

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード 資料集

第3回（2020年7月14日）

目次

1. 議事概要	2
2. アドバイザー・ボード運営要領（案）	18
3. 感染状況等に関するデータ	20
4. 首都圏の感染状況等について	30
5. 直近の感染状況等の分析と評価	36
6. アドバイザー・ボード感染者情報の活用のあり方に関するWG設置要綱（案）	40
7. 行政検査の対象者の整理（案）	42
8. 参考資料：新型コロナウイルス感染症対策の現状と課題	44

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第3回）
議事概要

1 日時

令和2年7月14日（火）17:00～18:30

2 場所

厚生労働省省議室

3 出席者

座長	脇田 隆字	国立感染症研究所長
構成員	今村 顕史	東京都立駒込病院感染症科部長
	太田 圭洋	日本医療法人協会副会長
	岡部 信彦	川崎市健康安全研究所長
	押谷 仁	東北大学大学院医学系研究科微生物学分野教授
	尾身 茂	独立行政法人地域医療機能推進機構理事長
	釜萯 敏	公益社団法人日本医師会 常任理事
	河岡 義裕	東京大学医科学研究所感染症国際研究センター長
	川名 明彦	防衛医科大学校教授
	鈴木 基	国立感染症研究所感染症疫学センター長
	舘田 一博	東邦大学微生物・感染症学講座教授
	田中 幹人	早稲田大学大学院政治学研究科准教授
	中山 ひとみ	霞ヶ関総合法律事務所弁護士
	武藤 香織	東京大学医科学研究所公共政策研究分野教授
	吉田 正樹	東京慈恵会医科大学感染制御科教授

座長が出席を求める関係者

大曲 貴夫	国立国際医療研究センター病院国際感染症センター長
齋藤 智也	国立保健医療科学院健康危機管理研究部長
中澤 よう子	全国衛生部長会会長
西浦 博	北海道大学大学院医学研究院教授
前田 秀雄	東京都北区保健所長
和田 耕治	国際医療福祉大学医学部公衆衛生学医学研究科教授

厚生労働省	加藤 勝信	厚生労働大臣
	橋本 岳	厚生労働副大臣

小島 敏文	厚生労働大臣政務官
自見 はなこ	厚生労働大臣政務官
鈴木 康裕	医務技監
吉田 学	医政局長
宮崎 雅則	健康局長
迫井 正深	大臣官房審議官（医政、医薬品等産業振興、精神保健医療、災害対策担当）
正林 督章	新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務局長代理
日下 英司	健康局結核感染症課長

4 議題

1. 今後のアドバイザリー・ボードの運営について
2. 現時点における感染状況の評価・分析について
3. 感染状況等の速やかな把握に向けた対応について
4. 検査の在り方について

5 議事概要

<加藤厚生労働大臣挨拶>

委員の先生方には大変お忙しい中、こうしてお集まりいただきまして、ありがとうございます。アドバイザリーボード自体は本年2月に開催して以来の久しぶりの開催となりますが、本日お集まりの先生方におかれましては、専門家会議や諮問委員会をはじめ、様々な場で貴重な御意見もいただいておりますし、こうやってお目にかかっても久しぶりという感じは全くしないところではありますが、この場をお借りして、これまでの御協力に対して改めて御礼を申し上げます。本アドバイザリーボードは、本来の趣旨に従って自由闊達に様々な御意見をいただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

また、本アドバイザリーボード再出発に当たりまして、新たにリスクコミュニケーションの専門家として田中幹人・早稲田大学准教授、そして病院経営者の意見を伺うために、太田圭洋・日本医療法人協会副会長にも加わっていただくことになりました。それぞれの御専門からの忌憚のない御意見をよろしく願いしたいと思います。

本日は、足元の感染状況の評価・分析について御議論いただくわけではありますが、状況を見ますと、東京都におきましては1日当たり200人、昨日は100人台でありましたけれども、新規感染者が報告され、また隣県、大阪などにおいても数十人単位の感染者が報告されるなど、感染拡大の傾向が見られるところでもあります。

本日は、東京都から北区保健所の前田様にも御出席いただいております。現場、東京都の状況などについて、ぜひお教えいただきたいと思っております。

厚生労働省としては、本日御議論いただく評価等も踏まえて、重症化リスクの高い高齢

者、基礎疾患を有する方々に感染が拡大しないようにしていくということが非常に大事だと思っております。

感染動向を注視していくとともに、クラスター対策をしっかりと進めていく。また、医療機関との調整、感染症関連情報の集約などの必要な対応を行う保健所における体制強化に向けて職員の増強等をこれまでも図らせていただいておりますが、引き続きそうした体制整備を図っていくということ。

2点目として、早期に陽性者を確認していくため、引き続きPCR等の検査体制に万全を期していきたいと考えております。

3点目として、検査陽性者に対する適切な医療的管理を徹底していくということが大事であります。感染者の増加にも対応できるよう、必要な病床の確保、また宿泊療養先の確保等に向けても、必要な支援を地方公共団体等に対して行っていきたいと考えているところでございます。

どうか、委員の皆さん方の忌憚のない御意見、そして現状に対する対策について御示唆いただきますことを重ねてお願い申し上げて、冒頭での御挨拶とさせていただきたいと思っております。どうぞよろしくお願い申し上げます。

<脇田座長挨拶>

皆様、改めまして、よろしくお願いいたします。

第3回アドバイザリーボードということですがけれども、初めにあったのは2月の初めということで、今回、専門家会議でも皆様にお世話になりましたけれども、仕切り直しということで、一部の皆様は分科会にも参加していただき、そして多くの皆様にこの新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボードに参加していただきまして、厚生労働省に対して我々が助言をしていくという立場でこれから審議を進めてまいりたいと思っておりますので、これまでどおり忌憚のない御意見をいただきたいと思っております。どうぞよろしくお願い申し上げます。

<議題1 今後のアドバイザリー・ボードの運営について>

※事務局より資料1に基づき説明。特に、「審議内容の公表等」についての説明は以下のとおり。構成員等からの意見はなく、案のとおり了承された。

(正林事務局長代理)

- 3. 審議内容の公表等について。まず、会合については、座長が適当と認めるときは、非公開とすることができることとしている。本会合については、特定の個人や企業などに関する感染状況を取り扱うことが想定され、また、構成員の間における自由かつ率直な議論が妨げられることがないようにする観点等から、非公開とする必要がある議論が行われることが想定される。本日も、こうした理由により、冒頭の頭取り以外は、会議自体を非公開とさせていただいており、会議後、事務局及び座長によるブリ

ーフィングを予定している。また、国会等でも指摘のあった議事の記録については、専門家会議や分科会の整理と同様に、会議資料とともに、発言者名を記載した議事概要を公表することとしたい。作成した議事概要については、先生方にもご確認いただいた上で、公表していくこととなるので御了知おきいただきたい。なお、非公開データ等を用いた資料や関連の発言等については、運営要領3（2）に基づき、該当部分を非公表とすることができることと整理している。

<議題2 現時点における感染状況の評価・分析について>

※事務局より資料2-1、2-2に基づき説明。

（尾身構成員）

- 感染状況の分析を、このグループがどう考えるか。これは恐らく日本中が関心を持って見ている。

（岡部構成員）

- 小児の感染例が増えてきているというのは、単に母数が増えているのか、あるいは小児特有に増えているのか。もう一つは、これから小児は学校や保育園が気になる場所なので、0～20代ということではなくて、やはりもう少しきめの細かい小児を見ていかないと、本当に学校がまずいのか、保育園がまずいのか、大丈夫なのかということが出てこないの、そこは明確にしたほうがいいと思う。特に感染者例ということでは年代別に出てくるが、その中で重症者がどのくらい小児において出ているのか。この辺はぜひデータとして出せるようにしたほうがいい。

（脇田座長）

- 小児の例が増えているのはちょっと気になっている。ヨーロッパでも重症例が結構出ている。症例が増えれば、当然、血栓をつくるような重症例が出るので、ここはしっかり小児のレジストリみたいなものをつくって解析をしていくことが必要だと思う。

（岡部構成員）

- 小児科学会はレジストリをやっているの、そういうようなデータも提供してもらおうということが必要ではないか。

（尾身構成員）

- 社会一般が今一番知りたいのは、いわゆる市中感染が起きているのかどうか。市中感染というのは一体どういう意味かということだと思う。
- それから、どの辺にピークがきたかの最終判断は時期尚早という感じであるが、何日ぐらい待つと今よりもクリアなピクチャーが出てくると考えるか。これからの感染対策を今以上のことをやるのか、今のメリハリの戦略でいいのかということに関係するので、見解を聞きたい。

（川名構成員）

- 現状の解釈としては、高齢者が少なく重症者が少ないとか、あるいは広がっている

けれども、定着していなくて消えていっているとか、オーバーシュートの局面ではなさそうだとか、あるいはコアなグループを除くと実効再生産数もそんなに高くなさそうだったといったようなことで、決して楽観的とは言わないが、いつもほどの厳しさをでないという理解でよいか。

(西浦参考人)

- クラスタだけであれば、つまり新宿区でコアな宿主だけで伝播が主に起こっているとすると、今後、感染者はここからは伸びないというのはいずれも話だと思っているが、その確固たる証拠がないので、今悩んでいる。
- 理論疫学で言うと、累積感染者数をカーブにするとS字型の曲線で、ピークを打つところはS字の二階微分がゼロになるところになる。つまり、真っすぐになるころ、真っすぐ上に上がるところで、それは数学では変曲点と呼ぶ。インフレクション・ポイントというが、これを上がり調子のときに予測することはすごく難しいことであるというのが、数学的な実証などもあって、今まで予測をしたい人との間ではずっと議論をされている問題である。
- それに対して、今、押谷先生がやろうとしているのは、勇猛果敢にローカルの情報を使ってインフレクション・ポイントかもよという話に挑戦しようとしているということであるが、ちょっと限界がある。分からないというのが正直なところである。
- 分かるまでいつぐらい待てばいいかという、正直な話をすると、もし指数関数だったら分かったときにはもう遅い。コアでない宿主の中でめらめらと増えているのが10日間の遅れ程度以上をかけて見えるので、それが見えたときには遅いのがこの流行の制御のとても難しい問題である。
- 今のところでは、市中で何回もチェーンがつながっていて新しい火種になってなさそうところは観察されていないというところまでが事実である。一方で、その後、コア以外の宿主で増えないという保証はない。したがって、今が変曲点かと言えば、ナウキャストを精いっぱいやっている形では多分違う。そこから先いつだと言われたら、分からないというのが正直な答えであり、基本的には増えると思ってデータを見ないといけな思っている

(押谷構成員)

- 現在の状況は緊急事態宣言をした4月7日の状況とは大きく違うと考えている。4月7日の時点では日本全国に感染が広がり、そこを起点としてさらに地域に感染が広がっていった。そういうことは現時点ではほとんど見えてきていない。都内でも広がってはいるが、その先で何かを起こしているという感じではない。
- これには、幾つか理由があると思う。きちんと説明することはなかなか難しいが、今起きているのは主に夜の街で働く男性と女性を中心としており、で20代、30代がほとんど。この方たちは、それほど世代間の交流のないと考えられる。どこまで世代間の交流があるかというところで、3月の中旬以降増えていった局面では、同じ夜の街で

ももっと高い年齢層の方の行く店が多かったそういった年齢層の人には、もしかすると介護をしている親がいたり、孫もいたり、そういう世代間交流の多い人たちで、そのために高齢者施設などでの流行が多かった可能性がある。そういうところが現時点では少なくとも高齢者施設などで流行の少ない理由なのかなと思う。

- 市中にどこまで広がっているかというのはなかなか難しいところはあるが、そういう理由もあって、先ほど言いましたけれども、高齢者施設は一部の例を除くと、施設の職員の感染例は見えてきているものの、入所者の人たちの感染例が非常に少ない。そういう4月7日の時点とはかなり大きく違うということを見ると、どこまで本当に積極的な対策をしなければいけないのかという問題がある。
- 先ほど言った新宿区での取組が始まって、保健所が多忙になっているなどいろいろな問題があるけれども、かなり積極的に取組がなされているということとがある。このような取り組みの効果がどう出てくるのかということを見極めないといけないと思う。
- この時点でより積極的な対策をやると、経済的にそれはかなり大きな打撃になるので、そのバランスを考えたときにどう考えるか。これは分科会の議論の話になるのかなと思うが、それを積極的に進めるだけの感染拡大が4月7日の前と同じような形で起きているようには見えない。

(鈴木構成員)

- このまま指数関数的にオーバーシュートを起こすことはないだろうと考えている。理由は、まずメディアでも報道があるので、どんどんと症例数が増えてくるのを見て、人々の行動が、ちょっと外出を控えようとか接触を控えようというふうに自然の流れとしてなってくるものと考えている。
- 実際、先週あたりから少し人の流れも落ちてきているというデータもある。もちろん人流自体が接触を意味することではないということは注意しなければいけないが、やはりメディアで、例えば新宿でホストの患者が増えているとか、東京都内で症例数が200を超えている日が続いているという情報が伝わるだけで、人々の行動が変わってくる。結果として、オーバーシュートを起こすことはないのではないかと考える。
- 一方で、何もしなければ、結局、いわゆるダンスの状態で上がったり下がったりになり、どんなに理想的でも真横に行くことになる。つまり、毎日200例、250例が続けば、当然その中から重症者も出てきて医療崩壊に至ることになるので、やはり今明らかに火種となっている新宿・歌舞伎町を中心とした繁華街に対する積極的なアプローチはすべきであると考えている。

(尾身構成員)

- 我が国で起きたクラスターの今までの総括について。西浦先生が、山中伸弥さんと対談していたときに日本のクラスターはほかの国に比べて感染者のボリュームが少ないと言っていたが、クラスターからはみ出るといえるのはあるけれども、線で行って、家

族に行って家族内感染、あるいは病院に行くということはあるけれども、そこで完璧ではないものの収まっているのかどうか。

- それから、クラスターがいろいろなところで起きているが、可能性としては、場所は違うけれども、3密プラス、大声プラス、換気が悪いというところが相変わらず共通の感染の契機ではないかという仮説があるので、それが本当であれば、そちらをもう一回、言っていく必要があるのではないか。
- 今までのクラスター感染の起き方、伝播の仕方が点で終わっているのか。3密ということは相変わらず感染の拡大のメインになっているのか、あるいはそれ以外のことが起きているのか。この辺のことをもう一回総括をするべきに今来ているということで、御意見を聞きたい。

(押谷構成員)

- やはり日本のクラスターの解析を進めるとともに、欧米がなぜああいう状況になっているのかということを引きちんと解析しなければいけないとは思っている。欧米がなぜ大規模な感染拡大を起こしてしまったかについては、いろいろな理由があったと考えられるが、初期の段階で相当数の感染者を見逃していたことは大きな理由だったと考えられる。少なくともニューヨークについてはその可能性が高い。
- それ以上に、本日、午前中にカナダのアルバータ州のチーフメディカルオフィサーと一緒にWebセミナーを行ったが、やはりカナダとか、アメリカは皆さん御存じだと思うが、食肉業の人たちで数千人単位のクラスターが起きていて、カナダのアルバータは小さな州であるが、そこでも700人、800人といった規模の感染が起きている。シンガポールでは外国人労働者数万人単位のクラスターが起きている。つまり住環境も非常に悪い、職場の環境も非常に悪い人たちで大規模な流行が起きている。日本では、特定の職業に関連するような感染は、医療関係者などを除くと、大規模なものがほとんどない。見えている中ではそういうものがないというのはかなり大きな要因なのかなと、今朝のアルバータ州との話の中でそう思ったので、そういうところを引きちんと解析する必要がある。
- そういうところで働いている人は医療アクセスも悪い人たちであると考えられ、診断されないので手遅れになる。そうすると非常に高い罹患率で、感染が起こる可能性がある。そういうところの違いというのを引きちんと整理をしていかなければいけないと思っている。

(西浦参考人)

- 今まで見ているクラスターに関しての共通事項はあまり変わっていないと思う。屋内でクローズコンタクトというものは、基本的に伝播が見られる場所で共通していますので、今、強調されていないのであれば、必ず専門家からのメッセージとしては強調しないといけないことだと思っている。

(押谷構成員)

- 夜の街というか、飲食店でも、ガイドラインをつくったけれども、結局、きちんと守られていないという問題があって、東京だけではなくて、地方でも、やるべきことをやっていなかったというのでかなりの数の感染者が出るような流行が起きている。3密だけではなくて、換気の問題とか、いろいろな問題を我々はずっと言ってきて、もうそれは浸透しているものだと思っているが、現実社会では必ずしも守られていないということが今の状況を生んでいるので、ここはもう一度きちんと感染経路について説明して徹底することが必要である。
- いわゆるPresymptomatic Transmission、40%ぐらいは発症する前に感染させているというような事実を皆さんがまだあまり知らない。そのことが今の状況を生んでいると思うので、その点をもう少しきちんと専門家としても発信していくことが必要だと思う。

(西浦参考人)

- ハイリスクの場で伝播を減らすとすると、どういうアプローチで減らすかということが恐らくこの後重要なのではないかと。広い範囲で休業することが、第3波、第4波が必ずあるということを想定すると、あまり好ましくないのであれば、本当に検査で追い続けるのか。いつまで追い続けるのか。検査のときはどれぐらいの範囲で接触を検索しないとイケなくて、その達成度はどうやって評価するのかということも含めて計画しないとイケないことなので、そこまで踏み込む勇気があってやるべきなのかどうかというのは一度議論しないとイケないと思っている。

(釜范構成員)

- 今回積極的疫学調査がかなり行われて、新宿区においては担当者が疲弊してしまって、これ以上は対応できないという話も聞こえてくるが、いろいろ関係者の協力を得ながらこれまでに比べればかなり積極的に広範に、いろいろ関係者の協力を得ながらやってきたということが特徴だと思う。一方で、現在までに検査が実施できた数は決して全体をカバーできるほどではなく、余力があればもっと調べるべきだということも言われている。
- その中で、先ほど西浦先生が言われたように、どの程度の範囲を対象として積極的調査をすべきなのかここで整理をしておかないと、今後の対策の立て方に影響してくるのではないかと。そのあたりのところをこの機会に整理をすべきではないかと思う。

(脇田座長)

- ホットスポットのエリアをどの程度積極的に検査をしていくか。聞いている範囲では、新宿で言えば250店舗ぐらいあるところが今出てきたのは20~30で、そこをさらに積極的にやっていく必要がある。そのときに、新宿区の保健所が今かなりキャパオーバーになってしまっているの、別動隊が積極的に入って行ってきちんと検査をするとい

うことが、本当に可能なのかどうかということであるが、それをやらないと、その一方で50%はとても行かないのではないかという話だと思うので、そこをどうやってやれるかということを経済と新宿区と一緒に考えていかないといけない。

(鈴木構成員)

- 現状これまで我々が把握している限りでは、歌舞伎町でいわゆるホストクラブの従業員で検査できたのは1割行っていない。これまで1か月ぐらい新宿区としては頑張っ
て対応してきているが、数としてもごく限定的である。加えて、数少ない限られた検査対象者もまともに隔離できていなかったかもしれないことを考えると、これまでの対応が少なくとも有効であったとは言い難いのではないか。
- これからさらに積極的に新宿の繁華街にアプローチする場合には、根本的に別のアプローチ、かなり大規模な、新宿区の保健所とは別にもう一個保健所をつくるぐらいの勢いでやらないと、本当に意味のあるコントロールにはならないのではないか。

(脇田座長)

- 休業要請を面としてやっていくのが難しいというか、それをもう避けたいのであれば、やはり積極的にやるしかないと思う。そうしたら、それができるような方法を考えるしかない。

(尾身構成員)

- 保健所のほうはしっかり強化するというのは前から国にお願いしている。あとは、スポットをどうするかというのは、実際に感染があったホストクラブとかではなくて、その周辺は全部やるということで、今、我々はレコメンドしたいと思っている。
- 検査のキャパシティを増やすというのは大前提で、異論はないと思うが、比較的指数関数的なことを抑えられている中で、一つの仮説は、濃厚接触者をあれほどやる検査は今までなかった、そのことが社会に知られて、歌舞伎町という名前も出てきた。このことが一般の社会に与えるメッセージ。実際にはアンダーグラウンドに行った人もいる可能性は否定できないけれども、そのことが人々の行動変容を生んだという可能性はあり得るので、これについては評価をしたほうがいい。

(岡部構成員)

- ハンマーの使い方について、前回のようにかなり幅広の大きいハンマーを使うと、結局、善良な人々がますます縮こまり、動きが悪くなって、経済も動かなくなる。説明上、気をつけてやらなければいけないが、それは相当狭い部分に対するハンマーをやるのだというようなことでいかないと、今度は逆に広がりが強くなってしまってハレーションが起きるということを危惧するので、その辺をうまく対応しなければいけないと思う。ピンポイントという言い方がよくあるが、対象をきっちりフォーカスしていかないと、周りにぼんと広がると、その勢いがなかなか止められなくなると思う。

(押谷構成員)

- 結局、6月の初旬までには東京の繁華街でかなりの感染拡大があるという感じはつか

んでいたので、あそこできちんとできなかったことが今の全国の感染を生んでいるので、その反省に基づいて次にどうするかということを考える必要がある。

(尾身構成員)

- 今回のアドバイザリーボードのコンセンサスは、一応は感染拡大を防げていて、もちろんまだこれからいろいろな可能性があるということをちゃんと言った上で、今のところはどんどん感染が指数関数的に行っていることは免れていると、今の時点では判断をして、ただし、まだいろいろな材料、積み残しが出てくる可能性があるもので、最終的には判断できない。したがって、あと×日、1週間なり数日待って、もう一度再評価をするというようなことで、よろしいのか、コンセンサスなのかどうか、そこだけを確認しておいたほうがいい。

(川名構成員)

- 今、急に増えているという状況ではなくダンスの状態だというのは分かったが、例えばこれからGo Toキャンペーンが始まったり、大規模イベントの人数がだんだん緩和されてきたり、そういう世の中で今後どうなっていくか、一方ではそういう見方も必要ではないか。

(大曲参考人)

- 感染拡大の局面かどうかというところでの議論だと思うので、的外れかもしれないが、1点現場から御理解をいただきたいと思っているのは、我々は検査をどんどん広げて、感染している患者さんを見つけて、拡大の傾向を止めていくことは大賛成である。特に流行の早期であればそれがいいのだろうなと考える。ただし、今回の局面ですごく感じているのは、それで生じた陽性の方々を本当に有効に隔離するためにはどうすればいいかということ。ホテルも足りないという状況で、なかなか家にもいてくれない方々が自宅療養を現実に行っているが、それを実効性を持ってやるということにしていけないと、この戦略は動かないというのを痛感しているので、そこを御検討いただきたい。

(武藤構成員)

- 私も、大曲先生がおっしゃったことと同じようなことを聞いている。、例えば宿泊施設を増やしたからといって、そこにいてくれるというのは本当にはないのではないかなという気がしている。もちろん協力していただけない可能性もあるが、納得頂けるようなアプローチを丁寧にやらないといけないのではないかな。
- もう一つ、新しく業界別のガイドラインが出て、みんなやっているつもりになって張り切ってやってきたのだけれども、残念ながら失敗したところが幾つか出てきていて、何がうまくいかないポイントだったのかということを中心に話してもらって、みんなでもう一回やり直していこうという気持ちになってもらわないといけない。そこもアプローチとして重要ななと思っている。

- 最後、もう一点。抗体検査の誤用について、Go Toキャンペーンの利用者に抗体検査をという声や体調不良の人に抗体検査という声があるがそれは間違っているので、改めて今、もう一回3密の重要性とともに、検査についても改めてラーニングする時期なのかなと思う。

(脇田座長)

- 先ほどのポイントであるが、リンクのない人は確かに増えていて、感染の拡大は一定のスピードではあるということは認めた上で、ただ、そのスピードが本当に加速度的に行くのか、それともある程度プラトー、あるいは収束方向に行くのかというのはもう少し見極める必要があるというのがコンセンサスであったかなと思うが、そういう形でよいか。では、そこはそういう形にさせていただく。
- あと、今ホテルの話があったが、東京が準備しているホテルの数が神奈川よりも少ないという状況で、今後、検査をすれば当然数が出てくるので、そういった人をきちんと収容できる数だけは少なくとも準備をしていく必要があるということと、それから保健所の体制が逼迫していて、機能を強化していかなければいけないという書き方になっているが、保健所の今の業務をある程度軽減させる方法がないのかということも考えてほしい。

(前田参考人)

- 現在は、3月のころと若干雰囲気は違う。確かに繁忙ではあるが一つの解決策としては検査体制が整備されるということで、そこで保健所が様々なゲートキーパーにならざるを得ないというところは解消されてきた。一方で、積極的疫学調査の要領が変わっている。より積極的に感染者の検査をするということになるので、病院・施設等の職員の方々に対する調査をするにはかなり綿密にやるようになってきている。だから、そこでの積極的疫学調査をするボリュームが非常に増えてきたというところが、患者が増えてくると、検査のキャパシティをこれだけ増やしても、やはりそちらのほうにかなり来られてくると、また厳しい状態になってくるのかなという懸念が一つある。
- 積極的疫学調査を濃厚接触者にきっちり絞って、ある程度以上は健康観察をするというような形で、積極的疫学調査についても少し絞り込みをするというところは必要になってくるかと思う。あとは、常々保健所の関係者が言っているのは、もうそろそろ指定感染症二類相当は勘弁してくれないかというのがある。
- ただし、医療機関は、公費負担の問題もあるし、また、一定程度、勧告入院というシステムによって入院させているというところがあるので、そのバランスをどう取るかであるが、入院のときの医療調整をできるだけ簡素化したい。
- 医療の逼迫の問題について、確かに東京都は5,000床まで増やしたという話になっているが、それは4月の当時、あれだけ新型コロナに集中されていた頃に全ての病棟を開放してそういう形になったわけだが、今、中小病院はかなり一般病床に戻している。これをすぐに転換するというのは非常に厳しい。人員の体制にしても、また、もう既

に入院されている患者のベッドコントロールをするのは厳しいということで、現実には非常に狭い中で実は中等症、軽症の方が増えてしまっている。だから、重症ベッドは確かに空いているが、中等症、軽症のベッドが少なくなっているということで、またこの医療調整も今はだんだん厳しくなっているので、何とか病床を拡充するというのと、先ほどお話があったように、ホテルは最大4棟まで借り上げていたのが1棟で、現実には八王子なので非常に搬送に時間がかかるという状況で、今週中には1棟また再開すると言われているが、そこら辺のいろいろな手続を何とか簡素化できないかというのがある。

- ただし、今言ったのは標準的な保健所の問題であり、先ほどの新宿の話は全く別問題である。新宿の話で言えば、先ほど別なチャンネルでという話があったが、東京で言えば、かつての山谷に城北センターという山谷に特化した、東京都の施設として山谷対策を行える施設をつくって山谷の結核対策に取り組んだわけで、そういうような特別な組織をつくってやらないと厳しい。

(押谷構成員)

- 東京の繁華街の問題に視点が向いてしまっているが、米軍基地の問題も考える必要がある。米軍の空母で1,000人規模の感染が起きたというのもあって、横須賀とかは大丈夫かということもあるし、今、かなりの数の外国人が検疫で引っかかっているという問題もある。先ほど言った諸外国で外国人労働者の間で感染が広がっているということを考えると、日本にいる外国人の問題も一方で注意して見ていかなければいけないし、そこに対する対策も考えておかないと今後大きな問題になってくる可能性は十分にあると思っている。

<議題3 感染状況等の速やかな把握に向けた対応について>

※事務局より資料3に基づき説明。

(尾身構成員)

- アドバイザリーグループの下にワーキンググループができて、データの処理をHER-SYSのことも含めてやってもらっていることは評価したい。一方で、発症日別のデータは極めて重要なデータであるが、現時点で公表されていないことについて、東京都との関係とか、地方自治体の関係とか、様々な複雑な理由があるものの、今後どうしていくのか、ちょっと議論しておいたほうがいいのではないか。

(鈴木構成員)

- 私が使っているデータについては、感染症発生動向調査(NESID)の情報、プラス、東京都に入っているFETPから入っている情報を使っている。これはいずれも東京都あるいは各区からの依頼を受けて、自治体に入って我々はお手伝いをするという立場を取

っているので、区あるいは東京都自身が公表するということを決めていないものを我々が勝手に公表することはできないということが理由である。

(岡部構成員)

- 鈴木先生に補足するような形であるが、もともとFETPは自治体から依頼をされて出ていくので、依頼主がいいというもの以外は発表できない。それがディセントラリゼーション（地方分権化）でそういう形だったが、2009年だったかその前か、国が積極的疫学調査を出すことができるというふうになっている。その場合、依頼主は国になるので、国が公表するということであればオーケーだと思う。ただ、そこは自治体との信頼関係とどっちがどっちだということで、それを疫学センター側に責任を求めるのはおかしいのではないか。その判断をするのは大変ではないかと思う。そういったようなことを初めから決めないといけないだろうと思う。
- それから、未来永劫にずっと公表しないということではなくて、それはいつか発表した人、あるいは分析した人がこれでオーケーということになればいいと思うが、やはりプレリミナリーなデータをあまり公表したくないというのは研究者であれば当然だと思うので、そこは尊重しないとイケないと思う。

(押谷構成員)

- クラスタ図については個人が特定される可能性があるが、発症日でエピカーブを書いて個人が特定される可能性はほぼゼロだと思う。発症日が分かったことによって個人が何か不利益を被るということも、3人ぐらいしかいない県で発症日を書くと、この人だったのだろうと分かるかもしれないが、そのことによる不利益というのもほとんど考えられないと思うので、そういう個人情報という観点と公衆衛生上必要なものをちゃんと切り分けて理解していただく必要があるのではないか。

(脇田座長)

- 積極的疫学調査で個人情報につながる情報というのは大事だというか、非常に機微な情報が入ると思うが、発症日のエピカーブを書くということがそれほど個人情報に、今、東京の場合でつながるとは思えないということなので、そこはしっかりデータは出していただけるようにしていかないとイケない。
- これはデータの取扱いのワーキンググループ、HER-SYSを含めて、そこでしっかり議論をして、それでこっちのアドバイザーボードなり、あるいは分科会のほうにしっかりと意見を出していただいてという取りまとめでやっていただきたいと思う。

(前田参考人)

- 以前から、東京都のデータが出ないというのは、区側からすると不思議に思っている。私どもは東京都に提出していないわけではない。我々は確かに発生届の中に発症日を書いていないことは多々あるが、その後、疫学調査をした中で、発症日を確認しないということは疫学調査としてあり得ない。御本人が覚えていないとか曖昧だということはあるにしても、それについては全部調べて調査報告はしているので、それがなぜ

東京都のフィルターがかかったところで発症日が分からないというのは、我々はずっと押谷先生から本当に2月の頃から言われていて大変不思議。うちの保健所では全部発症日ベースのエピカーブはつくってある。

(脇田座長)

- 解決できそうな感じがしてきている。ぜひ解決して、東京のデータもしっかりと我々が解析できるように、そして公表ができるようにしていくということが非常に重要だと思うので、よろしく願います。

(尾身構成員)

- (資料3については、) HER-SYSについては、この趣旨で、主な論点もこれでいいので、よろしく願いたい。1点、我々の願いは進め方のスケジュール。もう少しここは本来なら始まってほしいぐらいの感じであるので、もう少しスピードアップしていただきたい。これがもっと改善すると孤発例の分析が進むので、忙しいのは分かるが、もうちょっと非公式な、ダイナミックな、機動性のあるスピードでやっていただけるとありがたいというのが希望である。

<議題4 検査の在り方について>

※事務局より資料4に基づき説明。

(太田構成員)

- 行政検査の対象者の整理そのものに関しては特に問題はないが、検査を実施する状況が、私は病院団体から出てきているが、なかなかスムーズにやれない。先ほどの対応のほうでも、円滑なPCR検査等実施体制の確保というのを書いていただいているが、多くの医療機関、病院、また診療所も、PCR検査や抗原検査をやりたいと思っても、行政検査の契約をしないとなかなかやらせてもらえない。それをやるのも、大分緩めてはいただいたが、手続などが煩雑で簡単にできない。
- 先ほど抗体検査の御要望もあったが、本来であるならば、そこは医療機関にかかっているものであるから、そこが抗原検査かPCRができるならば、多分そこでかけている。演劇のシアターのクラスターは、多分そこでやれないから抗体検査をやって、それが誤用されているという形になっているのだと思う。したがって、有症状者に関しては、簡単に抗原検査またはPCR検査ができるような体制まで持って行っていただきたい。

(釜范構成員)

- 現状、医師会で把握しているところでは、医師が必要と判断したPCR等検査は保険診療の扱いになっているものの、本人の自己負担分を公費にする関係から都道府県との契約が必要で、医師会を通じて集団契約ができるようにはなったのだが、契約に結びついていない医療機関が少なくないという現状。
- 今後、検討いただく上において、PCR検査の今後のキャパシティー、どのくらい検査ができるのかということがまず一つある。それから、抗原検査、抗原の迅速検査について

では、かなり今後キットが複数社から出てくるという話もあるし、割合潤沢に出てくるのではないかと思うので、これはぜひ政府のほうでお考えいただきたいが、抗原の迅速診断のキットについては通常の保険診療として自己負担ありで整理をしていただいたらどうか。当然、報告はきちんとHER-SYS等を使ってやるという形を取ればよいと思う。

- PCR検査に関しては、当面、契約を前提として運用する。そのかわり、自己負担はない。PCR検査の場合にはそれだけの単独の検査費用で1万8000円であるし、抗原の検査の場合は6,000円。6,000円の場合は自己負担が1,800円になる。抗原迅速の簡易の検査について通常の保険の適用で自己負担ありという形で整理をしていただくことによって、かなり抗原の検査が迅速に行くし、PCRについては、大臣も当初から非常に大変お力添えを賜ったところであるが、なるべく公費でできるという形が整理できればさらによいのではないかと考えている。
- (集合契約が進まない理由について)例えば東京の場合では、感染の危険を考えると、多くの医療機関で鼻咽頭のぬぐいを扱うのは無理だということで、唾液によるPCRのみ契約という方針も聞いている。したがって、私はなるべく多くの医療機関で迅速に検査ができるような体制が取れたところについてはやってほしいとずっと言ってきた。

(太田構成員)

- 基本的に集合契約を認めていただいたし、行政検査の契約も緩めていただいたが、あくまで帰国者・接触者外来と同等ということで、動線の確保等を全部確認しなければいけないということになっている。集団契約の場合には医師会側がそれを全部確認しないことには基本的に契約ができないという仕組みになっており、その点がネックだと認識している。
- 行政検査の契約をしたいという医療機関が今の段階であるならば、基本的にはしっかりと動線とか感染対策をしていますというチェックがついていれば認めるぐらい簡素化していただきたい。

(吉田構成員)

- 院内感染対策という面から考えると、発症する前からウイルスを出して感染させるので、2次感染を防止するというのはなかなか難しいところだと思うが、3次感染を防止するという意味では、発症してから1日、2日ぐらいで検査することによって3次感染を起こさないような対策が取れるのだと思う。発症してからできれば1日とか2日以内に検査がスムーズにできるということが大きなクラスターを生まないということでは非常に大事ではないか。

(押谷構成員)

- 検体を採るリスクとかコストの問題で、どうしても会社とか個人は抗体検査に流れている。先ほど武藤構成員が言ったような、誤った認識の下にとりあえず抗体検査をや

っておこうという感じになっている。それではいけないということを、ちゃんとどう
いう理由でということを説明する必要があると思う。

以上

アドバイザー・ボード運営要領（案）

新型コロナウイルスに関連した感染症対策に関する厚生労働省対策推進本部設置規程（令和2年1月28日厚生労働大臣伺い定め。以下「設置規程」という。）第8条の規定に基づき、設置規定第5条に定めるアドバイザー・ボードの運営要領を次のとおり定める。

1. 趣旨

アドバイザー・ボードは、新型コロナウイルス感染症対策を円滑に推進するに当たって必要となる、医療・公衆衛生分野の専門的・技術的な事項について、厚生労働省に対し必要な助言等を行うものとする。

2. 構成・運営

- (1) 設置規定第5条の規定に基づき、新型コロナウイルスに関連した感染症対策に関する厚生労働省対策推進本部の下に、アドバイザー・ボードを置く。アドバイザー・ボードのメンバーは本部長が指名する者とする。
- (2) アドバイザー・ボードに座長を置く。座長は、本部長が指名する者をもって充てる。
- (3) 座長は、必要に応じ、アドバイザー・ボードの会合に関係者の参加を求めることができる。
- (4) アドバイザー・ボードは、特定の事項を検討するため、アドバイザー・ボードの下にWGを置くことができる。
- (5) 事務局は、アドバイザー・ボードの求めに応じ、検討に必要な情報の提供その他の必要な支援を行う。

3. 審議内容の公表等

- (1) 座長が適当と認めるときは、アドバイザー・ボードの会合を非公開とすることができる。
- (2) 会合における審議内容の公表は、会議資料並びに開催日時、開催場所、出席者、議題、発言者及び発言内容を記載した議事概要によることとする。ただし、座長が公表しないことが適当であるとしたときは、その全部または一部を非公表とすることができる。
- (3) その他アドバイザー・ボードの運営に関して必要な事項は、座長が定める。

●新型コロナウイルスに関連した感染症対策に関する厚生労働省対策推進本部設置規程

（令和2年1月28日厚生労働大臣伺い定め）（抄）

（アドバイザー・ボード）

第5条 対策推進本部の下に感染症等に関する専門家によるアドバイザー・ボードを置くことができる。アドバイザー・ボードのメンバーは本部長が指名する者とする。

（補則）

第8条 前各条に定めるもののほか、対策推進本部、幹事会及びアドバイザー・ボードの運営に関する事項その他必要な事項は、本部長が定める。

(令和2年7月14日現在)

アドバイザー・ボード メンバー

(◎：座長)

今村 顕史	東京都立駒込病院感染症科部長
太田 圭洋	日本医療法人協会副会長
岡部 信彦	川崎市健康安全研究所長
押谷 仁	東北大学大学院医学系研究科微生物学分野教授
尾身 茂	独立行政法人地域医療機能推進機構理事長
釜薙 敏	公益社団法人日本医師会 常任理事
河岡 義裕	東京大学医科学研究所感染症国際研究センター長
川名 明彦	防衛医科大学校教授
鈴木 基	国立感染症研究所感染症疫学センター長
舘田 一博	東邦大学微生物・感染症学講座教授
田中 幹人	早稲田大学大学院政治学研究科准教授
中山 ひとみ	霞ヶ関総合法律事務所弁護士
武藤 香織	東京大学医科学研究所公共政策研究分野教授
吉田 正樹	東京慈恵会医科大学感染制御科教授
◎ 脇田 隆字	国立感染症研究所長

(50音順、敬称略)

感染状況等に関するデータ

1. 感染状況等の推移に関するデータ

- ① 都道府県別の感染者数の推移 1
- ② 入院患者・重症者等の推移 2
 - (1) 入院者数、受入確保病床数に占める入院者数の割合 2
 - (2) 重症者数、重症患者受入確保病床数に占める重症者数の割合 3
 - (3) 宿泊療養者数、宿泊施設受入可能室数に占める宿泊療養者数の割合 4
 - (4) 自宅療養者数、社会福祉施設等療養者数、確認中の人数 5
- ③ 都道府県別 PCR 等検査実施状況の推移 6
- ④ 発症日から診断日までの日数の推移 7

※ 国立感染症研究所によるまとめより厚生労働省で図示

2. 直近の感染状況等

- ① 全国の感染状況等 8
- ② 首都圏の感染状況等 10
 - (1) 首都圏の感染状況等について 10
 - (2) 首都圏における感染者の年齢分布 14
 - (参考) 東京都の年齢階級別感染者数の推移 15

①都道府県別の感染者数の推移

資料2-1-1 ①

	3月28日～4月3日		4月4日～4月10日		4月11日～4月17日		4月18日～4月24日		4月25日～5月1日		5月2日～5月8日		5月9日～5月15日		5月16日～5月22日		5月23日～5月29日		5月30日～6月5日		6月6日～6月12日		6月13日～6月19日		6月20日～6月26日		6月27日～7月3日		7月4日～7月10日		直近1週間 7/7-7/13	直近1週間 10万人対
	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク	感染者数	アンリンク		
全国	1485		3233		3773		2956	40%	1703	33%	1093	35%	512	32%	260	32%	278	40%	277	43%	262	44%	372	39%	474	47%	1009	37%	1815	43%	2192	1.74
北海道	21		49		131		193	17%	228	17%	144	24%	65	32%	32	29%	50	14%	28	32%	45	29%	38	21%	29	14%	54	9%	14	50%	19	0.36
青森	5		3		8		0	-	4	0%	1	0%	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	2	100%	3	0.24
岩手	0		0		0		0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0.00
宮城	11		24		43		5	20%	4	25%	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	100%	3	33%	5	60%	3	100%	10	0.43
秋田	5		3		4		0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0.00
山形	1		26		27		8	13%	2	0%	1	0%	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	2	0%	2	0.19
福島	7		27		16		14	21%	8	13%	7	71%	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	100%	0	-	0	-	1	0%	1	0.05
茨城	44		28		47		26	31%	8	63%	3	33%	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	100%	4	75%	10	60%	14	64%	16	0.56
栃木	3		17		14		9	25%	2	100%	2	50%	4	50%	5	0%	1	0%	1	100%	0	-	0	-	0	-	20	10%	7	29%	11	0.57
群馬	10		11		81		26	27%	6	17%	1	100%	0	-	2	50%	0	-	2	100%	0	-	0	-	1	100%	2	50%	1	100%	2	0.10
埼玉	62		216		247		189	41%	95	31%	78	27%	34	21%	21	14%	6	43%	8	67%	14	69%	7	38%	64	35%	101	34%	205	39%	234	3.18
千葉	138		198		244		159	51%	53	49%	29	48%	14	26%	15	33%	3	50%	5	50%	14	29%	5	67%	19	71%	45	35%	87	51%	117	1.87
東京	495		1014		1143		962	64%	636	46%	492	61%	149	53%	53	44%	82	57%	126	46%	130	40%	238	42%	291	49%	527	39%	992	43%	1179	8.47
神奈川	86		261		274		203	42%	131	35%	110	13%	101	23%	71	34%	37	43%	28	46%	15	47%	26	35%	23	61%	94	38%	140	58%	163	1.77
新潟	3		9		12		13	38%	12	33%	4	75%	1	0%	0	-	0	-	0	-	0	-	1	0%	0	-	0	-	2	0%	2	0.09
富山	8		15		56		84	9%	42	3%	15	8%	6	17%	3	0%	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	100%	2	50%	2	0.19
石川	16		68		68		62	15%	32	22%	21	4%	10	0%	9	11%	4	0%	1	0%	0	-	0	-	1	100%	0	-	0	-	0	0.00
福井	31		36		28		16	0%	2	0%	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	2	0.26
山梨	5		18		23		5	20%	2	100%	2	0%	1	100%	3	67%	4	100%	1	100%	4	71%	3	100%	2	50%	1	100%	1	100%	1	0.12
長野	4		18		19		20	11%	2	0%	8	25%	2	0%	0	-	0	-	0	-	0	-	1	100%	0	-	0	-	0	-	2	0.10
岐阜	23		46		58		10	31%	0	-	1	0%	0	-	0	-	0	-	1	0%	2	100%	2	100%	1	0%	4	25%	2	100%	2	0.10
静岡	5		26		17		9	30%	14	46%	0	-	0	-	1	0%	2	50%	0	-	2	50%	3	0%	0	-	6	17%	6	0%	8	0.22
愛知	38		117		67		93	24%	15	53%	8	29%	9	75%	2	0%	1	0%	3	33%	5	60%	7	0%	1	100%	2	100%	4	0%	6	0.08
三重	3		3		17		13	0%	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	0%	0	-	0	-	1	0%	4	0.22
滋賀	8		20		34		25	20%	3	50%	3	0%	1	100%	2	0%	1	100%	0	-	0	-	1	0%	0	-	2	0%	1	0%	3	0.21
京都	57		77		67		51	43%	38	15%	25	22%	10	10%	0	-	1	-	0	-	2	100%	4	0%	6	63%	21	32%	39	20%	52	2.01
大阪	170		350		379		372	28%	193	36%	82	34%	53	33%	23	77%	7	100%	4	100%	4	100%	15	36%	14	36%	48	69%	106	63%	153	1.74
兵庫	50		144		168		124	26%	48	23%	29	9%	19	0%	4	25%	1	0%	0	-	0	-	1	0%	5	40%	4	100%	17	71%	25	0.46
奈良	12		16		19		21	33%	9	56%	4	29%	1	0%	0	0%	1	100%	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	15	13%	27	2.03
和歌山	4		18		6		8	10%	10	25%	0	-	2	0%	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	0%	0	-	7	27%	19	2.05
鳥取	0		1		0		2	50%	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	100%	0	-	1	0.18
島根	0		2		13		1	0%	7	0%	1	100%	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0.00
岡山	7		7		4		3	33%	2	0%	1	100%	1	0%	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	100%	2	0%	0	0.00
広島	4		17		100		20	10%	15	7%	6	20%	0	-	2	0%	0	0%	1	0%	0	-	0	-	0	-	1	100%	4	44%	13	0.46
山口	1		10		13		1	0%	3	0%	3	0%	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0.00
徳島	2		0		0		2	0%	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	0%	0	-	4	25%	4	0.55
香川	1		2		20		4	25%	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	100%	2	0.21
愛媛	7		17		13		6	33%	0	-	1	0%	22	5%	8	0%	4	0%	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0.00
高知	8		31		11		8	38%	3	33%	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	0.14
福岡	104		201		190		114	45%	57	16%	7	14%	6	33%	1	0%	71	39%	68	37%	24	63%	17	65%	6	83%	18	56%	46	39%	46	0.90
佐賀	4		7		6		20	5%	6	33%	3	0%	1	-	1	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0.00
長崎	5		8		3		0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	3	100%	12	0.90
熊本	5		8		14		13	30%	2	0%	1	0%	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	100%	0	-	0	-	0	0.00
大分	6		11		12		6	17%	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0.00
宮崎	1		12		1		0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	0%	2	0.19
鹿児島	2		0		3		4	0%	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	100%	0	-	40	8%	81	9%	40	2.50
沖縄	3		41		53		32	63%	9	22%	0	-	0	-	2	-	2	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	4	0%	6	0.41

※

② (1) 入院者数、受入確保病床数に占める入院者数の割合

資料2-1-1 ②

	4月28日			5月7日			5月13日			5月21日			5月27日			6月3日			6月10日			6月17日			6月24日			7月1日			7月8日		
	入院者数	病床数 (5/1)	入院者数 /病床数	入院者数	病床数 (5/8)	入院者数 /病床数	入院者数	病床数 (5/15)	入院者数 /病床数	入院者数	病床数 (5/20)	入院者数 /病床数	入院者数	病床数	入院者数 /病床数	入院者数	病床数	入院者数 /病床数	入院者数	病床数	入院者数 /病床数	入院者数	病床数	入院者数 /病床数	入院者数	病床数	入院者数 /病床数	入院者数	病床数	入院者数 /病床数	入院者数	病床数	入院者数 /病床数
日本	5,514	16,081	34%	4,436	16,352	27%	3,423	17,290	20%	2,058	17,698	12%	1,369	18,346	7%	1,015	19,206	5%	781	19,474	4%	587	19,497	3%	559	19,532	3%	696	19,606	4%	1,039	19,503	5%
北海道	305	499	61%	306	499	61%	284	693	41%	215	693	31%	186	700	27%	159	700	23%	111	700	16%	95	700	14%	79	700	11%	99	700	14%	65	700	9%
青森県	9	99	9%	10	99	10%	6	126	5%	2	126	2%	2	128	2%	0	128	0%	0	128	0%	0	128	0%	0	144	0%	0	144	0%	0	144	0%
岩手県	0	38	0%	0	38	0%	0	93	0%	0	93	0%	0	93	0%	0	93	0%	0	93	0%	0	93	0%	0	93	0%	0	93	0%	0	93	0%
宮城県	26	388	7%	10	388	3%	5	388	1%	1	388	0%	1	388	0%	0	388	0%	1	388	0%	4	388	1%	4	388	1%	4	388	1%	4	388	1%
秋田県	6	105	6%	3	105	3%	1	105	1%	0	105	0%	0	105	0%	0	105	0%	0	105	0%	0	105	0%	0	105	0%	0	105	0%	0	105	0%
山形県	28	150	19%	15	150	10%	11	150	7%	6	150	4%	3	150	2%	3	150	2%	2	150	1%	1	150	1%	1	150	1%	1	150	1%	3	150	2%
福島県	48	229	21%	36	229	16%	24	229	10%	10	229	4%	7	229	3%	6	229	3%	3	229	1%	2	229	1%	2	229	1%	1	229	0%	1	229	0%
茨城県	68	151	45%	54	151	36%	33	151	22%	19	151	13%	12	151	8%	10	151	7%	7	151	5%	6	151	4%	11	151	7%	5	151	3%	12	151	8%
栃木県	37	130	28%	26	130	20%	19	130	15%	17	130	13%	18	271	7%	12	271	4%	4	271	1%	1	271	0%	1	271	0%	16	271	6%	17	271	6%
群馬県	105	152	69%	69	165	42%	51	170	30%	24	170	14%	16	170	9%	9	170	5%	7	170	4%	3	170	2%	2	170	1%	3	170	2%	3	170	2%
埼玉県	277	575	48%	262	575	46%	172	602	29%	102	602	17%	71	602	12%	46	602	8%	26	602	4%	20	602	3%	35	602	6%	81	602	13%	111	602	18%
千葉県	296	807	37%	245	807	30%	151	807	19%	79	819	10%	51	819	6%	29	819	4%	20	819	2%	20	819	2%	21	819	3%	40	819	5%	66	819	8%
東京都	1,832	3,300	56%	1,511	3,300	46%	1,320	3,300	40%	753	3,300	23%	424	3,300	13%	319	3,300	10%	271	3,300	8%	236	3,300	7%	238	3,300	7%	297	3,300	9%	453	3,300	14%
神奈川県	217	1,082	20%	214	1,082	20%	197	1,296	15%	163	1,346	12%	141	1,346	10%	109	2,018	5%	87	2,040	4%	56	2,050	3%	46	2,050	2%	51	2,050	2%	59	2,050	3%
新潟県	38	411	9%	29	411	7%	26	411	6%	12	411	3%	5	411	1%	1	411	0%	1	411	0%	1	411	0%	2	411	0%	0	411	0%	1	411	0%
富山県	104	500	21%	87	500	17%	64	500	13%	31	500	6%	21	500	4%	10	500	2%	4	500	1%	7	500	1%	0	500	0%	0	500	0%	2	500	0%
石川県	150	170	88%	113	233	48%	90	233	39%	69	233	30%	56	233	24%	41	233	18%	33	233	14%	29	233	12%	24	233	10%	16	233	7%	8	233	3%
福井県	48	122	39%	25	131	19%	16	165	10%	8	173	5%	5	176	3%	2	176	1%	1	176	1%	0	176	0%	0	176	0%	0	176	0%	0	176	0%
山梨県	21	80	26%	10	80	13%	6	80	8%	7	80	9%	1	80	1%	4	80	5%	3	80	4%	2	80	3%	1	80	1%	1	80	1%	0	80	0%
長野県	50	300	17%	40	300	13%	26	300	9%	16	300	5%	10	300	3%	5	300	2%	4	300	1%	1	300	0%	2	300	1%	1	300	0%	1	300	0%
岐阜県	73	353	21%	37	353	10%	15	353	4%	6	373	2%	3	353	1%	4	351	1%	9	356	3%	10	357	3%	5	354	1%	2	362	1%	6	342	2%
静岡県	27	200	14%	29	200	15%	12	200	6%	3	200	2%	3	200	2%	3	200	2%	3	200	2%	2	200	1%	4	200	2%	4	200	2%	6	200	3%
愛知県	176	445	40%	122	445	27%	76	500	15%	31	500	6%	15	500	3%	10	500	2%	7	500	1%	7	500	1%	5	500	1%	3	500	1%	4	500	1%
三重県	25	171	15%	15	171	9%	10	175	6%	5	175	3%	3	175	2%	0	176	0%	0	176	0%	0	176	0%	1	176	1%	0	176	0%	0	176	0%
滋賀県	51	109	47%	31	113	27%	23	184	13%	16	242	7%	9	259	3%	8	278	3%	2	264	1%	1	264	0%	2	264	1%	2	245	1%	4	161	2%
京都府	(113の内数)	252	-	75	252	30%	55	264	21%	34	264	13%	19	264	7%	10	264	4%	5	431	1%	5	431	1%	5	431	1%	16	431	4%	35	431	8%
大阪府	580	1,074	54%	466	1,112	42%	386	1,137	34%	252	1,151	22%	155	1,179	13%	82	1,203	7%	52	1,225	4%	26	1,225	2%	30	1,247	2%	26	1,252	2%	48	1,253	4%
兵庫県	258	509	51%	163	509	32%	108	515	21%	43	515	8%	34	515	7%	18	515	3%	4	515	1%	3	515	1%	7	515	1%	6	515	1%	12	515	2%
奈良県	42	240	18%	29	240	12%	18	240	8%	7	240	3%	3	318	1%	2	415	0%	1	422	0%	0	434	0%	0	434	0%	0	434	0%	9	434	2%
和歌山県	29	117	25%	17	117	15%	12	124	10%	9	124	7%	6	124	5%	3	150	2%	0	150	0%	0	150	0%	1	150	1%	1	150	1%	0	150	0%
鳥取県	2	322	1%	2	322	1%	2	322	1%	1	322	0%	0	322	0%	0	322	0%	0	322	0%	0	322	0%	0	322	0%	0	322	0%	1	322	0%
島根県	20	253	8%	16	253	6%	10	253	4%	5	253	2%	4	253	2%	1	253	0%	1	253	0%	1	253	0%	1	253	0%	0	253	0%	0	253	0%
岡山県	12	117	10%	8	117	7%	4	117	3%	1	117	1%	0	117	0%	0	140	0%	0	140	0%	0	140	0%	0	140	0%	1	220	0%	2	220	1%
広島県	80	194	41%	63	257	25%	32	266	12%	11	266	4%	5	266	2%	3	266	1%	2	266	1%	0	266	0%	0	266	0%	0	266	0%	4	266	2%
山口県	8	320	3%	6	384	2%	4	384	1%	3	384	1%	2	384	1%	1	384	0%	1	423	0%	1	423	0%	0	423	0%	0	423	0%	0	423	0%
徳島県	1	130	1%	1	130	1%	0	172	0%	0	172	0%	0	172	0%	0	172	0%	0	172	0%	0	172	0%	0	172	0%	1	172	1%	4	172	2%
香川県	20	43	47%	15	43	35%	6	43	14%	1	163	1%	0	163	0%	0	163	0%	0	163	0%	0	163	0%	0	163	0%	0	163	0%	0	163	0%
愛媛県	14	70	20%	7	70	10%	5	203	2%	19	203	9%	23	203	11%	22	203	11%	10	223	4%	5	223	2%	4	223	2%	1	223	0%	0	223	0%
高知県	17	77	22%	8	77	10%	5	77	6%	3	77	4%	1	166	1%	0	166	0%	1	166	1%	0	166	0%	0	166	0%	0	166	0%	0	166	0%
福岡県	217	430	50%	125	430	29%	69	430	16%	40	490	8%	33	490	7%	78	490	16%	97	490	20%	39	490	8%	22	490	4%	16	490	3%	38	490	8%
佐賀県	26	111	23%	21	128	16%	14	146	10%	10	146	7%	7	146	5%	0	146	0%	0	146	0%	0	146	0%	0	146	0%	0					

② (2) 重症者数、重症患者受入確保病床数に占める重症者数の割合

資料2-1-1 ②

	4月28日			5月7日			5月13日			5月21日			5月27日			6月3日			6月10日			6月17日			6月24日			7月1日			7月8日		
	重症者数	病床数	重症者数/病床数	重症者数	病床数	重症者数/病床数	重症者数	病床数(5/15)	重症者数/病床数	重症者数	病床数(5/20)	重症者数/病床数	重症者数	病床数	重症者数/病床数	重症者数	病床数	重症者数/病床数	重症者数	病床数	重症者数/病床数	重症者数	病床数	重症者数/病床数	重症者数	病床数	重症者数/病床数	重症者数	病床数	重症者数/病床数			
日本			341				251	2,356	11%	184	2,410	8%	143	2,437	6%	101	2,522	4%	88	2,535	3%	70	2,535	3%	58	2,535	2%	40	2,538	2%	36	2,538	1%
北海道			19				19	100	19%	17	100	17%	12	100	12%	10	100	10%	11	100	11%	10	100	10%	8	100	8%	6	100	6%	6	100	6%
青森県			0				0	29	0%	0	29	0%	0	29	0%	0	29	0%	0	29	0%	0	29	0%	0	29	0%	0	29	0%	0	29	0%
岩手県			0				0	28	0%	0	28	0%	0	28	0%	0	28	0%	0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%
宮城県			1				0	57	0%	0	57	0%	0	57	0%	0	57	0%	0	57	0%	0	57	0%	0	57	0%	0	57	0%	0	57	0%
秋田県			0				0	55	0%	0	55	0%	0	55	0%	0	55	0%	0	55	0%	0	55	0%	0	55	0%	0	55	0%	0	55	0%
山形県			2				2	16	13%	2	16	13%	1	16	6%	1	16	6%	1	16	6%	1	16	6%	1	16	6%	1	16	6%	1	16	6%
福島県			1				2	15	13%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%
茨城県			5				4	30	13%	3	30	10%	2	30	7%	1	30	3%	1	30	3%	1	30	3%	1	30	3%	1	30	3%	0	30	0%
栃木県			5				5	21	24%	5	21	24%	3	41	7%	0	41	0%	0	41	0%	0	41	0%	0	41	0%	0	41	0%	0	41	0%
群馬県			1				2	23	9%	1	23	4%	1	23	4%	1	23	4%	1	23	4%	0	23	0%	0	23	0%	0	23	0%	0	23	0%
埼玉県			16				9	60	15%	4	60	7%	6	60	10%	4	60	7%	5	60	8%	4	60	7%	4	60	7%	4	60	7%	3	60	5%
千葉県			18				12	82	15%	10	82	12%	6	82	7%	4	82	5%	4	82	5%	3	82	4%	2	82	2%	2	82	2%	1	82	1%
東京都			93				52	400	13%	44	400	11%	33	400	8%	27	400	7%	23	400	6%	22	400	6%	20	400	5%	10	400	3%	8	400	2%
神奈川県			34				34	89	38%	29	89	33%	27	89	30%	19	169	11%	15	172	9%	13	172	8%	11	172	6%	10	172	6%	7	172	4%
新潟県			0				0	112	0%	0	112	0%	0	112	0%	0	112	0%	0	112	0%	0	112	0%	0	112	0%	0	112	0%	0	112	0%
富山県			1				2	20	10%	0	20	0%	0	20	0%	0	20	0%	0	20	0%	0	20	0%	0	20	0%	0	20	0%	0	20	0%
石川県			6				3	30	10%	3	30	10%	3	30	10%	2	30	7%	2	30	7%	2	30	7%	2	30	7%	2	30	7%	1	30	3%
福井県			3				3	17	18%	1	19	5%	1	19	5%	1	19	5%	1	19	5%	0	19	0%	0	19	0%	0	19	0%	0	19	0%
山梨県			1				1	13	8%	1	13	8%	0	13	0%	0	13	0%	0	13	0%	0	13	0%	0	13	0%	0	13	0%	0	13	0%
長野県			2				2	33	6%	1	33	3%	1	33	3%	0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%
岐阜県			1				1	17	6%	1	48	2%	1	48	2%	1	48	2%	1	47	2%	2	47	4%	1	47	2%	1	47	2%	2	47	4%
静岡県			2				2	20	10%	1	20	5%	1	20	5%	0	20	0%	0	20	0%	0	20	0%	0	20	0%	0	20	0%	0	20	0%
愛知県			7				4	28	14%	0	28	0%	0	28	0%	0	28	0%	0	28	0%	0	28	0%	0	28	0%	0	28	0%	0	28	0%
三重県			0				0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%	0	33	0%	0	34	0%
滋賀県			1				1	50	2%	1	50	2%	1	50	2%	1	50	2%	1	50	2%	1	50	2%	1	50	2%	1	50	2%	0	50	0%
京都府			5				1	80	1%	2	80	3%	2	80	3%	1	80	1%	0	86	0%	0	86	0%	0	86	0%	0	86	0%	0	86	0%
大阪府			61				50	188	27%	35	188	19%	23	188	12%	15	188	8%	14	188	7%	7	188	4%	5	188	3%	3	188	2%	3	188	2%
兵庫県			24				21	71	30%	12	71	17%	6	71	8%	4	71	6%	3	71	4%	0	71	0%	0	71	0%	0	71	0%	0	71	0%
奈良県			1				0	18	0%	0	18	0%	0	18	0%	0	23	0%	0	23	0%	0	23	0%	0	23	0%	0	23	0%	0	25	0%
和歌山県			0				0	32	0%	0	32	0%	0	32	0%	0	32	0%	0	32	0%	0	32	0%	0	32	0%	0	32	0%	0	32	0%
鳥取県			0				0	48	0%	0	48	0%	0	48	0%	0	48	0%	0	48	0%	0	48	0%	0	48	0%	0	48	0%	0	48	0%
島根県			1				1	30	3%	1	30	3%	1	30	3%	1	30	3%	1	30	3%	1	30	3%	0	30	0%	0	30	0%	0	30	0%
岡山県			0				0	11	0%	0	11	0%	0	11	0%	0	11	0%	0	11	0%	0	11	0%	0	11	0%	0	11	0%	0	11	0%
広島県			3				2	35	6%	1	35	3%	0	35	0%	0	35	0%	0	35	0%	0	35	0%	0	35	0%	0	35	0%	0	35	0%
山口県			1				1	102	1%	1	102	1%	1	102	1%	1	102	1%	1	102	1%	1	102	1%	0	102	0%	0	102	0%	0	102	0%
徳島県			0				0	47	0%	0	47	0%	0	47	0%	0	47	0%	0	47	0%	0	47	0%	0	47	0%	0	47	0%	0	47	0%
香川県			0				0	9	0%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%
愛媛県			2				0	15	0%	0	15	0%	1	15	7%	1	15	7%	0	15	0%	0	15	0%	0	15	0%	1	15	7%	0	15	0%
高知県			0				0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%
福岡県			13				10	60	17%	4	60	7%	6	60	10%	5	60	8%	3	60	5%	2	60	3%	2	60	3%	2	60	3%	2	60	3%
佐賀県			3				0	32	0%	0	32	0%	0	32	0%	0	32	0%	0	32	0%	0	32	0%	0	32	0%	0	32	0%	0	32	0%
長崎県			0				0	14	0%	0	14	0%	0	21	0%	0	21	0%	0	21	0%	0	21	0%	0	21	0%	0	21	0%	0	21	0%
熊本県			3				1	46	2%	0	48	0%	0	48	0%	0	48	0%	0	48	0%	0	48	0%	0	48	0%	0	48	0%	0	48	0%
大分県			0				0	35	0%	0	35	0%	0	35	0%	0	35	0%	0	35	0%	0	35	0%	0	35	0%	0	35	0%	0	35	0%
宮崎県			0				0	8	0%	0	21	0%	0	21	0%	0	21	0%	0	21	0%	0	21	0%	0	21	0%	0	21	0%	0	21	0%
鹿児島県			0				0	48	0%	0	48	0%	0	48	0%	0	48	0%	0	48	0%	0	48	0%	0	48	0%	0	48	0%	1	48	2%
沖縄県			5				4	33	12%																								

②(3) 宿泊療養者数、宿泊施設受入可能室数に占める宿泊療養者数の割合

資料2-1-1 ②

	4月28日			5月7日			5月13日			5月21日			5月27日			6月3日			6月10日			6月17日			6月24日			7月1日			7月8日		
	宿泊療養者数①	受入可能室数②	①/②	宿泊療養者数①	受入可能室数②	①/②	宿泊療養者数①	受入可能室数②	①/②	宿泊療養者数①	受入可能室数②	①/②	宿泊療養者数①	受入可能室数②	①/②	宿泊療養者数①	受入可能室数②	①/②	宿泊療養者数①	受入可能室数②	①/②	宿泊療養者数①	受入可能室数②	①/②	宿泊療養者数①	受入可能室数②	①/②	宿泊療養者数①	受入可能室数②	①/②			
日本	906			863	#####	5%	611	#####	3%	289	#####	1%	169	#####	1%	105	#####	1%	111	#####	1%	95	#####	0%	62	#####	0%	111	#####	1%	335	#####	2%
北海道	49			111	260	43%	60	930	6%	22	930	2%	11	930	1%	9	930	1%	13	930	1%	14	930	2%	4	930	0%	4	930	0%	6	810	1%
青森県	0			0	30	0%	0	30	0%	0	30	0%	0	30	0%	0	30	0%	0	30	0%	0	30	0%	0	30	0%	0	30	0%	0	30	0%
岩手県	0			0	-	-	0	-	-	0	85	0%	0	85	0%	0	85	0%	0	85	0%	0	85	0%	0	85	0%	0	85	0%	0	85	0%
宮城県	7			4	200	2%	1	200	1%	0	200	0%	0	200	0%	0	200	0%	1	200	1%	0	200	0%	2	200	1%	1	100	1%	2	100	2%
秋田県	0			0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%
山形県	0			0	-	-	0	203	0%	0	203	0%	0	203	0%	0	188	0%	0	188	0%	0	188	0%	0	188	0%	0	188	0%	0	188	0%
福島県	2			8	200	4%	4	200	2%	3	300	1%	2	300	1%	0	300	0%	0	300	0%	0	300	0%	0	300	0%	0	100	0%	0	100	0%
茨城県	33			14	175	8%	7	175	4%	0	175	0%	0	175	0%	0	34	0%	0	34	0%	0	34	0%	0	34	0%	0	34	0%	2	34	6%
栃木県	0			4	111	4%	0	111	0%	0	111	0%	0	111	0%	1	111	1%	0	111	0%	0	111	0%	0	111	0%	0	111	0%	0	111	0%
群馬県	0			11	150	7%	7	150	5%	1	150	1%	0	150	0%	0	150	0%	0	150	0%	0	150	0%	0	150	0%	0	150	0%	0	150	0%
埼玉県	53			61	1,055	6%	39	1,055	4%	25	1,055	2%	8	1,055	1%	3	1,055	0%	1	1,055	0%	0	1,055	0%	6	1,055	1%	10	1,055	1%	44	1,055	4%
千葉県	13			37	526	7%	36	666	5%	14	666	2%	8	666	1%	0	736	0%	1	736	0%	4	736	1%	0	736	0%	5	736	1%	7	736	1%
東京都	198			149	2,865	5%	117	2,865	4%	53	2,865	2%	25	2,865	1%	24	2,865	1%	48	2,865	2%	64	2,865	2%	45	2,865	2%	71	2,865	2%	162	1,307	12%
神奈川県	74			76	2,303	3%	51	2,323	2%	36	2,359	2%	40	2,395	2%	23	2,395	1%	16	2,431	1%	10	2,431	0%	3	2,431	0%	12	2,431	0%	51	2,431	2%
新潟県	0			3	50	6%	4	50	8%	2	50	4%	2	50	4%	0	50	0%	0	50	0%	0	50	0%	0	50	0%	0	50	0%	0	50	0%
富山県	10			10	100	10%	8	100	8%	1	100	1%	1	100	1%	0	100	0%	0	100	0%	1	100	1%	0	100	0%	0	100	0%	0	100	0%
石川県	50			37	170	22%	22	170	13%	4	340	1%	5	340	1%	5	340	1%	0	340	0%	0	340	0%	0	340	0%	0	340	0%	0	340	0%
福井県	1			0	115	0%	0	115	0%	1	115	1%	0	115	0%	0	115	0%	0	115	0%	0	115	0%	0	35	0%	0	15	0%	0	15	0%
山梨県	0			1	21	5%	0	21	0%	1	21	5%	1	21	5%	0	21	0%	0	21	0%	0	21	0%	0	21	0%	0	21	0%	0	21	0%
長野県	0			0	200	0%	0	200	0%	0	200	0%	0	200	0%	0	200	0%	0	200	0%	0	200	0%	0	200	0%	0	200	0%	0	200	0%
岐阜県	0			0	265	0%	0	265	0%	0	317	0%	0	366	0%	0	366	0%	0	428	0%	0	466	0%	0	466	0%	0	466	0%	0	466	0%
静岡県	0			0	-	-	0	155	0%	0	155	0%	0	155	0%	0	155	0%	0	155	0%	0	155	0%	0	155	0%	0	155	0%	0	155	0%
愛知県	28			15	1,300	1%	9	1,300	1%	3	1,300	0%	0	1,300	0%	0	1,300	0%	0	1,300	0%	0	1,300	0%	0	1,300	0%	0	1,300	0%	0	1,300	0%
三重県	0			0	64	0%	0	64	0%	0	64	0%	0	64	0%	0	64	0%	0	64	0%	0	64	0%	0	64	0%	0	64	0%	0	100	0%
滋賀県	10			9	62	15%	6	62	10%	3	62	5%	1	62	2%	0	62	0%	0	62	0%	0	62	0%	0	62	0%	0	62	0%	0	62	0%
京都府	24			21	338	6%	15	338	4%	6	338	2%	2	338	1%	0	338	0%	0	338	0%	0	338	0%	0	338	0%	0	338	0%	3	338	1%
大阪府	135			165	1,565	11%	146	1,565	9%	70	1,565	4%	37	1,565	2%	12	1,565	1%	0	1,565	0%	1	1,565	0%	2	1,565	0%	8	1,565	1%	23	1,565	1%
兵庫県	90			47	578	8%	30	578	5%	17	578	3%	7	578	1%	3	578	1%	0	578	0%	0	578	0%	0	578	0%	0	578	0%	1	578	0%
奈良県	3			3	108	3%	2	108	2%	1	108	1%	2	108	2%	0	108	0%	0	108	0%	0	108	0%	0	108	0%	0	108	0%	0	108	0%
和歌山県	0			0	-	-	0	-	-	0	-	-	0	-	-	0	137	0%	0	137	0%	0	137	0%	0	137	0%	0	137	0%	0	137	0%
鳥取県	0			0	412	0%	0	412	0%	0	640	0%	0	640	0%	0	640	0%	0	640	0%	0	640	0%	0	640	0%	0	640	0%	0	640	0%
島根県	0			0	45	0%	0	45	0%	0	45	0%	0	45	0%	0	45	0%	0	45	0%	0	45	0%	0	45	0%	0	65	0%	0	65	0%
岡山県	0			0	-	-	0	78	0%	0	78	0%	0	78	0%	0	78	0%	0	78	0%	0	78	0%	0	78	0%	0	78	0%	0	78	0%
広島県	4			8	130	6%	10	130	8%	6	130	5%	4	130	3%	0	130	0%	0	130	0%	0	130	0%	0	130	0%	0	130	0%	0	130	0%
山口県	0			0	594	0%	0	594	0%	0	594	0%	0	594	0%	0	594	0%	0	594	0%	0	594	0%	0	594	0%	0	638	0%	0	638	0%
徳島県	0			0	200	0%	0	208	0%	0	208	0%	0	208	0%	0	208	0%	0	208	0%	0	208	0%	0	208	0%	0	208	0%	0	208	0%
香川県	0			0	101	0%	0	101	0%	0	101	0%	0	101	0%	0	101	0%	0	101	0%	0	101	0%	0	101	0%	0	101	0%	0	101	0%
愛媛県	3			2	67	3%	1	67	1%	7	67	10%	7	67	10%	2	67	3%	1	67	1%	0	67	0%	0	67	0%	0	67	0%	0	67	0%
高知県	11			2	16	13%	1	16	6%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%
福岡県	88			56	826	7%	30	826	4%	9	826	1%	3	826	0%	23	826	3%	30	826	4%	1	826	0%	0	826	0%	0	826	0%	0	826	0%
佐賀県	2			6	230	3%	5	230	2%	4	230	2%	3	230	1%	0	230	0%	0	230	0%	0	230	0%	0	230	0%	0	230	0%	0	230	0%
長崎県	0			0	-	-	0	-	-	0	6	0%	0	6	0%	0	6	0%	0	6	0%	0	163	0%	0	163	0%	0	163	0%	0	163	0%
熊本県	0			0	-	-	0	867	0%	0	1,366	0%	0	1,366	0%	0	1,430	0%	0	1,430	0%	0	1,430	0%	0	1,430	0%	0	1,430	0%	0	1,430	0%
大分県	0			0	65	0%	0	65	0%	0	65	0%	0	65	0%																		

都道府県別のPCR等検査実施状況の推移

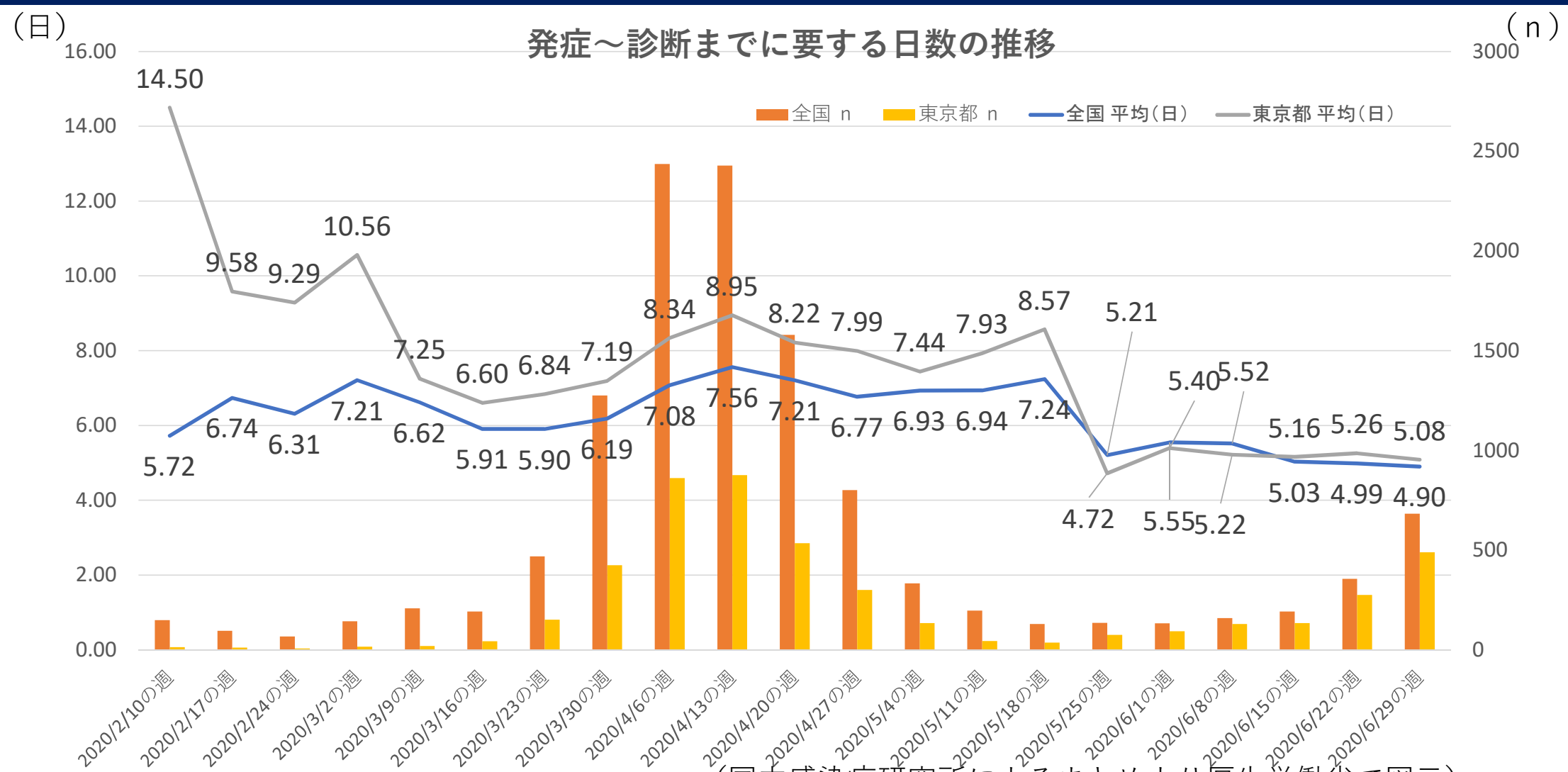
資料2-1-1 ③

	3月30日～4月5日		4月6日～4月12日		4月13日～4月19日		4月20日～4月26日		4月27日～5月3日		5月4日～5月10日		5月11日～5月17日		5月18日～5月24日		5月25日～5月31日		6月1日～6月7日		6月8日～6月14日		6月15日～6月21日		6月22日～6月28日		6月29日～7月5日		
	検査実施 件数	陽性者数/ 検査件数	検査実施 件数	陽性者数/ 検査件数	検査実施 件数	陽性者数/ 検査件数	検査実施 件数	陽性者数/ 検査件数	検査実施 件数	陽性者数/ 検査件数	検査実施 件数	陽性者数/ 検査件数	検査実施 件数	陽性者数/ 検査件数	検査実施 件数	陽性者数/ 検査件数	検査実施 件数	陽性者数/ 検査件数	検査実施 件数	陽性者数/ 検査件数	検査実施 件数	陽性者数/ 検査件数	検査実施 件数	陽性者数/ 検査件数	検査実施 件数	陽性者数/ 検査件数	検査実施 件数	陽性者数/ 検査件数	検査実施 件数
日本	28215	6.6%	42092	8.8%	51272	6.8%	53506	5.0%	51736	3.2%	40827	1.9%	47599	0.9%	36083	0.7%	33627	0.9%	37821	0.7%	40762	0.7%	38837	1.0%	41896	1.3%	48776	2.6%	
北海道	496	3.6%	981	7.4%	1,309	12.8%	2088	8.7%	2073	11.2%	1730	6.1%	1625	3.7%	1336	3.1%	1889	1.9%	1390	2.2%	1567	3.1%	1654	1.6%	1260	3.3%	1352	2.8%	
青森県	89	4.5%	202	5.4%	147	0.0%	92	0.0%	147	2.7%	79	1.3%	68	0.0%	32	0.0%	66	0.0%	34	0.0%	95	0.0%	17	0.0%	202	0.0%	84	0.0%	
岩手県	36	0.0%	66	0.0%	81	0.0%	66	0.0%	61	0.0%	51	0.0%	48	0.0%	45	0.0%	37	0.0%	36	0.0%	40	0.0%	35	0.0%	29	0.0%	20	0.0%	
宮城県	464	4.5%	533	5.4%	924	3.5%	604	0.3%	577	0.5%	382	0.0%	388	0.0%	256	0.0%	256	0.0%	350	0.0%	369	0.0%	555	0.2%	479	1.0%	443	0.9%	
秋田県	188	3.7%	115	3.5%	192	0.5%	91	0.0%	49	0.0%	31	0.0%	24	0.0%	17	0.0%	8	0.0%	12	0.0%	15	0.0%	10	0.0%	5	0.0%	9	0.0%	
山形県	262	3.8%	487	4.9%	669	3.4%	493	1.0%	337	0.6%	153	0.7%	172	0.0%	132	0.0%	112	0.0%	101	0.0%	92	0.0%	94	0.0%	164	0.0%	97	1.0%	
福島県	163	8.6%	357	6.2%	458	5.2%	459	1.5%	551	1.6%	637	0.5%	755	0.0%	713	0.0%	628	0.0%	626	0.0%	662	0.0%	532	0.2%	518	0.0%	644	0.0%	
茨城県	1046	4.6%	1070	4.2%	1,085	2.6%	1320	1.7%	1342	0.3%	1098	0.3%	1334	0.0%	1078	0.0%	944	0.0%	1067	0.0%	1111	0.0%	995	0.2%	1099	0.3%	1281	0.8%	
栃木県	394	0.5%	378	5.6%	514	2.3%	456	2.0%	515	0.0%	451	0.4%	622	0.6%	458	1.1%	462	0.2%	591	0.2%	587	0.0%	494	0.0%	601	1.3%	901	1.4%	
群馬県	910	0.9%	394	16.2%	495	6.9%	794	2.4%	706	0.7%	377	0.3%	441	0.0%	334	0.6%	296	0.0%	330	0.6%	387	0.0%	319	0.0%	392	0.3%	475	0.6%	
埼玉県	1175	8.4%	2169	10.7%	2,955	8.6%	3566	4.4%	4177	2.2%	3903	1.7%	4052	0.6%	3377	0.4%	3208	0.2%	3781	0.1%	3782	0.4%	3733	0.5%	4061	1.7%	4991	2.6%	
千葉県	2413	3.9%	3229	6.9%	2,820	7.7%	2780	4.5%	2913	1.6%	2260	0.9%	2858	0.6%	2116	0.3%	1994	0.3%	1829	0.3%	1845	0.7%	1897	0.3%	2895	0.9%	4514	1.3%	
東京都	4774	12.9%	9125	12.4%	10,617	10.0%	12004	7.2%	11451	5.9%	9631	3.1%	12311	0.9%	9969	0.5%	8772	1.0%	10925	1.3%	13243	1.2%	12409	1.9%	13561	2.5%	15195	4.3%	
神奈川県	1836	6.6%	2299	14.0%	2,800	8.6%	3217	5.5%	3429	4.2%	2678	2.7%	3569	2.7%	2870	2.2%	2950	1.3%	3150	0.9%	3676	0.3%	3192	0.8%	3256	1.0%	3838	3.2%	
新潟県	414	0.2%	419	2.4%	469	3.0%	642	2.2%	625	1.3%	376	1.1%	499	0.2%	373	0.0%	265	0.0%	253	0.0%	291	0.0%	284	0.4%	338	0.0%	310	0.3%	
富山県	230	4.3%	510	3.9%	416	14.9%	466	18.2%	400	9.3%	473	1.9%	439	0.9%	345	0.6%	330	0.0%	268	0.0%	292	0.0%	245	0.0%	184	0.0%	255	0.4%	
石川県	192	17.7%	369	19.0%	517	12.6%	720	7.1%	379	9.2%	330	4.2%	365	2.5%	210	3.8%	158	1.9%	120	0.8%	90	0.0%	81	0.0%	72	1.4%	68	0.0%	
福井県	197	19.3%	451	8.2%	429	5.6%	454	2.0%	504	0.2%	250	0.0%	221	0.0%	143	0.0%	109	0.0%	32	0.0%	112	0.0%	2	0.0%	1	0.0%	2	0.0%	
山梨県	594	1.5%	685	3.4%	983	1.7%	918	0.2%	1182	0.3%	1007	0.0%	979	0.1%	1020	0.3%	1003	0.4%	1133	0.3%	1226	0.3%	1156	0.1%	1031	0.2%	1072	0.1%	
長野県	321	1.2%	437	3.9%	420	5.5%	419	3.8%	377	1.3%	404	1.2%	356	0.3%	267	0.0%	229	0.0%	266	0.0%	229	0.0%	211	0.5%	256	0.0%	237	0.0%	
岐阜県	381	7.6%	646	9.6%	933	3.6%	585	1.2%	390	0.3%	253	0.0%	249	0.0%	223	0.0%	234	0.0%	268	0.4%	335	0.6%	480	0.6%	370	0.0%	175	2.3%	
静岡県	720	0.8%	729	4.3%	848	1.4%	752	1.5%	886	1.1%	557	0.0%	683	0.0%	549	0.4%	465	0.2%	511	0.0%	534	0.4%	553	0.5%	764	0.0%	993	0.6%	
愛知県	971	6.3%	1543	6.4%	1,561	5.3%	1628	4.2%	1241	1.2%	1191	0.8%	1406	0.6%	908	0.1%	615	0.2%	739	0.4%	824	0.6%	899	0.8%	625	0.0%	651	0.3%	
三重県	349	1.1%	266	1.5%	447	4.3%	430	2.1%	303	0.0%	185	0.0%	181	0.0%	99	0.0%	59	0.0%	49	0.0%	71	0.0%	130	0.8%	85	0.0%	91	0.0%	
滋賀県	156	7.7%	298	6.7%	451	7.3%	490	4.7%	340	0.6%	225	1.3%	282	0.7%	246	0.8%	233	0.0%	244	0.0%	238	0.0%	232	0.4%	233	0.0%	244	0.8%	
京都府	454	14.3%	751	10.9%	1,200	4.8%	1271	3.4%	1582	2.4%	1293	1.6%	1447	0.4%	889	0.0%	647	0.2%	728	0.1%	729	0.1%	651	0.8%	737	1.4%	1089	2.4%	
大阪府	2585	7.7%	3267	12.3%	4,399	9.1%	4371	6.4%	4852	3.6%	3808	2.1%	4373	0.7%	3088	0.6%	2506	0.4%	2354	0.1%	2298	0.2%	2521	0.9%	2719	0.4%	2751	2.3%	
兵庫県	839	7.5%	1422	12.7%	1,668	8.5%	1686	6.9%	1697	2.4%	1304	2.0%	1338	0.6%	922	0.3%	690	0.0%	955	0.0%	1061	0.0%	711	0.4%	771	0.4%	933	0.8%	
奈良県	240	5.8%	311	5.1%	490	4.3%	496	3.0%	555	1.8%	356	1.1%	513	0.0%	307	0.0%	321	0.3%	334	0.0%	295	0.0%	294	0.0%	227	0.0%	275	1.1%	
和歌山県	361	2.2%	708	2.1%	503	1.2%	882	1.5%	624	0.6%	419	0.0%	326	0.6%	205	0.0%	158	0.0%	137	0.0%	93	0.0%	67	0.0%	106	0.9%	128	0.0%	
鳥取県	98	0.0%	155	0.6%	388	0.5%	314	0.0%	139	0.0%	86	0.0%	101	0.0%	146	0.0%	146	0.0%	177	0.0%	149	0.0%	118	0.0%	193	0.0%	460	0.2%	
島根県	42	0.0%	218	3.2%	358	2.5%	169	3.6%	111	1.8%	88	0.0%	143	0.0%	113	0.0%	54	0.0%	62	0.0%	40	0.0%	10	0.0%	31	0.0%	20	0.0%	
岡山県	244	3.3%	223	2.2%	199	2.5%	230	1.3%	226	0.4%	140	0.7%	273	0.4%	170	0.0%	136	0.0%	145	0.0%	165	0.0%	123	0.0%	216	0.5%	165	1.2%	
広島県	467	2.1%	756	6.5%	1,433	4.7%	980	1.6%	966	1.3%	622	0.6%	526	0.2%	325	0.3%	177	0.0%	267	0.4%	208	0.0%	324	0.0%	248	0.0%	183	0.5%	
山口県	180	1.1%	289	5.2%	503	1.4%	124	0.8%	125	3.2%	224	0.9%	104	0.0%	47	0.0%	55	0.0%	63	0.0%	51	0.0%	120	0.0%	204	0.0%	172	0.0%	
徳島県	70	2.9%	76	0.0%	116	0.0%	111	1.8%	98	0.0%	88	0.0%	64	0.0%	36	0.0%	40	0.0%	37	0.0%	48	0.0%	37	0.0%	76	1.3%	70	0.0%	
香川県	153	0.7%	176	3.4%	672	2.5%	351	0.9%	251	0.0%	178	0.0%	153	0.0%	116	0.0%	93	0.0%	87	0.0%	91	0.0%	93	0.0%	94	0.0%	135	0.0%	
愛媛県	188	4.3%	265	6.8%	255	5.9%	252	0.8%	238	0.4%	56	0.0%	433	5.3%	250	3.6%	293	0.7%	305	0.0%	88	0.0%	55	0.0%	90	0.0%	35	0.0%	
高知県	234	7.3%	411	7.1%	332	2.4%	257	1.9%	208	0.5%	118	0.0%	115	0.0%	77	0.0%	50	0.0%	51	0.0%	49	0.0%	37	0.0%	44	0.0%	27	0.0%	
福岡県	1274	12.7%	2258	9.1%	2,583	6.1%	2151	4.6%	2102	1.7%	1406	0.5%	1599	0.3%	1124	0.7%	1858	5.0%	2864	1.5%	2723	0.8%	2689	0.5%	2681	0.3%	2864	1.1%	
佐賀県	122	5.7%	229	2.2%	216	2.8%	363	5.5%	291	2.4%	134	0.7%	130	1.5%	88	0.0%	62	0.0%	85	0.0%	82	0.0%	47	0.0%	85	0.0%	51	0.0%	
長崎県	382	1.8%	539	1.1%	362	0.8%	1077	0.0%	324	0.0%	199	0.0%	504	0.0%	249	0.0%	311	0.0%	189	0.0%	97	0.0%	89						

発症日から診断日までの日数の推移（全国平均と東京都の動き）

【NESIDデータ 2020年第7週～第27週】

資料2-1-1 ④



(国立感染症研究所によるまとめより厚生労働省で図示)

① 全国の感染状況等

(資料2-1-2 ①)

(1) 感染の状況 (疫学的状況)

(2) ①医療提供体制 (療養状況)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
	人口	直近1週間 累積陽性者数	対人口10万人 B/(A/100)	その前1週間 累積陽性者数	直近1週間と その前1週間の比 (B/D)	感染経路不明 な者の割合 (アリンク割合)	入院患者・ 入院確定数	うち 重症者数	入院患者・ 入院確定数	うち 重症者数	宿泊患者数	
時点	2019.10	~7/13(1W)	~7/13(1W)	~7/6(1W)		~7/10(1W)	7/7	7/7	6/30	6/30	7/7	6/30
単位	千人	人		人		%	人	人	人	人	人	人
北海道	5,250	19	0.362	27	0.70	50%	65	6	99	6	6	4
青森県	1,246	3	0.241	0	-	100%	0	0	0	0	0	0
岩手県	1,227	0	0.000	0	-	-	0	0	0	0	0	0
宮城県	2,306	10	0.434	4	2.50	100%	4	0	4	0	2	1
秋田県	966	0	0.000	0	-	-	0	0	0	0	0	0
山形県	1,078	2	0.186	2	1.00	0%	3	0	1	1	0	0
福島県	1,846	1	0.054	0	-	0%	1	0	1	0	0	0
茨城県	2,860	16	0.559	12	1.33	64%	12	1	5	0	2	0
栃木県	1,934	11	0.569	11	1.00	29%	17	0	16	0	0	0
群馬県	1,942	2	0.103	3	0.67	100%	3	0	3	0	0	0
埼玉県	7,350	234	3.184	133	1.76	39%	111	4	81	3	44	10
千葉県	6,259	117	1.869	64	1.83	51%	66	1	40	2	7	5
東京都	13,921	1,179	8.469	696	1.69	43%	453	8	297	10	162	71
神奈川県	9,198	163	1.772	126	1.29	58%	59	7	51	10	51	12
新潟県	2,223	2	0.090	1	2.00	0%	1	0	0	0	0	0
富山県	1,044	2	0.192	1	2.00	50%	2	0	0	0	0	0
石川県	1,138	0	0.000	0	-	-	8	1	16	1	0	0
福井県	768	2	0.260	0	-	-	0	0	0	0	0	0
山梨県	811	1	0.123	1	1.00	100%	0	0	1	0	0	0
長野県	2,049	2	0.098	0	-	-	1	0	1	0	0	0
岐阜県	1,987	2	0.101	4	0.50	100%	6	2	2	1	0	0
静岡県	3,644	8	0.220	5	1.60	0%	6	0	4	0	0	0
愛知県	7,552	6	0.079	3	2.00	0%	4	0	3	0	0	0
三重県	1,781	4	0.225	0	-	0%	0	0	0	0	0	0
滋賀県	1,414	3	0.212	2	1.50	0%	4	0	2	0	0	0
京都府	2,583	52	2.013	25	2.08	20%	35	0	16	0	3	0
大阪府	8,809	153	1.737	65	2.35	63%	48	3	26	3	23	8
兵庫県	5,466	25	0.457	9	2.78	71%	12	0	6	0	1	0
奈良県	1,330	27	2.030	4	6.75	13%	9	0	0	0	0	0
和歌山県	925	19	2.054	0	-	27%	0	0	1	0	0	0
鳥取県	556	1	0.180	1	1.00	-	1	0	0	0	0	0
島根県	674	0	0.000	0	-	-	0	0	0	0	0	0
岡山県	1,890	0	0.000	2	0.00	-	2	0	1	0	0	0
広島県	2,804	13	0.464	1	13.00	44%	4	0	0	0	0	0
山口県	1,358	0	0.000	0	-	-	0	0	0	0	0	0
徳島県	728	4	0.549	0	-	25%	4	0	1	0	0	0
香川県	956	2	0.209	0	-	100%	0	0	0	0	0	0
愛媛県	1,339	0	0.000	0	-	-	0	0	1	1	0	0
高知県	698	1	0.143	0	-	-	0	0	0	0	0	0
福岡県	5,104	46	0.901	32	1.44	39%	38	2	16	2	0	0
佐賀県	815	0	0.000	0	-	-	0	0	0	0	0	0
長崎県	1,327	12	0.904	1	12.00	100%	1	0	0	0	0	0
熊本県	1,748	0	0.000	0	-	-	0	0	1	0	0	0
大分県	1,135	0	0.000	0	-	-	0	0	0	0	0	0
宮崎県	1,073	2	0.186	1	2.00	0%	1	0	0	0	0	0
鹿児島県	1,602	40	2.497	99	0.40	9%	58	1	0	0	34	0
沖縄県	1,453	6	0.413	0	-	0%	0	0	0	0	0	0
日本	126,167	2,192	1.737	1335	1.64	43%	1,039	36	696	40	335	111

※：人口推計 第4表 都道府県，男女別人口及び人口性比－総人口，日本人人口（2019年10月1日現在）
 ※：累積陽性者数は、感染症法に基づく陽性者数の累積（各都道府県の発表日ベース）を記載。7月13日(月)の新規感染者数は、自治体に確認を取っていない暫定値であることに留意。
 ※：入院患者・入院確定数及び重症者数について、G・H・K列は7/7 24:00時点。I・J・L列は6/30 24:00時点。
 ※：入院確定数は、一両日中に入院すること及び入院先が確定している者の数。
 ※：重症者数は、集中治療室（ICU）等での管理、人工呼吸器管理又は体外式心配補助（ECMO）による管理が必要な患者数。

(2) ②医療提供体制(病床確保等)

(3) 検査体制の構築

時点	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V		W
	新型コロナ対策協議会の設置状況	患者受入れ調整本部の設置状況	周産期医療の協議会開催状況	受入確保病床数	受入確保想定病床数	宿泊施設確保数	最近1週間のPCR検査件数	2週間前のPCR検査件数	変化率(S/T)	(参考)それぞれの週の陽性者数		
単位	5/1	5/1	5/19	7/7	7/7	7/7	~7/5(1W)	~6/28(1W)		~7/5(1W)	~6/28(1W)	
				床	床	室	件	件		人	人	
北海道	済	済	済	700	1,558	810	1,352	1,261	1.07	38	42	
青森県	済	済	済	144	225	30	84	202	0.42	0	0	
岩手県	済	済	済	93	166	85	20	29	0.69	0	0	
宮城県	済	済	済	388	400	100	443	473	0.94	4	5	
秋田県	済	済	済	105	105	16	9	5	1.80	0	0	
山形県	済	済	予定	150	150	188	97	163	0.60	1	0	
福島県	済	済	済	229	800	100	644	489	1.32	0	0	
茨城県	済	済	済	151	1,000	34	1,281	1,099	1.17	10	3	
栃木県	済	済	済	271	271	111	901	600	1.50	13	8	
群馬県	済	済	済	170	280	150	475	391	1.21	3	1	
埼玉県	済	済	済	602	602	1,055	4,947	4,012	1.23	130	71	
千葉県	済	済	済	819	1,700	736	4,514	2,838	1.59	59	25	
東京都	済	済	済	3,300	4,000	1,307	15,195	13,453	1.13	652	334	
神奈川県	済	済	済	2,050	2,800	2,431	3,838	3,202	1.20	121	31	
新潟県	済	済	済	411	766	50	310	338	0.92	1	0	
富山県	済	済	済	500	500	100	255	184	1.39	1	0	
石川県	済	済	済	233	520	340	68	72	0.94	0	1	
福井県	済	済	済	176	350	15	2	1	2.00	0	0	
山梨県	済	済	済	80	400	21	1,058	888	1.19	1	2	
長野県	済	済	済	300	300	200	237	256	0.93	0	0	
岐阜県	済	済	済	342	458	466	171	365	0.47	4	0	
静岡県	済	済	済	200	400	155	993	764	1.30	6	0	
愛知県	済	済	済	500	1,500	1,300	645	625	1.03	2	0	
三重県	済	済	済	176	176	100	91	84	1.08	0	0	
滋賀県	済	済	済	161	450	62	244	233	1.05	2	0	
京都府	済	済	済	431	431	338	1,089	639	1.70	26	10	
大阪府	済	済	済	1,253	1,615	1,565	2,468	2,450	1.01	64	12	
兵庫県	済	済	予定	515	515	578	11,500	771	14.92	7	3	
奈良県	済	済	済	434	500	108	275	213	1.29	3	0	
和歌山県	済	済	済	150	177	137	128	106	1.21	0	1	
鳥取県	済	済	済	322	300	640	460	193	2.38	1	0	
島根県	済	済	済	253	253	65	20	31	0.65	0	0	
岡山県	済	済	済	220	250	78	165	216	0.76	2	1	
広島県	済	済	済	266	270	130	180	248	0.73	1	0	
山口県	済	済	済	423	423	638	172	156	1.10	0	0	
徳島県	済	済	済	172	200	208	70	68	1.03	0	1	
香川県	済	済	済	163	163	101	135	94	1.44	0	0	
愛媛県	済	済	済	223	223	67	35	90	0.39	0	0	
高知県	済	済	済	166	200	16	27	44	0.61	0	0	
福岡県	済	済	済	490	1,800	826	2,864	2,681	1.07	32	7	
佐賀県	済	済	済	146	232	230	51	85	0.60	0	0	
長崎県	済	済	済	307	903	163	88	121	0.73	1	0	
熊本県	済	済	済	378	400	1,430	151	216	0.70	0	1	
大分県	済	済	済	258	300	700	174	239	0.73	0	0	
宮崎県	済	済	済	204	231	200	50	43	1.16	1	0	
鹿児島県	済	済	済	253	253	188	872	149	5.85	87	0	
沖縄県	済	済	済	225	430	0	141	116	1.22	0	0	
日本	-	-	-	19,503	29,946	18,368	58,989	40,996	1.44	1,273	559	

※：受入確保病床数、受入確保想定病床数、宿泊施設確保数については、7/7 24:00時点。

※：受入確保病床数は、ピーク時に新型コロナウイルス感染症患者が利用する病床として、各都道府県が医療機関と調整を行い、確保している病床数。実際には受入れ患者の重症度等により、変動する可能性がある。

※：受入確保想定病床数は、ピーク時に新型コロナウイルス感染症患者が利用する病床として、各都道府県が見込んでいる(想定している)病床数であり変動しうる点に特に留意が必要。また、実際には受入れ患者の重症度等により、変動する可能性がある。受入確保病床数が、受入確保想定病床数を超える都道府県にあっては、受入確保病床数を受入確保想定病床数として記載。

※：宿泊施設確保数は、受け入れが確実な宿泊施設の部屋として都道府県が判断し、厚生労働省に報告した室数。都道府県の運用によっては、事務職員の宿泊や物資の保管、医師・看護師の控え室のために使用する居室等として、一部使われる場合がある。(居室数が具体的に確認できた場合、数値を置き換えることにより数値が減る場合がある。)数値を非公表としている県又は調整中の県は「-」で表示。

※：PCR検査件数は、①各都道府県から報告があった地方衛生研究所・保健所のPCR検査件数(PCR検査の体制整備にかかる国への報告について(依頼)(令和2年3月5日))、②厚生労働省から依頼した民間検査会社、大学、医療機関のPCR検査件数を計上。一部、未報告の検査機関があったとしても、現時点で得られている検査件数を計上している。

(1) 首都圏の感染状況等について

資料2-1-2 ②

① 東京都

	6/29	6/30	7/1	7/2	7/3	7/4	7/5	1週間合計
新規陽性者数	58人	54人	67人	107人	124人	131人	111人	652人
-うち接触経路不明者	24人 (41%)	28人 (52%)	20人 (30%)	45人 (42%)	40人 (32%)	46人 (35%)	53人 (48%)	256人 (40%)
-うち夜の街関連	32人 (55%)	15人 (28%)	27人 (40%)	29人 (27%)	58人 (47%)	62人 (47%)	46人 (41%)	269人 (41%)
-うち20代・30代	46人 (79%)	26人 (48%)	49人 (73%)	71人 (66%)	97人 (78%)	98人 (75%)	73人 (66%)	460人 (71%)
入院患者数	272人	264人	280人	233人	324人	346人	369人	—
病床使用率	8.2%	8.0%	8.5%	7.1%	9.8%	10.5%	11.2%	—

東京都	7/6	7/7	7/8	7/9	7/10	7/11	7/12	1週間合計
新規陽性者数	102人	106人	75人	224人	243人	206人	206人	1162人
-うち接触経路不明者	42人 (41%)	47人 (44%)	34人 (45%)	103人 (46%)	101人 (42%)	101人 (49%)	92人 (45%)	520人 (45%)
-うち夜の街関連	35人 (34%)	23人 (22%)	24人 (32%)	74人 (33%)	110人 (45%)	48人 (23%)	44人 (21%)	358人 (31%)
-うち20代・30代	72人 (71%)	70人 (66%)	27人 (36%)	169人 (75%)	186人 (77%)	144人 (70%)	133人 (65%)	801人 (69%)
入院患者数	419人	427人	444人	441人	487人	529人	580人	—
病床使用率	12.7%	12.9%	13.5%	13.4%	14.8%	16.0%	17.6%	—

【同一の場で複数の感染が発生した事例（主なもの）】

- ・武蔵野中央病院：2名（合計64名）
- ・ひぐらしの里：12名（合計12名）
- ・新宿シアターモリエール：20名（7月12日時点）

② 埼玉県

	6/29	6/30	7/1	7/2	7/3	7/4	7/5	1週間合計
新規陽性者数	13人	10人	14人	19人	26人	27人	21人	117人
-うち接触経路不明者	4人 (31%)	4人 (40%)	4人 (29%)	8人 (42%)	8人 (31%)	13人 (48%)	4人 (19%)	45人 (38%)
-うち20代・30代	9人 (69%)	4人 (40%)	11人 (79%)	16人 (84%)	17人 (65%)	15人 (56%)	16人 (76%)	79人 (68%)
入院患者数	75人	81人	89人	94人	103人	115人	130人	—
病床使用率	12%	13%	15%	16%	17%	19%	22%	—

埼玉県	7/6	7/7	7/8	7/9	7/10	7/11	7/12	1週間合計
新規陽性者数	16人	27人	48人	22人	44人	35人	31人	223人
-うち接触経路不明者	6人 (38%)	8人 (30%)	12人 (25%)	12人 (55%)	24人 (55%)	19人 (54%)	18人 (58%)	99人 (43%)
-うち20代・30代	12人 (75%)	9人 (33%)	35人 (73%)	7人 (32%)	19人 (43%)	16人 (46%)	14人 (45%)	112人(50%)
入院患者数	119人	118人	111人	128人	134人	156人	167人	—
病床使用率	20%	20%	18%	21%	22%	26%	28%	—

【同一の場で複数の感染が発生した事例（主なもの）】

- ・さいたま市大宮のキャバクラ店：16名

③ 千葉県

	6/29	6/30	7/1	7/2	7/3	7/4	7/5	1週間合計
新規陽性者数	4人	7人	7人	11人	9人	16人	7人	57人
-うち接触経路不明者	0人 (-%)	4人 (57%)	2人 (29%)	1人 (9%)	7人 (78%)	4人 (25%)	4人 (57%)	19人 (33%)
-うち20代・30代	3人 (75%)	5人 (71%)	2人 (29%)	7人 (64%)	5人 (56%)	13人 (81%)	5人 (71%)	36人 (63%)
入院患者数	33人	40人	42人	52人	45人	53人	54人	—
病床利用率	4%	5%	5%	7%	5%	6%	7%	—

	7/6	7/7	7/8	7/9	7/10	7/11	7/12	1週間合計
新規陽性者数	9人	11人	10人	22人	12人	14人	31人	109人
-うち接触経路不明者	7人 (78%)	6人 (55%)	8人 (80%)	12人 (55%)	4人 (33%)	7人 (50%)	12人 (39%)	56人 (51%)
-うち20代・30代	4人 (44%)	6人 (55%)	6人 (60%)	16人 (73%)	6人 (50%)	10人 (71%)	15人 (48%)	63人 (58%)
入院患者数	62人	66人	79人	89人	96人	101人	121人	—
病床利用率	13.5%	14.4%	17.2%	19.4%	21.0%	22.0%	26.4%	—

【同一の場で複数の感染が発生した事例（主なもの）】

- ・都内居酒屋：7名
- ・タムス浦安病院：16名

④ 神奈川県

	6/29	6/30	7/1	7/2	7/3	7/4	7/5	1週間合計
新規陽性者数	7人	31人	6人	13人	24人	20人	20人	121人
-うち接触経路不明者	4人 (57%)	2人 (6%)	3人 (50%)	11人 (85%)	9人 (38%)	13人 (65%)	11人 (55%)	53人 (44%)
-うち20代・30代	5人 (72%)	28人 (90%)	3人 (50%)	8人 (62%)	17人 (71%)	13人 (65%)	11人 (55%)	85人 (70%)
入院患者数	51人	51人	49人	58人	57人	—	—	—
病床使用率	2%	2%	2%	3%	3%	—	—	—

	7/6	7/7	7/8	7/9	7/10	7/11	7/12	1週間合計
新規陽性者数	11人	9人	23人	25人	32人	34人	24人	158人
-うち接触経路不明者	6人 (9%)	4人 (4%)	9人 (39%)	18人 (72%)	20人 (63%)	19人 (56%)	14人 (58%)	90人 (57%)
-うち20代・30代	4人 (36%)	6人 (67%)	11人 (48%)	18人 (72%)	20人 (63%)	18人 (53%)	15人 (63%)	92人 (58%)
入院患者数	68人	59人	72人	63人	75人	—	—	—
病床使用率	3%	3%	4%	3%	4%	—	—	—

【同一の場で複数の感染が発生した事例（主なもの）】

- ・横浜市のホストクラブ：26名（6/30新規陽性者）

首都圏の感染状況等

(2) 首都圏における感染者の年齢分布

①東京都

	6/1~6/7		6/8~6/14		6/15~6/21		6/22~6/28		6/29~7/5		7/6~7/12	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
60代~	22	15%	26	16%	28	12%	23	7%	51	8%	68	6%
50代	15	10%	9	6%	11	5%	25	7%	37	6%	72	6%
40代	19	13%	8	5%	18	8%	40	12%	70	11%	119	10%
30代	36	24%	36	22%	67	28%	71	21%	157	24%	283	24%
20代	53	36%	77	48%	110	46%	165	49%	303	46%	541	47%
~10代	2	1%	5	3%	6	3%	10	3%	34	5%	79	7%
不明・非公開	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
計	147		161		240		334		652		1162	

②埼玉県

	6/1~6/7		6/8~6/14		6/15~6/21		6/22~6/28		6/29~7/5		7/6~7/12	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
60代~	1	25%	3	21%	2	12%	6	8%	9	7%	21	9%
50代	1	25%	1	7%	1	6%	16	23%	12	9%	24	11%
40代	0	0%	1	7%	3	18%	8	11%	11	8%	34	15%
30代	0	0%	4	29%	4	24%	14	20%	30	23%	28	13%
20代	2	50%	5	36%	6	35%	24	34%	58	45%	78	35%
~10代	0	0%	0	0%	1	6%	3	4%	10	8%	22	10%
不明・非公開	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	16	7%
計	4		14		17		71		130		223	

③千葉県

	6/1~6/7		6/8~6/14		6/15~6/21		6/22~6/28		6/29~7/5		7/6~7/12	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
60代~	1	17%	0	0%	0	0%	3	12%	7	11%	22	20%
50代	1	17%	1	8%	0	0%	4	16%	3	5%	9	8%
40代	2	33%	1	8%	0	0%	0	0%	6	10%	6	6%
30代	2	33%	3	25%	1	20%	4	16%	13	21%	17	16%
20代	0	0%	5	42%	3	60%	8	32%	27	44%	46	42%
~10代	0	0%	2	17%	1	20%	6	24%	5	8%	9	8%
不明・非公開	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
計	6		12		5		25		61		109	

④神奈川県

	6/1~6/7		6/8~6/14		6/15~6/21		6/22~6/28		6/29~7/5		7/6~7/12	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
60代~	11	39%	2	18%	3	12%	1	3%	13	11%	20	13%
50代	1	4%	2	18%	6	24%	3	10%	7	6%	17	11%
40代	1	4%	1	9%	3	12%	3	10%	11	9%	17	11%
30代	4	14%	1	9%	4	16%	8	26%	27	22%	23	15%
20代	10	36%	5	45%	7	28%	10	32%	58	48%	69	44%
~10代	1	4%	0	0%	2	8%	6	19%	5	4%	12	8%
不明・非公開	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
計	28		11		25		31		121		158	

(参考) 東京都の年齢階級別感染者数の推移 (3/20以降)

	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90代	100歳以上	不明	総計	うち30代未満	うち60代以上
3/20~3/26	1	3	15	20	32	23	21	20	3	4	0	0	142	39	48
	0.7%	2.1%	10.6%	14.1%	22.5%	16.2%	14.8%	14.1%	2.1%	2.8%	0.0%	0.0%		27.5%	33.8%
3/27~4/2	5	10	73	95	86	52	43	46	16	5	0	0	431	183	110
	1.2%	2.3%	16.9%	22.0%	20.0%	12.1%	10.0%	10.7%	3.7%	1.2%	0.0%	0.0%		42.5%	25.5%
4/3~4/9	7	8	152	200	146	128	96	73	45	7	0	0	862	367	221
	0.8%	0.9%	17.6%	23.2%	16.9%	14.8%	11.1%	8.5%	5.2%	0.8%	0.0%	0.0%		42.6%	25.6%
4/10~4/16	13	12	208	193	199	209	111	81	53	27	1	1	1108	426	273
	1.2%	1.1%	18.8%	17.4%	18.0%	18.9%	10.0%	7.3%	4.8%	2.4%	0.1%	0.1%		38.4%	24.6%
4/17~4/23	16	17	166	167	158	162	103	98	65	28	0	1	982	366	294
	1.6%	1.7%	16.9%	17.0%	16.1%	16.5%	10.5%	10.0%	6.6%	2.9%	0.0%	0.1%		37.3%	29.9%
4/24~4/30	15	14	115	88	76	94	59	71	51	44	1	3	631	232	226
	2.4%	2.2%	18.2%	13.9%	12.0%	14.9%	9.4%	11.3%	8.1%	7.0%	0.2%	0.5%		36.8%	35.8%
5/1~5/7	6	11	105	91	74	80	62	67	76	41	1	2	616	213	247
	1.0%	1.8%	17.0%	14.8%	12.0%	13.0%	10.1%	10.9%	12.3%	6.7%	0.2%	0.3%		34.6%	40.1%
5/8~5/14	2	4	44	28	17	18	18	16	22	9	1	0	179	78	66
	1.1%	2.2%	24.6%	15.6%	9.5%	10.1%	10.1%	8.9%	12.3%	5.0%	0.6%	0.0%		43.6%	36.9%
5/15~5/21	1	1	18	7	6	4	5	7	6	4	0	0	59	27	22
	1.7%	1.7%	30.5%	11.9%	10.2%	6.8%	8.5%	11.9%	10.2%	6.8%	0.0%	0.0%		45.8%	37.3%
5/22~5/28	0	5	16	18	5	6	5	3	3	2	0	0	63	39	13
	0.0%	7.9%	25.4%	28.6%	7.9%	9.5%	7.9%	4.8%	4.8%	3.2%	0.0%	0.0%		61.9%	20.6%
5/29~6/4	0	1	41	30	13	11	7	15	8	1	0	0	127	72	31
	0.0%	0.8%	32.3%	23.6%	10.2%	8.7%	5.5%	11.8%	6.3%	0.8%	0.0%	0.0%		56.7%	24.4%
6/5~6/11	0	2	53	27	16	12	5	3	6	1	0	0	125	82	15
	0.0%	1.6%	42.4%	21.6%	12.8%	9.6%	4.0%	2.4%	4.8%	0.8%	0.0%	0.0%		65.6%	12.0%
6/12~6/18	1	6	107	56	11	12	18	11	6	0	0	0	228	170	35
	0.4%	2.6%	46.9%	24.6%	4.8%	5.3%	7.9%	4.8%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%		74.6%	15.4%
6/19~6/25	4	6	128	66	28	17	10	10	1	1	0	0	271	204	22
	1.5%	2.2%	47.2%	24.4%	10.3%	6.3%	3.7%	3.7%	0.4%	0.4%	0.0%	0.0%		75.3%	8.1%
6/26~7/2	8	12	206	112	53	35	10	9	6	6	0	0	457	338	31
	1.8%	2.6%	45.1%	24.5%	11.6%	7.7%	2.2%	2.0%	1.3%	1.3%	0.0%	0.0%		74.0%	6.8%
7/3~7/9	23	28	421	208	93	50	25	10	8	6	1	0	873	680	50
	2.6%	3.2%	48.2%	23.8%	10.7%	5.7%	2.9%	1.1%	0.9%	0.7%	0.1%	0.0%		77.9%	5.7%

直近の感染状況等の分析と評価（7月14日（火））

1. 直近の感染状況等

- 新規感染者数は全国的に継続して増加傾向にある。人口 10 万人当たりの 1 週間の累積感染者数は、東京都では 8.47 人、全国では 1.74 人となった（7/13）。直近 1 週間の感染経路が特定できない症例の割合は、東京都で 43%、全国でも 43%（7/4~7/10）。
- 直近で顕著な感染拡大が認められる東京都では、接待を伴う飲食店や友人との飲み会などにおいて若年層を中心とした感染者増が続いているが、その他の年代の感染者数も増加傾向にある。感染者の 3/4 は 20 代~30 代である一方、60 代以上は直近 1 週間で 5.7%（7/3~7/9）。
- 7 月に入って以降、神奈川、埼玉、千葉など東京近郊のほか、宮城、三重、鹿児島、山形などでも東京都への移動との関連性を疑う事例が見られる。
- 入院患者数は全国で 1039 人（7 月 8 日時点。前週比+343 人）、東京都は 13 日付けで 651 人（7 月 13 日時点。前週比+232 人）にのぼっており、受入可能病床に対する割合はそれぞれ 5%、20%となった。この他、東京都では、入院・療養等調整中が 396 人にのぼっている。一方、重症患者数は全国で 36 人（7 月 8 日現在）、東京都 6 人（7 月 13 日現在）に留まっており、受入可能病床に占める重症患者の割合は、全国で 1%、東京都で 2%に留まっている。
- 検査体制は、直近 1 週間（6/29~7/5）の検査数は全国で 48,776 件（前週比+6,880 件）、東京都で 15,195 件（前週比+1,634 件）であり、検査件数に対する陽性者数の割合は、全国が 2.2%、東京都で 4.3%であった。また、7 月 13 日時点の東京都は 6.1%となるなど 3 日間連続で 6%台となった。一方、NESID データから判断する「発症~診断日」の平均（6/29~7/5）は、全国で 4.9 日、東京都で 5.1 日であり、4 月中旬（4/13~19）のような状況（全国で 7.6 日、東京都で 9.0 日）は確認されていない。

2. 直近の感染状況の評価等

- 検査については、PCR検査能力は、4 月上旬の 1 日当たり約 1.1 万件から 3.1 万件に拡充され、抗原検査など新しい検査方法も普及してきていること、陽性者数の割合は緊急事態宣言時と比較して低位に留まっている。また、発症から診断までの日数も縮小傾向にあるなど、現時点では、必要な対象者に検査が実施できていると考えられる。
- 東京都では、緊急事態宣言時（4 月 7 日）時と同程度の新規感染者数が報告されているが、東京都における新規感染者数には、接待を伴う飲食店を中心とした大規模な積極的疫学調査により把握された無症候者・軽症者が含まれており、緊急

事態宣言時には診断されていなかった患者（見えなかった患者）が含まれている。従って、単純に、新規感染者数のみをもって、過去の状況との比較を行うことは妥当ではない。

- 東京都の状況については、重症者は少ないため、集中治療を行うための病床は確保されている。しかし、新規感染者数の増加や高齢者への波及が報告されているため、早急な病床数及び宿泊療養場所の確保が必要な状況である。特に、軽症者が多いこともあり、宿泊療養場所とそのスタッフの確保が急務と考えられる。さらに、積極的疫学調査、入院患者の経過状況把握だけでなく、感染者の移送業務、医療機関からの頻繁な連絡への対応などに当たる保健所の体制が逼迫していると考えられる。特に、多数の新規感染者の対応を求められる地域の保健所への人的・物的な支援は急務と考えられる。
- 東京都を中心に接待を伴う飲食店や会食を介した感染拡大が続いており、地方でもショーパブや昼カラオケなどによるクラスター感染が報道されている。世界保健機関（WHO）は9日に、新型コロナウイルス感染について新たなガイドラインを示し、混雑した換気の悪い環境下における、空気中を漂う微粒子「エアロゾル」を介した感染を認めている。我が国がこれまで取り組んできた、3密の回避、大声を上げる環境の回避、換気の徹底などの必要性が改めて強く示唆される。
- また、東京から一部の地方への伝播が確認されるとともに、感染経路不明の症例が増加傾向にあることから、上記のような特定の場所・地域に限らない感染が進行しつつあることは否定できない。
- さらに、病院内や高齢者施設での感染も発生し始めており、3月下旬以降の感染拡大の際も、夜の街から、家庭内感染、院内・施設内感染への順で感染が拡大したことがうかがわれていることを踏まえれば、見えない感染が市中で拡大し、これらの施設で重症者（または感染者）が多発して初めて明らかになる可能性も否定できず、孤発例の動向などに一層の注意を払わなければならない。
- 実際に感染してから診断・報告されるまで（1～2週間程度）、入院患者数のピーク（感染のピークから3週間以上後）にはタイムラグがあり、重症化も遅れて生じることを踏まえれば、現在の新規感染者数は1～2週間前の感染の動向を示すものであること、医療提供体制への負荷は患者の重症化に伴って遅れて生じることに常に留意し、国・自治体は、より一層の監視と準備を怠らないようにする必要がある。
- 現段階では、例えば、近隣のスーパーでの買い物や出勤の公共交通機関、オフィスなどで基本的な感染対策をしていれば感染が拡大している状況ではないと考えられる。いわゆる3密と言われる場所や家庭内感染、施設内感染が主である。しかしながら、引き続き感染者を増やさないためにもしっかりとした感染対策を市民にも呼びかける必要がある。

- 今後の感染状況の見通しについては、3月末～4月にかけての感染拡大の状況よりは緩やかであり、現時点では、同様の感染拡大状況ではないのではないか、との意見があった。一方で、経路が不明な感染者数が増加傾向にあり、そうした判断に至るためには十分なエビデンスがないので、現状の対策を強化するとともに、感染拡大に向けた実効性のある対策を準備することが必要ではないか、との意見もあった。いずれにせよ、アドバイザリーボードとして、感染状況を引き続き注意深く見ていくことが必要との見解に至った。

3. その他留意事項等

- 重症患者が増加傾向にない理由として、3月下旬～4月の感染拡大の際には60代以上の方が1/4～4割弱存在したが、6月下旬以降は、1割弱で推移していることが考えられる。この点について、世代間の接触が比較的少ない集団の中で感染が広がっているため、重症化リスクの高い高齢者への感染拡大がまだ起きていないのではないかとこの意見があった。また、発症から検査、治療開始までの流れがよりスムーズになったことにより、重症化を未然に防げるようになった可能性を指摘する意見もあったが、基礎疾患を有する者などを除けば、早期診断・早期治療の効果が出ているかは現時点では明確には言えないのではないかとこの意見もあった。一方で、若年層の患者の中には、医療・福祉施設で勤務する者も少なくないであろうことを踏まえれば、院内・施設内感染への波及を懸念する意見があった。
- 現場の感覚として少しずつ中高年の患者が増えてきているという意見や、接待を伴う飲食店などとの関連性が低い患者も増えてきているとの意見もあり、感染の状況について引き続き注視が必要。(実際に、60代以上の割合は低下しているにもかかわらず、数自体は増えていることに留意。)
- 無症状や発症直後の方への検査として抗体検査を用いるなど、適切とは言えない検査が実施されている例も見られる。抗体検査を医療で用いる場合、その評価が難しく利用に懸念があるという点について幅広く周知するべきという意見があった。

4. 国・都道府県等において求められる事項

- 円滑なPCR検査等実施体制の確保
- 陽性者が増える場合に備え、病床数とホテル等の宿泊療養施設の確保等
- 感染防止対策の徹底
 - ⇒ 「接待を伴う飲食店の多い地域」等におけるガイドラインの徹底
 - ⇒ 接触確認アプリ等の推奨 等
- 保健所の体制強化

⇒ 増加する新規感染者に対する保健師等の要員の増員、情報分析・連絡調整体制の整備 等

5. 感染拡大防止に向けて求められる事項

- 新規感染者数に関しては、緊急事態宣言時と同等かそれ以上の数が報告されているが、当時よりも、必要な方が検査を受け、適切な医療を受診できる体制が整っている。
- 一方で、感染拡大傾向にあることは事実であり、市中感染の拡大を防止するためには引き続き、以下のような市民一人ひとりの行動が重要になる。

- 体調が悪い場合はすぐにかかりつけ医などに連絡・相談、すぐに受診・検査。発熱者は仕事場・学校などを休む（休める）ようにする。
- 自分を守り、周囲を守り、そして地域を守る。
 - ◆市民の一人ひとりが徹底した「3密回避」と「人と人の距離」
 - ・ 地域を越えた移動、イベント参加時には、感染対策が講じられていると思われる場所のみとし、あらかじめ混雑が予想されるようなところに行くことは避ける、あるいは時間帯を工夫する。
 - ◆適切な「手洗い・マスク・消毒・換気」の徹底
- 自分たちの地域を守るため、事業者・住民・行政が手を組んで「安心な街づくり」
 - ◆「出かける前に検温・接触確認アプリ。事業者は必要に応じ名簿作成」

- 感染対策に向けては市民の連帯が重要になる。しかし、警戒を高めすぎたあまり、感染者に対する差別や排除を行うことは、かえって感染症に対する社会の抵抗力を下げることになる。不幸にして感染した人は、医療だけではなく周囲の社会にも支えられなければならない。市民そしてメディアは、マスメディア、ソーシャルメディアを通じた議論の際、「警戒」と「包摂」のバランスを模索し続けるべきである。
- 積極的疫学調査は、感染拡大防止と社会経済活動とを両立させていくためにも不可欠であり、プライバシーの保護はより徹底されることを前提に、感染拡大につながる原因を探ることへの協力を求めていくことが重要である。また、地方公共団体では、感染者やクラスター発生場所の公表は、まん延の防止に資する範囲に留める必要がある。

アドバイザー・ボード
感染者情報の活用のあり方に関するWG設置要綱（案）

1. 趣旨

厚生労働省において、感染者等の情報を一元的に把握・管理するため、「新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム（HER-SYS）」が開発・導入され、5月末から全国で順次利用を開始しているところである。

より効率的・効果的なサーベイランスに資するよう、HER-SYSの運用上の課題の検討、収集されるデータの集計・分析及び結果の活用のあり方並びに感染症情報の収集・管理の仕組み・体制のあり方等について、医療・公衆衛生分野の専門的・技術的見地から検討するため、感染者情報の活用のあり方に関するワーキング・グループ（以下「本WG」という。）を開催する。

2. 構成・運営

- (1) アドバイザー・ボードの下に本WGを置く。本WGのメンバーはアドバイザー・ボードの座長が指名する者とする。
- (2) 本WGに座長を置く。座長は、アドバイザー・ボードの座長が指名する者をもって充てる。
- (3) 座長は、必要に応じ、本WGの会合に関係者の参加を求めることができる。
- (4) 事務局は、本WGの求めに応じ、検討に必要な情報の提供その他の必要な支援を行う。

3. 審議内容の公表等

- (1) 座長が適当と認めるときは、本WGの会合を非公開とすることができる。
- (2) 会合における審議内容の公表は、会議資料並びに開催日時、開催場所、出席者、議題、発言者及び発言内容を記載した議事概要によることとする。
- (3) その他アドバイザー・ボードの運営に関して必要な事項は、座長が定める。

【構成員（案）】

学識者、感染症研究所、自治体及び医療機関の関係者（合計7名程度）を予定。

- ※学識者
- ※感染研関係者
- ※自治体関係者
- ※自治体(保健所)関係者
- ※自治体(地衛研)関係者
- ※医療機関関係者
- ※医療機関関係者

今後の進め方（イメージ）

1. 主な論点

（1）運用上の課題

- HER-SYS を入力・利用する自治体や医療機関にとって、より使いやすいシステムとするためには、どのような課題があり、どう対応するか。
 - ・これまでの自治体等との意見交換の概要とそれを踏まえた対応予定
 - ・更なる改善課題について
- セキュリティ、個人情報保護の観点からの不安の声にどう対応するか。
- 保健所・都道府県間を超えた、より効果的な感染症対策（クラスター対策、分析等）に資するシステムにすることはできないか。

（2）収集データの活用のあり方

- HER-SYS により収集されるデータを用いて、精緻な集計・分析がリアルタイムに可能となるはずだが、どのような分析が可能になるかについて、活用可能性を更に検証するべきではないか。
- その上で、自治体等が使いやすい分析ツールを導入すべきではないか。
- さらに、集計・分析の結果が、どのように実務面での改善につながりうるかについても示すべきではないか。あわせて、国、自治体等による結果のフィードバックや情報提供のあり方についても示すべきではないか。

（3）感染症情報の収集・管理の仕組み・体制のあり方等

- 国、都道府県、保健所設置市・特別区の情報共有における課題等について

2. 進め方

7月14日（火） アドバイザリー・ボード
・WG設置についての了承

7月21日頃まで 第1回WG
・厚労省から現状説明（主な機能（データ可視化ツールを含む。）、利用状況等）
・主な論点（1）及び（2）について

7月中 第2回WG
・主な論点（2）及び（3）について

行政検査の対象者の整理（案）

資料4

- ✓ 「行政検査」の対象者は、①感染症の患者、②無症状病原体保有者、③疑似症患者、④感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由のある者と規定されている（感染症法第15条第1項・第3項第1号）
- ✓ また、上記①～④に該当しない場合でも、サービスの一環として、希望者に対して検査を実施する場合は、感染症法の規定に基づく国庫負担を伴わない事業として、実施可能と整理している。
- ✓ 「感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由のある者」には、①無症状の濃厚接触者や、②地域や集団、組織等において検査前確率が高いと考えられ、かつ、クラスター連鎖が生じやすいと考えられる状況にあると保健所長が認める場合における、当該地域や集団、組織等に属する者などが含まれる。

感染症の患者	無症状病原体保有者
感染が疑われる患者のうち、SARS-CoV-2が検出された者	症状を認めないが、SARS-CoV-2が検出された者
疑似症患者	感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由のある者
以下のいずれかに該当し、他の感染症・病因によることが明らかでなく、COVID-19を疑う場合 ア 有症状であり、かつ、患者と濃厚接触歴ある者 イ 有症状であり、かつ、流行地域渡航・居住歴ある者 ウ 有症状であり、かつ、流行地域渡航・居住歴ある者との濃厚接触歴ある者 エ 有症状であり、COVID-19との鑑別が必要な者 オ 上記のほか、医師がCOVID-19を疑う者	①無症状の濃厚接触者（有症状は疑似症患者と同義） ・患者と同居・長時間の接触があった者 ・感染防護具なしに患者を診察・看護・介護していた者 ・患者の気道分泌物、体液等に直接接触した可能性がある方 ・必要な感染予防策なしに、1メートル・15分以上、患者と接触した方 （注）陰性の場合でも、14日間は健康観察 ② 地域や集団、組織等において検査前確率が高いと考えられ、かつ、クラスター連鎖が生じやすいと考えられる状況にあると保健所長が認める場合における、当該地域や集団、組織等に属する者 （注）陰性の場合、14日間の健康観察は求めないが、検査後2週間以内に健康状態が悪化したときは速やかに報告するよう求めるとともに、報告があったときは、速やかに再検査を行う

行政検査の対象とならない者への検査

（例）不安を抱える妊婦への分娩前の新型コロナウイルス検査の費用補助（実施主体：都道府県等 負担割合：国10/10）

(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

(感染症の発生の状況、動向及び原因の調査)

第十五条 都道府県知事は、感染症の発生を予防し、又は感染症の発生の状況、動向及び原因を明らかにするため必要があると認めるときは、当該職員に一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症若しくは新型インフルエンザ等感染症の患者、疑似症患者若しくは無症状病原体保有者、新感染症の所見がある者又は感染症を人に感染させるおそれがある動物若しくはその死体の所有者若しくは管理者その他の関係者に質問させ、又は必要な調査をさせることができる。

3 都道府県知事は、必要があると認めるときは、第一項の規定による必要な調査として当該職員に次の各号に掲げる者に対し当該各号に定める検体若しくは感染症の病原体を提出し、若しくは当該職員による当該検体の採取に応じるべきことを求めさせ、又は第一号から第三号までに掲げる者の保護者(親権を行う者又は後見人をいう。以下同じ。)に対し当該各号に定める検体を提出し、若しくは当該各号に掲げる者に当該職員による当該検体の採取に応じさせるべきことを求めさせることができる。

一 一類感染症、二類感染症若しくは新型インフルエンザ等感染症の患者、疑似症患者若しくは無症状病原体保有者又は当該感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由のある者 当該者の検体

(都道府県の支弁すべき費用)

第五十八条 都道府県は、次に掲げる費用を支弁しなければならない。

一 第十四条、第十四条の二、第十五条(第二項及び第五項を除く。)、第十五条の二から第十六条まで、第十六条の三第一項、第三項若しくは第七項から第十項まで又は第四十四条の七第一項、第三項若しくは第五項から第八項までの規定により実施される事務に要する費用

(国の負担)

第六十一条

3 国は、第五十八条第一号から第九号まで及び第十四号並びに第五十九条の費用に対して、政令で定めるところにより、その二分の一を負担する。

(保健所を設置する市又は特別区)

第六十四条 保健所を設置する市又は特別区にあっては、第三章から前章までの規定(第十四条第一項及び第五項、第十四条の二第一項及び第七項、第三十八条第一項、第二項、第五項、第六項、第八項及び第九項(同条第二項、第八項及び第九項の規定にあっては、結核指定医療機関に係る部分を除く。)、第四十条第三項から第五項まで、第四十三条(結核指定医療機関に係る部分を除く。)、第五十三条の二第三項、第五十三条の七第一項、第五十六条の二十七第七項並びに第六十条を除く。)及び前条中「都道府県知事」とあるのは「市長」又は「区長」と、「都道府県」とあるのは「市」又は「区」とする。

新型コロナウイルス感染症対策の現状と課題

令和2年7月14日(火)

目次

1	検査体制	・・・2
2	医療提供体制	・・・8
3	サーベイランス、保健所機能	・・・11
4	治療薬・ワクチン	・・・15
5	水際対策	・・・21

1 検査体制

PCR等の検査体制の更なる強化について

【基本的な考え方】

- 検査体制については、今後、感染が大きく拡大する局面も見据え、以下の観点から、検査体制を強化する。
 - ① 検査が必要な者に、**より迅速・スムーズに検査を行う**
 - ② 濃厚接触者※の検査など**感染拡大防止対策を強化** ※濃厚接触者については、無症状者も全て検査対象とした
 - ③ 患者・入所者や医療従事者等を守るため、**院内・施設内の感染対策を強化**

【目指すべき検査体制】

- 検査体制については、**PCR検査と抗原検査を適切に組み合わせ、今後の感染拡大局面においても各地域において必要な検査需要に的確に対応**できる体制を確保することとし、国と自治体で連携して検査体制の更なる強化に取り組む。

【検査体制の強化に向けた取組】

- 国において、6月2日、**相談・検体採取・検査（分析）の一連のプロセスを通じた対策強化のための指針**を提示。これを受けて、都道府県等において、検査体制の強化のために必要な対策を実施。（現在、「新たな患者推計」を基に精査中）
- 国は第2次補正予算等を活用し、PCR検査センターの設置、検査機器の整備、試薬・PPEの確保等の支援を実施。
- 新たな技術を積極的に導入していく。
 - ・ 6月2日、**唾液によるPCR検査**が可能（発症～9日）
 - ・ 6月16日、**抗原検査(簡易キット)**を陰性の場合でも確定診断として活用可能（発症2日～9日）
 - ・ 6月19日、**抗原検査(定量)**（PCR検査と同様の使用が可能）を薬事承認、（6月25日、保険収載）

【検査対応力の現状】

- ☆ PCR検査：約3.1万件/日
- ☆ 抗原検査：約2.6万件/日
(簡易キット)

PCR検査と抗原検査の適切な組合せによる迅速・効率的な検査体制を確保

※ 上記のほか、検査方法としては抗原検査（定量）がある。（全国700医療機関に検査機器が配備。）

<主な活用場面>

PCR(唾液)	市中感染防止のための検査 (帰国者・接触者外来、PCRセンター)
PCR(鼻咽頭)	無症状の濃厚接触者、医療機関での手術等の患者や妊婦
抗原検査(簡易キット) ※迅速に診断	医療機関、施設で発熱等がある場合 (救急患者を含む)

【各プロセスを通じた検査体制の強化】

- **相談**
保健所の機能強化、保健所を通じないルートへの拡充等
- **検体採取**
PCRセンターの設置促進、ピーク時の体制の確保等
- **検査(分析)**
民間検査機関・病院・大学等の活用、ピーク時のフル稼働

※**検疫による水際対策についても着実に推進**

(参考) 新型コロナウイルス感染症に関するPCR等の検査体制の強化に向けた指針 (概要)

【基本的な考え方】

- 今後、感染が大きく拡大する局面も見据え、以下の観点から、検査体制を強化。
 - ① 検査が必要な者に、より迅速・スムーズに検査を実施
 - ② 濃厚接触者の検査など感染拡大防止対策を強化
 - ③ 患者・入所者や医療従事者等を守るため、院内・施設内の感染対策を強化
- このため、各地域において必要な検査需要に的確に対応できる検査体制の強化に向け、相談・検体採取・検査の一連のプロセスの対応について点検を行い、国と地方自治体で協働して対策を実施。

【検査需要の把握】

- 今後の感染拡大の局面も視野において、検査需要の見通しを作成。

【検査体制の点検と対策】

- 検査体制について、相談、受診・検体採取、検査（分析）までの一連のプロセスを通じた対応の現状と感染拡大ピーク時も含めた検査需要への対応力を点検し、必要な対策を実施。

【相談体制】

- 保健所（相談センター）の機能強化
 - ・全庁的な協力体制
 - ・業務の外部委託の推進、ITの活用
 - ・相談から検査までのマッチング機能の強化
- 保健所を通じないルートの拡充
 - ・地域医師会等が運営するPCRセンターの設置の促進

《指標》

- ・相談センターの電話回線数・電話応答率
- ・相談から検査まで及び相談から結果判明までの日数

【検体採取体制】

- 地域外来・検査センター（PCRセンター）の設置促進（感染拡大時に直ちに設置を含む）
- 検体採取機関の対応力の強化
 - ・レーンの増設、開設時間・日数等の拡大
 - ・感染拡大ピーク時の応援体制の確保
 - ※唾液による検査の導入も考慮
- クラスター対策強化への体制確保

《指標》

- ・検体採取対応力（件/日）

【検査（分析）の体制】

- 民間検査機関、病院、大学等の活用促進
- ・PCR検査機器等の導入支援による検査能力の拡大
- ・感染拡大ピーク時の稼働拡大の要請

《指標》

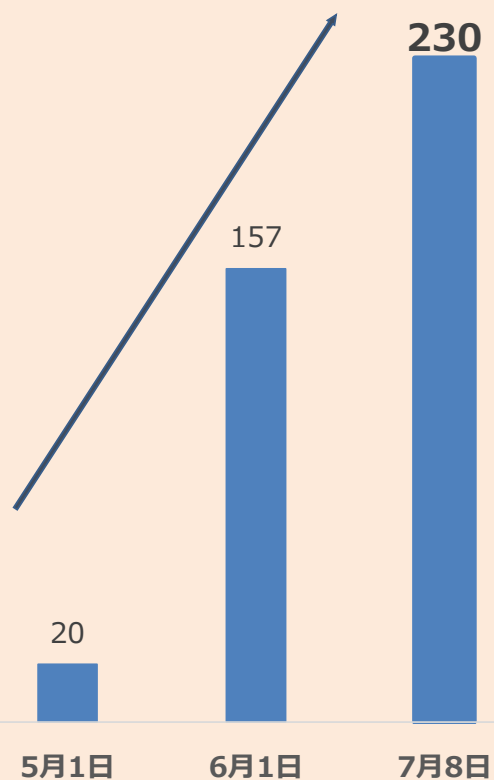
- ・各検査機関の検査能力（件/日）

【点検状況の報告と支援】

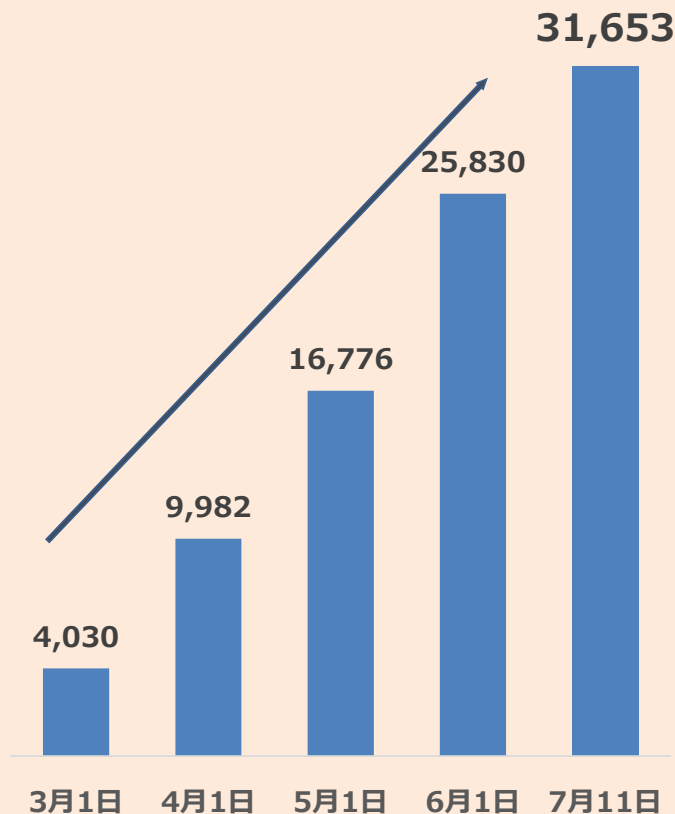
- 各都道府県等において点検を行い、検査体制の強化のために必要な対策を実施。（現在、「新たな患者推計」を基に精査中）
- 国においては、対策の促進のため、財政的支援をはじめ必要な支援を実施するとともに、試薬等の必要な物資を確保・供給。

検体採取・検査能力について

PCR検査センター設置数



PCR検査（分析）能力（1日当たり件数）



(内訳)

	件数
国立感染症研究所	800
検疫所	2,300
地方衛生研究所・保健所	6,987
民間検査会社	15,748
大学等	2,854
医療機関	2,964

※検体採取機関としては、上記のほか、
帰国者・接触者外来が2,214箇所。

新型コロナウイルス感染症に関する各種検査

<各種検査の対象者>

検査の対象者		PCR検査 (LAMP法含む)		抗原検査(定量) (6月19日~)		抗原検査 (簡易キット)	
		鼻咽頭	唾液	鼻咽頭	唾液	鼻咽頭	唾液
有症状者 (症状が消退した 者も含む)	発症から9日目以内	○	○ (6月2日~)	○	○	○(※1) (6月16日~)	×
	発症から10日目以降	○	×	○	×	△	×
無症状者		○	×(※2)	○	×(※2)	×	×

※1：抗原検査(簡易キット)については、発症2日目から9日目以内

※2：無症状者の唾液PCR検査と鼻咽頭PCR検査の一致度について研究中

「△」は使用可能だが、陰性の場合は鼻咽頭PCR検査を行う必要あり

(参考) PCR検査と抗原検査について

	PCR検査 (LAMP法含む)	抗原検査 (定量) (6/19導入)	抗原検査 (簡易キット) (5/13導入)
検査内容	<p>・ウイルスの遺伝子を増幅させてその量を測定</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>検体採取 ↓ (搬送) ↓ 前処理 ↓ 検査 ↓ 判定</p> </div> <p>※鼻咽頭ぬぐい液、唾液(発症から9日目まで) ※専門技師が必要 ※機器、試薬が必要</p>	<p>・分析機器を用いて、ウイルスのタンパク質 (抗原) に反応する抗体を用いて測定</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>検体採取 ↓ (搬送) ↓ 前処理 ↓ 検査 ↓ 判定</p> </div> <p>※鼻咽頭ぬぐい液、唾液(発症から9日目まで) ※専門技師が必要 ※機器、試薬が必要</p>	<p>・簡易キットを用いて、ウイルスのタンパク質 (抗原) に反応する抗体を用いて測定</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>検体採取 ↓ 判定</p> </div> <p>※鼻咽頭ぬぐい液 ※その場で結果判明 (検査キットで簡便に)</p> <div style="text-align: center;">  <p>※写真はイメージ</p> </div>
検査時間	<p>・4～6時間 (時短PCR: 1～2時間) ※このほか搬送等に時間が必要</p>	<p>・30分</p>	<p>・30分</p>
感度	<p>・少量のウイルス量で検出が可能</p>	<p>・抗原検査 (簡易キット) よりも感度が高く、LAMP法と同程度の感度</p>	<p>・PCR検査と比べ一定以上のウイルス量が必要</p>
用途	<p>・確定診断 ・治療経過のフォロー ・陰性診断</p>	<p>・確定診断 ・治療経過のフォロー ・陰性診断</p>	<p>・確定診断(発症2日目から9日目まで) ・迅速診断</p>

2 医療提供体制

今後の感染拡大を見据えた医療体制整備の再構築について（概要）

医療体制整備の再構築に当たっての基本的な考え方

- 新たな医療提供体制整備は、これまで同様、**都道府県が主体となって推進**し、達成することを基本とする。
- **都道府県は、保健所・保健所設置市との連携を平時から構築**する。
- 医療提供体制を再構築するに当たっては、「**新型コロナウイルス感染症との共存**」も見据えた**中長期的な目線で体制を整備**。
- **新型コロナウイルス感染症患者に対する医療と、他の疾患等の患者に対する必要な医療を両立して確保**することを目指す。
- 医療提供体制の整備は、**国内実績を踏まえた新たな患者推計**をもとに、感染ピーク時のみならず、感染拡大の経過や収束時期も見据え、**時間軸を踏まえたフェーズに応じた病床確保等の実施**。
- **感染拡大防止のための社会への協力要請（自粛要請等）を行う時期の違い**によって、その後の**患者数や必要となる医療資源だけではなく、収束するまでの時間にも影響**を及ぼすことを踏まえた対応を行う。

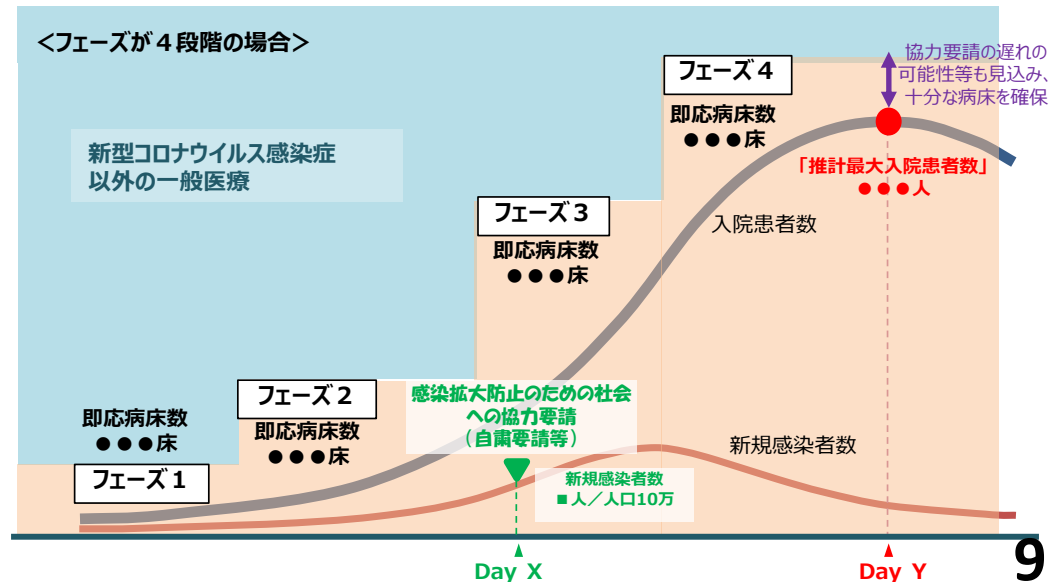
更なる後押し

第二次補正予算と連動 ● 新型コロナ緊急包括支援交付金の増額及び対象拡大、診療報酬の特例的な対応、PCR等の検査体制のさらなる強化 等

今後のスケジュール ・ **本年7月上旬**には、本事務連絡を踏まえた**都道府県における病床確保計画策定** → **7月末**を目途に**体制整備**

新たな患者推計を踏まえた医療体制整備のイメージ

- 都道府県は、**国内の感染実績を踏まえた新たな患者推計**の手法に基づき、都道府県ごとの実状を加味した**患者推計**の結果及び**必要な病床数**を算出。国は、推計に必要な推計ツールや基本的考え方を提示。
- 今回の推計では、**時間軸を考慮し**、ある時点を基点に、その後の経過日数時点(フェーズ)における**入院患者数**等を予測可能。
- 各フェーズで必要な病床数を確保することにより、それ以外の病床において**他の疾患等の患者に対する一般医療の提供を確保**。



新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム(G-MIS*)について

* Gathering Medical Information System on COVID-19

○ 厚生労働省と内閣官房IT室が連携し、情報通信基盤センター（仮称）を構築
 全国の医療機関（約8,000病院）から、**病院の稼働状況、病床や医療スタッフの状況、
 医療機器（人工呼吸器等）や医療資材（マスクや防護服等）の確保状況等**を一元的に把握・支援

必要な医療提供体制を確保

- 政府CIOポータルにおいて、各病院の稼働状況を可視化
- マスク等の物資の供給に活用
- 空床確保状況を、患者搬送調整に活用 等

【新システム導入のメリット】

国民

【医療機関情報】電話で確認する以外
 情報を得る方法はなかった

⇒ 政府CIOポータルから病院の稼働状況の閲覧が可能に

医療従事者

【報告】保健所へ電話等で報告
 【支援】支援を得るのに時間を要した

⇒ パソコン等での報告により保健所への照会対応不要に
 ⇒ 医療資材等の支援を迅速に受けることが可能に

保健所・
都道府県・国

【保健所業務】保健所が、医療機関に
 電話等で照会し、都道府県を通じて
 国に報告
 【情報共有】情報共有に時間を要した

⇒ 医療機関が直接入力することで、即時に集計され、
 自治体、国で共有可能に（保健所業務の省力化）
 ⇒ 迅速な入院調整、医療機器や医療資材の配布調整
 等が可能に

【病院の報告状況】

（令和2年7月1日現在）

【政府CIOポータル】

登録医療機関数	7,680病院	報告医療機関数	4,934病院
うち感染症指定医療機関	539病院	うち感染症指定医療機関	463病院



3 サーベイランス、保健所機能

今後を見据えた保健所の即応体制の整備について

- 今後、再び感染が大きく拡大する局面も見据え、これまでの取組で浮き彫りになった課題(積極的疫学調査を行う人材の確保・育成、患者情報や感染状況の的確な把握等ができる体制整備など)を踏まえ、「保健所の即応体制の整備」が必要である。
- 具体的には、「新たな患者推計」を基に、**最大需要想定を算出し、必要人員確保や事前研修、外部委託、ICTツール等の活用を通じ、都道府県知事のリーダーシップの下で、各自治体で全庁的な業務体制の整備を行うことが必要である。**
- 「今後を見据えた保健所の即応体制の整備に向けた指針」を踏まえ、各都道府県が中心となって、管内の保健所設置市等と連携して、体制強化の具体案の調整・検討を行い、**7月上旬には計画を策定。同時平行で実施できる対策は早急に着手するとともに、7月末には即応体制の構築・保持を行う。**

【今後を見据えた保健所の即応体制の整備に向けた指針の概要】

(1)「最大需要想定」及び「業務の必要人員数」の算定

- 都道府県が、「新たな患者推計」等を踏まえ、都道府県、保健所設置市及び特別区における**最大需要想定(最大新規陽性者数、最大検査実施件数、最大相談件数)**を算定。
- 都道府県、保健所設置市・特別区が、最大需要想定を所与として、管内保健所の意向を踏まえ、**各保健所における各業務の必要人員数(技術系職員・事務系職員別)**を算定。

(2)即応体制の整備

- 都道府県、保健所設置市・特別区が、管内保健所の意向を踏まえ、対応策を検討・整備。

①即応体制の整備に必要な人員の確保

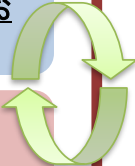
- 即応体制や業務継続に必要な人員について、**個別名入り人員リスト**を作成し、事前に必要な研修を実施。
- 本庁や関係機関・団体等からの**応援派遣やOB職員の復職**などを通じて、不足人員を確保するとともに、**事前に必要な研修**を実施。

②外部委託や本庁一括対応の検討

- 保健所の業務負担軽減のため、可能なものは、**地域の医師会などの団体や民間事業者等に外部委託**を検討し、**事前に契約事務等**を行う。

③ICTツール等の活用

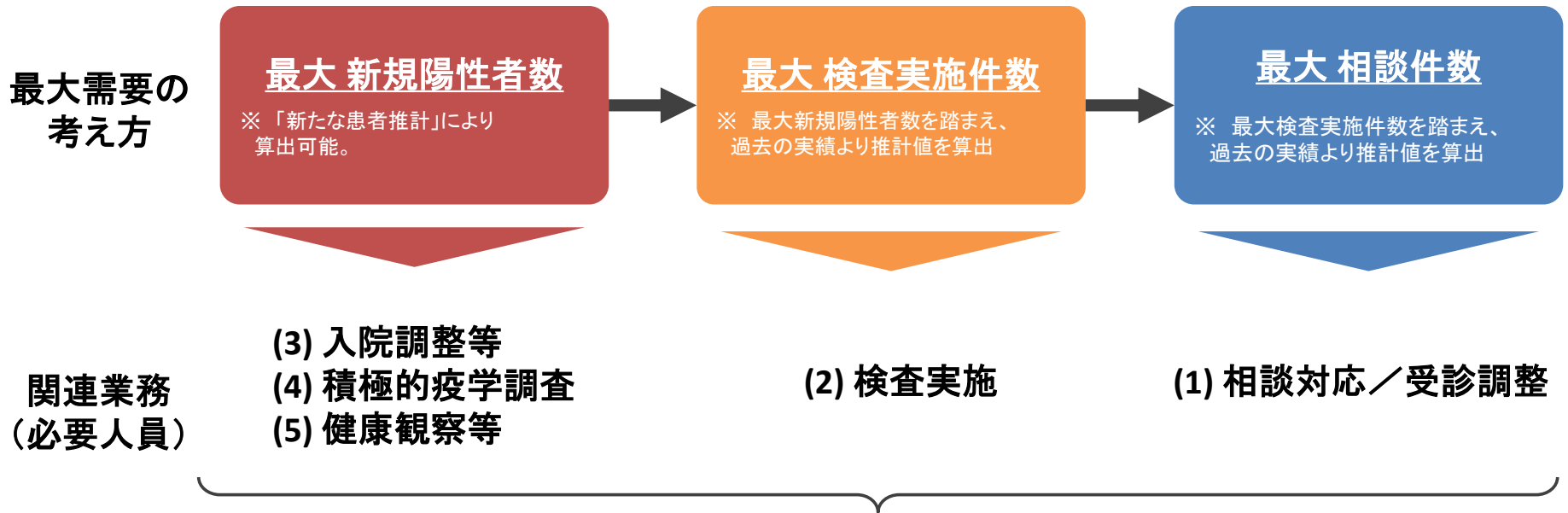
- 感染関連情報の管理等、重要な業務を円滑かつ効率的に実施するため、**ICT(HER-SYSなど)を活用**。



都道府県が中心となり、管内の保健所設置市・特別区や保健所との**連絡会議等を設置・開催**

最大需要想定に基づき関連業務ごとの必要人員数を算定

- 今後、再び感染が大きく拡大する局面も見据えて、最大需要想定（新規陽性患者数、検査実施数、相談件数など）のシミュレーションを行った上で、これまで指摘された課題も踏まえた保健所機能強化のための体制整備が求められている。
- 「新たな患者推計」によって得られた「最大 新規陽性者数」を活用し、「最大 検査実施件数」や「最大 相談件数」を算定。
- それを踏まえ、保健所業務に必要な人員数（技術系職員、事務系職員）を、
(0) マネジメント・情報管理、(1) 相談対応／受診調整、(2) 検査実施、
(3) 入院・宿泊療養・自宅療養の調整、(4) 積極的疫学調査、(5) 健康観察等、(6) その他事務
の主な業務ごとに算定。



(0) マネジメント・情報管理、(6) その他事務

新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム（HER-SYS*）について

* Health Center Real-time Information-sharing System on COVID-19

○新型コロナウイルス感染者等の情報(症状、行動歴等)を
電子的に入力、一元的に管理、関係者間で共有!

◆現場の保健所職員等の作業をIT化・ワンスオンリー化

(一度入力した情報を別途報告等する必要がなくなる。)

◆スマホ等を通じて患者が健康情報を入力

◆感染者等の状態変化を迅速に把握・対応



感染者等へのサポートの充実・安心

保健所・医療機関等の負担軽減

的確な対策立案のサポート

【新システム導入のメリット】



感染者・
濃厚接触者
【国民】

毎日、電話により健康状態を報告。⇒ スマホ等により、簡単に報告可能に。
急変時に気づいてもらえないことも。⇒ きめ細かな安否確認を受けられるように。



医師等

【発生届】手書き、FAXでの届出。⇒ パソコン・タブレットで入力・報告が可能に。
※ 保健所がFAXをパソコンに入力する作業も減少。



保健所
都道府県・国
【行政】

電話・メール等により、感染者等の
情報を報告・共有。⇒ 患者本人や医療機関、保健所等が入力し
た患者情報が迅速に集計され、都道府県、
保健所、都道府県、国が、それぞれ
感染者等の情報を入力・集計。⇒ 入院調整の迅速化や、クラスター対策の
広域的な情報共有が不十分。⇒ 効率化が可能に。

【スケジュール】

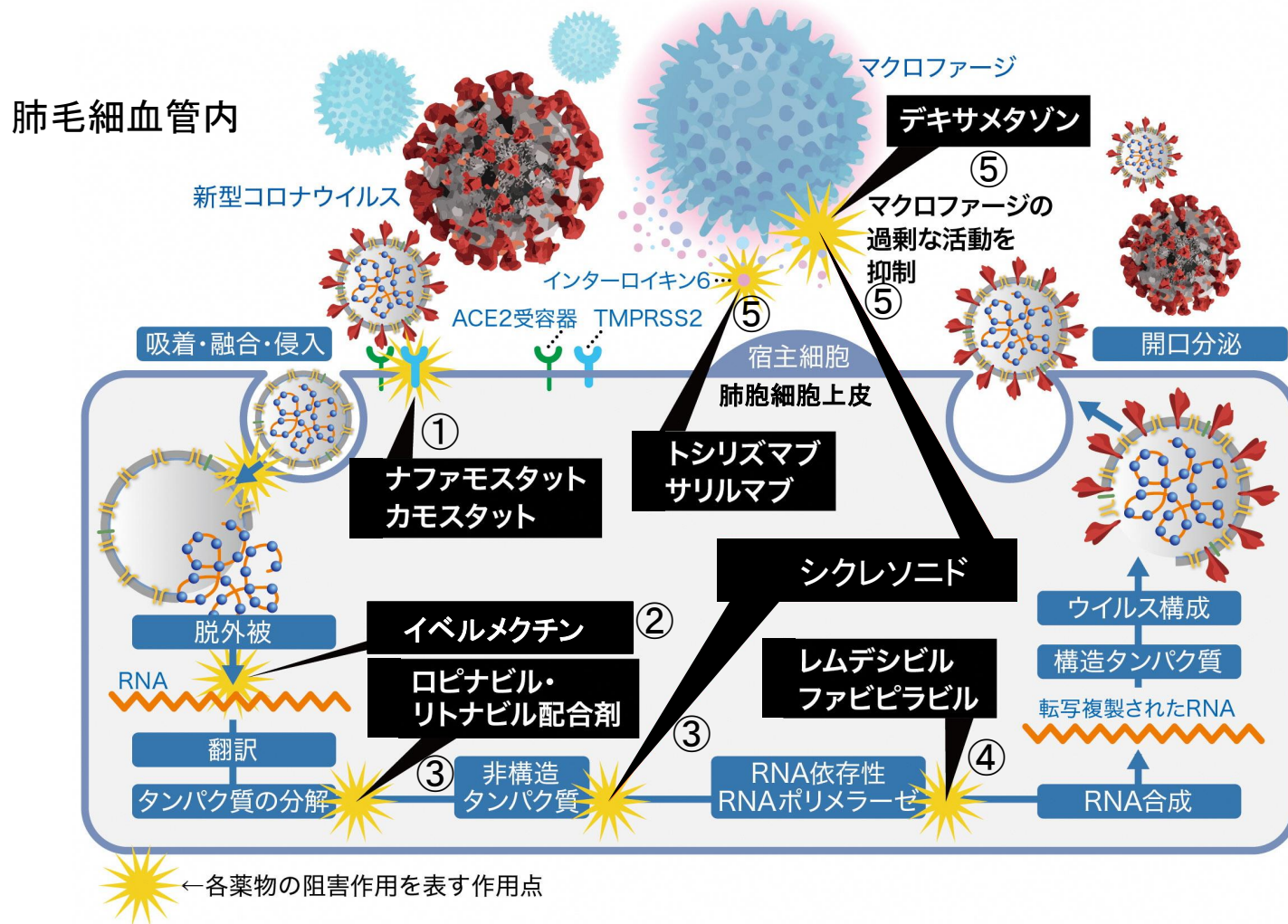
5月15日～ 一部自治体で試行利用開始

5月29日～ 全国で、準備が整った都道府県等・保健所・医療機関から順次利用開始（※）

※ 7月13日現在、116自治体（75%、総数155保健所設置自治体）が利用。

4 治療薬・ワクチン

新型コロナウイルス感染症治療薬候補について（作用機序）



城西国際大学薬学部薬理学研究室 田嶋公人准教授のHPより改変

治療薬の候補となる薬剤について

① フサン（ナファモスタット） （製造販売業者：日医工株式会社）

観察研究4/1～
特定臨床研究5/1～

- 急性膵炎の薬として国内で承認を取得している、プロテアーゼ阻害薬。
- 東京大学の研究班が、新型コロナウイルスのウイルスの侵入過程を効率的に阻止する可能性がある薬剤として同定した。

フオイパン（カモスタット） （製造販売業者：小野薬品工業株式会社）

- 慢性膵炎の薬として国内で承認を取得している、プロテアーゼ阻害薬。作用機序はフサンと同様。企業主導治験開始の情報あり。

② ストロメクトール（イベルメクチン） （製造販売業者：MSD株式会社）

- 線虫症や疥癬の治療薬。本薬剤の発見により、大村智氏がノーベル賞受賞。豪州のグループが、基礎研究において、新型コロナウイルスの増殖阻害作用を報告。
- 北里大学病院が医師主導治験の実施を検討中。

③ オルベスコ（シクレソニド） ⑤ 製造販売業者：帝人ファーマ株式会社

観察研究3/16～
特定臨床研究3/27～

- 気管支喘息の薬として国内で承認を取得している、吸入ステロイド製剤。
- 国立感染症研が実施した非臨床試験において、新型コロナウイルスに対する抗ウイルス活性が確認されている。

④ ベクルリー（レムデシビル） （製造販売業者：ギリアド・サイエンシズ株式会社）

5/7 特例承認

- RNAポリメラーゼ阻害薬であり、エボラ出血熱の治療薬として開発、特例承認された。
- NEJMにおいて、日米国際共同治験(中等症～重症対象)の中間解析で、レムデシビル投与と患者の回復までの期間の中央値が11日であり、プラセボ投与の15日より有意に短かった旨報告。

アビガン（ファビピラビル）

観察研究2/22～、特定臨床研究3/2～

（製造販売業者：富士フィルム富山化学株式会社）

企業治験3/31～

- 新型又は再興型インフルエンザの適応を持つRNAポリメラーゼ阻害薬
- 中国では、基礎研究において新型コロナウイルスの増殖を抑えたとの報告があったほか、患者に投与され、ウイルス陰性化に要する時間が短縮された旨の報告がある。

⑤ アクテムラ（トシリズマブ（遺伝子組換え）） （製造販売業者：中外製薬株式会社）

企業治験4/8～

- 大阪大学及び中外製薬が共同開発したヒト型抗ヒトIL-6受容体モノクローナル抗体で関節リウマチの治療薬。
- 免疫抑制作用があり、新型コロナウイルス感染症による重症肺炎の治療薬としての開発が行われている。
- 企業主導の国際共同治験について組入れ終了。

ケブザラ（サリルマブ（遺伝子組換え））

企業治験3/30～

（製造販売業者：サノフィ株式会社）

- アクテムラと同様の作用機序により、新型コロナウイルス感染症による重症肺炎の治療薬としての開発が行われている。
- 企業主導の国際共同治験について進行中。

デカドロン（デキサメタゾン）（製造販売業者：日医工株式会社）

- 重症感染症や間質性肺炎などの薬として国内で承認を取得している、ステロイド薬。
- 英国の大規模臨床研究において、新型コロナウイルス感染症患者で人工呼吸器の装着又は酸素投与が必要な患者の死亡率を下げた。
- 我が国での使用対象者につき、今後専門家の意見を聴き対応。

（製品名未定）（血漿分画製剤）

（開発企業：武田薬品工業株式会社）

- 新型コロナウイルス感染症から回復した患者から採取した血漿から新型コロナウイルスに特異的な抗体を濃縮し、製剤化。NIH主導の国際共同治験実施予定。

(参考) 新型コロナワクチンとして開発が試みられているワクチンの種類

従前からのワクチンの仕組み

ウイルスやウイルスのタンパクを注射

注射したウイルスやタンパクに対して免疫ができる



新たなワクチンの仕組み

ウイルスの遺伝情報を注射

ウイルスの遺伝情報(タンパクの設計図)が人の細胞に入り、ウイルスのタンパクをつくり、それに対して免疫ができる

多様な方法で開発が試みられている

メリット

デメリット

実用化例

①不活化ワクチン



②組換えタンパク・ペプチドワクチン:



- ・実績がある
- ・抗原そのものを投与するので、最も免疫が付きやすいと考えられる。

- ・開発に時間がかかる。
- ・不活化ワクチンではウイルス自体を扱う必要がある。

・インフルエンザワクチン
・日本脳炎ワクチン等

・B型肝炎ワクチン
・帯状疱疹ワクチン等

③DNAワクチン:



④mRNAワクチン:



⑤ウイルスベクターワクチン:



※コロナの遺伝情報を他のウイルスに入れて人に感染させる

- ・開発への着手が早い。
- ・ウイルスの遺伝情報のみで開発できるため、ウイルス自体を扱う必要がない。

- ・実績が乏しい(免疫が付きにくい可能性。)

※ウイルスベクターワクチンでは、ワクチン自体に免疫ができ、2度目の投与で効果が出ない可能性。

承認・実用化されたものはない

※臨床試験で投与された実績はあり

例: エボラ出血熱

新型コロナウイルスに対するワクチン開発①

1. 国内の動向

○日本医療研究開発機構(AMED)が支援しているワクチン開発主体は以下のとおり。

	基本情報	取り組み状況	目標と対応	生産体制の見通し
組換えタンパクワクチン (感染研/UMN ファーマ/塩野義)	遺伝子組換え技術を用いて培養細胞によりコロナウイルスのタンパク質(抗原)を製造し、コロナウイルスタンパク質(抗原)を人に投与するための注射剤。	動物を用いた有効性評価を実施中	最短で2020年内の臨床試験開始の意向。	塩野義が開発主体となる意向。(4/27発表) [委託生産し1千万人規模の提供を検討]
mRNAワクチン (東大医科研/第一三共)	メッセンジャーRNAを人に投与する注射剤。人体の中で、コロナウイルスのタンパク質(抗原)が合成され、免疫が誘導される。	動物を用いた試験で、新型コロナウイルスに対する抗体価の上昇を確認	最短で2021年3月から臨床試験開始の意向。	
DNAワクチン (阪大/アンジェス/タカラバイオ)	DNAを人に投与する注射剤。人体の中で、DNAからmRNAを介して、コロナウイルスのタンパク質(抗原)が合成され、免疫が誘導される。	第1/2相試験を開始済み		タカラバイオが生産予定
不活化ワクチン (KMバイオロジクス/東大医科研/感染研/基盤研)	不活化したコロナウイルスを人に投与する従来型のワクチン。	動物を用いた有効性評価を実施中	最短で2020年11月から臨床試験開始の意向。	
ウイルスベクターワクチン (IDファーマ/感染研)	コロナウイルスの遺伝情報を持ったセンダイウイルスを投与するワクチン。人体の中でコロナウイルスのタンパク質(抗原)が合成される。	動物を用いた有効性評価を実施中	最短で2021年3月から臨床試験開始の意向。	

※ このほかAMEDで、基礎研究段階の開発を支援(新潟大・東京都医学総合研究所・慶応大・東大・長崎大)

新型コロナウイルスに対するワクチン開発②

2. 国外の動向

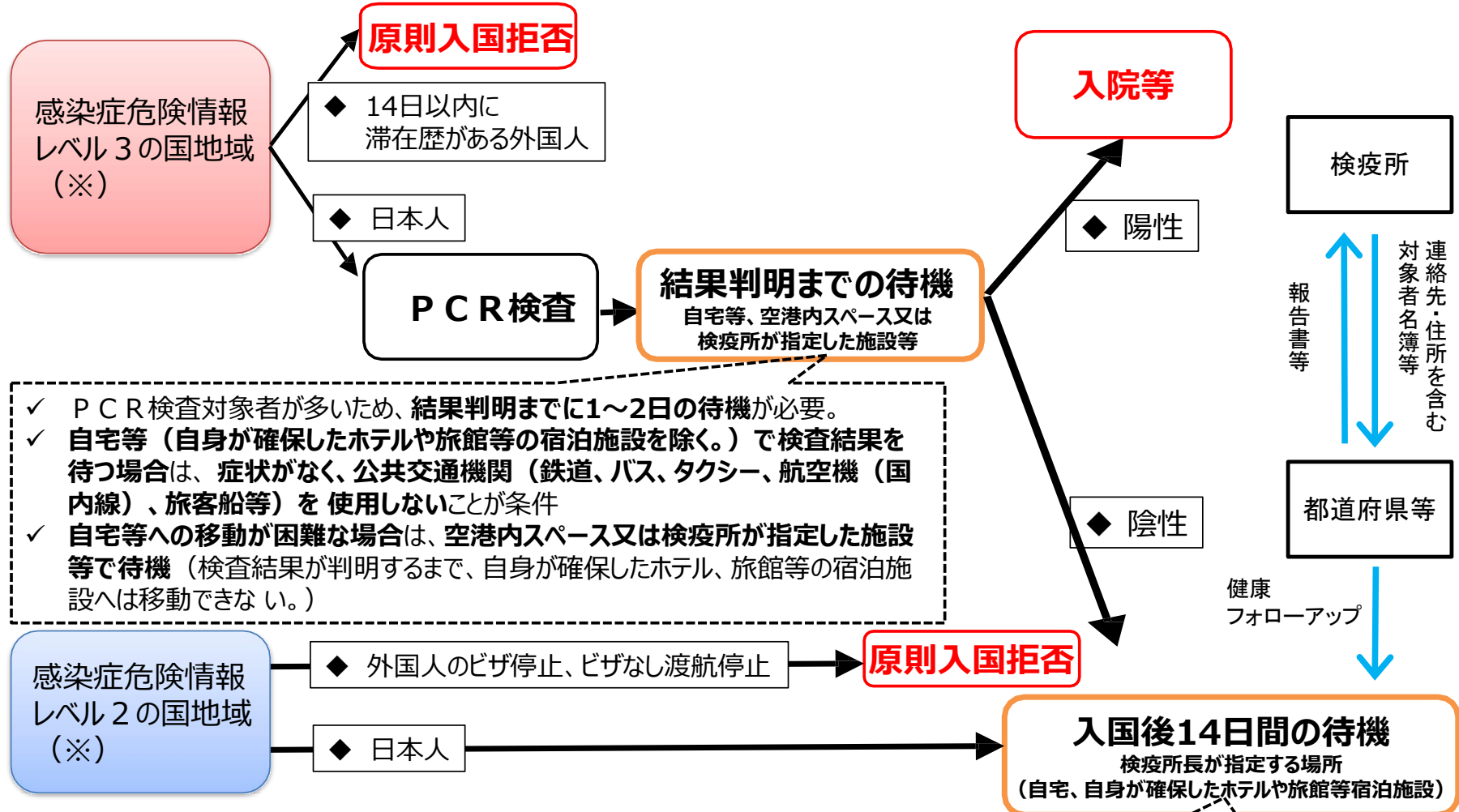
○日本政府がCEPI(感染症流行対策イノベーション連合)に資金を拠出し、CEPIが支援しているワクチン開発主体は以下。

開発主体	種類	開発状況
Novavax(米)	組換えタンパクワクチン	第1/2相臨床試験を2020年5月より米で開始。
Clover Biopharmaceuticals Australia(豪)		第1相臨床試験を2020年5月より開始。
Queensland大学(豪)/GSK(英)	ペプチドワクチン	第1相臨床試験を2020年7月初旬より英で開始予定。
Moderna(米)/ 国立アレルギー感染症研究所(米)	DNAワクチン	第1相臨床試験の中間結果を公表。第2相臨床試験を2020年5月開始、第3相臨床試験を2020年7月に米で開始予定。生産はロンザ(スイス)・Catalent(米)と提携。
Inovio(米)		第1/2相臨床試験を2020年4月から米・6月から韓国で開始。第3相試験を2020年7-8月から米で開始予定。
Curevac(独)	mRNAワクチン	第1相臨床試験を2020年5月より独・ベルギーで開始。
オックスフォード大(英)	アデノウイルスベクター	第1相臨床試験を完了。第2/3相臨床試験を英・ブラジル・南アフリカで開始。生産はアストラゼネカ・Emergent(米)と提携。
香港大学(中)	インフルエンザウイルスベクター	
パスツール研究所(仏)/ テーミス(奥:Merckの子会社)/ ピッツバーグ大学(米)	麻疹ウイルスベクター	

※CEPIとは、世界連携でワクチン開発を促進するため、2017年1月ダボス会議において発足した官民連携パートナーシップ。日本、ノルウェー、ドイツ、英国、オーストラリア、カナダ、ベルギー政府が関わる。

5 水際対策

水際対策の現状



- ✓ PCR検査対象者が多いため、結果判明までに1~2日の待機が必要。
- ✓ 自宅等（自身が確保したホテルや旅館等の宿泊施設を除く。）で検査結果を待つ場合は、症状がなく、公共交通機関（鉄道、バス、タクシー、航空機（国内線）、旅客船等）を使用しないことが条件
- ✓ 自宅等への移動が困難な場合は、空港内スペース又は検疫所が指定した施設等で待機（検査結果が判明するまで、自身が確保したホテル、旅館等の宿泊施設へは移動できない。）

- ✓ 自宅等、自身が確保したホテルや旅館等の宿泊施設へは、公共交通機関を使用しないことが条件

(※) 具体的な検疫強化の対象国については、厚生労働省HPの以下ページをご確認下さい。
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/covid19_qa_kanrenkigyou_00001.html

ビジネストラック（イメージ図）

日本→X国

日本	(例) 出国前
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 在京大使館にて査証等申請 ■ 相手国活動計画書の提出 ■ 14日間の健康モニタリング ■ PCR検査証明

X国	(例) 入国時
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 空港でのPCR検査
	(例) 入国後
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 14日間は活動計画書に基づき滞在先と用務先の往復等に限定
	帰国前
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 14日間の健康モニタリング

日本	帰国時
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 空港でのPCR検査 ■ 質問票（健康状態等）の提出 ■ 本邦活動計画書の提出 ■ 接触確認アプリの導入等
	帰国後
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 公共交通機関不使用 ■ 本邦活動計画書に基づき、14日間は自宅と勤務先の往復等に限定 ■ 14日間の健康フォローアップ ■ 14日間の位置情報の保存

相手国と要調整

X国→日本

X国	出国前
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 我が国在外公館にて査証等申請 ■ 本邦活動計画書の提出 ■ 14日間の健康モニタリング ■ PCR検査証明

日本	入国時
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 空港でのPCR検査 ■ 質問票（健康状態等）の提出 ■ 本邦活動計画書の提出 ■ 接触確認アプリの導入等
	入国後
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 公共交通機関不使用 ■ 本邦活動計画書に基づき、14日間は滞在先と用務先の往復等に限定 ■ 14日間の健康フォローアップ ■ 14日間の位置情報の保存

相手国と要調整

※ 入国直後のビジネスを可能とする上記スキーム（主に短期出張者用）とは別に、**入国後14日間の待機は維持**する日本からX国、X国から日本の双方向の「**レジデンストラック**」（主に長期滞在者の派遣・交代用）も併せて調整

（注）上記イメージ図は、相手国との協議・調整の結果、変更の可能性あり。23