

コロナ対策は集権か分権か（下）

— オミクロン株が猛威の第6波～第8波 —

鎌 田 司

<要 旨>

2022年夏の第7波はオミクロン株の亜種B A. 5が猛威を振るい、7月中旬から2カ月間に1千万人もの感染者が出た。WHOによると、日本は感染者で10週連続世界第1位を記録した。しかし緊急事態宣言やまん延防止等重点措置は適用されなかった。医療機関の負担軽減策として感染者の全数把握を見直し、届け出対象を高齢者や基礎疾患のある人、妊婦に限定して9月下旬から開始した。政府は9月上旬、「Withコロナ」の政策を決定。保健・医療の対応を高齢者や基礎疾患のある人などに重点化しながら、外国人観光客の誘致を含む経済活性化と日常生活を取り戻す政策にカジを切った。秋の深まりと同時に始まった第8波では、懸念されていたインフルエンザとの全国レベルの爆発的な同時流行は回避できた。しかし、2023年1月のコロナ感染による死亡は1万人を超した。前年10月下旬から4カ月間では2万5千人余り、その95%超が60代以上だった。感染による全死者のうち3人に1人が第8波で亡くなる痛恨事となった。コロナ禍は世界を変え、私たちをも変えた。次への備えとともに、感染症にも動じない社会や地域を住民自らつくり上げていくことが望まれる。

はじめに

I 第6波

- 1 オミクロン株の猛威
- 2 36都道府県にまん延防止措置適用
- 3 3回目ワクチン接種めぐる混乱 (以上1月号)

II 第7波～第8波

(以下本号)

- 1 「B A. 5」感染の巨波、列島覆う
- 2 Withコロナの流れが加速

おわりに

Ⅱ 第7波～第8波

1 「B A. 5」感染の巨波、列島覆う

(1) 10週連続で「世界最多」に

前回の第6波に関する報告の中では具体的に触れなかったが、第6波の後半あたりからオミクロン株の仲間でもより感染力があるウイルスの「B A. 2」に置き換わった。ワクチンの追加接種などで感染が減少したものの高止まりしているうちに、その上をいく感染力の「B A. 5」が現れて2022年夏に第7波を引き起こす。第7波は、第6波を遙かにしのぐ「巨波」となって列島を覆い尽くすことになる。

6月中旬ごろまで1万人前後で推移していた感染者は、7月が近づくにつれて増加し始める。6月28日に2万233人と2万人台に乗ると、7月5日は3万6,109人、翌日は4万5,698人と加速していく。11日に、政府新型コロナウイルス対策分科会などの専門家と一緒に岸田首相と会談した同分科会の尾身会長は、会談後に「新たな感染の波が来た」と第7波の到来を告げた⁽⁶⁶⁾。ちなみに10日には参議院議員選挙の投開票が行われた。その2日前には安倍晋三元首相が、銃撃を受けて死亡する事件が起きて列島を騒然とさせた。ウイルスは人々の関心が薄れた隙をついたかのように爆発的な感染拡大を引き起こしていく。

15日には累計感染者が1,009万2,285人と1,000万人を超えた。500万人を超えたのが第6波時の3月1日(506万927人)だった。先走って触れると、1,500万人を超えたのは8月11日(1,510万1,475人)で、その1カ月後の9月10日には2,007万3,104人に達した。わずか2カ月足らずで1,000万人もの感染者を出したB A. 5の感染力の強さ、第7波のすさまじさをあらためて実感させる。

日々の感染を見ていくと、16日に11万469人と第6波のピーク(10万2,735人)を超えて過去最多となる。23日に初めて20万人に達して20万690人と最多となり、28日には23万2,960人と最多を更新し前後の4日間20万人台が続いた。8月に入っても3日に24万9,869人とさらに最多となり、その前後6日間は連続20万人台となった。

しかし既に述べたように、緊急事態宣言やまん延防止等重点措置の適用による飲食

(66) NHK NEWS WEB

<https://www3.nhk.or.jp/news/html/20220711/k10013712511000.html>

店の営業時間の短縮といった、法的な拘束力のある行動制限は取られなかった。その代わりと言うべきか、国は新たに各都道府県の判断で出すことができる「B A. 5対策強化宣言」を創設した⁽⁶⁷⁾。この宣言は、文字どおりB A. 5による感染の拡大を抑え込むことを目的としている。

B A. 5対策強化宣言は、帰省や旅行など人の移動が盛んになるお盆を控えた7月29日に、政府新型コロナウイルス感染症対策本部が都道府県への支援策として決定した。病床使用率が概ね50%を超えるか、もしくは第6波のピーク時を超える場合で、かつ使用病床がほぼ中等症以上などの入院患者で占められる場合に、各都道府県の判断で宣言をすることができるとした。国は宣言をした都道府県を「B A. 5対策強化地域」に指定し、それぞれの取り組みを支援する。

目的は、あらためて地域の住民一人一人に基本的な感染対策を促し、各事業者には感染リスクを下げる適切な対策を徹底してもらい、社会経済活動の維持と医療ひっ迫の回避を両立できるようにすることにある。都道府県の対策本部長を務める各知事は、新型インフルエンザ対策特別措置法の規定に基づいたりしながら、住民と事業者それぞれ対策の協力要請や呼び掛けをする。

まず住民に対しては「3つの密（密閉・密集・密接）」の回避などに加えて、ワクチンの3回目までの早期接種を求めた。とりわけ高齢者や持病があって重症化のリスクが高い人には、4回目の接種を早期に受けることと、同居する家族も含めて混雑した場所や感染リスクが高い場所への外出の自粛なども求めた。帰省などで重症化リスクの高い人と接する場合は事前検査をすることや、感染しても症状が軽く重症化のリスクも低いと考えられたら発熱外来の受診ではなく、都道府県が配布する抗原検査キットで様子を見ることを求めた。無症状の感染者にも都道府県による無料検査の活用を勧めるとした。

一方、事業者に対しては在宅勤務（テレワーク）を進めてもらうほか、高齢者施設や学校・保育所などの対策として、施設従業員や教職員、保育士などへの検査を頻繁に行うよう求めた。飲食店に対しては十分な換気や座席の間隔を空けたり、大人数で会食に来る場合には事前の検査を促すとした。大規模イベントでも参加者に事前検査を促すことを求めた。電気やガス、交通といった住民生活や地域経済に不可欠な業務

(67) 政府新型コロナウイルス感染症対策本部決定

https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/th_siryou/kihon_r_040729.pdf

に携わる事業者には、従業員に感染が広がっても事前に計画を作成しておいて、それに基づいて業務を継続できるようにすることを求めるとした。国は各都道府県がこうしたことを行う際に、地域での感染対策が効果的・効率的にできるよう、関係省庁などとの連携や調整をしたり助言・指導をする。さらに、必要に応じて国から職員の応援派遣もするとした。

国がB A. 5対策強化宣言を創設するのに先立って、全国知事会は7月12日に国へ緊急提言を提出した⁽⁶⁸⁾。この中で、まん延防止等重点措置の適用まで至らない場合に、各自治体が地域の実情に応じて十分な感染対策を柔軟かつ機動的に講じられるような、新たな方針を示し支援するよう国に求めている。こうした経緯をみるとB A. 5対策強化宣言は、社会経済活動を維持するが医療体制のひっ迫も避けたいという、国と地方双方の思惑による合作と言えなくもない。

鹿児島県は8月3日から8月31日までの期間としてB A. 5対策強化宣言をした後、さらに9月30日まで期間を延長した⁽⁶⁹⁾。鹿児島県を含めて合わせて27道府県が、8月初旬から9月末にかけて宣言を出して感染の抑え込みに取り組んだ⁽⁷⁰⁾。この中には沖縄県のように、医療の厳しいひっ迫状況のため既に県独自に「医療非常事態宣言」を出していたことから、国との協議であらためてB A. 5対策強化宣言は出さなくても、B A. 5対策強化地域の指定を受けた県もある⁽⁷¹⁾。7月22日に独自の「福岡コロナ特別警報」を出していた福岡県も、宣言は出さなかったがB A. 5対策強化地域の指定を受けた⁽⁷²⁾。愛知、岐阜、三重の3県は8月5日から足並みをそろえてB A. 5対策強

(68) 全国知事会緊急提言

https://www.nga.gr.jp/item/material/files/group/3/20220712_corona_suggestions.pdf

(69) 塩田康一鹿児島県知事メッセージ

https://www.pref.kagoshima.jp/kenko-fukushi/covid19/documents/100443_20220803190927-1.pdf

https://www.pref.kagoshima.jp/kenko-fukushi/covid19/documents/100443_20220826112949-1.pdf

<https://www.pref.kagoshima.jp/kenko-fukushi/covid19/ba5-taisakuyoukasengen.html>

(70) 新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針

https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/th_siryoku/kihon_r1_050127.pdf

(71) 「B A. 5対策強化地域」指定に伴う沖縄県対処方針について

<https://www.pref.okinawa.lg.jp/site/chijiko/koho/corona/20220810.html>

(72) 福岡コロナ特別警報の発動について

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/covid19emergency-details-20220722.html>

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/covid19emergency-details-20220802.html>

く。7月1日の死亡者は21人⁽⁷⁶⁾。下旬まで最大64人で二ケタ台だったのが26日は104人、8月1日は100人などと100人台になり、9日は一挙に254人に急増した。以後お盆の最中で検査などが少なかった14日（150人）を除いて、9月10日までの1カ月間200人～300人台が続き、8月30日から4日間300人台となって9月2日に350人と過去最多を記録する。この後100人～200人台を繰り返しながらなだらかに減少していく。9月下旬には二ケタ台になり、一時100人台となったものの10月に入ると再び二ケタ台が、次の第8波が来るまでの間続いていく。

第7波の感染爆発の状況は海外各国と比較するとより鮮明になる。WHOは7月27日、日本の新規感染者が24日までの1週間で96万9,068人と世界最多だったと発表した⁽⁷⁷⁾。翌週（137万9,099人）から、お盆の帰省や夏休みの旅行などで人の移動が多かった8月中を含めて（約116万人～約150万人）、2位（アメリカ、韓国など）より一ケタ多い断トツの首位を続けた。9月25日まで1週間の感染者数が53万5,502人と前週比では12%減少したものの10週連続で世界最多となった。そして翌週10月2日まで1週間では30万6,958人と前週比43%減で第3位となり、ようやく芳しくない記録から脱した。一方、死者に関しても8月14日まで1週間で1,647人とアメリカ（2,907人）に次いで2位になって以来、9月18日まで1週間の1,162人に至るまで6週連続で2位を維持した。

第6波と同じく、感染がピークを超した後に死者が増えるということが第7波でも繰り返された。国立国際医療研究センターの分析によると、第6波と第7波では第5波までのような感染により肺炎が悪化し、人工呼吸器を付けるなどしたものの死に至るといふより、酸素投与が必要な中等症や軽症だった人の死亡が増加したといふ⁽⁷⁸⁾。第1波から2022年8月下旬までに、全国の医療機関に感染で入院した7万人余りのう

(76) 厚労省データからわかる — 新型コロナウイルス感染症情報 —

https://covid19.mhlw.go.jp/number_of_deaths_daily

(77) WHO COVID-19 Weekly Epidemiological Update Edition、高知新聞Plus

20220727_Weekly_Epi_Update_102.pdf

20220928_Weekly_Epi_Update_111.pdf

20220817_Weekly_Epi_Update_105.pdf

https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20220921-weekly-epi-update_110.pdf?sfvrsn=e04635ae_4

<https://www.kochinews.co.jp/article/detail/598984>

(78) 厚労省アドバイザーボード 資料

<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000987073.pdf>

ち亡くなった2,861人について分析した。

その結果、第5波では亡くなった人のうち肺炎が悪化して亡くなったのは42%だった。しかし第6波では13%に減少した。第7波は調査時点での死者は少なかったものの割合では5%だった。これに対して感染では中等症の診断だった人の割合は第5波では57%だったのが、第6波は83%、第7波では89%に増加した。各波とも基礎疾患がある人が約90%だった。「コロナは死ぬような怖い病気ではなくなった」といわれるようになったが、「現場ではコロナにかからなければ亡くなることはなかったというケースばかりだ。なるべくかからないように対策し、ワクチン接種で重症化を回避することを続ける必要がある」（分析にあたった同センターの大曲貴夫国際感染症センター長）とのコメントは重い⁽⁷⁹⁾。

厚労省のまとめによると、7月1日から8月末までの間に自宅で療養中に亡くなった（死後に感染が確認されたケースを含む）776人のうち、亡くなる直前の診断では軽症か無症状の人が41.4%、中等症が13.1%で重症は7.1%だった⁽⁸⁰⁾。年齢では80代以上が58%で60代以上を合わせると88%に達した。また69%の人に基礎疾患があった。救急車で搬送された病院などでの検査で感染が確認されたり、発熱がなく毎日訪問介護を受けていたのに死亡したケースもあったという。厚労省は入院治療が必要な人への対応を強化し、治療薬の円滑な供給、健康フォローアップセンターの充実などに努めるとしている。高齢者や重症化リスクの高い疾患のある人をしっかり守る体制の整備が、国そして地方にも重要課題であることが再認識されたと言える。

（2）全数把握見直し、届け出を限定

第6波以降の感染拡大の源となったオミクロン株とその亜種のBA.5などの出現は、「感染しても重症化しにくい」との特徴を持つ一方で、その強力な感染力に巻き込まれた高齢者や基礎疾患のある人にとっては、命に関わる「怖い病気」であるという2面性があらためて浮き彫りになった。医療機関に高齢者や基礎疾患のある人を守ることに集中してもらえるよう、そのほかの負担を軽減するためにと選択されたのが、「全数把握」の見直しである。

(79) NHK NEWS WEB

<https://www3.nhk.or.jp/news/html/20220911/k10013813641000.html>

(80) 厚労省アドバイザリーボード 事務局提出資料

<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001021500.pdf>

全数把握は感染症法で、医療機関からすべての感染者の氏名や住所などを保健所に届け出ることになっている規定を指す。保健所は発生届に基づいて、感染者と連絡を取り健康状態を把握して入院や宿泊療養、自宅療養とするかどうかを判断する。自宅療養の人には希望に応じて、食料の配布や酸素の飽和度を測る機器（パルスオキシメーター）の貸与などにあたってきた。都道府県が保健所の情報を集約して各都道府県と市町村別の感染者数などを公表し、国は都道府県の情報から日々の全国の感染状況を発表してきた。今どの地域に拡大しているのか、また感染が多い世代を把握することなどにより効果的な対策を進めるうえでの基底と言ってもいい。

ただ医療機関にとっては感染の急激な拡大時はとりわけ、医療スタッフが煩雑な発生届の作業に追われることが大きな負担となってきた。一方保健所も業務の負担増大が課題となってきた。保健所は電話などで、新規感染者に感染前後の行動や同居する家族の有無などを聞き取り、感染者が入院した場合は受け入れ先の医療機関と分担しながら、国が開発した感染者等情報把握・管理システム（HER-SYS）に入力する。こうした作業は自宅療養者を含めた全員が療養期間が終了するまで毎日行うことになっている。

感染者の症状が悪化した場合は都道府県と連携しながら入院調整をする。また感染者の行動履歴などから感染源や感染経路を追跡する。さらには家族や勤務先の同僚などから濃厚接触者を特定し、クラスター（集団発生）に関わっていないかといった詳細な調査も業務となっている。

しかし元々組織、人員に限られる中で、オミクロン株による第6波以降は届出数の急増に伴い、感染者本人への連絡や重症化のリスクのある感染者への支援の遅れが目立つようになった。症状を把握し、入院の必要性などを早急に判断しなければならない感染者への最初の連絡が遅れてしまう状況から、住民から不安や苦情が増えているという。一方では、ようやく連絡が取れても無症状や症状が軽い場合が多く、医療対応が必要な感染者が少ないとして、現場では頻繁に健康観察の連絡を取る必要性に疑問が生じているという。

第7波の最中の8月2日、全国知事会と日本医師会は共同で全数把握に代わる仕組

みに変更するよう緊急の申し入れを国に対して行った⁽⁸¹⁾。申し入れでは、医療・保健の現場では発生届の作成・入力といった事務処理や、感染症法に規定されている感染者への入院勧告を出す際の手続きなどに、膨大な人的資源とエネルギーを割かれていると指摘した。このため本来、感染者の生命・健康や生活を守るために行うべき医療・保健サービスや、感染源の追跡調査などができない状況になっているとし、医療・保健のひっ迫が日を追って深刻化し、「一刻の猶予もない」と強い危機感を示した。

この日は、政府新型コロナウイルス対策分科会や厚労省アドバイザーボードに関わる専門家の有志も、全数把握の見直しを含めた今後の感染対策を抜本的にあらためるべきだとする提言を公表した⁽⁸²⁾。提言の公表後に記者会見した尾身会長は、「感染が収まってからやるというのは、今の状況にふさわしくない」として国に早急な対応を求めた。

分科会やアドバイザーボードに会員を送り出している、日本感染症学会など4つの学会も同日、共同で全数把握に代わる仕組みの構築などを提言している⁽⁸³⁾。また8日には、全国保健所長会が緊急提案をした。感染の急拡大で自治体の他部門からの応援を含めた負担軽減策を受けているものの、保健所の対応力は需要をはるかに超えて、「もはや全数把握も正確では」ないと指摘。その上で届け出の対象を重症者や高齢者、基礎疾患を持つリスクの高い人などに限定するよう求めた⁽⁸⁴⁾。

1日に開催した厚労省の厚生科学審議会感染症部会では、全数把握の現状に関する議論が行われるなど⁽⁸⁵⁾、国も見直しに向けた検討に着手しつつあったものの切迫感

(81) 全国知事会・日本医師会 感染者の全数把握に代わる仕組みを求める緊急申し入れ、NHK NEWS WEB

<https://www.nga.gr.jp/item/material/files/group/3/20200802kinkyumoushiire.pdf>

<https://www3.nhk.or.jp/news/html/20220802/k10013748371000.html>

(82) 日本記者クラブ コロナ対策医療専門家有志会見、NHK NEWS WEB

<https://www.jnpc.or.jp/archive/conferences/36624/report>

<https://www3.nhk.or.jp/news/html/20220802/k10013747591000.html>

(83) 日本感染症学会・日本救急医学会・日本プライマリ・ケア連合学会・日本臨床救急医学会声明

https://www.kansensho.or.jp/uploads/files/topics/2019ncov/covid19_4seimei_220803.pdf

(84) 全国保健所長会緊急提案

http://www.phcd.jp/02/sengen/pdf/20220808_covid.pdf

(85) 厚生科学審議会感染症部会資料

<https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000971356.pdf>

が薄かったのは否めない。こうした中で、コロナ対策の現場を抱える全国知事会や日本医師会、全国保健所長会それに各専門家集団からの提言に背中を押された形となった。

ただ岸田首相が7月末に訪米し、帰国後は内閣改造があるなどしたため首相官邸はコロナ対策は後回しにせざるを得ない状況にあった。しかし19日に衆議院厚生労働委員会で感染拡大への政府の対応をめぐる閉会中審査を控えていたこともあり、お盆休み後に全数把握の見直しが一挙に動き出していくことになる。

加藤厚労相は16日、全国知事会の平井会長らとのオンラインによる意見交換で全数把握の見直しを伝えた⁽⁸⁶⁾。平井会長は「第7波が終わってからではなく、すぐに取り組んでほしい」と重ねて要望した。その後全国知事会は23日に発表した緊急声明の中で、全数把握に代わる具体策として発生届の対象者を、高齢者や基礎疾患があるなどして重症化リスクが高い人に限ることを挙げた⁽⁸⁷⁾。また、あらかじめ指定した医療機関から定期的に報告を受けて感染者を公表する「定点把握」の導入も例示した。

翌24日、岸田首相が全数把握の見直しを明らかにしたのを受けて、加藤厚労相は具体案を発表⁽⁸⁸⁾。感染者と年代別の総数を毎日公表するとした上で、届け出の対象を65歳以上、入院が必要な人、重症化リスクがあつて酸素投与などが必要と医師が判断した人、妊婦に限定するとした。厚労省は、都道府県知事が必要と判断し厚労相に届け出れば、限定した対応が可能とした通知（事務連絡）を都道府県などに送った⁽⁸⁹⁾。

限定する際には、対象外の人が体調が悪化したりした場合に相談できる「健康フォローアップセンター」をセットで開設し、体調変化などに即応できる体制も取ることを求めた。29日夕までに知事が届け出ると31日から見直しの運用を開始でき、以後は順次受け付けていくとした。岸田首相は27日、今回導入するのは「緊急避難的な措置」

(86) 全国知事会 国（加藤厚生労働大臣）との意見交換会について、NHK NEWS WEB
https://www.nga.gr.jp/committee_pt/honbu/shingatakoronauirusukinkyutaisakukaigi/r04/1660638649364.html

<https://www3.nhk.or.jp/news/html/20220816/k10013774181000.html>

(87) 全国知事会緊急声明

https://www.nga.gr.jp/item/material/files/group/3/03_sug_corona_20220823.pdf

(88) 岸田首相記者会見、NHK NEWS WEB

<https://www3.nhk.or.jp/news/html/20220824/k10013785011000.html>

<https://www3.nhk.or.jp/news/html/20220824/k10013786381000.html>

(89) 厚労省事務連絡

<https://www.mhlw.go.jp/content/000980562.pdf>

であり、いずれは全国一律の措置に移行するが、それを待たなくても自治体の判断で、「前倒して柔軟に対応するのを可能にした」ことを強調した⁽⁹⁰⁾。

こうした経緯から各知事の判断が注目された。しかし、見直しの届け出をしたのは宮城、茨城、鳥取、佐賀の4県にとどまった⁽⁹¹⁾。大半の知事は様子見だったが、東京都の小池知事は「患者（感染者）一人一人の健康状態を把握することが必要と都は考えている」として、当面見直しは行わない考えを明らかにした。北海道も対象外となる人の健康観察などで多くの課題があるとして、現時点では見直しをしないことを公表した。千葉県の熊谷俊人知事のように、「『自治体の判断で』というのは想定していなかったので、大変驚いた」とし、今回の国の対応に疑問を投げ掛ける発言もあった。

4県による全数把握の見直しは31日から始まるはずだったが、厚労省が実際になって開始を9月2日からに延期すると通知した⁽⁹²⁾。他省庁との調整が残っていたことが理由とされたが、茨城県の大井川和彦知事は「余りにもお粗末」と批判、厚労省の幹部にオンラインで抗議したという。佐賀県の山口知事は「ふたを開けてみたら4県だけで少し違和感を感じた」としながら、4県が先導役となっていいいシステムをつくりたいと意欲を示した。

全国知事会が9月1日に開いたオンラインによる会議では、全数把握の見直しをめぐり「大阪としては見直しを実施する方針」（大阪府の吉村知事）、「（感染の）個人が特定できない中で、どうやって行政サービスを実施するのか」（神奈川県黒岩祐治知事）、「感染者のフォローなどで混乱しない仕組みが重要だ」（岩手県達増拓也知事）などと意見が相次いだ⁽⁹³⁾。

都道府県の対応がかなり分かれたことを意識したのだろうか。岸田首相は6日、

(90) 岸田首相記者会見

https://www.kantei.go.jp/jp/101_kishida/statement/2022/0827kaiken.html

(91) NHK NEWS WEB

<https://www3.nhk.or.jp/news/html/20220829/k10013793711000.html>

<https://www3.nhk.or.jp/news/html/20220826/k10013789071000.html>

(92) 厚労省通知、大井川和彦茨城県知事記者会見、NHK NEWS WEB

<https://www.mhlw.go.jp/content/000983482.pdf>

<https://www.pref.ibaraki.jp/somu/hodo/hodo/20220830chiji.html>

https://www3.nhk.or.jp/news/special/coronavirus/seventhwave/detail/detail_83.html

(93) NHK NEWS WEB

<https://www3.nhk.or.jp/news/html/20220901/k10013799071000.html>

早々と見直しを26日から全国一律へ移行することを表明した⁽⁹⁴⁾。全国一律へ移行するまでの間に、宮城など4県に加えて三重、長崎（9日から）、山形、福井（14日から）それに鹿児島（21日から）の5県がそれぞれ見直しに踏み切り、先行は合わせて9県となった。全国知事会は「全数把握等検証ワーキングチーム」を設置し、先行実施県にアンケートなどをして、見直しが全国一律に移行するにあたっての取り組み例や課題をまとめた⁽⁹⁵⁾。

それによると、長崎県は自己検査で感染が分かった場合、県の「陽性者判断センター」に連絡してもらい、医療機関で受診しなくても療養できる体制を整えた。三重県は、感染者が保険会社や企業から療養証明書の提出を求められた場合、県のホームページで受け付けて、独自につくったシステムで把握した情報から確認し交付センターから郵送するようにした。茨城県は、医療機関が検査や診療による感染者の年代や居住先の市町村などを、県の電子申請システムに入力できるようにして日々の感染情報が把握できるようにした。

一方で見直しの対象にならない人が医療機関などの検査で感染が分かり、人数のみの報告がされた後症状が悪化し入院した場合に、入院先の医療機関からも発生届があると、重複して計上される可能性があるため、そうならない仕組みが必要という指摘があった。また届け出の対象外の人には年代別のみ人数での報告になったため、市町村別の感染者の把握が困難になりうることも分かった。そうなると地域の感染状況に即した対応が遅れる可能性もあるとして、市町村ごとに感染者を把握できる仕組みが必要なことも指摘された。

見直しにより医療機関それに保健所の負担は減ったのだろうか。先行して見直しをした茨城県の医師会が9月初旬、県内の医療機関に実施したアンケートによると、60%が仕事量が「減った」と回答した⁽⁹⁶⁾。「変わらない」が31%、「増えた」が9%あった。中でも規模の大きい病院（2日間で40人以上を診察）では8割が減ったと回答した。医師会では全体として負担が減少し、とりわけ多くの感染者を診ている医師ほど「実感している」（鈴木邦彦県医師会長）と分析した。

(94) 岸田首相記者会見

https://www.kantei.go.jp/jp/101_kishida/statement/2022/0906kaiken.html

(95) 全国知事会全数把握等検証ワーキングチーム

<https://www.nga.gr.jp/item/material/files/group/2/20220916zensuhaaku.pdf>

(96) 東京新聞T O K Y O W e b

<https://www.tokyo-np.co.jp/article/204299>

また県内の保健所が受け付けた発生届は2日からの2週間で計4,626件で、その前の週の2週間から9割減少した。こうしたことから保健所は、福祉施設で感染者が発生した場合などに「現場に出る時間が取れるようになった」（山口雅樹県感染対策課長）という。

ただ市町村ごとの感染者が正確につかめなくなったため、地域の感染傾向が読みにくくなった。水戸市の場合、全数把握が最後となった2日の感染者は367人だったが、翌3日は13人に激減した。つくば市も124人から22人となるなど県内の各市とも同じ結果だった。

感染症の専門家からは、今回の見直しにより感染状況の分析が難しくなることが指摘された⁽⁹⁷⁾。国立感染症研究所は感染した人の発症日のデータから、1人が何人に感染を広げたかを示す「実効再生産数」を分析してきた。しかし見直しにより多くの人の発症日が分からなくなるため、これまでのような分析による提示が困難になり、厚労省アドバイザリーボードで前提の置き方により異なる結果が委員などから出されたりした。また年齢層ごとの人口10万人あたりの累積感染者の推移も示せなくなるとされた。

東京や大阪では見直し対象外の人の感染者のうち、検査キットで感染が分かり健康フォローアップセンターに届け出たのは2割にとどまり、残りは医療機関からのものだった。「若者の（感染者の）数を正しく追うことは諦めてもよいのではないか」という反面、8割の人が医療機関の診断で判明していることに「体調不良時には医者にかかる、これは医療の一番の原則であり皆が望むこと。本当にこのスキームで外来医療体制が実施可能か」⁽⁹⁸⁾と、日本の医療制度そのものとの関わりからの問題提起もあったことを指摘しておきたい。

2 Withコロナの流れが加速

(1) インフルとの同時流行懸念

「第8波」は2022年の秋の深まりとともに始まった。10月20日に開催された厚労省アドバイザリーボードで、19日まで1週間の感染者が沖縄県を除く46都道府県で増加

(97) NHK NEWS WEB

<https://www3.nhk.or.jp/news/html/20220926/k10013837221000.html>

(98) 厚労省アドバイザリーボード第103回議事録

<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001030516.pdf>

したことが報告された⁽⁹⁹⁾。10万人あたりでは約197人と前週の約146人に比べて1.35倍となり、8月下旬以来約2カ月ぶりに増加に転じ、会合では第8波が起こる可能性が高いとする警戒感が示された。一方で来たるべく冬は、2021年の冬季以来なりを潜めてきたインフルエンザの流行も取り沙汰されつつあった。最悪の場合、新型コロナウイルスの感染拡大とインフルエンザの流行が同時に起こるのではないかという懸念も、厚労省アドバイザリーボードなどで論議されていた。ここでは第8波とインフルエンザの流行の経緯を追っていくことにする。

同時流行への懸念が出てきた背景には、「感染を止める」ことに重点を置いてきた国や地方の新型コロナウイルスへの対応が、第6波以降大きく変わったことが挙げられる。変わるのを余儀なくされたとも言えるが、その要因はオミクロン株の出現にある。オミクロン株は感染力は強いが若者を含め重症化しにくく、大多数の人は感染しても無症状だったり入院しても軽症で済ませられるようになった。一方で、高齢者は重症化しやすいことが明らかとなった。

第5波までとはケタ違いな感染者の急拡大は、時期は遅れたが高齢施設でのクラスターの広がりも含めて高齢者の感染増加につながった。高齢者は感染の治療中に持病を併発したり、また入院中に体力が衰えて回復に時間がかかるなどして医療側の負担が重くなり、病床が空きにくくなって医療体制のひっ迫を招く最大の要因となった。こうした状況を背景に医療提供の重点を、高齢者や持病を抱えて重症化のリスクのある人に置く一方で、飲食店の営業時間の短縮といった行動制限は取らないようにし、暮らしや経済活動を日常の姿に戻そうという動きが国のみならず地方でも広がっていった。

そうした姿勢を如実に示したのが9月8日に、政府コロナウイルス感染症対策本部が決定した「Withコロナに向けた政策の考え方」だった⁽¹⁰⁰⁾。この中で、これまでマスクの着用や「3密」の回避といった、日常生活と経済活動での感染防止策に加えて、科学的な知見の積み重ねや医療体制を含めた、政府・自治体の取り組みなどで国全体の対応力が強化され、夏の第7波でも新たな行動制限をしなくても感染者の減少につ

(99) 同上、事務局資料、NHK NEWS WEB

<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001003655.pdf>

<https://www3.nhk.or.jp/news/html/20221020/k10013865661000.html>

(100) 新型コロナウイルス感染症対策本部決定

https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/th_siryou/kihon_r1_040908.pdf

なげられたと指摘。オミクロン株に対応した新たなワクチン接種も始まることや、諸外国でも社会経済活動を正常化する動きが進んでいることを踏まえ、今後は高齢者や重症化のリスクがある人に保健や医療を重点化するなど、「新型コロナウイルス対策を新たな段階に移行する」ことを鮮明にした。これにより今後は第7波を上回る感染の拡大があっても、一般・救急医療などを含めた保健医療システムを機能させながら、社会経済活動を維持できるようにするとした。

感染者の全数把握を見直したことも、新たな段階へ移行するにあたっての具体策の一つに挙げられた。またワクチンの1～2回の接種を終えた12歳以上のすべての人に、オミクロン株対応のワクチン接種を10月半ばをめどに開始するとした。感染者の自宅療養期間を、症状がある人は10日間だったのを7日間に短縮する。無症状の人は7日間だったのを、検査キットで確認したうえで5日間に短縮するとした。このほか症状が軽いか無症状の自宅療養者は、マスク着用や移動にバスや電車を含む公共交通機関を利用しないことを前提に、食料品など生活必需品の買い出しといった最小限の外出を認めるとした。ここに盛り込まれた具体策とは別に政府は10月20日、オミクロン株対応のワクチン接種の間隔をこれまでの5カ月から3カ月に短縮し、年内に2,000万人に接種が可能になることも明らかにしている。

一方で政府は10月13日、新型コロナウイルスとインフルエンザが大規模に同時流行した場合に備えた臨時の会議、「新型コロナ・インフル同時流行対策タスクフォース」を開催している⁽¹⁰¹⁾。会議には日本医師会、日本感染症学会などの医療団体や学会関係者、それに経済団体連合会や知事会、保健所長会などに関係省庁の担当者が参加した。新型コロナウイルスが現れる前は、毎年1,000万人以上がインフルエンザに感染していた。

2018年9月～19年4月（シーズン）の感染者は約1,200万人だった⁽¹⁰²⁾。感染がピークの2019年1月下旬は1週間に受診した患者は約223万人に上ったと推計された。シーズン中の死亡は3,200人余りとされた。こうした数字の根拠になっているのが、

(101) 新型コロナ・インフル同時流行対策タスクフォース開催要領

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00400.html

(102) 国立感染症研究所など 今冬のインフルエンザについて（2022/23シーズン）

<https://www.niid.go.jp/niid/ja/flu-m/590-idsc/12404-fludoko-2023.html>

<https://www.niid.go.jp/niid/images/idsc/disease/influ/fludoko2022.pdf>

<https://www.niid.go.jp/niid/images/idsc/disease/influ/fludoko2021.pdf>

<https://www.niid.go.jp/niid/images/idsc/disease/influ/fludoco1819.pdf>

全国約5,000の定点医療機関から毎週感染者が報告される「定点把握」によるものだ。報告を基に1定点医療機関の平均で感染者を表しており、1週間あたり感染者が1.0人を超すと流行が始まったとされる。2018～19年のシーズンは12月初旬の1週間に1.70と初めて1.00を上回り全国的な流行に警鐘が鳴らされた。

感染が拡大しピークとなった2019年1月下旬の1週間は57.09にまで跳ね上がり、1994年に現行の監視体制が始まって以来最高を記録した。その後は1週間ごとに43.24、26.28と急速に減少した。先走って取り上げると、「2類」だった新型コロナウイルスの法的扱いが昨年5月から「5類」に移行したのに伴い、感染者の把握に関してもインフルエンザと同じ全国約5,000の医療機関からの、1週間あたり感染者の報告が元になる定点把握に変更された。

インフルエンザの感染状況に戻ると、新型コロナウイルスが現れた2019～20年のシーズンは約729万人に減少した。さらに2020～21年のシーズンは約1万4,000人、2021～22年シーズンはわずかに約3,000人だった。これは新型コロナウイルスの感染防止対策として海外各国、国内ともに移動や行動が強力に制限され、人と人との接触が極端に抑制されたことによる。個人レベルではマスク着用や手洗いの徹底などがある。

しかし、コロナとの共存を事実上容認する世界的な「Withコロナ」の流れに伴い、国際的に人の移動が広がり日本でも水際対策が大幅に緩和されて、海外旅行客の姿が観光地や街中で見られるようになった。第7波以降は法的効力のある行動制限は取られず、社会経済活動を元に戻す動きが活発化している。また過去にインフルエンザに感染し免疫を得た人の割合が低くなっていて、感染しやすくなっていることも指摘された⁽¹⁰³⁾。このようにインフルエンザが流行する条件がそろいつつあった。

上記タスクフォースであいさつした加藤厚労相は、同時流行した場合に1日のピーク時の患者を75万人と想定していることを明らかにした。内訳はコロナウイルス45万人、インフルエンザ30万人とされた。その上で両方の患者をできる限り抑えるにはワクチン接種が重要と指摘。新型コロナウイルスのワクチンでは職域接種も含めて周知と啓発を推進し、インフルエンザのワクチンも早期接種を呼び掛けていくことを強調した。

11月に入ると、新型コロナウイルスによる感染のペースは一気に拡大していく。紅

(103) 厚労省アドバイザーボード第101回資料
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000997766.pdf>

葉が北から南下していくように。11月8日まで1週間の感染は前週比1.40となり、全都道府県で1を上回った⁽¹⁰⁴⁾。全国の10万人あたり感染は338.12人で北海道は850.07人、山形県710.00人、長野県688.91人など北海道や東北、北陸、甲信越、中国の各地方で増加が顕著となった。東京都は302.93人、大阪府254.69人で大都市圏より地方での感染が目立つ。北海道はかなり気温が下がり、換気されにくいのが影響している可能性があることが指摘された。これまでは大都市圏から地方へ感染が広がるケースが多かった。オミクロン株のワクチン接種がそれほど進まない中、第7波は西日本での拡大が際立っていたことから、感染に伴う免疫を持つ人の割合が多いとみられる。一方第8波では、相対的に免疫力が弱まっている東日本での感染が広がってきていた。東京では夜間の滞留人口が増えて、忘年会シーズンの人出も予想された。また3年ぶりに行動規制のない年末年始での帰省や旅行も回復するとみられて、感染拡大をいかに抑えるかが課題となった。

11月10日午後、尾身会長ら専門家が岸田首相と会談した。会談後に尾身会長は「新しい波に入りつつある」と、第8波が来ていることを示した⁽¹⁰⁵⁾。翌日開かれた政府新型コロナウイルス対策分科会では、この秋以降に感染が拡大して保健や医療への負荷が高まった場合の対応として、外来医療などの状況に焦点を合わせた4段階のレベルを想定し、レベルごとに対策を実施していくことを取りまとめた⁽¹⁰⁶⁾。

レベル1は「感染小康期」で外来・入院医療ともに負荷は小さく、病床使用率は概ね0～30%。レベル2は「感染拡大初期」で、発熱外来の患者の急増により負荷が高まり始め、救急外来も急増しさらに医療従事者の欠勤も増加傾向で、病床使用率は概ね30～50%と見込まれる。職場では欠勤者が増加し始め、業務に支障がある事業者も出てくるとした。レベル3の「医療負荷増大期」になると、発熱・救急外来に患者が殺到し重症化リスクが高い人がすぐに受診できない事態になったり、救急搬送の困難事例も急増する。医療従事者の欠勤も多発し病床使用率、重症病床使用率とも概ね50%を超す。職場の欠勤者が多数出て、業務が続けられなくなる事業者も多くなるとした。

(104) 政府新型コロナウイルス感染症対策分科会第20回資料

<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/taisakusuisin/bunkakai/dai20/gijisidai.pdf>

(105) NHK NEWS WEB

<https://www3.nhk.or.jp/news/html/20221110/k10013887081000.html>

(106) 政府新型コロナウイルス感染症対策分科会第20回資料

<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/taisakusuisin/bunkakai/dai20/gijisidai.pdf>

レベル4の「医療機能不全期」では、膨大な感染者に発熱外来も救急外来も対応しきれなくなり、一般の外来にも患者が殺到する事態となる。救急搬送の困難事例の把握すらできず、通常の医療を含めた外来医療全体がひっ迫し機能不全の状態とした。入院が必要な重症者などが著しく増加するのに対して、多数の医療従事者が欠勤するため入院医療もひっ迫し、病床使用率、重症病床使用率とも概ね80%を超す。企業などでの欠勤者が膨大になり、社会インフラの維持にも支障が生じる可能性があるとした。

レベル1とレベル2では、これまで行われてきた都道府県の健康相談センターやオンライン診療などで、あるいはそれらの体制強化で対応する。レベル3の「医療負荷増大期」では、感染が著しい都道府県は「医療ひっ迫防止対策強化宣言」を行い、住民や事業者への情報発信を強化し、感染拡大の状況や医療への負荷状況を丁寧に伝えながら感染の拡大防止に協力を呼び掛ける。住民には、混雑していたり感染リスクの高い場所への外出を控え、特に大人数の会食や大規模なイベントに参加しないなどを慎重に検討し判断することや、普段と異なる症状がある場合は外出、出勤、登校それに登園を控えることを呼び掛けるとした。事業者にもテレワークや、人が集まる場所での感染対策の徹底などをあらためて行うほか、一時的に業務が実施できない場合があることやその場合の対応を、事前に住民や取引先などに示しておくよう促すとした。

感染のスピードが急激で、医療ひっ迫防止対策強化宣言に基づいた対策を実施しても感染の拡大が続いた場合、レベル4の医療機能不全期になることを回避するため、都道府県は「医療非常事態宣言」を行うとした。具体的な対策では、人との接触機会を極力なくすため外出や移動は必要不可欠なものに限り、出勤を大幅に抑制することや帰省・旅行の自粛も要請する。飲食店や施設の時短営業・休業は要請しないものの、外出の自粛要請が出ていることに理解を求める。原則として学校の授業は継続し、部活動での大会や学校行事などは開催方式の変更を含め慎重な対応を要請するとした。国はそれぞれの宣言をした都道府県の感染対策が、効果的・効率的に実施できるよう関係省庁や関係団体との連携や調整のほか、必要に応じて国との橋渡しをする職員の派遣などで支援する。

国と都道府県が身構える中での第8波の感染状況をあらためて見ていくと、10月1日の全国の感染者は3万5,418人。11月1日は6万5,481人。12月1日は11万8,259人。11月16日までの1週間は前週比で1.24で増加のペースは緩んだとはいえ、沖縄県も

1.06でこれで全都道府県が増加となった⁽¹⁰⁷⁾。10万人あたりでは北海道は1,093.61人と1,000人台になり、山形県が860.65人、長野県が852.58人のほか、東北、甲信越、北陸各地方の全県と岐阜、広島、島根の3県がいずれも500人以上を記録した。

東日本を中心としたこうした感染の全国的な広がり、11月18日に開かれた政府の新型コロナ・インフル同時流行対策タスクフォースは、国民に向けた3段階の呼び掛けに関し、「感染が落ち着いている状況」から、「感染者の増加が見られ同時流行の兆しが見える状況」に引き上げた⁽¹⁰⁸⁾。インフルエンザについては、新型コロナほど感染の広がりはなく「微増」ではあるものの、「先手先手で引き上げる判断を行う」（加藤厚労相のあいさつ）ことになった。会議では具体的なメッセージとして、「同時流行の兆しが見られる」とし、高齢者や基礎疾患のある人それに妊婦や子どもなどは、症状があったら速やかに発熱外来を受診することを盛り込んだ。また若い人向けには、自己検査で陽性だったら都道府県の健康フォローアップセンターを活用するようとした。

全国の感染状況に戻ると、12月に入ると、感染が先行していた北海道はじめ東北、北陸や長野県などで減少の傾向が現れる。12月6日まで1週間の前週比は全国では1.06に下がり、北海道0.87のほか東北地方では秋田、福島両県を除く4県が0.95～0.98など全国で11県が1.0を下回り、感染の拡大に歯止めがかかったように思われた⁽¹⁰⁹⁾。しかし12月13日の全国の感染者は17万5,961人で、同日まで1週間の前週比は1.20に上昇、1.0を下回ったのは北海道と山形、長野の3道県にとどまった⁽¹¹⁰⁾。宮崎県の1.77、熊本県の1.65はじめ九州、四国、中国、関西の西日本地域での増加が顕著となり、中部、関東両地方でも増加した。

12月21日の全国の感染者は20万7,082人と第8波で初めて20万人を越し、27日と翌28日も20万人台だった。27日まで1週間の前週比は全国では1.10で、35県が1.0を超

(107) 政府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106回事務局資料
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001014075.pdf>

(108) 新型コロナ・インフルエンザの同時流行を見据えた感染状況に応じた国民の皆様への呼びかけ
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001002492.pdf>

(109) 厚労省アドバイザリーボード第109回事務局資料
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001021530.pdf>

(110) 同上第110回事務局資料
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001024244.pdf>

した⁽¹¹¹⁾。10万人あたりでは熊本県1,524.82人、鳥取県1,484.26人、佐賀県1,473.92人を含め九州、四国、中国地方で1,000人を超す県が並んだ。和歌山（1,121.63人）、岐阜（1,211.07人）など6県でも1,000人を超した。

年が明けて3日が過ぎると感染は再び急拡大した。1月5日の感染者は22万7,116人で翌6日は24万6,635人、7日は23万8,776人と3日連続20万人台となり、6日の感染者が第8波のピークとなった。10日まで1週間の前週比は1.28で全都道府県が1.0を超した⁽¹¹²⁾。徳島県が1.53、沖縄、鹿児島、石川の3県が1.51で、九州、四国、北陸各地方では軒並み1.30以上となった。10万人あたりでも全国は934.24人だったのに対して、宮崎県の1,897.76人を最高に沖縄県を除く九州、四国、中国各地方では1,000人以上となるなど、西日本地域を中心に全国的に感染の波は最高潮に達した。

岐阜県は12月23日、保健や医療への負荷が高まった場合の対応として国が決定した4段階のレベルのうち、レベル3「医療負荷増大期」と位置づけて、「岐阜県医療ひっ迫防止対策強化宣言」を出した⁽¹¹³⁾。1週間の感染者が平均3,000人を超え、病床使用率も50%前後で推移し夏の第7波のピークに近づいており、また、19の医療機関が一般病棟や救急医療を制限し、救急搬送困難なケースも既に60件発生しているためとした。

具体策として、ワクチンの大規模接種会場の継続や休日のオンライン診療などに取り組む。オミクロン株対応ワクチンの速やかな接種や体調不良の際はすべての行動を止めること、県内の神社仏閣での初詣の感染防止対策、年末年始の休日診療を含む外来診療の強化などを県民、事業者、医療機関に要請した。

宣言の期間は1月22日までとしていたが、2月12日まで延長された。理由として1週間あたりで一時4,000人近くまで増加した感染者は、2,000人台前半にまで減少したもののまだ多いうえに、1月に入りインフルエンザが3シーズンぶりにはやり出し、新型コロナウイルスと同時流行になったことを挙げた。その後感染者が1週間平均

(111) 同上第112回事務局資料

<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001032285.pdf>

(112) 同上第112回事務局資料

<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001036010.pdf>

(113) 岐阜県医療ひっ迫防止対策強化宣言

<https://www.pref.gifu.lg.jp/uploaded/attachment/330660.pdf>

<https://www.pref.gifu.lg.jp/uploaded/attachment/334507.pdf>

<https://www.pref.gifu.lg.jp/uploaded/attachment/337106.pdf>

900人台となり、国が定めた段階のレベル1（1,100人未満）まで改善したとして2月5日で宣言を終了した。

静岡県は年が明けた1月13日、医療ひっ迫防止対策強化宣言を発令した⁽¹¹⁴⁾。12月23日に独自の「医療ひっ迫警報」を出していたが、1月12日時点で直近1週間の感染者が5万人を超えた。このため、コロナ感染者向け病床と即応病床を合わせた病床使用率は82.2%とほぼ満床状態で、感染が爆発的に急拡大しているとした。2月10日までとしていた宣言は、病床使用率が50%台に低下したことなどから予定通りに終了した。

第8波の感染拡大が早かった長野県は11月14日から、県独自の医療非常事態宣言を出した⁽¹¹⁵⁾。また11月22日には、県民に向けて「『新型コロナ第8波克服』県民共同宣言」への賛同を呼び掛ける運動を始めた。長野県はじめ県内の市長会や町村会、医師会など医療団体、商工会議所などの経済団体に、労働団体それにPTAの教育関係団体が発起団体となった。危機を乗り越えるため、高齢者など重症化リスクの高い人を守ることやワクチン接種に協力すること、基本的な対策を怠らないことなど5項目を目標に掲げて企業、団体、個人に賛同を呼び掛けた。このほか宮城県（『みやぎ医療ひっ迫危機宣言』、11月30日～1月16日～2月13日）⁽¹¹⁶⁾、岡山県（『岡山県医療ひっ迫警報』、12月20日～2月9日）⁽¹¹⁷⁾なども独自の警報を出して住民などに感染対策の徹底を呼び掛けた。

(114) 静岡県「医療ひっ迫防止対策強化宣言」

https://www.pref.shizuoka.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/035/728/230113hyokalevel.pdf

https://www.pref.shizuoka.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/035/728/230210hyokalevel.pdf

(115) 長野県 新型コロナウイルス感染症長野県対策本部 第8波の発生状況と対策の振り返り、「『新型コロナ第8波克服』県民共同宣言」

<https://www.pref.nagano.lg.jp/kansensho-taisaku/kenko/kenko/kansensho/joho/documents/8hafurikaeri02.pdf>

https://www.pref.nagano.lg.jp/kansensho-taisaku/kenko/kenko/kansensho/joho/corona_8thkokuhuku_sengen.html

(116) 宮城県「みやぎ医療ひっ迫危機宣言」

<https://www.pref.miyagi.jp/documents/658/siryou3.pdf>

<https://www.pref.miyagi.jp/documents/658/shiryo3.pdf>

<https://www.pref.miyagi.jp/documents/658/20230209shiryo3.pdf>

(117) 岡山県「岡山県 医療ひっ迫警報」

<https://www.pref.okayama.jp/page/825556.html>

<https://www.pref.okayama.jp/uploaded/attachment/354960.pdf>

結局、国が設定した医療ひっ迫防止対策強化宣言を出したのは岐阜、静岡両県にとどまった。当然レベル4の「医療機能不全期」に至るのを回避するため発動する、「医療非常事態宣言」はなかった。その要因は何だったのだろうか。考えられるのは大きな懸念材料だったインフルエンザとの同時流行が、爆発的な感染拡大の形では起こらなかったことが挙げられるだろう。同時流行が起きた地域は少なくないが、医療ひっ迫防止対策強化宣言を出した岐阜県でも、コロナウイルス感染のピークが過ぎて、感染者が減少しだしたところでのインフルエンザの流行だった。

インフルエンザの感染状況を見ると、2022年の年末12月25日までの1週間の1定点医療機関あたり1.24（報告数6,103人）となり、このシーズン（2022年～2023年）で初めて流行の目安となる1.0を上回った⁽¹¹⁸⁾。富山県（4.21）、沖縄県（2.91）など17都道府県で1.0を超えた。年が明けて1月22日まで1週間では9.59（報告数4万7,366人）となり流行の「注意報」レベルとなる10.0に迫った。推計による全国の感染者は約28万人とされた。この時の沖縄県は38.77と注意報レベルをとうに超し、インフルエンザ流行の「警報」レベルとなる30.0を前週（1月15日まで1週間は33.23）から上回り警報が発令されていた。

全国のインフルエンザのピークは2月12日まで1週間の12.91（報告数6万3,786人）だった。全国の推定感染者は35万人を超し、1日平均では約5万人に相当する。一方、新型コロナウイルスの感染者は2月1日に5万5,546人で、2月7日まで1週間の1日平均は約3万8,000人、翌週14日まで1週間の1日平均は約2万6,000人にまで減少している⁽¹¹⁹⁾。北日本や東日本に比べると、西日本地域も緩やかではあるものの減少は続いていた。この時期はインフルエンザへの対応で、発熱外来が多忙となった県もあったのではないかと想像される。結局2022年9月から2023年4月までの推定感染者は約439万人。2019年～2020年の同時期の約729万人に比べると40%少ない流行だった⁽¹²⁰⁾。

(118) 厚労省インフルエンザの発生状況について

<https://www.mhlw.go.jp/content/001032733.pdf>

<https://www.mhlw.go.jp/content/001045103.pdf>

<https://www.mhlw.go.jp/content/001059471.pdf>

<https://www.mhlw.go.jp/content/001062706.pdf>

(119) 厚労省アドバイザリーボード第117回事務局資料

<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001062654.pdf>

(120) 国立感染症研究所など 今冬のインフルエンザについて（2022/23シーズン）

<https://www.niid.go.jp/niid/images/idsc/disease/influ/fludoko2023.pdf>

(2) 群抜いて多かった感染死

同時流行した場合に1日のピーク時の患者を新型コロナウイルス45万人、インフルエンザ30万人の合わせて「75万人」（加藤厚労相）との想定までには、幸いなことに至らずに済んだ。ただ「2類」の適用で最後となった第8波では、感染による死亡が7波までのどの波よりも、群を抜いて多かったことは痛恨事としなければならないだろう。以下死者について経緯を見ておくことにする。

厚労省アドバイザリーボードが「『第8波』が起こる可能性は非常に高い」と警鐘を鳴らした、2022年10月20日の新型コロナウイルスの感染による死亡は73人⁽¹²¹⁾。11月に入ると感染の拡大とともに死亡者もじわじわ増加し9日は104人と100人台に。同月下旬には100人台が常態化する。25日に148人となった後は12月初旬からは200人台、同月下旬は300人台と増加していく。23日には355人となり、第7波の9月2日の350人を超し1日の死亡の過去最多を更新した。年末の27日は392人、翌日394人と2日連続で最多となった。

年が明けると1月5日410人と初めて400人を超え、翌日も442人で2日連続最多を更新した。中旬になると13日に491人と500人台に迫るほどで最多を更新し、前後の4日間400人台となった。17日から4日連続400人台となり、下旬に入ると25日の398人を含め前後5日間300人台が続くなど、結局2月9日に85人に下がるまでの4カ月近くも3ケタ台の死亡が続いたのである。

11月には合わせて3,036人が亡くなった。12月は7,451人、1月は1万622人と月間1万人を超した。2月は3,889人だった。10月20日から2月20日まで4カ月間では2万5,649人に上った。新型コロナウイルスの感染による死亡が初めて確認されて以来、2月20日までの累計7万1,804人のうち、実に3人に1人が第8波で亡くなった計算になる。

10月19日から2月21日までの間に亡くなった人で、性別や年代が分かる計2万721人のうち男性が1万656人（51.4%）、女性は1万65人（48.6%）。年代では50代以下が男女合わせて895人に対し、60代が1,057人、70代3,668人、80代7,987人、90代以上が7,114人と60代以上（計1万9,826人）が95.6%を占めた。

WHOによると、11月13日まで1週間（552人）から12月18日まで1週間（1,617人）

(121) 厚労省データ死亡者数の推移

<https://covid19.mhlw.go.jp>

に至る6週連続で、日本は死者数でアメリカに次ぐ世界2位だった⁽¹²²⁾。さらにWHOの報告がない12月26日まで1週間を外した後、1月1日まで1週間(1,941人)から1月22日まで1週間(2,779人)の4週連続でやはり2位だった。ちなみに感染者では、11月6日まで1週間(40万1,693人)から12月18日までの1週間(104万6,650人)に至る7週連続で世界1位だった。その後1月1日まで1週間(94万6,130人)から1月22日まで1週間(67万2,526人)の間の4週連続で1位でもあった。いずれにしても好ましからざる記録保持ではあった。

第8波でもオミクロン株のB A. 5が感染の大半を占めており、これにB Q. 1やB A. 2. 75といった別のオミクロン株系統のウイルスも現れたりしている。これらのウイルスは感染やワクチン接種に伴う抗体を回避したり、入院リスクを増加させるといったデータが見られるものの、急激な死亡の増加につながるような報告はないとされた。にもかかわらず、なぜこれほどまでの増加となったのか。

ワクチン接種や自然感染による免疫の獲得に加えて、オミクロン株の特性から感染による致死率は低下している。しかし第7波でも見られたように、全体の感染者が圧倒的に増加すると、それに伴い死者の実数も増加する。2022年9月26日から感染者の報告が全数把握ではなくなったことから、検査キットで自己検査をして陽性であっても、その人が自治体のホームページに登録しなければ陽性者にカウントされない。さらに感染への危機意識の低下から、検査を受けないあるいはしない人の中にも、感染者がかなりの数存在していた可能性がある。こうしたことから、実際の感染は医療機関から報告されている以上に増大していることが、厚労省アドバイザリーボードでは指摘された。

オミクロン株による感染が拡大して以降、肺炎による死亡が減少した一方で、持病の悪化や合併症で亡くなる高齢者が増加した。感染によってこれまで弱まっていた、ものを飲み込む力がさらに弱くなり誤嚥性肺炎を起こしたり、血栓症などの合併症で亡くなるケースも少なくない。ただ心筋梗塞や脳梗塞などの場合、感染による死亡と報告されないこともあるという。オミクロン株の強い感染力と、年末年始の帰省や旅行など人の移動が大幅に増加したことにより、自宅での感染に加えて高齢者施設でのクラスターが多発している。施設の入居者は身体の活動が低下している高齢者が多い

(122) WHO Coronavirus disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Updates
<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>

だけに、クラスターによる感染拡大は高齢者の死亡の増加につながりやすいことも第7波で見られた。

一方で、これまでワクチンを接種している人や第6波より前に感染して免疫を獲得している場合でも、時間の経過に伴い獲得した免疫が低下している可能性がある。このため高齢者の感染が増えていることや、高齢者でもオミクロン株の接種率が低下していることも指摘されており、いずれも死亡の増加要因になる可能性がある。感染の急拡大により通常の救急医療も含めた救急搬送の困難事例も長期化している。高齢者施設や自宅での療養中に、容態が急変した場合などへの治療が遅れることも危惧される。

さらに第8波ではこれまで死亡が少なかった地方で、人口あたりで見ると死亡の増加が目立つ。既に述べたように感染は北海道や東北、北陸地方などで急拡大しその後、大都市を含めた全国に拡大していった。先行して感染が拡大した地域では高齢者の割合が高い。一方で医療体制が必ずしも十分でない地域もあり、死亡が増加した要因になった可能性もある。

厚労省アドバイザリーボードでは、感染者が保健所の健康観察期間後に死亡した場合や、直接死因との関連が薄い場合などでは、保健所の積極的疫学調査でも死亡の確認が把握されていない可能性があることが指摘された。また感染症法では医師に死亡届が義務化されていない。このため、病院で治療を受けて退院した後にかかりつけ医や施設で亡くなった場合は、保健所が追跡できないこともあるとされた。

死亡に関する分析の際の制約や限界も指摘された。感染による死亡はこれまで、「療養中の死亡」が報告の基準とされてきた。しかし療養期間の解釈が自治体や地域によって異なり、どこまでの期間を対象とするかによって、報告される死亡者数も異なってくるとされる。オミクロン株による感染では、亡くなるまでの期間が長くなっていることも報告に影響している可能性がある。高齢者が身体的機能の低下で亡くなると、老衰とされて死因が十分精査されないことが多いという。特に自宅や施設で亡くなると、感染との因果関係を明らかにするのが難しく、医師の判断にも相違が生じやすいという。

施設や自宅で高齢者が亡くなった場合、感染の有無を調べる検査が行われていないことも少なくない。感染によって呼吸器の合併症だけでなく、虚血性心疾患や脳梗塞なども起こしやすいことが明らかになっている。感染による体のだるさや喉の炎症などが軽症として見過ごされても、持病の心疾患や脳出血などが悪化しやすいため、亡

くなった時に感染によると報告されない要因になっていることも考えられるという。

日本ではこれまで、累積の感染者や死亡が欧米諸国などに比べ低く抑えられてきたが、このため自然感染による免疫保持の割合が低いことも影響している可能性があるという。イギリスのイングランド地域の献血者では、自然感染を示すと考えられる抗体の陽性率が80%を超すという⁽¹²³⁾。これに対し、日本国内の献血者の抗体陽性率は2022年11月段階で26.5%だった。日本と同じように当初は感染者と死亡の割合が低かった、オーストラリアや香港、台湾などでも2023年に入ってから死亡が増加しているという。

高齢者の死亡の増加は、さまざまな要因が重なっていることによるようだ。いずれの要因でも、感染者の急激な拡大が根底にあるのは間違いないだろう。既に述べてきたように第8波は「Withコロナ」の動きが広がり、人々の感染への警戒感が薄れていく間隙を突いたような形で現れた。師走の街は忘年会や買い物などでにぎわい、年末年始の帰省や旅行の人出は前年を大幅に上回った。

感染症法上で「2類」だった新型コロナウイルスの位置づけが、インフルエンザなどと同じ「5類」に移行するのは、「Withコロナ」の仕上げとも言える。政府新型コロナウイルス対策分科会や厚労省アドバイザーボードといった専門組織では2022年の秋以降、政府の諮問を受けたような形で5類移行の是非や、課題の整理などをめぐる論議に多くの時間が費やされた。メディアも論議の行方を逐一報道してきた。そうした議論の結果を受けて岸田首相は1月20日に、春にも5類に移行させることを明らかにした。しかし既に述べたように、この時期は感染による死亡が過去最多を記録するなど、連日400人前後に上っていたことを忘れるわけにはいかない。

おわりに

「新型コロナウイルスは世界を変えた。私たちをも変えた」。新型コロナウイルスに関して2023年5月5日、「『国際的な公衆衛生上の緊急事態宣言』を終了する」ことを発表したWHOのテドロス事務総長はこう述べたうえで、今回のパンデミックで得た教訓を次

(123) (122)を参照

への備えに生かすことの重要性を強調した⁽¹²⁴⁾。日本にとっては極めて重い発言として受け止める必要があると思われる。

それは2009年に発生した新型インフルエンザの教訓が、「喉元を過ぎた」ように忘れ去られてほとんど生かされないまま、新型コロナウイルスに向き合わざるを得なかったことがあるためだ。新型インフルエンザが収束後の2010年6月、国の新型インフルエンザ対策総括会議は報告書をまとめ、感染などの状況を迅速かつ的確に分析し判断、決断していく必要があるとして、「国の意思決定プロセスと責任主体を明確化」することを提言した⁽¹²⁵⁾。その際は、医療や自治体などの現場の実情や専門家の意見を的確に把握し、「迅速かつ合理的に意思決定できるシステム」とすべきで、かつ「可能な限り議論の過程をオープンにすることも重要」とした。

また、自治体を含めた多岐にわたる関係者と発生前から対処方針を検討し、実践的な訓練を重ねるなどの準備を進めるよう求めた。国民の意見を聞きながら事前に決められることは決めておく。さらに地方がどこまで裁量を持つかなどの役割分担も、できる限り確認しておくことが必要と指摘した。厚労省だけでなく国立感染症研究所や検疫所など国の機関、それに自治体の保健所や地方衛生研究所を含めて、感染症対策の危機管理を専門に担う組織や人員体制を大幅に強化し、人材の育成を進めることも求めた。特に国立感染症研究所については、アメリカのCDC（疾病対策センター）など各国の感染症の担当機関を参考に、より良い組織や人員体制を構築すべきだとした。

新型コロナウイルスの第6波が一段落した2022年6月、岸田首相の声がかりで設置された「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議」は、次の感染症危機に備えた中長期的な課題に関して報告書を公表⁽¹²⁶⁾。この中で2010年の新型インフルエンザ対策総括会議がまとめた提言への国の対応が、平時になって「危機意識が薄れ」たうえに、初動からの保健医療提供体制の構築が現場レベルに落とし込まれていなかったとして、「不十分だったと言わざるを得ない」と批判した。そして、今回の新型コロナウイルスへの対応の教訓を踏まえ、「今度こそ、次の危機までに行う取り組みを確実なものにする」ため、さ

(124) WHO Web

<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing---5-may-2023>

(125) 新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議報告書

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

(126) 新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議報告書

https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/coronavirus_yushiki/index.html

さまざまな課題について「優先順位、時間軸を含めて整理し、中長期的対応の具体策」をつくる必要があることを強調した。

そのためには、医療機関などへの行政権限を強化するなどして、危機に迅速・的確に対応できるよう司令塔機能を強化することを求めた。また強化された機能を活用し、一元的に感染対策を指揮する司令塔組織の整備も必要とした。報告書はそこに踏まえるべきこととして、「総理が司令塔となって行政各部を指揮命令し一元的な感染症対策を行う体制を強化する」として、先頭に立つのは首相であることを明確にした。また「行政の縦割りを排し、関係省庁の実働組織が一体的に取り組む体制を構築すること」も挙げた。

この有識者会議は、第6波の感染が落ち着いたとはいえ収束のめどが立たない5月中旬に発足し、1カ月後には報告書をまとめるという慌ただしさと拙速感は否めない。報告書でも今回の検証は司令塔機能の強化や感染症法のあり方、それに保健医療体制の確保などに絞ったものであることを指摘している。今後社会経済への影響や財源のあり方、第1波からその都度実施された取り組みの効果などを多面的に検証し、国民が安心できるような中長期的な対応への具体策を作成することを求めている。

報告を受けて国会で政府が提出した改正感染症法などが成立し、昨年9月1日には内閣感染症危機管理統括庁が発足した⁽¹²⁷⁾。同庁は内閣官房（首相官邸）にあり、新型コロナウイルスのような感染症が出現した時は政府対策本部の事務局となり、本部長を務める首相を支え司令塔の役割を担う。また2025年以降、「国立健康危機管理研究機構」の発足も決まっている⁽¹²⁸⁾。機構は既にある国立感染症研究所と国立国際医療研究センターを統合、政府が全額出資の特殊法人となる。アメリカのCDCに倣い、「日本版CDC」とも言われる。感染症などに関する最新の科学的知見を政府に提供し、政策決定に貢献するとしている。

都道府県の役割も一層明確化される⁽¹²⁹⁾。新型コロナウイルスへの対応で都道府県は感染者向けの入院病床や発熱外来の確保に苦勞した。改正感染症法で、都道府県と医療機関が事前に協定を結ぶ制度が創設された。協定を締結した医療機関には感染者の受け入れなどが義務付けられる。受け入れを拒否したりした場合は、医療機関名が公表される。感染

(127) 内閣感染症危機管理統括庁HP

<https://www.cas.go.jp/jp/caicm/index.html>

(128) 厚労省国立健康危機管理研究機構について

<https://www.mhlw.go.jp/content/10601000/001069824.pdf>

(129) 厚労省改正感染症法について

<https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/001055464.pdf>

の拡大に伴い一般医療を制限するなど医療機関側に損失が出た場合は、国と都道府県が補てんする。

また都道府県と保健所を設置している市・東京都の特別区との間で「連携協議会」を設置する仕組みも創設された。新型コロナウイルスへの対応では、都道府県と保健所を設置している市・特別区との入院調整や情報の共有などで連携が十分ではなかったケースがあったことによる。連携協議会で平時から入院調整の方法や検査態勢、情報の共有などを議論し、「予防計画」を作成しておくことになっている。連携協議会には医療と高齢者施設の各関係者や消防機関からも参加することになっており、地域で一丸となった対応が期待される。

内閣感染症危機管理統括庁や日本版CDCなどは「次への備え」である。安定したワクチンの確保も「次への備え」では必須だろう。日本は今回、輸入品に依存せざるを得ず安定供給に苦勞した。イギリスのジョンソン首相（当時）が、イギリスのワクチン接種が順調に進んだのは「『資本主義』と『強欲』が理由」と述べてひんしゅくを買ったことがあったが⁽¹³⁰⁾、オックスフォード大学とアストラゼネカ社が共同開発したワクチンは日本でも使用された。ワクチン開発への基礎研究を支援するなどして、コロナ禍のような事態が次に起きた時は国内で供給が整えられるようにし、さらに途上国などへのワクチン支援でも主導的役割を果たすことがあってもいいのではないだろうか。

感染の拡大を防止するため不要不急の外出を控える一方で、会社や学校、医療の現場ではリモートワークやオンライン授業、同診療が行われるようになった。全国知事会は国への緊急提言をまとめる際、オンラインの全国会議を開催し各知事の合意を得るなどした。まだ緒に就いたばかりではあるが、今後も幅広く活用されていくと思われる。一方で、緊急事態宣言の発動やまん延防止等重点措置の適用に伴う行動制限などの影響で、飲食店の閉店、企業などの休業や倒産のあおりを受けて職を失った人が少なくない。医療機関や高齢者施設などでの厳しい勤務に耐えかねて離職した医療従事者や福祉職員もいる。収入の道が閉ざされて生活保護を受ける人や中には自殺に追い込まれたケースも増加した。

「100年に一度のパンデミック」が「世界を変え、私たちをも変えた」ことは紛れもない。次への備えにどのような社会をつかっていったらいいのか。国の有識者会議の議論に任せるだけではなく、コロナ禍を振り返りながら新たな感染症にも動じない社会や地域を

(130) B B C N e w s

<https://www.bbc.com/news/uk-politics-56504546>

国民・住民自らつくり上げていくことが望まれる。

(かまた つかさ ジャーナリスト)

キーワード：新型コロナウイルス／地方分権／全国知事会／第6波～第8波

【参考資料】

一般財団法人日本公衆衛生協会「新型コロナウイルス感染症対応記録」 2023年

http://www.jpha.or.jp/sub/topics/20230427_2.pdf

緒方剛「新型コロナウイルス対応における保健所の役割と課題」 モダンメディア67巻2号 2021年

https://www.eiken.co.jp/uploads/modern_media/literature/P24-30.pdf

河合香織「次なる『想定外』に備えられるか」 世界12月号 岩波書店 2023年

牧原出・坂上博「きしむ政治と科学」 中央公論社 2023年

永井良三「政府の新型コロナウイルスパンデミック対策に関する意見書」 2022年

<https://www.covid19-jma-medical-expert-meeting.jp/topic/7352>

ノーム・チョムスキー「壊れゆく世界の標」 NHK出版 2022年

保健医療科学「新型コロナウイルス感染症に対する地方自治体および保健所の対応」 Vol. 71 2022年

<https://www.niph.go.jp/journal/data/71-4/202271040003.pdf>