

はじめに

令和3年(2021年)度は、新型コロナウイルスの変異株が次々と日本で流行しました。第4波の4月にはアルファ株が優勢となり、続いて第5波の8月にはデルタ株にほぼ置き換わり、第6波の21年1月中旬にはオミクロン株が全陽性者の90%を越えました。変異株の違いによって感染力や潜伏期間、世代時間が異なることが予想されたため、効果的・効率的な感染対策の実行に必須となるこれらの情報を迅速かつ正確に特定する必要性がありました。そこで、今年度の本事業活動の柱は、複数の保健所が保有する積極的疫学調査データを収集、分析し、得られた知見を速やかに関係機関に伝達することに置きました。

また第5波がほぼ終息した10月には、現在の二類対応あり方について検討することとし、その資料を得るべく、11月から12月にかけて、全国の保健所長を対象に今後の感染対策の在り方に関する意識調査を実施しました。さらに、感染対策の法的位置づけにも関係すると思われる、新規陽性者の致死率のモニタリングを保健所の協力により、1月から全国規模で開始しました。

本報告書には、このような調査活動報告に加え、第3波と第4波で発出された緊急事態宣言などの県民への要請とその県の感染流行の抑制との関係を分析した記述疫学研究や、高齢者施設などでの集団感染対策に資する事例検討結果やその提言を盛り込みました。最後になりますが、本事業活動にご協力くださいました全国の保健所職員の皆様、県庁職員の皆様、アドバイザーの皆様、および関係機関の皆様に、深謝いたします。

令和4年3月
大阪府藤井寺保健所長
田中英夫

目次

I. 第6波の新規陽性者の致死率—第5波との比較—	1
II. 積極的疫学調査データを活用した各種変異株の感染動態の解明	
(1) オミクロン株の同居家族濃厚接触者における二次感染率	6
(2) 第6波（オミクロン株）の潜伏期間	9
(3) 第5波デルタ株の感染力のモニタリング	10
(4) 同居家族濃厚接触者における二次感染率の変化—野生株、 アルファ株、デルタ株—	13
(5) α 株の感染力—野生株との比較—	15
III. 大阪府における緊急事態宣言等の発出要請と第3, 4波の 感染経路不明陽性者数の減少トレンドとの時間的關係	16
III. 病院・高齢施設等クラスター対策	
(1) 病院・高齢者・障害者施設等の新型コロナウイルス 感染症のクラスター対策に役立つ事例集の作成について	22
(2) PPEを装着した職員の介護行為で生じ得る接触感染防止の提言	39
IV. 全国の保健所長を対象とした COVID-19 第5波への対応と今後の 方向性に関するアンケート調査（22年11月～12月）	44

2022年1月に診断された COVID-19 新規陽性者の致死率

—第5波（21年8月9日診断陽性者）との比較—

令和3年度地域保健総合推進事業 全国保健所長会協力事業

「新型コロナウイルス対策等推進事業」事業分担者：田中英夫¹⁾

事業協力者：高橋佑紀¹⁾ 古賀義孝²⁾ 瀧口俊一³⁾ 大木元 繁⁴⁾ 稲葉静代⁵⁾ 松岡裕之⁶⁾
宮島有果⁷⁾ 高木 剛⁸⁾ 入江ふじこ⁹⁾ 伴場啓人¹⁰⁾ 吉見富洋¹¹⁾ 鈴木智之¹²⁾ 荒木勇雄¹²⁾
白井千香¹³⁾ 松本小百合¹⁴⁾ 清水基之¹⁴⁾ 柴田敏之¹⁵⁾ 永井仁美¹⁶⁾

- 1) 大阪府藤井寺保健所、2) 佐賀県鳥栖保健福祉事務所、3) 宮崎県中央保健所、
4) 徳島県三好保健所、5) 岐阜県岐阜保健所、6) 長野県飯田保健所、
7) 長野県感染症対策課、8) 群馬県伊勢崎保健福祉事務所（兼）安中保健福祉事務所、
9) 茨城県土浦保健所、10) 茨城県感染症対策課、11) 茨城県中央保健所、
12) 滋賀県健康医療福祉部、13) 枚方市保健所、14) 東大阪市保健所、15) 吹田市保健所、
16) 大阪府茨木保健所

[目的]

オミクロン株感染者における致死率を、陽性者数の増加がもたらす医療アクセス環境の悪化の影響をできるだけ受けない形で算出する。このため、オミクロン株が国内の新規陽性者の90%に達した2022年1月に診断された40歳以上のSARS-CoV-2新規陽性者に対してを限定し、この集団での20日と30日致死率（診断日から20日以内と30日以内に死亡した者の割合）を、年齢階級別に算出する。これを、デルタ株が優位であった第5波（21年8月9日診断陽性者）の致死率と比較する。

[方法]

全国保健所長会 ML を通じて、致死率を推計する企画に参加を呼びかけた。2022年3月6日の時点で7県（群馬、茨城、長野、滋賀、徳島、佐賀、宮崎）、3中核市（枚方市、東大阪市、吹田市）、3保健所（大阪府藤井寺、茨木、岐阜県岐阜保健所）から、共同集計に必要な算定値の提出があった。

第6波の対象者の診断期間は、上記理由により2022年1月中に設定した。第5波の対象者の診断期間は、新規陽性者数のピークを挟んだ2021年8月3日から9月30日とした。

参加各自治体での致死者の特定方法として、①対象者の診断日から入院解除日・療養解除日か、観察終了日までのどちらか短い方の期間内の生死を、ハース情報等により全例確認する active follow up 法を用いた自治体は、佐賀県、徳島県、吹田市であった。また、②残りの自治体（保健所）は、定義された致死率に対応する対象者の死亡確認日（観察終了日）

の時点で医療機関等から死亡情報の報告が無かった対象者を、観察終了時点で生きていたとみなす passive follow up 法を用いた。

参加自治体（保健所）の対象者数と致死者数をそれぞれ年齢階級別に合算し、全体での年齢階級別致死率とその 95%信頼区間を算出した。そして第 6 波と第 5 波の致死率比を年齢階級別に求めた。また、2018 年の日本の 40 歳以上の総人口を用いて標準人口（40 歳代：23,300 人、50 歳代：21,100 人、60 歳代：20,200 人、70 歳代：20,700 人、80 歳代：11,600 人 90 歳以上：3,100 人、合計 10 万人）を設定し、これを用いて年齢調整致死率を算出した。そして第 6 波と第 5 波の年齢調整致死率比を求めた。

[結果]

①表 1-1 に、2022 年 1 月診断（第 6 波）の対象者数を参加自治体・保健所別、年齢階級別に示す。対象者数は合計 21,821 人であった。

②表 1-2 に、2021 年 8,9 月診断（第 5 波）の対象者数を参加自治体・保健所別、年齢階級別に示す。対象者数は合計 16,320 人であった。

③第 6 波の 1 月診断陽性者における 20 日致死率は、40 歳代 0.0228% (2/8,788)、50 歳代 0.0178% (1/5,631)、60 歳代 0.124% (4/3,231)、70 歳代 0.579% (13/2,245)、80 歳代 2.44%、(32/1,313)、90 歳以上 4.73% (29/613) であった (表 2-1)。

④第 6 波と第 5 波の 20 日致死率比は、40 歳代から 60 歳代では 0.10 から 0.21、70 歳代から 90 歳以上では 0.38、0.52、0.72 と、年齢が上がるにつれて、1.0 に近づいた(表 2-1)。

⑤第 6 波の 1 月診断陽性者における 30 日致死率は、40 歳代 0.0257% (2/7,796)、50 歳代 0.0413% (2/4,837)、60 歳代 0.138% (4/2,891)、70 歳代 0.743% (15/2,018)、80 歳代 2.77%、(33/1,192)、90 歳以上 5.18% (30/579) であった (表 2-2)。

⑥第 6 波と第 5 波の 30 日致死率比は、40 歳代から 60 歳代では 0.16 から 0.21、70 歳代から 90 歳以上では 0.36、0.49、0.59 と、年齢が上がるにつれて、増加した(表 2-2)。

⑦第 6 波と第 5 波の年齢調整致死率比は、20 日致死率比では 0.414(0.438%v.s.1.06%)、30 日致死率比では 0.391(0.519%v.s.1.33%)と、どちらの致死率比で見ても、第 6 波は第 5 波の約 4 割程度の致死率であった。

[考察]

今回の第 6 波の 30 日致死率を、第 74 回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード（2022 年 3 月 2 日開催）に提出された、2017 年 9 月から 20 年 8 月の NDB データを用いて算出された季節性インフルエンザの 28 日致死率の点推定値と比較すると、40 歳代から 70 歳代の第 6 波では季節性インフルエンザの点推定値を上回っていたが、信頼区間が季節性インフルエンザの点推定値を含んでいた。よって、本調査で得られた第 6 波の 1 月診断 COVID-19 陽性者の 40 歳代から 70 歳代の 30 日致死率は、上記条件で報告のあった季節性インフルエンザの 28 日致死率に比べて、有意に高いとは言えない。

次に、80歳代と90歳以上では、第6波の致死率の方が季節性インフルエンザのそれに比べていずれも高く、また、第6波の信頼区間が季節性インフルエンザの点推定値を含んでいなかった。このことは、前者が後者に比べて有意に高値を示したものと推測できる。しかし、2022年1月の80歳以上のCOVID-19陽性者の多くは、高齢者施設の入所者である。入所者は自宅に住む同年齢の高齢者に比べて全身状態の悪い者の割合が高いため上気道感染によっても重篤な状況に陥りやすく、重症化した時に延命希望する者の割合が低い。このため、この年齢層での他の疾患の致死率との比較には、慎重な考察が必要と考える。

致死率の第6波・5波比を見ると、40歳代から60歳代では、0.1から0.2程度であり、70歳代では0.4、80歳代で0.5、90歳以上では0.6から0.7と、年齢によって、明らかな違いがみられた。60歳代以下で第6波の致死率が相対的にかなり低かった理由は、第1にオミクロン株感染者はデルタ株感染者に比べて下気道感染を引き起こすリスクが低いこと、第2に2022年1月時点の40から60歳代の陽性者におけるワクチン接種率が第5波当分の同じ年齢層の陽性者に比べて高かったこと、第3に第6波以後の中和抗体薬や抗ウイルス薬などによるCOVID-19治療の普及度が向上していたこと、などが考えられる。一方、80歳以上では、第6波と5波の致死率にこれほどの大きな差はみられなかった。その理由として、この年齢層ではほとんどの対象者は何らかの基礎疾患を有しており、基礎疾患や加齢からくる回復力の低さが致死リスクに大きく影響するため、変異株が持つ致死性の違いや、第6波以後のCOVID-19治療による健康回復への好影響が相対的に小さかったこと、また、この年齢層でのワクチン接種からの経過時間が第6波の対象者の方が長かったため、ワクチンによる重症化予防効果は第6波の対象者の方が相対的に低かったこと、などが考えられる。

本調査の限界として、無症状・軽症の新規感染者が診断される機会が、22年1月中旬ごろからの陽性者数の急増により全国で低下したと考えられるため、特に若年・中年層において、集計された致死率を過大評価した可能性が考えられる。

今後、致死率の定義を揃えて2022年2月以後に診断された新規陽性者の致死率を継続して算出し、その経時変化をモニタリングする。

表1-1.COVID-19致死率共同集計参加自治体の対象新規陽性者(2022年1月)

自治体	期間*			新規陽性者数						
				40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳	90歳以上	計(40歳以上)
徳島県	1月3日	～	1月28日	170	102	74	48	21	19	434
佐賀県	1月3日	～	1月28日	600	417	277	181	92	52	1619
長野県	1月3日	～	1月28日	1034	620	406	317	179	114	2670
岐阜県(岐阜保健所)	1月4日	～	1月28日	290	161	90	93	42	15	691
群馬県	1月10日	～	1月28日	1308	782	396	407	246	88	3227
茨城県	1月3日	～	1月28日	1215	806	452	268	175	77	2993
宮崎県	1月3日	～	1月28日	682	391	279	170	89	39	1650
吹田市	1月10日	～	1月25日	412	297	129	71	39	10	958
東大阪市	1月10日	～	1月25日	580	497	211	156	82	24	1550
滋賀県	1月10日	～	1月28日	1290	770	464	253	176	113	3066
枚方市	1月10日	～	1月23日	303	177	108	70	31	8	697
大阪府(茨木保健所)	1月10日	～	1月25日	449	248	138	102	66	25	1028
大阪府(藤井寺保健所)	1月10日	～	1月25日	455	363	207	109	75	29	1238
合計				8788	5631	3231	2245	1313	613	21821

*対象者のCOVID-19診断日の初日と終日

表1-2.COVID-19致死率共同集計参加自治体の対象新規陽性者(2021年8月,9月)

自治体	期間*			新規陽性者数						
				40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳	90歳以上	計(40歳以上)
徳島県	8月2日	～	9月30日	229	141	72	36	28	8	514
佐賀県	8月2日	～	9月30日	471	271	149	91	42	13	1037
長野県	8月3日	～	9月30日	568	418	173	70	57	9	1295
岐阜県(岐阜保健所)	8月3日	～	9月30日	282	197	54	52	20	14	619
群馬県	8月2日	～	9月30日	1256	820	317	151	80	20	2644
茨城県	8月2日	～	9月30日	1887	1308	607	301	128	58	4289
宮崎県	8月3日	～	9月30日	504	288	136	50	44	14	1036
東大阪市	8月3日	～	9月30日	839	654	222	129	81	20	1945
滋賀県	8月2日	～	9月30日	1037	614	226	107	61	22	2067
大阪府(藤井寺保健所)	8月3日	～	9月30日	392	303	79	65	30	5	874
合計				7,465	5,014	2,035	1,052	571	183	16,320

*対象者のCOVID-19診断日の初日と終日

表2-1.COVID-19第5波と第6波の新規陽性者の20日致死率とその比較						
	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	90歳以上
第6波(22年1月診断)	0.0228%	0.0178%	0.124%	0.579%	2.44%	4.73%
95%信頼区間(下限-上限)	(0.00%-0.0543%)	(0.00%-0.0526%)	(0.00%-0.245%)	(0.265%-0.892%)	(1.60%-3.27%)	(3.05%-6.41%)
	(2/8788)	(1/5631)	(4/3231)	(13/2245)	(32/1313)	(29/613)
第5波(21年8,9月診断)	0.1072%	0.179%	0.639%	1.52%	4.73%	6.56%
95%信頼区間(下限-上限)	(0.0330%-0.181%)	(0.0623%-0.296%)	(0.293%-0.985%)	(0.781%-2.26%)	(2.99%-6.47%)	(2.97%-10.1%)
	(8/7465)	(9/5014)	(13/2035)	(16/1052)	(27/571)	(12/183)
6波/5波比	0.212	0.099	0.194	0.381	0.515	0.721
参加自治体(保健所)第6波:長野県,宮崎県,徳島県,佐賀県,岐阜県(岐阜保健所),群馬県,茨城県,滋賀県,吹田市,枚方市,東大阪市,大阪府(茨木保健所,藤井寺保健所) 第5波:長野県,宮崎県,徳島県,佐賀県,岐阜県(岐阜保健所),群馬県,茨城県,滋賀県,吹田市,枚方市,東大阪市,大阪府(藤井寺保健所)						

表2-2.COVID-19第5波と第6波の新規陽性者の30日致死率とその比較						
	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	90歳以上
第6波(22年1月診断)	0.0257%	0.0413%	0.138%	0.743%	2.77%	5.18%
95%信頼区間(下限-上限)	(0.00%-0.061%)	(0.00%-0.099%)	(0.00%-0.274%)	(0.37%-1.12%)	(1.84%-3.70%)	(3.38%-6.99%)
	(2/7796)	(2/4837)	(4/2891)	(15/2018)	(33/1192)	(30/579)
第5波(21年8,9月診断)	0.1206%	0.259%	0.786%	2.09%	5.60%	8.74%
95%信頼区間(下限-上限)	(0.418%-0.199%)	(0.119%-0.400%)	(0.402%-1.17%)	(1.23%-2.96%)	(3.72%-7.49%)	(4.65%-12.8%)
	(9/7465)	(13/5014)	(16/2035)	(22/1052)	(32/571)	(16/183)
6波/5波比	0.213	0.159	0.176	0.355	0.494	0.593
参加自治体(保健所)第6波:長野県,宮崎県,徳島県,佐賀県,岐阜県(岐阜保健所),群馬県,茨城県,滋賀県,吹田市,枚方市,東大阪市,大阪府(茨木保健所,藤井寺保健所) 第5波:長野県,宮崎県,徳島県,佐賀県,岐阜県(岐阜保健所),群馬県,茨城県,滋賀県,吹田市,枚方市,東大阪市,大阪府(藤井寺保健所)						

オミクロン株の家族濃厚接触者における二次感染率（暫定版）

令和3年度地域保健総合推進事業 全国保健所長会協力事業
「新型コロナウイルス対策等推進事業」事業協力者：緒方 剛
茨城県潮来保健所

【目的】

オミクロン株の流行によって、家庭内感染やワクチン未接種の子供の感染が課題となっています。本報告は、家庭内濃厚接触者における二次感染率を調査することを目的としました。

【方法】

対象は、茨城県潮来保健所に発生届が出された新型コロナウイルス感染者と同居し、積極的疫学調査により把握された家庭濃厚接触者です。野生株は令和2年12月1日から令和2年3月19日までに報告された感染者、アルファ株はN501Y陽性または令和3年6月21日から8月31日までのL452R陰性の感染者、デルタ株はL452R陽性の感染者、オミクロン株は令和4年1月4日から20日までに報告された感染者としました。家族への感染経路が明らかでない場合には、最も発症日の早い患者を初発患者としました。

本研究は2022年2月2日に、茨城県疫学研究合同倫理審査委員会の承認を得ました（承認番号R3-10）。

【結果】

初発患者も家族接触者もワクチンを1回も接種していない場合には、オミクロン株による家族感染率は48%で、野生株の18%とアルファ株の23%よりも高いが、デルタ株とはほぼ同じでした（表1）。

表 1 初発患者も家族接触者もワクチンを接種していない場合のウイルス株別の家族接触者感染率

ウイルス株	家族濃厚接触者数	うち感染者数	二次感染率
野生株	459	82	17.9%
アルファ株	273	62	22.7%
デルタ株	453	215	47.5%
オミクロン株	69	33	47.8%

また、初発患者は接種していないが家族接触者は2回接種を完了している場合の家族感染率は、デルタ株において21%(117人中24人)に対して、オミクロン株においては38%(65人中25人)と高くなっていました。

次に、オミクロン株の家族濃厚接触者全体の二次感染率は33%でした。ワクチンを2回以上接種している家族の二次感染率は29%であり、1回も接種していない家族の42%と比較して低かったです(調整オッズ比 0.76)。若年の家族においては、二次感染率は39%でしたが、成人の家族と比べて、調整した感染率に有意な差はありませんでした。(表2)。

表 2 オミクロン株の家族濃厚接触者における二次感染率

家族濃厚接触者の要因	家族濃厚接触者の数	うち感染者数	二次感染率 (%)	調整オッズ比* (p 値)
計	431	144	33.4%	
男	187	54	28.9%	1
女	244	90	36.9%	1.42 (0.11)
19歳以下	125	49	39.2%	1.41 (0.25)
20-59歳	254	74	29.1%	1
60歳以上	52	21	40.4%	1.97 (0.047)
ワクチン接種なし	136	57	41.9%	1
ワクチン接種2回以上	295	87	29.5%	0.76 (0.036)

*家庭内初発患者の性・年齢・診断の遅れで調整

【考察】

オミクロン株の家族感染率は、(初発患者がワクチンを接種していない条件下で)、ワクチンを接種していない場合にはデルタ株の家族感染率とほぼ同じでしたが、ワクチン接種している場合にはデルタ株の家族感染率よりも高かったです。この理由については、オミクロン株は免疫逃避能力が高いのか、オミクロン株流行時のほうがワクチン接種から時間が経過しているからなのかは、不明です。

次に、オミクロン株における家族全体の感染率は、ワクチンを2回接種している場合は、1回も接種していない場合と比較して、24%低かったです(1-0.76)。オミクロン株に対するワクチンの感染予防効果は、接種から時間が経過した2022年1月の時点において、低下はしているが一定程度は残っていたことが示唆されました。ワクチンの予防効果をさらに高めるため、高齢者、基礎疾患を有する者などへのブースター接種の一層の促進が望まれます。また、若年者における調整した感染率は有意に高くはないので、若年者の感染もワクチン接種により成人と同様に減少する可能性があります。

本報告の限界としては、家族への感染経路が明らかでない場合には最も発症日の早い患者を初発患者としており、誤分類の可能性があります。また、感染者数の増加による疫学調査業務のひっ迫などにより、情報にバイアスを生じている可能性があります。本報告は暫定的なものであり、今後さらにデータの精査・分析などを実施する予定です。

第6波の COVID-19 患者の 95%は、潜伏期間が 5.8 日以内

令和3年度地域保健総合推進事業 全国保健所長会協力事業
「新型コロナウイルス対策等推進事業」

緒方 剛¹⁾ 柴田敏之²⁾ 高橋佑紀³⁾ 田中英夫³⁾

1) 茨城県潮来保健所 2) 吹田市保健所 3) 大阪府藤井寺保健所

【目的】

国内の SARS-CoV-2 感染は 2021 年 12 月下旬から 22 年 1 月中旬の間にデルタ株からオミクロン株にほぼ置き換わったと考えられる。オミクロン株感染が主流となった 1 月以後の濃厚接触者の自宅待機日数の検討に科学的根拠を与えるため、第 6 波の COVID-19 患者の潜伏期間とその分布を調査する。

【方法】

当推進事業活動の一環として大阪府藤井寺保健所、茨城県潮来保健所、吹田市保健所、の 3 保健所が実施した COVID-19 積極的疫学調査データから、2022 年 1 月 1 日から 1 月 18 日までに発症し診断された陽性者の中で、感染した場所と感染した日が 1 日以内に特定できた者 131 人を潜伏期間算定用の対象とした。対象者は積極的疫学調査の中で推測した感染ルート以外の感染曝露機会が見出せなかった者に限った。実測した潜伏期間値を対数正規分布に当てはめ、131 人の潜伏期間の 95%点とその 95%信頼区間を算出した。

【結果】

- ・平均潜伏期間は 2.98 日（最短 1 日、最長 8 日、標準偏差 1.20 日）であった。
- ・131 人中 127 人（96.9%）は、潜伏期間が 5 日以内であった。
- ・患者の年齢によって、潜伏期間の長さに違いは見られなかった。
- ・対数正規分布に当てはめた潜伏期間の分布の 95%点は 5.8 日、その 95%信頼区間は 4.9 日から 6.8 日と推定された。

【考察】

この対象者の平均潜伏期間 2.98 日は、当事業班が算出したデルタ変異株感染者のそれ（3.7 日）に比べて、さらに短かった。濃厚接触者の自宅待機期間をその時に流行しているウイルス株の感染に基づく潜伏期間の分布を根拠とした場合、現在適用している 10 日をさらに短縮することが妥当と思われる。

(2022 年 1 月 27 日作成)

COVID-19 第 5 波の急速な感染罹患数の減少を説明できるようなデルタ変異株の感染力の低下は起きていなかった

令和 3 年度地域保健総合推進事業 全国保健所長会協力事業

「新型コロナウイルス対策等推進事業」

高橋佑紀、田中英夫（大阪府藤井寺保健所）

【目的と方法】

大阪府内では 2021 年 9 月 1 日をピーク(3,004 人)として、COVID-19 第 5 波は急速に縮小し、その減少は第 4 波以前のものに比べて、より急峻であった。この現象が生じた原因として、①若者世代を中心とした 64 歳以下におけるワクチン接種率の急増、②府民の感染回避行動の強化、が考えられているが、デルタ変異株の感染力が低下したという可能性も想起される。もしそうであるなら、ワクチン未接種の濃厚接触者における感染罹患率が、第 5 波のピーク日である 9 月 1 日の付近で低下していたはずである。

そこでこのピーク日の前後における濃厚接触者の感染罹患率の変化を観察するために、大阪府藤井寺保健所の積極的疫学調査データから、2021 年 8 月 15 日から 9 月 10 日の間に COVID-19 と診断されたワクチン接種歴 0 回の陽性者(元患者)の同居家族のうち、ワクチン接種歴が 0 回であった者 801 人を対象として、PCR 検査による感染の有無を把握した。そしてこの 801 人における元患者の診断日で見えた感染罹患率の 7 日間移動平均値を算出し、感染罹患率に上記のような変化が生じていたかを検討した。

【結果】

図に対象期間における対象者の感染罹患率の 7 日間移動平均値とその 95%信頼区間(CI)を示す。感染罹患率の最低値は 9 月 2 日の 36%(95%CI:29.3~42.6)、最高値は 9 月 9 日の 50.0%(95%CI:39.8~60.2%)と、この間に 15%程度の変動幅が見られた。しかし、大阪府の第 5 波での罹患数が増加から急減に転じた 9 月 1 日前後での感染罹患率の変化は全く認められなかった。

【考察】

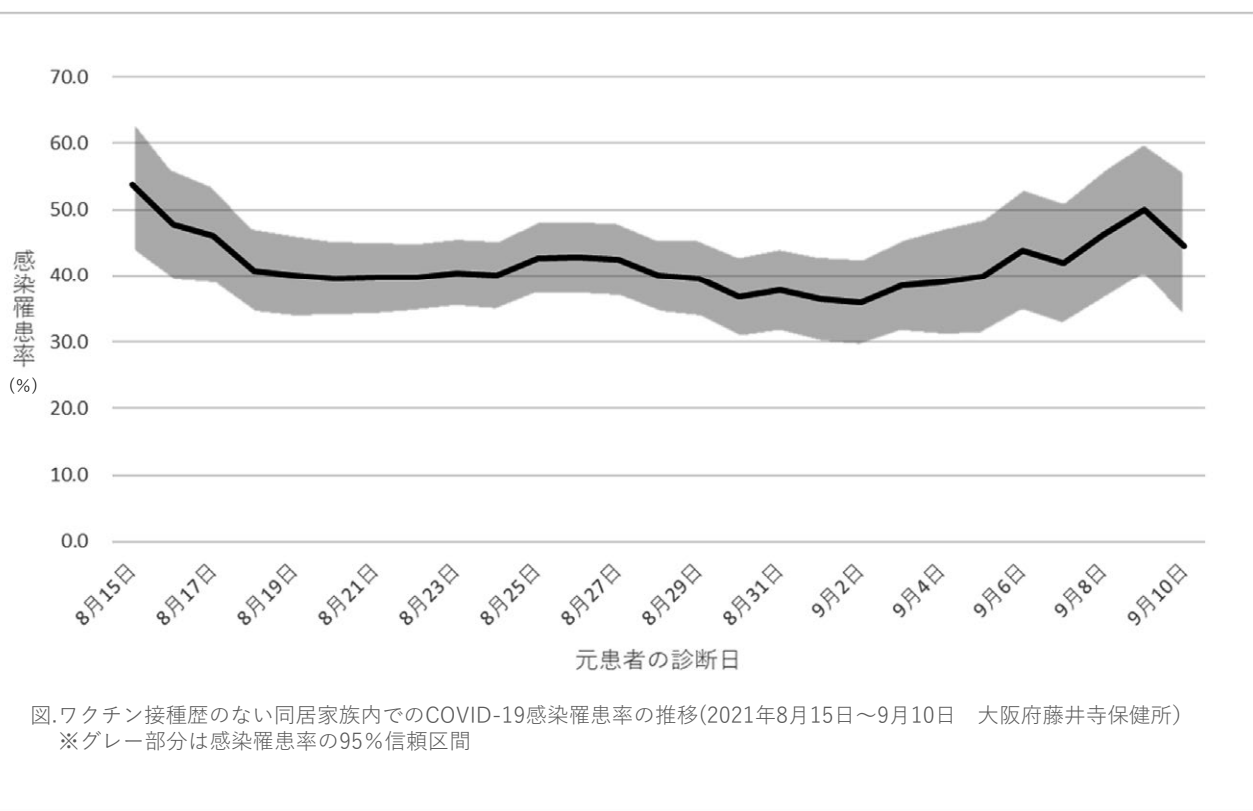
藤井寺保健所管内の第 5 波のピークは 9 月 1 日(110 人)であり、管内の第 5 波の流行の推移は大阪府全体のそれと一致していることから、管内での流行の位相は大阪府のそれを反映していると考えられる。また、大阪府内では 6 月からデルタ変異株が広がり始め、大阪府の COVID-19 陽性者における変異株スクリーニング調査において 8 月 12 日~8 月 18 日検査分の L452R 変異株陽性率は 77.7%、9 月 2 日~9 月 8 日検査分においては 91.5%となった。ゆえに調査対象期間内においてはデルタ変異株が主流になっていたと考えられる。

対象者は本人もその元患者も共にワクチン接種歴が 0 回であった者に限定されているため、対象者に

おける感染罹患率の変化にワクチンが影響したことは考えられない。また、対象者を元陽性者と濃厚接触した同居家族に限っていることから、感染罹患率の変化に、感染経路条件が変化したことの可能性を考慮する必要性は小さい。

このような条件下で観察した結果、対象者の感染罹患率に8月下旬から9月初めでの急激な低下が見られなかったことから、大阪府内で見られた COVID-19 第5波の急速な感染罹患率の減少の原因の1つとして、デルタ変異株自体の感染力が低下したという可能性は考えにくいと結論付けた。このことは、第5波での罹患数が増加から急減に転じた主な理由は、ワクチンの普及と府民の感染回避行動の強化という、ウイルス側の要因以外の事象によっていたことを間接的に示している。

2021年12月26日作成



新型コロナ感染症変異株によるワクチン未接種である同居家族接触者における
二次感染率の変化—従来株、アルファ株、デルタ株—

令和3年度地域保健総合推進事業 全国保健所長会協力事業
「新型コロナウイルス対策等推進事業」事業協力者 緒方 剛
(茨城県潮来保健所)

目的

新型コロナ感染者と同居しワクチン未接種の濃厚接触者の二次感染率について、変異株および経時による変化を求める。特に、デルタ株は感染率が高いとされる一方1)2)、わが国では第5波のピーク以降に感染数が減少していることから、特に、8月の第5波のピーク前後におけるデルタ株の感染率を比較する。

方法

潮来保健所では感染症の規定に基づき、新型コロナウイルス感染症患者について、積極的疫学調査および家族などの接触者への検査を行ってきた。

本調査の対象は、令和2年11月から令和3年10月に潮来保健所が探知した管内の新型コロナウイルス感染者の同居家族である59歳以下の濃厚接触者であって、ワクチンを一度も接種することなくPCR検査を受けた者である。家族内で最も発症日の早い者を初発患者とした。

茨城県では2021年第11週までの検査ではN501変異が発見されていないことから、対象者のうち2021年第11週までに検査を行ったものを野生株とした。茨城県では第23週までの検査ではN501変異スクリーニングが実施されて第23週に変異株が98.7%に達し、第24週以降の検査ではL452R変異スクリーニングが実施されていることから、対象者のうち第23週までの検査でN501変異が認められたものおよび第24週から第36週までの検査でL452R変異が認められなかったものをアルファ株とした。L452R変異の認められたものをデルタ株とした。これ以外の者は、対象者から除外した。なお、管内の遺伝子解析が実施された例においては、検査不能の場合を除いて、N501変異とアルファ株とは一致し、L452R変異とデルタ株とは一致していた。配偶者と非配偶者に分けて、二次感染率を計算した。デルタ株については、アルファ株と共存していた25—31週、ピークの見られた32—34週、感染の減少した35週以後に分けて、比較した。

本研究は、2021年7月8日に茨城県疫学研究倫理審査会の承認を得た(承認番号R3-1)。

結果

488名の初発感染者について、59歳以下の未接種同居家族1104名の検査結果が得られた(表)。

初発患者との関係	検体採取時期	初発患者数	非配偶者			配偶者		
			接触者数	うち陽性者数	割合	接触者数	うち陽性者数	割合
野生株	11週まで	146	287	37	12.9%	58	14	24.1%
アルファ株	12-36週	108	218	44	20.2%	40	17	42.5%
デルタ株	小計	234	418	190	45.5%	83	52	62.7%
	25-31週	80	125	59	47.2%	40	21	52.5%
	32-34週	113	214	99	46.3%	37	29	78.4%
	35週以降	41	79	32	40.5%	8	4	50.0%
総計		488	923	271	29.4%	181	83	45.9%

二次感染率は、非配偶者では、野生株が13%、アルファ株が20%、デルタ株が45%であり、配偶者では野生株が24%、アルファ株が43%、デルタ株が63%であり、いずれもこの順に感染率が低かった。

デルタ株の感染率の変化は、非配偶者では、25-31週が47%、32-34週が46%、35週以降が41%であり、有意な差はなかった。

考察

高齢者を除くワクチン未接種者の家族感染率は、デルタ株、アルファ株、野生株の順に高かった。デルタ株の感染率に経時的変化は見られなかった。

今後さらに、家族間の差異による分布の過分散を含めて、分析が必要である。

(2021年12月27日作成)

- 1) Allen H, Vusirikala A et al.; COVID-19 Genomics UK (COG-UK Consortium). Household transmission of COVID-19 cases associated with SARS-CoV-2 delta variant (B.1.617.2): national case-control study. Lancet Reg Health Eur. 2022 Jan; 12:100252. doi: 10.1016/j.lanepe.2021.100252.
- 2) Hwang H, Lim JS, Song SA, Achangwa C, Sim W, Kim G, Ryu S. Transmission dynamics of the Delta variant of SARS-CoV-2 infections in South Korea. J Infect Dis. 2021 Dec 2; jiab586. doi: 10.1093/infdis/jiab586.

日本人集団における新型コロナウイルス α 変異株の従来株に対する高い感染力
“Increased transmissibility of the SaRS-C-V-2 alpha variant in a Japanese population”

Int J Environmental Res and Public Health 2021, 18, 7752

令和3年度地域保健総合推進事業 全国保健所長会協力事業
「新型コロナウイルス対策等推進事業」事業分担者：田中英夫¹⁾

事業協力者：永井仁美²⁾ 白井千香³⁾ 高橋佑紀¹⁾ 平山敦士⁴⁾ 四宮博人⁵⁾
緒方 剛⁶⁾

1) 大阪府藤井寺保健所、2) 大阪府茨木保健所、3) 枚方市保健所、
4) 大阪府健康医療部、5) 愛媛県衛生研究所、6) 茨城県潮来保健所

目的：日本人集団における新型コロナウイルスの従来株に対する α 変異株の感染力を定量する。

方法：大阪府内の3つの保健所（管内合計人口116万人）の積極的疫学調査データを用いて、2021年11月から12月に診断された従来株の元陽性者の同居家族290人（従来株群）と、感染第4波での元陽性者の同居家族398人（第4波群）と、第4波群の中で、元陽性者が α 変異株感染を起こしていた同居家族124人（ α 株群）の、新型コロナウイルス陽性率を比較した。従来株群に対する第4波群および α 株群の感染リスク比は、ポアソン回帰分析により求めた。

結果：陽性率は、従来株群が19.3%であるのに対し、第4波群34.7%($p<0.001$)、 α 株群38.7%($p<0.001$)と、従来株群に比べて有意に高かった。同居家族の陽性率に関連していた家族員の年齢(0-29歳/30-59歳/60歳以上)、元陽性者との続柄(配偶者/その他)、元陽性者の症状(38度以上の発熱あり/なし/不明)を統計学的に調整したところ、従来株に対する第4波群の感染リスク比は、1.90(95%信頼区間1.47-2.48)、 α 株群のそれは2.34(95%信頼区間1.71-3.21)であった。

結論：ワクチンが普及する前の日本人集団での新型コロナウイルス α 変異株は、従来株に比べて1.9倍から2.3倍感染力が強いと推定された。

緊急事態宣言等の発出と大阪府の COVID-19 第3, 4波における感染経路不明陽性者数の減少トレンドとの時間的關係

令和3年度地域保健総合推進事業 全国保健所長会協力事業
「新型コロナウイルス対策推進事業」 事業協力者:高橋佑紀1)

事業協力者:森定一稔2) 渡邊美貴3) 平山敦士4) 事業分担者:田中英夫1)

1)大阪府藤井寺保健所 2)高槻市保健所 3)名古屋市立大学医学部公衆衛生学
4)大阪府健康医療部

<目的>

大阪府は新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行拡大期における感染制御方法として、まん延防止重点化措置や緊急事態宣言などの措置の発出を政府に要請してきた。この方法は府民の社会経済活動の大きな制約を加えるため、その対策の効果を評価・検討することが重要と考える。そこで我々はワクチンが普及し出す前の、大阪府の第3波と第4波の日別 COVID-19 陽性者数の経時変化を分析し、その特徴を明らかにするとともに、その変化と大阪府が発出した流行抑制のための呼びかけや政府への要請のタイミングとの時間的關係性を検討した。

<方法>

大阪府健康医療部が公表する第3波(2020年10月10日~2021年2月28日)および第4波(2021年2月23日~2021年5月29日)の感染経路不明日別陽性者数を用い、7日間移動平均値を計算した。そして各波での罹患率の経時変化の特徴を、Joinpoint 回帰モデルを適用して分析し、統計学的に有意な罹患率の日率変化をその日の前後で起こした日(joinpoint 日)を特定した。

SARS-CoV-2 が人に感染してから罹患数として計上され公表に至るまでには①潜伏期間、②発症から受検し診断されるまで、③診断から公表まで、の3段階を経ることになる。この日数分を各 joinpoint 日から遡った日を、府民の感染リスク行動が大きく変化した日(感染行動急変日)とみなした。そして上記の各波の期間に政府、大阪府から発出された COVID-19 流行抑制のための声明、宣言を全て把握し、感染行動急変日との時間的關係性を検討した。

<結果>

大阪府の COVID-19 感染ルート不明者の日別陽性者数の増加率が有意に減少に転じた joinpoint 日は、第3波では2020年11月23日、2021年1月7日、および1月18日の3ポイントが見出された。また、第4波では、2021年4月12日と4月18日の2ポイントが見出された。

それぞれの joinpoint 日から、対応するタイムラグ(8~9.9日)だけ遡って得られた計5つの感染行動急変日は、2020年11月13日、12月30日、2021年1月9日、4月4日、および4月22日と推定された。感染の広がりが明らかに減少傾向に転じたと推定された5つの推定感染行動急変日のうち、2021年1月9日は2回目の緊急事態宣言発出日、21年4月4日は1回目のまん延防止等重点措置適応日、4月22日は3回目の緊急事態宣言の要請・発出日の前後に当たっていた。

<結論>

ワクチンが普及する前の COVID-19 の 2020 年 10 月～21 年 5 月中の流行拡大期に発出された計 3 回の緊急事態宣言・まん延防止等重点措置発出のタイミングは、いずれも大阪府の感染ルート不明者数が増加から減少に転じた時点に対応する府民の行動変化を起こしたタイミングにほぼ一致しており、これらの発出が府民の感染行動にブレーキをかけた要因の1つであったものと推定した。

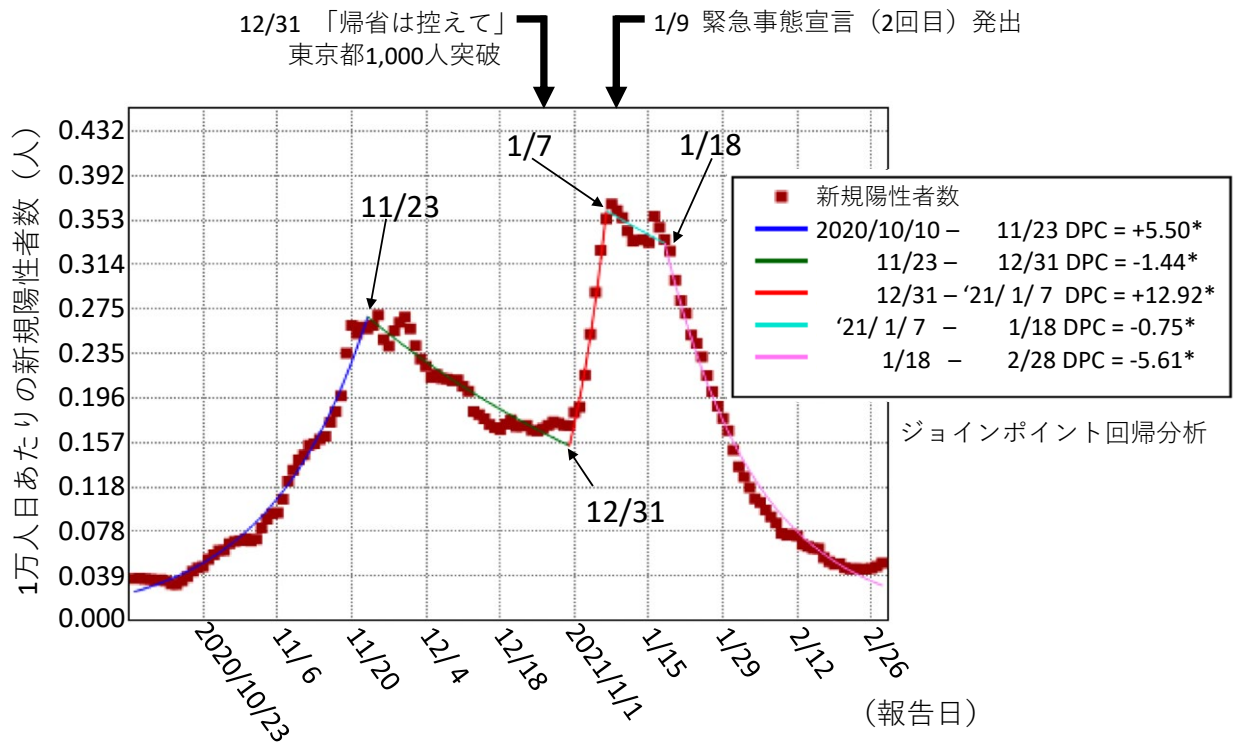


図 COVID-19感染ルート不明者の新規陽性率：第3波・大阪（2020～21年）

DPC: 日変化率 Daily percent change

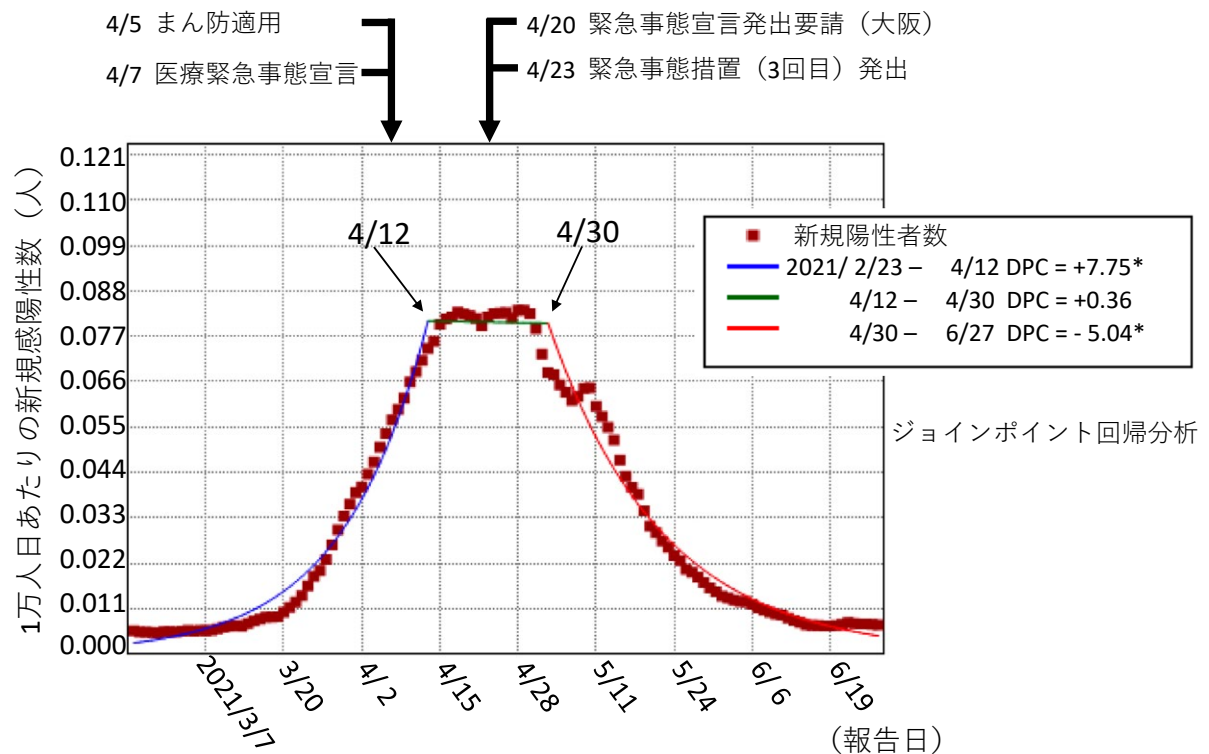


図 COVID-19感染ルート不明者の新規陽性率：第4波・大阪（2021年）

DPC: 日変化率 Daily percent change

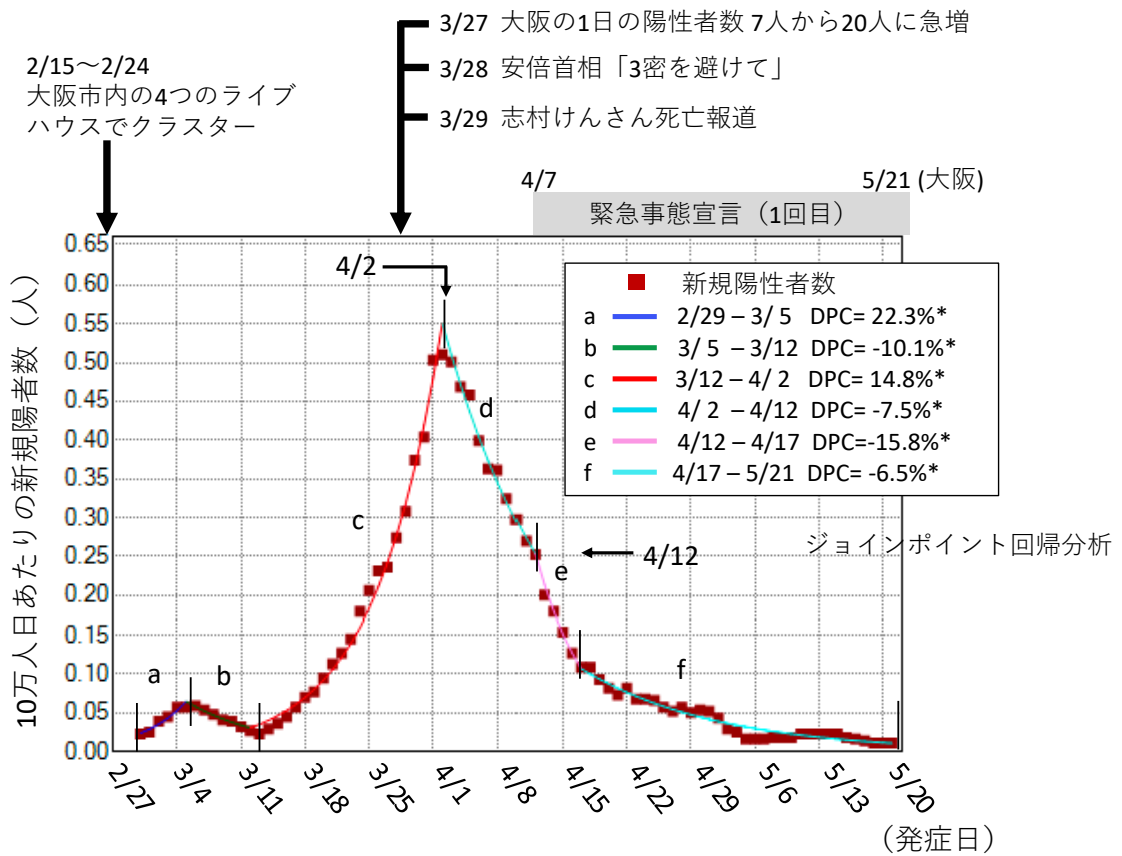


図 COVID-19 感染ルート不明者の新規陽性率：第1波・大阪（2020年）

DPC: 日変化率 Daily percent change

	joinpoint日	潜伏期間(日)	発症から診断 までの期間(日)	診断から報道 までの期間(日)	感染曝露から 報道までの期間(日)	遡った日付 (感染行動急変日)
第3波	11月23日	5.4	3.5	1	9.9	11月13日
	12月31日	5.4	2	1	8.4	12月23日
	1月7日	5.4	2	1	8.4	12月30日
	1月18日	5.4	3	1	9.4	1月9日
第4波	4月12日	4.5	2.5	1	8	4月4日
	4月30日	4.5	3	1	8.5	4月22日

表1.joinpoint日と感染曝露から報道までの期間を遡って算出された感染行動急変日

表2. 行政が府民に注意喚起や自粛等を要請した内容およびその発出日またはその行動変化の開始日

日付	イベント
11月12日	「静かに飲食」「マスク徹底」 第28回大阪府新型コロナウイルス対策本部会議において、「3密」（密閉、密集、密接）で唾液が飛び交う環境を避け、静かに飲食することやマスク着用の徹底を呼びかけた。
12月3日	赤信号点灯(医療非常事態宣言) 12月2日の時点で重症病床の使用率が63.6%となり、70%に到達することが確実視されることから、先手を打つ形で警戒信号を黄色から赤に変更することにし、12月15日まで府全域に不要不急の外出自粛を呼びかけた。
11月27日	営業時間短縮要請(大阪市特定区域:11月27日～ 大阪市全域:12月16日～ 大阪府全域:1月14日～) 大阪府は対象区域内の飲食店に対して営業時間短縮(午前5時から午後9時まで)を要請した。
12月8日	「年末年始の帰省は分散し、できれば控えて」 大阪府知事は府民に対して年末年始の帰省は分散し、できれば控えるように呼びかけた。
1月9日	第2回緊急事態宣言発出要請
1月14日	第2回緊急事態宣言発令
3月1日	営業時間短縮要請(大阪市:3月1日～ 大阪府全域:4月1日～) 大阪府は対象区域内の飲食店に対して営業時間短縮(午前5時から午後9時まで)を要請した。
4月5日	まん延防止等重点措置適用(大阪市)(4/5～4/24) ・事業者に時短要請 ・飲食店におけるアクリル板の設置又は対人距離の確保、マスク着用、手指消毒、換気の徹底 ・住民に知事の定める区域・業態にみだりに出入りしないことの要請
4月7日	赤信号点灯(医療非常事態宣言) 4月6日の時点で重症病床の使用率が86.1%となり、不要不急の外出自粛を呼びかけた。
4月9日	「この週末 不要不急の外出や移動の自粛を」 知事が府民に対し不要不急の外出や移動を自粛するよう強く呼びかけた。
4月20日	第3回緊急事態宣言発出要請
4月25日	第3回緊急事態宣言発令

病院・高齢者・障害者施設等の新型コロナウイルス感染症クラスターの 対策に役立つ事例集の作成について

1. はじめに

令和2年度の薬剤耐性(AMR)対策等推進事業班として、第1波が落ち着いた令和2年6月に、「新型コロナウイルス感染症の院内・施設内感染への保健所対応について」の調査を行った。全国から7事例の情報提供があり、事例の課題や保健所に期待される役割を検討した結果、新型コロナウイルス感染症対策でも「保健所のつなぐ役割」が期待されており、地域の感染症対策ネットワークの協力を保健所がつかないでいくことは、AMR対策と同様に重要と考えられた。

令和3年度は、「新型コロナウイルス対策等推進事業」の中のチームとして、その後の第2波、第3波の経験もふまえて、「病院・高齢者・障害者施設等の新型コロナウイルス感染症クラスターの対策に役立つ事例集の作成」を企画し、全国の保健所から事例の提供を募集した。

2. 事例の募集について

令和3年3月に、全国保健所長会メーリングリストにより、全国の保健所を対象に次のような方法でクラスターの事例を募集した。

1) 企画の概要

新型コロナウイルス感染症の集団感染が病院・高齢者・障害者施設で起きた事例について、経過と対策を検討することで、これらの施設での今後のクラスター対策に役立つ有効な「推奨」を得ることを目的とする。検討方法については、先行報告である「新型コロナウイルス感染症 クラスター ケーススタディ 2020—大阪—」(http://www.phcd.jp/02/t_covid/pdf/20210126.pdf)の提示ルールを参考とする。

2) 対象とする事例

病院・高齢者・障害者等入所施設内において、2020年12月までに新型コロナウイルス感染者が5人以上発生し、かつ、その感染者のうち少なくとも2人以上がその施設内で感染したことが確からしく、その集団感染が2021年1月末までに終息した事例。

3) 提供をお願いする事例とポイント

- ①入院患者・入所者の累積感染率が高く(概ね40%以上)なった施設は、なぜそんなに感染が広がってしまったのか
- ②入院患者・入所者の累積感染率が低く(概ね20%以下)なった施設は、なぜそんなに感染の広がりが小さくて済んだのか
- ③その他(なぜそんなに終息までに時間がかかったのか、なぜPPEをやっているにもかかわらず職員の感染が止まらなかったのか、などなど)

※①～③のポイントについて、1～3個の対策に有効な「推奨」を導き出せそうな事例の提供を募集した。

3. 検討方法

クラスター事例については、全国の6保健所から7つの事例提供があった。

それぞれの事例についてチームの中から担当者を決め、担当者が事例提供のあった保健所と情報のやり取りをした後、チーム全体へ事例のレビューを行った。チームのメンバーからの質疑をもとに、あらためて担当と事例提供のあった保健所で情報のやり取りを行い、再びチーム全体に事例のレビューを行う、この作業を繰り返した。

最終的には、下記の6事例について、事例集としてまとめることができた。

- ① 初発患者探知までに時間を要したが、陽性者判明からの対応が早かったことで感染拡大を抑えられた事例(担当 福岡県田川保健福祉事務所 新島奈津子)
- ② 有症状で勤務を継続していた職員が発端となりクラスターが発生したと考えられる精神科閉鎖病棟事例(担当 山形市保健所 加藤裕一)
- ③ 病院全体で危機管理意識を共有することが困難で、他病棟職員の感染が続いた事例(担当 広島市東保健センター 岩橋慶美)
- ④ 新型コロナウイルス感染症の病院クラスター発生経験により2回目の院内感染発生時に感染拡大を抑制できた事例(担当 鎌倉保健福祉事務所保健福祉部 近内美乃里)
- ⑤ 1例目探知時に既に感染拡大していたが、探知後継続的な外部支援により収束できた事例(担当 練馬区健康部保健予防課 松本昌子)
- ⑥ 初発病棟では探知が遅れ感染が拡大したが、探知後は保健所と緊密に連絡を取り他病棟での感染を小規模に抑えられた精神科病院事例(担当 広島市東保健センター 岩橋慶美)

チームとしての検討で、上記の担当者を含め、レビューに参加した事業協力者、アドバイザーは次のとおりである。

分担事業者

田中 英夫 (大阪府藤井寺保健所)

事業協力者 保健所

岩橋 慶美 (広島市東保健センター)、内田 勝彦 (大分県東部保健所)、緒方 剛 (茨城県潮来保健所)、加藤 裕一 (山形市保健所)、近内 美乃里 (神奈川県鎌倉保健福祉事務所)、豊田 誠 (高知市保健所)、長井 大 (鳥取市保健所)、中里 栄介 (佐賀中部保健所)、新島 奈津子 (福岡県田川保健福祉事務所)、松本 昌子 (練馬区健康部)

アドバイザー 感染管理専門家 医療機関関係

金井 信一郎 (信州大学医学部附属病院)、具 芳明 (東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 統合臨床感染症学分野)、四宮 博人 (愛媛県立衛生環境研究所)、藤友 結実子 (国立国際医療研究センター病院 AMR 臨床リファレンスセンター)、森兼 啓太 (山形大学医学部附属病院)、山岸 拓也 (国立感染症研究所薬剤耐性研究センター)

以上五十音順

4. 調査結果の中間報告

中間報告として、令和3年8月16日に全国保健所長会ホームページに、事例①～④をアップし、全国保健所長会としての情報共有を図った。

5. 来年度の方向性

来年度の活動については、「院内感染対策ネットワークと保健所の連携推進事業（仮称）」として、これまで「薬剤耐性（AMR）対策等推進事業班」が担当していた事業を引き継ぎ、以下のような活動を目指すことを検討している。

本事業班の活動目的は、保健所が地域の感染症対策ネットワークと連携することを推進することである。背景として、来年度の診療報酬の改訂で、「感染対策向上加算」が導入されると、各地域の感染防止カンファレンスへの保健所の出席が求められる可能性がある。そのカンファレンスで、保健所が地域感染症ネットワーク構築や連携に寄与するために、保健所職員の資質向上を目的としたオンライン研修会を企画、実施する。

本事例集の作成にあたり、全国保健所長会会長他理事の皆様、アドバイザーの先生方、貴重な事例の情報提供をいただいた全国の保健所関係の皆様へ感謝の辞を申し上げます。

6. 研究発表

- 1) 豊田 誠 薬剤耐性（AMR）対策等推進事業 公衆衛生情報 2021. 12月号, 13-15.

初発患者探知までに時間を要したが、陽性者判明からの対応が早かったことで

感染拡大を抑えられた事例

担当 福岡県田川保健福祉事務所 新島奈津子

(1) 事実

障がい者施設（男性棟入所者 27 名、女性棟入所者 18 名、職員 56 名）。以前から施設内感染防止には積極的に取り組み、保健所と協働して PPE 着脱訓練やゾーニング設定等に取り組んでいた。

同施設では、Day 0 に入所者が発症し医療機関を受診するも、COVID-19 の検査は実施されなかった。その後 Day 4 に 2 名の入所者が、また Day 5 に 1 名の入所者が発症し受診するも、COVID-19 の検査は実施されなかった。更にその後、2 名の入所者が Day 6、Day 7 に発症し医療機関を受診、1 名が肺炎像を呈していたことから PCR 検査に至り、Day 8 にこの 2 名の COVID-19 陽性が判明した。これを契機に全入所者と全職員に PCR 検査を実施し、入所者 8 名（内有症状者 5 名、無症状者 3 名）、職員 6 名（内有症状者 2 名、無症状者 4 名）の陽性が Day 10 までに判明した。なお、入所者の陽性者は全て男性棟での発生であった。

同施設は発熱者が複数出ていたことから、既に通常の感染対策を徹底していたが、Day 8 からはゾーニングなど更に感染対策を徹底するとともに、男性棟入所者は個室対応とし、対応する職員を固定化した。また入院調整中の入所者や、一斉検査後新たに有症状であった場合の検査結果待ちの入所者は、隔離室を使用した上で特定の職員が PPE 着用での支援を行なう等の感染対策も行った。陽性が判明した入所者をできる限り迅速に医療機関に入院できるよう保健所が調整した。

Day 11 以降の発症者は、入所者 2 名、職員 2 名の計 4 名にとどまった。最終陽性者は Day 36 に判明し、Day 61 に終息とした。なお、最終陽性者に関しては、Day 23 に発症した患者の入浴介助を同日発症直前にフェイスシールドを含めた標準予防策を励行していた。

(2) 考察

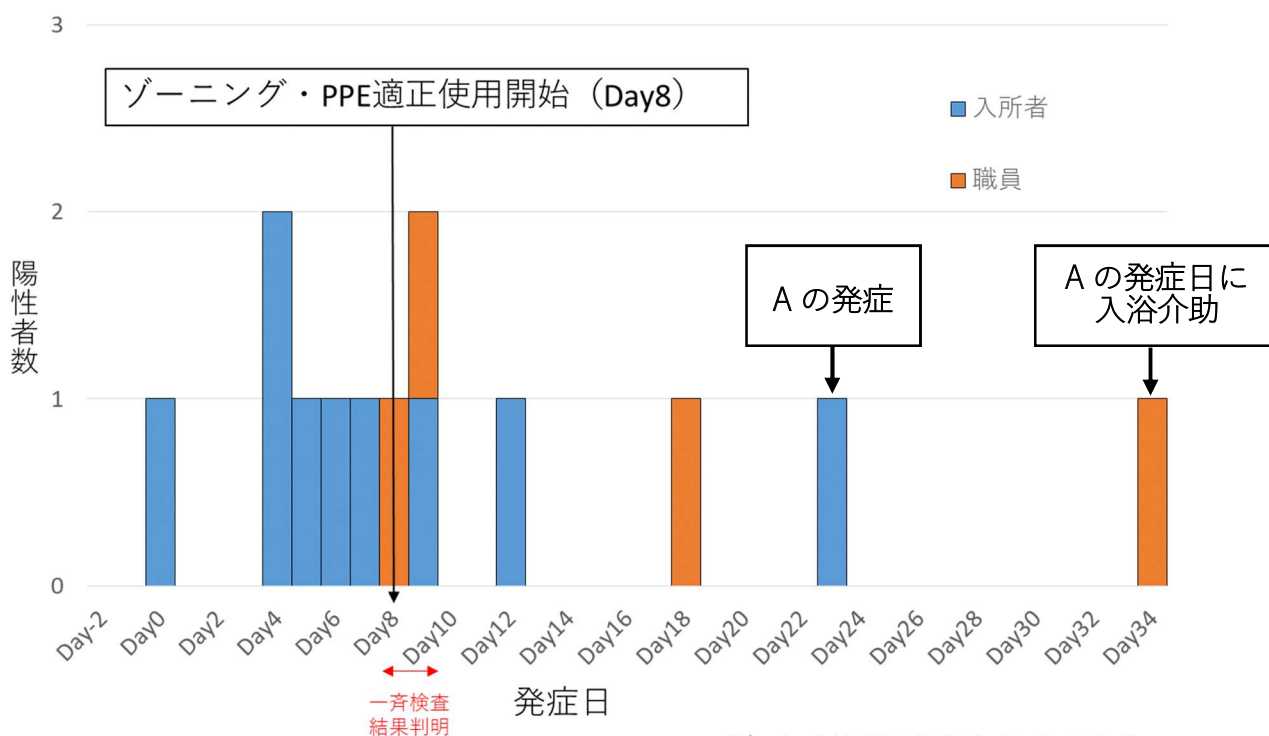
本事例では、症状を呈し医療機関を受診した複数名の入所者に対して COVID-19 の検査がすぐに実施されず、最初の陽性者を見出せたのはインデックスケースとなった患者の発症日から 8 日後であった。このような初動の遅れが、Day 9-10 に COVID-19 陽性者が多く判明した原因の一つと考えられた。

最終陽性者に関しては、入浴介助以外には感染ルートは考えにくく、十分な感染対策を行っていたにもかかわらず感染しており、陽性者のウイルス量が多い、息が上がりやすい状況で密接するなどの一定の条件下では完全な防護は難しいことが考えられる。

この施設での累積感染率は 19.8 %であり、低く抑え込むことが出来たと考えられる。その要因としては、平常時からの感染対策への意識の高さ及び準備、有症状者出現時の標準予防策の徹底、さらに、陽性者判明後は事前訓練に従い感染対策強化を行い、陽性判明者の迅速な入院調整を行うことで、施設内の 3 次感染を極力抑えたこと、などが考えられる。

(3) 推奨

- ① 症状の訴えが難しい入所者のいる施設においては、職員が症状を注意深くモニタリングし、ウイルス流入の予兆があれば検査を迅速に実施することが重要と考える。また、有症状者が出た時点で、通常の感染対策を徹底させることも重要と考える。
- ② 初発患者探知から、感染対策強化への変更をスムーズに行うために、普段からそれぞれの施設において対応策をシミュレーションしておくことが望ましい。
- ③ 陽性者判明からクラスターの終息までは、地域的な実情を鑑み、可能であれば定期的な全体検査を検討することが望ましい。
- ④ 入所施設での入浴に関しては、入所者がマスクを外した状況で介助者と密接すること等を考え、濃厚接触者としての経過観察期間中において入浴は必要最低限にとどめ、洗髪、清拭及び足浴等の代替策を行うことを検討することが望ましい。
- ⑤ 入所施設内で濃厚接触者が生活を継続する場合は、症状を呈した時点で隔離を行い、検査を進めていくことが望ましい。



注) 無症状病原体保有者7名を除外

有症状で勤務を継続していた職員が発端となりクラスターが発生したと
考えられる精神科閉鎖病棟事例

担当 山形市保健所 加藤裕一

【事実】

Day 0 に精神科病院 A 病棟（精神科閉鎖病棟 57 床）に長期入院中の患者 X が、有症状のために PCR 検査が施行され、同日に陽性が確認された。この時点で、保健所は「入院患者と職員の健康チェックの徹底」「患者 X と同室患者 3 名を濃厚接触者すること」「濃厚接触者、有症状者はそれぞれ別の部屋にゾーニングすること」「検査対象者の範囲（A 病棟入院患者全員および A 病棟に関わりのあった職員）」および「病棟内消毒」を指示した。

Day 1 に A 病棟の職員 27 名（医師 7 名、看護師 13 名、看護助手 7 名）および患者 X を除く入院患者 50 名（うち 7 名が有熱者）に対して PCR 検査が施行された（交代勤務の職員は Day 2 に施行）。

Day 2 に Day 1 で検査を受けた A 病棟 看護師 Y を含む看護師 3 名の陽性が確認された。のちに Y は Day -4 より有症状であることが判明した。また Day 1 の検査の結果、入院患者 8 名が陽性、この 8 名はゾーニング内および外からの発生であった。この時点で、保健所は Day 0 の指示に加え「徘徊者対策としてロッカーなどの障害物を衝立としたゾーニングの徹底」を指示、さらに「PPE 着脱エリア」「職員の共有部分の取り扱い」「休憩室における職員同士の接触状況」および「これまでの指導に対する病棟側の対応」を確認した。Day 4 以降、PCR 検査は、健康観察中に症状を呈した入院患者と職員に施行された。

A 病棟の職員では、Day 18 に看護師 2 名の陽性が確認された。2 名ともレッドゾーン担当（非専従）で、うち 1 名の看護師 Z は有症状ながらも出勤し、当日検査結果が出るまで勤務していた。なお Day 9 の陽性職員は他病棟の看護師で、病院が実施したスクリーニング検査で陽性が判明した。この看護師は A 病棟職員とプライベートで接触していた。

入院患者では、その後もゾーニングした部屋の内外から発生した。Day 30 に入院患者 2 名の陽性が確認、これが最後の陽性者となった。最終的に入院患者 25 名、職員 7 名の計 32 名のクラスター発生となった。Day 44 に保健所は、最終患者発生から 14 日間、新規陽性者が発生しなかったことから「終息」と判断した。

【考察】

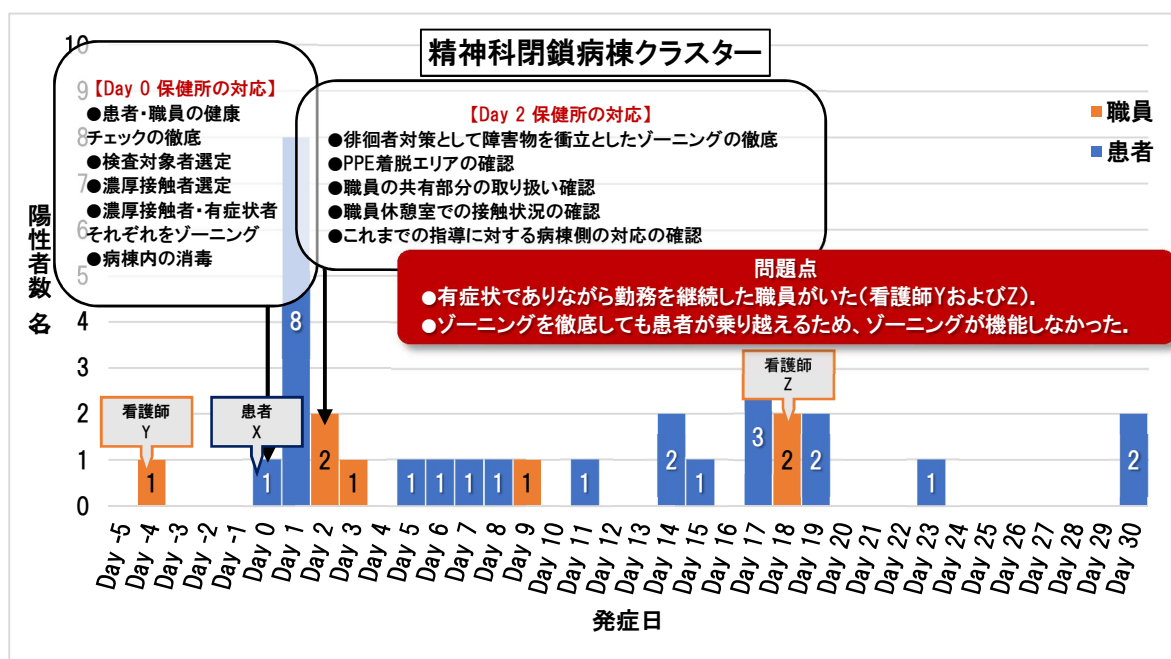
クラスターになった背景の問題点は二つと考えられる。一つは有症状であるにも関わらず勤務を継続していた職員がいたこと、もう一つは入院患者の特性による感染対策の限界である。一つ目については、病院として職員が有症状の場合に休むことを徹底していたのかどうかである。看護師 Y は今回のクラスターの中で最も早い時期に症状が出現しており、真の index case である可能性が高い。Y については患者 X を含めた入院患者との濃厚な接触は確認できなかったが、「閉鎖病棟であること」「面会禁止時期であったこと」から、患者 X が「外からの持ち込み」「職員以外からの曝露」は考えにくく、Y を含む職員がウイルスを持ち込んだ可能性が高い。さらに Day 18 陽性の看護師 Z も有症状で出勤していた。Z は

レッドゾーン以外も担当する機会もあったことから、非レッドゾーン担当時に、PPE なしでの看護行為によって潜在陽性患者から感染し、有症状で勤務していた結果、Day 18 以降の入院患者に対する感染源の一つになった可能性がある。二つ目については、入院患者の特性に由来するものである。認知症があり、マスク着用、手指洗浄などの基本的な感染予防策はもとより、感染者・非感染者の区別を理解することが極めて難しかったと考えられる。「患者側に感染予防を期待できないこと」が精神科病棟や障害者施設に共通する感染対策の限界部分と考えられ、患者間の感染拡大の主要因となったと考えられる。理想は「陽性患者の転院」と考えるが、当時、当該病院のある自治体ではフェーズ4の病床ひっ迫状態にあり全員を転院させることは不可能であった。仮に病床に余裕があったとしても認知症のある陽性者の転院はハードルが高かったものと考えられる。

最後に、保健所の役割として、病院側に対し「陽性者は10日経過し解除基準を満たせば順次解除できる。必ず収まる時が来る」と希望を持たせたことが、看護意欲の後押しとなり、困難な条件下で「終息まで自院で看護をやり通した結果」に繋がったものと考えられる。

【推奨】

1. 精神科閉鎖病棟への SARS-CoV-2 の持ち込みは、長期入院患者より職員が index case となる確率が高いと考えられる。従って入院患者で陽性者が確認された場合、他の入院患者のみならず出来る限り早期に病棟全職員に PCR 検査を行うことが望ましい。
2. 病院側には「職員に何らかの症状がある場合に安心して休むことが出来る雰囲気と環境づくり」、職員側には「有症状時には休んで検査を受けること」が望まれる。
3. 今回の事例のようなゾーニングが機能しない場合には、職員は、自身の安全確保の視点から、全患者に対して PPE 対応が望ましい。



■ 病院全体で危機管理意識を共有することが困難で、他病棟職員の感染が続いた事例

担当 広島市東保健センター 岩橋慶美

【事実】

本事例が起きたのは、国内第3波の時期である。地域の中核病院で、急性期一般病棟（A病棟、30人台）、地域包括ケア病棟（B病棟、30人台）、療養型病棟（D病棟、E病棟、各50人台）を有している。病室は多床室が基本だが、B病棟は個室が多く、看護職員および介護士は病棟専属である。

Day0にA病棟で1か月前から入院していた患者と看護師各1名が発熱したが、患者はDay1にB病棟個室へ予定転棟し、B病棟で発熱探知された。初発患者は退院が近く病院内を自由に動いており、A病棟では共用トイレや洗面所で入院患者同士の交流が活発であった。Day2にA病棟職員45名と初発患者および同室だった患者5名にSARS-CoV2検査を行い、初発患者、発熱看護師、同室患者の3名の陽性が判明したため、新規入院と外来リハビリ、デイサービスを中止した。陽性連絡を受け保健所がA病棟患者全員のPCR検査を実施、Day4に4名陽性で同病棟の広範囲汚染が判明、同日保健所と当該都道府県クラスター支援班が支援に入り、A病棟で緊急ゾーニングとPPE適正使用や消毒等感染対策指導、院内感染対策本部の立ち上げを行った。陽性者および同室者はA病棟で対応し、A病棟で陽性者が出なかった病室の患者数名は他病棟で個室隔離した。探知当初より、病院側は保健所や支援班に対して受け入れ良好であり、院内感染対策本部の会議は毎日、病院幹部職員と各部門の代表、支援班員が参加して開催され、病院全体での情報共有化を図った。Day5から外部の感染症支援ナースがA病棟に入り、PPE着脱指導とゾーニング見直しを適宜行った。Day10にA病棟職員の感染予防手技確立を確認したがDay12までに同病棟患者16名（うち無症状者1名）、職員3名（うち無症状者1名）が判明し、A病棟患者の累積感染率55%に上った。以降A病棟での患者発生はなく、患者への感染対策は適切だったと推測された。A病棟での感染対策を病院全体に広げるべく、Day16から各階リンクナースが交代でA病棟に感染症研修を兼ねて応援に入った。

B病棟では、Day15に患者が発熱しDay16に陽性判明後A病棟に転棟した。この患者は多床室で、マスクを着用せず他病棟（A病棟を除く）や外来など病院内を自由に動いており、この患者が病棟外で感染しB病棟内で感染を上げたと推測された。Day17以降B病棟での患者発生が相次いだため、A病棟職員の負担軽減として新規陽性患者はB病棟で対応した。最終的にB病棟患者の累計感染率は27%に上ったが、職員の感染は認めなかった。

C病棟ではDay19に発熱した職員の陽性が判明した。この職員は院外での感染が疑われたため、同日保健所から病院全職員に対し改めて院外行動や休憩室等での注意喚起、感染予防手技の徹底を指導したが、Day31までにC病棟職員7名（累積感染率18.9%）、ベッド上患者2名（累積感染率4%）の陽性が判明した。A・B病棟でCOVID-19対応が続く中、C病棟では職員間の危機意識が乏しかったことがわかり、体調に異変を感じながら勤務を続けた職員（Day21発症、Day29判明）の存在や鼻出しマスクなどPPEの着用方法が不十分であったこと等が感染拡大に関与したと推測された。その他D病棟でもDay23にベッド上患者が1名陽性となったが周囲に陽性者はおらず感染源が不明であった。また病棟間移動のある医師、看護助手、事務職各1名の陽性も判明したが、陽性医師はDay27発症であり、看護助手、事務職は患者との接触はなく、病棟職員との接触も少ないことから、病棟間の拡がりに関与したとは考えにくかった。

Day20頃からA病棟職員の疲弊が著しく、職員の感染も相次いで判明（累積感染率37.5%）。病院全体で感染対策の底上げを図るため、Day21に各階リンクチーム職員やリハビリ職、介護士等にPPE着脱勉強会を開催、Day25から週一回ICT全病棟ラウンドを開始した。地域の感染状況も落ち着いてきたため、

Day27に陽性判明から日が浅い患者の転院調整を行うとともに、A病棟の入院患者を全てB病棟に転棟させ、マンパワーの集約を図った。以降収束に向かい、Day56に病院の入院受け入れ再開となった。

【考察】

本事例では、Day4と早い段階で保健所とクラスター支援班が支援に入り、病院側も指導の受け入れ良好で、Day10にはA病棟職員はガウンテクニック等感染防止手技を確立していた。しかし、A病棟職員は他病棟の陽性患者の受け入れやレッドゾーン対応が続き、疲労やストレスが蓄積する中で、感染防止手技が疎かになり職員の感染が相次いだ可能性がある。一方、C病棟では、他病棟で陽性者対応が続いていたにも関わらず職員間の危機意識が乏しく、職員が院外の行動で感染し、病棟ステーションで感染が広がったと推測された。当初より院内感染対策会議には各病棟代表が参加していたが、それ以外の職員には危機意識が伝わらず、行動変容につながらなかったと推測された。結果的にICTが全病棟を週一回ラウンドして各病棟の問題点を指摘することで病棟職員の意識が向上したことや、A病棟を閉鎖しB病棟に陽性者を集めマンパワーも集約させたことで、職員の疲弊も軽減し収束に至ったと考えられた。

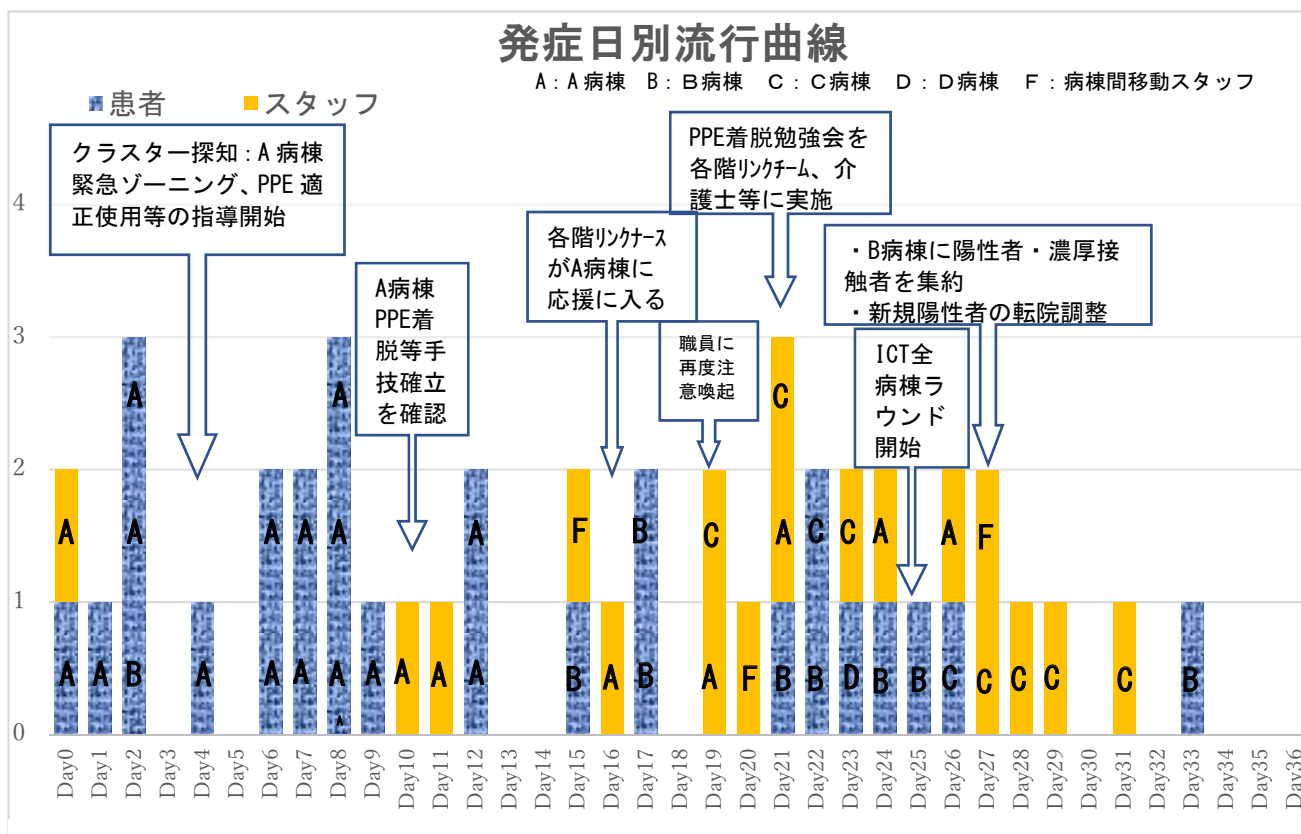
【推奨】

1. 危機管理意識を施設全体で共有する

院内感染を早期に収束させるためには、COVID-19対応を関係部署だけの問題にせず、施設全体で危機管理意識を共有することが重要である。施設管理者が施設内の全職員に現状をタイムリーに伝え共有すること、ICTが主となり、全病棟を定期的にラウンドして各病棟の感染対策をチェックすることが施設全体の危機意識共有に役立つ。

2. 時機に応じて患者の転院・転棟調整を図り、マンパワーを集約させる

職員の感染が相次ぐと残った職員が疲弊し、感染手技も疎かになりやすい。患者の状態や地域の感染状況に応じて、適宜患者の集約化や転院調整を図るとマンパワーが集約でき、収束につながる。



新型コロナウイルス感染症の病院クラスター発生経験により

2 回目の院内感染発生時に感染拡大を抑制できた事例

鎌倉保健福祉事務所保健福祉部 近内美乃里

(1) 事実

急性期病棟（Q 病棟 52 床）を含む複数の病棟（R 病棟 37 床、S 病棟 22 床）を持つ地域の総合病院。基本的に病室は多床室で、看護職員は病棟専属である。新型コロナウイルス感染症の入院病床は有していない。

Day 0 に整形外科的疾患（発熱あり）患者が Q 病棟に入院したが、COVID-19 検査は未実施であった。Day 10 と Day 11 に Q 病棟職員（看護師）と Q 病棟に入院歴のある退院患者の陽性がそれぞれ判明した。陽性者の職員と退院患者に明らかな接点は認めなかった。新規入退院を停止、外来縮小としたうえで、Q 病棟職員全員に検査を実施し、Day12 に職員 2 名（看護助手、医師）の陽性が判明した。Day12 に連絡を受けて保健所が探知し、Day 13 に施設調査を実施した。Q 病棟の陽性職員 3 名と退院陽性患者 1 名には接点がなく、他に共通の感染源を考え、Q 病棟の入院患者全員を対象に検査を実施した。また、手指衛生や共用パソコン等の環境消毒の徹底を確認し、適正なゾーニングや PPE 使用を指導した。その結果、Day 0 に入院した整形外科的疾患（発熱あり）患者を含む 5 名の陽性が判明した。Day 15 に保健所が再度施設調査を実施し、Q 病棟以外の病院全職員および全患者にも検査対象を拡大した。職員 2 名と R 病棟患者 4 名の陽性が判明した。職員 1 名は、初発と考えられる患者の生理検査を担当した職員、もう 1 名は S 病棟職員（看護師）で、Day12 に陽性になった医師と業務上の短時間の接触はあったが、明らかな経路は不明であった。R 病棟の陽性患者は、すべて Day10 以前に Q 病棟から R 病棟に転棟した患者であった。

Day 18 に Q 病棟患者が発熱したため、同室者など 10 名を再度検査し、新たに 3 名の陽性が判明した。Q 病棟内での感染拡大を受け、Day 21 に病院、本庁関係機関、感染症指定医療機関、保健所による院内感染対策検討会を実施し、これまでの経過や感染経路の推定、終息の定義、病院機能（新規入退院、外来）再開時期等を検討した。検討会メンバー（感染症専門家含む）による全病棟のラウンドを行い、職員の更衣室や休憩室の確認、マスク着用の徹底やアルコール消毒液の設置等の改善点を指導、感染対策について周知した。また、院内で陽性者に対応していたため、適正なゾーニングや濃厚接触者の対応を指導するとともに、検討会メンバーの所属する感染症指定医療機関への転院をおこなった。Day 23 に Q 病棟退院患者 1 名が発症、陽性が判明した以降は、新たな陽性者の発生は認めなかった。最終的に職員の累積感染率 3.7%、患者の累積感染率 17.0%であった。

5 か月後、Day 0 に院内 ICT ラウンドで 5 名の発熱患者を確認したため、COVID-19 の検査を実施し Day1 に Q 病棟から転床した R 病棟患者の陽性が判明した。同日、有症状の Q 病棟職員の陽性が判明し、保健所へ報告が上がった。聞き取り調査時に、Day1～Day 2 に Q および R 病棟の全患者と職員の検査を実施する予定について病院から相談をうけ、行政検体としての実施を依頼した。その結果、Q 病棟職員（看護師）3 名の陽性が判明した。陽性患者 1 名に関しては、自院で陽性者対応をすとの回答であったため、転院調整は行

わずに 10 日間の療養期間を無事終了した。すでに Day 1 に他院に転院していた Q 病棟患者の陽性が判明したが、その後は新規陽性者の発生は認めず、職員の累積感染率 8.3%、患者の累積感染率 6.7%であった。

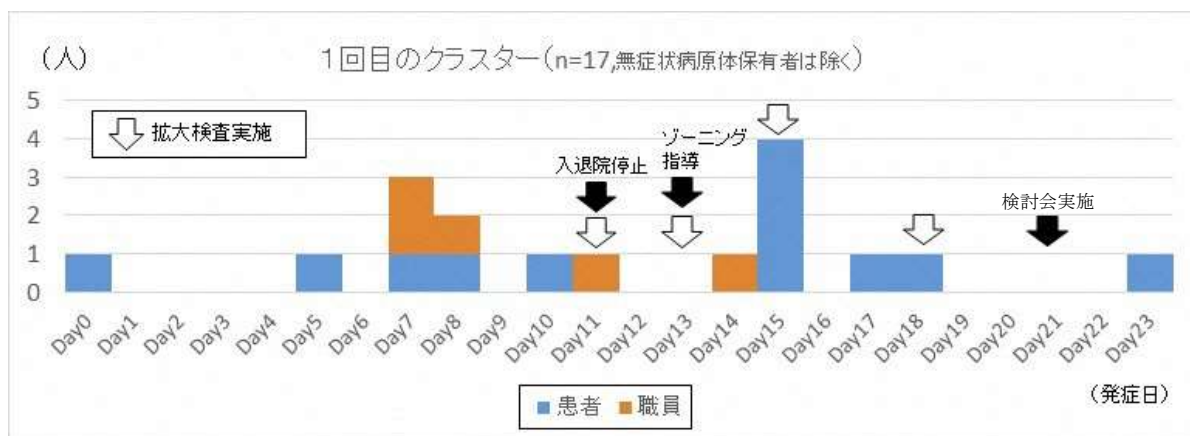
(2) 考察

1 回目の院内感染発生時は、発熱のある他疾患入院患者への COVID-19 の検査が実施されておらず、結果的に院内の患者発生を病院が把握したのは Day10 であった。また、Day 11 の拡大検査の対象を職員のみとし、入院患者には実施しなかったため、院内感染状況の全体像を把握することが遅れたと考える。ゾーニングや PPE 着用等の感染対策を実施していたものの、感染症対応に慣れていない現場では不適切な部分もあり、調査および指導が有効であったと考える。外部の関係機関も含めた検討会実施後は、地域連携により外部の感染症専門家による院内ラウンドとともに多数の陽性患者の転院が可能となることで、陽性者対応が減り、職員の疲弊を改善することができた。

2 回目の院内感染発生時は、継続した ICT ラウンド等を通じて、入院患者の状態を定期的に把握することで、早期に有症状者の検査を実施、陽性者を発見することができた。1 回目の経験を生かし、Q 及び R 病棟の職員と患者全員を対象に検査を実施することで、院内の感染状況を把握し、適正なゾーニングや PPE 着用などの現場対応により、感染拡大を抑えることができたと考えられる。

(3) 推奨

- ① 病棟内で複数の陽性者が判明した時点で、対象を拡大して職員や患者に検査を速やかに実施することで、院内の感染状況を把握し適切な感染対策をとることができる。
- ② ICT ラウンド等を通じて、入院患者の状態を定期的に把握し、早期に陽性者を発見することが、スムーズな初動対応につながり、感染拡大を防止することができる。
- ③ 検討会の実施により、地域での転院調整等の医療機関連携に繋がり、職員の疲弊を軽減できた。また、感染症専門家による評価、指導は、感染症対策を実施する現場に有効であった。





○1 例目探知時に既に感染拡大していたが、探知後継続的な外部支援により収束できた事例

(1) 事実

本事例は、県で医療機関 1 例目のクラスター事例である。

病院は 9 診療科からなる療養病床 100 床を有し、4 病棟に分かれている。職員は看護師、機能訓練士、介護士の合計約 100 名で構成される。入院患者は、ADL が低く、寝たきりの患者が多く、介護を要する。病院では、手指衛生や個人防護具の適正使用がなされずに同一職員が連続して異なる患者のリハビリやケアを実施していた。また、使用済み物品の消毒が不適切（次亜塩素酸 Na 濃度が低濃度）で、汚染リネンと清潔リネンが同じ倉庫で管理されているなど清潔と不潔が混在していた。職員の更衣室や休憩室は密閉・密集・密接（三密）の状態であった。入院患者は日頃から誤嚥性肺炎等の患者が多く、本事例を経験するまで、職員は有症状者がいても新型コロナウイルス感染とは考えなかった。別館 2 階の入院患者 2 名が Day 0 に発症した後に、同じ病棟で複数の患者および担当職員が有症状となっていたが、最初に診断されたのは、職員 1 名が Day12 に抗原定性陽性となったことによってであった。

Day12、保健所は迅速に疫学調査を実施した。職員及び入院患者の遡り調査によって 2 週間ほど前から呼吸器症状のある患者が院内に複数存在し、その後、有症者が増加していたことから、病院内ですでに感染拡大している可能性が高いと推定し、保健所と病院長で認識を共有した。同日、院内感染対策として患者・職員全員の PCR 検査を実施したところ、36 名（患者 23 名、職員 13 名）の陽性者を確認した。その後、陽性者の濃厚接触者と初回検査後に発症した有症状者の検査を実施した。Day22 に再度、入院患者と職員の一斉検査を行い、全員陰性を確認した。Day29 に 3 回目の一斉検査を実施し、全員陰性であることを確認し、Day36 から外来一部再開、院内最終発生から 28 日経過した Day53 に全診療再開となった。

Day13、県の感染対策チーム（医師（ICD）、感染管理認定看護師（ICN））が現場に入り、個人防護具の着脱、ゾーニングのみならず、更衣室・休憩室の使い方、物品の整理整頓等を助言した。また、感染制御が実効あるものとするため、院内の組織体制の整備、役割分担の明確化、職員患者の健康管理法についての規定づくりを支援した。Day16 より厚生労働省クラスター班の遠隔支援も開始した。日本看護協会より派遣の感染管理認定看護師（ICN）は、2 週間程度交代で常駐し、継続支援を行った。収束 1 か月後、保健所、ICD と管内の医療機関の ICN で改めて現場確認と助言を行った。

(2) 考察

本事例では、早期に保健所と院長が協議し、集団発生の可能性が極めて高いことを共通認識できたことが大きい。これにより地区医師会、民間検査センター、感染者入院医療機関と情報共有し、集団発生に備えた体制作りができた。また県では、医療機関での集団発生時に備えて感染対策支援チームが設置されており、事例察知翌日に当該医療機関に指導

のため赴くことができている。

流行曲線（*2）を分析すると、最初の有症状陽性者が出た病棟で入院患者間の感染拡大が認められる。また、発症しながら働き続けた医療スタッフが複数いて、職員間で感染拡大している。別病棟患者のクラスターは、医療スタッフの持ち込みが原因と考えられる。その後、外部支援によるゾーニングや個人防護具の適正使用の指示、職員患者の健康管理について指示が入ったため、それぞれの病棟での感染拡大が防止されたと考えられる。

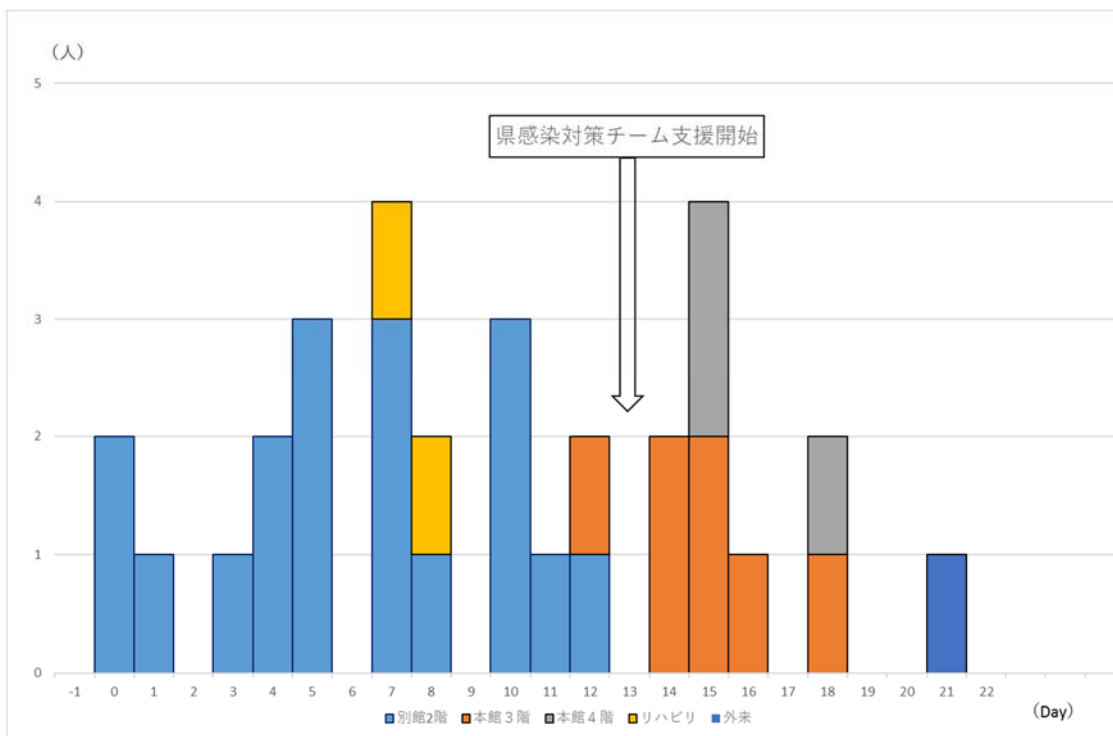
（3）推奨

- ① 発熱や呼吸器症状を呈する患者に対して積極的かつ迅速に新型コロナウイルス感染症の検査を実施する。流行期においては、無症状者の入院患者を含めたスクリーニング検査も有効である。
- ② 外部支援（感染対策支援チーム）をできるだけ早期に積極的に入れることは、感染拡大防止に効果がある。
- ③ 病院の感染拡大に対して迅速・適切に対応するためには、保健所のみならず、地域の基幹医療機関、都道府県等のコロナ対策班、看護協会、県医師会、厚生労働省など複数の関係機関が連携する体制づくりが必須である。
- ④ 感染対策に関する助言は現場で行い、確実にできるまで継続支援することが望ましい。
- ⑤ 医療従事者および入院患者のマスク着用、手指衛生、密閉・密集・密接（三密）の回避など、コロナに対する日頃の感染対策を実施することにより、一人の陽性者がいても感染拡大を最小限に食い止めることができる。

* 1 COVID-19 確定症例の累積罹患率

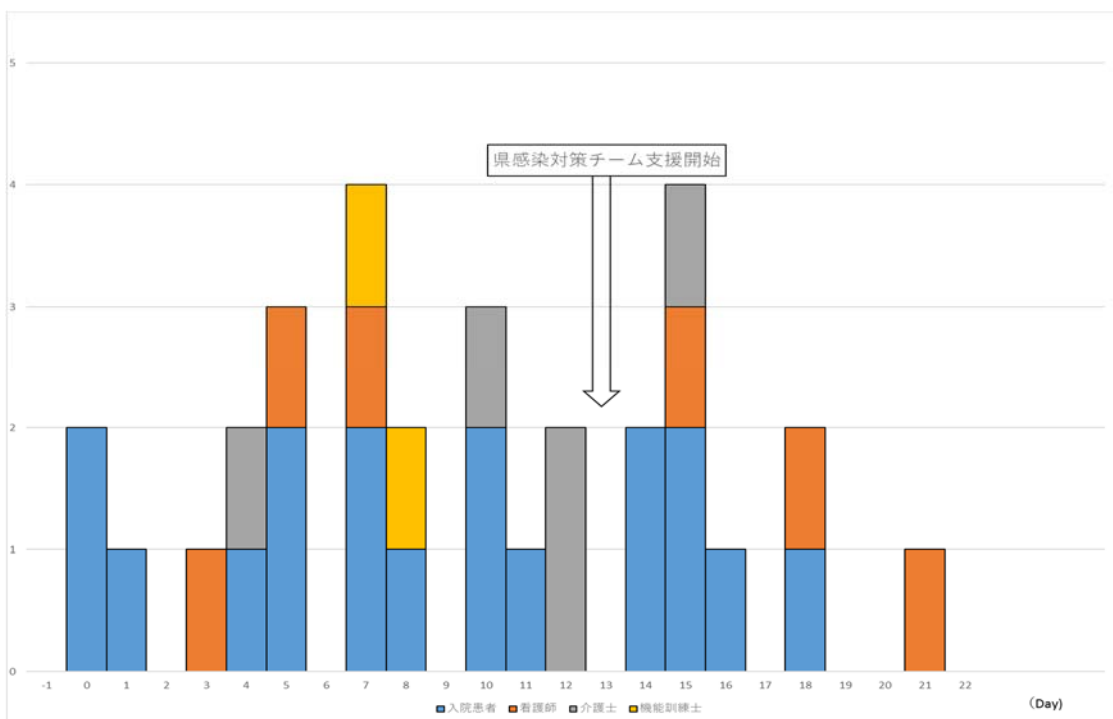
		陽性者数	人数	累積罹患率(%)
患者	別館2階	21	29	72%
	別館3階	1	28	4%
	本館3階	7	27	26%
	本館4階	1	9	11%
(准)看護師	別館2階	7	16	44%
	別館3階	0	14	0%
	本館3・4階	3	11	27%
	外来	1	6	17%
セラピスト	PT	2	11	18%
	OT	1	8	13%
	ST	0	3	0%
	助手	0	2	0%
介護職	別館2階	3	7	43%
	別館3階	1	12	8%
	本館3・4階	3	11	27%

* 2 流行曲線
(病棟別)



※無症状病原体保有者 24 例を除く

(患者・職種別)



※無症状病原体保有者 24 例を除く

■ 初発病棟では探知が遅れ感染が拡大したが、探知後は保健所と緊密に連絡を取り他病棟での感染を小規模に抑えられた精神科病院事例

担当 広島市東保健センター 岩橋慶美

【事実】

精神科単科病院で、精神科療養病棟（男女別、各 50 人台）、慢性期精神科一般病棟（男性 50 人台、女性 60 人台）、急性期精神科一般病棟（男女混合、50 人台）を有している。各病棟は患者の離院防止のため閉鎖病棟で、多床室が基本、トイレ・浴室は病棟に 1 箇所、看護師及び看護助手は病棟専属であった。

Day0 から女性療養病棟（A 病棟）で複数名、発熱や咳などの症状が認められ、Day8 に SARS-CoV2-PCR 検査を 5 名実施したところ、Day11 に 5 名とも陽性が判明した。病院側は転院を希望したが、軽症者は自院で療養継続するという当該都道府県医療調整本部の方針により、同日保健所と都道府県クラスター対策チームが支援に入り、A 病棟でゾーニングと PPE 適正使用の指導を開始するとともに、外部の呼吸器内科医師が派遣された。当初病棟最奥 2 部屋のみレッドゾーンとしたが、保健所の支援で順次全入院患者、全職員を対象に検査を行う中で A 病棟患者及び職員の更なる感染が判明し、Day13 に A 病棟はナースステーション以外全てレッドゾーンで全患者 PPE 対応とし、ナースステーション出入口に PPE を着脱するイエローゾーンを設け、ナースステーションのみグリーンゾーンとした。Day18 までに男性療養病棟（B 病棟）の患者 1 名、B 病棟職員 2 名の陽性も判明し、B 病棟での感染拡大が危惧されたが、陽性者及び同室者は直ちに A 病棟に隔離し、それ以降 B 病棟での感染は認めなかった（B 病棟患者の累積陽性率 1.9%）。日数経過とともに中等症となる患者も出たが、国内第 3 波の流行時期で地域の感染状況悪化により中等症患者も自院で治療を継続せざるを得ず、保健所の支援で呼吸器内科医師の派遣を受けながら治療を続けた。Day22 までに A 病棟で患者 32 名、職員 5 名の感染が判明し、以降も断続的に A 病棟患者、職員の感染判明が続いたが、他病棟への感染拡大はなく隔離は適切に出来ていると思われていた。

しかし Day39 に急性期病棟（C 病棟）で発熱・咳嗽患者が発生し SARS-CoV2-PCR 検査陽性が判明した。保健所の助言の下、直ちに病棟全体の検査を行い 4 名の患者が確認された。C 病棟では職員の感染者はなく、外出外泊及び面会も禁止されていたため感染源は不明であったが、発症患者を早期に疑い、隔離したことから C 病棟での感染拡大は抑えられた（C 病棟患者の累積陽性率 7.3%）。Day40 に感染拡大防止のため検査陰性者もロビーでの集団食事を中止して以降、患者の発生は収束に向かった。

一方で A 病棟職員に関しては散発的に感染が続いたため、ナースステーション内での感染が疑われ、Day41 にナースステーションもレッドゾーンとして以降、職員の感染は落ち着いた。

最後の感染判明は入院患者が Day43（Day51 発症）、職員は Day57 であり、院内患者の療養解除から 2 週間経過後の Day76 に終息と判断した。最終的に転院は院内での治療対応困難な 7 名にとどまり、A 病棟患者の累積感染率は 69.8%に上った。

【考察】

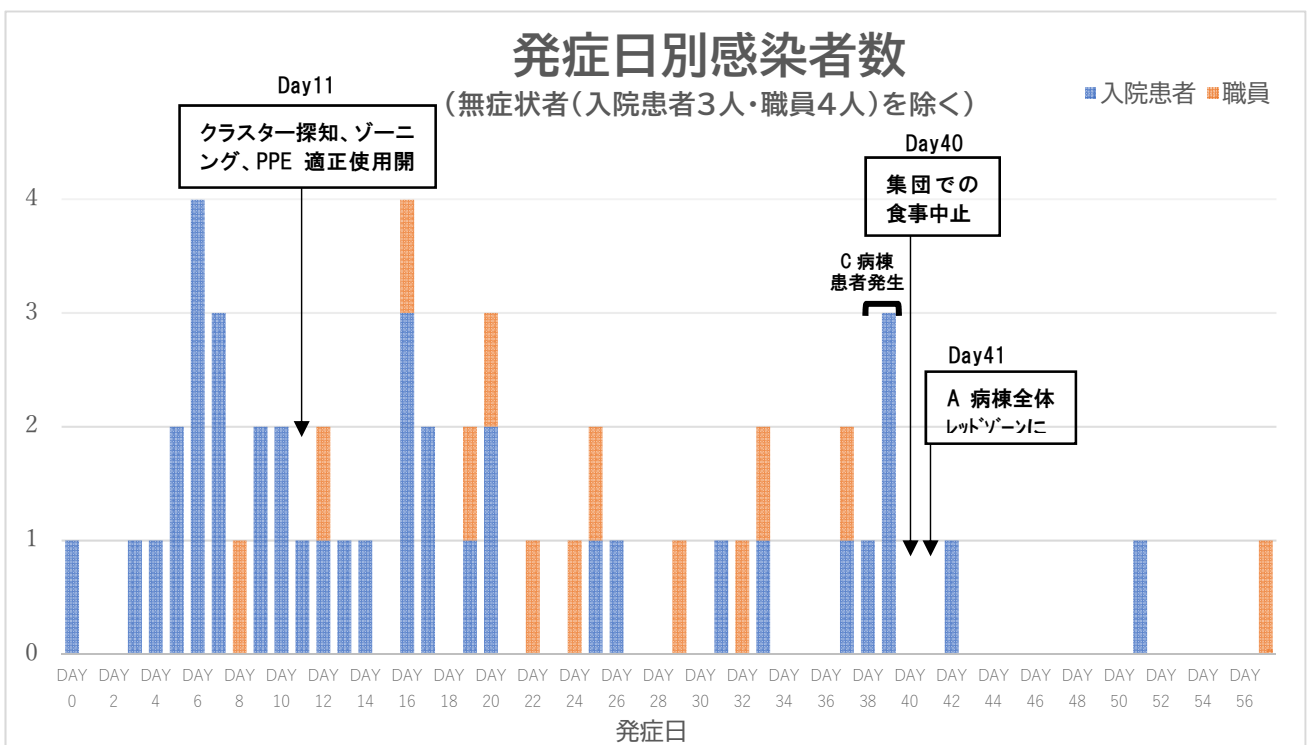
本事例で A 病棟の累積患者感染率が約 70%と高率に至った要因としては、大きく 3 点あげられる。1 点目は精神科病棟一般に言える疾患要因と環境要因に関する点である。疾患要因としては患者の感染対策への理解が不十分なためマスク着用等感染対策の徹底が困難であること、職員と患者の接触が濃厚になりやすいこと等があげられ、環境要因としては多床室が基本でトイレや浴室が病棟に 1 ヶ所のみであること、閉鎖病棟で窓が全開不可能、集団での食事、誤飲防止のため手指消毒薬の病室不設置等があり、患者の新規発生も陰性者の集団食事を中止して収まった。2 点目として、クラスター探知が Day11 と遅れた

ことがあげられる。クラスター探知前に日数が経過していたため、集団での食事、活動性の高い感染患者がマスクを着用せずに大声を発しながら病棟内を移動していたこと等による飛沫感染やトイレ・浴室の共同使用による接触感染で二次感染・三次感染を引き起こしていたと推測される。閉鎖病棟であっても発熱等の症状を呈する患者が複数確認された段階で早期に PCR 検査を実施していれば、感染拡大を実際よりも抑制できた可能性がある。3点目としては、中等症患者も自院で治療を継続せざるを得なかった点である。中等症以上であれば感染症専門医療機関への転院が望ましかったが、国内第3波の最中で地域の感染状況が悪化し病床逼迫していたためかなわず、より接触が濃厚となる医療行為を職員が行う中で不十分な个人防护具の着用や不適切な清潔操作で職員が感染し、さらに多くの患者に感染が拡大した可能性がある。

一方、他病棟での感染探知が迅速で、拡がり小規模に抑えられた理由としては、当初から保健所が積極的に関わり丁寧な支援を行ったことで、病院側が保健所を信頼し、連絡や相談をしやすかったことも大きいと思われた。具体的に保健所が行った支援は、①院内感染対策支援（感染対策専門家の派遣、感染対策・ゾーニングへの助言や指導、院内情報会議への参加、PPE 物資の支給）、②治療支援（呼吸器内科医の派遣、転院調整）、③行政検査の実施、④職員支援（メンタルヘルス相談窓口の紹介、帰宅困難な職員の宿泊施設受け入れ調整、応援職員の派遣支援）、⑤報道機関対応、等であった。

【推奨】

1. 閉鎖病棟であっても COVID-19 警戒期は咳や発熱、咽頭痛など COVID-19 を疑う症状があれば、長期入院患者も積極的に検査を実施する。
2. クラスター探知が遅れ広く病棟が汚染されている蓋然性が高い場合、検査陰性者も感染している可能性を考え、COVID-19 患者が発生した病棟では集団での食事機会や行動の中止を検討する。
3. 保健所は、クラスター探知後迅速かつ密に病院と連絡を取り信頼関係を構築する。精神科病院内での療養継続には困難が伴うが、その場合必要な外部支援を得られるよう地域で協力体制を作る。



PPEを装着した職員の介護行為によって生じ得る入居者間の接触感染リスクを低減する方法の提案

令和3年度地域保健総合推進事業 全国保健所長会協力事業
「新型コロナウイルス対策等推進事業」事業協力者：高橋佑紀
事業分担者：田中英夫
(大阪府藤井寺保健所)

1、想定される状況

入所型高齢者施設等に勤務する介護者や施設入居者の中に、新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）の陽性者が1人見出され、その陽性者の感染源がその施設関係者の中にいる可能性がある場合や、その陽性者が感染させた可能性のある被接触者を明確に絞り切れない場合には、当該施設・フロア内での感染の広がりを評価するために、その施設職員と入居者を対象とした一斉検査が行われる。そして、その結果に基づき、陽性の入居者と陰性の入居者の交差を避けるよう、施設内でのゾーニングが行われるのが通常である。

このような状況で一斉検査が行われた場合、その検査結果が陰性であった入居者の中には、偽陰性の者がいる可能性が小さくない（注1）。状況判断から、潜在する偽陰性入居者と真陰性入居者の区別が困難な場合は、偽陰性入居者からの職員の感染リスクを低減するために、“非陽性”入居者全員に対して、職員は標準PPE（注2）を装着して、介護等の処置を行う必要が生じる（注3）。この場合に、1人の職員がPPEを着替えずに「非陽性“入居者”ゾーン内で介護等の処置を行うと、偽陰性者がいた場合には、その者への処置を通じてPPEの表面に付着したウイルスが、その後に処置された未感染の入居者に付着することが考えられる。そしてその結果、患者間での新たな感染を引き起こす可能性が懸念される（注4）。そこで、このような状況では、このルートによる患者一患者間の感染リスクを低減するための手段を講じる必要がある。

2、感染リスクを低減する方法

（1）ウイルスを排出しているリスクの低い入居者から職員は先に処置をする

介護等の処置を通してPPEの表面にSARS-CoV-2が付着する危険性の低い入所者から順に処置をすれば、理論的には患者一患者間の感染リスクを低減できると考えられる。このため“非陽性”入居者を、感染している可能性の高さによって、以下のようにカテゴリーに分類し、順位付けをする。

① 自分のいる相部屋に陽性入居者がいなかったなどの、陽性者との明らかな接触が、その陽性者の感染可能時期に無かった無症状陰性者

② 自分のいる相部屋に陽性入居者がいた、陽性入居者と談話室でマスクなしで話し込んでいた、などの、陽性者との相応の接触が、その陽性者の感染可能時期に認められた無症状陰性者

③ index case の発症日より後に有症状となっていた陰性者

この順番で、ウイルスを排出している可能性の低い入居者から先に処置することを提案する(注5)。なお、③の中でも、陽性入所者との接触がないなど、有症状の原因が COVID-19 に起因することが否定的な入所者へは、②より先に処置することも考えられる。しかし、そうでない場合は、感染疑い例として、個室に移動させたり、①、②と別のゾーンに区別することも考えられる。

(2) 同じ感染リスクカテゴリーの入居者の中では、職員と入居者との接触度の低い処置をする入居者から、職員は先に処置をする

入居者間でウイルスを排出しているリスクが同じとすれば、職員との接触度が低い方が、PPE 表面にウイルスが付着する確率が低いと考えられる。このため、同じ感染リスクカテゴリー内の入居者を

① 食事・入浴介助なし、かつ抱き抱えるなどの身体接触なし

② 食事・入浴介助あり、かつ抱き抱えるなどの身体接触なし

③ 抱き抱えるなどの身体接触あり

などと、接触の強さに応じて分類し、接触度の低い患者から先に処置することを提案する(注5)。

3、「想定される状況」に対応した PPE の着脱ルール

(1) 「“非陽性”入居者」ゾーン内で、感染リスクの高いカテゴリーの入居者の処置をした後に、リスクの低いカテゴリーの入居者の処置をする場合は、その切り替わりの間に、新しい PPE に着替える。これにより、後者にウイルスが接触伝播する可能性を低減できると考える。

(2) 同じリスクカテゴリー内の複数名の入居者を 1 人の職員が介護する場合は、PPE を入居者毎に着替えなくても良いものとする(注5)。ただし、抱き抱えるなどの密着する介護行為を通じて、入居者の体液が PPE 表面に付着した可能性があったなど、PPE 表面が汚染されたと思われた場合は、その行為の直後に PPE を交換する必要がある。

(3) 手袋は、入居者のコロナ検査結果や症状の有無に関わらず、1 入所者 1 処置ずつ交換

する。手袋は、長袖ガウンの袖口を完全に覆うことのできるものを用い、それを確実に実行する。手袋の着脱時には必ずアルコールによる手指消毒を実行する。

4、その他の重要事項

(1) 一度脱いだ PPE は、再利用することなく汚染物として非汚染部と接触させないで施設外へ搬出できるよう、また、清掃員などが触れることのないよう（注4）、廃棄手順と動線を確保しておく。

(2) SARS-CoV-2 ワクチンの接種を終えた介護職員であっても、陽性入居者や偽陰性が疑われる入居者に対しては、標準 PPE（注2）を装着して介護にあたるものとする（注6）。

（注1）：（なぜその可能性が小さくないのか？）

偽陰性の判定を生む要因の一つに検査時期がある。PCR 検査において感染者が偽陰性となる確率は、感染源の陽性者との最終曝露日を1日目とした場合、1日目の検体採取による検査では100%で、4日目には67%、8日目には20%に止まるとの報告がある¹⁾。

施設内で一人でも陽性者が判明した場合、他の入居者が既にその陽性者から感染している可能性は十分考えられるが、他の入居者が最初の陽性者に最終接触したタイミングにばらつきがあることも想定される。そのため、このような状況で一斉に PCR 検査を行ったとしても、すべての入居者に対して適切な時期で検査を行ったとは言えず、既に感染していた入居者の中の一定数は、偽陰性となる可能性が否定できない。

（注2）：（標準 PPE とは？）

①キャップ、②ゴーグルまたはフェースシールド、③サージカルマスク、④ディスポの長袖ガウン、⑤長袖ガウンの袖口を完全に覆うことのできるゴム手袋、を全て装着した状態を言う。

（注3）：（職員の感染リスクがこれで低減できると考える根拠は？）

PPE の感染防御の有効性を評価した論文について概説する。対象者は、2020年1月から4月までの6～8週間、武漢に新型コロナ患者の医療行為のため派遣された医師・看護師420人。対象者は、適切な個人防護具を支給され、4～6時間のシフトで平均週5.4時間勤務した。全員が COVID-19 患者と直接接触し、少なくとも1回のエアロゾル発生手順を行っていた。武漢滞在中、新型コロナに関連する症状を報告した者はいなかった。任務終了後、全員が SARS-CoV-2 特異的核酸と IgM または IgG 抗体の検査で陰性となった²⁾。以上のこと

から、この観察研究は、エアロゾルの発生する状況下であっても、PPE による陽性患者から医療従事者への感染防御が有効であると結論付けた²⁾。

また、ICT の指導による適切な介護職・看護職の PPE の装着（“非陽性”患者を含む全病棟患者に単一レッドゾーンとして標準 PPE 対応）によって、複数の SARS-CoV-2 陽性患者がその病棟に留まった状況下においても、患者からの感染が防止できたことを示す介護医療院内で起きたクラスターの国内事例がある³⁾。

(注4)：(それが懸念される根拠は?)

SARS-CoV-2 の感染経路は飛沫感染が中心だが、接触感染の可能性も示唆されている。国立感染症研究所は、接触感染の可能性が高いと考えられた事例の情報を保健所・医療機関から収集した。その報告を概説する。2020 年 11 月～2021 年 2 月の間に、COVID-19 の集団発生を認めた 7 施設において SARS-CoV-2 陽性が確認された者のうち、患者と接触の無かった職員は、清掃員 8 名と診療放射線技師 1 名⁴⁾。清掃員は患者病室の床やドアノブ・手すりなどの拭きとり清掃、廃棄物収集、トイレ清掃等の業務を行い、放射線技師は放射線同位元素 (RI) 廃棄物の運搬と RI 測定業務を行い、両者とも患者との直接的な接触はなかった。また、清掃員の多くは業務の際に手袋の交換はせず、手指衛生も毎回確実に実施していなかった⁴⁾。感染した職員はいずれも、職場内で会話等による飛沫感染で感染した可能性と、市中感染の可能性は、いずれも低いと考えられた⁴⁾。

このような接触感染が起き得る状況を考えると、PPE の表面にウイルスが付着した場合、そのウイルスが職員の介護処置を通じて別の患者の衣服や体表面に接触し、感染を起こす可能性があるものと推測される。

(注5)：(代替手段はどうか?)

想定される上記状況では、カテゴリー①の入居者であっても偽陰性者がいる可能性があるため、PPE 表面に付着したウイルスによる患者-患者間感染を防ぐには、PPE を入所者ごとに取り換えることが理想的な対応かもしれない（「(入所系) 障害福祉サービス施設の感染対策マニュアル」⁵⁾ では、そのように記載されている）。しかし、介護職員の中に陽性者や体調不良者や濃厚接触者が出て介護に従事できる職員数が減少している状況で、この方法を取らせることは、介護職員に大きな肉体的、精神的負担をかけることになり、疲労の蓄積による感染対策処置のミスを誘発しかねない。また、PPE を頻回に着替える行為によって、PPE の表面に付着したウイルスが当該職員の衣服や露出部に付着するリスクを高め、これが当該職員の感染リスクを高めることも考えられる。そこで、“非陽性”入居者に対して入所者ごとに PPE を着脱することを保健所が当該施設に指示することは、多くの場合必ずしも現実的ではないと考え、PPE にウイルスが付着する可能性が低い順に介護するという現実的な方法によって、入居者同士の感染リスクを低減させることを提案している。

(注6)：(なぜ引き続き標準PPEか?)

現在のワクチンの感染予防効果が持続する期間に関するデータが十分ないこと、また、感染予防効果の低い変異株が今後出現する可能性があることなどによる。

参考文献・資料

1) Kucirka LM, Lauer SA, Laeyendecker O et al. Variation in false-negative rate of reverse transcriptase polymerase chain reaction based SARS- CoV-2 tests by time since exposure. Ann Int Med 2020. <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/m20-1495>

2) Liu M, Cheng SZ, Xu KW et al. Use of personal protective equipment against coronavirus disease 2019 by healthcare professionals in Wuhan, China: cross sectional study. BMJ 2020. <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m2195>

3)事例5.「新型コロナウイルス感染症 病院・高齢者施設感染クラスター ケーススタディ 2020ー大阪ー」大阪府健康医療部 大阪府保健所長会 2021年1月
<http://www.pref.osaka.lg.jp/attach/39235/00000000/casestudy2020.pdf>

4) 黒須一見、山岸拓也、菅井基行 他. 廃棄物を扱う際に接触感染が疑われた清掃員や医療従事者の SARS-CoV-2 感染 病原微生物検出情報 (2021年4月27日掲載)
国立感染症研究所 厚生労働省健康局結核感染症課
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/ka/corona-virus/2019-ncov/2488-idsc/iasr-news/10327-496p02.html>

5) 5. 感染(疑い)例発生時の対応②. 「入所系 障害福祉サービス施設・事業所職員のための感染対策マニュアル」厚生労働省障害保健福祉部 2020年12月
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_15758.html

全国の保健所長を対象とした COVID-19 第 5 波への対応と今後の方向性に関するアンケート調査 (22 年 11 月～12 月)

令和 3 年度地域保健総合研究事業
「新型コロナウイルス対策事業」班

[目的]

各保健所管内において 2021 年の COVID-19 第 5 波で最も新規陽性者数が多かった時期での保健所の感染対策の状況を明らかにし、その状況とそれまでの 1 年間の COVID-19 以外の業務の実施状況や、保健所長が考える今後の COVID-19 対策の方向性に関する意識との関係性を検討する資料を得る。

[方法]

上記目的に沿ったアンケート用紙を作成し、全国保健所長会メーリングリストを通じて調査依頼を全国 469 の保健所の所長あてに 2021 年 11 月 18 日に送った。2 つ以上の保健所長を兼務している所長には、それぞれの保健所の状況を反映させて保健所の数だけ回答を求めた。12 月 20 日までに回答のあった 277 人 (回答率 59%) を、集計対象とした。

[結果]

①第 5 波での保健所管内の 1 日あたり最も多かった新規陽性者数 (3 日間平均) は、9 人以下が 25%あったのに対し、250 人以上と答えた所長は 4%あり、保健所間で大きく異なっていた (図 1)。

②第 5 波での保健所管内の自宅療養者が最も多かった時の人数は、19 人以下が 25%あったのに対し、1000 人以上と答えた所長は 10%あり、保健所間で大きく異なっていた (図 2)。

③第 5 波での管内の 1 日あたりの最高陽性者数が多い保健所ほど、その時期に、発生届を受けてからその陽性者の濃厚接触者の有無を確認するまでのタイムラグの最頻値は長くなっていた。最高陽性者数が 250 人以上の保健所の 60%は、タイムラグの最頻値が 48 時間以上であった (図 3)。

④第 5 波での管内の 1 日あたりの最高陽性者数が多いかどうかと、その保健所の新型コロナウイルス対策以外の業務の完遂度とは、関連していなかった (図 4)。

⑤現在の 2 類相当から、麻疹と同様の 5 類相当全数直ちに届出かつ積極的疫学調査あり、に切り替わる場合の必要条件として、ワクチンの接種状況が「12 歳～64 歳の 2 回接種率が 80%以上かつ 65 歳以上の 3 回接種率が 80%以上」と答えた所長は 16%いた一方、接種状況は必要条件にあてはまらないと答えた所長は 30%いた (図 5)。

⑥現在の2類相当から、麻疹と同様の5類相当全数直ちに届出かつ積極的疫学調査あり、に切り替わる場合の必要条件として、治療状況が「インフルエンザ治療のタミフル・リレンザに匹敵する治療効果を持つ保険薬が、普及すること」と答えた所長は、71%に上った(図7)。

⑦「今すぐにも5類相当に切り替える」ことに肯定的な意見を持つ所長は、全体の3割弱(図8)であったが、第5波の管内の1日新規陽性者数が40人以上であった保健所の所長では、その割合が比較的高かった(図9)。

⑧「国内の社会経済的影響も踏まえ、5類化のタイミングを計る必要がある」ことに肯定的な意見を持つ者は、全体の57%あった(図10)。

⑨「これまでの入院勧告・就業制限・積極的疫学調査などの2類対応による感染防止対策の効果検証を行う必要がある」ことに肯定的な意見を持つ者は、全体の81%に上った(図11)。

全国の保健所長を対象としたCOVID-19への対応と今後の方向性に関する意識調査

令和3年度地域保健総合研究事業
「新型コロナウイルス対策推進事業」

2021年11月18日～12月20日実施。回答率は59%(277/469)

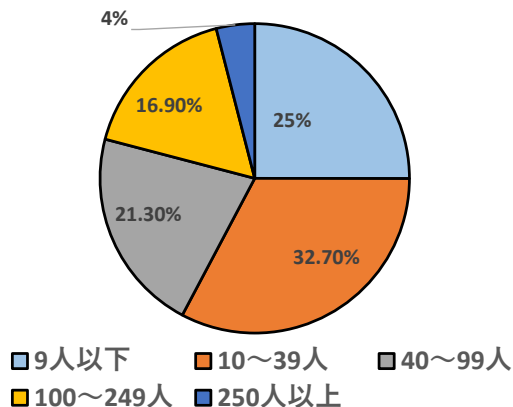


図1. 第5波での管内の1日あたり最も多かった陽性者数(3日間平均) (n=272)

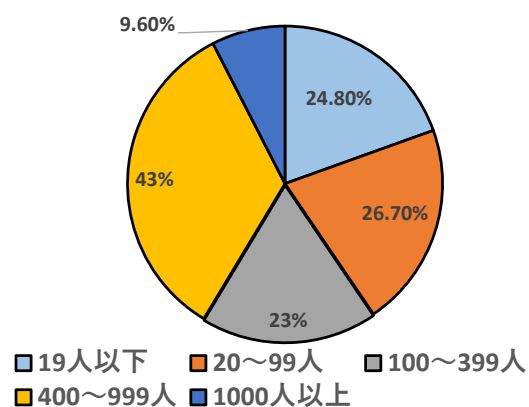
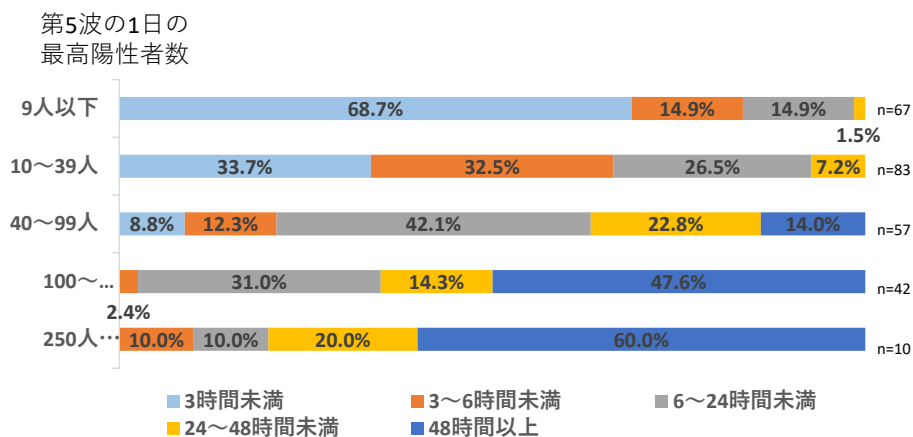


図2. 第5波での管内の自宅療養患者が最も多かった時の人数(n=270)

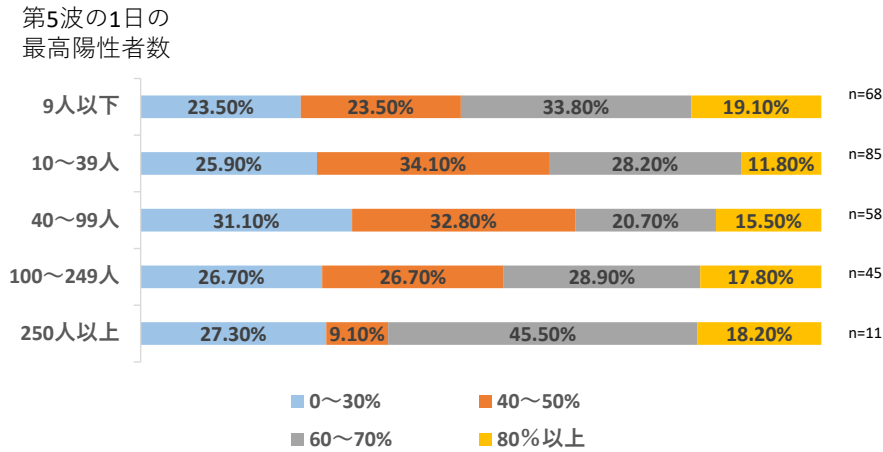
新規陽性者数も自宅療養者数も保健所間で大きく異なった

図3. 「第5波での貴保健所管内の1日あたりの陽性者数がピークであった時に、発生届を受けてからその陽性者の濃厚接触者の有無確認を開始するまでのタイムラグの最頻値は？」



最高新規陽性者数が多い保健所ほど、疫学調査の着手までに時間がかかった。

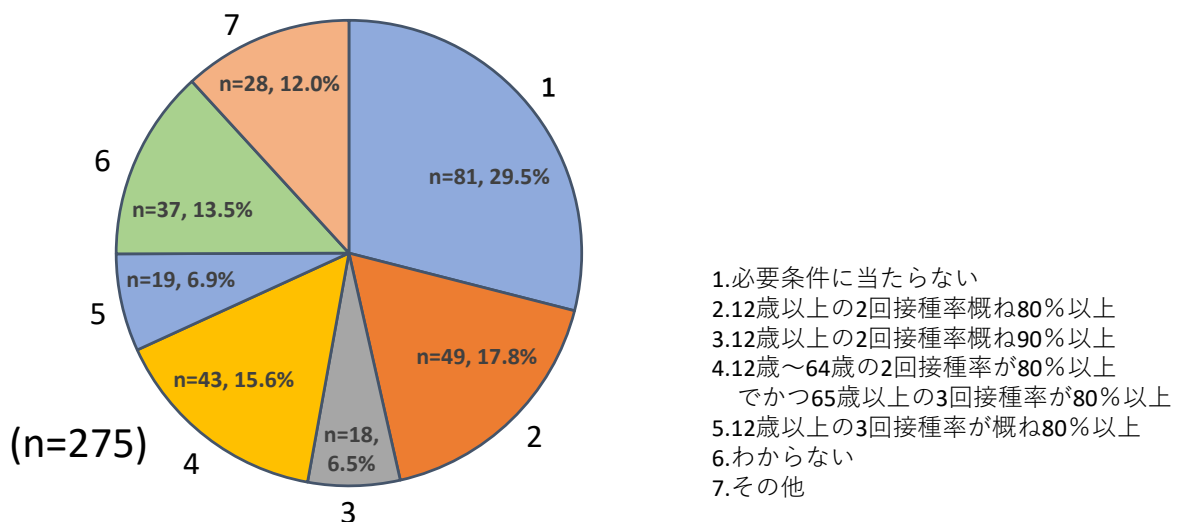
図4. 「貴保健所が2019年1月から1年間(コロナ流行前)に実行した業務量を100%とした時に、2020年10月から1年間(第3,4,5波を含む)に実行できた新型コロナ対策以外の業務量は何%？」



新規陽性者数が多いからと言って、コロナ以外の業務量が大きく削減されたとは限らない

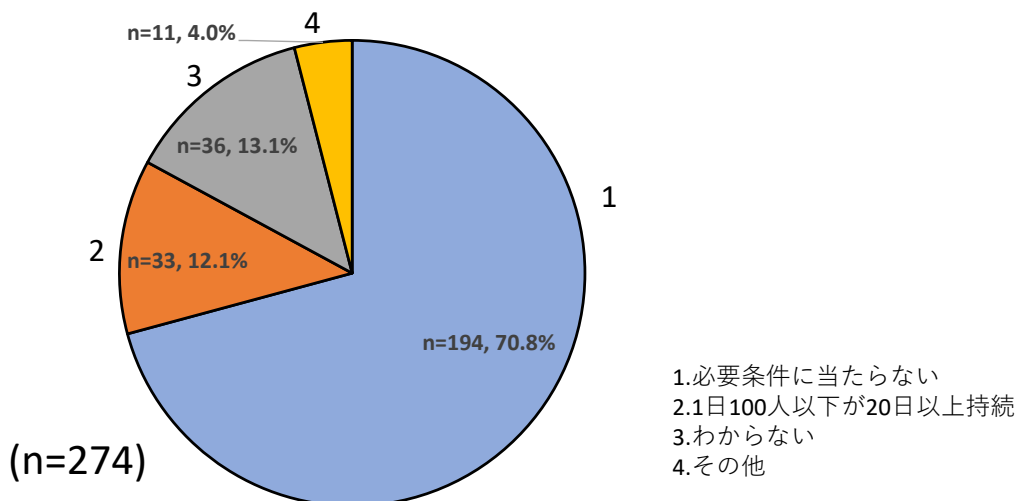
現在の2類相当から、麻疹と同様の、5類相当全数直ちに届出かつ積極的疫学調査あり、切り替わる場合の必要条件は？

図5. ワクチンの状況



現在の2類相当から、麻疹と同様の、5類相当全数直ちに届出かつ積極的疫学調査あり、切り替わる場合の必要条件は？

図6. 国内の新規陽性者数



現在の2類相当から、麻疹と同様の、5類相当全数直ちに届出かつ積極的疫学調査あり、切り替わる場合の必要条件は？

図7. 治療の状況

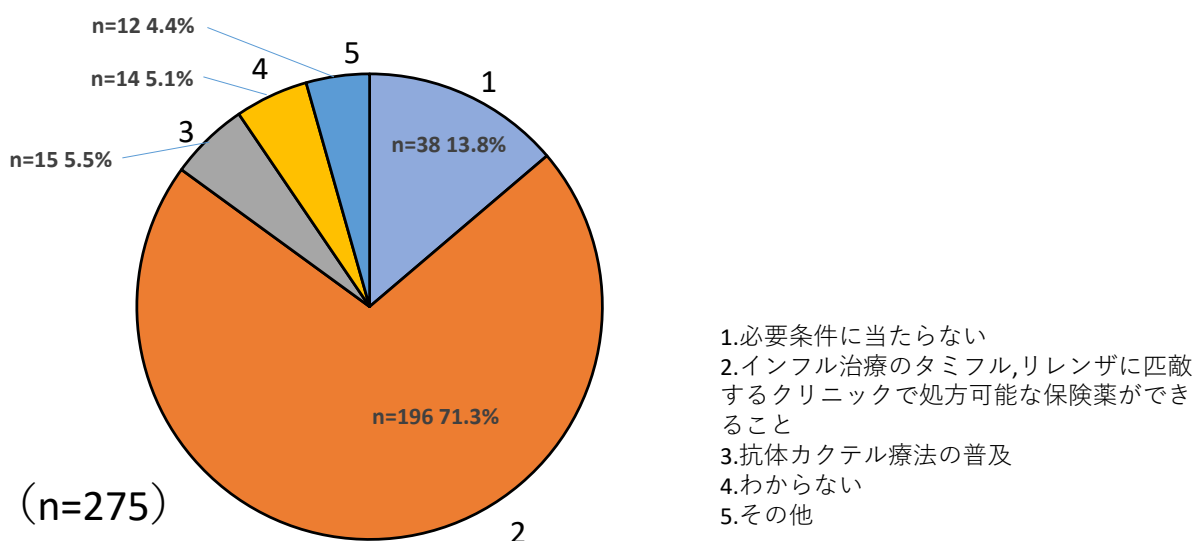
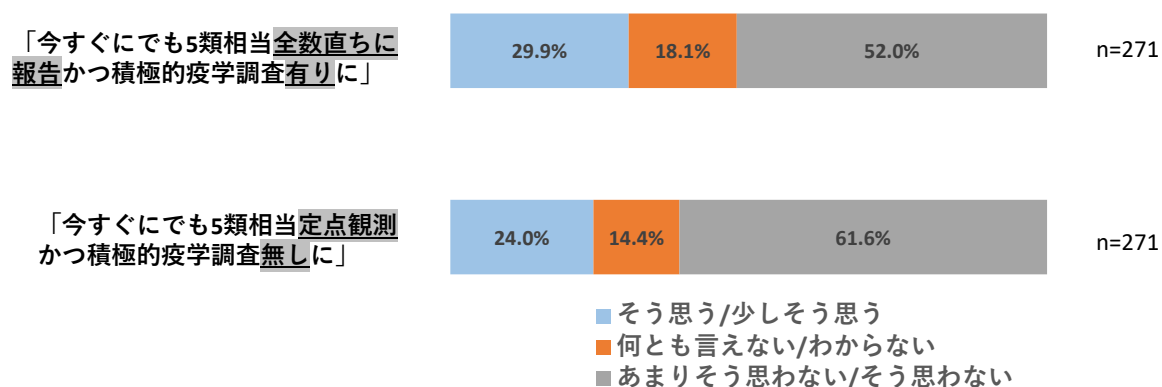
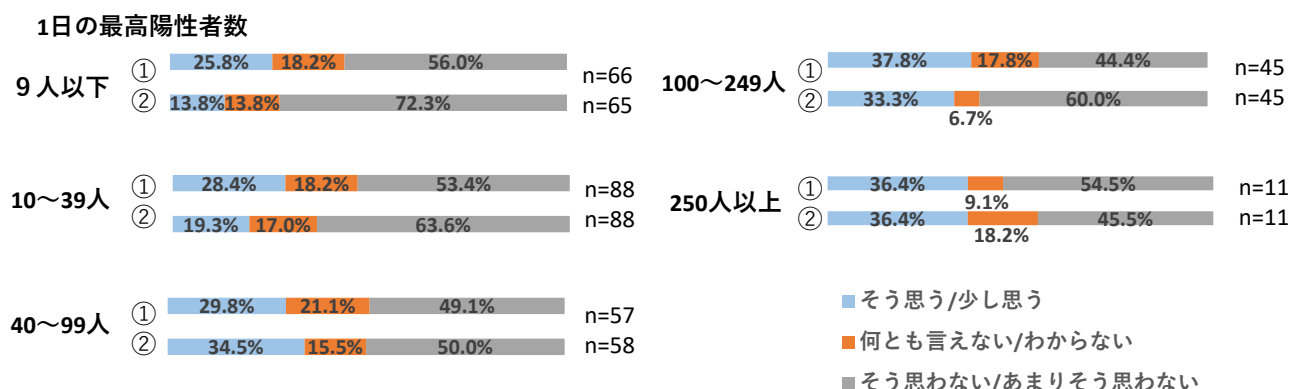


図8. 2類からの切り替えについて



積極的疫学調査「有り」に切り替え「思う」が30%
 「無し」に切り替え「思う」が24%

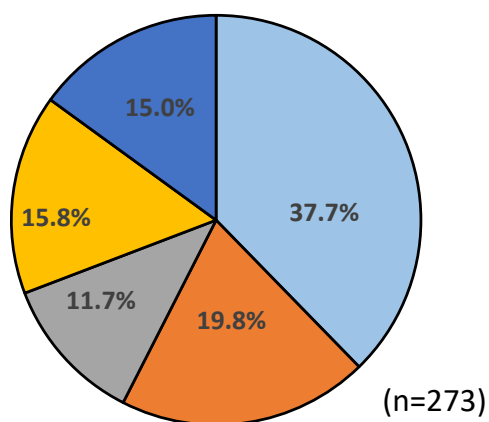
図9. 2類からの切り替えについて



- ① 「今すぐにも5類相当全数直ちに報告かつ積極的疫学調査有りに」
 ② 「今すぐにも5類相当定点観測かつ積極的疫学調査無しに」

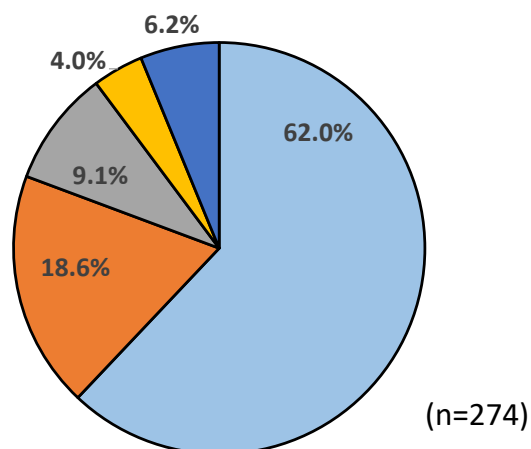
積極的疫学調査「無し」に切り替え「思う」の割合は、
 管内の1日新規陽性者数が40人以上の保健所長では、より多い。

図10. 「国内の社会経済的影響も踏まえ、5類化の内容と切り替えのタイミングを計る必要がある」



- そう思う
- 少しそう思う
- 何とも言えない
- あまりそう思わない
- そう思わない

図11. 「これまでの入院勧告・就業制限・積極的疫学調査などの2類対応による感染防止の効果検証を行う必要がある」



- そう思う
- 少しそう思う
- 何とも言えない
- あまりそう思わない
- そう思わない

Q17.「2類相当から5類相当全数直ちに届け出かつ積極的疫学調査あり、 に切り替える場合の、ワクチンに関するその他の必要条件について」

(1) ワクチンの状況

〔都道府県〕

- 2回接種率の高いことが望ましい。
- インフルエンザ並に流行株のワクチンを12歳以上に7割。
- ハイリスク者のワクチン接種率が80%以上（既に条件を満たしていると考えられます）。
- 医療従事者やハイリスク者等優先接種の完了。
- 今後も接種希望の方が安定して接種できる体制が整備され、かつ、接種可能年齢における2回接種率が概ね80%以上。
- 施設等入所・長期間入院（精神科、療養病床など）の方の3回目接種が概ね80%以上。
- 全人口の2回接種率が概ね70%以上。
- 65歳以上、もしくはハイリスク者（肥満、妊婦、基礎疾患を有する者）が2回接種、必要に応じて3回接種すれば十分と考える。
- ワクチンの18歳以上の2回接種率がおおむね70%以上で、Q17(3)の治療の状況、Q18に記載した内容（Q18に記載した内容は、感染を早期に発見する手段としての1、2が確保できること。1.有症時や接触時に抗原定性検査をすぐに受けられる状況があること。2.経過措置として、大規模イベントではワクチン検査パッケージ（検査は2日以内の抗原定性検査）を励行し、無症状（あるいは有症状だが受診行動を起こさない者）の感染を早期に発見できること。また、3の濃厚接触者の行動制限に替わる手段をとることができること。3.濃厚接触者には、有症状はもとより無症状の濃厚接触者にも（行動自粛をしない場合は）14日間の連続の抗原定性検査を実施でき、あるいは医療・福祉・学校系など、人と接触するエッセンシャルワーカーの所属する集団の濃厚接触者には、全員に即座に抗体カクテル療法、内服薬などの早期の療法が実施できること。なお、陽性者全員に即座に抗体カクテル療法、内服薬などの早期の療法が実施できると、自宅療養で急変の軽減と、隔離期間が短縮できる可能性がある）を満たす場合。
- ワクチンの接種率だけではなく、その効果（変異株等）と効果の持続（今後の接種体制毎年接種？）などについても考慮すべき。
- ワクチンの有効性による。（2件）
- ワクチン接種を希望する方が概ね受診できた段階。
- ワクチン接種状況は関係ないと思う。
- ワクチン接種率ではなく、致死率・入院率・重症化率・集中治療導入率を指標とすべき。（2件）
- 今後、3回目の接種、小児の接種、変異株のワクチンに対する反応性があるので全体像を考えた上で結論を出す必要がある。
- 致死率が季節性インフルエンザなみの0.1%未満。
- 変異株の状況にもよると思う。
- 5類相当の場合感染拡大を許容することが必要と考えられるため、積極的疫学調査は現実的ではない。
- オミクロン株の動向次第。経口薬が完成し、市場に流通すれば、中和抗体薬、ワクチンもあるので、インフルエンザと同様の扱いに緩和できる（デルタ株の場合）。麻疹相当の対応が必要な5類であれば、保健所の負担はそれほど軽くない（新型コロナが麻疹程度の発生頻度であることが必要）。
- ブレークスルー感染がある中、陽性判明後、速やかに医療にアクセスできる体制整備が必要。

〔特別区〕

- 5類化した場合、国立感染症研究所の実施要領に基づく積極的疫学調査は実施しない。
- 重症化リスクのある者、医療・介護従事者等の接種率と健康被害の制度の確立。

〔中核市〕

- ワクチン効果に対する変異の影響が判明している。
- ワクチン接種済みであっても経時的に抗体価が低下する。また、接種者を含み年間120万人死亡し、80万人出生する。ワクチン接種率は瞬間風速でしかない。ワクチンを要件に入れるなら「重症化予防にたる中和抗体を保有する国民が〇%以上を達成したと推定される状態が継続する時」などではないか。
- 今後も新たな変異株が出現する可能性があり、しばらくは変異株とワクチン接種効果について検討を。

(2) COVID-19の国内の1日平均新規陽性者数

〔都道府県〕

- 5類相当の場合、感染拡大を許容することが必要と考えられるため、積極的疫学調査は現実的ではない。
- オミクロン株の動向次第。経口薬が完成し、市場に流通すれば、中和抗体薬、ワクチンもあるので、インフルエンザと同様の扱いに緩和できる（デルタ株の場合）。麻疹相当の対応が必要な5類であれば、保健所の負担はそれほど軽くない（新型コロナが麻疹程度の発生頻度であることが必要）。
- 新規感染者数及び重症化の条件も必要。
- 新規総数ではなくクラスター発生が続く間は不可。
- 新規陽性者数は関係ないと思う。

〔政令市〕

- 医療がひっ迫しない、一般医療との両立が可能な感染者数。
- 重症者数がインフルエンザ並みになること。

〔中核市〕

- パンデミックが収束している。
- 全数把握ができない数値は、陽性数が少ない場合は特に評価指標に用いにくい印象をもちます。
- 適切なワクチンの供給と接種体制の整備。治療薬（中和抗体や経口治療薬等）。医療機関による適切な外来・検査・入院体制が調整されていることが条件と思われる。

Q18.2 類相当から5類相当に切り替わる場合の考えやその他の必要条件について

〔都道府県〕

- ワクチンの18歳以上の2回接種率が全年齢で70%程度以上で、感染を早期に発見する手段としての1、2が確保できること。1. 有症時や接触時に抗原定性検査をすぐに受けられる状況があること。2. 経過措置として、大規模イベントではワクチン検査パッケージ（検査は2日以内の抗原定性検査）を励行し、無症状（あるいは有症状だが受診行動を起こさない者）の感染を早期に発見できること。また、3の濃厚接触者の行動制限に替わる手段をとることができること。3. 濃厚接触者には、有症状はもとより無症状の濃厚接触者にも（行動自粛をしない場合は）14日間の連続の抗原定性検査を実施でき、あるいは医療・福祉・学校系など、人と接触するエッセンシャルワーカーの所属する団体の濃厚接触者には、全員に即座に抗体カクテル療法、内服薬などの早期の療法が実施できること。なお、陽性者全員に即座に抗体カクテル療法、内服薬などの早期の療法が実施できると、自宅療養で急変の軽減と、隔離期間が短縮できる可能性がある。
- (3) 治療の状況の回答は「2. インフルエンザ治療のタミフル、リレンザに匹敵する診療所で処方可能な効果の高い保険薬ができること」が一番近いが、重症化率がコントロールできる程度の内服薬があればよいと考えている（「効果が高い」の定義は？）。現時点でのdataによれば、ワクチンによる感染予防効果は4か月、重症化予防効果は6か月以上持続しているということであり、少なくとも定期的にワクチンを年に2回投与できる算段があるのであれば、上記の内服薬が処方可能になったタイミングから数か月間の経過をみて判断すべきであると考えます。
- Q17②のCOVID-19の国内の1日平均新規陽性者数に加えて、インフルエンザと同程度に医療機関が拒否することなく診療すること。入院中に新型コロナウイルス感染症に罹患した患者。家族が医療機関を訴える訴訟が起きたとしても原告が勝訴しない程度に一般的な疾患として社会が受け入れていること。
- オミクロン株の動向次第。経口薬が完成し、市場に流通すれば、中和抗体薬、ワクチンもあるので、インフルエンザと同様の扱いに緩和できる（デルタ株の場合）。麻疹相当の対応が必要な5類であれば、保健所の負担はそれほど軽くない（新型コロナが麻疹程度の発生頻度であることが必要）。
- 重症化、死亡率の低下。後遺症への治療法の確立。
- 12歳以上人口の約8割が毎年少なくとも1回はコロナワクチン接種を受け、かつ全ての診療所において適切な診断と有効な内服治療薬が処方される状況になれば、COVID-19による中等症や重症の患者発生数が、季節性と同程度になる状況に近づくのではないかと想像し、そのような状況になれば季節性インフルエンザと同程度の扱いにしても社会的混乱を来さないのでは、と思いました。
- ①医療費の公費負担がなくなることについて社会的な合意を得ること。②各診療所から入院調整や陽性者外来受診調整が（保健所を介さずに）各病院に対して行える状況をつくること。③患者の移動手段が確保されること。
- 2009年の新型インフルエンザA/H1N1の時と同様に、クラスターサーベイランスを経て定点報告に至る流れを社会全体が理解し容認すること。（2件）
- 2020年3月にWHOが宣言したCOVID-19のパンデミックが解除される、もしくは解除が見込まれる場合を条件とすべきと考える。
- 5類感染症では規定がないので陽性者の入院体制の整備。入院医療費を公費で行うか、どうかの結論。検疫法との調整。国民にマスク等呼びかける法的根拠の整備。
- COVID-19は社会生活に様々な影響を及ぼしていることは事実だが、感染症そのものは優れて公衆衛生学上の課題である。感染症法の位置づけ変更に関しては、あくまで医学的、公衆衛生学的な論拠に基づく変更がなされるべきである。その上で現場では特に診療所がコロナを診たがらない傾向が続いている。類型を5類に変更することが、地域でのコロナ患者受け入れ促進につながる一助となることを期待する。

- COVID-19 を 5 類相当にした場合、感染拡大の可能性が高いため、積極的疫学調査は現実的ではない。
- インフルエンザと同様の対応が開業医で可能になった時点、と考えます。(2 件)
- インフルエンザの同程度の死亡者数となる。
- ウイルス弱毒化、ワクチン普及や治療法確立などの効果が複合的に作用し、感染者に対して強制力を伴う行動制限を課さなくても重症者数や超過死亡数の増加が抑制され、季節性インフルエンザ等 5 類感染症と同程度以下の水準にまで達すると見込まれること。(2 件)
- ワクチン・治療・医療体制対応で重症化患者数/率、死亡患者数/率が下がっていて変異によるドタバタが落ち着いていることが大事だと思います。条件の具体イメージはありません。その上で患者数や地域偏り、変異株影響を把握しつつまん延防止に役立つ位置づけになればと思います。(2 件)
- ワクチン効果の持続期間とそれに対する追加投与の実施、抗体療法や経口治療薬の普及状況を考慮しつつ、医療逼迫を生じない程度の死亡者数や重症者数の減少（致死率や重症化率の低下）が認められること。
- ワクチン効果の持続性が明らかでない時点で、ワクチン接種率や回数によって 5 類移行の可否を質問する意図がわからない。新規陽性者数で 5 類移行を検討するならエボラは 5 類が妥当ということか？治療の状況よりも治療の効果が重要であり、致死率、重症化率を 5 類移行の指標として質問しないことに疑問を感じる。
- ワクチン接種や治療薬により、致死率が 0.1%程度に低下するか、感染が時限的かつ局地的な発生に抑え込む必要がある。
- ワクチン接種済みの濃厚接触者の隔離を廃止すること（未接種の場合には隔離を継続）。
- 医療資源の乏しい田舎にあっては抗体カクテル療法さえなかなか現実的手段でなく内服薬での病状コントロールが待ち望まれる。(2 件)
- 疫学的リンクが追えなくなり、優先接種が完了し、治療薬が国内で使用可能となった時点。
- 海外の流行状況が落ち着くこと（水際対策の部分が整合性がとれないため）。
- 外来で経口薬を処方されれば、患者の大多数が軽症のうちに改善し、入院を要す状態にならないこと。リスクのある一部の患者が中等症以上になることは季節性のインフルエンザでもあるので容認する（この段階であれば保健所による積極的疫学調査は不要）。
- 感染者の死亡率がインフルエンザの 2~3 倍まで低下すること。(2 件)
- 基本的に外来治療で完結する疾患になること。季節性インフルエンザのように、重症例の入院体制が担保されていること。
- 既に、ワクチン、治療ともに条件を満たしていると思います（希望者がワクチン接種している。中和抗体薬が提供されている。このため、重症化しない）。
- 急性期病院では（院内感染対応が可能として）一律に、救急対応を含めコロナ受け入れ病院としての役割を課すべきと考える。
- 緊急経済対策(R3. 11. 19 閣議決定)に掲げる施策の効果見極め。地域の医療機関等と連携した自宅・宿泊療養者への健康観察や診療。オンライン診療活用と薬局における薬剤配送等。国産経口薬の本年内実用化と必要量の確保など【内閣府HP】。
- 検査が海外の一部の国のように安価（無料）で、いつでもどこでも受けることができるような体制についても検討すべき。5 類になった際に検査の自己負担が発生すれば、若者を中心に検査を受けない（受診しない）人が多数発生すると思われる。
- 現行の指定感染症の枠組みを変えずに段階的に条件を緩和していくのが現実的。例えば、濃厚接触者の観察期間を 14 日でなく、諸外国のように 10 日以下に短縮するなど、空気感染とされる麻疹では 5 類感染症ではあっても積極的疫学調査は行っており、一定の条件を付した上でコロナも 5 類に移行し、可及的速やかに公費負担医療から保険診療中心の一般医療に移行する。
- 国レベルの時期別の致死率が発表されないので、検討できない状況が続いている。厚労省アドバイザリーボードでは、今年 7 月のデータが出たきり継続されない。毎月の全国データで致死率が、季節性インフルエンザなみの 0.1%未満が継続すれば、5 類とすべきである。

- 今まで季節性インフルエンザの診療、検査を実施してきた医療機関が、COVID-19 の診療（検査、治療、入院等の医療機関への紹介）を通常診療として行える環境の確保が必要条件である。
- 市中感染となり、積極的疫学調査の効果に疑問を感じるようになった時。
- 死亡率・罹患率、死亡数。
- 死亡率が1%を大きく下回ること。現在は1.1%なので、0.5%以下になることが望ましい。
- 死亡率が季節性インフルエンザ並みになる。
- 疾病の重症化率、致死率、後遺症の発生リスクなどが、5類全数や3類、4類相当に下がってくる必要があると考えます。
- 重傷者、死亡者が5類感染症と同程度になったら。
- 重傷者数、死者数が季節性インフルエンザ相当になる。
- 重症化と致死率を十分に低下させる有効なワクチンと治療薬が、希望患者全員に供給できる体制の完備。
- 重症化予防薬（内服薬）の普及や重症化した際の治療方法の確立など、仮に感染した場合及び重症化した場合の医療的対応について、一定程度の体制が確保されること。
- 重症化率、死亡率が季節性インフルエンザ相当になること。
- 重症化率と死亡率をどこまで下げられるかが重要。ワクチン接種のみで目標設定は困難。薬物療法と併せた重症化予防効果の確認が必要。ただし、その目標値は、インフルエンザレベルなら文句ないが、現状と他の5類の間のどこまででよしとするかは国民的議論が必要。後期高齢者の扱いに留意も必要。
- 重症者数、重症化率。(2件)
- 新型コロナウイルスの弱毒化あるいは死亡率の低下（他の5類疾病並みまで）。
- 新型コロナの病原性低下あるいは死亡率の低下（他の5類疾病並み）。
- 新型コロナ感染症の特性感染対策に関する正しい知識の国民間共有・合意。
- 新型コロナ感染症の特性感染対策に関する知識の共有・合意。
- 診断と治療についての審査会等が地域で実施されること。
- 世界的な発生状況が落ち着いていること。
- 第6波で「入院病床がほぼ満床となり、医療的に入院が必要でも順位をつけて入院とせざるを得ない」という状況にならなければ、通常の医療体制の中で対応が可能ではないかと考えます。
- 致死率・入院率・重症化率・集中治療（挿管・ECMO導入・ICU入室）率など。これらが改善してくれば、まん延した場合の「絶対数」の問題になるので、流行地と散发地域での対策に差ができるはず。従って、2類と5類に限定した議論自体が不毛。新たな枠組みをつくるべき。
- 致死率が、インフルエンザ並みになった状況。現状でも、第5波での致死率は0.2%程度なので、検討すべきである。
- 致死率がインフルエンザ並みにまで下がること。
- 致死率が季節性インフルエンザ並みになれば。(2件)
- 致死率が通常のインフルエンザなみに低くなること(0.1%未満)。内科小児科など通常の医療機関で診療が行われること。ワクチン、治療薬が通常の流通にのること(致死率以外は5類になればそうなるだけの話かもしれませんが、5類になってもみてもらえないのは難しいのかもしれませんが)。
- 致死率や重症化の割合。
- 内服薬の条件以外にない考える。
- 日本のcasefatalityrateが0.1%を大きく下回って暫く経った後。
- 濃厚接触者の検査に保健所の関与が不要で、入院調整に行政の関与が不要となれば5類相当も可能と考える(ワクチンで流行が抑えられているとはいえ渡航制限も続いている。調整不十分な5類化により、渡航制限が解除される数十か月後に保健所負担が一気に増えることを非常に懸念している)。
- 濃厚接触者の検査に保健所の関与が不要で、入院調整に行政の関与が不要となれば5類相当も可能と考える(ワクチンで流行が抑えられているとはいえ渡航制限も続いている。調

整不十分な5類化により、渡航制限が解除される数十か月後に保健所負担が一気に増えることを非常に懸念している)。

- 必要条件としてではないが、季節性インフルエンザと同等程度の重症化頻度のウイルスが流行株の大半を占める状況が継続すれば5類定点扱いの「十分条件」になるであろうし、その状況が遠からず訪れるのではないか。
- 病原性の低下ないしは死亡率の低下(他の5類疾病並み)。
- 病原性の問題などもあるのでは。
- 変異株出現の可能性があり簡単でない。
- 麻疹は治療薬がない。治療薬の状況は「必要」条件ではないと思う。治療薬は条件の1つではあるが。また治療薬よりワクチンの方が、必要条件とまではせずとも、条件としてはより重要と思う。他に重要な条件としては、検査体制と医療体制(2類相当ではなく、一般的医療として診療できる体制)があると思う。
- 無症状の自宅療養や宿泊療養中の患者が治療が必要となった際に、障がい等の条件に関わらず、早期に必要な医療を受ける(通院、入院、往診)ことができる医療体制整備ができています。
- 有効なワクチンと治療薬の普及により、死亡リスクの低い疾患になることが必要。(4件)
- 有効な予防薬、治療薬は確立してきていますので、あとは本質的な治療的側面上、重症化例が確実に抑えられるところだと思います。
- 陽性者の重症化率が麻疹相当になること等。
- 例えば検査を希望した時に容易にできること。
- 「必要条件」というのは、命題 $P \rightarrow Q$ が成立する時の Q である。上記項目は、いずれも十分条件 P の一つと思われる。すなわち、ワクチンの接種状況且つ新規感染者且つ治療の状況等の P が、ある状態になったなら、コロナを5類にしようという命題になるので、設問は、命題を誤解している。「必要な条件」とすべきである。(2件)
- 本務の方に記載しました。
- 政治判断。
- 政府が腰を据えて対処すること。
- 国が決定することで、小職の意見は考慮しないでしょうから。
- Q19以降、2類相当とありますが、新型インフルエンザ等が正確ではないでしょうか。

〔政令市〕

- 一般の医療機関を経由して入院できる体制が整備されていること(保健所経由不要)。
- ①非特異的症状の症例定義。②無症状者や軽症者が大半。③市中感染が認められ感染連鎖が追えない場合(理由:疫学調査や隔離による封じ込め措置の効果が期待できず、自治体・保健所に無駄な負荷をかける。特定の医療機関に患者が集中し、当該医療機関の医療従事者の疲弊を招くだけである)。
- 2類相当から5類相当に切り替えるためには、地域の開業医を主としたコロナ患者の(外来)診療体制が整う必要があると考えます。
- 感染者が自身で医療機関を探して受診し、それを医療機関が受け入れることや、公共交通機関等を利用すること等について、国民的コンセンサスが得られ、社会が受け入れることができること。
- 入院病床の過不足が即座に把握できる情報収集体制の整備。

〔特別区〕

- 診断した臨床医が適切に治療を行う体制を確保すること。
- 感染対策の標準化重症化率が高くないこと。
- 抗体カクテル療法については、その煩雑性、インフュージョンリアクションなどへの対応、他剤との拮抗作用・相互作用等のデータに課題があると感じている。保健所が意向確認を

行うなら、より広く製薬会社のデータやWeb研修の内容も公開すべき。医療機関のハース入力については「義務化」をしてほしい（当区では7割が代行入力）。

- 治療が必要と判断される人が、（円滑な入院を含めて）迅速に治療を受けられること。
- 致死率が季節性インフルエンザと同等程度（0.02%）まで低下すること。
- 病原性が季節性インフルエンザ並みになること。

〔中核市〕

- 新型コロナウイルス感染症の死亡率がインフルエンザなどと比較して著しくは高くはないことが明らかになり、国民が受け入れること。一般の医療機関・医療従事者がインフルエンザと同様に新型コロナウイルス感染症の患者を診療・検査するようになること。
- 致死率1%程度を維持できること。変異株の感染性・毒性のモニタリング。入院患者の届け出。一次医療における検査と治療の充実。
- ①早期受診、診断、治療の枠組み・体制が確立されている。②濃厚接触者の範囲、隔離、行動制限の判断・決定に、感染を広げる（または感染する）リスクについての評価をとり入れる（例：発端者の排出ウイルス量×接触者の暴露時間・暴露状況＝高・中・低リスクなど）。
- 2類相当から5類相当への移行にとらわれず、新型コロナウイルス感染症の実情に即した法の中での分類位置を、整理をすることが必要ではないか。国が作成した新フル等行動計画の感染まん延期には、すべての医療機関が診断・治療ができることになっているが、新フル等感染症の類型に位置付けられている新型コロナ感染症には、なぜこれが適用されないのかが、非常に疑問である。新フル以上に全国で経験が蓄積された新型コロナウイルス感染症を「すべての医療機関で診断・治療する」とし、「健康状態の報告」をだれがどこまで担うかを整理すれば、保健所が感染防止、まん延防止に力を傾注することができるようになる。
- 8割は無症状・軽症であること、治療薬があることをリスクコミュニケーションで国民に周知あるいは理解を深める必要がある。
- COVID-19は、現状では2類でもなく、5類でもない別物と考える。（1）に記載したが、当然ワクチン接種率が80%超えの集団免疫獲得や、感染者数減少による通常医療が遅滞なく継続される新規患者発生数のレベルであることは必要であるが、適切なワクチン接種体制の確立による集団免疫の獲得、診断・治療の医療機関による医療体制の調整が必要（経口治療薬等や保健所を介さない医療体制が、すなわち現状の異常な診断治療体制の是正が必要）。
- Q17（3）治療の状況の「2. インフルエンザ治療のタミフル、リレンザに匹敵する診療所で処方可能な効果の高い保険薬ができること」または「3. 抗体カクテル療法の通院治療が広く普及すること」。
- インフルエンザ等と同様に、各医療機関での診療・検査、処方、必要な場合の往診を含む再診や経過観察などの診療検査体制が確立されることが必要。
- お求めの趣旨とは異なりますが、上記（3）の治療の状況の「2. インフルエンザ治療のタミフル、リレンザに匹敵する診療所で処方可能な効果の高い保険薬ができること」、「3. 抗体カクテル療法の通院治療が広く普及すること」は相反する内容ではなく双方を選択しうる項目ですので、一択式の設定の選択肢には馴染まないように感じました。
- その他の必要条件：重症者数。
- 外来治療で内服や皮下注射での治療ができるようになれば速やかに5類に変更すべき。
- 感染拡大しても一般医療の制限がかからないような医療体制が確立すること。
- 感染症法上の類型分類は、疾患の重要性を病原性（致死率）や感染性を鑑みてリスクアセスメントをして、どのようなサーベイランスを行うか目的を明確にする必要があると思う。感染症の患者に対する医療と人権にも配慮するとあるが、類型分類には「治療法」の具体的な条件はないと思うが、新型コロナウイルス感染症について一般医療機関が診療可能となるためには、検査や治療薬が保険適用で広く普及するインフラ整備（受け皿）があれば、地域医療として現実化する。

- 国民の不安の軽減。
- 今後、毎年のワクチン接種が推奨されるなら、現在のインフルエンザワクチンと同等の供給数と接種率が確保されること。
- 死亡率が0.2%（インフルエンザ相当）を切った場合。
- 重症化人数が抑えられており、医療提供体制に不安がないこと。
- 地域の診療所がコロナ患者の診療を実施できること。
- 入院患者の医療費の公費負担制度の継続。
- 必要条件ではありませんが、①過半数の診療所がPCR検査の検体採取を行うこと。②過半数の診療所がCovid19ワクチンを接種すること。③保健所が関わらずに各医療機関が入院の必要性を判断できることを確立しておかないと、感染症法上の位置づけがどうあれ保健所の負担は変わりません。①～③を早期に確立すべきです。
- 必要条件ではないかもしれないが、2類から5類へ変更になった場合、患者、国民の検査、治療の費用が発生することを周知する必要があると考えます。
- 病原性の低下や重症者の減少（ワクチン効果含めて）、一般国民へのリスクコミュニケーションの推進等による不安軽減。
- 陽性者数ではなく、重症化率、致死率、入院率など季節性インフルエンザと同等となること。

Q21.新型コロナ対策について、合理化・縮小して良いと思われるその他の現事業、またはポストコロナに向けての出口戦略等に関する意見

〔都道府県〕

- 2類か5類全数かとの議論が決定事項のように感じられるが、これからもしばらくは就業制限などは必要となることが考えられ、3類程度の取り扱いも考えてもよいように感じます。
- 仮に今回の COVID-19 が収束したとしても、数年後にいずれ大規模な感染が起これることは数多くの有識者が指摘しているところであり、今回を契機として、「感染症に強いしなやかな地域・国づくり（対感染症強靱化計画）」を検討すべきではないか。同じことを繰り返す愚は避けたいと思う。最近になりオミクロン株の出現が報道されているが、やはり検疫体制をしっかり行うことが国内感染拡大を防ぐ方法の1つなので、原則に基づいた対応を行うことを望む。その意味でも厚生労働省の担当官各位の一層の奮闘を期待するとともに、現場の意見が国の意思決定に vivid に反映されるよう、全国保健所長会からの積極的なアプローチをご期待申し上げたい。
- 重症化と地域流行のことを繰り返し報道されていることが、国民の根深い不安につながり、ポストコロナのブレーキとなると思われる。よって、ワクチン接種や中和抗体療法を含む新たな治療法の効果を積極的に広報することで、この不安を解消していくことが肝要ではないか。
- 戦略は、ワクチン、抗体カクテル療法や内服薬による発病防止、重症化防止策で「社会的脅威をとる」ことと、濃厚接触者の「行動制限に替わる方法を採用する」ことである。接触者は行動制限を受けたくないため、調査を拒否したり、調査への返答において「濃厚と判定されない努力」を行っている。患者も誰と接触したかを過少申告する 경우가非常に多い（濃厚とされた後、濃厚から外してほしいと後からの調査内容の修正申し込みもしばしばある）。既に、調査はしのぎあいの場となっており、職員の実務的及び心理的負担が大きい。無症状者の行動制限がなくなるためには、無症状での頻回検査と症状発現時の確実な受診がそれに替わるであろう。「感染源」となるにはある程度のウイルス量が必要だと思われるので、無症状者の接触者には、実施容易な頻回の抗原定性検査を活用する。この条件下（行動制限を行わない場合の頻回検査）で、濃厚接触者の行動制限は緩和あるいは撤廃できると思う。また、流行時は幅広く接触者の検査を実施し、患者対応等に労力を振り分けるのが現実的かもしれない。つまり、メリハリのある疫学調査が必要である。感染の伝播は、患者数を物理的に減らすことや、変異株の出現等の可能性を減らすためには必要であるので、行動制限に替わる方法（ワクチン検査パッケージを暫定的に行うことを含め）を経過的に考えていくことが必要である。ワクチン検査パッケージの検査は、いわゆる「性悪説」に基づく人権制限的色彩をもつものなので、あくまでも暫定的なものであるということに注意が必要である。疫学調査の聞き取りに基づく行動制限の要請は「性善説」によっているが、既に限界に達しているように思われる。疫学調査は重要であるが、行動制限とセットになっていることで、濃厚接触者に行動制限を要請する（実質は制限をかけていることと同じ）ことが、保健所業務の心理的な足かせとなっている感は否めない。
- 「通常医療に大きく支障を来さない範囲での医療提供体制（総動員ではなく）」で対応可能な水準に流行状況をコントロールできるように、国や地方自治体において、その都度、社会活動制限の内容、レベルを調整することが望ましい。コロナの患者さんが治療を受ける権利があるのと同様に、他の疾患の患者さんも適時・適切に治療を受ける権利があります。
- 就業制限に係る感染症診査協議会への諮問や報告は、COVID-19 に関しては現実的に機能していないにも関わらず文書作成負担だけが残っているため、国が合理化すべきと考えます。HER-SYS について、各都道府県が独自に開発する情報システムと連携できるように、国側に改修を求めていただきたい。それによってかなりの文書作成事務やデータ分析などが合理化できると見込まれます。
- COVID-19 に関する一般相談は縮小、廃止（外部委託）。保健所は接触者を対象とする拡大防止対策に集中するのが良いと思慮。つまり、拡大防止関係の業務は効率化と優先順位付

けを行うとしても、縮小等は回避が望ましい。医療提供対応（補助金等）は医療経済的な観点からの検証が必要。

- オミクロン株の動向次第。経口薬が完成し、市場に流通すれば、中和抗体薬、ワクチンもあるので、インフルエンザと同様の扱いに緩和できる（デルタ株の場合）。麻疹相当の対応が必要な5類であれば、保健所の負担はそれほど軽くない（新型コロナが麻疹程度の発生頻度であることが必要）。
- 今の世界の流行状況だと日本だけがどんなにがんばっても限界があるのではないのでしょうか。実際、ビジネス目的の入国制限が実質制限解除された11月8日以降は実効再生産数は上昇しています。入国時の待機期間14日は維持してほしいと思います。島根県だけでも知れませんが、PCR検査のCt値のカットオフ値（40）が高すぎるように思います。
- 搬送調整、患者の状態確認等は、医療機関同士で調整する。保健所を通さず、従来の医療機関連携。ホテル入所、配食サービス等、患者自身が申し込みできるシステムを拡充。
- ①ワクチン接種が行き渡り、②手軽に利用可能かつ有効性が担保された内服薬が安定供給されるという二つの条件が揃った段階で5類相当に引き下げることが可能になると思います。ただし、パンデミックである状況や海外におけるワクチン接種率の低さ等を鑑み、海外との交流については段階的に緩和して行く慎重さが必要だと思います。
- 2009年の新型インフルエンザA/H1N1の時と同様に、クラスターサーベイランスを経て定点報告に至る流れを社会全体が理解し容認することが重要で、そのロードマップを国が提示し国民の理解を得るよう働きかけを行うべき。（2件）
- 2年間の経験から、新型コロナウイルス感染症による治療が必要な患者に対して医療を提供できれば十分であり、無症状の濃厚接触者を自宅待機させる必要性を感じない。感染と発症は分けて考えるべき。そのためには、1日も早い経口薬の実用化を望む。
- 5類にしたとしても、内服薬への耐性を獲得した変異ウイルスが流行した際には、新型インフルエンザ等へ感染症法上の位置づけを変更することを選択肢としておくことが望ましいと考えています。
- 5類化する際には、広島県が行っているような無料PCR検査を国がサポートしてくれたらよい。水際対策のPCR検査のさらなる充実も必要。
- COVID-19の診断・外来治療・入院治療が広く一般医療機関で感染予防対策を実施しつつ可能となることが必要。PCR検査や抗原検査のみではなく、必要に応じた画像検査や血液検査、外来治療も自己負担なしで実施。結核のように病状に応じて適切な医療機関の紹介・入院が患者自身で可能となることが必要。世界的に結核治療は無料化されている。日本は遅れている。
- PCR検査の活用をもっと進めるべき。①入院勧告の解除等、PCR陰性を求めるよりもCT値を参考にする。②濃厚接触者の観察期間をPCR検査を複数回行うことにより短縮できるのでは。
- Q16 自宅療養者の健康観察：30%は地区医師会の協力で、医師会員が電話診療で実施。
- Q19の「貴職はCOVID-19が感染症法において現在2類相当に位置づけられている状況や、5類化に向けた以下の事項についてどのようにお考えですか？」全体に関係することですが、5類にするとしても公費負担という制度をどうアレンジするかを検討が必須だと考えます。2類でも結核のように入院が必要な場合と外来治療でよい場合で自己負担割合を変えるというようなアレンジが可能と考えます。
- Q20-③の「高齢者施設等で介護等に従事する無症状の職員に対する定期PCR検査は縮小・廃止して良い」の質問については、全国統一での対応なのかどうか、設問の意義に疑問を感じた。少なくとも当県では行われておらず、もっと実現可能な方策を取っている。
- いまだに致命率は十分に高く、感染力も強い疾患を、全数把握だが介入はせず、医療の公費負担もない5類相当にするというのは乱暴な議論だと思う。保健所があらゆるプロセスに介在する感染症法の運用を変えて、医療と公衆衛生対策を分離しながら、患者には十分な医療を提供できる仕組みを考えるべきではないか。
- オミクロン株等の世界的感染状況やワクチンの効能などを考慮して合理化・縮小をしたら良い。
- クラスター対策は時間稼ぎのためであるから、ある程度まん延したら縮小するべきではないか。ワクチン接種の加速化が求められる。

- そもそも、感染症法はパンデミックを想定した制度設計になっておらず、感染症法のスキームで無理やり対応しようとすることに無理がある。災害時と同様の危機管理法を医療の確保を含めてきちんと整備して、その体系化で行った方が良い。
- とにかく田舎では医療資源、療養施設資源、保健所資源がいずれも乏しく、治療薬での病状コントロールが見通せない現状では、出口は見えてこない。(2件)
- ポストコロナに向けた出口戦略として、後遺症対策の充実が求められる。現状では医療費の公費支援は感染性に対するインセンティブにとどまり、また、感染性について客観的な判断に迷いがあり、どこの医療機関(外来)でも診られる体制になっていない。
- まず、濃厚接触者の行動制限を緩め、どの程度感染が広がるか、重症化率がどうなるか確認しながら進める必要があると思います。そのためにも予防接種率を上げる、有効な治療法を確立するなど重症化率が一定程度下回らないと、2類相当から変更するのに国民的同意はなかなか得られないのではないのでしょうか。
- ワクチンや治療薬が開発・普及することを見込んで、今から国民、医療関係者等に濃厚接触や家庭内隔離等について時間をかけて啓発し、十分な理解を促すことにより、通常の医療に戻していく努力が必要。
- ワクチン接種済の濃厚接触者について、ワクチン接種からの期間の検討は必要かもしれないが、行動自粛期間を短縮することで、社会自体も行動自粛に対して取り組みやすくなると思われる。なお、ワクチン接種未(不可も含む)の方は従来通りの扱いとする(本人のせいであるかどうかに関わらず、少なからず世の中には様々な事由でhandicapを背負っている方はおられ、COVID-19だけ特別に扱われるべきではない)。
- ワクチン接種歴や感染歴も重要だが、発症予防に寄与する中和抗体のモニタリング等のエビデンスに基づき、緩和的措置を決定していくべきである。重症者は入院(届出、入院勧告、公費負担等)、軽症者は外出自粛の徹底等(5類相当の届出)、重症度に応じた対応とし、それを感染症法により担保する枠組みに変えていくべき。
- 一刻も早く「ワクチン・検査パッケージ」とセットで、行動制限を緩和し、5類相当(全数報告)に法改正すべき。2類相当の対応のため保健所がボトルネックになって、(後遺症やコロナ以外の疾病も含めて)犠牲性が増えている。
- 疫学調査と感染者の囲い込み戦略。
- 何類相当の扱いにするかどうかにかかわらず、検査が行政機関だけでなく広く受けられるようになっているので、現時点で積極的疫学調査はあまり必要性を感じないです。調査しても感染機会のところは正直に話してくれないことも多いし、陽性者から思い当たる人に直接連絡してもらって、その人たちが自ら検査を受けに行くので良いと思います。予防、検査、治療がある程度可能な状況になってきた段階で、保健所はインフルエンザなどと同様に福祉施設などで集団発生した際に調査に行き助言する、地域で流行していたら注意報や警報で住民に注意を促すくらいの役割が良いと思います。特にコロナだけ「なんでも無料」という特別扱いを早くやめてほしいです。
- 海外で流行が確認され、外国人の入国制限が緩和されている状況では、第6波の発生が予想されるので、現体制を維持すべきと考える。
- 感染拡大、重症化・死亡リスクがどの程度であれば許容できるのか、社会的なコンセンサスを得た上で、5類相当、定点把握、積極的疫学調査なしの位置づけに変更する時期や前提(ワクチン接種の進捗状況、経口治療薬の確立など)を政府が早急に示すべきであると考える。
- 機械学習などAIを最大限活用し、新型コロナ感染症関連の定型的業務を高度に自動化することで保健所職員の負担なくし、保健所が感染拡大時にも専門的役割を発揮できるようにする。
- 業務のデジタル化の推進。県・可能であれば国単位で病床空き状況の見える化、共有システムができると、今後の大規模災害時にも有効と考えます。また前提として、国民全体で一生涯一カルテ、国内であればどこでも診療データがとれるシステムの構築を希望します。(2件)
- 業務の合理化、縮小は図られるべきだが、都道府県や保健所の負荷は感染者の多寡によって大きく異なる。流行状況が県単位や保健所管轄区ごとに異なることに対応できれば助かる。

- 軽症者のホテル療養を廃止し、他の疾患の治療と同様に入院治療が必要な場合に入院するのみに変える。ワクチン接種済みの濃厚接触者の隔離をやめる。
- 健康観察は基本、救急対応ができる体制があれば不必要だと思う。入院勧告、就業制限等の事務手続きもここまで感染が拡大したので不要と考えられる。患者搬送も入院を要する等の場合は、感染症法でなく通常救急の対応でいいと思われる。
- 検疫と地域での対応にギャップがありすぎます。現状では検疫が甘すぎます。検疫を緩めて2類相当は、感染管理の基本に反すると思います。
- 検査前確率に配慮することなく無症状者に広く検査し、早期発見を図るべきとの論調があるが効率が大変悪い。偽陽性を増やす可能性もある。患者の周囲を幅広く検査することは、無症状や軽症の感染者の早期発見につながっていると感じている。(4件)
- 現在、新型コロナの医療は、無料(国が負担)ですが、治療薬ができたり、感染症分類5類に変更になったりした後、いつの時点で、医療費の自己負担分を徴収するかが、大きな課題となります。綿密な計画のもと、全国一斉に行うとしても、大変なことだと思います。大混乱が予想されます。
- 現状では高齢者層だけでなく中年層においても少なからず重篤な症状を呈する場合があります。これらの者を守るためにも若者層も含めてすべての感染対策を解除することは困難と思われることから、予防接種の効果及び経済に影響を与えない程度の安価で著効する薬剤の開発状況を鑑みて出口戦略の導入を決定する必要があります。
- 現状のウイルスの病原性、同感染症の診断・治療の確立から、既に2類の域を脱していると思われる。
- 5類相当に変更するか否かは重症化率と致死率で判断すべきだと思う。いままでの各波が全国で同時に終息したトレンドだけをみても積極的疫学調査や行政検査、緊急事態宣言などの人混み対策が感染流行に全く寄与していないことは明らかである。文献的には中和抗体カクテル療法の入院リスク軽減効果は2%以下であるのに、推奨している理由が理解できない。
- 効果的な経口薬が承認されたら、外来で治療可能な疾病となる。その時点で経過観察、特に保健所による疫学調査が不要と考える。リスクのある患者が中等症以上になる場合もあるだろうが、病床が十分あり入院できれば十分な治療体制はとれる(季節性インフルエンザと同じ対応)。
- 広く医師会の先生方が検査・診断だけではなく、治療にも関わっていただく体制ができないことには5類化は無理だと思います。診療所で処方可能な有効な経口治療薬の開発を熱望します。(和歌山県は全例入院治療ですので回答が適切でないところはお許してください)。
- 抗体検査で、集団免疫の成立を予測する政策を行うべきである。(2件)
- 合理化・縮小して良いと思われる事業：特定疾患等の受付業務。出口戦略：感染症の急増期に、保健所を強化するBCP(全庁・全国的な)の整備。感染症対策職員の増強(2~3割程度)と研修体制の強化。
- 合理化・縮小の対象：入院等の療養調整、自宅療養者の健康観察・診療、宿泊療養所の運営・管理。※医療の領域については、通常の医療と同じように医療側が行う状況になってきている。※特に、病床の確保については、国として実行性のある権限が持てるように法改正が必要である。また、病床確保が困難な場合の医療提供体制についても(入院以外の療養体制)、このような場合には、医療側が実施するよう実行性のある法改正等が必要である。※宿泊療養所については、自宅療養が困難な必要な対象者が利用できる体制でよい。全員が入所できるような体制はできるとは思えないので、国として方針を示す必要がある。※コロナ対策は、検疫体制や営業自粛・感染対策の要請も含めて、日本の危機管理体制に関する法的曖昧さが、いまだに改善されていない。法の抜本的改正が必要。※積極的疫学調査の効果について、検証すべきと思う。調査を縮小した保健所管内としなかった管内で、疫学調査が感染拡大防止にどの程度寄与したのかなど。ワクチン接種率など複数の変数があるため難しい検証とは思うが、モデル検証も含めつつ専門家に依頼し検証してもらう必要はある。
- 今以上に大幅に経口コロナ治療薬が生産され、且つインフルエンザ経口薬並みに予防内服の効果があることが確認され、予防内服にも保健適用が認められるようになれば、大幅に

新型コロナに対する業務負荷が軽減されると思うので、早く予防内服の効果検証を開始して欲しい。

- 今後は、ワクチン接種に加え経口コロナウイルス薬が承認されると思われる。その効果を見て重症化が抑制されれば5類感染症の扱いとして良いのではないかと。現時点ではワクチン・検査証明書により経済活動を再開し、しばらくはマスク等の感染予防策を続けるべきと考えます。
- 自宅療養や施設療養も選択肢となっている中、入院勧告による公費負担は不要と考えます。陽性者の自宅療養中の医療が公費となるのと同様の仕組みで公費とするか、あるいは、保険診療でよいのではないかと思います（病院には別途補助金が必要だと思います）。
- 自宅療養を想定しているように2類相当の対応を実施しておらず、2類相当の制限が対策のネックとなっているため、直ちに分類を変更すべき。
- 集団調査に関する行動履歴確認等は事業所・学校・施設等で保健所の調査前に調査票を記入して保健所に送付する。クラスター発生時の施設等への感染対策指導は可能であれば、院内感染対策加算I等を取得している医療機関またはIHEAT、DMATにお願いする。施設等の感染対策は施設指導で平時から伝えていく。入院調整、搬送調整は関係機関間で行う。
- 重症度に応じて適切な医療が受けられる体制が有りさえすればいい。(2件)
- 6波が5波以下であれば、季節性インフルエンザと同様の対応と断言してもいいのではないかと。
- 縮小して良い業務：COCOAなどの不完全な接触確認アプリに関する業務。
- 上記アンケートの選択肢がしっくりこなかったので補足。「今すぐに」は5類に変えられない。感染防止対策は継続すべきで、社会経済的云々よりこれまでの対策の検証を現場(病院・保健所等)の状況も含めて行い、国民の理解を得ながら段階的に行う。生活困窮者の問題はコロナ以前からセーフティネットが整っていなかったこと自体が原因。
- 新型インフルエンザガイドラインを参考に、現状では対策の見直しをする時期である。
- 新型インフルエンザ等対策特措法・政府行動計画およびガイドラインにおいて、(感染者の接触歴が追えなくなった)地域感染期の蔓延状況においては、積極的疫学調査を中止するとされている。自宅療養者が溢れる時期に、自宅療養者の命を守る業務が圧迫される事態となれば、積極的疫学調査を限定、縮小すべきである。
- 新型コロナウイルス感染症の患者を一般病棟で診療できる体制を医療機関が構築できることも、出口戦略として重要になると考えます。
- コロナ対策事務の簡略化。
- 新型コロナの文書事務。
- 新型コロナ事務の簡略化。
- 積極的疫学調査・クラスター対策が一定の効果があるのは理解できるが、その一方で膨大な業務により保健所職員が次々に離職、あるいは病休に追い込まれ、貴重な人材を失った。分業化、マニュアル化すれば、保健師以外でも大方の業務はこなせる。保健所の体制強化というよりは、外部委託で保健所の手から離せるよう法整備を行ってほしい。
- 接触確認アプリ COCOA の改良を含めた ICT の活用などにより疫学調査をやりやすい方式にする(台湾などからデジタル化の良い点を学ぶことが必要)。
- 全国知事会「第6波への備えと日常生活の回復に向けた緊急提言」R3.11.21のうち、保健・医療体制及び水際対策の強化に掲げる事項の早期実施【全国知事会HP参照】(1)保健医療人材の確保、(2)保健所機能の強化～(16)水際対策の徹底。
- 大多数を占める軽症者への標準的かつ一般的な治療方法について、特殊な治療でなく、ごく一般的な対症療法や市販薬の利用で十分に効果があることなど、一般住民に対してもっと啓発し一定の理解を得ることも必要。
- 島根県において、保健所の新型コロナウイルス感染症対応が継続できているのは、保健所が7ヵ所あるからだと考えています。全国的に保健所の業務が逼迫しているのは、この間、保健所の数が減ったのが大きく影響していると考えます。
- 内服による抗コロナ薬ができて、かかりつけ医レベルで処方できるようになった時点で5類定点レベルとすると、それをゴールとした時にその過程で起こりうる事象と対策のロードマップが必要。
- 内服薬の保険診療適用が5類感染症に指定替えするタイミングかと思われます。

- 入院勧告、就業制限が発生した場合、感染症審査協議会に諮っているが、形骸化しているので、新型コロナ感染症に関しては合理化・縮小化した方が良いと考えます。
- 濃厚接触者、自宅療養者等への健康観察について、通常の他の疾患と同様に症状悪化時など本人が医療機関を受診したい時に本人から直接医療機関へ相談できる体制が合理的だと思う。入院勧告・就業制限の事務作業について縮小してよいと思う。コロナの医療提供体制は医師会と医療機関が主体となって担っていただく必要があると思う。
- 濃厚接触者の選定は不要と思う。一般開業医も、もう少し患者を診ていただきたい。
- 濃厚接触者の定義：同居、会食などをした者。
- 発症前の無症状病原体保有者はともかく、発症した自宅療養患者の経過観察は「保健」ではなく「医療」で行うべきです。また、地域にまん延した状況での積極的疫学調査はほぼ効果がないので、まん延地域での疫学調査は中止して地域臨時接種や休業要請・地域内外の往来抑制などの地域への対策に移行すべきと思っています。積極的疫学調査によるリンクの追跡については当初の構想ではまん延段階で中止するはずだったのがダラダラと継続し続けた国のビジョン欠如が首都圏・阪神圏など大都市圏における保健所疲弊の最大の原因であったと思っています。
- 変異株出現により、感染・伝播性や重篤度、ワクチン効果に変化が予想され、治療効果の高い抗ウイルス薬も開発されていない状況では、5類感染症相当として扱うことは難しいと考える。
- 保健所の逼迫による業務の合理化・縮小とコロナの感染性や重症度は全く別のもの。出口戦略については、今のような状況下、住民等に協力を求めてもどこまで協力してくれるか不明。一般医療機関における診療体制、アクセスが容易な検査体制、有効で安全なワクチンの持続的な接種体制、内服治療薬の供給、変異株など、すべての面が関係してくると思われる。
- 保健所を介した医療提供体制の廃止。
- 民間PCR検査について国の考え方、位置づけ方をしっかりして欲しい（簡易キットも同様だが何より事業化された民間PCRを国側が利用している現状）。対策緩和は対応すべきものと考えているがGoToトラベル等、人の移動途上で発生する濃厚接触者対応（移動、宿泊手配出費）が旅行者と移動先地域に丸投げされていることは認識して欲しい。（2件）
- 民間医療保険支払い請求のための療養期間証明作業。
- 無症状の者への検査は、濃厚接触やクラスター関連の接触者でない限り、意味があるとは思えない。知事が要請できる感染拡大期の無料検査が意味するところもよくわからない。COCOAはどうなったのか。
- 有効な内服薬が普及すれば、5類相当でよいと思います。ただ、重症新型コロナウイルス感染症は、届け出、医療費公費負担としておけばよいと思います。
- 有症感染者（自宅療養中を含む）のリスク評価と入院要否判断などの医療対応は医療機関の協力ではなく責務として実施すべきものであり、医療との分担の再構築が必要。5類に引き下げる重症化率の目標を設定するとともに、内服薬の処方転機として入院中心の医療から外来中心の医療（後方の入院体制を確保の上）に段階的に転換移行する方策を検討して出口戦略にする。
- 性状や実態がまだつかみ切れていないオミクロン株が台頭しようとしている時期なので、Q19. 貴職はCOVID-19が感染症法において現在2類相当に位置づけられている状況や、5類化に向けた以下の事項についてどのようにお考えですか？ Q20. 保健所・自治体が実施するCOVID-19対策の中で、次の事項は現時点で合理化、簡素化できると貴職は思われますか？の質問にはなかなか答えづらくなりました。
- このアンケートは兼務所長も保健所ごとに答えるようになっていますが、所長個人の意見も記載するようになっており、兼務所長の意見は2人分（3兼務なら3人分）になってしまい、統計処理が困難なものと思います。アンケートの作りが少し雑なように感じました。「保健所」へのアンケートと「保健所長」への意見聴取は明確に分けた方が良いのではないのでしょうか。個人の意見は本務の保健所の方に記載しましたのでこちらには記載しません。
- 質問の答えではありませんが、Q5-8の「2021年9月1日時点で、貴保健所の感染症対策業務に、専従ではなく所内の他の業務も兼ねて従事していた職員数」について感染症「専

従」かそうでないか分けることが困難なものと常勤公務員と派遣バイトに分けることが非常に難しく回答不能です。保健所は振興局に属していますが、振興局内部からの保健所応援は常勤公務員でしょうか？専従でしょうか？年度内雇用職員は派遣やバイトとはいえないような気もしますが、常勤公務員かと言われると。申し訳ありません。各日ごとの応援職員数はまとめておりますので、定義がわかれば回答可能かもしれません。管内市町村からの応援も同様にどこに入るのか微妙です。専従については北海道の保健所は即応体制という名前で全職員がコロナ対応を行うことになっています。全職員がコロナ専従していたかということと感染の状況によって変わりますが、支援職員などと違い過去どの程度の関わりであったかを示すことは難しい状況です。

〔政令市〕

- Q19⑤「これまでの入院勧告・就業制限・積極的疫学調査などの2類対応による感染防止の効果検証を行う必要がある」の検証を早急に実施し、その結果を踏まえて積極的疫学調査の必要性を検討していただきたい。また、これまでの感染状況等を分析評価して、5類化に向けた工程表を策定・公表していただきたい。
- ①パルスオキシメータ配布：機械が入手困難に加え、配布に関わる費用や手間もかかるが、役に立った経験なし。諸外国での配布事例も見掛けない。②COCOA：感染者が入力しないと意味をなさない。③封じ込め対策に偏り過ぎで、SARSやH1N1fluの経験が活かされておらず、時間が経過するほど、出口戦略が取りづらく自業自得状態に陥っている。
- 5類化に向けて、すべての医療機関がコロナ疑い患者の診察・検査・治療、アフターコロナ（後遺症）に対応できるよう、医療関係者への研修など、準備を進める必要があると考えています。
- ワクチン検査パッケージを進めるためにも、国が無症状者に対する無料検査の実施体制を整備することが必要。
- 健康観察、医療調整は医療に関わる部分でやっていただき、前蔓延期では保健所の業務は積極的疫学調査と予防、対策指導のみとする。蔓延期においてはより対策指導にだけ注力して、コロナ前からの通常業務を維持する。
- 自宅療養患者の健康観察や、入院調整等の臨床的業務は臨床機関へ委ねる方向が望ましい。一方で、感染源等の調査や、医療資源の使用状況等を即座に把握する体制を強化して、その感染源への対応や資源の効率的な利用のための調整への関与は強化すべきであろう。

〔特別区〕

- 現状（2類相当）では、入院調整を都道府県単位で一括して迅速に行う体制を確保し、保健所ごとに入院調整業務を行わないこと（特に23区では複数の保健所から入院依頼を受ける病院側の負担軽減にもつながると思われる）。自宅療養者への医療提供体制の拡充と健康観察方法の効率化の推進。
- Q20の①「自宅療養者、宿泊療養者の隔離（療養）期間を現在の10日間から短縮して良い」、②「濃厚接触者の外出自粛要請期間（陽性者との最終接触日から14日間）を短縮して良い」については、オミクロン株についての知見が明らかになった状況で判断すべきである。
- 行政検査としてのPCR検査の位置づけコロナ流行初期から、公衆衛生の専門家とマスコミや世間の間で、検査に対する考えに大きなギャップがあった（必要な人に対する検査と無制限無差別な検査）。今後新たな感染症が流行した場合も同じような話が出るものと思われるため、考え方を整理する必要がある。
- 検疫のフォローアップ体制の明確化、集中化。発生時・危機管理時の特別区や保健所設置市についての保健所の位置づけ、あり方。新型インフルエンザ計画との大きな乖離についての検証。他の感染症業務の縮小など、自治体任せのBCPに関する修正。

- 2類相当対応を続けることは、第6波で再び救える命も救えないことになる恐れがある。感染が落ち着いている今こそ、2類相当対応のデメリットをきちんと検証することが必要である。
- まずは、感染者数の発表をやめることだと思います。次に、外出自粛期間について、データに基づいた見直しを行うこと。

〔中核市〕

- 「帰国者・接触者外来」の廃止、または名称変更。
- 2類相当から5類に切り替えることで、医療費の全額公費負担や入院勧告等の文章発行を中止し、効率化。職場における濃厚接触者や接触者のPCRは職場で行うこととする重点化の管外依頼について（自治体ごとではなく、国の方で一律に方針を出した方が効率化につながる）。
- 1. 合理化すべき事項(1) 前提として、コロナの感染拡大防止の対策は必要最低限として、重症者、死亡者を出さないことにパラダイムシフトすべきです。その上で①PCR陰性の濃厚接触者は感染防護策を徹底することを前提として、行動制限を緩和する。アクティブな発症確認をやめパッシブな発症確認とする。②陽性者は原則自宅療養とし、中等症以上の者、軽症かつワクチン未接種で軽症の者のみ入院させる。③陽性者の健康観察は、届け出を出した医師が行うこととし、必要であれば感染症法改正、診療報酬上の評価を行う。
- 14日間の自宅待機を求める濃厚接触者の範囲を限定する。
- Q19「貴職はCOVID-19が感染症法において現在2類相当に位置づけられている状況や、5類化に向けた以下の事項についてどのようにお考えですか？」とQ20「保健所・自治体を実施するCOVID-19対策の中で、次の事項は現時点で合理化、簡素化できると貴職は思われますか？」の回答はデルタ株を前提にしています。
- Q19の「貴職はCOVID-19が感染症法において現在2類相当に位置づけられている状況や、5類化に向けた以下の事項についてどのようにお考えですか？」に関して、⑥「5類化する場合は保健所やコロナ対応病院などの現体制を大きく変えることになるため、段階的な切り替えを含めた出口戦略が必要になる」とおり段階的切り替えが必要と考えるが、まずは重症サーベイランスに切り替えていく（入院患者全数把握、疫学調査なし）。
- お求めの主旨とは異なり恐縮ですが、常勤職員のうち一般職と医療職では対応できる業務内容に様々な差異があり、一般職員の不足は他部局からの応援で大いに助かりましたが、医療職は抑々他部局にも余裕は無く、幸いにして大学病院や医師会の応援等を頂いて助けていただきました。有事防疫対応にあたる医療職配置の難しさ、平時前提組織の脆弱性を実感しました。
- 既に入院、施設入所の目的が隔離から医療の必要性に変わっている通常の医療に戻しながら段階的に5類にすることを提案します。1. 2類のまま、経口治療薬を用いるなど自宅療養者への医療提供を医師会を中心とする開業医が行う。2. 地域検査センターを廃止し、検査・診断を医療機関のみとする。3. 医療への負荷の程度を確認し、5類相当としクラスター対策のみ行政が行う。
- ワクチン、抗体中和療法、経口薬など依然と比較し重症化しない戦略が出てきているために、このエビデンスに基づき対策を縮小すべきと考えるが、社会的混乱がないように、段階的かつ丁寧な国民や医療関係者への説明と対応が必要と考える。
- 感染者数・入院患者数を想定することは重要であるが、想定外の緊急事態にも即応できることはもっと重要である。そのためにも危機管理調整システムを保健医療体制において実装することが必要であると考えます。
- 感染症対応を保健所が中心に担うのは、「新型コロナウイルス感染症」が何者か不明な時の暫定的対応であり、治療法や感染防止対応が可能な段階では、医療機関での対応に移行すべきである。積極的疫学調査も集団発生の拡大防止のために行うことは類型によらず、保健所が必要の判断をしたらよい。出口戦略としては、全ての医療機関が診療可能な感染対策と治療法とを普及することと、医療費の患者負担が少なくなるような保険診療で可能であること、また地方においては「新型コロナ」の偏見差別意識を払拭することなどが挙

げられる。全てをクリアしたら出口が見えるのではなく、それらを包括する地域の関係機関や住民力も問われると思う。

- 既に12歳以上のワクチン2回接種率が80%を越えていること、治療薬ができていることから、ウイルス感染症の1つとしての扱いに変更するべき。COCOA、スクリーニング検査の効果を明らかにし、効果不明であれば止めて良い。PCR検査を過剰評価して確定診断としているので、一定数の偽陰性による見逃し、疑陽性による隔離による人権侵害を起こしている。診察、検査、治療をセットとして医療提供する当たり前の医療体制にするべきである。
- 治療薬（抗体カクテル、さらには内服薬等）へのアクセス向上、ワクチンの効果持続期間が明らかになること、そしてこれらを踏まえて結果的に患者数が増えても重症者数が少ないこと。
- 自宅療養者、濃厚接触者に、療養または健康観察のために自宅に留まっていただくことは難しいと感じる。現実、守らない人もいる。他への感染や発症の恐れのある時期を検証により短縮も必要だが、必要な人・日数、隔離などの措置を講じる必要があるのではないか。
- 新型コロナウイルス感染症対策については、新型インフルエンザ等感染症に位置づけられ、新型インフルエンザ等対策特別措置法の適用がなされており、国や県による様々な法的措置のもとでは、合理化・縮小すべき事業はないものと考えている。今後、ワクチンの3回目接種や経口薬の開発などが進み、また、新たな変異株や他国の感染状況など、それらを総合的に勘案する中で、新型コロナウイルス感染症対策を検討していくべきと考える。
- 積極的疫学調査は1、クラスターになる可能性のある集団（小学校・保育園など）のみに。2、高齢者施設、障害者施設は現行のまま。
- 全数届け出は継続するにしても、全員への入院勧告は不要であり、一般の感染症と同様の対応とするべき。濃厚接触者の14日間自粛も長すぎて現実的ではない。
- 地域の診療所がコロナの患者を診療できる手段（抗体カクテル療法、経口薬）をもつこと。および、病診連携によって入院患者の入院中の経過を知ることによって、コロナ前の医療体制に戻ることが期待できる。
- 発生届がHER-SYSとなったように、手書きや人海戦術的なアナログでなく、感染症分野においてもDX化をすべき。神奈川県では、早期からTEAMやkintoneといった患者情報のクラウドを使って対応してきた。ワクチンに関しても、受診券発行の手間を省き、マイナンバーカードやワクチンアプリ等時短、人手を省く方法を今後の新型インフルエンザ等に備えてご考慮を。
- 保健所が行っている健康観察は、医療にお願いしたい。そのためには、今よりも多くの、できればこの医療機関でも感染対策を行いながら陽性者を診ていただける体制が必要。また、患者搬送がかなり業務として大変で、こちらも感染対策を行いながら、民間が担ってほしい。
- 保健所で行ってきた患者相談、療養場所確保、搬送などを、医療（医療機関）と行政の対応（保健所など）とに役割分担する。例えば、患者の早期発見、検査・診断、治療、入院（宿泊療養）体制の確保等は医療側で。患者（重症者）サーベイランス、病原体・ゲノムサーベイランス、積極的疫学調査、情報集約・提供は行政側、搬送は民間などと明確化し、日常化を目指す。
- 陽性者数等の連日の公表。
- 質問とは関係ありませんが、この調査は一方向的な思い込みが入った調査の感があります。5類化は単純な図式ではないと思いますし、後半の質問は現場では様々なケースや事情が関わっており、クリアカットに答えるには難があります。

令和3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

発行日 令和4年3月

編集・発行 日本公衆衛生協会

分担事業者 田中英夫

(大阪府藤井寺保健所)

〒583-0024 大阪府藤井寺市 1-8-36

TEL 072-955-4181

FAX 072-939-6479