

現行の感染症法等における課題と対応等について



令和4年8月1日
厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

感染症法の改正の経緯等について



感染症法について①

感染症法制定の経緯

- 従来、感染症対策は伝染病予防法（明治30年法律第36号）を中心に対応してきたが、感染症発生・各第の状況の変化や感染症医療の向上に伴い、こうした状況の変化を踏まえた施策の再構築が必要とされた。
- このため、感染症対策の見直しについて検討することを目的として設置した「公衆衛生審議会伝染予防部会基本問題検討小委員会」において、平成9年12月8日、伝染病予防法に関する問題点が以下のようにまとめられた。
 - (1) 既に法定伝染病としての対応が不要となっている感染症が法に位置づけられている一方で、今日感染の危険が世界的に問題視されるウイルス性出血熱等への十分な対応が図られていない
 - (2) 法定伝染病について、法文上は発動する措置が一律で硬直的になっている
 - (3) 患者等に対する行動制限に際しての人権尊重の観点からの体系的な手続保障が設けられていない
 - (4) 原因不明の感染症の発生や感染症の集団発生といった国民の健康危機に適切に対応できる規定が設けられていない
 - (5) 患者に対する良質かつ適切な医療の提供の視点が欠けている
 - (6) サル等の動物由来感染症に係る対策が設けられていない
 - (7) 検疫体制について、国内制度との連携、整合性が欠如している
 - (8) 個別の感染症ごとの立法が患者・感染者に対する差別・偏見につながったとの患者・感染者の意見がある
- こうした問題点を踏まえ、当該委員会では、見直しに当たっての基本的方向・視点として、「個々の国民に対する感染症の予防・治療に重点をおいた対策」、「患者・感染者の人権の尊重」、「感染症類型の再整理」、「感染症の発生・拡大を阻止するための危機管理の観点に立った迅速・的確な対応」、「上記の方向・視点を実現するための法体系の整備」を挙げている。
- これを受けて、平成10年9月25日に国会等の審議を経て、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（平成10年法律第114号）が成立、同年10月2日に公布された（伝染病予防法は廃止）。

感染症法について②

- 感染症法の実施可能な措置は、こうした制定の経緯を踏まえて、伝染病予防法とは異なる。主な措置の違いは以下のとおり。

伝染病予防法の措置	感染症法の措置
—	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本指針、予防計画 国が定める基本指針に基づき、都道府県は感染症対策を計画的に行うため予防計画を策定する。
—	<ul style="list-style-type: none"> ・ 感染症指定医療機関の指定
<ul style="list-style-type: none"> ・ 発生届出 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 発生届出
<ul style="list-style-type: none"> ・ 立ち入り調査 伝染予防上必要があると認めるときは、当該措置に係る職員は、世帯主等への告知後、家宅等に立ち入ることができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 積極的疫学調査 感染症の発生を予防し、発生の状況・動向・原因を明らかにする必要があると認めるときは、患者その他の関係者に質問又は調査を行うことができる。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 隔離 伝染予防上必要があると認めるときは、患者を伝染病院・隔離病舎その他適当と認める場所に収容することができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院勧告・措置 感染のまん延を防止するために必要があると認めるときは、患者を感染症指定医療機関等に入院することを勧告又は入院させることができる。
—	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健康状態の報告、外出自粛等の要請

<感染症法の目的>

(目的)

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

感染症法等の改正経緯

- 平成15年改正 感染症分類の見直し（SARSを1類に追加）、緊急時に国による積極的疫学調査を可能とする 等
- 平成18年改正 感染症分類の見直し（エボラ出血熱を1類に追加、SARSを2類に変更等）、病原体の分類に応じた取扱い（所持・輸入等）に関する規制を整備、人権尊重の観点から入院や就業制限が必要最小限のものでなければならぬ旨を規定 等
- 平成20年改正 感染症分類の見直し（新型インフルエンザ等感染症」の類型を創設） 等
- ・ 平成24年 新型インフルエンザ等対策特別措置法の制定
（政府行動計画の策定、政府対策本部の設置、緊急事態宣言 等）
- 平成26年改正 感染症分類の見直し（MERSを2類感染症に追加） 等
- 令和3年改正 感染症分類の見直し（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追加）、電磁的方法（HER-SYS 等）による発生届出を可能とする、宿泊療養・自宅療養を法的に位置付け 等
- ・ 令和3年 医療法の改正
（新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け 等）

現行の感染症法等における課題等に関する 感染症部会における議論について

現行の感染症法等における課題等に関する感染症部会における議論について

○ 第57回厚生科学審議会感染症部会（令和3年12月17日）での議論は以下のとおり。

テーマ	論点	主な御意見
病床・医療人材等の確保	<ul style="list-style-type: none"> 行政機関、医療機関等においては、有事への対応のため平時からの綿密な準備が必要ではないか。 財政支援の予見可能性の向上、平時の備えから有事までの国や自治体の権限の強化が必要ではないか。 有事において物資や人材の確保が円滑に行われる仕組みを整備することが必要ではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> いかに行政の権限が強化されても医療体制が整備されてなければ有事への対応はできないため医療機関の強化も必要。 病床の確保等について、国の権限によって、医療機関がどのように国から指示を受けて従うかを整理することが必要。 感染症指定医療機関以外に、流行の規模に合わせて拡大できるように対応医療機関を設定しておくことが必要。 役割の明確化に当たっては、基準・根拠の整備、地域実態に応じて工夫できる裁量、権限、必要な財源などの裏づけが必要 ⇒ 8・9ページ
自宅療養者・宿泊療養者への対応	<ul style="list-style-type: none"> 自宅療養者や宿泊療養者に対して、健康観察や医療（外来医療、在宅医療）が適切に確保・提供される体制を整備することが必要ではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> 宿泊療養者・自宅療養者に対する医療機関の役割を明確にするような整理が必要。 地域医療で支援する体制がとれるようにお願いしたい。 ⇒ 10・11ページ
国・地方の連携・役割分担について	<ul style="list-style-type: none"> 国の権限・関与の強化が必要ではないか。また、自治体や医療機関をつなぐ国の情報基盤を強化することが必要ではないか。 都道府県と保健所設置市・特別区間の連携確保や、都道府県の権限・関与の強化が必要ではないか。 有事における基礎的自治体としての市町村の役割の拡大や明確化が必要ではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県と保健所設置市・特別区間の連携については前回の法改正で一定程度改善と考えるが、さらにどこに問題があるのかということを確認した上で改善を図る必要がある。 ⇒ 13・14ページ 医療機関の中に既にあるデータの活用についても検討してほしい。 ⇒ 16ページ
水際対策の強化	<ul style="list-style-type: none"> 居宅等における待機の実効性確保を含め、水際対策の強化が必要ではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> 検疫の宿泊施設・病床の方策は重要。 ⇒ 19ページ

課題と対応の方向性について（※）

（※） 課題と対応の方向性

課題：内閣官房 新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議
「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）に基づき記載

対応の方向性：新型コロナウイルス感染症対策本部決定
「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
次の感染危機に備えるための対応の方向性」（2022年6月17日）に基づき
記載

(1) 感染症に対応する医療機関の抜本的拡充

課題

- 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の入院患者を受け入れきれず、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の特性も明らかでない時期から対応する医療機関と、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。
- 発熱や呼吸器症状のある疑い患者について、普段からかかっている医療機関で診療を受けられず、直接地域の総合病院を受診するケースや保健所・地方公共団体に相談するケースが発生した。
- 新型コロナウイルス疑いの発熱患者を診療する診療・検査医療機関について、国民が受診等しやすいよう医療機関に公表を働きかけたが、公表は一部の医療機関にとどまったため、公表済みの医療機関に患者が集中し、外来がひっ迫する事態が生じた（最終的に地域により一律公表のルールにした。）。



対応の方向性

- 平時において都道府県と医療機関との間で新興感染症等に対応する病床等を提供する協定を結ぶ「全体像」の仕組みを法定化し、感染症危機発生時には協定に従い医療を提供する。医療機関に対し、協定に沿って病床確保等を行うことについて、履行の確保を促す措置を設けるなど、国・都道府県が医療資源の確保等についてより強い権限を持つことができるよう法律上の手当を行う。

<具体的事項>

- 都道府県は、国の定める基本指針に基づき、感染症まん延時等における医療提供体制の確保に関し、数値 目標（病床、発熱外来・診療、後方支援、人材派遣）等を盛り込んだ計画を平時から策定するなど、計画的な取組を推進する。
- 都道府県が、あらかじめ医療機関との間で病床や外来医療の確保等の具体的な内容に関する協定を締結する仕組みを創設する。公立・公的医療機関等、特定機能病院などについて、その機能を踏まえた協定を締結する義務を課すとともに、その他の病院との協定締結を含めた都道府県医療審議会における調整の枠組みを設けるなど、計画の実効性を担保し、地域において平時から必要な病床を確保できる体制を整備する。
- あわせて、感染症まん延時等において、協定に沿った履行を確保するための措置（協定の履行状況の公表、一定の医療機関にかかる感染症流行初期における事業継続確保のための減収補償の仕組みの創設、都道府県知事の勧告・指示、特定機能病院等の承認取消 等）を具体的に検討 等

(2) 自宅・宿泊療養者等への医療提供体制の確保等

課題

- デルタ株のまん延で病床がひっ迫したことやオミクロン株による感染拡大により、自宅や宿泊療養施設での療養が必要なケースが急激に増大する中、自宅等で症状が悪化して亡くなる方がいたなど、自宅等での健康観察や訪問診療等の必要性が増加した。
- 初診から電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方を行って差し支えないこと等の時限的・特例的な取扱いを認めたが、実施医療機関数は、この取扱いが始まった2020年春以降、大きくは増加しなかった。
- 新型コロナ対応においては、多くの自宅・宿泊療養者が発生したが、感染症法が、原則、酸素吸入が必要など一定水準以上の医療が必要な者は感染症指定医療機関に入院することを前提とした法体系となっていたため、自宅療養者等が医療(外来・往診・訪問)の提供を受けた場合に、入院医療のような公費負担の仕組みがなかった。これについては、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金により自己負担の免除を行った。
- 保健所業務がひっ迫した場合に、保健所のコアの業務に専念できるよう、各種報告や定期的な調査等の通常業務の縮小・延期といった業務負荷の低減、かかりつけの医療機関への検査や健康観察の委託、検体搬送の簡素化、陽性者の移送についての救急搬送機関との連携、事務の外部委託や都道府県での一元化が必要である。これらについては、順次、厚生労働省から各地方公共団体に指針が示されたが、保健所業務がひっ迫した地域であっても取組はまちまちであり、ひっ迫状況が解消されない地域もあった。
- 自宅療養者が増加するにつれて、健康・医療面だけでなく、生活支援が必要となったが、感染症法上、保健所を有しない市町村の役割が明確でなく、こうした市町村と都道府県との間の情報共有が円滑に進まないなど地方公共団体間の連携が十分にできなかった地域では、食事の配送が遅れるなどの問題があった。

対応の方向性

- (1)と同様に、平時において都道府県と医療機関等との間で自宅・宿泊療養者に対する医療の提供や健康観察の実施について協定を締結し、感染症危機発生時には協定に従い着実に実施されるよう枠組みを整備する。あわせて、自宅・宿泊療養者に対する健康観察の医療機関等への委託を推進する。

<具体的事項>

- 都道府県は、国の定める基本指針に基づき、感染症まん延時等における医療提供体制の確保に関し、数値目標（オンライン診療、往診・訪問看護等）等を盛り込んだ計画を平時から策定するなど、計画的な取組を推進する。
- 感染症まん延時等における自宅・宿泊療養者に対する健康観察について、関係団体と協力の下、医療機関等への委託を推進する。
- 都道府県は、医療機関等との間で自宅・宿泊療養者に対する医療の提供（オンライン診療、往診、訪問看護等）や健康観察の具体的な内容に関する協定を締結し、自宅・宿泊療養者への必要な医療提供体制を確保する仕組みを創設し、感染症まん延時の医療確保等の実効性を担保する。都道府県が医療関係団体に対し、協力要請を法的に可能とするなど計画の実効性を確保する。
- 健康観察や食事の提供等の生活支援について、一般市町村（保健所設置市・特別区以外の市町村）に協力を求めることや、都道府県と一般市町村間の情報共有を進める。
- 都道府県等において自宅・宿泊療養すべきとされた者への医療の提供について、入院医療と同様に、感染症法上の位置づけに応じて、患者の自己負担分を公費で負担する仕組み（公費負担医療）の創設を検討する。 等

(3) 広域での医療人材の派遣等の調整権限創設等

課題

(感染拡大地域の医療人材の確保)

- 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た場合があったが、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員派遣の仕組みがないために、知事会、自衛隊、厚生労働省、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。

(広域の入院調整)

- 都道府県の区域を超えた入院調整の法的根拠がない中で、ダイヤモンド・プリンセス号で入院を要する感染者が一時的に多数生じた事例や、一部の都道府県では感染拡大期に病床の確保が追い付かず、都道府県の区域を超えた患者の入院調整が困難な事例があった。

対応の方向性

- 国による広域での医師・看護師等の派遣や、患者の搬送等について円滑に進めるための調整の仕組みを創設するとともに、DMAT（災害派遣医療チーム）等の派遣・活動の強化に取り組む。

<具体的事項>

- 感染症まん延時等における広域的な医療人材の派遣や患者の搬送等について、より円滑に進めるため、国による都道府県、保健所設置市・特別区、医療機関との調整の仕組みを設ける。
- 都道府県知事が、医療ひっ迫時に他の都道府県知事に医療人材の派遣の応援を求めることができる仕組みを設ける。 等

(4) 保健所の体制とその業務に関する都道府県の権限・関与の強化等

課題

- 保健所業務がひっ迫した場合に、保健所のコアの業務に専念できるよう、各種報告や定期的な調査等の通常業務の縮小・延期といった業務負荷の低減、かかりつけの医療機関への検査や健康観察の委託、検体搬送の簡素化、陽性者の移送についての救急搬送機関との連携、事務の外部委託や都道府県での一元化が必要である。これらについては、順次、厚生労働省から各地方公共団体に指針が示されたが、保健所業務がひっ迫した地域であっても取組はまちまちであり、ひっ迫状況が解消されない地域もあった。
- 都道府県と保健所設置市・特別区の連携や、保健所業務ひっ迫時の全庁体制の構築、IHEAT等外部からの応援の受入れについてマニュアル等の整備並びに周知や研修の実施を行ったが、感染症を対象とした健康危機に関する実践的な訓練が必ずしも十分には行われておらず、実際には円滑に進まなかった。
- 感染拡大とともに、保健所に大きな業務負荷が発生し、保健所のコアの業務である積極的疫学調査や情報の収集・管理などが十分に実施できない地域などが見られた。
- 都道府県、保健所設置市・特別区間の意思疎通や情報共有を円滑に行うとともに、緊急の場合に圏域内の入院調整ができる仕組みづくりが必要である。



対応の方向性

- 感染症まん延時等における保健所体制の平時からの計画的な準備、保健師の応援派遣の仕組み（IHEAT）の強化など、保健所の機能強化を図る。また、平時からの地域の関係者の意思疎通・情報共有を確保するとともに、緊急時の入院勧告措置については都道府県知事が保健所設置市・特別区の長に対して指示できる権限の創設を検討する。

<具体的事項>

- 感染症まん延時等でも保健所業務がひっ迫しないよう、繁忙時の全庁応援態勢を含め、計画的に保健所の体制を準備する。
- 都道府県、保健所設置市・特別区その他関係者の平時からの意思疎通・情報共有・連携を推進するため、協議会の設置を推進する。
- 人命にかかわるような緊急時の入院勧告・措置について、都道府県知事が保健所設置市・特別区の長に指示できる権限の創設を検討 等

(5) 検査体制の強化

課題

- 検体採取や検査を行う医療機関における個人防護具（PPE）の不足や検体搬送の煩雑さ、感染拡大に伴う保健所業務のひっ迫などから、検査数がなかなか増加せず、検査ニーズの高まりに十分対応することができなかった。
- 検体採取やワクチン接種の担い手である医師や看護師等の確保が課題となったため、検体採取は歯科医師が、ワクチン接種は歯科医師、臨床検査技師、救急救命士が行うことについて、必要性和緊急性等に鑑みてその違法性が阻却され得ると考えられる場合があると提示することとなった。

対応の方向性

- 検査が感染初期の段階から円滑に実施されるよう、都道府県等が必要な体制を整備するほか、民間の検査機関の活用も推進する等、検査体制を抜本的に強化する。

<具体的事項>

- 都道府県、保健所設置市・特別区は、検査の実施能力の確保に関して数値目標を設定し、検査実施機関との間で協定を締結することで、計画的に検査能力を確保することとする。
- 検査試薬や検査キット等、検査に必要な物資の確保。 等

(6) 感染症データ収集と情報基盤の整備

課題

- 感染症対応に必要なHER-SYSへのデータ入力を、都道府県等を通じて医療機関に依頼したが、対応ができない医療機関が存在した。
- 都道府県等が保有する感染者の検体や発生届等の情報について、感染者の臨床情報を組み合わせることで、重症化リスクや、治療効果、ワクチン効果などを分析し対策に活かすことが期待されたが、個人情報保護法制の運用において本人の再同意なくして第三者への情報の提供が認められるケースが必ずしも明らかではなかった（後に改善）ことなどから他の医療情報との円滑な連携が困難であった。また、国が保有する感染者の情報について外部の研究者が活用することが困難だった。

対応の方向性

- HER-SYSによる発生届等の入力を強かに推進するとともに、危機時に情報を迅速に収集・共有・分析・公表することができる情報基盤を整備し、サーベイランスを強化する。

<具体的事項>

- 医療機関によるHER-SYSでの発生届を強かに推進するとともに、入院患者の状態等の入力も促進する。
- 発生届等の情報と医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）等の他のデータベースの情報との連携や外部研究機関への情報の提供等を可能とすることを検討する。

(7) 治療薬の研究環境の整備

課題

- 新興感染症発生時の早期にワクチンや治療薬を開発する能力を有する企業等を育成する平時からの取組や、疫学研究・臨床研究・創薬等で医療情報を利活用するための枠組みが不十分であった結果、新型コロナウイルス感染症に係る国産ワクチンの実用化、治療薬の実用化に時間を要している。

また、海外でワクチン開発や治療薬が迅速に開発された背景に、感染症の基礎研究と人材育成が行われてきたことがある。新型コロナウイルス感染症の流行時に日本からの論文の報告数は先進国の中でも下位であった。これは情報や試料を研究者が入手できなかっただけでなく、平素の疫学研究や臨床研究の体制が整備されていないことが大きな理由である。国産のワクチンや治療薬の開発が進まなかったのはこのような背景があるためであり、国内の調査と研究が進まなければ、科学的助言の質も低下してしまう。

対応の方向性

- 創薬分野において産学官の協働に基づいてイノベーションを進める中で、今後の感染症危機に備えるためのワクチン・治療薬の開発に取り組む。

<具体的事項>

- 治療薬についても、感染症の特殊性を踏まえ、より早期に開発・活用できるよう、備蓄を含め、戦略的な取組を推進する。 等

(8) 医療用物資等の確保の強化

課題

- 発生初期段階で医療用マスク等の個人防護具（PPE）の不足が顕在化した。政府行動計画等で定めるところにより新型インフルエンザ等対策の実施に必要な物資を備蓄等しなければならないとされていたが、個人防護具（PPE）等の具体的品目や数量については計画等に明記されていなかった。
- 感染初期の医療用マスクなどの個人防護具（PPE）の不足や、オミクロン株の感染拡大時の抗原定性検査キットの不足の例では、市場動向の定期的なモニタリングが行われていなかったため、国が急激な需給のひっ迫を早期に察知できず、また、どこにどの程度の不足が生じているか等も把握できなかった。
- 個人防護具（PPE）、人工呼吸器、パルスオキシメータ等多くの医療機器、資材が特定の国からの輸入に頼る状況であった。

対応の方向性

- 感染症まん延時等において、医薬品、医療機器、個人防護具等の物資に対する世界的需要が高まる中においても、これらが確実に確保されるよう、平時からモニタリングを強化し、サプライチェーンの把握、計画的な備蓄等を進めるほか、緊急時等に生産・輸入等に係る適切な措置を講ずるための枠組みを整備する。

<具体的事項>

- サプライチェーンの把握を含め、平時からのモニタリングを推進する。このため、生産・輸入・販売・貸付業者からの情報収集等による状況把握を円滑に行えるよう環境を整備する。
- 緊急時等において、生産・輸入・販売・貸付業者に対し、生産・輸入の促進や出荷調整の要請等を確実に実施するための枠組みを創設する。 等

(9) 水際対策の実行性の向上

課題

- 検疫所が確保する宿泊施設がひっ迫した。
- 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るケースが見られた。
- 入国者が14日間の自宅待機期間中に不要不急の外出を行う事例などが問題となり、入国後の健康居所フォローアップ体制の強化が行われたが、その後も、協力要請に従わず不要不急の外出を行う入国者や感染防止のため隔離・停留の即時強制の措置を拒否する者なども見られた。



対応の方向性

- 検疫措置としての居宅待機や宿泊施設での待機について実効性を向上させるための措置を検討するほか、検疫所による隔離・停留施設や運送手段の確保を進めるための環境を整備する。

<具体的事項>

- 検疫所長による入国者に対する居宅や宿泊施設等での待機要請について、実効性を担保する措置を設ける。
- 検疫所長が医療機関と協議し、隔離措置の実施のための病床確保に関する協定を締結するとともに、宿泊施設、運送事業者等に対して施設の提供や運送等の必要な協力を得やすくする。 等

参考資料



感染症法に基づく主な措置の概要

	新型インフルエンザ等感染症	一類感染症	二類感染症	三類感染症	四類感染症	五類感染症	指定感染症
規定されている疾病名	新型インフルエンザ・再興型インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症・再興型コロナウイルス感染症	エボラ出血熱・ペスト・ラッサ熱 等	結核・SARS 鳥インフルエンザ (H5N1) 等	コレラ・細菌性赤痢・腸チフス 等	黄熱・鳥インフルエンザ (H5N1以外) 等	インフルエンザ・性器クラミジア感染症・梅毒等	※政令で指定 (現在は該当なし)
疾病名の規定方法	法律	法律	法律	法律	法律・政令	法律・省令	政令
疑似症患者への適用	○	○	○ (政令で定める感染症のみ)	—	—	—	具体的に適用する規定は、感染症毎に政令で規定
無症状病原体保有者への適用	○	○	—	—	—	—	
診断・死亡したときの医師による届出	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (7日以内)	
獣医師の届出、動物の輸入に関する措置	○	○	○	○	○	—	
患者情報等の定点把握	—	—	△ (一部の疑似症のみ)	△ (一部の疑似症のみ)	△ (一部の疑似症のみ)	○	
積極的疫学調査の実施	○	○	○	○	○	○	
健康診断受診の勧告・実施	○	○	○	○	—	—	
就業制限	○	○	○	○	—	—	
入院の勧告・措置	○	○	○	—	—	—	
検体の収去・採取等	○	○	○	—	—	—	
汚染された場所の消毒、物件の廃棄等	○	○	○	○	○	—	
ねずみ、昆虫等の駆除	○ (※)	○	○	○	○	—	
生活用水の使用制限	○ (※)	○	○	○	—	—	
建物の立入制限・封鎖、交通の制限	○ (※)	○	—	—	—	—	
発生・実施する措置等の公表	○	—	—	—	—	—	
健康状態の報告、外出自粛等の要請	○	—	—	—	—	—	
都道府県による経過報告	○	—	—	—	—	—	

※ 感染症法第44条の4に基づき政令が定められ、適用することとされた場合に適用 (新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) については適用なし (R3. 2. 13時点))

感染症の医療提供（良質かつ適切な医療の提供を確保）

感染症類型	医療体制	公費負担医療
新感染症	特定感染症指定医療機関 (国が指定、全国に数ヶ所)	全額公費※2 (医療保険の適用なし) 負担割合：国3/4 県1/4
一類感染症	第一種感染症指定医療機関 (都道府県知事が指定、各都道府県に1ヶ所)	医療保険を適用。 自己負担を公費負担※2 (自己負担なし) 負担割合：国3/4 県1/4
二類感染症 ※1	第二種感染症指定医療機関 (二次医療圏に1ヶ所)	
三類感染症	一般の医療機関	公費負担なし (医療保険を適用)
四類感染症		
五類感染症		
新型インフルエンザ等感染症	特定、第一種、第二種感染症指定医療機関	医療保険を適用。 自己負担を公費負担※2 (自己負担なし) 負担割合：国3/4 県1/4
指定感染症	一～三類感染症に準じた措置	

※1結核については原則として医療法上の結核病床に入院 ※2患者等に負担能力がある場合、その限度内で自己負担

新型コロナウイルス感染症の発生状況

【国内事例】括弧内は前日比

※令和4年7月26日24時時点

	PCR検査等 実施人数(※3)	陽性者数	入院治療等を要する者		退院又は療養解除と なった者の数	死亡者数	確認中(※4)
				うち重症者			
国内事例(※1,※5) (チャーター便帰国 者を除く)	58,986,903 (+307,768)	11,660,303 (+196,453)※2	1,290,690 (+44,391)	311 (+40) ※6	10,227,539 (+112,708)	32,040 (+108)	115,002 (+23,050)
空港・海港検疫	2,324,443 (+536) ※7	20,503 (+41)	316 (+10)	0	20,179 (+31)	8 (±0)	0
チャーター便 帰国者事例	829	15	0	0	15	0	0
合計	61,312,175 (+308,304)	11,680,821 (+196,494)※2	1,291,006 (+44,401)	311 (+40) ※6	10,247,733 (+112,739)	32,048 (+108)	115,002 (+23,050)

- ※1 チャーター便を除く国内事例については、令和2年5月8日公表分から（退院者及び死亡者については令和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 新規陽性者数は、各自治体がプレスリリースしている個別の事例数（再陽性例を含む）を積み上げて算出したものであり、前日の総数からの増減とは異なる場合がある。
- ※3 一部自治体については件数を計上しているため、実際の人数より過大となっている。件数ベースでウェブ掲載している自治体については、前日比の算出にあたって件数ベースの差分としている。前日の検査実施人数が確認できない場合については最終公表時点の数値との差分を計上している。
- ※4 陽性者数から入院治療等を要する者の数、退院又は療養解除となった者の数、死亡者の数を減じて厚生労働省において算出したもの。なお、療養解除後に再入院した者を陽性者数として改めて計上していない県があるため、合計は一致しない。
- ※5 国内事例には、空港・海港検疫にて陽性が確認された事例を国内事例としても公表している自治体の当該事例数は含まれていない。
- ※6 一部の都道府県における重症者数については、都府県独自の基準に則って発表された数値を用いて計算しており、集中治療室（ICU）等での管理が必要な患者は含まれていない。
- ※7 令和2年7月29日から順次、抗原定量検査を実施しているため、同検査の件数を含む。なお、空港・海港検疫の検査実施人数等については、公表日の前日の0時時点で計上している。

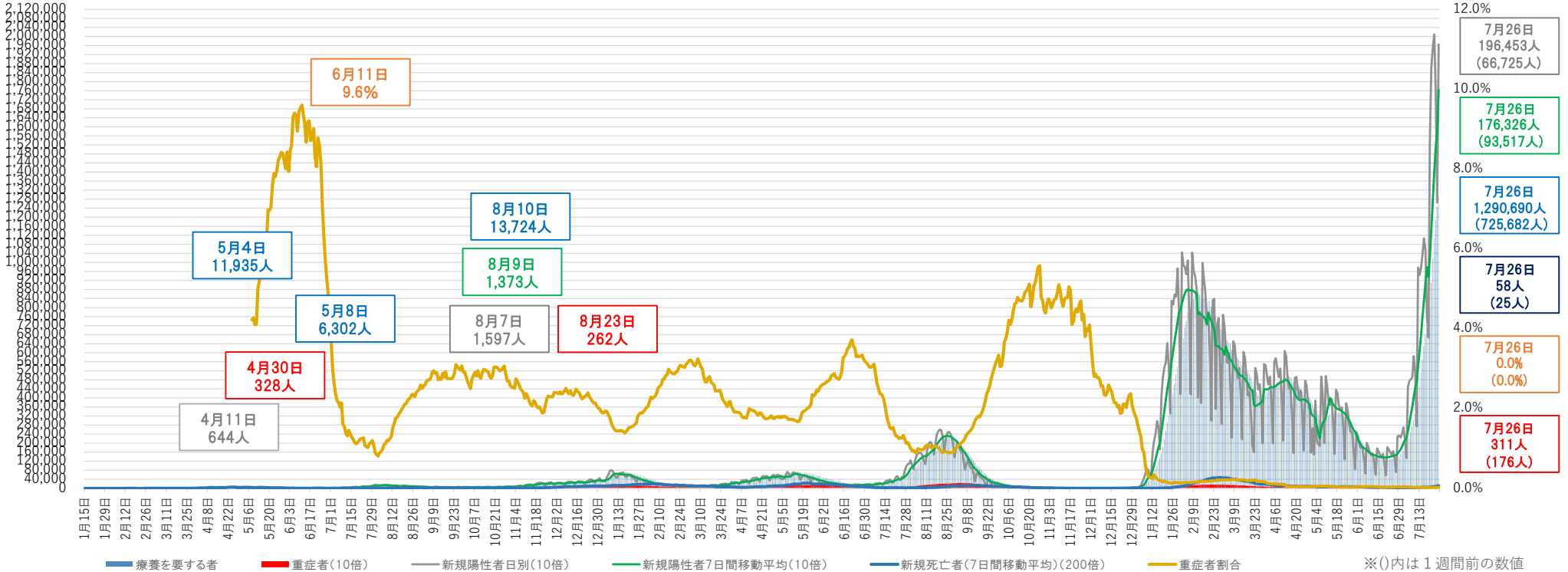
【上陸前事例】括弧内は前日比

	PCR検査陽性者 ※【 】は無症状病原体保有者数	退院等している者	人工呼吸器又は集中治療室 に入院している者 ※4	死亡者
クルーズ船事例 (水際対策で確認) (3,711人) ※1	712 ※2 【331】	659 ※3	0 ※6	13 ※5

- ※1 那覇港出港時点の人数。うち日本国籍の者1,341人
- ※2 船会社の医療スタッフとして途中乗船し、PCR陽性となった1名は含めず、チャーター便で帰国した40名を含む。国内事例同様入院後に有症状となった者は無症状病原体保有者数から除いている。
- ※3 退院等している者659名のうち有症状364名、無症状295名。チャーター便で帰国した者を除く。
- ※4 37名が重症から軽～中等症へ改善(うち37名は退院)
- ※5 この他にチャーター便で帰国後、令和2年3月1日に死亡したとオーストラリア政府が発表した1名がいる。
- ※6 新型コロナウイルス関連疾患が軽快後、他疾患により重症の者が1名いる。

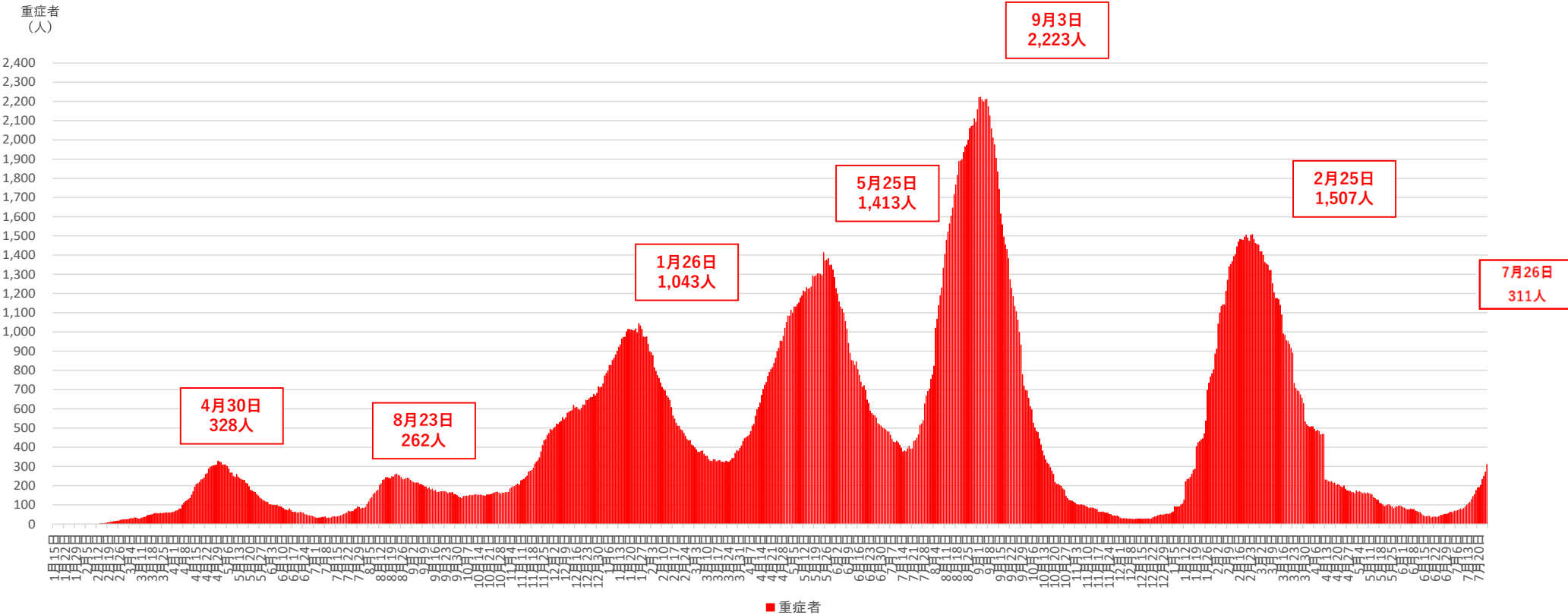
重症者・新規陽性者数等の推移

療養を要する者・重症者・新規陽性者・新規死亡者（人）



- ※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 重症者割合は、集計方法を変更した令和2年5月8日から算出している。重症者割合は「療養を要する者」に占める重症者の割合。
- ※3 療養を要する者・重症者と新規陽性者及び新規死亡者は表示上のスケールが異なるので（新規陽性者及び重症者数は10倍、新規死亡者は200倍に拡大して表示）、比較の場合には留意が必要。
- ※4 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用いて計算しており、集中治療室（ICU）等での管理が必要な患者は含まれていない。
- ※5 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。

重症者の推移



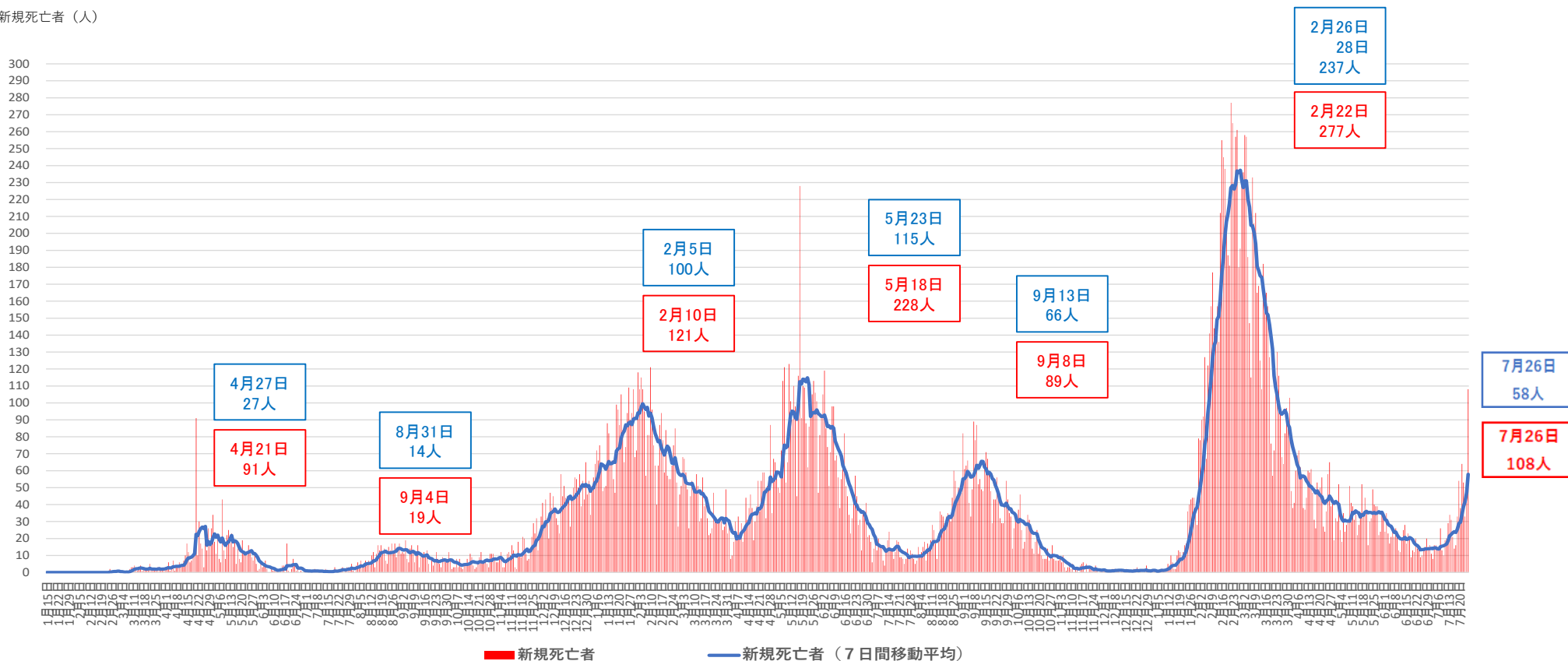
※1 チャーター便を除く国内事例。令和2年5月8日公表分から、データソースを従来の厚生労働省が把握した個票を積み上げたものから、各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げたものに変更した。

※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用いて計算しており、集中治療室（ICU）等での管理が必要な患者は含まれていない。

※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。

新規死亡者の推移

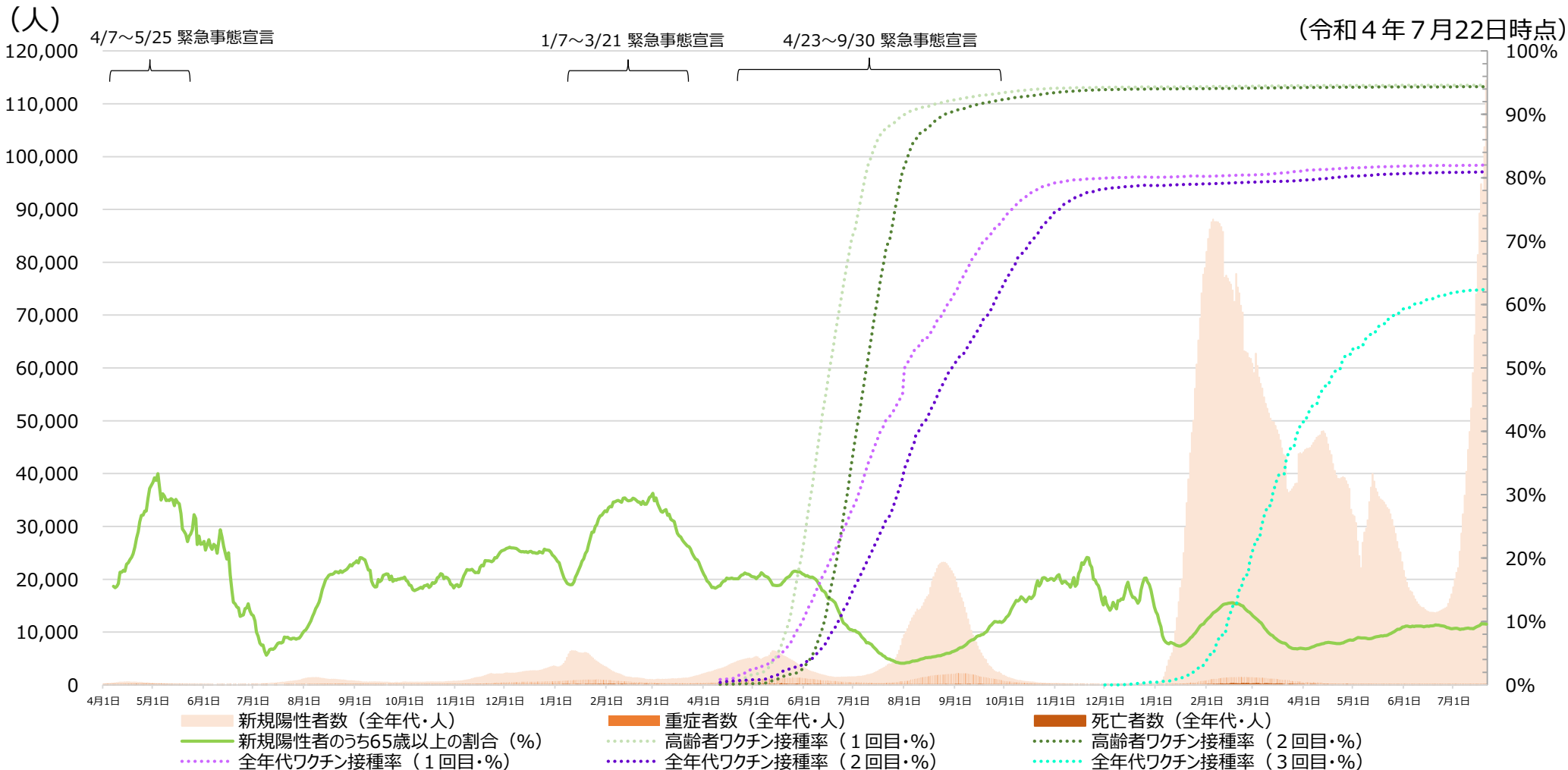
新規死亡者（人）



※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。

全国の新規陽性者数等及びワクチン接種率



※新規陽性者数、重症者数及び死亡者数については、令和2年5月8日から（死亡者については同年4月21日から）、データソースを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。また、「新規陽性者数のうち65歳以上の割合」はHER-SYSに登録されている陽性者のうち、65歳以上の者の割合。新規陽性者数（全年代）および新規陽性者のうち65歳以上の割合は、直近7日間の移動平均の値。

※高齢者ワクチン接種率の算出においては、VRSへ報告された合計回数を使用。使用回数には、職域接種及び先行接種対象者のVRS未入力分が含まれていない。また、VRSに報告済みデータのうち、年齢が不明なものは計上していない。

※全年代のワクチン接種回数はいずれも首相官邸ウェブサイトの公表データを使用（一般接種（高齢者含む）はワクチン接種記録システム(VRS)への報告を、公表日ごとに累計したものであり、医療従事者等、職域接種はワクチン接種円滑化システム（V-SYS）への報告を、公表日ごとに累計したものである。また、職域接種の接種回数は、V-SYSとVRSで一部重複があるため、総合計の算出に当たっては重複を除外した（職域接種及び重複は、各公表日の直前の日曜日までのもの）。医療従事者等は、令和3年7月30日で集計を終了しているため、8月3日以降のデータについては、8月2日の公表値（＝7月30日までの接種回数）。

※各接種率の分母については、「全年代ワクチン接種率」に関しては全人口（出典：令和3年住民基本台帳年齢階級別人口（市区町村別））を、「高齢者ワクチン接種率」に関しては65歳以上人口（出典：令和3年住民基本台帳年齢階級別人口（市区町村別））をそれぞれ使用。

※高齢者ワクチン接種率(3回目)(令和4年7月25日時点)は90.2%、60歳以上ワクチン接種率(4回目)(同日時点)は19.1%(対象者数(3回目接種から5か月経過した60歳以上の者)に対する接種率は41.1%)。 (出典：首相官邸ウェブサイト)

直近の感染状況の評価等

第92回(令和4年7月27日)
新型コロナウイルス感染症対策
アドバイザリーボード資料

<感染状況について>

- 全国の新規感染者数(報告日別)は、直近の1週間では10万人あたり約978人となり、今週先週比は1.89と急速な増加が継続している(今週先週比は3連休の影響にも注意が必要)。

全国的にこれまでに最も高い感染レベルを更新し続けるとともに、全ての年代で増加している。

- 新規感染者数の増加に伴い、療養者数も増加が継続し、病床使用率は、地域差が見られるものの総じて上昇傾向が続き、医療提供体制に大きな負荷が生じている地域もある。

また、重症者数や死亡者数も増加傾向が続き、今後の動向に注意が必要。

実効再生産数：全国的には、直近(7/10)で1.24と1を上回る水準となっており、首都圏、関西圏ともに1.26となっている。

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

北海道	新規感染者数は約494人(札幌市約569人)、今週先週比は2.29。30代以下が中心。病床使用率は2割弱。
北関東	茨城、栃木、群馬では新規感染者数は約530人、682人、692人、今週先週比は2.08、2.57、2.10。茨城、栃木、群馬では30代以下が中心。病床使用率について、茨城では5割弱、栃木では約4割、群馬では約5割。
首都圏 (1都3県)	東京の新規感染者数は約1,438人、今週先週比は1.79。30代以下が中心。病床使用率は4割強、重症病床使用率は5割強。埼玉、千葉、神奈川の新規感染者数は約927人、892人、875人、今週先週比は1.78、1.85、1.50。病床使用率について、埼玉では約5割、千葉では5割強、神奈川では7割弱。
中京・東海	愛知の新規感染者数は約1,130人、今週先週比は2.17。30代以下が中心。病床使用率は4割弱。岐阜、静岡、三重の新規感染者数は約758人、885人、730人、今週先週比は2.16、2.19、1.83。病床使用率について、岐阜では3割強、静岡では約7割、三重では4割強。
関西圏	大阪の新規感染者数は約1,555人、今週先週比は2.18。30代以下が中心。病床使用率は約5割、重症病床使用率は3割弱。滋賀、京都、兵庫、奈良、和歌山の新規感染者数は約717人、1,035人、1,060人、826人、771人、今週先週比は1.57、1.92、1.91、1.49、1.73。病床使用率について、滋賀、兵庫では5割強、京都では3割強、奈良では4割強、和歌山では6割強。
九州	福岡の新規感染者数は約1,481人、今週先週比は2.01。30代以下が中心。病床使用率は6割強。佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島の新規感染者数は約1,231人、834人、1,461人、1,055人、1,097人、1,133人、今週先週比が1.58、2.01、1.63、1.73、1.78、1.70。病床使用率について、佐賀では4割強、長崎では5割強、熊本では約6割、大分では4割強、宮崎では4割弱、鹿児島では6割強。
沖縄	新規感染者数は約2,260人と全国で最も高く、今週先週比は1.46。30代以下が中心。病床使用率は8割強、重症病床使用率は3割強。
上記以外	宮城、秋田、栃木、新潟、富山、山梨、島根、香川の今週先週比は2.85、2.67、2.57、2.35、2.61、2.38、1.18、2.11。島根の新規感染者数は約969人。病床使用率について、青森では約6割、福島、広島では約5割、石川では5割強。

<今後の見通しと必要な対策>

○ 感染状況について

- 新規感染者数について、全国的にこれまでで最も高い感染レベルを更新し続けており、全ての都道府県で前回の感染拡大を大きく超え、急速な感染拡大が継続している。沖縄県は他の地域よりも高い感染レベルが継続し、かつ、これまでで最も高い水準となり、病床使用率からも厳しい状況にある。また、感染者及び濃厚接触者の急増により、社会活動全体への影響も生じている。
- 全国の年代別の新規感染者数は、高齢者を含めて全ての年代で増加している。これまでも新規感染者の急増から遅れて、重症者・死亡者が増加する傾向にあり、高齢者の感染者数の増加とともにこれらの増加が懸念される。
- 今後の感染状況について、発症日のエピカーブや大都市における短期的な予測では、多くの地域で新規感染者数の増加が続くこと、あるいは少なくとも横ばいが見込まれ、また全国的には今後過去最多を更新していくことも予測されるため、医療提供体制への影響も含め最大限の警戒感をもって注視していく必要がある。
- 感染者増加が継続する要因としては、①ワクチンの3回目接種と感染により獲得された免疫は徐々に減衰していること、②夏休みの影響等もあり、接触の増加等が予想されること、③オミクロン株のBA.5系統に置き換わったと推定されること等によると考えられる。
- 新規感染者の感染場所について、自宅が増加傾向にあり、学校等では減少傾向にある(大都市部では積極的疫学調査が重点化されており、感染経路の十分な把握がされていないことに留意が必要)。

○ 感染の増加要因と抑制要因について

感染状況には、以下のような感染の増加要因と抑制要因の変化が影響するものと考えられる。

【ワクチン接種等】3回目接種から一定の期間が経過することに伴い、重症化予防効果に比較し、感染予防効果はより減弱が進むことが明らかになっている。また、これまでの感染により獲得した免疫についても、今後同様に減弱が進むことが予想される。

【接触パターン】夜間滞留人口について、東京、愛知、大阪などの大都市部を始め、足下では減少している地域が多く見られる。しかし、一部には横ばい、あるいは足下で増加に転じている地域もある。

【流行株】BA.2系統の流行から、現在BA.5系統が主流となり、置き換わったと推定される。特にBA.5系統は、感染者数がより増加しやすいことが示唆され、免疫逃避が懸念されるため、感染者数の増加要因となりえる。

【気候要因】気温の上昇により屋内での活動が増える時期であるが、冷房を優先するため換気がされにくい場合もある。

○ 医療提供体制について

- 全国的には、外来診療検査体制の負荷が増大するとともに、病床使用率については地域差が見られるものの、新規感染者数の増加に伴い、大都市を始めほとんどの地域で上昇して3割を超え、5割を超える地域も増加している。また、自宅療養者・療養等調整中の数もほとんどの地域で増加し、一部地域では急増している。
- 特に沖縄県では、病床使用率の上昇が継続し、8割を超えて厳しい状況にあり、全国的にも、医療従事者の感染が増加していることによる医療提供体制への負荷が生じている。また、介護の現場でも、施設内療養が増加するとともに、療養者及び従事者の感染の増加により厳しい状況が続いている。
- 検査の陽性率が上昇し、症状がある人など必要な方に検査が適切に受けられているか懸念がある。
- 救急搬送困難事案については、非コロナ疑い事案、コロナ疑い事案ともに、地域差はあるが全国的に急増が続いている。また、熱中症による救急搬送の増加にも十分な注意が必要である。

○ 対策と基本的な考え方について

- 感染が急拡大している中で、日本社会が既に学んできた様々な知見をもとに、感染リスクを伴う接触機会を可能な限り減らすことが求められる。また、社会経済活動を維持するためにも、それぞれが感染しない／感染させない方法に取り組むことが必要。
- そのために、国、自治体は、日常的な感染対策の必要性を国民に対して改めて周知するとともに、感染防止に向けた国民の取組を支援するような対策を行う。また、医療提供体制の強化について、これまで以上に取り組む必要。

1. ワクチン接種の更なる促進

- ・4回目接種については、感染予防効果が限定的であるため、重症化予防を目的として、高齢者施設等における接種が進められてきたが、足下の急速な感染拡大を踏まえ、医療従事者及び高齢者施設等の従事者に対象が拡大された。
- ・3回目までの接種については、接種率が低い年代・地域に対して、引き続き接種促進を図ることが必要。

2. 検査の活用

- ・第17回新型コロナ分科会における提言に基づき、国と自治体は検査ができる体制を確保し、検査の更なる活用が求められる。
 - 【高齢者】・高齢者施設等の従事者への頻回検査(施設従事者は週2～3回程度)の実施が必要。
 - ・地域の実情に応じて、高齢者施設等の利用者への節目(例:帰省した親族との接触等が想定されるお盆等)での検査の推奨。
 - 【子ども】・地域の実情に応じて、クラスターが発生している場合には、保育所・幼稚園等の教職員・保育士への頻回検査の実施が必要。
 - ・自治体や学校等の判断で、健康観察を徹底し、何らかの症状がある者等には検査を行い、部活動の大会や修学旅行などへの参加を可能としながら、集団感染を防止することが必要。
 - 【若者等】・大人数での会食や高齢者と接する場合(特にお盆・夏休みの帰省での接触)の事前検査をさらに推奨。
 - ・有症状者が医療機関の受診前等に抗原定性検査キット等で自ら検査する体制整備が必要。また、必要な方が抗原定性検査キットを確保できるよう流通含め安定的な供給が重要。

3. 効果的な換気の徹底

- ・第17回新型コロナ分科会における提言に基づき、エアコン使用により換気が不十分になる夏場において、効果的な換気方法の周知・推奨が必要(エアロゾルを考慮した気流の作り方、気流を阻害しないパーテーションの設置等)。

4. 保健医療提供体制の確保

- ・更なる感染拡大に備え、国の支援のもと、都道府県等は以下の体制の点検と強化が必要。
 - ・コールセンターの設置・活用や迅速・スムーズに検査でき安心して自宅療養できる体制の強化
 - ・治療薬を適切・早期に投与できる体制の構築・強化
 - ・病床の更なる確保に向けた確保病床の計画的な稼働準備等
 - ・病室単位でのゾーニングによる柔軟で効率的な病床の活用の推進
 - ・救急搬送困難事案の増加傾向への対応。コロナ患者以外の患者受入体制の確認とともに、熱中症予防の普及啓発、熱中症による救急搬送が増えていることを注意喚起。また、自宅・宿泊療養中の方には相談窓口の活用を呼びかける。さらに、医療機関への受診を希望される方については、救急車の要請が必要な症状の目安について周知
 - ・高齢者施設等における集中的実施計画に基づく検査等及び高齢者施設等における医療支援の更なる強化
 - ・保健所業務がひっ迫しないよう、入院調整本部による入院調整や業務の外部委託・一元化などの負担軽減を更に推進

5. 基本的な感染対策の再点検と徹底

- ・不織布マスクの正しい着用、手指衛生、換気などの継続。3密や混雑、大声を出すような感染リスクの高い場面を避ける。飲食はできるだけ少人数で、飲食時以外はマスクを着用する。咽頭痛、咳、発熱などの症状がある者は外出を控える。接触機会を減らすために、職場ではテレワークの活用等の取組を再度推進する、など基本的感染対策の再点検と徹底が必要。また、イベントや会合などの主催者は地域の流行状況や感染リスクを十分に評価した上で開催の可否を含めて検討し、開催する場合は感染リスクを最小限にする対策の実施が必要。

《参考:オミクロン株とその亜系統の特徴に関する知見》

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

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

【重症度】 オミクロン株による感染はデルタ株に比べて相対的に入院のリスク、重症化のリスクが低いことが示されているが、現時点で分析されたオミクロン株による感染の致命率は、季節性インフルエンザの致命率よりも高いと考えられる。また、肺炎の発症率についても季節性インフルエンザよりも高いことが示唆されているが、限られたデータであること等を踏まえると、今後もさまざまな分析による検討が必要。前回の感染拡大における死亡者は、昨年夏の感染拡大と比べ、80歳以上の占める割合が高く、例えば、感染する前から高齢者施設に入所している利用者が感染し、基礎疾患の悪化等の影響で死亡するなど、新型コロナウイルス感染症が直接の死因でない事例も少なくないことが報告されている。高齢の感染者や基礎疾患を有する感染者の基礎疾患の増悪や、心不全や誤嚥性肺炎等の発症にも注意が必要。

【ウイルスの排出期間】 オミクロン株感染症例におけるウイルスの排出は、時間の経過とともに減少する。有症状者では、発症日から10日目以降において、排出する可能性が低くなることが示されている。なお、無症状者では、診断日から8日目以降において排出していないことが示されている。

【ワクチン効果】 初回免疫によるオミクロン株感染に対する感染予防効果や発症予防効果は著しく低下する。入院予防効果については、半年間は一定程度保たれているものの、その後50%以下に低下することが報告されている。一方で、3回目接種によりオミクロン株感染に対する感染予防効果、発症予防効果や入院予防効果が回復することや、3回目接種後のワクチン効果の減衰についても海外から報告されている。4回目接種については、重症化予防効果は6週間減衰しなかった一方、感染予防効果は限定的であり、短期間しか持続しなかったと報告されている。

【オミクロン株の亜系統】 世界におけるBA.5系統の占める割合が増加しており、BA.5系統はBA.2系統と比較して感染者増加の優位性が示唆されている。世界的には、BA.5系統へ置き換わりつつある中で、陽性者数が増加傾向となっている。BA.5系統はBA.1系統やBA.2系統に比して既存免疫を逃避する傾向が示されているが、感染力に関する明確な知見は示されていない。なお、東京都のデータに基づき算出されたBA.5系統の実効再生産数は、BA.2と比較して約1.27倍とされた。また、民間検査機関の全国の検体では約1.3倍と推計された。

WHOレポートでは、複数の国から集積した知見によると、BA.5系統に関して、既存のオミクロン株と比較した重症度の上昇は見られないとしている。一方で、国内の実験室内のデータからは、BA.5系統はBA.1及びBA.2系統よりも病原性が増加しているとする報告があるが、臨床的には現時点では確認されていない。また、BA.5系統の形質によるものかは不明であるが、BA.5系統中心に感染者数が増えている国では、入院者数・重症者数が増加していることに注意を要する。

BA.5系統は全て国内及び検疫で検出されている。ゲノムサーベイランスによると、BA.5系統の検出割合が増加しており、置き換わったと推定される。ウイルスの特性について、引き続き、諸外国の状況や知見を収集・分析するとともに、ゲノムサーベイランスによる監視を続けていくことが必要。