

# 新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード 資料集

第5回（2020年8月6日）

## 目次

1. 議事概要 .....	2
2. 感染状況等に関するデータ .....	13
3. 押谷先生提出資料：全国・県別エピカーブ（2020/08/04の過去2か月間） .....	22
4. 鈴木先生提出資料：国内の流行状況の評価：8月3日時点 .....	58
5. 黒田先生提出資料：新型コロナウイルス SARS-CoV-2 のゲノム分子疫学調査 2 .....	63
6. 直近の感染状況等 .....	69
7. 館田先生提出資料：一般社団法人日本感染症学会提言 今冬のインフルエンザと COVID-19 に備えて（概要） .....	71
8. 新型コロナウイルス感染症の患者に関する自宅療養の取り扱いについて .....	97
9. 前田先生提出資料：自宅宿泊療養フローチャート（案） .....	99
10. 太田先生提出資料：新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況の調査（2020年度第1四半期） - 結果報告 -（概要版） .....	101

**新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード（第5回）  
議事概要**

**1 日時**

令和2年8月6日（木）18:00～20:15

**2 場所**

厚生労働省省議室

**3 出席者**

座長	脇田 隆宇	国立感染症研究所長
構成員	今村 顕史	東京都立駒込病院感染症科部長
	太田 圭洋	日本医療法人協会副会長
	岡部 信彦	川崎市健康安全研究所長
	押谷 仁	東北大学大学院医学系研究科微生物学分野教授
	尾身 茂	独立行政法人地域医療機能推進機構理事長
	釜范 敏	公益社団法人日本医師会 常任理事
	河岡 義裕	東京大学医科学研究所感染症国際研究センター長
	川名 明彦	防衛医科大学校教授
	鈴木 基	国立感染症研究所感染症疫学センター長
	舘田 一博	東邦大学微生物・感染症学講座教授
	田中 幹人	早稲田大学大学院政治学研究科准教授
	中山 ひとみ	霞ヶ関総合法律事務所弁護士
	武藤 香織	東京大学医科学研究所公共政策研究分野教授
	吉田 正樹	東京慈恵会医科大学感染制御科教授

座長が出席を求める関係者

大曲 貴夫	国立国際医療研究センター病院国際感染症センター長
黒田 誠	国立感染症研究所病原体ゲノム解析研究センター長
斎藤 智也	国立保健医療科学院健康危機管理研究部長
中澤 よう子	全国衛生部長会会長
西浦 博	京都大学大学院医学研究科教授
前田 秀雄	東京都北区保健所長
和田 耕治	国際医療福祉大学医学部公衆衛生学医学研究科教授

厚生労働省 加藤 勝信 厚生労働大臣

橋本 岳	厚生労働副大臣
小島 敏文	厚生労働大臣政務官
自見 はなこ	厚生労働大臣政務官
鈴木 康裕	医務技監
宮崎 雅則	健康局長
吉田 学	医政局長
迫井 正深	大臣官房審議官（医政、医薬品等産業振興、精神保健医療、災害対策担当）
正林 督章	新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務局長代理
江浪 武志	健康局結核感染症課長

#### 4 議事概要

##### <加藤厚生労働大臣挨拶>

皆さん、大変お忙しい中、ありがとうございます。

現在の感染状況でありますけれども、1週間連日1,000人を超える新規感染者数が報告されておりまして、報告ベースでは感染の拡大という状況にあります。

また、都市部だけではなくて、一部の地域においても広がりが見られ、また、重症者についてもこの2日間ネットで見ても10名以上の増加ということになっておりますので、本日は専門家の皆さんから、現在の感染状況の分析・評価について御意見をお聞かせいただきたいと思っております。

また、こうした状況でありますから、国民の皆さんには改めて3密の回避、手指消毒、手洗い、マスクの着用、身体的距離の確保、換気の徹底などをお願いするとともに、それぞれ事業をされている皆さん方には業種別のガイドライン等々をしっかりと守っていただくよう、さらをお願いをしていきたいと思っております。

また、厚労省としては、検査体制をしっかり行っていくということ、積極的疫学的調査等を実施する上においても保健所の支援体制強化を行っていくこと、また、病床・宿泊療養先の確保に向けた必要な支援、一つ一つを都道府県等と連携を取りながら実施をさせていただいているところであります。

このうち検査でありますけれども、体制構築がさらに円滑に進んでいくよう、先日、既に締約済みの行政検査の委託契約について、例えば唾液による検査を新たに追加した場合に、議論があればともかくとして、契約当事者がもう委託契約を見直す必要がないということで、手続の大幅な簡素化をさせていただきました。既に、医療機関側から感染防止が実施されているということが申告されれば、もうそれをもって契約をしてほしいということもお願いしているところでありますので、こうしたことで医療機関等における検査をさらに幅広く実施していただけるようにしていきたいと思っております。

また、保健所の業務負担が過大となる中、全国保健所長会から自宅療養の取扱いに関する御要望をいただいております。今日この場で具体的なお話をお伺いするとともに、対応を考えさせていただきたいと思っております。

また、先週報道もされましたが、先月の31日に私ども厚労省は米国ファイザー社との間で、新型コロナウイルスのワクチン開発に成功した場合、来年6月までに6000万人分のワクチンを日本に対して供給を受けるということで基本合意に至りました。今回は6000万人分でありますから、引き続き、他社も含めて協議を行い、日本の皆さんに安全で有効なワクチンを早期に供給できる、接種できる環境をつくるよう努力をしていきたいと思っております。

本日は、改めて、冒頭申し上げた直近の動向を踏まえて、今後求められる対応についてもいろいろ御意見をいただきたいと思いますと思います。

あわせて、冬にはインフルエンザの流行ということにもなってくるわけでありまして。そこに向けた対応。また、自宅療養に関する御提言、御要望などについても併せて御意見をいただきたいと思いますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

#### <議題1 現時点における感染状況等の評価・分析について>

※事務局より資料1に基づき説明。その後、押谷構成員より資料2-1、鈴木構成員より資料2-2、黒田参考人より資料2-3に基づき、それぞれ説明。さらに、事務局より資料3に基づき説明。

(河岡構成員)

○ 黒田先生に質問です。いわゆる夜の街の従業員からゲノム上1世代でつながるウイルスが存在すると思うが、その中でどのくらいがリンクなしとなっているのか。

(黒田参考人)

○ 1塩基SNPでネットワークではつながるものの、疫学情報ではリンクは見当たらないという対象者のことか。どうしても同じゲノム情報を有すウイルスが一遍に拡散され、同時並行で、つまり東京で起きることが大阪でも起きていて、それを一つのマップで重ねてネットワーク描画しているので、実のところゲノム情報というのは間違いを犯す。なので、必ず疫学情報、FETP、保健所での疫学調査を見て、聞き取り調査でつなげてもらう。そこで、先生のおっしゃる「つながらない」というのは、該当者に聞いても上の空みたいな答え方をして明解な判断が難しい場合は大体そうかなと思う。

(河岡構成員)

○ もう一点。現在流行しているウイルスは海外からの輸入例ではないと考えていいのか。今日本に流行しているウイルスは、ほとんど最初に入ってきたウイルスがまだずっと流行しているのか。

(黒田参考人)

○ そのこのところをすごく注意して見ているが、なさそうである。やはり水際対策がうま

くいっているだろうというイメージ。

(押谷構成員)

- 我々が最初から言っているように、これはクラスター連鎖みたいなものがつながらないと感染が拡大していかない感染症なのだと思う。国内では、クラスター連鎖がつながるのが特に大都市の繁華街、そういうところで、特に従業員が集団生活をしていたりして、そこでクラスター連鎖がつながってしまったということが今こういう状況を生んでいるのかなと思っている。
- ほかの国でも大規模な感染拡大を起こしたところを見ると、ニューヨークとか、武漢、イタリアなんかもそうだし、今、アジアだとフィリピンがそうであるが、初期段階に病院崩壊連鎖のようなことが大規模な感染拡大のきっかけになっている。
- 日本では、黒田先生がお示しになったように、病院から病院への大きな感染連鎖、病院間のクラスター連鎖みたいなことがほとんど起きていないということが、死亡者の違いとか、大規模な感染拡大が起きなかったことにつながっているのではないかと。逆に言うと、これを起こさないことが最も重要で、同時に繁華街の問題を何とかしなければいけないということになると思う。

(脇田座長)

- 資料3は直近の感染状況の評価として出していくので、少し気になったところを少々コメントしておきたい。
- 資料3の2ページ目の3つ目のポツで、「中等症段階で、レムデシビル、ヘパリン、ステロイドなどの投与により、気管挿管の手前で回避できている」ということだが、これは本当に中等症段階でこういう投与で回避できているのかということ、大曲先生、今村先生にまずは確認をしたい。
- それから、「気管挿管の手前で回避できている」というのは生々しい表現なので、「重症化を回避している」というふうにしたほうが良いと思う。
- 「との指摘もあるが」というところについては、「という可能性もあるが」という書きぶりではないかと思う。
- 最後の「十分なエビデンスを得るには至っていない」については、「今後も解析をしていくことが必要だ」というふうにしたらどうか。
- それから、4つ目のポツのところ、「感染経路不明者の感染者の割合が増加している」ということだが、前の1ページ目を見ると、これは全国も東京都も1週間前に出したペーパーよりも、一番上のところで全国52%、東京都59%で、ほとんど変わっていないので、ここはちょっと書きぶりを変えていただくといいかなと思う。

(大曲参考人)

- レジストリのデータ等もあるが、3、4、5月に起こっていたことと6月以降に起こっていたことを比べるのはなかなか難しいと思う。非公式に少し比較をしてみたこともあるが、6月以降のデータが集まっていないので、比較がなかなかしにくい。

- 気管挿管の手前で回避できている患者が増えているのではないかという指摘は、現場の医師として理解できないこともないが、先週、今週では、実際に気管挿管をする患者さんが、これもミクロな我々の一室レベルの話になると、やはり出ている。今日も3人か4人、人工呼吸になっているが、そういう状況もあるので、この辺りの判断は慎重にしたほうがいいのではないかと思う。

(今村構成員)

- 前回のときは、施設とか病院の大きなクラスターが出ているので、最初から70代、80代がもうスタートで入っている。今は若い人から円心状に地域が広がりながら徐々に40代、50代、60代と広がっている状況で、一番パーセントのある70代、80代の割合が同じかと言われると、そこは一つ問題があるということ。
- あと、施設とか病院にいる人と日常生活をしている人を同じ年齢で見ても、基礎疾患の割合が違う。やはり病院に通っている人は基礎疾患がある人のほうが多いので、特に高血圧とかいろいろなもので通っている人たちが多くを考えると、それが危険因子になっているので、単純に比較できないと思う。

(武藤構成員)

- 多分これからは自宅療養を本格化させていくのだと理解しているが、そうであれば、自宅療養の体制整備をもっと強化するなど、そちらに舵を切っていますということがわかるアピールをしていただきたいと思う。

(釜范構成員)

- 押谷先生に教えていただきたい。クラスター連鎖が拡大していかないと感染拡大につながらないというのはそのとおりだと思うが、クラスター連鎖といわゆる「市中感染」ということについてはどういうふうに分けて考えたら良いか。

(押谷構成員)

- これは非常に難しいが、インフルエンザはある閾値を超えると、本当に市中感染していく。多くの人が誰かに感染させるので。そうすると、特に小学校などの子どもを中心に感染拡大が起こり、地域に広がって行って学区内全体で、地域の誰かがインフルエンザに感染しているみたいな状況に面で広がっていくイメージとなる。今回の感染症は地域に広がっている状況ではあるが、恐らく新宿を中心に広がっていったもの、飛んでいったものが、小さな居酒屋のクラスターをつくったり、家族内感染を起こしたりしているが、それがほとんどのところで継続的にはつながっていかない。ある一定規模の盛り場みたいなものがあると、そういうところではある程度広がってしまい、それがまた地域に飛んでいったものは、家族内感染、職場での感染、飲食店での感染、そういう小さなクラスターはつくるけれども、それは維持されない。インフルエンザの場合はそれが維持されてしまって面のように広がっていく。そこが違うので、いろいろところで市中に広がっていると報道では言われているが、インフルエンザで起きているような市中感染とはかなり質の違うものだと思っている。

(館田構成員)

- 死亡者の数に関してだが、第1波に比べたら第2波のほうが死亡が少ない。それは遅れてくるからというような理論と、もう一つは高齢者が少ないからということがよく言われるが、本当にそれで説明できるのかどうか。高齢者の数をうまくそろえた形で、そして発症から云々という形で、それを比較したデータがあるのかということか一つ。これはやはりやらないといけない。もしもそれで説明できないということになれば、なぜなのかという形になるわけだが、さっきの治療に関して、まだ確実とは言えないけれども、現場である程度の方向性が見えてきたということはあるのかということか一つ。
- もう一つ、黒田先生のゲノムの調査が非常に大事になってくると思う。変異が入っているのは間違いのないわけだが、それが第1波のときと第2波のときと比べて、例えば病原性に関わる場所に変異が入っていないかとか、その辺のところの考察は今の段階でどういうふうにするのがいいのか。

(押谷構成員)

- 年齢調整をしたデータは疫学センターとも一緒に解析しないといけないと思う。同時に、3月から5月にかけての流行で死亡者が多かったのは、さっき今村先生が言われたように、特に高齢者中心に入院しているような病院で大規模な院内感染が起きたということがかなり大きな要因なのかなと思う。
- 正確に覚えていないが、80歳以上の致死率をイタリアとかと比較しても、日本の致死率が1.8倍ぐらい高いというデータが初期の頃にあった。イタリアは20数%に対して日本は35%ぐらいあったと思う。これは今村先生がおっしゃるように、非常に重い基礎疾患があって入院している人とか高齢者施設に入っている人。この中には、コロナに感染したけれども、本当にコロナが死因だったのかどうかよく分からないような人たちもかなり入っているということが、あの時点での死亡者が多く見えているということなのかなと考えていて、その辺もきちんと解析しなければいけないところだと思う。
- そういうところに伝播しなければ、コミュニティの中でも80代でも元気な人はたくさんいる。男性の高齢者の場合35%とかの致死率というデータになっているが、比較的健康な高齢者が感染した場合に致死率の感染症なのかどうかということは、もう一度振り返ってよく見る必要があるのかなと思う。

(黒田参考人)

- ウイルスの変異のほうはもちろん蓄積されてくるわけで、それが今度、感染伝播、もしくは病原性ということに関わるかということではあるのだが、例えば糖尿病患者さんと健常者と比較してここが違うからこうなるというセットがないことには、比較しても意味がない。なので、現状のウイルスがこういうふうな所見としてすごく違うからという根拠がないと、予測でしかない。
- 予測できることは、スパイクタンパクは三量体でトリマーになっているが、そこにフ

ーリンまたはセリンプロテアーゼみたいなものに切られて、細胞に入りやすくなり増えやすくなる。変異により数倍上がっているかもという幾つか論文が出ているようだ。本当はどうかは分からないが。

- もう一つは、中和の免疫逃避の問題。中和抗体を我々は何種類も持っている。そのうちのモノクローナル抗体で止めるところの一部のエピトープが削れる、つまり、中和抗体がつかなくなるような、でもウイルスとしての機能を持っているケースはあり得る。まだ予測段階なのですが見つかっています。

(脇田座長)

- 大事な話なのだが、ただ、モノクローナル抗体との結合なので、それが中和抗体全般に拡大できるかという点、そこは変わってくる、そういう話だと思う。
- もう一つ、治療が本当によくなっているかという話も、これも西浦先生、大曲先生、今村先生に確認をしておきたいのだが、以前と比べれば、現在、重症化を予防するような治療法というのはよくなっていると考えても良いか。

(大曲参考人)

- いわゆる臨床試験レベルでいけば、ほぼ標準的と言えるようなスタディの結果は幾つか出ているので、そこは言えるのではないかと思う。要は、抗ウイルス薬で言えばレムデシビルでありますし、抗炎症薬としてのデキサメタゾンもUKのトライアルでも致命率を下げるということは分かっている。そこは言えるだろうと。
- あとは、リアルワールドで本当にそれが貢献できているかどうかはまた別途見ていく必要はあろうかと思う。これは複雑な解析になりそうで、全てできるとは思っていないが、例えば発症から治療介入までの時間ごとで見るとか、それが時間がかかった群とそうでなかった群では予後がどうであったかということもある。その中で、治療なども変わってくるかもしれないので。つまり、今を2波とすれば、主流となっている治療が第1波のときと変わっている可能性もあるので、それも見なければいけない。あるいは、治療開始時の重症度ごとで分けてみたりということで、慎重に分けて見てみないと、なかなか簡単には言えないのかなと思う。もちろんやる必要はあると思う。

(今村構成員)

- 恐らく全身的な治療に関してはかなり改善してきているのかなと思う。個々の抗ウイルス薬に関しては、この時期はこれを中心に投与していた、今はこれを投与しているとか、例えば最初の時期はレムデシビルは投与されていないから、そういう形の変遷はあるが、大きな流れの中で、割と早くステロイド投与はやり始めている。それによって何となく酸素化がよいなという感じのイメージはみんな持っていた。その経過のもう少したったところでみんながスタートしているのが、恐らくヘパリンかなと思う。血栓症が予想以上に多いという情報が入って、そちらのほうは先手を打って比較的投与されるようになっているので、予後に少し影響している可能性はあるかなと思うが、



ちゃんと評価されていないので。

(川名構成員)

- 第2波では少し治療がうまくなってきたのではないかという話について。私どもの病院ではまだ第2波になって10数例しか診ていないが、近隣の医療機関からの情報なども含めて思うことは、高齢者に限って言うと、決して予後はよくなっていない。お亡くなりになる方もいらっしゃる。第1波と比較すると、統計が示しているように、明らかに診断される患者の年齢層が若くなっているの、見た目は比較的軽症例がベッドを埋めているような印象があるが、高齢者に限定して言うと、決して予後は楽観できないという印象を持っている。

## <議題2 日本感染症学会提言(今冬のインフルエンザとCOVID-19に備えて)について>

※館田先生より資料4-1、4-2に基づき説明。その後、事務局より資料(非公表)に基づき説明。

(中澤参考人)

- インフルエンザワクチンの優先的な接種については、行政からの接種勧奨を行う対象でないということはよくよく理解した上で、「対象者のうち接種を希望する方に対し」という表記の仕方のところは、この状況であったら、接種勧奨とまではいかないまでも、希望者に対してではなくて、「公衆衛生上の観点から」とか「医療体制を維持するためにも」等、何か言葉を添えてでも、「対象者に対して早期からの接種または接種の予約の呼びかけ」というふうには書けないか御検討いただきたい。希望する方というのは、あまりに引け腰に過ぎるといえるか、接種勧奨ではないが、もうちょっとみんな受けましょうということを示していったほうがいいのではないかと思います。

(釜范構成員)

- インフルエンザの治療に関しては、急に発熱したりして大分症状が強い場合に、医療機関に行って検査を受けて診断が決まって、抗ウイルス薬、抗インフルエンザ薬が出るということについて、国民の多くの方はそのパターンに慣れているし、それを受け入れているという事情があるので、それをやらないで薬だけということについては多くの理解が得られないのではないかと考える。
- 受診された方の御希望に最大限応じられるような体制をより多くの医療機関が取ってほしいというふうに、日本医師会からはしっかりと発出をしていきたいと思う。
- それから、インフルエンザのワクチンについては、今、中澤先生から御指摘があったように、国からもこの対象者は10月については積極的にやりなさいというような強いメッセージを出していただきたい。優先して接種を受けるべき人たちになるべくしっかりと機会を用意するということを医師会としても全力で取り組みたいと思うが、限られたワクチンをしっかりと対象者に接種できるように国からもメッセージを出していただきたいと思う。

(前田参考人)

- まず外来・検査体制であるが、私どもは地域の医師会の先生方とこの点を協議すると、やはり唾液外来については、自分たちのところが発熱センターになってしまうのではないかとの懸念があるようだ。今でも私どもは200か所程度、内科診療所はあるけれども、まだ手を挙げているところは10数か所にすぎない。となると、その手を挙げた10数か所が、私どもの区では公表しないというふうにお話ししているが、公表されると、その地域で発熱がある方はこの診療所に行ってくださいというような形になってしまって、それだと、幾ら時間的に分離しても外来診療が滞ってしまうというので、そこは非常に懸念があるという話がある。
- そういう意味では、ここでは発熱患者を診ない医療機関と診療所になっているが、逆に言ったらほとんどの医療機関に診ていただく方向に何とか誘導していただかないと、選ばれたところだけが唾液外来を行うというのでは厳しいのではないかと思う。
- その点からすると、今回の2次補正で1診療所上限100万円の補助金をいただいているが、それで本当に十分なのか。唾液外来をするに当たってはもうちょっと上乘せするといったことを考える区も幾つかあるが、唾液外来をやるのであればその辺を少し考えていただきたい。あれは恐らく標準的な院内感染体制を整備するための補助だと思うが、それに加えて、こうしたことを積極的に行う医療機関についてはもう少し補助をしていただくようなことも考えて、唾液外来を積極的にやっていただくようなことも必要ではないかと思う。
- もう一点、ワクチンのことだが、果たして国としてワクチンを勧めるのかどうか。ここにはあくまでも需要が高まるとなっていて、決して勧めるとは書かれていない。以前の新型インフルエンザの流行の際には、いろいろなこともあって推奨したので特定接種となったが、今回はあくまでも単に鑑別診断がなるべくしやすいようにというものの。インフルエンザワクチンを打ったからCOVID-19にかからないわけでもないとする、これを勧めるかどうか、そこら辺のスタンスをはっきりさせる必要があるのかなと思う。
- そういう意味では、先ほど中澤先生から積極的に推奨するようなお話もあったが、私の現場の感覚で言うと、推奨するととんでもないことになる。ほとんどの方が受けるとなると、どのように効率的にやってもワクチンが絶対的に足りないので、どういう形でこれを推進していくのかというスタンスを明確にしたほうがいいのではないかという気がしている。
- あと、優先的にこの方をというのが、これは恐らく受ける側ではなくて、接種をする側が、逆に言うと10月中は高齢者しか受けませんというふうにしないう限り、呼びかけても絶対に受けたい人は受けると思うので、住民に対するというよりは体制側として、優先的に受けさせるにはどうするかということも検討する必要があるのではないかと考えている。

(和田参考人)

- 冬に向けて様々な問題があろうかと思っていて、考えている。インフルエンザについては今回いろいろな形で言語化されているのはいいが、今後考えていかなければいけないのは感冒との鑑別をどうするかというところ。インフルエンザだと比較的急速に熱が上がるので分かりやすいが、やはり冬場ですからみんな風邪を引くだろうということで、いわゆる風邪症状なのかCOVID-19なのか分からないというところは、昨年の感冒のデータを加えながら考えていかないと、多分そっちのほうが分かりづらくて大変な思いをされるのではないかなと思う。
- 今はどんどん検査に来てくださいという感じだが、本当にもう蔓延期みたいな感じになってくると、逆にまたステイホームみたいな形で、症状がなければ家にいてくださいというような方針を取らなければいけないのではないかというような頭の体操をしたこともあり、風邪も含めて考えていかなければいけないなと思うので、今後は冬の全体のところもまた見ていく必要がある。

(齋藤参考人)

- ワクチンの件、先ほど前田先生がおっしゃったように優先的なのというところを呼びかけるかどうかという問題もあるかと思うが、優先的な接種を行うとするならば、通常の供給体制では難しいと思う。その際には、これまで新型インフルエンザワクチンの住民接種とか、そういった形で接種体制というのは検討されてきたので、そういった枠組みを用いて優先的な配分を行う必要があるのではないかと考える。

(武藤構成員)

- 体制整備の中にリスコミのことを入れていただきたい。インフルエンザの流行に備えた体制の中で、ワクチンの話を含め、伝えるメッセージは難しい。それを戦略に入れていただきたいと思う。
- 少し余談になるが、感染研からの情報発信のなかに、手足口病など他の感染症が激減したという話があり、みんなに喜ばれていた。そういう明るい雰囲気も併せ持ったコミュニケーションの展開を検討して頂きたい。

(脇田座長)

- 今、様々な御意見をいただいたので、それも踏まえて、事務局にはまた今後の体制整備の案をさらにブラッシュアップしていただきたいということだと思うので、よろしくをお願いします。

### <議題3 自宅療養に関する保健所長会からの要望事項について>

※前田参考人より資料5-1、5-2に基づき説明。その後、事務局より資料(非公表)に基づき説明。

(押谷構成員)

- 今、メディア等で家族内感染のことがすごくクローズアップされていて、自宅療養を

すると家族内感染が起こるみたいに言われてしまっていることは非常に大きな問題。家族内感染でも、中国のデータで40%以上は無症状の人から感染している。日本で起きている家族内感染も、無症状の人、プレシンプトマティック、症状が出る前の人から感染が起きているということが多分多いのではないかと思われるが、その辺のデータをきちんともう一回どこかで整理をする必要がある。既に症状があって陽性になった人たちが自宅療養をして、そこから本当に家族内感染が起きているのかというようなデータをきちんと整理する必要があるが、恐らくそれは非常に少ないのではないかと思われるのだが、そういうデータがないので、自宅療養をするとすぐ家族内感染が起こるみたいなイメージが定着しまっている。

- 保健所の負担を軽減するという意味では、積極的疫学調査とかもどの辺りまで軽減できるのか、こういう軽症の人たちに関して、ある程度リスクが分かっている、家族内感染とか職場での感染からあまり二次感染が起きていないとか、いろいろなデータがあるので、そういうことも同時に考えていく必要があるのかなと思う。

(齋藤参考人)

- 質問であるが、自宅療養をしているときの法的根拠は何か。そして、自宅療養をしている方には、今は就業制限もかけているというような理解で良いか。

(前田参考人)

- 感染症法の44条の3だったと思う。感染防止をすることを求めることができるというのが法44条の3にあって、それが根拠だったはず。

(正林事務局長代理)

- 就業制限は当然かけている。

#### <議題4 その他>

※太田構成員より資料6に基づき説明。特に質疑応答なし。

以上

# 感染状況等に関するデータ

## 1 . 感染状況等の推移に関するデータ

都道府県別の感染者数の推移	1
入院患者・重症者等の推移	2
( 1 ) 入院者数、受入確保病床数に占める入院者数の割合	2
( 2 ) 重症者数、重症患者受入確保病床数に占める重症者数の割合	3
( 3 ) 宿泊療養者数、宿泊施設受入可能室数に占める宿泊療養者数の割合	4
( 4 ) 自宅療養者数、社会福祉施設等療養者数、確認中の人数	5
都道府県別 PCR 等検査実施状況の推移	6

## 2 . 直近の感染状況等

全国の感染状況等	7
----------	---

# ①都道府県別の感染者数の推移

資料1-1 ①

	3月28日～4月3日		4月4日～4月10日		4月11日～4月17日		4月18日～4月24日		4月25日～5月1日		5月2日～5月8日		5月9日～5月15日		5月16日～5月22日		5月23日～5月29日		5月30日～6月5日		6月6日～6月12日		6月13日～6月19日		6月20日～6月26日		6月27日～7月3日		7月4日～7月10日		7月11日～7月17日		7月18日～7月24日		7月25日～7月31日		直近1週間 7/30-8/5	直近1週間 10万人対		
	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク				
全国	1485		3233		3772		2956	40%	1703	33%	1093	35%	512	32%	260	32%	278	40%	277	43%	262	44%	372	39%	474	47%	1009	37%	1813	43%	2984	48%	4704	54%	7281	52%	9248	7.33		
北海道	21		49		131		193	17%	228	17%	144	24%	65	32%	32	29%	50	14%	28	32%	45	29%	38	21%	29	14%	54	9%	14	50%	37	27%	51	39%	51	55%	99	1.89		
青森	5		3		8		0	0%	4	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	2	0%	0	0%	1	100%	1	0.08				
岩手	0		0		0		0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	75%	2	0.16				
宮城	11		24		43		5	20%	4	25%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	3	33%	5	60%	3	100%	29	17%	11	36%	20	50%	24	1.04		
秋田	5		3		4		0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	50%	0	0.00				
山形	1		26		27		8	13%	2	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	0%	4	0%	0	0%	1	0%	1	0.09		
福島	7		27		16		14	21%	8	13%	7	71%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1	0%	1	100%	2	50%	3	100%	4	0.22		
茨城	44		28		47		26	31%	8	63%	3	33%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	100%	4	75%	10	60%	14	64%	19	74%	24	46%	50	44%	73	2.55		
栃木	3		17		14		9	25%	2	100%	2	50%	4	50%	5	0%	1	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	20	10%	7	29%	25	12%	33	27%	44	36%	39	2.02		
群馬	10		11		81		26	27%	6	17%	1	100%	0	0%	2	50%	0	0%	2	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	2	50%	1	100%	11	55%	11	27%	13	57%	19	0.98
埼玉	62		216		246		189	41%	95	31%	78	27%	34	21%	21	14%	6	43%	8	67%	14	69%	7	38%	64	35%	101	34%	205	39%	274	49%	334	57%	313	48%	425	5.78		
千葉	138		198		244		159	51%	53	49%	29	48%	14	26%	15	33%	3	50%	5	50%	14	29%	5	67%	19	71%	45	35%	85	51%	167	44%	187	54%	225	49%	348	5.56		
東京	495		1014		1143		962	64%	636	46%	492	61%	149	53%	53	44%	82	57%	126	46%	130	40%	238	42%	291	49%	527	39%	992	43%	1418	48%	1747	58%	2011	59%	2424	17.41		
神奈川	86		261		274		203	42%	131	35%	110	13%	101	23%	71	34%	37	43%	28	46%	15	47%	26	35%	23	61%	94	38%	140	58%	235	60%	269	58%	297	65%	477	5.19		
新潟	3		9		12		13	38%	12	33%	4	75%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	0%	3	33%	3	33%	19	0%	21	0.94		
富山	8		15		56		84	9%	42	3%	15	8%	6	17%	3	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	2	50%	0	0%	5	100%	3	80%	29	2.78		
石川	16		68		68		62	15%	32	22%	21	4%	10	0%	9	11%	4	0%	1	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1	67%	9	43%	11	25%	8	0.70		
福井	31		36		28		16	0%	2	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	0%	1	0%	12	0%	14	1.82		
山梨	5		18		23		5	20%	2	100%	2	0%	1	100%	3	67%	4	100%	1	100%	4	71%	3	100%	2	50%	1	100%	1	100%	1	100%	9	56%	11	36%	24	2.96		
長野	4		18		19		20	11%	2	0%	8	25%	2	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	6	29%	4	75%	18	30%	23	1.12		
岐阜	23		46		58		10	31%	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%	2	100%	2	100%	1	0%	4	25%	2	100%	10	27%	44	52%	115	42%	105	5.28		
静岡	5		26		17		9	30%	14	46%	0	0%	0	0%	1	0%	2	50%	0	0%	2	50%	3	0%	0	0%	6	17%	6	0%	10	7%	29	9%	138	9%	100	2.74		
愛知	38		117		67		93	24%	15	53%	8	29%	9	75%	2	0%	1	0%	3	33%	5	60%	7	0%	1	100%	2	100%	4	0%	65	20%	344	59%	864	57%	1086	14.38		
三重	3		3		17		13	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%	8	0%	8	0%	38	5%	89	5.00		
滋賀	8		20		34		25	20%	3	50%	3	0%	1	100%	2	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1	0%	0	0%	2	0%	1	0%	5	40%	42	2%	20	35%	73	5.16		
京都	57		77		67		51	43%	38	15%	25	22%	10	10%	0	0%	1	0%	0	0%	2	100%	4	0%	6	63%	21	32%	39	20%	72	42%	138	33%	149	38%	154	5.96		
大阪	170		350		379		372	28%	193	36%	82	34%	53	33%	23	77%	7	100%	4	100%	4	100%	15	36%	14	36%	48	69%	106	63%	278	62%	670	65%	1142	67%	1266	14.37		
兵庫	50		144		168		124	26%	48	23%	29	9%	19	0%	4	25%	1	0%	0	0%	0	0%	1	0%	5	40%	4	100%	17	71%	74	72%	141	67%	279	32%	318	5.82		
奈良	12		16		19		21	33%	9	56%	4	29%	1	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	15	13%	36	6%	52	17%	40	13%	65	4.89		
和歌山	4		18		6		8	10%	10	25%	0	0%	2	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%	0	0%	7	27%	16	14%	25	8%	38	4%	33	3.57		
鳥取	0		1		0		2	50%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	1	100%	0	0%	10	20%	9	1.62		
島根	0		2		13		1	0%	7	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%	3	33%	1	100%	0	0.00		
岡山	7		7		4		3	33%	2	0%	1	100%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	2	0%	0	0%	6	67%	15	27%	30	20%	30	1.59
広島	4		17		100		20	10%	15	7%	6	20%	0	0%	2	0%	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	4	44%	32	45%	45	49%	79	49%	84	3.00		
山口	1		10		13		1	0%	3	0%	3	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	0%	6	0%	8	0%	9	0.66		
徳島	2		0		0		2	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%	0	0%	4	25%	0	0%	15	20%	25	3.43		
香川	1		2		20		4	25%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	14	43%	2	50%	1	100%	7	0.73		
愛媛	7		17		13		6	33%	0	0%	1	0%	22	5%	8	0%	4	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	50%	5	14%	11	0.82		
高知	8		31		11		8	38%	3	33%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	50%	2	100%	2	0%	2	0.29		
福岡	104		201		190		114	45%	57	16%	7	14%	6	33%	1	0%	71	39%	68	37%	24	63%	17	65%	6	83%	18	56%	46	39%	64	53%	320	45%	635	60%	846	16.58		
佐賀	4		7		6		20	5%	6	33%	3	0%	1	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	16	0%	19	26%	49	6.01		
長崎	5		8		3		0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	100%	13	8%	18	28%	23	52%	79	5.95		
熊本	5		8		14		13	30%	2	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%	8	13%	133	11%	159	9.10		
大分	6		11		12		6	17%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	6	0%	12	1.06		
宮崎	1		12		1		0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%	2	0%	10	13%	11					

②(1) 入院者数、受入確保病床数に占める入院者数の割合

Table with columns for dates (4月28日 to 7月29日) and rows for various Japanese prefectures and cities (日本, 北海道, 青森県, etc.), showing admission numbers and occupancy percentages.

(資料) 厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査結果」を基に作成

注1: 「入院者数」は、記載日の0時時点において入院中の者及び入院確定者(一両日中に入院すること及び入院先が確定している者)の数を計上。

注2: 「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。

注3: 「入院者数/病床数」は、「入院者数」(注1)を「病床数」(注2)で除したものの。

②（２）重症者数、重症患者受入確保病床数に占める重症者数の割合

	4月28日			5月7日			5月13日			5月21日			5月27日			6月3日			6月10日			6月17日			6月24日			7月1日			7月8日			7月15日			7月22日			7月29日		
	重症者数	病床数	重症者数/病床数	重症者数	病床数	重症者数/病床数	重症者数	病床数	重症者数/病床数	重症者数	病床数	重症者数/病床数	重症者数	病床数	重症者数/病床数	重症者数	病床数	重症者数/病床数	重症者数	病床数	重症者数/病床数	重症者数	病床数	重症者数/病床数	重症者数	病床数	重症者数/病床数	重症者数	病床数	重症者数/病床数	重症者数	病床数	重症者数/病床数	重症者数	病床数	重症者数/病床数						
日本	341			251	2,356	11%	184	2,410	8%	143	2,437	6%	101	2,522	4%	88	2,535	3%	70	2,535	3%	58	2,535	2%	40	2,538	2%	36	2,538	1%	41	2,555	2%	54	2,532	2%	92	2,618	4%			
北海道	19			19	100	19%	17	100	17%	12	100	12%	10	100	10%	11	100	11%	10	100	10%	8	100	8%	6	100	6%	6	100	6%	5	100	5%	5	100	5%	4	100	4%			
青森県	0			0	29	0%	0	29	0%	0	29	0%	0	29	0%	0	29	0%	0	29	0%	0	29	0%	0	29	0%	0	29	0%	0	29	0%	0	29	0%	0	29	0%			
岩手県	0			0	28	0%	0	28	0%	0	28	0%	0	28	0%	0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%			
宮城県	1			0	57	0%	0	57	0%	0	57	0%	0	57	0%	0	57	0%	0	57	0%	0	57	0%	0	57	0%	0	57	0%	0	57	0%	0	57	0%	0	57	0%			
秋田県	0			0	55	0%	0	55	0%	0	55	0%	0	55	0%	0	55	0%	0	55	0%	0	55	0%	0	55	0%	0	55	0%	0	55	0%	0	55	0%	0	55	0%			
山形県	2			2	16	13%	2	16	13%	1	16	6%	1	16	6%	1	16	6%	1	16	6%	1	16	6%	1	16	6%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%			
福島県	1			2	15	13%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%			
茨城県	5			4	30	13%	3	30	10%	2	30	7%	1	30	3%	1	30	3%	1	30	3%	1	30	3%	0	30	0%	1	30	3%	2	30	7%	2	33	6%	1	33	3%			
栃木県	5			5	21	24%	5	21	24%	3	41	7%	0	41	0%	0	41	0%	0	41	0%	0	41	0%	0	41	0%	0	41	0%	0	41	0%	0	41	0%	0	41	0%			
群馬県	1			2	23	9%	1	23	4%	1	23	4%	1	23	4%	1	23	4%	0	23	0%	0	23	0%	0	23	0%	0	23	0%	0	23	0%	1	23	4%	2	23	9%			
埼玉県	16			9	60	15%	4	60	7%	6	60	10%	4	60	7%	5	60	8%	4	60	7%	4	60	7%	3	60	5%	4	60	7%	4	60	7%	7	60	12%	4	60	7%			
千葉県	18			12	82	15%	10	82	12%	6	82	7%	4	82	5%	4	82	5%	3	82	4%	2	82	2%	2	82	2%	1	82	1%	0	82	0%	2	82	2%	5	82	6%			
東京都	93			52	400	13%	44	400	11%	33	400	8%	27	400	7%	23	400	6%	22	400	6%	20	400	5%	10	400	3%	8	400	2%	7	400	2%	14	400	4%	21	400	5%			
神奈川県	34			34	89	38%	29	89	33%	27	89	30%	19	169	11%	15	172	9%	13	172	8%	11	172	6%	10	172	6%	7	172	4%	8	172	5%	7	172	4%	10	172	6%			
新潟県	0			0	112	0%	0	112	0%	0	112	0%	0	112	0%	0	112	0%	0	112	0%	0	112	0%	0	112	0%	0	112	0%	0	112	0%	0	112	0%	0	112	0%			
富山県	1			2	20	10%	0	20	0%	0	20	0%	0	20	0%	0	20	0%	0	20	0%	0	20	0%	0	20	0%	0	20	0%	0	20	0%	0	20	0%	0	20	0%			
石川県	6			3	30	10%	3	30	10%	3	30	10%	2	30	7%	2	30	7%	2	30	7%	2	30	7%	2	30	7%	1	30	3%	1	30	3%	1	35	3%	1	35	3%			
福井県	3			3	17	18%	1	19	5%	1	19	5%	1	19	5%	1	19	5%	0	19	0%	0	19	0%	0	19	0%	0	19	0%	0	19	0%	0	19	0%	0	19	0%			
山梨県	1			1	13	8%	1	13	8%	0	13	0%	0	13	0%	0	13	0%	0	13	0%	0	13	0%	0	13	0%	0	13	0%	0	13	0%	0	13	0%	0	13	0%			
長野県	2			2	33	6%	1	33	3%	1	33	3%	0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%			
岐阜県	1			1	17	6%	1	48	2%	1	48	2%	1	48	2%	1	47	2%	2	47	4%	1	47	2%	1	47	2%	2	47	4%	2	47	4%	2	47	4%	0	15	0%			
静岡県	2			2	20	10%	1	20	5%	1	20	5%	0	20	0%	0	20	0%	0	20	0%	0	20	0%	0	20	0%	0	20	0%	0	20	0%	0	20	0%	1	20	5%			
愛知県	7			4	28	14%	0	28	0%	0	28	0%	0	28	0%	0	28	0%	0	28	0%	0	28	0%	0	28	0%	0	28	0%	0	28	0%	0	28	0%	2	28	7%			
三重県	0			0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%	0	34	0%	0	34	0%	0	34	0%	0	46	0%	0	46	0%			
滋賀県	1			1	50	2%	1	50	2%	1	50	2%	1	50	2%	1	50	2%	1	50	2%	1	50	2%	0	50	0%	0	50	0%	1	50	2%	1	50	2%	2	50	4%			
京都府	5			1	80	1%	2	80	3%	2	80	3%	1	80	1%	0	86	0%	0	86	0%	0	86	0%	0	86	0%	0	86	0%	1	86	1%	1	86	1%	3	86	3%			
大阪府	61			50	188	27%	35	188	19%	23	188	12%	15	188	8%	14	188	7%	7	188	4%	5	188	3%	3	188	2%	3	188	2%	5	188	3%	8	188	4%	13	188	7%			
兵庫県	24			21	71	30%	12	71	17%	6	71	8%	4	71	6%	3	71	4%	0	71	0%	0	71	0%	0	71	0%	0	71	0%	0	71	0%	0	71	0%	8	110	7%			
奈良県	1			0	18	0%	0	18	0%	0	18	0%	0	23	0%	0	23	0%	0	23	0%	0	23	0%	0	25	0%	0	25	0%	0	25	0%	1	25	4%	1	25	4%			
和歌山県	0			0	32	0%	0	32	0%	0	32	0%	0	32	0%	0	32	0%	0	32	0%	0	32	0%	0	32	0%	0	32	0%	0	32	0%	0	32	0%	2	32	6%			
鳥取県	0			0	48	0%	0	48	0%	0	48	0%	0	48	0%	0	48	0%	0	48	0%	0	48	0%	0	48	0%	0	48	0%	0	48	0%	0	48	0%	0	48	0%			
島根県	1			1	30	3%	1	30	3%	1	30	3%	1	30	3%	1	30	3%	1	30	3%	0	30	0%	0	30	0%	0	30	0%	0	30	0%	0	30	0%	0	30	0%			
岡山県	0			0	11	0%	0	11	0%	0	11	0%	0	11	0%	0	11	0%	0	11	0%	0	11	0%	0	11	0%	0	11	0%	0	11	0%	0	11	0%	0	11	0%			
広島県	3			2	35	6%	1	35	3%	0	35	0%	0	35	0%	0	35	0%	0	35	0%	0	35	0%	0	35	0%	0	35	0%	0	35	0%	0	35	0%	0	35	0%			
山口県	1			1	102	1%	1	102	1%	1	102	1%	1	102	1%	1	102	1%	1	102	1%	0	102	0%	0	102	0%	0	102	0%	0	102	0%	0	102	0%	0	102	0%			
徳島県	0			0	47	0%	0	47	0%	0	47	0%	0	47	0%	0	47	0%	0	47	0%	0	47	0%	0	47	0%	0	47	0%	0	47	0%	0	47	0%	0	47	0%			
香川県	0			0	9	0%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%			
愛媛県	2			0	15	0%	0	15	0%	1	15	7%	1	15	7%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%	1	15	7%	0	15	0%	0	15	0%	0	1							



②(3) 宿泊療養者数、宿泊施設受入可能室数に占める宿泊療養者数の割合

	4月28日			5月7日			5月13日			5月21日			5月27日			6月3日			6月10日			6月17日			6月24日			7月1日			7月8日			7月15日			7月22日			7月29日		
	宿泊療養 者数①	受入可能 室数②	①/②	宿泊療養 者数①	受入可能 室数②	①/②	宿泊療養 者数①	受入可能 室数②	①/②	宿泊療養 者数①	受入可能 室数②	①/②	宿泊療養 者数①	受入可能 室数②	①/②	宿泊療養 者数①	受入可能 室数②	①/②	宿泊療養 者数①	受入可能 室数②	①/②	宿泊療養 者数①	受入可能 室数②	①/②	宿泊療養 者数①	受入可能 室数②	①/②	宿泊療養 者数①	受入可能 室数②	①/②	宿泊療養 者数①	受入可能 室数②	①/②	宿泊療養 者数①	受入可能 室数②	①/②	宿泊療養 者数①	受入可能 室数②	①/②			
日本	906			865	16,113	5%	611	18,254	3%	289	19,430	1%	169	19,565	1%	105	19,680	1%	111	19,778	1%	95	19,711	0%	62	19,675	0%	111	20,010	1%	335	18,368	2%	343	16,762	2%	697	16,950	4%	984	16,996	6%
北海道	49			111	260	43%	60	930	6%	22	930	2%	11	930	1%	9	930	1%	13	930	1%	14	930	2%	4	930	0%	4	930	0%	6	810	1%	9	930	1%	26	810	3%	25	810	3%
青森県	0			0	30	0%	0	30	0%	0	30	0%	0	30	0%	0	30	0%	0	30	0%	0	30	0%	0	30	0%	0	30	0%	0	30	0%	0	30	0%	0	30	0%	0	30	0%
岩手県	0			0	—	—	0	—	—	0	85	0%	0	85	0%	0	85	0%	0	85	0%	0	85	0%	0	85	0%	0	85	0%	0	85	0%	0	85	0%	0	85	0%	0	85	0%
宮城県	7			4	200	2%	1	200	1%	0	200	0%	0	200	0%	0	200	0%	1	200	1%	0	200	0%	2	200	1%	1	100	1%	2	100	2%	2	100	2%	9	100	9%	0	100	0%
秋田県	0			0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%
山形県	0			0	—	—	0	203	0%	0	203	0%	0	203	0%	0	188	0%	0	188	0%	0	188	0%	0	188	0%	0	188	0%	0	188	0%	0	188	0%	0	188	0%	0	188	0%
福島県	2			8	200	4%	4	200	2%	3	300	1%	2	300	1%	0	300	0%	0	300	0%	0	300	0%	0	300	0%	0	100	0%	0	100	0%	0	100	0%	0	100	0%	0	100	0%
茨城県	33			14	175	8%	7	175	4%	0	175	0%	0	175	0%	0	34	0%	0	34	0%	0	34	0%	0	34	0%	0	34	0%	2	34	6%	7	34	21%	6	34	18%	5	34	15%
栃木県	0			4	111	4%	0	111	0%	0	111	0%	0	111	0%	1	111	1%	0	111	0%	0	111	0%	0	111	0%	0	111	0%	0	111	0%	0	111	0%	1	111	1%	0	111	0%
群馬県	0			11	150	7%	7	150	5%	1	150	1%	0	150	0%	0	150	0%	0	150	0%	0	150	0%	0	150	0%	0	150	0%	0	150	0%	0	150	0%	0	150	0%	0	150	0%
埼玉県	53			61	1,055	6%	39	1,055	4%	25	1,055	2%	8	1,055	1%	3	1,055	0%	1	1,055	0%	0	1,055	0%	6	1,055	1%	10	1,055	1%	44	1,055	4%	78	904	9%	100	904	11%	104	1,225	8%
千葉県	13			37	526	7%	36	666	5%	14	666	2%	8	666	1%	0	736	0%	1	736	0%	4	736	1%	0	736	0%	5	736	1%	7	736	1%	15	736	2%	30	736	4%	42	736	6%
東京都	198			149	2,865	5%	117	2,865	4%	53	2,865	2%	25	2,865	1%	24	2,865	1%	48	2,865	2%	64	2,865	2%	45	2,865	2%	71	2,865	2%	162	1,307	12%	118	371	32%	155	371	42%	213	670	32%
神奈川県	74			76	2,303	3%	51	2,323	2%	36	2,359	2%	40	2,395	2%	23	2,395	1%	16	2,431	1%	10	2,431	0%	3	2,431	0%	12	2,431	0%	51	2,431	2%	49	2,431	2%	131	2,486	5%	106	2,486	4%
新潟県	0			3	50	6%	4	50	8%	2	50	4%	2	50	4%	0	50	0%	0	50	0%	0	50	0%	0	50	0%	0	50	0%	0	50	0%	0	50	0%	0	50	0%	0	50	0%
富山県	10			10	100	10%	8	100	8%	1	100	1%	1	100	1%	0	100	0%	0	100	0%	1	100	1%	0	100	0%	0	100	0%	0	100	0%	0	100	0%	0	100	0%	0	100	0%
石川県	50			37	170	22%	22	170	13%	4	340	1%	5	340	1%	5	340	1%	0	340	0%	0	340	0%	0	340	0%	0	340	0%	0	340	0%	0	340	0%	0	340	0%	0	340	0%
福井県	1			0	115	0%	0	115	0%	1	115	1%	0	115	0%	0	115	0%	0	115	0%	0	115	0%	0	115	0%	0	115	0%	0	35	0%	0	15	0%	0	42	0%	0	42	0%
山梨県	0			1	21	5%	0	21	0%	1	21	5%	0	21	0%	0	21	0%	0	21	0%	0	21	0%	0	21	0%	0	21	0%	0	21	0%	0	21	0%	0	21	0%	0	21	0%
長野県	0			0	200	0%	0	200	0%	0	200	0%	0	200	0%	0	200	0%	0	200	0%	0	200	0%	0	200	0%	0	200	0%	0	200	0%	0	200	0%	0	200	0%	0	200	0%
岐阜県	0			0	265	0%	0	265	0%	0	317	0%	0	366	0%	0	366	0%	0	428	0%	0	466	0%	0	466	0%	0	466	0%	0	466	0%	0	466	0%	0	466	0%	0	466	0%
静岡県	0			0	—	—	0	155	0%	0	155	0%	0	155	0%	0	155	0%	0	155	0%	0	155	0%	0	155	0%	0	155	0%	0	155	0%	2	155	1%	2	155	1%	26	155	17%
愛知県	28			15	1,300	1%	9	1,300	1%	3	1,300	0%	0	1,300	0%	0	1,300	0%	0	1,300	0%	0	1,300	0%	0	1,300	0%	0	1,300	0%	0	1,300	0%	0	1,300	0%	0	1,300	0%	5	1,300	0%
三重県	0			0	64	0%	0	64	0%	0	64	0%	0	64	0%	0	64	0%	0	64	0%	0	64	0%	0	64	0%	0	64	0%	0	100	0%	0	100	0%	0	100	0%	0	100	0%
滋賀県	10			9	62	15%	6	62	10%	3	62	5%	1	62	2%	0	62	0%	0	62	0%	0	62	0%	0	62	0%	0	62	0%	0	62	0%	0	62	0%	0	62	0%	0	62	0%
京都府	24			21	338	6%	15	338	4%	6	338	2%	2	338	1%	0	338	0%	0	338	0%	0	338	0%	0	338	0%	0	338	0%	3	338	1%	29	338	9%	34	338	10%			
大阪府	135			165	1,565	11%	146	1,565	9%	70	1,565	4%	37	1,565	2%	12	1,565	1%	0	1,565	0%	1	1,565	0%	2	1,565	0%	8	1,565	1%	23	1,565	1%	40	712	6%	154	712	22%	233	712	33%
兵庫県	90			47	578	8%	30	578	5%	17	578	3%	7	578	1%	3	578	1%	0	578	0%	0	578	0%	0	578	0%	0	578	0%	1	578	0%	2	500	0%	30	500	6%	55	500	11%
奈良県	3			3	108	3%	2	108	2%	1	108	1%	2	108	2%	0	108	0%	0	108	0%	0	108	0%	0	108	0%	0	108	0%	0	108	0%	0	108	0%	3	108	3%	1	108	1%
和歌山県	0			0	—	—	0	—	—	0	—	—	0	—	—	0	137	0%	0	137	0%	0	137	0%	0	137	0%	0	137	0%	0	137	0%	0	137	0%	0	137	0%	0	137	0%
鳥取県	0			0	412	0%	0	412	0%	0	640	0%	0	640	0%	0	640	0%	0	640	0%	0	640	0%	0	640	0%	0	640	0%	0	640	0%	0	640	0%	0	640	0%	0	640	0%
島根県	0			0	45	0%	0	45	0%	0	45	0%	0	45	0%	0	45	0%	0	45	0%	0	45	0%	0	45	0%	0	65	0%	0	65	0%	0	98	0%	0	98	0%	0	98	0%
岡山県	0			0	—	—	0	78	0%	0	78	0%	0	78	0%	0	78	0%	0	78	0%	0	78	0%	0	78	0%	0	78	0%	0	78	0%	0	78	0%	0	285	0%	2	285	1%
広島県	4			8	130	6%	10	130	8%	6	130	5%	4	130	3%	0																										



③都道府県別のPCR等検査実施状況の推移

Table with columns for dates (3月30日～4月5日, 4月6日～4月12日, etc.) and rows for prefectures/cities (日本, 北海道, 青森県, etc.). Each cell contains data for '検査実施件数' and '陽性者数/検査件数'.

※ 検査件数は、退院時のPCR検査等も含む、PCR検査の総件数。  
※ 「陽性者数/検査件数」については、分子の「陽性者数」に対し、「退院時検査等も含むPCR検査件数」を分母としており、いわゆる「陽性率」とは異なる点に留意。

## (1) 感染の状況 (疫学的状況)

## (2) ①医療提供体制 (療養状況)

資料 1-2

	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	~8/5(1W)	~8/5(1W)	~7/29(1W)		~7/31(1W)	7/28	7/28	7/21	7/21	7/28	7/21
単位	千人	人		人		%	人	人	人	人	人	人
北海道	5,250	99	1.89	37	2.68	55%	55	4	58	5	25	26
青森県	1,246	1	0.08	0	-	100%	1	0	4	0	0	0
岩手県	1,227	2	0.16	2	1.00	75%	0	0	0	0	0	0
宮城県	2,306	24	1.04	15	1.60	50%	10	0	13	0	0	9
秋田県	966	0	0.00	2	0.00	50%	2	0	0	0	0	0
山形県	1,078	1	0.09	0	-	0%	1	0	3	0	0	0
福島県	1,846	4	0.22	2	2.00	100%	3	0	2	0	0	0
茨城県	2,860	73	2.55	33	2.21	44%	29	1	17	2	5	6
栃木県	1,934	39	2.02	43	0.91	36%	58	0	45	0	0	1
群馬県	1,942	19	0.98	9	2.11	57%	25	2	15	1	0	0
埼玉県	7,350	425	5.78	308	1.38	48%	243	4	248	7	104	100
千葉県	6,259	348	5.56	200	1.74	49%	179	5	177	2	42	30
東京都	13,921	2,424	17.41	1807	1.34	59%	1,250	21	992	14	213	155
神奈川県	9,198	477	5.19	249	1.92	65%	145	10	122	7	106	131
新潟県	2,223	21	0.94	7	3.00	0%	8	0	6	0	0	0
富山県	1,044	29	2.78	2	14.50	80%	5	0	5	0	0	0
石川県	1,138	8	0.70	10	0.80	25%	15	2	9	1	0	0
福井県	768	14	1.82	9	1.56	0%	4	0	3	0	0	0
山梨県	811	24	2.96	10	2.40	36%	10	0	4	0	0	0
長野県	2,049	23	1.12	16	1.44	30%	20	0	9	0	0	0
岐阜県	1,987	105	5.28	95	1.11	42%	97	0	38	0	0	0
静岡県	3,644	100	2.74	115	0.87	9%	63	1	28	0	26	2
愛知県	7,552	1,086	14.38	671	1.62	57%	195	2	104	0	5	0
三重県	1,781	89	5.00	31	2.87	5%	23	0	9	0	0	0
滋賀県	1,414	73	5.16	35	2.09	35%	52	2	14	1	0	0
京都府	2,583	154	5.96	146	1.05	38%	118	3	84	1	34	29
大阪府	8,809	1,266	14.37	989	1.28	67%	534	13	305	8	233	154
兵庫県	5,466	318	5.82	222	1.43	32%	148	8	72	0	55	30
奈良県	1,330	65	4.89	50	1.30	13%	66	1	44	1	1	3
和歌山県	925	33	3.57	40	0.83	4%	44	2	18	0	0	0
鳥取県	556	9	1.62	5	1.80	20%	3	0	1	0	0	0
島根県	674	0	0.00	3	0.00	100%	4	0	2	0	0	0
岡山県	1,890	30	1.59	27	1.11	20%	23	0	13	0	2	0
広島県	2,804	84	3.00	76	1.11	49%	67	0	39	0	0	0
山口県	1,358	9	0.66	10	0.90	0%	12	0	5	0	0	0
徳島県	728	25	3.43	8	3.13	20%	6	0	5	0	0	0
香川県	956	7	0.73	1	7.00	100%	7	0	15	0	0	1
愛媛県	1,339	11	0.82	6	1.83	14%	7	0	1	0	0	0
高知県	698	2	0.29	3	0.67	0%	4	0	2	0	0	0
福岡県	5,104	846	16.58	462	1.83	60%	183	5	128	4	101	12
佐賀県	815	49	6.01	17	2.88	26%	21	0	2	0	0	0
長崎県	1,327	79	5.95	11	7.18	52%	25	1	22	0	7	6
熊本県	1,748	159	9.10	103	1.54	11%	88	0	3	0	0	0
大分県	1,135	12	1.06	2	6.00	-	2	0	0	0	0	0
宮崎県	1,073	109	10.16	83	1.31	7%	44	0	2	0	14	0
鹿児島県	1,602	34	2.12	58	0.59	14%	52	3	47	0	11	2
沖縄県	1,453	439	30.21	118	3.72	46%	83	2	9	0	0	0
日本	126,167	9,248	7.33	6148	1.50	52%	4,034	92	2,744	54	984	697

※：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。自治体に確認を得てない暫定値であることに留意。

※：入院患者・入院確定数、重症者数及び宿泊患者数（G列～L列）については、記載日の翌日 00:00時点としてとりまとめている。

※：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。

※：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	7/28	7/28	7/28
単位				床	床	室
北海道	済	済	済	700	1,558	810
青森県	済	済	済	158	225	30
岩手県	済	済	済	93	166	85
宮城県	済	済	済	388	400	100
秋田県	済	済	済	235	235	16
山形県	済	済	予定	150	150	188
福島県	済	済	済	229	350	100
茨城県	済	済	済	167	500	34
栃木県	済	済	済	271	271	111
群馬県	済	済	済	307	307	150
埼玉県	済	済	済	602	602	1,225
千葉県	済	済	済	819	1,700	736
東京都	済	済	済	3,300	4,000	670
神奈川県	済	済	済	1,979	2,200	2,486
新潟県	済	済	済	411	766	150
富山県	済	済	済	500	500	100
石川県	済	済	済	254	254	340
福井県	済	済	済	176	350	65
山梨県	済	済	済	170	250	21
長野県	済	済	済	350	350	200
岐阜県	済	済	済	387	625	466
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	171	171	100
滋賀県	済	済	済	141	450	62
京都府	済	済	済	431	431	338
大阪府	済	済	済	1,257	1,615	712
兵庫県	済	済	予定	652	652	500
奈良県	済	済	済	467	500	108
和歌山県	済	済	済	150	177	137
鳥取県	済	済	済	322	300	340
島根県	済	済	済	253	253	98
岡山県	済	済	済	220	250	285
広島県	済	済	済	266	270	150
山口県	済	済	済	423	423	638
徳島県	済	済	済	172	200	208
香川県	済	済	済	175	175	101
愛媛県	済	済	済	223	223	67
高知県	済	済	済	192	200	16
福岡県	済	済	済	490	1,800	455
佐賀県	済	済	済	146	232	230
長崎県	済	済	済	395	395	163
熊本県	済	済	済	400	400	1,430
大分県	済	済	済	330	330	700
宮崎県	済	済	済	212	240	250
鹿児島県	済	済	済	253	253	370
沖縄県	済	済	済	227	425	0
日本	-	-	-	20,314	28,024	16,996

(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	
	~8/2(1W)	~7/26(1W)		~8/2(1W)	~7/26(1W)
	件	件		人	人
	2,540	1,687	1.51	64	43
	48	103	0.47	1	0
	132	59	2.24	4	0
	1,138	795	1.43	26	10
	89	29	3.07	0	2
	146	153	0.95	1	0
	948	608	1.56	3	2
	2,598	1,608	1.62	75	17
	1,581	1,202	1.32	36	30
	1,055	793	1.33	13	12
	9,609	8,605	1.12	394	316
	6,179	4,688	1.32	305	176
	32,065	23,525	1.36	2,241	1,803
	7,703	5,973	1.29	376	241
	845	366	2.31	22	4
	533	304	1.75	9	4
	375	340	1.10	10	10
	368	435	0.85	11	3
	1,340	1,022	1.31	17	8
	1,329	589	2.26	25	8
	1,560	1,678	0.93	120	54
	2,811	1,545	1.82	121	78
	5,661	2,946	1.92	1,047	456
	1,001	419	2.39	54	13
	389	192	2.03	31	43
	2,451	1,549	1.58	171	118
	11,287	7,950	1.42	1,258	768
	3,398	1,961	1.73	298	180
	986	922	1.07	59	51
	969	849	1.14	45	33
	841	218	3.86	12	1
	641	404	1.59	1	3
	760	514	1.48	27	20
	1,669	1,498	1.11	96	52
	183	132	1.39	11	7
	519	101	5.14	16	2
	368	355	1.04	1	1
	256	126	2.03	10	3
	105	64	1.64	2	3
	10,312	5,277	1.95	761	404
	399	363	1.10	28	20
	1,467	620	2.37	60	12
	2,068	520	3.98	156	31
	468	208	2.25	8	0
	1,858	604	3.08	124	43
	1,219	1,253	0.97	40	51
	3,433	1,410	2.43	325	41
	127,700	86,562	1.48	8,515	5,177

※：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、記載日の翌日 00:00時点としてとりまとめている。

※：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。受入確保病床数が、受入確保想定病床数を超える都道府県にあっては、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。

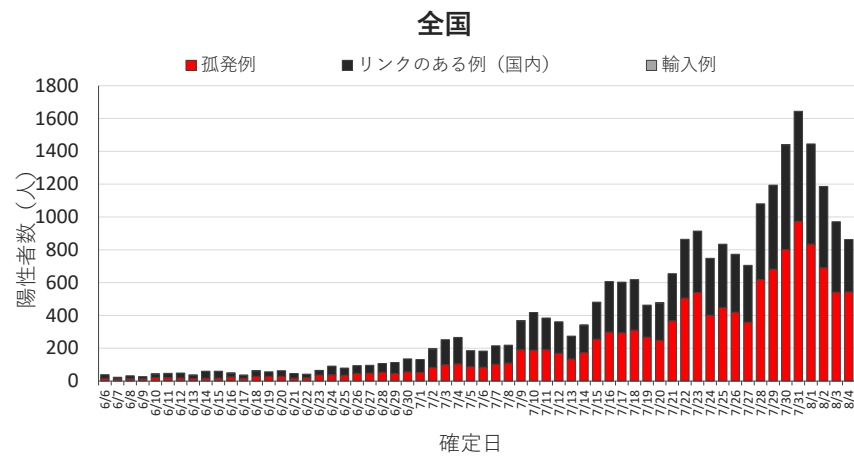
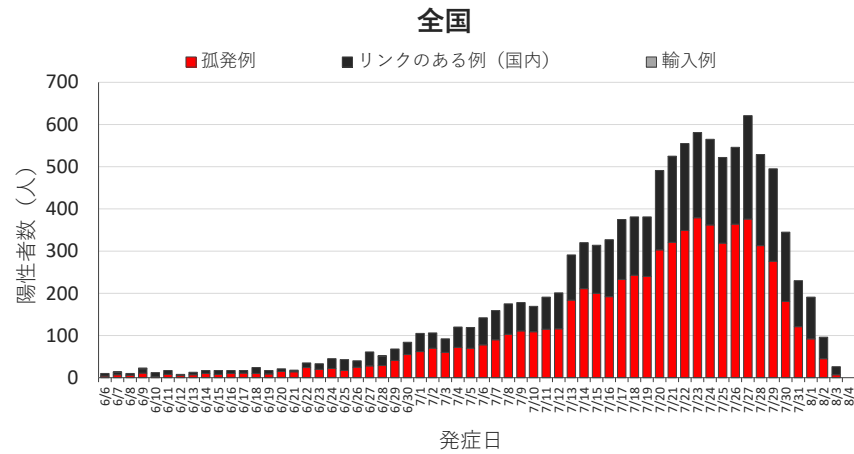
※：PCR検査件数は、①各都道府県から報告があった地方衛生研究所・保健所のPCR検査件数（PCR検査の体制整備にかかる国への報告について（依頼）（令和2年3月5日））、②厚生労働省から依頼した民間検査会社、大学、医療機関のPCR検査件数を計上。一部、未報告の検査機関があったとしても、現時点で得られている検査件数を計上している。

# 全国の疫学状況

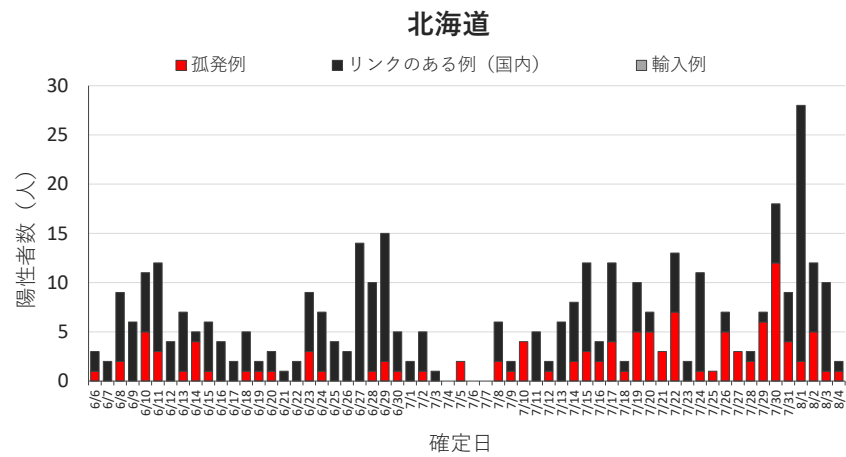
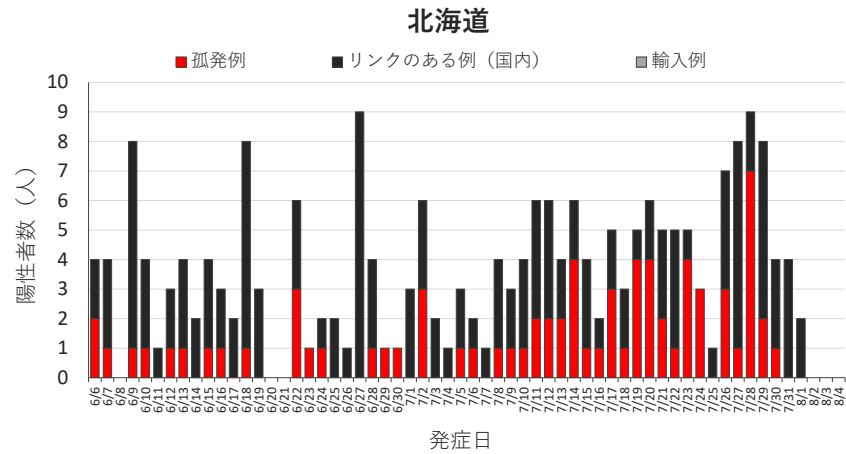
# 全国・県別エピカーブ

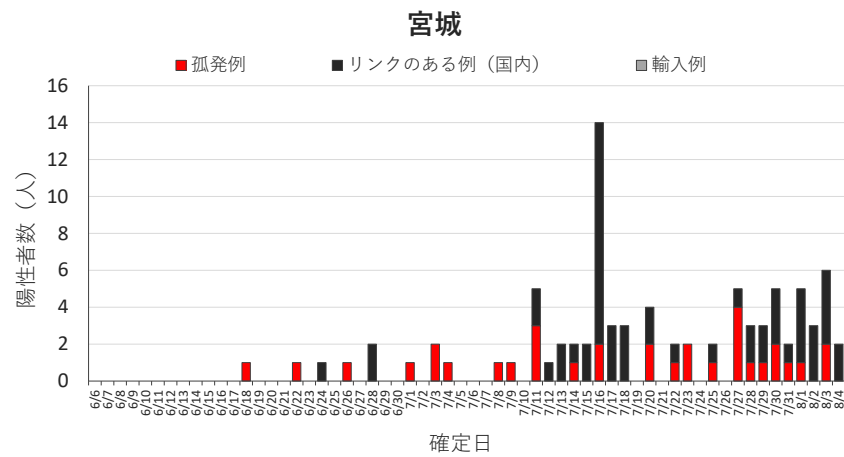
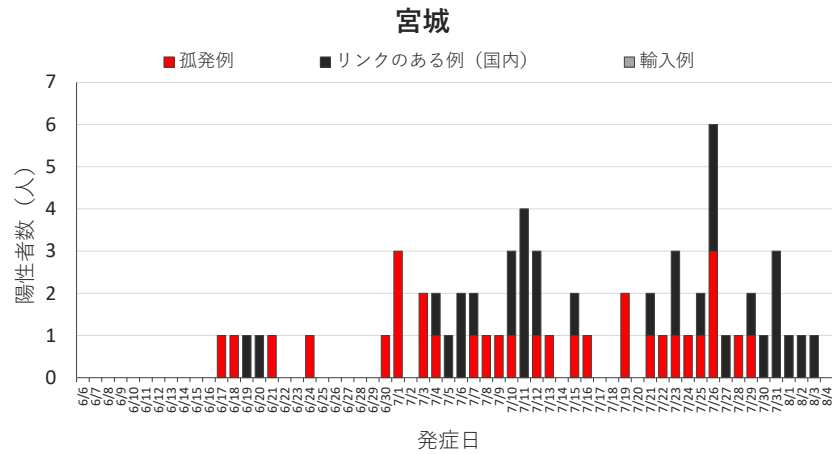
2020/08/04 の過去 2 か月間

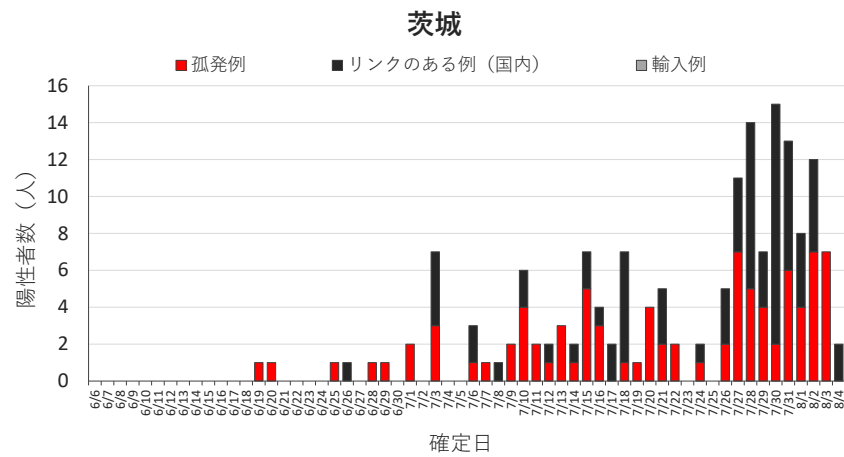
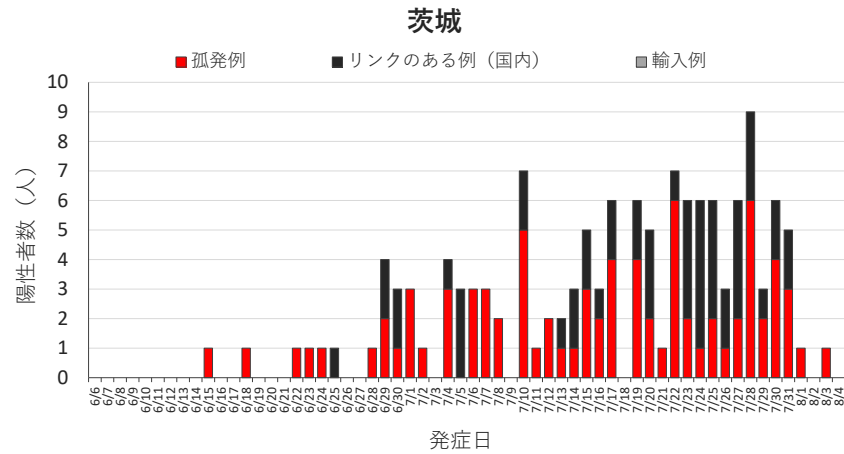
発症日が自治体から公表されているもののみを含む

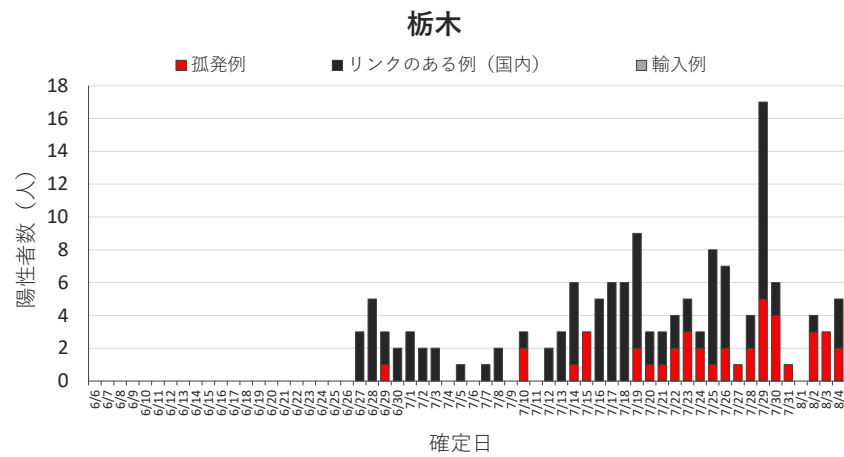
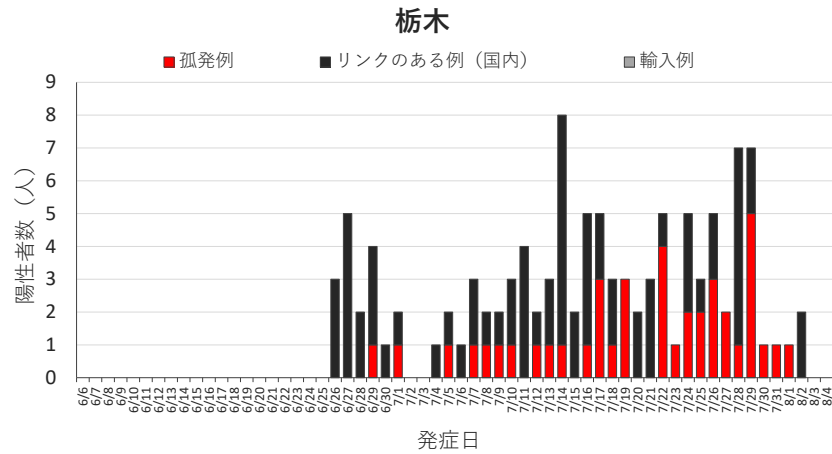


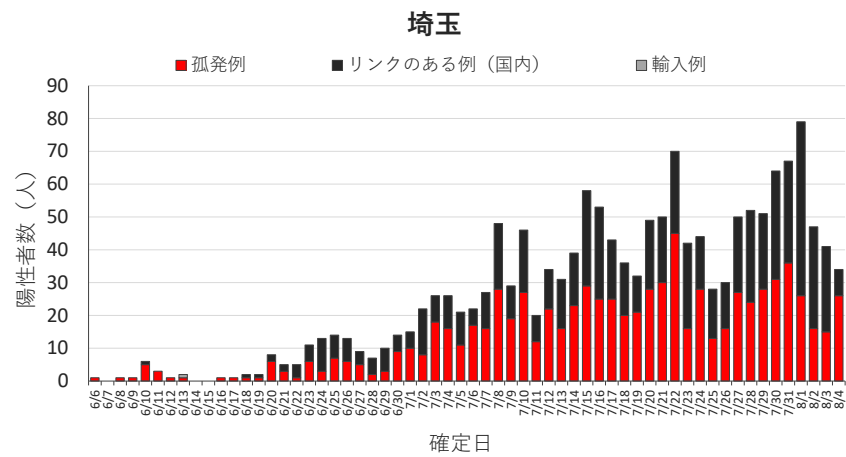
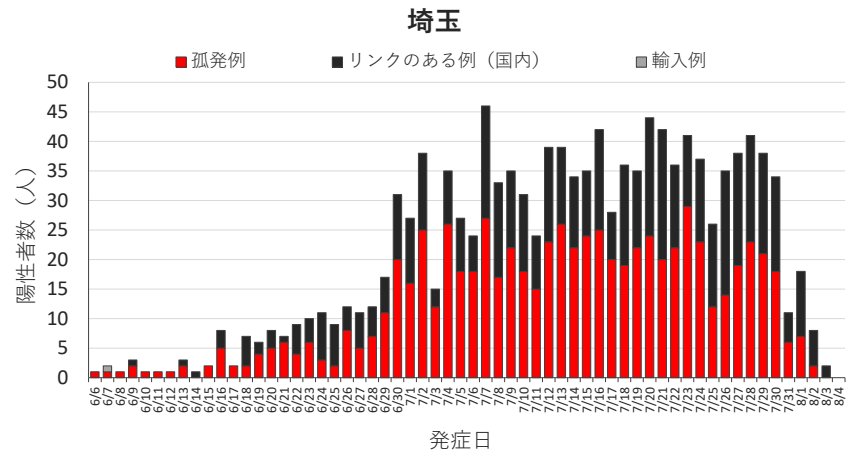


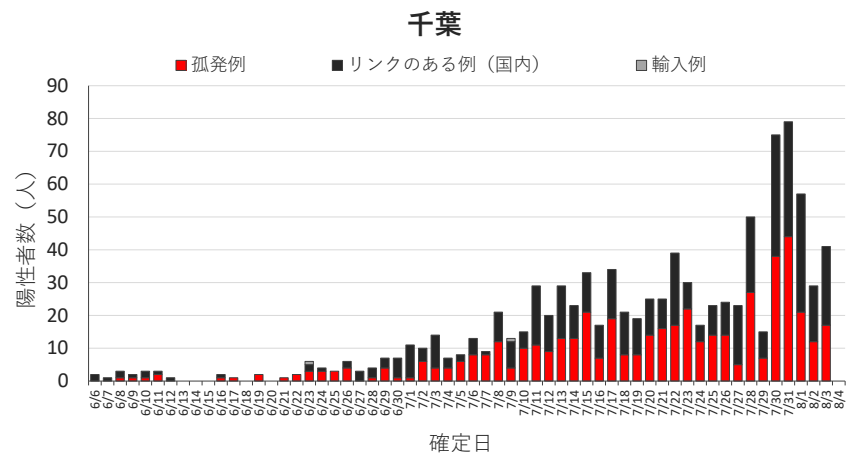
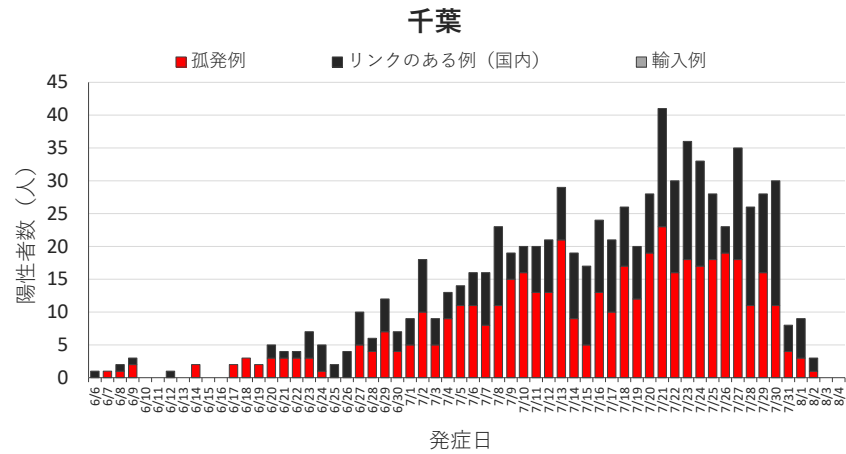


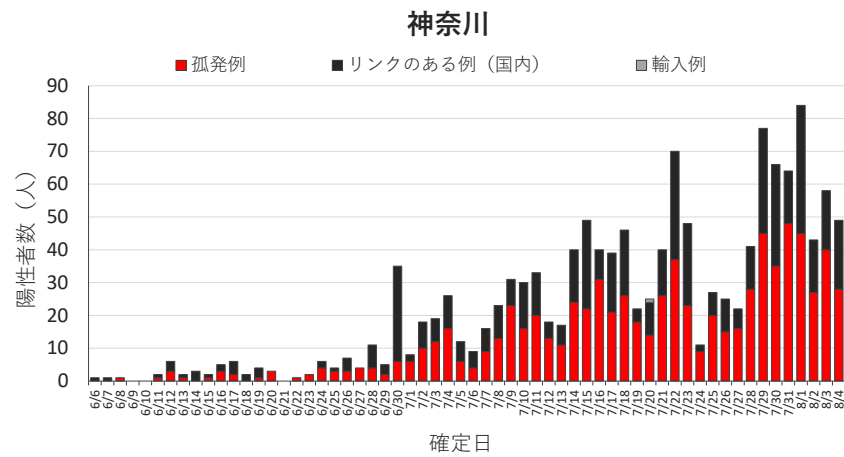
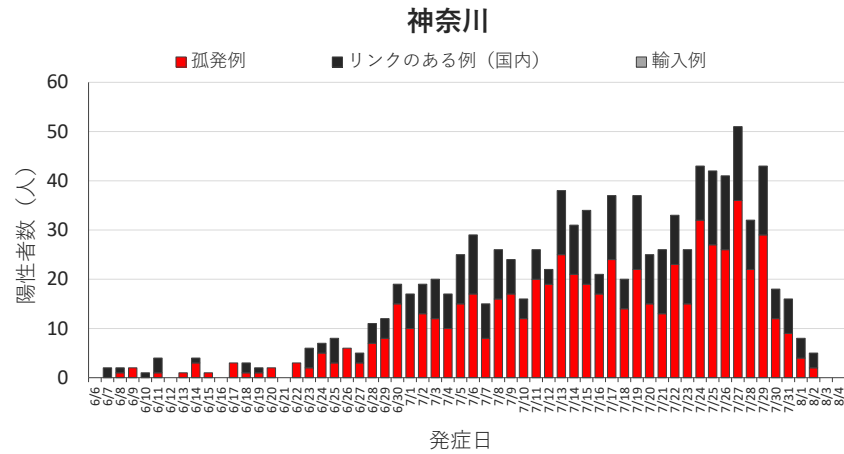


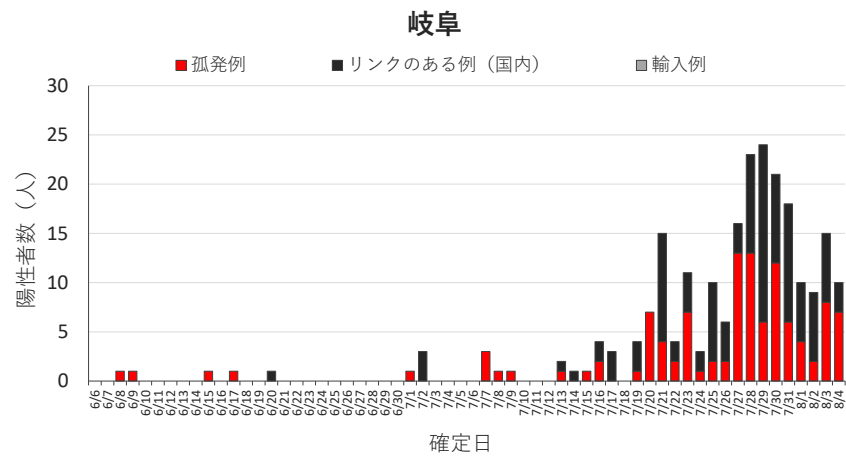
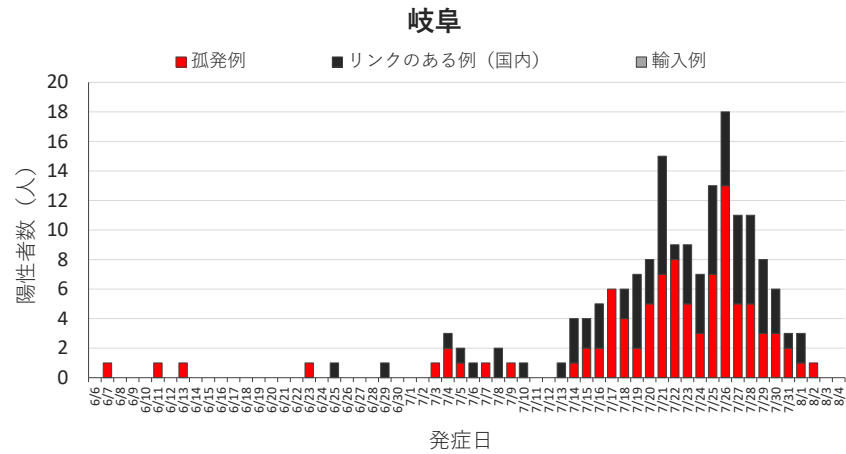




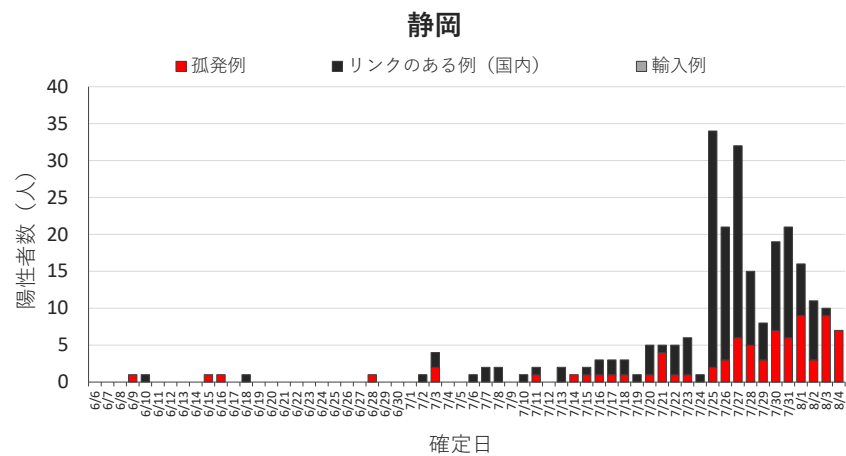
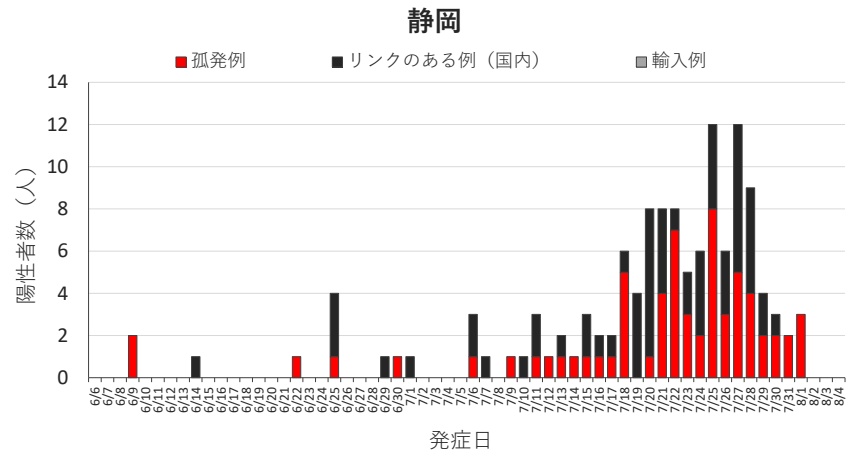


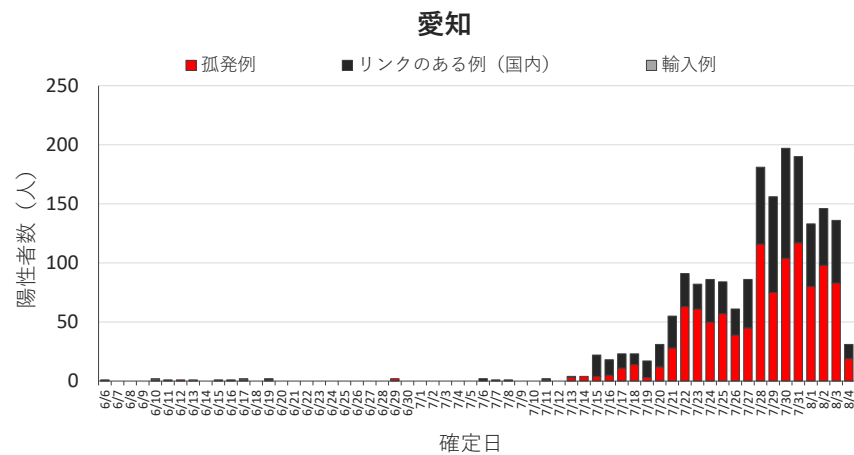
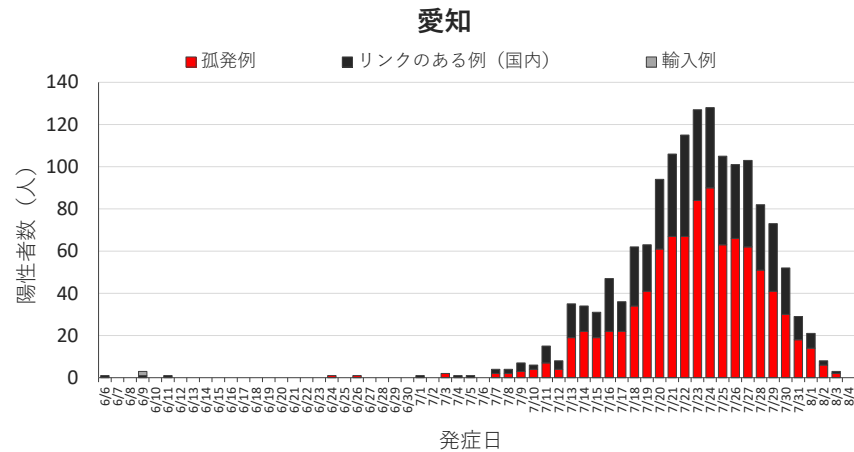


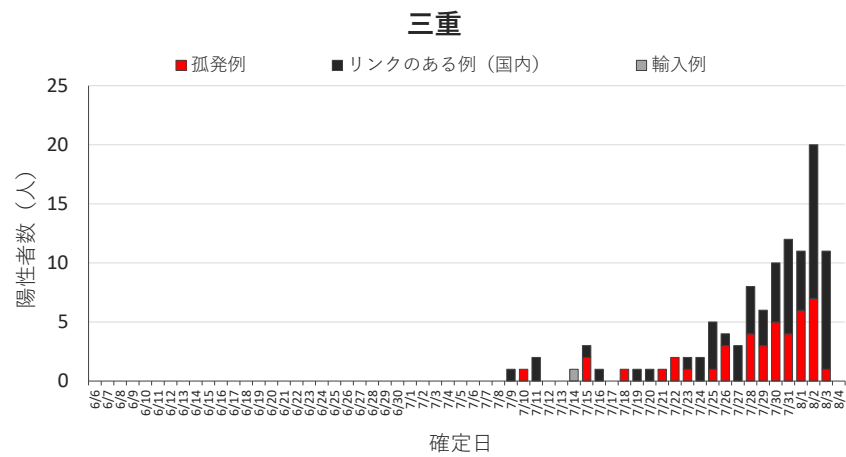
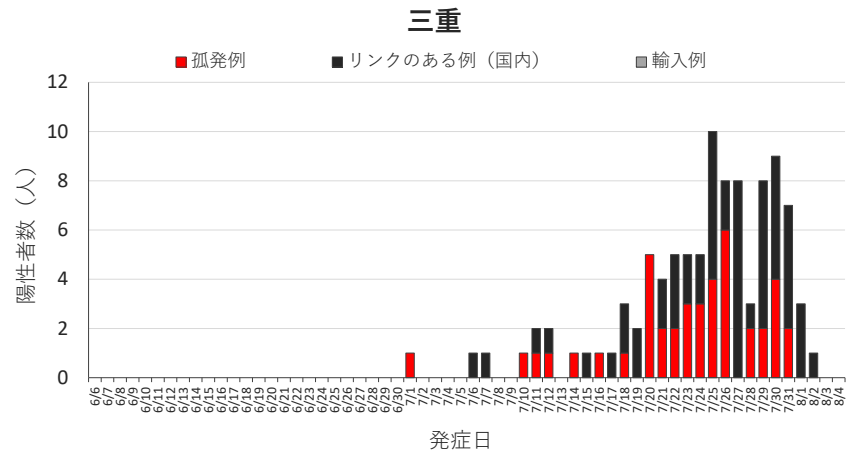


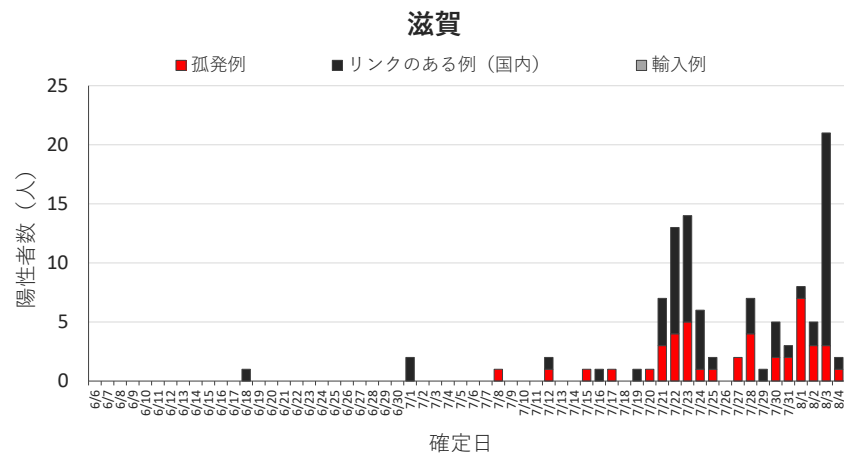
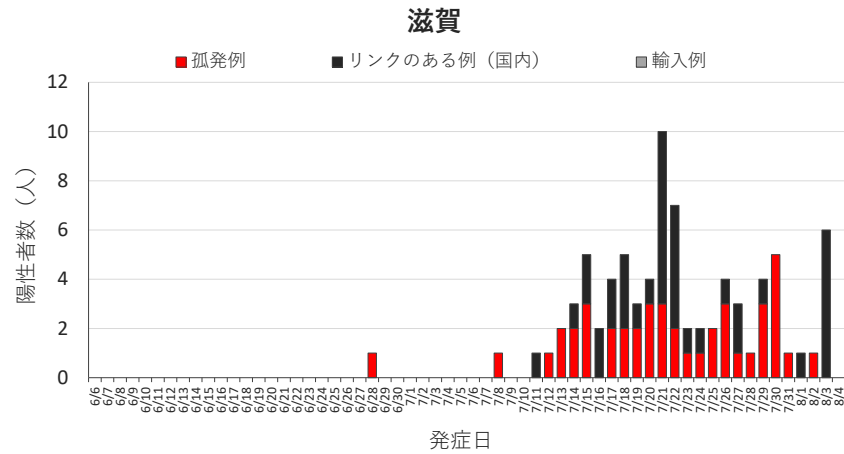


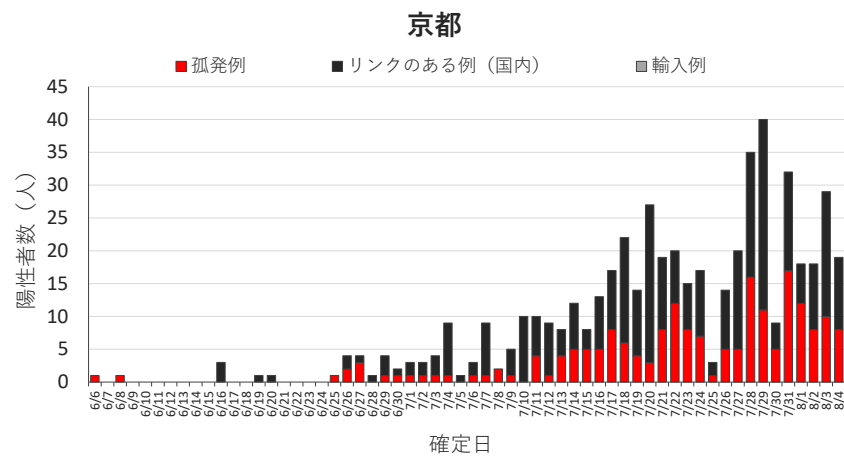
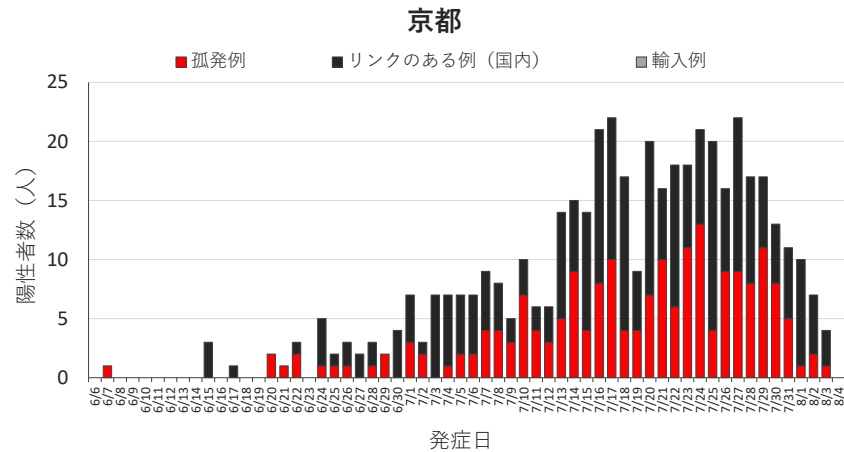


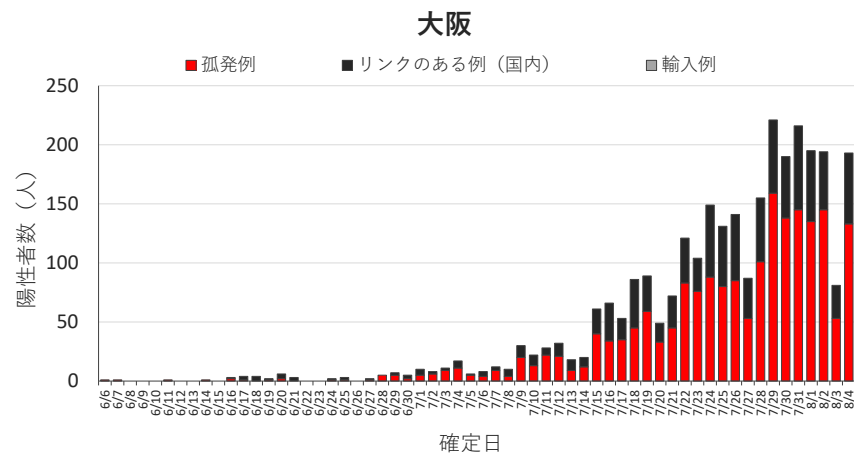
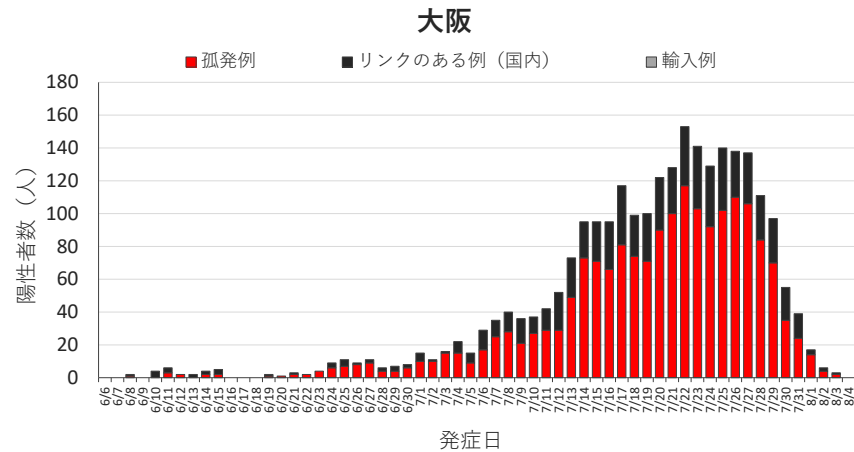


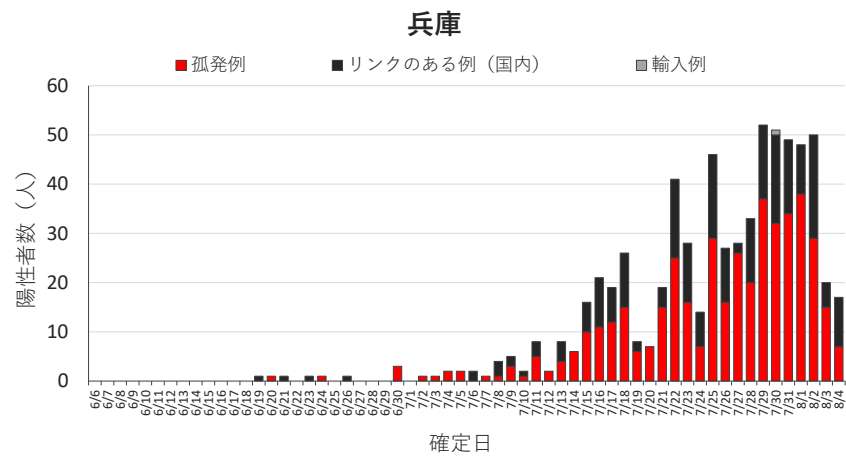
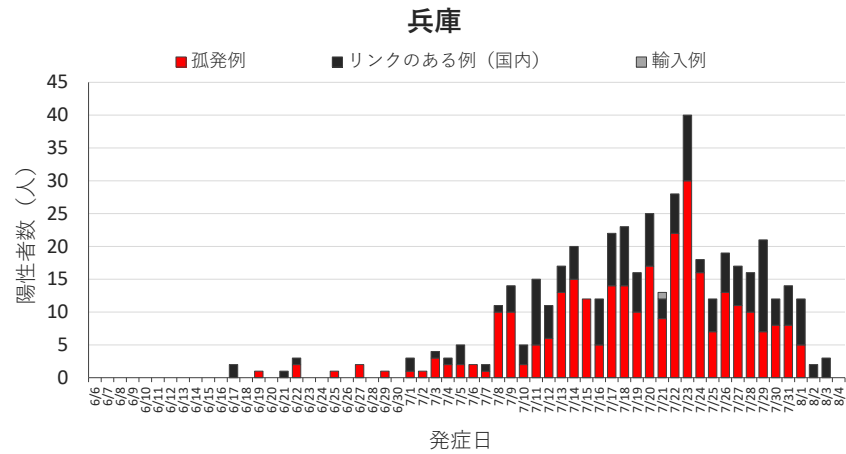


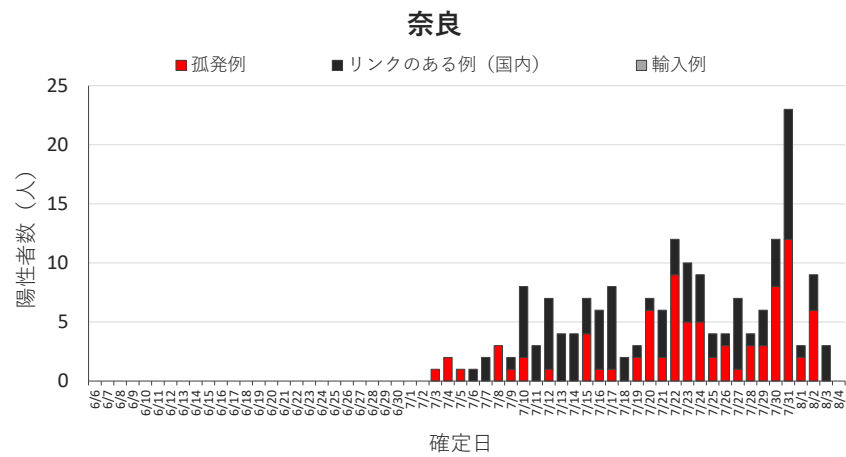
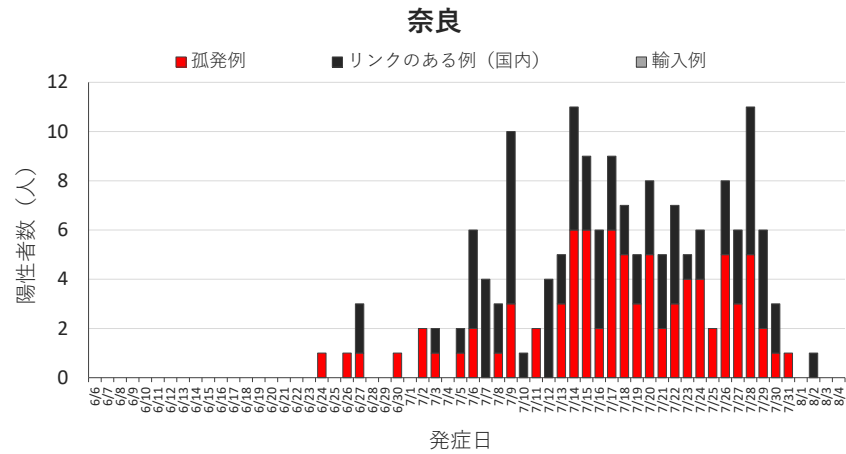




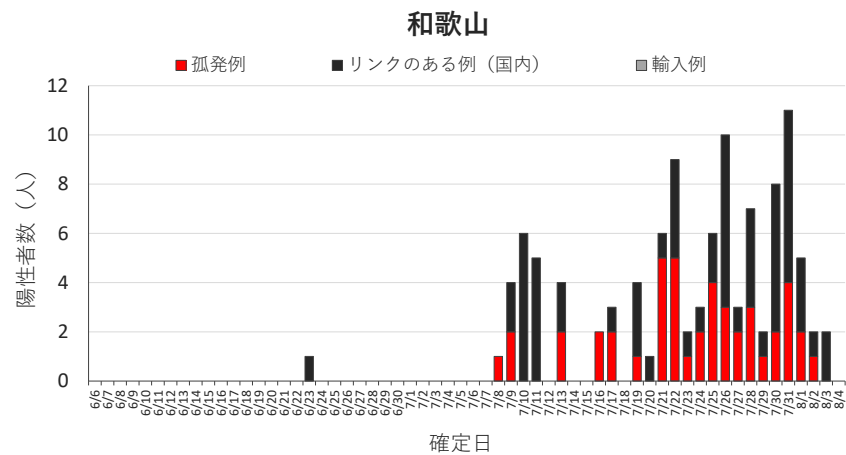
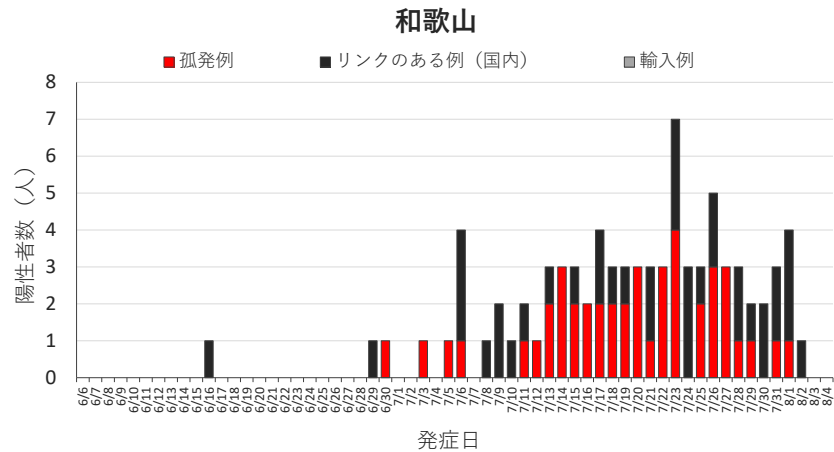


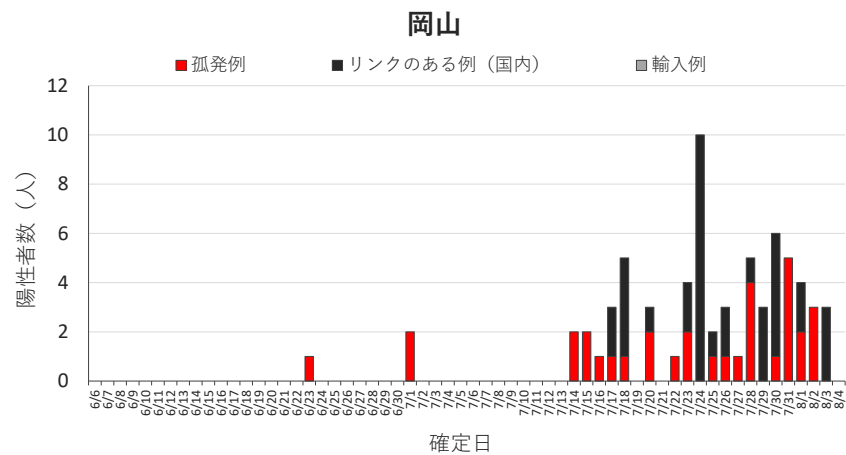
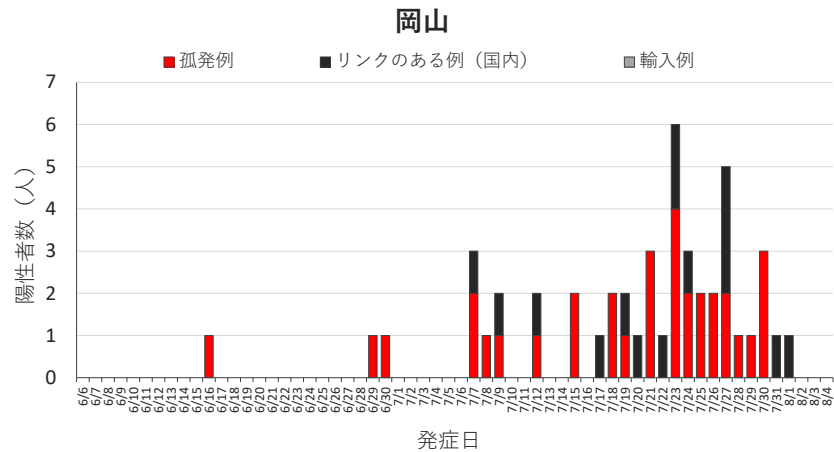


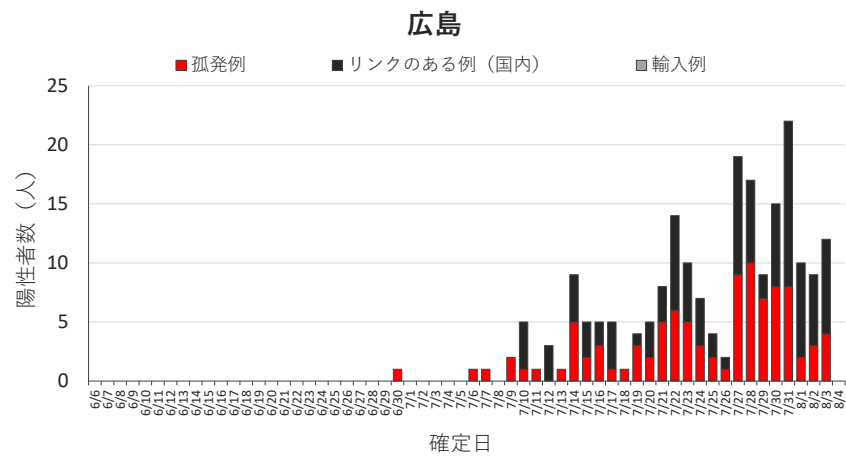
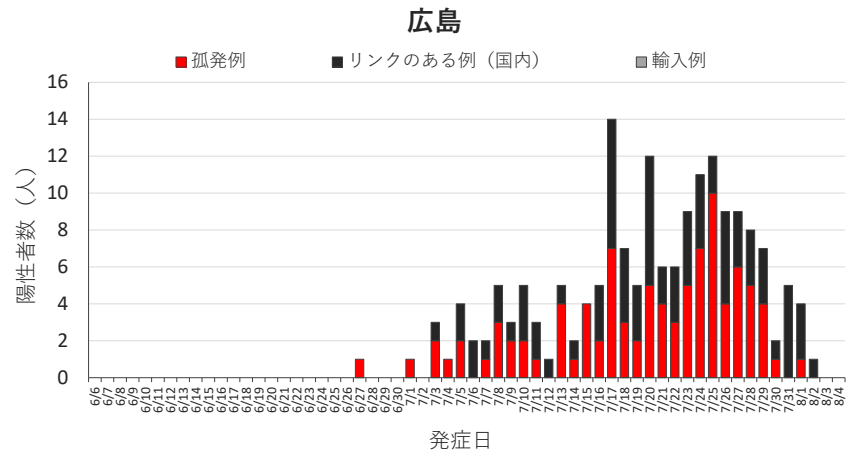


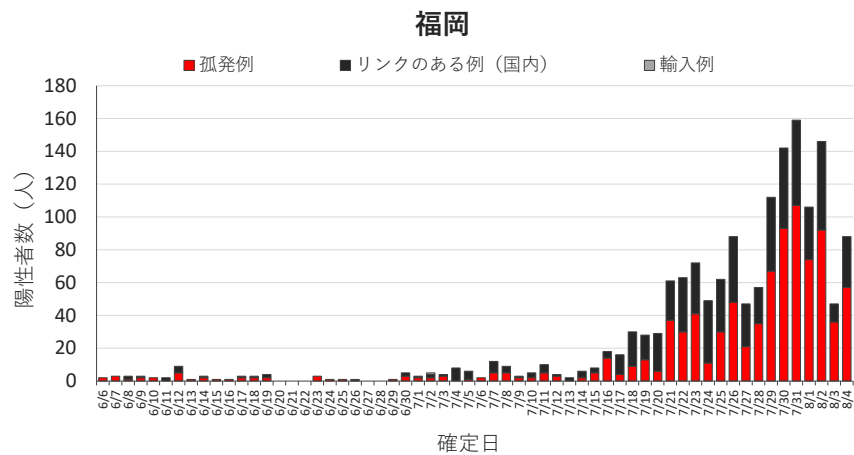
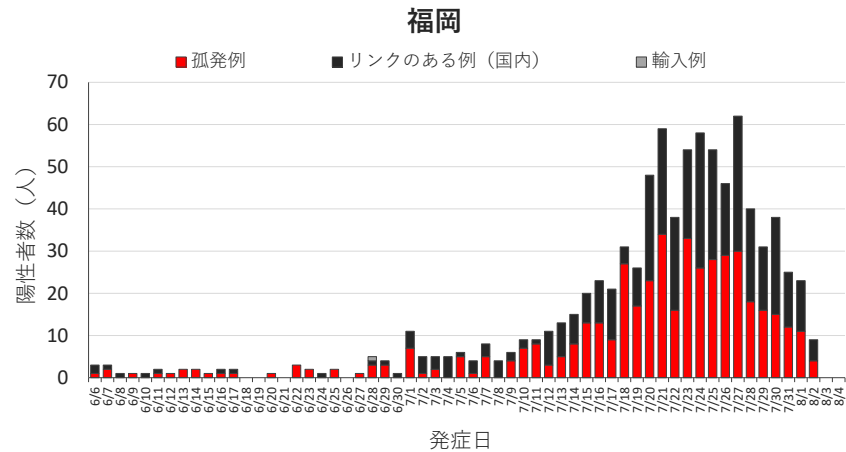


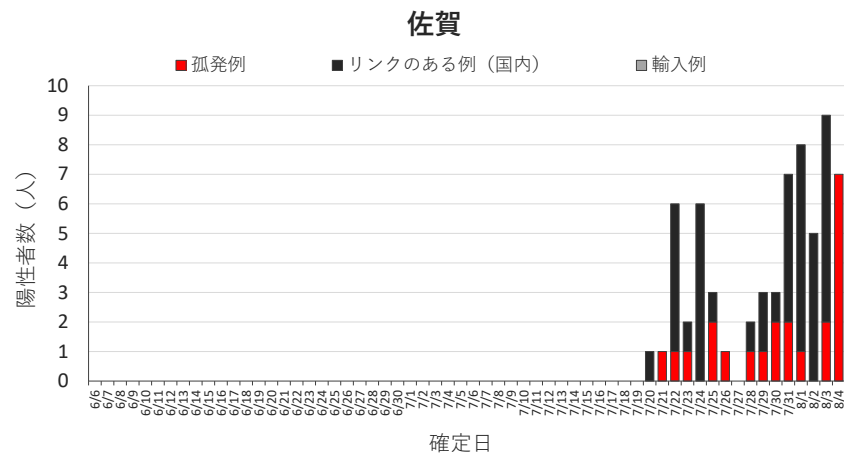
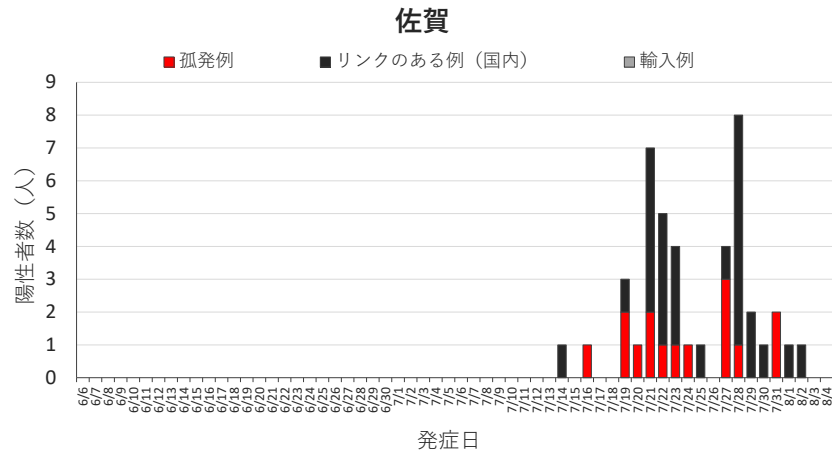


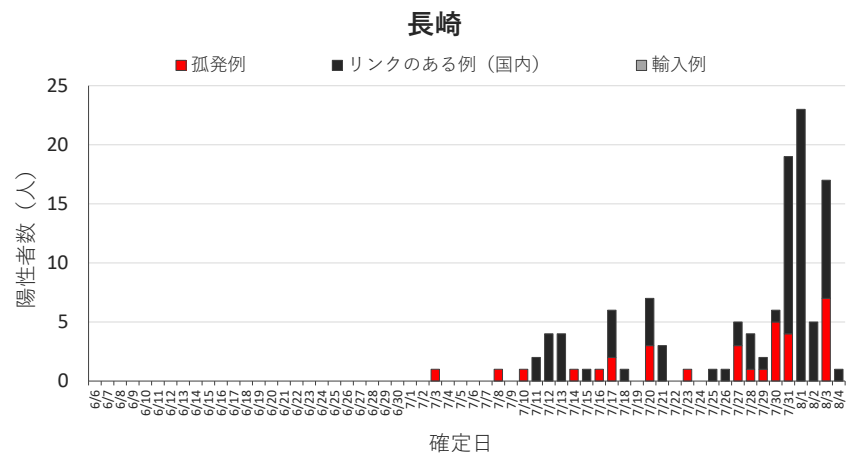
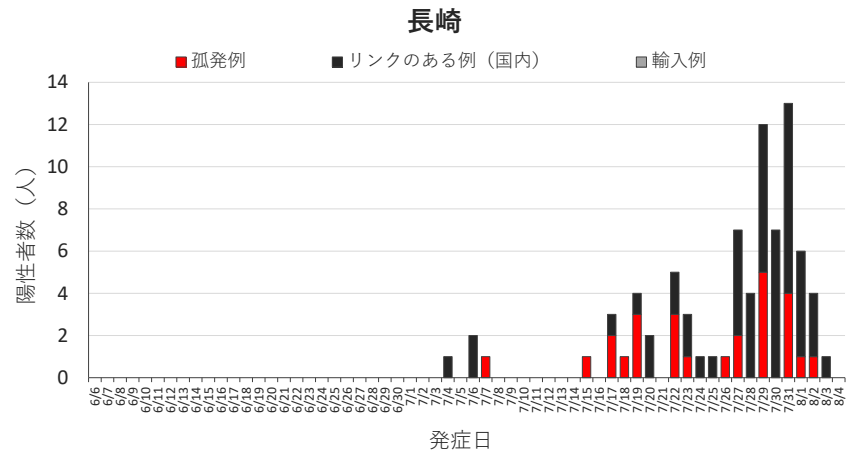


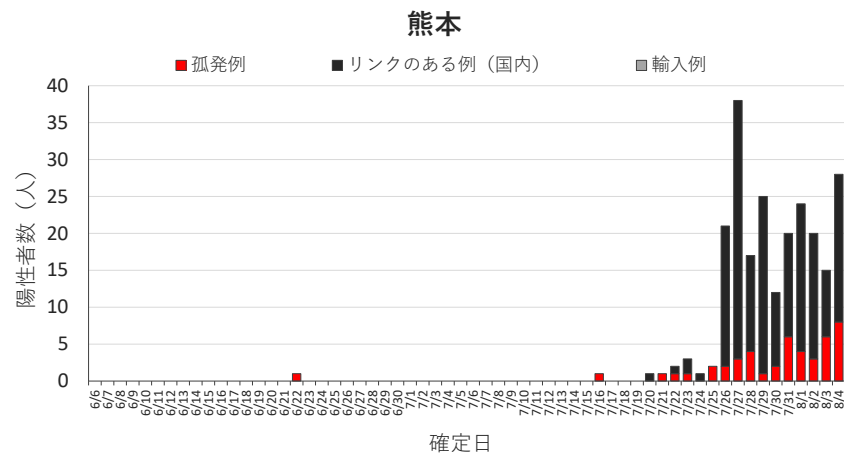
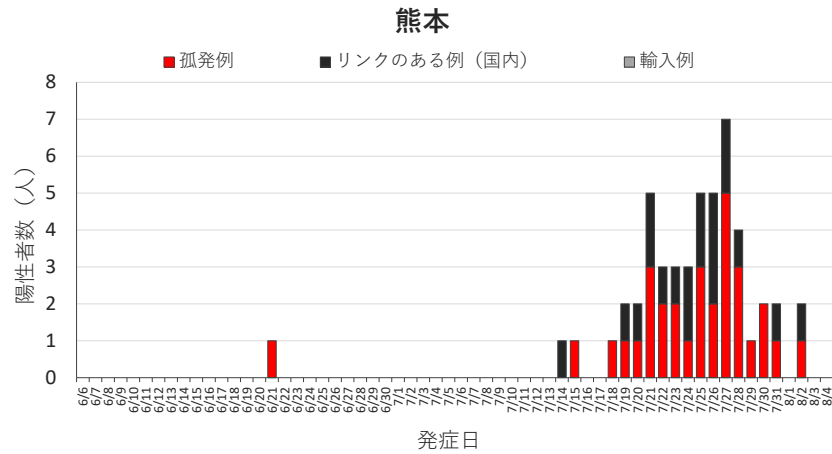


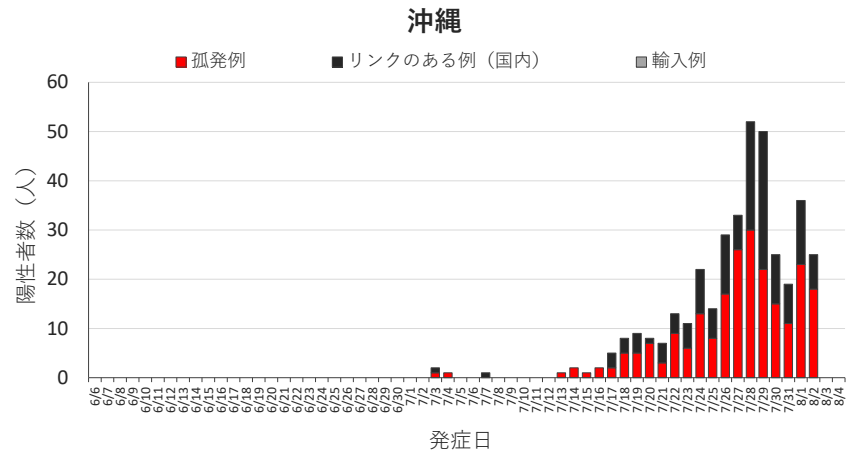




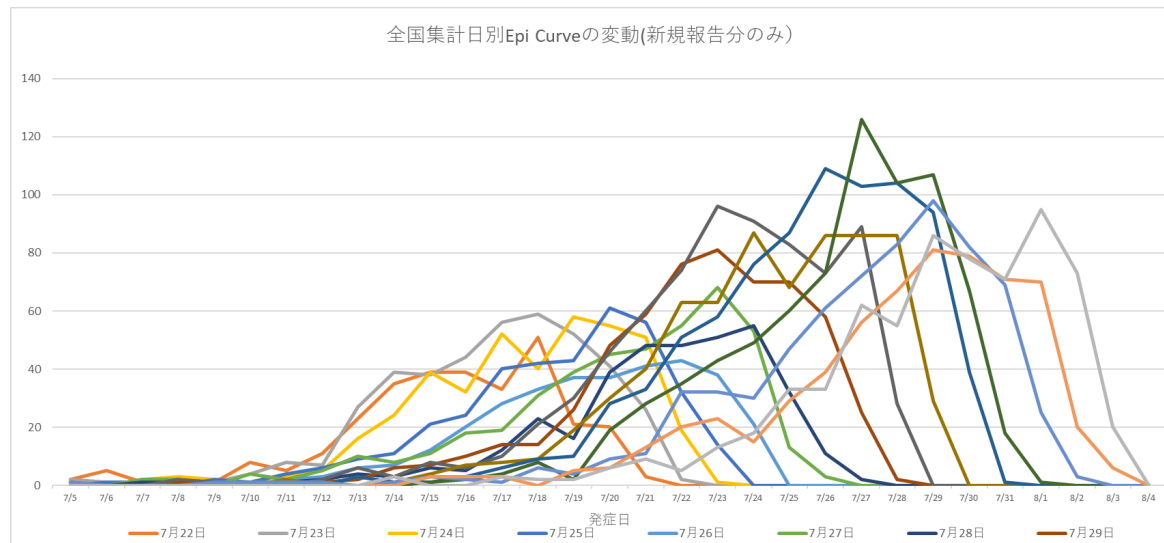
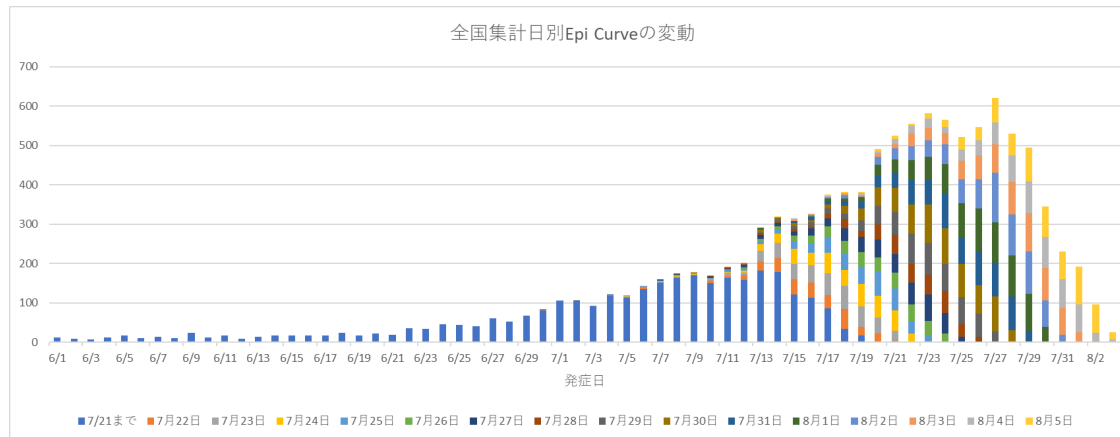






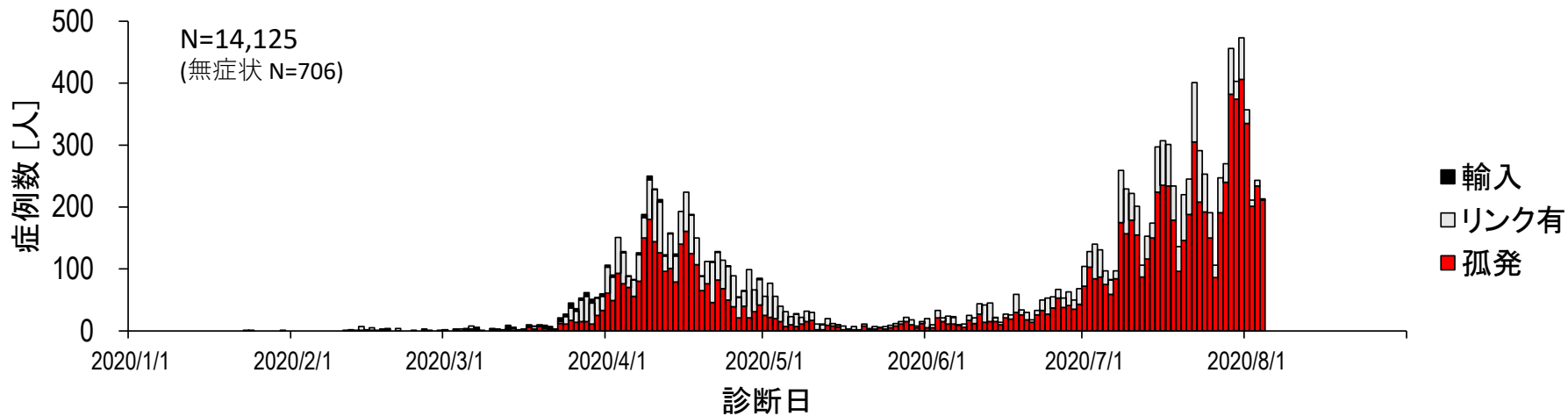
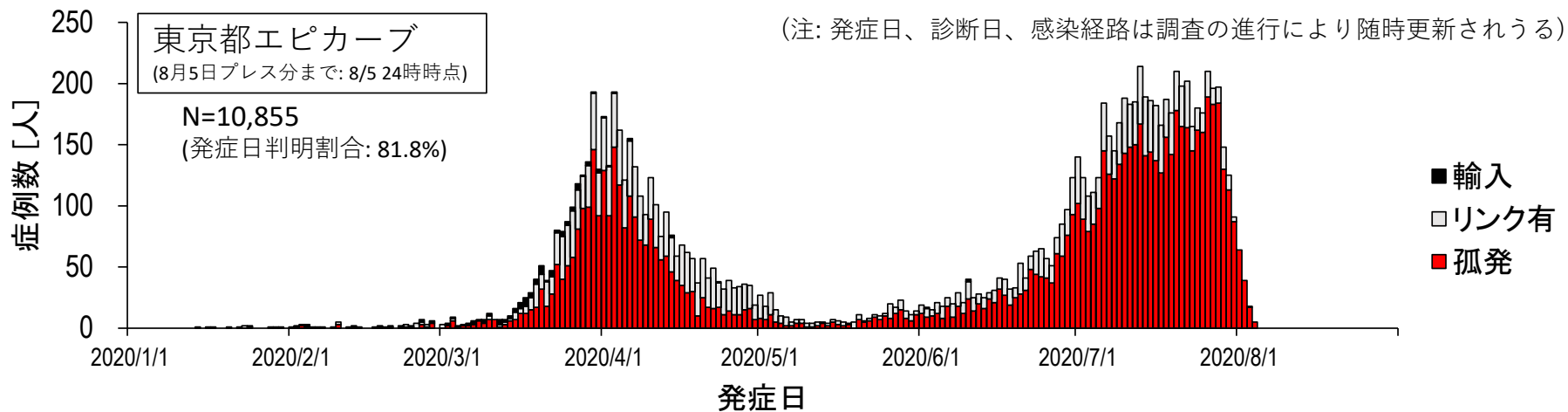






# 東京都エピカーブ

2020/08/05発表分まで

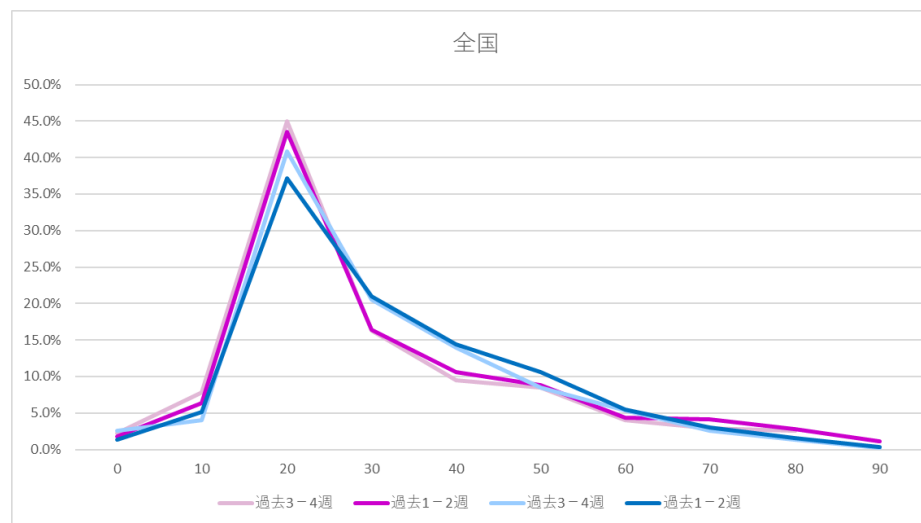
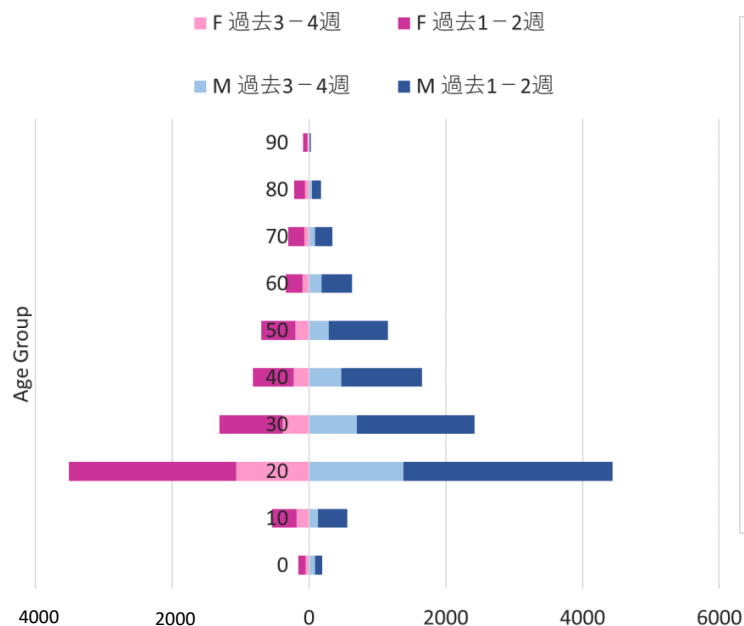


# 年齢・性別ごとの分布

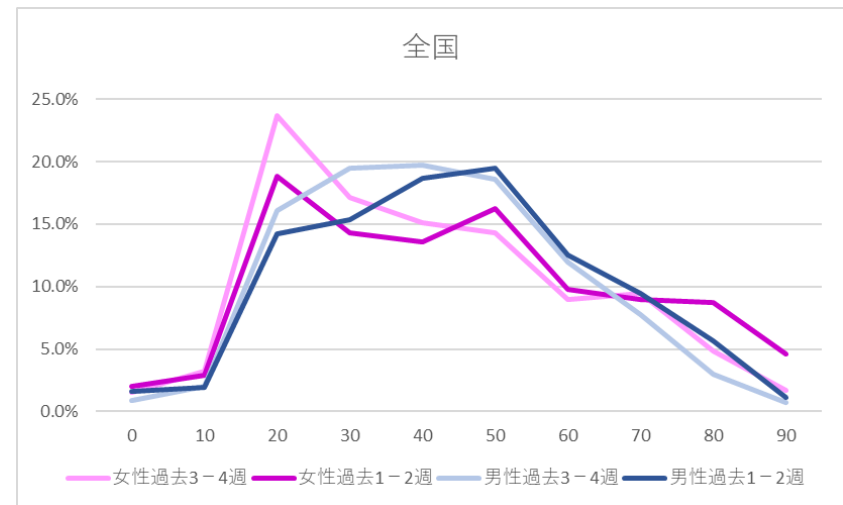
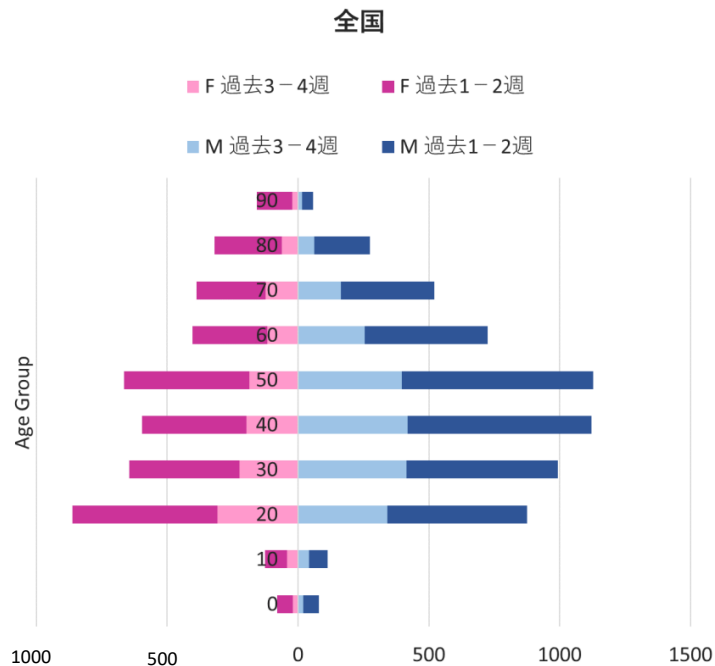
2020/08/04集計分まで

# 年齢・性別分布とその割合 (8月4日集計分まで)

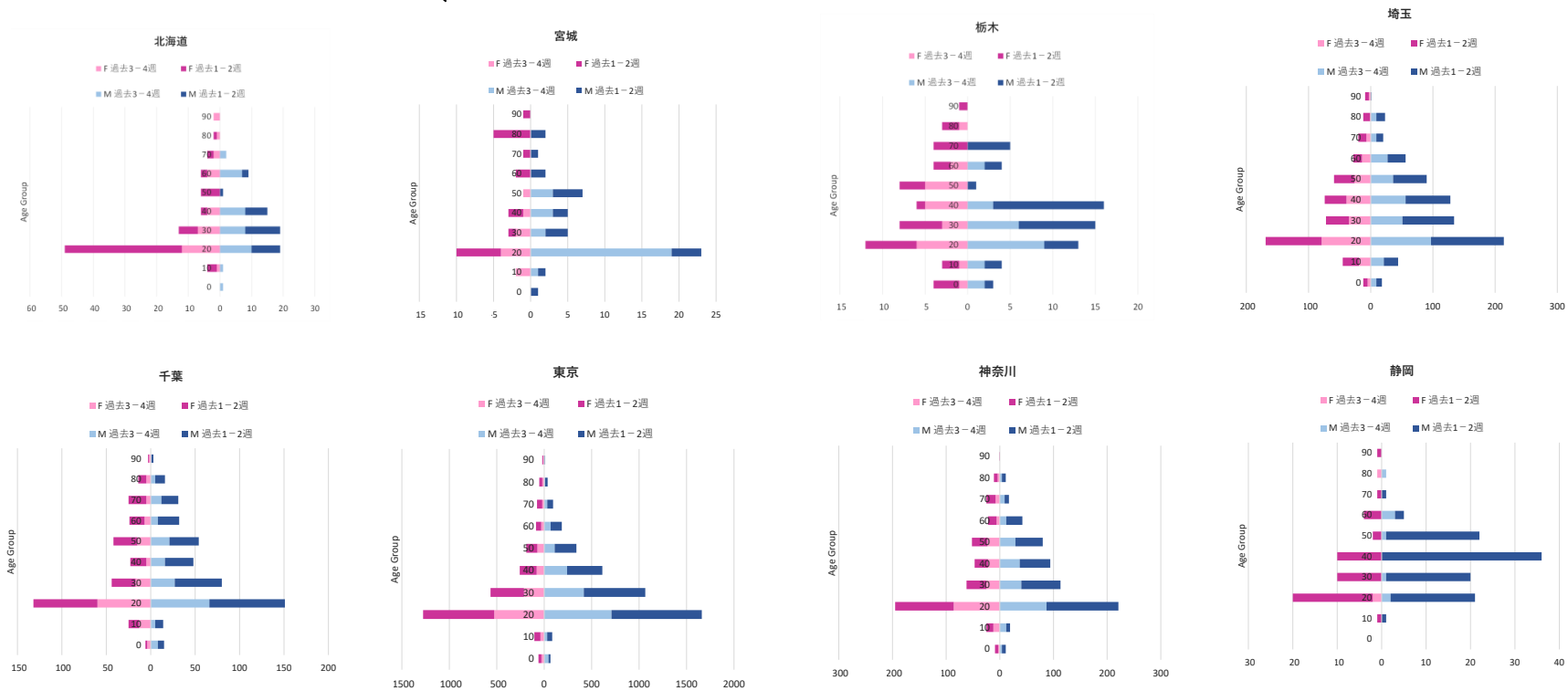
全国



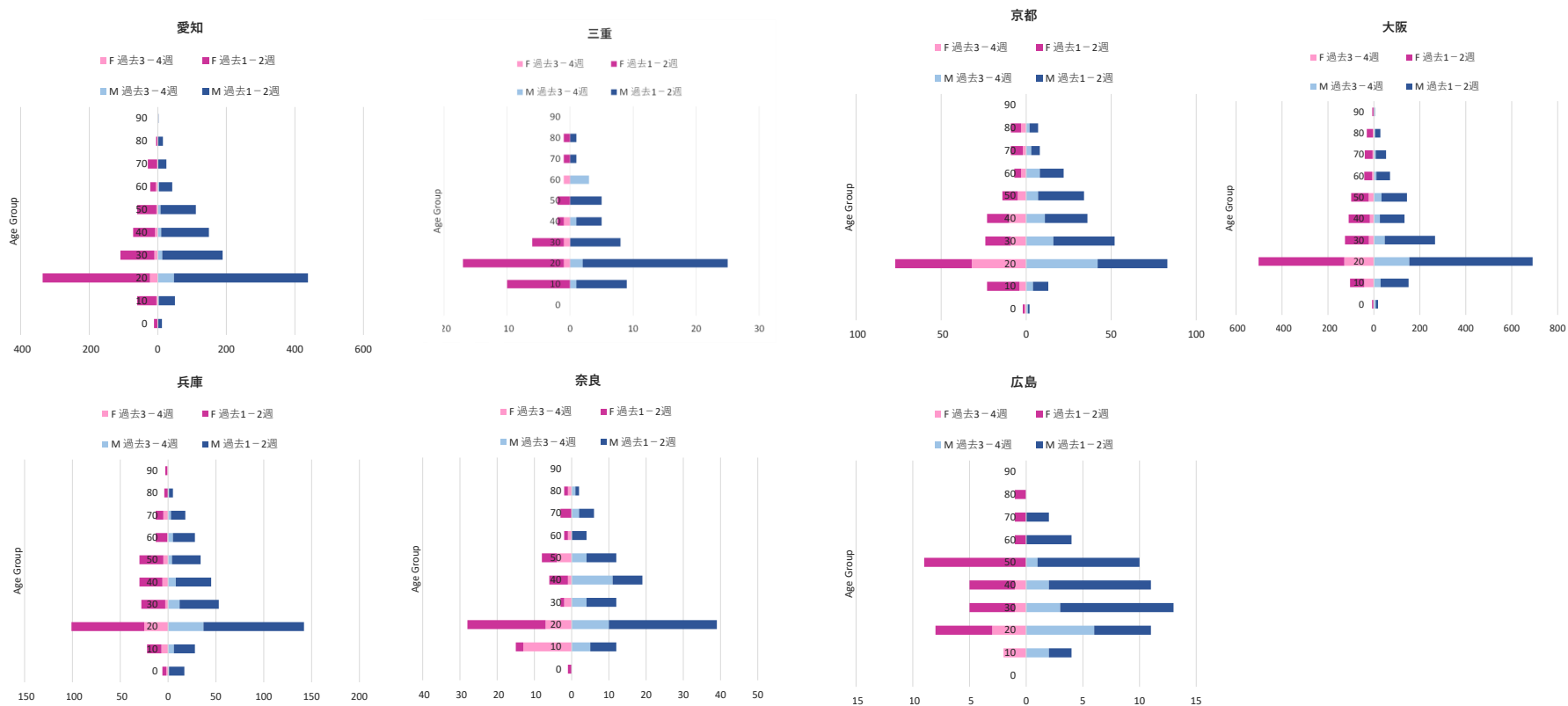
# 年齢・性別分布とその割合 (4月23日集計分)



# 都道府県別年齢・性別分布 (8月4日集計分まで)

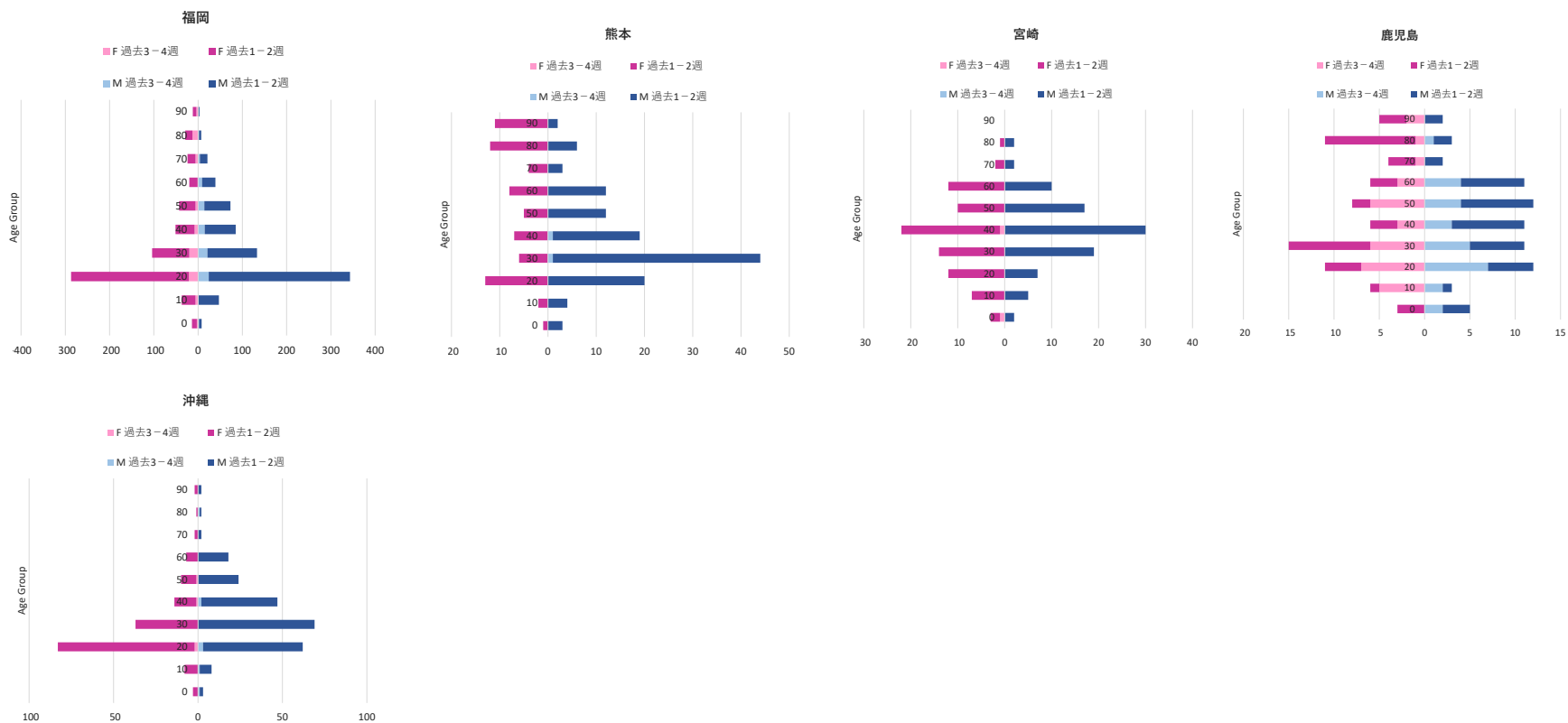


# 都道府県別年齢・性別分布 (8月4日集計分まで)





# 都道府県別年齢・性別分布 (8月4日集計分まで)



## 国内の流行状況の評価：8月3日時点

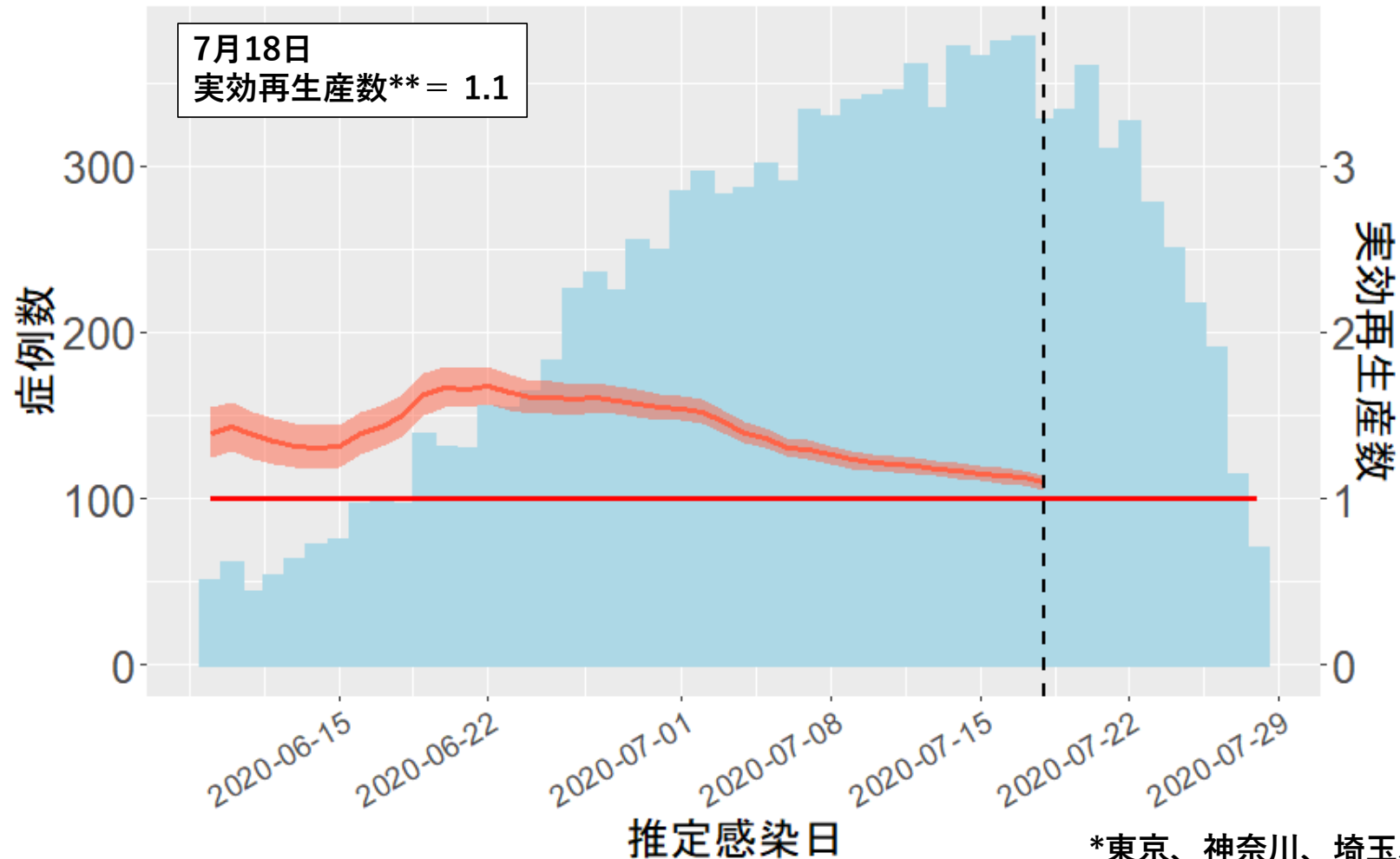


圏域	対象自治体	直近1週間の症例数*	20-30代の割合 (直近1週間*)	実効再生産数** (95%CI)	最近の代表的クラスター事例	流行状況	FETPの活動
北海道		75	60%	1.2 (0.9-1.6)	飲食店、ライブハウス、病院	繁華街を中心とする流行の持続	対応中
関東圏	東京、神奈川、埼玉、千葉、茨城、栃木	3127	62%	1.1 (1.1-1.2)	新宿区歌舞伎町～近隣都市での発生	広域での持続的な流行拡大	対応中
中京圏	愛知、岐阜、三重	1018	60%	2.3 (2.1-2.5)	飲食店、学校	広域での比較的急速な流行拡大	対応中
関西圏	大阪、兵庫、京都、奈良	1549	57%	1.6 (1.5-1.7)	飲食店、医療施設、学校	広域での比較的急速な流行拡大	対応中
九州北部	福岡、佐賀	746	66%	2.1 (1.8-2.3)	飲食店、学校	比較的急速な流行拡大	待機中
九州南部	熊本、宮崎、鹿児島	223	34%	1.8 (1.5-2.2)	造船会社、地方（島嶼含む）スナック等	県外と関連するクラスターの散発	対応中
沖縄県		305	63%	3.2 (2.4-4.1)	那覇市松山地区キャバクラ、沖縄赤十字病院	クラスターから流行拡大傾向	対応中

\*8月3日時点

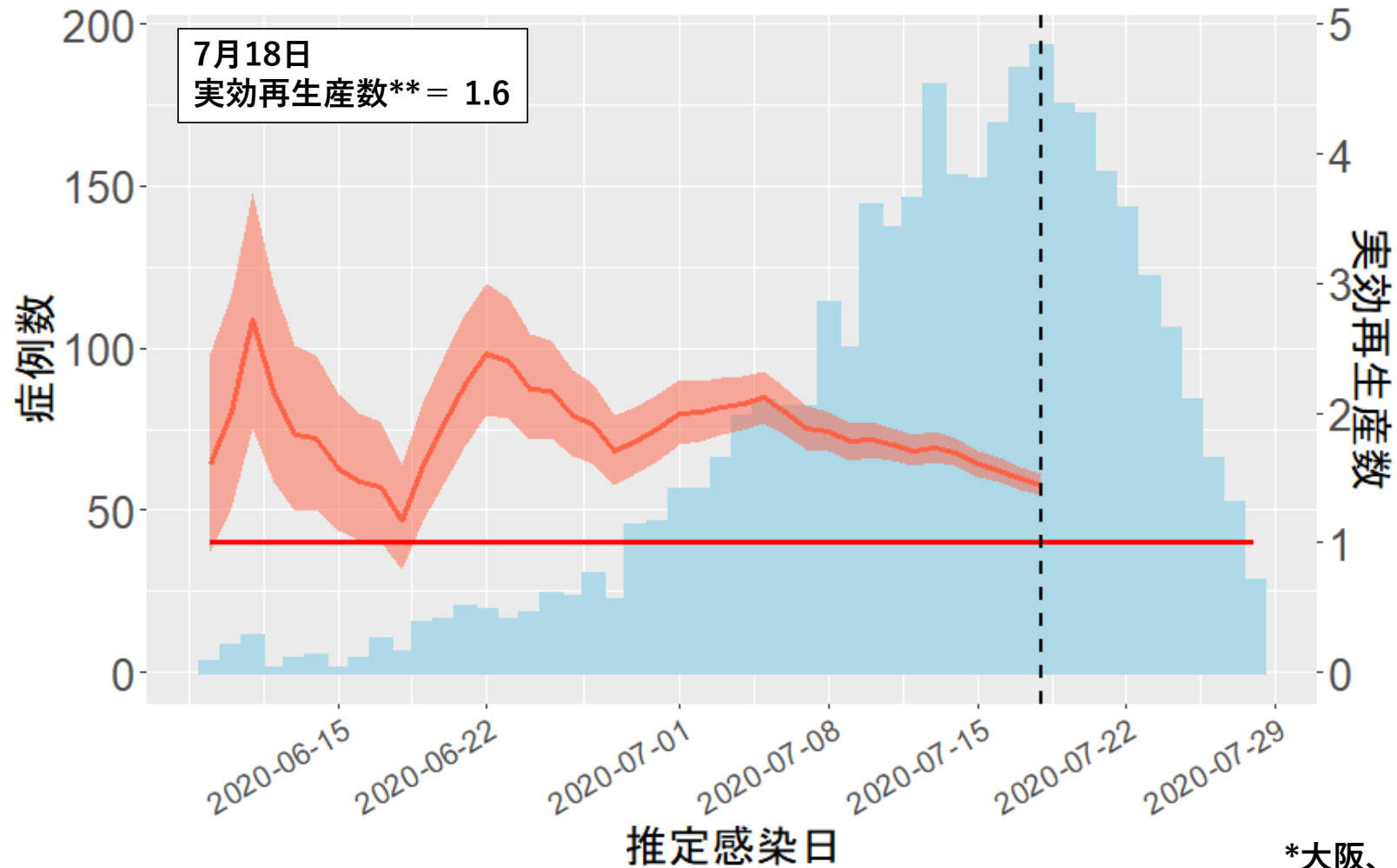
\*\*7月18日までの1週間の値の平均値

## 首都圏\*の実効再生産数（推定感染日ごと）：8月3日時点推定



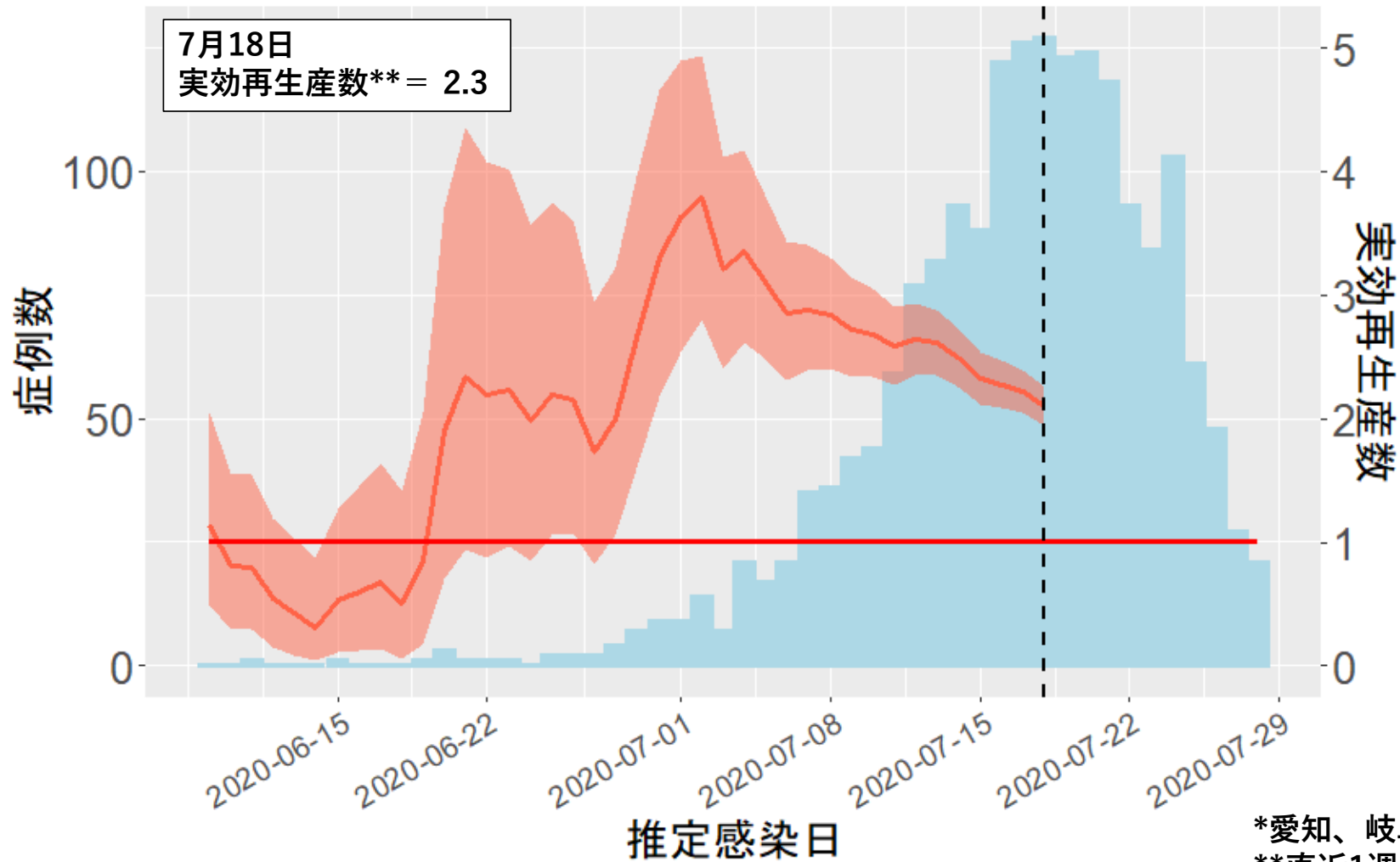
\*東京、神奈川、埼玉、千葉、茨城、栃木  
 \*\*直近1週間の値の平均値

## 関西圏\*の実効再生産数（推定感染日ごと）：8月3日時点推定



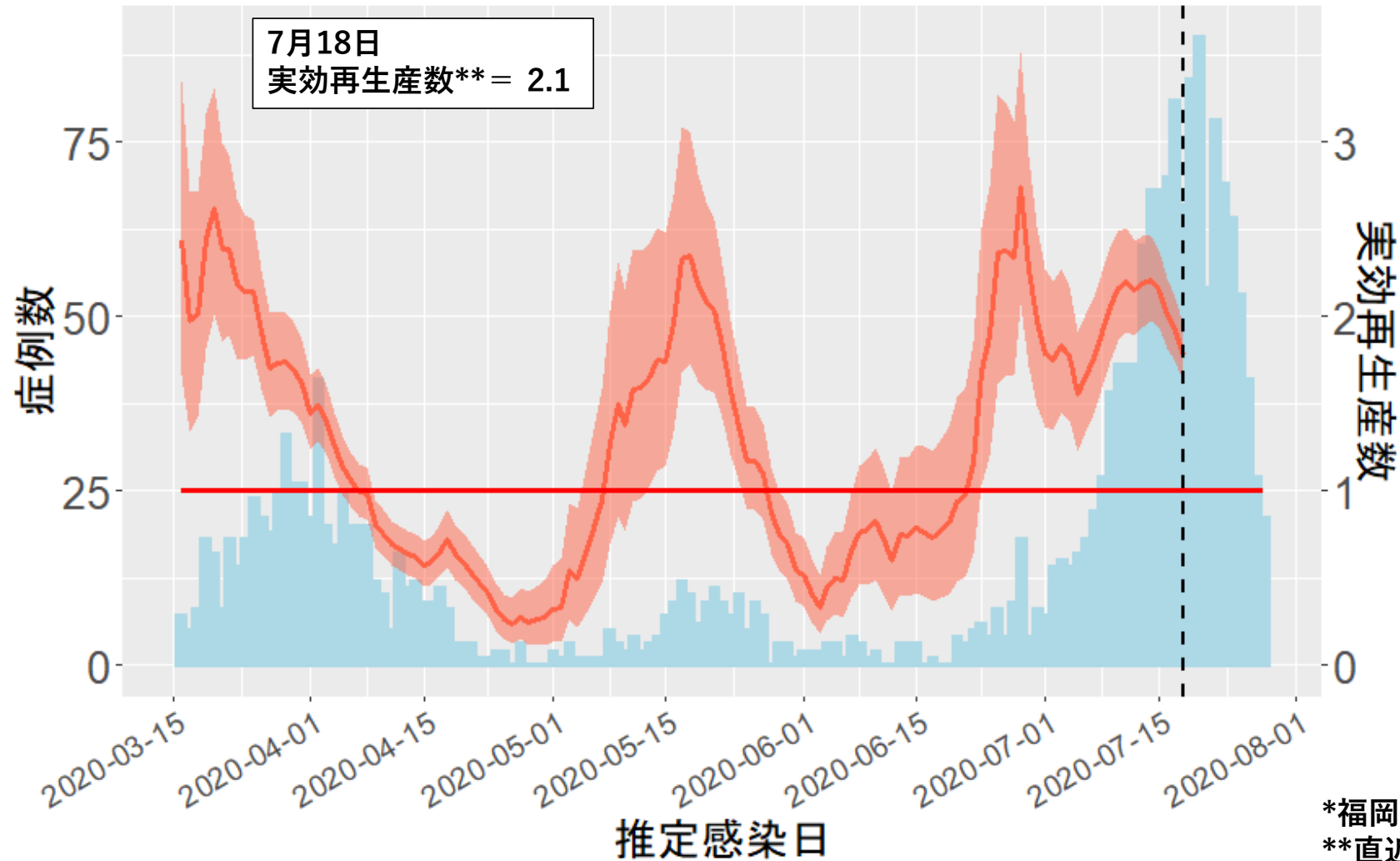
\*大阪、兵庫、京都、奈良  
 \*\*直近1週間の値の平均値

## 中京圏\*の実効再生産数（推定感染日ごと）：8月3日時点推定



\*愛知、岐阜、三重  
 \*\*直近1週間の値の平均値

## 九州北部\*の実効再生産数（推定感染日ごと）：8月3日時点推定



\*福岡、佐賀  
 \*\*直近1週間の値の平均値 5

令和 2 年 8 月 5 日

## 新型コロナウイルス SARS-CoV-2 のゲノム分子疫学調査 2 (2020/7/16 現在)

### ■ 新型コロナウイルス・ゲノム分子疫学解析によるクラスター対策

2019 年末の中国・武漢を発端とする新型コロナウイルス (SARS-CoV-2) は 2020 年 1 月から 2 月にかけて国内に侵入し、地域的な感染クラスター (集団) を発生させた。発生自治体で積極的疫学調査が実施され、発生源と濃厚接触者の特定をもって感染拡大を封じ込める対策が展開されてきた。自治体固有の感染クラスターの終息宣言等ある一定の成果を得たが、3 月中旬から 4 月下旬において各地で感染拡大が進行し全国規模の緊急事態宣言に至った。その後、感染は一旦収束傾向を見せて、緊急事態宣言の解除及び段階的に様々な活動を再開する中で、6 月から 7 月にかけて東京都を中心に再び新規感染者数が増加し、単純な検査陽性者数では緊急事態宣言下における時期を上回る報告が認められる。

この感染症は、感染をしても症状の無いケースもあることから、積極的疫学調査における聞き取りだけでは感染リンクを必ずしも追えない場合がある。疫学調査によるクラスター集団の特定のみならず、さらにゲノム情報を元にしたクラスター集団を特定し、積極的疫学調査を補完して感染源を特定するとともに、感染経緯の全体像を把握するために非常に重要な調査となる (後述の「積極的疫学調査を支援する新型コロナウイルス・ゲノム分子疫学解析についての補足」も参照)。現在、各自治体のご協力の下、国立感染症研究所において新型コロナウイルス SARS-CoV-2 (一本鎖プラス鎖 RNA ウィルス、全長 29.9 kb) のゲノム配列を確定し、感染クラスターに特有な遺伝子情報そしてクラスター間の共通性を解析中である。

前回の 2020 年 4 月 27 日付報告では “4 月上旬の感染者増は欧州系統由来の新型コロナウイルスが同時多発的に流入したと推定される” と情報公開した。以下の国立感染症研究所の以下のホームページおよび査読前論文 (preprint) にて詳細をご覧ください。幸いである。

- ◇ 国立感染症研究所ホームページ (<https://www.niid.go.jp/niid/ja/basic-science/467-genome/9586-genome-2020-1.html> )
- ◇ 査読前論文 (preprint, medRxiv; <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.07.01.20143958v1> )

### ■ 新型コロナウイルス SARS-CoV-2 ゲノム情報によるネットワーク解析

世界各地の研究所において SARS-CoV-2 のゲノム配列が解読されており、2020 年 7 月 25 日現在で 46,000 名の患者の SARS-CoV-2 ゲノム配列 (ゲノム分子疫学に適正な完全長配列) が登録されている<sup>1</sup>。国内においても各地の自治体協力施設から陽性検体を収集し、3618 名の国内患者、ダイヤモンド・プリセンス号の乗員乗客患者 70 名、空港検疫所の陽性患者 67 名 (外国人含む) の SARS-CoV-2 ゲノム配列を確定した。日本のゲノム情報から塩基変異を抽出し、ウィルス株の親子関係を示すハプロタイプ・ネットワーク (図 1) を作成した。SARS-CoV-2 の変異速度は現在のところ 24.1 塩基変異/ゲノム/年 (つまり、1 年間で 24.1 箇所の変異が見込まれる) と推定されており<sup>2</sup>、国内でもほぼ同様の傾向が認められた。2019 年末の発生から 7 ヶ月ほどの期間を経てゲノム全域に平均 15 塩基ほどの変異がランダムに発生していると示唆されている。

1 月から 4 月下旬までの感染者増にかかる考察については大きな変更なく、前回の報告 (4/27 <https://www.niid.go.jp/niid/ja/basic-science/467-genome/9586-genome-2020-1.html> ) をご参照いただきたい。

#### ■ 4/27 情報公開時の概要

- 1 月初旬に中国・武漢から発したウイルス株を基点にして、日本各地で初期のクラスターが複数発生し消失へと転じていることが確認された。
- 2月5日から本格的な検疫を開始したクルーズ船・ダイヤモンド・プリンセス(DP)号の乗客・乗員を基点とするウイルス株<sup>3</sup>は現在では検出されておらず、日本においては終息したものと思われる。
- 3月下旬に欧州系統の同時多発と思われるクラスター●を発見（右側・中心にある一番の大きな●マゼンタ背景）<sup>4</sup>。
- 4月上旬に地方の大規模クラスターが首都圏出張を基点にしていることを発見。
- 他、複数の地域で同時多発が進行中と判断（オレンジ背景）。

#### ■ 現在発生中の主要クラスターの概要（7/16 までの解析結果から）

- 欧州系統●のまわりに地域に根ざしたクラスターが独自に発生し、それぞれの地域固有の特徴としてウイルスゲノムの系譜が確認された。
- 欧州系統の同時多発は全国レベルであったが、その後発生した地域固有クラスター（欧州系統から1,2塩基変異を伴う）は現場努力によって少しずつ収束へ向かった（5月下旬）
- しかしながら、6月上旬からすこずつ感染者数が増加傾向へ転じ、その後、東京都を中心にクラスターの多発が確認された。
- それに並行して7月上旬から地方でも陽性者が増加し、主要都市圏から注意喚起が寄せられた。
- 6月下旬以降をネットワーク図で分類すると、さらに変異が進んだ特定のゲノムクラスターを確認し、ネットワーク図（図1）・右下の離れたクラスター●（赤背景）を基点に全国各地へ拡散していることが分かった。
- これらゲノム情報は、欧州系統（3月中旬）から さらに6塩基変異を有しており、1ヶ月間で2塩基変異する変異速度を適用すれば、ちょうど3ヶ月間の期間差となり時系列として符合する。
- この3ヶ月間で明確なつなぎ役となる患者やクラスターはいまだ発見されておらず、空白リンクになっている。この長期間、特定の患者として顕在化せず保健所が探知しづらい対象（軽症者もしくは無症状陽性者）が感染リンクを静かにつないでいた可能性が残る。
- 6月下旬から、十分な感染症対策を前提に部分的な経済再開が始まったが、収束に至らなかった感染者群を起点にクラスターが発生し、地方出張等が一つの要因になって東京一極では収まらず全国拡散へ発展してしまった可能性が推察された。

#### ■ 7/16 現在のゲノム解読現況のまとめ

- 国内患者 3618 人、DP 号 70 人、空港検疫 67 人（外国人含む）の SARS-CoV-2 ゲノム情報を収集済み。
- GISAID 等の Public database へは、国内患者 435 人、DP 号 70 人のゲノム配列を公開済み。
- 患者発生からゲノム確定用の検体 RNA 受領から結果の解析まで少なくとも1週間を要するため、この“主要クラスター”がどのレベルまで全国拡散しているのか未だ定かではない。
- 全ての自治体から検体 RNA が提供されておらず、本件調査はバイアスを伴った比較評価であることが拭えない。全国調査が完徹していないため、更なる調査により評価結果を修正する可能性があることも予めご了承ください。

#### 参考： Global Initiative on Sharing All Influenza Data (GISAID)<sup>1</sup>

GISAID は、鳥インフルエンザが猛威をふるった 2006 年 8 月に医療分野の研究者たちによって設立されたインフルエンザウイルスの情報データベースである。新型コロナウイルス SARS-CoV-2 ゲノム情報も GISAID が主体的に運用し登録・収集されている。

#### ■ 積極的疫学調査を支援する新型コロナウイルス・ゲノム分子疫学調査についての補足



**積極的疫学調査を支援する新型コロナウイルス・ゲノム分子疫学調査は、**新型コロナウイルス SARS-CoV-2 のゲノム上にランダムに発生する変異箇所の足跡をトレースすることにより、感染リンクの過去を遡り積極的疫学調査を支援している。この調査により、これまでの経過は以下の様に説明できると考えている。中国発から地域固有の感染クラスターが発生し、“中国、湖北省、武漢” をキーワードに蓋然性の高い感染者・濃厚接触者をいち早く探知して抑え込むことができた。しかしながら、3月中旬から全国各地で欧州系統の同時多発流入により“感染リンク不明”の孤発例が検出されはじめた。数週間のうちに全国各地へ拡散して地域固有のクラスターが国内を侵食し、3-4月の感染拡大へ繋がったと考えられる。現場対策の尽力により一旦は収束の兆しを見せたが、6月の経済再開を契機に“若者を中心にした軽症（もしくは無症候）患者”が密かにつないだ感染リンクがここにきて一気に顕在化したものと推察される。隠れた感染リンクをいち早く探知するためにも、聞き取りによる実地疫学調査に加え、ゲノム分子疫学調査による拡散範囲を特定し、そのクラスター要因の特徴を示すことは今後の新型コロナ対策にとって必須だと考えている。

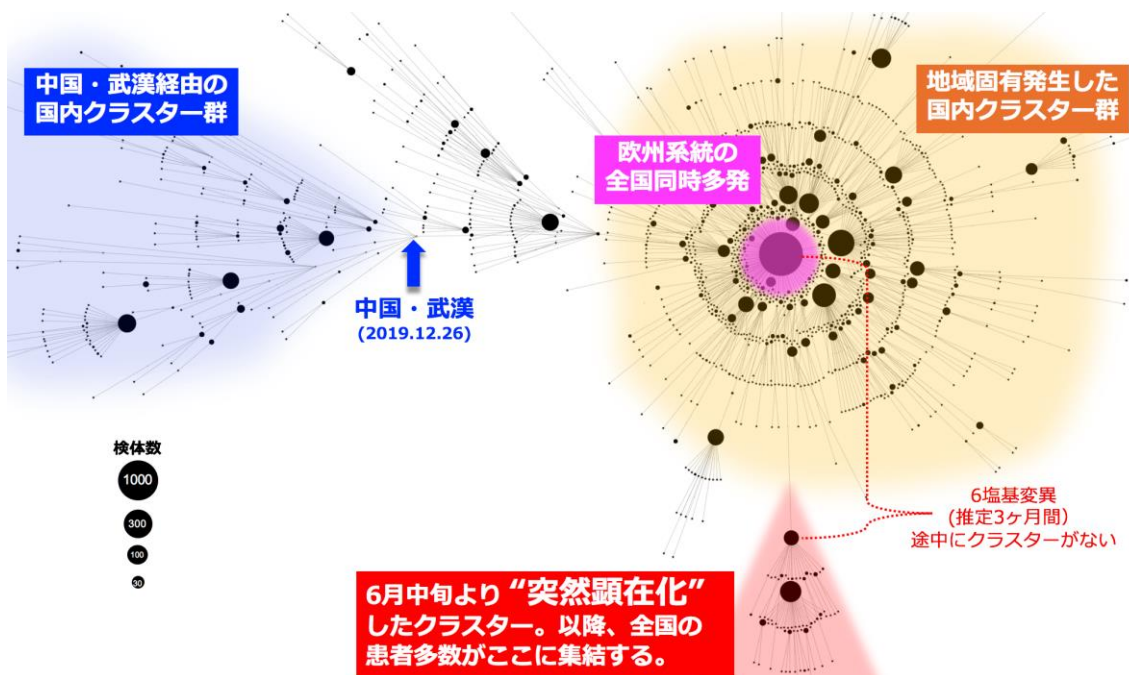
一方、本調査におけるゲノム情報は“鑑識”としての役割を担っているに過ぎず、聞き取り調査等の疫学情報無しでは成立しない。あくまで疫学調査を支援するひとつの支援材料であることを予めご留意いただきたい。塩基変異を足取りに“ゲノム情報を基礎にしたクラスター認定”を実施しているが、これは地域名や業種を特定して名指しするものではなく、あくまで患者としての成り立ちを“ウイルス分子疫学”として束ねてその共通因子を探る調査法である。東京型・埼玉型といった地域に起因する型（type）を認定するような根拠は得られていないし、ステレオタイプに定義のない型を使用して混乱を増長する危険性を感じている。また、新型コロナウイルスの塩基変異に伴う病原性の変化についての議論がしばしば見られる。一般論としては、ウイルスは病原性をさげて広く深くウイルス種を残していく適応・潜伏の方向に向かうと推定され<sup>5</sup>、新型コロナウイルスの病原性の変化については単にゲノム情報を確定しただけでは判定できるものではなく、患者の臨床所見、個別ウイルス株の細胞生物学・感染実験等を総合的に考慮する必要があると考えている。

本取り組みのように、ゲノム情報は配列指紋として利活用され、積極的疫学調査を科学的に支援することで総合的な公衆衛生対策の底上げを担っている。先進各国でも患者検体から新型コロナウイルスの全ゲノム解読を推進し、感染伝播の追跡と収束に役立てようとしている<sup>6,7</sup>。現状、収束の見込みはあっても終息までにはさらなる時間を要すると思われる。今後、将来発生するクラスターを最小限に抑え込むためにも、ゲノム情報にてクラスター発生に至る要因を特定し、地方自治体への迅速な情報還元と効果的な感染症対策の構築を図っていく。

謝辞：検体採取等調査にご協力いただきました医療機関、保健所および行政機関の関係者に深謝致します。  
本研究は日本医療研究開発機構 AMED の研究支援を受け実施した  
(研究課題番号： JP19fk0108104, JP20fk0108103)。

問い合わせ先：

-----  
国立感染症研究所 病原体ゲノム解析研究センター  
センター長 黒田誠  
〒162-8640 東京都新宿区戸山 1-23-1  
TEL: 03-5285-1111  
E-mail: makokuro@niid.go.jp  
-----



**図1 日本の新型コロナ SARS-CoV-2 ゲノム情報の塩基変異を用いたハプロタイプ・ネットワーク。**  
 中国武漢を発端に、塩基変異を蓄積して生まれるウイルス株の親子関係を図示化した（2020年7月16日現在）。変異速度は24.1塩基変異/ゲノム/年（つまり、1年間で24.1箇所の変異が見込まれる）であると推定されている。3月中旬以降、欧州系統による全国同時多発のクラスター発生（右中央の●背景）し、その周りに1-2塩基変異を伴って地域特徴的なクラスターが部分的に発生したものの（オレンジ背景）、現場努力により収束へと転じ始めた。しかしながら、現在急速に増加している全国の陽性患者の多くが一つのゲノム・クラスターに集約されることが明らかになった（赤背景）。欧州系統（3月中旬）から6塩基変異あり、この3ヶ月間で明確なつなぎ役となる患者やクラスターはいまだ発見されておらず、空白リンクになっている。この長期間、特定の患者として顕在化せず保健所が探知しづらい対象（軽症者もしくは無症状陽性者）が感染リンクを静かにつないでいた可能性が残る。

### 協力施設

東京都健康安全研究センター  
神戸市環境保健研究所  
堺市衛生研究所  
群馬県衛生環境研究所  
和歌山県環境衛生研究センター  
埼玉県衛生研究所  
静岡市環境局環境保健研究所  
相模原市衛生研究所  
名古屋市衛生研究所  
富山県衛生研究所  
千葉県衛生研究所  
大分県衛生環境研究センター  
岐阜県保健環境研究所  
石川県保健環境センター  
姫路市環境衛生研究所  
熊本市環境総合センター  
大田区保健所  
福井県衛生環境研究センター  
大阪健康安全基盤研究所  
長崎県環境保健研究センター  
熊本県保健環境科学研究所  
和歌山市衛生研究所  
兵庫県立健康科学研究所  
千代田区千代田保健所  
新潟市衛生環境研究所（新潟市保健所）  
墨田区保健所  
山形県衛生研究所  
広島市衛生研究所  
越谷市保健所  
北九州市保健環境研究所  
札幌市衛生研究所  
川口市保健所  
愛媛県立衛生環境研究所  
茨城県衛生研究所  
福島県衛生研究所  
さいたま市健康科学研究センター  
川越市保健所  
神奈川県衛生研究所  
新潟県保健環境科学研究所  
尼崎市立衛生研究所  
香川県環境保健研究センター  
徳島県立保健製薬環境センター  
沖縄県衛生環境研究所  
北海道立衛生研究所  
三重県保健環境研究所  
山口県環境保健センター  
岡山県環境保健センター  
鹿児島県環境保健センター  
他、16 研究所・保健所のご協力を受けた（計 64 自治体）。

引用

- 1 <https://www.gisaid.org/epiflu-applications/next-hcov-19-app/>.
- 2 <https://nextstrain.org/ncov?!=unrooted>.
- 3 Sekizuka, T. *et al.* Haplotype networks of SARS-CoV-2 infections in the Diamond Princess cruise ship outbreak. *Proc Natl Acad Sci U S A*, doi:10.1073/pnas.2006824117 (2020).
- 4 Sekizuka, T. *et al.* A genome epidemiological study of SARS-CoV-2 introduction into Japan. *medRxiv*, doi:10.1101/2020.07.01.20143958 (2020).
- 5 Simmonds, P. Rampant C→U Hypermutation in the Genomes of SARS-CoV-2 and Other Coronaviruses: Causes and Consequences for Their Short- and Long-Term Evolutionary Trajectories. *mSphere* **5**, doi:10.1128/mSphere.00408-20 (2020).
- 6 <https://www.cogconsortium.uk/>.
- 7 <https://covidgenomics.org/>.

## ○新規感染者数の動向

- ✓ 都市部を中心に接待を伴う飲食店や友人・知人との会食・飲み会を介した感染拡大が続いてきたが、地方でも感染拡大が生じている。
- ✓ 新規感染者数は全国的に増加傾向であり、一部地域では急速に感染が拡大している。
  - ・人口10万人当たりの1週間の累積感染者数(7/30～8/5)  
全国:7.33人(9,248人)、東京都:17.41人(2,424人)、愛知県14.38人(1,086人)、大阪府14.37人(1,266人)、福岡県16.58人(846人)、沖縄県30.21人(439人)
  - ・感染経路が特定できない症例の割合(7/25～7/31) 全国:52%、東京都:59%

## ○入院患者数の動向

- ✓ 入院患者数は増加しており、(括弧内)の受入確保病床に対する割合も増加している。
  - ・入院者数(7/28。東京都は8/5):全国4,034人(20%) 東京都1,475人(45%)、愛知県195人(39%)、大阪府534人(42%)、福岡県183人(37%)、沖縄県83人(37%)
- ✓ 一方、重症患者数は、現時点では少ない状況にあるが、少しずつ増えている。(括弧内)の重症者受入確保病床数に対する割合も徐々にではあるが、増加している。
  - ・重症者数(7/28。東京都は8/5):全国92人(4%)、東京都21人(5%)、愛知県2人(7%)、大阪府13人(7%)、福岡県5人(8%)、沖縄県2人(5%)

## ○検査体制

- ✓ 直近1週間で、検査件数は+48%上昇。検査件数に対する陽性者の割合も6.7%(前週比+0.7%ポイント)に上昇したが、緊急事態宣言時(4/6～4/12の8.8%)と比較すると低位なるも、一部自治体では急増が見られる。
  - ・検査数(7/27～8/2):全国127,700件(+48%)、東京都32,605件(+36%)、愛知県5,661件(+92%)、大阪府11,287(+42%)、福岡県10,312件(+95%)、沖縄県3,433件(+143%)
  - ・陽性者の割合(7/27～8/2):全国6.7%(+0.7%ポイント)、東京都7.0%(+0.7%ポイント)、愛知県18.5%(+3%ポイント)、大阪府11.1%(+1.4%ポイント)、福岡県7.4%(+0.3%ポイント)、沖縄県9.5%(+6.6%ポイント)
- ✓ 「発症～診断日」の平均日数は縮減の後、横ばい傾向。
  - ・「発症～診断日」の平均(7/13～7/19):全国5.2日、東京都5.2日
  - ※ 4月中旬(4/13～4/19):全国7.6日、東京都9.0日

## 直近の感染状況の評価等

- 都市部を中心に接待を伴う飲食店や友人・知人との会食・飲み会を介した感染拡大が続いており、地方でも感染拡大が生じている。感染拡大のスピードについては、一部地域で急速な拡大に伴い、3、4月のときに近くなっており、憂慮すべき状況である。
- 一方で、引き続き、若年層を中心とした感染拡大となっているため、3、4月と比較すると、感染者数の増加に対して、入院したり、重症化する者の割合は低い状況が続いているが、中高年層への拡大も徐々に見られ、重症者も徐々に増加しつつある。
- なお、感染者数の増加に対して、重症者数の増加が緩やかである点については、若年層が多いことだけでなく、早期に診断がされるようになったことや、重症化予防に資する治療が一定の効果を上げつつある可能性も考えられるが、現時点では、十分なエビデンスを得るには至っておらず、引き続き解析を行うことが必要である。
- 感染経路等については、感染者数の増加が見られる地域において、感染経路不明の感染者の割合が高水準で推移している。さらに、引き続き、家庭内や医療機関、高齢者施設等における感染も確認されている。
- また、これまでクラスター感染が発生した場所に関しては、接待を伴う飲食店、居酒屋、また、職場での会議など、主に3密や大声を発するような状況が多かった。
- 以上から、引き続き、感染拡大防止に向けては、3密や大声を上げる環境の回避、室内でのマスクの着用、フィジカル・ディスタンスの徹底、換気の徹底など基本的な感染対策を行うことが強く求められる。
- 現在のところ、こうした基本的な感染対策が行われていれば、近隣のスーパーでの買い物や通勤時の公共交通機関、オフィスなどで感染が拡大する状況ではないと考えられる。
- 一方で、新規感染者の継続した発生や増加により、保健所や医療機関の対応には既に悪影響が生じており、一部地域では医療提供体制ひっ迫の懸念が見られる。いくつかの都道府県では既に動きが見られるが、公衆衛生体制及び医療提供体制の負荷の軽減を図るため、新規感染者数を減少させるための迅速な対応が求められる状況となっている。
- 引き続き、感染状況の監視・評価を継続するとともに、病床の拡充や宿泊療養施設の確保など、十分な医療提供体制を早急に確保していく必要がある。また、宿泊施設の受入可能人数の状況等を踏まえ、宿泊療養による対応が難しい場合等においては、軽症・無症状者で重症化リスクの低い患者が自宅療養を適切に受けられる体制（体調悪化の対応、食事対応等を含む）を検討・整備するなど、医療提供体制の状況を早急に点検する必要がある。

一般社団法人日本感染症学会提言  
今冬のインフルエンザと COVID-19 に備えて (概要)

1. 診療について

臨床症状による診断ではなく、できる限り検査キットを行って診断する。

- ・ 臨床症状のみでインフルエンザと新型コロナウイルスを鑑別することは難しく、冬季に発熱患者や呼吸器症状を呈する患者を診る場合は、インフルエンザと COVID-19 の両方の可能性を考える必要がある。
- ・ 今冬においても、インフルエンザは早期診断に基づく、早期治療を行う事を推奨する。
- ・ 迅速診断キットを用いず発熱等の症状から「インフルエンザ」と診断すると、問題が生じる可能性があり、できる限り迅速診断キットを用いた確定診断が大切である。

2. 検査について

原則として、COVID-19 の流行が見られる場合には、可及的に両方の検査を行う事を推奨する (流行状況により、先にインフルエンザの検査を行い、陽性であればインフルエンザの治療を行って経過を見ることも考えられる)。

- ・ 新型コロナウイルス感染症迅速抗原検査キットの供給量は少なく、医療圏内の流行状況・濃厚接触の有無・14日以内の流行地域への移動歴を考慮して、使用適応を判断する必要がある。
- ・ 小児では、地域の流行状況に応じて、先にインフルエンザの検査を行って抗インフルエンザ薬を投与し、2日程度経過しても患児の経過が思わしくなかった場合には、その時点で新型コロナウイルス感染症迅速検査キットを行う場合もある。
- ・ 鼻咽頭拭い液の採取時には、必ずしも N95 マスクではなく、サージカルマスク着用でも可能である。患者には、サージカルマスクの着用を推奨する。
- ・ 診察室で検体採取した場合は、次の患者が入室する前に十分な換気を行う事が必要である。

3. ワクチンについて

医療関係者、小児、高齢者、ハイリスク群の患者を含め、インフルエンザワクチンの接種が強く推奨される。

一般社団法人日本感染症学会提言  
今冬のインフルエンザと COVID-19 に備えて

I はじめに

2019年12月に中国湖北省武漢にて発生した新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は、急速に世界中に広がり、2020年7月下旬の段階で、全世界で感染者約1,600万人、死亡者約65万人と報告されています<sup>1)</sup>。わが国においても、2020年1月15日に最初の患者が報告されて以降、患者数は増加し続け、7月28日の時点で感染者数累計31,333人、死亡者1,000人となっています<sup>2)</sup>。患者数は5月上旬をピークに一旦減少し、全国での緊急事態宣言が解除されましたが、その後も再増加がみられ、第2波の到来が疑われています。

一方、従来のコロナウイルスの伝播モデルから SARS-CoV-2 の流行を推測した研究によると、次の冬季に COVID-19 の大きな流行が起こることが予測されています<sup>3)</sup>。特に、インフルエンザの流行期と重なることにより、重大な事態になることが危惧されます。また、中国からブタ由来の新型インフルエンザの発生も報告されており<sup>4)</sup>、今後の動向に留意する必要があります。

これらのことを勘案して、日本感染症学会では、新たにインフルエンザ- COVID-19 アドホック委員会を組織し、今冬に向けて提言を行うこととしました。この提言は、専門的な診療についてではなく、一般のクリニックや病院での外来診療を対象としたものとします。

また、小児については、軽症者や無症状者が多いこと、検査が行いにくい場合があること、インフルエンザ以外にも多くの発熱性疾患があること等により、別項を設けて解説したいと思います。

COVID-19 の状況は流動的であり、今後多くの新情報や知見が出てくることが予想されます。必要に応じて改訂を行っていきたいと思います。

II インフルエンザと COVID-19

2019-2020年シーズンのインフルエンザについては、例年に比して、2020年に入ってから患者数が大きく減少していることが、わが国から報告されています<sup>5)</sup>。結局、A(H1N1) pdm09 による700万人規模の小流行に終わりました。これは、COVID-19 対策としての飛沫感染対策、および手指衛生等の予防策が、インフルエンザについても有効であったことを示唆していますが、インフルエンザ患者減少は世界的に見られ、SARS-CoV-2 の出現が、インフルエンザ流行に何らかの原因で、干渉したとの説も考えられています<sup>6)</sup>。同時流行が起こるか干渉がみられるかは、今年夏季の南半球の流行状況に注目する必要があります。

一方、COVID-19 とインフルエンザとの合併も報告されるようになりました。これらの報告によると、インフルエンザとの混合感染は、COVID-19 による入院患者の4.3-49.5%に認められています<sup>7-9)</sup>。インフルエンザ合併例では、鼻閉や咽頭痛が多く認められる傾向にありました。インフルエンザ非合併患者に比して、重症度や検査所見に差異はみられなかったとある一方で、B型インフルエンザとの合併症例は重症化したという報告もあります<sup>10)</sup>。Meta-analysis によると、SARS-CoV-2 では、細菌感染合併は7%、RSウイルスやインフルエンザなどウイルス感染との合併は3%と報告されています<sup>11)</sup>。



COVID-19 とインフルエンザとの鑑別を行う試みがなされています。Luo らは、COVID-19 肺炎とインフルエンザ肺炎とを、それぞれ 1,000 例以上集積した上で比較し、血液検査所見の多変量解析により、両者の鑑別が可能であるとしています<sup>12)</sup>。また、CT 所見を用いる解析も報告されています<sup>13, 14)</sup>。インフルエンザと COVID-19 の臨床上の相違について、下記の表 1 のようにまとめます。

SARS-CoV-2 では、無症状感染者 (asymptomatic infection) が高頻度に存在し、小児で 13%<sup>15)</sup>、武漢から帰国した日本人では 30%<sup>16)</sup>と報告されています。無症状であっても、気道のウイルス量は多く、発症直前に最大量となり、感染性が強くなります (pre-symptomatic infection)<sup>17-19)</sup>。そのため、症状から感染者を診断、隔離することは困難と考えられます。一方、インフルエンザの無症状感染の割合は、家族内感染を PCR でフォローした報告では、11%と報告されています<sup>20)</sup>。発症 1 日前から気道にウイルスが存在しますが、ウイルス量は少なく感染力は弱いです。発症 2 日目になると、気道のウイルス量は増加し迅速診断も陽性化します。したがって、インフルエンザは原則として、発熱を指標に診断、患者隔離が可能です。

上記のような検討はあるものの、外来診療の場において、確定患者と明らかな接触があった場合や、特徴的な症状 (インフルエンザにおける突然の高熱発症、COVID-19 における味覚障害や嗅覚障害など) がない場合、臨床症状のみで両者を鑑別することは困難です。

COVID-19 については、地域により流行状況に大きな差異があります。患者の発生がみられ、COVID-19 患者に遭遇する蓋然性の高い地域では、冬季に発熱患者や呼吸器症状を呈する患者を診る場合は、インフルエンザと COVID-19 の両方の可能性を考える必要があります。COVID-19 の流行レベルを便宜上、表 2 のように定義しますので、目安としてください。都道府県で流行レベルのアセスメントがされているような場合には、それを参考としてください。

表1 インフルエンザと COVID-19 の相違

	インフルエンザ	COVID-19
症状の有無	ワクチン接種の有無などにより程度の差があるものの、しばしば高熱を呈する	発熱に加えて、味覚障害・嗅覚障害を伴うことがある
潜伏期間	1-2 日	1～14 日（平均 5.6 日）
無症状感染	10% 無症状患者では、ウイルス量は少ない	数%～60% 無症状患者でも、ウイルス量は多く、感染力が強い
ウイルス排出期間	5-10 日（多くは 5-6 日）	遺伝子は長期間検出するものの、 感染力があるウイルス排出期間は 10 日以内
ウイルス排出のピーク	発病後 2, 3 日後	発病 1 日前
重症度	多くは軽症～中等症	重症になりうる
致死率	0.1%以下	3-4%
ワクチン	使用可能だが季節毎に有効性は異なる	開発中であるものの、現時点では有効なワクチンは存在しない
治療	オセルタミビル、ザナミビル、ペラミビル、ラニナミビル、バロキサビル マルボキシル	軽症例については、確立された治療薬はなく、 多くの薬剤が臨床治験中
ARDS の合併	少ない	しばしばみられる

表2 COVID19 流行レベルの定義の目安\*

Level	当該医療機関がカバーする医療圏	隣接する医療圏	都道府県全体
1	14日以内のCOVID-19発生例なし。	14日以内のCOVID-19発生例なし。	14日以内のCOVID-19発生例なし。
2	14日以内のCOVID-19発生例なし。	14日以内に感染経路が特定できているCOVID-19発生例がある。 (クラスター事例含む)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 14日以内に感染経路が特定できているCOVID-19発生例がある。</li> <li>● 14日以内に限られた地域にのみ、感染経路が不明なクラスターが発生している。</li> </ul>
3	14日以内に感染経路が特定できているCOVID-19発生例がある。	14日以内に感染経路が不明のCOVID-19発生例がある。 (クラスター事例含む)	14日以内に（地理的に交流の程度が低い）複数の地域で、それぞれ感染経路不明のクラスターが発生している。
4	14日以内に感染経路が不明のCOVID-19発生例がある。 (クラスター事例含む)	14日以内に感染経路が不明のCOVID-19クラスターが複数発生している。	14日以内に、すべての地域において、感染経路不明のクラスターが発生している。

\*表2、表3については、レベル分類と対応についての事例として挙げた。実際には、都道府県でのリスクアセスメントも参考にすること。

\*医療圏：各地域で定義する。各医療圏内でさらに医療圏を細分化するかどうかは各医療機関の判断に委ねる。

\*「当該医療機関がカバーする医療圏」、「隣接する医療圏」、「都道府県内全体」のいずれかのCOVID-19流行状況が当てはまるとき、当該レベルにあると判断する。

### III 検査について

上述したように、COVID-19 患者の発生がみられる地域での流行期にはインフルエンザと COVID-19 の両方の患者に遭遇する可能性があります。臨床診断のみでインフルエンザとして治療を行う場合、COVID-19 を見逃してしまうおそれがあります。そのため、原則として、COVID-19 の流行がみられる場合には、インフルエンザが強く疑われる場合を除いて、可及的に両方の検査を行うことを推奨します。検体はなるべく同時に採取します。各流行レベルにおける、インフルエンザ様症状を呈する患者に対する SARS-CoV-2 検査の適応指針を表 3 に示します。ただ、SARS-CoV-2 の検査の供給は限られていますので、流行状況により、先にインフルエンザの検査を行い、陽性であればインフルエンザの治療を行って経過を見ることも考えられます。

表 3 各流行レベルにおける SARS-CoV-2 検査の適応指針の目安\*

Level	SARS-CoV-2 検査（迅速診断キットあるいは PCR、LAMP）の適応
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 原則不要。</li> <li>● 14 日以内に、陽性例の報告のあった都道府県への移動歴（居住歴）がある、または移動歴（居住歴）のある者との濃厚接触がある場合には考慮する。</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 14 日以内に、陽性例の報告のあった都道府県への移動歴（居住歴）がある、または移動歴（居住歴）のある者との濃厚接触がある場合には考慮する。</li> <li>● 14 日以内に COVID-19 のクラスター発生があった都道府県内地域への移動歴（居住歴）、または移動歴（居住歴）のある者との濃厚接触がある場合には考慮する。</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 14 日以内に、陽性例の報告のあった都道府県への移動歴（居住歴）がある、または移動歴（居住歴）のある者との濃厚接触歴がある場合には考慮する。</li> <li>● 14 日以内に COVID-19 のクラスター発生があった都道府県内地域への移動歴（居住歴）、または移動歴（居住歴）のある者との濃厚接触がある場合には考慮する。</li> <li>● 14 日以内に濃厚接触者の定義に当てはまる場合には行う。</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 発熱がある場合には全例行うことが望ましい。</li> </ul>

\*表 2、表 3 については、レベル分類と対応についての実例として挙げた。実際には、都道府県でのリスクアセスメントも参考にすること。

\*Level については、表 1 を参照。各レベルにおいて、受診患者（有症状者）が上記に該当する場合に、SARS-CoV-2 の検査を検討する。

\*原因不明の肺炎、嗅覚味覚異常、年長小児の川崎病様症状 (pediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with SARS-CoV-2 infection)、濃厚接触者は、いずれのレベルでも適応となる可能性が高い。

\*医療関係者、高齢者、ハイリスク者では、検査を積極的に検討する。

\*SARS-CoV-2 陽性であっても、他の感染症との重感染が否定はできないことにも留意する。

個人防護具（personal protective equipment: PPE）の供給が十分でなく、自施設で検体採取が困難な場合は、地域の検体採取センターに検査を依頼することも可能です。自施設で検体をとる場合には、感染防御に十分留意する必要があります。交差感染を防止するために、時間的、空間

的隔離にて検査を行うことが薦められ、可能であれば屋外や自動車内での検体採取も考えられます。診察室で検体を採取した場合は、次の患者が入室する前に十分な換気を行うことが必要です。

医療従事者を含めた伝播リスクならびにその低減に関する検証では、マスクおよび目の保護具が有用であると報告されています<sup>21)</sup>。国立感染症研究所、および国立国際医療研究センター国際感染症センターの[新しいガイドライン](#)などでは、呼吸器症状を呈する外来患者に対する個人防護具使用の推奨は表4のようになっています<sup>22)</sup>。鼻咽頭ぬぐい液の採取時には、必ずしも N95 マスクではなく、サージカルマスク着用でも可となりました。診察時には、患者にはサージカルマスクの着用が薦められます。また、欧州 CDC の technical report でも、N95 マスクの不足時には、サージカルマスクで可としています<sup>23)</sup>。できるだけ、換気の良い部屋（空間）で検体採取を行ってください。N95 マスクを使用する場合は、ユーザーシールチェックやフィットテストを行い、適正に使用することが必要です。

表4 個人防護具の使用（文献22を参考に作成）

	サージカルマスク	N95 マスク	手袋	ガウン	アイガード	帽子
患者	○					
医療従事者 (診察)	○				△	
医療従事者 (検体採取)	○		○*1	△*2	○*1	△*3
エアロゾルを 生じる処置*4		○	○	○	○	○

\*1 上気道検体採取を実施する場合（唾液検体を回収する際にはサージカルマスクと手袋）

\*2 患者に直接接触するときや上気道検体を採取するときに着用

\*3 頭髮に触れるリスクがある場合

\*4 気管挿管・抜管、NPPV 装着、気管切開術、心肺蘇生、用手換気、気管支鏡検査、ネブライザー療法、誘発喀痰など（鼻咽頭ぬぐい液の採取は該当しない）

インフルエンザについては、以前より抗原迅速診断キットが普及していますが、SARS-CoV-2 についても抗原検出用キットが開発されています。この抗原迅速診断キットは、PCR 法に比して感度が低いとされています<sup>24,25)</sup>が、発症第1週に検査を行えば、感度・特異度とも高かったとする報告もあります<sup>26)</sup>。ただ、インフルエンザの抗原迅速診断キットと異なり、SARS-CoV-2 抗原迅速診断キットの供給量は限られています。

国内ではエスプライン SARS-CoV-2（富士レビオ）が認可されていますが、COVID-19 感染症を疑う症状があると判断される場合に使用が許可されています。PCR 法に比して検出に一定以上のウイルス量が必要であり、無症状者では検査前確率が低いと想定されることより、無症状者に対してやスクリーニング目的での使用は推奨されていません<sup>27)</sup>。陽性の場合、確定診断とすることが出来ます。陰性の場合、発症後 2-9 日目以内であれば、追加の PCR 検査を必須とはせず、発症日または 10 日目以降であれば、確定診断のために医師の判断で PCR 検査等を行う必要があ

るとなっています<sup>28)</sup>が、陰性であっても SARS-CoV-2 感染を否定するものではなく、臨床症状も含め総合的に判断する必要があります<sup>27)</sup>。保険上は1回のみ算定(600点)としますが、陰性であったものの新型コロナウイルス感染症以外の診断がつかない場合には、さらにもう1回の算定が可能です。なお新型コロナウイルス(SARS-CoV-2)抗原の迅速診断キット「エスプライン<sup>®</sup>SARS-CoV-2」で用いる検体処理液が、インフルエンザウイルス抗原の迅速診断キット「エスプライン インフルエンザ A&B-N」においても使用できることが確認されました<sup>29)</sup>。

なお、抗原迅速診断キットを使用した際、結果が出るまでには30分かかります。その間、感染伝播が起こらないように患者の滞在場所を考慮することが必要です。

#### ●鼻かみ液の使用について

鼻咽頭ぬぐい液を採取する場合は、飛沫発生の可能性があります。代替法として、鼻かみ液の使用が考えられます。鼻かみ液は、すでにインフルエンザ診断に使用されており、対応できる抗原迅速診断キットも複数あります。インフルエンザについての国内からの報告では、検出率は鼻咽頭ぬぐい液に比してやや低いものの、A型で86%、B型で77%と良好でした<sup>30)</sup>。鼻かみ液使用の手順については、[検査会社のホームページ](#)<sup>31)</sup>をご参照ください。SARS-CoV-2 検出キットについて、鼻かみ液のエビデンスはまだなく、現時点では推奨しません。

#### ●唾液の使用について

COVID-19 発症から9日目程度は、唾液中のウイルス検出率も比較的高いことが報告されており、唾液を用いた診断の有用性が示唆されています<sup>32,33)</sup>。

2020年6月19日に、SARS-CoV-2の抗原を測定する全自動検査機器用試薬(ルミパルス SARS-CoV-2 富士レビオ)が承認され、従来の鼻咽頭ぬぐい液に加え、唾液も検体として利用することが可能となりました。全自動化学発光酵素免疫測定システム(ルミパルス G1200、G600 II)で使用するための試薬です。唾液を検体とする抗原検査の対象者は、当初、発熱などの症状発症から9日以内の患者とされていましたが、無症状者にも適応が広がりました。唾液検体を使用できるのは、PCR検査、LAMP検査、抗原定量検査であり、抗原迅速診断キットには使用できません。唾液検体の採取時は、滅菌容器に1~2mL程度の唾液を5~10分かけて患者に自己採取させることになっています。

クリニックで唾液を採取される場合には、測定機器のある施設や検査センターへ搬送することが必要になります。採取・搬送の方法や注意点については、国立感染症研究所の「[検体採取・輸送マニュアル](#)」をご参照ください<sup>34)</sup>。集配ネットワークができている地域では、それを利用していただければと思います。

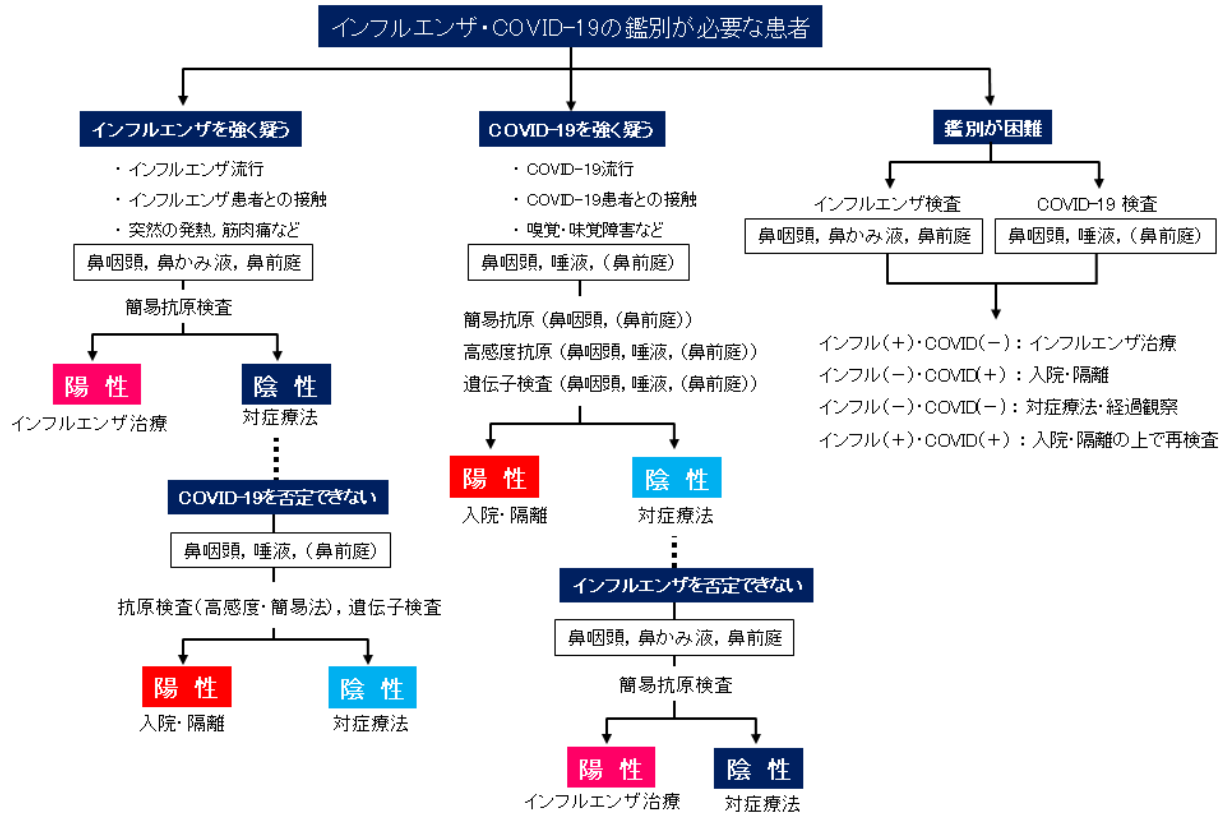
#### ●鼻前庭検体の取り扱いについて

鼻前庭ぬぐい液が、インフルエンザや SARS-CoV-2 の検査に有用であることが報告されており<sup>35,36)</sup>、今後使用できる可能性があります。医療従事者への曝露を軽減することができると考えられます。

実臨床では、インフルエンザと SARS-CoV-2 の両方を同時に検査する場合のみならず、どちら

かを強く疑って検査を行うこともあると思われます。これら場合における診療検査の進め方の考え方のフローチャートを図に示します。

図 COVID-19およびインフルエンザを想定した外来診療検査のフローチャート



#### IV 治療について

今冬、インフルエンザと COVID-19 が同時に流行することが懸念されており、実際にはインフルエンザは COVID-19 よりも多くの患者数が予想されます。また、現在のところ、COVID-19 を一般外来において抗ウイルス薬等で治療することは想定されておりませんので、今冬の発熱患者診療の治療の主体はインフルエンザとなります。2018年にバロキサビル マルボキシル（ゾフルーザ®、以下、バロキサビル）が市販されたこともあり、日本感染症学会では、抗インフルエンザ薬の適正な使用を目的として提言を行ってきました。2019年10月の「[～抗インフルエンザ薬の使用について～](#)」では、「バロキサビルについては、まだ十分なエビデンスに乏しく、今後の基礎および臨床のデータの蓄積と解析により、その使用方針に変更の可能性があります。」としました<sup>37)</sup>。本項を参考にして裁量していただければと思います。

今冬においても、インフルエンザは早期診断に基づく、早期治療を行うことを推奨します。現在のところ、本学会の提言の内容について大きく変更する必要はないものの、2019/2020 シーズンではバロキサビルに対する PA 変異株の検出は少ないこと、成人のハイリスク患者を含めてバロキサビルの知見が増えつつあります。今後も薬剤感受性の動向に留意し、適切な診断と治療を行っていただきたいと考えます。

### ● 薬剤感受性サーベイランスについて

2017/2018 シーズン（バロキサビル上市前）におけるグローバルサーベイランスでは、NA 変異は 0.8%、PA 変異は 0.08%と報告されています<sup>38)</sup>。わが国における 2019/2020 シーズンは例年より小さい流行であったものの、H1N1 でオセルタミビル、ペラミビルに対する変異株が 1.6%、バロキサビルに対する変異株が 0.13%にみられました。ザナミビル、ラニナビルの変異株は認められず、H3N2、B 型インフルエンザは何れの薬剤の変異株も検出されませんでした<sup>39)</sup>。

### ● バロキサビルと変異ウイルスについて

現在のところ、バロキサビル変異株に関する臨床的意義は確定していません。1～11 歳未満の小児では安全に投与されたものの、PA 変異株では変異のない場合と比較して罹病期間の延長がみられ、PA 変異株の患者群では抗体価が低かったと報告されています<sup>40)</sup>。また、11 歳未満では変異株と非変異株では解熱期間は同様であるものの、変異株ではウイルス排出期間の延長がみられました<sup>41)</sup>。一方、H3N2 インフルエンザに対するバロキサビル投与後の変異群でも解熱期間は同様とする報告をはじめ<sup>42)</sup>、10 歳未満でも同等<sup>43)</sup>、成人のハイリスク患者を含め PA 変異株と非変異株では変わらない<sup>44)</sup>とする報告もあります。したがって、他の抗インフルエンザ薬と同様に、経過を丁寧に評価する必要があります。

### ● 抗インフルエンザ薬について

ノイラミニダーゼ阻害薬は有熱期間の短縮や二次性細菌性感染症や合併症の減少につながる事が知られていることに加えて、meta-analysis において入院期間の短縮に繋がることが報告されました<sup>45)</sup>。12 歳以上のハイリスク患者（糖尿病、喘息または慢性肺疾患、心疾患などの基礎疾患を有する患者、65 歳以上の高齢者など）を対象とした無作為比較試験では、バロキサビル投与群は罹病期間の短縮ならびに合併症の抑制がみられ、B 型インフルエンザではバロキサビル投与群はオセルタミビル群より臨床症状の改善がみられました<sup>44)</sup>。

インフルエンザ検査診断だけでなく、インフルエンザ様症状による検討においてもオセルタミビル投与は、健常人ならびにハイリスク患者でより改善が認められました<sup>46)</sup>。しかしながら、抗インフルエンザ薬は対象ならびに使用状況によっては薬剤耐性の懸念があります。1～5 歳の小児ではより NA 変異がみられるとともに、ウイルス排出期間の延長が報告されています<sup>47)</sup>。また、院内感染対策としてノイラミニダーゼ阻害薬を予防内服中に、NA 変異株による集団感染が発生しバロキサビル投与により収束したという報告があります<sup>48)</sup>。COVID-19 とインフルエンザの同時流行においては、臨床診断で投薬加療することも検討されるものの、適切な検査を含めた丁寧な診断と治療薬の選択が重要です。

近年ではパンデミックを含め数理モデルを用いた感染症の疫学研究が行われています。抗インフルエンザ薬（バロキサビル）による早期治療は二次感染ならびに関連の死亡数を減らすことが示唆されており<sup>49)</sup>、このような研究の発展も期待されます。

また、今冬も発生が懸念される COVID-19 では、エアロゾル発生手技（気管内挿管、気管支鏡検査、陽圧換気、ネブライザー等）による感染伝播リスクが指摘されていることから、ラニナミ



ビルをネブライザーとして用いる際には、その適応や感染対策に十分留意する必要があります。

なお、抗インフルエンザ薬としては、ファビピラビル（アビガン®）が 2014 年 3 月に認可されており、COVID-19 の治療薬候補ともなっていますが、適応が「新型又は再興型インフルエンザ感染症（ただし、他の抗インフルエンザウイルス薬が無効又は効果不十分なものに限る）」とされること、現在のところ本項の対象である通常の外来診療では使用を想定しないため取り上げていません。また、国内の COVID-19 の特定臨床研究において、ファビピラビルは、通常投与群（1 日目から内服）と、遅延投与群（6 日目から内服）の間で有意な差は認められませんでした<sup>50)</sup>。

## V ワクチンについて

今冬は、COVID-19 とインフルエンザの同時流行を最大限に警戒すべきであり、医療関係者、高齢者、ハイリスク群の患者も含め、インフルエンザワクチン接種が強く推奨されます。SARS-CoV-2 のワクチンについては、現在開発中ではありますが、臨床に導入されるようになれば、医療従事者、ハイリスク者を中心に、接種対象者を規定することが必要です。

## 文献

- 1) Johns Hopkins University Coronavirus Research Center. COVID-19 dashboard.  
<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- 2) 厚生労働省. 新型コロナウイルス感染症国内の発生状況.  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164708\\_00001.html#kokunaihassei](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164708_00001.html#kokunaihassei)
- 3) Kissler SM, Tedijanto C, Goldstein E, *et al.* Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period. *Science* 2020; 368: 860-868.
- 4) Sun H, Xiao Y, Liu J, *et al.* Prevalent Eurasian avian-like H1N1 swine influenza virus with 2009 pandemic viral genes facilitating human infection. *Proc Natl Acad Sci USA* 2020 June 29, [doi.org/10.1073/pnas.1921186117](https://doi.org/10.1073/pnas.1921186117)
- 5) Sakamoto H, Ishikane M, Ueda P. Seasonal influenza activity during the SARS-CoV-2 outbreak in Japan. *JAMA* 2020; 323: 1969-1971.
- 6) Lina B. Clinical Manifestations of COVID-19, influenza and RSV: full webinar  
<https://vimeo.com/432055343>
- 7) Cuadrado-Payán E, Montagud-Marrahi E, Torres-Elorza M, *et al.* SARS-CoV-2 and influenza virus co-infection. *Lancet* 2020 May 16; 395(10236): e84. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31052-7.
- 8) Ding Q, Lu P, Fan U, *et al.* The clinical characteristics of pneumonia patients coinfecting with 2019 novel coronavirus and influenza virus in Wuhan, China. *J Med Virol* 2020 Mar 20;10.1002/jmv.25781. doi: 10.1002/jmv.25781.
- 9) Ma S, Lai X, Chen Z, *et al.* Clinical characteristics of critically ill patients co-infected with SARS-CoV-2 and the influenza virus in Wuhan, China. *Int J Infect Dis* 2020 May 26; 96: 683-687. doi:

10.1016/j.ijid.2020.05.068.

- 10) Yue H, Zhang M, Xing L, *et al.* The epidemiology and clinical characteristics of co-infection of SARS-CoV-2 and influenza viruses in patients during COVID-19 outbreak. *J Med Virol* 2020 Jun 12;10.1002/jmv.26163. doi: 10.1002/jmv.26163.
- 11) Lansbury L, Lim B, Baskaran V, *et al.* Co-infections in people with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *J Infect* 2020 May 27:S0163-4453(20)30323-6. doi: 10.1016/j.jinf.2020.05.046.
- 12) Luo Y, Yuan X, Xue Y, *et al.* Using a diagnostic model based on routine laboratory tests to distinguish patients infected with SARS-CoV-2 from those infected with influenza virus. *Int J Infect Dis* 2020 Jun; 95: 436-440. doi: 10.1016/j.ijid.2020.04.078.
- 13) Liu M, Zeng W, Wen Y, *et al.* COVID-19 pneumonia: CT findings of 122 patients and differentiation from influenza pneumonia. *Eur Radiol* 2020; 12; 1-7. doi: 10.1007/s00330-020-06928-0.
- 14) Wang H, Wei R, Rao G, *et al.* Characteristic CT findings distinguishing 2019 novel coronavirus disease (COVID-19) from influenza pneumonia. *Eur Radiol* 2020 Apr 22; 1-8.
- 15) Lu X, Zhang L, Du H, *et al.* SARS-CoV-2 infection in children. *N Engl J Med* 2020; 382:1663-1665.
- 16) Nishiura H, Kobayashi T, Miyama T, *et al.* Estimation of the asymptomatic ratio of novel coronavirus infections (COVID-19). *Int J Infect Dis* 2020; 94: 154-155.
- 17) Wölfel R, Corman VM, Guggemos W, *et al.* Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature* 2020; 581: 465-469.
- 18) He X, Lau EHY, Wu P, *et al.* Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nat Med* 2020; 26: 672-675.
- 19) Gandhi M, Yokoe DS, Havlir DV. Asymptomatic transmission, the Achilles' heel of current strategies to control covid-19. *N Engl J Med* 2020; 382: 2158-2160.
- 20) Ip DKM, Lau LLH, Chan KH, *et al.* The Dynamic relationship between clinical symptomatology and viral shedding in naturally acquired seasonal and pandemic influenza virus infections. *Clin Infect Dis* 2016; 62: 431-437.
- 21) Chu DK, Akl EA, Duda S, *et al.* Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2020; 395: 1973-1987.
- 22) 国立感染症研究所、国立国際医療研究センター 国際感染症センター。 新型コロナウイルス感染症に対する感染管理。 2020年6月2日  
<https://www.niid.go.jp/niid/images/epi/corona/2019nCoV-01-200602.pdf>
- 23) European Center for Disease Prevention and Control. Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings. Fourth update 3 July 2020.  
[https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Infection-prevention-and-control-in-healthcare-settings-COVID-19\\_4th\\_update.pdf](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Infection-prevention-and-control-in-healthcare-settings-COVID-19_4th_update.pdf)
- 24) Scohy A, Anantharajah A, Bodéus M. Low performance of rapid antigen detection test as frontline testing for COVID-19 diagnosis. *J Clin Virol* 2020 May 21; 129: 104455. doi:

- 10.1016/j.jcv.2020.104455.
- 25) Mak GC, Cheng PK, Lau SS. Evaluation of rapid antigen test for detection of SARS-CoV-2 virus. *J Clin Virol* 2020 Jun 8; 129: 104500. doi: 10.1016/j.jcv.2020.104500.
  - 26) Porte L, Legarraga P, Vollrath V, *et al.* Evaluation of novel antigen-based rapid detection test for the diagnosis of SARS-CoV-2 in respiratory samples. *Int J Infect Dis* 2020 Jun 1; S1201-9712(20)30405-7. doi: 10.1016/j.ijid.2020.05.098.
  - 27) 富士レビオ株式会社. エスプライン SARS-CoV-2 添付文書.  
[https://www.info.pmda.go.jp/tgo/pack/30200EZX00026000\\_A\\_01\\_04/30200EZX00026000\\_A\\_01\\_04?view=body](https://www.info.pmda.go.jp/tgo/pack/30200EZX00026000_A_01_04/30200EZX00026000_A_01_04?view=body)
  - 28) 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策本部. SARS-CoV-2 抗原検出用キットの活用に関するガイドライン. 2020年6月16日 <https://www.mhlw.go.jp/content/000640554.pdf>
  - 29) H.U.グループホールディングス株式会社. 新型コロナウイルスおよびインフルエンザウイルスの同一検体を用いた迅速抗原検査について. 2020年7月27日 <https://ssl4.eir-parts.net/doc/4544/tdnet/1863060/00.pdf>
  - 30) 三田村敬子、山崎雅彦、市川正孝、他. 検査材料と診断キット：鼻かみ液の検討. *インフルエンザ* 2008; 9: 35-41.
  - 31) SB バイオサイエンス. QuickVue ラピッド SP influ 検体採取法  
[https://www.sbbio.co.jp/seihinjouhou/b03/b03\\_kentai.html](https://www.sbbio.co.jp/seihinjouhou/b03/b03_kentai.html)
  - 32) To KK, Tsang OT, Chik-Yan Yip C, *et al.* Consistent detection of 2019 novel coronavirus in saliva. *Clin Infect Dis* 2020 Feb 12; ciaa149. doi: 10.1093/cid/ciaa149.
  - 33) To KK, Tsang OT, Leung WS, *et al.* Temporal profiles of viral load in posterior oropharyngeal saliva samples and serum antibody responses during infection by SARS-CoV-2: an observational cohort study. *Lancet Infect Dis* 2020; 20: 565-574.
  - 34) 国立感染症研究所. 2019-nCoV (新型コロナウイルス)感染を疑う患者の検体採取・輸送マニュアル～2020/06/02 更新版～  
[https://www.niid.go.jp/niid/images/pathol/pdf/2019-nCoV\\_200602.pdf](https://www.niid.go.jp/niid/images/pathol/pdf/2019-nCoV_200602.pdf)
  - 35) Irving SA, Vandermause MF, Shay DK, *et al.* Comparison of nasal and nasopharyngeal swabs for influenza detection in adults. *Clin Med Res* 2012; 10: 215-218.
  - 36) Tu YP, Jennings R, Hart B, *et al.* Swabs collected by patients or health care workers for SARS-CoV-2 testing. *N Engl J Med* 2020 Jun 3;NEJMc2016321. doi: 10.1056/NEJMc2016321.
  - 37) 日本感染症学会. 抗インフルエンザ薬の使用について 2019年10月24日  
[http://www.kansensho.or.jp/uploads/files/guidelines/191024\\_teigen.pdf](http://www.kansensho.or.jp/uploads/files/guidelines/191024_teigen.pdf)
  - 38) Takashita E, Daniels RS, Fujisaki S, *et al.* Global update on the susceptibilities of human influenza viruses to neuraminidase inhibitors and the cap-dependent endonuclease inhibitor baloxavir, 2017-2018. *Antiviral Res* 2020 Mar; 175:104718. doi: 10.1016/j.antiviral.2020.104718.
  - 39) 国立感染症研究所 抗インフルエンザ薬耐性株サーベイランス 2020年6月30日,  
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/influ-resist.html>
  - 40) Hirotsu N, Sakaguchi H, Sato C, *et al.* Baloxavir marboxil in Japanese pediatric patients with

- influenza: safety and clinical and virologic outcomes. Clin Infect Dis 2019 Sep 20:ciz908. doi: 10.1093/cid/ciz908
- 41) Sato M, Takashita E, Katayose M, *et al.* Detection of variants with reduced baloxavir marboxil susceptibility after treatment of children with influenza A during the 2018-2019 influenza season. J Infect Dis 2020; 222: 121-125.
  - 42) Ikematsu H, Kawai N, Tani N, *et al.* Duration of fever and PA/I38X-substituted virus emergence in patients treated with baloxavir in the 2018-2019 influenza season. J Infect Chemother 2020; 26: 400-402.
  - 43) Yoshii N, Tochino Y, Fujioka M, *et al.* The comparison of the efficacy of baloxavir and neuraminidase inhibitors for patients with influenza A in clinical practice. Intern Med 2020; 59: 1509-1513.
  - 44) Ison MG, Portsmouth S, Yoshida Y, *et al.* Early treatment with baloxavir marboxil in high-risk adolescent and adult outpatients with uncomplicated influenza (CAPSTONE-2): a randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet Infect Dis 2020 Jun 8:S1473-3099(20)30004-9. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30004-9.
  - 45) Venkatesan S, Myles PR, Bolton KJ, *et al.* Neuraminidase inhibitors and hospital length of stay: a meta-analysis of individual participant data to determine treatment effectiveness among patients hospitalized with nonfatal 2009 pandemic influenza A (H1N1) virus infection. J Infect Dis 2020; 221: 356-366.
  - 46) Butler CC, van der Velden AW, Bongard E, *et al.* Oseltamivir plus usual care versus usual care for influenza-like illness in primary care: an open-label, pragmatic, randomised controlled trial. Lancet 2020; 395: 42-52.
  - 47) Roosenhoff R, Reed V, Kenwright A, *et al.* Viral kinetics and resistance development in children treated with neuraminidase inhibitors: the Influenza Resistance Information Study (IRIS). Clin Infect Dis 2019 Sep 27:ciz939. doi: 10.1093/cid/ciz939.
  - 48) Fujita M, Matsumoto H, Inafuku Y, *et al.* A retrospective observational study of the treatment of a nosocomial infection caused by oseltamivir-resistant influenza virus A with baloxavir marboxil. Respir Investig 2020 Jun 27:S2212-5345(20)30068-X. doi: 10.1016/j.resinv.2020.05.002.
  - 49) Du Z, Nugent C, Galvani AP, *et al.* Modeling mitigation of influenza epidemics by baloxavir. Nat Commun 2020 Jun 2;11(1):2750. doi: 10.1038/s41467-020-16585-y.
  - 50) 藤田医科大学. ファビピラビル(アビガン)特定臨床研究の最終報告について. 2020年7月10日 <https://www.fujita-hu.ac.jp/news/j93sdv0000006eya.html>

## VI 基本的な考え

### 1. 小児の SARS-CoV-2 感染症（COVID-19）の特徴

- 1) 日本では小児の患者報告は少ないのですが、米国小児科学会によると、7月16日の時点で、24万人以上の小児 COVID-19 症例の報告があり、成人を含めた全症例の約8%を占め、全入院例の0.8%から2.9%が小児（州別）とされています。小児の COVID-19 症例では、0.6%から9.1%（州別）が入院となっています。小児の致死率は0～0.2%（州別）、小児の死亡は成人も含めた全死亡例の0～0.5%（州別）ですが、全米で63例の小児が死亡しています<sup>1), 2)</sup>（\*米国の小児の年齢区分は州によって異なり、0-14歳、0-17歳、0-18歳、0-19歳、0-24歳の範囲で年齢が区分されています）。
- 2) SARS-CoV-2 に感染しても無症状や軽症の患者が多く<sup>3), 4)</sup>、発熱や呼吸器症状がないことがあります。外来の一般的な診察のみで感染者と非感染者とを区別することは困難です。
- 3) 過去の報告で、SARS-CoV-2 と他の呼吸器病原体との重感染が、少なからず認められます<sup>5)</sup>。すなわち、SARS-CoV-2 陽性であっても、他の病原体との重感染が否定できないことや、他の病原体が陽性であっても SARS-CoV-2 との重感染が否定できないことにも注意しなければなりません。小児ではインフルエンザ A 型と比較すると、COVID-19 の臨床症状は軽度であること、血液検査では白血球数、好中球数および CRP は低値であること、胸部 CT ではスリガラス陰影を認める症例が多いことも報告されています<sup>6)</sup>。
- 4) 神経系疾患、遺伝性疾患、先天性心疾患などを持つ等の小児は重症化しやすいので、経過を慎重に観察することが必要です<sup>7)</sup>。またどの年齢においても、悪性腫瘍、慢性腎疾患、慢性閉塞性肺疾患、臓器移植後の免疫不全者、肥満、重度の心疾患、鎌状赤血球症、2型糖尿病は重症化リスクがあるとされています。5) で述べる川崎病類似の症候群については重症化例が多いものの、その危険因子は不明です。
- 5) 日本では 2020 年 7 月時点では報告がないものの、PIMS-TS（Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome Temporally Associated With SARS-CoV-2）と呼ばれる 10 歳前後に多く見られる川崎病類似の症候群も海外では注目されています<sup>8)</sup>。SARS-CoV-2 感染から、中央値で、25 日後に発症するのが特徴です。発熱や消化器症状、CRP 高値の他、半数に発疹、結膜充血、ショック、一部の症例に冠動脈拡張または動脈瘤が認められます<sup>8)</sup>。ほとんどが重症例であり、80%の患者が ICU に入院し、20%が人工換気療法を受け、2%が死亡したと報告されています。中国からの報告はありませんが、英国、フランス等、ヨーロッパからも多数報告されている、小児の生命を脅かす疾患です<sup>9)</sup>。

### 2. 今冬は、COVID-19 とインフルエンザの同時流行も懸念されるので、小児へのインフルエンザワクチンについても、接種が強く推奨されます。

Social Distancing Strategy が維持できれば、今冬のインフルエンザ流行は小さくなる可能性もあります。2020 年 7 月現在冬の南半球でインフルエンザの明らかな流行もないようです

10)。ただし、現状のインフルエンザサーベイランスシステムは、COVID-19の流行のため受診行動が変化したため、必ずしも実態を反映していない可能性があるため、我が国においても考慮しておかねばならないと考えます。

3. 年少児は、啼泣する、マスクができない、吸入や吸引を必要とする基礎疾患を有する児が多い、処置や診察に介助が必要、あやしたり傍にいてあげる必要がある、などの特徴があり、人手を要し密になったり、エアロゾルを発生させやすい環境にあります。
4. 小児例は同居家族や園・学校を発端者とした濃厚接触者スクリーニングで発見される場合が多く、小児を発端者としてのクラスター発生の報告はほとんどありません。そのため、小児科の診察にあたっては、周囲の流行状況を確認することが大切です。また、小児と成人とを比較した場合、小児でのウイルス RNA 量やウイルス排泄期間は成人と同様であるとの報告がありますが<sup>11)</sup>、一般的に小児の間での流行はほとんどみられておりません<sup>12)、13)</sup>。インフルエンザは、小中学校が流行増幅の場となるので、学級閉鎖、休校が、インフルエンザ対策として有効と考えられています。一方で、COVID-19の学校内感染は、当初考えられていたほど重要でないという報告もあり、Social Distancing Strategy 下での学校閉鎖では効果が限定である可能性が示唆されます<sup>14)</sup>。数理モデルを用いた解析では、無症候感染者の50%が周囲に感染させると仮定すると、学校閉鎖によりピーク時の感染者数を10~20%程度減少させると予想されます<sup>15)</sup>。
5. インフルエンザ迅速診断キットの出荷量は年間2000~3000万キットですが、SARS-CoV-2迅速抗原検査キットの供給量は少なく、今冬初めは各クリニックおよび病院で確保できるキット数は限られることが予想されます。そのため、インフルエンザ迅速診断キットと同様の頻度で使用することが困難である場合は、同じ都道府県であっても、医療圏内の流行状況・濃厚接触の有無・14日以内の流行地域への移動歴を考慮して、使用適応を判断する必要があります。
6. 感染症診療の基本である「診断→治療」の流れは守ることが大切です。小児では、インフルエンザ/COVID-19以外に、RSウイルス、ヒトメタニューモウイルス、アデノウイルス、溶連菌、マイコプラズマなど、迅速抗原あるいは核酸増幅検査(PCR法やLAMP法など)で診断可能な感染症や、その他突発性発疹や尿路感染など、発熱を呈する感染症が多く存在します。また、非感染性の発熱(川崎病含む)もまれではありません。インフルエンザやCOVID-19などの感染症では、明確な出席停止や隔離解除基準のある疾患が存在し、根拠のある診断をしない場合には、登園・登校に支障がでます。本提言では、インフルエンザとSARS-CoV-2について説明します。
7. 実施すべき診療は必ずしも抗原検査と核酸増幅検査ではありません。例えば、呼吸苦を認めれば聴診・酸素飽和度測定・単純X線(誤嚥なども鑑別)なども有用です。

## Ⅶ 診断・検査-総論

(1) 発熱や呼吸器症状を認めるほか、接触歴があるなど、COVID-19 を除外できない場合には、医療者の接触頻度をできる限り減らすことと PPE の節約の面からも、病原体検出のための検体はなるべく同時に採取します（例：SARS-CoV-2 とインフルエンザウイルスと RS ウイルス、など）。地域の流行状況に応じて、先にインフルエンザの検査を行って抗インフルエンザ薬を投与し、2 日程度経過しても患児の経過が思わしくなかった場合には、その時点で SARS-CoV-2 迅速診断キット（キットの供給状況により核酸増幅検査）を行う場合もあります。発症 2 日目に両方行った場合には、どちらの疾患であっても陽性となりやすく、また抗インフルエンザ薬の治療開始（発症 48 時間以内）を満たします。SARS-CoV-2 迅速診断キット（キットの供給状況により核酸増幅検査）の陽性は、その治療には直接結びつきませんが、周囲への感染拡大防止や、その後の経過を推測することに役立ちます。

(2) インフルエンザの流行の主体は小児であり、迅速診断キットを用いず発熱等の症状から「インフルエンザ」と診断すると、次に挙げる問題点が生じる可能性がありますので、できる限り迅速診断キットを用いた確定診断が大切です。但し、流行期の陰性的中率は低いので、診断はあくまで総合診断です。

- ①小児では発熱性疾患が多く、その他の重症疾患を見逃す可能性があります。
  - ②「インフルエンザ」と診断した場合は、登園・登校停止となる患者も増加するため、過去のインフルエンザシーズンと比較し、休園、学級もしくは学年閉鎖、さらには休校する施設が多くなり、保育園・幼稚園および学校活動への影響が大きくなります。
  - ③見かけ上、インフルエンザ（いわゆるインフルエンザ様疾患）の患者が爆発的に増えるため、真のインフルエンザ流行状況を把握することが難しくなります。さらに、インフルエンザウイルスと SARS-CoV-2 との疫学的な関連性について検討することも難しくなることが考えられます。このため、各地域でのインフルエンザ定点サーベイランスの運用とデータの解釈には注意する必要があります。
  - ④全例に抗インフルエンザ薬治療を行った場合、抗ウイルス薬による薬剤低感受性ウイルスの選択圧が高まります。薬剤低感受性ウイルスが検出される頻度が高まるかは不明ですが、その可能性については否定できません。
  - ⑤必ずしもインフルエンザ迅速診断キットを用いて検査診断しなくてよい場合は、以下のよう状況があげられます。
    - ・家族内感染が疑われる状況、疫学的視点から強くインフルエンザが疑われる状況
- ☞ 検査しないで治療：IX. 治療の実際（2）⑧ 参照

## VIII 検査診断の実際

- (1) 当該医療機関の医療圏、隣接する医療圏、都道府県全体での COVID-19 流行状況により、レベルを設定します (表 5)。
- (2) 各レベルにおいて、受診患者 (有症状者) がいずれに該当するか検討し、SARS-CoV-2 の (抗原) 検査 (キットの供給状況により核酸増幅検査) を行うかどうかを判断します (表 6)。
- (3) 医療者への曝露リスク、流行時における業務の効率化からみた、検体採取部位、検体採取場所、PPE の目安を規定します (表 7)。適切な検体の種類と検査方法の組み合わせについては、説明書や保険適用などを参考にします。入院・入所施設においては、1 例目を積極的にみつけることや、入院してから陽性が判明して院内感染が拡大しないようにすることが大切であるため、SARS-CoV-2 迅速診断キット (キットの供給状況により核酸増幅検査) を検査実施基準の閾値を下げて使用することが想定されます。一方、外来や診療所においては、その意義は少ないかもしれませんが、地域の流行状況によっては閾値を下げるが必要な場合もあります。
- (4) SARS-CoV-2 迅速抗原検査に関わる留意事項
  - ① 「新型コロナウイルス感染症を疑う症状発症後 2 日目以降から 9 日目以内の者 (発症日を 1 日目とする) については、本キットで陰性となった場合は追加の核酸増幅検査を必須とはしない。一方で、核酸増幅検査 (PCR) と比較して検出に一定以上のウイルス量が必要であることから、現時点では、無症状者に対する使用、無症状者に対するスクリーニング検査目的の使用は、適切な検出性能を発揮できず、適さない。」とされています<sup>16)</sup>。
  - ② 保健所との検体検査の契約の方法、検査実施件数や結果の届出、感染防護体制、保険適用については、各自治体等に確認してください。
- (5) 参考) SARS-CoV-2 迅速診断キット 2020 年 7 月時点
  - ① ルミパルス® 鼻咽喉頭ぬぐい液又は唾液  
<https://www.pmda.go.jp/files/000235412.pdf>
  - ② エスプライン® 鼻咽喉頭ぬぐい液  
[https://www.info.pmda.go.jp/tgo/pack/30200EZX00026000\\_A\\_01\\_04/30200EZX00026000\\_A\\_01\\_04?view=body](https://www.info.pmda.go.jp/tgo/pack/30200EZX00026000_A_01_04/30200EZX00026000_A_01_04?view=body)



表5 COVID-19 流行レベルの定義の目安

Level	当該医療機関がカバーする医療圏	隣接する医療圏	都道府県全体
1	14日以内のCOVID-19発生例なし。	14日以内のCOVID-19発生例なし。	14日以内のCOVID-19発生例なし。
2	14日以内のCOVID-19発生例なし。	14日以内に感染経路が特定できているCOVID-19発生例がある（クラスター事例含む）。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 14日以内に感染経路が特定できているCOVID-19発生例がある。</li> <li>● 14日以内に限られた地域にのみ、感染経路が不明なクラスターが発生している。</li> </ul>
3	14日以内に感染経路が特定できているCOVID-19発生例がある。	14日以内に感染経路が不明のCOVID-19発生例がある（クラスター事例含む）。	14日以内に（地理的に交流の程度が低い）複数の地域で、それぞれ感染経路不明のクラスターが発生している。
4	14日以内に感染経路が不明のCOVID-19発生例がある（クラスター事例含む）。	14日以内に感染経路が不明のCOVID-19クラスターが複数発生している。	14日以内に、すべての地域において、感染経路不明のクラスターが発生している。

- 表5、表6については、レベル分類と対応についての実例として挙げた。実際には、都道府県でのリスクアセスメントも参考にすること。
- 医療圏：各地域で定義する。各医療圏内でさらに医療圏を細分化するかどうかは各医療機関の判断に委ねる。
- 「当該医療機関がカバーする医療圏」、「隣接する医療圏」、「都道府県内全体」のいずれかのCOVID-19流行状況が当てはまるとき、当該レベルにあると判断する。
- 表5、表6での区分については、厚労省の届出を参考にした<sup>24)</sup>。

表 6 各流行レベルにおける SARS-CoV-2 迅速診断キット（供給状況により核酸増幅検査）の適応指針の目安

Level	SARS-CoV-2 迅速診断キット（供給状況により核酸増幅検査）の適応
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 原則不要。</li> <li>● 14 日以内に、陽性例の報告のあった都道府県への移動歴（居住歴も含む）がある、または移動歴（居住歴も含む）のある者と濃厚接触がある場合には考慮する。</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 14 日以内に、陽性例の報告のあった都道府県への移動歴（居住歴も含む）がある、または移動歴（居住歴も含む）のある者と濃厚接触がある場合には考慮する。</li> <li>● 14 日以内に COVID-19 のクラスター発生があった都道府県内地域への移動歴（居住歴も含む）がある、または移動歴（居住歴も含む）のある者と濃厚接触がある場合には考慮する。</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 14 日以内に、陽性例の報告のあった都道府県への移動歴（居住歴も含む）がある、または移動歴（居住歴も含む）のある者と濃厚接触がある場合には考慮する。</li> <li>● 14 日以内に COVID-19 のクラスター発生があった都道府県内地域への移動歴（居住歴も含む）がある、または移動歴（居住歴も含む）のある者と濃厚接触がある場合には考慮する。</li> <li>● 14 日以内に濃厚接触者の定義に当てはまる場合には行う。</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 発熱がある場合には全例行うことが望ましい。</li> </ul>

- 核酸増幅検査とは、PCR 法や LAMP 法などを指す。
- 表 5、表 6 については、レベル分類と対応についての実例として挙げた。実際には、都道府県でのリスクアセスメントも参考にすること。
- Level については、表 5 を参照。各レベルにおいて、受診患者（有症状者）が上記に該当する場合に、SARS-CoV-2 の検査を検討する。
- 原因不明の肺炎、嗅覚味覚異常、年長者の川崎病様症状（PIMS-TS 想定）、濃厚接触者は、いずれのレベルでも適応となる可能性が高い。  
 PIMS-TS：Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome Temporally Associated With SARS-CoV-2）と呼ばれる 10 歳前後に多く見られる川崎病類似の症候群
- 表 5、表 6 での区分については、厚労省の届出を参考にした<sup>24)</sup>。（疑うべく症例定義は、発熱、あるいは上気道症状、これに ILI、CLI を含む）

表 7-1 施設別の、検体採取部位・検体採取場所・PPE の目安（1）（感染リスクだけではなく、流行状況や診療効率を含めた総合的判定）

施設 1	SARS-CoV-2（迅速 and/or 核酸増幅検査）	可	・採取する際には同時に複数検体を採取することが望ましい。
	他（インフル・RS など）の迅速抗原検査	可	・SARS-CoV-2（迅速 and/or 核酸増幅検査）のほうが、結果判明までに時間を要することに注意

SARS-CoV-2 迅速診断キット （供給により核酸増幅検査）の適応	検体種 *	検体の採取場	適切な PPE（防護具）	
			SARS-CoV-2 やインフルエンザ等の 検体採取時	一般診療時
レベル 1 の原則不要時	鼻咽頭	一般診療室 車内	・サージカルマスク ・手袋 ・アイシールド（フェースシールド）	・サージカルマスク ・アイシールド（フェースシールド）**
	鼻かみ・唾液	事前院外	—	
以下を有する患児に対して 14 日以内に流行する都道府県への移動歴 14 日以内に COVID-19 のクラスター発生が あった都道府県内地域への移動歴 レベル 4 以上	鼻咽頭	別室診療室 車内	・サージカルマスク ・手袋 ・アイシールド（フェースシールド） ***	・サージカルマスク ・アイシールド（フェースシールド）
	鼻かみ・唾液	事前院外	—	
14 日以内に濃厚接触者の定義内 原因不明の肺炎 嗅覚味覚異常 年長者の川崎病様症状	鼻咽頭	別室診療室 車内	・サージカルマスク ・手袋 ・アイシールド（フェースシールド） ***	・サージカルマスク ・手袋 ・アイシールド（フェースシールド）
	鼻かみ・唾液	事前院外	—	***

発熱 and/or 呼吸器症状 and/or 嗅覚味覚異常 and/or 接触歴 などから、表 5、表 6 を参考に実施。核酸増幅検査とは、PCR 法や LAMP 法などを指す。

\* 児の発達状態に合わせる。適切な検体種と検査方法の組み合わせについては、説明書や保険適用などを参考。

\*\* 児が啼泣、嘔吐などで、医療者が飛沫を浴びる危険のある場合には、推奨する。

\*\*\* 問診による家族内感染状況や移動歴の聴取、地域内流行の把握などから COVID-19 が強く疑われる患児へ検体採取を行う場合には、着脱時の汚染に問題がなければ、医療者はガウン（エプロン）や N95 マスク装着を考慮してもよい。N95 使用時には、フィットテストなど適正に使用できることを確認する必要がある。

● 診療所であっても、医療者が濃厚接触者と判断されなければ、14 日間の休業の必要はない<sup>25)</sup>。

表 7-2 施設別の、検体採取部位・検体採取場所・PPE の目安（2）（感染リスクだけではなく、流行状況や診療効率を含めた総合的判定）

施設 2	SARS-CoV-2（迅速 and/or 核酸増幅検査）	不可	
	他（インフル・RS など）の迅速抗原検査	可	

乳幼児・小学校低学年等	検体種*	検体の採取場	適切な PPE（防護具）	
			インフルエンザ等の検体採取時	一般診療時
SARS-CoV-2 迅速診断キット （供給により核酸増幅検査）の適応				
レベル 1 の原則不要時	鼻咽頭	一般診療室 車内	・サージカルマスク ・手袋 ・アイシールド（フェースシールド）	・サージカルマスク ・アイシールド（フェースシールド）**
	鼻かみ	事前院外	—	
以下を有する患児に対して 14 日以内に流行する都道府県への移動歴 14 日以内に COVID-19 のクラスター発生が あった都道府県内地域への移動歴 レベル 4 以上	鼻咽頭	別室診療室 車内	・サージカルマスク ・手袋 ・アイシールド（フェースシールド） ***	・サージカルマスク ・アイシールド（フェースシールド）
	鼻かみ	事前院外	—	
14 日以内に濃厚接触者の定義内 原因不明の肺炎 嗅覚味覚異常 年長者の川崎病様症状	インフルエンザよりも COVID-19 が強く疑われるため、 SARS-CoV-2（迅速 and/or 核酸増幅検査）の検査が（インフルエンザの検査と同時に）できる施設に依頼する。			

発熱 and/or 呼吸器症状 and/or 嗅覚味覚異常 and/or 接触歴 などから、表 5、表 6 を参考に実施。核酸増幅検査とは、PCR 法や LAMP 法などを指す。

\* 児の発達状態に合わせる。適切な検体種と検査方法の組み合わせについては、説明書や保険適用などを参考。

\*\* 児が啼泣、嘔吐などで、医療者が飛沫を浴びる危険のある場合には、推奨する。

\*\*\* 問診による家族内感染状況や移動歴の聴取、地域内流行の把握などから COVID-19 が強く疑われる患児へ検体採取を行う場合には、着脱時の汚染に問題がなければ、医療者はガウン（エプロン）や N95 マスク装着を考慮してもよい。N95 使用時には、フィットテストなど適正に使用できることを確認する必要がある。

● 診療所であっても、医療者が濃厚接触者と判断されなければ、14 日間の休業の必要はない<sup>25)</sup>。

## IX. 治療の実際

日本感染症学会提言「～抗インフルエンザ薬の使用について～」<sup>17)</sup>

2019年10月の日本感染症学会提言「～抗インフルエンザ薬の使用について～」<sup>17)</sup>の内容については、バロキサビル低感受性株についての深い知見が得られなかったため、大きな修正は加えないものの、以下について追加いたします。

- ①2019-20 シーズンには、特に小児でバロキサビル使用中に薬剤低感受性株が検出されやすい A/H3N2<sup>18)</sup>、<sup>19)</sup> がほとんど流行しませんでした。よって、A/H3N2 において、低感受性ウイルスが広く蔓延するかどうか、解決していません。
- ②バロキサビルは、A/H1N1 に処方しても 15%前後で低感受性ウイルスが選択されま  
す<sup>18)</sup>、<sup>19)</sup>。これは、オセルタミビルを投与した場合に、投与後に低感受性ウイルスが  
検出される割合 (3~4%)<sup>20)</sup> より高いと考えられます。
- ③一方、2019-2020 の国内分離株については、薬剤治療前の低感受性ウイルスは、  
A/H1N1 で 1/790、A/H3N1 で 0/63 (小児~成人) と、低い発生水準で推移してい  
ます(2020年7月21日現在)<sup>21)</sup>。
- ④バロキサビル投与後に低感受性ウイルスが選択された場合、解熱していても呼吸器な  
どの有症状期間が長引くことが知られています<sup>18)</sup>、<sup>19)</sup>。
- ⑤1歳以上12歳未満のインフルエンザ患者173例を対象とした、多施設共同ランダム  
化二重盲検グローバル臨床試験の結果が報告されました<sup>22)</sup>。バロキサビル単回投与群  
(115例)は、対照群のオセルタミビル5日間投与群(58例)と比較して、安全性と  
有効性は同等でした<sup>22)</sup>。
- ⑥国内で体重20kg未満の小児33例に対してバロキサビル2%顆粒製剤を投与した成績  
<sup>23)</sup>も報告されました。2020年7月時点で本製剤は承認されていますが、未発売です。
- ⑦ラニナミビルのネブライザー吸入液は、エアロゾル発生のリスクがあるため、個室、  
換気の良い病室など、特定の条件下での使用を推奨します。
- ⑧医療従事者の安全性が求められるがために、適切な診断を行わないまま、インフルエ  
ンザではないのに抗インフルエンザ薬が多く処方されることが懸念されます。本提言  
では、VII. (2) ⑤にあるような疫学的見地からインフルエンザが強く疑われる状況を  
除いては、インフルエンザの迅速抗原検査診断を行い、同時あるいは経過により  
SARS-CoV-2 迅速診断キット (供給により核酸増幅検査)を用いて SARS-CoV-2 の検  
査診断を行うことを推奨します。

## 文献

- 1) American Academy of Pediatrics. Children and COVID-19: State-Level Data Report. <https://services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/children-and-covid-19-state-level-data-report/> 2020年7月22日アクセス.
- 2) American Academy of Pediatrics and the Children's Hospital Association. Children and COVID-19: State Data Report. Summary of publicly reported data from 49 states, NYC, DC, PR, and GU. Version: 7/16/20. <https://downloads.aap.org/AAP/PDF/AAP%20and%20CHA%20-%20Children%20and%20COVID-19%20State%20Data%20Report%207.16.20%20FINAL.pdf>. 2020年7月22日アクセス.
- 3) de Souza TH, Nadal JA, Nogueira RJN, *et al.* Clinical manifestations of children with COVID-19: A systematic review. *Pediatr Pulmonol.* 2020 Jun 3;10.1002/ppul.24885. doi: 10.1002/ppul.24885. Online ahead of print. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32492251/>
- 4) Dong Y, Mo X, Hu Y, *et al.* Epidemiology of COVID-19 Among Children in China. *Pediatrics.* 2020 Jun;145(6):e20200702. doi: 10.1542/peds.2020-0702. Epub 2020 Mar 16. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32179660/>
- 5) Zhu X, Ge Y, Wu T, *et al.* Co-infection with respiratory pathogens among COVID-2019 cases. *Virus Res.* 2020 Aug;285:198005. doi: 10.1016/j.virusres.2020.198005. Epub 2020 May 11. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32408156/>
- 6) Li Y, Wang H, Wang F, *et al.* Comparison of Hospitalized Patients with pneumonia caused by COVID-19 and influenza A in children under 5 years. *Int J Infect Dis.* 2020 Jun 11;S1201-9712(20)30462-8. doi: 10.1016/j.ijid.2020.06.026. Online ahead of print. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32535301/>
- 7) Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) - People with Certain Medical Conditions. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html> 2020年7月25日アクセス.
- 8) Whittaker E, Bamford A, Kenny J, *et al.* Clinical Characteristics of 58 Children With a Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome Temporally Associated With SARS-CoV-2. *JAMA.* 2020 Jun 8:e2010369. doi: 10.1001/jama.2020.10369. Online ahead of print. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32511692/>
- 9) Feldstein LR, Rose EB, Horwitz SM, *et al.* Multisystem Inflammatory Syndrome in U.S. Children and Adolescents. *N Engl J Med.* 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7346765/>
- 10) World Health Organization. Influenza update – 372 [https://www.who.int/influenza/surveillance\\_monitoring/updates/latest\\_update\\_GIP\\_surveillance/en/](https://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/) 2020年7月22日アクセス.
- 11) Walsh KA, Jordan K, Clyne B, *et al.* SARS-CoV-2 detection, viral load and infectivity over the course of an infection. *J Infect.* 2020 Jun 29 doi: 10.1016/j.jinf.2020.06.067 [Epub ahead of print] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32615199/>

- 12) Susanna Esposito, Nicola Principi. School Closure During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: An Effective Intervention at the Global Level? School Closure During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: An Effective Intervention at the Global Level? *JAMA Pediatr.* 2020 May 13. doi: 10.1001/jamapediatrics.2020.1892. Online ahead of print. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32401277/>
- 13) Munro APS, Faust SN. Children are not COVID-19 super spreaders: time to go back to school. *Arch Dis Child.* 2020 Jul;105(7):618-619. doi: 10.1136/archdischild-2020-319474. Epub 2020 May 5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32371442/>
- 14) Lee B, Raszka WV, Jr. COVID-19 Transmission and Children. The Child Is Not to Blame. *Pediatrics.* 2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32457212/>
- 15) Davies NG, Klepac P, Liu Y, *et al.* Age-dependent effects in the transmission and control of COVID-19 epidemics. *Nat Med.* 2020 Jun 16. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32546824/>
- 16) 厚生労働省, SARS-CoV-2 抗原検出用キットの活用に関するガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/content/000640554.pdf>. 2020年7月24日アクセス.
- 17) 日本感染症学会. 「～抗インフルエンザ薬の使用について～」. [http://www.kansensho.or.jp/modules/guidelines/index.php?content\\_id=37](http://www.kansensho.or.jp/modules/guidelines/index.php?content_id=37). 2020年7月12日アクセス.
- 18) Hirotsu N, Sakaguchi H, Sato C, *et al.* Baloxavir marboxil in Japanese pediatric patients with influenza: safety and clinical and virologic outcomes. *Clin Infect Dis.* 2019 Sep 20;ciz908. doi: 10.1093/cid/ciz908. Online ahead of print. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31538644/>
- 19) Sato M, Takashita E, Katayose M, *et al.* Detection of Variants With Reduced Baloxavir Marboxil Susceptibility After Treatment of Children With Influenza A During the 2018-2019 Influenza Season. *J Infect Dis.* 2020 Jun 16;222(1):121-125. doi: 10.1093/infdis/jiaa061. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32034420/>
- 20) Lina B, Boucher C, Osterhaus A, *et al.* Five years of monitoring for the emergence of oseltamivir resistance in patients with influenza A infections in the Influenza Resistance Information Study. *Influenza Other Respir Viruses.* 2018 Mar;12(2):267-278. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29265727/>
- 21) 国立感染症研究所. 抗インフルエンザ薬耐性株サーベイランス. <https://www.niid.go.jp/niid/ja/influ-resist.html>. 2020年7月22日アクセス.
- 22) Baker J, Block SL, Matharu B, *et al.* Baloxavir Marboxil Single-dose Treatment in Influenza-infected Children: A Randomized, Double-blind, Active Controlled Phase 3 Safety and Efficacy Trial (miniSTONE-2). *Pediatr Infect Dis J.* 2020 Aug;39(8):700-705. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32516282/>
- 23) Yokoyama T, Sakaguchi H, Ishibashi T, *et al.* Baloxavir Marboxil 2% Granules in Japanese Children With Influenza: An Open-label Phase 3 Study. *Pediatr Infect Dis J.* 2020. doi: 10.1097/INF.0000000000002748. Online ahead of print. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32433222/>

- 24) 厚生労働省. 新型コロナウイルス感染症（病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス（令和二年一月に中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。）であるものに限る。）—感染症法に基づく医師及び獣医師の届出について <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou11/01-shitei-01.html>  
2020年7月22日アクセス.
- 25) 厚生労働省. 新型コロナウイルスに関するQ&A（医療機関・検査機関の方向け）.  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/dengue\\_fever\\_qa\\_00004.html#Q11](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/dengue_fever_qa_00004.html#Q11). 2020年7月22日アクセス.

2020年8月1日

一般社団法人日本感染症学会 インフルエンザ-COVID-19 アドホック委員会

今村顕史、大曲貴夫、角田 徹、釜沼 敏、川名明彦、國島広之、佐藤晶論、新庄正宜、菅谷憲夫、谷口清州、田村大輔、中野貴司、藤田次郎、三鴨廣繁、石田 直（委員長）

利益相反自己申告

- ・ 國島広之はアステラス製薬(株)、アリーアメディカル(株)、MSD(株)、塩野義製薬(株)、第一三共(株)、大正富山医薬品(株)、ミヤリサン製薬(株)より講演料を受けている。
- ・ 菅谷憲夫はアステラス製薬(株)、塩野義製薬(株)、第一三共(株)より講演料を受けている。
- ・ 中野貴司はアステラス製薬(株)、第一三共(株)、サノフィ(株)、ジャパンワクチン(株)、田辺三菱製薬(株)、デンカ生研(株)より講演料を受けている。
- ・ 藤田次郎は杏林製薬(株)、塩野義製薬(株)、第一三共(株)、ファイザー(株)より講演料を受けている。  
杏林製薬(株)より研究費を受けている。  
大塚製薬(株)、小野薬品工業(株)、第一三共(株)、大日本住友製薬(株)、富山化学工業(株)より奨学寄付金を受けている。
- ・ 三鴨廣繁は旭化成ファーマ(株)、アステラス製薬(株)、MSD(株)、杏林製薬(株)、塩野義製薬(株)、第一三共(株)、大正富山医薬品(株)、大日本住友製薬(株)、富山化学工業(株)、日本ベクトン・ディッキンソン(株)、ファイザー(株)、富士フィルム富山化学工業(株)、ミヤリサン製薬(株)、Meiji Seika ファルマ(株)より講演料を受けている。  
MSD(株)、(株)大塚製薬工業、積水メディカル(株)、(株)ティ・アシスト、東ソー(株)、富山化学工業(株)、ニッポーメディカル(株)、日本ベクトン・ディッキンソン(株)、バイエル薬品(株)、ファイザー(株)、(株)フコク、プレシジョン・システム・サイエンス(株)、ミヤリサン製薬(株)、Meiji Seika ファルマ(株)、ロシュ・ダイアグノスティック(株)より研究費を受けている。  
旭化成ファーマ(株)、アステラス製薬(株)、MSD(株)、塩野義製薬(株)、第一三共(株)、大正富山医薬品(株)、大日本住友製薬(株)、富山化学工業(株)、ファイザー(株)、富士フィルム富山化学(株)、富士フィルムファーマ(株)、ミヤリサン製薬(株)、Meiji Seika ファルマ(株)より奨学寄附金を受けている。
- ・ 石田 直、今村顕史、大曲貴夫、角田 徹、釜沼 敏、川名明彦、佐藤晶論、新庄正宜、谷口清州、田村大輔については申告すべきものなし。



2020. 08. 03

厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部 御中

全国保健所長会

## 新型コロナウイルス感染症の患者に関する自宅療養の取り扱いについて

新型コロナウイルス感染症に係る検査を受けて陽性になった方について、重症化リスク者（高齢者、基礎疾患がある者、免疫抑制状態にある者、妊娠している者）に当たらず、入院が必要な状態ではないと医師が判断している場合、宿泊療養・自宅療養の調整対象となりますが、この宿泊療養・自宅療養の対象となる方に関する療養先の調整業務について、保健所の業務負担が過大となっております。

自宅療養の対象となる方の要件について、軽症者等については原則として宿泊療養というこれまでの考え方を維持しつつ、宿泊療養・自宅療養の調整における保健所の業務負担を軽減し、かつ地域で感染対策を行えば療養が可能な疾患と認識されるよう以下のとおり、自宅療養の対象となる方として整理する要件を明確化することを要望します。

## &lt;自宅療養を可能とする対象者&gt;

以下においては、入院や宿泊療養が困難な事情があるが、入院や宿泊と同様の隔離環境が自宅で保持できることを確認できる場合は、自宅での療養を認める。

（①を除き、②～⑤においては全てを満たすのではなく、総合的に勘案して保健所がフォローする対象者と考えます。）

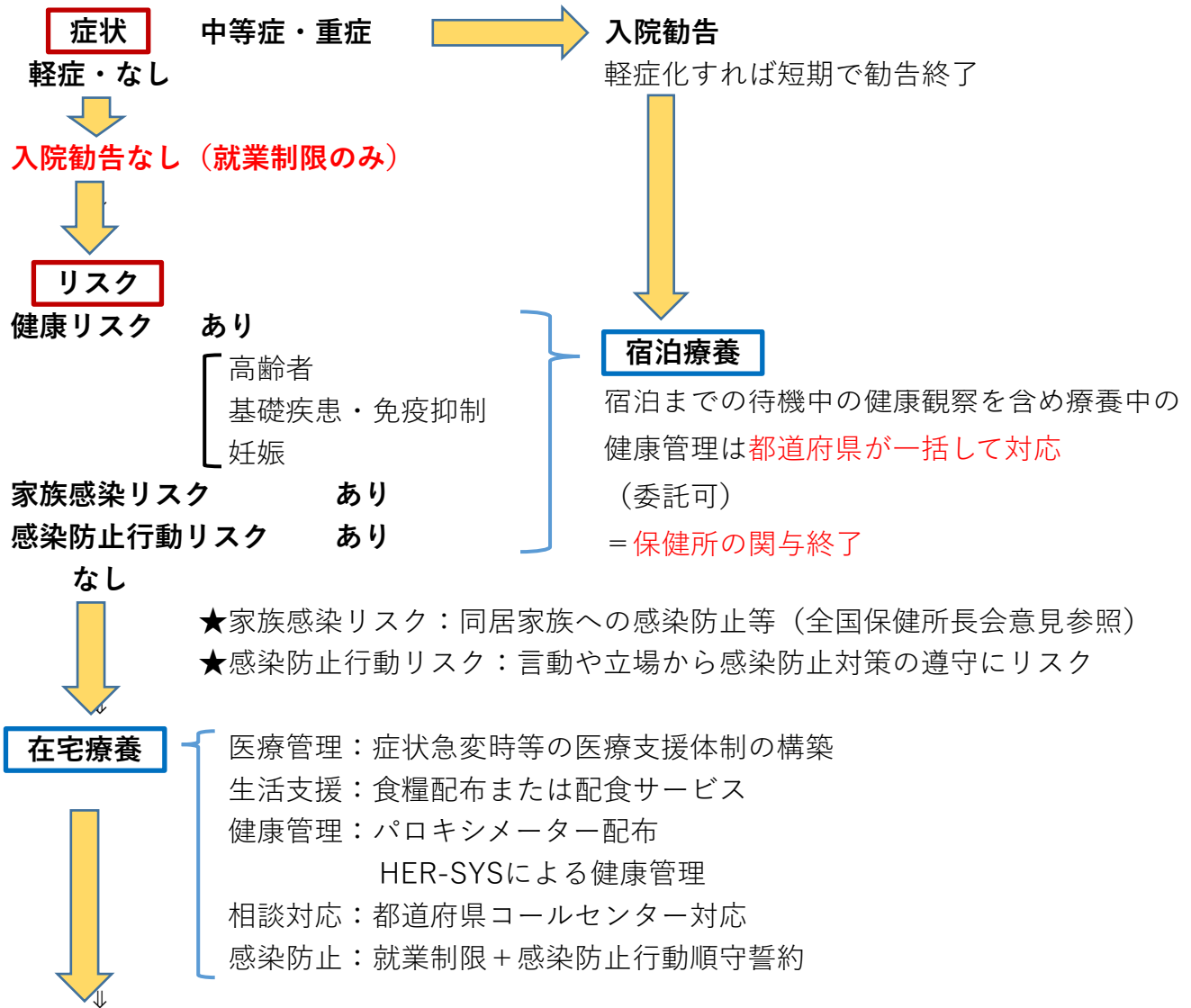
- ① 独居で自立生活が可能であること
- ② 自宅内で同居家族等との隔離できる環境（寝食・トイレ風呂の使用に関して）であること
- ③ 同居家族等が、社会活動上影響がある立場や職業ではないこと
- ④ 同居家族等が、易感染性ではなく、もし感染しても重症化の恐れが少ないこと
- ⑤ 同居家族等に喫煙者がいないこと

- \*同居家族等が別の環境に逆隔離できることが可能であれば、それも可とすること
- \*無症状病原体保有者や軽症者について、同居者の介護や育児の代替がない場合は、同居者も含めて体調管理や体調不良時の対応を、保健所や地域の自治体の福祉サービス等で調整可能であれば、自宅療養を認める。

(以上)

# 自宅宿泊療養フローチャート (案)

- 基本的考え方
1. 中等症病床の確保
  2. 感染者に寄り添った療養環境の確保
  3. 感染防止対策の徹底
  4. 保健所業務量の軽減



- ★家族感染リスク：同居家族への感染防止等 (全国保健所長会意見参照)
- ★感染防止行動リスク：言動や立場から感染防止対策の遵守にリスク

★都道府県に期待する役割：宿泊・在宅療養において保健所業務を増加させない。

①宿泊療養支援：宿泊待機中を含めた全ての対応

②在宅療養支援：都道府県が一括して対応 = 保健所の関与終了

(法44条の3では生活支援は保健所設置区市業務となっているが)

## 要検討事項

1. 感染性の有無を判断して、宿泊・在宅療養の対象としないことはできないか。  
例) PCR検査Ct値が一定以上、抗原検査陰性
2. 療養期間10日間は長すぎるのではないか。6日間 + 自主的健康観察ではいかがか。  
(有症状者は発症後10日間なので、しばしば無症候性感染者より解除が早い。)

資料6  
(太田先生提出資料)

# 新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況の調査 (2020年度第1四半期) -結果報告-(概要版)



一般社団法人 日本病院会



公益社団法人 全日本病院協会



一般社団法人 日本医療法人協会

この度、一般社団法人日本病院会、公益社団法人全日本病院協会、一般社団法人日本医療法人協会では、新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況を、2020年4月の調査に引き続き、今年度第1四半期においてもその状況を把握する事を目的として、合同でのアンケート調査を実施した。

前回の調査では、4月の収入減少による病院の経営悪化が顕著であった。その原因が新型コロナウイルス感染症による事が明らかになり、このままでは次に到来する第2波、第3波に対応する病院運営の体力が損なわれる事を大いに危惧して、政府を初め、関係各方面に各種の経営支援の実施を強く要請した。その結果、入院基本料の引き上げ等の診療報酬での対応や緊急包括支援事業による第1次補正予算、第2次補正予算が国会承認された。

これらの支援事業が功を奏するには、まだ時日を要すると思われるが、経営状況が逼迫する中で、如何に日本の病院が努力をし、苦労を重ねているかについても把握するための今回の調査である。

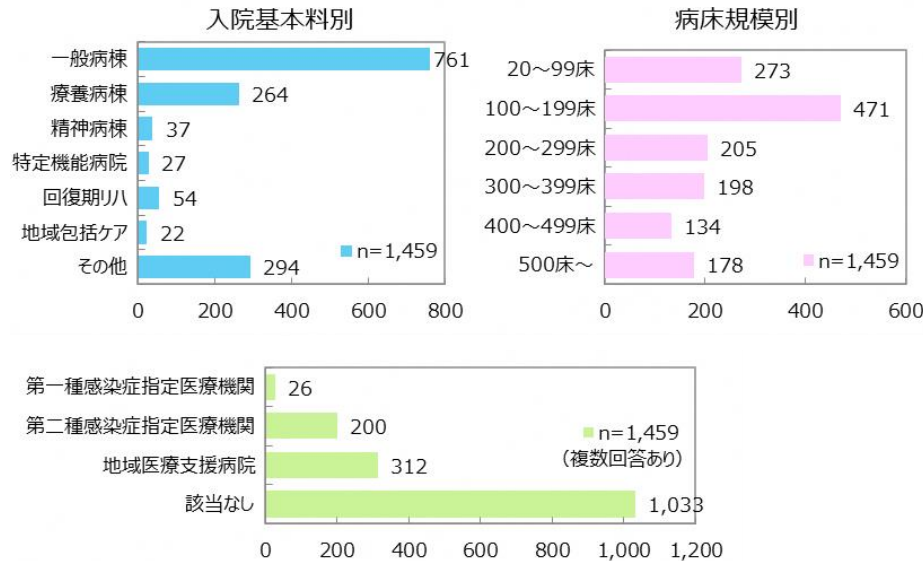
調査期間は7月13日～8月3日であり、3団体に加盟する全病院（4,496病院）を対象としてメールで調査票を配布した。8月3日現在の回答数は1,459病院(有効回答数1,459病院、有効回答率32.5%)であった。

今回の調査により明らかになったことは、全病院の外来患者・入院患者共に4月は大幅に減少したが、5月は更に悪化しており、6月には入院・外来患者数は、僅かに回復の兆しは見えるものの、医業損益は大幅な赤字が継続していた。

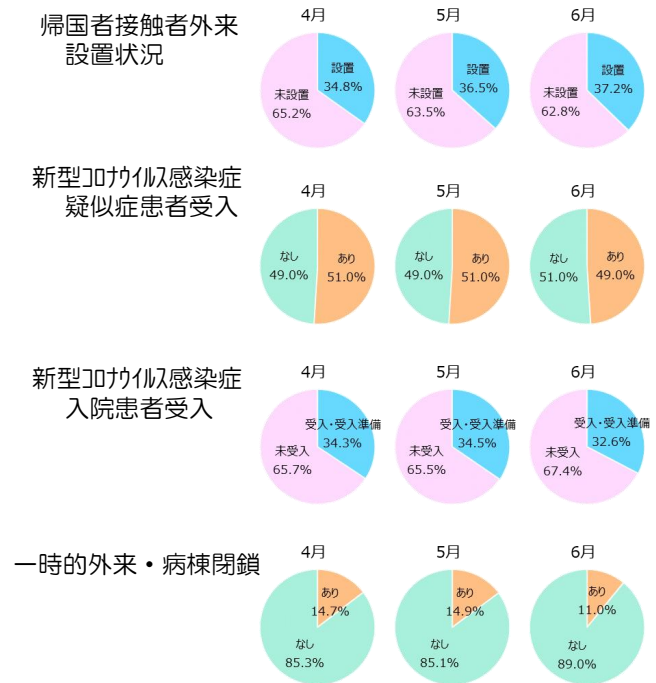
特に新型コロナウイルス感染患者の入院を受入れた病院、外来や病棟の一時閉鎖に至った病院では、6月に至るも10%を優に超える大幅な赤字が継続しており、新型コロナウイルス感染患者に対する診療報酬引き上げが行われたものの、経営状況の悪化に歯止めはかからなかった。また、コロナ患者の受け入れを行っていない病院も、第1四半期を通じて対前年で経営状況の悪化を認めた。その結果、4分の1を超える病院が夏季賞与を減額支給せざるを得ない状況となっている。

現在、緊急包括支援事業による病院及び職員への支援が予定されているが、現時点では実行されておらず、病院の経営状況の悪化は深刻であり、経営悪化の長期化が予想される。適切な対応がなされない場合、地域医療を支える病院が経営破綻し、新型コロナウイルス感染症対応が不可能になるのみならず、地域医療が崩壊する危険性すらある。地域医療を支えるために、緊急的な経営支援が必要と考える。

- 調査対象数：4,496病院
- 回答病院数：1,459病院
- 有効回答数：1,459病院  
(回答率32.5%)



■ 新型コロナウイルス感染症への対応状況

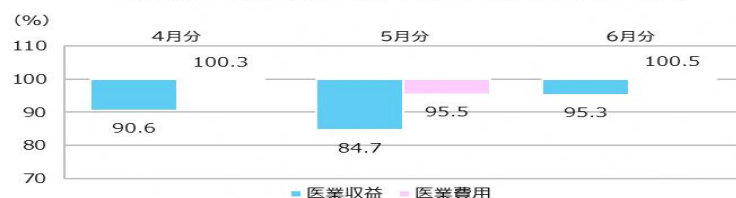


■コロナ患者受入状況における経営指標の比較（有効回答全病院）

n=1,407

(単位：千円)	4月分 平均病床数：266			5月分 平均病床数：266			6月分 平均病床数：266		
	2019年4月	2020年4月	前年比	2019年5月	2020年5月	前年比	2019年6月	2020年6月	前年比
医業収益	514,154	465,951	-9.4%	515,398	436,464	-15.3%	516,334	492,086	-4.7%
入院診療収入	340,078	311,468	-8.4%	342,208	294,901	-13.8%	341,446	321,936	-5.7%
外来診療収入	149,391	134,481	-10.0%	148,597	124,326	-16.3%	146,033	145,853	-0.1%
健診・人間ドック等収入	7,198	3,927	-45.4%	8,326	3,076	-63.1%	10,157	7,540	-25.8%
室料差額・その他医業収入	17,487	16,074	-8.1%	16,268	14,162	-12.9%	18,698	16,756	-10.4%
医業費用	506,779	508,230	0.3%	495,296	472,953	-4.5%	549,079	551,600	0.5%
医薬品費	92,295	91,611	-0.7%	78,718	71,565	-9.1%	78,854	82,086	4.1%
診療材料費	56,351	52,921	-6.1%	50,200	41,152	-18.0%	51,434	50,049	-2.7%
給与費	243,776	247,760	1.6%	252,753	252,210	-0.2%	303,380	304,499	0.4%
その他経費	114,358	115,938	1.4%	113,625	108,026	-4.9%	115,412	114,967	-0.4%
医業利益	7,374	-42,279		20,102	-36,488		-32,745	-59,514	
医業利益率	1.4%	-9.1%		3.9%	-8.4%		-6.3%	-12.1%	

医業収益・医業費用の変化（2019年を100%として比較）



医業利益の推移（2019年と2020年の%の差）

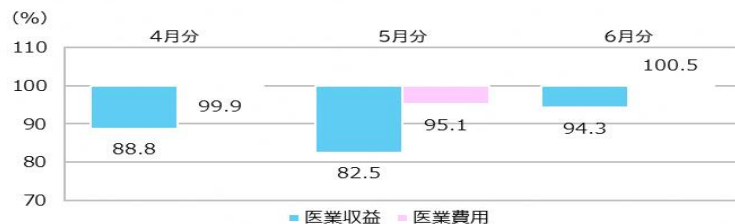




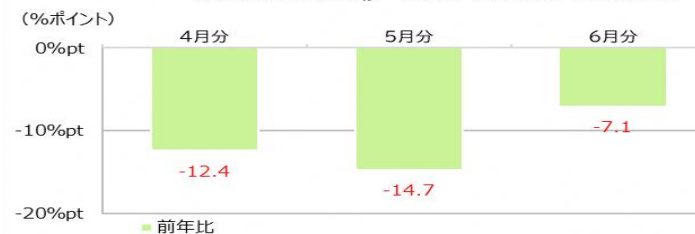
■コロナ患者受入状況における経営指標の比較（コロナ患者入院受入・受入準備病院）

(単位：千円)	4月分 n=485 平均病床数：419			5月分 n=508 平均病床数：411			6月分 n=516 平均病床数：409		
	2019年4月	2020年4月	前年比	2019年5月	2020年5月	前年比	2019年6月	2020年6月	前年比
医業収益	986,621	876,315	-11.2%	959,544	791,967	-17.5%	956,785	901,840	-5.7%
入院診療収入	643,230	573,027	-10.9%	627,668	521,390	-16.9%	624,843	577,569	-7.6%
外来診療収入	299,073	269,231	-10.0%	289,137	241,945	-16.3%	281,699	282,384	0.2%
健診・人間ドック等収入	12,525	6,294	-49.7%	14,381	4,882	-66.1%	17,181	12,647	-26.4%
室料差額・その他医業収入	31,793	27,763	-12.7%	28,357	23,751	-16.2%	33,063	29,240	-11.6%
医業費用	976,937	976,403	-0.1%	926,255	881,183	-4.9%	1,028,661	1,033,549	0.5%
医薬品費	196,975	194,366	-1.3%	163,605	148,666	-9.1%	161,718	168,523	4.2%
診療材料費	120,407	111,285	-7.6%	104,367	83,651	-19.8%	106,085	101,870	-4.0%
給与費	444,947	452,455	1.7%	452,356	451,800	-0.1%	551,196	553,972	0.5%
その他経費	214,608	218,297	1.7%	205,927	197,065	-4.3%	209,662	209,183	-0.2%
医業利益	9,685	-100,088		33,289	-89,215		-71,875	-131,708	
医業利益率	1.0%	-11.4%		3.5%	-11.3%		-7.5%	-14.6%	

医業収益・医業費用の変化（2019年を100%として比較）



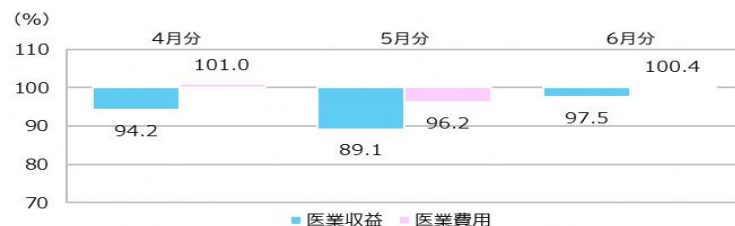
医業利益率の推移（2019年と2020年の%の差）



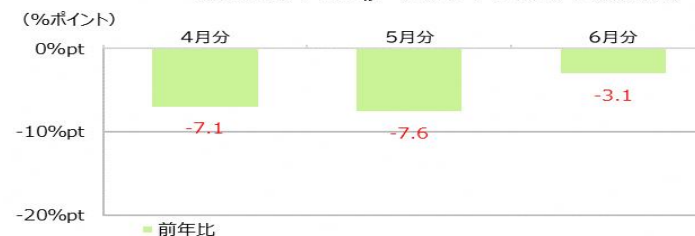
■コロナ患者受入状況における経営指標の比較（コロナ患者入院未受入病院）

(単位：千円)	4月分 n=922 平均病床数：185			5月分 n=899 平均病床数：184			6月分 n=891 平均病床数：183		
	2019年4月	2020年4月	前年比	2019年5月	2020年5月	前年比	2019年6月	2020年6月	前年比
医業収益	265,621	250,086	-5.8%	264,424	235,580	-10.9%	261,257	254,787	-2.5%
入院診療収入	180,610	173,880	-3.7%	180,902	166,918	-7.7%	177,323	173,893	-1.9%
外来診療収入	70,654	63,599	-10.0%	69,181	57,862	-16.4%	67,465	66,785	-1.0%
健診・人間ドック等収入	4,395	2,682	-39.0%	4,905	2,056	-58.1%	6,089	4,582	-24.7%
室料差額・その他医業収入	9,962	9,925	-0.4%	9,436	8,744	-7.3%	10,380	9,527	-8.2%
医業費用	259,462	261,956	1.0%	251,774	242,273	-3.8%	271,341	272,491	0.4%
医薬品費	37,230	37,558	0.9%	30,750	27,997	-9.0%	30,865	32,028	3.8%
診療材料費	22,655	22,220	-1.9%	19,593	17,137	-12.5%	19,784	20,037	1.3%
給与費	137,954	140,083	1.5%	139,963	139,427	-0.4%	159,863	160,022	0.1%
その他経費	61,623	62,095	0.8%	61,469	57,712	-6.1%	60,829	60,403	-0.7%
医業利益	6,159	-11,870		12,651	-6,694		-10,084	-17,704	
医業利益率	2.3%	-4.7%		4.8%	-2.8%		-3.9%	-6.9%	

医業収益・医業費用の変化（2019年を100%として比較）



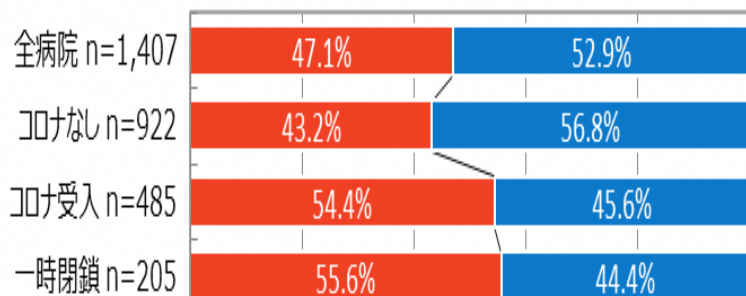
医業利益率の推移（2019年と2020年の%の差）



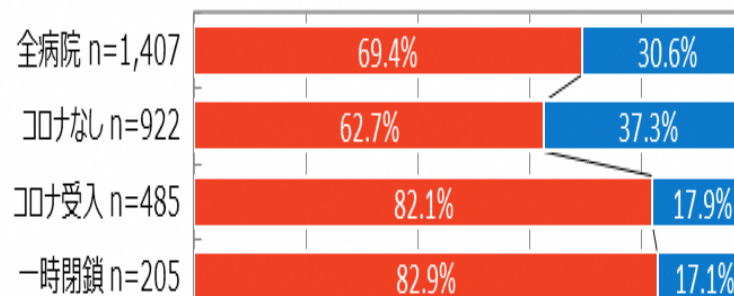
## ■ コロナ患者受入状況における医業収支の比較（4月）

医業利益		2019年4月				2020年4月			
		赤字		黒字		赤字		黒字	
		病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
全病院	n=1,407	662	47.1%	745	52.9%	976	69.4%	431	30.6%
コロナ患者_受入なし	n=922	398	43.2%	524	56.8%	578	62.7%	344	37.3%
コロナ患者_受入・受入準備	n=485	264	54.4%	221	45.6%	398	82.1%	87	17.9%
一時的・外来病棟閉鎖	n=205	114	55.6%	91	44.4%	170	82.9%	35	17.1%

2019年4月



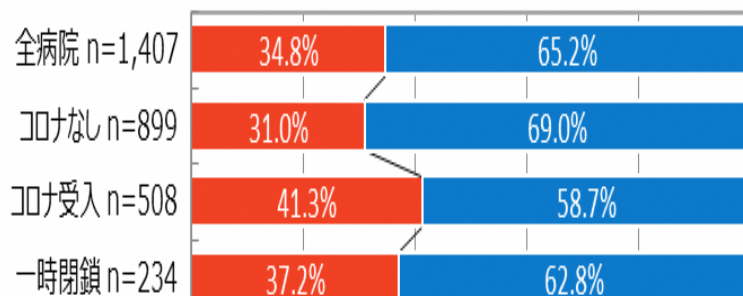
2020年4月



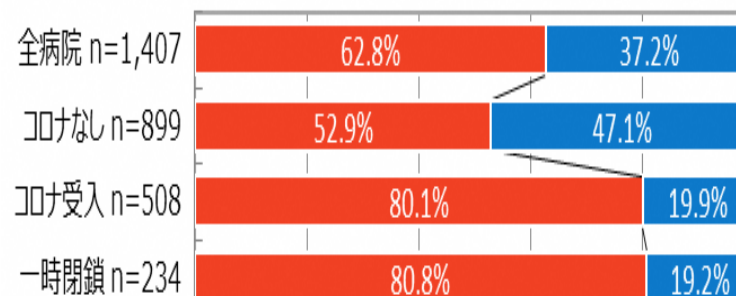
## ■ コロナ患者受入状況における医業収支の比較（5月）

医業利益		2019年5月				2020年5月			
		赤字		黒字		赤字		黒字	
		病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
全病院	n=1,407	489	34.8%	918	65.2%	883	62.8%	524	37.2%
コロナ患者_受入なし	n=899	279	31.0%	620	69.0%	476	52.9%	423	47.1%
コロナ患者_受入・受入準備	n=508	210	41.3%	298	58.7%	407	80.1%	101	19.9%
一時的・外来病棟閉鎖	n=234	87	37.2%	147	62.8%	189	80.8%	45	19.2%

2019年5月



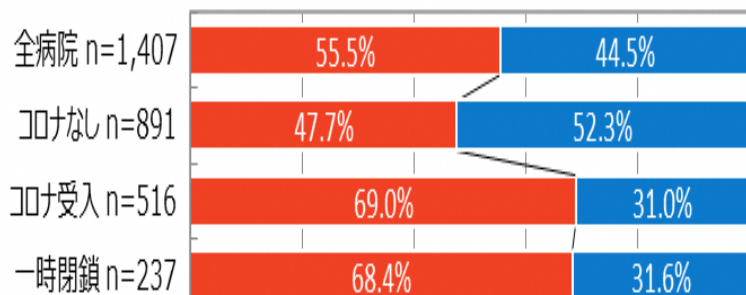
2020年5月



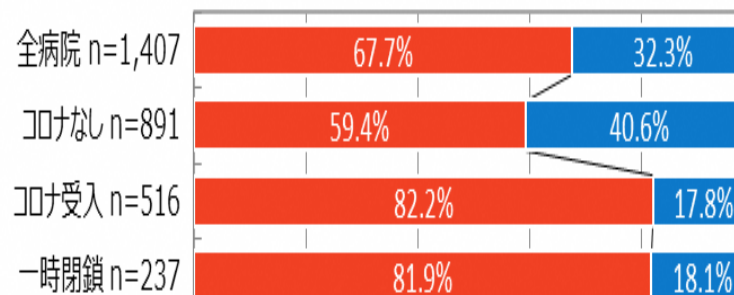
## ■ コロナ患者受入状況における医業収支の比較（6月）

医業利益		2019年6月				2020年6月			
		赤字		黒字		赤字		黒字	
		病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
全病院	n=1,407	781	55.5%	626	44.5%	953	67.7%	454	32.3%
コロナ患者_受入なし	n=891	425	47.7%	466	52.3%	529	59.4%	362	40.6%
コロナ患者_受入・受入準備	n=516	356	69.0%	160	31.0%	424	82.2%	92	17.8%
一時的・外来病棟閉鎖	n=237	162	68.4%	75	31.6%	194	81.9%	43	18.1%

2019年6月

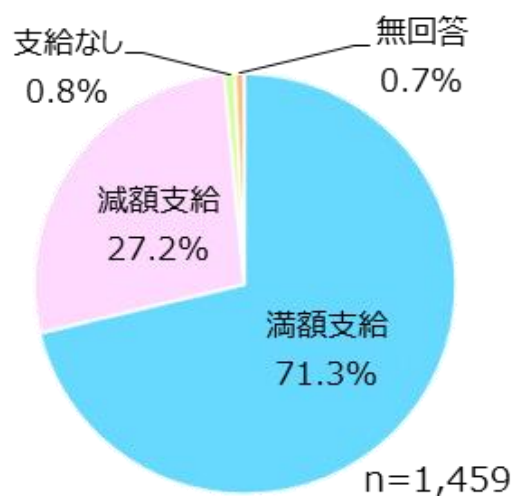


2020年6月

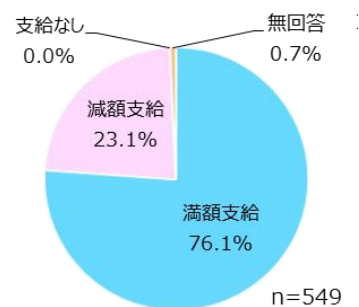


■賞与支給

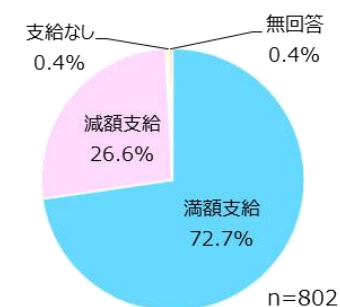
・全体



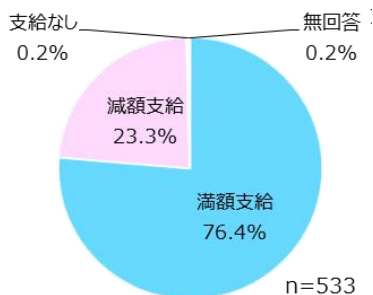
帰国者接触者外来設置病院



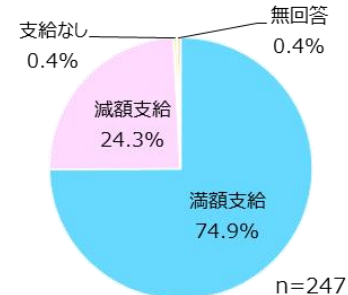
新型コロナウイルス感染症疑似症患者受入病院



新型コロナウイルス感染症入院患者受入病院



一時的外来・病棟閉鎖病院

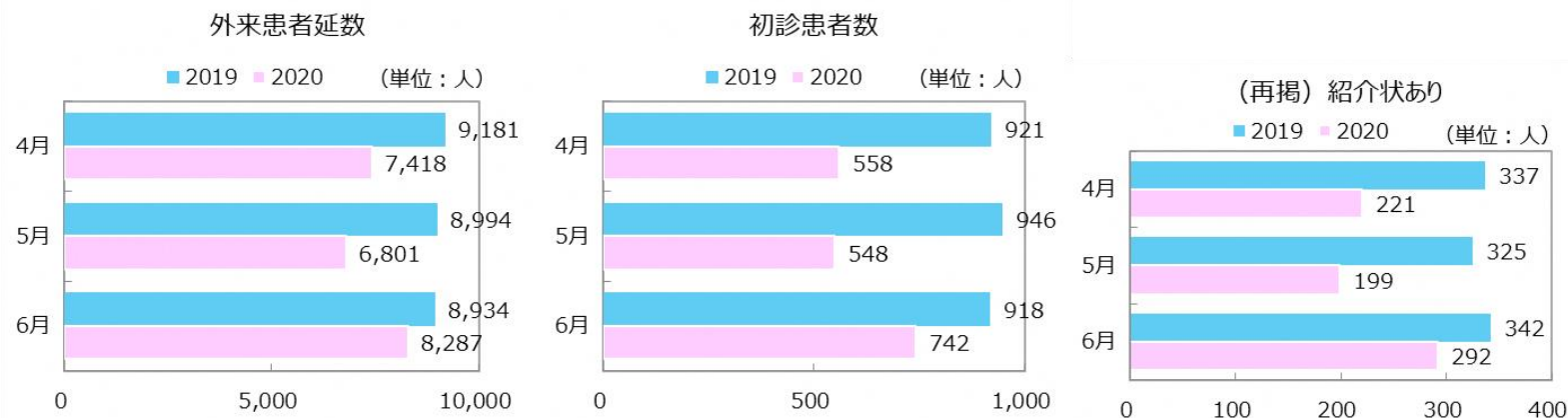


## 参考

■ 外来患者統計

n=1,452

(単位：人)	2019年			2020年		
	4月	5月	6月	4月	5月	6月
外来患者延数	9,181	8,994	8,934	7,418	6,801	8,287
初診患者数	921	946	918	558	548	742
(再掲) 紹介状あり	337	325	342	221	199	292





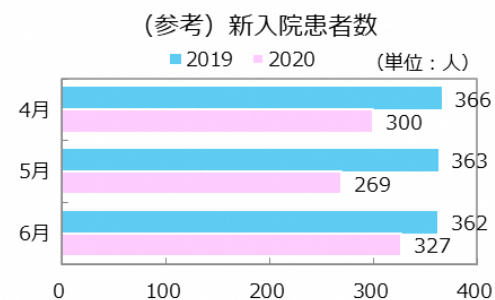
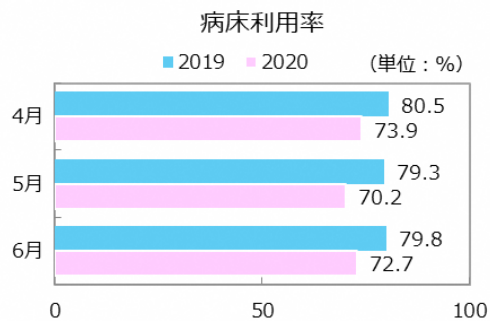
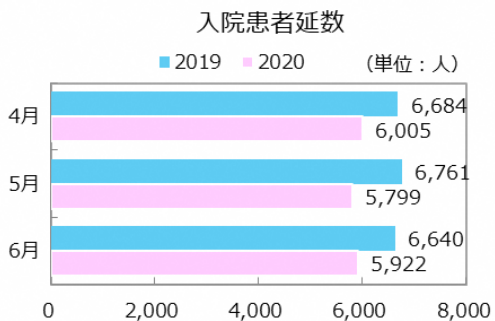
## ■入院患者統計

n=1,455

	2019年			2020年		
	4月	5月	6月	4月	5月	6月
月間日数(日)	30	31	30	30	31	30
在院患者延数(人)	6,312	6,407	6,272	5,689	5,524	5,607
新入院患者数(人)	366	363	362	300	269	327
退院患者数(人)	372	353	367	315	275	314
入院患者延数(人) ※1	6,684	6,761	6,640	6,005	5,799	5,922
病床利用率(%) ※2	80.5	79.3	79.8	73.9	70.2	72.7

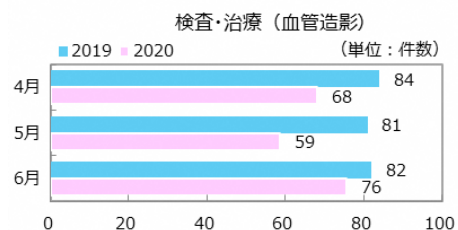
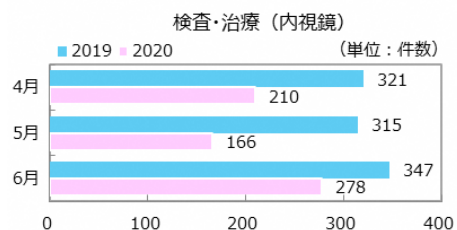
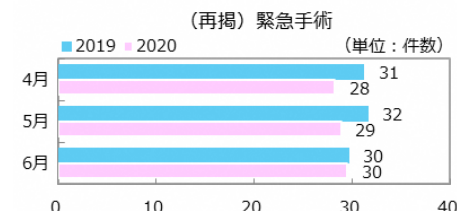
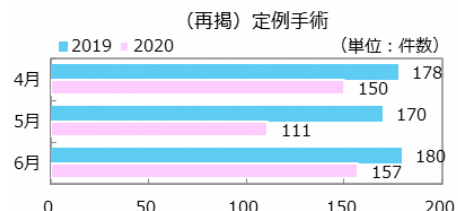
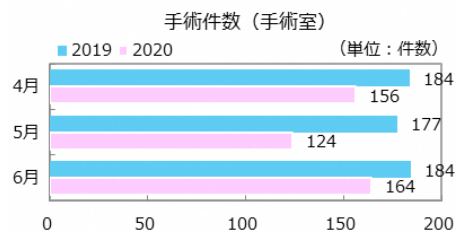
※1：在院患者延数+退院患者数

※2：在院患者延数÷(月間日数×許可病床数\_合計)×100



■手術・内視鏡等件数

(単位：平均件数)	病院数	2019年			2020年		
		4月	5月	6月	4月	5月	6月
手術件数(手術室)	1,103	184	177	184	156	124	164
定例手術	710	178	170	180	150	111	157
緊急手術	710	31	32	30	28	29	30
検査・治療(内視鏡)	1,166	321	315	347	210	166	278
検査・治療(血管造影)	738	84	81	82	68	59	76

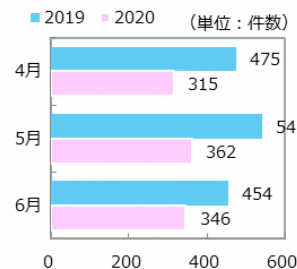


## ■救急受入件数

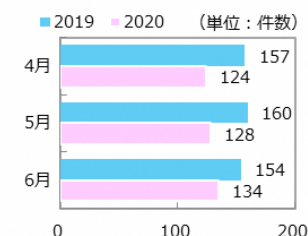
n=1,235 (該当病院数)

	2019年			2020年		
	4月	5月	6月	4月	5月	6月
平均値 救急患者受入件数	475	541	454	315	362	346
うち、救急車受入件数	157	160	154	124	128	134
総数 救急患者受入件数	586,827	667,711	561,177	389,037	446,812	427,629
うち、救急車受入件数	194,296	197,654	189,680	153,406	158,194	166,052

救急患者受入件数



うち、救急車受入件数

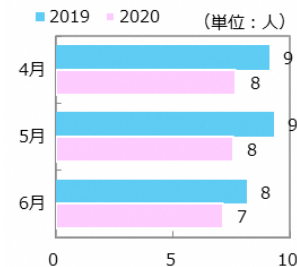


## ■時間外労働月80時間以上の医師の人数

n=517 (該当病院数)

(単位: 人)	2019年			2020年		
	4月	5月	6月	4月	5月	6月
平均値 該当する医師の人数	9	9	8	8	8	7
(再掲) 100時間以上	3	3	3	3	3	2
総数 該当する医師の人数	4,720	4,802	4,211	3,977	3,924	3,693
(再掲) 100時間以上	1,770	1,745	1,495	1,423	1,423	1,243

該当する医師の人数



(再掲) 100時間以上

