

事務連絡
令和2年2月9日

各 { 都道府県
特別区
保健所設置市 } 衛生主管部（局） 御中

厚生労働省健康局結核感染症課

新型コロナウイルス感染症患者等の入院病床の確保について（依頼）

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2年1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。）については、新型コロナウイルス感染症を指定感染症として定める等の政令（令和2年政令第11号。以下「指定令」という。）、検疫法施行令の一部を改正する政令（令和2年政令第12号）、新型コロナウイルス感染症を指定感染症として定める等の政令第3条の規定により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施行規則の規定を準用する場合の読替えに関する省令（令和2年厚生労働省令第9号）及び検疫法施行規則の一部を改正する省令（令和2年厚生労働省令第10号）が施行されたところです。

今般、神奈川県横浜市に所在する港にクルーズ船が寄港し、同船において新型コロナウイルス感染症患者等の発生が一時的に多数報告されていること等を踏まえ、新型コロナウイルス感染症患者等の搬送先の医療機関について下記の通りまとめましたので、御了知の上、関係各所への周知の程お願いいたします。

なお、今回の依頼に関しては、新型コロナウイルス感染症患者等の発生が一部の地域で一時的に多数報告されていること等を踏まえた暫定的な依頼であり、平時における感染症対策に及ぶものではないことを申し添えます。

記

- 1 指定令及び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（平成 10 年法律第 114 号。以下「法」という。）においては、新型コロナウイルス感染症の患者及び疑似症患者については、原則、感染症指定医療機関における感染症病床に入院させなければならないこととなっているが、法第 19 条第 1 項ただし書において、緊急その他やむを得ない場合につき、感染症指定医療機関における感染症病床以外に入院させること、又は感染症指定医療機関以外の医療機関に入院させることが可能となっていること。

- 2 具体的に、新型コロナウイルス感染症の患者等を医療機関に搬送する場合、以下の点につき留意すること。
 - ①法第 19 条第 1 項ただし書に該当する場合であっても、基本的には、感染症指定医療機関に搬送すること（ただし、感染症病床に入院させる必要はないこと。）
 - ②医療機関においては各地域の住民に対する感染症に関する医療を提供する必要があること等に鑑みて、新型コロナウイルス感染症患者等を感染症指定医療機関における感染症病床以外に入院させる場合、または、感染症指定医療機関以外の医療機関に搬送する場合については、下記の点が確保されていること。
 - ・個室に入院させることが望ましいが、新型コロナウイルス感染症の診断が確定している患者においては、同一の病室で治療することも差し支えないこと
 - ・入院患者が使用するトイレが他の患者等とポータブルトイレ等の使用により共同使用ではないこと
 - ・その他、「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第 38 条第 2 項の規定に基づく厚生労働大臣が定める感染症指定医療機関の基準」（平成 11 年 3 月 19 日厚生省告示第 43 号）及び「感染症指定医療機関の施設基準に関する手引きについて」（平成 16 年健感発各都道府県衛生主管部（局）長宛厚生労働省健康局結核感染症課長通知）を参考にしつつ、適切に病床を確保すること

<参考>

- 「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第 38 条第 2 項の規定に基づく厚生労働大臣が定める感染症指定医療機関の基準」（平成 11 年 3 月 19 日厚生省告示第 43 号）
- 「感染症指定医療機関の施設基準に関する手引きについて」（平成 16 年健感発第 0303001 号各都道府県衛生主管部（局）長宛厚生労働省健康局結核感染症課長通知）

健感発0212第4号
医政地発0212第1号
令和2年2月12日

各 { 都道府県
保健所設置市
特別区 } 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局結核感染症課長
（ 公 印 省 略 ）
厚生労働省医政局地域医療計画課長
（ 公 印 省 略 ）

新型コロナウイルス感染症患者等の入院病床の確保について（依頼）

標記については、これまでも新型コロナウイルス感染症患者等の受け入れ等につき格段のご協力を賜り感謝申し上げます。

今般、神奈川県横浜市に所在する港にクルーズ船が寄港し、同船において新型コロナウイルス感染症患者等の発生が一時的に多数報告されているなど、新型コロナウイルス感染症患者等の搬送先を確保することが急務となっております。

ついては、貴職におかれましては、管内の医療機関において、新型コロナウイルス感染症患者、疑似症患者及び基礎疾患等により重篤な患者を受け入れるための病床確保及び搬送調整にご尽力いただきますようお願い致します。

特に受け入れが急務となる患者が生じた場合には、厚生労働省より具体的に病床確保及び搬送調整等につき御相談することとしておりますので、御協力をお願い致します。

また、「新型コロナウイルス感染症患者等の入院病床の確保について（依頼）」（令和2年2月9日付厚生労働省健康局結核感染症課事務連絡）において、緊急その他やむを得ない場合につき、感染症指定医療機関における感染症病床以外に入院させること等が可能となっていることを踏まえた対応を既にお願ひしているところですが、貴職におかれて具体的な搬送医療機関を検討する際は、まずは「新型インフルエンザ患者入院医療機関整備事業の実施について」（令和2年2月6日健発 0127 第3号厚生労働省健康局長通知）における新型インフルエンザ患者入院医療機関への搬送を検討・調整していただき、当該医療機関において満床等の理由で受け入れできない場合等については、他の医療機関等への受け入れを検討していただくなど、具体的な入院病床の確保に努めていただきますようお願いいたします。

健感発0213第1号
医政地発0213第1号
令和2年2月13日

各 都道府県 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局結核感染症課長
（ 公 印 省 略 ）
厚生労働省医政局地域医療計画課長
（ 公 印 省 略 ）

感染症指定医療機関における新型コロナウイルス感染症患者等の
入院病床の確保について（依頼）

標記については、これまでも新型コロナウイルス感染症患者等の受け入れ等につき格段のご協力を賜り感謝申し上げます。

今般、神奈川県横浜市に所在する港にクルーズ船が寄港し、同船において新型コロナウイルス感染症患者等の発生が一時的に多数報告されているなど、新型コロナウイルス感染症患者等の搬送先を確保することが急務となっております。

先日、「新型コロナウイルス感染症患者等の入院病床の確保について（依頼）」（令和2年2月9日付厚生労働省健康局結核感染症課事務連絡）において、緊急その他やむを得ない場合につき、感染症指定医療機関における感染症病床以外に入院させること等が可能となっていることを踏まえた対応を既にお願ひしているところですが、貴管内の第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関におかれましては、感染症指定医療機関という性質を踏まえ、感染症病床以外の病床を確保した上で入院治療に供していただくよう格段の努力をお願い致します。

特に受け入れが急務となる患者が生じた場合には、厚生労働省より具体的に病床確保及び搬送調整等につき御相談することとしておりますので、御協力をお願い致します。

〈参考〉

「新型コロナウイルス感染症患者等の入院病床の確保について（依頼）」（令和2年2月12日付厚生労働省健康局結核感染症課（医政局地域計画課）長通知）

「新型コロナウイルス感染症患者等の入院病床の確保について（依頼）」（令和2年2月9日付厚生労働省健康局結核感染症課事務連絡）

事務連絡
令和2年2月17日

各 { 都道府県
保健所設置市
特別区 } 衛生主管部（局）御中

厚生労働省医政局総務課
厚生労働省医政局地域医療計画課
厚生労働省健康局結核感染症課

新型コロナウイルス感染症に係る医療法上の臨時的な取扱いについて

新型コロナウイルス感染症への医療機関における対応については、「新型コロナウイルス感染症患者等の入院患者の受け入れについて」（令和2年2月10日付け厚生労働省医政局総務課・地域医療計画課事務連絡）において、感染症病床以外に入院させることに対する医療法（昭和23年法律第205号）における取扱い等について周知を依頼したところです。

上記に加えて、新型コロナウイルス感染症患者及び疑似症患者を臨時的に受け入れるに当たっての医療法における取扱いについて、下記のとおりまとめましたので、内容を御了解の上、管内医療機関へ周知をいただくとともに、その実施に遺漏なきようお願いいたします。

なお、これらの取扱いとするに当たっては、「医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応について」（令和2年2月13日付け厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡）に基づき、院内感染防止体制を徹底いただくとともに、新型コロナウイルス感染症のまん延防止を図るための臨時的なものである旨、御留意願います。

記

1. 定員超過入院等について

新型コロナウイルス感染症の患者及び疑似症患者を、緊急時の対応として、感染症病床の病室に定員を超過して入院させる場合や、処置室等病室以外の場所に入院させる場合は、医療法施行規則第10条ただし書きの臨時応急の場合に該当する。

ただし、定員超過入院等は緊急時の一時的なものに限られ、常態化する場合には、医療法の感染症病床の増床手続を行う必要があるため、希望する場合には、厚生労働省医政局地域医療計画課に相談していただきたい。

健感発0218第1号
医政地発0218第1号
令和2年2月18日

各 { 都道府県
保健所設置市
特別区 } 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局結核感染症課長
（ 公 印 省 略 ）
厚生労働省医政局地域医療計画課長
（ 公 印 省 略 ）

新型コロナウイルス感染症患者等の入院病床の更なる確保について（依頼）

新型コロナウイルス感染症患者、疑似症患者及び基礎疾患等により重篤な患者（以下「新型コロナウイルス感染症患者等」という。）の受け入れ等については、格段の御協力を賜り感謝申し上げます。

現在、神奈川県横浜市に所在する港にクルーズ船が寄港し、同船において新型コロナウイルス感染症患者等の発生が一時的に多数報告されているなど、新型コロナウイルス感染症患者等の搬送先を確保することが急務となっているところ、「新型コロナウイルス感染症患者等の入院病床の確保について（依頼）」（令和2年2月9日付け厚生労働省健康局結核感染症課事務連絡）にて、緊急その他やむを得ない場合につき、感染症指定医療機関における感染症病床以外に入院させること等が可能となっていることを踏まえた対応をお願いするとともに、「新型コロナウイルス感染症患者等の入院病床の確保について」（令和2年2月12日健感発0212第4号・医政地発0212第1号）及び「感染症指定医療機関における新型コロナウイルス感染症患者等の入院病床の確保について（依頼）」（令和2年2月13日健感発0213第1号・医政地発0213第1号）にて、新型インフルエンザ患者入院医療機関への搬送や第一種及び第二種感染症指定医療機関における感染症病床以外の病床の確保を検討・調整いただくなど、具体的な入院病床の確保に努めていただいたところ です。

今般、新型コロナウイルス感染症患者等の増加を受けて更なる入院病床の確保が必要な状況となっていることから、貴職におかれましては、当面の間、貴管内の特定、第一種及び第二種感染症指定医療機関において緊急時等やむを得ない場合を除いて新型コロナウイルス感染症患者以外の新規入院の制限を行うとともに、医療機関において新型コ

コロナウイルス感染症患者等を受け入れるための病床の確保に努めていただきますようお願い申し上げます。上記、各都道府県の取組については、改めてご報告を頂く事を予定しておりますことを申し添えます。

なお、「新型コロナウイルス感染症患者等の入院病床の確保について（依頼）」（令和2年2月12日健感発0212第4号・医政地発0212第1号）に基づき、あらかじめ厚生労働省の要請を受けて、都道府県等が感染症指定医療機関における感染症病床以外の病床又は感染症指定医療機関以外の医療機関の病床を調整・確保した場合には「新型コロナウイルス感染症患者等の入院病床の確保に係る支援について」（令和2年2月18日健感発0218第2号・医政地発0218第2号）のとおり支援を行うこととしておりますのでご活用下さい。

The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) — China, 2020

The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team

Abstract

Background: An outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in Wuhan, Hubei Province, China has spread quickly nationwide. Here, we report results of a descriptive, exploratory analysis of all cases diagnosed as of February 11, 2020.

Methods: All COVID-19 cases reported through February 11, 2020 were extracted from China's Infectious Disease Information System. Analyses included the following: 1) summary of patient characteristics; 2) examination of age distributions and sex ratios; 3) calculation of case fatality and mortality rates; 4) geo-temporal analysis of viral spread; 5) epidemiological curve construction; and 6) subgroup analysis.

Results: A total of 72,314 patient records—44,672 (61.8%) confirmed cases, 16,186 (22.4%) suspected cases, 10,567 (14.6%) clinically diagnosed cases (Hubei Province only), and 889 asymptomatic cases (1.2%)—contributed data for the analysis. Among confirmed cases, most were aged 30–79 years (86.6%), diagnosed in Hubei (74.7%), and considered mild (80.9%). A total of 1,023 deaths occurred among confirmed cases for an overall case fatality rate of 2.3%. The COVID-19 spread outward from Hubei Province sometime after December 2019, and by February 11, 2020, 1,386 counties across all 31 provinces were affected. The epidemic curve of onset of symptoms peaked around January 23–26, then began to decline leading up to February 11. A total of 1,716 health workers have become infected and 5 have died (0.3%).

Conclusions: COVID-19 epidemic has spread very quickly taking only 30 days to expand from Hubei to the rest of Mainland China. With many people returning from a long holiday, China needs to prepare for the possible rebound of the epidemic.

Introduction

A cluster of pneumonia cases of unknown origin in Wuhan, China caused concern among health officials

in late December 2019. On December 31, an alert was issued by the Wuhan Municipal Health Commission, a rapid response team was sent to Wuhan by the Chinese Center for Disease Control and Prevention (China CDC), and a notification was made to the World Health Organization (WHO) (1–4). Likely potential causes including influenza, avian influenza, adenovirus, severe acute respiratory syndrome coronavirus (SARS-CoV), and Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) were ruled out. Epidemiological investigation implicated Wuhan's Huanan Seafood Wholesale Market, which was shut down and disinfected, and active case finding was initiated and vigorously pursued (2,4–5).

On January 7, 2020, the causative pathogen was identified as a novel coronavirus, and genomic characterization and test method development ensued (2–6). Now named 2019-nCoV, the virus is distinct from both SARS-CoV and MERS-CoV, yet closely related (5,7). Early cases suggested that COVID-19 (i.e. the new name for disease caused by the novel coronavirus) may be less severe than SARS and MERS. However, illness onset among rapidly increasing numbers of people and mounting evidence of human-to-human transmission suggests that 2019-nCoV is more contagious than both SARS-CoV and MERS-CoV (3,8–11).

On January 20, China's "National Infectious Diseases Law" was amended to make 2019-novel coronavirus diseases (COVID-19) a Class B notifiable disease and its "Frontier Health and Quarantine Law" was amended to support the COVID-19 outbreak response effort. Then, on January 23, the Chinese Government began to limit movement of people in and out of Wuhan, and two days later, it announced its highest-level commitment and mobilized all sectors to respond to the epidemic and prevent further spread of COVID-19. Characterization of the epidemiological features of COVID-19 is crucial for the development and implementation of effective control strategies. Here, we report the results of a descriptive, exploratory analysis of all cases found through February 11, 2020.

Method

Study Design

This study was a descriptive, exploratory analysis of all cases of COVID-19 diagnosed nationwide in China as of the end of February 11, 2020. As such, it in some respects uses a cross-sectional study design and hence, we have used the STROBE Guidelines (www.equator-network.org) to aid our thorough reporting of this observational study.

A public health emergency was declared, and a formal investigation began on December 31, 2019, supported by city (Wuhan Municipal Health Commission and Wuhan CDC), provincial (Health Commission of Hubei Province and Hubei Provincial CDC), and national (National Health Commission and China CDC) authorities and resources. This study was reviewed by the China CDC Institutional Review Board via a fast-track mechanism. Although individual informed consent was not required for this study, all data were handled as a deidentified set to protect patient privacy and confidentiality.

Data Source

By categorizing COVID-19 as a Class B notifiable disease, Chinese law required all cases to be immediately reported to China's Infectious Disease Information System. Entry of each case into the system was performed by local epidemiologists and public health workers who investigated and collected information on possible exposures. All case records contain national identification numbers, and therefore, all cases have records in the system and no records are duplicated. All data contained in all COVID-19 case records in the Infectious Disease Information System through the end of February 11, 2020 were extracted from the system as a single dataset and were then stripped of all personal identifying information. No sampling was done to achieve a predetermined study size and no eligibility criteria were used—all cases were included.

Variables

Patient characteristics were collected at baseline, meaning the time of diagnosis, epidemiological investigation, and entry into the Infectious Disease Information System. Patients were categorized as health workers for the occupation variable if they had active employment of any kind in a health facility (i.e. this category did not just include physicians and

nurses). Patients were categorized as having a Wuhan-related exposure if they had recently resided in or visited Wuhan or if they had close contact with someone who had. The comorbid conditions variable was determined upon epidemiological investigation by patient self-reported medical history, which was not independently verified using medical records for all cases. The severity of symptoms variable was categorized as mild, severe, or critical. Mild included non-pneumonia and mild pneumonia cases. Severe was characterized by dyspnea, respiratory frequency ≥ 30 /minute, blood oxygen saturation $\leq 93\%$, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ratio <300 , and/or lung infiltrates $>50\%$ within 24–48 hours. Critical cases were those that exhibited respiratory failure, septic shock, and/or multiple organ dysfunction/failure.

As some variables of interest (i.e., Wuhan-related exposure, comorbid condition, and case severity) are not required fields when creating records in the Infectious Disease Information System, some records have missing data for these variables.

For construction of epidemiological curves, date of onset was defined as the date on which patients self-reported the start of either fever or cough during epidemiological investigation. Cases were categorized as confirmed, suspected, clinically diagnosed (Hubei Province only), or asymptomatic. Confirmed cases were diagnosed based on positive viral nucleic acid test results on throat swab samples (some samples were tested retrospectively). Suspected cases were diagnosed clinically based on symptoms and exposures. Clinically diagnosed cases were suspected cases with lung imaging features consistent with coronavirus pneumonia. Asymptomatic cases were diagnosed based on positive viral nucleic acid test results but without any COVID-19 symptoms (e.g., fever, dry cough). The date of positive viral nucleic acid test result is used as onset date for asymptomatic cases

Analysis

For confirmed cases, demographic and clinical characteristics were summarized using descriptive statistics. Age distribution graphs were constructed using patient age at baseline for confirmed cases diagnosed in Wuhan, Hubei Province (including Wuhan), and China (including Hubei Province). Sex ratio (i.e., male:female [M:F] ratio) was also calculated. Case fatality rates were calculated as the total number of deaths (numerator) divided by the total number of cases (denominator), expressed as a percent. Observed time was summarized using person-days (PD) and

mortality was calculated as the number of deaths (numerator) divided by the total observed time (denominator), expressed per 10 PD.

For geo-temporal analysis, the county-level location of each case at time of diagnosis was used to build color-coded maps of China to indicate the numbers of cases in each province on December 31, 2019; January 10, 2020; January 31, 2020; and February 11, 2020. This analysis was performed using ArcGIS Desktop software (version 10.6; Esri; Redlands, California, USA).

The epidemiological curve for all cases was constructed by plotting the number of cases (y-axis) versus self-reported date of symptom onset (x-axis). Date of symptom onset for confirmed, suspected, clinically diagnosed, and asymptomatic cases were stacked to show total cases over time. The epidemiological curve for confirmed cases was also overlaid with the number of cases versus date of diagnosis to show the delay between onset of symptoms and diagnosis of disease.

Two subgroups were also analyzed separately using epidemiological curves: confirmed cases diagnosed outside of Hubei Province (with and without Wuhan-

related exposure) and all cases diagnosed among health workers (confirmed, suspected, clinically diagnosed, and asymptomatic).

Results

Patients

A total of 72,314 unique records were extracted and data from all records were included in the analysis. Thus, all 72,314 individuals diagnosed with COVID-19 as of February 11, 2020, were included in the analysis. Among them, 44,672 cases (61.8%) were confirmed, 16,186 cases (22.4%) were suspected, 10,567 cases (14.6%) were clinically diagnosed, and 889 cases (1.2%) were asymptomatic.

Baseline characteristics of confirmed cases (n=44,672) are presented in Table 1. A majority were aged 30–69 years (77.8%), male (51.4%), farmers or laborers (22.0%), and diagnosed in Hubei Province (74.7%). Most patients reported Wuhan-related exposures (85.8%) and were classified as mild cases (80.9%).

TABLE 1. Patients, deaths, and case fatality rates, as well as observed time and mortality for n=44,672 confirmed COVID-19 cases in Mainland China as of February 11, 2020.

Baseline Characteristics	Confirmed Cases, N (%)	Deaths, N (%)	Case Fatality Rate, %	Observed Time, PD	Mortality, per 10 PD
Overall	44,672	1,023	2.3	661,609	0.015
Age, years					
0–9	416 (0.9)	–	–	4,383	–
10–19	549 (1.2)	1 (0.1)	0.2	6,625	0.002
20–29	3,619 (8.1)	7 (0.7)	0.2	53,953	0.001
30–39	7,600 (17.0)	18 (1.8)	0.2	114,550	0.002
40–49	8,571 (19.2)	38 (3.7)	0.4	128,448	0.003
50–59	10,008 (22.4)	130 (12.7)	1.3	151,059	0.009
60–69	8,583 (19.2)	309 (30.2)	3.6	128,088	0.024
70–79	3,918 (8.8)	312 (30.5)	8.0	55,832	0.056
≥80	1,408 (3.2)	208 (20.3)	14.8	18,671	0.111
Sex					
Male	22,981 (51.4)	653 (63.8)	2.8	342,063	0.019
Female	21,691 (48.6)	370 (36.2)	1.7	319,546	0.012
Occupation					
Service industry	3,449 (7.7)	23 (2.2)	0.7	54,484	0.004
Farmer/laborer	9,811 (22.0)	139 (13.6)	1.4	137,992	0.010
Health worker	1,716 (3.8)	5 (0.5)	0.3	28,069	0.002
Retiree	9,193 (20.6)	472 (46.1)	5.1	137,118	0.034
Other/none	20,503 (45.9)	384 (37.5)	1.9	303,946	0.013

TABLE 1. (continued)

Baseline Characteristics	Confirmed Cases, N (%)	Deaths, N (%)	Case Fatality Rate, %	Observed Time, PD	Mortality, per 10 PD
Province					
Hubei	33,367 (74.7)	979 (95.7)	2.9	496,523	0.020
Other	11,305 (25.3)	44 (4.3)	0.4	165,086	0.003
Wuhan-related exposure*					
Yes	31,974 (85.8)	853 (92.8)	2.7	486,612	0.018
No	5,295 (14.2)	66 (7.2)	1.2	71,201	0.009
Missing	7,403	104	2.8	103,796	0.010
Comorbid condition†					
Hypertension	2,683 (12.8)	161 (39.7)	6.0	42,603	0.038
Diabetes	1,102 (5.3)	80 (19.7)	7.3	17,940	0.045
Cardiovascular disease	873 (4.2)	92 (22.7)	10.5	13,533	0.068
Chronic respiratory disease	511 (2.4)	32 (7.9)	6.3	8,083	0.040
Cancer (any)	107 (0.5)	6 (1.5)	5.6	1,690	0.036
None	15,536 (74.0)	133 (32.8)	0.9	242,948	0.005
Missing	23,690 (53.0)	617 (60.3)	2.6	331,843	0.019
Case severity‡					
Mild	36,160 (80.9)	–	–	–	–
Severe	6,168 (13.8)	–	–	–	–
Critical	2,087 (4.7)	1,023 (100)	49.0	31,456	0.325
Missing	257 (0.6)	–	–	–	–
Period (by date of onset)					
Before Dec 31, 2019	104 (0.2)	15 (1.5)	14.4	5,142	0.029
Jan 1–10, 2020	653 (1.5)	102 (10.0)	15.6	21,687	0.047
Jan 11–20, 2020	5,417 (12.1)	310 (30.3)	5.7	130,972	0.024
Jan 21–31, 2020	26,468 (59.2)	494 (48.3)	1.9	416,009	0.012
After Feb 1, 2020	12,030 (26.9)	102 (10.0)	0.8	87,799	0.012

Abbreviation: PD, person-days.

* The Wuhan-related exposure variable, only includes a total of 37,269 patients and 919 deaths and these values were used to calculate percentages in the confirmed cases and deaths columns.

† The comorbid condition variable, only includes a total of 20,812 patients and 504 deaths and these values were used to calculate percentages in the confirmed cases and deaths columns.

‡ The case severity variable, only includes a total of 44,415 patients and 1,023 deaths and these values were used to calculate percentages in the confirmed cases and deaths columns.

Deaths, Case Fatality Rates, and Mortality

As shown in Table 1, a total of 1,023 deaths have occurred among 44,672 confirmed cases for an overall case fatality rate of 2.3%. Additionally, these 1,023 deaths occurred during 661,609 person-days (PD) of observed time, for a mortality rate of 0.015/10 PD.

The ≥80 age group had the highest case fatality rate of all age groups at 14.8%. Case fatality rate for males was 2.8% and for females was 1.7%. By occupation, patients who reported being retirees had the highest case fatality rate at 5.1%, and patients in Hubei Province had a >7-fold higher case fatality rate at 2.9%

compared to patients in other provinces (0.4%). While patients who reported no comorbid conditions had a case fatality rate of 0.9%, patients with comorbid conditions had much higher rates—10.5% for those with cardiovascular disease, 7.3% for diabetes, 6.3% for chronic respiratory disease, 6.0% for hypertension, and 5.6% for cancer. Case fatality rate was also very high for cases categorized as critical at 49.0%.

Age Distribution and Sex Ratio

The age distribution of cases in Wuhan only, in Hubei Province overall, and in China overall are

presented in [Figure 1](#). The proportion of confirmed cases 30–79 years of age at baseline (i.e., date of diagnosis) was 89.8% for cases in Wuhan city versus 88.6% in Hubei overall (which includes Wuhan) and 86.6% in China overall (which includes Hubei Province and all 30 other provincial-level administrative divisions, or PLADs). The male-to-female ratio was 0.99:1 in Wuhan, 1.04:1 in Hubei, and 1.06:1 in China overall.

Geo-Temporal Findings

On January 19, 2020, National Health Commission of the People's Republic of China confirmed that Guangdong Provincial CDC reported first imported cases of COVID-19, via the Chinese Infectious Diseases Reporting System. This was the first time COVID-19 had been reported outside of Hubei Province via the System. As of January 22, 2020, a total of 301 confirmed COVID-19 cases were reported from 83 counties in 23 provinces. On January 30, 2020, Xizang Autonomous Region (Tibet) reported its first confirmed COVID-19 case coming from Hubei Province. Thus, COVID-19 cases have been reported from all 31 PLADs ([Figure 2](#)).

As of February 11, 2020, a total 44,672 confirmed cases were reported from 1,386 counties of 31 provinces, autonomous regions, and municipalities and Hubei Province accounted for 74.7% ([Figure 2E](#)). Among them, 0.2% of cases had onset of illness before December 31, 2019 and all were from Hubei Province ([Figure 2A](#)); 1.7% had onset of illness during January 1–10, 2020, distributed in 113 counties of 22 PLADs

and Hubei Province accounted for 88.5% ([Figure 2B](#)); 13.8% had onset of illness during January 11–20, 2020, distributed in 627 counties of 30 PLADs and Hubei Province accounted for 77.6% ([Figure 2C](#)); 73.1% had onset of illness during January 21–31, 2020, distributed in 1310 counties of 31 PLADs and Hubei Province accounted for 74.7% ([Figure 2D](#)).

Epidemiological Curve

[Figure 3A](#) shows the COVID-19 epidemic curve with number of cases plotted by date of patient onset of symptoms from December 8, 2019 to February 11, 2020. Confirmed, suspected, clinically diagnosed, and asymptomatic cases are stacked to show total daily cases by date of symptom onset. The inset shows that in December 2019 only 0–22 cases/day began to experience symptoms. The peak onset of symptoms for all cases overall occurred on February 1, 2020. Since then, onset of illness has declined.

[Figure 3B](#) shows the same COVID-19 epidemic curve for confirmed cases only with number of cases plotted by date of patients' onset of symptoms from December 8, 2019 to February 11, 2020. These data are overlaid with confirmed cases plotted by date of diagnosis to show the lag between the time patients fall ill and the time they actually are diagnosed and are reported to the Infectious Disease Information System. Although for confirmed cases onset of illness peaked around January 23–27, diagnosis of infection by nucleic acid testing of throat swabs did not peak until February 4.

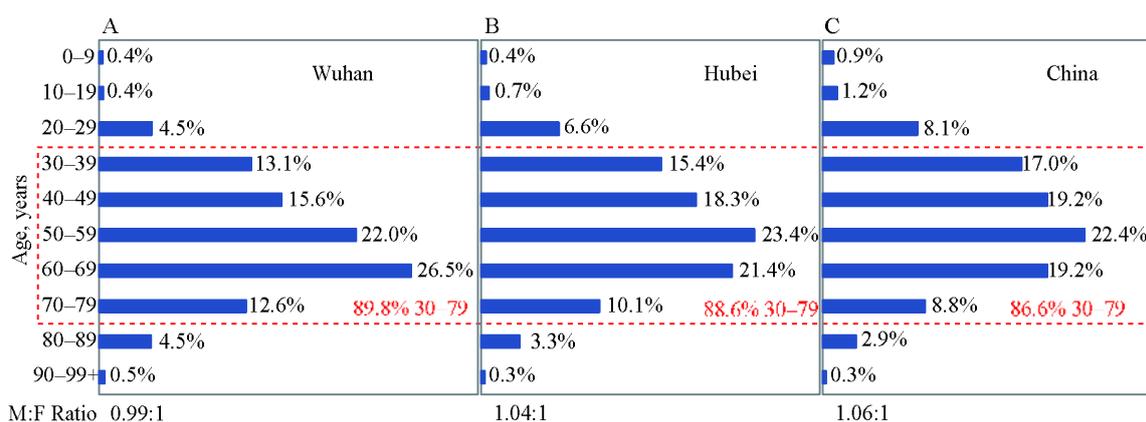


FIGURE 1. Age distribution and sex ratio of all confirmed COVID-19 cases in China through February 11, 2020. (A) patients diagnosed in the city of Wuhan only; (B) patients diagnosed in Hubei Province, which includes Wuhan as its capital city; and (C) patients diagnosed in China overall, including Hubei Province and all 30 other provincial-level administrative divisions (PLADs). Dashed red line highlights the proportion of patients in the 30–79 years age range. Sex ratio (i.e. male-to-female [M:F] ratio) is shown below each graph.

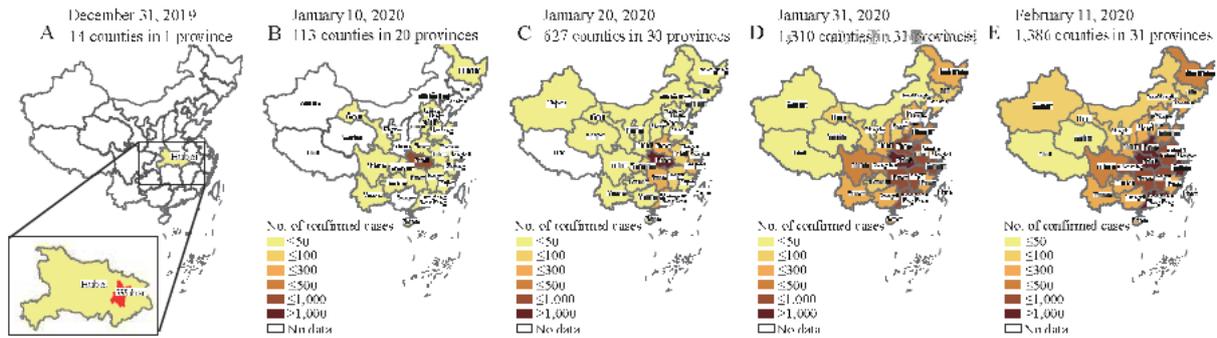


FIGURE 2. Geo-temporal spread of COVID-19 in China through February 11, 2020. (A) a total of 14 county-level administrative areas (hereafter counties) in Hubei Province only (inset) had reported cases as of December 31, 2019; (B) by January 10, 2020, 113 counties in 20 PLADs had reported cases with the highest prevalence still in Hubei Province; (C) nine days later, on January 20, 627 counties in 30 PLADs had reported cases and PLADs neighboring Hubei Province observed increasing prevalence; (D) by the end of January 31, 1310 counties across all 31 PLADs were affected and prevalence in the central, south, and south-central regions had risen dramatically; (E) by the end of February 11, 1,386 counties nationwide were affected and prevalence in the south-central PLADs had risen to the level of Hubei.

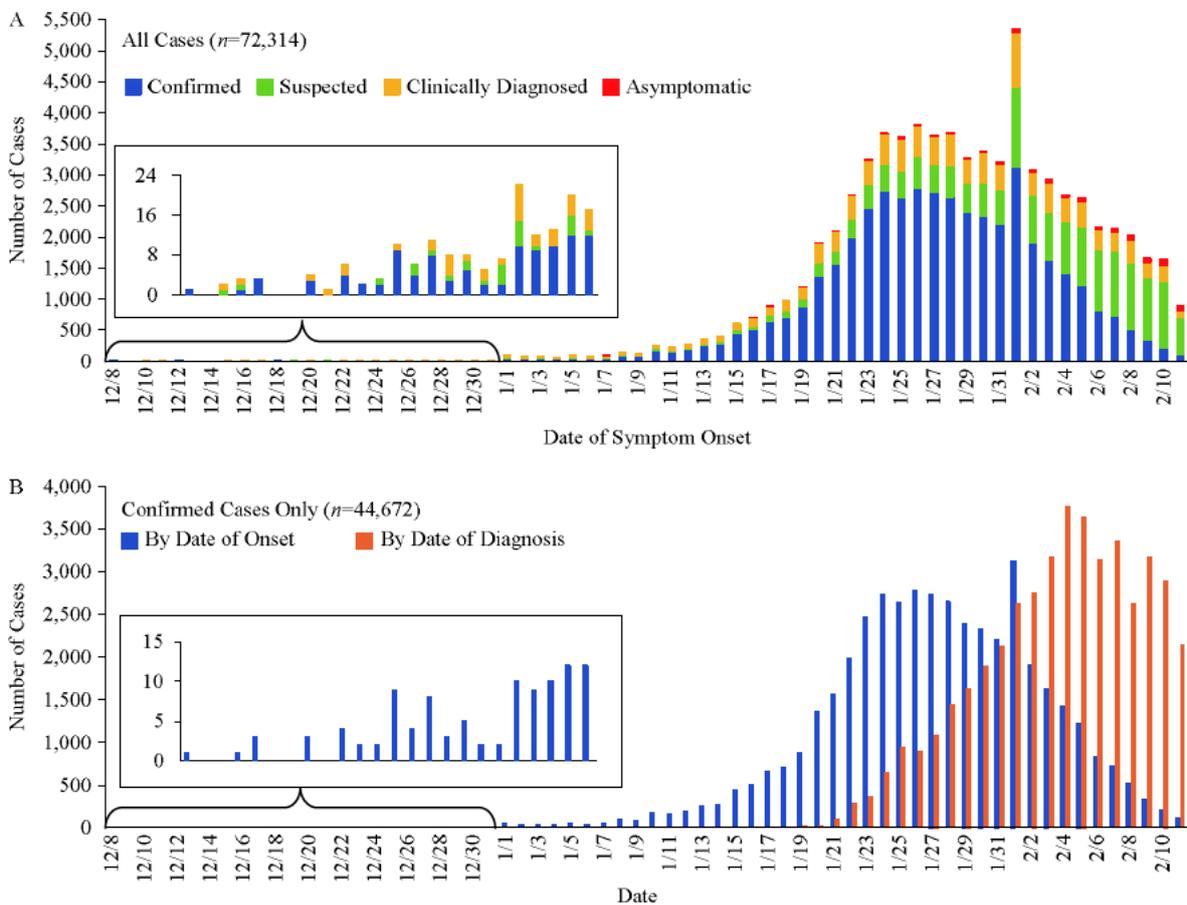


FIGURE 3. Epidemiological curves of COVID-19 in China through February 11, 2020. (A) the epidemiological curve shows the progression of illness in the outbreak over time from December 8, 2019 to February 11, 2020. A total of 72,314 cases are shown and confirmed cases (blue) are compared to suspected cases (green), clinically diagnosed cases (yellow), and asymptomatic cases (red). The inset shows a zoomed-in view of all days in December, when total daily count remained below 24 cases; (B) the epidemiological curve shows the progression of illness in the outbreak over time from December 8, 2019 to February 11, 2020 for confirmed cases only (blue). The number of cases diagnosed each day is also shown for confirmed cases only (orange). The inset shows a zoomed-in view of all days in December, when total daily count remained below 15 cases.

Subgroup Findings

Figure 4 shows the COVID-19 epidemic curve with the number of cases plotted by date of onset of symptoms from December 18, 2019 to February 11, 2020 for two subgroups—confirmed cases found outside of Hubei Province (Figure 4A) and all cases among health workers nationwide (Figure 4B). Peak timing of onset of symptoms among cases outside of Hubei Province occurred on January 27. Most of these cases (85.8%) reported having recently resided in or visited Wuhan or having had close contact with an

infected individual from Wuhan. Peak timing of onset of symptoms among health worker cases occurred on February 1. In the 422 medical facilities serving COVID-19 patients, a total of 3,019 health workers have been infected (1,716 confirmed cases), and 5 have died.

Confirmed cases, case severity, and case fatality rates among health workers in different areas of China and different time periods are presented in Table 2. A total of 1,080 confirmed cases among health workers have been found in Wuhan, accounting for 64.0% of

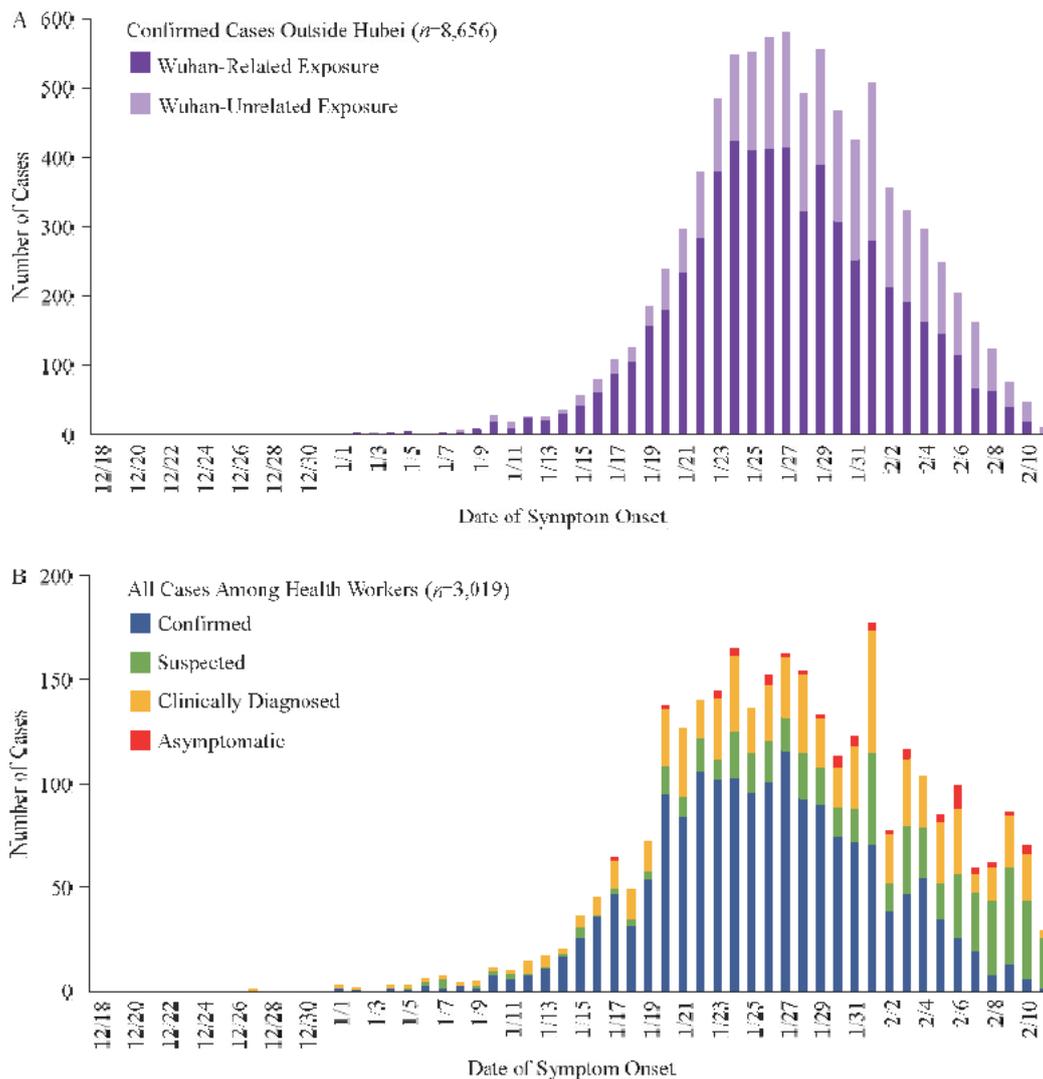


FIGURE 4. Subgroup epidemiological curves of COVID-19 in China through February 11, 2020. (A) subgroup analysis of confirmed cases discovered outside of Hubei Province only. The epidemiological curve shows the progression of illness in the outbreak over time from the onset of symptoms of the first case outside Hubei Province on December 18, 2019 through the end of February 11, 2020. Total confirmed cases outside Hubei Province, and Wuhan-related exposure (dark purple) versus Wuhan-unrelated exposure (light purple), are shown; (B) subgroup analysis of all cases among health workers only. The epidemiological curve shows the progression of illness in the outbreak over time from the onset of symptoms of the first health worker case on December 27, 2019 through the end of February 11, 2020. Total cases among health workers and confirmed (blue) versus suspected (green), clinically diagnosed (yellow), and asymptomatic (red) cases are shown.

national total. An additional 394 health worker cases (23.3%) were found in Hubei Province (excluding Wuhan), and 214 cases (12.7%) were found in the other 30 PLADs. The proportion of health worker cases that were severe or critical was 17.7% in Wuhan, 10.4% in Hubei Province, 7.0% in the remaining 30 PLADs, and 14.6% overall. The proportion of health worker cases in Wuhan classified as severe or critical declined from 38.9% in early January to 12.7% in early February. In China overall, the severe or critical cases among health workers also declined—from 45.0% in early January to 8.7% in early February.

Discussion

A main finding of this characterization and exploratory analysis of the first 72,314 cases of COVID-19 found in China in the 40 days between first recognition of the outbreak of pneumonia with unknown etiology on December 31, 2019 to the end of the study period on February 11, 2020 is that this novel coronavirus is highly contagious. It has spread extremely rapidly from a single city to the entire country within only about 30 days. Moreover, it has achieved such far-reaching effects even in the face of extreme response measures including the complete shutdown and isolation of whole cities, cancellation of Chinese New Year celebrations, prohibition of attendance at school and work, massive mobilization of health and public health personnel as well as military medical units, and rapid construction of entire hospitals.

In light of this rapid spread, it is fortunate that COVID-19 has been mild for 81% of patients and has a very low overall case fatality rate of 2.3%. Among the

1,023 deaths, a majority have been ≥ 60 years of age and/or have had pre-existing, comorbid conditions such as hypertension, cardiovascular disease, and diabetes. Moreover, the case fatality rate is unsurprisingly highest among critical cases at 49%, and no deaths have occurred among those with mild or even severe symptoms (Table 1).

A major contribution of our study is a first description of the COVID-19 epidemic curves. We interpret the overall curve (Figure 3A) as having a mixed outbreak pattern—the data appear to indicate a continuous common source pattern of spread in December and then from early January through February 11, 2020, the data appear to have a propagated source pattern. This mixed outbreak time trend is consistent with the working theory that perhaps several zoonotic events occurred at Huanan Seafood Wholesale Market in Wuhan allowed 2019-nCoV to be transmitted from a still-unknown animal into humans and, due to its high mutation and recombination rates, it adapted to become capable of and then increasingly efficient at human-to-human transmission (3,8).

The early days of the outbreak have been reminiscent of SARS and MERS, and indeed, the discovery that the causative agent was a closely-related, never-before-described coronavirus predicted potential for nosocomial transmission and so-called “super-spreader” events (8). Unfortunately, 2019-nCoV did indeed infect health workers in China via nosocomial transmission. Here we offer a first description of the 1,716 confirmed cases among health workers. Overall, they also display a likely mixed outbreak pattern—perhaps the data are characterized by a point source curve beginning in late December 2019, which

TABLE 2. Confirmed cases, case severity, and case fatality rates among health workers in different areas of China by time period.

Period (by date of onset)	Wuhan			Hubei (outside Wuhan)			China (outside Hubei)			China (overall)		
	Confirmed Cases, N	Severe + Critical, N (%)	Deaths, N (CFR*, %)	Confirmed Cases, N	Severe + Critical, N (%)	Deaths, N (CFR*, %)	Confirmed Cases, N	Severe + Critical, N (%)	Deaths, N (CFR*, %)	Confirmed Cases, N	Severe + Critical, N (%)	Deaths, N (CFR*, %)
Before Dec 31, 2019	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jan 1–10, 2020	18	7 (38.9)	1 (5.6)	1	1 (100)	0	1	1 (100)	0	20	9 (45.0)	1 (5.0)
Jan 11–20, 2020	233	52 (22.3)	1 (0.4)	48	8 (16.7)	0	29	1 (3.4)	0	310	61 (19.7)	1 (0.3)
Jan 21–31, 2020	656	110 (16.8)	0	250	29 (11.6)	2 (0.8)	130	10 (7.7)	0	1,036	149 (14.4)	2 (0.2)
After Feb 1, 2020	173	22 (12.7)	1 (0.6)	95	3 (3.2)	0	54	3 (5.6)	0	322	28 (8.7)	1 (0.3)
Total	1,080	191 (17.7)	3 (0.3)	394	41 (10.4)	2 (0.5)	214	15 (7.0)	0	1,688	247 (14.6)	5 (0.3)

Abbreviation: CFR, case-fatality rate.

* CFR presented here was calculated as number of deaths (numerator) divided by total number of confirmed cases in the row (denominator), expressed as a percent.

was eclipsed by a higher magnitude continuous source curve beginning on January 20, 2020. To date, there is no evidence of a super-spreader event occurring in any of the Chinese health facilities serving COVID-19 patients. However, we do not know whether this is due to the nature of the virus itself or whether these events have been successfully prevented.

It is these authors' sincere hope and intent that this new analysis, on what has become a "public health emergency of international concern," (12) helps to inform health and public health workers preparing for or perhaps already experiencing COVID-19 in their populations. This study provides important insight into several crucial open questions on this epidemic and how to design strategies to effectively control it (3). For instance, the downward trend in the overall epidemic curve suggests that perhaps isolation of whole cities, broadcast of critical information (e.g., promoting hand washing, mask wearing, and care seeking) with high frequency through multiple channels, and mobilization of a multi-sector rapid response teams is helping to curb the epidemic.

China's response is certainly an echo of lessons learned during SARS and is a tribute to the work China and other low- and middle-income countries have been doing, with the much-needed help of international partners, over the past few decades to build infectious disease surveillance systems and public health infrastructure capable of catching outbreaks early and responding swiftly using evidence-based best practices. The 2019-nCoV and other coronaviruses may continue to adapt over time to become more virulent (3), and zoonosis is not going to stop. We must remain vigilant, hone our skills, fund our defenses, and practice our responses, and we must help our neighbors to do the same.

The very large number of cases included in our study was a major strength. Nevertheless, our study did have some important limitations. Firstly, a large proportion of cases included in our analysis (37%) were not confirmed by nucleic acid testing since this process is slow, labor intensive, and requires specialized equipment and skilled technicians. Yet all 72,314 cases were at least diagnosed clinically and investigated by trained epidemiologists. Secondly, some records did have missing data for a few important variables of interest—Wuhan-related exposure, comorbid conditions, and case severity—which limits our ability to draw conclusions from the data.

In conclusion, the present descriptive, exploratory

analysis of the first 72,314 cases of COVID-19 reported through February 11, 2020 offers important new information to the international community on the epidemic in China. In particular, this analysis chronicles the extremely rapid spread of the novel coronavirus despite extreme efforts to contain it. However, important questions remain including identification of the animal reservoir, determination of infectiousness period, identification of transmission routes, and effective treatment and prevention methods including further test development, drug development, and vaccine development (3-4,8-9). As an international community, we must all be responsible partners in surveillance, communication, response, research, and implementation of evidence-based public health and clinical practice. The massive vigorous actions taken by the Chinese government have slowed down the epidemic in China and curbed spread to the rest of the world. Although the epidemic appears to be in decline in the lead up to February 11, 2020, we may yet face more challenges. Huge numbers of people will soon be returning to work and school after the extended New Year holiday. We need to prepare for a possible rebound of the COVID-19 epidemic in the coming weeks and months.

Acknowledgements

This work was supported by National Science and Technology Foundation of China (2018ZX10201002-008-002), and by National Nature Science Foundation of China (NSFC, 71934002). The funder had no role in the design and conduct of the study; collection, management, analysis, and interpretation of the data; preparation, review, or approval of the manuscript; and decision to submit the manuscript for publication.

The team thanks all local health workers for their contributions in providing testing, treatment, and care to COVID-19 patients in China.

Disclaimer: The opinions expressed herein reflect the collective views of the co-authors and do not necessarily represent the official position of the National Center for AIDS/STD Control and Prevention of the Chinese Center for Disease Control and Prevention.

In order to share the results of epidemiological characteristics of COVID-19 domestically and internationally, the Chinese Version is jointly published on the *Chinese Journal of Epidemiology*.

Author Group & Contributions: The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team includes Zijian Feng, Qun Li, Yanping Zhang*, Zunyou Wu, Xiaoping Dong, Huilai Ma, Dapeng Yin, Ke Lyu, Dayan Wang, Lei Zhou, Ruiqi Ren, Chao Li, Yali Wang, Dan Ni, Jing Zhao, Bin Li, Rui Wang, Yan Niu, Xiaohua Wang, Lijie Zhang, Jingfang Sun, Boxi Liu, Zhiqiang Deng, Zhitao Ma, Yang Yang, Hui Liu, Ge Shao, Huan Li, Yuan Liu, Hangjie Zhang, Shuquan Qu, Wei Lou, Dou Shan, Yuehua Hu, Lei Hou, Zhenping Zhao, Jiangmei Liu, Hongyuan Wang, Yuanjie Pang, Yuting Han, Qiuyue Ma, Yujia Ma, Shi Chen, Wei Li, Routong Yang, Zhewu Li, Yingnan Guo, Xinran Liu, Bahabaike Jiangtulu, Zhaoxue Yin, Juan Xu, Shuo Wang, Lin Xiao, Tao Xu, Limin Wang, Xiao Qi, Guoqing Shi, Wenxiao Tu, Xiaomin Shi, Xuemei Su, Zhongjie Li, Huiming Luo, Jiaqi Ma, Jennifer M. McGoogan. All Team members jointly conceptualized the study, analyzed and interpreted the data, wrote and revised the manuscript, and decided to submit for publication.

* Corresponding author: Yanping Zhang, zhangyp@chinacdc.cn.

Submitted: February 14, 2020; Accepted: February 14, 2020

References

1. Wuhan Municipal Health Commission. Report of clustering pneumonia of unknown etiology in Wuhan City. Wuhan, China: Wuhan Municipal Health Commission. <http://wjw.wuhan.gov.cn/front/web/showDetail/2019123108989>. [2019-12-31]. (In Chinese).
2. World Health Organization. Novel coronavirus – China. Geneva, Switzerland: World Health Organization. <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/>. [2020-01-12].
3. Wang C, Hornby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet*. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30185-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30185-9). [2020-01-24].
4. Hui DS, Azhar EI, Madani TA, Ntoumi F, Kock R, Dar O, et al. The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health - the latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. *Int J Infect Dis* 2020;91(2020):264–6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2020.01.009>.
5. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li XW, Yang B, Song JD, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. <https://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>. [2020-01-24].
6. Chan JFW, Kok KH, Zhu Z, Chu H, To KKW, Yuan SF, et al. Genomic characterization of the 2019 novel human-pathogenic coronavirus isolated from a patient with atypical pneumonia after visiting Wuhan. *Emerg Microbs Infect*. <http://dx.doi.org/10.1080/22221751.2020.1719902>. [2020-01-24].
7. Tan WJ, Zhao X, Ma XJ, Wang WL, Niu PH, Xu WB, et al. A novel coronavirus genome identified in a cluster of pneumonia cases—Wuhan, China 2019–2020. *China CDC Weekly* 2020;2(4): 61–2. <http://weekly.chinacdc.cn/en/article/ccdcw/2020/4/61>.
8. Paules CI, Marston HD, Fauci AS. Coronavirus infection—more than just the common cold. *JAMA*. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.0757>. [2020-01-23].
9. Munster VJ, Koopmans M, van Doremalen N, van Riel D, de Wit E. A novel coronavirus emerging in China – key questions for impact assessment. *N Engl J Med*. <https://dx.doi.org/10.1056/NEJMp2000929>. [2020-01-24].
10. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5). [2020-01-24].
11. Chan JFW, Yuan S, Kok KH, To KKW, Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet*. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30154-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30154-9). [2020-01-24].
12. World Health Organization. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Geneva, Switzerland: World Health Organization. [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)). [2020-01-30].

症 例

当院における新型コロナウイルス(2019-nCoV)感染症患者 3 例の報告

国立国際医療研究センター

中村 啓二 忽那 賢志 鈴木 哲也 井手 聡 太田 雅之 守山 祐樹
中本 貴人 野本 英俊 秋山裕太郎 宮里 悠佑 脇本 優司 奥濱 絢子
神田 宏平 氏家 無限 木下 典子 山元 佳 石金 正裕 森岡慎一郎
齋藤 翔 早川佳代子 大曲 貴夫

Key word:2019-nCoV 感染症

序 文

新型コロナウイルス(2019-nCoV)感染症は中国武漢市で2019年12月以降報告されている。2020年2月3日現在、世界では17,267人の患者が報告されている。内訳として武漢市で5,142人(死亡者265人;致命率5.15%)、武漢市以外の湖北省で6,035人(死亡者85人;致命率1.4%)、湖北省以外の中国全土で6,090人(12人;0.19%)、中国以外の国183人(死亡者1人;致命率0.5%)となっており、中国での症例が大半を占めており、本邦での臨床像の詳細な報告はまだない。臨床像の把握は今後の2019-nCoV感染症の診療および感染防止対策に寄与すると考えられるため当院で経験した3症例をここに報告する。

症 例

症例1:33歳女性。湖南省在住中国人。
2020年1月19日に武漢のホテルに1泊宿泊した。同年1月20日に来日した。1月23日から咽頭痛と37.5℃の発熱あり。1月24日に2019-nCoV感染症が心配で当科を受診した。この際は下道症状なく急性上気道炎として帰宅となった。1月27日に発熱が遷延し新たに咳嗽、喀痰、頭痛、悪寒が出現したため再度受診した。インフルエンザ迅速検査とA群溶連菌検査を施行されたが、いずれも陰性であった。胸部レントゲン検査で肺野に浸潤影なく、尿中にグラム染色でグラム陰性桿菌を少数認めたことから腎

盂腎炎として加療開始した。その後も38℃台の発熱、咳嗽、喀痰が続き、1月30日に受診。胸部レントゲン検査を施行したところ左下肺野に新たな浸潤影の出現がみられた。胸部単純CTでは両側下葉にスリガラス影と浸潤影の出現があり、2019-nCoV肺炎の可能性が強く疑われ同日入院となった。

初診時現症:意識清明。血圧148/90mmHg, 脈106回/分, 体温37.8℃, 呼吸数16回/分, SpO₂97%(室内気)。

初診時のReview of systemにて主要な陽性所見(以下ROS(+)):頭重感・倦怠感・咽頭痛。

初診時のReview of systemにて主要な陰性所見(以下ROS(-)):悪寒・頭痛・咳嗽・喀痰・筋肉痛。

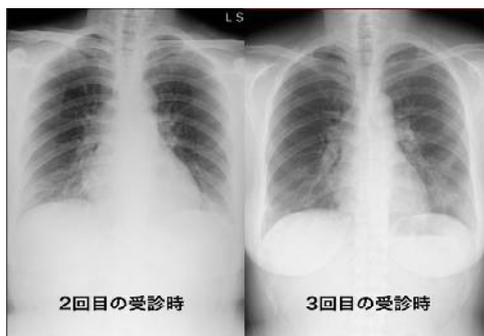
咽頭発赤なし, 扁桃腫大なし, 呼吸音正常で左右差なし, 肋骨脊柱角に叩打痛なし。

検査成績(Table1): 1/24と1/27のインフルエンザ迅速検査陰性

Table 1 Laboratory findings of case 1

Hematology		Biochemistry	
WBC	6,410 / μ L	Alb	3.9 g/dL
Neut	84 %	BUN	8.2 mg/dL
Lym	7 %	Cr	0.73 mg/dL
Mo	3 %	T-Bil	0.4 mg/dL
Eo	0 %	AST	17 U/L
Baso	0 %	ALT	11 U/L
RBC	3.53 $\times 10^6$ / μ L	LDH	165 U/L
Hb	11.3 g/dL	ALP	66 U/L
Ht	34.3 %	Na	137 mEq/L
Plt	143 $\times 10^3$ / μ L	K	3.9 mEq/L
		Cl	103 mEq/L
		CRP	6.65 mg/dL
		flu	negative

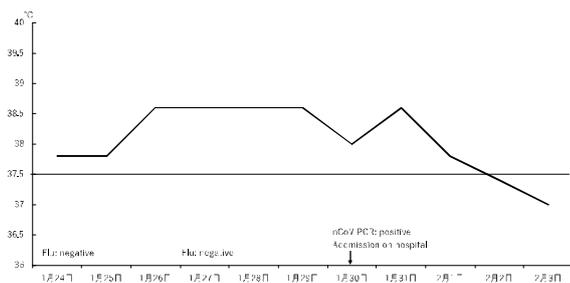
胸部レントゲン (Fig.1) : 1/27 のレントゲンは異常なし, 1/30 のレントゲンで左下肺野に浸潤影あり.



胸部単純 CT(Fig.2)1/30 : 両側下葉にスリガラス影と浸潤影あり



入院後経過(Fig.3) : 1月30日に咽頭拭い 2019-nCoVPCR 検査施行し同日陽性となり 2019-nCoV肺炎と診断し, Lopinavir/Ritonavir (以下 LPV/r) 4錠 (800mg/200mg) 分2内服開始した. 1月30日から31日にかけて酸素化の低下(室内気で SpO₂:92%)と軽度の呼吸困難の出現あり経鼻酸素の投与を開始した. その後は呼吸状態の悪化や胸部レントゲン上浸潤影の増悪なく経過し, 2月3日(入院5日目, 初診から11日目)には37℃まで解熱し倦怠感も改善傾向であり, 経鼻での酸素吸入も不要となった.



WBC(μL)	6410	4220	3150	5450	3820
CRP(mg/dL)	6.05	4.60	4.57	5.35	6.72

症例2 : 54歳, 男性

主訴 : 咽頭痛, 鼻汁

既往歴 : なし

内服 : 1/27 から市販の感冒薬内服

生活歴 : 喫煙歴なし, 飲酒歴:機会飲酒程度 武漢滞在中海鮮市場へは行っていない

仕事 : 会社員

発熱患者との接触歴 : なし

武漢での病院受診歴 : なし

現病歴 :

2018年5月から武漢に仕事で滞在中の日本人.

2020年1月27日から咽頭痛と鼻汁が出現した. 帰国する2020年1月29日の飛行機内で軽度の悪寒が出現し, 37.1℃の発熱と上気道症がみられ, 咽頭拭い 2019-nCoVPCR 検査施行のうえ, 2019-nCoV 感染症疑いで同日入院となった.

入院時現症 : 意識清明. 血圧 130/85mmHg, 脈 80回/分, 体温 37.1℃, 呼吸促迫なし, SpO₂ 98%(室内気).

ROS(+): 鼻汁・咽頭痛・倦怠感

ROS(-): 悪寒・頭痛・咳嗽・喀痰・筋肉痛

眼瞼結膜貧血なし, 眼球結膜黄疸なし. 項部硬直は認めない. 扁桃腫大ないが咽頭発赤あり, 呼吸音, 心音ともに正常で, 腹部に異常所見を認めず.

検査成績(Table 2) : インフルエンザ迅速検査と A 群溶連菌迅速検査, FTD Respiratory pathogens 33(Fast Track DIAGNOSTICS)検査施行しいずれも陰性

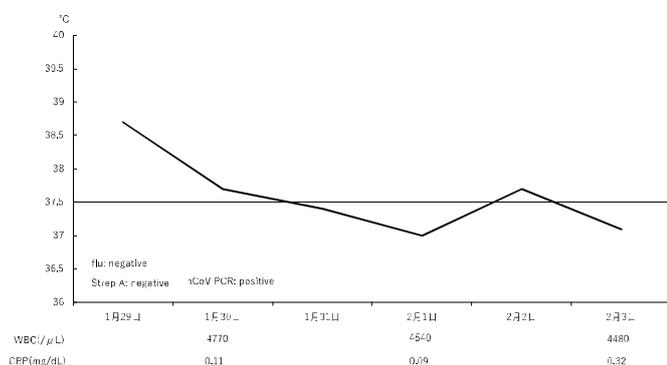
Table 2 Laboratory findings of case 2

Hematology		Biochemistry	
WBC	4,470 /μL	Alb	4 g/dL
Neut	46.4 %	BUN	13.2 mg/dL
Lym	40.5 %	Cr	1.14 mg/dL
Mo	8.6 %	T-Bil	0.4 mg/dL
Eo	4.1 %	AST	20 U/L
Baso	0.4 %	ALT	18 U/L
RBC	4.67 × 10 ⁶ /μL	LDH	165 U/L
Hb	15 g/dL	ALP	291 U/L
Ht	45.3 %	γ GTP	26 U/L
Plt	251 × 10 ³ /μL	Na	143 mEq/L
Coagulation		K	4 mEq/L
PT	12.8 s	Cl	107 mEq/L
FDP	<2.5 μg/mL	CRP	0.11 mg/dL
		flu	negative
		strep A	negative

胸部レントゲン (Fig.4) : 肺野の透過性低下なし
 胸部単純 CT : 浸潤影やすりガラス影なし



入院後経過(Fig.5) : 入院後,38.7℃まで体温上昇したが呼吸状態の悪化は認めなかった. 1月30日に2019-nCoVPCR検査が陽性と判明し,胸部レントゲン検査及び胸部CT検査施行したがいずれも肺炎を示唆するような浸潤影はなく,急性上気道炎と診断した. その後も入院継続とし経過観察を行い,第6病日まで37℃台の発熱と倦怠感は継続している. 呼吸状態の悪化はない.



症例3 : 41歳、男性

主訴 : 発熱・咳嗽

既往歴 : なし

内服 : なし

生活歴 : 喫煙あり. 飲酒歴:あり 武漢滞在中海鮮市場へは行っていない. 滞在中はホテル住まい

仕事 : 会社員

発熱患者との接触歴 : なし

武漢での病院受診歴 : なし

現病歴 :

2019年12月20日から武漢に仕事で滞在中の日本人. それ以前も何度も滞在歴あり. 日本に帰国した2020年1月31日から38℃の発熱と軽微な咳嗽が出現した. 発熱と上気道症状あり2019-nCoV感染症疑いで咽頭拭い2019-nCoVPCR検査施行の上,同日入院となった.

入院時現症 : 意識清明. 血圧109/89mmHg, 脈90回/分, 体温37.7℃, 呼吸促迫なし, SpO₂ 98%(室内気).

ROS(+) : 発熱・咳嗽

ROS(-) : 悪寒・頭痛・喀痰・筋肉痛・倦怠感

眼瞼結膜充血あり,扁桃腫大ないが咽頭発赤あり,呼吸音正常

入院時検査成績(Table 3) : インフルエンザ迅速検査とRSウイルス迅速検査施行しいずれも陰性

Table 3 Laboratory findings of case 3

Hematology		Biochemistry	
WBC	4,710 /μL	Alb	4.7 g/dL
Neut	62.3 %	BUN	11.3 mg/dL
Lym	22.5 %	Cr	0.8 mg/dL
Mo	14.4 %	T-Bil	0.5 mg/dL
Eo	0.4 %	AST	19 U/L
Baso	0.4 %	ALT	25 U/L
RBC	4.81 ×10 ⁶ /μL	LDH	152 U/L
Hb	15.5 g/dL	ALP	287 U/L
Ht	44.5 %	Na	144 mEq/L
Plt	162 ×10 ³ /μL	K	3.6 mEq/L
		Cl	106 mEq/L
		CRP	0.46 mg/dL
		flu	negative
		RSV	negative

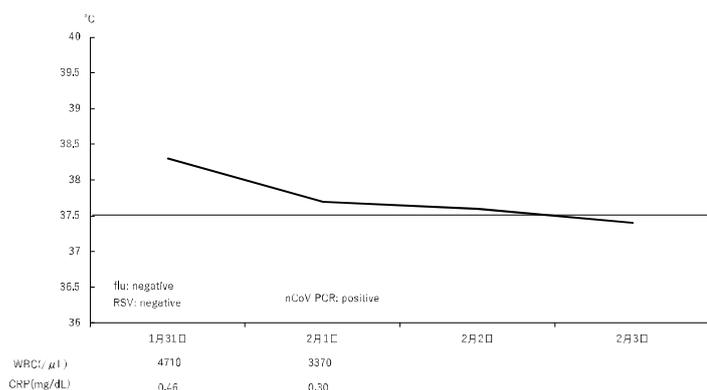
胸部レントゲン (Fig.6) : 肺野の透過性低下なし



胸部 CT(Fig.7)



入院後経過(Fig.8)：入院後,38.3°Cまで体温上昇したが呼吸状態の悪化は認めなかった。2月1日に2019-nCoVPCR検査陽性と胸部レントゲン検査及び胸部CT検査施行し左肺尖部と左肺舌区に一部浸潤影を伴うすりガラス影を認め2019-nCoV肺炎の診断となった。酸素需用なくLPV/rの投与は行わず経過観察の方針とした。第4病日まで37°C台の発熱は継続しているが、呼吸状態の悪化はない。



考 察

当院における新型コロナウイルス(2019-nCoV)感染症患者の3例を報告した。

症例1は診断に至るまでに1週間を要しているが、本症例のように初期は咽頭痛などの上気道症状のみで、発熱も37°C台の微熱に留まることがあり¹⁾²⁾、臨床像のみで2019-nCoV感染症を診断することは困難と考えられる。症例2、症例3についても臨床像は急性上気道炎であり、肺炎患者にみられるような咳嗽、呼吸困難といった所見はみられなかった。今回報告した3例はいずれも武漢で感染したと考えられる症例であり、現状では過去14日間の武漢への渡航歴の聴取が重要である。しかし、現在は武漢

市以外の中国全土で症例が報告されていることから、臨床症状から疑われる事例では、武漢市以外でも2019-nCoV感染症を鑑別に上げるべきと考えられる。

Huangら¹⁾は41例の武漢市における2019-nCoV感染症の症例の臨床像について、発熱98%、咳嗽76%、呼吸困難55%、筋肉痛・倦怠感44%、痰28%、頭痛8%、血痰5%、下痢3%と報告している。また、39%が集中治療室に入室し、17%が急性呼吸促進症候群(ARDS)になっているが、これらの報告の対象集団は全て入院が必要であった重症例である。よって、Huangらが報告した所見は、軽症例には当てはまらないと考えられる。

現在日本国内では無症候性感染者を含め20例の症例が報告されている³⁾が、2月3日時点で死亡例は報告されていない。当院の3例の中には、肺炎を伴わない症例も含まれており、残り2例の肺炎を伴う事例についても、1例は酸素を必要としたが最大2L/分と酸素需要は少なく、また現在は改善している。これら3例は重症ではなく、日本から死亡例が出ていない。中国での報告とは重症度の乖離がみられる。

2020年2月3日現在、世界では17,267人の患者が報告されている⁴⁾。内訳として武漢市で5,142人

(死亡者265人;致命率5.15%)、武漢市以外の湖北省で6,035人(死亡者85人;致命率1.4%)、湖北省以外の中国全土で6,090人(12人;0.19%)、中国以外の国183人(死亡者1人;致命率0.5%)となっており、中国での症例が大半を占める。致命率は武漢市が最も高く、湖北省、中国、世界となるに従い致命率も低下する傾向にある。これは、おそらく武漢市には実際にはもっと多くの2019-nCoV感染症の患者がいるがJosephらの報告では推定感染者は75,815人と見積もられ⁵⁾、情報が限られていることから重症例を中心に診断されているため見かけ上の致命率が高くなっていると推測される。一方、中国以外の国では無症状者も含め軽症例が検知されているため、このような重症度の乖離が生まれるものと考えられる。ただし、基本再生算数はWHOの報告によると1.4-2.5⁶⁾、中国からの報告に

よると 4.0 と推定されており⁷⁾，中国国内での発生に歯止めがかからないことから，日本国内でも流行が広がる可能性が十分に考えられる。

これらの現状を鑑み，我が国における 2019-nCoV 感染症では，感染そのものを封じ込めることを目的とするよりは，致命率の低下と医療体制の維持をめざすことが良いと考えられる．具体的には感染症指定医療機関や都道府県の指定する診療協力医療機関で重症例を対象として治療を行って致命率を低下させることを目指し，軽症例は全ての医療機関で診療を行う医療体制を構築することが望ましい．また，感染防止対策については，日頃からの標準予防策の徹底と，接触予防策・飛沫予防策を遵守することが重要と考えられる．2月4日時点では国立感染症研究所・国立国際医療研究センターからの「中国湖北省武漢市で報告されている新型コロナウイルス関連肺炎に対する対応と院内感染対策（2020年1月21日改訂版）」が参考となる．当院での新型コロナウイルス感染症患者に対する診療時の个人防护具について図を添付する(Fig.9)



利益相反自己申告：申告すべきものなし

文 献

- 1) Chaolin Huang, Yeming Wang, Xingwang Li, Lili Ren, Jianping Zhao, Yi Hu, *et al.* Clinical features of patient infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China The lancet Published online January 24, 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
- 2) Michelle L. Holshue, Chas DeBolt, Scott Lindquist, Kathy H. Lofy, Johon Wiesman, Hollianne Bruce, *et al.* First Case of 2019 Novel Coronavirus in the United States. [Doi: 10.1056/NEJMoa2001191](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001191)
- 3) 新型コロナウイルス感染症の現在の状況と厚生労働省の対応について(令和2年2月3日版)．
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_09290.html
- 4) World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report – 14.
https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200203-sitrep-14-ncov.pdf?sfvrsn=f7347413_2
- 5) Joseph T Wu, Kathy Leung, Gabriel M Leung. Nowcasting and forecasting the potential domestic and international spread of the 2019-nCoV outbreak originating in Wuhan, China: a modelling study The lancet Published online January 31, 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30260-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30260-9)
- 6) Statement on the meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) - WHO, January 23, 2020
- 7) Estimating the effective reproduction number of the 2019-nCoV in China - Zhidong Cao, *et al.*, Jan. 29, 2020

The 3 cases of 2019-nCoV infection at Center Hospital of National Center for Global Health and Medicine

Keiji Nakamura, Satoshi Kutsuna, Tetsuya Suzuki, Satoshi Ide, Masayuki Ohta, Yuki Moriyama,
Takato Nakamoto, Hidetoshi Nomoto, Yutaro Akiyama, Yusuke Miyazato, Yuji Wakimoto, Ayako Okuhama,
Kouhei Kanda, Mugen Ujiie, Noriko Kinoshita, Kei Yamamoto, Masahiro Ishikane, Shinichiro Morioka, Shou Saito,
Kayoko Hayakawa, Norio Ohmagari
National Center for Global Health and Medicine, Tokyo, Japan

We report 3 cases of 2019-nCoV infection that diagnosed in our hospital. It is difficult to make a diagnosis based on clinical symptoms because the initial symptoms in the three cases are minor, such as sore throat, nasal discharge, cough, and mild fever. All have had a history of staying in Wuhan and are thought to have been infected in Wuhan, so it is important to have a history of travel to Wuhan for the past 14 days. However, at present, cases are reported all over China other than Wuhan City, and it is considered that in cases suspected from clinical symptoms, 2019-nCoV infection should be differentiated outside Wuhan City. The majority of cases are in China. However, the number of cases in Japan including asymptomatic cases is 20 on February 3, but there is no report of clinical features in Japan, and the number may increase in the future. Here, we report three cases experienced in our hospital, because grasping the general clinical picture may contribute to the treatment of 2019-nCoV infection in the future.

事務連絡
令和2年2月17日各 { 都道府県
保健所設置市
特別区 } 衛生主管部（局） 御中

厚生労働省健康局結核感染症課

新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安について

新型コロナウイルス感染症の相談・受診については、「新型コロナウイルス感染症に対応した医療体制について」（令和2年2月1日各都道府県衛生主管部（局）宛厚生労働省医政局地域医療計画課・健康局結核感染症課事務連絡）において、感染症指定医療機関に帰国者・接触者外来を設置すること及び各保健所等に帰国者・接触者相談センターを設置することにつきお願いさせていただいたところです。

今般、新型コロナウイルス感染症専門家会議の議論を踏まえ、一般の方々に向けた新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安を別紙の通りとりまとめました。

これは、どのような方にどのような場合に相談・受診いただくのが適切か、その目安を示すことで、重症化するリスクのある方を含め、必要な方が適切なタイミングで医療を受けられる体制を確保することを目指したものです。

つきましては、内容を御了知の上、関係各所への周知及び住民の方々への情報発信を行っていただきますようお願いいたします。

なお、新型コロナウイルス感染症の予防に関して、住民の方々へ注意喚起いただく際にご活用いただけるよう、参考までにリーフレットも改めて送付させていただきます。

<参考>

- 「新型コロナウイルス感染症に対応した医療体制について」（令和2年2月1日各都道府県衛生主管部（局）宛厚生労働省医政局地域医療計画課・健康局結核感染症課事務連絡）
- リーフレット「新型コロナウイルス感染症を防ぐには」

新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安

1. 相談・受診の前に心がけていただきたいこと

- 発熱等の風邪症状が見られるときは、学校や会社を休み外出を控える。
- 発熱等の風邪症状が見られたら、毎日、体温を測定して記録しておく。

2. 帰国者・接触者相談センターに御相談いただく目安

- 以下のいずれかに該当する方は、帰国者・接触者相談センターに御相談ください。
 - ・ 風邪の症状や37.5度以上の発熱が4日以上続く方（解熱剤を飲み続けなければならない方も同様です。）
 - ・ 強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難）がある方
- なお、以下のような方は重症化しやすいため、この状態が2日程度続く場合には、帰国者・接触者相談センターに御相談ください。
 - ・ 高齢者
 - ・ 糖尿病、心不全、呼吸器疾患（COPD等）の基礎疾患がある方や透析を受けている方
 - ・ 免疫抑制剤や抗がん剤等を用いている方

（妊婦の方へ）

妊婦の方については、念のため、重症化しやすい方と同様に、早めに帰国者・接触者相談センターに御相談ください。

（お子様をお持ちの方へ）

小児については、現時点で重症化しやすいとの報告はなく、新型コロナウイルス感染症については、目安どおりの対応をお願いします。

- なお、現時点では新型コロナウイルス感染症以外の病気の方が圧倒的に多い状況であり、インフルエンザ等の心配があるときには、通常と同様に、かかりつけ医等に御相談ください。

3. 相談後、医療機関にかかるときのお願い

- 帰国者・接触者相談センターから受診を勧められた医療機関を受診してください。複数の医療機関を受診することはお控えください。
- 医療機関を受診する際にはマスクを着用するほか、手洗いや咳エチケット（咳やくしゃみをする際に、マスクやティッシュ、ハンカチ、袖を使って、口や鼻をおさえる）の徹底をお願いします。

各都道府県衛生主管部（局） 御中

厚生労働省医政局地域医療計画課
厚生労働省健康局結核感染症課

新型コロナウイルス感染症に対応した医療体制について

新型コロナウイルス感染症について、感染の程度は依然として明らかではありませんが、中華人民共和国湖北省武漢市の滞在歴がない国内症例が発生している状況です。国民の不安を軽減するとともに、まん延をできる限り防止する観点から、貴都道府県内の保健所を設置する市及び特別区とも調整の上、下記のとおり、医療体制の整備を行っていただくようお願いします。なお、本件に係る補足事項については、別途御連絡する予定としています。

また、「帰国者・接触者外来」の設置状況、受診者数等及び「帰国者・接触者相談センター」の設置状況、相談件数等についての報告を別途依頼する予定ですので申し添えます。

記

1. 「帰国者・接触者外来」の設置について

新型コロナウイルス感染症の感染拡大に十分対応し、同感染症の疑い例（以下単に「疑い例」という。）（※）を、診療体制等の整った医療機関に確実につなぐため、疑い例を診察する「帰国者・接触者外来」を設置すること。目安として、2月上旬を目途に、二次医療圏ごとに1箇所以上、地域の感染状況等を鑑みながら設置すること。なお、「帰国者・接触者外来」を設置する医療機関は、感染症指定医療機関であることも可能である。

「帰国者・接触者外来」については、疑い例が新型コロナウイルス感染症以外の疾患の患者と接触しないよう、可能な限り動線を分ける（少なくとも診察室は分けることが望ましい）、必要な検査体制を確保する、医療従事者の十分な感染対策を行うなど、国民の不安を軽減するとともに、まん延をできる限り防止するよう努めること。

また、「帰国者・接触者外来」の設置に当たって、都道府県は以下の点に留意すること。

- ・新型コロナウイルス感染症の検査体制について、あらかじめ「帰国者・接触者外

来」を持つ医療機関と共有しておくこと。

- ・「帰国者・接触者外来」の運営支援のため、感染対策資機材の調達、人材の配分、医薬品の確保等を行うこと。
- ・「帰国者・接触者外来」を持つ医療機関名やその場所については、2の「帰国者・接触者相談センター」が相談を受け付け、受診が必要であると判断した場合に知らせること。なお、「帰国者・接触者相談センター」を通じて受診手順を理解した状態で疑い例が受診することで十分な感染防止を行うという「帰国者・接触者外来」の趣旨から、一般への公表については、原則行わないものとする。ただし、「帰国者・接触者相談センター」を通じずに疑い例が受診しても十分な感染防止を行うことができ、また、通常より多数の患者が受診することとなったとしても診療体制に支障を来さない医療機関であるような場合には、この限りではない。

(※) 新型コロナウイルス感染症の疑い例の定義（現時点の定義であり、今後変更の可能性はある。）

以下のⅠおよびⅡを満たす場合を「疑い例」とする。

Ⅰ 発熱(37.5 度以上)かつ呼吸器症状を有している。

Ⅱ 発症から 2 週間以内に、以下の (ア)、(イ) の曝露歴のいずれかを満たす。

(ア) 武漢市を含む湖北省への渡航歴がある。

(イ) 「武漢市を含む湖北省への渡航歴があり、発熱かつ呼吸器症状を有する人」との接触歴がある。

2. 「帰国者・接触者相談センター」の設置について

電話での相談を通じ、疑い例を「帰国者・接触者外来」へ受診させるよう調整を行う、「帰国者・接触者相談センター」を、1と同様に2月上旬を目途に、各保健所等に設置すること。

また、疑い例に該当する者は、医療機関を受診する前にまず「帰国者・接触者相談センター」へ電話により問い合わせること等を地域住民へ広く周知すること。

「帰国者・接触者相談センター」は、具体的には以下の対応を行う。

- ・疑い例から電話で相談を受け、「帰国者・接触者外来」へと受診調整する。
- ・その際、受診するよう指導した「帰国者・接触者外来」の電話番号を本人又はその家族等に伝え、受診前に必ず連絡して、受診する時刻及び入口等について問い合わせるよう指導する。
- ・状況に応じて、相談対応、受診調整が円滑に実施されるよう、適宜、対応人数、開設時間等を調整する。
- ・疑い例に該当しない場合は、適切な情報を与え、必要に応じて一般の医療機関を受診するよう指導する。

なお、「帰国者・接触者相談センター」は、全ての相談を受けるのではなく、疑い例を対象としたものであることに留意すること。(4. も参照のこと)

3. 一般の医療機関における診療について

一般の医療機関においては、患者が本来「帰国者・接触者外来」を受診すべき疑い例であることが受付等で判明した場合は、「帰国者・接触者相談センター」へ連絡の上での「帰国者・接触者外来」の受診を案内するよう、管内の医療機関に対し周知を図ること。

4. 一般電話相談の受付について

現在、厚生労働省では新型コロナウイルスに関する一般電話相談窓口を開設し、その電話番号をホームページにて公開しているところであるが、併せて貴都道府県の一般電話相談窓口に関する電話番号も掲載したいと考えている。

については、厚生労働省にて、貴都道府県の一般電話相談窓口に関する連絡先を別添1のとおりまとめているため、確認の上、①掲載の可否、②載せられない場合の理由、③連絡先の修正の有無について、下記の連絡先まで返信いただくようお願いする。

なお、住民の方々から相談を受けた場合は、別添2のQ&Aを御参考に、御対応いただきたい。

連絡先：nCOV-2019@mhlw.go.jp（※切：2／5（水））

<参考>

○厚生労働省ホームページ掲載「新型コロナウイルスに関するQ&A」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/dengue_fever_qa_00001.html

○厚生労働省の電話相談窓口 電話番号 03-3595-2285

受付時間 9時00分～21時00分（土日・祝日も実施）

新型コロナウイルスを防ぐには

新型コロナウイルス感染症とは

ウイルス性の風邪の一種です。発熱やのどの痛み、咳が長引くこと（1週間前後）が多く、強いだるさ（倦怠感）を訴える方が多いことが特徴です。感染から発症までの潜伏期間は1日から12.5日（多くは5日から6日）といわれています。

新型コロナウイルスは飛沫感染と接触感染によりうつるといわれています。

飛沫感染	感染者の飛沫（くしゃみ、咳、つばなど）と一緒にウイルスが放出され、他の方がそのウイルスを口や鼻などから吸い込んで感染します。
接触感染	感染者がくしゃみや咳を手で押さえた後、その手で周りの物に触れるとウイルスがつきます。他の方がそれを触るとウイルスが手に付着し、その手で口や鼻を触ると粘膜から感染します。

重症化すると肺炎となり、死亡例も確認されているので注意しましょう。特にご高齢の方や基礎疾患のある方は重症化しやすい可能性が考えられます。

日常生活で気を付けること

まずは手洗いが大切です。外出先からの帰宅時や調理の前後、食事前などにこまめに石けんやアルコール消毒液などで手を洗いましょう。

咳などの症状がある方は、咳やくしゃみを手で押さえると、その手で触ったものにウイルスが付着し、ドアノブなどを介して他の方に病気をうつす可能性がありますので、咳エチケットを行ってください。

持病がある方、ご高齢の方は、できるだけ人混みの多い場所を避けるなど、より一層注意してください。

発熱等の風邪の症状が見られるときは、学校や会社を休んでください。

発熱等の風邪症状が見られたら、毎日、体温を測定して記録してください。

こんな方はご注意ください

次の症状がある方は「帰国者・接触者相談センター」にご相談ください。

風邪の症状や37.5℃以上の発熱が4日以上続いている
(解熱剤を飲み続けなければならないときを含みます)

強いだるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)がある

※ 高齢者や基礎疾患等のある方は、上の状態が2日程度続く場合

センターでご相談の結果、新型コロナウイルス感染の疑いのある場合には、専門の「帰国者・接触者外来」をご紹介します。

マスクを着用し、公共交通機関の利用を避けて受診してください。

「帰国者・接触者相談センター」はすべての都道府県で設置しています。

詳しくは以下のURLまたはQRコードからご覧いただけます。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/covid19-kikokusyasessyokusya.html



一般的なお問い合わせなどはこちら

その他、ご自身の症状に不安がある場合など、一般的なお問い合わせについては、次の窓口にご相談ください。

厚生労働省相談窓口 電話番号 0120-565653 (フリーダイヤル)

受付時間 9:00~21:00 (土日・祝日も実施)

聴覚に障害のある方をはじめ、電話でのご相談が難しい方 FAX 03-3595-2756

<都道府県の連絡欄>

--

健感発 0207 第 1 号
令和 2 年 2 月 7 日

各 { 都道府県
保健所設置市
特別区 } 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局結核感染症課長
(公 印 省 略)

「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第 12 条第 1 項及び第 14 条第 2 項に基づく届出の基準等について（一部改正）」に関する留意事項について

「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第 12 条第 1 項及び第 14 条第 2 項に基づく届出の基準等について」（平成 18 年 3 月 8 日健感発第 0308001 号厚生労働省結核感染症課長通知）の別紙「医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準」（以下「別紙」という。）については、「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第 12 条第 1 項及び第 14 条第 2 項に基づく届出の基準等について（一部改正）」（令和 2 年 2 月 4 日健感発 0204 第 1 号）により改正し、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 2 年 1 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。以下同じ。）についての届出に関する基準等をお示ししたところである。

別紙第 7 の 1（4）では、新型コロナウイルス感染症について、感染が疑われる患者の要件を、「患者が次のア、イ、ウ又はエに該当し、かつ、他の感染症又は他の病因によることが明らかでなく、新型コロナウイルス感染症を疑う場合、これを鑑別診断に入れる。ただし、必ずしも次の要件に限定されるものではない」としているところであり、これまでも各自治体の判断で検査が行われていることと承知しているが、今後も、各自治体において新型コロナウイルス感染症を強く疑われる場合には、柔軟に検査を行っていただきたい旨、お知らせする。

なお、管内で新型コロナウイルス感染症による集団発生を認めた場合には、厚生労働省健康局結核感染症課に一報願いたい旨も、併せてお知らせする。

第7 指定感染症

- 1 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。）

（1）定義

コロナウイルス科ベータコロナウイルス属の新型コロナウイルス（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。）（以下「新型コロナウイルス」という）による急性呼吸器症候群である。

（2）臨床的特徴等（2020年2月2日時点）

現時点で動物等の感染源については不明である。家族間、医療機関などをはじめとするヒト-ヒト感染が報告されている。2019年12月より中華人民共和国湖北省武漢市を中心として発生がみられており、世界的に感染地域が拡大している。

臨床的な特徴としては、潜伏期間は2～10日であり、その後、発熱、咳、全身倦怠感等の感冒様症状が出現する。一部のものは、主に5～14日間で呼吸困難等の症状を呈し、胸部X線写真、胸部CTなどで肺炎像が明らかとなる。高齢者及び基礎疾患を持つものにおいては重症化するリスクが一定程度あると考えられている。

（3）届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（2）の臨床的特徴を有する者について、（4）に該当すること等から新型コロナウイルス感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、当該者を新型コロナウイルス感染症と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が（2）の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、当該者を新型コロナウイルス感染症の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 疑似症患者

医師は、（2）の臨床的特徴を有する者について、（4）に該当すること等から新型コロナウイルス感染症が疑われ、当該者を新型コロナウイルス感染症の疑似症と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、（2）の臨床的特徴を有する死体について、（4）に該当すること等から新型コロナウイルス感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、当該者を新型コロナウイルス感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、（2）の臨床的特徴を有する死体について、（4）に該当すること等から新型コロナウイルス感染症により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、咽頭拭い液、鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、剖検材料
検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出	

(4) 感染が疑われる患者の要件

患者が次のア、イ、ウ又はエに該当し、かつ、他の感染症又は他の病因によることが明らかでなく、新型コロナウイルス感染症を疑う場合、これを鑑別診断に入れる。ただし、必ずしも次の要件に限定されるものではない。

ア 発熱または呼吸器症状（軽症の場合を含む。）を呈する者であって、新型コロナウイルス感染症であることが確定したものと濃厚接触歴があるもの

イ 37.5℃以上の発熱かつ呼吸器症状を有し、発症前14日以内にWHOの公表内容から新型コロナウイルス感染症の流行が確認されている地域に渡航又は居住していたもの

ウ 37.5℃以上の発熱かつ呼吸器症状を有し、発症前14日以内にWHOの公表内容から新型コロナウイルス感染症の流行が確認されている地域に渡航又は居住していたものと濃厚接触歴があるもの

エ 発熱、呼吸器症状その他感染症を疑わせるような症状のうち、医師が一般に認められている医学的知見に基づき、集中治療その他これに準ずるものが必要であり、かつ、直ちに特定の感染症と診断することができないと判断し（法第14条第1項に規定する厚生労働省令で定める疑似症に相当）、新型コロナウイルス感染症の鑑別を要したもの

※濃厚接触とは、次の範囲に該当するものである。

- ・新型コロナウイルス感染症が疑われるものと同居あるいは長時間の接触（車内、航空機内等を含む）があったもの
- ・適切な感染防護無しに新型コロナウイルス感染症が疑われる患者を診察、看護若しくは介護していたもの
- ・新型コロナウイルス感染症が疑われるものの気道分泌液若しくは体液等の汚染物質に直接触れた可能性が高いもの

第8 法第14条第1項に規定する厚生労働省令で定める疑似症

(1) 定義

発熱、呼吸器症状、発しん、消化器症状又は神経症状その他感染症を疑わせるような症状のうち、医師が一般に認められている医学的知見に基づき、集中治療その他これに準ずるものが必要であり、かつ、直ちに特定の感染症と診断することができないと判断したもの。

(2) 届出基準

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、1の定義を満たす者を診察したときは、当該症状が二類感染症、三類感染症、四類感染症又は五類感染症の患者の症状であることが明らかな場合及び感染症法の対象外の感染性疾患であることが明らかな場合を除き、法第14条第2項の規定による届出を直ちにしなければならない。

(3) 注意事項

本届出は、原因不明の重症の感染症の発生動向を把握することを目的としており、当該患者の症状、渡航歴その他の情報を総合的に勘案して、届出を行うものである。

(4) 全般的注意事項

(1) において、当該症状が

ア 感染症法に規定する感染症によるものでないことが明らかである場合には、本届出の対象とはならない。

イ 感染症法に規定する感染症によるものであることが明らかであり、かつ、いずれの感染症であるかが特定可能な場合には、当該感染症の届出基準に基づき届出を行うこととなるため、本届出の対象とはならない。

事務連絡
令和2年2月17日

各 { 都道府県
保健所設置市
特別区 } 衛生主管部（局）御中

厚生労働省健康局結核感染症課

新型コロナウイルス感染症に関する行政検査について（依頼）

「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第12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について」（平成18年3月8日健感発第0308001号厚生労働省結核感染症課長通知）の別紙「医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準」（以下「別紙」という。）については、「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第12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について（一部改正）」（令和2年2月4日健感発0204第1号）により改正し、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2年1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。以下同じ。）についての届出に関する基準等をお示ししたところです。

また、「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第12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について（一部改正）」に関する留意事項について（令和2年2月7日健感発第0207第1号）において、新型コロナウイルス感染症について、感染が強く疑われる場合には柔軟に検査を行っていただきたい旨、お知らせしたところです。

今般、国内外の発生状況および、当該通知を踏まえ、行政検査の対象者などの事項について改めて下記のとおりとりまとめましたので、今後はこの通知に従って対応をお願いします。

記

1 検査対象者について

新型コロナウイルス感染症の感染が疑われる方の行政検査については、都道府県等において、主に別紙第7の1(4)で示された疑似症患者等について、これまで行われてきたと承知しているが、今般、別紙に示された疑似症患者の定義に該当する者に加え、以下のいずれかに該当する者についても行政検査を行うこと。

- ・ 37.5℃以上の発熱かつ呼吸器症状を有し、入院を要する肺炎が疑われる者（特に高齢者又は基礎疾患があるものについては、積極的に考慮する）
- ・ 症状や新型コロナウイルス感染症患者の接触歴の有無など医師が総合的に判断した結果、新型コロナウイルス感染症と疑う者
- ・ 新型コロナウイルス感染症以外の一般的な呼吸器感染症の病原体検査で陽性となった者であって、その治療への反応が乏しく症状が増悪した場合に、医師が総合的に判断した結果、新型コロナウイルス感染症と疑う者

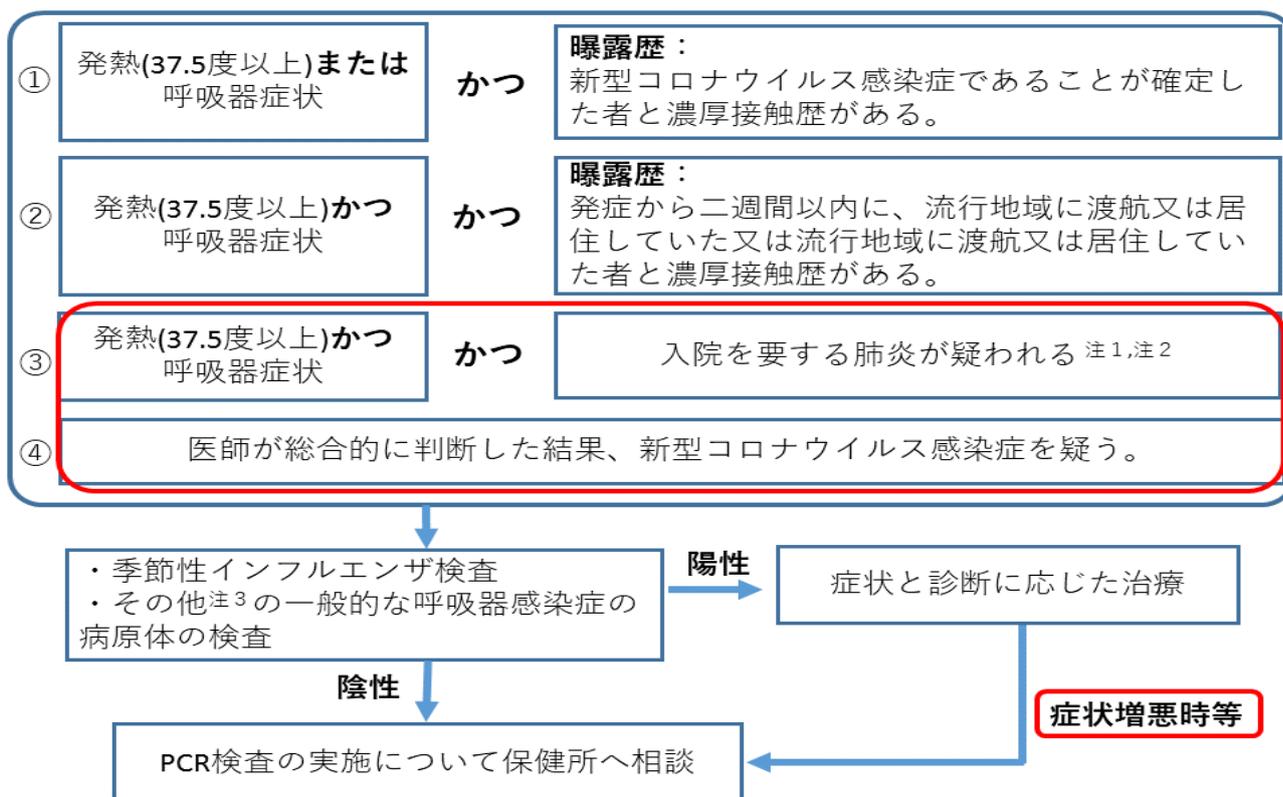
2 検査を行う際の留意点について

新型コロナウイルス感染症にかかる検査については、以下の点に留意すること。

- (1) 以下の検査を行った上で、陰性であった場合には検査を実施すること
 - ・ 季節性インフルエンザにかかる検査
 - ・ その他一般的な呼吸器感染症の病原体の検査
- (2) 結果判明までに時間がかかる培養検査などについては、当該検査結果を待つ必要はないこと

<参考>

○検査の流れ



注1. 従前の集中治療その他これに準ずるものに限らず、入院を要する肺炎が疑われる者を対象とする。

注2. 特に高齢者又は基礎疾患がある者については積極的に考慮する。

注3. 病状に応じて、早期に結果の出る迅速検査等の結果を踏まえ、培養検査など結果判明までに時間がかかるものについては、結果が出る前でも保健所へ相談する。

※赤枠は新規変更点

○別紙「医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準」における新型コロナウイルス感染症に関する部分

○「「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第12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について（一部改正）」に関する留意事項について」（令和2年2月7日健感発第0207第1号）

「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第12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について」（平成18年3月8日健感発第0308001号厚生労働省結核感染症課長通知）の別紙「医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準」（抄）

第7 指定感染症

1 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。）

（1）定義

コロナウイルス科ベータコロナウイルス属の新型コロナウイルス（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。）（以下「新型コロナウイルス」という）による急性呼吸器症候群である。

（2）臨床的特徴等（2020年2月2日時点）

現時点で動物等の感染源については不明である。家族間、医療機関などをはじめとするヒト-ヒト感染が報告されている。2019年12月より中華人民共和国湖北省武漢市を中心として発生がみられており、世界的に感染地域が拡大している。

臨床的な特徴としては、潜伏期間は2～10日であり、その後、発熱、咳、全身倦怠感等の感冒様症状が出現する。一部のものは、主に5～14日間で呼吸困難等の症状を呈し、胸部X線写真、胸部CTなどで肺炎像が明らかとなる。高齢者及び基礎疾患を持つものにおいては重症化するリスクが一定程度あると考えられている。

（3）届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（2）の臨床的特徴を有する者について、（4）に該当すること等から新型コロナウイルス感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、当該者を新型コロナウイルス感染症と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が（2）の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、当該者を新型コロナウイルス感染症の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 疑似症患者

医師は、（2）の臨床的特徴を有する者について、（4）に該当すること等から新型コロナウイルス感染症が疑われ、当該者を新型コロナウイルス感染症の疑似症と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、（2）の臨床的特徴を有する死体について、（4）に該当すること等から新型コロナウイルス感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、当該者を新型コロナウイルス感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、（2）の臨床的特徴を有する死体について、（4）に該当すること等から新型コロナウイルス感染症により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、咽頭拭い液、鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、剖検材料
検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出	

(4) 感染が疑われる患者の要件

患者が次のア、イ、ウ又はエに該当し、かつ、他の感染症又は他の病因によることが明らかでなく、新型コロナウイルス感染症を疑う場合、これを鑑別診断に入れる。ただし、必ずしも次の要件に限定されるものではない。

ア 発熱または呼吸器症状（軽症の場合を含む。）を呈する者であって、新型コロナウイルス感染症であることが確定したものと濃厚接触歴があるもの

イ 37.5℃以上の発熱かつ呼吸器症状を有し、発症前14日以内にWHOの公表内容から新型コロナウイルス感染症の流行が確認されている地域に渡航又は居住していたもの

ウ 37.5℃以上の発熱かつ呼吸器症状を有し、発症前14日以内にWHOの公表内容から新型コロナウイルス感染症の流行が確認されている地域に渡航又は居住していたものと濃厚接触歴があるもの

エ 発熱、呼吸器症状その他感染症を疑わせるような症状のうち、医師が一般に認められている医学的知見に基づき、集中治療その他これに準ずるものが必要であり、かつ、直ちに特定の感染症と診断することができないと判断し（法第14条第1項に規定する厚生労働省令で定める疑似症に相当）、新型コロナウイルス感染症の鑑別を要したものの

※濃厚接触とは、次の範囲に該当するものである。

- ・新型コロナウイルス感染症が疑われるものと同居あるいは長時間の接触（車内、航空機内等を含む）があったもの
- ・適切な感染防護無しに新型コロナウイルス感染症が疑われる患者を診察、看護若しくは介護していたもの
- ・新型コロナウイルス感染症が疑われるものの気道分泌液若しくは体液等の汚染物質に直接触れた可能性が高いもの

健感発 0207 第 1 号
令和 2 年 2 月 7 日

各 { 都道府県
保健所設置市
特別区 } 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局結核感染症課長
(公 印 省 略)

「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第 12 条第 1 項及び第 14 条第 2 項に基づく届出の基準等について（一部改正）」に関する留意事項について

「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第 12 条第 1 項及び第 14 条第 2 項に基づく届出の基準等について」（平成 18 年 3 月 8 日健感発第 0308001 号厚生労働省結核感染症課長通知）の別紙「医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準」（以下「別紙」という。）については、「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第 12 条第 1 項及び第 14 条第 2 項に基づく届出の基準等について（一部改正）」（令和 2 年 2 月 4 日健感発 0204 第 1 号）により改正し、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 2 年 1 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。以下同じ。）についての届出に関する基準等をお示ししたところである。

別紙第 7 の 1（4）では、新型コロナウイルス感染症について、感染が疑われる患者の要件を、「患者が次のア、イ、ウ又はエに該当し、かつ、他の感染症又は他の病因によることが明らかでなく、新型コロナウイルス感染症を疑う場合、これを鑑別診断に入れる。ただし、必ずしも次の要件に限定されるものではない」としているところであり、これまでも各自治体の判断で検査が行われていることと承知しているが、今後も、各自治体において新型コロナウイルス感染症を強く疑われる場合には、柔軟に検査を行っていただきたい旨、お知らせする。

なお、管内で新型コロナウイルス感染症が疑われる集団発生を認めた場合には、厚生労働省健康局結核感染症課と国立感染症研究所疫学センターに一報願いたい旨も、併せてお知らせする。

健感発 0218 第 3 号
令和 2 年 2 月 18 日

各 { 都 道 府 県 }
 { 保健所設置市 } 衛生主管部（局）長 殿
 { 特 別 区 }

厚生労働省健康局結核感染症課長
（ 公 印 省 略 ）

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における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて（一部改正）

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（平成 10 年法律第 114 号。以下「法」という。）における新型コロナウイルス感染症の無症状病原体保有者の退院の取扱いについて、「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における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて（一部改正）」（令和 2 年 2 月 6 日健感発 0206 第 1 号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）を別添のとおり一部改正しますので、十分御承知の上、その取扱いに遺漏のないようご対応をお願いいたします。

別添

新旧対照表

(傍線部分は改正部分)

「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における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて (一部改正)」(令和2年2月6日健感発 0206 第1号厚生労働省健康局結核感染症課長通知)

新	旧
---	---

第1 退院に関する基準

新型コロナウイルス感染症の患者について、法第26条において準用される法第22条の「症状が消失したこと」とは、37.5度以上の発熱が24時間なく、呼吸器症状が改善傾向であることに加え、48時間後に核酸増幅法の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した12時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認された場合とする。

上記の核酸増幅法の検査の際に陽性が確認された場合は、48時間後に核酸増幅法の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した12時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認されるまで、核酸増幅法の検査を繰り返すものとする。

また、無症状病原体保有者については、陽性の確認から48時間後に核酸増幅法の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した12時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認された場合とする。

上記の核酸増幅法の検査の際に陽性が確認された場合は、48時間後に核酸増幅法の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した12時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認されるまで、核酸増幅法の検査を繰り返すものとする。

なお、患者が再度症状を呈した場合や無症状病原体保有者が新たに症状を呈した場合は、37.5度以上の発熱が24時間なく、呼吸器症状が改善傾向となるまで退院の基準を満たさ

第1 退院に関する基準

新型コロナウイルス感染症の患者について、法第26条において準用される法第22条の「症状が消失したこと」とは、37.5度以上の発熱が24時間なく、呼吸器症状が改善傾向であることに加え、48時間後に核酸増幅法の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した12時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認された場合とする。

上記の核酸増幅法の検査の際に陽性が確認された場合は、48時間後に核酸増幅法の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した12時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認されるまで、核酸増幅法の検査を繰り返すものとする。

また、無症状病原体保有者については、12.5日間の入院の後、核酸増幅法の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した12時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認された場合とする。

上記の核酸増幅法の検査の際に陽性が確認された場合は、48時間後に核酸増幅法の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した12時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認されるまで、核酸増幅法の検査を繰り返すものとする。

なお、患者が再度症状を呈した場合や無症状病原体保有者が新たに症状を呈した場合は、37.5度以上の発熱が24時間なく、呼吸器症状が改善傾向となるまで退院の基準を満たさ

ないものとする。

第2 就業制限に関する基準

法第18条の「まん延を防止するため必要があると認めるとき」とは、新型コロナウイルス感染症患者又は無症状病原体保有者が就業しようとする場合とする。

なお、第1の退院に関する基準を満たす場合は、同条の規定の対象者ではなくなるものとする。

ないものとする。

第2 就業制限に関する基準

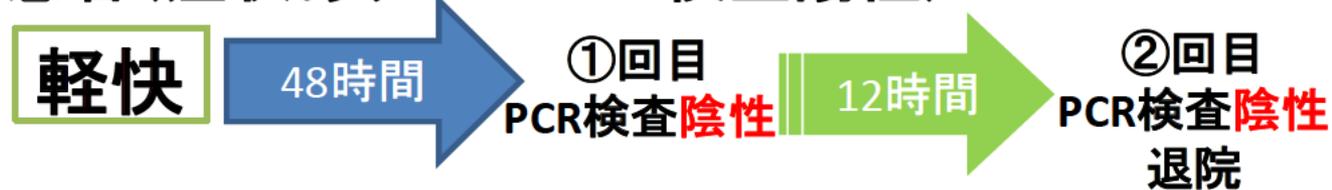
法第18条の「まん延を防止するため必要があると認めるとき」とは、新型コロナウイルス感染症患者又は無症状病原体保有者が就業しようとする場合とする。

なお、第1の退院に関する基準を満たす場合は、同条の規定の対象者ではなくなるものとする。

新型コロナウイルス感染症における退院等基準

軽快：**24時間発熱(37.5℃以上)なし** かつ
呼吸器症状が改善傾向であること

● 患者(症状ありかつPCR検査陽性)



※ ①回目または②回目のPCR検査で陽性が確認された場合は、改めて、前回検体採取後48時間後に①回目のPCR検査を実施

● 無症状病原体保有者(症状なしかつPCR検査陽性)



□ 陰転化が確認されるまで、48時間毎にPCR検査を実施する。陰転化が確認されたら、前回検体採取後12時間以後に再度採取を行い、2回連続で陰性が確認されたら退院可とする。

□ 無症状病原体保有者は、有症状となれば患者のフローへ移行する。