

# 新型コロナウイルス感染症対策 専門家会議の見解等 資料集

2020年2月20日～5月29日公開分

## 目次

1. クルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」内の感染制御策について（2020年2月20日） .....	2
2. 新型コロナウイルス感染症対策の基本方針の具体化に向けた専門家の見解（2020年2月24日） .....	4
3. 新型コロナウイルス感染症対策の見解（2020年3月9日） .....	7
4. 新型コロナウイルス感染症のクラスター（集団）発生の リスクが高い日常生活における場面についての考え方（2020年3月9日） .....	12
5. 新型コロナウイルス感染症対策専門家会議から厚生労働省への要望（2020年3月17日） .....	14
6. 新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言（2020年3月19日） .....	16
7. 新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言（2020年4月1日） .....	35
8. 新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言（2020年4月22日） .....	47
9. 参考資料1：人との接触を8割減らす10のポイント（2020年4月22日） .....	68
10. 参考資料2：新型コロナウイルス感染症の患者数が 大幅に増えたときの相談・受診の考え方（2020年4月22日） .....	69
11. （概要）新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言（2020年4月22日） .....	70
12. 新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言（2020年5月1日） .....	89
13. （概要）新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言（2020年5月1日） .....	109
14. 新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言（2020年5月4日） .....	127
15. （概要）新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言（2020年5月4日） .....	147
16. 新型コロナウイルス感染所対策の現状分析・提言（2020年5月4日）の 一部訂正について（2020年5月11日） .....	163
17. 新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言（2020年5月14日） .....	168
18. （概要）新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言（2020年5月14日） .....	193
19. 新型コロナウイルス感染症対策の現状分析・提言（2020年5月14日）の 一部訂正について（2020年5月15日） .....	209
20. 新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言（5月14日）の追加資料について .....	210
21. 5月14日提言「別添1」（2020年5月22日訂正） .....	211
22. 新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言（2020年5月29日） .....	213
23. （概要）新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言（2020年5月29日） .....	260

## クルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」内の感染制御策について

2月3日に横浜港に到着し、現在着岸検疫を実施中のクルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」については、2月5日の朝以降、感染の拡大を抑制するため、乗客全員を自室での待機とするなど、感染防止策を講じてきたところです。

認定感染制御医などの感染制御の専門家や感染管理認定看護師によって構成される日本環境感染学会の災害時感染制御支援チーム（Disaster Infection Control Team：DICT）や大学病院等の専門家には、今回の新型コロナウイルス対策において、当初から、チャーター便での帰国者の宿泊時の感染予防措置やケアを行う医療従事者の指導等に取り組んでいただいております。

今回のクルーズ船での感染防止策においても、船舶内という制限のある空間において、様々な場面で感染拡大を防ぐ対策を向上させるべく、厚生労働省として、DICTおよび大学病院等の感染制御専門家に対して継続的に依頼し、船内において適切な感染管理に関するコンサルテーション及びラウンドを実施していただきました。業務手順の指導、衛生環境の整備など具体的な改善策についての指導をうけつつ、乗客のみならずのご理解と同乗員の献身的な努力を得つつ、以下のような感染防止策を実施してまいりました。

### ① 船内の区域管理（ゾーニング）など、感染管理について

- 船内の区域管理（ゾーニング）が適切に実施（※）されているかを含め、船内の感染管理について、感染制御支援チームの医師が船内のコンサルテーション及びラウンドを連日実施し、指摘された点はすべてその日のうちに対応を行ってきました。（※）検体採取等で汚染したガウン等の感染防具を脱ぐゾーンは設けられ、その他の業務区域と明確に分離されています。

### ② 検疫官や医療従事者の感染防御について

- クルーズ船においては感染制御専門チームが、適切にコンサルテーション及びラウンドを行い、医療従事者及び乗員の衛生改善活動の指導を行ってきました。
- 乗客に関しては、繰り返し船内アナウンスで指導するとともに、個々に配布したスマートフォンに日本環境感染学会の災害時感染制御支援チーム（DICT）が制作したマスクの外し方、手指消毒の仕方などの動画を制作して配信し、普及啓発を行いました。
- 乗員については、ほぼすべてに対して講習を行い、症状がない状態で勤務中の乗員に対しても、業務中は必ずマスクと手袋を着用する、手指をアルコール消毒する

手指衛生を行う、食事を離れてとる、船内の乗員の各居室への消毒用アルコールの設置など衛生環境の整備を行うことなどを徹底してきました。

- 外から乗船する医療従事者に対しては、ターミナルにおいて乗船する前に認定感染制御医などの感染症専門医や感染管理認定看護師による個人防護具の装着についての講習を受けていました。またターミナルでの感染管理については、保健師の協力もいただき、建物への出入口での衛生管理においても適切に行ってきました。

# 「新型コロナウイルス感染症対策の基本方針の具体化に向けた見解」

2020年2月24日

新型コロナウイルス感染症対策専門家会議

## 1. 緒言

この専門家会議は、新型コロナウイルス感染症の対策について、医学的な見地から助言等を行うため、適宜、政府に助言をしてきました。

我々は、現在、感染の完全な防御が極めて難しいウイルスと闘っています。このウイルスの特徴上、一人一人の感染を完全に防止することは不可能です。

ただし、感染の拡大のスピードを抑制することは可能だと考えられます。そのためには、これから1-2週間で急速な拡大に進むか、収束できるかの瀬戸際となります。仮に感染の拡大が急速に進むと、患者数の爆発的な増加、医療従事者への感染リスクの増大、医療提供体制の破綻が起りかねず、社会・経済活動の混乱なども深刻化する恐れがあります。

これからとるべき対策の最大の目標は、感染の拡大のスピードを抑制し、可能な限り重症者の発生と死亡数を減らすことです。

現在までに明らかになってきた情報をもとに、我々がどのように現状を分析し、どのような考えを持っているのかについて、市民に直接お伝えすることが専門家としての責務だと考え、この見解をとりまとめることとしました。なお、この内容はあくまでも現時点の見解であり、随時、変更される可能性があります。

## 2. 日本国内の感染状況の評価

2019年12月初旬には、中国の武漢で第1例目の感染者が公式に報告されていますが、武漢の封鎖は2020年1月23日でした。したがって、その間、武漢と日本の間では多数の人々の往来があり、そのなかにはこのウイルスに感染していた人がいたと考えられます。

既に、国内の複数の地域から、いつ、どこで、誰から感染したかわからない感染例が報告されてきており、国内の感染が急速に拡大しかねない状況にあります。したがって、中国の一部地域への渡航歴に関わらず、一層の警戒が必要な状況になってきました。

このウイルスの特徴として、現在、感染を拡大させるリスクが高いのは、対面で人と人との距離が近い接触（互いに手を伸ばしたら届く距離）が、会話などで一定時間以上続き、多くの人々との間で交わされる環境だと考えられます。我々が最も懸念していることは、こうした環境での感染を通じ、一人の人から多数の人に感染するような事態が、様々な場所で、続けて起きることです。

## 3. これまでに判明してきた事実

### (1) 感染者の状況

新型コロナウイルスに感染した人は、ほとんどが無症状ないし軽症であり、既に回復している人もいます。

国内の症例を分析すると、発熱や呼吸器症状が1週間前後持続することが多く、強いだるさ（倦怠感）を訴える人が多いです。

しかしながら、一部の症例は、人工呼吸器など集中治療を要する、重篤な肺炎症状を呈しており、季節性インフルエンザよりも入院期間が長くなる事例が報告されています。現時点までの調査では、高齢者・基礎疾患を有する者では重症化するリスクが高いと考えられます。

### (2) 感染経路などについて

これまでに判明している感染経路は、咳やくしゃみなどの飛沫感染と接触感染が主体です。空気感染は起きていないと考えています。ただし、例外的に、至近距離で、相對することにより、咳やくしゃみなどがなくても、感染する可能性が否定できません。

無症状や軽症の人であっても、他の人に感染を広げる例があるなど、感染力と重症度は必ずしも相関していません。このことが、この感染症への対応を極めて難しくしています。

### (3) PCR 検査について

PCR 検査は、現状では、新型コロナウイルスを検出できる唯一の検査法であり、必要とされる場合に適切に実施する必要があります。

国内で感染が進行している現在、感染症を予防する政策の観点からは、全ての人に PCR 検査をすることは、このウイルスの対策として有効ではありません。また、既に産官学が懸命に努力していますが、設備や人員の制約のため、全ての人に PCR 検査をすることはできません。急激な感染拡大に備え、限られた PCR 検査の資源を、重症化のおそれがある方の検査のために集中させる必要があると考えます。

なお、迅速診断キットの開発も、現在、鋭意、進められています。

### (4) 医療機関の状況

首都圏を中心とした医療機関の多くの感染症病床は、ダイヤモンド・プリンセス号の状況を受けて、既に利用されている状況にあります。感染を心配した多くの人々が医療機関に殺到すると、医療提供体制がさらに混乱する恐れがあります。また、医療機関が感染を急速に拡大させる場所になりかねません。

## 4. みなさまにお願いしたいこと

この1～2週間の動向が、国内で急速に感染が拡大するかどうかの瀬戸際であると考えています。そのため、我々市民がそれぞれできることを実践していかねばなりません。

特に、風邪や発熱などの軽い症状が出た場合には、外出をせず、自宅で療養してください。ただし、以下のような場合には、決して我慢することなく、直ちに都道府県に設置されている「帰国者・接触者相談センター」にご相談下さい。

- 風邪の症状や 37.5° C 以上の発熱が4日以上続いている（解熱剤を飲み続けなければならないときを含みます）
- 強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難）がある

※ 高齢者や基礎疾患等のある方は、上の状態が2日程度続く場合

また、症状のない人も、それぞれが一日の行動パターンを見直し、対面で人と人との距離が近い接触（互いに手を伸ばしたら届く距離）が、会話などで一定時間以上続き、多くの人々との間で交わされるような環境に行くことをできる限り、回避して下さい。症状がなくても感染している可能性があります。心配だからといって、すぐに医療機関を受診しないで下さい。医療従事者や患者に感染を拡大させないよう、また医療機関に過重な負担とならないよう、ご留意ください。

教育機関、企業など事業者の皆様も、感染の急速な拡大を防ぐために大切な役割を担っています。それぞれの活動の特徴を踏まえ、集会や行事の開催方法の変更、移動方法の分散、リモートワーク、オンライン会議などのできうる限りの工夫を講じるなど、協力してください。

以上

この専門家会議は、政府の新型コロナウイルス感染症対策本部の下、新型コロナウイルス感染症の対策について医学的な見地から助言等を行うために設置されました（令和2年2月14日 新型コロナウイルス感染症対策本部決定）。この見解は、新型コロナウイルス厚生労働省対策本部クラスター対策班が分析した内容に基づき、専門家会議において検討した結果をまとめた見解です。

現在までに明らかになってきた情報をもとに、我々がどのように現状を分析し、どのような内容について政府に助言をしているかについて、市民に直接お伝えすることが専門家としての責務だと考え、この見解をとりまとめています。この内容はあくまでも現時点の見解であり、随時、変更される可能性があります。

## 1. 感染拡大の防止に向けた日本の基本戦略

専門家会議では、日本で新型コロナウイルスに対応するための基本的な考え方を、社会・経済機能への影響を最小限としながら、感染拡大の効果を最大限にするという方針とし、政府に助言をしてきました。その具体的な戦略は「クラスター（集団）の早期発見・早期対応」、「患者の早期診断・重症者への集中治療の充実と医療提供体制の確保」、「市民の行動変容」という3本柱であると考えています。この戦略は世界保健機関（WHO）の推奨する戦略とも一致しており、既にシンガポールや香港などで実施されているのと同様の戦略です。

一方、日本よりも急速に感染が拡大してしまった国では、日本のような戦略のみでは感染拡大を抑えることができず、人々の行動を大幅に制限する戦略を取らざるを得ない状況になっています。

日本では、医療機関が高い医療水準を誇っており、地方公共団体や保健所の高度な調査力があります。今後の感染拡大に備えて、これらの機関の体制を強化し、広域での連携や情報共有をすることは不可欠です。

そして、日本には、市民のみなさまの強い協力意識があります。この戦略を確実に実行するためには、市民のみなさま一人一人が二次感染を防ぐための行動にご協力いただくことも欠かせません。

我々が提案する基本戦略は、これらがそろって、はじめて実現できる戦略ですが、後述するように、日本の状況はこの戦略により感染拡大のスピードを抑えられる可能性もあります。そのため、専門家会議としては、当面の間、この戦略を強化すべきであると考えています。

## 2. 現在の国内の感染状況

現時点において、感染者の数は増加傾向にあります。また、一定条件を満たす場所において、一人の感染者が複数人に感染させた事例が、全国各地で相次いで報告されています。

しかし、全体で見れば、これまでに国内で感染が確認された方のうち重症・軽症に関わらず約80%の方は、他の人に感染させていません。また、実効再生産数（感染症の流行が進行中の集団のある時点における、1人の感染者から二次感染させた平均の数）は日によって変動はあるものの概ね1程度で推移しています。感染者や濃厚接触者の方々、地方公共団体や保健所の皆様、厚生労働省対策本部クラスター対策班の連携と多大な努力が実り、現時点までは、クラスター（集団）の発生を比較的早期に発見できている事例も出てきています。これは、急激なペースで感染者が増加している諸外国と比べて、感染者数の増加のスピードを抑えることにつながっています。

2月24日に公表した専門家会議の見解において、我々は、「これから1-2週間で急速な拡大に進むか、収束できるかの瀬戸際となります」と述べましたが、以上の状況を踏まえると、本日時点での日本の状況は、爆発的な感染拡大には進んでおらず、一定程度、持ちこたえているのではないかと考えます。

しかしながら、感染者数は、一時的な増減こそあれ、当面、増加傾向が続くと予想されます。また、後述するように、感染の状況を把握するためには、約2週間程度のタイムラグを生じ、すべての感染状況が見えているわけではないので、依然として警戒を緩めることはできません。専門家会議としては、現在、北海道で行われている対策の十分な分析が完了し、さらに他の地域の状況の確認などをしたうえで、全国で行われている対策も含め、我々の考えを政府にお伝えしたいと考えています。

### 3. 重症化する患者さんについて

中国からの2020年2月20日時点での報告では、感染が確認された症状のある人の約80%が軽症、13.8%が重症、6.1%が重篤となっています。また、広東省からの2020年2月20日時点の報告では、重症者125名のうち、軽快し退院したものが26.4%、状態が回復しつつある者が46.4%となっています。

日本国内では、2020年3月6日までに、感染が確認された症状のある人366例のうち、55例(15%)は既に軽快し退院しています。重症化する患者さんも、最初は普通の風邪症状（微熱、咽頭痛、咳など）から始まっており、その段階では重症化するかどうかの区別をつけるのは、依然として難しい状況です。

日本では、死亡者数は大きく増えていません。このことは、限られた医療資源のなかであっても、日本の医師が重症化しそうな患者さんの多くを検出し、適切な治療をできているという、医療の質の高さを示唆していると考えられます。今後も死亡者数の増加を抑えるために、日本の医療提供体制を強化する必要があります。

重症化する患者さんは、普通の風邪症状が出てから約5～7日程度で、症状が急激に悪化し、肺炎に至っています。重症化する患者さんの場合は、入院期間が約3～4週間に及ぶことが多いです。

また重篤の方の場合は、人工呼吸器による治療だけでなく、人工心肺を用いた集中治療が必要になることがあります。

#### 4. 北海道における、「人と人との接触を可能な限り控える」対策について

北海道では、急速な感染拡大を収束に向かわせることを目的として、2020年2月28日に「新型コロナウイルス緊急事態宣言」が知事より示されました。道民のみなさまには、基本戦略への対応に加えて、現在、「人と人との接触を可能な限り控えること」にも多大なご協力をいただいています。

こうした対策の効果を検討するための最初のデータが得られるまでには、まだ時間を要します。この感染症の感染から発病に要する潜伏期間の平均値は約5日間であり、発病から報告までに要する平均時間は約8日間であることが知られており、我々が今日見ているデータは、その約2週間前の新規感染の状況を捉えたものであるというタイムラグがあるためです。そのため、北海道での対策については、北海道での緊急事態宣言から少なくとも約2週間後からでなければその効果を推定することが困難です。その後、複数の科学的な指標（感染者数の変化、実効再生産数、感染源（リンク）が明確な患者数）を用いて、約1週間程度かけて、この対策の効果を判断し、3月19日頃を目途に公表する予定です。

#### 5. 今後の長期的な見通しについて

国内での急速な感染拡大を抑制できたとしても、世界的な流行を完全に封じ込めることはできません。

先週まで報告が少なかった諸外国において、患者数が急増しています。これまで渡航の制限がなかった諸外国や国内の人々との間の往来や交流が既に積み重ねられています。しかし、全ての感染源（リンク）が追えているわけではないので、感染の拡大が、既に日本各地で起きている可能性もあります。よって、今回、国内での流行をいったん抑制できたとしても、しばらくは、いつ再流行してもおかしくない状況が続くと見込まれます。また、世界的な流行が進展していることから、国外から感染が持ち込まれる事例も、今後、繰り返されるものと予想されます。

新型コロナウイルス感染症は、人々が気づかないうちに感染し、感染拡大に重大な役割を果たすという特徴があるため、クラスター（集団）を早期に発見し、早期に対応できる体制の確立が不可欠だと考えています。

今後、急速な感染拡大が予想される地域では、その地域ごとに「人と人との接触を可能な限り控える」対策を進め、収束に向かえば、比較的、感染拡大のリスクの低い活動から解除するなど、社会・経済活動の維持と感染拡大防止のバランスを取り続けるような対策を繰り返すことが、長期にわたって続くと予想されます。

WHOは、今回の新型コロナウイルス感染症の地域ごとの対策を考えるために、3つの異なるシナリ

オ（3Cs）を考えるべきとしています。つまり、それぞれの地域を 1）感染者が他地域からの感染者に限定されている地域（Cases）、2）クラスターを形成している地域（Cluster）、3）地域内に広範に感染者が発生している地域（Community Transmission）、の 3 つに分類して対応を考えることが必要だとしています。また、WHO からそれぞれの地域の詳しい定義は提示されていませんが、厚生労働省のクラスター対策班でこれらの地域ごとの流行状況を決める指標とそれぞれのシナリオに応じた対策についての指針を作成しています。

専門家会議としては、この指針と北海道での対策の効果をもとに、全国各地での対応を検討し、報告する予定です。また、クラスター（集団）の早期発見・早期対応が長期的にわたって持続できる体制の整備が急務だと考えています。保健所については、労務負担を軽減すべく、帰国者接触者相談センターの機能について保健所以外の担い手を求めるなど、早急に人的財政的支援策を講じるべきだと考えます。また、地方公共団体や保健所の広域での連携及び情報共有が必要です。医療提供体制については、さらなる感染拡大に備え、対応にあたる一般医療機関や診療所を選定し、その体制を強化していく支援をすべきだと考えます。

## 6. みなさまにお願いしたいこと

これまでに明らかになったデータから、集団感染しやすい場所や場面を避けるという行動によって、急速な感染拡大を防げる可能性が、より確実な知見となってきました。これまで集団感染が確認された場に共通するのは、①換気の悪い密閉空間であった、②多くの人が密集していた、③近距離（互いに手を伸ばしたら届く距離）での会話や発声が行われたという 3 つの条件が同時に重なった場です。こうした場ではより多くの人が感染していたと考えられます。そのため、市民のみなさまは、これらの 3 つの条件ができるだけ同時に揃う場所や場面を予測し、避ける行動をとってください。

ただし、こうした行動によって、どの程度の感染拡大リスクが減少するかについては、今のところ十分な科学的根拠はありませんが、換気のない場所や人が密集する場所は、感染を拡大させていることから、明確な基準に関する科学的根拠が得られる前であっても、事前の警戒として対策をとっていただきたいと考えています。

専門家会議としては、すべての市民のみなさまに、この感染症との闘いに参加して頂きたいと考えています。少しでも感染拡大のリスクを下げられるよう、別添の「新型コロナウイルス感染症のクラスター（集団）発生リスクが高い日常生活における場面についての考え方」を参考にいただき、様々な場所や場面に応じた対策を考え、実践していただきたいと考えています。どうかご協力をお願いいたします。

## 事業者の方へのお願い

事業者の皆様におかれましては、既に感染拡大のリスクを防ぐために様々な対策をとっておられることと思いますが、別添の「新型コロナウイルス感染症のクラスター（集団）発生のリスクが高い日常生活における場面についての考え方」を参考にしてください。そして、どのような対策を取っておられるかをぜひ積極的に市民に情報共有してください。そのことが市民にとって、施設や各種サービス等の利用しやすさの判断につながると考えています。どうかご協力をお願いいたします。

**【感染拡大のリスクを防ぐための参考となるウェブサイト】**

首相官邸「新型コロナウイルスお役立ち情報」

[https://www.kantei.go.jp/jp/pages/coronavirus\\_info.html](https://www.kantei.go.jp/jp/pages/coronavirus_info.html)

厚生労働省「新型コロナウイルスに関する Q&A（企業の方向け）」

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/dengue\\_fever\\_qa\\_00007.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/dengue_fever_qa_00007.html)

以上

**新型コロナウイルス感染症対策専門家会議**  
**「新型コロナウイルス感染症のクラスター（集団）発生のリスクが高い**  
**日常生活における場面についての考え方」**

新型コロナウイルスに対する地域での対策として、クラスター（集団）の発生を防止することが重要です。感染していると知らずに多くの人々と接触することで、感染を拡大してしまう可能性があります。そのため、感染拡大の機会を減らすために、多くの人が接触するような機会をできるだけ作らないようにする必要があります。

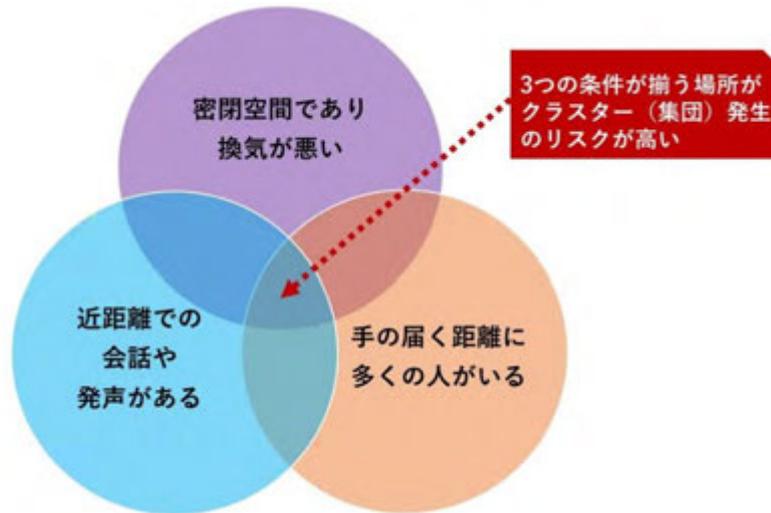
クラスター（集団）の発生のリスクの高い場面では、一人の感染者が多くの感染者を生み出し、それが大きなクラスター（集団）の発生につながる場合があります。海外では多くの人が集まる行事に伴い大規模なクラスター（集団）の発生が報告されています。

この文章は、新型コロナウイルス厚生労働省対策本部クラスター対策班が分析した内容に基づき、専門家会議がクラスター（集団）の発生の防止に向けて、広く情報を共有することを目的としています。なお、これまでの知見、エビデンスは限られており、感染経路については不明な点も多く、適宜、変更される可能性があります。

**これまでクラスター（集団）の発生が確認された場面とその条件**

これまで感染が確認された場に共通するのは、①換気の悪い密閉空間、②人が密集していた、③近距離での会話や発声が行われたという3つの条件が同時に重なった場です。こうした場ではより多くの人々が感染していたと考えられます。

これら3つの条件がすべて重ならないまでも1つないし2つの条件があれば、なにかのきっかけに3つの条件が揃うことがあります。例えば、満員電車では、①と②がありますが③はあまりなされません。しかし、場合によっては③が重なることがあります。また、一連の活動のなかで多くの時間は3つ条件が揃わなくても、あるときにはそうした機会があることがあります。例えば通常の野外スポーツをしている際には3つの条件は揃いませんが、着替えやミーティングにおいては①から③の条件が重なることがあります。そのため、3つの条件ができるだけ同時に重ならないようにすることが対策となります。



また、上記の条件の他に、共用の物品を使用していたという場面もあります。こうした状況では接触感染がおこる場合があります。

これまで、換気の悪い閉鎖空間で人が近距離で会話や発語を続ける環境、例えば、屋形船、スポーツジム、ライブハウス、展示商談会、懇親会等での発生が疑われるクラスターの発生が報告されています。

なお、不特定多数が参加するイベントは、感染拡大のリスクが高いだけでなく、クラスターが発生したときに感染源の特定、接触者調査が困難となり、クラスターの連鎖につながるリスクが増します。イベントの特徴に応じて可能な場合には、主催者があらかじめ参加者を把握できているほうが感染拡大のリスクを下げるすることができます。

### クラスター（集団）の発生のリスクを下げるための3つの原則

1. 換気を励行する：窓のある環境では、可能であれば2方向の窓を同時に開け、換気を励行します。ただ、どの程度の換気が十分であるかの確立したエビデンスはまだ十分にありません。
2. 人の密度を下げる：人が多く集まる場合には、会場の広さを確保し、お互いの距離を1-2メートル程度あけるなどして、人の密度を減らす。
3. 近距離での会話や発声、高唱を避ける：周囲の人が近距離で発声するような場を避けてください。やむを得ず近距離での会話が必要な場合には、自分から飛沫を飛ばさないよう、咳エチケットの要領でマスクを装着するかします。

これらに加えて、こまめな手指衛生と咳エチケットの徹底、共用品を使わないことや使う場合の十分な消毒は、感染予防の観点から強く推奨されます。

以上

## 専門家会議から厚生労働省への要望

新型コロナウイルス感染症の感染者は 140 カ国以上にわたり、感染者数は累計で約 15 万人以上、死者は約 5,800 人と、海外での急激な流行の進展により帰国者および訪日外国人が新型コロナウイルスを持ち込む蓋然性が高くなっている。最近、海外からの移入との関連が疑われる事例が急増しており、3 月 4 日から 3 月 15 日までの間で 46 例、同期間内における国内陽性例の約 1 割を占める状況であり、直接移入した事例も 38 例に上っている。特に、ヨーロッパ諸国、東南アジアやエジプトからの移入が疑われる事例が 3 月 10 日以降増加しており、3 月 19 日(木)には専門家会議の見解を発出する予定であるが、その前に帰国者および訪日外国人対応を至急開始する必要があると考える。

入国拒否の対象となる地域からの帰国者は検疫時において健康状態を確認し、症状の有無を問わず、検疫所における PCR 検査を実施し、陽性者については検疫法に基づき隔離の対象とする。あわせて、それ以外に感染者が多数に上っているヨーロッパ諸国等、距離的に近い東南アジアから入国する者に対して、2 週間の自宅あるいは宿泊施設などで待機して自己健康観察を実施し、国内において

公共交通機関を使用しないよう要請する。

以上

令和2年3月17日

新型コロナウイルス感染症対策専門家会議

座長 脇田隆字

## 新型コロナウイルス感染症対策専門家会議

### 「新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言」（2020年3月19日）

本専門家会議は、政府の新型コロナウイルス感染症対策本部の下、新型コロナウイルス感染症の対策について医学的な見地から助言等を行うために設置されました（令和2年2月14日 新型コロナウイルス感染症対策本部決定）。この見解は、新型コロナウイルス厚生労働省対策本部クラスター対策班が分析した内容等に基づき、専門家会議において検討した結果をまとめています。

現在までに明らかになってきた情報をもとに、現状の状況分析を行い、その正確な情報提供に努めるとともに、政府及び自治体に対し提言を、国民の皆様及び事業者の方々に対しお願いをすることとしています。

分析結果等はあくまでも現時点のものであり、随時、変更される可能性があります。

#### I. はじめに

新型コロナウイルス感染症の流行が始まり、わずか数か月ほどの間にパンデミックと言われる世界的な流行となりました。この感染症については、まだ不明の点も多い一方、多くのことが明らかになってきました。例えば、この感染症に罹患しても約80%の人は軽症で済むこと、5%程の方は重篤化し、亡くなる方もいること、高齢者や基礎疾患を持つ方は特に重症化しやすいことなどです。これまで世界で19万人以上の感染者と、8,000人近い死亡者が報告されています。本専門家会議は、新型コロナウイルス感染症について十分な注意と対策が必要な感染症であると考えています。特に、気付かないうちに感染が市中に拡がり、あるときに突然爆発的に患者が急増（オーバーシュート（爆発的患者急増））すると、医療提供体制に過剰な負荷がかかり、それまで行われていた適切な医療が提供できなくなることが懸念されます。こうした事態が発生すると、既にいくつもの先進国・地域で見られているように、一定期間の不要不急の外出自粛や移動の制限（いわゆるロックダウンに類する措置）に追い込まれることになります。

私達は、我が国がこのような事態を回避し、できるだけ被害を小さくするための提案として、本提言を取りまとめました。政府や国民の皆様などには内容をご理解いただき、我が国の被害を少しでも減らすための政策や行動につなげていただきたいと思います。

#### II. 状況分析等

##### 1. WHOによるパンデミックとの認識（3月11日）と日本の対策について

世界保健機関（WHO）のテドロス事務局長は、2020年3月11日の会見において、世界で感染が拡がりつつある新型コロナウイルスについて、「パンデミック（世界的な大流行）とみなせる」と表明しました。中国、韓国以外での感染状況が加速する現状に強い懸念が示されましたが、「事態をパンデミックと描写することそれ自体が、ウイルスの脅威に対するWHOの評価や、WHOの対応、各国の対応を変えることにはならない」とも述べ

ています。

以上のことから、専門家会議としては、現時点では、社会・経済機能への影響を最小限としながら、感染拡大防止の効果を最大限にするという、これまでの方針を続けていく必要があると考えています。そのため、「①クラスター（患者集団）の早期発見・早期対応」、「②患者の早期診断・重症者への集中治療の充実と医療提供体制の確保」、「③市民の行動変容」という3本柱の基本戦略は、さらに維持、必要に応じて強化し、速やかに行わなければならないと考えています。

さらに、これまで報告の少なかった欧州や米国などの諸外国で新規感染者数が急増しており、中東、東南アジア、アフリカなどでも大規模感染が広がっていることが推定されることなどから、感染者ゼロを目指す国内での封じ込めは困難な状況です。このため、こうした国々から、我が国に持ち込まれる新型コロナウイルスへの対応や、国内においても、後述する、クラスター（患者集団）の感染源（リンク）が追えない事例が散発的に発生していることなどへの対策は依然として必須であり、クラスターの早期把握とともに、地域ごとの状況に応じた「市民の行動変容」や「強い行動自粛の呼びかけ」をお願いすることなどにより、いかにして小規模な感染の連鎖に留め、それぞれの地域において適切な制御を行った上で収束を図っていけるかが重要になってきています。

## 2. クラスター対策の現状について

世界保健機関（WHO）のテドロス事務局長は、2020年3月13日の事務局長のステートメントにおいて、日本が「クラスター（患者集団）の早期発見・早期対応」という戦略をとって様々な取組を進めてきたことを高く評価しています。諸外国では数百～数千人規模の感染者数になるまで介入されなかったことが死亡者数の急増を引き起こしたものと考えられますが、日本では少人数のクラスター（患者集団）から把握し、この感染症を一定の制御下に置くことができていることが、諸外国との患者発生状況と死亡者数の差につながっていると判断しています。

これまで、厚生労働省のクラスター対策班では、感染者、濃厚接触者、保健所、地方公共団体のご協力を得て、クラスター（患者集団）を早期に発見し、その方々に対して人と人との接触をできるだけ絶つよう要請しながら、継続的に健康状態を確認する、という活動をしてきました。その結果、急速な感染拡大を抑制することに成功している地域も出てきています。

しかしながら、現在の国及び地方公共団体におけるクラスター対策の実施体制には、そもそもクラスター（患者集団）対策を指揮できる専門家が少ないことや、帰国者接触者相談センターへの対応を含めて保健所における労務負担が過重になっており、クラスター対策に人員を割けないことなど様々な課題が存在しています。

### 3. 北海道の感染状況と対策の効果について

【注意】※：新型コロナウイルス感染症の感染から発病に要する潜伏期間の平均値は約5日間であり、発病から診断され報告までに要している平均日数は約8日間となっています。そのため、我々が今日見ているデータは、その約2週間前の新規感染の状況を捉えたものである、すなわち3月上旬頃の状況であるというタイムラグがあることをご理解下さい。

急激な感染拡大の兆候があった北海道においては、2020年2月28日に知事より緊急事態宣言が発出され、週末の外出自粛要請のほか、大規模イベントの開催自粛、学校の休校などが行われました。その他にも、道民や事業者、若者が主体となった啓発の取組みが、いち早く進展しています。

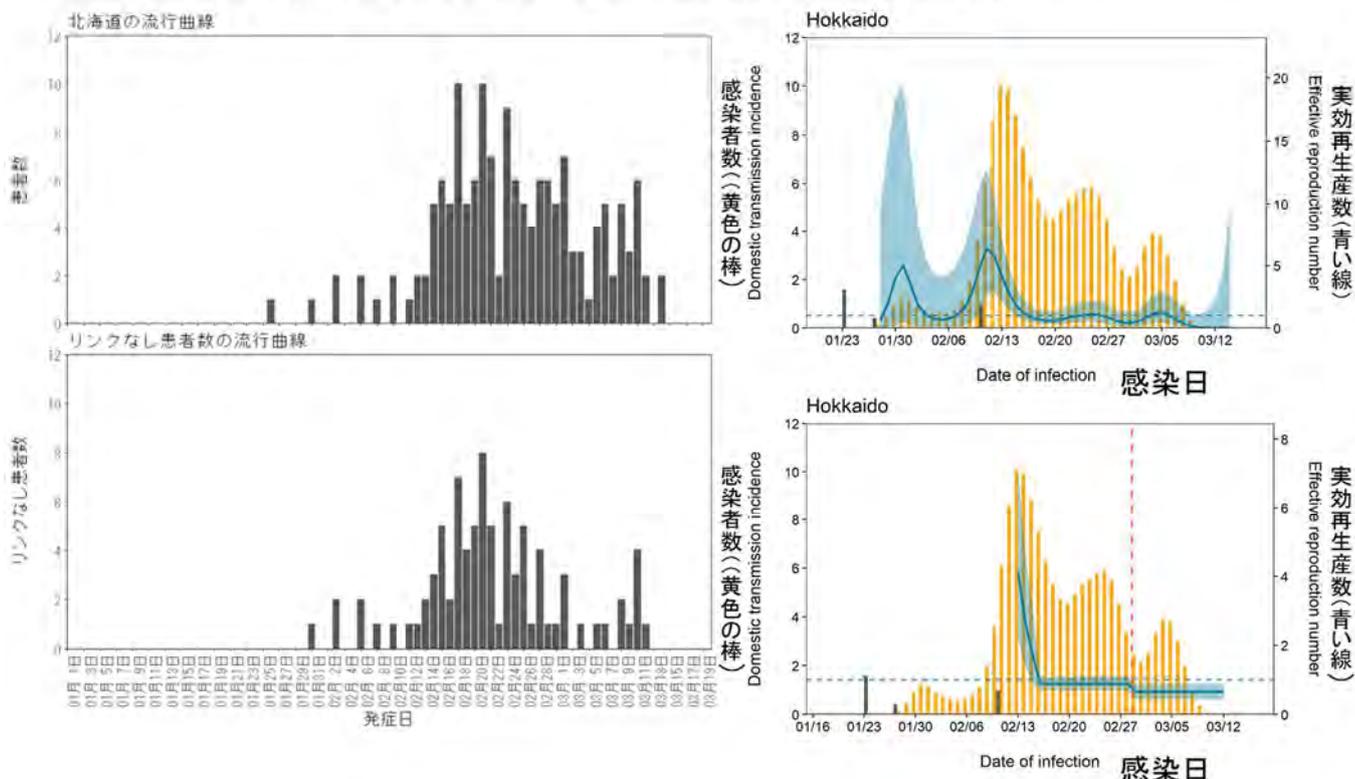
北海道の感染状況を見ると、緊急事態宣言が出される前の2月27日、28日には10名を超える新規感染者の報告が続きましたが、その後急激な感染拡大を示す状況は認められず、直近の数日では0～5名以内の報告に留まっています（図1左）。流行規模の拡大には至っていませんが、他方、感染源（リンク）が追えない新規感染者数は横ばいに留まっており、コミュニティにおける伝播は確実に止まっています。

また、図1に示すように、**実効再生産数**（感染症の流行が進行中の集団のある時刻における、1人の感染者が生み出した二次感染者数の平均値）は、日によって変動はあるものの概ね1程度で推移していましたが、緊急事態宣言の発出後は1を下回る日も増えていきます。（図1の青い線を参照）。**緊急事態の発生前と発生後の同一期間（2月16日～28日と29日～3月12日）で実効再生産数を推定すると0.9（95%信頼区間：0.7、1.1）から0.7（95%信頼区間：0.4、0.9）へと減少をしました。**

さらに、北海道においては、感染者、濃厚接触者、地方公共団体、保健所の皆様のご協力とご努力により、クラスター（患者集団）を十分に把握できたことで、この感染症の爆発的な増加を避けることができたと考えています。以上の状況から、**専門家会議としては、北海道では一定程度、新規感染者の増加を抑えられていることを示していると判断していますが、依然として流行は明確に収束に向かっておらず憂慮すべき状態が続いていると考えています。また、北海道知事による緊急事態宣言を契機として、道民の皆様が日常生活の行動を変容させ、事業者の方々が迅速に対策を講じられたことについては、急速な感染拡大の防止という観点からみて一定の効果があったものと判断**しています。

ただし、緊急事態宣言、大規模イベントの自粛要請等のうち、どのような対策やどのような行動変容が最も効果を上げたかについては定かではありません。また、決してこの先について楽観視できる状況になったわけではなく、最近、患者数が増加傾向にある札幌などを含め、引き続き、これまで集団感染が確認された場に共通する3つの条件を避けるための取組を行っていく必要があります。

図1. 北海道における流行曲線、推定感染時刻と実効再生産数



左上：発病時刻に基づく流行曲線。左下：リンクのない感染者の流行曲線（報道発表ベース）。  
 右上：推定された感染時刻別の新規感染者数（左縦軸・棒グラフ；黄色は国内発生、灰色は輸入感染者）とそれに基づく実効再生産数（1人あたりが生み出した2次感染者数・青線）の推定値。青線は最尤推定値、薄青い影は95%信頼区間である。右下：緊急事態宣言前後の同一期間（2月16日～28日と29日～3月12日）を定数と想定した場合の実効再生産数の推定値。

#### 4. 現在の国内の感染状況と対策の効果について【注意】※

##### (1) 国内の感染状況について

北海道以外の新規感染者数は、日ごとの差はあるものの、都市部を中心に漸増しており、3月10日以降、新規感染者数の報告が50例を超える日も続いています。また、高齢者福祉施設で集団感染が発生する事例があります。このことは、既に一定の地域では感染が広がりつつあり、高齢者など感染に弱い立場の方々に症状が現れてしまったことを意味しています。

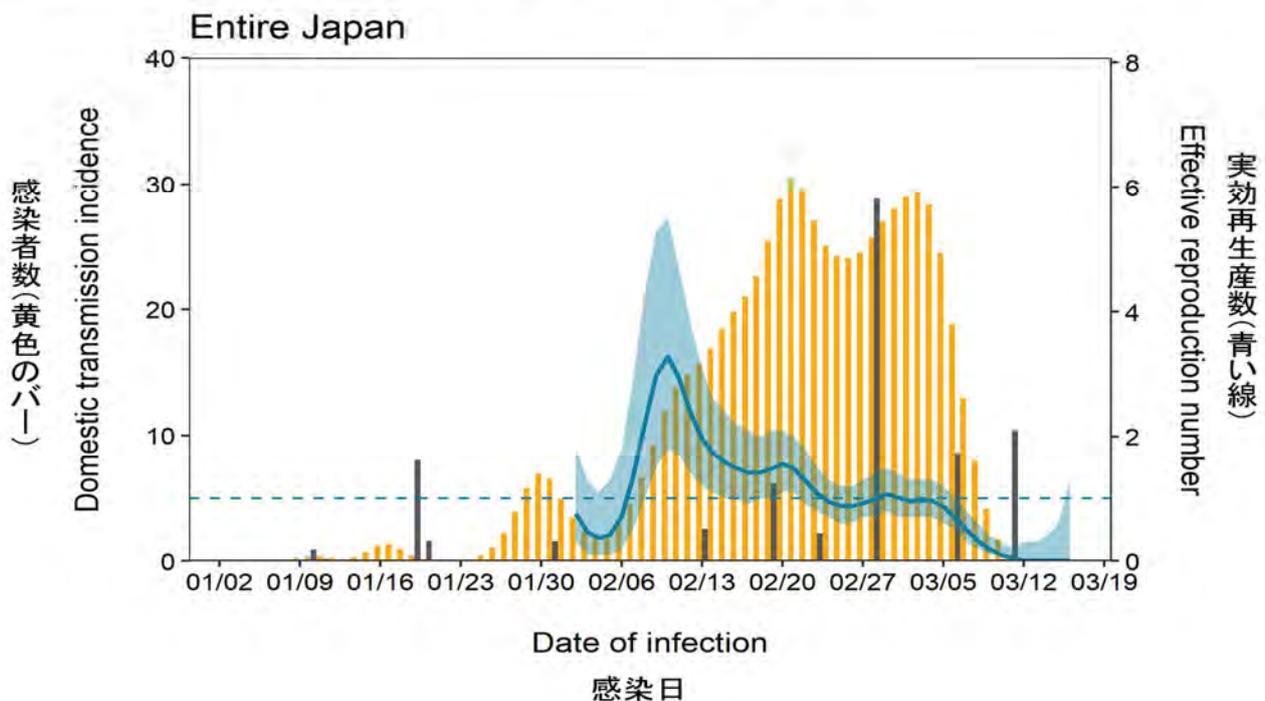
図2に示したように、日本全国の実効再生産数は、日によって変動はあるものの、1をはさんで変動している状況が続いたものの、3月上旬以降をみると、連続して1を下回り続けています。今後とも、この動向がどのように変化するか、注意深く観察を続けながら、状況に応じた必要な対応をその都度、機敏に講じることが求められます。

また、図3に示したように、感染源（リンク）が分からない感染者の増加が生じている地域が散発的に発生しています。今後、クラスター（患者集団）の感染源（リンク）が分

からない感染者が増えていく場合は、その背景に、どのような規模の感染者が存在しているかがわからなくなることの意味しています。現時点では、こうした感染経路が明らかでない患者が増加している地域は局地的かつ小規模に留まっているものの、今後、こうした地域が全国に拡大し、さらに、クラスター（患者集団）の感染源（リンク）が分からない感染者が増加していくと、いつか、どこかで爆発的な感染拡大（オーバーシュート（爆発的患者急増））が生じ、ひいては重症者の増加を起しかねません。

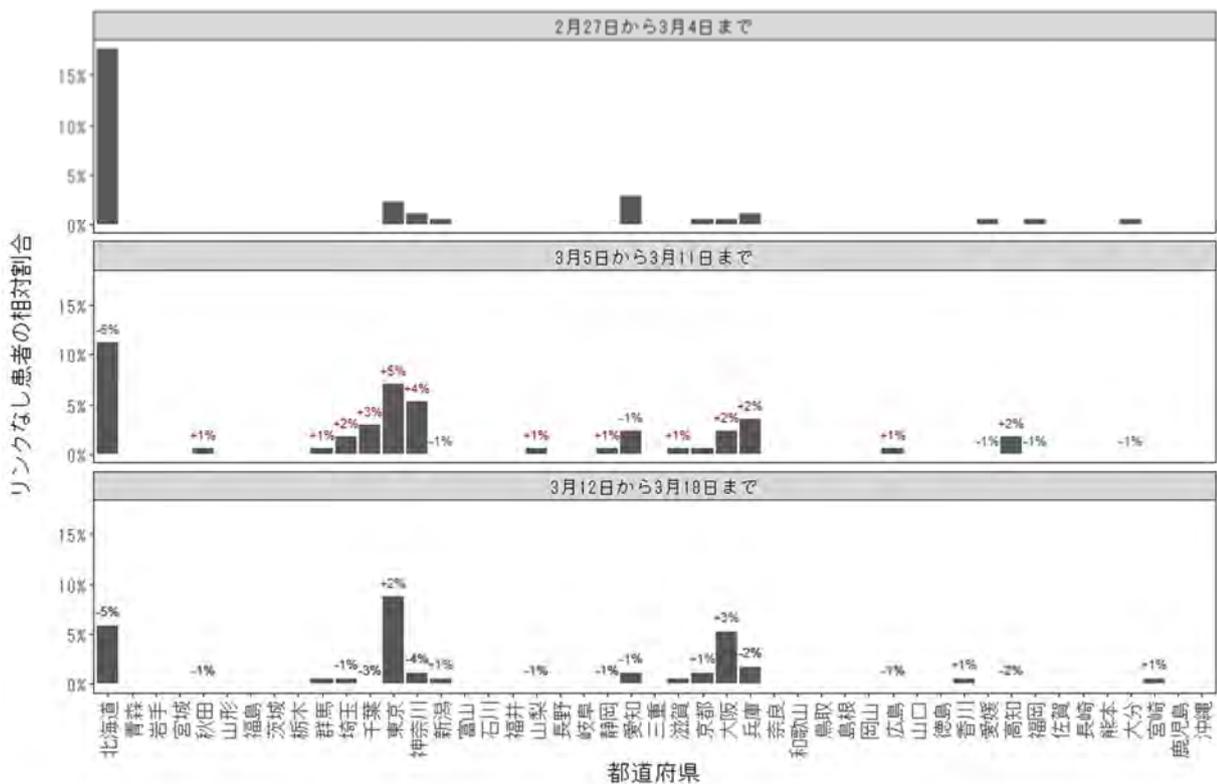
以上の状況から、日本国内の感染の状況については、3月9日付の専門家会議の見解でも示したように、引き続き、持ちこたえていますが、一部の地域で感染拡大がみられます。諸外国の例をみても、今後、地域において、感染源（リンク）が分からない患者数が継続的に増加し、こうした地域が全国に拡大すれば、どこかの地域を発端として、爆発的な感染拡大を伴う大規模流行につながりかねないと考えています。

図2. 感染時刻による実効再生産数の推定（日本全体）



注：カレンダー時刻（横軸）別の推定の新規感染者数（左縦軸・棒グラフ；黄色は国内発生、灰色は輸入感染者）とそれに基づく実効再生産数（1人あたりが生み出した2次感染者数・青線）の推定値。青線は最尤推定値、薄青い影は95%信頼区間である。

図3. 都道府県別にみた感染源（リンク）が未知の感染者数の推移



注：2020年2月27日～3月4日、3月5日～11日および3月12～18日の間に報道発表された各都道府県の感染源がわからない感染者数の相対割合（各期間中の全国総計値を100%としたときの各都道府県の割合）。これらのうち積極的疫学調査によって感染源が探知された者は、今後、集計値から引かれていくこととなる。流動的な数字であることに注意が必要である。

## (2) 国内での様々な対策の効果について

北海道以外の地域においても、政府によって要請された大規模イベント開催自粛や、全国一斉休校が実施されたほか、急速な感染拡大が危惧される地域における的確な積極的疫学調査の実施などが行われました。

この結果、たとえば、時差出勤への協力により、首都圏ではピーク時の乗車率が減少するなど、事業の特徴に応じた事業継続方法の変更や働きやすい環境整備に工夫が凝らされています。

それらがなかったこととの比較はできないものの、現時点では、「メガクラスター（巨大な患者集団）」の形成はなされていないと推測されます。また、図3で示したように、都市部を有する地域を中心に発症者の漸増が認められています。一方、日本全国で見れば、大規模イベント等の自粛や学校の休校等の直接の影響なのか、それに付随して国民の行動変容が生じたのか、その内訳までは分からないものの、一連の国民の適切な行動変容により、国内での新規感染者数が若干減少するとともに、効果があったことを意味しています。しかしながら、海外からの流入は続いており、また、一般に感染症の増減には一定の小幅なサイクルが存在していることなどから、引き続き、その動向を注視し

ていくとともに、市民や事業者の皆様に、最も感染拡大のリスクを高める環境（①換気の悪い密閉空間、②人が密集している、③近距離での会話や発声が行われる、という3つの条件が同時に重なった場）での行動を十分抑制していただくことが重要です。

### （3）重症化する患者さんについて

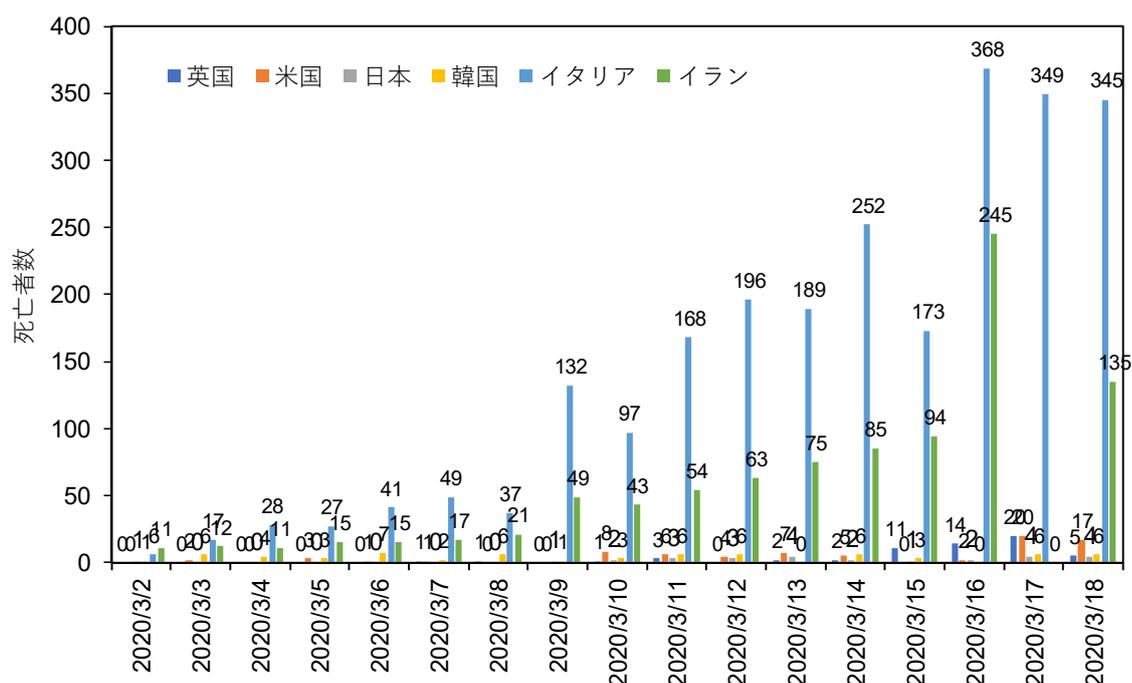
日本国内では、2020年3月18日までに、感染が確認された症状のある人758例のうち、入院治療中の人は579例おり、そのうち、軽症から中等度の人が337名（58.2%）、人工呼吸器を使用または集中治療を受けている人が46名（7.9%）となっています。また、150例（25.9%）は既に軽快し退院しています。

図4に示すように、日本国内では、2020年3月18日までに確認された死亡者数は29名であり、イタリアなどの国と比べて、入院者に占める死亡者数の割合も低く抑えられています。

このことは、限られた医療資源のなかであっても、日本の医師が重症化しそうな患者さんの大半を検出し、適切な治療ができていているという、我が国の医療の質の高さを示唆していると考えられます。

しかしながら、既に地域によっては軽症者や回復後の観察期間にある患者等によって指定感染症病床が圧迫されてきていること、死亡者数が増加傾向にある状況も鑑みると、専門家会議としては、欧州で起きているような爆発的な感染拡大の可能性や、それに伴う地域の医療提供体制が受けるであろう影響の深刻さについても、十分考慮しておかなければならないと考えています。

図4. 国別報告日毎の新規死亡者数

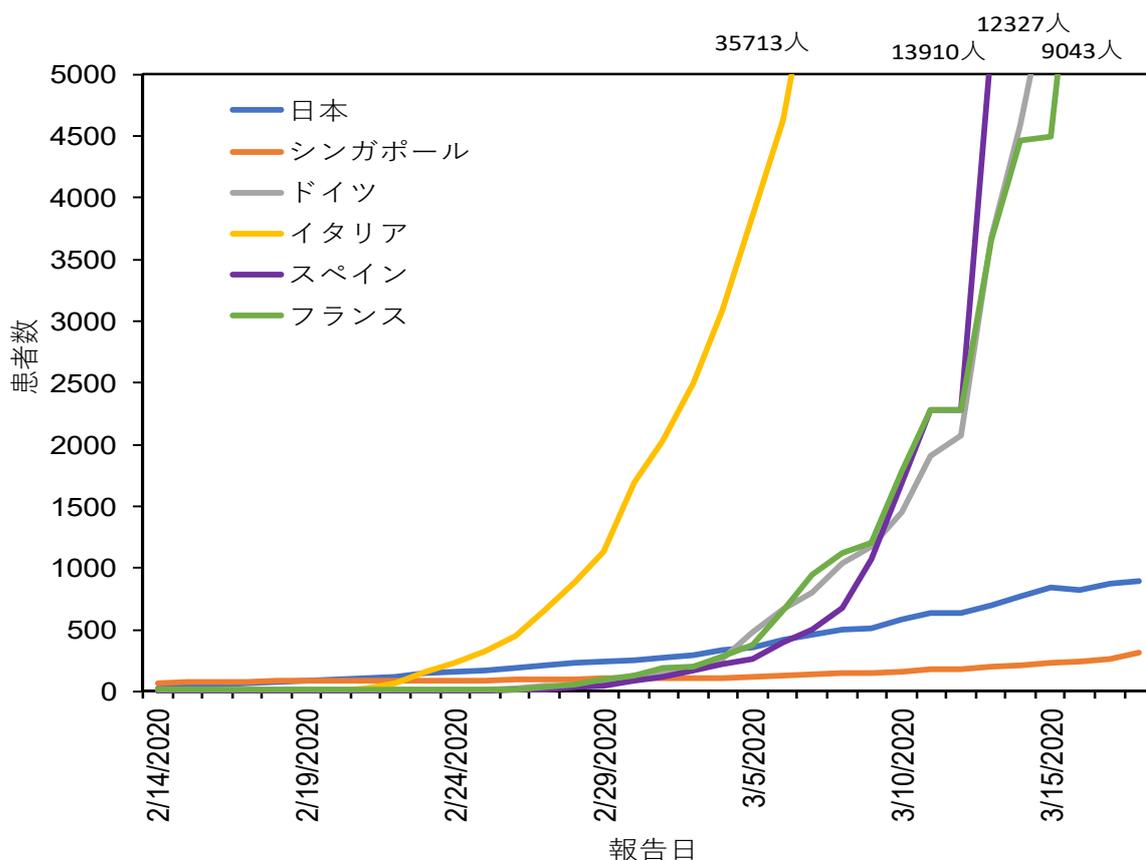


## 5. 今後の見通しについて

今日我々が見ているこの感染症の感染者数のデータは、感染から発病に要する潜伏期間と発病から診断され報告までに要する期間も含めて、その約2週間前の新規感染の状況を捉えたものにすぎません。すなわち、どこかで感染に気付かない人たちによるクラスター（患者集団）が断続的に発生し、その大規模化や連鎖が生じ、オーバーシュート（爆発的患者急増）が始まっていたとしても、事前にはその兆候を察知できず、気付いたときには制御できなくなってしまうというのが、この感染症対策の難しさです。

もしオーバーシュートが起きると、欧州でも見られるように、その地域では医療提供体制が崩壊状態に陥り、この感染症のみならず、通常であれば救済できる生命を救済できなくなるという事態に至りかねません。このため、爆発的患者急増が起きたイタリアやスペイン、フランスといった国々（図5）では、数週間の間、都市を封鎖したり、強制的な外出禁止の措置や生活必需品以外の店舗閉鎖などを行う、いわゆる「ロックダウン」と呼ばれる強硬な措置を採らざるを得なくなる事態となっています。

図5. 国別の累積感染者数の推移



注：報告日付（横軸）別の国別感染者数の推移。イタリア、スペイン、ドイツ、フランスなどで同様の増殖率で指数関数的増殖が見られる（オーバーシュート）。

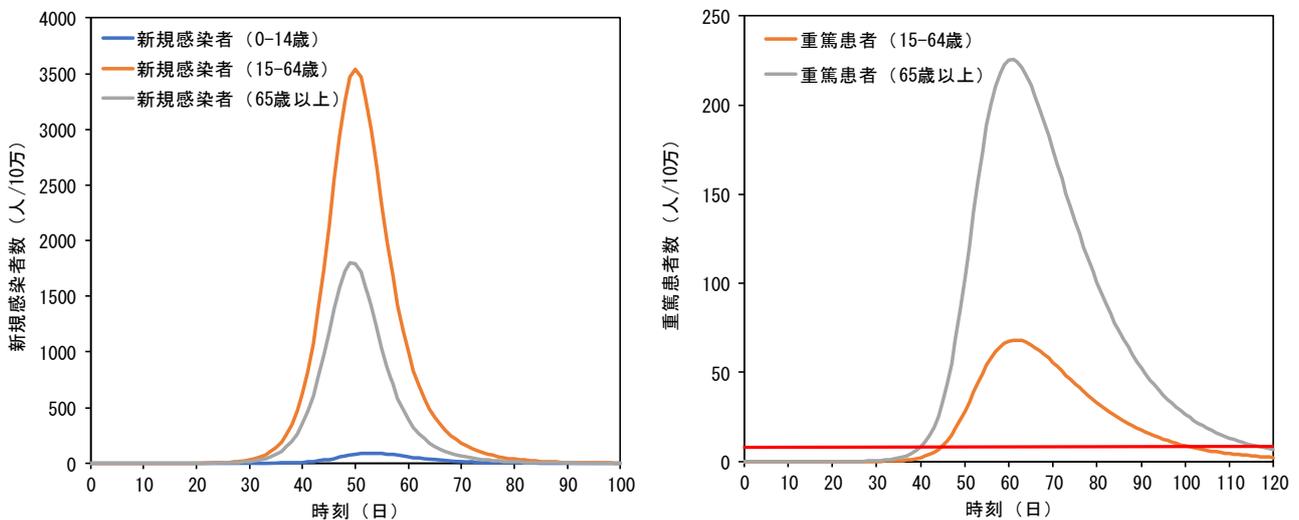
日本のある特定地域（人口 10 万人）に、現在、欧州で起こっているような大規模流行が生じ、さらにロックダウンに類する措置などが講じられなかったと仮定した場合にどのような事態が生じるのでしょうか。北海道大学西浦教授の推計によれば、図 6 のとおり、

基本再生産数（ $R_0$ ：すべての者が感受性を有する集団において 1 人の感染者が生み出した二次感染者数の平均値）が欧州（ドイツ並み）の  $R_0=2.5$  程度であるとすると、症状の出ない人や軽症の人を含めて、流行 50 日目には 1 日の新規感染者数が 5,414 人にのぼり、最終的に人口の 79.9% が感染すると考えられます。また、呼吸管理・全身管理を要する重篤患者数が流行 62 日目には 1,096 人に上り、この結果、地域における現有の人工呼吸器の数を超えてしまうことが想定されるため、広域な連携や受入体制の充実を図るべきです。

ただし、もちろん今回の推計に基づき各地域ごとに人工呼吸器等を整備すべきという趣旨ではなく、今回示した基本再生算数をもたらし大幅な感染の拡大が生じないよう、クラスター対策等強力な公衆衛生的対策を講じることで、これから各都道府県が整備しようとしている医療提供体制を上回らないようにする必要があります。（各地域で整備すべき医療提供体制についての考え方は 6 で示すとおり）

なお、オーバーシュートが生じる可能性は、人が密集し、都市としての人の出入りが多い大都市圏の方がより高いと考えられます。

図6. 大規模流行時に想定される10万人当たりの新規感染者数（左）と重篤患者数（右）



注：いずれも 10 万人あたりの新規感染者数等。右図の赤実線は日本国内の 10 万人あたりの使用可能な人工呼吸器台数を示す。

このため、有事に備え、十分な医療提供体制が必要になることは当然のこととして、こうした状況を可能な限り回避するための取組がより重要になります。それには、多くの人々の十分な行動変容を通じた協力が不可欠であり、地域クラスター対策の抜本的拡充だけでは全く不十分です。すなわち、もし大多数の国民や事業者の皆様が、人と人との接触をできる限

り絶つ努力、「3つの条件が同時に重なる場」を避けていただく努力を続けていただけない場合には、既に複数の国で報告されているように、感染に気づかない人たちによるクラスター（患者集団）が断続的に発生し、その大規模化や連鎖が生じます。そして、ある日、オーバーシュート（爆発的患者急増）が起こりかねないと考えます。そして、そうした事態が生じた場合には、その時点で取り得る政策的な選択肢は、我が国でも、幾つかの国で実施されているロックダウンに類する措置を講じる以外にほとんどない、ということも、国民の皆様にあらかじめ、ご理解いただいております。

したがって、我々としては、「3つの条件が同時に重なる場」を避けるための取組を、地域特性なども踏まえながら、これまで以上に、より国民の皆様に徹底していただくことにより、多くの犠牲の上に成り立つロックダウンのような事後的な劇薬ではない「日本型の感染症対策」を模索していく必要があると考えています。

このため、地域別の予兆を少しでも早く把握しながら、もし、特定地域にオーバーシュートの兆しが見られた場合には、まずは、地域別の対応を徹底していただくとともに、全国的にも、より一層の行動変容が必要であると考えています。特に、これまでの事例を見ると、症状が軽い方が、感染に気がつかないまま、街を出歩いて感染を拡大させている可能性があり、こうした方々を含め、地域の皆さん全員が「3つの条件が同時に重なる場」を避けるなどの行動変容を徹底していただくことが極めて重要です。

また、これまでにならなかったこととしては、オーバーシュートのリスクを高めるのが、「3つの条件が同時に重なる場」を避けにくい状況が生じやすい、「全国から不特定多数の人々が集まるイベント」であるといえます。イベントそのものがリスクの低い場で行われたとしても、イベントの前後で人々が交流する機会を制限できない場合には、急速な感染拡大のリスクを高めます。また、規模の大きなイベントの場合は、会場に感染者がいた場合に、クラスター（患者集団）の連鎖が発生し、爆発的な感染拡大のリスクを高めます。

現時点では、安全な規模や地域による基準を設けられるような科学的な根拠はなく、これまでの事例から判断するしかない状況です。

「3つの条件が同時に重なる場」を避けるなど適切な対応をとられれば、オーバーシュートを未然に防ぐこともあり得ますが、国内外の現在の感染状況を考えれば、短期的収束は考えにくく長期戦を覚悟する必要があります。

## 6. 地域ごとに準備が必要な医療提供体制について

上記患者数の見通しに基づき、各地域で完全な医療提供体制を構築することは到底不可能です。また、現時点で有効な治療薬、ワクチンは存在せず、人工呼吸器やエクモといった重症患者に有効な医療機器も使用するためには高度に訓練された医師、臨床工学技士、看護師等が多数必要であり、既存の医療従事者で対応可能な数しか増加させることはできません。

そのため、最もこの感染症による死者を減らすために、まずは各地域で初期に考えられる（すでに各地域に示した患者推計モデルに基づいた）感染者数、外来患者数、入院患者数、重篤患者数に応じた医療提供体制が整えられるよう、この感染症を重点的に受け入れる医療機関の設定や、重点医療機関等への医療従事者の派遣、予定手術、予定入院の延期等できう

るかぎりの医療提供体制の整備を各都道府県が実施することが早急に必要と考えます。

また、毎日の陽性患者数のデータ等を通じて、必要に応じ特に重篤患者に係る広域調整を行うため、都道府県を越えた広域調整本部の設置準備等があらかじめ必要と考えられます。

## 7. 地域ごとの対応に関する基本的な考え方

今後、日本のどこかでオーバーシュートが生じた場合には、地域ごとに断続的に発生していくことが想定されます。こうした状況下では、社会・経済機能への影響を最小限としながら、感染拡大防止とクラスター連鎖防止の効果を最大限にしていく観点から、地域の感染状況別にバランスをとって必要な対応を行っていく必要があります。

感染状況が拡大傾向にある地域では、まん延のおそれが高い段階にならないように、まずは、地域における独自のメッセージやアラートの発出や一律自粛の必要性について適切に検討する必要があります。その場合、社会・経済活動への影響も考慮し、導入する具体的な自粛内容、タイミング、導入後の実施期間などを十分に見極め、特に「感染拡大が急速に広まりそうな局面」や「地域」において、その危機を乗り越えられるまでの期間に限り導入することを基本とすべきだと考えます。

感染状況が収束に向かい始めている地域並びに一定程度に収まってきている地域では、後述するように、人の集まるイベントや「3つの条件が同時に重なる場」を徹底的に回避する対策をしたうえで、感染拡大のリスクの低い活動から、徐々に解除することを検討することになると考えます。ただし、一度、収束の傾向が認められたとしても、クラスター（患者集団）発生の早期発見を通じて、感染拡大の兆しが見られた場合には、再び、感染拡大のリスクの低い活動も含めて停止する必要性が生じます。

感染状況が確認されていない地域では、学校における様々な活動や、屋外でのスポーツやスポーツ観戦、文化・芸術施設の利用などを、適切にそれらのリスクを判断した上で、感染拡大のリスクの低い活動から実施してください。ただし、急激な感染拡大への備えと、「3つの条件が同時に重なる場」を徹底的に回避する対策は不可欠です。

## 8. 学校等について

政府は、2月27日に、全国の小中高・特別支援学校の一斉臨時休校を要請しました。学校の一斉休校については、3. で触れたように、北海道においては他の取組と相まって全体として一定の効果が現れていると考えますが、学校の一斉休校だけを取り出し「まん延防止」に向けた定量的な効果を測定することは困難です。

また、この感染症は、子どもは重症化する可能性が低いと考えられています。一方では、中国等では重症化した事例も少数例ながら報告されており、更には、一般には重症化しにくい特性から、無症状又は症状の軽い子どもたちが、高齢者等を含む家族内感染を引き起こし、クラスター連鎖のきっかけとなる可能性などを指摘する海外論文なども見られており、現時点では、確たることは言えない状況であると考えています。ただし、上記7.の「感染状況が拡大傾向にある地域」では、一定期間、学校を休校にすることも一つの選択肢と考えられます。

### Ⅲ. 提言等

#### 1. 政府及び地方公共団体への提言

##### (1) クラスター対策の抜本的な強化

現在の実施体制では、クラスターの早期発見・早期対応という戦略を更に継続するのは厳しく、爆発的な感染拡大を伴う大規模流行を回避できなくなる可能性があります。

このため、専門家会議としては、抜本的なクラスター対策の拡充を迅速に実施すべきであると考え、その一刻も早い実現を政府に強く要望します。具体的には、①地域でクラスター（患者集団）対策を指揮する専門家を支援する人材の確保、②地方公共団体間の強力な広域連携の推進を図った上で、③地方公共団体間で保持する感染者情報をそれぞれの地域のリスクアセスメントに活用できるシステムを作ること、④保健所が大規模なクラスター対策に専念できる人員と予算の投入等が挙げられます。

##### (2) 北海道及び各地方公共団体へのお願い

この先、新たな感染者やクラスターの発生もあり得ますので、引き続き注意深く警戒を続けながら、今後は、適宜、必要に応じて、今回と同様の対応を講じることも視野に入れておく必要があります。一方で、この北海道の経験は、他の地域においても、政府との緊密な情報連携により、地方公共団体の首長による独自のメッセージやアラートの発出等が、地域住民の行動変容につながり、一定の効果を上げる可能性を示唆していると考えます。感染状況が拡大傾向にある地方公共団体におかれましては、まん延のおそれが高くないように、厚生労働省からもたらされた情報等を基に、まずは、地域住民の行動変容につなげるための自発的な取組の実施も考慮していただきたいと考えます。

##### (3) 「3つの条件が同時に重なった場」を避ける取組の必要性に関する周知啓発の徹底

まん延の防止に当たっては、国民の行動変容を一層徹底していく必要があります。このため、専門家会議としては、国に対しては、3つの条件が同時に重なった場を避けることの必要性についての周知広報の充実を求めます。

##### (4) 重症者を優先する医療体制の構築

重症患者に対する診療には、特別な知識や環境、医療機器を要するため、診療できる人員と資源を継続的に確保することが重要な課題です。そのため、一般医療機関のうちどの機関が感染者の受入れをするか、あらかじめ決めておく必要があります。その上で、関係医療機関の連携・協力の下、受入病床数を増やすだけでなく、一般医療機関の医療従事者にも新型コロナウイルス感染症の診療に参加していただく支援が不可欠です。

そこで、専門家会議としては、重症者を優先する医療体制へ迅速に移行するため、地域の感染拡大の状況に応じて、受診、入院、退院の方針を以下のように変更する検

討を進めるべきだと判断します。

- 重症化リスクの高い人（強いだるさ、息苦しさなどを訴える人）又は高齢者、基礎疾患のある人については、早めに受診していただく
- 入院治療が必要ない軽症者や無症状の陽性者は、自宅療養とする※。ただし、電話による健康状態の把握は継続する
- 入院の対象を、新型コロナウイルス感染症に関連して持続的に酸素投与が必要な肺炎を有する患者、入院治療が必要な合併症を有する患者その他継続的な入院治療を必要とする患者とする
- 症状が回復してきたら退院及び自宅待機にて安静とし、電話による健康状態の把握は継続する
- また、症状が軽い陽性者等が、高齢者や基礎疾患がある人と同居していて家族内感染のおそれが高い場合は、接触の機会を減らすための方策を検討する。具体的には、症状が軽い陽性者等が宿泊施設等での療養を行うことや、同居家族が受診した上で一時的に別の場所に滞在することなど、家族内感染リスクを下げる取組みを行う

このような基本的考えに立って、地域の実情に応じた、重症度などによる医療機関の役割分担をあらかじめ決めておくことが重要です。

※ 現在は、まん延防止の観点から、入院治療の必要のない軽症者も含めて、感染症法の規定に基づく措置入院の対象としています。

## （5）学校等について

春休み明け以降の学校に当たっては、多くの子どもたちや教職員が、日常的に長時間集まることによる感染リスク等に備えていくことが重要です。この観点から、まずは、地域ごとのまん延の状況を踏まえていくことが重要です。さらに、今後、どこかの地域でオーバーシュートが生じた場合には、Ⅱ. 7の地域ごとの対応に関する基本的な考え方を十分踏まえていただくことが必要です。

また、日々の学校現場における「3つの条件が同時に重なる場」を避けるため、①換気の悪い密閉空間にしないための換気の徹底、②多くの人が手の届く距離に集まらないための配慮、③近距離での会話や大声での発声をできるだけ控えるなど、保健管理や環境衛生を良好に保つような取組を進めていくことが重要です。

併せて、咳エチケットや手洗いなどの基本的な感染症対策の徹底にもご留意ください。

児童生徒や学校の教職員については、学校現場で感染リスクに備えるとともに、学校外での生活で感染症の予防に努めていくことが重要です。日頃から、集団感染しやすい場所や場面を避けるという行動によって急速な感染拡大を防げる可能性が高まります。例えば、できるだけ換気を行って密閉空間を作らないようにしたり、咳エチケットや手洗いなどの基本的な感染症対策を徹底したり、バランスのとれた食事、適度な運動、休養、睡眠などで抵抗力を高めていくことにも心がけてくださるようお願いいたします。

教職員本人やその家族等が罹患した場合並びに本人に発熱等の風邪症状が見られる場合には、学校へ出勤させないよう徹底してください。また、児童生徒にも、同様の取組の徹底を図るようにしてください。

また、大学等におかれては学生等に対して、本提言に記載した感染リスクを高める行動を慎むよう、正確な情報提供や周知をお願いいたします。特に春休み期間に、感染症危険情報が高い国・地域に海外旅行や海外留学等で渡航した学生等が帰国する際などには、新たな渡航の慎重な検討や一時帰国を含めた安全確保の対応方策の検討に加え、帰国して2週間は体調管理を行い、体調に変化があった場合には、受診の目安を参考に適切な対応を取るよう、学生等への情報提供や周知をお願いいたします。

## 2. 市民と事業者の皆様へ

### (1) 3つの条件が同時に重なった場における活動の自粛のお願い

これまでに明らかになったデータから、集団感染が確認された場に共通するのは、①換気の悪い密閉空間であった、②多くの人々が密集していた、③近距離（互いに手を伸ばしたら届く距離）での会話や発声が行われたという3つの条件が同時に重なった場ということが分かっています。例えば、屋形船、スポーツジム、ライブハウス、展示商談会、懇親会等での発生が疑われるクラスターの発生が報告されています。

皆さんが、「3つの条件が同時に重なった場所」を避けるだけで、多くの人々の重症化を食い止め、命を救えます。

### (2) 感染者、濃厚接触者等に対する偏見や差別について

感染者、濃厚接触者とその家族、この感染症の対策や治療にあたる医療従事者とその家族に対する偏見や差別につながるような行為は、断じて許されません。誰もが感染者、濃厚接触者になりうる状況であることを受け止めてください。

報道関係者におかれましては、個人情報保護と公衆衛生対策の観点から特段の配慮をお願いします。

感染症対策に取り組む医療従事者が、差別等されることのないよう、市民等は高い意識を持つことが求められます。

### (3) 積極的疫学調査へのご協力のお願い

この感染症との闘いは、今後一定期間は続き、国内で急速な感染の拡大を抑制できたとしても、流行地から帰国する邦人や来日する外国人からの感染も増える見込みのため、さらに警戒を強める必要があります。

感染者、濃厚接触者の方々は、保健所による積極的疫学調査にご協力ください。詳しい行動歴を調査することで感染源を突き止め、他の感染者を早期に発見することが感染拡大の防止のために不可欠となります。

また、事業者におかれましては、集団感染が発生した場合には、その情報を公開することにご協力ください。速やかな情報の公開が、感染者の早期発見につながります。

#### (4) 高齢者や持病のある方など重症化リスクの高い皆様へのお願い

新型コロナウイルスの国内ならびに海外での分析によっても高齢であれば比較的健康であっても感染し、重症化する可能性が高いことがわかっています。また、持病にも様々なものがありますが、できるだけ良好なコントロールをしていただくようにし、また感染リスクを下げようとする行動をお願いします。また通常の予防接種も、感染症の複合にならないために重要です。

これまでは外出機会の多かった方におかれましても、今後は感染リスクを下げるよう注意をお願いします。特に、共有の物品がある場所、不特定多数の人がいる場所などへの訪問は避けてください。なお、外出機会を確保することは日々の健康を維持するためにも重要になります。お一人や限られた人数での散歩などは感染リスクが低い行動です。

#### (5) 高齢者や持病のある方に接する機会のある職業ならびに家庭の方へのお願い

高齢者や持病のある方に接する機会のある、医療、介護、福祉ならびに一般の事業者で働く人は一層の感染対策を行うことが求められます。発熱や感冒症状の確認ならびに、感染リスクの高い場所に行く機会を減らすなどの対応が当分の間求められます。

これまでの国内外の感染例でも、家庭内での感染の拡大はよくみられています。同居の家族、特に、そのご家庭の高齢者を訪問される際には、十分な体調確認を行った上で、高齢者の方と接していただくようにしてください。

#### (6) 若者世代の皆様へのお願い

若者世代は、新型コロナウイルス感染による重症化リスクは高くありません。しかし、無症状又は症状が軽い方が、本人は気づかずに感染を広めてしまう事例が多く見られます。このため、感染の広がりをごできるだけ少なくするためには、改めて、3つの条件が同時に重なった場に近づくことを避けていただきますようお願いいたします。特に、オーバーシュート（爆発的患者急増）のリスクを高めるのが、「3つの条件が同時に重なる場」を避けにくい状況が生じやすい、「全国から不特定多数の人々が集まるイベント」であることもわかってきました。イベントそのものがリスクの低い場で行われたとしても、イベントの前後で人々が交流する機会を制限できない場合には、急速な感染拡大のリスクを高めまますので、十分に注意して行動してください。

また、ご自身が新型コロナウイルスに罹患した場合やその家族等が罹患した場合並びに発熱等の風邪症状が見られる場合には、ご自身の経過観察をご自宅で継続するとともに外出を避けるように徹底してください。

#### (7) 医療従事者の皆様へのお願い

今後、患者数の漸増やオーバーシュート（爆発的患者急増）が起こると、感染症指定医療機関等だけでは対応が困難となりますので、多くの医療機関（診療を原則行わない

医療機関を除く)が新型コロナウイルス感染症の診療を行うこととなります。その際、地域における医療機関ごとの役割分担(軽症者は在宅療養、重症者は高次医療機関、その他は診療所や一般医療機関で診療するなど)を踏まえ、医療ニーズの低減努力(一般患者の外来受診間隔を開ける、ファクス処方利用、待機的入院・手術の延期等)をお願いいたします。また、各医療機関におかれましては、それぞれの診療継続計画に基づき、医療従事者の適切な配置等をご検討ください。医療につきましては、新型インフルエンザ等及び鳥インフルエンザ等に関する関係省庁対策会議「平成25年6月26日(平成30年6月21日一部改訂)新型インフルエンザ等対策ガイドライン」のVI 医療体制に関するガイドラインが準用可能ですのでご参照ください。

## (8) PCR検査について

新型コロナウイルス感染症においては、医師が感染を疑う患者には、PCR検査が実施されることになっています。また、積極的疫学調査において検査の必要性がある濃厚接触者にもPCR検査が実施されます。このように適切な対象者を検査することで、新型コロナウイルスに感染した疑いのある肺炎患者への診断・治療を行っているほか、濃厚接触者の検査により、感染のクラスター連鎖をとめ、感染拡大を防止しています。すでに、検査受け入れ能力は増強されており、今後も現状で必要なPCR検査が速やかに実施されるべきと考えています。今後は、わが国全体の感染状況を把握するための調査も必要です。

なお、PCR検査法は優れた検査ではありますが、万能ではなく感染していても陽性と出ない例もあります。したがって、PCR検査のみならず、臨床症状もあわせて判断する必要があります。また、迅速診断法や血清抗体検査法などの導入により、より迅速で正確な診断が期待されています。

## (9) 大規模イベント等の取扱いについて

2月26日に政府が要請した、全国的な大規模イベント等の自粛の成果については、その効果だけを取り出した「まん延防止」に対する定量的な効果測定をできる状況にはないと考えていますが、専門家会議としては、以下のような観点から、引き続き、全国的な大規模イベント等については、主催者がリスクを判断して慎重な対応が求められると思います。

全国規模の大規模イベント等については、

- ①多くの人が一箇所に集まるという集団感染リスクが想定され、この結果、地域の医療提供体制に大きな影響を及ぼしかねないこと(例:海外の宗教行事等)
- ②イベント会場のみならず、その前後などに付随して人の密集が生じること(例:札幌雪まつりのような屋外イベントでも、近辺で3つの条件が重なったことに伴う集団感染が生じていること)
- ③全国から人が集まることに伴う各地での拡散リスク、及び、それにより感染者が生じた場合のクラスター対策の困難性

(例：大阪のライブハウス事案（16 都道府県に伝播）)

④上記のリスクは屋内・屋外の別、あるいは、人数の規模には必ずしもよらないことなどの観点から、大規模イベント等を通して集団感染が起こると全国的な感染拡大に繋がると懸念されます。

このため、地域における感染者の実情やその必要性等にかんがみて、主催者がどうしても、開催する必要があると判断する際には以下①～③などを十分注意して行っていただきたい。

しかし、そうしたリスクへの対応が整わない場合は、中止又は延期をしていただく必要があると考えています。

また仮にこうした対策を行っていた場合でも、その時点での流行状況に合わせて、急な中止又は延期をしていただく備えも必要です。

- ①人が集まる場の前後も含めた適切な感染予防対策の実施、
- ②密閉空間・密集場所・密接場面などクラスター（集団）感染発生リスクが高い状況の回避、
- ③感染が発生した場合の参加者への確実な連絡と行政機関による調査への協力などへの対応を講ずることが求められます。

(別添「多くの人に参加する場での感染対策のあり方の例」参照)

#### (9) 事業者の皆様へのお願い

以下の事項に留意して、多様な働き方で働く方も含めて、従業員の感染予防に努めてください。

- ・労働者が発熱などの風邪症状が見られる際に、休みやすい環境の整備
- ・テレワークや時差通勤の活用推進
- ・お子さんの学校が学級閉鎖になった際に、保護者である労働者が休みやすいように配慮
- ・感染拡大防止の観点から、イベント開催の必要性を改めて検討
- ・別添「多くの人に参加する場での感染対策のあり方の例」の2) クラスター（集団）感染発生リスクの高い状況の回避のための取組に準じて、従業員の集団感染の予防にも十分留意してください。
- ・海外出張で帰国した場合には、2週間は職員の健康状態を確認し、体調に変化があった場合には、受診の目安を参考に適切な対応を取るよう職員への周知徹底をしてください。

#### IV. 終わりに

この状況分析・提言については、今後、国際的な状況、新規感染者数の動向、国民や行政に知らせるべき新たな重要な知見等が生じた場合に、政府が、「緊急事態宣言」の発動も

含めた必要な対応が迅速かつ果断にとれるよう、適宜、必要に応じて検討を行い、見直しを行うものとします。

## 1) 人が集まる場の前後も含めた適切な感染予防対策の実施

- 参加時に体温の測定ならびに症状の有無を確認し、具合の悪い方は参加を認めない。
- 過去2週間以内に発熱や感冒症状で受診や服薬等をした方は参加しない。
- 感染拡大している地域や国への訪問歴が14日以内にある方は参加しない。
- 体調不良の方が参加しないように、キャンセル代などについて配慮をする。
- 発熱者や具合の悪い方が特定された場合には、接触感染のおそれのある場所や接触した可能性のある者等に対して、適切な感染予防対策を行う。
- 会場に入る際の手洗いの実施ならびに、イベントの途中においても適宜手洗いができるような場の確保。
- 主に参加者の手が触れる場所をアルコールや次亜塩素酸ナトリウムを含有したもので拭き取りを定期的に行う。
- 飛沫感染等を防ぐための徹底した対策を行う（例えば、「手が届く範囲以上の距離を保つ」、「声を出す機会を最小限にする」、「咳エチケットに準じて声を出す機会が多い場面はマスクを着用させる」など）

## 2) クラスタ（集団）感染発生リスクの高い状況の回避

- 換気の悪い密閉空間にしないよう、換気設備の適切な運転・点検を実施する。定期的に外気を取り入れる換気を実施する。
- 人を密集させない環境を整備。会場に入る定員をいつもより少なく定め、入退場に時間差を設けるなど動線を工夫する。
- 大きな発声をさせない環境づくり（声援などは控える）
- 共有物の適正な管理又は消毒の徹底等

## 3) 感染が発生した場合の参加者への確実な連絡と行政機関による調査への協力

- 人が集まる場に参加した者の中に感染者がでた場合には、その他の参加者に対して連絡をとり、症状の確認、場合によっては保健所などの公的機関に連絡がとれる体制を確保する。
- 参加した個人は、保健所などの聞き取りに協力する、また濃厚接触者となった場合には、接触してから2週間を目安に自宅待機の要請が行われる可能性がある。

## 4) その他

- 食事の提供は、大皿などでの取り分けは避け、パッケージされた軽食を個別に提供する等の工夫をする。
- 終了後の懇親会は、開催しない・させないようにする。

※ 上記は例であり、様々な工夫が考えられる。

「新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言」（2020年4月1日）

I. はじめに

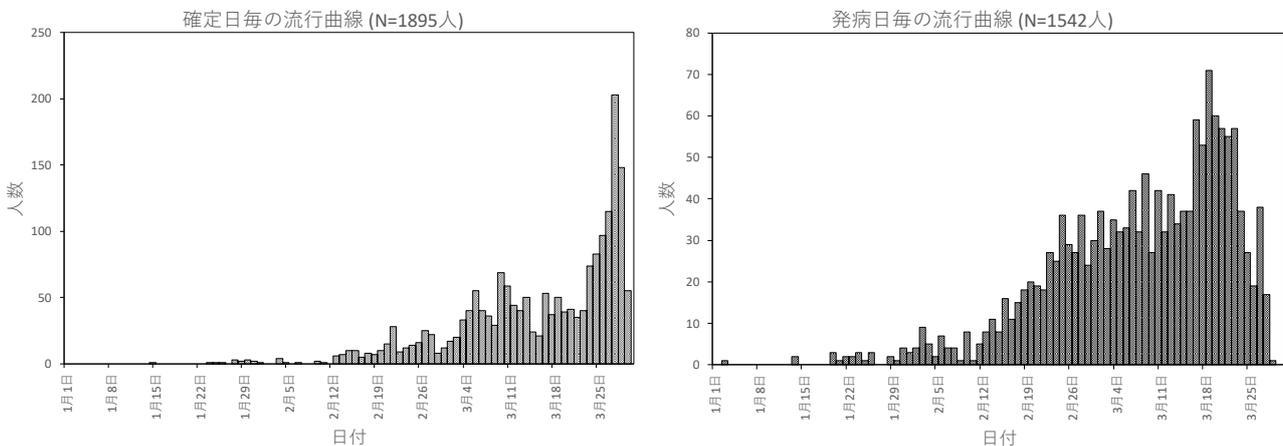
○ 本専門家会議は、去る3月19日に「新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言」（以下「3月19日の提言」という。）を発表し、その後、海外からの移入が増加していたことも踏まえ、3月26日に「まん延のおそれが高い」状況である旨の報告を行った。これを受け、同日付けで政府では政府対策本部を立ち上げられたが、前回の提言から約2週間が経過したので、最新の情報に基づいて状況分析を更新するとともに、提言を行うこととした。

II. 状況分析

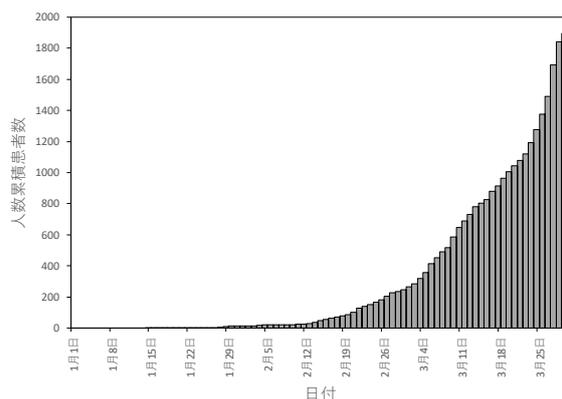
1. 国内（全国）の状況

○ 前回の「3月19日の提言」から2週間が経過した現在の全国的な状況については、  
 ・ **新規感染者数は、**日ごとの差はあるものの、3月26日に初めて1日の新規感染者数が100人を超え、累積感染者数は3月31日には2000人を超えるに至っている。特に、確定日別でも発病日別でも**都市部を中心に感染者数が急増している**。31日は、東京都で78人、大阪府では28名などの新規感染者が確認された。こうした地域においては、クラスター感染が次々と報告され、感染源（リンク）が分からない患者数が増加する状況が見られた。

【図1. 日本全国における流行曲線（左図：確定日別、右図：発病日別）】

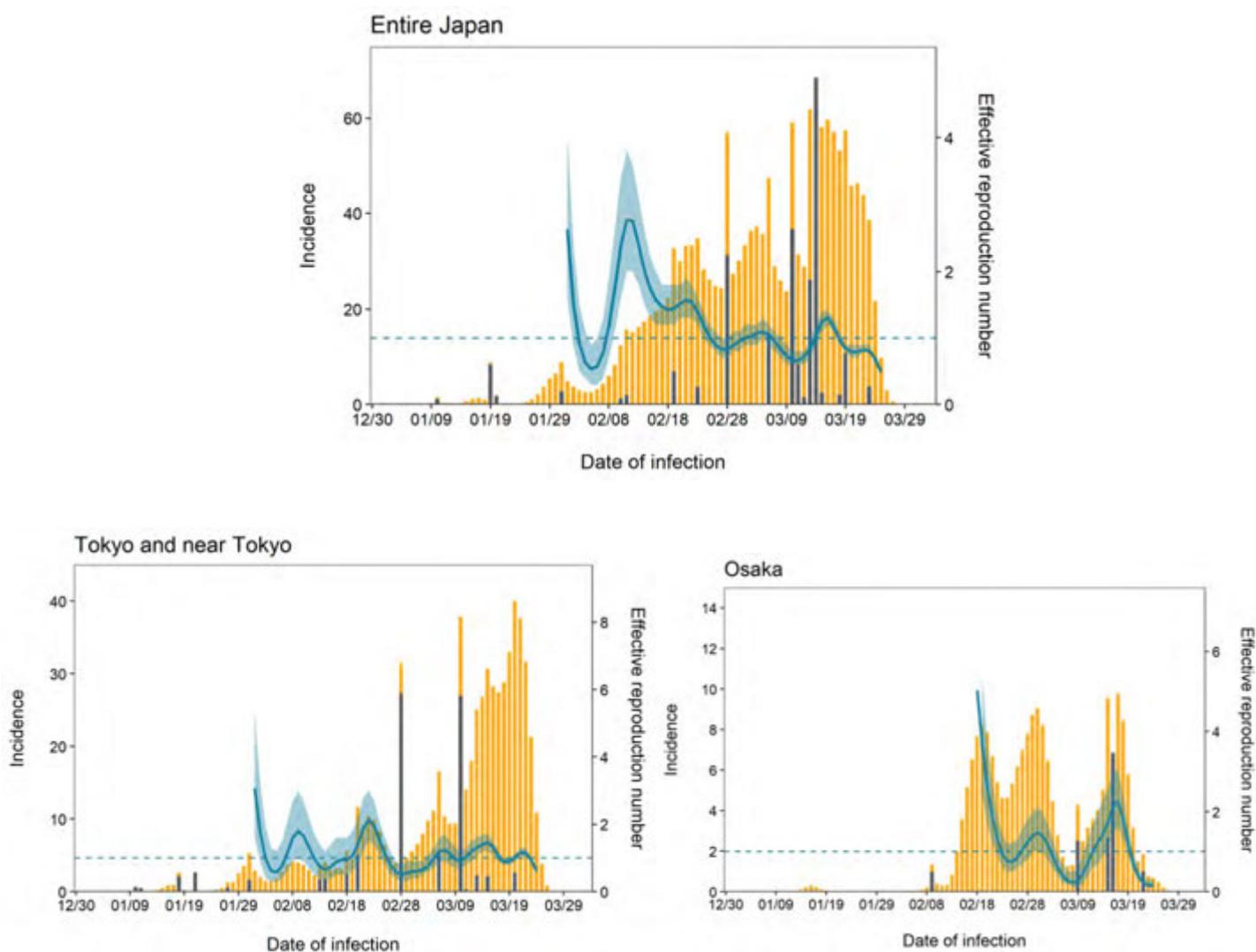


【図2. 累積感染者数（日本）】



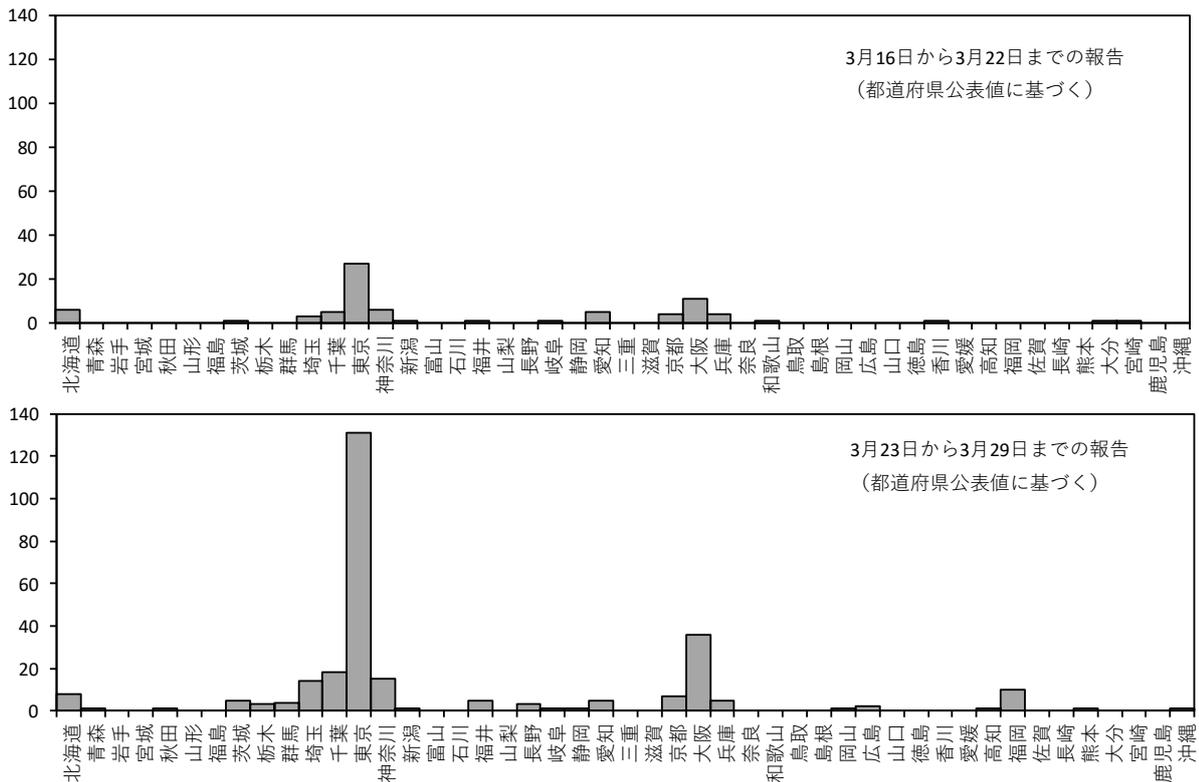
- ・日本全国の実効再生産数（感染症の流行が進行中の集団のある時刻における、1人の感染者が生み出した二次感染者数の平均値）は、3/15時点では1を越えており、その後、3月21日から30日までの確定日データに基づく東京都の推定値は1.7であった。今後の変動を注視していく必要がある。
- ・また、海外からの移入が疑われる感染者については、3月上旬頃までは、全陽性者数に占める割合が数%台であったものの、3月11日前後から顕著な増加を示し、3月22日、23日頃には4割近くを占めるようになった後、直近はやや減少に転じている。
- ・最近では、若年層だけでなく、中高年層もクラスター発生の原因となってきている。
- ・また、最近のクラスターの傾向として、病院内感染、高齢者・福祉施設内感染、海外への卒業旅行、夜の会合の場、合唱・ダンスサークルなどが上げられる。特に、台東区におけるクラスターについては全貌が見えておらず、引き続き注意が必要である。

【図3. 実効再生産数 日本全国、東京と東京近郊、大阪】



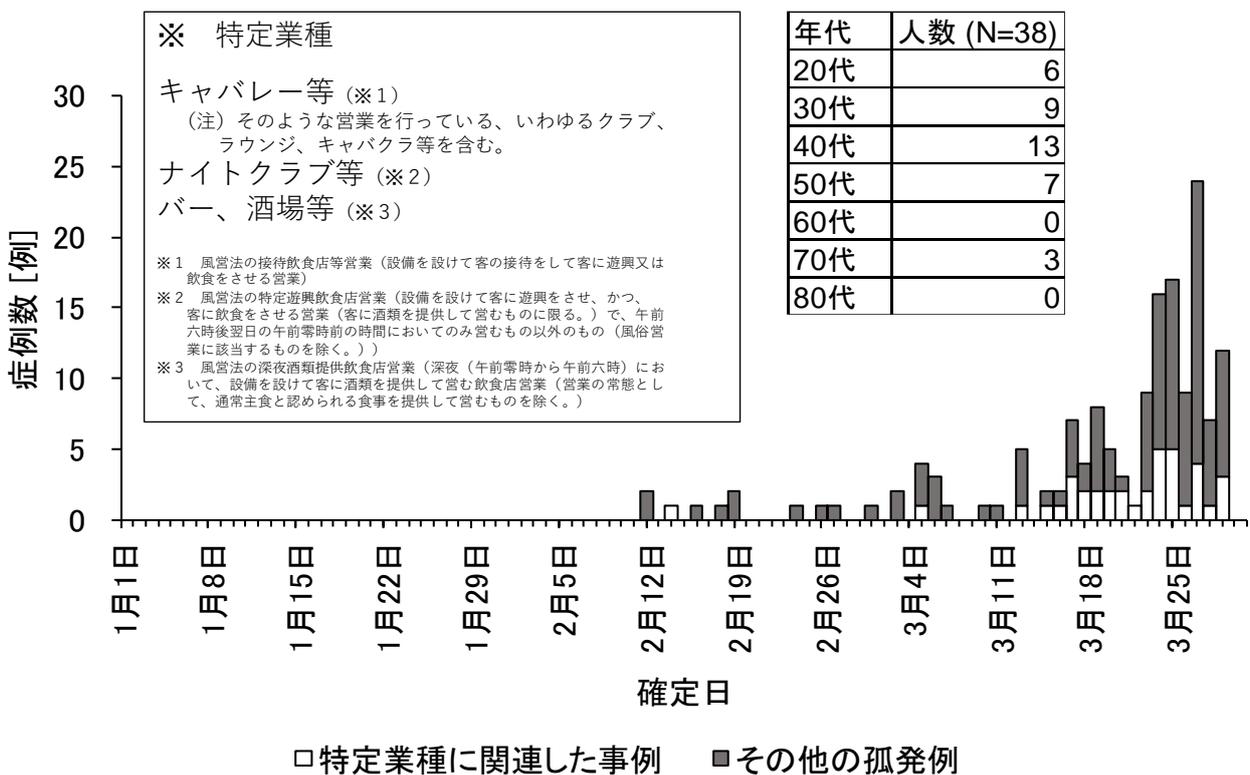
※ 推定された感染時刻別の新規感染者数（左縦軸・棒グラフ；黄色は国内発生推定感染時刻別の感染者数、紺色は推定感染時刻別の輸入感染者数）とそれに基づく実効再生産数（1人あたりが生み出した2次感染者数・青線）の推定値。青線は最尤推定値、薄青い影は95%信頼区間である。

【図4. 都道府県別にみた感染源（リンク）が未知の感染者数の推移（報道ベース）】



※ 2020年3月16日～22日、3月23日～29日の間に報道発表された各都道府県の感染源が分からない感染者数の推移（報道ベース）。これらのうち積極的疫学調査によって感染源が探知された者は、今後、集計値から引かれていくことになる。流動的な数値であることに注意が必要である。

【図5. 夜の街クラスターについて（東京都）】



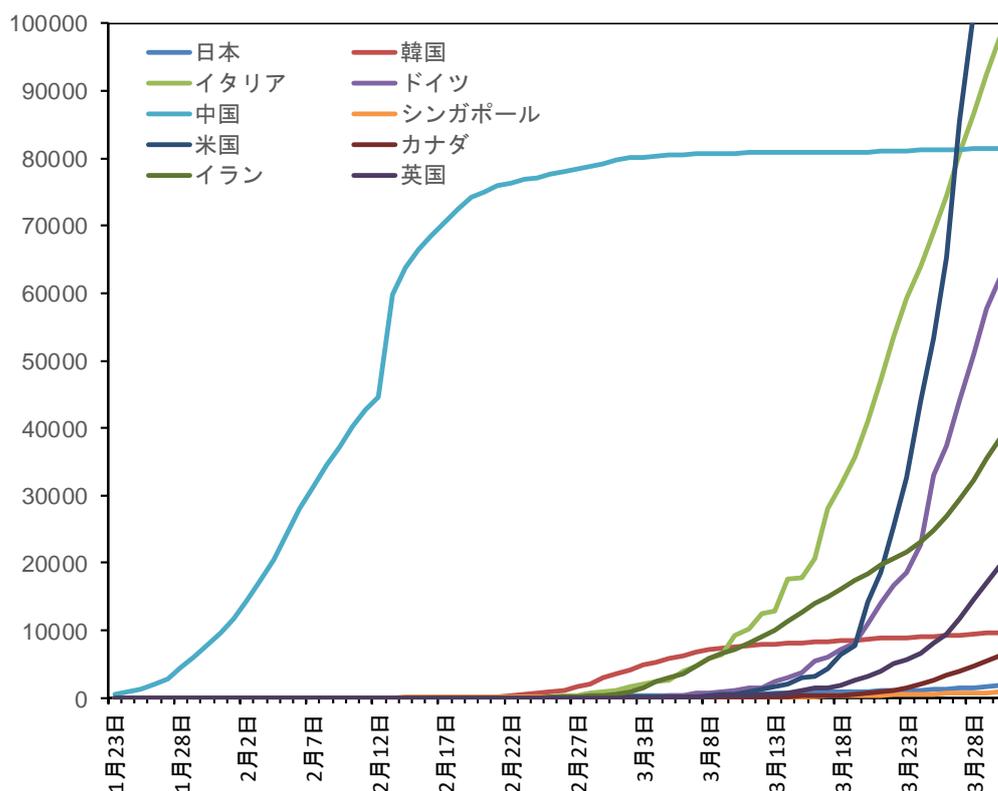
○ 以上の状況から、我が国では、今のところ諸外国のような、オーバーシュート（爆発的患者急増<sup>1)</sup>）は見られていないが、都市部を中心にクラスター感染が次々と報告され、感染者数が急増している。そうした中、医療供給体制が逼迫しつつある地域が出てきており医療供給体制の強化が喫緊の課題となっている。

○ いわゆる「医療崩壊」は、オーバーシュートが生じてから起こるものと解される向きもある。しかし、新規感染者数が急増し、クラスター感染が頻繁に報告されている現状を考えれば、爆発的感染が起こる前に医療供給体制の限度を超える負担がかかり医療現場が機能不全に陥ることが予想される。

## 2. 海外の状況

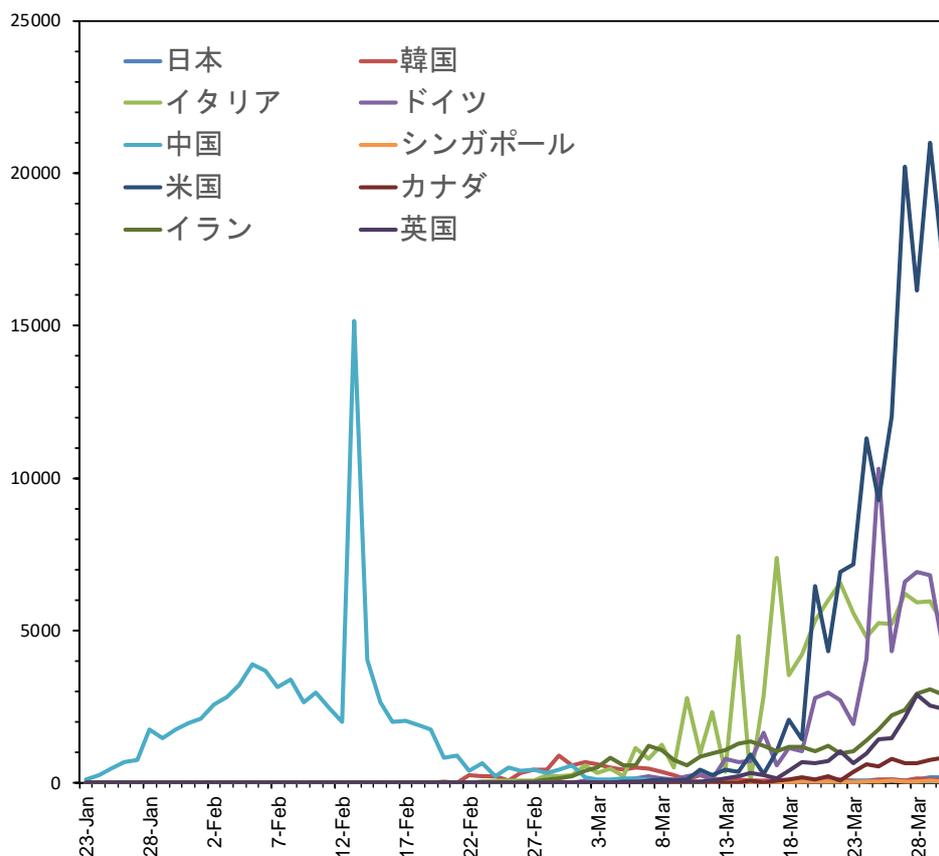
○ この間、欧州や米国では感染が爆発的に拡大し、世界の状況はより厳しいものとなっている。こうした国々では、医療崩壊により十分な医療が受けられない状況が起きており、日本でもその場面を取り上げた報道がなされている。

【図6. 累積感染者数の国別推移】



<sup>1</sup> オーバーシュート： 欧米で見られるように、爆発的な患者数の増加のことを指すが、2～3日で累積患者数が倍増する程度のスピードが継続して認められるものを指す。異常なスピードでの患者数増加が見込まれるため、一定期間の不要不急の外出自粛や移動の制限（いわゆるロックダウンに類する措置）を含む速やかな対策を必要とする。なお、3月21～30日までの10日間における東京都の確定日別患者数では、2.5日毎に倍増しているが、院内感染やリンクが追えている患者が多く含まれている状況にあり、これが一過性な傾向なのかを含め、継続的に注視していく必要がある。

【図7. 新規感染者数の国別推移（確定日ベース）】



### Ⅲ. 現在の対応とその問題点

#### 1. 地域ごとの対応に関する基本的な考え方について

- 「3月19日の提言」における「Ⅱ. 7. 地域ごとの対応に関する基本的な考え方」においては、クラスター連鎖の防止を図っていくための「対策のバランス」の考え方を、地域の感染状況別に整理したものである。
- しかし、自治体などから、「自らの地域が3分類のどこに当たるのか教えて欲しい」という要望があることや、前提となる地域のまん延の状況や、医療提供体制の逼迫の状況を判断する際の、国・都道府県で共通のフォーマットとなる指標の考え方が対外的に示されていない、という課題が指摘された。

#### 2. 市民の行動変容の必要性

- 「3月19日の提言」においては、「短期的収束は考えにくく長期戦を覚悟する必要があります」とした上で、市民の方に対し、感染リスクを下げるための行動変容のお願いをした。

- しかし、①集団感染が確認された場に共通する「3つの密」を避ける必要性についての専門家会議から市民の方へのメッセージが十分に届かなかったと考えられること、②このところ、「コロナ疲れ」「自粛疲れ」とも言える状況が見られ、一部の市民の間で警戒感が予想以上に緩んでしまったこと、③国民の行動変容や、健康管理に当たって、アプリなどSNSを活用した効率的かつ双方向の取組が十分には進んでいないことなどの課題があった。

### 3. 医療提供体制の構築等について

#### (1) 重症者を優先する医療提供体制の構築

- 今後、新型コロナウイルス感染症の患者が大幅に増えた場合に備え、この感染症による死者を最大限減らすため、新型コロナウイルス感染症やその他の疾患を含めた、地域の医療提供体制の検討・整備を行うことが必要である。

#### (2) 病院、福祉施設等における注意事項等

- 大分県、東京都、千葉県などで数十名から100名近い病院内・施設内感染が判明した。高齢者や持病のある方などに接する機会のある、医療、介護、福祉関係者は一層の感染対策を行うことが求められるほか、利用者等を介した感染の拡大を防止していくことが求められる。

## IV. 提言

### 1. 地域区分について

#### (1) 区分を判断する際に、考慮すべき指標等について

- 地域ごとのまん延の状況を判断する際に考慮すべき指標等は以下のとおりである。
- 感染症情報のリアルタイムでスムーズな情報の把握に努められるよう、都道府県による報告に常に含む情報やタイミングに関して統一するよう、国が指示等を行うとともに、国・都道府県の双方向の連携を促進するべきである。

#### 【地域ごとのまん延の状況を判断する際に考慮すべき指標等】

指標	考え方
①新規確定患者数	○感染症法に基づいて届出された確定患者数。各確定日で把握可能。約2週間程度前の感染イベントを反映することに注意を要する。
②リンクが不明な新規確定患者数	○都道府県内保健所による積極的疫学調査の結果、感染源が不明な感染者。地域におけるコミュニティ伝播を反映する。 ○報告時点では、リンクが繋がっていないことも多く、把握には日数を要する。 ○海外からの輸入例はここから別途集計すべきである。

③帰国者・接触者外来の受診者数	○オーバーシュート（爆発的患者急増）を可能な限り早く捉えるために、確定患者に頼らないリアルタイムの情報分析が重要である。
④帰国者・接触者相談センターの相談票の数項目（※）	○①～⑤の数値の動向も踏まえて総合的な検討を要す。 ※ ①帰国者・接触者外来受診を指示された件数（報告日別）、 ②医療機関からの相談件数（報告日別）推移の2項目
⑤PCR検査等の件数及び陽性率	

※ 加えて、実効再生産数（感染症の流行が進行中の集団において、ある時刻における1人の感染者が生み出した実際の二次感染者数の平均値）が地域での急激な感染拡大（オーバーシュート（爆発的患者急増））の事後評価に有用である。しかし、推定には専門家の知見を借りて示す必要があり、また、当該感染症においては感染から報告までの時間の遅れが長い場合概ね2週前の流行動態までしか評価できない。

【地域の医療提供体制の対応を検討する上で、あらかじめ把握しておくべき指標等】

○ また、都道府県は、これ以外に、地域の状況を判断する上で、医療提供体制に与えるインパクトを合わせて考慮する必要がある。については、

- ① 重症者数
- ② 入院者数
- ③ 利用可能な病床数と、その稼働率や空床数
- ④ 利用可能な人工呼吸器数・ECMO数と、その稼働状況
- ⑤ 医療従事者の確保状況

などを、定期的に把握しておかなくてはならない。

○ 地域ごとの医療機関の切迫度を、これらの指標から適宜把握していくことにより、感染拡大や、将来の患者急増が生じた場合などに備え、重症者を優先する医療提供体制等の構築を図っていくことが重要である。

(2) 地域区分の考え方について

○ 「3月19日の提言」における「Ⅱ.7. 地域ごとの対応に関する基本的な考え方」において示した地域区分については、上記(1)の各種指標や近隣県の状況などを総合的に勘案して判断されるべきものとする。なお、前回の3つの地域区分については、より感染状況を適切に表す①感染拡大警戒地域、②感染確認地域、③感染未確認地域という名称で呼ぶこととする。

各地域区分の基本的な考え方や、想定される対応等については以下のとおり。

なお、現時点の知見では、子どもは地域において感染拡大の役割をほとんど果たしてはいないと考えられている。したがって、学校については、地域や生活圏ごとのまん延の状況を踏まえていくことが重要である。また、子どもに関する新たな知見が得られた場合には、適宜、学校に関する対応を見直していくものとする。

①「感染拡大警戒地域」

○ 直近1週間の新規感染者数やリンクなしの感染者数が、その1週間前と比較して大幅な増加が確認されているが、オーバーシュート（p4脚注参照。爆発的患者急増）と呼べるほどの状況には至っていない。また、直近1週間の帰国者・接触者外来の受診者についても、その1週間前と比較して一定以上の増加基調が確認される。

- 重症者を優先する医療提供体制の構築を図ってもなお、医療提供体制のキャパシティ等の観点から、近い将来、切迫性の高い状況又はそのおそれが高まっている状況。

<想定される対応>

- オーバーシュート（爆発的患者急増）を生じさせないよう最大限取り組んでいく観点から、「3つの条件が同時に重なる場」<sup>2</sup>（以下「3つの密」という。）を避けるための取組（行動変容）を、より強く徹底していただく必要がある。

- 例えば、自治体首長から以下のような行動制限メッセージ等を発信するとともに、市民がそれを守るとともに、市民相互に啓発しあうことなどが期待される。

- ・ 期間を明確にした外出自粛要請、
- ・ 地域レベルであっても、10名以上が集まる集会・イベントへの参加を避けること、
- ・ 家族以外の多人数での会食などは行わないこと、
- ・ 具体的に集団感染が生じた事例を踏まえた、注意喚起の徹底。

- また、こうした地域においては、その地域内の学校の一斉臨時休業も選択肢として検討すべきである。

## ②「感染確認地域」

- 直近1週間の新規感染者数やリンクなしの感染者数が、その1週間前と比較して一定程度の増加幅に収まっており、帰国者・接触者外来の受診者数についてもあまり増加していない状況にある地域（①でも③でもない地域）

<想定される対応>

- ・ 人の集まるイベントや「3つの密」を徹底的に回避する対策をしたうえで、感染拡大のリスクの低い活動については、実施する。
- ・ 具体的には、屋内で50名以上が集まる集会・イベントへの参加は控えること
- ・ また、一定程度に収まっているように見えても、感染拡大の兆しが見られた場合には、感染拡大のリスクの低い活動も含めて対応を更に検討していくことが求められる

## ③「感染未確認地域」

- 直近の1週間において、感染者が確認されていない地域（海外帰国の輸入例は除く。直近の1週間においてリンクなしの感染者数もなし）

<想定される対応>

- ・ 屋外でのスポーツやスポーツ観戦、文化・芸術施設の利用、参加者が特定された地域イベントなどについては、適切な感染症対策を講じたうえで、それらのリスクの判断を行い、感染拡大のリスクの低い活動については注意をしながら実施する。
- ・ また、その場合であっても、急激な感染拡大への備えと、「3つの密」を徹底的に回避する対策は不可欠。いつ感染が広がるかわからない状況のため、常に最新情報を取り

<sup>2</sup> 「3つの条件が同時に重なる場」：これまで集団感染が確認された場に共通する「①換気の悪い密閉空間、②人が密集している、③近距離での会話や発声が行われる」という3つの条件が同時に重なった場のこと。以下「3つの密」という。

入れた啓発を継続してもらいたい。

## 2. 行動変容の必要性について

### (1) 「3つの密」を避けるための取組の徹底について

○ 日本では、社会・経済機能への影響を最小限としながら、感染拡大防止の効果を最大限にするため、「①クラスター（患者集団）の早期発見・早期対応」、「②患者の早期診断・重症者への集中治療の充実と医療提供体制の確保」、「③市民の行動変容」という3本柱の基本戦略に取り組んできた。

しかし、今般、大都市圏における感染者数の急増、増え続けるクラスター感染の報告、世界的なパンデミックの状況等を踏まえると、3本柱の基本戦略はさらに強化する必要がある、なかでも、「③市民の行動変容」をより一層強めていただく必要があると考えている。

- このため、市民の皆様には、以下のような取組を徹底していただく必要がある。
  - ・「3つの密」をできる限り避けることは、自身の感染リスクを下げるだけでなく、多くの人々の重症化を食い止め、命を救うことに繋がることについての理解の浸透。
  - ・今一度、「3つの密」をできる限り避ける取組の徹底を図る。
  - ・また、人混みや近距離での会話、特に大きな声を出すことや歌うことを避けていただく。
  - ・さらに、「3つの密」がより濃厚な形で重なる夜の街において、
    - ①夜間から早朝にかけて営業しているバー、ナイトクラブなど、接客を伴う飲食店業への出入りを控えること。
    - ②カラオケ・ライブハウスへの出入りを控えること。
  - ・ジム、卓球など呼気が激しくなる室内運動の場面で集団感染が生じていることを踏まえた対応をしていただくこと。
  - ・こうした場所では接触感染等のリスクも高いため、「密」の状況が一つでもある場合には普段以上に手洗いや咳エチケットをはじめとした基本的な感染症対策の徹底にも留意すること。

### (2) 自分が患者になったときの、受診行動について

○ 感染予防、感染拡大防止の呼びかけは広まっているが、患者となったときの受診行動の備えは不十分である。例えば、受診基準に達するような体調の変化が続いた場合に、自分の居住地では、どこに連絡してどのような交通手段で病院に行けばいいのか、自分が患者になった時、どのように行動すべきか、事前に調べて理解しておき、家族や近い人々と共有することも重要である。

○ こうした備えを促進するため、新型コロナウイルス感染症を経験した患者や家族などから体系的に体験談を収集し、情報公開する取り組みにも着手すべきである。

### (3) ICTの利活用について

○ 感染を収束に向かわせているアジア諸国のなかには、携帯端末の位置情報を中心にパ

パーソナルデータを積極的に活用した取組が進んでいる。感染拡大が懸念される日本においても、プライバシーの保護や個人情報保護法制などの観点を踏まえつつ、感染拡大が予測される地域でのクラスター（患者集団）発生を早期に探知する用途等に限定したパーソナルデータの活用も一つの選択肢となりうる。ただし、当該テーマについては、様々な意見・懸念が想定されるため、結論ありきではない形で、一般市民や専門家などを巻き込んだ議論を早急に開始すべきである。

- また、感染者の集団が発生している地域の把握や、行政による感染拡大防止のための施策の推進、保健所等の業務効率化の観点、並びに、市民の感染予防の意識の向上を通じた行動変容へのきっかけとして、アプリ等を用いた健康管理等を積極的に推進すべきである。

### 3. 地域の医療提供体制の確保について

#### (1) 重症者を優先した医療提供体制の確保について

- 今後とも、感染者数の増大が見込まれる中、地域の実情に応じた実行性のある医療提供体制の確保を図っていく必要がある。
- 特に、東京、神奈川、愛知、大阪、兵庫の5県においては、人口集中都市を有することから、医療提供体制が切迫しており、今日明日にでも抜本的な対策を講じることが求められている。
- また、その際には感染症指定医療機関だけでなく、新型インフルエンザ等協力医療機関、大学病院など、地域における貴重な医療資源が一丸となって、都道府県と十分な連携・調整を行い、どの医療機関で新型コロナウイルスの患者を受け入れるか、また逆にどの医療機関が他の疾患の患者を集中的に受け入れるか、さらに他の医療機関等への医療従事者の応援派遣要請に応じるか、などそれぞれの病院の役割に応じ総力戦で医療を担っていただく必要がある。
- 併せて、軽症者には自宅療養以外に施設での宿泊の選択肢も用意すべきである。

#### (2) 病院、施設における注意事項

- 大分県、東京都、千葉県などで数十名から100名近い病院内・施設内感染が判明した。一般に、病院内感染、施設内感染における感染ルートは、①医療従事者、福祉施設従事者からの感染、②面会者からの感染、③患者、利用者からの感染が考えられる。
- このうち、医療従事者、福祉施設従事者等に感染が生じた場合には、抵抗力の弱い患者、高齢者等が多数感染し、場合によっては死亡につながりかねない極めて重大な問題となる。こうした点を、関係者一人一人が強く自覚し、「3つの条件が同時に重なる場」を避けるといった感染リスクを減らす努力をする、院内での感染リスクに備える、日々の体調を把握して少しでも調子が悪ければ自宅待機する、症状がなくても患者や利用者とは必ずマスクを着用するなどの対策に万全を期すべきである。特に感染が疑われる医療、福祉施設従事者等については、迅速にPCR検査等を

行えるようにしていく必要がある。

- また、面会者からの感染を防ぐため、この時期、面会は一時的に中止とすることなどを検討すべきである。さらに、患者、利用者からの感染を防ぐため、感染が流行している地域においては、福祉施設での通所サービスなどの一時利用を制限（中止）する、入院患者、利用者の外出、外泊を制限（中止）する等の対応を検討すべきである。
- 入院患者、利用者について、新型コロナウイルス感染症を疑った場合は、早急に個室隔離し、保健所の指導の下、感染対策を実施し、標準予防策、接触予防策、飛沫感染予防策を実施する。

### (3) 医療崩壊に備えた市民との認識共有

- 我が国は、幸い今のところ諸外国のようないわゆる「医療崩壊」は生じていない。今後とも、こうした事態を回避するために、政府や市民が最善の努力を図っていくことが重要である。一方で、諸外国の医療現場で起きている厳しい事態を踏まえれば、様々な将来の可能性も想定し、人工呼吸器など限られた医療資源の活用のあり方について、市民にも認識を共有して行くことが必要と考える。

## 4. 政府等に求められる対応について

- 政府においては、上記1～3の取組が確保されるようにするため、休業等を余儀なくされた店舗等の事業継続支援や従業員等の生活支援など経済的支援策をはじめ、医療提供体制の崩壊を防ぐための病床の確保、医療機器導入の支援など医療提供体制の整備、重症者増加に備えた人材確保等に万全を期すべきである。
- 併せて、3月9日、3月19日の専門家会の提言及び3月28日の新型コロナウイルス基本的対処方針で述べられている、保健所及びクラスター班への強化が、未だ極めて不十分なので、クラスターの発見が遅れてしまう例が出ている。国及び都道府県には迅速な対応を求めたい。
- さらに、既存の治療薬等の治療効果及び安全性の検討などの支援を行うとともに、新たな国内発ワクチンの開発をさらに加速するべきである。

## **V. 終わりに**

- 世界各国で、「ロックダウン」が講じられる中、市民の行動変容とクラスターの早期発見・早期対応に力点を置いた日本の取組（「日本モデル」）に世界の注目が集まっている。実際に、中国湖北省を発端とした第1波に対する対応としては、適切に対応してきたと考える。
- 一方で、世界的なパンデミックが拡大する中で、我が国でも都市部を中心にクラスター

一感染が次々と発生し急速に感染の拡大がみられている。このため、政府・各自治体・には今まで以上強い対応を求めたい。

- これまでも、多くの市民の皆様が、自発的な行動自粛に取り組んでいただいているが、法律で義務化されていなくとも、3つの密が重なる場を徹底して避けるなど、社会を構成する一員として自分、そして社会を守るために、それぞれが役割を果たしていこう。

以上

## 新型コロナウイルス感染症対策専門家会議

### 「新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言」（2020年4月22日）

#### I. はじめに

- 本専門家会議は、4月1日の「新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言」において、都市部を中心にクラスター感染が次々と生じるなど患者数が急増し、医療供給体制が逼迫しつつある地域があること、継続的に注視すべき状況にあること等を指摘した。
- その後、4月7日には、新型コロナウイルス感染症対策本部決定により、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府、兵庫県及び福岡県の7都府県に対し、新型インフルエンザ等対策特別措置法第32条第1項に基づく緊急事態宣言が発出された。
- 4月16日には、上記7都府県と、同程度にまん延が進んでいると考えられる北海道、茨城県、石川県、岐阜県、愛知県及び京都府の6道府県との合計13都道府県が新たに「特定警戒都道府県<sup>1</sup>」として指定されるとともに、それ以外の34県についても、
  - ① 都市部からの人の流れで、都市部以外の地域に感染が広がりクラスター感染が起きたこと、
  - ② そうした地域では都市部に比べ医療機関などの数も少なく感染が広がれば医療機能が不全に陥る可能性が極めて高いため、先手先手の対策を打つ必要があること、
  - ③ 4月7日の緊急事態宣言発出後、多くの国民の方が求められる行動変容に協力していただいたが、未だ改善の余地があること、
  - ④ 我が国における更なる感染拡大を抑制するためには全都道府県が足並みを揃える必要があること、などの観点から、緊急事態宣言の対象とされた。
- 今般、前回の提言から3週間が経過したこと等を踏まえ、最新の情報に基づいて状況分析を更新するとともに、提言を行うこととした。

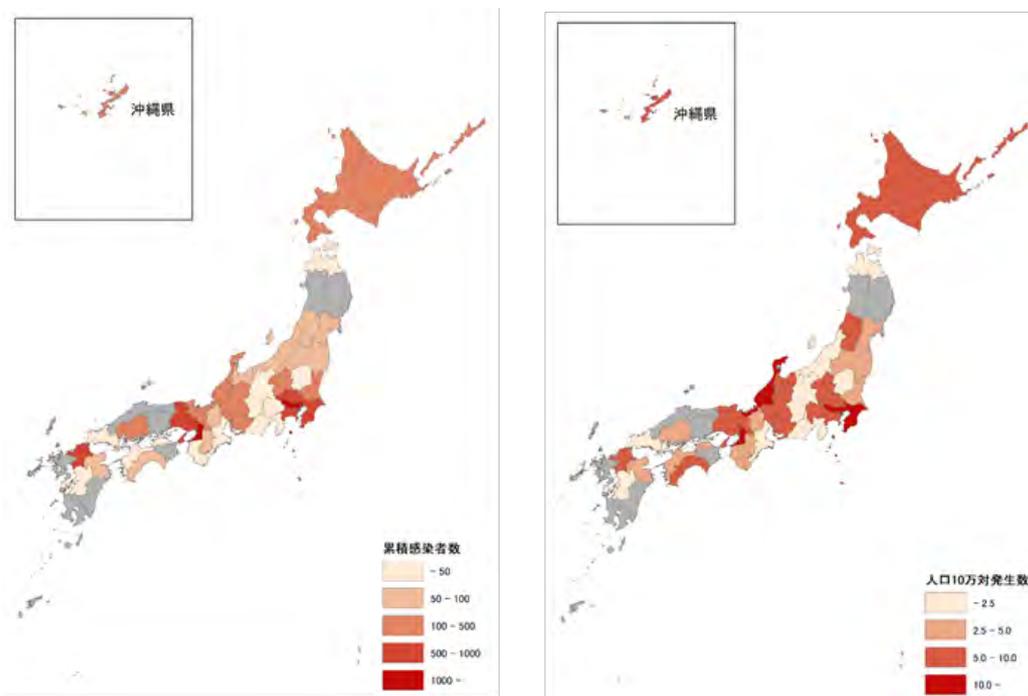
#### II. 現状と課題

##### 1. 国内の状況等

- 現在の全国的な状況については、
  - ・新規感染者数は、日ごとの差はあるものの、1日の新規感染者数は455人にのぼっており、累積感染者数は4月20日には10,200人を超えるに至った。
- 1 特定警戒都道府県：特に重点的に感染拡大の防止に向けた取組を進めていく必要がある地域として指定。4月16日に変更された基本的対処方針では、これらの地域においては、外出自粛の要請に加え、施設利用の制限、在宅勤務（テレワーク）や時差出勤等の強力な推進等を実施することされている。また、特定警戒都道府県以外の34県においては、施設利用の制限等の措置については、感染拡大防止を主眼としつつ、地域の感染状況や経済社会に与える影響等を踏まえ、都道府県知事の実施について、判断を行うものとされている。

- ・特に、特定警戒都道府県の増加が全体の7割強を占めており、累積患者数は東京都が2,984人、大阪府で1,162人となり、このうち、感染源（リンク）が分からない患者数の割合は、約8割にのぼった。
- ・さらに、それ以外の34県でも感染者数の増加を認めている地域があり、集団発生の契機として東京都を含む都市部との間での人の移動に伴うものが多かった。

【図1. 累積患者数（左）と人口10万対患者数（右）】



※ 4月17日までに感染が確定した都道府県別患者数をもとに計算。グレーは累積患者数が20人未満の都道府県

- 海外からの感染に起因したと考えられる国内発生例を確定日別にみると、3月22日、23日頃には4割近くを占めていたものの、4月1日から4月20日では0.65%程度に低下している。
- また、4月21日現在の諸外国の累積死者数については、アメリカ41,872人、イタリア24,114人、スペイン20,852人、フランス20,265人などとなっている一方で、我が国は244人となっている。諸外国と比較すると累積死者数は少ないが、増加の一途をたどっている。

## 2. 行動変容の状況等

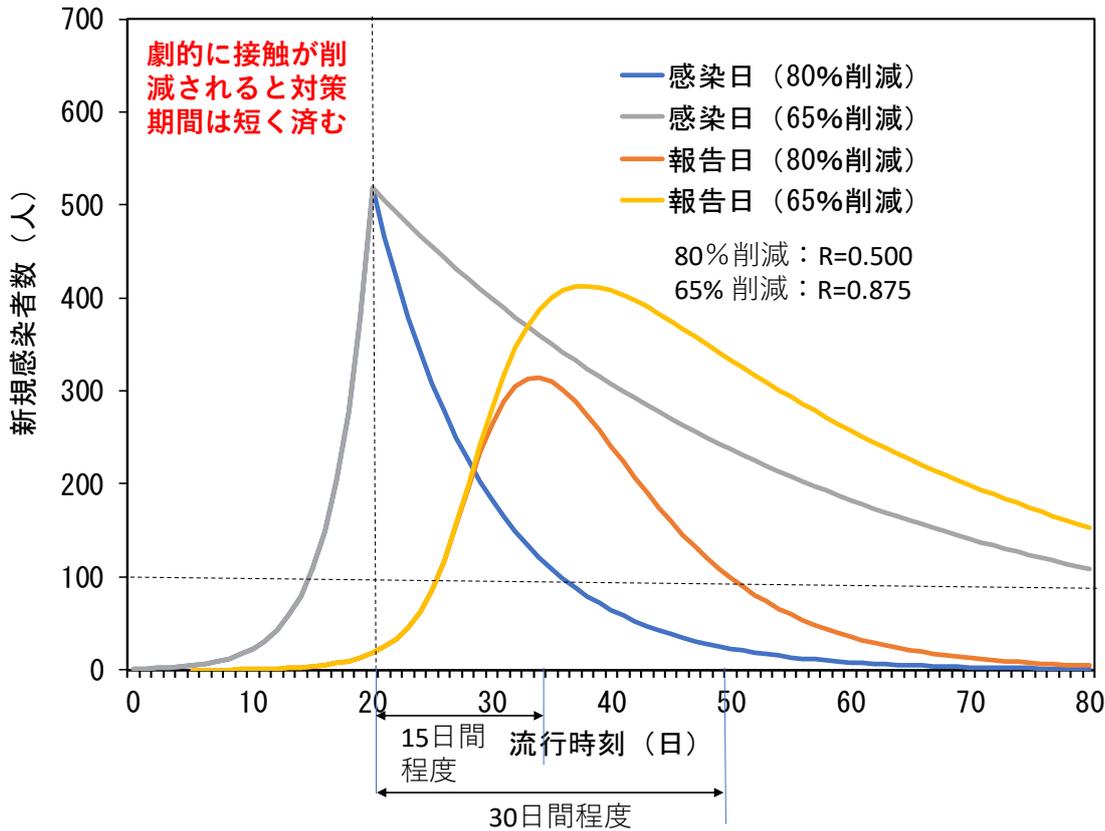
### (1) 緊急事態宣言下における接触機会の8割の削減

- これまでの対策では、「3つの密<sup>2</sup>」を徹底して避けることを周知してきた。加えて、

<sup>2</sup> 「3つの密」：これまで集団感染が確認された場に共通する「①換気の悪い密閉空間、②人が密集している、③近距離での会話や発声が行われる」という3つの条件。これらを回避することで、感染の

緊急事態宣言下においては、ハイリスクの屋内環境に限らず、全ての市民を対象として人と人との接触を削減することを通じて2次感染を劇的に減少させることが必要である。人と人との接触機会を8割削減するという目標は、単に2次感染を減少させるために必要となるだけでなく、短時間で（例えば、8割という劇的な削減であれば、緊急事態宣言後15日間で）感染者数が十分な程度減少するためにも必要である。接触機会の8割削減が達成されている場合、緊急事態宣言後およそ1か月で確定患者データの十分な減少が観察可能となる。他方、例えば、65%の接触の削減であるとする、仮に新規感染者数が減少に転じるとしても、それが十分に新規感染者数を減少させるためには更に時間を要する。なお、8割削減の達成ができた場合には、1か月後には、感染者数が限定的となり、より効果的なクラスター対策や「3つの密」の回避を中心とした行動変容で感染を制御する方法が一つの選択肢となり得る。不十分な削減では感染者を減少させる期間が更に延びかねないことを十分に理解した上で、できるだけ早期に劇的な接触行動の削減を行うことが求められる。

【図2. 接触が流行開始後20日目に削減された場合のシナリオ】



※ 流行対策開始前までは  $R_0=2.5$  で感染者数が増加する。感染日別の新規感染者数は80%の接触削減により15日間で1日100人まで減少する（青線）。しかし、接触の削減が65%であると1日100人に達するには90日以上を要する（灰色線）。また、確定患者として報告されるにはおよそ2週間の遅れを要し、80%削減のとき1日100人に到達するには緊急事態宣言から約1か月を要する（オレンジ線）。黄色線は65%削減のときの確定患者数である。

リスクを下げられると考えられる。

○ 接触行動の変容は、主に2つの指標に基づいて評価をする予定である。その1つ目は、都市部などの人口サイズ（以下「人流」という。）そのものの減少を直接的に評価するものである。

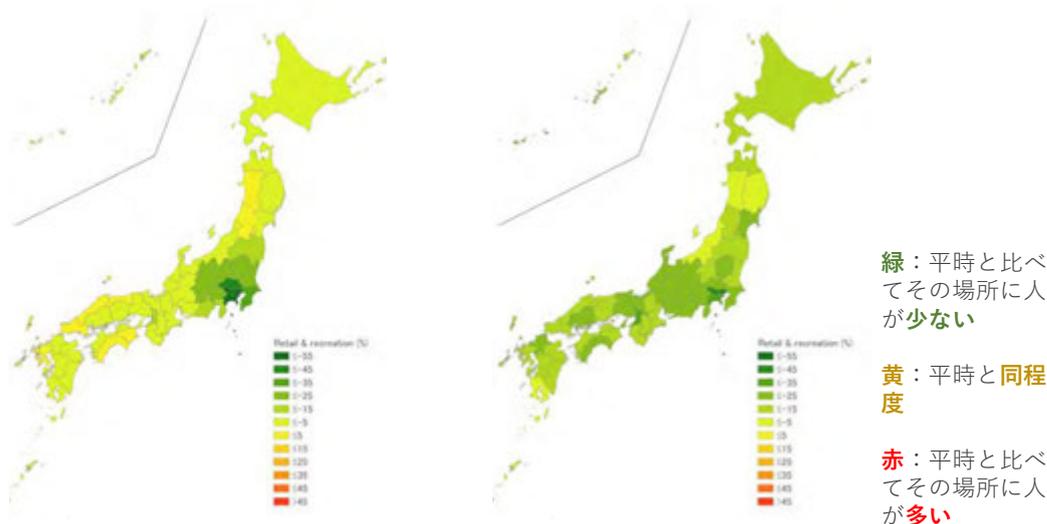
外出の自粛要請がなされ、テレワークが推奨される等によって、人流が減少するものと期待されるが、これは携帯電話の位置情報や公共交通の利用者数を活用した都市部における人口密度の減少をもって一定の評価が可能である。<sup>3</sup>

NTTドコモによるデータでは、4月13日（月）から4月19日（日）までの1週間、1-2月のベースライン（平均値）と比較して渋谷駅周辺の日中時間帯で、平日は63.6%から65.2%の人口減、休日は77.6~77.8%の人口減を認めた<sup>4</sup>。

他方、ソフトバンク社のデータを活用したAgoopによる情報でも、4月18日（日）は東京都内の主要駅（東京、新橋、新宿、品川、六本木）において68.9%~87.3%の人口減少を認めている。また、携帯端末利用者に基づく日内変動を検討した結果、平日では午前7-9時と午後6-8時の通勤時間帯に利用者数が集積していた。さらに、東京都交通局都営地下鉄の利用者数は、改札通過人数に基づく利用者数情報によれば、4月8日（水）-10日（金）の利用者数は昨年同日に比して67~74%減となっており、4月11日（土）-12日（日）の休日は84-89%の利用者減となっていた。

Google社によるGoogle community mobility report（コミュニティにおけるヒト移動報告）によると、3月29日（日）と4月11日（土）の期間について、都心部を中心に娯楽施設の利用者数に減少を認めた。ただし、減少幅は30-50%台に留まっているものと考えられた。

【図3 3月29日（日）（左）と、4月11日（土）（右）の娯楽施設の利用者数】



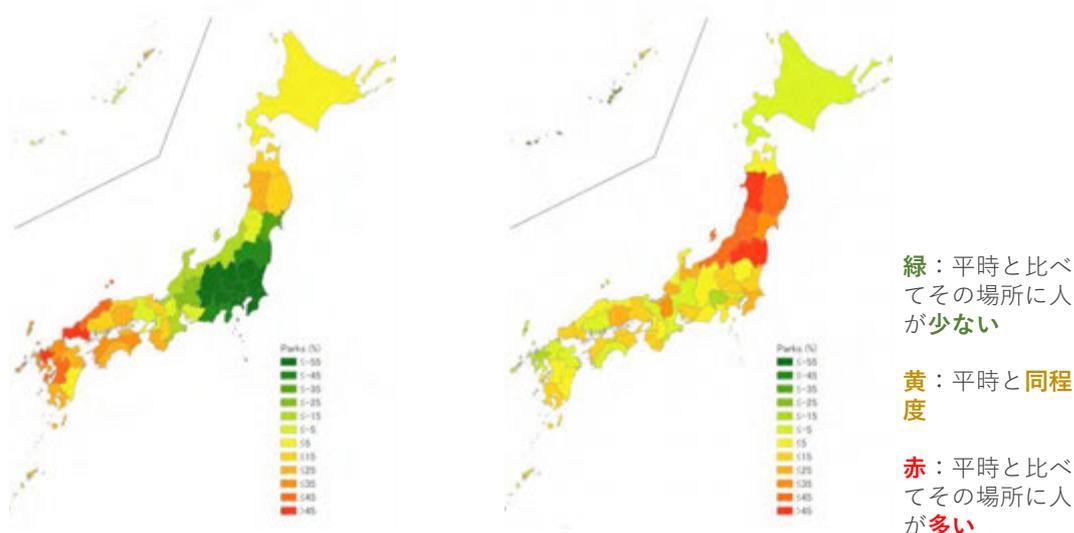
また、同様の比較を公園に関して実施したところ、4月11日（土）の東北地方を中

<sup>3</sup> これらは個人情報を含まない携帯電話端末の位置情報を活用した人口変動データに基づいている。

<sup>4</sup> 同様のことを梅田駅周辺でみると、平日は67.7%から71.6%の人口減、休日は84.1~86.9%の人口減を認めた。

心として平時よりも利用者数の増加を認めた。こうした屋外環境における実際の人と人との接触については、その状況により必ずしも一律でないものの、注意喚起を要する局面が存在しうることが示唆された。

【図4 3月29日（日）と4月11日（土）（右）の公園の利用者数】



以上のように、地域メッシュ別にみた主要駅の状況からは、一時的な人口減少が十分ではないケースが平日においてより顕著であり、テレワークが必ずしも進捗していないことや、通勤時間帯の利用者数から時差通勤が進んでいないことなどがうかがわれた。地域別にみれば、東京都や大阪府などの都心部における娯楽施設、公園における人口密度の減少は顕著である一方で、地方ほど不十分であることが示唆された。

- 2つ目の評価は接触率（時間あたりの接触数）そのものであり、現在、その定量化に向けた検討を開始している。これは、社会全体で接触の機会を減らそうと努力いただいている中で、社会的な接触（その定量化に当たっては、例えば、身体的な接触や2～3文程度の会話によってカウントする。）が実際にどの程度だけ減少したかを評価しようとするものである。これは特定の地域（例．仕事場、会議スペース）でどれくらいの時間を他者と共有していたかを携帯端末の位置情報を基に推定する方法や、社会的な接触を日記のような形で記入してもらった結果を集計する方法により、推計することが可能となる。これらの評価方法の具体化に向けては、現在、厚生労働省クラスター対策班で検討を行っているところである。

## （2）接触の削減やテレワーク等をめぐる問題

- 緊急事態宣言が発出されるに至った状況下で、市中での感染リスクへの対応の必要性や、不要不急の外出を控え、人と人の接触を減らすことの重要性を強調されているが、一方では、日常生活において接触を削減するための具体的な工夫が求められている。また、テレワークについては、働く方々が外出を控え、職場における人と人の接触を減らす効果が期待できることから、政府においても積極的な呼びかけ等が行われているが、いまだ平日における主要駅の人口減少が十分でないケースもあるなど、テレワ

ークの取組が必ずしも十分に進捗していない状況が伺われる。

- さらに、現時点までに東京都を含む都市部への出張・人の移動を通じて地域で流行が発生する事例が後を絶たない。これは医療体制が必ずしも十分でない地域において突然にクラスターへの対応を強いることに繋がっており、看過することのできない状況にある。
- 具体的な感染者数の推移をみても、例えば3月の中旬から連休にかけて、警戒が一部緩み、都道府県をまたいだ帰省や旅行により人の流れが生じ、感染が拡大したと考えられる。現在、大都市圏を中心に新型コロナウイルス感染症がまん延が見られる状況を踏まえると、今後、ゴールデンウィークを迎えるに当たり、こういった帰省や旅行による人の移動により、全国に感染が拡がるのが強く懸念される。また、スポーツ、文化、宗教、娯楽等の各種行事等を含め、大人数の集まる場所や、イベントを避けるということについて、更に徹底していくことが必要である。
- 外出自粛が要請されているなかで、公園やスーパーなどにおいて週末に多くの人が集まっている場での感染対策の必要性が課題となっている。

### (3) 偏見と差別について

- 医療機関や高齢者福祉施設等で、大規模な施設内感染事例が発生し、医療・福祉従事者等に対する偏見や差別が広がっている。こうした影響が、医療・福祉従事者本人のみならず、その家族に対しても及び、子どもの通園・通学を拒まれる事例も生じている。また、物流など社会機能の維持に必須とされる職業に従事する人々に対しても、同様の事例がみられる。さらに、こうした風潮の中で、新型コロナウイルス感染症に感染した著名人などが、「謝罪」を行う事例もみられる。
- こうした偏見や差別は、感染者やその家族の日常生活を困難にするだけでなく、
  - ・ 感染者やその家族に過度な不安や恐怖を抱かせること
  - ・ 感染した事実を表面化させることについて、本人が躊躇したり、周囲の者から咎められたりする事態に及び、そのために周囲への感染の報告や検知を遅らせ、それによって更なる感染の拡大につながりかねないこと
  - ・ 医療・福祉従事者などの社会を支える人々のモチベーションを下げ、休職や離職を助長し、医療崩壊や、物流の停止などといった極めて大きな問題につながりかねないことなどの事態を生むおそれがある。

## 3. 医療等をめぐる現状と課題

### (1) 医療提供体制

- 現在、全国的に感染が拡大する中、医療現場の逼迫が深刻になりつつある地域も増えている。特に、東京や大阪などの感染者が急増している大都市圏では、症状別の病床の役割分担を進めており、重症者・中等症については対応可能な病床の確保を図る一方で、無症候や軽症例については自宅待機やホテル等での受入拡大などを図るべく、懸命な努力が続けられている。しかし、感染者数の増加のスピードに追いついていない状況にある。  
一方、医療基盤の弱い地方では、今後、さらに少ない感染者数の増加でも、早い時期に医療現場への圧迫が生じてしまうことが懸念される。

- また、入院を要する中等症以上の患者について、医療、感染対策の効率化という観点から重点医療機関を定めるよう都道府県に要請されているが、設置が十分には進んでおらず、医療機関の役割分担の検討と合わせ、都道府県知事の強いリーダーシップのもと早急に議論を進める必要がある。
- 患者受入れ調整のために必要な、地域の医療機関の病床の確保状況、空床情報などの見える化がなされていない。
- 本感染症の重症患者は長期管理を要し、病床を一定期間占有するため、医師や看護師、さらには高度機器を扱う臨床工学技士など多数の動員が必要であり、対応に当たる専門人材の確保が追いつかない状況にある。  
さらに、N95 マスク、サージカルマスク、フェイスシールド、ガウン等の個人防護具は、不足する施設も生じている。
- 最近、医療機関や介護施設等での大規模な院内感染・施設内感染が続発しており、その対策が急務となっている。一般の感染対策の徹底とともに、院内感染・施設内感染が発生した場合に、被害を拡大させないためにも、早期発見・早期対応が重要である。  
一方で、院内感染・施設内感染が確認されると、報道などでその施設の責任を強く糾弾する風潮があり、迅速な報告が行われず、早期対応につながらない状況となっている。しかし、入院患者や施設入所者は、高齢で基礎疾患を有していることが多く、感染による重症化リスクが高いことを踏まえると、早期に院内感染・施設内感染を報告し、感染が拡大しないように対処することこそを推奨する空気を、社会全体で醸成していくことが求められる。

## (2) PCR 等検査

- PCR 等検査 (Smart Amp、LAMP など新規に導入された検査手法を含む。以下同じ。) は、医師の判断により必要な者に迅速に実施されることが重要である。しかし、感染拡大に伴う検査ニーズの高まりに対し、帰国者・接触者相談センターの人手が絶対的に不足している、帰国者・接触者外来の体制が十分に確保されていない、検体採取を行う人員、PCR を実施する人員が不足している、などの状況にある。
- また、検査を実施する現場からは、検体採取時必要なスワブ、個人防護具 (PPE) などの資材や、PCR 等検査に必要な試薬類等の不足あるいは逼迫した状態を指摘する声が増しに高まっている。
- 都道府県は、医療機関等の関係機関により構成される会議体を設けること等により、PCR 等検査の実施体制の把握・調整等を図ることとされているが、十分な実施がなされていない。
- 検体の輸送に関しては民間輸送業者による受託もすでに開始されており、今後は検体採取から PCR 等検査の迅速な実施が期待される。

## (3) サーベイランス

- 地域における感染状況を把握することは、今後の対策を行う上で極めて重要であるが、

広く一般に活用可能な血清抗体検査がないために、地域の感染状況を正確に把握することができない状況となっている。

#### (4) 治療薬等の開発について

- この感染症に対して、有効性が確認された特異的な抗ウイルス薬やワクチンは現時点で存在せず、確立した治療法も現時点ではない。中等症から重症へ急速に進行する症例も散見されるため、現在、緊急避難的な対応として、日本感染症学会「COVID-19に対する抗ウイルス薬による治療の考え方 第1版(2020年2月26日)」(第2版発行予定)をもとに、効果が期待される可能性のある治療薬について、医療施設内で所定の手続きをとり、患者の同意を取得したうえでの投与が行われている。
- さらに、「重症化する患者」の特徴や経過、薬剤投与後の経過などを明らかにすることを目的とした患者登録による観察研究(レジストリ)も開始されている。

#### (5) 医療の重要性に係る市民との認識の共有

- 医療機関の努力によって必要な病床数を確保できたとしても、院内感染による医療従事者の減少、さらに医療従事者とその家族に対する偏見や差別を原因とする医療従事者の離職、休診や診療の差し控え、財政悪化等などの複合的な要因によって、適切な医療が提供できなくなることが生じうる。今後とも、こうした事態の回避が求められる。
- 人工呼吸器や人工心肺装置など、限られた集中治療の活用について、今後、一部の医療機関では治療の優先度をつける必要に迫られる局面も想定されうる。ただし、現状では、限られた集中治療の活用をめぐる方針が存在せず、医療機関ごとに一任することとなっている。こうした状況下では、優生思想による判断が行われかねないという懸念も示されている。

### 4. 保健所業務、水際対策などの現状と課題

#### (1) 保健所等の現状

- 保健所の業務については、基本的対処方針で、「政府および地方公共団体は保健所の体制強化に迅速に取り組む」と明記され、厚生労働省の取組のみならず、総務省からも全庁的な対策を講じるよう依頼するなど、政府をあげた対策が講じられている。
- しかし、こうした対策を講じてもなお、現場の業務負荷とそれによる疲弊感はすさまじく、今後、更に相談件数や患者数が増加していくことも見据えて、人員の更なる追加に向けた知事部局の取組や、業務の外注、簡素化による負荷軽減、それに伴う経費の補充が不可欠となっている。
- また、感染症法上、入院勧告を受けた患者等の医療機関への移送は、都道府県、保健所設置市、特別区が行うことができるとされているが、実際の移送を担う保健所においては、入院勧告の手続、濃厚接触者のフォローアップや帰国者・接触者相談センターの対応など様々な業務を行っており、保健所が患者等の移送業務を行うことは現実的ではない。移送業務について、都道府県等との間の協定等に基づいて消防の救急

隊の協力を得ている自治体もあるが、保健所以外の機関による移送が進んでいない現状がある。

## (2) 水際対策の現状と課題

- 本専門家会議では、3月17日に、入国拒否の対象となる地域からの帰国者は検疫時において健康状態を確認し、症状の有無を問わず、検疫所におけるPCR等検査を実施し、陽性者については検疫法に基づき隔離の対象とすることなどの要請を行った。
- その後、政府においても、こうした方針に基づく取組がなされるに至ったが、入国拒否の対象となる地域は、ヨーロッパ諸国、アメリカ、東南アジアなど世界73カ国に広がっており、現在は、連日、千件程度のPCR等検査が実施されている。
- これまでに空港検疫でPCR等検査陽性となったのは、3月1日以降の数値では、有症状者34例、無症状病原体保有者93例の合計127例（4月19日時点）となっており、水際対策として一定の成果を上げてきた。その一方、陽性者の割合は、4月以降低下傾向にあり、入国拒否の対象となる国を73カ国まで拡大した4月3日から4月19日までの検査では、20,296例中52名が陽性であり、割合は0.26%にまで低下してきた。諸外国でも厳格な行動制限などによる感染リスクの低下が背景にあると考えられる。
- こうした中、国内において緊急事態宣言が発出され、国内における新規感染者数の増加に伴うPCR等検査の拡充が求められる状況下にあっては、効率的な資源投入が行われているかを検討すべきではないか、との指摘もされている。
- また、直近までの陽性率を踏まえた数理モデルによる推計では、入国拒否の対象となる地域からの入国者全員の検査を実施した場合と、その中でも有症状者のみを選択的に検査した場合とを比較しても、大規模流行のリスクはほぼ異ならないものと考えられる。

## (3) ICT (Information Communication Technology) の利活用に係る現状と課題

- 3月31日に内閣官房・厚生労働省・総務省より、外出自粛要請等の実効性の検証、クラスター対策として実施した施策の実効性の検証などを目的として、プラットフォーム事業者・移動通信事業者等が保有する、地域での人流把握やクラスター早期発見等の感染拡大防止に資するデータの提供について呼びかけがなされた。これに応じた事業者との協力のもと、顧客のプライバシー等を十分に保護したうえで、各省へデータ提供がなされ、人口変動分析、人流の減少率、交通関係の状況などが内閣官房「新型コロナウイルス感染症対策 (corona.go.jp)」にて公開されているほか、施策の検証や分析に用いられている。
- 4月1日付の提言において、「様々な意見・懸念が想定されるため、結論ありきでは

ない形で、一般市民や専門家などを巻き込んだ議論を早急に開始すべきである」と述べたが、まだそのような議論の場は設けられていない。

- 公衆衛生政策への ICT 利活用は、新型インフルエンザ流行後に位置情報の適切な利用が議論された経緯もあるが、実現には至っていない。新型コロナウイルス感染症対策においては、社会経済活動の犠牲（移動の自由や営業の自由の制限）を最小化しながら、感染拡大を収束の方向に向かわせるため、また再流行に備えるため、様々な ICT 技術の活用を考えることは喫緊の課題である。諸外国の実例と議論を参考にとすると、①調査・個別通知、②統計情報二次利用、③集計・公開の合理化、④接触追跡（Bluetooth アプリ、GPS 位置情報その他）、⑤健康管理・報告のアプリといった手法が考えられる。しかしながら、公衆衛生上の利益とプライバシーへの影響を比較考量し、倫理的、法的、社会的な問題を議論することが重要である。

#### （４）倍化時間について

- 倍化時間については、地域における感染者数の将来予測などに有用であるが、推計方法が分からない、との声も多い。

### Ⅲ. 提言

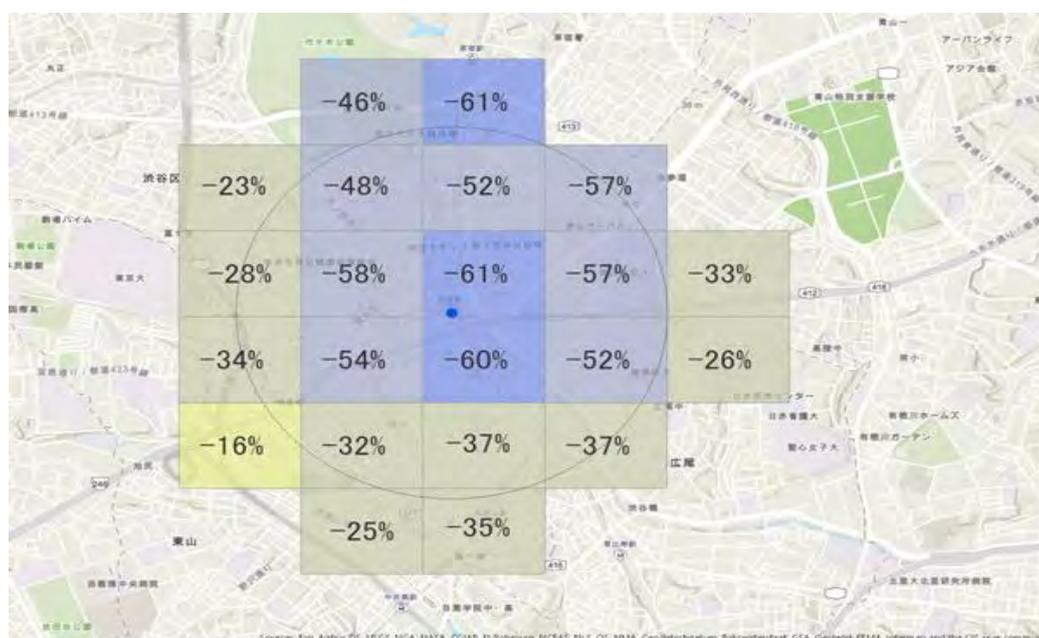
- ◎ 日本では、これまで、社会・経済機能への影響を最小限としながら、感染拡大防止の効果を最大限にするとともに、「医療崩壊防止」並びに「重症化防止」による死亡者数の最小化を図るため、「①クラスター（患者集団）の早期発見・早期対応」、「②患者の早期診断・重症者への集中治療の充実と医療提供体制の確保」、「③市民の行動変容」という 3 本柱の基本戦略に取り組んできた。
- ◎ 既に、緊急事態宣言が発出された状況下においては、「③市民の行動変容」については、都市部を中心に市中感染のリスクが拡大している中、「3 密」に代表されるハイリスクの環境を徹底して回避するための行動制限に加えて、接触の 8 割を削減するという市民の行動変容をいかに徹底するかにより、まん延の区域の拡大を収束に向かわせることが求められる。
- ◎ また、「②患者の早期診断・重症者への集中治療の充実と医療提供体制の確保」については、医療機関の役割分担の促進、PCR 等検査の実施体制の強化、保健所体制の強化及び業務の効率化等に関し、都道府県知事等による更なるリーダーシップが求められる。
- ◎ 対策のフェーズが変わる中、まん延をいかに食い止め、「医療崩壊防止」並びに「重症化防止」による死亡者数の最小化を図っていくかに、力点を置きつつ、今後の対策の在り方について、以下のとおり提言する。

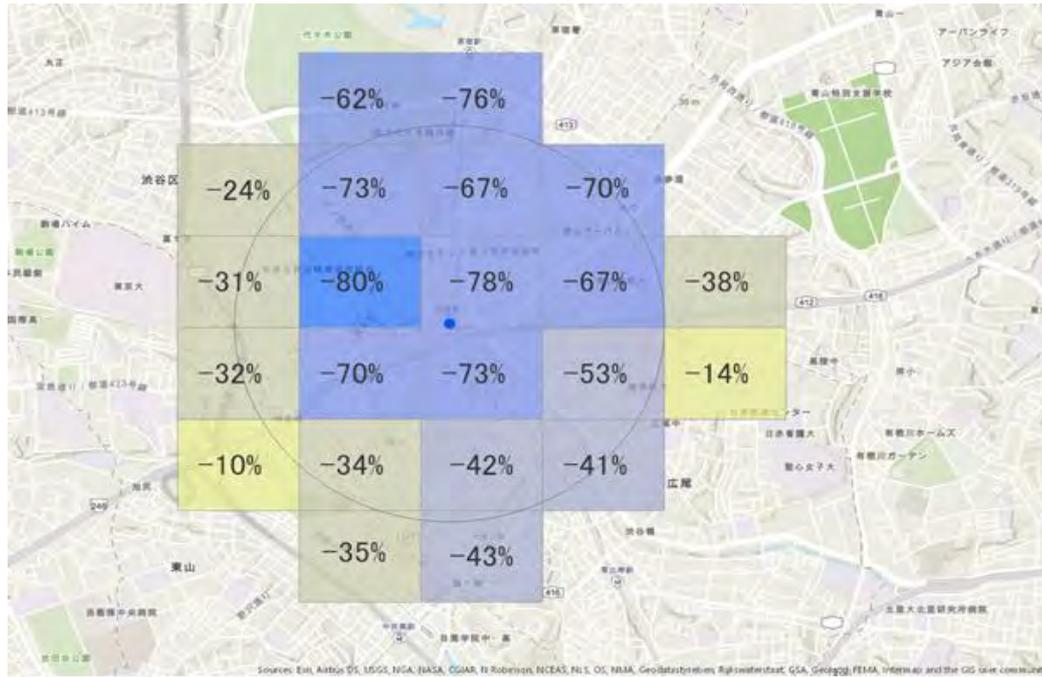
## 1. 行動変容の徹底について

### (1) 緊急事態宣言下における接触機会の8割の削減

- これまでに、人の移動は大きく減少したが、必要とされる人と人との8割の接触の削減が達成できたかどうかは現段階では確認できていない。確実に8割の接触削減をするためには、社会機能の維持に必須とされる者以外の労働者は、テレワークやシフトの変更等を徹底することを通じて、より一層の努力をいただきたい。また、今後の感染状況の拡大に応じて、更なる対応の可能性について取り得る選択肢の検討も必要である。
- 接触行動の変容の評価については、
  - ・ 都市部において、感染し得る者の人口減少に相当する人流評価に関する暫定的な評価では、各携帯電話会社・公共交通機関から内閣官房などにサマリーデータが提供される形で記述統計結果が公表されている。ただし、人口数の相対的減少の考え方（例：ベースラインをいかに設定するか）や、特異的な地域メッシュとして人通りの多い都市部を選択していること、全てのメッシュ人口における人流が評価されていないなど、いくつかの技術的課題を包含しており、今後、更に分析手法の改善を行った上で検討を継続することが必要である。
  - ・ 加えて、接触率（時間あたりの接触数）の減少に関して調査を開始しており、今後、その評価結果を専門家会議等の場を通じて公表をしていく。なお、以下に、暫定的な分析のイメージを示す。

【図5. 4月17日と1月17日を比較した渋谷駅周辺の接触の減少率（上：昼間、下：夜間）】





(参考) ある平日（4月17日）におけるベースライン（1月17日）と比較したときの、渋谷駅周辺の昼間（08:00-16:00）と夜間（16:00-24:00）の接触率の相対的減少に関する推定値。昼間は43.0%、夜間は51.1%の接触率の相対的減少が起こったと評価される。NTTドコモモバイルのデータを用い、時間の共有を根拠として「接触」と位置付け、統計学的推定を実施することによって定量化を実施した。

## (2) 接触の削減やテレワーク等をめぐる対応

- まん延の拡大防止に向け、確実に、人と人との接触機会が8割程度低減されなければならない。このため、引き続き、不要不急の外出の自粛や、「3つの密」を避けるための取組の徹底等について、市民の皆様にご協力を求めていくことが不可欠である。また官公庁においても、職務に支障を来さぬよう、テレワークやオンライン会議等の実施に努めるとともに、必要なシステム変更や、予算配分等に努めるべきである。
- これまでに、外出禁止と都市封鎖（いわゆるロックダウン）を解除したところのある中国やシンガポールでは、日本において「3つの密」と表現しており実際にクラスターが発生する場となった環境（例えば、フィットネスジム、ライブハウス、夜間の接待飲食店など）を行動制限の解除後も休業とすることで2次感染防止を図っている。この結果、今までのところ、中国では大規模な再流行は発生していないと報告されている。今後、地域によって、感染者数の低減などが見込まれた際の感染予防戦略として、伝播が生じるハイリスクの場や地域間移動を伴うようなイベントなどについては、自粛などの要請を継続する可能性があることを関連する事業者は想定しておく必要がある。
- 高齢者への感染は重症化リスクが高いことに鑑み、高齢者との接触の際には細心の注意や対策を行うこと、また、高齢者自身も感染しないように気をつけていくことが

重要である。市民の皆様にご心がけていただきたいことは、

- ①手洗い、咳エチケット等の感染防止対策の徹底、
- ②「3つの密」の徹底的な回避（人混みや近距離での会話、多数の者が集まる室内で大声を出すことや歌を避ける等）
- ③さらに、人と人の距離をとること（social distancing；社会的距離の確保、最近ではphysical distancing：身体的距離の確保とされるように言われており、以下「身体的距離の確保」という。）

④不要不急の外出の自粛（特に、日本国内における地域を超えた不要不急の移動の自粛）など、これまでも繰り返し伝えてきた基本的な行動の徹底

が基本である。これらの取組によって、ご自身への感染を防ぐとともに、大切な家族・友人・同僚や地域で生活する隣人・市民への感染拡大を防ぐことができる。市民の皆様には、引き続き、日常生活におけるもう一段のご協力を強くお願いしたい。

合わせて、当分の間は、緊急性を要する場合を除き、医療施設や福祉施設における面会、帰省などで高齢の両親、祖父母と接することを控えることをお願いしたい。

○ 加えて、人と人の接触機会を8割削減していくためには、それぞれの職場においても、

- ①オフィスでの仕事は原則として自宅でテレワークにする、
- ②例外的に出勤が必要となる職場でもローテーションを組むこと等により出勤者の数を最低7割は減らす、
- ③出勤する者については時差通勤を行い、社内でも人と人の距離を十分にとること（身体的距離の確保）、
- ④取引先などの関係者に対してもこうした取組を説明し、理解・協力を求める
- ⑤他方で、これらの努力を行った上でも、医療・物流・社会インフラ等現場で出勤を要する業務がある。その分、それ以外の業務における出勤を大きく減少させる必要がある。社会を維持するために出勤せざるを得ない人と自宅勤務が可能な人との間で分断を招くことのないよう、社会的な理解を深めていく、といった取組を進めていく必要がある。

また、新型コロナウイルス感染症の流行は、今回の緊急事態宣言の期間だけではなく長期にわたって続く可能性があるため、以上の取組がいつでもできる体制を整えておくべきである。こうした取組は、感染症対策だけではなく、働き方改革を進めて、全ての人にとって働きやすい職場にすることにもなる。

○ さらに、このような出勤が避けられない職場においては、常に「3つの密」が同時に重なる場を避けるとともに、人と人の距離をとることを意識した上で、職場や職務の実態に応じて、

- ①換気の徹底
- ②接触感染防止（電話・パソコン等の共有をできる限り回避、こまめに消毒等）
- ③飛沫感染の防止（会議のオンライン化、咳エチケットの徹底、対人距離の確保（2m以上）等）

④風邪症状を有する者の出勤免除、安心して休暇を取得できる体制の整備  
といった取組を着実に定着させていく必要がある。なお、雇用主においては、感染の疑いがあると判断される特段の理由があるわけではないような従業員に対し、PCR検査の結果を提出させることは適切ではない。

○ これらの8割の接触機会の低減の具体策については、市民にとって、公園やスーパー、商店街などにおいて、人と人との距離をとるよう気をつけることなど具体的にどのような行動すべきかが分かりやすいような形での周知広報に努めるべきである。  
(参考資料1参照)

○ 外出自粛によってこれまでより人が増加する場（公園やスーパーや商店街など）において、管理者や事業者は感染リスクを評価し、リスクに応じた対策を行う。

- ・ 共通する対策としては、体調不良時の利用の控えと基本的な衛生習慣（こまめな手洗い、会話時の距離の確保、密集にならないように人が多い時間を避ける）の実践である。
- ・ 公園は、一律に閉鎖するのではなく、地域での話し合いなどにより、使い方の工夫、感染対策についての使用者への協力を呼びかけることにより継続して利用ができることが望ましい。
- ・ 事業者はそれぞれの業界団体において事業の性質に基づいた感染リスクを評価し、対策を検討することが求められる。例としてスーパー、商店街の事業者が考慮すべき感染対策としては入店前後の手指衛生、人が触りやすい扉や共用部の定期的な消毒、レジなどの行列位置の指定、混雑時の入場制限、一方通行の誘導、パーティションを対面の場所に設置するなどがある。

○ 事業者は、体調不良のある社員などに新型コロナウイルスの検査や陰性を証明する書類を求めることは避けるべきである。医療機関が陰性の証明を提供できる体制にないことや、陰性であっても、体調不良があれば感染している可能性は否定できない。体調不良があれば、休暇がとれるように配慮すること、また症状が継続するようなら受診して加療させる。

○ なお、外出自粛要請等を受けて臨時休業となる学校が増えており、子供たちが家庭で学べる環境づくりが重要となる。政府は、子供たちが、オンライン教材等を活用した学習、同時双方向型のオンライン指導を通じた学習などICT等を活用した家庭学習が行えるようにするとともに、最大限の感染拡大防止措置を講じた上で、学校等における学習指導の模索や学習状況の把握に努める必要がある。

### (3) ゴールデンウィーク中の対応について

○ ゴールデンウィークにおいては、伝播が地理的に拡大している状況を鑑み、都道府県境をまたぐか否かに関わらず、人混みに出掛けて自らを接触のリスクに曝してしまう機会を厳に慎むことを求めたい。3月の三連休において、感染が拡大したと考えら

れることを踏まえ、不要不急の旅行、観光による感染拡大を防ぐため、市民・宿泊事業者がともに協力して取り組むことが必要である。流行の制御のために、各人が自宅で過ごし、食料品の買い物等のみを、空いている時間帯に一人あるいは必要最小限の家族等のみで出掛ける、という状況を達成するのにご協力いただきたい。

- 特に、帰省などは、遠距離の人の移動と重症化するリスクの高い高齢者との接触が重なることから、重点的にメッセージを発出すべきである。

#### (4) 偏見と差別の解消に向けて

- 感染症に対する偏見や差別、特に、医療・福祉従事者をはじめとする社会のために働く方々に対する偏見や差別は、絶対にあってはならない。全ての市民に対して、早急に感染症や感染予防に関する知識を提供する必要がある。
- 市民に対して、偏見や差別を防止するための啓発を進めることが必要である。本感染症に対する偏見や差別の解消に向け、
  - ・ 誰もが感染しうる感染症だという事実
  - ・ 誰もが気付かないうちに感染させてしまう可能性のある感染症だという事実
  - ・ 病気に対して生じた偏見や差別が、更に病気の人を生み出し、感染を拡大させるという負のスパイラル
  - ・ 医療従事者をはじめとして本感染症への感染リスクと隣り合わせで働いている人々に対する敬意といった事柄について、市民に啓発する活動を展開することが求められる。
- 法務省や地方公共団体では、本感染症に関連する偏見、差別、いじめ等の被害に遭った方からの人権相談を受け付けている。相談窓口についての周知をよりいっそう強化し、利用を促すべきである。

## 2. 医療提供体制の今後の在り方

### (1) 医療機関の役割分担、病床・宿泊療養施設の確保

- まず、何よりも、重症者・中等症者に対する病床を確保するために、現在、東京都、神奈川県、大阪府など一部の都道府県でしか定めていない、これらの患者を集中的に受け入れる「重点医療機関」を、全都道府県で速やかに設定すべきである。
- 特に、重症者に対する医療体制は人工呼吸器などの医療機材の問題よりも、そのような集中治療を行える人材の養成が最も重要である。できるだけ短期間でそのような人材を養成できるようなプログラムを整備すべきである。
- 特に、病床数が逼迫している都道府県については、必要に応じ医療機関に対し不要不急の受診や予定入院・予定手術の延期の要請を行うなど空床確保に努めるべきである。また、重症者・中等症者の増大に伴い、入院施設が逼迫している都道府県においては、

必要に応じて、新型インフルエンザ等対策特別措置法で定められている「臨時の医療施設」の枠組みを用いることも視野に入れ、早急な対応を講ずるべきである。

- さらに、無症候例・軽症例の自宅療養には様々な困難が予想される場合も多いので、療養先となるホテルなどの施設の確保と具体的な準備を、まだ感染者がそれほど多くない都道府県も含め、迅速に行う必要がある。また、症状が改善した無症候例・軽症例について、病床の確保状況等を踏まえ、自宅や施設における療養への移行を強く求める必要がある。
- こうした医療機関の役割分担の確立にあわせて、各都道府県の受入れ本部において、新型コロナウイルス感染症の患者を診察する医療機関に対する支援や患者の移送、受入れ調整、空き病床の見える化などを行うために、災害医療コーディネーター、DMAT等の災害時の対応に精通した医師を地域の実情に応じて配置するなど、スムーズな移送調整を行える体制を整備すべきである。
- 医療機関では、院内感染を防ぐために感染管理を徹底する。院内感染の可能性が生じた場合には直ちに保健所と相談し、また保健所や自治体は、必要に応じて、速やかにFETP又はFETP修了生など感染症、疫学に関する専門家並びに感染制御に関する専門家による助言を依頼する。また、院内の医療体制を維持するため、地域の職能団体やDMAT、JMAT、災害支援ナースなど様々な仕組みを活用すべきである。
- 院内感染を防止するためには、都道府県及び医療機関は、必要に応じて適切にPCR等検査を実施できる体制を整えなければならない。加えて、都道府県は、医療従事者や入院患者が新型コロナウイルス感染症に罹患した場合でも、当該医療機関が十分に機能を維持できるよう、医療機関に対して職員の就業制限等に関する勧奨や指導は科学的に最小限かつ妥当な範囲とし、過度の勧奨や指導を行わないようにすべきである。

さらに、手術（挿管を伴うもの）や医療的処置前などにおいて、当該患者について医師が感染を疑う場合には、PCR等検査が実施できる体制が望まれる。その際、これまでのRT-PCRの十分な活用に加え、病院内でLAMP法、Smart Amp法などの迅速検査が実施可能な体制を整備することも有効な対策となりうる。
- 今後増加すると思われる小児の医療は、成人と異なる点が多々あり、政府は、日本小児科学会などの意見を聞きながら、早急に診療体制の整備を進めることが必要である。

## (2) PCR等検査体制の拡充について

- 都道府県等は、地域の医師会等と連携して帰国者・接触者相談センター業務の更なる外注や委託の推進により、できる限り保健所の負担を縮小化できるよう工夫する。また、政府及び都道府県等は、検体の送付先として、民間検査機関の更なる活用を推進する。
- 都道府県等は、地域の医師会等と連携して、保健所を経由しなくても済むように、帰国者・接触者相談センター業務の更なる外注を推進するとともに、大型のテントやプレ

ハブ等の設置や地域医師会等と連携した地域外来・検査センターの設置など、地域の実情に応じた外来診療体制を増強する。(参考資料2参照)

併せて、人材の確保に当たっては、一般社団法人 日本臨床検査技師会などにも応援を要請する。

なお、帰国者・接触者相談センターや、帰国者・接触者外来の名称については、市民に分かりやすく周知するため、地域の実情に応じて、「新型コロナ受診相談センター」や、「新型コロナ紹介検査外来」などの呼称を用いることも検討するべきである。

- PCR等検査の速やかな拡充に向けて、知事主導で、医療機関等の関係機関により構成される会議体を設けること等により、検査の実施体制の把握・調整等を行う。また、今後、帰国者・接触者相談センターを経由しない検査の増加が予想されることから、都道府県等は、帰国者・接触者外来並びに（保健所が関与しない）検査センターにおいて、検査陽性が判明した際にその振り分け（宿泊施設あるいは自宅における健康観察、体調が変化した場合の入院の誘導）を担える体制の整備を図っていくことが不可欠である。
- 参考資料2に示したとおり、医師が感染を疑い、重症化リスクを考慮して検査が必要と認める場合には、行政検査だけでなく保険診療による検査も活用して、遅滞なく確実に検査ができる体制は確保した上で、速やかに検査を実施すべきである。なお、無症状の濃厚接触者などについては、まずは2週間の健康観察を指示するなど、医学・公衆衛生上の必要性を踏まえた対応を行っていく。一方、都道府県等においては、速やかにPCR等検査体制の拡充を図っていくことが求められる。
- 患者数が大幅に増えた地域等では、医療機関や高齢者施設におけるクラスターに対応する場合等における検査を優先させることが必要である。このため、院内感染や施設内感染が疑われる場合には、疑い患者や感染者が発生した際の濃厚接触者の検査を優先的に実施できる体制を準備する。
- PCR等検査対象者については、重症化リスクの高い人（肺炎が疑われるような強いだるさ、息苦しさ、高熱等がある場合、また、高齢者、基礎疾患のある方）は、4日を待たず、場合によってはすぐにでも相談という旨を市民に周知すること（参考資料2）。

### (3) 都道府県知事等による更なるリーダーシップの発揮

- 緊急事態宣言が発出された今、上記(1)の医療機関の役割分担の促進、上記(2)のPCR等検査の体制強化、下記3(1)で後述する保健所の体制の強化、業務の効率化、関係機関との連携等については、都道府県知事及び保健所設置市長・特別区長の今まで以上の強いリーダーシップが求められる。
- 上で述べる3つのテーマ、「空床状況の見える化・PCR等検査の体制強化など・保健所体制の強化及び業務の効率化等」について、更に地域の感染状況の把握については、これらの自治体の長が地域における実務リーダーを指名し迅速に進めることを期待したい。

○ また、感染状況の共有などについても、都道府県及び保健所設置市・特別区にこれまで以上の連携をお願いしたい。

○ 更に下記3（1）で述べる如く、感染者などの救急車による搬送などについては、知事がリーダーシップを取り、消防機関を所管する市町村長や民間事業者の協力を得る必要がある。

#### （4）感染防護具、検査試薬、検体採取スワブ等の確保

○ 政府は、医療現場で危険と隣り合わせで過酷な診療に従事する医療者のために、感染防護具等の確保、検査試薬、検体採取スワブ等資材の安定確保に向けた最大限の努力を図るとともに、必要度に応じた適正な配分に努めていくべきである。

#### （5）地域の流行状況を把握するためのサーベイランスの拡充

○ 新型コロナウイルス感染症の正確な国民の感染状況を確認し、適切な対策につなげるため、政府は、現行のサーベイランスに加えて、新型コロナウイルス感染症の国民に対する潜在的な感染状況を確認し、適切な対策につなげるため、政府は本ウイルスの抗体保有状況に関する調査研究を早急に進めるべきである。

#### （6）治療薬等の開発について

○ 関係省庁・関係機関とも連携し、有効な治療薬やワクチン等の開発に引き続き鋭意取り組む必要がある。特に、重症化を少しでも防ぎ、一人でも多くの命を救うため、効果が期待されている治療薬については、観察研究及び治験等を通じエビデンスの集積を急ぎ、一刻も早い薬事承認を目指すことが重要である。しかし、迅速に進んだとしても、薬事承認までには一定の時間を要するため、今後新たな抗ウイルス薬候補が報告された際には、副作用などを慎重に検討しつつも、迅速に臨床での使用を検討することが求められる。

○ 現在、緊急避難的な対応として、医師の判断によって行われている治療薬の投与は、日本感染症学会「COVID-19に対する抗ウイルス薬による治療の考え方 第1版（2020年2月26日）」（第2版発行予定）の見解をもとに、医療機関内で所定の手続きをとり、患者の同意を取得したうえで、引き続き継続すべきである。重症化するリスクの高い患者に対しての適切な治療薬の選択及び重症化する前の投与は、研究として行われるべきである。また、患者から要望があったとしても、既存薬やサプリメントのやみくもな投与等は避けるべきである。

○ 政府は、既存薬を適応外使用する事例については、患者登録による観察研究（レジストリ）を引きつづき推進するとともに、治験や臨床研究の参加に関しても、多くの医療機関の協力を促すべきである。

また、治療薬開発への社会的な期待が強いなかで行われる研究開発であることから、研究結果が歪められたものとならないよう、細心の注意を払って進める必要がある。

○ 重症な症状が出現する前にその予兆を示唆する重症化予測マーカーについても、研究班を立ち上げ、その結果を早急に取りまとめ、臨床現場で活用できるように検討するべきである。

### (7) ゴールデンウィーク中の対応について

- 本年は、ゴールデンウィーク中も患者が一定程度発生し続けることが見込まれ、更に地域によっては、この期間に急激な感染者数の増加が起こり得る。このため、地域の医療機関に相当な負担をかけることになる。このため、都道府県、地域の医師会及び医療機関は、大型連休期間中の新型コロナウイルス感染症患者の診療・治療体制について、輪番制を検討するなど、予め準備・構築に取り組んでいただく必要がある。

### (8) 医療の重要性に係る市民との認識の共有

- 市民にできることは、医療従事者とその家族に対する偏見や差別を原因とする医療従事者の離職、休診や診療の差し控え等が生じないよう、本感染症を正しく理解することである。政府は、医療従事者やその家族が利用できる人権相談の窓口を設け、幅広く啓発をすべきである。
- 人工呼吸器や人工心肺装置など、限られた集中治療の活用をめぐる方針については、学会が中心となって、緊急事態に限った倫理的な判断を多様な立場の人々の意見を取り入れて、更に議論を進めるべきである。

## 3. 保健所支援、水際対策等の今後のあり方

### (1) 保健所体制の強化及び業務の効率化等について

- 都道府県知事、保健所設置市長・特別区長のリーダーシップの下、保健所の体制を強化するための人材の確保するべきであり、在宅保健師、退職した保健師・看護師などに応援を依頼する。こうした支援は、単なる声かけに留まらず、現に、実効あるものとしていくことが求められる。そのための財政支援も、必要に応じて国が行うべきである。
- また、感染が疑われる方の救急搬送や転院搬送を含む患者の移送について、知事がリーダーシップを発揮して、消防機関を所管する市町村長や民間事業者の協力を得るべきである。その際には既存の救急医療の仕組みを活用し、業務が集中している保健所以外の機関が移送を可能な限り行うようにすべきである。また、感染拡大防止について技術的な支援が必要となるが、保健所だけで担うことは困難な地域が多いと考えられるため、地域の感染症の専門家の協力を得るべきであり、こうした活動を関係省庁が連携して支援すべきである。
- 都道府県、保健所設置市・特別区は、帰国者・接触者相談センターの外注や委託をはじめとして、検査で陽性が判明した際の患者の振り分けなどに要する保健所の負担の軽減に努めるべきである。  
さらに、検体の輸送に関しては、民間輸送業者を活用することにより、保健所業務の軽減が可能となることから、その積極的な活用が図られるべきである。
- 緊急事態宣言下で、感染経路不明の感染者数が拡大傾向にある地域では、実質的に、全ての陽性者について、行動履歴調査を含む重点的な積極的疫学調査を行うことは現実的ではない。このため、それぞれの地域の実情に応じて、確認されているクラスターへ

の対策や、院内感染・施設内感染の探知、メガクラスターへの対応など、効率的な対策の実施を図っていく必要がある。

- なお、緊急事態宣言下の接触機会の低減等により、感染者が一定程度にまで抑えられた場合は、その段階で、また従来の積極的疫学調査による、クラスター特定と介入の対策を行うことを想定する。
- 政府は、患者報告をはじめ様々なデータの入力・提供業務につき、様式や報告事項の簡素化を進めるとともに、登録システムの多重化等にも配慮しつつ、民間活力も活用し、より効率的な新たな ICT システムの導入も含めて検討する。

## (2) 水際対策の今後のあり方

- 今後は、国内における新規感染者数の増加、水際対策における陽性率の動向を踏まえつつ、国内における試薬、スワブ、防護具など PCR 等検査に必要な資源の効率的、かつ効果的な使用を目指す必要がある。このため、政府においては、
  - ① 入国拒否の対象となる国・地域におけるまん延の状況
  - ② 入国拒否の対象となる国・地域におけるまん延防止策の取組状況（いつから、どの程度の期間、ロックダウン的取組が講じられているか等）
  - ③ 当該国・地域からの入国者の陽性率の推移などを把握した上で、国内のまん延状況や科学的な有効性も踏まえつつ、PCR 等検査の実施対象を有症状者に限定する等の選択肢も含め、より効率的・効果的な水際対策を進めるべきである。

## (3) ICT の活用等

- 個人情報とプライバシーにかかわる専門家を集めたうえで、新型コロナウイルス感染症対策テックチームと連携しながら、倫理的・法的・社会的観点からの議論を行い、実施の条件や適切なガバナンスについて助言する仕組みを構築していくべきである。

## (4) 倍化時間の算定方法について

- 各都道府県が倍化時間の推計を行うことができるよう、その算定方法について、考え方、算出方法に係るマニュアル、算式のエクセル等の作成を行い、ホームページ等に掲載すべきである。

## **IV. 終わりに**

- 専門家会議としては、引き続き、緊急事態宣言下における現行の行動変容に対する評価を進めていくとともに、今後、5月6日の緊急事態宣言の期限に向け、現状や対策についての分析を進める。
- その際、現行の行動変容の評価に加え、我が国における感染状況、医療提供体制をはじめとする各対策の状況、海外における行動変容の移行に関する例など、様々な要素

を総合的に勘案するものとする。

以上

# 人との接触を **8割減らす**、**10のポイント**

緊急事態宣言の中、誰もが感染するリスク、誰でも感染させるリスクがあります。  
新型コロナウイルス感染症から、**あなたと身近な人の命**を守れるよう、日常生活を見直してみましよう。

**1** ビデオ通話で  
**オンライン帰省**



**2** スーパーは1人  
または**少人数で**  
**すいている時間に**




**3** ジョギングは  
**少人数で**  
公園は**すいた時間、**  
**場所を選ぶ**



**4** 待てる買い物は  
**通販**で



**5** 飲み会は  
**オンライン**で



**6** 診療は**遠隔診療**  
定期受診は間隔を調整



**7** 筋トレやヨガは  
**自宅で動画を活用**



**8** 飲食は  
**持ち帰り、**  
**宅配も**



**9** 仕事は**在宅勤務**  
通勤は医療・インフラ・  
物流など社会機能維持  
のために



**10** 会話は  
**マスク**をつけて



**3つの密を**  
**避けましよう**

1. 換気の悪い**密閉空間**
2. 多数が集まる**密集場所**
3. 間近で会話や発声をする**密接場面**

**手洗い・**  
**咳エチケット・**  
**換気や、健康管理**  
も、同様に重要です。

## 症状が出現

風邪や発熱などの症状がある場合には、不要不急の外出をしない

### 一般の人

風邪症状や37.5℃以上の発熱が、4日以上継続。

### 重症化リスクの高い人・妊婦

肺炎が疑われるような強いだるさ、息苦しさ、高熱等がある場合、また高齢者、基礎疾患のある方は、2日を待たず、場合によってはすぐにでも相談。

### 小児

小児科医による診察が望ましい

相談

相談又は受診

### 新型コロナ受診相談センター (従来の帰国者・接触者相談センター)

- スムーズに受診できるよう、受診先を調整
- 地域の実情に合わせて、可能な限り医師会等に業務委託

相談センターの指示に従い受診

### 新型コロナ紹介検査外来 (従来の帰国者・接触者外来) (※)

- ※テント、プレハブ、ドライブスルーなどの様々な形態も考慮

### 地域の診療所等

診療情報提供

紹介受診

### 地域の医師会等が運営する コロナ検査センター

(従来の帰国者・接触者外来地域・外来検査センター) (※)

- ※多数の患者を診察し、PCR検査できる体制を確保
- ※小児は小児科医が診察する体制を確保することが望ましい

### 公的検査機関

### PCR等検査

### 民間検査機関

入院を要さない  
(無症状者・軽症者)

調整窓口

都道府県

連携

調整本部

入院を要する

療養場所を調整

自宅

宿泊施設

入院先を調整

医療機関  
重症

医療機関  
中等症等



# 新型コロナウイルス感染症対策の 状況分析・提言（2020/4/22）

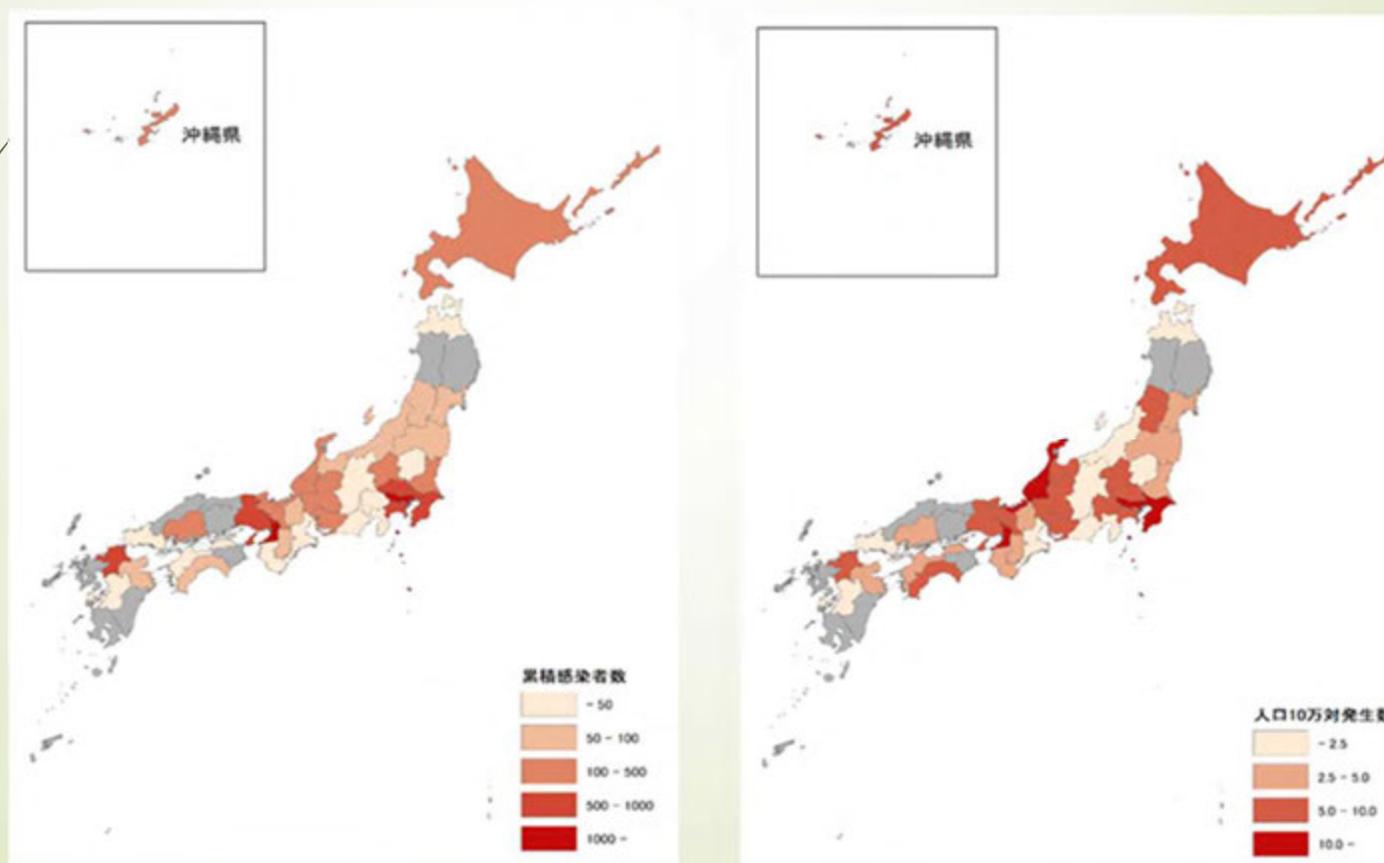
新型コロナウイルス感染症対策専門家会議

# はじめに

- ▶ 4/1の状況分析・提言で、都市部を中心にクラスター感染が次々と生じるなど患者が急増。  
医療供給体制が逼迫しつつある地域があること、継続的に注視すべき状況にあること等を指摘。
- ▶ 4/7に、東京都、大阪府等の7都府県に緊急事態宣言。  
4/16に、北海道、愛知県等の6道府県を加え、特定警戒都道府県に。その他、34県を含め、全国に緊急事態宣言。
- ▶ 前回提言から3週間が経過したことも踏まえ、最新の状況分析、提言を行う。

## 国内の状況

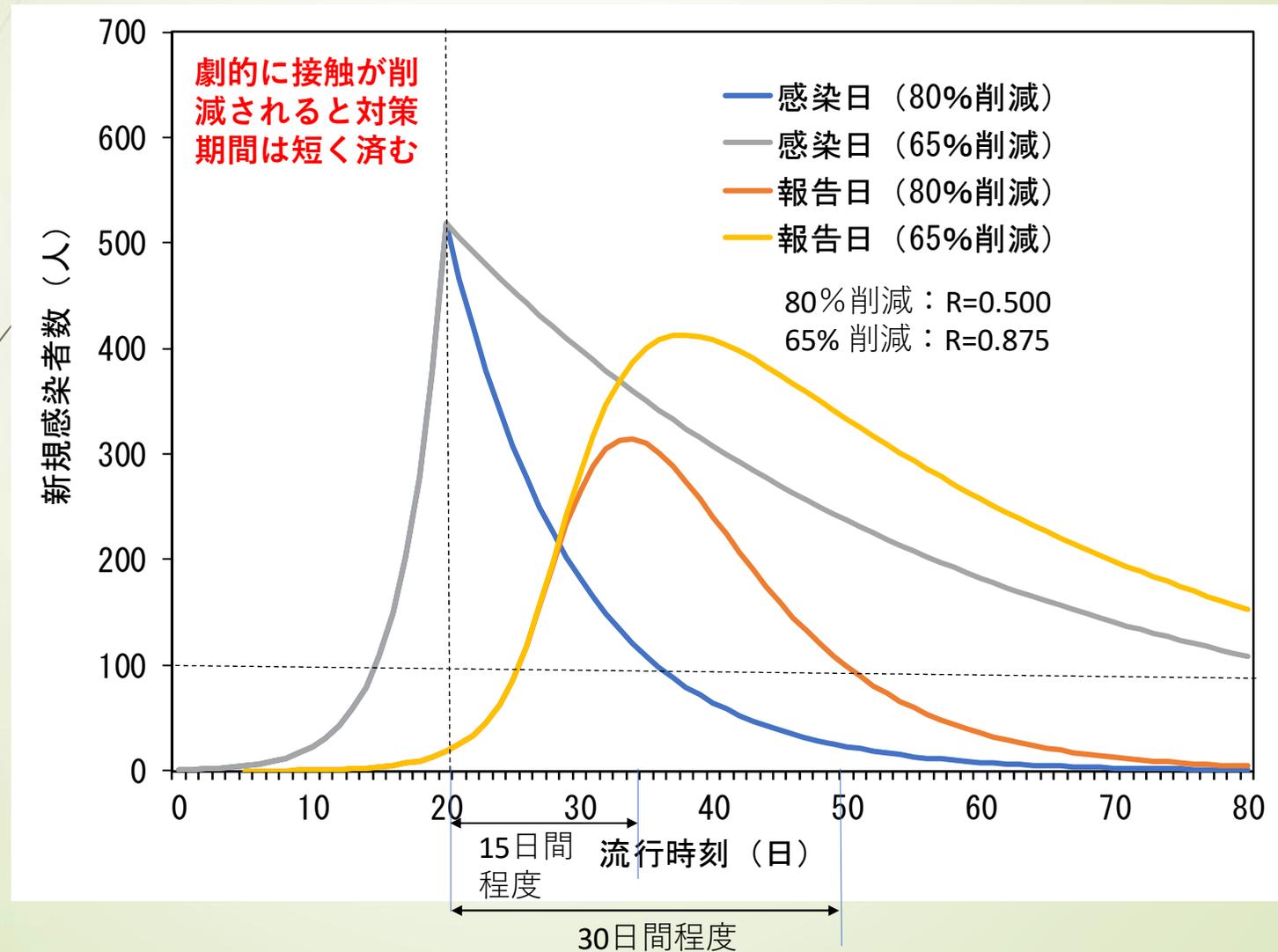
- 1日の新規感染者数は400人以上。累積感染者数は1万人超。特に特定警戒都道府県での新規感染者の増加は全体の7割強。
- それ以外の34県でも感染者が増加。東京都を含む都市部との間での人の移動に伴った集団感染の発生。



## 提言の骨子（ポイント）

- ▶ 緊急事態宣言が発出された状況下では「市民の行動変容」については、8割の接触機会の低減の徹底が重要。  
（まん延を収束に向かわせる。）
- ▶ 「患者の早期診断・重症者への集中治療の充実と医療提供体制の確保」については、
  - ・医療機関の役割分担の促進、
  - ・PCR等検査の実施体制の強化、
  - ・保健所体制の強化、業務の効率化等に関し、都道府県知事等による更なるリーダーシップが求められる。
- ▶ 対策のフェーズが変わる中、いかに「医療崩壊防止」、「重症化防止」により死亡者数の最小化を図っていくかに、力点を置きつつ、今後の対策の在り方を提言。

# 接触が流行開始後20日目に削減された場合のシナリオ



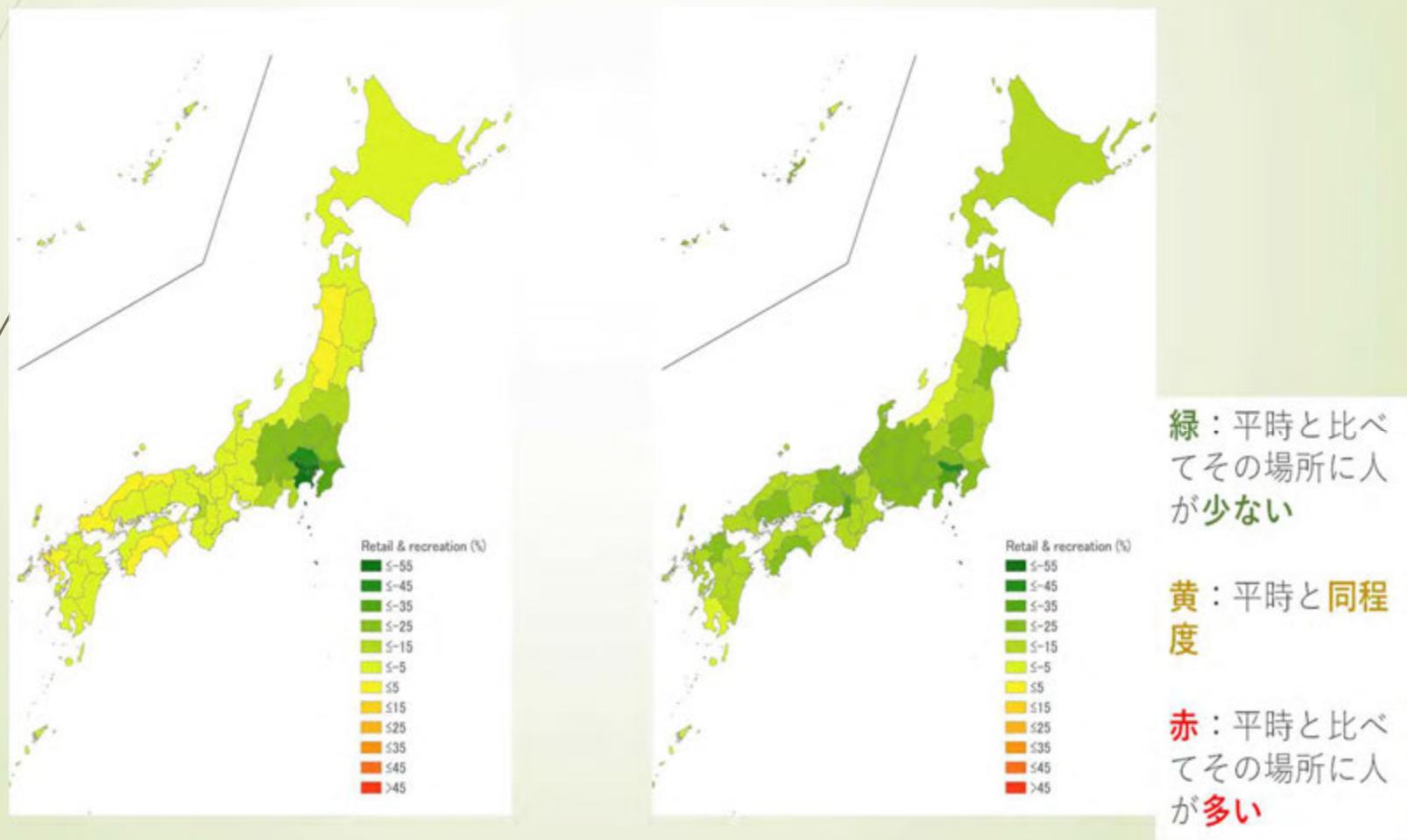
## 行動変容の状況

- ▶ 行動変容の評価には、2つの指標を使用。
  - 1) 人流（人口のサイズ。人の流れ）
  - 2) 接触率（一人あたり・単位時間あたりの接触数）
- ▶ 緊急事態宣言後、8割の接触削減を目指す。
- ▶ 接触率の評価は、現在、定量化に向けた検討中。  
（イメージは、参考参照）
- ▶ 人流の評価は、いくつかの技術的課題をクリアする必要があるが、現行データで一定の評価可能。

NTTドコモデータ	<p><b>平日：63.6～65.2% ↓ 休日：77.6～77.8% ↓</b></p> <p>※4月13日（月）から4月19日（日）までの1週間、1-2月のベースライン（平均値）と比較した渋谷駅周辺の日中時間帯の減少率。</p>
ソフトバンク社のデータ（Agoop）	<p><b>4月18日（日）：68.9～87.3% ↓</b></p> <p>※4月18日（日）東京都内の主要駅（東京、新橋、新宿、品川、六本木）における人口減少。</p>
東京都交通局都営地下鉄の利用者数（改札通過人数）	<p><b>4月8日（水）～10日（金）：67～74%</b></p> <p><b>4月11日（土）～12日（日）：84～89%</b></p> <p>※前年同曜日に比する利用者数の減少率。</p>

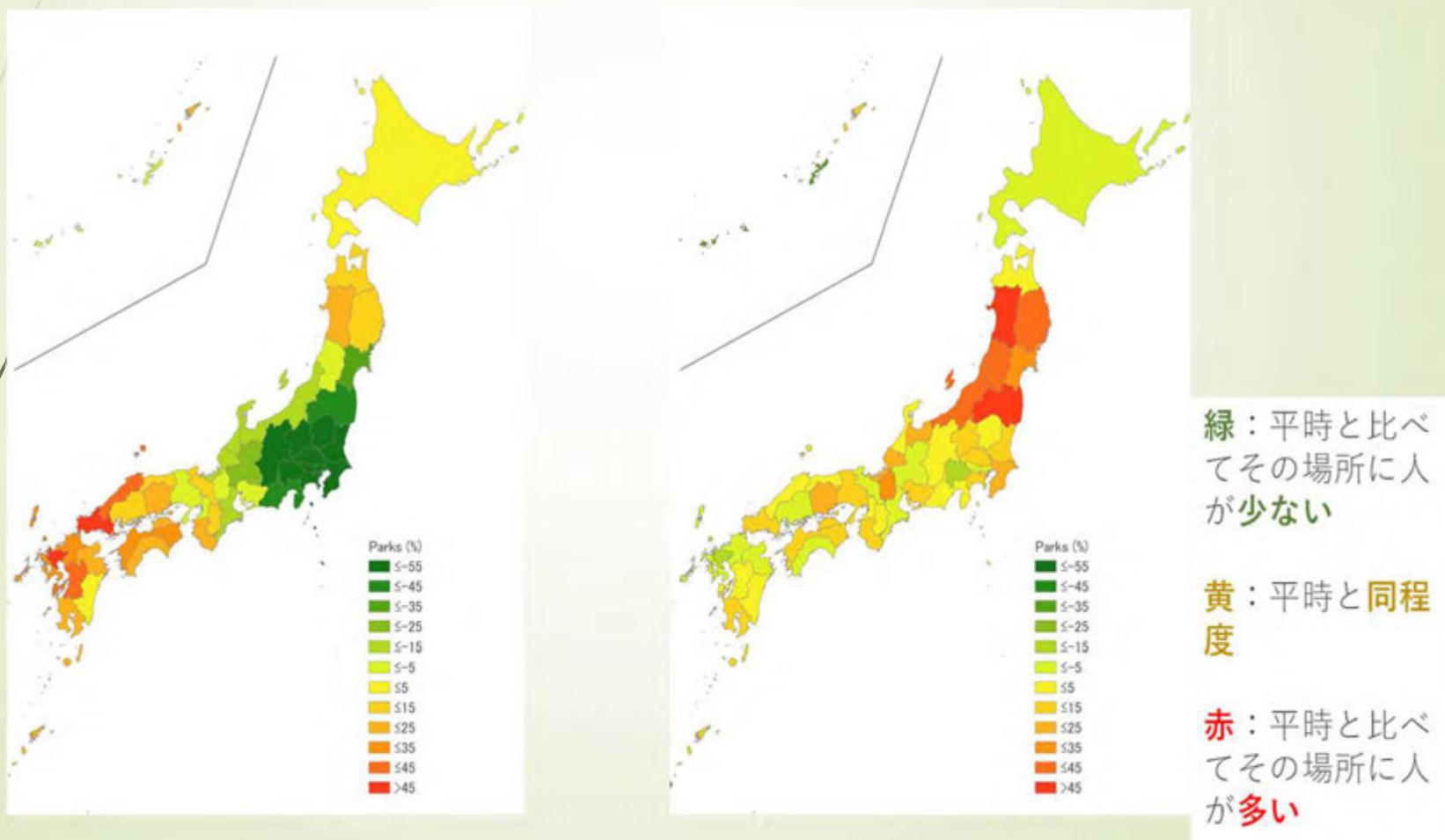
## 行動変容の状況（人流データの例2）

【図：3月29日（日）左と、4月11日（土）右の娯楽施設の利用者数】  
（Google社によるGoogle community mobility report（コミュニティにおけるヒト移動報告））



# 行動変容の状況（人流データの例1）

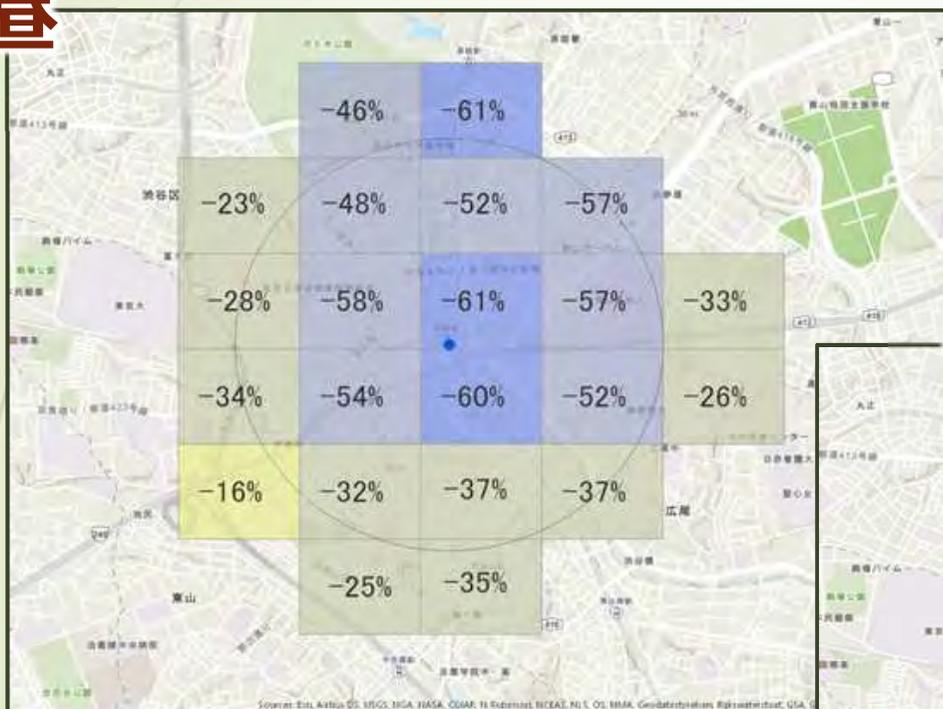
【図：3月29日（日）左と、4月11日（土）右の公園の利用者数】  
（Google社によるGoogle community mobility report（コミュニティにおけるヒト移動報告））



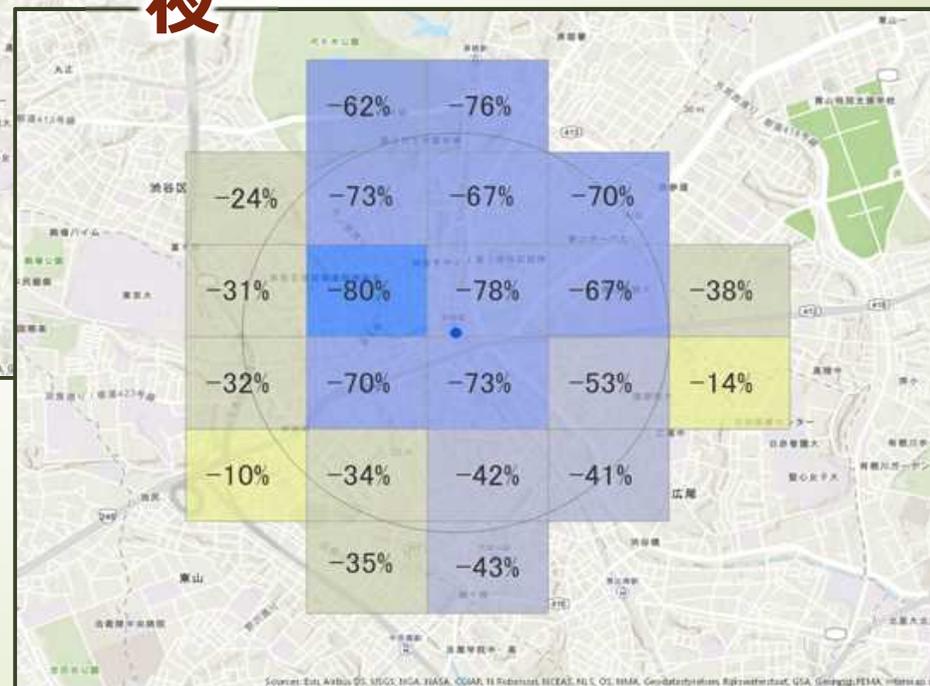
# 行動変容の状況（接触率の分析イメージ）

【図：4月17日と1月17日を比較した渋谷駅周辺の接触の減少率】  
（NTTドコモモバイルのデータ）

昼



夜



※ある平日（4月17日）におけるベースライン（1月17日）と比較したときの、渋谷駅周辺の昼間（08:00-16:00）と夜間（16:00-24:00）の接触率の相対的減少に関する推定値。昼間は43.0%、夜間は51.1%の接触率の相対的減少が起こったと評価される。NTTドコモモバイルのデータを用い、時間の共有を根拠として「接触」と位置付け、統計学的推定を実施することによって定量化を実施した。

## 行動変容の状況／今後の対応

- 現在のデータ（人流）からは、8割の接触削減の目標が達成されている、とは言えない。
- 既に大変な努力をいただいているが、一層の努力と工夫が必要。
  - ▶ 人との接触を8割減らす、10のポイント
- 外出禁止とロックダウンを解除した中国やシンガポール。実際にクラスターが発生する場となった環境（例：フィットネス、ライブハウス、夜間の接待飲食店等）を行動制限の解除後も休業。2次感染を防止。
  - ▶ ハイリスクの場や地域間移動を伴うようなイベント等は、自粛要請を継続する可能性もあることを、想定しておく必要。

# 人との接触を8割減らす、10のポイント

緊急事態宣言の中、誰もが感染するリスク、誰でも感染させるリスクがあります。  
新型コロナウイルス感染症から、あなたと身近な人の命を守るよう、日常生活を見直してみましよう。

**1** ビデオ通話で  
**オンライン帰省**



**2** スーパーは1人  
または**少人数で**  
**すいている時間に**



**3** ジョギングは  
**少人数で**  
公園は**すいた時間、**  
**場所を選ぶ**



**4** 待てる買い物は  
**通販**で



**5** 飲み会は  
**オンライン**で



**6** 診療は**遠隔診療**

定期受診は間隔を調整



**7** 筋トレやヨガは  
**自宅で動画を活用**



**8** 飲食は  
**持ち帰り、**  
**宅配も**



**9** 仕事は**在宅勤務**

通勤は医療・インフラ・  
物流など社会機能維持  
のために



**10** 会話は  
**マスク**をつけて



**3つの密を**  
**避けましょう**

1. 換気の悪い**密閉空間**
2. 多数が集まる**密集場所**
3. 間近で会話や発声をする**密接場面**

**手洗い・**  
**咳エチケット・**  
**換気や、健康管理**  
も、同様に重要です。

# GWを迎えるにあたって

- ▶ 3月の中旬から連休にかけて、警戒が一部緩み、都道府県をまたいだ帰省や旅行により人の流れが生じ、感染が拡大したと考えられる。
- ▶ ゴールデンウィークに、こういった帰省や旅行による人の移動により、全国に感染が拡がるのが強く懸念。  
(帰省は、遠距離の人の移動と重症化するリスクの高い高齢者との接触が重なる。)
- ▶ オンライン帰省の薦め。  
人との接触を8割減らす、10のポイントも参考に。

## 偏見と差別の解消

- ▶ 医療機関等で、大規模な院内感染事例が発生し、医療従事者等に対する偏見や差別が拡大。  
こうした影響が、家族にも（子どもの通園・通学の拒否）
  - ▶ 医療従事者の離職、休診や診療の差し控え。
  
- ▶ 偏見や差別は、絶対にあってはならない。
  - ▶ 誰もが感染しうる感染症だという事実
  - ▶ 誰もが気付かないうちに感染させてしまう可能性のある感染症だという事実
  - ▶ 病気に対して生じた偏見や差別が、更に病気の人を生み出し、感染を拡大させるという負のスパイラル
  - ▶ 医療従事者をはじめとして本感染症への感染リスクと隣り合わせで働いている人々に対する敬意

## 医療提供体制・PCR検査体制・保健所支援の強化

- ▶ 各都道府県、医療機関の役割分担などを進めるが、感染者の増加のスピードに追いついていない状況。
- ▶ 都道府県知事等による更なるリーダーシップの下、対策を推進。
  - 1) 医療機関の役割分担の促進
    - ▶ 重点医療機関の設定
    - ▶ ホテル等の療養施設の確保
  - 2) PCR等検査の実施体制の強化
  - 3) 保健所体制の強化、業務の効率化
  - 4) 感染状況の共有（都道府県—保健所設置市・特別区）
  - 5) 搬送体制の整備（消防を所管する市町村長や民間事業者の協力）
- ▶ 国は、過酷な診療に従事する医療者等のために、感染防護具等の確保、検査試薬、検体採取スワブ等資材の安定確保に最大限の努力。

# 新型コロナウイルス感染症の患者数が大幅に増えたときの相談・受診の考え方

## 症状が出現

風邪や発熱などの症状がある場合には、不要不急の外出をしない

<p><b>一般の人</b> 風邪症状や37.5℃以上の発熱が、4日以上継続。</p>	<p><b>重症化リスクの高い人・妊婦</b> 肺炎が疑われるような強いだるさ、息苦しさ、高熱等がある場合、また高齢者、基礎疾患のある方は、4日を待たず、場合によってはすぐにでも相談。</p>	<p><b>小児</b> 小児科医による診察が望ましい</p>
---	--	-------------------------------------



## 治療薬等の開発

- ▶ 一刻も早い薬事承認を目指し、効果が期待されている治療薬について観察研究や治験等を進めることは重要。  
しかし、薬事承認までには一定の時間を要するため、今後、新たな抗ウイルス薬候補が報告された際には、副作用等を慎重に検討しつつも、迅速に臨床での使用を検討することが必要。
- ▶ 現在、緊急避難的な対応として、医師の判断による治療薬の投与は、日本感染症学会「COVID-19に対する抗ウイルス薬による治療の考え方」の見解をもとに、医療機関で所定の手続きをとり、患者の同意を取得したうえで、引き続き継続すべき。  
重症化するリスクの高い患者に対しての適切な治療薬の選択や、重症化する前の投与は、研究として行われるべき。
- ▶ また、患者から要望があったとしても、既存薬やサプリメントのやみくもな投与等は避けるべき。
- ▶ 重症な症状が出現する前に、その予兆を示唆する「重症化予測マーカー」についても、研究班を立ち上げ、その結果を早急に取りまとめ、臨床現場で活用できるように検討すべき。

# サーベイランス

- ▶ 地域における感染状況を把握することは、今後の対策を行う上で極めて重要。  
しかし、広く一般に活用可能な血清抗体検査がないために、正確に把握することができない状況。
- ▶ 正確な国民の感染状況を確認し、適切な対策につなげるため、抗体保有状況を確認する等の血清抗体調査を継続的に行う体制を整備すべき。

## そのほか提言に盛り込んだ事項

- 医療の重要性に係る市民との認識の共有
  - ▶ 人工呼吸器など限られた集中治療の活用をめぐる方針について、学会が中心となって、緊急事態に限った倫理的な判断を多様な意見を取り入れて、更に議論を進めるべき
- 水際対策
  - ▶ 国内のまん延状況や科学的有効性も踏まえつつ、PCR等検査の実施対象を有症状者に限定する等の選択肢も含め、より効率的・効果的な水際対策を進めるべき。
- ICTの活用等
  - ▶ 様々なICT技術の活用について、倫理的・法的・社会的観点からの議論を行い、実施の条件や適切なガバナンスについて助言する仕組みを構築していくべき。

## 終わりに

- 引き続き、緊急事態宣言下における現行の行動変容に対する評価を推進。  
5月6日の緊急事態宣言の期限に向け、現状や対策についての分析を進める。
- その際、現行の行動変容の評価に加え、我が国の感染状況、医療提供体制をはじめとする各対策の状況、海外の行動変容の移行に関する例など、様々な要素を総合的に勘案。

## 新型コロナウイルス感染症対策専門家会議

### 「新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言」（2020年5月1日）

#### 1. はじめに

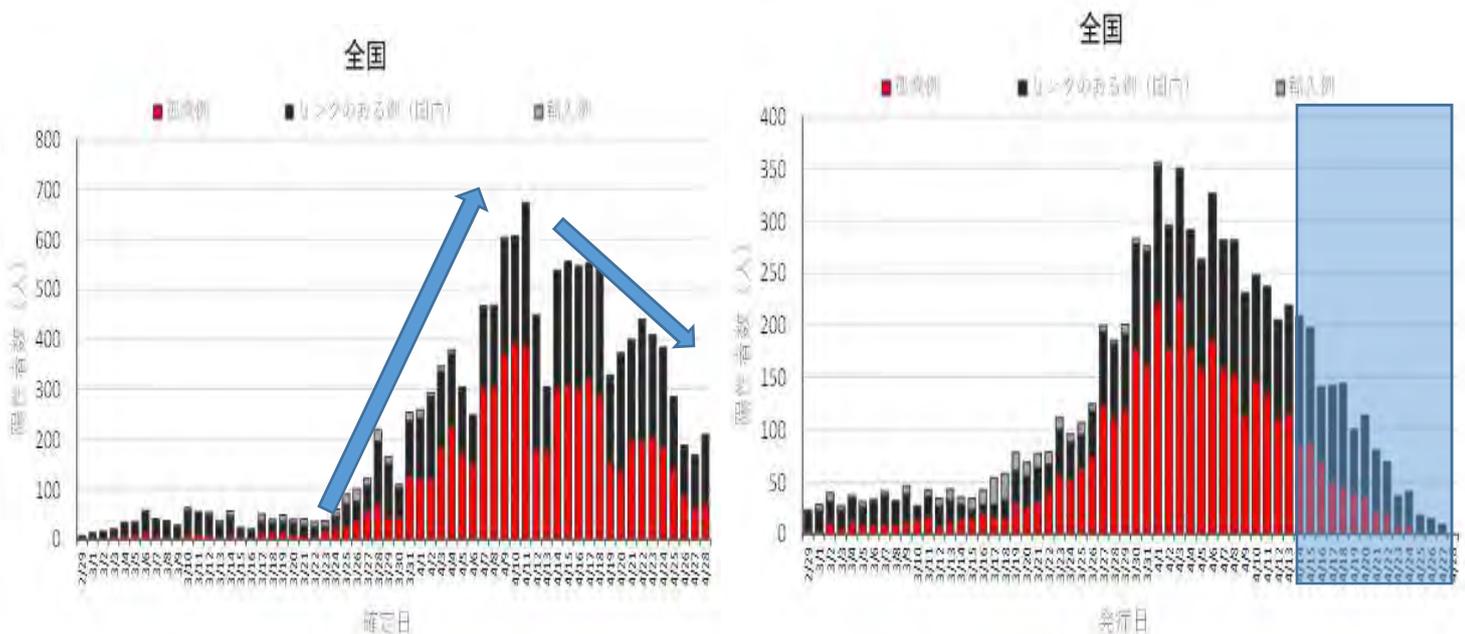
- 我が国では、都市部を中心にクラスター感染が次々と生じるなど患者数が急増し、医療供給体制が逼迫しつつある地域があること等にかんがみ、4月7日に、東京都、大阪府等の7都府県に対し、新型インフルエンザ等対策特別措置法第32条第1項に基づく緊急事態宣言が発出された。
  
- さらに4月16日には、上記7都府県と、同程度にまん延が進んでいると考えられる6道府県との合計13都道府県が「特定警戒都道府県」として指定されるとともに、それ以外の34県についても緊急事態宣言の対象とされた。
  
- 緊急事態宣言は、政府や地方公共団体、医療関係者、専門家、事業者を含む市民が一丸となって、法第45条第1項に基づく外出の自粛等や、法に基づく各種施策を総動員することを通じて、
  - ①感染拡大を防ぎ、新規感染者数を減少させ、医療提供体制の崩壊を未然に防止することにより、重症者数・死亡者数を減らし、市民の生命と健康を守ること
  - ②この期間を活用して、各都道府県などにおいて医療提供体制の拡充をはじめとした体制の整備を図ること、
  - ③市中感染のリスクを大きく下げることにより、新規感染者数を一定水準以下にできれば、積極的疫学調査などにより新規の感染者およびクラスターに対してより細やかな対策が可能となり、市民の「3つの密」の回避を中心とした行動変容とともに、感染を制御することが可能な状況にしていくことが期待されることといった狙いがあった。
  
- これまでの多くの市民の皆様のご協力により、現時点において、全国及び特定警戒都道府県における累積感染者数はオーバーシュートを免れ、新規感染者数は減少傾向に転じるという一定の成果が現れはじめている。専門家会議として、まずは、これまでのお一人おひとりのご協力に、心より感謝申し上げたい。
  
- 緊急事態宣言の期限である5月6日が目前に迫る今、残りの一週間を通じ、引き続き徹底した行動変容による接触機会の低減、新規感染者数の減少と重症者・死亡者の増加を防ぐための医療提供体制の拡充などを進めることが必要になる。
  
- この感染症への対応については、長丁場を覚悟しなければならない。このため、本提言は、現在までの状況等の分析を行った上で、5月7日以降の対策に関する基本的考え方や今後求められる対応について、とりまとめるものである。

## 2. 感染の状況等について

○ 現在の全国的な状況については、

- ・ 確定日別新規陽性者数は、日ごとの差はあるものの、4月10日前後は700人近くにのぼっていたが、直近では200人程度に留まる日も増えてきた。こうした中、累積感染者数は4月29日には約14,000人に至っている。
- ・ 発症日ベースのデータでも、新規の感染者数が減少傾向に転じていることがうかがわれるなど、緊急事態宣言や市民の様々な協力を含めた一連の対策の成果が現れはじめていることは確かだと考えられる。しかし、3月20日過ぎから生じた発症者数の急増のスピードに比べれば、減少のスピードは緩やかに見える。全国データの減少が鈍い理由としては、大都市圏からの人の移動により、地方に感染が拡大し、地方での感染の縮小のスピードが、東京に比べて鈍いからであると考えられる(図1)。

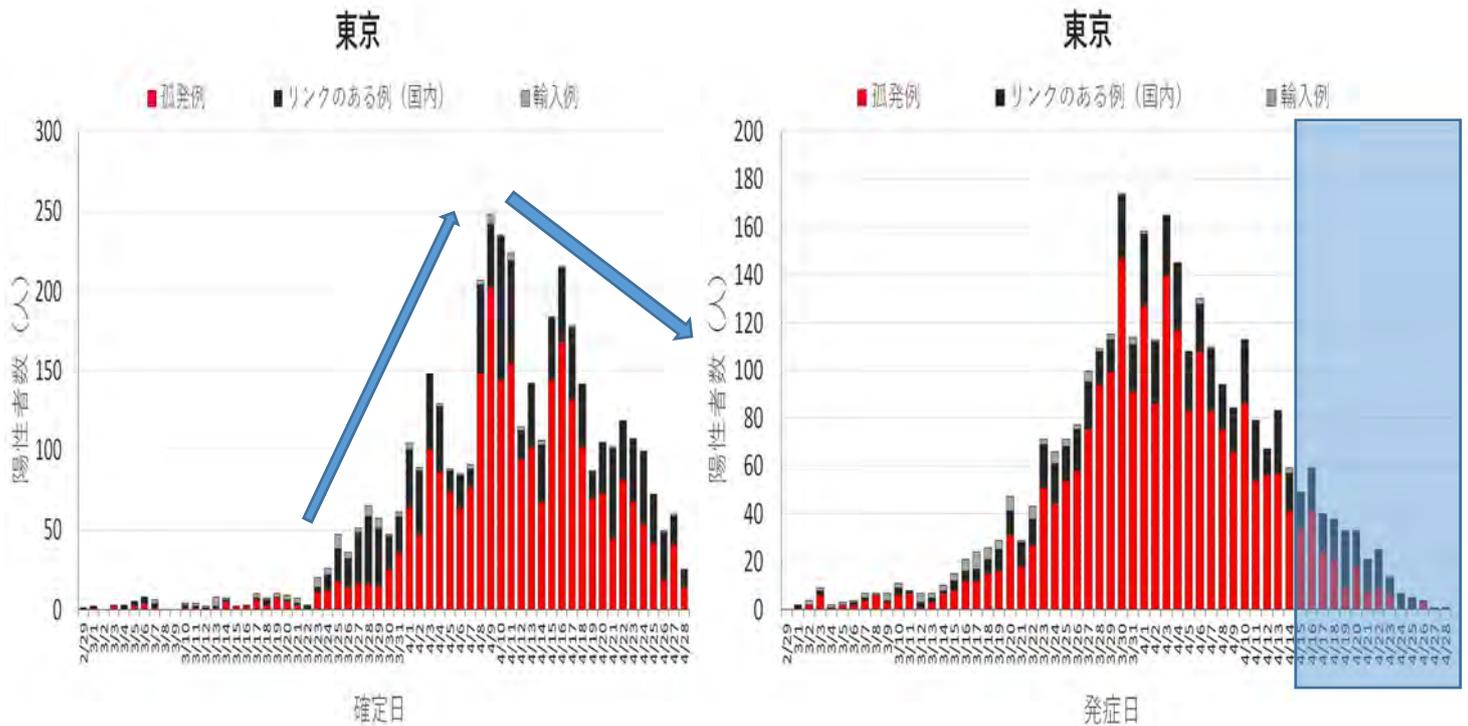
【図1. 全国における感染者数の推移（左図：確定日、右図：発症日）】



※ 発症日データについては、直近14日間に影をつけているが、同期間はまだ今後感染者が報告される可能性が高いことに留意する必要がある。また、発症日データについては、無症状病原体保有者や発症時期が判然としない感染者が存在するため、確定日データよりも人数が小さくなる。

- ・ また、東京都における確定日別新規陽性者数は、4月9日には250名近くにのぼっていたが、直近では100名を下回るようになっており、減少傾向にあると考えられる。東京都の減少のスピードは全国データよりも早いですが、増加する際のデータの立ち上がりには比べれば、やはり緩やかとなっている(図2)。
- ・ その内訳として、夜間の接待を伴う飲食店における感染者数は減少する傾向にあるが、病院内および福祉施設内での集団感染や家庭内感染が多くなってきている。

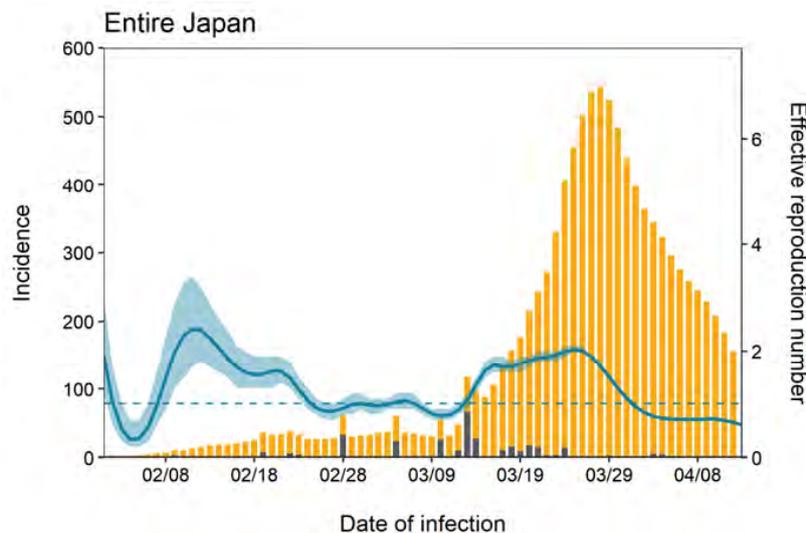
【図2. 東京都における感染者数の推移（左図：確定日、右図：発症日）】



※ 発症日データについては、直近 14 日間に影をつけているが、同期間はまだ今後感染者が報告される可能性が高いことに留意する必要がある。また、発症日データについては、無症状病原体保有者や発症時期が判然としない感染者が存在するため、確定日データよりも人数が小さくなる。

- ・ 全国における推定感染時刻を踏まえた実効再生産数を見ると、3月25日は2.0（95%信頼区間：2.0、2.1）であったが、その後、新規感染者数は減少傾向に転じたことにより、4月10日の実効再生産数は0.7(95%信頼区間:0.7、0.7)となり、1を下回った。しかし、後述する東京都ほどには下がっていなかった。

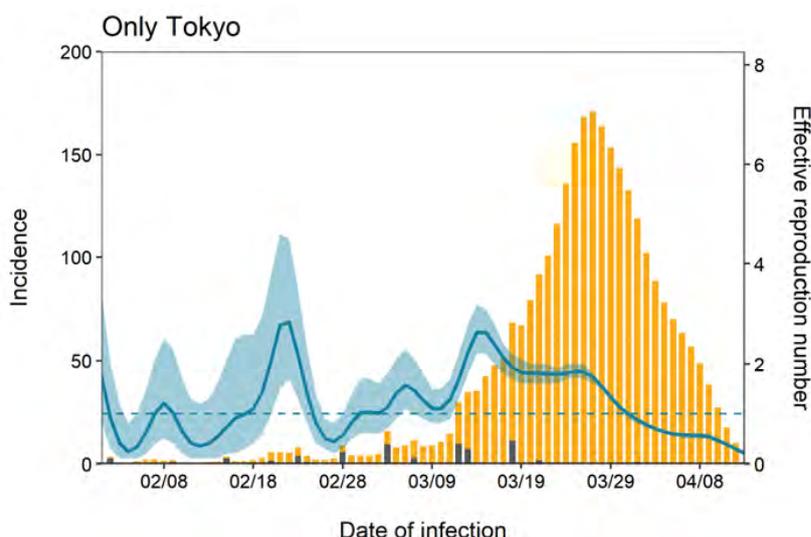
【図3. 全国における実効再生産数】



※ 横軸は推定感染時刻. 黄色が推定感染者数、青が実効再生産数（青い影が 95%信頼区間）である。実効再生産数の推定においては右側打ち切りを考慮した推定を実施しているが、潜伏期間と発病から報告までの遅れのため、直近 20 日間は推定感染者数と実効再生産数を過小評価する可能性があるため、データを省略している。不顕性感染者を除く。

- ・東京都においては、感染者数が増加しはじめた3月14日における実効再生産数は2.6（95%信頼区間：2.2、3.2）であった。3月25日の東京都知事による外出自粛の呼びかけの前後から、新規感染者数の増加が次第に鈍化し、その後、新規感染者数は減少傾向に転じた。この結果、4月1日時点での直近7日間における東京都の倍加時間は2.3日（95%信頼区間：1.8、3.8）であったが、5月1日時点での直近7日間の倍加時間は3.8日（95%信頼区間：2.6、6.7）となった。また、4月10日の実効再生産数は0.5（95%信頼区間：0.4、0.7）に低下し、1を下回った。4月10日時点のみならず、引き続き、実効再生産数の水準がこのまま維持されるかを注視していく必要がある。

【図4. 東京都における実効再生産数】

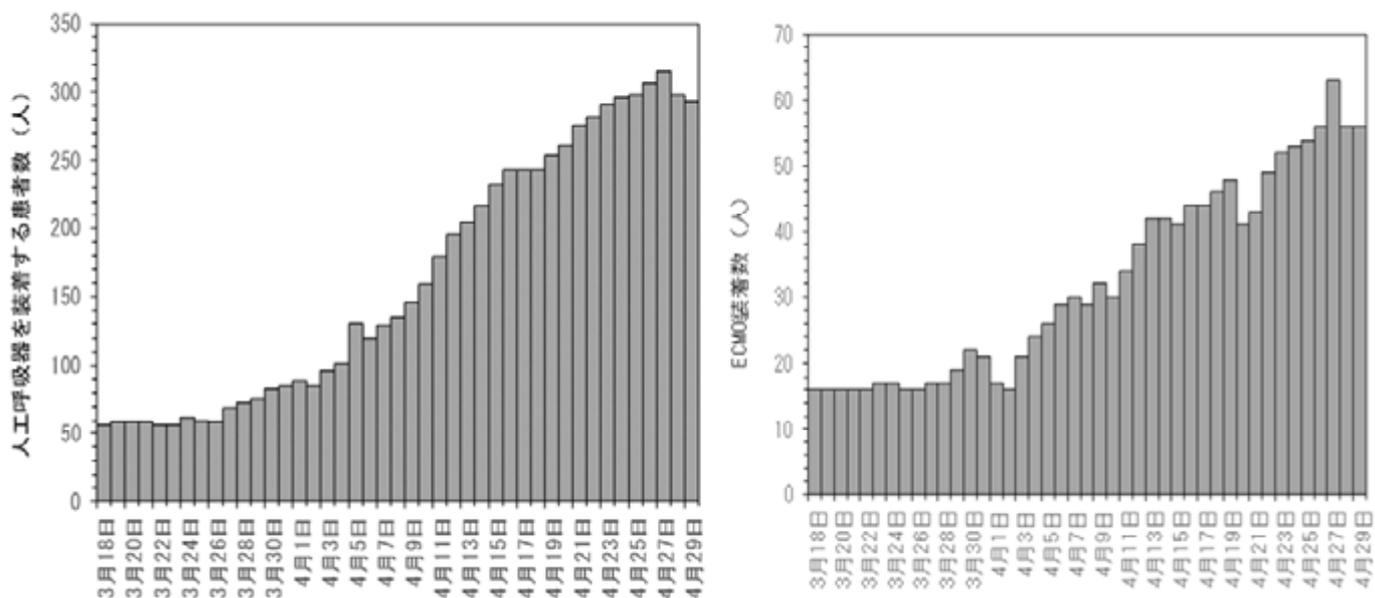


※ 横軸は推定感染時刻。黄色が推定感染者数、青が実効再生産数（青い影が95%信頼区間）である。実効再生産数の推定においては右側打ち切りを考慮した推定を実施しているが、潜伏期間と発病から報告までの遅れのため、直近20日間は推定感染者数と実効再生産数を過小評価する可能性があるため、データを省略している。不顕性感染者を除く。

- ・以上のように、市民の行動変容が成果を上げ、全国的に新規感染者数は減少傾向にあることは確かである。しかし、未だ、かなりの数の新規感染者数を認めており、現在の水準は、データが明確に立ち上がりはじめて3月上旬やオーバーシュートの兆候を見せ始めた3月中旬前後の新規感染者数の水準までは下回っていない状況である。
- ・他方、PCR等検査数が諸外国と比べ限定的な中、感染者数が減少しているとなぜ判断できるのかとの指摘がされている。これに関しては、医師が必要と判断した場合及び濃厚接触者を中心にPCR等検査を実施してきたため、感染者の全てが把握されているわけではない。しかし、検査件数が徐々に増加している中で、陽性件数は全国的に減少傾向にあること、また、東京などで倍加時間が伸びていることなどから、新規感染者数が減少の傾向にあることは間違いないと判断される。なお、さらに詳細なデータについては近日中に開催する専門家会議において別途お示しする。

- また、医療提供体制の拡充については、症状別の病床の役割分担を進めており、重症者・中等症については対応可能な病床の確保を図るとともに、無症候や軽症例についてはホテル等での受入れを進めるなど、懸命な努力が続けられているが、特に特定警戒都道府県においては、依然として医療現場の逼迫が続いている。
- 特に、重症患者の収容においては人工呼吸器を使用した呼吸管理や集中治療による全身管理を要する患者が多く発生しており、中核都市や地域においてクラスターの発生に伴う高齢者の感染が多発した際に多くの病床がすぐに占有されてしまう状況にある。また、その収容能力についても、大都市圏を離れたところでは限定的である。
- 新規感染者数が減少傾向に移行しても、平均的な在院期間は約2~3週間程度となっている。とりわけ、人工呼吸器を要するような重症患者については、在院期間が長期化し、その数が減少に転じにくい傾向がある。このため、入院患者による医療機関への負荷はしばらく継続することが見込まれ、医療現場の逼迫した状況は新規感染者の発生速度の鈍化と比較しても、緩やかにしか解消されないものと考えられる。

【図5. 全国で人工呼吸器を要する確定患者数の推移（左図）、全国でECMO装着の患者数の推移（右図）】



※ 日本集中治療医学会の日本 COVID-19 対策 ECMOnet による集計

- したがって、しばらくは、新規感染者数の減少傾向を維持させることを通じて、今後の感染拡大が当面起こり難い程度にまで、取組を継続することの必要性が示唆される。併せて、医療提供体制については、首都圏では引き続き体制強化を進めるとともに、未だ流行していない地域であっても、大規模な患者発生をみた首都圏で得られたノウハウを活かし、早急に体制整備を進めることが重要である。

### 3. 行動変容の状況

#### (1) 総論

- 新型コロナウイルス感染症については、ヨーロッパや北米では、一旦は今回の感染拡大のピークを過ぎつつあるとみられる。一方で、アフリカなどではこれからもまん延が継続する可能性がある。こうした世界的な動向や国内における感染状況を見据えると、今後とも、一定期間は、この新たなウイルスとともに社会で生きていかなければならないことが見込まれる。
- 4月7日及び4月16日の緊急事態宣言には、新規感染者数を減少させることにより、医療崩壊を防止すること等といった狙いがあった。しかし、仮に不十分な削減のままで、これまでの「徹底した行動変容の要請」を緩和した場合には、緩和後まもなく感染者数の拡大が再燃しそれまでの市民の行動変容の努力や成果を水泡に帰してしまうおそれがある。このため、新規感染者数等が一定水準以下まで下がらない限り、「徹底した行動変容の要請」を続けなければならないものと考えられる。

#### (2) 行動変容の評価方法

- 緊急事態宣言下では、ハイリスクの屋内環境に限らず、全ての市民を対象として、人と人との接触を徹底して削減することを通じて2次感染を劇的に減少させることが求められる。ここでいう「接触」とは、感染経路を通じた病原体の伝達機会を指しており、新型コロナウイルス感染症では主に飛沫感染と接触感染が重要な役割を果たしていると考えられている。
- 新規感染者数の減少につながるような「接触行動の変容」をどのように評価していくかについては、学術的にも技術的にもまだまだ課題が多い。こうした中で、現在、利用しうるデータを用いて、可能な限り、行動変容を評価するため、今回は、後述する「接触頻度」を利用して評価を試みた。<sup>1</sup>

#### (3) 行動変容の具体的な評価

- 図6として、携帯位置情報を利用して、年齢群別に、接触率（一人当たりが経験する単位時間当たりの接触頻度）と人流（都市部の人口サイズ）の積に相当する接触行動の変容（以下「接触頻度」という。）が、緊急事態宣言前の1月17日（金）と比較して4月24日（金）にどのように変化したか（相対的減少）に関する推定値を示した。

2

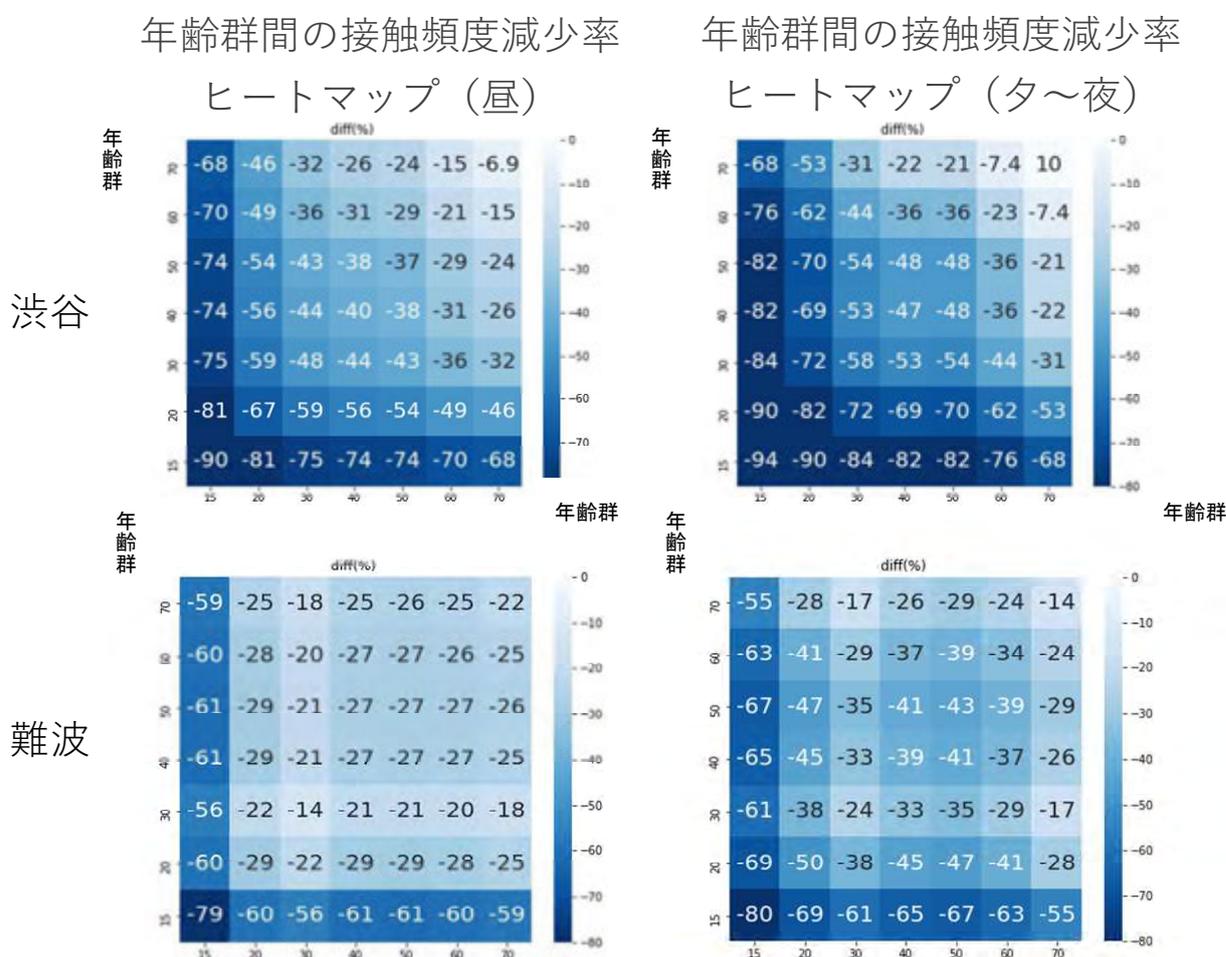
<sup>1</sup> 前回の提言では、2つの指標を用いて評価を試みるとしていた。1つ目は、都市部の人口サイズ（以下「人流」という。）そのものの減少を直接的に評価するもの、2つ目は、接触率（一人当たりが経験する単位時間あたりの接触頻度）であり、①時間の共有に基づく推定（携帯位置情報）や、②社会的接触のアンケート調査による接触率の推定により算定しようとするものである。「人流」と「接触率」の積は、概念的には、感染リスクとなりうるような、都市部における接触機会そのものの数量を測定しうるものとなりうるが、これらの分析は、別途行う予定となっている。

<sup>2</sup> ここでいう「接触頻度」とは、ある1時間の間に、1つの小さな地理的空間内（500m×500m）で、何人と接触しているのかを根拠（他人と皆同等程度の接触をすると仮定）として、どれだけの接触があったかを計算したものである。

○ 渋谷駅周辺と難波駅周辺から半径 1 km 圏内においては、10 歳台および 20 歳台の若者を中心として昼夜問わず接触頻度が 80%以上、減少したことがうかがえる。他方、30 歳台以上では接触の相対的減少の度合いが小さくなっていた。10~20 歳台は大学を含む教育機関の休校の影響を受けていることや、30 歳台以上はテレワークの普及分だけ接触頻度が下がったことなどが予想される。

○ これらの総計でみると、渋谷駅周辺の平日における昼間（8：00～16：00）と夕方～夜間（16：00～24：00）における接触頻度の相対的減少はそれぞれ 49%と 62%であった。同様に、難波駅周辺の平日における昼間と夕方～夜間における接触頻度の相対的減少もそれぞれ 29%と 41%であった。<sup>3</sup>

【図 6. 渋谷駅および難波駅から 1 km 圏内のメッシュにおける年齢群別の接触頻度】



※ 渋谷駅および難波駅から 1 km 圏内のメッシュにおける年齢群別の接触頻度に関する相対的減少<sup>4</sup>。4 月 24 日 (金) を 1 月 17 日 (金) と比較。紺色に近いセルほど、その場所での接触の減少幅が大きいことを示している。

<sup>3</sup> 休日、他の地域および経時的变化を省略するが、これらのより詳細な結果は次のウェブサイトから閲覧可能である。(URL : [https://github.com/contactmodel/20200501/blob/master/0501\\_public.pdf](https://github.com/contactmodel/20200501/blob/master/0501_public.pdf))

<sup>4</sup> NTT ドコモ モバイル空間統計を使用。東北大学・永田彰平研究員、中谷友樹教授および ALBERT 社中村一翔氏、稲盛徹氏らの協力を得て作成

○ 図7には、関東の1都6県（東京都、神奈川県、千葉県、埼玉県、茨城県、栃木県、群馬県）と関西の2府4県（大阪府、京都府、兵庫県、奈良県、滋賀県、和歌山県）の地域間の接触頻度の変化を示した。これは、緊急事態宣言下の平日において県境を跨ぐ人の移動に伴う接触が、緊急事態宣言前の1月17日（金）と比較して4月24日（金）にどのように変化したか（相対的減少）を示す推定値である。

これによると、通勤先である東京都及び大阪府への他地域からの出入りの相対的減少が、他地域間の出入りと比較して小さいことがうかがわれた。<sup>5</sup>

【図7. 関東（上2つ）および関西（下2つ）の緊急事態宣言下の地域間の接触頻度】

◇関東

地域間の接触頻度減少率  
シートマップ（昼）

	茨城県	栃木県	群馬県	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県
茨城県	-20%	-20%	-48%	-40%	-36%	-55%	-70%
栃木県	-20%	-12%	-20%	-52%	-69%	-60%	-66%
群馬県	-48%	-20%	-9%	-30%	-74%	-59%	-70%
埼玉県	-40%	-52%	-30%	-46%	-42%	-35%	-60%
千葉県	-36%	-69%	-74%	-42%	-53%	-40%	-60%
東京都	-55%	-60%	-59%	-35%	-40%	-22%	-41%
神奈川県	-70%	-66%	-70%	-60%	-60%	-41%	-58%

地域間の接触頻度減少率  
シートマップ（夕～夜）

	茨城県	栃木県	群馬県	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県
茨城県	-18%	-31%	-54%	-52%	-43%	-66%	-74%
栃木県	-31%	-9%	-26%	-59%	-74%	-62%	-64%
群馬県	-54%	-26%	-5%	-42%	-78%	-61%	-67%
埼玉県	-52%	-59%	-42%	-48%	-53%	-46%	-71%
千葉県	-43%	-74%	-78%	-53%	-59%	-52%	-70%
東京都	-66%	-62%	-61%	-46%	-52%	-14%	-50%
神奈川県	-74%	-64%	-67%	-71%	-70%	-50%	-60%

◇関西

地域間の接触頻度減少率  
シートマップ（昼）

	滋賀県	京都府	大阪府	兵庫県	奈良県	和歌山県
滋賀県	-62%	-42%	-58%	-66%	-75%	-68%
京都府	-42%	-13%	-38%	-51%	-35%	-61%
大阪府	-58%	-38%	-39%	-35%	-37%	-40%
兵庫県	-66%	-51%	-35%	-53%	-62%	-57%
奈良県	-75%	-35%	-37%	-62%	-41%	-22%
和歌山県	-68%	-61%	-40%	-57%	-22%	-41%

地域間の接触頻度減少率  
シートマップ（夕～夜）

	滋賀県	京都府	大阪府	兵庫県	奈良県	和歌山県
滋賀県	-60%	-54%	-67%	-70%	-84%	-82%
京都府	-54%	-9%	-46%	-59%	-35%	-67%
大阪府	-67%	-46%	-32%	-46%	-51%	-51%
兵庫県	-70%	-59%	-46%	-64%	-73%	-65%
奈良県	-84%	-35%	-51%	-73%	-39%	-28%
和歌山県	-82%	-67%	-51%	-65%	-28%	-30%

※ 関東（上2つ）および関西（下2つ）の緊急事態宣言下の平日（4月24日（金））における1月17日（金）の地域間の接触頻度の相対的減少<sup>6</sup>

<sup>5</sup> 休日、他の地域および経時的变化を省略するが、これらのより詳細な結果は次のウェブサイトから閲覧可能である（URL：[https://github.com/contactmodel/20200501/blob/master/0501\\_public.pdf](https://github.com/contactmodel/20200501/blob/master/0501_public.pdf)）。これによると、例えば、東京都の丸の内や汐留における平日の夕方～夜間における接触頻度の相対的減少は全ての年齢群で70%以上の接触削減を達成しており、全体でもそれぞれ81%と75%の削減を達成した。

<sup>6</sup> NTTドコモ モバイル空間統計を使用。東北大学・永田彰平研究員、中谷友樹教授およびALBERT社中

- これらの結果から分かることは、次のようにまとめられる。
  - ① 渋谷駅や難波駅のような地域では年齢群によって達成状況が異なっており、日中の30歳台以上の接触頻度の減少は8割に達していなかった。他方、東京都の丸の内の夜間における接触頻度は、8割減を達成していた。(脚注5参照)
  - ② 都道府県を跨ぐ移動を見ても、3~5割の減少に留まるところが多く、都心等への通勤を続ける限り、生産年齢人口の接触頻度の減少度合いが少ないことが分かった。
- このように、行動変容の調査については、技術的な課題<sup>7</sup>も多いが、今後、個々人の属性や行動パターン別のよりリアルな行動変容の評価を行っていくため、様々なデータの組み合わせや、社会調査データの活用を視野に入れた研究や検証が必要である。

#### 4. 今後の見通しについて

##### (1) 今後求められる対策の期間に関する見立て

- 3月19日の提言では、「短期的収束は考えにくく長期戦を覚悟する必要」があるとしたところである。早期診断から重症化予防までの治療法の確立に向けた明るい兆しが見えつつあるが、諸外国の感染状況やそれに対する対応等も踏まえると、国内における感染状況に応じて、持続的な対策が必要になることが見込まれる(参考1参照)。
- 諸外国でも中長期の見通しについて検討が行われている。例えば、イギリスの論文(参考2参照)ではワクチンが開発されるまで、アメリカの論文(参考3参照)は集団免疫が得られるまで、という期間の性格の違いはあるものの、①1年以上にわたる対策の必要性を予想していること、②免疫を持っている人が多いわけではないので、一定の再流行を想定していること、③医療崩壊が生じないよう、適宜、徹底した社会的距離政策を講じる必要性があることなどの共通の指摘がなされている。しかしながら、専門家会議では、感染の拡大を前提とした集団免疫の獲得のような戦略や、不確実性を伴うワクチン開発のみをあてにした戦略はとるべきでないと考える。

##### (2) 地域でのまん延の状況に応じた対策の必要性

村一翔氏、稲盛徹氏らの協力を得て作成

<sup>7</sup> 密度の高い地区では一人が接触する人数が多くなることが考えられるが、そのような接触の密度効果は十分な情報がなく考慮されていない。また、同時刻に同じ人数の人々が滞留していても、様々な接触を低減させる店舗内での取り組みなどが、実際には接触を減らしているかもしれない。加えて、接触の相手も500m×500mの空間内ではそこに滞留する人々の間でランダムに接触することが仮定されているが、学校であれば同じクラスの同年齢の集団とより接触する、自宅やオフィス内では世帯や職場の限られた人としてか接触しないといった詳細な状況は考慮されていない。そのため、特に夜間においては、住宅地であればほとんどの人が世帯内に接触が限定されるはずだが、現在の計算ではこれを考慮できないことに注意する必要がある。そのため、試算に当たっては、住宅地を除き、主要中心駅・繁華街等の外出を中心とした人々の集まる場所の接触や時間帯を分けた計算を実施することで、これに配慮した。

- 現在、緊急事態宣言下において、外出自粛や特定の業種の営業自粛等、前例のない対策が講じられており、これにより、我が国の新規感染者数は総じて減少傾向に転じたと判断されている。
- しかし、地域や全国で再度感染が拡大すれば、医療提供体制への更なる負荷が生じる恐れがあることから、当面、この枠組みは維持することが望ましい。しかし、感染の状況は地域において異なっているため、
  - ①感染の状況が厳しい地域では、対策により新規感染者数が一定水準まで低減するまでは、医療崩壊を防ぎ、市民の生命を守るため、引き続き、基本的には、「徹底した行動変容の要請」が必要となる。
  - ②一方で、新規感染者数が限定的となり、対策の強度を一定程度緩められるようになった地域（以下「新規感染者数が限定的となった地域」という。）であっても、再度感染が拡大する可能性があり、長丁場に備え、感染拡大を予防する新しい生活様式に移行していく必要がある。
 このように、全ての地域の新規感染者数が限定的となるまでは、上記①、②の2つの地域が混在していくことが予想される。

(3) 引き続き、「徹底した行動変容の要請」が求められる地域における留意事項

- (2) ①のとおり、感染状況が厳しい地域では、新規感染者数が一定水準に達するまで、引き続き、「徹底した行動変容の要請」が求められる。
- 他方で、対策の長期化に伴い、市民生活への多大なる悪影響や、「自粛疲れ」が懸念される。感染拡大を収束に向かわせていくためには、市民の持続可能な努力を求めていく必要があることから、特に社会的に必要性が高い活動であり、かつ様々な工夫により感染リスクを十分に下げられる事業などについては、制限を一部徐々に緩和していくことも検討していく必要がある。
- その一例として、学校や公園等の取扱いについて検討していく必要がある。

(4) 「徹底した行動変容の要請」を維持するか、緩和するのかの判断に当たっての考え方

- 「新規感染者数が限定的となった地域」として、(2)の対策の強度を一定程度緩める（徹底した行動変容の要請を緩和する）に当たっては、再流行への対応体制が整えた上で、感染拡大を予防する新しい生活様式により暮らしていくことが求められる。
- こうした判断に当たっては、感染が一定範囲に抑えられていること（疫学的状況）、医療提供体制が確保できていること（医療状況）を踏まえることが考えられる。具体的には、次のような要素を総合的に勘案して判断していくことが想定される。
  - ①感染状況（疫学的状況）
    - ・ 新規感染者数等（新規感染者数、倍加時間、感染経路不明の感染者数の割合等）の水準が十分に抑えられていること。なお、不十分な削減の場合には、感染者を減少させる期間が更に延びかねないものであること。
    - ・ 必要なPCR等検査が迅速に実施できること。

## ②医療提供体制

- ・ 医療機関の役割分担の明確化や患者受入先の調整機能が確立されていること
- ・ 病床の稼働状況（患者の状態や空き病床を含む）を迅速に把握・共有できる体制の構築
- ・ 軽症者等に対応する宿泊療養施設等の確保  
など、今後の患者の増大を見据え、重症者から軽症者まで病状に応じた迅速な対応を可能にする医療提供体制が構築されていること。

- なお、上記①及び②の評価に併せて、より効率的なクラスター対策を講じられる体制の確保などにも努めていく必要がある。

## 5. 今後求められる対応について

- これまでの市民の皆様のご協力により、大幅な行動変容が行われ、現時点において我が国における新規感染者数は、オーバーシュートを免れ、減少傾向に転じたものと判断される。重ねて市民の皆様に感謝申し上げます。
- しかし、再度のまん延が生じないようにするためには、4（3）の地域以外の地域であって、対策の強度が一定程度緩められるようになった地域においても、今後は、新型コロナウイルス感染症に対する長丁場の対応を前提とした、新しい生活様式の定着が求められることとなる。  
なお、再度、まん延が生じた場合には、「徹底した行動変容の要請」を講じざるを得ないことをあらかじめ覚悟しておく必要がある。

### （1）感染拡大を予防する新しい生活様式の普及

- ・ 新型コロナウイルス感染症とともに生きていく社会を前提とした場合、「新規感染者数が限定的となった地域」であっても、感染拡大リスクが高い「3つの密」を徹底的に避けるとともに、手洗いや身体的距離確保といった基本的な感染対策の実施を継続していくことは不可欠となる。  
また、仕事・職場の面においても、基本的な感染対策に加え、テレワーク、時差出勤、テレビ会議など接触機会を削減するための対策は、引き続き重要になる。  
こうした感染拡大を予防する新しい生活様式を身につけていくことが求められる。
- ・ 併せて、各事業者も、感染対策を講じていくことが求められるため、次の専門家会議で示す基本的な考え方を参考としながら、各業界団体が中心となって、業種毎のガイドライン等の作成に向け、検討していくことが重要である。
- ・ 全国的かつ大規模なイベントについても、引き続き、リスクへの対応が整わない場合は中止又は延期することを含め、主催者による慎重な対応を求めることが必要になる。
- ・ さらに、「感染者数が限定的となった地域」における、地域イベントや、屋外でのスポーツの実施等に当たっては、4月1日の提言における「地域区分の考え方」のうち、②「感染確認地域」や、③「感染未確認地域」などの考え方を参考にすることが考えられるが、今後、その内容を精査し、改定していくことを検討したい。

## (2) クラスタ対策の効率的な実施に向けた施策の推進

- ・ 日本では、保健所による積極的疫学調査により、地域に感染者が複数出た場合に共通の感染源（クラスター）を特定し、次のクラスター感染を防止することに取り組んできた。しかし、感染者数の急増とともに、クラスター対策が困難になりつつあり、特定警戒都道府県においては、重症化リスクの高い方が多い医療施設や高齢者施設を優先せざるを得ない状況がある。
- ・ 今後は、感染者数が一定数以下になることが前提とはなるが、それ以降の感染者数の急増が生じないように、より効率的な積極的疫学調査が可能となるように、
  - ①感染対策業務の効率化等をはじめとした保健所支援の徹底
  - ②積極的疫学調査に従事する人員の拡充とトレーニング
  - ③ICT活用による濃厚接触者の探知と健康観察（濃厚接触者追跡アプリなど）の早期導入などを図っていく必要がある。

## (3) 医療提供体制の拡充

- ・ 感染者数の増加によって、普段なら救える命が救えなくなるような医療崩壊を生じさせないことが、最大の目標となる。このため、以下の取組が求められる。
  - ①医療機関ごとの機能分担（重点医療機関の設定等）や都道府県における調整本部・協議会の設置、患者の搬送調整の中心となる「患者搬送コーディネーター」の配置、軽症者の宿泊療養施設の確保など、各種の体制整備は、各都道府県で確実に進めておく必要がある。
  - ②一方で、本感染症の患者のための病床を確保する、ということは、他の疾患の患者の治療のための医療資源が失われることを意味するものでもある。他の疾患の患者に対する治療にも重大な支障が生じることのないよう留意しつつ、急激な感染者数の増加に対応できる体制を整えておくことが不可欠になる。
  - ③また、こうした体制の整備状況を、住民に対して適切に情報提供していくことも重要であり、都道府県ごとの医療提供体制の見える化にも努めていくことが求められる。
  - ④併せて、国は、医療現場を守るため、院内感染対策として、PCR等検査の積極的な実施の推進や個人防護具の提供等に努めていくべきである。

## (4) PCR等検査の拡充

- ・ 政府は、感染者の迅速診断キットの開発等による早期診断、早期把握に向けて、PCR等検査体制の拡充に努めていかなければならない。「徹底した行動変容の要請」を、一定程度緩める方向で検討するのであれば、なおさら、この感染者の早期把握の能力をあげていくことが重要である。
- ・ また、今後、中長期の対応を見据える中で、より簡便な検査手法の開発と診療現場での使用に向けて全力で取り組むべきである。他方、その使用に当たっては、特性と限界を考慮することも求められる。
- ・ PCR等検査については、次の専門家会議で再度議論を行う。

(5) ワクチン、治療薬等について

- ・ 上記(1)～(3)の取組により時間を稼いでいる間に、並行して、一刻も早く、ワクチン・治療法・治療薬、重症化マーカーの開発に努めていくことが求められる。
- ・ また、迅速診断キットの開発等による早期診断とともに確立した治療法の研究が進むことにより、重症化等が防止されるようになれば、今よりも、この感染症を過度に恐れずに済むようになることが期待される。

(6) 学校の取扱いについて

- ・ 4月22日現在、全国の小・中学校のうち95%が、高等学校の97%が臨時休業を実施している。しかしながら、児童生徒の学習の機会を保障していくことも重要であること及びこの感染症については持続的な対策が必要であることを踏まえ、学校における感染およびその拡大のリスクをできるだけ低減した上で、学校の活動の再開のあり方について検討をしていくことが必要である。  
なお、地域で、生活圏の流行状況によっては再び休校とするなどの判断ができるよう市町村や都道府県でも体制を構築するべきである。
- ・ そのため、文部科学省において、既に作成しているガイドラインを踏まえ、有識者の意見も聴取した上で、学校の活動における指導や、登下校等の様々な場面において、感染リスクが高い活動や場면을整理し、それに対する対応について早急に示す必要がある。

(7) 社会的課題への対応について

- 対策が長期化する中で、まん延防止を第一としつつ、社会経済活動との両立を図ることが課題となるため、政府においては、長期的な対策の継続が市民生活や経済社会に与える影響という観点から必要な検討を行うべきである。また、並行して対応していかなければならない社会的課題にも目を配っていく必要がある。例えば、以下のような課題に対応するため、感染拡大防止に配慮しつつ、適切な支援が提供されるよう必要な措置を講じていくべきである。
- ・ 長期間にわたる外出自粛等によるメンタルヘルスへの影響、配偶者からの暴力や児童虐待
- ・ 営業自粛等による倒産、失業、自殺等
- ・ 感染者やその家族、医療従事者等に対する差別や風評被害
- ・ 社会的に孤立しがちな一人暮らしの高齢者、休業中のひとり親家庭等の生活
- ・ 外出自粛等の下での高齢者等の健康維持・介護サービス確保
- ・ 亡くなられた方に対して尊厳を持ってお別れ、火葬等が行われるための適切な感染予防方法の周知

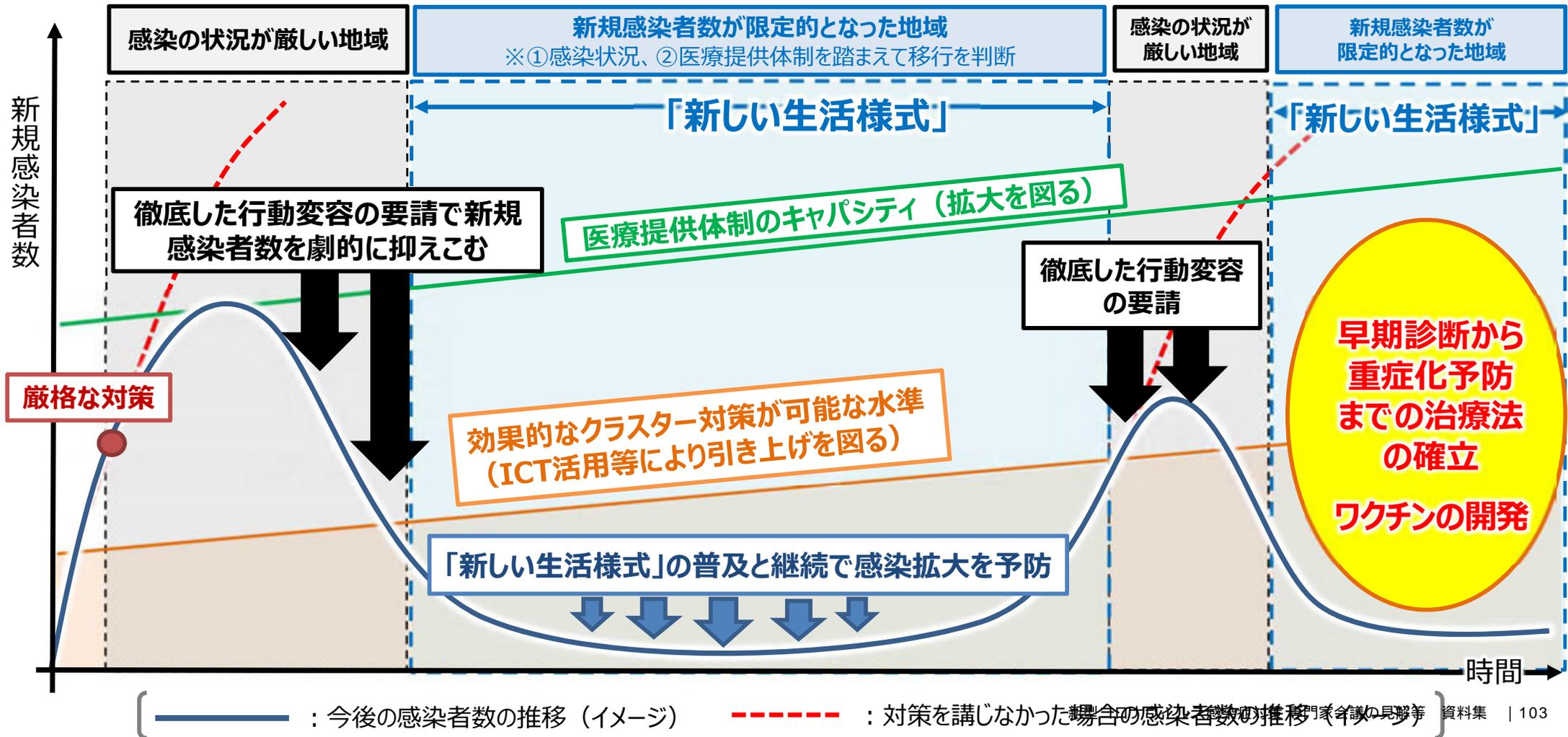
## 6. おわりに

- 市民の皆様の行動変容へのご協力とご理解により、新規感染者数は緩やかに減少に転じつつあると判断している。しかし、医療体制の逼迫は依然として続いている。専門家会議としては、直近のデータの収集・分析を行い、近日中に、再度、これまでの対策の評価等に係る詳細な分析を行うとともに、今後、求められることとなる対策の詳細を示すこととしたい。

# 新型コロナウイルス感染症対策の今後の見通し（イメージ）

参考1

- 緊急事態宣言による行動変容の要請は、感染拡大を防ぎ、**医療提供体制の崩壊を未然に防止**することを目的としている。他方、対策を一気に緩めれば、感染が再燃し、医療崩壊・重症者増大のおそれ。
- このため、今後、①早期診断及び治療法の確立により重症化予防の目途が立つか、②効果的なワクチンができるまで、**まん延防止を第一としつつ、社会経済活動との両立を図っていく必要がある**。
- 感染が一定範囲に抑えられており、医療提供体制が確保された地域については、対策の強度を一定程度緩め、**感染拡大を予防する「新しい生活様式」へと移行し、効率的なクラスター対策により、新規感染者数の発生を一定以下にコントロールしていく**。並行して、医療提供体制のキャパシティを上げながら、再度、まん延が生じた場合は、「徹底した行動変容の要請」を講じる。



# 新型コロナウイルス感染症対策の今後の方針

## 行動変容

- 新規感染者数が限定的となった地域は、再流行への対応体制を整えた上で、「徹底した行動変容の要請」を緩和し、「新しい生活様式」の普及・継続を図る。その上で、**再度、まん延が生じた場合は、「徹底した行動変容の要請」を講じる。**

【「徹底した行動変容の要請」を講じる場合でも以下を検討】

- 学校について、リスクを低減した上で、活動を再開し、学習の機会を保障していくことも重要。文科省において、有識者の意見も聴取した上で、感染リスクが高い活動や場면을整理し、その対応について早急に示すべき。
- 公園の扱いについても検討していく必要。

- 「新しい生活様式」では、以下のようなことが求められる。
  - 3密の回避、身体的距離の確保、基本的な感染防御策（マスクの着用、手指衛生等）
  - 各事業者が感染対策を講じる際の基本的考え方を次回専門家会議で示す予定。  
それを踏まえ、各業界団体を中心に、業種別のガイドラインの策定について検討される必要。

「新しい生活様式」  
に切り替え

## クラスター対策

- クラスター対策が効率的に実施できるよう、以下に取り組む。
  - 保健所支援の徹底
  - ICT活用による接触トレーシングの早期実現

クラスター対策  
の能力向上

## 医療体制

- 医療崩壊を防ぐために、以下を実施。
  - 医療機関ごとの機能分担、調整本部・協議会の設置、宿泊療養施設等の確保等の体制整備
  - 他の疾患の患者の治療への支障に留意しつつ、急激な感染者数増に対応できる体制整備
  - 都道府県毎の医療提供体制の整備状況の見える化
  - PCR等検査の実施体制の拡充

キャパシティ  
拡大

## 治療法等

- 一刻も早く、治療法・治療薬・ワクチン重症化を開発するよう努めることが求められる。
- 迅速診断キットの開発等による早期診断や治療法の開発により、重症化予防が期待される。

期間短縮

COVID-19 による死亡率と医療需要の低減を目的とした非薬物的介入 (NPI) の影響  
 (3月16日インペリアル・カレッジ・ロンドン発表) の概要

(コロナ本部にて仮訳)

- COVID-19 のワクチンが利用可能になるまでに少なくとも1年から1年半かかると予想。そのため、非薬物的介入 (NPI、non-pharmaceutical intervention) により人と人の間の接触を防いでウイルスの伝染を減らすことが当面の目標。

【検討されている非薬物的介入策の概要】

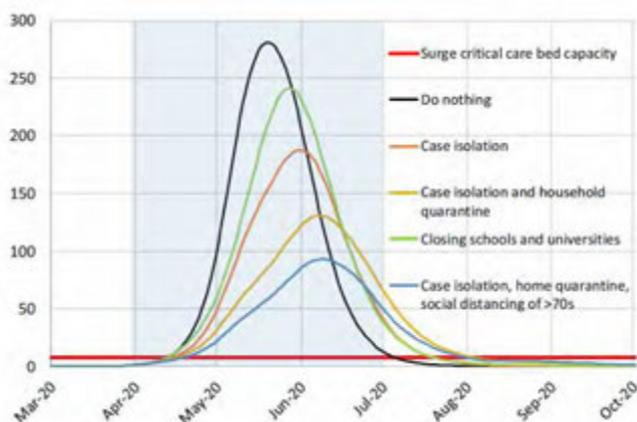
	対策 (policy)	概要
①	有症状者の自宅隔離	有症状者は7日間自宅隔離、家庭外の接触を 75%減らす。家庭内の接触は変化なし。70%の家庭がこの対策を遵守することを想定。
②	自発的な家庭隔離	有症状者の家族全員が 14 日間自宅隔離。期間中は家族内の接触は倍に。地域 (community) 内の接触は 75%減。50%の家庭がこの対策を遵守することを想定。
③	70 歳以上の社会的距離戦略	職場における接触を 50%減らし、家庭内の接触を 25%増やし、他の接触を 75%減らす。この対策は 75%遵守されることを想定。
④	全国民の社会的距離戦略	家庭外、学校・職場以外における接触を 75%削減。学校内の接触は変化なし。職場での接触を 25%削減。家庭内の接触は 25%増加することを想定。
⑤	学校と大学の閉鎖	全ての学校を閉鎖し、25%の大学のみ運営。生徒の家族との接触は閉鎖期間中に 50%増加、地域における接触は 25%増加する想定。

- 上記の介入は、一つ一つではその効果が限られる。感染拡大に実質的な影響を与えるためには、複数の対策の組合せが必要。その基本戦略として「緩和」と「抑制」が考えられる。

(a) 「緩和」: 感染拡大を遅らせることを目的に、ピーク時の医療需要を低減すると同時に、リスクの高い人々を感染から保護することが目的。①、②及び③を組み合わせて実施。

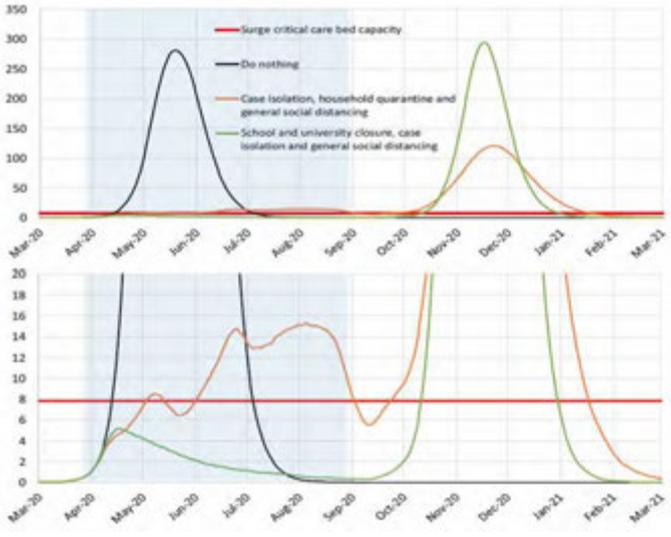
(b) 「抑制」: 感染拡大を縮小することを目的とし、感染者数を減少させ、その状況を無期限に維持。①、②及び④を実施し、必要に応じ⑤を実施。

- 最適な「緩和」は、ピーク時の医療需要を 2/3 に低減し、また死亡率を半減すると予測。他方、死亡者が数十万人に上り、医療機関 (特に集中治療室) の負担が何倍にも増える可能性。

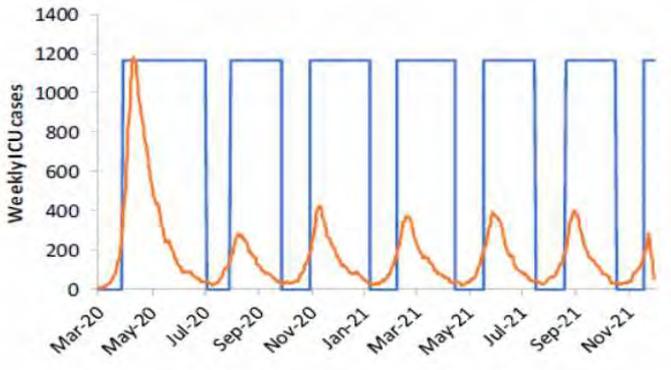


※ 左図は「緩和」を取った際に必要となる ICU の病床数。縦軸が人口 10 万人当たりの必要な病床数、青い網掛け部分が「緩和」の実施期間。黒線は対策を実行しなかった場合、以下、緑: ⑤、オレンジ: ①、黄色: ①+②、青: ①+②+③に対応。

- 現在の英国において、最適な「緩和」をとった場合でも、ピーク時の患者数が一般病棟と ICU 双方のキャパシティの 8 倍を超えると予想されるため、現時点では「抑制」が唯一の実行可能な戦略。
- 「抑制」を実施するに当たっては、流行の早いタイミングで介入することが最適である。なお、緩和については、早すぎる介入は集団免疫の獲得を阻害するため、流行のピーク前後の 3 ヶ月を対象として実施するのが適切。
- 「抑制」のために使用される対策は、時間とともに進化する可能性がある。症例数を十分減少させることで、今日の韓国で採用されている戦略（集中的な検査、接触履歴の追跡、隔離措置）に類似した戦略を採用することがより現実的になる。携帯電話アプリによる追跡機能のテクノロジーは、プライバシーの懸念を克服できれば、上述のクラスター対策をより効果的かつ大規模に実施することを可能とする。ただし、抑制を目的とした集中的な介入（①、②及び④）が維持されていない場合、感染が急速に拡大し、介入を採用しなかった場合に見られるものに匹敵する規模の伝染を引き起こす可能性があることを示唆している。
- ただし、「抑制」の主な課題として、介入が緩められると感染が急速に再燃する可能性があるため、ワクチンが利用可能になるまでの 1 年から 1 年半の間、介入を維持する必要がある。



※ 左図は「抑制」を取った際に必要となる ICU の病床数。縦軸が人口 10 万人当たりの必要な病床数、青い網掛け部分が「抑制」の実施期間。黒線は対策を実行しなかった場合、以下、緑：④+⑤、オレンジ：①+②+④に対応。  
 なお、上のグラフの縦軸の目盛を拡大したものが下図。



※ 左図は、「抑制」政策が数ヶ月間継続する必要があることを踏まえ、抑制政策の「オン」と「オフ」の基準となる一週間に発生した ICU への入院を要する症例数について考察したもの。R=2.2 と仮定し、①及び②を継続的に実施することとした場合、（左図オレンジ線）が 200 を超えた時点で④及び⑤を開始し、50 を下回った時点で終了すると、英国の ICU のキャパシティ内での対応が可能という結論を得た。

「過去のパンデミックを基に予測した新型コロナウイルスの感染軌道」  
(2020年4月14日ハーバード大学発表)の概要

※コロナ本部において仮訳

- 過去に米国においてパンデミックを引き起こしたベータコロナウイルス 0C43及びHKU1の季節性や免疫の持続期間等に関する推定値を使用し、新型コロナウイルス感染症の感染軌道の予測を行った。
- 予測は、以下の条件の下に行った。
  - ・ 積極的な接触履歴の追跡によってウイルスの拡散が抑制される可能性を考慮していない
  - ・ 年齢や性別等による違いを考慮せず、全ての国民を一律にモデル化
  - ・ 治療方法やワクチンの開発に進展がないものとした
  - ・ 実行再生産数は2～2.5の間で設定
  - ・ ウイルスの感染力は、社会的距離政策 (Social Distance) により60%減少し、また夏期に40%減少するものとした
- 上記の条件の下、感染症の①季節性と②免疫の持続期間の2つに着目し、感染軌道を予測。その結果、
  - ① 季節性に関しては、2020年夏に拡散速度は大幅に遅くなると予測。その後、2020年の冬から21年にかけて再燃すると予測。
  - ② 免疫に関しては、持続期間が約1年間と仮定すると、社会的距離政策をはじめとする各種対策が講じられなかった場合、新型コロナウイルス感染症は毎年再燃すると予測。
- 結果として、米国で救命救急を必要とする症例について、病院が現在収容可能な数を下回る数のまま維持した状態で、集団免疫を獲得するためには、
  - 2020年5月中旬まで現在の社会的距離政策を実施した上、8月・10月下旬～年末、2021年2月～4月、6月及び2022年以降の同時期に社会的距離政策を繰り返し実施する必要がある
  - 救急救命用の病床の数を2倍に増やししながら、他の仮定をそのまま維持すると、はるかに良い見通しが見られ、2021年半ばまでに、1ヶ月又は2ヶ月間隔で3回、2021年末の1ヶ月間社会的距離政策を実施した場合、2022年7月までに集団免疫を獲得できるとの結論を得た。(詳細次頁参照)
- より確度の高い予測を行うためには、広範な抗体検査を早急に実施する必要がある。

## 現在及び強化された医療提供体制下での断続的な社会的距離政策のシナリオ

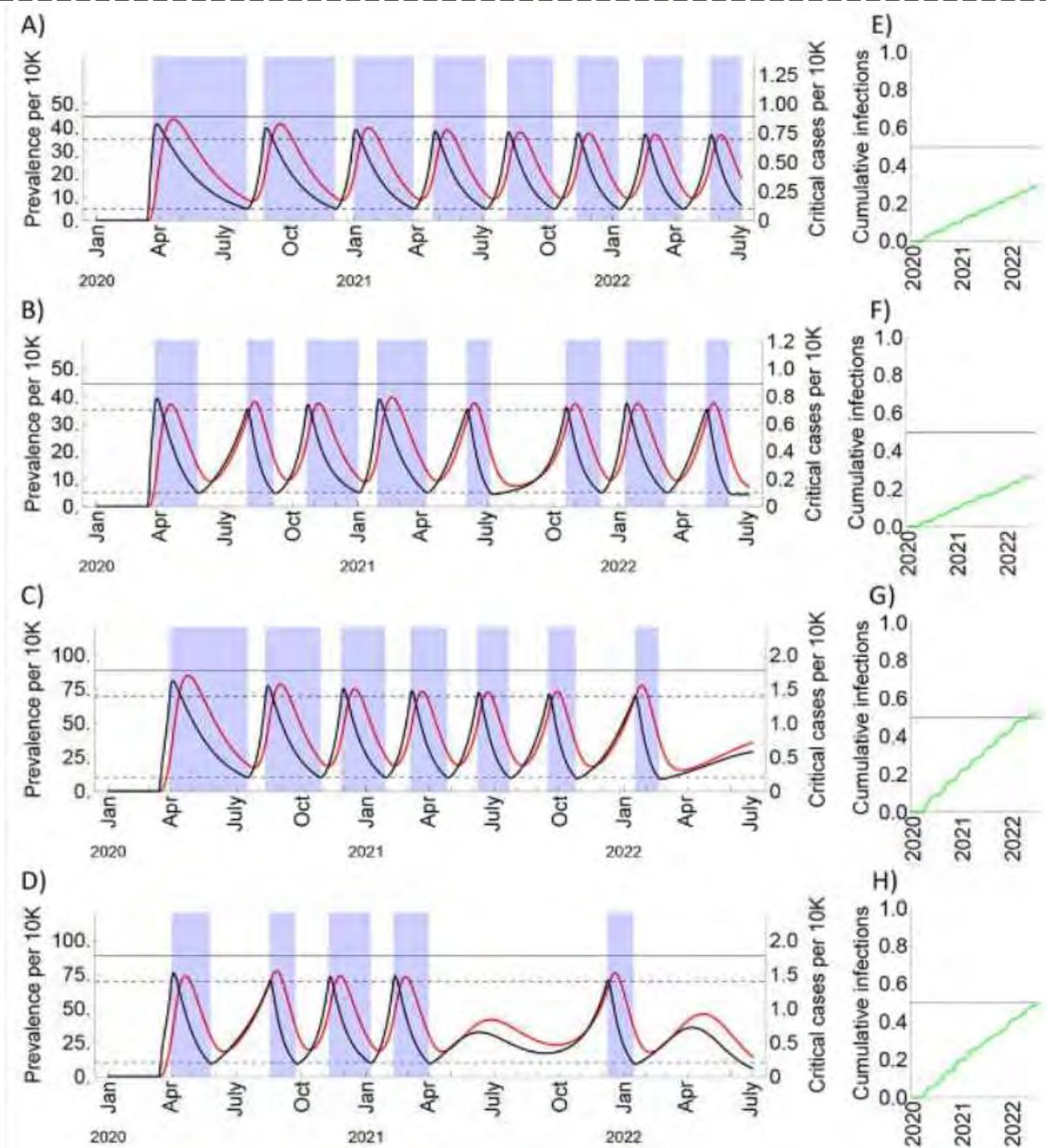
A・B: 現在の医療提供体制下において社会的距離政策を断続的に実施した場合の感染者数と重篤患者数。Aは季節性なし、Bは季節性あり。

C・D: 救急医療用の病床を2倍にした場合において社会的距離政策を断続的に実施した場合の感染者数と重篤患者数。Cは季節性なし、Dは季節性あり。

E~H: 国内人口に占める累積の感染者の割合。5割(黒横線)を超えると集団免疫を獲得。

⇒ A・B については、2022 年でも累積感染率が3割程度であり、引き続き断続的に社会的距離政策を実施する必要があると予想。他方、C・D については、2022 年上半旬までの社会的距離政策により 2022 年中旬までに集団免疫を獲得すると予想。

- ・縦軸 左：人口 1 万人当たりの感染者数（黒） 右：人口 1 万人当たりの重篤患者数（赤）
- ・横の黒実線：医療崩壊が起こる重篤患者数
- ・横点線：活動制限の開始と中断の目安となる重篤患者数
- ・青塗り：活動制限が実施される期間





# 新型コロナウイルス感染症対策の 状況分析・提言（2020/5/1）

新型コロナウイルス感染症対策専門家会議

# はじめに

- ▶ 4/7に、東京都、大阪府等の7都府県に緊急事態宣言。  
4/16に、北海道、愛知県等の6道府県を加え、特定警戒都道府県に。  
その他、34県を含め、全国に緊急事態宣言。
- ▶ 多くの市民の皆様のご協力により、現時点では、オーバーシュートを逃れ、新規感染者数は減少傾向に転じるという一定の成果。  
引き続き徹底した行動変容による接触機会の低減、重症者・死亡者の増加を防ぐための医療提供体制の拡充を進めることが必要。
- ▶ この感染症への対応は、長丁場を覚悟。  
本提言は、現在までの状況等の分析を行った上で、5/7以降の対策に関する基本的考え方や今後求められる対応について、とりまとめ。

# 感染の状況等について（東京都）

- ▶ 4月9日には250名近く。直近では100名を下回る。減少傾向にあるが、増加する際のデータの立ち上がりに比べれば、減少するスピードは緩やか。
- ▶ 東京では、夜間の接待を伴う飲食店における感染者は著減。一方、院内・施設内感染や家庭内感染の割合が増加。
- ▶ ちなみに、4月1日時点の直近7日間の倍加時間は2.3日。5月1日時点の直近7日間の倍加時間は3.8日だった。

【東京都：感染者数の推移】

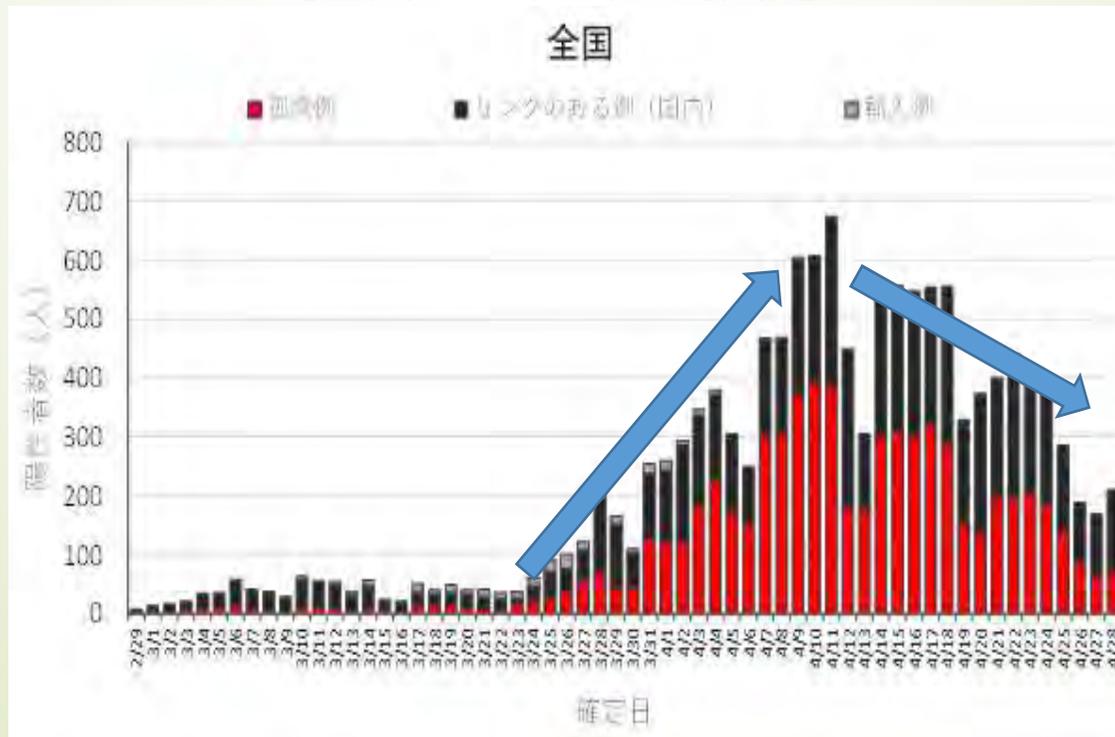


# 感染の状況等について（全国）

3

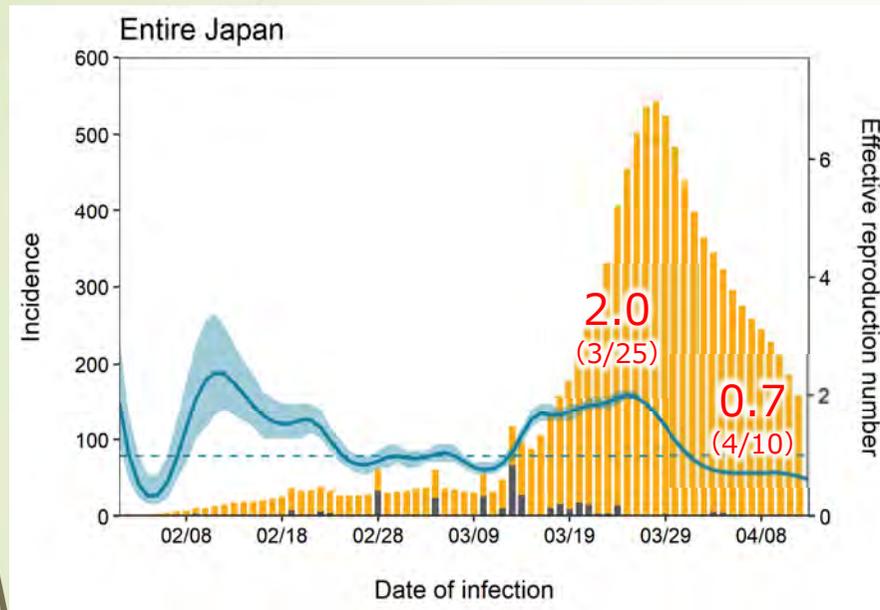
- ▶ 4月10日前後は700人近く。直近では200人程度。しかし、減少のスピードは、3月20日過ぎから生じた発症者数の急増のスピードに比べれば、緩やか。
- ▶ 全国データの減少が東京より鈍い理由としては、大都市圏からの人の移動により、地方に感染が拡大し、感染の縮小のスピードが、東京に比べて鈍い。

【全国：感染者数の推移】

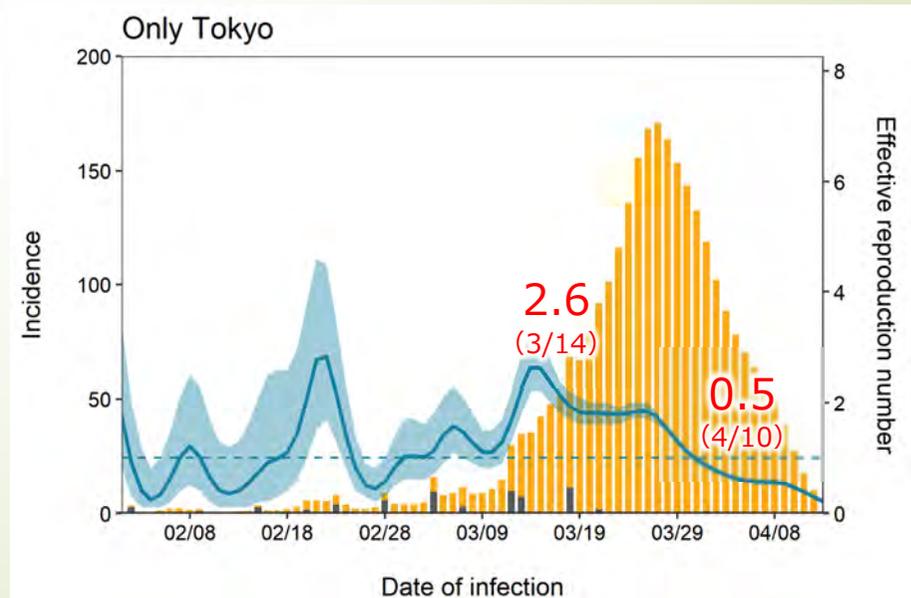


# 実効再生産数について

【全国：実効再生産数】



【東京都：実効再生産数】



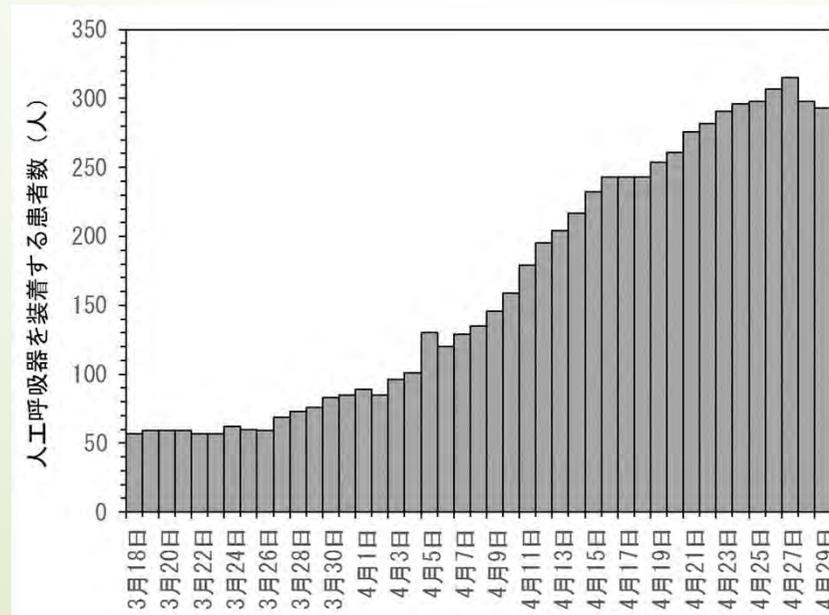
## 限定的なPCR検査の状況の中で なぜ、感染が減少していると言えるか？

- ▶ 我が国では、医師が必要と判断した場合及び濃厚接触者を中心にPCR等検査を実施してきたため、感染者の全てが把握されているわけではない。
- ▶ しかし、検査件数が徐々にではあるが増加している中で、
  - ・陽性者数は全国的に減少傾向にあること、
  - ・東京などで倍加時間が伸びていることなどから、新規感染者が減少傾向にあることは間違いないと判断される。

# 医療提供体制への影響について

- 平均的な在院期間は約2～3週間程度。新規感染者数が、減少傾向に移行しても、入院患者による医療機関への負荷はしばらく継続。
- 医療現場の逼迫した状況は、新規感染者が減少したとしても、緩やかにしか解消されない。
- しばらくは、新規感染者を減少させるための取組を継続することの必要性が示唆。

【全国で人工呼吸器を要する確定患者数の推移】



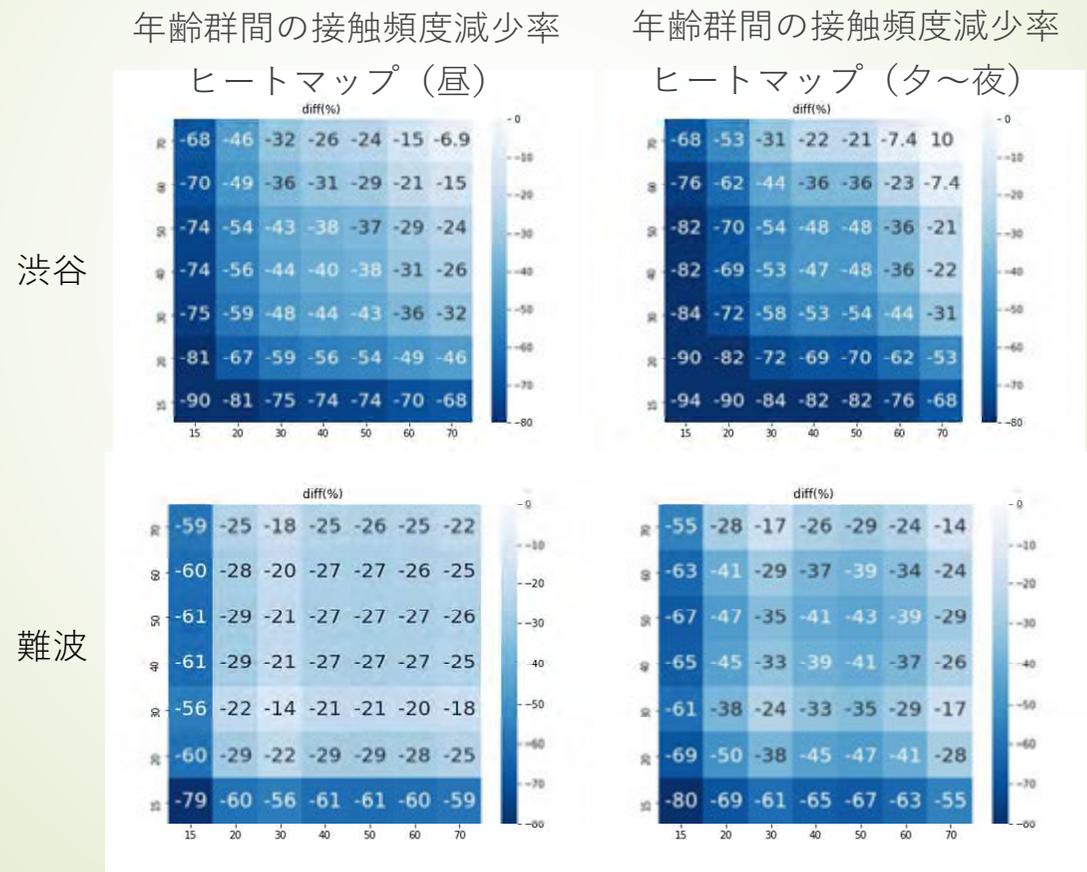
※日本集中治療医学会の日本COVID-19  
対策ECMOnetによる集計

# 行動変容の状況

- ▶ 今回は「接触頻度」をもとに、行動変容の評価。  
(前回の提言では、「人流」だけを提示した。)
- ▶ 「接触頻度」とは、  
接触率（一人当たりが経験する単位時間当たりの接触）  
×  
人流（都市部の人口サイズ）

# 行動変容の具体的な評価①

- ▶ 渋谷駅や難波駅のような地域では年齢群によって達成状況が相違。30歳台以上の生産年齢人口の接触頻度の減少率は8割に達していない。



図：渋谷駅、難波駅から1km圏内のメッシュにおける年齢群別の接触頻度に関する相対的減少。4月24日（金）と1月17日（金）とを比較。紺色のセルが多い程、その場所で接触の8割を超える減少が認められる事を示す。

NTTドコモ モバイル空間統計を使用。東北大学・永田彰平研究員、中谷友樹教授およびALBERT社中村一翔氏、稲盛徹氏らの協力を得て作成。

# 行動変容の具体的な評価②

9

- 都道府県を跨ぐ移動を見ても、3~5割の減少に留まるところが多く、都心等への通勤を続ける限り、生産年齢人口の接触頻度の減少割合は少ない。

地域間の接触頻度減少率  
シートマップ (昼)

	茨城県	栃木県	群馬県	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県
茨城県	-20%	-20%	-48%	-40%	-36%	-55%	-70%
栃木県	-20%	-12%	-20%	-52%	-69%	-60%	-66%
群馬県	-48%	-20%	-9%	-30%	-74%	-59%	-70%
埼玉県	-40%	-52%	-30%	-46%	-42%	-35%	-60%
千葉県	-36%	-69%	-74%	-42%	-53%	-40%	-60%
東京都	-55%	-60%	-59%	-35%	-40%	-22%	-41%
神奈川県	-70%	-66%	-70%	-60%	-60%	-41%	-58%

地域間の接触頻度減少率  
シートマップ (夕～夜)

	茨城県	栃木県	群馬県	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県
茨城県	-18%	-31%	-54%	-52%	-43%	-66%	-74%
栃木県	-31%	-9%	-26%	-59%	-74%	-62%	-64%
群馬県	-54%	-26%	-5%	-42%	-78%	-61%	-67%
埼玉県	-52%	-59%	-42%	-48%	-53%	-46%	-71%
千葉県	-43%	-74%	-78%	-53%	-59%	-52%	-70%
東京都	-66%	-62%	-61%	-46%	-52%	-14%	-50%
神奈川県	-74%	-64%	-67%	-71%	-70%	-50%	-60%

地域間の接触頻度減少率  
シートマップ (昼)

	滋賀県	京都府	大阪府	兵庫県	奈良県	和歌山県
滋賀県	-62%	-42%	-58%	-66%	-75%	-68%
京都府	-42%	-13%	-38%	-51%	-35%	-61%
大阪府	-58%	-38%	-39%	-35%	-37%	-40%
兵庫県	-66%	-51%	-35%	-53%	-62%	-57%
奈良県	-75%	-35%	-37%	-62%	-41%	-22%
和歌山県	-68%	-61%	-40%	-57%	-22%	-41%

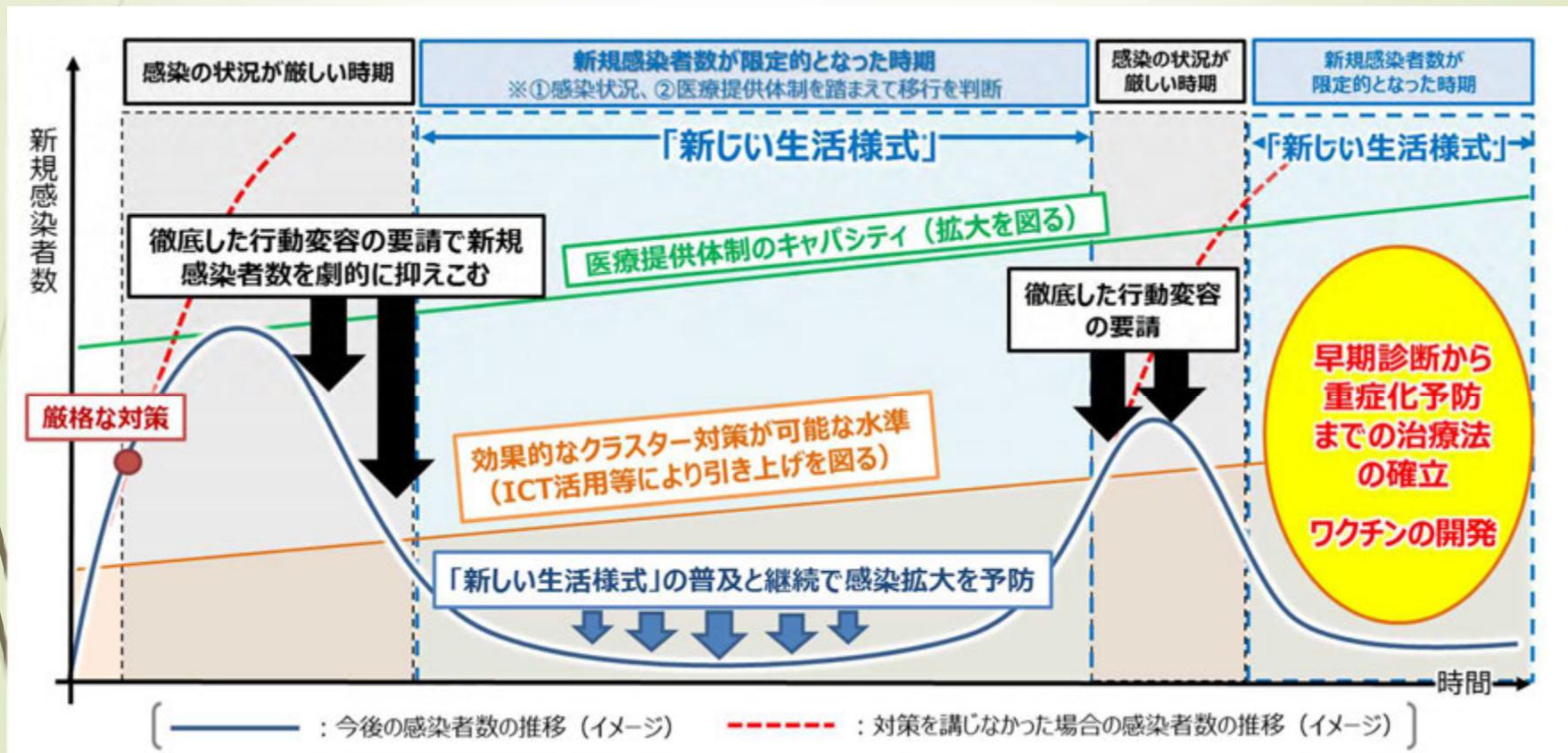
地域間の接触頻度減少率  
シートマップ (夕～夜)

	滋賀県	京都府	大阪府	兵庫県	奈良県	和歌山県
滋賀県	-60%	-54%	-67%	-70%	-84%	-82%
京都府	-54%	-9%	-46%	-59%	-35%	-67%
大阪府	-67%	-46%	-32%	-46%	-51%	-51%
兵庫県	-70%	-59%	-46%	-64%	-73%	-65%
奈良県	-84%	-35%	-51%	-73%	-39%	-28%
和歌山県	-82%	-67%	-51%	-65%	-28%	-30%

図：関東、関西の緊急事態宣言下の平日（4月24日(金)）における1月17日（金）の地域間の接触頻度の相対的減少  
NTTドコモ モバイル空間統計を使用。東北大学・永田彰平研究員、中谷友樹教授およびALBERT社中村一翔氏、稲盛徹氏らの協力を得て作成

# 今後の見通し

- 早期診断から重症化予防までの治療法の確立に向けた明るい兆しが見えつつあるが、諸外国の感染状況やそれに対する対応等も踏まえると、国内における感染状況に応じて、持続的な対策が必要。



# 地域の状況に応じた対策の必要性

- ▶ 緊急事態宣言下での前例のない対策により、日本の新規感染者数は、総じて減少傾向。  
しかし、地域で感染が再燃すれば、医療提供体制への更なる負荷。  
当面、この枠組みは維持することが望ましい。
  - ①収束のスピードが期待されたほどではない
  - ②医療提供体制が十分に整備できていない地域がある
  - ③知事のリーダーシップがこれからも必要
- ▶ 一方、感染状況は地域で異なるため、全ての地域の新規感染者数が限定的となるまでは、次の2つの地域が混在していくことを想定。

【感染の状況が厳しい地域】

【新規感染者数が限定的となった地域】

## 引き続き、徹底した行動変容の要請が求められる地域における留意事項

- 対策の長期化に伴い、市民生活への多大なる悪影響や「自粛疲れ」が懸念。
- 感染拡大を収束に向かわせていくためには、市民の持続可能な努力を求めていく必要。
- しかし、特に社会的に必要性が高い活動であり、かつ様々な工夫により感染リスクを十分に下げられる事業などについては、制限を、一部徐々に緩和していくことも検討していく必要。
- 一例として、学校や公園等の取扱いについて検討していく必要。

## 徹底した行動変容の要請を維持するか、緩和するか判断の考慮すべき要素

- ▶ 引き続き「厳しい行動制限」を維持するか、「新しい生活様式」に移行していくかについては次のような要素を総合的に勘案して判断。

### ①感染が一定範囲に抑えられていること（疫学的状況）

- ・ 新規感染者数等（新規感染者数、倍化時間等）の水準が十分に抑えられていること。
- ・ 必要なPCR等検査が迅速に実施できること。

### ②医療提供体制が確保できていること（医療状況）

- ・ 医療機関の役割分担の明確化や患者搬送の調整機能の確立
- ・ 病床の稼働状況を迅速に把握・共有できる体制の構築
- ・ 軽症者等に対応する宿泊療養施設等の確保 等

## 徹底した行動制限を緩和した地域で、今後求められる対応

- 新規感染者数が限定的となった地域でも、再度のまん延が生じないようにするためには、長丁場の対応を前提とした、「新しい生活様式」の定着が必要。
- なお、再度まん延が生じた場合には、「徹底した行動変容の要請」を講じざるを得ないことをあらかじめ覚悟しておくことが必要。

# クラスター対策、医療提供体制の拡充

## ▶ クラスター対策の拡充

▶ 感染者の急増を防ぐため、より効率的なクラスター対策を可能に。

- ① 感染対策業務の効率化と保健所の支援の徹底
- ② ICT活用によるコンタクト・トレーシングの早期導入

## ▶ 医療提供体制の拡充

▶ 医療崩壊を防ぐことが、最大の目標。

- ① 医療機関ごとの機能分担（重点医療機関の設定等）
- ② 都道府県の調整機能の確保、患者搬送コーディネーター等の設置
- ③ 軽症者の宿泊療養施設の確保

▶ 本感染症の患者のための病床を確保するということは、他疾患の患者の治療のための医療資源が失われることを意味。

他疾患の患者への治療にも重大な支障が生じることのないように留意しつつ、急激な感染者数の増加にも対応できる体制を整備。

# そのほか提言に盛り込んだ事項

## ▶ PCR等検査の拡充

- ▶ 感染者の早期把握の能力をあげていくことが重要。
- ▶ より簡便な検査手法（迅速診断キット等）の診療現場での使用に向けて全力で取り組む。

## ▶ 学校の取扱いについて

- ▶ 学習機会を保障していくため、学校での感染リスクをできるだけ低減した上で、学校活動の再開の在り方について検討していくことが必要。
- ▶ 文部科学省で、有識者の意見も聴取した上で、学校の活動における感染リスクが高い活動や場면을整理し、その対応について早急に示す必要。

## ▶ 社会的課題への対応について

- ▶ 次のような社会的課題に対応するため、必要な支援を講じていくべき。
  - 長期の外出自粛等によるメンタルヘルスへの影響、DVや児童虐待
  - 感染者やその家族、医療従事者等に対する差別や風評被害
  - 営業自粛等による倒産、失業、自殺等
  - 一人暮らしの高齢者、休業中のひとり親家庭等の生活
  - 外出自粛等の下での高齢者等の健康維持・介護サービス確保
  - 亡くなられた方に対して尊厳を持ってお別れ、火葬等が行われるための適切な感染予防方法の周知

## 終わりに

- ▶ 市民の皆様のご理解・ご協力により、新規感染者数は緩やかに減少に転じつつあると判断。しかし、医療体制の逼迫は続く。
- ▶ 専門家会議として直近データの収集・分析を行い、近日中に、再度、これまでの対策の評価等に関する分析を行うとともに、今後、求められることとなる対策の詳細を示す。

## 新型コロナウイルス感染症対策専門家会議

### 「新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言」(2020年5月4日)

#### 1. はじめに

- 緊急事態宣言の期限である5月6日が目前に迫る今、都道府県別の感染状況の分析等を行った上で、5月7日以降に求められる具体的な対応等について、とりまとめを行った。

#### 2. 都道府県別の感染状況の評価

##### (1) 緊急事態措置の対象地域の考え方について

- 現在、特に重点的に感染拡大の防止に向けた取組を進めていく必要がある地域として、4月7日と16日に新規感染者数等(新規感染者数、累積感染者数、倍加時間、感染経路不明の感染者数の割合等)の水準や近隣都道府県の感染状況に基づき、北海道、茨城県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、石川県、岐阜県、愛知県、京都府、大阪府、兵庫県及び福岡県の合計13都道府県が「特定警戒都道府県」として指定されており、外出自粛の要請に加え、施設利用の制限、在宅勤務(テレワーク)や時差出勤等の強力な推進等を実施することとされている。
- また、それ以外の34県についても、上記の指標の水準に必ずしも当てはまるわけではないが、
  - ① 都市部からの人の流れで、都市部以外の地域に感染が広がりクラスター感染が起き始めたこと、
  - ② そうした地域では都市部に比べ医療機関などの数も少なく感染が広がれば医療が機能不全に陥る可能性が極めて高いため、先手先手の対策を打つ必要があったこと、
  - ③ 4月7日の緊急事態宣言発出後、多くの国民の方が求められる行動変容に協力していただいたが、未だ改善の余地があったこと、
  - ④ ゴールデンウィークを控え、我が国における更なる感染拡大を抑制するためには全都道府県が足並みをそろえる必要があったことなどの理由から、緊急事態宣言の対象(特定都道府県)として指定されている。
- このように、現在は、全都道府県が緊急事態措置の対象とされているが、特に、対象地域の判断に当たっては、感染の状況(疫学的状況)、医療提供体制(医療状況)や、近隣の都道府県の感染状況等を踏まえて、基本的対処方針諮問委員会での議論を経て、政府において総合的に判断されるものである。
  - ① 感染状況(疫学的状況)
    - ・ 新規感染者数等(新規感染者数、累積感染者数、倍加時間、感染経路不明の感染者数の割合等)の水準、近隣都道府県の感染状況 など

## ② 医療提供体制

- ・ 医師が必要と認めるPCR等の検査
- ・ 院内感染の制御
- ・ 救急医療など、その他の一般医療への影響
- ・ 新型コロナウイルス検査における感染疑い例への医療提供ないしフォローアップ体制
- ・ 医療機関の役割分担の明確化や患者受入先の調整機能
- ・ 重症・重篤例の診療体制
- ・ 病床の稼働状況やその動向を迅速に把握・共有できる体制
- ・ 軽症者等に対応する宿泊療養施設等の確保など、今後の患者の増大を見据え、重症者から軽症者まで病状に応じた迅速な対応を可能にする医療提供体制

○ 専門家会議としては、各都道府県において上記の項目が達成されるよう、知事の強力なリーダーシップのもと、広域での連携を深め、具体的な取組がなされることを求めるとともに、政府に対し、各都道府県における医療提供体制の整備を強力に支援することを求める。

○ 「感染の状況が厳しい地域」においては、流行規模が小さくなれば、専用病床等を縮小することも検討される。しかし、今後さらに大規模な再増加が発生した場合において、迅速・柔軟に新型コロナウイルス感染症への対応ができる病床を拡充できる体制は準備しておくことが必要である。

○ 「新規感染者数が限定的となった地域」であっても、今後の急速な患者増加を想定した医療提供体制を構築しておくことが必要である。地方においては、都市部に比べ医療機関などの数も少なく、感染が広がれば医療が機能不全に陥る可能性が極めて高い。したがって、先手先手の対策を打つ必要があり、その計画立案においては、感染の状況が厳しい地域での経験を共有することで、より実践的な体制を準備することが求められる。

○ 病床の確保においては、医師や看護師など人員数、人工呼吸器等の器材、個人防護具等、実際に運用可能な「有効病床数」を確保することが必要である。この有効病床数は、重症・重篤例の患者増加などの要因によって変動する可能性がある。

○ また、本感染症については、軽症者が急速に悪化する症例も散見されており、患者それぞれの生活環境・事情を勘案するものの、宿泊療養で対応することが基本とされている。このため、まだ累積感染者数がそれほど多くなく、入院措置で対応している地域でも、患者の急増に備えて早期に「軽症者等に対応する宿泊療養施設等の確保」に取り組むとともに、宿泊療養につなげる環境の整備に取り組んでいく必要がある。

## (2) 都道府県別の感染状況と医療提供体制に関する評価

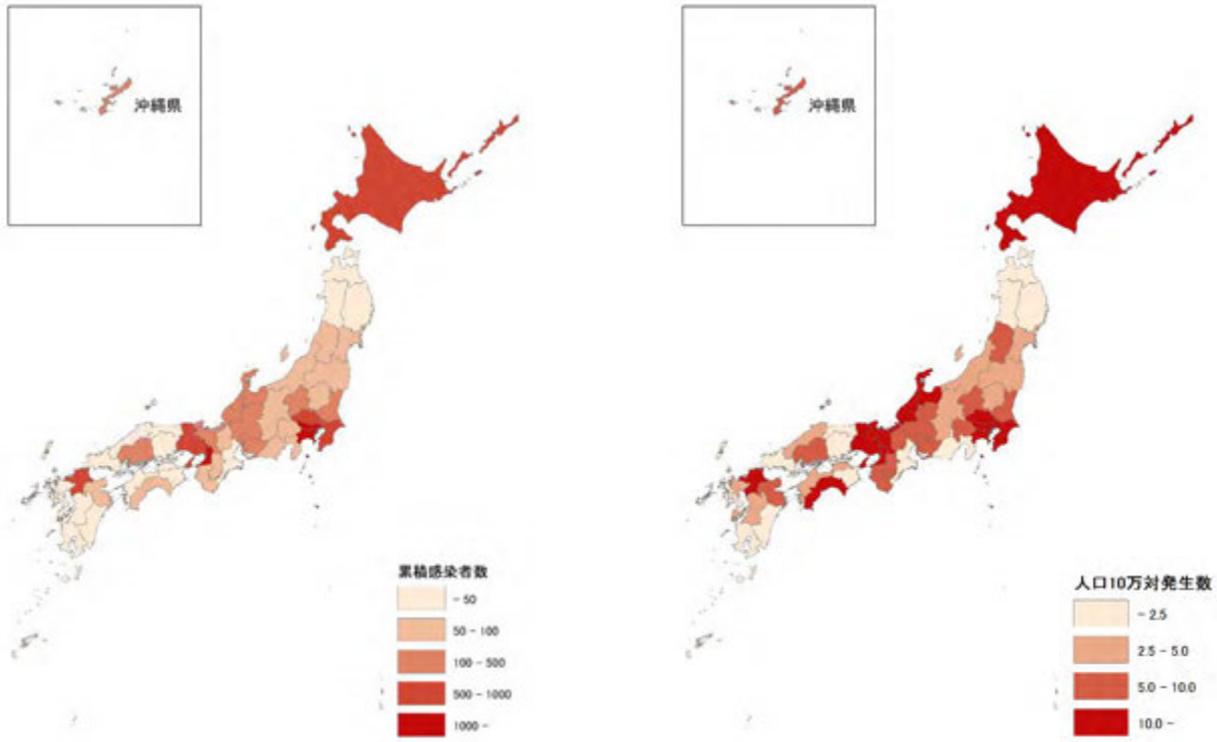
### ① 感染状況（疫学的状況）

- ・新型コロナウイルス感染症に関する国内事例の累積感染者数は、5月2日現在で、14,839人にのぼった。
- ・他方、直近3週間以内の新規感染者数の動向を見ると、4月12～18日が3,620人増、4月19～25日が2,791人増、4月26日～5月2日が1,630人増となるなど、新規感染者数の増加は着実に減速しつつある。
- ・こうした中、直近1週間の新規感染者数の合計が100名を超えるのは、東京都、北海道、大阪府、神奈川県となっていた。
- ・その一方、岩手、秋田、鳥取、長崎、宮崎県では直近2週間以上にわたって、三重、徳島、香川、愛媛、大分、鹿児島県では直近1週間以上にわたって、それぞれ新規感染者が確認されていない。
- ・その他、直近で新規感染者等が確認されている40県に関して、この間の累積感染者数等のデータは、図3のとおりとりまとめた。
- ・また、5月1日に公表した実効再生産数は、全国、東京都とともに1を下回っていた。専門家会議では、近日中に、再度、日本全体や東京都の実効再生産数の推移について更新した数値を公表する予定である。
- ・PCRの検査実施数も、着実に遡増傾向にある中、PCR等検査陽性率は低下傾向にある（P7 図5参照）。そうした中、東京都などでは陽性率が高い傾向にあるが、こうした理由等については、14ページ以降の補論において詳しく述べるので参照されたい。
- ・こうした状況を踏まえれば、市民の行動変容が成果を上げ、全国的に新規感染者数は減少傾向にあることが推測できる。しかし、未だ、かなりの数の新規感染者数を認めており、現在の水準は、新規感染者数が増加しはじめた3月上旬やオーバーシュートの兆候を見せ始めた3月中旬前後の新規感染者数の水準までは下回っていない状況である。
- ・したがって、しばらくは、新規感染者数の減少傾向を維持させることを通じて、今後の感染拡大が当面起こり難い程度にまで、取組を継続することの必要性が示唆される。
- ・なお、これまで、医療福祉関係施設を除けば、接待を伴う夜間の飲食店や居酒屋において、多くのクラスター（集団感染）が発生したことが分かっている。また、屋内運動施設（フィットネスジム等）やライブハウスでクラスターが発生した場合に感染者数が多い傾向がある。このほか、カラオケ・合唱関係の場や通夜・葬儀の場などがクラスターとなったことについて、十分な留意と周知が必要である。

【図1 現在の感染者の状況】

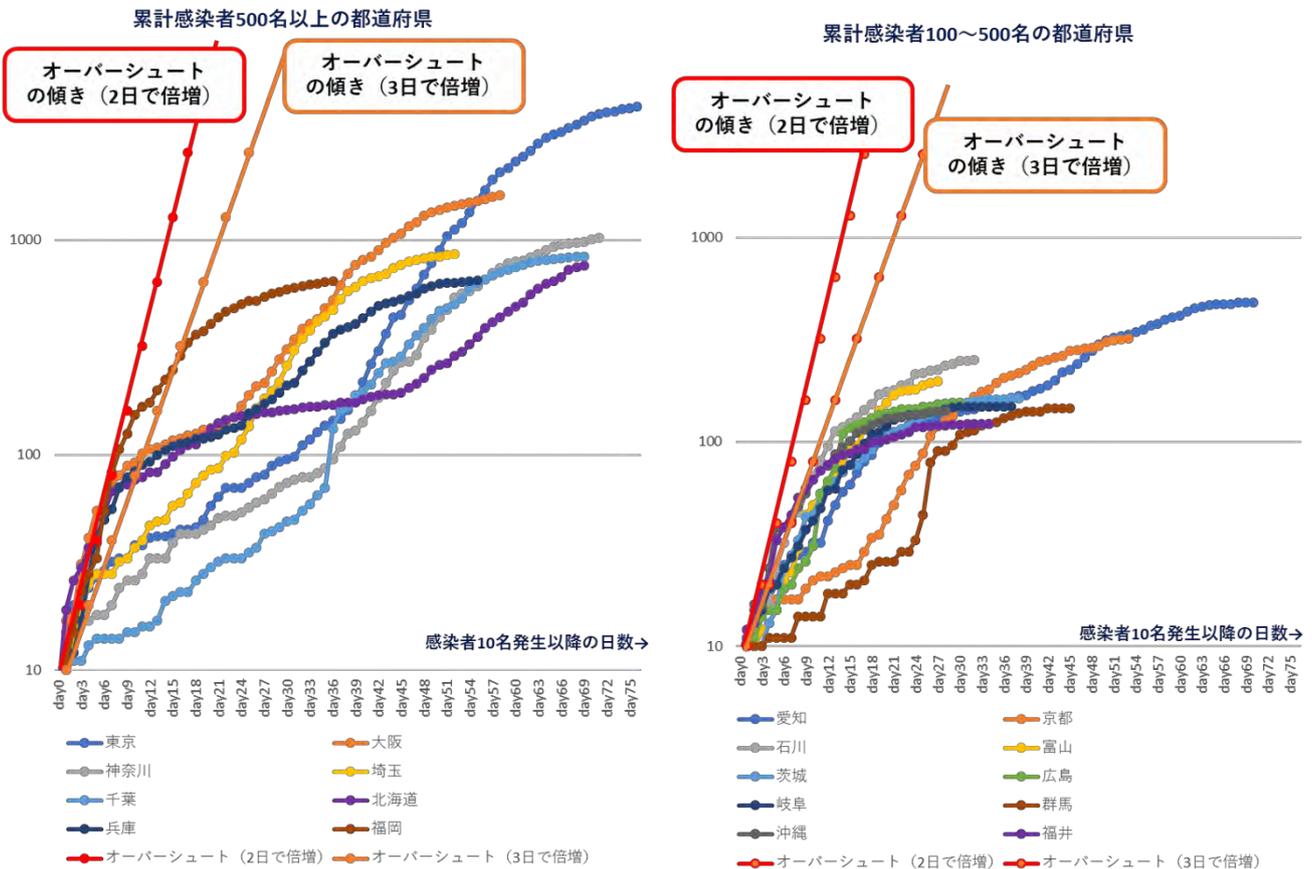
○累積感染者数

○人口10万対発生数



2020年4月30日までに感染が確定した都道府県別患者数をもとに計算

【図2 感染者10名発生以降の累積感染者数の推移（対数表示）】



【図3 累積感染者数等のデータ】

都道府県	累積感染者数	1週間以内 累積感染者数	2週間以内 累積感染者数	3週間以内 累積感染者数	人口10万対 発生数 (累積)	人口10万対 死亡数 (累積)
北海道	823	222	416	569	15.7	0.8
青森	26	4	4	4	2.1	0.0
岩手	0	0	0	0	0.0	0.0
宮城	88	3	5	43	3.8	0.0
秋田	16	0	0	3	1.7	0.0
山形	68	2	8	32	6.3	0.0
福島	75	7	15	38	4.1	0.0
茨城	165	7	30	72	5.8	0.3
栃木	54	2	11	24	2.8	0.0
群馬	146	6	26	69	7.5	0.8
埼玉	878	93	264	525	12.0	0.5
千葉	823	45	180	412	13.2	0.5
東京	4491	641	1503	2579	32.3	1.0
神奈川	1060	118	307	549	11.5	0.4
新潟	77	12	21	36	3.5	0.0
富山	209	36	120	188	20.0	0.9
石川	260	36	87	156	22.9	1.1
福井	122	2	16	36	15.9	1.0
山梨	55	3	6	25	6.8	0.0
長野	69	3	24	43	3.4	0.0
岐阜	150	1	10	56	7.6	0.3
静岡	73	11	23	35	2.0	0.0
愛知	491	15	92	167	6.5	0.5
三重	45	0	10	28	2.5	0.1
滋賀	96	2	26	58	6.8	0.1
京都	328	38	86	147	12.7	0.4
大阪	1658	181	494	891	18.8	0.5
兵庫	654	35	149	296	12.0	0.5
奈良	86	9	26	47	6.5	0.1
和歌山	62	5	17	24	6.7	0.2
鳥取	3	0	0	2	0.5	0.0
島根	23	6	8	17	3.4	0.0
岡山	23	2	5	9	1.2	0.0
広島	161	15	31	131	5.7	0.1
山口	34	3	4	15	2.5	0.0
徳島	5	0	2	2	0.7	0.1
香川	28	0	4	24	2.9	0.0
愛媛	47	0	3	17	3.5	0.2
高知	74	2	10	20	10.6	0.4
福岡	648	47	151	322	12.7	0.5
佐賀	42	6	26	32	5.2	0.0
長崎	17	0	0	3	1.3	0.1
熊本	47	2	12	29	2.7	0.1
大分	60	0	6	18	5.3	0.1
宮崎	17	0	0	0	1.6	0.0
鹿児島	10	0	3	6	0.6	0.0
沖縄	142	8	32	94	9.8	0.3

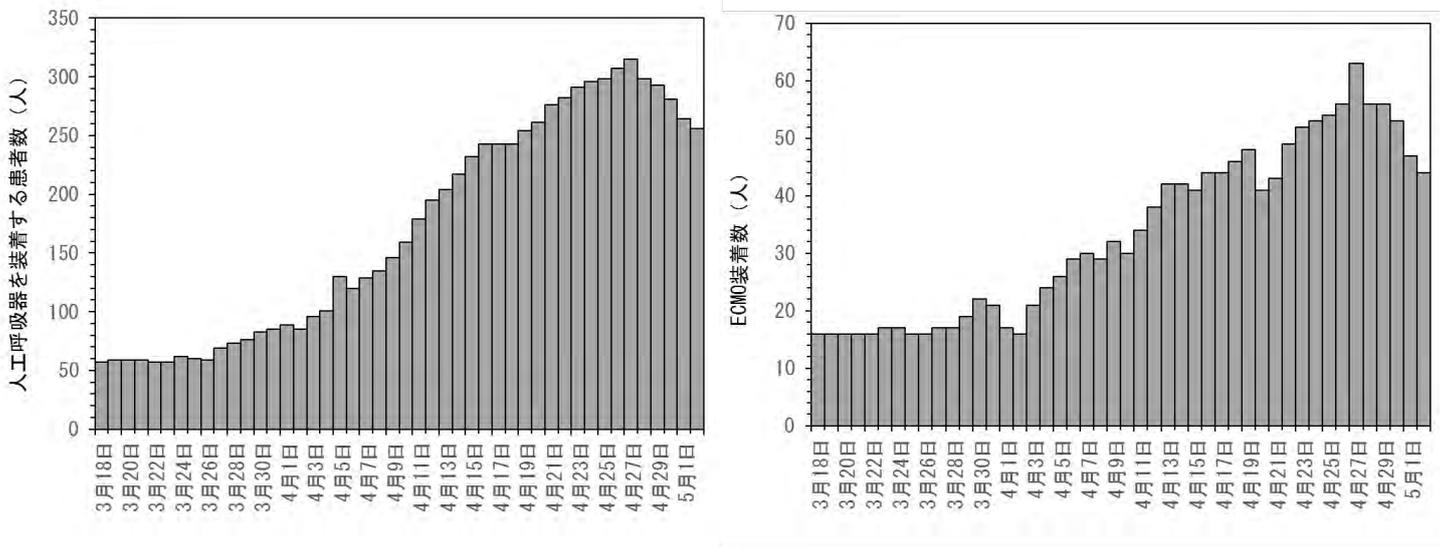
※感染者数は、5月3日時点の報告日ベース

※死亡数は、5月3日時点で陽性者との実作業が終了した総計327名のほか、各都道府県のHPで確認できた数値を計上。

## ② 医療提供体制

- ・ 新型コロナウイルス感染症の患者の平均的な在院期間は約 2～3 週間程度となっている。とりわけ、人工呼吸器や ECMO を要するような重症患者については、在院期間が長期化する傾向があり、新規届出感染者数が減少に転じはじめても、その実際の患者数（発症日別患者数）の減少に向けてタイムラグが存在する。4 月 27 日頃をピークとして、減少傾向に入ったことがうかがわれるが、いずれにせよ、入院患者の多くは入院状態が継続しており、入院患者を引き受ける医療機関への負荷は現状でもぎりぎりの状況にある。
- ・ 一方、各都道府県で、医療提供体制の整備が進められており、その状況は以下のとおりとなっている。
  - 1) 既に、全都道府県で、地域の新型コロナウイルス感染症対策について、関係者で協議を行う協議会が設置されている。医療機関の役割分担に関する対応が進められている。
  - 2) 既に、全都道府県で、患者の受入れ調整を行う組織・部門が設置されている。
  - 3) 医療機関の空床状況の見える化のシステムについては、全都道府県で活用されており、医療機関の参加状況（報告病院数）は 5 月 1 日時点で、約 46% である。
  - 4) 軽症者の療養施設に関しては、各都道府県で確保の取組が進められており、4 月 30 日時点で、8 県を除く 39 都道府県で約 1 万 3 千室が利用可能な状況とされている。

【図 4 全国で人工呼吸器を要する確定患者数の推移（左図）、全国で ECMO 装着の患者数の推移（右図）】



※ 日本集中治療医学会の日本 COVID-19 対策 ECMOnet による集計

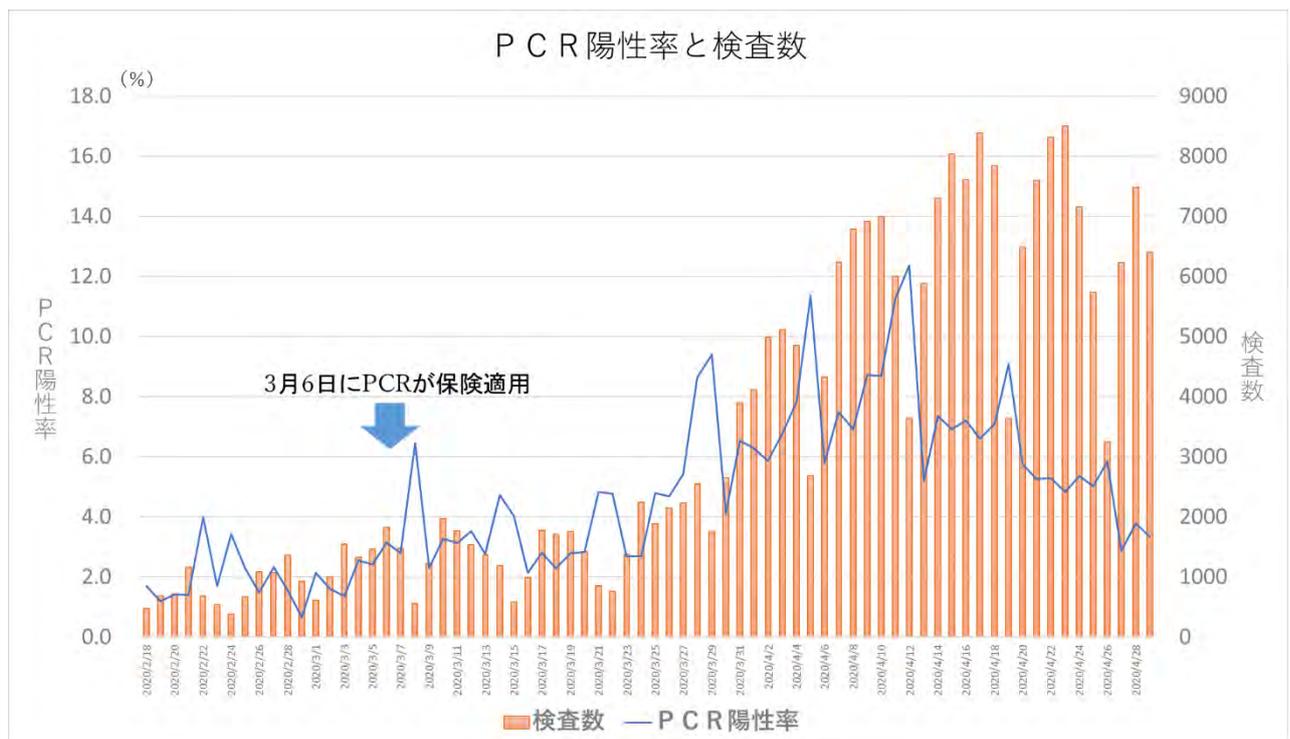
### (3) 総括

- 以上を踏まえれば、新規感染者数等は着実に減少に転じつつあると判断されるが、①収束のスピードが期待されたほどではないこと、②地域や全国で再度感染が拡大すれば、医療提供体制への更なる負荷が生じる恐れがあることから、当面、現在の緊急事態宣言下での枠組みを維持することが望ましいと考える。
- また、緊急事態宣言には、新規感染者数を減少させ、医療崩壊を防止する等の狙いがあったことを踏まえ、各知事は医療提供体制の構築に早急に努めるととともに、政府はそれを支援することが必要と考える。
- 一方で、現在の枠組みの維持の長期化によって、必要以上の市民生活への犠牲を強いることのないようにする必要があり、感染症対策の進捗状況とともにしっかりとモニターをしていく必要がある。このため、本専門家会議では、1～2週間程度経過した時期に、最新の感染の状況等を踏まえた分析を行うとともに、その結果に基づいて、必要な提言を政府に対して行っていく必要があるものと考える。

### 3. PCR等検査の対応に関する評価

- PCR等検査をめぐる課題については、PCR等の検査陽性率と検査数の推移（図5）を示すとともに、これまでPCR等検査能力が早期に拡充されなかった理由等について分析を行うとともに、今後求められる対応について整理を行った。詳細については、14ページ目以降の補論において、具体的に示しているので参照されたい。

【図5 PCR陽性率と検査数の推移】



※厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部クラスター対策班（検査班データ）

#### 4. 今後の行動変容に関する具体的な提言

##### (1) 感染拡大を予防する新しい生活様式について

- 5月1日の提言では、感染の状況は地域において異なっているため、
  - ①感染の状況が厳しい地域では、新規感染者数が一定水準まで低減するまでは、医療崩壊を防ぎ、市民の生命を守るため、引き続き、基本的には、「徹底した行動変容の要請」が必要となる。
  - ②一方で、新規感染者数が限定的となり、対策の強度を一定程度緩められるようになった地域（以下「新規感染者数が限定的となった地域」という。）であっても、再度感染が拡大する可能性があり、長丁場に備え、感染拡大を予防する新しい生活様式に移行していく必要がある、と指摘した。
  
- これまでの提言でも、感染拡大を食い止めるために徹底した「行動変容」の重要性を訴え、手洗いや身体的距離確保といった基本的な感染対策の実施、「3つの密」を徹底的に避けること、「人との接触を8割減らす10のポイント」などの提案を重ねてきたところである。今回の提言では、5月1日の提言を踏まえ、新型コロナウイルスを想定した「新しい生活様式」を具体的にイメージいただけるよう、今後、日常生活の中で取り入れていただきたい実践例を「別添」のとおり、整理した。
  
- 新型コロナウイルスの出現に伴い、飛沫感染や接触感染、さらには近距離での会話への対策をこれまで以上に取り入れた生活様式を実践していく必要がある。これは、従来の生活では考慮しなかったような場においても感染予防のために行うものである。
  
- 新型コロナウイルス感染症は、無症状や軽症の人であっても、他の人に感染を広げる例がある。新型コロナウイルス感染症対策には、自らを感染から守るだけでなく、自らが周囲に感染を拡大させないことが不可欠である。そのためには一人ひとりの心がけが何より重要である。具体的には、人と身体的距離をとることによる接触を減らすこと、マスクをすること、手洗いをすることが重要である。市民お一人おひとりが、日常生活の中で「新しい生活様式」を心がけていただくことで、新型コロナウイルス感染症をはじめとする各種の感染症の拡大を防ぐことができ、ご自身のみならず、大事な家族や友人、隣人の命を守ることにつながるものと考えている。

## 「新しい生活様式」の実践例

### (1) 一人ひとりの基本的感染対策

感染防止の3つの基本：①身体的距離の確保、②マスクの着用、③手洗い

- 人との間隔は、できるだけ2m（最低1m）空ける。
- 遊びにいくな屋内より屋外を選ぶ。
- 会話をする際は、可能な限り真正面を避ける。
- 外出時、屋内にいるときや会話をするときは、症状がなくてもマスクを着用
- 家に帰ったらまず手や顔を洗う。できるだけすぐに着替える、シャワーを浴びる。
- 手洗いは30秒程度かけて水と石けんで丁寧に洗う（手指消毒薬の使用も可）

※ 高齢者や持病のあるような重症化リスクの高い人と会う際には、体調管理をより厳重にする。

### 移動に関する感染対策

- 感染が流行している地域からの移動、感染が流行している地域への移動は控える。
- 帰省や旅行はひかえめに。出張はやむを得ない場合に。
- 発症したときのため、誰とどこで会ったかをメモにする。
- 地域の感染状況に注意する。

### (2) 日常生活を営む上での基本的生活様式

- まめに手洗い・手指消毒     咳エチケットの徹底     こまめに換気
- 身体的距離の確保     「3密」の回避（密集、密接、密閉）
- 毎朝で体温測定、健康チェック。発熱又は風邪の症状がある場合はムリせず自宅で療養



### (3) 日常生活の各場面別の生活様式

#### 買い物

- 通販も利用
- 1人または少人数ですいた時間に
- 電子決済の利用
- 計画をたてて素早く済ます
- サンプルなど展示品への接触は控えめに
- レジに並ぶときは、前後にスペース

#### 公共交通機関の利用

- 会話は控えめに
- 混んでいる時間帯は避けて
- 徒歩や自転車利用も併用する

#### 娯楽、スポーツ等

- 公園はすいた時間、場所を選ぶ
- 筋トレやヨガは自宅で動画を活用
- ジョギングは少人数で
- すれ違うときは距離をとるマナー
- 予約制を利用してゆったりと
- 狭い部屋での長居は無用
- 歌や応援は、十分な距離かオンライン

#### 食事

- 持ち帰りや出前、デリバリーも
- 屋外空間で気持ちよく
- 大皿は避けて、料理は個々に
- 対面ではなく横並びで座ろう
- 料理に集中、おしゃべりは控えめに
- お酌、グラスやお猪口の回し飲みは避けて

#### 冠婚葬祭などの親族行事

- 多人数での会食は避けて
- 発熱や風邪の症状がある場合は参加しない

### (4) 働き方の新しいスタイル

- テレワークやローテーション勤務     時差通勤でゆったりと     オフィスはひろびろと
- 会議はオンライン     名刺交換はオンライン     対面での打合せは換気とマスク

※ 業種ごとの感染拡大予防ガイドラインは、関係団体が別途作成予定

## (2) 業種ごとの感染拡大予防ガイドラインに関する留意点

- 今後、感染拡大の予防と社会経済活動の両立を図っていくに当たっては、特に事業者において提供するサービスの場面ごとに具体的な感染予防を検討し、実践することが必要になる。
- 社会にはさまざまな業種等が存在し、感染リスクはそれぞれ異なることから、業界団体等が主体となり、また、同業種だけでなく他業種の好事例等の共有なども含め、業種ごとに感染拡大を予防するガイドライン等を作成し、業界をあげてこれを普及し、現場において、試行錯誤をしながら、また創意工夫をしながら実践していただくことを強く求めたい。
- ここでは、各業種のガイドライン等の作成に当たって求められる基本的な考え方や留意点の例をまとめた。また、実際にガイドライン等を作成するに当たっては、適宜、感染管理にノウハウのある医療従事者などに監修を求めることにより、効果的な対策を行うことが期待される。
- また、新型コロナウイルス感染症から回復した者が差別されるなどの人権侵害を受けることのないよう、円滑な社会復帰のための十分な配慮が必要である。

### (リスク評価とリスクに応じた対応)

- 事業者においては、まずは提供しているサービスの内容に応じて、新型コロナウイルス感染症の主な感染経路である接触感染と飛沫感染のそれぞれについて、従業員や顧客等の動線や接触等を考慮したリスク評価を行い、そのリスクに応じた対策を検討する。
  - ・ 接触感染のリスク評価としては、他者と共有する物品やドアノブなど手が触れる場所と頻度を特定する。高頻度接触部位（テーブル、椅子の背もたれ、ドアノブ、電気のスイッチ、電話、キーボード、タブレット、タッチパネル、レジ、蛇口、手すり・つり革、エレベーターのボタンなど）には特に注意する。
  - ・ 飛沫感染のリスク評価としては、換気の状態を考慮しつつ、人と人との距離がどの程度維持できるかや、施設内で大声などを出す場がどこにあるかなどを評価する。

### (各業種に共通する留意点)

- 基本的には、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく感染拡大防止策を徹底することが重要である。例えば、人との接触を避け、対人距離を確保（できるだけ2mを目安に）することのほか、以下のものが挙げられる。
  - ・ 感染防止のための入場者の整理（密にならないように対応。発熱またはその他の感冒様症状を呈している者の入場制限を含む）
  - ・ 入口及び施設内の手指の消毒設備の設置
  - ・ マスクの着用（従業員及び入場者に対する周知）

- ・ 施設の換気（2つの窓を同時に開けるなどの対応も考えられる）
- ・ 施設の消毒

#### （症状のある方の入場制限）

- ・ 新型コロナウイルスに関しては、発症していない人からの感染もあると考えられるが、発熱や軽度であっても咳・咽頭痛などの症状がある人は入場しないように呼びかけることは、施設内などにおける感染対策としては最も優先すべき対策である。また、状況によっては、発熱者を体温計などで特定し入場を制限することも考えられる。
- ・ なお、業種によっては、万が一感染が発生した場合に備え、個人情報取扱に十分注意しながら、入場者等の名簿を適正に管理することも考えられる。

#### （感染対策の例）

- ・ 他人と共用する物品や手が頻回に触れる箇所を工夫して最低限にする。
  - ・ 複数の人の手が触れる場所を適宜消毒する。
  - ・ 手や口が触れるようなもの（コップ、箸など）は、適切に洗浄消毒するなど特段の対応を図る。
  - ・ 人と人が対面する場所は、アクリル板・透明ビニールカーテンなどで遮蔽する。
  - ・ ユニフォームや衣服はこまめに洗濯する。
  - ・ 手洗いや手指消毒の徹底を図る。
- ※ 美容院や理容、マッサージなどで顧客の体に触れる場合は、手洗いをよりこまめにするなどにより接触感染対策を行う。（手袋は医療機関でなければ特に必要はなく、こまめな手洗いを主とする。）

#### （トイレ）（※感染リスクが比較的高いと考えられるため留意する。）

- ・ 便器内は、通常の清掃で良い。
- ・ 不特定多数が接触する場所は、清拭消毒を行う。
- ・ トイレの蓋を閉めて汚物を流すよう表示する。
- ・ ペーパータオルを設置するか、個人用にタオルを準備する。
- ・ ハンドドライヤーは止め、共通のタオルは禁止する。

#### （休憩スペース）（※感染リスクが比較的高いと考えられるため留意する。）

- ・ 一度に休憩する人数を減らし、対面で食事や会話をしないようにする。
- ・ 休憩スペースは、常時換気することに努める。
- ・ 共有する物品（テーブル、いす等）は、定期的に消毒する。
- ・ 従業員が使用する際は、入退室の前後に手洗いをする。

#### （ゴミの廃棄）

- ・ 鼻水、唾液などが付いたごみは、ビニール袋に入れて密閉して縛る。
- ・ ゴミを回収する人は、マスクや手袋を着用する。
- ・ マスクや手袋を脱いだ後は、必ず石鹼と流水で手を洗う。

(清掃・消毒)

- ・ 市販されている界面活性剤含有の洗剤や漂白剤を用いて清掃する。通常の清掃後に、不特定多数が触れる環境表面を、始業前、始業後に清拭消毒することが重要である。手が触れることがない床や壁は、通常の清掃で良い。

(その他)

- ・ 高齢者や持病のある方については、感染した場合の重症化リスクが高いことから、サービス提供側においても、より慎重で徹底した対応を検討する。
- ・ 地域の生活圏において、地域での感染拡大の可能性が報告された場合の対応について検討をしておく。感染拡大リスクが残る場合には、対応を強化することが必要となる可能性がある。

※ 業種ごとに対応を検討するに当たっては、これまでにクラスターが発生している施設等においては、格段の留意が必要である。

## 5. 対策移行に向けた考え方について

- 緊急事態宣言に基づき、国民の自由と権利に制限が加えられるときであっても、本来、新型インフルエンザ等対策特別措置法第5条の規定の趣旨を踏まえ、その制限は必要最小限のものでなければならない。
- 各都道府県は、地域の感染状況や医療提供体制の確保状況等を踏まえながら、段階的に社会経済の活動レベルを上げていくことが求められる。このため、社会的に重要な事業や活動ならびに感染リスクの低いところから、十分な感染対策を講じた上で、段階的に再開することを検討すべきである。
- この際、3月中旬から連休にかけて、警戒が一部緩んだことにより感染が拡大したと考えられていることや、社会経済の活動レベルが上がることに伴って人の接触が増加することでの感染拡大の可能性を十分想定しておくことが求められる。
- まん延の状況は地域によって異なることを踏まえれば、本専門家会議では、地域ごとの感染状況の分析を行うとともに、感染の状況に応じた対応のあり方について、具体的な考え方を示していくこととする。
- 国及び都道府県においては、地域の新規感染者数等の推移や医療提供体制の状況などについて一定期間ごとに評価を行うとともに、感染拡大が生じた場合等には再び迅速な対応が行えるよう、あらかじめ準備しておく必要がある。

## 6. 終わりに

- これまでの多くの市民の皆様のご協力により、新規感染者数は減少傾向に転じるという一定の成果が現れはじめている。これまでのお一人おひとりのご協力に、心より感謝申し上げたい。
  
- しかし、この感染症は、感染から届出まで2週間程度かかること、また平均在院期間が2～3週間程度であることから、しばらくは、新規感染者数の減少傾向を維持させることを通じて、今後の感染拡大が当面起こり難い程度にまで、取組を継続する必要がある。併せて、医療提供体制については、行政・医療機関がそれぞれ必要な対応に努めていかなければならない。このため、首都圏では引き続き体制強化を進めるとともに、未だ流行していない地域であっても、早急に体制整備を進めることが重要であり、政府にこれを提言した。
  
- 一方、必要以上の市民生活への犠牲を強いることのないようにしていくことも重要であり、本専門家会議では、適宜、その時点の状況分析を行うとともに、その結果に基づいて、必要な提言を政府に対して行っていくものとする。
  
- また、対策が長期化する中で、まん延防止を第一としつつ、社会経済活動との両立を図ることが課題となるため、政府においては、長期的な対策の継続が市民生活や経済社会に与える影響という観点からの検討も行う体制整備を進めるべきである。

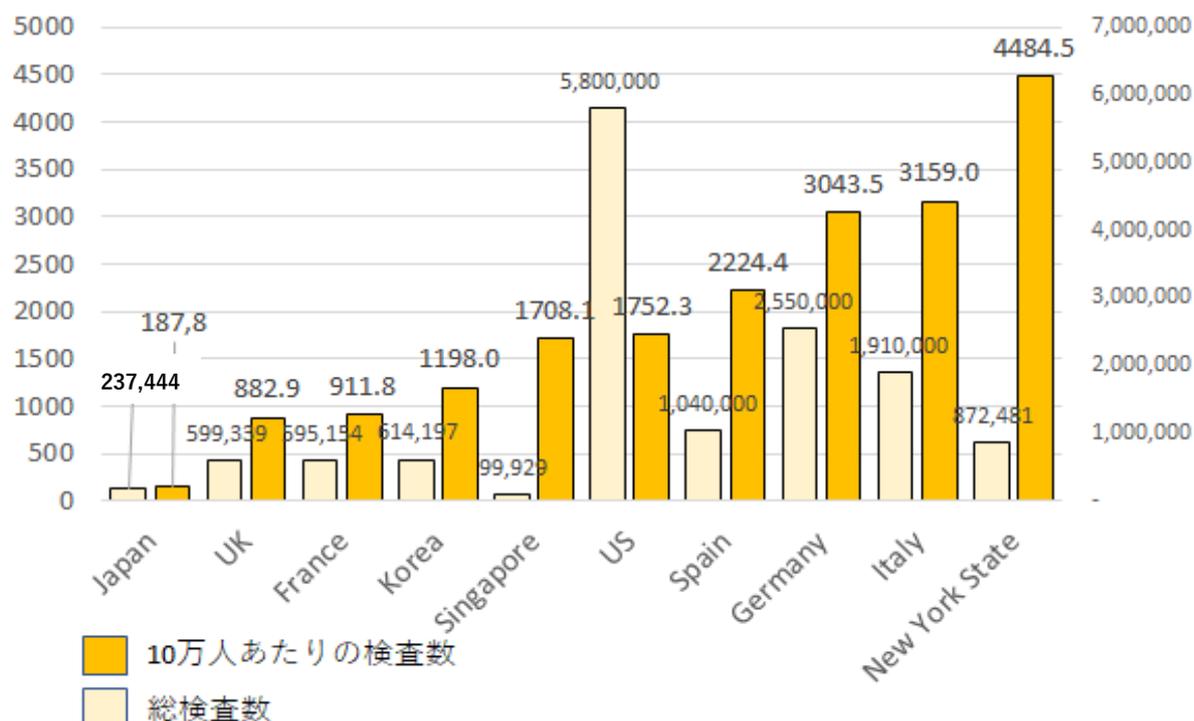
## (補論) PCR等検査の対応に関する評価

### 1. PCR等検査の件数及び陽性率についての分析

○ 5月1日の提言では、我が国のPCR等検査数が諸外国と比べ限定的な中、新規感染者数が減少傾向にあることについての疑問も呈されていることなどに言及した。

○ この点、PCR等検査数、検査陽性率の各国比較をみると、検査の定義や対象者が国により異なるため、単純な比較はできないものの、日本の10万人あたりのPCR等検査数は、他国と比較して明らかに少ない状況にある(図1)一方、検査陽性率はイタリア、シンガポール、アメリカ、スペイン、フランス、イギリスよりも十分に低くなっている(図2)。したがって、これらの国々と比較して、潜在的な感染者をより捕捉できていないというわけではない、と考えられる。

【図1 各国、地域におけるPCR等検査数の比較】<sup>1</sup>



※厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部クラスター対策班

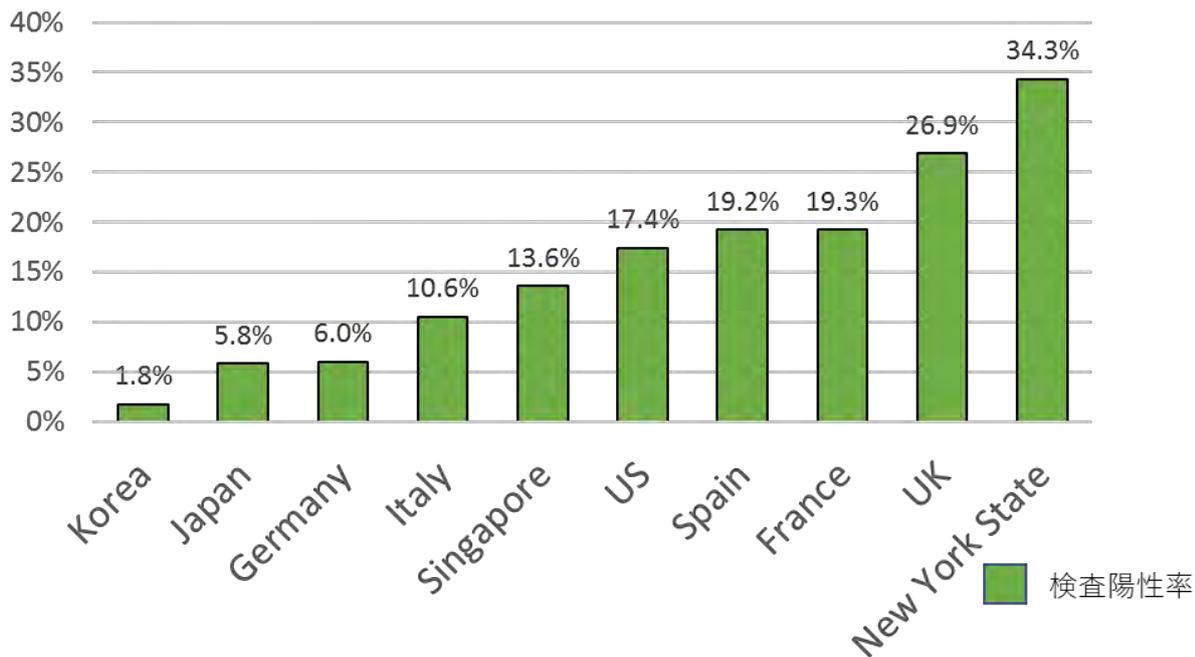
<sup>1</sup> 日本の数字は、5月3日時点で確認されている2月18日から4月29日に地方衛生研究所・保健所、民間検査会社、大学等、医療機関で行われた合計の検査数(237,444検体)であり、検疫所の21,602例や国立感染症研究所の8,172例は含んでいない。ただし、一定割合で、退院時の陰性確認や同一症例に繰り返し検査が行われたものを含んでいる。

(出典) Our world in data,

<https://ourworldindata.org/grapher/covid-19-total-confirmed-cases-vs-total-tests-conducted>  
CITY & STATE New York,

<https://www.cityandstateny.com/articles/politics/new-york-state/new-coronavirus-numbers.html>

【図2 各国、地域における検査陽性率の比較<sup>2)</sup>】



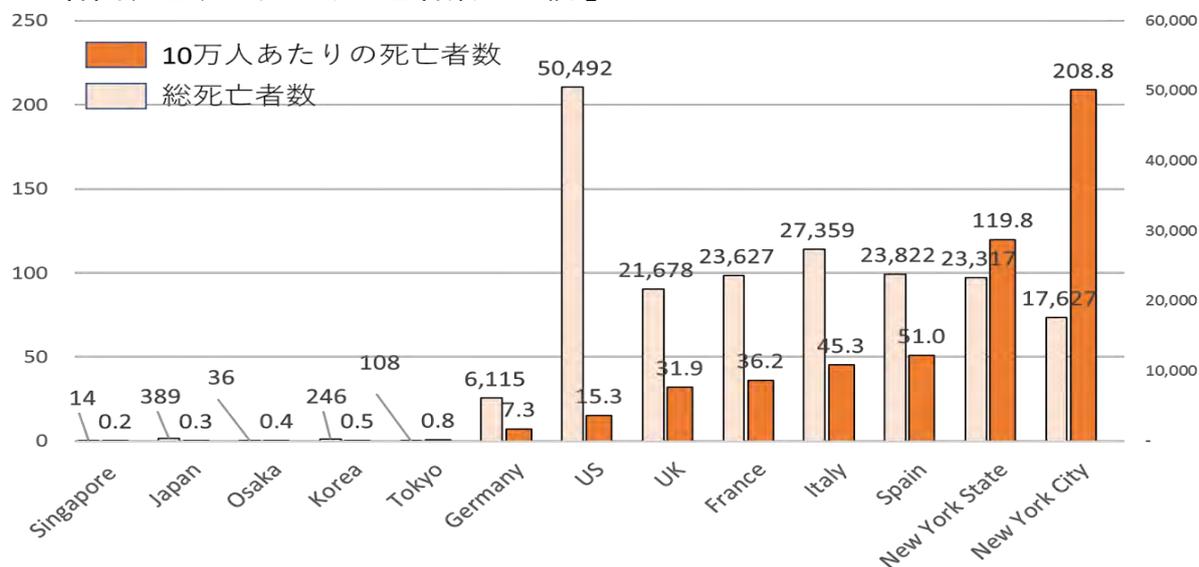
※厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部クラスター対策班

- なお、東京都など大都市圏の陽性率が高くなっていることについては、感染者数の多さだけが原因ではなく、医療機関による医療保険適用（以下、保険適用）での検査人数などが、分母の検査件数として含まれないまま、陽性者数のみ分子として計上されるケースなどが多いため、実態よりも高い数値が出ていることにも留意が必要である。
- 新型コロナウイルス感染症による人口 10 万人あたりの死亡者数は、日本は欧米の 10 分の 1 以下となっている（図 3）。
- 本邦での新型コロナウイルス感染症の疑い例の定義では肺炎があることをその要件の一つとしてきた。本邦では他国と比較し人口あたりの CT スキャンの配置数が多いため、PCR 等検査による病原体診断とともに、肺炎の有無の診断に積極的に CT スキャンを用いてきた。
- しかし、この感染症による累積死亡者数は依然として増加しており、また、この感

<sup>2)</sup> 海外ソースは脚注 1 と同じ。日本の数字は、5 月 3 日時点で確認されている 2 月 18 日から 4 月 29 日に地方衛生研究所・保健所、民間検査会社、大学等、医療機関で行われた合計の検査数（237,444 検体）を分母として、国内陽性確定例を割ったものである。ただし、一定割合で、退院時の陰性確認や同一症例に繰り返し検査が行われたものを含んでいる。検疫所の 21,602 例や国立感染症研究所の 8,172 例は含んでいないが、これは、検疫所で行った検査は陽性であったとしても国内発生例として取り扱わないため、分子、分母ともに含めないためである（国立感染症研究所もこうした事例を多数含むため、合計に加えていない）。これらを含めた場合、陽性率はさらに低くなるが見込まれる。

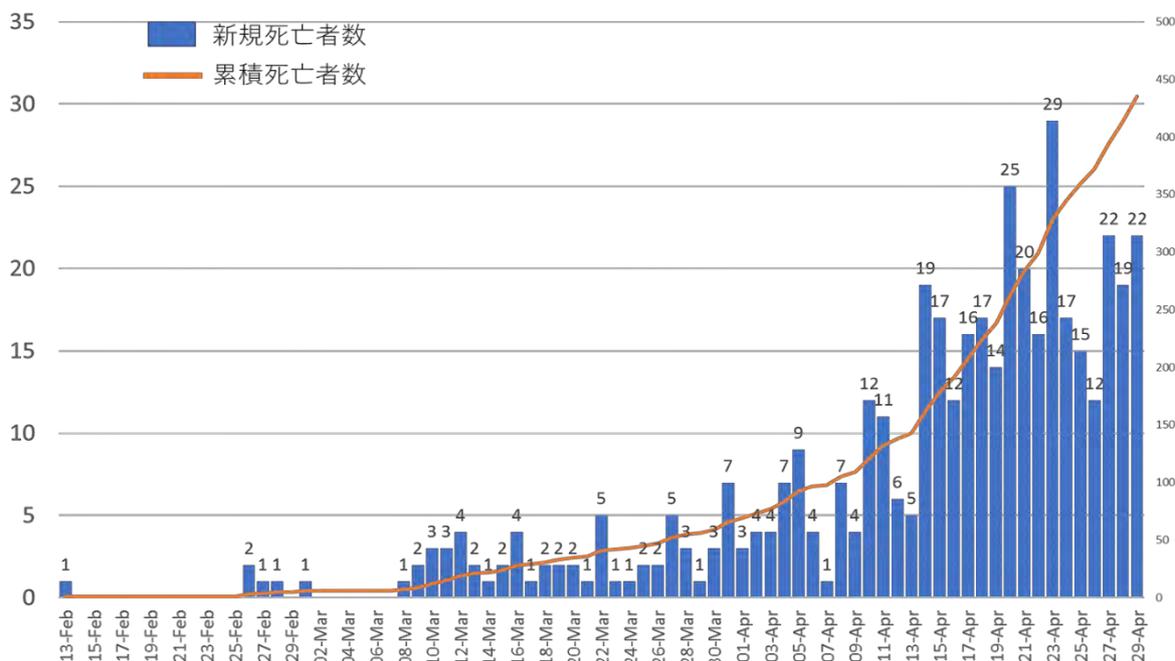
感染症の特徴は、新規感染者数が減少傾向に転じても、平均的な在院期間は約2～3週間程度にのぼり、とりわけ、人工呼吸器・ECMOを要するような重症患者については、在院期間がさらに長くなることを踏まえれば、残念ながら、日本における死亡者数が明確に減少に転ずるのは先になると考えられる（図4）。

【図3 各国、地域における死亡者数の比較<sup>3</sup>】



※厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部クラスター対策班

【図4 新規死亡者数、累積死亡者数の推移】



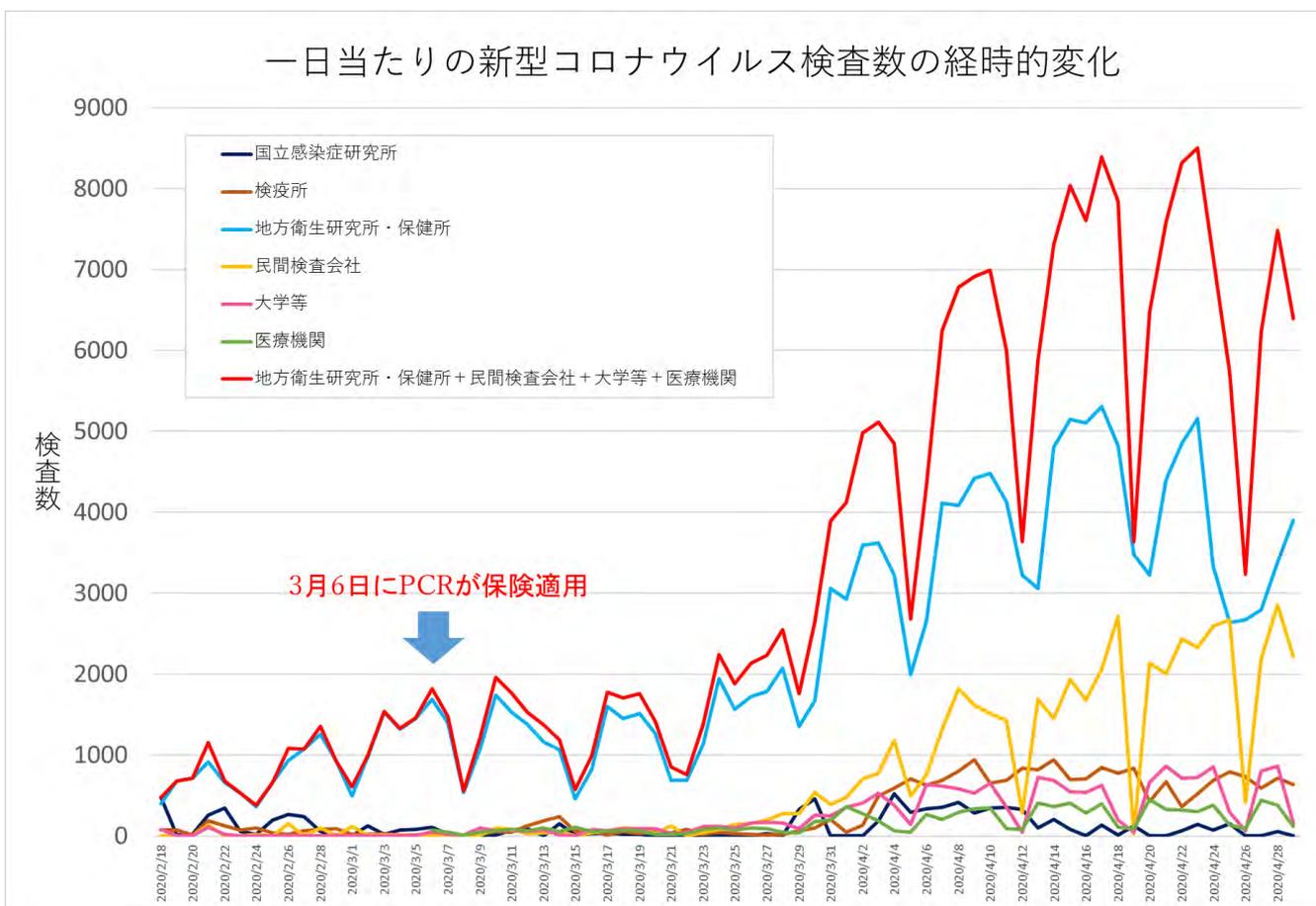
※厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部クラスター対策班

<sup>3</sup> (出典) WHO situation report, [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200429-sitrep-100-covid-19.pdf?sfvrsn=bbfbf3d1\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200429-sitrep-100-covid-19.pdf?sfvrsn=bbfbf3d1_2)

New York Times, <https://www.nytimes.com/interactive/2020/us/new-york-coronavirus-cases.html>

○ 一日当たりの PCR 等検査数の経時的変化を見ると、曜日効果はあるものの、民間検査機関・大学・医療機関の検査件数は徐々に増加しつつある。なお、PCR 等検査が保険適用になったのは 3 月 6 日以降、順次、LAMP, Smart Amp などの検査法も保険適用となっているが、検査総数に与える影響が大きくなったのは 4 月に入ってからであることが分かる（図 5）。

【図 5 一日当たりの新型コロナウイルス検査数の経時的変化】



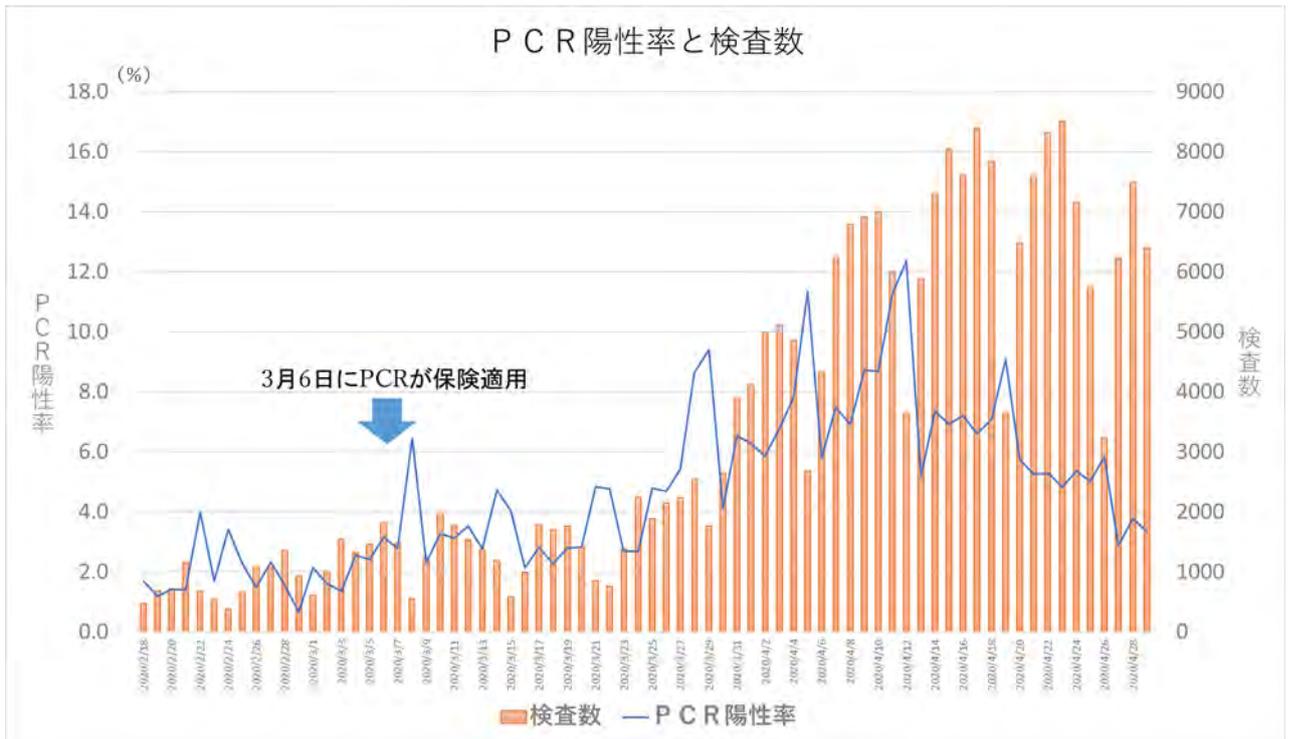
※厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部クラスター対策班（検査班データ）

○ なお、PCR 等検査の陽性率の経時的変化を見ると<sup>4</sup>、曜日効果が大きいこと（土日は受診件数が少なく、平日の検査結果が判明するため、陽性率が高い傾向）、大規模な院内感染などが起きると、一時的に陽性率が高くなるなどの傾向があるものの、緊急事態宣言後の趨勢としては、低下傾向にあることがうかがわれる（図 6）。

<sup>4</sup> 日本の数字は、5 月 3 日時点で確認されている 2 月 18 日から 4 月 29 日にかけて、地方衛生研究所・保健所、民間検査会社、大学等、医療機関で行われた 1 日当たりの合計の検査数を分母として、それぞれの日の国内陽性確定例を割ったものである。ただし、一定割合で、退院時の陰性確認や同一症例に繰り返し検査が行われたものを含んでいる。脚注 2 でも記載したとおり、検疫所や国立感染症研究所のデータは含めていないが、これを含めると陽性率はさらに低くなる。

また、2月18日から4月29日までの総数（平均）は陽性率5.8%であった（図2）。

【図6 PCR陽性率と検査数の推移（再掲）】



※厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部クラスター対策班（検査班データ）

※ PCR等検査数とは、地方衛生研究所・保健所、民間検査会社、大学等、医療機関で行われた1日当たりの合計の検査数のことであり、図5の赤線に該当する。これを分母として、それぞれの日における国内陽性確定例を割ったものが、PCR等陽性率として算出している。

○ いずれにせよ、3月下旬頃からの感染者数の急増に十分に対応できなかったこと、予期せぬ重症化事例が報告されていること、治験や観察研究を通じて治療薬に関する明るい兆しが見え始めていることなどを踏まえれば、PCR等検査を更に拡充することを通じて、より早期の診断と適切な医療につなげられるようにしていくことが重要である。

## 2. 日本においてPCR等検査能力が早期に拡充されなかった理由

- PCR等検査がなぜ早期に拡充されなかったか、についても考察を行っておく。
- 日本の感染症法対象疾患等の感染症に対するPCR等検査体制は、国立感染症研究所と地方衛生研究所が中心となって担ってきており、COVID-19の国内発生に当たっても、既存の機材等を利用した新型コロナウイルスPCR検査法が導入された。また、国内においてSARSやMERS、ジカ熱などの新興感染症のPCR等検査を用いた病原体診断は可能となっているが、国内で多数の患者が発生するということはなく、地方衛生研究所の体制の拡充を求める声が起こらなかった。COVID-19流行開始当初は、重

症化の恐れがある方および濃厚接触者の診断のために検査を優先させざるを得ない状況にあったのは、こうした背景が影響した可能性がある。

- なお、韓国・シンガポールに関しては、SARS・MERS の経験等を踏まえ、従前から、PCR 等検査体制を拡充してきた。この差が、これまでの経過に影響している可能性がある。
- 加えて、地方衛生研究所では、麻疹やノロウイルス、結核など、感染症法で規定されている疾患の検査を主として実施している。しかし、今回のような新しい病原体について、大量に検査を実施することは想定されておらず、体制が十分に整備されていなかったことも影響していると考えられる。
- そのような背景を踏まえて、2 月 24 日の専門家会議、第一回目の提言（見解）において、「PCR 等検査は、現状では、新型コロナウイルスを検出できる唯一の検査法であり、必要とされる場合に適切に実施する必要がある」、「急激な感染拡大に備え、限られた PCR 等検査の資源を、重症化のおそれがある方の検査のために集中させる必要がある」と述べた一方で、3 月初旬からは政府等に対し、COVID-19 に対する PCR 等検査体制の拡充を求めてきた。
- この間、国も、2 月 20 日以降、大学、医療機関、検査会社に対しても COVID-19 に対する PCR 等検査に必要なノウハウと試薬等を提供し、精度の高い統一的方法による検査の拡充に努めるとともに、民間市場の拡充の観点から 3 月 6 日には PCR 等検査の保険適用を行うなどの取組を実施してきた。
- しかし、3 月下旬以降、感染者数が急増した大都市部を中心に、検査待ちが多く報告されるようになった。PCR 等検査件数がなかなか増加しなかった原因としては、① 帰国者・接触者相談センター機能を担っていた保健所の業務過多、② 入院先を確保するための仕組みが十分機能していない地域もあったこと、③ PCR 等検査を行う地方衛生研究所は、限られたリソースのなかで通常の検査業務も並行して実施する必要があること、④ 検体採取者及び検査実施者のマスクや防護服などの感染防護具等の圧倒的な不足、⑤ 保険適用後、一般の医療機関は都道府県との契約がなければ PCR 等検査を行うことができなかったこと、⑥ 民間検査会社等に検体を運ぶための特殊な輸送器材が必要だったこと、またそれに代わることのできる輸送事業者の確保が困難だったこと、などが挙げられる。

### 3. 今後求められる対応について

- 医師の判断で直接迅速に検査ができるシステムが立ち上がる等、関係者のさまざまな努力の結果、検体採取、検体輸送、検査実施それぞれの能力拡充の準備がされつつあり、保健所を介さないと検査ができない体制からは解消されつつある。
- しかし、軽症者を含む感染の疑いのあるものに対する検査拡充が喫緊の課題にな

ってきたため、医師が必要と考える軽症者を含む疑い患者に対して迅速かつ確実に検査を実施できる体制に移行すべきと考える。その為には、国や都道府県においては以下の対応が求められる。

- ① 保健所及び地方衛生研究所の体制強化及び、労務負担軽減
  - ② 都道府県調整本部の活性化（重点医療機関の設定や、患者搬送コーディネーターの配置など）
  - ③ 地域外来・検査センターのさらなる設置
  - ④ 感染防護具、検体採取キット、検査キットの確実な調達
  - ⑤ 検体採取者のトレーニング及び新たに検査を実施する機関における PCR 等検査の品質管理
  - ⑥ PCR 等検査体制の把握、検査数や陽性率のモニターと公表
- さらに政府に対しては、PCR 等検査を補完する迅速抗原診断キットの開発及び質の高い検査の実施体制の構築を早急に求めたい。



# 新型コロナウイルス感染症対策の 状況分析・提言（2020/5/4）

新型コロナウイルス感染症対策専門家会議

# はじめに

- ▶ 緊急事態宣言の期限である5月6日が目前に迫る今、5月7日以降に求められる具体的な対応等についてとりまとめを行った。

## ① 都道府県別の感染状況の評価

## ② 感染拡大を予防する「新しい生活様式」と業種ごとの感染拡大予防について

## ③ PCR等検査の対応に関する評価について（補論）

# 都道府県別の感染状況の評価

- ▶ 緊急事態宣言の対象地域の考え方。次のような要素を踏まえ総合的に判断。

## ①感染状況（疫学的状況）

- ・ 新規感染者数等
- ・ 近隣都道府県の感染状況 等

## ②医療提供体制（医療状況）

- ・ 医師が必要と認めるPCR等の検査
- ・ 院内感染の制御
- ・ 救急医療など、その他の一般医療への影響
- ・ 感染疑い例への医療提供ないしフォローアップ体制
- ・ 医療機関の役割分担の明確化や患者受入先の調整機能
- ・ 重症・重篤例の診療体制
- ・ 病床の稼働状況やその動向を迅速に把握・共有できる体制
- ・ 軽症者等に対応する宿泊療養施設等の確保

# 出口戦略に向けて

- ➡ 現在の枠組みの長期化によって、必要以上の犠牲を強いることのないようにする。
- ➡ このため、**1～2週間程度の経過した時期に、出口戦略について検討を行う。**

# 行動変容に関する具体的な提言

- ▶ 長丁場に備え「新しい生活様式」に移行。
- ▶ 日常生活で取り入れていただきたい実践例
  - (1) 一人ひとりの基本的な感染対策
  - (2) 日常生活を営む上での基本的な生活様式
  - (3) 日常生活の各場面別の生活様式
  - (4) 働き方の新しいスタイル

# 業種ごとの感染拡大予防ガイドライン

- ➡ 感染拡大予防と社会経済活動の両立
  - ▶ 事業者が提供するサービス場面ごとに具体的な感染予防を実践することが不可欠。
- ➡ 感染リスクは様々。業界団体を主体に、業種ごとに感染拡大予防のガイドラインを作成。業界をあげて普及。現場での試行錯誤の中で実践。
  1. サービスの内容に応じたリスク評価。対策の検討。
  2. 業種共通の留意点
  3. 感染対策の例



【補論】

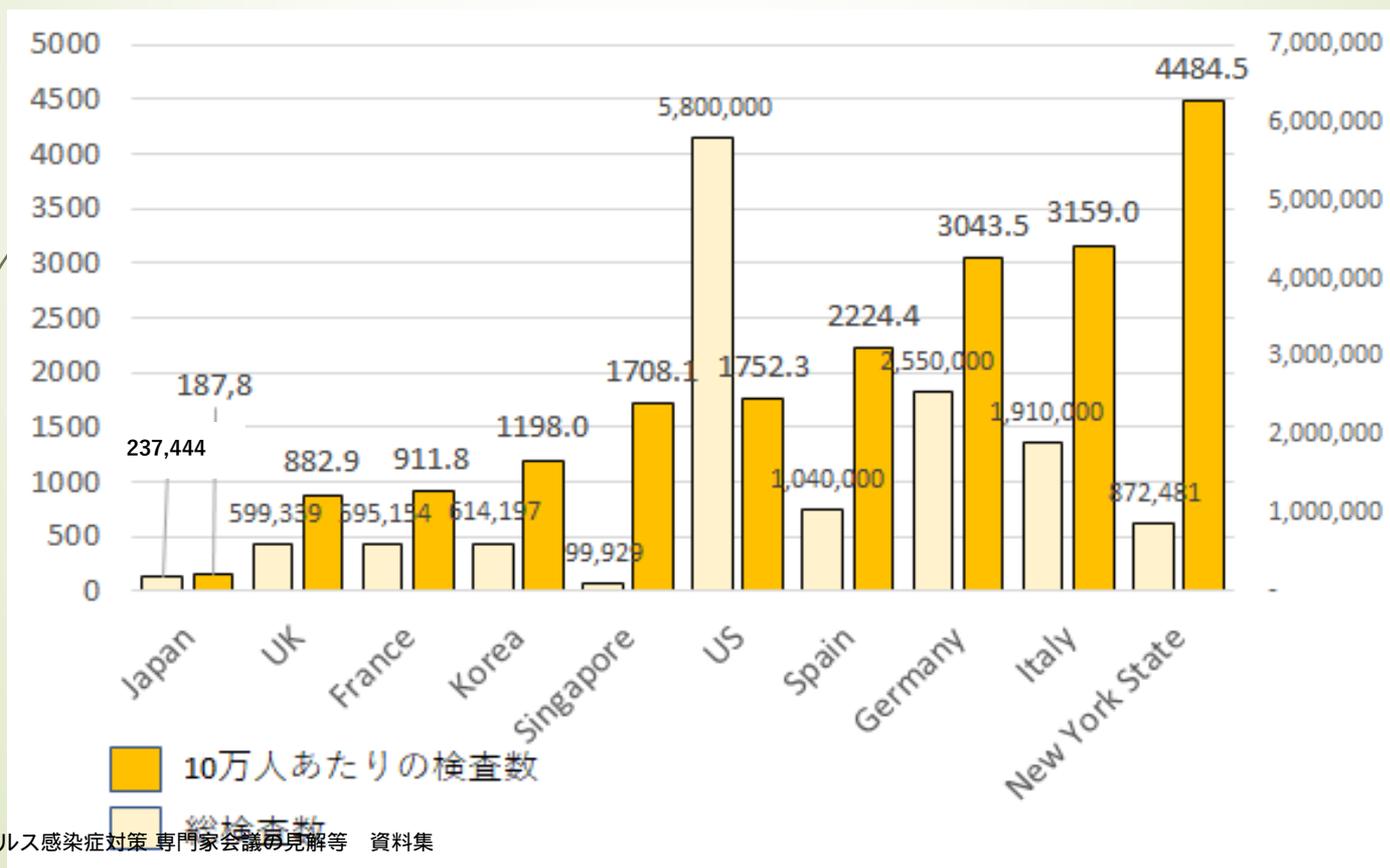


# P C R 等検査の対応に関する評価

# 検査の件数、陽性率についての分析①

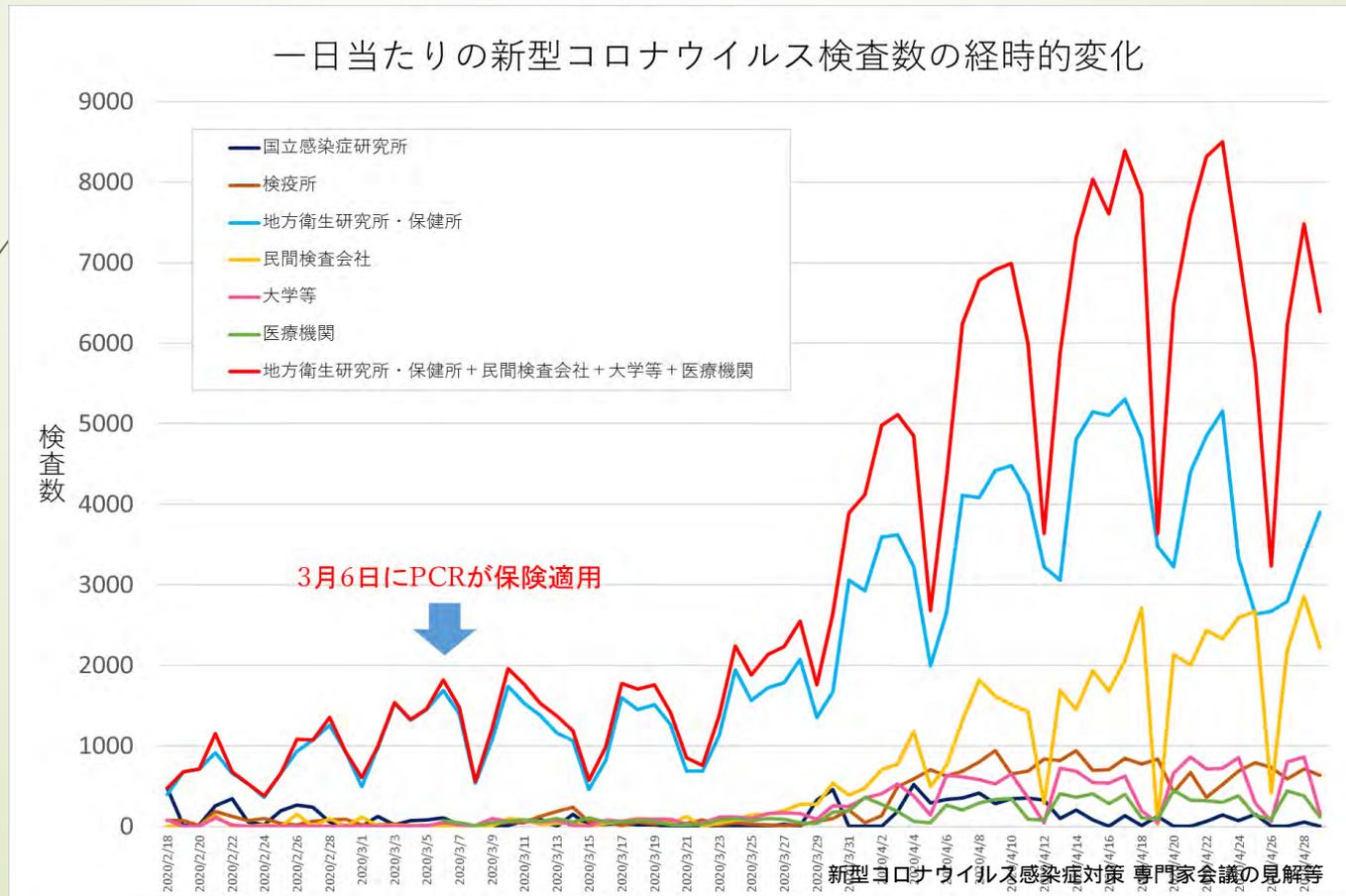
- 日本の10万人あたりのPCR検査数は、単純な比較は難しいものの、他国と比較して明らかに少ない状況。

【図1 各国、地域におけるPCR検査数の比較】



# PCR検査件数の経時的変化

- 民間検査機関・大学・医療機関の検査件数は徐々に増加。

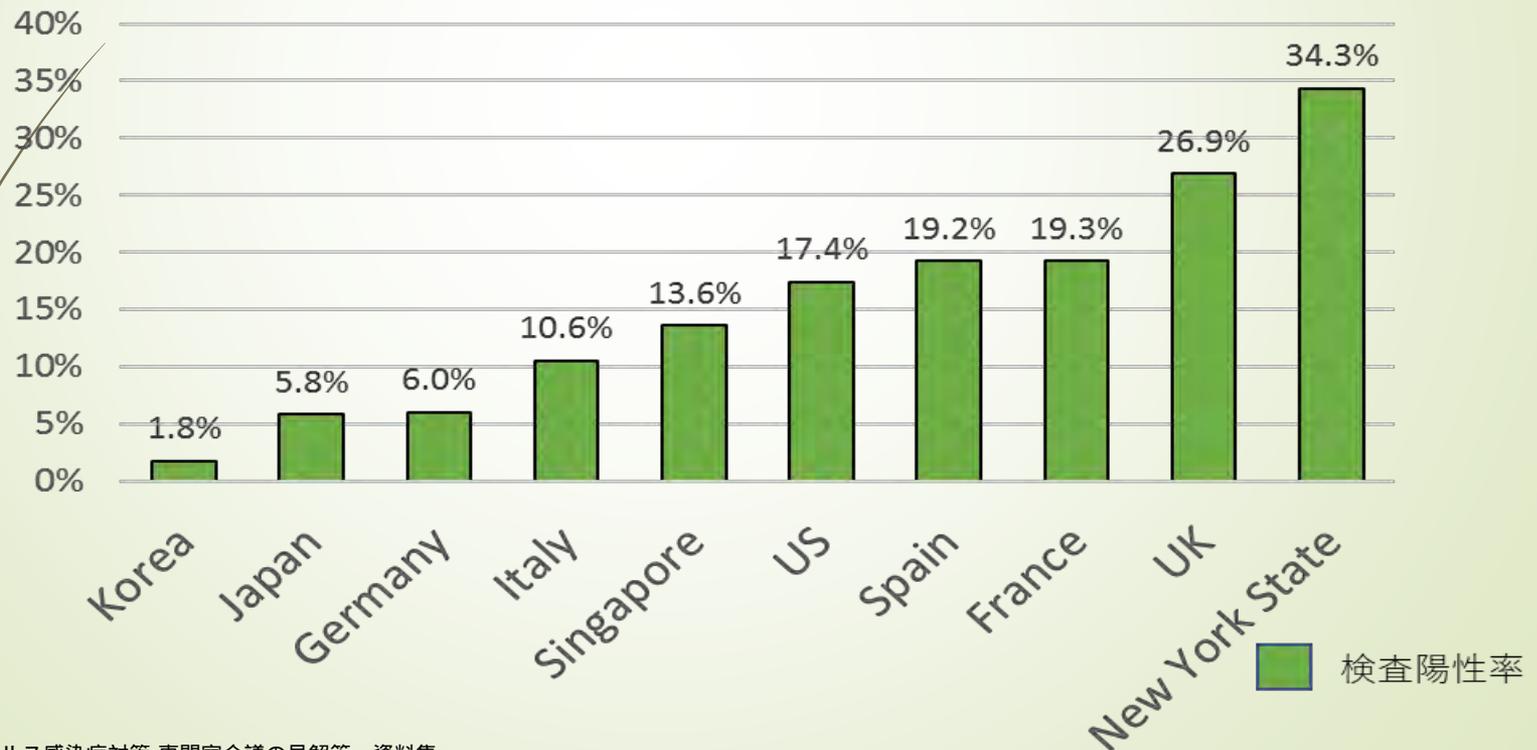


(出典) 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部クラスター対策班 (検査班データ)

## 検査の件数、陽性率についての分析②

- 一方、検査陽性率はイタリア、シンガポール、アメリカ等よりも低くなっている。

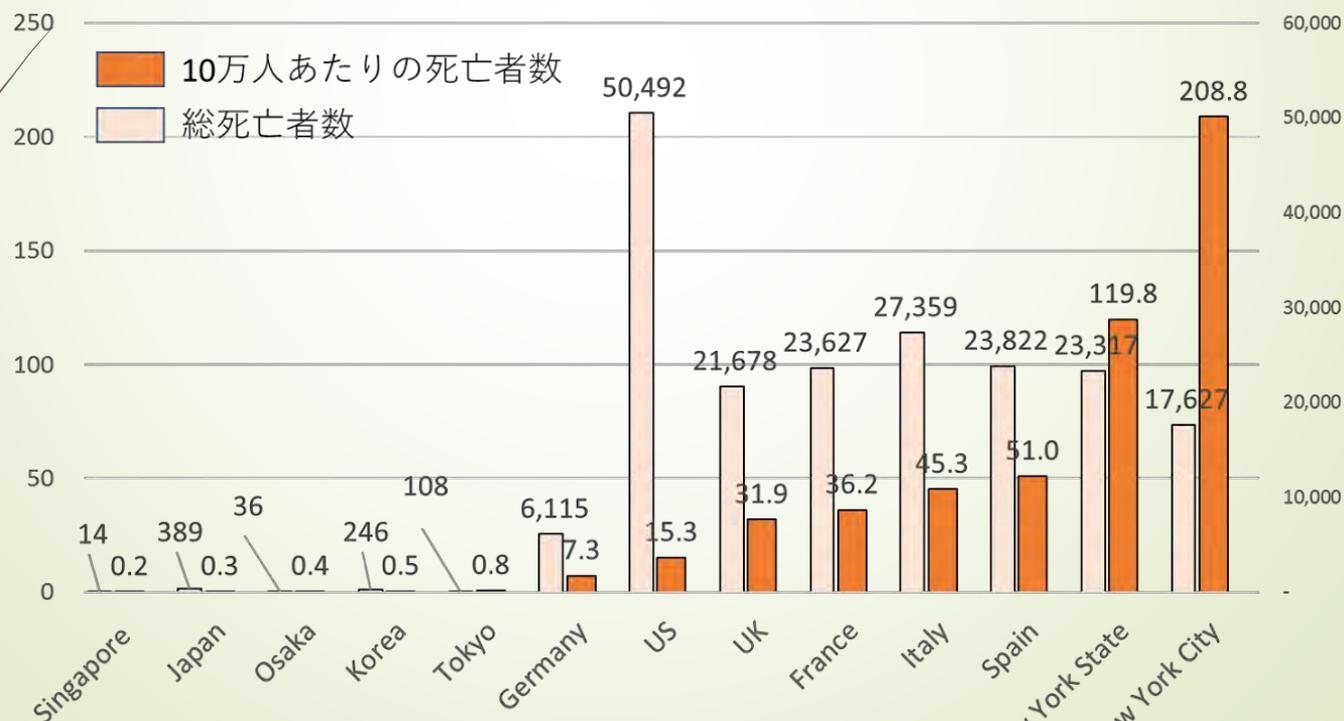
【図2 各国、地域における検査陽性率の比較】



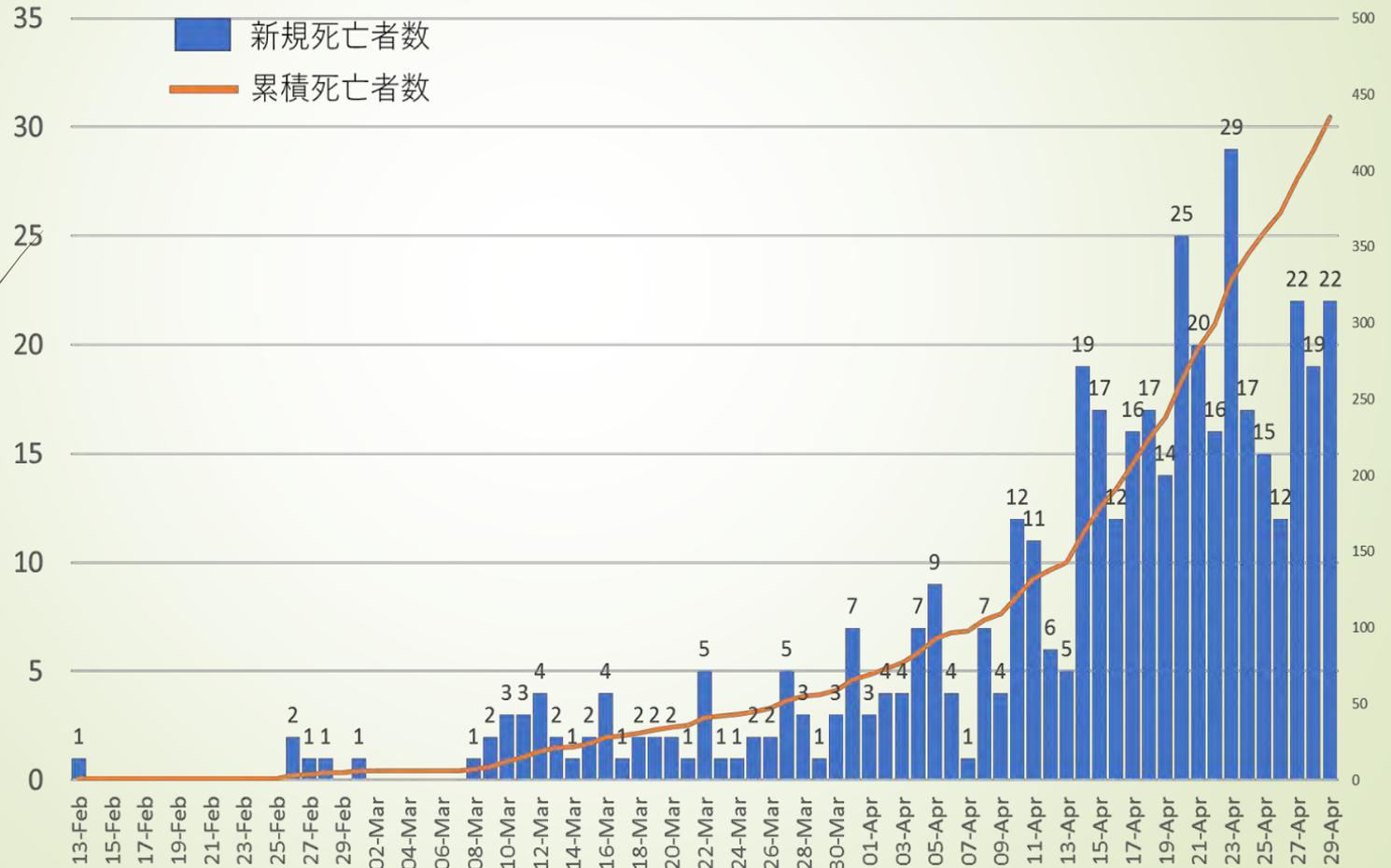
# 新型コロナウイルス死亡者数の分析

- ▶ 人口10万人あたりの新型コロナ死亡者数は、日本は欧米の1/10以下。
- ▶ 本邦では、PCR検査数は少ないが、肺炎を起こすような症例について積極的にCTスキャンを活用。重症例、死亡例等での見逃しは少ない。

【図3 各国、地域における死亡者数の比較】

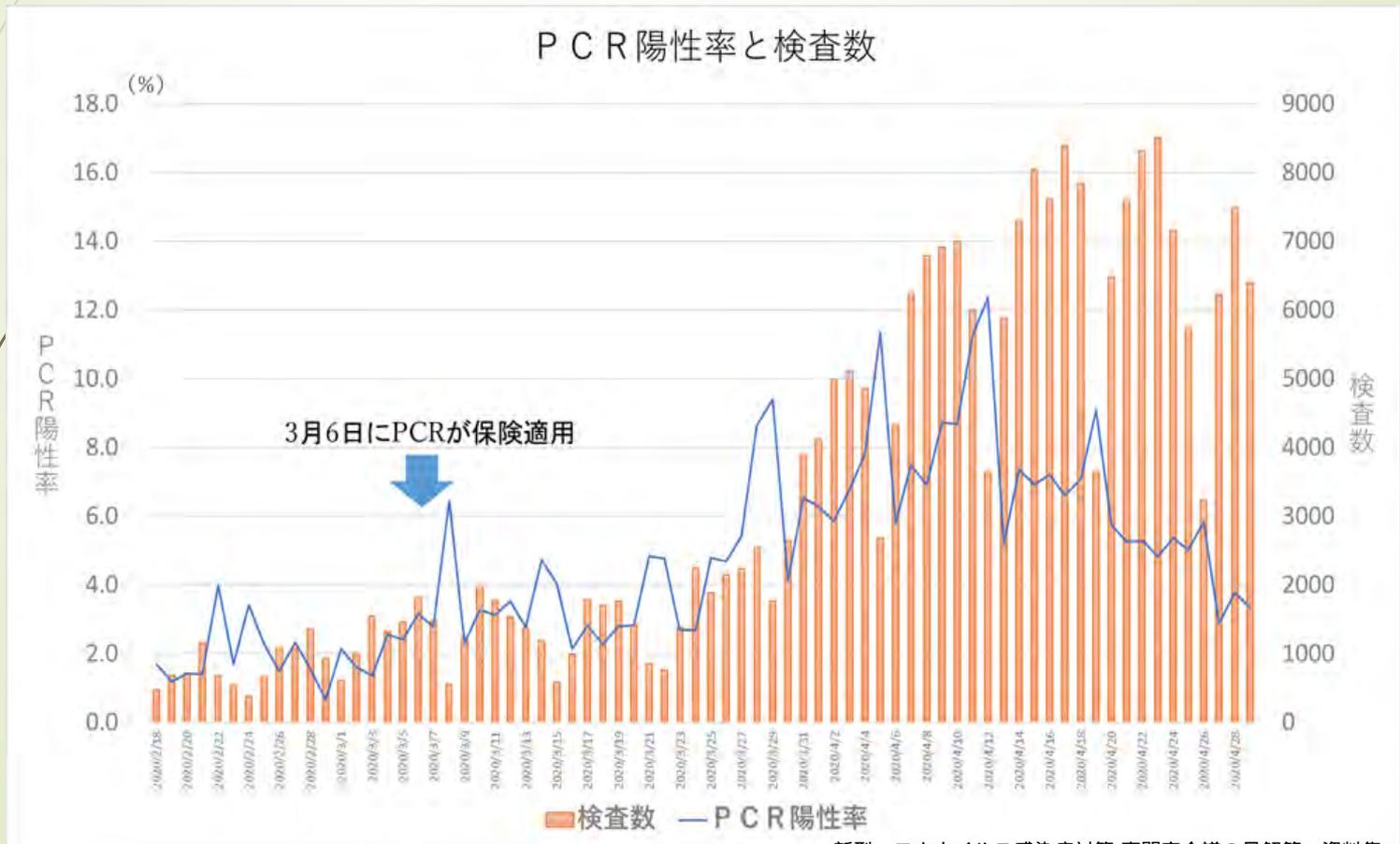


# 日本の新規死亡者数、累積死亡者数の推移



# PCR陽性率と検査数の推移

- ➡ 陽性率の経時的変化を見ると 緊急事態宣言後は、低下傾向。



# 日本においてPCR等検査能力が早期に拡充されなかった理由（考察）

- 日本でPCR等検査の能力が早期に拡充されなかった理由
  - ▶ 制度的に、地方衛生研究所は行政検査が主体。新しい病原体について大量に検査を行うことを想定した体制は整備されていない。
  - ▶ その上で、過去のSARSやMERSなどは、国内で多数の患者が発生せず。日本でPCR等検査能力の拡充を求める議論が起こらなかった。
  - ▶ そのような中で、今回の新型コロナウイルスが発生し、重症例などの診断のために検査を優先させざるを得ない状況にあった。
  - ▶ 専門家会議提言等も受け、PCR検査の民間活用や保険適用などの取組を講じたが、拡充がすぐには進まなかった。
- PCR等検査件数がなかなか増加しなかった原因
  - ① 帰国者・接触者相談センター機能を担っていた保健所の業務過多、
  - ② 入院先を確保するための仕組みが十分機能していない地域もあったこと、
  - ③ 地衛研は、限られたリソースのなかで通常の検査業務も並行して実施する必要があること、
  - ④ 検体採取者及び検査実施者のマスクや防護服などの感染防護具等の圧倒的な不足、
  - ⑤ 保険適用後、一般の医療機関は都道府県との契約がなければPCR等検査を行うことができなかったこと、

# 今後求められる対応について

- 医師が必要と考える軽症者を含む疑い患者に対して、迅速かつ確実に検査を実施できる体制に移行すべき。
  - ① 保健所、地方衛生研究所の体制強化及び、労務負担軽減
  - ② 都道府県調整本部の活性化
  - ③ 地域外来・検査センターのさらなる設置
  - ④ 感染防護具、検体採取キット、検査キットの確実な調達
  - ⑤ 検体採取者のトレーニング及び新たに検査を実施する機関におけるPCR等検査の品質管理
  - ⑥ PCR検査体制の把握及び、検査数や陽性率のモニターと公表
- さらに、政府に対して、PCR検査等を補完する迅速抗原診断キットの開発及び質の高い検査の実施体制の構築を早急に求める。

# 終わりに

- ▶ 今後、対策が長期化する中で、まん延防止を第一としつつ、社会経済活動との両立を図ることが課題。
- ▶ 政府においては、長期的な対策の継続が市民生活や経済社会に与える影響という観点からの検討を行う体制整備も進めるべきである。

令和2年5月11日  
新型コロナウイルス感染症対策専門家会議

「新型コロナウイルス感染所対策の現状分析・提言」（2020年5月4日）  
の一部訂正について

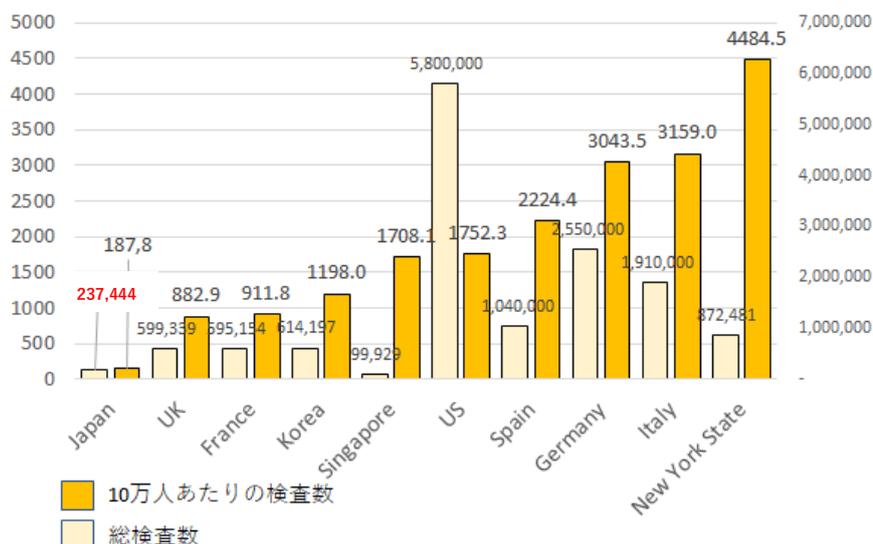
「新型コロナウイルス感染所対策の現状分析・提言」（2020年5月4日）中、PCR等検査に関する記載について、一部データを修正したため、別紙のとおり訂正します。

なお、これに併せ、「（概要）新型コロナウイルス感染症対策の現状分析・提言」についても訂正します。

## 補論図 1、脚注 1 (14 頁)

【訂正後】(変更箇所; 赤字)

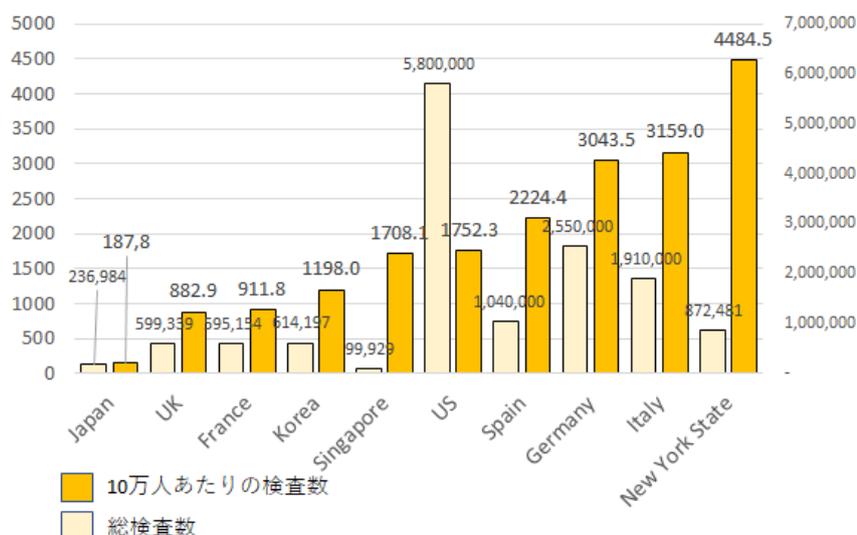
【図 1 各国、地域における PCR 等検査数の比較】



<sup>1</sup> 日本の数字は、5月3日時点で確認されている2月18日から4月29日に地方衛生研究所・保健所、民間検査会社、大学等、医療機関で行われた合計の検査数(237,444検体)であり、検疫所の21,602例や国立感染症研究所の8,172例は含んでいない。ただし、一定割合で、退院時の陰性確認や同一症例に繰り返し検査が行われたものを含んでいる。(後略)

【訂正前】

【図 1 各国、地域における PCR 等検査数の比較】



<sup>1</sup> 日本の数字は2月18日から4月29日に地方衛生研究所、民間、大学、医療機関で行われた合計の検査数(236,984検体)であり、検疫所の21,602例や国立感染症研究所の8,172例は含んでいない。ただし、一定割合で、退院時の陰性確認や同一症例に繰り返し検査が行われたものを含んでいる。(後略)

## 脚注 2 (15 頁)、脚注 4 (17 頁)

### 【訂正後】(変更箇所；赤字)

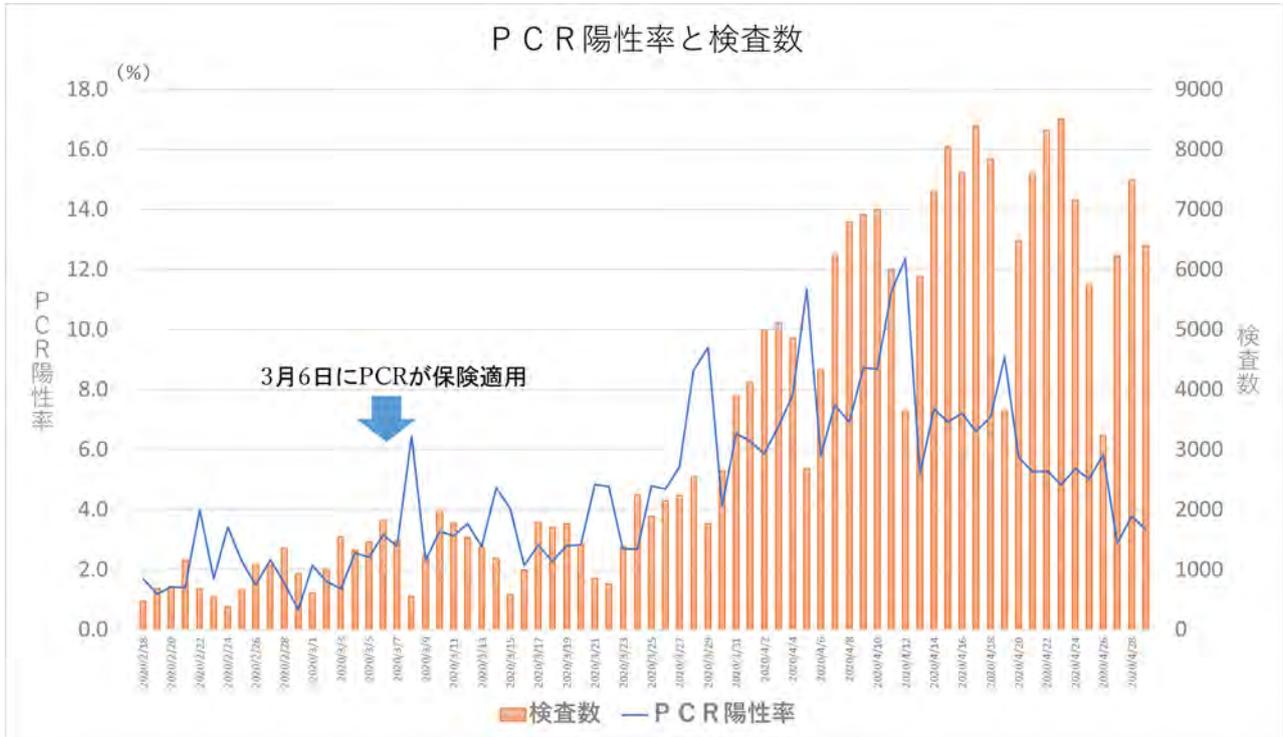
- <sup>2</sup> 海外ソースは脚注 1 と同じ。日本の数字は、5 月 3 日時点で確認されている 2 月 18 日から 4 月 29 日に地方衛生研究所・保健所、民間検査会社、大学等、医療機関で行われた合計の検査数 (237,444 検体) を分母として、国内陽性確定例を割ったものである。ただし、一定割合で、退院時の陰性確認や同一症例に繰り返し検査が行われたものを含んでいる。検疫所の 21,602 例や国立感染症研究所の 8,172 例は含んでいないが、これは、検疫所で行った検査は陽性であったとしても国内発生例として取り扱わないため、分子、分母ともに含めないためである(国立感染症研究所もこうした事例を多数含むため、合計に加えていない)。これらを含めた場合、陽性率はさらに低くなるが見込まれる。
- <sup>4</sup> 日本の数字は、5 月 3 日時点で確認されている 2 月 18 日から 4 月 29 日にかけて、地方衛生研究所・保健所、民間検査会社、大学等、医療機関で行われた 1 日当たりの合計の検査数を分母として、それぞれの日の国内陽性確定例を割ったものである。ただし、一定割合で、退院時の陰性確認や同一症例に繰り返し検査が行われたものを含んでいる。脚注 2 でも記載したとおり、検疫所や国立感染症研究所のデータは含めていないが、これを含めると陽性率はさらに低くなる。

### 【訂正前】

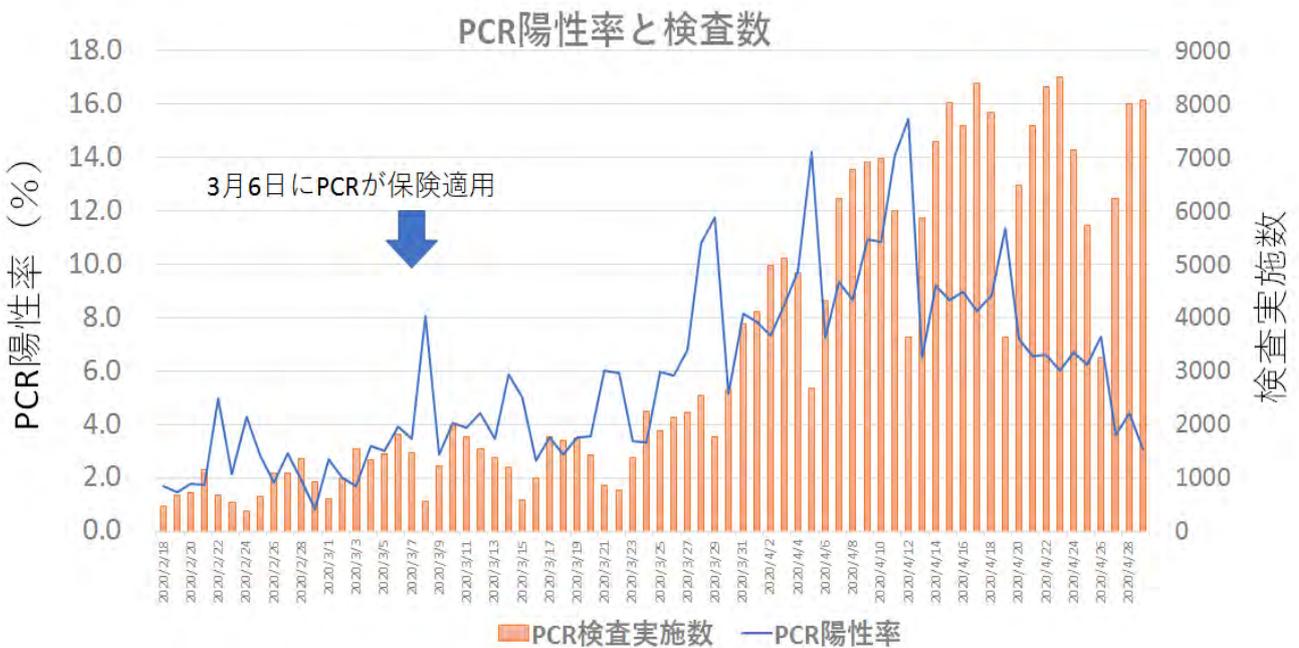
- <sup>2</sup> 海外ソースは脚注 1 と同じ。日本の数字は 2 月 18 日から 4 月 29 日に地方衛生研究所、民間、大学、医療機関で行われた合計の検査数 (236,984 検体) を分母として、国内陽性確定例を割ったものである。ただし、一定割合で、退院時の陰性確認や同一症例に繰り返し検査が行われたものを含んでいる。検疫所の 21,602 例や国立感染症研究所の 8,172 例は含んでいないが、これは、検疫所で行った検査は陽性であったとしても国内発生例として取り扱わないため、分子、分母ともに含めないためである(国立感染症研究所もこうした事例を多数含むため、合計に加えていない)。これらを含めた場合、陽性率はさらに低くなるが見込まれる。
- <sup>4</sup> 日本の数字は、2 月 18 日から 4 月 29 日にかけて、地方衛生研究所、民間、大学、医療機関で行われた 1 日当たりの合計の検査数を分母として、それぞれの日の国内陽性確定例を割ったものである。ただし、一定割合で、退院時の陰性確認や同一症例に繰り返し検査が行われたものを含んでいる。脚注 2 でも記載したとおり、検疫所や国立感染症研究所のデータは含めていないが、これを含めると陽性率はさらに低くなる。

図5（7頁）及び補論図6（18頁）

【訂正後】

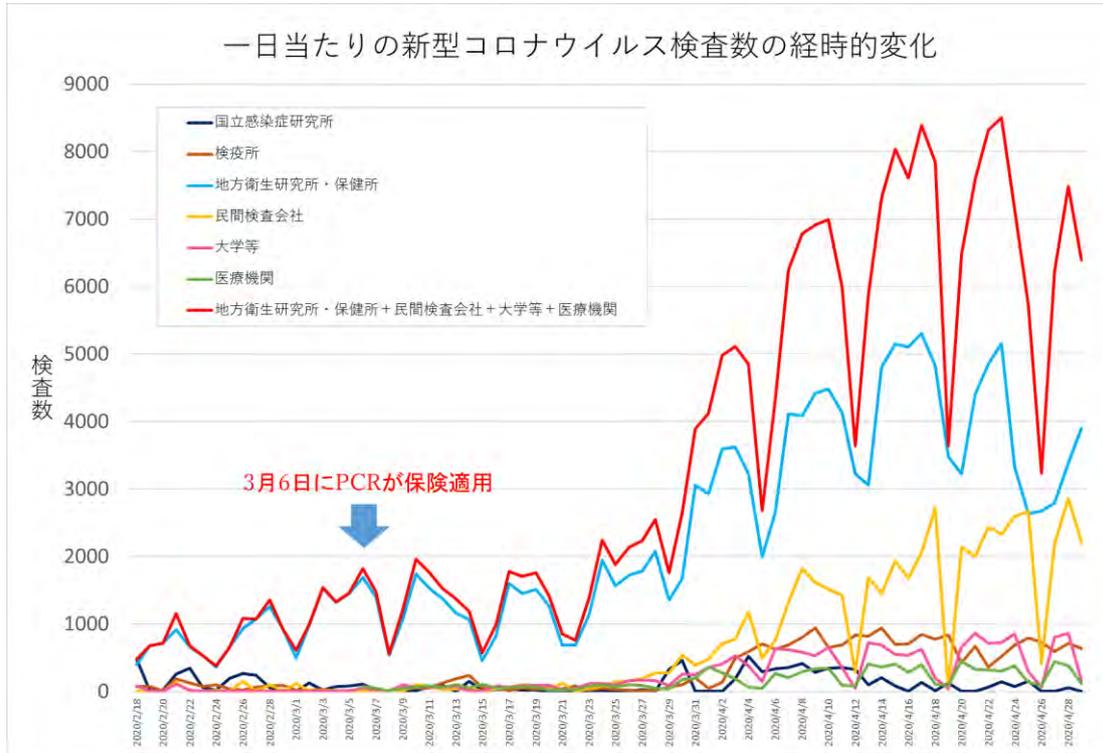


【訂正前】

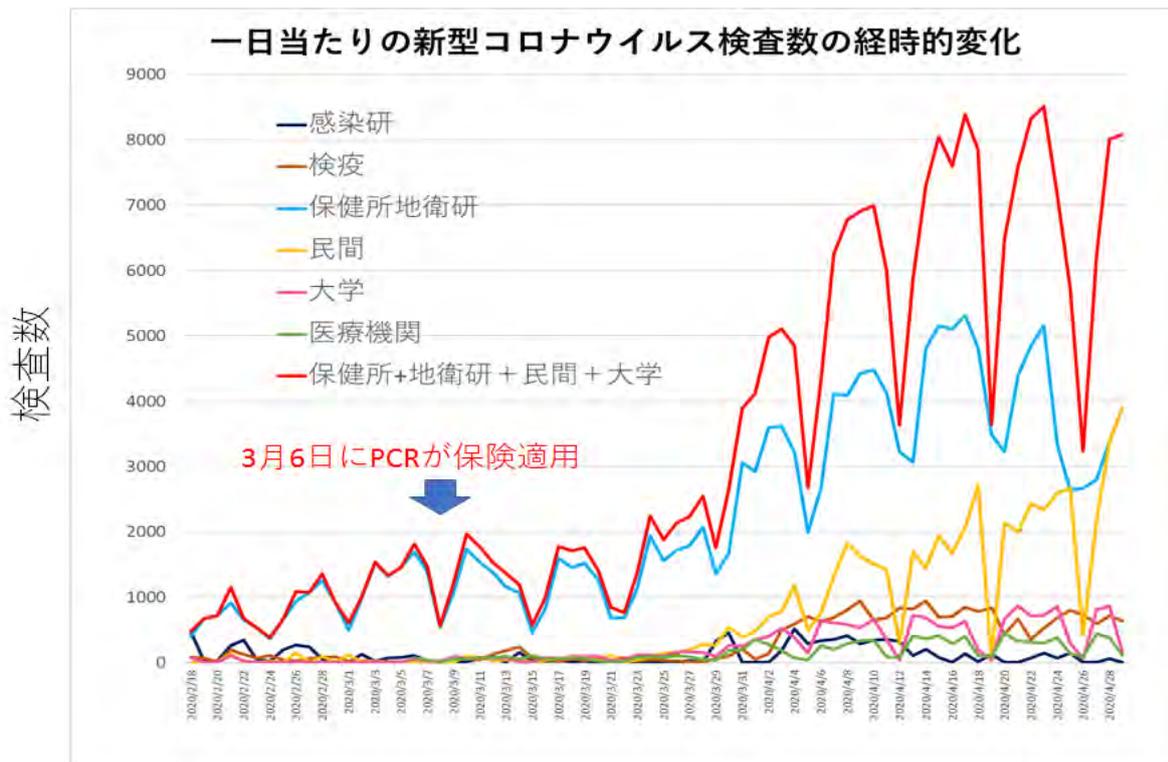


補論図5 (17頁)

【訂正後】



【訂正前】



# 新型コロナウイルス感染症対策専門家会議

「新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言」（令和2年5月14日）

## 1. はじめに

### 2. 感染状況等の評価について

#### （1）感染状況（疫学的状況）

- ①都道府県の感染状況
- ②実効再生産数の推移

#### （2）医療提供体制

#### （3）総括

### 3. 緊急事態措置の解除の考え方について

#### （1）感染の状況（疫学的状況）

#### （2）医療提供体制（医療状況）

#### （3）検査体制の構築

### 4. 再指定の考え方とモニタリングの必要性について

#### （1）再指定の考え方について

#### （2）感染状況等に対するモニタリングの必要性について

### 5. 社会経済活動と感染拡大防止の両立にあたっての基本的考え方について

#### （1）特定警戒都道府県等からの対策移行の際の基本的対処方針

- ①市民生活：「新しい生活様式の実践例」
- ②事業活動：「業種ごとの感染拡大予防ガイドライン」

#### （2）地域リスク評価（地域区分）に応じた対応の必要性

#### （3）社会経済活動と感染拡大防止の両立を阻む偏見と差別について

### 6. 感染拡大・医療崩壊の防止に向けた対策について

#### （1）保健所の体制強化

#### （2）クラスター対策の強化

#### （3）病原体検査体制の整備

- ・PCR等検査の体制整備
- ・陽性率の定義の統一

#### （4）医療提供体制の確保

#### （5）医薬品等の状況

- ①治療薬等
- ②抗原検査

## 7. おわりに

## 1. はじめに

- 本年4月7日に、新型コロナウイルス感染症対策本部決定により、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府、兵庫県及び福岡県の7都府県に対し、5月6日までの29日間について、新型インフルエンザ等対策特別措置法第32条第1項に基づく緊急事態宣言が行われた。
- 4月16日には、上記7都府県と同程度にまん延が進んでいると考えられる北海道、茨城県、石川県、岐阜県、愛知県及び京都府の6道府県との合計13都道府県が新たに「特定警戒都道府県」として指定され、それ以外の34県についても、都市部からの人の移動等によりクラスターが各地で発生し、感染が拡大傾向に見られることなどから、人の移動を最小化する観点等より、全都道府県について緊急事態措置を実施すべき区域の対象とされた。
- 5月4日には、全国の新規報告数が未だ200人程度の水準となっており、引き続き医療提供体制が逼迫している地域もみられることから、当面、新規感染者を更に減少させ、感染を確実に収束に向かわせる必要があるほか、地域や全国で再度感染が拡大すれば、医療提供体制への更なる負荷が生じる恐れもあったことから、法第32条第3項に基づき、引き続き全都道府県における緊急事態措置を実施すべき期間が令和2年5月31日まで延長された。
- 一方、国民の自由と権利への制限は必要最小限のものでなければならぬため、緊急事態措置の長期化によって、必要以上の市民生活への犠牲を強いることのないよう、感染症対策の進捗状況をしっかりとモニターをしていく必要がある。このため、本専門家会議では、今般、緊急事態宣言延長の判断から10日後の最新の感染の状況等を踏まえた分析を行うとともに、その結果に基づいて、必要な提言を政府に対して行うこととした。

## 2. 感染状況等の評価について

### (1) 感染状況（疫学的状況）

#### ① 都道府県の感染状況

- ・ 新型コロナウイルス感染症に関する国内事例の累積感染者数は、5月12日現在で、15,705人にのぼった。
- ・ 他方、直近6週間以内の新規感染者数の動向を見ると、4月1～7日が2,185人増、4月8～14日が3,861人増、4月15～21日が3,348人増、4月22～28日が2,218人増、4月29日～5月5日が1,466人増、5月6日～5月12日が608人増となるなど、新規感染者数は着実に減少しつつあり、直近1週間における1日当たりの新規感染者数の平均は約87人となった。
- ・ こうした中、東京都では、引き続き、1週間当たり200名の新規感染者数であり、北海道、神奈川県、大阪府、埼玉県では引き続き50名以上の新規感染者数が確認される一方で、

岩手、秋田、鳥取、徳島、香川、長崎、大分、宮崎、鹿児島県の9県では直近3週間以上にわたって、  
 青森、宮城、栃木、福井、三重県の5県では直近2週間にわたって、  
 山形、茨城、新潟、山梨、岐阜、静岡、滋賀、島根、広島、山口、愛媛<sup>1</sup>、高知、佐賀、沖縄県の14県では、直近1週間にわたって、それぞれ新規感染者が確認されていない状況となった（図1参照）。

【図1 累積感染者数等のデータ】

都道府県	累積感染者数 (~5/12)	1週間以内 累積感染者数 (5/6~12)	2週間以内 累積感染者数 (4/29~5/12)	3週間以内 累積感染者数 (4/22~5/12)	人口10万対 発生数 (累積)	人口10万対 死亡数 (累積)
北海道	966	88	291	506	18.4	1.2
青森	27	0	0	4	2.2	0.0
岩手	0	0	0	0	0.0	0.0
宮城	88	0	0	4	3.8	0.0
秋田	16	0	0	0	1.7	0.0
山形	69	0	2	5	6.4	0.0
福島	81	1	10	16	4.4	0.0
茨城	168	0	6	22	5.9	0.3
栃木	56	0	0	4	2.9	0.0
群馬	147	1	1	16	7.6	0.9
埼玉	970	57	131	279	13.2	0.6
千葉	885	20	54	151	14.1	0.6
東京	4987	200	848	1608	35.8	1.4
神奈川	1193	87	237	397	13.0	0.6
新潟	82	0	2	20	3.7	0.0
富山	221	11	39	114	21.2	1.4
石川	283	15	38	93	24.9	1.7
福井	122	0	0	4	15.9	1.0
山梨	56	0	3	5	6.9	0.0
長野	75	2	8	22	3.7	0.0
岐阜	150	0	1	6	7.5	0.3
静岡	73	0	6	20	2.0	0.0
愛知	495	5	21	73	6.6	0.5
三重	45	0	0	4	2.5	0.1
滋賀	97	0	2	22	6.9	0.1
京都	352	18	43	92	13.6	0.5
大阪	1750	69	203	407	19.9	0.7
兵庫	694	21	56	148	12.7	0.6
奈良	90	3	10	18	6.8	0.2
和歌山	63	1	3	16	6.8	0.3
鳥取	3	0	0	0	0.5	0.0
島根	24	0	1	8	3.6	0.0
岡山	25	2	3	6	1.3	0.0
広島	165	0	8	23	5.9	0.1
山口	37	0	5	6	2.7	0.0
徳島	5	0	0	0	0.7	0.1
香川	28	0	0	0	2.9	0.0
愛媛	48	0	1	1	3.6	0.2
高知	74	0	1	5	10.6	0.4
福岡	655	6	31	114	12.8	0.5
佐賀	45	0	7	28	5.5	0.0
長崎	17	0	0	0	1.3	0.1
熊本	48	1	1	8	2.7	0.2
大分	60	0	0	0	5.3	0.1
宮崎	17	0	0	0	1.6	0.0
鹿児島	11	0	0	0	0.7	0.0
沖縄	142	0	1	17	9.8	0.4
全国計	15705	608	2074	4292	12.6	0.5

※ 5月12日時点（感染者数は報告日ベース。長崎県のクルーズ船における陽性者は含めていない。）

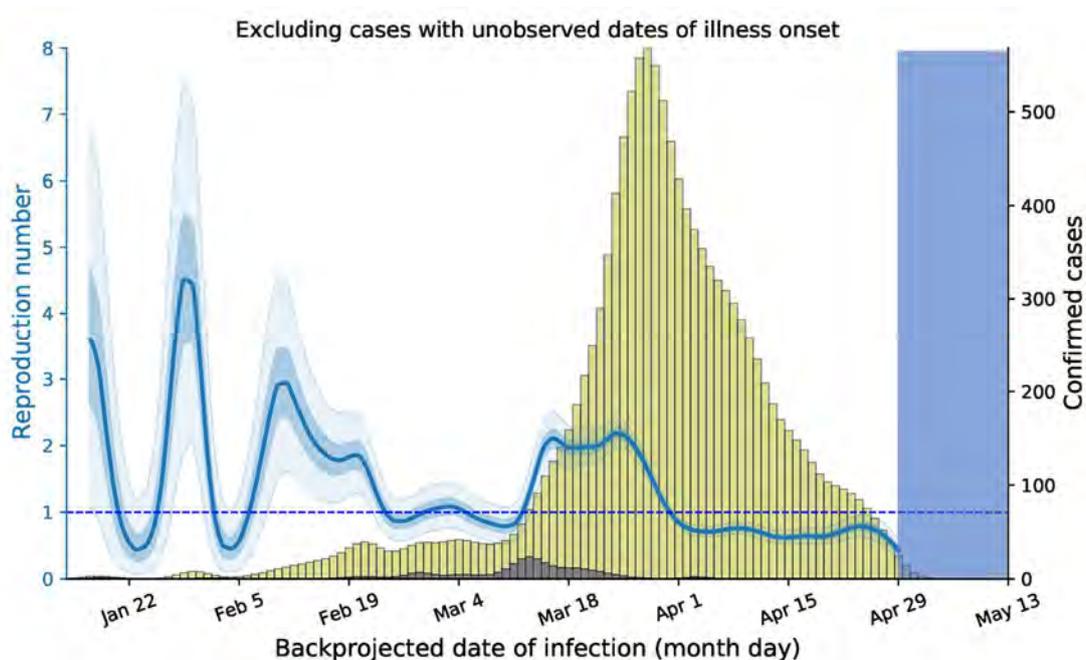
<sup>1</sup> 愛媛県は、14日に医療機関でクラスター感染が生じたことを公表した。

## ②実効再生産数の推移

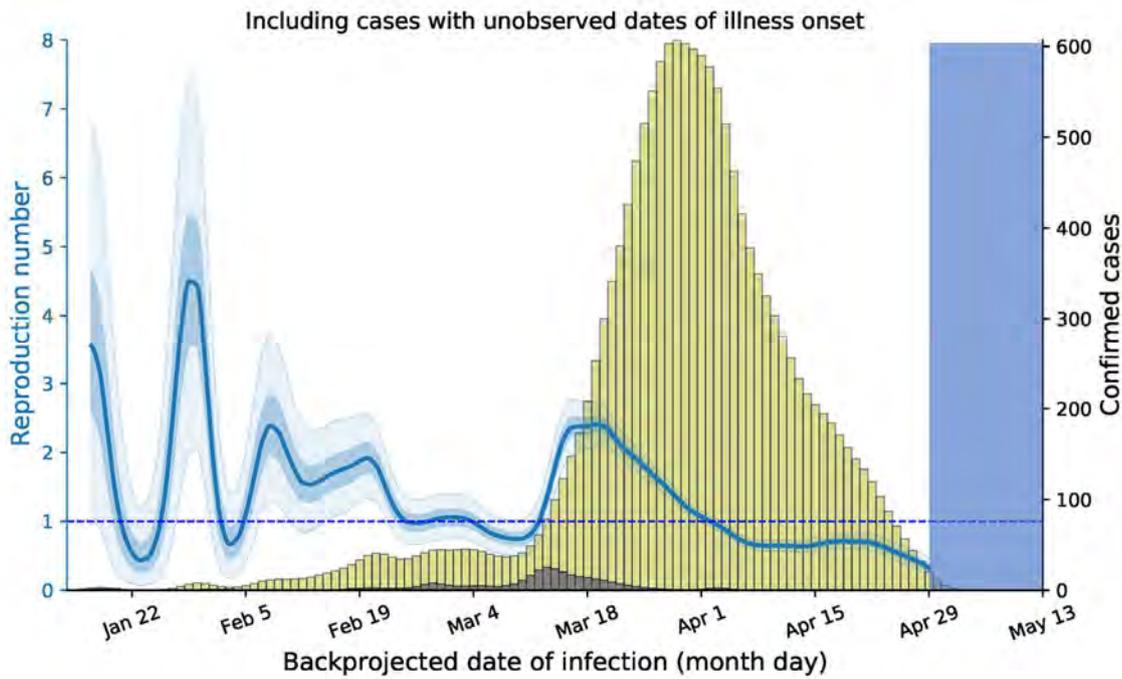
- 5月13日までの全国の実効再生産数は、4月29日までの感染時刻に関する推定が可能であり、概ね4月上旬以降から1を下回り続けている。発症日データのみを用いた推定による4月28日時点の全国の実効再生産数は、0.6（95%信用区間：0.4、0.7）であった。
- 発症日データのみを用いた推定による4月29日時点の推定値は、北海道で0.4（95%信用区間：0.1、0.7）、関東一都四県（東京、千葉、埼玉、神奈川、茨城）で0.3（95%信用区間：0.1、0.5）、近畿二府一県（大阪、京都、兵庫）で0.7（95%信用区間：0.2、1.2）となっており、継続的に実効再生産数は1を下回って概ね減少傾向にある。この際、4月下旬の感染者数が少ない場合（愛知・岐阜や福岡）では少しの感染者数の増減で、実効再生産数が大きく変化して、正しく評価することが困難であるため推定を省略した。
- さらに、報告日時点において、症状の有無や発症日を特定できない事例が相当の割合を占めるようになってきたため、発症日を特定できた感染者による推定に加えて、参考までに、発症日を特定できていない感染者についても診断日から発症日を推定した上で、同様の推定を行い、これを加味した推定を行った（図2、図3参照）。<sup>2</sup>

【図2 全国の実効再生産数 P4 発症日データを用いた推定、P5 発症日を特定できない感染者も含めた推定】

全国



<sup>2</sup> なお、黄色の棒が感染時刻（日）別の推定感染者数であり、青の実線が推定された実効再生産数であり、青の影が95%信用区間を示す。感染から報告までの遅れの80パーセントを考慮して全国では4月29日以降、各地域では4月30日以降の推定値は省略している（青の帯）。

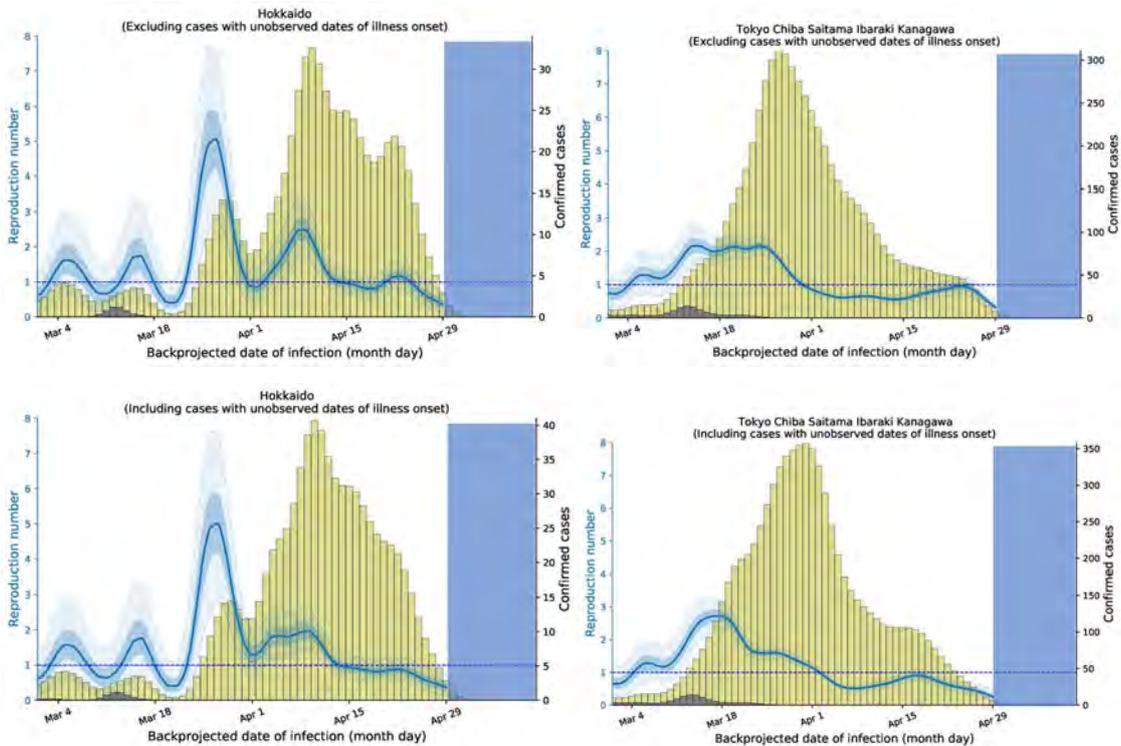


【図3 地域別の実効再生産数】

北海道

関東一都四県（東京、埼玉、千葉、神奈川、茨城）

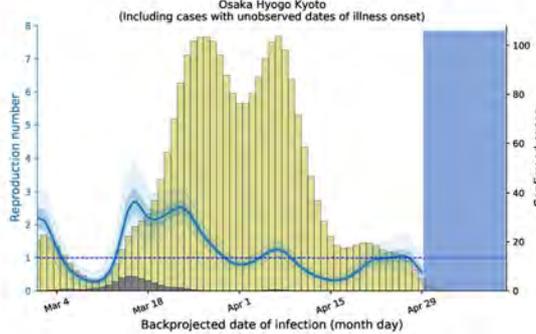
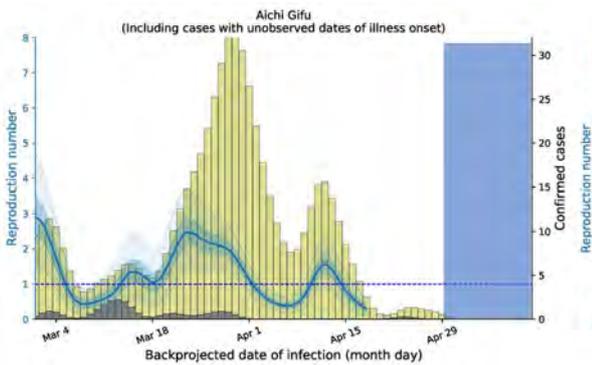
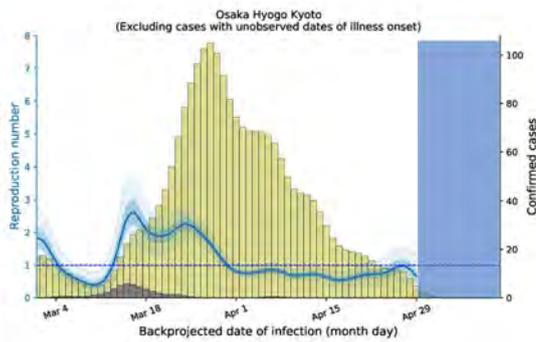
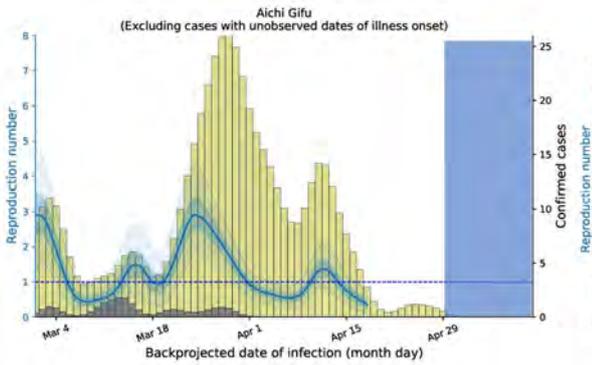
【上：発症日データを用いた推定、下：発症日を特定できない感染者も含めた推定】



愛知、岐阜

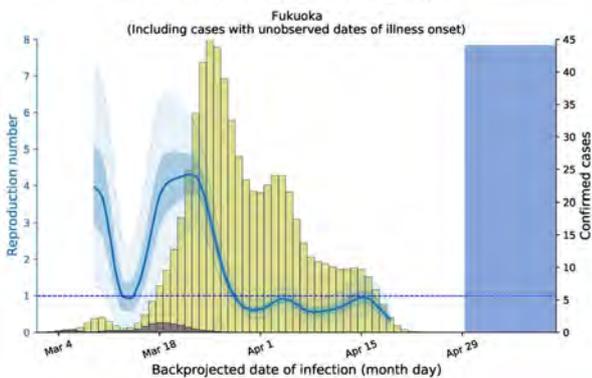
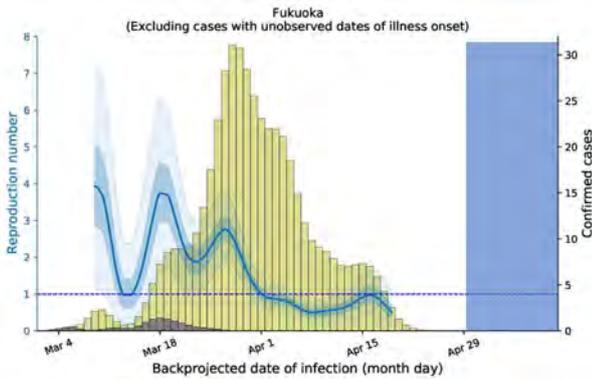
近畿二府一県（大阪、京都、兵庫）

【上：発症日データを用いた推定、下：発症日を特定できない感染者も含めた推定】



福岡

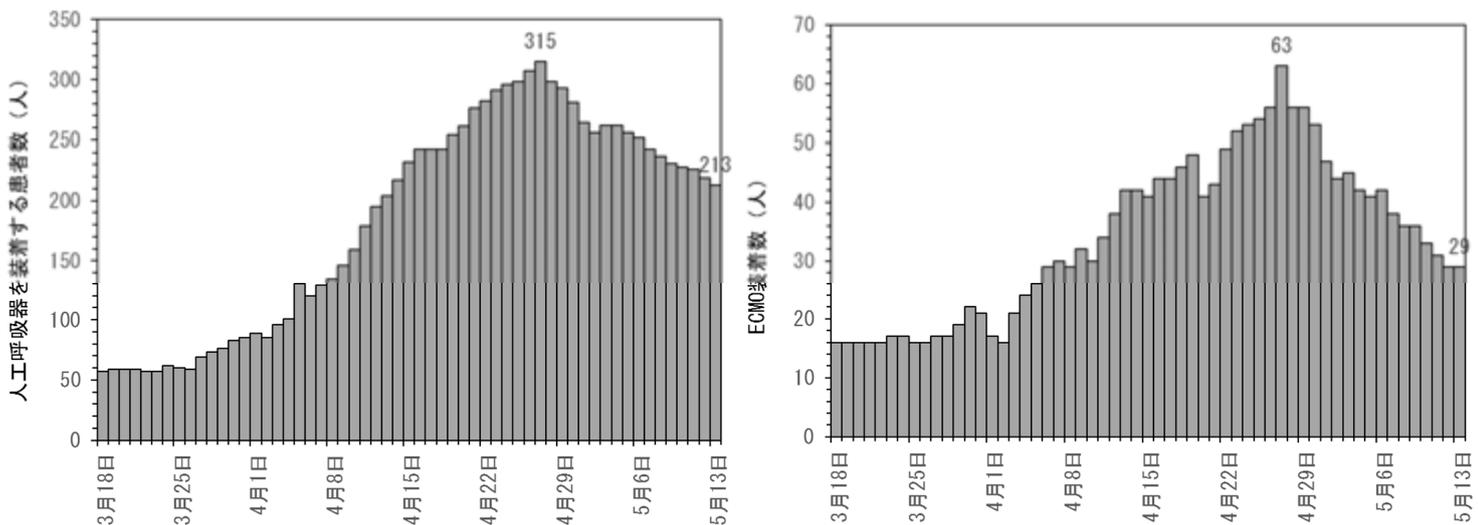
【上：発症日データを用いた推定、下：発症日を特定できない感染者も含めた推定】



## (2) 医療提供体制

- 緊急事態宣言下において、各都道府県で、医療提供体制の整備が進められた。この結果、ピーク時に新型コロナウイルス感染症患者が利用する病床として、令和2年5月1日時点では、31,077床について、各都道府県が医療機関と調整の上、確保を見込んでおり、14,781床について、既に医療機関と個別の病床の割当てを終えている。
- また、新型コロナウイルス感染症患者の療養状況等に関する調査結果でも、4月28日時点では、入院者数が5,627名、うち重症者数（ICUに入院しているか、人工呼吸器あるいはECMOを使用している者の数。以下同じ。）が381名であったのに対し、5月7日時点では、入院者数が4,449名、うち重症者数が341名となるなど、入院者数、重症者数ともに減少傾向が確認された。

【図4 全国で人工呼吸器を要する確定患者数の推移（左図）、全国でECMO装着の患者数の推移（右図）】



※ 日本集中治療医学界の日本 COVID-19 対策 ECMOnet による集計

## (3) 総括

- 以上を踏まえれば、東京都、北海道、大阪府などにおいては、未だに警戒が必要な状況が続いている一方で、それ以外の府県については、3月下旬からの感染拡大が始まる以前の状況にまで、新規感染者数等が低下しつつあることが確認された。
- また、医療提供体制についても、現時点では入院を必要としている患者数に対しては十分な病床数が確保されており、入院患者数も重症患者数とともに減少傾向であることが確認された。

### 3. 緊急事態措置の解除の考え方について

- 4月7日に発出された緊急事態宣言は、政府や地方公共団体、医療関係者、専門家、事業者を含む市民が一丸となって、法第45条第1項に基づく外出の自粛等や、法に基づく各種施策を実施することを通じて、
  - ①感染拡大を防ぎ、新規感染者数を減少させ、市民の生命と健康を守ること。そのためには、医療提供体制の崩壊を未然に防止することにより、重症者数・死亡者数を減らすことが重要になること、
  - ②この期間を活用して、各都道府県などにおいて医療提供体制の拡充をはじめとした体制の整備を図ること、
  - ③市中感染のリスクを大きく下げることにより、新規感染者数を一定水準以下にできれば、積極的疫学調査などにより新規の感染者及びクラスターに対してより細やかな対策が可能となり、基本的感染対策としての①身体的距離の確保、②マスクの着用、③手洗いをはじめとする「新しい生活様式」の実践とともに、市民による「3つの密」の回避を中心とした行動変容を講じていくことにより、感染を制御することが可能な状況にしていくことが期待されること
  - ④都市部から他の地域への移動によって流行が拡大することを予防すること
  - ⑤足並みを揃えて都道府県知事のリーダーシップを期待することといった狙いがあった。
  
- 緊急事態措置による「徹底した行動変容の要請」を解除するときは、上記①～⑤の緊急事態宣言を発出した目的が達成されたかどうかを見ていく必要がある。具体的には、(1) 感染の状況【疫学的状況】、(2) 医療提供体制【医療状況】、(3) 検査体制の構築などの点を総合的に判断していくことが求められる。
  
- こうした解除の考え方については、我が国では、引き続き死亡者数を少なく留めておく観点から、諸外国よりも厳しいものとする必要がある。<sup>3</sup>

#### (1) 感染の状況【疫学的状況】

- 以下の①、②を中心に総合的に判断していくことが求められる。
  - ①新規報告数：直近1週間の新規感染者の報告数とその前の1週間の報告数を下回っており、減少傾向が確認できること（別添1参照）
    - ・これは、新規感染者数の直近の増減度合い（傾向）を反映した簡便な指標である。ただし、報告数が既に非常に少ない都道府県では、1, 2件の増加によって要件が満たされないわけではないこと。
  
  - ②直近1週間の10万人あたり累積新規感染者の報告数：0.5人未満程度（別添1参照）

<sup>3</sup> ドイツでは10万人あたりの新規感染者数が7日間累計で50人以下となったこと、アメリカNY州では「新規入院患者数」が10万人当たり2人未満（3日間平均）などを要件として採用している。

- ・積極的疫学調査などにより新規の感染者及びクラスターに対してより細かな対策が十分実施できていた頃の水準であり、地域におけるリスクの高いクラスター感染などを丁寧に追跡調査することにより、二次感染の拡大を未然に防止することなどにもつながることから、まずは、こうした水準が目安になると考えられる。ちなみに、東京で言えば、感染拡大が生じる前の3月上・中旬頃の新規感染者数の水準に該当する。
  - ・なお、人口の少ない都道府県などでクラスター感染（集団感染）が起こった場合、直ちに、上記①、②の基準を満たせなくなるような事態も想定される。感染経路が特定できているクラスター感染（集団感染）については、周辺地域への影響が限定的であることが分かっているのであれば、こうした影響を除去して判断することも考えられる。
- その他、地域の感染の推移を表す実効再生産数（図2、図3参照）、また、地域の感染が制御できているかを表す感染経路不明な感染者の割合（別添1参照）なども参考にする。
- また、この感染症は、人と人との接触によって拡大することから、大都市圏など近隣県や移動の多い都道府県における感染の状況についても考慮していくことが重要である。

## （2）医療提供体制【医療状況】

- 医療提供体制については、3月下旬以降に起こったような感染者数の拡大（地域によってはそれを上回る感染者数の増大）が生じたとしても、普段なら救える命が救えなくなるような医療崩壊を生じさせない体制が確保されていることが不可欠となる。このため、以下のような事項を踏まえ、総合的に判断することが求められる。
- ①新型コロナウイルス感染症の重症者数（ICU入院又はECMO・人工呼吸器使用者数）が減少傾向であり、医療提供体制が逼迫していないこと
- ・これらについては、下記のデータ（別添1参照）を見ていくことが重要である。
    - ▶「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況等に関する調査報告」
    - ▶新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム(GMIS)（参考）
    - ▶日本 COVID-19 対策 ECMOnet・重症患者登録システム CRISIS（参考）
- ②今後の患者急増に対応可能な体制が確保されていること
- ・これらについては、下記のデータ（別添2参照）を見ていくことが重要である。
    - ▶協議会及び都道府県調整本部（仮称）等の設置状況
    - ▶確保病床数及び入院者数（確保病床数調査及び療養状況調査）
    - ▶宿泊療養確保室数及び使用数

### (3) 検査体制の構築

- 新規感染者数の動向を適切に把握できるようにするとともに、次なる感染者数の拡大にもきちんと備えられるようにしておくため、検査システムを確立させておくことが求められる。

#### ① 都道府県別の PCR 等検査件数の動向

- ・これらについては、下記のデータ（別添 2 参照）を見ていくことが重要である。
  - ▶検査件数が一定数以上担保されていること。
  - ▶陽性検体の占める割合が著しく高くないこと。

- なお、(2) 医療提供体制の確保、及び、(3) 検査体制の構築に当たっては、都道府県が果たす役割が大きいことから、国は、都道府県との連携強化に努めるとともに、都道府県の医療提供体制に対する逼迫の度合い等や、今後の課題等について認識を把握することが求められる。

## 4. 再指定の考え方とモニタリングの必要性について

- 新型コロナウイルス感染症は、当分の間、常に再流行のリスクが存在する。そのため、緊急事態宣言の対象地域から除外される地域が出てきても、国及び都道府県は、引き続き再流行への警戒を継続し、再び感染者が増加した場合に備えて、流行の監視体制と対応能力の強化を進めていく必要がある。

### (1) 再指定の考え方について

- 新型インフルエンザ等特措法に基づく緊急事態措置については、国民生活に多大なる影響を及ぼすものである。緊急事態措置が必要となるような感染の拡大は可能な限り、避けるべきものであり、(2) の感染状況等に対するモニタリングを徹底し、感染拡大の予兆がみられる場合には、速やかに法第 24 条第 9 項に基づく協力の要請（施設の使用やイベントの実施制限や感染対策への協力依頼等）など必要な対応を講じることが求められる。
- また、今後想定されうる流行シナリオとして、潜在化している感染連鎖が突如としてクラスターとして顕在化するようなケースや、これまで報告されているクラスターとは異なるタイプのクラスター感染（集団感染）の発生にも十分注意していく必要がある。
- その上で、地域において、再度、感染の拡大が認められ、以下のような状況に該当すると総合的に判断されるような場合には、国は、速やかに、緊急事態措置を実施すべき区域として指定を行う必要がある。
  - なお、再指定に当たっては、引き続き、死亡者数が少ない状況を維持するため、諸外国と比して厳しい判断基準により、遅滞なく判断する必要がある。

## 1) 感染の状況

- 4月7日に特定警戒都道府県を指定した際の指標や水準の考え方、感染の状況を踏まえつつ、以下①～③のような指標を中心に、総合的に判断していくことが求められる。
  - ① 直近1週間の人口10万人当たり累積報告数
  - ② 直近1週間の倍加時間
  - ③ 直近1週間の感染経路不明の症例の割合
- その他参考にしうる指標としては、実効再生産数(図2、図3参照)、PCR等検査の状況(別添2参照)などが挙げられる。

○ また、特定警戒都道府県として再指定する必要性が生じた場合には、医療提供体制等への負荷も考慮し、13都道府県の指定時よりも迅速に指定・再指定を行う必要がある。また、こうした判断に当たっては、特定のクラスター感染(集団感染)の状況等も勘案することとし、数値のみによる一律の判断は避ける必要がある。

## 2) 医療の状況

- 緊急事態措置は、感染拡大を防ぎ、新規感染者数を減少させ、市民の生命と健康を守ることが主たる目的として実施されるものである。そのためには、医療提供体制の崩壊を未然に防止することが重要であることにかんがみ、各都道府県における医療提供体制の整備状況を踏まえて、①、②が、更に感染が拡大した場合にも対応可能な状況にあるか、これまでのピーク時の水準に近づいていないかなどに留意していくことが求められる。
  - ① 重症患者数の推移
  - ② 入院中の患者数の推移

### (2) 感染状況等に対するモニタリングの必要性について

- この感染症は、再度感染拡大が起こる可能性があることから、各都道府県は、3. 及び4. に記載された事項等をはじめとして、感染の状況等について、十分にモニタリングしていく必要がある。
- 厚生労働省は、各都道府県が一覧性を持って、3. 及び4. に記載された事項等の比較ができるように、こうした情報等について、分かりやすく定期的にHP上で公表していく必要がある。

## 5. 社会経済活動と感染拡大防止の両立にあたっての基本的考えについて

- 3. を踏まえ、各都道府県は、順次、緊急事態措置の対象地域から外れていくことが想定される。このことは、市民一人ひとりの協力の下で実現した成果の表れである。一方で、諸外国においては、都市封鎖等により感染者数の増加を抑制

したものの、規制緩和後にクラスターの発生が報告され、再度の対策強化が行われた事例もあり、対策移行が決して簡単な道のりではないことをよく表していると言える。

- 他方、これまでのクラスター対策の経験を通じて、感染リスクが高い場が明らかになってきた。具体的には、接待を伴う夜間の飲食店、居酒屋、屋内運動施設（スポーツジム等）やライブハウス等において、クラスター（集団感染）が発生したことが分かっている。

また、以下①、②に示す感染防止の基本を守れば、感染の拡大を防止できることが再確認された。

- ① 感染拡大が加速する場（クラスター連鎖の場）を徹底して避けること
- ② 「身体的距離の確保」、「マスクの着用」、「手洗い」からなる基本的な感染対策などを実践すること。

- したがって、緊急事態措置の対象地域からの移行に当たって、社会経済活動と感染拡大防止の両立を図っていくためには、社会経済の活動レベルを段階的に引き上げていく一方で、上述の感染リスクの高い場を徹底的に回避するというメリハリのついた対策が重要となる。

都道府県知事においては、クラスターのおそれがある施設や「3つの密」のある場については、十分なモニタリングを行いながら、具体的にクラスターが発生した事例を踏まえた注意喚起の徹底を図るとともに、地域の状況を踏まえ、必要に応じて、当分の間、施設の使用制限の協力要請を検討するなど、知事の強いリーダーシップの下で、躊躇なく必要な対応を講じていくべきである。

- その上で、5月4日の提言で示したように、市民生活においては、「身体的距離の確保」など基本的な感染防止の取組に加えて、感染拡大を予防する「新しい生活様式」（別添3参照）を確実に実践していただくことが不可欠であり、事業活動においては、業種ごとに感染拡大予防ガイドラインを作成し、これを実践していくことが重要である。これについて、国や都道府県は、必要な情報提供や効果的な対応の周知広報などを積極的に行うべきである。

- さらに、再流行による緊急事態措置を再び講じずとも済むように、緊急事態措置の対象地域から外れる場合であっても、地域のリスク評価（地域区分）に応じて、きめ細かく段階的に対策を移行していくことが重要である。（参考1参照）

- このため、地域において円滑な対策移行が図られるよう、下記（2）において、「地域のリスク評価（地域区分）に応じた対応」の整理を行った。（参考2参照）

#### （1）特定警戒都道府県等からの対策移行の際の基本的対処方針

##### ①市民生活について

- 一旦、特定警戒都道府県等の指定が解除されることとなった場合でも、この

感染症への対応は長丁場となることが見込まれている。このため、5月4日付けの提言で提案したように、全ての都道府県を対象として、

- ・「身体的距離の確保」「マスクの着用」「手洗い」をはじめとした基本的な感染対策を継続すること
- ・その上で、5月4日の提言で示した「新しい生活様式」を生活の中で継続して実践していくことが求められる。

- また、不要不急の帰省や旅行など、市中での感染リスクが相対的に高い特定（警戒）都道府県等からの移動を避けてもらうとともに、こうした都道府県等への移動は極力避けることが重要である。さらに、これまでにクラスターが発生しているような場や、「3つの密」がある場についても、避ける行動を徹底していくことが求められる。

## ②事業活動について

- 5月4日の提言では、感染管理にノウハウのある医療従事者などの監修を経た上で、業種ごとの感染拡大予防ガイドライン等の作成と、各職場においてこれに即した実践がなされるよう求めたところである。
- 既に、多くの業界では、提言や「緊急事態措置の維持及び緩和等に関して」（令和2年5月4日付け内閣官房新型コロナウイルス感染症対策推進室長事務連絡）を踏まえた感染拡大予防ガイドライン等の作成などに取り組んでいただいているが、これを確実に実践していただくとともに、国や地方公共団体においては、各業界と連携し、働く方々が、安全かつ安心して働ける環境づくりに率先して取り組む必要がある。
- 例えば、理美容業や飲食業の従業員については、マスクや必要なら目や顔を覆う防護具を装着させることで、感染のリスクを低下させることが考えられる。また、飲食店においては、間仕切りの活用、真正面の席を避けること、座席の間隔を空けること（1m、できれば2m）、個室など定員が決まっているスペースについては定員人数の半分の利用とすることなどの措置を行うことが望ましい。
- さらに、引き続き、可能な限り、在宅勤務（テレワーク）を推進するとともに、時差出勤、自転車通勤等の、人との接触を低減する取組を推進する。職場においては、感染防止のための取組や「3つの密」を避ける行動を徹底するよう促していくことが求められる。政府においては、テレワーク導入に当たっての相談支援や経費助成等を行っているが、それらの活用も促進しながら、普及・定着を図っていくことが求められる。また、休暇の分散等、社会全体で密な空間を形成することを避ける取組が求められる。
- また、イベント等の開催に当たっても、主催者に対し、身体的距離の確保や

基本的な感染対策の実施、業種毎の感染拡大予防ガイドライン等を踏まえた対応等が求められる。その上で、全国的かつ大規模なイベント等の開催は、イベントそのものがリスクの低い場で行われたとしても、イベントの前後を含み人々が接触する機会を制限できない場合には、急速な感染拡大のリスクを高める可能性があり、また、規模の大きなイベントの場合は、会場に感染者がいた場合に、クラスター（患者集団）の連鎖が発生し、爆発的な感染拡大のリスクを高めることにつながりかねないため、これらのリスクへの対応が整わない場合は、引き続き、中止又は延期するよう、主催者に特に慎重な対応を求める必要がある。

- 規模の大きなイベントにおいては、身体接触が避けられないため、感染拡大が懸念される。このため、どういう感染状況において、何人程度のイベントであれば開催して良いか、明確なエビデンスはないものの、諸外国においては、参加人数や施設の収容人数に対する参加者の割合により開催を制限している例がある。

こうしたことも踏まえつつ、(2)で区分した「感染観察都道府県」においては、諸外国の例も参考に、例えば、当面、参加者数の上限を100人以下としつつ、収容人数に対して50%以下の参加者数を目安としてイベント等を開催すること等が考えられる

## (2) 地域のリスク評価（地域区分）に応じた対応の必要性

- 新型インフルエンザ等特措法に基づく緊急事態措置については、国民生活に多大なる影響を及ぼすものであり、緊急事態措置が必要となるような感染の拡大は、可能な限り、避けるべきものである。このため、各都道府県は、予め、地域ごとの感染状況等に関するリスク評価を行いながら、施策等の対応を検討していく必要がある。

- これまでも、本専門家会議では、3月19日と4月1日の2度にわたり、地域ごとの感染状況別に、想定される対応を整理した「地域区分」を公表している。

しかし、これらの区分は4月7日に緊急事態宣言が発せられる以前の状況に基づいたものであり、今般、緊急事態措置の対象から外れる都道府県が出てくるに当たって、改めて、地域ごとの感染状況や、それに対応した想定される対応について、再度、整理を行った。（参考2参照）

- この際、地域の感染状況に応じ、緊急事態宣言の対象地域の考え方や、4月1日の提言で示した地域区分の考え方も踏まえ、各都道府県を以下3区分に分類し、それぞれの地域において、適切な感染対策を実施していく。

- ① 特定（警戒）都道府県：4月16日以降、13の都道府県が特定（警戒）都道府県として指定されている。この指定に当たって考慮された事項は、累積患者数、感染経路が不明な感染者数の割合、直近1週間の倍加時間などであった。今後、

どこかの県において感染が拡大し、再度、特定（警戒）都道府県として指定する必要性が生じた場合は、4月7日に7都府県を指定した際の新規感染者数の水準等を踏まえつつ、直近1週間の新規感染者数等から、より迅速に指定・再指定を行う必要がある。

特定（警戒）都道府県では、法第45条に基づく「徹底した行動変容の要請」（特定警戒においては、極力8割の接触機会の低減）により、新規感染者数を劇的に抑えこむことが求められる。

- ②感染拡大注意都道府県：上述のとおり、緊急事態措置が必要となるような感染の拡大は可能な限り、避けるべきものであることから、各都道府県は、特定（警戒）都道府県の指定を受けずとも済むよう、感染拡大の傾向が見られた際に、知事のリーダーシップの下、感染対策を一段階強化する判断基準を予め設けておくべきである。この基準に達した都道府県を、4月1日の提言も踏まえ、「感染拡大注意都道府県」とする。

感染拡大注意都道府県の判断基準については、特定（警戒）都道府県の指定基準等を踏まえつつ、その半分程度などの新規報告者数等で判断することが考えられる。

感染拡大注意都道府県における感染対策の基本方針としては、まずは感染状況をモニタリングしながら、「新しい生活様式」を徹底するとともに、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じ、知事が法第24条第9項の協力要請（施設の使用やイベントの実施制限や感染対策への協力依頼等）等を実施する等、感染のさらなる拡大を防ぐために必要な対策を円滑かつ適切に講じることが必要である。

- ③感染観察都道府県：新規感染者が一定程度確認されるものの、感染拡大注意都道府県の基準には達していない都道府県を「感染観察都道府県」とする。

感染観察都道府県においては、感染拡大注意都道府県と同様に、引き続き感染状況をモニタリングするとともに、「新しい生活様式」を継続することによって、感染拡大を防いでいくことが重要であるとともに、知事が法第24条第9項に基づく協力要請を含めて適切に判断することが求められる。

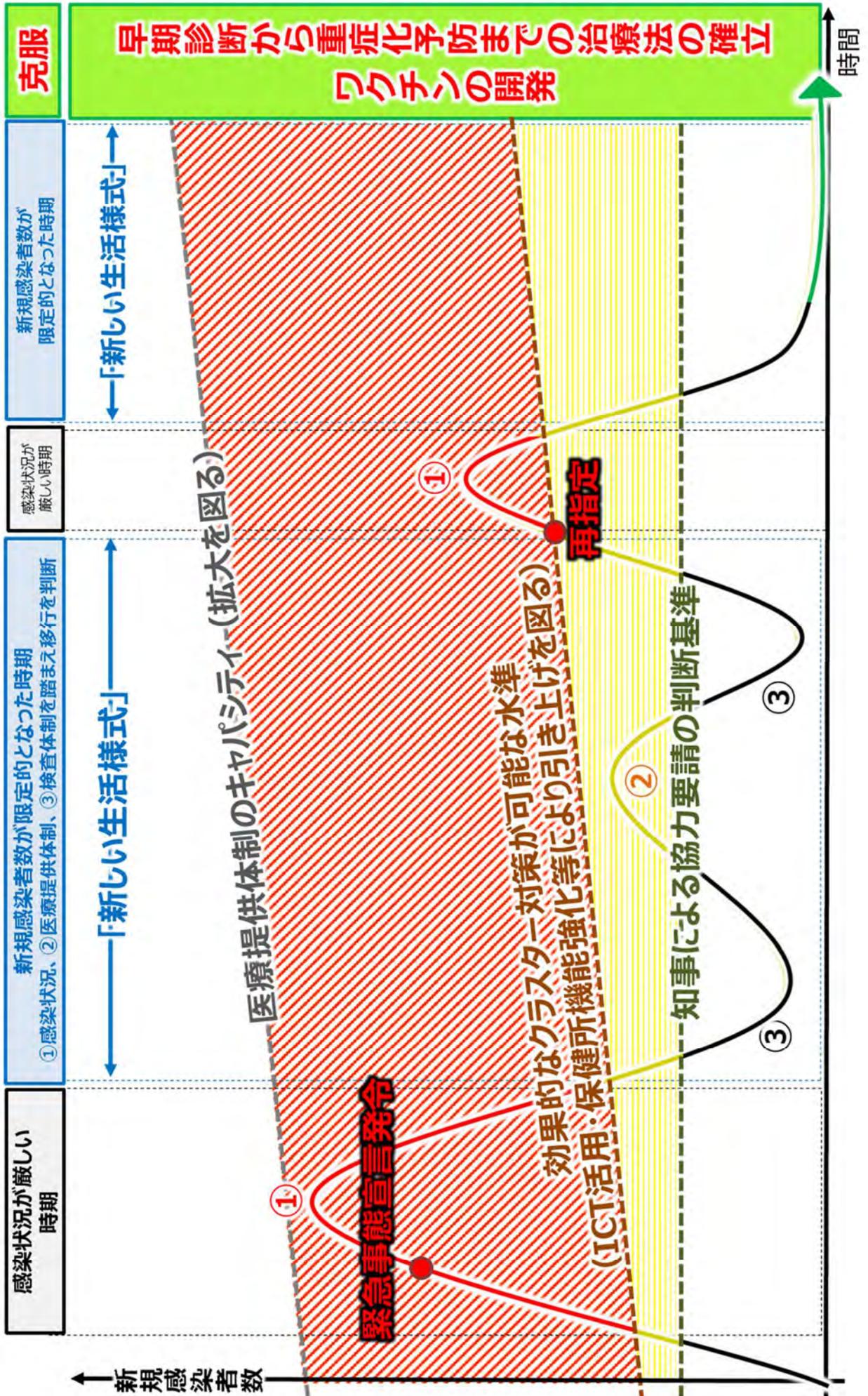
なお、感染観察都道府県においては、特定（警戒）都道府県や感染拡大注意都道府県と比較して、例えば、感染観察都道府県同士の県をまたぐ移動や、比較的小規模なイベントの開催も可能になると考えられるが、その場合には、身体的距離の確保等の基本的な感染対策を講じられることが前提となる。

- 各都道府県は、緊急事態措置の対象地域から外れた場合においても、定期的なモニタリングを欠かすことなく再度の感染拡大への警戒を継続すべきである。そのため、住民にホームページ等で分かりやすく情報提供を行い、必要に応じて感染拡大への警戒を呼びかけるとともに、感染拡大が見られた場合に迅速かつ適切に対応を行うことができるよう、対策本部等自治体内の連絡手順や体制切替えの手順等を準備しておくべきである。

### (3) 社会経済活動と感染拡大防止の両立を阻む偏見と差別について

- 感染者に関する報道を通じて、SNS やインターネット上で、個人や家族、勤務先等を追跡・特定され、嫌がらせを受ける事例が報告されている。また、感染から回復された方、その濃厚接触者だった方に対して、学校や職場が理解を示さず、速やかな復帰ができない事例が報告されている。
  
- 感染者等に対する偏見や差別は、絶対にあってはならないものであり、政府や地方公共団体は、悪質な偏見や差別の撲滅に向け、疾患に対する正しい認識の周知に努めるとともに、人権が侵害されるような事態が生じないよう適切に取り組むべきである。

# 地域別の新型コロナウイルス感染症対策（イメージ）



① 地域の感染状況に応じ、緊急事態宣言の対象地域の考え方や、4月1日の提言で示した地域区分の考え方も踏まえ、各都道府県を以下 3 区分に分類し、それぞれの地域において、適切な感染対策を実施していく。

- ① **特定（警戒）都道府県**：法第45条各項に基づく「徹底した行動変容の要請」で新規感染者数を劇的に抑えこむ
- ② **感染拡大注意都道府県**：都道府県において、地域の感染状況をモニタリング。「新しい生活様式」を徹底するとともに、必要に応じ、法第24条第9項に基づき要請を行う。
- ③ **感染観察都道府県**：引き続き感染状況をモニタリングするとともに、「新しい生活様式」の徹底で、感染拡大を防ぐ。

	①特定（警戒）都道府県	②感染拡大注意都道府県	③感染観察都道府県
判断基準	<p>【緊急事態措置の指定基準】 累積患者数、感染経路が不明な感染者数の割合、直近1週間の増加時間などで判断。</p> <p>【再指定基準】 4/7の指定の際の指標や水準の考え方、感染の状況を踏まえつつ、直近1週間の新規感染者数等から、より迅速に再指定を行う。</p>	<p>特定（警戒）都道府県の指定基準等を踏まえつつ、その半分程度などの新規報告者数等で判断することが考えられる。</p>	<p>新規感染者が一定程度確認されるものの、②の基準には達していない。</p>
対応	<p>特措法第45条に基づく「徹底した行動変容の要請」（特定警戒においては、極力8割の接触機会の削減）で新規感染者数を劇的に抑えこむ。</p>	<p>感染状況をモニタリングしながら、「新しい生活様式」を徹底する。 必要に応じ、知事が法第24条第9項に基づく協力要請を実施。</p>	<p>引き続き感染状況をモニタリングしながら、「新しい生活様式」を継続。</p>
	<p>・法第45条第1項に基づく外出自粛の協力要請。 ・県をまたぐ移動や3密の場所への移動は徹底して避ける。</p>	<p>・（必要に応じ、法第24条第9項に基づく）外出自粛の協力要請。 ・不要不急の県をまたぐ移動や3密の場所への移動は徹底して避ける。</p>	<p>・不要不急の①・②との県をまたぐ移動は避ける。 ・3密の場所への移動を徹底して避ける。</p>
	<p>・「出勤者数の7割削減」を目指す。 ・在宅勤務（テレワーク）、ローテーション勤務等の強力な推進等</p>	<p>・在宅勤務（テレワーク）、ローテーション勤務、時差出勤、自転車通勤等の推進</p>	<p>・必要に応じ、在宅勤務（テレワーク）、ローテーション勤務、時差出勤、自転車通勤等の推進</p>
	<p>・クラスターのおそれがあるイベント、3密の集まりは法第24条第9項及び法第45条第2項等に基づき、開催の自粛の要請等。</p>	<p>・クラスターのおそれがあるイベント、3密の集まりは法第24条第9項に基づき、開催の自粛の要請等。 ・それ以外のイベントに関しては、主催者に対し、身体的距離の確保や基本的な感染対策の実施、業種毎の感染拡大予防ガイドライン等を踏まえた対応等を求める。</p>	<p>・一定規模のイベント等の開催に当たっては、リスクへの対応が整わない場合は中止又は延期するよう、主催者に慎重な対応を求める。 ・それ以外のイベントに関しては、主催者に対し、身体的距離の確保や基本的な感染対策の実施、業種毎の感染拡大予防ガイドライン等を踏まえた対応等を求める。 ・参加者は100名以下、かつ、収容人数の50%以下を目安とする。</p>
<p>・感染拡大のおそれのある施設の使用制限の要請等（キャバレー等の接待を伴う飲食業、ライブハウス、バー、スポーツジム等） ・公園・博物館、美術館、図書館等は、感染防止策を講じた上で開放もあり得る。</p>	<p>・都道府県知事が、地域の実情に応じて法第24条第9項に基づく協力要請を実施。 ・クラスターのおそれがある施設や3密施設は使用制限の協力要請を検討。 ・具体的に集団感染が生じた事例を踏まえた、注意喚起の徹底。</p>	<p>・都道府県知事が、地域の実情に応じ、法第24条第9項に基づく協力要請も含めて適切に判断。 ・一般の感染対策や3密回避の徹底を要請。</p>	

## 6. 感染拡大・医療崩壊の防止に向けた対策について

### (1) 保健所の体制強化

- 積極的疫学調査やクラスター対策、帰国者・接触者相談センター（地域によって名称が異なる）としての電話相談、住民からの感染症に関する一般的相談、感染者の入院先の調整・搬送など、新型コロナウイルス感染症に対する保健所の業務は多岐にわたる。しかし、感染者が増加した場合でもこれらの業務が円滑に行えるよう、所内職員の人材育成、所内での人事配置の調整、臨時職員の雇用、本庁など所外からの応援体制の整備など保健所の体制を強化しておく必要がある。  
さらに、対応の長期化が見込まれる中、新型コロナウイルス感染症対策以外の必要不可欠な業務が適切に実施できる体制も確保していく必要がある。  
また、地域保健に関する総合的な調査及び研究を行う地方衛生研究所の体制強化にも努めるべきである。

- また、感染拡大期において、保健所と医療機関、都道府県、国等との迅速・確実な情報共有に大きな課題があることが明らかになった。これに対応するため、医療機関や保健所の事務負担の軽減を図りつつ、患者等に関する情報を関係者で迅速に共有するための情報把握・管理支援システム（Health Center Real-time Information-sharing System on COVID19. HER-SYS）の試行利用が近日中に開始される予定であるが、これを早急に全国展開していく必要がある。さらに、本システムを活用し、都道府県別の陽性者数やPCR等検査の実施状況などの統計データの収集・分析を行い、より効果的・効率的な対策に活用していくことが期待される。

### (2) クラスター対策の強化

- 国及び都道府県は、これまでにクラスターが発生した主な施設類型等（キャバレー等の接待を伴う飲食業等、ライブハウス、バー、スポーツジムや運動教室等の屋内施設）について、必要な情報の公表に努めていく。
- また、市中感染も含め、国民一人ひとりが自主的に感染状況を把握し、行動変容を起こしていくためには、他者との接触頻度の把握や陽性者との接触可能性の把握が重要になる。このため、政府は、接触確認アプリの導入に向けた検討を進めていくとともに、その有効性の周知等に努めていく必要がある。

### (3) 病原体検査体制の整備

- 感染者を早期に確定した上で適切な診断治療に結び付けたり、更なる感染拡大防止対策に必要な疫学調査等につなげたりしていくためには、PCR等検査や抗原検査等の各種検査を適切に実施するための体制を地域で整備しておくことが重要で、発症から診断までの期間を短縮化していく必要がある。
- そのためには、医療機関が保健所との密接な連携による行政検査及び臨床現場において柔軟に行う臨床検査などができる体制の充実に取り組むなど、後述する

医療体制の整備などが必要である。また、それとともに、前述した有症状者の相談窓口となる保健所の体制強化、地方衛生研究所の人材の確保・育成、検査機器や試薬等の確保、検体採取のための人材や資材の確保、民間検査機関等の協力を得た、検体採取搬送等も含んだ効率の良い検査システムの推進などが必要である。

- また、PCR 等検査の陽性率については、都道府県ごとに分母として退院時陰性確認検査等を含むかどうか、民間検査機関における陰性結果が報告されているかなどが揃っておらず、また、これらの数値を揃えようとする、都道府県等の負担も重くなってしまふことから、全国統一的な陽性率を公表できない状況となっている。また、新たな抗原検査も始まることから、検査数の把握にも影響があると考えられる。このため、現時点においては都道府県における感染者数と検査数の推移を参考に政策を進めつつも、PCR 等検査の陽性率の意味、検査の限界などを明らかにし、関係者間で共有するとともに、検査実施を報告する仕組みの関係者への周知、地方衛生研究所のみならず、大学や民間検査機関で実施された検査結果の報告の仕組みを確立していくことを通じて、都道府県の状況を比較できるようにしていくことが重要である。

#### (4) 医療提供体制の確保

- この新型コロナウイルスによる感染症は、残念ながら、再度の感染拡大が予想される。このため、今後の新規感染者数の増大に十分対応することができるよう、医療提供体制の維持に向けて万全の準備を進めておく必要がある。
- 具体的には、政府において、医療機関の空床状況や人工呼吸器・ECMO の保有・稼働状況等を迅速に把握する医療機関等情報支援システム (Gathering Medical Information System. G-MIS) を構築・運営するとともに、以下のような役割分担に応じた取組を進めていくことが求められる。
  - ・ 軽症や無症状で入院している感染者について宿泊療養を基本としつつ、既存の医療機関の病床を重症者の入院に重点化していくこと、
  - ・ 新型コロナウイルス感染症患者を重点的に受け入れる医療機関の設定
  - ・ 医療従事者の確保や重症患者のケアに必要な人工呼吸器、個人防護具等の整備
  - ・ 妊産婦に対する感染を防止する観点から、医療機関における動線分離等の感染対策を徹底するとともに、妊産婦がウイルスに感染した場合であっても、安心して出産し、産後の生活を送れるよう、関係機関との協力体制を構築し、適切な支援を実施等を進めていくことが求められる。

#### (5) 医薬品等の状況

##### ① 治療薬等について

- 人々が心から安心して生活できるようになるためには、日本中、世界中の企業、研究者の英知を結集して一刻も早く、ワクチンや治療薬等の開発に取り組んでいくことが求められている。

- こうした中、5月7日には、レムデシビルが国内における観察研究の成果等も踏まえ、重症患者に対する治療薬として特例承認され、他の治療薬についても治験や観察研究等が進められるなど、治療薬への期待も高まっている。今後とも、この感染症への対応に必要となるワクチンの開発や重症化予測マーカーや治療法の確立などを着実に進めていく必要がある。

## ②抗原検査について

- さらに、13日に承認がなされた抗原検査については以下のような特徴がある。
  - i) 30分程度という短時間で感染の有無を簡単に判定できる
  - ii) PCR等検査と比べて、特別な機器や試薬が不要で、検体の配送が不要
  - iii) PCR等検査と比べてある一定以上のウイルス量が多くあれば検出可能
  - iv) 鼻腔ぬぐい液に加え唾液を用いた検査が実現できる可能性について調査研究中である。
- 現時点では、供給量の確保や、陰性時の評価について追加の検証が必要となるものの、PCR等検査の機械がなくても診断できることから、主に有症状者に使うことが想定され、①帰国者・接触者外来等における有症状者の一次スクリーニング（早期診断・早期治療）、②院内感染防止（救急外来や手術・分娩時に症状がある者への検査等）、③院内・施設内感染発生時の有症状者に対する迅速な診断とクラスターの拡大防止などでの有効性が期待され、PCR検査と併せて必要な体制を確保すべきと考えている。
- このため、国は、抗原検査が保険診療として認められたことも踏まえ、検査が、感染症の広がりを把握するためなどの行政検査の側面だけでなく、患者に適切な医療を提供するために必要な臨床検査としての側面での活用をより重視して、これまでに検査を実施することができなかつた小規模な医療機関などを含めた、幅広い医療機関において検査を行うことができるよう体制を確保することが重要になる。その際に、検査を実施した情報を適切に集めることができるように報告する仕組みと併せて整備していく必要がある。
- このように、国は、抗原検査について、早期診断や、院内感染対策をはじめとして、その普及を進めることが重要になるが、その一方で、迅速抗原検査キットの普及により、PCR等検査の拡充が妨げられることのないよう、並行してPCR等検査の拡充にも努めていくべきである。抗原検査とPCR等検査をどのように役割分担をさせていくかという点については、当面の間、抗原検査が陰性時にPCR等検査を行っている間のデータ等を踏まえて考えていく必要がある。

## 7. おわりに

- これまでの多くの市民の皆様のご協力により、新規感染者数は着実に減少傾向に転じるという一定の成果が現れており、専門家会議として、まずは、これまでのお一人おひとりのご協力を、心より感謝申し上げたい。
- この結果、5月12日時点で、半数以上の県（28県）で直近1週間にわたって、新規感染者が確認されない状況になるなど、多くの県が、緊急事態措置の対象から解除される見込みとなった。<sup>4</sup>
- しかし、引き続き1週間あたり100名を超える新規感染者が確認されている地域もあり、さらに、今後想定されうる流行シナリオとして、潜在化している感染連鎖が突如としてクラスターとして顕在化するようなケースや、これまで報告されているクラスターとは異なるタイプのクラスター感染（集団感染）の発生にも十分注意していく必要がある。
- このように、この感染症に対しては、長丁場での対応が予想される中、社会経済活動と感染拡大防止の両立を図っていくためには、社会経済の活動レベルを段階的に引き上げていく必要があるほか、感染の拡大の防止に向け、
  - ① 感染拡大が加速する場（クラスター連鎖の場）を徹底して避けること
  - ② 「身体的距離の確保」、「マスクの着用」、「手洗い」からなる基本的な感染対策などの実践といった感染防止の基本を守っていくことが重要となる。
- このうち、クラスター連鎖の場を徹底して避けることについては、メリハリのついた対策が重要となる。このため、緊急事態措置の対象から外れた都道府県において、なお、当分の間、施設の使用制限の協力要請を行わざるを得ないような事業者に対しては、政府において、十分な経済的支援策を検討してもらいたい。

<sup>4</sup> 愛媛県は、14日に医療機関でクラスター感染が生じたことを公表した。

(1) 感染の状況 (疫学的状況)

	A	B	C	D	E	F
	人口	直近1週間 累積陽性者数	対人口10万人 (B/(A/100))	その前1週間 累積陽性者数	直近1週間と その前1週間の比 (B/D)	感染経路不明 な者の割合 (アンプル割合)
時点	2019.10.1	~5/12(1W)	~5/12(1W)	~5/5(1W)		~5/8(1W)
単位	千人	人		人		
北海道	5,250	88	1.676	203	0.43	24%
青森県	1,246	0	0.000	0	-	0%
岩手県	1,227	0	0.000	0	-	-
宮城県	2,306	0	0.000	0	-	-
秋田県	966	0	0.000	0	-	-
山形県	1,078	0	0.000	2	0.00	0%
福島県	1,846	1	0.054	9	0.11	71%
茨城県	2,860	0	0.000	6	0.00	33%
栃木県	1,934	0	0.000	0	-	50%
群馬県	1,942	1	0.051	0	-	100%
埼玉県	7,350	57	0.776	74	0.77	28%
千葉県	6,259	20	0.320	34	0.59	45%
東京都	13,921	200	1.437	648	0.31	61%
神奈川県	9,198	87	0.946	150	0.58	13%
新潟県	2,223	0	0.000	2	0.00	75%
富山県	1,044	11	1.054	28	0.39	8%
石川県	1,138	15	1.318	23	0.65	4%
福井県	768	0	0.000	0	-	-
山梨県	811	0	0.000	3	0.00	-
長野県	2,049	2	0.098	6	0.33	25%
岐阜県	1,987	0	0.000	1	0.00	0%
静岡県	3,644	0	0.000	6	0.00	-
愛知県	7,552	5	0.066	16	0.31	29%
三重県	1,781	0	0.000	0	-	-
滋賀県	1,414	0	0.000	2	0.00	0%
京都府	2,583	18	0.697	25	0.72	22%
大阪府	8,809	69	0.783	134	0.51	34%
兵庫県	5,466	21	0.384	35	0.60	9%
奈良県	1,330	3	0.226	7	0.43	29%
和歌山県	925	1	0.108	2	0.50	-
鳥取県	556	0	0.000	0	-	-
島根県	674	0	0.000	1	0.00	100%
岡山県	1,890	2	0.106	1	2.00	100%
広島県	2,804	0	0.000	8	0.00	20%
山口県	1,358	0	0.000	5	0.00	0%
徳島県	728	0	0.000	0	-	-
香川県	956	0	0.000	0	-	-
愛媛県	1,339	0	0.000	1	0.00	0%
高知県	698	0	0.000	1	0.00	-
福岡県	5,104	6	0.118	25	0.24	14%
佐賀県	815	0	0.000	7	0.00	0%
長崎県	1,327	0	0.000	0	-	-
熊本県	1,748	1	0.057	0	-	0%
大分県	1,135	0	0.000	0	-	-
宮崎県	1,073	0	0.000	0	-	-
鹿児島県	1,602	0	0.000	0	-	-
沖縄県	1,453	0	0.000	1	0.00	-
日本	126,167	608	0.048	1466	0.41	35%

(2) ①医療提供体制 (療養状況)

	G	H	I	J	L	K
	入院患者・ 入院確定数	うち重症者数	入院患者・ 入院確定数	うち重症者数	宿泊患者数	
時点	5/7	5/7	4/28	4/28	5/7	4/28
単位	人	人	人	人	人	人
北海道	306	19	305	13	111	49
青森県	10	0	9	0	0	0
岩手県	0	0	0	0	0	0
宮城県	10	1	26	1	4	7
秋田県	3	0	6	0	0	0
山形県	15	2	28	1	0	0
福島県	36	1	48	1	8	2
茨城県	54	5	68	5	14	33
栃木県	26	5	37	5	4	0
群馬県	69	1	105	4	8	0
埼玉県	262	16	277	18	61	53
千葉県	245	18	296	20	37	13
東京都	1,511	93	1,832	93	149	198
神奈川県	214	34	217	40	76	74
新潟県	29	0	38	1	3	0
富山県	87	1	104	2	10	10
石川県	113	6	150	7	37	50
福井県	25	3	48	5	0	1
山梨県	10	1	21	0	1	0
長野県	40	2	50	3	0	0
岐阜県	37	1	73	1	0	0
静岡県	29	2	27	1	0	0
愛知県	122	7	176	8	15	28
三重県	15	0	25	0	0	0
滋賀県	31	1	51	2	9	10
京都府	75	5	113	11	21	24
大阪府	466	61	580	59	165	135
兵庫県	163	24	258	30	47	46
奈良県	29	1	42	4	3	3
和歌山県	17	0	29	0	0	0
鳥取県	2	0	2	0	0	0
島根県	16	1	20	1	0	0
岡山県	8	0	12	1	0	0
広島県	63	3	80	4	8	4
山口県	6	1	8	0	0	0
徳島県	1	0	1	0	0	0
香川県	15	0	20	0	0	0
愛媛県	7	2	14	2	2	3
高知県	8	0	17	0	2	11
福岡県	138	13	217	21	65	88
佐賀県	21	3	26	1	6	2
長崎県	3	0	8	0	0	0
熊本県	28	3	34	5	0	0
大分県	13	0	25	0	0	0
宮崎県	6	0	7	0	0	0
鹿児島県	5	0	6	0	0	0
沖縄県	60	5	91	11	3	18
日本	4,449	341	5,627	381	869	862

【注釈】  
A: 人口推計 第4表 都道府県, 男女別人口及び人口性比-総人口, 日本人口 (2019年10月1日現在)  
B-D: 報告日ベースの累積陽性者数。都道府県等から報告があった陽性者数をベースに、各都道府県のHP情報等から厚生労働省において各日の報告数について補正を行ったもの。  
G: 入院確定数は、一両日中に入院すること及び入院先が確定している者の数。  
H: 重症者数は、集中治療室 (ICU) 等での管理、人工呼吸器管理又は体外式心配補助 (ECMO) による管理が必要な患者数。

(2) ②医療提供体制（病床確保等）

	M	N	O	P	Q	R
	新型コロナ対策協議会の設置状況	患者受入れ調整本部の設置状況	周産期医療の協議会開催状況	受入確保病床数	受入確保想定病床数	宿泊施設確保数
時点	5/1	5/1	5/1	5/1	5/1	5/1
単位				床	床	室
北海道	済	済	済	499	1,206	260
青森県	済	済	済	99	225	30
岩手県	済	済	済	38	166	-
宮城県	済	済	済	388	400	200
秋田県	済	済	済	105	105	16
山形県	済	済	予定	150	150	-
福島県	済	済	済	229	800	200
茨城県	済	済	済	151	600	175
栃木県	済	済	済	130	250	111
群馬県	済	済	済	152	180	150
埼玉県	済	済	済	575	600	1,055
千葉県	済	済	済	807	1,700	526
東京都	済	済	済	3,300	4,000	2,865
神奈川県	済	済	済	1,082	2,800	2,303
新潟県	済	済	済	411	766	50
富山県	済	済	済	500	500	100
石川県	済	済	済	233	520	170
福井県	済	済	済	122	350	115
山梨県	済	済	済	80	400	21
長野県	済	済	済	300	300	200
岐阜県	済	済	済	353	458	265
静岡県	済	済	済	200	200	-
愛知県	済	済	済	445	1,500	1,300
三重県	済	済	済	171	171	64
滋賀県	済	済	予定	109	2,000	62
京都府	済	済	予定	252	400	338
大阪府	済	済	済	1,074	3,000	1,565
兵庫県	済	済	予定	509	509	578
奈良県	済	済	済	240	500	108
和歌山県	済	済	予定	117	124	-
鳥取県	済	済	済	322	300	412
島根県	済	済	済	253	253	45
岡山県	済	済	済	117	300	-
広島県	済	済	済	194	270	130
山口県	済	済	済	320	320	594
徳島県	済	済	済	130	200	200
香川県	済	済	済	43	125	101
愛媛県	済	済	済	70	200	67
高知県	済	済	済	77	200	16
福岡県	済	済	済	430	1,800	826
佐賀県	済	済	済	111	150	230
長崎県	済	済	済	102	903	-
熊本県	済	済	予定	312	312	-
大分県	済	済	済	258	300	65
宮崎県	済	済	済	106	231	150
鹿児島県	済	済	済	253	253	188
沖縄県	済	済	済	225	430	262
日本	-	-	-	16,144	31,427	16,113

(3) 検査体制の構築

	S	T	U	V	W
	直近1週間のPCR検査件数	その前の1週間PCR検査件数	変化率	(参考)それぞれの週の陽性者数	
	~5/6(1W)	~4/29(1W)	4/29(1W)→5/6(1W)	~5/6(1W)	~4/29(1W)
	件	件		人	人
1,705	2,188	0.78	188	231	
59	142	0.42	0	4	
29	72	0.40	0	0	
339	472	0.72	0	4	
35	73	0.48	0	0	
241	387	0.62	1	3	
463	453	1.02	7	7	
1,055	1,321	0.80	6	11	
364	481	0.76	0	3	
391	917	0.43	1	15	
3,617	3,649	0.99	66	131	
2,290	2,763	0.83	31	81	
8,842	11,398	0.78	638	682	
2,722	3,132	0.87	130	162	
406	676	0.60	2	15	
423	616	0.69	29	51	
366	619	0.59	21	51	
338	484	0.70	0	3	
1,078	869	1.24	3	1	
355	416	0.85	7	9	
229	416	0.55	1	2	
569	796	0.71	5	11	
1,000	1,422	0.70	12	37	
223	370	0.60	0	2	
232	450	0.52	2	8	
1,362	1,375	0.99	25	41	
3,748	4,370	0.86	105	217	
1,320	1,530	0.86	34	79	
407	475	0.86	5	8	
498	986	0.51	2	11	
97	195	0.00	0	0	
88	158	0.56	1	7	
159	238	0.67	0	4	
741	886	0.84	7	14	
192	139	1.38	5	1	
89	109	0.00	0	0	
185	262	0.71	0	0	
158	198	0.80	1	0	
152	237	0.64	0	4	
1,589	2,405	0.66	12	76	
233	403	0.58	7	18	
165	845	0.20	0	0	
429	757	0.57	0	5	
271	423	0.64	0	0	
97	129	0.75	0	0	
127	232	0.55	0	0	
681	965	0.71	1	11	
40,159	51,899	0.77	1,355	2,020	

【注釈】

P：ピーク時に新型コロナウイルス感染症患者が利用する病床として、各都道府県が医療機関と調整を行い、当該時点で確保している病床数。

東京都の受入確保病床数については、東京都より5/11付で報告があった数を計上している。（5/1時点の受入確保病床数は2000床）

Q：ピーク時に新型コロナウイルス感染症患者が利用する病床として、各都道府県が見込んでいる（想定している）病床数であり、変動しうる点に特に留意が必要。

石川県の受入確保病床数、受入確保想定病床数については、同県より5/13付で報告があった数を計上している。（5/1時点は受入確保病床数、受入確保想定病床数ともに170床）

R：受け入れが確実な宿泊施設の部屋として都道府県が判断し、厚生労働省に報告した室数。都道府県の運用によっては、事務職員の宿泊や物資の保管、医師・看護師の控え室のために使用する居室等として、一部使われる場合がある。

（当該居室数が具体的に確認できた場合、数値を置き換えることにより、数値が減る場合がある。）（令和2年5月7日15時時点）

S：①各都道府県から報告があった地方衛生研究所・保健所のPCR検査件数（PCR検査の体制整備にかかる国の報告について（依頼）（令和2年3月5日））、②厚生労働省から依頼した民間検査会社、大学、医療機関のPCR検査件数を計上。

一部、未報告の検査機関があったとしても、現時点で得られている検査件数を計上している。

PCR検査件数は、祝日・休日になると減少する傾向にある。特に5/6の週はゴールデンウィークと重なり、大きく検査件数が減少していることが考えられる。

## 「新しい生活様式」の実践例

### (1) 一人ひとりの基本的感染対策

感染防止の3つの基本：①身体的距離の確保 ②マスクの着用 ③手洗い

- 人との間隔は、できるだけ2m（最低1m）空ける。
- 遊びにいくなら屋内より屋外を選ぶ。
- 会話をする際は、可能な限り真正面を避ける。
- 外出時、屋内にいるときや会話をするときは、症状がなくてもマスクを着用
- 家に帰ったらまず手や顔を洗う。できるだけすぐに着替える、シャワーを浴びる。
- 手洗いは30秒程度かけて水と石けんで丁寧に洗う（手指消毒薬の使用も可）

※ 高齢者や持病のあるような重症化リスクの高い人と会う際には、体調管理をより厳重にする。

### 移動に関する感染対策

- 感染が流行している地域からの移動、感染が流行している地域への移動は控える。
- 帰省や旅行はひかえめに。出張はやむを得ない場合に。
- 発症したときのため、誰とどこで会ったかをメモにする。
- 地域の感染状況に注意する。

### (2) 日常生活を営む上での基本的生活様式

- まめに手洗い・手指消毒  咳エチケットの徹底  こまめに換気
- 身体的距離の確保  「3密」の回避（密集、密接、密閉）
- 毎朝で体温測定、健康チェック。発熱又は風邪の症状がある場合はムリせず自宅で療養



### (3) 日常生活の各場面別の生活様式

#### 買い物

- 通販も利用
- 1人または少人数ですいた時間に
- 電子決済の利用
- 計画をたてて素早く済ませ
- サンプルなど展示品への接触は控えめに
- レジに並ぶときは、前後にスペース

#### 娯楽 スポーツ等

- 公園はすいた時間、場所を選ぶ
- 筋トレやヨガは自宅で動画を活用
- ジョギングは少人数で
- すれ違うときは距離をとるマナー
- 予約制を利用してゆったりと
- 狭い部屋での長居は無用
- 歌や応援は、十分な距離かオンライン

#### 公共交通機関の利用

- 会話は控えめに
- 混んでいる時間帯は避けて
- 徒歩や自転車利用も併用する

#### 食事

- 持ち帰りや出前、デリバリーも
- 屋外空間で気持ちよく
- 大皿は避けて、料理は個々に
- 対面ではなく横並びで座ろう
- 料理に集中、おしゃべりは控えめに
- お酌、グラスやお猪口の回し飲みは避けて

#### 冠婚葬祭などの親族行事

- 多人数での会食は避けて
- 発熱や風邪の症状がある場合は参加しない

### (4) 働き方の新しいスタイル

- テレワークやローテーション勤務  時差通勤でゆったりと  オフィスはひろびろと
- 会議はオンライン  名刺交換はオンライン  対面での打合せは換気とマスク

※ 業種ごとの感染拡大予防ガイドラインは、別途、関係団体が順次作成している。



# 新型コロナウイルス感染症対策の 状況分析・提言（2020/5/14）

新型コロナウイルス感染症対策専門家会議

# 緊急事態宣言の解除の考え方について

- ▶ 4 / 7、16の緊急事態宣言・「徹底した行動変容の要請」の考え方
  - ① 爆発的な感染拡大（オーバーシュート）の防止
  - ② 医療崩壊の防止、重症者・死亡者数の減少
  - ③ 新規感染者数の抑制、クラスター対策で制御可能な水準に
  - ④ 都市部から他の地域への移動抑制、広域的感染拡大防止
  - ⑤ 知事のリーダーシップによる全国一丸の対策

- 
- ▶ 解除に当たっては、これらの目的が達成されたか等で見ると必要。

## 緊急事態措置の解除の水準について

### 1) 感染の状況【疫学的状況】

① **新規報告数**：直近1週間の新規感染者数が前週を下回る

② **直近1週間の10万人あたり累積新規感染者数**：0.5人未満程度

※ クラスターの発生、実効再生産数、アンリンクも参考

### 2) 医療提供体制【医療状況】

① 重症者数が減少傾向であり、医療提供体制が逼迫していない

② 今後の患者急増に対応可能な体制の確保

### 3) 検査体制の構築

① 都道府県別のPCR等検査件数の動向

# 1) 感染の状況（疫学的状況）

➡ ①・②を踏まえ総合的に判断。

①新規感染者数：直近1週間の報告数<その前1週間の報告数

②直近1週間の10万人あたり累積感染者数：0.5人未満程度

※ 感染拡大が生じる前の3月上中旬頃の新規感染者数の水準に相当。  
= 積極的疫学調査により、クラスター等に対して細かい対策ができていた頃的水準。

	人口	直近1週間 累積陽性者数	対人口10万人 (B/(A/100))	その前1週間 累積陽性者数	直近1週間と その前1週間の比 (B/D)	感染経路不明 な者の割合 (アンリンク割合)
時点	2019.10.1	~5/12(1W)	~5/12(1W)	~5/5(1W)		~5/8(1W)
単位	千人	人		人		
北海道	5,250	88	1.676	203	0.43	24%
青森県	1,246	0	0.000	0	-	0%
岩手県	1,227	0	0.000	0	-	-
宮城県	2,306	0	0.000	0	-	-
秋田県	966	0	0.000	0	-	-
山形県	1,078	0	0.000	2	0.00	0%

【その他、考慮すべき要素】

- ・ 地域の感染の推移を表す、実効再生産数
- ・ 地域の感染が制御できているかを表す、リンク不明感染者数割合
- ・ 大都市圏などの近隣県や移動の多い都道府県における感染状況

## 2) 医療提供体制（医療状況）

➡ ①・②を踏まえ総合的に判断。

- ① 新型コロナウイルスの重症者数（ICU、ECMO、人口呼吸器等）の減少傾向
- ② 今後の患者急増に対応可能な体制の確保

時点	入院患者・入院確定数	うち重症者数	入院患者・入院確定数	うち重症者数	宿泊患者数	
	人	人	人	人	人	人
5/7	306	19	305	13	111	49
4/28	10	0	9	0	0	0
	0	0	0	0	0	0
	10	1	26	1		
	3	0	6	0		
	15	2	28	1		
	新型コロナ対策協議会の設置状況	患者受入れ調整本部の設置状況	周産期医療の協議会開催状況	受入確保病床数	受入確保想定病床数	宿泊施設確保数
時点	5/1	5/1	5/1	5/1	5/1	5/1
単位				床	床	室
北海道	済	済	済	499	1,206	260
青森県	済	済	済	99	225	30
岩手県	済	済	済	38	166	—
宮城県	済	済	済	388	400	200
秋田県	済	済	済	105	105	16
山形県	済	済	予定	150	150	—

### 3) 検査体制の構築

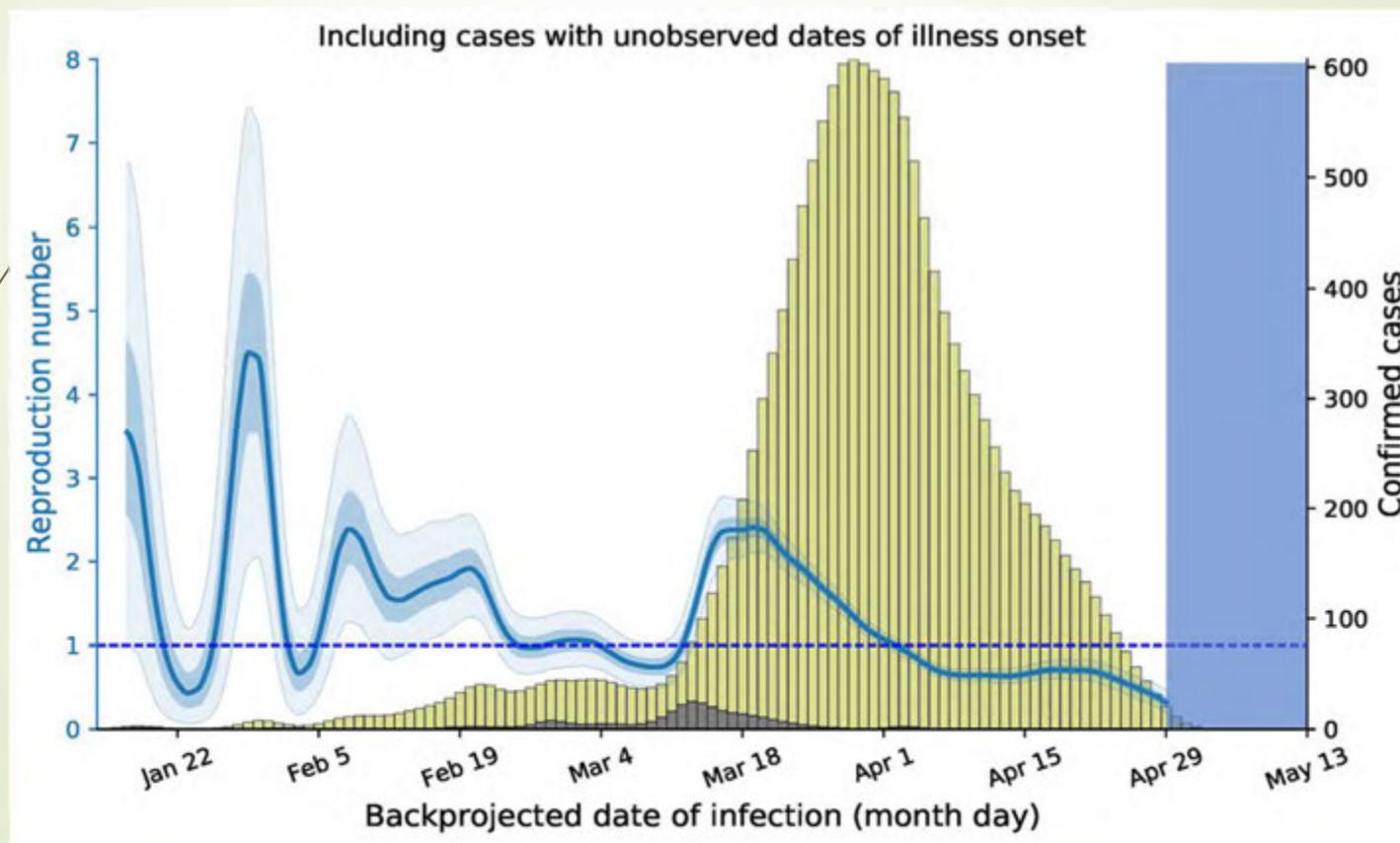
- 次なる感染者の増大を適確に捕捉。次のようなデータを観察。
  - ・ 検査件数
  - ・ 検査件数に対する陽性検体のしめる割合

時点	直近 1 週間の PCR検査件数	その前の 1 週間 PCR検査件数	変化率	(参考)それぞれの週の陽性者数	
	~5/6(1W)	~4/29(1W)		~5/6(1W)	~4/29(1W)
単位	件	件		人	人
北海道	1,705	2,188	0.78	188	231
青森県	59	142	0.42	0	4
岩手県	29	72	0.40	0	0
宮城県	339	472	0.72	0	4
秋田県	35	73	0.48	0	0
山形県	241	387	0.62	1	3

6

## (参考) 全国の実効再生産数の推移

- 概ね4月上旬以降から1を下回り続けている。

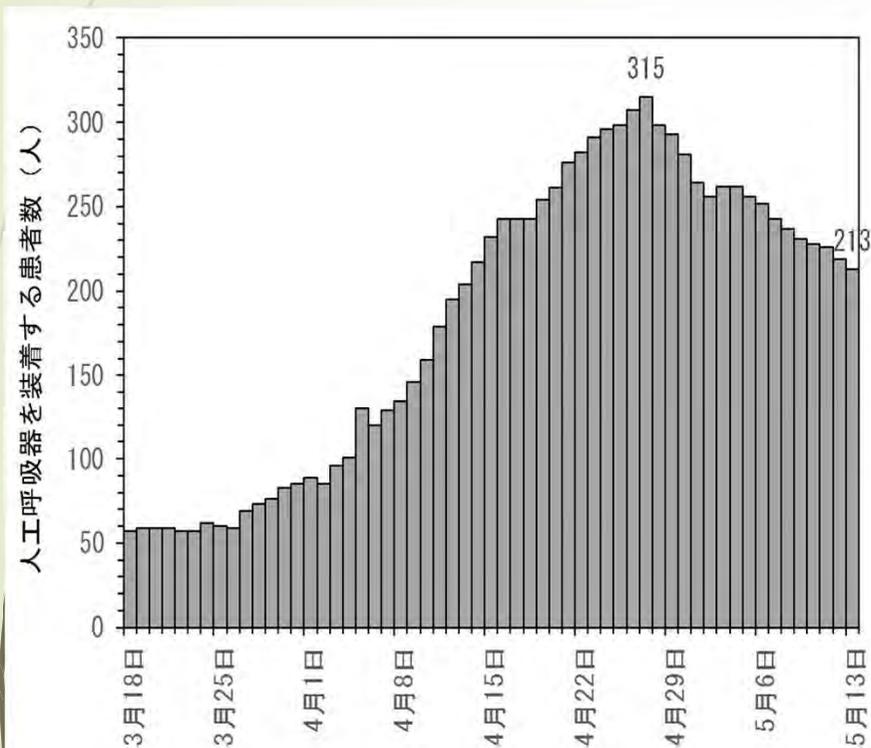


※発症日を特定できない感染者も含めた推定

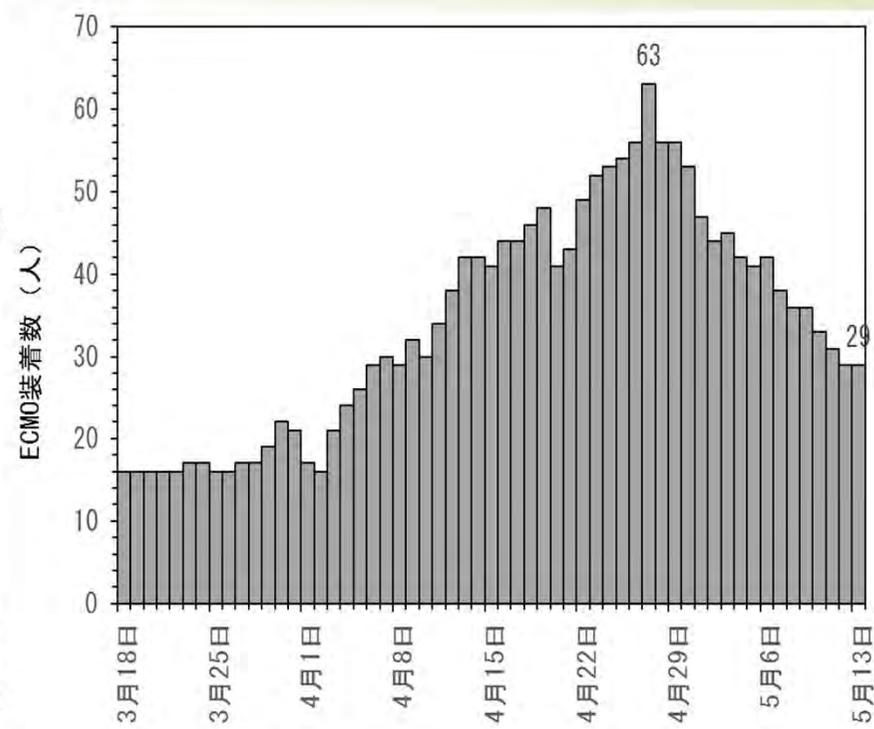
## (参考) 医療提供体制の状況

- 全国的に、入院者数、重症者数ともに減少傾向が確認された。

【全国で人工呼吸器を要する確定患者数の推移】



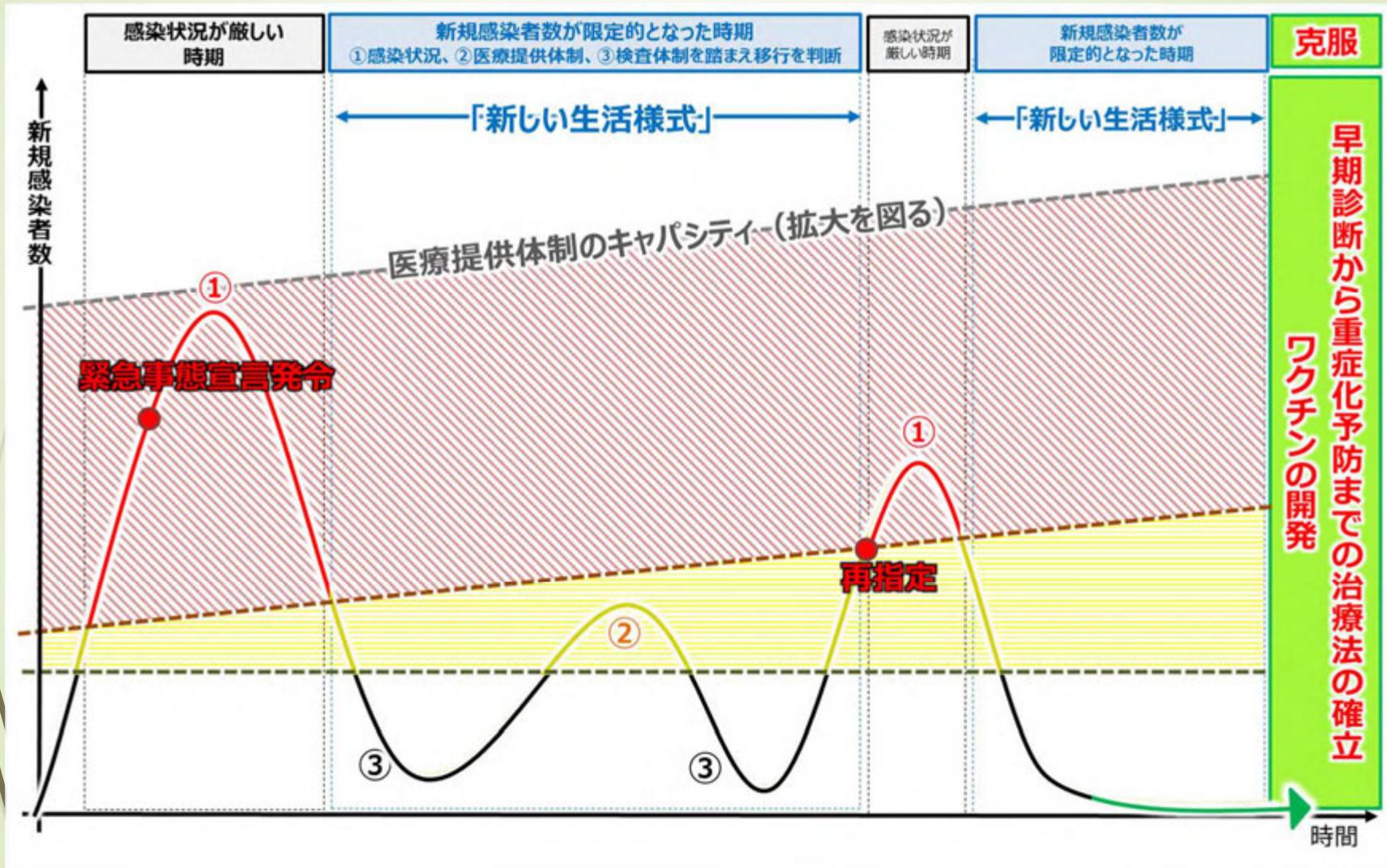
【全国でECMO装着の患者数の推移】



※ 日本集中治療医学界の日本COVID-19対策ECMOnetによる集計

8

# 今後の地域別の対策の考え方



## 緊急事態宣言の再指定の考え方について

- ▶ 緊急事態宣言の解除後、地域で感染の再燃が認められる場合には、宣言の対象区域として再指定を行う必要。
- ▶ 次のような指標を活用し、総合的に判断。

### 【感染の状況】

- ① 直近 1 週間の人口10万人当たり累積報告数
- ② 直近 1 週間の倍加時間
- ③ 直近 1 週間の感染経路不明の症例の割合

《その他の参考にしうる指標》

- ・ 実効再生産数
- ・ PCR等検査の状況等

### 【医療の状況】

- ① 重症患者数の推移
- ② 入院中の患者数の推移

## 社会経済活動と感染拡大防止の両立にあたっての基本的な考え方

- ▶ 緊急事態宣言の解除は、市民一人ひとりの協力の下で実現した成果。
- ▶ しかし、諸外国の例からもわかるように、対策を緩和すると、感染が再燃する可能性。
- ▶ そのため、社会経済活動のレベルは、**段階的に**引き上げていく必要。
- ▶ これまでの3か月の経験で、
  - ・ 感染リスクが高い場所や、
  - ・ 基本的な感染対策（人と人との接触削減、マスク、手洗いの徹底）が感染拡大抑制に非常に有効であるということがわかってきた。  
2つの肝 ①感染拡大が加速する場（クラスター連鎖の場）の徹底回避  
②基本的な感染対策の徹底
- ▶ 社会経済活動と感染拡大防止の両立は、こうした肝を抑えつつ、社会経済を段階的に再開するという、メリハリのついた対策が重要。

## 対策移行の基本的な方針（人の移動）

- ▶ 今後の市民生活の中では「人と人との接触を避けること」のほか、不要不急の帰省や旅行などの回避が重要。
  - ① 感染が拡大している地域から出ないこと
  - ② 感染が拡大している地域に行かないこと
  
- ▶ このほか、これまでクラスターが発生しているような場所や「3密」がある場についても、避ける行動が重要。

## 対策移行の基本的な方針（イベント）

- 全国的かつ大規模なイベント等
    - ▶ イベントの前後を含め人々が接触する機会を制限できない場合には、急速な感染拡大のリスクを高める可能性。
    - ▶ クラスタ連鎖が発生し、爆発的な感染拡大のリスクを高める。これらのリスクへの対応が整わない場合は、引き続き、中止又は延期するよう、主催者に特に慎重な対応を求める必要。
  - 規模の大きなイベント
    - ▶ 身体接触が避けられないため、感染拡大が懸念。
    - ▶ 諸外国では、参加人数や施設の収容人数に対する参加者の割合により開催を制限している例。
    - ▶ こうしたことも踏まえ「感染観察都道府県」では、諸外国の例も参考に、例えば、当面、参加者数の上限を100人以下としつつ、収容人数に対して50%以下の参加者数を目安としてイベント等を開催すること等が考えられる。
- ⇒ なお、当然ながら、感染対策の実施や、参加者の名簿を管理すること等も重要。

## 感染拡大・医療崩壊防止に向けた対策 (抗原検査)

- ▶ 5月13日に迅速診断用の抗原検査が承認。
- ▶ 供給量確保や、陰性時の評価について追加の検証が必要。  
PCR等検査の機械がなくても診断できることから、主に有症状者に使うことを想定。PCR検査と併せて必要な体制を確保。
  - ⇒ ①有症状者の一次スクリーニング（早期診断・早期治療）
  - ②院内感染防止（救急外来や手術・分娩時に症状がある者への検査等）
  - ③院内・施設内感染発生時の有症状者に対する迅速な診断 等
- ▶ 今後、検査体制の検討は、抗原検査の存在を踏まえた議論が必要。  
PCRとの役割分担・抗原検査の精度管理等も含め、国は、迅速・確実に検査体制整備に努めていくべき。

## 社会経済活動と感染拡大防止の両立を阻む偏見と差別

- ▶ 例えば、以下のような事例が報告されている。
  - (事例1) 報道を通じて、SNSやインターネット上で、個人や家族、勤務先等を追跡・特定され、嫌がらせを受ける事例
  - (事例2) 感染から回復した方や濃厚接触者だった方に対し、学校や職場が理解を示さず、速やかな復帰ができない事例
- ▶ 偏見や差別は、絶対にあってはならないもの。
- ▶ 政府や地方公共団体は、悪質な偏見や差別の撲滅に向け、疾患に対する正しい認識の周知に努めるとともに、人権が侵害されるような事態が生じないよう適切に取り組むべき。

## 終わりに

- ▶ これまでの多くの市民の皆様のご協力により、新規感染者数は着実に減少傾向に転じるという一定の成果が現れており、心より感謝。
- ▶ この感染症に対しては、長丁場での対応が予想。社会経済活動と感染拡大防止の両立を図っていくためには、社会経済の活動レベルを段階的に引き上げていく必要。
- ▶ あわせて、感染の拡大の防止に向け、
  - ① 感染拡大が加速する場（クラスター連鎖の場）の徹底回避
  - ② 「身体的距離の確保」「マスク」「手洗い」等の基本的な感染対策の徹底が不可欠。
- ▶ 社会経済と感染拡大防止の両立には、メリハリが重要。
- ▶ 感染リスクが高い場については、当分の間、施設の使用制限を要請せざるを得ない。そうであれば、国はそうした事業者に対して、十分な経済的支援を検討すべき。

令和2年5月15日

「新型コロナウイルス感染症対策の現状分析・提言」(2020年5月14日)  
の一部訂正について

「新型コロナウイルス感染症対策の現状分析・提言」(2020年5月14日)中、  
別添1の一部データの時点等に、誤りがありましたので、次のとおり、訂正いた  
します。

<訂正前>

(1) 感染の状況 (疫学的状況)

	A	B	C	D
	人口	直近1週間 累積陽性者数	対人口10万人 ( $A/(B/10)$ )	その前1週間 累積陽性者数
時点	2019.10.1	~5/10(1W)	~5/10(1W)	~5/3(1W)
単位	千人	人		人

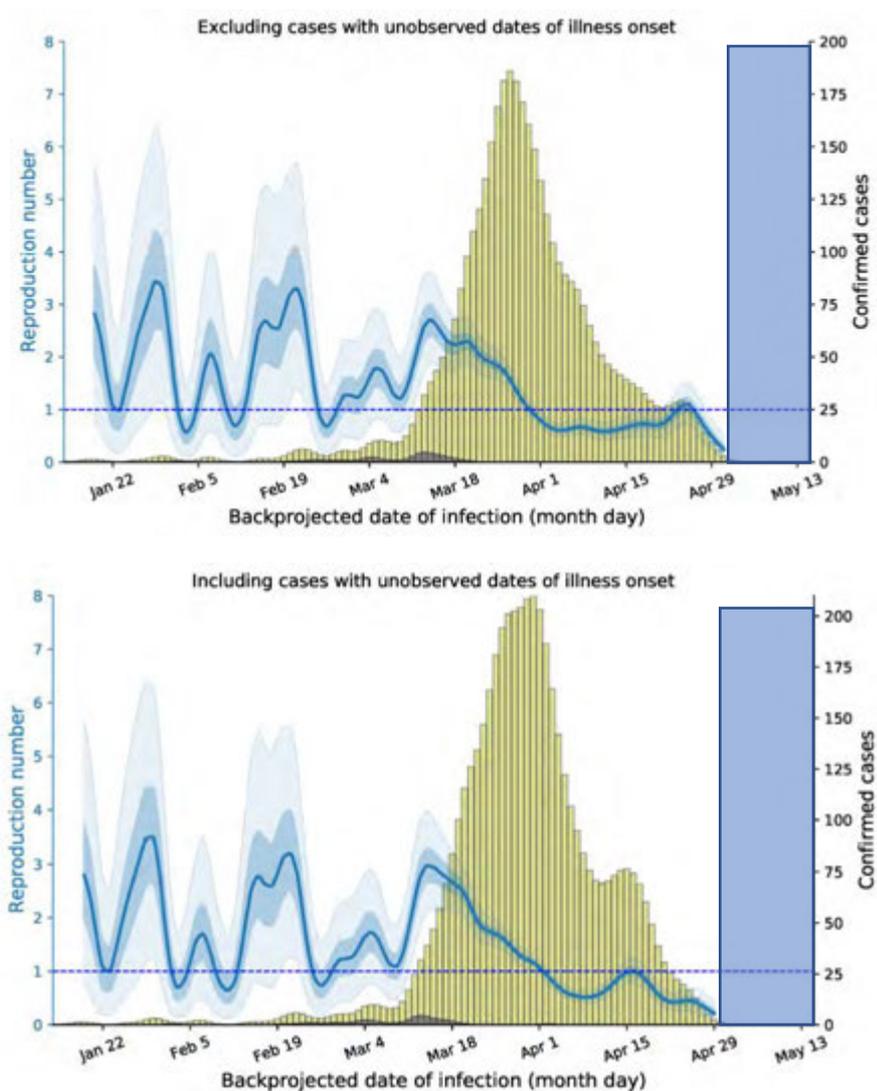
<訂正後>

(1) 感染の状況 (疫学的状況)

	A	B	C	D
	人口	直近1週間 累積陽性者数	対人口10万人 ( $B/(A/100)$ )	その前1週間 累積陽性者数
時点	2019.10.1	~5/12(1W)	~5/12(1W)	~5/5(1W)
単位	千人	人		人
北海道	5,250	88	1.676	203

・発病日データのみを用いた推定による5月1日時点の東京における推定値は、0.2(95%信用区間:0.1, 0.5)であり、発病日データに加えて診断日のみが既知の情報を加えた場合の推定値は0.2(95%信用区間:0.1, 0.5)であった。

上は発病日が既知の感染者に基づく推定、下は他の者の発病日の推定を伴う推定。黄色の棒が感染時刻別の推定感染者数であり、青の実線が実効再生産数の期待値であり青の影が95%信用区間を示す。感染から報告までの遅れの80パーセンタイルを考慮して5月2日以降の推定値は省略している。



5月14日提言「別添1」（5月22日訂正）

※都道府県に確認の上、次ページのとおり、B～E列の一部を訂正している。

※主な訂正の理由は、同一事案を二重に計上していたことや、把握漏れ、計上する日にちの訂正があったことによるもの。

(1) 感染の状況（疫学的状況）

(2) ①医療提供体制（療養状況）

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	L	K
	人口	直近1週間 累積陽性者数	対人口10万人 (B/(A/100))	その前1週間 累積陽性者数	直近1週間と その前1週間の比 (B/D)	感染経路不明 な者の割合 (アンリンク割合)	入院患者・ 入院確定数	うち重症者数	入院患者・ 入院確定数	うち重症者数	宿泊患者数	
時点	2019.10.1	～5/12(1W)	～5/12(1W)	～5/5(1W)		～5/8(1W)	5/7	5/7	4/28	4/28	5/7	4/28
単位	千人	人		人			人	人	人	人	人	人
北海道	5,250	88	1.676	203	0.43	24%	306	19	305	13	111	49
青森県	1,246	1	0.080	0	-	0%	10	0	9	0	0	0
岩手県	1,227	0	0.000	0	-	-	0	0	0	0	0	0
宮城県	2,306	0	0.000	0	-	-	10	1	26	1	4	7
秋田県	966	0	0.000	0	-	-	3	0	6	0	0	0
山形県	1,078	0	0.000	2	0.00	0%	15	2	28	1	0	0
福島県	1,846	2	0.108	9	0.22	71%	36	1	48	1	8	2
茨城県	2,860	0	0.000	6	0.00	33%	54	5	68	5	14	33
栃木県	1,934	3	0.155	0	-	50%	26	5	37	5	4	0
群馬県	1,942	1	0.051	0	-	100%	69	1	105	4	8	0
埼玉県	7,350	58	0.789	76	0.76	28%	262	16	277	18	61	53
千葉県	6,259	20	0.320	39	0.51	45%	245	18	296	20	37	13
東京都	13,921	200	1.437	648	0.31	61%	1,511	93	1,832	93	149	198
神奈川県	9,198	70	0.761	150	0.47	13%	214	34	217	40	76	74
新潟県	2,223	3	0.135	3	1.00	75%	29	0	38	1	3	0
富山県	1,044	6	0.575	28	0.21	8%	87	1	104	2	10	10
石川県	1,138	15	1.318	23	0.65	4%	113	6	150	7	37	50
福井県	768	0	0.000	0	-	-	25	3	48	5	0	1
山梨県	811	1	0.123	3	0.33	-	10	1	21	0	1	0
長野県	2,049	3	0.146	6	0.50	25%	40	2	50	3	0	0
岐阜県	1,987	0	0.000	1	0.00	0%	37	1	73	1	0	0
静岡県	3,644	0	0.000	6	0.00	-	29	2	27	1	0	0
愛知県	7,552	5	0.066	16	0.31	29%	122	7	176	8	15	28
三重県	1,781	0	0.000	0	-	-	15	0	25	0	0	0
滋賀県	1,414	1	0.071	2	0.50	0%	31	1	51	2	9	10
京都府	2,583	18	0.697	26	0.69	22%	75	5	113	11	21	24
大阪府	8,809	69	0.783	134	0.51	34%	466	61	580	59	165	135
兵庫県	5,466	21	0.384	36	0.58	9%	163	24	258	30	47	46
奈良県	1,330	3	0.226	7	0.43	29%	29	1	42	4	3	3
和歌山県	925	2	0.216	2	1.00	-	17	0	29	0	0	0
鳥取県	556	0	0.000	0	-	-	2	0	2	0	0	0
島根県	674	0	0.000	1	0.00	100%	16	1	20	1	0	0
岡山県	1,890	2	0.106	1	2.00	100%	8	0	12	1	0	0
広島県	2,804	0	0.000	11	0.00	20%	63	3	80	4	8	4
山口県	1,358	0	0.000	5	0.00	0%	6	1	8	0	0	0
徳島県	728	0	0.000	0	-	-	1	0	1	0	0	0
香川県	956	0	0.000	0	-	-	15	0	20	0	0	0
愛媛県	1,339	0	0.000	1	0.00	0%	7	2	14	2	2	3
高知県	698	0	0.000	1	0.00	-	8	0	17	0	2	11
福岡県	5,104	6	0.118	24	0.25	14%	138	13	217	21	65	88
佐賀県	815	0	0.000	7	0.00	0%	21	3	26	1	6	2
長崎県	1,327	0	0.000	0	-	-	3	0	8	0	0	0
熊本県	1,748	1	0.057	0	-	0%	28	3	34	5	0	0
大分県	1,135	0	0.000	0	-	-	13	0	25	0	0	0
宮崎県	1,073	0	0.000	0	-	-	6	0	7	0	0	0
鹿児島県	1,602	0	0.000	0	-	-	5	0	6	0	0	0
沖縄県	1,453	0	0.000	1	0.00	-	60	5	91	11	3	18
日本	126,167	599	0.048	1,478	0.41	35%	4,449	341	5,627	381	869	862

【注釈】  
A：人口推計 第4表 都道府県，男女別人口及び人口性比－総人口，日本人人口（2019年10月1日現在）  
B・D：累積陽性者数は、感染症法に基づく陽性者数の累積（各都道府県の発表日ベース）を記載。  
G：入院確定数は、一両日中に入院すること及び入院先が確定している者の数。  
H：重症者数は、集中治療室（ICU）等での管理、人工呼吸器管理又は体外式心配補助（ECMO）による管理が必要な患者数。

新旧（変更部分は赤字下線のとおり）

（1）感染の状況（疫学的状況）

【新】

【旧】

	A	B	C	D	E
	人口	直近1週間 累積陽性者数	対人口10万人 (B/(A/100))	その前1週間 累積陽性者数	直近1週間と その前1週間の比 (B/D)
時点	2019.10.1	~5/12(1W)	~5/12(1W)	~5/5(1W)	
単位	千人	人		人	
北海道	5,250	88	1.676	203	0.43
青森県	1,246	<u>1</u>	<u>0.080</u>	0	-
岩手県	1,227	0	0.000	0	-
宮城県	2,306	0	0.000	0	-
秋田県	966	0	0.000	0	-
山形県	1,078	0	0.000	2	0.00
福島県	1,846	<u>2</u>	<u>0.108</u>	9	<u>0.22</u>
茨城県	2,860	0	0.000	6	0.00
栃木県	1,934	<u>3</u>	<u>0.155</u>	0	-
群馬県	1,942	1	0.051	0	-
埼玉県	7,350	<u>58</u>	<u>0.789</u>	<u>76</u>	<u>0.76</u>
千葉県	6,259	20	0.320	<u>39</u>	<u>0.51</u>
東京都	13,921	200	1.437	648	0.31
神奈川県	9,198	<u>70</u>	<u>0.761</u>	150	<u>0.47</u>
新潟県	2,223	<u>3</u>	<u>0.135</u>	<u>3</u>	<u>1.00</u>
富山県	1,044	<u>6</u>	<u>0.575</u>	28	<u>0.21</u>
石川県	1,138	15	1.318	23	0.65
福井県	768	0	0.000	0	-
山梨県	811	<u>1</u>	<u>0.123</u>	3	<u>0.33</u>
長野県	2,049	<u>3</u>	<u>0.146</u>	6	<u>0.50</u>
岐阜県	1,987	0	0.000	1	0.00
静岡県	3,644	0	0.000	6	0.00
愛知県	7,552	5	0.066	16	0.31
三重県	1,781	0	0.000	0	-
滋賀県	1,414	<u>1</u>	<u>0.071</u>	2	<u>0.50</u>
京都府	2,583	18	0.697	<u>26</u>	<u>0.69</u>
大阪府	8,809	69	0.783	134	0.51
兵庫県	5,466	21	0.384	<u>36</u>	<u>0.58</u>
奈良県	1,330	3	0.226	7	0.43
和歌山県	925	<u>2</u>	<u>0.216</u>	2	<u>1.00</u>
鳥取県	556	0	0.000	0	-
島根県	674	0	0.000	1	0.00
岡山県	1,890	2	0.106	1	2.00
広島県	2,804	0	0.000	<u>11</u>	0.00
山口県	1,358	0	0.000	5	0.00
徳島県	728	0	0.000	0	-
香川県	956	0	0.000	0	-
愛媛県	1,339	0	0.000	1	0.00
高知県	698	0	0.000	1	0.00
福岡県	5,104	6	0.118	<u>24</u>	<u>0.25</u>
佐賀県	815	0	0.000	7	0.00
長崎県	1,327	0	0.000	0	-
熊本県	1,748	1	0.057	0	-
大分県	1,135	0	0.000	0	-
宮崎県	1,073	0	0.000	0	-
鹿児島県	1,602	0	0.000	0	-
沖縄県	1,453	0	0.000	1	0.00
日本	126,167	<u>599</u>	0.048	<u>1,478</u>	0.41

	B	C	D	E
	直近1週間 累積陽性者数	対人口10万人 (B/(A/100))	その前1週間 累積陽性者数	直近1週間と その前1週間の比 (B/D)
時点	~5/12(1W)	~5/12(1W)	~5/5(1W)	
単位	人		人	
	88	1.676	203	0.43
	0	0.000	0	-
	0	0.000	0	-
	0	0.000	0	-
	0	0.000	0	-
	0	0.000	2	0.00
	1	0.054	9	0.11
	0	0.000	6	0.00
	0	0.000	0	-
	1	0.051	0	-
	57	0.776	74	0.77
	20	0.320	34	0.59
	200	1.437	648	0.31
	87	0.946	150	0.58
	0	0.000	2	0.00
	11	1.054	28	0.39
	15	1.318	23	0.65
	0	0.000	0	-
	0	0.000	3	0.00
	2	0.098	6	0.33
	0	0.000	1	0.00
	0	0.000	6	0.00
	5	0.066	16	0.31
	0	0.000	0	-
	0	0.000	2	0.00
	18	0.697	25	0.72
	69	0.783	134	0.51
	21	0.384	35	0.60
	3	0.226	7	0.43
	1	0.108	2	0.50
	0	0.000	0	-
	0	0.000	1	0.00
	2	0.106	1	2.00
	0	0.000	8	0.00
	0	0.000	5	0.00
	0	0.000	0	-
	0	0.000	0	-
	0	0.000	1	0.00
	0	0.000	1	0.00
	6	0.118	25	0.24
	0	0.000	7	0.00
	0	0.000	0	-
	1	0.057	0	-
	0	0.000	0	-
	0	0.000	0	-
	0	0.000	0	-
	0	0.000	1	0.00
	608	0.048	1466	0.41

## 新型コロナウイルス感染症対策専門家会議

「新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言」（令和2年5月29日）

### 1. はじめに

#### 2. 感染状況等の評価について

（1）感染状況（疫学的状況）

（2）医療提供体制

#### 3. 新規感染者数・死亡者数のこれまでの推移等に関する現段階の評価について

（1）新規感染者数・死亡者数の推移について

（2）緊急事態宣言の効果について

（3）見えてきた課題

#### 4. 今後の政策のあり方～次なる波に備えた安全・安心のためのビジョン～

（1）次なる波に備えた「検査体制」の更なる強化について

（2）次なる波に備えた「医療提供体制」の更なる強化について

・ 平時の医療提供体制との切替えについて

（3）次なる波に備えた「保健所機能」・「サーベイランス」・「感染予防対策」の更なる強化について

（4）治療法・治療薬の確立、ワクチン等の開発の促進について

（5）感染時の重症化リスクの高い集団等に対する感染予防対策について

①院内感染対策について

②高齢者・障害者施設等における施設内感染対策について

③クラスター感染が生じた場における感染予防対策について

（6）水際対策の見直しの方向性について

#### 5. 緊急事態宣言解除後における市民生活・事業活動の段階的な移行について

（1）市民生活における留意事項

・ 「3密」の回避、基本的感染症対策、「新しい生活様式」の実践 等

（2）事業活動における留意事項

・ 業種ごとの感染拡大予防ガイドラインの遵守 等

#### 6. 都道府県等の対応について

・ 次なる波に備えた体制整備のためのチェックリスト

### 7. おわりに

#### 補論 我が国のクラスター対策について

（別添1）感染の状況、医療提供体制、検査体制の構築

（別添2）都道府県等における取組について（事務局提示資料）

## 1. はじめに

- 本年4月7日に、新型コロナウイルス感染症について感染経路が特定できない症例が多数に上り、かつ急速な増加が確認されていること、医療提供体制も逼迫してきていたことなどから、新型コロナウイルス感染症対策本部決定により、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府、兵庫県及び福岡県の7都府県に対し、新型インフルエンザ等対策特別措置法（以下「法」という。）第32条第1項に基づく緊急事態宣言が行われた。
  
- 4月16日には、上記7都府県と同程度にまん延が進んでいると考えられる北海道、茨城県、石川県、岐阜県、愛知県及び京都府の6道府県との合計13都道府県が新たに「特定警戒都道府県」として指定され、それ以外の34県についても、都市部からの人の移動等によりクラスター感染（集団感染）が各地で発生し、感染の拡大傾向が見られたことなどから、人の移動を最小化する観点等より、全都道府県について緊急事態措置を実施すべき区域の対象とされた。
  
- その後、外出自粛の要請等の接触機会の低減等により、新規感染者数は着実な減少傾向に転じたことから、
  - ①感染の状況（疫学的状況）：オーバーシュートの兆候が見られず、クラスター対策が十分に実施可能な水準の新規報告数であるか否か
  - ②医療提供体制：感染者、特に重症者が増えた場合でも十分に対応できる医療提供体制が整えられているか否か
  - ③監視体制：感染が拡大する傾向を早期に発見し、直ちに対応するための体制が整えられているか否かの「区域判断にあたっての考え方」を満たした地域より、順次緊急事態措置を実施すべき区域としないこととし、地域ごとの状況を見つつ、5月14日には39県を、21日には京都府、大阪府、兵庫県の指定の解除を行った。さらに、5月25日には、残る北海道、千葉、埼玉、東京、神奈川の1都1道3県についても緊急事態措置を実施する必要がなくなったと認められ、同日、法第32条第5項に基づき、緊急事態解除宣言が行われた。
  
- 本専門家会議としては、これまでの多くの市民の皆様のご協力により、全国における新規感染者数のオーバーシュートを免れ、緊急事態宣言の解除に至ったことについて、心より感謝申し上げたい。
  
- 全国の感染状況は、ピーク時に比べ大幅に改善されているものの、全国における感染は引き続き報告されている。本専門家会議において繰り返し提言してきたとおり、この感染症は、「再度の感染拡大（「次なる波」）」が予想され、長丁場の対応が必要になると見込まれている。

- したがって、5月4日及び14日の提言において指摘したように、市民一人ひとりの「新しい生活様式<sup>1</sup>」の徹底等による行動変容への協力と、各都道府県知事による、法第24条第9項に基づく協力の要請（施設の使用やイベントの開催自粛の要請や感染対策への協力依頼等）などを通じて、「次なる波」をできる限り小さくするとともに、後ろ倒しにすること等により、再度の「緊急事態宣言」を講じずとも済むようにしていくことが求められる。
- 本専門家会議としては、感染状況が比較的落ち着いている今こそ、「次なる波」を見据え、サーベイランス体制の強化、検査体制の強化、クラスター対策、医療提供体制の整備、治療法・治療薬の開発等に取り組むべきと考える。そのためには、これまでの取組や緊急事態宣言に関する現時点における評価を行った上で、これまで実施された個別の対策についても課題の抽出を行うとともに、今後必要となる対策の方向性について検討を行い、政府に対して提言を行うこととした。

## 2. 感染状況等の評価について

- 全都道府県における、感染の状況（疫学的状況）、医療提供体制（療養状況、病床確保等）、検査体制の構築に関する基本的データは【別添1】を参照されたい。

### （1）感染状況（疫学的状況）

#### ①都道府県の状況

- 新型コロナウイルス感染症に関する国内事例の累積感染者数は、5月27日現在で、16,498人となったが、直近1週間（5月21日～27日）の新規感染者は228人であり、ピークであった6週間前（4月9日～15日）の3,882人のおよそ17分の1（6%）程度まで減少した。
- こうした中、東京都では、1週間当たり59名の新規感染者数となり、ピークであった6週間前のおよそ19分の1（5%）程度まで減少した。また、28県で直近1週間にわたって、そのうち24県は直近2週間以上にわたって、新規感染者が確認されていない状況となった（図1参照）。
- 直近の全国の実効再生産数は、発病日が既知の者のみに基づく推定では、5月9日時点で、全国において1.4（95%信用区間：0.8、2.0）、東京都において1.6（95%信用区間：0.5、3.1）、であり、ゴールデンウィーク明けの週末以降、1を上回っていることが確認されている。ただし、元々の感染者数の実数自体が少なくなっているため、実効性再生産数が大きく増減して変化し得る。今後、1を上回った状態が続くのか、注意深く継続的にモニタリングしていく必要がある（図2、図3参照）。また、簡易に動向を見ることが出来る「新規感染者数」の動向や、「感染経路不明な者の割合」なども併せてモニタリングする必要がある。

<sup>1</sup> [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431\\_newlifestyle.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_newlifestyle.html)

【図1 累積感染者数等のデータ】

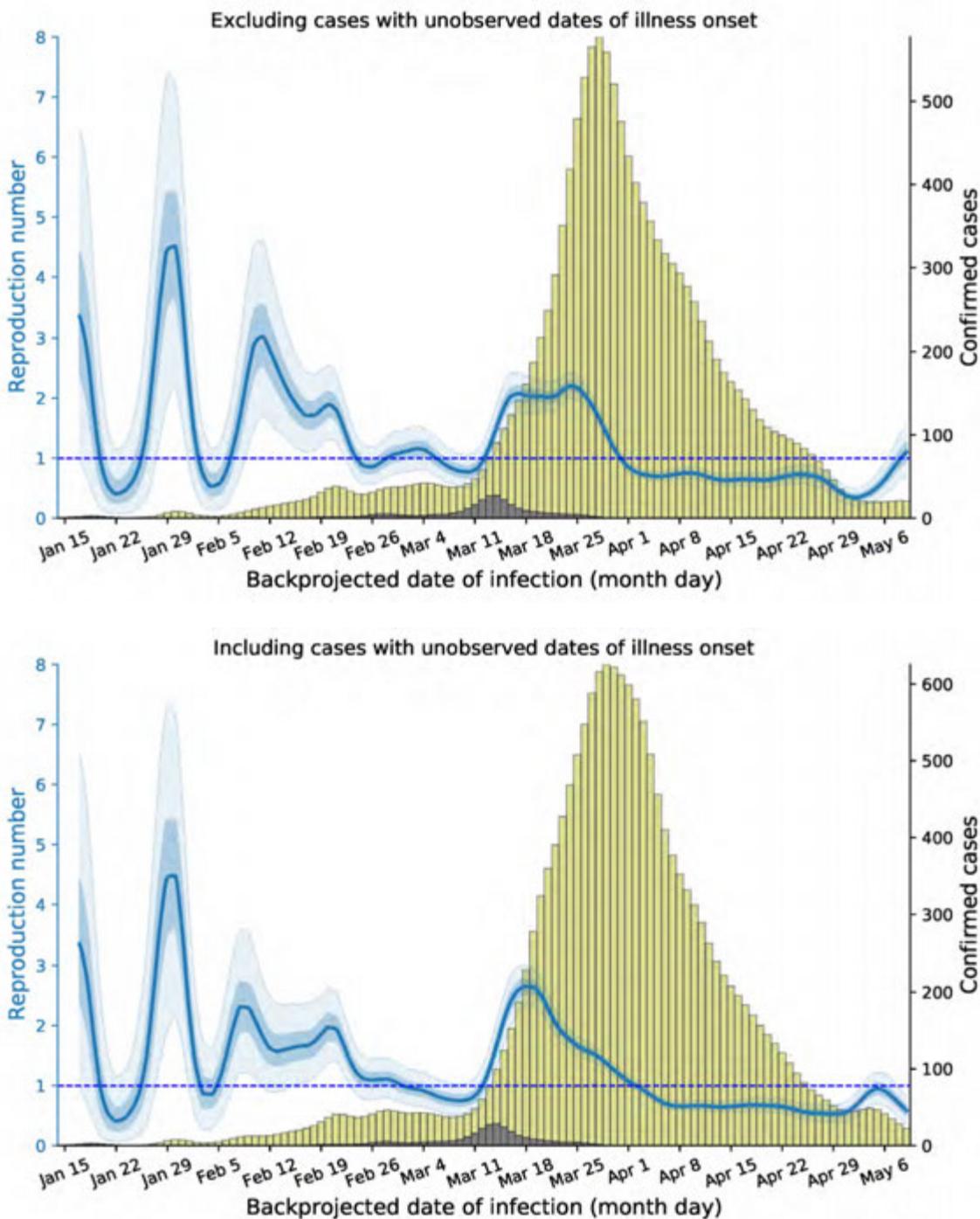
都道府県	累積感染者数 (~5/27)	1週間以内 累積感染者数 (5/21~27)	2週間以内 累積感染者数 (5/14~27)	3週間以内 累積感染者数 (5/7~27)	人口10万対 発生数 (累積)	人口10万対 死亡数 (累積)
北海道	1066	51	88	157	20.3	1.6
青森	27	0	0	1	2.2	0.1
岩手	0	0	0	0	0.0	0.0
宮城	88	0	0	0	3.8	0.0
秋田	16	0	0	0	1.7	0.0
山形	69	0	0	0	6.4	0.0
福島	81	0	0	1	4.4	0.0
茨城	168	0	0	0	5.9	0.3
栃木	65	2	9	12	3.4	0.0
群馬	149	1	2	2	7.7	1.0
埼玉	1000	7	31	84	13.6	0.6
千葉	905	6	19	39	14.5	0.7
東京	5180	59	137	309	37.2	2.1
神奈川	1341	39	138	211	14.6	0.8
新潟	83	0	1	4	3.7	0.0
富山	227	0	5	11	21.7	2.1
石川	296	6	12	25	26.0	2.1
福井	122	0	0	0	15.9	1.0
山梨	60	0	3	4	7.4	0.1
長野	76	0	0	3	3.7	—
岐阜	150	0	0	0	7.5	0.4
静岡	75	2	2	2	2.1	0.0
愛知	507	1	6	12	6.7	0.5
三重	45	0	0	0	2.5	0.1
滋賀	100	1	4	5	7.1	0.1
京都	358	1	2	18	13.9	0.6
大阪	1782	14	35	101	20.2	0.9
兵庫	699	3	7	28	12.8	0.7
奈良	92	1	1	4	6.9	0.2
和歌山	63	0	0	2	6.8	0.3
鳥取	3	0	0	0	0.5	0.0
島根	24	0	0	0	3.6	0.0
岡山	25	0	0	2	1.3	—
広島	167	1	2	2	6.0	0.1
山口	37	0	0	0	2.7	0.0
徳島	5	0	0	0	0.7	0.1
香川	28	0	0	0	2.9	0.0
愛媛	81	7	30	33	6.0	0.3
高知	74	0	0	0	10.6	0.4
福岡	674	24	26	32	13.2	0.5
佐賀	47	0	1	2	5.8	0.0
長崎	17	0	0	0	1.3	0.1
熊本	48	0	0	1	2.7	0.2
大分	60	0	0	0	5.3	0.1
宮崎	17	0	0	0	1.6	0.0
鹿児島	10	0	0	0	0.6	0.0
沖縄	142	2	4	4	9.8	0.4
全国計	16349	228	565	1111	13.0	0.7

※5月27日時点（感染者数は報告日ベース。長崎県のクルーズ船における陽性者は含めていない。）

【図2 全国の実効再生産数推定値（5月28日版）】

（上図：発病日が既知のデータのみを利用した場合）

（下図：発病日が既知のデータと診断日データから発病日を推定したデータをあわせて利用した場合）

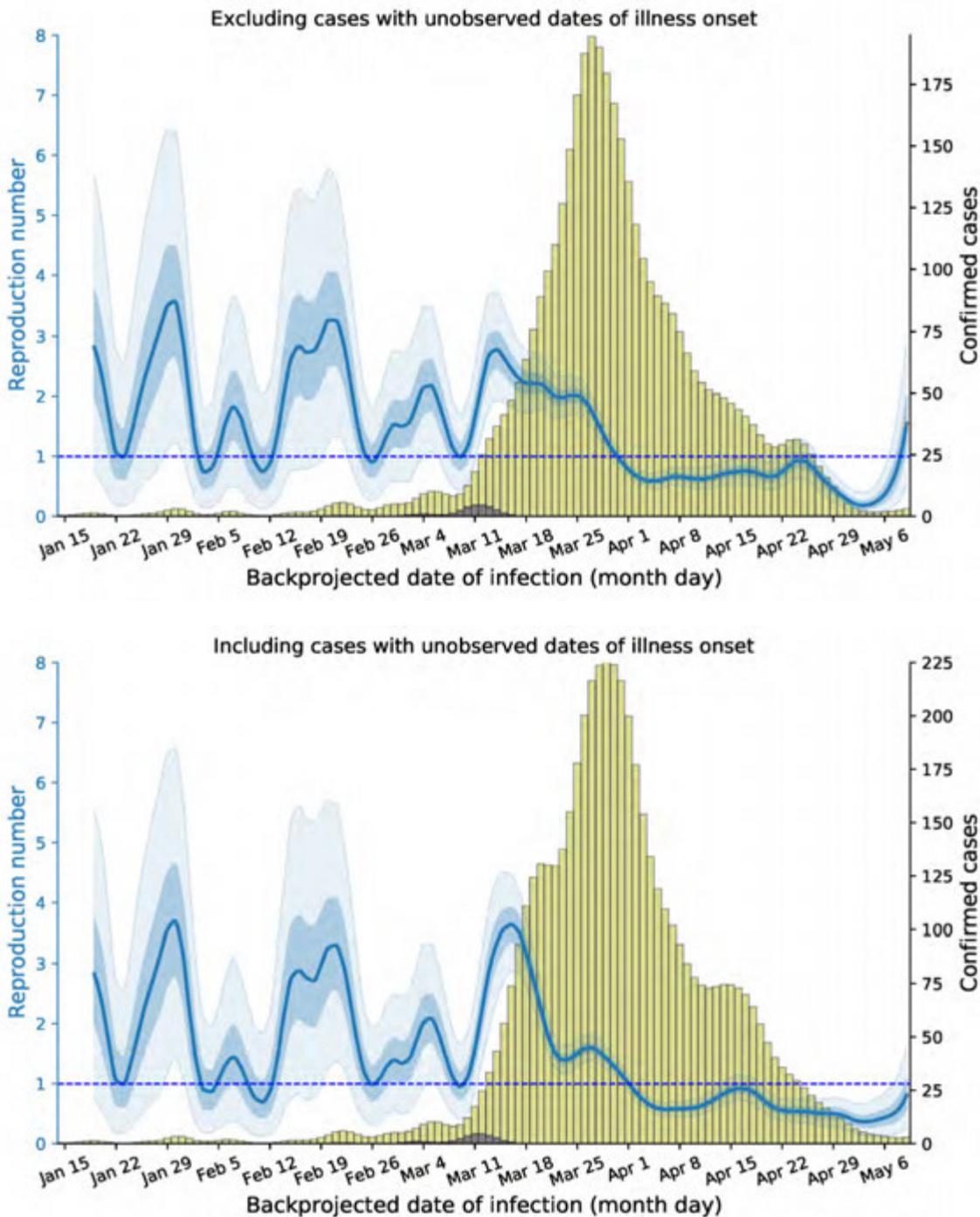


※ 横軸は推定感染日。青線が実効再生産数の代表値とし、95%信用区間に濃い青の影を付した。また、棒グラフは発症者数を示し、色の濃い部分が海外からの輸入例を示す。

【図3 東京の実効再生産数推定値（5月28日版）】

（上図：発病日が既知のデータのみを利用した場合）

（下図：発病日が既知のデータと診断日データから発病日を推定したデータをあわせて利用した場合）



※ 横軸は推定感染日。青線が実効再生産数の代表値とし、95%信用区間に濃い青の影を付した。また、棒グラフは発症者数を示し、色の濃い部分が海外からの輸入例を示す。

## ②世界的な感染状況

- その一方、世界に目を向けると、5月25日現在で累積感染者総数は550万人近くとなっており、アメリカ、ブラジル、ロシアなどの国で感染者数が多くなっている。4月上旬をピークに北米や欧州の感染増加については緩やかに減少しつつある一方で、南米のブラジル、チリ、メキシコ、ペルーや南アジア・中近東、アフリカなどの新興国で感染拡大が続いている。
- こうした中、全世界における1日あたりの新規感染者数は、5月21日前後では連続して10万人を超えるなど、世界的には感染拡大が続いている（図4参照）。

【表1 世界の累積感染者数等について】

（単位（人））

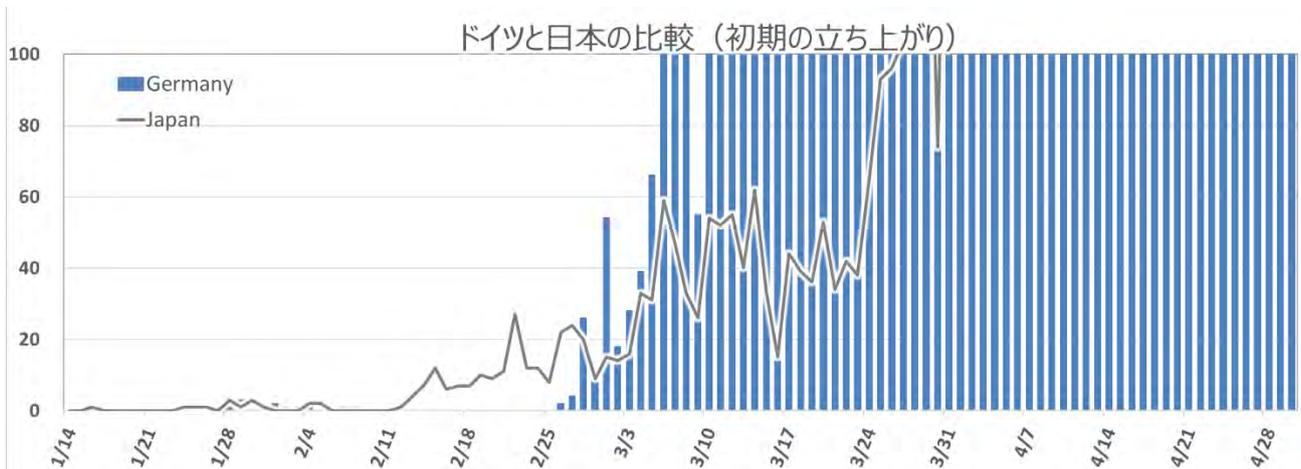
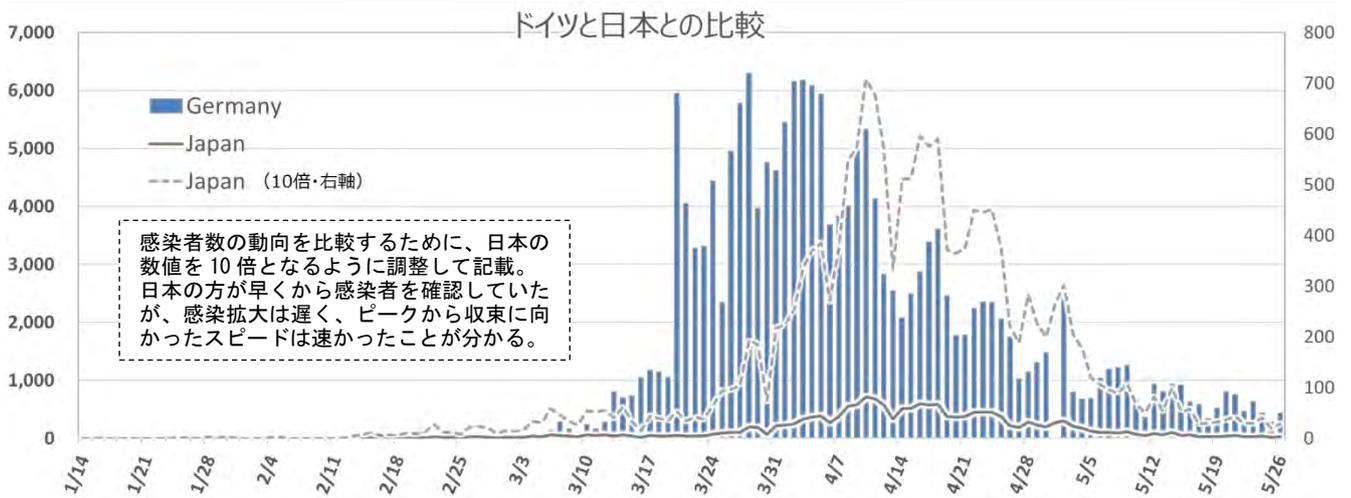
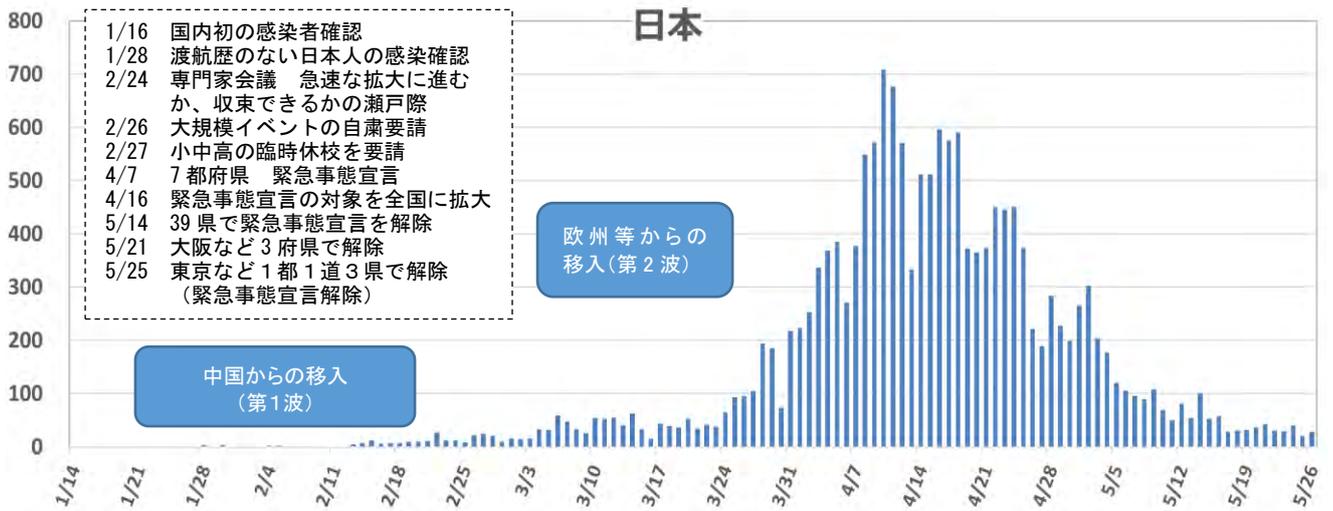
5月25日現在	累積感染者数	人口10万対	死亡者数	人口10万対
アメリカ	1,688,709	510.5	99,348	30.0
ブラジル	365,213	171.9	22,746	10.7
ロシア	353,427	242.2	3,633	2.5
スペイン	282,852	605.0	28,752	61.5
イギリス	259,559	382.5	36,793	54.2
イタリア	229,858	380.1	32,785	54.2
フランス	182,584	279.8	28,367	43.5
ドイツ	180,331	215.3	8,371	10.0
中国	82,985	5.8	4,634	0.3
日本	16,550	13.1	820	0.6
韓国	11,206	21.9	267	0.5
台湾	441	1.9	7	0.03

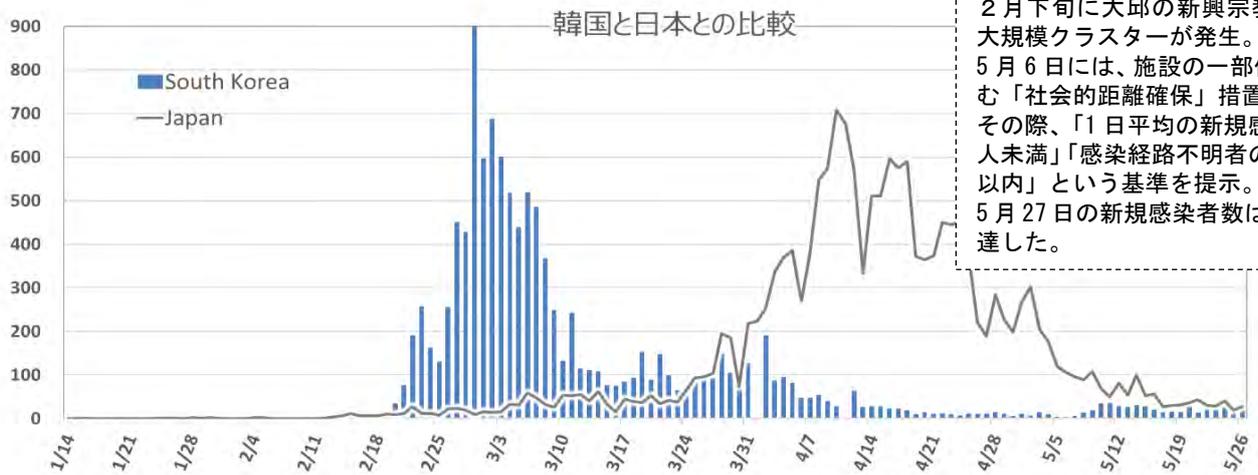
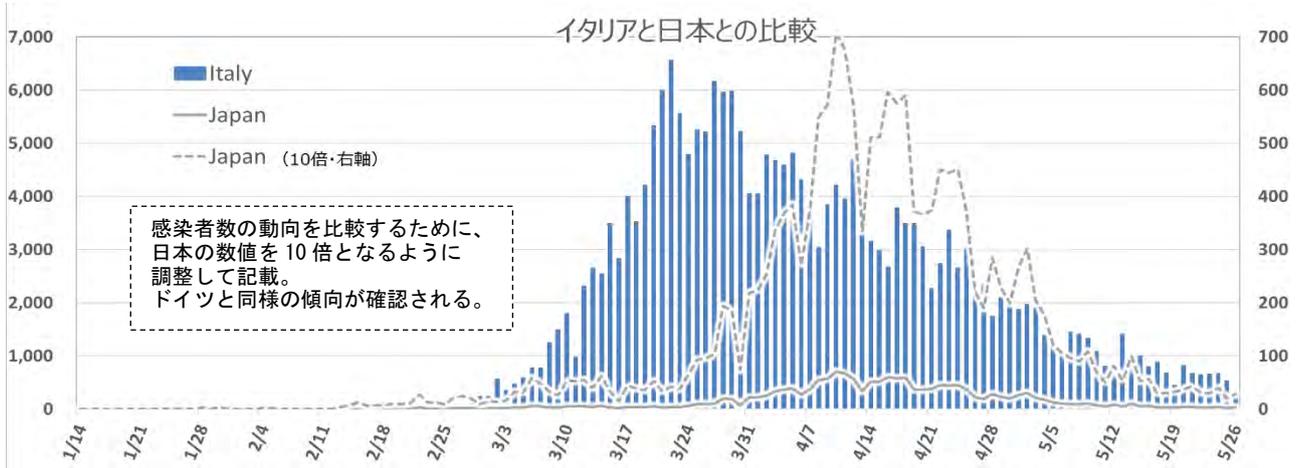
### 【5月24日における1日当たりの新規感染者数増（人）】

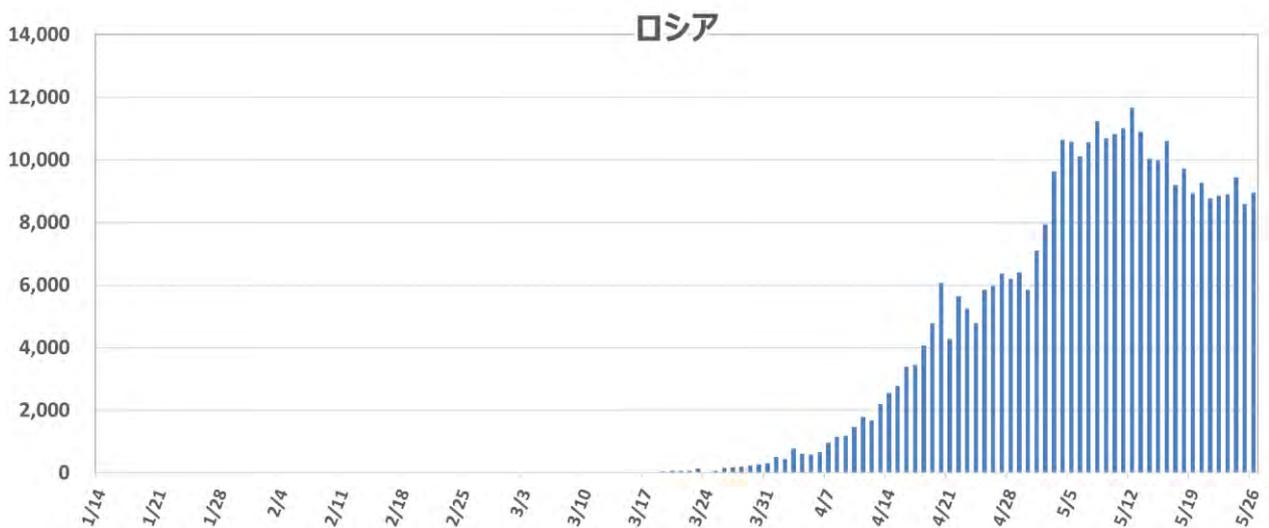
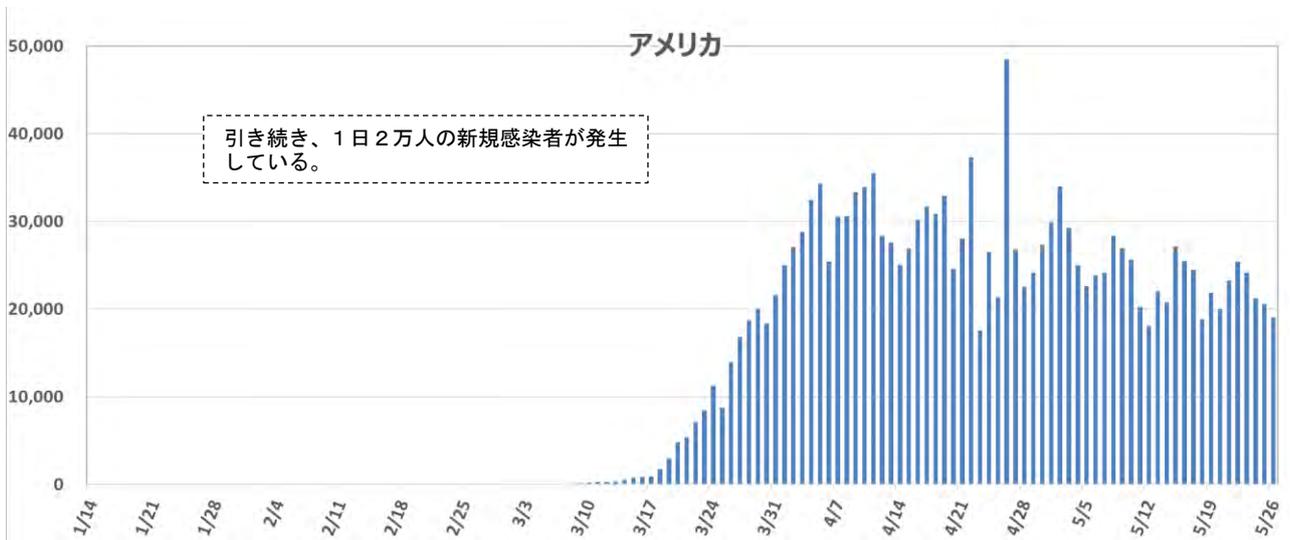
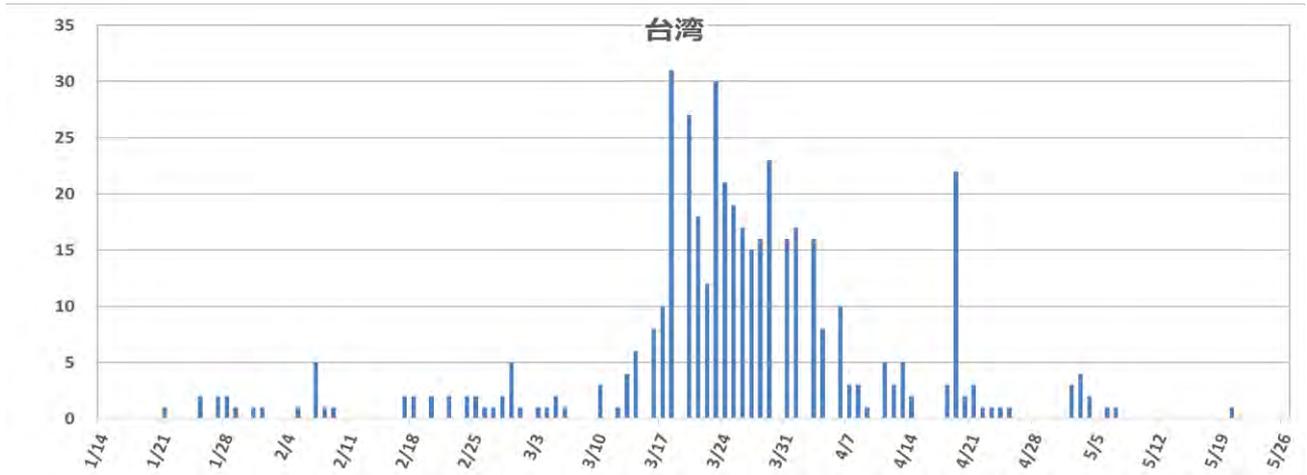
- ①アメリカ 19,608、②ブラジル 16,220、③ロシア 8,599、④インド 7,113、
- ⑤ペルー 4,205、⑥チリ 3,709、⑦メキシコ 3,329、⑧イギリス 2,405、
- ⑨サウジアラビア 2,399、⑩イラン 2,180

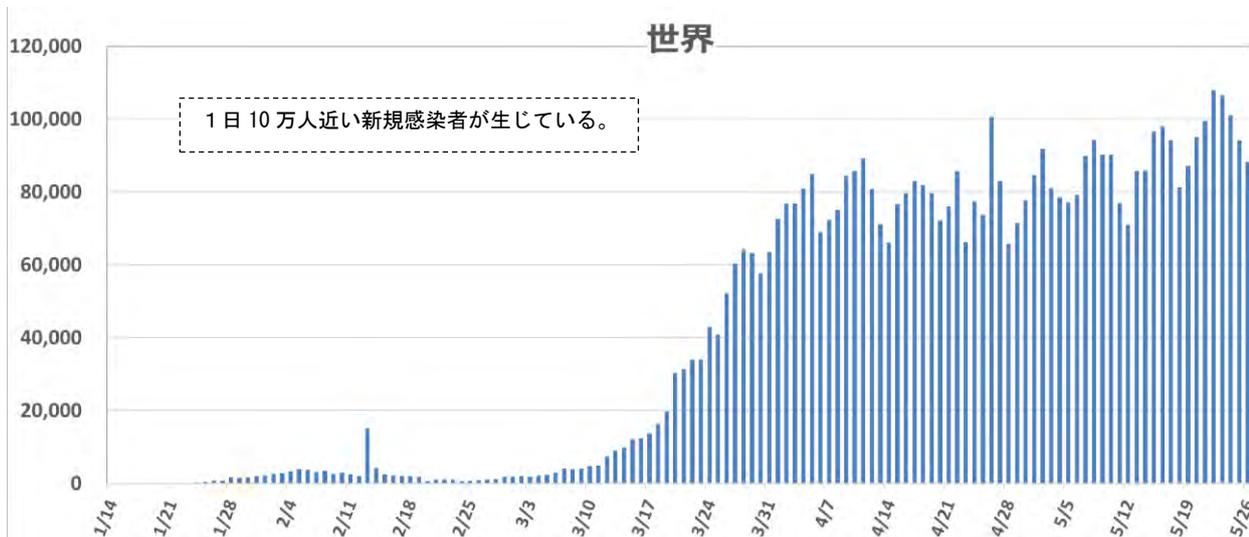
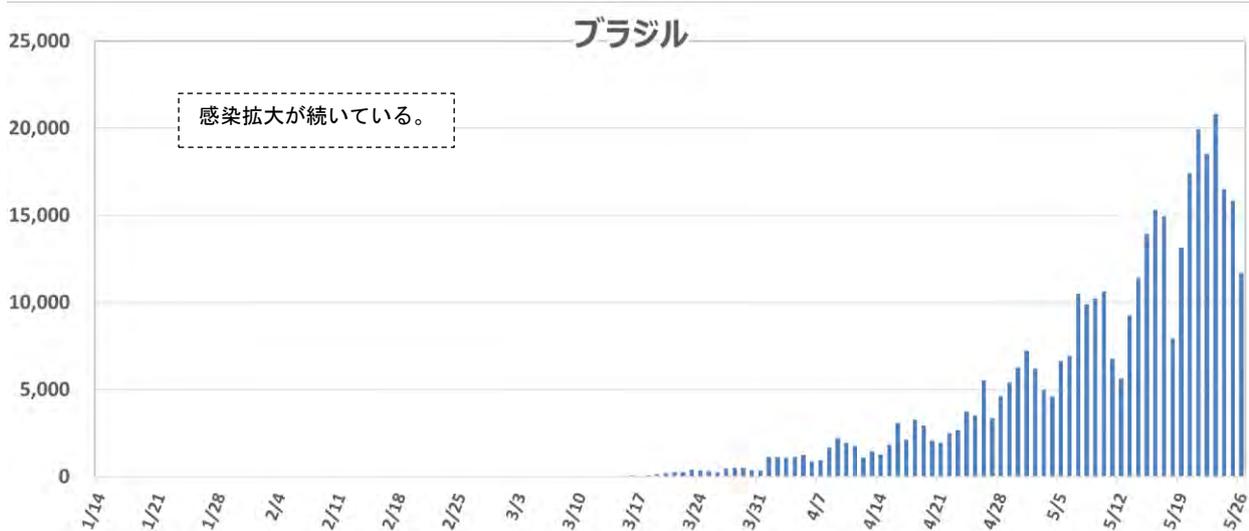
（出典）<https://www.worldometers.info/coronavirus/>

図4 諸外国の新規感染者数の動向（報告日ベース）







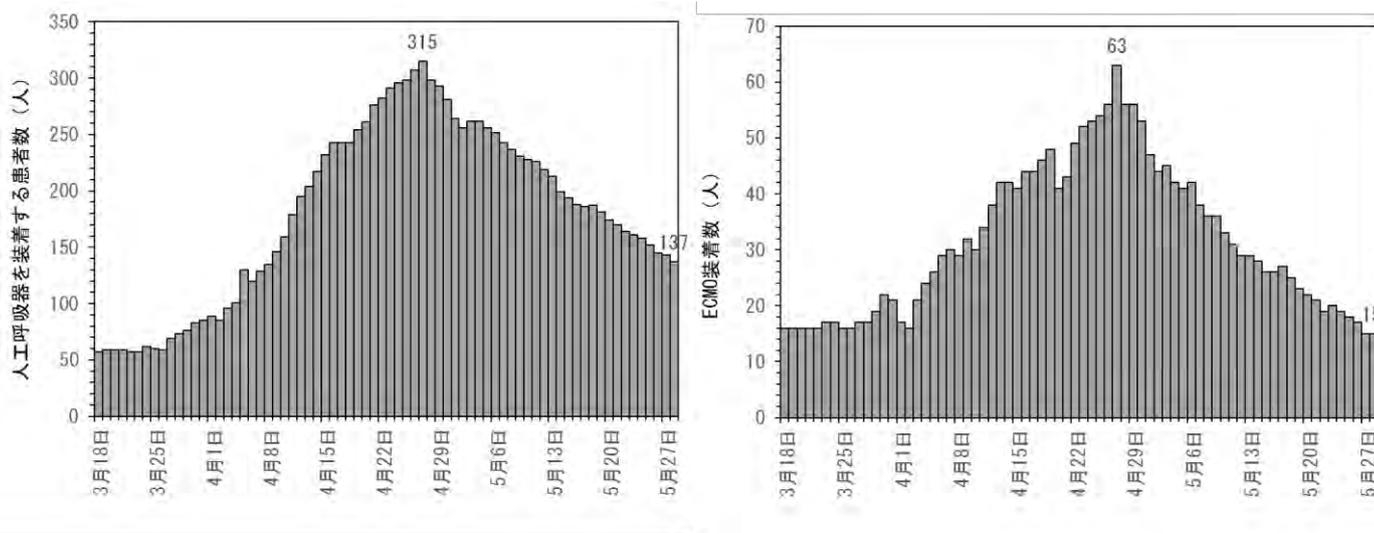


(出典) 日本以外は、以下の HP より作成。 <https://ourworldindata.org/>

## (2) 医療提供体制

- 医療提供体制に関しては、3月下旬以降、特に、大都市圏や北海道、多くのクラスター感染（集団感染）が発生した北陸等で病床の逼迫が見られたが、緊急事態宣言下において、各都道府県で、医療提供体制の整備が進められた。この結果、ピーク時に新型コロナウイルス感染症患者が利用する病床として、5月21日時点では、約3万1千床について、各都道府県が医療機関と調整の上、確保を見込んでおり、約1万8千床について、既に医療機関と個別の病床の割当てを終えている。
- また、新型コロナウイルス感染症患者の療養状況等に関する調査結果でも、4月28日時点では、入院者数が5,627名、うち重症者数（ICUに入院しているか、人工呼吸器あるいはECMOを使用している者の数。以下同じ。）が381名であったのに対し、5月21日時点では、入院者数が2,058名、うち重症者数が184名となるなど、入院者数、重症者数ともかなりの減少傾向が確認された。

【図5 全国で人工呼吸器を要する確定患者数の推移（左図）、全国でECMO装着の患者数の推移（右図）】



※ 日本集中治療医学会の日本 COVID-19 対策 ECMOnet による集計

### 3. 新規感染者数・死亡者数のこれまでの推移等に関する現段階の評価について

- 「1. はじめに」で述べたとおり、本専門家会議としては、緊急事態宣言が解除された現在、
  - (1) 新規感染者数・死亡者数の推移
  - (2) 緊急事態宣言の効果
  - (3) 見えてきた課題について、現段階での評価を行った。

#### (1) 新規感染者数・死亡者数の推移

- 日本における新型コロナウイルス感染症対策は、欧米の先進諸国などと比較して、新規感染者数の増加を抑制し、市民の生命と健康を守り、死亡者数や重症者数を低い水準で推移させている。
- 欧米の先進諸国などと比較すると韓国をはじめ東アジアの死亡者数は総じて少なくなっている。東アジアの中でも台湾の感染者数・死亡者数の低さが突出しており、その主な理由としては、2003年の重症急性呼吸器症候群（SARS）などの経験を基に、新型コロナウイルス感染症が流行する前からの準備が、日本に比べ十分できていたことに加え、脚注<sup>2</sup>で述べた理由などが考えられる。なお、生物学、免疫学的な諸要因を指摘する声もあるが、現時点においては確定的なことは分かっていない。
- 現時点において、欧米の先進諸国などと比較して感染者数・死亡者数が低水準であることの主な理由として、
  - ・ 国民皆保険制度による医療へのアクセスが良いこと、公私を問わず医療機関が充実し、地方においても医療レベルが高いこと等により、流行初期の頃から感染者を早く探知できたこと、
  - ・ 全国に整備された保健所を中心とした地域の公衆衛生水準が高いこと
  - ・ 市民の衛生意識の高さや元々の生活習慣の違い、及び、政府等からの行動変容の要請に対する協力の度合いが高かったこと
  - ・ ダイヤモンドプリンセス号への対応の経験が活かされたこと
  - ・ 緊急事態宣言やその前からの自主的な取組の効果によって、新規感染の抑

<sup>2</sup> 台湾は、2003年の重症急性呼吸器症候群（SARS）対応の際に、医療関係者を中心に数百人の感染者と70人以上の死者を出した反省と教訓があったほか、  
①欧州等からの人々の移入の規模が台湾の方が少なかったこと  
②台湾の方がより早く水際対策による対応（2月6日に中国全土からの入国を禁止、3月19日からはすべての外国人の入国を禁止）を講じたこと。これに対し、日本では、2月1日に中国湖北省からの入国を禁止したが、イタリアの全域、ドイツ、フランス等欧州の大部分の入国を禁止したのは3月27日、米国や英国、中国全域等からの入国禁止は4月3日からであったこと  
などが要因として挙げられる。

制がなされたこと  
などが挙げられる。

- これらに加えて、我が国が実行したクラスター対策の取組が感染拡大を抑える上で効果的であった。クラスター対策とは、積極的疫学調査を実施することで、クラスター感染（集団感染）発生の端緒（感染源等）を捉え、早急に対策を講ずることにより感染拡大を遅らせたり、最小化させたりするためのものである。我が国では、「効果的なクラスター対策」の実施によって、次のような効果が得られたと考えられる。
  - ①クラスターの連鎖による大規模感染拡大を未然に防止できた。
  - ②初期の積極的疫学調査から、多くのクラスターを見つけ、それに共通する「3密」の場や、歌うこと・大声で話すこと、といった特徴を指摘することができた。これにより、クラスター感染（集団感染）が生じやすい環境をできるだけ回避するための対応策を市民に訴えることができた。
  - ③クラスターを中心とした感染者ごとのつながり（リンク）を追うことにより、地域ごとの流行状況をより正確に推計することができていた。つまり、リンクが追えない「孤発例」が増加することは地域で感染拡大を示すものと判断することができ、地域での早期の対応強化につながった。
  
- さらには、こうした取組の中で、①中国由来の感染拡大（第1波）及び欧州等由来の感染拡大（第2波）の検出が早期になされた。先ほど述べた、②効果的なクラスター対策とは、この感染症をどのように捉え、どのような点に力点が置かれながら実施されているか、といった特徴について、詳細は「補論」で述べることにしたい。

## （2）緊急事態宣言の効果

- （1）において言及した法第32条に基づく緊急事態宣言の効果についても触れておく。緊急事態宣言による外出自粛等の要請の主な目的は、
  - ①感染拡大を防ぎ、新規感染者数を減少させることで、市民の生命と健康を守ること
  - ②新規感染者数を減少させることで、医療提供体制の崩壊を未然に防止し、普段であれば救える命が救えなくなるような事態を防ぐことなどが挙げられる。
  
- この感染症の新規感染者数の動向については、これまでも述べてきたように、感染から発病に要する潜伏期間と発病から診断され報告までに要する期間も含めて、その約2週間前の感染の状況を捉えたものにすぎない。報告日ベースの新規感染者数のピークは、これまでのところ4月10日頃であった。
  
- また、この感染症の入院患者の平均在院期間は約2~3週間程度となってい

る。とりわけ、人工呼吸器を要するような重症患者については、在院期間が長期化する傾向にあり、入院患者による医療機関への負荷のピークは、4月27日頃であったと考えられる。

- 他方で、感染の動向を示す「実効再生産数」の推移を見ると、最も感染が拡大した東京都を例に取れば、緊急事態宣言が発出された4月7日以前には実際には新規感染は減少に転じはじめていたと考えられるが、緊急事態宣言により、全国レベルでより安定的に1未満となり、その後も5月連休明けまでを通じて1未満の値が維持されたことが確認されている。
- 新規感染の「感染時期」のピークについては、4月1日頃であったと考えられており、4月1日頃までには実効再生産数が1を下回ったことが確認されている。これは、リスクの高い繁華街などでの休業要請や営業自粛が都市部で早くから実施されていた効果や、クラスターが見られた3密環境の対策を含めて市民の行動変容がある程度起きていたことによるクラスター発生予防効果などの成果であると考えられる。
- 一方、緊急事態宣言後は、実効再生産数が再反転せず、宣言期間中を通じて1を十分に下回りつつずっと低位で維持された。国民のほとんどが感受性を有する現状（感染する可能性がある現状）においては、実効再生産数は接触頻度に比例すると考えられ、緊急事態宣言下で1未満を維持できたのは接触頻度が低い状態を維持できたことを意味している。なお、東京のデータ分析では緊急事態宣言後に実効再生産数が減少したことが示唆されている<sup>3</sup>。
- 緊急事態宣言による以下のような変化を通じて、新規感染の抑制に貢献した可能性が高い。
  - ①営業やサービス業を含む企業活動を含め、緊急事態宣言期間中を通じて、感染者と感受性がある（感染する可能性がある）人との接触機会が継続して抑制され、その減少が維持された可能性
  - ②クラスターが発生した業種をはじめとするクラスターが発生しやすい場所・施設の利用機会が、緊急事態宣言による法第24条第9項と第45条による外出自粛要請及び施設の使用停止の協力要請や使用制限との組み合わせにより実効的に新規感染が抑制された可能性
  - ③感染拡大は大都市圏から地方へと波及する傾向にあったが、緊急事態宣言により域外への外出自粛を要請することで、人の移動が抑制され、大都市圏内の感染拡大だけでなく、地方都市への感染拡大に歯止めがかけられたこと

<sup>3</sup> 北海道大学西浦教授らの推計によれば、①3月25日迄の3月、②3月26日～4月7日、③4月8日以降、の3期間に分けて実効再生産数を階段関数により推定したところ、それぞれ1.73（95%信用区間：1.69-1.77）、0.82（95%信用区間：0.79-0.86）、0.59（95%信用区間：0.56-0.62）と推定された。

④4月16日から5月14日までは全国が対象となり、国と連携して、全国の都道府県知事の下、一体となって対策が推進されたこと、などが挙げられる。

- また、緊急事態宣言による医療提供体制への影響としては、
  - ①宣言により、地域において入院医療体制の整備が一気に進んだこと、
  - ②こうした対応が進む中で、新規感染の抑制の成果と相まって、医療提供体制は一時の逼迫を免れたことなどが考えられる。
  
- 今後とも更なる詳細な検証が期待される。

### (3) 見えてきた課題

- このように、新規感染者数等の抑制に関しては一定の成果を挙げたものの、緊急事態宣言下における各種の取組を通じて、多様な課題が明らかとなった。
  
- 国内においては、SARS や中東呼吸器症候群 (MERS) の感染者が報告されることはなかったが、これらの対応に関する直接的な経験を得ることもなかった。また、我が国では2009年の新型インフルエンザ発生以来、新型インフルエンザ等特別措置法の制定や政府行動計画の作成・運用を通じてパンデミック対策を行ってきたが、指摘された課題<sup>4</sup>のうち改善が十分ではない点があったことや、新型インフルエンザ対策とは異なり、簡便に利用可能な検査キットや効果的な治療薬・ワクチン等がない中での対応が求められている点などが課題としてあげられる。
  
- 具体的には、保健所の業務過多により相談から検査までの時間がかかったこと、検体採取機関の不足・キャパシティ不足により、検査が必要な方に対して、PCR等検査が迅速に行えなかったこと、医療機関が逼迫し、受入病床・宿泊療養施設の確保に時間を要したこと、感染者のピーク時に必要となる衛生資材（サージカルマスクなどの個人防護具、消毒用エタノール等）が早期に確保できなかったこと、感染者数が増加する中で感染症サーベイランスシステムの入力率が低下したこと、広報・リスク／クライシスコミュニケーションの体制が不十分であったことなど、多岐にわたった。
  
- これらの課題のうち、主な事項については、次章において、改めて政策分野ごとに整理した上で、指摘を行うとともに、次なる波に備えた対応の方向性を指摘する。

<sup>4</sup> 新型インフルエンザ<sup>\*</sup> (A/H1N1)対策総括会議 報告書,平成 22 年 6 月 10 日.

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/dl/infu100610-00.pdf>

#### 4. 今後の政策のあり方 ～ 次なる波に備えた安全・安心のためのビジョン ～

- 3月下旬から生じた急激な感染拡大については、これまでの多くの市民の皆様のご協力により、オーバーシュートを免れ、新規感染者数をいったん減少傾向に転じさせることができた。専門家会議として、改めて、これまでのお一人おひとりのご協力を、心より感謝申し上げたい。
- しかし、この感染症に対しては、長丁場での対応が予想され、現に諸外国においては、行動制限の解除後に感染の再拡大が起こった例も複数報告されている。このため、次なる波に備えて、前章で例示したこの間の経験を通じて、明らかとなった様々な課題を振り返った上で、それらを速やかに解決する必要がある。
- 具体的には、国は、以下に示す「次なる波に備えた安全・安心のためのビジョン」の方向性にしたがって、各種課題などに対する対応を講ずることにより、国民の生命を守っていけるようにするだけでなく、政策が目指すべきところを指し示すことにより、国民の不安の解消にも努めるべきである。



(1) 次なる波に備えた「検査体制」(行政的検査・臨床診断的検査の両方を含む)の更なる強化について

(2) 次なる波に備えた「医療提供体制」の更なる強化について

(3) 次なる波に備えた「保健所機能」・「サーベイランス」・「感染予防対策」の更なる強化について

①感染時の重症化リスクの高い集団に対する感染予防対策について

- ・ この感染の拡大防止にあたっては、クラスターの連鎖をいかに防いでいくかが課題であり、特にクラスター連鎖が生じやすい場所として、
  - i) 病院内、
  - ii) 高齢者・障害者施設等における施設内、
  - iii) 接待を伴う飲食店などについて、重点的な対応を講じていくことが求められる。

②水際対策の見直しの方向性について

- ・ さらに、3月下旬以降の感染拡大に、海外からの輸入例が大きな影響を及ぼしたと想定されることを踏まえ、水際対策の見直しに当たっては、慎重な対応が求められる。

(4) 治療法・治療薬の確立、ワクチン等の開発の促進について

## (1) 次なる波に備えた「検査体制」の更なる強化について

- 特に4月上旬から中旬にかけて感染者数の増大が見られた時期に、医師が必要と判断した者に対し、PCR等検査が迅速に行えない地域が生じた。検査体制の更なる強化を図ることにより、より迅速な検査を行うとともに、濃厚接触者の検査などの感染防止対策の強化や、院内・施設内の感染防止の対策の強化を行う。

	課題	対応策	今後の方向性
相談体制 受診・検体採取	<b>保健所の業務過多</b> ・電話が繋がらない ・相談から検査を受けるまで時間がかかる ・検査が必要な者に対し、PCR等検査が迅速に行えなかった。	○保健所の体制強化 ・全庁的な体制強化、 <b>業務の外部委託の推進</b> ○相談センターを通じない受診ルートの拡充 ・地域外来・検査センターの設置促進によるかかりつけ医への相談ルートの確立 ○ITを利用した情報収集、情報提供等の効率化	○ <b>早期診断により、早期の医療や感染拡大防止につなげていく</b> ことが重要。 ○平行して <b>前駆症状・初期症状の解明</b> や、早期診断・早期治療につなげるための <b>検査対象の検討</b> も行っていく必要がある。 ○このため、左記の対策をさらに進め、迅速・スムーズに対応できる体制を構築し、 <b>相談から検査を受けられるまでの日数の短縮</b> を図る。 ○ <b>抗原検査については、PCR等検査との役割分担を明確化</b> した上で、感染力の高い人を探知できるという特性を活かし、院内感染、施設内感染の防止に向けた積極的な活用を促していく。 ○唾液検査等の簡易検体採取及び迅速診断法の実用化を加速化する。
	<b>検体採取機関の不足</b> ・人材の不足 ・个人防护具の不足	○地域医師会等と連携した <b>地域外来・検査センターの設置</b> 等 ・ドライブスルー方式等の導入による検査の効率化 ○人材の確保：地域の医師会等との調整、看護師の復職呼びかけ、歯科医師等の活用など幅広い人材の活用 ○ <b>医療機関と都道府県等の契約締結の促進</b> ○マスク・ガウン等の个人防护具の供給 ・緊急時の国直接配布、个人防护具の備蓄等	
<b>検査機関のキャパシティ不足</b> ・民間検査機関の偏在 ・試薬の確保に課題 ・抗原検査は、精度に課題があり、役割分担が確定していない ・検査を行える人材の不足	○地方衛生研究所・医療機関等への検査機器導入支援 ○ <b>民間検査受託機関</b> の活用 ○検査の自動化の推進 ○様々な検査試薬を利用するための品質管理（バリデーション等）の実施 ○ <b>抗原検査の活用</b> （5/13に薬事承認・保険適用） ○行政検査・臨床診断検査、両面からの強化 ○PCR等検査を行える人材を養成するための研修		
<b>迅速性・正確性の問題</b> ・届出の方法（現行はFAX） ・把握の正確性	○地域における感染症情報センター機能の強化 ○ <b>HER-SYS</b> （※）の導入（5月中に稼働開始） ・感染者等の情報（症状、行動歴等）を電子的に入力し、一元的に情報の管理、共有 （※）新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム		

## ○各種検査方法の特徴と留意点について

### PCR 等検査の留意点

- 新型コロナウイルスに特異的なウイルス遺伝子配列を PCR 法、RT-PCR 法、LAMP 法等により増幅して検出する検査法であり、主に鼻咽頭や咽頭のぬぐい液等の検体の中に、わずかでもウイルスの遺伝子が含まれていれば増幅して検出できる。
- PCR 等検査は、感染性のあるウイルス粒子そのものではなく、あくまでウイルス遺伝子の存在を鋭敏にとらえる方法であることに留意する必要がある（PCR 等検査陽性＝感染性のあるウイルス陽性、というわけではない）
- 比較的感度が高いという特徴があるが、検査には専用の機器と熟練した人材が必要であり、検査結果が出るまでに数時間を要するなど簡便な検査とは言いがたい（業者による検体搬送を伴う場合は数日程度を要する。）。さらには、鼻咽頭や咽頭のぬぐい液等の検体採取時の医療従事者の感染防止にも十分注意する必要がある。
- 現在、唾液検体を用いた検査法も検討が行われている。

### 抗原検査の留意点

- 抗原検査は、主に鼻咽頭や咽頭のぬぐい液等の検体の中に、含まれるウイルスの成分である抗原に特異的に結合する抗体と反応させることにより、検体採取時点で感染をしているかどうかを確認する検査である。
- 30 分程度と短時間で診察室などでも簡便に検査ができるキットが国内で承認され、流通が始まったところである。
- 一方で、PCR 等検査と比較すると、陽性になるために多くのウイルス量が必要であり、ウイルス量が少ない場合の検出能力が低いため、現時点では、発症前などの症状に乏しい感染者に対する検査には使いにくいという限界がある。これらの検査限界を知りながら使用することには意義がある。

### 抗体検査の留意点

- 抗体検査とは、病原体に対応するため、体内で作られる「抗体」と呼ばれるたんぱく質が、血液中にあるかどうか調べるもので、過去の感染の有無を確認する検査である。一般的に抗体がある場合には、病原体に対する免疫が獲得されているとされるが、新型コロナウイルス感染症における知見は明らかでなく、現時点では、過去の感染の確認以上の意義を持たない。
- 今後、政府は、6 月初旬に地域での感染拡大の状況を把握するために 1 万人規模で抗体検査を行う予定である。ここでは、抗体の保有状況を正確に把握するために定量的測定が可能な手法などにより詳細な評価を行う予定である。

### すべての検査に共通する留意点について

- PCR 等検査、抗原検査、抗体検査では、いずれも偽陽性（誤って陽性と判定されること）や偽陰性（誤って陰性と判定されること）が一定の確率で起こることが知られている。これには検査方法の特性の場合のほか、検体採取方法・手技によることがある。
- 特に、研究用試薬として市場に流通しているものを用いる場合には、注意が必要である。例えば、抗体検査については、主にイムノクロマト法と呼ばれる迅速簡易検出法（特殊な検査機器を要しない検査法）のキットが研究用として流通しているが、日本国内で医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（薬機法）上の承認を得たものではない。期待されるような精度が発揮できない検査法による検査が行われている場合があり、注意を要する。
- 検査等を個人が自由意思で受ける場合も、提供する医療機関が十分な説明を行い、こうした限界を十分に理解する必要がある。また、国内外において、組織的に従業員や学生に検査を受けさせる動きが見られるが、検査の限界やリスク、結果の取扱いも含めた十分な説明を受け、自由意思に基づく実施体制とすべきである。特に、抗体検査の場合、その結果のみをもとにした取扱いの変更があってはならず、陽性者に対して感染リスクの高い作業に従事させることがないよう、留意と周知が必要。

## (2) 次なる波に備えた「医療提供体制」の更なる強化について ～ 平時の医療提供体制との切替え ～

- 今後、感染が大きく拡大する局面も見据え、必要となる医療提供体制を重症度別に確保しておくべきである。この際、3月下旬からの経験を踏まえて、流行の立ち上がり速度や緊急事態宣言を含む公衆衛生上の対策の効果を踏まえた新たな患者数の再推計を行うとともに、併せて、患者が少ない時であっても準備をしておくべき最低限の病床や宿泊療養施設の病床数等の目安を示し直すとともに、その確保を都道府県に求めていくべきである。
- また、感染が小康状態であっても、これまで100～140人規模の比較的大規模なクラスターが複数発生したことに鑑み、すべての都道府県は同規模のクラスターが突然発生することを想定して常に備えるべきである。そのため確保している病床をすべて平時の状態に戻すのではなく、そのうち最低限の確保すべき病床数等については、原則空床としたり、患者の移動などにより速やかに入院させることができる病床として確保しておくべきである。また、軽症者用に宿泊療養施設は常に一定数以上確保しておくことや、それでも入院病床が確保できない場合が起きうることも想定し、周辺都道府県への広域搬送することについても事前に協議し、体制を整えておく必要がある。
- さらに、医療提供体制の逼迫を予防する観点から、確保病床数と患者発生数等の参考に、緊急事態宣言とは別に都道府県ごとに「メディカル・アラート (Medical Alert)」を発出する条件などを検討すべきである。

	課題	対応策	今後の方向性
入院医療体制	<b>医療機関の逼迫</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受入病床・宿泊療養施設の確保</li> <li>・重症患者受け入れ医療機関の確保</li> <li>・医療機関ごとの役割分担の明確化</li> <li>・病院の財務状況が悪化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>都道府県ごとのピーク時に対応可能な病床数、入院者数、宿泊療養者数、自宅療養者数の公表</b></li> <li>○ <b>調整本部の設置 (47 都道府県で設置済)</b></li> <li>○ 重点医療機関等の設置及び拡充</li> <li>○ 感染が小康状態における病床確保と感染拡大時に向けた計画及び備え</li> <li>○ 疑い患者を受け入れる病院の確保</li> <li>○ 重症者増加時の三次医療圏内の重症者向け病床確保計画の立案</li> <li>○ 大規模クラスターが発生した場合に広域搬送を可能とする体制整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○引き続き、病床確保など左記の対応を進めていく一方で、新型コロナウイルス感染症以外の患者に対する医療を通常どおり実施できる体制の確保にも努めるものとする。併せて、医療機関の財政的支援も検討していく。</li> </ul>
病床調整	<b>空き病床の把握、調整の仕組み</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病床の稼働状況等を電話で確認する以外情報を得る方法がない。</li> <li>・関係機関で情報共有がなされない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>G-MIS</b> (※) により、病院の稼働状況、医療機器 (人工呼吸器等)、医療資材 (マスクや防護服等) の確保状況等を一元的に把握・支援</li> <li>○ 「患者搬送コーディネーター」に必要な連絡が取れる体制の確保</li> <li>○ 宿泊療養施設受入可能室数等について、国でも把握</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○併せて、<b>平時の医療提供体制との切替えが円滑に行われるようにしていく。</b></li> </ul>
資材	<b>人工呼吸器、ECMO、PPE 等の確保</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ピーク時に必要となる資材等の確保</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>緊急包括支援交付金</b>により、人工呼吸器や個人防護具、簡易陰圧装置などの設備整備等を支援 (※) 新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○これらの取組を通じて、感染再拡大時に、<b>普段なら救える命が救えなくなるような医療崩壊を絶対に起こさせないようにする。</b></li> </ul>
人材	<b>医療人材の確保</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療従事者の離職、人材不足</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○緊急包括支援交付金等より、①現場の医療従事者の離職防止、②潜在有資格者の現場復帰促進、③医療現場の人材配置転換等に取り組む。</li> </ul>	

### (3) 次なる波に備えた「保健所機能」・「サーベイランス」・「感染予防対策」の更なる強化について

- 今後、感染拡大の局面を見据え、クラスター対策が可能な水準を引き上げる必要性がある。また、患者情報や感染状況の的確な把握等ができる体制を整備するとともに、感染時の重症化リスクの高い集団等に対する感染予防対策を強化しておく必要がある。

	課題	対応策	今後の方向性
保健所体制強化 業務分担	<b>積極的疫学調査の体制</b> ・積極的疫学調査、入院患者の経過状況把握だけでなく、感染者の移送業務、医療機関からの頻繁な連絡への対応などで忙殺。	○本庁からの応援、OB 職員の再雇用、都道府県看護協会からの支援など ○ <b>帰国者・接触者相談センター業務</b> （コールセンター、メディカルコンシェルジュ）の <b>委託・外注を促進</b> ○各都道府県等において、積極的疫学調査を行う人材の育成を図る。	○保健所の体制強化と ICT の活用によりクラスター対策を抜本的に強化。 <b>クラスター対策が可能な水準を引き上げる</b> ことにより、クラスターからクラスターへの感染拡大を断ち切る。 ○実地疫学専門家や公衆衛生従事者などの感染症疫学に携わる人材養成を推進する。
	ICT活用 <b>状況把握に課題</b> ・人員を十分に増やせない中、効率的な感染対策や感染状況等の把握に課題	○ <b>接触確認アプリ</b> の活用 ・接触確認アプリや SNS 等の技術の活用を含め、効率的な感染対策や感染状況等の把握を行う仕組みを政府として早期に導入する。	
サーベイランスの強化	<b>データの収集・報告に関する課題</b> ・感染者数が増加する中、感染症サーベイランスシステム（NESID）の入力率が低下。個別自治体からの直接聞き取りや、HP 等で公表情報を参照せざるを得ない状況となった。 ・休校された学校が多かったため、学校における感染の症例は今のところあまり把握されていない。	○ <b>HER-SYS</b> を全国で導入。 ・感染症法に基づく届出、検査実施、治療中の病状の変化、積極的疫学調査における健康観察、患者死亡等の複数の主体が共有すべき情報の効果的・効率的な収集・共有を図る。 ・ <b>新型コロナウイルス感染症に係る情報管理は NESID から HER-SYS に移行（NESID の入力が必要なくなる）</b> 。NESID 入力済みデータは、厚生労働省が一括移行。その他の自治体保有情報は、自治体の要請に応じ、厚生労働省が HER-SYS へのデータ移行を支援。 ・医師等に対して、疑似症の定義に該当し検査する場合に届出をすることについて周知を徹底。濃厚接触者についても HER-SYS への入力を徹底する。 ○地域の感染症サーベイランス機能を持つ地方感染症情報センターの充実強化 ○学校の再開に伴い、「学校欠席者情報収集システム、保育園サーベイランス」の強化を通じた流行状況の把握が求められる。	○感染経路の分析などにつながる積極的疫学調査の詳細情報の国と自治体との共有について、個人情報への配慮の観点も踏まえつつ、 <b>ルールを明確化</b> する。
感染予防対策の強化	<b>院内・施設内等でクラスター連鎖が頻発</b> <b>海外からの輸入例</b>	○感染時の重症化リスクの高い集団等に対する感染予防対策として、院内感染対策、高齢者・障害者施設等における施設内感染対策が求められる。 ○今後、人々の国を超えた往来についての議論が始まることが想定される。	○ <b>下記（５）、（６）において対策を整理する。</b>

#### (4) 治療法・治療薬の確立、ワクチン等の開発の促進について

- 新型コロナウイルス感染症に対しては、まずは効果的な治療法・治療薬を開発し、過度に恐れずに済む病気に変えていくとともに、ワクチン等の開発を強力に進めつつ、研究体制を整えることにより、感染症の克服を目指していく。

	課題	対応策	今後の方向性
重症化メカニズム 解明	<b>重症化メカニズムが未解明</b> ・大部分の患者が無症状又は軽症である一方、重症化を来すメカニズムが不明であった。 ・早期介入により重症化を防止する重症化マーカーが存在しなかった。	○5月18日に改訂した「診療の手引き」において、無症状から中等症への病状進行を示すサイン、 <b>重症化マーカー</b> として有用な可能性がある項目を示している。 あ ○より精度の高い重症化マーカーの確立に向けた研究を行う。	○検査体制の拡充とあわせ、早期診断により患者を軽症段階で確実に捕捉し、早期の介入によって、重症者・死亡者の発生を防ぐ。 ⇒ <b>過度に恐れずとも済む病気に変えていく。</b> ○ <b>迅速・効率的な重症化マーカー、治療法・治療薬等の開発</b> に向け、臨床研究を実施する。
治療法・治療薬の開発	<b>治療法・治療薬が存在していない</b> ・新たな感染症のため、確立された治療薬が存在しなかった。 ・血栓症など治療上注意すべき病態が徐々に明らかになってきている。	○ <b>レムデシビルは既に薬事承認</b> され、必要とする患者のもとに届くよう、在庫の確保及び適切な供給が図られている。 ○ <b>ファピラビル（アピガン）、シクレソニドなどについても早期承認に向けた治験等</b> が行われている。 ○令和2年度補正予算（案）などを活用し、既存の治療薬等の治療効果及び安全性の検討や新薬の開発を行う。 ○血栓症など注意すべき病態にも対応できるよう、適宜知見を集めて診療の手引きを改訂する。	
ワクチン 開発	<b>ワクチンも存在していない</b> ・新規感染症のため、ワクチン等も存在しない。（MERS,SARSは未だ有効なワクチンがない。）	○必要な予算を確保し、有効性・安全性の優れたワクチンの開発を行う。また、生産体制の構築も同時進行で進め、 <b>「できるだけ早く」国民に必要なワクチンを確保し、速やかに接種を行える体制の構築</b> に向けて準備する。	○国内においても <b>「新型コロナウイルス」のワクチンをできるだけ早期に開発</b> するとともに、並行して、 <b>供給体制の強化及び接種体制の整備</b> を図る。
研究体制	<b>研究体制が不十分</b> ・諸外国に比べ専門家が少ない等、研究体制が不十分。特に臨床検体を収集して病態解明につなげる研究や、状況に応じて機動的な研究が不足 ・医師は、診療業務等に追われ、研究補助の人員も不足し、貴重な臨床データ等が散逸。 ・研究機関が公衆衛生上の危機に関する法令・指針の例外規定の運用に不慣れ。 ・地衛研においては、検査・情報提供等に追われ、研究に関わる時間・人員が不足している	○貴重な臨床情報の散逸を防ぐためにも臨床情報等を収集する仕組みを設け、 <b>パンデミック時に即座に対応する調整機能が必要</b> 。 ○人員確保や体制整備等を直接経費で賄うことが必要。 ○研究対象者の保護を最優先としつつ、研究機関や倫理審査委員会が法令・指針の例外規定を適切に運用し、質の高い研究を迅速に推進する体制を構築する。	○ <b>迅速かつ機動的に研究事業を企画し、散逸するデータをまとめ、調整する</b> 感染症研究の <b>オールジャパン</b> の体制を構築する。 <b>国立感染症研究所と国立国際医療研究センターを中心に、感染症関連学会等や関係機関と協力して必要な人材や継続的な研究費を確保しながら整える。</b>

## (5) 感染時の重症化リスクの高い集団等に対する感染予防対策について

- 前述のとおり、この感染症は、約 8 割の方は他の人にうつさない一方で、残りの 2 割の中の一部の方によるクラスター感染の連鎖を通じて感染が拡大することが分かっている。
- 前述のとおり、感染の拡大防止にあたっては、クラスターの連鎖をいかに防いでいくかが課題であり、引き続き、クラスター感染が生じた場所等に対する注意喚起や重点的な対応を講じていくことが求められる。
- 併せて、感染時の重症化リスクの高い集団等に対する感染予防対策を講じていく観点からは、具体的にどのような環境下で感染拡大が生じたかを解明していくことが重要である。こうした観点から、クラスター感染が生じた場として、院内感染対策と高齢者・障害者施設等における施設内感染対策を整理した。  
さらに、国、国立感染症研究所及び地方衛生研究所並びに地方感染症情報センターは、大学などの研究者の力を借りて、疫学調査の結果収集・分析を行うことにより、感染経路の更なる特定、感染防止対策の精緻化につなげるとともに、保健所が積極的疫学調査を行うための支援に努めていくことが求められる。また、自治体から国等への疫学情報の迅速な集約を支援したり、広域クラスターの対応・調整の仕組みを整備する必要がある。

### ①院内感染対策について

- 諸外国においても、大規模な院内感染や施設内感染が多発しており、我が国でも各地で発生した。特に新型コロナウイルス感染症と診断されていない入院患者や医療・施設従事者等から感染源が持ち込まれるケースが多く、院内において感染拡大につながった要因として、以下のような例が散見された。
  - ・ 発症前でも感染させたり、発症しても軽症者が多い特性もあり、感染に気が付かなかった。
  - ・ 更衣室（ロッカー室）を使用する時間帯が重複しており、他のスタッフと接触する機会が多かった。
  - ・ 狭い休憩室で他のスタッフと一緒に休憩をした。
  - ・ 同じパソコン、マウス、プリンター等を多くのスタッフが共同で使用した。
  - ・ スタッフの少ない夜勤帯に複数名の患者や入居者の受け入れを行い、手指消毒がおろそかになってしまった。
  - ・ 意思疎通が困難な患者や入居者の誤飲を防ぐため手指消毒剤等の設置ができず、手指消毒の機会が減ってしまった。
  - ・ 職員が体調不良であるにもかかわらず、勤務を続けざるを得ない場合があった。
- 再度、休憩室や更衣室等の環境整備、適切なタイミングでの手指消毒の徹底など、改めて、いずれの医療機関においても基本的な感染症対策を徹底するな

どの対策が行えるよう準備を進める必要がある。同時に各医療機関は定期的に地域の流行状況を把握し、流行が起り始めた場合には、幅広く新型コロナウイルス感染症を疑い、PCR等検査や抗原検査を実施し、院内の感染対策を講じる必要がある。

- 一方で、これまで院内感染、施設内感染が発生した際には外部からの専門的な視点での助言が有効であったことを踏まえ、事前の備えとして、地域において専門的な助言をできるコアになる人材をあらかじめ育成しておくことが求められる。このため、まずは、国が短期間のプログラム（国立保健医療科学院のオンライン学習や国立感染症研究所による実地研修など）を作成する。都道府県は、域内の大学病院の院内感染担当などの医師や看護師、保健所の医師や保健師などある程度知識を持った者に対して受講を呼びかけるものとし、有事に備え、予め、地域におけるネットワーク構築・チーム編成を行っておくものとする。
- また、病院長、施設長等のリスクマネジメント意識とリーダーシップ等によりクラスターの規模が大きく異なることから、病院長、施設長等向けの短時間で理解できる研修資料を作成するとともに、病院長、施設長等が外部からの助言を受けられやすくなるように、外部専門家との顔の見える関係を構築するなどの環境整備を行う。
- また、各医療機関や施設において、従来の新型インフルエンザ等を想定した事業継続計画（BCP）等について、新型コロナウイルス感染症の院内感染、施設内感染が発生した際の対応を考慮して作成や見直しを行い、感染の拡大を抑制しつつ、できる限り優先度の高いサービスの提供を継続できる体制の検討を促していく必要がある。

## ②高齢者・障害者施設等における施設内感染対策

- これまで、高齢者施設や障害者施設等でも、大規模な施設内感染が発生している。施設内感染の感染ルートは、一般的にはサービス提供者からの感染、利用者からの感染、面会者からの感染などが想定される。また、前述したような医療機関での院内感染発生の要因も今後も起こりえることが想定される。  
まず、サービス提供者や利用者からの感染を予防するため、手洗いや適切なマスクの着用、「3密」の回避など、適切な感染防止対策を徹底することが必要である。また、面会者からの感染を防ぐため、引き続き、面会の一時中止や回数・人数の制限などを検討すべきである。なお、一部の施設においてはオンライン面会を実施しており、こうした手法も参考にして適切に対応すべきである。
- こうした施設等での感染予防策の実践状況や課題については、流行がある程度収まっている状況において、都道府県が中心となって連携するなどして、把握しておくことが望ましい。

#### (施設内感染が発生した場合の人材確保)

- 仮にサービス提供者や利用者が感染した場合には、速やかに入院することになるが、それまでの間は自宅待機となり、また、濃厚接触者については、サービス提供者は自宅待機、利用者は原則として個室管理を行うことになる。このため、これまでもサービス提供者の自宅待機により職員の不足が生じたケースがあり、3交代勤務を2交代勤務に変更する、同一法人内で職員を融通する、地域で職員を融通することなどによって対応している。

人材不足に備えた対策が肝要となるが、一部の都道府県では、こうした事態に備えてあらかじめ公募によるサービス提供者を確保・派遣するスキームを構築しており、また、一部の自治体では、近隣の施設からの派遣が受けられるよう公益社団法人(経営者会)において関係団体に派遣依頼を行うといった対応をしている。

各都道府県においては、関係団体等と連携し、地域の実情に応じた人材確保策を講じるべきである。なお、障害者施設等の利用者の中には、医療的ケアが必要であったり、行動障害があったりするなど、一般の病院では入院医療の提供が困難な方がいることも踏まえて、各都道府県において、衛生関係部局と福祉関係部局が連携して、医療提供体制等の対応計画を整備すべきである。

#### (物資確保)

- また、サービス提供者や利用者が感染した場合には、サージカルマスク、手袋、ガウン、ゴーグル、消毒用エタノールなどの必要な衛生・防護用品が必要となるため、現在、医療機関に優先的に配布されている衛生・防護用品が、高齢者施設・障害者施設等の福祉サービスを提供する施設・事業所に対しても十分に供給されるよう、政府において必要量を確保するとともに、各都道府県において各施設等のニーズを把握し適切に配分するための「福祉ルート」を確立すべきである。

#### (感染発生時における施設内での感染対策の強化)

- 障害者施設において PCR 等検査の結果、陽性であった利用者が、施設内で療養したケースがあった。この利用者は、PCR 等検査の結果が陽性であったものの、医師の診断によって入院医療を要する症状でないと判断された利用者であった。新型コロナウイルス感染症と診断された場合、入院療養が望ましいが、利用者の特性なども総合的に勘案すると、自施設の療養とせざるを得ない場合もあり得る。
- このため、感染者を施設内で療養させることについては、保健所をはじめとする都道府県は、施設長と相談の上で、適切に療養が行うことができる体制が確保されていることを確認し、慎重に最終判断を行うことが必要である。なお、このケースにおいては、厚生労働省のクラスター対策班から、施設のゾーニン

グや感染者の感染管理などに関する専門的支援を受けて、自施設での療養を行った。また、医療スタッフと連携し、感染者の症状が悪化した場合には入院させる対応を行った。

- このように、感染者を施設内で療養させることは、ハイリスクであり、限定的であるべきであるが、都道府県においては、感染した利用者を施設内で療養させる場合に備えて、ゾーニングなどを行う感染管理の専門家や医療スタッフの派遣方法、必要な物品の確保方法の検討、サービス提供者への研修等の事前準備を行っておくことが望ましい。

なお、高齢者は重症化するリスクが高いことから原則は入院となり、また、高齢者・障害者施設等においてクラスターが発生した場合には、関連する利用者や職員などを速やかに PCR 等検査や抗原検査を実施して、適切な感染管理を実施できるよう体制を整えていく必要がある。

#### (代替サービスの確保)

- さらに、クラスター感染が生じた通所系の事業所の多くは、一定期間事業を縮小・休業している。一部の都道府県では、濃厚接触により自宅待機となった利用者への代替サービス（訪問系、通所系）を提供する事業者の公募による確保や、利用人数を制限して事業を実施する場合に、事業所外で代替サービスを実施する場合の支援などを行っている。

- 各都道府県においては、地域の実情に応じた代替サービスの確保策等を講じるべきである。なお、代替サービスを担う事業者が、積極的にサービス提供できるよう、政府においては、こうした利用者に対して早期に PCR 等検査ができるよう、優先的に検査すべき対象者の整理及び検査態勢の拡充を図るべきである。特に、障害者の中には、マスク等を着用したサービス提供が困難な方がいることにも十分に配慮する必要がある。

#### ③クラスター感染が生じた場における感染予防対策について

- これまで、接待を伴う夜間の飲食店等において、クラスター感染（集団感染）が発生したことが分かっており、効果的な感染予防対策について十分な検討を行うべきである。

#### (6) 水際対策の見直し

- 近隣諸国において、感染者数の減少が報告されており、今後、人々の国を越えた往来についての議論が始まるものと想定される。諸外国における患者数を特定するサーベイランスの体制は様々であり、現在報告されている患者数が必ずしもその国の流行状況を反映していない可能性も考慮し、慎重に見極める必要がある。

- 3月中旬からの国内での感染拡大のきっかけは感染対策が十分に進んでなかったところに欧州等で感染した帰国者の流入によって、流行が拡大したことがウイルスの遺伝子解析で明らかになっている。今後、海外との往来の再開が、国内での再度の流行拡大のきっかけとなる可能性がある。
- 今後の水際対策の手段の検討にあたって、政府部内において十分な議論をし、各国の流行状況や国を越えた人々の往来の正常化を目指すための国際的な取り組みの動向を見極めつつ、出口戦略としての開国並びに感染拡大の防止、入国者が発症した場合に対応する医療機関の負担、さらには、流行の拡大に伴う、再度の入国制限の考え方などを明らかにし、対策を実行する必要がある。
- また、国内で感染拡大を防ぐ新しい生活様式が定着するまでの当面の間は、入国者を一定の数に限定するなどして徐々に緩和を目指すことが適当である。

## 5. 緊急事態宣言解除後における市民生活・事業活動の段階的な移行について

- 緊急事態宣言が解除された現在、社会経済活動が急速に活発化していくことが想定される中、感染拡大防止との両立が、次なる感染の波を防ぐ意味で極めて重要な課題となる。
- 具体的な対応の考え方等については、5月14日の提言において、「特定警戒都道府県等からの対策移行の際の基本的対処方針」を示しているが、全国で緊急事態宣言が解除された後においても、感染の再流行を防ぐ観点から、感染リスクに応じて、市民生活や事業活動を段階的に移行していくことが求められる。
- 緊急事態宣言解除後における市民生活、事業活動の段階的な移行に関して特に留意すべき点は、以下のとおりであるので、感染拡大の防止に向けて、必要な協力を市民にお願いするよう政府及び各都道府県に求めたい。

### (1) 市民生活における留意事項

- 全ての地域において、一人ひとりが、
  - ・「3密」の回避や、「身体的距離の確保」「マスクの着用」「手洗い」をはじめとした基本的な感染症対策を継続するとともに、
  - ・「新しい生活様式」を日々の生活の中で継続して実践していくことが重要である。
- また、地域ごとの感染状況を踏まえ、一定期間、不要不急の帰省や旅行などについては、特定警戒都道府県であった都道府県との間の移動などを避け、観光はまずは県内など近隣のエリアで楽しむことから始めるよう検討いただくことが望ましい。

- さらに、これまでにクラスターが発生しているような場については、一定期間、その利用を避けるとともに、利用する場合には、施設等における感染防止対策が適切に講じられているかなどを充分確認するとともに、一人ひとりが感染防止対策を徹底することが求められる。

## (2) 事業活動における留意事項

- 業種ごとの感染拡大予防ガイドラインの策定については、5月4日の提言等を踏まえ、順次、各業界において対応を進めていただき、既に100件を超えるガイドラインが策定済みとなっている。
- 緊急事態宣言が解除された現在においては、様々な事業活動が順次活発化している中で、それぞれの職場で、感染拡大防止ガイドラインに基づく感染予防対策を確実に実践いただくとともに、実践を踏まえたガイドラインの必要な見直しや充実が順次進められることが求められる。
- さらに、国においては、「職場における新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するためのチェックリスト」の作成・周知などに取り組んでいるが、引き続き、各業界と連携し、働く方々が安全かつ安心して働ける環境づくりに率先して取り組むことが重要である。
- なお、イベント等の開催については、政府の「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」（令和2年3月28日（令和2年5月25日変更））において、段階的な緩和の在り方が示されているが、国や都道府県においては、地域の感染状況や、イベント等の開催時における具体的な対応等について把握の上、必要に応じて、主催者等に対して、具体的な協力要請などを行っていくことが適当である。

## 6. 都道府県等の対応について

- 新型コロナウイルス感染症の感染再拡大が懸念される中、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づいて、各地域において主導的な立場で対応を求めるのは都道府県知事の役割とされている。緊急事態宣言が解除された現在でも、都道府県知事のリーダーシップの下、次なる波に十分備えておくことが求められる。
- このため、5月14日の提言では、感染の状況等について、都道府県において十分なモニタリングを行うことの重要性とともに、地域のリスク評価に応じた対応の在り方を具体的に示したところである。

- 都道府県においては、5. における市民生活や事業活動の段階的移行に必要な情報提供や周知・啓発に取り組むことに加え、5月14日の提言で示した考え方を踏まえ、以下の「次なる波に備えた都道府県等の体制整備のためのチェックリスト」を活用して、各都道府県内における医療提供体制、保健所の体制、検査体制、サーベイランスの状況等について、定期的に点検を行っていくべきである。  
併せて、具体的な取組については、別添2として事務局提示資料である「都道府県等における取組について」を添付しておく。

## 次なる波に備えた都道府県等の体制整備のためのチェックリスト

1. 検査体制
(1) PCR等検査
<input type="checkbox"/> 相談、検体採取、検査の一連のプロセスを点検し、改善すべき点を明らかにして必要な対策を行ったか
<input type="checkbox"/> 帰国者・接触者相談センターの業務委託の推進が図られているか
<input type="checkbox"/> 契約締結を求めている医療機関との契約の提携が進んでいるか。
<input type="checkbox"/> 大型のテントやプレハブ等の設置、地域医師会等と連携した地域外来・検査センターの設置など、外来診療体制の増強が図られているか
<input type="checkbox"/> 感染拡大局面に当たって直ちに地域外来・検査センターの体制拡充が行われるよう、輪番等による具体的な必要人員の確保を含めて調整されているか
<input type="checkbox"/> 発症日、相談日、検査日、結果判明日、本人への報告日までの日数がモニタリングできているか
(2) 地方衛生研究所の体制拡充
<input type="checkbox"/> 人員の応援体制ができているか
<input type="checkbox"/> 検査機器や検査試薬の確保状況をモニタリングし、不足した場合に配布する等適切に対応できているか
(3) 民間検査機関等の拡充、利用促進
<input type="checkbox"/> 民間検査機関等の利用が進んでいるか
<input type="checkbox"/> 民間検査機関等の検査結果が適切に報告されるスキームが構築出来ているか
(4) 試薬や検査機器、個人防護具などの確保に向けた取組
<input type="checkbox"/> 試薬や抗原検査キット、個人防護具の確保状況をモニタリングし、不足した機関に対し適切に配布できているか
2. 医療提供体制
(1) 役割分担
<input type="checkbox"/> 協議会が設置され定期的な活動が行われているか
<input type="checkbox"/> 地域の医療機関ごとの役割分担（重点医療機関の設定等）の明確化はなされているか
<input type="checkbox"/> 軽症者の宿泊療養施設の確保はできているか
<input type="checkbox"/> 疑い患者の救急搬送を受け入れる病院は確保されているか
<input type="checkbox"/> 他の疾患の患者に対する治療に重大な支障が生じてないか
(2) 空き病床の状況把握、調整の仕組み
<input type="checkbox"/> 調整本部は、患者発生状況や空き病床の状況等を毎日把握しているか
<input type="checkbox"/> G-MIS等により各医療機関の現状を迅速に把握できる仕組みが構築できているか
<input type="checkbox"/> 患者の搬送調整の中心となる「患者搬送コーディネーター」に必要な際にすぐ連絡が取れる体制（オンコール）がとられているか

<input type="checkbox"/>	患者が増加した場合の調整本部の再活性化について、関係者間で取り決められているか
<input type="checkbox"/>	病床確保に関する広域連携の仕組みについて検討・調整が行われているか
(3) 院内感染対策	
<input type="checkbox"/>	外部からの専門的な助言や支援を提供できる体制が構築されているか
<input type="checkbox"/>	感染症指定医療機関に限らず、一般医療機関においても基本的な感染対策が行われるような体制が構築されているか

3. 保健所の体制	
(1) 人員体制	
<input type="checkbox"/>	本庁主導で、業務外注など、必要な業務の見直しが行われているか
<input type="checkbox"/>	本庁からの応援、OB 職員の再雇用など、必要な増員が図られているか
(2) 積極的疫学調査・クラスター対策	
<input type="checkbox"/>	人員の応援体制ができているか
<input type="checkbox"/>	人員の訓練体制ができているか
<input type="checkbox"/>	データを作成・分析する体制ができているか
(3) 相談業務	
<input type="checkbox"/>	帰国者・接触者相談センター業務の更なる外注、業務委託の推進等はなされているか
<input type="checkbox"/>	感染拡大局面でも十分に相談に回答する体制が計画されているか
<input type="checkbox"/>	電話相談の件数に応じて電話回線数を調整できるように応答率を確認しているか
(4) 搬送業務	
<input type="checkbox"/>	民間輸送業者の活用等、検体の搬送体制が整えられているか
(5) 業務効率化	
<input type="checkbox"/>	縮小・延期等が可能な業務を把握できているか
<input type="checkbox"/>	業務効率化のため、HER-SYS などの ICT 技術を活用しているか

4. サーベイランス	
(1) 疑似症の届出	
<input type="checkbox"/>	感染症法第 12 条に基づく疑似症の届け出についてその必要性が医療機関に十分に周知できているか（検査結果陰性の時は届け出なくていいと誤認されていないか）
<input type="checkbox"/>	医師が必要と認めた場合に検査を実施した時、陰性結果も含め、届けられているか
(2) HER-SYS	
<input type="checkbox"/>	HER-SYS を利用し、報告する体制が構築されているか
<input type="checkbox"/>	HER-SYS について、管内の医療機関に対し周知し、利用を促しているか
(3) モニタリング	

<input type="checkbox"/>	新規感染者数、人口 10 万人当たりの新規感染者数の割合、経路不明の感染者数の割合など、地域の感染状況（疫学状況）を適宜把握し、定期的に公表しているか
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症の重症者数、入院者数及び宿泊療養施設使用数などの医療提供体制の状況を適宜把握し、確保病床数、宿泊療養施設確保室数などとともに定期的に公表しているか
<input type="checkbox"/>	PCR 等検査件数及び陽性検体数など検査体制の状況を適宜把握し、定期的に公表しているか

5. 地方自治体における即応体制	
<input type="checkbox"/>	感染拡大の傾向が見られ、法第 24 条第 9 項に基づく措置等を講じる際の判断基準や考え方を設けているか
<input type="checkbox"/>	感染拡大の傾向が見られた際に、ホームページ等で市民に速やかに状況や対策を伝える仕組みが計画されているか
<input type="checkbox"/>	感染拡大の傾向が見られた際の、対策本部等自治体内の連絡手順や体制切替えの手順等を準備しているか

6. 高齢者・障害者施設等への支援体制	
(1) 人員・物資の確保	
<input type="checkbox"/>	施設内感染の発生を想定した人材確保策（勤務シフトの柔軟な変更、同一法人内での融通策、地域での人材確保策等）が講じられているか。
<input type="checkbox"/>	福祉サービスを提供する施設・事業所に対して必要な物資が優先的に供給されるような仕組みを検討しているか。
(2) 施設内感染対策	
<input type="checkbox"/>	施設内感染の発生を想定した必要な事前準備ができているか（ゾーニングや必要な物品の確保方法の検討、サービス提供者への研修等）。
<input type="checkbox"/>	施設内感染の発生を想定した近隣医療機関との連携体制が構築されているか。
<input type="checkbox"/>	事業所等が閉鎖した場合に備えた代替サービスの確保策が講じられているか。

## 7. 終わりに

- これまでの多くの市民の皆様のご協力により、全国及び特定警戒都道府県における新規感染者数のオーバーシュートを免れ、新規感染者数は着実に減少傾向に転じ、5月25日付けで、全ての都道府県が、緊急事態措置の対象から解除された。
- しかし、今後想定されうる流行シナリオとして、潜在化している感染連鎖が突如としてクラスターとして顕在化するようなケースや、これまで報告されてこなかったようなタイプのクラスター感染（集団感染）、海外から人とともに病原体が持ち込まれることによるクラスター感染の発生などにも十分注意していく必要がある。
- 現に、一部の地域では感染再燃の傾向が見られる。引き続き、まずは簡易に動向を見ることができ「新規感染者数」の動向や、「感染経路不明な者の割合」などを注意深く継続的にモニタリングしていく必要がある。
- 併せて、新規感染者数が一定減少傾向にある今こそ、これまでの課題を整理の上、次なる波に備えた医療提供体制の整備をはじめとした準備期間として有効活用する必要がある。特に人員体制の強化は重要であり、緊急時に対応できる応援体制を含む対応能力の拡張に向けて準備することが重要である。このため、関係者は一丸となって、今回の提言も踏まえつつ、必要な準備を行ってほしい。
- 専門家会議としては、今後とも、感染状況の把握・分析に努めるとともに、適時適切に、政府及び各都道府県に対し、必要となる対策等に関する提言を行うこととしたい。

## 補論

### 我が国のクラスター対策について

○ 本論の中でも述べたとおり、クラスター対策とは、積極的疫学調査を実施することで、クラスター（集団）感染発生の端緒（感染源等）を捉え、早急に対策を講ずることにより今後の感染拡大を遅らせたり、最小化させたりするためのものである。我が国では、「効果的なクラスター対策」の実施によって、次のような効果が得られたと考えられる。

- ①クラスターの連鎖による大規模感染拡大を未然に防止できた。
- ②初期の積極的疫学調査から、共通の感染源となった「場」（3密）を指摘し、歌うことや大声で話すことといった+αの要素とともに周知に努めたことにより、クラスター（集団）感染が生じやすい環境をできるだけ回避することを市民に効果的に訴えることができた。
- ③クラスターを中心とした感染者ごとのつながり（リンク）を追うことにより、地域ごとの流行状況をより正確に推計することができていた。つまり、リンクが追えない「孤発例」が増加することは地域で感染拡大を示すものと判断することができ、地域での早期の対応強化につながった。

○ こうした中で、特徴的なことを2つ指摘しておきたい。

#### （1）中国由来の感染拡大（第1波）及び欧州等由来の感染拡大（第2波）の検出が早期になされていたこと

○ 1月から2月にかけて中国を起点とする第1波の流行については、保健所によるクラスター対策などの効果により、2月25日までにはクラスター（集団）感染を含め、国内で149例の感染事例が報告されていた。<sup>5</sup>

累積感染者数	日本	ドイツ	フランス	イギリス	アメリカ	イタリア	韓国	台湾
2月18日まで	60	15	12	9	15	3	31	22
2月25日まで	149	15	12	13	53	229	892	30

○ このように早期の報告がなされてきた背景には、あらかじめ、オリンピック・パラリンピックに向けて、未知の感染症等の早期探知のための疑似症サーベイランスの基準を見直した上で、あらかじめ、前広な事例の報告を求めていたことも一因として挙げられる。

<sup>5</sup>（出典）日本以外は、以下のHPより作成。<https://ourworldindata.org/>

- 他方、同時期に、すでに深刻な地域内流行が始まっていたイタリア以外の欧州、アメリカなどの先進諸国では、上記表や、「表 1 諸外国の新規感染者数の動向（報告日ベース）」でも示したように、同時点では、国内感染事例があまり見つかっていなかった。
- 実際には、これらの国々では、水面下で相当の感染拡大が起きていたと考えられるが、この時期には感染が探知されず、気が付いた時には、欧州、アメリカなどでは3月中旬以降、急激な感染拡大が起きてしまった。
- このように我が国で早期に感染を確認できた背景には、日本では地方においても医療アクセスが良く、発熱、呼吸器症状などコロナを含め、感染症が疑われる場合に医師は、胸部X線、CT検査、PCR検査を行った結果、早期に感染を探知できたこともあげられる。  
実際、1月16日に確認された、国内での第1例は、こうした医師の判断で感染が疑われPCR検査が行われ、確認されたものである。

## (2) 効果的なクラスター対策がなされたこと

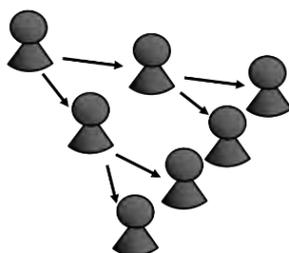
- (1)で述べたとおり、日本では、諸外国と比べ、より早く新規感染者やクラスターの検知が可能であった。これらの事例の集積を通じて、本専門家会議では、この感染症については、3月2日の見解<sup>6</sup>でも述べたように、感染が確認された方のうち重症・軽症に関わらず約8割の方は他の人に感染させない特徴を有しており、感染者の多くが他の人に感染させるインフルエンザウイルスとは明確に違う特性を有していることを早い時期から認識していた。
- すなわち、この感染症は、主にクラスターを形成することで感染拡大が起きており、クラスターを制御することができれば、(クラスター対策が実施できている範囲において)感染拡大を相当程度制御できるという見通しを持っていた。
- また、初期の積極的疫学調査の分析から、クラスターが発生しやすい場の分析が可能となり、諸外国では認識されなかった「3密」を避けるという効果的な対応策の発見につながった。

<sup>6</sup> [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/newpage\\_00011.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/newpage_00011.html)

## 新型コロナウイルス感染症の伝播の特徴

### ○インフルエンザ（2009年H1N1）の場合

⇒ 1人の患者が複数名に感染させる。

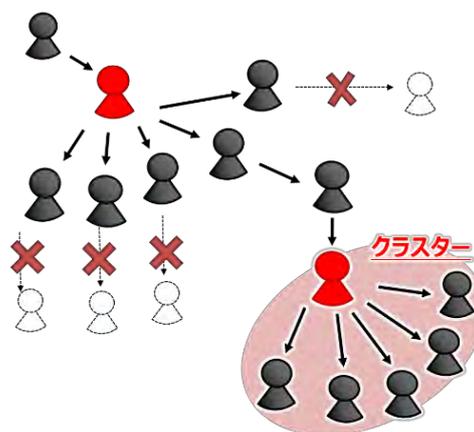


### ○新型コロナウイルスの場合

⇒ 重症・軽症にかかわらず、感染者（図：黒）の5人に4人（約80%）は他の人に感染させない。

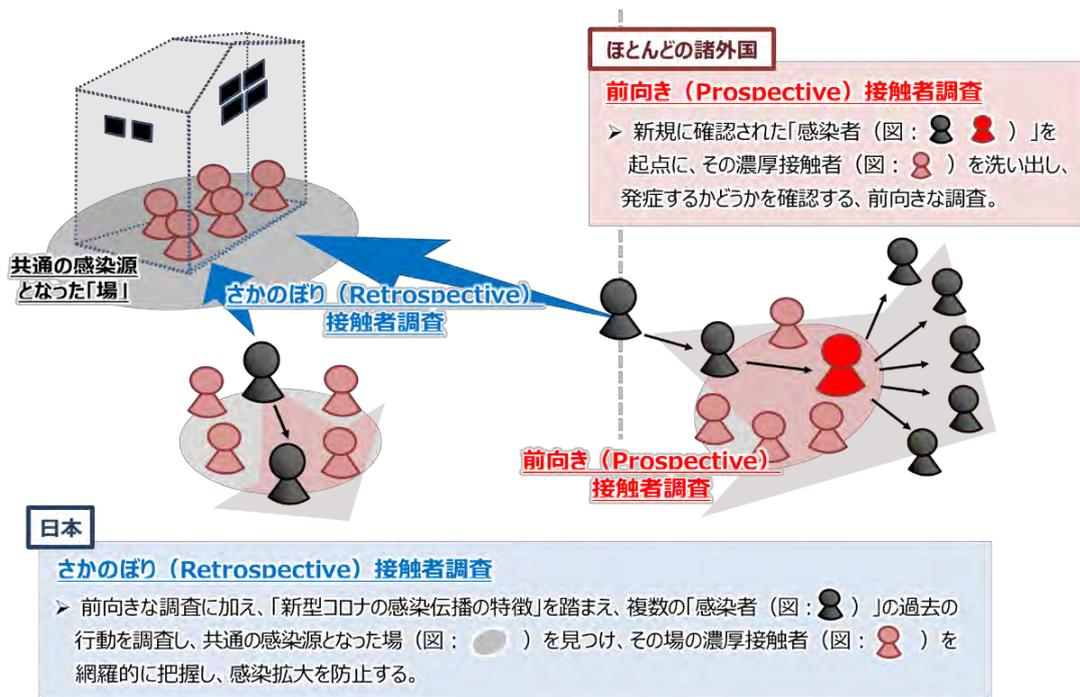
残りの1人（約20%）の感染者が他の人に感染させるが、稀に多くの人に感染させる感染者（図：赤）が発生。

このため、クラスター感染（集団感染）が発生。



- 諸外国における接触者調査では、新規に確認された「感染者」を起点として、その人が接触した濃厚接触者を洗い出し、将来の感染者を探し出すための「前向き（Prospective）」の調査が行われている。
- こうした調査は日本でも行われているが、日本国内においては、それだけに留まらず、この感染症の特徴も踏まえ、特に、複数の「感染者」を見た場合には、それぞれに共通する感染源があるかを集中して見ていくことにあった。つまり、「感染者」を発見したときに、時間的に過去に「さかのぼり（Retrospective）」、共通の感染源となった「場」を特定し、これらの場に共通する「3密」の概念を早期に発見するに至った。また、その場にいた者についても積極的疫学調査を網羅的に実施することに早期から力点が置かれたことになったと言える。ちなみに、こうした「さかのぼり」の接触者調査は、保健所が従来から結核患者などに対して行ってきた調査方法が一つの土台となっている。
- すなわち、日本の特徴は、「さかのぼり」の接触者調査の結果、感染源に立ち返って、その後の感染連鎖を見逃さないようにすることが心がけられており、この結果、①早期に感染源を特定すること、②早期に感染源の関係者を特定すること、この結果として、③早期に医療につなげること、④早期の感染拡大に向けた取組につなげていくことに力点が置かれていた。

# 日本と諸外国の接触者調査の比較



- なお、これまでに述べてきたとおり、日本では、クラスターを中心とした感染者ごとのつながり（リンク）を追うことにより、地域ごとの流行状況をより正確に推計することができていた。つまり、リンクが追えない「孤発例」が増加することは地域で感染拡大を示すものと判断することができ、地域での早期の対応強化につながった。
- この際、諸外国からの輸入例は、遺伝子解析によって、国内の感染拡大に大きな影響を及ぼしてきたことが分かっている。すなわち、我が国でも欧州等由来の第2波として、より大規模な輸入例が生じた結果、地域において、孤発例が多発することとなった。新規感染者数が急増していく中で、こうしたつながり（リンク）が見えない孤発例が急増していく中で、4月7日には、緊急事態宣言による対応を余儀なくされることとなった。

# 別添1 感染の状況、医療提供体制、検査体制の構築

(1) 感染の状況（疫学的状況）

(2) ①医療提供体制（療養状況）

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
	人口	直近1週間 累積陽性者数	対人口10万人 B/(A/100)	その前1週間 累積陽性者数	直近1週間と その前1週間の比 (B/D)	感染経路不明 な者の割合 (アンリンク割合)	入院患者・ 入院確定数	うち 重症者数	入院患者・ 入院確定数	うち 重症者数	宿泊患者数	
時点	2019.10	~5/27(1W)	~5/27(1W)	~5/20(1W)		~5/22(1W)※	5/26	5/26	5/23※	5/23※	5/26	5/21
単位	千人	人		人		%	人	人	人	人	人	人
北海道	5,250	51	0.971	37	1.38	29%	186	12	180	15	11	22
青森県	1,246	0	0.000	0	-	-	2	0	2	0	0	0
岩手県	1,227	0	0.000	0	-	-	0	0	0	0	0	0
宮城県	2,306	0	0.000	0	-	-	1	0	1	0	0	0
秋田県	966	0	0.000	0	-	-	0	0	0	0	0	0
山形県	1,078	0	0.000	0	-	-	3	1	6	2	0	0
福島県	1,846	0	0.000	0	-	-	7	0	10	0	2	3
茨城県	2,860	0	0.000	0	-	-	12	2	19	3	0	0
栃木県	1,934	2	0.103	7	0.29	0%	18	3	17	5	0	0
群馬県	1,942	1	0.051	1	1.00	50%	16	1	24	1	0	1
埼玉県	7,350	7	0.095	24	0.29	14%	71	6	90	6	8	25
千葉県	6,259	6	0.096	13	0.46	33%	51	6	59	6	8	14
東京都	13,921	59	0.424	78	0.76	44%	424	33	530	43	25	53
神奈川県	9,198	39	0.424	99	0.39	34%	141	27	154	30	40	36
新潟県	2,223	0	0.000	1	0.00	-	5	0	12	0	2	2
富山県	1,044	0	0.000	5	0.00	0%	21	0	31	0	1	1
石川県	1,138	6	0.527	6	1.00	11%	56	3	69	3	5	4
福井県	768	0	0.000	0	-	-	5	1	8	1	0	1
山梨県	811	0	0.000	3	0.00	67%	1	0	7	1	1	1
長野県	2,049	0	0.000	0	-	-	10	1	16	1	0	0
岐阜県	1,987	0	0.000	0	-	-	3	1	6	1	0	0
静岡県	3,644	2	0.055	0	-	0%	3	1	3	1	0	0
愛知県	7,552	1	0.013	5	0.20	0%	15	0	31	0	0	3
三重県	1,781	0	0.000	0	-	-	3	0	5	0	0	0
滋賀県	1,414	1	0.071	3	0.33	0%	9	1	16	1	1	3
京都府	2,583	1	0.039	1	1.00	-	19	2	34	2	2	6
大阪府	8,809	14	0.159	21	0.67	77%	155	23	252	35	37	70
兵庫県	5,466	3	0.055	4	0.75	25%	34	6	43	12	7	17
奈良県	1,330	1	0.075	0	-	0%	3	0	7	0	2	1
和歌山県	925	0	0.000	0	-	-	6	0	9	0	0	0
鳥取県	556	0	0.000	0	-	-	0	0	1	0	0	0
島根県	674	0	0.000	0	-	-	4	1	5	1	0	0
岡山県	1,890	0	0.000	0	-	-	0	0	1	0	0	0
広島県	2,804	1	0.036	1	1.00	0%	5	0	11	1	4	6
山口県	1,358	0	0.000	0	-	-	2	1	3	1	0	0
徳島県	728	0	0.000	0	-	-	0	0	0	0	0	0
香川県	956	0	0.000	0	-	-	0	0	1	0	0	0
愛媛県	1,339	7	0.523	23	0.30	0%	23	1	19	0	7	7
高知県	698	0	0.000	0	-	-	1	0	3	0	0	0
福岡県	5,104	24	0.470	2	12.00	0%	33	6	40	4	3	9
佐賀県	815	0	0.000	1	0.00	-	7	0	10	0	3	4
長崎県	1,327	0	0.000	0	-	-	0	0	0	0	0	0
熊本県	1,748	0	0.000	0	-	-	7	0	10	0	0	0
大分県	1,135	0	0.000	0	-	-	2	0	2	0	0	0
宮崎県	1,073	0	0.000	0	-	-	0	0	3	0	0	0
鹿児島県	1,602	0	0.000	0	-	-	0	0	1	0	0	0
沖縄県	1,453	2	0.138	2	1.00	-	5	4	8	4	0	0
日本	126,167	228	0.018	337	0.68		1,369	143	1,759	180	169	289

※：人口推計 第4表 都道府県、男女別人口及び人口性比－総人口、日本人人口（2019年10月1日現在）

※：累積陽性者数は、感染症法に基づく陽性者数の累積（各都道府県の発表日ベース）を記載。

※：入院患者・入院確定数及び重症者数について、G・H列は5/27 00:00時点、I・J列は5都道県のみ5/23 17:00時点、それ以外の府県は5/21 00:00時点。

※：入院確定数は、一週日中に入院すること及び入院先が確定している者の数。

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

(2) ②医療提供体制（病床確保等）

	M	N	O	P	Q	R
	新型コロナ対策協議会の設置状況	患者受入れ調整本部の設置状況	周産期医療の協議会開催状況	受入確保病床数	受入確保想定病床数	宿泊施設確保数
時点	5/1	5/1	5/19	5/26	5/26	5/26
単位				床	床	室
北海道	済	済	済	700	1,558	930
青森県	済	済	済	128	225	30
岩手県	済	済	済	93	166	85
宮城県	済	済	済	388	400	200
秋田県	済	済	済	105	105	16
山形県	済	済	予定	150	150	203
福島県	済	済	済	229	800	300
茨城県	済	済	済	151	1,000	175
栃木県	済	済	済	271	271	111
群馬県	済	済	済	170	280	150
埼玉県	済	済	済	602	602	1,055
千葉県	済	済	済	819	1,700	666
東京都	済	済	済	3,300	4,000	2,865
神奈川県	済	済	済	1,346	2,800	2,395
新潟県	済	済	済	411	766	50
富山県	済	済	済	500	500	100
石川県	済	済	済	233	520	340
福井県	済	済	済	176	350	115
山梨県	済	済	済	80	400	21
長野県	済	済	済	300	300	200
岐阜県	済	済	済	353	458	366
静岡県	済	済	済	200	400	155
愛知県	済	済	済	500	1,500	1,300
三重県	済	済	済	175	175	64
滋賀県	済	済	済	259	570	62
京都府	済	済	済	264	400	338
大阪府	済	済	済	1,179	3,000	1,565
兵庫県	済	済	予定	515	515	578
奈良県	済	済	済	318	500	108
和歌山県	済	済	済	124	160	-
鳥取県	済	済	済	322	322	640
島根県	済	済	済	253	253	45
岡山県	済	済	済	117	300	78
広島県	済	済	済	266	270	130
山口県	済	済	済	384	384	594
徳島県	済	済	済	172	200	208
香川県	済	済	済	163	163	101
愛媛県	済	済	済	203	203	67
高知県	済	済	済	166	200	16
福岡県	済	済	済	490	1,800	826
佐賀県	済	済	済	146	232	230
長崎県	済	済	済	307	903	6
熊本県	済	済	済	378	400	1,366
大分県	済	済	済	258	300	65
宮崎県	済	済	済	204	231	200
鹿児島県	済	済	済	253	253	188
沖縄県	済	済	済	225	430	262
日本	-	-	-	18,346	31,415	19,565

(3) 検査体制の構築

	S	T	U	V	W
	最近1週間のPCR検査件数	2週間前のPCR検査件数	変化率(S/T)	(参考)それぞれの週の陽性者数	
	~5/24(1W)	~5/17(1W)		~5/24(1W)	~5/17(1W)
	件	件		人	人
北海道	1,332	1,625	0.82	41	60
青森県	32	68	0.47	0	0
岩手県	57	64	0.89	0	0
宮城県	228	318	0.72	0	0
秋田県	17	24	0.71	0	0
山形県	132	172	0.77	0	0
福島県	672	717	0.94	0	0
茨城県	1,078	1,334	0.81	0	0
栃木県	456	620	0.74	5	4
群馬県	334	441	0.76	2	0
埼玉県	3,354	4,038	0.83	13	23
千葉県	2,057	2,761	0.75	7	18
東京都	9,722	12,189	0.80	50	110
神奈川県	2,811	3,559	0.79	64	97
新潟県	369	492	0.75	0	1
富山県	345	439	0.79	2	4
石川県	210	364	0.58	8	9
福井県	143	221	0.65	0	0
山梨県	997	954	1.05	3	1
長野県	250	344	0.73	0	1
岐阜県	221	248	0.89	0	0
静岡県	549	683	0.80	2	0
愛知県	893	1,386	0.64	1	8
三重県	99	181	0.55	0	0
滋賀県	246	282	0.87	2	2
京都府	883	1,447	0.61	0	6
大阪府	2,862	4,179	0.68	20	30
兵庫県	897	1,290	0.70	3	8
奈良県	307	513	0.60	0	0
和歌山県	205	326	0.63	0	2
鳥取県	146	101	1.45	0	0
島根県	113	143	0.79	0	0
岡山県	170	273	0.62	0	1
広島県	319	521	0.61	1	1
山口県	47	104	0.45	0	0
徳島県	36	64	0.56	0	0
香川県	116	153	0.76	0	0
愛媛県	250	433	0.58	9	23
高知県	77	115	0.67	0	0
福岡県	1,124	1,599	0.70	8	4
佐賀県	88	130	0.68	0	2
長崎県	232	503	0.46	0	0
熊本県	231	400	0.58	0	0
大分県	183	323	0.57	0	0
宮崎県	54	85	0.64	0	0
鹿児島県	81	112	0.72	0	0
沖縄県	266	610	0.44	2	1
日本	35,291	46,948	0.75	243	416

※：受入確保病床数、受入確保想定病床数、宿泊施設確保数については、5/27 00:00時点。

※：受入確保病床数は、ピーク時に新型コロナウイルス感染症患者が利用する病床として、各都道府県が医療機関と調整を行い、確保している病床数。実際には受入れ患者の重症度等により、変動する可能性がある。

※：受入確保想定病床数は、ピーク時に新型コロナウイルス感染症患者が利用する病床として、各都道府県が見込んでいる（想定している）病床数であり変動しうる点に特に留意が必要。また、実際には受入れ患者の重症度等により、変動する可能性がある。受入確保病床数、受入確保想定病床数を超過する都道府県においては、受入確保病床数を受入確保想定病床数として記載。

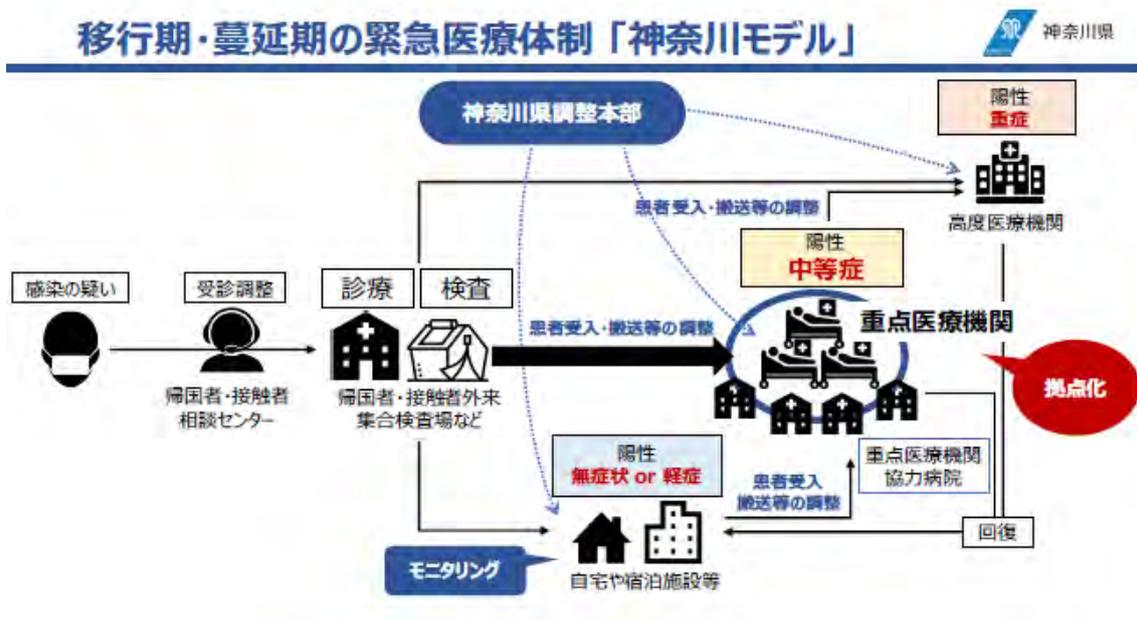
※：宿泊施設確保数は、受け入れが確実な宿泊施設の部屋として都道府県が判断し、厚生労働省に報告した室数。都道府県の運用によっては、事務職員の宿泊や物資の保管、医師・看護師の控え室のために使用する居室等として、一部使われる場合がある。（居室数が具体的に確認できた場合、数値を置き換えることにより数値が減る場合がある。）数値を非公表としている県又は調整中の県は「-」で表示。

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

都道府県等における取組について

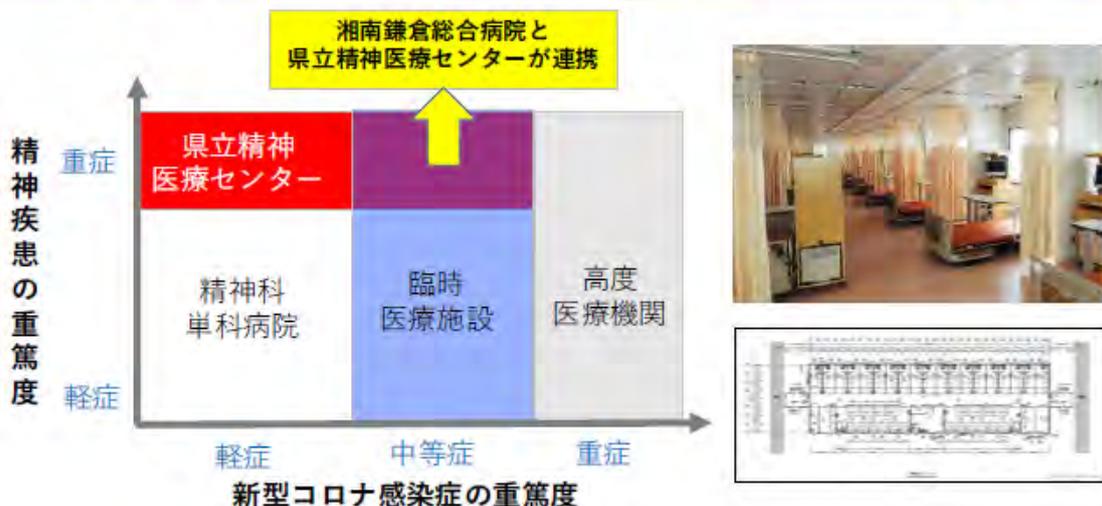
【神奈川県(医療提供体制)】

- クルーズ船対応の経験から、市中での感染流行に備え、県内の患者受入医療機関の役割を明確化し、重症、中等症、疑似症患者の治療を行う医療機関として、高度医療機関、重点医療機関、重点医療機関協力病院を指定した。



- また、専門的な治療が必要な精神疾患患者については、新型コロナウイルス感染症の重篤度だけでなく、精神疾患の重篤度も考慮した入院体制を整備し活用することで、スムーズな入院調整が可能となった。

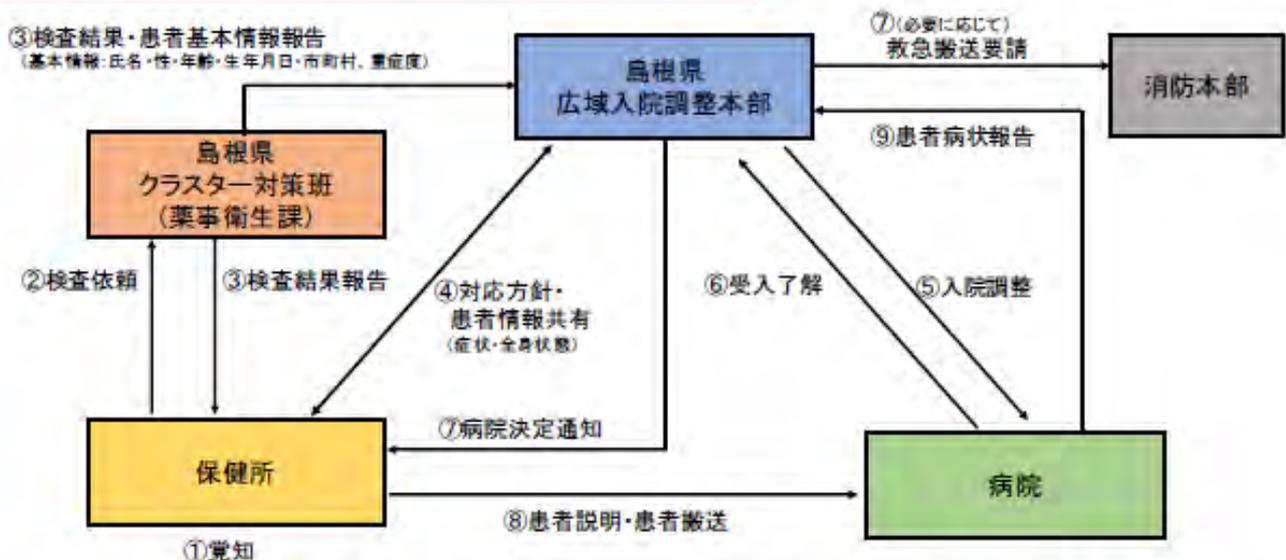
精神医療における新たな神奈川モデルの体現



【島根県（医療提供体制）】

- 県広域入院調整本部が、DMAT や専門分野の医師等の参画のもと、新型コロナウイルス感染症患者の入院調整、搬送手段について県内全域の調整を行い、入院状況などについては、保健所（県設置保健所、松江市と島根県の共同設置保健所含め）と情報共有をしている。
- また、搬送手段については、保健所の患者移送車を原則としつつ、必要に応じて県広域入院調整本部が各消防本部に対し救急搬送要請を行う体制を整備した。なお、重症患者については、各消防本部に対し県広域入院調整本部が転院搬送要請を行うほか、搬送先病院のドクターカーの活用も想定している。
- 県広域入院調整本部と患者や入院医療機関が所在する保健所とは、常時、病院情報（入院調整順、入院状況）を電話やメールで共有している。
- 本調整フローの開始にあたっては、県庁から各消防本部へあらかじめ協力を要請していることで、問題なく連携を行うことができた。

新型コロナウイルス感染症患者入院調整フロー（2020/4/11版）

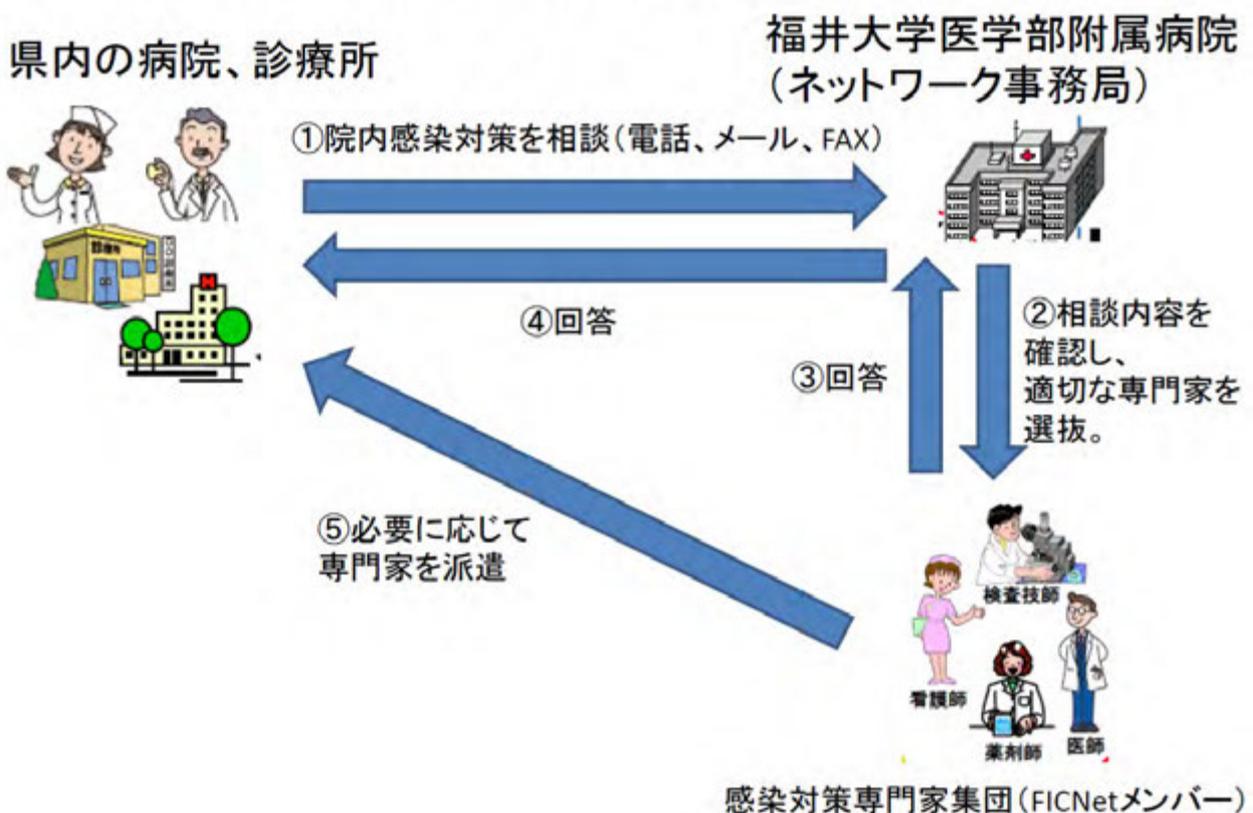


※県調整本部と保健所は、常時、病院情報（入院調整順、入院状況等）を共有する

## 【福井県（院内感染対策）】

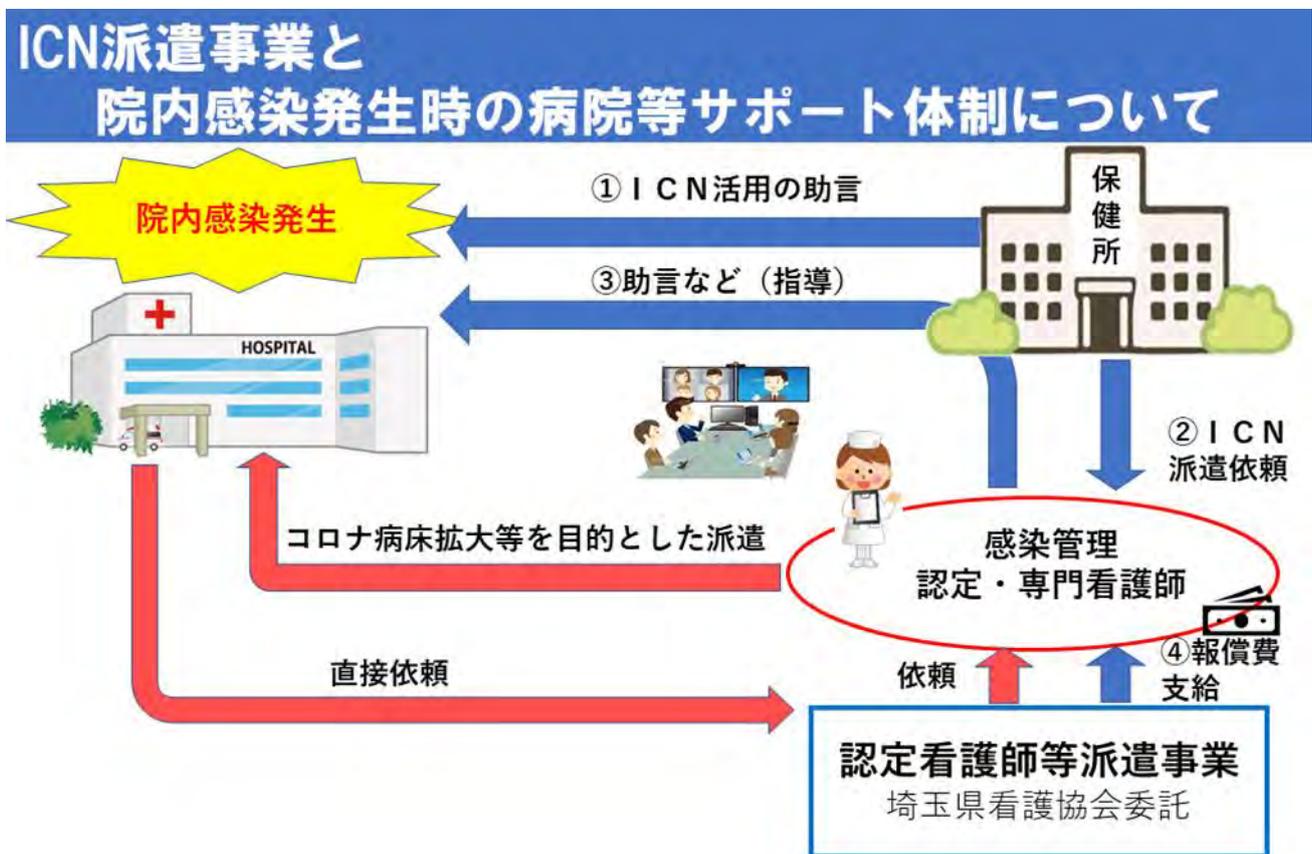
- 感染制御の知識・技術の向上と各施設の交流と連携を目的として作られた、福井感染制御ネットワーク（Fukui Infection Control Network: FICNet）があり、以前から感染制御に関する研修会や医療機関に対する知識・技術的指導などを行ってきた。
- 新型コロナウイルス感染症の流行が始まってからは、web 会議やメール等を活用し、医療機関、行政機関を含めた県内全体で、感染症対策や感染状況等についての情報を共有している。
- また、患者を受け入れる予定の医療機関に対しては、あらかじめ FICNet が患者の受入準備や、ゾーニング等についての指導を行うことで、患者の受入に備えることができた。
- さらに、現在も、次の感染拡大に備え、FICNet のメンバー（医師や看護師等）が各医療機関に出向き、院内における感染防止対策の助言や情報共有を行い、感染防止対策の強化に努めている。

### 感染制御ネットワークにおける相談体制



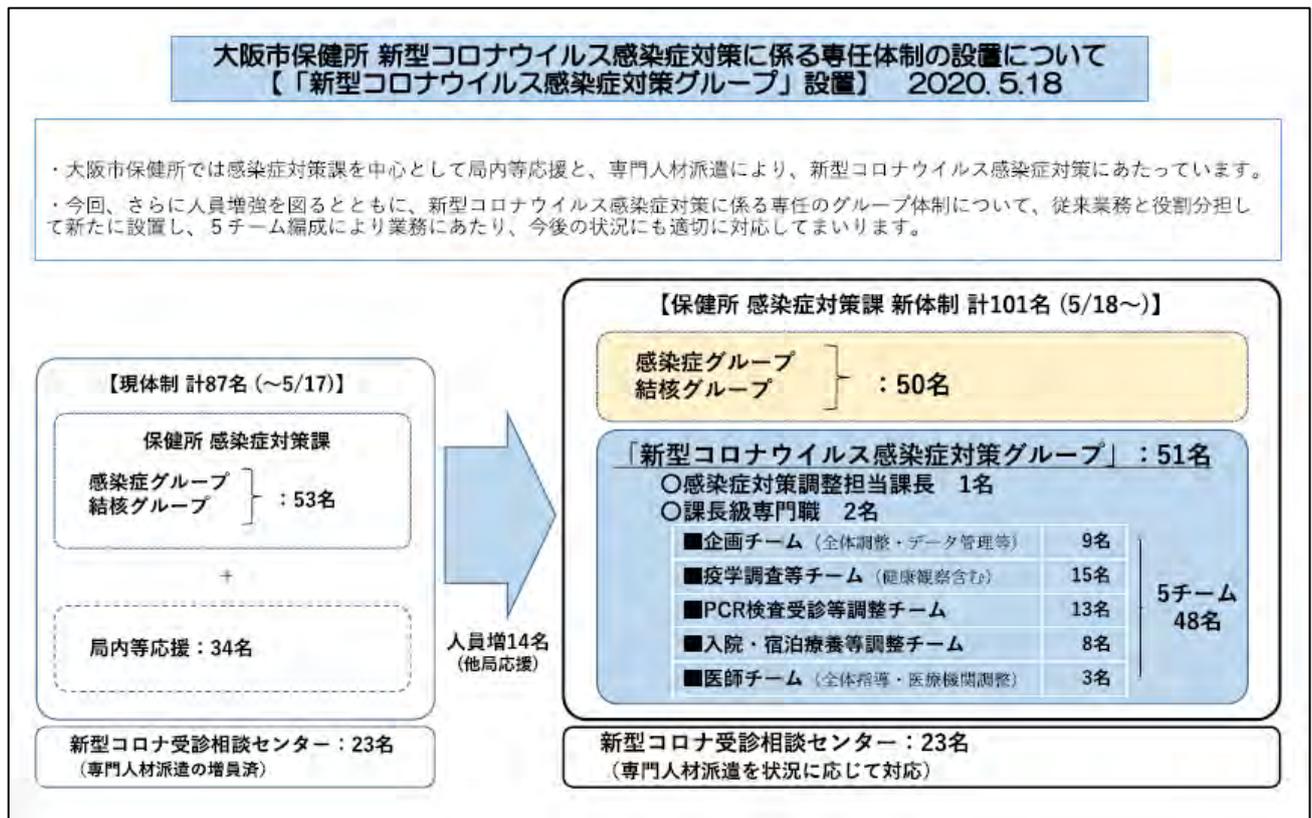
【埼玉県（院内感染対策）】

- 医療機関や介護施設に感染管理認定・専門看護師を派遣して職員教育等を行う事業を活用し、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる医療機関に対して、研修会・実地指導を実施した。
- また、今回の感染流行を機として、院内感染発生時に速やかな対応ができるよう、院内感染が発生した医療機関に対して、保健所の依頼により感染管理認定・専門看護師が専門的な立場から助言や指導などを行う体制を構築し、実際に活用することができた。



【大阪市（保健所の体制強化・業務分担）】

- 保健所の体制強化として、全庁からの応援体制を整備した。
- 庁外からの専門職の応援人員は、OB 保健師等への協力依頼や民間の人材派遣会社に派遣依頼を行うことにより人員確保に努めた。5月以降、応援職員に一定のノウハウが蓄積されたことや、各業務における課題整理が図られたことから、今後の長期化も見据え、専任グループを新設した。
- その結果、それぞれの業務が体系的に整理・分担され、保健師が疫学調査に専念できるなど、保健所職員の業務負担軽減や円滑な業務運営につながった。



【兵庫県（施設内感染が発生した場合の人材確保）】

（協力施設募集）

- 以下のようなケースの際に協力が得られる施設等を募集。
  - ・ 入所施設等で新型コロナウイルス感染者が発生し職員が不足する場合において、当該施設等の利用者にサービスを提供するための職員派遣等に協力する施設等。

（サービス提供の流れ）

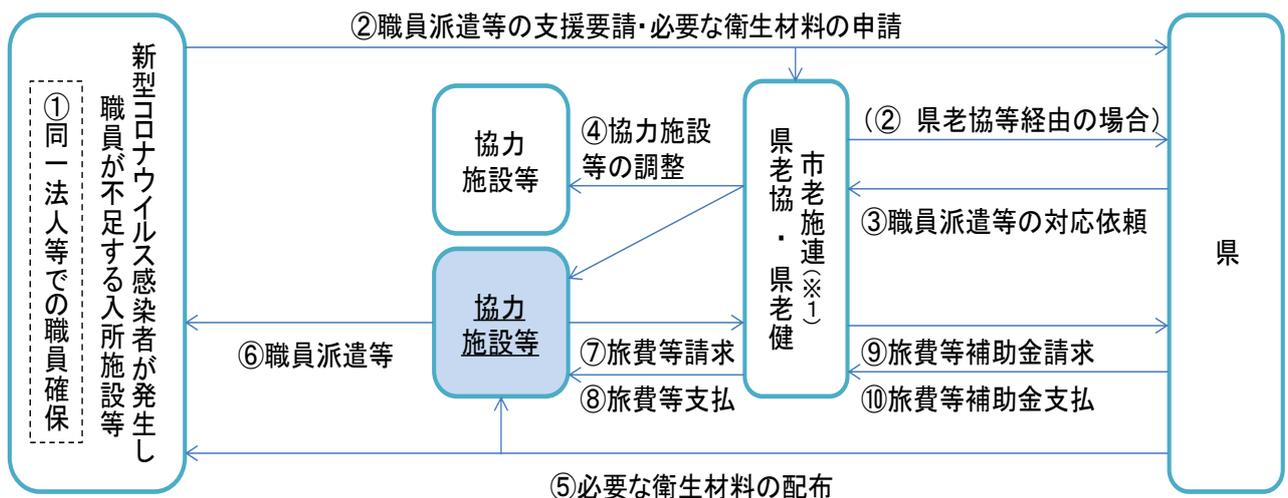
- 入所施設等で新型コロナウイルス感染者が発生し、同一施設・同一法人で可能な限りの対応をしたにもかかわらず職員が不足する施設等は県に対して職員派遣等の支援を依頼（県老協等経由も可）。
- 県は、当該施設等の種別に応じて、県老人福祉事業協会（特養・養護・軽費）、県介護老人保健施設協会（老健）、その他の協力施設等に職員派遣等の対応を依頼。

（期待される効果）

- 介護サービスの提供に協力可能な施設を、あらかじめ「協力施設」として登録し、上記のような事案が発生した場合に、本県や関係団体を通じて協力施設から職員を派遣し、円滑にサービスを提供。（5月13日から公募開始、28日現在48施設からの応募あり）



協力フロー(イメージ)



※1 県老協等を通じて協力施設等からの職員派遣等を調整する場合。県が直接県老協等の未加盟団体に支援を依頼することもあり得る。

※2 衛生資材は感染者が発生した入所施設等のものを使用することを優先し、足りない場合に県が必要な衛生資材を配布する。

## 【兵庫県（代替サービスの確保）】

### （協力事業所募集）

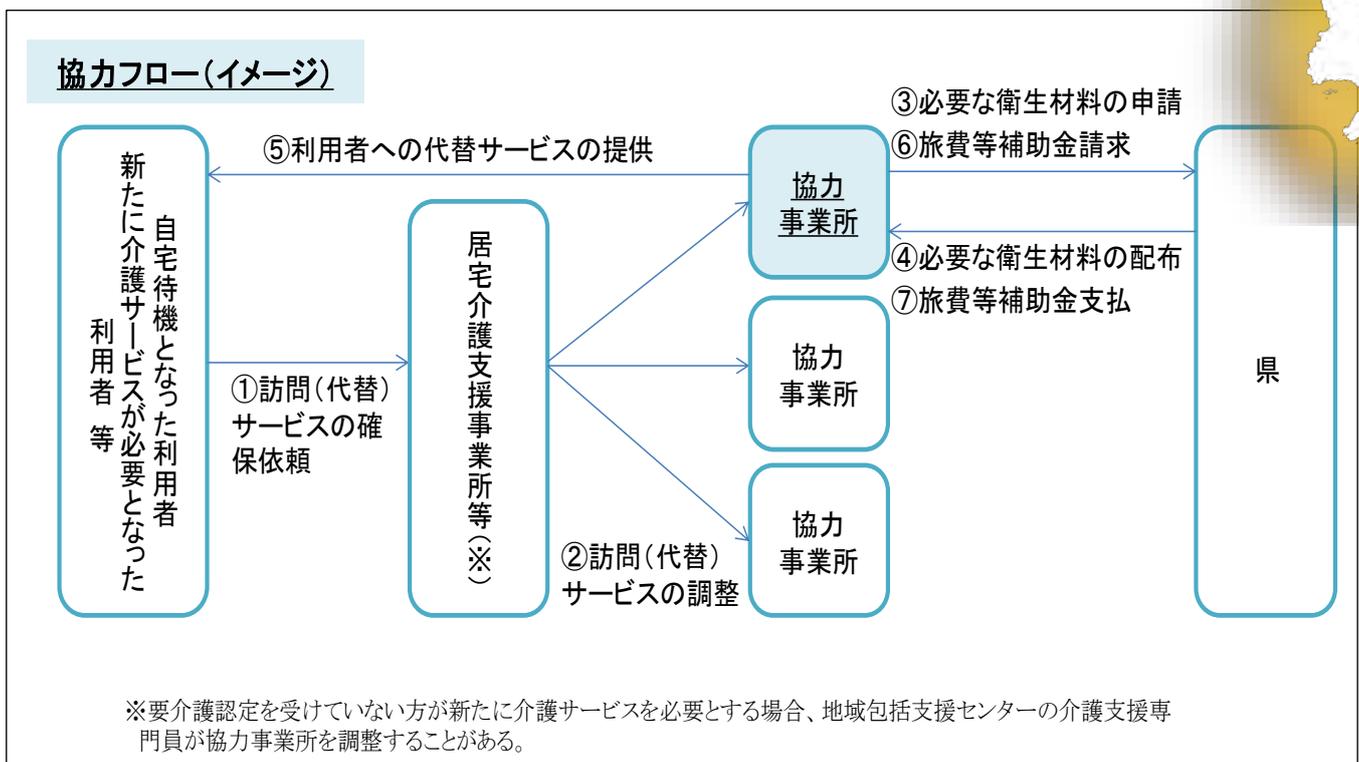
- 以下のような利用者に対する訪問サービス等の提供に協力が得られる事業所を募集。
  - ① 新型コロナウイルスの感染者が発生した通所サービス事業所等を利用していた方であって、（濃厚接触者として又は自主的な判断等により、）自宅待機となっている方。
  - ② 在宅で介護していた家族が新型コロナウイルスに感染したことにより、介護サービスを必要とするようになった方。

### （サービス提供の流れ）

- 自宅待機となった利用者や新たに介護サービスが必要となった利用者に係る居宅介護支援事業所等は、当該利用者が訪問（代替）サービス等を必要とする場合には、あらかじめ提供された協力事業所のリストを参考にしながら、代替サービスを提供する事業所を調整する。
- 県は、代替サービスを提供することとなった協力事業所に対し、その申請に応じて必要な衛生材料の配布等を行う。

### （期待される効果）

- 介護サービスの提供に協力可能な事業所を、あらかじめ「協力事業所」として登録し、上記のような事案が発生した場合に、本県や担当する介護支援専門員からの要請等に応じて、円滑にサービスを提供。（5月13日から公募開始、28日現在49事業所からの応募あり）





# 新型コロナウイルス感染症対策の 状況分析・提言（2020/5/29）

新型コロナウイルス感染症対策専門家会議

# はじめに

- ▶ 4月7日から続いた緊急事態宣言が、5月25日に解除。  
市民の皆様の御協力に心より感謝。
- ▶ 全国の感染状況は大幅に改善されているものの、感染が全くなくなったわけでない。この感染症は、再度の感染拡大が予想され、長丁場の対応が必要。
- ▶ 感染状況が落ち着いている今こそ、今後の新たな感染拡大（次なる波）を見据え、検査体制、クラスター対策、医療提供体制の強化、治療法・治療薬の確定等に取り組むべき。
- ▶ このため、これまでの取組・対策や、緊急事態宣言の効果等について、現時点での評価を行うこととした。

# 新規感染者数・死亡者数の動向に関する 現段階の評価①

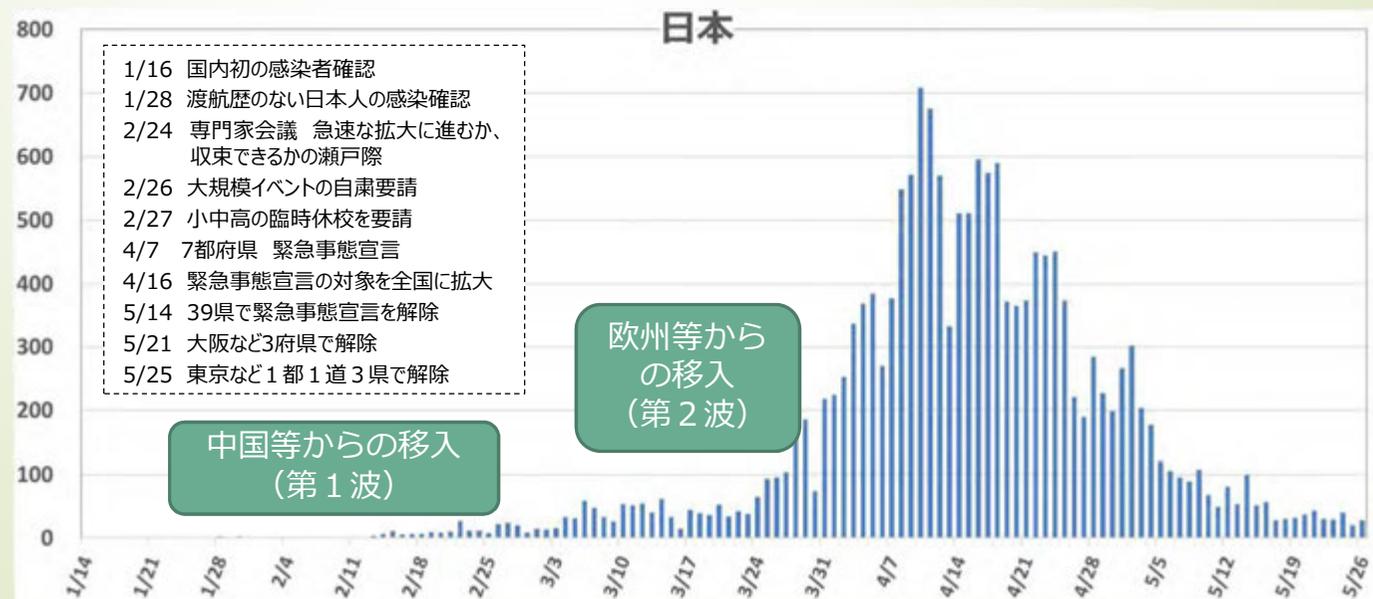
2

- 日本の対策は、欧米の先進諸国と比較して、感染者数の増加を抑制し、死亡者数や重症者数を減らすという観点から一定の成果。
- なお、韓国をはじめ東アジアの死亡者数は総じて少ない。中でも台湾が非常に低位。

## 【台湾で死亡者数等が低位である主な理由】

- ・ SARS等の経験を基に、従前から、日本に比べて準備ができていたこと
- ・ 欧米等から人の移入の規模が日本より小さく、より早く水際対策による対応を講じていたこと（2/6：中国全土の入国禁止。3/19：全外国人の入国禁止）

※ 日本では、2/1に中国湖北省からの入国を禁止したが、イタリアの全域、ドイツ、フランス等欧州の大部分の入国を禁止したのは3/27。米国や英国、中国全域等からの入国禁止は4/3からであった。

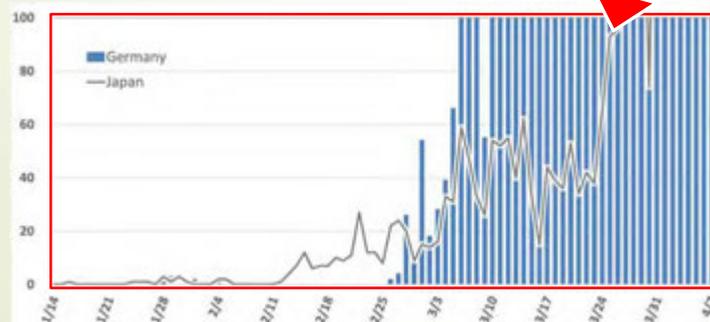
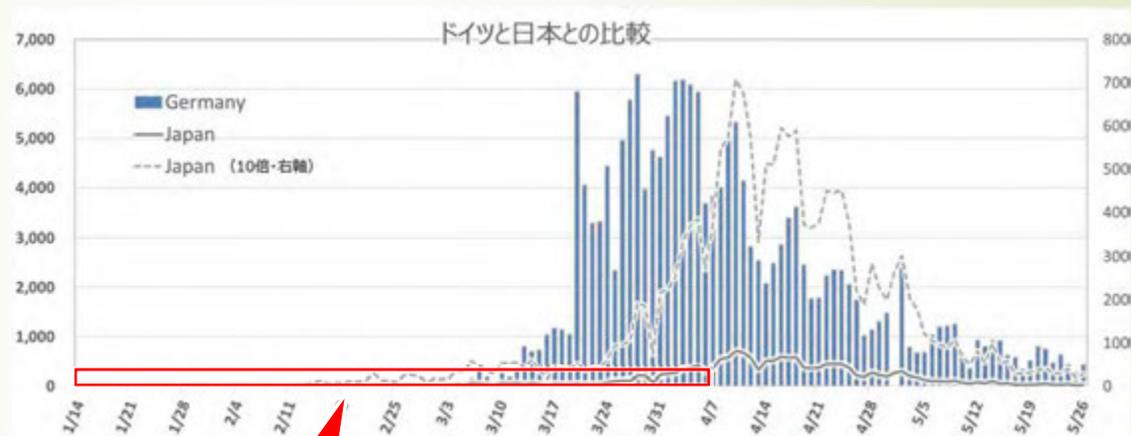


## 新規感染者数・死亡者数の動向に関する 現段階の評価②

- 欧米諸国と比較して、日本が死亡者数や重症者数を低位に留められた要因は、
  - ・ 国民皆保険による医療へのアクセス、地方でも医療レベルが高いこと、
  - ・ 全国に整備された保健所を中心とした地域の公衆衛生水準が高いこと、
  - ・ 市民の衛生意識の高さ、元々の生活習慣、政府からの行動変容の要請に対する協力の度合い、  
等がよく知られている。
- 一方で、一般的に知られているわけではないが、我が国で感染者数・死亡者数が低位に留められた要因として、次の2点についても詳細に説明。
  - (1) 中国由来・欧州等由来の感染拡大の早期検出
  - (2) 我が国のクラスター対策

## 中国由来・欧州等由来の感染拡大の検出①

- 日本は、中国からの流行について適確に捕捉。急激な感染拡大を防止。一方で、欧米では、同時期、国内感染事例はほとんど見つかっておらず、水面下での感染拡大につながったおそれ。

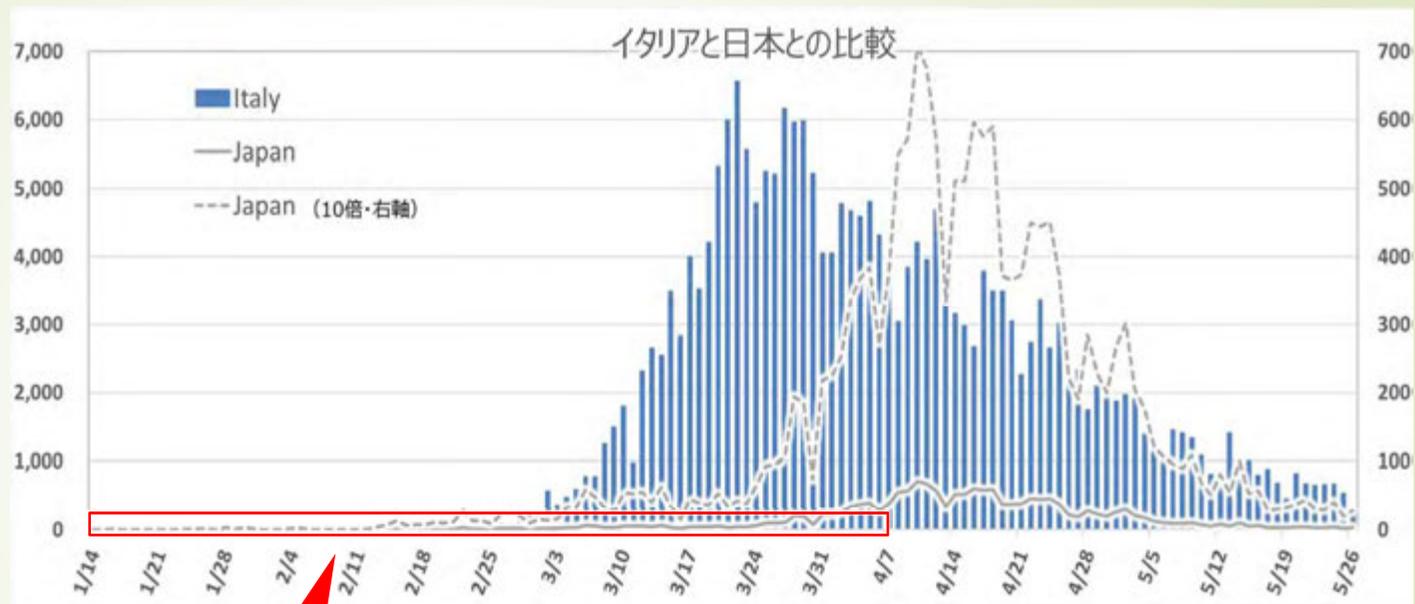


**日本では、中国を起点とする急激な感染拡大を防止。**

累積感染者数	日本	ドイツ	フランス	イギリス	アメリカ	イタリア	台湾	韓国
2/18まで	60	15	12	9	15	3	31	22
2/25まで	149	15	12	13	53	229	892	30

5

# 中国由来・欧州等由来の感染拡大の検出②

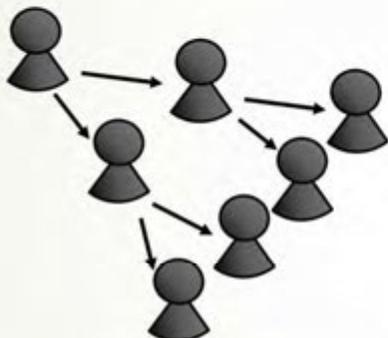


# 我が国のクラスター対策①

- 日本は、早い段階で『新型コロナウイルス感染症の**伝播の特徴**』を認識。

## ○インフルエンザ (2009年H1N1) の場合

⇒ 1人の患者が複数名に感染させる。

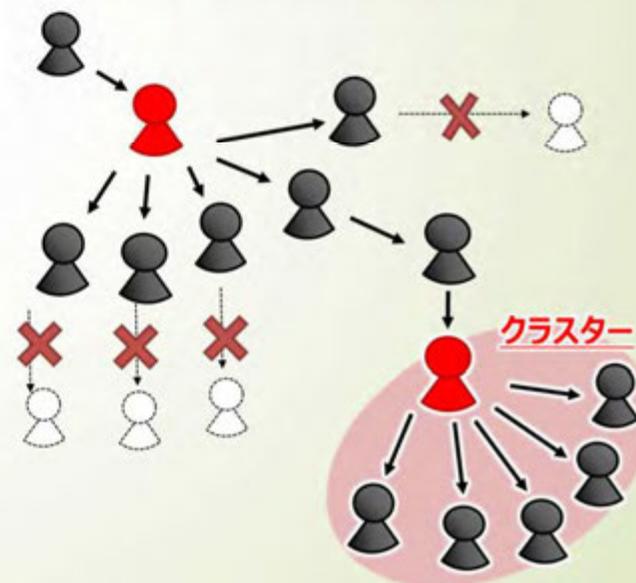


## ○新型コロナウイルスの場合

⇒ 重症・軽症にかかわらず、感染者 (図: 黒) の5人に4人 (約80%) は他の人に感染させない。

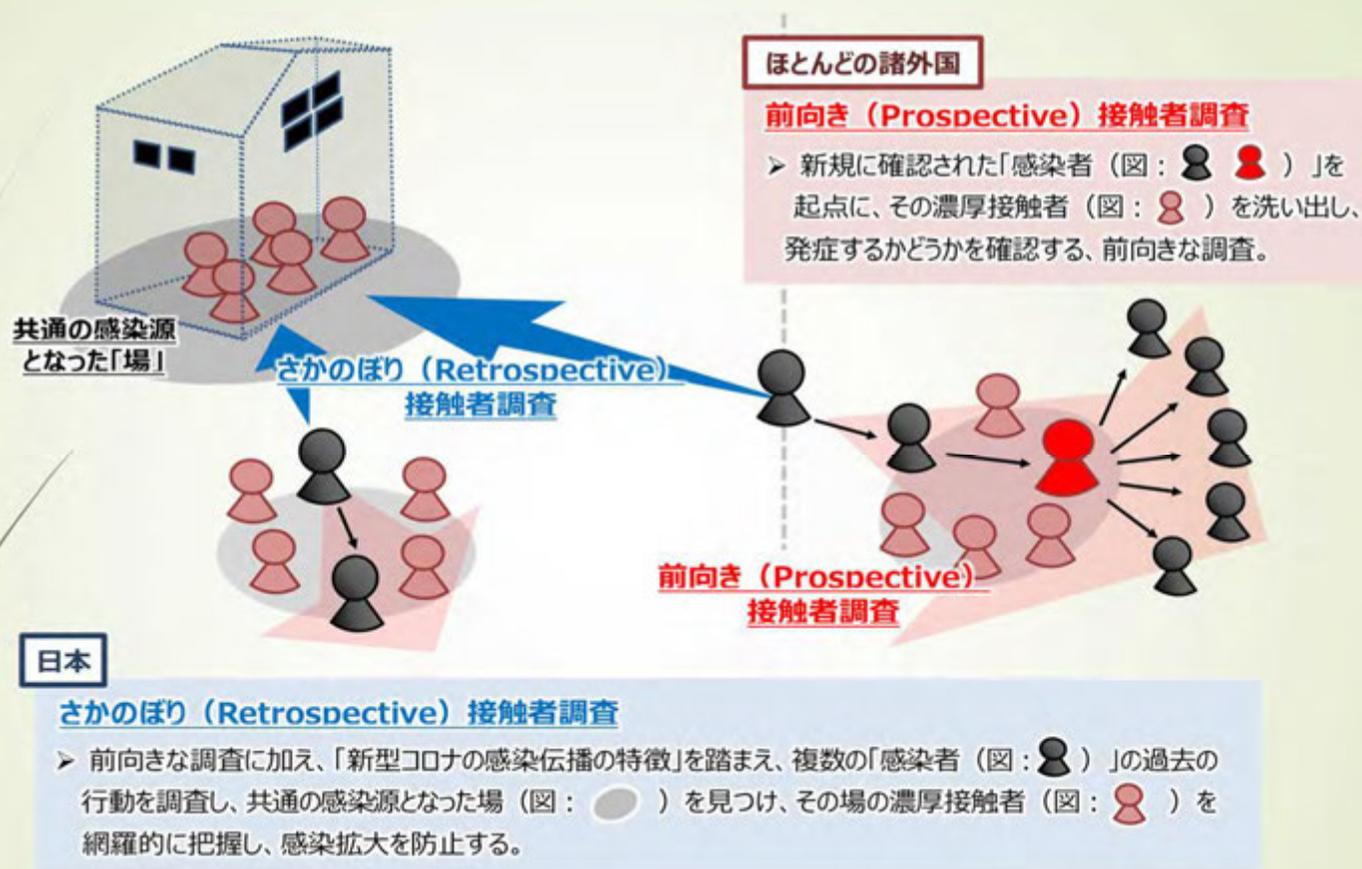
残りの1人 (約20%) の感染者が他の人に感染させるが、稀に多くの人に感染させる感染者 (図: 赤) が発生。

このため、**クラスター感染 (集団感染)** が発生。



- この感染症は、クラスターを形成することで感染拡大。特に感染初期では**クラスターを制御できれば、感染拡大を一定程度制御できる、という戦略。**

# 我が国のクラスター対策②



我が国のクラスター対策（さかのぼり接触者調査）の特徴。

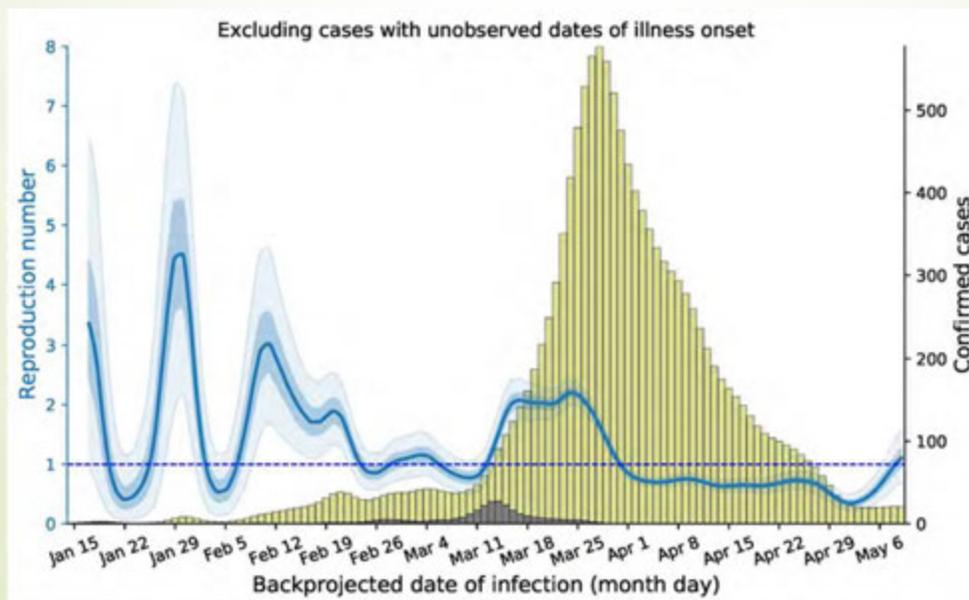
- (1) 共通の感染源を特定し、その場の濃厚接触者に網羅的な接触者調査を実施。感染者が確認されれば、入院措置等により感染拡大を防止。
- (2) 「3密」などのクラスターが発生しやすい場の特徴を指摘することができ、これにより、初期の段階から、市民に対して注意喚起。

# 緊急事態宣言（4月7日）の効果

8

- 報告日ベースでは、新規感染者数のピークは4月10日頃。
- 推定感染時刻ベースでは、感染時期のピークは4月1日頃。
- 緊急事態宣言前（3月末）から、市民の行動変容等により、新規感染者は減少傾向。
- 緊急事態宣言後は、実効再生産数が再反転せず、宣言期間中を通じて1を下回り、低位で維持。

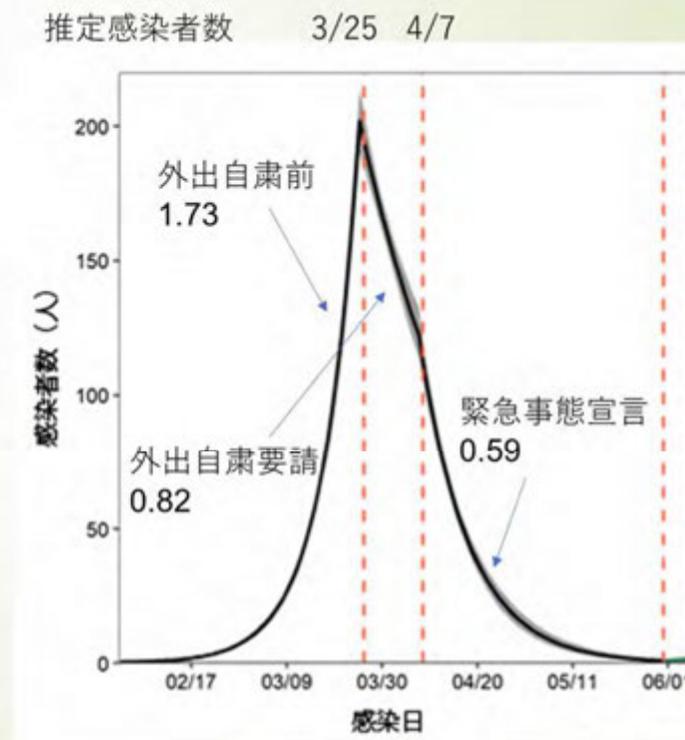
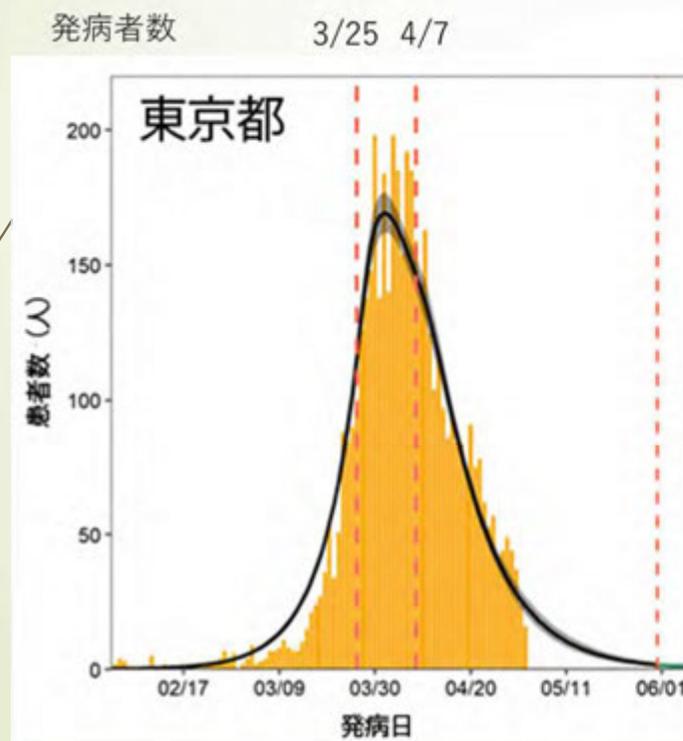
## 【全国の実効再生産数推定値（5月28日版）】



## (参考) 東京の実効再生産数 (専門家による分析)

- なお、専門家による東京のデータ分析では、緊急事態宣言後に、実効再生産数が、更に低下している。

### 【北海道大学 西浦教授らによる分析】



報告ベースの患者数と感染から発病までに要する潜伏期間の分布を  
 基に、感染者の増殖率を推定し、増殖率から実効再生産数を得た

# 次なる波に備えた「検査体制」の更なる強化

## ➤ 課題

- ▶ 4月上旬から中旬の感染者数増大が見られた時期に、検査が必要な者に対し、PCR等検査が迅速に行えなかった。

## ➤ 今後の方向性

- ▶ 前駆症状や初期症状の解明を含む早期診断により、早期の医療提供・感染拡大防止につなげていく検査体制の拡充。
- ▶ これまでの対策をさらに進め、迅速かつスムーズな検査体制を構築。  
相談から検査までの日数を短縮。
- ▶ 抗原検査とPCR等検査の役割分担の明確化。  
感染力の高い人を探知できるという特性を生かし、2次感染が起こる可能性が高い院内、施設内での感染の防止に向けて、積極的に活用。

# 次なる波に備えた「医療提供体制」の更なる強化

## ■ 今後の方向性

- ▶ PCR検査、医療機関の役割分担、空き病床の状況把握等についてチェックリストを作成。

**都道府県は、チェックリストを活用し、体制を整備。**

## 治療法・治療薬の確立、ワクチン等の開発の促進

### ▶ 課題

- ▶ 感染者の早期診断・早期の医療提供により、感染拡大防止と重症化抑止を図ることが重要。

### ▶ 今後の方向性

**抗原検査**：本感染症は発症前に感染力があるとされており、抗原検査等による迅速な検査によって感染者を早期に診断。

**初期症状の解明**：軽症者をより確実に捕捉するため、本感染症の特徴的な前駆症状・初期症状を解明し、検査対象を明確化する。

**重症化マーカー**：無症状から中等症への病状進行を示すサイン（重症化マーカー）の研究・開発。より早期の医療の介入を実現。

- ▶ 迅速に研究を企画し、散逸するデータをまとめ、調整する感染症研究のオールジャパン体制を整備。  
次なる流行等の際に、機動的に様々な研究を実施。

## 次なる波に備えた「サーベイランス」 「感染予防対策」等の更なる強化

### ■ 課題

- ▶ 地域の疫学データが国や都道府県で共有・活用されずに、対策に十分に活かすことができていない。

### ■ 今後の方向性

- ▶ 今後の感染拡大を見据え、紙での発生動向届出を見直し。  
**ICTを活用し、迅速に感染者情報を共有するシステム**を整備。
- ▶ 感染経路の分析につながる**疫学情報の国と地方自治体との共有について、ルールを明確化**。
- ▶ 感染症疫学専門家・公衆衛生医師など、**地域における感染症対策を担う人材の養成**が必要。  
(国立感染症研究所の実地疫学専門家養成コース (FETP) 等)

# 感染時の重症化リスクの高い集団等に対する感染予防対策

院内感染が起きても、迅速に介入することで早期収束できることがわかってきた。

## (1) 院内感染対策・施設内感染対策

〔 院内感染・施設内感染が発生すると、重症者・死亡者が発生しやすくなるだけでなく、地域の医療提供体制にも甚大な影響。その対策が急務。 〕

- ▶ 院内感染・施設内感染の要因分析。基本的な感染対策の徹底。
- ▶ 地域の流行状況に応じ、迅速に抗原検査やPCR等検査を実施。
- ▶ 地域で専門的な助言ができるコア人材を育成。  
(これまでの事例では、外部からの専門的な視点での助言が有効。)
- ▶ 病院長、施設長等の研修体制の整備。外部専門家との関係構築。

## (2) クラスタ感染が生じた場における感染予防対策

- ▶ これまでクラスタが発生したハイリスクの場所の事業者とともに、効果的な感染予防対策を検討。

# 終わりに

- **市民の皆様の御協力により**、新規感染者数は着実に減少傾向に転じ、医療崩壊を免れ、全ての都道府県で緊急事態措置が解除された。
- しかし、この一両日、一部の地域で既に見られているように、**潜在化している感染連鎖が突如としてクラスター感染として顕在化することがあり得る**。また、これまで報告されてこなかったようなタイプのクラスター感染の発生にも十分注意。
- **新規感染者数が減少傾向にある今こそ、次なる波に備えた対策の準備期間として有効活用する必要**。  
政府においては、今回の提言も踏まえ、必要な措置を迅速に行っていただきたい。