

指標

新型コロナウイルス感染症と感染症法

常任理事／学術部長

たかはし さとし
高橋 聡

はじめに

あくまで執筆時点での動きですが、自治体や専門家(?)からの意見として、新型コロナウイルス感染症を「2類相当」から「5類相当」もしくは「5類」に変えるべきとの報道が出ています。世の中のあまたの「専門家」の定義はさておき、まずは、2類と5類を理解するために「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(以下、感染症法)」と、新型コロナウイルス感染症がどのように位置付けられているかを整理しました。さら

指標のポイント

感染症法をご存知の先生方は多いと思いますが、厚生労働省からの矢継ぎ早の通知をその都度把握することはコロナ禍の医療状況では困難です。この指標が大まかなまとめとなれば幸いです。さまざまな提言が出ていますが、誰の負担が減るのか、コロナ禍での医療の効率化とはそもそも何を指すのか、敵が変化したら守りも変化する必要がありますので、私たち自身も変わらなければならないのですが、多少なりとも手枷足枷を緩めてほしいものです。

に、新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボードからの提言についても考察しました。

新型コロナウイルスと感染症法

令和2年1月28日の官報により、令和2年政令第11号第1条として、新型コロナウイルス感染症を指定感染症(図1)として定める等の政令が制定されました。政令では、第2条として政令で定める期間は1年を経過する日までの期間と定めています。第3条として新型コロナウイルス感染症については、感染症法を準用するというので(一部のみ抜粋しますが)第8条第1項では(それぞれ1類感染症の患者又は2類感染症→)新型コロナウイルス感染症、第15条第3項第4号では(1類感染症、2類感染症若しくは新型インフルエンザ等感染症→)新型コロナウイルス感染症、第19条第1項、第20条第1項で

図1

【参考】感染症法に基づく主な措置の概要(政令による準用の有無)

	指定感染症	一類感染症	二類感染症	三類感染症	四類感染症	五類感染症	新型インフルエンザ等感染症
規定されている疾病名	新型コロナウイルス感染症	エボラ出血熱・ペスト・ラッサ熱等	結核・SARS 鳥インフルエンザ(H5N1)等	コレラ・細菌性赤痢・腸チフス等	黄熱・鳥インフルエンザ(H5N1以外)等	インフルエンザ・性器クラミジア感染症・梅毒等	新型インフルエンザ・再興型インフルエンザ
疾病名の規定方法	政令 (具体的に適用する規則は、感染症法に政令で規定)	法律	法律	法律	法律・政令	法律・省令	法律
疑似症患者への適用	○	○	○ (政令で定める感染症のみ)	-	-	-	○
無症状病原体保有者への適用	○	○	-	-	-	-	○
診断・死亡したときの医師による届出	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (7日以内)	○ (直ちに)
獣医師の届出、動物の輸入に関する措置	-	○	○	○	○	-	○
患者情報等の定点把握	-	-	△ (一部の疑似症のみ)	△ (一部の疑似症のみ)	△ (一部の疑似症のみ)	○	-
積極的疫学調査の実施	○	○	○	○	○	○	○
健康診断受診の勧告・実施	○	○	○	○	-	-	○
就業制限	○	○	○	○	-	-	○
入院の勧告・措置	○	○	○	-	-	-	○
検体の取去・採取等	○	○	○	-	-	-	○
汚染された場所の消毒、物件の廃棄等	○	○	○	○	○	-	○
ねずみ、昆虫等の駆除	○	○	○	○	○	-	○(※)
生活用水の使用制限	○	○	○	○	-	-	○(※)
建物の立入制限・封鎖、交通の制限	○	○	-	-	-	-	○(※)
発生・実施する措置等の公表	○	-	-	-	-	-	○
健康状態の報告、外出自粛等の要請	○	-	-	-	-	-	○
都道府県による経過報告	○	-	-	-	-	-	○

黄：指定時に適用(2/1施行) 橙：改正①時に適用(2/14施行) 桃：改正②時に適用(3/27施行)

※ 感染症法44条の4に基づき政令が定められ、適用することとされた場合に適用

厚生労働省HPより、<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000664825.pdf>

は（1類感染症→）新型コロナウイルス感染症と読み替えるとされています。この政令を読む限り、感染症の分類を、ある意味柔軟に読み替えているようです。その後、政令の制定からあつという間に1年が経ちましたので、健発0107第1号（令和3年1月7日）で「政令の一部を改正する政令」が発出され、指定感染症としての指定期間が1年間延長され、令和4年1月31日までとなりました。しかし、令和3年2月3日に、今後期限の定めなく必要な対策を講じることができるように「新型インフルエンザ等感染症」に「新型コロナウイルス感染症」及び「再興型新型コロナウイルス感染症」が追加され、法的位置付けは「指定感染症」から「新型インフルエンザ等感染症」に変更されました。感染症法第6条第7項第3号に「新型インフルエンザ等感染症」とは次に掲げる感染性の疾病をいう、として「新型コロナウイルス感染症」（新たに人から人に伝染する能力を有することとなったコロナウイルスを病原体とする感染症であつて、一般に国民が当該感染症に対する免疫を獲得していないことから、当該感染症の全国的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与えるおそれがあると認められるものをいう）が追加されました。

そうなりますと、「指定感染症」と「新型インフルエンザ等感染症」、そして、「2類感染症」と「5類感染症」の措置の相違が気になるところです。厚生労働省が示すところ（図1）では、「指定感染症」と「新型インフルエンザ等感染症」は概ね共通するところが多いようです。「指定感染症」または「新型インフルエンザ等感染症」と「2類感染症」もいくつかの項目を除いて共通するところがあるようです。その意味で、「2類感染症」相当（2類相当）となっているのでしょうか（指定感染症と2類感染症では明らかに異なるようにも思いますが・・・）？

2類相当とは

過去に同様の「2類感染症」相当という文言が出てきているのは、平成26年3月に厚生労働省健康局結核感染症課からの資料（<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000040509.pdf>）の中です。この時には、鳥インフルエンザA（H7N9）について、4類感染症かつ指定感染症として、鳥インフルエンザA（H5N1）と同等の措置（2類感染症相当）を平成27年5月まで継続、との記載があります。そもそも、鳥インフルエンザA（H7N9）は指定感染症に分類されていたので、新型コロナウイルス感染症もそれに準じたものでしょうか？「2類相当」で検索をしてみると、やはり、丁寧に記載されているものでは「2類相当の措置」という表現がされています。措置が共通という理解をすれば、「1類相当」の表現の方が合うよ

うな気もするのですが。この「2類相当」という文言ですが、新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボードの岡部信彦先生の日本内科学会雑誌への寄稿（1）の中で使われていました。記載としては、“1月28日、我が国では、新型コロナウイルスについて、感染症法に基づく「指定感染症」（2類相当）・・・”となっています。となると、わかりやすく解説するために過去の鳥インフルエンザAに倣って、また、一部の専門家の表現を引用して、使われてきたようです。

提言は実行可能か？

第93回（令和4年8月3日）新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボードの参考資料2（<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000972889.pdf>）では、「感染拡大抑制の取り組み」と「柔軟かつ効率的な保健医療体制への移行」についての提言がまとめられています。そして、取扱変更へ向けて調整が必要なテーマとして、医療対応、保健所・行政対応、感染状況の把握、高齢福祉施設対応、インバウンド対応が挙げられています。医療機関対応（図2）について、従来の対応から将来のゴールとしてのステップが示されていますので、このゴールがどこまで可能なか考えてみます。

感染防護・管理のあり方として「日常診療でサージカルマスク装着を基本とし、陽性者や疑い患者などのリスク高い場面では、フルPPEを必須とせず、エアロゾル曝露対策のN95マスクを原則とする、病室単位でのゾーニングを基本とする」としています。もはや、ユニバーサルマスクは当然とも言えますので、「日常診療でサージカルマスク装着を基本とし」については十分可能です。リスクの高い場面でのN95マスクについても理解しますが、「リスクの高い場面」を察知できるかどうか、あまり自信がないです。検査をする以外で「陽性者」を認識することは難しいように思います。「疑い患者」を疑うことは可能ですが、有症状の患者が受診した時にN95マスクを迅速に装着して対応、となる感じでしょうか？いずれにしても、「陽性者」を認識することは、特別な能力が備わっていれば可能ですが、そうでなければ、人を見たらCOVID-19患者と思うことにするか、となってしまうのでしょうか？

「病室単位でのゾーニング」については、社会福祉施設等では実際に行われていますので可能とは思いますが、病院では免疫不全の患者も多数入院していますので、同じスタッフが対応するとなると難しいかもしれません。医療従事者とはいえ、誰もが完璧に感染対策をこなせるかどうか？感染防護の破綻も稀というわけではないので、夜勤で看護師の数が限られた病院や地方の病院では綱渡りの対応になりそうです。

入院機能としては、「より多くの医療機関での入

院を可能にする」としています。関連して、「一般の診療所でも実施できる感染対策へ移行、積極的に基本的治療の実施と療養者の受診や相談に対応」として、「+極力一般施設での外来」としています。確かに理想的で実施できたら素晴らしい提言です。ただ、新型コロナウイルスの感染性が今よりも相当に弱まるようでしたら、「一般の診療所でも実施できる感染対策へ移行」も可能になると思います。例えば、「一般の診療所」の外来待合空間は、「陽性者」や「疑い患者」と、そうでない患者を分離可能でしょうか？全ての患者が駐車場の自家用車の中で待機可能でしょうか？病棟も含めて、トイレなどそれぞれが交差する場所は分離可能でしょうか？医療従事

者としては、職員の感染予防はもちろんですが、患者への感染伝播を危惧しています。これらのステップでそれが保証されるのかどうか？

問いかけで終わる文章は好みませんが、この提言については、ぜひ、実際の臨床に携わる医師として考えていただければと思います。いろいろなご意見はあるかと思いますが、現場で「実施可能」で「効率的」な提言を心待ちにしたいところです。

文献

- 1、岡部信彦、これまでの出来事の総括 (chronology)、日内会誌、109; 2264-2269: 2020

図 2

テーマ1 医療機関対応 (例) * 地域の実情に応じてステップ1への移行の判断をする

医療機関対応	従来への対応	ステップ1	ステップ2
感染防護・管理のあり方	フルPPE (マスク・手袋・帽子・ガウン) が必須としたり、病棟単位のゾーニングの施設が多い	日常診療でサージカルマスク装着を基本とし、陽性者や疑い患者などのリスク高い場面では、フルPPEを必須とせず、エアロゾル曝露対策のN95 マスクを原則とする 病室単位でのゾーニングを基本とする	
入院機能	高い感染管理能力を前提とした重点医療機関等における入院が主体	患者受け入れキャパを向上させ、施設内の弾力的運用と対応施設の拡大	より多くの医療機関での入院を可能にする
診療・検査医療機関などの外来機能	時間・空間的分離を厳格に実施している外来施設が多い。初診診断が中心	一般の診療所でも実施できる感染対策へ移行、積極的に基本的治療の実施と療養者の受診や相談に対応 +対応施設拡大	+極力一般施設での外来
診療報酬や病床確保等の金銭的支援	病棟単位を基本とする病床確保体制 病棟単位が基本の病床確保体制が浸透	病室・病床単位を基本とする病床確保体制 既存対応医療機関の運用機能を高め、新規参入病院を促すための柔軟な病室・病床単位での病床確保を推進できる仕組みの検討	
			実際の患者入院に貢献した病床へ優先的支援

第93回 (令和4年8月3日) 新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード、参考資料2 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000972889.pdf>)