

## 今後の新型コロナウイルス感染症(COVID-19)対策における 倫理的法的社会的課題（ELSI）の観点からの提言

武藤香織<sup>1</sup>、磯部 哲<sup>2</sup>、井上悠輔<sup>1</sup>、大北全俊<sup>3</sup>  
児玉 聡<sup>4</sup>、田代志門<sup>5</sup>、田中幹人<sup>6</sup>、奈良由美子<sup>7</sup>、横野 恵<sup>8</sup>

<sup>1</sup> 東京大学医科学研究所、<sup>2</sup> 慶應義塾大学大学院法務研究科、<sup>3</sup> 東北大学大学院医学系研究科

<sup>4</sup> 京都大学大学院文学研究科、<sup>5</sup> 東北大学大学院文学研究科、<sup>6</sup> 早稲田大学政治経済学術院

<sup>7</sup> 放送大学教養学部、<sup>8</sup> 早稲田大学社会科学部

### 要旨

1. 本稿の目的は、感染症疫学・医療の専門家有志による「新型コロナウイルス感染症対策に関する見解と感染症法上の位置付けに関する影響の考察（令和5年1月11日）」を踏まえて、倫理的法的社会的課題（ELSI）の専門家有志より提言することである。
2. 公衆衛生倫理の主要な原則のひとつに、「侵害の最小化（least infringement）」あるいは「強制的な手段の最小化（least restrictive or coercive means）」がある。我々は他者に感染させないための措置の対象から COVID-19 を速やかに外す必要があると考える。ただし、入院を必要としうる人への医療を保障することは、些かも疎かにすべきではない。
3. COVID-19 に対する措置を減らす過程において、国として許容できる、あるいは許容できない死者数の目標設定は、回避すべきである。
4. 面会や付き添いを含む様々な活動が速やかに再開・定着できるよう、実態調査の実施や指針の策定も含めて、国や都道府県が連携して尽力されることを希望する。
5. 今後、人々が主体的に実践できる健康習慣として推奨できる行動を専門家が取捨選択したうえで、国や都道府県が明確に啓発を行う必要がある。その際、人々の間で根付いてきた、現時点で有効とは言い難い対策等について、国や都道府県としても関心を払い、実態を把握すべきである。こうしたプロセスへの移行に際しては、継続的なリスクコミュニケーションを行うことが望ましい。
6. 新たな健康習慣を人々に啓発するにあたり、対策の実施を個人の責任のみに帰す事態に陥らないように留意すべきである。社会的経済的に脆弱な立場に置かれた人々に最大限の配慮をしたうえで、人々が健康習慣を守りやすい環境整備、体調不良の際に休みやすく復帰しやすい環境整備に尽力すべきである。
7. 国や都道府県の対策部門において、公衆衛生倫理の訓練を受けた複数の専門家からなるチームに、定期的にシナリオの立案と助言に平時から参加できる体制の整備を検討して頂きたい。このような体制と手続きの試行を通じた整備は、リスクコミュニケーションにおいても同様に求められる。

## 1. はじめに

感染症疫学・医療の専門家有志による「新型コロナウイルス感染症対策に関する見解と感染症法上の位置付けに関する影響の考察（令和5年1月11日）」（以下、「見解と考察」）では、病原性が低下した SARS-CoV-2 オミクロン株の出現やワクチン接種の進展により、感染者が重症化あるいは死亡する割合は徐々に低下してきているものの、オミクロン株になってウイルスの伝播力はむしろ強くなり、感染者数が増えたため、死亡者数も極めて多くなっていること、本疾患が季節性インフルエンザ等のような流行性疾患と同様な対応が可能な疾患になるには時間がかかるため、適切な医療の提供を継続できないほどの感染者数の急増や高いピークを避ける必要があることが述べられている。

本稿の目的は、「見解と考察」が出されたことを踏まえ、SARS-CoV-2 オミクロン株のように重症化率が低く伝播性の高いウイルスの流行を前提として、倫理的法的社会的課題（ELSI）の専門家有志より提言することである。

## 2. 他者に感染させないための措置の対象から COVID-19 を外す必要

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) は、依然として感染症法に基づく強制力を伴った措置の対象とされている。

都道府県知事は、感染症法第 19 条の規定に基づいて感染した患者に入院の勧告および措置ができることとなっており、患者が従わない場合には、法第 80 条の規定により過料が科されうる。重症化リスクの低い陽性者などの場合は、法第 44 条の 3 第 2 項の規定に基づき、都道府県知事は自宅や宿泊施設からの外出自粛などの協力を要請することができる。

また、都道府県知事は、感染症法第 15 条に基づいて積極的疫学調査を行うこととされている。その目的は、個々の患者発生をもとにクラスターが発生していることを把握し、原則的には後方視的にその感染源を推定するとともに、前方視的に濃厚接触者の行動制限等により封じ込めを図ることである<sup>1</sup>。調査への協力を命じられてもなお拒否する患者には法第 81 条の規定により過料が科されうる。

公衆衛生倫理の主要な原則のひとつに、「侵害の最小化 (least infringement)」あるいは「強制的な手段の最小化 (least restrictive or coercive means)」がある。この原則は、新型インフルエンザ特別措置法第 5 条や感染症法第 22 条の 2 においても尊重され、国民の自由や権利を制限する措置は必要最小限のものでなければならないとされている。

「見解と考察」では、他者に感染させないことを主目的とした入院や宿泊療養について、「事実上そのような目的での入院はすでに行われておらず、影響は軽微であると考えられる」、「1 年間に 2,000 万人以上の感染が確認されている現在、キャパシティの限られるホテル療養は、社会の感染拡大の抑制という観点からは、隔離療養の寄与度は低くなっている」と述べられている。また、濃厚接触者の把握と保健行政による行動制限について、「事実上

<sup>1</sup> 国立感染症研究所。新型コロナウイルス感染症患者に対する積極的疫学調査実施要領（2021年1月8日版）[<https://www.niid.go.jp/niid/images/epi/corona/COVID19-02-210108.pdf>]

行われておらず、自主的な対策に移行しており、感染対策という観点からの影響は軽微である」とも述べられている。こうした評価は、これらの措置が実態としてすでに必要最小限のものではなくなっていることの証左でもあるといえる。

他方、他者に感染させないことを主目的とした入院や濃厚接触者の把握と管理に対する人々の見方には地域差が生じており、依然として他者に感染させないことを主目的とした入院や宿泊療養について住民からの要望が根強い地域もある。また、「濃厚接触者」という用語は人口に膾炙し、人々の間で「濃厚接触者」の認定やその行動管理をする慣行が一般化している状況にある。

他者に感染させないことを主目的とする措置が正当化されうるのは、その有効性が人々の自由の制限による不利益を上回ることが見込まれる場合に限られる。介入の有効性と基本的人権への制限のバランスが釣り合わない事態を容認することは、国として必要最小限度を超えた基本的人権の制限を容認した状態が持続することを意味する。また、強制力を伴った措置の対象とされ続けること自体が、患者や濃厚接触者に対する忌避や偏見、差別の一因となりうることに十分に留意する必要がある。

そのため、我々は、他者に感染させないための措置の対象から COVID-19 を外すことを国として速やかに宣言すべきであると考え。日本では過去に、らい予防法の改廃に途方もない年月を要した反省<sup>2</sup>、新型インフルエンザ（A/H1N1）対策において病原性等に応じた柔軟な対応が課題であったことの教訓<sup>3</sup>を活かす必要がある。また、SARS-CoV-2 の病原性が高まる事態や新たな感染症のパンデミックの到来に備え、まん延防止に対して迅速に人々の協力が得られる環境を整備する必要性も考慮すべきである。

ただし、旧伝染病予防法から感染症法への改正に伴って、法第 19 条に定められていた、入院を必要とする人への医療の保障を些かも疎かにすべきではない。他者に感染させないための措置の対象から COVID-19 を外すことは、医療を必要とする人々を幅広い医療機関で適切に診療できる体制の構築と安定にも寄与するものと考え。

### 3. 死に対する考え方と死者数の取扱い

今後とも基礎疾患を有する人々や高齢者施設等で暮らす人々、医療・ケア従事者のための感染対策や医療提供体制が強化され、死者数の抑制に努めることは必要である。また、死者数の予測値が示されることは、COVID-19 対策に取り組む人々にとって参考になるだろう。

しかしながら、今後、COVID-19 に対する措置を減らす過程において、国として許容できる、あるいは許容できない死者数の目標設定は回避すべきである。

---

<sup>2</sup> 「ハンセン病問題に関する検証会議 最終報告書」（2005 年 3 月）における「第十九 再発防止のための提言」の「三 科学的根拠に基づく健康政策改廃の阻害要因について」を参照のこと。  
[<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/kenkou/hansen/kanren/dl/4a30.pdf>]

<sup>3</sup> 「新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議 報告書」（2010 年 6 月）における「（2）提言」の「病原性等に応じた柔軟な対応」を参照のこと。[<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/dl/infu100610-00.pdf>]

そもそも統計上の数値として表れる死は、その家族や友人、あるいは死を看取った医療・介護関係者にとってはかけがえのない者の死である。政策立案者はそのことを心に銘記し、人々の気持ちに十分配慮した目標設定を行うことが求められる。

また、COVID-19 およびその対策の影響は、社会全般に長期にわたっており、死亡というアウトカムに限定したとしても、様々にトレードオフの状態が発生していることが推測されている。その状況を明確にすることも現状困難な中で、報告されている COVID-19 による死者数（この内訳は多義的であると思われる）のみを取り出して、許容できる、あるいは許容できない目標数として設定することは公平性の観点からも不適切である。

#### **4. 面会や付き添いに関する実態調査や指針策定の必要性**

2022 年 11 月 25 日の基本的対処方針の変更において、面会機会の確保を促す修正が行われ、「面会は患者や利用者、家族にとって重要なもの」と位置付けられたほか、特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者の入院について、「可能な限り支援者の付添いを受け入れることについて、対応を検討すること」と記載されている。

特に、COVID-19 に脆弱とされている障害児者や高齢者は、専門職者に限定されない人との接触によるケアが不可欠であり、それらへの制限がもたらす影響は看過できない。面会や付き添いを含む様々な活動が速やかに再開・定着できるよう、実態調査の実施や指針の策定も含めて、国や都道府県が連携して尽力されることを希望する。

#### **5. 新たな健康習慣の明確な啓発と人々の受け止めの継続的な把握**

感染症法第 4 条では、国民の責務として、国民が感染症に関する正しい知識を持ち、その予防に注意を払うよう努めるとともに、感染症の患者等の人権が損なわれないようにしなければならないと規定されている。ただ、この努力義務の規定については、こうした行動や判断が可能となる「知識」に関する適切な支援・環境整備が必要であること、「予防に注意を払う」ことができていないとみなされた個人の責任を過度に追求する風潮を生み出すものとなってはならないことに留意する必要がある。

そのため、COVID-19 対策の初期から実践が推奨された様々な行動（「新しい生活様式の実践例」や「感染リスクが高まる 5 つの場面」等）のうち、今後、人々が主体的に実践できる健康習慣として推奨できる行動を専門家が取捨選択したうえで、国や都道府県が明確に啓発を行う必要がある。特に、最大限の措置を選択せざるを得なかった時期に導入され、人々に普及した様々な行動を、今後の人々の行動規範として根付かせることがないよう、注意を払う必要がある。

その際、人々の間で根付いてきた、現時点で有効とは言い難い対策（事業者による個人情報収集等を含む）や、過度に慎重な陽性者や濃厚接触者の取扱い慣行、様々なローカルルールの存在やその影響について、国や都道府県としても関心を払うべきである。これらは、日本において対策を人々の協力要請に頼ってきたことの副作用とも言えるのではないだろう

うか。国や都道府県において、実態を把握しながら、とりやめるべき事項を明確に宣言する必要がある。

こうしたプロセスへの移行においては、継続的なリスクコミュニケーション<sup>4</sup>を行うことが望ましい。すなわち、国や都道府県、事業者団体等において人々の慣行の実態を把握しながら、時宜に応じた戦略的なリスク情報の発信と人々の受け止め方や要望の確認を継続し、必要に応じてリスク管理のあり方を調整する手続きの整備が不可欠である。

## 6. 新たな健康習慣に取り組みやすい環境整備

感染症対策には人々の協力によって支えられる面があるが、上記「5」の努力義務の規定をめぐる検討にもあるように、新たな健康習慣を人々に啓発するにあたり、対策の実施を個人の責任のみに帰す事態に陥らないように留意すべきである。

そのため、国や都道府県においては、社会的経済的に脆弱な立場に置かれた人々に最大限の配慮をしたうえで（このためには、脆弱な立場に置かれた人々とのリスクコミュニケーションなども有効であろう）、人々が健康習慣に取り組みやすい環境整備（ワクチン接種や廉価な検査キットの入手など）、体調不良の際に休みやすく復帰しやすい環境整備（病気休暇制度導入の普及啓発など）に尽力すべきである。

## 7. パンデミックにおける公衆衛生倫理の観点からの助言

武藤が参加していた WHO Working Group on Ethics and COVID-19 では、どの国においても政策立案過程において適時的確な倫理的な助言をするアプローチが機能しなかったことが度々議論されてきた。我が国においても例外ではなく、様々な場面で順位付けをめぐる議論の必要性が表面化した<sup>5</sup>、倫理的ジレンマを公の場で集中的に議論する機会は乏しく、政策決定過程において可視化されずに雲散霧消していった。

WHO で倫理面の議論を主導してきた、公衆衛生倫理の専門家である Upshur や Emanuel らは、政策立案者は複数の倫理学者からなるチームにも、首尾一貫した倫理的対応について支援を求めるべきであり、アウトブレイクから一連のプロセスにおいて生じうる倫理的課題を予期し、政策立案者が緊急事態への対応に関連する倫理的配慮を確実に行うためのチェックリストが用意されるべきだと指摘している。

これを実現するために、国や都道府県の対策部門において、公衆衛生倫理の訓練を受けた

---

<sup>4</sup> リスクコミュニケーションの定義としては、リスクのより適切なマネジメントのために、社会の各層が対話・共考・協働を通じて、多様な情報及び見方の共有を図る活動のこと（文部科学省安全・安心科学技術及び社会連携委員会（2014）『リスクコミュニケーションの推進方策』、リアルタイムでの情報や助言、意見の交換を専門家や行政と様々なリスク（ハザード）の脅威に直面する人々の間で行うこと（WHO（2018）. Communicating risk in public health emergencies: A WHO guideline for emergency risk communication（ERC））等が挙げられる。

<sup>5</sup> 例えば、即応病床不足時における入院調整の優先順位決定、集中治療提供の制限が発生した場合の優先順位決定、一般医療の制限の正当化など、採用すべき倫理的原則や価値判断が困難な局面において、国として考え方や検討すべきプロセスを示さず、倫理的ジレンマの解消を地方公共団体や医療機関の判断に委ねたことが挙げられる。

複数の専門家からなるチームに、定期的にシナリオの立案と助言に平時から参加できる体制の整備を検討して頂きたい。このような体制と手続きの試行を通じた整備は、リスクコミュニケーションにおいても同様に求められる。

#### 【参考文献】

- Ezekiel J. Emanuel, M.D., Ph.D., Ross E.G. Upshur, M.D., and Maxwell J. Smith, Ph.D. What Covid Has Taught the World about Ethics. *New England Journal of Medicine* 2022; 387:1542-1545.
- 井上悠輔. 感染症予防と「国民の責務」規定. 年報医事法学第 36 号, 65-73 頁, 2021 年.
- 大北全俊. 自粛と行動変容-日本での行動制限について考える. 『「コロナ」がもたらした倫理的ジレンマ』(共編著) 所収, 3-13 頁, 日本看護協会出版会, 2022 年.
- 大北全俊. 新型コロナウイルス感染症-行動変容というリスク・マネジメントと責任. 『新型コロナウイルス感染症と人類学』所収, 85-109 頁, 水声社, 2021 年.
- 児玉 聡. 『COVID-19 の倫理学』, ナカニシヤ出版, 2022 年.
- 新型コロナウイルス感染症対策分科会 偏見・差別とプライバシーに関するワーキンググループ. これまでの議論のとりまとめ. 2020 年.
- 永井亜貴子, 李 怡然, 藤澤空見子, 武藤香織. 地方自治体における COVID-19 感染者に関する情報公表の実態: 2020 年 1 月~8 月の公表内容の分析. *日本公衆衛生雑誌* 第 69 巻第 7 号, 554-567 頁, 2022 年.
- 武藤香織. COVID-19 に関する差別的言動の防止に関する取組を振り返って. *医療と社会* 第 32 巻第 1 号, 83-92 頁, 2022 年.

【謝辞】 本提言は、以下の研究事業の成果の一部である。

- 「新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の倫理的法的社会的課題 (ELSI) に関する研究」(令和 3 年度新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業 研究代表者: 東京大学・武藤香織)
- 「パンデミックの ELSI アーカイブ化による感染症にレジリエントな社会構築」(RISTEX・戦略的創造研究推進事業 研究代表者: 京都大学・児玉聡)
- 「現代メディア空間における ELSI 構築と専門知の介入」(RISTEX・戦略的創造研究推進事業 研究代表者: 早稲田大学・田中幹人)

以上

## 新型コロナウイルス感染症対策に関する見解と

### 感染症法上の位置付けに関する影響の考察

令和5年1月11日

齋藤智也、中島一敏、前田秀雄、今村顕史、阿南英明、太田圭洋、岡部信彦、押谷仁、舘田一博、釜菴敏、高山義浩、小坂健、古瀬祐気、脇田隆字、尾身茂

I. はじめに.....	1
II. 本疾患の特徴について.....	2
III. 疾患の特徴に合わせた当面の対応策.....	3
IV. COVID-19の感染症上の類型が変更された際の影響に関する考察.....	4
V. おわりに.....	8

#### I. 【はじめに】

これまで3年間にわたり新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応において、市民、保健医療関係者、国・自治体など社会全体の努力の結果、人口100万人あたりのCOVID-19による死亡者数は諸外国と比べ比較的強く抑えられた。しかし、さまざまな感染対策とそれに伴う社会活動の制限が約3年にもわたって続いたため、社会・経済・生活・教育などへの副次的な負の影響も明らかになってきた。

病原性が低下したSARS-CoV-2 オミクロン株の出現やワクチン接種の進展により、感染者が重症化あるいは死亡する割合は徐々に低下してきている。

しかし、オミクロン株になってウイルスの伝播力はむしろ強くなっており、感染者の数が増えたため、死亡者数については極めて多くなってきている。現在、流行は一年を通して繰り返しており、今後の流行サイクルも予測が困難で、本疾患が季節性インフルエンザ等のような流行性疾患と同様な対応が可能な疾患になるには、もうしばらく時間がかかると考えられる。

このような状況では、適切な医療の提供を継続できないほどの感染者数の急増や高いピークを避けることが求められる。

適切な医療の提供体制を維持しつつ、社会・経済・教育等の活動を回復させるために最も合理的な方法は、本疾患の特徴に合わせ、かつ、リスクに応じた対応策をとることである。

本見解は、本疾患の特徴について現在の概況を示し、現在流行するオミクロン株

の特徴に合わせて当面実施すべき対応策に関する見解を示す。加えて、現行の感染症法上の位置付けを変更するとした場合に考えられる影響を考察する。本見解が、国や社会が COVID-19 の感染症法上の位置付けの議論をするうえで参考になれば幸甚である。

## II. 【本疾患の特徴について】

### 1. 重症化率について

オミクロン株が流行の主体となったこと、多くの人々がワクチンあるいは自然感染による免疫を獲得したこと等により、発生当初に比べて重症化率は低下している。

### 2. 伝播性について

オミクロン株の出現以降、ワクチン接種や自然感染による免疫の獲得もあり重症化率は低下しているが、SARS-CoV-2 の伝播力は季節性インフルエンザウイルスよりもはるかに高く、その亜系統の出現により、現在も伝播性が上昇し続けている。

### 3. 死亡者数および超過死亡について

社会活動が再開され、接触の機会が増えたこともあり、感染者が増加し、それに応じて死亡者数も増加してきている。

厳密な比較は困難であるが、我が国の死亡統計によれば、COVID-19 パンデミック以前のインフルエンザによる死亡者数は年間 3,000 人程度であるが、発生届に基づく COVID-19 の死亡者数は 2022 年ですでに 36,000 人以上に達する。

また、2021 年以降、日本でも季節性インフルエンザが流行した年よりも多くの超過死亡が確認されている。特に 2022 年には多くの超過死亡が見られている。なお、諸外国でもオミクロン株に移行してからも超過死亡は報告されている。

### 4. 一般医療への影響

COVID-19 感染者数の増大は、非 COVID-19 疾患に対する迅速な救急搬送も含め、一般医療にも影響が出ている。

### 5. 予測可能性について

インフルエンザの流行は季節性があり、予測範囲内の規模におさまることが期待される。しかし、COVID-19 は季節を問わず流行が起きており、流行の時期や規模を予測することは困難である。今後は、病原性、伝播性、免疫逃避性の増加のある



新たな変異株の出現の可能性もある。

## 6. 我が国における免疫状況について

ワクチン接種や自然感染による免疫も時間とともに減弱されることが示されており、免疫を回避する変異株も出現してきている。イングランドでの献血者での検討では、80%以上の人がすでに感染を経験したことが示されているが、流行はいまだに発生している。ちなみに日本の献血者の検討では感染を経験した人の割合はイングランドの約 1/3 とみられる。ワクチン接種率も世界的にみれば高い水準にあるが、接種回数が増えるにしたがって低下してきている。

## 7. 治療薬について

複数の治療薬については一定程度普及しており、一部の経口薬は市場流通している。しかし、医療機関における抗ウイルス薬の投与にあたっては、併用禁忌薬の確認や同意書の取得など、煩雑な手続きを要するものも多く、簡便に投与できる状況とはなっていない。

## III. 本疾患の特徴に合わせた当面の対応策

社会・経済・教育等の活動を回復させていくためには、本疾患の特徴に合わせたリスクに応じた対応策を取ることが必要である。重症化率は低くても、極めて高い伝播性を有するオミクロン株では、感染者数の急増や高いピークによって適切な医療の提供を継続できなくなる恐れがあり、これを避けなければならない。そのため、感染症法上類型を見直したとしても、市民、医療機関・高齢者施設、政府・自治体は、オミクロン株のリスクに見合った対応策の継続が求められる。

当面の具体的な対応策を考える上では、以下の5つのポイントを考慮する必要がある。

- ① COVID-19 か否かに関わらず、重症者や死亡リスクの高い高齢者、基礎疾患のある患者への必要な医療・ケア・生活支援を提供することを最優先すること。
- ② 感染者は、自身の健康状態に注意を払い、他者へ感染させない行動をとること。
- ③ 感染リスクの高い機会があった人は、感染の可能性を考慮し、自身の健康状態に注意を払い、他者へ感染させない行動をとること。
- ④ 市民は、流行状況と場面に応じた感染対策行動をとること。
- ⑤ 病原性が高まる新たな変異株の出現や感染者の激増などにより医療に深刻な影響が生じる恐れがある場合には、接触機会を減少させる対策が必要になること

もありえること。

これらのポイントに留意しつつ、感染症法上の類型に関わらず、求められる感染対策と医療対策を、市民、医療機関と高齢者施設等、国と地方自治体に分けて表に整理した。(別添参照)

## IV. [ COVID-19 の感染症法上等の類型が変更された際の影響に関する考察 ]

COVID-19 の感染症法上の類型が変更された際の影響について、以下の5点を考察する。

1. 感染症法に基づく入院措置がなくなることによる影響
2. 感染症法に基づく感染者の自宅・ホテル待機がなくなることによる影響
3. 感染症法に基づく接触者に対する措置がなくなることによる影響
4. 特措法の対象とならなくなることによる影響
5. 新型コロナワクチンの接種に与える影響

### 1. 感染症法に基づく入院措置がなくなることによる影響

- 入院措置がなくなる。
  - 他者に感染させないことを目的とした入院はなされなくなる。
  - 一方、事実上そのような目的での入院はすでに行われておらず、影響は軽微であると考えられる。
- 新型コロナ対応として病床確保や入院調整を行政が行ってきたが、法に基づく入院勧告が無くなることに伴い、当該措置がなくなる可能性がある。
  - 基本的には、病診・病病連携により実施されることになるが、入院医療を必要とする陽性者が増加した場合の迅速な医療調整や広域での調整の難しさは特に懸念される。
  - 必要な入院治療を確保するためには、医療体制の再構築・見直しが求められる。
  - 高齢者施設入所者の入院調整は、配置医や連携医の業務となるが、対応力には限界があり、調整が困難になると救急搬送の要請が増加することが想定される。

- 一方、行政・医療機関等により作成される医療計画に基づき、COVID-19に限らず医療需要に応じた調整が図られることになる。
- また、病診連携がすでに進んでいる地域もある。
- 治療費の公費負担の法的根拠がなくなる。
  - 自己負担が発生することにより、感染者が検査や受診を受けない・受けられない可能性がある。
  - 高額療養費制度により、所得に応じて負担額には上限があるものの、高額な抗ウイルス薬の服薬をはじめ、診療を受けない・受けられない可能性がある。
  - 一方、公費負担があるために過剰な受診・治療を誘発しているとの意見もあり、公費負担がなくなることによりこれらが抑制される可能性がある。

## 2. 感染症法に基づく感染者の自宅・ホテル待機がなくなることによる

### 影響

- 法に基づいて自宅、ホテル待機による行動制限が行われなくなる。
  - 「感染者が一定期間自宅待機すべきこと」の社会的認識と実効性が失われる可能性がある。
  - 重症化リスクの高い人に接触する業務に従事する方にとって、有給を適用した欠勤の取得が難しくなり、クラスターが発生する恐れがある。
  - 一方、マスク着用等の行為は広く認知されてきており、他者への感染リスクを下げた行動することも可能である。
  - また、多くの診断されていない感染者も存在する中で、法に基づく行動制限は理解を得られていない。
- 自宅外にホテル等の待機する場所が確保されなくなる。
  - クラスターの多発する学校などに属する小児を起点として、家族などを介した重症化リスクの高い高齢者への感染が発生する可能性がある。
  - 一方、1年間に2,000万人以上の感染が確認されている現在、キャパシティの限られるホテル療養は、社会の感染拡大の抑制という観点からは、隔離療養の寄与度は低くなっていると考えられる。
  - インバウンドを含め旅行者が感染者となった場合の対応において、療養場所の確保などに困難が生じうる。
- 自宅やホテルでの待機においては、急激な病状悪化時の早期医療対応が可能な体制が行政によって提供されてきたが、当該措置がなくなる可能性がある。
  - 行政が健康観察を行う法的な根拠がなくなり、かかりつけ医による対応が

基本となり、診療所の業務が増加することが想定される。

- ▶ きめ細やかな対応が行われなくなり、重症者・死者が増加する懸念がある。
- ▶ 一方、デルタ株の流行時とは異なり、ウイルス性肺炎により病状が急激に悪化する事例は減少している。
- ホテル療養に準じて確保してきた医療型ホテル療養、宿泊可能な酸素ステーション、高齢者療養施設等が維持できない可能性がある。
  - ▶ 入院病床を補完する機能が失われ、高齢者対応の宿泊療養施設等が一律に廃止されれば入院病床ひっ迫につながる自治体が出てくる可能性もある。
  - ▶ 一方、すでにその需要が失われている施設種別もある。

### 3. 感染症法に基づく濃厚接触者に対する措置がなくなることによる影響

- 濃厚接触者に対して感染拡大防止のための法に基づいた行動制限が行われなくなる。
  - ▶ 濃厚接触者の待機を、法に基づかず社会規範として呼びかけるだけでは、感染拡大予防の実効性が低下する可能性がある。
  - ▶ 重症化リスクの高い人に接触する業務に従事する濃厚接触者は、行動制限があることにより、有給で欠勤することが出来るが、措置がなくなれば勤務を回避できなくなり、感染しているリスクのある状態で勤務を行うことになるおそれがある。特に、高齢者施設や医療機関ではクラスター発生のリスクが高まる。これらの施設においては、医療安全の視点からも、今後も感染状況に応じた取り組みが求められる。
  - ▶ 一方、濃厚接触者の同定と行政による行動制限は事実上行われておらず、自主的な対策に移行しており、感染対策という観点からの影響は軽微である。
  - ▶ また、感染レベルが上昇する状況においても、BCPの観点からの事業体ごとの主体的な感染対策により対応が可能であるという意見もある。

### 4. 特措法の対象とならなくなることによる影響

- 特措法に基づき都道府県知事が行っていた感染対策実施に関する呼びかけの法的根拠が失われる。
  - ▶ 「新型コロナは終わった」とみなされ、注意が必要な疾患ではないと考

- え、市民の中で感染対策が行われなくなる可能性がある。
- 一方、現状では、法的位置付けを問わず、感染対策を続ける人は多いと考えられ、影響は軽微であるかもしれない。
  - 対策本部が廃止される。
    - 行政内で医療・保健部門以外の協力が得られにくくなる可能性がある。
    - 感染・伝播性や病原性が著しく増加した新規変異株が再び発生し、特措法上の措置が必要になった場合に、迅速に措置が発動できない可能性がある。
    - 一方、いったん本部は廃止されても、必要となれば速やかに再稼働する準備体制を維持していれば問題にはならないかもしれない。
  - 臨時の医療施設の設置根拠がなくなる。
    - 医療の受入れ能力が減少するおそれがある。
    - 一方、都道府県の現在の活用状況によって異なる可能性がある。
  - 特措法に関するその他の懸念
    - 感染拡大時における国民や事業者に対する経済的支援策は実施されなくなる。
    - 無症状者に対する無料検査が縮小廃止される。
      - ◇ 無症状者に対する無料検査は、感染拡大時における不安解消及び陽性者早期発見の役割を果たしており、全面的廃止により感染拡大時での外来医療機関の負担増等につながる恐れがある。
      - ◇ 一方で、無症状での過剰な受診を回避する啓発と抗原検査キットによるセルフチェックやオンライン診療の活用により、単に検査目的での受診を回避できるという考え方もある。

## 5. 新型コロナワクチンの接種に与える影響

- ワクチンに関する諸対策が縮小される可能性がある。
  - まん延予防上の緊急の必要性に基づく特例臨時接種が行われなくなる可能性がある。自己負担が発生すれば、接種意欲が減退し、接種率が低下する可能性がある。
  - 都道府県知事の接種促進に向けたリーダーシップが発揮しにくくなり、また、仮に財政的支援が縮小された場合、基礎自治体・医療機関による接種機会確保の取り組みが後退する可能性がある。
  - 今後のワクチン接種のあり方については、別途厚生科学審議会において議論することとされている。

## V. おわりに

COVID-19の流行は、従来感染症法や新型インフルエンザ等特別措置法で想定されていた状況とは異なっている。その社会的インパクトと今後の流行の不確実性のリスクを踏まえた対策が必要である。特に、COVID-19の有無に関わらず適正な医療を提供し続けることが今後も重要課題である。

一方、ワクチン接種が進み、感染対策が市民に浸透する中、社会的な制限はリスクに見合った最小限のものとして、社会・教育・経済等の活動を回復させていくことが求められている。

そのためには、感染症法上の類型の位置付けに関わらず、以下の事項が必要であると考えられる。

- COVID-19の発生状況やリスクについて、状況を共有し、リスクと対策について、市民が納得感を得られる施策を行うこと。
- 感染者・感染リスクの高い機会があった人が他人にうつさない行動が重要であり、その規範を何らかの形で維持し、そのための行動を促していくことが必要であること。
- 医療機関の診療体制を確保し、逼迫時の調整機能を何らかの形で維持すること、そのために感染対策に必要な財政措置が行われること。
- 流行状況の変化に応じ必要な予防接種が実施できる体制を確保すること。
- 新型コロナ治療薬などの公費支援が終了することで、他の疾患と比較したときに市民に過剰な費用負担とならないような治療の安定的提供を行うこと。
- 効果的な変異株のモニタリング体制や、サーベイランス方法の変更に伴う感染者数の推計などを構築すること。
- 新たな変異株の出現等により医療に深刻な影響が生じるおそれがある場合には接触機会を減少させる対策を考慮すること。

今後の法的位置付けや対策については、見通しを示しつつ、本見解に示した対応案を実施するための必要な準備をすすめながら段階的に移行していくことが求められる。

別添 表（法的位置付けに関わらず）今後行うべき感染対策と医療対策

<p><b>感染対策</b></p>	<p><b>1. 市民</b></p> <p>&lt;有症状者・感染者&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・有症状時のセルフチェックOTC等を活用と陽性時の他者につぎな行動</li> <li>例：マスク着用、人と会う外出を控える（期間等はリスクに応じて適宜見直し）</li> </ul> <p>&lt;感染リスクの高い機会があった人&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自身の健康状態に注意し、仮に感染していた場合に他者へ感染させない行動をとる</li> <li>例：マスク着用、人と会う外出を控える（期間等はリスクに応じて適宜見直し）</li> </ul> <p>&lt;一般市民&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・流行状況と場面に応じ、十分な換気を含めた感染予防対策</li> <li>例：流行期に会食等を控える、高齢者施設でのマスク着用</li> </ul> <p>&lt;ワクチン接種&gt;</p> <p>特に高齢者・ハイリスク者は3回以上の接種</p>	<p><b>2. 医療機関・高齢者施設等</b></p> <p>&lt;外来・診療所・病院&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高い伝播性を考慮した感染対策の継続（換気、ソニーング、PPEの段階的見直しを考慮）</li> </ul> <p>&lt;高齢者施設等&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・十分な換気を含めた通常時の感染予防の継続（換気、感染対策、ワクチン、定期検査等）</li> <li>・発生時の自治体・医療機関との連携による早期対応</li> <li>・拡大時の運営継続に向けての支援</li> </ul> <p>&lt;ワクチン接種&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・より多くの医師・医療機関の協力</li> <li>・通常の接種体制への移行</li> </ul>	<p><b>3. 国・自治体</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・（変異株の動向を含め）複数のサーベイランスの組み合わせによる流行状況の把握・分析</li> <li>・感染状況・臨床情報などの情報共有と周知</li> <li>・市民や事業者へ感染対策の指針を示す</li> <li>・無症状者に対する無料検査の精査・重点化</li> <li>・ウイルスの変異等により大幅に感染者が増加し医療が逼迫するような事態になった際に素早く措置を実施できる準備体制の維持</li> </ul> <p>&lt;ワクチン&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・費用補助を含む接種率向上のための各種支援</li> <li>・接種体制の整備</li> </ul>
<p><b>医療体制 適切な医療を 提供する</b></p>	<p>企業・職場</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・安全配慮義務の観点から労働者の感染対策を行う</li> <li>・感染拡大においても事業継続できるようにする</li> <li>・事業において感染リスクが高い場面では感染対策を行う</li> </ul> <p>学校・保育所・課外活動等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・適切な感染予防対策への見直し（頻回なアルコール清拭、マスク着用の場など）</li> <li>・発生時対応の見直し</li> </ul> <p>・症状に応じた受診。検査のみを目的とした受診の回避</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重症化リスクが低い人は基本的に自宅療養</li> <li>・自己検査の積極的な実施</li> <li>・自宅療養中に病状が悪化した際の早期の相談</li> <li>・検査キットや解熱剤等の備蓄</li> <li>・オンライン診療の利用</li> </ul>	<p>&lt;診療能力の維持拡大&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病診連携/病病連携・地域連携の強化</li> <li>・診療医療機関のさらなる参入/かかりつけ医による診療推進</li> <li>・感染拡大時に対応できる病床の確保</li> <li>・コロナ診療の通常医療への段階的組み込み（新型コロナウイルスに感染した場合の併存疾患や合併症診療の受け入れ拡大等）</li> <li>・オンライン診療のさらなる活用</li> <li>・罹患後症状への対応</li> </ul> <p>&lt;高齢者対応の継続・強化&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設連携医の積極的な参画</li> <li>・必要な治療薬の投与等</li> <li>・施設職員への教育</li> <li>・入院中の機能維持（リハビリ等）</li> </ul>	<p>医療機関の責務の整理</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院調整の後方支援</li> <li>・高額な医療費の補助</li> <li>・治療薬へのアクセスの向上および治療法の開発（罹患後合併症リスクの上昇、罹患後症状を含む）</li> </ul> <p>&lt;診療能力の維持拡大&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院（入院・外来）、診療所、在宅医療の連携強化</li> <li>・診療医療機関のさらなる拡大へ向けた支援</li> <li>・病床確保のための支援と強い指導</li> <li>・オンライン診療体制のさらなる活用</li> <li>・罹患後症状の診療体制強化</li> <li>・訪問看護師・介護従事者・ケアマネジャー等の教育や支援</li> <li>・高齢者施設からの相談体制整備（保健所・福祉部門の連携）</li> <li>・リハビリ等の回復支援体制</li> </ul> <p>&lt;感染拡大リスクへの対策&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・救急搬送困難事例の推移把握</li> <li>・介護施設クラスター発生時対応の支援</li> <li>・コロナの有無に関わらず、入院負荷増大時の入院調整機能の確認</li> </ul>

## 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけに関してアドバイザリーボードにおいて出された意見

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの見直しに関して、令和4年11月30日、12月7日、12月14日、12月21日、12月28日のアドバイザリーボードにおいて参加者から出された意見は以下のとおり。

※12月28日配布版から、P4、P13部分に追記

### (1) 考慮要素全般について

- ・感染症法で今縛っている内容と、執行目的に着目すべき。もとはまん延対策、押さえ込みのために入院勧告や行動制限を行っていた。リスクを押さえ込む目的で作られているため、今、行政権の執行の正当性にギャップが生じている。抑えこみがされていない今、行政に権限の主体を持たせるのではなく、医療に主体性を持たせて受け皿を拡げるのもひとつの考えだと思う。
- ・医療費負担の問題や院内感染対策に加え、コロナの特殊性や将来の不確実性を鑑み、今後どうやってモニタリングしていくのかがクリアになれば、今の感染症法の位置づけに縛られなくても対応可能な部分があるのではないか。
- ・感染拡大の抑制と医療提供体制の確保との2本柱でこの3年間向き合ってきたが、社会経済活動の維持という観点からオミクロン株以降は医療提供体制の確保がメインとなっている。この医療の確保が重症度、疾病としての対応状況という意味では、非常に矛盾した状況。裾野を広げないとオミクロン株以降の感染規模に対応できないという状況でありながら、これ以上の医療機関のキャパシティーを広げるということについて大変な壁に当たっているという状況が続いている。
- ・2類相当の感染対策を求めるということがオール医療体制あるいは医療アクセス確保の障壁になっている可能性があるのではないか。その一方で、どの医療機関でも対応を行うという医療キャパシティーの広がりを目指さなければ現在の特定の医療機関への負荷が生じ続けるおそれがある。
- ・医療のキャパシティーを最大限に確保するという観点から、感染管理や治療について、今の新型コロナ対応から少しレ



ベルを下げた対応にできるということのエビデンスと方針を明確化していき、見直しに当たっては丁寧に周知徹底を行うことが必要。

- ・パンデミックのトンネルを抜ける過程で、これまでの施策は一部残しつつ、経過を見ながら段階的に落としていくべき。類型について考えるときには、2パターンある。5類になることを明確にして、段階的に落としていくとともに、残す・なくす施策を明らかにしていく方法と、感染症法上5類にしたうえで、マイナス面が起きないように資金や運用面のサポートをしていく方法。2番目で行くと、本来の5類運用に施策を追加することになるため、新たな法整備が必要ではないか。

- ・感染症法上の位置づけについて、致死率など様々な問題があるにもかかわらず、感染症の疫学を十分整理しないまま、様々な議論がされている。
- ・国内では新型コロナと季節性インフルの評価を致死率・重症化率など、疾患の重症度だけを見て議論されているが、WHOはリスク評価にあたっては、伝播性や感染性、医療や社会への影響など、さまざまなインパクトと呼ばれるものを総合して判断すべきであり、疾患の重症度だけでは不十分であるとしている。
- ・季節性インフルと新型コロナでは、データの取り方が違うため、直接比較することは困難。

- ・コロナとインフルは比較対象にはならない。社会への影響を評価する意味では比較もやむを得ない面があるが、インフルと同じような経過を必ずしもたどるわけではないことを国民にしっかり伝える必要がある。インフルエンザと同等というような捉え方は誤解を招くため、注意して発言すべき。
- ・類型見直しについては、出来るだけ慎重に検討してから判断すべき。現在の運用で不都合が生じているのはどこかを洗い出し、そこを改善するために何をやるのか考えるべき。

- ・世の中の論調が類型見直しになっているが、今一度、コロナの特性を踏まえた対策に関する議論を行い、それに即して類型を見直すべき。5類にしたから解決するわけではない。

- ・現状認識として、重症度や入院・致死率等も下がってきており、季節性インフルと同程度の脅威と考える。既に県民の約6人に1人が感染しており、誰もが感染する状況であり、マインドも平時に近づいてきていることから、新型コロナの法律上の位置付けを「2類相当」から「5類相当」に早急に見直すことを強く要望する。

- ・感染症法は、感染者と濃厚接触者に行動制限をかける法律。特措法は、それ以外の方も対象となる法律。こういった制限をかけること、行政が権限を持つことが必要な措置なのかを議論するという視点を持つべき。法に基づき行動制限措置をかけることが正当化される状況にあるのか、実態に即して議論するべき。
  - ・法の位置づけに伴うやり方が、今の状況に合っているとは限らない。リスクを最大限削減するためにやるべきことは何か、本当に今やるべきことを精査した上で、法律上の位置づけと運用を議論するべき。
- 
- ・我が国の自然感染による抗体保有率は低く、今後も流行を繰り返す。性急な措置の縮小は医療現場の混乱、負荷増大を招く。命と健康、医療を守るため、必要なサービスと公費負担は当面継続し、段階的に縮小すべき。
  - ・感染拡大時でも必要不可欠な保健医療サービスを継続するため、特定財源による、確実かつ十分な国の財政措置が必要。
  - ・小児・周産期医療、休日夜間救急、高齢者施設・障害者施設等におけるコロナ対策の知見を、医療政策や地域包括ケアシステム推進に落とし込み、診療報酬での評価や補助事業として残す必要がある。
- 
- ・純粹に感染症法や医学・医療の話ではなく、コロナは社会経済活動に制限をかける疾病であるため、行動を活性化させ、特措法による措置をなくしたいがために、5類にすべき等という意見があるように感じる。見直しについては、医学・医療の問題と捉えて議論すべき。社会経済活動など含めた、特措法適用の問題については、コロナ分科会など別の場で議論すればよい。
  - ・もし5類となると、今現在ある病床確保支援や診療検査機関への診療報酬加算、ワクチン負担など、全ての制度が外れてしまうのか。5類になってもこうしたものは別途可能だと思いつつ議論をしたらよいのか、5類になった場合、法令どおりに各措置がなくなる、医療機関に対する様々な補助、診療報酬の増額等もなくなる前提で議論するかで、議論の方向性が大きく変わってくる。
- 
- ・類型見直しの議論については、大臣のご発言などから国として慎重に対応する方針が感じられ安心したが、早く見直して社会経済を回していこうという意見や、取り扱いが楽にならないと医療を提供できないという医療現場からの意見もある。それらの問題を俎上に載せて合意形成をしていく必要がある。
  - ・2類・5類の二者択一ではなく、コロナに合った類型でないと将来的に齟齬を来すだろうし、単純に5類にすればいいわけではない。

- ・現状、この病気の状況に照らしたときに、本当に今私権制限をしてもよいほど妥当で有効な介入なのかを考えることが必要。
- ・感染初期のインパクトが強烈だったため、今まで漫然と続けていたり、念のためでやり続けていて、無駄なことをやめるタイミングを逸してしまっている状況もある。メリハリをつけて、続けるものとやめるものをはっきりした方がよいのではないか。
- ・私権制限を行うに当たっては、その結果として患者や社会全体の感染対策を行う責任を持つということの一对だと考えており、実務を行っている側としては、端的に行動を抑制するといった観点だけでは捉えていない。
- ・入院の調整について、保健所の権限がなくなり、これへの対応がなくなることについては、現在のように感染が拡大している時期においては非常に厳しい状況が発生するのではないか。これが類型が変わった場合の一番の懸念点と考える。
- ・官と民という関係の中で、これまでは官の力で民をうまく調整したり管理をしていくという対応が主だったが、今後は民が自立して、民間の問題にしたり、そこをいかに官の方で支援するか、といった大きな形の転換ができるかが重要。
- ・類型の議論については、病原性・感染力などを専門家の立場から ADB で議論することが求められていると理解している。どこまで ADB で議論されるのか。政治の判断もあるかもしれないが、ほかの場でも議論されるのか。議論の場の道筋を示していただきたい。
- ・類型見直しは本来審議会マターではないか。その前に ADB からの評価をとということであれば取り組むことも必要だと理解している。
- ・ADB として意見は言うべきと思うが、本来は感染症部会での議論ではないか。ここで話すべき内容かどうかは、今のうちに明確にしておいた方がよいのではないか。

## (2) 病原性（重篤性）について

- ・重症度に関して、心血管系の問題を考える必要がある。ICU に入りレスピレーターや ECMO を使うなどといった、従来の重症度では測れなくなっている。
- ・多くの超過死亡が日本でも生じており、その原因も少しずつ分かってきている。搬送困難事例も世界各国で起きている

が、コロナに病床を割いていることのみならず、コロナの病態や、心血管系の影響もある。

- ・医療負荷は、コロナ感染による呼吸器系の重症化のみならず、様々な要因で起きていることが、国際的に議論されている。この問題をどう考えるか、根本的な議論が必要。
- ・特措法の要件がコロナに合わなくなっている。特措法には「急速にまん延して国民の生活に重大な影響を及ぼす」とあり、感染した場合に季節性インフルと比べてどれだけ重症度が高いかなどが書いてある。季節性インフルと新型インフルとを比較する基準として、また、いずれ季節性への移行を前提に作られたものであるが、コロナはまだそのようには移行していない。
- ・ウイルスの病態は変化している。コロナは今年だけで3回流行しており、季節性の感染症ではない。コロナはこれまで想定されていた感染症とは大きく異なり、今の特措法の要件の中では読み取れない。

- ・病原性と感染力が分かると、リスクアセスメント上では、人口的なインパクトが分かる。現状のような、流行対策を伴わない一方、個別に治療・予防が行われている状況下での被害想定は計算できる。
- ・今後一年間あたり、あるいはエンデミック化のプロセスの中で、どの程度死亡者が見込まれるかが一番の争点になる。現時点の被害想定を計算できるチャンスではないだろうか。

- ・コロナはやっかいな病気であるが、国民はそのように理解していないと思う。特に感染後に心血管系を含めて様々なことが身体に残る。罹患後症状をしっかりと把握できるような取組が厚労科研などで必要。医療機関は、罹患後の症状を経験しており、その知見を集められる仕組みがないだろうか。
- ・抗体価については、身近なところで、ワクチンを接種し、コロナに罹患し、症状も強かったため N 抗体が続くと思ったら、罹患後検出できなくなったケースもあり、よく見ていく必要がある。

- ・新型コロナの抗体保有率実態調査の結果、速報では、全体の 26.5%がN抗体陽性、つまり既感染者。都道府県別では大阪府が40%以上、沖縄県が50%近くと、非常に高い陽性率。一方、新潟県、長野県といった中部・北陸地方で相対的に低い傾向が見られる。年齢層の違いも影響している可能性があり、解釈には注意が必要。
- ・年代別では16～19歳では陽性率が4割近くに及び、年齢が上がるとともに右肩下がり。60歳以上では2割を切っている。ワクチンは接種しプロテクトはされているはずだが、既感染者の割合はほかの国々に比べれば非常に低いことから、

高齢者については引き続き注意しておく必要がある。

・大阪府の状況としては、重症化率及び死亡率は6波以降低下している。第1波から7波までの年代別重症化率の推移では、特に6波以降、大きく重症化率が下がっている。また、死亡率は、第4波では非常にアルファ株で死亡率が厳しかったが、その後、6波、7波と死亡率が低下し、今、60歳以上の死亡率は、第7波では0.75となっている。インフルエンザの60歳以上の死亡率0.55にかなり近づいている状況。

・神奈川ではスローガンとして、「コロナ・非コロナのバランスをとる」ことを掲げ、第6波以降強い想いでやってきた。第6波以降、重症者が減ったのは事実。コロナ・非コロナを同じ土俵で考えていこう、コロナ診療を特別視しすぎず、一般診療も受けるべきものは受けようと言いつづけている。

・世界中のトピックとして、呼吸器感染症ではなくなっているという議論がある。事実、心血管系・循環器系の合併症でかなりの超過死亡が出ている可能性があり、それらは呼吸器だけでは説明ができない。今まで「致死率」と呼んでいたものは正しくない可能性があり、インフルと比べてはいけない。

・特措法には季節性インフルとの比較という点が明確に述べられているが、感染症法においては「国民の生命・健康への影響」という観点。インフルとの比較による相対的な議論ではなく、コロナの絶対的な病原性・感染性を基に議論すべき。

・「当該感染症に対する免疫を獲得していない」という部分について、大前提は多くの国民は免疫を持っていないということだが、ここが変化してきており、議論が必要ではないか。

・コロナが本当に隔離対象とすべき病気なのか、ソーシャルディスタンスや入院勧告が必要な病気かどうかを考えることが必要。病原体に規定されるのではなく、疾病の状態で考えるべき。いつまでも2類相当のままというわけにはいかないと思うが、重篤性、感染力、今後の変異の可能性を鑑みた上で、本当に制限をかけるべき病かどうか判断すべき。

・オミクロンになってウイルス性肺炎を起こす人が減ったが、それは単にオミクロン株の病原性が下がったということではなく、感染により多くの人々が免疫を獲得したことによるもの。見かけ上の重症度は下がっているが、香港では今年、相当の人がBA.2の流行で亡くなっており、オミクロン株固有の重症度は結構高いという議論がある。

・コロナによって、循環器系・心血管系の長期にわたる死亡インパクトが生じるとするデータが各国で得られてきている。国内でも2021年以降、特にオミクロン株以降超過死亡が増加している。

- ・罹患後症状の問題も社会的インパクトがあり、新型コロナのリスク評価の際には考慮すべき。
- ・感染者数は大幅に増えたが、CFR はどの年代でも大きく下がっている。これまでの対応の枠組みは、主に重症化リスクが高いときのリスク認識でつくられているため、今後現状が大きく変わらないのであれば、適宜見直していくべき。
- ・パンデミックを見る際、実数が問題になる。伝播性も考えなければならない。死亡率について、分子は見えている数より遙かに大きいかもしれない。また、今の検査体制では、コロナは軽症者や無症状者も検査に誘導しているため、分母にごく軽症者が乗っているという問題もある。インフルは発熱し、かつ医療機関にアクセスしてきた患者数が分母となるため、無症状や軽症の人は受診せず、本来はコロナの分母とは乖離するはず。今回数字が寄ったのは偶然だろう。この数字を前提として話すこと自体が問題になるのではないか。一般市民、医療機関の間でコミュニケーションをしっかりとることが、次のステップでは重要。
- ・一般の人は、感染した個人が重症化するかどうかに関心がある一方、医療は、公衆衛生全体、超過死亡を見ており、観点が違う。致死率の計算には課題がある。今後もブラッシュアップして頂きたいが、コロナで超過死亡が出ていることは間違いない。絶対数も、インフル流行時に比べてコロナの方が多いと理解している。
- ・インフル流行時と比べているが、年間を通して考えるとインフル流行時を遙かに上回る超過死亡が出ているものの、世界的に見たとき、感染対策とワクチン接種が進んだため、日本は超過死亡が遙かに低い。それでもこれだけ出ていることを加味するべき。

### (3) 感染力について

- ・新型コロナの抗体保有率実態調査の結果、速報では、全体の 26.5%がN抗体陽性、つまり既感染者。都道府県別では大阪府が40%以上、沖縄県が50%近くと、非常に高い陽性率。一方、新潟県、長野県といった中部・北陸地方で相対的に低い傾向が見られる。年齢層の違いも影響している可能性があり、解釈には注意が必要。【再掲】
- ・年代別では16~19歳では陽性率が4割近くに及び、年齢が上がるとともに右肩下がり。60歳以上では2割を切っている。ワクチンは接種しプロテクトはされているはずだが、既感染者の割合はほかの国々に比べれば非常に低いことから、高齢者については引き続き注意しておく必要がある。【再掲】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・オミクロンは感染力が尋常ではなく、クラスターとは言わないが、院内感染は当たり前の状況。頑張ってもある程度は仕方がないと感じる部分もある。国民が院内・施設内感染をどこまで許容・納得していただけるかによって、医療機関の対応は変わってくるだろう。ウイズコロナの時代だから院内感染はやむを得ないと言っただけだと、状況はかなり変わるだろう。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・病原性と感染力が分かると、リスクアセスメント上では、人口的なインパクトが分かる。現状のような、流行対策を伴わない一方、個別に治療・予防が行われている状況下での被害想定は計算できる。【再掲】</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・「当該感染症に対する免疫を獲得していない」という部分について、大前提は多くの国民は免疫を持っていないということだが、ここが変化してきており、議論が必要ではないか。【再掲】</li> <li>・コロナが本当に隔離対象とすべき病気なのか、ソーシャルディスタンスや入院勧告が必要な病気かどうかを考えることが必要。病原体に規定されるのではなく、疾病の状態を考えるべき。いつまでも2類相当のままというわけにはいかないと思うが、重篤性、感染力、今後の変異の可能性を鑑みた上で、本当に制限をかけるべき病かどうか判断するべき。【再掲】</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・特措法には季節性インフルとの比較という点が明確に述べられているが、感染症法においては「国民の生命・健康への影響」という観点。インフルとの比較による相対的な議論ではなく、コロナの絶対的な病原性・感染性を基に議論すべき。【再掲】</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナウイルスの伝播性は当初より、季節性インフルより高かったが、変異株の出現とともにさらに伝播性は増大してきており、伝播性の観点からはむしろ季節性インフルとは大きく異なる感染症に変化してきている。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・オミクロン株では、重症化率や死亡率の低下が示されているが、高い伝播性や免疫逃避性によって感染者数が増加すれば重症者や死亡者数の実数は増えるので、圧倒的な数の増加への対応は当面は重大な課題。</li> </ul>

#### (4) (2) 及び (3) を踏まえた国民への影響について

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ウイルス固有の病原性や感染力などの性質だけではなく、いわゆるインパクト、文脈、ソーシャルコンテキストについて考慮することも重要。</li> </ul>
---

・純粹に感染症法や医学・医療の話ではなく、コロナは社会経済活動に制限をかける疾病であるため、行動を活性化させ、特措法による措置をなくしたいがために、5類にすべき等という意見があるように感じる。見直しについては、医学・医療の問題と捉えて議論すべき。社会経済活動など含めた、特措法適用の問題については、コロナ分科会など別の場で議論すればよい。【再掲】

・高齢者はコロナ軽症でも重篤になり亡くなる方もいるが、多くは命を救われ退院する。ただ、退院時にADLが悪化する方が非常に多い。今まで医療介入の必要がなく施設で対応できていたのに、長期療養が必要になるなどもある。超高齢化社会において感染が繰り返される中で、今後の高齢者医療や高齢者の生活に中長期的にどのような影響を与えるかも考えていくべき。

・国内では新型コロナと季節性インフルの評価を致死率・重症化率など、疾患の重症度だけを見て議論されているが、WHOはリスク評価にあたっては、伝播性や感染性、医療や社会への影響など、さまざまなインパクトと呼ばれるものを総合して判断すべきであり、疾患の重症度だけでは不十分であるとしている。【再掲】

・国内でも流行の度に救急搬送困難事案が増加しているが、同様のことは英国などでも報告されている。今後類型を変えたとしても、救急搬送困難事例は起こり続けるだろう。医療ひっ迫・超過死亡が起こるメカニズムもきちんと考えていく必要がある。

・一方で、感染症法に基づく公衆衛生対応（行動制限）の継続による社会や経済に対するインパクトも発生している点には留意が必要。

・国民とのコミュニケーションの重要性については、限りある医療資源で適切な診療や治療を供給できるよう、引き続き国民の理解を得ることが必要。

## (5) 今後の変異の可能性について

・ウイルスは病原性が減弱する方向に常に変異するという見解もあるが、必ずしもそうではない。病原性が変わらないものがほとんど。免疫獲得により、見た目の病原性は減弱していく。2000年前に出現したと考えられている麻疹の病原性も、その頃から変わっていないと考えられており、今も免疫を持たない子どもには病原性は非常に高い。新型コロナも、



デルタから病原性が増大したことは明らか。今後の病原性がどうなるかは分からない。そもそもコロナウイルスの研究はこれまであまりされておらず、アミノ酸の持つ意味や、どうなれば病原性が低くなるかなどはまだ分からない。ゲノムの側面から、こうなれば落ち着くなどとは言えない状況。

・医療費負担の問題や院内感染対策に加え、コロナの特殊性や将来の不確実性を鑑み、今後どうやってモニタリングしていくのかがクリアになれば、今の感染症法の位置づけに縛られなくても対応可能な部分があるのではないか。【再掲】

・「当該感染症に対する免疫を獲得していない」という部分について、大前提は多くの国民は免疫を持っていないということだが、ここが変化してきており、議論が必要ではないか。【再掲】

・コロナが本当に隔離対象とすべき病気なのか、ソーシャルディスタンスや入院勧告が必要な病気かどうかを考えることが必要。病原体に規定されるのではなく、疾病の状態で考えるべき。いつまでも2類相当のままというわけにはいかないと思うが、重篤性、感染力、今後の変異の可能性を鑑みた上で、本当に制限をかけるべき病かどうか判断すべき。【再掲】

・現時点では、オミクロンと総称される系統の中で、主に免疫逃避に寄与するがその他の形質は大きく変化していない変異株が生じていると考えられる。世界の人口の免疫状態や、介入施策も多様になる中で、変異株の性質が流行の動態に直接的に寄与する割合は低下していると考えられる。変異株の発生動向や病原性・毒力(virulence)、感染・伝播性、ワクチン・医薬品への抵抗性、臨床像等の形質の変化を継続して監視し、迅速にリスクと性質を評価し、それらに応じた介入施策が検討される必要がある。

#### (6) その他、判断にあたって留意すべき事項（医療の受け止めなど）について

・今後コロナをどういう体制で対応していくのか。コロナだけを診ていると、一般医療やコロナ以外の救急への影響が大きい。医療全体の負荷にどう取り組むか、どういう法制度が必要なのか。ワクチンの活用含め、目指すゴールと必要な対策を議論すべき。

・大阪府の資料から、病病連携によって医療調整ができてきているのは、かなり出口に近づいており、望ましい姿。中等症の割合が、公的な入院調整の仕組みの中で行われているものと違うようだが、これを課題と捉えるべきか、望ましい方向に進

んでいる傾向か。

- 感染症法と特措法においては、「全国かつ急速なまん延により、国民の生命及び健康に重大な影響を及ぼす」ということであるが、病原性、感染性、変異、医療の受け止め方ということで、特に医療の受け止め方という点は深く議論すべき。
- 医療機関からは感染管理や治療に当たっての特段の経費が必要という声はこの3年間、ずっと継続。一気に行政の関与を縮小することになるかどうかは議論があるが、医療機関への支援というのは暫定期間等、引き続き必要ではないか。また、基本的感染対策あるいは対応方法についての国民や事業者に対する周知徹底もセットで必要ではないか。
- 病院内感染対策について。外で感染した医療従事者が院内に持ち込む、入院患者が入院後発症して広がるケースはあったが、コロナで入院した患者が他者にうつすというケースはほぼない。今の感染対策はしっかりコロナに対応できていて、5類になっても基本的な感染対策が変わるわけではない。しかし今後導線を分けるかどうかは難しい。院内感染の発生経緯が感染対策とどう関係していたかを聞く、研究用アンケートを準備している。結果が出てくれば、具体的な場面が明らかになり、導線を分けるべきか、換気やパーテーション設置で対応可能かなど分かってくると思う。
- 地域の先生と外来体制強化について話すと、特に小児科から、もはやかつてのような診療はできないと言われる。今後収束すれば一日に診る患者数は増やせるが、対応は改めねばならないとのこと。導線や待合での状況など院内感染対策に工夫が必要と言われている。コロナが終われば元通りではなく、外来診療における院内感染対策を見直す必要がある。
- 5類になることで、医療体制への支援策が全く無くなるのか。支援策がすべて2類とリンクしているために根拠が失われるのか、5類でも維持できるのか。今行われている支援が皆無になるのは難しいと難色を示されている。
- これまで日本を含むアジアの医療は、入院は大部屋、外来も密というのが前提であったが、ここを変える必要がある。費用面や個人の意識も絡む問題ではあるが、今後医療をどのように提供するかに関しても、改革が必要。
- 医療体制への影響だけでなく、保健所の体制や検疫法、学校保健安全法にどのような影響を与えるかについても議論が必要。
- メディアを見ていると、5類にすることで医療逼迫が回避できるという論調になっているが違うと思う。今はインフルで入院しても個室対応になっているし、大部屋でインフルの感染者が出たら、同室の患者に予防内服させるのが一般的。米

国では、ワンフロア全員に予防内服させよという論調も一部ある。しかしコロナでは同じことができない。インフルと同じ扱いにしたからといって、必ずしもやりやすくなるわけではない。

- ・葛藤、戸惑い、停滞感があり、ワクチン疲れ、自粛疲れも見え始めている。法律上の位置づけの変更が、世の中の空気も変えるというところに期待したい。科学的な観点からリスクに見合う対応にするという「ワンメッセージ」が重要。「5類にすればすべての医療機関がコロナを診療するようになる」は希望的観測。
- ・今後、医療提供を担保すべく、医師、医療機関の診療に関する責務についても整理が必要。

- ・保険診療移行に伴い、高額な治療薬の処方に対して公費負担が必要。
- ・重症化リスクの高い高齢者向けの施策は一定程度継続する必要がある。
- ・介護度が高い高齢者の療養体制について、コロナの経験も踏まえ、地域の急性期病院で対応できるよう、体制構築に向けた支援が必要。
- ・高齢者施設の嘱託医に役割を果たしてもらうため、協力金や医療チーム・ワクチンバス派遣などの支援が必要。
- ・小児、妊婦、透析患者等受け入れについて、当面の間、地域の実情に応じて病床確保や入院調整などの調整機能が求められる。
- ・重症化リスクや感染拡大リスクを引き下げるワクチン接種は、医療負担を最小化する。接種促進の施策が必要。
- ・接種体制について、区市町村や、地域の医療機関・高齢者施設の嘱託医等で完結できるようにする必要がある。
- ・定点での発生動向の把握に加え、変異株サーベイランスや入院・死亡の報告体制、iCDC 専門家ボードのような監視体制は今後も必要。

- ・現場において、感染対策を緩めるのは現状難しい。できる限りの対策を講じないと、予測できない事態になるのではないかと不安がある。外来診療、特に休日・夜間診療が極めて厳しくなっている。受療行動を変化させることも大事だが、日本の医療としては、診てほしい人を出来るだけ診るのがあるべき姿ではないか。医療逼迫の中、年末年始を迎える可能性があることを共有していきたい。

- ・類型を変えたからといって、今ある制度をすぐにやめたら医療が止まるため、どうやって落とし込むか考えながら対応すべき。通常医療に戻っていく中で、夏以降の議論も踏まえ、課題の洗い出しをしていくべき。

- ・コロナが社会に受け入れられていく過程で、疾病負荷はより大きくなるだろう。今の医療体制では受け入れられず、診療に参加していない医者にも関わってもらうことが必要となる。
- ・オミクロン株となっても、重症化のハイリスク層が高齢者であることは変わらず、二次性の細菌性肺炎や誤嚥性肺炎に加えて、合併症の増悪、ADLの悪化など、ウイルス性肺炎の基準では軽症でも、看護度が高く治療継続が必要な高齢者の増加が入院医療への負荷となっている。感染者数の増加に対応できる受入れ体制は必要であり、入院医療のみならず、外来診療、在宅医療、介護施設なども含めた総合的な対策が引き続き重要。
- ・これまで、医療負荷を軽減し、多くの患者を診療するために、様々な施策が行われてきたが、どれを削り、どれを残すのか、移行のために必要な追加対応も検討すべき。自治体の運用で対応できること、国による法的なサポートが必要なこと、公的資金の支援が必要なことなども整理すべき。
- ・長期的には地域医療へ落とし込んでいくことが目標だが、移行期には地域を越えた連携や調整も必要となるため、自治体における全体像の把握と調整機能を当面は残しておくべき。さらに、医療DXやオンライン診療も、より現場が有効に活用できるように進めていくべき。
- ・新型コロナと共存していく中では、今後も医療施設、介護施設、障害者施設などで行わなければならない対応は、現在と大きくは変わらないため、各現場が必要な対応を継続して行うことが可能となるよう配慮が必要。