

現行の感染症法等の見直し等について（案）



令和4年9月5日
厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

現行の感染症法等における課題と対応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と対応等に関する感染症部会における議論について

- 第63回厚生科学審議会感染症部会（令和4年8月1日）での議論は以下のとおり。
- 法改正が必要な事項については、p 5以降に記載した対応の具体策のとおり対応することとし、その他の事項については引き続き検討していくこととしてはどうか。

テーマ	主な御意見（法改正が必要な事項）	主な御意見（その他の事項）
感染症に対応する医療機関の抜本的拡充	<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県があらかじめ医療機関との間で協定を締結し、平時から準備しておくことによって、公的医療機関だけでなく、公的以外の医療機関も含めて対応しやすくなる。 ・各都道府県単位でのしっかりとした体制作りが必要。 ・それぞれの医療機関の役割について、平時にあらかじめ行政と民間も含めた医療機関できちんと合意を作っておくことが重要。 ・患者の受入について各医療機関に行政上の義務を課すことも考えられないか。履行確保措置について違約金の徴収も考えられないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・受入医療機関における体制整備、人材育成や感染対策が重要。しっかりとした支援や診療報酬上の対応が必要ではないか。 ・感染症病床の拡充や一般病床の利用についての取扱いや、それに伴う環境整備に係る費用負担についても検討するべきではないか。 ・臨時の医療施設について、コロナ対策での実施例と課題等を踏まえて、今後の活用に関する考え方を示すべき。
自宅・宿泊療養者等への医療提供体制の確保等	<ul style="list-style-type: none"> ・今後、新たな感染症へ備える上で、自宅療養、宿泊療養について法的に整理することは有意義である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関へのかかり方についての情報共有が重要。 ・健康観察については、医療機関において担当いただくことも考えられるのではないか。
広域での医療人材の派遣等の調整権限創設等	<ul style="list-style-type: none"> ・専門的な知見と経験のある方を確実に集めて派遣できる法的な枠組みが必要。 ・広域的な応援職員派遣の体制整備が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・学会等と連携し、しっかりとしたスキルを持った方が実際に支援していくような体制を整備すべき。 ・緊急時に人材を派遣するためには平時に余剰人員が必要。 ・感染流行下においては人材派遣を柔軟に行えるようにすることを検討することが考えられるのではないか。

現行の感染症法等における課題と対応等に関する感染症部会における議論について

テーマ	主な御意見（法改正が必要な事項）	主な御意見（その他）
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	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急時には、保健所設置市と都道府県知事が一体性・統一性をもって感染症対策ができる仕組みを構築することが必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・疫学調査の専門家や院内感染の対策を行うような専門的な医師・保健師・看護師を拡充していくことが必要。 ・関係者の意思疎通・連携を促進していく上で、電子的な情報共有システムあるいは電子化ネットワークの整備が必要。
検査体制の強化	<ul style="list-style-type: none"> ・流行初期の検査体制をしっかりと確保すべき。 ・地域ごとに、どのぐらいの検体が処理できるのかを明らかにしておくことが必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・感染研等で開発された試薬が企業等に渡される段階で、速やかに医療機関において医療機関の判断で行政検査ができるようにすることが必要。 ・PCR検査を短時間で多数行える大型の設備を整備する計画を全国できちんと立てて、そのために必要なメンテナンスの費用等をしっかり手当すべき。 ・大学や研究機関について、臨時衛生検査所として協力いただくことも考えられるのではないか。
感染症データ収集と情報基盤の整備	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関によるHER-SYSでの発生届を強力に推進することや、発生届等の情報とレセプト情報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は、データのさらなる活用の促進に向けて必要。 ・HER-SYSのような届出のデジタル化は必須。 	<ul style="list-style-type: none"> ・HER-SYSをもとにして、各都道府県レベルで様々なプラットフォームが作られ、入院調整等に使われており、これは引き続き活用されるべき。 ・サーベイランスを行う中で、保健所が地域の医療機関、研究機関の連携をするためのハブ機能を担うべき。 ・電子カルテとかレセコン等と連携して簡易にデータが提供できるようなシステムが必要。 ・医療機関の入力や保健所の分析など、現場の利便性にも配慮が必要。

現行の感染症法等における課題と対応等に関する感染症部会における議論について

テーマ	主な御意見（法改正が必要な事項）	主な御意見（その他）
治療薬の研究環境の整備	<ul style="list-style-type: none"> 研究に必要な臨床情報や検体がしっかり収集できるような体制づくりが必要。 国産の治療薬の開発支援のための検討を行うべき。 	<ul style="list-style-type: none"> 新興・再興感染症を最初に診る感染症指定医療機関の研究機能を強化すべき。 自宅にいながらも治験が受けられるようにすることは、速やかな治療法の開発という観点で必要。
医療用物資等の確保の強化	<ul style="list-style-type: none"> 防護服など、感染症に係る医療に必要な医療用物資について、確実に供給を行えるよう、国においてサプライチェーンを把握し、戦略的に確保すべき。 国内で医療を安定的に提供していくためには、医療物資を安定的に確保し、海外の情勢にもできるだけ影響を受けないようにすべき。 	<ul style="list-style-type: none"> 備蓄して、期限が来たら捨てるのではなくて、欧米のようにリボルビングにして、常に一定の備蓄があるということを検討すべき。 国産化、自給率を高めるということも明確にすべき。 医薬品の国内生産だけでなく、原材料の国産化ということにも注目していくべき。
水際対策の実効性の向上		<ul style="list-style-type: none"> ボーダーサーベイランスの強化を検討すべき。
感染状況のフェーズに応じた対応	<ul style="list-style-type: none"> 疾患に応じた対応とは別に、フェーズに応じた対応についても感染症法に位置づけていく必要があるのではないか。 届出とサーベイランスの違いを明確にすべき。 	<ul style="list-style-type: none"> 公衆衛生対策から保険診療への移行をスムーズに行うことができるようにすべき。

課題・対応の方向性・対応の具体策（※）

（※） 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
次の感染症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

対応の具体策：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
次の感染症危機に備えるための対応の具体策」（2022年9月2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

<平時からの計画的な保健・医療提供体制の整備>

- 感染症法に基づき都道府県が平時に定める予防計画について、医療提供体制に関する記載事項を充実するとともに、医療・検査等の確保について数値目標（病床、発熱外来、後方支援、人材派遣、個人防護具の備蓄等）を定めることとし、保健所設置市等は都道府県の計画を踏まえ新たに平時に予防計画を策定することとする。

<感染症発生・まん延時における確実な医療の提供>

- 都道府県等と医療機関等は、感染症発生・まん延時（国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある新たな感染症の発生及びまん延時をいう。以下同じ。）の具体的な役割・対応等（病床、発熱外来、後方支援、人材派遣、個人防護具の備蓄等）について、あらかじめ、医療機関等の機能を踏まえ協定を締結することとする。（加えて公立・公的医療機関等や特定機能病院・地域医療支援病院にはその機能を踏まえ感染症発生・まん延時に担うべき医療の提供を義務付け、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創設）。あわせて、保険医療機関等は、感染症医療の実施について、国・地方公共団体が講ずる措置に協力するものとする。さらに、都道府県等は、医療関係団体に対し協力要請できることとする。また、初動対応等を含む特別な協定（以下「特別な協定」という。）を締結した医療機関に対して、都道府県は、感染症流行初期において感染症流行前と同水準の医療の確保を可能とする措置（以下「流行初期医療確保措置」という。）を講ずることとする。

あわせて、都道府県等は、協定の履行状況等の報告徴収・公表を行うとともに、協定に沿った対応をしない医療機関等に対する勧告・指示・公表（特定機能病院・地域医療支援病院については、指示に従わない場合に承認を取り消すことができること）を行うこととする。

- 流行初期医療確保措置は、当該感染症に対する診療報酬の上乗せや補助金による支援が充実するまでの暫定的な支援とし、その措置額については、感染症発生・まん延時の初期に、特別な協定に基づいて対応を行った月の診療報酬と感染症発生・まん延時以前の直近の同月の診療報酬の額等を勘案した額とする。

流行初期医療確保措置のための費用については、公費とともに、保険としても負担することとする。

<国・都道府県等の費用負担>

- 新たに創設する事務に関して都道府県等において生じる費用については、国が法律に基づきその一定割合を適切に負担することとする。

※ 感染症発生・まん延時の医療提供体制の確保に当たっては、以下の理由から、都道府県等と医療機関が協定を結ぶ形が適当。
・ 現下のコロナ対策において、都道府県等と医療機関が協定を締結することで医療体制の整備を図っており、今回の対応をベースとして次の感染症危機に備えることが望ましいこと
・ 医療体制整備に当たっては、都道府県等と医療機関で十分に協議し、医療機関からの協力を基本として対応することが望ましいこと
また、履行確保措置については、感染症発生・まん延時においては、感染症患者への医療の提供を確保することが必要であることから、協定に沿った対応をしない医療機関等に対する勧告・指示・公表等を行うことが適当。

(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

対応の具体策

<平時からの計画的な保健・医療提供体制の整備>

- 感染症法に基づき都道府県が平時に定める予防計画について、医療・検査・宿泊施設等の確保について数値目標（自宅療養者等に対する医療の提供（オンライン診療、往診・訪問看護、医薬品等対応等））を定めることとし、保健所設置市等は都道府県の計画を踏まえ新たに平時に予防計画を策定することとする。

<感染症発生・まん延時における確実な医療の提供>

- 都道府県等と医療機関等は、感染症発生・まん延時の具体的な役割・対応等（自宅療養者等に対する医療の提供）について、あらかじめ、医療機関等の機能を踏まえ協定を締結することとする。あわせて、保険医療機関等は、感染症医療の実施について、国・地方公共団体が講ずる措置に協力するものとする。さらに、都道府県等は、医療関係団体に対し協力要請できることとする。

<自宅・宿泊療養者等への医療や支援の確保>

- 健康観察について、都道府県等が医療機関等への委託や地域の医療関係者への協力の求めを推進することとする。また、健康観察や食事の提供等の生活支援について、市町村に協力を求めることとし、都道府県と市町村間の情報共有を進めることとする。さらに、宿泊施設の確保のための協定を締結することとする。
- 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が負担する仕組み（公費負担医療）を創設する。

<国・都道府県等の費用負担>

- 新たに創設する事務に関して都道府県等において生じる費用については、国が法律に基づきその一定割合を適切に負担することとする。

(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

対応の具体策

<広域での医療人材派遣の仕組みの創設等>

- 国による広域での医師・看護師等の医療人材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、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等を設けるとともに、都道府県知事の求めに応じて派遣される医療人材（DMAT等）の養成・登録等の仕組みを整備し、派遣や活動をより円滑に行えるようにする。

(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。
- 緊急時に外部保健師等を円滑に応援派遣する仕組み（IHEAT）を整備する。
- 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

対応の具体策

<平時からの計画的な保健・医療提供体制の整備>

- 感染症法に基づき都道府県が平時に定める予防計画について、保健・医療提供体制に関する記載事項を充実するとともに、保健所設置市等は都道府県の計画を踏まえ新たに平時に予防計画を策定することとする。

<地域における関係者間の連携強化と行政権限の見直し>

- 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、各都道府県に連携協議会の設置を推進するとともに、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等の長に指示できる権限を創設する。

<保健所の体制・機能の強化>

- 感染症発生・まん延時に、保健師等の専門家が保健所業務を支援する仕組み（IHEAT）を整備する。

(5) 検査体制の強化

課題

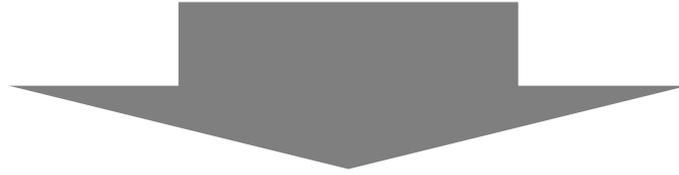
- 感染症対応の基本はまず検査を正確に行うことであるが、設置が都道府県等に委ねられている地方衛生研究所の法令上の位置付けが不明確であり、発生初期の段階において、地方衛生研究所における検査体制は十分でなく、その能力拡充も遅々として進まなかった。
- 検体採取や検査を行う医療機関における個人防護具（PPE）の不足や検体搬送の煩雑さ、感染拡大に伴う保健所業務のひっ迫などから、検査数がなかなか増加せず、検査ニーズの高まりに十分対応することができなかった。
- 検体採取やワクチン接種の担い手である医師や看護師等の確保が課題となったため、検体採取は歯科医師が、ワクチン接種は歯科医師、臨床検査技師、救急救命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・特別区が試験検査・調査研究等をするために必要な体制（地方衛生研究所等）を整備する。
- 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



対応の具体策

<保健所の体制・機能の強化>

- 都道府県等は、専門的な知識・技術を必要とする調査研究や試験検査等を実施するために必要な体制（地方衛生研究所等）の整備等を行うこととする。また、検査の実施能力の確保のため、民間検査機関等との間で協定を締結することとする。

<平時からの計画的な保健・医療提供体制の整備>

- 感染症法に基づき都道府県が平時に定める予防計画について、検査の確保に係る数値目標を定めることとし、保健所設置市等は都道府県の計画を踏まえ新たに平時に予防計画を策定することとする。

<検体採取の担い手に係る枠組みの整備>

- 感染症発生・まん延時に、厚生労働大臣及び都道府県知事の要請により、医師・看護師等以外の一部の者が検体採取やワクチン接種を行うことができる枠組みを整備する。

(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力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での発生届を強力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。

対応の具体策

<情報基盤の強化>

- 情報基盤強化のため、医療DXの取組との整合性を図りつつ、医療機関による発生届の電磁的入力や、入院患者の重症度等に係る届出（退院時の届出）等を強力に推進する。発生届等の感染症の疫学情報について、レセプト情報、ワクチン接種情報等との連結分析や、匿名化した上で第三者提供を可能とする仕組みを整備する。

(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

対応の具体策

<医薬品等の研究開発促進>

- 国は、良質かつ適切な医療の確保を図るための基盤として、関係医療機関の協力を得て、医薬品の研究開発を推進するとともに、関係機関にその事務を委託できるものとする。

(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。

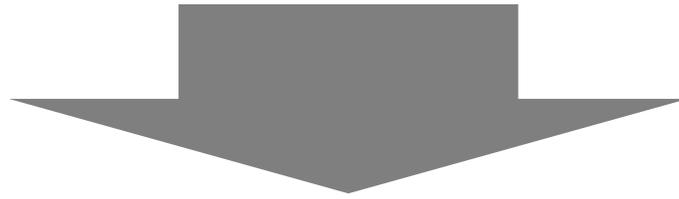


対応の方向性

- 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



対応の具体策

<感染症対策物資等の確保の強化>

- 医薬品、医療機器、個人防護具等の確保のため、緊急時における国から事業者への生産要請・指示、必要な支援等を行えるようにするとともに、平時から事業状況の報告を求めることができるよう枠組みを整備する。

<平時からの計画的な保健・医療提供体制の整備>

- 感染症法に基づき都道府県が平時に定める予防計画について、医療・検査・宿泊施設等の確保に係る数値目標（個人防護具の備蓄等）を定めることとし、保健所設置市等は都道府県の計画を踏まえ新たに平時に予防計画を策定することとする。

<感染症発生・まん延時における確実な医療の提供>

- 都道府県等と医療機関等は、感染症発生・まん延時の具体的な役割・対応等（個人防護具の備蓄等）について、あらかじめ、医療機関等の機能を踏まえ協定を締結することとする。

(9) 水際対策の実効性の向上

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

具体的対応案

<水際対策の実効性の確保>

- 新型インフルエンザ等感染症等に感染したおそれのある者に居宅等での待機を指示できることとし、待機状況の報告に応じない場合等の罰則を創設する。
- 検疫所長等が、施設待機等の措置等のために必要な場合に、宿泊施設の開設者等に対して、施設の提供等の協力を求めることができることとする。
- 検疫所長が、隔離等の措置を適切に講ずる体制を確保するため、平時から、都道府県知事とも連携した上で、医療機関と協定を締結する仕組みを整備する。

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・再興型新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9月1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)	69,680,454 (+303,658)	19,071,057 (+149,868)※2	1,683,417 (-35,804)	539 (-16) ※6	17,272,044 (+183,186)	40,190 (+318)	86,362 (+7,937)
空港・海港検疫	2,344,848 (+675) ※7	21,585 (+38)	249 (+3)	0	21,328 (+35)	8 (±0)	0
チャーター便 帰国者事例	829	15	0	0	15	0	0
合計	72,026,131 (+304,333)	19,092,657 (+149,906)※2	1,683,666 (-35,801)	539 (-16) ※6	17,293,387 (+183,221)	40,198 (+318)	86,362 (+7,937)

- ※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集計。
- ※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。

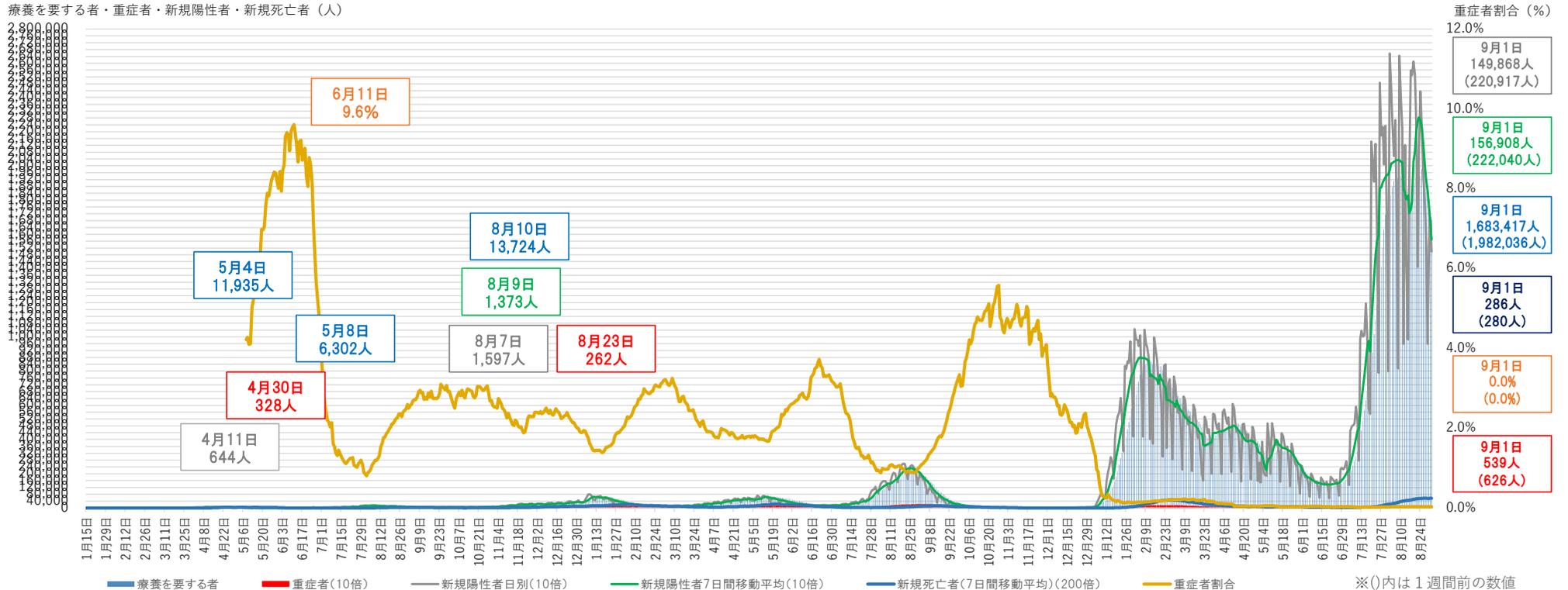
【上陸前事例】括弧内は前日比

	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。

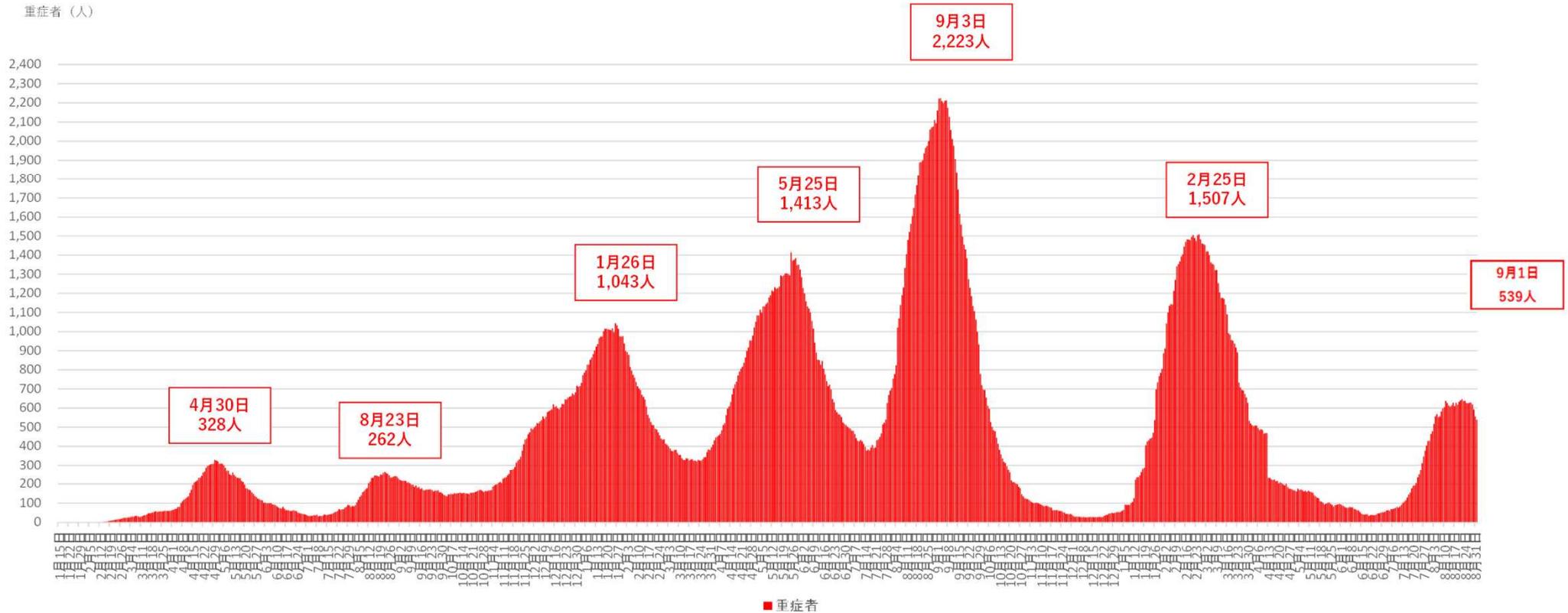
重症者・新規陽性者数等の推移

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集計。
- ※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（大阪府は令和4年4月14日公表分から独自基準へと変更）。

重症者の推移



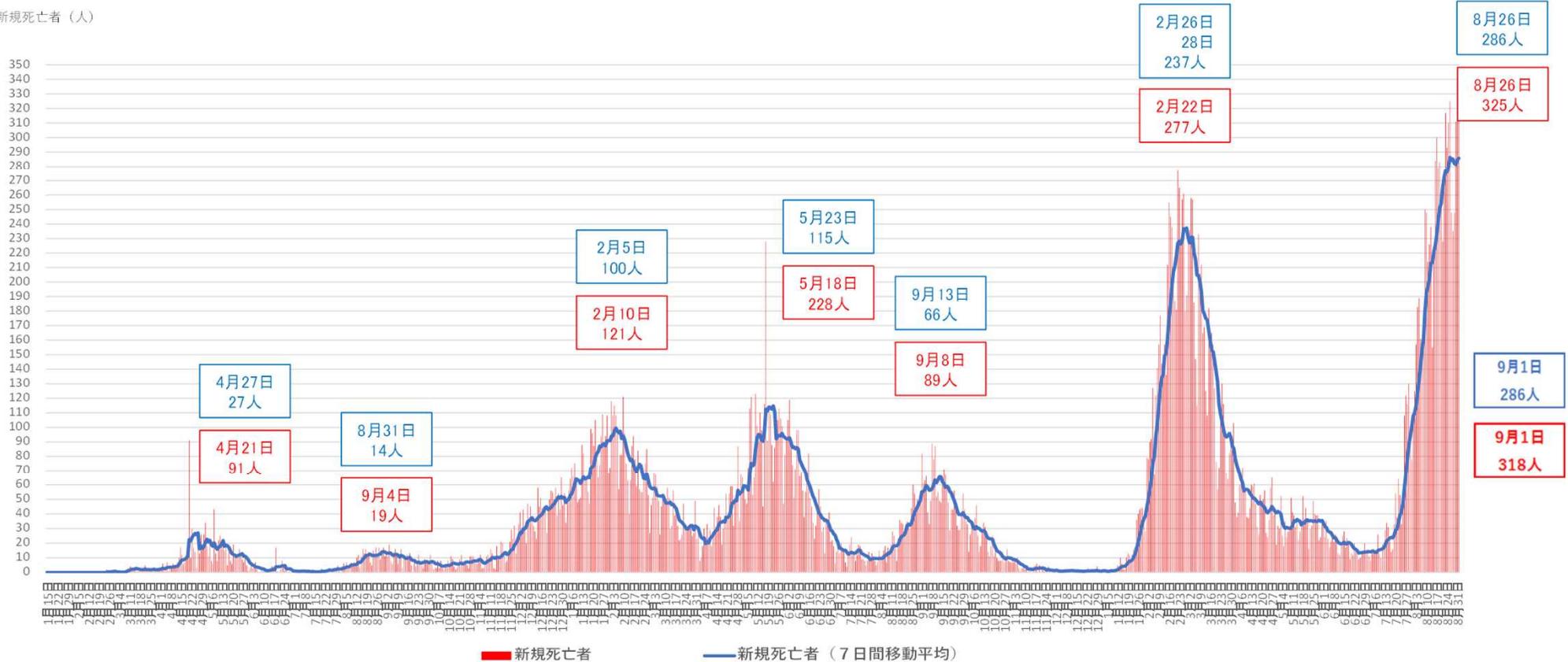
※1 チャーター便を除く国内事例。令和2年5月8日公表分から、データソースを従来の厚生労働省が把握した個票を積み上げたものから、各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げたものに変更した。

※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集計。

※3 集計方法の主な見直し：令和3年5月19日公表分から沖縄県について、令和3年5月26日公表分から大阪府・京都府について、重症者の定義を従来の自治体独自の基準から国の基準に変更し集計を行った（大阪府は令和4年4月14日公表分から独自基準へと変更）。

新規死亡者の推移

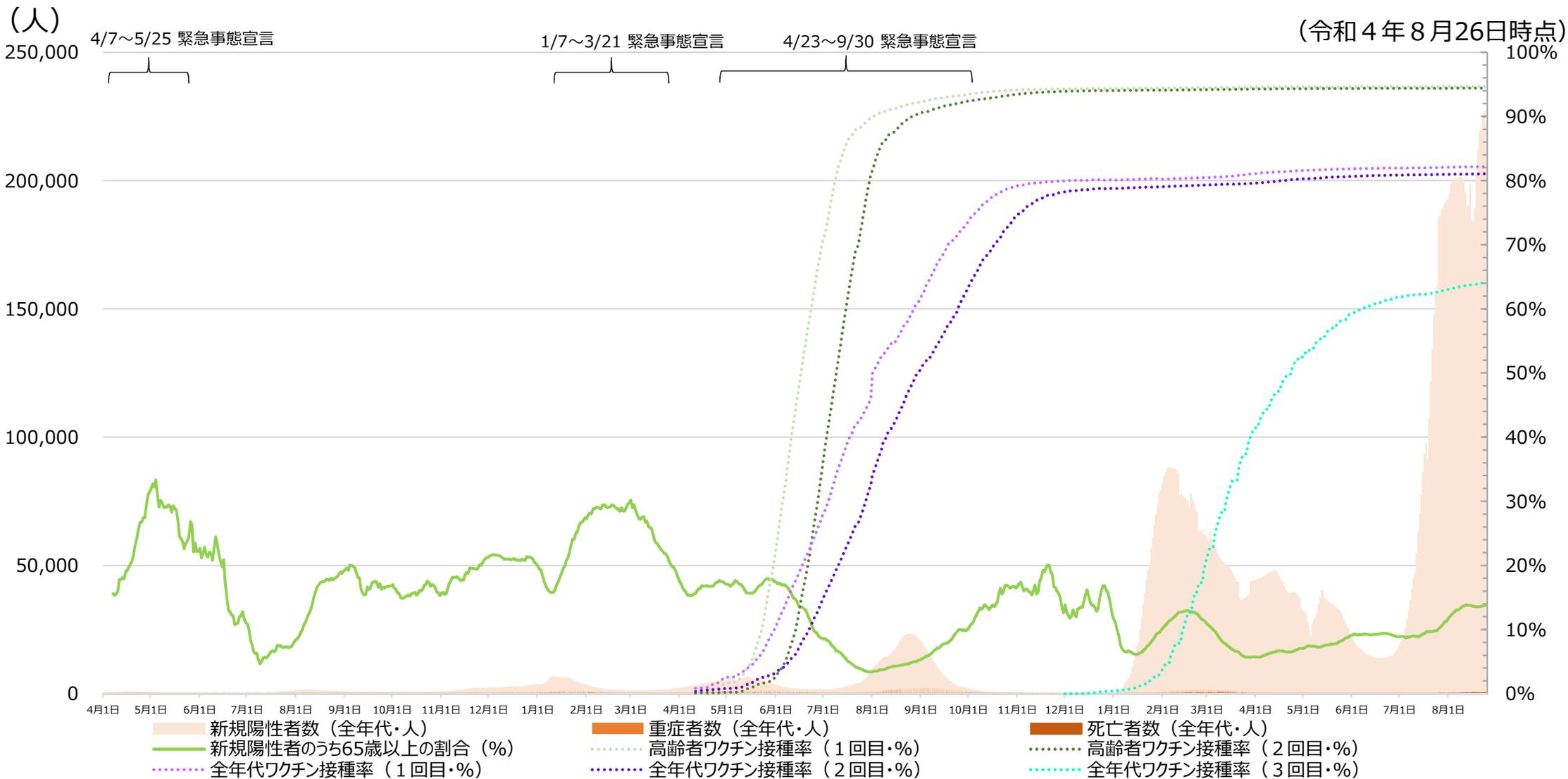
新規死亡者（人）



※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。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8月29日時点)は90.7%、60歳以上ワクチン接種率（4回目）(同日時点)は54.9%(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68.7%)。

(出典：首相官邸ウェブサイト)

直近の感染状況の評価等

第97回(令和4年8月31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

<感染状況等の概要>

- 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985人となり、今週先週比は0.79と先週の増加傾向から再び減少に転じているものの、全国的には高い感染レベルが継続している。今後、夏休み後の学校再開による感染状況への影響に注意が必要。
- 新規感染者数が減少に転じたことに伴い、療養者数も再び減少に転じた。また、病床使用率は、全国的に高止まりしている。医療提供体制においては、救急搬送困難事案や医療従事者の欠勤などが多く見られ、コロナだけでなく一般医療を含め医療提供体制に大きな負荷が生じている。重症者数や死亡者数も高止まりとなっており、特に死亡者数はこれまでの最高値を超える状況が続いている。

実効再生産数：全国的には、直近(8/14)で1.03となっており、首都圏は0.99、関西圏は1.00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733人(札幌市約722人)、今週先週比は0.79。30代以下が中心。病床使用率は約4割。
北関東	茨城、栃木、群馬では新規感染者数は約825人、665人、762人、今週先週比は0.88、0.75、0.85。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6割強、栃木では5割弱、群馬では5割強。
首都圏 (1都3県)	東京の新規感染者数は約883人、今週先週比は0.72。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割強。埼玉、千葉、神奈川の新規感染者数は約758人、722人、617人、今週先週比は0.80、0.95、0.82。病床使用率について、埼玉、千葉、神奈川では6割強。
中京・東海	愛知の新規感染者数は約1,128人、今週先週比は0.76。30代以下が中心。病床使用率は7割強。岐阜、静岡、三重の新規感染者数は約1,092人、962人、1,169人、今週先週比は0.78、0.83、0.81。病床使用率について、岐阜、静岡では6割強、三重では5割強。
関西圏	大阪の新規感染者数は約1,151人、今週先週比は0.72。30代以下が中心。病床使用率は6割強、重症病床使用率は1割強。滋賀、京都、兵庫、奈良、和歌山の新規感染者数は約1,144人、1,078人、1,117人、1,126人、1,108人、今週先週比は0.90、0.87、0.81、0.82、0.76。病床使用率について、滋賀、兵庫、和歌山では6割強、京都では6割弱、奈良では5割強。
九州	福岡の新規感染者数は約1,250人、今週先週比は0.73。30代以下が中心。病床使用率は7割強。佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島の新規感染者数は約1,354人、1,578人、1,235人、1,160人、1,516人、1,560人、今週先週比が0.69、0.84、0.73、0.75、0.79、0.80。病床使用率について、佐賀では5割弱、長崎、熊本、鹿児島では6割強、大分では5割強、宮崎では4割強。
沖縄	新規感染者数は約1,329人、今週先週比は0.76。30代以下が中心。病床使用率は約6割、重症病床使用率は3割強。
上記以外	青森、石川、徳島、高知の今週先週比は1.07、0.91、1.01、0.91。病床使用率について、青森では約7割、長野、広島、山口では約6割、徳島では7割弱、香川、愛媛では6割強。

<感染状況等と今後の見通し>

○ 感染状況について

- 新規感染者数について、先週のお盆明け以降の増加傾向から再び減少に転じているものの、全国的には高い感染レベルが継続しており、いまだ高止まり傾向の地域も一部で見られる。また、高齢者施設と医療機関の集団感染が継続している。さらに、全国的に感染者及び濃厚接触者が出ていることにより、医療機関や福祉施設だけでなく、社会活動全体への影響が継続している。
- 全国の年代別の新規感染者数は、全年代で減少に転じており、特に20代は先週の急増から減少に転じ、その減少幅が大きくなっている。また、高齢者の新規感染者数も減少傾向となっているが、重症者・死亡者が増加し、高止まりとなっており、特に死亡者は、これまでの最高値を超える状況が続いている。
- 新規感染者の感染場所について、自宅の割合は横ばい傾向となり、学校等ではこれまでの減少傾向から転じて増加傾向となっている。また、事業所（職場）の割合も20-60代で概ね増加傾向にある。（大都市部では積極的疫学調査が重点化され、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）。

○ 今後の見通しと感染の増加要因・抑制要因について

- 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などでは、地域差や不確実性はあるものの、高止まりから減少傾向の可能性はあるが、今後は夏休みが終了し学校が再開する影響により増加に転じることも懸念される。いまだ全国的に高い感染レベルにあり、医療提供体制の厳しい状況が継続することが予想される。
- 感染者数に影響を与える主な要因としては、以下の要因が考えられる。
 - 【ワクチン接種および感染による免疫等】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。一方で、60代以上では、20-40代と比較して感染による免疫獲得は低く、また免疫の減衰についても指摘されており、今後高齢者層への感染拡大が懸念される。
 - 【接触パターン】夜間滞留人口について、全体的には横ばい傾向で、足下では、東京や愛知、大阪などの大都市で増加に転じている。
 - 【流行株】BA.2系統の流行から、現在BA.5系統が主流となり、概ね置き換わっている。
 - 【気候要因】9月も当面は高い気温の気候が続くことが見込まれ、冷房を優先するため換気がされにくい場合もある。

○ 医療提供体制の状況について

- 全国的には、外来診療検査体制の負荷がみられるとともに、病床使用率については全国的に高止まりし、ほとんどの地域で引き続き5割を超えている。重症病床使用率は東京と大阪では5割を下回ったが、高知で5割となっている。一方で、自宅療養者・療養等調整中の数は多くの地域で高止まり又は減少傾向にある。
- 全国的に、医療従事者の感染により、十分に人員を配置できない状態が継続し、一般医療を含めた医療提供体制への負荷が長期化している。また、介護の現場でも、施設内療養が多く見られるとともに、療養者及び従事者の感染により、厳しい状況が続いている。
- 検査の陽性率は減少傾向がみられるが、まだ高い水準が継続し、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、全国の数値は減少したものの、地域によっては、依然として高い水準が継続しており、注意が必要である。また、猛暑日の影響による救急搬送にも引き続き注意が必要である。

<必要な対策>

○ 基本的な考え方について

- ・感染状況が収まらない中で、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、今後重症者や死亡者を極力増やさないよう感染者を減らす努力を行うとともに、医療提供体制の強化及び医療機関や保健所の更なる負担軽減について、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

- ・国内で新型コロナワクチンの有効性を検討した症例対照研究により、BA.5の流行期において、未接種と比較した2回接種後5ヶ月後の発症予防効果は低程度であった。一方で、3回（ブースター）接種により発症予防効果が中～高程度まで高まる可能性が示された。2回接種と比較した3回接種の相対的な有効率についても一定程度見込まれることが暫定報告された。
- ・「オミクロン株対応ワクチン」による追加接種について、初回接種終了者を対象として、本年10月半ば以降の実施に向けた準備を進める。
- ・4回目接種については、重症化予防を目的として、対象者（60才以上の高齢者及び60才未満の重症化リスクのある者等）の早期接種に向けて引き続き取り組む必要。また、足下の感染状況を踏まえ、重症化リスクが高い方が多数集まる医療機関・高齢者施設等の従事者の接種も進めることが必要。
- ・3回目接種までは組換えタンパクによるワクチンの接種も選択できる。3回目接種は、初回接種によるオミクロン株に対する感染予防効果や重症化予防効果の経時的な減弱が回復されることが確認されている。現在の感染状況を踏まえると、できるだけ早い時期に初回接種及び3回目接種を検討するよう促進していくことが必要。
- ・小児（5～11歳）の接種について、今般、オミクロン株流行下での一定の知見が得られたことから、予防接種・ワクチン分科会において、小児について接種の努力義務を課すことが妥当とされた。

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での検査の推奨。
- ・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、子どもへの健康観察を徹底し、何らかの症状がある者等には検査を行うことが必要。
- ・大人数での会食や高齢者と接する場合の事前検査をさらに推奨。
- ・有症状者が抗原定性検査キットで自ら検査を行い、陽性の場合に健康フォローアップセンター等で迅速に健康観察を受けられる「発熱外来自己検査体制」整備の更なる推進が必要。
- ・この取組を進めるためにも国が抗原定性検査キットの買上げ・都道府県配布や、調整支援を行うなど、流通含め安定的な供給が重要。
- ・抗原定性検査キットについて、OTC化を通じた利活用を進めることが必要。

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らないよう、効果的な換気方法の周知・推奨が必要（エアロゾルを考慮した気流の作り方、気流を阻害しないパーテーションの設置等）。

4. 保健医療提供体制の確保

- ・国の支援のもと、都道府県等は、以下の病床や発熱外来等のひっ迫回避に向けた対応が必要。
 - ・確保病床等の即応化や、病床を補完する役割を担う臨時の医療施設等の整備に加え、宿泊療養施設や休止病床の活用など、病床や救急医療のひっ迫回避に向けた取組
 - ・入院治療が必要な患者が優先的に入院できるよう適切な調整、高齢者施設等における頻回検査等の実施や医療支援の更なる強化
 - ・後方支援病院等の確保・拡大、早期退院の判断の目安を4日とすることの周知など転院・退院支援等による病床の回転率の向上
 - ・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等の効果的かつ負担の少ない感染対策の推進
 - ・全国一律導入を基本としつつ、発熱外来や保健所業務が極めて切迫した地域において、緊急避難的に発生届の範囲の限定を可能とするなど、発熱外来や保健所における更なる負担軽減策を推進
 - ・オンライン診療等の活用を含めた発熱外来の拡充・公表の推進
 - ・有症状者が抗原定性検査キットで自ら検査を行い、陽性の場合に健康フォローアップセンター等で迅速に健康観察を受けられる「発熱外来自己検査体制」整備の更なる推進。特に、発生届の範囲が限定される発熱外来等ひっ迫地域においては、健康フォローアップセンターの強化など発熱外来自己検査の取組強化を推進
 - ・受診控えが起こらないよう配慮の上、例えば無症状で念のための検査のためだけの救急外来受診を控えることについて、地域の実情に応じて地域住民に周知。併せて、体調悪化時などに不安や疑問に対応できるよう、医療従事者等が電話で対応する相談窓口を周知するとともに、こうした相談体制を強化
 - ・救急搬送困難事案への対応。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等を注意喚起
 - ・診療・検査医療機関における治療薬の登録状況の公表など、治療薬を適切・早期に投与できる体制の構築・強化
 - ・職場・学校等において療養開始時に検査証明を求めないことの徹底
- ・自宅療養者・療養等調整中や高齢者施設内での療養等の状況を踏まえ、酸素濃縮装置の確保等、一時的に酸素投与を必要とする患者への酸素投与体制の点検・確保

5. サーベイランス等

- ・発生届の範囲の限定、届け出項目の重点化、感染拡大による検査診断・報告の遅れ、受診行動の変化などにより、現行サーベイランスの精度の低下が懸念され、発生動向把握のため、実効性ある適切なサーベイランスの検討を速やかに進めることが必要。
また、変異株について、ゲノムサーベイランスで動向の監視の継続が必要。

6. 基本的な感染対策の再点検と徹底

- ・以下の基本的感染対策の再点検と徹底が必要。
 - ・不織布マスクの正しい着用、手指衛生、換気の徹底などの継続
 - ・3密や混雑、大声を出すような感染リスクの高い場面を避ける
 - ・できる限り接触機会を減らすために、例えば、職場ではテレワークの活用等の取組を再度推進するなどに取り組む
 - ・イベントや会合などの主催者は地域の流行状況や感染リスクを十分に評価した上で開催の可否を含めて検討し、開催する場合は感染リスクを最小限にする対策の実施が必要
 - ・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
 - ・医療機関の受診や救急車の利用については目安を参考にする

《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日目以降に排出する可能性が低くなることが示され、無症状者では、診断日から8日目以降は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】 世界的には、BA.5系統の占める割合の増加とともに陽性者数の増加が見られ、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たが、直近では陽性者数は減少に転じている。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、BA.5系統の重症度については、既存のオミクロン株と比較して、上昇及び変化なしのいずれのデータもあり、引き続き情報収集が必要であるとしている。また、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。国内の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、概ね置き換わっている。

また、本年6月以降インドを中心に報告されているBA.2.75系統は国内で検出されているが、他の系統と比較した感染性や重症度等に関する明らかな知見は海外でも得られていない。これらの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。