

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）への公衆衛生的・社会的対策の実践と調整に関する 検討事項

暫定ガイダンス

2020 年 11 月 4 日 改訂版

原文（英語）：

Considerations for implementing and adjusting public health and social measures in the
context of COVID-19

Interim guidance
4 November 2020

<https://www.who.int/publications/i/item/considerations-in-adjusting-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19-interim-guidance>

キーポイント

- 公衆衛生的・社会的対策は、COVID-19 の伝播を制限し、関連死を減少させるために非常に重要であることが証明されている。
- 公衆衛生的・社会的対策を導入、適応、または解除する決定は、主に伝搬の強度と保健医療制度の対応力の状況評価に基づき行われる必要があるが、これらの措置が社会と個人の福祉全般に及ぼす影響を考慮して検討する必要がある。
- 伝搬の強度と保健医療制度の対応力の両方を測定するための指標と推奨される閾値が提供されている；これらを総合すると、公衆衛生的・社会的対策の調整を導くための基準が提供される。対策は指標であり、地域の状況に合わせて調整する必要がある。
- 公衆衛生的・社会的対策は、国および地方レベルでの伝搬強度と保健医療制度のキャパシティに合わせて継続的に調整する必要がある。
- 公衆衛生的・社会的対策を調整する時は、変更を行う前に、地域社会に十分に相談し、関わりを持つ必要がある。

イントロダクション

この文書は、2020 年 4 月 16 日に公開された「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）への公衆衛生的・社会的対策の調整に関する検討事項」と題された暫定ガイダンスの更新版である。

COVID-19 による伝搬を制限し、死亡率と罹患率を減らすために、公衆衛生的・社会的対策が世界中で実施されている。公衆衛生的・社会的対策には、COVID-19 を制御するための非薬事的な個人的および社会的介入が含まれる。

パンデミックが進展するにつれて、公衆衛生的・社会的対策は定期的に見直され、修正され、SARS-CoV-2 の感染制御におけるそれらの有効性が評価されるべきである。これには、可能な限り最も地方の行政レベルにおいて、進行中の状況評価に基づいた機敏な意思決定が必要である。このような評価は、伝搬強度、保健医療制度の対応力、その他の状況的検討事項（今後起き得る、伝搬またはキャパシティを変化させる可能性のあ

るイベントなど）、およびそれぞれの特定の環境で COVID-19 に対応するための全体的な戦略的アプローチを考慮したリスク/ベネフィットアプローチに基づく必要がある。COVID-19 を制御するために公衆衛生的・社会的対策を強化、緩和、または導入する決定は、これらの措置が社会や個人に与える影響と比較検討する必要がある。検討事項には、経済への影響、安全保障、メンタルヘルスと社会心理的幸福、人権、食料安全保障、社会経済的格差、健康と公衆衛生プログラムの継続、COVID-19 以外の状態の治療と管理、性別による暴力、そして国民の感情と公衆衛生的・社会的対策の遵守などが含まれる。したがって、地域社会の全体的な健康と福祉は、公衆衛生的・社会的対策を決定および実践する際の検討事項の最前線にある必要がある。

公衆衛生的・社会的対策には、以下のようなものが含まれる；個人用保護具（手指衛生、咳エチケット、マスク着用など）環境対策（清掃、消毒、換気など）；監視および対応策（接触者追跡、隔離、自主隔離を含む）；身体的距離（フィジカルディスタンス）対策（例：集会規模の制限、公共または職場での距離の維持、国内移動の制限）¹ 公衆衛生的・社会的対策は協調して行動し、適切な管理を確保するために幾つかの社会的対策を組み合わせる必要がある。社会的対策は、状況評価が可能であり、対策を実際に実施できる最下層の行政レベルに合わせて調整する必要がある。

前版からの改変

この文書は、加盟国が国および地方レベルで状況を評価するのに役立つガイダンス、および公衆衛生的・社会的対策の実施に関する重要な推奨事項を提供する。この文書は公衆衛生的・社会的対策の先にある COVID-19 における重要な準備、心構えおよび対応策に関する幾つかの他の要素について述べている WHO 暫定ガイダンス「公衆衛生的・社会的対策を超えた COVID-19 に対する重要な準備、心構えおよび対応策」²とあわせて読む必要がある。

新しいガイダンスには、いくつかの重要な変更が含まれている。第一に最新の伝搬の分類を提供し、「市中感染」を発生率の低いものから非常に高いものまで、4 つのサブカテゴリに細分化している。付録文書では、現在の保健医療制度のキャパシティだけでなく、伝搬分類を決定するため改訂された指標と閾値を示している。次に、この文書は、全体的な状況レベルに到達するための伝搬分類と保健医療制度の対応力を考慮に入れた状況評価マトリックスを提供する。最後に、この文書は各状況レベルで実装または調整するための公衆衛生的・社会的対策に関するガイダンスを提供する。

このガイダンス文書は、全ての運用レベル（つまり、現場向けの公衆衛生的・社会的対策に関する決定が行われる全てのレベル）の公衆衛生および医療サービスの意思決定者と、公衆衛生的・社会的対策をサポートする、または影響を受ける関連セクター（地域社会との関与、教育、社会サービスなど）に関与する技術者を対象としている。

伝播シナリオ

伝搬のレベルを評価することは、特定の地域における全体的な COVID-19 の状況を評価し、したがって対応活動に関する重要な決定を導き、流行を制御するための対応策となる。

WHO は以前、流行の変遷を説明するための 4 つの感染シナリオを定義した：報告症例なし（感染が無い、発見および報告された症例の欠如の両方を含む）、散発的な症例、クラスター症例および市中感染である。

現在、多くの国で市中感染が発生しており、公衆衛生的・社会的対策を様々なレベルの感染強度に調整しようとしているため、伝播状況分類の更新版が開発され、より詳細になっている。伝播強度をとらえ、それにより意思決定を支援する一連の指標も開発された。

市中感染（CT）分類は、現在、低発生率（CT1）から非常に高い発生率（CT4）までの 4 つのレベルに分けられている。その結果、現在 7 つのカテゴリーがある（以下の定義は省略されている；感染分類の詳細は、「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行下における公衆衛生的・社会的対策の調整基準」と題したガイダンスの付録に記載されている）。

- （アクティブな）症例無し
- 輸入された/散発的なケース
- クラスター症例
- CT1：過去 14 日間に検出された、地域での感染だが広く分散した症例 低い発生率
- CT2：過去 14 日間に検出された、地域での感染だが広く分散した症例 適度な発生率
- CT3：過去 14 日間に検出された、地域での感染だが広く分散した症例 高率での発生
- CT4：過去 14 日間に検出された、地域での感染だが広く分散した症例 非常に高率での発生

地域の伝播レベルの分類は時間の経過とともに変化（改善または悪化）し、一つの国の様々な地域で同時に様々なレベルの感染が発生する可能性がある。

コミュニティエンゲージメント戦略は、地域社会の認識、要求やフィードバックに基づき公衆衛生・社会的対策の意思決定を伝えるために実施されるが、地域社会自身が公衆衛生的な対応策を自分たちで行う事を認識することを目的として行う。

伝播状況分類を決定するためのプロセスは、付録で概説されている。

対応力

伝搬レベルの評価に加えて、利用可能な保健医療制度の対応力を理解することも必要である。十分な能力、中程度の能力、または限られた能力があるかどうかに応じて、同じレベルの感染は大幅に異なる状況をもたらすため、様々な程度の公衆衛生的・社会的対策を実施する必要がある。本文書の目的上、「対応力」には、臨床的ケアと公衆衛生サービスの両方が含まれ、実際のサービス提供を行う力量（能力）とそれらのサービスのパフォーマンスの両方の観点から測定される。

後出の付録は、保健医療制度のキャパシティを評価するための方法を提供する。

伝搬レベルを用いた状況評価と対応キャパシティ

公衆衛生的・社会的対策を導入、適応、または解除するか、保健医療制度のキャパシティを拡大するかは、伝搬レベル、保健医療制度の対応力、およびその他の状況要因の分析に基づいて行う必要がある。

これらの要因の共同評価に基づいて、それぞれの地理的領域に、公衆衛生的・社会的対策を調整するかどうか、および調整する方法についての情報を充てる「状況レベル」を割り当てる必要がある（表 1 参照）。評価は、複数のソースからの定量的および定性的情報の調査を通じて強化され、評価された状況レベルの真偽を追加確認するためのものとなる。結果として得られる状況レベルは、特定の状況で必要とされる応答にうまく対応しない可能性があるため、**指標とのみ捉える必要がある**。例えば、キャパシティが限られている小島嶼開発途上国では、比較的低レベルの伝搬でも厳格な公衆衛生的・社会的対策が正当とされる場合がある。

指標は定期的に（例：隔週で）監視し、それに応じて状況レベルを評価することで、実施した公衆衛生的・社会的対策の妥当性と影響についての情報を与え、将来の変化を予測するものとなる。

表 1: 公衆衛生的・社会的対策の調整におけるガイドとなる、伝搬レベルと対応力の指標を使用した状況レベル評価マトリックス

	対応力		
伝搬レベル	充分	適度	限定的
症例なし	0	0	1
輸入/散発症例	0	1	1
クラスター症例	1	1	2
市中感染- CT1	1	2	2
市中感染- CT2	2	2	3
市中感染- CT3	2	3	3
市中感染- CT4	3	3	4

- ・ **状況レベル 0** は、過去 28 日間に SARS-CoV-2 の既知の伝搬がない状況に対応する。保健医療制度と公衆衛生当局はいつでも対応できる状態だが、それによって日常の活動に制限はない。
- ・ **状況レベル 1** は、伝搬を防ぐための基本的な対策が講じられている状況である；または、感染症例がすでに存在する場合でも、流行は症例またはクラスター症例に対する効果的な対策によって制御されており、社会のおよび経済的生活へは限定的かつ一時的な局所的混乱のみを伴う。
- ・ **状況レベル 2** は、地域社会での発生率が低い状況、またはクラスター発生を超えた市中感染のリスクがある状況を表す。感染を制御するために追加の対応策が必要になる場合がある。ただし、社会のおよび経済的活動に対する混乱は依然として限定的である。

- ・ **状況レベル 3** は、市中感染状態であり、対応するための能力が限定的で、医療サービスが崩壊するリスクがある。伝播を制限し、症例を管理し、流行の制御を確実にするために、対策をより大規模に組み合わせる必要がある。
- ・ **状況レベル 4** は、保健医療制度が追加できる対応力というものが限られているか全くない状態であり、流行が制御されていない状態に対応する。従って、医療サービスの崩壊および過剰な罹患率と死亡率を回避するための広範な対策が必要である。

公衆衛生的・社会的対策の調整

主要な原則

どの対策を実施、解除、または強化するか、およびこれらの対策を実行する順序は、次の指針に基づいて決定する。

- ・ 最高レベルの受容性と実現可能性、実証済みの有効性を備えた対策—そして、社会と経済のすべての人々の健康と福祉への悪影響を最小限に抑える対策—これを最初に検討する必要がある。遵守と定着の可能性を最大化するために、地域社会の人々との活発な話し合いを通じて受容性と実現可能性を判断する必要がある。一方、公衆衛生的・社会的対策の有効性と潜在的な悪影響は、証拠に基づく評価（文献レビュー、WHO ガイダンスなど）および実践された公衆衛生的・社会的対策の影響の活発な監視を通じて評価する必要がある。
- ・ 状況が悪化し、状況レベルが上昇したらすぐに、追加の対策を検討する必要がある。対策の実施が遅れると、死亡率の増加と、統制を取り戻すためより厳格な対策が必要となる。特に、「クラスター症例」から「市中感染」への伝播の激化を防ぐためにあらゆる努力を払う必要がある。
- ・ 可能であれば、伝播の過程に対する各対策の影響をよりよく理解できるように、制御された段階的な方法で対策を採用（または解除）する必要がある。
- ・ 公衆衛生サーベイランスデータおよび症例・クラスター症例の調査は、伝播に関連する状態について重要な情報を提供する可能性がある。このような情報は、すべての状況に同じような対策を課すことなく、特定の公衆衛生的・社会的対策の適用または強化を対象とするのに役立つ場合がある。
- ・ 脆弱なコミュニティや障害のある人々は、厳格な公衆衛生的・社会的対策が課せられると、収入、住居、食料などの基本的な生活ニーズを満たす上で差し迫った課題に直面する可能性がある。人々が遵守できるようにするための措置を講じる前に、これらの本質的なニーズに対処することが重要となる。脆弱で不利な立場にある人々を支援するために特定の対策を実施し、彼らの懸念について学び、フィードバックを受けるために、リソースを動員し、関連する全てのセクターと地域社会に関与することが重要である。
- ・ 厳格な公衆衛生的・社会的対策を適用する決定は、対策の影響を同等に評価する必要がある（公衆衛生的・社会的対策を適用することによって救われる命と短期および長期で失われる命との比較）
- ・ 脆弱な集団（臨床的に重症となるリスクがある[60 歳以上および/または COVID-19 疾患が重症となるリスクを高める併存疾患がある人々を含む]、および疎外された人々、移民、難民など社会的に

不利な立場にある人々、および高密度/低リソース環境および低所得グループを含む) の保護は、対策を実施、維持、または解除する決定の要点となる必要がある。

- 地域間の移動を制限する政策は、それぞれの伝播レベルと保健医療制度のキャパシティ評価に基づいて、より伝播レベルの低い地域の再感染拡大を回避し、限度を超えた保健医療制度へのさらなる負担を最小限に抑えることを目的とすべきである。すべての場合において、エッセンシャルワーカーは、必須なサービスの継続をサポートするために必要に応じて移動することを許可されるべきである。
- 公衆衛生的・社会的対策を解除するときは、これらの対策を解除することによる、症例の新たな増加に迅速に対応するシステムのキャパシティへの潜在的な影響を考慮する必要がある。
 - 新規の症例を発見、検査、管理するために、保健医療制度のキャパシティが十分に整っている必要がある。
 - 脆弱な個人がいる環境では感染爆発のリスクを最小限に抑える必要がある。これには、その地域における COVID-19 伝播のすべての主要な要因（たとえば、様々な種類の閉鎖された環境）を特定し、身体的距離を最大化し、新たな発生のリスクを最小限に抑えるための適切な対策を講じる必要がある。院内感染や介護施設などの環境での発生のリスクを減らすための対策を講じる必要がある。
 - 評価中の地域における伝播の主な要因は、地域のサーベイランスデータを使用して十分に理解する必要があり、発生率が増加した場合は、対策を迅速に再実施する必要がある。特に、潜在的なスーパースプレッダーイベントの防止と早期発見に焦点を当てる必要がある。

公衆衛生的・社会的対策を調整する場合は、変更を加える前に地域社会に十分に相談し、関与させる必要がある。³ 公衆衛生的・社会的対策の対象となる地域社会との間で、対策を変更するための根拠に基づく理由付けを含む、明確で簡潔かつ透明なコミュニケーションを構築する必要がある。

特に：

- 地域社会には、公衆衛生的・社会的対策をいつ、どのように実施または解除するかについての情報を提供する役割を認定する必要がある。
- 地域社会が重要となるのは、人口全体規模の公衆衛生的・社会的対策の実施において、またある対策が社会的および経済的に与える悪影響（例えば、食料やその他必要な物資の入手が困難となるなど）を低減する上での寄与においてである。
- 公衆衛生的・社会的対策の変更による社会的影響を迅速に特定し、行動のために報告できるように、フィードバックの仕組みを確立する必要がある。地域社会、地域のニーズに最適な対策を確実に採用し（例えば、地域の文化的慣習を考慮することなど）、遵守の可能性を高めるための解決策を主導する必要がある。
- 地域コミュニティレベルのネットワークを活用して、継続的な取り組みや地域のリーダーのトレーニングを通じてキャパシティを構築する。
- 大量の COVID-19 情報と誤情報から発生したインフォデミック⁴ は、対応のすべての段階で管理する必要がある。信頼できる経路（例えば、地域社会や信仰のリーダー、かかりつけ医や社会で影響力のある人々）を通じて適切な人々に適切な情報を適切なタイミングで提供する。
- 公衆衛生的・社会的対策の変更を実施する前に、コミュニケーションとコミュニティ関与について戦略を策定する必要がある。³ 戦略は、政府、市民社会、地域社会のグループの関連するステークホルダー

と協議して策定する必要がある。計画には、少なくとも、行動目標、対象者、優先すべき通信経路、および戦略と活動を組み合わせ、一般の人々に情報を提供し、関与を促す必要がある。実施されている対策の範囲や推定期間などの重要な情報は、計画立案上の優先すべきメッセージの一部である。地域社会の関与は、公衆衛生的対策のコンプライアンスとサポートだけでなく、適応型の社会的対策の開発と公衆衛生的・社会的対策における意思決定への情報提供にも不可欠である。

現状評価に基づく公衆衛生的・社会的対策の実施

表 2 は、各状況レベルでどのような種類の対策を実施できるかについて詳細を示している。各レベルの対策は指標である。対策の中には、実行可能性や適切さが特定の状況や場所において上下する場合がある。国外への旅行に関する推奨事項は別の文書に記載されていることに注意する。⁵

対策は期限付きで、状況レベルと共に、少なくとも 2 週間ごとに定期的に再評価する必要がある。

表 2：重篤性のレベルごとの公衆衛生的・社会的対策実施に関するガイダンス

状況レベル	状況レベルによる公衆衛生的・社会的対策の実施に伴う検討事項*
状況レベル 0： 過去 28 日間に SARS-CoV-2 の既知の感染はない。保健医療制度と公衆衛生当局はいつでも対応できるが、日常の活動に制限はない。	このレベルでは、サーベイランスにより、新規の症例をできるだけ早く発見して管理できるようにする必要があるが、日常の活動に制限はない。 当局は、以下の対策の実施を検討する： - 緊急時の準備と対応を引き続き強化し、医薬品と医療機器の十分な備蓄を確保し、予想される作業負荷の急増に対処するために十分な数のスタッフを採用し、訓練しておく。 - 個人は、手指衛生⁶、咳エチケット、在宅を基本とし、体調が悪い場合はマスクを着用する⁷、自発的に身体的距離を取るなど、基本的な個人予防策と行動を適用する必要がある。 - 症例が確認され接触者が追跡される場合、疑い症例とクラスター⁹を迅速に発見し調査を行い、その後のまん延を減らすために、隔離や自主隔離¹⁰などの公衆衛生対策が確実に実施されるべく、堅牢なサーベイランス⁸が行われる必要がある。 - 地域外への旅行は国の方針に従い許可されるべきである；発生率の高い地域からの旅行者がその地域にウイルスを持ち込むリスクに注意を払う必要がある。 - 体調不良時に何をすべきか、誰にアドバイスを受けるべきか、検査、治療について、明確な情報を一般に提供する必要がある。
状況レベル 1： 伝搬を防ぐための基本的な対策が講じられている状況である；または、感染症例がすでに存在する場合でも、流行は症例またはクラスター症例に対する効果的な対策によって制御されており、社会的および経済的生活への限定的かつ一時的な局所的混乱のみを伴う。	このレベルでは、症例やクラスターの周囲で特定の対策を講じる必要があり、社会的および経済的活動への影響を最小限にしながら、個別の対策を強化する必要がある。 緊急時の準備と対応および監視、個別の予防措置、およびリスクコミュニケーションに関する対策に加え、当局は以下の対策の実施を検討する： - 症例とクラスターの発見、調査、追跡、接触者の追跡に重点を置く必要がある。 - 各個人は、手指衛生、咳エチケット、体調が悪い場合は在宅を保つこと、適切な場所ではマスクを着用、身体的距離を置くなど、個別の予防措置と行動を適用する必要がある。 「3Cs」の回避を促進する—密閉空間、密集した場所、および密接な接触が生じる環境。 - 教育現場¹¹、ビジネス¹²、レジャー/観光など日常の活動やサービスは、拡散する

状況レベル	状況レベルによる公衆衛生的・社会的対策の実施に伴う検討事項*
	リスクを制限するための安全対策を講じながら、営業を続けることが可能。 最も脆弱な人々を保護するための対策を講じる必要がある。特に、長期療養施設（介護施設）¹³やその他の住居施設で適切な対策を講じることを確実に行う必要がある。
状況レベル 2： 地域社会での発生率が低い状況、またはクラスター発生を超えた市中感染のリスクがある状況を表す。感染を制御するために追加の対応策が必要になる場合がある。ただし、社会的および経済的活動に対する混乱は依然として限定的である。	このレベルでは、安全対策を講じて各サービスの営業を継続する事が出来るようにしながら、地域での社会的接触の数を制限するための対策を適用する必要がある。伝播を制御するには、より広い範囲の公衆衛生的・社会的対策が必要になる場合がある。 緊急時の準備と対応および監視、個別の予防対策、およびリスクコミュニケーションに関する対策に加えて、当局は以下の対策の実施を検討する場合がある： - 教育環境は、感染予防および管理（IPC）対策が実施されている状態で継続する。 - ビジネスは安全対策が講じられ、可能な限り在宅勤務を奨励することで営業を継続する。 - 各個人は、手指衛生、咳エチケット、体調が悪い場合は在宅、必要に応じてマスクを着用する、物理的距離を保つ、「3C」-密閉空間、密集した場所、密接な接触環境を避けるなど、個別の予防対策と行動を適用する必要がある。 - 懇親会やその他の集会の規模を制限する。¹⁴ - 必要に応じて、PPE および IPC 対策の厳格な適用、サーベイランスの強化、および長期療養施設（介護施設）やその他の住宅施設への訪問の管理を通じて、臨床的に最も脆弱な人々を保護することにさらに重点を置く必要がある。
状況レベル 3： 市中感染状態であり、対応するための能力が限定的で、医療サービスが崩壊するリスクがある。伝播を制限し、症例を管理し、流行の制御を確実にするために、対策をより大規模に組み合わせる必要がある。	このレベルでは、状況レベル 4 で適用される、移動に関するより厳しい制限やその他関連する対策を回避するために、全ての公衆衛生的・社会的対策の強化が必要である。全ての個人は社会的接触を減らす必要があり、またエッセンシャルサービスや、とりわけ学校は継続するようにするが、一時的に閉鎖が必要な活動もある。 緊急時の準備と対応およびサーベイランス、個別の予防対策、およびリスクコミュニケーションに関する対策に加え、当局は以下の対策の実施を検討する場合がある： - エッセンシャルワーク以外のビジネスの休業、または可能な限り在宅勤務（リモートワーク）に変更する。 - 各個人は、手指衛生、咳エチケット、体調が悪い場合は在宅、必要に応じてマスクを着用する、身体的距離を保つ、「3C」-密閉空間、密集した場所、密接な接触環境を避けるなど、個別の予防対策と行動を適用する必要がある。 - 対面での大学の授業を制限することを検討し、e ラーニングを開始する。 - 地域の状況が許す限り、保育サービスと小・中学校は、適切な安全とサーベイランス対策を講じて開いたままにしておく。子供たちへの教育の継続は彼らの全体的な幸福、健康、安全のために、全ての関連する検討事項と決定の最前線にあるべきである。 - リスクベースのアプローチを使用して、スポーツや類似のイベントの開催を評価する；開催する場合は、厳格な安全規則に基づいて開催する必要がある、例えば無観客で行うなど。他の集会は中止すべきであり、すべての懇親会の規模は縮小されるべきである。
状況レベル 4： 保健医療制度が追加できる対応力というものが限られているか全くない状態であり、流行が制御されていない状態に対応する。従って、医療	このレベルでは、市中感染を減らすことは困難であり、人々が直接遭遇する数を大幅に減らすために、より厳しい移動制限と関連する対策を講じる必要がある場合がある。このような対策は、地理的に必要な場所に限定し、期限を設け、理にかなった状態で可能な限り短くすることを目標とすべきである。緊急時の準備と対応およびサーベイランス、個別の予防対策、およびリスクコミュニケーションに関する対策に加えて、当局は以下の対策の実施を検討する場合がある：

状況レベル	状況レベルによる公衆衛生的・社会的対策の実施に伴う検討事項★
サービスの崩壊および過剰な罹患率と死亡率を回避するための広範な対策が必要である。	- 各個人は在宅をし、家族外の人との社会的接触を制限する必要がある。 - エッセンシャルワーカーは、最大限のサポートと安全対策を講じて、活動を継続する必要がある。 - 必須でないビジネスの休業または在宅勤務を行う。 - 対面学習を継続するための全ての選択肢を検討する。不可能な場合は、直接の接触を制限する。これには、現場での物理的な人数を厳密に制限するための、対面での授業、混合型またはリモート学習戦略が含まれる場合がある（例外には、エッセンシャルワーカーの子供とその教師が含まれる）。教育施設の閉鎖は、他に選択肢がない場合にのみ検討する必要がある。 - 全ての長期療養施設（介護施設）やその他の居住施設は、直接の訪問者を禁止するなど、感染リスクを制限するための厳格な対策を検討する必要がある。

★各レベルで実施される具体的な対策は、上記の指針に基づいて慎重に検討する必要がある。各レベルの対策は指標である。対策の中には、実行可能性や適切さが特定の状況や場所において上下する場合がある。

参考資料

- World Health Organization. Taxonomy and Glossary of Public Health and Social Measures that may be implemented to Limit the Spread of COVID-19.
https://www.who.int/docs/default-source/documents/phsm/20200923-phms-who-int.zip?sfvrsn=691966ba_2
- World Health Organization. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19
<https://www.who.int/publications/i/item/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>
- World Health Organization. Risk Communication and Community Engagement (RCCE) Action Plan Guidance COVID- 19 Preparedness and Response
[https://www.who.int/publications/i/item/risk-communication-and-community-engagement-\(rcce\)-action-plan-guidance](https://www.who.int/publications/i/item/risk-communication-and-community-engagement-(rcce)-action-plan-guidance)
- World Health Organization. Managing the COVID-19 Infodemic - Call for Action
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240010314>
- World Health Organization. Public Health Considerations while Resuming International Travel.
<https://www.who.int/news-room/articles-detail/public-health-considerations-while-resuming-international-travel>
- World Health Organization. Recommendations to Member States to improve hand hygiene practices to help prevent the transmission of the COVID-19 virus.
<https://www.who.int/publications/i/item/recommendations-to-member-states-to-improve-hand-hygiene-practices-to-help-prevent-the-transmission-of-the-covid-19-virus>
(非公式日本語訳：COVID-19 原因ウイルスの伝播を予防するための手指衛生改善についての加盟国への推奨事項)
- World Health Organization. Advice on the use of masks in the context of COVID-19
[https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak)
(非公式日本語訳：新型コロナウイルス（COVID-19）に関わるマスク使用に関するアドバイス)
- World Health Organization. Public health surveillance for COVID-19: interim guidance.
<https://www.who.int/publications/i/item/who-2019-nCoV-surveillanceguidance-2020.7>

9. World Health Organization. Considerations in the investigation of cases and clusters of COVID-19
<https://www.who.int/publications/i/item/considerations-in-the-investigation-of-cases-and-clusters-of-covid-19>
(非公式日本語訳：COVID-19 の症例およびクラスター調査における検討事項 – 2020 年 4 月 2 日版)
10. World Health Organization. Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19)
[https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-(covid-19))
(非公式日本語訳：新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の封じ込めに関連する個人の隔離に関する検討事項 – 2020 年 3 月 19 日版)
11. World Health Organization. Considerations for school-related public health measures in the context of COVID-19.
<https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-school-related-public-health-measures-in-the-context-of-covid-19>
(非公式日本語訳：新型コロナウイルス感染症（COVID-19）への学校関連の公衆衛生的対策に関する検討事項 2020 年 9 月 14 日 改訂版)
12. World Health Organization. Getting your workplace ready for COVID-19
<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/advice-for-workplace-clean-19-03-2020.pdf>
(非公式日本語訳：職場での COVID-19 感染予防対策)
13. World Health Organization. Infection Prevention and Control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331508/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2020.1-eng.pdf
14. World Health Organization. Key planning recommendations for Mass Gatherings in the context of the current COVID-19 outbreak
<https://www.who.int/publications/i/item/10665-332235>
(非公式日本語訳：大勢の人が集まるイベント等の開催に関するガイダンス - 2020 年 2 月 14 日版)

付録：

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行下における公衆衛生的・社会的対策の調整基準

イントロダクション

COVID-19 のパンデミックに対応して、世界中の国々が流行を制御するために公衆衛生的・社会的対策（PHSM）を実施している。疾患の地域における疫学が変化するにつれ、国はそれに応じてこれらの対策を調整（緩和/再開）する。

本付録は、2020 年 5 月 12 日に公開された付録文書を更新し、公衆衛生的・社会的対策を疫学的状況に適応させるための意思決定のプロセスと保健医療制度の対応力の概要を示している。本付録文書は本文と、COVID-19 の重要な心構え、準備、対策に関する暫定ガイダンス¹と併せて読む必要がある。

本付録は、公衆衛生的・社会的対策を導入し、それらの調整を検討している地域にある国および地方当局の公衆衛生部門を対象とする。本付録のガイダンスは公衆衛生領域に限定される。その他に WHO が発行した文書は、人々の幸福と福祉についてなど、公衆衛生的・社会的対策の導入または緩和に関する意思決定に関して検討に加える必要がある様々な検討事項に言及している。

本付録のガイドをどのように使うか

本付録の公衆衛生的基準は、2 つの主要な質問に対処するために評価する必要がある 2 つの領域に分けられている。

1. **疫学的状況/伝播分類** – 流行は制御されているか？
2. **保健医療制度と公衆衛生サービスのキャパシティとパフォーマンス** – 保健医療制度は、他の重要な医療サービスを維持しながら、COVID-19 の症例を発見し対処することが可能か？

基準は規範的ではなく、評価することが実現的でないものもあるかもしれない；例えば、データが不足しているためなど。各国は、意思決定に情報を提供するために、最も関連性の高い基準に焦点を当てる必要がある。閾値は指標であり、COVID-19 の疫学と対策の影響に関する詳細情報が利用可能になった時に再検討する必要がある場合がある。地域ごとに調整された対応を通知するのに実用性を持たせるべく、これらの基準を少なくとも隔週で、**最下位の行政レベル**で体系的に評価することが勧められる。

1. 疫学的状況・伝播状況の分類

伝播状況のカテゴリーを使用して、流行が各国/地域および地方レベルでどの程度制御されているかを決定できる。ある国の伝播状況のカテゴリーは、貿易と旅行に関するポリシーの変更を検討する際にその相手国でも活用できる。

伝播状況分類の定義

WHO は以前、流行の変遷を説明するために 4 つの伝搬シナリオを定義した。市中感染（CT）分類は、現在、低発生率（CT1）から非常に高発生率（CT4）までの 4 つのレベルに分けられている。その結果、現在 7 つのカテゴリがある。

表 1：伝播状況分類カテゴリの定義

Category name カテゴリ名	定義 国/領域/地域 が以下の状態にある：
（アクティブ）症例無し	強固な*サーベイランスシステムの存在下で、少なくとも 28 日間（最大潜伏期間の 2 倍）新規症例は発見されていない。これは一般の人々の感染リスクがほぼゼロであることを意味する。
輸入/散発的症例	過去 14 日間に発見された症例は、すべて輸入された、または散発的なものだった（例：検査室で感染、または人獣共通感染症）または全て輸入された/散発的な症例に関連しており、さらに地域で伝播した明確な予兆はない。これは、一般の人々の感染リスクが最小限であることを意味する。
クラスター症例	過去 14 日間に発見された症例は、輸入された症例に直接連結していないが、時間、地理的位置、および共通する曝露によってすべて連結し、明確に確認されているクラスターにほぼ限定されている。同地域には未確認症例が一定数あると推測される。これらのクラスター症例への曝露が回避されれば、より広いコミュニティで他の人々への感染リスクが低いことを意味する。
市中感染 - レベル 1（CT1）	過去 14 日間に検出された症例において、その地域でかかり、広く分散しているが症例の多くが特定のクラスターに関連しない、という状況の 発生が低頻度 である；伝搬は人口の特定のサブグループに集中しているかもしれない。一般集団への感染リスクは低い。
市中感染 - レベル 2（CT2）	過去 14 日間に検出された症例において、その地域でかかり、広く分散している状況の 発生が中程度の頻度 である；人口の特定のサブグループに伝播の重点が置かれているわけではない。一般集団の感染リスクは中程度である。
市中感染 - レベル 3（CT3）	過去 14 日間に、その地域でかかり、広く分散している状況の 発生が高頻度 である。伝播は広範囲に及び、人口のサブグループに限定されない。一般の人々にとって感染リスクが高い。
市中感染 - レベル 4（CT4）	過去 14 日間に、その地域でかかり、広く分散している状況の 発生が非常に高い 。一般の人々にとって感染リスクは非常に高い。

* COVID-19 サーベイランスが堅牢でない状況では、確認された症例がないとしても、伝播がない、として解釈されるべきではないことに注意する；発見されない COVID-19 症例が存在する可能性を評価するために、代替指標（表 5 を参照）を評価する必要がある。

市中感染の判断指標

市中感染を決定するための 4 つの主要な指標が表 2 に提案されている。流行中に定期的に収集されるデータに基づいてこれらは決められる。利用可能な各指標の相対的な重要性は、各地域の状況によって異なる（例えば、各指標のデータの信頼性）、また、各指標の解釈をする際にはリミテーションも考慮に入れる必要がある。指標は、対象となる公衆衛生的介入策を通知するために、可能な限り最も地方の管理レベルで測定する必

要がある。より高い行政レベルでの伝搬分類を開発するには、より低い行政レベルの感染分類を集約するのではなく、より高い行政レベルの指標を使用して別の分析を行う必要がある。

これらの指標は、戦略的および運用上の決定を通知するために、定期的に、または特別な研究や数理モデルによる推定を通じて入手可能な疫学情報、および非疫学データやその他の検討事項と共に使用する必要がある。

これらの指標は、各国で使用されている疫学的な週の定義を用いて、隔週で評価することが勧められる。

市中感染のレベルを評価する

4 つの指標（表 2）の範囲は、既存のデータの再調査を通じて作成された。これらは、地方レベルで適用する伝搬分類を導出するために使用できる。これらの範囲は指標であり、地域のサーベイランスシステムと検査戦略のパフォーマンス（例えば感度、代表性など）に基づき地域の状況に合わせて調整する必要があり、定期的に再検討する必要がある。サーベイランスシステムの変更（例えば、検査率の増加またはサーベイランス下の人口の変化）が生じた状況下で発生する指標の変化を解釈する時は注意が必要である。一部の指標（全体的な発生率など）は、マスキングでの集団感染など非常に大きなクラスターの存在下では、市中感染時よりも高くなる可能性があることに注意する。

サーベイランスの適用範囲の尺度として検査率を監視することは有用である - 最小推奨率は、週に 1000 人の人口につき少なくとも 1 人が検査されることである。検査は特定の集団に限定されるべきではない（例えば、検査へのアクセスが高い都市環境の集団のみ）。分母のデータには、評価される下位レベル（地区、州など）でのデータが利用可能である必要がある。一部の当局は、重症化や死亡のリスクが最も高い個人に対しこれらの指標を追跡することを選択する場合がある。

利用可能なすべての指標が計算された後、各指標に基づいて計算されたレベルが異なる場合は、最終的な伝搬分類を決定するために定性的なレビューを行う必要がある。全ての指標データが利用できない（または信頼できない）場合は、地域の事情でより信頼できると見なされる指標により重点を置くことが推奨される。多くの場合、表 2 の上位にリストされている指標は、表の下位にリストされている指標よりも信頼性が高い可能性がある。

指標値が信頼できないが、システムが安定している地域では、指標値のトレンド（変化の傾向）を評価の代替として使用できる。一例として、検査率が非常に低く、多くの症例が見落とされている可能性があるが、検査方針は変更されていない状況がある。

伝搬レベル分類に役立つ更なる根拠となり得る追加指標を表 3 に示す。ただし、これらの指標は、最も低い行政レベルではすぐに利用できない場合がある。従って、これらは表 2 にリストされている主要な 4 つの指標の二次的な指標と見なされる。さらに、それら指標は SARS-CoV-2 の感染または感染力を直接反映していないか、表 2 にリストされているものよりも解釈および比較が難しい場合がある。利用可能なデータが不足している、局所的な変動性が高い、またはその両方であるため、二次的な指標についての閾値は提示されていない。

指標になる値が入手できない場合は最後の手段として、主観的な評価を使用できるが、これは、一時的または裏付けに乏しい観察からによる影響を避けるために、数週間にわたって行う必要がある。

表 2：COVID-19 コミュニティ伝搬レベルを評価するための主要な疫学的指標と提案範囲

ドメイン	指標	説明/根拠	主要なリミテーション	コミュニティ伝搬レベル			
				CT 1	CT 2	CT 3	CT 4
入院率	週の COVID-19 による新規入院数（人口 10 万人当たり、2 週間の平均）	全ての発症症例で入院を必要とした数；従って、これは発生率の間接的な指標である。サーベイランス方針の変更/相違の対象となる可能性は低い。	医療施設の入院方針の影響を受ける可能性がある、例えば、軽症の症例でさえも隔離目的で入院した場合など。発生率の指標だが後発的である	<5	5 - <10	10 - <30	30+
死亡率	週の COVID-19 に起因する死者数（人口 10 万人当たり、2 週間の平均）	全ての発症症例で致命的であった数。つまり発生率の間接的な指標である。検査がしっかりされている場合、サーベイランス方針による影響は最小限である。	発生率の後発的な指標。下位レベルかつ小地理的地域では、小さな数の変動に敏感になる可能性がある（例えば、1 人対 2 人の死亡など）。	<1	1 - <2	2 - <5	5+
症例発生率	週の新規症例数（人口 10 万人当たり、2 週間の平均）	発生率の直接測定	サーベイランスシステムの能力、検査方針、および検査室のキャパシティに大きく影響される。低レベルおよび小地理的地域では、特に一括報告が原因で、症例数の僅かな変動に敏感になる可能性がある。	<20	20 - <50	50 - <150	150+
検査	指標とするセンチネル地域からの陽性率（2 週間の平均）	サーベイランス能力や方針の影響を受けない。検査方針またはキャパシティにより最小限の影響を受ける。	指標とするセンチネル地域が限られている場合は、一般の人々の陽性率を代表していない可能性がある。検査基準がインフルエンザ様の症状を必要とする場合、軽度または非定型の症例を見逃す可能性がある。	< 2%	2% - < 5%	5% - <20%	20%+

注：この表の閾値は、追加データが利用可能になった時に更新される可能性がある。

伝播の傾向

伝播状況分類のカテゴリーを計算することに加え、数週間にわたる寄与指標（安定、減少、または増加）の傾向の方向性を理解することも重要である。これは、実施される対策が地域の疫学的状況を改善しているかどうかを判断するのに役立ち、感染分類の変更の可能性に基づいて、公衆衛生対策の将来の変更を計画したり、変更を予測して実施したりするのに役立つ。

表 3：COVID-19 コミュニティ伝搬のレベルを評価するための追加の疫学的指標*

指標	説明/リミテーション
ICU 比例占有率	同じ期間の全ての新規 ICU 入院のうち、COVID-19 に起因する新規 ICU 入院の割合（あるいは、占有されているすべての ICU ベッドのうち、COVID-19 の患者が占有している ICU ベッドの割合）
実効再生産数（Rt）	過去 1 週間以上の疫学的週における実効再生産数。これは広く使用されている伝搬の指標だが、様々な計算方法およびに精通し、発生率に関する十分に信頼性が高くタイムリーなデータが必要である。 ²
倍加時間	累積症例総数を 2 倍にするために必要な日数。これは Rt と連結している。
新規症例中で連結していない症例の割合	これは、以前に接触者としてリストされていなかった症例の割合として定義される（または、既知のクラスター/伝播の鎖と連結されていない割合）。既知のクラスターを超えたコミュニティでのまん延の尺度である。調査および接触者追跡のキャパシティに大きく影響される。
全体的な（センチネル地域でない）検査の陽性	これは、指標とするセンチネル地域が限られている場合に役立つことがある。センチネル地域でのサーベイランスより非定型の症例をうまく捉えることが出来る。これは、検査方針とキャパシティに大きく影響される。
インフルエンザ様疾患（ILI）または重症急性呼吸器感染症（SARI）の傾向	COVID-19 の症例を直接示すものではないが、ILI と SARI のセンチネル地域でのサーベイランスでも COVID-19 症例の一部を把握できるため、COVID-19 の傾向を監視するのに役立つ。この対策は、COVID-19 固有の監視が堅固でない場合に役立つ可能性がある。
全ての要因による入院率の傾向	これは COVID-19 による入院を直接示すものではないが、COVID-19 症例が入院のかなりの割合を占める場合、COVID-19 の症例の傾向を特定するのに役立つ。これらの値は、サービス供給の制限やその他の公衆衛生対策により低下する可能性がある。傾向は、入院率の変化に関わる他の潜在的な原因（例：インフルエンザの同時循環）との関連も含めて分析する必要がある。これらの傾向は、COVID-19 固有の監視が堅固でない場合に役立つ可能性がある。
すべての原因による（過剰）死亡率の傾向	この測定値は、COVID-19 の症例/死亡を直接示すものではないが、COVID-19 の死亡が全体の死亡のかなりの割合を占める場合、COVID-19 症例の傾向を特定するのに役立つ。傾向は、死亡率を変化させる他の潜在的な原因（インフルエンザの同時循環など）との関連で分析し、理想的には死亡率のベースラインデータと比較して、予想を超える変動（例えば季節的な）を特定する必要がある。広く使用されている伝搬の指標であるが、死亡率の推定方法に内在するバイアスを注意深く考慮する必要がある ³ 。これらの傾向は、COVID-19 固有のサーベイランスが堅固でない場合に役立つ可能性がある。

*このリストは網羅的であると見なされるべきではない。

2. 保健医療制度および公衆衛生サービスのキャパシティとパフォーマンス

COVID-19 の現存する疫学的状況（即ち、伝搬分類）に対応する能力は、公衆衛生的・社会的対策を適応させる決定における重要な検討事項である。臨床ケアと公衆衛生的サービスは、COVID-19 の症例増加と疾患による負担の両方から必要となる要件に対し、適応、反応する各国の能力を反映する 2 つの重要な領域である。特にインフルエンザ・シーズンなどの季節的なピーク時や COVID-19 伝播の急速または大幅な増加の時期に保健医療制度が崩壊せずに、通常に取り扱い件数の患者の治療の継続を保証する一方で、COVID-19 の入院患者と救急外来患者の両方を治療するために十分な臨床ケアのキャパシティが必要である。公衆衛生上の対応は、COVID-19 伝搬の変化を検出して対応するサーベイランスシステムのキャパシティに依存しており、症例発見、診断検査、接触者追跡などの主要な活動に焦点を当てている。2 つの領域（医療サービスと公衆衛生）はそれぞれ、キャパシティ（出力指標）とパフォーマンス（結果と影響の指標）の 2 つの主要なサブ領域に分けられる。

このセクションは過度に規範的であることを目的としていないが、キャパシティとパフォーマンスを「十分」、「中程度」、「制限された」と 3 つのカテゴリーに分類する定量的閾値（表 4）を提供する。重要なのは、キャパシティは、現在の伝播状況分類という状況において評価される必要があることに注意することである。十分であると見なされた対応力は、発生率が高いシナリオでは、中程度または制限された対応力、と評価が下がる可能性がある。

全体的な保健医療制度と公衆衛生サービスのキャパシティとパフォーマンスを評価する

保健医療制度と公衆衛生サービスの全体的なキャパシティとパフォーマンスを評価するために、当局は伝播状況分類について概説したのと同じアプローチを使用する必要がある。これには、以下が含まれる：利用可能で信頼性の高い指標の優先順位を付け、地域の状況とデータの信頼性に合わせて閾値を調整する；データ収集の仕組みの変更に関連して、指標の変化を解釈する；各指標に基づいて計算されたレベルが異なる場合、最終的な保健医療制度のキャパシティ・レベルを決定するために定性的レビューを実施する；データは信頼できないが分母が安定している場合、定量的な閾値の代わりに傾向を使用する；データが利用できない場合の最後の手段として主観的評価を使用する；指標の傾向を観察して、保健医療制度および公衆衛生サービスのキャパシティ並びにパフォーマンス・レベルに対する将来の変化を予測する。三角測量に使用できる追加の指標を表 5 に示す。評価は隔週で更新する必要がある。

表 4：COVID-19 の保健医療制度と公衆衛生サービスのキャパシティとパフォーマンスのレベルを評価するための主要な疫学的指標と提案範囲

ドメイン（領域）	指標	説明/理論的根拠	主なリミテーション	対応力		
				十分	中程度	限定的
臨床ケア キャパシティ	病床占有率	重症例を入院させる能力が不十分な場合、罹患率と死亡率が高率となる。COVID-19 だけでなく、全ての入院数を数える必要がある。	入院方針の影響を受ける可能性がある（例えば、全ての症例が病院で隔離されている場合）。これは、病院の収容能力が真に飽和していることを示すものではない。	<75% [†]	75- <90% [†]	90%+ [†]
臨床ケアのパフォーマンス	退院した（つまり臨床結果が判明している）入院症例の致死率	十分な COVID-19 ケアに対する全体的な影響の指標。	年齢や様々なバイアスに大きく依存する。 ³ 症例の発見または検査方針の変更を考慮に入れなければならない。	減少傾向	安定傾向	増加傾向
公衆衛生的 対応力（キャパシティ）	週に検査を受けた人の数（人口 1000 人当たり、2 週間の平均で）	十分な検査が行われなければ、症例を適切に隔離して治療することは困難。	全ての検査室が検査された個人を報告できる訳ではない；可能であれば、繰り返しの検査ではなく、新規の数を数えることが出来る；それ以外の場合は検査数を数えることでよいが、これは繰り返しの検査により誤解を招く可能性がある。症例の地理的位置を報告していない検査室は、検査の分布差を過小評価する可能性がある（例えば、都市と都市部以外の集団での検査数の差など）。迅速診断検査を使用する場合は、ガイダンスに従って使用する必要があり、閾値を上げる必要がある場合がある。	2+	1 - < 2	<1
公衆衛生的 対応パフォーマンス	陽性確定から 24 時間以内に調査が行われた症例の割合	伝搬リスクと曝露された接触者を同定するキャパシティを示している。調査が直接記録されていない場合は、代理指標 - リストされている症例の中での陽性者の割合 - で測定できる。	タイムリーなデータを取得するのは困難な可能性がある。	80%+	60- <80%	<60%
公衆衛生的 対応パフォーマンス	公衆衛生的・社会的対策のサポート/遵守	観察、メディアモニタリング、認識または行動についての調査、ホットライン、フォーカス・グループなどに基づく定性的評価。公衆衛生的・社会的対策の有効性の予測因子が導入されている；現状だけでなく、障壁や改善を可能とする要因を特定することが重要である。	サブグループ間および個々の公衆衛生的・社会的対策により大きく異なる可能性がある。客観的に評価するのは困難である。	高い（殆どの公衆衛生的・社会的対策へのほぼ普遍的な遵守）。	中程度（殆どの公衆衛生的・社会的対策への中程度の遵守、または個々の公衆衛生的・社会的対策を通じての様々な遵守具合）。	低い（殆どの公衆衛生的・社会的対策への最小限の順守）。

[†] 病院の占有率は国によって常に大きく異なるため、ベースライン占有率を考慮する必要がある。

表 5 : COVID-19 保健医療制度のレベルと公衆衛生サービスのキャパシティとパフォーマンスを評価するための追加の疫学的指標*

指標	説明/リミテーション
人口 1 万人当たりの訓練を受けた ICU スタッフ数	死亡につながる可能性が最も高い症例に対応する十分な臨床キャパシティを示している。データが入手可能であれば、この指標は、臨床的に脆弱な ⁱ 人の集団に対して測定された場合、より関連性が高くなる可能性がある。この指標は測定が困難である。集中治療を提供する能力の尺度として、必要ではあるが不十分である。
臨床的に脆弱な人口 1 万人当たりの ICU 病床数	集中治療のキャパシティを超えた場合に COVID-19 による死亡率が最も高くなる。人員配置、設備、または備品が不十分な場合、ICU 病床数を厳密に数えても、ケアの成功を保証することにならない。
占有された ICU 病床の割合	この指標は、死亡につながる可能性が最も高い症例に対応するのに十分な臨床能力を評価する。ICU 病床が非常に少ない国では役立たない場合がある（これらの状況では、占有されている病床の割合 +/- 酸素で置き換えることが可能）；この指標が非常に低い場合、他のキャパシティ指標が十分なレベルであっても、全体的な保健医療制度のキャパシティが制限されていると見なす必要がある。
酸素供給にアクセスできる病床の占有割合	酸素は COVID-19 の重要な治療法であり、酸素を供給する十分な能力は、ICU の能力がない場合でも役立つ可能性がある。この指標は測定が難しい場合があり、キャパシティが非常に少ない国では役に立たない場合がある。
COVID-19 の粗致死率	これは、十分な COVID-19 ケアが行われているかに対する全体的な影響を示す指標である。年齢やその他のリスク要因、および様々な報告バイアスに大きく依存する。 ³ 傾向の分析では、症例の発見または検査方針の変更を考慮する必要がある。この測定値は人口の年齢構成に大きく影響されるため、国は年齢に関する追加情報を収集することが推奨される。
人口 10 万人当たりの接触者追跡を行う調査員の数 [あるいは、1 週間の新規症例の数当たり]	これは、伝播を断つための十分な接触者追跡を実行するキャパシティを示す。これは、実際の接触者追跡の結果と十分に相関しない可能性のある入力指標である。閾値を決定するためのエビデンスがほとんどない。正式に指定された調査員以外の人々が接触者追跡を行っている場合は正確に測定するのが難しい場合がある。
1 日 10 万人の旅行者当たりの入国検疫官の数	これは、輸入のリスクを成功裡に軽減する能力の尺度である。実際の国内内部キャパシティを評価するには不十分な指標である；市中感染が広範囲にわたり起こっているときの妥当性はあまりない；また、人的資源が国内内部での使用から不適切に転用された場合に達成される可能性がある。
新規に確認された陽性または疑い症例のうち、陽性確認から 24 時間以内に接触者を同定するための面接を受けた割合	この指標は、接触者リストの適時性を測定するもので、感染の可能性のある人への曝露を減らす。接触者リストの適時性においてより良い指標は、48 時間以内に同定および追跡/隔離された接触者の実際の割合である。

指標	説明/リミテーション
新規症例の接触者のうち、14 日間（または現地で指定された期間）監視されている割合	これは、接触者が二次的な発症例（特定の初発症例に連結している）になるリスクが無くなるまで監視されていることを示す。この指標は、「輸入/散発的症例」および「クラスター症例」伝搬シナリオにおける公衆衛生システムのパフォーマンスの評価において特に重要となる可能性がある。不十分な接触者リストにより、誤って増加される可能性がある。
陽性の検査結果（また疑い症例としての決定）から 24 時間以内に隔離された症例の割合	これは、新規症例の調査と隔離が十分に迅速であり、二次的症例の発生を最小限に抑えることを示している。この指標は「輸入/散発症例」および「クラスター症例」の伝播シナリオでの公衆衛生システムのパフォーマンス評価にとって特に重要な場合がある。
症状発現から症例確認までの時間	これは、症状のある症例を迅速に発見、検査、確認するサーベイランスシステムの能力を測定する。個々のコンポーネント（例、症状の発症から発見まで、発見から検査、および検査のターンアラウンド時間）別に測定することも可能である。
接触者リストから発生する症例の割合	これは、適切な症例調査を通じて、新規症例がサーベイランスシステムにより既に捕捉され、認識されている度合いを示している。これが低い場合、伝搬の「隠れた」連鎖が広範に存在する、および/または症例調査の質の悪さを示唆している。

* このリストは網羅的であると見なされるべきではない。

ⁱ この文脈での「臨床的に脆弱」とは、60 歳を超える、および/または重症の COVID-19 疾患のリスクを高める併存疾患（心臓病、喘息、糖尿病など）がある個人を指す。

参考資料

1. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19. Geneva: World Health Organization; (<https://www.who.int/publications/i/item/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>)
2. Megan O'Driscoll, Carole Harry, Christl A Donnelly, Anne Cori, Ilaria Dorigatti, A comparative analysis of statistical methods to estimate the reproduction number in emerging epidemics with implications for the current COVID-19 pandemic, Clinical Infectious Diseases, 2020; ciae1599, <https://doi.org/10.1093/cid/cae1599>
3. Estimating mortality from COVID-19: Scientific brief. Geneva: World Health Organization; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333642>.

WHO は、この暫定ガイダンスに影響を与える可能性があるあらゆる変化に対し、状況の監視を注意深く継続する。変化が生じた場合、WHO は更新版を発表する。そうでない場合、この暫定ガイダンスは発行日から 2 年をもって失効とする。

© World Health Organization 2020. Some rights reserved. This work is available under the [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/) licence.

WHO reference number: [WHO/2019-nCoV/Adjusting_PH_measures/2020.2](https://www.who.int/publications-detail/WHO/2019-nCoV/Adjusting_PH_measures/2020.2)