判明するまでの間、水際における状況把握及び対応を適時

適切に行うため、内閣官房長官の下、「オミクロン株への対応に関するタスクフォース」を開催した（2021.11.30 以降、計 32 回開催（2022.5.26 時点））。

日本においては、2021 年 11 月 30 日に空港の入国時検査でオミクロン株が初めて検出され、2021 年 12 月 22 日に国内でオミクロン株が初めて検出された。

（外国人新規入国の停止等）

受入責任者を通じて各業所管省庁の審査を受けたことを要件に、商用・就労目的の短期間の滞在者・全ての長期間の滞在者について、入国者総数の枠内で新規入国が認められていたが、オミクロン株の出現を踏まえ、新たな入国者管理制度の運用を停止し、外国人の新規入国を停止した（2021.11.30）。

「特段の事情」がある外国人については新規入国を認めていたが、オミクロン株による感染拡大を受けて、新規入国については、個別の事情を踏まえ、この時期における入国が真に必要があると認められる者に限ることとするなど、運用を厳格化した[518]。

10 日間の検疫施設待機国である南アフリカ等からの外国人の再入国を一時拒否した（2021.12.2～2022.1.12）。

（防疫措置の強化）

南アフリカ等のオミクロン株が確認された国を最長 10 日間の検疫施設待機国に指定した（2021.11.27）。以降、オミクロン株が確認された国を水際措置の指定国・地域に追加指定した。

ワクチン接種者に対する自宅等待機期間短縮等の特例及び新たな入国者管理制度の運用を停止し、全ての日本人等の帰国者等に 14 日間の自宅等待機を求めた。オミクロン株に係る水際措置における指定国・地域からの入国者に対して、厚生労働省入国者健康確認センターは健康居所フォローアップについて AI 架電に加えて有人架電を行うなど取組を強化した（2021.11.30）。

当初は、検疫施設待機を求める水際措置の指定国・地域は 28 ヶ国・地域であった（2021.11.26）が、オミクロン株の市中感染が確認された国・地域が急増したため、10 日程度で指定国・地域は 60 ヶ国・地域（2021.12.5）と倍増し、検疫所が確保す

518 「特段の事情」により入国を認めてきたもののうち、「外交」による入国は引き続き認めた。「公用」については、必要性を都度判断し限定的に認めた。また、日本人の配偶者などの身分関係のある者や人道的な配慮が必要な者については、個別の事情を踏まえ、この時期における入国が真に必要であるかどうかを判断して、入国を限定した。公益性のある者については、厳に厳格な運用を行った。具体的には、極めて必要性・緊急性が高く、この時期においてその者が入国しなければ我が国の国益上重大な損害が生じるものに限ることとした。

る宿泊施設がひっ迫し、宿泊施設への入所調整のために、空港で長時間の待機となる例が続発した。

こうした状況を受け、また、年末に向けた帰国者の増加に備え、検疫は地方公共団体とも連携して、必要な宿泊施設の確保に最大限に取り組んだ[519]（一部の入国者には、到着空港から別の空港に移動した後、当該空港近辺の宿泊施設で待機させる[520]など、施設入所者数の平準化を図った。）。最終的には全国で約２万室の待機施設を確保した。

また、当初、検疫の検査で陽性が判明した場合、当該入国者は近隣の医療機関に入院するところ、国内でもオミクロン株感染者が急増した際に、空港周辺の地方公共団体との間で、医療機関の病床の確保の調整が困難となり、（重症でない場合には）検疫が確保する療養施設で療養を行うケースも見られた。

（オミクロン株陽性者の航空機同乗者（濃厚接触者））

航空機同乗者に関する濃厚接触者は、従前は前後２列を含む計５列の座席に座っていた者を濃厚接触候補者とし、連絡を受けた保健所が認定していたが、オミクロン株の性質が不明であったことから、オミクロン株陽性者が発生した航空機の同乗者については、航空機内全員を濃厚接触者に認定することとした（2021.11.30）。

結果として、オミクロン株陽性者の航空機同乗者（濃厚接触者）は１日当たりの最大が 2,073 人となった（2021.12.19）。

その後、オミクロン株であっても、機内同乗者が陽性となる割合は低いことが判明したため、厚生労働省は濃厚接触候補者の対象を限定し、前後２列を含む計５列の座席に座っていた者とした。ただし、家族やその同行者は、搭乗前後で陽性者との接触頻度が高いことから、前後２列に座っていた者に限らず検査陽性者の家族・同行者についても濃厚接触候補者とした（2021.12.28）。

---

[519] 専門家の意見も踏まえ、デルタ株等のオミクロン株以外の変異株による３日間指定国・地域からの帰国者・再入国者等のうち、有効な新型コロナワクチン接種証明書保持者には検疫所の待機施設における３日間待機を求めず、14 日間の自宅等待機措置に切り替えた（2021.12.4）。
その後、①同帰国者・再入国者等の新型コロナワクチン接種証明書非保持者、②デルタ株等のオミクロン株以外の変異株による６日間待機指定国・地域からの帰国者・再入国者等のうち有効な新型コロナワクチン接種証明書保持者、③同帰国者・再入国者等の新型コロナワクチン接種証明書非保持者を対象に①から順に、検疫所の待機施設での待機を求めず、14 日間の自宅等待機措置に切り替えることとした（2021.12.10）。

[520] 成田空港周辺の宿泊施設が逼迫していたため、成田空港に到着した乗客を検疫がチャーターした飛行機で中部国際空港や福岡空港に輸送し、その近辺の宿泊施設での待機を依頼した。待機期間終了後は、再度、検疫がチャーターした飛行機で成田空港に戻り、成田空港で解散となった。

その後、国内でオミクロン株が感染拡大してきた中、保健所が濃厚接触候補者にヒアリングを行い、「濃厚接触者」として認定するという事務負担を軽減するため、前後２列を含む計５列の座席に座っていた者と検査陽性者の家族・同行者を濃厚接触者とした（2022.1.14）。

（入国者総数管理の目安の引き下げ）

入国者総数管理の目安を、１日当たり約 5,000 人から約 3,500 人に引き下げた（2021.12.1）。

１日 3,500 人を目途に入国者総数を抑制する方針を受け、国土交通省が航空会社に対して、12 月中に日本に到着する航空便について、新規予約の受付を停止するよう要請した。

この要請は、緊急避難的対応として、予防的観点から講じたものであったが、一部関係者に混乱を招いたことを踏まえ、日本人の帰国需要について十分配慮する観点から、新規予約の一律受付停止の要請をとりやめる旨を、国土交通省が航空会社に改めて通知した（2021.12.2）。

これ以降、国土交通省は、比較的需要に余裕がある週や曜日を中心に、予約状況や需要動向にきめ細かく対応するために、航空会社と調整を行った。

（自宅等待機期間の短縮等）

当面、12 月末までとした厳格な水際措置について、市中感染が急速に拡大するという最悪の事態が生じる可能性に備えるため、当分の間延長する中、2022 年１月に入り、厚生労働省は、蓄積されたオミクロン株に対する知見に基づき、国内の濃厚接触者の待機期間を短縮するとともに、入国者の自宅等待機期間を短縮した。具体的には、全ての国・地域からの帰国者・入国者に求めている自宅又は検疫宿泊施設での待機、待機期間中の健康居所フォローアップ、公共交通機関不使用を求める期間を、オミクロン株が支配的になっている国・地域[521]（当時は全ての国・地域）からの帰国者・入国者について、14 日間から 10 日間に（2022.1.15）、その後 10 日間から７日間に（2022.1.29）それぞれ変更した。

（在日米軍のコロナ感染事案）

2021 年 12 月以降、全国の在日米軍施設・区域内及びその周辺自治体において多数

[521] 自宅等待機の短縮等はオミクロン株の性質に着目した措置であったことから、オミクロン株が支配的になっている国・地域からの入国者に限定したものであった。そうしたことから、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・地域を別途指定し、当該国・地域については、自宅等待機等の期間を 14 日間とすることとされた。

の感染が確認されたことを受け、2022 年 1 月 6 日の日米外相電話会談や同月 7 日の日米「2＋2」などの機会に、米側に対して感染防止対策の徹底及び地元の方々の不安解消に向けた対応について強い申入れがなされた。その結果、同月 9 日に新型コロナウイルス感染症の拡大に対処するための措置に関する日米合同委員会声明を発出し、米国は、1 月 10 日から 1 月 31 日までの 3 週間、必要不可欠な場合以外の外出を認めない、夜間の外出を禁止するなど、厳しい感染拡大防止策をとった。また、1 月 28 日には、日米合同委員会の下に「検疫・保健分科委員会」を設立し、日米双方の保健当局も参加する形で、協議を集中的に行うこととされた。

（次の局面に向けた課題）
○　検疫のオペレーションの改善（書類確認の効率化、入国時検査結果の効率的伝達、検疫宿泊施設の迅速な割り振り等）
○　検疫宿泊施設や医療機関の病床の確保
○　健康居所フォローアップに用いているアプリ（My SOS）への応答率向上
○　入国者総数管理の目安を引き下げる際の円滑な実施方法の確立

９－２．水際対策の骨格の段階的緩和

アウトライン

オミクロン株に関する知見の蓄積、ワクチンの追加接種（３回目）の進展等を踏まえ、水際対策の骨格を段階的に緩和した。

2022 年３月に自宅等待機期間を変更し、入国後の公共交通機関の使用を認めた。

また、2022 年６月に他のＧ７諸国並みに円滑な入国が可能となるよう、入国時検査の陽性率の実績を踏まえ、入国時検査等の在り方を見直すとともに、外国人観光客の入国制限を見直した。

日本人の帰国需要等を踏まえ、入国者総数管理の目安を引き上げた。そうした中、書類確認の効率化等の検疫のオペレーションの改善が課題となった。

表 19　入国者数の推移 2022 年２・３月

	２月	３月
入国者数 （対前年同月比）	63,648 （82.8%）	172,845 （196.3%）
うち外国人入国者数 （対前年同月比）	28,422 （105.5%）	82,456 （325.1%）

表 20　待機用ホテル確保室数 2022 年２月

	２月
確保室数 （対前月比）	約 20,000 （105.26%）

（単位：室）

検査可能数　約 10,000 件（2022.3）

表 21　入国者のアプリへの応答率 2022 年２月

	２月
健康状態確認	94.0%
位置情報確認	86.5%
ビデオ通話	100.1％

受入責任者による新規入国予定の外国人登録済数　334,268 件（2022.3）

（水際対策の緩和）

オミクロン株に関する知見の蓄積、ワクチンの３回目接種の進展、G7 各国の水際措置の状況等を踏まえつつ水際対策の骨格を段階的に緩和した。

入国者の自宅等待機期間について、蓄積されたオミクロン株に対する知見に基づき、待機措置を変更した（2022.3.1）。具体的には、

① 指定国・地域からの帰国者・入国者であってワクチンの３回目接種の未接種者について、検疫所が確保する検疫宿泊施設での３日間待機を求め、宿泊施設で受けた検査の結果が陰性であれば、退所後の自宅等待機を求めないこととした。

② 指定国・地域からの帰国者・入国者であってワクチンの３回目接種の接種者について、原則７日間の自宅等待機[522]を求めることとした上で、入国後３日目以降に

[522] 指定国・地域からの入国者でワクチンの３回目接種の接種者について、検疫宿泊施設に代えて自宅待機としたのは、

① ワクチンの３回目接種の接種者は、３回目接種によって発症予防効果の回復が示唆されたことから、他の入国者と比較して相対的に発症リスクが低く、施設での待機とする必要性

自主的に受けた検査の結果が陰性であれば、その後の自宅等待機の継続を求めない[523]こととした。

③　指定国・地域以外からの帰国者・入国者であってワクチンの３回目接種の未接種者について、原則７日間の自宅等待機を求めることとした上で、入国後３日目以降に自主的に受けた検査の結果が陰性であれば、その後の自宅等待機の継続を求めないこととした。

④　指定国・地域以外からの帰国者・入国者であってワクチンの３回目接種の接種者について、入国後の自宅等待機を求めない[524]こととした。

また、入国後 24 時間以内に自宅等待機のために自宅等まで移動する場合に限り、自宅等待機期間中であっても公共交通機関の使用を可能とした（2022.3.1）[525]。公共交通機関の使用に当たっては、マスクの着用等などの感染防止対策を実施するとともに、自宅への必要最小限のルート、移動手段を使用することを求めた。

（外国人の新規入国制限の見直し）

外国人の新規入国について、受入責任者の管理の下、観光目的以外の新規入国を認めた（2022.3.1）。

は低いものと考えられたこと、

②　入院予防効果の回復も示唆されていることから、仮にワクチンの３回目接種の接種者がオミクロン株の陽性になったとしても、国内の医療体制への負荷は限定的なものと想定されたこと、

を踏まえたものであった。

[523] 入国者の待機期間を７日間から３日目以降の検査陰性を条件に緩和したのは、

①　全ての入国者については、出国前 72 時間以内の検査（証明書の提出）及び入国時の検査を実施し、いずれも陰性の場合のみ入国を可能としていることから、入国時の感染リスクは相当低いことが想定されたこと、

②　入国時及び待機３日目の検査で陰性だった者が４日目以降に陽性者となる確率は十分低いと考えられたこと、

を踏まえたものであった。

[524] 非指定国からの入国者でワクチンの３回目接種の接種者の待機を免除することとしたのは、非指定国からのワクチンの３回目接種の接種者については、

①　ワクチンの３回目接種の有効性が示唆されたこと、

②　入国時までに２回の検査を受けて陰性であることを確認しており、指定国と比較しても入国時における流入リスクが低いこと、

③　入国後についても非指定国からの入国者で入国後３日以内に陽性となるリスクは低いと考えられたこと、

などを総合的に判断したものである。

[525] 公共交通機関の利用を解禁するのは、３日間自宅等待機の入国者については、出国前検査及び入国時検査での陰性確認の直後であることに加え、国内外の感染状況やワクチンの効果、デルタ株と比較して重症化しにくいなどのオミクロン株の特性を踏まえて、（検査後 24 時間以内の）公共交通機関の利用による感染拡大リスクは相当程度低いことが想定されたことを踏まえたものであった。

受入責任者の登録については、厚生労働省の外国人新規入国オンライン申請による電子申請により行うこととされ、申請項目などについては必要最小限のものにした。また、電子申請の受付済の証明証は申請当日に発行することにした。

4 月の新学期に備え、留学生が希望どおりに円滑に入国できるよう、留学生円滑入国スキームが設けられ、ビジネス客が比較的少ない平日を中心に、空席を活用して、優先的に入国できるよう支援を実施した（2022.3.11）。

（オミクロン株陽性者の航空機同乗者（濃厚接触者））

航空機同乗者に関する濃厚接触者は、前後２列に座っていた者及び検査陽性者の家族・同行者を特定していたが、世界的にオミクロン株の感染拡大が進み、国内においても全国的にオミクロン株にほぼ置き換わったと考えられる状況であること、リスクの高い集団を中心に濃厚接触者の特定を行うこととしていること、オミクロン株流行後の１月から３月において、機内濃厚接触者として特定された方のうち、その後陽性者となった割合が、家族のみ高かったことを踏まえて、検査陽性者の家族のみを濃厚接触者として特定することとした（2022.3.30）。

（入国者総数管理の目安の引上げ）

日本人の帰国需要を踏まえ、入国者総数管理の目安を１日当たり約 3,500 人から約 5,000 人に引き上げた（2022.3.1）。その後、同月 14 日には留学生の入国需要も踏まえ、目安を１日当たり約 7,000 人に引き上げ、４月 10 日には日本人の帰国需要や留学生等の外国人の入国ニーズに適切に対応するため、更に約10,000人に引き上げた。

（入国時検査等の見直し）

水際対策について、感染拡大の防止と社会経済活動のバランスをとりながら、段階的緩和を進めてきたが、2022 年 6 月 1 日に他のＧ７諸国並みに円滑な入国が可能となるよう、オミクロン株に関する知見、各国・地域における流行状況、日本への流入状況などのリスク評価、ワクチンの有効性等を踏まえ、各国・地域からの流入リスクを総合的に勘案し、水際対策を見直した。

具体的には、入国時検査の陽性率の実績を踏まえ、国・地域を「青」・「黄」・「赤」の３つに区分 し、全ての国・地域からの入国者について出国前検査を維持しつつ、

① 「青」の国・地域からの入国者は、入国時検査を実施せず、自宅等待機を求めないこととした。
② 「黄」の国・地域からの入国者は、入国時検査を実施した上で、３日間の自宅等待機後、３日目検査で陰性が確認された場合、それ以降の待機を求めないこととする。ただし、ワクチン３回目接種者は、入国時検査を実施せず、自宅等待機を求めないこととした。

③ 「赤」の国・地域からの入国者は、入国時検査を実施した上で、３日間の検疫施設待機とする。ただし、ワクチン３回目接種者は、入国時検査を実施した上で、３日間の自宅等待機とし、３日目検査で陰性が確認された場合、それ以降の自宅等待機を求めないこととした。

また、１日当たり約 10,000 人を入国者総数の上限について、１日当たり約 20,000 人に引き上げた。

（外国人観光客の入国制限の見直し）

訪日観光再開に向けて、必要な材料を収集するため、2022 年 5 月より観光庁において「訪日観光実証事業」を行い、その上で、6 月に旅行会社や宿泊事業者等が留意すべき点をまとめた「ガイドライン」を策定することとした。

こうした準備を踏まえ、6 月 10 日より外国人観光客の入国制限を見直し、旅行代理店等を受入責任者とする添乗員付きパッケージツアーの受入れを開始することとした。

また、国際便は羽田空港、成田空港、中部空港、関西空港、福岡空港に集約されていたが、新千歳空港と那覇空港についても国際線受入を６月中に再開することとした。

６．水際

10　オミクロン株 BA.5 による感染拡大（2022.６月～2022.９月上旬）

アウトライン

オミクロン株に関する知見の蓄積やワクチンの有効性を踏まえ、オミクロン株が支配的となっている国・地域からの帰国者・入国者に求めている自宅等待機期間等の短縮をはじめ、ワクチン３回接種完了者に対しては、出国前検査の陰性証明書の提出を求めないとする、入国者総数の上限を引き上げる等といった、段階的な対策の緩和を行った。

（オミクロン株を踏まえた対応）

オミクロン株に関する知見の蓄積やワクチンの有効性を踏まえ、引き続き、水際対策を段階的に緩和した。７月 28 日には、オミクロン株が支配的となっている国・地域からの帰国者・入国者に求めている入国後の自宅等待機、待機期間中の健康フォローアップ、公共交通機関不使用の各期間のうち、原則７日間としているものについて、５日間に変更した。

また、Ｇ７各国で水際措置が大幅に緩和されてきている中で、引き続き感染状況を注視しつつ、着実に社会経済活動を回復していく観点から、９月７日以降に入国する者を対象に、ワクチン３回接種完了者に対しては、出国前検査の陰性証明書の提出を求めないこととした。

さらに、以下の緩和を行うこととした[79]。

① 入国者総数の上限を１日当たり２万人目途から５万人目途に引き上げ
② 外国人観光客の入国制限の見直しとして、旅行代理店等を受入責任者とするパッケージツアーについて、添乗員を伴わないものも認めることとし、対象国・地域も全ての国・地域に拡大

（次の局面に向けた課題）
○ With コロナの新たな段階への移行に向けた水際対策の更なる緩和

11　季節性インフルエンザとの同時流行に備えた対策(2022.９月中旬～2022.11 月下旬)

[79] ８月 31 日総理記者会見、９月１日官房長官記者会見

６．水際

アウトライン

９月下旬から With コロナに向けた新たな段階へ移行することとしたのに加え、Ｇ７各国が水際措置を撤廃してきていることを踏まえ、Ｇ７並みの円滑な入国が可能となるよう、入国者総数の上限の撤廃や国際線の受入れの順次再開等といった更なる緩和を行った。

（水際対策の緩和）

９月下旬、国内において、With コロナに向けた新たな段階へ移行することとし、高齢者、重症化リスクのある方への保健医療体制の重点化を進めていることや、Ｇ７各国が水際措置を撤廃してきていることを踏まえ、水際対策については、保健医療体制に関わる負荷に配慮する最低限の措置を残しつつ、Ｇ７並みの円滑な入国が可能となる更なる緩和を１０月１１日から行うこととした[80]。

具体的には、

① 外国人の新規入国について、日本国内に所在する受入責任者による入国者健康確認システム（ERFS）における申請を不要とする（外国人観光客の入国について、パッケージツアーに限定する措置を解除）

② 査証免除措置の適用を再開する

③ 新型コロナウイルスへの感染が疑われる症状がある帰国者・入国者を除き、入国時検査を行わないこととする。ただし、全ての帰国者・入国者について、ワクチンの接種証明書（世界保健機関（WHO）の新型コロナワクチン緊急使用リストに記載されたいずれかのワクチン３回）又は出国前 72 時間以内に受けた検査の陰性証明書のいずれかの提出を求める

④ １日当たり５万人目途としていた入国者総数の上限を撤廃する

⑤ 国際線を受入れていない空港・海港における国際線の受入れについて準備が整い次第順次再開する

こととした。

（感染症法等の改正）

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生及びまん延に備えるため、水際対策の実効性の確保等を内容とする「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律案」を第 210 回臨時国会に提出し（2022.10.7）、12 月２日に成立、12 月９日に公布された。同改正法は、一部の規定を除き、2024 年４月１日までに施行することとされている。

[80] ９月 26 日官房長官記者会見、９月 30 日閣議了解

６．水際

（次の局面に向けた課題）
○　諸外国の情勢を踏まえた対応を行いつつ、水際措置の撤廃に向け検討

12　冬の感染拡大と感染症法上の位置づけ見直しに向けた対応（2022.12月上旬～2023.5月上旬）

アウトライン

中国における感染状況の急速な悪化等を踏まえ、中国からの入国者に対して入国時検査を実施する、陰性証明書の提出を求める等といった臨時的措置を講じることとした。

その後、入国者の陽性率が比較的低い水準で推移するとともに、確認された変異株が全て日本で検出歴のあるオミクロン系統であったこと等から、中国からの入国者に対する臨時的措置を段階的に緩和した。

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけ変更に伴い、水際対策は終了となったが、海外から流入する感染症を把握するため、５月８日から主要５空港において入国時感染症ゲノムサーベイランスを開始した。

（中国からの入国者への臨時的措置の実施）

中国における感染状況の急速な悪化に加え、中国国内の詳細な状況の把握が困難であり、日本国内でも不安が高まってきている状況を踏まえ、中国からの入国者に対して臨時的な措置を講ずることとした[81]。

具体的には、12 月 30 日午前 0 時より、
・中国（香港・マカオを除く）からの直行旅客便での入国者には全員入国時検査を実施
・中国（香港・マカオを除く）に渡航歴（7 日以内）のある全ての入国者に入国時検査を実施
・中国（香港・マカオを含む）と日本の間の直行旅客便について、到着空港を限定するよう関係航空会社に要請するとともに、

1 月 8 日午前 0 時より、
・中国（香港・マカオを除く）からの直行旅客便での入国者について、出国前 72 時間以内に受けた検査の陰性証明書の提出を求める

等の臨時的措置を講じた。

[81] 12 月 27 日総理記者会見

６．水際

（臨時的措置の緩和）

入国者の陽性率が比較的低い水準で推移するとともに、これまでに水際で確認された変異株は全て日本で検出歴のあるオミクロン系統であるという知見の蓄積、各国の水際措置の状況等を踏まえ、中国からの入国者に対する臨時的措置を段階的に緩和した。

３月１日からは、陰性証明書の提出は引き続き求めることとした上で、入国時の全員検査を、中国本土便による入国者の一部を対象とした最大 20%程度のサンプル検査とした。さらに、検疫体制が維持できることを確認した上で、中国本土便を含め、成田、羽田、関西、中部の４空港以外への到着と増便を認めることとした。

４月５日からは、中国本土便による入国者のサンプル検査は引き続き行うとした上で、入国者に対する陰性証明書の提出に代えて、陰性証明書又はワクチン３回の接種証明書のいずれかの提出を求めることとした。

（水際対策の終了）

４月 27 日、厚生労働大臣から、新型コロナウイルス感染症が「新型インフルエンザ等感染症」と認められなくなり５月８日から感染症法の５類感染症に位置づけられる旨公表されたことを踏まえ、連休中の海外旅行者の帰国を円滑化する観点からも、全ての入国者について、陰性証明書及びワクチン接種証明書のいずれも提出を求めないこととし、臨時的な措置として実施している中国本土便サンプル検査を、他の国・地域と同様、有症状者に対する入国時検査に変更することとした。また、５月８日までの間は、全ての入国者について、有症状者に対する入国時の検査及び陽性時の施設等での療養を継続することとした（2023.4.29）。

そして、５月８日の新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけ変更に伴い、入国時検査等の水際対策は終了となった。

（入国時感染症ゲノムサーベイランスの開始）

海外から流入する感染症を把握するため、成田、羽田、中部、関西、福岡の５空港において入国時感染症ゲノムサーベイランスを開始した（2023.5.8）。

第4章

サーベイランス

1　サーベイランスの目的、法的根拠　全数把握から定点把握へ

〈神垣 太郎、滝沢 木綿、高橋 琢理、鈴木 基　国立感染症研究所感染症疫学センター〉

（1）はじめに

新型コロナウイルス感染症の流行は、医療、公衆衛生、社会、経済と多岐にわたる方面で多大な影響を及ぼした。2020年１月に新型コロナウイルス感染症の国内での第１例が報告されてから、その重症度や感染性の変化や新型コロナウイルスの変異株の出現に加えて、人々の受診行動や検査体制等も変化し、感染症サーベイランスに求められることや直面する課題も変遷してきた。それに対応する形で、新型コロナウイルス感染症サーベイランスも見直しや変更が行われてきた。本稿では、最初に感染症サーベイランスとは何か、そしてわが国における感染症発生動向調査事業の概要について解説する。さらに新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けが新型インフルエンザ等感染症から定点把握疾患である５類感染症への移行に伴うサーベイランスの変更について概説する。

（2）感染症サーベイランスとは

サーベイランスとは、公衆衛生上の対策とアクションの計画、実施、評価に使用するために、データを継続的、系統的に収集、分析、解釈、還元することである[1)]。感染症サーベイランスは、感染症の発生動向把握と公衆衛生に対する潜在的脅威の早期探知という主要な機能を果たす。主に前者には指標サーベイランス Indicator-based Surveillance（IBS）、後者には主にイベントベースドサーベイランス Event-based Surveillance（EBS）が用いられる。IBSでは収集項目を適切に設定することで、記述疫学の要素である時・場所・人の情報を基に患者の属性や発生場所の変化を継続的に監視し、そのトレンド（傾向）とレベル（水準）を通して動向を把握することができる。一方EBSでは、コミュニティ内での交換される情報やメディア等のさまざまな情報源から情報を迅速に収集することにより、潜在的健康危機事象の早期探知、評価および早期対応を行うことを目的とする[2)]。

（3）日本における感染症発生動向調査事業

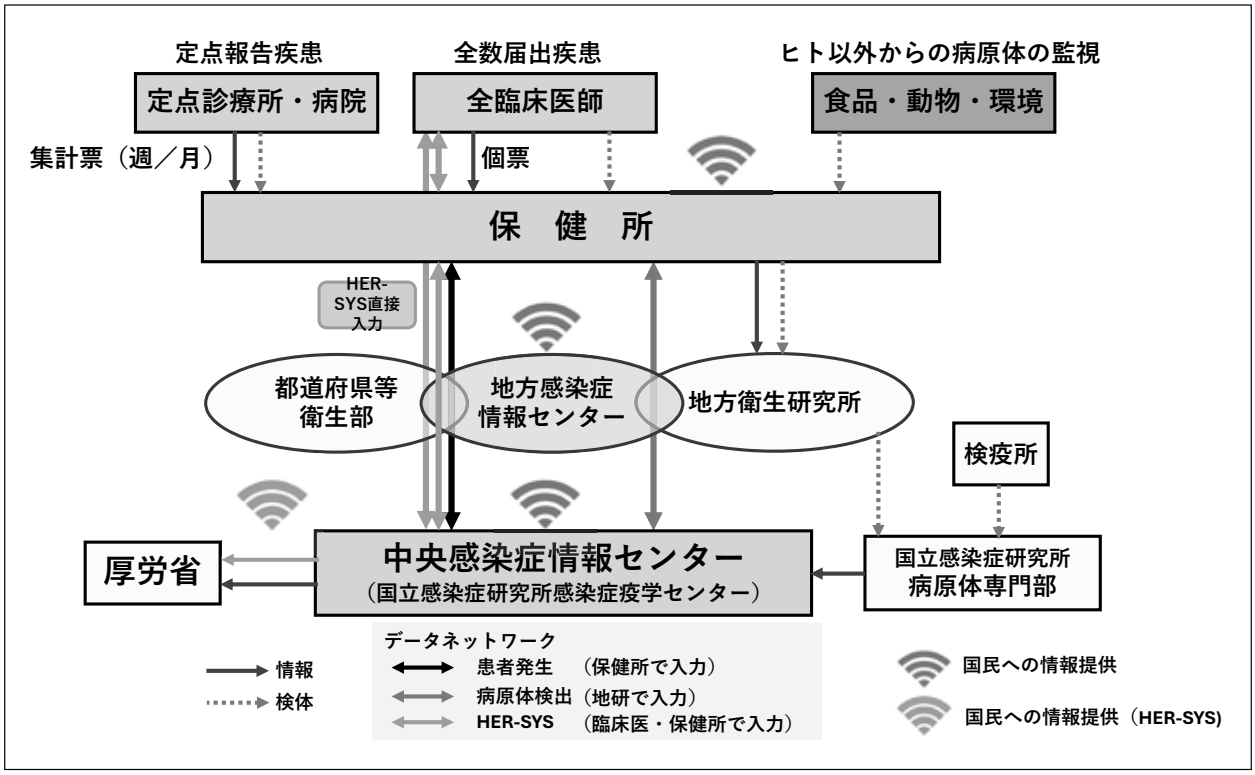
わが国の感染症発生動向調査事業では、感染症法に基づく医師・獣医師の届出から収集される人および動物の感染症の発生情報の収集、動向の把握、還元を行うことで、感染症に関する公衆衛生対策に役立てている。

従来の医師等からの届出は主にFAXで行われてきた。保健所がその内容を確認し、オンラインの感染症サーベイランスシステムに届出内容を入力登録すると、以後のデータのやりとりは情報ネットワーク上で行われる[3)]。通信回線には関係機関をつなぐ地方行政機関広域ネットワーク（LGWAN）が採用され、セキュリティが確保されている。2022年10月より医師等からの届出が直接オンラインで入力可能となった。また2023年４月１日に施行された感染症法の改正によって電磁的な方法による発生届の届出が特定感染症指定医療機関、第一種および第二種感染症指定医療機関の医師には義務化され、それ以外の医師および獣医師には努力義務化された。都道府県等が国また

は他の都道府県等へ行う通報についても 電磁的方法によって行われている[4]。感染症の新規の発生動向を把握するものであることから、発生届に含まれるのは原則として診断前から診断時点の情報であり、診断後の転帰などについては届出の対象としていない。

入力された患者情報については各自治体の地方感染症情報センター、国立感染症研究所に設置されている中央感染症情報センターが確認を行う。中央感染症情報センターと厚生労働省は入力された全国の患者情報を、保健所や地方感染症情報センターは主に自らの管轄地域の情報を参照することができる。情報の還元は、主に保健所、地方感染症情報センター、中央感染症情報センターが行っている**（図表１）**。

図表１　日本における感染症発生動向調査事業の体制



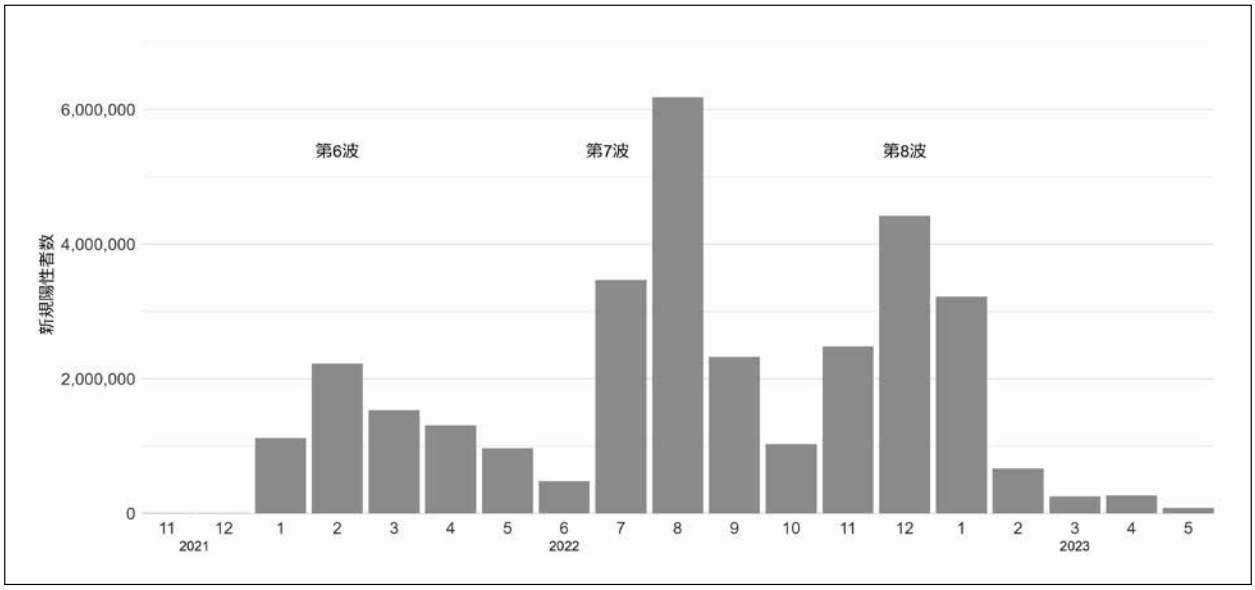
（４）オミクロン以降の新型コロナウイルス感染症の流行とサーベイランス

厚生労働省は2020年５月から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（HER-SYS: Health Center Real-time information-sharing System on COVID-19）の運用を開始した。感染症サーベイランスシステムとの大きな違いは、新型コロナウイルス感染症に特化していること、インターネットを経由して医師等が直接発生届の入力を行うことができること、発生届以外の行動歴、接触者情報なども併せて収集できること、患者等および濃厚接触者の健康状態等に関する報告（すなわち、診断後の患者の状態に関する情報を含む。なお、健康状態は患者等本人が入力可能）が可能であることが挙げられる[5]。

世界保健機関がPANGO系統でB.1.1.529系統に分類される新型コロナウイルスをそのウイルス特性の変化可能性を考慮してオミクロンと命名して懸念される変異株と位置付けた。わが国においても2021年第48週に検疫で最初の感染例が報告されて以降はオミクロンの流行が続いている**（図**

表２)。流行波を第６波（2021/12/20～2022/６/19)、第７波（2022/６/27～2022/10/９)、第８波（2022/９/26～2023/２/26）の大きく３つに分けて各流行波におけるサーベイランス対応について概説する。

図表２　日本における月別の新型コロナウイルス感染症新規陽性者数



出典：厚生労働省オープンデータ[19)]

（５）第６波

2021年11月30日に検疫で最初のオミクロン感染例が報告された。厚生労働省は、2021年11月28日にオミクロン探知のためにゲノムサーベイランスの強化[6)]を、2021年12月２日にデルタを探知するために用いられていたL452R変異スクリーニングを検体数の上限を設定せずに積極的に実施する通知[7)]を出して、オミクロンを早期に探知するために、PCR検査数を全国的に増やして対応することとなった。2022年第１週より国内での発生が急速に増加して、HER-SYSに登録された届出数は、第５週には60万人を超えた。患者数の急増による医療機関への負荷の増大を受けて、厚生労働省は2022年１月24日の事務連絡において、同居家族などの感染者の濃厚接触者が有症状となった場合には、検査を実施せずに医師が臨床症状で診断できること（いわゆるみなし陽性例）を通知した[8)]。その際には疑似症患者として発生届を提出する旨が記載された。

（６）第７波

オミクロンの亜系統であるBA.４ないしBA.5による流行波が2022年６月から10月にかけて認められた。BA.1による第６波での流行拡大を受けてHER-SYSへの届出事項を患者への健康観察の支援が適切に実施される内容に限定することで保健医療体制へのひっ迫を防ぐ目的で厚生労働省は2022年６月30日に「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施行規則の一部を改正する省令」を公布した[9)]。具体的には当該者の職業や症状について報告を省略するとともに、届出時点の重症度として無症状が追記されるなどの変更があった。2022年７月から８月にかけて報告者数がさらに増加して、2022年第33週（８月15日～８月21日）には週当たり150万人を超えてピークと

なった。2022年７月15日に政府の新型コロナウイルス感染症対策本部は「BA.5系統への置き換わりを見据えた感染拡大への対応」を公表した[10]。それを踏まえて2022年８月４日厚生労働省は医療機関や保健所等の負担軽減をさらに進めるために健康観察や濃厚接触者の取り扱いなどを見直すとともに発生届の簡略化もさらに進める事務連絡を出した[11]。その中では、65歳以上および65歳未満の重症化リスクがあるものについては従来通りに発生届を届け出るが、重症化リスクのない65歳未満については簡略化した報告内容を届け出ることとした。具体的には、患者（確定例）や疑似症患者などの診断類型と氏名、性別、生年月日、所在地、電話番号を登録することとした。またHER-SYSにおいて入力必須項目となっているために情報収集が追加で必要であった診断年月日および検体採取日には報告日を代替入力する暫定的な措置が取られた。厚生労働省は2022年８月25日に感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律施行規則の 一部を改正する省令を公布した[12]。本省令では、新型コロナウイルス感染症の患者への医療の提供に支障を生じる恐れがあると都道府県知事等が認める場合に厚生労働大臣に届け出をすることによって、日ごとの患者の総数等を毎日公表するとともに、１）65 歳以上の者　２）入院を要する者　３）重症化リスクがあり、かつ、新型コロナ治療薬の投与が必要な者 又は 重症化リスクがあり、かつ、新型コロナ罹患により新たに酸素投与が必要な者　４）妊婦　のいわゆる４類型の限定した発生届で運用（緊急避難措置）することとなった。 この発生届の限定化は、2022年９月２日から宮城県、茨城県、鳥取県、佐賀県で、2022年９月９日から三重県、長崎県で、2022年９月14日から山形県、福井県で、2022年９月20日より鹿児島県で運用された。一方で2022年９月８日に政府の新型コロナウイルス感染症対策本部は「Withコロナに向けた政策の考え方」を決定したことを受けて[13]、発生届の限定化を2023年９月26日より全国に拡大することとした。

（7）第８波

オミクロンの亜系統であるBA.5、BQ.1、BA.2.75が混在した流行波が、４類型に発生届が限定化され、医療機関や健康フォローアップセンターから年齢群別の報告数の日ごとに集計される全数把握に全国が移行した2022年10月から2023年２月にかけて観察された。全数把握による報告数の集計と４類型に限定化した発生届の２つがHER-SYSで集計され、サーベイランスが継続された。2023年第１週に110万人を超える患者が報告されてピークとなった。2023年１月27日に新型コロナウイルス感染症対策本部において専門家からの意見を踏まえて、新型コロナウイルス感染症を2023年５月８日より感染症法上の位置付けが新型インフルエンザ等感染症から定点報告対象の５類感染症に切り替わる決定がなされた[14]。定点疾患への移行に伴いHER-SYSを用いた患者情報の収集も2023年５月７日に終了となった。

（8）新型コロナウイルス感染症の定点把握疾患への切り替え

新型コロナウイルス感染症が従来のインフルエンザ定点をインフルエンザ/COVID-19定点として指定し、そこからの報告を集計することが2023年３月２日に厚生労働省から通知された[15]、[16]。また過去３年間に報告がない医療機関やインフルエンザ/COVID-19定点としての協力の可否を確認しながら定点数を確定することを自治体に依頼された。また新型コロナウイルス感染症の感染状況等に応じた適切な医療体制の確保や医療機関における負荷及を確認するために医療機関に対して

医療機関等情報支援システム（Gathering Medical Inforamtion System：以下、「G-MIS」という）への情報入力が厚生労働省から協力依頼された[17]。同システムに入力された新規入院者数、人工呼吸器またはECMO（体外式膜型人工肺）管理中の入院患者数およびICU（集中治療室）入院中の週ごとの患者数を重症者として2023年第39週から基幹定点における新規入院者数の監視が開始されるまで集計・把握されていた。

定点移行後も国立感染症研究所のウェブサイト上で新型コロナウイルス感染症サーベイランス週報・月報を公開している[18]。国立感染症研究所では、HER-SYSが稼働していた時期には新規症例報告数、検査数、陽性数、陽性率、有症例限定の新規症例報告数、新規の診断時中等症・重症例、人工呼吸器開始数など複数の指標を用いて新型コロナウイルス感染症の発生動向を監視してきた。定点移行後もインフルエンザ/COVID-19定点からの報告数、G-MISからの新規入院者数、ECMOまたは人工呼吸器管理中の患者数、ICU入室数およびゲノムサーベイランスのデータを用いて動向を監視してきている（新規入院者数は2023年第39週にG-MISから基幹定点に移行）。性質や制約の異なる複数の指標を用いることで、互いに情報を補完し合い総合的な動向の把握を目指すことができ、また評価の信頼性が高まると考えられる。

（9）おわりに

新型コロナウイルス感染症の症例報告数は、その時々で多様なサーベイランスバイアスの影響を受ける。発生動向を適切に把握、評価し、政策やリスクコミュニケーションに生かすためには、複数の指標を監視していくとともに、サーベイランスバイアスの影響を最小限にする工夫を行いながら、持続可能で堅強なサーベイランス体制を構築していくことが重要である。

■参考資料

1）World Health Organization: Communicable disease surveillance and response systems: guide to monitoring and evaluating. 2006.
https://apps.who.int/iris/handle/10665/69331
2）厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部：令和２年11月20日付事務連絡：クラスターの早期探知・早期介入のための取組みについて
https://www.mhlw.go.jp/content/000697221.pdf
3）国立感染症研究所: 日本の感染症サーベイランス
https://www.niid.go.jp/niid/ja/nesid-program-summary.html
4）厚生労働省:「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律」の一部の施行等について（通知）
https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001103100.pdf
5）厚生労働省: HER-SYSの概要
https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000728154.pdf
6）厚生労働省:「B.1.1.529 系統の変異株（オミクロン株）」の発生を踏まえたサーベイランス体制の強化について（要請）
https://www.mhlw.go.jp/content/000862840.pdf
7）厚生労働省:新型コロナウイルス感染症の積極的疫学調査におけるゲノム解析及び変異株PCR 検査について（要請）
https://www.mhlw.go.jp/content/000861972.pdf
8）厚生労働省:新型コロナウイルス感染症の感染急拡大時の外来診療の対応について
https://www.mhlw.go.jp/content/000886501.pdf
9）厚生労働省: 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施行規則の一部を改正する省令の公布について（公布通知）

https://www.mhlw.go.jp/content/000958881.pdf
10）厚生労働省:BA.5系統への置き換わりを見据えた感染拡大への対応
https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000967358.pdf
11）厚生労働省: オミクロン株の BA.5 系統への置き換わりを見据えた感染拡大に対応するための医療機関・保健所の負担軽減等について
https://www.mhlw.go.jp/content/000973429.pdf
12）厚生労働省: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施行規則の一部を改正する省令の公布について
https://www.mhlw.go.jp/content/000980564.pdf
13）厚生労働省:Withコロナの新たな段階への移行に向けた療養の考え方の見直しについて（確認依頼）
https://www.mhlw.go.jp/content/000986408.pdf
14）厚生労働省:新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更等に関する対応方針について
https://www.mhlw.go.jp/content/001046577.pdf
15）厚生労働省:新型コロナウイルス感染症の５類感染症移行後に備えた患者の発生動向等の把握の準備について（依頼）
https://www.mhlw.go.jp/content/001065723.pdf
16）COVID-19 に関する発生動向の定点把握について
https://www.mhlw.go.jp/content/001065724.pdf
17）厚生労働省: 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけ変更による入院調整体制の移行に向けた「医療機関等情報支援システム（G-MIS）」の改修等について
https://www.mhlw.go.jp/content/001086537.pdf
18）国立感染症研究所：新型コロナウイルス感染症サーベイランス週報:発生動向の状況把握.
https://www.niid.go.jp/niid/ja/2019-ncov/2484-idsc/12015-covid19-surveillance-report.html
19）厚生労働省：データからわかる－新型コロナウイルス感染症情報－
https://covid19.mhlw.go.jp/

2 COVID-19の血清疫学調査

〈鈴木 忠樹　国立感染症研究所感染病理部長〉

（1）はじめに

血清疫学調査は、血液中の病原体に対する特異抗体を指標に感染もしくはワクチン接種による病原体抗原への過去の曝露状況を把握する疫学調査である。その意義は感染症の特性によってさまざまであるが、発生前に血清抗体保有者が存在しない新興感染症を調査対象とする場合は、ワクチン接種によって誘導される抗体と区別できる病原体感染の特異抗体を指標として血清抗体陽性割合を算出することで未診断・未報告の感染者を含む総既感染者割合の代替指標として使用でき、調査時点までの流行規模や感染拡大の程度を推定できる。COVID-19においてはSARS-CoV-２出現前（2019年以前）の一般人口において抗体保有者が存在せず、またワクチン導入後においても、日本国内で使用されてきたワクチンがすべてスパイクタンパク質に対する抗体を誘導するワクチンであったことからヌクレオカプシドタンパク質（N）に対する抗体を指標とすることにより、パンデミック当初から2024年現在に至るまで血清疫学調査による感染拡大の動態把握が可能であった。

血清疫学調査に必須となる要素技術としては抗体検査であるが、同じ抗体検査を用いたとしても血液検体や調査対象者情報の収集の仕方により得られる知見がまったく異なる。よって、血清疫学調査結果を適切に解釈し、感染症対策に有用な知見を得ていくためには、それぞれの調査手法の特徴と制限を適切に把握する必要がある。本稿では、COVID-19発生以降、厚生労働省の主導により全国規模で実施されてきたさまざまな血清疫学調査[1)]について概覧し、それぞれの調査方法・結果共に、有用性・制限について概説する。

（2）COVID-19の血清疫学調査に用いられる抗体検査

血清疫学調査では、多くの検体の検査を短期間で行う必要があるため、スループット性が重視される一方で、検査精度が重要となる。特に調査対象集団の抗体保有割合に応じて検査精度に対する考え方が変わってくることが重要である。新興感染症発生直後のように調査対象集団における抗体保有割合が極端に低い場合（１%未満）は、その解釈に特に注意が必要となる。

例えば、感度98%、特異度98%の検査であったとしても、抗体保有割合が0.1%であれば、主に特異度に影響されて、陽性的中率（検査が陽性のときに実際に感染している可能性）は4.7%と非常に低値となる。こうした場合は、2020年に行われた住民調査（後述）のように、複数の抗体検査系を組み合わせることで、特異度を高め、結果の信頼性を高めることができる。一般的な病原体抗体検査として主に用いられる検査法としては、イムノクロマト法（いわゆる「抗体キット」を用いた検査法）、ELISA（enzyme-linked immunosorbent assay）、CLIA（化学発光酵素免疫測定法；chemiluminescent immunoassay）、ECLIA（電気化学発光免疫測定法；electrochemiluminescence immunoassay）、中和試験などがある。

アッセイ系確立や実施の簡便さにおいてはELISA法が優れており、パンデミック初期にはインハウスのELISA法による血清疫学調査結果が数多く報告されていたが、一般的なELISA法による抗体検査の特異度では、抗体保有割合１％未満の集団の調査結果を正しく解釈することは難しい。

このような状況において、スループット高く信頼性の高い結果を得ようとするとCLIAやECLIAのような自動測定機器を用い、感度・特異度が十分に検証された市販の抗体検査キットを使用する必要がある。

COVID-19に対しては、パンデミック当初から世界中の試薬メーカーがさまざまな抗体検査キットの開発を進め、CLIAやECLIAといった自動測定機器を使用する抗体検査キットも2020年春には使用可能であった[2)]。本稿で紹介する調査では、一部の調査を除いてCLIAやECLIAなどの感度・特異度が検証済みの市販の抗体検査キットを用いて実施された。

（3）COVID-19血清疫学調査の調査手法

厚生労働省が企画・主導した全国規模のCOVID-19血清疫学調査としては2020年６月に実施された住民基本台帳からの無作為抽出者を対象とした血清疫学調査（住民調査）を皮切りに2024年３月までに合計20回実施された[1)]。すべての調査が同じ手法で実施されたのではなく、さまざまな手法を組み合わせて感染が徐々に拡大していく様子を捉えてきた。

住民調査以外に、検査用検体の残余血液を用いた血清疫学調査として、献血時の検査用検体の残余血液を用いた血清疫学調査（献血調査）、民間検査機関での検査用検体の残余血液を用いた血清疫学調査（民間検査調査）、健診検査での検査用検体の残余血液を用いた血清疫学調査（健診調査）、小児における検査用検体の残余血液を用いた血清疫学調査（小児調査）が実施されてきた。

医療機関等では日常的に、診療や献血時検査、健康診断検査などさまざまな目的において、さまざまな対象者から検査目的に少量の血液が採取されている。通常、これらの検査に採取された全ての血液検体が使用されるわけではなく、一定量の残余検体が発生する。多くの医療機関や民間検査会社では、これらの残余検体を再検査の要請に備えて一定期間保管した後に廃棄している。検査用検体の残余血液を用いた血清疫学調査は、これらの廃棄される予定の残余血液検体を用いて抗体保有状況を評価する調査である。この手法による血清疫学調査は、対象者から調査用の採血を実施する必要がないことから、比較的大きな集団を対象とした調査を短期間に実施することが可能である。

一方で、血清疫学調査を目的とした検査ではなく、他のさまざまな目的により採取された血液検体の残余を用いることから、年齢、性別、血液採取時期・地域以外の対象者の背景情報の取得は困難であり、さらに、それぞれの検査目的に応じた調査対象者の偏りが生じる。特に、抗体保有状況に大きく影響する調査対象者のワクチン接種状況について情報を得ることが難しいことは、これらの検体を用いた血清疫学調査において最も大きな制限である。

COVID-19血清疫学調査として実施された住民調査、献血調査、民間検査調査、健診調査、小児調査は、それぞれ利点と欠点がある。COVID-19の血清疫学調査として、単一の調査では対象集団の抗体保有割合の正確な把握は困難と考えられたことから、それぞれの方法の欠点を相互に補い合うよう複数種類の調査手法を組み合わせて実施された。以下に、それぞれの調査実施時期と調査手法・結果の概要、調査の特徴・制限について述べる。

①住民基本台帳からの無作為抽出者を対象とした血清疫学調査（住民調査）

調査地域内の一般人口における抗体保有状況を把握するための理想的な血清疫学調査とは、調査地域内に居住する住民から無作為に抽出された者を調査対象として抗体保有状況を評価することで

ある。すなわち住民基本台帳から無作為抽出された者を調査対象とすることができれば、当該地域の一般人口における真の抗体保有状況の把握が可能となる。

しかしながら、抗体検査を実施するためには、抽出後の対象者候補から採血を行う必要があり、その際に必ず対象者の同意を得なければならず、調査に協力する意思のある成人に対象者が限定されることから、真に無作為抽出された者を調査対象とすることは困難となる。また、採血を実施するために、診療所等の採血に適した採血会場に対象者自身が来場する必要があり、採血会場の規模や数、設置期間、設置場所によって、収集可能な検体数が制限されるとともに、採血会場へのアクセスのしやすさや、抗体検査を目的とした採血により抗体検査に興味を持つ者が集まりやすい傾向があるなどが対象者の偏りの原因となると考えられている。実際の調査においても、無作為抽出された対象者候補のうち実際に調査に参加したのは10%～20%程度であった。また、パンデミック発生から時間が経過し社会的関心が低下するに従い参加率が低下し無作為性も損なわれていった可能性が指摘されている。さらに、数千人以上を対象とした調査の実施に伴う会場設営などのロジスティック周りに多くのノウハウ・経験を要し、調査コストが高く、調査対象地域と調査回数が限定される。一方で、対象者からワクチン接種歴や過去の感染歴・診断歴、既往歴、併存疾患、職業、生活歴、居住環境などの対象者の属性に関する詳細な情報を質問紙により収集可能であり、調査対象地域の抗体保有状況だけでなく、感染リスク因子同定など感染症対策に極めて有益なさまざまな知見が得られる。また、同じ対象者を一定期間追跡するコホート調査も実施可能であり学術的にも極めて価値が高い知見を得ることができる。調査コストの観点から頻回の調査は困難であるが、調査実施時には後述の検査用検体の残余血液を用いた献血調査や民間検査調査と同時期に並列するように実施することにより、双方の調査の欠点を補うことが期待できる。COVID-19に対する本調査の結果を**図表１**にまとめた。抗体陽性割合が低くワクチンが導入される以前の2020年の調査では、複数の抗体検査系を組み合わせて抗体陽性者を検出していた。また、ワクチン導入後である2021年以降は、抗N抗体と抗S抗体の双方を測定しており、抗S抗体についても抗体価のデータを基にワクチン接種回数や併存疾患の影響などについて評価するなど、感染症対策に有用なさまざまな知見を

図表１　住民基本台帳からの無作為抽出者を対象としたCOVID-19血清疫学調査の結果

実施時期	実施場所	使用抗体検査	対象者数（対象者候補）	抗体陽性割合
2020年６月	東京都、大阪府、宮城県	２種類の抗Ｎ抗体検査試薬中和試験	7,950名（20歳以上の無作為抽出者が対象者候補）	0.10%
2020年12月	東京都、大阪府、宮城県、愛知県、福岡県	２種類の抗Ｎ抗体検査試薬中和試験	15,043名（20歳以上の無作為抽出者が対象者候補）	0.68%
2021年12月	東京都、大阪府、宮城県、愛知県、福岡県	抗N抗体（N） 抗Ｓ抗体（Ｓ）	8,147名（20歳以上の無作為抽出者が対象者候補）	2.17%（N） 96.3%（Ｓ）
2022年２月	東京都、大阪府、宮城県、愛知県、福岡県	抗N抗体（N） 抗Ｓ抗体（Ｓ）	8,149名（20歳以上の無作為抽出者が対象者候補）	3.63%（N） 96.6%（Ｓ）
2022年12月	東京都、大阪府、宮城県、愛知県、福岡県	抗N抗体（N） 抗Ｓ抗体（Ｓ）	8,157名（20歳以上の無作為抽出者が対象者候補）	25.2%（N） 97.9%（Ｓ）
2023年２月	東京都、大阪府、宮城県、愛知県、福岡県	抗N抗体（N） 抗Ｓ抗体（Ｓ）	5,627名（2022年12月調査に参加した者が対象者候補）	30.9%（N） 98.5%（Ｓ）

提供してきた。

②献血時検査の残余血液を用いた血清疫学調査（献血調査）

日本赤十字社が全国で実施している献血事業では、毎年500万人以上から血液が採取されており、全国の献血センター等で採取された数千名分の血液を約２週間で収集することが可能である。この残余血液を用いて全国規模の血清疫学調査として抗体保有状況を経時的に評価することができる。COVID-19パンデミック当初はCOVID-19回復者の献血が制限されていたことから、COVID-19の血清疫学調査として献血調査を実施することが不可能であったが、2021年９月より回復後４週間を経過した既感染者の献血の受け入れが開始され、COVID-19に対する献血調査が可能となった。実際には、献血調査は2022年11月から開始され、2024年３月までに２か月～３か月ごとに合計８回実施された**（図表２）**。本調査では、全都道府県から16歳から69歳までの各年齢層の検体を収集し、経時的に抗体保有割合の推移を評価した。全国的に見ると抗体保有割合は上昇トレンドではあるが、そのトレンドには地域差が見られた。本調査の制限としては、献血対象者は16歳から69歳までか

図表２　検査用検体の残余血液を用いたCOVID-19血清疫学調査の結果

実施時期	調査手法	対象者年齢層	対象者数	使用抗体検査	抗体陽性割合
2022年11月	献血調査	16歳-69歳	8,260名	抗N抗体	28.6%
2023年２月	献血調査	16歳-69歳	13,121名	抗N抗体	42.0%
2023年５月	献血調査	16歳-69歳	18,048名	抗N抗体	42.8%
2023年７月	献血調査	16歳-69歳	18,048名	抗N抗体	44.7%
2023年７月	民間検査調査	0歳-80歳以上	4,235名	抗N抗体（N） 抗S抗体（S）	45.3%（N） 95.4%（S）
2023年９月	献血調査	16歳-69歳	18,048名	抗N抗体	55.8%
2023年11月	献血調査	16歳-69歳	18,048名	抗N抗体	56.4%
2023年11月	民間検査調査	0歳-80歳以上	3,947名	抗N抗体（N） 抗S抗体（S）	52.3%（N） 96.3%（S）
2023年11月	健診調査	16-70歳以上	4,258名	抗N抗体	53.0%
2024年１月	献血調査	16歳-69歳	18,048名	抗N抗体	58.8%
2024年１月	民間検査調査	0歳-80歳以上	3,947名	抗N抗体（N） 抗S抗体（S）	55.1%（N） 96.3%（S）
2024年１月	小児調査	0-17か月齢	469名	抗N IgG抗体 抗N IgA抗体 抗S IgG抗体 抗S IgA抗体	26.8% (N, 6-17か月齢) 31.8% (N, 14-17か月齢) 36.4% (S, 14-17か月齢)
2024年３月	献血調査	16歳-69歳	18,048名	抗N抗体	64.5%
2024年３月	民間検査調査	0歳-80歳以上	3,947名	抗N抗体（N） 抗S抗体（S）	60.7%（N） 97.3%（S）

つ、特定の疾患がない個人に限られているため、ハイリスク群となり得る小児、高齢者、献血対象になれない者からのデータが得られないことが挙げられる。

③民間検査機関検査の残余血液を用いた血清疫学調査（民間検査調査）

日本では無床診療所から大規模病院まで、多くの医療機関における検体検査が民間検査機関へ外部委託されており、複数の地域にまたがる多数の医療機関と契約を結ぶ民間検査機関が存在する。これらの機関が保有する検査用検体残余を活用することで、０歳から80歳以上までの幅広い年齢層の数千人分の血液を約２週間～１か月で収集することが可能である。本方法では、献血調査では得られない16歳未満および70歳以上の情報を入手することができ、抗体保有割合の年齢分布の全体像を評価することが可能である。COVID-19血清疫学調査としては2022年７月から2024年３月までに４回実施された**（図表２）**。本調査では、関西・中部・中四国を中心とした22県の診療所から検体を収集し、経時的に抗体保有割合の推移を評価した。献血調査の抗体保有割合と同様のトレンドであったが全体として低い傾向があった。本調査の制限としては、献血調査と比較すると、関西・中部・中四国を中心とした22県の診療所からの検体に偏りや、被検者の予防行動、受診動機、基礎疾患や、診療所毎の特性などの偏りが生じていることなどが挙げられる。

④健康診断検査の残余血液を用いた血清疫学調査（健診調査）

日本では労働安全衛生法第66条に基づく年１回以上の健康診断（事業者健診）の実施が義務付けられており、同健診にて採取された検査検体の残余を利用することで、数千人分の調査対象者の血液を約２週間で収集することが可能である。COVID-19血清疫学調査として本方法を用いた調査が、2023年11月に１回実施された**（図表２）**。本調査では、30都府県から約4,000検体を収集し抗体検査が実施され、同時期に実施された調査結果と比較された。その結果、健診調査の結果は同時期に行われた民間検査調査の結果とほぼ一致していた。本調査の制限としては、健診調査の対象は、労働者に限定され、他の調査と同様に、年齢、職種、性別、調査地域に偏りが生じる可能性のほか、被検者の居住地区、予防行動、職業、基礎疾患、実施機関ごとの特徴などの偏りが生じている可能性がある。また、健診の実施時期は企業ごとに決められているため、調査可能な時期が限られることが挙げられる。

⑤小児における検査用検体の残余血液を用いた血清疫学調査（小児調査）

上述の民間検査調査にて、１歳未満の抗S抗体保有割合が１歳～９歳に比べて高く、母体からの移行抗体の影響が示唆されたが、１歳未満では収集検体数が限られていることもあり、抗体検査による正確な発生動向の評価が困難であった。そこで、検体収集が困難で母体からの移行抗体の影響がある１歳程度までの乳幼児の検体を集中的に収集するために、2024年１月に協力医療機関を受診した乳幼児数百人程度を対象に、診療時検査の残余血液を用いて抗体検査を実施した。さらに、血清抗体の主要アイソタイプであり母体から移行するIgGと母体から移行しないIgAの２種類のアイソタイプの抗体を測定することにより、移行抗体残存期間を推定し児への病原体抗原曝露状況を正確に評価した**（図表２）**。本調査の制限としては、各医療機関から収集できる検体数には限りがあり大規模かつ継続的な調査実施は困難であることと、協力医療機関は大規模施設に偏る傾向がある

ため、対象者の地域分布や受診背景などの因子に関して偏りが生じている可能性が否定できないことが挙げられる。また、１歳未満の小児では収集可能な血液検体量がごく少量となり、抗体測定方法を他の調査と合わせることができず、他の調査で得られた値との直接的な比較には注意が必要なことも挙げられる。

（4）まとめ

軽症例や無症状病原体保有者が一定数を占めるCOVID-19のような急性感染症では、急性期の診断法である病原体遺伝子検出検査を使用して、すべての感染者を把握するのは困難である。そこで、血清疫学調査を実施することで、調査対象集団における過去から直近までの無症状・未診断者を含む総感染者数をより正確に把握することが可能となる。総感染者数は、致死率や重症化割合を把握するための基盤であり、疾病リスク評価の観点においても極めて重要な情報となる。本稿で紹介した血清疫学調査では主要な調査目的とはなっていないが、多くの感染症において、感染防御免疫の代替指標としての血清抗体価を評価する調査が実施されている。この血清疫学調査では、血清抗体価と感染防御効果の相関関係を根拠として調査対象者を感受性者と免疫保持者に区別し集団免疫を評価することができる。COVID-19については抗S抗体価や中和抗体価が感染防御に相関する免疫学的指標（Immune Correlates of Protection）であることが分かっており、これらの抗体価を測定する血清疫学調査も世界中で数多く実施されている。2021年以降、度重なる変異株の出現により2024年現在はCOVID-19に対しては絶対的な感染防御レベルの抗体価閾値は存在しないと考えられているが、ワクチン接種で誘導されるさまざまな変異株に対する抗S抗体や中和抗体の定量的評価は、免疫の減衰、集団免疫、新規ワクチンの有効性の推定、感染リスク集団の特定など新型コロナワクチン接種政策に資する知見が得られることから、流行予測調査としての継続が重要である。

以上のように、血清疫学調査は、過去の感染症流行の規模の把握や、感染リスク因子の同定、集団における免疫レベルの評価により、調査時点以降の流行動態や疾病負荷の推定に極めて有用であり、COVID-19パンデミックのような感染症危機発生時において感染症公衆衛生対策に資する知見の創出に大きく貢献する。一方で、調査方法による調査対象者選択の偏りが生じるなどの結果の解釈に直接的に影響する重大な制限があり、血清疫学調査の目的を適切に達成するためには複数の調査手法を組み合わせて実施する必要があることに留意しなくてはならない。

■引用文献

１）厚生労働省、新型コロナウイルス感染症に関する抗体保有割合実態調査について
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00132.html、2024年５月31日アクセス
２）新城雄士, 鈴木忠樹. 新型コロナウイルス感染症の抗体検査. 臨床と微生物　47（６）: 679-685　2020

謝辞

本稿で紹介した血清疫学調査は、厚生労働省感染症対策部感染症対策課および新型コロナウイルス感染症対策推進本部が主導し、国立感染症研究所とともに企画および実施したものであり、著者は最初の調査から抗体検査の担当者として関わってきた。また、本稿に掲載したデータは厚生科学

審議会感染症部会および新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボードの公開資料に基づき著者により纏められたものであるが、結果の解釈等については著者個人の見解に基づくものであり、厚生労働省や国立感染症研究所を代表するものではない。これらの調査は、厚労労働省と国立感染症研究所の関係者だけでなく、各自治体、公益財団法人結核予防会、株式会社サーベイリサーチセンター、株式会社三菱総合研究所、株式会社ベネフィット・ワン、株式会社エスアールエル、日本赤十字社、株式会社ファルコバイオシステムズ、公益社団法人日本小児科学会、各医療機関の関係者の協力を得て実施された。過去に例のない大規模な新興感染症血清疫学調査の実現に尽力したすべての関係者に感謝し、その貢献を称えるとともに、本稿が今後発生する感染症危機への対応における貴重な記録として、広く活用されることを心より願う。

3　埼玉県における定点設定

〈本多 麻夫　埼玉県保健医療部参事・衛生研究所長〉

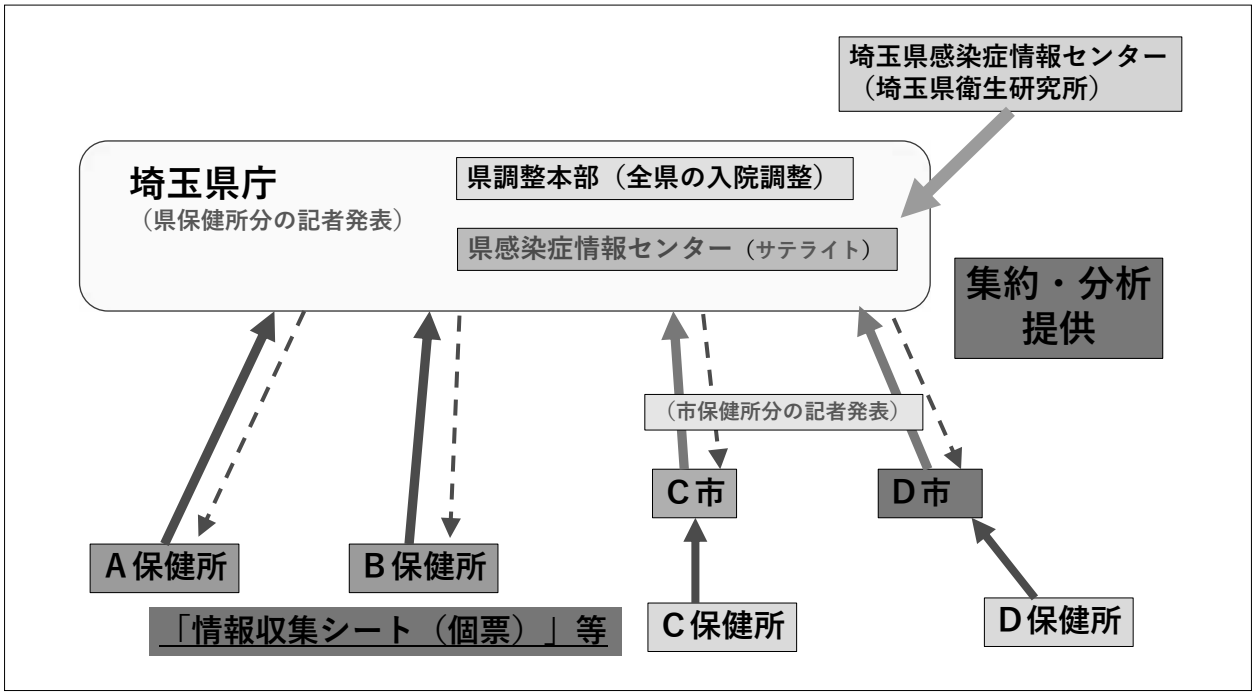
新型コロナウイルス感染症の発生を受け、埼玉県では発生初期から政令市や中核市の協力を得て遺伝子解析結果も含めた個々の新規陽性者の情報を集計・分析し、それぞれの時期に応じた効果的な対策の実施に努めてきた。2022年９月26日からは65歳以上やハイリスク者以外について全数報告の仕組みが大きく簡略化され、2023年５月８日以降は５類化に伴い定点医療機関からの報告へと発生状況を把握する仕組みが大きく変わった。埼玉県では、こうした変更に際し、どのような情報が引き続き必要となるかその都度、検討を行い、工夫しながら対策に必要な情報を確保しサーベイランスシステムを運用してきた。

（１）全数把握時における新型コロナウイルス感染症のサーベイランス

①2022年９月25日まで（第６波～第７波）

埼玉県では、新型コロナウイルス陽性者の発生が最初に確認された2020年２月以降、新規感染者のカウント数に重複や漏れが生じないよう、政令市（さいたま市）、中核３市（川越市、越谷市、川口市）の協力を得て、通しの記者発表番号を個々に振ることにより個人のID確認体制を確保し、庁内クラウド上に集計項目の追加・削減が可能なデータベースを設け、埼玉県衛生研究所（埼玉県の「基幹感染症情報センター」）において集計・解析を行う仕組みを構築していた。年齢、性別、発症日、推定感染原因、ワクチン接種回数（「不明」かどうかも含め）などを入力し、ゲノム解析結果についても個々のデータをひも付け可能にしていた**（図表１）**。第６波以降も全数報告体制に

図表１　埼玉県におけるCOVID-19　疫学調査・原因分析等の体制
（2020年2月～2022年9月25日：全数報告時）

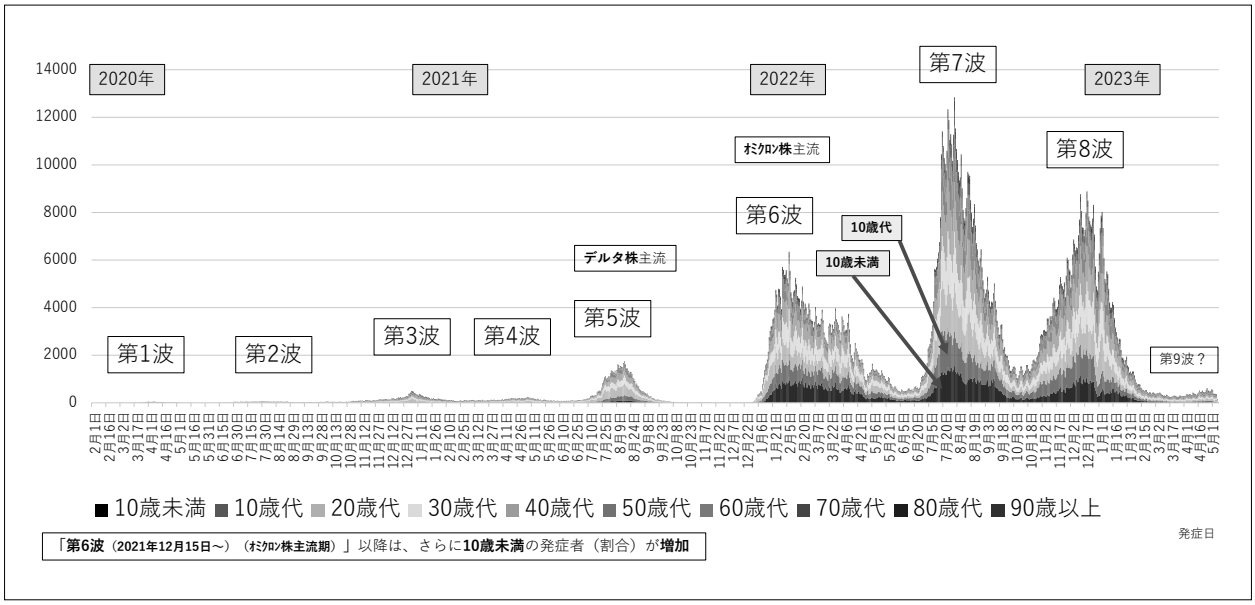


変更が生じる2022年９月25日までは、同様の体制で全陽性者の個々の登録情報をデータベースに入力して集計・解析を行い、時期ごとの致死率、発症曲線、再感染者数・割合、ワクチン接種歴別の陽性者の致死率など、対策に必要な発生動向情報の収集・解析・提供（サーベイランス）を継続的に行った。

②2022年９月26日から2023年５月７日まで（第８波）

2022年９月６日に厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部から事務連絡が都道府県等宛てに発出され、感染症法に基づく発生届の（全数）報告対象が「65歳以上」「要入院患者」「酸素投与が必要な重症化リスクのある方」「妊婦」に限定される方針が示された。発生届の対象とならない陽性者については、陽性が判明した日ごとに毎日、年代別に新規陽性の人数だけ医療機関等から報告される仕組みが全国的に示された。埼玉県では、「陽性」であっても「発生届」提出の対象とならない65歳未満のハイリスク者以外の方々について、必要な療養環境を確実に確保し発生動向の把握に必要な疫学情報を無理なく的確に把握する必要があることから、県専門家会議の意見等を踏まえ知事のリーダーシップの下、感染症法第44条の３第２項に基づいて県から新規陽性者に情報提供をお願いすることとした。陽性者本人が県の設置する「陽性者登録窓口」に疫学情報も含めた必要な情報の電子登録を行い、My HER-SYSを活用しながら自らが健康観察を行える体制を確保する方針を2022年９月15日に決定した。陽性者の体調が悪化した際には、看護師が駐在する県の「陽性者相談窓口」に速やかに相談し、必要な場合に受診できるようにする仕組みを確保した。陽性者の発症日や感染機会の有無、家族の発症状況等の疫学情報についても新規陽性者の97%（推計）から個別に協力が得られた。発症曲線や致死率、再感染率、ワクチン接種回数と年代別致死率の関係などについて、引き続き、評価可能な情報が得られた**（図表２、図表３）**。

図表２　【埼玉県】発症日別・年代別推計発症者数（2020年2月1日～2023年5月7日）（年代別発症曲線）



出典：埼玉県感染症情報センター（埼玉県衛生研究所） COVID-19データベース資料より作成

図表３　【埼玉県】致死率（流行時期・年代別）（陽性判明日別に死者数の割合を集計）

（2023年5月29日集計）

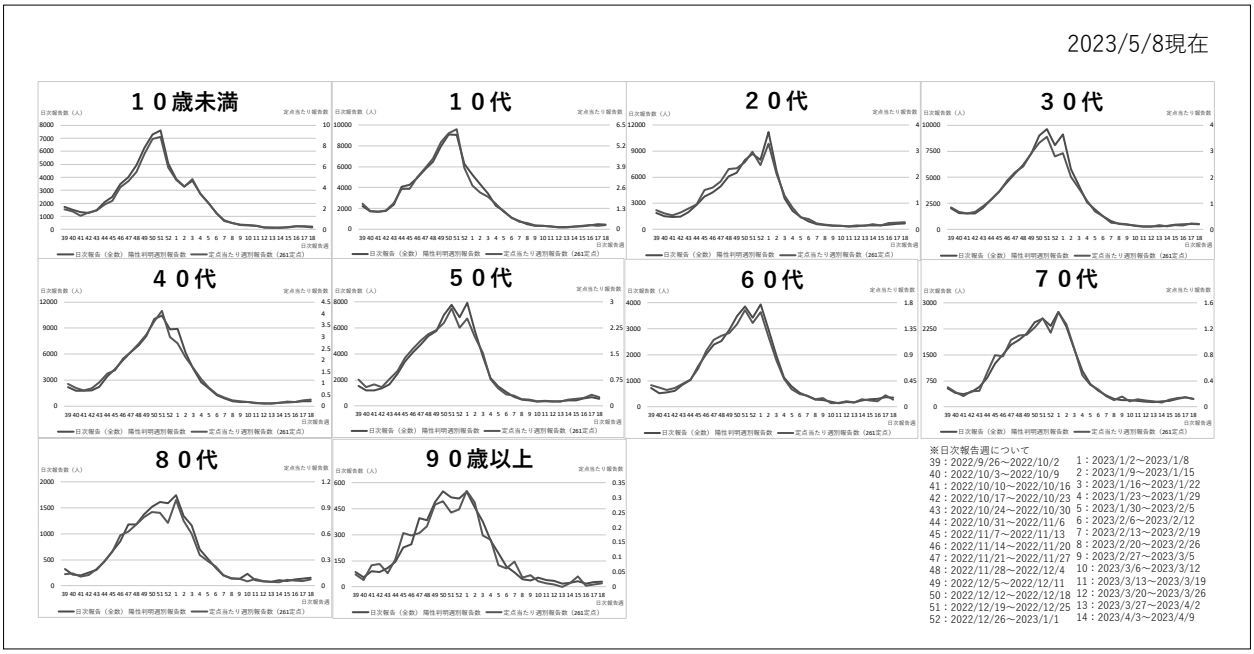
	70歳未満	70歳代	80歳以上	全年齢	発症ピーク時の確定例数（新規陽性者数/１日）［年月日］
「第1波」（2020.2.1～6.9）（B.1.1主流）	1.75%（14/798）	13.2%（14/106）	35.8%（38/106）	6.53%（66/1010）	47人（2020.4.6）
「第2波」（2020.6.10～9.13）（B.1.1.284主流）	0.1%（3/3015）	4.03%（6/149）	20.3%（25/123）	1.03%（34/3287）	60人（2020.8.1）
「第3波」（2020.9.14～2021.2.22）（B.1.1.214主流）	0.29%（59/20229）	7.2%（160/2222）	17.6%（373/2117）	2.41%（592/24568）	498人（2021.1.4）
「第4波」（2021.2.23～6.10）（B.1.1.7(ｱﾙﾌｧ株)主流）	0.14%（20/13949）	3.34%（41/1226）	10.2%（84/824）	0.91%（145/15999）	242人（2021.5.7）
「第5波」（2021.6.11～12.14）（B.1.617.2）ﾃﾞﾙﾀ株主流）	0.14%（93/68470）	3.52%（52/1477）	7.8%（77/987）	0.31%（222/70934）	1,736人（2021.8.17）
「第6波」（2021.12.15～2022.6.5）（B.1.1.529(ｵﾐｸﾛﾝ株)BA.1、BA.2系統主流）	0.02%（69/412720）	0.99%（130/13141）	3.32%（405/12153）	0.14%（604/438014）	6,347人（2022.2.7）
「第7波」（2022.6.6～10.7)）（B.1.1.529(ｵﾐｸﾛﾝ株)BA.5(BA.2)系統主流）	0.01%（68/595900）	0.5%（143/28539）	2.5%（607/24191）	0.13%（818/648630）	12,841人（2022.8.1）
「第8波」（2022.10.8～(2023.3.25)）（B.1.1.529(ｵﾐｸﾛﾝ株)BA.5(BA.2)系統主流）	0.02%（102/546415）	0.72%（273/37706）	2.95%（1139/38650）	0.24%（1514/622771）	8,884人（2022.12.19）

出典：埼玉県感染症情報センター（埼玉県衛生研究所）　COVID-19データベース資料より作成

（２）全数把握から定点把握体制への移行に向けた準備・検討

2023年５月８日からの定点把握体制への移行に向け、2022年９月26日～2023年４月９日まで県内の新型コロナウイルス新規陽性者について、週別の全報告数とインフルエンザ定点医療機関からの報告数の推移を比較するため、全報告数に占めるインフルエンザ定点医療機関からの報告数や割合の推移について年代別に算出して比較・検証を行った。この結果、いずれの年代においてもインフルエンザ定点医療機関からの報告数の推移は全医療機関からの全報告数の推移とほぼ同じ傾向を示していることが確認された**（図表４）**。また、全報告数に対するインフルエンザ定点医療機関

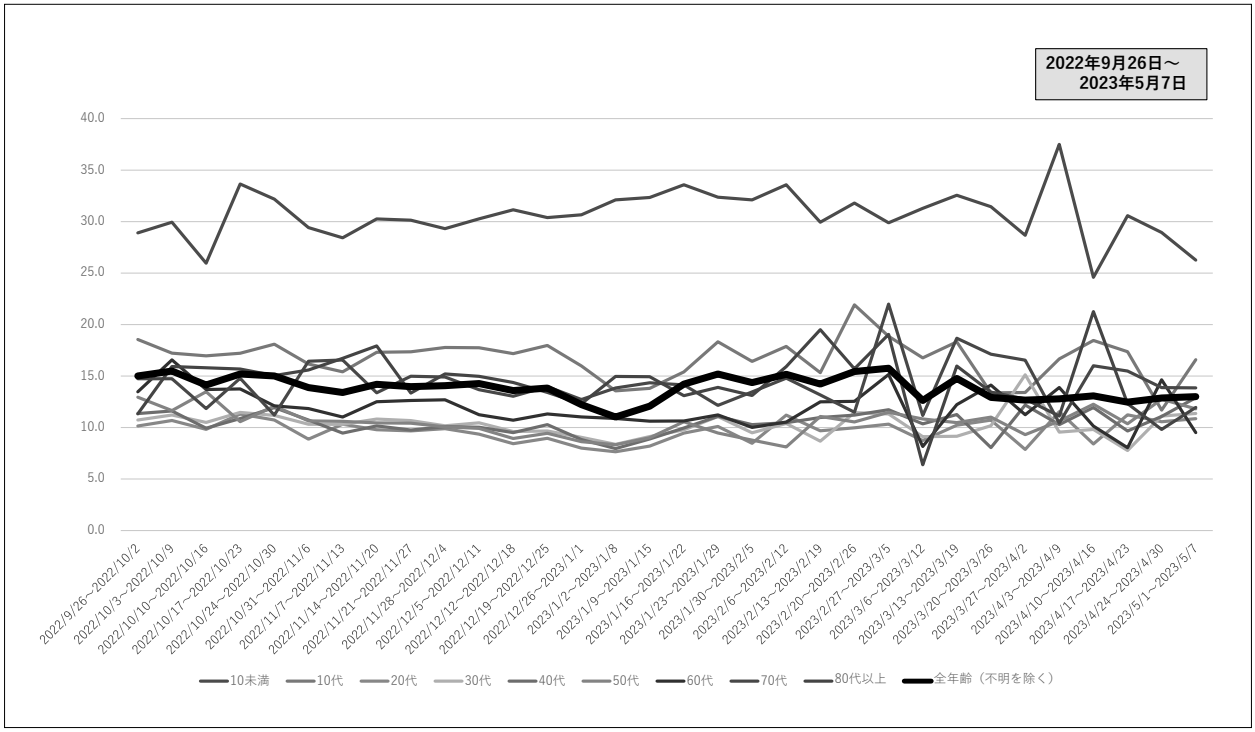
図表４　COVID-19の新規陽性者　定点医療機関（5月8日以降予定）当たり週別報告数と日次報告数（全数〈週別〉）との比較【年代別】（埼玉県全域）



出典：埼玉県感染症情報センター（埼玉県衛生研究所）　COVID-19データベース資料より作成

からの報告数の割合は、全期間を通じておおむね14%前後で推移していた。(95%信頼区間：13.6-14.3%) 年代別では、20代～60代が10%前後（平均値：20代9.7%、30代10.3%、40代10.5%、50代11.5%、60代11.9%）とやや少なめだったのに対し、10歳未満は30.6%と全年代と比べ２倍以上インフルエンザ定点医療機関から多く報告されている状況であった。他の年代については、10代16.7%、70代14.4%、80代以上14.5%と、おおむね全体の平均値に近い状況であった**（図表５）**。いずれの年代も経時的なトレンドはインフルエンザ定点医療機関からの報告により把握可能であることが判明した一方、陽性者全体に占める年代別の陽性者割合をその都度、定量的に評価する場合は、前述の年代別の傾向に注意しながら解釈する必要があると考えられた。こうした埼玉県における実際のデータおよび2023年２月９日に示された厚生労働省の方針（「現行のインフルエンザ定点医療機関を基本とする」）を踏まえ、2023年５月８日以降、インフルエンザ定点医療機関を定点としてサーベイランスを実施していく方針を2023年４月21日に決定した。

図表５　全数報告に対するインフルエンザ定点医療機関からの報告数の割合の推移(%) (年代別)



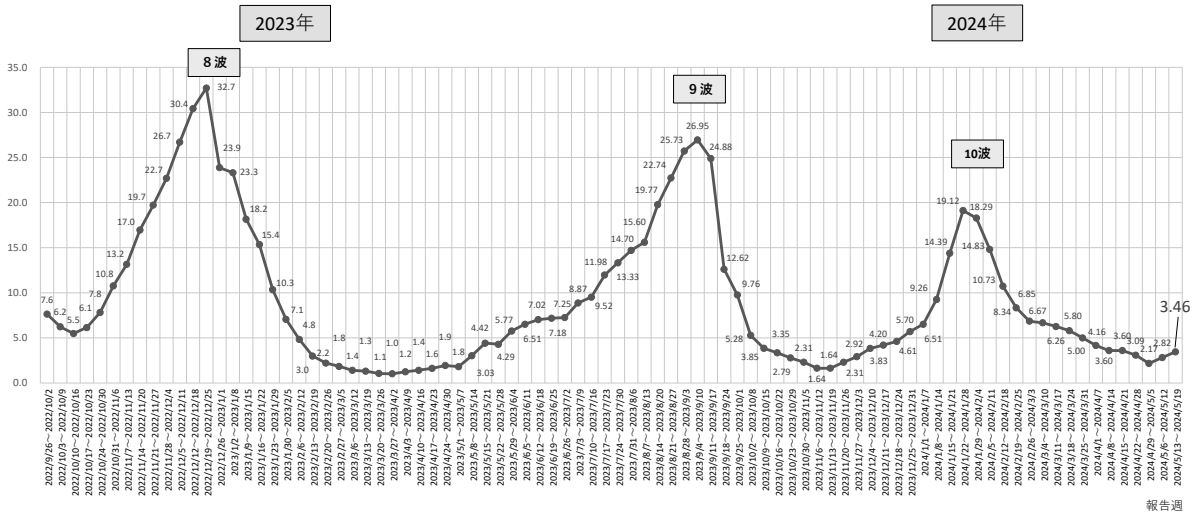
出典：埼玉県感染症情報センター（埼玉県衛生研究所） COVID-19データベース資料より作成

（３）2023年５月８日以降（定点把握体制への移行後）

インフルエンザ定点医療機関からの週単位報告により新規陽性者の発生動向を把握した。５月８日以前における定点からの報告情報も活用し、流行の規模や推移を移行前の第８波とも比較可能な資料を作成し、想定される医療需要の規模に応じた対策の検討などに活用した**（図表６）**。検体が採取された週別のゲノム解析結果も含めて集計・解析も継続して行い、県内で流行する亜型の現状や推移、その後の可能性についても検討を行った。致死率や再感染の状況等については全死亡数が把握できず算出不能となったが、G-MISへの医療機関からの重症病床も含めた病床使用状況の入力情報のほか、主な死亡事例の状況について県内17の医療機関に新型コロナウイルス陽性の死亡者の

報告を引き続き依頼し、死亡者数の推移、死亡者の年代や基礎疾患の有無、コロナ死かどうかなどの死因の状況について情報把握を継続した。

図表６　COVID-19 の新規陽性者　定点当たり週別報告数（埼玉県）



※2022/9/26～2023/5/7においては定点医療機関（261）当たりの週ごとの報告数を日次報告数から算出。

出典：埼玉県感染症情報センター（埼玉県衛生研究所）　COVID-19データベース資料より作成

（４）おわりに

新型コロナウイルス感染症は、発生から時間が経つにつれ「流行を繰り返す感染症」として一般に広く認知されるようになり「流行の制御」や「医療等の体制確保」が大きな関心事となっていった。求められる対策の内容が大きく変化する中で、現状分析については臨機応変に必要な情報を迅速かつ継続的に把握できる仕組みが必要であった。定点把握体制への移行に際しては、こうした観点を踏まえて検討を行い、定点医療機関の設定を行った。初期段階における広域的な情報収集・解析・提供体制の構築や関係機関の協力・連携体制の確保のほか、その後の状況変化に応じた地域における機動的な情報収集上の工夫が重要と考えられた。

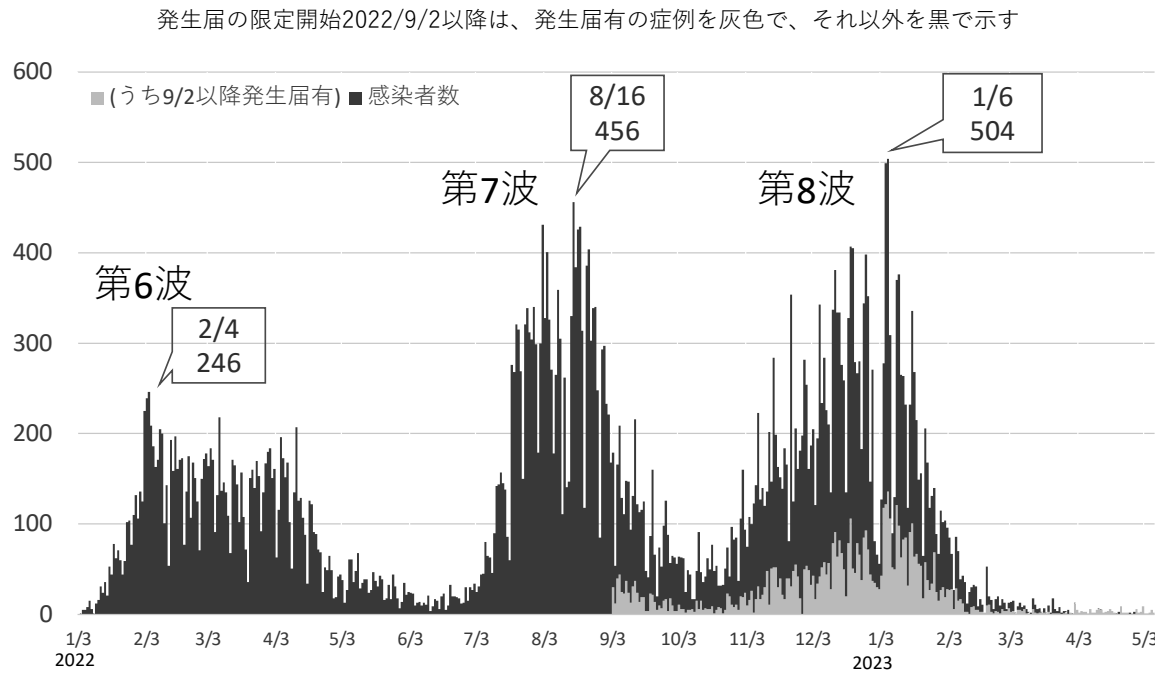
4　茨城県土浦保健所における第６波以降の対応

〈入江 ふじこ　茨城県土浦保健所長〉

（１）オミクロン株流行による感染者急増への対応

茨城県土浦保健所は、土浦、石岡、かすみがうらの３市を管轄し、管内人口25.1万人、高齢化率31.2%（2024年１月１日現在）の県型保健所である。2021年夏のデルタ株による第５波の収束後は、ワクチン接種普及の効果もあり、年末までは発生届がほとんどない日が続いた。しかし、2022年明け以降、オミクロン株の流行により、第５波（ピーク時の感染者数が１日40人～50人）とは桁違いのスピードで感染者数が増加した**（図表１）**。

図表１　第６波以降の新型コロナウイルス感染者数の推移（2022/1/3~2023/5/7，茨城県土浦保健所管内）



月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
1日平均感染者数	49	160	142	100	34	17	175	303	115	54	168	261	201	35	7	4	3

感染者数急増に伴う抗原検査キットの不足やPCR検査枠の逼迫が懸念されたことから、医療機関に対し、検査の優先順位を①有症状で重症化リスクの高い者　②医療従事者あるいは社会福祉施設従事者で濃厚接触者に該当する者　③その他の有症状者とすること、加えて陽性者の家族についても有症状者を優先的に検査することを保健所から依頼した。

また、濃厚接触者となったエッセンシャルワーカー（医療施設、幼稚園・保育園を含む社会福祉施設、消防や救急関係の従事者）を対象に、県が無料PCR検査会場を設置して、円滑な検査の実施による職場復帰を支援し、社会機能の維持に努めた。

（２）県の電子申請・届出サービスを活用した疫学調査の導入

2022年２月に入ると、管内の感染者数は１日200人を超え、発生届をHER-SYS（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）とFAXで漏れなく受け付けるだけで一苦労となり、従来の電話による疫学調査では対応困難な事態となった。

そこで、２月上旬から県の「いばらき電子申請・届出サービス」を活用した疫学調査システムを導入することになった。これは、①保健所から感染者の携帯電話（スマートフォン）に電子申請・届出サービスのURLを記載したSMSのメッセージを送信する　②感染者本人が調査項目の回答を入力する　③保健所が県サーバーからCSVファイルで取得したデータをExcelのマクロ機能を用いて、疫学調査票のシートにPDFファイルとして出力する―というシステムである。最初にマクロ機能に詳しい保健所職員が作成し、県庁で改修を加えた後、多くの保健所で導入したが、県庁（感染症対策課や入院調整本部、県庁健康観察チーム）と保健所との間で、疫学調査票の情報を電子データで共有することが可能となり、業務の効率化が図られた。

保健所では、発生届等の情報を基に、重症化リスクがある感染者を抽出して、優先的に電話疫学調査を行い、必要に応じて受診・入院調整をした。それ以外の感染者には、電話であらかじめ本人の電話番号、スマホ入力の可否、現在の健康状態を確認した後にSMSでメッセージを送信し、電子申請・届出サービスに入力がない場合には再度電話をするなど、確実に連絡が取れるよう留意した。スマホ入力が困難な高齢者や基礎疾患のある感染者には、引き続き電話疫学調査を行った。疫学調査には医療職を中心に所内職員を総動員し、加えて県庁や市町村保健師、管内の調剤薬局の薬剤師（薬剤師会と連携）の応援も得た。

SMSの活用により、疫学調査の省力化だけでなく、感染者に対する情報提供（自宅療養時の健康観察、療養解除の基準、症状悪化時の連絡先、濃厚接触者の留意点等）も併せて可能となった。

第６波以降は、県庁健康観察チームによる自宅療養者の健康観察を50歳以上に限定し、就業制限の通知を省略して療養解除通知のみとする、第７波以降は、保健所を介さずに宿泊療養の申し込みを直接県庁で受け付けるなどの対応で、保健所が重症化リスクの高い感染者の対応に集中できるようになった。

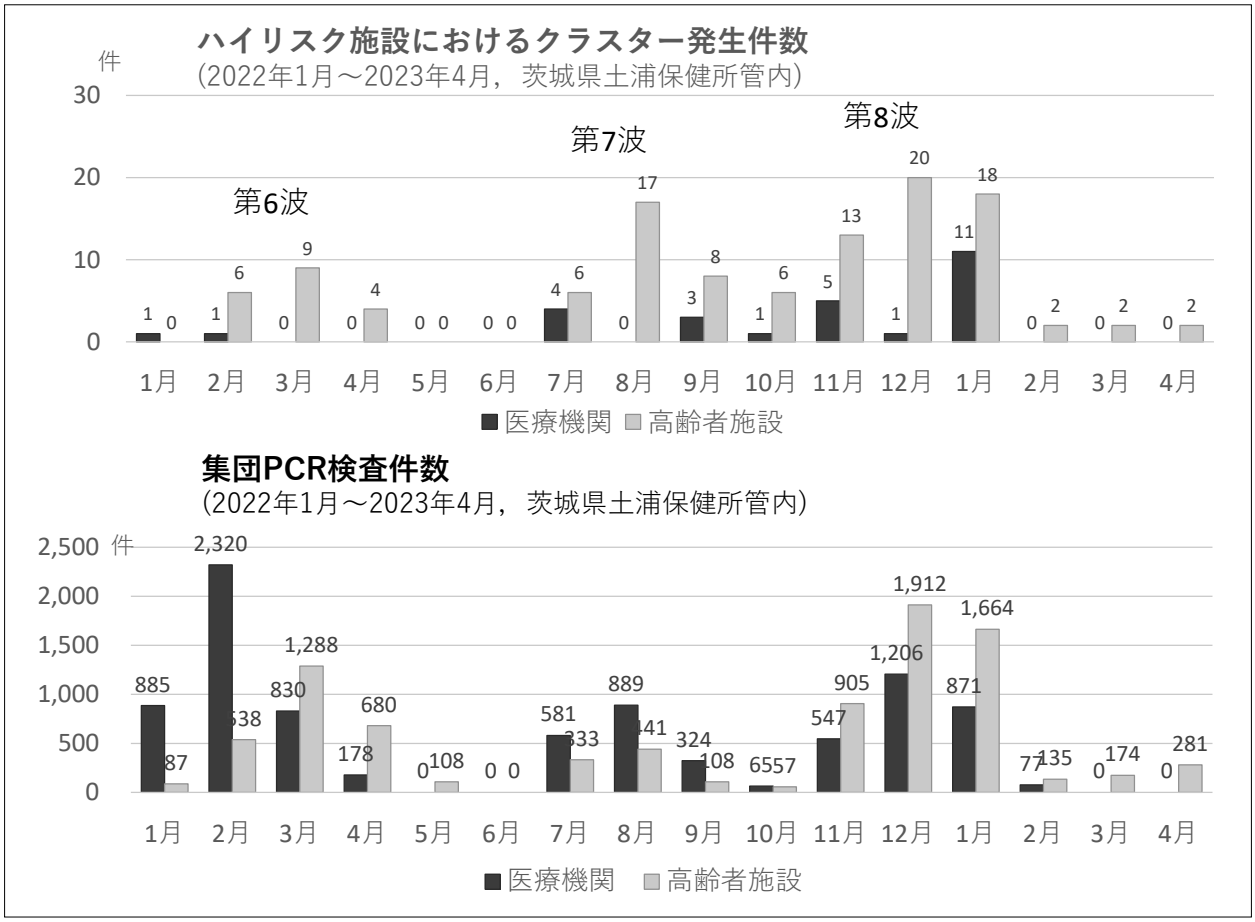
第７波後半の2022年９月から、茨城県では発生届を重症化リスクのある者に限定する緊急避難措置を先行導入した（９月２日付で宮城、茨城、島根、佐賀、同９日付で三重、長崎の計６県が先行導入）。その結果、発生届は感染者総数の２割程度に減少し（医療機関からの年齢階級別新規感染者数の報告は継続）、保健所や医療機関の業務省力化につながったが、急激な制度変更に伴い、発生届のない自宅療養者の受診・入院調整、民間医療保険に関する療養証明書の取り扱い、発生届限定未導入の近隣県に在住する感染者への県境地域における対応などについて、事前の周知や調整の準備時間がなく、一部で混乱を生じた。

（３）ハイリスク施設に重点を置いた積極的疫学調査の実施

土浦保健所では、少なくとも第５波までは職場や学校も含めた施設に対する積極的疫学調査によりクラスターの連鎖を防ぎ、感染拡大防止に努めてきた。しかし、第６波以降は、感染者数の急増に加え、世代時間が２日程度と短く、対策の効果が限定的であることから、医療機関や高齢者施設

などハイリスク施設に重点化した積極的疫学調査に切り替えた**（図表２）**。

図表２　ハイリスク施設におけるクラスター発生件数と集団PCR検査件数



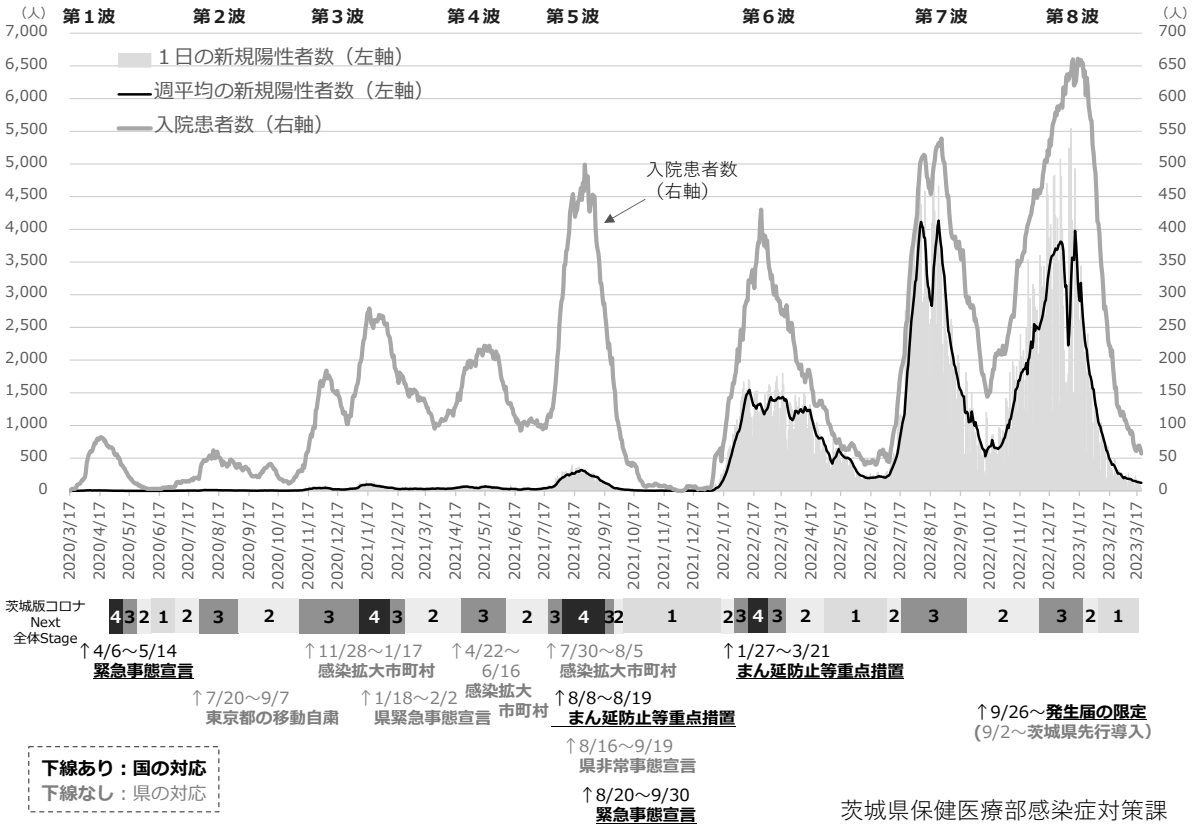
保健所がハイリスク施設における感染者発生を把握した場合、すぐに電話連絡を入れ、入所者の健康状態、職員の感染者の有無、感染対策の実施状況を聞き取り、必要に応じて行政検査として集団PCR検査（茨城県薬剤師検査センターに委託して即日検査）を行い、備蓄の防護服を供与した。

さらに、管内の病院に勤務する感染管理認定看護師に同行を依頼し（茨城県新型コロナウイルス感染症クラスター対策ネットワークの活動経費を活用）、個別に施設内感染対策の助言、指導を行い、感染拡大防止に努めた。ハイリスク施設で大規模なクラスターが発生すると、職員の感染により施設機能が維持できなくなり、入所者の中から入院が必要な重症者が発生すると、地域医療の逼迫に拍車をかけることから、可能な限り早期の介入を実施した。

また、保健所から社会福祉施設の嘱託医や協力医療機関に対して、抗ウイルス薬の早期投与など、軽症の感染者が施設内療養を継続するために必要な医療を提供するよう協力要請を行った。

しかし、第６波以降は、重症化率は低下したものの、感染者数の大幅な増加により、結果的に入院患者数および救急搬送困難事例の増加が見られ、医療の逼迫を招いた**（図表３）**。特にハイリスク施設における集団感染事例の発生が目立ち、死亡者数は高齢者を中心に第５波以前を大きく上回ることとなった。

図表３　新型コロナウイルス感染症の発生状況と取り組み状況（茨城県）（2020年3月～2023年3月）



5 寝屋川市での対策の推移：第６波以後の陽性者数激増に対応して

〈田中 英夫　寝屋川市保健所長〉

（１）積極的疫学調査の対象者を絞る

2019年に中核市に移行した大阪府の北東部に位置する当市（人口22.5万人）でも、オミクロン株が初めて流行した第６波では感染者数が激増し**（図表１）**、１日の最大陽性者数は463人（2022年２月７日）に達した。このため業務の効率化を図る観点から、個別に行う積極的疫学調査は、2022年１月から対象陽性者の条件を、重症化リスクが高く、療養状況を判断する必要のあった陽性者（65歳以上・０歳児・妊婦・その他基礎疾患を有する者）の同居家族等に絞った。第７波からはさらに対象陽性者の上限を75歳に引き上げた。

一方、クラスター対策の一環で行う集団対応としての積極的疫学調査の対象施設は、第７波中の2022年７月１日から高齢者施設、病院および障害者施設に限定した。この時点から当保健所が実施する感染対策は、これらの施設で多発した集団感染の制御・沈静化にほぼ全力を注いだ。また同年９月から高齢者施設のクラスター対策を強化するために、感染症対応に専門性を有する医師・看護師のチームを集団感染を起こした施設に派遣する業務を開始した。この事業は５類化以後も継続している。

図表１　寝屋川市の療養先別に見たCOVID-19陽性者数の推移（第５波～５類化直前）

療養先	第５波（2021年6月21日～21年12月16日）	第６波（2021年12月17日～22年6月24日）	第７波（2022年6月25日～22年9月26日）	全数届け出見直し後（2022年9月27日～23年5月7日）
病　院	328人（ 15.6%）	687人（ 3.6%）	304人（ 1.1%）	135人（ 3.0%）
ホテル	829人（ 39.4%）	990人（ 5.2%）	1,006人（ 3.7%）	129人（ 2.8%）
自宅・施設	947人（ 45.0%）	17,435人（ 91.2%）	26,158人（ 95.2%）	4,273人（ 94.2%）
合　計	2,104人（100.0%）	19,112人（100.0%）	27,468人（100.0%）	4,537人（100.0%）

（２）陽性者の健康観察業務の省力化

第６波のオミクロン株流行以後は陽性者の軽症化により、大部分の陽性者は自宅・施設療養となった**（図表１）**。2022年１月からは64歳以下の陽性者はそれ以前から導入されていた、自身で体調を経時的に入力してもらう「My HER-SYS」機能のみでの観察にとどめた。また2022年４月からは、大阪府が実施する「保健所を介さない健康観察事業」として、市内の医療機関に、自院で陽性診断した者を対象とした健康観察業務を委託した。さらに2022年９月の全数届け出見直し後は、保健所ではCOVID-19陽性者の多くを把握できなくなったため、自宅療養者の健康相談業務は、大阪府が実施する「自宅待機SOS」という専用電話相談システムの中で主に対応した。この事業は５類化した2023年５月８日で終了した。

（３）５類化以後の当市における発生動向モニタリング

当市ではCOVID-19を含む14の感染症について、市内での発生動向を鋭敏に市民に知らせて注意喚起を図る目的で、市内の定点観測値を基に市独自の注意基準と警報基準を設け、基準を満たした翌週に、市ホームページから情報発信する事業を2023年９月から開始した。情報発信に当たっては、各病原体ごとに「感染予防のコツ」を併せて明示した。COVID-19では市内の10医療機関を定点観測地点とし、１施設・１週間当たり平均で10人以上の発生が見られると、「注意報」、20人以上になると「警報」として注意喚起している。

6 下水サーベイランス

〈吉田 弘　国立感染症研究所〉

（1）下水サーベイランスに関する推進計画策定まで

新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）は唾液など上気道分泌物、糞便に含まれ下水中に排出される。欧米を中心とする下水中からのSARS-CoV-2ゲノム検出報告を受け、国内でも2020年春には地方衛生研究所や大学などによる下水サーベイランス研究が始まった。当初は欧米に比べて国内の感染者数は少ないこともありウイルス検出手法の改良と下水サーベイランスの対策へ活用を目的とする厚生労働科学研究班（以下、「研究班」という）が組織され、主に下水処理場への流入水を用いた試行的な調査が始まった[1)]。また生活雑排水による希釈の影響が少ない施設排水調査によって感染者の早期探知の可能性を検討するべく、患者クラスターが発生した高齢者介護施設の協力を得て検出手法の検討を開始（2021年１月19日から2023年12月26日まで計41回実施）した。研究班は下水処理場への流入水を対象とした検査マニュアルを公開（2021.6.14）[2)]、また民間事業者の協力を得て作成した施設排水調査ガイダンス、マニュアルも順次公開（2022.3.28）を行っている[3)]。

研究班[2)、3)]、国土交通省[4)]、大学などによる調査研究を通じ下水サーベイランスの有用性を示す知見と解決すべき課題も明らかになっていく。このため活用に向けた検証を加速することとなり基本的対処方針変更後、下水サーベイランスに関する推進計画が策定（2021.11.16）された。

（2）内閣官房実証事業について

推進計画を基に下水サーベイランスの活用法を検証すべく実証事業の公募が開始（2022.4.27）され、その結果は2023年５月に公表にされている[5)]。

①下水処理場実証について

自治体、検査機関、大学などの研究者から構成された20の共同体が提案する事業計画に基づき全国で下水サーベイランス調査（2022年７月から2023年１月。ただし共同体により期間は異なる）が展開された。その結果、当初期待された早期探知について、感染者数が少ない状況では下水中のウイルス測定結果に変動が見られるため流行の兆候を捉えるのは難しいが、一定期間の調査を行うことで感染動向を把握できる可能性を示唆した。すなわち下水中ウイルス量と感染者数の増減を比較したところ、１週間単位では連動性は不明瞭だが、２週間単位の一致率は改善する傾向を示した。特に100万人以上の処理人口を抱える下水処理場では80%の一致率を示した。ただし処理人口が少ない処理場では一致度が低い傾向のため、既存のサーベイランスの補完、注意喚起としての活用が想定された[5)]。

②施設排水実証について

施設排水実証は、高齢者介護施設、大学寮などの22施設と検査事業者を事業管理者がマッチングし、下水サーベイランスを感染対策に活用する際の課題を整理した上で、検査パッケージの提示を目的としている。そして下水検査結果と施設内の感染者情報を突合させ解析した結果、居住型の高齢者施設における感染拡大初期では下水サーベイランスにより施設内の感染者の有無を高い確率で検出できることを示した。本法の導入により感染者を早期検知することで感染対策に活用できる可

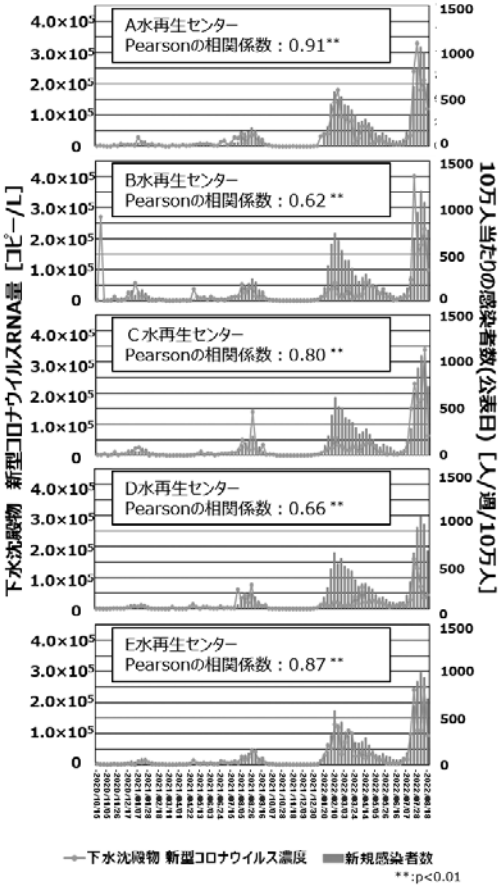
能性はあるが、調査コスト、結果判明までの時間に課題が見られた。また施設での活用にはニーズに沿った複数病原体検査などの導入も検討する必要性が認められた[5]。

（3）新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード（ADB）へのデータ提供

2021年秋のオミクロン株の国内報告以降、市中感染は大規模化していく。このため全数把握は難しくなったことから、新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード（以下、「ADB」という）構成員より研究班に対して感染動向把握のため下水サーベイランスデータ提供の相談を受けた（2022.2.21）。研究班ではA自治体の協力を得て2020年10月19日より下水中の新型コロナウイルス調査（自治体側が５処理場にて週１回採水を実施。検査と解析は研究班が各民間事業者に委託）を大規模に実施していたこと、その結果、感染者数とウイルス量との関係に高い相関を見出していた**（図表１）**。ただし研究班がA自治体と調査を開始した時点で、下水サーベイランスデータは非公開を条件としていたため、改めてADBへのデータ提供の可否の検討をA自治体に依頼することとした。自治体内部（衛生部局、下水道部局、地方衛生研究所）で調整の結果、調査データは机上配布資料扱いで協力いただけることとなった。

そして2022年６月、１回目の下水サーベイランスの結果がA自治体を通じてADBに共有された。以降、計12回（2023年４月まで毎月）提供を行った。これらの解析結果も踏まえ、５類移行後の感染動向把握の方法として下水サーベイランスは中和抗体調査とともに重層的なサーベイランスとして研究が継続されることとなる（第71回感染症部会、2023.2.9）[6]。

図表１　A自治体における下水中の新型コロナウイルスのモニタリングについて



結果：

1．下水沈殿物の新型コロナウイルス濃度と新規感染者数に有意な正の相関関係があった。
2．下水流域の感染状況をモニタリングできる可能性が示唆された。

出典：第71回厚生科学審議会感染症部会　資料2「新型コロナウイルス感染症に関する今後の患者の発生動向等の把握方法について」を一部改変

（4）５類移行後の下水サーベイランス

５類移行後の下水サーベイランスは国土交通省、厚生労働省が連携調査を行い、データ提供を受けた研究班が解析し、情報発信を行うことになった。そして国土交通省が提供する８自治体の調査結果（札幌市、仙台市、横浜市、大津市、大阪市、福岡市、小松市、養父市）、厚生労働省研究班に参加する４地方衛生研究所（福島県、富山県、愛知県、岐阜県）に加え、2022年度の実証事業後

に調査継続を希望する４自治体（神奈川県、大分市、沖縄県、埼玉県）において連携調査を行うこととなった。

研究班はこれらの調査結果を公表するウェブサイトを開設し計16自治体の解析結果を取りまとめ、順次調査結果の公開（2023.9.5）を開始した[7)]。

なお公開に先立ち、厚生労働省、国土交通省は連携調査対象自治体から公開時の条件につきヒアリングを行い研究班と協議した結果、ウェブページで公開する内容は生データを原則とし、利用者がダウンロード可能な形式とした。そして下水サーベイランス結果は処理場流域の保健所管轄における定点当たり報告数と下水中のウイルスRNA量（GC/L）を時系列に比較できるようにデザインを行った。

連携調査の公表と並行し2024年度より感染症流行予測調査事業へ新たに下水サーベイランスを追加すべく2023年秋から2024年１月にかけて、研究班は実施要領案、調査術式案の作成、準備を行ってきた。感染症流行予測調査事業事務局による全国都道府県を対象とした参加要望調査結果を踏まえた厚生労働省による検討の結果、2024年度は12自治体16処理場による調査を行うこととなった[8)]。

（５）下水サーベイランス普及に向けて

感染症流行予測調査事業による下水中のポリオウイルスの感染源調査（2013年度）が始まって以来、新型コロナウイルスは２番目の調査対象となる。

この間、ポリオウイルス感染源調査を実施する地方衛生研究所の担当者で構成するインフォーマルなネットワークが維持されてきたこともあり、新型コロナウイルス調査は既存のネットワークがコアとなることで実施することができた。しかし感染拡大当初、地方衛生研究所の検査体制は患者PCR検査で逼迫しており下水調査に割く人的資源は限られていた。このため研究班は民間事業者が提供するサービスを最大限に活用し、データ解析や下水検査の一部などを委託することとした。

平時の地方衛生研究所との協力関係、有事にはさまざまな民間サービスを併せて活用することで、下水サーベイランスの有用性について一定の知見が得られた。

しかし本法は歴史の浅いサーベイランス手法のため、調査デザイン、活用法、情報発信方法など、今後も検討すべき課題は多い。また下水固有の要因（水量、反応阻害物質など）が検査結果に大きく影響することを念頭に入れ、データの解釈を慎重に行う必要がある。このため下水サーベイランスは、調査に関与する関係者間の共通認識、理解の醸成が普及のポイントと考える。

これまで調査を通じて明らかになってきた制約により下水サーベイランスは地域の感染動向を把握するために患者サーベイランスの補完的な役割として活用することが適当であると考える。本法の今後の活用については、既存の疾患サーベイランスと対比しつつ、下水サーベイランスにて把握可能な疾患と対策上のニーズについてさまざまな角度で検討していくことが望まれる。

■引用文献

1）下水中の新型コロナウイルス調査（NIJIs）プロジェクトとポリオ環境水サーベイランスについてIASR Vol. 44（7）103-105, 2023年

2）令和２年度　厚生労働行政推進調査事業費補助金「環境水を用いた新型コロナウイルス監視体制を構築するための研究（JPMH20HA2009）」総括研究報告書

３）令和３年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「新型コロナウイルス感染症等の感染症サーベイランス体制の抜本的拡充に向けた人材育成と感染症疫学的手法の開発研究（JPMH20HA2007）」分担研究「環境水を用いた新型コロナウイルス監視体制を構築するための研究」報告書
４）国土交通省下水道部　下水道における新型コロナウイルスに関する調査検討委員会
https://www.mlit.go.jp/mizukokudo/sewerage/mizukokudo_sewerage_tk_000708.html
５）内閣感染症危機管理統括庁「下水サーベイランス」
https://www.caicm.go.jp/action/survey/surveillance.html
６）新型コロナウイルス感染症に関する 今後の患者の発生動向等の把握方法について
第71回厚生科学審議会感染症部会　https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/001055463.pdf
７）NIJIs – 下水中の新型コロナウイルス調査プロジェクト（ウェブページ）
https://nijis.jp/
８）令和６年度感染症流行予測調査実施要領
https://www.niid.go.jp/niid/ja/pr/670-yosoku-procedure.html

の連携の具体化

9　オミクロン株の感染拡大（2021.11 月下旬～2022.5 月下旬）

アウトライン

オミクロン株の感染が急拡大し、それに伴い濃厚接触者が急増したことで、医療・公衆衛生分野を始め、欠勤等が増え、社会経済活動への影響が大きくなった。

このため、高齢者等ハイリスク者への感染拡大への備えを強化しつつ、社会経済活動の維持の観点から、オミクロン株の特徴を踏まえた濃厚接触者の待機期間の見直し等の対応を進めた。

（オミクロン株の発生に伴うサーベイランスの強化）

2021 年 11 月 26 日、WHO がオミクロン株を懸念すべき変異株（VOC）に指定したことを受け、同月 28 日、厚生労働省は、都道府県等に対して、オミクロン株の発生や変異株の動向を監視するため、できる限り多くの陽性者の検体について、ゲノム解析を実施するよう求めた。また、同月 30 日、国内で初めて、入国時の検査で陽性となった者から、オミクロン株に感染している者が確認された。

オミクロン株について、他の変異株に比べて、再感染のリスクが高いこと等が懸念されたことから、12 月 2 日、厚生労働省は、都道府県等に対して、その時点の検査能力を最大限発揮してゲノム解析や変異株 PCR 検査[248]を実施するよう求めるとともに[249]、同月 3 日、オミクロン株陽性者の濃厚接触者について、更なる科学的知見が得られるまでの間、感染症法に基づき、14 日間の宿泊施設での待機を求めることとした。

（日本国内での市中感染の確認、陽性者の急増に伴う濃厚接触者の待機期間の短縮等）

12 月 17 日、入国者である陽性者の濃厚接触者であって渡航歴のない国内在住の陽性者から、オミクロン株に感染している者が確認された。同月 22 日、渡航歴がなく、感染経路が不明である国内在住の陽性者から、オミクロン株に感染している者（日本国内での市中感染）が初めて確認された。

[248] デルタ株である可能性を検出するための L452R 変異株 PCR 検査で陰性を確認することにより、オミクロン株の可能性のある検体を検出することとされた。

[249] オミクロン株の感染拡大に伴い、L452 変異株 PCR 検査の陰性率が 70%以上となった地域については、１月 14 日以降、変異株 PCR 検査・ゲノム解析を（陽性者全体の）５～10%程度実施、２月 10 日以降、変異株 PCR 検査を必須としない取扱いへと順次変更された。

新規陽性者が急増する中[250]、2022 年 1 月 5 日、厚生労働省は、自宅等の療養体制が整っている都道府県等において、そ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、オミクロン株陽性者の濃厚接触者について、デルタ株等と同様、自宅等に滞在することとして差し支えないこととした。

1 月 14 日、アドバイザリーボードの専門家有志等は、感染者や濃厚接触者の急激な増加に伴い、医療従事者等が就業できないことを原因とした医療ひっ迫が生じていること、諸外国と同様、医療・公衆衛生の現場だけではなく福祉、交通機関や行政サービスなど社会機能の維持が困難になるリスクがあること等から、濃厚接触者の待機期間を短縮すべき等の提言[251]を行った。

これを受け、同日、厚生労働省は、濃厚接触者の待機期間について、その時点までに得られた潜伏期間に関する科学的知見に基づき[252]、14 日間から 10 日間とするとともに、濃厚接触者である社会機能維持者については、事業者で 6 日目（抗原定性検査キットの場合は、6 日目、7 日目）に検査を行うことで、10 日を待たずに待機を解除することができることとした[253]。

新規陽性者の急激な増加が続く中[254]、1 月 28 日、総理が、濃厚接触者の待機期間について、10 日間から 7 日間に短縮することを表明した。具体的には、科学的知見や専門家の意見[255]を踏まえ、濃厚接触者の待機期間について、

・　原則 7 日間で 8 日目に解除
・　社会機能維持者は、2 日にわたる検査を組み合わせることで、5 日目に解除[256]する取扱いとされた。

また、濃厚接触者である同居家族等の待機期間について、それまで、看病等のため接触がある場合は、感染者の療養解除日を最終接触日として、そこから 7 日間の待機となり、17 日間の待機となっていたところ、国立感染症研究所の分析によれば、一次

250 新規陽性者数：2021 年 12 月 22 日 237 人→同月 29 日 447 人→2022 年 1 月 5 日 2,784 人
251 「感染者の療養解除および濃厚接触者の健康観察の期間の短縮について」（2022 年 1 月 14 日公表）
252 積極的疫学調査により得られた情報や、HER-SYS による発生届の状況を国立感染症研究所で分析したところ、オミクロン株の潜伏期間は、3 日のケースが最も多く 10 日を超えることは極めて稀であることが判明した（「SARS-CoV-2 の変異株 B.1.1.529 系統（オミクロン株）の潜伏期間の推定：暫定報告」（2022.1.13））。
253 1 月 21 日、沖縄県については、高齢者施設等であって外部からの応援職員の確保が困難な施設に限り、濃厚接触者となった介護従事者が、一定の条件の下、毎日の検査による陰性確認によって、業務従事が可能とされた。
254 新規陽性者数：2022 年 1 月 14 日 23,891 人→同月 21 日 54,659 人→同月 28 日 83,310 人
255 1 月 21 日、アドバイザリーボードの専門家有志等は、「オミクロン株の特徴を踏まえた効果的な対策」と題する提言を行った。
256 4 日目及び 5 日目の抗原定性検査キットを用いた検査で陰性確認後、5 日目から解除。

感染者の発症日から７日を超えて発症する二次感染者は極めてまれであった[257]。

このため、２月２日、厚生労働省は、感染者の発症日又は住居内でマスク着用、手指消毒の実施など感染対策を講じた日のいずれか遅い方を０日目として、７日目まで発症しない場合には待機期間を解除（８日目解除）することとした。

（オミクロン株の感染拡大に伴う発生届や積極的疫学調査の重点化等）

オミクロン株の感染拡大に伴い、重症化リスクの高い陽性者への対応を確実に行うため、２月９日、厚生労働省は、都道府県等に対して、①発生届の入力項目の重点化、②重症化リスクの高い陽性者により重点を置いた健康観察の実施、③積極的疫学調査について医療機関や高齢者施設等のハイリスク施設におけるクラスター事例に重点化すること等の対応を求めた。

また、オミクロン株について、

・　感染・伝播性が高く、潜伏期間と発症間隔が短いため、感染が急拡大し、それに伴い濃厚接触者が急増することから、その全てにこれまでと同様の一律の対応を行うことは、保健所機能そして社会経済活動への影響が非常に大きいこと、

・　一方で、高齢者は若年者に比べて重症化する可能性が高いことから、高齢者等への感染が急速に拡がると重症者数が増加し、医療提供体制のひっ迫につながるおそれがあること

等、その特徴が徐々に明らかになってきた。

このため、厚生労働省は、３月 16 日、オミクロン株が主流である間は、地域の実情に応じて、積極的疫学調査を①感染リスクの高い同一世帯内、②重症化リスクの高い医療機関や高齢者施設等に集中的に実施することとし、同一世帯内以外の事業所等で感染者が発生した場合、保健所による濃厚接触者の特定や出勤などの外出の制限を一律に求めないこととした。また、保健所による濃厚接触者の特定を集中的に実施する場合は、保健所業務の補助としての事業所等による濃厚接触者の候補の特定は、原則として行わないこととした。

また、濃厚接触者として特定された場合は、社会機能維持者であるか否かに関わらず、２日にわたる検査を組み合わせることで、５日目に解除[258]する取扱いとした[259]。

（接触確認アプリ COCOA と HER-SYS の連携）

---

[257] 「SARS-CoV-2 の変異株 B.1.1.529 系統（オミクロン株）の発症間隔の推定：暫定報告」（2022.1.31）

[258] ４日目及び５日目の抗原定性検査キットを用いた検査で陰性確認後、５日目から解除。

[259] 医療従事者に加え、濃厚接触者となった介護従事者（沖縄県を含む全国を対象）や、保育所、幼稚園等の従事者についても、一定の条件の下、毎日の検査による陰性確認によって、業務従事が可能とされた。

接触確認アプリ COCOA について、2021 年 12 月 1 日から、全ての陽性者について、HER-SYS に発生届の内容等が入力された段階で、自動で処理番号を発行する仕組みが導入された。

これにより、陽性登録件数（累計）は、2021 年 11 月末の 40,039 件から、2022 年 2 月末 524,861 件、3 月末 756,572 件、 4 月末 986,824 件、 5 月末 1,145,922 件へと大幅に増加した。

（サーベイランスにおける国際的な連携の強化）

5 月 23 日、米国大統領は、日米共同記者会見において、新型コロナウイルス感染症に対応するとともに、強靱な健康危機管理体制や保健体制を構築し、次の感染症危機に備える観点から、日本に米国疾病予防管理センター（CDC）の地域事務所を開設することを表明した[260]。

[260] なお、2021 年 9 月 1 日、WHO 及びドイツは、次の感染症危機を予防し、迅速に対応することができるよう、情報収集の強化、分析ツールの開発、対応策の共有などのための国際的なサーベイランスの拠点をドイツ（ベルリン）に開設した。

第5章

保健所体制

1 第６波から第８波の対応、2023年の冬の対応まで保健所で対応した業務、入院調整について

〈藤田 利枝　久留米市保健所長／前長崎県県央保健所長〉

（1）第６波の前夜

2021年秋から年末にかけて、全国の保健所では第５波までの対応を踏まえ、続いてやってくるであろう波に備えての体制整備を進めていた。高齢者施設職員を対象とした感染対策にかかる研修会や施設内での感染対策実践指導、外来および入院受け入れ医療機関の強化、IHEAT（Infectious disease Health Emergency Assistance Team）要員の確保、所内の人員配置強化や執務室の拡張、さまざまな業務の外部委託化など各保健所の実情や課題に応じて実施していた。

この頃、海外ではオミクロン株の感染拡大がすでに始まり、これまでの流行株に比べてその感染力が高いことが知られていた。そのため、2021年12月にオミクロン株が国内で確認された直後には徹底した感染拡大防止策が求められた。陽性者の検体は全例ゲノム解析が行われたため、保健所では患者検体の搬送業務が再び急増した。抗原定性検査（簡易キット）が検査方法として主に用いられており、ゲノム解析に用いる検体が確保できない場合には陽性者の検体の再採取と検査機関への搬送の調整が必要であった。PCR検査や抗原定量検査が実施できる検査機関や医療機関は増えていたが、ゲノム解析は地方衛生検査所でのみ実施可能な自治体も多く、2020年の検査体制への逆戻りに近い状態となった所もあった。

オミクロン株であることが判明した者は軽症であっても全例入院対応となったため、ゲノム解析の結果がオミクロン株陽性であれば、検査陽性者について自宅あるいは宿泊療養施設から病院への移送を行った。第５波で軽症者が（時には中等症であっても）自宅療養となっていたこともあり、オミクロン株感染であるという理由での入院勧告に対して、住民の納得を得ることが難しいケースも少なからず発生していた。入院医療機関では、オミクロン株陽性者について個室もしくはオミクロン株陽性者同士での大部屋対応が求められたため、空床があっても入院を受け入れられず、患者数が少ないにもかかわらず保健所では入院先の確保に時間を要することとなった。

オミクロン株陽性者の濃厚接触者に対しては宿泊施設への滞在に協力を求めることとされ、陽性者本人だけではなく濃厚接触者の宿泊施設への移送も保健所の業務として追加された。またL452R変異株陽性者とオミクロン株陽性者では濃厚接触者への対応が異なっていることについて、陽性者以上に濃厚接触者からの理解を得ることが難しいケースもあり、保健所への苦情が増加した。

オミクロン株に対する水際対策も強化され、短期間に幾度も方針が変更された。水際対策強化にかかる措置対象に指定された国や地域からの入国者への対応とそれ以外の入国者とに分けられ、厚生労働省から各自治体へ提供される入国者情報を基に保健所で聞き取りや健康観察を行った。オミクロン株陽性者と同じ航空便に搭乗していた乗客全員が濃厚接触者とされ、検疫所が確保した待機施設（以下、「検疫施設」という）での待機あるいはそこから移動しての各自治体の宿泊療養施設での待機が求められた。しかし、空港または検疫施設から各自治体の宿泊療養施設への移動に要する時間が陸路で６時間以内とそれ以上とで濃厚接触者の住所地を管轄する自治体が当該者を迎え入れる必要があるか否かが分けられ、どのように対応するのかは自治体間で協議することとされたた

めに、稼働する大規模な国際空港のある自治体および保健所ではその連絡に追われた。また、各自治体の宿泊療養施設への移動手段には公共交通機関の使用が認められないため、受け入れ自治体がバスやレンタカーなどを用いてその手段を確保する必要があり、外部委託が困難な自治体においては保健所の職員が送迎を担うケースもあった。

これらオミクロン株への初期対応は2021年12月から2022年１月にかけて行われ、年末年始に向けての帰国者が増える時期と重なったことと、第５波が収束した時期でもあったためにいったん増員された応援職員が減っていた保健所も多かったことから、特に都市部の保健所では連絡や調整に人員を割かれ、冒頭に述べた準備に支障を来したことは否めない。今後も、変異株の出現によって求められる対応が従前と大きく変わり得ること、患者数の増加が始まる前であってもさまざまな対応にかかる保健所の業務量が急増することを想定しておく必要がある。

（２）オミクロン株による第６波の到来

前述したように第５波を経験し、第６波に向けた準備を進めながらオミクロン株の流行を迎えた。第５波までの経験からも急激に感染者数が増えると予測し、１日当たりに過去の最大数の２倍程度発生しても対応可能となるよう関係機関とも調整を進めていた。しかし実際は予想を大きく上回り、感染拡大もこれまで以上の速さであったため、多くの保健所で業務のひっ迫が再び発生した。地方の小規模保健所でも日々多数の感染者数が報告され、保健所間の支援ができない状況となったのが第６波であったが、感染者数が増えても重症化リスクの高い人を適切に把握し健康観察を確実に行うために、各地の感染状況や社会資源に応じてさまざまな対応の重点化、簡素化および外部委託化が進められた。

2022年１月中旬以降、市中では疫学調査によって感染拡大が抑制できる状況を超え、併せて海外での先行報告と同じく国内の症例においてもオミクロン株は軽症者が多いとされたことから、保健所が行う疫学調査は医療機関、高齢者・障がい者施設などのハイリスク施設とクラスター事例等に絞り、それ以外の陽性者については疫学調査を実施せずに簡易的に同居家族を濃厚接触者として扱い自宅待機を求めた。一方、ハイリスク施設等に対しては保健師を中心とした専門職が詳細な聞き取り調査や訪問指導を行い、感染拡大防止と施設内療養の継続を支援した。電話での疫学調査時に行っていた療養期間中の注意事項や隔離解除日の説明等はショートメールサービスを用いて陽性者に送付し、職員による聞き取りの代わりにアンケートシステムで陽性者自身が入力する手法を使う等、効率化を図る取り組みも広がった。

医療機関でのPCR検査機器の導入や抗原定性検査キットの流通および診療・検査医療機関の増加により、検査と診療の体制は強化されたが感染者数の伸びがはるかに大きく、医療機関もひっ迫し電話がつながりにくい、予約が取れないといった状況となった。そのため「重症化リスクが低い者は自己検査で陽性であれば医療機関での再検査なしで確定診断を受ける」「同居家族などの濃厚接触者が有症状となった場合には臨床症状で診断する（みなし陽性）」等の対応が行われ、その結果、診断のみで診察や投薬が行われていない患者が増えた。微熱などの発症初期に診断され、以後に高熱や強い咽頭痛といった症状が強くなる患者も増え、再受診や投薬を求める患者でさらに医療機関がひっ迫した。そのため医療機関に対し、必要に応じた経口抗ウイルス薬の投与、症状の悪化を見越しての処方や再受診の受け入れなどを依頼するとともに、医師会および薬剤師会等の協力を得て

オンライン診療と処方薬配送の仕組みを構築するなど、フォロー体制を整えていった。また自宅療養者や宿泊療養施設の急増に伴って全国的に訪問看護の利用が進み、都市部では民間の往診医師派遣会社と契約する自治体もあった。これら自宅療養者の健康観察・診療を行う医療機関、治療に関与する訪問看護ステーションや薬局については自治体のホームページでの公表を求めたが、かかりつけ患者のみに対応する等の理由で公表に承諾が得られない医療機関もあり一部の公表医療機関の負荷が増大した。

自宅療養者の健康観察は、保健師やIHEAT等が中心となって架電を継続する保健所もあったが、重症化リスクの低い患者については民間医療サービスへ外部委託する自治体が増加した。高齢者やハイリスク患者に絞り保健所で対応するも、患者の絶対数の増加により対象者も増え、対応人員の増強やさらなる重点化を行う必要があった。患者本人から健康状態の報告ができるMy HER-SYSを用いた健康観察は、当初システムの使いにくさなどから利用が進まなかったが、システム改修を経て多くの保健所で活用され業務改善になった。オミクロン株は軽症者が多くシステムでの健康観察のみで療養期間を終了する患者がほとんどを占めたが、病原性が高い感染症の流行にも耐え得る地域医療体制については今後の課題である。

それまでは通所型施設での発生が多かった高齢者福祉施設でのクラスターであるが、市中での感染者が増え従事者を感染源とする入所型施設での発生が増加した。第６波の初期は高齢者への３回目のワクチン接種が終わっておらず、重症化し入院するケースも多かった。入院調整を担う保健所では、入院を依頼した病院から高齢者の延命治療の意思確認を求められることもまれではなく、家族に対し積極的な延命治療を求めての入院は難しいこと、ベッドサイドでの看取りができないことなどを伝え説得しなくてはならなかった。初めて話す顔の見えない相手からの電話に対し、家族からは怒りや嘆きの感情がぶつけられ、昼夜を問わない対応で保健所職員の心労が重なった。この頃から、２次医療圏域単位での保健所による入院調整を日中のみに絞って、あるいは全日にわたって中止して、３次医療圏として本庁の入院調整本部がその役割を担う自治体も増えてきた。

高齢の入院患者は、後方支援病院の不足や退院基準の解釈の違いなどから、隔離解除期間を過ぎた後も指定病床からの転退院が進まず、病床回転率の悪化と入院調整困難の要因となっていった。保健所は管内の医療機関に働き掛け確保病床からの早期受け入れ体制を整えたが、医療機関の管理職に加えてスタッフの理解を得ることに尽力した。ワクチン接種が進むにつれて高齢者の重症化率も下がったことから、高齢者福祉施設内で療養継続できるよう従事者への技術的支援も並行して行い、施設での医療的管理体制を医師会等の協力を得て整えていった。

宿泊療養施設のキャパシティもすぐに超え、自宅療養者は増え続けたため支援業務も増加、外部委託化を進めるも生活支援物資やパルスオキシメーターが自宅に配送されるのに数日を要した所が多かった。そのため保健所を介さずに本庁がHER-SYSデータを使って一括で配送の手配を行う自治体も増えた。また、医療機関から発生届が出された患者からの療養証明書の発行申請数が急増した。当該書類は医療保険会社や職場への提出書類として用いられたが、診断も問診も行っていない中で発生届の情報に基づいて証明書を発行するため、「自分が思っている発症日と異なるので再発行をしてほしい」といった個人の利益が絡む要求や苦情への対応や煩わしさを伴い、感染対策とは結び付かない業務負荷に各地の保健所が苦しめられた。一部の保健所では、医療機関に対して通常の疾病と同様に診断した医師に診断書を発行してもらうよう働き掛け、証明書発行にかかる業務を

大幅に削減することができた。

このようにさまざまな業務負担軽減の工夫を行い、職員を増員しながら対応するも保健師等一部の専門職の時間外勤務を減らすことができず、業務内容をすべて点検し必ず専門職が行わなくてはならない業務以外はすべて応援職員等に割り振ったり、いわゆる準夜勤に近い時差出勤制でメリハリを付けたりするなど、職員の労務管理への配慮を行った。

（３）感染の波が収まらないまま第７波到来

2022年３月の卒業・入学、異動や歓送迎会、５月の大型連休など人と人との接触の機会が増える時期と重なったこともあり、第６波の感染者数が下がりきらないうちにオミクロン株BA.5による第７波を迎えた。第７波は第６波をさらに上回る発生数となり、これまでサージを経験したことのない地方都市でも陽性者へのファーストタッチに数日を要する保健所が増えた。第６波において本庁による業務の一元化や外部委託化を進めた自治体の保健所においては、専門性や地域性を必要とする業務を除いてその負担が軽減されていた。一方、委託先となる社会資源が限られる地方都市においては、保健所の業務がなかなか減らない状況が続き、看護職などの人材確保も難しいため保健師への負荷が激増した。このような中でも、全国の保健所が、第６波において各地の保健所で取り組まれた好事例となる業務負担軽減策を取り入れながら対応に当たった。

HER-SYSの利用は徐々に進んだが、医療機関においても入力が間に合わなくなるほどの陽性者数が出たこと、新しく診療・検査医療機関となりHER-SYSに慣れていなかった施設も増えたことなどから、再び保健所におけるHER-SYSの代行入力作業が激増した。さらに人員を増強して入力したり、入力を外部委託するほか、HER-SYS入力を行う医療機関にインセンティブを付与する自治体もあった。2022年６月末に発生届の内容が簡素化され、入力作業は少なくなったが、重症度分類や入院の必要性の有無を空欄で届ける医師が多く、対応の優先順位を付けるための業務は減らないままであった。

自身や周囲が細心の注意を払い対策することで感染する者が少なかった新生児や出産を間近に控える妊婦、透析患者などが、感染力が強いBA.5による第７波では多数感染したため、入院調整に時間を要したり、圏域外への搬送を要する事例が増加した。妊婦については都道府県単位での入院調整が行われることが多かったが、全身状態において入院を必要としない透析患者については、自宅療養しながら外来透析が継続できるよう、かかりつけ医療機関に受け入れを依頼した。透析患者は易感染性であることや、長時間院内に滞在しなくてはならないこと、感染対策に十分なスペースを確保するのが難しいことなどから、当初受け入れ可能な医療機関は限られたが、時間的・空間的隔離方法について協議を重ねて最終的には多くの透析医療機関で外来透析を実施できる体制がつくられた。医療機関での受け入れが可能であっても、通常の送迎車等の利用ができず透析開始・終了時間に合わせた患者搬送が必要となり、職員による搬送業務が増えた保健所もあった。一方、民間救急等の搬送業者との委託が進み、車両や運転手、介助者を包括的に委託するケースもあるなど地域差は大きかった。

高齢者施設での感染拡大もこれまで以上に増え、施設を訪問しての感染対策指導が困難になりつつも、看護職が勤務していないグループホームやサービス付き高齢者向け住宅など対象を絞って訪問を行った。第７波における重症患者は第６波と比べて少なく、高齢者においても、新規陽性者数

に比して重症患者数は少ない傾向にあった。しかし絶対数が多くなるに従って入院者数は増加し、高齢者の入院調整はここでもやはり難航した。常勤看護師がいる施設でも、看護師が不在となる夜間帯になると救急搬送要請が増え、搬送先を調整できずに施設へ戻すケースもあった。保健所が入院調整を担っている所では、昼夜を問わずに調整依頼が寄せられ、患者の年齢や基礎疾患、全身状態を把握した上で適切な医療機関に打診をする日々が続いた。

自宅療養者の数は爆発的に増え、保健所が直接健康観察を行う対象者をさらに絞る必要があった。具体的には、年齢の上限の引き上げ、基礎疾患の種類と基準値の緩和、発症日からの日数の短縮などを行い、ハイリスク者となる閾値を上げ、該当しない患者については外部委託による健康観察とした。My HER-SYSや外部委託による健康観察も含め、健康状態の把握ができない、あるいは連絡が取れない場合には保健所の職員が自宅を訪問し、本人の状況確認を行った。自宅療養中にコロナ以外の健康問題が生じるケースも多く、特に子どもは自宅から出られず退屈で、室内で遊んでいる際にケガをしたとの相談も一定数あった。コロナに伴う症状以外を診察する医療機関、特に整形外科や皮膚科、眼科等がない場合には、所長など保健所に勤務する医師が診察や処置を行うこともあった。また、妊婦への解熱剤等の処方経験がない医療機関も多く、妊婦に使用できる処方薬の一覧を作成して配布するなど、直接・間接的に自宅療養者へのさまざまな対応を行った。

保健所は陽性者からの救急搬送要請については搬送調整を行っていたが、疑い患者や濃厚接触者については調整の対象外となるため、受け入れ先の調整に時間を要する事例が増え、コロナ以外の一般救急診療体制にも影響が出る所も多かった。そのため、医療機関および消防本部とで意見交換や役割分担を行う会議を開催するなど、コロナと一般診療の両立を図るべく保健所が中心となって動いた。

2022年９月に発生届の対象が65歳以上の者、入院を要する者など４類型に限定され、保健所が受理する発生届は２割程度に減少した。医療機関からは発生届の手間が減ることを歓迎する声もあったが、届出の対象外となる陽性者へのフォロー体制を心配する声が大きかった。それまで保健所が、陽性者にかかる各種相談、健康観察、受診および入院調整等にどれだけ関与し、本来であれば医療機関が担うべき役割を果たしてきたのかが見えた時であった。一方、各地域でオンラインによる保健所と医療機関の会議や意見交換会が行われており、それぞれの役割分担について活発に話がなされた保健所においては、他の疾患と同様に診断から隔離期間終了あるいは治癒まで対応する医療機関が増え、地域差が広がった。

（４）届出対象者変更後の第８波から５類への移行

季節性インフルエンザとの同時流行を見据えた地域医療体制の準備を進める中、オミクロンXBB.1による第８波が始まった。届出対象外の陽性者の健康観察は都道府県等が設置した健康フォローアップセンターが担い、保健所は発生届のあった者についてのみ健康観察業務を継続した。多くの保健所では、当該者への対応はそれまでも保健師等専門職が担っていたため、健康観察の業務が大きく減ることはなかったが、デジタル化を進めたことで応援職員を必要とせず保健所職員のみで対応するなど、３年間の経験を踏まえ大きな混乱なく第８波の対応がなされた。入院調整については、これまでの経緯を踏まえて医療機関同士で対応できる地域もあったが、「感染症だから！」と言って保健所が調整することを強く求められ新型コロナウイルス感染症が感染症法上の類型の５

類に移行するまで対応した地域もあった。

全国保健所長会の地域保健総合推進事業の中で2023年12月に行われたアンケートでは、全体の約８割の保健所長は遅くとも2022年末までに５類への移行が望ましいと考えていた[1)]。陽性者の致死率や確保病床の利用率も減り、この時期には医療機関の受け入れ体制が整いつつある地域が多かったことも回答に影響しているものと推察される。

2023年５月８日に５類に移行され、残務整理を進めながら保健所は徐々に通常体制に戻された。５類移行後も、感染対策に関する問い合わせや医療体制に関する課題が保健所に寄せられるなど、各地の状況に合わせ関係機関と連携しながら地域の体制づくりを進めることが求められた。

５類移行後は幅広い医療機関による自律的な通常の対応を行うこととされたため、新型コロナウイルス感染症患者の診察におけるポイントを動画で紹介したり、研修会を開催するなど啓発を行った。しかし、新型コロナウイルス感染症の症状を呈した患者は診療できない旨の張り紙や案内を継続する医療機関もあり、住民からの不平も多く聞かれた。また医療機関からも、５類移行後も一部の医療機関に負担が偏っている状況の訴えと改善の求めがあった。そのため、新型コロナウイルス感染症に罹患またはその疑いのみを理由とした診療の拒否は「正当な事由」に該当しないため、できる限り工夫して診療するよう、加えて自院でどうしても診療が困難な場合には対応可能な医療機関を案内するよう医療機関に周知および依頼を行った。

入院調整については、５類移行後すぐに従来の地域医療体制での対応にスムーズに移行した地域や、９月ごろまで保健所や本庁で対応しながら徐々に役割を移していった地域などさまざまであった。保健所が介入しなくなった後、入院および転退院の調整に手間ひまがかかるようになったとの声も少なくなかったが、患者の病態に応じた治療を選定し提供するのは本来医療機関の役割であり、保健所が持つ裁量を超えていたことを改めて記しておきたい。

2023年夏の第９波以降も流行の波は繰り返しており、医療機関や高齢者入所施設では集団感染が断続的に発生している。保健所は発生報告を受け、平時における基本的な感染対策の重要性および感染症発生時に強化する対策等について助言を行いながら、地域の感染対策力向上に努めている。

■参考資料

1）田中英夫他　COVI-19の５類化等に関する全国保健所長の意識は？―令和５年12月アンケート調査報告―，令和５年度地域保健総合推進事業「新型コロナウイルス対策等推進事業」報告書.

2　岡山市保健所の取り組み

〈松岡 宏明　岡山市保健所長〉

（1）はじめに

本稿では６波から2023年末までの市型保健所の取り組みを振り返る。全数調査から軽症者対応のスリム化と一部ハイリスク要因保有者への重点化という流れはどこの保健所も取り組んだもので、岡山市の場合はショートメッセージサービス（SMS）による情報提供と既存のWEB電子申請システムの活用というローコストな方法で対応した。各流行期に、主に高齢者／ハイリスク者対応として独自の施策に取り組み、特に介護分野では感染対策との両立・効率化を図った。

（2）指定都市ながら中核市保健所の体制を残し、県は入院、市はプライマリ・ケアの強化にあたってきていた５波までの対応

岡山市は人口70万余の指定都市、一市一保健所体制で市町村保健センター機能も保健所組織下に置いており、保健センター勤務の保健師全員を人事異動や兼務辞令等の手続きなしに動員可能であった。2020年５月に行政機構としての位置付けはないながらも、保健所内に保健医療対策本部を設置して、患者調査や健康観察、検査等に当たってきた。一方、2021年１月以降の予防接種は新設したワクチン対策室（課相当）が分掌し、保健所はワクチン対応には関与しなかった。

調査に当たる専門職としては常勤／臨時採用職員に加えて、近隣大学教員、民間派遣会社の保健師・看護師が当たってきた。その他本部業務には全庁からの事務職員の動員と臨時および派遣職員で当たってきた。疫学調査記録を患者個別のEXCELデータ化し、自宅療養者の健康観察の記録や、入院／行動制限等の各種文書発行にはACCESSでデータベースを内製して対応した。

診療所等での検査体制を市では2020年以来、積極的に整備してきた。2022年１月時点では内科や小児科を標榜する診療所は、ほぼすべて検査対応可能となっていた。接触者の行政検査は検体採取会場を設けて検体採取のほか、施設での調査では嘱託医療機関等が採取し、検査は民間検査機関で行う体制が整備できていた。一方、入院病床および宿泊療養の確保や利用調整は当初より県庁での一元的管理体制であった。

施設指導は、県庁から岡山大学医学部疫学衛生学教室へ委託する形で岡山クラスター調査チーム（OCIT）が2020年10月から動いていた。このOCITが県内の感染症管理認定看護師やDMAT医師を動員する形で、介護保険施設や精神科医療機関でのクラスター発生時の施設指導に入っていた。ただ、OCITが個別施設へ継続的に介入することは、マンパワー的に困難であるため、クラスター発生中の継続的な対策モニターは保健所が対応した。

市庁外機関との協議体として、１）岡山大学病院が主催し、県内中核病院長および岡山大学疫学衛生学教室、県庁、岡山市を交える会議　２）当保健所が主催する市内中核病院感染症対策チームとの会議　３）市内にある６郡市区医師会との会議　４）県庁および県内の中核市保健所である倉敷市、当市の会議―という４つの会議をほぼ毎週開催してきていた。

（３）６波：全数調査体制の破綻とWEBベースの患者登録・調査体制の導入

2021年12月末には新規患者発生がほぼ０にまで減少した後、2022年１月市外からの来岡者によるオミクロン株感染患者が発生し始めた。諸外国での爆発的増加の状況は知っていたものの、５波での最多１日患者数142人を上回る200人／日が発生しても対応可能な人員動員体制を１月中旬までに敷き、従来の全数調査を継続しつつ患者増に臨んだ。この時点で患者発生届自体はHER-SYSとFAXの併用で、届出受理は全件電話確認していた。１月下旬の届出数300人／日を超えるころまでは全数調査を維持した。その調査結果に基づいて、オミクロン株では潜伏期間の中央値が３日を下回ることや、デルタ株までと比し学校や保育園等の小児患者での拡大が起こっていること、小児における症状構成、ワクチン接種による症状の違いなどの情報を累計1,000名超の患者情報から速やかに集計して、医師会等へ還元した。特に、再生産率の高さと潜伏期間短縮の故に、保健所による調査後に接触者健診を実施してもすでに家族内２次発病が起こってしまうことが明らかとなったため、１月17日からは、診断医療機関で速やかに接触者検査を実施する仕組みを導入した（結果的に６波中に実施した16万6,144件の行政検査中、医療機関での実施が14万4,892件であった）。

しかし、２月に入り、１日届出患者数が500人を超えてくると新規患者の受付自体が滞った。このため、届出をHER-SYSに一本化し、届出データに基づいてリスク保有患者のみに入院要否の判断目的での調査を実施することとした。それ以外の患者へはSMSを利用して既存のWEB電子申請システムの案内を送付し、リスク要因の有無や配食サービス等生活支援ニーズの情報を収集する体制を導入した。疫学調査は、施設や集団所属の有無のWEB回答を得るのみとした。自宅療養患者も最大１日2,630人を数え、健康観察中の医療機関受診を患者から直接申し入れる体制とした。４月からは自宅療養中の健康観察を診断医療機関が継続的に実施する診療所を募り、オンラインや外来、訪問診療での対応を増やしていった。

６波は２月上旬をピークに４月へかけて患者数が減少し、BA１からBA２への移行もBA１によるサージの水準には至らなかった。この間に軽症患者へのSMSによる情報提供とWEBでの情報回収、RPAによる住民照合などの効率化を図った。医療機関での診断後の診療所での健康観察への端緒が開けたほか、2022年５月から市内414か所の高齢者および障害者入所施設へ抗原検出キットを配布し、高齢者施設等の感染症対処力向上の基盤が整った。

（４）７波：高齢者施設クラスター対応の強化

６月中に島根県ではBA５による激烈な患者発生が報告されており、岡山市でも７月上旬に入ると患者増加が始まり、その増加速度は著しかった。激増が見込まれる若年者やリスク要因非保有者については、６波で構築したSMSおよび電子申請システムでの情報提供、収集を運用しつつ、６波での若年・軽症者への対応をさらにスリム化した。また、６波から開始してきていた、診断医療機関による自宅療養中行動制限等の情報提供、健康観察、受診調整を一部手上げ医療機関のみの対応から、原則全医療機関での対応に切り替えた。

一方、高齢者でのブースター接種時期からの間隔が伸びていることから、高齢者での感染拡大が懸念された。特に、施設入所または入居者での発生の予防と、発生後の対応準備、重症化予防に取り組んだ。発生予防として実施したオンラインでの研修会と動画公開ではエアロゾル感染防止

策としてのマスク漏れチェック（MMC）と顔接近危険予知（KKY）をキャッチフレーズとした。COVID-19対策として、接触感染防止策としての個人防護具着用やゾーニング等の発生後対応に高齢者施設は疲弊してしまっており、発生予防の鍵となるエアロゾル対策としてのマスク着用や換気確保は普及していない状況があった。そこで、キャッチーな動画を用意してマスクの適切な着用の普及を試みた。発生時対応でも、それまで、ゾーニング等の業務負担の大きい対応ばかりが強調される一方で、発生動向の把握や、配布されている抗原キットの活用方法などは周知できていなかった。そこで、発生時報告に使用できるEXCELワークシートにBCP雛型と施設内患者発生ラインリスト（発症日を入れるとガントチャート風に療養期間が色分けされる）を組み込み、各施設の初動時アクションカード兼、発生動向集約ツールとして配布した。重症化予防としては、ニルマトレルビル・リトナビルの使用対象患者の事前の洗い出しや、コロナ罹患に備えたACP雛型、兼ニルマトレルビル・リトナビルの使用許諾の書式普及を図った。

７波は累計患者７万6,814人、１日最大届出患者数1,807人、１日最多自宅療養者１万1,249人を数えたものの、新規患者の受付遅延や自宅療養中の健康観察実施困難等の事態には至らず、医療機関の診断時点での療養指導や、医療機関による健康観察が機能した。一方、高齢者施設での対応は、十分に浸透せず、高齢者施設でのクラスター発生は110件に上った。

（5）８波：地域での在宅または施設ケアを完結できる体制整備を目指して

2022年９月26日をもって全数届出が終了しており、保健所としての患者対応を要する届出患者は激減した。対策のターゲットを主に高齢者特に、施設利用者として、７波で開始した発生予防や発生時対応、重症化予防に取り組んだ。発生予防や発生時の施設の自主的取り組みのうち、発生予防には残念ながら成果が上がってなかったものの、発生時対応には施設側も慣れてきており、発生動向把握や対策目標の設定、見直し、自主的な接触者検査等が行えるようになってきていた。

７波中に開始した、ニルマトレルビル・リトナビルの使用準備体制への医療機関の反応は乏しかった。高齢者施設から要入院となった患者の経過を見ると、重症化リスク要因が複数あり、特に併用禁忌薬を服用中ではないにもかかわらず同薬を開始されていない患者が多数に上った。そこで、８波に備える形で、2022年11月から薬物動態コンサルテーション事業を薬剤師会と開始した。これは、医師から薬物相互作用の有無や、その相互作用がある場合の休薬等代替処置についての薬局への事前相談を支援する事業であった。入所系施設で、入所者全員を一括して相談に付すなどの活用を想定しており、施設内クラスターの発生時に迅速な治療開始を可能とするためのものであった。配置医や利用者主治医と近隣薬局、配置看護師、訪問看護ステーションなどの地域の医療資源が、クラスター発生時、速やかにニルマトレルビル・リトナビルの内服を開始できる体制を整備するという明確なゴール設定で、連携を促進することも意図の一つであった。８波中この事業を活用した施設では、20人規模の90代患者の発生で１人の入院も死亡も発生せずに済んだ事例もあったものの、市域全域に普及したとはいえない活用にとどまった。また、週末にニルマトレルビル・リトナビルを、各中学校区１か所以上の薬局に薬剤師会の協力で配置し、その配置薬局リストをホームページで閲覧できる体制をつくった。

８波を通じて、新規患者総数は最大１日2,130人を数えたものの、届出数では最大１日270人に留まった。宿泊療養や自宅療養も届出対象者のみを対象としたため、それぞれ１日最大が115人、

1,141人と減少し、特に自宅療養者は約１/10に減少した。年齢階級別の高齢者の死亡率を７波、８波で比較すると、在宅患者や医療機関クラスターの死亡率が８波で低下したのに対して、施設入所患者では減少できなかった。ただ、クラスター発生後の施設からの報告を見ると、多くの施設で医師や医療機関との連携には問題なかったとの回答が確実に増えた。

（６）５類化後：発生動向の把握と発信、小規模施設の感染症対処力の向上、さらに地域包括ケアの推進の中に感染症対策強化を織り込む

７波中から多くの軽症患者への療養指導や在宅療養中健康観察、受診調整を診断医療機関で実施する体制づくりを進めてきており、高齢者施設での配置医や入所者主治医との連携も進んできていた。５類化で、そうした診断―治療、管理についてほぼ全面的に医療機関対応となってもなんら混乱は生じなかった。

保健所では発生動向の把握と発信および、感染症発生への対処予備力に乏しいグループホームや小規模多機能型居宅介護などの小規模施設の対処力向上に取り組んだ。発生動向把握については、県指定定点に上乗せする動向把握の取り組みが県内や近県の一部郡市医師会で取り組まれていることを紹介しつつ、当市での取り組みを医師会へ提案したものの、実現できなかった。そこで、全数把握期間中の定点医療機関からの報告数の全報告患者数への投影を年齢階級別に算出して、定点からの報告患者数が過去の流行状況のどの程度の水準に相当するかを発信できるようにした。また、患者数増加に先行して上昇する検査陽性割合は、定点医療機関で検査実績のGMISへの入力を継続している医療機関分から算出して発信するようにした。

小規模高齢者施設への感染症対策向上のための訪問事業として、市内122か所の介護保険グループホーム中97か所へ訪問した。感染症対策にまつわる従来の指導は、とかく監査・指導型で、労働力不足の介護現場にさらに、非効率を強いるものになりかねなかった。そこで、業務効率と両立できる感染症対策を現場の介護従事者が発案できるようになることを目指す事業と位置付けて、労働者当事者のenablingを図る方法論を産業保健の方法も参考にしながら、目下研究してきている状況である。

情報共有の場として毎週開催してきていた県内病院長や市内医師会との協議会は月例会として継続中である。特に市内医師会との協議会では、コロナやインフルエンザの発生動向、検査陽性割合の報告にとどまらず、それ以外の定点報告感染症や、全数把握疾患の2003年以降の岡山市での動向や事案、発生時の行政対応等を報告してきている。今後のパンデミックに備える上で、診療所をはじめとしたプライマリ・ケアの感染症対応力の向上を図ってきている。

コラム

岡山市役所の課長以下ほぼ、全職員がなんらかの形で保健所に動員されるような全庁的な取り組みを得て、６波以来の患者爆発を乗り越えてきた。そして、保健所としても、患者管理のコアとなったSMSとWEBでの情報発信と収集の流れ構築には対物部門の職員が大いに能力を発揮したし、新規届出1,200人／日でも、自宅療養１万1,000人でも対応できる体制を作り上げたのは、

保健師チームの創意工夫と結束力であった。

ただ、業務の根幹となったシステムの構築は業務に精通し過ぎているサンデープログラマー職員なしにはどうにもならなかったし、事前の本部規定なしでも適任者を全庁から引っ張ってくる無茶な職員がいなければ本部自体立ち上がらなかったし、業務全体の細かな機微にまで気を配らないと気の済まない課長らがいなければ本部は空中分解していた。幾つもの奇跡が重なってなんとかなった部分は多大にあった。奇跡なしでも対応可能となる準備をしなければならない。

3 高齢者施設等のクラスター対策における大阪市の取り組みと、今後の地域展開に向けて ～施設の感染症対応力の向上と維持を目指して～

〈林 瑞穂　大阪市健康局保健所保健主幹〉

（1）はじめに

新型コロナウイルス感染症は、2023年５月８日に５類相当とされるまで、新型インフルエンザ等感染症に分類され、２類相当以上の対応が継続された。2021年11月ごろまでに５回の流行があり、本市では１か所の保健所と24区保健福祉センターに配置された保健師がおのおの役割を担い、波ごとに異なる課題に対峙しながら感染対策を進めてきた。2022年１月の第６波からは、オミクロン株の影響を受けこれまでに無い大流行となった。本稿では、第６波以降集団疫学調査を担当した立場から、特に本市で問題とされた高齢者施設等でのクラスター発生に係る課題を振り返り、第６波から第７波、第８波に向けての体制整備、およびこれらの経験から得た学び、課題解決に向けた今後の取り組みについて述べる。

（2）大阪市の感染状況

第１波から第７波における本市の新規陽性者数の推移は全国と同様、オミクロン株が主流になった第６波の感染爆発と、それを上回る第７波であったことが特徴的である。本市では第５波で１日最大1,200人超であった陽性者が、第６波には１日約7,300人、第７波は約8,400人と、第５波の５倍、６倍を超える新規陽性者を認めた。クラスター対応であるが、病院については、これまでの経験から、自助が機能するようになり、物資も徐々に整備されてきていた一方、高齢者施設等では、陽性者の一部しか入院できず、物資も滞り、感染への不安や職員の負担・疲弊も大きくなってきた。

（3）第５波から第６波への準備

第５波が１日1,200人の新規陽性者数を超えたことから、第６波に備え、当初は１日の陽性者を最大1,700人と想定し準備を進めた。フェーズごとに何を重点化するか、区保健福祉センターと保健所との役割分担等の検討をした上で、集団の積極的疫学調査については、１日1,000人の陽性者を超えた段階で、入院施設・高齢者等の入所施設を重点的に実施することとした。また、学校・園とも集団疫学調査方法の調整を図った。しかし、第６波は想像をはるかに超えるものとなり、高齢者施設等への調査を実施するに当たって、以下の３つの課題が露呈した。

（4）第６波の課題

感染症の対応は、患者個人の「発生届の受理」をもって開始される。その後、患者個人への積極的疫学調査によって、病状の確認と濃厚接触者の特定、あるいは所属している集団のクラスター対応として集団疫学調査が実施される流れが通常である。しかし、第６波での本市の対応においてはこれがことごとく阻害される要因が潜んでいた。

①発生届の受理における課題

第６波における本市医療機関からの届け出は、HER-SYSへの入力が約４割。あとの約６割は紙媒体であった。１日最大7,300人の新規陽性者が発生し、保健所においては想定の３倍を超える約5,000件のシステムへの入力作業を余儀なくされ、保健師が疫学調査の対象者を覚知するまでに遅延を招いた。

②疫学調査の遅延

さらに個別疫学調査において、１日7,000件を必要な支援につなげるためには、積極的疫学調査というよりも、療養状態の確認を中心とした調査にならざるを得ず、そこからの接触者の把握や、集団接触の有無、施設等の入所者の情報を得ることが不可能な状況に陥った。個別の調査までに１週間以上要すこともあり、集団疫学調査担当が調査に入る時には、施設が初発患者を覚知してからすでに２週間が経過しているということも少なくなく、感染制御のための集団調査にもかかわらず、調査の一報を入れた時には、すでにクラスターとなってしまっている状態が散見された。

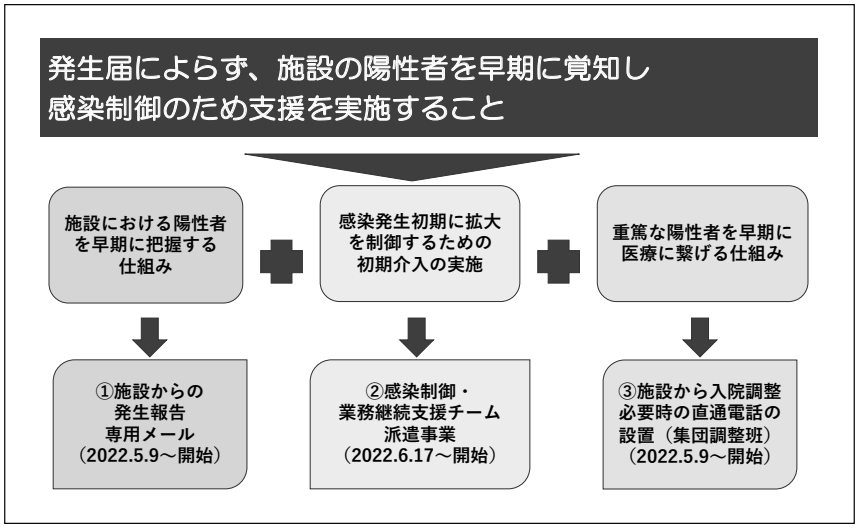
③コールセンター（受診相談センター）の受電率低下

施設では、病床のひっ迫によって、施設内で療養せざるを得ない方が増加し、施設職員の負担が増大。さらなる負担を強いるクラスター対策を実行できる状況ではなく、病状悪化者への対応に追われていた。ところが、緊急時に対応すべきコールセンターに電話が繋がらず、施設が緊急時に保健所に連絡が取れない状況にあった。その結果、保健所側から緊急対応が必要な方の把握のため、毎日施設への確認作業が必要になった。１日2,500件を超える施設内陽性者に対し、保健所職員は緊急対応の要否を判断するための健康観察に追われる日々に甘んじ、本来の集団疫学調査による感染制御、クラスター発生予防の活動ができないジレンマに陥っていた。

（５）第７波を迎え撃つ準備

第７波を迎えるに当たり、発生届のシステム導入やコールセンター等へ人員確保、施設へのワクチン接種、PCR検査等の対策を進めることは当然として、ここでは、集団疫学調査担当として、本来の感染制御支援をタイムリーに実施するために取り組んだ内容を記載する。念頭に置いたのは、発生届の受理を待つのではなく「発生届によらず施設の陽性者を早期に覚知し、本来の感染制御の支援を実施する」方法である（**図表１**）。

図表１　第７波に向けての準備



①専用メールの設置

１つ目に、施設で陽性者が発生したことを、保健所が早期に把握する仕組みとして、施設から直接集団疫学調査班に施設内陽性者を報告するための専用メールを設置した。それまで調査開始後に、書類のやりとり等で利用していたものを、施設で職員も含め１人でも陽性者を把握した時点で、保健所に一報を入れるためのツールに変更した。管理者への周知リーフレットと、陽性者のリスト、記入用フォーマット等をホームページに載せるとともに、施設を所管する福祉局・こども青少年局等の関係部局、関係機関等と調整し、市内2,000か所の施設へ周知した。これにより、施設で陽性者が発生した直後に、保健所の集団疫学調査班が覚知するとともに、クラスター発生制御のための活動を開始することができた。

②初期介入専門チーム（感染制御・業務継続支援チーム）の派遣事業の創設

２つ目に、本来の感染制御の支援を、感染発生初期に実施することができるよう、本市独自に初期介入専門のチームを派遣する事業を創設した。本市では以前より医療機関のICD・ICNで構成される組織「大阪市感染対策支援ネットワーク（Osaka city Infection Prevention and Control Network：OIPC）」が病院内でのクラスター対応を実施してきた。第３波からは、病院に限らず高齢者等施設でのクラスターに対しても、保健所と一緒に同行して感染制御の指導をいただいた。また、第４波ではDMATに、第６波では特定非営利活動法人ジャパンハートにそれぞれご協力いただく機会を得ながら取り組んできた。しかし、感染の急拡大を受け、初期の感染制御支援を確実に実施するには、独自にチームを創設する必要があった。ここでは、位置付け等の詳細は割愛するが、感染初期に速やかに対応できるよう、感染制御専門資格は求めないまでも、医師・看護師を含み、全員が感染制御経験を持つことを条件に、感染制御支援チームを募集し支援体制を構築した。その結果、第６波の感染制御の訪問実績は35件であったのが、第７波は134件と、必要な施設に早い段階での感染制御支援を実施することができた。

③入院できない施設内陽性者の緊急連絡用に集団疫学調査班に直通電話を設置

３つ目に、施設で重症化した陽性者について、コールセンター（受診相談センター）の受電率が下がったとしても、施設が保健所に連絡できる体制として、集団疫学調査班に直通の電話を設置し、受動化した。これによって、陽性者の療養を支援するに当たって、施設側の安心感にもつながり、落ち着いて施設調査が実施できるツールともなった。

そして、これらの新たな取り組みを機能的に、また効果的に進めるに当たり、調査対象施設について抑えておくべきポイント、感染制御支援の訪問の必要性等を検討するためのチーム会議を毎日開催した。医師・保健師・事務職で調査リストを共有し、必要な情報交換をすることで意識共有を図った。これは、若手保健師のスキルアップにも大いに役立った。

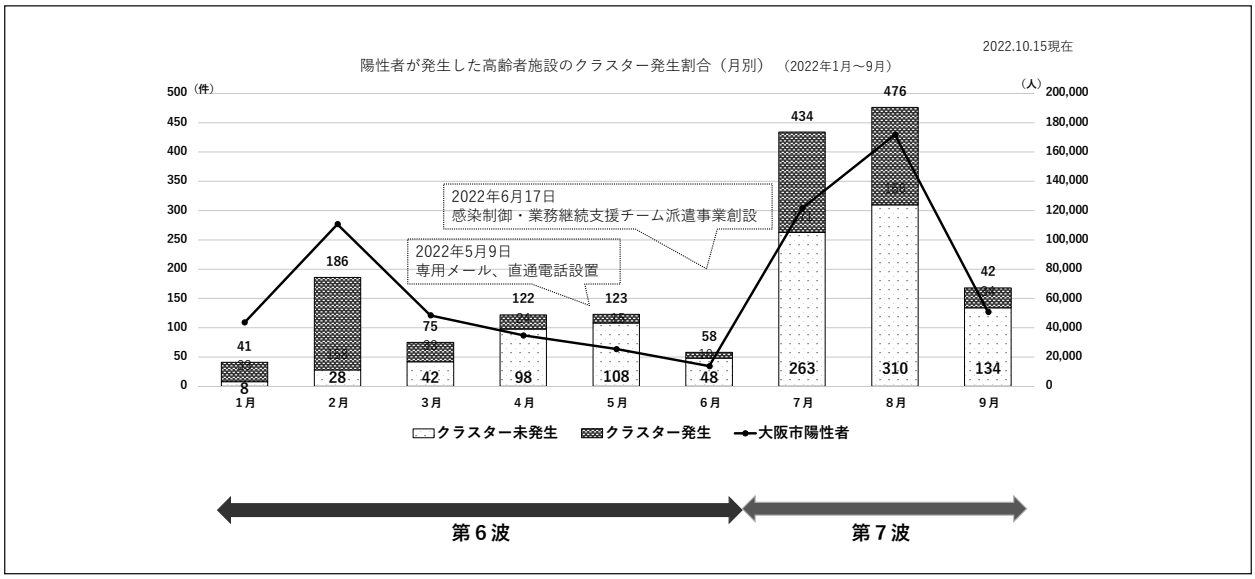
（６）第７波の取り組みの結果

これらを３本柱とした新たな取り組みを行った結果、第６波は、１月、２月のピーク時、調査を実施した施設の80％以上でクラスターが発生していたが、第７波は、ピーク時でも30％台となっ

た。致死率も、株の亜系統やワクチン接種率に違いがあるとはいえ、第６波平均2.7％から第７波1.8％と減少した。

図表２は第６波、第７波のクラスター発生状況のグラフである。折れ線グラフは本市の感染者数（月別）、棒グラフは陽性者が発生した施設数（月別）をクラスターの有無で分けている。感染者の増加とともに、陽性者発生の施設は増加するが、クラスター発生施設の割合は抑えることができたことが分かる。第７波では陽性者が１例でも発生した時点で、早期に覚知し、施設への全件調査が可能になり、クラスターの抑制につながったのではないかと考える。

図表２　高齢者施設に占めるクラスター発生割合の状況



（７）第７波の活動を通して

調査に追われた第６波と違い、第７波は保健所職員も、施設訪問による現地での支援に関わった。その中で、現場の大変さを生で感じ、より現場の状況に合わせた支援が可能になった。できていると思っていた説明内容が不十分だったり、誤解されていたことが分かり、次の支援につなげたり、施設の頑張りや努力を知ることで、保健所と施設の距離感が縮まったように感じた。ようやく保健師活動の原点、現場の状況に応じた支援に近づくことができた。

本市のような大きい組織では、一つ方法を変えるのも大きな歯車を回すようにかなりの労力を要する。忙殺される業務の中で、180度方向転換できたのは、職員一人一人が、今できることをしながらも、本来すべきことから逃げずに、最後まで諦めないで考え続けた結果であると実感している。そして丁寧に本来の活動をすることで、高齢者施設等がノウハウを獲得し、自立し、感染症対応力の維持に努める必要性を実感する機会にもなったと感じる。

（８）第７波の対応を終えて（保健師の立場から）

対応を終えて、課題を幾つか出してみた。第７波までを経験し、施設内での感染対策には、ある程度慣れてきている施設が多くある中でも、やはり最後まで課題となるのは、「施設内の感染症対応力の強化」「クラスター発生時の施設職員の確保」「施設内療養者のサポート体制」の３つであ

る。これらは平時からの備えと、その継続が不可欠である。本市では2022年４月に健康危機管理担当保健師26名を、各区を本務、保健所を兼務として配置した。また、人材育成、関係部局との連携強化、関係機関等との協力体制の推進に向け、2023年４月に各区の統括保健師の元に地域保健活動担当係長24名を配置し、組織強化の体制を図った。

（9）本市の「感染症予防計画」および「健康危機対処計画」の策定および「人材の養成」

最後に、今後本市が目指す取り組みについて述べる。

「感染症予防計画」および「健康危機対処計画」には、今般の新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、次の大規模感染症危機への備えとして平時、有事におけるさまざまな取り組みを記載することとしているが、「高齢者施設等におけるクラスター対策」についても本市が直面した大きな課題の一つとして、最優先で取り組むべき重要事項と認識された。今後も高齢者施設等における感染症対応力強化・維持への支援は平時より継続していく必要があり、計画には本市独自項目として記載した。

本市の保健師は地域担当制の保健活動を長年展開する中で、地域の関係機関や関係団体等との協働による地域活動をさまざまな分野で展開してきた強みがある。加えて健康危機管理担当保健師は、感染症危機を含むあらゆる健康危機管理事象に対応するため、平時より各区において危機事象に係る地域診断の下、関係機関等と連携しながら保健活動を展開している。３年以上に及ぶ新型コロナウイルス感染症への対応をきっかけに、施設や関連団体との新たなつながりが芽生えた事例もある。

本市ではこれまで構築してきたさまざまな関係性を生かし、まずは区単位で平時より施設等との「顔の見える関係性」を深め、身近な相談窓口として、地域の実情に応じ施設の感染症対応力の底上げを目指した支援の充実を図る。その上で、次なる感染症有事の際には、平時からの関係性を生かした施設からの相談対応、感染制御・業務継続支援の経験がある専門家の派遣等の早期介入を展開していくことを想定し計画に盛り込んだ。また、感染症への対応は相応の専門的な知識と技術を要するため、これらの取り組みを効果的に展開するには、平時よりクラスター対策に対し即応可能な人材の養成を確実に進めておく必要がある。感染制御・業務継続支援を専門とする外部の医師や看護師等の協力も得て、2024年度より実効性を担保できる職員研修および実地訓練の実施を計画している。

新型コロナウイルス感染症への対峙は、私たちに公衆衛生活動の原点を改めて示してくれた。忙殺される業務の中でも「何のため」を見失うことなく前を向き、だからこそ平時の取り組みに誇りを持って、次の健康危機事象に保健師の専門性が発揮できるよう次世代につなげていきたい。

4 滋賀県における新型コロナウイルスに感染した妊婦への支援体制整備について

〈村上 真智子　滋賀県健康医療福祉部医療政策課主査・保健師〉
〈切手 俊弘　滋賀県健康医療福祉部次長／元滋賀県健康医療福祉部医療政策課課長〉
〈髙橋 健太郎　滋賀県医師会副会長〉

（1）はじめに

滋賀県は2020年８月に初めて新型コロナウイルスに感染した妊婦の発生届（以下、「発生届」という）が出されて以降2023年５月８日までに延べ2,492名の妊婦の発生届の報告があり、うち療養期間中に分娩した妊婦は80名であった。

滋賀県では従来の周産期医療体制を基本とした妊婦への支援体制を整備したが、結果として新型コロナウイルスに感染した妊婦全員が、安全に出産を迎えることができたので、その取組みについて報告する。

（2）滋賀県について

滋賀県は人口140万910人、高齢化率27.3％（滋賀県統計課推計「滋賀県の人口と世帯数」）、13市６町（中核市１市を含む）、４周産期医療圏（７医療圏域）で構成されている（2024年４月１日現在）。年間出生数9,766人、出生率7.1（人口千対）、周産期死亡率2.2（出産千対）（2022年人口動態調査）。周産期死亡率は2021年、2022年ともに最も低い県となった。

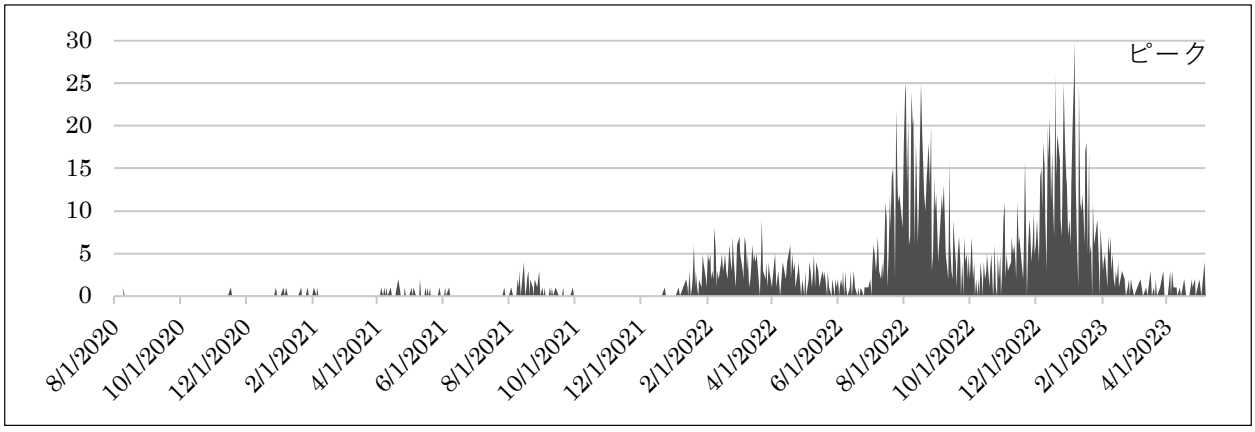
県の中央に県面積の約６分の１を占める琵琶湖があり、周産期母子医療センターは県内４か所に設置され、それぞれの周産期医療圏の中核を担っている。

（3）新型コロナウイルスに感染した妊婦の発生届数について

感染した妊婦の推移は**図表１**の通りである。妊婦の発生届の件数が最も多かったのは、2023年１月６日（金）で、１日に30人の妊婦の報告があった。

療養者数が最も多かったのは、2022年８月10日の154人であった。療養期間が10日間から７日間

図表１　新型コロナウイルス感染症新規感染妊婦の推移



に変更となった2022年９月７日以降では、2023年１月６日が113人と最も多かった。

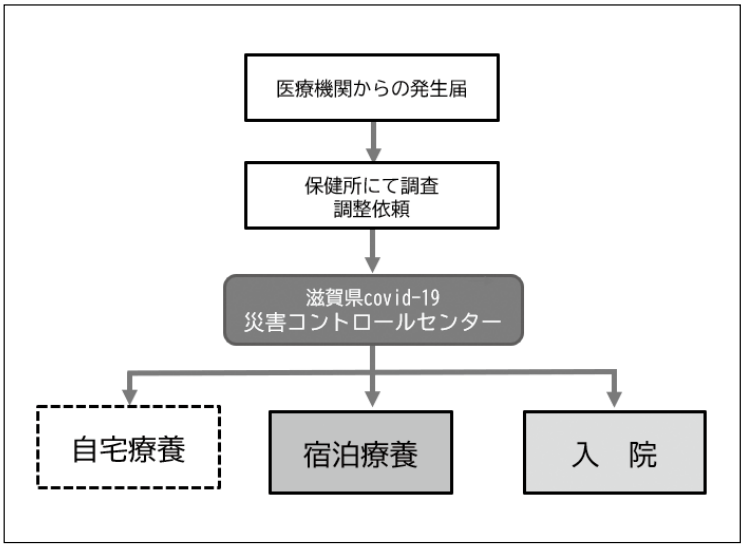
（４）滋賀県における新型コロナウイルスに感染した妊婦への支援体制について

滋賀県内で発生した新型コロナウイルス感染症に感染した患者の療養調整は、県全体の空床状況等を一元管理して、限られた医療資源の有効活用を図るために**図表２**の通り「滋賀県COVID-19災害コントロールセンター」で行われた。調整職員は医師や看護師等の災害医療コーディネーターである。

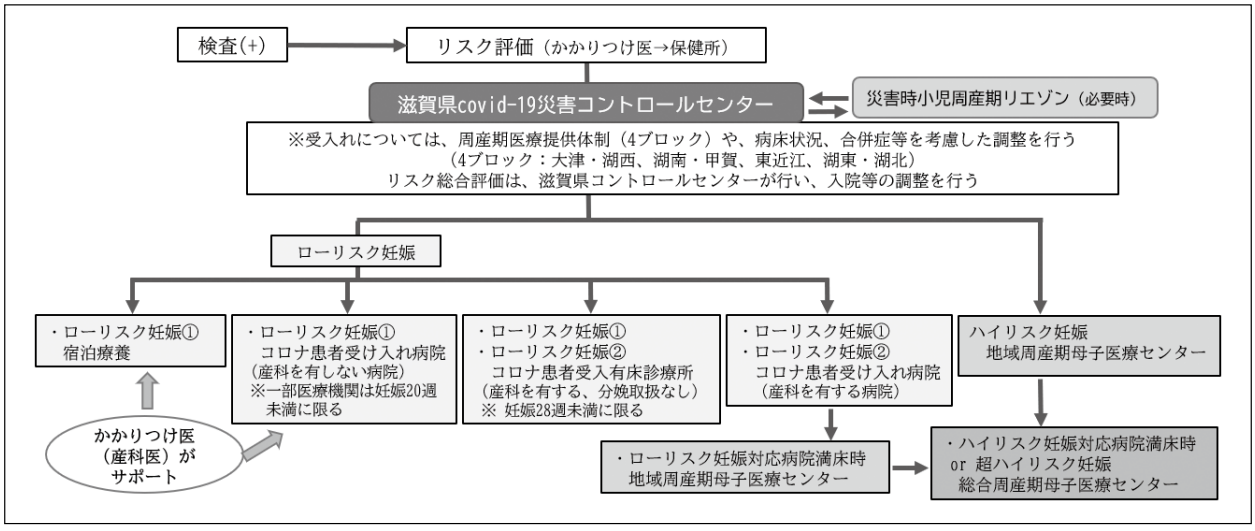
妊婦の調整についても、**図表２**の体制の中で行えるようにするため、1990年から設置されている滋賀県周産期医療等協議会等で検討を行い、**図表３**の平時の周産期医療体制を基本とした受入れ態勢を構築した。

「新型コロナウイルスに感染した人の中に特別な対応が必要である妊婦がいる」とするのではなく、平時の体制を基本とし、新型コロナウイルス感染を一つのリスクとすることで、大きな混乱なく体制を構築することができた。

図表２　滋賀県における新型コロナウイルス感染症患者の調整体制



図表３　滋賀県における新型コロナウイルス感染症患者（妊婦）の受入れ体制（2021年9月26日現在）



（５）流行拡大に向けた対策

2022年７月からの急激な感染拡大により、８月10日の滋賀県の病床占有率は80.2％に達した。真に入院が必要な患者のための病床を確保するため、県内医療機関に早期退院を促す通知を行うも、2022年８月18日には、滋賀県の病床占有率は81.4％となった。妊娠37週以降の妊婦でも分娩兆候を

認めない場合は自宅待機を余儀なくされたことから、次の対応を行った。

①妊婦リスク評価票の作成

病状に応じて療養先を適切に決定することは療養する上で重要なことである。流行のピークに備え、滋賀県COVID-19災害コントロールセンターの災害医療コーディネーターが妊婦のリスクに応じて療養調整ができる体制を整えるため、妊婦リスク評価票を作成した。

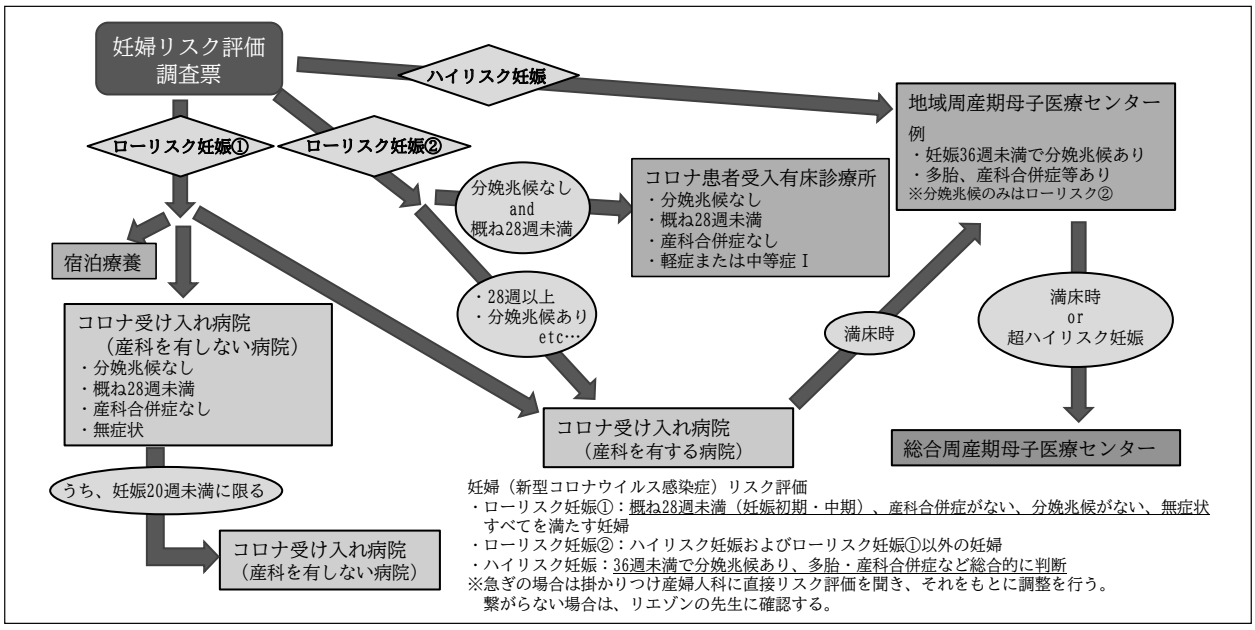
妊婦の発生届が、かかりつけ産科医療機関から届け出されたのは約25%だった。残り75%は他の医療機関からの届け出であったが、かかりつけ産科医療機関に連絡することの同意をすべての妊婦から得ることができた。妊婦リスク評価票を導入することで、かかりつけ産科医が通院する妊婦が感染したことを把握する機会にもなった。

リスク評価票は、妊婦のかかりつけ産科医がリスクを評価するものと、何らかの理由でかかりつけ産科医に連絡がつかないときや、協力を得られなかったときには、直接妊婦本人に聞き取りを行った災害時小児周産期リエゾンがリスク評価を行うもの、の２種類を作成した。リスクは**図表４**のように３つに区分し、**図表５**のごとく運用を行った。滋賀県産科婦人科医会の協力の下、県内すべての産科医療機関からリスク評価票記入の協力を得ることができたことから、後者を活用する機会はなかった。

図表４　妊婦リスク評価の区分

ローリスク妊婦①	概ね28週未満（妊娠初期・中期）、産科合併症がない、分娩兆候がない、無症状であることのすべてを満たす妊婦
ローリスク妊娠②	ハイリスク妊娠およびローリスク妊娠①以外の妊婦 （36週以降の分娩兆候のみがある妊婦を含む）
ハイリスク妊娠	概ね36週未満で分娩兆候あり、多胎、産科合併症などがある妊婦

図表５　新型コロナウイルスに感染した妊婦の療養先決定フロー図（2022年11月７日時点）



②入院病床確保に向けた対応

（ア）妊婦への対応

妊婦は原則入院対応としていたが、2022年８月以降は病床を確保するために、症状が落ち着いている場合は、自宅療養や宿泊療養も実施した。

自宅療養、宿泊療養となった妊婦の妊娠に関することの相談およびフォローは、かかりつけ産科医療機関が行うこととした。相談の結果、入院等が必要な場合は、滋賀県COVID-19災害コントロールセンターを通じて診察や入院の調整が行われた。自宅療養、宿泊療養から入院となった妊婦は、2022年８月以降では４名だった。

自宅療養中もかかりつけ産科医療機関に相談に乗ってもらえることで、安心して療養することができた、という妊婦の声を聞いている。

（イ）褥婦への対応

分娩可能医療機関の受入れ枠の確保に向け、災害時小児周産期リエゾンと相談し、分娩した褥婦のうち「出産後、３日経過し、自力でトイレ歩行が可能、点滴が不要となった褥婦」については、早期退院対象者として、産科は有するが分娩取扱いのない医療機関への下り搬送や自宅療養への切り替えを行うべく、「新型コロナウイルス感染症に罹患した妊産婦の早期退院について」（令和４年８月26日付滋健寿第1299号滋賀県健康医療福祉部長通知）を発出した。

その後、上記条件を満たした７名の褥婦が産後自宅療養を行った。その間、新生児は医療機関での入院が継続された。療養終了後、育児手技等の取得のため、かかりつけ産科医療機関で産後ケア事業を受けられるよう調整が行われた。

（ウ）新型コロナ受入れ医療機関以外での分娩について

滋賀県において、新型コロナウイルスの療養期間中に分娩した妊婦は80名である。流行当初は感染確認後早期に帝王切開で分娩する妊婦が多かったが、2022年１月、感染予防対策をとることができる医療機関で、妊婦の状況に応じた経腟分娩が開始された。県内で新型コロナウイルスに感染した妊婦の経腟分娩が安全に実施された、という情報は災害時小児周産期リエゾンを中心に共有され、県内でも徐々に経腟分娩件数が増え始めた。経腟分娩でも母児および医療従事者の安全が確保できることが確認できたこともあり、病床逼迫の状況から緊急時にはコロナ受入れ医療機関以外での分娩を余儀なくされる場合を想定して、「産科の感染防御ガイド～新型コロナウイルス感染症に備える指針～（日本産婦人科医会監修）」を参考に、緊急時には自院での分娩を実施できるよう準備することを、県内すべての分娩取扱医療機関に依頼した。また、2022年12月には、「産科医療機関設備整備事業補助金事業」を実施し、感染症対策に必要な設備整備に関する補助を行った。

結果として、コロナ受入れ医療機関以外での出産は３件あったが、全員問題もなく出産が行われた。

（６）妊婦への啓発

新型コロナウイルスに感染した妊婦の状況については常に発生届を基に把握を行っていた。

感染した妊婦の傾向として、ワクチン接種歴がない、感染経路は家庭内が多い、等の状況が判明し、周産期医療等協議会検討部会での協議等の結果を踏まえて、滋賀県産科婦人科医会の協力を得

て、かかりつけ産科医から妊婦に対して、ワクチン接種の促進や家庭内での感染予防策の徹底について指導したり、SNSによる配信を通じた感染対策の徹底についての啓発を行った。

（7）５類感染症移行後体制について

滋賀県では５類感染症移行後の体制を2023年５月９日から６月30日までを第１段階として軽症・中等症Ⅰの調整終了に向けた期間、７月１日から８月31日までを第２段階として中等症Ⅱの調整終了に向けた期間、９月１日から９月30日までを行政による調整終了に向けた期間として対応を行った。

具体的にはコロナに感染した妊婦も従来の周産期医療体制の中で対応することとし、どうしても転院調整が難しいときは滋賀県COVID-19災害コントロールセンターに相談できる体制とすることを、滋賀県産科婦人科医会を通じて通知した。

結果として、新型コロナウイルス感染症にも対応した従来の周産期医療体制の中で実施していたこともあり、５類感染症移行後の調整が必要であった事例は１件のみであった。

（8）まとめ

滋賀県の新型コロナウイルスに感染した妊婦への支援体制整備の取組みをまとめると、次の通りとなる。

①国内発生当初より継続的に新型コロナウイルス感染症にも対応した周産期医療体制を検討する周産期医療等協議会検討部会を開催することで、（ア）関係者の合意形成を行い、（イ）従来の周産期医療体制の中に新型コロナウイルス感染症対応を組み込み、（ウ）県内で初めての新型コロナウイルスに感染した妊婦が発生する前に新型コロナウイルス感染症にも対応した周産期医療体制を構築することができた。

②妊婦リスク評価票を導入し、適切に療養先を決定する仕組みとすることで、感染拡大時にも対応できる体制を構築することができた。

③新型コロナウイルス感染症にも応じた周産期医療体制の整備について、かかりつけ産科医、コロナ患者受入れ医療機関、滋賀県産科婦人科医会、災害時小児周産期リエゾン、滋賀県COVID-19災害コントロールセンター、保健所、県健康寿命推進課が互いに連携する中でコロナ受入れ医療機関の状況に合わせた体制を常時更新し続けた。

新たに新型コロナウイルス感染症に対する周産期医療体制を構築するのではなく、平時の周産期医療体制の枠組みの中で、新型コロナウイルス感染症を一つのリスクファクターと捉えて、新型コロナウイルス感染症にも対応した周産期医療体制を整えてきたことで、新型コロナウイルスに感染したすべての妊婦が安全に療養期間を終えることができた。これらを基に、平常時から新興感染症にも対応できる災害時の支援体制について、関係機関等と協力しながら、引き続き県民が安全・安心・納得できる取組みを進めていきたい。

5　山形県置賜地域におけるコロナ禍の災害対策

〈近野 睦子　山形県置賜総合支庁保健福祉環境部（置賜保健所）保健企画課地域保健主幹〉

（1）置賜保健所の状況

置賜地域は、東北地方山形県南部に位置し、東南置賜（米沢市、南陽市、高畠町、川西町）、西置賜（長井市、小国町、白鷹町、飯豊町）の３市５町からなっている。東西最大56km、南北最大57kmの総面積2,495㎢を有し、県総面積の26.8%を占めている。人口は2023年10月１日現在19万2,568人、高齢化率35.6％である。

図表１　位置と組織

置賜保健所組織図

置賜総合支庁
保健福祉環境部
- 【置賜保健所】
  - 保健企画課（感染症対策等）
    - 検査室
  - 生活衛生課
  - 地域保健福祉課
  - 子ども家庭支援課
- 環境課

（2）2022年８月豪雨時の新型コロナウイルス感染症（以下、「コロナ」という）の状況

豪雨が発生した2022年８月上旬は、県内第７波のピークと重なっており、保健所では連日200名を超す陽性者の届け出があり、積極的疫学調査、入院調整、濃厚接触者の検査誘導等の対応に追われていた。その後、2023年５月にはコロナが５類感染症に移行し、現在は、当時担当した職員のほとんどは他部署へ異動してしまっている。このため、本活動報告は、座談会等を開催し、当時の担当者から聴き取った内容をまとめている。

図表２　飯豊町萩生地区における浸水被害

（3）2022年８月豪雨の状況

2022年８月１日からの前線や低気圧の影響により、北海道や東北、北陸地方を中心に大雨が甚大

な被害をもたらした。８月３日の正午前から管内市町に大雨警報と洪水警報が発表され、その後、大雨特別警報に切り替わった。管内市町では、夕方から順次、避難所を開設。避難所開設数は74か所、最大避難者数は2,401人となった。多くの避難所が翌日の８月４日には閉鎖されたが、被害が大きかった川西町は８月７日、飯豊町は８月９日まで継続して設置された。人的被害は飯豊町において、行方不明者１名。

図表３　川西町黒川地区における内水被害

建物被害は、住家において全壊２棟、半壊54棟、床上浸水172棟、床下浸水504棟、店舗・作業所・事務所・宿泊施設等の非住家において浸水被害904棟。また、高齢者福祉施設等11施設、障害福祉サービス事業所４施設、児童関係施設９施設が雨漏りや床上浸水等で被災した。管内の停電戸数は3,165戸、断水は2,435戸だったが、解消したのは、停電は翌日の８月４日午後８時、断水は８月11日午後７時だった。さらに、土砂災害、交通への影響により、一時的に孤立集落も発生し、その他、道路・河川・農林関係などにも甚大な被害が出たことから、災害救助法が適用された。

（4）2022年８月豪雨における置賜保健所の対応

豪雨が発生した８月上旬は、置賜総合支庁内の他部局職員のほか、市町保健師の協力も得ながらコロナ第７波に対応している状況だった。被災した市町の保健師は、豪雨による災害対応に従事することとなり、置賜総合支庁他部局職員も災害対応に追われ、保健所は限られた人員で業務に当たることとなった。

８月３日～４日の対応状況は、**図表４**の通りである。

後日、被害の大きかった市町保健師から、当日の対応について以下の内容を伺った。

「豪雨当日の８月３日は、いったん帰るようにとの指示が出たため帰宅したが、深夜に招集の指示があり、午前２時ごろに登庁。災害対策本部が立ち上がり、職員は次々と開設される避難所運営に追われた。床上浸水で被災した家屋の消毒薬の確保や食事の手配等、必要なことは何でも行った。コロナが流行している時期と重なったこともあり、避難所入口前での体温測定、健康観察、避難所内の誘導等を行いながら、感染予防の注意喚起に努めた。現場では、住民の不安に寄り添うように心掛け、周囲のスタッフにもそのように伝えながら、お互いに支え合って乗り越えたと思う。」

「８月３日の夕方、平屋建ての保健センター周辺にも水が押し寄せ、床上浸水となった。浸水対応と二次災害を避けるため職員は建物内待機となり、一晩を過ごすこととなった。翌日は、そのまま避難所対応に回った。避難所には８月３日夕方、通勤途中で帰宅できなくなった等の多くの人が押し寄せていた。マスク着用や手指消毒等の感染予防対策を呼び掛けながら避難所運営に協力し、避難者の健康観察を続けた。」

図表４　発災直後の対応

日　時	置賜保健所の対応（主な担当課※）	
	災害対応	コロナ対応
８月３日 18時ごろ	○管内被害状況の把握、置賜総合支庁防災安全室との情報共有（保）	○コロナ自宅療養者リストの整理（保）
19時ごろ		○避難指示区域に居住するコロナ自宅療養者リストを市町に提供（保） ・置賜総合支庁防災安全室と連携し、コロナ自宅療養者を地区ごとにリストアップし、その地区の避難所を確認。優先的に状況確認が必要な者を職員間で情報共有 ・各市町の防災担当窓口およびリスト送付先を確認。コロナ自宅療養者の避難場所の確保、避難した場合の支援、避難所の感染対策等を依頼。また、避難指示区域の拡大に応じて、リストを順次追加提供
20時ごろ	○一部地域で停電が発生したため、医療的ケア児や難病患者で人工呼吸器を装着している者の安否確認と安全確保の注意喚起（子） ・全員の無事を確認 ○高齢者施設の状況確認（地） ・１施設が施設内で垂直避難 ・２施設が床上浸水により、浸水のない区画に避難 ○医療機関の状況確認（保） ・１診療所が断水により診療困難	○コロナ自宅療養者の安否確認と安全確保の注意喚起（保） ・避難指示区域に居住している者を対象に電話により職員が手分けして実施 ・電話がつながるまでかけ直し、全員の無事を確認 ・自宅療養者には、今後避難が必要となった場合の注意点を改めて助言
８月４日 ９時ごろ		○コロナ自宅療養者全員に電話等により健康観察と被災状況を確認（地） ・コロナ自宅療養者の中で避難所へ避難した者はなく、全員の無事を確認
	○市町や関係機関からの相談対応（保） ・管内で断水している地域もあり、置賜総合支庁で災害用に備蓄している液体ミルクや飲料水の提供 ・妊婦の移送に係る対応 ・床上浸水等家屋の消毒　等	○１病院から報告（保） ・道路が寸断され復旧に時間を要し、コロナ重点医療機関への受診困難が想定されるため、病院内にコロナ専用病床を確保予定 ○市町や関係機関からの相談対応（保） ・避難所における感染対策 ・コロナ患者の受診調整　等
	○コロナ新規届け出による積極的疫学調査や患者移送等通常のコロナ対応（部内全課）	

※（保）保健企画課、（地）地域保健福祉課、（子）子ども家庭支援課(難病支援含む)

（５）置賜保健所における災害対策の経緯

コロナ禍前の2013年と2014年に、２年連続で豪雨による洪水被害が発生した経験があり、管内の保健師統括者会議では、災害対応をテーマにした話し合いを重ねていた。

コロナ禍以降は、コロナ陽性者の避難を想定した避難所開設・運営訓練を実施する市町には、保健所長がアドバイザーとして参加する等の事前準備も行われていた。コロナ自宅療養者の避難を想定し、入口前での案内から受け付け、避難スペースの確保、ゾーニングを実際に行った。2022年は６月にもゲリラ豪雨があり、その際、一部市町から自宅療養者の宿泊療養施設への避難を打診された。これに対し保健所では、一律に拒むものではないが、すべてに対応しては収拾がつかなくなる

ことが予想されたため、避難所のゾーニングが先決であることを再確認いただいた。

また、コロナ対応当初から、市町や医療機関等の関係機関と対面での情報共有を心掛けてきた。コロナが拡大してからはオンラインに切り替えたが、できる限り対面し、担当者の不安や疑問な点に丁寧に対応するよう努めてきた。加えて、関係機関を対象に、コロナの感染状況に応じた感染対策について、研修する機会を複数回設けていた。

さらに、コロナ自宅療養者への災害時における対応や避難については、コロナ陽性者向けの生活上の注意点をまとめたパンフレットに記載するとともに、積極的疫学調査の際に口頭でも説明し、事前に周知していた。

（6）置賜保健所と管内市町保健師との協力体制

コロナ対応においては、感染拡大による業務量の増大により、管内市町に応援派遣を要請したところ、多くの市町保健師の協力を得ることができた。保健所では、応援保健師が迅速かつ効果的に役割を発揮できるよう、応援者用マニュアルを整備し、応援保健師を迎えた時にはマニュアルに沿って説明した上で、積極的疫学調査や健康観察等に協力をいただいた。

豪雨災害対応のため市町の応援保健師は引き上げることとなったが、後日伺った話を併せると、これまで保健所と共に災害やコロナ対応を積み重ねてきたことや、保健所でマニュアルを整備しコロナ対応に協力いただいた経験等も、このたびのコロナ禍における災害対策に寄与した面があったのではないかと考えられた。

（7）置賜保健所におけるコロナ禍の災害対策

今回の豪雨災害では、保健所長の指示の下、統括保健師と部内各課長（保健所に属さない環境課も含む）が連携し、コロナ新規届け出による通常業務と並行して、自宅療養者の安否確認や注意喚起、管内市町との連絡・調整、福祉施設や医療機関からの相談対応等、部を挙げた職員の「総力戦」で取り組んだ。

2013年と2014年の豪雨災害当時から在任していた保健所長が、関係者・機関と綿密な危機管理体制をつくり上げており、今回の対応は、過去の災害経験を踏まえた地道な活動の蓄積がベースとなった。一方、保健師の広域異動が常態化しており、土地勘は訓練等で補いきれないところである。今回、陽性者情報の管理を担当した行政職員は地元在住であったことから、時々刻々と発表される避難指示に応じて、該当する区域の自宅療養者を速やかにリストアップすることができた。保健所内の円滑な連携が、外部機関への迅速な対応につながった。

今後も、保健所が地域における健康危機管理の中心的な役割を果たせるよう、関係者との連携を強化し、災害に備えた体制整備をさらに推進したい。

6 IHEAT事務局と新型コロナウイルス感染症対応における IHEAT要員の活動について

〈越前屋 愛樹　一般財団法人日本公衆衛生協会健康危機管理支援部
IHEAT事務局健康危機管理教育専門職・保健師〉

（１）IHEATとIHEAT事務局について

新型コロナウイルスの感染拡大とともに保健所の業務負荷が増大しているという課題に対し、厚生労働省は2020年、「保健所に係る「新型コロナウイルス感染症に関する今後の取組」について」（令和２年９月25日（健健発0925第１号・健感発0925第１号・総財調第25号））により、都道府県単位で潜在保健師等を登録する人材バンクを創設することを示し、その上で、同年11月、感染が拡大し都道府県内における応援職員の派遣だけでは対応が困難な場合に、当該人材バンクの活用を可能とする旨を示した。これは、関係学会・団体等を通じて募集した外部の専門職が、保健所等で積極的疫学調査を中心とした業務を支援するもので、感染症分野では新しい仕組みであり、2021年３月には、「新型コロナウイルス感染症等に係る対応人材（IHEAT：Infectious disease Health Emergency Assistance Team）の運用要領（令和３年度）」[1)]により、人材バンクの名簿に登録された者が「IHEAT」と定義された。

また、同年５月の運用要領改正において、一般財団法人日本公衆衛生協会にIHEAT事務局を設置することが明記され、IHEAT事務局では、IHEAT名簿管理システム（現在のIHEAT運用支援システム）「IHEAT.JP」や都道府県等が実施するe-learning研修のシステムの管理・運用等を行うこととなり、同年６月からこれらのシステムの運用を開始した。運用開始は第４波後半からであり、自治体の導入はそれ以降であったため、第５波までの実際の活用は１県のみであったが、第６波以降からは複数の都道府県等で活用され始め、オミクロン株の流行が猛威を振るう中、他部署応援や本庁応援、会計年度任用職員、派遣人材に加えてIHEATも本格的に活用されることとなった。

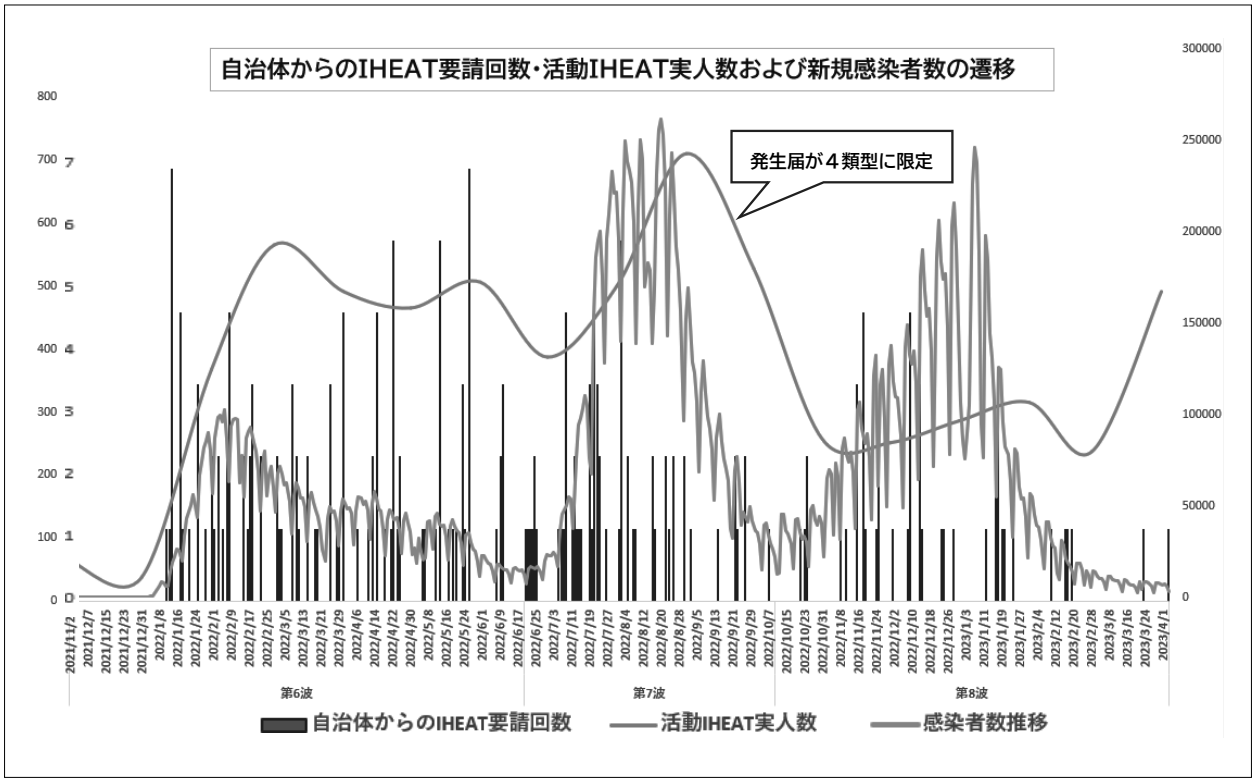
（２）IHEAT要員の活用が本格化した第６波以降の時期的背景について

第５波以前は「深刻な重症化」との対峙であったが、第６波以降は「数との戦い」であった。デルタ株の流行下では、若者でも自宅療養中に症状が増悪して入院対象となったり、中等症で入院しても人工呼吸器等を使うまでに症状が増悪して入院自体が長期化したりと、深刻な重症化とそれに伴う病床の逼迫が大きな問題となった。その第５波がなんとか収束し、海外からの旅行客や帰国者が多く来日するようになった年始に、第６波として流行したのがオミクロン株である。当初、オミクロン株は感染力が強く、今まで以上の対応が求められ、陽性者だけでなく濃厚接触者への対応も困難を極めた。特に海外からの入国者に関しては検疫法と感染症法に基づき、入国後のホテル隔離指示やその期間の健康観察、自宅に戻った帰国者の検査・問い合わせ対応など、保健所内で非常に膨大な業務が発生していた。もちろん保健所管内で発生した新規陽性者への対応やクラスター対応などは並行して行われており、疫学調査の項目を省略したり、対応の優先順位をつけたりしながらも、際限なく増え続ける業務を目の前に、まさに「数との戦い」であった。

（3）第６波から第８波におけるIHEATの活用状況について

IHEAT.JP上で把握ができる限りではあるが、第６波から第８波までの期間、都道府県等より合計122件のIHEAT派遣要請が登録され、毎月平均379人（実人数）のIHEATが活動していた。要請回数および活動実人数の遷移については下記のグラフに示す通りである。感染者数の推移に合わせて活動人員も増減しているが、2022年９月26日に発生届の対象者が限定された以降は、活動人員も減少傾向となった。

IHEAT事務局では日本公衆衛生協会ホームページで、厚生労働省から発出される膨大で多岐にわたる保健衛生関連の通知等をカテゴリー化して掲載するなど情報提供を行い、保健所長等の自治体関係者をはじめ現場に入るIHEATを支援した。



（厚生労働省オープンデータ「新規陽性者数の推移（日別）」[2] およびIHEAT.JPよりIHEAT事務局にて作成）

（4）IHEATの法定化と今後について

令和４年12月の地域保健法の改正によりIHEATが法定化され、感染症のまん延時等の健康危機発生時における臨時的な人員確保の方策として恒久的な制度に位置付けられた。また、地域保健対策の推進に関する基本的な指針において、地域保健法第21条第１項に規定する者を「IHEAT要員」と定義するとともに、都道府県等が、IHEAT要員の確保や研修、IHEAT要員との連絡体制の整備やIHEAT要員およびその所属機関との連携の強化等を通じて、IHEAT要員による支援体制を確保することが明記された。都道府県等が策定する予防計画や、各保健所が策定する健康危機対処計画の中でも、IHEAT要員の確保や研修等による質の向上などが言及されており、今後いっそう平時からの取り組みが進められていくと考えられる。

IHEAT事務局としては、IHEAT.JPのシステム管理・運用、IHEAT要員向けのe-learning研修教材提供等を行っているが、特に2023年度においては、新型コロナウイルス感染症が５類感染症に移行したことを受け、新型コロナウイルス感染症だけでなく幅広い感染症に対応できるよう、IHEAT要員向けのe-learning教材改訂を行った。都道府県等でIHEAT要員に対して行う研修に役立てていただけるよう今後も教材内容について検討を続けていきたい。さらに2023年度より、都道府県等において感染症まん延等の健康危機発生時に組織マネジメントを担う職員を対象として「感染症・IHEAT管理者マネジメント研修」を実施している。研修内では健康危機発生時のプロジェクトマネジメントや、IHEAT要員をはじめとする外部人材の活用などを扱う。

新型コロナウイルス感染症と同様の健康危機発生時を想定し、平時からの備えが強調されるようになっている。IHEAT事務局として引き続き各自治体におけるIHEAT活用を支援してまいりたい。

■参考文献

１）令和３年度における新型コロナウイルス感染症等に係る対応人材（ＩＨＥＡＴ：Infectious disease Health Emergency Assistance Team）の運用について　健健発0531第２号、令和３年５月31日　厚生労働省健康局課長通知
２）厚生労働省オープンデータ　新規陽性者数の推移（日別）
https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/open-data.html　（2024年５月22日閲覧）

入院調整、健康観察等

9　オミクロン株の感染拡大（2021.11 月下旬～2022.5 月下旬）

アウトライン

全体像に基づき、各都道府県において保健・医療提供体制について具体的な計画が策定され、その結果が取りまとめられた。

この計画により、自宅療養者等への対応については、オンライン診療・往診、訪問看護の実施等により、全国約 3.4 万医療機関等と連携した健康観察・診療体制を構築することになった。

また、オミクロン株の発生を踏まえ、各都道府県における保健医療提供体制の点検・強化が進められた。

（各都道府県における保健・医療提供体制確保計画の策定）

全体像に基づき、各都道府県において 2021 年 11 月までに方針に沿った具体的な体制の計画を策定し、12 月 7 日、厚生労働省は、都道府県の計画を取りまとめ、公表した。

これにより、自宅療養者等への対応については、オンライン診療・往診、訪問看護の実施等により、全体像から約１千の増加となる全国でのべ約 3.4 万[322]医療機関等と連携した健康観察・診療体制を構築することとした。

（オミクロン株の発生に伴う対応の強化）

12 月 22 日、オミクロン株（2021.11.26、WHO がオミクロン株について「懸念される変異株（VOC）」に指定）の日本国内での市中感染が確認されたことを受け、同日、厚生労働省は、都道府県等に対して、オミクロン株の発生を踏まえた保健医療提

[321] 11 月 12 日時点。医療機関数 11,600、訪問看護ステーション数 1,421、薬局数 19,420（計 32,441）

[322] 医療機関数 12,127、訪問看護ステーション数 1,436、薬局数 20,303（計 33,866）

供体制の点検・強化を依頼した[323]。

2022 年 1 月 12 日、厚生労働省は、全都道府県の点検結果を公表するとともに、点検結果も踏まえた更なる対応強化を依頼した。

具体的には、点検の結果、
・　パルスオキシメータを自宅療養開始当日ないし翌日に配布する体制の構築
・　全ての感染者に陽性判明当日ないし翌日に連絡をとり、速やかに、かつ継続して健康観察や診療を受けられる体制の構築
等、全都道府県において、自宅等の療養体制の整備が確認された。

また、健康観察・診療を実施する医療機関について、2021 年 11 月末時点の約 1.2 万から約 1.6 万への拡大を確認したほか、計画上は自宅療養者を見込んでいなかった 10 県全てにおいて、感染者の急激な増加を想定し、自宅療養者への健康観察・診療の体制が進められた。

点検結果も踏まえた更なる対応強化については、健康観察・診療を実施する医療機関の更なる確保、My HER-SYS や自動架電による健康観察の徹底、健康フォローアップセンターの設置及び医療機関との連携の確保等を依頼した[324]。

（自宅療養中の死亡事例）

1 月 14 日、厚生労働省は、2021 年夏の感染拡大において、患者が自宅で亡くなった事例やこうした事例に対する各都道府県の取組を取りまとめ、その結果を、自宅療養者が急増しても健康観察・診療が実施できる体制確保の取組の参考として、都道府県等に提供した[325]。

また、オミクロン株の感染拡大を受け、2022 年 1 月以降の事例や取組も取りまとめ、4 月 28 日、都道府県等に提供した[326]。

---

[323] オミクロン株の患者については、日本で初めて患者が確認された 11 月 30 日の時点で、入院及び個室管理を原則とすることとされた。12 月 22 日の日本国内での市中感染の確認後、新規陽性者が急増する中、翌年 1 月 5 日、自宅等の療養体制が整っている地方公共団体において、そ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、デルタ株等と同様、症状に応じて、宿泊療養・自宅療養とすることとして差し支えないこととされた。

[324] その後も、2022 年 3 月 2 日、オミクロン株の特性を踏まえた対策の徹底、同月 18 日、感染の再拡大に備えた対策の徹底を依頼し、健康観察・診療を実施する医療機関は、4 月 22 日時点で約 2.3 万となった。

[325] 2021 年 8 月 1 日から 9 月 30 日までの間に自宅で死亡された新型コロナウイルス感染症患者の人数は、202 名。同期間に警察が取り扱った新型コロナウイルス陽性死体（死後陽性と判明した者を含む）のうち、発見場所が自宅等であった人数は、314 名。

[326] 2022 年 1 月 1 日から 3 月 31 日までの間に自宅で死亡された新型コロナウイルス感染症患者

（自宅療養者数等の推移）

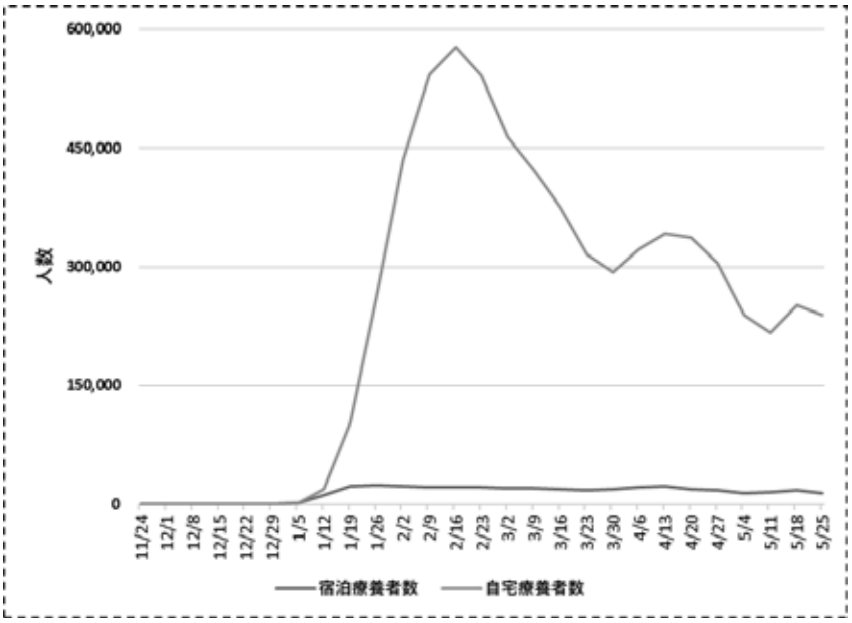


図 49　自宅療養者数等の推移 2021 年 11 月～2022 年 5 月

の人数は、555 名。同期間に警察が取り扱った新型コロナウイルス陽性死体（死後陽性と判明した者を含む）のうち、発見場所が自宅等であった人数は、879 名。

各論　第４章　保健所等の地域保健の体制　第４節　保健所体制

9　オミクロン株の感染拡大（2021.11 月下旬～2022.5 月下旬）

アウトライン

全体像に基づき、各都道府県において保健・医療提供体制について具体的計画を策定し、その結果が取りまとめられた。保健所体制の強化については、保健所の人員体制を感染拡大状況に応じて段階的に強化し、最大対応時は、平時の約３倍の体制（平均：23.5 人→73.3 人）が構築された。

また、オミクロン株の発生を踏まえ、各都道府県における保健医療提供体制の点検・強化が進められた。

[339] 11 月 12 日時点で医療機関数 11,600、訪問看護ステーション数 1,421、薬局数 19,420、12 月７日の各都道府県の保健・医療提供体制確保計画取りまとめ時には医療機関数 12,127、訪問看護ステーション数 1,436、薬局数 20,303 となった。さらに、医療機関数については、オミクロン株の発生に伴う点検の結果、2022 年 1 月 12 日時点で約 1.6 万へ拡大した。本章第３節脚注参照。

（各都道府県における保健・医療提供体制確保計画の策定）

全体像に基づき、各都道府県において 2021 年 11 月までに方針に沿った具体的な体制の構築が完了し、12 月 7 日、厚生労働省は、取りまとめた計画を公表した。これにより、保健所体制の強化については、保健所の人員体制を感染拡大状況に応じて段階的に強化し、最大対応時は、平時の約 3 倍の体制（平均：23.5 人→73.3 人）とすることとなった。

（オミクロン株の発生に伴う対応の徹底）

12 月 22 日、オミクロン株の日本国内での市中感染が確認されたことを受け、同日、厚生労働省は、都道府県等に対して、オミクロン株の発生を踏まえた保健医療提供体制の点検・強化を依頼した。

保健所体制の整備については、今後、新規陽性者数が 2021 年夏以上のスピードで急拡大した場合には、保健所業務がひっ迫し、全ての陽性者に電話等していた場合、必要な対応がとれなくなってしまうことも想定されることから、特に、自動架電、陽性者や医療機関の理解・協力を得て実施する My HER-SYS 等を活用した効率的な健康観察を行うことを徹底するよう求めた。

また、入院患者に対する医療費の公費負担について、患者等に負担能力がある場合、費用負担を求めることとされているところ、新型コロナウイルス感染症への対応においては、業務の効率化等の観点から、負担能力の把握に当たって「退院後の当該患者等の居所が不明であること等により連絡を取ることが困難な場合等は、所得証明書等添付書類の提出を省略して差し支えないこと」とされていた[340]。オミクロン株の感染急拡大に伴う保健所業務のひっ迫に対応するため、2022 年 2 月 9 日、厚生労働省は、当該取扱いについて、保健所業務のひっ迫により添付書類の徴収が困難な場合もこれに該当することを周知した。さらに保健所業務のひっ迫への対策として、重症化リスクの高い陽性者の健康観察を重点的に行うことが可能であることを周知した。

2021 年 11 月下旬以前までの、My HER-SYS 利用者は最大 21,739 人／日、自動架電利用者は 16,474 人／日にとどまっていたが、2021 年 11 月下旬以降のオミクロン株の感染拡大期においては、My HER-SYS 利用者は最大 181,997 人／日、自動架電利用者数は最大 28,892 人／日となった。また、IHEAT の活用実績としては、12 月から 2022 年 4 月までに、24 の都道府県で延べ 2,092 人の派遣が行われた。

（地域保健対策における感染症対応の位置付け）

新型コロナウイルス感染症への対応では、保健所が健康観察など重要な役割を担っているところ、感染拡大地域では必ずしも十分な体制が確保できず、大きな業務負荷

[340] 2021 年 5 月 26 日付け厚生労働省事務連絡

が生じるなどの事態が生じ、外部人材の活用を含む人員確保や、緊急事態に即時に対応できる全庁的な体制整備の重要性が再認識された。

このため、２月１日、厚生労働省は、保健所の機能強化や人材育成のための体制構築等の内容を地域保健対策推進の基軸とすべき事項として示すため、地域保健対策の推進に関する基本的な指針（平成６年厚生労働大臣告示第 374 号）を改正した。

（今後の感染拡大に備えた保健所の人員体制とメンタルヘルス対応）

今後の感染拡大に備え、４月４日、厚生労働省は、都道府県等に対して、保健所職員でなければ対応が困難な業務以外の業務については、外部委託や都道府県等における一元化を原則とするよう周知した。

具体的には、外部委託が可能な業務として、発生届の入力、電話相談、健康観察、各種証明書交付、パルスオキシメータ等の配布・回収、食料や生活物資等を、都道府県等における一元化が可能な業務として、入院調整、宿泊療養施設の入所調整、健康観察、電話相談、各種証明書交付、パルスオキシメータ等の配布・回収、食料や生活物資等の配布を示した。

また、新型コロナウイルス感染症への対応が長期化する中で、保健所職員の過重労働やメンタルヘルスに関する様々な課題が明らかになってきた。具体的には、新型コロナウイルス感染症は、新たな感染症であり住民が見えない恐怖や不安を持っていること、いくつもの感染拡大の波の到来があること、収束の見通しが見えないこと、職員自身の行動制限があること等、様々な特徴的な背景があり、保健所職員には、うつ状態やもえつき症候群、管理職のバーンアウト等の出現等、心身面への影響が生じている状況となっていた。

このため、同日、厚生労働省は、都道府県等に対して、過重労働やメンタルヘルス対策の参考となるよう、組織的な業務改善やストレスケアの仕組み作りなどに取り組んでいる地方公共団体の取組事例等を周知した。

（保健所業務のひっ迫の状況）

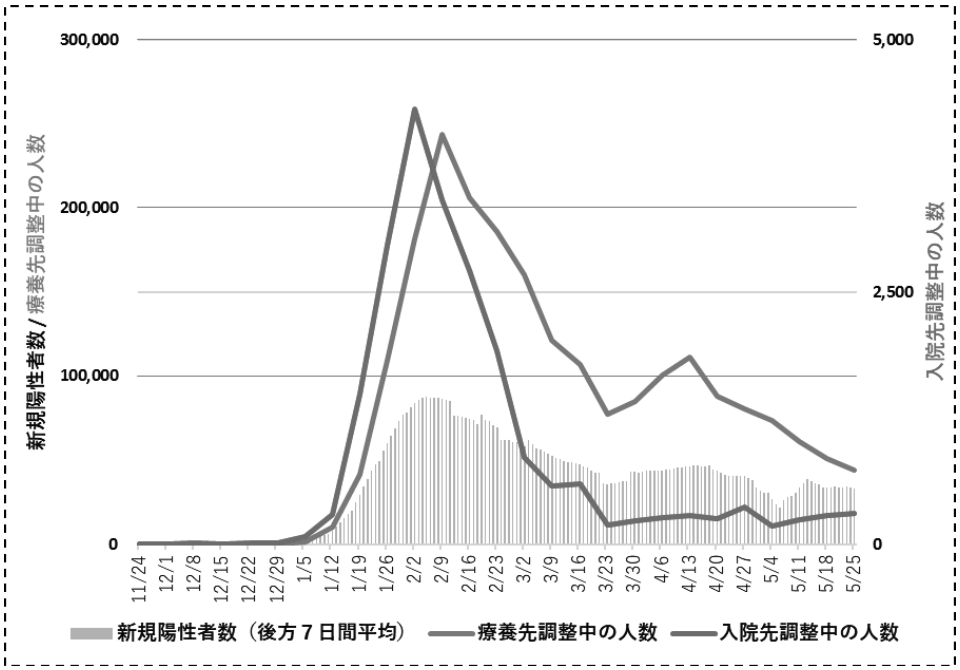


図 54　療養先調整中の人数等の推移 2021 年 11 月～2022 年 5 月

３．保健所等の地域保健の体制

10　オミクロン株 BA.5 による感染拡大（2022.６月～2022.９月上旬）

アウトライン

2022 年７月より新規感染者数が増大したことにより、医療機関・保健所の負担軽減のため、重症化リスクが低いと考えられる有症状者等に対して、発熱外来等において抗原定性検査キットを配布するなど、医療機関の受診を待たずに健康観察を開始する体制を構築した。また、発生届について重症化リスクのある者以外について、一定の条件の下、項目の簡素化を行うこととしたほか、濃厚接触者の特定等のハイリスク施設への集中、濃厚接触者の待機期間の短縮等を行った。

その後、更なる保健所の負担軽減のため、緊急避難措置として一部の都道府県で発生届の重点化が進められることとなった。また、抗原定性検査キットについては、８月には、症状の軽い者がキットを入手しやすくなるよう、検査キットの OTC 化が行われた。

８月中旬以降は新規陽性者数が減少する中で、With コロナに向けた新たな段階への移行のために発生届の重点化、療養期間の短縮の方針が決定された。

（発熱外来自己検査体制の整備、発生届の記載項目の簡素化等）

７月以降、感染は急速に拡大し、１日の新規陽性者数は７月 20 日に 15 万人を超えるようになった。新規陽性者の大幅な増加に伴う医療のひっ迫に対応するため、発熱外来自己検査体制を整備することとし、重症化リスクが低いと考えられる有症状者等に対して発熱外来において抗原定性検査キットを配布[57]し、検査キットで陽性となった場合には健康フォローアップセンター等に連絡し、医療機関の受診を待つことなく健康観察を受ける体制の構築を推進することとした（2022.7.21）。

また、医療機関・保健所の負担軽減のため、患者の発生届出について、一定の要件のもとで、65 歳以上の者及び重症化リスクのある者以外の者の発生届出の記載項目を簡素化するとともに、健康観察の簡略化・迅速化を行うこととしたほか、濃厚接触者の特定・行動制限を高齢者・障害児者施設や医療機関といったハイリスク施設に集中化すること、濃厚接触者の待機期間を７日間から５日間（２日目・３日目の検査で最短３日）に短縮すること、保健所等における宿泊・自宅療養証明書の申請受付の一時停止を可能にすること等の対応を行った（2022.7.22）。

[57] 発熱外来に加え、薬局や公共施設等での配布、都道府県等が設置するキット配布センターからの郵送なども行われた。

３．保健所等の地域保健の体制

（緊急避難措置としての発生届の重点化）

その後も、医療機関や保健所の更なる負担軽減のため、患者の発生届出の記載項目の更なる削減や効果的かつ負担の少ない感染対策の好事例の横展開等を進める[58]とともに、救急搬送困難事案の件数の増加や全国的に病床使用率が上昇していることに鑑み、宿泊療養施設や休止病床の活用等の周知（2022.8.4、8.5、8.19）に取り組んだが、自治体からは、発生届に係る事務負担が増加し、適切な医療の提供等が難しくなっており、現行の全数届出を早急に見直すべきとの声[59]があがっていた。こうした声を受け、発熱外来や保健所業務が極めて切迫した地域においては、緊急避難措置として、発生届を重症化リスクのある方に限定することを可能とした（2022.8.25）[60]。

（検査キットの OTC 化）

８月 17 日には、症状の軽い方々への対応のため抗原定性検査キットが入手しやすくなるよう、抗原検査キットについて OTC 化が行われ、同月 31 日にインターネット販売も開始された。

（With コロナに向けた新たな段階への移行）

８月２日に、専門家等の有志から「「感染拡大抑制の取組」と「柔軟かつ効率的な保健医療体制への移行」についての提言」が発表された。この中では、ステップ１・ステップ２の２段階で、通常医療へ移行し、全数把握から定点把握による新しい仕組みを検討・導入すること、濃厚接触者の特定を不要にすることなどが提言された。

８月中旬以降、全国的に感染者数は減少傾向となっていった中で、感染症法上の措置について、高齢者・重症化リスクのある者に対する適切な医療の提供を中心とする考え方に転換し、With コロナに向けた新たな段階に移行する方針（「With コロナに向けた政策の考え方」）を決定した[61]。

具体的には、患者の発生届出について、その対象を、（ａ）65 歳以上の者、（ｂ）入院を要する者、（ｃ）重症化リスクがあり、治療薬の投与又は酸素投与が必要と医師が判断する者、（ｄ）妊婦の４類型に限定することとし、９月 26 日より全国一律

---

58 「オミクロン株の特徴に合わせた医療機関や保健所の更なる負担軽減への対応」（2022 年８月４日第 96 回政府対策本部決定）

59 ・「新たな変異株の感染拡大防止に向けた緊急提言」（7 月 29 日全国知事会）
・「新型コロナウイルス感染症の急速な感染拡大とこれを受けた保健医療体制の確保について」（7 月 29 日指定都市市長会緊急コメント）
・「感染者の全数把握に代わる仕組みを求める緊急申し入れ」（8 月 2 日全国知事会）
・「現下の爆発的感染拡大に対応するための緊急声明」（８月 23 日全国知事会）

60 合計９県が実施（宮城県、山形県、茨城県、福井県、三重県、鳥取県、佐賀県、長崎県、鹿児島県）

61 第 98 回新型コロナウイルス感染症対策本部決定

で適用することとした。ただし、HER-SYS の追加機能による医療機関の患者数及び健康フォローアップセンターからの登録者数により新規陽性者の全数把握は継続すること、発生届の有無にかかわらず引き続き患者には外出自粛要請を行うこと、医療費等の公費支援のあり方については、この時点においては変更しないことなどとされた。

また、陽性者の自宅療養期間について、有症状者の場合、発症から 10 日間から７日間に短縮するとともに、症状軽快から 24 時間経過又は無症状の場合には、自主的な感染予防行動を徹底することを前提に、生活必需品の買い出しなど必要最小限の外出を許容することとし、無症状者については検査キットによる検査で５日間（検査を受けない場合は７日間）経過後に自宅療養を解除することした。

（次の局面に向けた課題）

○　2022 年秋以降の季節性インフルエンザとの同時流行に備えた体制整備

11　季節性インフルエンザとの同時流行に備えた対策(2022.９月中旬～2022.11 月下旬)

アウトライン

2022 年秋以降、季節性インフルエンザとの同時流行が懸念されたため、厚生労働省において「新型コロナ・インフル同時流行対策タスクフォース」を発足させ、重症化リスク等に応じた外来診療・療養の流れへの協力の呼びかけ等を迅速かつ効果的に行うことができるよう取り組んだ。

11 月には、既に OTC 化されていた新型コロナの抗原定性検査キットに加え、新型コロナとインフルエンザの同時検査キットも OTC 化された。

９月の全数届出の見直しにより、新型コロナウイルス接触確認アプリ（COCOA）の効果が限定的となることが見込まれたため、11 月には機能を停止した。

（季節性インフルエンザとの同時流行に備えた医療体制の整備）

2020 年・2021 年は冬に季節性インフルエンザが流行することはなかったが、2022 年夏に南半球において季節性インフルエンザが流行したことから、同年冬は季節性インフルエンザと新型コロナウイルス感染症との同時流行が懸念された。９月から同時流行への対応の検討を開始し、10 月上旬の厚生労働省アドバイザリーボード及び 10 月 13 日の第 19 回新型コロナ対策分科会において、同時流行時の対策の在り方について議論が行われた。

具体的には、

・新型コロナウイルス感染症については 2022 年夏を上回る感染拡大が生じる可能性があり、季節性インフルエンザとの同時流行により、多数の発熱患者が生じる場合を想定（新型コロナの患者が 1 日 45 万人、インフルの患者が 1 日 30 万人規模で同時に流行し、ピーク時には 1 日 75 万人の患者が生じる場合を想定）し、準備を進める

・重症化リスク等を踏まえた外来受診・療養の流れとして、

- 高齢者、基礎疾患を有する方、妊婦、小学生以下の子どもの患者は、速やかに地域の発熱外来やかかりつけ医を予約・受診する
- 上記以外の患者には、まずは新型コロナの検査キットで自己検査を行う。ただし、症状が重いと感じる場合などは、速やかに電話診療・オンライン診療の活用や、発熱外来やかかりつけ医等を受診する

・併せて、新型コロナとインフルの同時検査キットの確保や、重症化予防に資する新型コロナの治療薬の円滑な供給に取り組むとともに、同時流行に備えて、電話診療・オンライン診療の体制を大幅に強化する

・また、地域でインフルの流行が見られる場合において、施設内・家庭内感染の可能性や特徴的な症状（急激な発熱、筋肉痛）などがある場合は、自己検査の結果が陰性であれば、インフル罹患の蓋然性が高いと考えられる。その場合、インフルの検査をせず、電話診療・オンライン診療でも医師の臨床診断により抗インフルエンザ薬等を処方することを可能とする

こととした。

こうした対策に関する国民各位への情報提供と重症化リスク等に応じた外来診療・療養の流れへの協力の呼びかけを迅速かつ効果的に実施できるよう、厚生労働大臣のもとに「新型コロナ・インフル同時流行対策タスクフォース」を 10 月 13 日に立ち上げ、関係する団体・学会、経済団体、国・地方の行政機関等と連携しながら取り組んでいくこととした（10 月 13 日の第 1 回タスクフォースは、総理出席のもと、関係団体との意見交換を実施）。

タスクフォースは計 4 回開催[62]し、11 月 18 日の第 3 回タスクフォースにおいては、全国的に感染者数が増加傾向にあり、病床使用率も上昇傾向であることを踏まえ、従来の呼びかけに加え、リーフレットを活用して、重症化リスクに応じた外来受診・療養を呼びかけていくこととした。

---

[62] 第 2 回は 10 月 18 日開催、厚生労働大臣と関係団体が国民への呼びかけについて、具体的なメッセージなどを議論、それぞれの立場からの積極的な情報発信を依頼した。
第 4 回は 12 月 23 日開催、厚生労働大臣と関係団体が年末年始を見据えた国民への呼びかけについて議論、年末年始に向けて、救急外来や救急車の利用に関するリーフレットも活用し、救急車利用マニュアルの確認等を呼びかけることを決定した。

３．保健所等の地域保健の体制

（新型コロナ・インフルの同時検査キットの OTC 化）

同時流行による医療ひっ迫の回避に資するよう、11 月 29 日には、新型コロナとインフルエンザの同時検査キットについても、OTC 化が行われた。

（新型コロナウイルス接触確認アプリ（COCOA）の機能停止）

新型コロナウイルス接触確認アプリ（COCOA）については、2022 年 9 月の全数届出の見直しにより、陽性登録が可能な者も限られることとなり、COCOA に期待される効果が限定的になることが見込まれたことから、同年 11 月 17 日から順次、最終アップデート版アプリ（3.0.0）を配信し、2023 年 3 月までに通知サーバーの運用を停止することをもってシステム全体の運用を停止することとなった。

（感染症法等の改正）

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生及びまん延に備えるため、保健所の体制機能や地域の関係者間の連携強化等を内容とする「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律案」を第 210 回臨時国会に提出し（2022.10.7）、12 月 2 日に成立、12 月 9 日に公布された。同改正法は、一部の規定を除き、2024 年４月１日までに施行することとされている。

（次の局面に向けた課題）

○　2022 年秋以降の季節性インフルエンザとの同時流行への対応

12　冬の感染拡大と感染症法上の位置づけ見直しに向けた対応（2022.12 月上旬～2023.５月上旬）

アウトライン

2023 年１月に、オミクロン株とは大きく病原性が異なる変異株が出現するなどの特段の事情が生じない限り、５月８日から５類感染症に位置づけることが政府対策本部で決定された。

新型コロナウイルス接触確認アプリ（COCOA）について、今後においてもデジタル技術を効果的に用いるため総括報告書が作成された。

発生届は終了することとなったが、変異株動向の監視のため、ゲノムサーベイランスは継続となった。

（感染症法上の位置づけの見直しに関する議論）

３．保健所等の地域保健の体制

感染状況としては、12 月以降、全国的に感染拡大が続き、12 月下旬には 1 日の新規陽性者数が 20 万人を超えるようになり、病床使用率も高い水準となり、救急搬送困難事案も全国的に増加していた。

厚生科学審議会感染症部会においては、12 月 23 日、2023 年 1 月 23 日に議論が行われた上で、 1 月 27 日朝の部会において、

・感染症法に基づく私権制限に見合った『国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれ』がある状態とは考えられないことから、新型インフルエンザ等感染症に該当しないものとし、 5 類感染症に位置づけるべき
・位置づけの変更は、国民生活や、各企業や医療機関の取組、地方行政に大きな影響を及ぼすこととなるため、今後 3 か月程度の準備期間を置いた上で行うべき
・今後は、季節性インフルエンザにおける診療体制を念頭に、医療体制等を構築していくことを目指すが、位置づけの変更後も、激変緩和のため段階的な移行を行うべき
・サーベイランスについては、定点サーベイランスへ移行しながら、変異株のゲノムサーベイランスを継続し、監視体制を維持すべき

等を内容とするとりまとめが行われた。

このとりまとめを踏まえ、同日の政府対策本部において、

・オミクロン株とは大きく病原性が異なる変異株が出現するなどの特段の事情が生じない限り、 5 月 8 日から 5 類感染症に位置づける
・これに伴い、これまで講じてきた各種の政策・措置について見直しを行う
・このうち、①患者等への対応と、②医療提供体制については 3 月上旬を目途に具体的な方針を示す
・サーベイランスについては、感染症法に基づく発生届は終了し、定点医療機関による感染動向把握に移行するが、変異株の動向を監視するため、ゲノムサーベイランスを継続する

ことなどが決定された[63]。

その後、 3 月 10 日の政府対策本部において、検査の自己負担について、抗原定性検査キットが普及したことや他の疾病等との公平性を踏まえ、自己負担分の公費支援が感染症法上の位置づけの変更により終了すること、医療機関や高齢者施設、障害者施設において、陽性者が発生した場合の周囲の者への検査や従事者への集中的検査を地方自治体が実施する場合には、引き続き、行政検査として取り扱うこと等が決定された。

（新型コロナウイルス接触確認アプリ（COCOA）の取組の検証）

63 「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更等に関する対応方針について」（2023 年 1 月 27 日第 101 回政府対策本部決定）

３．保健所等の地域保健の体制

○　全世界的にパンデミックへの対応にデジタル技術を用いるという新たな取組の１つであったことから、今後のパンデミック対応でデジタル技術を効果的に用いるにあたり、取組として足りなかったこと、今後に活かすべきことを総括するため、総括報告書[64]を公表した。本報告書では、COCOA について、専門家等へのヒアリングやユーザーへのアンケート調査などを通じて、その効果や課題について検証をしており、COCOA の取組を将来に活かすために、感染症対応に新たなデジタル技術の運用を検討する際に留意すべき事項（必要な機能として目指すべきことやその具体の仕様に関する関係者間の合意や感染症対策上の位置付け、PDCA サイクルを意識した設計）や平時から準備をしておくべき事項（方針変更等への速やかな対応が可能な開発・運用体制の構築や有事を見据えた平時からのデジタルツールの活用、有事にデジタルツールを開発・運用しうるケイパビリティの確保）がまとめられている（2023.2.17）。

[64] 「新型コロナウイルス接触確認アプリ（COCOA）の取組に関する総括報告書」（接触確認アプリ COCOA の運営に関する連携チーム（2023 年 3 月 31 日改訂））

第6章

検査体制

1 第６波～第８波の地方衛生研究所における役割と民間検査所・医療機関との連携

〈貞升 健志　東京都健康安全研究センター微生物部長〉

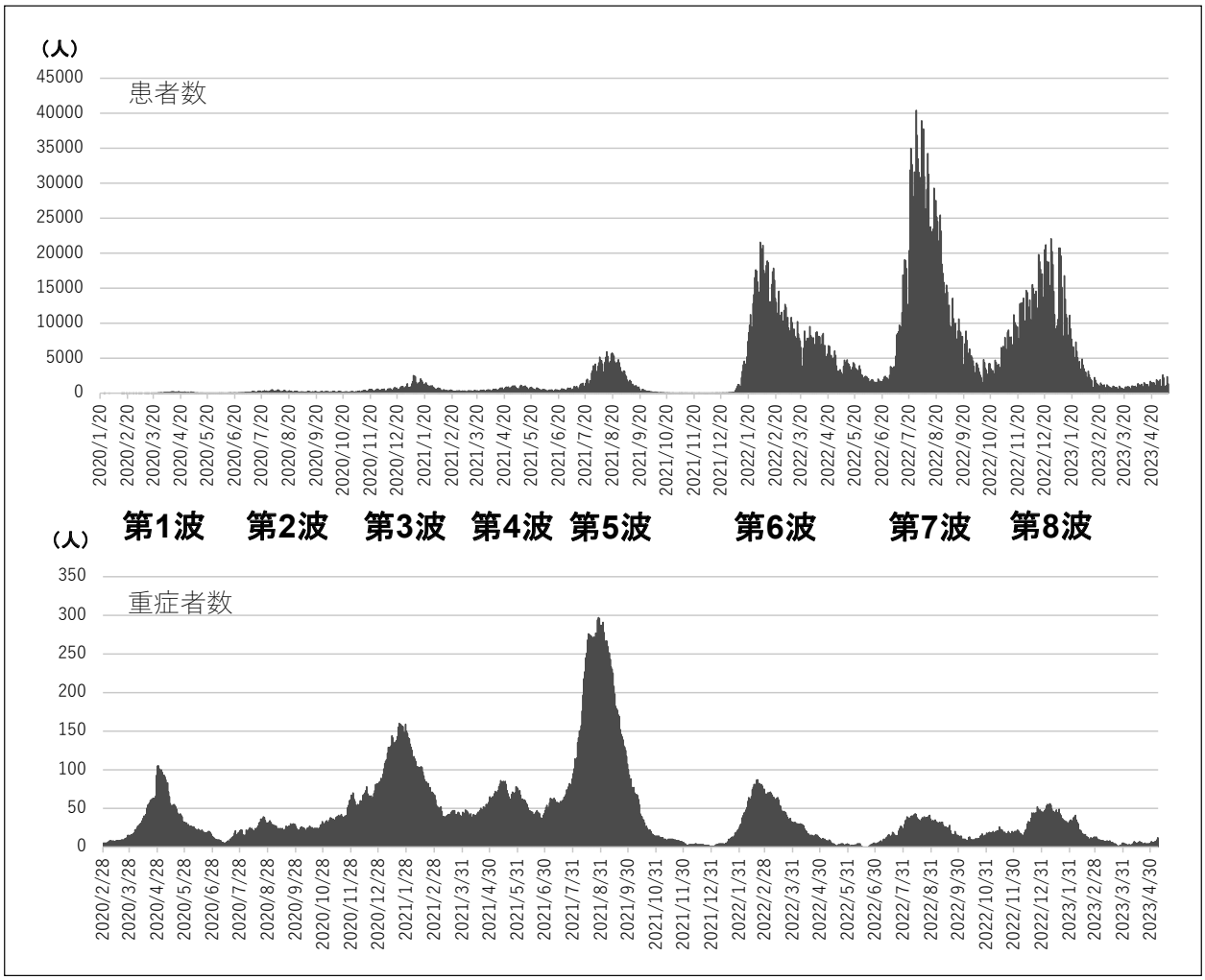
（1）はじめに

第６波以降、新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）は、デルタ株からオミクロン株へと変化した。保健所等から東京都健康安全研究センター（以下、「当センター」という）への新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）検査検体の搬入は徐々に減少し、当センターでの検査は診断のための検査よりも、変異株検査（確定検査含む）や調査研究面での役割が大きくなっていった。この期間の概要と地方衛生研究所（以下、「地衛研」という）の役割、そして民間検査所等との関係性について以下に記述したい。

（2）東京都におけるCOVID-19の患者数と重症者数

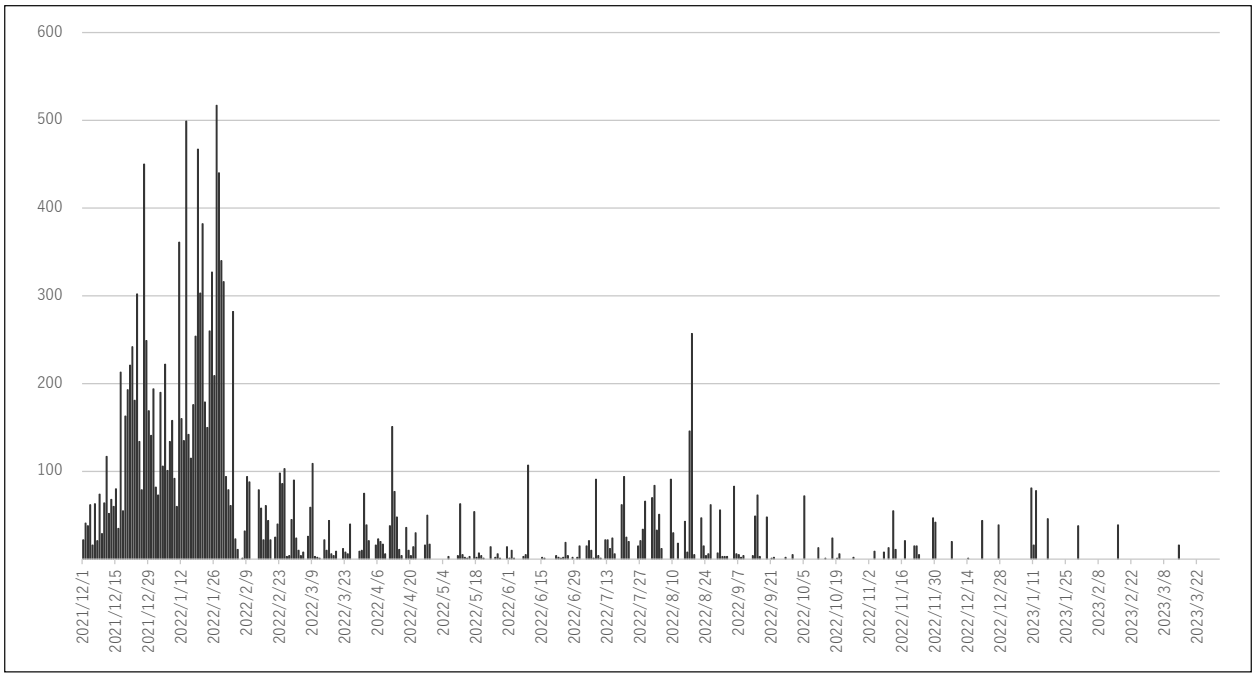
東京都におけるCOVID-19の患者数[1)]と重症者数[2)]の推移を**図表１**に示す。患者数は第６波以降

図表１　東京都におけるCOVID-19（患者数と重症者数）（2020~2023年）



に急上昇しているのに対し、重症者数は減少が見られている。東京都健康安全研究センターでは、2020年１月から積極的疫学調査により、SARS-CoV-2検査対応を開始してきたが、2022年１月を境に検査件数の著しい減少が見られた**（図表２）**。理由としては、オミクロン株により感染者数が著しく多くなり、積極的疫学調査により感染者の動向を追うことが難しくなったことが大きいと思われる。一方で、第６波以降のオミクロン株のサーベイランス調査（変異株調査等）は当センターの検査の主軸となっていった。

図表２　東京都健康安全研究センターにおけるSARS-CoV-2検査数の推移（2021年12月～2023年４月）



（３）当センターにおける変異株調査と連携

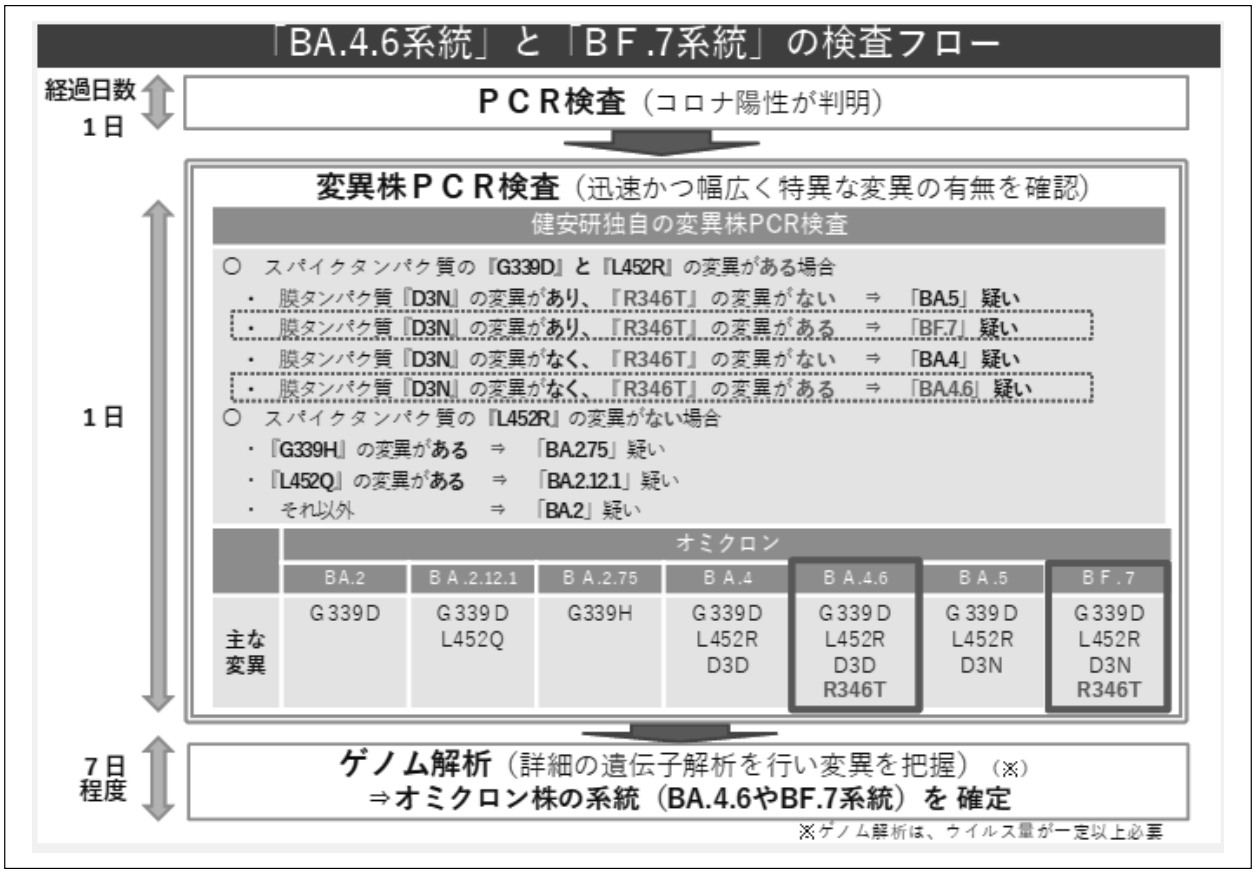
①第６波以降の変異株の推移とモニタリング調査

変異株スクリーニング検査は、リアルタイムPCRを用い、変異株を迅速に判定する手法である[3)]。アルファ株およびデルタ株については、国からの公式な方法が提示され、全国の地衛研で実施されていたが、オミクロン株以降は提示されていない（BA.1については国立感染症研究所から地衛研のみに提示）。当センターでは、変異株を特異的に検出する変異株スクリーニング検査の開発とモニタリング調査を当初より実施しており[3)]、オミクロン株（BA.1以降）も継続して開発を行った。変異株スクリーニング検査は、Allelic Discrimination modeによるリアルタイムPCR法により変異株に特徴的なアミノ酸変異を検出する手法であり、開発の詳細と調査結果は、新たな変異株・亜型が出現する都度、東京都の変異株のホームページ上で逐次公開された**（図表３）**[4)]。変異株スクリーニング検査による都内SARS-CoV-2変異株の推移は**図表４**に示す通りである。BA.1、BA２、BA.5までは定期的な置き換わりがあったが、以降は、さまざまな株が入り混じっている。

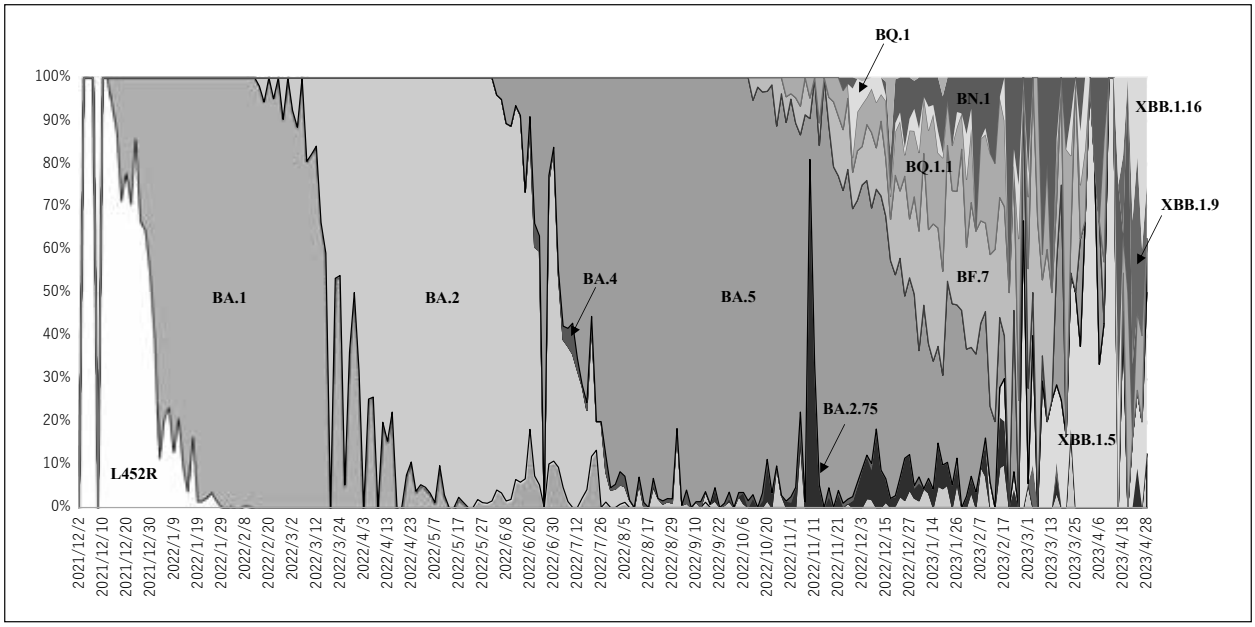
②次世代シーケンサー解析における民間検査所との連携

次世代シーケンサー（NGS）によるSARS-CoV-2解析は、世界的にスタンダードな手法である。

図表３　東京都ホームページにおけるSARS-CoV-2変異株PCR検査の概要例（BA.4.6とBF.7検査関連情報）



図表４　東京都におけるSARS-CoV-2変異株の推移(変異株スクリーニング検査)（2021年12月～2023年4月）



変異株スクリーニング検査と比べて、詳細な解析・型別が可能であるが、１回当たりの検査数は少なく、コスト高である。

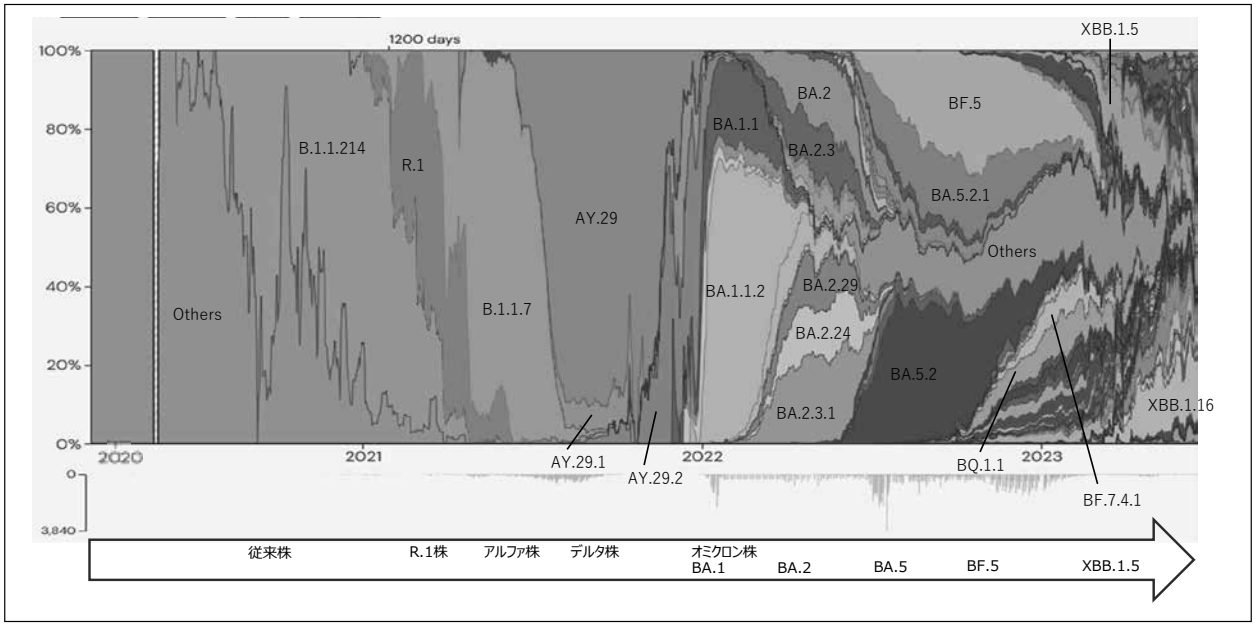
東京都では2022年２月より、NGSによる変異株検査を民間検査所にも委託し、それらのデー

タを解析・集約し、変異株のモニタリングをすることとなった[5]。当センターでは、民間からのNGSデータを解析し、国立感染症研究所のシステムCOG-JPに登録するとともに、GISAID（Global Initiative on Sharing Avian Influenza Data）[6] に登録を行っている。

第６波ではデルタ株からオミクロン株へと置き換わった[3]。患者個々のオミクロン株の確定診断として、NGSをスタンダードで実施していたが、オミクロン株の感染者数の増加がすさまじく、数の多さにより確定診断が次第に追い付かなくなっていった。そのため、確定診断にオミクロン株の変異株スクリーニング検査およびスパイク蛋白のコンベンショナルPCRを追加実施することで、代用を行った記憶が残っている。

オミクロン株は、2021年末にBA.1から始まり**（図表５）**、BA.2、BA.5、XBB（1.5、1.16、1.9）と変化している。NGS解析では、変異株スクリーニング検査と比較し、BA.1、BA.2とBA.5それぞれに詳細な変異株の亜型が多く見られる。

図表５　東京都におけるSARS-CoV-2変異株の推移（2020年～2023年4月）（Outbreak.infoで作成した図）



③変異株スクリーニング検査における民間検査所との連携

東京都の変異株のホームページ上で変異株スクリーニング検査法が公開された後**（図表３）**、その情報を見た他自治体の変異株検査を実施している民間検査所から検査法の詳細を知りたいとの問い合わせが何度もあった。そのため、まず、検査法の詳細を東京都微生物検査情報[7] や東京都健康安全研究センター年報にまとめ[3]、それを引用してもらう方向で対応を行ってきた。また、国ではオミクロン株の変異株検査においては、デルタ株を検出するがオミクロン株を検出しないL452Rを採用し[8]、陰性の結果を集積していた。そのため、陰性確認のためではあったが、SARS-CoV-2オミクロン株・亜型のRNAを希望する民間検査所にも分与した。

④大学（研究機関）等との連携

新たな変異株が出現した際には、Vero系細胞（VeroE6/TMPRSS2細胞等）を使用してSARS-

CoV-2を分離した[9]。分離株については、東京都健康安全研究センター年報に掲載するとともに、東京iCDC（東京感染症対策センター、Tokyo Center for Infectious Diseases Prevention and Control）のゲノム解析チームに所属する大学、研究機関等に分与した。分与株については、さまざまな研究で利用されている[10]、[11]。

⑤東京都健康安全研究センターホームページの充実

SARS-CoV-2は多くの変異株・亜型が出現し、それぞれの名称はGISAID等で決定され、極めて多岐にわたる。そのため、当センターのホームページ内に世界の変異株という枠を設け、東京都のみならず世界における情報等もホームページ上にまとめ、掲載した[12]。東京都（行政）からのリンクのみならず、ワクチン企業からもリンクされることとなった。

⑥東京iCDCとの連携

東京都は2020年10月１日に感染症対策の新たな拠点として東京iCDCを立ち上げた。東京iCDCは、感染症に関わるさまざまな領域において、調査・分析、情報収集・発信などを行う専門家（医師や研究者など感染症対策の専門家）とのネットワークを構築し、科学的根拠や最新の知見に基づき都への提言や、都民に対する分かりやすい情報発信を行っている[13]。当センターに関わる部門としては、微生物解析チーム、検査・診断チーム、疫学・公衆衛生チーム等の各チームがあり、当センターからも最新の関連情報をそれぞれのチーム会議に提出した。本会議は、当初は週１回のペースで実施され、変異株を取り巻く状況についての情報共有がなされた。2024年１月には、専門家が一堂に会し、「東京iCDCフォーラム －1200日の闘いを次につなげる－」を開催している[14]。

（4）東京都としてのSARS-CoV-2検査に係る精度管理

東京都内にはSARS-CoV-２検査を実施する多くの民間検査所および医療機関が存在する。SARS-CoV-2検査精度の担保として、精度管理の実施は重要な施策である。

登録衛生検査所の精度管理事業の一環としては、2020年～2023年に精度管理調査を実施した[15]。2020年には、東京都内登録衛生検査所12施設、臨時の衛生検査所４施設および病院検査室37施設がオープン調査として参加した。2021年には、衛生検査所27施設（都内22施設、都外５施設）、臨時の衛生検査所14施設、2022年には、衛生検査所43施設（都内38施設、都外５施設）、臨時の衛生検査所11施設が参加し、８施設に対してはブラインド調査を実施した。2023年には、衛生検査所39施設、臨時の衛生検査所９施設がオープン調査に参加し、11施設に対し、ブラインド調査を実施した。

また、2023年には、行政検査を担う医療機関569施設を対象とし、文書調査（検査に関するアンケート調査）ならびに技能調査を実施した。技能調査については、２種類の陽性試料と１種類の陰性試料を配付した。それぞれの結果の詳細は報告書に示す通りであるが[16]、このような取り組みは、都内で実施されているSARS-CoV-2検査の検査精度を保つ上で重要となる。

加えて、登録衛生検査所の定例監視は２年に１回、行政部署が検査所に出向き、監視指導を行っているが、当センター職員も専門委員としても適宜同行している。定例監視では、実験室、検査に係る書類、出勤状況、教育訓練および精度管理等の観点から指導を行った。

（５）COVID-19の経験から予防計画・健康危機対処計画へ

2022年12月に改正された地域保健法が2023年４月に施行され、保健所設置自治体に対し、調査研究、試験検査等の地衛研の機能を確保するための責務が規定された。また、保健所設置自治体により策定される予防計画の実効性を担保するため、保健所および地衛研には健康危機対処計画の策定が求められおり、それを踏まえて平時からの体制整備、強化に取り組む必要がある。予防計画とは感染症法の第10条に基づき、幅広い感染症を対象とした都道府県の施策の方向性を定めるものであり、それらを具体的に地衛研や保健所に落とし込んだものが健康危機対処計画である。

地方衛生研究所における健康危機対処計画（感染症）策定ガイドラインでは[17]、①平時における準備　②発生段階に応じた取り組み、体制　③感染防御策、業務継続計画の作成　④感染症危機発生後の対応―からなっている。具体的には、有事を想定した地衛研の所内体制づくり、関係機関との連携・協議、国立試験研究機関や民間検査機関等との連携、人材の確保・育成、検査実施体制の確保、情報の収集と提供および調査研究の推進等が盛り込まれている。

当センターでは、健康危機対処計画のほか、個別の業務マニュアル（新感染症対応マニュアル、東京都健康安全研究センター中毒対応マニュアル、東京都健康安全研究センター放射性物質事故対応マニュアル）を作成している。

（６）おわりに

健康危機対処計画の策定とその実践により、再び危機的な状況が発生した場合でも、速やかに有事体制に移行できると考える。COVID-19を経験し、地衛研における業務内容もかなりの変化が訪れた。単なる遺伝子検査だけでなく、短時間で多くの検査を実施する体制、次世代シーケンサーによる解析体制も整え、さらに、次の未知のパンデミックに対しての準備も進められている。後は今回の経験を次世代・次々世代へと必ず伝えることである。

■参考文献

1）東京都：新型コロナウイルス感染症新規陽性者数. TOKYO OPEN DATA.
https://catalog.data.metro.tokyo.lg.jp/dataset/t000055d0000000397
2）東京都：新型コロナウイルス感染症重症患者数. TOKYO OPEN DATA.
https://catalog.data.metro.tokyo.lg.jp/dataset/t000055d0000000386
3）長島真美：東京都健康安全研究センターにおける新型コロナウイルス変異株の検査対応. 東京健安研セ年報. 73, 15-24, 2022
4）東京都：「ＢＡ.４.６系統」と「ＢＦ.７系統」に対応した変異株ＰＣＲ検査の開始
https://www.bousai.metro.tokyo.lg.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/022/277/104/20221013_09.pdf
5）根岸あかね、林 真輝、山崎貴子ら、：東京都における新型コロナウイルスの全ゲノム解析（2022年１月～５月）. 東京健安研セ年報、73, 115-121, 2022
6）GISAID（Global Initiative on Sharing Avian Influenza Data）
https://www.epicov.org/epi3/frontend#4fe6f4
7）長島真美：東京都における新型コロナウイルス・オミクロン派生型（BF.7、BA.4.6、BQ.1.1、XBB）に対応した変異株スクリーニング検査について. 東京都微生物検査情報. 43,（10）, 7-8, 2022
8）厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部、事務連絡、「B.1.1.529 系統（オミクロン株）が確定又は L452R 変異株PCR検査陰性が確認された患者に係る濃厚接触者等の取扱いについて」、2021年12月27日
9）浅倉弘幸、吉田 勲、藤原 卓士ら：東京都内で分離された新型コロナウイルス（オミクロン株）の次世代シーケンサーを用いた遺伝子解析（2022年９月～2023年３月）. 東京健安研セ年報, 74, 89-97, 2023

10）Tamura T, Ito J, Uriu K, et al.: Virological characteristics of the SARS-CoV-2 XBB variant derived from recombination of two Omicron subvariants., Nat Commun. 2023 May 16;14(1):2800. doi: 10.1038/s41467-023-38435-3.
11）Ito J, Suzuki R, Uriu K, et al: Convergent evolution of SARS-CoV-2 Omicron subvariants leading to the emergence of BQ.1.1 variant, Nature Communications | (2023) 14:2671, doi.org/10.1038/s41467-023-38188-z
12）世界の新型コロナウイルス変異株の発生状況、東京都健康安全研究センターホームページ：
https://www.tmiph.metro.tokyo.lg.jp/lb_virus/
13）東京iCDC、東京都
https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kansen/icdc/index.html
14）東京都：「東京iCDCフォーラム －1200日の闘いを次につなげる－」
https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kansen/icdc/icdcforum.html
15）東京都：東京都衛生検査所精度管理報告書（令和２年度）～（令和５年度）
16）東京都：発熱患者等の診療に対応する医療機関に対するPCR等検査の精度管理事業報告書
17）厚生労働省 健康局健康課 地域保健室：地方衛生研究所における健康危機対処計画（感染症）策定ガイドライン. 2023年６月27日改定.
https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001117655.pdf

2 オミクロン株流行期における地衛研の連携・エビデンスの構築・サーベイランス

〈三﨑 貴子　川崎市健康安全研究所所長／元企画調整担当部長〉

（1）はじめに

地方衛生研究所（以下、「地衛研」という）は業務の中心が検査であると思われることが多い。しかしながら、地衛研の業務には試験検査を含めて調査研究、研修指導、情報の収集・解析・発信といった４つの柱があり、さらに近年ではサーベイランスの強化や危機管理、リスクコミュニケーションなどもキーワードとして挙げられている。筆者が勤務する川崎市健康安全研究所は、人口155万人の政令指定都市である川崎市に設置された地衛研で、試験検査だけでなく、川崎市感染症情報センターでは新型コロナウイルス感染症を含めた感染症の発生動向の把握も行っている。オミクロン株の流行に際して印象に残った事例の紹介とともに、川崎市で実施している新型コロナウイルス感染症のリアルタイムサーベイランスについて触れてみたい。

（2）オミクロン株による市中感染初発事例への対応

わが国でオミクロン株の輸入例が初めて確認されたのは2021年11月30日で、12月中旬までに30名以上のオミクロン株感染者が空港検疫で確認されたが、国内での市中感染と考えられる事例はなかった。12月16日に、東京都は都内でオミクロン株の感染者１名を確認したと発表した[1)]。都内在住の女性で、米国から帰国後の空港検疫では陰性であったが、自宅待機中に発症し、PCR検査で陽性と判明してゲノム解析の結果オミクロン株の感染が確定した。問題になったのは、この感染者の濃厚接触者である海外渡航歴のない男性である。接触者検査で12月15日に新型コロナウイルスが陽性と判明し、オミクロン株である可能性が高いと考えられた。確定すれば国内初の市中感染事例となる。

さらに、男性は陽性判明前に出勤していたほか、感染力があると考えられる12月12日に家族と川崎市内の競技場で規模の大きなサッカーの試合を観戦していたことが判明した。男性の居住地や職場、サッカー競技場等がそれぞれ異なる自治体に所在することから、12月15日に急きょ、厚生労働省および国立感染症研究所、東京都や川崎市を含む関連自治体がWeb会議を実施し、情報を共有するとともに今後の対応を検討することになった。

男性がサッカー観戦のために訪れた等々力陸上競技場は、川崎市が所有する収容人数２万5,000人の陸上競技場である。聞き取り調査の結果から、男性とその家族はSA席メインベンチ左側メイン上層北側Bゲート216、217ブロックで観戦していたことが分かった[2)]。程なく、この男性のオミクロン株感染が確定し、当初は拡大を防ぐために競技場にいた者全員を対象に広く検査を実施して感染者を特定すべきではないかという議論もあった。しかし、競技場は屋外であり、日本サッカー協会の調査で、男性は観戦時にマスクを着用し、会話や発声はなかったことが判明した。そこで、検査対象者を不特定多数とするのではなく、サッカー観戦中に男性の周囲、特に216、217ブロックでの観戦者に絞って検査を実施することにした[3)]。

川崎市では大会主催者の日本サッカー協会から名簿を取り寄せ、同ブロックのチケット購入者の所在地を確認した。検査対象者は75名で、川崎市外在住の者については管轄の保健所に連絡し、調

査を依頼した。市内在住の者については、チケット購入時の代表者に保健所から電話連絡を行い、連絡が取れた者から順次PCR検査を実施した。また、対象者以外で当日競技場を利用した者については、市のホームページやTwitterなどを利用して、体調が優れない場合はできるだけ外出を避けて医療機関を受診するように呼び掛けた。

12月26日時点で、川崎市外在住の36名のうち１名は連絡が取れなかったが、35名は検査の陰性を確認できた。市内在住の39名については、35名が検査の陰性を確認できた。連絡が取れなかった４名は感染した男性からは離れた座席であった。この時点で観戦日からすでに14日が経過しており、川崎市および関連する自治体から、本事例と関連する感染者の発生報告はなかったことから、サッカー観戦を原因とする感染拡大の恐れはないことが確認できた[4)]。

当時は、未知のオミクロン株に対する多くの不安があり、接触の可能性の低い人に対しても片っ端から検査をするという風潮があったが、この調査の結果からは、屋外でのスポーツ観戦等では感染は比較的広がりにくいことが分かった。また、関係機関や自治体と連携して迅速に情報共有と方針の決定を行うことで、ブレのない対応をすることができたと考えている。

（3）山口県におけるオミクロン株の院内感染事例

山口県の米軍岩国基地内で新型コロナウイルス感染症の感染者が確認されたのは2021年12月21日で、24日には県内初のオミクロン株の患者が確認され、山口県は岩国基地従業員を対象とした集中PCR検査を開始した[5)~7)]。その後は周辺で一気にオミクロン株の流行が広がり、年明けからは県内の医療機関で多くの院内感染事例が見られるようになった。初めに大規模な院内クラスターが発生したのは、山口県県央部において高度総合医療を担う三次救急指定病院であった。504床を有する県立病院、山口県立総合医療センターである。2022年１月13日付で同医療センターのホームページに職員の新型コロナウイルス感染についてのお知らせが掲載された[8)]。

山口県には地衛研として山口県環境保健センターが設置されており、同センターの所長から、院内クラスターの対応に苦慮しているとの連絡があったのは１月16日のことであった。

同日に院内で新型コロナウイルス対策本部会議を開催予定で、衛生研究所間の連携ということで急きょ参加させていただくことになった。１月13日に職員の検査陽性が判明し、同日付でホームページに公表した直後のことであり、院内の主要メンバー全員と行政職員を含めた会議で情報を広く共有できたことは、その後の迅速な対応につながったと考える。この時点で11名（すべて入院患者、うち２名は退院後に確定）の発症者と51名（22名が入院患者、うち１名は退院後に確定）の無症状病原体保有者が確認されており、会議の目的は院内の感染対策の検討と、病院全体の方向性であった。検査を実施するたびに無症状の職員が判明することや、感染が複数の病棟に拡大していることから、会議の場では不安感が漂っていたと記憶している。

この時期はすでに市中で感染が広がっており、持ち込みの可能性等も考慮して、まずは感染者発生の時間的な流れを確認し、初発感染者の特定とそこからの感染の様子を可視化することを提案した。川崎市でのクラスター対応時に使用していたラインリストとガントチャートを使用して一覧を作成していただいたところ、全体像の把握とともに、疫学的関連が明確でない病棟での発生は持ち込みであると判断することができた。また、院内各所を写真で記録し、皆で客観的に確認することで、基本的な感染対策の見直しを行うことができた。院内ではすでに病棟での換気方法を改善され

ており、ここで感染対策が一気に進んだと思われる。外来での発生はなかったことから、救急外来など地域で止めるわけにはいかない機能は維持することができた。

作成されたガントチャートの記録を見ると、発症前の接触で感染する例は非常に少ないことが分かった。そこで、診断およびスクリーニングのために院内で実施したPCR検査延べ80件および抗原定量検査延べ106件の計186件について、発症病日（発症日を０とする）とCt値もしくは抗原量との関連をまとめて比較検討した[9)]。本調査においては、発症日あるいはそれ以降の検査の多くが陽性となったが、発症前はPCR検査もしくは抗原定量検査が陰性である場合が多く、他者に感染させるリスクは発症とともに一気に高くなることを示唆する結果となった。また、発症前に抗原定量値が高値であった例もあったが、新たな感染源とはならなかった。院内においてワクチン接種を含めた感染対策がある程度徹底され、有症者を効率的に検出できる仕組みが整っていれば、感染を防ぎ得るあるいはクラスターを最小限にとどめることができるのではないかと考えられた。本データを活用して院内での健康観察を見直し、発熱だけでなくオミクロン株感染に多いとされる咽頭痛も確認項目に加え、極軽度の症状であっても検査を実施することとし、対策に役立てることができた。また、これがエビデンスとなり、その後の川崎市内でのオミクロン株によるクラスター発生時にも利用することができた。山口県では、２月５日に県内の入院医療機関を対象に新型コロナウイルス感染症の医療機関クラスター対策研修会Webセミナーを開催し、クラスターの現状と対策を関係者で共有した。

本事例は、患者検知から終息までに入院患者56名および委託業者４名を含む計104名の感染が確認されたが、保健所を含めた全職員が一丸となって院内での疫学調査と感染対策を行い、調査で得られた結果を対策の根拠として使用することもできた印象的な事例であった。

（４）川崎市における新型コロナウイルス感染症リアルタイムサーベイランス

川崎市感染症情報センターでは、医療機関と行政とをつなぐ目的で、Web上に川崎市感染症情報発信システム（以下、「KIDSS」という）（https://kidss.city.kawasaki.jp/ja/home）を構築し、2014年４月１日より運用を継続している。KIDSSに登録した川崎市内の医療機関は、IDとパスワードを用いてセキュリティページの閲覧や掲示板等への書き込みも可能である。KIDSSの機能の一つであるリアルタイムサーベイランスでは、平時の運用として、市内の登録医療機関が入力したＡ型およびＢ型インフルエンザの日ごとの性別年齢階級別発生数を自動集計し公表していたが、新型コロナウイルス感染症が５類感染症として定点把握疾患に移行した2023年５月８日からは、新型コロナウイルス感染症についてもリアルタイムサーベイランスを実施することとした。症状や所見から新型コロナウイルス感染症が疑われ、検査により診断された者もしくは強い疫学的関連性により臨床診断された者について、市内の各登録医療機関が性別および年齢階級別の患者数をKIDSSの入力画面に入力すると、自動集計してリアルタイムに市内の新型コロナウイルス感染症の患者数の一覧表、グラフおよびマップがWeb上に公開される仕組みである。前述の定義に該当する患者がいなかった場合は「ゼロ報告」として登録し、比較のための母集団を可能な限り正確に特定できるようにしている。

本システムには、2024年３月10日までに計８万5,589人の新型コロナウイルス感染症患者が報告され、入力医療機関数の中央値は176医療機関（日曜日を除く）であった。市内のインフルエンザ

／新型コロナウイルス感染症の定点医療機関が61定点であることから、定点報告と比べておおむね３倍程度の医療機関からの報告となり、サーベイランスとしては精度の高いものになっている。８万5,589人中、男性は４万2,926人、女性は４万2,663人と性差はなく、男性は50歳代が6,722人、女性は20歳代が6,795人と最多であった。報告数の推移は定点当たり報告数とおおむね一致していたが、小児科標榜医療機関数の割合が40.5%と定点医療機関の73.8%に対し少ないため、成人の報告数が多い時期は乖離が大きかった。

リアルタイムサーベイランスは登録医療機関が任意に入力するシステムではあるが、年齢構成などのバランスが良く、入力と同時にリアルタイムに公開されることから、全数報告には劣るものの、新型コロナウイルス感染症の市内での流行状況を迅速かつ鋭敏に反映していると考えられる。さらに、インフルエンザについてもA型およびB型を区別して入力いただいていることから、インフルエンザの流行状況との比較も容易である。2023/2024シーズンのインフルエンザは、新型コロナウイルス感染症と同時期に流行は見られるものの、ピークが一致することはなかった。

地衛研におけるサーベイランスの強化という意味では、10年前から運用しているシステムが、今回の新型コロナウイルス感染症においても役に立ったといえる。

（5）おわりに

オミクロン株の流行時は、患者数の多さから疫学調査が困難になった。しかしながら、幾つかの事例を経験で、必要な調査は実施すべきであり次の危機に備えるためにはエビデンスを構築しておくことが重要であると痛感した。同時に、発生動向の正確な把握には精度の高いサーベイランスが不可欠である。いずれも、試験検査とともに欠くことのできない地衛研の業務であると改めて感じた。

■参考文献

1）東京都報道発表資料. オミクロン株の患者の発生について（第2729報）. 2021年12月16日
https://www.metro.tokyo.lg.jp/tosei/hodohappyo/press/2021/12/17/21.html

2）川崎市報道発表資料. 新型コロナウイルス感染症（変異株）の患者の発生等に関する対応について（2021年12月16日）
https://www.city.kawasaki.jp/350/cmsfiles/contents/0000136/136979/20211216o3.pdf

3）川崎市報道発表資料. 新型コロナウイルス感染症（変異株）の患者の発生等に関する対応について（第２報）（2021年12月17日）
https://www.city.kawasaki.jp/350/cmsfiles/contents/0000136/136979/20211217o2.pdf

4）川崎市報道発表資料. 新型コロナウイルス感染症（変異株）の患者の発生等に関する対応について（最終報）（2021年12月27日）
https://www.city.kawasaki.jp/350/cmsfiles/contents/0000136/136979/20211227heni3.pdf

5）山口県報道発表資料. 新型コロナウイルス感染症の感染者について（米軍岩国基地関連）. 2021年12月21日更新.
https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/press/104140.html

6）山口県報道発表資料. 新型コロナウイルス感染症（オミクロン株）患者の発生について. 2021年12月24日更新.
https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/press/104172.html

7）山口県報道発表資料. 岩国基地従業員を対象とした集中ＰＣＲ検査の実施について. 2021年12月24日更新.
https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/press/104168.html

8）山口県立総合医療センターお知らせ. 山口県立総合医療センター職員の新型コロナウイルス感染について（2022年１月13日）【第１報】
https://www.ymghp.jp/2022/01/13/新型コロナウイルス感染第１報/

9）SARS-CoV-２ B.1.1.529系統（オミクロン株）による院内クラスター対策と事例解析における発症日とCt値および抗原定量値との関連―山口県―（速報掲載日 2022年４月27日）（IASR Vol. 43 p1139-141: 2022年６月号）
https://www.niid.go.jp/niid/ja/2019-ncov/2488-idsc/iasr-news/11117-508p01.html

3 群馬県衛生環境研究所が医療機関に対して実施したPCR検査精度管理事業について

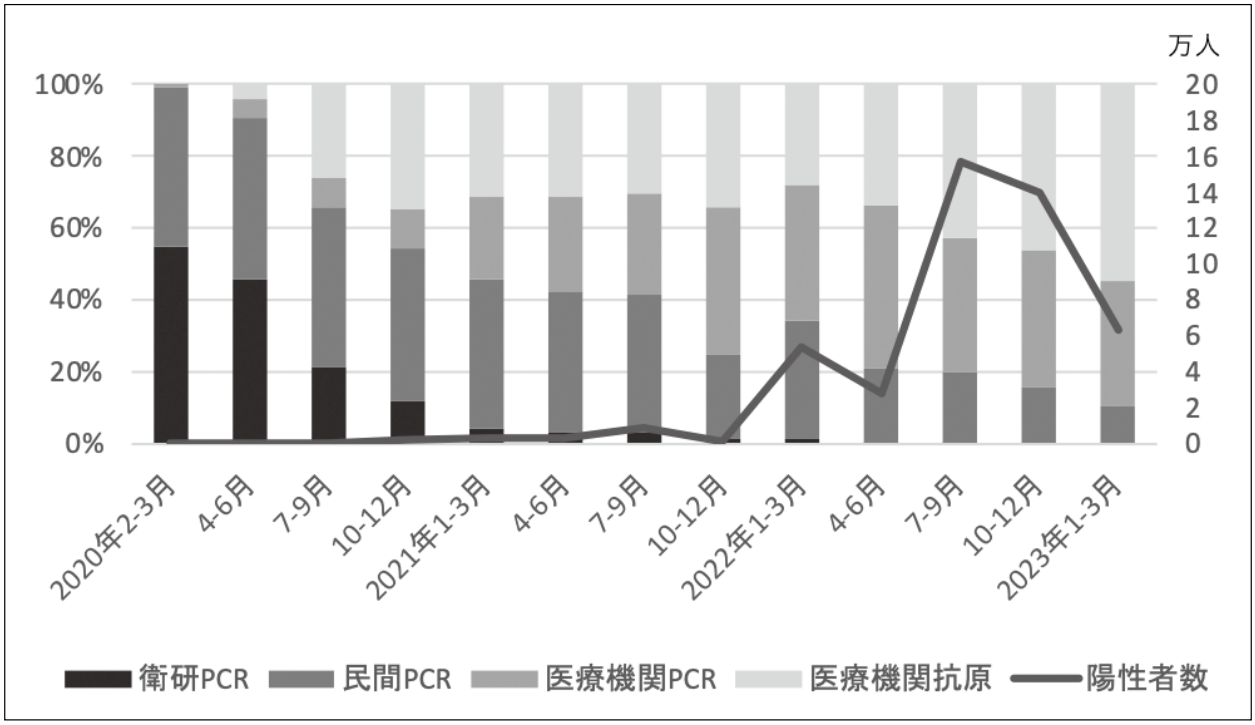
〈猿木 信裕　群馬県衛生環境研究所所長〉
〈塚越 博之　群馬県衛生環境研究所保健科学係長〉

（1）はじめに

新型コロナウイルス感染症発生初期段階では、地方衛生研究所（以下、「地衛研」という）が中心的な役割を担い、PCR検査を拡充させてきた。群馬県では2020年３月７日に新型コロナウイルス感染症の県内第１例の陽性者が確認され、４月には県内の高齢者施設で大規模クラスター（68名PCR陽性、16名死亡）が発生し、群馬県衛生環境研究所（以下、「当研究所」という）では県の依頼を受け、職員を施設に派遣し、ゾーニングの設定、検体採取等に協力した。採取した検体は当研究所でPCR検査を実施した。群馬県ではクラスター発生直前の４月５日に病院間調整センターを発足させ、前橋赤十字病院に業務委託し運用を開始していた。このクラスターは、群馬県新型コロナウイルス感染症対策協議会において検討がなされ、報告書が公開されている[1)]。

新型コロナウイルスがまん延した状態になると、公衆衛生目的で行われてきた行政検査は保険適用となり、さらに「新型コロナウイルス感染症に関する検査体制の拡充に向けた指針」に基づき民間検査会社や医療機関をはじめ多くの施設で遺伝子検査が行われるようになった**（図表１）**。

図表１　群馬県における新型コロナウイルス検査の割合と陽性者数



一方、民間検査機関における誤判定などに関する報道も散見されるようになり、検査の信頼性を確保することの重要性が高くなった。群馬県においても、民間検査会社の検査によりおよそ200人

分の検体を誤って陽性と判定する事案が発生した[2)]。この事案では、埼玉県にも対象者がいたことから多くの人に影響を与えることとなった。本事案においては、前橋市保健所と協力して検査会社を訪問し、検査を開始する際の検査員への教育体制、検体の受け入れ、検査手技、結果の判定や検査終了後の検体の処理方法等について詳細に確認し、コンタミネーションの原因究明と以降の対応について協議し検査の信頼性の確保に努めた。

群馬県では、「群馬県感染症検査機関等設備整備事業」により、多くの医療機関に検査機器が整備され、遺伝子検査が可能となった。2021年には、県内の検査の約60％が医療機関で行われることとなり、検査における医療機関の役割は大きくなっていった**（図表１）**。そこで、当研究所では、新型コロナウイルス感染症の検査を実施している医療機関を対象とした精度管理事業を３回行った。

（２）群馬県衛生環境研究所におけるPCR検査精度管理事業について

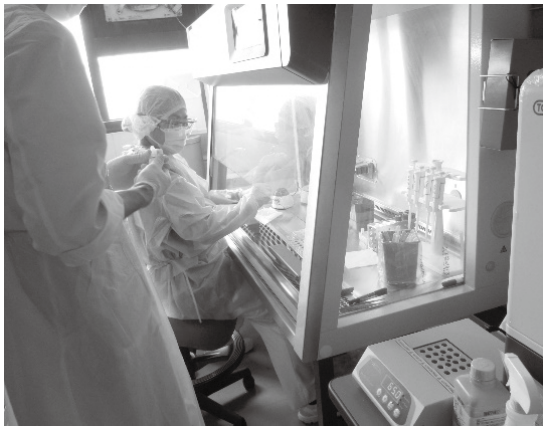
①１回目の精度管理事業（2021年３月）

市販のRNA（陽性および陰性検体を各１検体）をサンプルとして精度管理の実施可能と考えられる20施設を対象として行った。検査機器は、リアルタイム濁度測定装置Loopamp EXIA（栄研化学）、全自動遺伝子解析装置GENE CUBE（TOYOBO）、全自動遺伝子検査装置TRC Ready-80（東ソー）などを使用した。20施設すべてで正しい判定が得られたが、20施設中13施設が外部精度管理に参加できていない現状も明らかになった。また、一部の医療機関では標準作業手順書の整備ができておらず、結果に不安を抱えながら検査をしていることがアンケート結果から分かった。

②２回目の精度管理事業（2021年７月）

市販の不活化ウイルス検体（陽性および陰性検体を各１検体）を用いて県内で新型コロナウイルス感染症の検査を実施している22の医療機関を対象として行った。結果として、22施設中８施設で陽性検体を陰性と回答する結果となり、原因の究明が必要となった。そこで、誤判定の原因究明のため、各施設への聞き取りおよび訪問による検査の手技等の確認を行ったところ、誤判定は、試薬の感度、抽出工程などが影響していると考えられ、おのおのの施設で導入している機器や試薬の特性を理解した上で検査をしていくことが重要であることが分かった**（図表２）**。結果集計後、研修会を開催し、精度管理事業の結果の解説および遺伝子検査の基礎について説明を行った**（図表３）**。

図表２　実地による手技等の確認



図表３　精度管理事業後の研修会

研修会には、16施設が参加し、研修会の必要性や精度管理事業の継続を望む声が多かった。特に、遺伝子検査に関する知識が浅いことや技術的な研修を求める声もあり、ニーズに合った取り組みとなった。

2022年４月には県内の新型コロナウイルス検査のおよそ80％を医療機関が行っている状況となり**（図表１）**、検査の中心が医療機関にある現状となった。検査機器では、簡便かつ迅速に検査が可能であるID NOW™インスツルメント（以下、「ID NOW」という）（アボットダイアグノスティクス社）を導入した医療機関が多く、診療所から病院までさまざまな場面で使用されていた。ID NOWは、等温核酸増幅法の１つであるNEAR法を原理とした遺伝子検査システムであり、「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）病原体検査の指針」でもPCRと同等の信頼性を持っているとされていることが特徴の１つである。臨床診断において、正確な結果が還元されることは極めて重要であるが、医療機関の中にはID NOWの導入により新たに新型コロナウイルス感染症検査を開始した施設もあり、検査を取り巻く課題も多いと考えられた。

③３回目の精度管理事業（2022年７月）

2022年度にID NOWを導入した県内医療機関のうち、55施設を選定し、本事業に参加希望のあった27施設を対象とした。検体は、2022年７月25日に発送し、29日までに結果報告およびアンケートへの回答を求めた。

27施設に２検体（陽性および陰性検体を各１検体）を送付したところ、７施設から辞退の申し出があった。４施設からは、結果の報告がなかった。辞退の理由は、流行の第７波の影響による検査キットの不足であり、検査精度の管理よりも患者の検査を優先したいことが主な理由であった。継続的な検査の実施には、安定したキットの供給や複数の検査系の保持が必要であると考えられた。

精度管理における検査結果の正答率は94％（15/16施設）であり、陽性サンプルを陰性と報告した施設が１施設あった。さらに、検査は検体を受領した当日に行った施設がほとんど（15/16施設）であり、２日以内には検査を実施しており、検体到着後、すぐに検査しない場合でも適切に温度を保ち保管されていた。誤回答をした施設へは、実際に医療機関を訪問し、検体の採取（精度管理検体の取り扱い）、検体の懸濁液の調製方法、検体の保管状況、実際の装置の稼働状況を確認した。結果として、誤判定となった原因は検査手技による可能性が低く、はっきりとした原因は不明であったが、その他の要因が影響した可能性が示唆された。ID NOWは、簡便かつ迅速に高感度な検査が可能な方法であるが、検査精度の確保には、検査者に対する知識や技術のトレーニングが必要であることが示唆されている[3)]。医療機関においては臨床症状や繰り返しの検査なども考慮し対応していくことが重要と考えられる。

アンケート調査では、18施設から回答が得られた。施設を、病院（４施設）と診療所（14施設）に分けて集計したところ、診療所の１施設がID NOWの導入後、検査精度の確認をしていないことが明らかとなった。また、ID NOWで検査する資格者と標準作業手順書の整備状況を比較したところ、病院の75％（３/４施設）では臨床検査技師が主に検査を行っているのに対し、診療所の64％（９/14施設）では看護師が主に検査を行っている状況であった。標準作業手順書は、病院の75％（３/４施設）で整備されているのに対し、診療所では43％（６/14施設）にとどまり、標準的な検査の実施に問題がある可能性が示唆された**（図表４）**。診療所の中には、ID NOWの導入により初

めて遺伝子検査を取り入れた施設があることも原因と考えられる。以上のことから、医療機関ではさまざまな背景の下に検査を行っており、本事業のように医療機関が自らの検査精度を客観的に把握できる場を設けることや、遺伝子検査の経験が少ない施設に対するバックアップを行っていくことは、法定化後の地衛研の重要な役割の一つである。次のパンデミックに備えて、地衛研が医療機関との連携を強化することにより、迅速な検査の普及や精度の高い検査に寄与できると考えられた。

図表４　2022年度精度管理事業参加医療機関における検査の状況

医療機関	検査員の主な資格	標準作業手順書の整備
施設数	施設数（割合）	施設数（割合）
病院	臨床検査技師	3（75%）
4	3（75%）	
診療所	看護師	6（43%）
14	9（64%）	

（3）今後の精度管理事業における地衛研の役割

2009年に出現した新型インフルエンザA（H１N１）pdm2009の場合、全数検査の継続期間は３か月程度と短かったが、新型コロナウイルスでは３年以上の長期にわたる検査対応が求められる結果となった。検査では、初期の対応は地衛研が行い、検査数の拡大とともに民間検査会社および医療機関へと推移していった。検査法も、核酸増幅試薬は、病原体検出マニュアルを参考としたリアルタイムPCRを原理としたものだけでなく、LAMP法等の等温核酸増幅法等さまざまな種類が使用されることが想定される。実際、新型コロナウイルス検査においても、さまざまな方法が検証されたが、感度は試薬により異なり検査法に対する理解が必要不可欠であった[4)]。今後、新たな感染症が出現し、検査が長期化することが見込まれる場合、今回の新型コロナウイルスの経験を踏まえた検査対応が必要となる。発生初期は、地衛研が検査の主体となり、中期から後期にかけて技術や知識を移行させながら検査数を拡大することが必要となってくる。スムーズな検査体制の移行のためには、日頃からの交流が必要であり、法定化後の地衛研にとって、精度管理事業や研修会を通した平時からの関係機関との連携・関係づくりが重要である。

■参考文献

１）有料老人ホーム「藤和の苑」における新型コロナウイルス感染症集団発生に関する検証報告書
https://www.pref.gunma.jp/uploaded/attachment/7364.pdf
２）群馬PCR検査で200人を陽性と誤判定 民間の検査会社が実施（NHK NEWS WEB）
https://www3.nhk.or.jp/news/html/20210808/k10013188251000.html
３）岡田知己ら「迅速SARS-CoV-2増幅アッセイAbbott ID NOWの性能評価」『医学検査』、72（２）、243-247、2023
４）COVID-19診断用核酸増幅検査薬一斉試験の結果報告（公開版）
https://www.mhlw.go.jp/content/000746161.pdf

謝辞

精度管理事業にご協力いただきました医療機関の皆さまに深謝いたします。また、本精度管理事業の一部は厚生労働行政推進調査事業費補助金「地方衛生研究所における即応体制と相互支援等の確立に対する研究（研究代表者　調恒明）」（21LA2001）により行われました。

4　東京都の地方衛生研究所でのゲノム解析と情報発信について

〈長島 真美　東京都健康安全研究センター〉

（1）はじめに

私の所属する東京都健康安全研究センター（以下、「都健安研」という）は、東京都に位置する地方衛生研究所（以下、「地衛研」という）である。都健安研では公衆衛生上の健康危機管理の技術的拠点として、新型コロナウイルス感染症発生初期から検査対応やウイルス解析を行い、５類移行後の現在も病原体定点医療機関からの検体を中心に検査業務・調査研究に取り組んでいる。

新型コロナウイルス感染症発生当初、都健安研をはじめとする全国の地衛研は、新型コロナウイルスを確実に検出することに主眼を置き、感染者の増加に伴い、検査キャパシティーのさらなる向上が求められ、それに応えた。多くの新型コロナウイルス検査試薬が承認販売され、臨時の登録衛生検査所が認められるようになると、新型コロナウイルス検査の主体は次第に医療機関や検査センターに移っていった[1)]。

一方で、変異株の出現・流行が患者数の増加に直結するようになり、地衛研の業務でも全ゲノム解析が重要視されるようになっていった。SARS-CoV-2の全ゲノム配列の解析は、次世代シーケンサー（NGS）により行われる。多くの情報が得られるが、時間がかかる上、１件当たりのコストは高い。流行の早い段階で変異株の感染を確認し、感染拡大の防止策に役立てていくためには、迅速に変異株か否かを把握することが重要であるが、ゲノム解析ではスピードが追い付かなかった。そこで、都健安研では、B.1.1.7系統株（アルファ株）発生当初から、変異株の特徴を迅速に捉えるリアルタイムPCR法を用いたSARS-CoV-2変異株検出系の構築を行い[2)~7)]、種々の変異株の流行状況や変異株の置き換わり状況を報告してきた[8)]。

（2）変異株の置き換わりの推移

第６波以降の対応について見てみると、オミクロン株（B.1.1.529）亜系統の変異・流行が繰り返し続いており、さまざまな系統株が流行をつくっている。発生当初のオミクロン株BA.1は、スパイクタンパク質遺伝子領域（Ｓ領域）に30か所以上のアミノ酸変異を有しており、BA.1系統株（B.1.1.529.1）に特徴的な変異は、E484A変異とN501Y変異であった。都健安研では、2021年12月３日にN501Y検出法とE484A検出法をデルタ株の変異株スクリーニング検査（L452R）にいち早く加えた[4)]。12月中旬にBA.1は初めて検出され、2022年１月には主流株となったが、さらにBA.2系統株の出現・流行が危惧されたことから、BA.2と区別する目的でBA.1系統株だけに見られる挿入配列であるins 214EPEの検出法を構築し、１月末より変異株スクリーニング検査を開始した。BA.2系統株は２月上旬に初めて検出され、４月上旬には主流株となった。その後は、BA.2系統株の亜系統であるBA.2.12.1系統株（L452Q）、BA.1系統株とBA.2系統株の組み替え体の一つであるXE系統株（orf1a_S151R、orf1a_T842I）の検出系をそれぞれ構築し[5)]、流行株の迅速解析に備えた。

2022年１月にBA.4系統株が、２月にはBA.5系統株がいずれも南アフリカ共和国で検出され、拡大が懸念された。BA.4、BA.5が有する遺伝子変異はBA.2と共通し、デルタ株と同じL452R変異を有していた。BA.4とBA.5をさらに区別するため、Ｎ領域P151S変異検出法およびＭ領域D3N変異

検出法を構築し[5]、2022年５月下旬より変異株スクリーニング検査に加えた。

2022年６月にはBA.2.75系統株がインドから報告された。D339H変異を有していたことから、オミクロン株特有のG339D検出系[9]を改変、D339H変異検出系を構築し[5]、2022年７月中旬より変異株スクリーニング検査に加えた[5]。

BA.5系統株に置き換わった後、BA.5系統株のＳ領域に変異を起こした派生株が出現した。BA.5.3系統株の亜系統でありK444T、N460Kに変異を持つBQ.1系統株、BQ.1系統株にR346T変異が加わったBQ.1.1系統株、BA.5.2系統株のＳ領域にR346T変異を持つBF.7系統株である。BA.2系統株の派生株も次々と出現し、BA.2.3.2系統株にＳ領域にR346T、L452R、N460K等の変異を有するBS.1系統株が確認された。その後は、BA.2.75系統株の亜系統株で、Ｓ領域のL452R変異を持つCH.1.1系統株、R346T、N460Kg、F490S変異を持つBN.1系統株が検出された。さらに、BA.5.2.3系統とCJ.1系統（BA.2.75.3系統の亜系統）の組み換え体であるXBF系統株が発生し、いずれの系統株についても特徴的なアミノ酸変異をターゲットとしたリアルタイムPCR法のプライマーとプローブを随時作製し、変異株スクリーニング検査に追加した[6]、[7]。なお、BQ.1系統株やBS.1系統株に認められるN460Kは収斂進化の代表でもあるが、N460KのK（リジン）には塩基配列がaaaのものとaagの２種類があり、aaaはBA.5系統（BQ.1系統）、aagはBA.2系統（BS.1系統）で、それぞれを分ける系として利用した。

XBB系統株はBJ.1系統（BA.2.10系統の亜系統）とBM.1.1.1系統（BA.2.75.3系統の亜系統）の組み換え体である。XBB系統株は特徴的な変異として、Ｓ領域にQ183EとF490S変異を有していた。F490S検出系とこれまでにオミクロン株検出のために作製してきたプライマー／プローブセットを組み合わせることによりスクリーニング検査で区別することが可能であった[7]。その後、F486P変異を有するXBB系統株の亜系統であるXBB.1.5系統やXBB.1.5系統株と同じくF486P変異を有するXBB.1.9系統株が検出され始めた。XBB.1.9系統株はＳ領域以外に、ORF1a領域にT4175I変異を有していることから、ORF1a_T4175I検出系を構築し[7]、スクリーニング検査に追加することとした。

さらに、Ｓ領域にP521S変異を有するXBB.2.3が検出され始めた後、E180V変異を有するXBB.1.16系統が検出されるようになり、それぞれの検出系を作り、いずれの系統株にも対応した[7]。その後もXBB.1.9.2系統の子孫株でありF456L変異を新たに有したEG.5（XBB.1.9.2.5）系統株にも対応できるよう検出系を構築した。また、2022年初頭の流行株であったBA.2と比較して30か所を超えるアミノ酸変異を有したBA.2.86が出現し、Ｓ領域の483番目のアミノ酸であるバリンが欠損していることから、V483delの検出系を構築し、BA.2.86の検出系とした[7]。

（3）ゲノム解析の取り組みを振り返って

５類感染症に移行後も、オミクロン株の亜系統は次々と現れ、海外での発生状況の情報やゲノム解析の情報を参考に次の検出系を作るという作業を繰返し行っていた。こうやって振り返って見ると、変異株スクリーニング検査を東京都独自でやり続けてきたが、職員の情報の収集能力や検出系の構築力は大いに培われたと感じている。

新型コロナウイルス感染症の全ゲノム情報による全国発生動向の把握については、厚生労働省健康局結核感染症課長通知「新型コロナウイルス感染症の積極的疫学調査におけるゲノム解析及び変異株 PCR 検査について（要請）」において、都道府県ごとに、実施率を５％～10％程度または300

件～400件/週程度を目安に、自治体主体で実施すること、速やかに、国立感染症研究所のCOG-JPシステム、およびGISAIDにゲノム情報を登録することが示された[10]。

新型コロナウイルス感染症発生以降、地衛研では全ゲノム解析に取り組んでいるが、医療機関や無料検査所の開設など検査を担う施設が増え、地衛研での実施数だけでは通知が示す実施率にはまったく届かなかった。そこで、東京都では民間検査センターにも全ゲノム解析を依頼し、都健安研実施分を合わせ、都健安研が国立感染症研究所のCOG-JPシステムおよび国際ゲノムデータベースGISAIDへ登録していた。また、東京都では得られたゲノム情報を公表している[11]、[12]。なお、2024年４月以降は、ゲノム解析の実施件数の目安は140件/月程度に変更され、COG-JPシステムは新型コロナウイルス感染症を含む病原体ゲノム情報を集約する新たなシステムであるPathoGenSに移行された[13]。

全国の地衛研が新型コロナウイルスのゲノム解析を続けたことにより、格段にゲノム解析に対する技術的ハードルが下がったと感じている。危機管理の一環として、新型コロナウイルス以外のエムポックスウイルス等に対してもゲノム解析を試みるようになり、日常的に遺伝子配列の登録を積極的に行うようになった。

（4）おわりに

新型コロナウイルス発生当初から、検査やゲノム解析だけでなく、都健安研のホームページでの

図表１　世界の新型コロナ変異株流行状況（東京都健康安全研究センターホームページ）

東京都健康安全研究センター
Tokyo Metropolitan Institute of Public Health

センター紹介 | 組織一覧 | 申請窓口 | 交通案内 | 刊行物等 | 職員募集　サイト内検索　検索

Top - ウイルス研究科のページ - 世界の新型コロナウイルス変異株流行状況 （ データの更新：４月２４日 ）

世界の新型コロナウイルス変異株流行状況 （ データの更新：４月２４日 ）

新型コロナウイルスは瞬く間に世界に広がり、各地で独自の変異を繰り返した結果、世界中から様々な変異株が報告されています。現在新型コロナウイルスの遺伝子情報は主にGISAID Initiativeに登録され、そのデータは迅速に公開され誰でも自由に利用することが可能となっています。

この表は**2024年1月20日から2024年2月20日**の間における各国のゲノム登録数の多い順になっています。流行中の亜型について最も多いものから順にそれぞれ主系統、第2系統、第3系統として掲載しました。 各国の新型コロナウイルスの流行状況を比較する事はできませんが、各国で流行している変異株の動向の、より精度の高い情報提供を行いたいと思います。（covSPECTRUMのデータによる）

GISAIDに登録された各国からのゲノムデータ報告数と国別流行株（1月20日～2月20日）

国・地域	期間内ゲノム報告数	各国の流行株				
		主系統	第２系統	第３系統	第４系統	第５系統
世界	50448	JN.1**	JN.1.4**	JN.1.1**	JN.1.7**	JN.1.8.1**
アメリカ	20870	JN.1**	JN.1.4**	JN.1.7**	JN.1.1**	JN.1.8.1**
カナダ	5691	JN.1**	JN.1.4**	JN.1.22**	JN.1.1**	JN.２.5**
イギリス	4831	JN.1**	JN.1.4**	JN.1.7**	JN.1.1**	JN.1.18**
韓国	3043	JN.1**	JN.1.4**	JN.1.20**	JN.1.1**	JN.1.5**
日本	1929	JN.1**	BA.2.86.1	JN.1.4**	HK.3.2	JN.1.1**
中国	1310	JN.1**	JN.1.4**	JN.1.1**	HK.3.2	JN.1.5**
オーストラリア	1261	JN.1**	JN.1.4**	JN.1.1**	JN.1.5**	BA.2.86.1
フランス	1063	JN.1**	JN.1.1**	XDK #	JN.1.4**	JN.1.7**

都内の環境放射線測定結果
Monitored data on environmental radiation levels in Tokyo

東京都感染症情報センター
Tokyo Metropolitan Infectious Disease Surveillance Center

アーカイブセンター
刊行物 / 研究年報 /リーフレット・パンフレット
統計 / 画像・動画 / 各種資料の貸出 / 蔵書目録

リンク
- 都庁総合トップページ
- 東京都保健医療局
- 健康食品ナビ
- 食品衛生の窓
- 食品安全アーカイブズ
- 東京都食品安全FAQ
- 東京都の花粉情報
- 地方衛生研究所ネットワーク

ご利用にあたって

情報発信を積極的に行ってきた。最初は新型コロナウイルスに関する基礎的情報を収集し掲載することから始め、検査体制や変異株検査についての健安研ならではの詳細な解説や、分離培養したウイルスの電子顕微鏡写真なども掲載した。また、「世界の新型コロナウイルス変異株流行状況」として、世界の流行状況をまとめるとともに、注目されている変異株についての解説を加えて発信し続けた[14]**（図表１）**。

発生から４年が過ぎたがいまだ完全な収束には至っていないといえる。これからもさまざまな変異株が出現し続け、少なからずそれを追い掛けていくことになると思われる。当時新型インフルエンザとされたインフルエンザAH1N1pdmへの検査対応が新型コロナウイルス感染症の検査対応に生かすことができたように、今回も次のパンデミックへの大きな備えになることを信じてやまない。

■参考文献

1）貞升健志、吉村和久「COVID-19対策における地方衛生研究所の業務の実際」『公衆衛生』86、691-698、2022
2）長島真美「新型コロナウイルスの変異株（N501Y変異ウイルス）の検査について）」『東京都微生物検査情報』41、12、2-3、2020
3）長島真美、熊谷遼太、河上麻美代、他「リアルタイムPCR法を用いたSARS-CoV-2変異検出法の検討」『東京都健康安全研究センター研究年報』72、65-71、2021
4）長島真美「東京都における新型コロナウイルス変異株（オミクロン株）スクリーニング検査について」『東京都微生物検査情報』42、12、7-8、2021
5）長島真美「東京都健康安全研究センターにおける新型コロナウイルス変異株の検査対応」『東京都健康安全研究センター研究年報』73、15-24、2022
6）長島真美「東京都における新型コロナウイルス・オミクロン派生型（BF.7、BA.4.6、BQ.1.1、XBB）に対応した変異株スクリーニング検査について」『東京都微生物検査情報』43、10、7-8、2022
7）河上麻美代「東京都における新型コロナウイルス（オミクロン派生型）の変異株スクリーニング検査について」『東京都微生物検査情報』44、9、4-7、2023
8）東京都保健医療局「変異株について」
https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kansen/corona_portal/henikabu/screening.html（2024年5月31日現在、なお本URLは変更または抹消の可能性がある）
9）Takemae、N.、Doan、Y.H.、Momose、F.、et al.:「Development of new SNP genotyping assays to discriminate the Omicron variant of SARS-CoV-2」『Japanese Journal of Infectious Diseases』75、411-414、2022
10）厚生労働省健康局結核感染症課長「新型コロナウイルス感染症の積極的疫学調査におけるゲノム解析及び変異株 PCR 検査について（要請）」健感発 0205 第４号、令和３年２月５日
11）東京都保健医療局「これまでの新型コロナウイルス感染症モニタリング分析資料」
https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kansen/corona_portal/info/past_monitoring.html（2024年5月31日現在、なお本URLは変更または抹消の可能性がある）
12）東京都保健医療局「最新の新型コロナウイルス感染症の情報」
https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kansen/corona_portal/info/monitoring.html（2024年5月31日現在、なお本URLは変更または抹消の可能性がある）
13）厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課長「「新型コロナウイルス感染症の積極的疫学調査におけるゲノム解析及び変異株PCR検査について（要請）」の一部改正について」感感発0319 第２号、令和6年3月19日
14）東京都健康安全研究センター「世界の新型コロナウイルス変異株流行状況」
https://www.tmiph.metro.tokyo.lg.jp/lb_virus/worldmutation/（2024年5月31日現在、なお本URLは変更または抹消の可能性がある）

5　地方衛生研究所の役割：ゲノム解析の立ち上げと実施の経緯

〈河原 隆二　大阪健康安全基盤研究所〉
〈柿本 健作　大阪健康安全基盤研究所〉
〈朝野 和典　大阪健康安全基盤研究所理事長〉

（1）はじめに

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）流行の第６波に向けて、地方衛生研究所（以下、「地衛研」という）に求められた新たな役割が「ゲノム解析の実施」であった。それまでの流行においてはPCR検査を迅速・正確に実施することが第一の役割であったが、民間検査機関・医療機関・大学などで検査体制が構築・運用されるようになったことから、変異株による流行状況の迅速な予測と把握のためにゲノム解析を実施することが必要となった。

ゲノム解析を実施することで、当時次の第６波の流行株となると予測されていたオミクロン株などの新たな変異型の国内流入をいち早く検出すること、地域内の流行状況を把握すること、国立感染症研究所（以下、「感染研」という）を中心とした全国的なサーベイランスにデータを提供すること、疫学情報とゲノム情報をリンクしてクラスター対策に活用することなどが期待された。しかしそれまで地衛研で検査としてゲノム解析を行った実績はなく、当時次世代シーケンサー（NGS）を保有している地衛研の方が少数であった。

ここでは、地衛研の１つである大阪健康安全基盤研究所（以下、「大安研」という）でのゲノム解析チームの立ち上げとその成果を振り返ってみたい。

（2）地衛研の役割としてのゲノム解析

①大安研における体制構築と運用

図表１　MinIONによるシーケンス

大安研でも他の多くの地衛研と同様で、経験があるという研究員も研究の一環として感染研や大学との共同研究としてデータ取得と解析を〝やってもらった〟ことがあるという者がほとんどであった。ただ、その１～２年ほど前から「ゲノム解析を自前でやりたい」という声が現場から上がっており、外部資金や所内の研究費などを活用してMinION（Oxford Nanopore Technologies）**（図表１）**、iSeq（illumina）を導入し解析を試み始めていたが、試薬類が高価なこと、データ解析についての経験不足などから本格的な運用には程遠い状況であった。

したがって、大安研でSARS-CoV-２におけるゲノム解析を開始するに当たっては、NGSの配備こそ完了していたものの、ほぼ一から体制を構築する必要があった。まずはどういった体制を目指すべきか所内で検討し、ルーチンの検査として１～数年継続できる体制とすること、流行時のPCR検査に影響しないように組織横断的な人員配置としたゲノム解析チームを立ち上げることを基本方針とした。さらに、実際の手技習得については2021年春に開催された感染研病原体ゲノム解析研究

センター主催の講習会にオンラインで参加し、加えてすでに本格運用していた神戸市健康科学研究所から助言などのサポートを受けつつ、チームの体制について具体的なイメージを構想することができた。

人員の配置に関しては、所内で説明会を実施し参加希望者を募ったところ、ウイルス部門だけではなく、細菌部門や化学分析部門から必要十分な数の人員が確保でき、ゲノム解析チームとして始動した。本来業務への影響を懸念する声があったものの、全所的な取り組みとしてアナウンスされたこと、それを受けて各所属で調整してもらえたこと、何より志願した個人の「COVID-19パンデミックに対して何か貢献したい」との熱意が実現への大きな助けとなった。また、追加で必要な機器・物品や試薬等の準備については、管理部門に柔軟に対応してもらうことで想定よりスムーズに進めることができたが、コロナ禍における研究用物品、特に世界的なプラスチック製品とNGS用試薬の不足による納入遅延に足を引っ張られることとなり、その後もたびたび悩まされることになった。

こういった準備に並行して、トレーニングを兼ねた解析の試行、得られたデータの解析用サーバおよびバイオインフォマティクス環境の構築、サンプルおよびデータの管理システムの開発、ゲノムサーベイランスの体制構築を進めた。2021年７月に厚生労働省が実施した外部精度管理「新型コロナウイルスの次世代シーケンシング（NGS）による遺伝子の解読・解析」に参加し、良好な結果を得ることができたため、これ以降、大安研におけるゲノム解析を運用開始することとなった。

運用開始当時、デルタ株による第５波の流行のピークを越えたくらいの状況にあり、2021年８月の解析数は約200件、以降月ごとに160件、130件と減少し、11月には30件となった。12月に入ったころにはほとんど解析サンプルが集まらない状況になったが、この頃に少し余裕ができたことで、解析従事者の手技の習熟や分担の振り分け、各種トラブルシューティング、解析方法や管理システムの改良を進めることができたことが、この後の第６波対応に非常にプラスとなった。

いよいよ海外からオミクロン株が侵入するかという12月の半ばごろ、大阪府内の大学病院でオミクロン株が検出されたとの一報が入った。大阪府と感染研から、「念のため、データの確認をしてほしい」との依頼があり、配列データの確認を行った上で感染研とも共有した。オミクロン株で問題ないと思われるデータであったが、精度の点で少し不安なところがある、との指摘があり、大安研でも再試を行いデータの確定となった。これを皮切りに少しずつ検体数が増加し、当初はデルタ株がほとんどであったものの、日を追うごとに市中事例からオミクロン株が検出されるようになった。12月26日以降は連日検体が搬入されるようになり、年明け後しばらくまで不休で解析を続ける状況となり、オミクロン株の爆発的な感染力を実感することとなった。

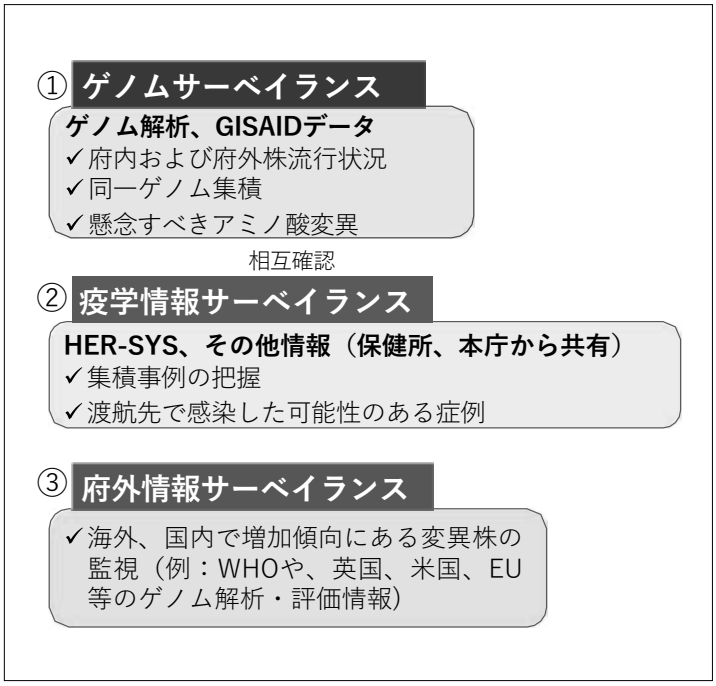
この第６波開始直後の2022年１月の解析数は約800件となり、その後の第６波や第７波（2022年８月～秋ごろ）の流行状況に伴って解析数は増減したが、結局この月が解析数の最高値となった。その後、全数把握の見直し、さらに感染症法上の５類疾患への移行により大安研での解析数が激減し、当初のチーム編成を最小限（数名）に縮小して現在に至っている。

②大安研におけるゲノムサーベイランスの取り組み

2021年中ごろ以降、大安研で実施したゲノム解析結果に加え、世界的なゲノムデータ共有システムであるGISAID（Global Initiative on Sharing Avian Influenza Data）に登録された大阪府内の

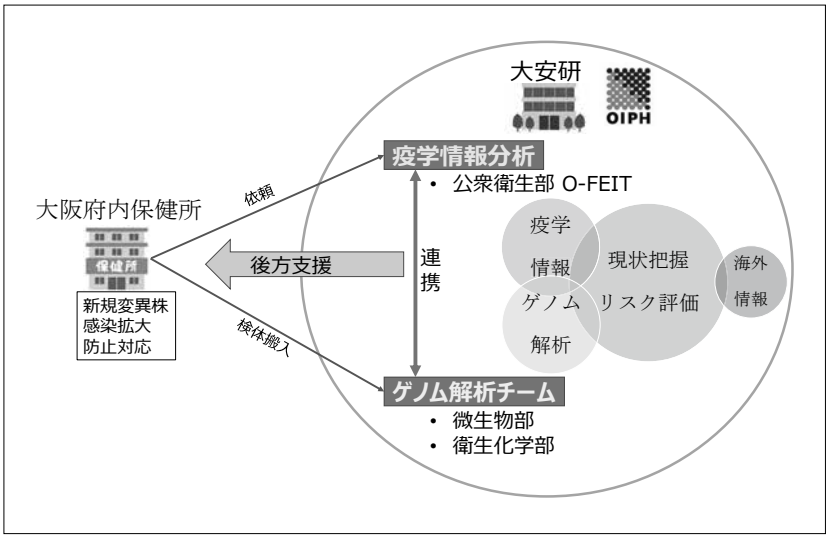
症例由来のゲノム情報を基に、所内のゲノム解析チームが系統樹、および解析ソフトPopARTを用いたハプロタイプ・ネットワーク図を作成、解析し、大阪府内外の変異株流行状況、同一ゲノムの集積状況、懸念すべきアミノ酸変異の有無を確認していた（ゲノムサーベイランス）。また、大安研に設置されている疫学調査チーム（O-FEIT）では新型コロナウイルス感染症流行当初から、保健所や大阪府から共有される情報、またはHER-SYS等を活用し、症例間の感染リンク、集積事例等を確認し（疫学情報サーベイランス）、発生状況をまとめ、大阪府内の保健所に向けて還元活動を実施していた（IASR Vol. 43 p284-285: 2022年12月号参照）。それらサーベイランスから収集される情報を突合解析し、ゲノム解析レポートとして適宜大阪府内の保健所に向けて還元してきた**（図表２）**。

図表２　大安研が実施したサーベイランス



特に新規変異株拡大初期には、必要に応じO-FEITは新規変異株集積が認められた保健所と、変異株症例間の感染リンクを確認するとともに、大安研ゲノム解析チームとも連携し、同一ゲノム配列によるクラスターが認められた株における疫学情報上の特徴の有無（地域、年齢、行動歴、施設集積関連株、アミノ酸変異箇所等）を確認、分析を行い、変異株発生状況を把握し、新規変異株の急速な拡大防止に向けた保健所の対応を後方支援する活動を実施した**（図表３）**。

図表３　新規変異株拡大期における大安研の対応例



③第６波初期の流行状況とゲノムサーベイランスで得られた結果

大阪府内では2021年12月に同時期に複数の自治体においてオミクロン株事例が発生している状況であった。O-FEITは国のクラスター対策班および、大阪府と連携しながら変異株事例が確認された保健所に対する支援活動をする中で、大阪府内でオミクロン株事例間の疫学的関連性が認められないものが多く含まれていることが判明していた。大阪府内で発生したオミクロン株各事例につい

てゲノム解析をした結果、大阪府内で検出された株はいずれも共通する塩基置換の特徴を有し、その時期、大阪府外ではその特徴を有する株は報告されていなかったことが明らかとなった。これらのことから、オミクロン株拡大初期に、大阪府内の複数自治体で検出されていたオミクロン株事例は疫学的関連が確認されていなかったものが多く含まれていたが、いずれの事例も同一の株由来によることを示唆される状況であり、大阪府内ではオミクロン株の感染伝播が12月下旬時点ですでに水面下で進行していることが想定された。この状況を受け、大阪府では、〝年末・年始の帰省時における無料検査における受検の推奨〟、および〝基本的な感染防止対策の徹底のお願い〟について知事から注意喚起されることとなった。

（3）おわりに

いずれの地衛研も人材がひっ迫しており、新たな業務の開始は常に困難を伴うものである。しかし、未曽有の健康危機事象に遭遇し、研究所が一体となり、全所的な意思統一をもって新型コロナウイルスのPCR検査に続いてゲノム解析を実施できたことは、所員の大きな財産となったと考えている。新型コロナウイルスの流行で経験し、培ったゲノム解析の技術は、今後の日常業務への応用のみならず、大安研では2025年日本国際博覧会（大阪・関西万博）の環境サーベイランスにも活用できる技術となり、新たな調査・研究領域の拡大につながっている。

また、一方で、新型コロナウイルス流行初期にPCR検査が十分に実施できなかったことから、日本のゲノム人材の払底も指摘されたところであり、地衛研でゲノム解析を進めることで、日本のゲノム人材の育成にもつながると考えている。

大安研は、大阪府と大阪市との地衛研統合に際して、機能強化を行ってきており、その一つが公衆衛生部門の新たな設置であった。公衆衛生部門にはFETPでの研修生など疫学解析の専門人材を配置し、先に述べたO-FEITとしてこのたびの新型コロナウイルス流行時には、クラスター対策や保健所の支援を行うことができた。今後ますます、公衆衛生情報の収集・解析・提供の強化を図っていきたい。

以上のように、新型コロナウイルス流行に対して大安研では、ゲノム解析と疫学情報をリンクし、保健所の対策の実施に結び付けることができたことから、今後ますます公衆衛生行政を科学的かつ技術的に支援する中核組織としての使命を果たしてゆく所存である。

最後に、大安研でのゲノム解析の実施に向けてご指導いただいた国立感染症研究所ゲノムセンター黒田誠センター長（現・熊本保健科学大学）、神戸市健康科学研究所感染症部野本竜平副部長をはじめとする関係者各位にこの場をお借りして感謝を申し上げる。

6 千葉県新型コロナウイルス感染症検査キット配付・陽性者登録センターの運営について

〈井上 崇　千葉県健康福祉部副参事（兼）医療整備課医師確保・地域医療推進室長／
元千葉県健康福祉部医療整備課地域医療構想推進室長〉

（１）センター設置の経緯

①事務連絡

厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部（以下、「推進本部」という）は、2022年１月24日に各都道府県衛生主管部（局）等宛てに「新型コロナウイルス感染症の感染急拡大時の外来診療の対応について」と題する事務連絡（以下、「事務連絡」という）を発出し、「地域の感染状況に応じて、診療・検査医療機関への受診に一定の時間を要する状況となっている等の場合」や「外来のひっ迫が想定される場合」に自治体の判断で実施することが可能な対応を具体的に示した。

図表１　事務連絡で示された主な対応

１　地域の感染状況に応じて、診療・検査医療機関への受診に一定の時間を要する状況となっている場合の対応

・発熱等の症状がある場合でも、重症化リスクが低いと考えられる方については、医療機関の受診前に、抗原定性検査キット(※)等で自ら検査していただいた上で受診することを呼びかけること。この場合には、医師の判断で、受診時に再度の検査を行うことなく、本人が提示する検査結果を用いて確定診断を行って差し支えない。

※抗原定性検査キットについては、有症状者が対象となりうることを踏まえ、下記を参考に自治体において対応をお願いする。

・自治体等から有症状者に抗原定性検査キットを事前に配布する
・医療機関で対象者に検査キットのみを配布する
・事業者等に委託して「抗原定性検査キットセンター」等を設置して、当該センターで検査キットを配布する
・自治体の庁舎等に検査キット配布窓口を設置して、検査キットを配布する

２　外来医療のひっ迫が想定される場合

・症状が軽く重症化リスクが低いと考えられる方について、自らが検査した結果を、行政が設置し医師を配置する健康フォローアップセンターに連絡し、医療機関の受診を待つことなく健康観察を受けること。

②千葉県新型コロナウイルス感染症検査キット配付・陽性者登録センターの設置

2022年１月19日、国が千葉県をまん延防止等重点措置区域に指定したことを受け、千葉県は、千葉県内全域を重点措置区域とした。１月22日には、新規感染者数（直近７日間平均）がいわゆる第５波における最大値（2021年８月21日：1,559.7人）を超える1,617.9人に達する等、感染力の強いオミクロン株によるこれまでにない急激な感染拡大が進行し、外来診療においても多数の患者への対応により負荷が高まり、予約が取りにくい状況も生じていた。

そこで、千葉県では、事務連絡の発出を受けただちに対応についての検討を開始した。検査キットの確保は難航したものの、千葉県内の３保健所設置市（千葉市、船橋市および柏市）等の関係機

関と所要の調整を行った上で、２月21日に「千葉県新型コロナウイルス感染症検査キット配付・陽性者登録センター」（以下、「センター」という）を設置した。

なお、千葉県と保健所設置市は協定を締結し、センターは千葉県が運営し、保健所設置市は市内在住者に対する検査キット配付の実績に応じた負担金を千葉県に納入することとされた。

（２）センターの目的および機能

センターは、一定数の検査キットを確保できた東京都内の民間事業者へ委託して設置した。

センター設置の目的および設置時の機能は以下の通りであるが、当時、検査キットの無償配布と陽性者登録までを一貫して実施する都道府県はなく、2022年３月には厚生労働省からの依頼を受け、同省が開催する都道府県向け説明会で千葉県から本事業を紹介した。

①センター設置により期待される効果

・発熱外来の予約が取りにくい状況にあっても、重症化リスクの低い方については、医療機関を受診することなく感染していることが確認でき、迅速に健康観察をはじめとする必要な支援等へつなげることが可能になる
・医療機関は、重症化リスクの高い方を中心に診療することが可能となり、患者の症状や重症化リスク等に応じて適切な医療の提供が確保されるようになる

②検査キットの配付（個人向け）

（ア）対象者

重症化リスクの低い*1無症状の濃厚接触者または軽度の有症状者

（イ）申込および発送

希望者は、インターネット上で申込を行う。キットの配付は１人１個とし、本人または世帯単位（最大５人まで）での申込が可能。

申込を受け付けたセンターは、メール便により申込者へ送付する。

（ウ）申込受付期間

2022年２月21日から2023年２月28日まで（途中、休止期間等あり）。

③検査キットの配付（医療機関経由）

（ア）概要

重症化リスクの低い無症状の濃厚接触者や軽症患者への検査キットの無償配付に協力いただける医療機関が、インターネット経由で千葉県に必要数（10キット単位、上限50キット）を申し込むと、千葉県がセンターへ配送先および数量を指示し、センターから医療機関へ配送される仕組み。

（イ）申込受付期間

2022年２月24日から同年６月12日まで。

④陽性者登録

（ア）対象者

自己検査の結果が陽性であった重症化リスクの低い*2方

※自己検査に用いる検査キットは、センターが配付した検査キットに限定しない。

（イ）申込方法

申込者は、インターネット上で申込を行う。その際、検査キットおよび本人確認書類（運転免許証等）の写真を添付する。

（ウ）診断および結果の伝達

センターでは、申込内容および添付された本人確認書類の写真を基に対象者としての要件を満たしていることを確認した上で、提携している医療機関（所在地：東京都内）の医師（または、当該医師の指示を受けた職員）が検査キットの写真を確認した上で、医師が診断をつける。必要があれば、医師は申込者に電話する等して直接問診することも可能である。

診断結果について、当初は医師が直接電話をして伝達していたが、申込件数の増加に伴い、2022年７月24日から原則として電子メールによる連絡へ変更した。

（エ）発生届の提出

新型コロナウイルス感染症の感染が確認された場合には、診断した医師が感染症法に基づく医師の届け出（以下、「発生届」という）を、同法の規定に従い最寄りの（東京都内の）保健所へ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（HER-SYS）を用いて行う。

2022年８月23日からは、センターからの発生届の提出についての新たな考え方*3が国から示されたことを受け、発生届の提出先を患者の所在地を管轄する千葉県内の保健所（支所）へ変更した。

なお、発生届提出後は、通常の医療機関を受診して発生届が提出された感染者と同様に、保健所等による支援の対象となった。

（オ）申込受付期間

2022年２月24日から2023年５月７日まで（途中、休止期間や制度変更等あり）。

（３）発生届対象者限定化への対応

①医療機関受診者向け陽性者登録の仕組みの追加

いわゆる第７波における感染急拡大を受け、国においては、2022年９月26日から全国一律で発生届の対象を「65歳以上の方」「入院を要する方」など４類型に限定した*4。

これに伴い、千葉県では、医療機関を受診した結果感染が確認されたものの発生届の対象とならない方についても必要な支援につなげることができるよう、陽性者登録の申込対象者を見直し、仕組みを拡充した。

図表２　陽性者登録の申込対象者と申込先の概要

2022. 9. 25まで	2022. 9. 26以降
自己検査の結果が陽性であった方（症状が軽く重症化リスクの低い方に限る） →　陽性者登録センターへ申込	同左 →　自己検査者向け陽性者登録センターへ申込
	医療機関を受診した結果、陽性であるが発生届の対象とならないとされた方 →　医療機関受診者向け陽性登録センターへ申込

②自己検査者向け陽性者登録の見直し

登録申込の対象である「重症化リスクの低く症状の軽い方」については、発生届が提出されなくなったものの、引き続き指定感染症として必要な支援につなげる必要があることから、HER-SYSへ感染者としての登録を行った上で、HER-SYSの機能を用いてSMSにより支援策（急変時の相談先や在宅療養中の生活に必要な各種情報の提供）等の案内を行った。

また、登録件数は毎日公表され、感染状況の把握にも役立てられた。

③医療機関受診者向け陽性者登録センターの新設

ア　受診

千葉県内医療機関の協力を得て、医療機関において感染者と診断したものの発生届の対象とならない患者に対し「診断票（A票）」または「登録申込票（B票）」を交付いただいた。

・診断票（A票）：対面での診察等により診断がついた場合に交付
・登録申込票（B票）：検査結果が後日判明する場合等（診察時には診断をつけられない場合）にあらかじめ交付

イ　申込方法

申込者は、インターネット上で申込を行う。その際、診察券をのせたA票またはB票（B票の場合は検査の結果が分かる書類等の根拠書類ものせる）の写真を添付する。

ウ　医療機関受診者向け陽性者登録センターでの登録

医療機関受診者向け陽性者登録センター（従来からの自己検査者向け陽性者登録センターとは別の民間事業者へ委託して開設）は、申込内容および添付された写真を基に登録対象者としての要件を満たしていることを確認した場合には、当該申込者を必要な支援につなげるため、HER-SYSへ感染者としての登録を行った上で、HER-SYSの機能を用いてSMSにより支援策等の案内を行った。また、申込者へ登録が完了した旨をメール等で連絡した。

（4）感染状況等の変化への対応

上記以外にも、センター設置後の状況の変化等に対応するため、取り組みの見直し等を行った。

①対象者の要件の見直し

検査キット配付および陽性者登録の申込要件としていた「50歳未満の方」については、2022年７

月25日から、千葉県におけるインターネットを活用した健康観察の対象者（以下、「SC対象者」という）の範囲に準じて「65歳未満の方（ただし、50歳から64歳までのワクチン接種２回未満の方は対象外とします)」と改めた。さらに、同年８月３日からは、推進本部事務連絡「新型コロナウイルス感染症対応に係る保健所等による健康観察等について」(2022年２月９日付、同年６月30日一部改正）で示された「重点的に健康観察を行う対象者」の範囲に合わせSC対象者が見直されたことから、「65歳未満で重症化リスク因子となる疾病等を複数持たない方」に変更した。

②検査キットの配付対象者および配付申込受付上限数の変更ならびに申込受付の休止・再開

個人向けの検査キットの配付について、配付対象者や１日当たり配付申込受付上限数や受付の休止、再開については、申込状況や感染状況、検査キットの流通状況*5等を踏まえ、適宜見直しを行った。

対象者については、2022年12月５日から濃厚接触者を対象外とした。

2023年２月28日の申込受付をもって、配付を終了した。

図表３　個人向け検査キット配付申込受付上限数（１日当たり）

（単位：キット）

2022.2.21～	6.13～	7.21～	7.28～	8.3～	10.1～	12.5～ 2023.2.28
10,000	休止	5,000	10,000	20,000	中止	5,000

③陽性者登録の申込受付上限数の変更および申込受付の休止・再開

陽性者登録の申込受付上限数や受付の休止、再開については、申込状況や感染状況、懸念された季節性インフルエンザとの同時流行への対策の必要性等を踏まえ、適宜見直しを行った。2022年８月には、登録申込者数の増加に対応するため、一時的に、保健所等による支援を希望しない方（ただちに登録がされなくても差し支えない方）向けの申込窓口を開設した。

図表４　陽性者登録申込受付上限数（１日当たり）

（単位：件）

自己検査者	2022.2.24～	6.13～	7.21～	7.25～	7.27～	7.29～
	設定なし	休止	100程度	300	500	800

	2022.8.1～	8.10～	8.13～	8.24～	9.2	9.26
自己検査者	1,000	3,000	5,000	→	→	→
支援希望なし				設定なし		
医療機関受診者						5,000

	2022.11.15	12.1	2023.1.1	3.1	4.1～5.7
自己検査者	5,000	20,000	→	7,000	5,000
医療機関受診者	10,000	13,000	15,000	7,500	5,000

（5）５類感染症への移行とセンターの廃止

2023年１月27日の政府対策本部会議で、同年５月８日から新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けを「５類感染症」に変更する方針が決定された。

これにより、自宅待機・療養に係る法的根拠がなくなるとともに、感染状況の把握については定点医療機関からの報告となったことから、2023年５月７日で陽性者登録申込受付を終了し、センターを廃止した。

（6）総括

千葉県では、「千葉県新型コロナウイルス感染症検査キット配付・陽性者登録センター」を2022年２月21日に開設し、その後の感染状況や国の対策等の変化に応じて必要な見直しを加えながら、検査キットの配付については2023年２月28日まで、陽性者登録については2023年５月７日まで申込を受け付けた。

検査キット配付申込については個人向けだけで39万3,198件、137万2,255キット分の申込を受け付け、また、陽性者登録については52万8,859件を登録することで、多数の感染者が発生する局面において、症状が軽く重症化リスクの低い方を必要な支援につなげつつ、外来医療体制の負荷軽減に大きな効果を発揮したものと評価している。

■注

＊１　次の要件をすべて満たす方。①千葉県内在住、②50歳未満、③基礎疾患（慢性閉塞性肺疾患、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧、心血管疾患）および肥満（BMI30以上）がない、④妊娠している可能性がない

＊２　前記１に同じ。

＊３　「オミクロン株のBA.5系統への置き換わりを見据えた感染拡大に対応するための医療機関・保健所の負担軽減等について」（2022年７月22日付け推進本部事務連絡、同年８月10日および16日一部改正）

＊４　「Withコロナに向けた政策の考え方」（2022年９月８日付け新型コロナウイルス感染症対策本部決定）

＊５　医療用抗原定性検査キットについては、新型コロナウイルス感染症に係る特例的な対応として、「新型コロナウイルス感染症流行下における薬局での医療用抗原定性検査キットの取扱いについて」（2021年９月27日付厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部・医薬・生活衛生局総務課連名事務連絡）による留意事項に基づき、薬局において販売が行われた。また、2022年８月23日に開催された令和４年度第２回薬事・食品衛生審議会薬事分科会医薬品等安全対策部会において、一般用抗原定性検査キットは、ネット販売も可能な第１類へのスイッチOTC化が了承された。

検査

各論　第４章　保健所等の地域保健の体制　第２節　検査

9　オミクロン株の感染拡大（2021.11 月下旬～2022.5 月下旬）

アウトライン

オミクロン株の急激な感染拡大に伴い、抗原定性検査キットについて、薬局等における一般販売分で大量の発注があったこともあり、著しい需要増が生じ、一部の地域で市場での入手が困難となったことから、業者に対する優先順位付けを行った流通の要請や、買取保証を前提とした増産の要請等の取組が進められた。

また、今後の感染再拡大に備え、政府から、経口薬の導入に伴う早期診断の重要性を踏まえ、有症状者に対しては抗原定性検査キットを基本とすること等の考え方が示され、2022 年４月以降の体制強化に取り組むこととされた。

（高齢者施設等での集中的検査）

2021 年 10 月以降の高齢者施設等での集中的検査については、厚生労働省から、緊

急事態措置区域やまん延防止等重点措置区域の設定時に方針が示されることとなっていた。

2022 年１月７日、まん延防止等重点措置区域が定められたことを受け、同日、厚生労働省は、まん延防止等重点措置区域に指定された都道府県等においては、集中的検査実施計画の策定及び計画に基づく検査を実施するよう要請した。対象施設に保育所等を含むことが可能である旨を明示するとともに、検査の頻度については、できる限り週に１回程度、少なくとも２週に１回程度実施するよう依頼した。

この結果、3 月 11 日までに、37 都道府県、46 市において計 83 の計画が策定され、対象施設数は最大約 20 万か所となったほか、検査の頻度については、83 計画中、週に１回程度が 23、２週に１回程度が 45、１月に１回程度が３、その他が 12 となった。

（オミクロン株への対応）

感染力がこれまでの株と比べて非常に大きいオミクロン株の急激な感染拡大により、薬局等における一般販売分で大量の発注があったほか、一部の地域では PCR 検査機器の試薬が入手しにくい状況が生じたり、民間検査機関の検査結果が遅れたことから、抗原定性検査キットの著しい需要増が生じた。薬局等での一般販売や無料検査事業[303]が開始されて最初の感染拡大であったこともあり、厚生労働省において、こうした急激な検査需要の増加を十分予想できず、また、市場の動向を定期的なモニタリングにより早期に察知する仕組みがなかったことから、製造販売業者等における在庫が大幅に減少した。この結果、一部の地域で、抗原定性検査キットや一部の PCR 検査機器の試薬が市場で入手しにくくなった。

このため、2022 年１月 13 日に製造販売業者等に対して抗原定性検査キットや PCR 検査試薬の増産要請を行い、同月 14 日には、生産能力を最大まで引き上げる措置を講じるよう要請した。同月 18 日には、買取保証を行って１日 80 万回以上の増産要請を行うことが決められた。同月 20 日に厚生労働省から医薬品卸売販売業者等に対して、需給がひっ迫している間は行政検査を行う医療機関や地方公共団体からの発注などへの対応を優先することを要請した。

さらに同月 27 日には、抗原定性検査キットについて、厚生労働省から医薬品卸売販売業者等に対して、より明確に優先順位付け[304]を行った流通を要請するとともに、

303 詳細は、「第２章　特措法運用」を参照。

304 ①行政検査を行う医療機関や地方公共団体からの発注、地方公共団体が、住民に対して医療機関の受診前に自ら検査することを呼びかけた際の薬局等からの発注、②濃厚接触者で社会機能維持者である者が待機期間を短縮するために実施する検査、③無料検査事業の検査の順

その状況のモニタリングを行った。

2 月 9 日、厚生労働省は、検査体制を確保するため、都道府県等に対して、車両等を用いた移動式の衛生検査所であっても、衛生検査所として登録できることを明確化した。また、複数の地方公共団体において検査を実施する場合に、一つの地方公共団体において手続を行うことで足りることとした。

社会機能維持者である濃厚接触者の待機を早期に解除するための検査ニーズも増大したことから、2 月 18 日、厚生労働省は、集中的実施計画の対象施設等における、社会機能維持者である濃厚接触者の待機を早期に解除するための検査について、集中的実施計画の一環として行うことを可能とした。

厚生労働省及び経済産業省の合同チームが買取保証を前提とした増産に取り組んだ結果[305]、3 月 16 日には、当面の安定的な流通に十分な供給量を確保することができたとして、1 月 27 日の優先順位付けの事務連絡等を廃止した。

さらに 3 月 16 日、総理から、再度の感染拡大や経済活動のニーズにも対応できるよう、国が必要な買取保証を行い、増産による在庫も含めて、向こう 6 か月で計 3 億 5,000 万回分の抗原定性検査キットを確保できるようにすることが表明された。同月 25 日は、抗原定性検査キットの買取保証の前提となる予備費が閣議決定された[306]。

（感染収束期における集中的検査等）

3 月 21 日をもって、全ての都道府県においてまん延防止等重点措置区域の指定が終了することを受け、同月 17 日、厚生労働省は、都道府県等に対して、まん延防止等重点措置区域に指定されていない場合であっても、地域の感染状況を注視し、必要と認める場合には、集中的検査を実施すること、新規陽性者数が減少傾向となる収束期においても、感染者が発生した場合には、幅広い検査を実施することを要請した。また、PCR 検査等による実施が困難な場合は、抗原定性検査キットをより頻回に（例えば週 2 ～ 3 回以上）実施することも有効であることを示した。

（今後の感染再拡大に備えた検査体制の強化）

3 月 23 日、厚生労働省は、都道府県等に対して、今後の感染再拡大に備え、検査体制の強化に対する考え方を示した上で、4 月以降の検査体制の強化に取り組むよう依頼した。

---

305 このほか、2 月 18 日、医療機関からの抗原定性検査キットの緊急的な購入希望を個別に厚生労働省が受け付け、医薬品卸売販売業者による供給につなげる仕組み（緊急購入支援スキーム）を整備した。「第 6 章　物資対策」を参照。

306 抗原定性検査キットを確保するために必要な費用として 929 億円を措置。このほか、3 月 17 日、厚生労働省は、薬局等での一般販売について、購入に当たっての署名を不要とした。

検査体制の強化に関する基本的な考え方としては、①有症状者への早期治療を開始できる検査体制の構築と、②高齢者施設等の重症化リスクや集団感染のリスクが高い人のいる施設等における検査の強化に力点を置くことが重要であるとした。

具体的には、新たに、「検査方法に関する基本的考え方」として、

・　有症状者に対しては、経口薬の導入に伴う早期診断の重要性を踏まえ、検査結果が迅速に分かる抗原定性検査キットを基本とし、
・　重症化リスクが高い高齢者施設等の従事者等に対する検査については、PCR 検査や抗原定量検査を基本とする検査体制を構築すること
・　社会経済活動の観点から実施する無料検査事業については、原則として抗原定性検査キットを使用すること

等を示した[307]。

また、行政検査としての検査需要については、

・　新型コロナウイルス感染症に係る基本の検査需要として、近年の過去最大規模のインフルエンザの検査数や、過去最大規模の新規感染者数に対応可能な検査数に相当する需要
・　高齢者施設等の従事者等に対する頻回な検査等の需要

を把握した上で、行政検査の需要見込みの少なくとも１割程度増に対応できる検査能力を確保することとし、そのために、検体採取能力を強化するとともに、検査分析能力の強化のため、

・　地方衛生研究所等の公的検査機関の検査能力について、2021 年の秋冬に向けた検査体制整備計画に基づき整備した検査能力の２倍以上を目安として、検査能力の増強を検討
・　都道府県等において、一定量の抗原定性検査キットを事前に確保しておくことを検討

することとした。

さらに、行政検査以外の検査需要として、都道府県等で行う無料検査事業等の需要についても適切に把握し、必要な能力を確保するよう依頼するとともに、抗原定性検査キットを事前に確保するよう検討を促した。

---

307 これに先立ち、２月 28 日、厚生労働省は、「新型コロナウイルス感染症 COVID-19　診療の手引き」を改訂し、新規薬剤の導入に伴い、重症化リスク因子を持つ患者等での早期診断の重要性が増していること、抗原定性検査は簡便・迅速なポイントオブケア・デバイスとして使用可能であり、積極的な活用を考慮することを追記した。翌３月１日には「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）病原体検査指針」も改訂したほか、同月４日には、政府の基本的対処方針においても、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旨を記載した。

この結果、１日 91 万件程度の検査需要、１日 132 万件程度の検体採取能力、１日 144 万件程度の検査（分析）能力の確保が見込まれ、各都道府県において、検査体制の強化がさらに進められた [308]。

１日当たりの PCR 検査能力は、12 月１日の 367,759 件から 2022 年５月１日には 427,157 件となった [309]。また、１日当たりの抗原定量検査の検査能力は、12 月１日の 60,405 件から 2022 年５月１日には 83,582 件となった。

（１週間当たり PCR 検査実施件数 [310]）

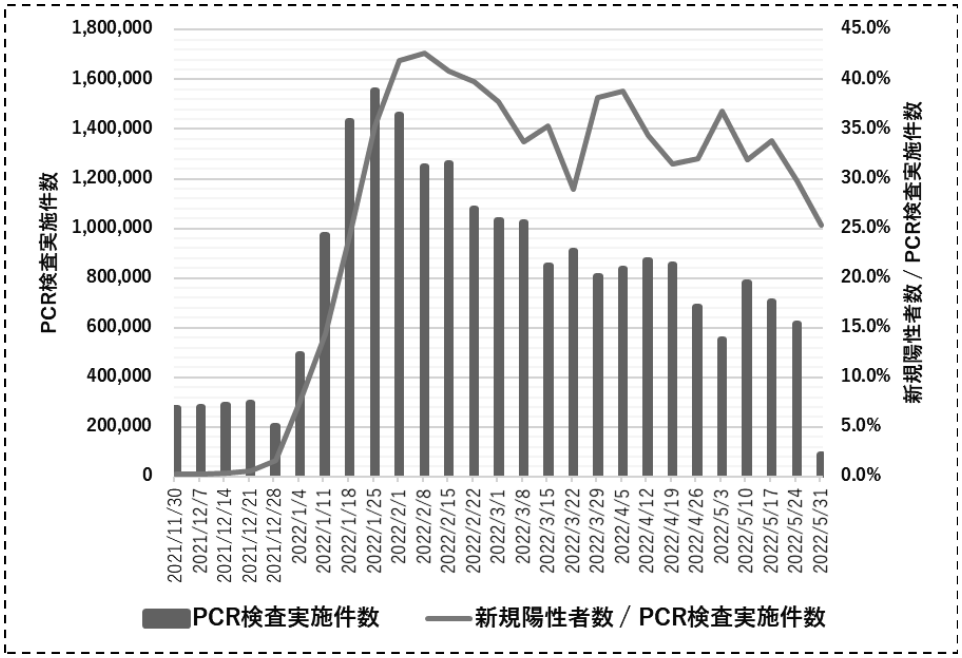


図 39　１週間当たり PCR 検査実施件数 2021 年 11 月～2022 年５月

（注）5/31 の数値は、5/31 の１日分のデータのみ。図 40 も同様

[308] 各都道府県の検査能力は、各都道府県が、今後の感染拡大に備えて、検査需要を見込み、これに対応できるだけの検体採取能力や PCR 検査（分析）能力として見込んだ数字であり、国が各検査機関から直接集計している数字とは異なる。

[309] 12 月１日 367,759 件：国立感染症研究所 800 件、地方衛生研究所・保健所 18,201 件、民間検査会社 280,852 件、大学等・医療機関 67,906 件、2022 年５月１日 427,157 件：国立感染症研究所 800 件、地方衛生研究所・保健所 18,333 件、民間検査会社 330,269 件、大学等・医療機関 77,755 件

[310] 新規陽性者数については、2022 年１月 24 日以降、同居家族などの感染者の濃厚接触者が有症状となった場合に、医師の判断により検査を行わずに臨床症状で陽性と診断された者が含まれている。

（参考１）

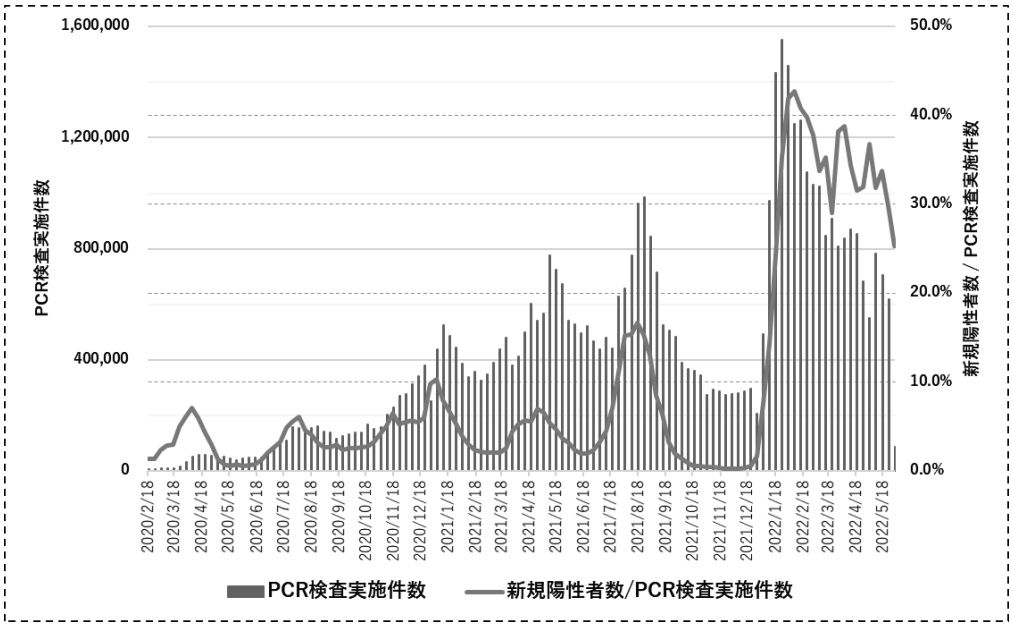


図 40　PCR 検査実施数、新規陽性者数/PCR 検査実施件数の推移（通期）

（参考２）

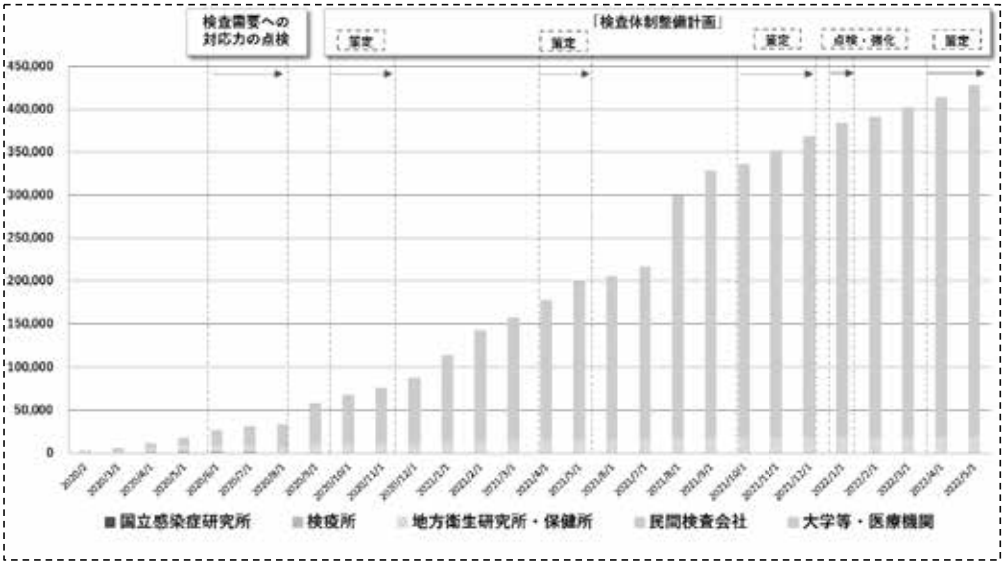


図 41　１日当たり PCR 検査能力の推移（通期）

（参考３）

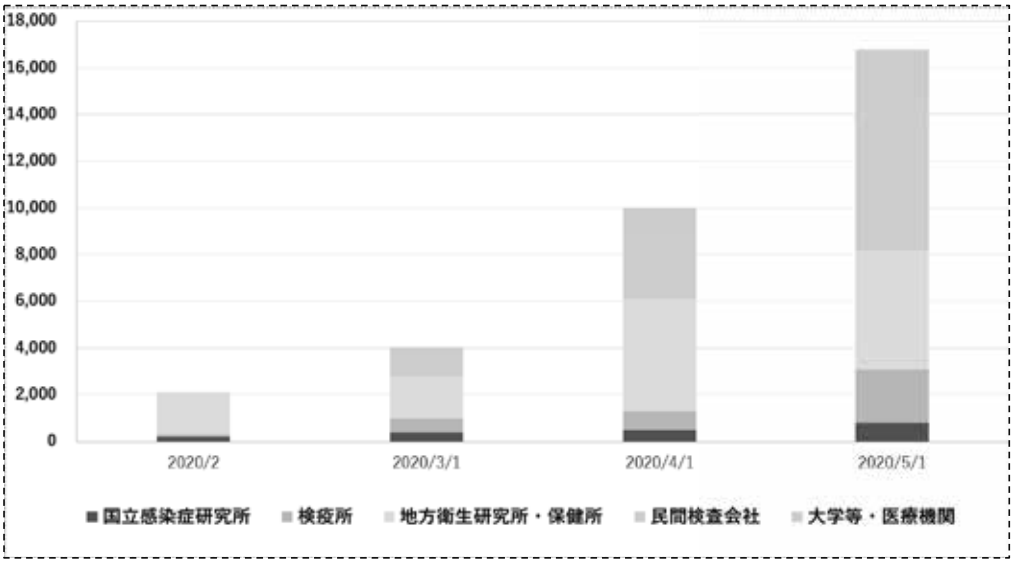


図 42　1日当たり PCR 検査能力の推移（2020 年２月～５月）

第7章

医療提供体制

1 オミクロン株の特性を踏まえた保健・医療提供体制の対策の徹底・強化、入院調整、療養施設の確保、在宅診療の確保 都道府県：神奈川県での対応について

〈阿南 英明　地方独立行政法人神奈川県立病院機構理事長／前神奈川県理事（医療危機対策統括官）〉

（1）第６波（オミクロン株）

第５波で感染の主体であったデルタ株と異なり、オミクロン株は感染拡大スピードが速く、免疫逃避が強化し、ワクチンや中和抗体の効果が減弱するなどの特徴が次第に解明されていたが、この時点では、重症度の変化については不明であった。こうした特性から、感染急拡大による医療機関の負荷増大を見越し、高齢者、特に集団生活をする施設内のクラスター発生阻止が医療逼迫を回避するために非常に重要であると考え、**図表１**のような方針を固めて臨んだ。

図表１　高齢者施設をターゲットとした第６波対策

戦術	対応策
ワクチン接種	• 可及的速やかに**入所者・職員への接種**実施 • ワクチン配布や施設毎の接種状況の**進捗管理の徹底** • 市町村調整の上、自治体間の**在庫ワクチンの融通の仕組み**を構築
検査	• **施設職員**は週に１回以上の**定期PCR検査**を受けることを啓発 • **施設職員**は**家庭に抗原検査キットを常備**してセルフチェック • **入所者**の発症時の速やかな**抗原検査キット活用**を推奨 • 患者発生時に迅速な**幅広PCR検査**実施 • 感染拡大時に再度**面会の制限**を強化
治療	• 対象者全員へ**経口抗ウイルス薬**を処方 • 移動困難者には迅速に**施設で中和抗体を投与**できる仕組み • **中和抗体ソトロビマブ（ゼビュディ™）**活用へ向けた準備

また、以下に示す条件では医療機関の受診は必ずしも求めない方針を示した。①無料検査事業所で発行された陽性証明書を持参した場合（PCRが望ましいが、抗原定量や 抗原定性検査も含めた）②家庭用の抗原検査キットでセルフテストした際の陽性反応が分かるものを持参した場合（日付入りのキットの写真など）　③家庭内に療養中の陽性者がいる場合。

時間経過に伴い、徐々にオミクロン株の知見が集積した。感染拡大スピードが速く大量の患者が発生する一方で、妊娠や肥満、基礎疾患がない50歳未満にとっては肺炎の悪化が少ないなど、総じて軽症である特徴が明らかになっていった。また、入院が必要な患者の多くは高齢者であり、さらにその半数は合併する他の病態や理由であるなどの特性があった。こうした状況の変化は、今までのように感染患者全員の受診が必須で、入院しない場合にも行政による健康観察を行う方針では、医療機関の外来、保健所、消防119番通報、救急外来が逼迫し、入院病床のキャパシティを上回り、

適正な運用が困難になると危惧された。こうした事態は、COVID-19に限らず、その他の疾病や外傷患者の安全が守られず、社会のセーフティネットの破綻を意味する。そこで、以下の方針を示した。

①　保健所の調査対象者の重点化

発症診断時点ですでに他の人への感染が進んでいるため、保健所の調査業務は形骸化して、「接触者調査・濃厚接触者特定」を漫然と継続する意義はなくなっているので調査対象者を高齢者や基礎疾患がある人に絞る「重点化」をした。

②　重点観察対象者への注力

行政（保健所）による健康観察を行う対象を限定した。当初は「５歳以下、50歳以上、酸素飽和度95％以下、妊婦・肥満など基礎疾患を有する患者」としたが、後に「２歳未満、65歳以上、酸素飽和度95％以下、妊婦、40歳～64歳でリスク因子を１つ以上持つ者」へと変更した。

③　入院基準の見直し

５波の対応まで、年齢や基礎疾患の重み付けによるCOVID-19のリスクに基づいた入院の要否判断の基準「入院優先度判断スコア」を用いてきた。しかし、COVID-19の病態によらず、合併疾患の重症度など個別患者の状況から、入院適否を判断するように変更した。

④　低リスク者は「自主療養」を選択できる体制

自宅に簡易抗原検査キットを常備することを推奨し、必要時に自己検査において陽性でも、①の「重点観察対象者」でなければ、行政の関与なく自宅で療養を開始する。この場合に、職場・学校へ提出する「診断書」の代わりに「自主療養届」を自動発行できる仕組みを実装した。さらに、民間生命保険会社による「コロナ保険」の請求を可能とする療養証明書を電子申請に基づいて県が発行した。これにより、診断や診断書発行目的に医療機関を受診する必要が低減し、医療機関の負担を軽減することが可能になった。

その後、国は、発生届の全数届け出を見直すことになるが、県はその先駆けとなる取り組みを第６波から実践したことになる。

一方で、2022年６月に県内の感染症医学の専門家の協力をいただいて「神奈川県新型コロナウイルス感染対策指針 医療・福祉編 Vol.1」を作成し、行政および医療機関、市民が新たな感染対策の考え方を前提に取り組み方を共有した。内容としては十分な換気を前提に、患者との接触時のPPEはサージカルマスクを基本として、過剰な防護具を必須としないこと、入院管理は病棟単位から病床単位への変更、外来対応は他の患者と濃密接触は回避しつつもインフルエンザ流行期に準じた対応で可能とするものである。誰もがCOVID-19にかかり得ることを前提に、より日常的な対応の概念を形成する基盤づくりに取り組んだのである。

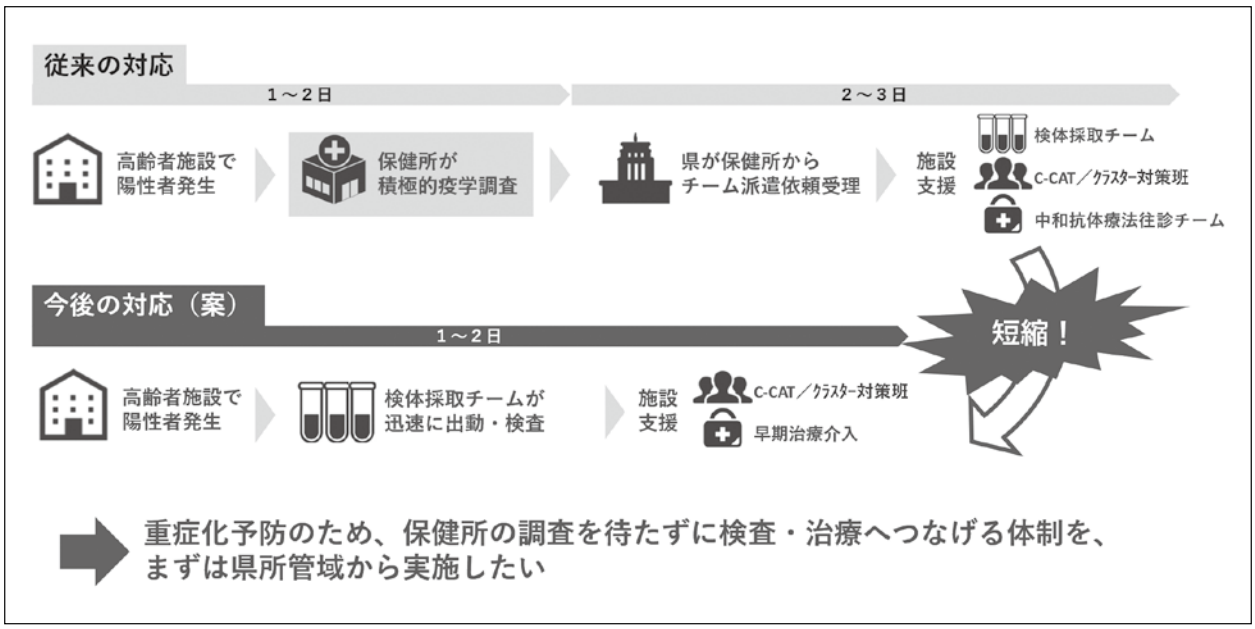
（2）第７波

第６波において、前述のような種々の対応を実施したが、他の患者と時間・空間的に分離した診療、受診依頼の連絡、多数の患者受診と発生届の提出など、外来対応する医療機関の負担は大きく、現実には医療負荷を十分に軽減することはできなかった。また、保健所も大量の発生届を受理し、入院勧告・就業制限、健康観察など処理業務が増大した。さらに、入院患者の増加に加えて、

本人や家族の感染による医療スタッフの欠勤により人員が不足し、病床やスタッフを確保するためにCOVID-19 以外の診療に制限を加えて、病棟閉鎖や診療停止に追い込まれる医療機関が増えた。このように医療のキャパシティが十分に拡大できない状況下で、救急外来を受診する患者が増加して、一部の入院医療機関の負担が増大した。そこで、第６波の時期から推奨してきた自主療養の運用を強く推奨啓発し、感染者のピーク時には感染者の40％が抗原検査キットによるセルフチェックを活用した自主療養を選択し、医療機関の外来受診逼迫の回避に大きな役割を果たした。

一方、さまざまな対応策を講じたにもかかわらず、高齢者施設での患者発生は非常に大きな問題であった。ワクチン接種、面会制限や職員の日常生活の制限や定期的検査などの努力が行われていたが、オミクロン株では、施設内への侵入を有効に阻止することは困難であると考えられた。そこで、施設内での患者発生を前提として、早期に感染の有無を判断して適切な医療提供へつなげる対応策に注力する方針を示した。従前の仕組みでは保健所への報告に基づき積極的疫学調査を経て必要な感染管理や、医療提供が行われていたが、保健所業務の逼迫から遅延の原因にもなっていた。そこで、県が施設内の患者発生を把握したと同時に、直轄の検体採取チームを派遣し、広く検査を実施して陽性者に迅速な医療提供を行う方針にした**（図表２）**。これを可能にしているのは、3,000を超える県内施設をデジタルネットワークによってレジストリ化する体制を敷いていたことが大きく影響している。さらに、県内の医療機関を募り、オンラインを含め、施設への往診対応をする協力機関を確保した。この取り組みは、第６波収束後ただちに導入したことで第７波には大きな成果を上げたが、その後、2023年５月８日の５類移行以後もハイリスク者への効果的な介入策として継続して実施された。

図表２　高齢者施設に対する迅速な介入政策

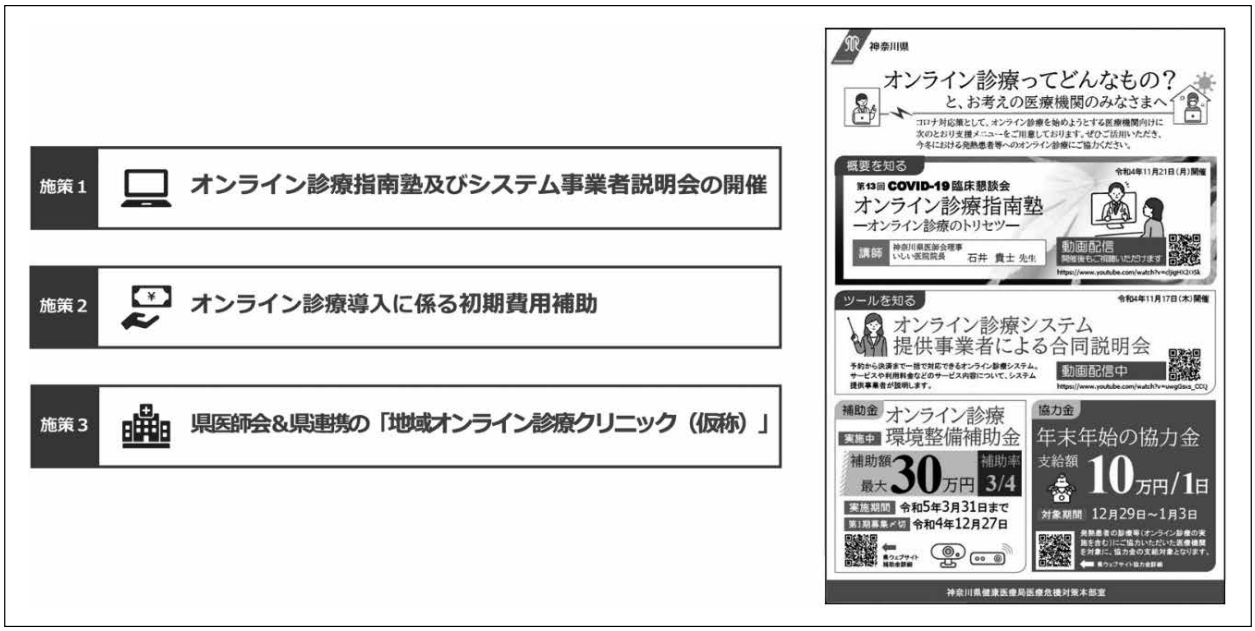


（3）第８波

社会活動の再開も相まって季節性インフルエンザと同時流行を想定した2022年冬期の感染拡大の準備が求められるだけでなく、半永続的に多数の感染者は繰り返し発生することを前提に普遍的体

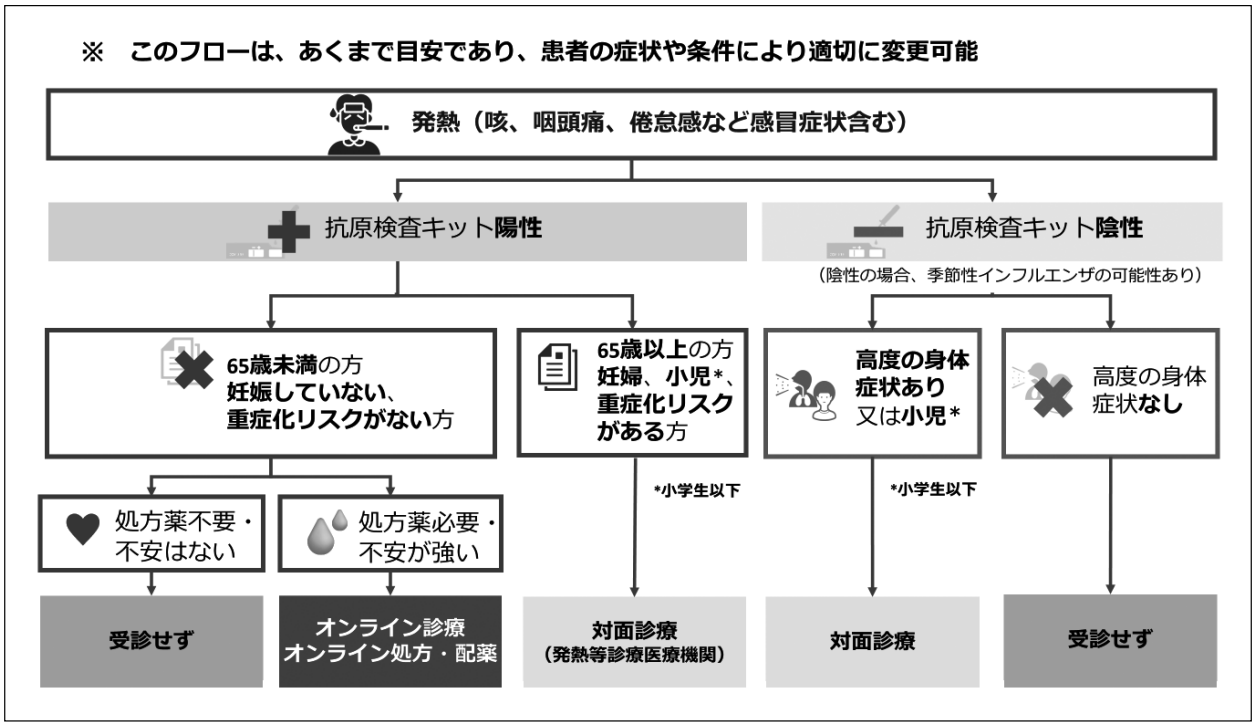
制を整えることが重要であった。受診患者数を抑制するとともに、診療所の構造上の問題や他の通院患者の保護などの理由で、COVID-19 診療に参画できないとしてきた医療機関も広く参画することで、医療逼迫の回避戦略を整えるべく取り組みを行った。①従前から取り組んできたワクチン接種の推奨と施設内感染予防や迅速な検査と医療提供による**高齢者対策**　②ワクチン接種の推奨に加え入院施設増とICU増などの**小児対策**　③オンライン診療体制の強化や薬剤の配送体制を強化など**非対面診療の体制**―など大きな診療需要に対する方針を示した。神奈川県では広く抗原検査キットを自宅に保有しセルフチェックする環境が広まっていたことは、オンライン診療による非対面型の診療を展開する上で大いに有利な環境があったと言える。自宅にいてもセルフテスト、オンライン診療、配薬という一連の対応により、圧倒的多数の患者に対応できる可能性がある。しかし、オンライン診療は医療界において十分に浸透していたわけではなく、特に医療機関が十分にその活用ノウハウを有していないことも大きな課題であった。そこで、オンライン診療を実施する医療機関を増やす方策を打ち出した。まず、オンライン診療とはどのように実施するのかについて、指導者による指導と体験の機会「オンライン診療指南塾」を開催した。また、提供事業者による合同説明会を開催し、自院の診療スタイルにマッチしたシステム事業者を選択する機会を提供し、システム導入や端末購入のための初期費用補助を行った。さらに、神奈川県医師会と連携して、診療所ごとにオンライン診療を導入するには至らないが、一定の日数だけ各地域の医師会館や休日夜間診療所等で参画する医師による「地域オンライン診療クリニック」を開設運営した**（図表３）**。

図表３　オンライン診療対応医療機関を増やすための施策



もちろんオンライン診療だけで、すべてが解決するわけではなく、**図表４**に示すような対応フローを示した。季節性インフルエンザが流行する冬季において、他の普通感冒を含めた人々の受診の在り方と同様に、2020年から続いてきた一律の運用から脱却して、善良な市民の多様性のある自発的行動規範に立脚した受診行動に位置付けている。これはCOVID-19の５類移行や一般的な医療体制への移行のために必要な概念転換を皆で広く涵養していくために欠かせないステップであった。

図表４　感染時の多様な対応フロー



（4）2023年５月８日　５類移行へ向けた準備

2022年８月２日に専門家有志により**「感染拡大抑制の取り組み」と「柔軟かつ効率的な保健医療体制への移行」についての提言**が出されたが、神奈川県も同様の考えに基づき2022年６月（第６波後）からCOVID-19 診療体制を段階的に日常医療体制へ移行させる検討を行っていた。①厳格な感染管理に縛られずに、一般的疾患として幅広い医療機関で対応する体制を構築すること　②まん延防止に力点を置いた保健所・行政対応を転換すること　③将来的にも変異を繰り返す疾患として、常に感染状況を把握する体制を維持すること　④ワクチンや診療に関する公費負担の在り方など、社会の受け止めへ配慮すること　⑤隔離によるADLの低下など、従前の感染管理体制による弊害を検討して、より適正な高齢福祉施設対応の在り方を検討すること　⑥グローバルな社会活動の再開に併せて流入増大するインバウンド対応の在り方を検討すること―の６つのテーマに関しておのおの２段階の移行を前提に課題の抽出と対応案を策定した**（図表５）**。具体的時期は、政府により示された５類移行の2023年５月８日が２段階目に相当し、１段階目への移行は可及的速やかに開始するべきと考え、まさに第８波は第１の移行的対応であった。この検討を行う上で重要な考え方の基軸は、行政主体の対応から日常的な市民の主体的な対応への転換にある。パンデミックが始まった2020年以降、感染症法上の取り扱いは「感染症の予防」や「感染拡大防止」を主とした行政主体の対策であり、法に基づき国民の**行動制限などの権限の執行**が行われてきた。しかし、今後はCOVID-19 と人類が共存することを前提に、患者に適切な医療提供が行える体制の確保が目的になる。行政の介入を最小限にとどめ、国民の自主的な健康管理と多様な医療提供や療養の在り方が基本になる。例えば、医療機関から出される発生届に基づいて全数把握がなされてきたが、2022年９月からは医療機関の負担軽減の目的を含め65歳以上の患者に限定した（その他の患者に対しては、不安の相談や宿泊療養・配食サービスなどの療養支援を希望する場合にのみ対応）。行政による権

限執行やプッシュ型の介入から、市民の希望があった場合のプル型サービスへの転換なのである。

また、オミクロン株感染の状況の解析から、特に高齢福祉施設内においての感染や、感染が拡大することを回避することを最優先にして、部屋に閉じこもる（閉じ込める）ことは、ADLの低下や衰弱の進行を招き生命予後を悪化させていることが懸念された。感染流行初期の対応がこの時期にはむしろ大きな弊害を生じていることを、市民や医療機関、施設との間で共有、啓発に取り組んだ。COVID-19であるか否かより、日常の身体状況、併存症など全人的医療の観点から対応する基盤を形成する重要な時期であった。

図表５　社会全体の段階的移行案

	従来の対応 未知の感染症への最大限の対応	ステップ１ ステップ2移行への準備の対応	ステップ２ 既知の感染症として一般医療の中の対応
医療対応	厳格な感染管理を前提とした医療提供施設の偏在	現状に即した感染管理と対応医療機関拡大	**適切な感染管理で日常の医療体制に順化**
保健所・行政対応	まん延防止を目的とした行政管理体制	制限解除へ向けた行政管理の段階的解除	**行政介入を解除**
感染状況の把握	厳密な全例管理体制	サンプリング的傾向把握手法の導入	**サンプリング的傾向把握**
社会の受け止め（不安払しょく）	公的費用負担と隔離的対応	費用負担の回避と行動制限緩和	**高額負担の回避を前提に一般的取り扱い**
高齢福祉施設対応	原則入院など	**患者の条件に応じた療養場所選定**、持ち込み阻止、感染管理能力向上	
インバウンド対応	現状のルール不在	陽性者は宿泊施設療養	**一般施設運用**

（５）2023年５月８日の５類移行後（12月末または2024年３月末まで）

外来運営や入院病床の確保に対するさまざまな補助金制度は縮小し、行政による入院・搬送調整などの介入を極力限定した。逼迫時を除いて医療機関間の入院調整を基本とした。また、COVID-19用の病床確保は2,200床から重症や酸素投与が必要な患者690床へ縮小して、流行以前には日常的に行ってきた弾力的な病院・病床運用に戻していったのである。こうした運用の変更実施に際して、行政が調整介入する必要性はその後ほぼ生じなかった。

2 福岡県のオミクロン株への対応について
～転換点となった第6波での医療提供体制の確保と感染拡大防止について～

〈白石 博昭　福岡県保健医療介護部理事（ワンヘルス担当）・
保健環境研究所長／前福岡県保健医療介護部長〉

（1）はじめに

2021年12月22日に、国内では初となるオミクロン株の市中感染が確認され、３日後の12月25日には福岡県初となる市中感染が確認された。

感染拡大の規模やスピードはかつて経験がないもので、県内の新規陽性者数は、2,000人（１月19日）、3,000人（１月25日）、5,000人（２月２日）と瞬く間に増加していった。

いわゆる「第６波」の到来であり、新型コロナウイルス対策は、重症化リスクが高いとされるアルファ株・デルタ株への対応期から、感染性が高い一方、重症化リスクが低いとされるオミクロン株への対応期に入った。

『令和４年度　新型コロナウイルス感染症対応記録』の巻頭で、尾身茂 前・新型コロナウイルス感染症対策分科会会長は、わが国の新型コロナウイルス対策の特色の一つとして、「政府や自治体が感染レベルや医療逼迫の程度などその時々の状況に合わせ、対応の強弱を調整するいわば〝ハンマー＆ダンス〟をしてきたこと」を挙げている。

本県においてはこの第６波で、医療提供体制の確保については、オミクロン株の特性を踏まえた医療資源のより効率的で柔軟な運用へ、感染拡大防止については、感染レベルや医療への負荷の状況を見極めた上で、飲食店への営業時間短縮が必須とされる「まん延防止等重点措置」から県民・事業者への制限を伴わない本県独自の「感染再拡大防止対策期間」へと転換を図った。

また、転換に当たっては、足元の感染状況・動向に対する見極めと、これまで有効に機能した対策であっても現状に合わなくなれば躊躇なく行う決断が求められた。

本稿では、転換点となった第６波での医療提供体制の確保と感染拡大防止について、その取り組みを中心に紹介する。

（2）医療提供体制の確保と運用

「オミクロン株はデルタ株をはじめとしたこれまでの新型コロナウイルス感染症とは異なる感染症と考えるべきである」。新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボードによる2022年１月21日の公表資料の一節である。この新たな変異株については、感染性が高く、重症化リスクは低いとされているものの「母数」である新規陽性者数が増加すれば一定の重症者数も増加することや、軽症者数の急増により高齢者へ感染が広がり、基礎疾患の増悪を含めた重症者数・入院者数が増加してしまうことから、地域医療に負荷が生じ、医療全体の逼迫が懸念されていた。

現場の「肌感覚」としても、感染拡大の規模やスピードはこれまでとは桁違いで、とりわけ、感染が高齢者に広がってからの病床使用率の増加はすさまじく、最大で86.7%を記録し、第１波から第８波までを通じて本県では最大となった。

症状に合わせて自宅療養や宿泊療養、入院治療といったトリアージを行い、入院治療が必要な方

が入院できない状況を回避することがより重要となった。そのためには、感染状況・動向や医療への負荷の状況、変異株の特性などを踏まえ、限りある医療資源をいかに効率的に運用していくかが求められた。

本県では、政府の「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」を踏まえて「福岡県保健・医療提供体制確保計画」を策定し、これに基づき入院病床を1,558床（うち重症病床206）、宿泊療養施設を11施設2,234室、診療・検査に対応する医療機関1,615機関、自宅療養者等の診療で連携する医療機関1,000機関、後方支援する医療機関174機関ほかを確保していた（2021年12月31日時点）。

第６波では、その運用に当たって医師会の協力の下、◇保健所への発生届け出時に併せて報告いただく酸素飽和度によるトリアージの徹底　◇感染拡大時に、リアルタイムの空床情報共有システムによる県入院調整本部における一括調整　◇後方支援病院等への転退院調整のための情報共有システムの構築（後述）と運用　◇消防機関へのリアルタイムの空床情報の提供　◇宿泊療養施設における開設当初からの医師・看護師の24時間配置および清掃方式の改善（フロア単位から部屋単位）による稼働率向上　◇酸素設備のある休止病床を活用した臨時の医療施設の設置、など第５波以前からの取り組み強化も含め工夫を重ねた。

そのような中、感染状況は当初懸念していた通りの動きを示し、60代以上の世代に感染が拡大し、入院者数の９割近くを占める状況となり、入院期間が長期化した結果、病床使用率は、2022年２月８日には70%を超える状況となった。

このため、急きょ、２月８日に後方支援病院の病院長、２月９日にコロナ患者受け入れ病院長を集めた会議を開催し、退院基準を満たした患者の転・退院、軽症者の早期退院や宿泊療養施設への入所を積極的に進めるよう要請するとともに、後方支援病院の中には感染不安を訴える医療機関もあったことから、感染症専門医による科学的根拠に基づく説明を行い、受け入れに当たっての不安の払拭を図った。また、会議では、病院間での転院調整を円滑に行うためには、患者受け入れ病院と後方支援病院の間で、受け入れ可能数や条件を共有できるシステムが必要との意見があり、ただちに新たなシステムを構築し、２月15日に運用を開始した。これらの取り組みの結果、病床使用率は２月14日には最大の86.7％に達したものの、２月22日には80%を切り、26日には70%を切る水準まで低下し、入院が必要な患者が入院できない状況を回避することができた。

そして、３月７日が期限のまん延防止等重点措置を延長するか、解除するかが焦点となっていった。

（3）感染防止対策

2022年３月６日、本県に適用されていたまん延防止等重点措置が解除された。同時に解除されたのは九州の佐賀県、長崎県、宮崎県、鹿児島県を含む13県で、熊本県を含む18都道府県は同月21日までの延長となった。

本県の解除に対し、当初、政府からは慎重な姿勢が示されていた。本県の病床使用率が政府の解除目安である「おおむね50％を下回る」に達していなかったからである。

しかしながら、本県は、新規陽性者数の減少が続いており、感染から発症、受診、入院といったプロセスを踏まえれば、病床使用率も近いうちに50%を下回ると見込んでいた。すでに感染の場が

飲食から高齢者施設や学校・保育所などに移っている中、飲食店に制限をかける効果は乏しく、むしろ地域の社会経済活動に与える影響が大きいことから、まん延防止等重点措置の解除要請を行うべきであると判断した。

慎重な姿勢を示す政府に対し、病床使用率が３月中旬には50%を下回ることを示す本県独自のシミュレーション結果や、新規陽性者数は重症化リスクの高い60代以上の減少が特に顕著であること、重症病床使用率については一度も10%を上回っておらず低い水準にとどまっていることなど、さまざまなデータや分析結果を示して協議を続け、３月３日、服部誠太郎知事から山際大志郎元経済再生担当大臣に対し解除を要請した。

病床使用率は未だ56.6%にとどまっていたが、翌３月４日の政府対策本部会議で解除が決まった**（図表１）**。国は最終的に本県の考えを受け入れたが、その背景には、岸田政権が適用・解除について都道府県の意向を尊重する姿勢だったこともあると聞いている。

解除に当たっては、県民一人一人の主体的な感染対策の徹底を呼び掛ける１か月間の感染再拡大防止対策期間を新たに設けた。こうした本県の動きに対し、本県よりも病床使用率が低い中**（図表１）**、措置の延長を要請した他県からは「福岡県の判断は理解に苦しむ」との声も挙げられた。しかし、病床使用率は、その後、本県の推計通りに下降し、３月８日に49.4%と解除目安の50%を下回り、４月７日には25.7%へと大幅に改善した。

営業時間短縮等の行動制限については、第６波での基本的対処方針分科会から、その効果を巡って適用に対する反対意見が見られるようになり、その後、７月15日の基本的対処方針には、「新たな行動制限を行うのではなく社会経済活動をできる限り維持しながら（中略）、感染対策に取り組む」ことが明記されることとなった。本県では、第６波のさなかに、行動制限から県独自の感染再拡大防止対策への転換を決断し、社会経済活動への影響をいたずらに長引かせることなく感染の収束を図ることができた。

図表１　九州各県の病床使用率（2022年３月３日時点）

福岡県	56.6%
熊本県	45.7%
鹿児島県	38.5%
宮崎県	38.4%
佐賀県	30.8%
長崎県	30.4%

（4）まとめ

「ハンマー＆ダンス」の実施に当たっては、従前は有効な対策でもすでに現状に適合しなくなれば速やかに転換していくことが求められる。時にその判断は県民のいのち・健康はもとより、社会経済活動にも大きな影響を及ぼす。第６波における解除要請では、服部知事がその決断を行い、われわれが感染状況の分析・シミュレーションでその決断を支えた。いずれを選ぶにせよ賛否が分かれる決断について、知事には、記者会見や連日のように行われるぶら下がり取材を通じて、判断に至る経過や理由、感染対策の徹底により感染の再拡大を抑え込むことへの協力を県民に丁寧に語り掛けていただいた。

都道府県の意向を尊重する岸田政権の方針もあり、最終的に本県の考えが受け入れられたが、感染が再拡大すれば、その判断の責任は本県が負うことにもなる。絶対に気を緩めてはいけない緊張とともに本県独自の感染再拡大防止対策期間の初日を迎えたことを思い出すが、福岡県の判断は間違っていなかったと考えている。

これまで、その時々の状況に応じて判断を重ねながら感染の波に向き合ってきた。そしてこの波を、県民・事業者の皆さまのご理解とご協力、特に保健・医療の最前線でご奮闘いただいた医療従事者の皆さま、またさまざまな社会機能を途絶えさせることなく支えていただいた皆さまのご尽力により、乗り越えることができた。この場をお借りして改めて感謝申し上げる。

3 徳島県における在宅対応の拡充

〈鎌村 好孝　徳島県保健福祉部医務技監〉

（1）「新型コロナウイルス感染症」への医療対応状況

①徳島県内の医療の概要

徳島県は、人口約69万人（2024年４月１日時点推計）であり、医療計画において、３つの２次医療圏（東部・南部・西部）、そして県独自での1.5次医療圏として、それぞれ東部Ⅰ・Ⅱ、南部Ⅰ・Ⅱ、西部Ⅰ・Ⅱの６つに分けている。保健所は徳島保健所を含め６保健所（2020年度～2023年度時点は、所長計３人体制）を設置している。2022年12月31日時点の医師調査によると、徳島県は人口当たり医療機関従事医師数は全国１位であるものの、医師総数は減少傾向にあり、医師の平均年齢も全国一高く高齢化が顕著である。また、医師の３分の２以上が東部医療圏に集中しており、県内での地域偏在も大きく、併せて看護師確保に苦労する医療機関も多いなどの医療提供状況である。また、感染症指定医療機関としては、徳島大学病院（第一種２床、第二種６床）、県立中央病院（第二種５床、結核５床）、県立海部病院（第二種４床、結核４床）、県立三好病院（第二種６床、結核８床）、国立病院機構徳島医療センター東病院（結核20床）がある。

②「オールとくしま」での取り組み

2020年１月14日に国内第１例が確認され、同年１月31日に県として「新型コロナウイルス関連肺炎に係る関係者連絡会議」を開催し、それ以降も関係者間での情報共有や協議をする中で、同年２月25日に徳島県内での第１例が確認された。県として「徳島県新型コロナウイルス感染症対策協議会」を設置し、県内の医療関係機関・専門職種・統括DMAT・自治体・消防等の代表に参画いただき、「オールとくしま」体制の下で、取り組むことを確認した。同年４月１日、徳島県医師会常任理事や県内の統括DMAT医師にも参画いただき、「徳島県新型コロナウイルス感染症入院調整本部」を県庁内に設置し、原則として２次医療圏単位ではなく、全県一区での入院調整等の対応を行うこととした。県医師会や県看護協会等の協力の下、同年５月２日から「ドライブスルー方式の地域外来・検査センター（PCR検査検体採取）」を開設し、同年８月７日から宿泊療養施設をオープンした（同年５月から、宿泊療養施設の選定と依頼、併せて開設準備と宿泊療養マニュアルを作成し、最終的に８か所開設した）。同年10月には「診療・検査協力医療機関」の開始に向けて、郡市医師会単位での協議を行い、同年11月９日から約260医療機関でスタートすることができた。2021年３月４日から医療従事者向けワクチン接種を開始し、同年６月５日から大規模集団接種を開始した。その頃には自宅療養も増加し、徳島県独自の「サポート医師制度」を整備し、併せてサポート薬局や訪問診療（往診および訪問看護含む）の体制などの確保を進めた。

（2）自宅療養を支える「サポート医師制度」について

①県医師会による「サポート医師」についての意向調査

2021年４月、感染者数の急増により自宅療養患者数も増加し、同年５月に自宅療養患者支援体制の確保に向けて、県医師会の在宅医療を専門とする医師を中心として、県看護協会（訪問看護ステ

ーションの代表含む）や県薬剤師会等の関係団体と共に検討会を開催し、１回目のアンケート調査が実施され（県医師会において、「COVID-19自宅療養者への医療的対応指針策定委員会」を設置）、当初から230以上の医療機関に協力いただくことができた。その後、準備・検討期間を経る中、急激な感染拡大を受け、同年９月に２回目の調査が実施された。主な意向調査内容としては、①自宅療養する新型コロナウイルス感染症患者の健康観察支援について、協力できるかどうか　②協力できる場合には、かかりつけ患者のみか、それ以外も可能か　③オンライン診療・訪問看護ステーションへの指示・必要時の往診などの対応が可能かどうか　④診療時間以外の対応が可能か、などであった。２回目の調査結果から、自宅療養患者への支援について県内各地の大勢の医師が手を挙げていただくなど、県内での自宅療養支援体制整備に向けて大きく前進した。

②マニュアルの策定と自宅療養支援体制

2021年11月より平時から在宅医療を行っている医師・訪問看護師等を中心として、県医師会・県看護協会・県薬剤師会等と共に、健康観察支援のためのマニュアル作成を開始し、「サポート医師の対応について」「往診の実際について」等のオンライン研修会や、感染防護具の着脱研修会等含め、最新の情報共有や知見の共有などに、並行して取り組んだ。2022年１月、県医師会・県看護協会・県訪問看護ステーション連絡協議会により「新型コロナウイルス感染症　自宅療養者の診療・訪問看護支援マニュアルver.1」を策定し、同年１月11日、県医師会主催で「新型コロナウイルス感染症　自宅療養者支援体制についての研修会」をハイブリッド開催するなど、自宅療養・宿泊施設療養・施設や自院内療養継続・入院調整等を支援する体制整備を進めた。このマニュアルの作成および活用により、自宅療養者の支援が進むことで、特に医師・訪問看護師・訪問薬剤師等の連携強化、そして今後の在宅医療の推進につながるきっかけになったものと考える。同時期に、厚生労働省から「自宅療養者の健康観察・診療を行う医療機関名を各都道府県のホームページで公表する仕組みを整えること」とされた。

③「新型コロナウイルス感染症　自宅療養者の診療・訪問看護支援マニュアルver.1」

県入院調整本部に設置した自宅療養者のフォローアップチームと保健所により、サポート医師・サポート薬局・必要な場合にはサポート訪問看護ステーション等と緊密に連携して、自宅療養患者の健康支援・医療提供体制を構築した。自宅療養となる患者については、共通様式である「サポート患者情報」に記載し、サポート医師・サポート薬局等宛てにファックスまたはメールで情報共有した。このマニュアルにおいて、自宅療養の対応をグループ分けした。通常のサポート医師の対応はGroupⅠとし、往診に対応できるサポート医師についてはGroupⅡの対応とした。①GroupⅠ：基本的には電話診療により、薬剤処方・必要時に訪問看護や点滴の指示を行い、②GroupⅡ：電話診療に加え往診での対応、必要に応じて在宅酸素療法等への対応も含む。サポート医師に加え、県内各地の多くの調剤薬局が、調剤とともに薬剤配送と服薬指導を行うサポート薬局に登録していただいた。自宅療養患者に対しては、サポート医師と情報共有・連携しながら、県入院調整本部のフォローアップチームまたは保健所から定期的に「新型コロナウイルス感染症自宅健康観察支援業務における被支援者健康チェック表」により、健康状態の把握に努めた。症状悪化時にはサポート医師または保健所に相談し、電話診療による診療・処方で対応可能な場合には、サポート医師により

対応し、緊急に入院等の診療が必要と判断した場合には、保健所または入院調整本部に連絡し、入院調整等を行うこととした。併せて、実績に応じて診療報酬の算定や県からの協力金等の仕組みも整備し情報共有した。これらの体制を支えるために、県入院調整本部は、設置当初は小会議室に少人数でスタートしたが、節目ごとに拡充し、2022年２月からは県庁で最も広い11階講堂に移動し、全庁的な応援態勢、そして県医師会・県看護協会・県薬剤師会・DMAT隊員ほか、各専門職種等に加え、大勢の委託スタッフにより運営した。

④経口薬等による診療

自宅療養支援開始当初は、消炎鎮痛剤・鎮咳剤・去痰剤等の、主に経口薬等による対症療法であったが、経口抗ウイルス薬である「モルヌピラビル」が2021年12月に特例承認され、2022年８月から保険適用となり、「ニルマトレルビル/リトナビル」が2022年２月に特例承認され、2023年３月から保険適用されたことで、高齢者を含め重症化リスクの高い感染者へ早期投与することで、重症化抑制効果が期待された。県医師会・県薬剤師会等と共に、治療薬を含めたオンライン研修会等も開催した。研修会の開催とともに、『新型コロナウイルス感染症COVID-19診療の手引き』の普及啓発にも努め、経口抗ウイルス薬を処方できるよう県内各地域で、より多くの医師・医療機関の登録を進めるとともに、県薬剤師会の協力により、サポート薬局も県内各地に広がった。抗ウイルス薬の登録・配置にも積極的に協力いただき、サポート医師等からの処方に対応して調剤・配送、そして丁寧な服薬指導等、協力いただくことで、自宅療養支援の拡充にもつながった。

2022年８月のお盆時期を迎え、同年８月19日には国内新規感染者数が約26万人、徳島県でも同年８月23日に3,182人と最多を記録し、この期間は徳島県が人口当たり新規感染者数が全国で最も多かった時期であり、入院受入病院・施設および協力医療機関・サポート医師・サポート薬局・訪問看護や介護サービス提供機関等を含めた関係者には多大なる協力をいただいた。同時期の９月初旬に、日本DMAT事務局から、入院調整本部と保健所のマネジメント支援に来ていただき、体制の見直しや改善に役立てることができたと考える。

⑤在宅医療・介護の支援

平時から在宅医療に取り組んでいる医師や看護師らが中心になって、マニュアル策定に取り組んでいただいた。日頃から、在宅で訪問診療（訪問看護を含む）や訪問介護を受けながら、自宅で療養されている方々が新型コロナウイルス感染症に罹患したり、介護に当たっている家族が感染した場合には、まずは、かかりつけ医として、担当訪問看護師として、健康相談や診療継続などについて対応いただいた。自宅療養を継続するか、あるいは入院調整になるかなど、家族を含めて、症状軽快や隔離解除になるまでの長期間にわたって、丁寧に対応していただいてきた。かかりつけ医やかかりつけ訪問看護機関で対応できない場合には、県入院調整本部において、サポート医師や訪問看護ステーション、介護事業所、薬局等の調整も行うなど、多くの方々の協力により自宅療養の支援を行ってきた。その中で、特に在宅介護サービスの継続が難しいことが多く、今後の新興感染症対策においても重要なポイントと考える。また、地域包括ケア推進、在宅医療・介護の連携を進める中で、尊厳を持ってのACP（Advance Care Planning、人生会議）の普及啓発にも、自治体や関係機関が共に協力して取り組んでいく必要がある。

⑥抗原定性検査の自己検査普及

2020年当初は、国立感染症研究所など一部検査機関でのPCR検査からスタートし、全国の地方衛生研究所でPCR検査開始、その後、次々と多くの医療機関や民間検査会社等でPCR検査開始、他にも抗原定量検査等も始まったが、有症状者の増加とともに、検体採取・検査・診断に時間を要していた。医療機関における、鼻腔検体による抗原定性検査が開始され、唾液検査も認可された後には、自己検査も可能となったことや、経口抗ウイルス薬の開発・使用とともに、「オミクロン株」が主流となってからは、さらなる自宅療養体制の拡充にもつながってきた。年末年始期間には、県医師会・県看護協会・県薬剤師会等の協力の下で「ドライブスルー方式の地域外来・検査センター」を設置運営いただいたり、県としても抗原定性検査キットの無料配布・送付を行った。

⑦「サポート医師」メーリングリストの活用

県医師会により「サポート医師メーリングリスト：support-groupⅠ+Ⅱ」を創設していただき、サポート医師のほか、県医師会役員・郡市医師会長、徳島大学等の入院受け入れの基幹的な病院の医師、県保健福祉部の担当者等、300人以上が登録し活用してきた。県からは、厚生労働省等からの通知文書や、G-MIS活用や感染者発生動向（2023年５月８日以降は定点検査結果等の共有など含め）、研修会の案内等情報共有するとともに、サポート医師からは、質問や意見交換等の場として活用されてきた。2023年５月８日の感染症法上２類から５類移行後も、新型コロナウイルス感染症のみならず、季節性インフルエンザや麻疹等含めた感染症情報の共有や、能登半島地震被災地への派遣・支援等の災害医療分野の情報共有含め、新型コロナウイルス感染症の自宅療養支援開始をきっかけとして始まった「support-groupⅠ+Ⅱ」は、現在も有意義・有効な情報共有ツールとして活用されており、県医師会のご協力の下で、引き続き活用していくことができればと考えている。

（３）「2022年９月26日から全数把握の見直し」以降の療養支援体制

2022年９月８日、厚生労働省から「Withコロナに向けた政策の考え方」が示され、感染症法上の措置として、高齢者・重症化リスクのある者への保健医療の重点化と患者の療養機関の見直しが行われた。同年９月26日から全数届出の見直しが行われたことに併せて、「とくしま健康フォローアップセンター」３部門を稼働した。発生届４類型（①65歳以上　②入院要　③重症化リスク等　④妊婦）の方は、医療機関を受診の上、１）重症化リスクの高い方は保健所へ発生届を提出し、プッシュ型で全員に健康観察の案内・支援物資やパルスオキシメータ配布等確認し、２）重症化リスクが高くない方には、年代と人数のみ把握とし、プル型で患者からの申し出方式で健康観察や物資支援受付を行った。自宅療養者に対する基本的なフォローアップの一つとして、健康相談を行うとともに、生活支援として食料品や衛生用品等の「自宅療養支援セット」の宅配を行った。また、自主検査で陽性判明者は二次元バーコードにて登録することで、確定診断・登録を行った（ただし、発生届４類型のうち②③④は、医療機関への受診案内）。入院調整本部および保健所から、健康観察やサポート医師やサポート薬局の調整等の自宅療養支援や、状況によっては宿泊療養調整、受診や入院等が必要な場合には救急受診・入院調整等を行った。また、24時間体制での健康相談体制も確保した。この体制は、基本的には2023年５月７日で終了し、個別での入院調整については、「医療機関向け入院調整フロー」を作成の上、各地域で即応病床を確保・リスト化し、医療機関同士で

調整いただくようになり、G-MIS「地域病床見える化」での情報共有と、健康相談体制は2024年３月31日まで継続した。

（4）おわりに

2023年５月８日、感染症法上５類に移行したが、ウイルスの性状が急に変わったわけではなく、その後も、医療機関では基本的な感染対策をしながら、現在まで対応いただいている。県医師会等とともに、新たな情報や知見の共有を継続し、特に５類移行前の同年３月23日に「どうするコロナ2019診療」と題するWEB研修会を開催し、その後も同テーマで、同年８月までに計３回開催するなど、円滑な移行に向けて取り組んだ。在宅対応の拡充は、平時からの医療・保健・介護・福祉等の緊密な多職種連携により、「地域包括ケア」の実現・深化にもつながり、新型コロナウイルス感染症拡大時においても、その重要性が改めて認識され、感染症を含め、いざ大規模災害発生時においても、切れ目ない「地域包括ケア」に期待されることから、今後も、関係者と共に取り組みを推進してまいりたい。

4　沖縄県における第６波以降の高齢者施設支援について

〈糸数 公　沖縄県保健医療介護部長〉

（1）はじめに

新型コロナウイルス感染症については、日本各地の感染状況に濃淡がある中、タイトルにあるように、ある地域の第６波以降の高齢者施設への対応だけを切り取って記載しても、読者が理解することは容易ではないと思われる。

よって、沖縄県において第６波を迎えるまでに高齢者施設支援について、どのような考えの下にどのような準備を進めてきたか（〈２〉第６波を迎えるまでの経緯）を先に述べ、次に実際の第６波以降の対応がどのように行われたのか（〈３〉第６波以降の高齢者施設支援の実際と課題）という構成で報告する。

なお、第６波に限らず本県の高齢者施設支援で全面的なサポートをいただいた独立行政法人国立病院機構本部DMAT事務局の若井聡智医師より、第６波および第７波における具体的な支援状況についてのご寄稿をいただいたので引用させていただく。

（2）第６波を迎えるまでの経緯

沖縄県では2020年８月の感染拡大（第２波）の際に、施設内クラスターを経験し、県コロナ本部に専属チーム（医療施設・福祉施設支援班）を設置し、独立行政法人国立病院機構本部DMAT事務局（以下、「DMAT事務局」という）のサポートの下、高齢者施設への支援を行ってきた。

①具体的な施設支援活動：新規事案発生覚知後の対応方針

（ア）施設内で新型コロナウイルス感染症が確認された場合、まず電話での情報収集を実施し、支援に必要な情報を聴取しアセスメントする。

（イ）地域における感染管理支援がない場合や複数名の感染者が出ている施設に対しては、まず訪問して、感染管理や物品管理、施設としてのマネジメントが可能かどうかを判断し、連日訪問・隔日訪問・電話フォローに切り替える。

（ウ）連日訪問する中で、感染者が多数であった場合や、重点的なマネジメント支援が必要と判断された場合には現地本部を設置して、常駐支援に切り替える。

（エ）PCR検査等で新規陽性者が収まっていることを確認しフォローを終了する。

2021年のアルファ株、デルタ株の経験を通して、あらかじめ登録した重点医療機関のコロナ病床だけでは入院治療を行うことができない中、感染が拡大し医療が逼迫すると高齢者等の福祉施設がコロナの主戦場となるという認識を多くの保健医療介護関係者が持っていた。

そのため基本的な感染対策について施設を対象とした研修を行うとともに、酸素需要がある陽性者も施設内にとどまって療養することができるように、パルスオキシメータや酸素濃縮器を施設へ貸与する準備を進めた。

第５波が終わった時点で高齢者施設においては嘱託医や入所者のかかりつけ医によるコロナ診療が難しい状況にあったことから、県コロナ本部に施設支援コーディネータ（医師や感染管理認定看護師＜Infection Control Nurse：ＩＣＮ＞）を常駐させ、集団感染が発生した施設への感染制御や

施設機能維持支援のための外部支援の拡充・強化について助言が行えるように体制を強化した。また、施設内療養となった場合の医療への参加を促すため、県医師会や地区医師会を通して働き掛けを行った。

また職員自身の感染による休業で介護の担い手不足が生じる恐れがあったため、看護師や看護補助者（介護士）を派遣する仕組みづくりにおいて、子ども生活福祉部と連携し対応した。

臨時医療施設（入院待機ステーション）を整備し、入院準備が整うまでの間の療養や、退院して施設に入るまでの間のリハビリ等、施設と医療機関間のバッファ的な役割の位置付けとした。

図表１　第５波における集団感染発生施設の死亡数、率

	陽性者患者	死亡	死亡率
高齢者施設	279	34	12.2%
うちクラスター	256	34	13.3%
障害者施設	22	0	0.0%
うちクラスター	15	0	0.0%
福祉施設　合計	301	34	11.3%
うちクラスター	271	34	12.5%

（３）第６波以降の高齢者施設支援の実際と課題

第６波以降の最大施設内療養者数と施設数は、第６波で１日最大287名（43施設）、第７波で同1,810名（177施設）、第８波で同410名（88施設）となっている。最も多かった第７波において施設内で酸素投与を受けていた陽性者は86名でこの時の最大入院者数は728名であったため、重点医療機関の入院病床で受けることができない高齢者について、非コロナ病床や施設内で療養を行うことが可能となった。

第６波以降の感染症対策専門家派遣の実績は、第６波で118施設延べ693名派遣、第７波で180施設延べ820名派遣、第８波で４施設７名派遣という状況であった。また看護補助者派遣事業や看護師派遣体制を行った結果、第７波で看護師延べ1,450名、看護補助者延べ184名、第８波で看護師延べ139名、看護補助者延べ16名を派遣した。職員不足が生じた施設に対して比較的速やかに支援看護師等を派遣することができた。

高齢者施設支援における課題としては、入居者のADLを落とさない中で可能な感染管理を行うことがＤＭＡＴ事務局の近藤医師により指摘されている（第112回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード資料３-11より）。ウイズコロナ時代の施設内支援の在り方については、ＡＤＬの維持と感染管理のバランスを考慮した方法を検討する必要があると考える。

独立行政法人国立病院機構本部DMAT事務局若井聡智医師レポート

【沖縄県第６波における支援】

●支援活動期間：2022年１月９日～2022年２月11日

●第６波の状況：2021年度末から感染が拡大し、2022年１月１日には52名だった新規感染者数が１月７日には1,414名となるなど急激に感染者数が増加した。ただし、流行したオミクロン株の感染速度は速いが、重症化率は低く、施設内で発生した陽性者のうち、無症状・軽症者が75％、中

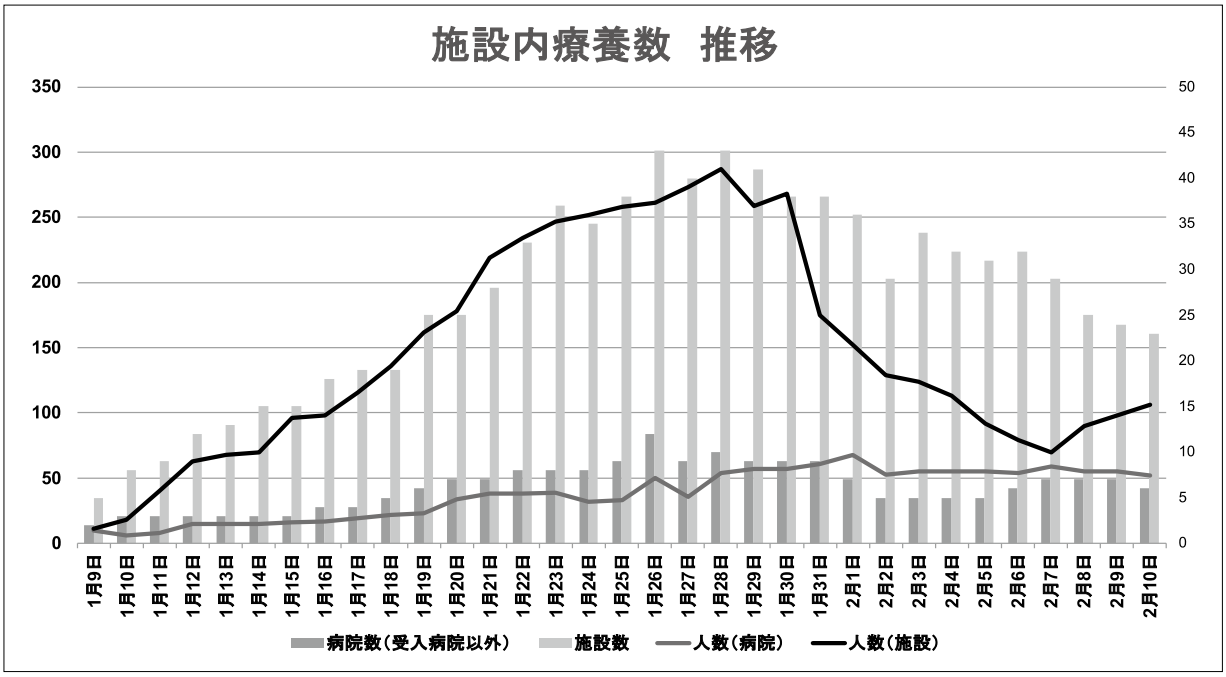
等症Ⅰが９％、中等症Ⅱが14％、重症が１％未満、死亡が２％であった。

●対応施設

・陽性者発生施設数　　合計104（病院21、施設83）

・入居者５名以上施設数　　合計39（病院７、施設32）

●訪問は最大１日17施設に実施



●病院・施設発生患者の重症度、死亡率

無症状・軽症	中等症Ⅰ	中等症Ⅱ	重症	死亡	合計
529	62	101	2	12	706
74.6%	8.7%	14.7%	0.3%	1.7%	

●職員の陽性が判明した病院・施設

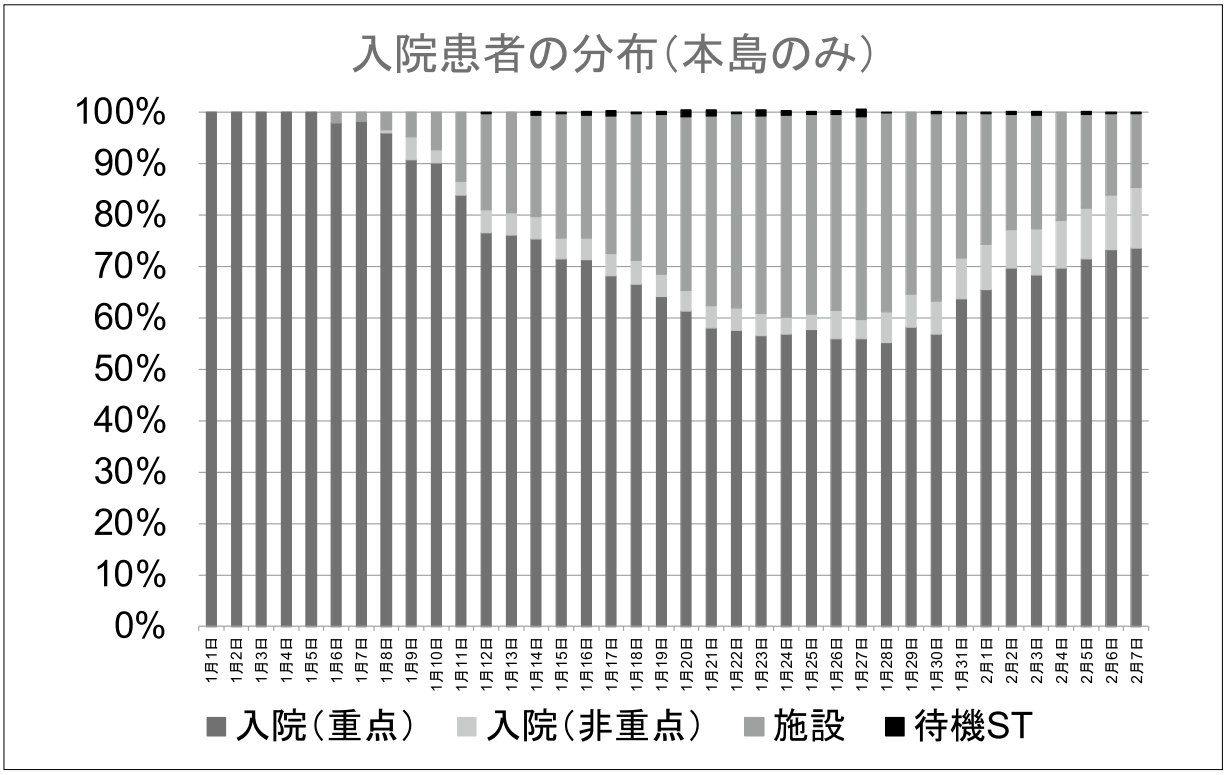
	累計　施設数	累計 陽性職員数	現状　施設数	現状 陽性職員数
病　　院	89	425	29	91
施　　設	241	682	47	125
合計	330	1107	76	216

●陽性職員が５名以上の高齢者・障害者施設数　　累計35

●八重山での離島からの搬送計画と実施

八重山圏域の離島における高齢者施設で感染者が発生した際の対応が円滑に行われるように、八重山保健所、竹富町役場、与那国町、県立八重山病院、JEMS、県施設支援班、DMAT事務局で協議。陽性者は原則として、施設内療養を選択するが、想定しうる搬送対象として酸素需要が発生する可能性が高い陽性者とし、離島から石垣島への搬送、離島内での搬送調整、搬送手段に

関する計画を決定した。その結果、感染発生病院・施設に対して適切な支援を実施し、陽性者をその病院・施設内で診療を継続する方針で対応したことにより、重点病院の医療負荷を低減し、病床逼迫改善に貢献し、医療崩壊を防止することに寄与したと考える。



【沖縄県第７波における支援】

●支援活動期間：2022年２月11日～2023年７月１日

●第７波の状況：爆発的な感染者数に比して、重症化率の低下。

●対応施設

・陽性者発生施設数　　合計926（病院135、施設791）

・入居者５名以上施設数　　合計462（病院51、施設411）

●人工呼吸器使用率（入院患者に占める）：第５・６・７波の比較

	第5波	第6波	第7波
平均	3.0%	0.6%	1.1%
最大 日付 呼吸器数/総入院数	5.4% 2021/08/27 33/709	1.9% 2022/01/26 8/423	2.2% 2022/07/31 22/981

●重症化率　入院患者に占める重症者割合：第５・６・７波の比較

	第5波	第6波	第7波
平均	15.4%	9.1%	2.6%
最大 （重症者/全入院患者）	20.1% （139/692）	12.1% （19/157）	4.1% （19/458）

●活動

・ADLを落とさない中で、可能な感染管理を実施

・陽性患者の管理

・できるだけフリーにする：生活空間までの赤エリア運用

・食事の場所又は時間を陰性者と分離

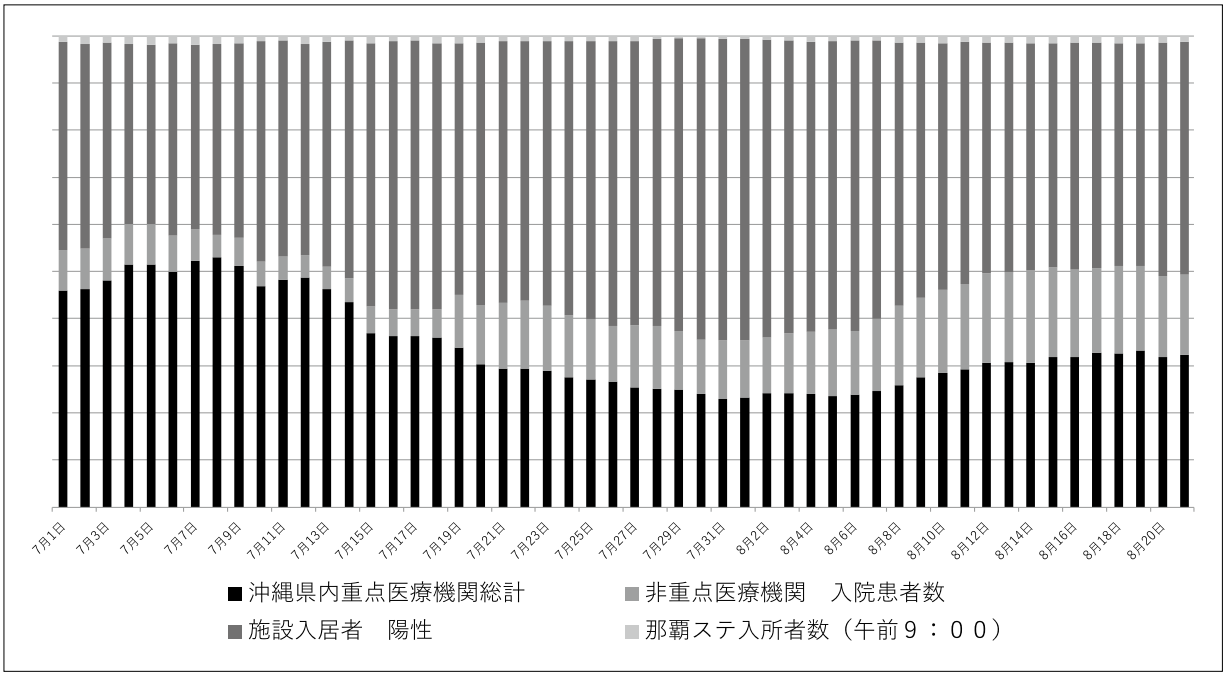
・フリーとする時間を陰性者と可能な範囲で分離

・トイレの可能な範囲で分離

・可能な範囲での動線の分離

●成果

●要入院患者の変遷



●課題

集団感染発生施設の入居者・職員を対象とした、慣例化されたスクリーニング検査により、職員不足に拍車がかかるケースが散見された。職員不足のために、ケアの質が低下し、非陽性者も含めた入居者の死亡・健康被害につながる危険性がある。施設規模・職員数に応じた対応が求められると考える。

5　第８次医療計画における新興感染症対策への議論（大阪府）

〈浅田 留美子　大阪府四条畷保健所長／元大阪府健康医療部保健医療室副理事〉

（１）これまでの新型コロナウイルス感染症対応における教訓

新型コロナウイルス感染症パンデミックでは、全国的な感染拡大による急速な医療ニーズの増大に直面した。それぞれの地域において通常医療との両立を含め、早急な保健医療提供体制の構築が喫緊の課題となり、平時から各地域の医療機関ごとに入院・外来・在宅における医療機能を共有し、連携を図ることで、地域医療全体を視野に入れて必要な医療を提供することの重要性が改めて認識された。

厚生労働省の「新型コロナウイルス感染症へのこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に向けた中長期的な課題について」[1)]（2022年６月15日新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議）においても、以下のような課題が指摘されている。

・感染症患者の専用病床を有する感染症指定医療機関だけでは新型コロナウイルス感染症の入院患者を受けきれず、一般の病院ががん治療をはじめとする通常医療を制限してでも病床確保をする必要が生じたが、そうした事態を想定した入院調整、救急搬送、院内ゾーニングを含めた具体的な訓練は行われていなかったため、体制の立ち上げに時間がかかった。
・感染拡大初期において、感染症指定医療機関以外に新型コロナウイルス感染症の特性も明らかではない時期から対応する医療機関、ウイルスの特性が明らかになってきた後に対応する医療機関との役割が平時から明確ではなく、地域によって役割の調整が困難であった。
・感染拡大する中で、都道府県が病床等の確保計画を立案したが、新型コロナウイルス感染症の特性が明らかになった後においても、医療機関との認識のずれや医療人材の確保の困難さなどから、地域によっては病床確保や発熱外来等の医療体制が十分に確保できないことがあった。
・感染が急速に拡大した地域では、病床を確保するために、医療人材（特に看護師）をその医療機関の外部から確保する必要が生じる場合があったが、災害派遣の仕組みはあっても全国的に感染拡大した場合の人材派遣の仕組みがないために、全国知事会、自衛隊、厚生労働省、日本看護協会などが改めて、派遣元との調整を行うことがぎりぎりまで必要になった。

こうした新型コロナウイルス感染症対応におけるさまざまな教訓を踏まえ、次の感染症の危機に備えるため、国において各種検討会等で議論がなされ、2021年の医療法の改正においては、都道府県が作成する「医療計画」の記載事項に「新興感染症・まん延時における医療」の１事業が追加され、第８次医療計画（2024年度～2029年度）に記載する項目は５疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）、６事業（救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療〈小児救急医療を含む〉）となった。

また、2022年12月９日に公布された「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（以下、「感染症法」という）の改正では、その趣旨として「新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、国民の生命および健康に重大な影響を与える恐れがある感染症の発生および、まん延

に備えるため、国または都道府県や関係機関の連携協力による病床、外来医療および医療人材ならびに感染症対策物資の確保の強化、保健所や検査等の体制の強化、情報基盤の整備、機動的なワクチン接種の実施、水際対策の実行性の確保等の措置を講ずること」とされ、平時に都道府県と医療機関がその機能・役割に応じた協定を締結する仕組み等が法定化された（2024年４月施行）。

こうした経緯により医療法および改正感染症法の2024年４月施行に向けて、2023年度に各都道府県では、第８次医療計画および予防計画を策定することになった。ここでは第８次大阪府医療計画[2)]および大阪府感染症予防計画（第６版）[3)]を一例としてその概要を示す。

（２）第８次大阪府医療計画

第８次大阪府医療計画は、新型コロナウイルス感染症のパンデミックを踏まえ、次の新興感染症発生時の対応や、近年多く発生している豪雨や地震等の災害時といった有事に備えた医療体制の整備、また、今後加速が見込まれる超高齢社会・人口減少社会における持続可能な医療体制の構築を基本的方向性として、概要**（図表１）**に示す通り、計画のポイントの第一に「有事（新興感染症発生時・災害時）に備えた医療体制の整備」を挙げている。加えて本計画の主な取り組みの１つ目を「新興感染症の発生・まん延時に備えた医療体制整備」として、新型コロナウイルス感染症対応での最大規模の体制を目指し、平時から医療機関の機能および役割に応じた協定締結等を通じて、感染症予防計画に基づく新興感染症にかかる医療体制および通常医療体制の確保を図ることにしている。これらを実効性のあるものとするための施策と協定締結等の具体的な目標値はロジックモデルに基づく府の医療計画の中で「施策・指標マップ」と「目標値一覧」に掲載している。

（３）大阪府感染症予防計画（第６版）

府では、国が示した基本指針に加え、2022年12月（2023年６月改定）に取りまとめた「保健・医療分野における新型コロナウイルス感染症への対応についての検証報告書」[4)]にあるさまざまな課題も踏まえ、新たな大阪府感染症予防計画（第６版）[3)]には、各課題に対応した平時・有事それぞれの取り組みを記載することとした**（図表２）**。

具体的には、基本指針に基づき「宿泊施設の確保に関する事項」「患者の移送体制の確保に関する事項」「外出自粛対象者の療養生活の環境整備に関する事項」「感染症の予防に関する保健所の体制確保に関する事項」等を新たに盛り込むとともに、新興感染症の発生予防やまん延防止に係る取り組みを追記した。

さらに府独自の取り組みとして、「平時における地方衛生研究所である地方独立行政法人大阪健康安全基盤研究所の機能強化」や「協定締結等による民間救急等と連携した移送体制、および外来受診体制の整備」「有事における入院調整の府への一元化の検討」や「臨時の医療施設、診療型宿泊療養施設の設置検討等の取り組み」等を加えている。

計画については、保健所設置市、感染症指定医療機関、医療関係団体等で構成する都道府県連携協議会を通じ、PDCAサイクルに基づく改善を図りながら平時の取り組みを進め、次なる新興感染症発生およびまん延時には、迅速に予防計画にのっとって必要な医療提供体制を確保し、コロナ対応で構築が進んだ関係機関とのネットワークを最大限に生かして危機事象に備えていく。

第8次大阪府医療計画（2024年度～2029年度）概要

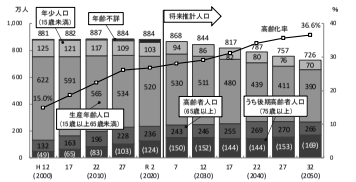
１．計画のポイント

● 有事（新興感染症発生時・災害時）に備えた医療体制の整備

新型コロナウイルス感染症の感染拡大により浮き彫りとなった地域医療の様々な課題への対応を図る。
- ・感染症を主要項目として位置付け、新たに「新興感染症発生・まん延時における医療」を追加。
- ・5疾病4事業等の各分野においても、新興感染症発生・まん延時等における医療体制の確保にかかる体制を整備。

● 超高齢社会・人口減少社会における持続可能な医療体制の構築

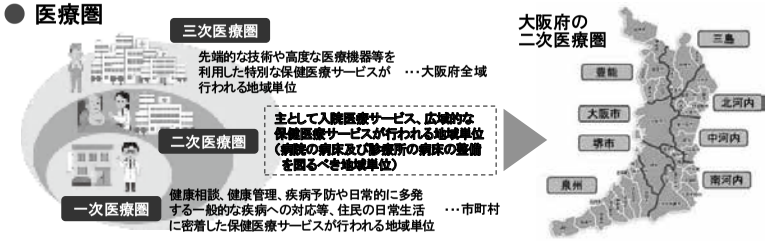
・第7次医療計画に引き続き、地域包括ケアシステムの構築に向け、介護等と連携した計画とするとともに、人口構造の変化や医療従事者の確保状況を踏まえ、持続可能で切れ目のない医療体制の構築を図る。



２．第８次医療計画における医療圏

- ・第7次医療計画における医療圏の地域単位を引き続き設定。
- ・各疾病事業における地域単位等については地域の実情に応じ弾力的に対応し、取組を検討。

● 医療圏



３．病床過不足の状況と将来の基準病床数の見込み

● 既存病床数と基準病床数（病床の整備基準）※1

【一般病床及び療養病床】

各二次医療圏とも、「基準病床数」＜「既存病床数」となっている。

二次医療圏	基準病床数	既存病床数（令和５年６月30日現在）
豊能	**8,683**	8,879
三島	**5,742**	6,301
北河内	**9,318**	9,572
中河内	**4,924**	5,693
南河内	**5,587**	6,352
堺市	**5,401**	9,222
泉州	**5,171**	8,698
大阪市	**25,001**	31,235
合計	**69,827**	85,952

基準病床数の算定に使用する平均在院日数（一般病床）は、近畿ブロック設定値（15.5日）ではなく、大阪府の実態を踏まえた値（14.3日）とする。

【精神・感染症・結核病床】（三次医療圏（府全域）で設定）

種別	基準病床数	既存病床数（令和５年６月30日現在）
精神	15,992	17,803
感染症	78	78
結核	232	253

【特例措置※2活用の要否について】

■基準病床数の算定条件（コロナ禍前における医療需要データを使用）では、一部二次医療圏において、今後、基準病床数が既存病床数を上回る見込み。

■しかし、新型コロナウイルス感染症の感染拡大以降、入院医療需要は減少していること、今後の需要動向が不透明であることから、特例措置を活用し増床させることは、将来的に供給過多となる可能性。

■特例措置を活用せず「基準病床数の見直し」を毎年検討。

※1：医療機関の病床の適正配置を目的に設定する基準。既存病床数が基準病床数を超える地域では、病院及び有床診療所の開設、増床等は原則できない。

※2：都道府県は、急激な人口の増加が見込まれ、病床の増加が必要と考えられる場合等において、医療審議会の意見を聴いた上で、厚生労働大臣と協議し、その同意を得た数を加えて、基準病床数とすることができる。

４．第８次医療計画の主な取組

● 新興感染症の発生・まん延時に備えた医療体制整備

新型コロナウイルス感染症対応の教訓を踏まえ、当該対応での最大規模の体制をめざし、医療機関の機能及び役割に応じた協定締結等を通じて、感染症予防計画に基づく新興感染症にかかる医療体制及び通常医療の提供体制の確保（裏面に記載）を図る。

【主な取組】
- ●平時における新興感染症の発生・まん延時に備えた医療・療養体制の構築
  - ・病床確保、発熱外来、自宅療養者等への医療の提供、後方支援、人材派遣、物資の備蓄に係る協定や、宿泊療養施設確保に係る協定を医療機関等と締結
  - ・協定締結医療機関における感染症対応を行う人材の養成や資質の向上
- ●新興感染症の発生・まん延時の協定締結に基づく医療・療養体制の構築
  - ・協定に基づく医療・療養体制の速やかな整備
  - ・入院調整の府への一元化や移送・搬送体制の整備、自宅療養者等への健康観察・生活支援等

● 災害時に備えた医療体制整備

- ・病院全体の耐震化率は全国平均を下回っており、耐震化にかかる取組を進める。また、災害時に備えた非常用自家発電設備の整備、浸水対策等にかかる取組を進める。
- ・災害時の業務継続計画（BCP）の策定率が、救急病院において55.1%となっており、BCP策定を促進するとともに、訓練等を通して、災害に対応できる人材を育成確保する。

【主な取組】
- ●ハード・ソフト両面での災害医療体制強化
  - ・病院の耐震化向上及び非常用自家発電設備の設置、浸水想定区域に所在する病院の浸水対策の取組支援
  - ・院内災害マニュアル及びBCPの策定に向けた取組支援（特に災害医療機関に対する働きかけ）
  - ・関係機関と協力した在宅人工呼吸器装着患者等への災害に備えた支援実施、簡易発電機貸出支援拡充
- ●人材養成・派遣体制の確保と関係機関との連携強化
  - ・DMAT・DPAT・災害時小児周産期リエゾン等の養成
  - ・医療救護班（保健医療活動チーム）の派遣体制の確保
  - ・訓練等を通じた連携体制の構築

● 病床機能の分化・連携の推進（地域医療構想）

高齢者人口の増加に伴う回復期需要の増加を見据え、2025年に向けて必要な病床の確保を図る。

※国の方針に基づき、地域医療構想は2025年以降に見直し予定

● 医師の確保（医師確保計画）

①府独自の必要医師数（2036年（二次医療圏別））の算出
- ・産科、小児科、救急科については、診療科別に設定

②医師確保の取組
- ・偏在（地域偏在及び診療科偏在）の解消に向けた取組（地域医療支援センターの運営 等）
- ・養成段階における取組（地域枠医師の養成 等）
- ・勤務環境改善に向けた取組（時間外労働時間の規制開始を踏まえた働き方改革 等）

● 外来医療に係る医療提供体制の確保（外来医療計画）

- ・新規開設者に加え、既存の診療所開設者に対しても、意向書の提出を働きかけ。
- ・保健医療協議会の協議を踏まえ「紹介受診重点医療機関」を選定し、外来機能の明確化・連携を推進。

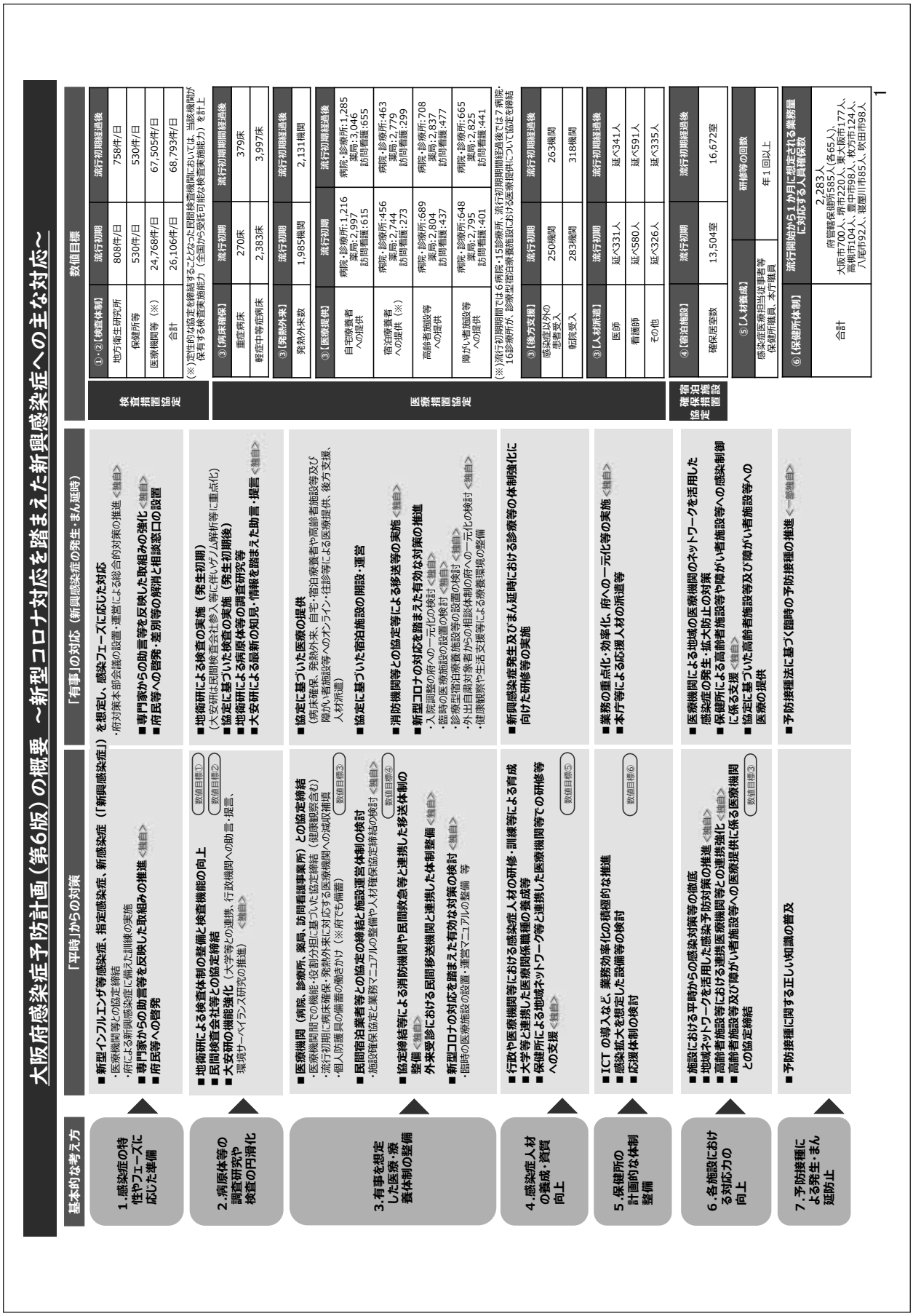
● 在宅医療の充実等さらなる高齢化への対応

- ・退院支援から看取り、急変時まで地域で完結できる体制と関係者の連携体制の構築が必要なため、新たに設定した「在宅医療に必要な連携を担う拠点」及び「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」を中心とした取組を推進。
- ・人生会議（ACP）について、医療・ケア従事者、患者・家族への普及を推進。
- ・全救急搬送患者の半数以上を高齢者が占める状況を踏まえ、二次救急医療機関等関係機関と連携し、高齢者救急にかかる取組を推進。

● 二次医療圏における医療体制（圏域編）

二次医療圏ごとに、地域の実情を踏まえ5疾病5事業等について医療体制確保にかかる取組を進める。

図表２　大阪府感染症予防計画（第６版）の概要　（2024年３月改定）



■参考文献

1）新型コロナウイルス感染症へのこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に向けた中長期的な課題について：2022年６月15日新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議

2）第８次大阪府医療計画
https://www.pref.osaka.lg.jp/attach/2502/00469318/all.pdf

3）大阪府感染症予防計画（第６版）
01keikaku.pdf（osaka.lg.jp）

4）保健・医療分野における新型コロナウイルス感染症への対応についての検証報告書
大阪府健康医療部　2022年12月（2023年６月改定）

6　DMATによる地域支援（北海道での対応とDMATの役割）

〈近藤 久禎　国立病院機構本部DMAT事務局次長〉

（1）背景

COVID-19のパンデミックは、日本を含む世界に未曾有の被害をもたらした。2020年１月、中国の武漢で発生が初めて報告され、日本政府は当時の安倍晋三首相の武漢からチャーター便で帰国する方々への対応に災害派遣医療チーム（以下、「DMAT」という）の仕組みも活用するとの指示の下、急きょ、DMATが武漢から帰国者の隔離、その後のダイヤモンド・プリンセス号における感染拡大に派遣され緊急対応を実施した。

パンデミックが世界的に拡大する中、日本国内でも流行が始まり、病院や福祉施設などの集団感染では高い致死率が記録され、また、地域全体でも保健医療の逼迫が課題となった。そこでもDMATが過去の経験を活かして支援することとなった。以後、DMATは2020年４月から2023年３月までの３年間で52の行政機関（都道府県庁、保健所）、550か所のクラスター発生施設支援を実施してきた。中でも北海道では第１波～第２波、第３波、第４波、第６波～第８波とDMATが最も多くの支援を実施してきた地域の一つである。

そこで本稿ではパンデミックがもたらした課題とDMAT支援の変遷について、クラスター対応を中心に振り返る。そしてパンデミック対応におけるDMATの意義を検証することで、新興感染症への支援の本質に迫る。

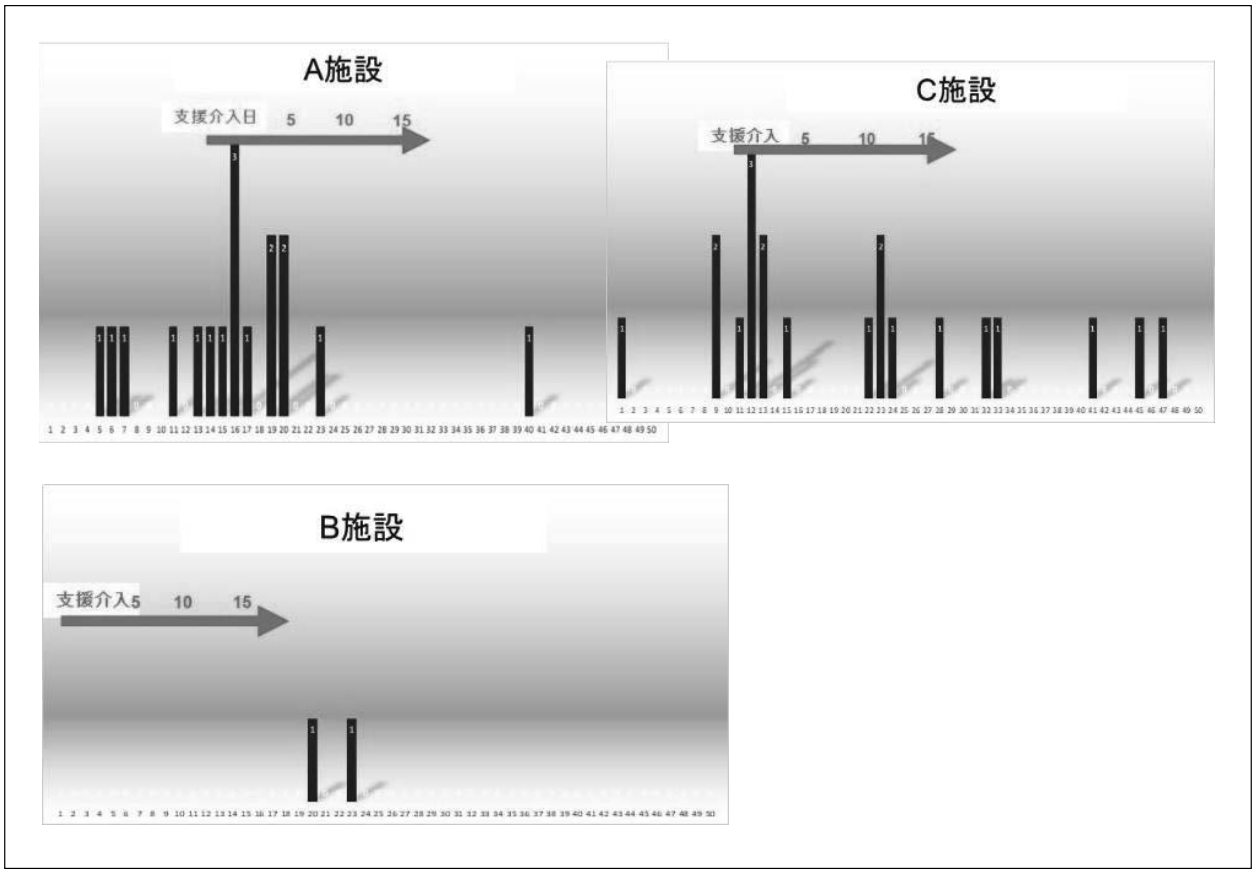
（2）クラスター発生病院・社会福祉施設支援

最初に大きな課題となったのが2020年４月に起きた札幌市介護老人保健施設のクラスターだ。感染が拡大（最終的には96名中71名）する中、受入病床の逼迫する中、患者は施設内にとどめる方針とされた。一方、組織だった支援は行われず、現場は混乱していた。

恐怖による職員不安・混乱が起こり、看護・介護職員は平時44名のところ15名まで減少していた。施設の混乱、絶対的な人員不足で医療・介護ケアが提供できない状態の中、施設内死亡が続発（最終的に16名死亡）した。DMAT支援開始時、まず、現状の問題点を整理し、現場が何を困っているか整理し、職員が課題を理解することにより不安・混乱の抑止を図った。その上で、何人支援に入れば何人対応できるかを見える化し、それを関係部局で共有し、人的資源の投入と搬送の現実的な対応方法を示した。その結果、人的支援に加え５月12日からは一部の患者搬出が、23日には一度搬出した患者の再受入れが可能になり、混乱も収束した。この事例より、施設の現状把握と評価をして支援投入と患者搬出のバランスを決定する災害医療支援の必要性が認識された。

第２波までにDMATが支援した11か所のクラスター発生病院における入院患者の致命率は全体で17.4％だが、早期支援（発生から７日未満）した７病院では7.1％、７か所の福祉施設入居者の致命率も11.7％だが早期支援がした５施設では5.3％だった。死亡者が多い病院や施設では、組織的な支援の効果が出る前に死亡のピークが見られており**（図表１）**、DMATの早期支援が恐怖や混乱によるシステム崩壊と全体の医療・介護レベル低下による死亡を低減することが示唆された。このようなシステムや需給バランスが崩壊した施設に対しては感染管理に限られた支援の効果は限定的で、

図表１　支援施設における死亡



体制を確立し、資源調整を行う包括的な災害医療支援が重要だった。また脆弱性の高い患者が多く入所する施設では本人と家族の悲劇を低減するために尊厳ある死亡を守る対応も必要となった。

この災害医療支援の必要性の必要性が最も顕著に見られたのが、最大規模のクラスターの一つが第３波時の旭川の病院である。クラスターが発生した2020年11月６日に６階の入院患者の感染を確認し、順次全病棟へと感染が広がった。19日までに41名の陽性者を転院したが、以後は看護度の高い患者受入れで受け入れ病院側のキャパシティーを超え、転院先確保が困難となり、院内での患者管理継続も困難だったため、27日にDMATの支援が開始された。27日時点累積罹患者数は131名、全病棟職員が濃厚接触者、全病棟がレッドゾーンとなり、職員の負担も増大し看護師１人当たり15名の患者を受け持つ病棟もあった。最終的には陽性患者数210名となる国内最大規模のクラスターとなった。需給バランスを評価し、看護師１名当たり７名程度の患者を受け持つことを目的とし、30～50名程度の患者搬出か看護師の支援調整を行うこととした。まず市内受入病院の院長会議で４病院に10人の新規受け入れをご快諾いただき、一方10名程度の看護師支援を要請し、自衛隊も含め支援が得られた。院内体制も見直し、すでに寛解あるいは隔離解除となった患者を１病棟に集め、グリーンゾーンをつくることで、需給のバランスを調整し、また、これを広げることで出口を明示し、事態収束へと導いた。

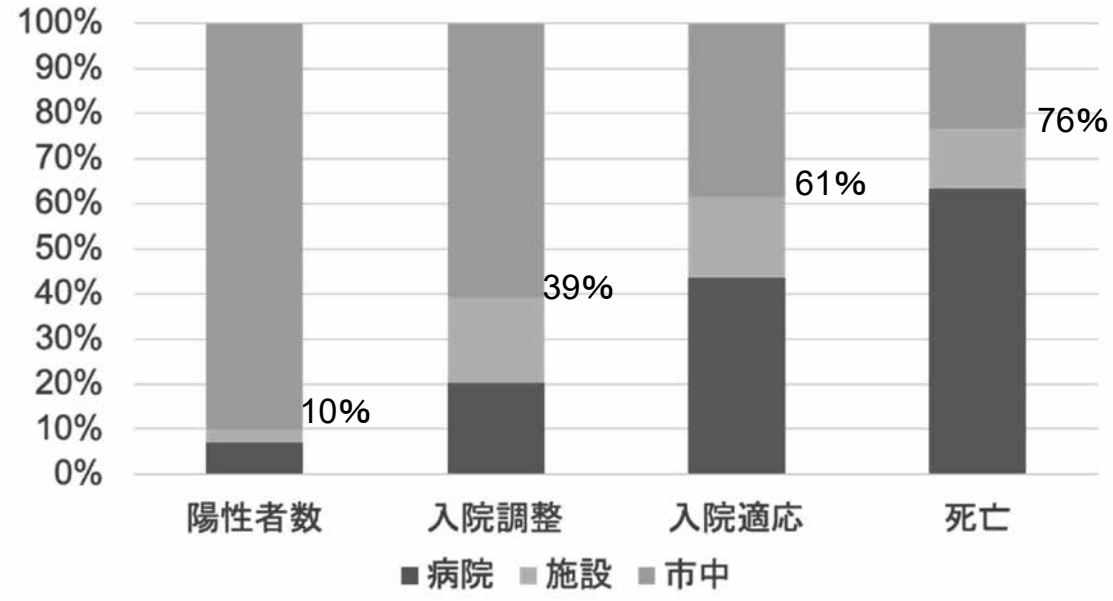
（3）DMATによるクラスター多発地域支援

厚労省本部地域支援班DMATは、感染が拡大し、クラスターが起こる病院・福祉施設が多発す

る地域に対し、都道府県庁や保健所等地域全体への支援も実施してきた。2020年６月の北九州市を皮切りに、最終的には全国で52の行政機関（都道府県庁、保健所）を支援してきた。

地域の支援として代表事例が札幌市第３波対応である。札幌市は感染拡大の中、主要受入病院でのクラスター発生もあり、受入病床が逼迫し、巨大クラスターも多発した。これを受け、当時、全国においてはリスクのある陽性者は全員入院としている中、ハイリスクであるだけであれば自宅・宿泊・施設療養とし、酸素投与など入院加療を要する中等症以上患者のみ入院させる方針とした。クラスター発生病院で発生した患者は原則その病院で加療継続、集中治療を要する場合のみ重点病院へ搬送とした。この方針には陽性患者が発生した病院・施設への支援体制の確立が不可欠である。そこで、札幌市医師職と厚労省本部地域支援班DMATを中心に感染研FETPの支援も受け、札幌市保健所内に支援班を設置し、第３波において30病院と61施設を支援した。第３波の札幌市におけるクラスター発生病院・社会福祉施設で感染した患者は、全感染者数の内10％程度しか占めないが、入院適応患者に限定すると61％、死亡に限定すると76％に上り大きな影響があった。**（図表２）**クラスター発生施設内での陽性患者の診療・ケアの継続は病院ではすべて、介護・福祉施設では84.2%で実現し、医療機関患者614名／691名（88.9%）、介護・福祉施設入所者114名／294名（38.8%）がクラスター発生施設で継続的にケアされた。それは札幌市全体の入院調整の負担を６割減らし、在宅・ホテルの死亡ゼロ、市中感染の致命率を0.58％にとどめ、地域の医療崩壊抑止に寄与した。

図表２　病院・施設集団発生の影響



	陽性者数	入院調整	入院適応	死亡	死亡率
病院	691	256	870	141	20.41%
施設	294	245	361	30	10.20%
市中	9025	772	772	52	0.58%
	10010	1273	2003	223	

参考：旭川第3波状況
陽性者：46%
入院：77%
死亡：87%

このように、クラスター発生病院・社会福祉施設の支援する意義は、病院・施設での死亡を１/４から１/２の死亡を低減できること、受入医療機関の負荷を１/２以上低減できることである。さらに、支援体制が確立していればすべての病院・施設で患者診療継続・受入が可能であることも示され、新型コロナ災害の一つの出口への道筋が示唆された。

（4）患者サージ対応

従来株の流行に対しては、クラスター発生病院・社会福祉施設支援で乗り切れると考えていたが、さらなる対策が必要となったのが第４、５波アルファ・デルタ株流行時である。特徴は急激なスピードでの要入院患者の増加に病床拡大が追い付かない、その結果、入院が必要な患者が入院できず、自宅、救急車でスタックし、十分な医療の管理下に入れないことであった。

最初に大きな被害の出た大阪市の支援に続き、札幌市が第４波のサージを迎えた。要入院患者は第３波までは、クラスターの起きた病院、施設でカバーすれば収まっていたが、第４波では大量の入院待機者が出てしまった。このような状況下では死亡を防ぐことは目的とできず、入院待機者を医療管理下に置くことを目的に入院待機ステーションの設置と往診体制を確立した。

入院待機ステーションの運用においては、その運用方針の確定と周知徹底が必要である。大阪ではこれができず、十分に機能しなかった可能性があると考えられていた。そこで、目標を、「新型コロナウイルス感染症による悲劇を減らすためにすべての患者を医療の管理下におく」ことと定め、医療の管理下であれば質の低下は許容し、満床でも受け入れる覚悟が必要であることを周知した。このような覚悟を持って運用することで初めて患者のフローが生まれ、トリアージ機能（緊急入院が特に高い患者を選別する、簡便な診療処置によって入院適応がなくなった場合は自宅に帰す等)、バッファー機能（入院待機センターでの安定化処置によって入院までの時間を確保、夜間に患者を受け入れて日中に医療機関に入院調整を行うことにより、患者受け入れ先の負担を軽減する等)、サポート機能（救急隊の現場待機時間の短縮等）を発揮でき、これらの３つの機能で医療機関の負担を軽減し、救急体制を守ることができるものと考えた。実際、札幌市では第４波の間、274名の患者を受入れ、うち99名（36%）は元の療養場所に返すことができている。

一方、往診については、第４波の札幌市では医師会、在宅医協議会と連携し実施した。要往診者の情報把握と選定を保健所とDMATで行い、往診医協議会と協議し割り振りを決定して往診依頼を行った。往診は緊急を要する入院待機者、入院待機ステーション退所者を対象に計132名の診療を実施した。要緊急入院の患者でも53名（52%）は自宅での療養継続を実施でき、５月24日以降は24時間以内に全患者を医療管理下に置くことができた。第４波の札幌市においては最大時確保病床の２倍まで要入院患者の数が増加したが、第３波以来活動を続けていたクラスター施設支援班が２割～３割の超過ニーズをカバーし、それでも超過した１割～２割は入院待機ステーションおよび往診体制でカバーできた。

（5）オミクロン株まん延以降の対応

オミクロン株の感染拡大では重症化率は低いため感染者数に比して病床逼迫は従来に比して軽度な一方で、感染力が強く陽性患者数が急増したため、発生届処理や健康観察開始の遅延、また、医療従事者の大量休職が課題となった。

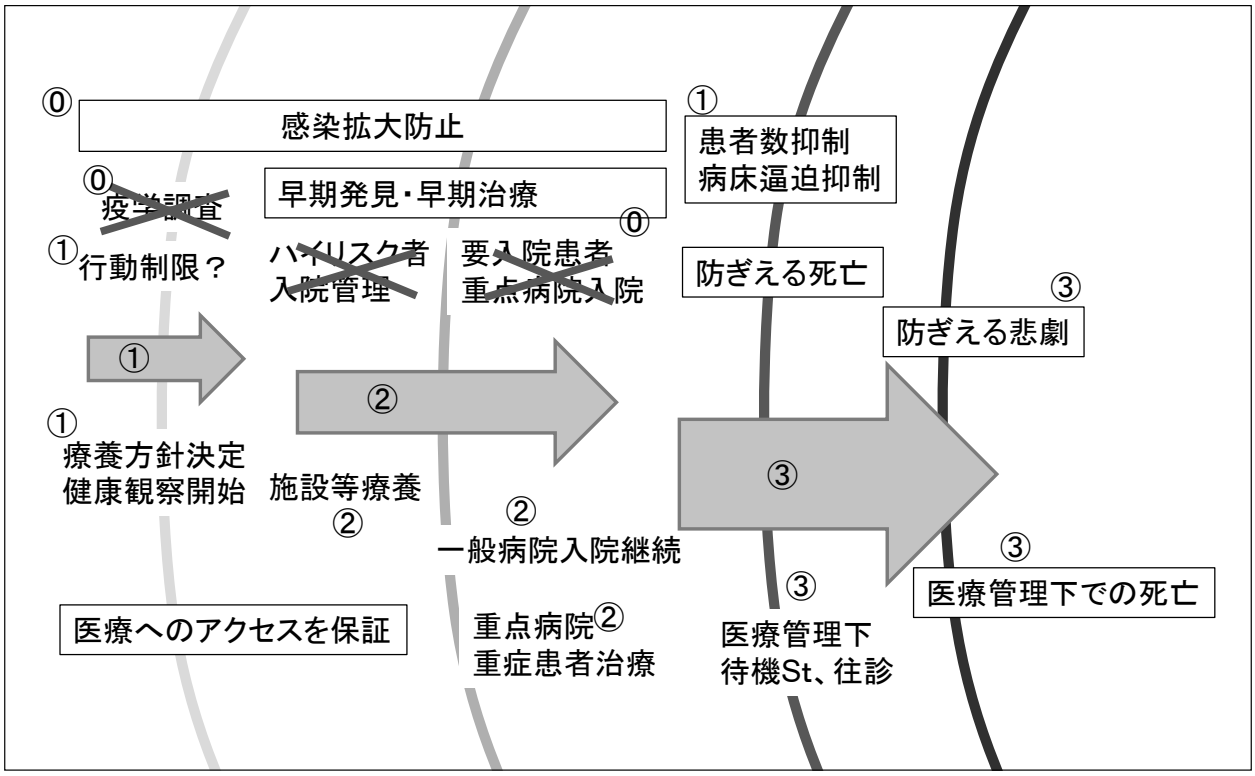
札幌市の近郊地域である江別、千歳、苫小牧保健所管内は被害の大きさに比して資源が少ない地域であった。これらの地域の社会福祉施設の陽性者が重点医療機関受入患者の４倍～５倍に急増したため多数のクラスター発生施設管理手法を支援し、発生病院・施設での療養継続を図った。また保健所における発生届の処理と健康観察の自動化と簡便化や、地域の往診やオンライン診療を活用した医療提供の調整支援を行い、最終的なクラスター発生病院・施設での致命率は3.2%、札幌市の致命率も1.9%であり、第３波17.4%、第４波21.4%と比するとかなり低くなった。

2022年11月に北海道で全国に先駆けて第８波の感染拡大が発生した。そこで北海道庁の要請を受けてDMATが北見、紋別、釧路、留萌に派遣となった。新型コロナ肺炎は減少していたが、病床は逼迫した。その原因は、社会福祉施設入所の誤嚥性肺炎等の生活不活発病が主であり、その背景には隔離によるADLの低下と初期診療・介護サービスの低下があった。そこで、クラスターの発生した施設では、個室隔離は実施せず、可能な限り普段通りの生活スタイルを保持すること、診療・介護は継続させ、人的資源不足から継続不可能な場合は、陽性者、濃厚接触者の勤務継続可とすること、検査は有症状時とし、無症状者へのスクリーニングは実施しないことを方針として対応した。この考え方の背景には、COVID-19は生命・福祉のリスクの１つに過ぎず、総合的なリスクの低減が必要であること、ADLを落とす形での感染管理はむしろ患者の自己免疫力を低下させむしろ重症化防止の観点から有害であることであった。当初はそれにより感染拡大と重症化が進むのではと懸念されたが、結果的には、従来の感染拡大防止策よりも累積罹患率は入院・入所者で30.2%から16.9%に、職員でも15.2%から8.6%に低減したことはもちろんだが、入院率も1.1%から0.4%に、致死率も1.2%から0.3%まで共に有意に低下した。これはADLの低下や通常の医療が提供できないリスクはCOVID-19感染拡大のリスクを上回ることを示唆され、普通の医療体制に早期に戻す必要性が示唆された。また、このようなリスクによる死亡は、感染症拡大防止策の副作用であり、今回の新型コロナ感染症まん延の中で多くを占める可能性があることを示唆しており、今後の検証が必要である。

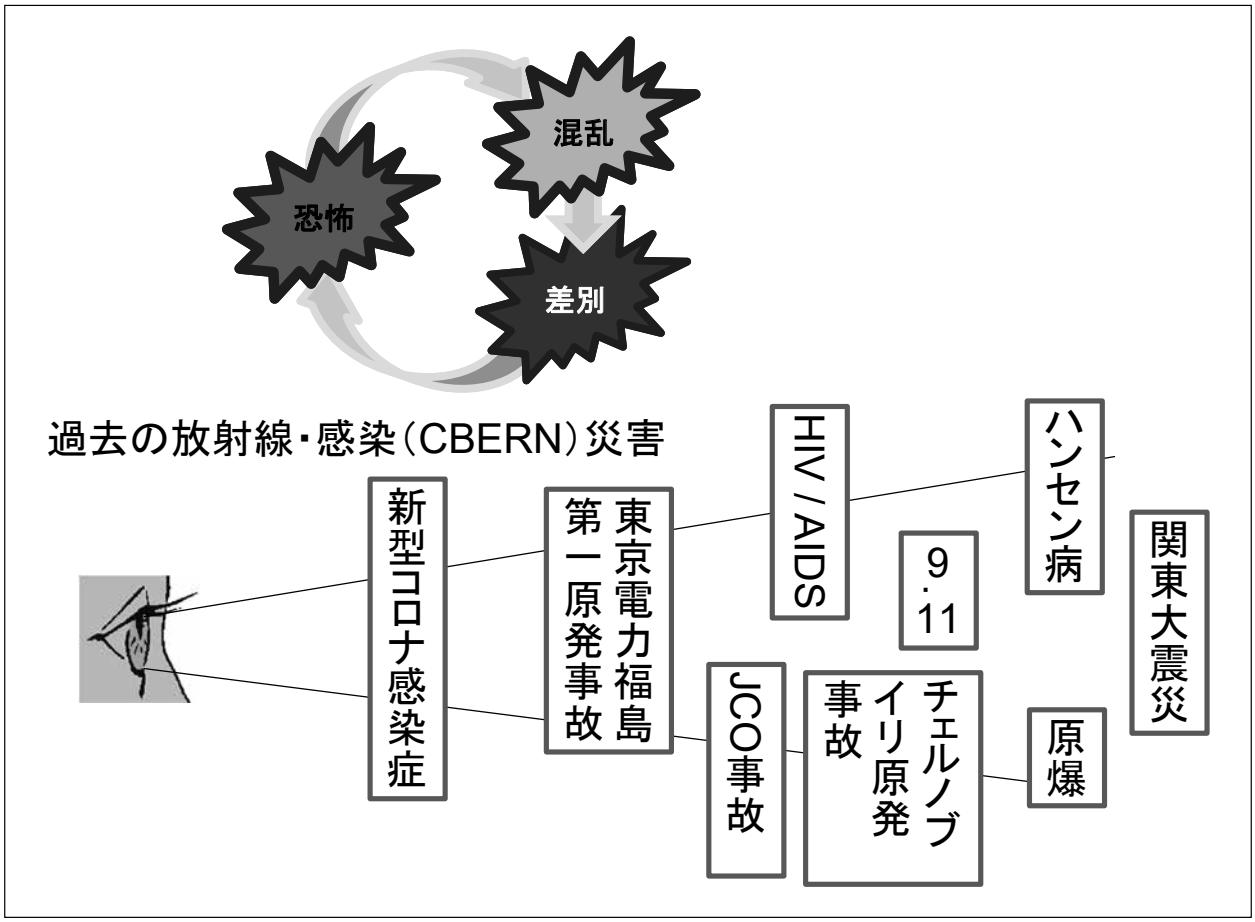
（6）まとめ

われわれの対応について**図表３**にまとめた。多くの関係者は、当初（⓪）、疫学調査による感染拡大防止を図る一方、早期発見・治療のため陽性者はすべて重点医療機関に入院させ防ぎ得る死亡を低減しようと考えた。そして、感染拡大時（①）には、保健所の疫学調査のキャパシティーを超えると行動制限により患者数を減らし病床逼迫を抑制しようとした。しかし、実際の保健所の現場では数日前の疫学調査の処理に追われ、新しい患者の診療方針の決定が遅れ、医療にアクセスできないことが喫緊の課題であった。そこで、われわれは保健所を支援し疫学調査を中止し、診療方針決定と健康観察の開始に資源を集中できるように支援した。また、さらなる感染拡大や大規模な施設クラスターが起こると（②）すべての患者の重点医療機関への入院は不可能になる、そこで、これらの施設を支援し、そこでの療養継続を行い、重点医療機関は重症患者に集中できるようにして医療へのアクセスを保証した。また、さらなる感染拡大時には、対応の目標を死亡の低減から悲劇の低減（③）に改め、医療の管理下での死亡を目的として入院待機ステーションや往診制度を整備し、医療へのアクセスを確保した。このように、保健医療提供の維持・確保を優先し、感染拡大防止固執の副作用を鑑み、現在の状況に対し、被害（死亡、悲劇）低減のための最善の方策を模索し

図表３　サージ地域支援時の優先目標と対応



図表４　放射線災害・感染（CBERN）の本質



続けた。

今回の保健医療福祉全体でのコロナ対応をわれわれの視野から見ると、個々の医療機関では、ウイルス、差別・風評被害が怖いため、ウイルスを自施設に入れないことに固執し、職員自粛強制する一方、新型コロナ患者、寛解者診療拒否、このような姿勢が医療の偏在拡大、診察可能病床逼迫を招いたのではないかと感じられた。また、クラスター発生施設では、コロナまん延の恐怖による混乱の中、人員の絶対的不足が重なり、平常の医療・介護が提供できない、局所の医療介護逼迫・崩壊が起こっていた。これに他の医療機関からの差別（受診拒否など）がとどめを刺していたことも付記しておく。また、地域全体では、隔離のための入院や一部の医療機関のみの医療提供が病床逼迫を招いていたのではないか、そして、通常の医療調整ではない調整（行政による調整)、フリーアクセスを妨げる市民への圧力が医療の管理下にいない患者の出現を招いたのではないか。このような観点からの検証が必要であると感じられた。

このような視点から見れば、今回の新型コロナ感染症対応の本質は、恐怖、混乱、差別の負のサイクルと考えられる**（図表４）**。実リスクよりも高い恐怖に対し、一つのリスクのみを避ける行動の副作用が発生、それに、医療者の過剰反応することにより、医療管理下にない要医療患者の発生、死亡、悲劇、関連死亡の増加が起こった。このような事象は東京電力福島第一原発事故で発生しており、CBERN災害の本質であるとも考えられる。放射線分野ではその前にもチェルノブイリ、あるいは原爆でも同様のサイクルの影響が見られた。感染症の分野でもHIV/AIDSでも課題となったが過去の最大の教訓はハンセン病対策にあったのではないだろうか。医療者が過去を学び、本質を知ることによりこの負のサイクルを抑制できることを鑑み、過去の感染症の課題、特に負のサイクルの影響も含め検証し、次の対策に結び付けていくことが重要である。

■引用文献

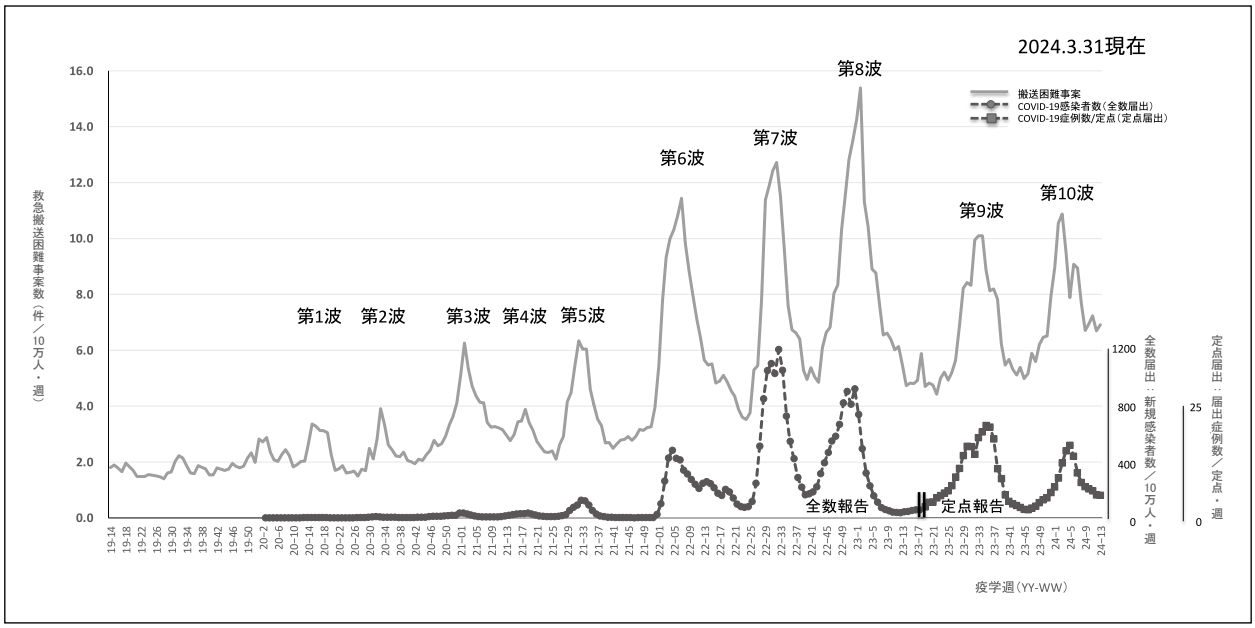
Japanese Journal of Disaster Medicine 27巻 suppl号
北海道医師会新型コロナ感染症記録誌．令和５年．一般社団法人北海道医師会発行

7 救急搬送困難事案数から見る新型コロナウイルス感染症の流行に伴う救急医療の逼迫

〈中島 一敏　大東文化大学スポーツ・健康科学部健康科学科教授〉

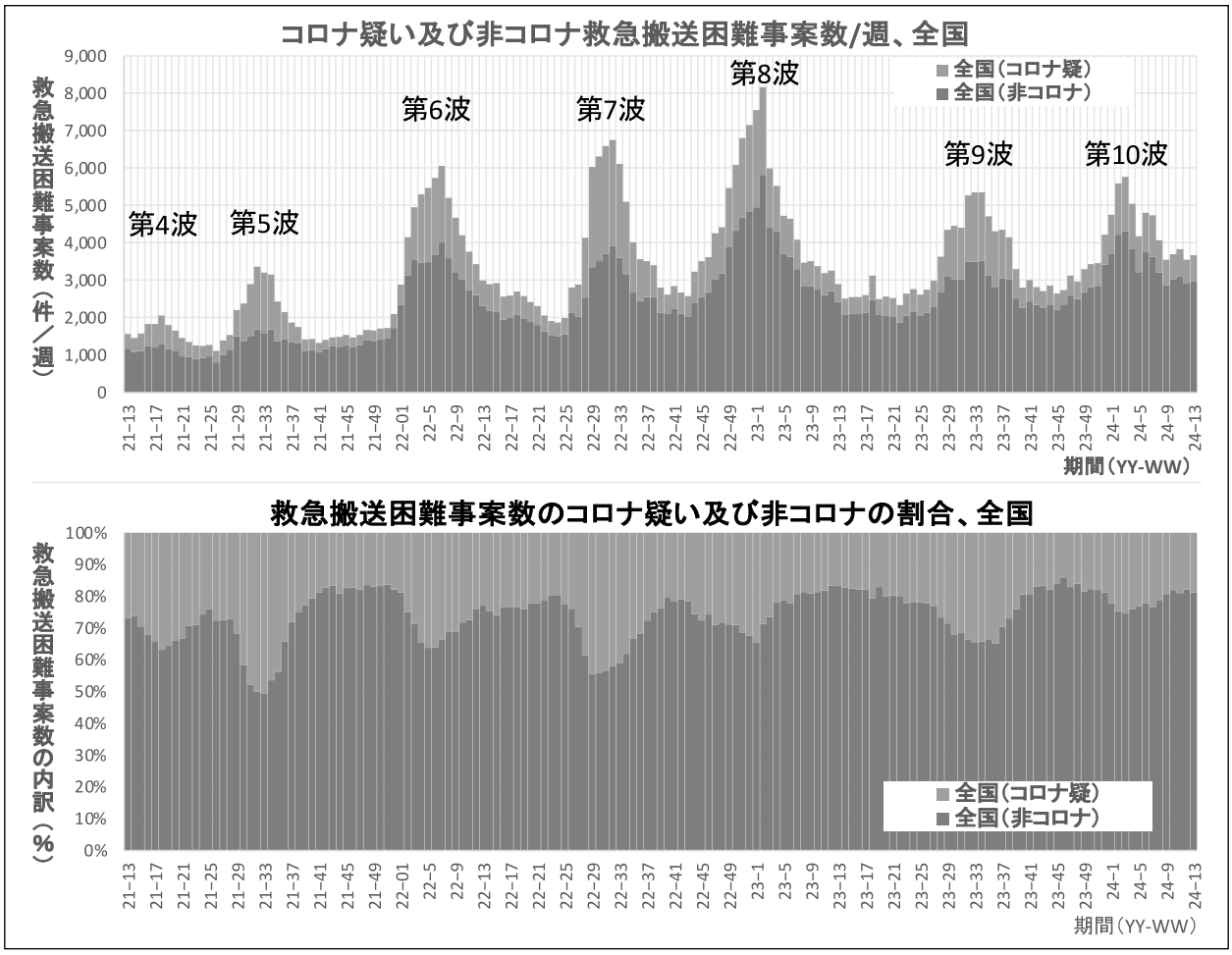
医療逼迫を防ぐことは、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）発生後一貫して、対策の主要な目標であった。救急医療が逼迫すると、救急患者の受け入れ調整が難渋し、「救急搬送困難事案」数が増加することとなる。総務省消防庁は、「医療機関への受け入れ照会数４回以上」かつ「現場滞在時間30分以上」で定義される「救急搬送困難事案」の数を、東京消防庁、その他道府県の道府県庁所在地および政令市の消防本部から収集し毎週公表している[1)]が、第１波以降国内流行が生じるたび、その急増が観察されている[2)]**（図表１）**。パンデミック発生後からCOVID-19の診療体制が強化されてきたが、第３波以降そのピークは極めて大きくなった。2023年５月８日、COVID-19の感染症法上の位置付けが５類感染症となった後も、流行レベルの増加に伴う救急搬送困難数のピークが認められた。

図表１　救急搬送困難事案数とCOVID-19感染者数のトレンド

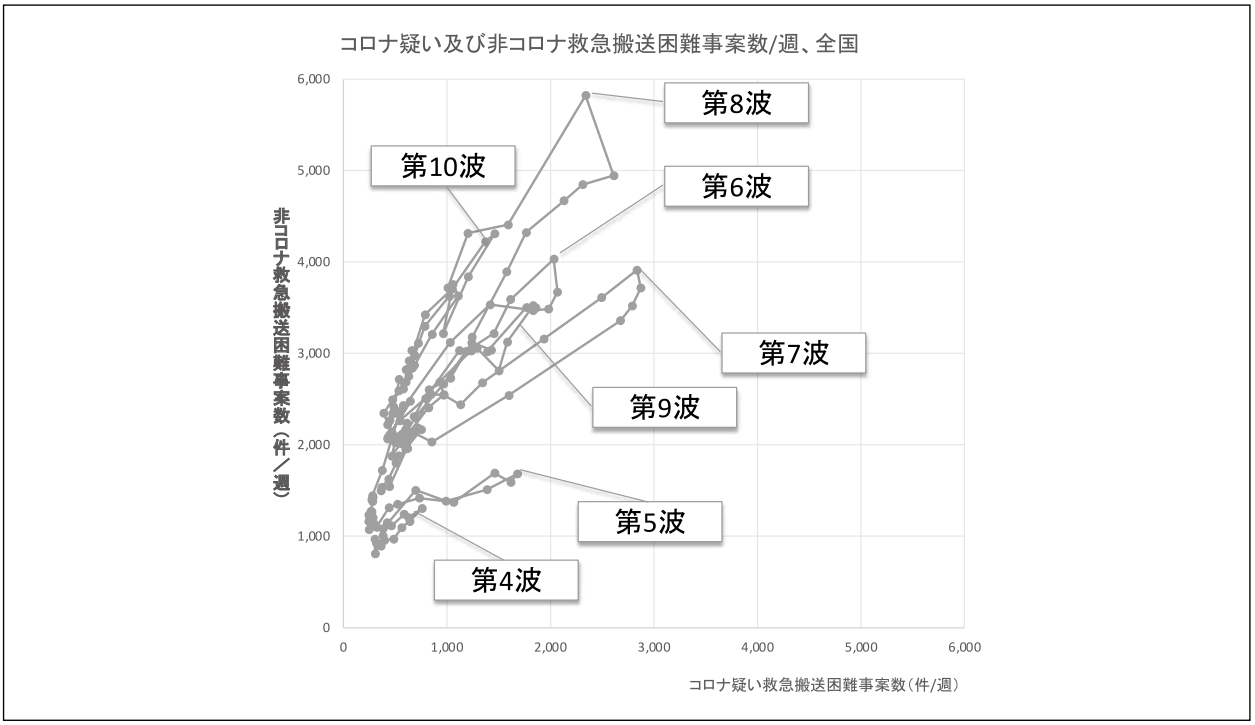


消防庁は、2021年度から救急搬送困難事案数を、新型コロナ疑い事案とその他一般事案別に公表を開始した（2024年第13週に終了）。これにより流行時の救急医療への逼迫がどのように生じているのかが明らかとなった**（図表２）**。第４波や第５波では、流行に伴う搬送困難事案数の増加は、主に新型コロナ疑い事案で生じたが、第６波以降は、新型コロナ疑い以外（以下、「非コロナ」という）の搬送困難事案数が増加し、非コロナの搬送困難事案数が新型コロナ疑いのそれを上回るようになり、一般救急への大きな負荷が生じた。この傾向は第８波、第10波で顕著であった。救急搬送困難数における新型コロナ疑いの割合は、流行レベルの上昇に伴い増加し、ピーク前に減少した。非コロナ救急搬送困難数は、その後流行と流行の間も高止まりする傾向が観察された**（図表２、図表３）**。

図表２　救急搬送困難事案数（新型コロナ疑い、その他別）のトレンド、2021年第13週～2024年第13週

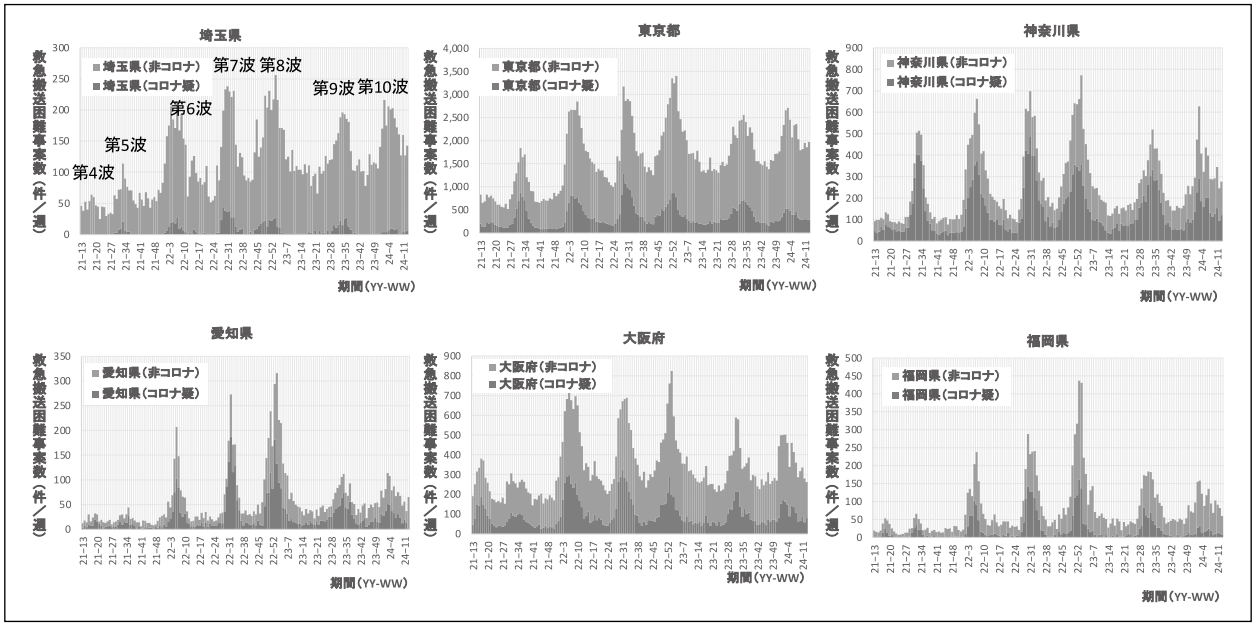


図表３　COVID-19流行波別の救急搬送困難の特徴（新型コロナ疑い、その他）、2021年第13週～2024年第13週



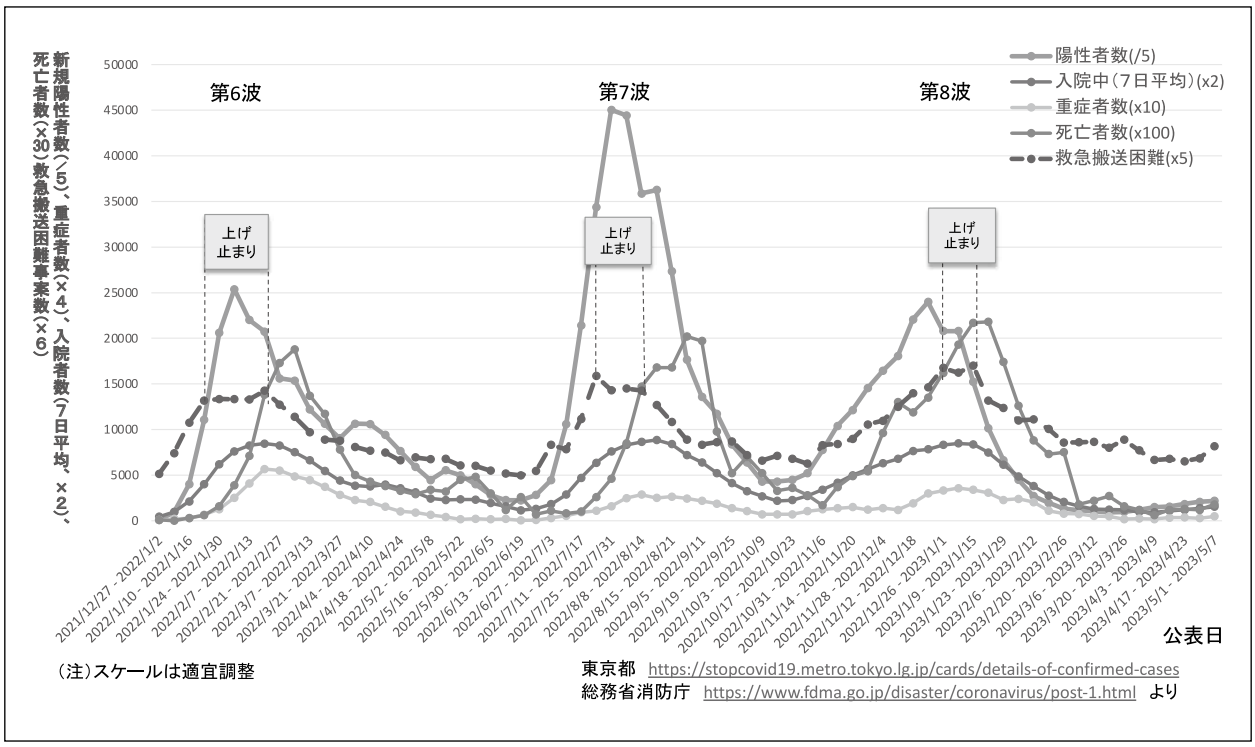
COVID-19流行に伴う救急搬送困難事案数の増加には大きな地域差が存在する[2)]。首都圏や京阪神などの大都市部では、流行のたびに大きなピークが観察されたが、地方部では、人口当たりの事案数が少ないことが多く、ピークがほとんど観察されない地域も存在した。さらに、大都市圏であっても、その規模や内容には地域差が認められた**（図表４）**。第４波において、大阪府では、搬送困難事案数の増加は第５波のそれよりも大きかったが、首都圏の都県では、第５波での増加が著しかった。首都圏の自治体間を比較すると、埼玉県の搬送困難事案はほとんどが一般救急で生じたのに対し、神奈川県では新型コロナ疑いによるものが顕著であった。これには、流行規模だけでなく、地域の救急医療体制を含む医療体制、COVID-19に対する医療体制などの違いも影響を与えているものと考えられる。今後、感染症危機管理体制を強化するためには、医療逼迫を防ぐためには、地域ごとに、流行レベルや医療体制などを総合的に評価し、実情に応じた備えが重要だと思われる。

図表４　救急搬送困難事案数の地域別トレンド、2021年第13週～2024年第13週



感染のまん延時期における医療への負荷を監視する際に、搬送困難事案数が一定レベルに達すると上昇しなくなる「上げ止まり」には注意すべきである。医療機関の入院受け入れ体制や救急搬送のキャパシティには限界があることから、それらが飽和すると、搬送困難事案数の増加は止まってしまう。すなわち、この「上げ止まり」は、医療体制がより深刻な状況に陥っていることを示唆するものと考えられる。第６波～第８波における東京都の救急搬送困難事案数は、ほぼ同じレベルで上げ止まりが観察された。さらに、陽性者数、入院者数、重症者数、および死亡者数のトレンドと上げ止まり時期を分析すると、上げ止まりは、陽性者数より入院者数のレベルとの関連が高いことが見て取れる。また、陽性者数が急速に増加した第６波および第７波では、１日の新規入院者数が約2,500人程度になる時期から上げ止まりが生じたのに対し、陽性者数が緩やかに増加した第８波では、さらに多くの入院者数になるまで上げ止まりは始まらなかった**（図表５）**。医療機関における入院受け入れ体制が逼迫することが上げ止まりの重要な要因であることを考えると当然である

図表５　東京都における第６波～第７波の救急搬送困難事案数上げ止まり時の流行状況
（陽性者数、重症者数、入院者数、死亡者数）



が、１日の陽性者数や新規入院者数に依存するのではなく、入院者数、空床数、医療従事者の感染者数やクラスター発生状況、医療現場の声などから、医療のキャパシティーと負荷の状況を継続的に評価する仕組みが重要と考える。上げ止まりは、東京都以外の首都圏の地域や大阪府でも生じたと考えられる**（図表４）**。

医療逼迫を防ぐことは、COVID-19による直接的な疾病負荷を下げるだけでなく、一般医療で防ぐことのできるあらゆる健康被害を最小化するためにも重要な目標である。救急搬送困難事案数は万能な指標ではないが、地域ごとに丁寧に分析評価し、対策に活用することが求められる。

■参考文献

１）総務省消防庁. 新型コロナウイルス感染症に伴う救急搬送困難事案に係る状況調査について
https://www.fdma.go.jp/disaster/coronavirus/post-1.html
２）厚生労働省.新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボードの資料等
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00395.html

8 日本医師会での対応について

〈笹本 洋一　日本医師会常任理事〉

（1）はじめに～オミクロン以降の日本医師会の役割

オミクロン株は、デルタ株に比べて重症化率が低い傾向にあり[1)]、軽症者や無症状病原体保有者の数は相対的に増加し、特に2023年５月８日の５類感染症への変更後は、国民の間で感染拡大への警戒感が薄まることが懸念された。

他方、オミクロン株は感染力が非常に強く、過去の数をはるかに凌駕する感染者数となった。重症化率の低下はあくまでも相対的なものであり、感染者数が増加すれば、実数ベースでは当然に中等症や重症化に至る数も増えることとなる。その結果、介護施設等ではいわゆる〝籠城〟が起き、また、子どもへの感染も多く見られ、家族間の感染が頻発し、エッセンシャルワーカーの就業にも影響を与えた。

日本医師会では、例えば2022年１月12日の会見に臨んで、先行してオミクロン株が流行した沖縄県を取り上げ、同年１月以降に確認された8,000人以上の感染者のうち重症者は１人も発生していないが、県立２病院の限定的な臨床報告では80歳以上の感染者の30.8％が酸素投与を要する状態であり、高齢者に感染拡大した場合には医療逼迫が起こる恐れがあることを示し、オミクロン株特有の医療の在り方を考える時期として、全国的な検査体制の拡充やハイリスクである高齢者等に重点を置いた対応の必要性を訴えた[2)]。

日本医師会は、医療提供者を代表する立場から、発熱外来・自宅療養体制の拡充やワクチン接種の推進を最重要視するとともに、検査キットや治療薬の供給、関係団体との連携、国民への警鐘、医療現場への財政支援等に向けた活動を実施した。

（2）医療提供体制の確保への取り組み

日本医師会の主な活動は以下の通りである。ワクチン接種については次項に述べる。

①発熱外来・自宅療養の体制拡充

日本医師会では、全国の会員医療機関による発熱外来、およびこれに伴う自宅療養の体制の拡充を図った。それは、保健行政を担う市区町村や保健所のカウンターパートであり、地域の住民や医療機関に最も近い「郡市区医師会」（地域によっては、当該医師会の区域内にさらに地区医師会がある）、また、医療行政を担当する都道府県庁のカウンターパートである「都道府県医師会」、そして「日本医師会」という「医師会の三層構造」を活用したものである。

日本医師会から都道府県医師会や郡市区医師会に対し、数次にわたって発熱外来診療体制等の拡充を要請する文書を発出するとともに、都道府県医師会との担当理事連絡協議会を頻回に開催し、厚生労働省も参加した協議や対応を要請した。主な事項は次の通り[3)]。

（ア）診療・検査医療機関（類型変更後は外来対応医療機関）、自宅療養者への健康観察・診療医療機関の拡充およびそれらの自治体ホームページでの公表率の向上

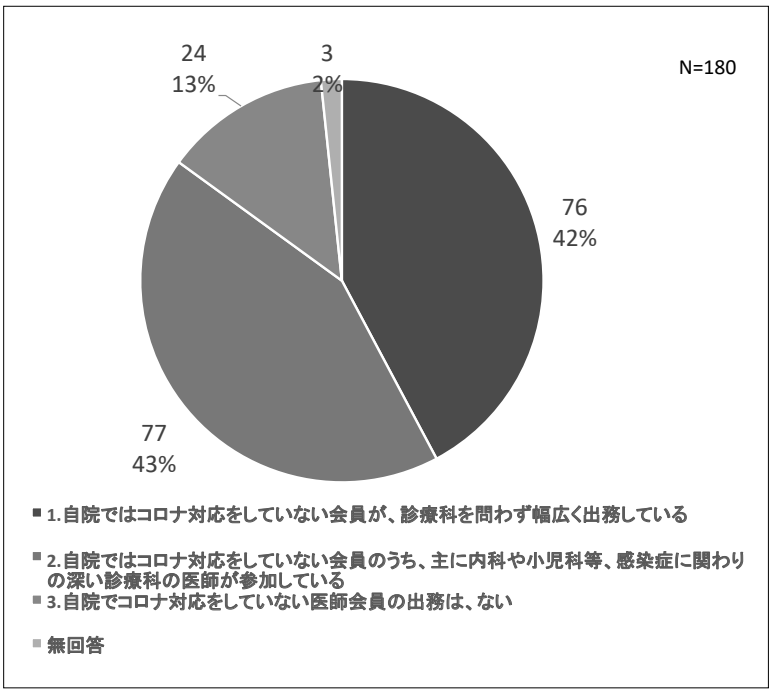
（イ）自院では発熱外来を実施できない診療所医師のセンター方式（後述）への出務

（ウ）自院のかかりつけ患者以外の発熱患者の受入拡大
（エ）休日・大型連休等での臨時発熱外来の実施
（オ）季節性インフルエンザの検査・診療を行ってきた医療機関で、新型コロナウイルス感染症対応をしていない施設の発熱等の患者対応
（カ）行政等との緊密な連携、感染患者の受入病床確保と迅速な即応病床化
（キ）後方支援体制の確立
（ク）高齢者施設等に対する協力医療機関の確保、強化
（ケ）罹患後症状への診療体制
（コ）通常医療を分担する医療提供体制の整備その他

②医師会による発熱外来診療体制

診療所によっては、建物の構造上ゾーニングが不可能、あるいは重症化リスクのある患者を多く診療している等の理由で、自院では発熱外来が実施できないケースがある。日本医師会は、2022年12月９日に「新型コロナウイルス感染症第８波（季節性インフルエンザとの同時期流行）、年末年始等に向けた発熱外来診療体制に関する状況把握調査」を実施し、**図表１**の通り、自院では発熱外来が実施できない会員の多くが、地域医師会等が運営する臨時発熱外来等に参画（センター方式）し、地域における役割を果たしていることを把握した。それに前後し、政府「新型コロナ・インフル同時流行対策タスクフォース」等の場でそのことを主張した。

図表１　自院ではコロナ対応をしていない場合であっても、多くの医師会員が地域医師会の発熱外来に参加



日本医師会「新型コロナウイルス感染症第８波（季節性インフルエンザとの同時期流行）、年末年始等に向けた発熱外来診療体制に関する状況把握調査」（2022年12月実施）

③医療現場に対する公的支援の確保

オミクロン株への移行による感染拡大の下、その内容の見直しはあるにせよ、医療現場への支援は引き続き必要であった。そこで、岸田文雄内閣総理大臣や当時の後藤茂之厚生労働大臣および後任の加藤勝信厚生労働大臣に対し、直接、次のような要望活動を実施して継続的な支援を求めた[4)]。

（ア）医療現場に対する財政的な支援の継続
（イ）全国の診療・検査医療機関に対する抗原定性検査キットの最優先供給、オミクロン株対応ワクチンの安定的な供給、解熱鎮痛剤の不足解消・供給（日本製薬団体連合会等に対しても安

定供給に向けた要望を実施）

（ウ）HER-SYSの入力簡素化・作業の効率化等の医療現場の負担軽減、地方自治体による入院調整の実施

④医療関係団体、全国知事会との連携

日本医師会では、2021年１月に病院団体と設置した「新型コロナウイルス感染症患者受入病床確保対策会議」を発展させて「新型コロナウイルス感染症対応人材ネットワーク」を創設し、主に中等症対応等研修および初期対応研修の人材育成事業を実施した。特に前者は標準研修プログラムを作成し、大学病院で13回の研修を実施した。なお、厚生労働省とも連携し、同研修修了者には同省医政局長名で修了証書を発行した。その他、各地の医師会等による感染患者受入病床確保の調整業務を財政支援した。

全国知事会との間では、2020年６月11日以降に意見交換会を重ねてきたが、例えば2022年１月20日にオミクロン株の流行を受けて急きょ開催した会では、行政・医師会間の強固な連携が不可欠であることを確認し、本会からはワクチン接種体制の充実や交互接種等に関する正しい情報伝達の重要性を強調した。2022年８月２日には、後藤茂之厚生労働大臣（当時）に対して感染者の全数把握に代わる事務負担の少ない仕組みへの変更を求める要望書を共同で手交した。さらに、翌年２月８日の会では、類型変更に際しての医療費の公費負担や医療機関への財政措置の継続等の経過措置を求める共同声明（各政策・措置の見直しに十分な準備期間の確保、段階的な措置内容や今後のロードマップの提示等）を取りまとめた。

⑤地域医師会の取り組み支援（COVID-19 JMAT）

各地域の医師会による地域外来・検査センターや臨時発熱外来の運営、軽症者等の宿泊療養施設・自宅療養、酸素ステーションへの医師等の派遣、ワクチン接種会場等への派遣等の取り組みを支援するため、都道府県医師会からの申請により〝COVID-19 JMAT〟として編成し、2024年３月末までに延べ24万1,643名（うち医師８万5,363名）を派遣した。

⑥国民・患者への啓発、コロナ対応の検証活動

オミクロン株への移行、類型変更による国民の警戒感の薄まりを懸念し、会見等の場において新規感染者数の増加速度が極めて速いこと、事前の想定を超える急激な感染拡大が起きた場合には必然的に重症者数も増加して医療機関が対応できなくなることに言及し、注意喚起に努めた。WEBサイトや公式YouTubeチャンネルを活用した啓発も行った。2023年３月13日にマスクの着用が個人の判断が基本とされた際、医療機関や介護施設等ではマスク着用を継続するよう呼び掛けるポスターを作成・周知した。

なお、会見等において「感染症法上の位置付けが変更されても、新型コロナウイルス感染症の性状は変わらない」と警鐘を鳴らした。さらに変更後の感染拡大に備え、全国の医師会に対し、より幅広い医療機関で発熱患者が受診できる医療提供体制の構築、都道府県移行計画への協議・関与等を求めたことについてメディアの理解を求めた。

⑦検証活動

わが国の新型コロナウイルス感染症への医療対応では一部のメディア等で批判がなされたが、日本医師会では、シンクタンクである日本医師会総合政策研究機構により、それらが真実を反映しているかについて、国際的な比較や国民への調査等を通して明らかにするための調査・研究を実施した。

（ア）日本の医療に関する意識調査　2022年臨時中間調査[5)]

新型コロナウイルス感染症感染拡大の中での生活とかかりつけ医への国民の意識の変化を把握した。国民にとってのかかりつけ医は、それぞれのニーズに応じた医師をかかりつけ医としており多様であり、専門医紹介の他に健康管理や在宅医療、ワクチン接種等多くの役割が期待されており、果たしている機能が適切に情報提供されることが重要であるとした。

（イ）第８回日本の医療に関する意識調査[6)]

本調査は、国民の意識を幅広く把握し、今後の医療の在り方に資するデータを蓄積することを目的とする。20歳以上の国民を対象に、医療満足度、かかりつけ医へのかかり方の実態と期待、新型コロナウイルス感染症に対する意識、医療ニーズと平等性等を中心に2023年11月に実施した。調査結果から、受けた医療、日本の医療全般共に高い水準が示されたこと、受けた医療に満足している人の割合は91.1％で第４回調査以降ほぼ同水準あったこと等を踏まえ、感染拡大を経て国民の医療に対する理解がいっそう進んでいると推察されるとした。

（ウ）国民向けシンポジウム「新たな感染症に立ち向かうために～新型コロナの教訓を踏まえて～」

2023年５月～６月に英、独、仏にかかりつけ医を中心とする対応等の実情を把握する目的で行った訪問調査[7)]を基に、日本では、全国の医療従事者・関係者の努力によって諸外国と比べて人口当たり死亡者数が低く抑えられる等、世界有数の実績を達成できたことの周知等を目的として開催し、2024年２月下旬から日本医師会公式YouTubeで公開した。

（３）医療逼迫回避に向けて～ワクチン接種の推進

オミクロン株は、従来株ワクチンによる免疫回避性の高い変異を起こし、世界中でのパンデミックとなった。2021年秋に、初回接種（１回・２回接種）を済ませた者に対する追加接種（３回目接種）が承認され、2022年２月下旬からは、５歳から11歳の子どもを対象にした接種が開始された。その後、2022年秋にオミクロン株対応（起源株／BA.1対応２価）ワクチンが承認され接種が進んできた。その後も各製薬メーカーでの研究開発が進み、乳幼児から高齢者までの幅広い世代で接種可能となった。

追加接種・オミクロン株対応ワクチンの接種についても、１日100万回まで加速するという政府の目標が掲げられた。日本医師会では会員に対する接種協力要請を続け、その目標が達成された。地域のかかりつけ医による個別接種が、目標達成の大きな役割を果たしたことは言うまでもない。

2023年５月８日、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けが５類に変更され、コロナ禍以前の生活を取り戻しつつある中で、特に、医療機関や介護施設等における重症化予防・感染拡

大防止の観点からワクチン接種の推進が求められていた。

2023年度においては、「令和５年春開始接種」が開始され、2023年９月20日以降、希望するすべての方（生後６か月以上）を対象に、「令和５年秋開始接種」（XBB1.5対応ワクチン）が開始された。特例臨時接種は2024年３月末で終了となったが、総接種回数（厚生労働省公表）は、４億回（４億3,619万3,341回）を超えた。１人当たりの接種回数は最大７回となった。

日本医師会では、会員医療機関に対し発熱外来等の協力等と併せ、ワクチン接種への協力を続けてきた。国民に対してもワクチン接種にかかる不安を払拭し、正しい知識を提供するよう、定期記者会見や専用コンテンツ動画の配信（「進めよう！ワクチン接種」）、リーフレット（「ワクチン接種についての疑問」や「ワクチンと副反応」を題材としてもの）など、積極的な啓発活動を展開してきた。

2024年秋からは、季節性インフルエンザと同様の定期接種となるが、引き続き重症化予防等に重要な役割を果たすものであり、日本医師会としても、希望する方が確実に接種を受けられる体制整備への協力を惜しまない。

（4）おわりに

次の新興感染症への備えとして、感染症法等の改正により導入された医療措置協定に基づき、病床確保、発熱外来や自宅療養等の体制が構築される。日本医師会では、特に診療所における発熱外来の拡充を目指し、各地域医師会の研修を支援するため、日本環境感染学会の協力を得て2024年３月24日に第１回モデル研修**（図表２）**を実施するとともに、マネキンやブラックライト等の資器材無償貸し出しを開始した。

図表２　診療所における新興感染症対策研修

実習に重点。座学はEラーニングで。都道府県医師会や医師会ブロックで同様の研修が行われるようモデル的な研修として実施。マネキン等も貸出し。

	科目
講義	「新興感染症」概論（疫学と臨床像の最新の知見）
講義	医療提供体制
講義	標準予防策（手指衛生、環境の衛生管理、ゾーニング）
講義	検体採取
実技実習	①標準予防策 ②PPE着脱 ③検体採取
机上演習	手指消毒薬やPPEの設置場所の考え方 診療所におけるゾーニング

←PPE着脱

検体採取→

←机上演習

日本医師会「診療所における新興感染症対策研修」（2024年3月24日開催）

次の新興感染症への対策が、新型コロナウイルス感染症対応に即したものになるかは不明であるが、日本医師会は、全国の医師、医療機関を挙げた感染症医療提供体制の備えに努めていく所存である。

■参考資料

1）第90回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード会議（2022年７月13日）資料６
2）日本医師会定例会見「新型コロナウイルス感染症の現況について」（2022年１月12日）（https://www.med.or.jp/nichiionline/article/010429.html）
3）令和４年７月７日付日医発第666号文書「新型コロナウイルス感染症の新規感染者数の増加を踏まえた対応について（要請）」、令和４年７月27日付日医発第786号文書「発熱外来診療体制のさらなる強化について」、令和４年10月14日付日医発第1406号文書「新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザの同時期流行に備えた発熱外来診療体制のさらなる強化について、令和５年２月28日付日医発2235号文書「新型コロナウイルス感染症の５類感染症への変更後の発熱外来診療体制の維持・充実に向けて（協力要請）」
4）例：加藤勝信厚生労働大臣宛「今般の感染拡大を踏まえた今後の対応に関する要望書」（2022年８月19日付）（https://www.med.or.jp/nichiionline/article/010799.html）、加藤勝信厚生労働大臣宛「令和５年10月以降における新型コロナウイルス感染症対策への財政支援について（要望）」（2023年７月31日付）（https://www.med.or.jp/nichiionline/article/011267.html）
5）日医総研ワーキングペーパーNo.466（https://www.jmari.med.or.jp/result/working/post-3434/）
6）日医総研ワーキングペーパーNo.480（https://www.jmari.med.or.jp/result/working/post-4027/）
7）日医総研ワーキングペーパーNo.478「英・独・仏の“かかりつけ医”制度―平時の医療提供体制、新興感染症へのレスポンス―」（https://www.jmari.med.or.jp/result/working/post-3943/）

9 東京都と東京都医師会・東京都病院協会の役割 ～都との連携や医療の確保に向けて行ったこと～

〈猪口 正孝　東京都病院協会会長・東京都医師会顧問・東京都感染症医療体制戦略ボードメンバー〉

（1）はじめに

新型コロナウイルス感染症に対しては、感染症法上２類相当の規制を受けていることや医学上の未知なる部分も多く、また流行の波ごとに異なる社会生活および医療上のニーズが出現し、われわれ現場には通常の医療とは異なる対応が求められた。そこで未経験の感染症に対し、東京都（以下、「都」という）は東京都医師会（以下、「都医」という）および東京都病院協会（以下、「都病協」という）と国の指針や流行状況などを勘案し協議しながら施策（事業）を策定していった。医療現場側から見れば、隔離などの法律的な規制があることと、PCR検査装置のように新規に設備備品をそろえなければならず、補助金などの経済的な裏打ちがなくてはできないことばかりであるため、的を射た新たな事業がなければ医療活動を行うことができなかったが、逆にこうした事業を遂行することによって東京の医師および医療機関は東京の医療を守ってきたといえる。本稿においてわれわれの医療活動を分類するために、まずは都の事業[1)]に対応する形**（図表１）**としたのはこうした経緯による。

（2）第５波収束時の医療

第４波までは入院医療体制は官民医療機関が協力して、人工呼吸器またはECMO装着している重症患者を主に担当する重症重点入院医療機関と人数が圧倒的に多い中等症・軽症患者を担当するその他の重点入院医療機関に分担し診療していたが、東京の第５波のピーク時において、人工呼吸器を必要とする患者を重症重点で収容しきれなくなり、中等症担当病院の多くで人工呼吸器装着患者を受け入れざるを得ない状態にまで追い込まれた。さらには呼吸苦を訴える患者の入院も収容能力を超え、宿泊療養施設や自宅で経過観察せざるを得なくなり、その対応として宿泊療養施設の増設、保健所が担っていた経過観察を診療検査医療機関の診療所および病院などに移行した。経過観察においては医師１人しかいない診療所でのHER-SYS入力は大きな負担となっていた。また経過観察中の患者の容態の変化に対応するためにオンライン診療体制を構築したり、地区医師会単位で往診のシステムを構築したり、地区医師会によっては戦力不足のため広域在宅診療所や往診医あっせん会社の協力を得ることともなった。本稿において事業を列挙しても現場の苦労はうまく表現されない。矢継ぎ早な事業の創出は泥縄的で非効率であり、現場の頑張り、苦闘、オーバーワークは医療の逼迫という言葉が使われはしたが、客観的なファクトとして残せる数字のないことが残念である。

（3）第６波以降の医療

第５波の延長線上と捉えてほとんどの事業が継続されていたが、オミクロン株への変異によって軽症患者数が激増し多くの想定外がもたらされた。若年層はまったく軽症であるが感染力が強く、高齢者も新型コロナによる症状は軽症なのであるが基礎疾患による重症化が際立つという特徴があ

図表１　新型コロナ感染症に係る東京都事業(第5波以降)の視点で東京都医師会および東京都病院協会医療機関の行った活動を分類

	都の事業名	医療機関、医師会、病院協会の対応（具体的な内容）	実施主体	実施時期		
				2021年度	2022年度	2023年度
1	オンライン診療システムを活用した自宅療養者支援	都医が都全域を対象にヴァーチャルな待合室を作った独自の方式で、地区医師会の協力を得て行ったオンライン診療	都・地区医師会	9/16~	4/1～3/31	4/1～5/7
2	医療・福祉事業所内メンタルヘルスセルフケア等スキル向上支援事業	事業所の管理監督者向けに、従事者の心身の負担を軽減するためのオンライン研修	都精神科協会	1/28~3/31	4/1～3/31	4/1～3/31
3	往診による抗体カクテル療法促進事業	往診で抗体療法を施行　医療機関手上げ方式	病院・診療所	9/17~11/30		
4	介護サービス事業所等のサービス提供体制確保事業	感染対策など技術的支援	地区医師会		4/1～3/31	4/1～3/31
5	高齢者施設での新型コロナ発生時の応援職員派遣事業	2020.10/23~　高齢者施設において感染者等の発生による職員不足に対し、都及び協力団体が広域的な応援派遣調整を行う体制を確保	都・都病協	4/1～3/31	4/1～3/31	4/1～3/31
6	高齢者施設に対する医療体制強化事業	地区医師会や広域に往診可能な医療機関との連携により、高齢者施設の陽性者に対する医師の往診・遠隔での診療を支援	地区医師会・在宅診療所			5/8～3/31
7	自宅療養の適切な実施に向けた支援	保健所等との連携体制し、新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する適切かつ効率的な健康観察と生活面での支援	病院・診療所(診療検査医療機関)	4/26~3/31	4/1～3/31	4/1～5/7
8	診療・検査医療機関による健康観察等支援	陽性判明後に自宅療養となった者に対し、速やかな健康観察を実施するため、保健所及びフォローアップセンターとともに地域の医療機関等が協力して健康観察業務を実施	病院・診療所(診療検査医療機関)	1/12~	4/1～3/31	4/1～3/31
9	感染症診療協力医療機関等施設・設備整備事業	一般医療と感染症医療の両立に向けて、病院・診療所が必要な設備を整備	重点医療機関以外の病院・診療所		3/1～3/31	6/1～3/31
10	新型コロナウイルスワクチン接種促進支援事業	地域の診療所が集中的に新型コロナウイルスワクチンの個別接種を施行	診療所	5/9~	~3/31まで	2023年度から市区町村事業へ
11	新型コロナウイルス感染症患者受入体制確保補助	新型コロナ感染症病床確保計画に位置付けられていない病院が、院内の感染拡大防止対策を行い入院受入体制確保	重点医療機関以外の病院	4/1～3/31	4/1～3/31	4/1～3/31
12	新型コロナウイルス感染症検体検査機器設備整備費補助事業	診療・検査医療機関や民間検査機関が設備を整備し、かかりつけ患者以外にも対応し、広く検査を施行	診療検査医療機関		4/1～12/31	4/1～10/31
13	大規模接種会場における新型コロナウイルスワクチン集団接種事業	都と区市町村が主体となって進めている一般住民向けのワクチン接種の支援	地区医師会	6/8~	4/1～3/31	4/1～3/31
14	ＴＯＫＹＯ入院待機ステーションの運営	入院治療が必要にもかかわらず入院待機となった患者を一時的に受け入れるために、酸素投与や投薬治療が可能な医療機能を強化した宿泊療養施設を運営	都病協	7/16~3/31	4/1～6/30	
15	酸素・医療提供ステーション（施設型）の設置・運営	自宅療養中の新型コロナウイルス感染症患者で、軽症と判断された者を受け入れ、酸素投与などを実施する施設等を設置・運営　合計６か所に設置され、都医、都立病院で医師を派遣運営	都病協・都医	8/23~3/31	4/1～3/31	4/1～9/30
16	宿泊施設活用事業	東京都・日本旅行業協会・都医で協定を結んで展開。１宿泊施設を１病院が受け持つ。都医の受け持ちでは医師の交代制	都病協・都医	4/1～3/31	4/1～3/31	4/1～5/8

17	新型コロナウイルス感染症疑い救急患者の東京ルールの運用	感染疑い救急患者を受け入れ	救急病院	4/1～3/31	4/1～5/15	
18	都立学校におけるPCR検査の実施 区市町村立学校におけるPCR検査の実施 私立学校におけるPCR検査の実施 保育所等におけるPCR検査の実施	私立学校については学校毎の個別対応のため期間は不明だが、学校のPCR検査を施行	地区医師会・病院	9/1～9/30		
19	都立学校における新型コロナウイルス感染症対策事業		都立病院	2020/2/28～		～5/8
20	ゴールデンウィークにおける診療・検査体制の確保支援事業	ゴールデンウィークにおける職員の休日調整を行い診療	病院・診療所所	5/1～5/5		
21	ゴールデンウィークの診療・検査体制の確保支援事業	ゴールデンウィークにおける職員の休日調整を行い診療	病院・診療所所		4/29～5/1、5/3～5	4/29,30,5/3～7
22	ゴールデンウィークの入院医療体制の確保支援事業	ゴールデンウィークにおける職員の休日調整を行い入院受け入れ	重点医療機関			
23	医療機関における抗原検査キット不足に備えたキットの確保	検査キットの有償配布を受ける	診療検査医療機関		7/21～22、7/29、8/1,3,9～18、1/30-3/9	7/10～8/30、9/19～10/24、12/15～2/29
24	感染拡大時における地域外来・検査センターの体制強化事業	感染拡大時において地域外来・検査センターの運営の強化	地区医師会	2021年12月～2022年3月		
25	感染症発生動向調査事業	2023年5月8日から新型コロナが定点把握対象疾患になる	定点医療機関			5/8～
26	新型コロナウイルス感染症の流行下における妊産婦総合対策事業	無症状の妊婦へのコロナ検査	産科医療機関	2020年 9 月10日～		～3/31
27	新型コロナウイルス感染症流行下における高齢者等に対する季節性インフルエンザ定期予防接種特別補助事業	インフルエンザワクチンを積極的に接種	病院・診療所	2020年9月	10/1～1/31	
28	診療・検査医療機関休日小児診療促進事業	感染拡大時における小児診療の強化	小児科診療機関		4/1～5/7、5/28～6/22、7/2～10/30、11/3～3/26	4/1～5/7
29	超低温冷凍庫（ディープフリーザー）配送保管	ディープフリーザーを設置しワクチン接種を推進・調整	病院	2021年1月中		
30	東京都臨時オンライン発熱等診療センター	実施するオンライン健康相談会社と協議	都医			2022年12月12日～2023年6月30日
31	年末年始における診療・検査体制の確保支援事業	年末年始に職員の休日を調整し診療・検査を行う	病院・診療所	2020年12月29日～2021年1月3日、2021年12月29日から2022年1月3日	2022年12月29日～2023年1月9日	
32	東京都医療人材登録データベースを活用した医療人材確保事業	都の要請に応じて人材を派遣	病院	2021年12月中旬～		
33	自宅療養者への往診体制の強化	往診の供給量が不足する地域への往診体制の強化や高齢者施設等におけるクラスター発生時の迅速な対策を行うため、感染拡大時において都が選定する往診可能な医療機関と連携し、自宅療養者等への医療提供体制を強化	地区医師会、往診専門医療機関、広域在宅診療所	2022.1/7～3/31	4/1～2023.3/31	4/1～5/7

った。したがって医療は感染患者数の多さと高齢感染者の対応が中心となった。主に40歳以下の重症化率は極めて低いことから、若年者に関しては自己検査を行ってもらい、陽性が確認できたら都の行う新型コロナコールセンター（うちサポとうきょう）で健康観察と生活支援で済ませるようにした。重症患者は基礎疾患を有する高齢感染者にほぼ限られており、特にフレイルや認知症の進んでいる高齢者も多いことから、医療だけではなく介護需要も大きくなった。高齢者施設のクラスターが増え、施設支援と重症ではない高齢感染者を収容することを目的として高齢者等支援型臨時医療施設の運営が始まった**（図表２）**。またACPの必要性に直面し、幾分かでもその普及がなされた。

図表２　高齢者等医療支援型施設

場所	開設期間	規模	運営	特徴
旧女子医大東医療センター	2022年2月21日～ 2022年5月20日	150床	医療法人	全国の病院から派遣、旧病院建屋を利用し災害時医療の応用で理学療法士など多職種の活用。
公社多摩北部医療センター	2022年2月21日～ 2022年11月30日	20床	東京都保健医療公社	
多摩総合医療センター	2022年2月25日～ 2022年11月30日	20床	都立病院	
多摩南部地域病院	2022年2月25日～ 2022年11月30日	20床	東京都保健医療公社	
赤羽	2022年5月9日～ 2024年3月31日	95床	大学病院医師派遣	病院移転による施設・10床透析可
世田谷多摩川	2022年7月21日～ 2024年3月31日	102床	医療法人	介護老人保健施設の転用
渋谷	2022年7月31日～ 2024年3月15日	100床	医療法人	医療療養病棟の転用
青山（都民の城）	2022年12月1日～ 2024年3月31日	91床	JADECOM	北医療センターからの派遣運営
足立東和	2022年12月1日～ 2024年3月31日	74床	医療法人	病院一般病床の転用
八王子めじろ台	2022年12月1日～ 2024年3月31日	70床	医療法人	医療療養病院の転用
府中	2022年12月1日～ 2024年3月31日	100床	都立病院	廃療養施設の転用
滝野川	2022年12月26日～ 2024年3月31日	60床	医療法人	２次救急病院の病棟を転用、中等症も可

（４）東京独自の医療

入院医療施設が明らかに不足し、医療を行えるキャパシティーを作り出すために、東京都高齢者等支援型臨時医療施設は2020年２月に旧女子医大東医療センター建屋を居抜き利用して始まった。人材は全国から集められ、災害時医療の要領で運営された。高齢者に特化したため、リハビリ療法

士の介助は効果が大きく、高齢者施設入所時よりADLが上がったと評判が良かった。建屋の都合により短期に閉所したが、成功体験として残り、その後の８施設に引き継がれた**（図表２）**。人員数などのストラクチャーを重視した規制ではなく、非常時用でありしっかりとアウトカムが得られればと考えられた臨時医療施設は有用であった。よく使われる体育館のような構造ではなく、病院や高齢者施設を利用したため効率性が高かった。この経験から災害時やパンデミック時専用構造を持った施設を身近な市区町村単位で準備しておき、災害時・パンデミック時医療を事前に訓練しておいた人材を集めの運営する方法がかなり有用と思われた。

（5）おわりに

行政的事業でくくれない医師、都医、都病協が行った活動のうち、特記的な事項を**図表３**に示す。パンデミック時のリスクコミュニケーションは非常に大事であり、情報発信も医療人として重要であることが認識された。

図表３　事業として扱われていない医師・都医・都病協の活動

活動	内容	運営、参加者	期間
新型コロナウイルス感染症有識者連絡会	医療関係の専門家、有識者等を集めて都知事と議論	感染症、医療提供専門家、都知事、都職員	2020年３月～　随時
東京都新型コロナウイルス感染症モニタリング会議	医療関係の専門家、有識者等を集めて都知事と議論、情報の発信	感染症、医療提供専門家、都知事、都職員	2020年７月９日～ 2023年４月28日 (第117回)
入院調整本部	逼迫する入院の調整	東京DMAT、都職員	2020年４月～ 2023年５月
東京都iCDC	都が専門家を集めた組織	感染症、医療提供専門家、都知事、都職員	2020年８月～ 現在まで継続
クラウドファンディング活用によるキッチンカー派遣	外出しづらい入院医療病院職員の支援としてキッチンカーを病院派遣	都病協	2020年５月５日～８月
「＃医療現場を応援」プロジェクト	在京民放ラジオ５局と連携し、医療現場の実態を発信	都病協	2020年５月５日～19日
東京都医師会定例記者会見	医師会長、役員がマスコミに見解を発表	都医、地区医師会	2020年４月～ 現在まで継続
コロナ・インフル同時流行に備えた地域における外来逼迫状況の調査	外来の逼迫度を地区医師会ごとに可視化	都医、地区医師会	2022年12月15日～ 2023年７月２日
地域における外来逼迫度調査	外来の逼迫度を地区医師会ごとに可視化	都医、地区医師会	2023年９月25日～ 2024年３月31日

■参考文献

1）新型コロナウイルス感染症対策に係る東京都の取組　東京都2023年６月２日改訂版
https://www.seisakukikaku.metro.tokyo.lg.jp/cross-efforts/corona/torikumi

10 日本看護協会の役割

〈中野 夕香里　公益社団法人日本看護協会専務理事〉

（1）日本看護協会の概要

日本看護協会（以下、「本会」という）は、全国の看護職（保健師・助産師・看護師・准看護師）が自らの意思で加入する専門職能団体であり、会員会費で運営される公益社団法人である。2023年３月末現在、全国の就業看護職約173万人のうち75万人が加入している。

本会では、人々の人間としての尊厳を維持し、健康で幸福でありたいという普遍的なニーズに応え、人々の健康な生活の実現に貢献する。そのため、教育と研さんに根差した専門性に基づき看護の質の向上を図る、看護職が生涯を通して安心して働き続けられる環境づくりを推進する、人々のニーズに応える看護領域の開発・展開を図る、の３つの使命の下、継続的な看護職支援と現下の課題の解決に向けた政策推進等に取り組んでいる。

（2）新型コロナウイルス感染症パンデミックにおける日本看護協会の取り組み（概要）

2020年１月に日本国内で新型コロナウイルス感染症感染者が確認されて以降、本会では、**図表１**に示す通り、さまざまな側面から、医療提供体制の確保に取り組んできた。本記録集が対象とする取り組み期間外のものも含まれているが、前回の記録集に盛り込むことができなかったため、一連の取り組みを振り返り、今後に活かす意味で改めて総括させていただく。

図表１　新型コロナウイルス感染症パンデミックにおける本協会の取り組み

（1）看護職確保	
・潜在看護職の就業勧奨	・新型コロナウイルス感染症への対応体制を強化するため、2020年４月に、ナースセンターが把握している潜在看護職に対し復職の呼び掛けを行い、2021年10月20日までに、潜在看護職17,647名が就業した。 ・特に、「軽症者宿泊施設」および「ワクチン接種業務」においては潜在看護職の力が大きかった。
・看護職の派遣体制の構築	・都道府県内の医療機関等への「看護職員の県内派遣の仕組み」およびクラスター発生時等に備え迅速な先遣活動体制、併せて、県内の派遣ニーズが供給を超えた場合に備えた、「県外からの看護職員応援派遣の仕組み」を構築した。 ・日本看護協会職員の応援派遣を、沖縄県看護協会、大阪市保健所、仙台市内宿泊療養施設等に対して実施した。 ・都道府県看護協会と連携し、北海道、大阪府、宮城県へ県外応援派遣を実施した（2020年12月～2021年５月にかけて４回実施）。
（2）看護職の支援	
・相談窓口の開設	・2020年４月より、「新型コロナウイルス感染症に関する看護職の相談窓口」を設置し、看護職からの感染管理・働き方・メンタルヘルスに関する相談にメールで応じる体制を整備した。 その後、長引くコロナ禍において特に対応を要すると考えられたメンタルヘルスについて「看護職のメンタルヘルス相談窓口」を設置した。その相談件数は2020～2022年の３年間で2,782件であった。

・情報提供	・日本看護協会ホームページにて、感染予防・対策に関する資料・動画の掲載、看護管理者に向けた情報提供、周産期に携わる看護職に向けた情報提供、訪問看護ステーションで働く看護職に向けた情報提供、感染管理・感染まん延下での働き方に関するFAQ、看護学校・看護学生に向けた情報提供等を行った。
・NursingNow_いま私にできること＃キャンペーン	・医療現場等で働く看護職の負担増、看護職への誹謗・中傷がある中で、SNSを活用した看護職への応援企画を実施した。
（3）現場支援	
・医療機関・高齢者施設におけるクラスター対応	・2020年６月、厚生労働省医政局看護課より発出された、事務連絡「医療機関等におけるクラスター発生時の看護職員の派遣に関する支援について」を踏まえ、全国の都道府県看護協会と連携し、看護職員の派遣体制の確保に取り組んだ。 ・各都道府県看護協会は、自治体からの派遣依頼に備え、協会内に派遣に関する事務局体制を確保し、県内の感染管理認定看護師や先遣活動が可能な認定看護管理者を把握するなど、迅速な先遣活動が可能となる体制の構築に取り組んだ。 ・構築された体制の下、各都道府県看護協会は自治体からの要請を受け協働した。
・PPE等の配布	・看護職への支援の篤志による寄付に対し寄付金活用プロジェクトを立ち上げ、医療現場で不足したPPE等の手配、配布を行った。
・「新型コロナウイルス感染症対応医療従事者支援制度」への参加	・趣旨に賛同し、上述の寄付金の一部を拠出した。
（4）感染症に強い医療提供体制の整備の構築に向けた取り組み	
・専門性の高い看護師の養成推進	・コロナ禍におけるニーズに対して不足する状況が確認された感染管理認定看護師の養成推進事業を立ち上げた。200床未満の医療機関や介護施設での配置を促進するため、認定看護師教育機関（感染管理分野）の受講費用を助成、合わせて教育機関の新規開設・定員数増加に向けた助成を2021年度から2023年度に行った。 ・３か年で感染管理認定看護師1,297名を養成した。
・「令和２年看護職員の新型コロナウイルス感染症対応に関する実態調査」の実施	・看護職員が安全・安心に働き、国民の健康・福祉に貢献できるような体制の整備に向けた政策提言・情報発信を行うため、全国の病院・介護保険施設、訪問看護ステーションの看護管理者、感染管理認定看護師・感染症看護専門看護師、都道府県看護協会会長、コロナ禍において復職した潜在看護職、全就業看護職を対象とした調査を実施した（2020年９月）。
（5）以上に係る国へのはたらきかけ	
コロナ禍における医療・介護提供体制の確保、医療・介護現場における感染対策の強化、看護職員の安全・安心の確保・看護学生および看護師等学校養成所への支援等に係る要望活動を実施（2020年２月～2021年２月、15件・29回）。	

（3）本報告書対象期間における取り組み

①コロナ禍を契機とした看護職員の処遇改善へのはたらきかけ

コロナ禍における看護の窮状について、本会からも再三にわたり国へのはたらきかけを続けた結果、公的価格評価検討委員会の中間整理（2021年12月）において、「地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員」の収入の３％程度の引き上げと、「すべての職場における看護師のキャリアアップに伴う処遇改善のあり方」の検討の必要性が明記された。収入の３％程度の引き上げについては、その対象は限られたものの、2022年２月より段階的に開始され、同年10

月以降は診療報酬による看護職員処遇改善評価料の新設に至り、安定した仕組みとして構築された。しかしながら本会としては、日夜最善を尽くして看護に当たっている全国の看護職員にあまねく行き届く抜本的な見直しこそがゴールであると考えている。看護職員は24時間、患者の命に対する責任を持ち、直接的なケアを実施しているのに対し、その賃金は仕事の内容や役割・責任の重さに見合った水準とはいえない状況が長きにわたり続いていた。夜勤など勤務条件が過酷であるにもかかわらず、夜勤手当を含めて20代前半では全産業計より高い賃金が、30代以降には逆転し、この差は年齢を重ねるごとに開いていく。

本会では、日本看護連盟などと連携して、看護職員の賃金水準、賃金体系を改善し、段階的であっても、すべての看護職員を対象に十分な収入増を実現する恒久的な措置の導入の必要性について国にはたらきかけを続け、公的価格評価検討委員会においても中間整理を受けた処遇改善の検討が進んだ結果、2022年11月、国家公務員医療職俸給表（三）の級別標準職務表を改正する人事院規則が公布され、看護職員の賃金体系の抜本的な見直しの扉が開いた。これにより従来の賃金体系が一部変更となり、キャリアアップに伴い、より高い職務の級に昇格できる環境整備が図られた。この改正が確実に看護職員の賃金引き上げに結び付くよう、現在もなお、それぞれの職場での対応を呼び掛け、支援しているところである。

同時に、本会が2016年に公表し推奨してきた「看護職のキャリアと連動した賃金モデル」を参考にしていただき、看護職が多様な働き方をしながらやりがいを持って仕事ができる環境づくりを進めていきたい。このたびの一連の処遇改善の後押しには、看護職がどのような困難な状況下でも地域のあらゆる場において、国民のいのちと暮らしを守り支えてきたことへの国民の理解があったと感じており、この機運の高まりを大切にするとともに、今後も看護に対する社会的理解が促進されるよう、看護の専門性や独自性を看護の価値として可視化し、社会全体に発信していくことにも引き続き精力的に取り組んでいく。

図表２　看護職の処遇改善に向けた国へのはたらきかけ

2021年11月19日	『「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」看護師等の収入の引き上げ措置に関する日本看護協会の考え』を公表
12月１日	「看護職員の収入増の必要性に関する意見書」を政府公的価格評価検討委員会に提出
12月６日	公益財団法人日本訪問看護財団、一般社団法人全国訪問看護事業協会と連名で、厚生労働大臣と保険局長に、看護職員の収入増に関する要望書を提出
12月23日	政府が令和4年度の診療報酬本体の改定率をプラス0.43%、うち、「看護の処遇改善のための特例的な対応」としてプラス0.20%とすることを決定したことに対する見解の公表
2022年３月28日	厚生労働省医政局長に、責任と専門性に見合った賃金水準、賃金体系など、すべての看護職員の処遇の抜本的な改善を要望
７月25日	厚生労働大臣に、すべての看護職員の抜本的な処遇改善を求める要望書を提出
11月18日	「国家公務員医療職俸給表（三）級別標準職務表の改正に関する日本看護協会の見解」を公表
2023年３月15日	厚生労働省保険局長に、令和6年度診療報酬改定に向け、すべての看護職員の処遇改善が可能となるよう「看護職員処遇改善評価料」対象拡大のための予算確保を要望

②感染拡大に備える看護提供体制の確保に関する調査研究助成

新型コロナ感染症拡大下での経験に鑑み、今後、健康危機に強い看護提供体制の構築に向けた課題を明確化すべく、新型コロナウイルス感染症に係る企業等からの寄付金により、研究助成を行った。

新型コロナウイルス感染症への対応における看護提供に関連する内容として、看護職員の人材育成・確保に関すること、感染症対応における看護の実績に関すること、感染症専門領域における看護の実績に関すること、コロナ禍における看護管理者の管理等の実績に関すること、看護職のメンタルヘルスに関する課題または、看護職のメンタルヘルス支援の実績に関すること、感染症に対応する新たな看護実践の開発・実証に関すること（ICT等の活用、感染症対応に関するガイドライン作成等）、その他、新型コロナウイルス感染症への看護の実態把握、課題等に関することを対象とした。

2022年５月17日㈫から６月30日㈭の間に公募を行い、審査の結果、以下の13件の研究に対する助成を行った**（図表３）**。研究は、2022年７月から2023年３月に各研究者により実施され、報告書は本会公式サイトに掲載されている。

今後はこれらの研究成果を、本会の関連する政策の推進に供すべく、引き続き、関連事業の中で検討していく。

図表３　「感染拡大に備える看護提供体制の確保に関する調査研究助成」研究課題一覧

1	コロナ禍における産科看護提供体制の実態と課題
2	新型コロナウイルス感染症の更なる波に向けた保健所の体制整備の充実に関する調査
3	新興感染症対応の体制整備を踏まえた看護職員需給推計に関する研究
4	新型コロナウイルス感染症による自宅療養者への訪問看護支援の実態と課題に関する全国調査
5	感染症の健康危機管理に強い保健師育成のための調査研究：保健師学生および新任期保健師の能力向上を目指して
6	新型コロナウイルス感染症感染拡大下における周産期の母子への看護/助産ケアに関する研究
7	新興感染症発生時の看護提供体制の構築に関する研究―感染拡大地域における保健師管理者の管理等の実績から―
8	新興感染症発生時における感染管理認定看護師の役割および次のパンデミックに向けた看護専門職の育成に関する研究
9	新型コロナウイルス感染症パンデミック下におけるNP教育課程修了者のタスク・シフト／シェアの現状と課題
10	新型コロナウイルス感染症軽症者等宿泊療養施設の運用および入所者への看護に関する実態調査-新興感染症への備えと新たな看護方法の創出に向けた基礎的研究
11	新型コロナ感染拡大における自宅療養中のコロナ陽性妊産婦の健康観察実施体制構築に係るプロセスと課題の分析
12	高度急性期病院における新型コロナウイルス感染症拡大に伴う看護提供体制の変化が医療の質、看護師の労務状況へ及ぼす影響分析
13	BCPと連動した新興感染症発生時のテレナーシングの実装および質向上に係る研究

③感染症にも対応する「災害支援ナース」の養成

新型コロナウイルス感染症のパンデミック以来、看護職の献身的な努力を礎に、数々の緊急事態を何とか乗り切ってこられた一方で、刹那的な対応の繰り返しには限界があり、本質的・根本的な解決を目指す必要がある。本会ではかねてより、本来、平時からの看護職の十分な配置があってこそ、緊急事態の的確かつ安定的な対応が可能となることを発信し、各方面への理解をより広げるためにはたらきかけを続けてきた。

一方、国においては「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律（2022年12月）」の成立により地域保健法が改正され、感染症パンデミックおよび自然災害発生に備えた都道府県と保健所設置自治体および関係者との情報共有や協力体制の構築を円滑に行うための連携協議会の創設や、保健所業務を支援する保健師等（IHEAT要員）のための研修の責務の法定化など、その課題解決に向けた取り組みに着手された。健康危機発生時の保健所には、危機対応のみならず、健康づくりや精神保健など地域住民に不可欠な保健施策の提供の継続が求められ、本会においてもその実現に向けた支援に継続して取り組んでいるところである。

また従前より本会では、都道府県看護協会と連携して災害支援ナースを養成し、災害時には被災地への派遣を実施している。しかしその実状においては個人が休暇を取得して活動していることや、業務扱いであっても派遣に係る費用は所属施設の持ち出しであること等が課題でもあった。このたびの感染症法や医療法の改正により、医療人材について、国による広域派遣や養成・登録の仕組みの整備が進み、自然災害、感染症発生時の支援に係る看護職の派遣体制が国の仕組みに位置付けられ、また、2023年10月に約30年振りに改定された「看護師等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針」（以下、「基本指針」という）においては、新型コロナウイルス感染症蔓延時に把握された課題、災害発生時のこれまでの看護職員派遣の経験等を踏まえ、指針に「第６　新興感染症や災害等への対応に係る看護師等の確保」が新たに追加された。本会では、これらを受け目下、災害時の応援派遣に加え、新興感染症の発生時にも対応できる新たな「災害支援ナース」の確保に向け、国からの委託を受け、都道府県看護協会との連携による研修の実施と研修修了者のリスト作成を行っている。

一方で、各県においては、各都道府県と都道府県看護協会、医療機関等との間で新たな仕組みに沿った体制の再構築が進められている。本会では、「災害支援ナース」が安全に安心して活動できるためには、これまでその養成、派遣調整等に取り組み、知見・経験を有す都道府県看護協会が、派遣調整の業務を受託する等、この新たな仕組みに参画することが重要であると考えており、都道府県によりさまざまな状況がある中で、全国で盤石な体制が整うよう取り組みや進捗の状況をタイムリーに共有し、必要な支援も行っている。

11 医療機関への財政的支援・診療報酬

〈太田 圭洋　日本医療法人協会副会長〉

（1）はじめに

『令和４年度　地域保健総合推進事業　新型コロナウイルス感染症対応記録』（以下、『令和４年度版』という）に2020年の新型コロナウイルス感染症パンデミックの出現から、2022年初頭までの医療機関への財政的支援・診療報酬制度上の臨時的取扱いに関して記録した。本稿では、2022年のオミクロン株出現以降の医療機関への支援策・診療報酬制度上の変遷に関して簡潔にまとめる。

パンデミック３年目に入り、オミクロン株の出現、およびワクチン接種の普及、新型コロナウイルス治療薬の臨床使用の普及により、感染者の死亡率は大幅に低下する局面となり、政府は徐々に、新型コロナウイルス感染症に対する特別対応を平時の体制へ移行していくこととなった。国の財政運営が厳しい中、臨時的な財政的負担を早期に軽減することを志向する財政当局の強い意向もあり、病床確保料などの補助金、および診療報酬上の特例など医療機関への支援策も縮減・廃止されていくこととなった。しかし縮減・廃止は、制度の急激な変更による臨床現場への影響にも一定程度配慮しながら計画的に実行されていくこととなった。

新型コロナウイルス感染症対策本部において2023年１月27日に同年５月８日から新型コロナウイルス感染症を感染症法上の新型インフルエンザ等感染症に該当しないものとし、５類感染症に位置付けると決定された。その際、「外来や入院に関する診療報酬上の特例措置や病床確保料の取扱い、重症者等に対する入院調整のあり方、高齢者施設等への検査・医療支援など各種対策・措置の段階的見直しについて、ウィズコロナの取組を更に進め、平時の日本を取り戻していく道筋について具体的な内容の検討・調整を進める」こととされた。検討・調整の結果、2023年５月８日、同10月１日、2024年４月１日を区切りに、診療報酬、医療機関への支援策が見直されていくこととなった。

（2）新型コロナウイルス感染症に対する特例的な診療報酬対応

『令和４年度版』に2021年９月までの診療報酬上の特例をまとめている。その後、診療報酬上での特例的な対応としては、以下の２つの措置が行われている。

（2022年４月28日～）

○重症化リスクの高い自宅・宿泊療養患者のうち、①保健所等から健康観察に係る委託を受けている医療機関　②公表している診療・検査医療機関が、電話等を用いた初再診を行った場合、２類感染症患者入院診療加算（250点）および慢性疾患患者への臨時的な医学管理料（147点）を算定できることを明確化。

（2022年10月１日～）

○入院を必要とする新型コロナウイルス感染症患者に対して、必要な感染予防策を講じた上で疾患別リハビリテーションを実施する場合に、２類感染症患者入院診療加算（250点/日）をさらに算定できることを明確化。

（３）新型コロナウイルス感染症に対する特例的な診療報酬制度の変遷、および2022年度、2024年度診療報酬改定における対応

2022年４月に実施された2022年度診療報酬改定においては、新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取り組みとして、従前の感染防止対策加算を感染対策向上加算に名称を改めるとともに、要件の見直し（定期的なカンファレンス、訓練の実施）と点数の増点が行われた（感染対策向上加算１：710点←390点、加算２：175点←90点、加算３：75点新設）。また、診療所に対しても外来感染対応向上加算（６点、月１回）が新設された（要件：院内感染管理者の設置、カンファレンスへの参加、発熱患者対応体制など）。

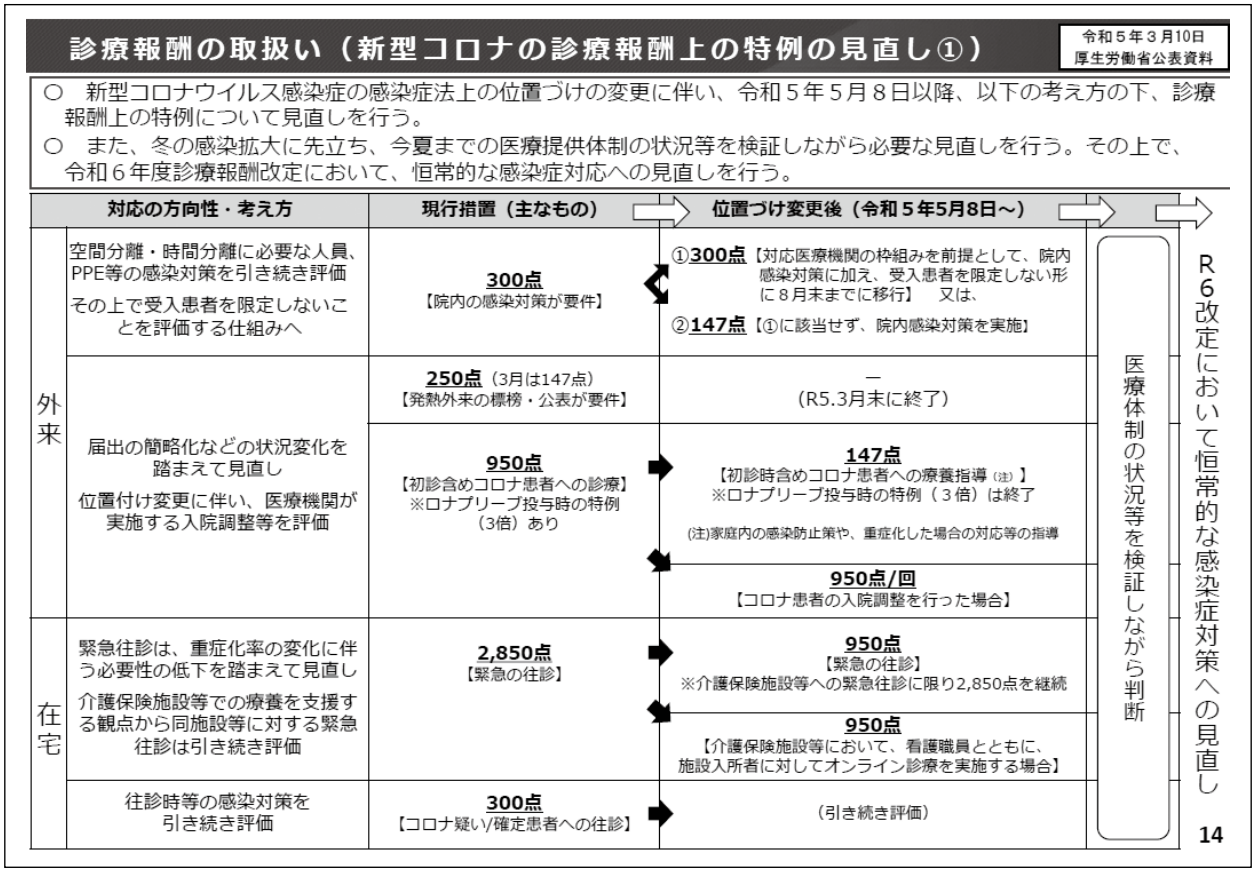
前述の2023年１月27日の新型コロナウイルス感染症対策本部決定に基づき、同年３月10日の中央社会保険医療協議会（以下、「中医協」という）総会において、５月８日の５類移行以降の特例点数の見直しが議論、決定された。その内容を**図表１**、**図表２**に示す。

入院患者に対する加算点数は、同日をもって１/２から１/４に引き下げされた。同じく外来、在宅往診などの点数も１/３から１/４程度に大幅に縮減されることとなった。

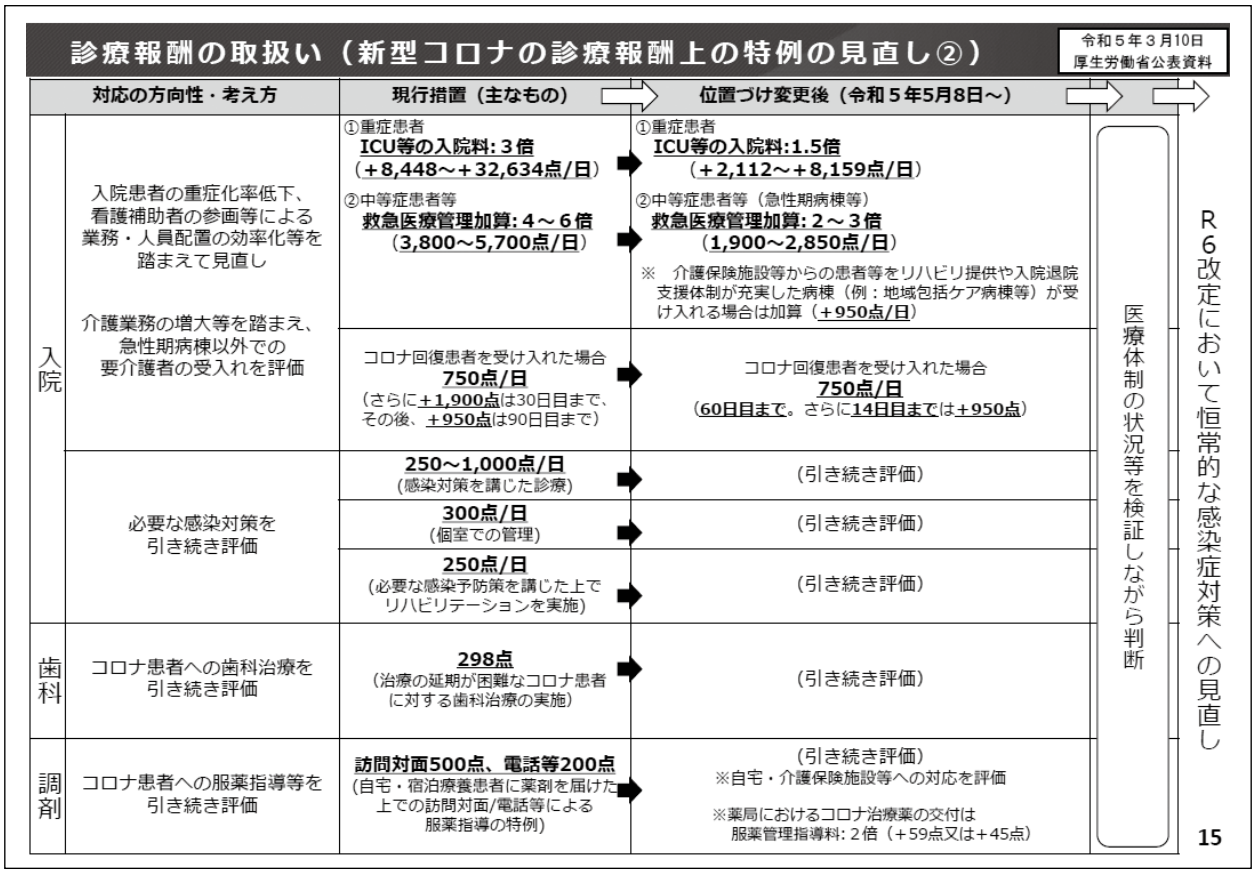
その後の見直しに関しては、冬の感染拡大に先立ち、2023年夏までの医療提供体制の状況等を検証しながら必要な見直しを行うこと、さらに、その上で、2024年度診療報酬改定において、恒常的な感染症対応への見直しを行う方針が決定された。

2023年10月１日からのコロナ特例点数を検討する中医協総会は2023年９月13日、15日に行われ

図表１　2023年５月８日以降の診療報酬の取扱い①



図表２　2023年５月８日以降の診療報酬の取扱い②



図表３　2023年10月１日以降の診療報酬の取扱い①

た。そこでの協議の結果、**図表３**、**図表４**に示すように、コロナの特例点数は、入院・外来ともに、さらに１/２から１/３程度に縮減されることとされた。

当初方針の通り、2024年度診療報酬改定においては、これらコロナ特例は廃止することを前提に、新興感染症対応も含めて診療報酬点数が議論された。

中医協における議論の結果、2024年度改定では、これらの特例はすべて廃止され、その代わりに、感染管理が特に重要な感染症の患者に対して、適切な感染対策を講じた上で入院医療を提供した場合の加算として特定感染症入院医療管理加算（治療室の場合200点、それ以外の場合100点）、受診歴の有無にかかわらず発熱患者等を受け入れる体制を有した上で、実際に発熱患者等に対応した場合の加算として、発熱患者等対応加算（20点、月１回）が新設された。また感染対策向上加算、外来感染対策向上加算の施設基準が、第８次医療計画における協定締結の枠組みを踏まえた要件の見直しが行われた。

この改定により、新型コロナウイルス感染症患者への対応として2020年から長年継続されてきた特例的な診療報酬点数はなくなることとなったが、一部、例外が存在する。2024年３月５日厚生労働省保険局医療課発出の事務連絡「令和６年度診療報酬改定による恒常的な感染症対応への見直しを踏まえた新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い等について」により、薬剤の包括請求が求められる入院料算定病棟（DPC、地域包括ケア病棟、医療療養病棟など）において、高額な新型コロナウイルス治療薬を使用した場合に、包括外で請求することが「当面の間継続する」とされている。

図表４　2023年10月１日以降の診療報酬の取扱い②

４．診療報酬の取扱い②（新型コロナの診療報酬上の特例の見直し）

新型コロナの類型変更（令和５年5月）に伴う方向性・考え方		令和５年９月まで	令和５年10月～
入院	入院患者の重症化率低下、看護補助者の参画等による業務・人員配置の効率化等を踏まえて見直し 介護業務の増大等を踏まえ、急性期病棟以外での要介護者の受入れを評価	①重症患者 **ICU等の入院料：1.5倍** **（+2,112～+8,159点/日）** ②中等症患者等（急性期病棟等） **救急医療管理加算１：２～３倍** **（1,900～2,850点/日）** ※　介護保険施設等からの患者等をリハビリ提供や入院退院支援体制が充実した病棟（例：地域包括ケア病棟等）が受け入れる場合は加算（**+950点/日**）	①重症患者 **ICU等の入院料：1.2倍** **（+845～3,263点/日）** ②中等症患者等（急性期病棟等） **救急医療管理加算２：２～３倍** **（840～1,260点/日）** ※　介護保険施設等からの患者等をリハビリ提供や入院退院支援体制が充実した病棟（例：地域包括ケア病棟等）が受け入れる場合は加算（**+420点/日**）
	＋	コロナ回復患者を受け入れた場合 **750点/日** （**60日目まで**。さらに**14日目まで**は**+950点**）	コロナ回復患者を受け入れた場合 **500点/日** （**14日目まで**）
	必要な感染対策を引き続き評価	**250～1,000点/日** (感染対策を講じた診療)	**125点～500点/日** (感染対策を講じた診療)
		300点/日 （２類感染症の個室加算の適用）	**300点/日** （２類感染症の個室加算の適用）
		250点/日 (必要な感染予防策を講じた上でリハビリを実施)	**50点/日** (必要な感染予防策を講じた上でリハビリを実施)
歯科	コロナ患者への歯科治療を引き続き評価	**298点** （治療の延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療の実施）	**147点** （治療の延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療の実施）
調剤	コロナ患者への服薬指導等を引き続き評価	薬局におけるコロナ治療薬の交付 服薬管理指導料:**2倍**（**+59点又は+45点**） 自宅・介護施設等への対応を評価 （訪問対面500点、電話等200点を算定可）	薬局におけるコロナ治療薬の交付 服薬管理指導料：**1.5倍**（**+30点又は+23点**） 自宅・介護施設等への対応を評価 （訪問対面：500点/200点を算定可）

R６改定において恒常的な感染症対策への見直し

※このほか、令和５年５月８日から令和６年３月までの時限措置として、新型コロナ罹患後症状に関する診療報酬の特例（＋147点／３月ごとに算定可）

7

入院料の施設基準の特例（施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関の取扱い、看護配置の変動に関する取扱いなど）に関しては、一部整理されながらも2022年改定後も継続されたが、2023年10月からは人員配置の特例を除き通常の体制に変更されることとなった。現在は2024年３月５日、厚生労働省保険局医療課発出の事務連絡「令和６年度診療報酬改定による恒常的な感染症対応への見直しを踏まえた新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い等について」に基づき、2024年５月31日まで、施設基準における人員配置の特例は延長されている。

（４）新型コロナウイルス感染症患者の病床確保支援（新型コロナウイルス感染症重点医療機関体制整備事業）の変遷

2020年５月に成立した第２次補正予算により策定された新型コロナ患者を受け入れる重点医療機関の病床確保支援策は、コロナ禍を戦う医療機関を支える非常に大きな役割を果たした。当初ＩＣＵで１床当たり１日30万1,000円、ＨＣＵで21万1,000円、それ以外の病床で５万2,000円と設定された病床確保料は、確保病床の増床が必要な状況の中、その他の病床で５万2,000円から７万1,000円に増額されるなど、コロナ禍当初、世論の追い風もあり充実していった。また、その病床確保料は受け入れ病床確保のために休止とした病床分も補助されるという画期的な内容であった。

しかし2021年に入り、マスコミで病床確保料を受けながら入院患者を受け入れない病床（いわゆる幽霊病床）の問題が取り上げられたことをきっかけに、医療機関への支援策には厳しい目が向けられることとなった。

制度創設当初の混乱期には、受け入れ病床数に対しての休止病床数の制限が行われなかったことから、非常に少ない確保病床数に対して、多くの休止病床を設定した病院も存在し、制度の適正化のため、さまざまな修正が行われていった。

2021年11月24日修正の「令和３年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療分）」において、2022年１月以降は、休止病床数は確保病床１床に対して２床（ＩＣＵ等重症対応病床は４床）までに制限されること、また即応病床使用率が低い場合には病床確保料が３割減算されるなどの修正が行われた。

非常に高額な病床確保料が医療機関に支払われていることに対する財政当局の懸念は強く、財政制度分科会などでも早期の病床確保料の縮減を求める意見が出されるとともに、不適切な請求の精査が会計検査院を含め行われ、一部の医療機関が返還を求められる事例も発生した。

2023年１月27日の新型コロナウイルス感染症対策本部決定で2023年５月８日の感染症法上の５類移行が決定された際、病床確保料の取扱いも段階的に見直しを行っていくこととされた。それを受けて同年３月10日に新型コロナウイルス感染症対策本部で決定された「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制および公費支援の見直し等について」により、５月８日以降の病床確保料は大幅に縮減されることとなった。見直し案を**図表５**に示す。

病床確保の補助単価を半額とするとともに、休止病床の補助上限数も半数とされた（一般病院では７万1,000円が３万6,000円に減額、休止病床数は２床から１床に減少）。その結果、病院に支払われる病床確保料は１/２かける２/３となり、いきなり１/３に減額されることとなった。

同年10月１日以降は、補助単価がさらに0.8倍とされ一般病床で３万6,000円が２万9,000円に減額されるとともに、病院が確保する病床数を、地域の感染状況によりフェーズで変化させ、確保病床

図表５　2023年５月８日以降の病床確保料の見直し

病床確保料の見直し

① 病床確保料の**補助単価（上限）は**、これまで**診療報酬の引き上げに合わせた見直しを行ってきているところ**、今般、**診療報酬特例の見直しに連動して見直し（半額）を行う**（当面、**９月末まで継続**）。

② また、**休止病床の補助上限数については**、コロナ入院医療における人員配置等の変化など**実態を踏まえて見直しを行う**。

①補助単価（上限）の見直し

病床区分	重点医療機関		一般の医療機関
	（特定機能病院等）	（一般病院）	
ＩＣＵ	補助上限額 436,000円／日 → 218,000円／日	補助上限額 301,000円／日 → 151,000円／日	補助上限額 97,000円／日
ＨＣＵ（※１）	補助上限額 211,000円／日 → 106,000円／日	補助上限額 211,000円／日 → 106,000円／日	補助上限額 41,000円／日
その他病床	補助上限額 74,000円／日 → 37,000円／日	補助上限額 71,000円／日 → 36,000円／日	補助上限額 16,000円／日

（※１）一般の医療機関においては、重症者・中等症者病床

②休止病床の補助上限数の見直し

○ 休止病床の補助上限数について、即応病床（※２）**１床あたり休床１床に見直す**（現在２床が上限）。

（※２）その他病床の場合（特別な事情がある場合の経過措置あり。）。**ICU・HCU病床の場合は２床を上限に見直す**（現行４床を上限）。

5

の対象を「重症・中等症Ⅱの入院患者に重点化」することで、実質的に病床確保料がほとんど発生しないよう制度変更がなされた。その結果、2023年10月以降は、同補助事業が病院の経営を支援する意味はほぼなくなった。

2024年３月末をもってコロナ病床確保のための同補助事業は廃止された。

（５）さいごに

以上、本稿で2022年以降の、新型コロナウイルス感染症対策を通常の医療体制に戻していく過程における診療報酬制度、医療機関への支援策の変遷をまとめた。

新型コロナウイルスの出現により、地域の医療需要動向は大幅に変化し、多くの医療機関の病床稼働率は、いまだコロナ以前に戻っていない状況がある。その中での医療機関への支援策の急激な縮減は、現在、地域の病院経営に大きな影響を与えている。2024年度診療報酬改定の基礎資料となる医療経済実態調査が2023年11月に中医協において報告されたが、それによると病院の2023年の医業利益率はマイナス10％にも達することが推定されている。現在、新たな新興感染症発生時の対策が進みつつあるが、病院現場に余力がまったくない状況であることはコロナ直前の状況と変わりはない。新型コロナウイルス感染症対応としての医療機関への支援策を廃止していく必要があることには異論はないが、今後の新興感染症対応のためにも、医療機関への平時の財政的な支援が必要であることは強調しておきたい。

各論　第３章　医療提供体制

9　オミクロン株の感染拡大（2021.11 月下旬～2022.5 月下旬）

アウトライン

「全体像」に基づく各都道府県の「保健・医療提供体制確保計画」を取りまとめ、オミクロン株の急速な拡大に備え、検査・保健・医療提供体制の点検・強化を都道府県等に要請した。また、病床の効率的な運用を促し、確保病床の使用率を高めるため、個別医療機関の病床使用率の公表を開始した。

オミクロン株の急速な感染拡大に対応するため、更なる臨時の医療施設の新増設等に関して、「国立病院機構（NHO）」及び「地域医療機能推進機構（JCHO）」に看護師等の派遣を依頼した。また、転院・入院・救急搬送に係る新型コロナ患者・新型コロナ疑い患者の受入拡大を図るための緊急支援を開始した。

また、国内初の経口薬となる「ラゲブリオカプセル」（ＭＳＤ社）が特例承認された。

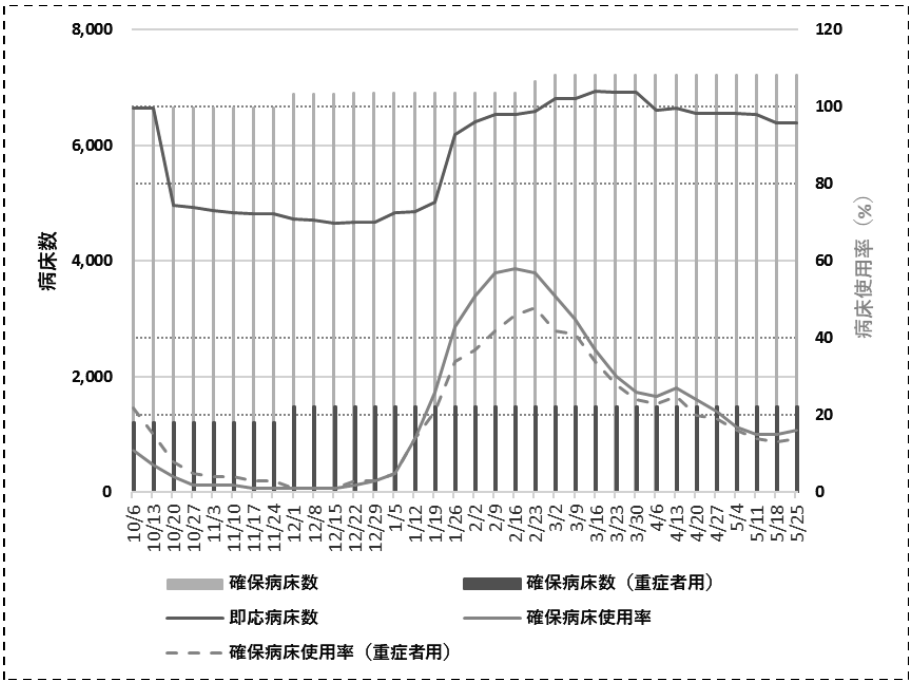


図 26　病床数・病床使用率の推移（東京都）2021 年 10 月～2022 年 5 月　再掲

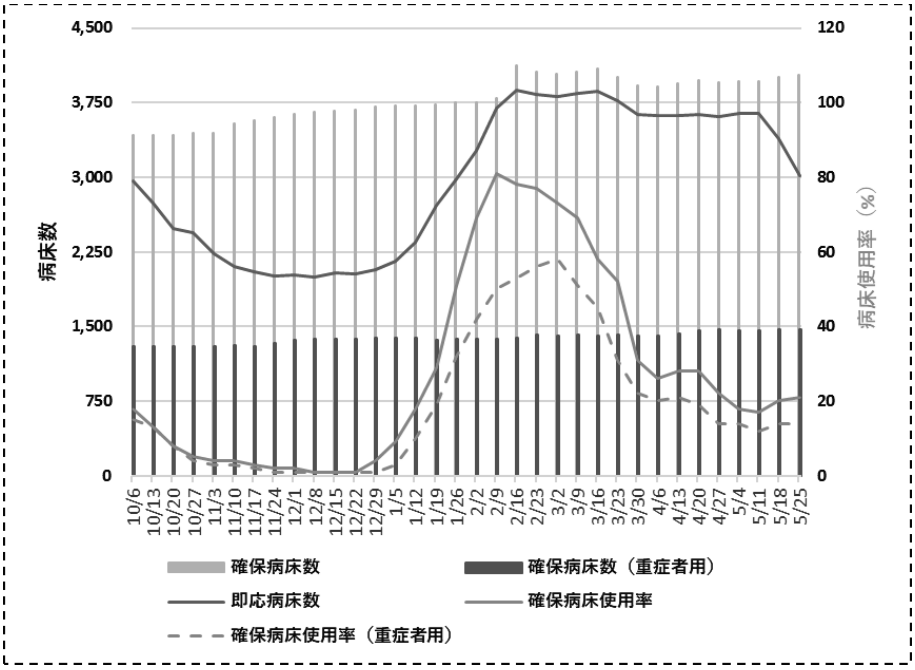


図 24　病床数・病床使用率の推移（大阪府）2021 年 10 月～2022 年 3 月　再掲

（「全体像」に基づく各都道府県の「保健・医療提供体制確保計画」の取りまとめ）

12 月 7 日、厚生労働省は、「全体像」に基づく各都道府県の「保健・医療提供体制確保計画」を取りまとめ、公表した。

- 全国で約 3.7 万人分（2021 年夏のピーク時に比べ約 3 割、約 1 万人の増）の病床を確保
  ※感染ピーク時において確保病床使用率 8 割以上を確保 [203]。
- 全国で臨時の医療施設・入院待機施設約 3.4 千人分（2021 年夏のピーク時に比べ約 4 倍弱、約 2.5 千人増）確保
- 宿泊療養施設約 6.6 万室（2021 年夏のピーク時に比べ約 4 割、約 1.9 万室の増）確保
- オンライン診療・往診、訪問看護の実施等により、全国で延べ約 3.4 万医療機関等と連携した健康観察・診療体制を構築
- パルスオキシメータの確保数約 70 万個
- 医療人材の派遣に協力する医療機関数約 2 千施設、協力する施設から派遣可能な医師数約 3 千人、同じく派遣可能な看護職員数約 3 千人　　等

[203] 「保健・医療提供体制確保計画」において、感染ピーク時に確保病床使用率 8 割以上を確保する計画を立て、一定の場合における病床確保料の執行停止・返還や個別医療機関の病床使用率の公表などを実施してきた結果、例えば、大阪府 81%（2022.2.9）、福岡県 86%（2022.2.16）など、実際に確保病床使用率 8 割以上を確保した自治体もある。

（個別医療機関の病床使用率の公表）

11 月 24 日、厚生労働省は、翌年 1 月から病床使用率を勘案した病床確保料の見直しを行うこととし、12 月 1 日には、病床の効率的な運用を促し、確保病床の使用率を高めるため、個別医療機関の病床使用率の公表を開始した。

（応急仮設建築物（臨時の医療施設等）の存続期間の延長）

応急仮設建築物（臨時の医療施設等が該当）の存続期間を延長（最長 2 年 3 か月→2 年 3 か月を超えて、1 年以内ごとに存続期間を延長することを可能）するための建築基準法（昭和 25 年法律第 201 号）の一部改正を盛り込んだ、地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律案（第 12 次地方分権一括法）を国会に提出（2022.3.4）し、全会一致により可決成立・公布（2022.5.20)、建築基準法に係る部分を施行（2022.5.31）した。

（新たな変異株（オミクロン株）への対応）

これまでの変異株（デルタ株）よりも重症化しにくい可能性があるものの、世代時間の短縮が確認されるなど感染拡大のスピードが極めて速いとされる、新たな変異株（オミクロン株）による急速な感染拡大に備えるための対応を行った。

また、対応を行うに当たっては、全国で最も早くオミクロン株が流行した沖縄県における対策やそこで得られた知見[204]も参考に、検査体制の再強化や自宅・宿泊療養者への医療の強化、高齢者施設等における医療支援体制の強化などに取り組んだ。

11 月 26 日、令和 3（2021）年度第 1 次補正予算案[205]が閣議決定され、12 月 20 日可決成立した。この第 3 次補正予算においては、緊急包括支援交付金の増額による重点医療機関等の病床確保や宿泊療養施設の確保、看護職員の派遣等にかかる人材調整の体制整備等の支援や、中和抗体薬・経口薬の確保などが盛り込まれた。

12 月 22 日、厚生労働省は、都道府県等に対し、オミクロン株の感染流行に備えた検査・保健・医療提供体制の点検・強化を要請した。

オミクロン株の急速な感染拡大に対応するため、オミクロン株の入退院基準の周知や更なる臨時の医療施設の新増設、転院・入院・救急搬送に係る新型コロナ患者・新

[204] 沖縄県では、高齢者の感染増加による入院需要への増大に対応するため、入院受療率を下げる取組や入院期間を短縮する取組が実践されるとともに、高齢者施設等の社会福祉施設において新型コロナ患者が発生した際の支援の流れが整理された（詳細は、2022 年 1 月 20 日アドバイザリーボード髙山先生提出資料参照)。

[205] 緊急包括支援交付金の増額に 2 兆 314 億円（2020 年度・2021 年度合計で、緊急包括支援交付金として 5 兆 9,834 億円を措置)、医療用物資等の確保に 467 億円、中和抗体薬・経口薬の確保に 6,075 億円などを計上。

型コロナ疑い患者の受入拡大を図るための緊急支援、新たな経口薬の特例承認等に取り組んだ。

2022 年 1 月 12 日、厚生労働省は、下記の各都道府県の点検結果を公表するとともに、都道府県等に対し、点検結果も踏まえた更なる対応の強化を依頼した。

・まん延防止等重点措置適用県における即応病床化
【広島県】1 月中旬までに即応病床 517 床→804 床に引上げ
【沖縄県】医療機関に対して 1 週間程度の準備期間で即応病床化を要請、順次即応病床 304 床→924 床に引上げ
【山口県】1 月 21 日目途で即応病床 330 床→549 床に引上げ
・健康観察・診療を実施する医療機関[206]の数（全国）
約 1.2 万（2021 年 11 月末時点）→約 1.6 万（2022 年 1 月点検結果）

同日、厚生労働省は、入院から自宅療養等への移行を図るため、都道府県等に対し、退院基準を満たす以前でも、医師が入院治療の必要がないと判断した場合等[207]においては、自宅療養への移行等が可能である旨を再周知した。

1 月 20 日、厚生労働省は、医療従事者を派遣する派遣元医療機関等への補助について、高齢者施設に派遣する場合を対象に加え、1 月 9 日以降の派遣に適用することとした

1 月 19 日及び 28 日、オミクロン株による感染が早期に拡大した沖縄において、高齢者施設での感染者数が増加してきたことを踏まえ、都道府県説明会を開催し、介護職員の応援体制の構築や高齢者施設等での感染者発生時の医療従事者・専門家等の派遣体制の構築、関連の財政支援などを再周知するとともに、沖縄県の状況を共有した。また、1 月 20 日、厚生労働省は、都道府県に対して、これらの体制について再確認を依頼した。

1 月 28 日、厚生労働省は、無症状病原体保有者の療養解除基準等の見直し[208]を行った。

---

206 自宅・宿泊療養中の患者の健康状態を My HER-SYS や電話等を用いて確認を行い、必要に応じて電話等による診療を行う医療機関。

207 2 月 8 日にこの考えを具体化し、都道府県等に対し、入院日を 0 日目として、4 日目以降の時点で中等症Ⅱ以上の悪化を認めないものに関して、医療機関から宿泊療養・自宅療養への療養場所の変更や後方支援病院等への転院について積極的に検討することを推奨。

208 濃厚接触者の待機期間について、原則 7 日間で 8 日目に解除とし、社会機能維持者は 2 日にわたる検査を組み合わせることで 5 日目に解除。無症状病原体保有者についても、検体採取日から 7 日間を経過した場合には解除可能とした。

２月１日、厚生労働大臣は、日本医師会に対して、診療・検査医療機関の拡充や高齢者施設等への医師の派遣等について協力を要請した。

２月８日、厚生労働省は、都道府県に対して、「オミクロン株の感染流行を踏まえた医療提供体制の対応強化について」を発出し、オミクロン株による感染が拡大する中、臨時の医療施設等の整備や介護対応力の強化、高齢者施設等における専門家の派遣等の医療体制の強化、重点医療機関以外の病床での患者の受入れ促進等について対応強化を依頼した。

同日、厚生労働省は、臨時の医療施設等に看護職員を派遣した場合の派遣元医療機関への補助上限額を２倍から３倍に引き上げ、１月９日以降の派遣に適用することとした（2022 年７月 31 日までの派遣に限った特例）。

２月９日、東京・大阪を中心に、約 1,000 床の臨時の医療施設の新増設のため、軽症から中等症Ⅰまでの患者に対応する看護師等の派遣を、厚生労働省から「国立病院機構（NHO）」及び「地域医療機能推進機構（JCHO）」に対して法[209]に基づき要求するとともに、その他の公的病院に対して各府省から文書により要請を行った[210][211]。

２月 17 日、症状が落ち着いた患者を受け入れる病床など、新型コロナ患者の病床を緊急に確保することにより、転院・入院を円滑化するとともに、新型コロナ疑い患者の搬送受入体制を強化することにより、救急搬送困難事案の発生を極力抑制するための緊急支援（2022.2.1～　新たに確保した新型コロナ患者の即応病床又は新型コロナ疑い患者を一時的に受け入れる病床について１床当たり 450 万円）を開始した。

同日、「総理と医療関係者との意見交換」を開催し、総理と医療関係者（日本医師会、日本病院会、日本看護協会、国立国際医療研究センター（NCGM））との意見交換を踏まえて、医療関係者への感謝を表すとともに、ワクチン接種の加速化、外来と自宅療養への対応強化、入院患者の確実な受入れのための医療人材の派遣、転院や救急搬送受入れの促進、高齢者医療施設における医療提供体制の強化について、協力を要請した。

３月２日、厚生労働省は、都道府県等に対し、保健・医療提供体制の対策徹底に関

209 「国立病院機構（NHO）」に対しては、独立行政法人国立病院機構法第 21 条第１項に、「地域医療機能推進機構（JCHO）」に対しては、独立行政法人地域医療機能推進機構法第 21 条第１項に基づき要求した。
210 看護師等の医療従事者を 182 名登録（2022.3.1）しており、2022 年３月１日現在順次派遣・調整中。
211 沖縄県等に対しても、省庁関係公的病院からの看護師派遣が行われた（詳細は P.115 参照）。また、全国知事会の調整により、沖縄県（2022.1.18～2.28）に 19 名の看護師を派遣。

する下記取組の推進についての確認を依頼。

・診療・検査医療機関の公表・拡充（公表している診療・検査医療機関に患者が集中することを防ぐため、重点措置区域を中心に一律公表等）
・病床確保支援策等により転院・入院の円滑化（早期退院患者の受入先の確保、療養解除後の患者の受入先の確保等）
・救急患者の一時的受入支援等による救急搬送受入体制の強化
・高齢者施設等において感染が発生した際の感染制御・業務継続の支援体制の強化や医療機関の医師による往診体制の構築等
・自宅・宿泊療養者への医療の強化（健康観察・診療を実施する医療機関の更なる拡充・公表等）

3 月 18 日、厚生労働省は、3 月 2 日の確認依頼の結果を公表した。

・診療・検査医療機関について、東京・大阪・愛知などで一律公表が実施され、3 月 14 日時点で、公表機関数は約 3.6 万機関のうち約 2.9 万機関（1 月末から 6 千機関増）となり、公表率は 67%（1 月末）から 81%に向上
・療養解除前の患者の転院先として確保した病床数：約 0.9 千床（2 月 1 日から 3 月 14 日までの状況）
・後方支援医療機関数：約 3.5 千機関
・救急医療におけるコロナ疑い患者のための病床確保数：約 0.3 千床（2 月 1 日から 3 月 14 日までの状況）
・高齢者施設等からの感染制御・業務継続支援の要請に対応できる支援チームの医療従事者数：約 3.4 千人
・施設内療養者への往診等を行う協力医療機関数：約 2.2 千機関
・健康観察・診療を実施する医療機関の数（全国）
　約 1.6 万（2022 年 1 月点検結果）→約 2.2 万（2022 年 3 月確認結果）

同日、厚生労働省は、3 月 21 日のまん延防止等重点措置の終了後も、感染の再拡大に備え、引き続き保健・医療提供体制の対策徹底・強化が必要であることから、都道府県等に対し、下記について改めて体制の構築を徹底するよう依頼。

・診療・検査体制強化のため、診療・検査医療機関（3.6 万機関）の更なる拡充と一律公表の推進
・健康観察・診療を実施する医療機関（2.2 万機関）の更なる拡充
・高齢者施設に派遣する感染制御・業務継続支援チームや往診・看護師派遣を行う協力医療機関の体制整備
・転入院の促進などによる病床の回転率の向上、救急受入体制の強化

4 月 4 日、厚生労働省は、特に高齢者施設等における体制強化を図るため、都道府県等に対し、目標を明確にしつつ、対策の徹底・強化を要請。

・入所者に陽性者が発生した施設については、派遣を希望しない場合等を除き、24 時間以内（遅くとも 1 両日中）に感染制御・業務継続支援チームを派遣できる体制の構築
・全ての施設等において、必要な場合に医師や看護師による往診等の医療を確保できる体制となっていることの確認

4 月 28 日、厚生労働省は、3 月 18 日の対策徹底依頼の結果を公表するとともに、特に高齢者施設等への調査について引き続き全ての高齢者施設等から回答をいただくよう、依頼した。

・診療・検査医療機関について、4 月 22 日時点で、公表機関数は約 3.8 万機関のうち約 3.4 万機関となり、公表率は 9 割まで向上。
・健康観察・診療を実施する医療機関の数（全国）
　約 2.2 万（2022 年 3 月 14 時点）→約 2.3 万（2022 年 4 月 22 日時点）
・24 時間以内に感染制御・業務継続支援チームの派遣を要請でき、約 5.6 万の全ての高齢者施設等に対しその連絡・要請窓口を周知済み
・高齢者施設等からの感染制御・業務継続支援の要請に対応できる支援チームの医療従事者数
　約 3.4 千人（2022 年 3 月 14 日時点）→約 3.6 千人（2022 年 4 月依頼結果）
・高齢者施設等への調査の結果、協力医療機関を事前に確保している、又は自治体が指定する医療機関や医療チームの往診派遣を要請できると確認できた高齢者施設等は、約 3.6 万施設（全高齢者施設等の 65％）
・施設内療養者への往診等を行う協力医療機関数
　約 2.2 千（2022 年 3 月確認結果）→約 3.1 千（2022 年 4 月依頼結果）
・療養解除前の患者の転院先として確保した病床数
　約 0.9 千（2 月 1 日から 3 月 14 日までの状況）→約 1.2 千（2 月 1 日から 4 月 22 日までの状況）

さらに、回答のなかった高齢者施設等への取組を徹底し、5 月 25 日、厚生労働省は、5 月 24 日時点の結果を公表した。

・高齢者施設等への調査の結果、協力医療機関を事前に確保している、又は自治体が指定する医療機関や医療チームの往診派遣を要請できると確認できた高齢者施設等は、約 5.3 万施設（全高齢者施設等の 94％）

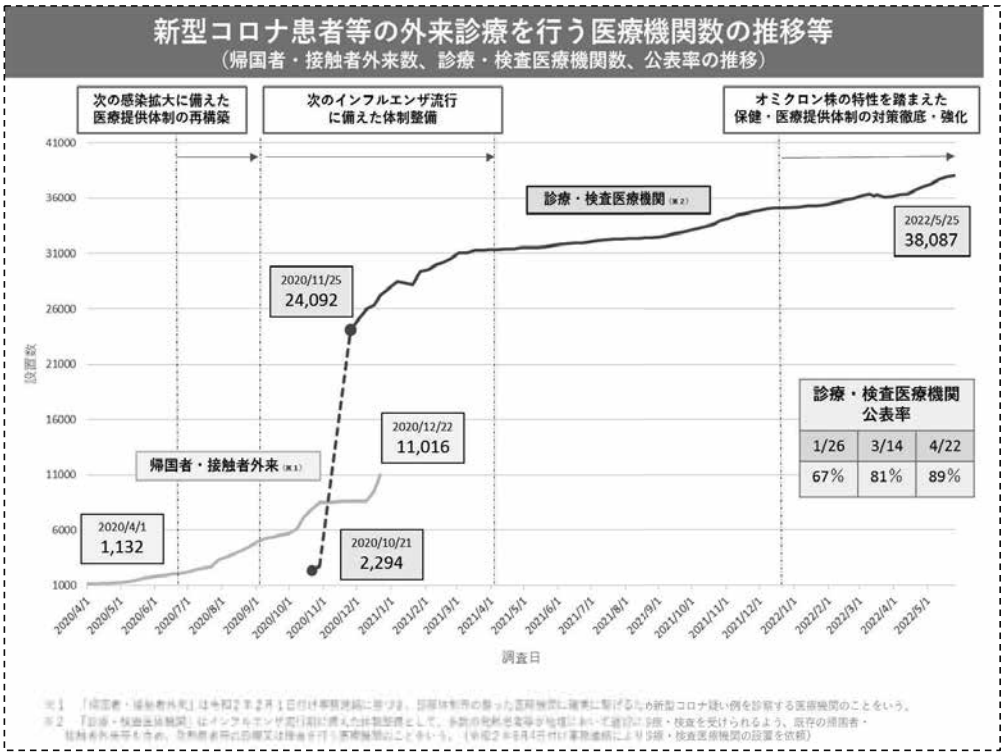


図 31　新型コロナ患者等の外来診療を行う医療機関等の推移等（2020 年 4 月～2022 年 5 月）（厚生労働省調べ）

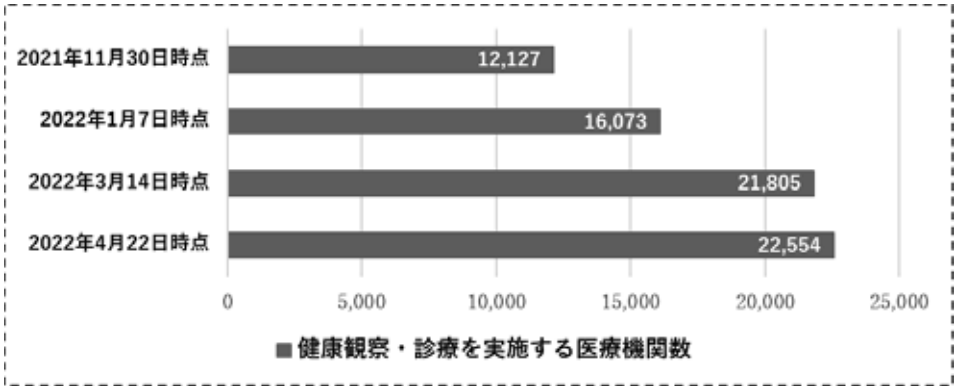


図 32　健康観察・診療を実施する医療機関数（厚生労働省調べ）

（治療薬の確保、供給等[212]の取組）

①ラゲブリオカプセル

国内初の経口薬となる「ラゲブリオカプセル」（MSD 社）について、総理から厚生労働大臣に対して、必要量の確保等に万全を期すよう指示があり、厚生労働大臣が米国メルク社やＭＳＤ社の幹部と面会し、2021 年 11 月 10 日、合計 160 万人分を日本向けに確保することについて合意した。12 月 24 日、ラゲブリオカプセルが特例承認された。

承認後速やかに 20 万人分が納入されたが、厚生労働省において、MSD 社と納入時期を前倒しするための交渉を行い、2022 年 2 月下旬の納入時期を前倒し、1 月 28 日に 5 万人分、2 月 4 日に 5 万人分、10 日に 4 万人分が追加で納入された。その後も順次、納入時期の前倒しを行い、2 月末までに合計 49 万人分、3 月末までに合計 80 万人分、5 月末までに合計 160 万人分が納入された。5 月 31 日時点で約 190,100 人に使用され、重症化する患者の減少に寄与したと考えられる。

②パキロビッドパック

2021 年 12 月 17 日、経口薬「パキロビッドパック」（ファイザー社）について、総理とファイザー社 CEO が電話会談を行い、同日基本合意し、2022 年 1 月 31 日に 200 万人分の確保について最終合意した。２月 10 日、パキロビッドパックが特例承認された。薬事承認後速やかに 4 万人分が納入され、２月末までに合計 12 万 5 千人分、３月末までに合計 35 万人分、5 月末までに合計 118 万人分が納入された。5 月 31 日時点で約 8,700 人に使用され、重症化する患者の減少に寄与したと考えられる。

③ゼビュディ点滴静注液

中和抗体薬「ゼビュディ点滴静注」（2021 年 9 月 27 日に特例承認）について、2022 年 2 月上旬までに 9 万人分が納入され、3 月中旬に納入予定であった 8 万人分についても、納入時期を大幅に前倒し、2 月下旬までに合計 17 万人分が納入された。5 月末までに合計 21 万人分が納入されている。ロナプリーブのオミクロン株に対する中和活性が低下し、有効性が減弱することが示唆された一方、ゼビュディ点滴静注はオミクロン株に効果が示唆されたことから、2022 年 1 月から 5 月までの間に、約 138,800 人に使用され、重症化する患者の減少に寄与したと考えられる[213]。

---

[212] 新型コロナウイルス感染症の治療薬については、国産経口薬を含め、開発費用として 1 薬剤当たり最大約 20 億円を支援した。支援を受けて薬事承認された薬剤として、中和抗体薬「ロナプリーブ注射液」及び「ゼビュディ点滴静注」が挙げられる。また、治療薬開発をさらに加速化するため、2022 年 4 月には、「S -217622」（塩野義製薬社）や「K -237」（興和社）に対して、それぞれ最大約 62 億円、最大約 53 億円の緊急追加支援を行った。

[213] 2022 年 4 月 18 日に添付文書が改訂され、オミクロン株の BA.2 系統に対しては効果が減弱するおそれがあり、他の治療薬が使用できない場合に投与を検討することとされている。なお、同じ点滴注射薬である抗ウイルス薬「レムデシビル」については、2021 年 10 月から薬価収載に

④S-217622（塩野義製薬社が開発中の治療薬）
2022 年 3 月 25 日、塩野義製薬社との間で、経口薬の「S-217622」について、薬事承認後速やかに 100 万人分を、それ以降も一定数量を確保するという内容の基本合意を結んだ。

（新型コロナウイルス感染症の罹患後症状に関する調査研究の成果）
2021 年 12 月 1 日、厚生労働省は、新型コロナウイルス感染症の罹患後症状に関する調査研究の成果として、「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き 別冊 罹患後症状のマネジメント（暫定版）」を公表し、同月 6 日、都道府県等に対し、罹患後症状を呈する者への自治体における取組例を周知した。

2022 年 4 月 28 日、厚生労働省は、「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き 別冊 罹患後症状のマネジメント（暫定版）」を改訂した第 1 版を公表し、都道府県等に対し、専門医・拠点病院の受診を勧めるタイミングや職場等への復帰に関する産業医学的アプローチの事例等を周知した。

（参考）

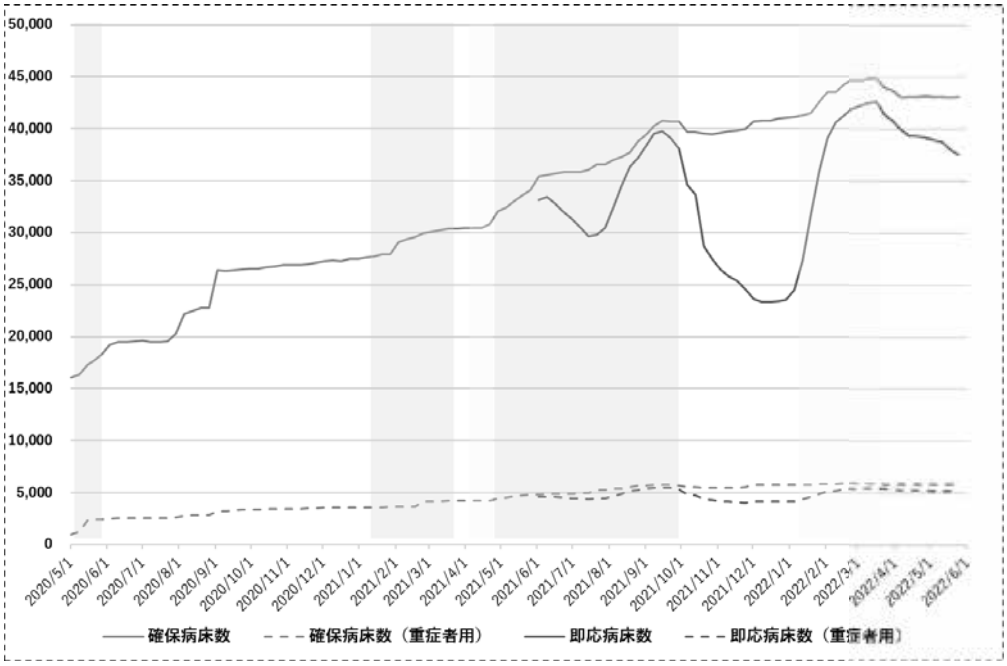


図 33　確保病床数の推移（全国、通期）

伴う一般流通が開始され、2022 年 3 月に軽症者向けの投与が可能である旨添付文書が改訂されるなど、その活用が進められた。

２．医療提供体制

10　オミクロン株 BA.5 による感染拡大（2022.６月～2022.９月上旬）

アウトライン

2022 年７月に入り、新規陽性者数が増加傾向になったことに伴い、都道府県に検査・保健・医療提供体制の点検・強化を依頼したが、７月下旬には新規陽性者数が 2021 年冬の感染拡大のピークの２倍に達したため、入院については、最大確保病床５万床の全面的な稼働や入院対象者の適切な調整などに取り組んだ。

また、外来については、発熱外来自己検査体制の整備の推進、療養開始時に検査証明を求めないことの徹底等に取り組んだ。

（感染拡大に備えた保健医療体制の準備）

６月下旬、医療機関における感染対策について、専門家からの提言等を踏まえ、病棟単位ではなく病室単位での効率的なゾーニング方法や様々な状況に応じた個人防護具の選択等、効果的かつ負担の少ない感染対策の手法を周知した[41]。また、小児の新型コロナウイルス感染症対応について、外来・入院調整など小児における医療体制の整備を都道府県に依頼した[42](2022.6.20)。

７月に入り、新規陽性者数が増加傾向になったことに伴い、オミクロン株の特性を踏まえた検査・保健・医療提供体制の点検・強化を都道府県に依頼し、診療・検査医療機関の拡充・公表、オンライン診療の体制確認・拡充、保健所の体制確保（業務の外部委託や健康観察対象者の重点化）、転退院先病床の更なる確保、高齢者施設における医療支援の更なる強化を進めることとした。特に高齢者施設については、都道府県に対し、集中的実施計画に基づく検査をさらに推し進めることとともに、医療支援の強化として、医師や看護師等による往診・派遣を要請できる派遣体制の構築等を促進すること等について依頼し、高齢者施設の医療体制強化へつなげた[43](2022.7.5）。

さらに、医療のひっ迫に対応するため、発熱外来自己検査体制を整備することとし、重症化リスクが低いと考えられる有症状者等に対して発熱外来において抗原定性検査キットを配布[44]し、検査キットで陽性となった場合には健康フォローアップセンタ

41 「効果的かつ負担の少ない医療現場における感染対策について」（2022 年 6 月 20 日厚生労働省事務連絡）

42 「小児の新型コロナウイルス感染症対応について」（2022 年 6 月 20 日厚生労働省事務連絡）

43 「現下の感染状況を踏まえたオミクロン株の特性に応じた検査・保健・医療提供体制の点検・強化について」（2022 年 7 月 5 日厚生労働省事務連絡）

44 発熱外来に加え、薬局や公共施設等での配布、都道府県等が設置するキット配布センターからの郵送なども行われた。

一等に連絡し、医療機関の受診を待つことなく健康観察を受ける体制の構築を推進することとした[45](2022.7.21)。

加えて、これまで整備した確保病床の稼働に向けた取組、臨時の医療施設・入院待機施設の開設・稼働準備を進めること等を都道府県に要請するとともに、診療・検査医療機関が公表されている場合の疑い患者に対する外来診療や重症化リスクの高い自宅療養者に対する電話等初再診についての診療報酬の追加的対応、補助の引き上げ等の財政支援措置について、期限を７月末までから９月末までに延長することとした[46](2022.7.22)。

７月 23 日には１日の新規陽性者数が 20 万人を超え、2021 年冬の感染拡大のピークの２倍に達し、診療・検査医療機関（発熱外来）を中心に医療施設や介護施設への負荷が高まり、救急搬送困難事案も地域差はあるが急速に増加していった。このため、入院については、前年とりまとめた「全体像」の最大確保病床５万床の全面的な稼働に向けた適切なフェーズの引き上げによる即応化、入院対象者の適切な調整、高齢者施設等における医療支援、病床の回転率の向上等に取り組んだ。外来については、発熱外来の拡充・公表、発熱外来自己検査体制の整備の推進、療養開始時に検査証明を求めないことの徹底等に取り組んだ[47]。(2022.7.29)

８月中旬以降、全国的に感染者数は減少傾向となっていった中で、９月８日、感染症法上の措置について、高齢者・重症化リスクのある者に対する適切な医療の提供を中心とする考え方に転換し、With コロナに向けた新たな段階に移行する方針（「With コロナに向けた政策の考え方」）を決定した（2022.9.8）[48]。

具体的には、患者の発生届出について、その対象を、（ａ）65 歳以上の者、（ｂ）入院を要する者、（ｃ）重症化リスクがあり、治療薬の投与又は酸素投与が必要と医師が判断する者、（ｄ）妊婦の４類型に限定することとし、９月 26 日より全国一律で適用することとした。ただし、HER-SYS の追加機能による医療機関の患者数及び健康フォローアップセンターからの登録者数により把握は継続すること、発生届の有無にかかわらず引き続き患者には外出自粛要請を行うこと、医療費等の公費支援のあり方については、この時点においては変更しないことなどとされた。

---

45 「発熱外来における抗原定性検査キットの配布等について」（2022 年７月 21 日厚生労働省事務連絡）

46 「直近の感染状況を踏まえた医療提供体制について」（2022 年７月 22 日厚生労働省事務連絡）

47 「社会活動を維持しながら感染拡大に対応する都道府県への支援について」「病床、診療・検査医療機関のひっ迫回避に向けた対応」（第 95 回新型コロナウイルス感染症対策本部決定）
同日、厚生労働省から、日本経済団体連合会、日本商工会議所、全国中小企業団体中央会、経済同友会の４団体に対し、療養開始時や復帰時に検査の結果を証明する書類を求めないことを要請した。

48 第 98 回新型コロナウイルス感染症対策本部決定

また、陽性者の自宅療養期間について、有症状者の場合、発症から 10 日間から 7 日間に短縮するとともに、症状軽快から 24 時間経過又は無症状の場合には、自主的な感染予防行動を徹底することを前提に、生活必需品の買い出しなど必要最小限の外出を許容することとし、無症状者については検査キットによる検査で 5 日間（検査を受けない場合は 7 日間）経過後に自宅療養を解除することした。

治療薬については、8 月 30 日には、中和抗体薬「エバシェルド筋注セット」（アストラゼネカ株式会社）が特例承認された。当時、安定的な供給が難しいことから、一般流通は行わず、当面の間、厚生労働省が所有した上で、本剤特有の効能である発症抑制目的での投与についてのみ、本剤を配分することとした。

（次の局面に向けた課題）

○　2022 年秋以降の季節性インフルエンザとの同時流行に備えた、外来受診・療養のあり方を含む保健医療体制の強化・重点化

11　季節性インフルエンザとの同時流行に備えた対策(2022.９月中旬～2022.11 月下旬)

アウトライン

2022 年秋以降、季節性インフルエンザとの同時流行が懸念される中、重症化リスク等に応じた外来診療・療養の流れへの協力の呼びかけを行うとともに、都道府県に対し、外来医療体制の確保のため「外来医療体制整備計画」の策定を、入院医療体制の確保のため「保健・医療提供体制確保計画」の改定を依頼した。2022 年夏の感染拡大時にひっ迫が見られた外来について、2022 年秋以降の感染拡大時においては、ピーク時の診療・検査医療機関等における受診見込み者数を一定程度上回る約 90 万人分の診療能力が確保されたことを確認した。

治療薬については、11 月 22 日、経口抗ウイルス薬「ゾコーバ錠」（塩野義製薬株式会社）が緊急承認された。

（季節性インフルエンザとの同時流行に備えた医療体制の整備）

2020 年・2021 年は冬に季節性インフルエンザが流行することはなかったが、2022 年夏に南半球において季節性インフルエンザが流行したことから、冬は季節性インフルエンザと新型コロナウイルス感染症との同時流行が懸念された。9 月から同時流行への対応の検討を開始し、10 月上旬の厚生労働省アドバイザリーボード及び 10 月 13 日の第 19 回新型コロナ対策分科会において、同時流行時の対策の在り方について議論が行われた。

２．医療提供体制

具体的には、

・新型コロナウイルス感染症については 2022 年夏を上回る感染拡大が生じる可能性があり、季節性インフルエンザとの同時流行により、多数の発熱患者が生じる場合を想定（新型コロナの患者が 1 日 45 万人、インフルの患者が 1 日 30 万人規模で同時に流行し、ピーク時には 1 日 75 万人の患者が生じる可能性を想定）し、準備を進める

・重症化リスク等を踏まえた外来受診・療養の流れとして、

- ➢ 高齢者、基礎疾患を有する方、妊婦、小学生以下の子どもの患者は、速やかに地域の発熱外来やかかりつけ医を予約・受診する
- ➢ 上記以外の患者には、まずは新型コロナの検査キットで自己検査を行う。ただし、症状が重いと感じる場合などは、速やかに電話診療・オンライン診療の活用や、発熱外来やかかりつけ医等を受診する

・併せて、新型コロナとインフルの同時検査キットの確保や、重症化予防に資する新型コロナの治療薬の円滑な供給に取り組むとともに、同時流行に備えて、電話診療・オンライン診療の体制を大幅に強化する

・また、地域でインフルの流行が見られる場合において、施設内・家庭内感染の可能性や特徴的な症状（急激な発熱、筋肉痛）などがある場合は、自己検査の結果が陰性であれば、インフル罹患の蓋然性が高いと考えられる。その場合、インフルの検査をせず、電話診療・オンライン診療でも医師の臨床診断により抗インフルエンザ薬等を処方することを可能とする

こととした。

また、国民への呼びかけ内容についても議論され、発熱等の体調不良時に備えて、予め薬局等で新型コロナの検査キットや OTC の解熱鎮痛薬を購入し、自己検査やセルフケアの準備をすること等を国民に呼びかけることとした。

こうした対策に関する国民各位への情報提供と重症化リスク等に応じた外来診療・療養の流れへの協力の呼びかけを迅速かつ効果的に実施できるよう、厚生労働大臣のもとに「新型コロナ・インフル同時流行対策タスクフォース」を 10 月 13 日に立ち上げ、関係する団体・学会、経済団体、国・地方の行政機関等と連携しながら取り組んでいくこととした（10 月 13 日の第 1 回タスクフォースは、総理出席のもと、関係団体との意見交換を実施）。

都道府県に対しては、同時流行に備えて、新たに「外来医療体制整備計画」を策定するよう依頼し、発熱外来をはじめとする外来医療体制の診察能力の把握、発熱外来の強化・重点化、住民各位への情報提供と協力の呼びかけを要請した(2022.10.17)[49]。

---

[49] 「季節性インフルエンザとの同時流行を想定した新型コロナウイルス感染症に対応する外来医療体制等の整備について（依頼）」（10 月 17 日厚生労働省事務連絡）

２．医療提供体制

同計画については、12 月 2 日に国においてとりまとめた結果を公表し、ピーク時の診療・検査医療機関等における受診見込み者数（75 万人）を上回る約 90 万人分の診療能力が確保されたことを確認した。

また、入院医療体制については、これまで各都道府県において点検・強化してきた「保健・医療提供体制確保計画」の改定を依頼し、重症度やリスク因子等患者の優先度に応じた入院調整・療養体制の考え方の周知や救急医療のひっ迫回避に向けた取組み、新型コロナ病床確保の維持・対応医療機関の機能強化、自宅療養者等及び高齢者施設等における療養者の健康観察・診療体制等について体制構築を図った(2022.11.21)[50]。

治療薬については、11 月 22 日、経口抗ウイルス薬「ゾコーバ錠」（塩野義製薬株式会社）が緊急承認された。なお、これは、2022 年に医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の一部を改正する法律（令和 4 年法律第 47 号）により緊急承認の制度が創設されてから初めて適用された医薬品となった。当時、安定的な供給が難しいことから、一般流通は行わず、当面の間、厚生労働省が所有した上で、ゾコーバを配分することとした。11 月 28 には、塩野義製薬と購入契約を締結した 100 万人分すべてのゾコーバ錠が納入され、同日から本格的な供給を開始した。

（病床確保料の見直し）

病床確保料について、2022 年 10 月 1 日から 2023 年 3 月 31 日までの即応病床使用率が 50％を下回る医療機関に対して補助上限を設ける旨の見直しを 10 月 1 日から適用することとしたが、全国知事会からは、現場の医療機関に大きな混乱を引き起こし、確保病床数の減少の引き金になりかねないと反対する意見があった[51]。そのため、11 月 21 日、全国知事会等からの提言を受け、都道府県知事の判断で病床確保料の調整対象としないことを可能とする見直しを行った[52]。

（感染症法等の改正）

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、国民の生命及び健康に重大な影響を

---

50 「オミクロン株による流行対応を踏まえた「保健・医療提供体制確保計画」の入院体制を中心とした点検・強化について（依頼）」（11 月 21 日厚生労働省事務連絡）

51 ・「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療分）の取扱いについて」（9 月 30 日全国知事会新型コロナウイルス緊急対策本部）
・「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療分）の取扱いについて」（10 月 25 日全国知事会新型コロナウイルス緊急対策本部）
・「現在拡大しつつある感染の抑制に向けた緊急提言」（11 月 17 日全国知事会新型コロナウイルス緊急対策本部）

52 「令和 4 年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療分）の実施に当たっての取扱いについて」（11 月 21 日厚生労働省事務連絡）

２．医療提供体制

与えるおそれがある感染症の発生及びまん延に備えるため、感染症対応の医療機関による確実な医療の提供、自宅・宿泊療養者等への医療や支援の確保、医療人材派遣等の調整の仕組みの整備、発生届等の入力やレセプト情報等との連結分析等に係る情報基盤の整備、医療機関等に対する費用負担の補助等を内容とする「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律案」を第 210 回臨時国会に提出し（2022.10.7）、12 月 2 日に成立、12 月 9 日に公布された。同改正法は、一部の規定を除き、2024 年 4 月 1 日までに施行することとされている。

（次の局面に向けた課題）
○　2022 年秋以降の季節性インフルエンザとの同時流行への対応

12　冬の感染拡大と感染症法上の位置づけ見直しに向けた対応（2022.12 月上旬～2023.５月上旬）

アウトライン

2023 年３月、政府対策本部において、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について」が決定された。新たな医療機関に参画を促すための取組を重点的に進めることとし、2024 年度の診療報酬・介護報酬の同時改定を通じて、新たな診療報酬体系による医療提供体制に移行させることとした。

患者に対する公費支援の取扱いについては、医療費の自己負担等に係る一定の公費支援について、期限を区切って継続することとした。

2023 年 1 月 27 日の厚生科学審議会感染症部会において、「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は、感染症法に基づく私権制限に見合った『国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれ』がある状態とは考えられないことから、新型インフルエンザ等感染症に該当しないものとし、５類感染症に位置づけるべきである。」等のとりまとめがなされた[53]。同日、政府対策本部を開催し、厚生科学審議会感染症部会のとりまとめ結果を踏まえ、オミクロン株とは大きく病原性が異なる変異株が出現するなどの特段の事情が生じない限り、５月８日から新型コロナウイルス感染症

[53] 「位置づけの変更は、私権制限を解除するものであるため、速やかに行うことが望ましいが、変更に伴う各種対策の転換は、国民ひとりひとりの生活や、各企業や医療機関の取組、地方行政に大きな影響を及ぼすこととなるため、今後３か月程度の準備期間を置いた上で行うべき」等の留意点もあわせて示された（「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけについて」（2023 年 1 月 27 日厚生科学審議会感染症部会））。

２．医療提供体制

（COVID-19）を感染症法上の５類感染症に位置づけること、それに伴い、患者への対応や医療提供体制、サーベイランスなどこれまで講じてきた各種政策・措置等について見直しを行うことなどを決定した[54]（2023.1.27）。この際、患者等への対応や医療提供体制については、３月上旬をめどに具体的な方針を示すが、原則として、幅広い医療機関で新型コロナウイルス感染症の患者が受診できる医療提供体制に向けて、必要となる感染対策や準備を講じつつ、国民の安心を確保しながら、段階的な移行を目指すこととされた。

３月 10 日、政府対策本部において、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について」を決定し[55]、医療提供体制は入院措置を原則とした行政の関与を前提とした限られた医療機関による特別な対応から、幅広い医療機関による自律的な通常の対応に移行していく方針とした。

そのため、新たな医療機関に参画を促すための取組を重点的に進めることとし、暫定的な診療報酬措置を経て、2024 年度の診療報酬・介護報酬の同時改定を通じて、新たな診療報酬体系による医療提供体制に移行させることとした。各都道府県においては、「移行計画」を策定し、設備整備等の支援を通じて、対応する医療機関の維持・拡大を強力に促すこととした[56]。

また、患者に対する公費支援の取扱いについて、位置づけ変更による急激な負担増を回避するため、医療費の自己負担等に係る一定の公費支援について期限を区切って継続することとした。

「移行計画」については、都道府県が４月 21 日までに厚生労働省に提出し、４月 28 日に厚生労働省はその内容をとりまとめ公表した。

---

54 「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更等に関する対応方針について」（2023 年１月 27 日第 101 回政府対策本部）

55 「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について」（2023 年３月 10 日第 103 回政府対策本部決定）

56 「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う 医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について」（３月 17 日厚生労働省事務連絡）

資料

新型コロナウイルス感染症に関する特例措置について
１．基本的な考え方（令和５年９月15日公表（一部更新））

令和６年３月５日
厚生労働省公表資料

○　令和５年３月の政府決定時点では、病床確保料等の特例措置については、５類移行後においても９月末までを目途として継続し、感染拡大への対応や医療提供体制の状況等の検証の結果に基づき、必要な見直しを行うこととしていた。
○　10月以降の見直しも踏まえた基本的な考え方は以下のとおり。

医療提供体制等　通常医療との両立を更に強化し、重点的・集中的な支援により、冬の感染拡大に対応しつつ、通常の医療提供体制へ段階的に移行

R5.5/8（５類移行）　感染拡大 夏　検証　10/1　　感染拡大 冬　検証　R6.4/1

新たな体系に向けた取組の実施 → 取組の見直し・重点化 → 新たな体系の実施

○幅広い医療機関による自律的な通常の対応への移行
・冬の感染拡大に先立ち、対応医療機関の維持・拡大を促進（外来の拡大、軽症等の入院患者の受入）

○冬の感染拡大に備えた重点的・集中的な入院体制の確保等
・確保病床の重点化（重症・中等症Ⅱ、感染拡大の状況に応じた対応）
・診療報酬特例、高齢者施設等への支援見直し・継続

診療報酬
介護報酬
同時改定

○通常の対応へ完全移行
・確保病床に依らない形での体制
・新たな報酬体系（恒常的な感染症対応への見直し）

第83回厚生科学審議会感染症部会・第56回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会　資料（2024年３月14日）

新型コロナの特例的な財政支援の終了

【基本的考え方】
特例的な財政支援は予定どおり本年３月末で終了し、確保病床によらない通常の医療提供体制に移行
※新型コロナワクチンの特例臨時接種（無料）も予定どおり年度末で終了
⇒　ゲノムサーベイランス等による新型コロナ変異株の発生動向の監視は継続

		昨年５／８～９月末	昨年１０月～本年３月末
医療機関	病床確保料	・対象病床に限定なし ・５類移行前の半額 ・常時支給可能	・対象病床は「重症者・中等症Ⅱ」 ・９月末までの金額の８割 ・感染が落ち着いている段階は支給しない
	診療報酬	点数の特例を措置	実態を踏まえ点数を引き下げ、特例を維持
患者	新型コロナ治療薬の自己負担	なし（＝全額公費負担）	窓口負担割合に応じて一定額に抑制 （＝一部公費負担）　３割：9,000円 ２割：6,000円 １割：3,000円
	入院医療費	最大２万円の補助	最大１万円の補助
高齢者施設	施設内療養	１～２万円/日/人の補助（最大30万円）	5,000～１万円/日/人の補助（最大15万円）
	感染者発生時のかかり増し費用	補助上限なし （時間外手当・業務手当・衛生用品等）	業務手当について4,000円/日/人を上限
	病院からの患者受入れ時の加算	最大30日間算定可能	最大14日間算定可能

第83回厚生科学審議会感染症部会・第56回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会　資料（2024年３月14日）

2．医療提供体制の移行（外来・入院・入院調整）

○　通常の医療提供体制への移行（外来対応の拡大、確保病床によらない形での入院患者の受入、医療機関間での入院先決定等）については、「移行計画」により体制を確保し、冬の感染拡大にも適確に対応。これらを踏まえ、４月から、コロナ発生前のように、通常の医療提供体制によって対応することとする。

	5類移行前	令和５年10月～令和６年３月	令和６年４月以降
外来	約4.2万の医療機関 （患者を限定しない約2.3万）	約5.0万の医療機関 （患者を限定しない約3.9万） 【２月28日】	広く一般の医療機関による対応に移行
入院	約3,000の医療機関 最大入院者約5.3万人 （うち、確保病床 約3.1万人、 確保病床外 約2.2万人）	約7,300の医療機関 最大入院者約6.5万人の受入 （うち、確保病床 約0.9万人、 確保病床外 約5.6万人） 【移行計画】	確保病床によらない形での入院に移行 ⇒　病床確保料なし
入院調整	都道府県 保健所設置市 特別区	原則、医療機関間による入院先決定	引き続き、医療機関間で入院先決定 ⇒　病床状況共有のためG-MISを引き続き活用可能

第83回厚生科学審議会感染症部会・第56回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会　資料（2024年３月14日）

3．令和６年度診療報酬改定での感染症への対応

○　令和６年度診療報酬改定において、コロナに限らない感染症を対象とした恒常的な対策へと見直し。
○　外来での評価は、感染症疑いの患者（＝発熱患者等）を対象とした新たな措置。
○　入院での評価は、コロナに限らず感染対策が特に必要な感染症（患者）を対象とした新たな措置。

１．将来の新興感染症への備え　・新興感染症に備えた第８次医療計画にあわせ、診療報酬上の加算要件（施設基準）も強化。

	加算措置	加算における新興感染症関係の施設基準	
		現行	⇨ 令和６年度から
外来	外来感染対策向上加算	○新型コロナの発熱外来	○新興感染症に備えた県との協定締結（発熱外来）
入院	感染対策向上加算	○　〃　重点医療機関・協力医療機関等	○　〃　（病床確保）

２．感染症患者への対応　・新型コロナ特例は終了し、恒常的な感染症対策へ見直し。
・その際、新型コロナを含む感染症患者への診療も一定措置。

	コロナ前の通常の診療報酬	⇨ 令和６年度からの診療報酬（主な内容）
外来	○結核等は管理料あり ○その他には特段の評価なし	○発熱患者等への診療に加算（＋20点/回） ※外来感染対策向上加算の医療機関が対象 ※外来において受入患者を限定せずに発熱患者等に対応する旨を公表する場合 ※適切な感染防止対策を講じた上で診療
入院	○一類感染症：管理料あり ○二類感染症：個室加算あり ○その他は特になし（標準予防策は入院基本料で評価）	○特に感染対策が必要な感染症（新型コロナ含む）の患者入院の管理を評価 ① 入院加算の新設（＋100～200点／日） ② 個室加算の拡充（＋300点／日） ③ リハビリに対する加算の新設（＋50点／回）

第83回厚生科学審議会感染症部会・第56回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会　資料（2024年３月14日）

４．新型コロナ患者等に対する公費支援

○　５類移行後の特例措置（コロナ治療薬や入院医療費の自己負担分に係る公費負担）は、本年３月末で終了する。
○　本年４月以降は、他の疾病と同様に、医療保険における高額療養費制度が適用されることにより、所得に応じて一定額以上の自己負担が生じない取扱いとなる。

	令和５年９月まで	令和５年10月～令和６年３月	令和６年４月以降
コロナ治療薬	コロナ治療薬の費用は全額公費負担（外来・入院）	➢ 一定の自己負担を求めつつ公費負担を継続。 ➢ 自己負担の上限額は、医療費の自己負担割合に応じて段階的に、１割の方：3,000円、２割の方：6,000円、３割の方：9,000円とする。	➢ 公費負担は終了し、医療保険の負担割合に応じた通常の自己負担。 ➢ 他の疾病と同様に、高額療養費制度が適用されることにより、所得に応じて一定額以上の自己負担が生じない取扱いとなる。
入院医療費	高額療養費制度の自己負担限度額から２万円を減額	➢ 他の疾病との公平性の観点も踏まえ、高額療養費制度の自己負担限度額から１万円の減額に見直して公費負担を継続。	

第83回厚生科学審議会感染症部会・第56回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会　資料（2024年３月14日）

５．高齢者施設等への支援

○　高齢者施設等への各種支援について、新型コロナウイルス感染症への対応としては終了する。
○　今後の新興感染症の発生に備えた恒常的な取組として、介護報酬において加算の創設等を行う。

９月までの取扱い	10月以降の取扱い	令和６年４月以降の対応
感染者が発生した場合等のかかり増し経費の補助	➢ 新型コロナ感染者への対応に係る業務手当の補助上限は、１人あたり4,000円/日。	➢ 左記の新型コロナウイルス感染症への対応に係る各種支援は終了。 ➢ 令和６年度介護報酬改定において、今後の新興感染症の発生に備えた高齢者施設等における恒常的な取組として、以下を実施。 ・ 新興感染症の対応を行う医療機関と平時から連携することを努力義務化。 ・ 新興感染症の対応を行う医療機関と連携し、当該医療機関等が行う院内感染対策に関する研修に参加すること等を評価する加算の創設（10単位/月）。 ・ 感染対策に係る一定の要件を満たす医療機関から、感染制御等の実地指導を受けることを評価する加算の創設（5単位/月）。 ・ 新興感染症発生時に施設内療養を行う高齢者施設等を評価する加算を創設（240単位/日）。
施設内療養の補助 （通常の補助１万円/日、追加補助１万円/日）	➢ 通常の補助5,000円/日 追加補助　5,000円/日	
医療機関からコロナ回復患者の受入れの場合の加算 （退所前連携加算（500単位/日）を最大30日間算定可）	➢ 退所前連携加算（500単位/日）を最大14日間算定可	

第83回厚生科学審議会感染症部会・第56回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会　資料（2024年３月14日）

第8章

ワクチン

1　定期接種化に向けた予防接種・ワクチン分科会での議論

〈坂元 昇　川崎市立看護大学長・川崎市健康福祉局医務監〉

（1）令和４年　秋開始接種（５回目接種）（2022年９月20日～2023年５月７日）

①特例臨時接種延長と従来株１価からオミクロン対応型２価ワクチンへ

2022年９月16日の「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施について（指示）」の一部改正により、予防接種法附則第７条の「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種に関する特例」（以下、「特例臨時接種」という）が2023年３月31日まで延長された。この大臣指示により2022年９月20日からファイザー（12歳以上）やモデルナ（18歳以上）の従来株・BA.1オミクロン対応型２価ワクチン（以下、「BA.1－2価ワクチン」という）が、また10月７日開催の第38回予防接種・ワクチン分科会（以下、「分科会」という）の審議を踏まえて、10月12日の予防接種実施規則（以下、「実施規則」という）の改正で、10月13日からファイザーの従来株・BA.4/5オミクロン対応型２価ワクチン（以下、「BA.4/5－2価ワクチン」という）の接種が開始された。さらにこの分科会で、生後６か月から４歳までの初回接種未完了者は、従来株対応型１価ワクチン（以下、「従来株ワクチン」という）で接種が行われ、特例臨時接種として予防接種法８条の接種の勧奨と９条の努力義務（以下、併せて「公的関与」という）を課すことが決まった。それ以外の初回接種未完了者に対しても従前から公的関与が課されている。

10月19日開催の第39回分科会では、BA.1－2価ワクチンとBA.4/5－2価ワクチン（以下、併せて「２価ワクチン」という）の前回からの接種間隔が、５か月から３か月以上と短縮することが了承された。11月７日の第40回分科会では、モデルナのBA.4/5－2価ワクチンとノババックスの従来型ワクチンも「令和４年秋開始接種」ワクチンとして追加され、前回から６か月以上の間隔を空けることで、同日に実施規則が改正され、11月８日から接種が開始された。

②予防接種法附則７条「特例臨時接種」から６条３項接種「臨時接種」へ

2022年12月９日に「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」（以下、「感染症法」という）や、それに伴い新型インフルエンザ等特措法と予防接種法の改正が行われた。これにより特例臨時接種の根拠である予防接種法附則第７条は廃止され、新たな改正予防接種法の附則第14 条第１項の経過措置規定により、これまでの大臣指示について、A類疾病として「予防接種法第６条第３項による大臣指示による臨時の接種」（以下、「臨時接種」という）と見なし、全額国費負担で継続実施することにした。この予防接種法の改正を受けて、12月13日の第42回分科会では、臨時接種を2023年３月31日までとし、またモデルナの２価ワクチン対象者が12歳以上に承認された。

③年に１回接種での定期化に向けた検討開始

2023年１月26日の米国食品医薬品局（FDA）のワクチン・生物製剤諮問委員会（Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee：VRBPAC）で、ワクチンの有効性の評価などから、米国において新型コロナウイルスワクチン（以下、「コロナワクチン」という）接種を高齢者や基礎疾患のある者を除き、基本的に年に１回接種とする方針が示された。同日の第51回予防接

種・ワクチン分科会基本方針部会（以下、「基本方針部会」という）で、この米国などの動向を受けてコロナワクチンの有効性について話し合われた。そして２月８日の第52回基本方針部会で、コロナワクチンを年に１回の定期接種とする方針が承認された。また実施規則の改正でモデルナの従来株ワクチンが初回や追加接種から除外された。

２月22日の第44回分科会では、臨時接種について、高齢者や基礎疾患のある者は年に２回で、接種間隔は３か月以上とされた。それ以外の者は年に１回の接種で公的関与を課さないことになった。また「令和５年春開始接種」では当初医療従事者等は対象とされなかったが、医療界からの要望もあり、後に接種対象者として追加された。

（２）令和５年春開始接種（６回目接種）（2023年５月８日～2023年９月19日）

2023年３月７日の第45回分科会では、「令和５年春開始接種」（６回目）を５月８日に開始し、５月７日をもって「令和４年秋開始接種」を終了し、そして５歳～11歳の２価ワクチンの３月８日からの接種開始が了承された。また臨時接種が2024年３月31日まで延長され、翌日の３月８日に実施規則が改正された。さらにこの実施規則で、４月１日から従来株ワクチンによる第１期と第２期追加接種が廃止されることになった。３月23日の第46回分科会では65歳以上の高齢者の接種対象者に加えて、基礎疾患の具体的な疾病名と、加えて重症化リスクが高いと医師が認めた者とすることが了承された。

４月26日の「感染症法等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う関係政令の整備等に関する政令の一部を改正する政令」を受けて、５月８日施行の改正施行令等で、いわゆる「令和５年春開始接種」が前回と同様に２価ワクチンで開始されることになり、65歳以上の高齢者と５歳以上の基礎疾患のある者を接種対象とし、公的関与が課された。また５歳以上で初回接種が未完了者に対しても公的関与が課されていた。しかし医療従事者は接種対象としたが公的関与は課さなかった。この「令和５年春開始接種」は原則２価ワクチンを使用することとなった。しかし何らかの理由でmRNAワクチンが接種できない者においては、組換えタンパクワクチン等の選択肢を確保するためにノババックスのワクチンの使用も認められた。

（３）令和５年秋開始接種（７回目接種）（2023年９月20日～2024年３月31日）

①オミクロン対応型２価ワクチンからXBB.1.5対応型１価ワクチンへ

2023年６月14日の第54回基本方針部会で、予防接種法における接種類型と公的関与について話し合いが行われた。６月16日の第47回分科会では、オミクロンXBB.1.5対応型ワクチン（以下、「XBB.1.5ワクチン」という）の導入が審議された。８月２日の第48回分科会では、薬事承認が得られることを前提に、９月開始予定の「令和５年秋開始接種」にXBB.1.5ワクチンを承認した。また８月９日の第49回分科会では65歳以上の高齢者、そして基礎疾患や重症化リスクのある者に公的関与を課すことにした。９月２日の改正実施規則では５歳以上の者は初回接種終了後から３か月以上の間隔を空けることとなった。９月８日の第50回分科会ではファイザーのXBB.1.5ワクチンで９月20日から接種を行うことを了承し、９月19日でこれまでのワクチンの接種は終了となった。また例外として初回シリーズとして９月20日前にBA.4/5－2価ワクチンを１回接種した者は、９月20日以降に27日間空けてXBB1.5ワクチン１回接種でよいこととなった。

②初回接種としてXBB.1.5ワクチンの使用開始

2023年９月８日の第55回基本方針部会では、臨時接種を2024年３月31日までとする方針が了承された。また2023年９月13日の「感染症法等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う関係政令の整備等に関する政令の一部を改正する政令等」を受けて、９月20日からXBB.1.5ワクチンを基本とする追加接種（７回目）としての「令和５年秋開始接種」を開始することとなり、生後６か月以上の全年齢が接種対象となったが、公的関与は65歳以上の高齢者と厚生労働省省令で定める基礎疾患のある者に限定された。そして初回接種についてもXBB.1.5ワクチンを基本としつつも、副反応への配慮からノババックスの従来株ワクチンも使用できるとされた。

また９月20日議決の第51回分科会の持ち回り審議で「感染症法等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備に関する省令附則第四項の規定によりなおその効力を有するものとされた同令第三条の規定による改正前の実施規則の一部を改正する省令案要綱」および「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施について（指示）の一部改正案」が承認され、「令和５年秋開始接種」にモデルナのXBB.1.5 ワクチンを追加、生後６か月から４歳まではファイザーのXBB１価ワクチンのみ、12歳以上についてはノババックスの従来株ワクチンも引き続き使えることとなった。

10月30日の第52回分科会で、生後６か月以上の者の初回免疫としてXBB.1.5ワクチンが認められた。11月29日の第54回分科会の持ち回り審議で、国産初の第一三共のXBB.1.5ワクチンが12歳以上に対して、「令和５年秋開始接種」のワクチンとして追加承認された。

（４）予防接種法施行令の改正

2023年11月22日の第57回基本方針部会と第53回分科会での、2024年度からのコロナワクチン接種の在り方についての審議結果を受けて、「令和６年度以降、新型コロナウイルス感染症のまん延予防上緊急の必要があると認められる状況にはないと考えられるため、臨時接種を令和５年度末で終了し、令和６年度以降のコロナワクチンの接種については、個人の重症化予防により重症者を減らすことを目的とし、新型コロナウイルス感染症を予防接種法B類疾病に位置づけた上で、同法に基づく定期接種として実施することとする」との自治体への通知で今後のコロナワクチン接種の基本的な方針が示された。

2024年２月５日の第55回分科会で、４月１日から施行予定の「予防接種法施行令及び感染症法等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う関係政令の整備等に関する政令の一部を改正する政令案」が承認され、正式に予防接種法B類疾病として新型コロナウイルス感染症を定め、その接種対象者をインフルエンザワクチンと同じ、65歳以上と60歳以上の厚生労働省令で定める基礎疾患等を有する者とすることが承認された。

それを受けて、2024年３月29日に「予防接種法施行令の一部を改正する政令、新型インフルエンザ予防接種による健康被害の救済に関する特別措置法施行令の一部を改正する政令及び予防接種法施行規則等の一部を改正する省令」が公布され、４月１日より新型コロナウイルス感染症を、予防接種法第２条第３項第３号の政令で定める「個人の発病又はその重症化を防止し、併せてこれによりそのまん延防止に資するため特に予防接種を行う必要があると認められる疾病として政令で定める疾病」に位置付けるとともに、施行令第３条においてその対象者を、季節性インフルエンザ（以

下、「インフルエンザ」という）と同様に65歳以上の者そして60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓若しくは呼吸器機能の障害またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害を有するものとして厚生労働省令で定めるものと規定した。

しかし分科会などの議論として、ワクチン接種後の抗体価の推移が６か月程度で発症予防には不十分とされる値まで低下することと、インフルエンザは秋口から２月までに流行が集中するが、新型コロナウイルス感染の増減はあるものの通年の流行が見られることから、年に１回の定期接種で感染対策となり得るのかとの意見もあった。しかし今後のコロナワクチン接種は個人の重症化予防に重点を置くことが改めて確認され、この重症化予防効果は10か月以上あるとの英国のデータも参考にしながら、インフルエンザワクチン接種と同様に年１回の秋開始接種とされた。もっとも今のところワクチンが供給される期間が限られているインフルエンザワクチンと異なり、コロナワクチンはメーカーが通年の供給を可能とし、任意接種としていつでも接種ができることとなった。

（５）定期接種と公的補助の在り方

①B類接種と地方交付税措置

予防接種法B類疾病のインフルエンザワクチン接種について、一般に接種主体である市町村は65歳以上や60歳以上の省令で定める障害者等に低額な自己負担で接種できるように独自補助を行っている。またこれらの定期接種対象者のうち、生活保護受給者や非課税世帯等の低所得者に対しては無料で接種できるように市町村は自己負担分を免除している。

これに対して、2023年11月22日の第53回分科会で厚生労働省は「B類疾病の定期予防接種については、３割という地方交付税による補助は、考え方として、低所得者の方が無料で接種できるようにするための３割ということで積算している。低所得ではない方の費用を３割みるためのものとして確保しているものではない」と、総務省から市町村への地方交付税による補助が、65歳以上等の接種対象者全体ではなく、その一部の低所得者を対象としたものであることが改めて説明された。もっともこの予防接種に対する地方交付税額算定根拠の接種単価（ワクチン価格と手技料）が総務省から公表されていない上に、地方交付税の特性から市町村への補助額の実態は不明である。

②2024年度の定期接種への暫定的な国庫補助と2025年度接種の課題

2024年３月31日まで臨時接種として行われているワクチン接種は国がワクチン代も含めた接種に必要な経費をすべて公費負担していた。市町村の業務としてはワクチンの保管や配送業務、そして接種の予約受け付け等であった。2024年度からは定期接種となるために、地方交付税による補助があるとはいえ、市町村が独自にコロナワクチン接種のための予算を組む必要が生じる。一般に接種医などに支払う手技料は、ワクチンの種類が変わっても大幅に変わるものではないが、市町村にとって最大の関心事はワクチン製造・販売メーカー（以下、「メーカー」という）のワクチン販売価格である。特例臨時接種および臨時接種の期間中のワクチン価格についてはメーカーから国が一括購入して自治体に無料で配布し、国による購入価格は非公開とされた。しかし国による一括買い上げが終了したため、2024年４月１日からのコロナワクチン（XBB.1.5）の価格は他のワクチンと同様に自由市場価格に任せられることになった。欧米の報道等によると米国ではmRNAコロナワクチンは120ドル～130ドルとされており、円安の現在２万円を超える価格となってしまう可能性も出

てきた。インフルエンザワクチン並みに高齢者等の接種対象者の自己負担を2,000～3,000円に抑えるための市町村の財政負担が大きくなる懸念が示され、全国の自治体から国に費用助成を求める請願などがなされてきた。

これを受けて国は2024年３月15日実施の「第34回新型コロナウイルスワクチンの接種体制確保に係る自治体向け説明会」で、「2024年度の定期接種における標準的な接種費用は、7,000円（接種医の手技料3,740円、ワクチン代を3,260円）として積算し、低所得者に関しては接種費用を無料とするため、総接種費用の３割を普通交付税措置する」との説明を行った。そしてメーカーのワクチン販売価格を平均１万1,600円との前提の下、差額の8,300円を国が補助すると発表した。もちろんこれは国が提示した標準額なので、市町村がさらに独自の補助を上乗せして7,000円以下の自己負担で接種対象者に接種しても構わない。

この国からのワクチン補助が2025年度も継続されるのか、もし継続されないとすると国が補助の算定根拠とした１万1,600円のワクチン価格が国際的な実勢価格に合ったものなのか、今後販売されてくる国産ワクチンの価格などの多くの課題が2025年度以降の接種に対して残されている。

③2024年度秋開始の定期接種のコロナワクチンの株選定

2024年４月15日の分科会で、今後のコロナワクチンに使用するウイルス株は世界保健機関（World Health Organization：WHO）の推奨株を基に国立感染症研究所が国内で使用するワクチンの候補株を選定し、「予防接種・ワクチン分科会　研究開発及び生産・流通部会インフルエンザワクチン及び新型コロナワクチンの製造株について検討する小委員会（以下、「株選定委員会」という）」で審議することが了承された。また2024年４月26日にWHOのワクチン成分に対する技術諮問委員会（Technical Advisory Group on COVID-19 Vaccine Composition）は秋開始接種株に現時点で流行の主体となっているJN.1系統の１価ワクチンを推奨し、５月29日開催の株選定委員会でJN.1系統を使用する方向性で決まった。なお、６月14日にFDAはメーカーにJN.1ではなくKP.2対応型ワクチンが望ましいとの具体的な通知を行った。８月22日にFDAは、生後６か月以上の年齢を対象として、ファイザーとモデルナのKP.2対応型のmRNAワクチンの製造承認を行った。

■参考文献

1）厚生科学審議会（予防接種・ワクチン分科会）資料
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-kousei_127713.html
2）厚生科学審議会（予防接種・ワクチン分科会 予防接種基本方針部会）資料
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-kousei_127714.html
3）新型コロナワクチン接種体制確保事業に関する自治体向け説明会資料
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_notifications.html
4）厚生科学審議会（予防接種・ワクチン分科会　研究開発及び生産・流通部会　季節性インフルエンザワクチン及び新型コロナワクチンの製造株について検討する小委員会）
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-kousei_545793_00003.html
5）Technical Advisory Group on COVID-19 Vaccine Composition　WHO
https://www.who.int/groups/technical-advisory-group-on-covid-19-vaccine-composition-（tag-co-vac）
6）Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee　FDA
https://www.fda.gov/advisory-committees/blood-vaccines-and-other-biologics/vaccines-and-related-biological-products-advisory-committee

2 政令指定市におけるワクチン接種 ―静岡市における現場対応について―

〈田中 一成　静岡市保健福祉長寿局理事・静岡市保健所長〉

（１）はじめに

新型コロナウイルスに対するワクチン接種（以下、「ワクチン接種」という）に関し、政令指定市（以下、「政令市」という）である静岡市での対応についてまとめた。政令市では一般市町の対応に加え、医療提供体制の確保・調整や患者・濃厚接触者の疫学調査、自宅療養者の健康確認等といった県レベルの対応も同時に求められたため多忙を極めた。一方、新型コロナウイルス感染症対策を一元的かつ総合的に実施できたことは大きなメリットであった。

（２）ワクチン接種促進の阻害要因

新型コロナウイルスのワクチンには固有の問題があり接種促進の阻害要因となった。現場での具体的な対応の内容を述べる前にこれらについて整理をしておく。

①新型ワクチン（mRNAワクチン）の使用

今回使用されたワクチンのほとんどがmRNAワクチンという新たに実用化されたものであった。

このmRNAワクチンについてはSNSやマスメディア等を通じさまざまなネガティブ情報が流布され、特にネット情報に敏感な若年者層を中心に、ワクチンは危険あるいは不要であるという意識が早期に醸成されてしまった。

最終的に本市における2024年３月24日時点の３回目接種率で比較すると、静岡市全体の接種率が67.78％であったのに対し、18歳～19歳が52.80％、20歳～29歳で55.76％と低く、65歳以上の接種率90.35％と比較し対照的な結果となり今後の課題として認識されている。

新型コロナウイルス感染症の特徴の一つは、若年者層で不顕性感染や軽症患者が多く、高齢者等の重症化リスクを有する者で重症化する傾向があったことである。このため、活動性の高い若年者層が感染しても無症状あるいは軽症のため対人接触が継続され無意識に感染源となり結果的に重症化リスクのある者へ拡大させてしまうことから、本来であれば若年者層こそワクチン接種を受けることが感染拡大を防止する上で有効と考えられたが、主に先に述べた理由により終始低い接種率にとどまったと考えられる。

紙面の都合上ここでは詳細について述べないが、本市のHER-SYSデータの解析により感染波の初期に若年者層で感染が拡大し、次第に高齢者層や学童、乳幼児へと拡大していく実態が確認されている。

②複数の種類のワクチンが供給されたこと

mRNAワクチンとして、ファイザー社とモデルナ社から異なる薬液が供給されたことが現場の混乱を招いた。特に、モデルナ社製ワクチンについては心筋炎等の副反応がファイザー社製よりも多いという情報が流れたため、現場ではファイザー社製を希望する者が多数を占めた。

国からのワクチン供給はファイザー社製とモデルナ社製の両者を合わせて必要量が供給され市民の希望と供給量に乖離が生じ、その調整に追われる事態となった。また、mRNAワクチンはディープフリーザによる低温管理が求められたが２種類の薬液を管理しなければならないこと、集団接種会場にはモデルナ社製を、個別接種医療機関にはファイザー社製を別々に配送する必要があるなど現場に負担を強いた。

後になってmRNAワクチンに加え、従来型のワクチン等の複数の薬液が追加されたため、現場の混乱に拍車を掛けたのである。

③変異株への対応

新型コロナウイルス感染症の感染波の発生はウイルス変異が頻繁に発生したことが原因であった。mRNAワクチンはウイルス変異に対し従来のワクチンと比べ迅速に対応できたが、ワクチンの開発から製造、承認、輸入そして実際に現場での接種体制の確立までのタイムラグは不可避であった。

つまり、ある変異ウイルスへのワクチン接種が開始されるころには、次の新たな変異ウイルスが出現し感染が拡大している状況となっているため、ワクチン接種の有効性に疑念が示されるといった事態が繰り返されたのである。

（３）具体的な接種促進対応の内容

①集団接種会場の確保

本市では、集団接種と個別接種の２つの形式で実施された。集団接種については接種会場の確保と医師等の人員の確保が課題となった。

まず会場については、公共交通機関の便を考慮し静岡駅に近い繁華街の会場に加え、自家用車による来場が可能な駐車場を有する郊外の会場も確保した。本来であれば集団接種会場は継続的に確保して固定化し利用者が混乱しないことが理想ではあったが、コロナ禍とはいえ、これらの会場では民間の商業活動も継続されていたことから、イベントや連休等により継続的な借用を断られ、やむを得ず接種会場を変更するたびに周知する必要があった**（図表１）**。

また、静岡市固有の事情として震災を常に意識した会場選定を求められ、多くはない会場候補となった幾つかの施設については耐震基準の観点から利用を断念せざるを得なかった。このため、時には市庁舎も接種会場として利用するなどし急場をしのいだ。さらに、接種が推奨される65歳以上の高齢者が受診しやすいよう予約支援窓口を設置する

図表１　市長定例記者会見で接種会場の案内を行う（© Daiichi-TV）

ほか「楽タク」と呼ばれる接種会場へのタクシー利用料金の一部助成を行うなどの対策も行った。

また、静岡市には旧安倍六か村と呼ばれる南アルプスに続く中山間地域に高齢者の多い集落が点在することから、巡回診療方式で集団接種会場を９か所設け、延べ4,883名の接種を実施した。

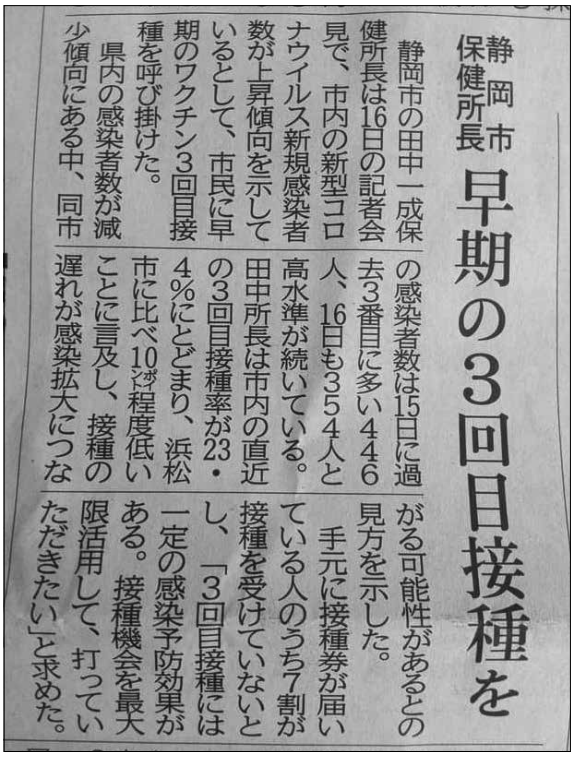
一方、集団接種に必要な人員確保に関し、問診医（急患対応も含む）については市立病院（市立静岡病院、市立清水病院）等の市内の公的医療機関等と市医師会（静岡医師会、清水医師会、庵原医師会）に対して医師派遣を依頼し確保したが、それでも調整がつかない場合は市職員の医師（保健所長、精神保健福祉センター長）も応援に当たった。看護師については公的医療機関等だけではなく民間の人材派遣会社の活用等、薬剤師は市薬剤師会や薬剤師の資格を有する市職員により確保した。さらに、接種希望者の誘導や受け付け業務、会場設営等にも多くの人員を要したが、派遣会社を利用するとともに、市民への突発的な対応が発生した場合に備え市職員も交代で対応に当たった。

後述する各種対応も含め委託等に要する予算は国からの交付金が充てられたが、課題となったのは委託単価等の設定であった。前例のない業務のため後の会計監査に耐えられるよう単価設定等について説明可能な契約を結ぶ必要があり、法令担当部局（当市では政策法務課）や財政課等へ資料を整え協議し了承を得るための時間を要した。

②医療機関における個別接種

本市では診療所での個別接種も行われ、市内にある約500診療所のうち、270を超える診療所でワクチン接種が行われた。なお、この数には職域での接種は含まれていない。個別医療機関におけるワクチン接種に関する薬液の配布方法や供給量、各種情報の伝達、事務手続き等の調整は主に市医師会を窓口として行われた。市医師会とは市内の公的医療機関等も含めた対策調整会議を頻繁に開催していたことから、病診連携を含む医療提供体制の調整とワクチン接種を含む予防対策等が適時かつ適宜に関係者間で情報共有が図られた。

図表２　市内の感染状況とワクチン接種勧奨を報じる新聞（2022年３月17日　静岡新聞朝刊）



静岡市保健所長

早期の3回目接種を

静岡市の田中一成保健所長は16日の記者会見で、市内の新型コロナウイルス新規感染者数が上昇傾向を示しているとして、市民に早期のワクチン3回目接種を呼び掛けた。県内の感染者数が減少傾向にある中、同市の感染者数は15日に過去3番目に多い446人、16日も354人と高水準が続いている。田中所長は市内の直近の3回目接種率が23・4％にとどまり、浜松市に比べ10㌽程度低いことに言及し、接種の遅れが感染拡大につながる可能性があるとの見方を示した。

手元に接種券が届いている人のうち7割が接種を受けていないとし、「3回目接種には一定の感染予防効果がある。接種機会を最大限活用して、打っていただきたい」と求めた。

③広報活動

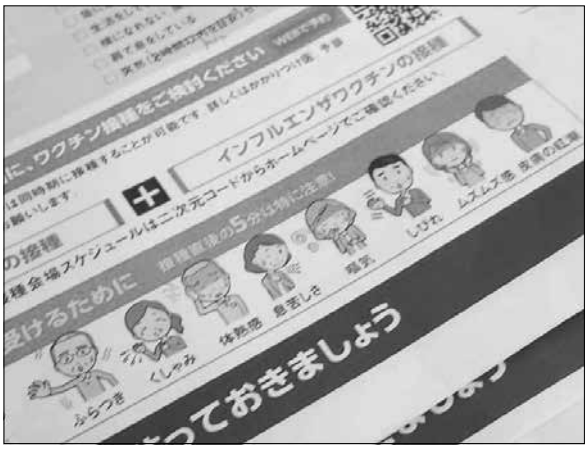
予防接種に係る情報提供を目的とした広報活動については市のホームページへの掲載だけではなく、コールセンターを設置し電話での相談や予約を受け付けた。しかしながら、市民、特に高齢者層への情報提供については最も影響力を有するのはテレビや新聞といったマスメディアであるため、市長の定例記者会見で情報提供を頻繁に実施したが**（図表１、図表２）**、その情報をマスメディアが取り上げるか否かについてはメディアの編集権への介入はできないため、別途にマスメディ

アを利用した安定的な情報発信手段の確保が求められた。

そのため本市では公共交通機関のポスターやLINEの活用に加え地元新聞（静岡新聞）の紙面を買い取り、定期的（月１回程度）に予防接種に関する事項や接種状況を掲載し情報を発信した。また、買い取った紙面に余裕がある場合は、流行状況や予防に関する情報も併せて掲載し予防啓発に活用した**（図表３）**。さらに年末年始や連休、接種方法に変更がある場合等といった特に情報を拡散する必要がある場合、市の広報誌に掲載するだけでなく、お知らせはがきの個別発送や新聞の折り込み広告としてチラシを配布した**（図表４）**。

図表３　買い取った新聞紙面でワクチン接種と感染予防に関する情報を発信

図表４　新聞折り込みチラシでアナフィラキシーの症状等を解説



④事故報道への対応

某自治体の集団接種会場でワクチン接種直後にアナフィラキシーにより急死した事例がマスコミで大きく報道されたことから、市民の不安を解消し、接種控えにならないよう迅速な対応が求められた。このため、報道の翌日に医療事故調査委員会報告書の抜粋[1)]を集団接種会場に配布し、会場での対応に当たる事務系職員を含む全員がアナフィラキシーの初期症状を、加えて問診医にはアドレナリンの筋肉内注射を含む初期対応について確認を求め、これらの措置を完了した会場から当日の接種受け付けを許可した。

また、機会を捉え市民に対してもアナフィラキシーの症状についての啓発を行った**（図表４）**。

（４）おわりに

今般の新型コロナウイルス感染症のパンデミックを通じ、感染症対策はワクチン接種においても情報戦であることが痛感された。特にワクチンの有効性、安全性に関して正確な情報をいかに発信できるかにその成否が掛かっているが、パンデミックの発生時に泥縄的な情報発信をしても市民に届かないことは今般の教訓から明らかであろう。

国や静岡県との比較可能な2024年３月24日時点でのオミクロン株対応ワクチンの接種率は、国22.56％、静岡県22.71％（首相官邸HPより）に対し静岡市の同接種率は20.30％にとどまった。都市

部での接種率が低い傾向があるとはいえ、次の感染症流行に備えた対策を早急に講じる必要がある。

このため、本市の予防計画においては平時における感染症に係る情報発信に力を入れることを記載し具体的な対策を検討中であるが、併せて2024年３月に九州大学と「覚書」を締結し、VENUS Study[2)、3)]に参加し定期接種を含むワクチンの有効性、安全性に関するモニタリングを行っている。

今後、本市では予防計画に沿ったワクチン行政を含む感染症対策について2023年度に設置した静岡市感染症対策協議会で一般市民委員を含む市内の関係者と共に推進することとしている。

■参考文献

１）日本医療安全調査機構（医療事故調査・支援センター）, 4. 再発防止に向けた提言と解説, 医療事故の再発防止に向けた提言, 第３号, 12-23, 2018

２）Ishiguro C, Mimura W, Murata F, Fukuda H, Development and application of a Japanese vaccine database for comparative assessments in the post-authorization phase: The Vaccine Effectiveness, Networking, and Universal Safety (VENUS) Study. Vaccine, 40(42), 6179-6186, 2022

３）Fukuda H, Maeda M, Murata F, Development of a COVID-19 vaccine effectiveness and safety assessment system in Japan. The VENUS Study, Vaccine, 41(23), 3556-3563, 2023

3 枚方市における新型コロナワクチン接種の促進（中核市の一例）

〈白井 千香　枚方市保健所長〉

（1）はじめに　特例臨時接種の体制の確保と維持

新型コロナウイルスワクチンは2021年春ごろから接種が開始されたが、地域によってはワクチンの供給と普及が円滑に進まなかったために、特に大阪府内においては、第４波（アルファ株）の流行までには接種が間に合わなかった感が拭えない。今回はその後、主に接種体制が確立し全国民への普及が行きわたった、第６波以降のオミクロン株対応ワクチン接種について振り返りつつ、中核市の対応の一例を紹介する。筆者が勤務する枚方市は、2014年に中核市となって保健所を設置した。一般のワクチン接種に係る業務は、従来通り市保健センターで行っていたが、新型コロナウイルスワクチンについては、ワクチンの接種が2020年12月に予防接種法上の特例臨時接種に位置付けられたことを受け、枚方市は2021年１月12日に「新型コロナウイルスワクチン接種業務準備チーム」を立ち上げ全庁的な体制の整備を行い、2021年２月15日には「新型コロナワクチン接種対策室」へと移行して組織の強化を図った。このたび2024年３月末をもって、枚方市新型コロナウイルス感染症対策本部を廃止し、３年余り継続した対策室を解消した。

（2）初回接種の状況

枚方市は、まず初回接種に従来型ワクチンとして、ファイザー社製ワクチンを2021年に12歳以上に拡大して導入し、ノババックス社製ワクチンを2022年８月から12歳以上に拡大して導入した。以下に示すように高齢者は優先的に接種を勧めたこともあり、65歳以上の97.5％が初回接種を終了している（2024年３月12日時点）。

接種区分	対象者	対象者別の接種開始時期	接種率
初回　１・２回目 ＊乳幼児 （生後６か月～４歳） １・２・３回目	生後６か月以上の市民 （約39万人）	高齢施設入所者　2021年４/15～ 一般高齢者　2021年５/17～ 12歳～15歳　2021年９/８～ 小児　５歳～11歳　2022年３/11～ 生後６か月～４歳　2022年９/27～	65歳以上 97.5％ 全年齢 81.2％

（3）追加接種

第１期・第２期以降の追加接種および、オミクロン株対応の春接種・秋接種において、ワクチンの有効性の持続期間などを踏まえた国の方針に基づき、接種対象や時期を以下のように設定して、接種の推進に取り組んだ。

①第１期追加接種（３回目接種）について

2021年12月１日以降、２回目接種日から原則８か月以上経過した18歳以上の対象者へ、ファイザー社製ワクチンによる３回目接種を開始した。その後、当初２回目接種日から８か月経過後であっ

た接種間隔を、2022年２月から、65歳以上の高齢者に６か月経過後、64歳以下の対象者は７か月経過後に前倒し、モデルナ社製ワクチンによる３回目接種も開始した。さらに、2022年２月にモデルナ社製ワクチンを、64歳以下の接種間隔を６か月に前倒しし、３月にはファイザー社製ワクチンについても接種間隔を６か月に前倒しした。なお、３回目の追加接種から初回接種（１回目・２回目）で接種したワクチンの種類によらず、ファイザー社製またはモデルナ社製のワクチンを接種する交互接種を可能とした。また、2022年４月20日から12歳～17歳の３回目接種を開始し、2022年５月31日から接種間隔をさらに１か月短縮し、２回目接種から「５か月経過後」に変更した。

②第２期追加接種（４回目接種）について

2022年５月31日から重症化予防を目的として、接種対象者は、①60歳以上の人　②18歳以上59歳以下で基礎疾患のある人、または重症化リスクが高いと医師が認める人、を対象に４回目接種を開始した。また、「18歳以上の医療従事者や高齢者施設等の従事者」に対象が拡大され、７月27日からそれらの対象者へ接種を開始した。

③2022年秋開始接種（３回目～５回目）について　（2022年９月28日～2023年５月７日）

2022年９月28日から、感染の主流となっているオミクロン株に対する重症化予防、感染・発症予防の効果が期待されるオミクロン株対応ワクチンの追加接種を、初回接種（１回目・２回目）を完了した12歳以上のすべての人を対象に開始した。また、10月25日から接種間隔を２か月短縮し、接種間隔を「前回（２回目～４回目）接種日から３か月経過後」とした。さらに、小児（５歳～11歳）のオミクロン株対応ワクチンによる追加接種を2023年３月25日から開始した。

④2023年春開始接種（３回目～６回目）について　（2023年５月８日～2023年９月19日）

2023年５月８日から春開始接種を実施した。重症化予防、感染・発症予防が期待されるオミクロン株対応ワクチンの追加接種を開始した。なお、個別接種への移行方針に従い、個別医療機関による接種体制が可能であることから、集団接種を終了し個別接種のみで対応した。

（ア）使用ワクチン

・ファイザー社製オミクロン株対応ワクチン　・モデルナ社製オミクロン株対応ワクチン
・武田社製ワクチン（ノババックス）　・小児用ファイザー社製ワクチン（オミクロン株対応）

（イ）対象者

・65歳以上の高齢者　・５歳～64歳以下で基礎疾患・重症化リスクが高いと医師が認める人
・医療機関や高齢者施設、障害者施設などの従事者

（ウ）接種間隔と回数

前回接種日から３か月経過後（※ノババックスのみ、前回接種日から６か月経過後）に、１回（３回目～６回目）接種

⑤2023年秋開始接種（３回目～７回目）について　（2023年９月20日～2024年３月31日）

オミクロン株XBB.1.5対応１価ワクチンを国の方針に基づき、2023年９月20日から接種を開始した。なお、この接種は、公的関与の規定（接種勧奨および努力義務）は高齢者など重症化リスクの

高い人にのみ適用する方針であったが、その他のすべての人についても接種機会を提供することとし、生後６か月以上のすべての人を対象に、接種券を前回接種日に応じて順次発送した。

（ア）対象者：初回接種を完了した生後６か月以上のすべての人

（イ）使用ワクチン：オミクロン株XBB.1.5対応１価ワクチンを使用

・ファイザー社製（XBB.1.5）対応型ワクチン：12歳以上

・ファイザー社製（XBB.1.5）対応型小児用ワクチン：５歳以上12歳未満

・ファイザー社製（XBB.1.5）対応型乳幼児用ワクチン：生後６か月以上５歳未満

・モデルナ社製（XBB.1.5）対応型ワクチン：６歳以上

（ウ）接種間隔と回数：前回接種を終了後、３か月経過後１回接種

（４）小児および乳幼児の接種について

①小児：５歳～11歳

2022年３月11日から、国の方針に基づき、小児（５歳～11歳）への初回接種（１回目・２回目）を開始した。また、2022年９月27日から、２回目接種日から５か月が経過した対象者に追加接種（３回目）を開始した。さらに、2023年３月25日から小児（５歳～11歳）のオミクロン株対応ワクチンによる追加接種を開始した。すべて市内小児科医療機関での個別接種で対応した。

（ア）使用ワクチン：初回接種（１・２回目）・小児用ファイザー社製ワクチン（従来型）
追加接種・小児用ファイザー社製ワクチン（オミクロン株対応）
・小児用ファイザー社製ワクチン（オミクロン株XBB.1.5対応）

（イ）接種間隔と回数：初回接種は、１回目接種から３週間経過後に２回目を接種。追加接種は、３回目以降は前回接種日から、間隔を短縮し少なくとも３か月経過後１回～３回接種

②乳幼児：生後６か月～４歳

2022年11月11日から、乳幼児（生後６か月～４歳）への初回接種を市内小児科医療機関での個別接種で開始した。乳幼児については、合計３回接種して初回接種が完了となる。

（ア）使用ワクチン：乳幼児用ファイザー社製ワクチン
乳幼児用ワクチンファイザー社製（XBB.1.5）対応型

（イ）接種間隔と回数：２回目は１回目接種から３週間経過後、３回目は２回目接種から８週間経過後に、３回目を接種

（５）訪問接種について

要介護度が高く臥床状態が長い、または移動が難しく、自宅外での新型コロナワクチンの接種が困難で、主治医による往診での接種もできない人を対象に、医師や看護師などで構成した接種チームを派遣する訪問接種を2021年９月から開始した。

（６）予約方法や接種会場について

枚方市では、医師会と連携の下、接種協力医療機関および集団接種における医療従事者を確保す

るとともに、医療機関を、かかりつけ患者のみを接種する「かかりつけ医療機関」と、かかりつけ患者以外の方の接種も行う「一般受付医療機関」に協力を得た。

（ｉ）「一般受付医療機関」の予約は、「予約システム（24時間稼働）」を使用しWEBによる受け付けを行うとともに、電話にて予約や相談を受ける「予約・相談コールセンター（土日祝含む９時～18時）」を2021年３月１日に開設した。また、高齢者予約サポートコーナーを設け、高齢者の予約が集中する期間にサイトへの入力を支援した。

（ⅱ）一般受付をしていない医療機関には、「かかりつけ患者」のみ医療機関へ直接予約した。

（ⅲ）接種会場について（2023年５月８日時点）

・個別接種医療機関：144か所（一般受付医療機関43か所・かかりつけ医101か所）

・集団接種会場：集団接種は2023年３月で終了

（７）新型コロナワクチンの接種区分別の接種率　（2024年３月18日時点）

枚方市（人口40万人弱）の新型コロナワクチン接種は、2021年４月15日から、高齢者施設入所者の接種を開始し、2024年３月18日までに**約134万回の接種を実施した**（初回は再掲）。

接種区分	接種時期	対象者	接種率
初回接種（１・2回目） ※乳幼児接種（生後6ヵ月～4歳）の初回接種は3回	高齢者施設入所者 令和３年４月15日～ 一般高齢者 令和３年５月17日～	生後６ヵ月以上の人（約39万人） ※12～15歳は令和３年9月8日から接種開始 ※小児接種(5～11歳)は令和4年3月11日から接種開始 ※乳幼児接種(生後6ヵ月～4歳)は令和4年9月27日から接種開始	81.2% (65歳以上97.5%)
３回目接種（第1期追加接種）	令和３年12月１日～	５歳以上の人（約38万人） ※12～17歳は令和4年4月20日から接種開始 ※小児接種(5～11歳)は令和4年9月27日から接種開始	62.4% (65歳以上89.0%)
４回目接種（第2期追加接種）	令和４年５月31日～	①60歳以上の高齢者 ②18～59歳で基礎疾患のある人等 ③18歳以上の医療機関や高齢者施設等の従事者 （※令和4年7月27日から接種開始）（約16万人）	64.4% (65歳以上74.4%)
令和４年秋開始接種	令和４年９月28日 ～令和５年５月７日	５歳以上の人（約38万人） ※小児接種(5～11歳)は令和5年3月25日から接種開始	44.7% (65歳以上75.4%)
令和５年春開始接種	令和５年 ５月８日～９月19日	①65歳以上の高齢者 ②５～64歳で基礎疾患のある人等 ③医療機関や高齢者施設等の従事者（約14万人）	55.4% (65歳以上55.1%)
令和５年秋開始接種	令和５年９月20日 ～令和６年３月31日	生後６ヵ月以上の人（約39万人）	23.4% (65歳以上53.7%)

（８）体制整備について

臨時組織の発足後も業務量に応じて、全庁的な協力体制の下、必要な人員体制の整備を行い、2021年の夏前には、30人（正職員24人、会計年度任用職員６人）が従事し対応した。それ以外にも、集団接種会場における事務従事など、多くの市職員がワクチン接種に関わった。ワクチン対策室を特化して組織編成したことから、これら予約システムの構築運営、コールセンターの設置のほか、事務処理センターを設置し、窓口対応を含め予診票の全数チェックや医療機関への支払い事務、ワクチンパスポートや接種券の再発行等も含め、委託により事業を円滑に進めることができた。

（9）官民連携の取り組み

枚方市では、事業者のアイデアや技術等を生かし、市の課題解決や魅力向上につなげる「枚方市公民連携プラットフォーム」を構築しており、今回、市内の段ボールを製造販売する企業から、「集団接種会場の円滑な運営を支援したい」という提案を受けた。接種ブースの間仕切りとして、市と企業とで仕様を検討し完成させた、軽くて持ち運びがしやすい上、安全性が高い、段ボール製パーテーションの寄贈を受け、市が開設する集団接種会場で活用を行った。

また、市内の信用金庫から、「ワクチン接種率を高めることが感染者数を減らし、コロナ対応に当たる医療従事者の負担軽減や市内事業者の活気回復にもつながる」として、集団接種会場の誘導係として、ボランティアでの派遣を受けるなど、今回のワクチン接種は官民連携の一助ともなった。

集団接種会場で実際に使用した段ボール製パーテーション

（10）市民への情報提供および接種の推進

接種順位や接種の時期等について国による方針に基づき順次接種を進めることとなったが、2021年４月中はワクチンの供給量が非常に限られていたことから、枚方市においては、高齢者入所施設から順次接種を開始した。ワクチン接種に係る周知は広報や市ホームページ等で行い、５月７日からは65歳以上の高齢者に対し、公共施設等での集団接種および医療機関での個別接種の予約受付を本格的に開始した。当初、予約受付の際にはコールセンターへ申し込みが殺到したため、電話がつながりにくく混乱が生じた。このときの経験を踏まえ、12月から接種を開始した３回目以降の追加接種の予約受付は、コールセンターへの集中をできる限り解消するため、接種券の送付および予約開始日を分散化した。また、コールセンターの回線数をピーク時には最大105回線に増設し、高齢者の予約が集中する期間には、「高齢者予約サポートコーナー」を開設し、延べ8,700人を超える予約のサポートを行うなどスムーズな取り組みに尽力した。

（11）総括としての所感

新型コロナワクチン接種については、生後６か月以上の人が対象者である大規模な予防接種でこれまでに自治体で経験のない事業であった。国からのワクチン供給が不透明で不安も抱えつつ、接種間隔の変更や接種対象者の年齢拡大などの度重なる国の制度改正にも対応すべく、市として優先的な事業として、医療機関等をはじめ各機関の協力を得て市民への接種を推進することができた。

今後のパンデミックに際しては、国の主導の下、自治体においてはワクチン接種に特化した組織を設置し、自治体のみに限らず各関係機関の協力や官民連携を活用すべきと考える。

4　目黒区におけるワクチン接種の促進

〈石原 美千代　新宿区保健所長／前目黒区保健所長〉

（1）はじめに

目黒区（特別区）における新型コロナワクチン接種事業について、ブースター接種対応を含めて特例臨時接種終了までを概説する。

2021年２月17日に始まった特例臨時接種では、多くの医療従事者、区民が、一日も早い接種を待ち望んでいた。そこで、区は貴重なワクチンをできる限り無駄にせず、適切に管理し、短期間で少しでも多くの方に接種するため、集団接種会場の運営を中心とした接種体制を構築することを、早期に決定した。この体制は、国の方針として、集団接種から個別接種への体制の移行が示された５類感染症移行まで継続した。

（2）目黒区の概況

①1975年４月、地方自治法一部改正により東京都から特別区に保健所が移管され、目黒区は保健所を設置する基礎自治体となった。

②2024年１月１日現在、総人口27万9,520人（年少人口３万548人、生産年齢人口19万3,741人、65歳以上人口５万5,231人）、面積14.67㎢

③2023年12月31日現在、病院数９、診療所数353、歯科診療所数284

④2022年12月31日現在、医師920人、歯科医師403人、薬剤師766人、看護師2,996人

⑤新型コロナワクチン接種に関する臨時組織の設置（2024年３月31日まで）

（ア）2020年12月７日に予防接種業務を所管する保健所保健予防課に「新型コロナ予防接種担当課」を設置した。

（イ）当初は担当課長と係長の２名を専任で配置し、その１週間後に職員１名を追加した。その後、業務量に応じて、全庁から職員の兼務配置等により対応した。

⑥保健所の執務スペースの確保

（ア）感染症対策や新型コロナワクチン接種業務に携わる保健所職員等の増加に伴い、総合庁舎大会議室（約389㎡）を緊急避難的措置として一時的に保健所（感染症対策課、新型コロナ予防接種課）の執務室に活用した。

（イ）期間：2021年３月から2023年12月まで

⑦2024年３月１日現在、LINEの登録者数18万3,615人

大会議室を利用した執務室

（3）接種開始に向けた準備

①委託事業者の決定

28万人の区民に迅速かつ円滑に接種を行うには、接種に必要な医療従事者の確保のほかに、予約システムの開発と運用、接種券のデータ印刷と発送、予約や問い合わせ対応のためのコールセンタ

ーの開設、接種会場オペレーションなどの体制構築が必要であり、民間事業者への委託が必須であった。

このため、担当課設置直後から医師会等との調整と並行して、20社弱の事業者にヒアリング調査を行った。2020年12月18日の国の第１回自治体向けオンライン説明会等で得た情報に基づき事業者選定を実施し、2020年12月28日に事業者を決定した。

②集団接種会場の確保

当初、区役所をはじめとする区有施設を５か所程度確保することとして、各所管部署と調整を図った。2021年２月には医師会と共に会場に赴き、接種会場のレイアウト等の検討を開始した。また、医師会、薬剤師会、委託事業者スタッフの役割の整理、アナフィラキシーショックへの備え、救急搬送先の病院や目黒消防署への情報提供など、集団接種会場の開設に向けた準備は多岐にわたり、４月の医療従事者への接種開始後まで継続した。

≪めぐろ区報臨時号≫
2021年5月20日

集団接種会場
（めぐろ学校サポートセンター）

③医師会会員等への接種準備

国の第１回自治体向け説明会では、医療従事者への接種は都道府県が担うと説明があったが、区では医師会等と協議して、集団接種会場での医師会会員等への接種をテストケースとして、そこで得た経験を高齢者接種に生かしていくことに決定した。区は、医師会用の予約システムを用意し、ゴールデンウイーク期間中に医療従事者への接種完了を目指す計画を立てた。

④接種券、予約方法、コールセンターの準備

接種券は国の方針の下、年齢、接種間隔を踏まえて発行することにした。当初はワクチン供給が安定しなかったため、高齢者接種では年齢の高い方から順番に接種予約を開始できるよう準備を進めた。

予約はコールセンターとLINEの２つの方法を採用した。高齢者接種に関しては、体制確保のめどは３月後半と示されていたため、コールセンターを2021年２月15日に開設することを決定した。

（４）特例臨時接種の実施（2024年３月31日まで）

初回接種（１・２回目接種）から令和４年秋開始接種（５回目接種）までは、集団接種を中心に実施した。初回接種はワクチンの供給が滞ったため、国の接種開始日から２か月以上遅れたが、大きな混乱なく実施できた。2021年５月に、国が「自衛隊大規模接種センター」を設置した際は、接

種券の臨時発行を総合庁舎において実施した。

2023年５月８日以降は、国の方針に基づき個別接種会場（区内医療機関）を中心とする体制に移行し、集団接種会場は６月17日に運営をすべて終了した**（図表１、図表２）**。

①コールセンター・ヘルプデスクの設置

区民からの予約電話や問い合わせ、ワクチンパスポート発行等に対応するために設置

（ア）コールセンター：2021年２月15日～2023年12月28日

（イ）ヘルプデスク　：2021年３月１日～2024年３月31日

②集団接種会場（2021年４月19日から2023年６月17日まで）

2021年度は９会場、2022年度は11会場、2023年度は５会場

（各会場の運営状況は**図表２**の通り）

（ア）ワクチンロス防止バンク：初回接種では希少なワクチンを廃棄することのないよう、集団接種会場で残余ワクチンが生じた場合には、希望者に接種を行う取り組みを実施した（登録受付期間：2021年７月24日～11月15日）。

（イ）世田谷区民への予約枠開放：第一期追加接種（３回目接種）では、予約枠に余裕が生じていたことから、地域全体の接種促進を図るため、世田谷区民への接種も実施した（３会場で、2022年２月24日～３月31日）。

③個別接種会場（区内医療機関）

初回接種（１・２回目接種）では約50の医療機関、令和５年春開始接種（６回目接種）では約100医療機関に拡大して接種を実施した。

④高齢者施設等への巡回接種

初回接種から令和５年秋開始接種（７回目接種）まで、施設の実情に応じて、高齢者施設等への巡回接種を2021年５月から開始した。

図表１　特例臨時接種の実施状況

接種回	（国）接種開始日	（区）接種開始日	
初回接種（１・２回目接種）	2021年 2月17日	医療従事者向け	2021年 4月19日
		高齢者向け	2021年 5月 6日
第一期追加接種（３回目接種）	2021年12月 1日	2021年12月 1日	
第二期追加接種（４回目接種）	2022年 5月25日	2022年 5月25日	
令和４年秋開始接種（５回目接種）	2022年 9月20日	2022年 9月26日	
令和５年春開始接種（６回目接種）	2023年 5月 8日	2023年 5月 8日	
令和５年秋開始接種（７回目接種）	2023年 9月20日	2023年 9月20日	

※国は2022年２月に小児（５歳以上11歳以下）への接種を開始。区は３月から個別接種（小児科等）と土曜日限定で集団接種を開始した。

※乳幼児（６か月以上４歳以下）への接種は、2022年10月から個別接種のみ実施した。

図表２　集団接種会場の運営状況

接種会場		北部地区サービス事務所	目黒区総合庁舎	めぐろ学校サポートセンター	防災センター１階	防災センター３階	中央体育館	碑住区センター	八雲体育館	イオンスタイル碑文谷	緑が丘文化会館本館	めぐろ区民キャンパス	東京工業大学（蔵前会館）
2021年度	4		4月19日										
	5	5月12日		5月6日				5月12日	5月10日				
	6												
	7												
	8				8月13日	8月13日							
	9	9月16日			9月15日	9月15日							
	10			10月31日				10月31日					
	11												
	12												
	1			1月18日	1月17日	1月26日							
	2	2月2日						2月2日		2月2日			
	3						3月9日	3月6日					
2022年度	4	4月30日				4月30日	4月30日						
	5												
	6	6月16日				6月24日	6月16日			6月29日			6月28日
	7					7月11日			7月28日				7月14日
	8												
	9					9月29日					9月27日	9月28日	
	10												
	11												
	12										12月27日		
	1												
	2	2月3日					2月10日						
	3		3月30日		3月31日							3月31日	
2023年度	4			4月29日									
	5		5月8日		5月10日～27日	5月27日						5月12日	
	6		6月17日									6月17日	

※集団接種会場は2023年６月17日をもって運営を終了
※当初は区有施設のみだったが、2022年中はイオンスタイル碑文谷、東京工業大学にも集団接種会場を開設した。

⑤訪問接種

寝たきり等の理由で、接種を希望する意思があるにもかかわらず、接種が受けられない方を対象に、医師等が希望者の自宅を訪問して接種を実施した。

受付期間：2021年10月22日～11月30日

2022年５月13日～６月25日、11月４日～2023年２月28日

⑥接種率

2023秋開始接種における65歳以上の接種率は目黒区47.0％、全国53.7％、東京都54.4％（2024年３月30日時点）。

図表３　区民の接種率

	12歳以上	5歳～11歳	生後6か月～4歳
７回目	9.2 ％	―	―
６回目	14.5 ％	―	―
５回目	25.3 ％	1.2 ％	―
４回目	44.4 ％	3.1 ％	1.5 ％
３回目	73.2 ％	8.6 ％	3.5 ％
２回目	87.2 ％	15.5 ％	4.2 ％
１回目	88.0 ％	16.6 ％	4.4 ％

※ワクチン接種記録システム（VRS）のデータをもとに、小数点第２位を四捨五入
※2024年４月１日時点

（5）おわりに

目黒区のワクチン接種は、読売新聞（2021年６月12日）で「全国自治体の中で高齢者の接種率３位」と報道されたように、初回接種から好調なスタートを切った。初回接種が早く進んだため、第一期追加接種（３回目接種）、第二期追加接種（４回目接種）も早く開始できるという好循環が生まれた。これは、LINEを活用した予約システムと希少なワクチンを無駄にしない集団接種会場の効率的な運営による成果であった。

初回接種が開始されるころ、地域の診療所における個別接種を行う自治体がマスコミに取り上げられ話題になったが、区では当初の予定通り、集団接種の方針を堅持した。

LINEを採用した予約システムは、利用方法の周知に努めた結果、高齢者でも７割弱がLINEから予約を行い、区公式アカウントの登録者数が18万人を超える状況となった。

令和５年秋開始接種（７回目接種）の接種率は決して高くないが、2021年から2022年にかけての官民一体となっての迅速な接種促進は、感染者数・重症者数の減少に効果があったと実感できた。これは、感染症業務を担っている感染症対策課の隣で、ワクチン接種業務に取り組んだ成果であるとも考えている。

各論　第５章　ワクチン

9　オミクロン株の感染拡大（2021.11 月下旬～2022.5 月下旬）

アウトライン

オミクロン株への感染対策に万全を期すため、２回目の接種から８か月が経過していなくても、６か月以上が経過した者については、積極的に３回目接種ができるよう、基準の見直しを行った。さらに、2022 年２月のできるだけ早期に１日 100 万回まで加速化することを目指して取組を強化し、２月中旬に１日 100 万回の接種回数を達成した。

２月 21 日から５歳から 11 歳までの小児に対するワクチン接種を開始した。

５月 25 日から、重症化予防を目的として 60 歳以上の者や 18 歳以上で重症化リスクの高い者などを対象に４回目接種を開始した。

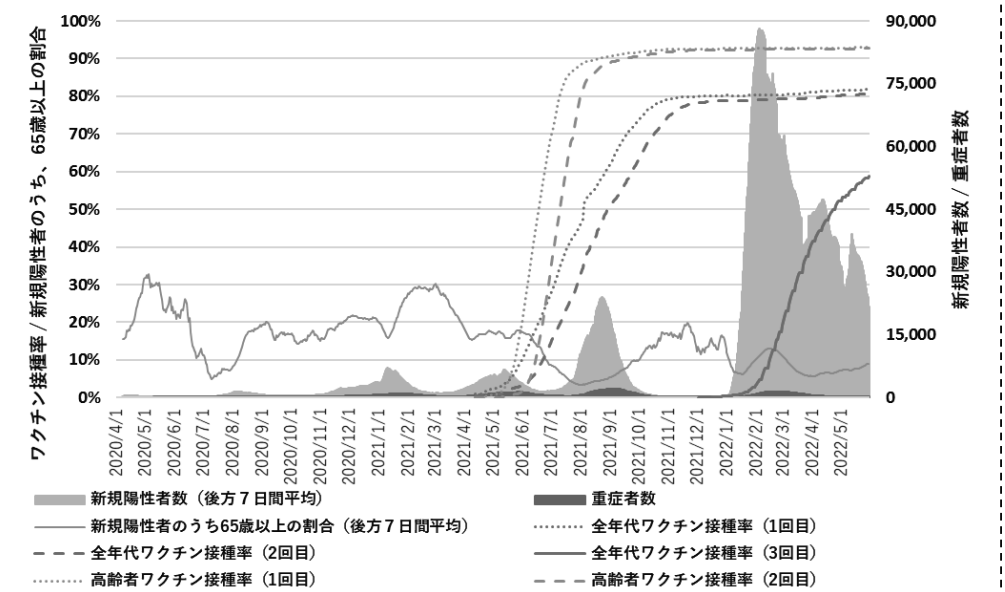


図 62　全国の新規陽性者数等及びワクチン接種率～2022 年５月

（３回目接種の加速化）

2021 年 12 月１日には、ワクチンの３回目接種を開始した。

同月 16 日に、厚生労働省は、武田／モデルナ社のワクチンの用法・用量に関する一部変更承認を行い、３回目接種に使用することを認めた。

同日に、厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会において、３回目接種に使用す

るワクチンについては、諸外国の取組や有効性・安全性に係る科学的知見、国内における薬事承認を踏まえ、１回目・２回目に用いたワクチンの種類にかかわらず、ファイザー社のワクチンに加え、武田／モデルナ社のワクチンを用いることを確認するとともに、予防接種実施規則を改正し、両ワクチンのいずれかを初回接種の終了後６か月以上の間隔をおいて３回目接種を行うこととすること、臨時接種実施要領において、標準的な接種間隔として、武田／モデルナ社のワクチンについても、初回接種の完了から原則８か月以上の間隔をおいて接種することとする改訂案などを承認した。これを受け、12 月 17 日に、予防接種実施規則の一部を改正する省令（令和３年厚生労働省令第 192 号）により、武田／モデルナ社のワクチンによる３回目接種を予防接種法上の予防接種として位置付けるとともに（2021.12.17 施行）、臨時接種実施要領の改訂等を地方公共団体に通知した。同日、厚生労働省は、オミクロン株の感染者が 11 月 30 日に検疫で初めて確認される中で、感染対策に万全を期すため、高齢者に関してはワクチンの重症化予防効果が比較的早く低下することから、重症化リスクが高い高齢者及び医療従事者などについて、初回接種の完了から８か月以上の経過を待たずに３回目接種を実施できることとし、地方公共団体に通知した[410]。ワクチンは、政府在庫を持つことなく配送する方針とし、既に示した配送分に加え、接種計画上、余剰の政府在庫である武田／モデルナ社のワクチン 500 万回分も活用することとし、さらに既に初回接種用に配送済みであって未使用のワクチンの活用も呼びかけた。

さらに、2022 年１月 13 日に、2021 年 12 月 22 日に初の市中感染が確認され、オミクロン株の急速な感染拡大が懸念される中で、オミクロン株に対するワクチンの２回接種後 20 週以降での発症予防効果が 10％程度まで減少するが、３回目接種により発症予防効果が回復するという新たなエビデンスを踏まえ、感染対策に更なる万全を期すため、厚生労働省は、12 月末に購入した武田／モデルナ社のワクチン 1,800 万回分も活用し、初回接種の完了から６か月以上経過した高齢者に対して３回目接種の実施を求めるなど３回目接種の前倒しを加速化するとともに、初回接種の完了から７か月以上経過した高齢者以外の一般対象者に対しても３回目接種の実施を求め、ワクチンの量や接種体制等に余力がある場合、７か月以上が経過した者に次いで、６か月以上が経過した者にできるだけ多く接種を進めるよう地方公共団体に対して通知した[411][412]。さらに、2022 年１月 31 日には、予約枠に空きがあれば、６か月以上が経過

410　12 月 23 日の厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会において当該取扱いについて説明した。

411　１月 26 日に公表された国立感染症研究所の報告書「SARS-CoV-2 の変異株 B.1.1.529 系統（オミクロン株）について（第７報）」において、新型コロナウイルス感染症に係るワクチンのオミクロン株に対する入院予防効果についても、３回目接種により回復することが明らかにされた。

412　１月 26 日の厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会においては３回目接種の前倒しを受けた臨時接種実施要領の改訂案について承認し、１月 27 日に厚生労働省は臨時接種実施要領の改訂を地方公共団体に通知した。

した一般対象者についても３回目接種の前倒しを行うよう通知した。あわせて、総務省及び厚生労働省から、都道府県に対して、市町村への支援を依頼するとともに、現場の抱える課題等を把握し、個別地方公共団体の課題解決を促進するため、希望する２月末までの対象者に対する追加接種の２月末までの終了見込みの報告を総務省に対して行うよう求めた（2022.1.17、1.24）。

加えて、2月のできるだけ早期に１日 100 万回まで加速化することを目指してワクチン接種の取組を強化（2022.2.10 基本的対処方針）することとし、２回目接種から６か月を経過した者への接種券の配布促進や東京・大阪に「自衛隊大規模接種会場」を開設し接種を開始する（2022.1.31 以降順次）など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[413]するなどした。また、総理は日本医師会長、日本看護協会長ら医療関係者との意見交換を行い、ワクチン接種の加速化に向けた協力を直接要請した（2022.2.17）。さらに、ワクチン接種推進担当大臣が地方公共団体の首長と、総務大臣が地方三団体の代表と面談するなどし、３回目接種の着実な実施を依頼した[414]。地方公共団体による取組の推進とあいまって、2月中旬に１日 100 万回の接種を実現した[415]。

４月 25 日には、同日公表時点の最新値で、ワクチンの３回目接種を完了した者が人口の 50％を超えた。

[413] ３回目職域接種は、当初は３月から開始としていたが、接種の加速化に向けて前倒し実施の調整を行い、２月半ばから接種を開始。職域接種会場は 2,976 会場、接種回数は 4,032,043 回（2022.5.29 時点）

[414] ワクチン接種推進担当大臣は 22 地方公共団体の首長と面談

[415] １日当たりの接種回数は、接種日ベースで、2 月 18 日、19 日、22 日、25 日、26 日、３月４日、５日、11 日、12 日、18 日、19 日に 100 万回を超えた（2022.5.31 公表時点）。

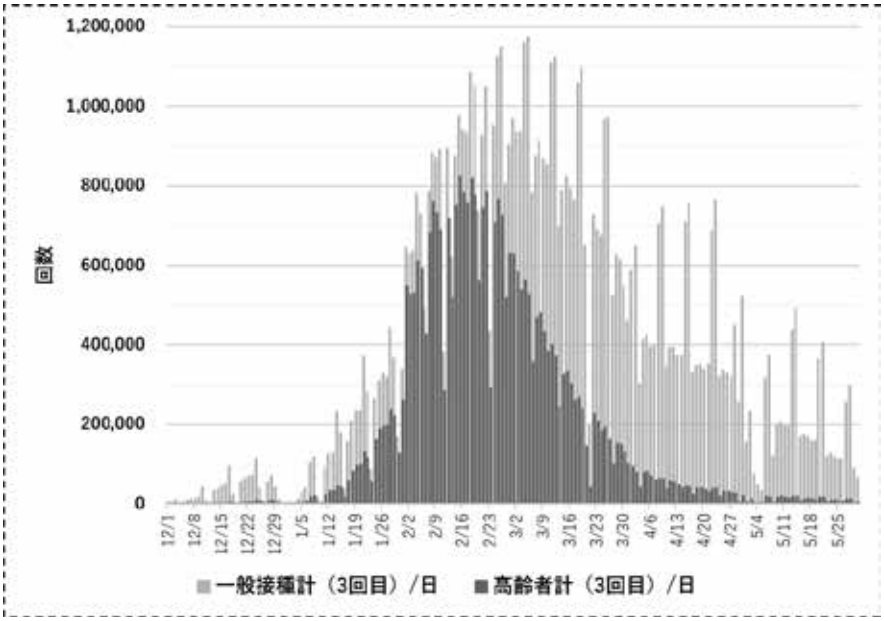


図 63　１日当たり接種回数（３回目接種）2021 年 12 月～2022 年５月

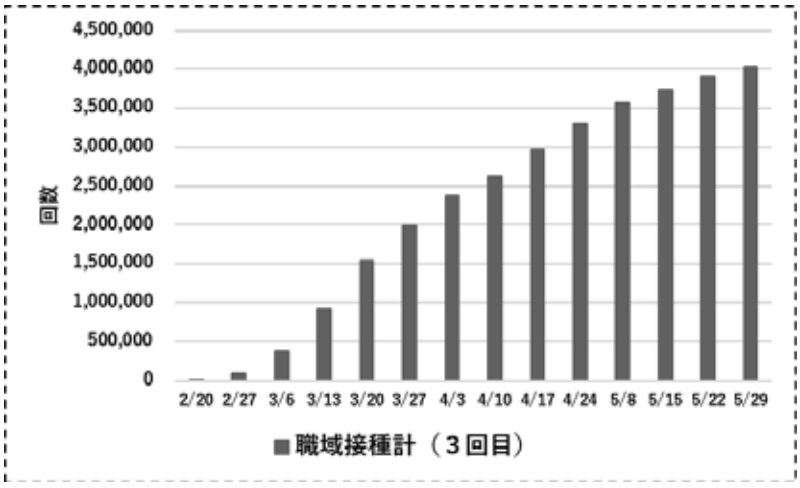


図 64　職域接種の進展 2022 年２月～５月

表 5　G7 のワクチン接種率(2022 年 5 月末時点)

	2 回接種完了	3 回接種完了
日本	80.6%	59.2%
米国	66.7%	31.1%
英国	73.2%	58.2%
フランス	78.3%	56.9%
ドイツ	76.9%	65.1%
イタリア	79.4%	67.2%
カナダ	82.5%	55.2%

（国産ワクチンの承認申請・ワクチンの追加購入に係る合意）

武田薬品工業株式会社から、2021 年 12 月 16 日に、武田社のワクチン（ノババックス）の承認申請が行われた。

厚生労働省は、12 月 23 日に、2022 年第 1 四半期に、1 バイアル当たり 15 回追加接種できるものと計算して、1,800 万回分のワクチンを追加購入することについて、武田薬品工業株式会社及びモデルナ社と合意し、2022 年分としては、1 バイアル当たり 15 回計算で、既に契約済みの 7,500 万回分と合わせて、合計 9,300 万回分のワクチンを確保した。

厚生労働省は、2022 年 2 月 14 日に、2022 年中に輸入されるファイザー社のワクチンとして購入契約を締結した 1 億 2,000 万回分のワクチンに加え、2022 年第 1 四半期に 1,000 万回分のワクチンを追加購入することについて、ファイザー社と合意した。

さらに、厚生労働省は、3 月 16 日に、2022 年下半期に輸入されるワクチンとして、財源の確保を前提に、ファイザー社から 7,500 万回分、モデルナ社から 7,000 万回分のワクチンを追加購入することに合意した。同月 25 日には予備費 6,670 億円の使用の閣議決定を行い、同日追加購入の契約が成立した。

（新型コロナワクチン接種証明書アプリの開発）

感染リスクを抑えながら行動制限の緩和を進め、通常に近い社会経済活動を取り戻していくため、より簡易に新型コロナワクチン接種証明書を入手できるようにする必要があることから、2021 年 12 月 20 日から、内閣官房、デジタル庁及び厚生労働省が開発した「新型コロナワクチン接種証明書アプリ」の運用を開始した。

なお、ワクチン接種記録システム（VRS）におけるデータ入力誤りについては、デ

ータチェック機能を実装するとともに、市町村において誤りの修正等を行った[416]。

（５歳から 11 歳までの小児に対するワクチン接種の開始）

2022 年 1 月 21 日に、厚生労働省は、ファイザー社の 5 歳から 11 歳までの小児用のワクチンを特例承認した。5 歳から 11 歳までのワクチン接種については、厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会での議論[417]を踏まえ、臨時接種に関する特例として位置付けた上で、努力義務の規定は適用しないこととし、2 月 21 日から接種を開始した。

なお、ワクチンについては、2022 年に輸入されるファイザー社のワクチンとして購入契約を締結した 1 億 2,000 万回分の中に含まれていたものであり、地方公共団体には、2 月下旬以降、順次配送した。

（緊急時の薬事承認のあり方）

厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会で、2021 年 12 月 27 日に緊急時の薬事承認のあり方を取りまとめ、2022 年 3 月 1 日に、緊急時において、安全性の確認を前提に、医薬品等の有効性が推定されたときに、条件や期限付きの承認を与える迅速な薬事承認の仕組みの整備等に関する医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の一部を改正する法律案を国会に提出し（2022.3.1 閣議決定）、5 月 13 日に全会一致で可決・成立し、同月 20 日に公布・一部を除き施行された。緊急時の迅速な薬事承認に係る改正法の概要は以下のとおりである。

○　緊急時の迅速な薬事承認を可能とするため、以下の仕組みを新たに整備する。

①　適用対象となる医薬品等の条件

国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある疾病のまん延その他の健康被害の拡大を防止するために緊急に使用されることが必要な医薬品等について、他に代替手段が存在しない場合とする。

②　運用の基準

安全性の確認を前提に、医薬品等の有効性が推定されたときに、薬事承認を与えることができることとする。

---

416 デジタル庁より、12 月 16 日の時点で VRS に登録されているおよそ 1 億人のうち、433 万件が要確認、0.1%の約 10 万件が要修正である旨公表（2021.12.17）。

417 厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会において、新型コロナウイルスのまん延の状況や、接種の有効性・安全性、諸外国の対応等を踏まえ、予防接種法に基づく予防接種に位置付ける方向性が了承された（2021.1.26）一方、保護者が新型コロナワクチン接種を受けさせる努力義務の規定については、

・　子どもにおけるオミクロン株の感染状況が未だ確定的でないことや、

・　オミクロン株については、子どもにおける発症予防効果・重症化予防効果に関するエビデンスが必ずしも十分ではないこと

も踏まえ、適用しないこととし、今後、最新の科学的知見を踏まえて、改めて議論することとされた（2021.2.10）。

③　承認の条件・期限
　有効性が推定された段階で承認を行うことから、承認に当たっては、当該承認の対象となる医薬品等の適正な使用の確保のために必要な条件及び短期間の期限を付すこととする。
④　迅速化のための特例措置
　承認審査の迅速化のため、GMP 調査、国家検定、容器包装等について特例を措置する。

（４回目の接種に向けた対応）

３月 24 日に開催された厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会において、更なる追加接種（４回目接種）の是非について議論を行い、４回目接種を実施するかどうかは、引き続き分科会において審議することとなったが、分科会での議論を踏まえ、同月 25 日に、厚生労働省は、４回目接種が予防接種法に基づく予防接種に位置付けられた場合に、速やかかつ円滑に接種を開始するための準備に関して、現段階において想定される事項を連絡し、４回目接種の接種体制の準備を始めることを地方公共団体に対して依頼した。

４月 25 日に開催された薬事・食品衛生審議会医薬品第二部会において、ファイザー社及び武田／モデルナ社のワクチンについて、高齢者等において、３回目接種から５か月以上の接種間隔をあけて４回目接種を判断することができる旨、添付文書に追記することが確認された。

これを受け、４月 27 日に開催された厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会において、４回目接種について議論を行い、足下でオミクロン株の感染が収束しない中で、今後の再拡大も念頭におきつつ、３回目接種後のワクチンの有効性の持続期間や、現時点までに得られている４回目接種の有効性・安全性に関する知見、諸外国における対応状況等を踏まえ、新型コロナウイルス感染症にかかった場合の重症化予防を目的として、４回目接種を特例臨時接種として位置づけることが了承された。また、特例臨時接種として位置づけるに当たり、

・　使用するワクチンはファイザー社のワクチン、武田／モデルナ社のワクチンとすること、
・　対象者は改訂後のワクチンの添付文書の記載や、60 歳以上の者に対する有効性に関する報告、諸外国の対応状況を踏まえ、60 歳以上の者及び 18 歳以上 60 歳未満で基礎疾患を有する者その他重症化リスクが高いと医師が認める者とすること、
・　３回目接種からの接種間隔は少なくとも５ヶ月以上あけること、
・　接種勧奨の規定は、全ての接種対象者について適用すること、接種を受ける努力義務の規定は 60 歳以上の方について適用し、基礎疾患を有する者等には、現時点では努力義務の規定を適用せず、今後、最新の科学的知見を踏まえて改めて議論を

　すること
が了承された。

　これを受け、5 月 25 日に、予防接種法施行令の一部を改正する政令（令和 4 年政令第 197 号）により、4 回目接種の対象者のうち、60 歳以上の者について、接種を受ける努力義務の規定を適用することとしたほか、予防接種法施行規則及び予防接種実施規則の一部を改正する省令（令和 4 年厚生労働省令第 88 号）により、ファイザー社のワクチン及び武田／モデルナ社のワクチンによる 4 回目接種を予防接種法上の予防接種として位置づけるとともに [418]、臨時接種実施要領の改訂等を地方公共団体に通知し、同日から 4 回目接種を開始した。

　なお、ワクチンの供給については、3 回目接種用に配送したワクチンの残余を活用いただきつつ、4 回目接種を行うに十分な量のワクチンを 6 月上旬から追加で配送することを地方公共団体に連絡した（2022.4.28）。

（若い世代の接種促進）

　文部科学省は、4 月 12 日に大学等の接種を希望する学生へのワクチン接種を効率的に加速するため、地方公共団体等と大学等が連携した大規模接種会場等における団体接種において必要な学生の送迎等に係る経費を支援することを公表した [419][420]。

（国産ワクチンの製造販売承認等）

　厚生労働省は、4 月 19 日に武田社のワクチン（ノババックス）の製造販売承認を行った。

　4 月 27 日に開催された厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会において、武田社のワクチン（ノババックス）を、特例臨時接種として、1 回目から 3 回目までの接種を行う場合に使用するワクチンとして位置づけること、ワクチンは 1 回目・2 回目接種に使用したワクチンの種類に関わらず、3 回目接種に使用できることとすることが了承された。

---

[418] あわせて、4 回目接種に当たっても、海外在留邦人等向け新型コロナワクチン接種事業、在日米軍従業員接種やワクチン製造販売業者による治験で 3 回目接種をした者等、予防接種法に基づかない方法で 3 回目接種を受けた者であっても、予防接種法に基づく 4 回目接種を受ける機会が得られるよう、新型コロナウイルス感染症に係る注射であって、3 回目接種に相当するものについては、当該注射を 3 回目接種とみなすこととした。

[419] 4 月 28 日、政府は、大学生等への新型コロナウイルスワクチン接種促進事業に係る費用として、10 億円の予備費の使用を閣議決定した。

[420] 文部科学省は、計 742 大学において、学生に対するワクチン接種の機会が提供される見込みとなったことを公表した（2022.4.28）。

これを受け、５月 25 日に、予防接種法施行規則及び予防接種実施規則の一部を改正する省令により、武田社のワクチン（ノババックス）による１回目から３回目までの接種を予防接種法上の予防接種として位置づけるとともに、厚生労働大臣通知の改正等を自治体に通知した。

また、厚生労働省は、地方公共団体に対し、５月下旬から順次、武田社のワクチン（ノババックス）を配送する旨を連絡した(2022.4.28)。

４．ワクチン

10　オミクロン株 BA.5 による感染拡大（2022.６月～2022.９月上旬）

アウトライン

高齢者施設等のクラスターが発生していること等を踏まえ、７月以降、高齢者施設等の入所者、医療従事者等への４回目接種や若者等の３回目接種の促進に取り組んだ。

また、オミクロン株対応ワクチン接種について、７月 22 日の厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会において議論が開始された。オミクロン株対応ワクチンによる追加接種を初回接種を終了した者を対象に実施することを想定し、2022 年秋以降の接種を開始すること等が議論された。その後前倒しが重ねられ、最終的に９月から接種を開始したうえで、10 月から 11 月にかけて１日 100 万回を超えるペースの接種を実施する体制を整備することとされた。

（高齢者施設等の４回目接種の徹底等）

６月下旬まで感染は減少傾向が続いていたものの、高齢者施設等のクラスターが依然として発生していること、７月以降、新規陽性者数が急速に増加していたことを踏まえ、高齢者施設等の入所者への４回目接種の徹底[65]や若者等の３回目接種の促進に取り組んだ。７月 14 日には、総理から記者会見において、４回目のワクチン接種を医療従事者等に拡大することを表明するとともに、若者の３回目接種の呼びかけが行われた。

７月 22 日に、４回目接種の対象に医療従事者及び高齢者施設等の従事者を追加すること、武田社ワクチン（ノババックス）の初回接種の対象年齢を「18 歳以上」から「12 歳以上」に引き下げること、インフルエンザワクチンとの同時接種を可能にすることを第 33 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会で議論し、大臣指示通知等改正案が了承され、同日施行した。

（オミクロン株対応ワクチンの接種開始に向けた動き）

また、オミクロン株対応ワクチン接種についても、同日の厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会において議論が開始され、予防接種法上の予防接種に位置づけることとなった場合に備え、初回接種を終了した者を対象に「オミクロン株対応ワクチン」による追加接種を実施することを想定した準備を開始すること、オミクロン株（BA.1 型）と従来株に対応した二価ワクチンとすることが妥当であること、2022 年秋以降

[65] 厚生労働省から 2022 年５月から７月にかけて累次にわたり各自治体向けに通知し、６月には進捗状況の実態調査を行った。

に開始することが考えられること等が示された。その後、８月８日の第 34 回分科会においては、オミクロン株（BA.1 型）と従来株の二価ワクチンとすることを決定するとともに、10 月半ば以降、初回接種完了者全員に接種を実施することを想定して引き続き準備を進めることとされた。

８月 31 日には、総理から、10 月開始予定のオミクロン株対応ワクチンの接種開始を更に前倒しすることが表明され、９月６日には、総理から、オミクロン株対応ワクチン接種について、12 歳以上の方々を対象に、同月から前倒しして開始すること、山場となる 10 月から 11 月にかけて１日 100 万回を超えるペースの接種を実施する体制を整備することが表明された。

また、９月６日に、新型コロナワクチン接種の努力義務の適用対象から除外される者から、12 歳未満の者を削除する政令改正を施行[66]するとともに、３回目接種の使用ワクチンに 5〜11 歳用のファイザー社ワクチンを追加する関係省令等の改正をした[67]。

９月８日の政府対策本部において、「With コロナに向けた政策の考え方」を決定し、With コロナに向けた新たな段階への移行を進めることとしたが、この中で、全国民を対象としたオミクロン株対応ワクチンの接種促進として、

・10 月半ばを目途として、初回接種（１・２回目接種）を完了した 12 歳以上の全ての者に対する接種を開始することを想定して準備を行う
・輸入等の一部前倒しにより、順次国内配送可能となるワクチンを活用して、重症化リスクの高い等の理由で行われている４回目接種の対象者への接種を９月半ば過ぎに前倒しして開始する
・４回目接種の一定の完了が見込まれた自治体においては、配送ワクチンの範囲内で、その他の初回接種が終了した者（社会機能を維持するために必要な事業の従事者や年代別など）の接種へ移行する
・新型ワクチンについても引き続き、特例臨時接種として接種を勧奨（全額公費負担）する

ことを決定した。

（次の局面に向けた課題）
○　オミクロン株対応ワクチン接種の着実な実施及び接種促進

[66] 第 35 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会（2022.8.16）での議論・了承を経て施行した。
[67] 第 36 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会（2022.9.2）での議論・了承を経て追加した。

４．ワクチン

11 季節性インフルエンザとの同時流行に備えた対策(2022.９月中旬～2022.11 月下旬)

アウトライン

オミクロン株対応ワクチンについて、初回接種を終了した接種可能な年齢の全ての者を対象とし、９月 20 日から接種を開始した。

また、オミクロン株対応ワクチンの接種間隔について、「５か月以上」から「３か月以上」に短縮することが、10 月 21 日より適用された。

（オミクロン株対応ワクチンの接種開始）

９月 12 日、ファイザー社及びモデルナ社のオミクロン株（BA.1 型）対応二価ワクチンが薬事承認[68]された。オミクロン株（BA.1 型）対応二価ワクチンの接種について、予防接種法上の特例臨時接種に位置づけた上で、対象者は初回接種を終了した接種可能な年齢の全ての者とし、９月 20 日から接種を開始した[69]。

10 月５日には、ファイザー社のオミクロン株（BA.４-５型）対応二価ワクチンが薬事承認[70]され、10 月 13 日から接種を開始した[71]。また、ファイザー社の従来株の新型コロナワクチン（生後６か月～４歳用）が同日薬事承認された。

オミクロン株対応ワクチンの接種間隔について、「５か月以上」から「３か月以上」に短縮することが令和４年度第 11 回薬事食品・衛生審議会医薬品第二部会（2022.10.19）における了承及び第 39 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会（2022.10.20）での議論・関係省令改正案の了承を経て、10 月 21 日より適用された。

11 月１日には、モデルナ社のオミクロン株（BA.４-５型）対応二価ワクチンが薬事承認[72]され、11 月 28 日から、2022 年秋開始接種の使用ワクチンに追加した[73]。

また、11 月８日に従来株対応の武田社ワクチン（ノババックス）を 2022 年秋開始接種の対象ワクチンに追加した。

---

[68] 令和４年度第９回薬事・食品衛生審議会医薬品第二部会
[69] 第 37 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会（2022.9.14）での議論・関係政令等改正案の了承を経て開始した。
[70] 令和４年度第 10 回薬事・食品衛生審議会医薬品第二部会（生後６か月～４歳用ワクチンも同様）
[71] 第 38 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会（2022.10.7）での議論・了承を経て開始した。
[72] 令和４年度第 12 回薬事・食品衛生審議会医薬品第二部会
[73] 第 40 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会（2022.11.2 持ち回り開催）での関係省令等の改正案の了承を経て追加した（武田社ワクチン（ノババックス）の追加についても同様）。

４．ワクチン

11 月 26 日には、ワクチン接種回数が 1 日 100 万回を超えた。

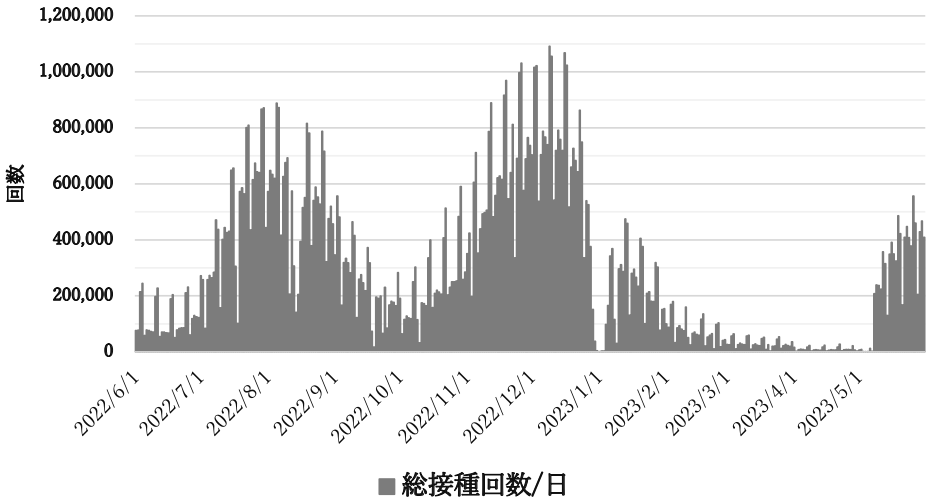


図９　１日あたりのワクチン総接種回数（2023 年７月 18 日時点）（2022 年６月～2023 年５月）

（感染症法等の改正）

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生及びまん延に備えるため、機動的なワクチン接種に関する体制の整備等を内容とする「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律案」を第 210 回臨時国会に提出し（2022.10.7）、12 月２日に成立、12 月９日に公布された。同改正法は、一部の規定を除き、2024 年４月１日までに施行することとされている。

（次の局面に向けた課題）

○　2022 年冬以降の感染拡大防止に向けたオミクロン株対応ワクチンの更なる接種促進

12　冬の感染拡大と感染症法上の位置づけ見直しに向けた対応（2022.12 月上旬～2023.５月上旬）

アウトライン

12 月以降、全国的に感染がさらに拡大していく中で、オミクロン株対応ワクチンのさらなる接種促進に取り組んだ。

また、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけ見直し以降の新型コロナワクチン接種の在り方について、12 月 13 日の厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会において議論が開始され、３月 10 日の政府対策本部において、ワクチン接種に

ついては、高齢者施設等における対応として、希望者に対する接種を行うこと、2023年度ワクチン接種は、秋冬に５歳以上の全ての者を対象に接種を行い、高齢者等重症化リスクが高い者には、秋冬を待たずに春夏にも追加で接種を行うとともに、引き続き、自己負担なく受けられるようにすることを決定した。

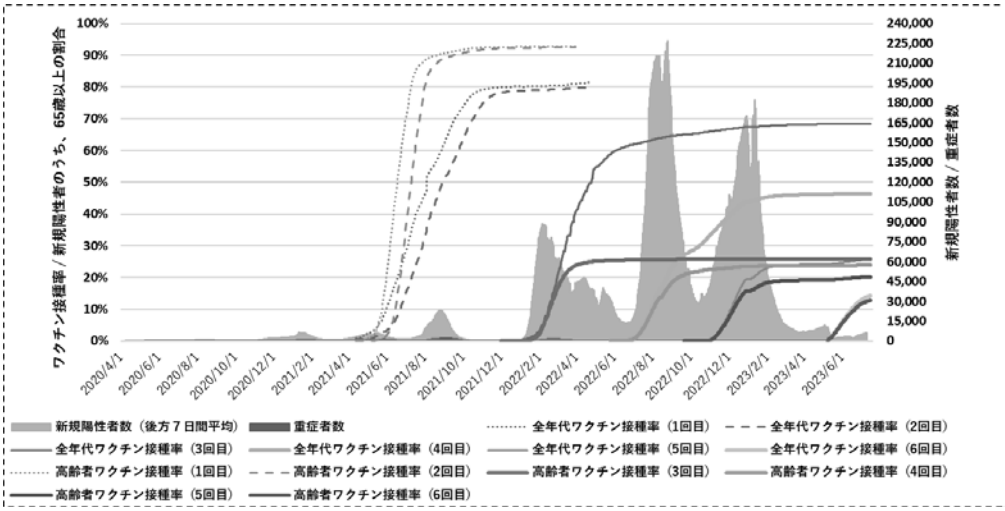


図 10　ワクチン接種の推移（通期）

（オミクロン株対応ワクチンの接種促進の取組）

12 月以降、全国的に感染が拡大していく中で、早期のワクチン接種の促進を呼びかける[74]とともに、特に高齢者施設等での集団感染が続いていることから、高齢者施設等における接種の徹底や進捗状況の実態調査を行うなど、オミクロン株対応二価ワクチンの更なる接種の促進に取り組んだ。

（今後のワクチン接種の在り方に関する議論）

12 月 13 日の第 42 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会において、モデルナ社のオミクロン株対応二価ワクチン（BA.1 型対応、ＢＡ.４－５型対応の両方）の接種対象年齢を「18 歳以上」から「12 歳以上」に引き下げることについて議論し、大臣指示通知改正案が了承され、12 月 14 日より適用された。また、同日の分科会において、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけ見直し以降の新型コロナワクチン接種の在り方について、議論が開始された。

1 月 20 日に総理から、新型コロナワクチンの接種については新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけ見直しにかかわらず、予防接種法に基づいて実施することが表明された。

[74] 2022 年 12 月 10 日　総理記者会見「国民の皆様には、ご自身や大切な方を守るため、引き続き早期のワクチン接種をお願いいたします。」

４．ワクチン

１月 27 日の政府対策本部において、厚生科学審議会感染症部会のとりまとめ[75]を踏まえ、特段の事情がない限り、５月８日から５類感染症に位置づける方針を決定したが、その中で、ワクチン接種については、感染症法上の位置づけ変更にかかわらず、予防接種法に基づいて実施することとなるため、４月以降のワクチン接種の在り方について専門家による検討は行っているが、必要な接種は引き続き自己負担なく受けられるようにすることとした[76]。

その後、２月８日の第 52 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会予防接種基本方針部会、２月 22 日（第 44 回）及び３月７日（第 45 回）厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会において、2023 年度のワクチン接種における接種スケジュールや対象者、公的関与の規定等について議論され、

・特例臨時接種の期限を 2024 年３月 31 日まで延長すること
・５～64 歳であって初回接種を完了しており、基礎疾患を有さない者は接種勧奨・努力義務の規定の適用対象から除外すること

等が了承された。

３月 10 日の政府対策本部においては、感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について決定した[77]が、その中で、ワクチン接種について、高齢者施設等における対応として、希望者に対する接種を行うこと、2023 年度ワクチン接種については、秋冬に５歳以上の全ての者を対象に接種を行い、高齢者等重症化リスクが高い者には、秋冬を待たずに春夏にも追加で接種を行うとともに、引き続き、自己負担なく受けられるようにすることとした。

また、2022 年１月 31 日より実施していた防衛省・自衛隊による新型コロナウイルスワクチン大規模接種を３月 25 日で終了した[78]。

---

75 「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけについて」
76 「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更等に関する対応方針について」
77 「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について」
78 防衛省・自衛隊による大規模接種は、2021 年５月 24 日～11 月 30 日にも実施した。

第9章

広報・リスクコミュニケーション

1　自治体からの情報提供（高知県）

〈家保 英隆　高知県理事（保健医療担当）・健康政策部医監〉

情報発信・利用については、インターネットの普及やICTの発展により大きく変化しており、あらゆる世代でソーシャルネットワーキングサービス（SNS）等のソーシャルメディアの利用が進んでいる。地方自治体でも、X（旧Twitter）、Facebook、YouTube、Instagram、LINE等のソーシャルメディアの活用が広がっているが、正確な情報を客観的に伝える必要のある新型コロナウイルス感染症に関する情報提供については、テレビや新聞等のマスメディアが大きな役割を果たしてきた。

この項では、新型コロナウイルス感染症の発生から５類移行までを年単位で区分して、四国４県の県庁からマスメディアへの情報提供の概要を各県庁ホームページから情報収集し記述する。情報提供の場面としては、会議等の公開、記者会見（知事または県庁職員）、資料投げ込み、電話取材対応などさまざまであるが、2024年５月末時点の４県のホームページで確認できた内容を中心に記述する。情報検索しきれなかった可能性もある点はご容赦いただきたい。

（1）会議等の公開

４県の新型コロナウイルス感染症に関する会議の開催状況を**図表１**に示す。４県とも知事を本部長とする「新型コロナウイルス感染症対策本部会議」（以下、「本部会議」という）をメインとして、県としての意思決定・意思表示を行ってきた。本部会議設置以前については、香川県では健康福祉部長を会長とする課長級の対策検討会議を４回、徳島県では知事を会長とする部長級の危機管理対策本部会議を４回、おのおの開催し、コロナ対応の準備を行っている。

本部会議以外では、愛媛県は松山市との対策本部会議（２回）や県・20市町合同対策本部会議（20回）を開催するなど、県市町の意思疎通を図った取り組みを情報提供している。

経済面での影響も懸念されることから、香川県では本部会議に併せて経済・雇用対策本部会議（23回）を開催したり、愛媛県では商工会議所等の経済労働関係団体や県農協中央会等の農林水産関係団体の代表が参加した経済対策緊急会合（２回）を開催するなど、関係団体の要望を踏まえて取り組みを実施していることを明確にしている。

会議には、各紙記者の傍聴だけでなくテレビカメラが入ることがほとんどである。会議終了後のぶら下がり取材を除いて記者からの質問はなく、記者等の取捨選択はあろうが基本的には県が説明した内容を報道することとなる。大本営発表的ともいえる。

会議の内容は、当初は感染状況の報告と各部局の取り組み、知事からの部局への指示事項などが中心であったが、次第に国の指標等を参考に県独自の指標を設定し感染状況を評価して、その状況に応じた県民への呼び掛け、県としての施策などを説明する場に変化してきた。

開催時間等が明らかになっているのは２県（徳島県と香川県）で、おのおのの平均開催時間が18分（10分～45分）、23分（５分～40分）とコンパクトになっており、あらかじめ協議し、決定した事項をマスメディアの協力を得て広く県民に伝える場として活用している。

本部開催回数は香川県が128回と４県で最も多いが、そのうち書面による持ち回り開催が64回と

半数を占めていた。香川県では書面開催の場合、次項の知事の臨時記者会見でその内容を説明することがあり、単なる書面提供以上の対マスコミ、対県民への情報提供の効果性向上に努めている。

第６波以降（2022年以降）、開催数は減少しており、特に全数把握見直し後（2022年９月26日以降）は、香川県10回（すべて書面持ち回り開催）、徳島県５回、愛媛県７回、高知県８回と激減しており、制度見直しに伴い各県の情報提供のありようが変化した。

図表１　４県の新型コロナウイルス感染症対策本部会議の開催状況

県名	形式	2020年	2021年	2022年	2023年	計
徳島県	県単独	37	33	15	2	87
香川県	県単独	33	55	36	4	128
愛媛県	県単独	10	32	19	4	65
	県市町合同	13	7	2	0	22
高知県	県単独	16	21	19	4	60

（2）記者会見

記者会見では、会見者からの説明、記者との質疑応答の流れで進み、マスメディアは得た情報を取捨選択・編集し、紙面やテレビ画面等を通じて県民に情報提供する。いわば、県側とマスメディアのガチンコ勝負である。同時に県側も、知事記者会見については県庁ホームページに議事録（概要を含む）やYouTube動画等を掲載し、情報提供を行っている。

①知事記者会見

知事記者会見は、定例会見と臨時会見に分かれる。

定例会見は、県議会開催期間などを除き、高知県では月２回、香川県では週１回など各県で決まった頻度で行われている。おおむね知事からの説明（ない場合もあり）、幹事社の代表質問・応答、それ以外の任意質問・応答となり、事前に予定時間を想定しているが往々にしてそれを超過することもある。

４県の実施状況は**図表２**の通りである。

定例会見は、香川県が他の３県の２倍開催されているが、これは開催頻度の違いによると思われる。臨時会見では、愛媛県が444回（知事本人が会見で451回発言されており、筆者が確認できない会見が７回あるものと思われる）と最も多く、高知県が32回と最も少ない。感染者の初発例等、新型コロナウイルス感染症の発生当初は、各県とも知事自らが、感染者の属性、濃厚接触者の状況等などを説明していたが、感染例が増えるにつれ、高知県では臨時会見の方針が変わってきた。

高知県では、県内の感染状況の説明（感染者数とその属性、クラスター等の発生状況と対応、検査状況、入院状況等）は、筆者（当時健康政策部副部長）または副部長級の公衆衛生医師が担当する記者レクで対応し、緊急事態宣言時やまん延防止措置の適用等の大きな節目や、飲食店への時短営業の要請、医療逼迫回避のための自宅療養の開始等など、重要局面において県民に説明し強く協力を求める場合に、知事の臨時会見で対応することとした。

一方、他の３県の知事臨時会見では、少なくとも全数把握が見直されるまでの間は、コロナ対策

の重要な変更、県民への呼び掛けだけでなく、感染状況等（感染者属性や積極的疫学調査に基づく患者の関連、クラスターの詳細等）の説明を行ってきた。そのため、臨時会見の回数が増加したものと考える。

この違いは、誰が情報発信するのが最も県民への訴求力が強いのか、科学的にどこまで説明すべきか、会見準備の効率化等などに対する、各県知事の考え方によるものと思われる。また、県当局と記者クラブ等のマスメディアとの普段からの関係性が関与しているのかもしれない。

新型コロナウイルス感染症患者の医療の確保（検査協力医療機関や入院協力医療機関など）は保健所の圏域を越えて県庁が調整するが、感染者対応や積極的疫学調査は保健所が担当する。中核市保健所からの情報をいかに会見で扱うかでも、高知県、香川県、愛媛県の３県で違いがあった（中核市がない徳島県を除く）。

高知県では、コロナ初期の2020年に７回、知事および高知市長の合同会見（事務方として筆者および市保健所長が同席）を行ったが、2021年以降は知事単独会見である。一方、香川県では、高松市の感染者の情報は高松市が説明するとの役割分担の下、当該事案があった場合、知事会見には高松市長または市幹部が同席して実施している。愛媛県では、松山市を含め県全体の情報を集約して県が一括して記者発表し、松山市はそれを踏まえ市民向けに情報提供や感染拡大防止の呼び掛け等を実施するとの役割分担の下、県会見の後市会見を実施したため、知事・松山市長同席会見は松山市初発事例判明時の１回だけであった。いずれにしろ、都道府県と中核市の関係はさまざまである。

また、保健所以外に検査で重要な役割を担っている地方衛生研究所については、各県に設置されているが、知事会見に同席したのは愛媛県で５回確認できた。変異株等の分析など、高度に科学的な領域の説明については、専門家を適宜同席させ、会見の信頼性を高めるよう工夫していると考える。

図表２　４県の知事記者会見の実施状況(新型コロナウイルス感染症関係)

県名	形式	2020年	2021年	2022年	2023年	計
徳島県	定例	22	8	17	3	50
	臨時	91	179	75	2	347
香川県	定例	27	34	27	12	100
	臨時	67	92	34	0	193
愛媛県	定例	13	18	8	1	40
	臨時	135	183	121	5	444
高知県	定例	13	12	13	4	42
	臨時	19	8	4	1	32

②事務方の記者会見

他の３県の状況が十分に把握できないので、この項については高知県の状況を記載する。

2020年から2021年３月末までは当時副部長であった筆者と、2021年４月以降は副部長級の川内医監とが、土日を含めてほぼ毎日、記者会見を行った（週１回は交代するよう努力）。高知市の案件

については市保健所長等が当初同席することもあったが、高知市保健所の業務が逼迫するにつれ、基本的に高知市分も含めて県側が対応することを原則とした。

コロナ発生の初期では、検査結果や疫学調査の結果が判明後、できるだけ早く公表するようにしていたが、回数を重ねるにつれ、午前中（その後、午後１時半）の記者会見の有無（感染者の有無）を連絡し、午後４時（その後、午後４時半）に記者会見となるように、記者クラブと合意を図った。

記者会見に用いる資料の内容は、１日100例未満に感染がとどまっていた2021年８月下旬までは、前日確認された感染者の情報（居住地等、年齢、性別、職業、重症度、接触歴等、症状・経過等）、累積の患者状況（入院、宿泊療養、自宅療養、退院等）、検査の状況であり、原則として全例説明していた。それ以降は、年代、性別、居住地、職業、重症度等の分布、累積の患者状況、検査の状況を数値のみ記載し、全体傾向の説明にとどめた。

感染者が確認された場合は基本、対面で記者会見し、公表資料に記載していないレベルの記者質問に対応してきた。一時期、書面による情報提供のみでの実施を考えたが、対面説明がなくなると各社から感染症担当に別々に電話での問い合わせが入り、業務に支障を来す可能性が高いことから、会見時に一括して幹部が対応することで、担当職員の業務の円滑化を図った。県庁記者クラブの人数も少なく、また、会見者が限定されていたことから、記者会見を重ねるにつれ、県民に必要な情報を共同して伝えるとの感覚が共に醸成されたように感じた。特に、ライブ配信される取材時間の質問とオフレコで尋ねるレベルの質問のさび分け等が安定化し、全国紙等の記者が異動で新規参加した場合など、前から参加している記者が上手に話をしてくれ、安定した記者会見ができたのは非常にありがたかった。

本庁担当者は、保健所職員が苦労して把握した感染者の詳細情報（属性、症状、行動歴、濃厚接触者情報、患者間の関連性等）を分かりやすくかつ正確な公表資料に取りまとめ、上司（高知県の場合、記者会見担当者）の確認を得るのは大変な作業である。当然ながら、記者会見前には、土日、休日を含めて知事レクを行い了承を得る手順は踏んでいるが、そのレベルを知事自らが会見し記者の質問に対応できるまでに高めるためには、時間的制約の中、事務方に極めて多大な労働負荷をかけることが容易に想定できる。高知県のやり方は担当者としては非常にありがたかった。他の３県の事務方の努力と能力の高さは尊敬に値すると考える。

（3）おわりに

ソーシャルメディア（SNS等）を利用されている都道府県もあると思われるが、筆者のレベルがそこまで達していないので、マスメディアとの関連で記述した。従来、行政の保健医療部門が記者会見するのは、大体が不祥事関係（個人情報漏えい等々）で陳謝する場面であり、筆者としては非常に貴重な経験を得た。

今後に備えては、以下の点などを保健医療部門でも考え、準備しておくことが重要だと思う。

・広報担当者は少数に限定し、研修等を確保して経験値を上げる
（出たとこ勝負＜OJT＞でも可能だが、最初は大変だ）
・普段からマスメディアからの接触があれば丁寧に対応し、関係性を確保する
（両方がWIN-WINになる関係を普段から意識しないと、一方的な利活用は難しい）

2 岩手県における主に第６波から第８波の対応 ～2023年冬まで県・保健所で対応した業務、入院調整について～

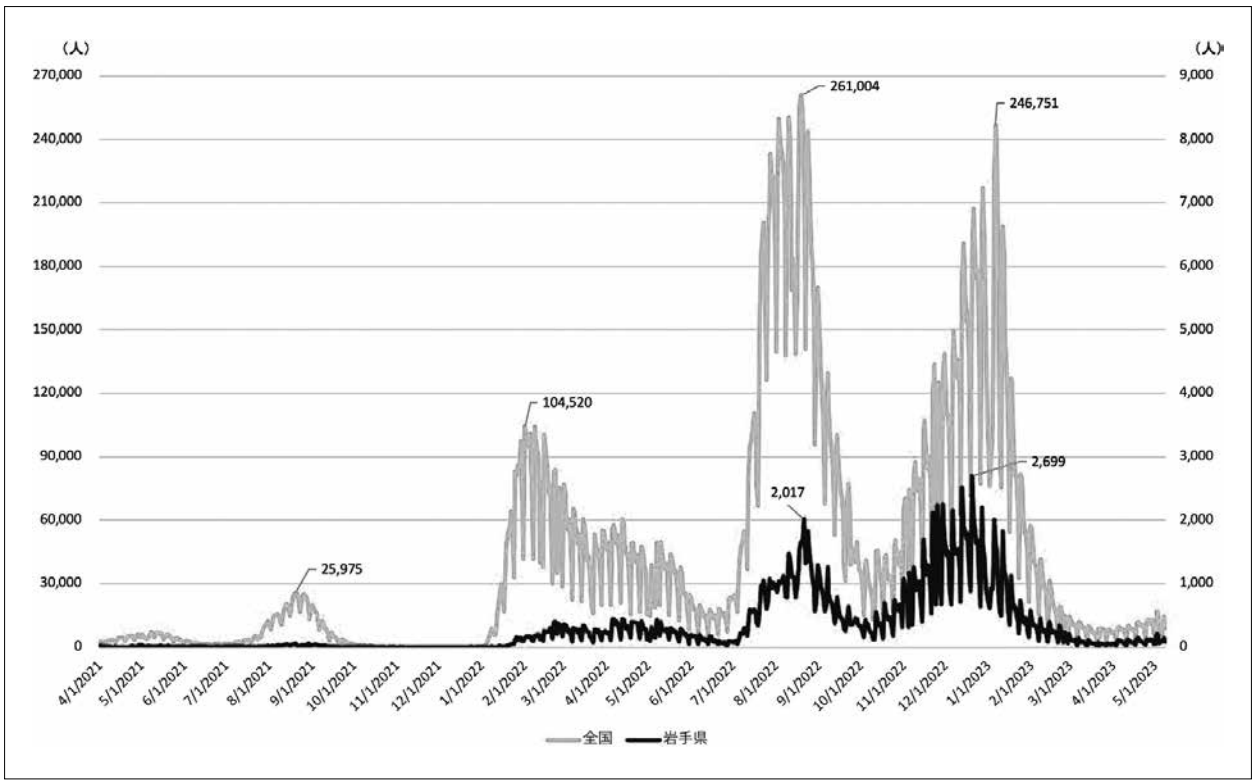
〈仲本 光一　岩手県県央保健所長／元岩手県奥州保健所長（兼）一関保健所長〉

（１）岩手県全体の総括

筆者は2023年３月末までは県南に位置する奥州保健所（一関保健所兼任）に勤務し、４月以降に盛岡に位置する県央保健所に異動したため、県全体のデータについては、県庁保健福祉部・復興防災部等から提供いただいた。

2020年１月16日に国内第１例が確認され、順次全国に広がったが、岩手県で第１例が報告されたのは同年７月29日であり、国内では最後の報告県だった。ただ、７月まで手をこまねいたわけではなく、県では一般相談窓口を設け、２月には「帰国者・接触者外来」を設置し、岩手県新型コロナウイルス感染症対策専門会議・対策本部を設置、県独自の宣言発出や基本的な感染対策の呼び掛けを行うほか、全国有数の県立病院ネットワーク（全国１位の20病院、６地域医療センター）を活用して、全県的な医療提供体制を確保するなど対応に当たっていた。また横浜港に停泊したダイヤモンド・プリンセス号で発生した事例の際には、東日本大震災を契機として設立されたＩＣＡＴ（いわて感染制御チーム）が日本環境感染学会から派遣され、現場で対応に当たり、その知見を早い段階で本県に持ち帰ったことが県の専門家会議や対策本部で有効に機能した。その後、県内でも感染が拡大し、2022年12月には１日の陽性者数が過去最大の2,699人を記録した**（図表１）**。最終的には、

図表１　岩手県の１日当たりの新規感染者数の推移（2021年4月1日～2023年5月8日、公表日ベース）



出典：厚生労働省オープンデータより、岩手県保健福祉部・防災復興部作成

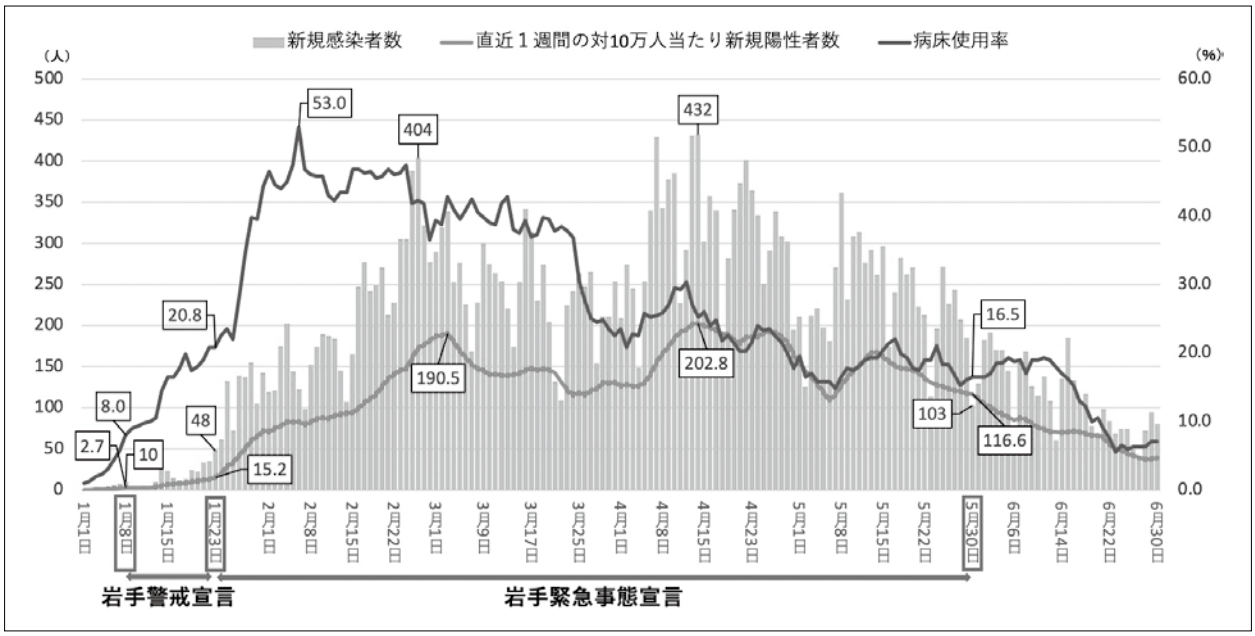
県内の新規感染者数は、2023年５月７日時点で、累計23万7,794人、人口10万人当たりの新規感染者数は２万135人と全国最少となっている。なお、県内の死亡者数は2023年５月７日時点で、全国で14番目に少ない累計625人となっている。

（２）第６波以降の県の対応

図表２　岩手県保健福祉部作成ポスター

県内でオミクロン株が確認されたのは2022年１月であり、８日に「岩手警戒宣言」、23日には「岩手緊急事態宣言」**（図表２）**を発出、混雑場所や感染リスクの高い場所への外出自粛、緊急事態宣言が発出されている地域への不要不急の往来の自粛要請を行った。２月18日には、本県で初めて直近１週間の新規感染者数が100人を超え（対人口10万人）、「学校、幼稚園・保育所等、高齢者施設、職場における感染対策のお願い」を発出した。新規感染者数が減少し５月30日には緊急事態宣言がいったん解除されたが、７月以降感染者数が急増し、高齢者施設における一斉検査、高齢者に対応した宿泊施設を開設した**（図表３）**。８月31日以降、国は全数把握について自治体の判断で見直すと決定したが、本県については本部員会議で、全数把握の継続を決定した。11月30日、県における新レベル分類**（図表４）**の判断基準を決定。12月20日、過去最大となる１日2,699人の感染者を報告した。2023年５月８日、５類感染症への移行に伴い、対策本部は廃止、新体制として「岩手県新型コロナウイルス感染症連絡会議」が設置された。

図表３　２回目の岩手警戒宣言、岩手緊急事態宣言期間の感染状況（2022年１月～６月）



出典：岩手県保健福祉部・復興防災部作成資料

図表４　岩手県における新レベル分類の運用について

オミクロン株に対応した新レベル分類における、岩手県の判断基準については、以下のとおりとする。

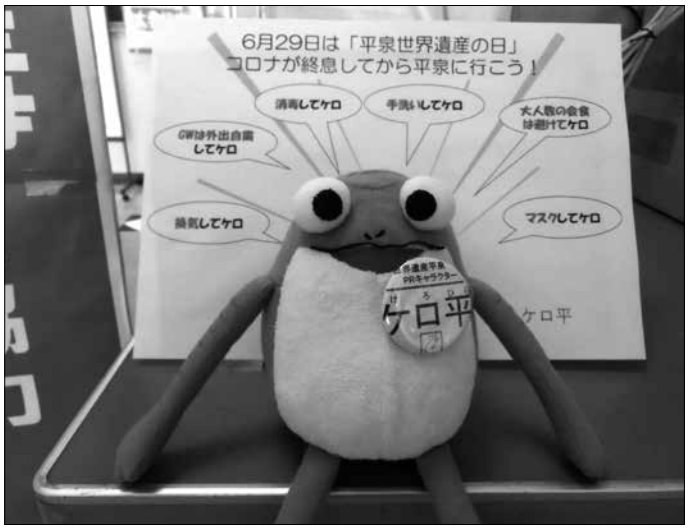
		感染小康期	感染拡大初期	医療負荷増大期	医療機能不全期
オミクロン株対応の新レベル分類		レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
レベル判断に関する事象	保健医療の負荷の状況	・外来医療・入院医療ともに負荷は小さい	・診療・検査医療機関（発熱外来）の患者数が急増し負荷が高まり始める ・救急外来の受診者数が増加する ・病床使用率、医療従事者の欠勤者数が上昇傾向となる	・発熱外来・救急外来に多くの患者が殺到する、重症化リスクの高い者がすぐに受診できない状況が発生 ・救急搬送困難事案が急増する ・入院患者が増加し、また医療従事者にも欠勤者が多数発生し、入院医療の負荷が高まる	・膨大な数の感染者に発熱外来や救急外来で対応しきれなくなり、一般外来にも患者が殺到する ・救急車を要請されても対応できない状況が発生する。通常医療も含めた外来医療全体がひっ迫し、機能不全の状態 ・膨大な数の感染者により入院が必要な中等症・重症の患者数の絶対数が著しく増加する ・多数の医療従事者の欠勤者発生と相まって、入院医療がひっ迫する ・入院できずに自宅療養中・施設内療養中に死亡する者が多数発生する ・通常診療を大きく制限せざるを得ない状態
	社会経済活動の状況	－	・職場の欠勤者が増加し、業務継続に支障を生じる事業者が出始める	・職場で欠勤者が多数発生し、業務継続が困難になる事業者が多数発生する	・職場の欠勤者数が膨大になり社会インフラの維持に支障が生じる
	感染状況	・感染者数は低位で推移しているか、徐々に増加している状態	・感染者数が急速に増え始める	・医療の負荷を増大させるような数の感染者が発生する	・今冬の新型コロナウイルス感染者の想定を超える膨大な数の感染者が発生する
レベル判断に関する指標		病床使用率: 概ね0～30%	病床使用率: 概ね30～50%	病床使用率: 概ね50%超 重症病床使用率: 概ね50%超	病床使用率: 概ね80%超 重症病床使用率: 概ね80%超

出典：岩手県新型コロナウイルス対策本部第66回本部員会議資料

（3）保健所の対応　リスク・コミュニケーション

筆者の勤務していた奥州・一関保健所、現在の県央保健所の対応について説明する。保健所においては、住民と身近に接する最前線であるため、情報発信・問い合わせに対して分かりやすく、丁寧な説明をする必要があった。岩手県の〝ゆるキャラ〟を入り口に置いて、体温測定などと一緒にアドバイスを掲示した（2020年１月開始。**〈図表５〉**）。さらに幅広い年齢層への情報提供のため、大学・学校、公民館など、あらゆる場所、機会を捉えて、説明会、講演会を実施した（2020年５月開始）。若者向けにはＸ（旧Twitter）やインスタグラムなどのＳＮＳを利用して頻回に（２日に１度程度）情報発信（2020年１月19日開始）、高齢者向けには、地元地方紙・ＮＨＫ盛岡に情報を提供し、掲載・放送した（2020年１月29日開始）。また、高齢者施設でクラスターが発生した際には、現場に保健所職員や県のタス

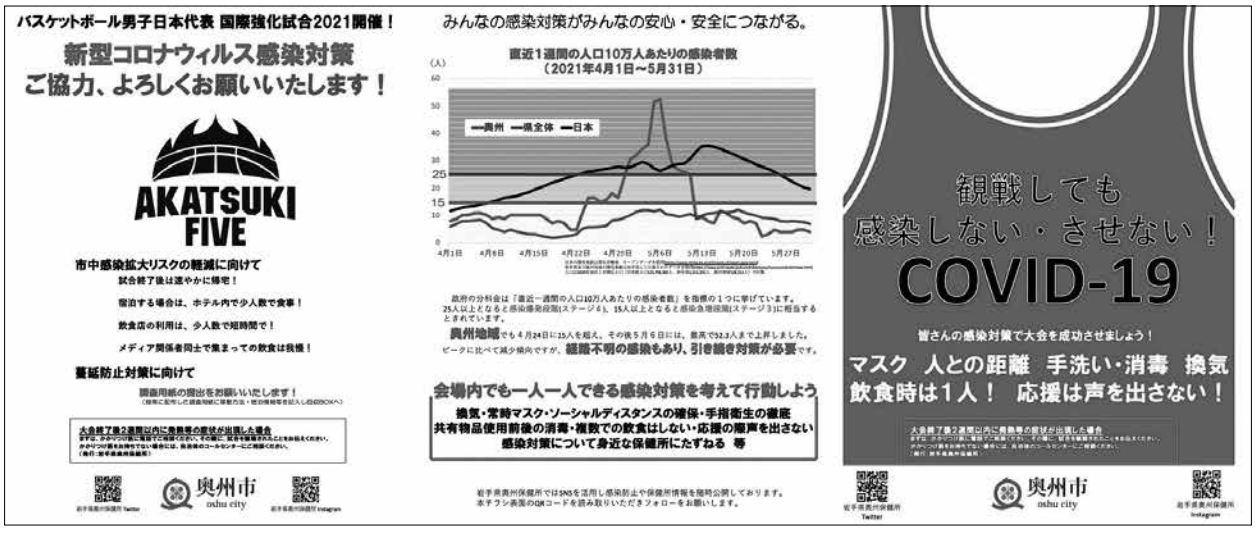
図表５　保健所入り口に置いた〝ゆるキャラ〟と掲示板



クフォースチームが詰めて対応を行った（2021年５月以降）。奥州市からバスケットボールの国際試合を開催する際の対応についての相談があったケースでは、市の担当者と共に、事前広報、現場対応、ポスター作成・配布、地元飲食店への注意喚起などを実施した（2021年６月。**〈図表６、図表７〉**）。さらに県域内医療関係者、医師会、市・町担当者、高齢者施設担当者、県担当者などとのメーリングリストを作成し、さらに毎日夕方に情報交換を目的としたZOOMでの情報交換連携会議（以下、「ZOOM連携会議」という）を開始した（一関では2020年11月、奥州では2021年４月開始）。このZOOM連携会議は、現在勤務している盛岡県域でも実施している（2023年４月開始。盛岡県域内は奥州・一関地域と比べて病院・診療所数が多いため、２グループに分けてそれぞれ月１回程度実施している）。ZOOM連携会議には、消防担当者も参加いただき、救急搬送困難事例（搬送まで30分以上、５か所に断られた事例）について逐次報告いただいている。

図表６　国際バスケットボール試合会場での見回り（筆者、保健師）、注意喚起

図表７　国際バスケットボール試合会場で配布したチラシ、掲示したポスター



2022年初頭から始まった第６波以降、本県でも感染者数は急増し、病床確保が難しい状況が続いた。保健所職員は休日返上で疫学調査、検査の確保と実施、病院への問い合わせ等の対応に追われ

図表８　ZOOM連携会議

た。基幹病院では院内クラスターや職員・家族の感染によりスタッフが不足し、病棟閉鎖や救急受け入れ困難な状況が発生した。そんな中、連日実施していたZOOM連携会議が有効に機能した**（図表８）**。会議では、保健所からは国内外や厚生労働省からの最新情報（変異株情報、最新治療マニュアルなど)、地域の感染症発生状況、クラスター発生状況、コロナ対応病床の空き状況（G-ＭＩＳ)、軽症者用宿泊施設の空き状況などを報告した。病院側からは院内クラスターの発生状況、病棟閉鎖の状況、コロナ以外の救急患者受け入れ状況、スタッフの確保状況等が報告された。クラスターの発生した高齢者施設では、現状で不足している物資、スタッフの補充はあるかなどが報告された。医師会からは夜間・休日当番での感染者数の情報、消防からは搬送困難事例についての報告が行われた。こうした情報を会議の場で遅滞なく共有した結果、県、市・町、消防、公立病院、医師会、高齢者施設等、ほぼすべての関係者間で現状の理解が深まり連帯感が生まれ、地域一体となっての早期の一斉検査体制の整備、病床確保、後方搬送事例の早期対応に繋がった。ZOOM連携会議の場で、「…そういう状況なら、うちの病院で週末に一斉検査を実施します。高齢者施設に感染管理認定看護師を派遣して指導に当たらせます」と多くの医療関係者自らが手を挙げて、実際に派遣していただき、保健所としては本当に助けられた。

さらに、2020年の早期の段階から、県や保健所から迅速で適切な情報提供を行っていたことが、住民の意識を高め、結果として感染者数や死亡者数を低く抑えることができたのではないかと感じた。東日本大震災を経験し、もともと真面目な県民性もあり、日常的にも防災意識が高かったことについても言及しておく。

今後も、こうした新興・再興感染症は発生するものと予想されるが、一番大切な点は、地域住民を含めた関係者間の密接なコミュニケーションであることを改めて痛感している。

3　生活の中での感染対策の変遷

〈和田 耕治　一般財団法人日本公衆衛生協会理事〉

新型コロナウイルスのパンデミックが始まった初期においては、ワクチンも効果的な治療薬もなく、生活の中での感染対策だけが頼りとなった。2020年５月４日に、新型コロナウイルス感染症専門家会議から「新しい生活様式」の実践例が示された。感染防止の３つの基本として、「身体的距離の確保」「マスクの着用」「手洗い」が挙げられ、その他に実践例が紹介された。その後も、追加の感染対策として、会話や飲食のある場面でのパーティションの設置や換気の目安としての二酸化炭素モニターの活用なども行われ、中には公的な補助金が支出された。

本稿では、生活の中での感染対策に関して2022年から2023年５月８日に感染症法上の５類感染症へ移行するまでの間に行われた議論や実践の変遷について取り上げる。

（1）リスクに応じた感染対策への議論

年単位となった感染対策の実施により、例えば子どもたちの間でお互いにマスクをした顔しか分からない、結婚式や卒業式といった大事な儀式の延期や中止などといった課題が認識された。また、ワクチン接種も進み、オミクロン株となって成人や子どもたちでは重症化のリスクは低減したことが分かってきた。

英国では2022年１月19日にボリス・ジョンソン首相（当時）が感染対策の変更を示し、１月20日からは中学校と高校での教室内でのマスク着用が義務でなくなるとし、さらに、27日には公共の場所でのマスク着用義務を終了するとした[1)]。一方で同記事の解説にもあるように、保健担当編集委員からは、対策の緩和の早過ぎを指摘する意見もあった。また、英国での抗体の定期的なサーベイランスでも同時期においては高齢者を含めて８割から９割が一定以上の抗体をすでに得ているというデータも得られていた。

日本では、オミクロン株の伝播力の高さから感染者数の急増、高齢者を中心とした死亡者数の過去最高の更新なども懸念される中で、感染対策を一部変更する、また一部の対策をやめるといったことについての発信は矛盾する部分もあり、情報の伝達や実践の変更を決定し、市民に伝えるという点において困難な面もあった。

2022年12月からは、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けについてアドバイザリーボードでも議論が行われた。そうした状況を踏まえて2023年１月25日のアドバイザリーボードに岡部信彦先生提出資料にて「これからの身近な感染対策を考えるにあたって」として、次のような考え方が示された[3)]。

これからの身近な感染対策の考え方

○これからの感染対策は、地域での流行状況が大幅に拡大し、社会的に大きな影響を与える事態が想定される場合を除き、これまでの政府の要請に基づく一律の感染対策から、個人や集団が流行状況やリスクに応じて、主体的に選択し、実施することになる。

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

2023年１月27日の厚生科学審議会感染症部会において５月８日から感染症法上の５類感染症に位置付けることが示された。また、２月10日にマスクの着用については、行政が一律にルールとして定めるのではなく、個人の主体的な選択を尊重し、マスクの着用は個人の判断に委ねることを基本とすること等を政府対策本部において決定した。

（2）特定の感染対策を変更またはやめることについての議論で留意したい点

企業や学校などが「ガイドライン」や「手引き」を作成していたこともあり、生活の場でさまざまな感染対策が実践されていた。そのため、ガイドラインや手引きを状況に応じて自ら変更するというのは、感染リスクが高くなる可能性も受け入れなければならず、現場だけでの判断は難しかった。また、対策をやめるということについて、過去の実践は必要なかったような否定されたという認識や、「やめて本当に大丈夫か？」といった問いなどが出されることもあった。ある感染対策をやめる議論や相談を行う際にも、その対策を「やめる」か「やめないか」の議論するのではなく、その他の対策を行っていることの前提で、その対策をやめるかどうかを議論しなければ現状維持で継続になってしまうこともあった。

一例であるが、接触感染対策としての環境の定期的な清掃や消毒は現場の負担が多かった。現場の提案や判断で、消毒する場所の対象範囲が広がったり、頻度が多かったりするなどして人員やコ

ストを必要としたり、そうした確保ができない場合には職員が疲弊していることもあった。外部に委託している場合には、そうした作業に感染リスクを想定した手当てが含まれたりするなどした場合もあり、その作業を現場でやめるということも困難なことであった。

高齢者施設や入院病棟の面会制限などは、特に厳格であった。高齢者が孫に会えない、「看取り」に立ち会えないといったことも長期にわたった。感染対策の責任が施設側にあるとはいえ、人権にも配慮した対策ができているかも課題であった。

（3）おわりに

感染症法での位置付けや政府の方針などが示され、また変更の時期も示されたことは、意思決定のプロセスとしても市民の理解を得る上で重要であったと考える。2023年５月８日の前後はこれまでの流行において、比較的流行が落ち着いている時期であったこともタイミングとして理解されやすかった面があった。一方で不安な人も一定数いるわけであり、丁寧なコミュニケーションや、医療機関など対策の継続が必要なところにも配慮が必要である。

東京感染症対策センター（Tokyo Center for Infectious Diseases Prevention and Control：東京iCDC）のリスクコミュニケーションチームは定期的に都民に対して調査を行っており、市民の認識などがモニターされていた[4)]。感染対策について市民の認識も変わりつつあることが示された。こうしたデータを定期的に取得し、公開することは次のパンデミックにおいて考慮すべきと考える。

■参考文献

１）BBC. 英イングランド、マスク着用義務を終了へ　オミクロン株は収束傾向.2022年１月10日
https://www.bbc.com/japanese/60063782
２）Office for National Statistics. Coronavirus（COVID-19）latest insights: Antibodies
https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/articles/coronaviruscovid19latestinsights/antibodies
３）岡部ら.これからの身近な感染対策を考えるにあたって（第１報）.第115回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード資料
https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001044065.pdf
４）東京都. 東京iCDCリスコミチームによる都民アンケート調査結果（2023年２月実施）
https://www.bousai.metro.tokyo.lg.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/023/293/20230316_07.pdf

4 リスクコミュニケーションの実践と課題
―コミュニティ・エンゲージメントとしての感染症対策を支え続けるために―

〈奈良 由美子　放送大学教養学部・大学院生活健康科学プログラム教授〉

（1）はじめに

新型コロナウイルス感染症パンデミックでは、さまざまな主体間、またさまざまな場面でリスクコミュニケーションが実践されてきた。著者は、東京iCDC（東京感染症対策センター）専門家ボード・リスクコミュニケーションチームのチームリーダーとして、2020年10月から現在に至るまでリスクコミュニケーション実践を継続して行っている。また、内閣官房新型インフルエンザ等対策推進会議の構成員として、特に2023年９月からは新型インフルエンザ等対策政府行動計画の改正に関する議論に加わってきた。

本稿では、そこでの経験も踏まえながら、主にわが国での第６波（オミクロン株）から第８波での５類移行まで、および５類移行後におけるリスクコミュニケーションの実際を述べた上で、次なる感染症危機に向けてのリスクコミュニケーションの課題を考える。

（2）リスクコミュニケーションの要点

ここで改めてリスクコミュニケーションの要点について述べておきたい。リスクコミュニケーションは、個人、機関、集団間での情報や意見のやりとりを通じて、リスク情報とその見方の共有を目指す活動であり、適切なリスク対応（必要な情報に基づく意思決定・行動変容・信頼構築等）のために行われる。

「リスクコミュニケーションは一方向の情報提供である」との誤解を受けることがあるが、そうではない。学術的のみならず、世界保健機関（World Health Organization：WHO）や米国疾病予防管理センター（Centers for Disease Control and Prevention：CDC）を含めた国内外の多くの公的機関が示す定義に共通するのは、リスクコミュニケーションは多様な関与者の相互作用性を重視していることである。ただし、極度で突発的な危険に直面した際のクライシスのフェーズにおいては、トップダウン的・一方向的なコミュニケーションのウエートが大きくなる。

感染症対策を行う上では、あらゆる利害関係者（ステークホルダー）を「感染症リスクを小さくするためのパートナー」として捉えることが必須となる。これは「コミュニティ・エンゲージメント（community engagement）」と呼ばれ、コミュニティが抱える課題を解決し状態をより良くするために、行政・専門家・市民等のステークホルダーが関係性を構築し協働するという現代のリスクコミュニケーションに必須の考え方である[1)]。この方策は環境問題、防災、街づくりなどさまざまな分野で用いられているが、新型コロナウイルス感染症パンデミックにおいても重視された。WHOが2022年に出した「リスクコミュニケーションとコミュニティ・エンゲージメントを介した信頼の構築」と題した政策指針でもその重要性が強調されており、同指針では、第１にコミュニケーションを通して信頼を深めること、第２に解決策を地域住民と共に作り上げること、そして第３に緊急事態でない平時からこうした対応能力を養っておくこととされている[2)]。

（3）人々の行動変容維持を促すリスクコミュニケーション

新型コロナウイルス感染症パンデミックでは、長期にわたる人々の行動変容が必要となった。人々に感染防止対策の持続を促すためにどのようなリスクコミュニケーションを行うべきかは、行政を含め多くの組織や機関が抱える課題の一つとなった。

新型コロナウイルス感染症は、発生初期においては臨床像やウイルスの特性も有効な対処方法についてもよく分からなかった。高い不確実性を抱えるこのリスク事象についてのコミュニケーションは困難を伴った。一方で、新興感染症ではその初期にはリスクの未知性や恐ろしさを強く認知するようなコミュニケーションが有効に作用するという側面もあった。

しかし、トップダウンで一方向の情報発信の効果は、次第に限定的となっていく。とりわけ、オミクロン株が主流となって以降は、症状や重症化率等のデルタ株との違いから、人々にリスクの過小評価や感染対策低調化が生じることが懸念された。また、パンデミック発生以降すでに２年もの間、自粛生活が続いている中、いわゆるコロナ疲れも見られた。こうした状況でのリスクコミュニケーションにおいて、相手はそれぞれの価値観と合理性を持って判断し行為する主体であるとの前提に立つことの意義はいっそう重要となった。次節で述べるところの東京iCDCでのリスクコミュニケーションは、一貫してそうした考えによりながら行われた。その際、**図表１**に示すような英国政府の非常時科学諮問委員会（Scientific Advisory Group for Emergencies: SAGE）[3)] のガイドも参考にした。人々を感染症対策のパートナーとして尊重し、個人の取り得る対策を具体的に提示し、自己効力感と自分ごと意識を持ってリスクを捉えて対処に当たれるようなリスクコミュニケーションを試みた。

図表１　人々に行動変容維持を促す上での７つのポイント（SAGE）

①行動を制限することに対して、よりリスクの少ないポジティブな代替案を提示・支援する。
②「人々はウイルス制御に努力している。その努力が感染拡大を抑え、公益をもたらしている」といったポジティブなフィードバックを行う。失敗への言及は努力の継続を阻害するので避ける。
③すべての人が感染対策をする上で重要な役割を担っていることを強調する。特定のサブグループや行為を名指ししての非難は避ける。
④感染拡大を抑制するため、人々がそれぞれの環境を変え、新しい社会的習慣を形成することを促す。本人だけでなく周囲の人や属する集団、環境の再構築も必要である。
⑤人々がリスクのある行動をとってしまう状況や理由を理解し、受け入れ可能な解決策を一緒に考え、支援する。主体的で自律的な動機付けは行動変容の持続において効果的である。
⑥法令やルールを守るよう強調するのではなく、他の人がとっている感染予防行動とそれへの評価を具体的に示す。
⑦感染防止のためにそれぞれの集団や行動に応じて必要となる情報やアドバイスを、より集中的、実践的に提供する。

（4）継続的な広報・広聴・対話ー東京iCDCでのリスクコミュニケーション実践

東京都は、新型コロナウイルス感染症の第１波の経験等を踏まえ、感染症に関する危機管理、調査・分析・評価、情報発信・共有等の対策を担う新たな組織として、2020年10月に東京iCDCを立ち上げた。東京iCDCは賀来満夫・聖マリアンナ医科大学教授を所長とし、９つのチームから成る専門家ボードを擁しており、科学的助言に基づき感染症危機に対応する体制を構築している[4)]。リスクコミュニケーションチームには、著者、武藤香織・東京大学教授、田中幹人・早稲田大学教授、小坂健・東北大学教授の４名が属している。東京iCDCでは一貫して、先述のコミュニティ・エンゲージメントを支え促進するためのリスクコミュニケーションを目指して活動を行ってきた。

リスクについて科学的知見に基づき、分かりやすい説明をすることは一義的に重要である。東京都では広報担当者らが中心となって、専門家チームの助言も踏まえながら、感染状況や警戒すべき点についてのメッセージ、ワクチン普及・啓発、季節性インフルエンザ同時流行への備え等について、さまざまなメディアを組み合わせ多様なターゲット層に届けた。2023年５月の５類移行に際しては、都内感染状況の情報発信の仕方、また検査・受診・治療やワクチン接種等について、何がどのように変更になるのかの情報発信および相談窓口の周知が行われた。

東京iCDCでは、情報発信に加えて、聴くコミュニケーションも行った。ステークホルダーの意見を把握することで、発信されたリスク情報がどのように受け取られたのか、他にどのような情報が必要とされているのか、リスクはどう捉えられているのか、どのような対策を取っているのか・取れていないのか、その理由は何かが理解できる。その理解を、次の情報発信に生かし、また具体的な政策・施策につなぐことで、社会全体として実効性のあるリスク管理が可能になる。東京iCDCが目指したのは、「広報」のみならず調査分析を踏まえた「広聴」・「対話」のインテリジェンス機能を持ったリスクコミュニケーションの実現である。

図表２に、東京iCDCが行ってきた広聴・対話に関する活動を示す。災害発生から収束まで線形に推移する自然災害とは異なり、流行の波が何度も押し寄せる感染症災害では収束までの過程はらせん形に推移する。その道程では、人々の感染症のリスクへの意識も行動も、また施策へのニーズも複雑に変化していくため、継続的に人々の意識や行動を捉える必要がある。そこで東京iCDCでは2020年10月から現在まで、都民や都内在住外国人に対してアンケートと対話型のグループインタビューを12回にわたり継続的に実施してきた。

得られたデータは、ステークホルダーに関する「エビデンス」として、知事に報告され、関係部署で共有され、政策や施策の参考情報として用いられた。また、集めた都民の声は都民にフィードバックするため、東京iCDCのnoteを通じ、都度詳細なデータを公開した[5)]。ここで特筆すべき点は、リスクコミュニケーションチームは４名の専門家だけでなく、３名の都職員も加わった７名のチームとして、情報の収集から分析、発信といった取り組みを行ったことである。これにより専門家からの一方的な助言ではなく、都の実情を把握し、またデータの分析により導き出される対策を、実際の施策にスムーズにつなげることができたと考える[6)]。

５類移行後も都内在住外国人や都民へのアンケートを実施し、新型コロナウイルス感染症流行の振り返りとともに、その他の感染症に対する意識や行政へのニーズを聞き取った[7)、8)]。東京iCDCでは今後もこうした活動を継続し、感染症政策に生かすことを予定している。

図表２　東京iCDCリスクコミュニケーションチームによる広聴・対話を実現するための活動

時期	対象	方法	有効回答数	トピック
2020年 10月15日～17日	都民 (20代～70代)	アンケート	935	・新型コロナ対策の取組状況　・都のモニタリング分析の知名度　・新型コロナに関して抱えている問題や不安　等
2021年 2月10日～13日	都民 (20代～70代)	アンケート	5,410	・感染対策の取組状況　・都の対策に対する意識　・緊急事態宣言解除前と解除後の行動について　等
2021年 2月26日～3月3日	都民 (20代～70代)	アンケート	10,000	・新型コロナへの意識　・感染対策の取組状況とその理由　・受診や検査の意向とその理由　・情報源　・都の情報提供への意見　・新型コロナワクチンについての知識　・接種意向とその理由　・偏見や差別経験　等
2021年 7月16日～17日	都民 (20代～70代)	アンケート	1,000	・ワクチン接種意向とその理由　・接種インセンティブへの考え方　・感染対策の取組状況等
2021年 10月21日～22日	都民 (20代～70代)	アンケート	1,000	・新型コロナへの意識　・感染対策の取組状況　・ワクチン接種意向とその理由　等
2022年 3月15日～25日	都民 (20代～70代)	アンケート	10,000	・新型コロナへの意識　・感染対策の取組状況とその理由　・受診や検査の意向とその理由　・情報源　・都の情報提供への意見　・ワクチン接種意向とその理由　・通常医療への影響　・偏見や差別経験　等
2022年 10月1日～3日	都民 (20代～70代)	アンケート	1,000	・現在の感染対策取組状況　・今後の感染対策への意向　・季節性インフルエンザとの同時流行に対する意見　・ワクチン接種意向とその理由　等
2023年 2月15日～21日	都民 (20代～70代)	アンケート	10,429	・新型コロナへの意識　・感染対策の取組状況とその理由　・コロナの収束への考え方　・情報源　・都の情報提供への意見　・ワクチン接種意向とその理由　・偏見や差別経験　・感染経験と後遺症の状況　等
2023年 3月8日～11日	都民 (20代～70代)	グループインタビュー	35名 ※６グループ	・新型コロナの影響（ポジティブ、ネガティブ）　・コロナの収束とは　・今後行政に発信してほしい情報　・今後行政に望む感染症対策　等
2023年 6月1日～21日	都内在住外国人 (20代～70代)	アンケート ※14言語	2,000	・感染対策の取組状況　・感染症の情報源と用いる言語　・困りごと(情報収集、受診)　・偏見や差別経験　・都の感染症施策への評価　等
2023年 12月14日～16日	都民 (20代～70代)	グループインタビュー	36名 ※６グループ	・現在の感染対策の取組状況　・新型コロナの振り返り　・将来のパンデミックへの意識 ・新型コロナ以外の感染症　等
2024年 2月9日～19日	都民 (20代～70代)	アンケート	10,531	・新型コロナへの意識　・感染対策の取組状況とその理由　・情報源　・都の情報提供への意見　・ワクチン接種意向とその理由　・感染経験と後遺症の状況　・新型コロナの振り返り(困ったこと等)　・今後も定着してほしいこと　・新たなパンデミックへの考え・備え　等

（5）感染症に関するリスクコミュニケーションの今後の課題

新型コロナウイルス感染症流行下でリスクコミュニケーション実践が直面した困難を踏まえたとき、次なる感染症危機に向けての課題は次の８点があると著者は考えている[9)]。

①ステークホルダーの属性、状況、ニーズに対応したリスコミへの備え：広報に加えて早期からの広聴と対話。寄せられた意見やニーズを関係機関にフィードバックする仕組み　②感染症に関するリテラシーの涵養：学校、地域、職場等での平時からの取り組み。国等による支援　③不確実性の存在を伝える・理解する：「現時点では未解明なことがある。そして今解明に向けて取り組んでいる」ことをステークホルダー間で共有　④一体的な情報発信の意義の理解と実践：リスク管理機関による一貫性のある情報発信は「信頼」につながる。平時からの連携　⑤人権を守るリスクコミュニケーションの徹底：国、自治体、各組織からの「差別や偏見は絶対に許さない」との強いメッセージ。感染症への差別や偏見が間接的に感染を拡大させ感染症対策を阻害することを伝える・理解する　⑥偽・誤情報への対応：拡散状況等をモニタリングし、その状況をふまえて科学的知見等に基づく情報を提供・共有　⑦ステークホルダーのパートナーシップを引き出すリスクコミュニケーション実践：行動の変容と維持に有効なメッセージの発信、リスクの共考と協働につながる双方向のコミュニケーション　⑧リスクコミュニケーション体制の整備と人材育成：有事に即応できるよう、広報・広聴・対話のできる人材と体制をふだんから有しておく。

新型コロナウイルス感染症パンデミックの最中では、日々立ち表れる待ったなしのタスクに対処することが優先され、上述のような課題に十分に取り組むことは難しかった。収束しつつある今、こうした課題に本格的に取り組んでいきたい。

■参考文献

1）WHO: Community engagement: a health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people. 5 October 2020.
https://www.who.int/publications/i/item/9789240010529

2）WHO policy brief: Building trust through risk communication and community engagement. 14 September 2022.
https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy_Brief-RCCE-2022.1

3）Scientific Advisory Group for Emergencies (SAGE), SPI-B: Positive strategies for sustaining adherence to infection control behaviors. 22 October 2020(Updated 13 May 2022)
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/933227/S0828_SPI-B_-_Positive_strategies_for_sustaining_adherence_to_infection_control_behaviours.pdf

4）西塚至・奈良由美子「東京都におけるリスクガバナンスとリスクコミュニケーション：東京iCDCによるリスクの共考と協働」『公衆衛生』Vol.88, No.7, 701-710頁, 2024年

5）東京iCDC note（東京都公式）都民調査結果 2020年～2024年.
https://tokyo-metro.note.jp/m/md3e14b3a61b6

6）田中幹人・奈良由美子・武藤香織・小坂健「『専門家』としてのリスクコミュニケーション実践」『人工知能』39巻, 3号, 355-364頁, 2024年.

7）東京iCDC note（東京都公式）都内在住外国人アンケート結果（１）～（４）. 2023年７月13日.
https://note.com/tokyo_icdc/n/n1840779c43a0

8）東京iCDC note（東京都公式）都民１万人アンケート結果（１）～（３）. 2024年３月22日.
https://note.com/tokyo_icdc/n/n8f3415a2b52e

9）奈良由美子「次なる感染症流行への課題－リスクコミュニケーションに関して－」第５回新型インフルエンザ等対策推進会議（資料２）2023年11月８日.
https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/taisakusuisin/dai5_2023/gijisidai_9.pdf

5　新型コロナ報道の課題　「平常化」が目指される中で

〈水野 雄太　日本放送協会（ＮＨＫ）報道局科学文化部　記者※当時〉

（1）はじめに

新型コロナウイルス感染症のパンデミックが始まった2020年当初から感染症法上の扱いが５類に移行するまでの累計感染者数の実に95％、亡くなった人の75％[1)]が本誌が対象とする2022年１月から2023年５月８日までの１年半弱の期間に集中している。ほとんどの感染がこの期間に起きたといっていい規模だ。

感染力の強いオミクロン株の流入によって、全国で爆発的に感染者が増加した一方、この期間には、新型コロナウイルスの感染症法上の位置付けの５類への移行に向けて、感染者数の全数把握の簡略化など多くの措置見直しが進められた。

最大規模の感染拡大と並行して、平常化に向けた議論や措置緩和が立て続けに進められたこの期間、人々の新型コロナウイルスへの関心や報道量がどのように推移したのか。公開されている使用可能な情報を使って大まかに分析し、当時の報道現場がリスクコミュニケーションに関してどのような課題に直面していたのか、振り返りたい。

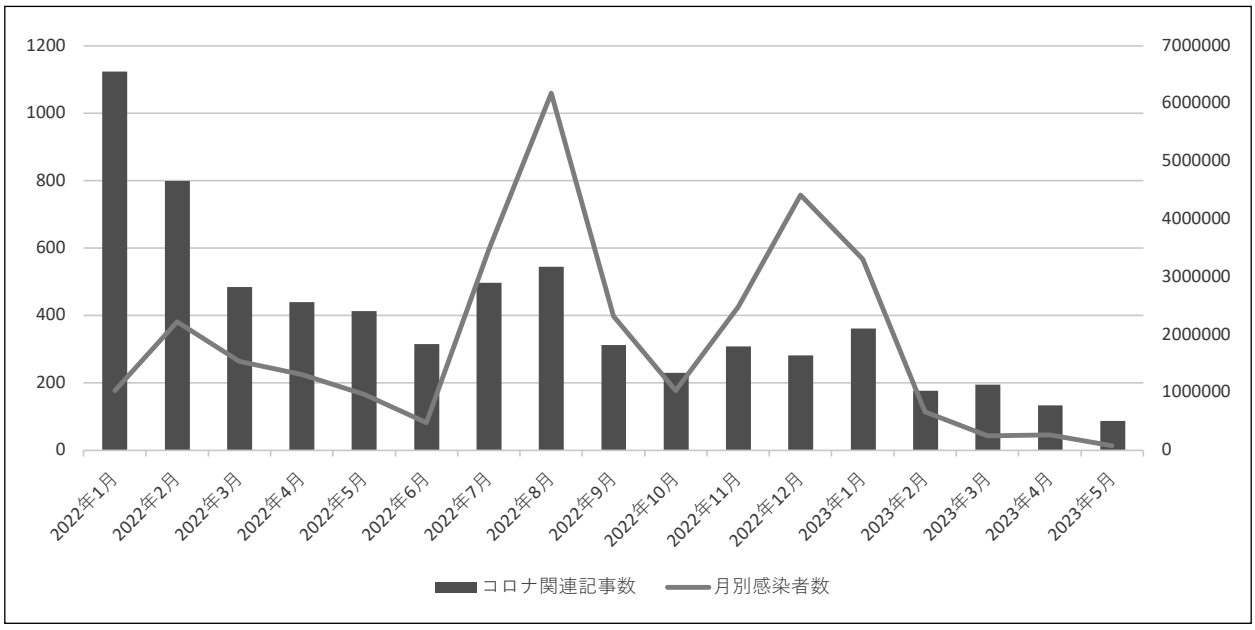
（2）感染状況と報道量の推移の比較

①報道量　第６波を境に減少傾向に

本誌が対象とする2022年１月から2023年５月までの新型コロナウイルスに関する報道のボリュームを定量的に測定するために、NHKのニュースポータルサイト「NHK NEWS WEB」の特設サイトで公開されている関連記事数を月別に集計した。

簡易的な分析で放送時間の長さや記事の文字数などは考慮できていない。また主要全国紙の新型

図表１　NHK新型コロナ特設サイトでの関連記事数と感染状況の推移[2)]



コロナ関連記事数の推移も、今回の集計とおおむね同様の傾向をたどっていることを確認した。

記事数は、オミクロン株の流入と拡大、結果として最後となった「まん延防止等重点措置」の発出などがあった2022年１月をピークにして、感染拡大に伴って一時的に増加する動きは見られるものの、全体的には減少傾向をたどっている。最大規模の感染拡大が起きた第７波ピークの2022年８月でも、記事数は2022年１月の半分程度にとどまった。

②関心低下の背景は

こうした減少傾向の背景には、▼爆発的な拡大により累計で人口の３割近くが「感染した後症状の軽快」を経験するなど身近な存在になったこと　▼第８波にかけて感染して亡くなる人の割合が下がったという分析が出てきたこと　▼入国措置の緩和、療養期間の短縮や全数報告の方法簡素化など平常化に向けた措置の見直しが続いたこと、などによって、新型コロナに対する社会的な警戒度や関心が下がっていったことがあると考えられる。

実際、ＮＨＫ新型コロナ特設サイトへの１日当たりの総アクセスについて、公開可能な範囲で大まかに分析すると、アクセス数のピークは2022年１月からの第６波と比べて、2022年夏の第７波では７割程度、2022年冬の第８波では３割程度にとどまっていた。

さらに2022年は、２月にロシアによるウクライナ侵攻が始まり、７月には安倍元総理大臣が奈良市内で演説中に銃撃され死亡する事件が起きるなど国内外で重大な事案が立て続けに発生した年でもあった。限られたリソースや放送尺の中で各事案を詳しく伝えるため、ニュース番組や新聞紙面などでやむを得ず新型コロナ関連の報道のボリュームが相対的に少なくなっていたことも背景にあったと思われる。

（3）直面した課題

新型コロナウイルスに対する関心自体が薄くなっていく一方で、その背後では過去にない規模の医療逼迫が起きていた。総務省消防庁のまとめでは、医療逼迫の指標の一つ「救急搬送困難事案」は全国の件数が2022年７月にコロナ感染拡大前の591％[3)]に達し、致死率は下がったとされたものの、感染して亡くなる人の数自体は2021年以前に比べて格段に多くなっていた。

政府分科会の尾身茂会長（当時）が、2023年１月にＮＨＫのインタビュー[4)]に語った「今、この感染症への見方が、一般の人々と医療関係者との間で異なってきています」という一言が、この時期に直面した課題を象徴している。

高齢者など重症化リスクが依然高い人々とその周りにいる家族や介護従事者、新型コロナ対応を担う医療従事者にとっては命に直結する問題だった一方で、それ以外の人たちにとっては「少し重めの風邪」と捉えられる感染症となり、人々の年齢や属性によってリスクの捉え方が決定的に違うものになった。

感染して亡くなる人の数を減らし医療の逼迫を解消するためには、新型コロナへの関心が下がった人たちに対し、感染が果てしなく拡大していく事態を防ぐための行動を呼び掛ける必要があったが、2021年の第５波のときよりもメッセージが伝わりにくくなっていた。

（４）関心減少フェーズで何を伝えるか

私たちが専門家を取材しながら現場で確認し合ったのは「緩和に向けた議論が進む中でも、現場で起きている厳しい現状を冷静に伝える」という方針だった。これまでと比べて重症化率が低下した一方で、感染者数の爆発的増加によって亡くなる人の数も過去にない規模で増えているという事実を、データを示しながら報じた。見えにくくなっていた医療現場の逼迫についても、病院の救急外来などの取材を通じて医療従事者たちの声を伝えた[5)]。

特に2022年の下半期以降、５類移行へ向けた議論が加速する中で、オミクロン株の感染拡大時の傾向として「致死率や重症化率が低下した」という分析や見解が政府などから繰り返し示された[6)]。そうした致死率低下の分析を伝えるニュースでは、感染者数が大きく増えれば亡くなる人や重症者の絶対数は確実に増加し、リソースが限られた医療現場では逼迫が起き、新型コロナ以外の一般医療にも影響が及ぶという事実も併せて指摘した。

人によってリスクの捉え方が異なるフェーズでの伝え方については課題が残る。今回、高齢者向けや介護従事者向けの情報など、伝えるべき対象を絞ったニュースは繰り返し意識して報道してきた。しかし伝える手段の段階では、放送やWEBを通じて広くあまねく報道を届けるメディアにとって、属性に応じて異なる内容を伝えることは難しい。特に呼吸器感染症の場合、新型コロナではなくとも年齢などによってリスクが異なる事態は起きる可能性があり、年齢や同居家族の構成、職業など属性によって異なる情報を伝える手段をメディアも追求する必要がある。

新型コロナウイルス感染症のパンデミックは、結局感染が急減することなく、ウイルスに対する措置の在り方や社会の捉え方が変わることによって次のフェーズに緩やかに移行した。今後起こる「次のパンデミック」でも起き得る収束の形で、本稿で挙げたリスクコミュニケーションの課題も同様に起こるはずだ。この記録が将来、パンデミックの報道現場での議論の助けにわずかでもなればと考えている。

■参考文献

１）厚生労働省「データからわかる－新型コロナウイルス感染症情報－」
https://covid19.mhlw.go.jp/

２）記事数はNHK NEWS WEB「新型コロナ関連記事全記録」に掲載された記事のうち、毎日掲載された都道府県別の感染者数に関する記事を除いた記事数を月別に集計
https://www3.nhk.or.jp/news/special/coronavirus/chronology/
また感染者数は厚生労働省「データからわかる－新型コロナウイルス感染症情報」の新規陽性者数の推移（日別）より、新規陽性者数を月別に集計
https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/open-data.html

３）総務省消防庁「各消防本部からの救急搬送困難事案に係る状況調査（抽出）の結果」
https://www.fdma.go.jp/disaster/coronavirus/items/coronavirus_kekka.pdf

４）2023年1月13日掲載 NHK NEWS WEB「尾身会長インタビュー 新型コロナ第8波 状況は今後は」
https://www3.nhk.or.jp/news/html/20230113/k10013948811000.html

５）2023年1月24日掲載 NHK NEWS WEB「新型コロナ第8波 どこで亡くなっているのか」など
https://www3.nhk.or.jp/news/special/sci_cul/2023/01/story/corona/

６）2023年12月21日 厚生労働省アドバイザリーボード資料
https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001027743.pdf

6　メディアが伝えた医療の課題の変遷

〈辻 外記子　朝日新聞科学みらい部大阪担当部長／朝日新聞元編集委員〉

（1）はじめに

筆者は2020年３月まで朝日新聞科学医療部の医療担当次長、同年４月から2024年３月まで同医療・健康担当編集委員として、新型コロナウイルス感染症の報道を同僚たちと共に担ってきた。この間、繰り返し「医療逼迫」を報じてきたが、逼迫の背景は変化し続けた。以下では、朝日新聞の記事・見出しを基に「第６波」以降、新型コロナが特別な病から「生活の中にある病気」に変化する過程をどう伝え、どんな課題が浮かび上がったかを紹介する。

（2）オミクロン株で感染者増

2021年末、新型コロナウイルスの変異株「オミクロン株」が日本国内でも確認された。迫り来る「第６波」をどの程度怖がるべきか。デルタ株に比べて感染力は強いものの重症化リスクが低いとの報告もある中、経済活動をストップさせることへの抵抗感もあり、トーンが難しかった。ただ、若者が中心だった感染が高齢者に広がることが懸念されていた。重症化リスクが高い高齢者に感染が広がれば、死者が増える。警鐘を鳴らしたかった。

◆**「第６波　オミクロン株対策は　ワクチン・検査パッケージ『見直しを』識者『接種から時間効果低下』／高齢者を守る３回目接種　急務　職員感染での医療崩壊　備えを」**（2022年１月８日３面）

流行が先んじる沖縄県で、恐れていた事態が起き始めていた。

◆**「沖縄　高齢者に広がる感染　症状重くなる傾向」**（2022年１月20日３面）

記事中、「このまま高齢者の感染が増加すると、必要な人が入院できなくなる可能性が高まる」と県立中部病院の高山義浩医師のコメントを紹介した。懸念は現実となり、救急搬送困難事例が全国で急増した。

◆**「救急搬送困難　最多4950件　コロナ病床増　一般病床を圧迫」**（2022年１月26日１面）

都内で骨折した90代女性の救急搬送先は82か所目で見つかるなど、新型コロナの問題は医療全体の問題となった。どこまで新型コロナを特別扱いすべきか。難題が突き付けられた。

（3）特別扱いの終わりと矛盾

◆**「強まる『自分で健康観察』自宅療養43万人超に急増　感染者数の把握に難点も」**（2022年２月９日３面）

◆**「高齢者の医療現場　限界　おむつ交換に食事介助も　人手不足／感染70代以上10万人　入院受け入れ頭打ち」**（2022年２月15日社会面）

感染者と入院患者の急増を受けてこのころ、厚生労働省は症状が安定していれば入院４日後を目安に自宅療養や慢性期病床を持つ医療機関などへの転院を促し、入院の必要性が高い人の入院を優先する方針を打ち出していた。しかし、高齢の感染者の中には、肺炎はなくてももともと認知症があるとか排泄ケアが必要だったり、心不全などの持病が悪化したり、手厚いケアが必要な人が多

い。そうした人の医療機関の受け入れは難航した。コロナ対応を拒む医療機関もまだ多く、スタッフの確保が課題だった。

◆「医療に負荷　止まらぬ感染死　大阪の施設　クラスター100以上　心不全や肺気腫　持病悪化も増」（2022年２月17日２面）

悪循環が起きていた。前述の１月の記事で触れた職員感染の影響が顕著になり、本人や家族の感染によって勤務できない医療従事者が増えた。その結果、空き病床があっても患者を受け入れられず、施設で死亡する事例もあった。保健所の業務はまた逼迫し、適切な施設を案内するのに時間がかかり、治療薬は適切に使えず、重症化する人が増えていた。

◆「高齢者施設で医師治療　コロナ対応　厚労省、自治体に要請／医療と介護　連携が要　住み慣れた場所での療養へ」（2022年４月６日３面）

原則入院としてきた高齢の感染者への対応も変更された。記事で筆者は「施設側の不安を取り除き、入院すべきかどうかの判断や治療の開始を速やかにすることが重要になる。コロナはもはや、危機対応というより、通常の病気への対応に近づきつつある。医療と介護の連携によって、療養場所の選択肢を増やしていくことが『７波』では求められている」と書いた。

いったん落ち着きを見せたが夏にはまた、感染者が増えた。

◆「感染増加じわり　コロナ広がるBA.５　医療逼迫　危ぶむ現場」（2022年７月３日１面）

熱中症との同時警戒もあり「自粛ムードがゆるむ中、いっきに感染者が増える恐れがある」とやや強めのトーンでまとめた。

◆「感染1000万人　やまぬ波　うち800万人超が『第６波』以降　ワクチンの予防効果　減少懸念／集団の免疫できつつあるが対策継続を」（2022年７月16日３面）

社内外から「いつ新型コロナは収束するのか？」という疑問のほか「もはや恐れる必要はさほどないのでは」という声が大きくなった。政府は行動制限の必要はないと経済活動を維持する方針を掲げ、医療側からはこれに心配する声が出た。

◆「発熱外来パンク　患者殺到　『診断遅れ　入院後手にも』」（2022年７月26日３面）

コロナ対応をしない医療機関はまだ多く、発熱者を診る医療機関に患者が集中していた。保険会社に提出する診断書を求めて受診する人が多くいたことも一因だった。

◆「しびれ切らし緊急提言　専門家、政治決断迫る　政権、批判恐れ及び腰／特別扱い見直し促す」（2022年８月３日２面）

感染症や経済、法律の専門家らが新型コロナ対策への提言をまとめた。一般の診療所でもコロナを診療し、全数把握をやめる。医療費には自己負担が生じるといった、通常医療の中でコロナを扱うようにするロードマップだ。第７波は感染者が拡大し、この約１か月後の９月上旬、国内感染者数は2,000万人に達した。９月末、感染者数の全数把握は簡略化され、重症化リスクの低い人は自主検査や自己検査が基本となった。自治体が把握できない感染者が増えることも意味する。感染しても問題はないとする人と感染を防ぐため対策を徹底する人双方が存在し、医師の中でも通常化を推進する立場と慎重な立場があり、価値観は多様化。データの扱いやメッセージの伝え方の困難さが増した。12月２日には改正感染症法が成立した。

（４）５類変更への議論と過去最高の死者

2022年秋から冬にかけ、新型コロナを季節性インフルエンザと同じ感染症法上の「５類」に変更するかどうかの議論が本格化した。

◆「『コロナ＝５類』　なお論点　『インフルとの比較は困難』専門家ら／感染力や重篤性『相当違う疾患』／段階的緩和論も　公費負担　行方は」（2022年12月15日２面）

ウイルス学を専門とする医師らは、コロナはインフルより感染力は高く、合併症や後遺症も考慮すべきなどとする見解を公表した。

◆「コロナ致死率　低下続く　今夏の60、70代　専門家会合で報告」（2022年12月22日社会面）

前述の見解の１週後、厚労省はコロナの致死率がオミクロン株流行後に低下したとするデータを公表した。第５波、第６波と比べて2022年夏の致死率は低下を続け、参考値として示された季節性インフルの同世代の致死率よりも低かった。１週前に「比較は困難」と報じていたこともあり、致死率の数字は見出しで取り上げなかった。その後、恐れていたことが起きた。

◆「コロナ死者増加、最多ペース　インフルは流行期入り」（2022年12月29日１面）**「年末年始の移動　警戒　コロナの死者最多　未把握の感染増か」**（同３面）

年末から年始にかけ、死者数は「第７波」の最多を大きく上回り、過去最多となった。行動制限はなく、コロナに感染後、心臓や腎臓などの持病が悪化して衰弱して亡くなる高齢者が増えていた。変わらず高齢者への感染に警戒すべきだったが、帰省するも会食するも個人の判断に委ねられ、強いメッセージは出しにくかった。

◆「コロナ死者初の500人超え　専門家ら　類型変更『段階的に』」（2023年１月12日社会面）

初めて１日の死者数が500人を超えた11日、専門家組織メンバーらは類型変更について、必要な準備を進め、段階的に変えるべきだとする見解を公表した。

◆「コロナを生きた３年間　死者６万人　近づく『生活の中にある病気』」（2023年１月15日特設面）

国内初確認から３年の紙面では、「生活の中にある病気」の見出しが掲載された。死者が増加した理由は明確には示せなかったが、自己検査が推奨され、全数把握をやめたために実際よりも少ない感染者しか把握できず、実際はもっと多くの感染者がいる可能性を指摘。「コロナに感染した高齢者が衰弱する傾向は続く。これはインフルなど他の感染症も同様」との国立国際医療研究センターの大曲貴夫医師のコメントを紹介した。データを基にコロナとインフルを比較するのは依然困難だったが、インフルも高齢者にとっては脅威だ。社会や個人が感染症とどう向き合うか、受け入れるかといった視点がより重要になっていた。

（５）自主的対策、より重要に

春から「５類」に引き下げる考えを岸田文雄首相が2023年１月20日、打ち出した。

◆「コロナ５類　春から　診療　徐々に全医療機関へ　マスクの着用　原則求めず／命守る対策終わりではない」（2023年１月21日１面）

「国には適切な施策を求める一方、手厚い支援がなくなることで、我々１人ひとりには『命を守る』ための自主的な感染対策がいっそう必要になる」と筆者は書いた。

◆「５類移行日　二転三転　統一選避け　GW避け　G７までに／個人での対策『今まで以上に』専門家『国のセーフティーネットなくなること意味する』」（2023年１月28日２面）

類型が変わることで、新型コロナウイルスの特徴が変わるわけではない。町中で感染するリスク

はむしろ高まるため、個人での感染対策はむしろ求められると強調した。

◆「コロナ緊急事態終了　WHO事務局長が宣言　『死亡率下がり　医療の負担緩和』」「コロナ下国内死者13.5万人増　感染拡大後　地方で増加めだつ」「間接的にも　コロナ禍の影　循環器の病気や老衰　増えた死者」（2023年５月６日１、２面）

５類移行直前の５月５日、緊急事態の終了宣言は１面トップ記事となった。その隣と２面には、以前から準備していた超過死亡の記事が偶然にも同日掲載となった。コロナ下３年の死亡を死因や都道府県ごとにも分析した。

◆「コロナ５類　新たな日常　仕切り撤去　宴会場を再開／消えない脅威　メリハリのある対策を」（2023年５月９日１面）

移行の翌日。アクリル版の仕切りを片付ける居酒屋の店主の写真の隣に、注意はまだ必要とするメッセージを強調した。大阪大の忽那賢志教授に、「高齢者や病気のある人にとっては引き続き怖しい病気。手洗いや具合が悪ければ休むといった基本的な予防策は今後も続けてほしい」などと語ってもらった。

（6）おわりに

「感染を広げない」というシンプルなメッセージから始まったコロナ対策だったが、医療と経済のどちらを優先するかという対立軸ができ、その後は複雑化する一方だった。５類への移行の議論では、医師といっても専門性や価値観によって主張する意見の隔たりが大きくなった。ウイルスは変化を続け、社会情勢も変わる。未知への対応が続く中、変わらずベースにあった思いは「正しく恐れること」と「命を守るための視点」だった。軽々しく「大丈夫」とは言えない。一方で根拠は求められる。できるだけデータを基に、信頼できる多くの専門家に当たる。その上で一歩先を予測し、「救える命を救うために」そのとき、どんなメッセージを出すべきかを考えてきた。一般の人には〝わがこと〟と考えてほしい。自治体関係者には先進事例を知り踏襲にとどまらないでほしい。そんな思いで発信してきたことを記録に残すことが、次のパンデミックの際にわずかでも参考になればと願う。

※日付や掲載面は、朝日新聞朝刊の最終版

第10章

社会経済への影響

1　小中高校での対応

〈菖蒲川 由郷　新潟大学大学院医歯学総合研究科特任教授〉

（1）学校での感染状況

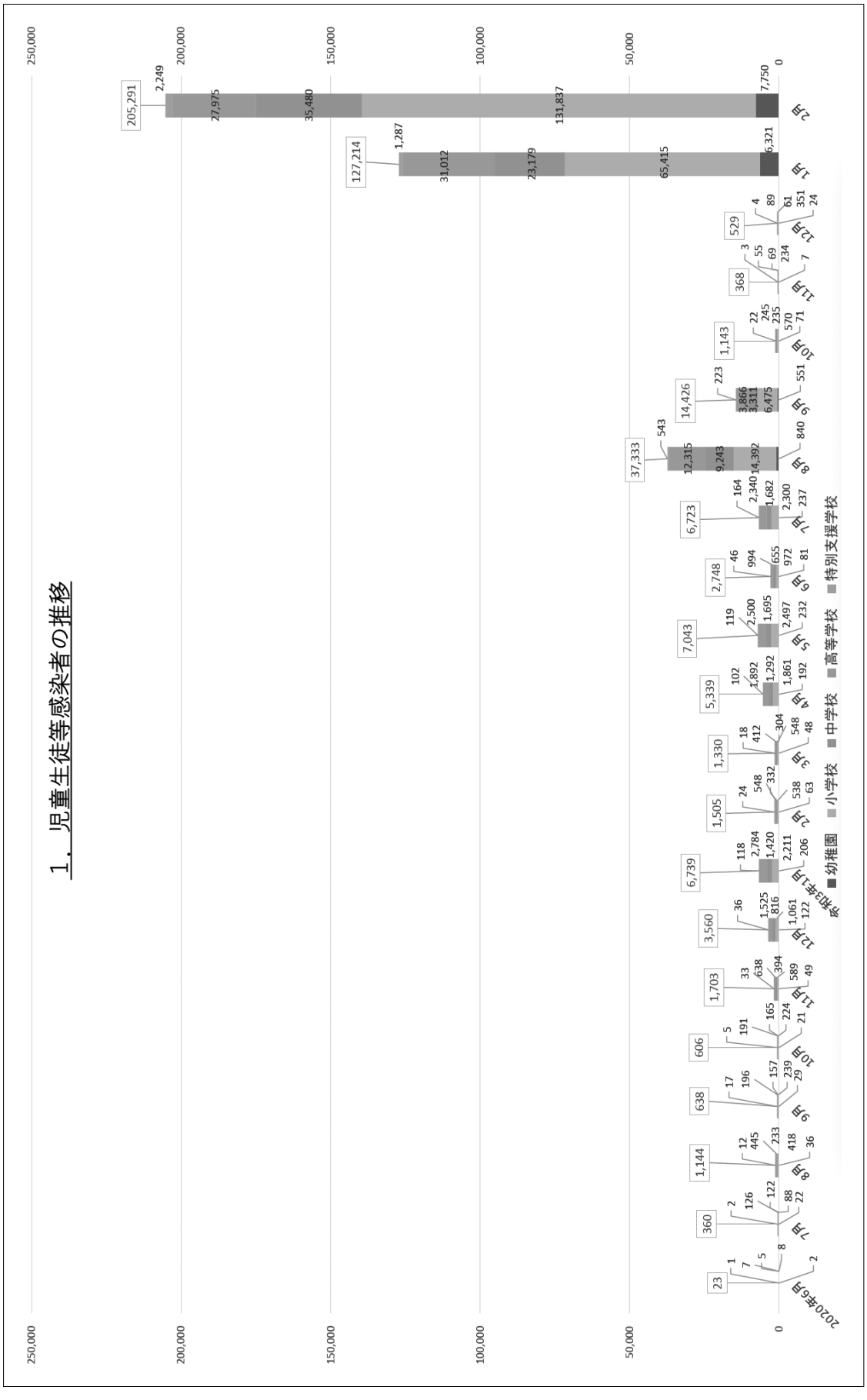
新型コロナウイルス感染症の流行が始まった当初、新型コロナウイルスは小児に感染しにくく、小児では重症化もまれであるとされていた。しかし、流行株の変遷を経て、2021年末から2022年初頭にかけて、オミクロン株（B.1.1.529系統）の流行が始まると、小児にも大きな感染の波が押し寄せ、新型コロナウイルス感染症は、あっという間に子どもにも感染する感染症となった。それまでに流行していたウイルスと比較して、病原性こそ高くないものの、感染性が非常に高く、国内のみならず、世界中でおびただしい数の感染者が発生した。各都道府県では、急激な感染拡大を抑えるために、まん延防止等重点措置が発令され、医療提供体制を維持するために、さまざまな対策がなされた。集団生活の場である学校は感染の拡大が懸念された。そして、実際に、オミクロン株の流行が本格的に始まった2022年から、児童生徒の感染者は桁違いに増加した**（図表１**[1]**）**。

（2）学校での感染対策

文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課（以下、「健康教育・食育課」という）より2020年５月に発出された、「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～『学校の新しい生活様式』～」（以下、「衛生管理マニュアル」という）は、その後、新型コロナウイルス感染症の流行状況の変化に応じて複数回、改訂された（最新版2023年５月８日[2]）。また、2021年８月27日には、地域の感染状況等に応じた対応の参考として、「学校で児童生徒等や教職員の新型コロナウイルスの感染が確認された場合の対応ガイドライン」[3]（以下、「ガイドライン」という）が送付され、学校で感染者が発生した場合の初動対応や濃厚接触者の扱い、出席停止や臨時休業の判断等、具体的な対応が明確になった。

オミクロン株が流行の主流となった2022年１月以降も、衛生管理マニュアルに基づき、ガイドラインを参考に、現場での具体的な対応が取られた。オミクロン株の流行により、急な感染拡大が起こったことで、感染者の周囲（家族等）に発生した濃厚接触者の待機時間を既定の２週間としていては社会機能が成り立たなくなる状況となった。オミクロン株感染患者の濃厚接触者については、２週間から10日間（厚生労働省事務連絡　2022年１月14日）、さらには７日間、かつ社会機能維持者は２日にわたる検査を組み合わせることで、５日目に解除（同2022年１月28日）と、待機時間が次々に短縮された。２月に入り、10代以下の感染者数が急速に増加したことに鑑みて、学校内で感染を拡大させないように、臨時休業や学級閉鎖を必要な範囲、期間において機動的に対応するよう、健康教育・食育課から事務連絡が発出された（2022年２月２日）。ただし、日数については、それまでの５日～７日程度からオミクロン株に対応した運用として、５日程度に短縮された。さらに、基本的な感染症対策の強化・徹底として、（１）日々の健康観察の徹底　（２）換気の徹底（３）給食時の感染対策の徹底―を促し、具体的な活動場面ごとの感染症対策として、リスクの高い学習活動や部活動を控えること、教職員による抗原簡易キットの活用により、感染者の早期発見を通じた学校での感染拡大防止を図ること、さらには、重症化リスクの高い児童生徒等への対応

図表１　学校関係者における新型コロナウイルス感染症の感染状況



※2020年６月１日から2022年３月7日までに文部科学省に報告があった情報のうち陽性診断日が2022年２月28日までのもの
※陽性診断日で月ごとに集計
※陽性診断日、学校種について報告のないものは含めていない
出典：文部科学省ホームページより

等、幼稚園における感染症対策、分散登校・オンライン学習等の実施について、周知された（健康教育・食育課事務連絡　2022年２月４日）。

オミクロン株の流行による急激な感染者数の増加を受けて、それまで保健所等により行われてきた濃厚接触者の特定や行動制限を含めた積極的疫学調査は、地域の実情に応じて、感染するリスクの高い同一世帯内や、重症化リスクの高い患者が入院・入所している医療機関や高齢者施設等、対象を絞って集中的に実施されることとなった。これにより、中学校や高等学校は、事業所等としての扱いとなり、一律の積極的疫学調査は必ずしも行う必要がないとされた。一方で、保育所、幼稚園、認定こども園、小学校、義務教育学校、特別支援学校および放課後児童クラブで感染者が発生した場合は、都道府県や市町村の関係部局が連携して方針を決定することとなった（厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡　2022年３月16日、健康教育・食育課事務連絡2022年３月17日）。

このように、オミクロン株の流行に至って、それまでの感染対策の見直しや地域の実情に沿った対応への変更がなされた。また、新型コロナウイルスの出現以来、ほとんど流行が確認されなかったインフルエンザが、社会活動の回復に合わせて、同時流行する懸念が広がった。学校や保育所においても、発熱に限らず、咽頭痛や咳、頭痛等の症状がある場合には登校・登園を控えること、効果的な換気の徹底が改めて周知された（健康教育・食育課事務連絡　2022年10月19日）。

（３）児童生徒へのワクチン接種

2021年２月以降、新型コロナワクチンの医療従事者等を対象とした臨時接種が始まり、徐々に対象年齢が拡大されたが、オミクロン株流行前は12歳以上が接種対象であった。小児の感染者が急激に増加する中、2022年３月（自治体により２月末）より５歳～11歳も接種対象となった。幼児児童生徒に対する予防接種の実施方法について、保護者への説明の機会が乏しくなる、接種への個々の意向が尊重されず同調圧力を生みがちである、接種後の体調不良に対するきめ細かな対応が難しい、といった制約があることから、学校等における集団接種を推奨せず、個別接種を勧めた（健康教育・食育課等事務連絡　2022年２月21日）。小児の感染者の急増により、感染と重症化を懸念する保護者など、ワクチン接種を希望する場合は接種の機会を提供すべき、という議論と、エビデンスは不十分であるとして努力義務を適用すべきではない、という専門家の中でも意見が分かれる状況で、接種形態が事実上の強制にならないように配慮する検討がなされた。

また、教職員は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であるという認識から、初回接種（１回目、２回目）から６か月経過した教職員について、早めの追加接種が推進されるよう、教職員に対する接種勧奨も行われた（健康教育・食育課等事務連絡　2022年２月10日）。

オミクロン株の流行が続く中、2022年７月には12歳以上の若年層において、３回目接種率が低いことから、接種を促す通知が発出された。2022年９月には、５歳以上11歳以下の者についても３回目接種が開始された。2022年10月24日からは、それまで対象から外れていた生後６か月以上４歳以下に対する初回の新型コロナワクチンの接種が開始された。このように、ワクチン接種の対象年齢は徐々に拡大し、希望者に対する速やかな接種がなされるよう、情報の伝達、周知がなされた。

（4）児童生徒におけるマスクの着用

新型コロナウイルス感染症の基本的な感染対策として、３つの密（密閉空間、密集場所、密接場面）を避けること、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、換気等が推奨されてきた。オミクロン株の流行により、児童生徒の中でも急激に感染者が増加したことから、2022年２月に、２歳以上については、「保育所等では、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」という基本的対処方針の改訂があったが、オミクロン株による感染者数の大きなピークを越えた2022年５月に、オミクロン株対策以前の取り扱い、すなわち、「保育所等では、個々の発達の状況や体調等を踏まえる必要があることから、他者との身体的距離にかかわらず、マスク着用を一律には求めない。なお、施設内に感染者が生じている場合などにおいて、施設管理者等の判断により、可能な範囲で、マスクの着用を求めることは考えられる」に戻った。一方、２歳未満ではマスク着用は勧めないという一貫した方針をとった。

さらに、就学後の学校生活における児童生徒等のマスク着用は引き続き基本的な感染対策であるとしながらも、十分な身体的距離が確保できる場合は着用の必要がなく、気温・湿度や暑さ指数（WBGT）が高い日には、熱中症などの健康被害が発生する恐れがあるため、マスクを外すこと、体育の授業においては、マスクの着用の必要はないことが改めて徹底された。特に、マスク着用により、熱中症リスクが高まってしまうことのないように留意する方針が示された（健康教育・食育課事務連絡　2022年５月24日）。

その後、マスクの着用に関するリーフレットが厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部より周知徹底され（事務連絡　2022年10月14日）、屋外では季節を問わず、マスクの着用が原則不要であること、屋内では、距離が確保でき会話をほとんどしない場合を除いてはマスクの着用を推奨する、という方針を示した。

（5）学校における換気

新型コロナウイルス感染症の感染対策には、マスクの着用と同様に、換気の重要性が強調されてきた。学校における換気の基準として、学校保健安全法に基づく学校環境衛生基準において、二酸化炭素は1,500ppm以下であることが望ましいとされているが、2022年７月14日付の新型コロナウイルス感染症対策分科会提言において、できる限り1,000ppm以下に維持することが望ましいとされた。具体的には、機械換気装置や、窓や扉を開けることによる常時換気が推奨されるが、常時換気が困難であったり、効果が不十分な場合には、小まめに（30分に１回以上）数分間程度、窓を全開にする空気の入れ換えや、二酸化炭素濃度測定器を設置して、換気状態をモニターすること、サーキュレータを設置して換気を補助する方法が例示され、学校現場においても効果的な換気を実施できるように、基本的な考え方や具体的な方法が示された（健康教育・食育課事務連絡　2022年９月２日）。

（6）学校保健安全法へ

2023年４月28日に公布され、５月８日より施行された、感染症の予防及び感染症の患者に対する

医療に関する法律（感染症法）上、新型コロナウイルス感染症の位置付けが、新型インフルエンザ等感染症から５類感染症に変更されたことで、学校保健安全法施行規則に規定する、学校において予防すべき感染症の位置付けも見直され、第二種の感染症に位置付けられた[4)]。これに伴い、新型コロナウイルス感染症に係る出席停止の期間の基準が「発症した後五日を経過し、かつ、症状が軽快した後一日を経過するまで」とされた。出席停止措置の取り扱いに関する留意事項として、出席停止解除後、発症から10日を経過するまでは、当該児童生徒に対してマスクの着用を推奨すること、児童生徒等の間で感染の有無やマスクの着用の有無によって差別・偏見等がないよう、適切に指導を行うこと等が明記された。その他の留意事項として、濃厚接触者の特定は行われないこととなり、従前であれば濃厚接触者として特定されていた者についても、新型コロナウイルス感染症の感染が確認されていない者については、直ちに出席停止の対象とする必要はないこと、感染が不安で休ませたいと相談があった児童生徒等の出欠の取扱いを「非常変災等児童生徒又は保護者の責任に帰すことができない事由で欠席した場合などで、校長が出席しなくてもよいと認めた日」として扱うことができること、発熱や咽頭痛、咳等の普段と異なる症状がある場合などには無理をして登校しないことの周知について明記された。

（7）まとめ

オミクロン株の出現によって、子どもにも感染する病気となった新型コロナウイルス感染症の流行の波は、学校や地域、家庭ごとに異なる多くの課題を提起した。これら一つ一つの課題に対し、現場からのフィードバックと専門家の関与により、適切かつ現実的な対応を検討し、対処することができた。

■参考文献

1）文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課感染状況調査担当. 学校関係者における新型コロナウイルス感染症の感染状況 2022.
2）文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課. 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. 2023.
3）文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課. 学校で児童生徒等や教職員の新型コロナウイルスの感染が確認された場合の対応ガイドライン（第１版）. 2021.
4）文部科学省初等中等教育局長. 学校保健安全法施行規則の一部を改正する省令の施行について（通知）. 2023.

2 新型コロナウイルス感染症が及ぼした消費行動や働き方への影響

〈久我 尚子　株式会社ニッセイ基礎研究所　生活研究部　上席研究員〉
〈村松 容子　株式会社ニッセイ基礎研究所　保険研究部　主任研究員〉

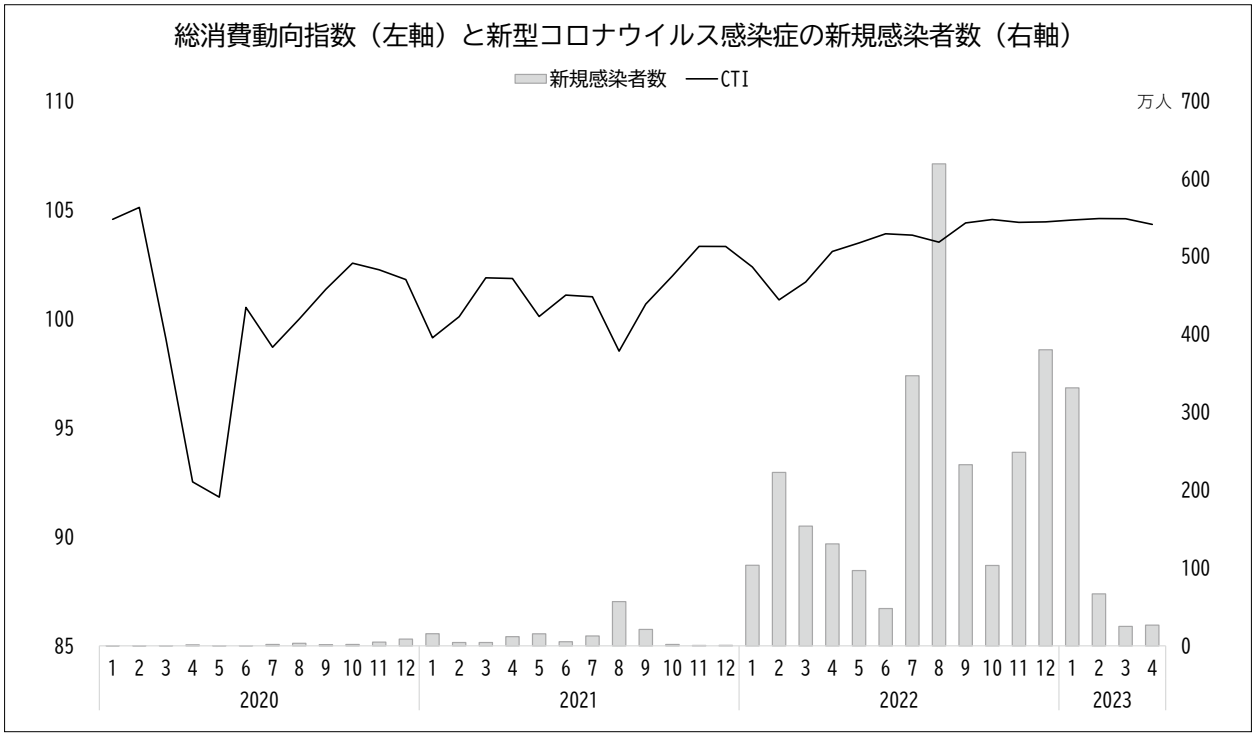
（1）個人消費への影響

2020年から2021年にかけての新型コロナウイルス感染症の感染拡大下においては、個人消費は感染状況が悪化して緊急事態宣言等の措置が発出され、外食や旅行、レジャーなどの外出を伴う消費が抑制されると落ち込み、感染状況が改善して外出が再開すると上向くことを繰り返してきた**（図表１）**。

一方、2022年以降は感染者数が増えても消費の落ち込みが大分浅くなり、緩やかな改善傾向を示している。これは、感染が拡大したのは重症化しにくいとの特徴を持つオミクロン株が主であったことやワクチン接種が進んだことなどから、感染防止対策と社会経済活動の両立が図られるようになったためだ。なお、2022年３月下旬以降、政府による緊急事態宣言等は発出されておらず、消費行動に関わる制限も緩和されている。

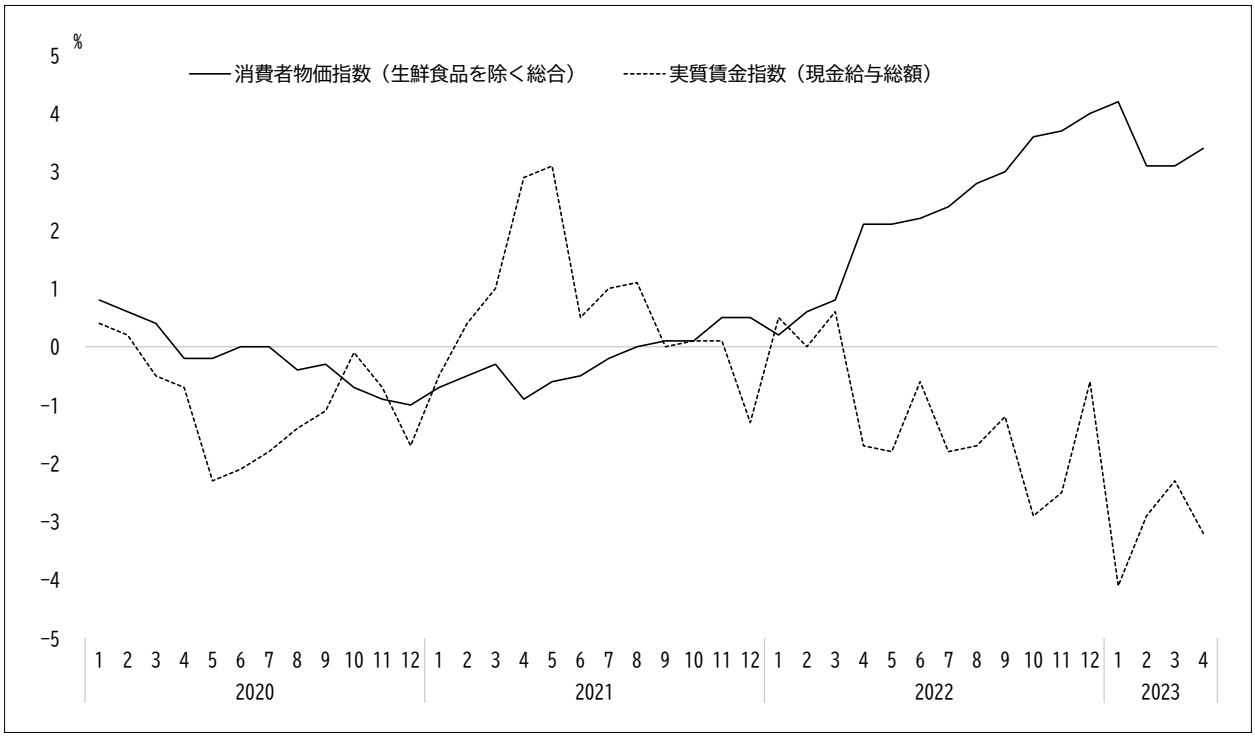
一方で感染状況が改善へ向かった2022年秋や2023年春でも、個人消費はコロナ禍前の水準を依然として下回って低迷し続けている。これは、2022年２月からのロシアによるウクライナへの軍事侵攻の影響でエネルギーや輸入原材料価格が高騰し、日本国内の物価が上昇し、実質賃金が低迷し始めたために、消費者の可処分所得が目減りしてしまったことによる。

図表１　総消費動向指数と新型コロナウイルス感染症の新規感染者数



（資料）総務省「消費動向指数」、厚生労働省「新規陽性者数の推移」

図表２　消費者物価指数および実質賃金指数（前年同月比）



（資料）総務省「消費者物価指数」、厚生労働省「毎月勤労統計」

なお、原稿執筆時点（2024年５月）の統計の最新値（2024年３月）を見ても、実質賃金は24か月連続で前年同月比を下回り、個人消費もコロナ禍の水準を下回っている。

雇用環境については、総務省「労働力調査」によると、コロナ禍で特に苦境に立たされた宿泊・飲食サービス業の就業者数は、コロナ禍前の2019年と比べれば減少しているが2022年では2021年と比べて改善している（2021年▲50万人で▲11.9％、2022年▲40万人で▲9.5％）。それによって、飲食サービス業等で比較的多い非正規雇用者数も改善傾向にある（2021年▲98万人で▲4.5％、2022年▲72万人で▲3.3％）。

一方、コロナ禍で需要が増した医療・福祉業の就業者数は2022年も増加傾向が続いている（2021年＋44万人で＋5.2％、2022年＋61万人で＋7.2％）。また、医療・福祉業では従来女性の正規雇用者が多く、2013年からの「女性の活躍推進」政策の効果の土台もあることで、女性の正規雇用者数は増加傾向にある（2021年＋64万人で＋5.5％、2022年＋80万人で＋6.8％）。

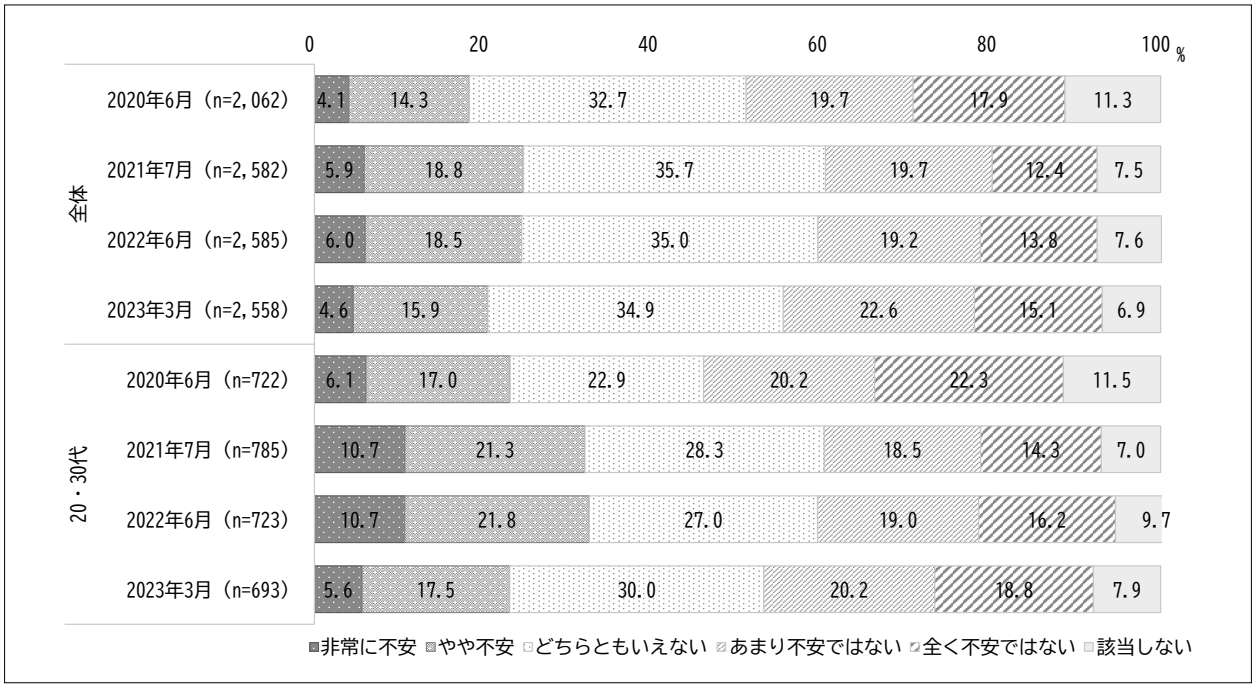
生活面へ目を向けると、コロナ禍においては外出自粛によって「新たな出会いが減ることへの不安」が、特に20歳代・30歳代で強い傾向があった**（図表３）**。一方で2022年以降は外出行動が再開されることで全体的に不安は弱まり、2023年３月ではコロナ禍当初と同程度に落ち着いている。

このような中で未婚化も若干緩和している。厚生労働省「人口動態調査」によると、婚姻数は、近年では2018年（58万6,481件）を底に2019年（59万9,007件、2018年比＋2.1％）はやや増加していたのだが、2020年（52万5,507件、2019年比▲12.3％）、2021年（50万1,116件、同▲16.3％）と減少傾向が強まっていた。一方で2022年（50万4,930件、同▲15.7％）では前年と比べてやや増加している。

一方で出生数については、従来の出生数の低下傾向に加えて感染リスクから出産をためらうことで少子化が加速してきたが、この傾向は緩和されておらず、出生数は2020年以降、減少傾向が強ま

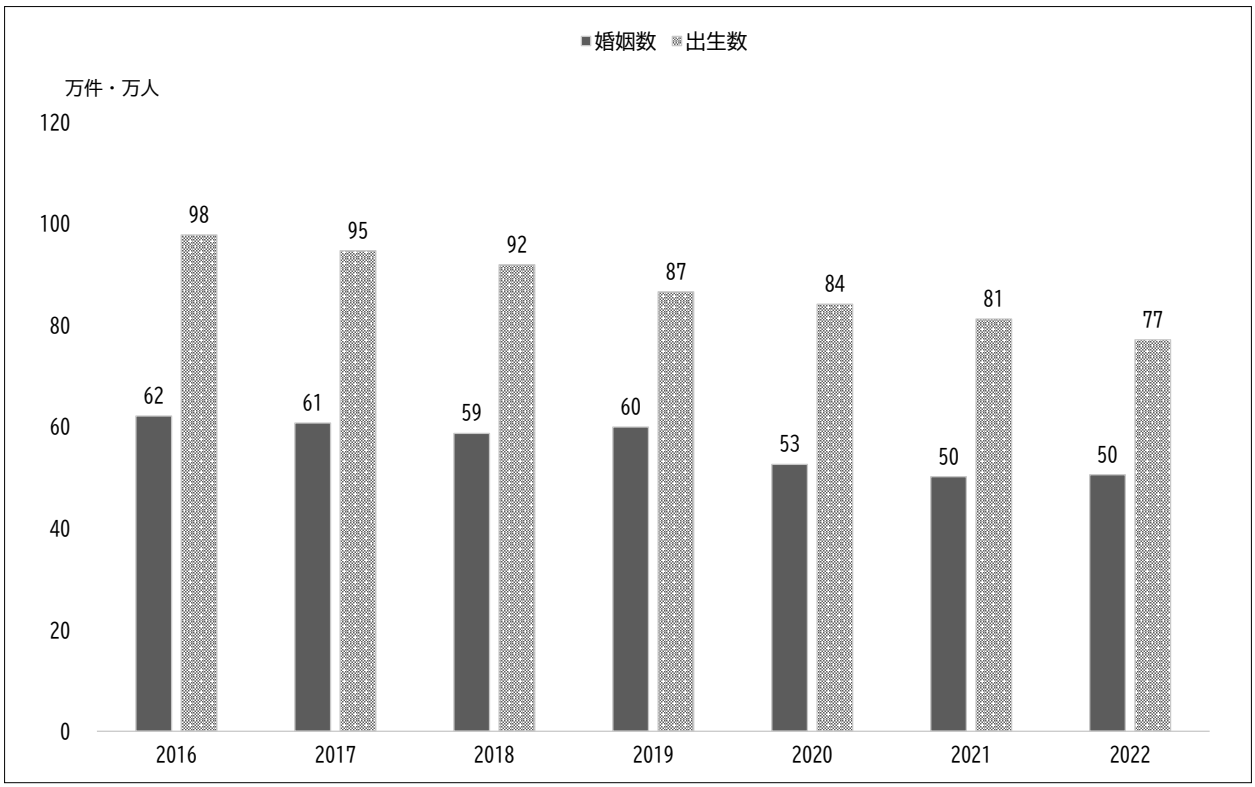
っている（2019年86万5,239人、2020年84万835人で2019年比▲2.8％、2021年81万1,604人で同▲6.2％、2022年77万759人で同▲10.9％）**（図表４）**。

図表３　20歳代・30歳代の新たな出会いが減ることへの不安



（資料）ニッセイ基礎研究所「新型コロナによる暮らしの変化に関する調査」

図表４　婚姻数と出生数



（資料）厚生労働省「人口動態調査」

（2）消費行動への影響

コロナ禍で非接触志向が高まり、外出を自粛することで、消費行動は大きく変化している。ここでは主な変化として買い物手段や食生活、余暇生活に注目したい。

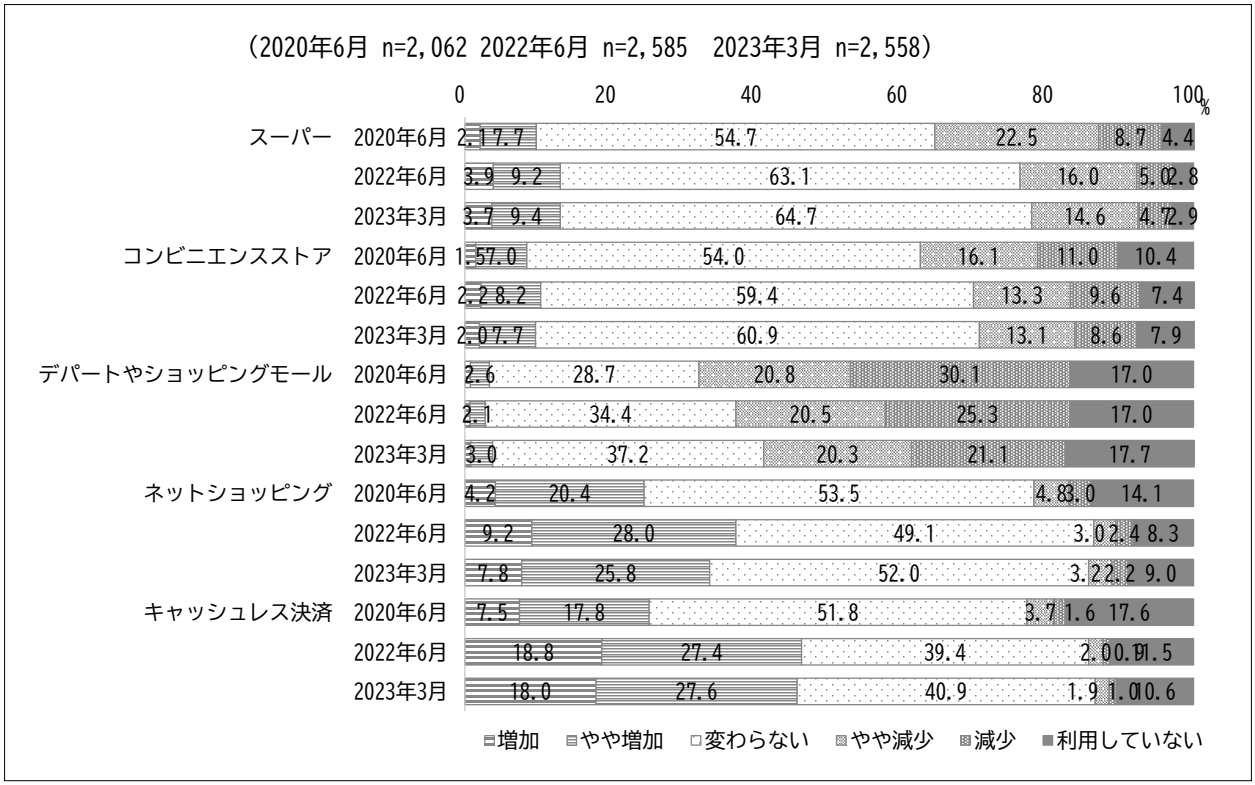
①買い物手段の変化～実店舗からネットへのデジタルシフト

コロナ禍前と比べた買い物手段の利用状況を見ると、スーパーなどの実店舗では減少の割合の高さが目立つが、いずれも当初と比べて改善している**（図表５）**。業態によって温度差があり、生活必需品を扱うスーパーやコンビニエンスストアでは2023年３月の利用減少層（「減少」＋「やや減少」）は約２割だが、主に衣料品やぜいたく品を扱い、不要不急の外出ともなりやすいデパートやショッピングモールでは約４割に上る。

一方、ネットショッピングやキャッシュレス決済サービスなどのデジタル手段の利用では増加が目立つが、外出行動が再開されたことで、特にネットショッピングの利用には落ち着きが見える。一方で、キャッシュレス決済サービスの利用は利用増加層が過半数を占めて高水準を維持している。

なお、買い物手段のデジタルシフトは以前から徐々に進行していたが、コロナ禍で加速している。経済産業省「電子商取引に関する市場調査」によると、国内の物販系領域のＥＣ化率は、2019年までは毎年0.5ポイント程度上昇していたのだが、2019年（6.76％）から2020年（8.08％、前年比＋1.22％pt）にかけては例年より２倍以上上昇している。一方で、2021年以降はEC化率は上昇し

図表５　コロナ禍前（2020年１月頃）と比べた買い物手段の利用の変化（単一回答）



（資料）ニッセイ基礎研究所「新型コロナによる暮らしの変化に関する調査」

ているものの、その上昇幅は鈍化している（2021年8.78％で前年比＋0.70％pt、2022年9.13％で同＋0.35％pt）。なお、内訳を見ると、「書籍、映像・音楽ソフト」（2022年で52.16％）や「生活家電、AV機器、PC・周辺機器等」（同42.01％）、「生活雑貨、家具、インテリア」（同29.59％）などの高さが目立つ一方、「自動車、自動二輪車、パーツ等」（同3.98％）や「食品、飲料、酒類」（同4.16％）は５％未満にとどまる。

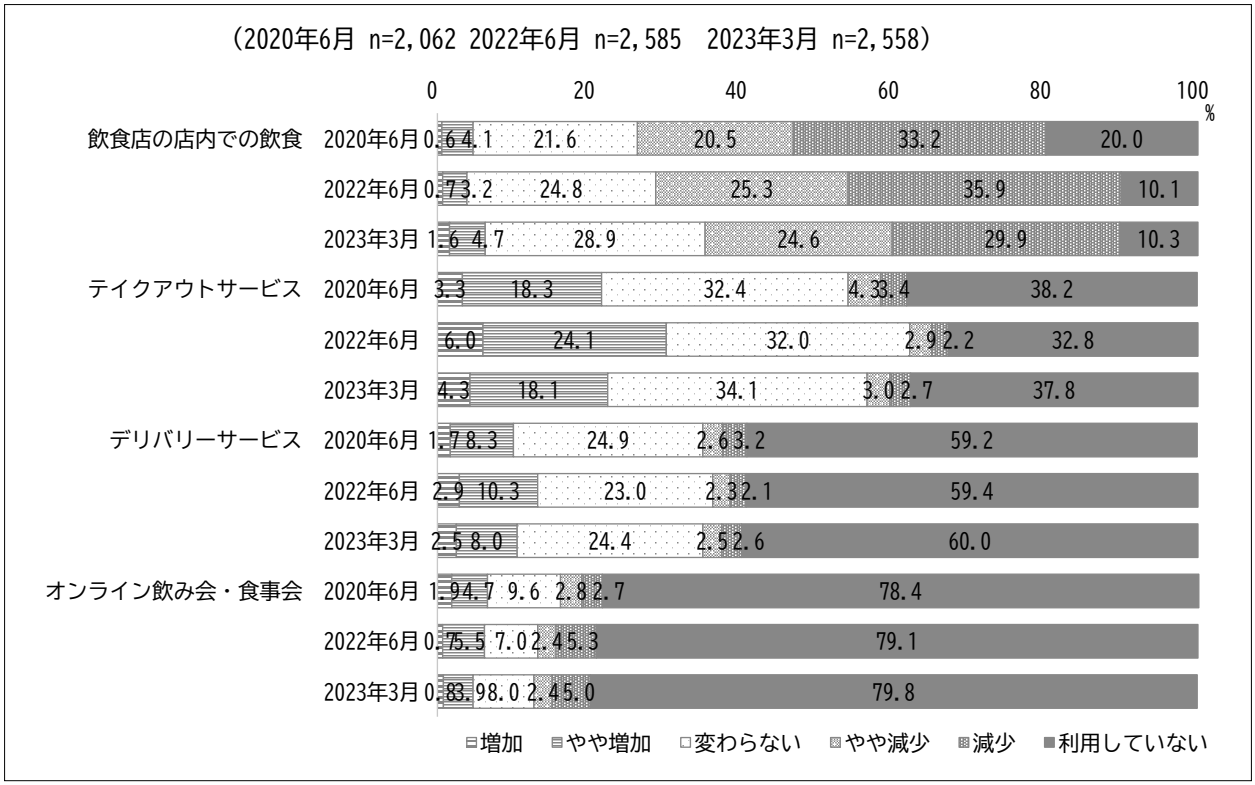
②食生活の変化～外食需要の中食・内食シフト

食生活では、コロナ禍では外食が控えられる一方、テイクアウトやデリバリーなどの中食需要が増してきたが、買い物と同様に外出行動が再開されることで、外食控えと中食需要の伸びには落ち着きが見られる**（図表６）**。ただし、2023年３月の時点でも外食の利用減少層は全体の過半数を占めて目立つ。

なお、中食市場は、コロナ禍前から利便性重視志向の高い共働き世帯や単身世帯が増えることで拡大傾向にあった[1)]。さらにコロナ禍でテイクアウトなどに対応する飲食店が増え、消費者にとって選択肢が広がった。デリバリーについては、2020年９月以降、利用増加層の伸びは鈍化しているが、若い年代ほど利用率が高く、都市部ほど配達網が充実しているなど、現在のところ需要と供給に偏りがある影響もあるだろう。

ところで、コロナ禍の当初に話題となったオンライン飲み会・食事会の利用者層は全体の２割程度である。ただし、年代によって差があり、デジタルネイティブの多い若い年代ほど利用者層は多い（2023年３月で20歳代35.1％、70歳～74歳12.2％）。

図表６　コロナ禍前（2020年１月頃）と比べた食事サービスの利用の変化（単一回答）



（資料）ニッセイ基礎研究所「新型コロナによる暮らしの変化に関する調査」

③余暇生活の変化～巣ごもり・デジタル娯楽の活発化

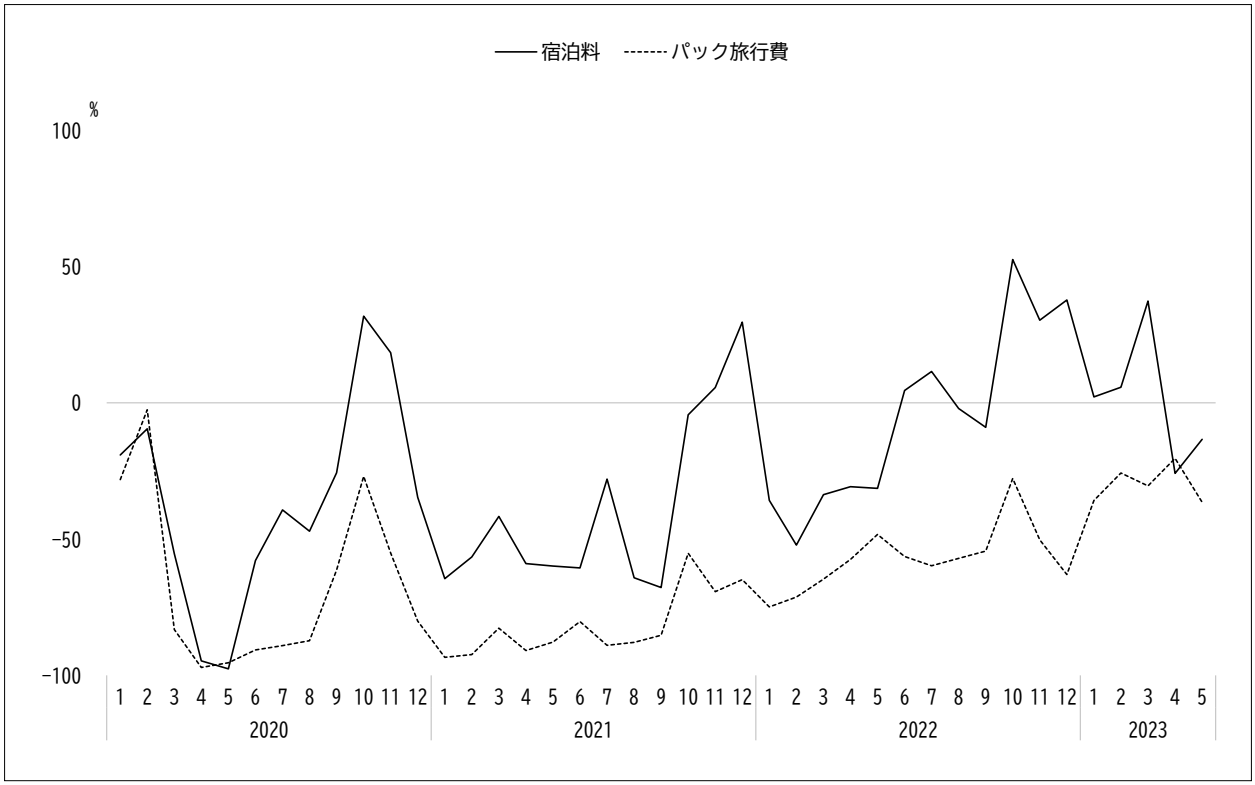
外出を伴う余暇行動については、旅行のほか、遊園地や映画館などの娯楽施設の利用では減少が目立つが改善傾向にある。なお、旅行については引き続きマイクロツーリズムの需要が比較的堅調である。旅行関係の支出額の動きは感染状況と連動しているのだが、いずれの時期においても、宿泊料単体の方が交通費を含むパック旅行費よりコロナ禍前と比べた減少幅が小さい**（図表７）**。

なお、政府は、2020年７月下旬より観光需要喚起策としてGoToトラベル事業を開始し、感染状況が悪化したことで2020年12月下旬にいったん停止している。2021年４月からは自県民の県内旅行を推進する「県民割」が開始され、対象を地域ブロックに広げた「ブロック割」が2022年10月上旬まで実施された。その後は対象を全国に広げた「全国旅行支援」が実施されている。その間で最も旅行関連支出が回復した2022年10月では、二人以上世帯の宿泊料の対2019年実質増減率は52.6％に上る。

一方、巣ごもり型の余暇行動については、自宅で楽しめるゲームや動画配信サービスなどのデジタル娯楽の利用が活発化したが、これらはデジタル化の進展という土台があるため、外出行動が再開された2022年以降も堅調に推移している[2)]。

なお、コロナ禍当初はメディアの視聴が増え、テレビや新聞などの従来型のマスメディアやネット系メディア、動画配信サービス、ＳＮＳの利用状況を見ると、軒並み利用が増えていた[3)]。背景には自宅で過ごす人が増えたことに加えて、感染状況下では暮らしに影響の大きな情報や政策判断が増えたことで、消費者は情報収集に積極的になっていたことが挙げられる。一方で、外出行動が再開されることで、メディア利用の伸びは2021年をピークに鈍化している。ただし、ネット系メデ

図表７　二人以上世帯の宿泊料とパック旅行費（対2019年同月実質増減率）



（資料）総務省「家計調査」

ィアについてはデジタル化が進展する中で、コロナ禍当初の利用水準をやや上回った状況が続いており、2023年３月時点でもネットサーフィンや動画配信サービスの利用者自体はやや増え続けている。

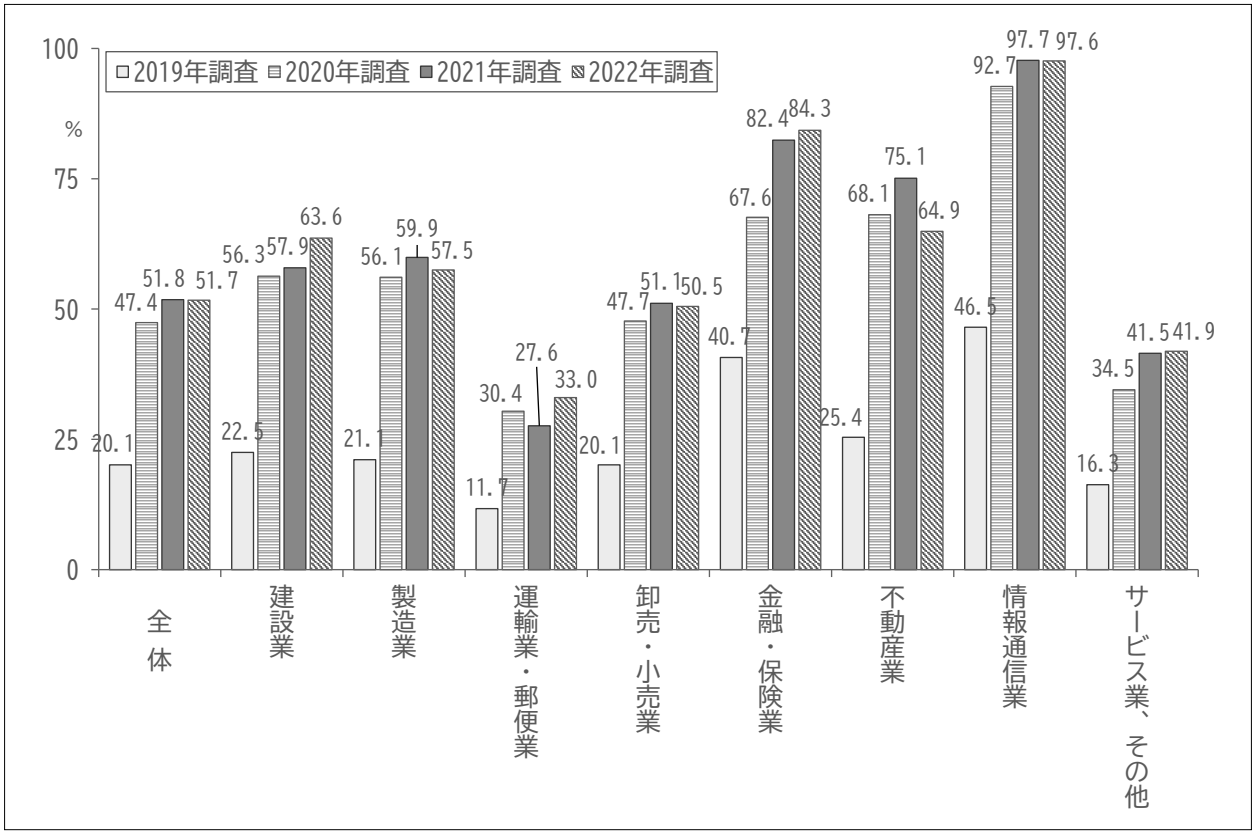
（3）働き方への影響

①働き方のデジタルシフト

新型コロナウイルス（COVID-19）の感染拡大は、働き方にも変化をもたらした。政府による「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」によって、2020年の流行拡大当初より人の流れを抑制する観点から、企業に対して、出勤者数の削減目標を定め、在宅勤務（テレワーク）の活用や休暇取得の促進を推奨したほか、出勤する場合にも、時差通勤、自転車通勤等の人との接触を低減する取り組みを推奨し、2023年５月にCOVID-19が感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律によって５類感染症に位置付けられ、「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」が廃止するまで続いた。

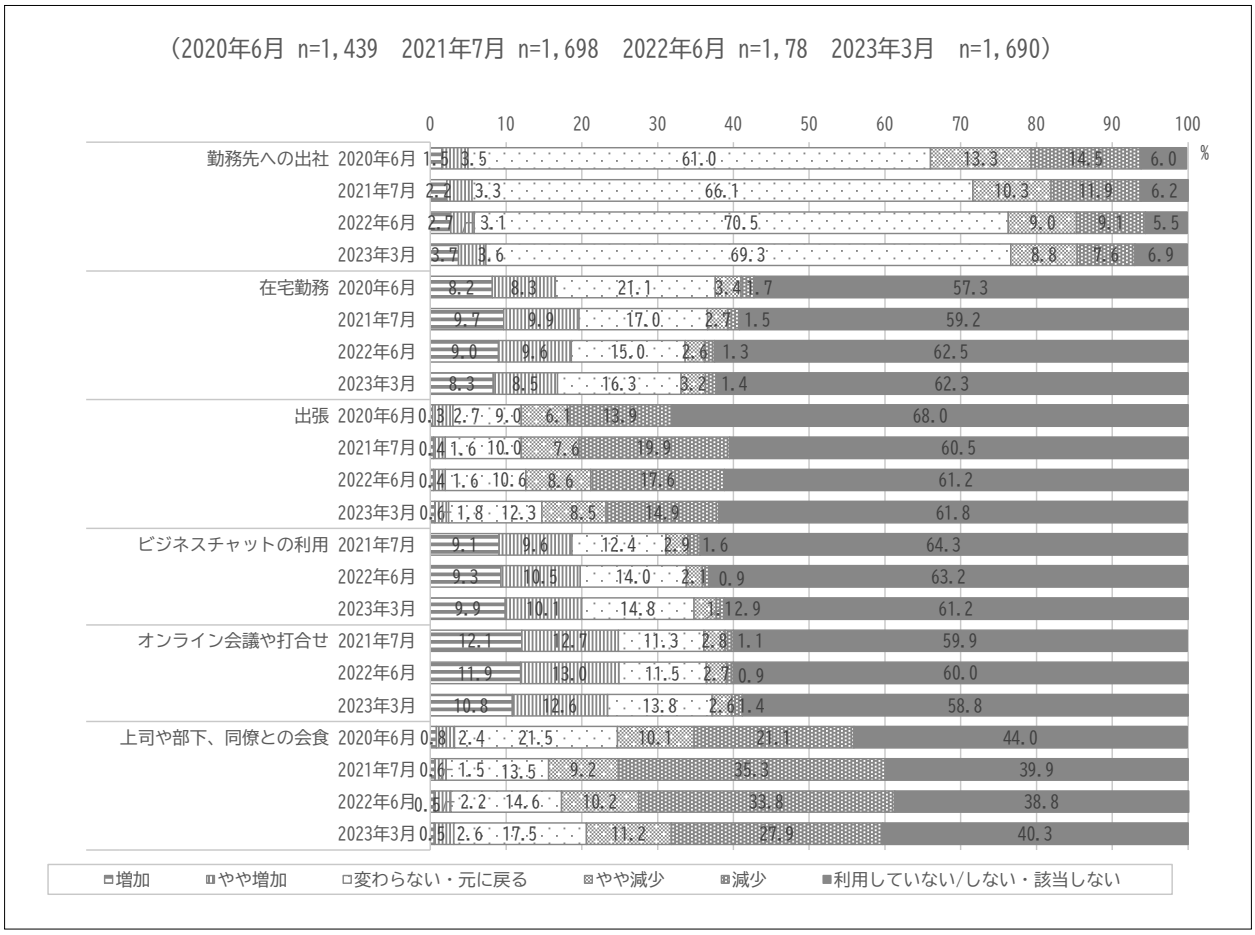
コロナ禍前の2019年４月から順次施行されていた働き方改革関連法に伴い、柔軟な働き方としてテレワークへの関心が高まる中、コロナ禍における出勤者数削減要請によって、総務省「通信利用動向調査」によると、常時雇用者100人以上の企業におけるテレワーク導入率は、2019年は20.2％だったのに対し、2020年には47.5％、2021年以降は半数を超えて推移している**（図表８）**。しかし、業種や企業規模によるテレワーク導入率には差があり、情報通信業、金融・保険業、不動産業など

図表８　産業分類別テレワーク導入状況の変化



（資料）総務省「通信利用動向調査」（2019年、2021年）

図表９　コロナ禍前（2020年１月頃）と比べた働き方の変化



（資料）ニッセイ基礎研究所「新型コロナによる暮らしの変化に関する調査」

では７割を超えるが、運輸・郵便業やサービス業では４割程度にとどまる。また、資本金規模が１億円を超える企業で導入率は８割を超えるのに対して、5,000万円未満の企業では４割に満たない。

ニッセイ基礎研究所が個人を対象として行った調査によると、就労者における勤務先への出社減少層（「減少した」＋「やや減少した」）は、2020年６月以降、３割弱と比較的高い水準で継続していた**（図表９）**。一方で2022年６月以降は、勤務先への出社状況は７割がコロナ禍前と変化がなくなっていたほか、減少層も2020年６月は27.8％であったが2023年３月には16.4％へ低下している。

在宅勤務は、利用していない就労者が６割程度でやや上昇しながら推移していた。一方で、在宅勤務の利用者で見ると、2020年６月以降、大きな変動はなく、コロナ禍前と比べて利用増加層においては、2023年３月時点でも一定程度が引き続き利用していた。

また、出張は２割～３割、上司や部下、同僚との会食は３割～４割がコロナ禍前と比べて減少したまま推移していた。一方で、ビジネスチャットの利用や、オンライン会議や打ち合わせも２割～３割程度で推移しており、感染リスクが比較的高い会食を控える一方で、オンライン会議の増加やビジネスチャット等の活用が続いている様子がうかがえる。

②働き方の変化に伴う影響

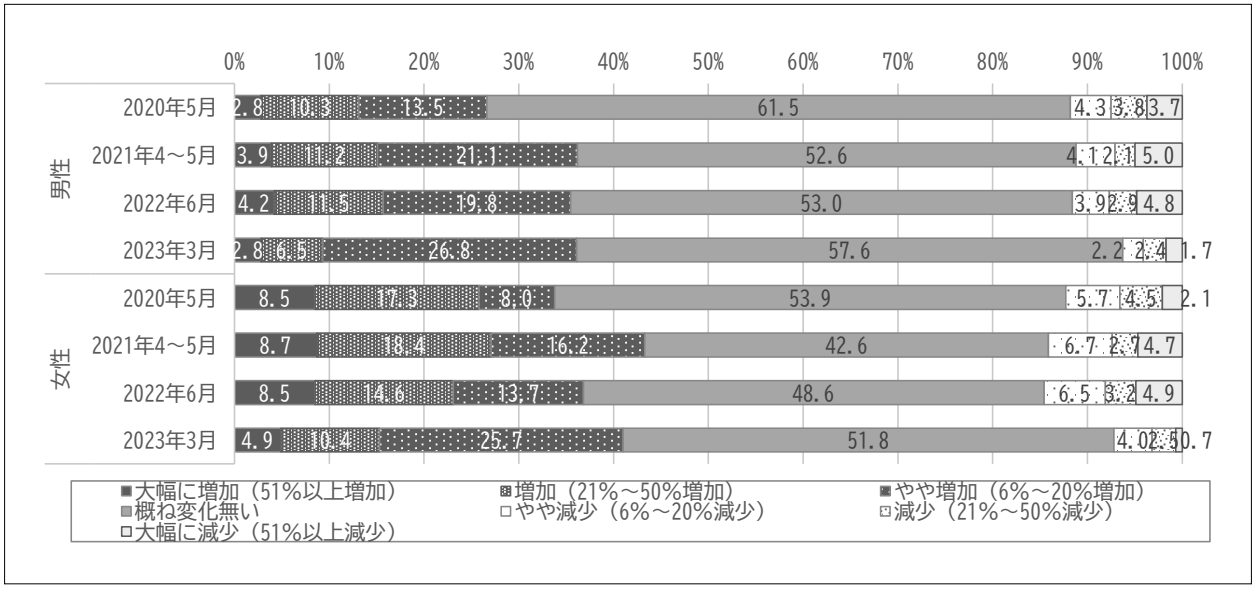
外出の機会が減り、在宅勤務等の増加によって、日々の生活における家事・育児時間にも変化が

あった。内閣府「新型コロナウイルス感染症の影響下における生活様式・行動の変化に関する調査」によると、18歳未満の子を持つ親の家事・育児時間は、５割～６割前後は感染拡大前と比べて変化はないとするものの、変化があった親では、男女とも増加が減少を上回っていた**（図表10）**。

男女を比較すると、男性は「やや増加」している割合が高いのに対し、女性は「大幅に増加」、または「増加」している割合が高くなっており、コロナ禍における在宅時間の増加は、特に女性が家事・育児時間を増やしていた。男女とも、2020年５月と比べると、2023年３月に、「大幅に増加」または「増加」している割合は低下しており、家事・育児時間もコロナ禍前に戻りつつある。

ニッセイ基礎研究所の調査によれば、在宅勤務を想定した生活をしてこなかった世帯が多く、在宅勤務中に仕事に集中するスペースや時間を確保するのが難しかったほか、家庭生活においてはコロナ禍では外出も自粛する傾向が続いたため、子どもが自由に遊べる時間やスペースが減るなどの影響もあった[4)]。

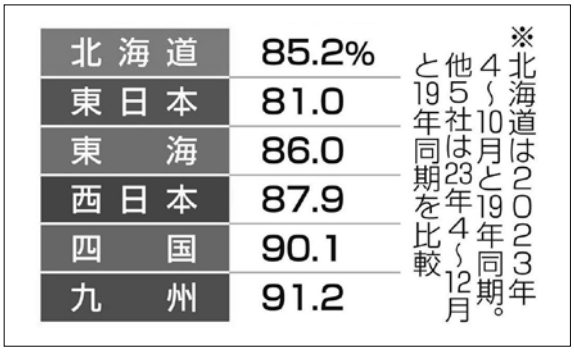
図表10　家事・育児時間の変化



（出典）内閣府「第６回新型コロナウイルス感染症の影響下における生活意識・行動の変化に関する調査」

なお、就労者の出勤機会がコロナ禍前の水準に戻らない中、鉄道各社における在来線では、これまで恒常的に得られていた通勤・通学等の定期券による収入が戻りきらない路線も多く**（図表11）**、今後の少子化社会への対応を見据えて、有料席の拡大や路線のスリム化の検討が始まっている。

図表11　コロナ禍前後のJR各社定期券利用の旅客輸送用水準



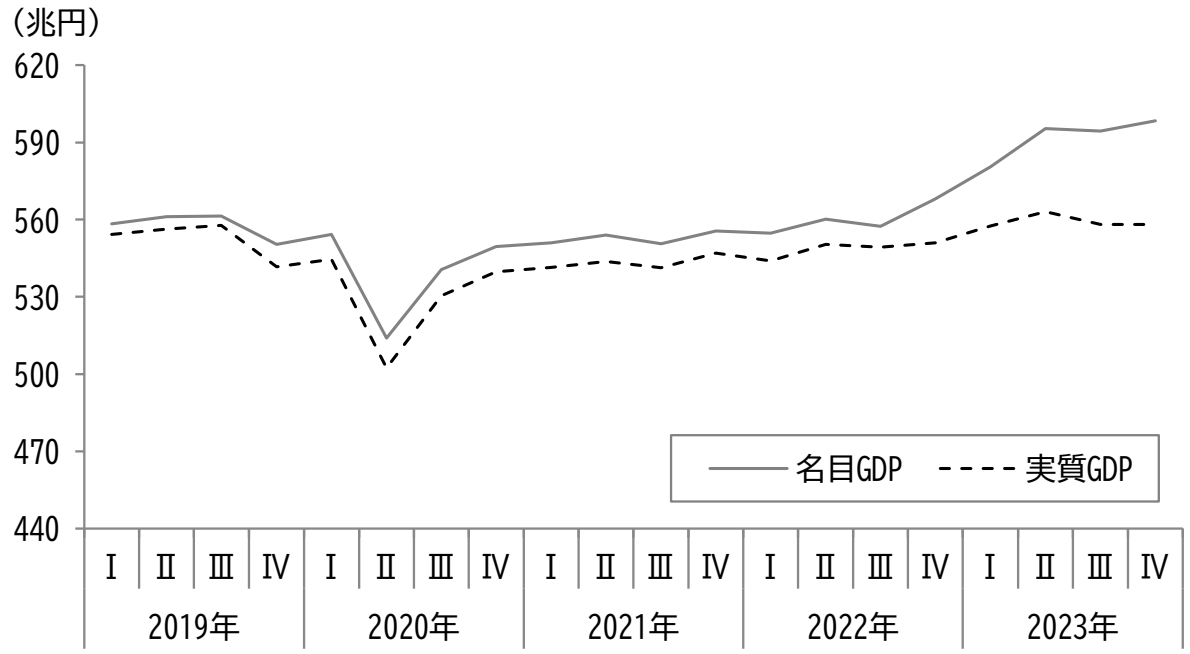
（出典）2024年４月４日　共同通信「JR６社定期回復足踏み、コロナ前８～９割　減便、終電前倒し取りやめ難しく」

■引用文献

1）一般社団法人日本フードサービス協会「外食産業市場規模推計の推移」の料理品小売業（弁当給食を除く）の値
2）久我尚子「家計消費の動向（～2024年３月）～実質賃金マイナスで全体では低迷、外出型消費は改善傾向だが温度差も、マインドは上向き」『ニッセイ基礎研レポート』、2024年5月16日号、P.5
3）ニッセイ基礎研究所「第12回　新型コロナによる暮らしの変化に関する調査～調査結果概要」、2023年４月、P.21
4）村松容子「在宅勤務や時差通勤の増加は同居家族にどのような影響を与えたか～１／３で家計に影響。１／４で「団らん時間が増加」も、１割で「家庭内がぎくしゃく」」『ニッセイ基礎研レポート』、2022年6月15日号、P.5

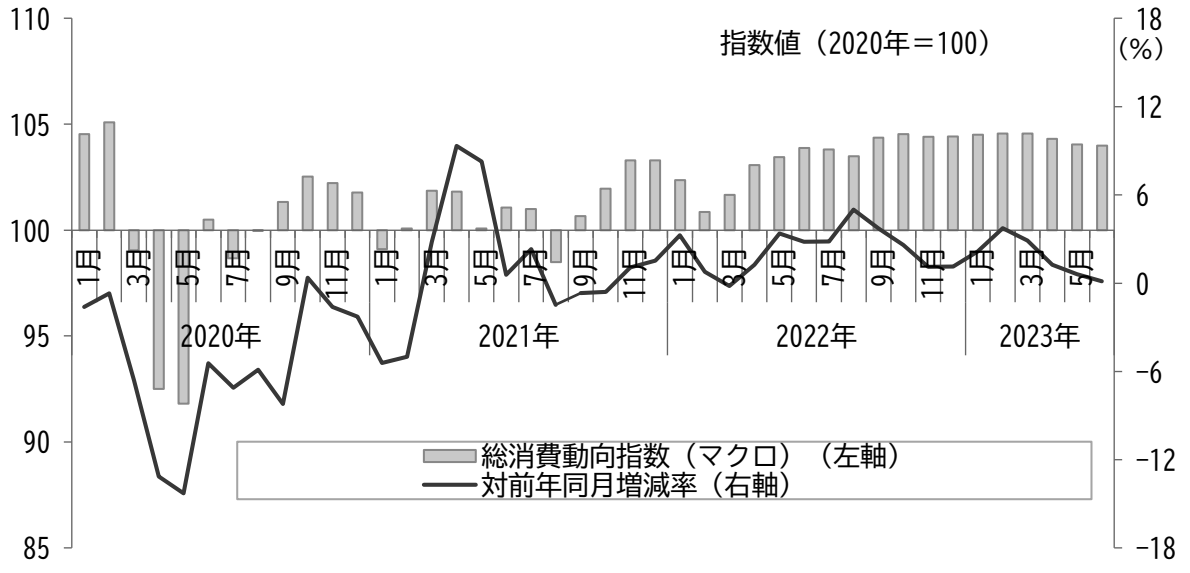
社会経済の動向

GDPの推移



出典：内閣府「国民経済計算（GDP統計）」

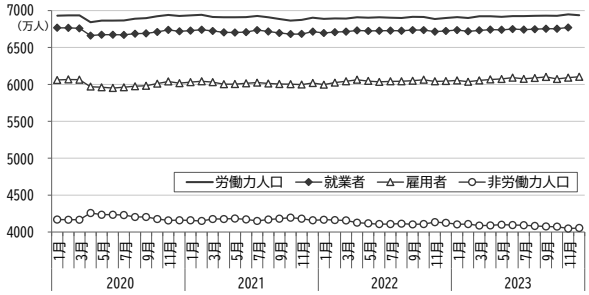
総消費動向指数の推移



出典：総務省統計局「2020年基準消費動向指数」総消費動向指数

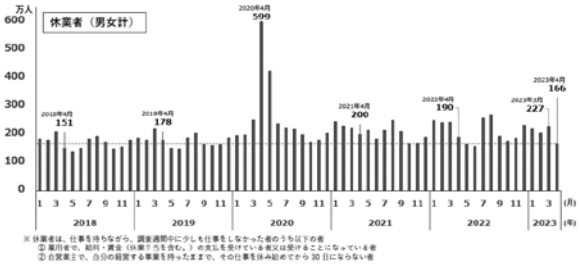
雇用者数、失業者数

労働力人口・非労働力人口・就業者・雇用者



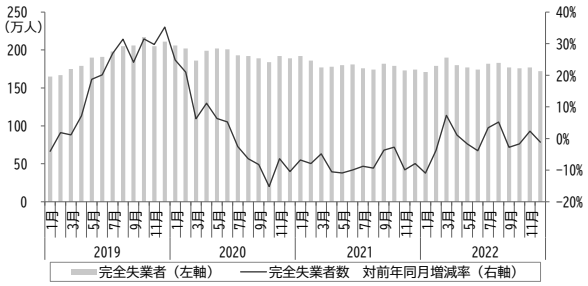
出典：総務省統計局「労働力調査」

休業者数の推移



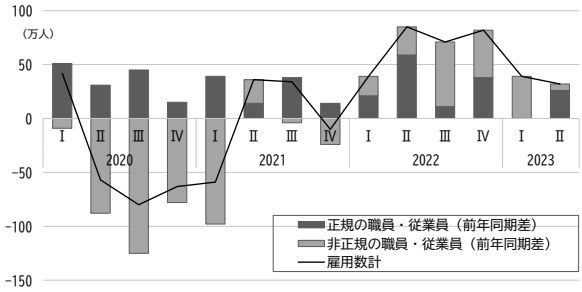
出典：総務省統計局「労働力調査」

完全失業者数、完全失業率の推移



出典：総務省統計局「労働力調査」

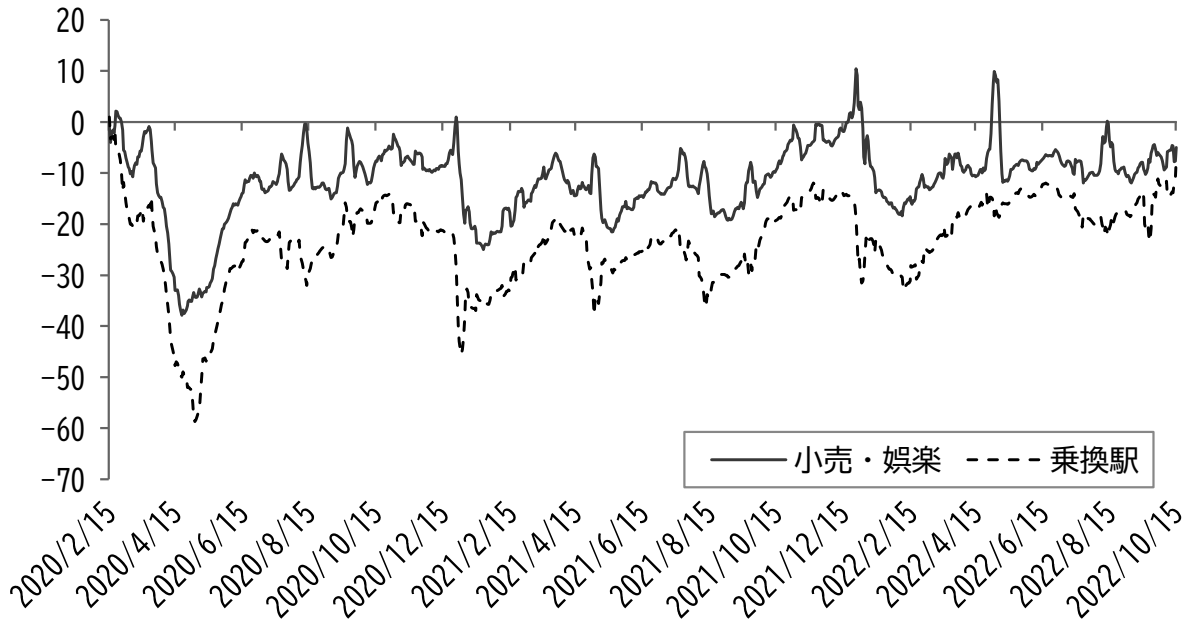
雇用形態別の雇用者数の動向



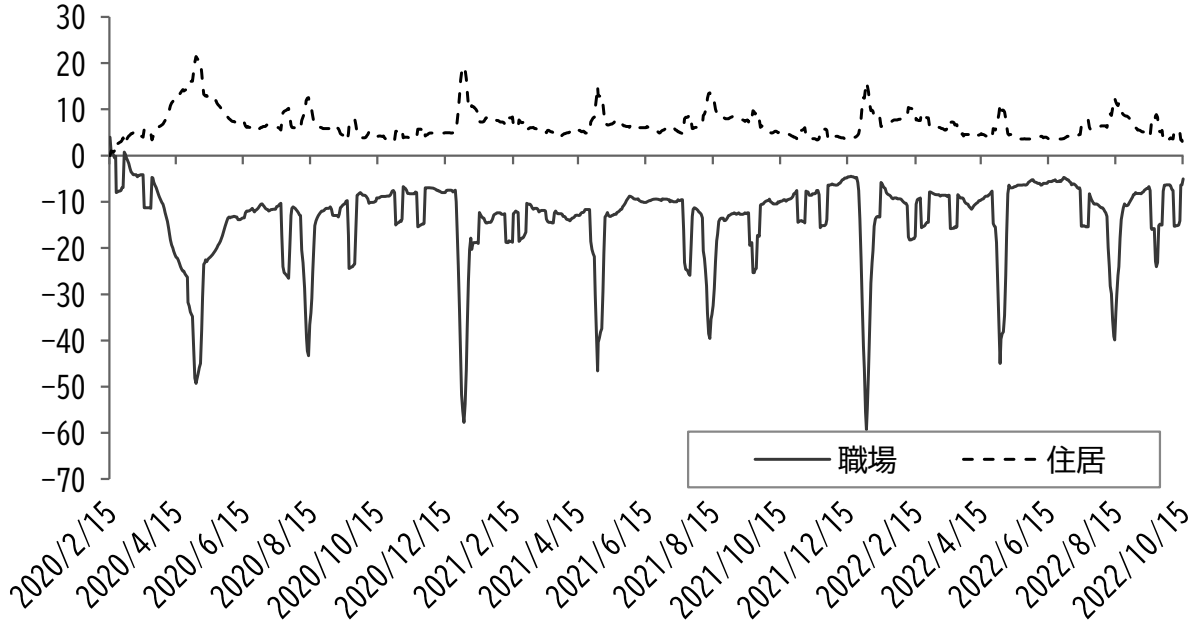
出典：総務省統計局「労働力調査」（基本集計）

人流（商業施設、駅、家）

小売・娯楽施設や乗換駅の人出（基準値からの変化）



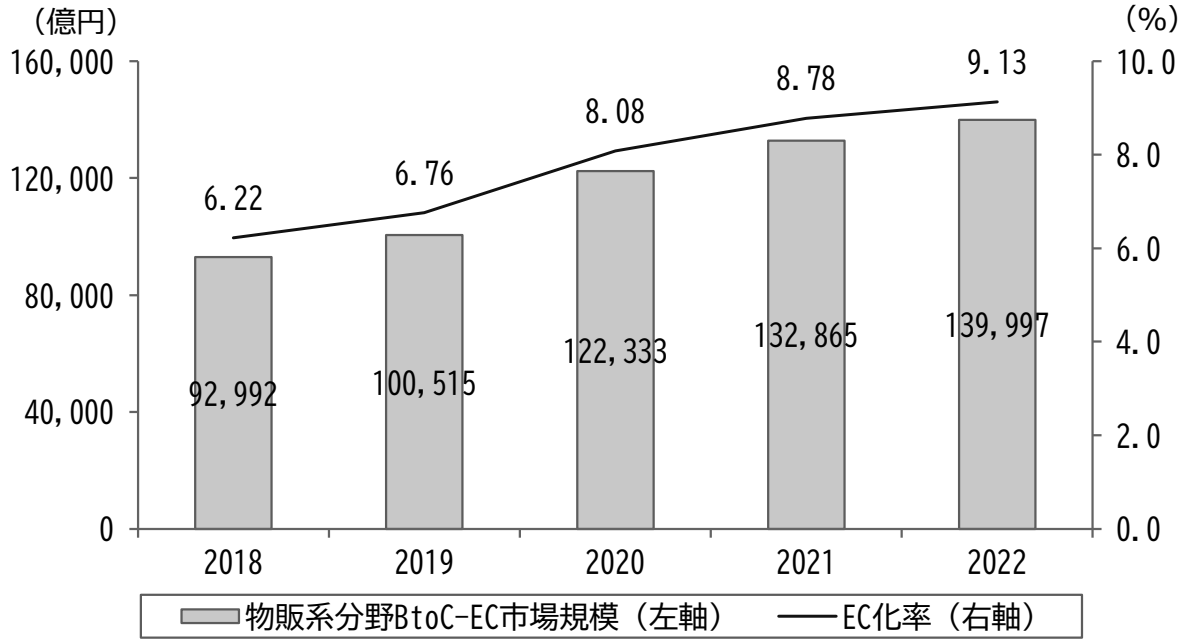
職場・住居における人出の推移（基準値からの変化）



出典：Google「コミュニティ　モビリティレポート」

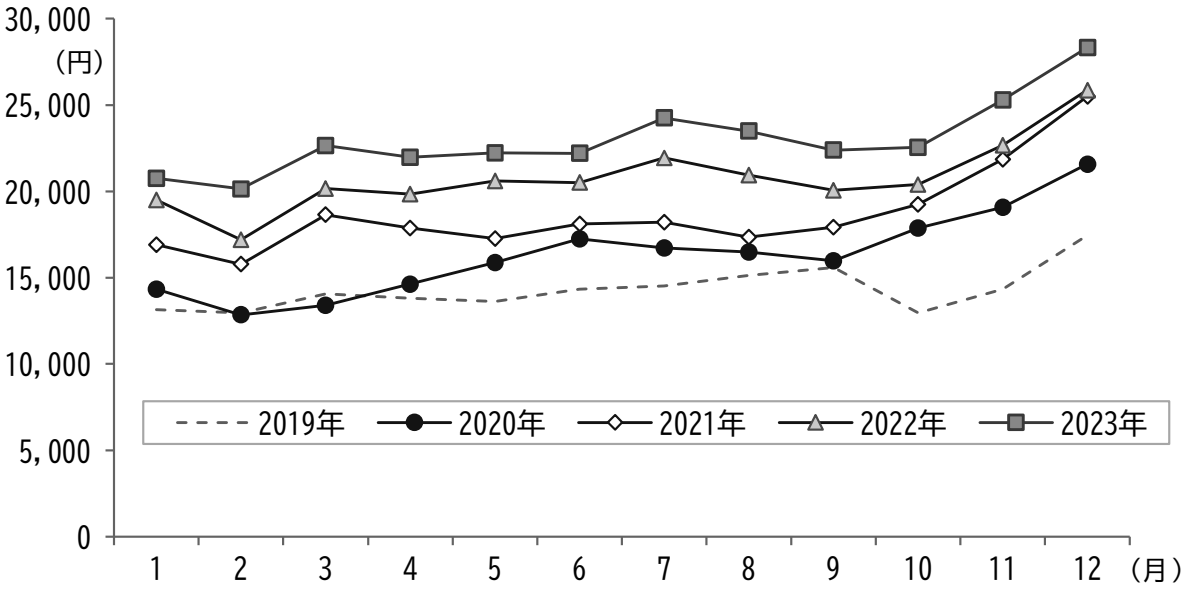
ネット通販

物販系分野のBtoC-EC市場規模及びEC化率の経年推移



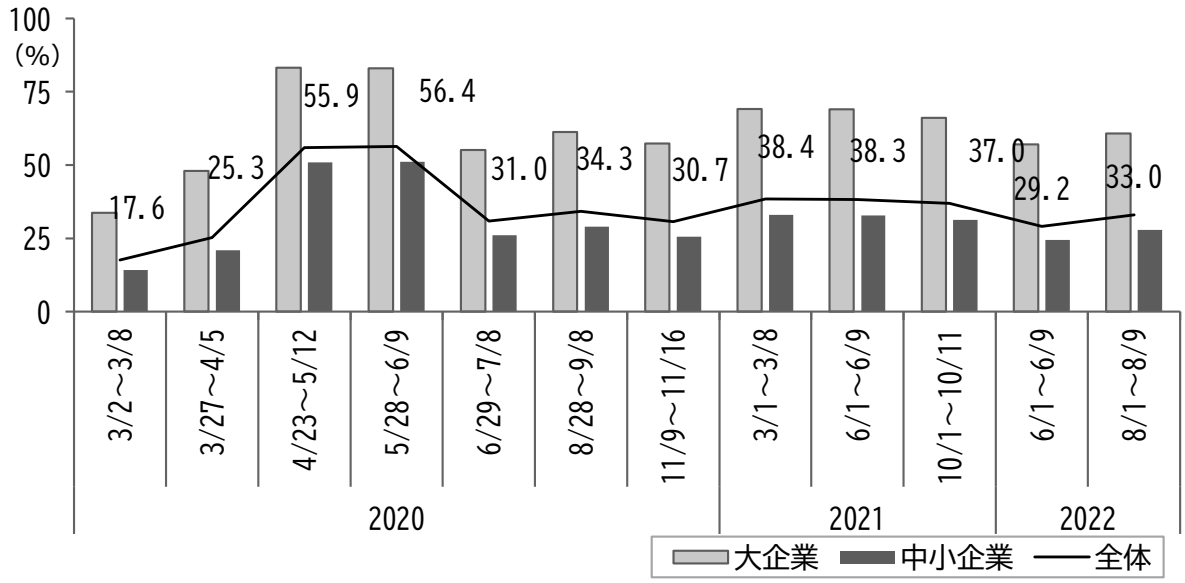
出典：経済産業省「令和4年度電子商取引に関する市場調査」

インターネットを利用した支出総額の推移



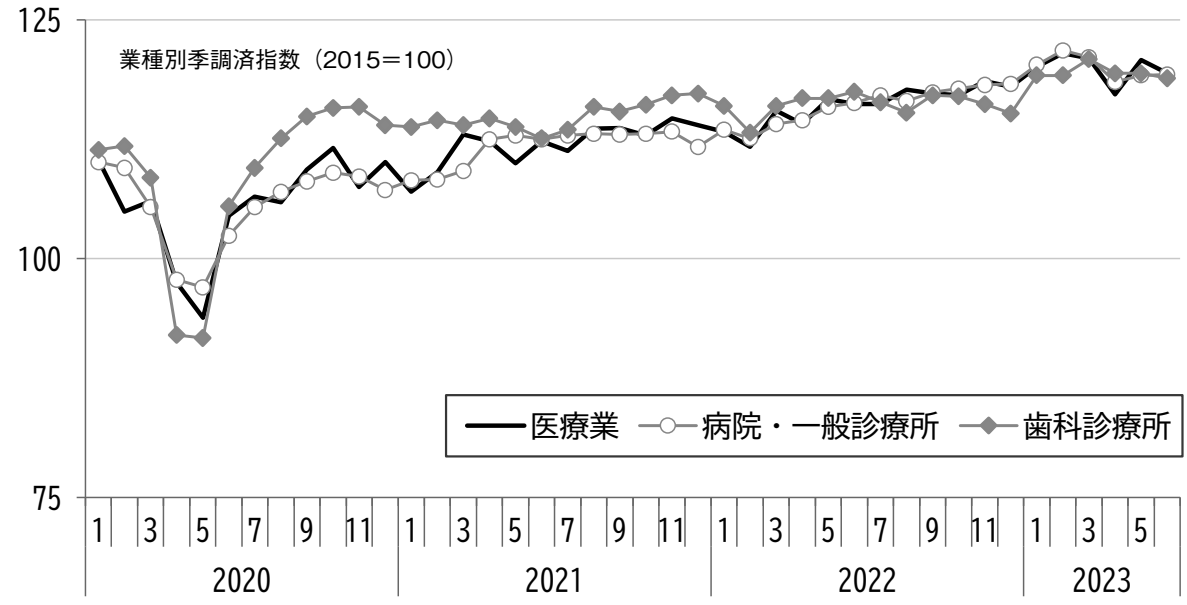
出典：総務省統計局「家計調査」二人以上世帯月次結果

リモートワーク実施率



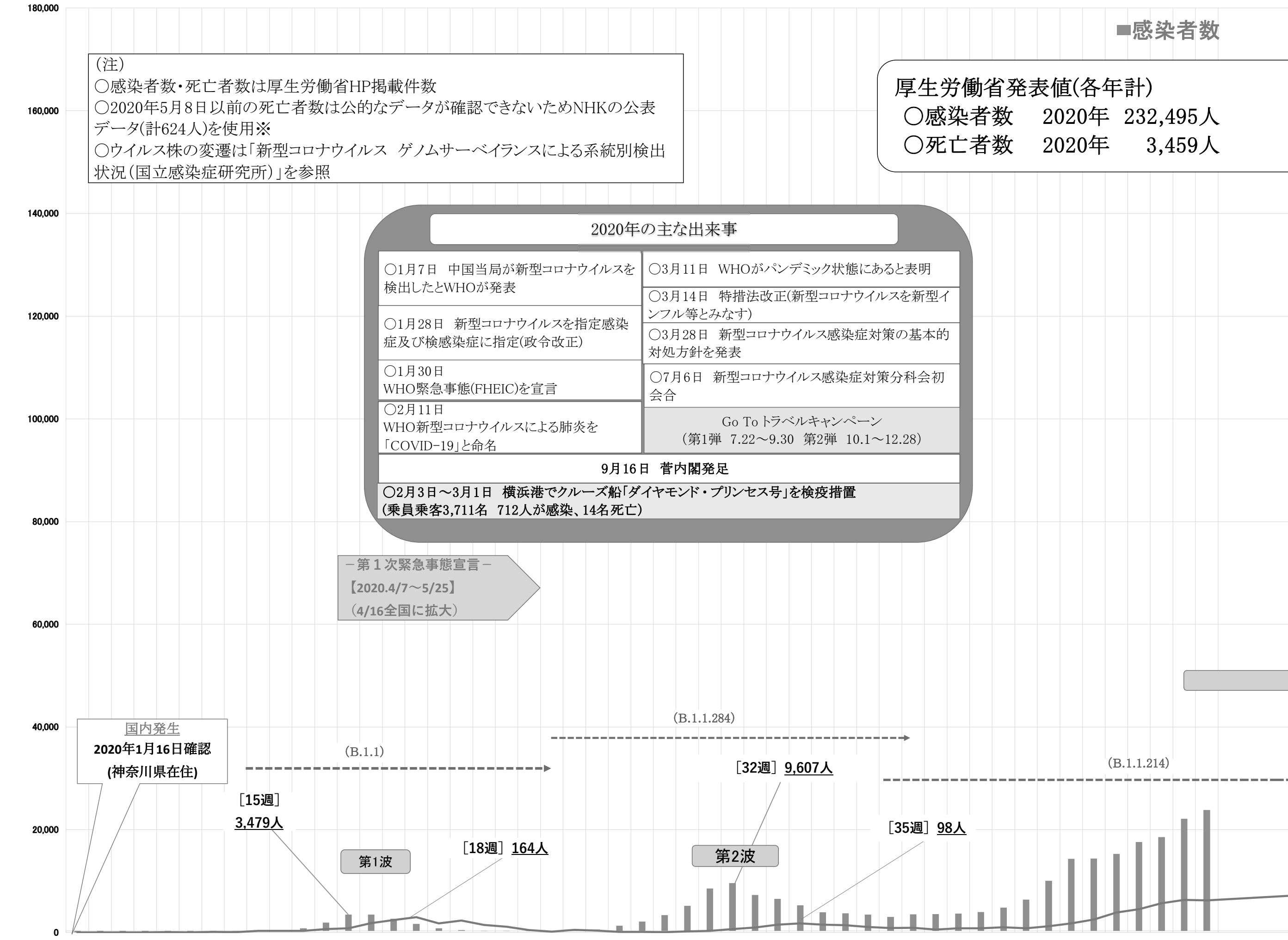
出典：東京商工リサーチ「新型コロナウイルスに関するアンケート（第2～6、8、10、14、16、18、22、23回）」

医療業活動指数の推移



出典：経済産業省「第３次産業活動指数」

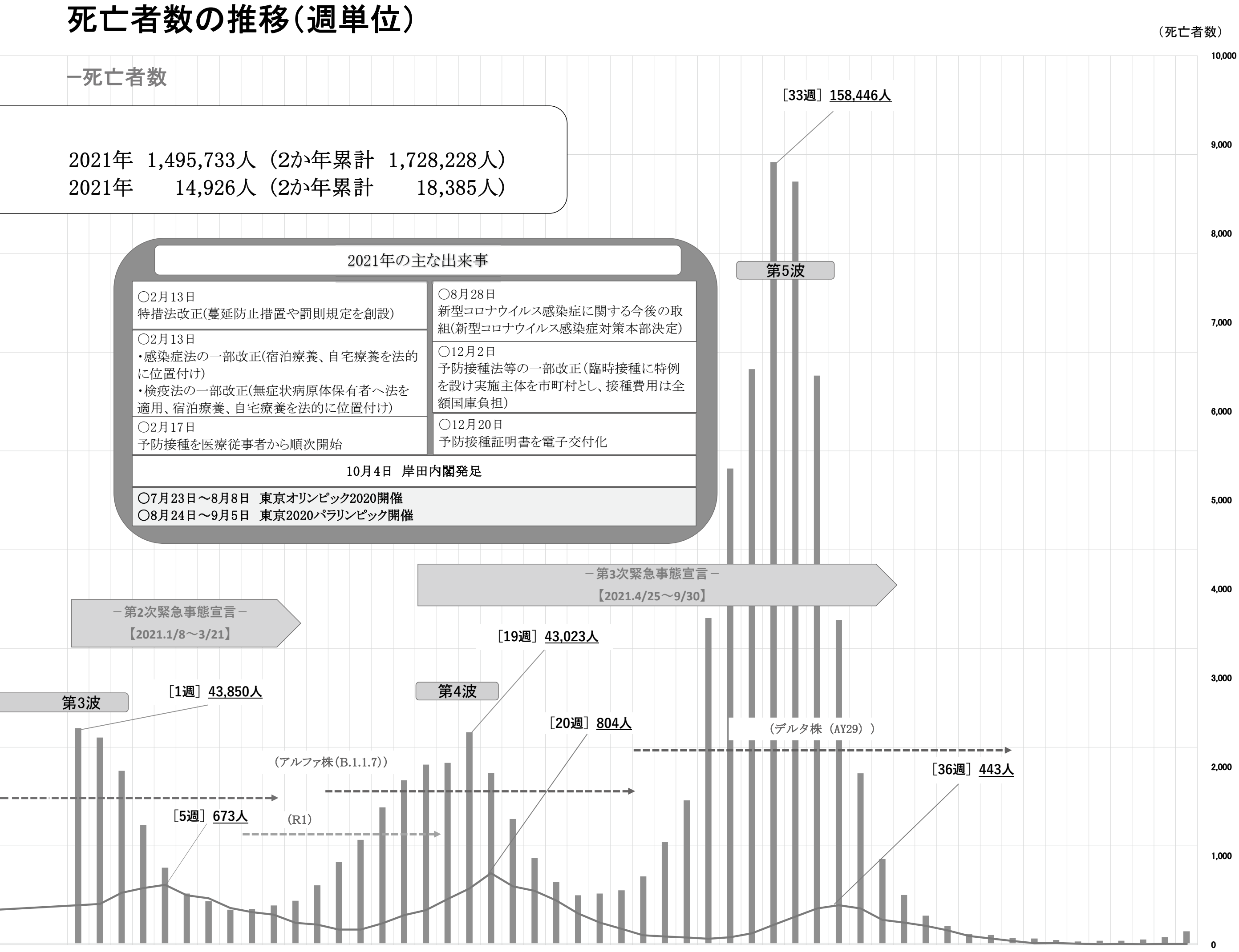
新型コロナウイルス感染者数･



年	2020																									
週	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
感染者数	1	3	8	3	15	77	112	236	319	271	783	1,909	3,479	3,469	2,659	1,645	773	439	244	290	276	290	380	559	1,273	2,114
死亡者数	0	0	0	0	1	0	5	1	17	17	15	37	45	100	134	164	96	128	81	62	24	9	28	18	5	5

年	2020																								
週	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53
感染者数	3,372	5,177	8,541	9,607	7,267	6,544	5,271	3,920	3,725	3,443	2,997	3,502	3,580	3,682	3,948	4,810	6,364	10,062	14,330	14,374	15,304	17,615	18,547	22,110	23,834
死亡者数	3	11	16	35	52	82	98	84	79	58	48	51	30	45	44	56	44	67	96	138	216	250	315	352	347

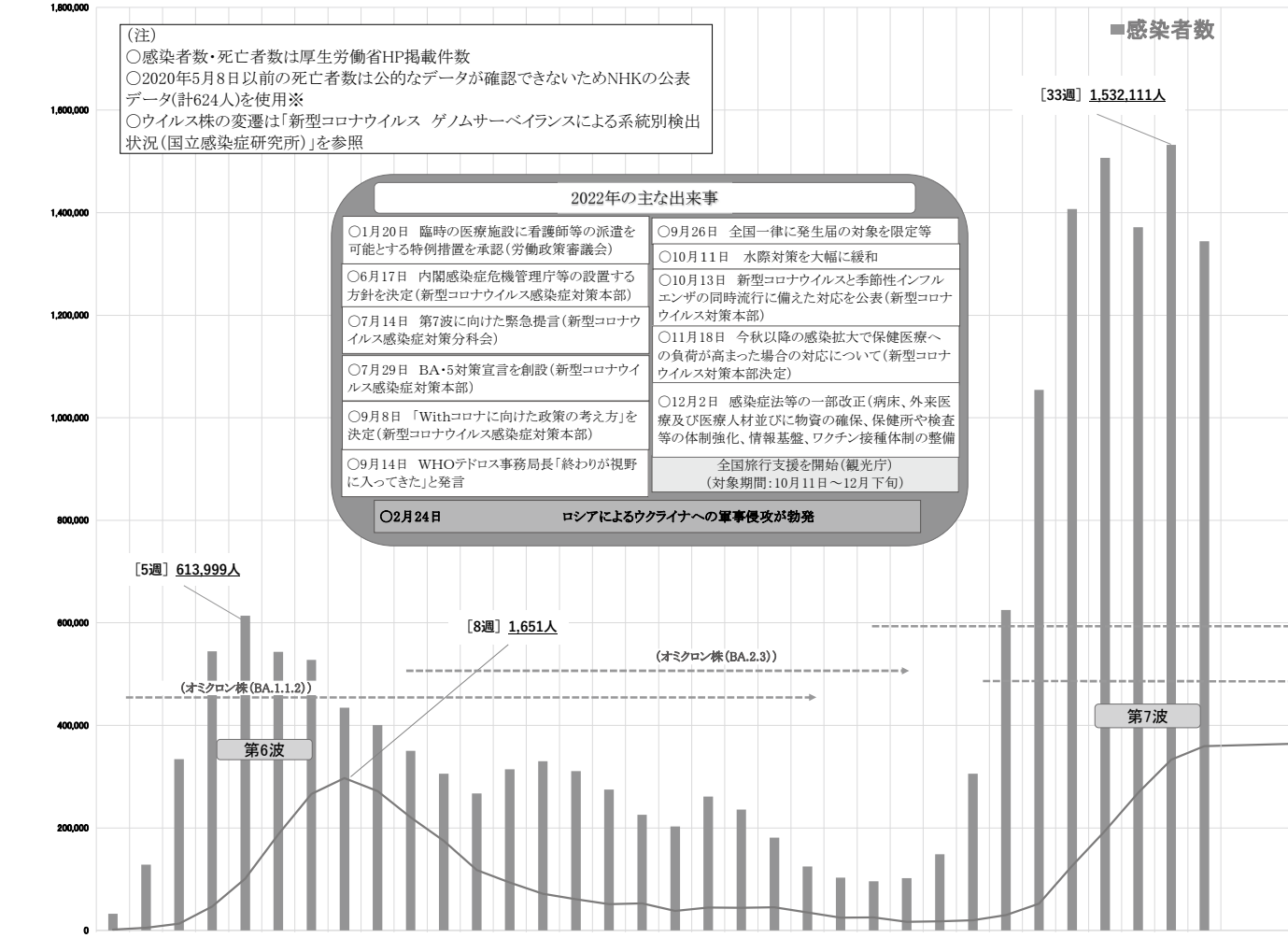
死亡者数の推移（週単位）



	2021																									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
	43,850	41,947	35,208	24,251	15,600	10,369	8,806	7,063	7,230	7,915	8,910	11,996	16,803	21,220	27,811	33,290	36,479	36,825	43,023	34,743	25,426	17,531	12,684	10,024	10,348	11,032
	445	457	583	637	673	557	522	413	366	337	245	225	169	170	241	331	389	514	632	804	656	606	496	351	248	178

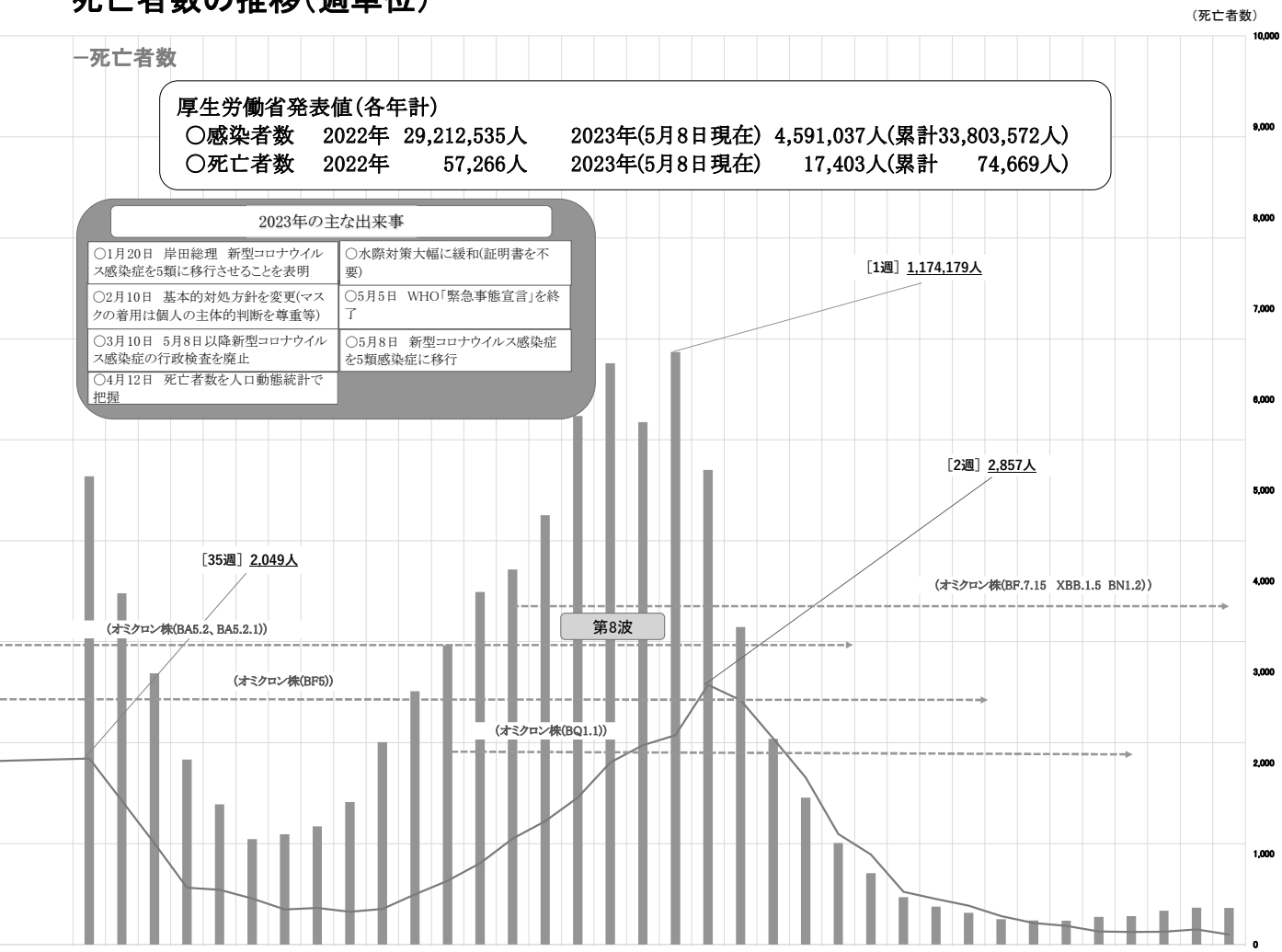
	2021																									
	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
	13,831	20,833	29,233	66,169	96,416	116,567	158,446	154,526	115,229	65,725	34,689	17,351	10,028	5,873	3,779	2,213	1,947	1,344	1,260	950	631	786	804	1,039	1,567	2,708
	107	93	80	67	83	128	223	315	408	443	407	278	248	211	161	96	69	42	17	20	11	6	9	6	8	8

新型コロナウイルス感染者数・



年	2022																															
週	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
感染者数	32,583	128,616	334,191	544,571	613,999	543,298	527,689	434,312	400,493	350,226	306,013	267,343	314,471	329,902	310,745	275,009	225,761	202,783	261,013	236,046	181,003	124,733	102,959	96,078	101,876	148,436	305,837	624,850	1,054,183	1,407,144	1,506,952	1,371,612	1,532,111	1,344,192
死亡者数	8	29	74	259	561	1,044	1,478	1,661	1,509	1,225	973	653	519	398	339	285	293	212	248	246	251	194	139	141	94	98	110	168	291	700	1,078	1,493	1,852	1,997

死亡者数の推移（週単位）



																			2023															
	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	927,610	696,021	537,458	366,791	277,821	208,831	218,795	234,250	282,201	401,062	501,962	593,274	698,445	742,927	850,842	1,047,201	1,151,912	1,034,912	1,174,179	940,501	628,910	407,664	290,915	201,252	141,416	94,007	75,210	63,240	50,516	47,651	47,056	54,767	56,602	67,163	73,077	72,451
	2,049	1,583	1,117	627	604	507	386	404	362	391	552	702	897	1,166	1,358	1,617	2,006	2,194	2,303	2,857	2,690	2,270	1,838	1,218	991	582	503	428	312	236	206	143	139	141	166	112

■監修　尾身　茂（公益財団法人結核予防会　理事長）
脇田　隆字（国立感染症研究所　所長）

■編集　佐原　康之（昭和大学横浜市北部病院こどもセンター、前厚生労働省　健康局長）
和田　耕治（一般財団法人日本公衆衛生協会　理事）

■執筆者（五十音順）

氏　名	所属機関	役　職	担当箇所
浅田　留美子	大阪府四条畷保健所／元大阪府健康医療部保健医療室	所長／副理事	第７章５
阿南　英明	地方独立行政法人神奈川県立病院機構／前神奈川県	理事長／理事（医療危機対策統括官）	第７章１
家保　英隆	高知県	理事（保健医療担当）・健康政策部医監	第９章１
石原　美千代	新宿区保健所／前目黒区保健所	所長／所長	第８章４
磯　博康	国立国際医療研究センター国際医療協力局グローバルヘルス政策研究センター	センター長	第１章８
糸数　公	沖縄県保健医療介護部	部長	第７章４
井上　崇	千葉県健康福祉部（兼）医療整備課医師確保・地域医療推進室／元千葉県健康福祉部医療整備課地域医療構想推進室	副参事（兼）室長／室長	第６章６
猪口　正孝	東京都病院協会／東京都医師会／東京都感染症医療体制戦略ボード	会長／顧問／メンバー	第７章９
入江　ふじこ	茨城県土浦保健所	所長	第４章４
越前屋　愛樹	一般財団法人日本公衆衛生協会健康危機管理支援部IHEAT事務局	健康危機管理教育専門職・保健師	第５章６
太田　雅之	国立感染症研究所感染症危機管理研究センター	第２室主任研究官	第１章11
太田　圭洋	日本医療法人協会	副会長	第７章11
大谷　可菜子	国立感染症研究所感染症疫学センター	第６室主任研究官	第１章１
大曲　貴夫	国立国際医療研究センター病院国際感染症センター	センター長	第１章５
岡部　信彦	川崎市健康安全研究所	参与	第１章７

氏　名	所属機関	役　職	担当箇所
尾身　茂	公益財団法人結核予防会	理事長	第２章４
柿本　健作	大阪健康安全基盤研究所	主幹研究員	第６章５
加藤　康幸	国際医療福祉大学医学部感染症学	教授	第１章６
金成　由美子	福島県保健福祉部感染症対策課	課長	第２章１(3)
鎌村　好孝	徳島県保健福祉部	医務技監	第７章３
神垣　太郎	国立感染症研究所感染症疫学センター	サーベイランス総括研究官	第１章１、第４章１
河原　隆二	大阪健康安全基盤研究所	主幹研究員	第６章５
切手　俊弘	滋賀県健康医療福祉部／元滋賀県健康医療福祉部医療政策課	次長／課長	第５章４
久我　尚子	株式会社ニッセイ基礎研究所生活研究部	上席研究員	第10章２
河野　英明	愛媛県保健福祉部	医療政策監	第２章２(1)
近藤　久禎	国立病院機構本部DMAT事務局	次長	第７章６
近野　睦子	山形県置賜総合支庁保健福祉環境部（置賜保健所）保健企画課	地域保健主幹	第５章５
齋藤　智也	国立感染症研究所感染症危機管理研究センター	センター長	第１章11
坂元　昇	川崎市立看護大学／川崎市健康福祉局	学長／医務監	第８章１
笹本　洋一	公益社団法人日本医師会	常任理事	第７章８
貞升　健志	東京都健康安全研究センター微生物部	部長	第６章１
猿木　信裕	群馬県衛生環境研究所	所長	第６章３
菖蒲川　由郷	新潟大学大学院医歯学総合研究科	特任教授	第10章１
白井　千香	枚方市保健所	所長	第８章３
白石　博昭	福岡県保健医療介護部・保健環境研究所／前福岡県保健医療介護部	理事（ワンヘルス担当)・所長／部長	第７章２
鈴木　忠樹	国立感染症研究所感染病理部	部長	第４章２
鈴木　基	国立感染症研究所感染症疫学センター	センター長	第１章１、第１章２、第４章１

氏　名	所属機関	役　職	担当箇所
関　　なおみ	大田区保健所／元大田区感染症対策課	参事／課長	第２章２(4)
高橋　健一郎	国立感染症研究所感染症危機管理研究センター	任期付き主任研究官	第１章４
髙橋　健太郎	滋賀県医師会	副会長	第５章４
高橋　琢理	国立感染症研究所感染症疫学センター	第４室室長	第４章１
高山　義浩	沖縄県立中部病院感染症内科･地域ケア科	副部長	第２章２(2)
滝沢　木綿	国立感染症研究所感染症疫学センター	第６室技術補助員	第１章１、第４章１
田中　一成	静岡市保健福祉長寿局・静岡市保健所	理事・所長	第８章２
田中　英夫	寝屋川市保健所	所長	第４章５
谷口　栄作	島根県健康福祉部	医療統括監	第２章１(4)
塚越　博之	群馬県衛生環境研究所	保健科学係長	第６章３
辻　　外記子	朝日新聞科学みらい部／朝日新聞	大阪担当部長／元編集委員	第９章６
藤内　修二	大分県福祉保健部／豊肥保健所	理事／所長	第２章１(2)
朝野　和典	大阪健康安全基盤研究所	理事長	第６章５
中島　一敏	大東文化大学スポーツ・健康科学部健康科学科	教授	第１章３、第７章７
長島　真美	東京都健康安全研究センター	微生物部ウイルス研究科長	第６章４
中野　夕香里	公益社団法人日本看護協会	専務理事	第７章10
仲本　光一	岩手県県央保健所／元岩手県奥州保健所(兼)一関保健所	所長／所長	第９章２
奈良　由美子	放送大学教養学部・大学院生活健康科学プログラム	教授	第９章４
野村　周平	慶應義塾大学医学部医療政策・管理学／東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学	特任准教授／特任助教	第１章２
橋爪　真弘	東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学	教授	第１章２
林　　瑞穂	大阪市健康局保健所	保健主幹	第５章３

氏　名	所属機関	役　職	担当箇所
藤田　利枝	久留米市保健所／前長崎県県央保健所	所長／所長	第５章１
本多　麻夫	埼玉県保健医療部／衛生研究所	参事／所長	第４章３
松岡　宏明	岡山市保健所	所長	第５章２
三﨑　貴子	川崎市健康安全研究所／元企画調整担当部	所長／部長	第６章２
水野　雄太	日本放送協会（ＮＨＫ）報道局科学文化部	記者　※当時	第９章５
村上　真智子	滋賀県健康医療福祉部医療政策課	主査・保健師	第５章４
村松　容子	株式会社ニッセイ基礎研究所保険研究部	主任研究員	第10章２
森岡　慎一郎	国立国際医療研究センター国際感染症センター国際感染症対策室	医長	第１章９
山下　輝夫	兵庫県保健医療部	部長	第２章１⑴
横塚　由美	厚生労働省東京検疫所羽田空港検疫所支所／元厚生労働省成田空港検疫所	支所長／検疫衛生課長	第３章１～５
吉田　英樹	大阪市健康局	首席医務監	第２章２⑶
吉田　弘	国立感染症研究所ウイルス第二部	主任研究官	第４章６
脇田　隆字	国立感染症研究所	所長	第２章５
和田　耕治	一般財団法人日本公衆衛生協会	理事	第１章10、第２章３、第９章３

■資料集

「2020年～2024年　新型コロナウイルス感染症に関連した主な出来事」
「新型コロナウイルス感染者数・死亡者数の推移（週単位）」

氏　名	所属機関	役　職
政田　敏裕	一般財団法人日本公衆衛生協会	事務局長

「社会経済の動向」

氏　名	所属機関	役　職
久我　尚子	株式会社ニッセイ基礎研究所生活研究部	上席研究員
村松　容子	株式会社ニッセイ基礎研究所保険研究部	主任研究員

※執筆者の所属機関、役職は執筆当時のものです。

編集後記

新型コロナウイルス感染症のために多くの方々が貴い命を失いました。また、各種の行動制限等は、人々の日常生活へ多大なる影響を与え、多くの人が日々苦労し、不安や悲しみも経験しました。そして、そうした人々を支えるために、たくさんの保健医療関係者が、日夜を問わず懸命に努力し、新型コロナウイルス感染症と闘いました。

ヒトの交流がどんどんグローバル化していく中で、21世紀に入ってからも、SARS、MARS、新型インフルエンザ（A/H1N1）等、新しい感染症が次々と現れ、また、そのたびに社会に与える影響が甚大になってきています。そして、新型コロナウイルス感染症の登場により、新しい感染症は繰り返し必ずやってくるということを、多くの人々が痛感したと思います。

しかしながら、2023年５月８日に新型コロナウイルス感染症が感染症法上の５類感染症に移行して１年余り、新型コロナウイルス感染症の記憶は、人々の脳裏から急速に消えつつあるように感じます。大変な思いで日夜仕事をした諸機関の職員の皆さんも、人事異動などで職場を去り、あんなに頑張った経験やそこで得られた知見の伝承が不十分な事例も側聞します。

いつやってくるか分からない、でも必ずやってくる次のパンデミックに備えて、新型コロナウイルス感染症への対応をしっかりとまとめ、後世に伝えていくことは重要です。内閣感染症危機管理庁からは、2023年９月早々に「新型コロナウイルス感染症対応について」と題する資料が公表され、中央省庁からの視点でどのような対応を行ったのかが整理されています。しかしそれだけではなく、各自治体の保健衛生部局や保健所、地方衛生研究所、あるいは医療機関など、新型コロナウイルス感染症対応の第一線で、どのような対策が行われてきたのかを整理しておく必要があります。新型コロナウイルス対応は、各地域における第一線の人々の日々弛まぬ努力により、力強く支えられていたからです。

2022年末に感染症法等の大幅改正が行われ、2024年に地方自治体は新しい「感染症予防計画」を策定しました。さらに、新型インフルエンザ等対策行動計画の自治体版も改定されることになっています。計画を作りそれを柔軟に運用していくには、第一線の各現場に即した、計画には表れない小さな工夫が、成功への大きな鍵であることも多いです。本記録集は、パンデミックへの対応を、より効果的かつ効率的に進めていくための日々の苦闘

の記録集であり、その中にたくさんのヒントが盛り込まれています。感染症対策に携わる多くの皆さんの、大いなる参考になると信じます。

そして、何よりも強調したいのは、「備えあれば憂いなし」、平時からの準備が、有事での成功の鍵を握ることです。これが、今回のパンデミックを踏まえた最大の改善点であるべき、とも思います。本記録集を、有事の際に読み始めるのではなく、平時から一読しておくことをお勧めします。平時から過去を知り未来に備える、そのための貴重な記録集となっています。

最後に、本記録集の作成に当たり、地方自治体や専門家の皆さん等、関係者の方々に多大なるご協力をいただきました。心より感謝申し上げます。

2024年12月

昭和大学横浜市北部病院 こどもセンター
（前厚生労働省健康局長）
佐原 康之

編集後記

本書は、『令和４年度 地域保健総合推進事業 新型コロナウイルス感染症対応記録』の続編である。前書が、2021年末までのデルタ株への対応、ならびにワクチン接種が進められるまででであった。

本書では、2021年末のオミクロン株の出現から、2023年５月８日の感染症法の類型を５類感染症とし、さらには2024年３月31日にワクチンや薬剤への費用補助などの終了などを対象とした。オミクロン株の出現により感染者数が増加し、戦略の変更のいきさつ、そしていわゆるさまざまな対策の「幕引き」の経緯である。

本書では、政府による「新型コロナウイル感染症対応について」が、2023年９月４日の新型インフルエンザ等対策推進会議に示されたため、該当する時期の部分を、許可を得て転載させていただいた。そのため、執筆は地方自治体やアカデミアなどを中心とした方に依頼することとした。

執筆に当たっては、事実や活動を基本としてお書きいただいた。いわゆる、教訓を示すことや反省することを目的とはしなかった。また、対象とする読者は、次のパンデミックの担当者とした。おそらくこの本が顧みられるのは、再び感染症の脅威の中で、多くの想定外なことが起こりつつ、楽観論と悲観論が飛び交い、いつ終わるともしれない日々の中であろう。そうした忙しい状況でも、この事例から次に起こりそうなことを想定したり、参考にして業務の削減ができれば何よりである。

新型コロナウイルス感染症の発生当時に、ある先生が、「過去にとらわれてはならない」という趣旨の発言を何度かされていた。過去としては、2009年の新型インフルエンザH1N1や2002年のSARSなどが挙げられる。必ずしも同じシナリオが起こるわけではないため、この記録もあくまで「一例」としてご覧いただきたい。今、振り返ってみても、過去にとらわれ、対策が不十分となれば、取り返しのつかないこともあったかもしれない。

次のパンデミックを見据えて、国立健康危機管理研究機構（JIHS）が2025年４月に設立されようとしている。政府と一体となって、対策を推進するべくさまざまな役割の期待が持たれている。すでにさまざまな対策や予算措置も取られているが、次のパンデミックを想定した対策はまだ始まったばかりともいえる。しかしながら、日本の医療や公衆衛生の課題は多数あり、パンデミックのためというよりは、パンデミックがあっても効率的な

仕組みを考えていく必要がある。この本が顧みられる日に、後世の方に恥じることがないように皆で取り組んでいきたい。

振り返ると、その時ごとに、取り組むべき「問い」がきちんと挙げられているのか、が重要であったと考えた。「正しい答え」を見つけることも重要であるが、そもそも「問い」が正しくなければ、「正しい答え」に結び付かない。膨大な「問い」が出される中から、「優先して取り組むべき問い」をこれからの平時においても、そして有事においては漏らさず取り組みができるようにしていくことが重要である。その問いはさまざまなところから出てくる。声が大きいところからの問いもあれば、声が大きくないところからの問いもある。特にわれわれ公衆衛生に携わる者は、声が大きくないが、大事な「問い」を漏らすことなく対応していく必要がある。

AIやChatGPTなども出ており、次のパンデミックにおいて「答え」を得ることはそれほど難しくないかもしれない。しかし、「優先して取り組むべき問い」をどうするかはわれわれの役割であろう。

謝辞

執筆をいただいた皆さま、編集委員会の委員の先生方には、日常業務でご多用のところ、執筆や御対応を誠にありがとうございました。

発刊に至るまでに、多くの執筆者との正確なやりとり、企画のご調整などご尽力をいただきました、日本公衆衛生協会の若井 友美さん、鎌田 久美子さん、高岡 誠子さんに深く御礼申し上げます。編集をご担当いただきました、株式会社社会保険研究所　小嶋 理恵さん、弓場 英嗣さん、川瀬 道子さんには、丁寧に、そして迅速に短い期間で対応いただきました。

最後に、さまざまな公衆衛生活動を日々支えていただいている現場の皆さま方に感謝します。

2024年12月

一般財団法人日本公衆衛生協会

理事　和田 耕治

令和６年度　地域保健総合推進事業
新型コロナウイルス感染症対応記録（続編）
〈2022年－2024年〉

監修　尾身　茂
　　脇田　隆字

編集　佐原　康之
　　和田　耕治

発行　一般財団法人日本公衆衛生協会
　　〒160-0022　東京都新宿区新宿１丁目29番８号
　　TEL：03-3352-4281　FAX：03-3352-4605

制作・印刷　株式会社社会保険研究所