

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6回（2020年8月24日）

目次

1. 議事概要	2
2. 感染状況等に関するデータ	14
3. 押谷先生提出資料：全国・県別エピカーブ（2020/08/22の過去2か月間）	24
4. 鈴木先生提出資料：国内の流行状況の評価：8月21日時点	41
5. 西浦先生提出資料：東京都：実効再生産数（8月19日推定）	46
6. 鈴木先生提出資料：COVID-19の致命率と重症化リスク因子について	51
7. 大曲先生提出資料：入院患者の臨床的特徴	66
8. 西浦先生提出資料：重症化リスク推定	69
9. 直近の感染状況等	78
10. 次のインフルエンザ流行に備えた体制整備	95
11. 感染者情報の活用のあり方に関するWG これまでの検討状況等	102
12. 新型コロナウイルスワクチンの接種について	106
13. ワクチン接種に関する検討事項について	141
14. 新型コロナウイルス感染症のワクチンの接種に関する分科会の現時点での考え方	142

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード（第6回）

議事概要

1 日時

令和2年8月24日（木）10:30～12:10

2 場所

厚生労働省省議室

3 出席者

座長	脇田 隆宇	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
	釜范 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
	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
斎藤 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
中島 一敏	大東文化大学スポーツ・健康科学部健康科学科教授
西浦 博	京都大学大学院医学研究科教授
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
福島 靖正	医務技監
迫井 正深	医政局長
正林 督章	健康局長
中村 博治	新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務局長代理
間 隆一郎	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）
佐々木 健	内閣審議官
江浪 武志	健康局結核感染症課長
佐藤 康弘	大臣官房人事課総括調整官

4 議題

1. 現時点における感染状況等の分析・評価について
2. 次のインフルエンザ流行に備えた体制整備について
3. 感染者情報の活用のあり方に関するWGのこれまでの検討状況等について
4. その他

5 議事概要

<加藤厚生労働大臣挨拶>

皆さん、おはようございます。それぞれの御多用の中、また暑い中、こうして足を運んでいただきましてありがとうございます。

最近の新規感染者数の動きでありますけれども、1,000名を超える感染拡大が続いておりますけれども、1週間単位で見ると、この2週間ぐらいは若干減少傾向にあり、昨日は739名となっているところであります。

また、新規感染者数の増加に少し遅れて増加すると言われております重症者数についても、7月上旬以降、増加傾向にありますが、ここ1週間程度は230から250人前後で、250人台で推移をし、昨日は259名となっているところでございます。

こうした中で、早期に陽性者を確認するとともに、感染情報を正確に把握していくため、検査体制の増強をさらに図っていくことが必要と考え、先般、検査能力の増強、検査のアクセス向上、地域の感染状況を踏まえた幅広い検査、院内・施設内感染対策の強化、新技術の積極的な導入という5つの戦略の柱を立てて取り組ませていただいております。

この中でも、地域の感染状況を踏まえた幅広い検査に関しては、クラスター発生など地域における感染状況を踏まえ、感染拡大を防止する必要がある場合には、地域の関係者は幅広く検査をしていただくという基本的考え方をお示ししております。

特に、重症化等に結びやすい医療施設、高齢化施設等については、感染者が多数発生し

ているなどの地域では、医療施設、高齢者施設等に勤務する方、既に入院・入所している方、新規の入院・入所者について、当該施設で感染者がいない場合にあっては行政検査を必要に応じて実施をすべきとの考えを明確にさせていただいております。こうした積極的な検査を通じて、院内・施設内感染対策の強化を図っていただきたいと思います。

また、接触確認アプリ「COCOA」については、アプリの利用者について、新型コロナウイルス感染症の陽性者と接触した場合に、やや幾つかケース分けをしておりますけれども、可能性がある方と通知を受けた方については、全員が行政検査の対象になるということを明確にさせていただきました。

そして、受けた方を速やかに検査につなげていくために、若干、都道府県で対応が異なるところがありますが、接触確認アプリ専用の電話相談窓口を設置するなど、そのための体制整備も図っていただくことにしております。

現在、累計のダウンロード数は約1400万件。この1か月だけでも600万件が増加しておりますが、引き続き多くの方にダウンロードをし、御利用いただけるように御協力をお願いしたいと思います。

本日は、現在の感染状況等の分析・評価について、改めて御意見をいただくとともに、この冬のインフルエンザ流行期に向けて、既にワクチンを例年以上に確保できるよう努力をしておることに加え、発熱等の症状を訴える者が増加することも見越して、検査体制や医療提供体制の確保、拡充に向けて、医療関係者の方とも議論を始めさせていただいておりますけれども、そうした観点も含めて、アドバイザリーボードの先生方から忌憚のない御意見をいただければと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

<議題1 現時点における感染状況等の評価・分析について>

※事務局より資料1に基づき説明。押谷構成員より資料2-1、鈴木構成員より資料2-2、西浦参考人より資料2-3に基づき、それぞれ現在の感染状況の評価・分析について説明。鈴木構成員より資料3-1、大曲参考人より資料3-2、西浦参考人より資料3-3に基づき、それぞれ重症者の割合の変化の疫学情報について説明。さらに、事務局より資料4に基づき説明。

(尾身構成員)

- 資料2のP16は極めて私は重要だと思う。なぜかという、この黄色の部分、院内感染というのは随分減っている。これを資料4に追加してほしい。
- 資料4の最後のページ。ここは極めて重要で、一つサジェスションは、第一パラグラフに、院内感染の数が減ってきたということもあり得るのではないかと書いていただくこと。死亡率さらに低めに抑えるために、これからも院内感染を早期に把握して、しっかりとした対策を取ることが重要だということが最後の結論になると良いと思うので、その1行を一番下に加えていただくようお願いしたい。

(今村構成員)

- 今の御指摘の部分で1点だけ注意すべきと思うのは、院内感染の件数が減っているかどうかというのは精査が必要だと思っている。東京都のほうでは件数はあまり減ってはいない。むしろ、検査は積極的にやるようになっていっているので、出始めの部分は意外と落ちていないけれども、その後の体制がうまくいっているので、1クラスターでの広がりが小さいという傾向が見られている。「件数」と言わずに、「人数」といった表現が必要かと思う。

(齋藤参考人)

- 直近の感染状況等のところで、「ピーク」という言葉が何件か使われているが、この言葉の使い方はもう少し慎重になるべきではないかと思う。マスコミなどでも「ピークを過ぎた」という表現がよくフィーチャーされるが、これはあたかも「大雨のピークが過ぎた」と同じように、何もしなくても過ぎ去って減っていくという印象を与えているのではないかという懸念がある。「減少傾向だが持続傾向にある」とか「感染は持続している」とか、もう少し保守的な表現を取るべきではないか。

(和田参考人)

- 多くの自治体で、既に夜の繁華街に対しての要請みたいなものはもう延長しないというふうな話が出てきている。少し減少傾向が見えてくる中で、人流だとか人の接触頻度というのが感染拡大に寄与するということは以前から分かっている中で、いろいろな繁華街で対策なく感染が拡大し得るといふことへの警告のようなものはどこかでまた出さないとまた感染者が増えてくることを危惧している。

(今村構成員)

- 今、重症化に関するデータがそれぞれの先生から出されているが、複数の重症化の話が一緒に出されてきたときに、その重症の定義が全く異なっているので、それを横断的に見ることはまず無理だと思われる。だからそのときに、国民に同じように取られても大丈夫かどうかの確認は必要と思う。
- 例えば、大曲先生が先ほど「広めの定義だ」とおっしゃっていたが、例えば資料4の8ページの下を見ると、「酸素投与、人工呼吸器管理、SpO₂が94%以下、呼吸数24回/分以上」という形になっているところ、恐らく、臨床の現場からいくと、酸素投与がされていても低流量で、このSpO₂というのが例えば92~93%ぐらいだと中等症の感覚だと思う。でも、これはあくまでも定義をしっかりと広く見つけてやるのが重要で、その重要性を分かった上でやっている調査なので、その点は問題ない。
- しかし、やはり同じようにして比較してしまうと、数値の差が出ることもあるので、そういう差が出てしまっている部分と一緒に出ていないか。もしもその場合には定義が違うということを説明しなくてはいけなくなるので、そこだけお願いしたい。

(前田参考人)

- 今回なぜ上昇してなぜ減少してきたのかという辺りについて全く分析がない。これだ

け見ると、結局自粛をやめたから増えて、自粛を要請してみんなが協力したから下がったのですかということになってしまうが、私が地域で感じているのは、少しゆったりではあったが、いろいろな街に対する集中的な対策が最初の元を止めていったと思う。その辺が今後の対策にもつながっていくので、その点について全く言及がないというのはちょっともったいない気がする。

(押谷構成員)

- 今のことに関連して、直近の感染状況等の資料4で、都道府県による自粛要請の協力もあってか減少に転じたと書いてあって、めくった直近の感染状況の評価にも同じことが書かれているが、こう言い切っているのかという問題がある。恐らく、自粛要請というのは、お盆の前辺りにいろいろなところで行われていたと理解しているが、実際に減少に転じているのは8月の初めで、発症日別のエピカーブを見ると、7月の下旬から緩やかに減少しているので、ちょっとそれで説明するのは無理があるというふうに思う。
- 結局、夜の街での感染がかなり増えて、そこが減ってきたということが全国的な流行動態にかなり影響している可能性はある。まだここはきちんと見る必要があり、短絡的に自粛要請の協力で減ったというふうに言ってしまうといいのかなという問題はあるかなと思う。

(前田参考人)

- 私も前回そういうお話をして、確かにちょっとずれているので、やはり自粛だからということではないなと思っている。

(中島参考人)

- 西浦先生の最後のスライドのGoogle mobilityとRtの話で質問があるが、よく私が話をするとき、人が移動することでウイルスは移動してもそこで感染が起こるわけではなく、最終的には感染のリスクを伴う接触があるかどうかの問題であるということをよく言っている。これはmobilityが増えてもRtが下がってくるというのは、むしろ移動に伴う感染予防が現場で進めば、こういう現象は見えてくるのではないか、その辺りの考察はどうなのか。
- もう一つは、最後の直近の感染状況のまとめのスライド3の感染状況の評価の②について、まず、上の1ポツ目、＜医療提供体制の確保の必要性について＞の1行目で、「保健所や医療機関の対応には既に悪影響が生じてお」ということを述べているので、2行目も続く文言で、一部地域ではやはり保健所機能の維持にも悪影響が出ているのではないか、保健所機能の逼迫の状況があるのではないかというふうにも思われる。保健所の支援、外部からの人の支援はたくさん行われているわけだが、最近はその人員の確保が難しいという声も聞いてきている。したがって、2行目は1行目を受けた形で、保健所の文言も「一部地域」の後に入れてはどうかと思う。

(太田構成員)

- 感染状況の評価の、先ほどのなぜこの感染がピークを迎えたかの表現の仕方について、もちろんどのような形で疫学的な分析からこれを表現するかというところはあるが、基本的に何も国民が努力せずに減ったということでは多分ないと思う。したがって、一応、今回、これは7月27日から29日をピークに減ってきたが、ほっといてもこの感染症は減ることがあるのだよというふうにとられないような形で何らかの表現を少し御検討いただければと思う。

<議題2 次のインフルエンザ流行に備えた体制整備について>

※事務局より資料5に基づき説明。

(和田参考人)

- 4点ある。1点目は、保健所でいわゆる受診相談センターを介して受診をするという仕組みもこの冬までまたやるのかということは、検討が必要かと思う。外注化が進んでいるという話もある一方、東京都もまだ1,500件ぐらいいは受けているところ、冬場もこれをやるのか、それとも、できるだけ通常の医療のような形にするのか検討が必要。
- 2点目は、インフルエンザワクチンは10月1日ぐらいからの接種なので、もう4週間後になる。かなり期待も大きいので、そろそろ話題にしていかないと、その辺りの期待とのギャップが生まれるとまた論点になると思う。ぜひ早く話題にしていきたい。
- 3点目は、地域外来・検査センターについて。これは厚労科研でマニュアルの改訂をするようにということで、今、作業をして、現場も訪問しているが、やはり非常に脆弱な体制でやっている中で、とりあえず行政検査だけやるというだけではなくて、今度は保健所のやり取りだとか医療の話まで出てくるとかなり混乱するような要素もある。あまり地域外来・検査センターに負荷をかけると、また事務の手続が非常に大変なので回らなくなるのではないかと心配している。
- 最後に4点目だが、やはり冬場に向けて、もう少し遠隔診療の活用ができないかといったことは議論が必要だと考えている。

(釜萯構成員)

- インフルエンザワクチンの接種については、今回、優先的に接種をやっていただきたいという対象を、早い時期にしっかりアナウンスをして、もう10月1日から接種が始まる、9月に入ると予約をどんどん受け付ける状況なので、そこはしっかり早く情報を出していく必要があるということを申し上げたい。
- それから、このインフルエンザとCOVID-19の検査の体制というのは、地域によって整備できている状況が大分違う。したがって、その地域の状況に応じてやっていかなければならないが、基本的には、日本全国としては、なるべく多くの医療機関が、それぞれの医療機関でできることをしっかりやって、そして、なるべく多くの医療機関

が検査に役立つという体制を取ることがぜひ必要である。東京のように検査センターがある程度拡充しているところはある程度はそれでもいいかもしれないが、そうでないところが多いので、なるべく多くの医療機関がしっかり体制を取れるようなアナウンスをやはりしっかりして、この4ページに書かれているようなことが実践できるようにしないといけないと思う。

- それから、インフルエンザの検査については、国民の皆さんの間には、急激に発熱が起こってインフルエンザを疑った場合には医療機関を受診して、そして検査をして、インフルエンザが陽性に出た場合には抗インフルエンザ薬を処方する、という形のやり方がもうかなり定着している。これを変更するということについては、かなりの国民の皆さんの中の戸惑いが生じるだろうと思う。したがって、やはり検査をせずに処方だけというのはかなり限定的にすべきであって、しっかり検査ができてその結果に基づいて適切な抗インフルエンザ薬が処方されるという方向を、国としてはぜひ目指すべきだと思う。

(押谷構成員)

- 2ページ目の最初の「現状・課題」のところについて、「例年の季節性インフルエンザの流行期では、多数の発熱患者の発生が想定されるが」と書いてあるが、想定されるというのは通常、将来のことをいうのだと思うが、ここは過去のデータに基づく事実であって「発熱患者が発生する」だと思う。ここには、今期のこれからの冬どうなるか、ということが想定されるかということを書くべきなのだと思う。
- 本当にインフルエンザが流行するのかというところは不確定要素がかなりある。世界的にも今、インフルエンザはほとんど流行っていない。COVID-19があって、インフルエンザのサーベイランスがあまり機能していないということは十分に考慮しないといけないで、インフルエンザが流行していないことが本当なのかということはあるのだが、例年、南半球で6、7、8月と、かなりのインフルエンザの患者が出るはずだが、相当検査をしてもほとんど出ないという事実がある。そもそも、どうして季節性インフルエンザの流行が起こるかという、北半球、南半球、さらに、熱帯、亜熱帯で循環することによって流行が起こるのだろうと言われていて、その循環が今、ほとんど人の動きが止まってしまっているので起きていない状況である。その上で実際にインフルエンザが流行するかどうかはまだわからないので、やはり流行した場合の対応を慎重に検討しないといけない。だから、WHOもつい先日、ワクチンの接種は積極的にやるべきだと言っているし、インフルエンザの同時流行が起こるリスクはあるので、それに対して備えなければいけないというのはあるが、インフルエンザの流行が起こるということは自明という前提で考えるのは少し問題なのかなと思う。
- その上で、4ページであるが、この時間の分離とかだけでいいのかという問題がある。当初、検査の基準とかを決めたときに、2009年の発熱外来のような状態をつくってはいけないというのがコンセンサスだったと思う。インフルエンザで患者が集中してい

るところにCOVID-19の患者が来るということが問題なのであって、発熱患者を時間で分離すればいいというものでは恐らくないのだろうと思う。その地域でのインフルエンザの流行状況とか、COVID-19の流行状況に応じて、診療体制をどういうふうを考えていくかということが必要なものであって、ただ動線を分ければ、発熱患者の動線を分ければいいというものでは多分ないのかなと思う。

(太田構成員)

- 今年の冬に向かって、いろいろな医療機関が協力して検査体制を拡充して対応しているかなければいけないというのはそのとおりだと思う。今、行政検査の契約に関しては様々な通知を出していただいて、各都道府県、地域で集合契約が結構スムーズに進んでいる。かなりの医療機関がこの検査に協力するような体制というのは徐々にできつつあるのだと思う。
- ただ、一部の自治体、都道府県から聞いているのは、行政検査の契約にかなり限定的な形の条件がついているということ。具体的には唾液検査以外は認めない。実際、その患者さんに直接対応するときに唾液が取れる患者さん、健常な方で普通の人だけだったらいいのだが、そうではない人でも検査しなければいけないときに、やはり鼻咽頭を取らないとそもそも検査できないという患者さんもいる。また、これだったら抗原検査キットでいけるだろうという人に関してもやらせてもらえないということが、実際、契約の内容によっては起こり得る。現場がとにかく頑張っているいろいろな形で対応していこうと思うので、やりやすいような形で御対応いただきたい。

(前田参考人)

- 1点目、今、太田先生が言われたとおりで、実は東京都は集合契約で唾液以外認められていない。一方、地域からは、例えば訪問診療等で高齢者で唾液が出せないという方については対策を取った上で、咽頭ぬぐい液あるいは鼻腔ぬぐい液をやりたいという話があるが、ちょっとそこが進まない。今後これは高齢者の入所者の健診等の際にも関わってくるところなので、ぜひその辺は柔軟に対応できるように都道府県に働きかけていただきたいと思う。
- それから、もう一点はやはりワクチンのこと。先日、千葉市が全年齢の方について公費負担をするのだという発表を市長がされたが、これを全市町村がすれば、もうワクチンはとても足りなくなる。したがって、高齢者や必要な方への確実な接種体制を市で整えられて、それでほかの自治体に迷惑をかけないでワクチンを確保できるのならほかの世代にも広げてくださいというぐらいの、ちょっと強いメッセージを発すべきだと思う。
- それから、実務的にワクチンの供給が滞るのは、基本的にはやはり卸の関係である。少数のワクチンを欲しいという診療所よりも、非常に大量に欲しいところに最初にワクチンが行ってしまう。そこでだんだん少なくなったものが、少量欲しい診療所に個別に回ってくるということがあるので、その辺の供給をしっかりとしないと、地域で高

齢者に接種する診療所にワクチンが回ってこないということになりかねない。

- 特に今回は、企業等で恐らく非常に積極的にワクチンを接種しようという動きも出てきかねないので、その辺の流通を、これを卸に対してどう働きかけるかというのは難しいが、そういったところでのシステムのところにも働きかけないと非常に厳しい。しっかりとその優先順位ということをぜひお伝えして、何とか動くようにしていただきたいなと考えている。

(中島参考人)

- 先ほどのCOVID対応のところにも出てきたが、高齢者施設への対応をやはりもう一度議論していただければと思う。高齢者の入所者で特にADLの低い方は、医療機関の受診のハードルが結構高い。結構具合が悪くなるまで、実は医療機関への外来受診がしにくいということもあって、重症者を起点にするとどうしても発生してから時間がたって受診ということが起こる。通常のインフルエンザ対応もかなり迅速診断キットだとか、予防内服を高齢者施設内でできる体制が整ってきているので、その中でCOVID対応も含めてどういうふうに診断をしていくのか。その施設の中でどう対応できるのかということ、また改めて議論していただければと思う。

<議題3 感染者情報の活用のあり方に関するWGのこれまでの検討状況等について>

※事務局より資料6に基づき説明。

(鈴木構成員)

- そもそもこのHER-SYSというのは疫学的な観点からいって、非常にチャレンジングなプロジェクトで、一言で言えば、全症例を数えようとするサーベイランスの側面と、患者を追跡するコホートという、2つの根本的に異なるデザインを同時に実現しようという試みである。
- 私は長年、疫学研究をやってきたが、一般論としていけば、こういった2つのデザインをくっつけると、まずうまくいかない。例えばがん登録とかHIV・エイズのような比較的経過が長い疾患についてはこういったシステムが可能にはなっているが、新型コロナのような、大半が軽症で特別な治療法がないような急性期疾患についてこういった試みをやろうというのは、前例のない大きなチャレンジだということは、ぜひ全員が共通認識として持っておく必要があると考えている。
- 現時点での登録率について、自治体ベースでいえば確かに99%がレセプトから移行したということになっていると思うが、患者数ベースでいえばとてもそこには到達していないと思う。少なくとも我々疫学センターに共有していただいているデータベースでは、直近の登録率は5割に満たない。
- 実際にFETPが各自治体に入っていて、各自治体がどうやってデータマネジメントをしているのかというのを情報収集している。東京都、大阪府、沖縄県などがそうであるが、ほとんど自分たち自治体で独自のデータベースを構築して運用している。毎日の

合計もそれに基づいてやっているという状況で、一部は病院で入力しているが、多くはまだ、病院から送られてくるファクスを保健所レベルでHER-SYSに入力しているという状況。自分たちのデータベースがあるので、丁寧に入力する、丁寧にクリーニングするというモチベーションがないというのが現状である。

- そうした中で、自分たちがつくってきたデータベースからHER-SYSに乗り換えようというモチベーションが現場にないというのが実情なので、そこらいかにはHER-SYS全面稼働に持っていけるのかというのは、かなり困難な状況だと思う。
- 最初から100点を目指しても実現できないので、まずは60点、70点というふうに、少しずつゴールを決めていく必要があると思っている。そうした意味で、とにかくHER-SYSの中にレセプトを再現するというのが最大というか、目先のゴールだと思っているので、まずは項目を絞って、レセプトの項目に可能な限り近づける、かつ、地方情報センター、疫学センターでクリーニングのサポートを行うといった方向でまずは話を進めている。

(尾身構成員)

- この問題は非常にチャレンジングというか、非常に困難な、非常に複雑な問題があるということ、みんな、多分認識していると思う。その上で、ぜひ、今よりももっとさらにこのプロセスが進んでほしい。
- そして、1ページ目の今後の進め方で、運用の改善を随時実施と書いてあるが、強い厚労省のリーダーシップで、いついつまでにこれをやるという形で、もう少し具体的なことをやってもらいたい。

(前田参考人)

- このワーキンググループで、地方感染症情報センターの関与によってデータをクリーニングしていただけるシステムができたことが一番ありがたかったと思っている。
- あと、非常に実務的な話だが、今は各自治体、保健所等が、その地域の情報を迅速にホームページに公開しろということを求められているので、もしアプリケーションとしてそういうものがすぐ出せるものが提供されれば、恐らく各自治体での入力作業に対するすごくインセンティブになるのではないかと思う。
- それから、もう一点。今回、もし可能になればすごく役立つなと思っているのは、各保健所間、自治体間の情報の共有である。これは、先ほど、疫学調査にはなかなか難しいという話があったが、この疫学調査を進めるには、その患者の住所地の自治体、勤務地の自治体、あるいはそうした接触が起こった自治体等々の情報の共有のため、事務的な書類のやり取りというものが大変であるが、そこがここの中で共有することによって効率的に進むのであれば、それは大変ありがたいので、そういうところを少し前向きに御検討いただければと考えている。

<議題4 その他>

(岡部構成員)

- その他ということで、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけということで分科会の有志の者たちが集まって議論したが、こんな提案を考えている。
- 新型コロナウイルス感染症は、現在、指定感染症二類相当である。実際は二類相当ではなくなっているが、二類相当ではないというアナウンスがまだない。これに位置づけられて後に運用の変化が行われ、無症状病原体保有者も含めた全数報告、入院勧告や就業制限、濃厚接触者の外出自粛要請等が行われている。全くの未知だった本感染症、これが1月、2月の段階だが、かなりのエビデンスが蓄積し、効果的な対策等が明らかになりつつある。また、ウイルスそのもの、あるいは感染症としての疫学状況も理解が進んできたものの、地域によって大きく疫学状況が異なってきている。
- そこで、感染症法上の措置の運用については、新型コロナウイルス感染症発生当時から現状の変化ということで、いろいろなメリットもあればデメリットもあるのではないかと思うので、例えばこのアドバイザリーボードの中でワーキンググループを設置するとか、あるいは厚生科学審議会感染症部会との連携を取らないといけないと思うが、分科会とも連携を取りながら、もう少し具体的に検討を行ってはどうかという提案である。
- もしここでそれがよろしければ、分科会のほうでも同じような、口頭であるが、提案をさせていただければと思うが、いかがか。

(釜范構成員)

- 岡部先生の御指摘のように、そういう検討をするということはとても大事だと思うが、一方で、すぐにその指定を外せというようなことを非常に強く主張される方もいる中で、例えば診療報酬上の取扱いなど、この二類相当の指定を前提としていろいろ組み立ててきたということもあるので、そこはきちんと検討して合意を形成していくという、少し時間のかかる作業が必要なのだろうと思う。なので、すぐに指定を外せば全てが解決するというような形にならないようにしてほしいと願う。

(太田構成員)

- メリット、デメリットが様々あることは重々承知しているが、このまま続けるかどうかも含めて、やはり研究、検討は進めていくべきだろうと思う。外す・外さないというのはいろいろな意見があるが、少なくとももし外すとすればどういうメリットがあってどういうデメリットがあって、どれぐらい大変なことが起こるのかということも含めながら、検討はしていただければありがたいと思う。

(今村構成員)

- 感染症法上の扱いについてという枠組みで話をすれば、どうしても外す・外さないの議論になってしまうので、まずは今の利点、不利な点がどこに出ているのかを話すことで始めるのがいいかなと思う。

(中島参考人)

- 私も議論を始めるといのは非常に大事だと思う。従来の感染症法上の位置づけで、一類、二類というのは入院と患者管理と蔓延防止というのを病院の中で同時に図ることができる、数が少なく重症の病気というのを想定した枠組みだったと思う。
- ところが、今回のCOVIDはかなり数が出て、蔓延防止を市中で行う。重症の患者をいかに安全に医療機関で管理するかというところの乖離が出てきていると。それが今まで想定されていなかったような気がする。
- したがって、単純に外せばいいとか、類型を変えればいいというわけではないと思うが、今あるCOVIDに対して私たちはどういうふう感染症法上の中で取り扱うことができるのかということを中心にきちんと議論するのが大事だと思う。

(加藤厚労大臣)

- この指定感染症というのは別に何類相当という考え方はそもそもなくて、当初入れるときにどこを基準にしますかというので二類相当という説明を私どももさせていただいた。その後、相当議論があって、それを逐次、各法律の、例えば新型インフルエンザ等特措法、感染症の一類から五類の中でやれるというものを一個一個ピックアップして、それを乗せてきて今の形になっているので、姿で見ると二類ではなくてもう「特類」、こういう言い方が適切かは分かりませんが、そういう形に実態はなっている。
- しかし、実際に入院措置といいながら宿泊療養とか自宅療養がこれだけ出てきている実態があるということでもあるので、御指摘いただいたように、今申し上げたようなベースを踏まえながら、先ほどのメリット、デメリット、何が問題になっていて、しかしこれはやはり必要だということ、ここをきちんと精査をする時期に来ているのだと思うので、ぜひそういう議論をこちらでしていただけたら、我々も今、中で議論を始めているのでありがたいと思う。

(脇田座長)

- 今、大臣からもコメントがあったが、これを外す外さないというよりも、むしろ今の状況を十分に精査して、必要なものはきちんと残す。そして、新たに加えるものがあればやるという形で、このアドバイザリーボードを中心に議論を始めるといことにしたい。

以上

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

2. 直近の感染状況等

- ① 全国の感染状況等 7
- ② 都道府県の医療提供体制等の状況 9

資料1-1 ①

①都道府県別の感染者数の推移

	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		7月11日～7月17日		7月18日～7月24日		7月25日～7月31日		8月1日～8月7日		8月8日～8月14日		直近1週間 8/16-8/22	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	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		3772		2956	40%	1703	33%	1093	35%	512	32%	260	32%	278	40%	277	43%	262	44%	372	39%	474	47%	1009	37%	1813	43%	2983	48%	4702	54%	7281	52%	9454	54%	8039	52%	6834	5.42		
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%	37	27%	51	39%	51	55%	100	35%	77	49%	79	1.50		
青森	5		3		8		0	0%	4	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	2	0%	0	0%	1	100%	0	0%	1	0%	0	0.00		
岩手	0		0		0		0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	75%	3	100%	2	100%	3	0.24		
宮城	11		24		43		5	20%	4	25%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	3	33%	5	60%	3	100%	29	17%	11	36%	20	50%	21	24%	3	67%	3	0.30		
秋田	5		3		4		0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	50%	10	7%	6	0%	5	0.52				
山形	1		26		27		8	13%	2	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	0%	4	0%	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	1	0.09		
福島	7		27		16		14	21%	8	13%	7	71%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1	0%	1	100%	2	50%	3	100%	6	17%	7	71%	19	1.03		
茨城	44		28		47		26	31%	8	63%	3	33%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	100%	4	75%	10	60%	14	64%	19	74%	24	46%	50	44%	76	42%	75	33%	48	1.68		
栃木	3		17		14		9	25%	2	100%	2	50%	4	50%	5	0%	1	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	20	10%	7	29%	25	12%	33	27%	44	36%	43	47%	31	39%	19	0.98		
群馬	10		11		81		26	27%	6	17%	1	100%	0	0%	2	50%	0	0%	2	100%	0	0%	0	0%	1	100%	2	50%	1	100%	11	55%	11	27%	13	57%	21	70%	61	54%	95	4.89		
埼玉	62		216		246		189	41%	95	31%	78	27%	34	21%	21	14%	6	43%	8	67%	14	69%	7	38%	64	35%	101	34%	205	39%	273	49%	332	57%	313	48%	426	44%	376	37%	366	4.98		
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%	85	51%	167	44%	187	54%	225	52%	406	47%	298	53%	327	5.22		
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%	1418	48%	1747	58%	2011	59%	2416	63%	1962	63%	1667	11.97		
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%	235	60%	269	58%	297	65%	574	56%	580	51%	597	6.49		
新潟	3		9		12		13	38%	12	33%	4	75%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	2	0%	3	33%	3	33%	19	0%	15	7%	3	0%	10	0.45		
富山	8		15		56		84	9%	42	3%	15	8%	6	17%	3	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	2	50%	0	0%	5	100%	3	80%	33	44%	30	27%	31	2.97		
石川	16		68		68		62	15%	32	22%	21	4%	10	0%	9	11%	4	0%	1	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1	67%	9	43%	11	25%	10	13%	94	21%	112	9.84		
福井	31		36		28		16	0%	2	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	0%	1	0%	12	0%	14	7%	1	0%	7	0.91				
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	100%	9	56%	11	36%	30	40%	12	42%	24	2.96		
長野	4		18		19		20	11%	2	0%	8	25%	2	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	6	29%	4	75%	18	30%	22	31%	18	80%	21	1.02				
岐阜	23		46		58		10	31%	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	1	0%	2	100%	2	100%	1	0%	4	25%	2	100%	10	27%	44	52%	115	42%	104	47%	65	38%	27	1.36				
静岡	5		26		17		9	30%	14	46%	0	0%	0	0%	1	0%	2	50%	0	0%	2	50%	3	0%	0	0%	6	17%	6	0%	10	7%	29	9%	138	9%	76	18%	54	35%	29	0.80		
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%	65	20%	344	59%	864	57%	1032	62%	757	52%	481	6.37		
三重	3		3		17		13	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	1	0%	8	0%	8	0%	38	5%	111	23%	63	35%	56	3.14		
滋賀	8		20		34		25	20%	3	50%	3	0%	1	100%	2	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1	0%	0	0%	2	0%	1	0%	5	40%	42	2%	20	35%	102	11%	51	22%	54	3.82		
京都	57		77		67		51	43%	38	15%	25	22%	10	10%	0	0%	1	0%	0	0%	2	100%	4	0%	6	63%	21	32%	39	20%	72	42%	138	33%	149	38%	155	48%	149	52%	193	7.47		
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%	278	62%	670	65%	1142	67%	1340	65%	1151	56%	1026	11.65		
兵庫	50		144		168		124	26%	48	23%	29	9%	19	0%	4	25%	1	0%	0	0%	0	0%	1	0%	5	40%	4	100%	17	71%	74	72%	141	67%	279	32%	313	31%	278	36%	242	4.43		
奈良	12		16		19		21	33%	9	56%	4	29%	1	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	15	13%	36	6%	52	17%	40	13%	67	36%	62	32%	113	8.50				
和歌山	4		18		6		8	10%	10	25%	0	0%	2	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%	0	0%	7	27%	16	14%	25	8%	38	4%	23	17%	17	16%	31	3.35		
鳥取	0		1		0		2	50%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	1	100%	0	0%	10	20%	6	17%	0	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	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%	3	33%	1	100%	0	0%	103	2%	2	0.30		
岡山	7		7		4		3	33%	2	0%	1	100%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	2	0%	0	0%	6	67%	15	27%	30	20%	28	39%	16	31%	10	0.53
広島	4		17		100		20	10%	15	7%	6	20%	0	0%	2	0%	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	4	44%	32	45%	45	49%	79	49%	68	37%	37	44%				

② (1) 入院者数、受入確保病床数に占める入院者数の割合

	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			7月15日			7月22日			7月29日			8月5日			8月12日			8月19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	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%	1,717	19,496	9%	2,744	19,558	14%	4,034	20,314	20%	5,112	22,190	23%	6,009	22,457	27%	5,973	22,795	26%
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%	54	700	8%	58	700	8%	55	700	8%	80	700	11%	97	700	14%	95	700	14%
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%	3	158	2%	4	158	3%	1	158	1%	2	158	1%	2	158	1%	1	158	1%
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%	0	93	0%	0	93	0%	3	205	1%	6	205	3%	5	205	2%			
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%	7	388	2%	13	388	3%	10	388	3%	20	388	5%	14	388	4%	7	345	2%
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%	0	105	0%	2	235	1%	2	231	1%	15	231	6%	12	231	5%			
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%	3	150	2%	4	150	3%	3	150	2%	1	150	1%	1	215	0%	1	215	0%	0	215	0%			
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%	2	229	1%	3	229	1%	4	229	2%	11	229	5%	19	229	8%			
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%	15	151	10%	17	166	10%	29	167	17%	50	171	29%	59	171	35%	54	171	32%
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%	20	271	7%	45	271	17%	58	271	21%	74	311	24%	57	311	18%	44	311	14%
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%	6	240	3%	15	240	6%	25	307	8%	33	302	11%	53	302	18%	104	302	34%
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%	182	602	30%	248	602	41%	243	602	40%	298	683	44%	357	683	52%	323	967	33%
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%	126	819	15%	177	819	22%	179	819	22%	292	1,147	25%	325	1,147	28%	281	1,147	24%
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%	728	3,300	22%	992	3,300	30%	1,250	3,300	38%	1,416	3,300	43%	1,725	3,300	52%	1,665	3,300	50%
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%	92	1,979	5%	122	1,979	6%	145	1,979	7%	184	1,951	9%	225	1,939	12%	300	1,939	15%
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%	3	411	1%	3	411	1%	6	411	1%	8	411	2%	20	456	4%	12	456	3%	11	456	2%
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%	2	500	0%	5	500	1%	5	500	1%	20	500	4%	41	500	8%	48	500	10%
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%	4	254	2%	9	254	4%	15	254	6%	16	258	6%	70	258	27%	125	258	48%
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%	2	176	1%	3	176	2%	4	176	2%	19	190	10%	18	190	9%	6	190	3%
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%	1	80	1%	4	80	5%	10	170	6%	18	250	7%	27	250	11%	23	285	8%
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%	4	300	1%	9	300	3%	20	350	6%	35	350	10%	39	350	11%	29	350	8%
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%	9	325	3%	38	281	14%	97	387	25%	146	397	37%	134	397	34%	65	397	16%
静岡県	27	200	14%	29	200	15%	12	200	6%	3	200	2%	3	200	2%	3	200	2%	2	200	1%	4	200	2%	4	200	2%	4	200	2%	6	200	3%	11	200	6%	28	200	14%	63	200	32%	91	300	30%	68	300	23%	51	300	17%
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%	13	500	3%	104	500	21%	195	500	39%	258	766	34%	318	766	42%	352	791	45%
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%	3	171	2%	9	171	5%	23	171	13%	69	358	19%	125	358	35%	82	358	23%
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%	5	141	4%	14	141	10%	52	141	37%	72	141	51%	116	154	75%	90	173	52%
京都府 (1,130千床)	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%	53	431	12%	84	431	19%	118	431	27%	112	495	23%	100	495					

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

	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		7月15日		7月22日		7月29日		8月5日		8月12日		8月19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	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	16,113	5%	611	18,254	3%	289	19,430	1%	169	19,565	1%	105	19,680	1%	111	19,778	1%	95	19,711	0%	62	19,675	0%	111	20,010	1%	335	18,368	2%	343	16,762	2%	697	16,950	4%	984	16,996	6%	1,660	18,924	9%	1,592	18,102	9%	1,435	19,276	7%
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%	9	930	1%	26	810	3%	25	810	3%	37	810	5%	50	810	6%	29	810	4%
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%	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%	0	85	0%	0	85	0%	0	85	0%	0	85	0%	0	225	0%			
宮城県	7			4	200	2%	1	200	1%	0	200	0%	0	200	0%	1	200	1%	0	200	1%	2	200	1%	1	100	1%	2	100	2%	2	100	2%	2	100	2%	9	100	9%	0	100	0%	3	100	3%	5	100	5%	0	100	0%
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%	0	16	0%	0	16	0%	0	16	0%	4	16	25%	5	16	31%			
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%	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%	0	100	0%	0	100	0%	0	100	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%	2	34	6%	7	34	21%	6	34	18%	5	34	15%	10	34	29%	7	34	21%	6	104	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%	1	111	1%	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%	0	150	0%	0	150	0%	2	150	1%	4	150	3%						
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%	78	904	9%	100	904	11%	104	1,225	8%	76	1,225	6%	56	1,225	5%	65	1,225	5%
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%	15	736	2%	30	736	4%	42	736	6%	72	710	10%	103	710	15%	78	710	11%
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%	118	371	32%	155	371	42%	213	670	32%	442	2,148	21%	417	2,148	19%	278	3,044	9%
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%	49	2,431	2%	131	2,486	5%	106	2,486	4%	140	2,486	6%	148	749	20%	175	749	23%
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%	0	50	0%	0	50	0%	0	150	0%	0	176	0%	0	176	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%	0	100	0%	0	100	0%	0	100	0%	0	150	0%	0	200	0%	0	200	2%
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%	0	340	0%	0	340	0%	0	340	0%	2	340	1%	13	340	4%			
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%	0	42	0%	0	42	0%	0	65	0%	0	65	0%	0	75	0%	0	75	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%	0	21	0%	0	21	0%	3	21	14%	4	21	19%	1	21	5%			
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%	0	200	0%	0	200	0%	0	200	0%	0	250	0%	0	250	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%	0	466	0%	0	466	0%	0	466	0%	5	381	1%	1	381	0%	3	379	1%
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%	0	155	0%	2	155	1%	26	155	17%	20	155	13%	8	155	5%	7	155	5%
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%	0	1,300	0%	0	1,300	0%	5	1,300	0%	47	1,300	4%	47	1,300	4%	45	1,300	3%
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	64	0%	0	64	0%	0	100	0%	0	100	0%	0	100	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%	0	62	0%	0	62	0%	0	62	0%	6	62	10%	11	62	18%	15	62	24%
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%	29	338	9%	34	338	10%	45	338	13%	24	338	7%	22	338	7%			
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%	40	712	6%	154	712	22%	233	712	33%	362	957	38%	273	1,229	22%	226	1,229	18%
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%	2	500	0%	30	500	6%	55	500	11%	50	488	10%	50	488	10%	59	488	12%
奈良県	3																																																		

③都道府県別のPCR等検査実施状況の推移

	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		7月6日～7月12日		7月13日～7月19日		7月20日～7月26日		7月27日～8月2日		8月3日～8月9日		8月10日～8月16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	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
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%	70180	3.0%	93577	3.6%	86562	6.0%	127700	6.7%	166094	5.8%	124352	5.9%
北海道	496	3.6%	981	7.4%	1,309	12.8%	2,088	8.7%	2,073	11.2%	1,730	6.1%	1,625	3.7%	1,336	3.1%	1,889	1.9%	1,390	2.2%	1,567	3.1%	1,654	1.6%	1,260	3.3%	1,352	2.8%	1,523	1.1%	1,844	2.9%	1,687	2.5%	2,540	2.5%	3,402	2.9%	2,488	3.0%
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%	123	2.4%	230	0.4%	103	0.0%	48	2.1%	111	0.0%	72	1.4%
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%	117	0.0%	36	0.0%	59	0.0%	132	3.0%	294	1.0%	170	1.2%
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%	745	1.1%	822	3.2%	795	1.3%	1,138	2.3%	1,285	1.1%	751	0.3%
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%	74	0.0%	28	0.0%	29	6.9%	89	0.0%	334	3.9%	140	5.0%
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%	211	0.5%	349	1.1%	153	0.0%	146	0.7%	236	0.0%	131	0.0%
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%	693	0.1%	767	0.1%	608	0.3%	948	0.3%	948	0.7%	944	1.0%
茨城県	1046	4.6%	1070	4.2%	1,085	2.6%	1,320	1.7%	1,342	0.3%	1,098	0.3%	1,334	0.0%	1,078	0.0%	944	0.0%	1,067	0.0%	1,111	0.0%	995	0.2%	1,099	0.3%	1,281	0.8%	1,615	1.0%	1,819	1.4%	1,608	1.1%	2,598	2.9%	4,170	1.8%	3,780	1.5%
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%	1,154	0.7%	1,113	3.4%	1,202	2.5%	1,581	2.3%	1,597	2.9%	1,596	1.9%
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%	706	0.0%	944	1.3%	793	1.5%	1,055	1.2%	1,191	2.9%	1,121	6.6%
埼玉県	1,175	8.4%	2,169	10.7%	2,955	8.6%	3,566	4.4%	4,177	2.2%	3,903	1.7%	4,052	0.6%	3,377	0.4%	3,208	0.2%	3,781	0.1%	3,782	0.4%	3,733	0.5%	4,061	1.7%	4,991	2.6%	7,555	3.0%	8,643	3.4%	8,605	3.6%	9,609	4.1%	11,608	3.6%	7,230	4.7%
千葉県	2,413	3.9%	3,229	6.9%	2,820	7.7%	2,780	4.5%	2,913	1.6%	2,260	0.9%	2,858	0.6%	2,116	0.3%	1,994	0.3%	1,829	0.3%	1,845	0.7%	1,897	0.3%	2,895	0.9%	4,514	1.3%	4,348	2.5%	6,592	2.7%	4,688	3.8%	6,179	4.9%	6,821	5.7%	4,836	6.2%
東京都	4,774	12.9%	9,125	12.4%	10,617	10.0%	12,004	7.2%	11,451	5.9%	9,631	3.1%	12,311	0.9%	9,969	0.5%	8,772	1.0%	10,925	1.3%	13,243	1.2%	12,409	1.9%	13,561	2.5%	15,195	4.3%	21,350	5.4%	30,666	4.8%	23,525	7.7%	32,065	7.0%	43,887	5.5%	28,074	6.6%
神奈川県	1,836	6.6%	2,299	14.0%	2,800	8.6%	3,217	5.5%	3,429	4.2%	2,678	2.7%	3,569	2.7%	2,870	2.2%	2,950	1.3%	3,150	0.9%	3,676	0.3%	3,192	0.8%	3,256	1.0%	3,838	3.2%	4,818	3.3%	6,500	3.9%	5,973	4.0%	7,703	4.9%	11,495	5.7%	8,912	6.6%
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%	458	0.4%	506	0.6%	366	1.1%	845	2.6%	964	1.2%	603	0.2%
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%	386	0.5%	318	0.3%	304	1.3%	533	1.7%	866	4.7%	833	2.6%
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%	108	0.0%	209	1.4%	340	2.9%	375	2.7%	443	9.3%	699	13.2%
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%	339	0.3%	472	0.6%	435	0.7%	368	3.0%	825	1.7%	427	0.2%
山梨県	594	1.5%	685	3.4%	983	1.7%	918	0.2%	1,182	0.3%	1,007	0.0%	979	0.1%	1,020	0.3%	1,003	0.4%	1,133	0.3%	1,226	0.3%	1,156	0.1%	1,031	0.2%	1,072	0.1%	969	0.1%	1,050	0.2%	1,022	0.8%	1,340	1.3%	1,763	1.5%	1,601	0.6%
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%	432	0.2%	357	1.7%	589	1.4%	1,329	1.9%	1,223	1.1%	837	2.0%
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%	587	0.3%	1,176	1.3%	1,678	3.2%	1,560	7.7%	2,163	5.3%	1,372	3.4%
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%	1,271	0.6%	1,125	1.2%	1,545	5.0%	2,811	4.3%	2,792	2.0%	2,389	2.2%
愛知県	971	6.3%	1,543	6.4%	1,561	5.3%	1,628	4.2%	1,241	1.2%	1,191	0.8%	1,406	0.6%	908	0.1%	615	0.2%	739	0.4%	824	0.6%	899	0.8%	625	0.0%	651	0.3%	1,506	0.4%	1,663	6.6%	2,946	15.5%	5,661	18.5%	7,663	13.0%	5,535	10.9%
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%	98	4.1%	359	1.9%	419	3.1%	1,001	5.4%	1,905	6.0%	1,041	4.4%
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%	366	0.8%	385	1.0%	192	22.4%	389	8.0%	363	29.5%	299	15.4%
京都府	454	14.3%	751	10.9%	1,200	4.8%	1,271	3.4%	1,582	2.4%	1,293	1.6%	1,447	0.4%	889	0.0%	647	0.2%	728	0.1%	729	0.1%	651	0.8%	737	1.4%	1,089	2.4%	1,327	3.5%	1,882	4.9%	1,549	7.6%	2,451	7.0%	3,391	4.6%	2,879	4.7%
大阪府	2,585	7.7%	3,267	12.3%	4,399	9.1%	4,371	6.4%	4,852	3.6%	3,808	2.1%	4,373	0.7%	3,088	0.6%	2,506	0.4%	2,354	0.1%	2,298	0.2%	2,521	0.9%	2,719	0.4%	2,751	2.3%	4,082	3.5%	6,515	6.0%	7,950	9.7%	11,287	11.1%	14,788	9.0%	12,718	8.5%
兵庫県	839	7.5%	1,422	12.7%	1,668	8.5%	1,686	6.9%	1,697	2.4%	1,304	2.0%	1,338	0.6%	922	0.3%	690	0.0%	955	0.0%	1,061	0.0%	711	0.4%	771	0.4%	933	0.8%	1,467	1.7%	2,138	4.5%	1,961	9.2%	3,398	8.8%				

(1) 感染の状況 (疫学的状況)

(2) ①医療提供体制 (療養状況)

資料1-2 ①

	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	宿泊療養者数	
時点	2019.10	~8/22(1W)	~8/22(1W)	~8/15(1W)		~8/14(1W)	8/18	8/18	8/11	8/11	8/18	8/11
単位	千人	人		人		人	人	人	人	人	人	人
北海道	5,250	79	1.50	78	1.01	49%	95	3	97	3	29	50
青森県	1,246	0	0.00	1	0.00	0%	1	0	2	0	0	0
岩手県	1,227	3	0.24	1	3.00	100%	5	0	6	0	0	0
宮城県	2,306	7	0.30	2	3.50	67%	7	0	14	1	0	5
秋田県	966	5	0.52	6	0.83	0%	12	0	15	0	5	4
山形県	1,078	1	0.09	0	-	-	0	0	1	0	0	0
福島県	1,846	19	1.03	9	2.11	71%	19	1	11	0	0	0
茨城県	2,860	48	1.68	70	0.69	33%	54	0	59	1	6	7
栃木県	1,934	19	0.98	26	0.73	39%	44	2	57	3	0	0
群馬県	1,942	95	4.89	60	1.58	54%	104	0	53	0	4	2
埼玉県	7,350	366	4.98	344	1.06	37%	323	11	357	7	65	56
千葉県	6,259	327	5.22	298	1.10	53%	281	8	325	5	78	103
東京都	13,921	1,667	11.97	1918	0.87	63%	1,665	41	1,725	22	278	417
神奈川県	9,198	597	6.49	609	0.98	51%	300	21	225	15	175	148
新潟県	2,223	10	0.45	1	10.00	0%	11	0	12	0	0	0
富山県	1,044	31	2.97	25	1.24	27%	48	3	41	0	3	0
石川県	1,138	112	9.84	96	1.17	21%	125	2	70	2	13	2
福井県	768	7	0.91	1	7.00	0%	6	1	18	2	0	0
山梨県	811	24	2.96	11	2.18	42%	23	3	27	0	1	4
長野県	2,049	21	1.02	21	1.00	80%	29	0	39	0	0	0
岐阜県	1,987	27	1.36	61	0.44	38%	65	3	134	3	3	1
静岡県	3,644	29	0.80	58	0.50	35%	51	2	68	1	7	8
愛知県	7,552	481	6.37	652	0.74	52%	352	15	318	14	45	47
三重県	1,781	56	3.14	52	1.08	35%	82	2	125	2	0	0
滋賀県	1,414	54	3.82	48	1.13	22%	90	8	116	3	15	11
京都府	2,583	193	7.47	150	1.29	52%	108	4	100	3	22	24
大阪府	8,809	1,026	11.65	1126	0.91	56%	561	65	473	49	226	273
兵庫県	5,466	242	4.43	276	0.88	36%	224	16	226	13	59	50
奈良県	1,330	113	8.50	52	2.17	32%	87	3	76	1	35	3
和歌山県	925	31	3.35	20	1.55	16%	33	0	18	0	0	0
鳥取県	556	1	0.18	0	-	-	10	0	15	0	0	0
島根県	674	2	0.30	101	0.02	2%	25	0	42	0	57	0
岡山県	1,890	10	0.53	15	0.67	31%	16	0	20	0	0	3
広島県	2,804	15	0.53	32	0.47	44%	31	1	82	0	2	7
山口県	1,358	25	1.84	12	2.08	8%	18	0	25	0	0	0
徳島県	728	18	2.47	29	0.62	13%	50	1	37	0	2	8
香川県	956	8	0.84	4	2.00	75%	9	0	12	1	1	1
愛媛県	1,339	3	0.22	9	0.33	10%	10	0	14	1	0	0
高知県	698	10	1.43	14	0.71	-	21	0	3	0	0	0
福岡県	5,104	497	9.74	679	0.73	53%	309	22	307	21	183	198
佐賀県	815	28	3.44	45	0.62	20%	40	0	52	0	8	19
長崎県	1,327	14	1.06	25	0.56	28%	29	1	32	1	13	36
熊本県	1,748	63	3.60	52	1.21	46%	94	4	124	2	0	0
大分県	1,135	41	3.61	17	2.41	25%	39	0	27	0	4	2
宮崎県	1,073	56	5.22	34	1.65	18%	45	1	77	2	18	19
鹿児島県	1,602	45	2.81	19	2.37	50%	47	2	30	2	12	3
沖縄県	1,453	308	21.20	591	0.52	58%	375	14	302	12	66	81
全国	126,167	6,834	5.42	7750	0.88	52%	5,973	260	6,009	192	1,435	1,592

※：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。自治体に確認を得てない暫定値であることに留意。
 ※：入院患者・入院確定数、重症者数及び宿泊患者数（G列～L列）については、記載日の翌日 00:00時点としてとりまとめている。
 ※：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肺補助（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

資料1-2 ①

	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	
時点	5/1	5/1	5/19	8/18	8/18	8/18	~8/16(1W)	~8/9(1W)		~8/16(1W)	~8/9(1W)
単位				床	床	室	件	件		人	人
北海道	済	済	済	700	1,767	810	2,488	3,402	0.73	75	97
青森県	済	済	済	158	225	30	72	111	0.65	1	0
岩手県	済	済	済	205	350	225	170	294	0.58	2	3
宮城県	済	済	済	345	450	100	751	1,285	0.58	2	14
秋田県	済	済	済	231	235	16	140	334	0.42	7	13
山形県	済	済	予定	215	215	188	131	236	0.56	0	0
福島県	済	済	済	229	350	100	944	948	1.00	9	7
茨城県	済	済	済	171	500	104	3,780	4,170	0.91	55	77
栃木県	済	済	済	311	311	111	1,596	1,597	1.00	30	47
群馬県	済	済	済	302	330	150	1,121	1,191	0.94	74	34
埼玉県	済	済	済	967	1,400	1,225	7,230	11,608	0.62	343	418
千葉県	済	済	済	1,147	1,200	710	4,836	6,821	0.71	300	389
東京都	済	済	済	3,300	4,000	3,044	28,074	43,887	0.64	1,847	2,412
神奈川県	済	済	済	1,939	1,939	749	8,912	11,495	0.78	587	653
新潟県	済	済	済	456	456	176	603	964	0.63	1	12
富山県	済	済	済	500	500	200	833	866	0.96	22	41
石川県	済	済	済	258	254	340	699	443	1.58	92	41
福井県	済	済	済	190	190	75	427	825	0.52	1	14
山梨県	済	済	済	285	250	21	1,601	1,763	0.91	10	27
長野県	済	済	済	350	350	250	837	1,223	0.68	17	14
岐阜県	済	済	済	397	625	379	1,372	2,163	0.63	47	114
静岡県	済	済	済	300	450	155	2,389	2,792	0.86	53	57
愛知県	済	済	済	791	839	1,300	5,535	7,663	0.72	606	997
三重県	済	済	済	358	358	100	1,041	1,905	0.55	46	114
滋賀県	済	済	済	173	450	62	299	363	0.82	46	107
京都府	済	済	済	495	515	338	2,879	3,391	0.85	136	157
大阪府	済	済	済	1,257	1,615	1,229	12,718	14,788	0.86	1,078	1,324
兵庫県	済	済	予定	652	650	488	3,573	4,412	0.81	265	324
奈良県	済	済	済	467	500	108	1,404	1,651	0.85	65	66
和歌山県	済	済	済	210	400	137	877	1,026	0.85	17	12
鳥取県	済	済	済	313	300	340	484	870	0.56	0	3
島根県	済	済	済	253	253	163	918	266	3.45	10	93
岡山県	済	済	済	250	250	207	1,060	1,070	0.99	15	23
広島県	済	済	済	553	500	295	1,206	1,875	0.64	29	51
山口県	済	済	済	423	423	638	323	227	1.42	7	18
徳島県	済	済	済	200	200	208	211	398	0.53	32	30
香川県	済	済	済	185	185	101	764	602	1.27	5	14
愛媛県	済	済	済	229	223	67	116	108	1.07	8	7
高知県	済	済	済	192	200	16	267	97	2.75	19	2
福岡県	済	済	済	490	760	838	10,525	11,284	0.93	621	824
佐賀県	済	済	済	281	281	230	736	815	0.90	41	60
長崎県	済	済	済	395	395	163	1,559	2,661	0.59	19	54
熊本県	済	済	済	400	400	1,430	1,477	2,824	0.52	53	117
大分県	済	済	済	330	330	700	924	608	1.52	16	19
宮崎県	済	済	済	246	246	250	539	1,100	0.49	34	67
鹿児島県	済	済	済	253	300	370	1,143	1,379	0.83	46	21
沖縄県	済	済	済	443	425	340	4,768	6,293	0.76	492	613
全国	-	-	-	22,795	27,345	19,276	124,352	166,094	0.75	7,281	9,601

※：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、記載日の翌日 00:00時点としてとりまとめている。

※：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。

【 医療提供体制 】						
A		B		D		F
時点	人口	①病床のひっ迫具合				②療養者数
		全入院者		重症患者		
単位		確保病床使用率	確保想定病床使用率	確保病床使用率 【重症患者】	確保想定病床使用率 【重症患者】	
時点	2019.10	8/18	8/18	8/18	8/18	8/18
単位	千人	% (前週差)	% (前週差)	% (前週差)	% (前週差)	対人口10万人 (前週差)
ステージⅢの指標		25%	20%	25%	20%	15
ステージⅣの指標			50%		50%	25
北海道	5,250	13.6% (▲0.3)	5.4% (▲0.1)	3.0% (+0.0)	1.6% (+0.0)	2.4 (▲0.5)
青森県	1,246	0.6% (▲0.6)	0.4% (▲0.4)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)	0.1 (▲0.1)
岩手県	1,227	2.4% (▲0.5)	1.4% (▲0.3)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)	0.4 (▲0.1)
宮城県	2,306	2.0% (▲1.6)	1.6% (▲1.6)	0.0% (▲1.8)	0.0% (▲1.5)	0.3 (▲0.5)
秋田県	966	5.2% (▲1.3)	5.1% (▲1.3)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)	1.8 (▲0.2)
山形県	1,078	0.0% (▲0.5)	0.0% (▲0.5)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)	0.0 (▲0.1)
福島県	1,846	8.3% (+3.5)	5.4% (+2.3)	6.7% (+6.7)	2.0% (+2.0)	1.0 (+0.4)
茨城県	2,860	31.6% (▲2.9)	10.8% (▲1.0)	0.0% (▲3.0)	0.0% (▲1.4)	2.9 (▲0.4)
栃木県	1,934	14.1% (▲4.2)	14.1% (▲4.2)	4.9% (▲2.4)	4.9% (▲2.4)	2.3 (▲0.8)
群馬県	1,942	34.4% (+16.9)	31.5% (+15.5)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)	5.6 (+2.7)
埼玉県	7,350	33.4% (▲18.9)	23.1% (▲2.4)	10.8% (+3.5)	5.5% (+2.0)	7.0 (▲0.8)
千葉県	6,259	24.5% (▲3.8)	23.4% (▲3.7)	7.9% (+3.0)	4.4% (+1.7)	7.7 (▲2.1)
東京都	13,921	50.5% (▲1.8)	41.6% (▲1.5)	10.3% (+4.8)	8.2% (+3.8)	24.0 (▲2.6)
神奈川県	9,198	15.5% (+3.9)	15.5% (+3.9)	12.2% (+3.5)	10.5% (+3.0)	7.1 (+0.9)
新潟県	2,223	2.4% (▲0.2)	2.4% (▲0.2)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)	0.5 (▲0.0)
富山県	1,044	9.6% (+1.4)	9.6% (+1.4)	8.3% (+8.3)	8.3% (+8.3)	4.9 (+1.0)
石川県	1,138	48.4% (+21.3)	49.2% (+21.7)	5.7% (+0.0)	5.7% (+0.0)	12.1 (+5.8)
福井県	768	3.2% (▲6.3)	3.2% (▲6.3)	4.2% (▲4.2)	4.2% (▲4.2)	0.8 (▲1.6)
山梨県	811	8.1% (▲2.7)	9.2% (▲1.6)	12.5% (+12.5)	12.5% (+12.5)	3.0 (▲0.9)
長野県	2,049	8.3% (▲2.9)	8.3% (▲2.9)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)	1.4 (▲0.5)
岐阜県	1,987	16.4% (▲17.4)	10.4% (▲11.0)	6.1% (+0.0)	4.5% (+0.0)	3.4 (▲3.4)
静岡県	3,644	17.0% (▲5.7)	11.3% (▲3.8)	5.4% (+2.7)	3.0% (+1.5)	1.8 (▲0.5)
愛知県	7,552	44.5% (+3.0)	42.0% (+4.1)	21.4% (▲1.9)	12.4% (+0.8)	16.4 (▲6.8)
三重県	1,781	22.9% (▲12.0)	22.9% (▲12.0)	3.8% (+0.0)	3.8% (+0.0)	4.8 (▲2.2)
滋賀県	1,414	52.0% (▲23.3)	20.0% (▲5.8)	16.0% (+10.0)	11.1% (+6.9)	7.7 (▲1.3)
京都府	2,583	21.8% (+1.6)	21.0% (+1.6)	4.7% (+1.2)	4.7% (+1.2)	8.6 (+1.3)
大阪府	8,809	44.6% (+7.0)	34.7% (+5.4)	34.6% (+8.5)	30.2% (+7.4)	19.3 (+0.7)
兵庫県	5,466	34.4% (▲0.3)	34.5% (▲0.3)	14.5% (+2.7)	13.3% (+2.5)	5.2 (+0.1)
奈良県	1,330	18.6% (+2.4)	17.4% (+2.2)	12.0% (+8.0)	12.0% (+8.0)	9.2 (+3.2)
和歌山県	925	15.7% (+6.3)	8.3% (+3.8)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)	3.6 (+1.6)
鳥取県	556	3.2% (▲1.6)	3.3% (▲1.7)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)	1.8 (▲0.9)
島根県	674	9.9% (▲6.7)	9.9% (▲6.7)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)	12.2 (▲3.1)
岡山県	1,890	6.4% (▲1.6)	6.4% (▲1.6)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)	1.0 (▲0.4)
広島県	2,804	5.6% (▲9.2)	6.2% (▲10.2)	1.4% (+1.4)	1.4% (+1.4)	1.2 (▲2.1)
山口県	1,358	4.3% (▲1.7)	4.3% (▲1.7)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)	1.3 (▲0.5)
徳島県	728	25.0% (+6.5)	25.0% (+6.5)	4.0% (+4.0)	4.0% (+4.0)	7.1 (+1.0)
香川県	956	4.9% (▲1.6)	4.9% (▲1.6)	0.0% (▲4.0)	0.0% (▲4.0)	1.0 (▲0.3)
愛媛県	1,339	4.4% (▲1.7)	4.5% (▲1.8)	0.0% (▲3.0)	0.0% (▲3.0)	0.7 (▲0.3)
高知県	698	10.9% (+9.4)	10.5% (+9.0)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)	3.0 (+2.6)
福岡県	5,104	63.1% (+0.4)	40.7% (+0.3)	36.7% (+1.7)	20.0% (+0.9)	18.1 (▲7.0)
佐賀県	815	14.2% (▲4.3)	14.2% (▲4.3)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)	5.9 (▲2.8)
長崎県	1,327	7.3% (▲0.8)	7.3% (▲0.8)	3.7% (+0.0)	2.4% (+0.0)	3.7 (▲2.2)
熊本県	1,748	23.5% (▲7.5)	23.5% (▲7.5)	6.8% (+3.4)	6.8% (+3.4)	5.7 (▲5.5)
大分県	1,135	11.8% (+3.6)	11.8% (+3.6)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)	3.8 (+1.2)
宮崎県	1,073	18.3% (▲13.0)	18.3% (▲13.0)	3.0% (▲3.0)	3.0% (▲3.0)	6.1 (▲3.3)
鹿児島県	1,602	18.6% (+6.7)	15.7% (+3.8)	4.2% (+0.0)	4.2% (+0.0)	4.1 (+2.1)
沖縄県	1,453	84.7% (+16.5)	88.2% (+17.2)	29.8% (+4.3)	37.8% (+5.4)	53.8 (▲10.7)
全国	126,167	26.2% (▲0.6)	21.8% (▲0.2)	9.0% (+2.3)	7.1% (+1.9)	9.4 (▲1.3)

※：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，日本人口（2019年10月1日現在）

※：確保病床使用率、確保想定病床使用率、療養者数は、記載日の翌日 00:00時点としてとまとめている。

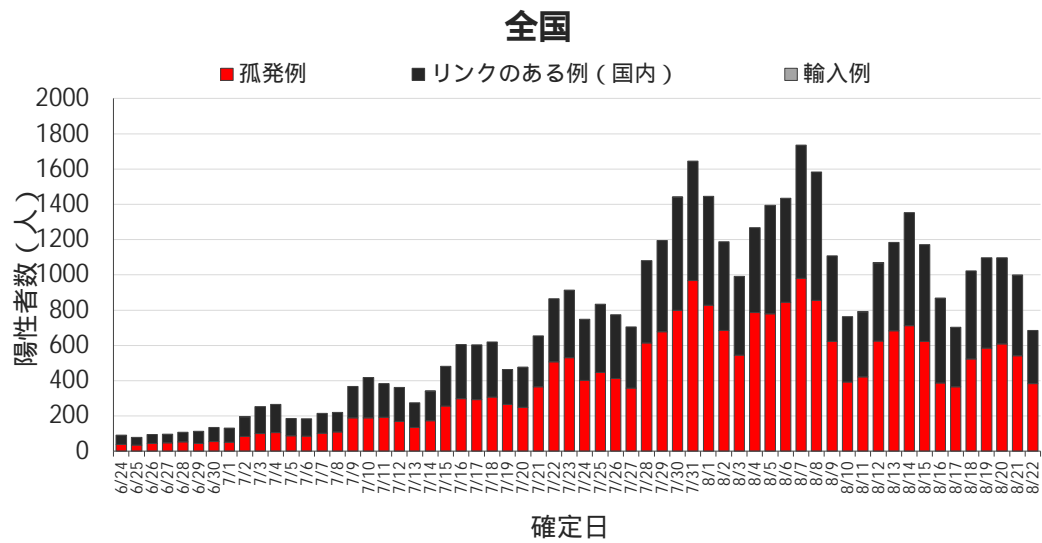
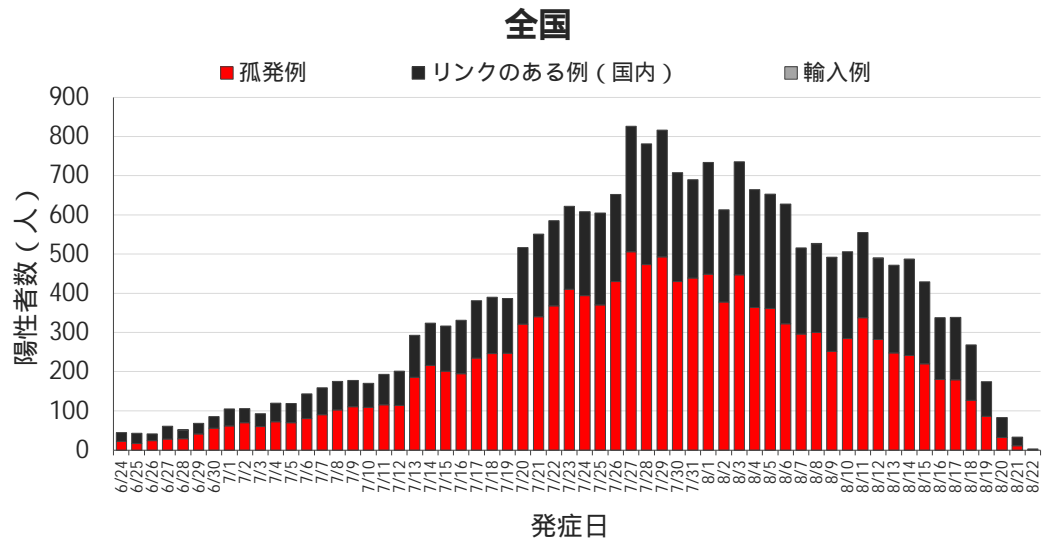
※：重症者数は、集中治療室（ICU）等での管理、人工呼吸器管理又は体外式心肺補助（ECMO）による管理が必要な患者数。

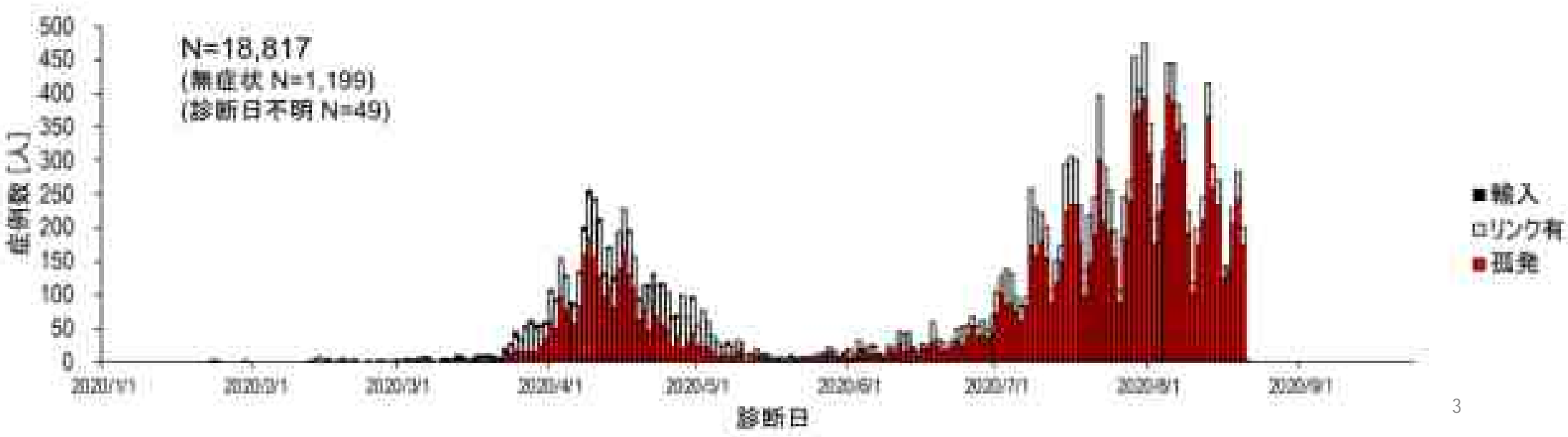
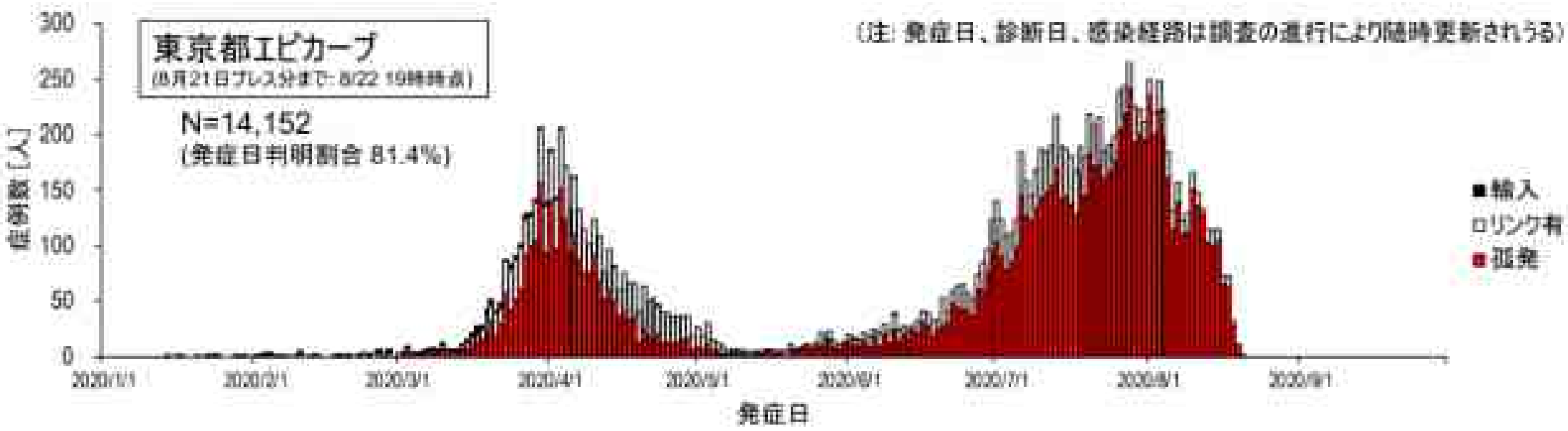
		【監視体制】		【感染の状況】	
A	G	H	I	J	
時点	人口	③陽性者数/ PCR検査件数 (最近1週間)	④直近1週間の陽性者 数	⑤直近1週間 とその前1週間の比	⑥感染経路 不明な者の 割合
単位	千人	% (前週差)	対人口10万人 (前週差)	(前週差)	% (前週差)
ステージⅢの指標		10%	15	1	50%
ステージⅣの指標		10%	25	1	50%
北海道	5,250	3.0% (+0.2)	1.49 (▲0.0)	0.99 (+0.21)	49.4% (+14.4)
青森県	1,246	1.4% (+1.4)	0.08 (+0.1)	- -	0.0% -
岩手県	1,227	1.2% (+0.2)	0.24 (+0.1)	1.50 (+0.50)	100.0% (+0.0)
宮城県	2,306	0.3% (▲0.8)	0.22 (+0.0)	1.25 (+1.07)	66.7% (+42.9)
秋田県	966	5.0% (+1.1)	0.83 (▲0.7)	0.53 -	0.0% (▲7.1)
山形県	1,078	0.0% (+0.0)	0.09 (+0.1)	- -	- -
福島県	1,846	1.0% (+0.2)	1.03 (+0.6)	2.38 (+1.04)	71.4% (+54.8)
茨城県	2,860	1.5% (▲0.4)	1.68 (▲0.9)	0.64 (▲0.32)	33.3% (▲8.6)
栃木県	1,934	1.9% (▲1.1)	1.09 (▲0.7)	0.60 (▲0.30)	38.7% (▲7.8)
群馬県	1,942	6.6% (+3.7)	4.99 (+2.5)	2.02 (▲0.26)	53.6% (▲16.0)
埼玉県	7,350	4.7% (+1.1)	4.86 (▲0.2)	0.96 (+0.11)	37.3% (▲6.7)
千葉県	6,259	6.2% (+0.5)	5.45 (+0.4)	1.09 (+0.25)	53.1% (+6.0)
東京都	13,921	6.6% (+1.1)	13.84 (▲0.8)	0.95 (+0.10)	63.4% (+0.9)
神奈川県	9,198	6.6% (+0.9)	7.25 (+1.1)	1.17 (+0.07)	51.3% (▲4.8)
新潟県	2,223	0.2% (▲1.1)	0.40 (+0.1)	1.29 (+0.92)	0.0% (▲7.1)
富山県	1,044	2.6% (▲2.1)	3.35 (+0.3)	1.09 (▲0.05)	27.3% (▲16.5)
石川県	1,138	13.2% (+3.9)	9.84 (+2.6)	1.37 (▲6.83)	21.3% (+8.8)
福井県	768	0.2% (▲1.5)	0.26 (+0.0)	1.00 (+0.87)	0.0% (▲7.1)
山梨県	811	0.6% (▲0.9)	3.21 (+1.7)	2.17 (+1.77)	41.7% (+1.7)
長野県	2,049	2.0% (+0.9)	0.68 (+0.0)	1.00 (+0.39)	80.0% (+48.8)
岐阜県	1,987	3.4% (▲1.8)	2.01 (▲1.6)	0.56 (▲0.11)	37.7% (▲9.5)
静岡県	3,644	2.2% (+0.2)	1.18 (▲0.1)	0.91 (+0.41)	34.5% (+16.9)
愛知県	7,552	10.9% (▲2.1)	6.38 (▲4.6)	0.58 (▲0.19)	51.7% (▲10.8)
三重県	1,781	4.4% (▲1.6)	2.81 (▲1.6)	0.63 (▲0.17)	34.9% (+12.4)
滋賀県	1,414	15.4% (▲14.1)	3.47 (▲1.8)	0.65 (▲0.36)	21.6% (+10.8)
京都府	2,583	4.7% (+0.1)	7.05 (+1.7)	1.32 (+0.48)	51.9% (+3.9)
大阪府	8,809	8.5% (▲0.5)	12.14 (▲1.6)	0.88 (▲0.05)	56.3% (▲8.9)
兵庫県	5,466	7.4% (+0.1)	4.70 (▲0.7)	0.88 (▲0.02)	36.5% (+5.8)
奈良県	1,330	4.6% (+0.6)	8.42 (+4.1)	1.93 (+1.04)	32.3% (▲3.6)
和歌山県	925	1.9% (+0.8)	3.24 (+1.5)	1.88 (+1.36)	15.8% (▲0.9)
鳥取県	556	0.0% (▲0.3)	0.18 (+0.2)	- -	- -
島根県	674	1.1% (▲33.9)	0.30 (▲15.0)	0.02 -	1.9% -
岡山県	1,890	1.4% (▲0.7)	0.63 (▲0.2)	0.75 (+0.16)	31.3% (▲8.0)
広島県	2,804	2.4% (▲0.3)	0.46 (▲0.9)	0.35 (▲0.09)	44.4% (+7.4)
山口県	1,358	2.2% (▲5.8)	1.40 (+0.1)	1.12 (▲0.19)	7.7% (+0.5)
徳島県	728	15.2% (+7.6)	3.71 (+1.4)	1.59 (+1.02)	13.3% (▲13.3)
香川県	956	0.7% (▲1.7)	1.05 (+0.6)	2.50 (+2.14)	75.0% (+33.3)
愛媛県	1,339	6.9% (+0.4)	0.22 (▲0.4)	0.38 (▲0.35)	10.0% (▲15.0)
高知県	698	7.1% (+5.1)	3.15 (+3.0)	22.00 (+21.50)	- -
福岡県	5,104	5.9% (▲1.4)	10.62 (▲4.0)	0.73 (▲0.14)	52.8% (▲5.3)
佐賀県	815	5.6% (▲1.8)	3.93 (▲1.3)	0.74 (+0.00)	20.0% (+1.0)
長崎県	1,327	1.2% (▲0.8)	1.36 (▲0.8)	0.64 (+0.29)	28.0% (+3.7)
熊本県	1,748	3.6% (▲0.6)	3.55 (+0.8)	1.29 (+0.99)	45.8% (+32.1)
大分県	1,135	1.7% (▲1.4)	3.61 (+2.1)	2.41 (+1.00)	25.0% (▲8.3)
宮崎県	1,073	6.3% (+0.2)	4.66 (+0.4)	1.09 (+0.66)	17.6% (+0.1)
鹿児島県	1,602	4.0% (+2.5)	3.93 (+3.7)	15.75 (+15.64)	50.0% (+6.5)
沖縄県	1,453	10.3% (+0.6)	27.60 (▲15.1)	0.65 (▲0.70)	58.0% (▲10.2)
全国	126,167	5.9% (+0.1)	5.87 (▲0.7)	0.89 (+0.02)	51.7% (▲2.5)

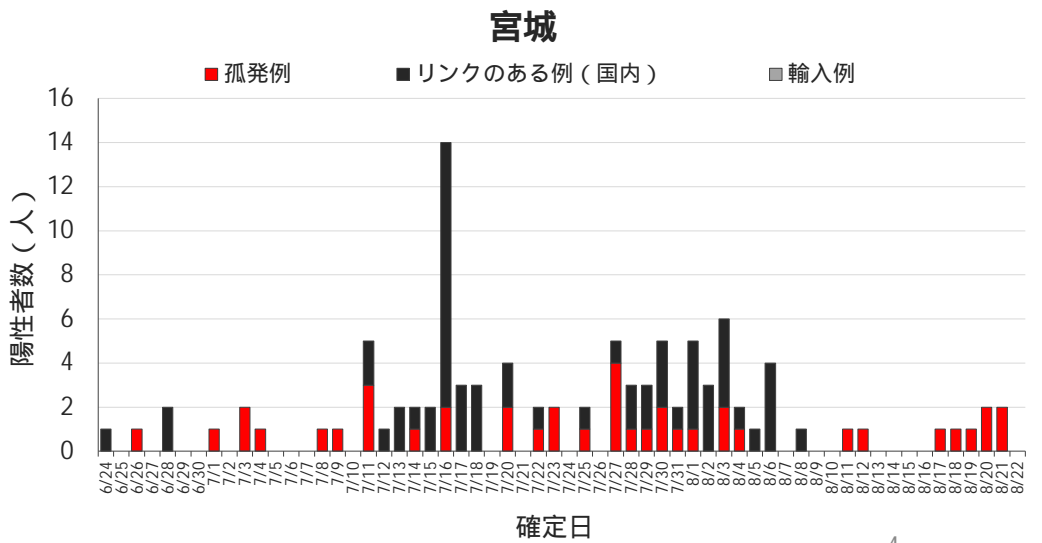
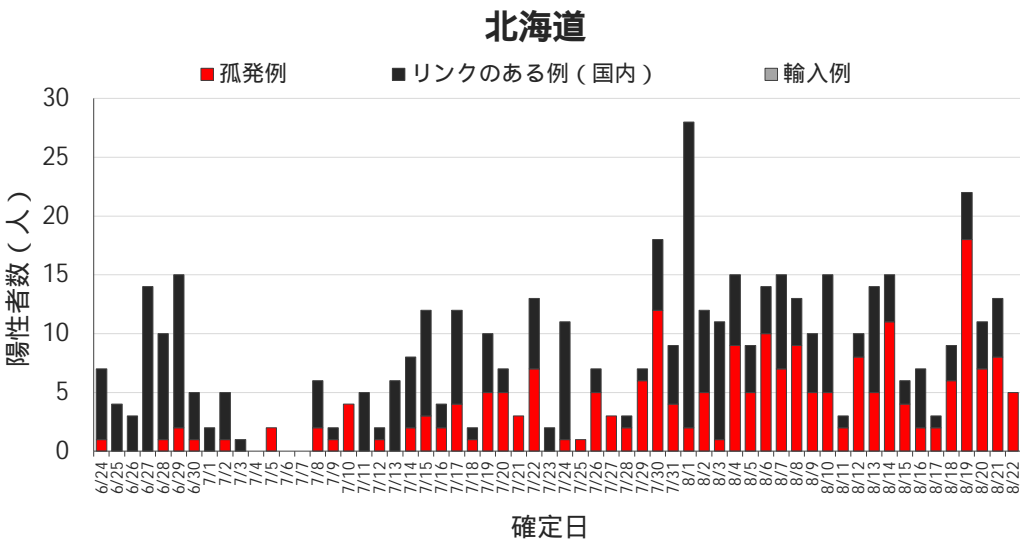
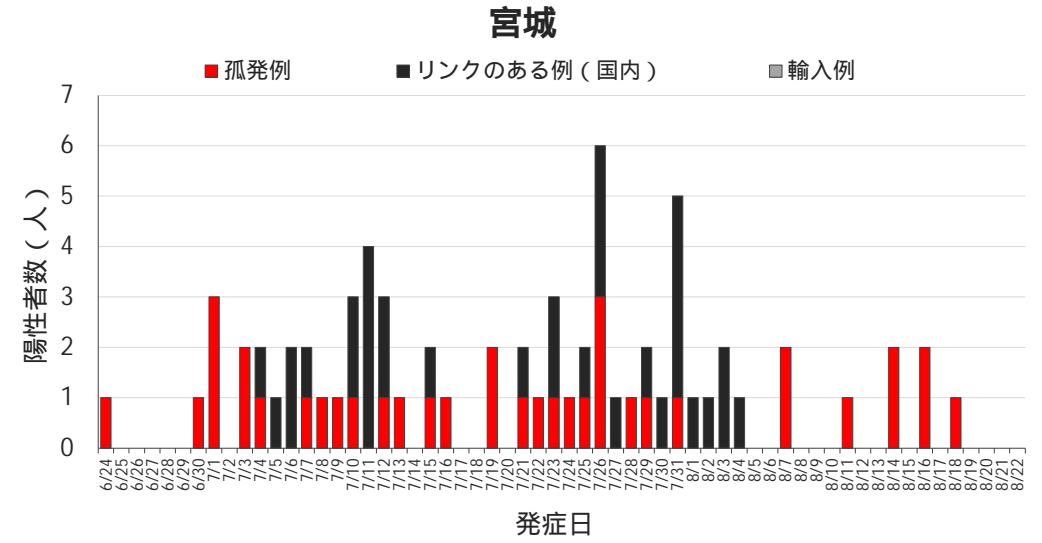
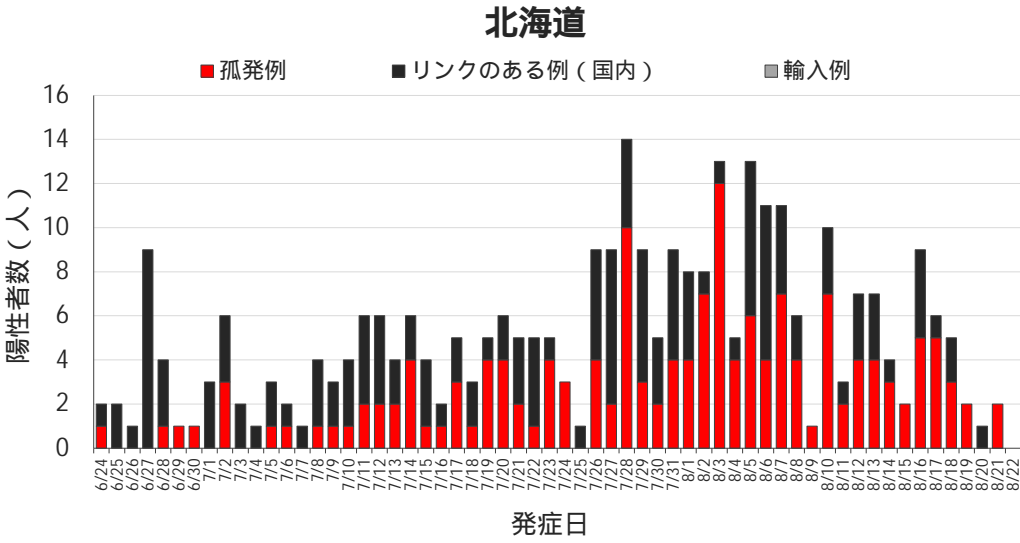
※：人口推計 第4表 都道府県，男女別人口及び人口性比－総人口，日本人口（2019年10月1日現在）
 ※：陽性者数は、感染症法に基づく陽性者数の累積（各都道府県の発表日ベース）を記載。自治体に確認を得てない暫定値であることに留意。
 ※ ⑤と⑥について、分母が0の場合は、「-」と記載している。

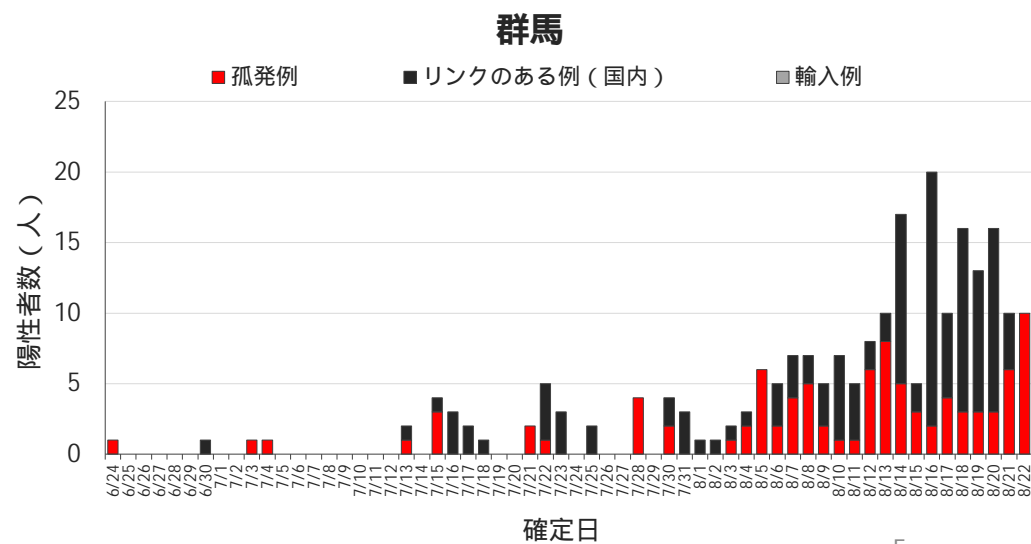
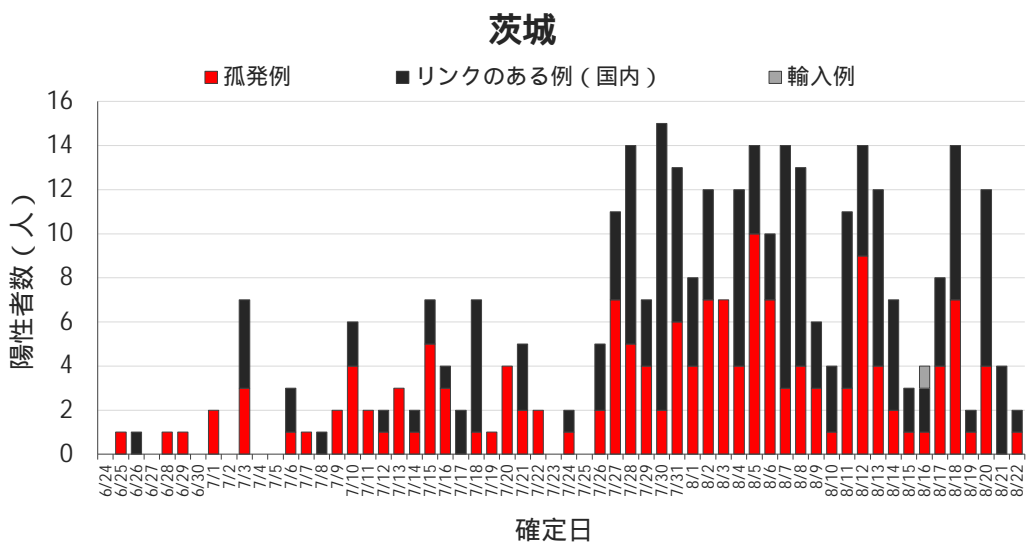
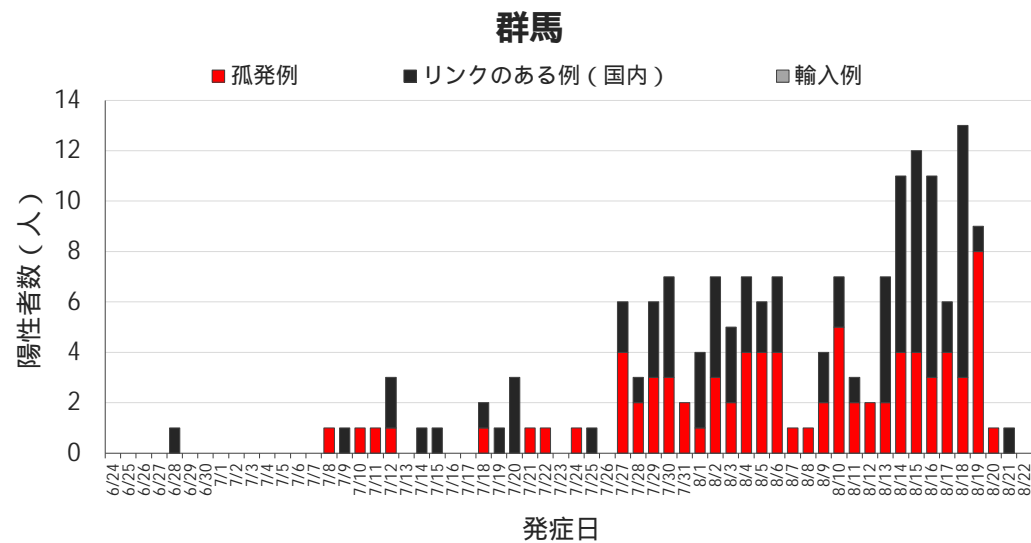
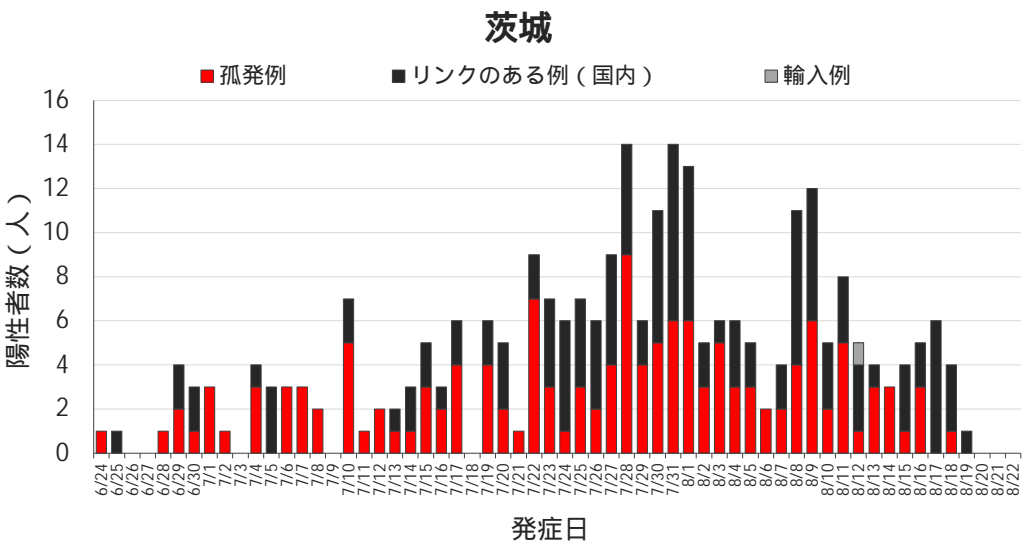
全国・県別エピカーブ

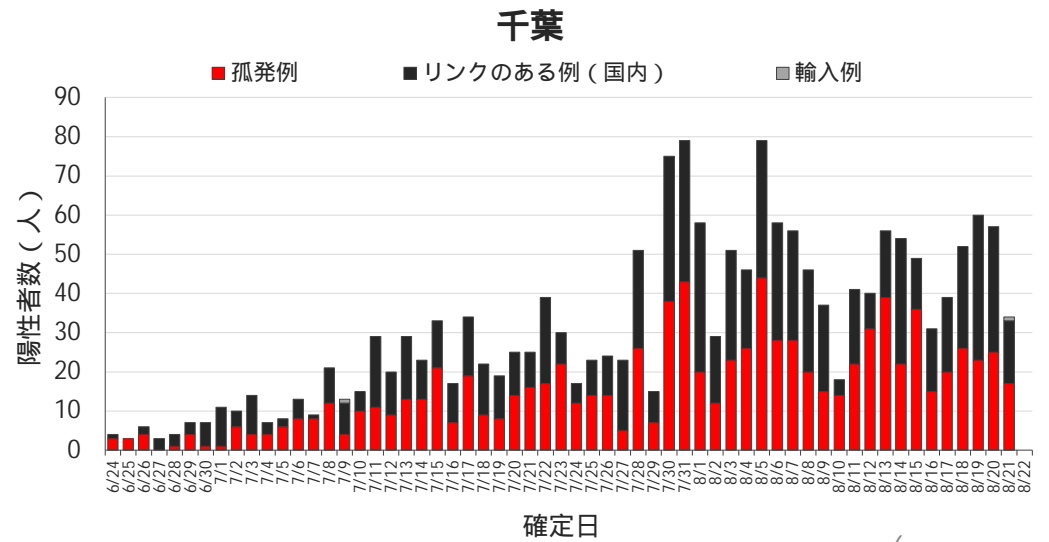
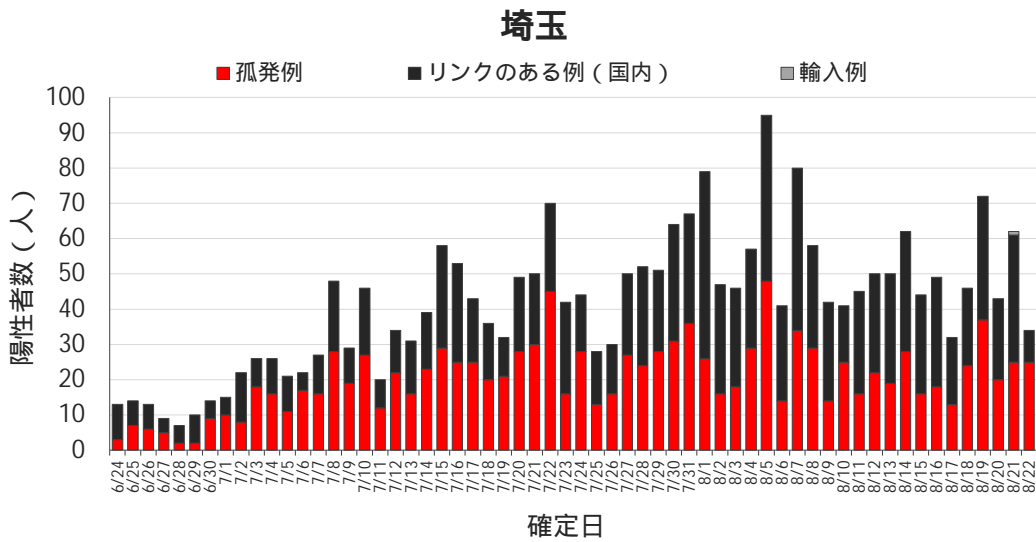
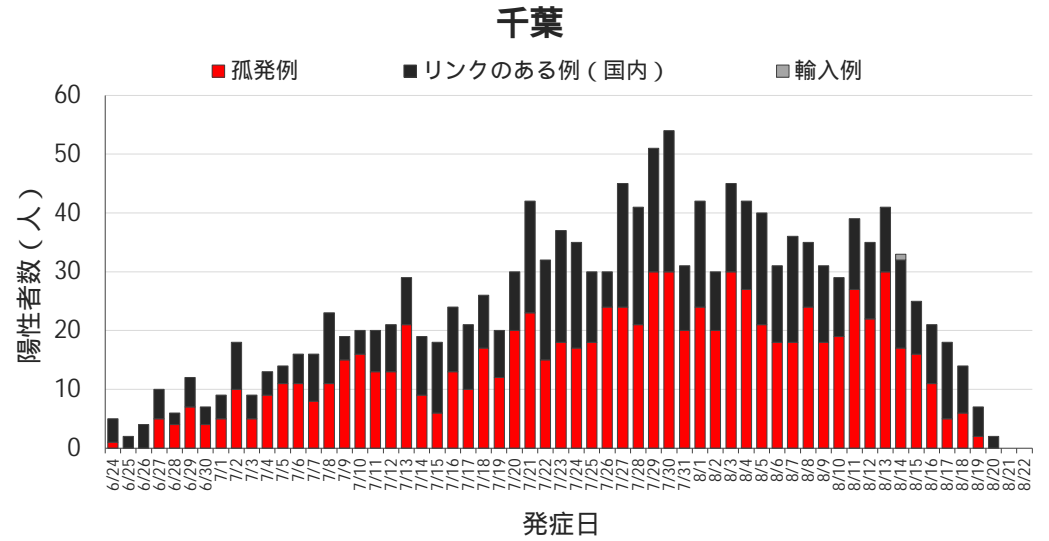
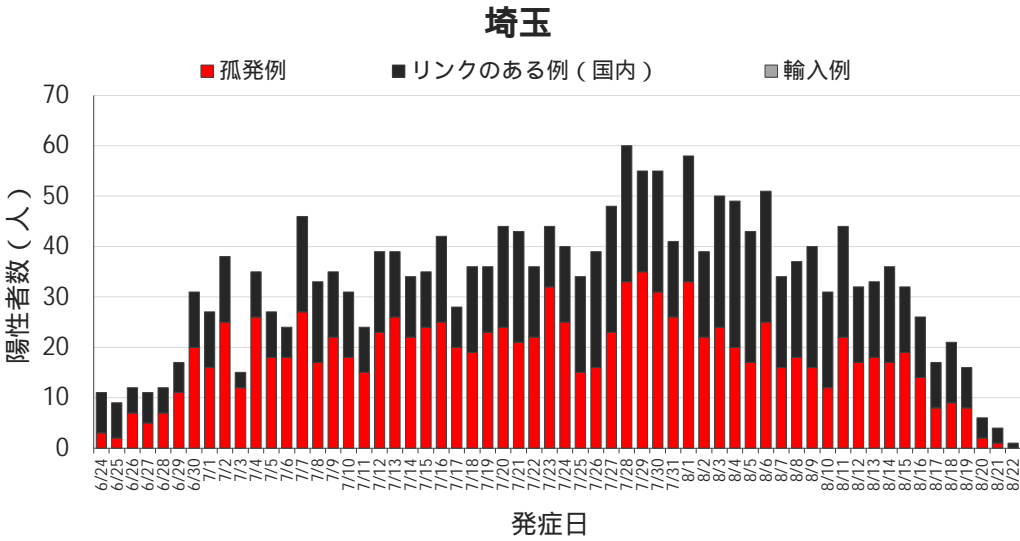
2020/08/22 の過去 2 か月間

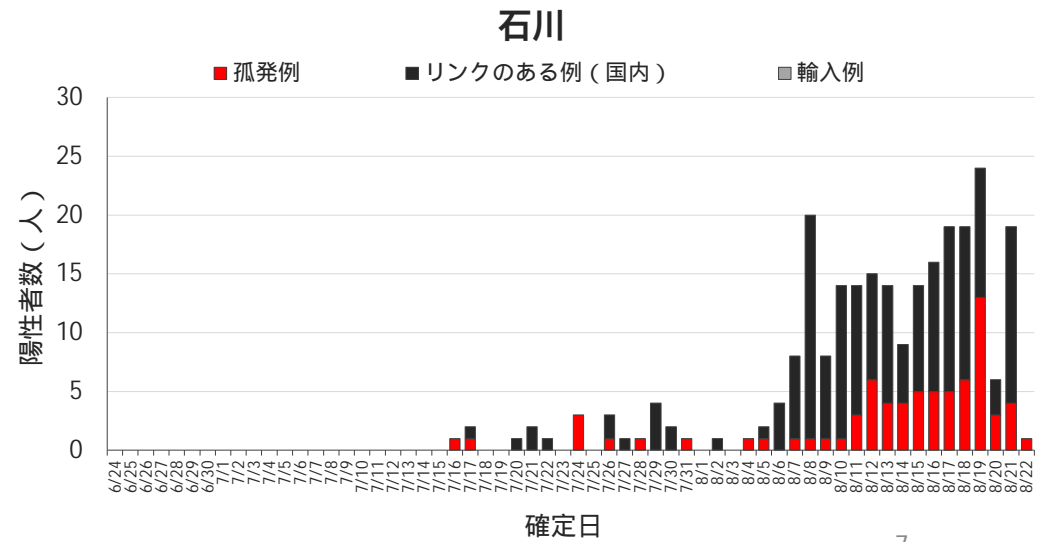
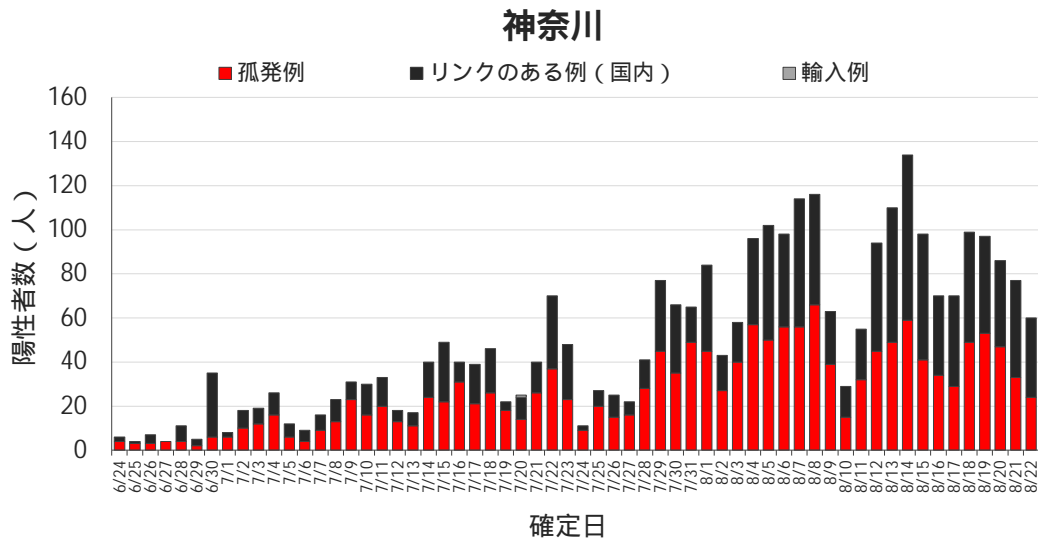
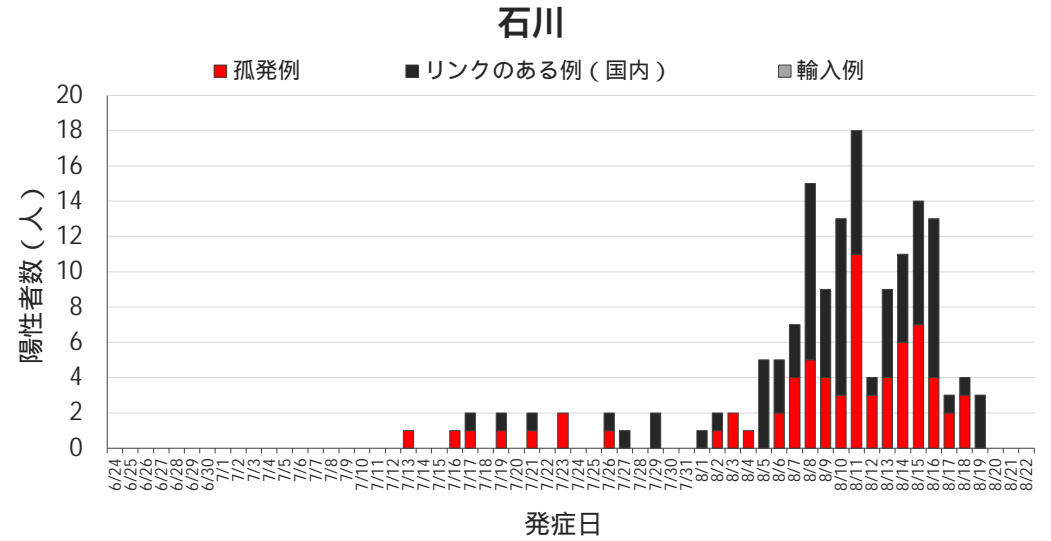
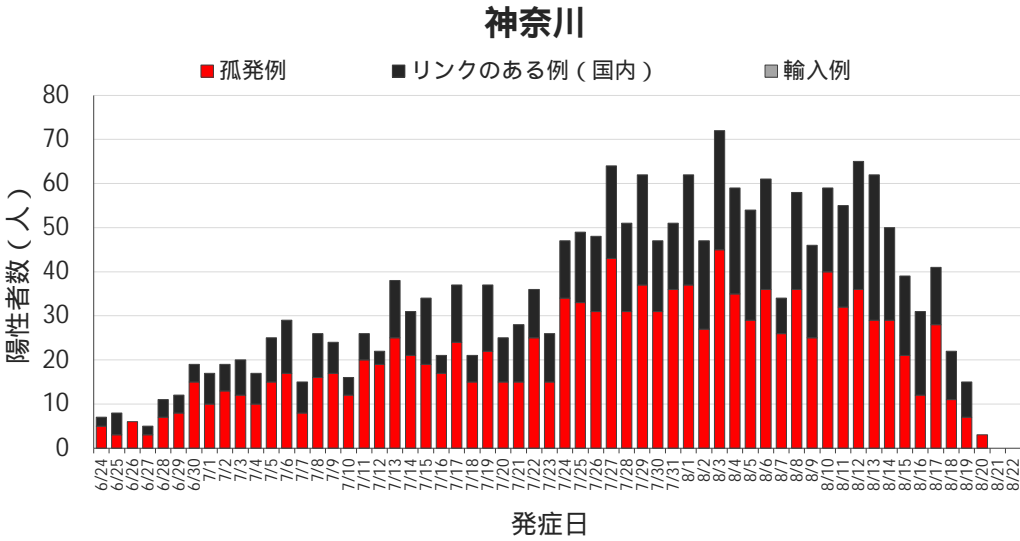


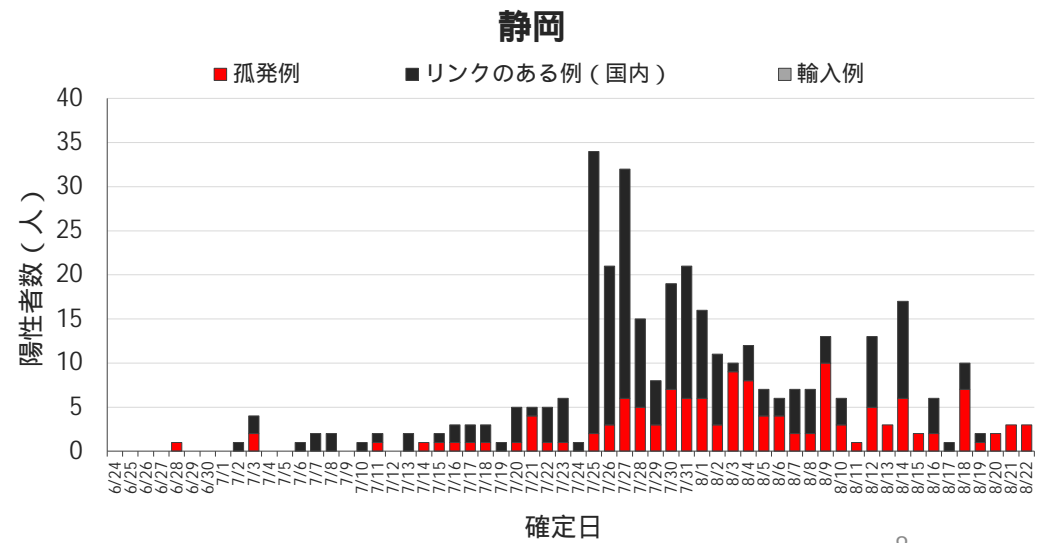
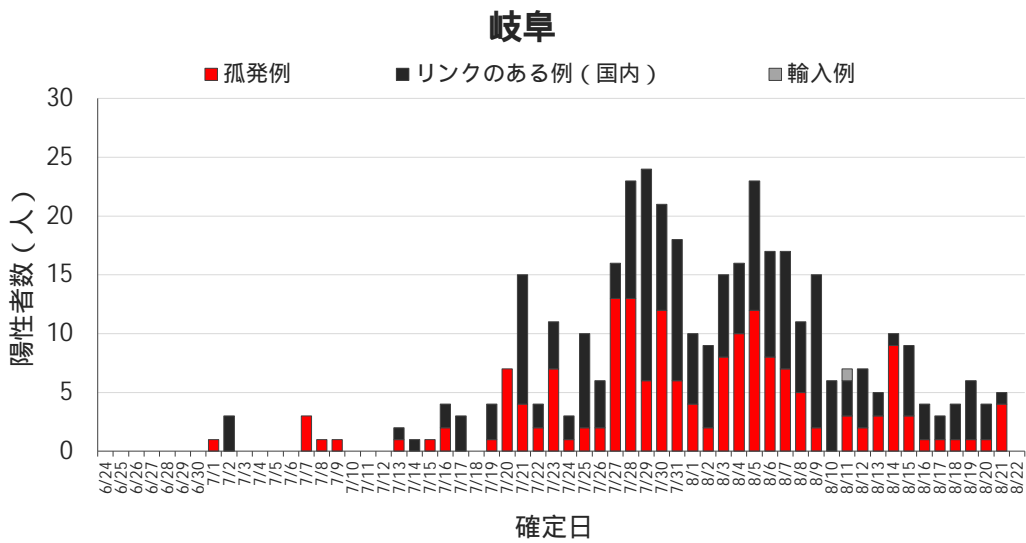
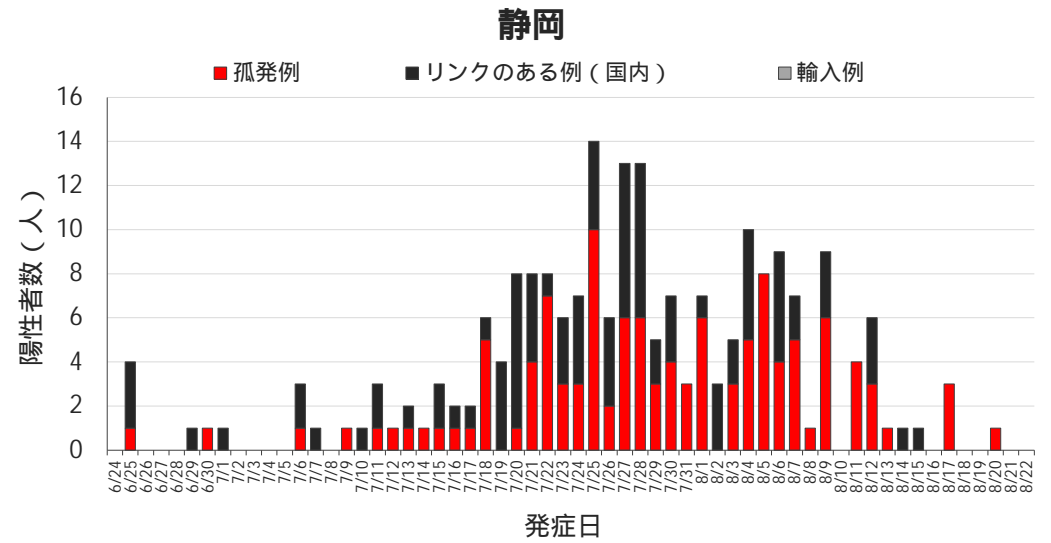
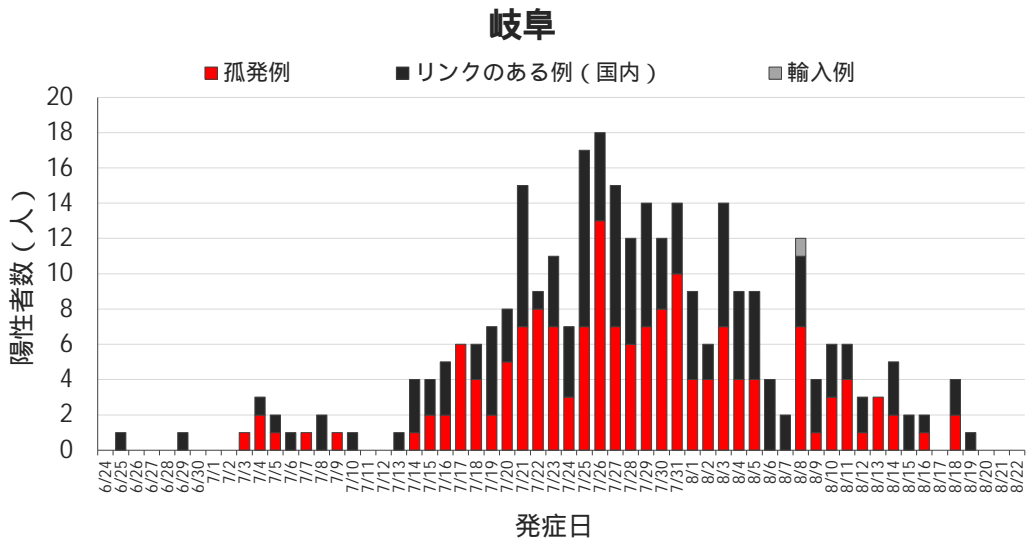


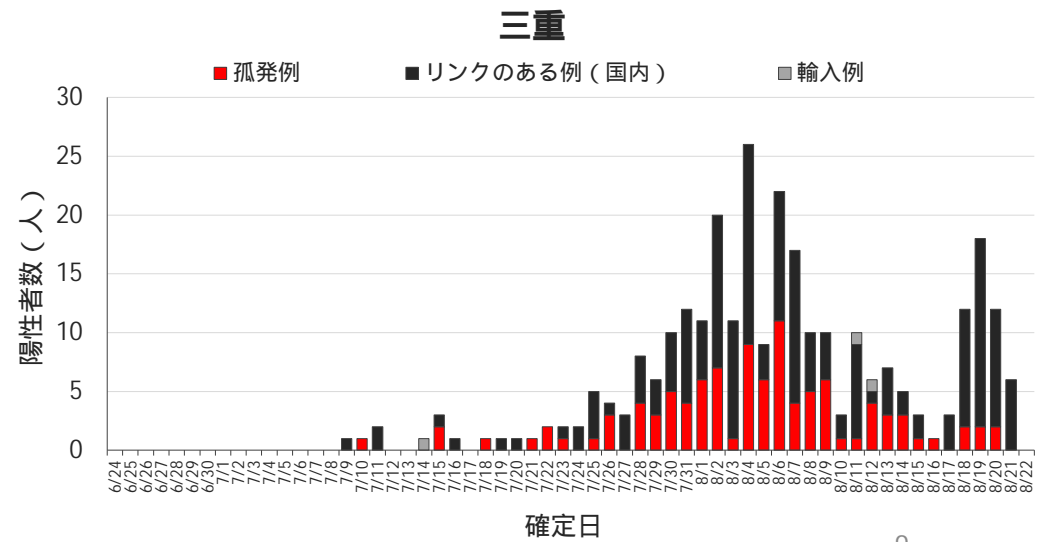
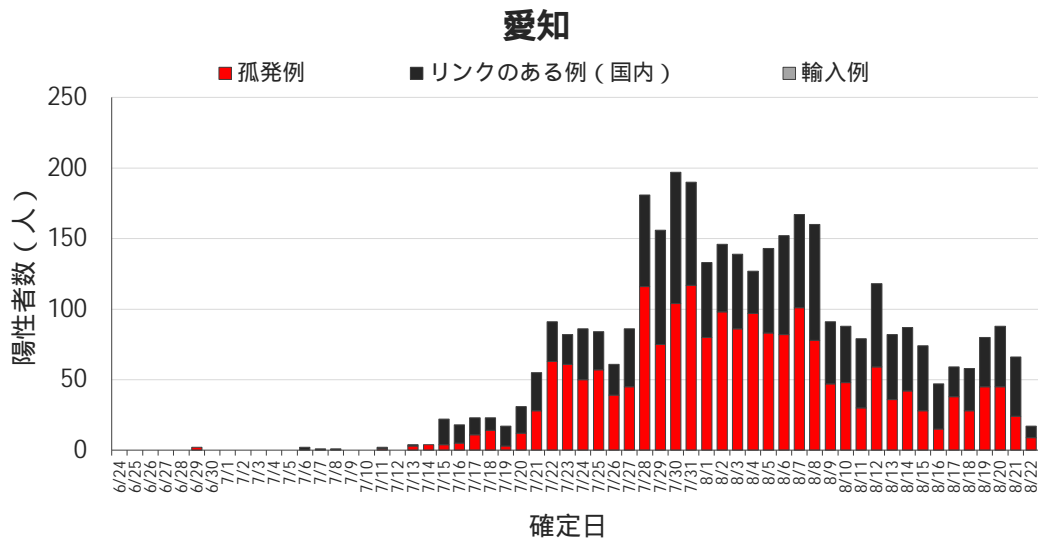
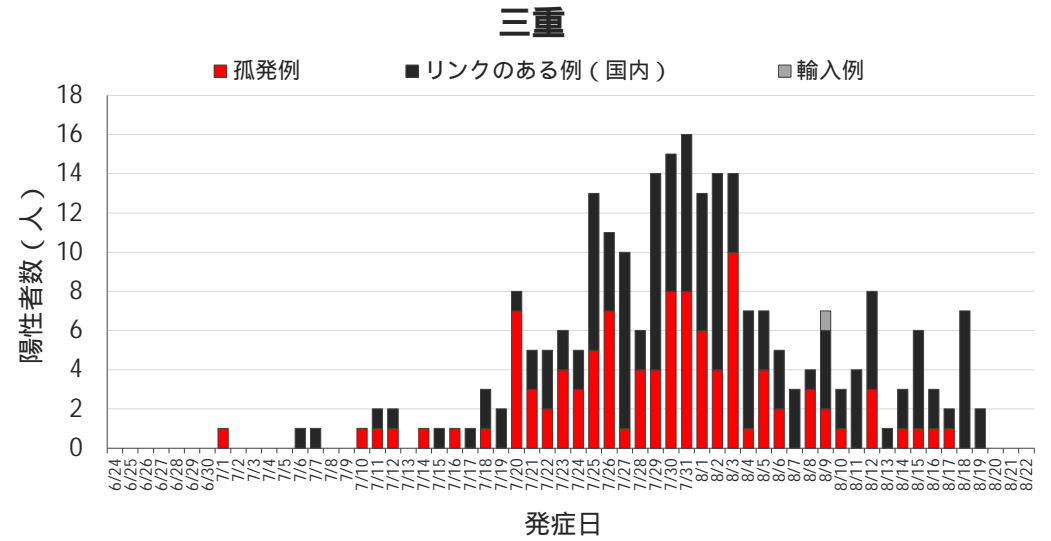
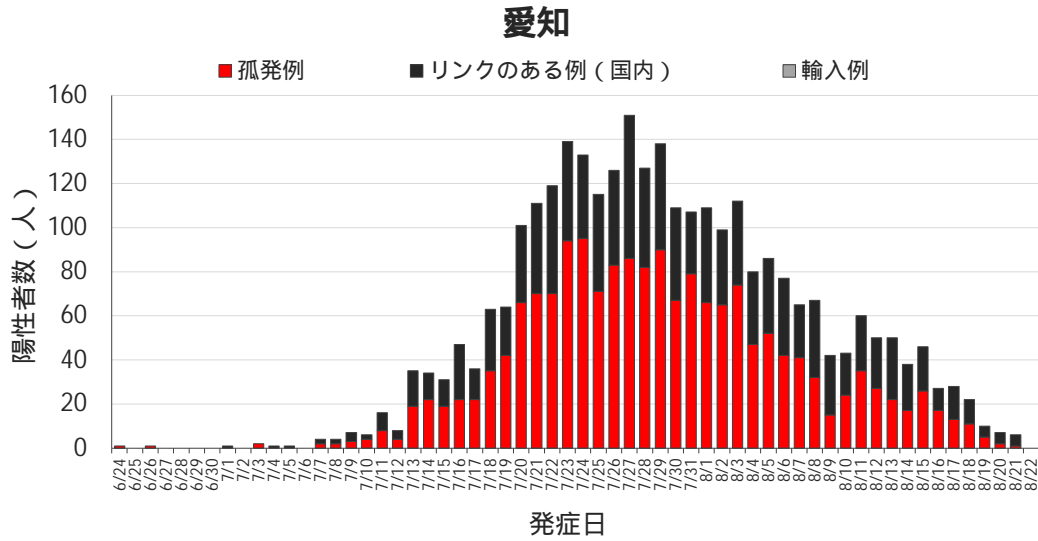


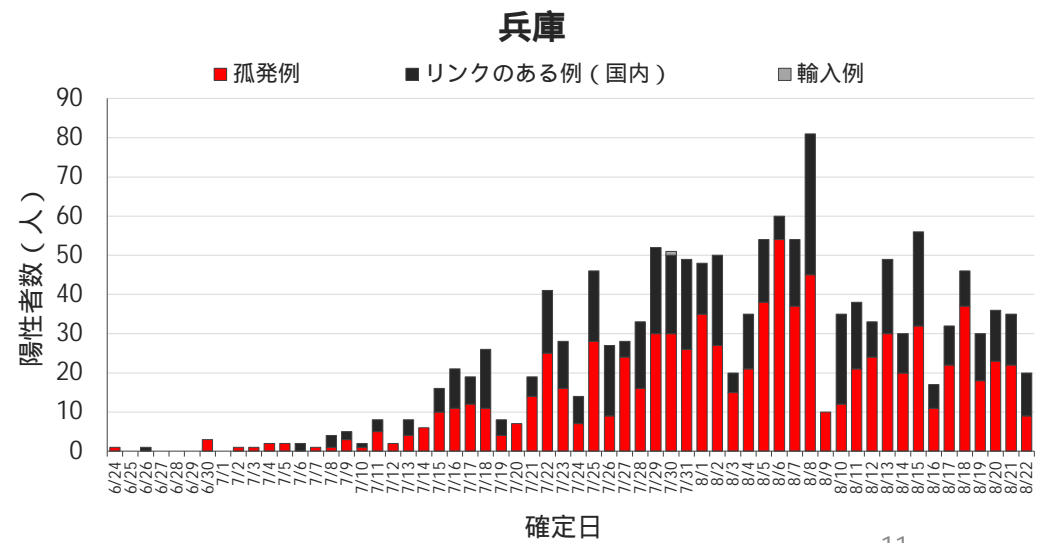
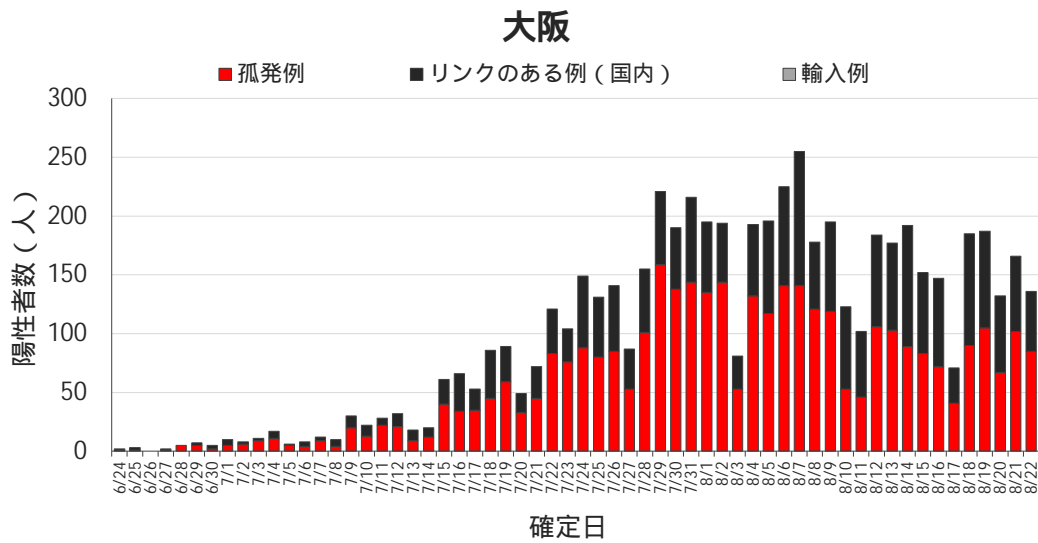
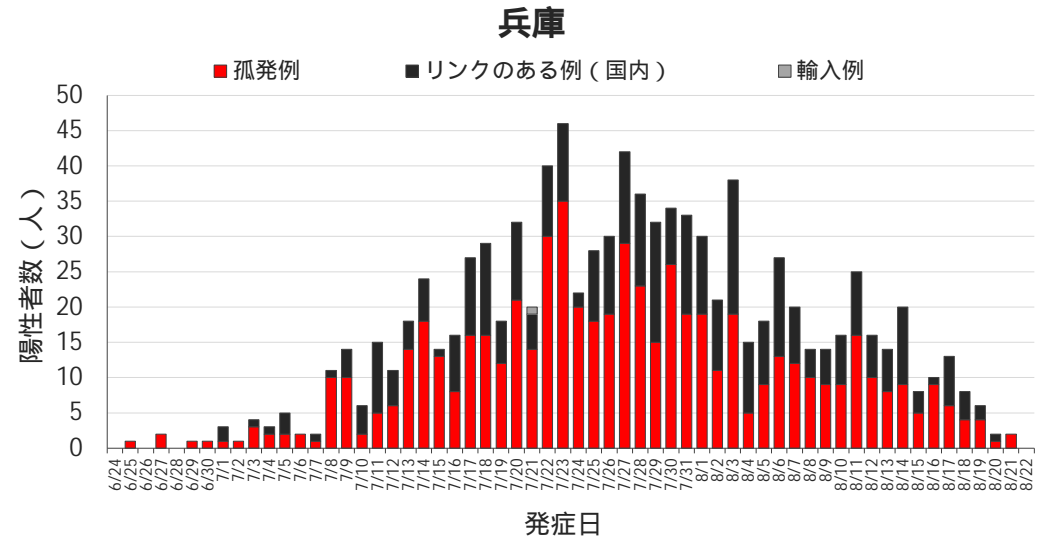
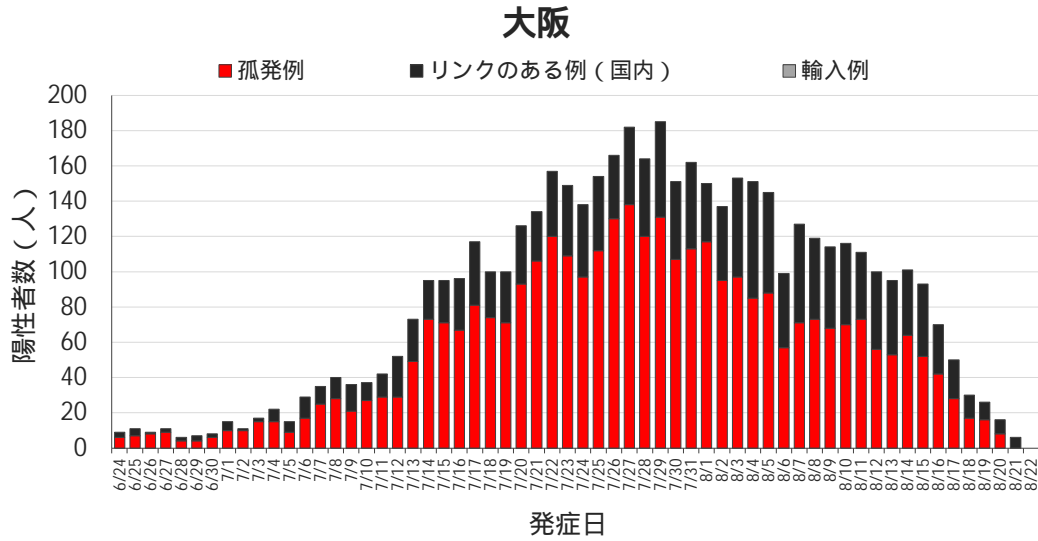


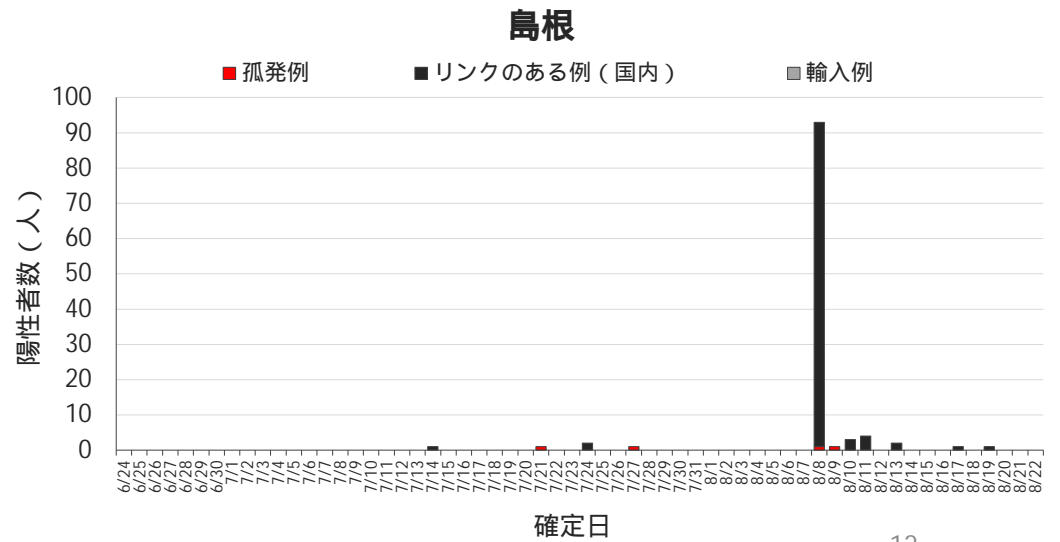
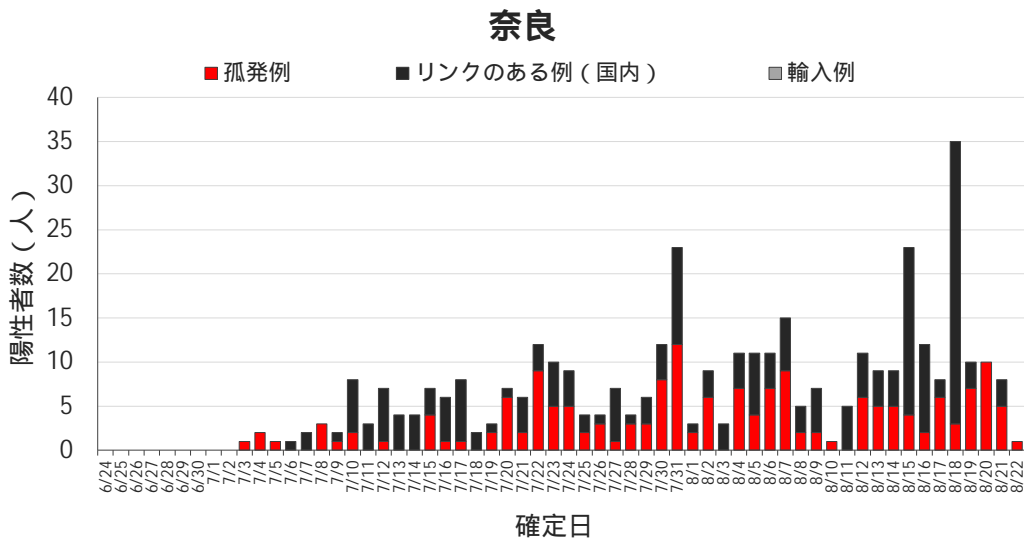
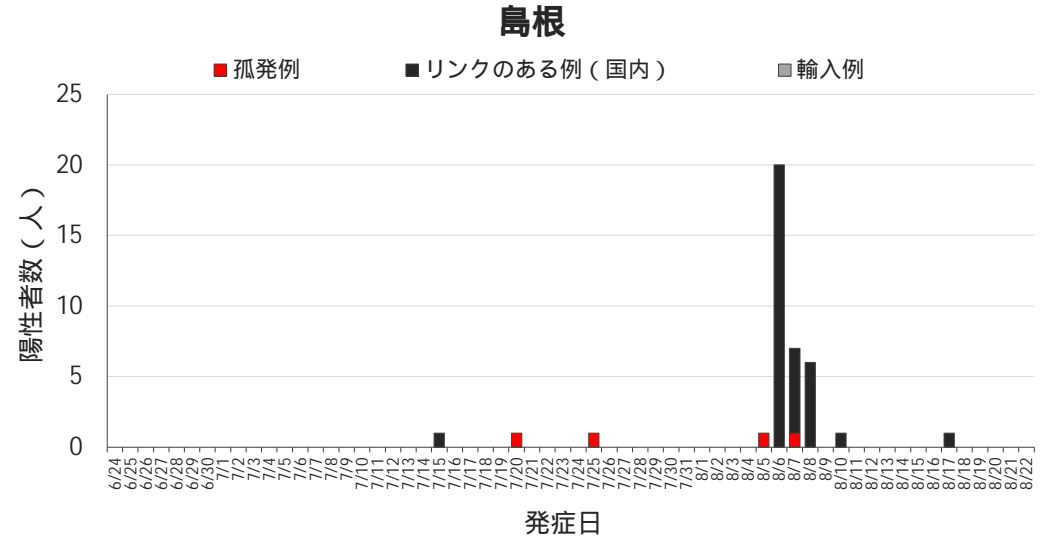
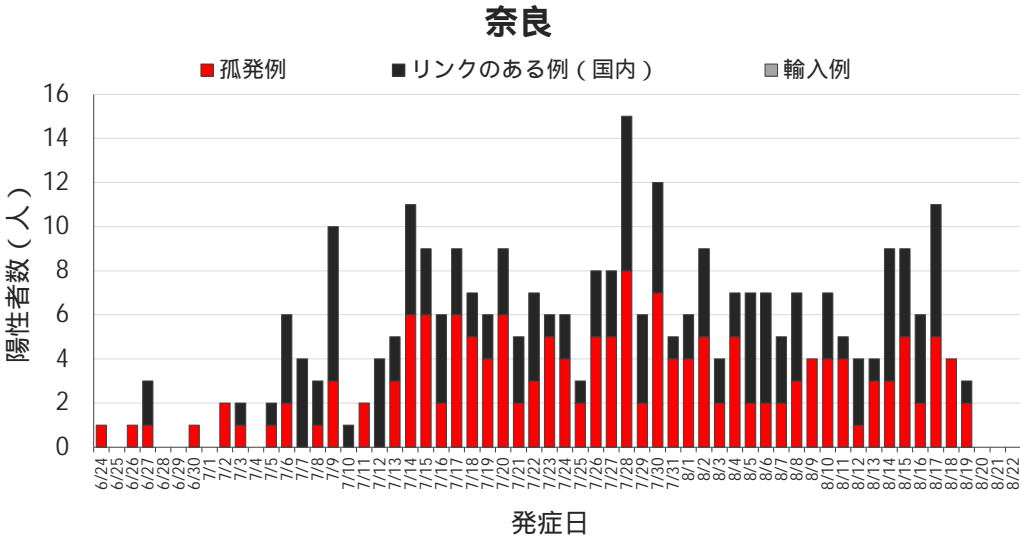


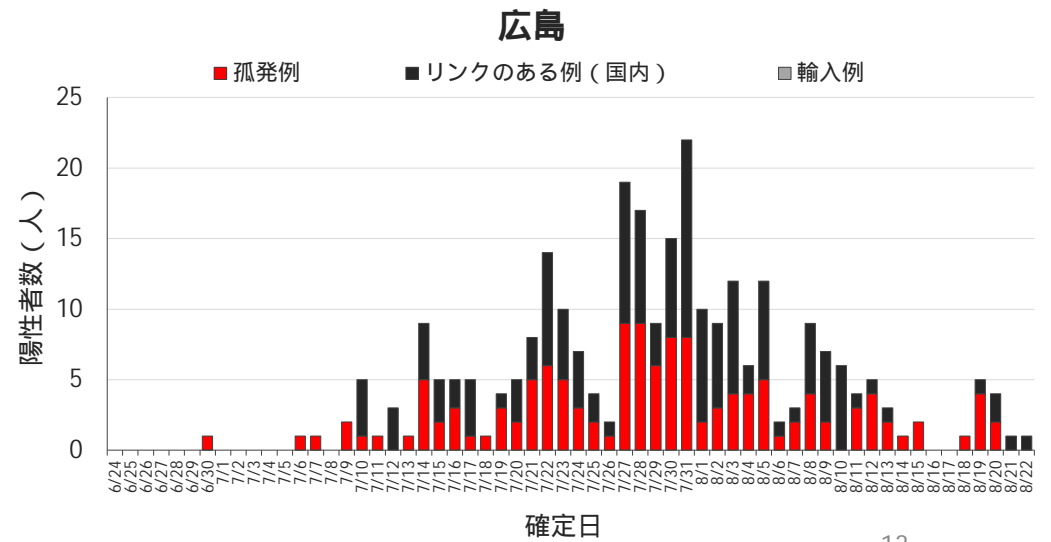
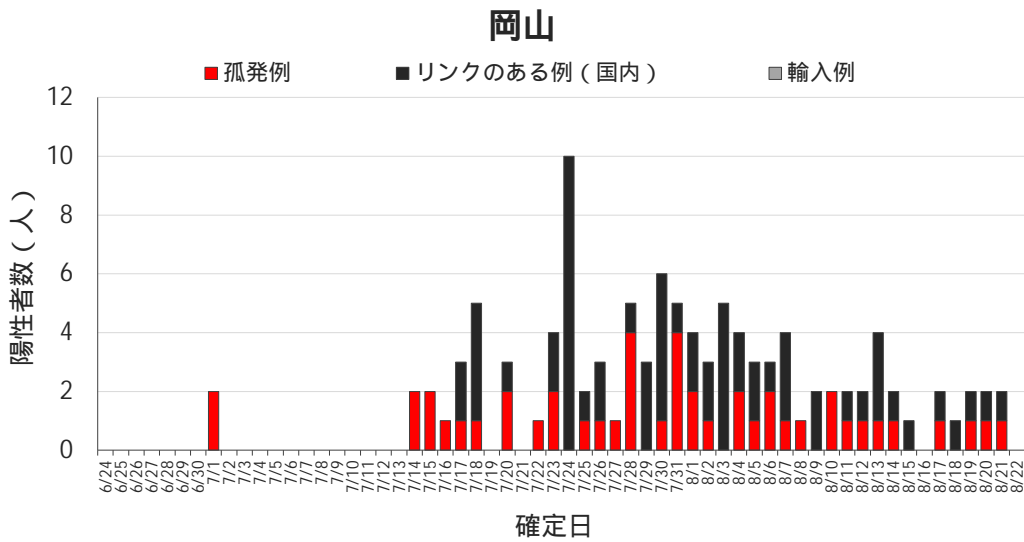
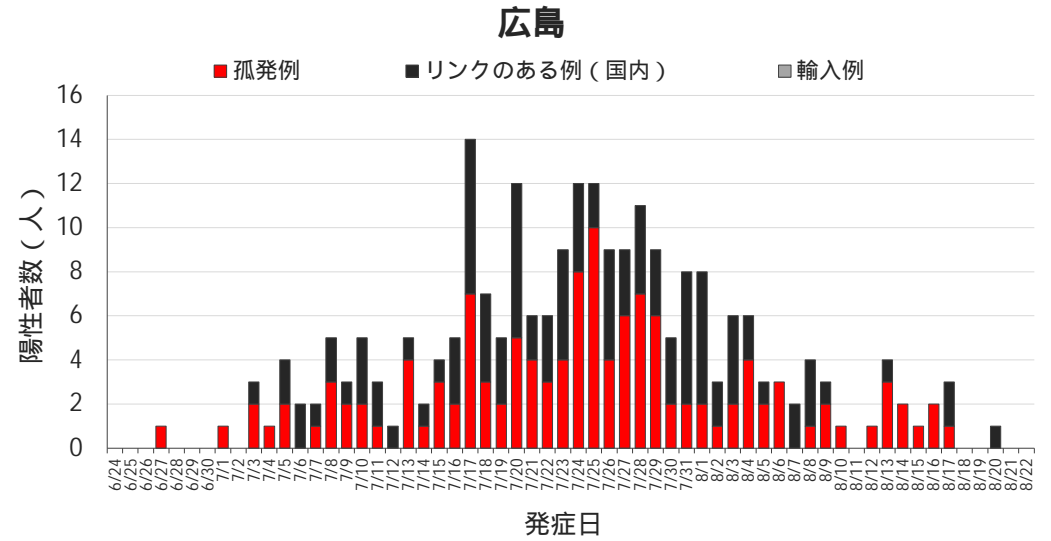
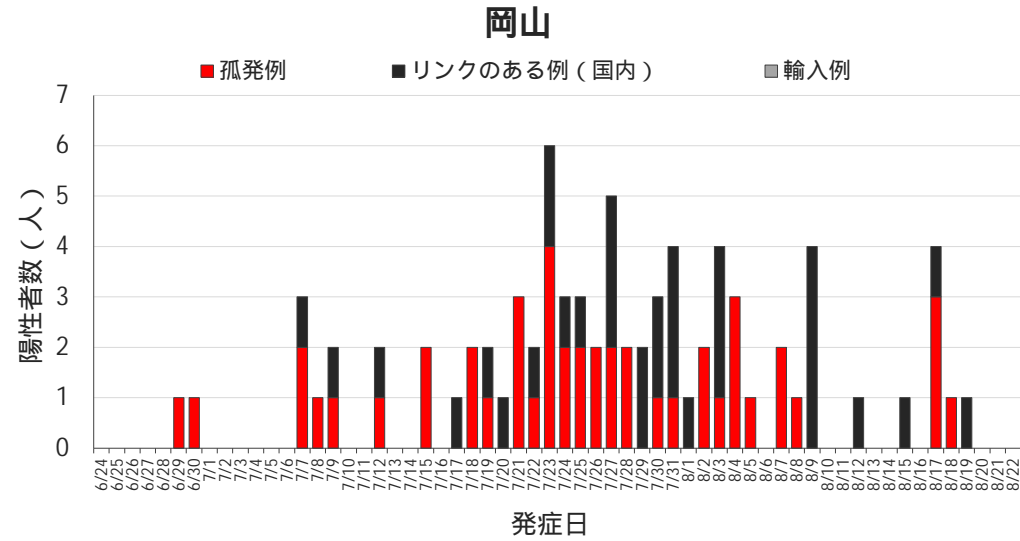


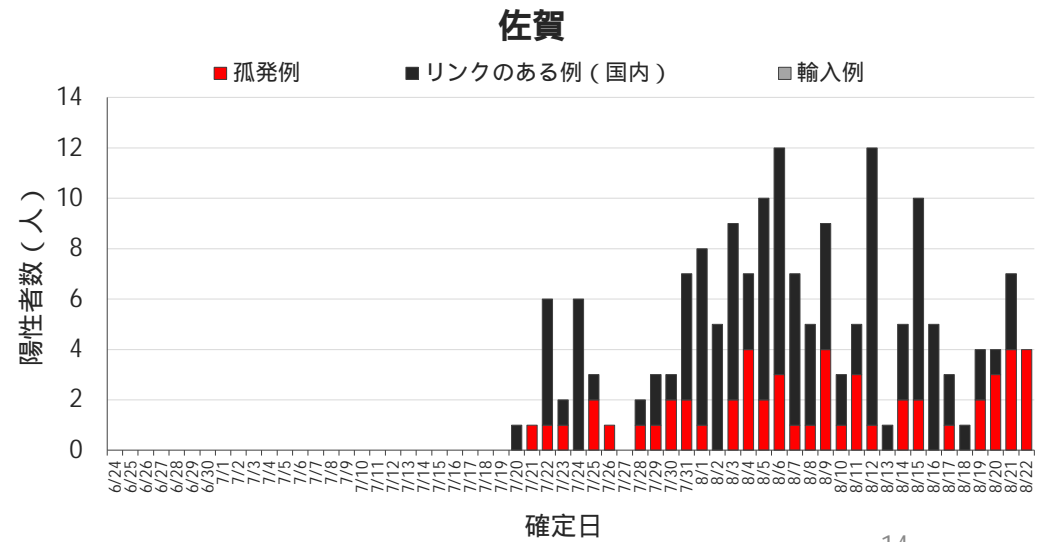
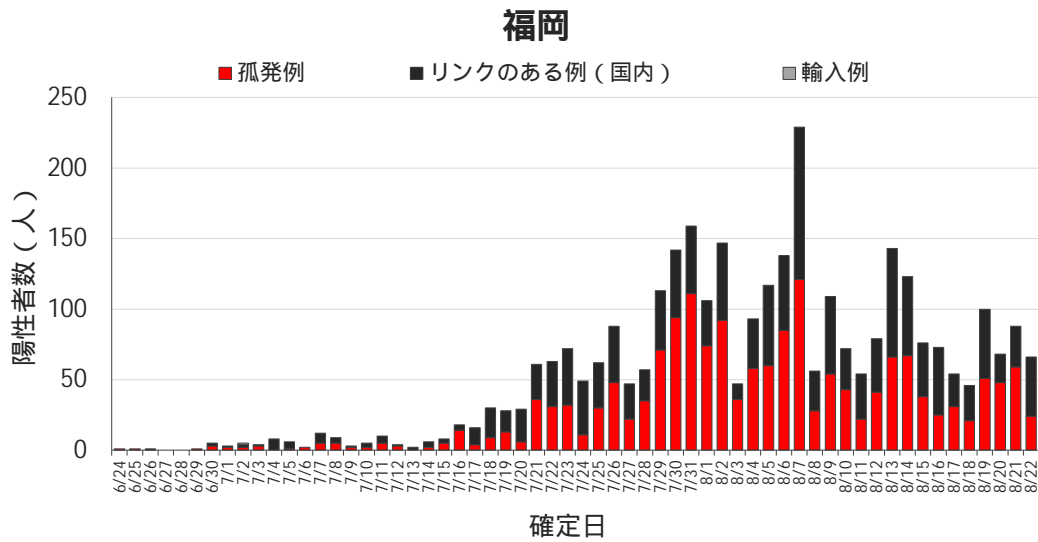
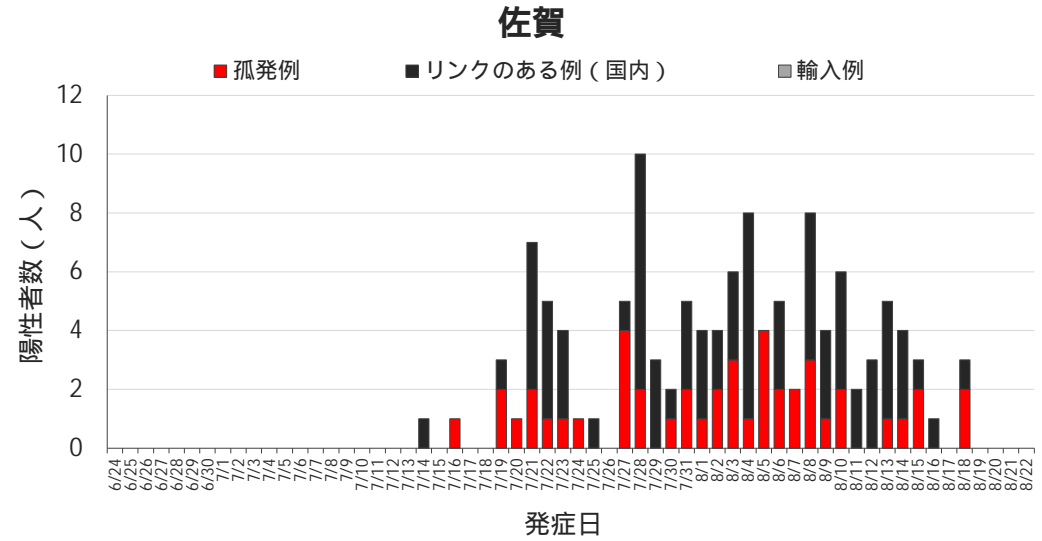
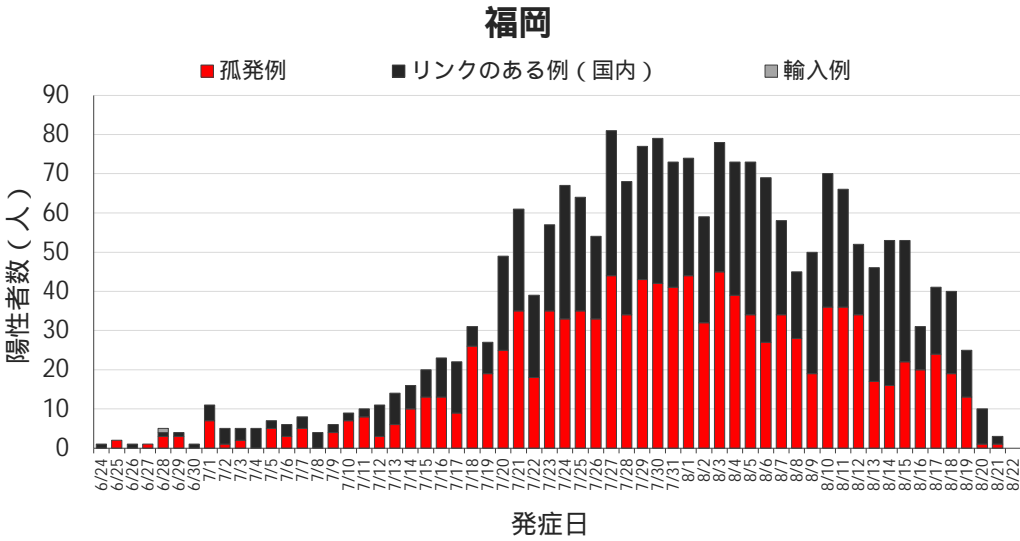


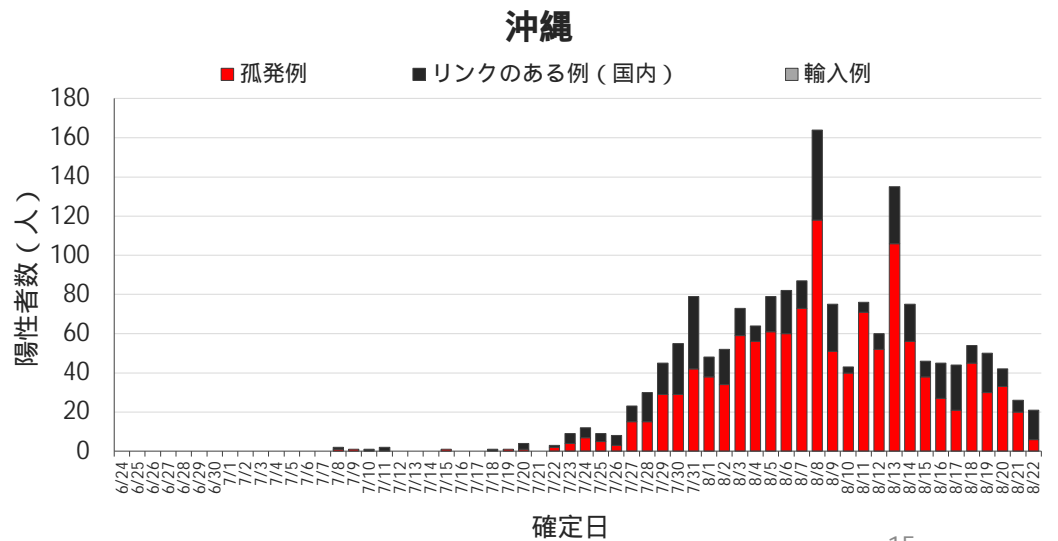
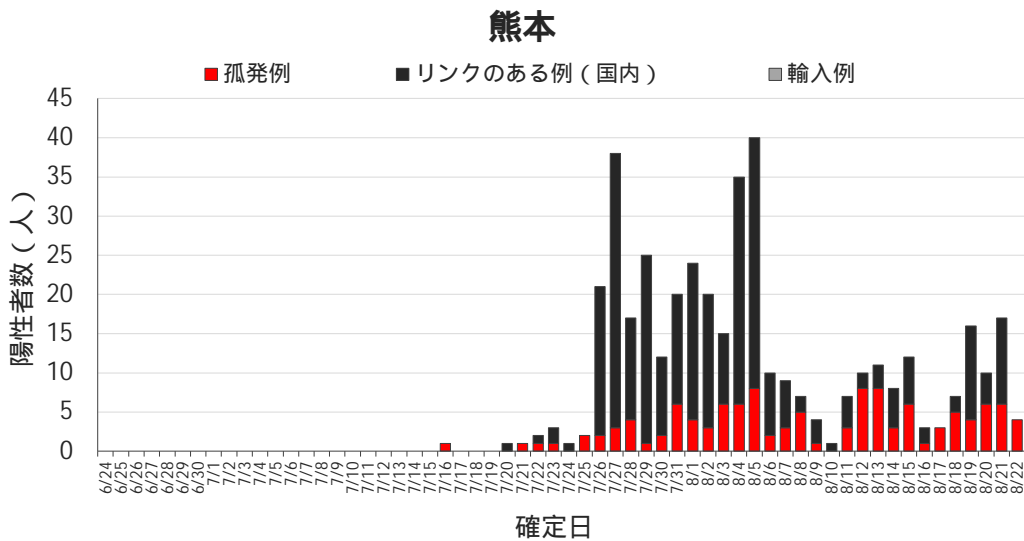
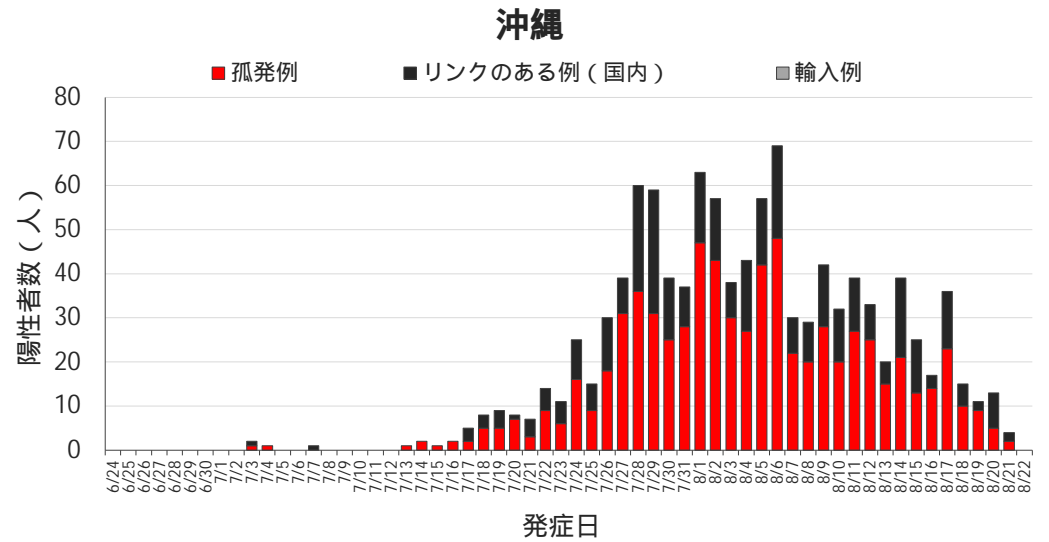
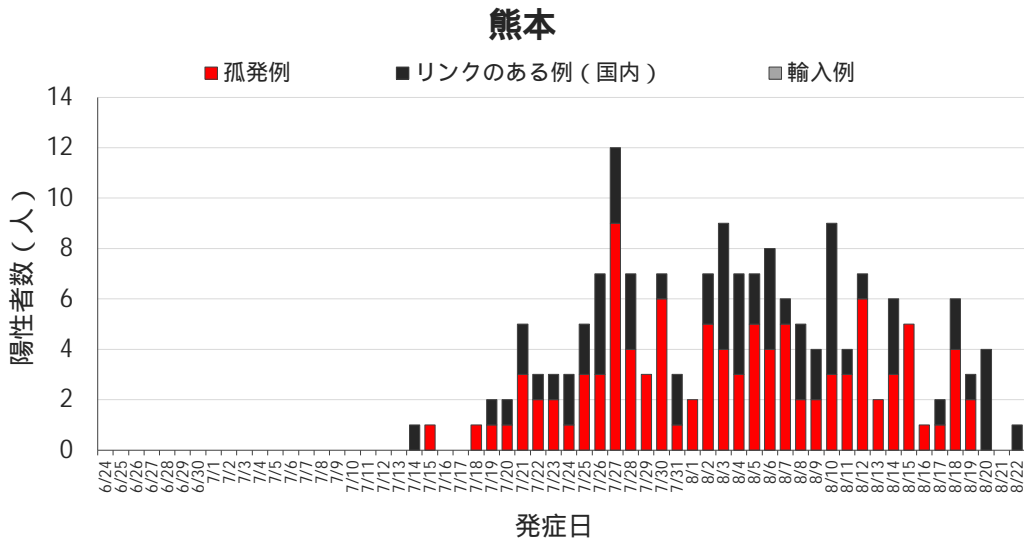




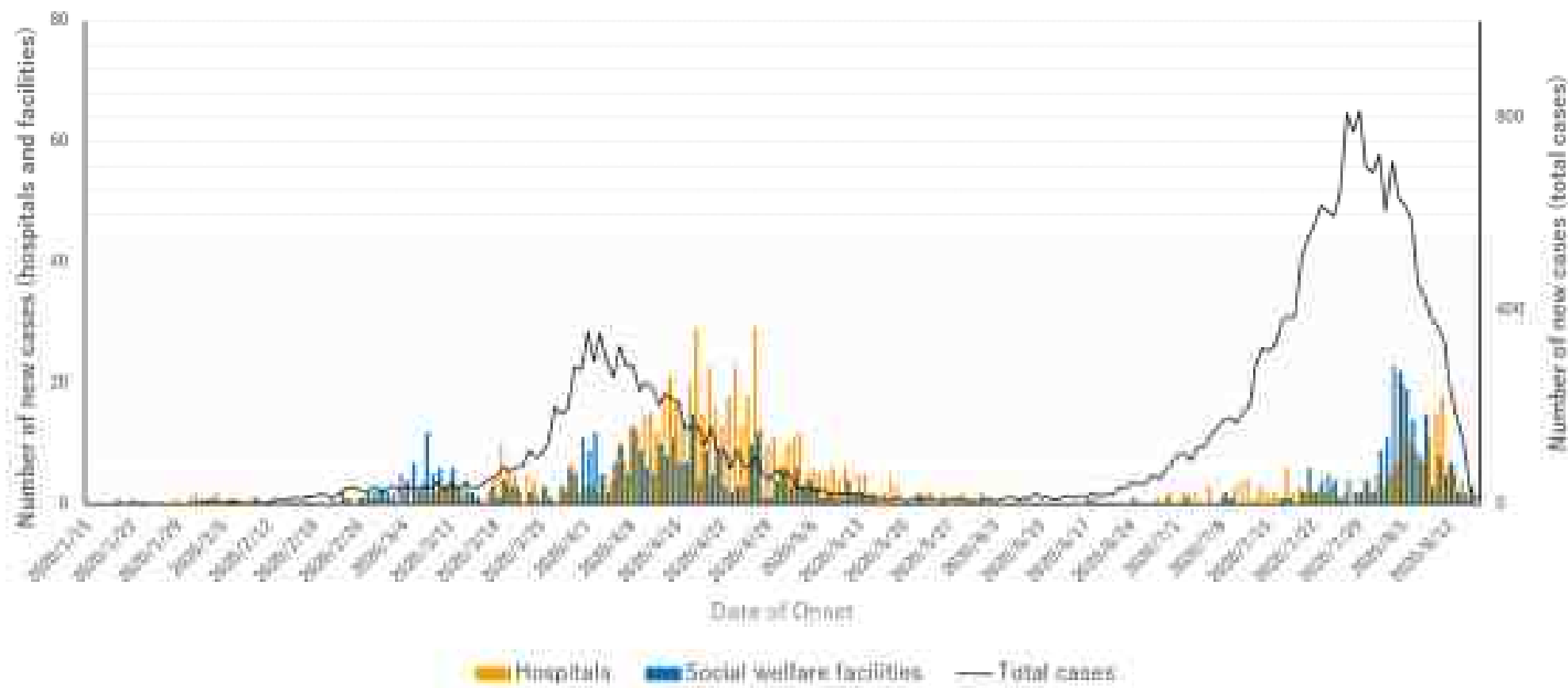








感染者の総数と病院および社会福祉施設での感染者数の推移



Imamura T, et al. (manuscript in preparation)

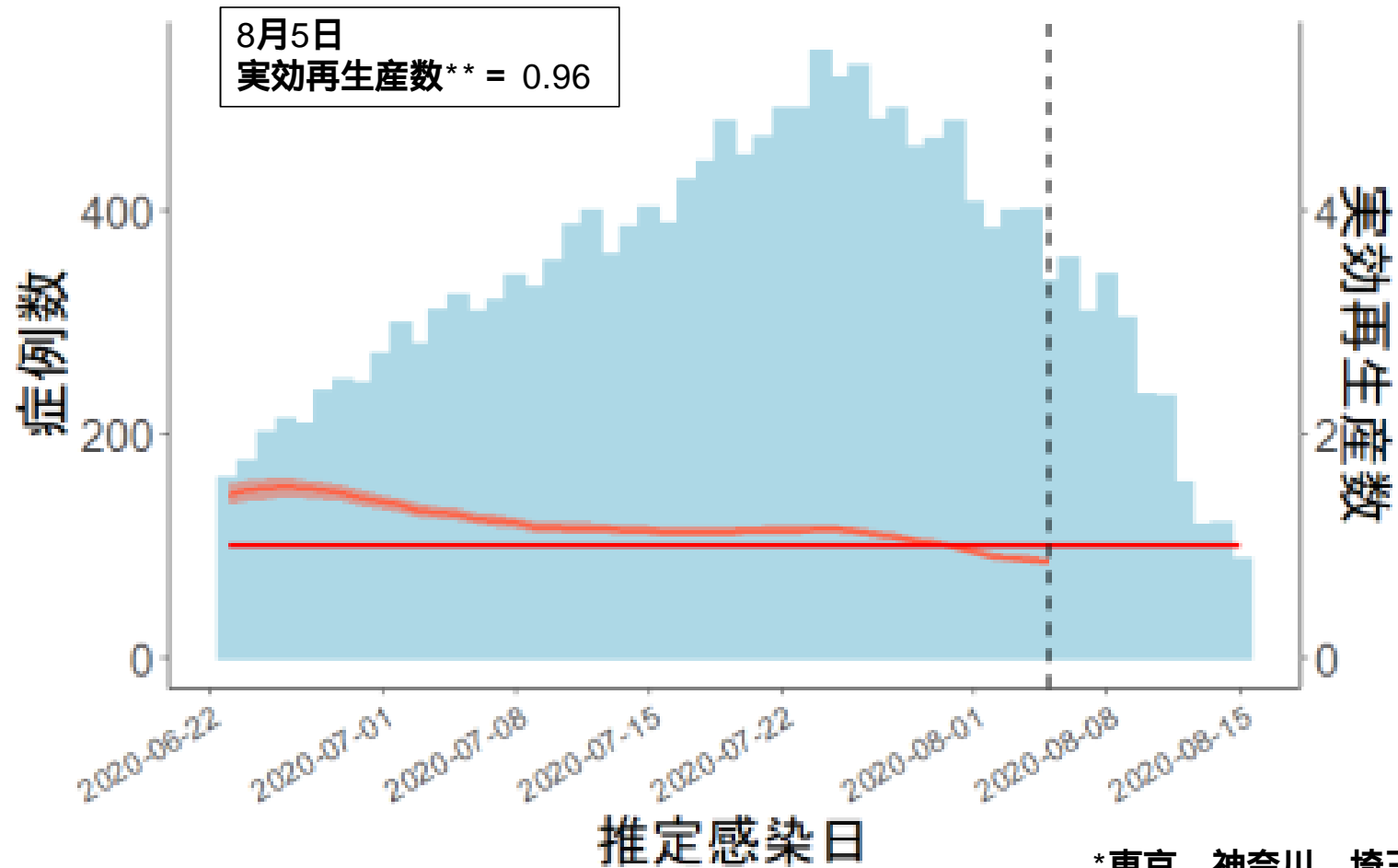
データソース：自治体の公表データおよび報道データに基づく¹⁶

国内の流行状況の評価：8月21日時点

圏域	対象自治体	実効再生産数* (95%CI)	最近の代表的クラスター事例	流行状況	FETPの活動
北海道		1 (0.8-1.2)	接待を伴う飲食店、病院、ライブハウス	繁華街を中心とする流行の持続	対応中
首都圏	東京、神奈川、埼玉、千葉、茨城、栃木	1 (0.9-1.0)	レジャー関連、接待を伴う飲食店、病院	流行の持続から減速傾向	対応中
中京圏	愛知、岐阜、三重	0.8 (0.7-0.8)	病院、高齢者施設、学校	流行の減速傾向	対応中
関西圏	大阪、兵庫、京都、奈良	0.9 (0.9-0.9)	病院、学校、バー	流行の減速傾向	対応中
山陰地方	島根、鳥取	NA	高校の部活動	クラスターの散発	対応中
九州北部	福岡、佐賀	0.9 (0.9-1.0)	繁華街、スポーツクラブ、病院	流行の減速傾向	対応中
九州南部	熊本、宮崎、鹿児島	0.7 (0.6-0.8)	病院、造船会社、スナック	クラスターの散発	対応中
沖縄県		1.2 (1.1-1.3)	繁華街、病院、学校、家庭内	流行の持続	対応中

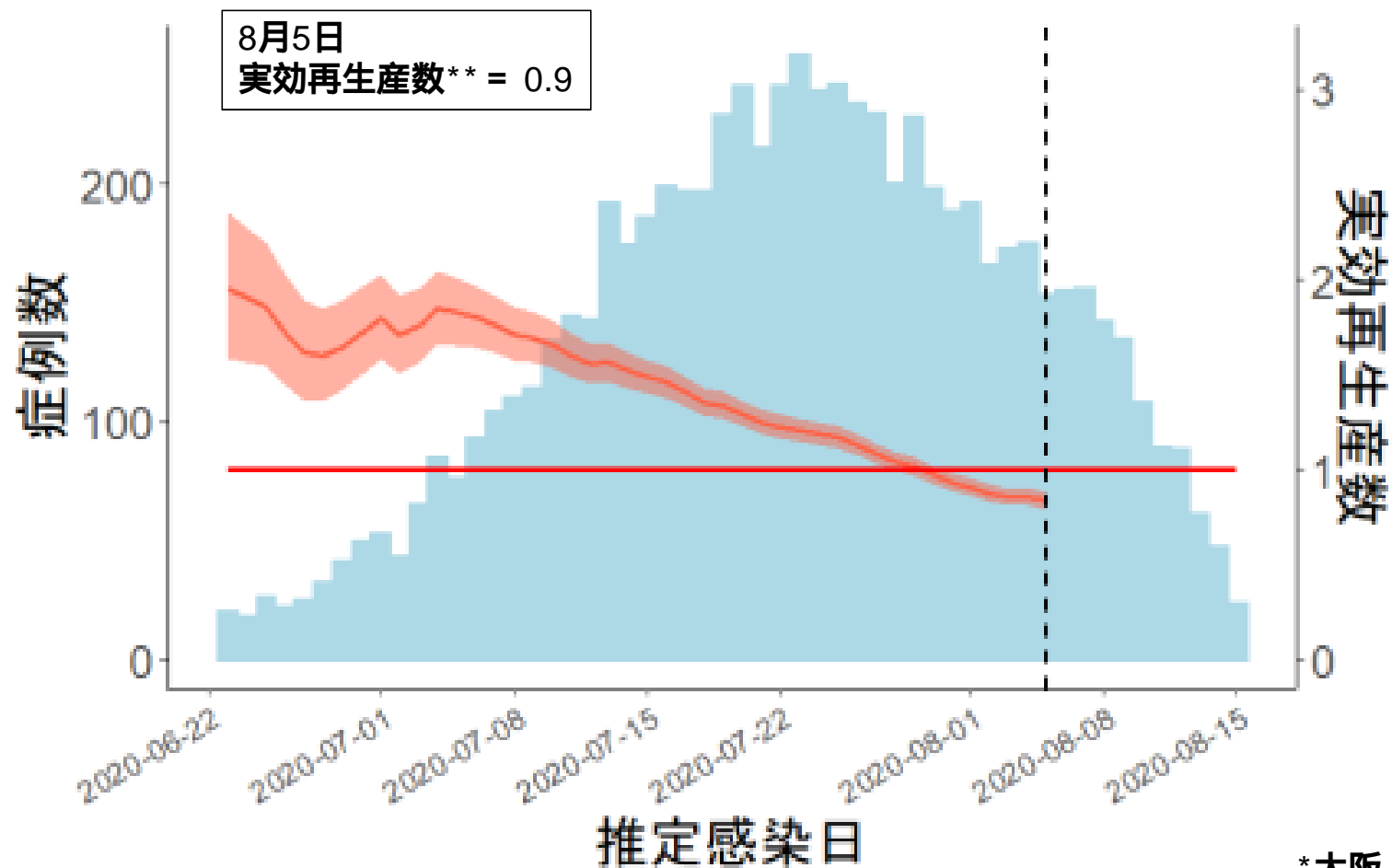
*8月5日までの1週間の値の平均値

首都圏*の実効再生産数（推定感染日ごと）：8月21日時点推定



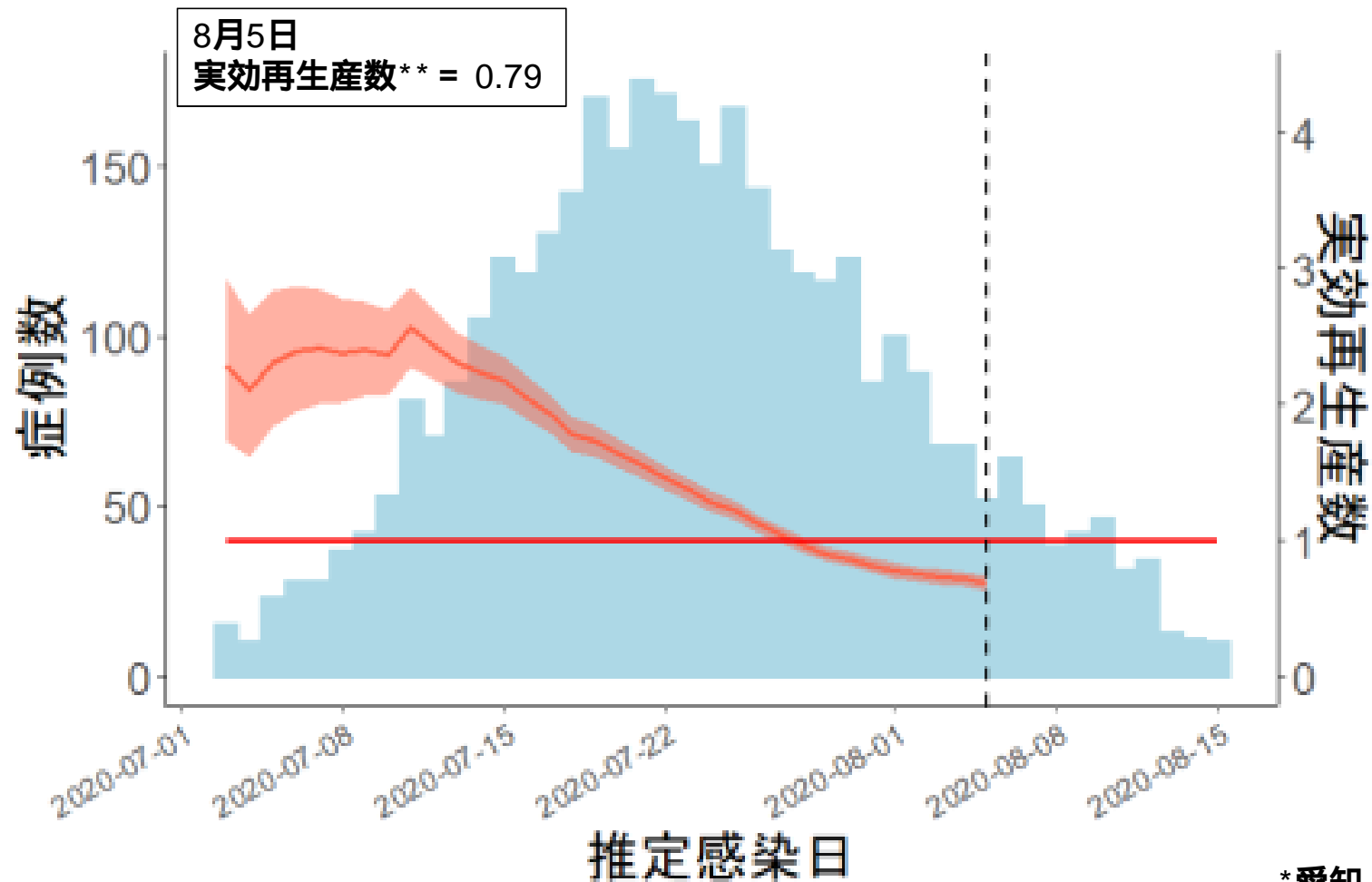
*東京、神奈川、埼玉、千葉、茨城、栃木
 **直近1週間の値の平均値

関西圏*の実効再生産数（推定感染日ごと）：8月21日時点推定



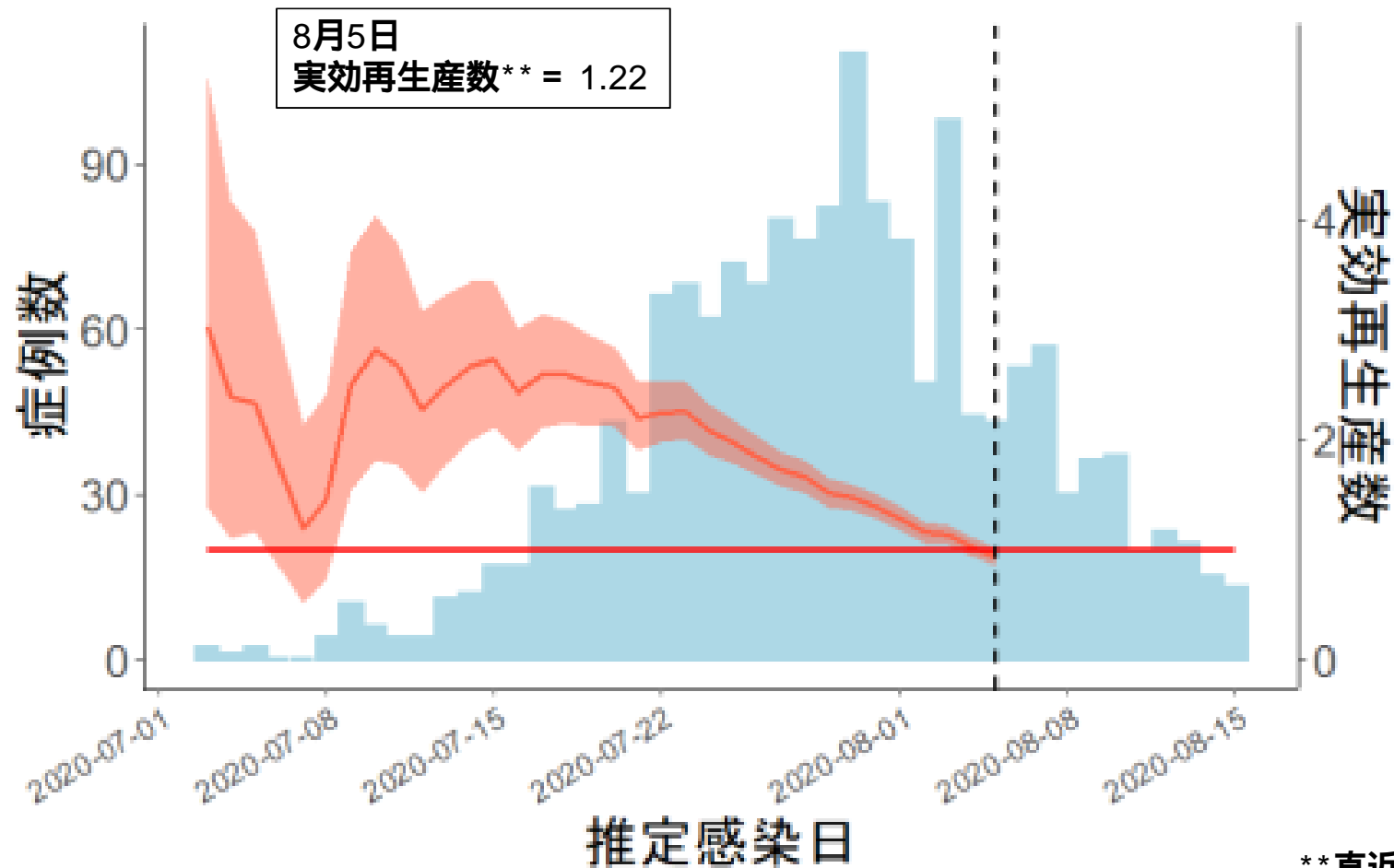
*大阪、兵庫、京都、奈良
 **直近1週間の値の平均値

中京圏*の実効再生産数（推定感染日ごと）：8月21日時点推定



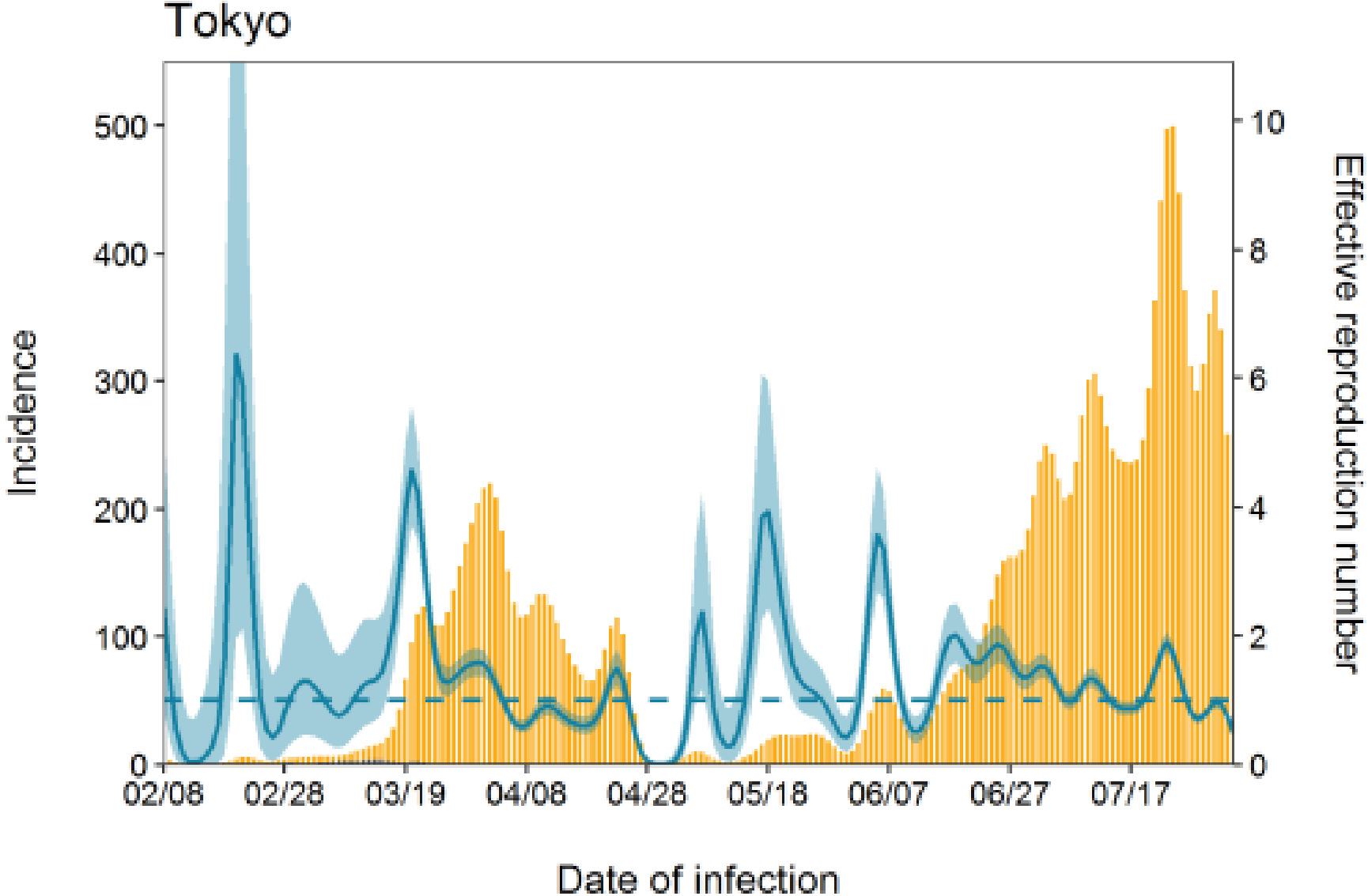
*愛知、岐阜、三重
 **直近1週間の値の平均値

沖縄県の実効再生産数（推定感染日ごと）：8月21日時点推定



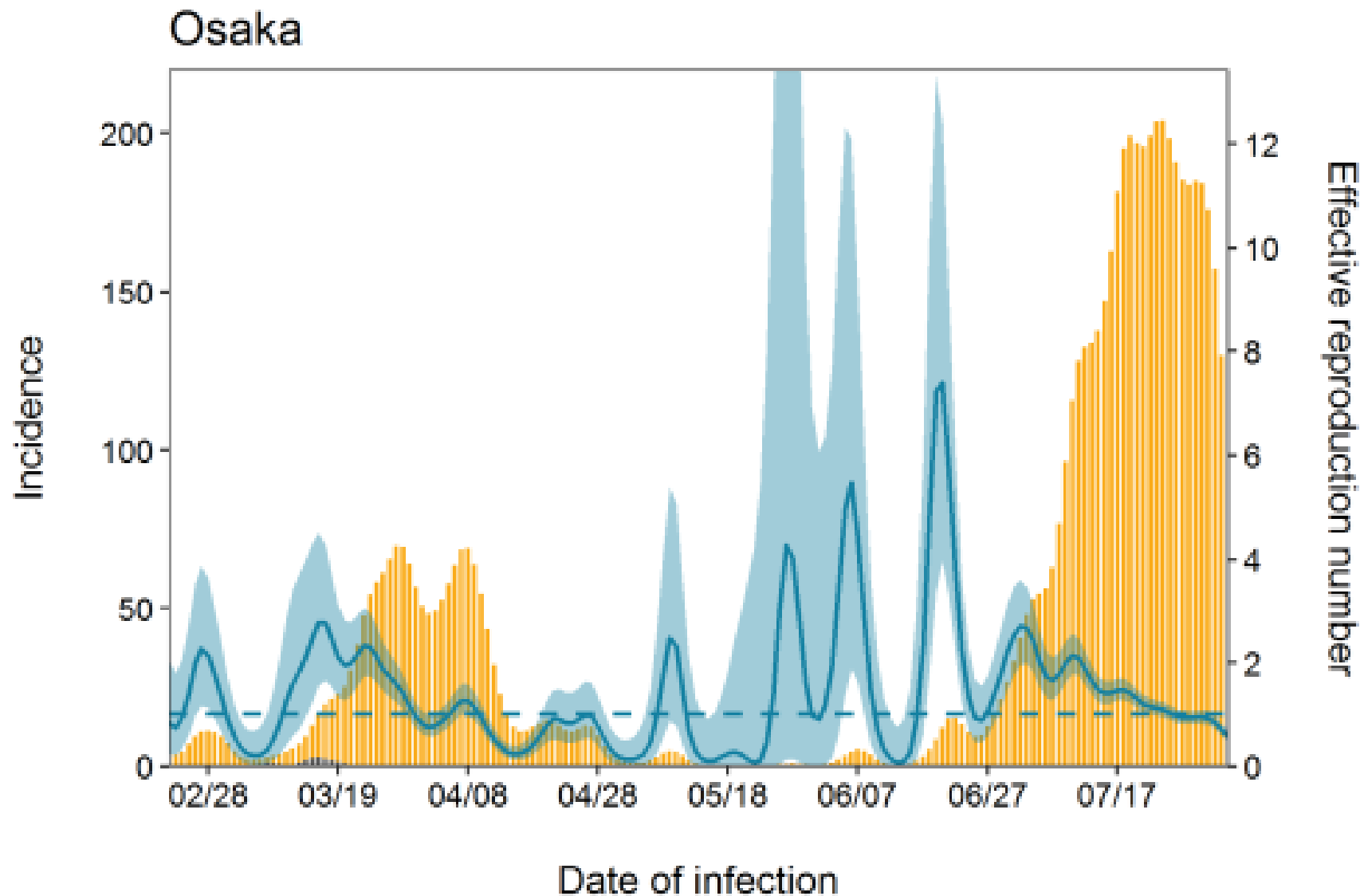
**直近1週間の値の平均値

東京都：実効再生産数（8月19日推定）
使用データと方法：確定日別データから感染日を逆計算



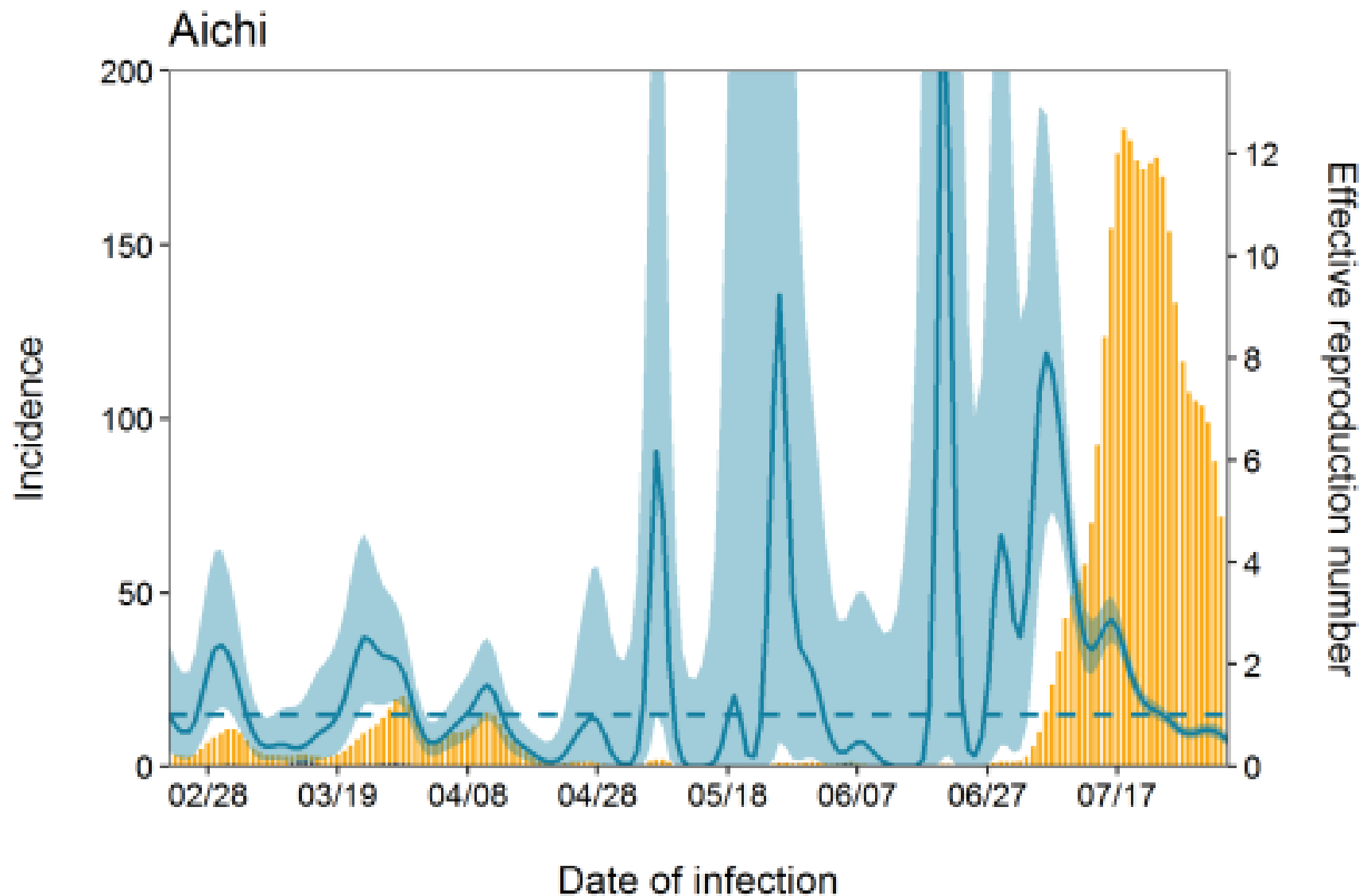
大阪府：実効再生産数（8月19日推定）

使用データと方法：発病日別データから感染日を逆計算

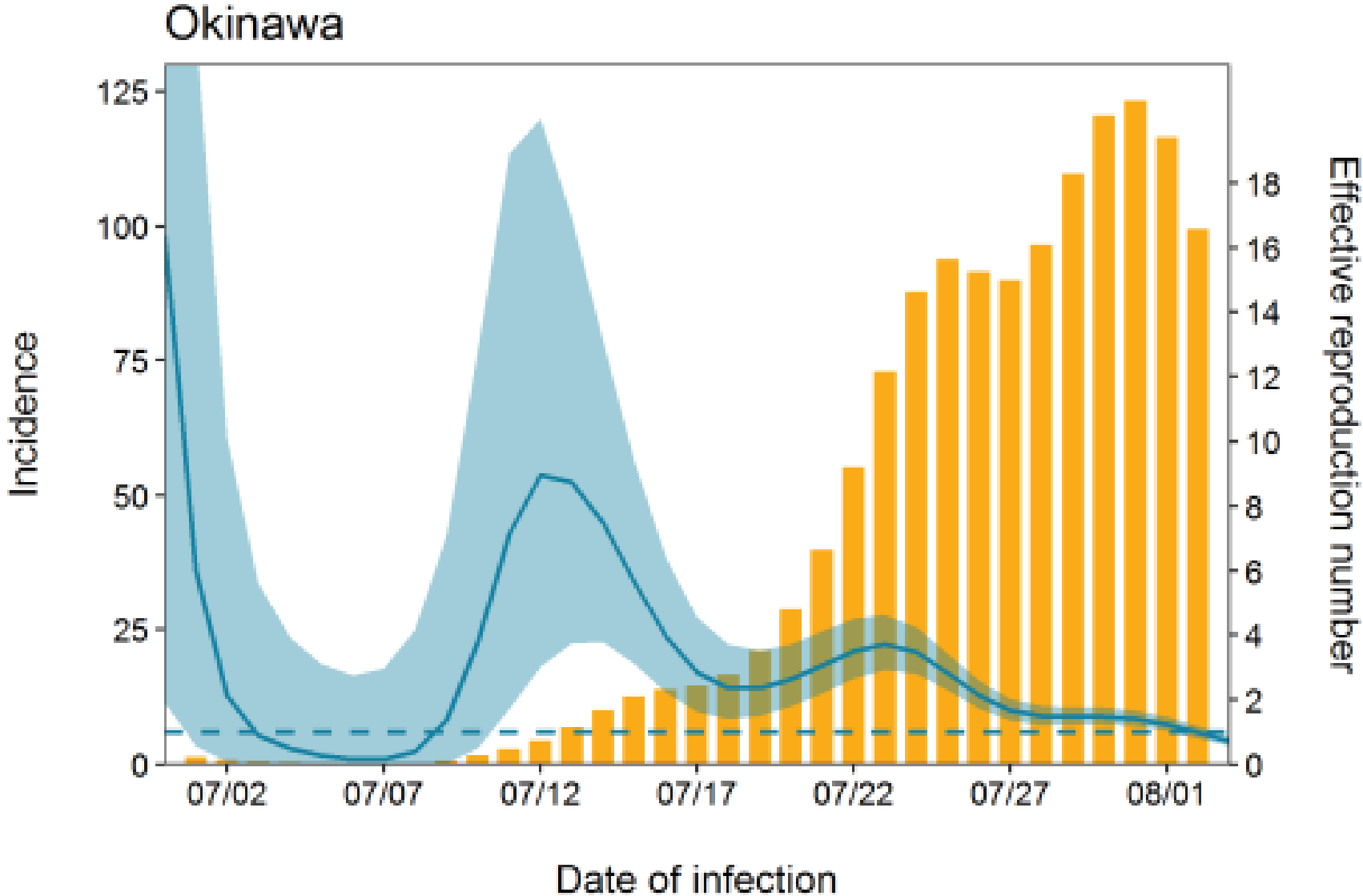


愛知県：実効再生産数（8月19日推定）

使用データと方法：発病日別データから感染日を逆計算



沖縄県：実効再生産数（8月19日推定）
使用データと方法：発病日別データから感染日を逆計算



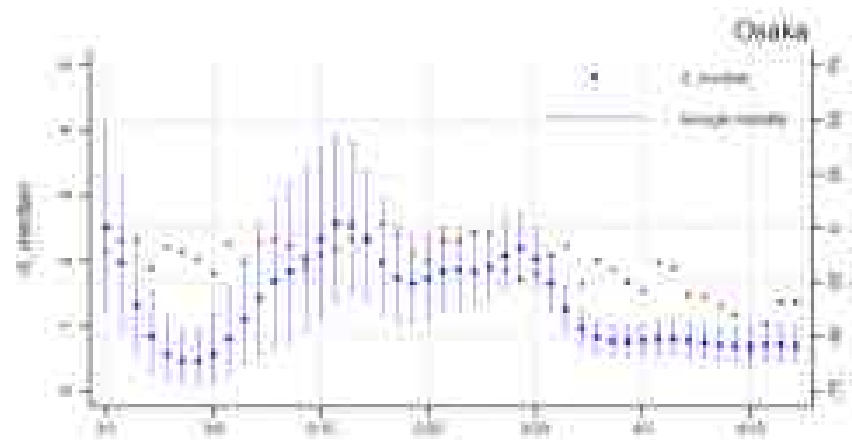
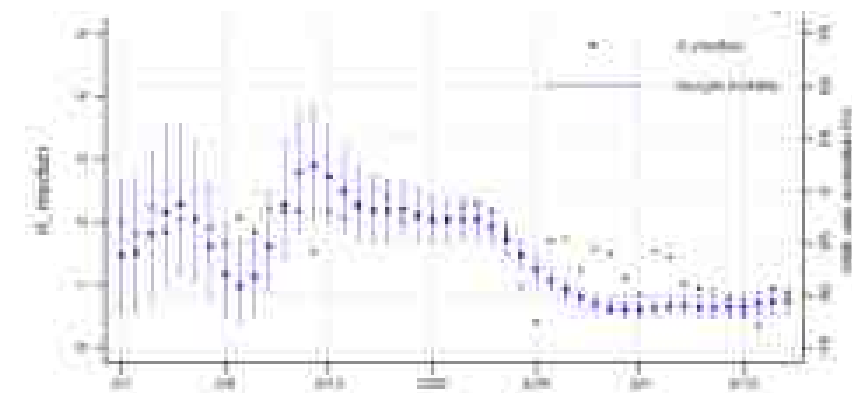
考察

【評価】

- ・ 実効再生産数が8月初旬に1を下回った。その後（盆含む）の影響はこれから。
- ・ $R_t < 1$ も、検査頻度減少の影響は除外できない
- ・ 推定された R_t は1に近く「遷延」「再拡大」の可能性がある。
（例．伝播の盛んな場で休業要請をやめる => 再燃する）

【課題】

- ・ 「22時迄の営業」、「休業要請」、「5人以上食事をしない」などの効果の第1波・2波の差異の定量化
- ・ それら施策に伴う夜間等の外出自粛に関する社会心理学的副次的効果



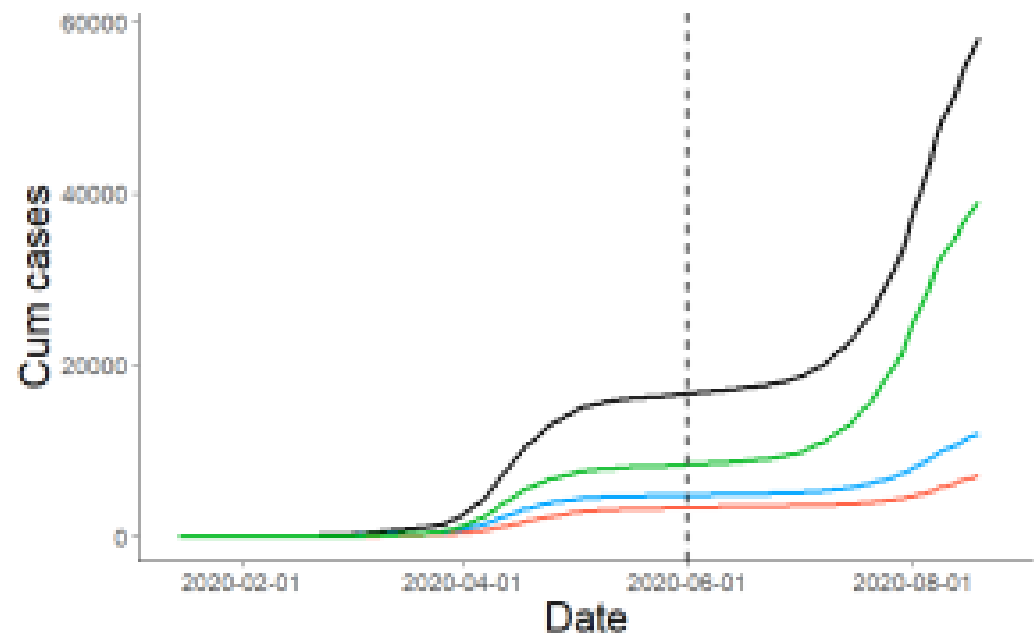
COVID-19の致命率と重症化リスク因子について

国立感染症研究所
感染症疫学センター
鈴木基

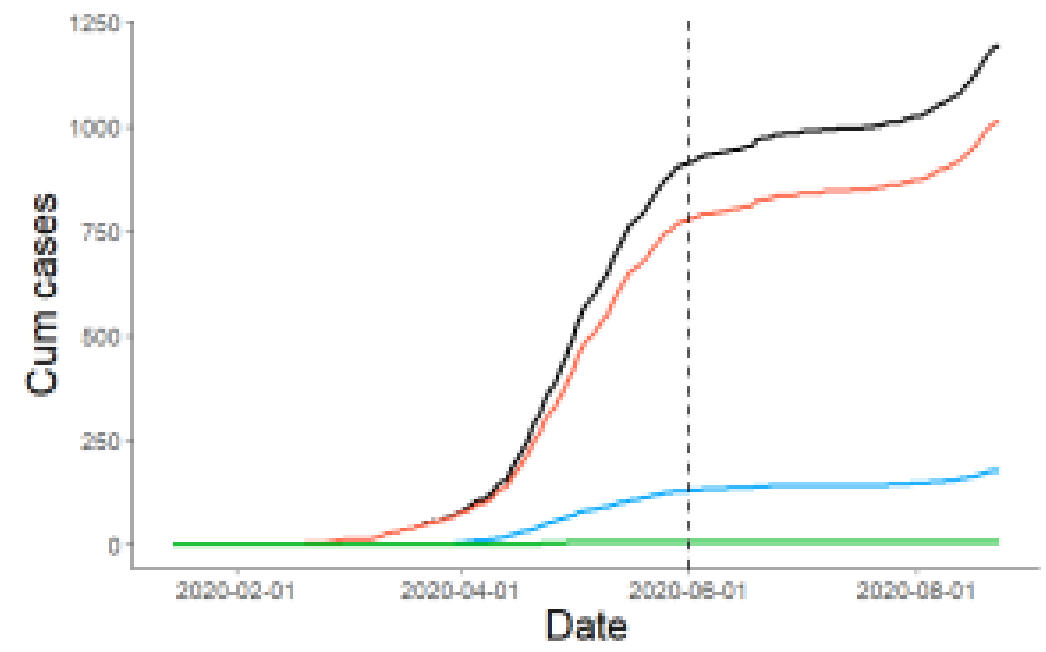
累積感染者数と累積死亡者数の推移

黒 = 全年齢
 赤 = 70歳以上
 青 = 50-69歳
 緑 = 0-49歳

累積感染者数



累積死亡者数



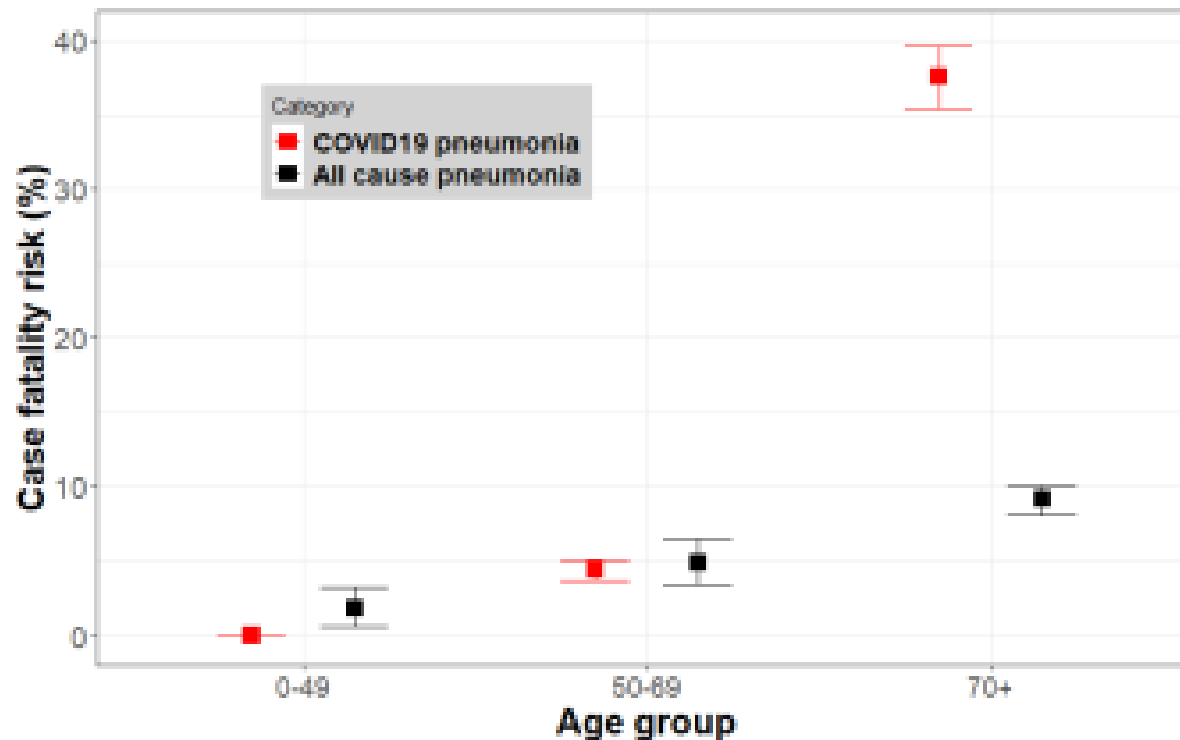
第1波と第2波の患者特性の比較

	第1波 (1/16-5/31)	第2波 (6/1-8/19)
感染者数	16,784	41,472
感染者に占める70歳以上の割合	20.3%	8.8%
感染者に占める届出時肺炎患者の割合	8.6%	4.0%
発症から届出までの日数 (中央値)	7日	5日
死亡者数	900	219
死亡者に占める70歳以上の割合	84.6%	83.6%
感染者の死亡率 (致命率) *		
全年齢の粗致命率	6% (5.6-6.4)	4.7% (4.4-4.9)
70歳以上	25.1% (23.5-26.6)	25.9% (24.4-27.3)
50-69歳	2.8% (2.3-3.3)	3.1% (2.6-3.6)
50歳未満	0.1% (0.0-0.1)	0.0% (0.0-0.0)

表中の値は自治体公表データに基づく。

*致命率は発症から死亡までの期間を調整して算出したものであり、累積死亡者数を累積感染者数で除した値とは異なることに注意。値は各期間の観察終了直前7日間の平均値。

COVID-19肺炎とその他の原因による肺炎の年齢群別致命率



図は全感染者のうち肺炎を発症した症例における致命率（%）を示す。COVID-19感染者が肺炎を発症するリスクは積極的疫学調査のデータを使用した。
 全肺炎については2011-14年に収集された患者レジストリデータを使用した（森本浩之輔先生、長崎大学熱帯医学研究所提供）。全肺炎の原因はインフルエンザ、肺炎球菌、誤嚥性などを含む。

COVID-19の重症化リスク因子

リスク因子	調整リスク比 (95%信頼区間)	
	ICU入室	人工呼吸器装着あるいは死亡
男性 [*]	4.2 (1.7-10.3)	2.8 (1.5-5.2)
年齢 (1歳上昇) ^{**}	1.1 (1-1.1)	1.1 (1-1.1)
糖尿病 ^{***}	1.5 (0.7-3.5)	2.5 (1.4-4.3)
高血圧 ^{***}	1 (0.4-2.4)	1 (0.5-2)
脂質異常症 ^{***}	1.9 (0.8-4.4)	2.1 (1.2-3.9)
高尿酸血症 ^{***}	4. (1.2-13.5)	3.2 (1-10.7)
慢性肺疾患 ^{***}	1.9 (0.5-7.7)	2.7 (1.2-5.6)

2020年3月までに積極的疫学調査で収集された516例の疫学データの分析に基づく。調査の背景と患者特性については感染研HPを参照 (<https://www.niid.go.jp/niid/ja/covid-19/9533-covid19-14-200323.html>)。中間報告結果であり今後、値が変わる可能性がある。*年齢、**性別、***年齢と性別でそれぞれ調整した。土橋西紀主任研究官 (感染症疫学センター) 提供

まとめ

- 第2波におけるCOVID-19報告症例の粗致命率（見かけ上の致命率）は低下傾向にあるが、年齢群別致命率については大きな変化は認めない
- 現時点での粗致命率の低下は若年患者の割合増加、サーベイランス感度の向上による軽症者、低リスク者の割合増加、院内感染・施設内感染症例が少ないといった理由で説明できる可能性がある
- COVID-19肺炎の致命率は70歳未満では一般的な肺炎と比較可能であるが、70歳以上で高い
- 男性、年齢上昇、糖尿病、脂質異常症、高尿酸血症、慢性肺疾患が重症化と関係する
- 今後、高リスク患者が多い院内感染・施設内感染症例が増加することが考えられることから、引き続き、十分な対策を取りつつ、注意深く見守っていく必要がある

	入院時における重症度(from ACTT1)					
	軽症/中等度			重症		
	入院時期 -2020/6/5 (N=2409)	入院時期 2020/6/6 - (N=668)	Total (N=3077)	入院時期 -2020/6/5 (N=990)	入院時期 2020/6/6 - (N=55)	Total (N=1045)
心筋梗塞, n (%)						
Yes	20 (0.8%)	5 (0.7%)	25 (0.8%)	33 (3.3%)	2 (3.6%)	35 (3.3%)
うっ血性心不全, n (%)						
Yes	51 (2.1%)	1 (0.1%)	52 (1.7%)	73 (7.4%)	1 (1.8%)	74 (7.1%)
末梢血管疾患（間欠性跛行、バイパス術後、壊疽、未治療の胸腹部大動脈瘤を含む）, n (%)						
Yes	28 (1.2%)	1 (0.1%)	29 (0.9%)	33 (3.3%)	1 (1.8%)	34 (3.3%)
脳血管障害（後遺症のほぼない脳血管障害既往やTIAも含む）, n (%)						
Yes	102 (4.2%)	5 (0.7%)	107 (3.5%)	106 (10.7%)	3 (5.5%)	109 (10.4%)
片麻痺（対麻痺も含む。脳血管障害に起因していなくても可）, n (%)						
Yes	19 (0.8%)	2 (0.3%)	21 (0.7%)	25 (2.5%)	0 (0.0%)	25 (2.4%)
認知症, n (%)						
Yes	105 (4.4%)	10 (1.5%)	115 (3.7%)	91 (9.2%)	6 (10.9%)	97 (9.3%)
COPD以外の慢性肺疾患（軽労作で呼吸困難を生じる程度のもの）, n(%)						
Yes	22 (0.9%)	4 (0.6%)	26 (0.8%)	63 (6.4%)	1 (1.8%)	64 (6.1%)
気管支喘息（医師の診断に基づく）, n (%)						
Yes	117 (4.9%)	30 (4.5%)	147 (4.8%)	50 (5.1%)	2 (3.6%)	52 (5.0%)
軽度肝疾患（門脈圧亢進を伴わない軽度の肝硬変、慢性肝炎）, n (%)						
Yes	52 (2.2%)	7 (1.0%)	59 (1.9%)	32 (3.2%)	3 (5.5%)	35 (3.3%)
中等度～高度肝機能障害（門脈圧亢進を伴う肝硬変）, n (%)						
Yes	4 (0.2%)	1 (0.1%)	5 (0.2%)	3 (0.3%)	0 (0.0%)	3 (0.3%)
消化性潰瘍, n (%)						
Yes	11 (0.5%)	5 (0.7%)	16 (0.5%)	16 (1.6%)	2 (3.6%)	18 (1.7%)

患者の並存疾患の変化

軽度糖尿病（三大合併症なし、食事療法のみは除く）, n (%)						
Yes	247 (10.3%)	37 (5.5%)	284 (9.2%)	233 (23.5%)	11 (20.0%)	244 (23.3%)
重症糖尿病（三大合併症のいずれかあり）, n (%)						
Yes	48 (2.0%)	2 (0.3%)	50 (1.6%)	43 (4.3%)	1 (1.8%)	44 (4.2%)
肥満（医師の診断に基づく）, n (%)						
Yes	104 (4.3%)	22 (3.3%)	126 (4.1%)	69 (7.0%)	4 (7.3%)	73 (7.0%)
中等度～高度腎機能障害（Cre\geq3mg/dL、透析中、腎移植後、尿腎症）, n (%)						
Yes	27 (1.1%)	3 (0.4%)	30 (1.0%)	22 (2.2%)	1 (1.8%)	23 (2.2%)
入院前の維持血液透析, n (%)						
Yes	12 (0.5%)	1 (0.1%)	13 (0.4%)	10 (1.0%)	0 (0.0%)	10 (1.0%)
固形癌（転移なし。診断より5年間経過したものは除く）, n (%)						
Yes	61 (2.5%)	7 (1.0%)	68 (2.2%)	57 (5.8%)	3 (5.5%)	60 (5.7%)
白血病（急性・慢性白血病、真性赤血球増加症を含む）, n (%)						
Yes	15 (0.6%)	0 (0.0%)	15 (0.5%)	2 (0.2%)	0 (0.0%)	2 (0.2%)
リンパ腫（リンパ肉腫、マクログロブリン血症、骨髄腫含む）, n (%)						
Yes	17 (0.7%)	0 (0.0%)	17 (0.6%)	10 (1.0%)	0 (0.0%)	10 (1.0%)
転移性固形癌, n (%)						
Yes	23 (1.0%)	3 (0.4%)	26 (0.8%)	15 (1.5%)	0 (0.0%)	15 (1.4%)
膠原病（SLE、多発筋炎、MCTD、PMR、中等度以上のRAなど）, n (%)						
Yes	17 (0.7%)	2 (0.3%)	19 (0.6%)	19 (1.9%)	3 (5.5%)	22 (2.1%)
HIV感染症, n (%)						
Yes	8 (0.3%)	3 (0.4%)	11 (0.4%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)	1 (0.1%)
COPD, n (%)						
Yes	18 (0.7%)	4 (0.6%)	22 (0.7%)	45 (4.5%)	6 (10.9%)	51 (4.9%)
高血圧症, n (%)						
Yes	320 (13.3%)	59 (8.8%)	379 (12.3%)	295 (29.8%)	22 (40.0%)	317 (30.3%)

患者の並存疾患の変化

高脂血症, n (%)						
Yes	186 (7.7%)	33 (4.9%)	219 (7.1%)	146 (14.7%)	10 (18.2%)	156 (14.9%)
入院前の維持腹膜透析, n (%)						
Yes	1 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.0%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)	1 (0.1%)
AIDS (HIV感染症のうち、CD4 200未満もしくは厚生労働省が定め るエイズ指標疾患があるもの), n(%)						
Yes	1 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.0%)			0 (0.0%)
先天性心疾患 (心奇形), n (%)						
Yes	3 (0.1%)	3 (0.4%)	6 (0.2%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)	1 (0.1%)
先天奇形・染色体症候群 (21トリソ ミーなど), n (%)						
Yes	1 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.0%)	3 (0.3%)	0 (0.0%)	3 (0.3%)

	入院時における重症度(from ACTT1)					
	軽症/中等度			重症		
	入院時期		Total (N=3079)	入院時期		Total (N=1047)
-2020/6/5 (N=2411)	2020/6/6 - (N=668)	-2020/6/5 (N=992)		2020/6/6 - (N=55)		
ICU（もしくはICUと同様の集中治療が可能な病床）への入室, n (%)						
はい	90 (3.7%)	6 (0.9%)	96 (3.1%)	307 (31.0%)	11 (20.4%)	318 (30.4%)
Missing	0	0	0	1	1	2
酸素投与, n (%)						
はい	472 (19.6%)	37 (5.5%)	509 (16.5%)	857 (86.8%)	42 (76.4%)	899 (86.3%)
Missing	2	0	2	5	0	5
ハイフローネーザルカヌラ, n (%)						
はい	38 (1.6%)	4 (0.6%)	42 (1.4%)	87 (8.8%)	3 (5.6%)	90 (8.7%)
Missing	2	0	2	6	1	7
非侵襲的機械換気, n (%)						
はい	23 (1.0%)	4 (0.6%)	27 (0.9%)	38 (3.8%)	2 (3.6%)	40 (3.8%)
Missing	3	0	3	4	0	4
侵襲的機械換気, n (%)						
はい	49 (2.0%)	1 (0.1%)	50 (1.6%)	280 (28.4%)	7 (12.7%)	287 (27.5%)
Missing	2	0	2	5	0	5
ECMO, n (%)						
はい	7 (0.3%)	0 (0.0%)	7 (0.2%)	45 (4.6%)	0 (0.0%)	45 (4.3%)
Missing	2	0	2	5	0	5
強心薬/血管収縮薬, n (%)						
はい	18 (0.7%)	1 (0.1%)	19 (0.6%)	146 (14.7%)	4 (7.3%)	150 (14.4%)
Missing	1	0	1	2	0	2
RRT or 透析, n (%)						
はい	23 (1.0%)	1 (0.1%)	24 (0.8%)	58 (5.9%)	1 (1.8%)	59 (5.7%)
Missing	7	0	7	6	0	6
プラズマフェレーシス/血漿交換, n(%)						
はい			0 (0.0%)	6 (0.6%)	0 (0.0%)	6 (0.6%)
Missing	6	0	6	3	0	3
輸血又は血液製剤, n (%)						
はい	38 (1.6%)	1 (0.1%)	39 (1.3%)	140 (14.2%)	1 (1.8%)	141 (13.5%)
Missing	7	0	7	5	0	5
静注免疫グロブリン, n (%)						
はい	34 (1.4%)	2 (0.3%)	36 (1.2%)	51 (5.2%)	2 (3.6%)	53 (5.1%)
Missing	8	0	8	3	0	3

抗ウイルス薬内訳

	入院時における重症度(from ACTT1)					
	軽症/中等度			重症		
	入院時期		Total (N=3165)	入院時期		Total (N=1091)
-2020/6/5 (N=2480)	2020/6/6 - (N=685)	-2020/6/5 (N=1028)		2020/6/6 - (N=63)		
COVID-19治療目的での薬物投与, n(%)						
利用	1278 (51.5%)	214 (31.2%)	1492 (47.1%)	827 (80.6%)	42 (66.7%)	869 (79.8%)
Missing	0	0	0	2	0	2
ファビピラビル, n (%)						
	入院時における重症度(from ACTT1)					
	軽症/中等度			重症		
	入院時期		Total (N=1492)	入院時期		Total (N=869)
-2020/6/5 (N=1278)	2020/6/6 - (N=214)	-2020/6/5 (N=827)		2020/6/6 - (N=42)		
利用	771 (61.6%)	107 (50.0%)	878 (59.9%)	629 (77.2%)	26 (61.9%)	655 (76.4%)
Missing	26	0	26	12	0	12
ロピナビル・リトナビル (LPV/r) ,n (%)						
利用	46 (3.8%)	0 (0.0%)	46 (3.2%)	67 (8.3%)	0 (0.0%)	67 (7.9%)
Missing	54	0	54	20	0	20
レムデシビル, n (%)						
利用	1 (0.1%)	2 (0.9%)	3 (0.2%)	5 (0.6%)	6 (14.3%)	11 (1.3%)
Missing	54	0	54	22	0	22
シクレソニド, n (%)						
利用	660 (53.2%)	108 (50.5%)	768 (52.8%)	379 (46.6%)	11 (26.2%)	390 (45.6%)
Missing	38	0	38	14	0	14
ヒドロキシクロロキン, n (%)						
利用	119 (9.7%)	3 (1.4%)	122 (8.4%)	117 (14.4%)	0 (0.0%)	117 (13.7%)
Missing	47	0	47	17	0	17

抗ウイルス薬内訳

トシリズムブ, n (%)

利用	16 (1.6%)	0 (0.0%)	16 (1.3%)	28 (4.0%)	5 (11.9%)	33 (4.4%)
Missing	267	0	267	121	0	121

ナファモスタット, n (%)

利用	70 (6.9%)	12 (5.6%)	82 (6.7%)	91 (12.9%)	5 (11.9%)	96 (12.8%)
Missing	267	0	267	120	0	120

イベルメクチン, n (%)

利用	10 (1.0%)	5 (2.3%)	15 (1.2%)	5 (0.7%)	2 (4.8%)	7 (0.9%)
Missing	267	0	267	121	0	121

インターフェロン, n (%)

利用			0 (0.0%)	4 (0.5%)	0 (0.0%)	4 (0.5%)
Missing	53	0	53	20	0	20

抗ウイルス薬以外

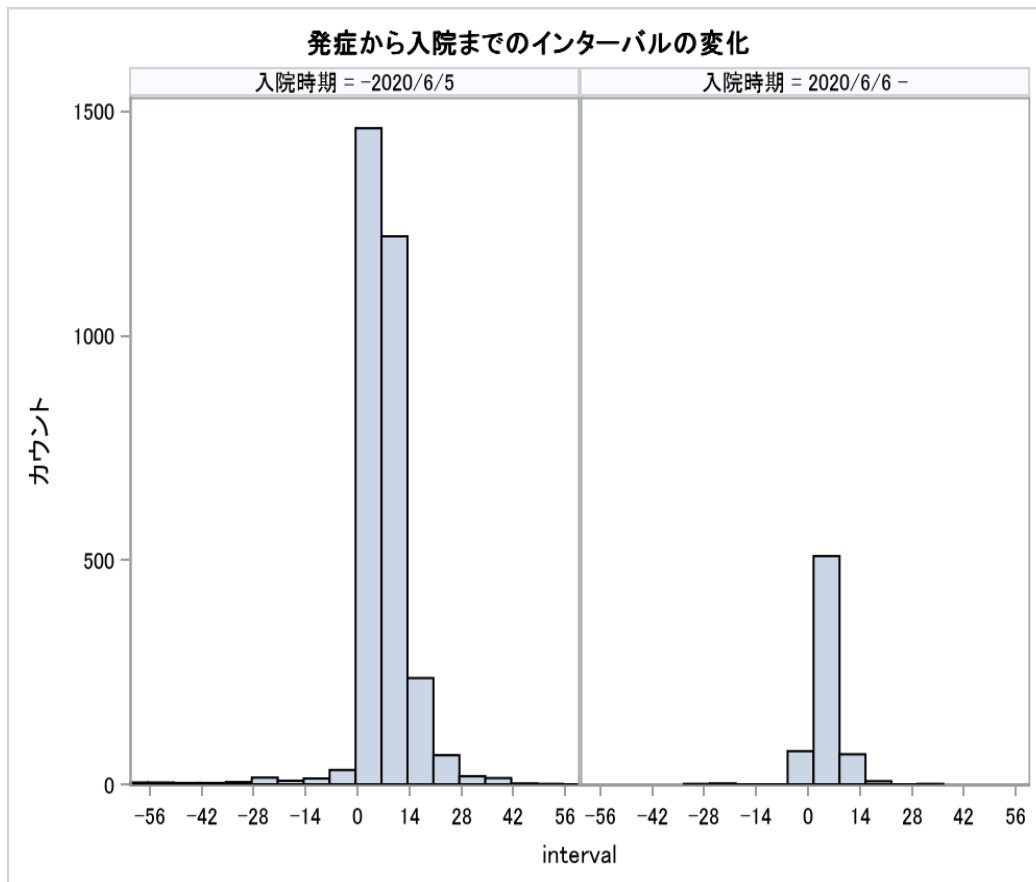
	入院時における重症度(from ACTT1)					
	軽症/中等度			重症		
	入院時期		Total (N=3165)	入院時期		Total (N=1091)
-2020/6/5 (N=2480)	2020/6/6 - (N=685)	-2020/6/5 (N=1028)		2020/6/6 - (N=63)		
抗菌薬の投与, n (%)						
はい	609 (24.8%)	58 (8.5%)	667 (21.3%)	634 (62.6%)	25 (39.7%)	659 (61.3%)
Missing	29	0	29	16	0	16
抗真菌薬の投与, n (%)						
はい	21 (0.9%)	0 (0.0%)	21 (0.7%)	38 (3.8%)	0 (0.0%)	38 (3.5%)
Missing	33	0	33	17	0	17
ノイラミニダーゼ阻害薬, n (%)						
はい	14 (0.6%)	0 (0.0%)	14 (0.5%)	17 (1.7%)	0 (0.0%)	17 (1.6%)
Missing	219	0	219	37	0	37
ステロイド薬の投与(シクレソニドを除く)※入院以前からCOVID-19以外の目的で使用していた場合は除く, n (%)						
はい	103 (4.2%)	10 (1.5%)	113 (3.6%)	221 (21.8%)	12 (19.0%)	233 (21.7%)
Missing	41	0	41	15	0	15
抗凝固薬, n (%)						
1	98 (4.0%)	15 (2.2%)	113 (3.6%)	221 (21.5%)	10 (15.9%)	231 (21.2%)
抗血小板薬(アスピリン、クロピドグレル、テクロピジン、シロスタゾール、チカグレロル、プラスグレル), n (%)						
はい	73 (3.6%)	7 (1.0%)	80 (2.9%)	71 (8.0%)	2 (3.2%)	73 (7.6%)
Missing	431	0	431	136	0	136
血栓溶解薬(アルテプラゼ、モンテプラゼ、ウロキナーゼ等), n(%)						
はい	3 (0.1%)	0 (0.0%)	3 (0.1%)	7 (0.8%)	0 (0.0%)	7 (0.7%)
Missing	431	0	431	136	0	136

発症から入院までのインターバルの変化

発症から入院までの時間(日)

	入院時における重症度(from ACTT1)					
	軽症/中等度			重症		
	入院時期		Total	入院時期		Total
	-2020/6/5 (N=2411)	2020/6/6 - (N=668)	(N=3079)	-2020/6/5 (N=992)	2020/6/6 - (N=55)	(N=1047)
interval						
N (Missing)	2159 (252)	609 (59)	2768 (311)	958 (34)	52 (3)	1010 (37)
Mean	6.5	4.8	6.1	7.1	4.7	6.9
Median (IQR)	6.0 (3.0, 10.0)	4.0 (3.0, 7.0)	6.0 (3.0, 9.0)	7.0 (4.0, 10.0)	5.5 (2.0, 6.5)	7.0 (4.0, 10.0)

¹Kruskal-Wallis p-value



入院患者の臨床的特徴 (流行初期の症例)

資料 3 - 2

国立国際医療研究センターにおいて、協力医療機関から3月～7月上旬にデータが登録された、入院後に退院した約2600例について解析（厚生労働科学研究において実施）。

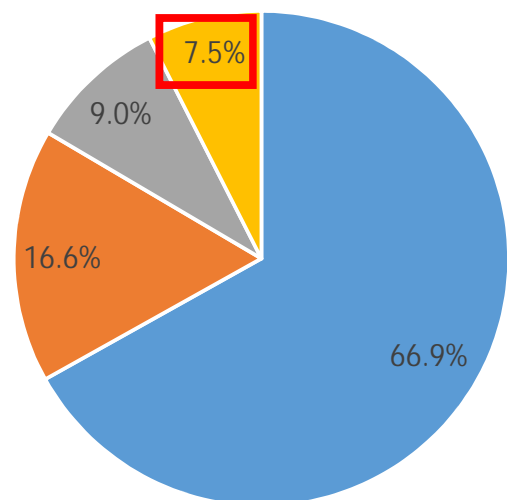
入院患者の死亡率は7.5%であり、英国、米国等と比べると低かった。

- ・海外の報告における死亡率：イギリス 26%，米国NY 21-24%，中国 28%

ただし、各国における入院時の患者背景（重症度、併存疾患や年齢分布）が異なるため、一概に比較することはできない。（例えば、我が国の糖尿病や肥満等の併存疾患を有する割合は、それぞれ16.7%、5.5%であり、英国等と比べると低い。）

- ・海外の報告における併存率：イギリス 糖尿病 30.2%，肥満 9%，米国 糖尿病 28-35%，肥満40%

退院時転帰



■ 自宅退院 ■ 転院 ■ 介護施設・療養施設等への入所 ■ 死亡

併存疾患を有する割合

	症例数	併存率
全症例	2636	-
糖尿病	441	16.7%
肥満	146	5.5%
COPD	44	1.7%
慢性肺疾患 (COPD以外)	66	2.5%
高血圧	396	15.0%
高脂血症	216	8.2%

入院患者の臨床的特徴 (流行初期の症例)

流行初期の入院症例（6月5日までに入院したもの）3403例について、入院後の重症化率や転帰を解析。入院後に挿管等¹に至る割合及び死亡する割合は、高齢者や入院時に重症²だった症例において高かった。

(1) 入院後に挿管等¹に至る割合（世代・入院時重症度別）

	入院時 軽症/中等症	入院時 重症	全症例
0-29歳	0.3% (1/387)	38.9% (7/18)	2.0% (8/405)
30-49歳	1.1% (8/751)	21.8% (27/124)	4.0% (35/875)
50-69歳	3.2% (25/775)	35.4% (136/384)	13.9% (161/1159)
70歳-	3.2% (16/498)	23.6% (110/466)	13.1% (126/964)
計	2.1% (50/2411)	28.2% (280/992)	9.7% (330/3403)

(2) 入院後に死亡する割合（世代・入院時重症度別）

	入院時 軽症/中等症	入院時 重症	全症例
0-29歳	0.0% (0/387)	5.6% (1/18)	0.2% (1/405)
30-49歳	0.3% (2/751)	2.4% (3/124)	0.6% (5/875)
50-69歳	1.2% (9/775)	10.7% (41/384)	4.3% (50/1159)
70歳-	11.2% (56/498)	31.5% (147/466)	21.1% (203/964)
計	2.8% (67/2411)	19.4% (192/992)	7.6% (259/3403)

1 挿管等：挿管またはECMO（体外式膜型人工肺）を行った場合

2 酸素投与、人工呼吸器管理、SpO₂ 94%以下、呼吸数24回/分以上 のいずれかに該当する場合に重症と分類

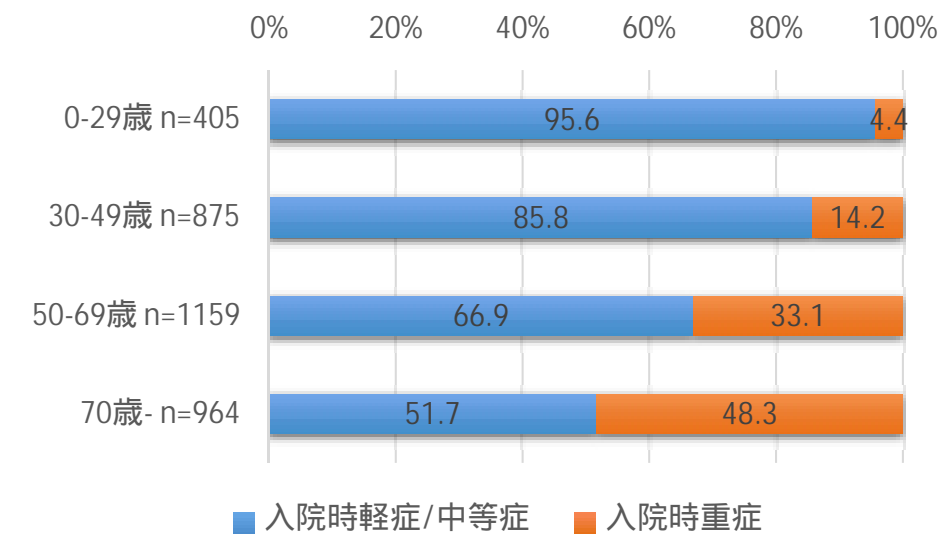
入院患者の臨床的特徴 (6月以前と以後の比較)

6月以降に入院した症例¹は、それ以前に入院した症例に比べ、特に30-49歳および50-69歳において、入院時の症状が軽い²割合が高い傾向にあった。

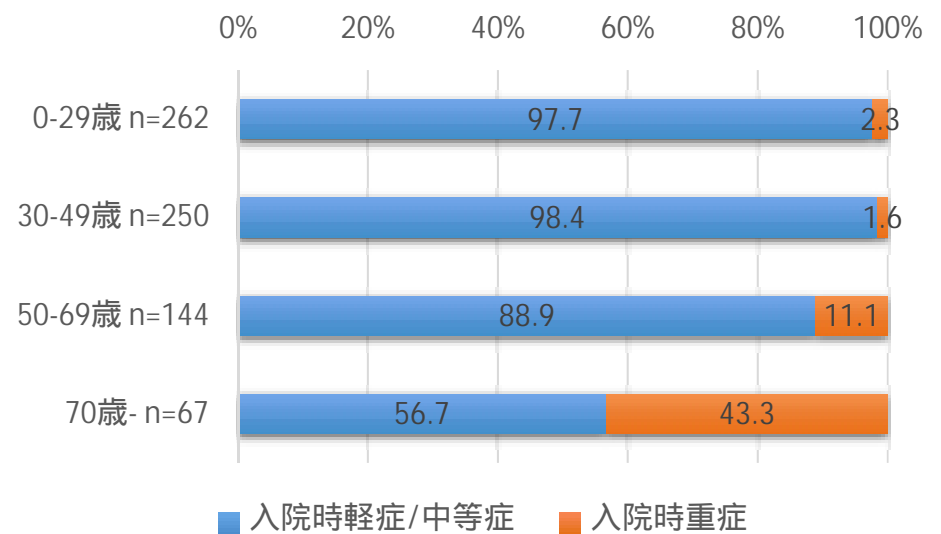
1 退院が完了した症例からデータの登録を行うため、6月以降の流行のうち、初期(6月～7月前半)の症例を多く含んでいること、**6月以降の症例の中でも入院が長期化している症例(重症の可能性が高い)は含まれていない**ことに注意が必要。

今後、引き続きデータの蓄積を行った上で、入院後の重症化率や転帰に関する流行の第一波と第二波の比較についても解析予定。

6月5日以前に入院した症例の入院時の重症度の割合(%)



6月6日以降に入院した症例の入院時の重症度の割合(%)



2 酸素投与、人工呼吸器管理、SpO₂ 94%以下、呼吸数24回/分以上 のいずれかに該当する場合に重症と分類

重症化リスク推定

命題： 2020年6-8月第2波の重症化リスクは第1波（3-5月）と比べて低下しているか

使用データ：

1. サーベイランス班データ（集計後、北大Gアレンジ）
第1波・第2波：診断された確定患者数
第1波：重症患者（個別）
2. 療養状況調査報告（年齢群別の重症患者割合）：第2波

京都大学

西浦博

（2020年8月18日稿）

分析方法

- 第1波

転帰を既に観察済み

2020年4月18日迄サーベイランス班で重症化調査

(重症化リスク) = (累積重症患者数) / (累積確定患者数)

- 第2波

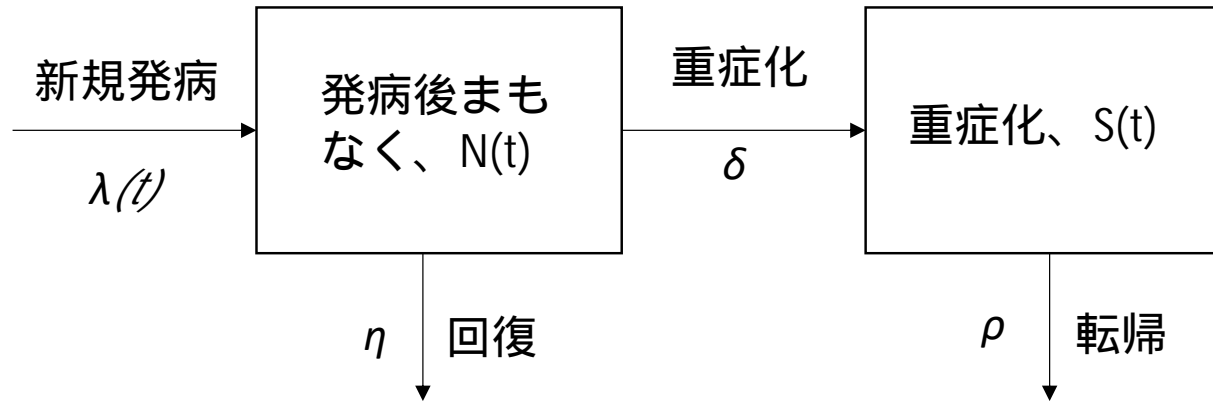
リアルタイム推定を要する

確定患者数はサーベイランス班(その後HER-SYS)

重症患者数は全入院患者中の割合として年齢群別に報告

数理モデルを用いて時点重症患者数にモデル適合をしないと重症化リスクがわからない

第2波分析のための数理モデル



重症化予備軍 $N(t) = \int_0^t \lambda(t-x)\Gamma(x)dx$

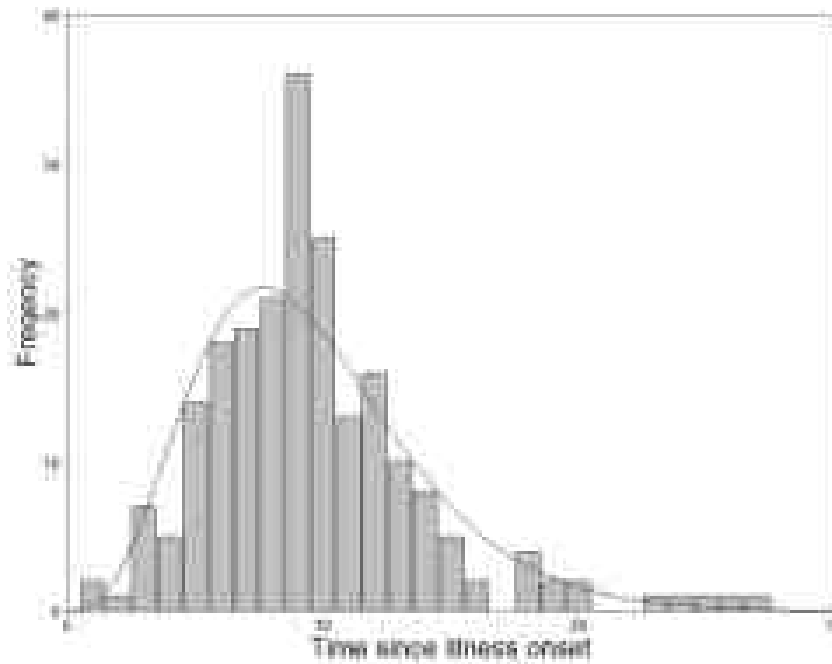
時点重症患者数 $\frac{dS(t)}{dt} = \delta N(t) - \rho S(t)$

右をデータ適合する $S(t) = \delta \exp(-\rho t) \int_0^t \exp(\rho s) N(s) ds$

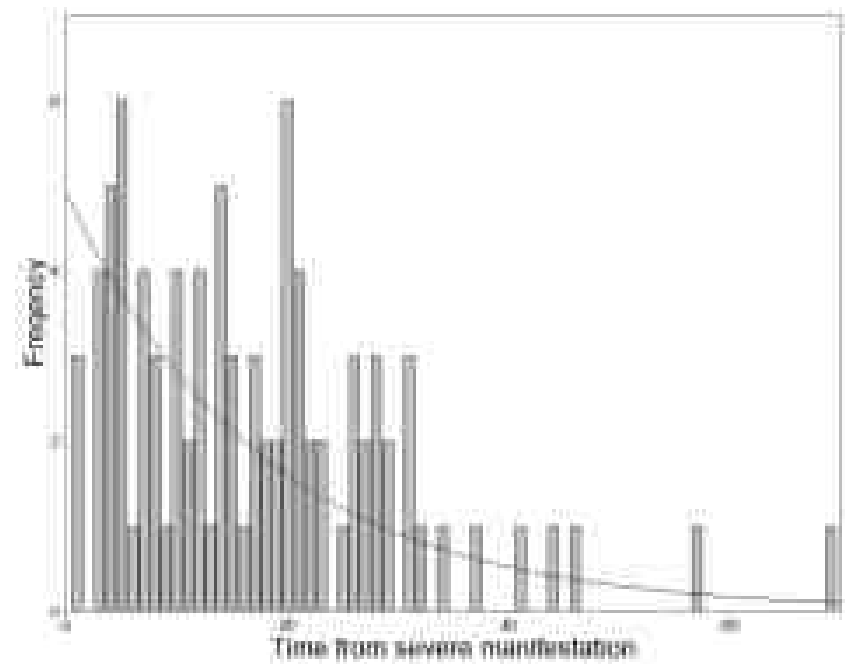
推定したい重症化率 $q := \frac{\delta}{\delta + \eta}$ (S(t) を療養状況調査データに適合してqを年齢群別に推定する)

分析方法（つづき）

発病から重症化迄
平均 10.0日

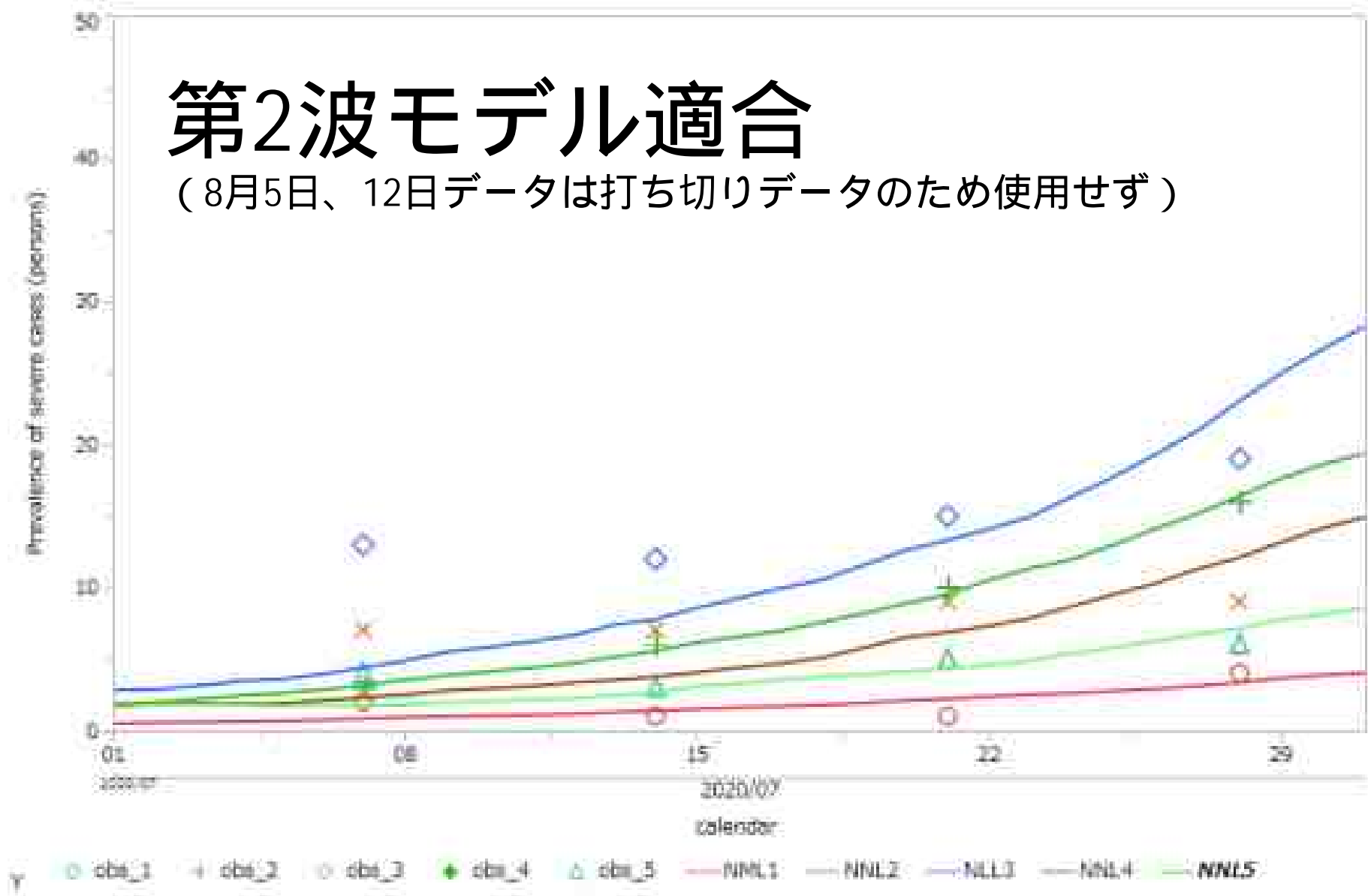


重症化から転帰（死亡・退院等）迄
平均 17.8日

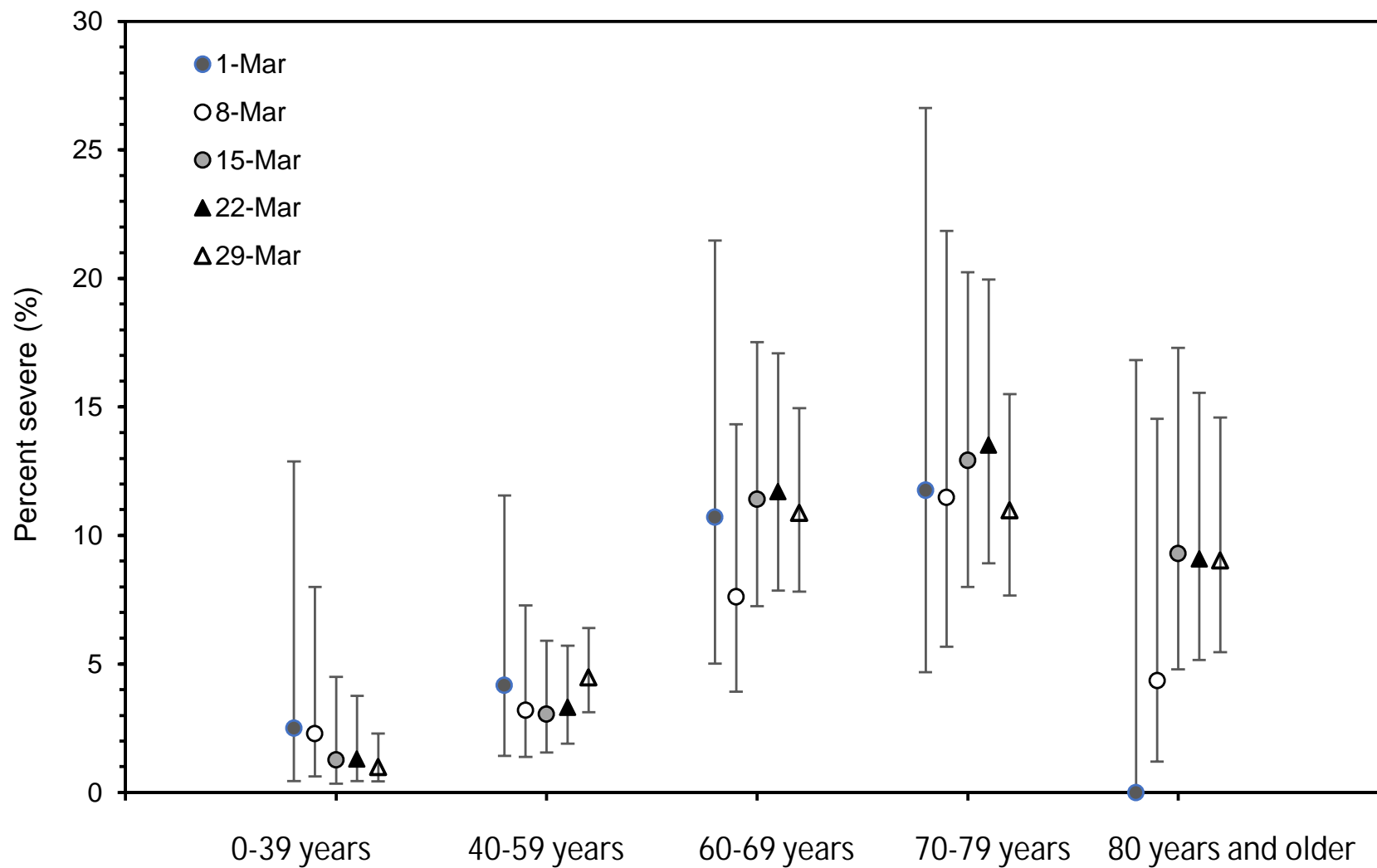


第2波モデル適合

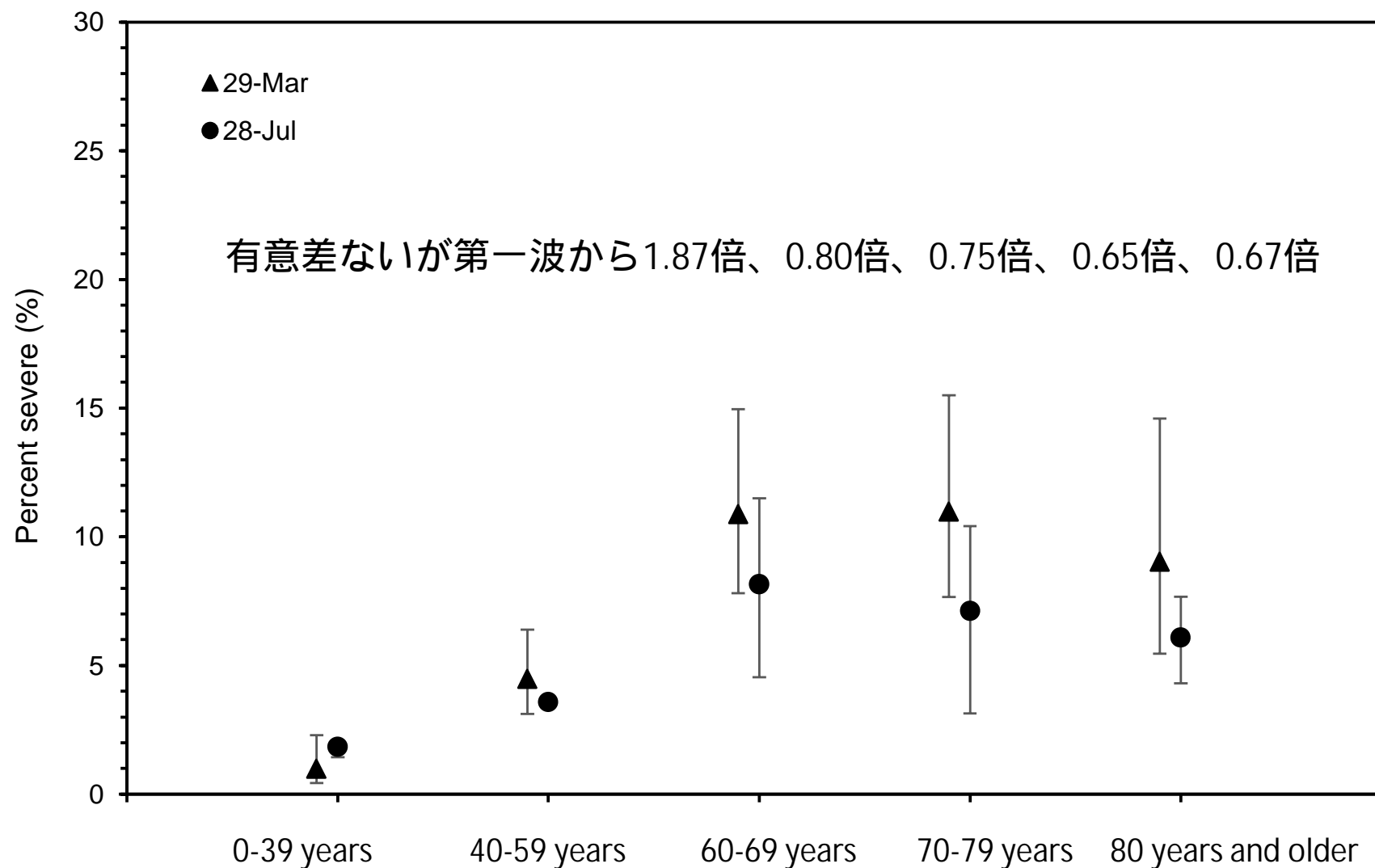
(8月5日、12日データは打ち切りデータのため使用せず)



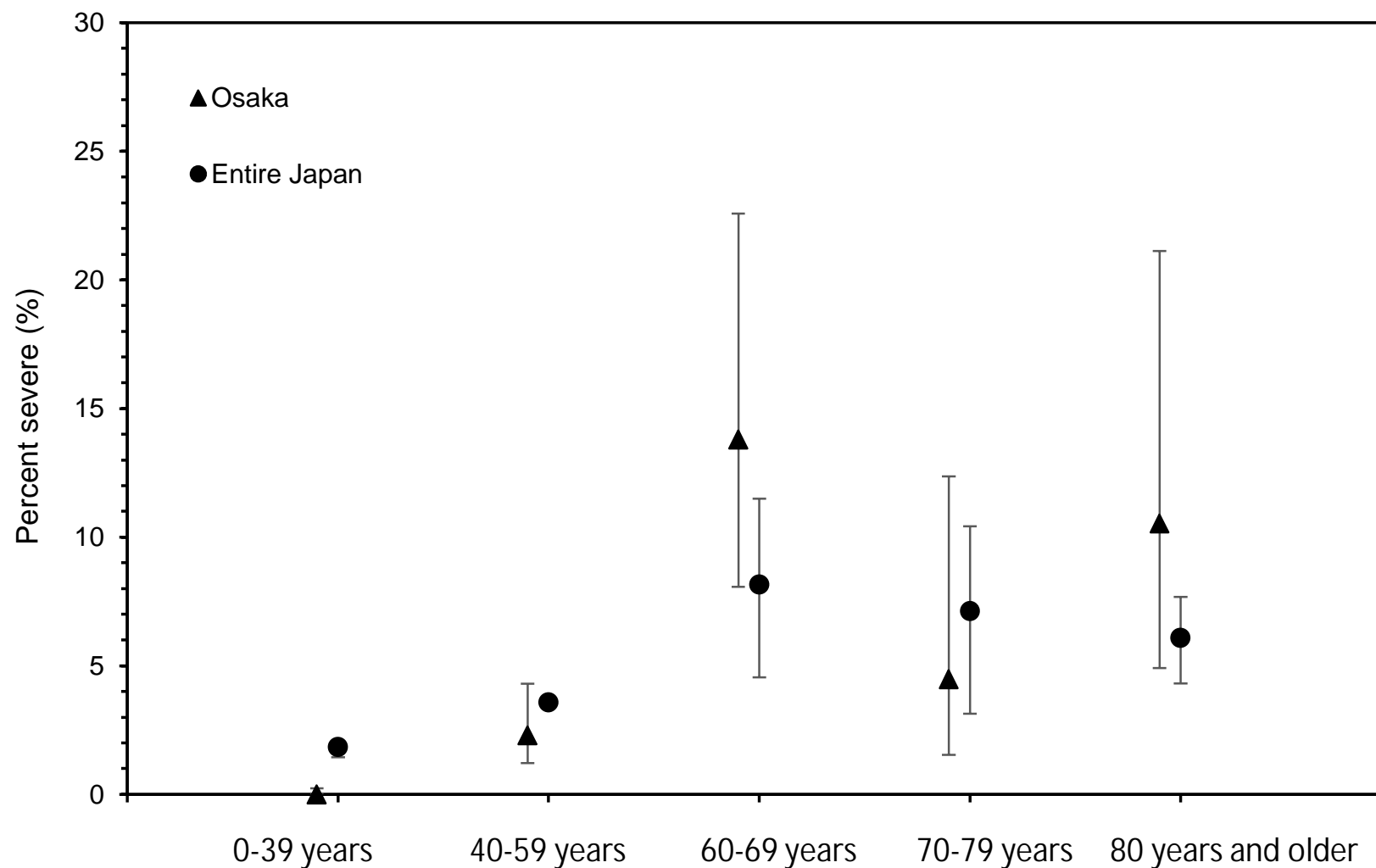
結果（第一波）



結果（第一波vs第二波）



全国と大阪府の比較（第二波）



考察

- ・ 致死率と同様、高齡ほど重症化率が高い
60歳以上で10%超、未滿では数%程度の違い
80歳以上は致死率推定値のほうが高く、重症化定義のデータ問題あり
- ・ 第一波と第二波の重症化リスクは有意に異なる
ただし、高齡者を中心に0.6から0.8倍の推定値
あり得る説明：診断バイアス、基礎疾患有無、治療の奏功
- ・ 少数に留めるべき重症患者数をリアルタイムで把握することが必要
療養状況調査に年齢群別の重症患者調査を追加したほうが良い
- ・ 今後： 医療機関・福祉施設の高齡者クラスターが多発すると重症患者数と死亡者数は増加する

○新規感染者数の動向

- ✓ 全国の発症時点で見えた感染状況は、7月末がピークになっているように見え、主要都市の実効再生産数は、足元で1を下回っている。
- ✓ 接客を伴う飲食店などハイリスクの場における積極的な対応や都道府県による自粛要請への協力、市民の行動変容の影響などもあってか、新規感染者数は全国的にやや減少に転じたが、急速に増加した地域もあり、感染者数の動向は地域差がある。
 - ・人口10万人当たりの1週間の累積感染者数(8/16～8/22)
 全国 5.42人(6,834人)、東京都 11.97人(1,667人)、愛知県 6.37人(481人)、大阪府 11.65人(1,026人)、
 福岡県 9.74人(497人)、沖縄県 21.20人(308人)
 - ・感染経路が特定できない症例の割合(8/8～8/14) 全国 52%、東京都 63%

○入院患者数の動向^(※)

- ✓ 入院者数は依然として高い水準が続いている。受入確保病床に対する割合(括弧内)も同様であり、特に一部地域では増加が続き、高水準となっている。
 - ・入院者数(8/19) : 全国 5,973人(26.2%)、東京都 1,665人(50.5%)、愛知県 352人↑(44.5%)、
 大阪府 561人↑(44.6%)、福岡県 309人↑(63.1%)、沖縄県 375人↑(84.7%)
- ✓ 重症者数は7月上旬以降増加傾向にあるが、4月頃のピーク(381人(4/28))には達していない。重症者受入確保病床数に対する割合(括弧内)は、2週間前(8/5:117人(4.2%))と比べると倍増した。特に東京以外の地域に増加傾向が見られる。
 - ・重症者数(8/19) : 全国 260人↑(9.0%)、東京都 41人↑(10.3%)、愛知県 15人↑(21.4%)、
 大阪府 65人↑(34.6%)、福岡県 22人↑(36.7%)、沖縄県 14人↑(29.8%)

○検査体制

- ✓ 検査件数に変動はあるが、週ごとの検査件数に対する陽性者の割合は、4週続けて6%前後で推移。緊急事態宣言時(4/6～4/12の8.8%)と比較すると引き続き低位である。
 - ・検査数(8/10～8/16) : 全国 124,352件、東京都 28,074件、愛知県 5,535件、大阪府12,718件、
 福岡県 10,525件、沖縄県 4,768件
 - ・陽性者の割合(8/10～8/16) : 全国 5.9%(前週比+0.1%ポイント)、東京都 6.6%(+1.1%ポイント)、
 愛知県 10.9%(-2.1%ポイント)、大阪府8.5%(-0.5%ポイント)、
 福岡県 5.9%(-1.4%ポイント)、沖縄県 10.3%(+0.6%ポイント)

※「入院患者数の動向」は、厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査」による。この調査では、記載日の0時時点で調査・公表している。↑は前週と比べ増加を意味する。

直近の感染状況の評価等①

<感染状況について>

- 接客を伴う飲食店などハイリスクの場における積極的な対応や都道府県による自粛要請への協力、市民の行動変容の影響などもあり、今回の感染拡大については、全国の発症日ベースの流行曲線からは、7月27～29日以降、緩やかな下降が見られる。
- 一部の地域では、新規感染者数は緩やかに減少を始めていると考えられ、東京、大阪、愛知、沖縄の実効再生産数を見ても、8月上旬には1を下回っていることが確認されている。しかし、引き続き1に近い値が続いており、再拡大に向けた警戒が必要な状況であるとともに、今後も減少傾向が続くかどうかははっきりしない地域もある。
- 3～5月の流行と異なり、中高年層の割合が低い状況が続いていたが、8月に入り、感染者数に占める中高年層の割合は上昇傾向にある。
- また、3～5月の感染拡大でも重症者・死亡者数は新規感染者数のピークから遅れて増加したが、重症者の状況については、大阪、沖縄、愛知、福岡県などで増加傾向にある。
- 一方、3～5月の流行では、感染拡大のピークを過ぎてから病院や高齢者施設での感染が多発したが、6月下旬以降の流行では、感染予防や感染拡大防止に向けたマネジメント技術が向上したためか、院内・施設内での流行は少ない傾向にあり、首都圏などでは「大規模な」院内・施設内感染の発生は減少していることがうかがわれる。
- また、感染経路等については、不明の割合が高水準で推移しているとともに、お盆期間中の人の移動もあり、適切な感染対策を行わず、感染リスクが高くなる行動を行う場合には、さらに感染拡大が再発するリスクは常にある。
- このため、引き続き、「3密」や大声を上げる環境の回避、室内でのマスクの着用、フィジカル・ディスタンスの徹底、換気の徹底など、基本的な感染予防対策の実施や、院内・高齢者施設における施設内感染対策、クラスターが起きた場合の早期対応など、これからも必要な対策を継続すべきである。
- また、こうした基本的な感染対策が行われていれば、近隣のスーパーでの買い物や通勤時の公共交通機関などで感染が拡大する状況ではないと考えられる。

直近の感染状況の評価等②

<医療提供体制の確保の必要性について>

- 新規感染者や重症者の継続した発生や増加により、保健所や医療機関の対応には既に悪影響が生じており、一部地域では保健所機能や医療提供体制ひっ迫の懸念が見られる。公衆衛生体制、検査体制、医療提供体制の更なる充実に取り組むとともに、新規感染者数を減少させるための対応や地域の実情に応じた支援が引き続き求められる状況となっている。
- 引き続き、感染状況の監視・評価を継続するとともに、地域の実情に応じ、病床の拡充や宿泊療養施設の確保など、十分な医療提供体制を確保していく必要がある。
- また、宿泊施設の受入可能人数の状況等を踏まえ、宿泊療養による対応が難しい場合等においては、軽症・無症状者で重症化リスクの低い患者が自宅療養を適切に受けられる体制(体調悪化への対応、食事対応等を含む)を検討・整備するなどにより、医療提供体制を適切に確保する必要がある。

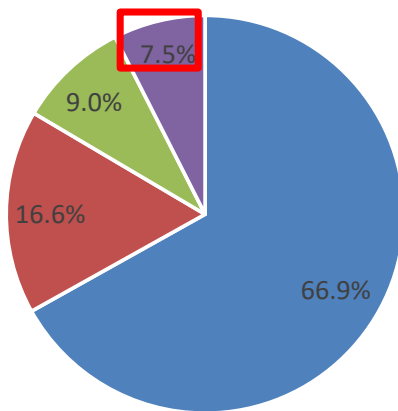
<今回の感染拡大において重症者数の増加が緩やかであることについて>

- 3、4月と比べ感染者数の増加に対して、重症者数の増加が緩やかである点については、若年層が多いことだけでなく、
 - ①早期に診断がされ、発症から入院までの期間が短縮していることや
 - ②治療法の標準化が一定の効果を上げている可能性も考えられるが、いずれも現時点では、十分なエビデンスを得るには至っていない。(P8参照)引き続き、重症者数の推移を監視していく必要がある。
- 同一年齢階級で見た場合の3、4月との重症化率の違い(P10、14参照)は、
 - ①サーベイランス感度が高まり、より多くの感染者が確認できるようになったこと(P17参照)
 - ②そうした中で、感染者に占める併存疾患の保有状況が異なっていること(P7等参照)が要因として推定されている。
このうち、②の併存疾患の保有状況が異なっている要因としては、医療機関や高齢者施設における「大規模クラスター」の発生が減少している可能性などが考えられるが、引き続き解析を行っていくことが必要である。
※ なお、分析に際して、研究により、「重症」の定義が異なることがあることに留意が必要。

入院患者の臨床的特徴① (流行初期の症例)

- 国立国際医療研究センターにおいて、協力医療機関から3月～7月上旬にデータが登録された、入院後に退院した約2600例について解析（厚生労働科学研究において実施）。
- 入院患者の死亡率は7.5%であり、英国、米国等と比べると低かった。
・ 海外の報告における死亡率：イギリス 26%, 米国NY 21-24%, 中国 28%※1
- ただし、各国における入院時の患者背景（重症度、併存疾患や年齢分布）が異なるため、一概に比較することはできない。（例えば、我が国の糖尿病や肥満等の併存疾患を有する割合は、それぞれ16.7%, 5.5%であり、英国等と比べると低い。）
・ 海外の報告における併存率：イギリス 糖尿病 30.2%, 肥満 9%, 米国 糖尿病 28-35%, 肥満40%※2

退院時転帰



■ 自宅退院 ■ 転院 ■ 介護施設・療養施設等への入所 ■ 死亡

併存疾患を有する割合

	症例数	併存率
全症例	2636	-
糖尿病	441	16.7%
肥満	146	5.5%
COPD	44	1.7%
慢性肺疾患 (COPD以外)	66	2.5%
高血圧	396	15.0%
高脂血症	216	8.2%

※1 Zhou F, et al. Lancet. 2020, Docherty AB. BMJ. 2020, Petrilli CM. BMJ. 2020, Richardson S, et al. JAMA. 2020.

※2 Wiersinga WJ, et al. JAMA. 2020, Garg S, et al. MMWR. 2020, Zhou F, et al. Lancet. 2020, Richardson S, et al. JAMA. 2020, Docherty AB, et al. BMJ. 2020, Petrilli CM, et al. BMJ. 2020

入院患者の臨床的特徴② (流行初期の症例)

- 流行初期の入院症例（6月5日までに入院したもの）3403例について、入院後の重症化率や転帰を解析。
- 入院後に挿管等※¹に至る割合及び死亡する割合は、高齢者や入院時に重症※²だった症例において高かった。

(1) 入院後に挿管等※¹に至る割合（世代・入院時重症度別）

	入院時 軽症/中等症	入院時 重症	全症例
0-29歳	0.3% (1/387)	38.9% (7/18)	2.0% (8/405)
30-49歳	1.1% (8/751)	21.8% (27/124)	4.0% (35/875)
50-69歳	3.2% (25/775)	35.4% (136/384)	13.9% (161/1159)
70歳-	3.2% (16/498)	23.6% (110/466)	13.1% (126/964)
計	2.1% (50/2411)	28.2% (280/992)	9.7% (330/3403)

(2) 入院後に死亡する割合（世代・入院時重症度別）

	入院時 軽症/中等症	入院時 重症	全症例
0-29歳	0.0% (0/387)	5.6% (1/18)	0.2% (1/405)
30-49歳	0.3% (2/751)	2.4% (3/124)	0.6% (5/875)
50-69歳	1.2% (9/775)	10.7% (41/384)	4.3% (50/1159)
70歳-	11.2% (56/498)	31.5% (147/466)	21.1% (203/964)
計	2.8% (67/2411)	19.4% (192/992)	7.6% (259/3403)

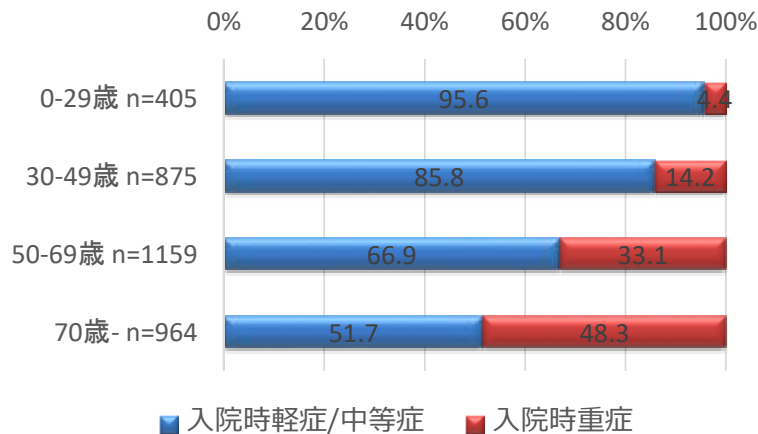
※1 挿管等：挿管またはECMO（体外式膜型人工肺）を行った場合

※2 酸素投与、人工呼吸器管理、SpO₂ 94%以下、呼吸数24回/分以上 のいずれかに該当する場合に重症と分類

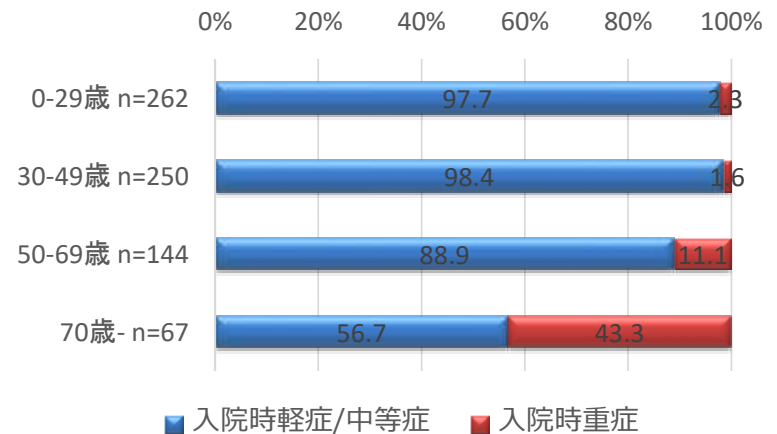
入院患者の臨床的特徴③ (6月以前と以後の比較)

- 6月以降に入院した症例※¹は、それ以前に入院した症例に比べ、特に30-49歳および50-69歳において、入院時の症状が軽い※²割合が高い傾向にあった。
- ※¹ 退院が完了した症例からデータの登録を行うため、6月以降の流行のうち、初期（6月～7月前半）の症例を多く含んでいること、**6月以降の症例の中でも入院が長期化している症例（重症の可能性が高い）は含まれていない**ことに注意が必要。
- 今後、引き続きデータの蓄積を行った上で、入院後の重症化率や転帰に関する流行の第一波と第二波の比較についても解析予定。

6月5日以前に入院した症例の入院時の重症度の割合（％）



6月6日以降に入院した症例の入院時の重症度の割合（％）



※² 酸素投与、人工呼吸器管理、SpO₂ 94%以下、呼吸数24回/分以上 のいずれかに該当する場合に重症と分類

患者の併存疾患の変化 (6月以前と以後の比較)

併存疾患	入院時における重症度 × 入院時期（6月5日以前又は以降の入院）					
	軽症/中等度			重症		
	～2020/6/5 (N=2409)	2020/6/6～ (N=668)	Total (N=3077)	～2020/6/5 (N=990)	2020/6/6～ (N=55)	Total (N=1045)
うっ血性心不全	51 (2.1%)	1 (0.1%)	52 (1.7%)	73 (7.4%)	1 (1.8%)	74 (7.1%)
COPD	18 (0.7%)	4 (0.6%)	22 (0.7%)	45 (4.5%)	6 (10.9%)	51 (4.9%)
COPD以外の慢性肺疾患	22 (0.9%)	4 (0.6%)	26 (0.8%)	63 (6.4%)	1 (1.8%)	64 (6.1%)
軽度糖尿病	247 (10.3%)	37 (5.5%)	284 (9.2%)	233 (23.5%)	11 (20.0%)	244 (23.3%)
重症糖尿病	48 (2.0%)	2 (0.3%)	50 (1.6%)	43 (4.3%)	1 (1.8%)	44 (4.2%)
肥満	104 (4.3%)	22 (3.3%)	126 (4.1%)	69 (7.0%)	4 (7.3%)	73 (7.0%)
固形癌	61 (2.5%)	7 (1.0%)	68 (2.2%)	57 (5.8%)	3 (5.5%)	60 (5.7%)
高血圧	320 (13.3%)	59 (8.8%)	379 (12.3%)	295 (29.8%)	22 (40.0%)	317 (30.3%)
高脂血症	186 (7.7%)	33 (4.9%)	219 (7.1%)	146 (14.7%)	10 (18.2%)	156 (14.9%)

※ 酸素投与、人工呼吸器管理、SpO₂ 94%以下、呼吸数24回/分以上 のいずれかに該当する場合に重症と分類。

※ 割合（%）の算出の際は欠損値を除外。

治療法及び発症から入院までの時間の変化 (6月以前と以後の比較)

8/24厚生労働省アドバイザー
リーボード大曲先生提出資
料より作成

治療法	入院時における重症度 × 入院時期 (6月5日以前又は以降の入院)					
	軽症/中等度			重症		
	～2020/6/5 (N=2480)	2020/6/6～ (N=665)	Total (N=3165)	～2020/6/5 (N=1028)	2020/6/6～ (N=63)	Total (N=1091)
治療目的での薬物投与(計)	1278 (51.5%)	214 (31.2%)	1492 (47.1%)	827 (80.6%)	42 (66.7%)	869 (79.8%)
レムデシビル	1 <0.1%>	2 <0.9%>	3 <0.2%>	5 <0.6%>	6 <14.3%>	11 <1.3%>
シクレソニド	660 <53.2%>	108 <50.5%>	765 <52.8%>	379 <46.6%>	11 <26.2%>	390 <45.6%>
ステロイド薬(シクレソニドを除く)	103 <4.2%>	10 <1.5%>	113 <3.6%>	221 <21.8%>	12 <19.0%>	233 <21.7%>
抗凝固薬	98 <4.0%>	15 <2.2%>	113 <3.6%>	221 <21.5%>	10 <15.9%>	231 <21.2%>

発症から入院までの時間(日)	入院時における重症度 × 入院時期 (6月5日以前又は以降の入院)					
	軽症/中等度			重症		
	～2020/6/5 (N=2411)	2020/6/6～ (N=668)	Total (N=3079)	～2020/6/5 (N=992)	2020/6/6～ (N=55)	Total (N=1047)
平均値	6.5	4.8	6.1	7.1	4.7	6.9
中央値(四分位範囲)	6.0 (3.0, 10.0)	4.0 (3.0, 7.0)	6.0 (3.0, 9.0)	7.0 (4.0, 10.0)	5.5 (2.0, 6.5)	7.0 (4.0, 10.0)

- ※ 酸素投与、人工呼吸器管理、SpO₂ 94%以下、呼吸数24回/分以上 のいずれかに該当する場合に重症と分類
- ※ 割合(%)の算出の際は欠損値を除外。

分析方法

命題: 2020年6-8月第2波の重症化リスクは第1波(3-5)月と比べて低下しているか

使用データ:

1. サーベイランス班データ(集計後、北大Gアレンジ)

第1波・第2波: 診断された確定患者数

第1波: 重症患者(個別)

2. 療養状況調査報告(年齢群別の重症患者割合): 第2波

- 第1波

転帰を既に観察済み

2020年4月18日迄サーベイランス班で重症化調査

(重症化リスク) = (累積重症患者数) / (累積確定患者数)

- 第2波

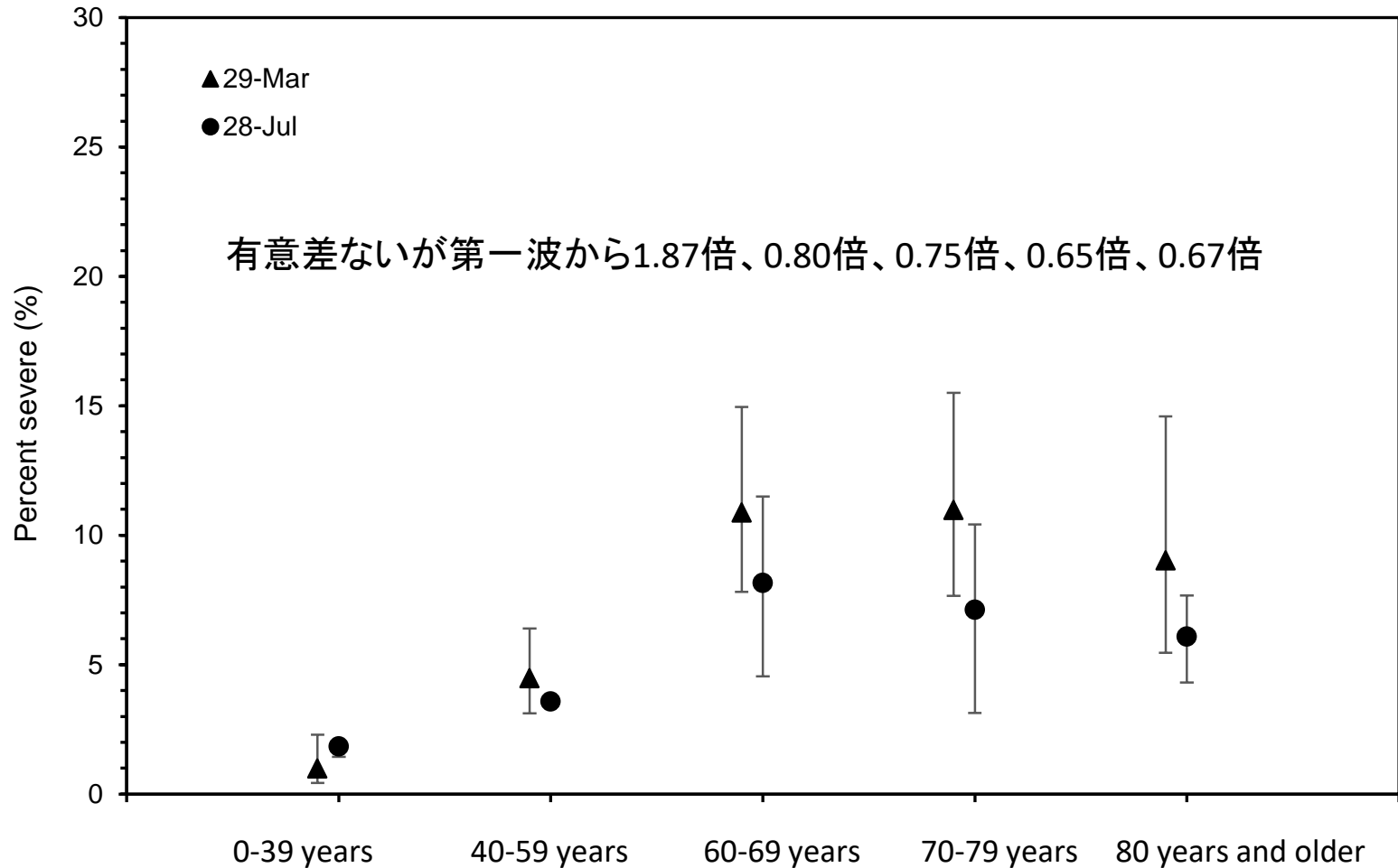
リアルタイム推定を要する

確定患者数はサーベイランス班(その後HER-SYS)

重症患者数は全入院患者中の割合として年齢群別に報告

数理モデルを用いて時点重症患者数にモデル適合をしないと重症化リスクがわからない

結果（第一波vs第二波）



考察

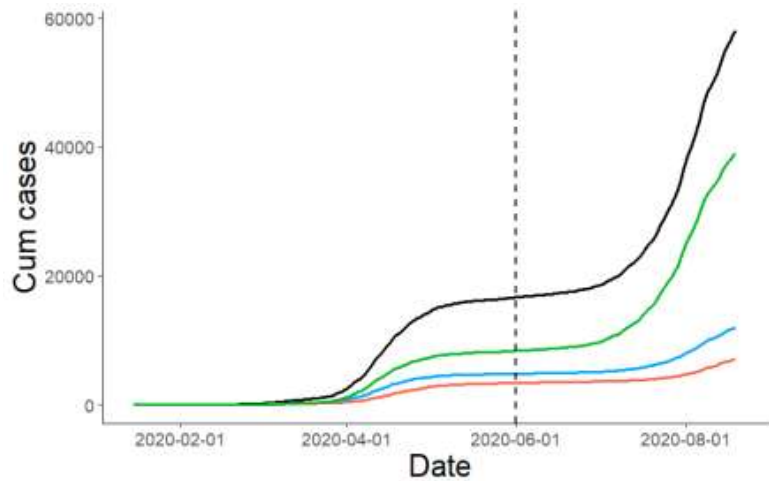
- 致死率と同様、高齢ほど重症化率が高い
60歳以上で10%超、未満では数%程度の違い
80歳以上は致死率推定値のほうが高く、重症化定義のデータ問題あり
- 第一波と第二波の重症化リスクは有意に異なる
ただし、高齢者を中心に0.6から0.8倍の推定値
あり得る説明：診断バイアス、基礎疾患有無、治療の奏功
- 少数に留めるべき重症患者数をリアルタイムで把握することが必要
⇒ 療養状況調査に年齢群別の重症患者調査を追加したほうが良い
- 今後： 医療機関・福祉施設の高齢者クラスターが多発すると重症患者数と死亡者数は増加する



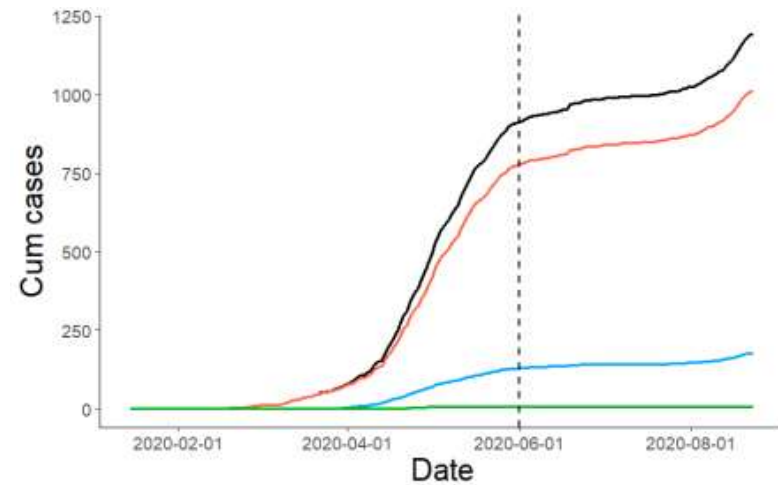
累積感染者数と累積死亡者数の推移

黒＝全年齢
赤＝70歳以上
青＝50-69歳
緑＝0-49歳

累積感染者数



累積死亡者数





第1波と第2波の患者特性の比較

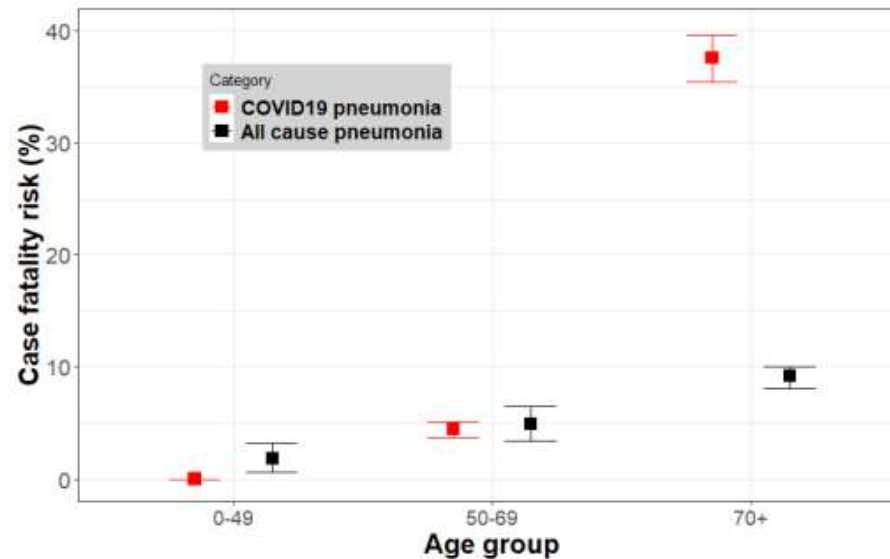
	第1波 (1/16-5/31)	第2波 (6/1-8/19)
感染者数	16,784	41,472
感染者に占める70歳以上の割合	20.3%	8.8%
感染者に占める届出時肺炎患者の割合	8.6%	4.0%
発症から届出までの日数(中央値)	7日	5日
死亡者数	900	219
死亡者に占める70歳以上の割合	84.6%	83.6%
感染者の死亡率(致命率)*		
全年齢の粗致命率	6% (5.6-6.4)	4.7% (4.4-4.9)
70歳以上	25.1% (23.5-26.6)	25.9% (24.4-27.3)
50-69歳	2.8% (2.3-3.3)	3.1% (2.6-3.6)
50歳未満	0.1% (0.0-0.1)	0.0% (0.0-0.0)

表中の値は自治体公表データに基づく。

*致命率は発症から死亡までの期間を調整して算出したものであり、累積死亡者数を累積感染者数で除した値とは異なることに注意。値は各期間の観察終了直前7日間の平均値。



COVID-19肺炎とその他の原因による肺炎の年齢群別致命率



図は全感染者のうち肺炎を発症した症例における致命率(%)を示す。COVID-19感染者が肺炎を発症するリスクは積極的疫学調査のデータを使用した。
全肺炎については2011-14年に収集された患者レジストリデータを使用した(森本浩之輔先生、長崎大学熱帯医学研究所提供)。全肺炎の原因はインフルエンザ、肺炎球菌、誤嚥性などを含む。

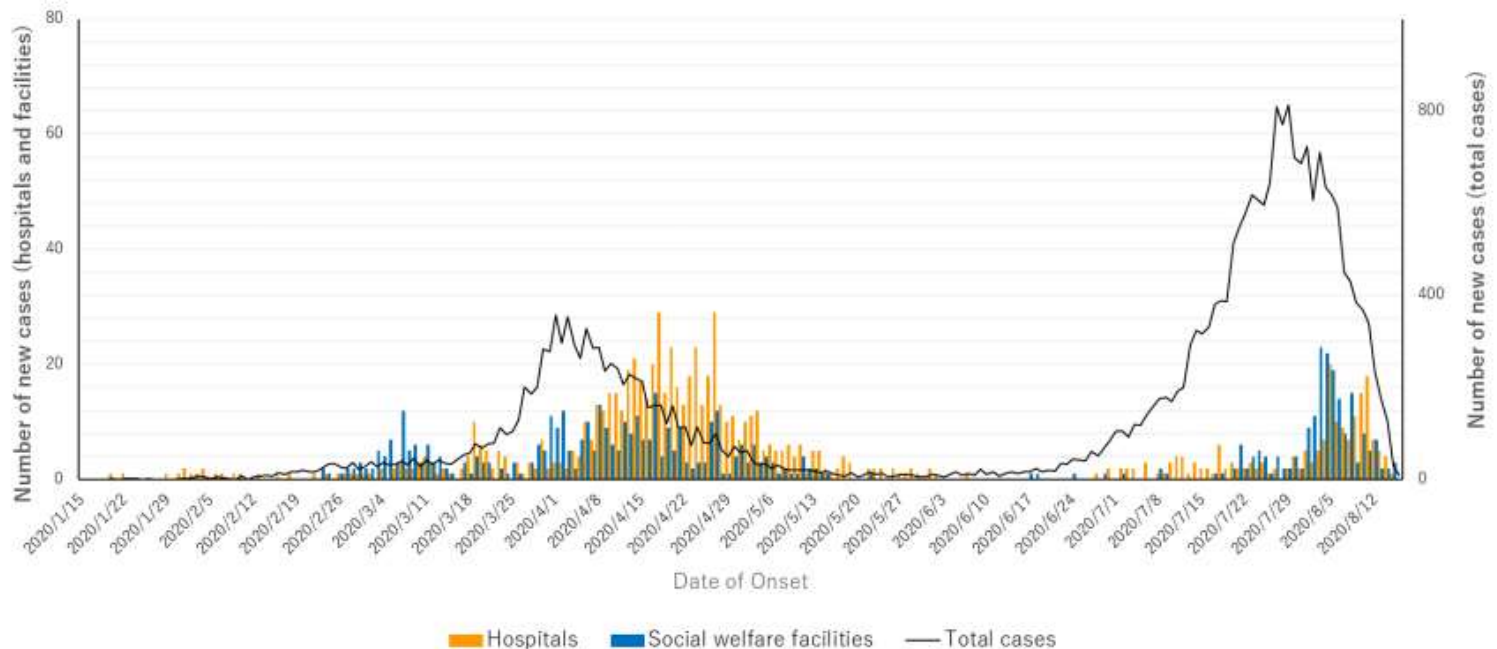


COVID-19の重症化リスク因子

リスク因子	調整リスク比(95%信頼区間)	
	ICU入室	人工呼吸器装着あるいは死亡
男性*	4.2 (1.7-10.3)	2.8 (1.5-5.2)
年齢(1歳上昇)**	1.1 (1-1.1)	1.1 (1-1.1)
糖尿病***	1.5 (0.7-3.5)	2.5 (1.4-4.3)
高血圧***	1 (0.4-2.4)	1 (0.5-2)
脂質異常症***	1.9 (0.8-4.4)	2.1 (1.2-3.9)
高尿酸血症***	4. (1.2-13.5)	3.2 (1-10.7)
慢性肺疾患***	1.9 (0.5-7.7)	2.7 (1.2-5.6)

2020年3月までに積極的疫学調査で収集された516例の疫学データの分析に基づく。調査の背景と患者特性については感染研HPを参照(<https://www.niid.go.jp/niid/ja/covid-19/9533-covid19-14-200323.html>)。中間報告結果であり今後、値が変わる可能性がある。*年齢、**性別、***年齢と性別でそれぞれ調整した。
土橋西紀主任研究官(感染症疫学センター)提供

感染者の総数と病院および社会福祉施設での 感染者数の推移



Imamura T, et al. (manuscript in preparation)

データソース: 自治体の公表データおよび報道データに基づく

- 第2波におけるCOVID-19報告症例の粗致命率(見かけ上の致命率)は低下傾向にあるが、年齢群別致命率については大きな変化は認めない。粗致命率の低下は若年患者の割合増加、サーベイランス感度の向上による軽症者、低リスク者の割合増加、大規模な院内感染・施設内感染が減少していることで説明できる可能性がある。
- COVID-19肺炎の致命率は70歳未満では一般的な肺炎と比較可能であるが、70歳以上で高い。
- 男性、年齢上昇、糖尿病、脂質異常症、高尿酸血症、慢性肺疾患が重症化と関係する。
- なお、院内感染・施設内感染に関しては、流行の波の終盤に多く確認される傾向にあること、また、それが生じた場合には重症者・死亡者の増加につながることから、引き続き、十分な対策を取りつつ、注意深く見守っていく必要がある。

次のインフルエンザ流行に備えた体制整備



令和2年8月24日

厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

次のインフルエンザ流行に備えた体制整備（案）

1. 現状・課題

- 例年、季節性インフルエンザの流行期には多数の発熱患者が発生しており、今年度も同程度の発熱患者が発生することを想定して対策を講ずるべきであるが、**季節性インフルエンザとCOVID-19を臨床的に鑑別することは困難。**
- 今シーズンは、新型コロナウイルス感染症の流行が懸念される中、**インフルエンザワクチンの需要が高まる可能性**がある。
- ▶ こうした状況を踏まえ、自治体や関係団体と連携して、次のインフルエンザ流行に備え、**インフルエンザワクチンの優先的な接種対象者への呼びかけを実施（10月中）**するとともに、**各自治体の外来・検査体制を整備（10月中）**する。

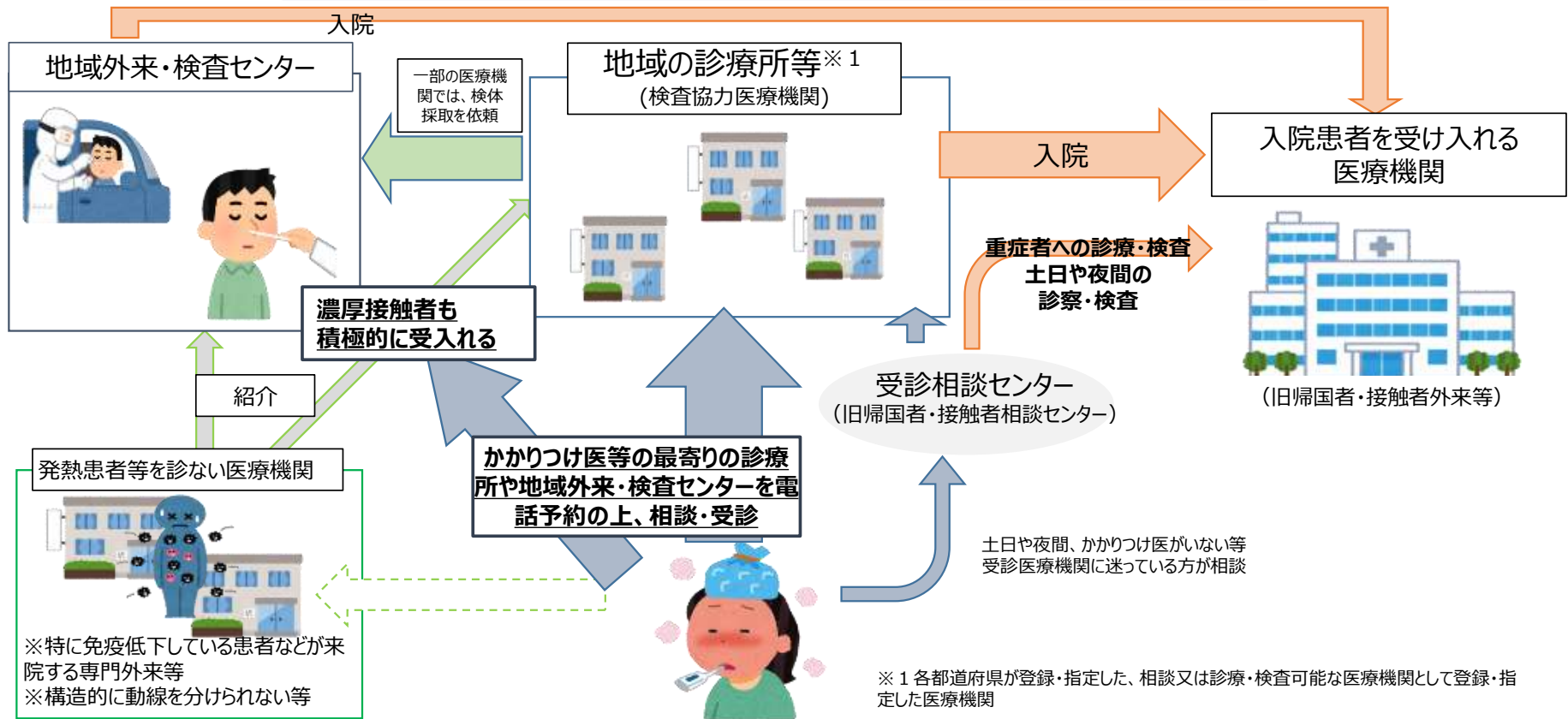
2. 基本的な考え方

- I. 地域の実情に応じて、**多くの医療機関で発熱患者を診療できる体制を整備（外来・検査体制の整備）**
- II. インフルエンザワクチンの**供給量を確保・効率的なワクチン接種を推進**するとともに、**優先的な接種対象者への呼びかけを実施（インフルエンザワクチンの接種）**
- III. **新しい生活様式**の徹底をはじめとする公衆衛生対策

外来・検査体制の整備

- かかりつけ医等の地域で身近な医療機関において、必要な感染予防策を講じた上で、相談・外来診療・検査を行う体制を整備する。
- 事前に電話予約の上、受診することを徹底することも含め、今後の相談受診方法を広く住民に周知すること。
- 地域の診療所等で十分な検査体制を確保できない場合には、地域外来・検査センターを拡充し、検査体制を確保すること。

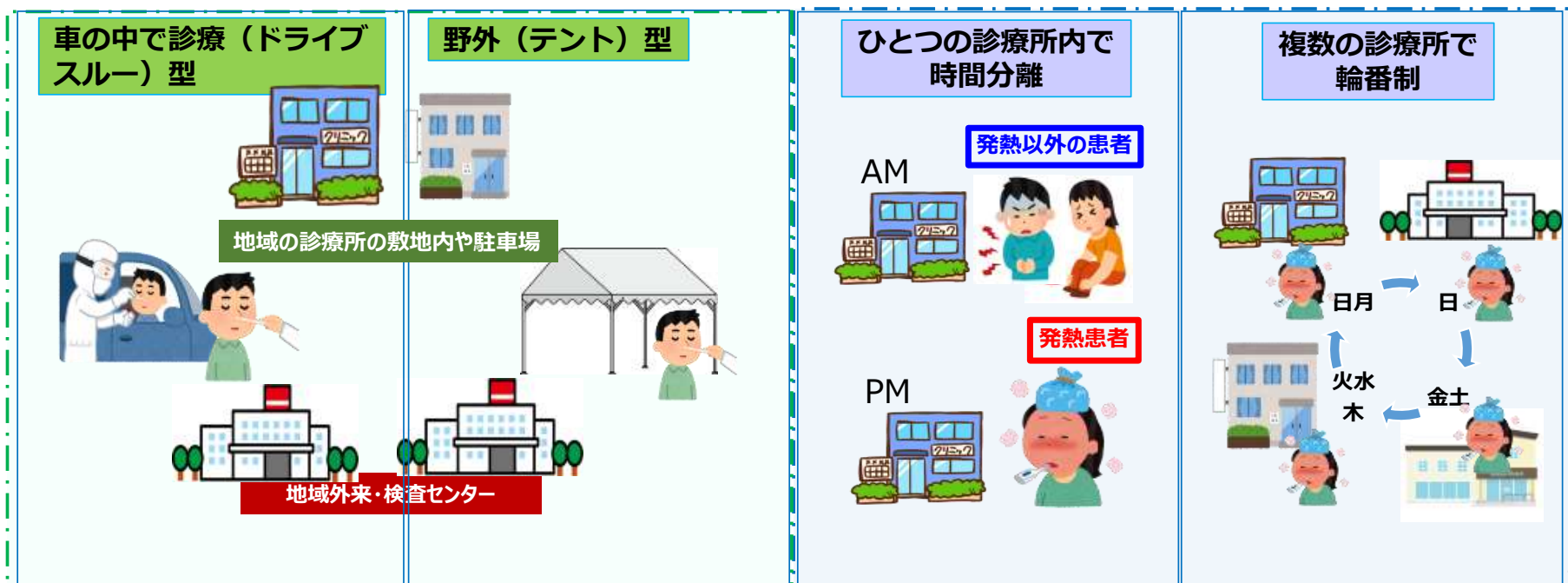
次のインフルエンザ流行に向けた発熱者等の相談・外来診療・検査フロー



次のインフルエンザ流行に備えた医療機関の診療体制・検査の想定パターン

- 今まで帰国者・接触者外来を担っていた医療機関は、入口や診察室が複数ある等、医療機関内で動線の確保が可能であったが、地域の診療所等において、必ずしも帰国者・接触者外来と同様に院内感染防止のための動線の確保ができるとは限らない。
- そのため、**各地域や各医療機関において、地域の実情を踏まえて、院内感染を防止しつつ、発熱患者の診療・検査を行う体制を検討していく必要がある。**
- 動線確保をしつつ、診療・検査を行う体制として想定されるのは以下のとおり。ドライブスルー型・テント型の方が、多くの患者を対応することができる。
- なお、どのような体制であったとしても、事前に電話予約の上、受診することを徹底する。その上で、地域の感染状況や患者の接触歴等に応じて、更なる時間的・空間的分離を講ずるといった対応も求められる。

診療・検査体制のパターン（案）



次のインフルエンザ流行に備えた医療機関の診療体制・検査の想定パターン

- 日本感染症学会提言「今冬のインフルエンザとCOVID-19に備えて」を踏まえ、流行状況に応じた季節性インフルエンザとCOVID-19の検査体制の整備に取り組んでいく。

検査について（日本感染症学会提言抜粋）

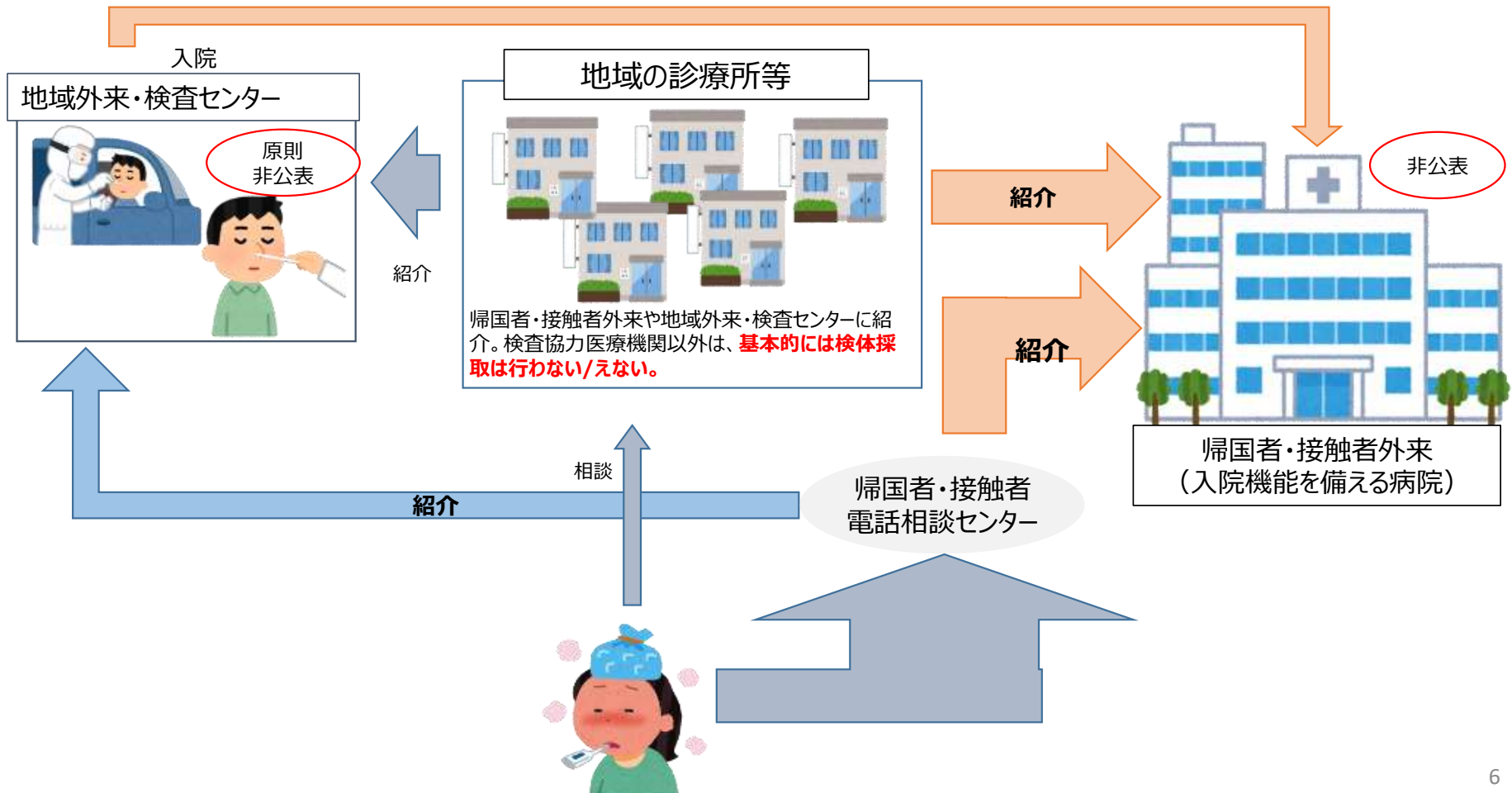
- 原則として、**COVID-19の流行が見られる場合には**、インフルエンザが強く疑われる場合を除いて、**可及的に季節性インフルエンザとCOVID-19の両方の検査を行う事を推奨**。
- ただし、COVID-19の検査の供給は限られることから、**流行状況により、先にインフルエンザの検査を行い、陽性であればインフルエンザの治療を行って経過を見ることも考えられる**。

採取する検体	季節性インフルエンザ	COVID-19	感染防護	備考
①鼻咽頭ぬぐい液	抗原定性 鼻咽頭拭い液	抗原定性 鼻咽頭ぬぐい液	医療者に一定の暴露あり (フェイスガード、サージカルマスク、手袋・ガウン等)	<ul style="list-style-type: none"> ・迅速に結果を得ることができる ・迅速抗原検査キットは比較的供給量が多め
②鼻かみ液・唾液	抗原定性 鼻かみ液	PCR(抗原定量) 唾液	医療者の暴露は限定的 (サージカルマスク、手袋)	<ul style="list-style-type: none"> ・結果を得るのに数日かかる ・COVID-19のPCRのキャパシティを消費 ・①よりも多くの検体採取の実施が可能
③検体採取なし	臨床診断 (抗インフルエンザ薬の処方あり)	検査必要時は検査センターへ紹介	医療者の暴露は限定的 (サージカルマスク、手袋)	<ul style="list-style-type: none"> ・医師及び患者より検査を実施すべきとの声あり。抗インフルエンザの過剰投与や過度な学級閉鎖等のリスクあり。

5

(参考) 発熱患者等の相談・外来診療・検査フローの現在の姿

- 保健所等（一部は地域の医師会や民間機関に委託）に帰国者・接触者相談センターを設置し、相談センターから感染疑いの患者の紹介を受けて、診察・検査を行う帰国者・接触者外来等を設置。
- 感染が疑われた者はまずは**帰国者・接触者相談センター**に電話で相談した上で、**帰国者・接触者外来等を受診して検査を受ける。**
- また、検査を主に行う機関として、郡市医師会等に運営委託した「**地域外来・検査センター**」を**地域の实情に応じて設置。**
地域外来・検査センターは**帰国者・接触者相談センターを介さず**に、**地域の診療所から直接**、患者の紹介を受けて、検査を行う。



コロナやインフルエンザの検査に必要なPPEの配布について

- 日本環境感染学会等のガイドラインに基づき、上気道の検体採取など検査手法や、検査体制に応じて、必要な個人防護具（PPE）を無償配布する。
 - ※ インフルエンザ流行期の無償配布で、医療従事者の新型コロナウイルスの感染リスクを低減し、幅広い医療機関からの協力を得る。
- ①COVID-19とインフルエンザは鑑別が難しいこと、②インフルエンザの検査は一般的に上気道の検体採取で行うことから、検査体制に応じたPPEの配布を想定している。
- 今後、基本的な考え方を示した上で、都道府県において各地域での具体的な検査実施体制及び検査を実施する医療機関を検討いただき、インフルエンザ流行期前に必要な物資が医療現場に行き渡る手法について関係者と調整する。



感染者情報の活用のあり方に関するWG これまでの検討状況等

1. これまでの開催状況

7月22日（水） 第1回WG

【主な内容】

- WGの運営について
- HER-SYSの運用・改善について
- データの精度管理について
- 入力データの活用方策について

8月11日（火） 第2回WG

【主な内容】

- 収集データの活用のあり方
- 感染症情報の収集・管理の仕組み・体制のあり方等
- これまでのシステム改修への対応状況
- データの精度管理における地衛研・感染研の関与の仕組み

2. 今後の進め方

WGと平行して、入力データの精度管理、更なるシステム改善、収集データの活用のあり方に関する少人数による実務的検討を進めるとともに、WG等における議論を踏まえた運用上の改善（システム改修等を含む。）を随時実施。

これまでのWGで出された主な意見

(事務局にて整理したもの)

【HER-SYS の運用・改善について】

- 現状は、HER-SYS という新しいシステムができたものの、システム上の要改善事項も依然として多いという認識。これまで、自治体の意見を聞いて様々な改善を行ってきたことは理解したが、今後とも、現場の声を良く聞いて改善していくべき。
- HER-SYS の活用のためには、医療機関での入力を進めることが必要。事務負担や入力の負担を勘案し、医療機関に入力するインセンティブが湧く仕組みとすべき。
- 検査数が膨大になると、全部入力するのは現場の負担につながりかねない。入力項目については、感染症法に基づく発生届情報、迅速な登録が必要な項目、疫学調査を経た上で把握できる項目など、項目の種類・性質に応じて改めて整理することも必要ではないか。併せて、必須項目の在り方についても再整理すべきではないか。

【データの精度管理（地衛件・感染件の関与の仕組みを含む）について】

- 疫学情報等も入力できる HER-SYS を効果的に活用するには、データの精度確保が重要。
- データの精度確保のため、地方衛生研究所（地方感染症情報センター）や国立感染症研究所（中央感染症情報センター）の関与により、迅速性と精度確保を上手く両立できるような在り方を考えるべき。
- データ入力に係る保健所や医療機関の負担軽減のため、入力のための人員を国から派遣するといったことも一案として考えられるかもしれない。

【入力データの活用について】

- HER-SYS に正確に入力されたデータが、地域の感染症対策（患者数の抑制等）につながるような流れを作っていくことが重要。
- HER-SYS において地方公共団体が共通的に公表している表やグラフの作成機能があると、複雑な作業をしなくてもよくなるため便利。
- データ入力の精度管理と入力データの活用は車の両輪のような関係。データの精度管理を進めつつ、入力データの活用を図っていくことが望ましい。

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

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】◎：座長

押谷 仁	東北大学大学院医学系研究科微生物学分野教授
釜范 敏	公益社団法人日本医師会常任理事
清本 次保	神奈川県健康医療局保健医療部健康医療データ活用担当課長
◎ 鈴木 基	国立感染症研究所感染症疫学センター長
仙賀 裕	一般社団法人日本病院会副会長
前田 秀雄	北区保健所長
松田 晋哉	産業医科大学公衆衛生学教授
三崎 貴子	川崎市健康安全研究所企画調整担当部長

HER-SYSの運用改善等に向けた 今後のスケジュール（予定）

	8 月	9 月
感染者情報の活用のあり方に関するWG	<p style="text-align: center;">第2回 WG(8/11)</p> <p style="text-align: center;">●</p> <p style="text-align: center;">→ データ分析に関する実務的検討</p>	
入力データの精度管理	<p style="text-align: center;">← 精度管理の仕組みづくりの検討</p> <p style="text-align: center;">← 新たな仕組みについて、自治体等への事務連絡発出 運用に向けた実務的準備</p>	<p style="text-align: center;">→ 感染研・地衛研によるデータチェック</p> <p style="text-align: center;">→ システム改修を経た上で、新たなID（必要十分な情報が閲覧可能な）を感染研・地衛研に付与</p>
更なるシステム改善	<p style="text-align: center;">→ 自治体・医療機関等へのアンケート実施 (医療機関における入力実態把握、システム改修要望項目の収集等)</p>	<p style="text-align: center;">← アンケート結果の整理 システム改修項目の優先順位付け</p> <p style="text-align: center;">→ システム改修 (順次対応)</p>
集計・分析ツール（Power BI）の活用	<p style="text-align: center;">● BI利用開始に関する事務連絡発出(8/6)</p> <p style="text-align: center;">← 自治体へのID付与（順次） 定型帳票の作成等</p>	<p style="text-align: center;">→ 現場での利用開始 更なる活用方法の検討</p>

- 1．ワクチンの開発状況と有効性・安全性等
- 2．ワクチンの確保に向けた取組
- 3．ワクチンの接種

内閣官房新型コロナウイルス感染症対策推進室
厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部

1 . ワクチンの開発状況と有効性・安全性等

コロナワクチン開発の進捗状況（国内開発）＜主なもの＞

	基本情報	取り組み状況	目標 (時期は開発者からの聞き取り)	生産体制の見通し
塩野義 感染研/UMNファーマ 組換えタンパクワクチン	ウイルスのタンパク質（抗原）を遺伝子組換え技術で作成し人に投与	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。	2021年末までに3000万人分の生産を目標。ワクチン生産体制等整備事業で223億円を補助。
第一三共 東大医科研 mRNAワクチン	ウイルスのメッセンジャーRNAを人に投与。人体の中で、ウイルスのタンパク質（抗原）が合成される。	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。	ワクチン生産体制等整備事業で60.9億円を補助
アンジェス 阪大/タカラバイオ DNAワクチン	ウイルスのDNAを人に投与。人体の中で、DNAからmRNAを介して、ウイルスのタンパク質（抗原）が合成される。	第1/2相試験を開始済み		タカラバイオ・カネカが生産予定。ワクチン生産体制等整備事業で93.8億円を補助。
KMバイオロジクス 東大医科研/感染研/ 基盤研 不活化ワクチン	不活化した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。	ワクチン生産体制等整備事業で60.3億円を補助。
IDファーマ 感染研 ウイルスベクターワクチン	コロナウイルスの遺伝情報をセンダイウイルスに載せ、経鼻または注射で投与するワクチン。人体の中で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。	

コロナワクチンに関する状況（海外開発）＜主なもの＞

		進捗状況	生産・供給見通し
A	ファイザー社 (米) mRNAワクチン	mRNAワクチンを4種開発中。 2020年7月に3万人規模での第2/3相試験を開始。	<海外> 2020年中に100万人規模～2021年中に数億人規模を目指す。 <国内> ワクチン開発に成功した場合、日本に2021年6月末までに1.2億回分を供給する基本合意。
B	アストラゼネカ社 オックスフォード大 (英) ウイルスベクターワクチン	世界最速で開発が進む。第1相試験完了、英で第2/3相試験を開始。2020年夏に米で第3相試験（3万人規模）を開始予定。	<海外> 全世界に20億人分を計画、米に3億人分、英に1億人分、欧州に4億人分、新興国に10億人分を供給予定としている。 <国内> ワクチン開発に成功した場合、日本に1.2億回分、うち3000万回分は2021年3月までに供給する基本合意。 海外からの原薬供給のほか、国内での原薬製造をJCRファーマと提携。充填等を国内4社と提携。 厚労省が国内での原薬製造及び製剤化等の体制整備に162.3億円を補助（ワクチン生産体制等緊急整備事業）。
C	モデルナ社(米) mRNAワクチン	第2相試験が進捗。2020年7月に3万人規模で米で第3相試験開始。	<海外> 全世界に5～10億回分/年の供給を計画。 ロンザ社（スイス）と提携して供給を準備。 生産ラインの完成が2020年12月になると報道あり。
D	ジョンソン&ジョンソン社 (ヤンセン社)(米) ウイルスベクターワクチン	2020年7月に第1相試験を開始。	<海外> 2021年から大量供給（順次、世界で年10億人規模）を目指す。
E	サノフィー社 (仏) 組換えタンパクワクチン、 mRNAワクチン	組み換えタンパクワクチンに関して2020年第4四半期に米で第1相試験開始を目指す。mRNAワクチンに関しては2021年初頭に第1相試験開始を目指す。	<海外> 組み換えタンパクワクチンに関して、上手くいけば2021年下半期に実用化の見込み、と発表。
F	ノババックス社 (米) 組換えタンパクワクチン	第1/2相試験が豪で進捗。2020年秋より3万人規模での第3相試験を（おそらく米で）開始予定。	<海外> 2020年遅くに1億回分/年の生産が目標。生産はプラハワクチン(チェコ)・フジフィルム子会社(米)と協力。アジュバントはAGCが作成。 <国内> タケダが原薬から製造し販売予定。タケダが1年間で2.5億回分を超える生産能力を構築すると発表。生産体制に厚労省がタケダに301.4億円を補助（ワクチン生産体制等緊急整備事業）。

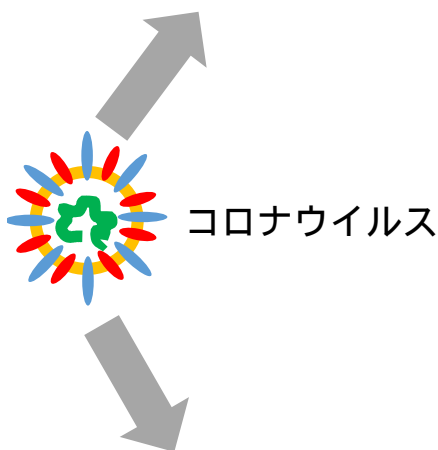
(参考) 新型コロナウイルスとして開発が試みられているワクチンの種類

第1回提出資料

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

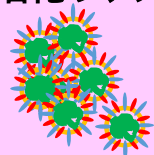
多様な方法で開発が試みられている

メリット

デメリット

実用化例

不活化ワクチン



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
・带状疱疹ワクチン等

DNAワクチン:



mRNAワクチン:



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

ワクチンの効果について

感染予防

接種した人が感染しない

感染予防効果は実証しにくく、臨床試験で確認することは稀。

発症しない感染者が多数存在する新型コロナウイルスでは、実証はほぼ不可能と考えられる。

実証が難しい

発症予防

発症者が減少

接種者と非接種者を比較する臨床試験等で、両群の発症者の数を比較することで、効果を測定できる。

臨床試験（治験）等で評価を行うことができる

重症化予防

重症患者が減少
(死亡・入院等)

接種者と非接種者を比較する臨床試験等で、両群の重症者の数を比較することで、効果を測定できる。

集団免疫効果

接種していない人にも波及する予防効果

大規模な接種後まで
分からない

集団免疫効果は、「接種した人が増えると、接種していない人でも発症者が減少する」ことで実証される。

集団免疫効果がみられるのは、

- ・ワクチン自体に感染/発症予防効果がある。
- ・接種率が（基本再生産数に応じた閾値より）高い
- ・ヒト-ヒト感染する感染症である。

等の条件が満たされたとき

実際に接種者が増えた後、集団免疫効果が判明すれば、ワクチンにより感染させない効果があったことが明らかになる。

例：インフルエンザワクチンでは、一定の発症予防効果（研究により20から60%）や、重症化を予防する効果が示されているが、集団免疫効果はこれまで実証されていない。

新型コロナウイルスワクチンの治験に関する論文報告（概説）

先行する4つのワクチンの論文による、現時点の状況

現時点では接種した症例数が少ないこと等から、今後の治験の進捗により新たな知見や異なる知見が得られることがある。

モデルナ、ファイザー、アストラゼネカ、カンシノの各ワクチン候補にかかる治験の論文

< 参照 >

L.A. Jackson, et al. N Engl J Med. 2020
Mark J. Mulligan, medRxiv preprint. 2020
Pedro M Folegatti, Lancet. 2020
Feng-Cai Zhu, Lancet. 2020

< 有効性 >

一定の液性免疫（抗体）、細胞性免疫が誘導されている

誘導された免疫による発症予防効果や重症化予防効果の有無、免疫の持続期間については、まだ評価されておらず不明。

自然感染においては、抗体が比較的早期に低下するとの情報がある

小児・妊婦・高齢者のデータが少なく、不明な点が多い。

< 安全性 >

接種後の局所部位反応の発現頻度が高い。

重篤でない全身性の有害事象（倦怠感、不快感、筋肉痛、頭痛等）が高頻度（数十%以上）で発現。

有害事象発現の程度及び頻度は、疾患の病態に照らしたワクチン接種のリスクベネフィットに影響。
アストラゼネカの論文では、局所部位反応、全身性の有害事象ともに、対照薬として用いた別のワクチンと比較してより高頻度で発現。

小児・妊婦・高齢者のデータが少なく、不明な点が多い。

新型コロナウイルスワクチンの薬事承認について

- 我が国における新型コロナウイルスワクチンの薬事承認に際しては、各国の薬事規制当局間の議論も踏まえつつ、迅速ながらも適切な評価を行う必要がある。
- この際、開発中のワクチンにはmRNAワクチンなど、これまで使用実績のない新しい技術を活用して開発されたワクチンも含まれることにも留意する必要がある。

〔現時点で想定される評価の考え方〕

有効性

- ・ 免疫原性の評価だけでなく、抗体以外の効果も含めた発症予防効果を確認。
注：薬事承認時点では、感染予防効果や集団予防効果は確認されない見通し。

安全性

- ・ 接種から7日間 に認められた全ての局所反応及び全身反応、28日間 に認められた全ての有害事象を収集等。
製剤の特性等に応じ、それ以上の期間が必要となることも想定される。
- ・ 治験での接種後一定期間のフォローアップを行い、疾患増強（ADE等）の評価を実施。
注：臨床試験で確認できない頻度の低い有害事象等や、長期的な人体への影響については、接種開始後にも引き続き確認が必要。

品質

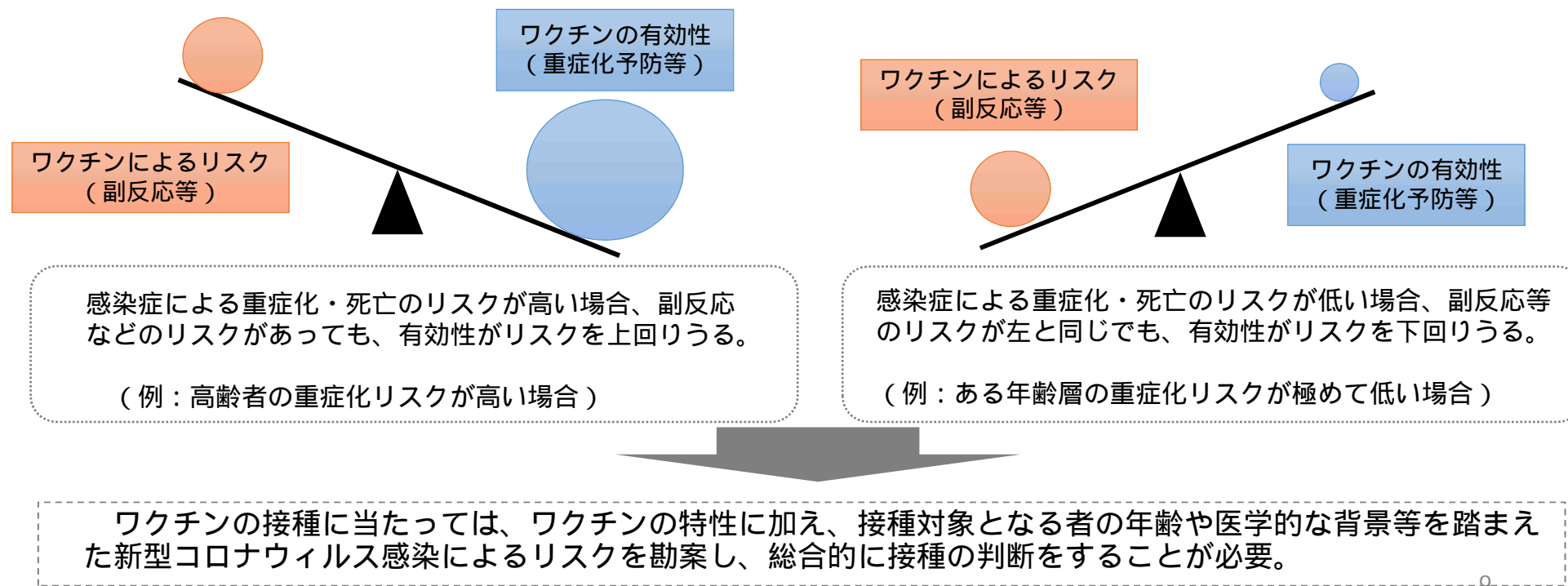
- ・ 新しい技術により開発されているワクチンを含め、膨大な製造量において適切な製剤品質の確保ができるよう、確認を実施。

ワクチンの接種に係る判断について ～有効性・安全性とリスク・ベネフィット～

ワクチンの接種後に副反応が生じることがあり、副反応をなくすことは困難である。
・比較的軽度だが頻度が高い副反応や、重篤だが極めてまれな副反応が含まれる。

ワクチンの接種によって得られる利益（有効性）と副反応などのリスク（安全性）の比較衡量（リスク・ベネフィット）により接種の是非を判断する必要がある。

対象者の特性により有効性の大きさが異なる場合、同じワクチンであっても接種の判断が異なりうる。



ワクチンの有効性・安全性と接種に係る考え方

新型コロナワクチンの臨床試験が世界的に進行中。

- 感染予防効果の実証は困難であり、感染予防効果や集団免疫効果の確認には接種開始後一定の時間を要することが考えられる。薬事承認時点では、ワクチン接種による発症予防又は重症化予防の効果が評価される見通し。

予防接種には副反応がみられることがあり、リスク・ベネフィットを踏まえた接種の判断が必要。

なお、接種実績が限られる状況では、副反応に関する情報が限られる。また、開発中のコロナワクチンのこれまでの治験では、重篤でない有害事象（倦怠感、不快感、筋肉痛、頭痛等）が報告されている。

有効性ととともに、得られた安全性情報等を踏まえ、国民が正しい理解のもと、適切に接種される必要がある。



- 発症予防又は重症化予防の効果のあるワクチンが開発された際に、多くの国民が接種を受けることにより、生命・健康を損なうリスクを軽減し、医療への負荷の軽減が図られるとともに、社会経済の安定につながることを期待できるのではないかと。
- 接種に当たっては、安全性に十分な配慮が必要であり、段階的な接種の開始や、副反応に関するデータの収集等の安全対策を十分に講じる必要があるのではないかと。

(参考:これまでいただいた主なご意見)国民のワクチンへの期待感が高まる中、ワクチンの有効性・安全性に関する情報を正確かつ的確に提供すべき。ワクチンの副反応に関するモニタリングを行うとともに、有効性・安全性を慎重に評価することが重要。

2 . ワクチンの確保に向けた取組

新型コロナウイルスワクチンの早期実用化に向けた厚生労働省の取組み

ワクチン開発「加速並行プラン」

ワクチン開発の**基礎研究から薬事承認、生産に至る全過程の加速化**により、**実用化を早期に実現**

研究

国内のシーズの研究開発の加速化

- 基礎研究と並行して早期に非臨床研究・臨床研究を実施
- 最短距離でプロジェクトを進めるマネージャーを配置し、専門業者に試験や書類作成を委託して最速で実施

第一次・第二次補正（研究費の支援）

薬事承認

薬事承認の迅速化

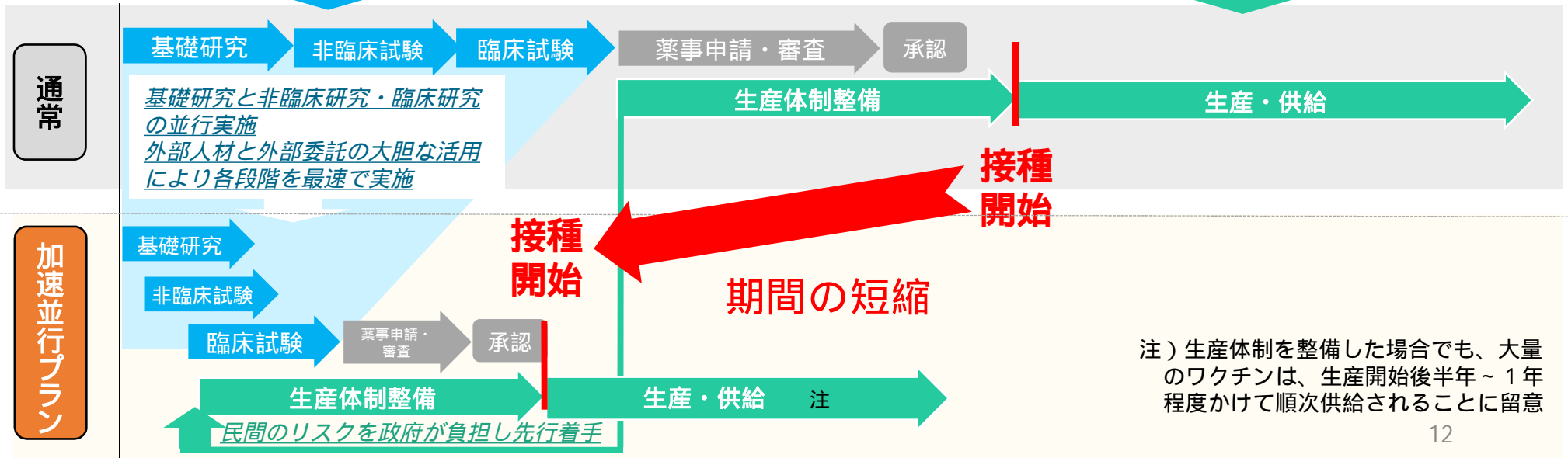
- 国内開発のワクチン臨床試験の効率的な実施、審査期間の短縮
- 海外開発のワクチン国内治験の後押し、審査期間の短縮

生産体制

研究開発と並行した生産体制の整備

- 大規模生産体制の早期整備を支援
- 民間が研究開発中に並行して生産体制を整備することは非常に大きなリスクを伴うため、早期にワクチン供給が図られるよう政府として支援

第二次補正（基金の設置）



新型コロナワクチン実用化に向けた取組状況

新型コロナワクチン開発の基礎研究から薬事承認、生産に至る全過程を加速化するとともに、海外ワクチンの確保、接種体制の整備にも取り組み、できるだけ早いワクチンの実用化を図る。

1. 研究開発・薬事審査の迅速化

基礎研究と並行して早期に非臨床研究・臨床研究を実施するほか、外部委託の活用などで研究を加速化

一次補正にAMEDのワクチンの研究費（100億円）を計上。

- ・ 1次公募の採択結果を公表（5/21） 企業主導型4件、アカデミア主導型5件

二次補正にAMEDのワクチン研究費（500億円）を計上。

- ・ 研究の更なる加速化や、国内外で開発されたワクチンの治験に係る費用を補助予定
- 非臨床試験・治験の早期実施・効率化等に向け相談を実施

2. 生産体制整備

研究開発と並行して生産体制の整備を行うことで、供給開始までの期間を短縮

二次補正に「ワクチン生産体制等緊急整備基金」（1377億円）を計上

- ・ 国内外で開発されたワクチンを国内で生産・製剤化するための施設・設備等を企業に補助

3. 海外ワクチンの確保

海外メーカーの生産するワクチンの国内供給について、**各メーカーと協議**

海外で製造、海外で原液のみ製造して国内で製剤化(瓶詰め)、国内に技術移管して製造 が考えられる併せて、海外ワクチンの国内導入を加速化できるよう、公募により、国内治験の費用補助（上記1）、国内生産・製剤化のための施設・設備の補助(上記2)を実施

4. その他

接種体制を早期に整備するため、注射器・シリンジの買い上げ、流通支援システムの整備等を実施

二次補正にワクチン接種体制確保事業（50億円）、ワクチン接種円滑化標準システム開発運用事業（28億円）を計上

海外で開発されたワクチンの確保に関する取組

海外で開発された新型コロナワクチンの導入に向けてメーカーと協議を行うとともに、生産体制の整備や国内治験への支援を行うことにより、安全で有効なワクチンをできるだけ早期に国民へ供給することを目指している。

協議・合意が公表されているもの

ファイザー社（米国）との基本合意（7月31日）

- 新型コロナウイルスのワクチン開発に成功した場合、来年6月末までに6000万人分のワクチンの供給を受ける。
- 今後、最終契約に向けて協議を進める。

アストラゼネカ社（英国）との基本合意（8月7日）

- 新型コロナウイルスのワクチン開発に成功した場合、来年初頭から1億2000万回分のワクチンの供給（そのうち3000万回分については来年の第一四半期中に供給）を受ける。
- 今後、最終契約に向けて協議を進める。

アストラゼネカ社は以下について公表。

- ・ JCRファーマ株式会社でのワクチン原液の国内製造と、海外からのワクチン原液の輸入を予定。
 - ・ 国内外で製造されたワクチン原液は、第一三共株式会社、第一三共バイオテック株式会社、Meiji Seikaファルマ株式会社、KMバイオロジクス株式会社において製剤化等を行う。
 - ・ 海外での臨床試験に加え、日本国内でも第I/II相試験を8月より開始予定。
- 国内でのワクチン原液製造・製剤化等の体制整備は、「ワクチン生産体制等緊急整備事業」（2次補正）の補助対象

このほか、国内生産が計画されているもの

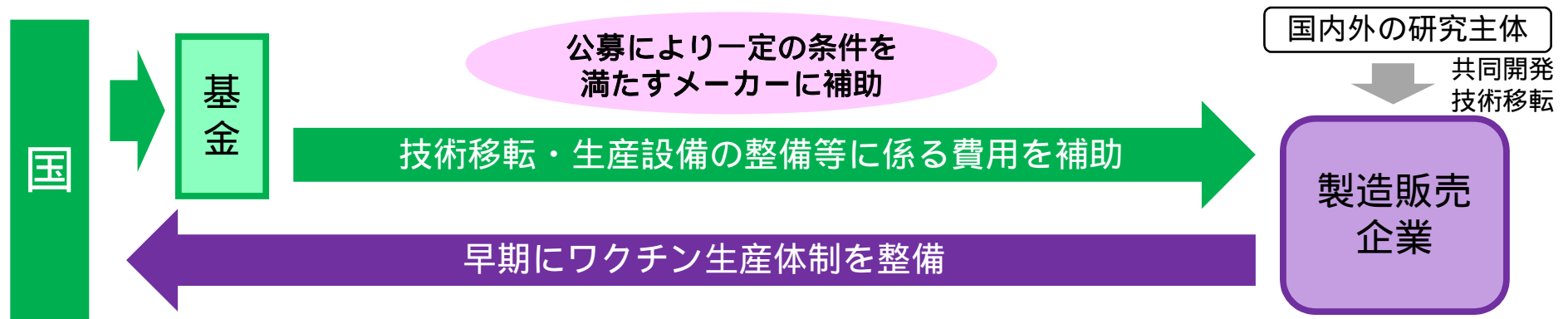
ノババックス社（米国）：武田薬品工業が提携して日本国内でワクチン生産を予定

両社は以下について公表している。（8月7日）

- ・ ノババックス社のワクチンを、日本国内で年間2.5億回分生産する体制整備を図る。
- 国内でのワクチン製造のための技術移管と体制整備は、「ワクチン生産体制等緊急整備事業」（2次補正）の補助対象

ワクチン生産体制等緊急整備事業について

- ワクチン生産体制等緊急整備事業は、国内において、新型コロナウイルスワクチンを始めとしたバイオ医薬品の実生産（大規模生産）体制の早期構築を図るための事業であり、新型コロナウイルスワクチンの国内における早期供給を促すものである。
- 公募を行い、6事業者の事業を採択した。（令和2年8月7日）



事業者名	ワクチンタイプ
アストラゼネカ株式会社	ウイルスベクター (海外で開発：オックスフォード大学のシーズ、アデノウイルス)
アンジェス株式会社	DNA
KMバイオロジクス株式会社	細胞培養不活化全粒子
塩野義製薬株式会社	組換えタンパク
武田薬品工業株式会社	組換えタンパク (海外で開発：米Novavaxのシーズ)
第一三共株式会社	mRNA

厚生労働大臣が行う新型インフルエンザ予防接種による健康被害の迅速な救済を図るとともに、必要な海外生産分の輸入を行うため副作用被害等に関する企業への国の損失補償を行うために、新たな立法措置を講ずる。

1. 健康被害が生じた場合の救済措置の整備

- 厚生労働大臣は、新型インフルエンザ予防接種において、当該予防接種を受けた者について、健康被害が生じた場合の救済措置を講ずること。
- 給付の額等については、予防接種法の二類疾病の定期接種に係る給付に関する措置(医薬品医療機器総合機構法に基づく副作用救済給付と同様)を踏まえたものとする。

2. 輸入企業との契約内容への対応 (副作用被害等に関する企業への国の損失補償)

- 特例承認を受けた新型インフルエンザワクチンの製造販売業者を相手方として、ワクチン使用により生じた健康被害に係る損害を賠償すること等により当該製造販売業者に生じた損失等については、政府が補償することを約する契約を締結することができること。

3. 施行期日

12月4日(公布日施行)。ただし、健康被害の救済措置に係る規定は、施行日前に新型インフルエンザ予防接種を受けた者にも適用すること。

4. 検討規定

政府は、厚生労働大臣が行う新型インフルエンザ予防接種の実施状況、新型インフルエンザ予防接種の有効性及び安全性に関する調査研究の結果等を勘案し、将来発生が見込まれる新型インフルエンザ等感染症に係る予防接種の在り方、当該予防接種に係る健康被害の救済措置の在り方等について速やかに検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

新型コロナウイルスワクチンの確保（論点）

- 新型コロナウイルスワクチンについて、できるだけ早期に全国民に対して提供できる数量の確保を目指すべきではないか。
- 現在開発が進められているワクチン候補のうち、臨床試験の進捗状況等も踏まえ、安全性や有効性、日本での供給可能性等が見込まれるものについては、国内産、国外産の別を問わず、全体として適切な数量を確保していくべきではないか。
- 併せて、新型コロナウイルスワクチン需給が逼迫することが見込まれる中、2009年の新型インフルエンザワクチンの際に健康被害が生じた場合等の損失を補償する契約を企業と締結したことも踏まえ、同様の対応をしていく必要があるのではないか。
- また、接種に向けて、健康被害等が生じた場合の救済措置を含め、必要な体制を確保していく必要があるのではないか。

3 . ワクチン接種について

ワクチン接種の基本方針(2009年10月1日策定)

- (1) 目的: 死亡者や重症者の発生をできる限り減らすこと及びそのために必要な医療を確保することを目的とする。
- (2) 各事業実施主体の役割: 国が主体となって接種を実施し、都道府県はワクチンの円滑な流通の確保、市町村は住民に対する周知等を担当。
- (3) 優先的に接種する対象者: 下記のとおり
- (4) ワクチンの確保: 健康危機管理の観点から、国産に加えて、海外企業からワクチンを輸入・購入する。
- (5) 接種の実施方法: 下記のとおり
- (6) ワクチンの安全性及び有効性の確保と健康被害救済:
 - 安全性・有効性が十分に検証されていないことから、データ収集・分析を行い、情報提供する。
 - 健康被害の救済については、法律を制定し、必要な救済措置を講じる。

接種スキームについて

予算事業として接種を実施。



優先的に接種する対象者について

以下の優先順位で接種を実施。

優先接種対象者	対象者	人数
①	インフルエンザ患者の診療に直接従事する医療従事者(救急隊員含む。)	約100万人
②	妊婦	約100万人
③	基礎疾患を有する者	約800万人
④	①1歳～小学校3年生に相当する年齢の小児	約1,000万人
⑤	①1歳未満の小児の保護者 ・優先接種対象者のうち、身体上の理由により予防接種が受けられない者の保護者等	約200万人
その他	小学校4～6年生、中学生、高校生に相当する年齢の者	約1,000万人
	高齢者(65歳以上)(基礎疾患を有する者を除く)	約2,100万人
		計5,400万人

- 2009年当時、新型インフルエンザ対策は、ウイルスの特徴を踏まえ、**感染拡大防止と、重症者や重篤化しやすい者を守ることを目標**
- 2009年の新型インフルエンザワクチンにおいて、
 - ・ 接種目的は、**死亡者や重症者の発生をできる限り減らすことと、そのために必要な医療を確保すること**
 - ・ ワクチンの生産量に限りがあるため、**優先順位を設定**
 - ・ 優先順位は、**医療従事者、妊婦及び基礎疾患を有する者、1歳～小学校低学年の子供など**

基本的対処方針

（平成21年10月1日 新型インフルエンザ対策本部決定）

- ・ **今回のウイルスの特徴を踏まえると、国民生活や経済への影響を最小限に抑えつつ、感染拡大を防ぐとともに、重症者や重篤化しやすい基礎疾患を有する者等を守る**という目標を掲げ、対策を講じることが適当。

新型インフルエンザ（A/H1N1）ワクチン接種の基本方針

（平成21年10月1日 新型インフルエンザ対策本部決定
平成21年12月15日改定）

（接種目的）

- ・ **死亡者や重症者の発生をできる限り減らすこと及びそのために必要な医療を確保すること。**

（優先順位）

- ・ ワクチンの生産量に限りがある中で、臨時応急的かつ一元的にワクチンを確保するとともに、**接種の優先順位を設定。**
- ・ 具体的には、**インフルエンザ患者の診療に直接従事する医療従事者（救急隊員を含む）、妊婦及び基礎疾患を有する者、1歳～小学校低学年に相当する年齢の者、1歳未満の小児の保護者及び優先接種対象者のうち身体上の理由により予防接種が受けられない者の保護者等の順に優先的に接種を開始する。**
- ・ さらに、小学校高学年、中学生、高校生に相当する年齢の者及び65歳以上の高齢者についても、優先的に接種する。

新型インフルエンザ（A/H1N1）ワクチン接種の基本方針（続き）

（ワクチンの確保）

- ・優先的に接種する者以外における重症例の発生があり得るため、国内産に加えて、海外企業から緊急的に輸入することを決定し、ワクチンを確保。

（接種の実施）

- ・国は、受託医療機関との間で、予防接種に関する委託契約を締結。
- ・市町村は、都道府県と連携し、地域の実情に応じて、受託医療機関に要請し、保健センター、保健所等を活用して接種の機会を確保。

（ワクチンの安全性及び有効性の確保と健康被害の救済）

- ・安全性や有効性に関しては十分に検証されていないことから、今後もデータの収集、分析を行うなど、十分に安全性や有効性の確保に努め、その安全性や有効性について、医療関係者、国民等に幅広く情報提供。

- ・重篤な副反応について、受託医療機関等からの報告など国が迅速に情報を把握、当該情報を専門家により評価する仕組みを構築し、速やかに対応。
- ・健康被害が生じた場合の救済については、必要な救済措置を講じる。

（広報）

- ・国は、接種事業の趣旨、内容、ワクチンの安全性や有効性に関する知見等について周知。

（今後の検討等）

- ・今後、新たな知見等が得られた段階で、適宜、これを見直し。

新型コロナウイルスワクチンの接種目的等の考え方について

新型コロナウイルス感染症の特徴

- 発症前から感染性があり、発症から間もない時期の感染性が高いことから、市中感染のリスクに対する不安感が大きい。
- 重症化率は、全体として季節性インフルエンザよりは高く、特に高齢者や基礎疾患を有する者で高い。
- 入院期間が季節性インフルエンザより長く、入院医療に与える負荷が大きい。
- クラスター発生場所は、医療機関内などで多い。

3 - 5月にかけての流行の波の経験より

- 若年から中年世代の重症者や死亡者は、社会機能維持等に不可欠な業務に従事された方を含め、比較的少なかった。
- 医療提供体制のひっ迫が課題となったことから、医療提供体制の面での配慮及び対策は必要である。

接種開始時点で期待されるワクチンの効果

- 感染予防効果は実証しにくく、確認できるまで時間を要するため、接種開始時までには確認することは困難と考えられる。
- 承認までの臨床試験では、主に発症予防や重症化予防の効果の評価が行われる見込み。

接種目的について

- 発症予防又は重症化予防の効果を有すると評価されたワクチンが開発された際に、できるだけ早期に多くの国民が接種を受けられるようにすることにより、生命・健康へのリスクの軽減や医療への負荷の軽減を図ることを目指す。
- 死亡者や重症者の発生をできる限り抑制することにより、結果として新型コロナウイルス感染症のまん延防止を図る。

新型コロナウイルスワクチン接種の枠組みの考え方について

現行制度における予防接種の枠組み

- 新型コロナウイルスへの対処として、現行制度では、予防接種法に基づく「臨時接種」や特措法に基づく「特定接種」などの方法が考えられるが、その目的や意義は異なるなど、接種目的は、感染症の特徴等を踏まえ検討していくことが必要。
 - 臨時接種(予防接種法第2条、第6条)
感染症のまん延予防上緊急の必要があるときに、その対象者及びその期日又は期間を指定して行うもの。
 - 特定接種(新型インフルエンザ等対策特別措置法第28条)
医療の提供並びに国民生活及び国民経済の安定を確保するため緊急の必要があると認めるときに、これらに寄与する業務に従事する者に対して行うもの。
 - 以上の法的な枠組みの他、2009年の新型インフルエンザウイルス感染症の際には、「予算事業」(死亡者や重症者の発生をできる限り減らすこと及びそのために必要な医療を確保することを目的)として実施された。

予防接種の枠組みの考え方(案)

- 複雑なオペレーションを避け、迅速性を確保する観点から、できるだけ簡素で効率的な仕組みとすることが求められる。
- 接種開始時に期待されるワクチンの効果や、できるだけ早期に多くの国民への接種を目指すことを踏まえれば、特定の業務に従事する者を対象とする特定接種ではなく、死亡者や重症者の発生をできるだけ抑制する観点の下での住民への接種を考えていく。
- その際に、製剤化されたワクチンの供給が段階的に行われることも考えられるため、2009年新型インフルエンザの際にも一定の優先順位を設けたとおり、今般の予防接種においても、接種目的に照らし、一定の順位をつけて実施することを検討する。

予防接種法及び新型インフル等特措法上の接種類型について

第3回提出資料

	定期接種	臨時接種		新臨時接種	特定接種	住民接種	(参考)2009年新型インフルの際の対応
根拠	予防接種法第5条第1項	予防接種法第6条第1項、第2項		予防接種法第6条第3項	特措法第28条 (臨時接種とみなす)	特措法第46条 (予防接種法第6条第1項を読み替えて適用)	予算事業
趣旨等	平時のまん延予防 ・A類 集団予防 ・B類 重症化予防	痘そこの流行時のように、疾病のまん延予防上緊急の必要		2009年A/H1N1のように、病原性が低い疾病のまん延予防上緊急の必要	医療従事者等公共性の高い社会機能維持者への接種	緊急事態宣言下での国民全体に対する接種	死亡者や重症者の発生をできる限り減らすこと及びそのために必要な医療を確保することを目的とする
		第1項の場合 (都道府県の判断で実施)	第2項の場合 (厚労大臣の指示により実施)				
主体	市町村長	都道府県知事 市町村長 (都道府県知事が指示できる)	都道府県知事 (厚労大臣が指示できる)	市町村長 (厚労大臣が都道府県を通じて指示できる)	厚生労働大臣 (政府対策本部長が指示できる)	市町村長 (厚労大臣が都道府県を通じて指示できる)	国 (実施要綱で都道府県、市町村の役割を規定)
対象者	政令で決定	都道府県知事が決定	都道府県知事が決定	厚生労働大臣が決定	政府対策本部が基本的対処方針等諮問委員会の意見を聴いて決定	政府対策本部が基本的対処方針を変更して決定	全国民を対象 (優先順位を付けて接種)
費用負担	市町村長 A類：地方交付税9割 B類：地方交付税3割 実費徴収可	都道府県実施 国 1/2 都道府県 1/2 市町村実施 国 1/3 都道府県 1/3 市町村 1/3	国 1/2 都道府県 1/2	低所得者分について 国 1/2 都道府県 1/4 市町村 1/4 実費徴収可	国 (地方公務員への接種は、それぞれの都道府県・市町村が負担)	国 1/2 都道府県 1/4 市町村 1/4 (自治体の財政力に応じ、国がかさ上げの財政負担を講じる)	低所得者分について 国 1/2 都道府県 1/4 市町村 1/4 実費徴収可
救済	A類：高水準 B類：医薬品と同水準	高水準	高水準	やや高水準	高水準	高水準	医薬品と同水準 (健康被害救済に係る特別措置法を制定)

接種対象者の接種順位に係る検討について（案）

接種対象者の接種順位を検討するにあたっては、新型コロナウイルス感染症の特徴、3 - 5月にかけての流行の波の経験、接種開始時点で期待されるワクチンの効果等を踏まえ、以下のような観点から接種順位を検討する。

（医療従事者）

- 医療従事者は、新型コロナウイルス感染症患者や有症者に頻繁に接触する必要があり、直接医療を提供することから、感染リスクが高い。
- 感染した場合には、新型コロナウイルス感染症対策等に必要な医療サービス提供にも影響が大きい。
- そのため、医療従事者については、医療提供機能の維持の観点から必要性が高い。
- 同様の観点からは、新型コロナウイルス感染症患者や有症者に直接対応する救急隊員及び保健師についても、接種を優先する必要がある。

（高齢者・基礎疾患を有する者）

- 高齢者や基礎疾患を有する者は重症化するリスクが高いことから、重症化を防ぎ、一人でも多くの命を守るという観点から考えた場合、接種を優先する必要性は高い。重症者を減らすことで医療の負荷を軽減することにもつながる。

（妊婦）

- 妊婦の重症化リスクに関しては、今後、エビデンスを基にさらに検討する。

（高齢者及び基礎疾患を有する者が集団で居住する施設で従事する者）

- 高齢者及び基礎疾患を有する者の重症化を防ぐ観点からは、高齢者及び基礎疾患を有する者への接種を優先した上で、業務の特性等を踏まえ、高齢者及び基礎疾患を有する者が集団で居住する施設に従事する者についての接種順位を検討する。

参考資料

基本的対処方針

政府においては、新型インフルエンザの発生は、国家の危機管理上重大な課題であるとの認識の下、その対策に総力を挙げて取り組んでいるところである。

今回の新型インフルエンザ(A/H1N1)については、既に本格的な流行期に入っており、引き続き感染が拡大している。8月15日には、国内初の新型インフルエンザ確定患者が亡くなられた。今後、国内で感染者数が大幅に増大するにつれて、さらに重症例、死亡例が発生する事態に備え、必要な対策を実施していく。

今回の新型インフルエンザは、

感染力は強いが、多くの感染者は軽症のまま回復していること、

抗インフルエンザウイルス薬による治療が有効であること等、

季節性インフルエンザと類似する点が多い。

他方、季節性インフルエンザとの最大の違いは、季節性インフルエンザでは、高齢者が重篤化して死亡する例が多いのに対し、今回の新型インフルエンザでは、基礎疾患(ぜんそく、糖尿病等)を有する者を中心として、また現時点では数が少ないものの健常な若年者の一部においても、重篤化し、死亡する例が見られることである。

今回のウイルスの特徴を踏まえると、国民生活や経済への影響を最小限に抑えつつ、感染拡大を防ぐとともに、重症者や重篤化しやすい基礎疾患を有する者等を守るという目標を掲げ、対策を講じることが適当である。国内で感染が拡大している中で、感染者の急激な増大を可能な限り抑制し、社会活動の停滞や医療機関の負担を可能な限り減らし、重症者への医療を確保するため、国、地方公共団体、医療機関、事業者や関係団体、国民がそれぞれの役割の下に、的確な対応を行っていく必要がある。

政府としては、地方公共団体、医療機関、事業者や関係団体と連携・協力し、国民の協力を得ながら、当面、次の措置を講ずることとする。

一、国内外の情報収集と国民への迅速かつ的確な情報提供を行う。

(一) 国際的な連携を密にし、WHOや外国の対応状況等に関する情報収集に努力する。

(二) 国内の感染状況について、サーベイランス事業等を有効に活用し、その動向を適切に把握するとともに、国民に迅速かつ的確な情報提供を行う。

(三) 感染防止策や発症した場合の医療機関への受診方法等流行に備えて各人が行うべきことを国民に周知し、広く注意喚起を行う。

二、地域や職場における感染拡大を防止するため、次の措置を講ずる。

(一) 外出に当たっては、人混みをなるべく避けるとともに、手洗い、うがい等呼びかける。咳等の症状のある者には、感染拡大を防ぐために、なるべく外出を避けるとともに、咳エチケットの徹底、混み合った場所でのマスク着用を呼びかける。

(二) 事業者や学校に対し、時差通勤・時差通学、自転車通勤・通学等の容認、発熱者に休暇取得を促すこと等、従業員や児童・生徒等の感染機会を減らすための工夫を検討するよう要請する。

(三) 集会、スポーツ大会等については、主催者に対し、感染機会を減らすための工夫を検討するよう要請する。

(四) 学校・保育施設等の臨時休業の要請については、学校・保育施設等で患者が発生した場合等において、都道府県等は、当該学校・保育施設等の設置者等に対し、必要に応じ臨時休業を要請することとし、その詳細については、厚生労働大臣が別途運用指針を定める。(「医療の確保、検疫、学校・保育施設等の臨時休業の要請等に関する運用指針」参照。)

(五) 事業者に対しては、事業運営において感染機会を減らすための工夫を検討するよう要請する。

三、感染拡大を防止し、基礎疾患を有する者等を守り、患者に対する適切な医療を提供するため、次の措置を講ずる。

(一) 重症者の救命を最優先とし、発生動向に応じた外来診療体制の整備や重症患者の増加に対応できる病床を確保するよう、関係機関に医療体制の整備を要請し、支援を行う。

(二) ワクチンの確保、接種等については別途方針を定める。(「新型インフルエンザ(A/H1N1) ワクチン接種の基本方針」を参照。)

(三) 抗インフルエンザウイルス薬、検査薬、マスク等の円滑な供給を関連事業者に要請する。

(四) 医療の確保については、上記(一)を踏まえ、

その詳細については、厚生労働大臣が別途運用指針を定める。(「医療の確保、検疫、学校・保育施設等の臨時休業の要請等に関する運用指針」参照。)

四、患者が急増した地域等における国民生活の維持を図る。

(一) 電気・ガス・水道、食料品・生活必需品等の事業者に対する供給体制の確認や事業継続に向けた注意喚起を行う。

(二) 従業員の子ども等が通う保育施設等が臨時休業になった場合における当該従業員の勤務について、事業者に対し、配慮を行うよう要請する。また、医療従事者等の子ども等が通う保育施設等が臨時休業となった場合、保育等を確保するための方策を講ずる。

(三) 在宅の障害者や高齢者等について、必要に応じ状況を踏まえて支援を行う。

五、水際対策として次の措置を講ずる。

(一) 検疫については、入国者に対する感染防止や発症した際の医療機関への受診を引き続き周知徹底することとし、その詳細については、厚生労働大臣が別途運用指針を定める。(「医療の確保、検疫、学校・保育施設等の臨時休業の要請等に関する運用指針」参照。)

(二) 海外発生国の状況に応じた感染症危険情報を適宜発出するとともに、海外発生国の在外邦人に対する支援を行う。

六、必要に応じ、次の措置を講ずる。

(一) 食料品・生活必需品等の購入に当たっての消費者の適切な行動を呼びかける。

(二) 社会混乱に乗じた各種犯罪の取締り等治安の維持に当たる。

(三) 国連及びWHOの要請を受けて、途上国における新型インフルエンザ対策に対する支援を行う。

新型インフルエンザ(A/H1N1)ワクチン接種の基本方針

1. 目的

死亡者や重症者の発生をできる限り減らすこと及びそのために必要な医療を確保することを目的とする。

2. 各事業実施主体の役割

- (1) 国は、新型インフルエンザ(A/H1N1)ワクチン(以下「ワクチン」という。)の生産量に限りがある中で、臨時応急的かつ一元的にワクチンを確保するとともに、接種の優先順位を設定する。また、ワクチン接種を行う医療機関と委託契約を締結し、希望者に対してワクチンの接種を実施する。このように、今回の事業は、地方自治体との役割分担のもと、国が主体となって行うものである。
- (2) 都道府県は、国が示す標準的な実施時期等を参酌し、具体的な接種スケジュールを設定するとともに、医療機関の在庫状況等を把握して、ワクチンの円滑な流通を確保する。
- (3) 市町村は、ワクチン接種を行う医療機関(受託医療機関)を確保するとともに、住民に対し、接種時期、受託医療機関等を周知する。また、ワクチン接種に係る費用負担について、国及び都道府県による財政支援のもと、必要に応じ低所得者の負担軽減措置を講じる。
- (4) 受託医療機関は、国と委託契約を締結し、窓口で対象者の確認を行い、優先順位に従って希望者に対してワクチンを接種するとともに、市町村及び都道府県を通じて、必要な報告を行う。

3. 優先的に接種する対象者

- (1) 当面、確保できるワクチンの量に限りがあり、その供給も順次行われていく見通しであることから、死亡者や重症者の発生をできる限り減らすこと及びそのために必要な医療を確保することという目的に照らし、
インフルエンザ患者の診療に直接従事する医療従事者(救急隊員を含む)
妊婦及び基礎疾患を有する者(この中でも、1歳~小学校低学年に相当する年齢の者の接種を優先)
1歳~小学校低学年に相当する年齢の者
1歳未満の小児の保護者及び優先接種対象者

のうち身体上の理由により予防接種が受けられない者の保護者等の順に優先的に接種を行う。

- (2) さらに、小学校高学年、中学生、高校生に相当する年齢の者及び65歳以上の高齢者についても、優先的に接種する。
- (3) 優先的に接種する者以外の者に対する接種については、優先的に接種する者への接種事業の状況等を踏まえ、接種を進める。

4. ワクチンの確保

- (1) 今後の感染の拡大やウイルスの変異等の可能性を踏まえると、上記の優先的に接種する者以外における重症例の発生があり得るため、健康危機管理の観点から、国内産に加えて、海外企業から緊急に輸入することを決定し、ワクチンを確保する。
- (2) 国は、3.の接種対象者に順次必要なワクチンを供給できるようにするため、今年度末までに、国内産ワクチン5,400万回分(成人量換算)程度を確保するとともに、海外企業から9,900万回分(成人量換算)程度を輸入することとし、既存の新型インフルエンザ対策予算を活用した上で予備費を使用し、これらのワクチンを購入する。
- (3) 輸入ワクチンの確保のため、今回の輸入ワクチンの使用等に伴い生じる健康被害等に関して製造販売業者に生じた損失等については、新型インフルエンザ予防接種による健康被害の救済等に関する特別措置法に基づき、国が補償できることとする。

5. 接種の実施

- (1) 国は、受託医療機関との間で、予防接種に関する委託契約を締結する。
- (2) 受託医療機関は、国との委託契約に基づき、卸売業者からワクチンを購入し、優先接種順位に従い、優先接種対象者であることを確認のうえ、原則として予約制により接種を実施する。
- (3) 市町村は、都道府県と連携し、地域の実情に応じて、受託医療機関に要請し、保健センター、保健所等を活用して接種の機会を確保する。

6. 費用負担

- (1) 今回のワクチンの接種については、その目的に照らし、国は、予防接種法の定期

接種に準じて、受託医療機関を通じてワクチンの接種を受けた者又はその保護者から、実費相当額(ワクチン代、輸送費及び接種に要する費用。原則として全国一律の額)を徴収する。

- (2) 低所得者の費用負担については、予防接種法の定期接種に準じて、市町村民税非課税世帯を念頭に、市町村がその費用を助成する措置を講じる。その際、当該措置に要する財源の1/2を国が、1/4を都道府県が補助する。

7. ワクチンの安全性及び有効性の確保と健康被害の救済

- (1) 今回、接種に用いようとするワクチンについては、今回の新型インフルエンザに対して初めて製造されたものであり、安全性や有効性に関しては十分に検証されていないことから、今後もデータの収集、分析を行うなど、十分に安全性や有効性の確保に努めるとともに、その安全性や有効性について、医療関係者、国民等に幅広く情報提供する。
- (2) ワクチンによる重篤な副反応について、受託医療機関等からの報告など国が迅速に情報を把握するとともに、当該情報を専門家により評価する仕組みを構築し、速やかに対応する。
- (3) 今回のワクチン接種に伴い健康被害が生じた場合の救済については、新型インフルエンザ予防接種による健康被害の救済等に関する特別措置法に基づき、現行の予防接種法に基づく季節性インフルエンザの定期接種に関する措置に準じて必要な救済措置を講じる。

8. 広報

- (1) 国は、接種事業の趣旨、内容、ワクチンの安全性や有効性に関する知見等について周知する。
- (2) 都道府県は、新型インフルエンザについて既に設置している相談窓口等の充実を図る。
- (3) 市町村は、都道府県と連携し、住民に対し、接種が受けられる時期、受託医療機関等を周知する。

9. 今後の検討等

- (1) 今回の新型インフルエンザワクチンに関しては、今後、新たな知見等が得られた段階で、適宜、これを見直していくものとする。
- (2) 国は、今回の臨時応急の対策を踏まえ、新型インフルエンザの予防接種の位置づけ等について専門的見地から検討を行い、その結果に基づき、必要に応じ立法措置を講ずる。
- (3) 国は、今後、国産ワクチンによりインフルエンザワクチンの供給が確保されるよう、国内生産体制の充実等を図るものとする。

（参考）2009年新型インフルエンザワクチン接種の法的位置づけについて

「今般の新型インフルエンザ（A/H1N1）対策の経緯について～ワクチン～」
（平成22年5月19日厚生労働省新型インフルエンザ対策推進本部） 抜粋

接種事業について

ワクチン接種の法的位置づけについては、まず、予防接種法の適用について検討した。

予防接種法には定期接種と臨時接種の枠組みがあるが、臨時接種は「まん延予防上緊急の必要があると認められる場合に、都道府県又は市町村が行う」ものであり、被接種者に接種の努力義務が発生する。今回の新型インフルエンザ（A/H1N1）は、予防接種に努力義務が課されていない季節性インフルエンザと類似する点が多いものであり、臨時接種とすることは整合性が図れないのではないかと、

現在の予防接種法においてインフルエンザの定期接種は対象者が高齢者のみと定められているため、定期接種として高齢者以外の対象に接種を進めるのであれば、法改正が必要となり迅速な対応が困難ではないかと、

有効性と安全性が国内で十分検証されていないワクチンを定期接種とするのは難しいのではないかなどの議論があった。

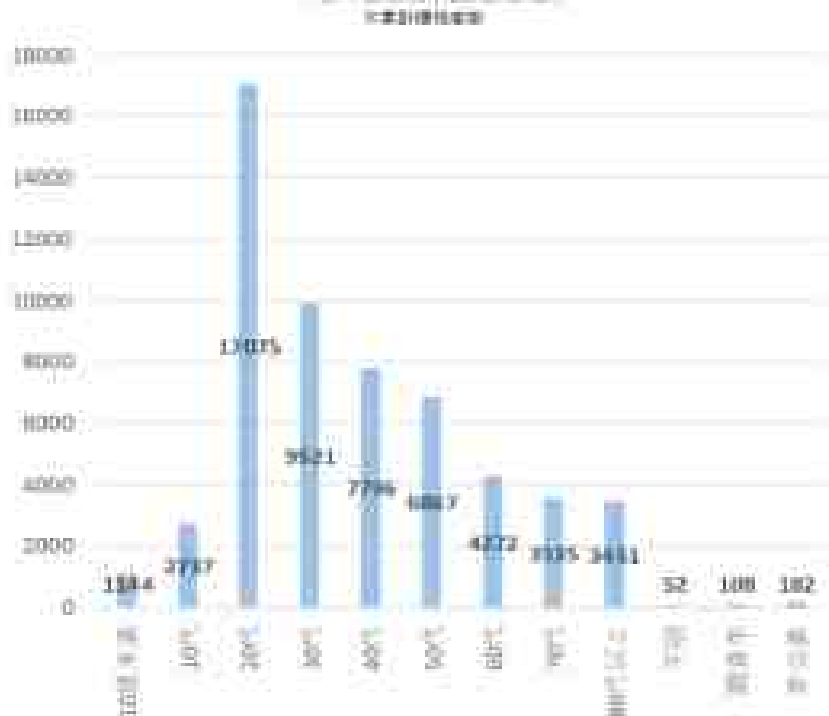
また、今回の接種は、個人の重症化の防止等を目的としていることから、現在の予防接種法のなかでは、二類疾病の定期接種に近い性質のものと位置付けられ、市町村を実施主体とすることが適切であるが、

- ・ 法律上の位置付けなく市町村を実施主体とすることは適切でなく、
- ・ 新たに予防接種法を改正して市町村を実施主体と位置付ける時間的余裕もないこと
- ・ また、国や市町村などの公的な主体がワクチンの接種事業を実施して、重症化が見込まれる接種対象者に対し、接種を実施することが必要であったこと

から、今回の新型インフルエンザの予防接種については、特例的に国を予防接種の実施主体とし、都道府県、市町村及び医療機関の協力を得て、ワクチン接種を行うこととした。

新型コロナウイルス感染症の年齢階級別死亡率・重症者割合 (令和2年8月19日18:00現在)

年齢階級別陽性者数



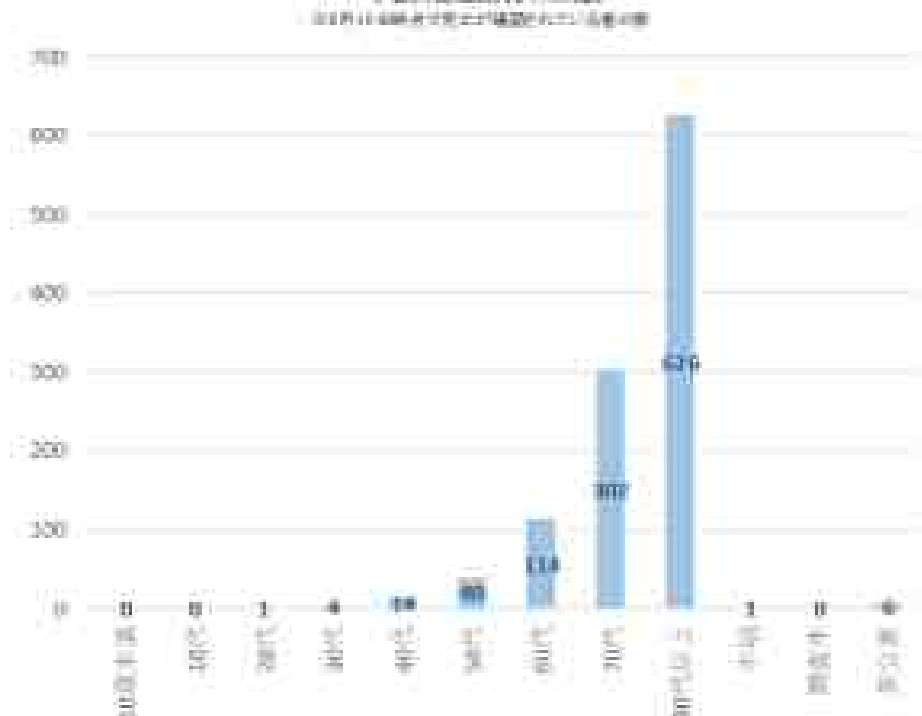
重症者割合(%)

年齢階級	重症者割合(%)
全体	1.8
10歳未満	0.0
10代	0.0
20代	0.1
30代	0.3
40代	0.3
50代	0.3
60代	2.4
70代	5.6
80代以上	4.9

【重症者割合】

年齢階級別に応じた重症者数の入院治療等を要する者に対する割合

年齢階級別死亡数



死亡率(%)

年齢階級	死亡率(%)
全体	1.9
10歳未満	0.0
10代	0.0
20代	0.0
30代	0.0
40代	0.2
50代	0.6
60代	2.7
70代	8.7
80代以上	16.1

【死亡率】

年齢階級別に応じた死亡者数の陽性者数に対する割合

注:これらの分析は年齢階級や入院状況など陽性者の個別の状況について、都道府県等から当省が情報を得られたものを集計しており、総数は現在当省HPで公表されている各自治体がウェブサイト上で公表している数等を積み上げた陽性者数・死亡者数・重症者数とは一致しない。30

参照:厚生労働省

高リスクの基礎疾患

慢性腎臓病、がん、冠動脈疾患等の基礎疾患がある者は症状が重篤化するリスクが高いとされる。

米国CDC「People of Any Age with Underlying Medical Conditions」

以下の基礎疾患がある者は年齢に関係なく重症化リスクが高い。

- がん
- 慢性腎臓病
- COPD (慢性閉塞性肺疾患)
- 固形臓器移植による免疫不全状態
- 肥満 (肥満度指数[BMI]30以上)
- 心不全、冠動脈疾患、心筋症などの重篤な心臓疾患
- 鎌状赤血球症
- 2型糖尿病

参照：<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html>

厚生労働省「新型コロナウイルス感染症COVID-19診療の手引き」第2.2版

重症化のリスク因子

- 65歳以上の高齢者
- 慢性呼吸器疾患
- 慢性腎臓病
- 糖尿病
- 高血圧、心血管疾患
- 肥満 (BMI 30以上)

重症化のリスク因子としての知見は揃っていないが要注意な基礎疾患

生物学的製剤の使用

臓器移植後やその他の免疫不全

HIV 感染症 (特にCD4 <200 /L)

喫煙歴

妊婦

悪性腫瘍

がん患者の重症化リスク

- がん患者において、新型コロナウイルス感染症に感染するリスクが高い。
- がん患者は、がんでない患者と比較して集中治療室での入院を必要とする重度の呼吸器合併症のリスクが増加し、急速に悪化する。
- 重度の呼吸器合併症のリスク (がん患者で39% (7人/18人)、がんのない患者では8% (124人/1572人) (p=0.0003))
- 悪化の速度 (がん患者13日、がんのない患者43日; p < 0.0001; ハザード比3.56、95%CI 1.65-7.69)
2020年1月31日までの中国における患者1,590人 (がん患者18人) における報告。
(参照: Liang W, et al. Lancet Oncol 2020; 21: 335-37)

妊婦の重症化リスク(米国CDC調査・英国Oxford大学)

(1) 米国CDC Morbidity and Mortality Weekly Report June 26, 2020

(参照: Characteristics of Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status —United States, January 22 –June 7, 2020)

- 新型コロナウイルスに感染した15～44歳の妊婦は、ICU入院及び機械的人工呼吸を受けるリスクが増加する。
- 死亡リスクとの関連はない。
- 妊婦は、非妊娠中の女性に比べ、
入院の可能性が5.4倍 (95%CI = 5.1-5.6) (妊婦 31.5% 2,587人/8,207人、非妊娠中 5.8% 4,840人/83,205人)
ICUに入院する可能性が1.5倍 (95%CI = 1.2-1.8) (妊婦 1.5% 120人/8,207人、非妊娠中 0.9% 757人/83,205人)
人工呼吸を受ける可能性が1.7倍 (95%CI = 1.2-2.4) (妊婦 0.5% : 42人/8,207人、非妊娠中 0.3% 225人/83,205人)
- 2020年1月22日～6月7日の米国女性患者91,412人における報告。

(2) 英国Oxford大学

(参照: Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: national population based cohort study, BMJ, 2020)

- 新型コロナウイルス感染症で入院した妊婦のほとんどは妊娠第2期後半から第3期、入院症状があったのは妊娠第3期又は分娩期。(81% : 342人/424人)
- 新型コロナウイルス感染症の大半は咳、発熱、息切れ等の軽度・中程度の症状であり、重症化した女性はごく少数。
- 新型コロナウイルス感染症で入院した妊婦の救急救命室への入院率と死亡率は、英国の生殖年齢の一般集団の割合と同程度。
 - 妊婦 重症化: 10% (10人/427人) 死亡率: 1.2% (5人/427人)
 - 一般集団 重症化: 20～35% 死亡率: 1～4%

予防接種法（臨時接種）及び新型インフル等特措法（特定接種、住民接種）の根拠法令

	根拠法令	条文（一部抜粋）
臨時接種	予防接種法 第6条第1項、 第2項	<p>1 都道府県知事は、A類疾病及びB類疾病のうち厚生労働大臣が定めるもののまん延予防上緊急の必要があると認めるときは、その対象者及びその期日又は期間を指定して、臨時に予防接種を行い、又は市町村長に行うよう指示することができる。</p> <p>2 厚生労働大臣は、前項に規定する疾病のまん延予防上緊急の必要があると認めるときは、政令の定めるところにより、同項の予防接種を都道府県知事に行うよう指示することができる。</p>
新臨時接種	予防接種法 第6条第3項	<p>3 厚生労働大臣は、B類疾病のうち当該疾病にかかった場合の病状の程度を考慮して厚生労働大臣が定めるもののまん延予防上緊急の必要があると認めるときは、その対象者及びその期日又は期間を指定して、政令の定めるところにより、都道府県知事を通じて市町村長に対し、臨時に予防接種を行うよう指示することができる。この場合において、都道府県知事は、当該都道府県の区域内で円滑に当該予防接種が行われるよう、当該市町村長に対し、必要な協力をするものとする。</p>
特定接種	特措法第28条 (臨時接種とみなす)	<p>1 政府対策本部長は、医療の提供並びに国民生活及び国民経済の安定を確保するため緊急の必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対し、次に掲げる措置を講ずるよう指示することができる。</p> <p>一 医療の提供の業務又は国民生活及び国民経済の安定に寄与する業務を行う事業者であって厚生労働大臣の定めるところにより厚生労働大臣の登録を受けているもの（「登録事業者」）のこれらの業務に従事する者（厚生労働大臣の定める基準に該当する者に限る。）並びに新型インフルエンザ等対策の実施に携わる国家公務員に対し、臨時に予防接種を行うこと。</p> <p>二 新型インフルエンザ等対策の実施に携わる地方公務員に対し、臨時に予防接種を行うよう、当該地方公務員の所属する都道府県又は市町村の長に指示すること。</p> <p>2 前項の規定による指示をする場合には、政府対策本部長は、予防接種の期間を指定するものとする。</p> <p>3 厚生労働大臣は、第一項の規定による指示に基づき行う予防接種（特定接種）及び同項第一号の登録の実施に関し必要があると認めるときは、官公署に対し、必要な書類の閲覧若しくは資料の提供を求め、又は登録事業者その他の関係者に対し、必要な事項の報告を求めることができる。</p> <p>4 厚生労働大臣は、特定接種及び第一項第一号の登録の円滑な実施のため必要があると認めるときは、登録事業者、都道府県知事、市町村長及び各省各庁の長に対して、労務又は施設の確保その他の必要な協力を求めることができる。この場合において、協力を求められた登録事業者、都道府県知事及び市町村長は、正当な理由がない限り、協力を拒んではならない。</p> <p>5～7 略</p>
住民接種	特措法第46条 (予防接種法第6条第1項を読み替えて適用)	<p>第四十六条 政府対策本部は、新型インフルエンザ等緊急事態において、新型インフルエンザ等が国民の生命及び健康に著しく重大な被害を与え、国民生活及び国民経済の安定が損なわれることのないようにするため緊急の必要があると認めるときは、基本的対処方針を変更し、第十八条第二項第三号に掲げる重要事項として、予防接種法第六条第一項の規定による予防接種の対象者及び期間を定めるものとする。</p> <p>2 前項の規定により予防接種法第六条第一項の規定による予防接種の対象者を定めるに当たっては、新型インフルエンザ等が国民の生命及び健康に及ぼす影響並びに国民生活及び国民経済に及ぼす長期的な影響を考慮するものとする。</p> <p>3 第一項の規定により基本的対処方針において予防接種法第六条第一項の規定による予防接種の対象者及び期間が定められた場合における同法の規定の適用については、同項中「都道府県知事」とあるのは「市町村長」と、「行い、又は市町村長に行うよう指示する」とあるのは「行う」と、同条第二項中「都道府県知事」とあるのは「都道府県知事を通じ市町村長」と、同法第二十五条第一項中「市町村（第六条第一項の規定による予防接種については、都道府県又は市町村）」とあるのは「市町村」とする。</p> <p>4 前項に規定する場合においては、予防接種法第二十六条及び第二十七条の規定は、適用しない。</p> <p>5 市町村長は、第三項の規定により読み替えて適用する予防接種法第六条第一項の規定による予防接種の円滑な実施のため必要があると認めるときは、指定行政機関の長及び都道府県知事に対して、物資の確保その他の必要な協力を求めることができる。この場合において、協力を求められた指定行政機関の長及び都道府県知事は、正当な理由がない限り、協力を拒んではならない。</p> <p>6 第三十一条第二項から第五項までの規定は、第三項の規定により読み替えて適用する予防接種法第六条第一項の規定による予防接種について準用する。</p>

ADE（抗体依存性増強）の可能性

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)

- 抗体は本来ならウイルスから体を守るものであるが、抗体がウイルスと結合して免疫細胞に取り込まれ、細胞内でウイルスへの感染が促進される。その後ウイルスに感染した免疫細胞が暴走してサイトカインを過剰に放出し、症状を悪化させる。
- コロナウイルスの1種であるネコ伝染性腹膜炎ウイルス (FIPV) において、抗体依存性増強が誘発されることが報告されている。
 - ネコにFIPVを経口投与した場合はネコ伝染性腹膜炎 (FIP) を発症しなかったが、抗FIPV抗体皮下注射後にFIPVを経口投与した場合には50%のネコでFIPを発症した。
- SARSコロナウイルス (SARS-CoV) 感染による重症急性呼吸器症候群 (SARS) においても、抗体依存性増強が誘発されることが報告されている。
 - アカゲザルに不活化ウイルスワクチンを接種した場合、未接種のアカゲザルと異なり、肺胞腔内に抗体依存性増強反応が認められた。

参照 : Tomomi TAKANO, et al. The Journal of Veterinary Medical Science.2019

Wang, Q, et al. *ACS Infect. Dis.* 2, 361–376 .2016

感染後に抗体が減少する可能性

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)

- 新型コロナウイルス感染症から回復した患者の高い割合でIgGレベルと中和抗体が、感染後2～3か月以内に減少し始める。
- IgG抗体は、新型コロナウイルス感染後に増加するが、退院約2か月後には無症状者の93.3% (28/30)、有症状者の96.8% (30/31)で減少した。
- 中和抗体は、無症状者の81.1% (30/37)、有症状者の62.2% (23/37)で減少した。
- 新型コロナウイルス感染症の無症状者では、ウイルスに対する免疫応答が弱い可能性。

参照 : Quan-Xin Long, et al. Nature Medicine. 2020

ワクチン接種に関する検討事項について

1 接種目的

- できる限り早期に多くの国民が接種を受けられるようにすることによる、生命・健康へのリスクや医療への負荷の軽減
- まん延防止及び死亡者や重症者の発生の抑制

2 ワクチンの確保

できるだけ早期に全国民に提供できる数量の確保

健康被害が生じた場合の救済措置、企業との損失補償契約

3 接種の枠組み

できるだけ簡素で効率的な仕組み

- 特定接種の枠組みはとらず、住民への接種を優先する考えに立つ

4 接種順位

医療従事者、高齢者・基礎疾患を有する者等の接種の順位

5 ワクチンの有効性・安全性の確保

副反応疑い報告等の安全対策

新型コロナウイルス感染症のワクチンの 接種に関する分科会の現時点での考え方

令和2年8月21日（金）

新型コロナウイルス感染症対策分科会

ワクチンの接種の実施の検討に当たり考慮すべき事項

(目的)

- 国は、死亡者や重症者をできる限り抑制し、国民の生命及び健康を守るために、ワクチン接種の実施体制を整えていく必要がある。
- 今回の新型コロナウイルスワクチンの安全性及び有効性については科学的な不確実性がある一方で、国民の期待も極めて大きいことから、しっかりと正確な情報を丁寧に伝えていく必要がある。

(安全性及び有効性について)

- ワクチンの接種を行うにあたっては、リスクとベネフィットの双方を考慮する必要がある。現在のところ、開発されるワクチンの安全性及び有効性については不明な点が多いが、継続的な情報収集を進める必要がある。
- 特に留意すべきリスクは、現在開発が進められているワクチンでは、核酸やウイルスベクター等の極めて新規性の高い技術が用いられていることである。また、ワクチンによっては、抗体依存性増強(ADE)など重篤な副反応が発生することもありうる。ワクチンの接種にあたっては、特に安全性の監視を強化して接種を進める必要がある。
- 一般的に、呼吸器ウイルス感染症に対するワクチンで、感染予防効果を十分に有するものが実用化された例はなかった。従って、ベネフィットとして、重症化予防効果は期待されるが、発症予防効果や感染予防効果については今後の評価を待つ必要がある。しかし、今から、安全性と共に有効性が妥当なワクチンが開発されたときに備えて準備を進めていく必要がある。
- 実際に接種を始める時期は、安全性及び有効性について国が認める薬事承認が行われた後となる。しかし、新規性の高いワクチンである場合、市販後に多数の人々への接種が開始された後になって初めて明らかになる安全面の課題も想定されるため、現実社会(Real world)での有効性を検討する疫学調査とともに市販後調査を行いながら、注意して接種を進める必要がある。そして、副反応などの発生については、特に情報収集とともに、適切な情報発信を行う必要がある。
- なお、実際の安全性及び有効性などの性能評価については、医薬品医療機器総合機構(PMDA)での検討とともに、厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会での議論を十分に行っていただきたい。導入後の副反応のモニタリングについても、予防接種・ワクチン分科会にお願いをしたい。有害事象の発生時の対応についても、予防接種・ワクチン分科会で行うことを確認したい。

ワクチンの接種の実施の検討に当たり考慮すべき事項

(ワクチンの購入について)

- 国としてワクチンの確保に全力で取り組んでいくとともに、海外からの購入に際しては、安全性及び有効性などが明確になっていない時点で確保の判断を行う必要がある。したがって、最終的には確保したワクチンをすべては使用しない可能性があるとしても、必要なワクチンを確保することを目指す必要がある。
- その一方で、ワクチンの確保にあたっては、世界で日本だけがワクチンを独占するかのようにならないよう、他国への一定程度の配慮を踏まえた施策を進めるべきである。

ワクチンの接種の実施の検討に当たり考慮すべき事項

(接種の優先順位について)

- 今回のワクチンに関しては、様々なメーカーが開発を進めているが、単独のメーカーのワクチンだけでは必要な供給量を確保できない可能性がある。したがって、場合によっては、安全性や有効性の異なる複数のワクチンが流通し、その複数のワクチンの有効性などの差異も踏まえて接種対象者に分配しながら、接種を進めることが必要になりうる。
- また、安全性及び有効性の両面で理想的なワクチンが開発される保証はない。即ち、図に示すように、ワクチンによっては、重症化予防効果のみならず発症予防効果も有することもありえるが、感染予防効果はない可能性もあり、現実を早い段階で国民に周知する必要がある。更に、安全性及び有効性のレベルはワクチンによって様々である。そこで、安全性及び有効性がどこまで存在すれば許容範囲内であるかについての議論が必要である。
- 国には、国民に必要なワクチン確保のために全力を挙げてもらいたい。さらに、国民へのワクチンの接種にあたっては、常識的なワクチンの供給量や接種体制を考えると、一度にすべての対象集団に接種を行うことは不可能である。
- したがって、接種を行うにあたっては、接種の対象を誰にするのか、そしてどのような順番にするのかという優先順位を検討する必要がある。
- 我が国では、新型コロナウイルス感染症の対策として、感染拡大防止と重症化防止を目指してきた。このことを踏まえると、接種を優先すべき対象者については、高齢者及び基礎疾患を有する者の重症化を予防することを中心とし、さらに、それらの者に対し新型コロナウイルス感染症の診療を直接行う医療従事者を含めることを考えるべきである。
- なお、特定の医療従事者を優先する場合、新型コロナウイルス感染症の患者に係る直接の診療を行わないまでも、新型コロナウイルス感染症が疑われる患者を積極的に診療する医療従事者や救急隊員、積極的疫学調査に携わる保健所の職員を含めることについても議論が必要と考えられる。高齢者及び基礎疾患を有する者が集団で居住する施設で従事する者や妊婦を含めるかどうかについても、検討課題である。
- 優先順位を考える上では、さらに上記以外にも、供給量及び価格、年齢等による差異、有効性の持続期間、接種回数、複数の種類のワクチンの流通についても考慮する必要があり、これらの情報が明らかとなった段階で最終的な判断を行うべきである。
- 接種を優先すべき対象者がリスクとベネフィットを考慮した結果、接種を拒否する権利も十分に考慮する必要がある。
- 一方、接種した方に健康被害が生じた場合の救済措置についても、認定のプロセスを含め、検討する必要がある。 4

ワクチンの接種の実施の検討に当たり考慮すべき事項

(特定接種の実施について)

- 上述の医療従事者、高齢者及び基礎疾患を有するもの以外にも、仕事上の感染のリスクが非常に高く、かつ、感染した際に社会的な影響が甚大な者がいることも考えられる。しかし、これまでの感染の状況を踏まえると、新型インフルエンザ対策で想定をしていたような、国民のほとんどが短期間に感染し、欠勤者や死亡者が多発することは今のところ想定されない。
- こうしたことを踏まえれば、特定の医療従事者、高齢者及び基礎疾患を有する者へのワクチンの接種を優先すべきであり、社会機能維持者に対する特定接種を行うことについては現段階では優先的な課題とはならないのではないかと考えられる。

(実施体制)

- 実施体制の構築については、現場が混乱しないよう、簡素かつ効率的な体制整備を進めていくべきである。
- ワクチンの接種の実施にあたっては、各地域の実情に踏まえつつ、地方自治体や医療機関、都道府県医師会・市区医師会が十分に連携をした上で実施していく必要がある。また、地方自治体の負担が生じないよう、円滑な実施に向けて政府における財政措置をすべきである。
- また、ワクチン製剤の品質の確保体制を十分に確保すべきである。

ワクチンの接種の実施の検討に当たり考慮すべき事項

(国民からの意見)

- わが国では、ワクチンの効果と副反応の関係については、長い間、国民に理解を求める努力をしてきたが、副反応への懸念が諸外国に比べて強く、ワクチンがなかなか普及しなかった歴史がある。
- 従って、国民が納得できるような、十分な対話を行っていくべきである。
- 国民からのワクチン開発への期待は極めて高いが、開発が進むにつれ、特定の社名や製品が話題に上りやすくなり、様々な誤解を与える情報の発生につながりやすい。国民がワクチンに対して抱く懸念や誤解されやすい点を調査や対話を通じて理解し、よりよいリスクコミュニケーションにつなげる仕組みを設けるべきである。現時点から、継続的にワクチンのリスクとベネフィットや供給体制の考え方を周知する取り組みが必要である。
- 優先順位の決定については、ワクチンの確保の状況なども踏まえて、政府が行うべき事項ではあるが、その決定にあたっては、科学的に明らかとなったことと共に科学的には未だ不明な点も含めて国民への丁寧な情報発信を行いつつ、パブリックコメント等を通じた国民からの意見も十分に踏まえて、検討を行うことが必要である。
- 仮に感染予防効果の高いワクチンの開発に成功した場合には、感染による重症化リスクが相対的に低い若年者の接種状況がまん延を防ぐためには重要になるとも考えられることから、各世代に向けた十分な情報の発信が必要である。

(その他)

- これからも、新しい科学的知見が出てきた場合には、必要に応じ、十分な議論を行う必要がある。

ワクチンにおいて想定される安全性及び有効性のシナリオのイメージ



感染予防効果、発症予防効果、重症化予防効果のそれぞれについての検討が必要。