

新型インフルエンザ等対策有識者会議 新型コロナウイルス感染症対策分科会 資料集

第 18 回（2020 年 12 月 11 日）

目 次

1. 議事次第	2
2. 直近の感染状況等	3
3. 全国・県別エピカーブ	13
4. 国内移動と感染リスク	39
5. 「緊急提言最近の感染状況を踏まえた、より一層の対策強化について」への対応状況について①	51
6. ワクチン接種について	67
7. 今後の感染の状況を踏まえた対応についての分科会から政府への提言（案）	103
8. 今後想定される感染状況と対策について	111
9. 忘年会・新年会・成人式等及び帰省についての提言（案）	119
10. 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策における緊急提言	127
11. 都道府県から寄せられている意見	132
12. 参考資料 1:直近の感染状況等	133
13. 参考資料 2:都道府県の医療提供体制等の状況	135
14. 新型コロナウイルス感染症対策本部（第 48 回）配布資料	137
15. 議事録	187

新型コロナウイルス感染症対策分科会（第18回）

日時：令和2年12月11日（金）
9時15分～11時45分
場所：合同庁舎8号館1階 講堂

議 事 次 第

1. 議 事

- (1) 最近の感染状況等について
- (2) ワクチン接種について
- (3) 感染状況等を踏まえた今後の対応等
- (4) その他

(配布資料)

- | | | |
|-------|---|--------------|
| 資料1 | 直近の感染状況の評価等 | (構成員提出資料) |
| 資料2-1 | 全国・県別エピカーブ | (構成員提出資料) |
| -2 | 国内移動と感染リスク | (構成員提出資料) |
| -3 | (参考資料) 北海道・大阪府への人的支援 | (内閣官房) |
| 資料3-1 | 『緊急提言 最近の感染状況を踏まえた、より一層の対策強化について』への対応状況について | (厚生労働省) |
| -2 | 成田空港への入国者の自宅待機場所までの移動手段の確保について | (国土交通省) |
| 資料4-1 | ワクチン接種について | (内閣官房・厚生労働省) |
| -2 | (参考資料) 新型コロナウイルス感染症に係るワクチンの接種について(中間とりまとめ) | (内閣官房・厚生労働省) |
| 資料5-1 | 今後の感染の状況を踏まえた対応についての分科会から政府への提言(案) | (構成員提出資料) |
| -2 | (参考資料) 今後想定される感染状況と対策について(令和2年8月7日(金)) | (分科会) |
| 資料6 | 忘年会・新年会・成人式等及び帰省についての提言(案) | (構成員提出資料) |
| 資料7 | 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)対策における緊急提言 | (構成員提出資料) |
| 資料8 | 都道府県から寄せられている意見 | (構成員提出資料) |
| 参考資料1 | 直近の感染状況等 | |
| 参考資料2 | 都道府県の医療提供体制等の状況 | |
| 参考資料3 | 新型コロナウイルス感染症対策本部(48回)配布資料 | |

<感染状況について>

- 新規感染者数は、過去最多の水準が続いており、引き続き最大限の警戒が必要な状況。特に、北海道や首都圏、関西圏、中部圏を中心に連日多数の新規感染者数の発生が続いている。また、これまで大きな感染が見られなかった地域で感染拡大の動きが見られている。気温の低下など感染増加の要因も強まると考えられる中、現在、感染拡大が生じていない地域でも感染の拡大が生じる可能性があり、警戒が必要。
実効再生産数：全国的には1をわずかに下回る水準となっている（11月22日時点）。北海道、東京、愛知などで1週間平均で1を超える水準となっている（11月24日時点）。
- 今般の感染拡大では新規感染者の規模が大きく、高齢者の絶対数も多くなっている。これに伴い、入院者数、重症者数の増加が続いており、医療提供体制及び公衆衛生体制への負荷が増大している。また、死亡者数も増加している。重症者数は、新規感染者の動きから遅れる傾向があり、重症者数の増加がしばらく続くおそれがあるが、既に多数の入院者・重症者等への対応を続けている医療提供体制には影響が生じている。一部地域では他地域や自衛隊からの看護師の応援が始まっている。また、例えば認知症や透析の必要がある方など入院調整に困難をきたす事例もあり、予定された手術や救急の受入等の制限、病床を確保するための転院などの事例も見られている。各地で新型コロナの診療と通常の医療との両立が困難な状況がみられることも続いている。
- 感染者の検知が難しい、見えにくいクラスターが感染拡大の一因となっていることが考えられる。20-50才台の社会活動が活発な世代で移動歴のある人による2次感染がその他の世代と比べ多くなっており、こうした世代では感染しても無症状あるいは軽症のことが多いため、本人が意識しないまま感染拡大につながっていることも想定され、それが、医療機関や高齢者施設等での感染に繋がっていると考えられる。

【感染拡大地域の動向】

- ①北海道 新規感染者数は減少傾向であるが、引き続き多くの感染者が発生しており、札幌市を中心に医療体制が厳しい状況。旭川市でも院内感染が継続し、施設内感染も発生し、市中での感染もあり、厳しい状況が続いている。
- ②首都圏 東京都内全域で多くの感染者の発生が継続しており、減少傾向が見られず、医療体制は非常に厳しい状況。感染経路不明割合は約6割。首都圏全体でも、埼玉、神奈川、千葉でも感染が継続しており、医療体制が厳しい状況。特に埼玉は減少傾向が見られない。
- ③関西圏 大阪では大阪市を中心に新規感染者の発生が継続。重症者数の増加も継続し、医療体制の厳しさが増大。院内感染と市中感染が継続。感染経路不明割合は約6割。兵庫でも感染が拡大。医療体制が厳しい状況。京都では更なる増加傾向が見られる。
- ④中部圏 名古屋市とその周辺で感染が拡大。感染経路不明割合は約5割。医療機関での対応も厳しさが増大。また、静岡でも、接待を伴う飲食店等でクラスターが発生し、感染が継続。岐阜でも感染が拡大。
- ⑤沖縄県 接待を伴う飲食店などでクラスターが発生し、感染が継続。感染経路不明割合は約5割。医療体制が厳しくなりつつある。

直近の感染状況の評価等

<今後の対応について>

- 感染が拡大している地域では、医療資源を重症化するリスクのある者等に重点化していくために、医師が入院の必要がないと判断した無症状病原体保有者や軽症者については、介護が必要な高齢者も含めて、宿泊療養及び自宅療養の体制を整備することも検討が必要である。また、自治体のニーズに応じて、保健所への保健師等の派遣や自治体間の入院調整支援、医療体制が逼迫している地域への看護師などの医療スタッフ派遣、特に重症者が多くなる地域に対して関係学会と連携した専門医派遣等の支援を行うことが必要。
- 一方、これまで大きな感染が見られなかった地域でも感染の発生が見られており、特に比較的医療提供体制が弱い地域ではその体制が急速に悪化し、感染が急拡大する可能性があり、また、年末年始に感染が増加することで、医療提供体制全体の危機を招く可能性もある。このため、現時点では大きな感染が見られない地域でも、どこにでも急速な感染拡大が起こりうるという危機感を持って、宿泊療養施設を含め医療提供体制の準備・確保等を直ちに進める必要がある。
- 感染が拡大した中で年末年始を迎えることは、厳しい医療提供体制の中で、更なる感染拡大にも繋がる可能性もあり、都道府県知事のリーダーシップの下、感染状況を踏まえた適切な対策の速やかな実施や対策の準備を進めて行くことが求められる。また、市民の皆様にも新年会や忘年会、帰省などで感染拡大を起こさず、静かな年末年始を過ごしていただくなどの協力が必要であり、そのためのメッセージを発信していくことが求められる。
- 併せて、20-50才台の社会活動が活発な世代で移動歴のある人による2次感染がその他の世代と比べ多くなっており、特に若年層や働き盛りの世代などに対し様々なチャネルを活用することで、移動や飲食の場面も含むマスクの徹底など実際の行動変容につなげることが必要。
- これまで分科会から政府への提言を踏まえた対策が国と自治体の連携の下、実行されているが、早期に取り組んだ地域で一定の効果をあげているものの、全体として必ずしも新規感染者数を減少させることに成功しているとは言い難い。感染拡大を抑止できない状況が続けば、新型コロナウイルス感染症対策を含めた公衆衛生体制や医療提供体制全体の危機を招く可能性がある。医療提供体制が相対的に弱くなる年末年始が近づいており、緊張感を持って対応することが求められる。12月中旬を目途に感染拡大が沈静化に向かうかどうかを評価し、今後の更なる施策について早急に検討する必要がある。

直近の感染状況等

○新規感染者数の動向(対人口10万人(人))

・新規感染者数は、過去最多の水準が続いており、引き続き最大限の警戒が必要な状況。

	11/19~11/25	11/26~12/2	12/3~12/9
全国	11.24人(14,186人) ↑	12.36人(15,591人) ↑	12.61人(15,911人) ↑
東京	20.74人(2,887人) ↑	23.08人(3,213人) ↑	22.38人(3,116人) ↓
神奈川	11.58人(1,065人) ↑	14.08人(1,295人) ↑	12.75人(1,173人) ↓
愛知	15.33人(1,158人) ↑	17.58人(1,328人) ↑	17.93人(1,354人) ↑
大阪	27.49人(2,422人) ↑	29.06人(2,560人) ↑	27.27人(2,402人) ↓
北海道	31.49人(1,653人) ↑	28.29人(1,485人) ↓	25.01人(1,313人) ↓
福岡	3.35人(171人) ↑	6.07人(310人) ↑	7.11人(363人) ↑
沖縄	15.55人(226人) ↓	23.47人(341人) ↑	17.83人(259人) ↓

○入院患者数の動向(入院者数(対受入確保病床数))

・入院患者数は増加が続いている。受入確保病床に対する割合も上昇しており、一部地域では高水準となっている。

	11/18	11/25	12/2
全国	5,951人(22.1%) ↑	7,826人(28.9%) ↑	8,488人(31.1%) ↑
東京	1,312人(32.8%) ↑	1,611人(40.3%) ↑	1,698人(42.5%) ↑
神奈川	410人(21.1%) ↑	434人(22.4%) ↑	452人(23.3%) ↑
愛知	286人(33.3%) ↑	372人(43.3%) ↑	382人(42.6%) ↑
大阪	571人(40.6%) ↑	767人(54.6%) ↑	799人(55.8%) ↑
北海道	693人(38.3%) ↑	845人(46.7%) ↑	935人(51.6%) ↑
福岡	47人(8.5%) ↓	80人(14.5%) ↑	124人(22.5%) ↑
沖縄	153人(35.3%) ↓	180人(41.6%) ↑	212人(47.4%) ↑

○検査体制の動向(検査数、陽性者割合)

・直近の検査件数に対する陽性者の割合は6.1%であり、前週と比べ低下している。

※ 過去最高は緊急事態宣言時(4/6~4/12)の8.8%。7,8月の感染者増加時では、7/27~8/2に6.7%であった。

	11/16~11/22	11/23~11/29	11/30~12/6
検査件数	235,426件 ↑	225,194件 ↓	252,511件 ↑
陽性者割合	6.1% ↑	6.4% ↑	6.1% ↓
検査件数	53,648件 ↑	49,873件 ↓	54,125件 ↑
陽性者割合	5.5% ↑	5.9% ↑	5.7% ↓
検査件数	20,886件 ↑	24,204件 ↑	22,751件 ↓
陽性者割合	5.7% ↑	4.7% ↓	5.1% ↑
検査件数	11,564件 ↑	11,500件 ↓	13,376件 ↑
陽性者割合	9.7% ↑	10.3% ↑	9.9% ↓
検査件数	24,930件 ↑	23,115件 ↓	25,506件 ↑
陽性者割合	8.9% ↓	10.2% ↑	9.8% ↓
検査件数	14,587件 ↑	7,691件 ↓	6,660件 ↓
陽性者割合	11.4% ↓	20.2% ↑	20.0% ↓
検査件数	8,075件 ↑	8,901件 ↑	10,901件 ↑
陽性者割合	2.0% ↑	2.9% ↑	2.4% ↓
検査件数	3,877件 ↑	3,477件 ↓	5,132件 ↑
陽性者割合	6.7% ↑	8.5% ↑	5.5% ↓

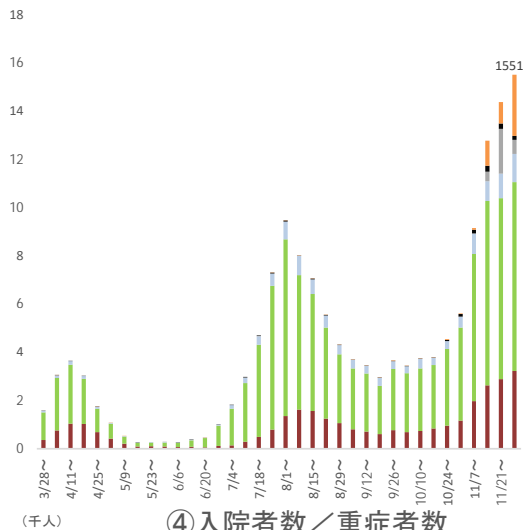
○重症者数の動向(入院者数(対受入確保病床数))

・入院患者数同様、増加が続いている。受入確保病床に対する割合も上昇が続き、一部地域では高水準となっている。

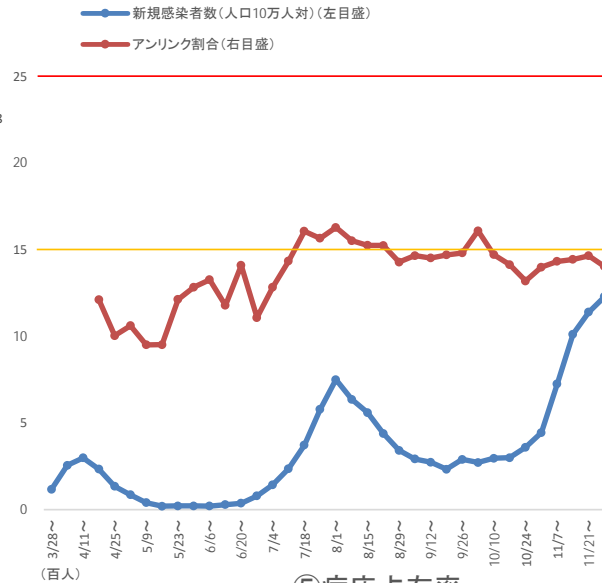
	11/18	11/25	12/2
重症者数	483人(13.9%) ↑	682人(19.6%) ↑	785人(22.0%) ↑
重症者割合	187人(37.4%) ↑	250人(50.0%) ↑	246人(49.2%) ↓
重症者数	35人(17.5%) ↑	44人(22.0%) ↑	60人(30.0%) ↑
重症者割合	15人(21.4%) →	16人(22.9%) ↑	30人(42.9%) ↑
重症者数	103人(28.1%) ↑	181人(49.5%) ↑	209人(57.1%) ↑
重症者割合	20人(11.0%) ↑	19人(10.4%) ↓	28人(15.4%) ↑
重症者数	3人(3.3%) ↓	3人(3.3%) →	6人(6.7%) ↑
重症者割合	14人(26.4%) →	21人(39.6%) ↑	26人(49.1%) ↑

※ 「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。重症者数については、8月14日公表分以前とは対象者の基準が異なる。↑は前週と比べ増加、↓は減少、→は同水準を意味する。

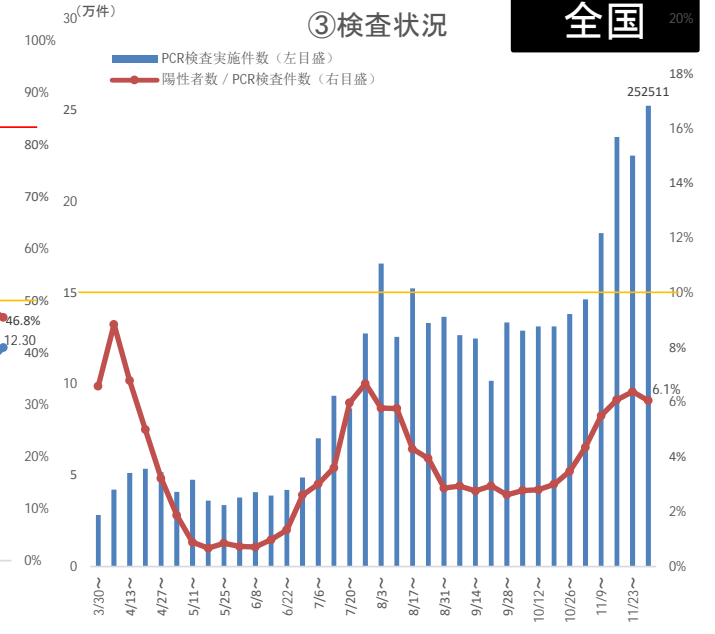
①新規感染者報告数



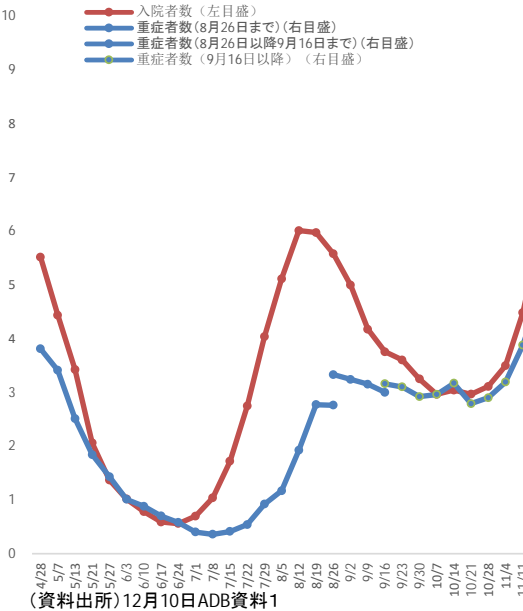
②新規感染者数(人口10万人対)／アンリンク割合



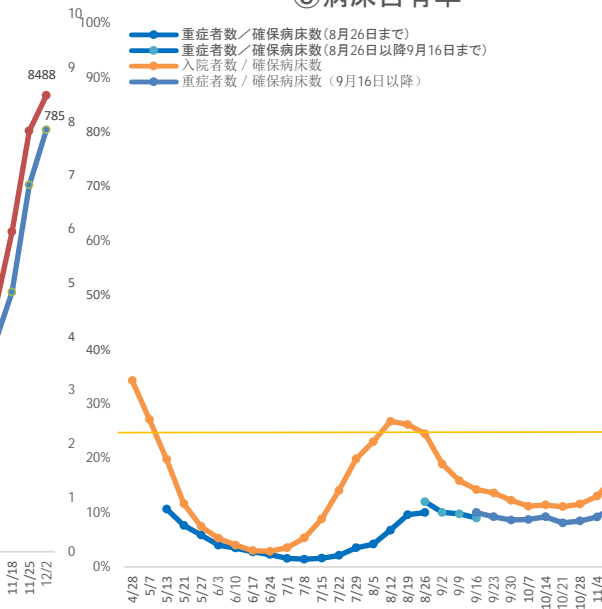
③検査状況



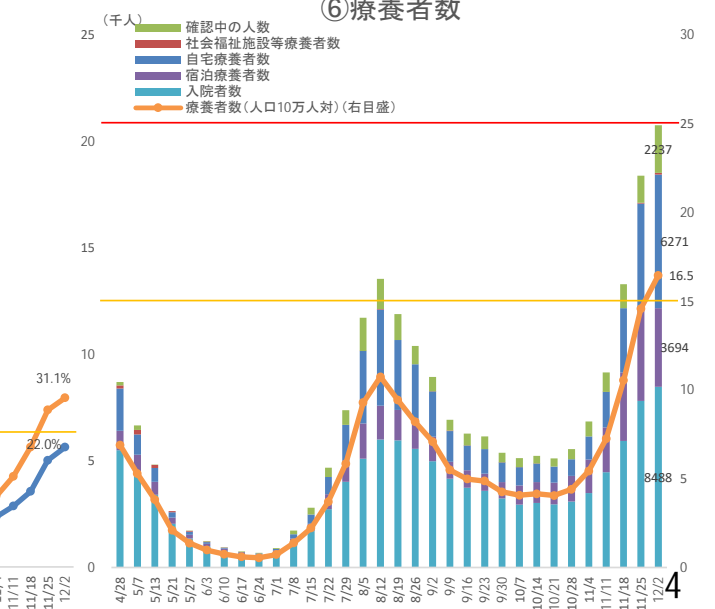
④入院者数／重症者数



⑤病床占有率

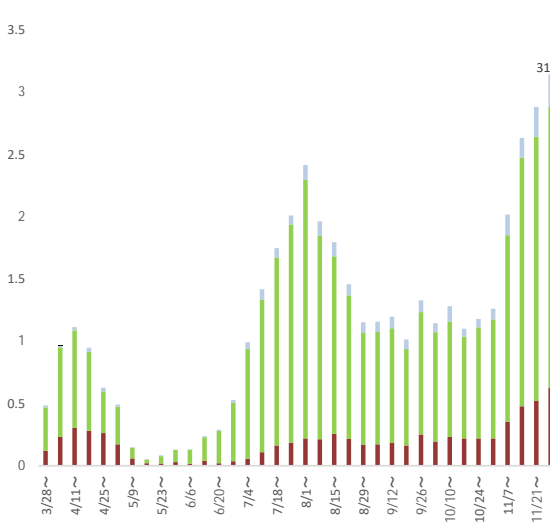


⑥療養者数

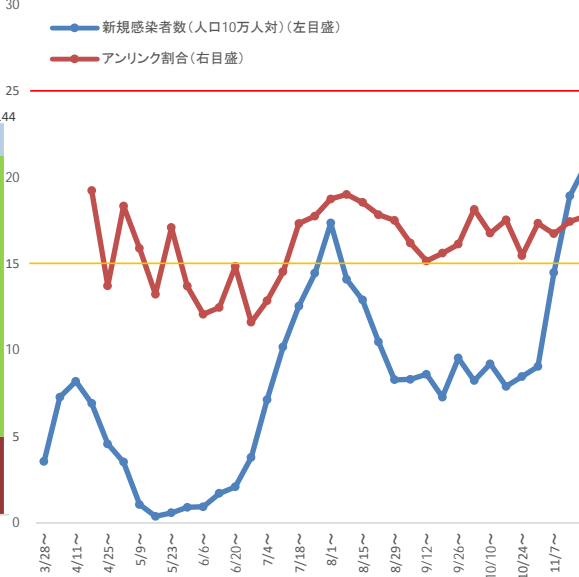


(資料出所) 12月10日ADB資料1

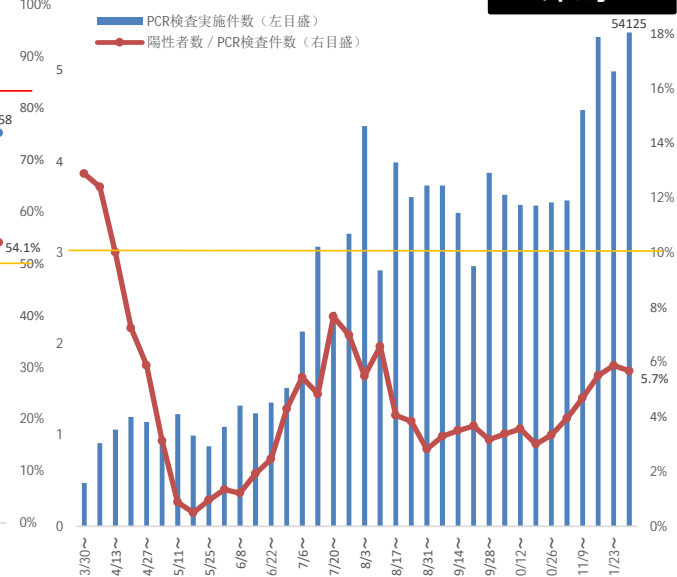
①新規感染者報告数



②新規感染者数(人口10万人対)／アンリンク割合

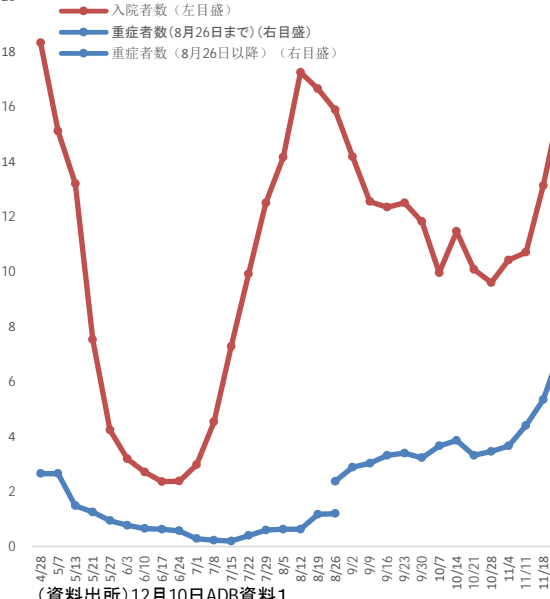


③検査状況

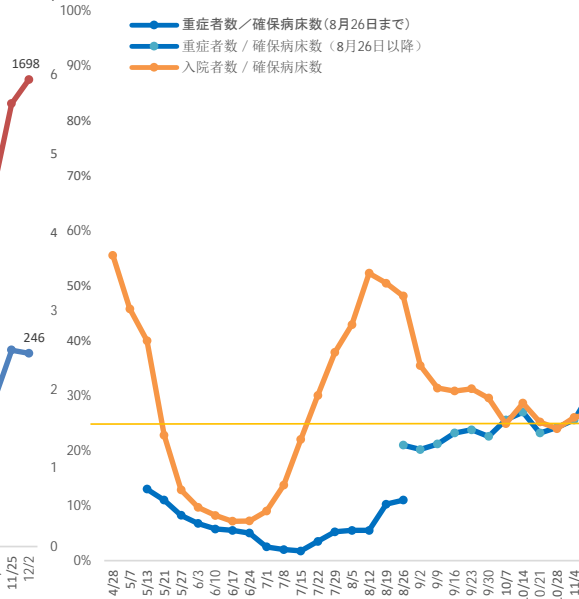


東京 20%

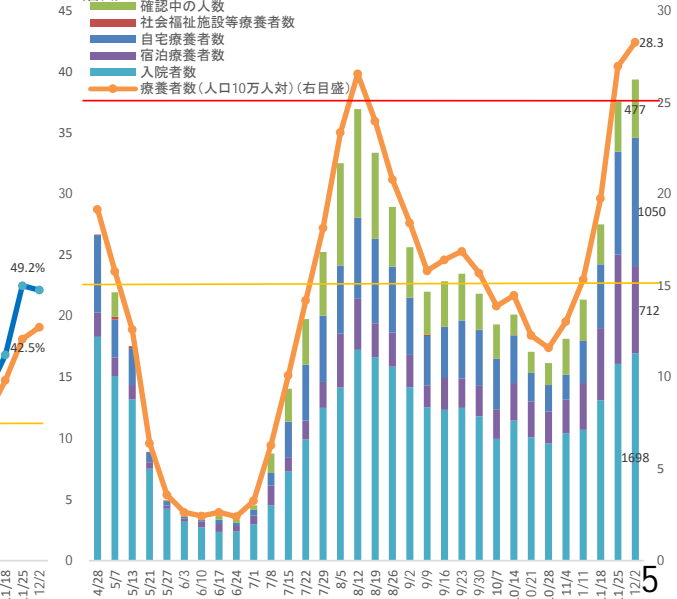
④入院者数／重症者数



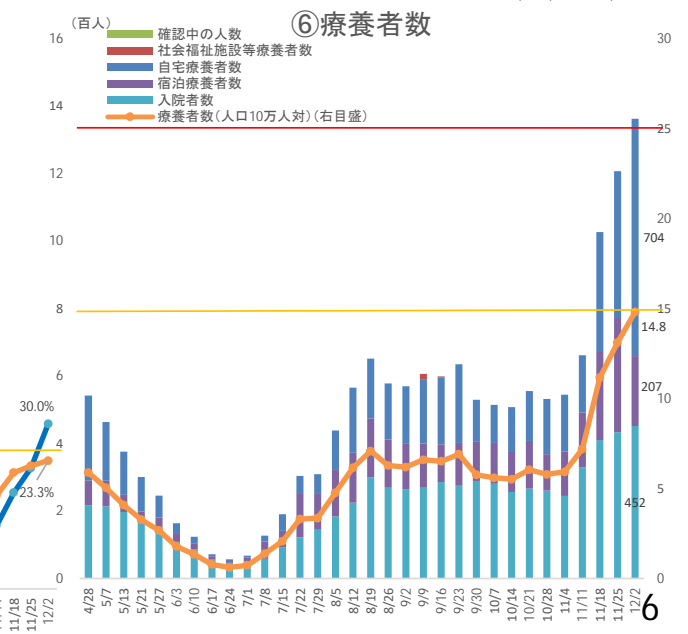
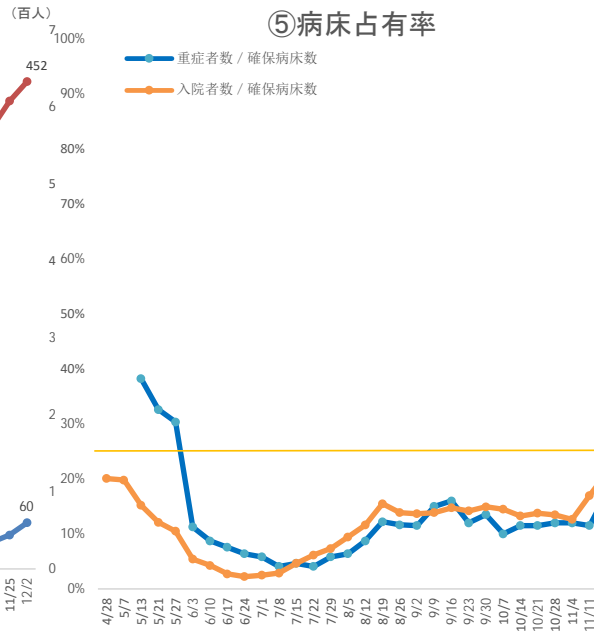
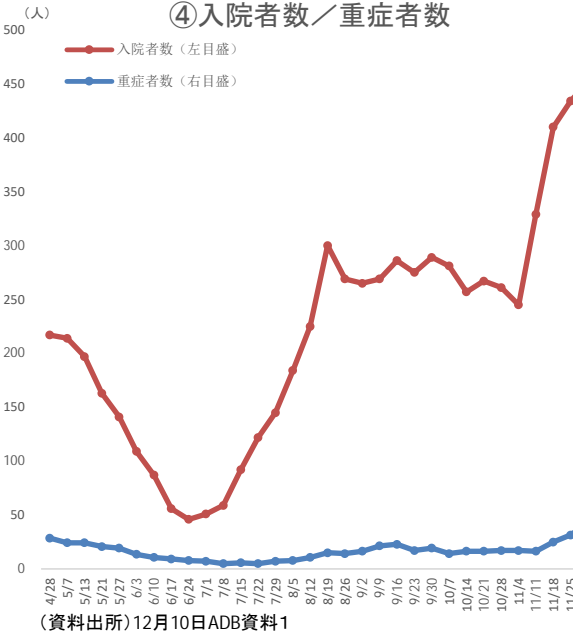
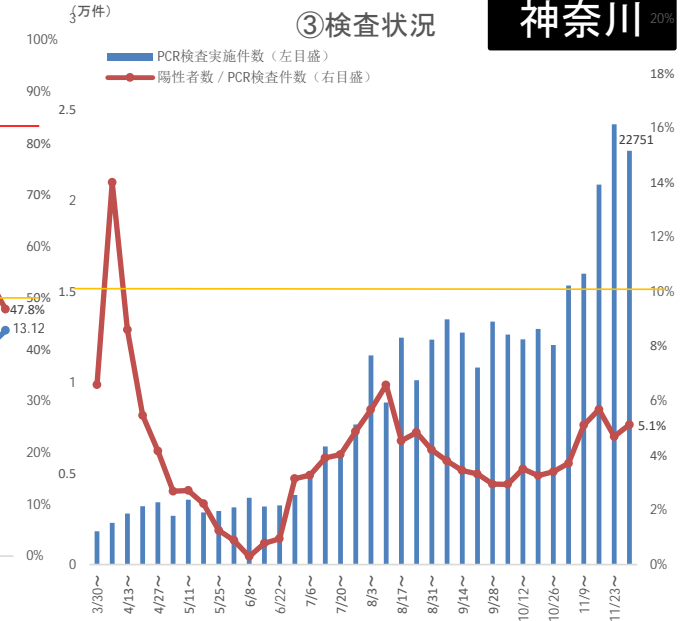
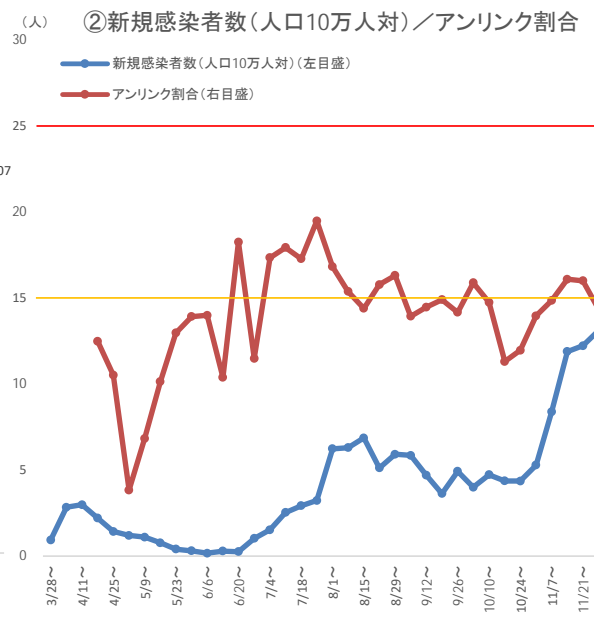
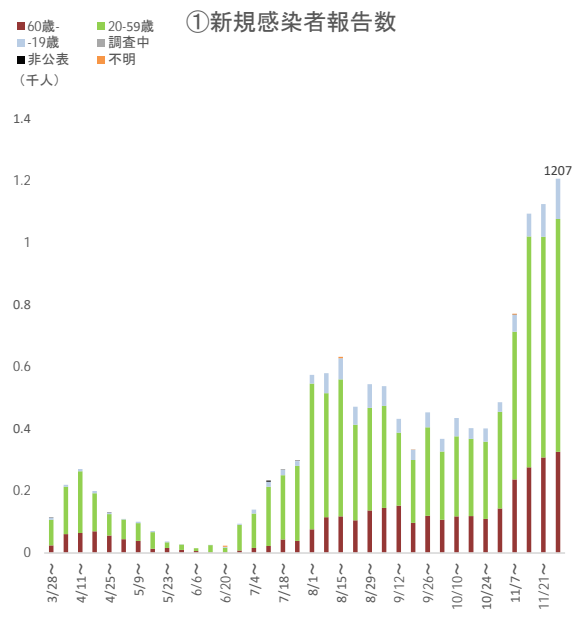
⑤病床占有率



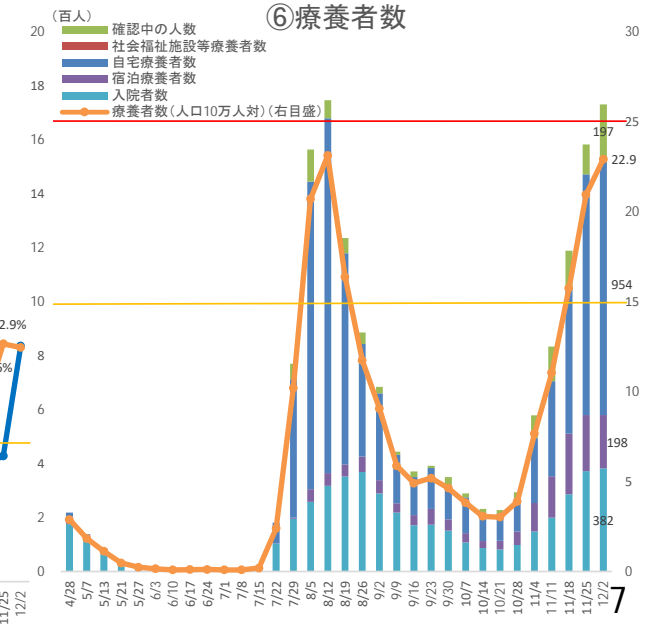
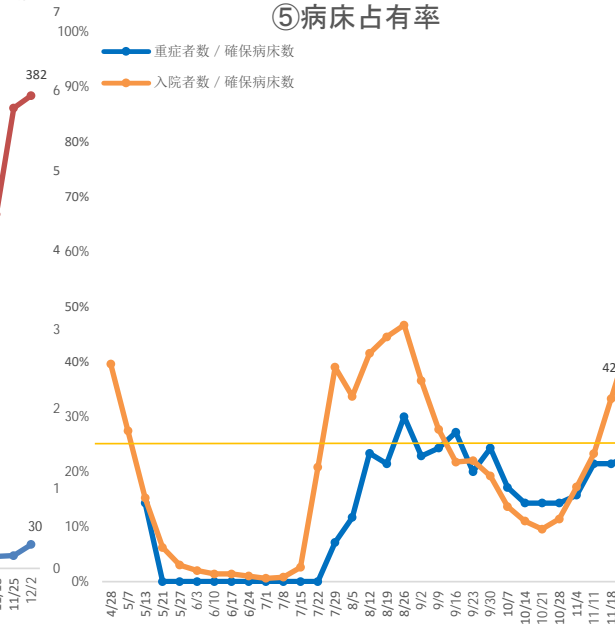
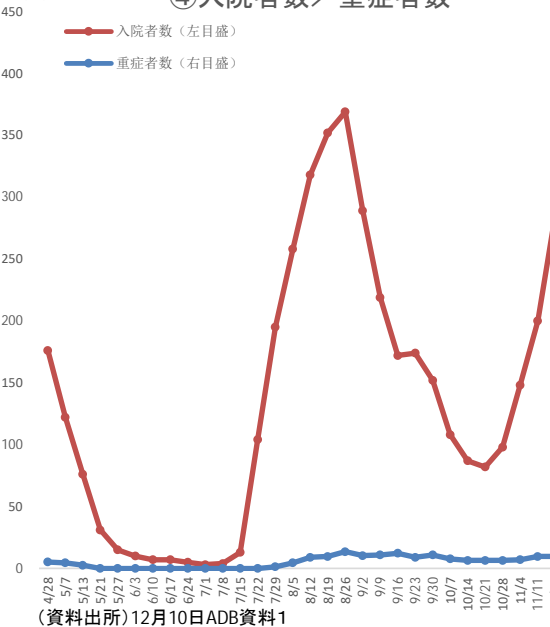
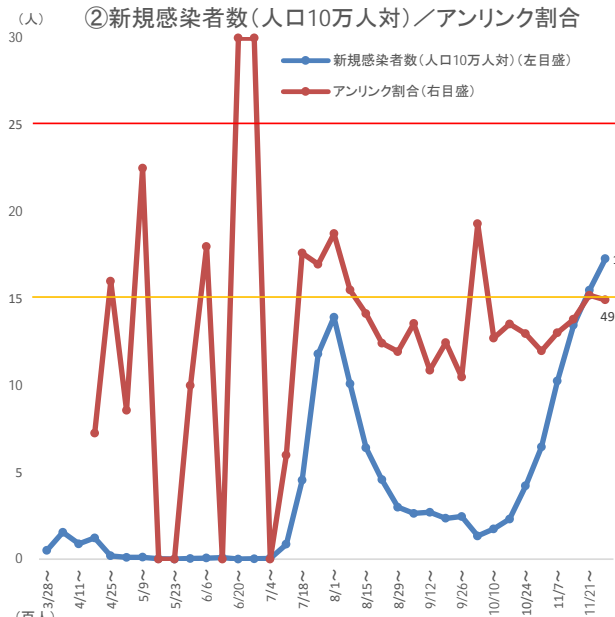
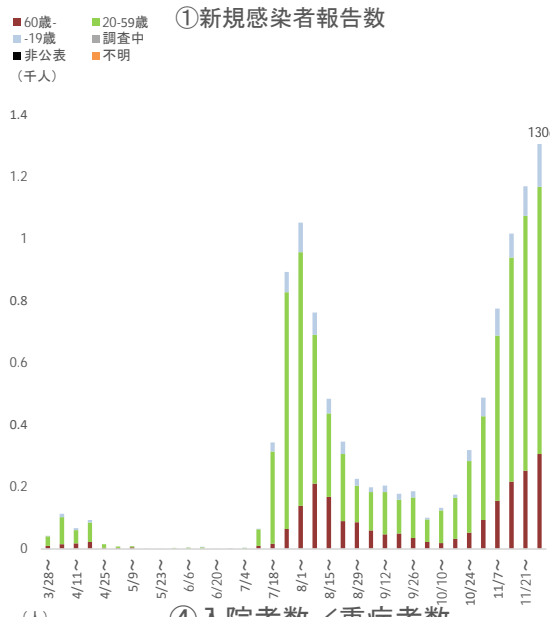
⑥療養者数



(資料出所)12月10日ADB資料1

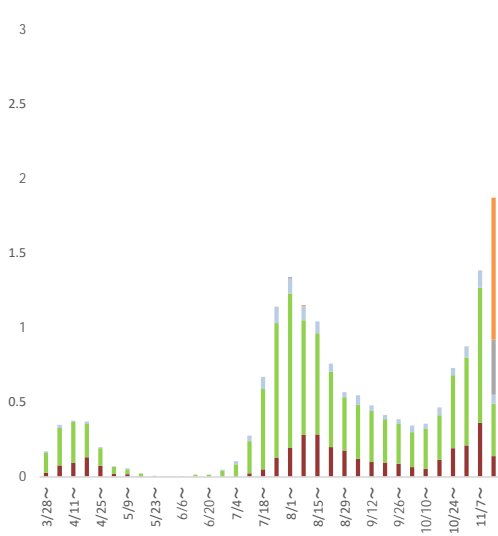


(資料出所)12月10日ADB資料1

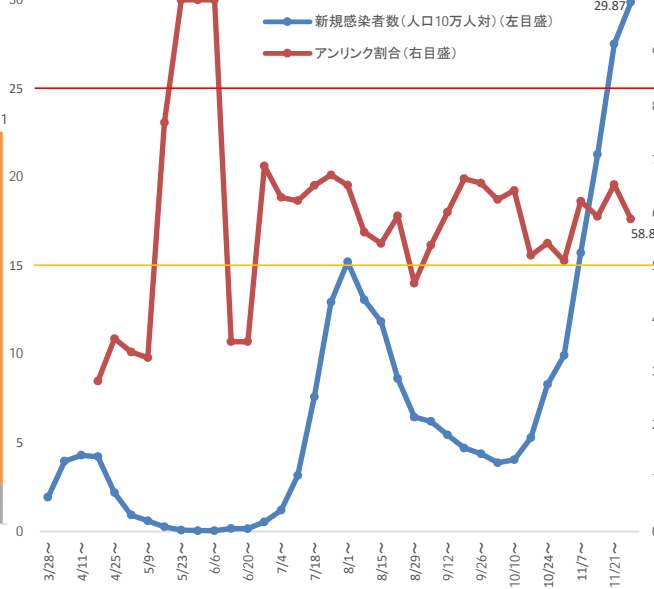


(資料出所)12月10日ADB資料1

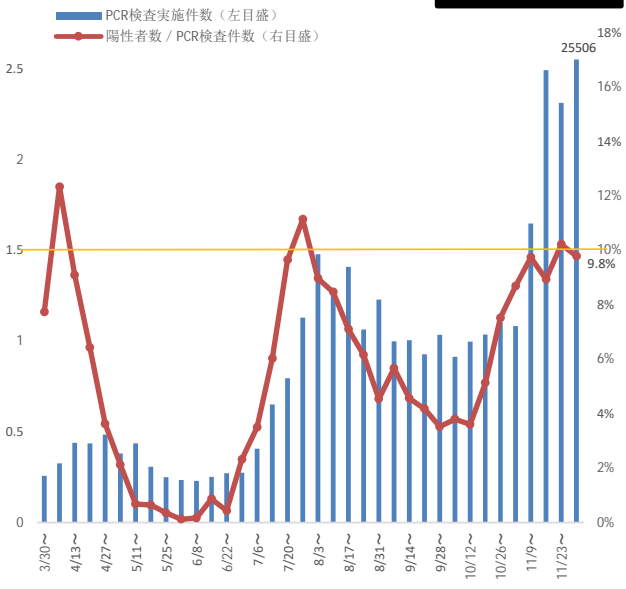
①新規感染者報告数



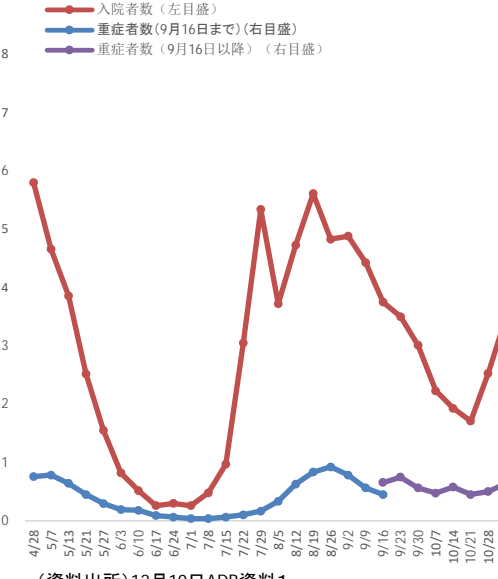
②新規感染者数(人口10万人対)／アリンク割合



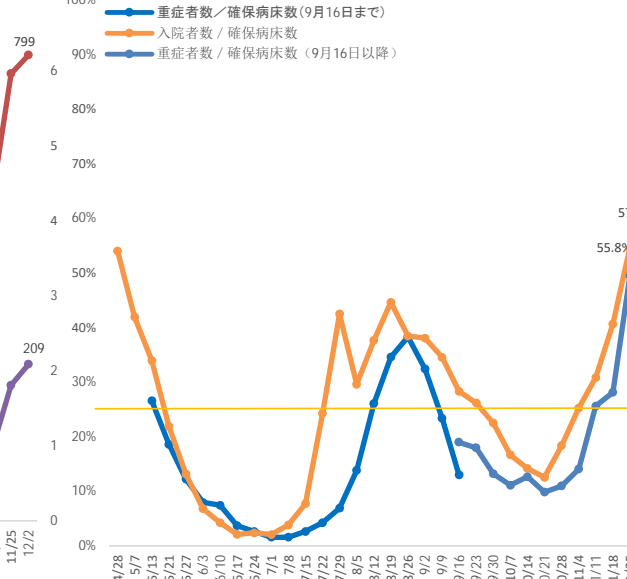
③検査状況



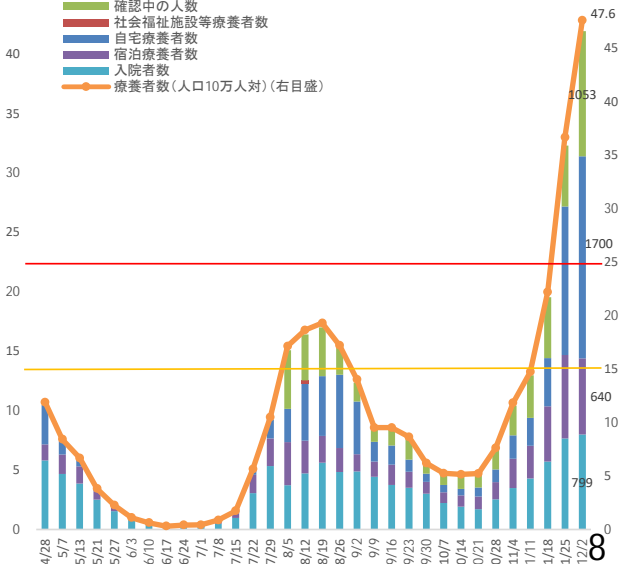
④入院者数／重症者数



⑤病床占有率

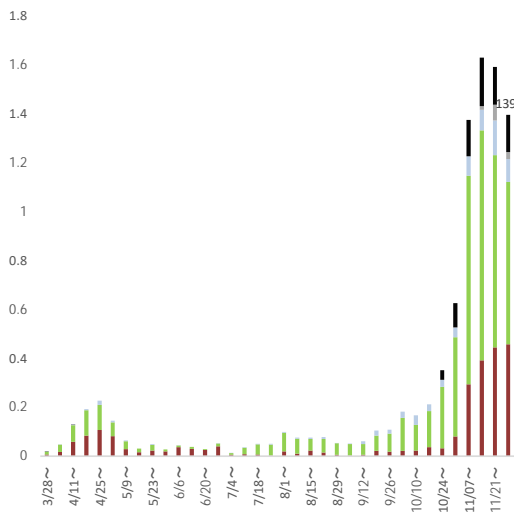


⑥療養者数

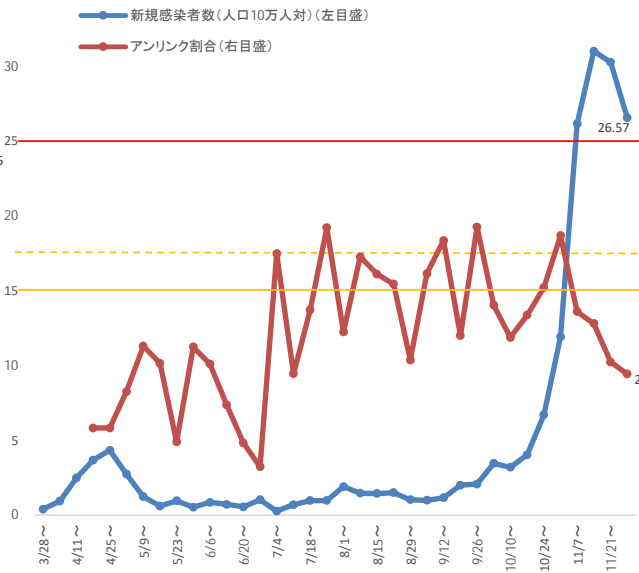


(資料出所)12月10日ADB資料1

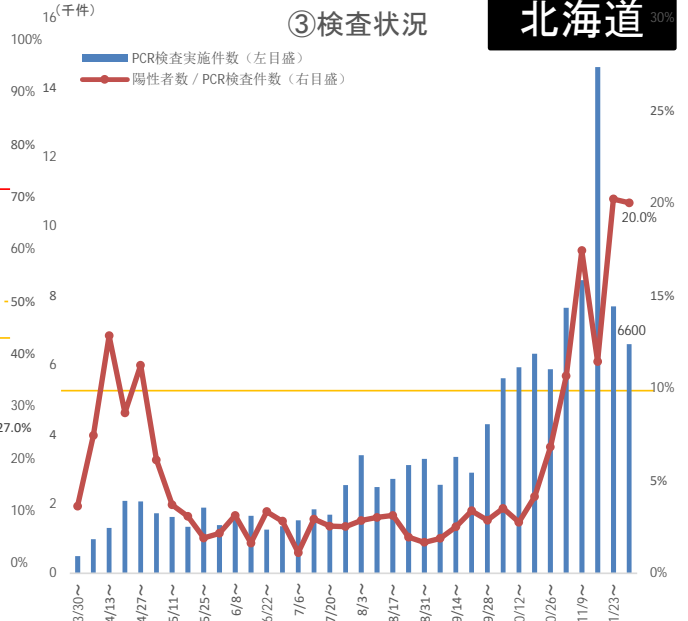
①新規感染者報告数



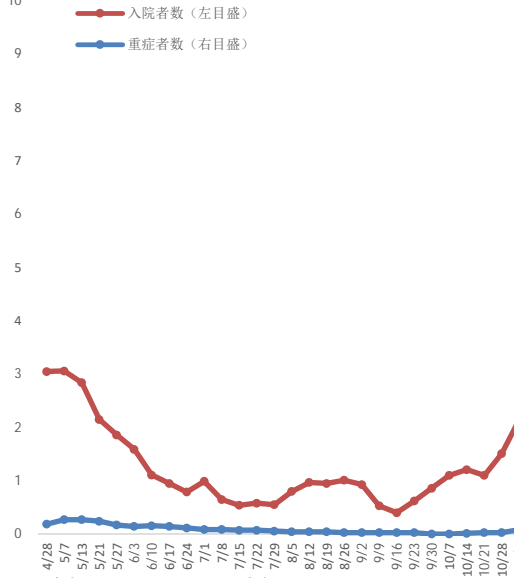
②新規感染者数(人口10万人対)／アンリンク割合



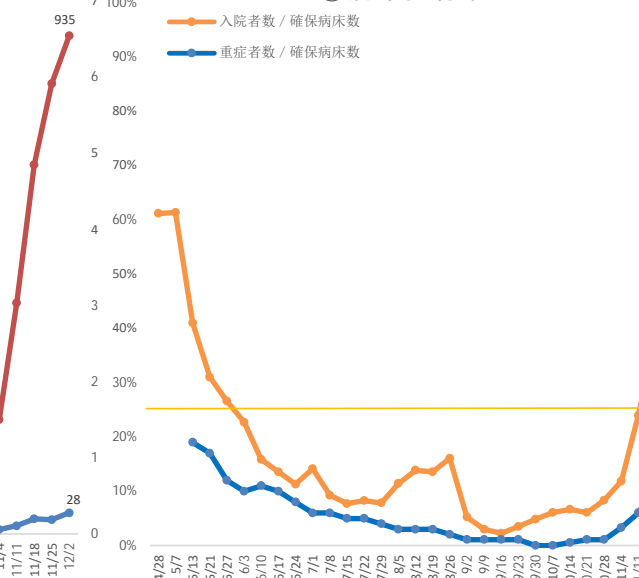
③検査状況



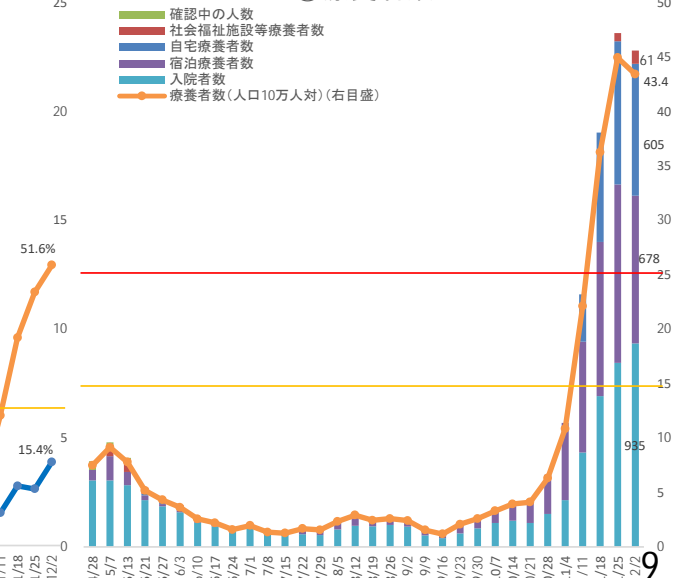
④入院者数／重症者数



⑤病床占有率

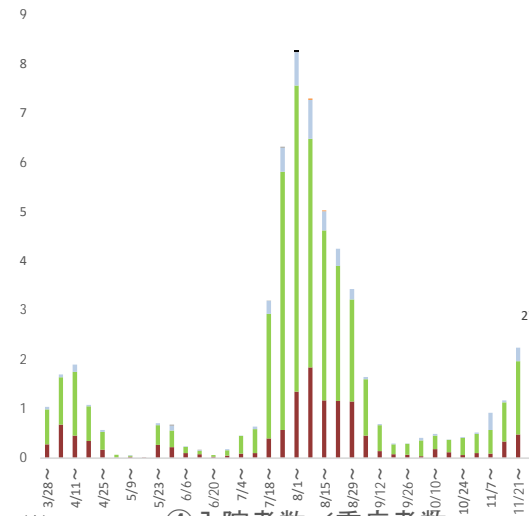


⑥療養者数

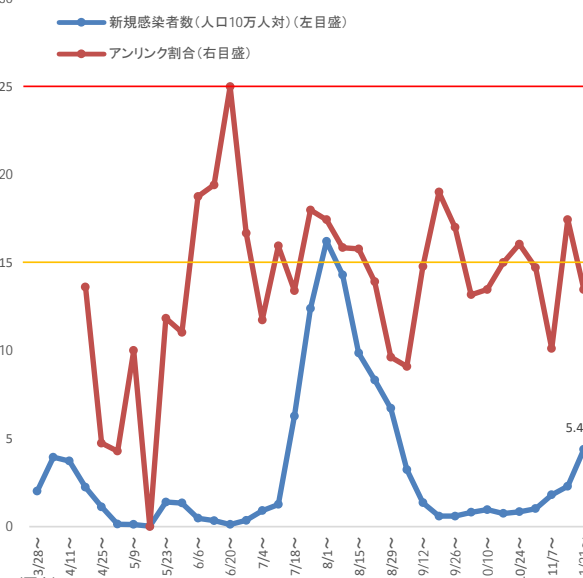


(資料出所)12月10日ADB資料1

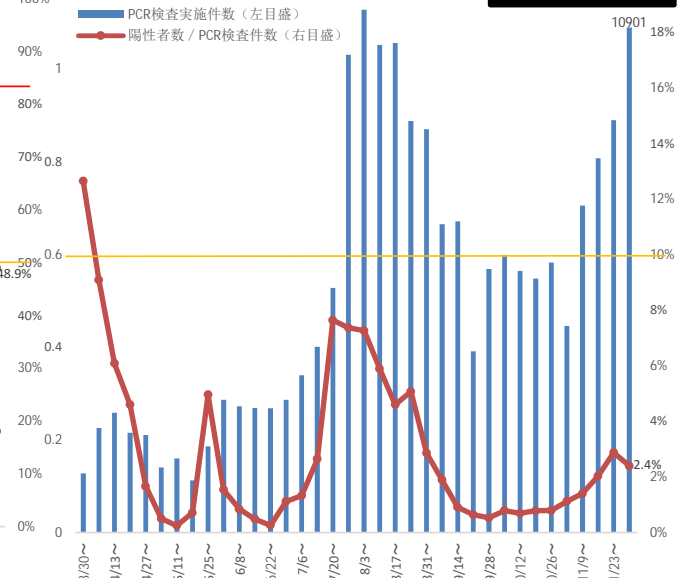
①新規感染者報告数



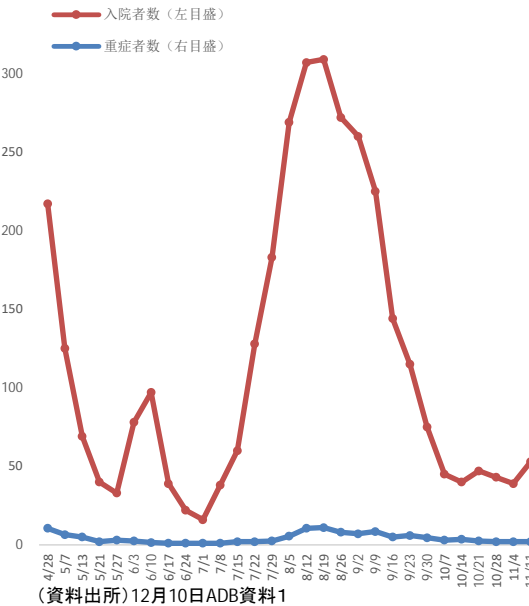
②新規感染者数(人口10万人対)／アンリンク割合



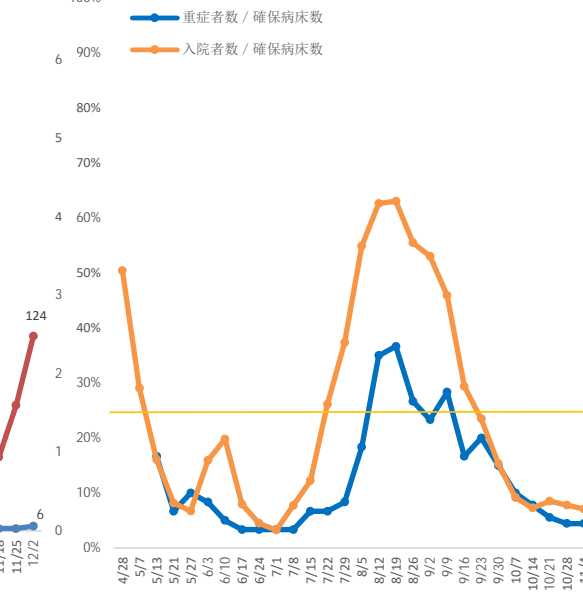
③検査状況



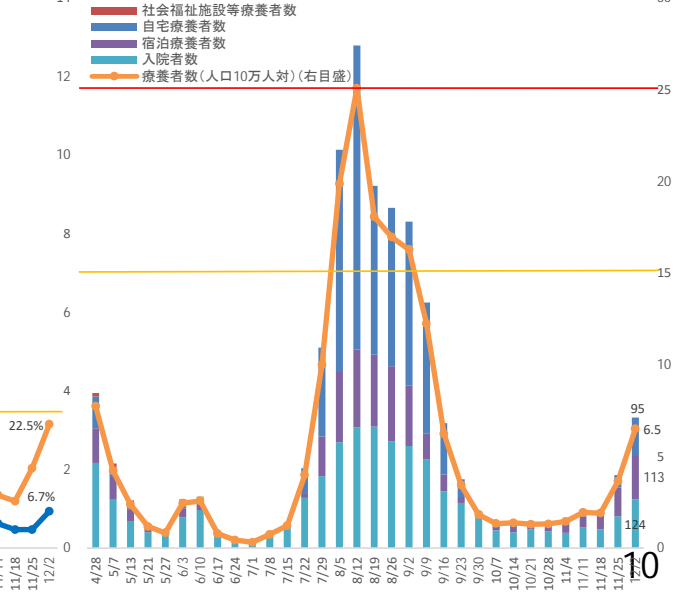
④入院者数／重症者数



⑤病床占有率



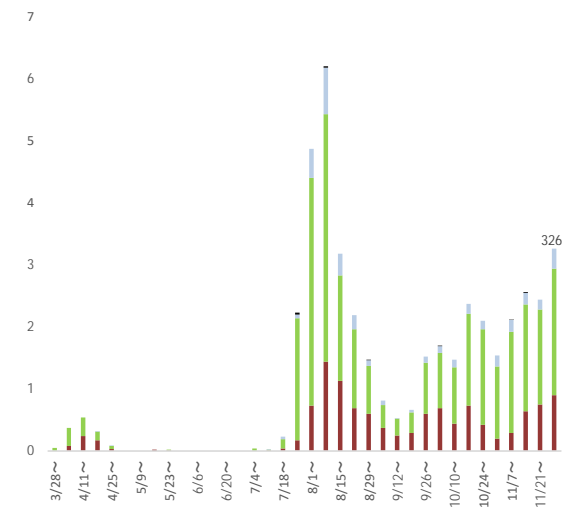
⑥療養者数



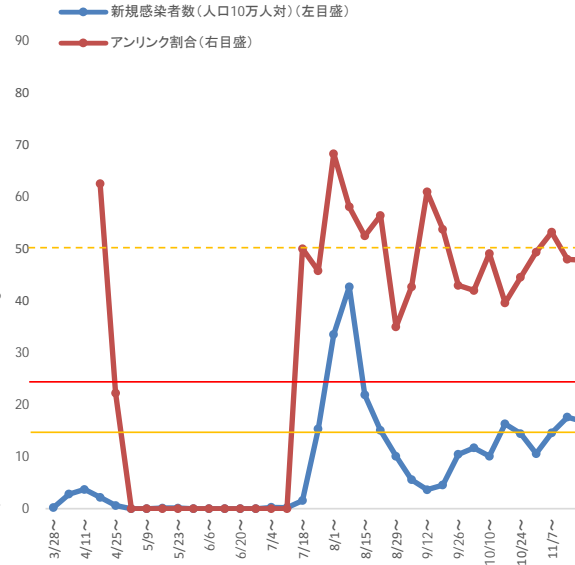
(資料出所)12月10日ADB資料1

■ 60歳-
■ 19歳
■ 調査中
■ 非公表
■ 不明

①新規感染者報告数



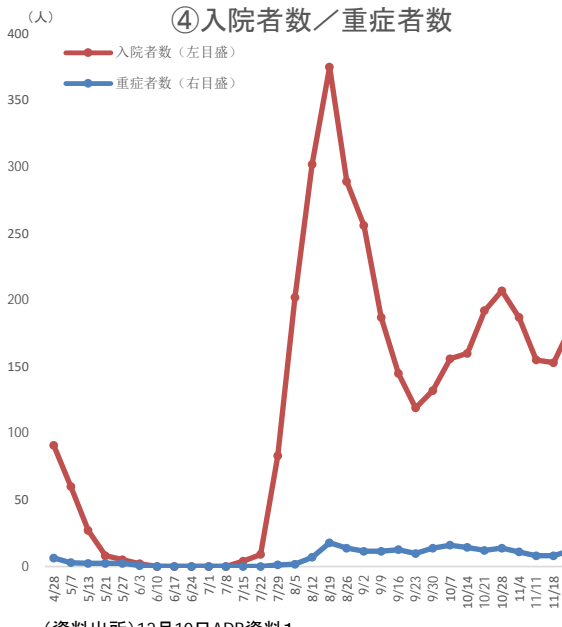
②新規感染者数(人口10万人対)／アンリンク割合



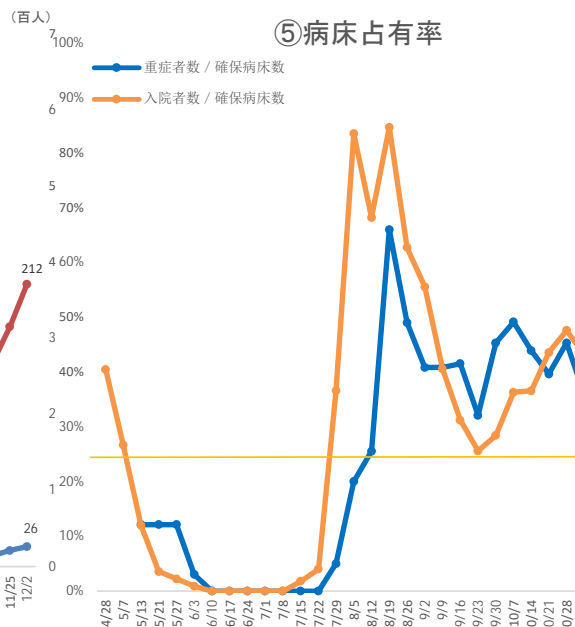
③検査状況



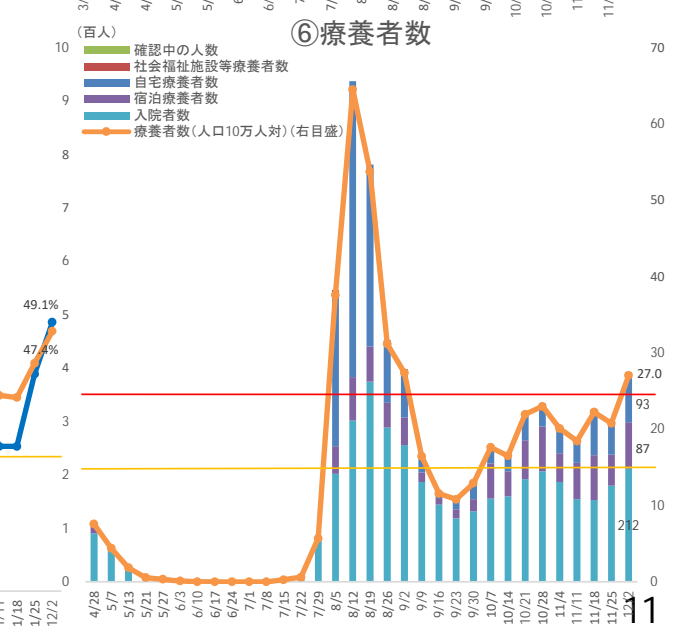
④入院者数／重症者数



⑤病床占有率



⑥療養者数



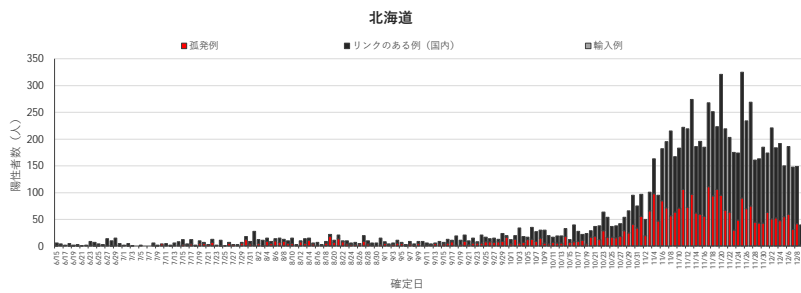
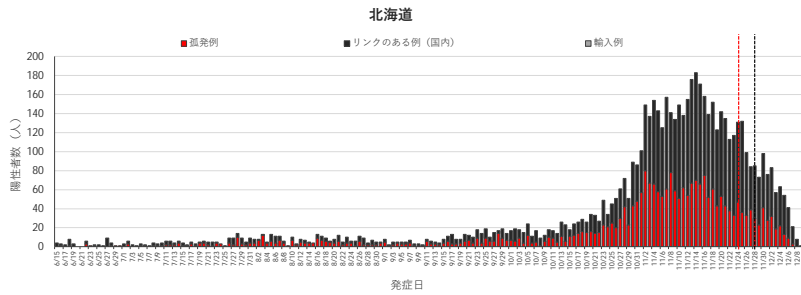
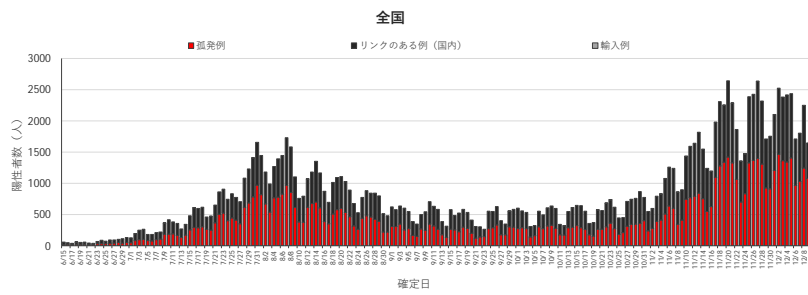
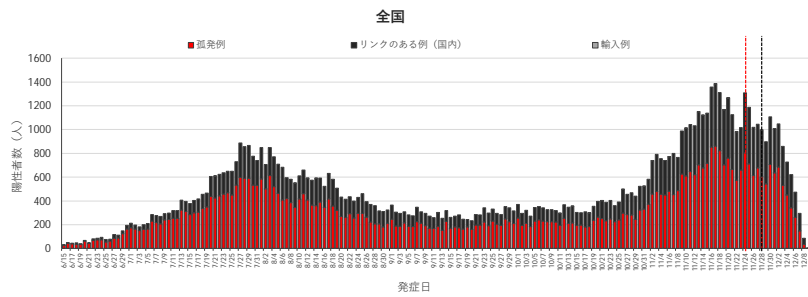
(資料出所)12月10日ADB資料1

全国・県別エピカーブ

1

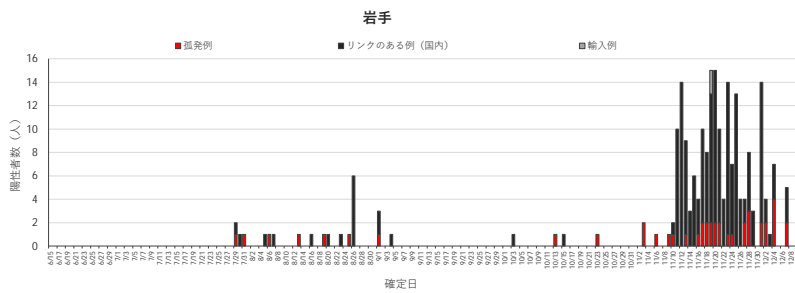
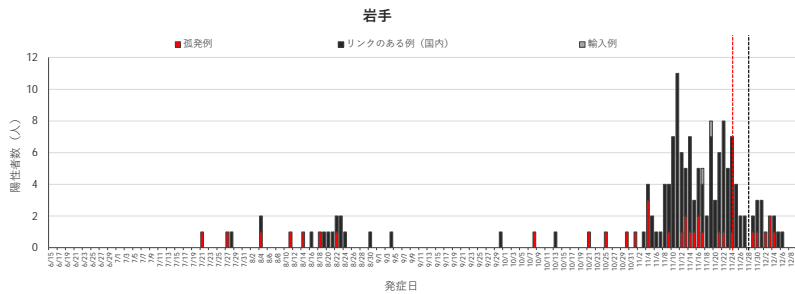
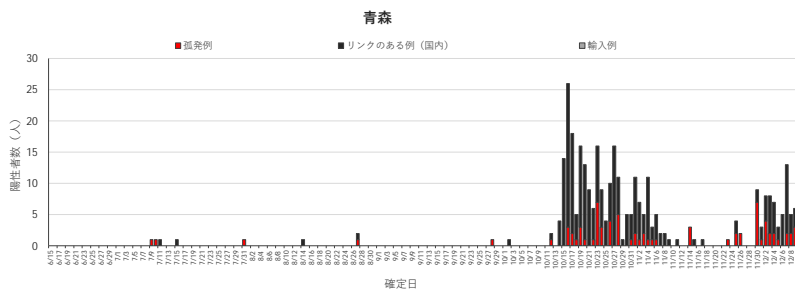
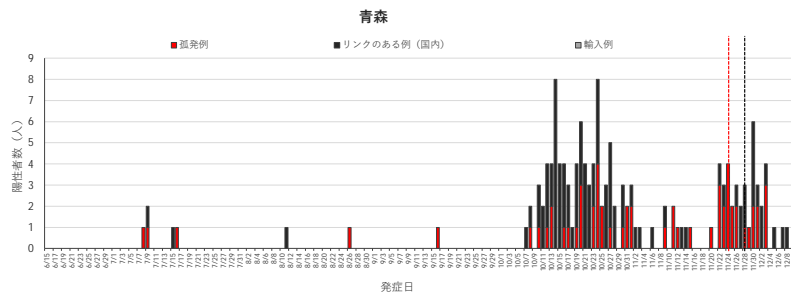
- データは自治体公開データに基づく
- 上段の図の赤線は14日前、黒線は11日前を示す
- 発症日不明または無症状例は上段の図に含まれない
- 確定日は「PCR陽性が判明した日」、それが不明な場合「自治体が発表した日」
- リンク不明の場合は「孤発例」としてカウント
- 後日になってリンクが判明すれば「リンクあり」として再集計
- 東京都の発症日に基づくエピカーブは全てリンクなしとしてカウント
- 大阪府症例は11月16日より発症日を公開していないために、全国の発症日エピカーブから大阪のデータは含んでいない

2



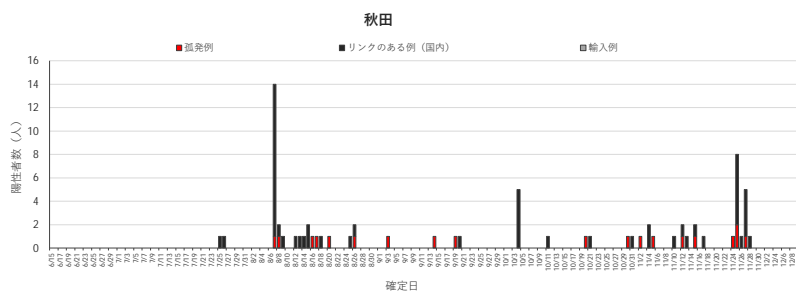
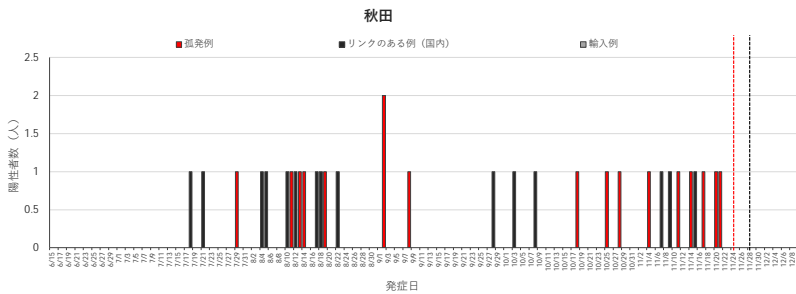
3

4



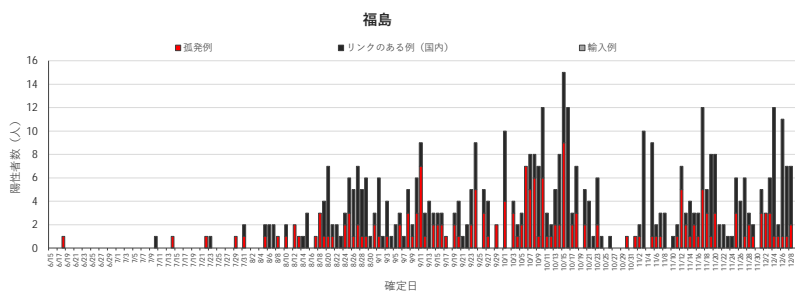
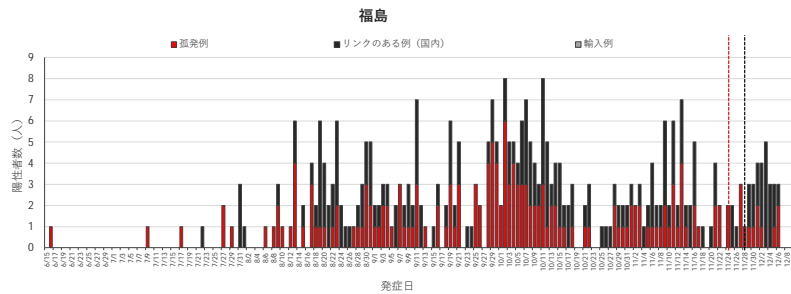
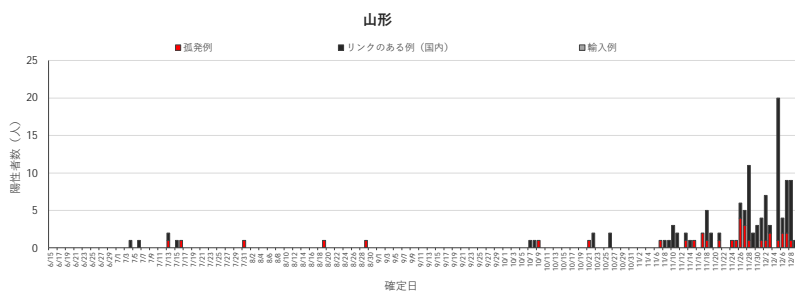
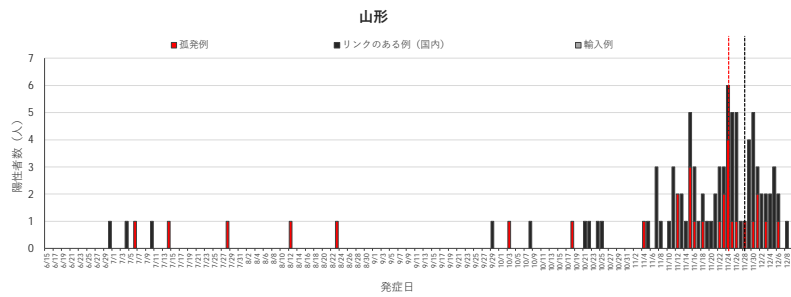
5

6



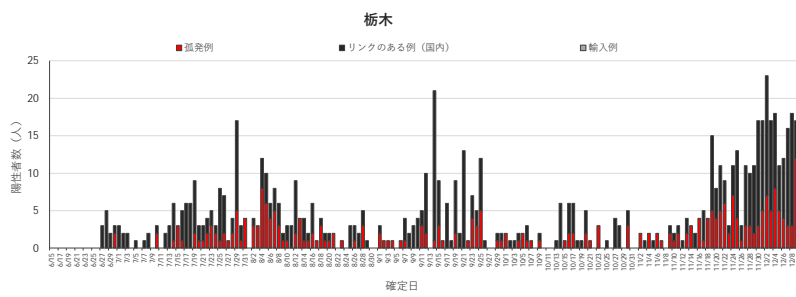
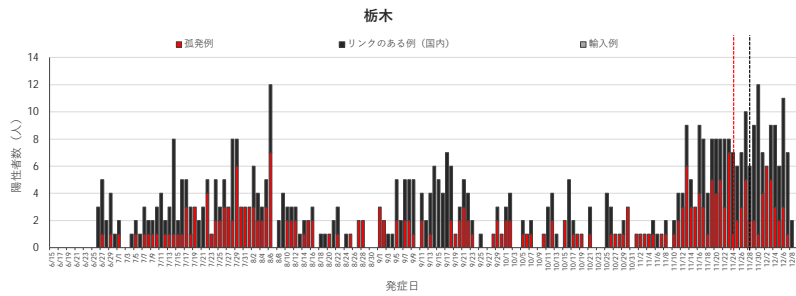
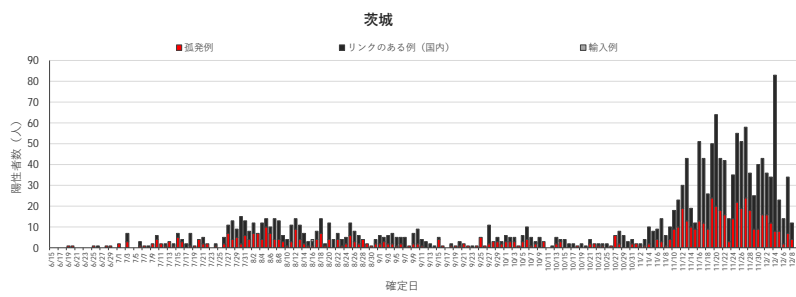
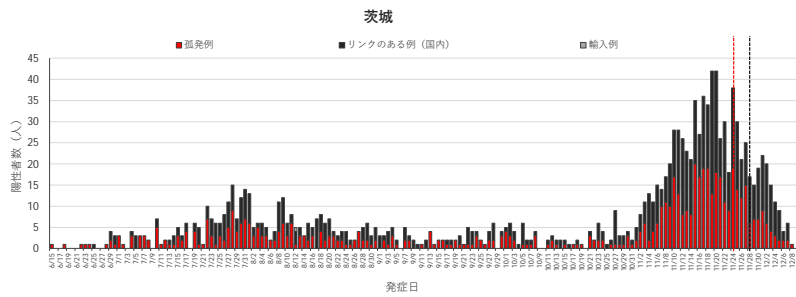
7

8



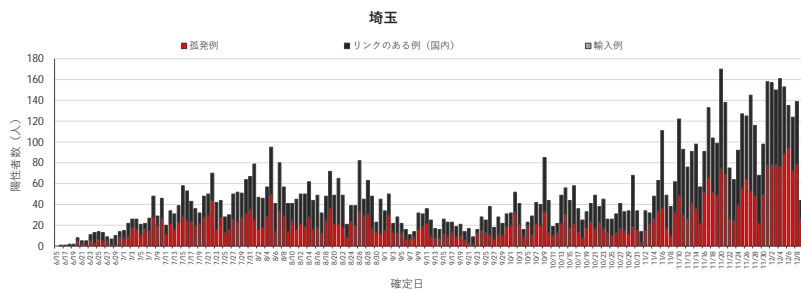
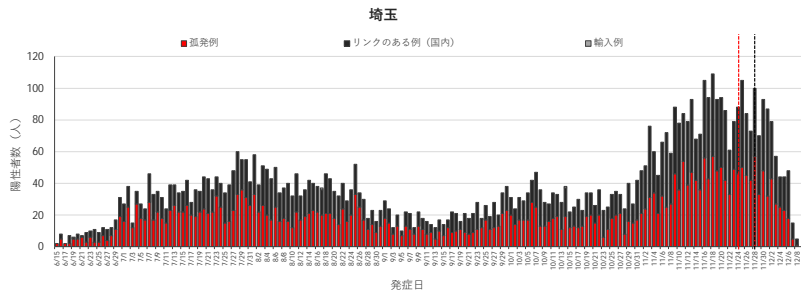
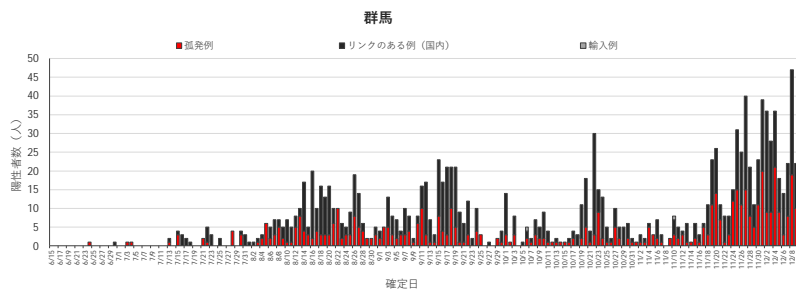
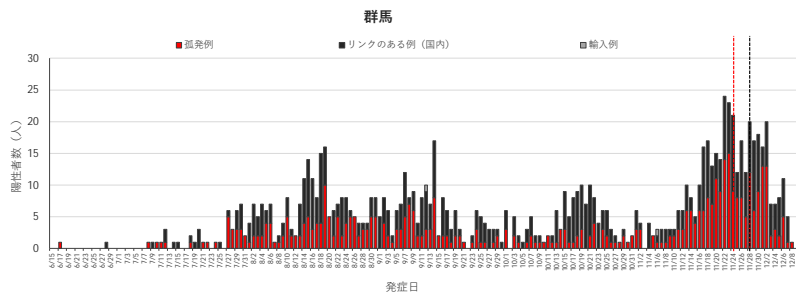
9

10



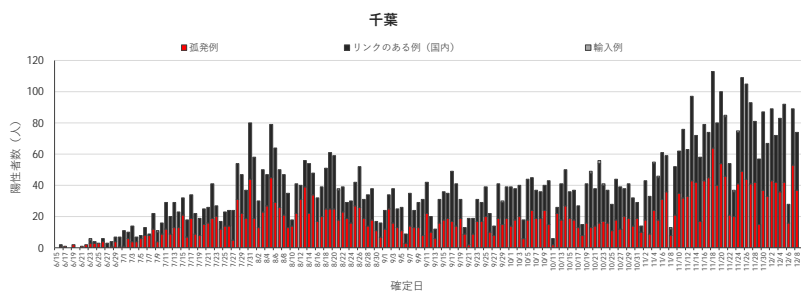
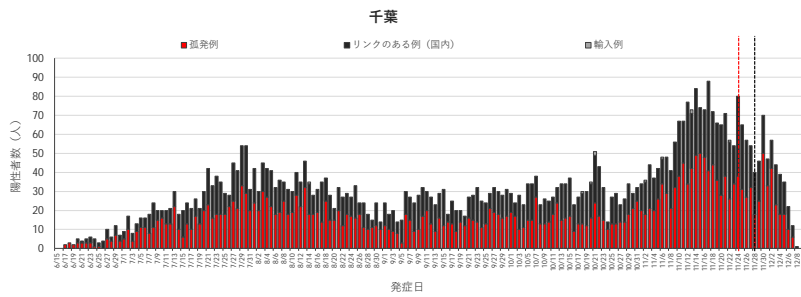
11

12

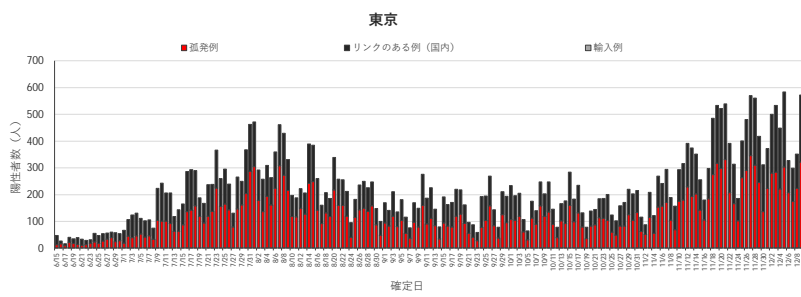
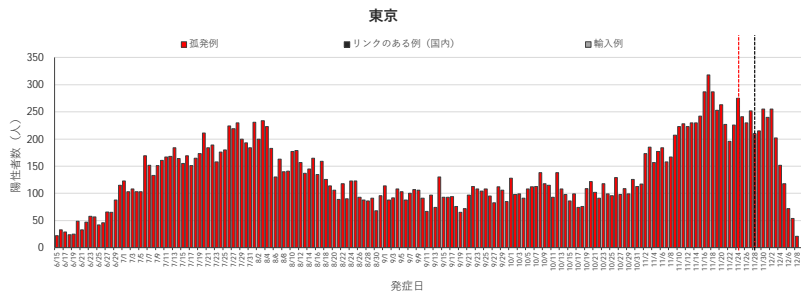


13

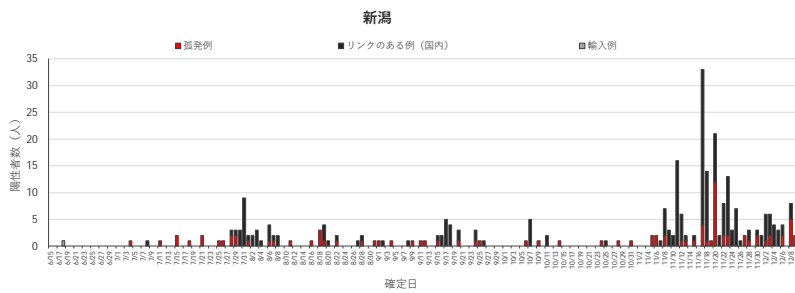
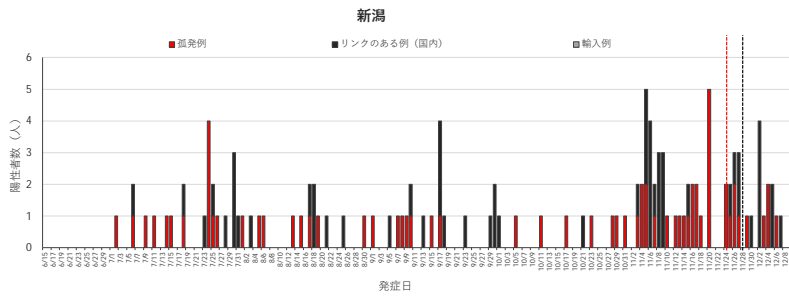
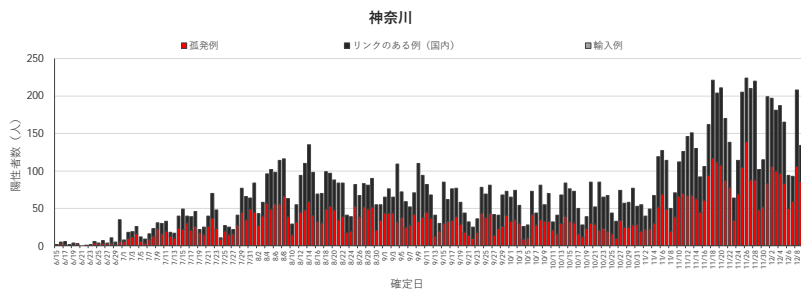
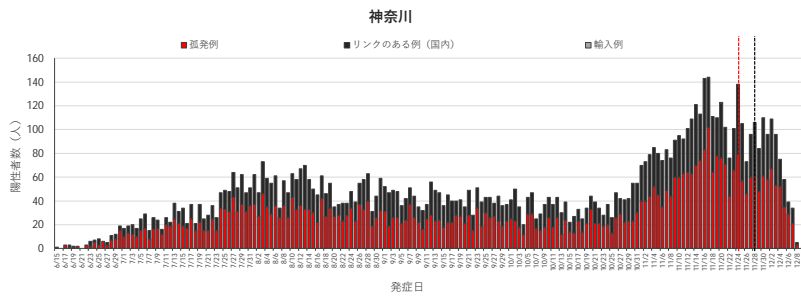
14



15

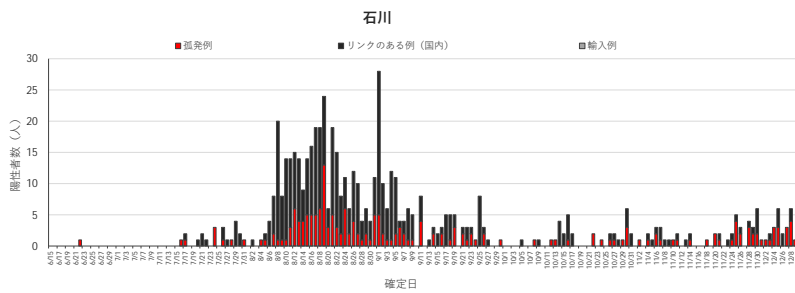
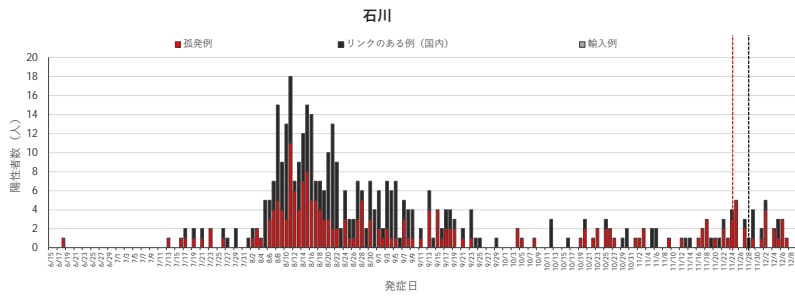
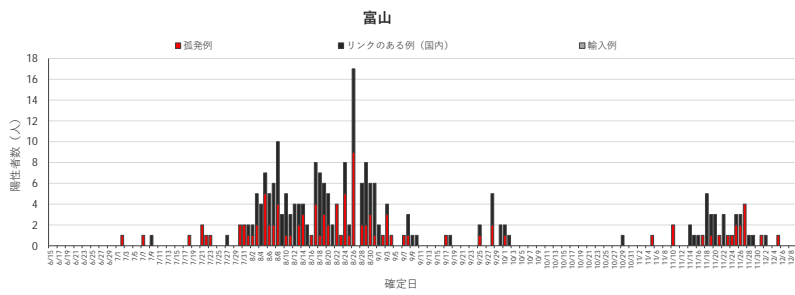
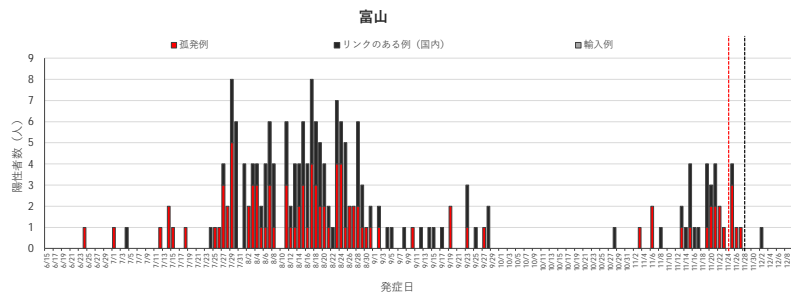


16



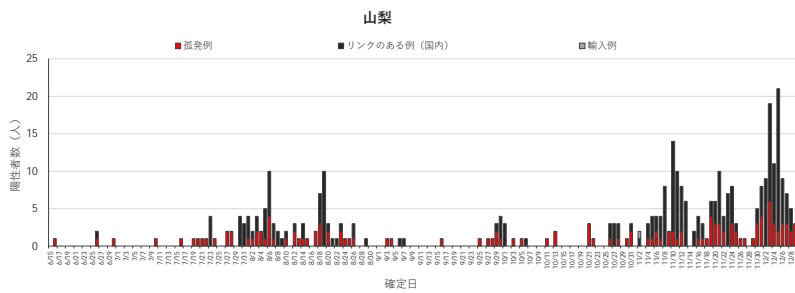
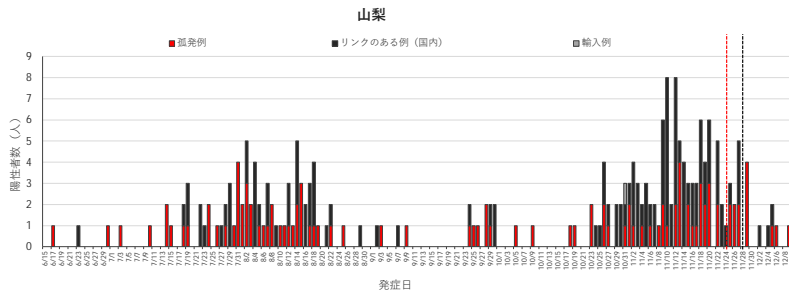
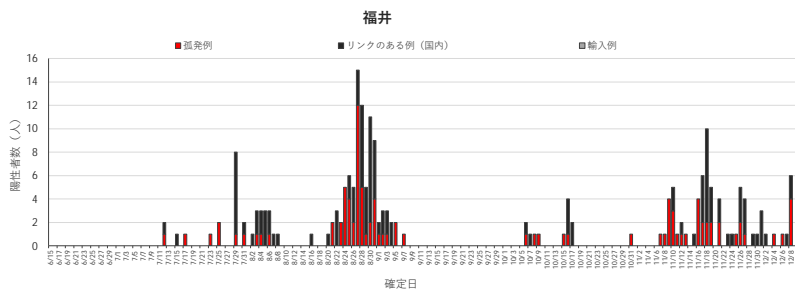
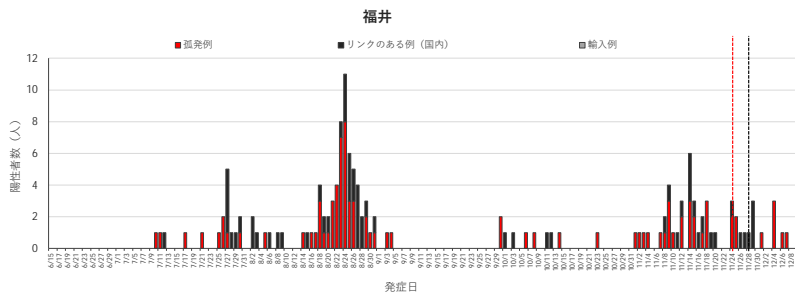
17

18



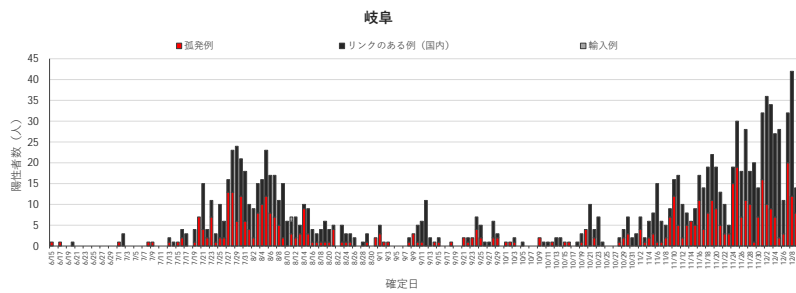
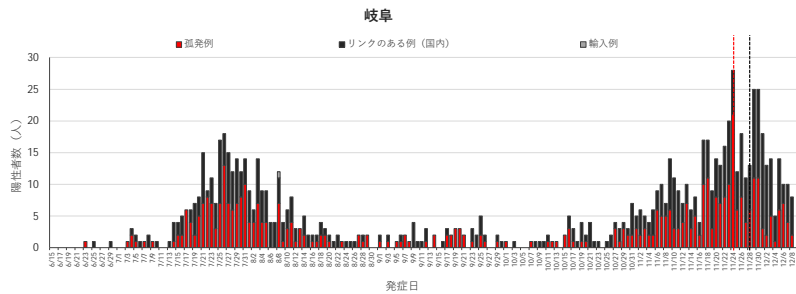
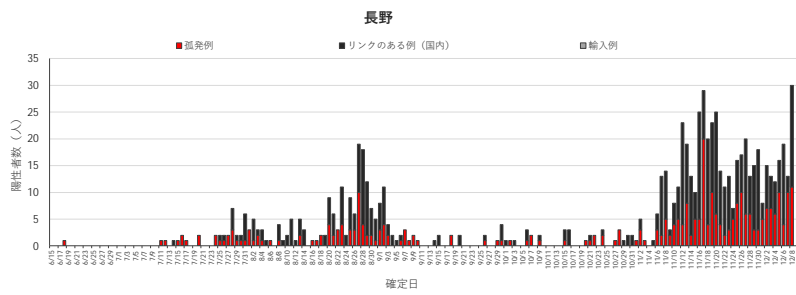
19

20



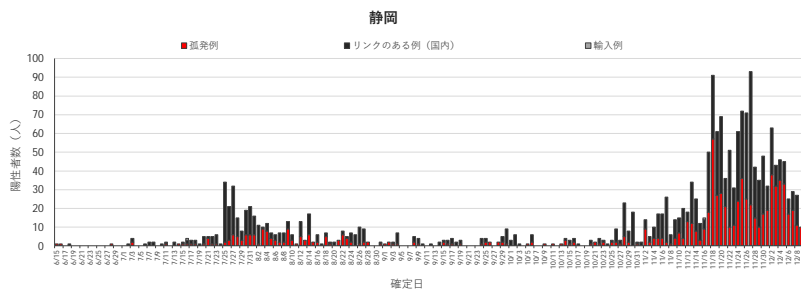
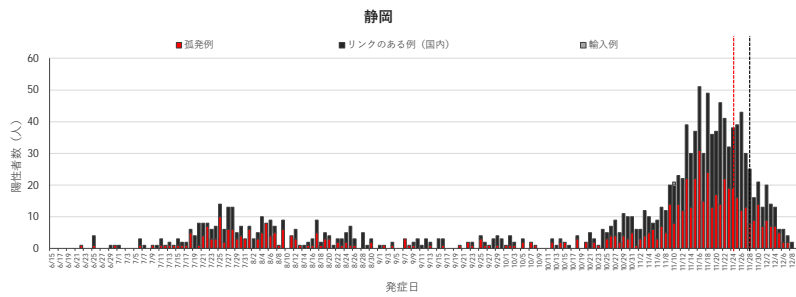
21

22

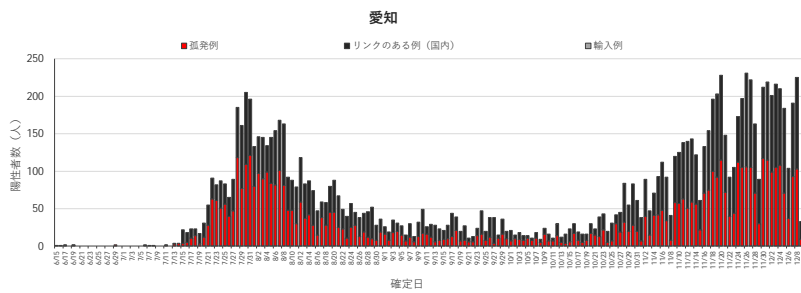
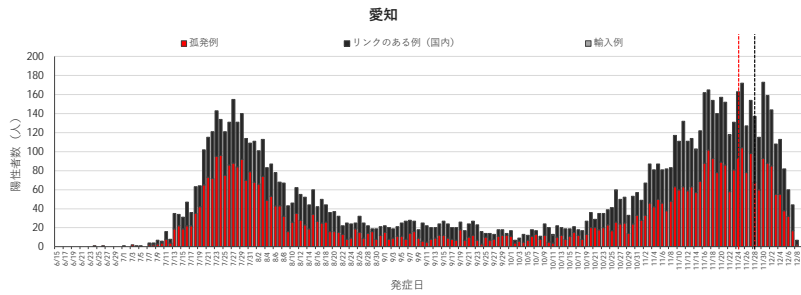


23

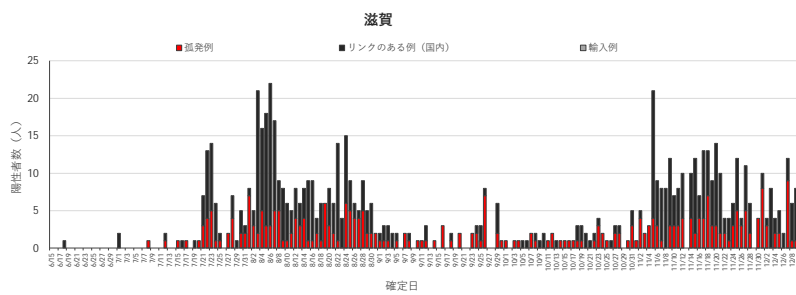
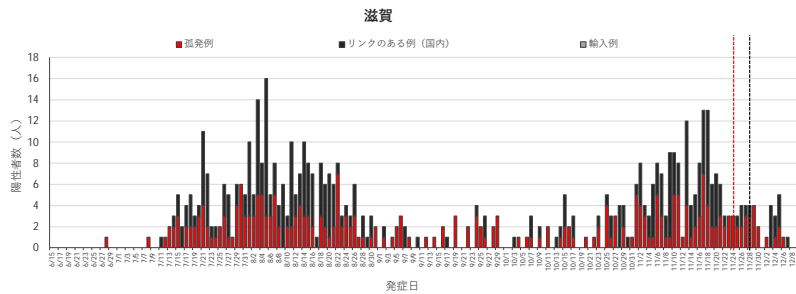
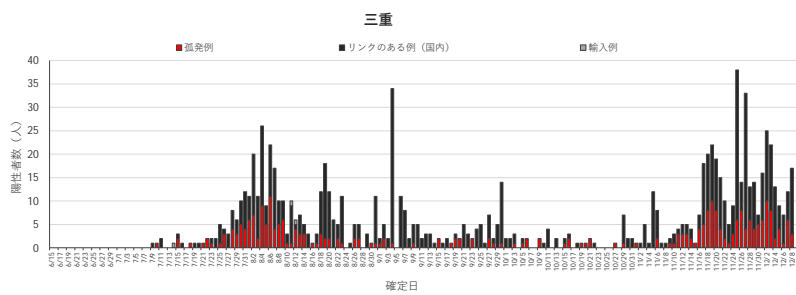
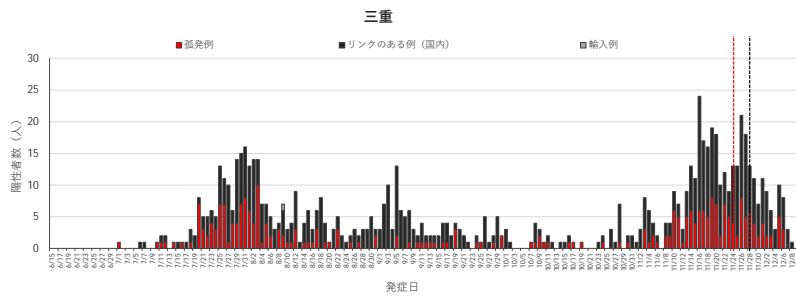
24



25

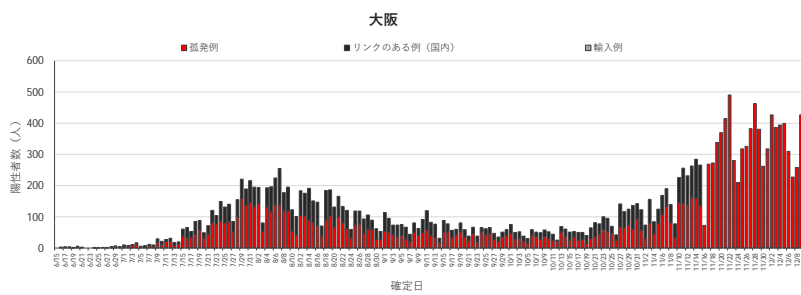
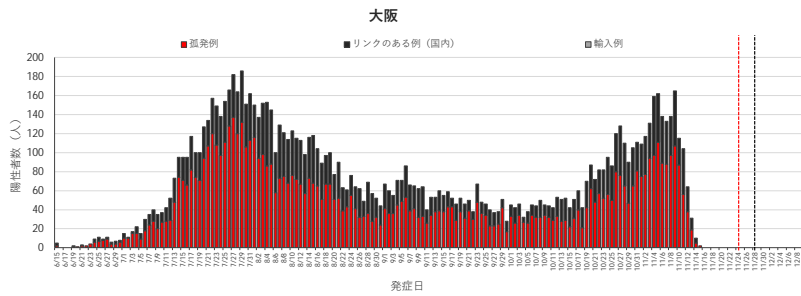
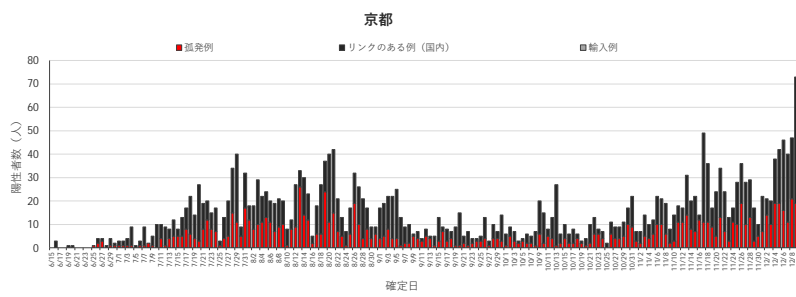
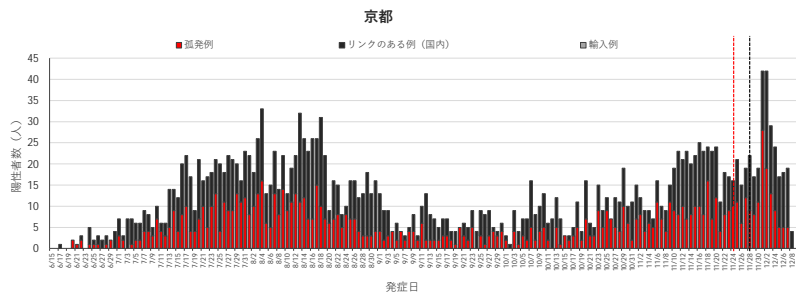


26



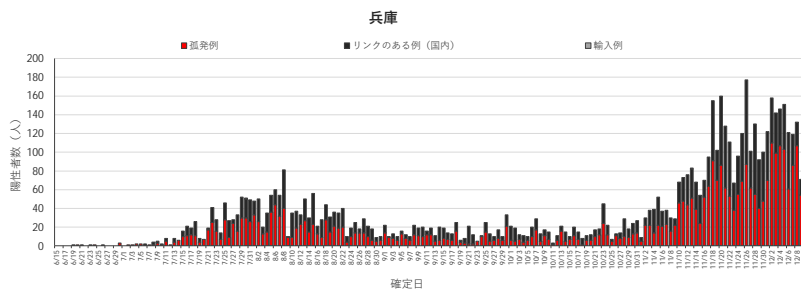
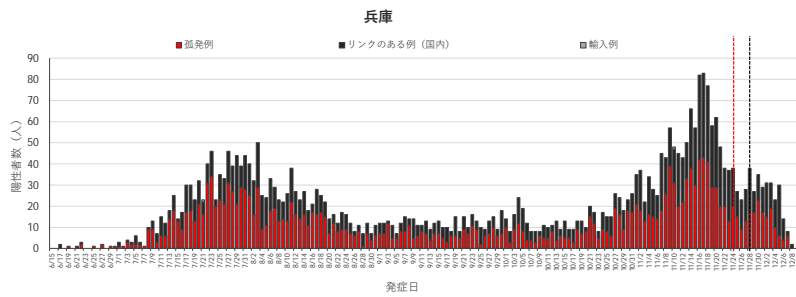
27

28

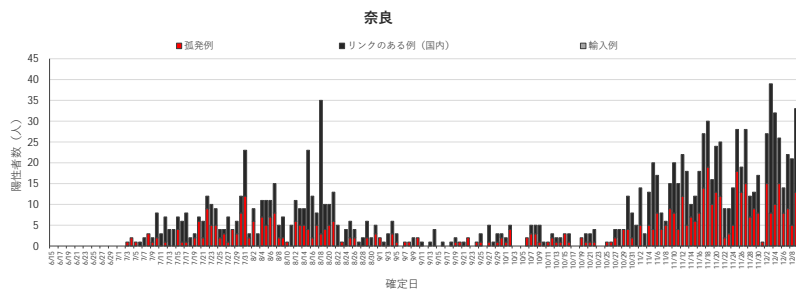
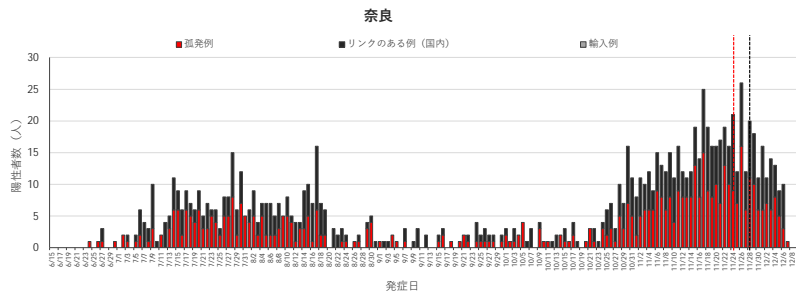


29

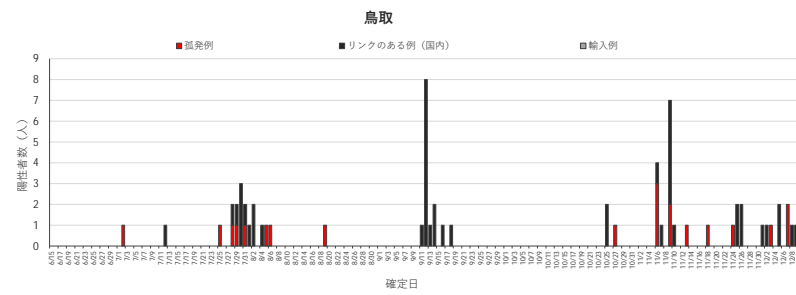
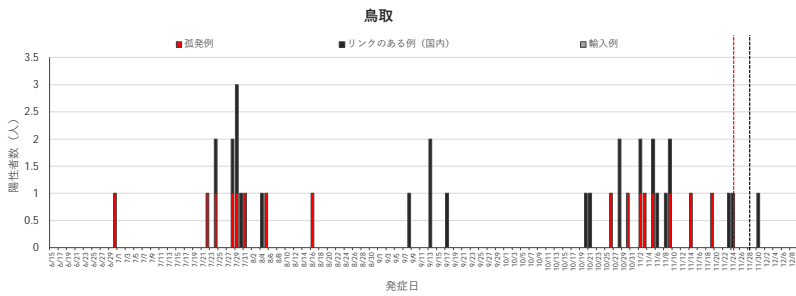
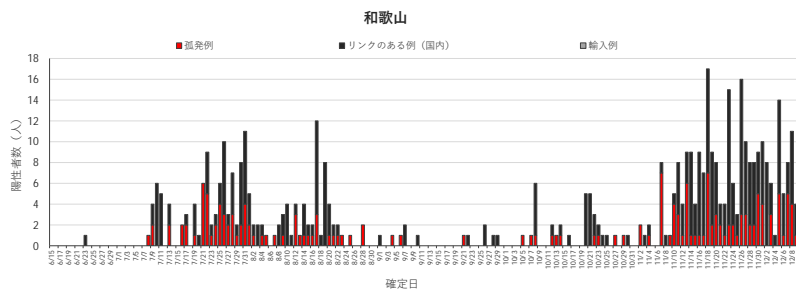
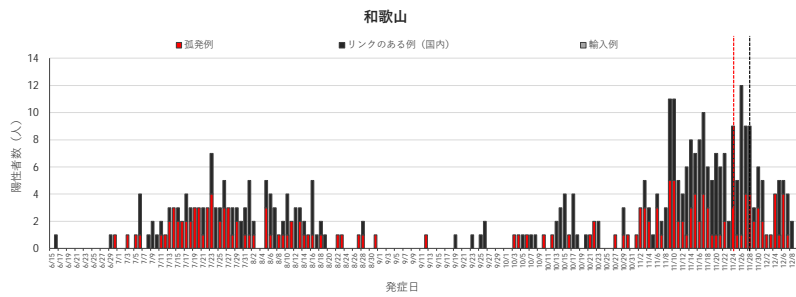
30



31

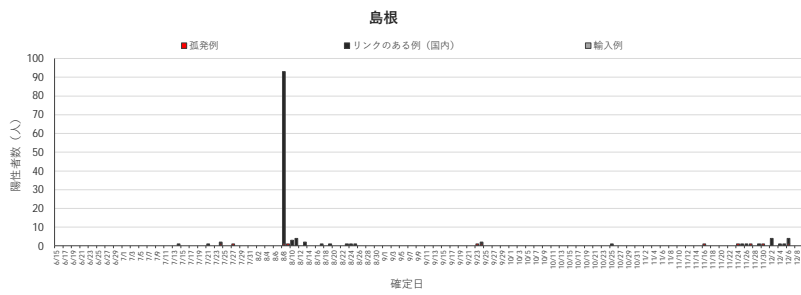
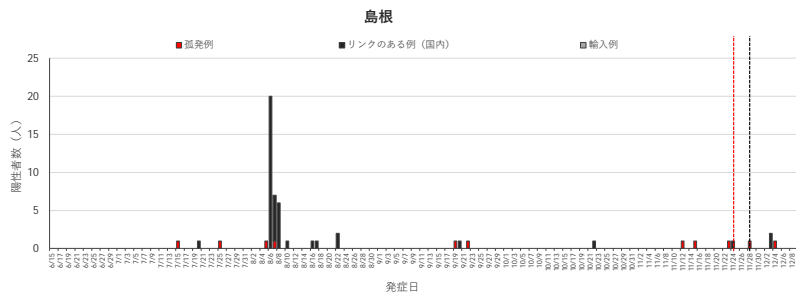


32

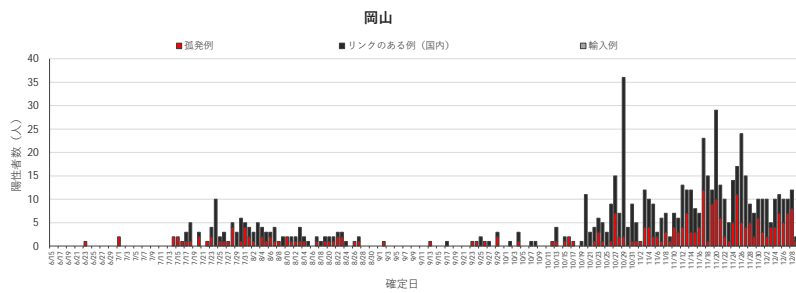
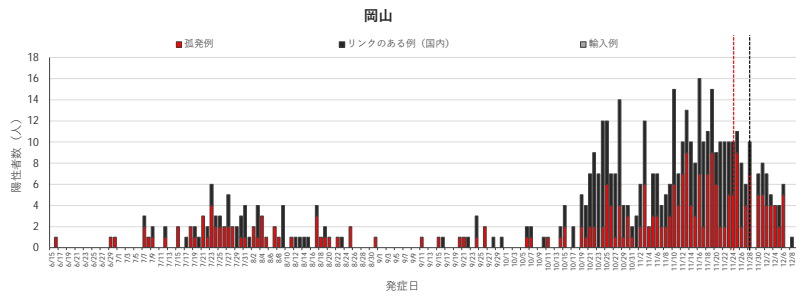


33

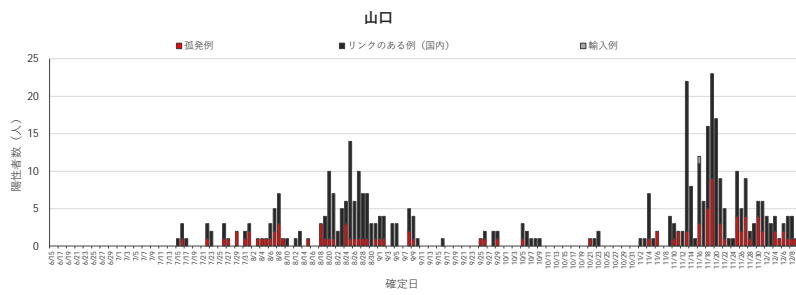
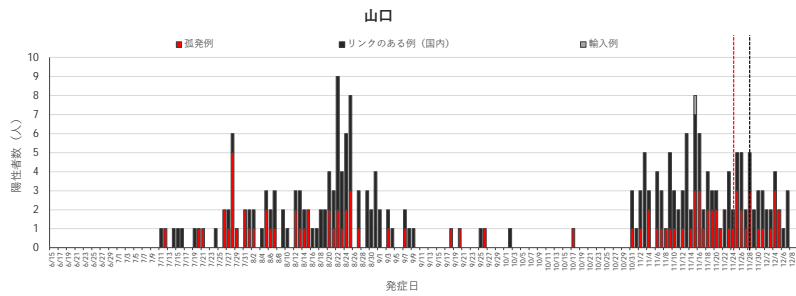
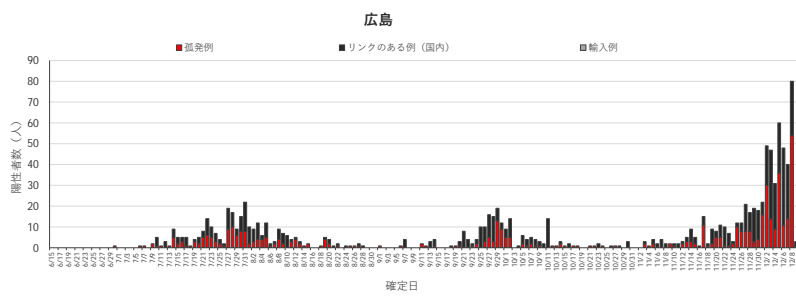
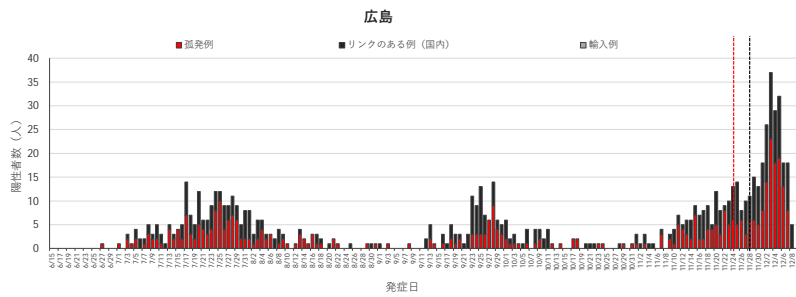
34



35

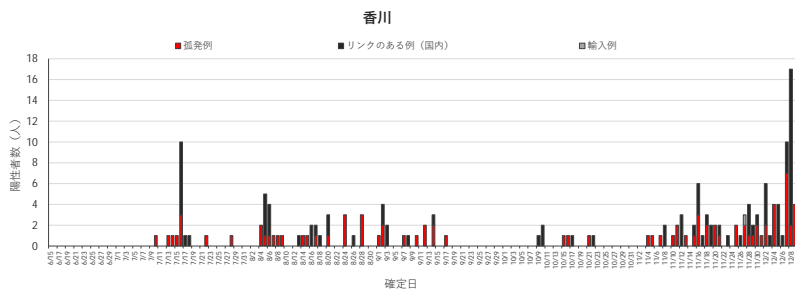
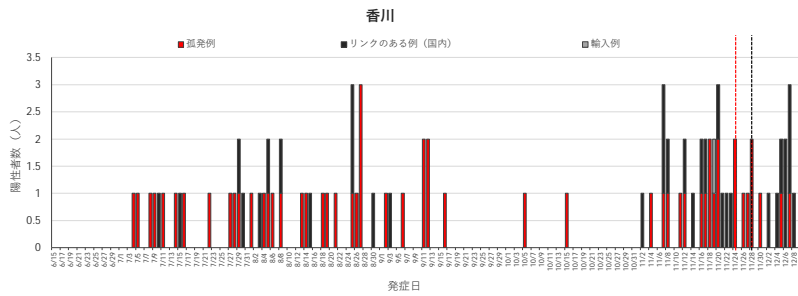
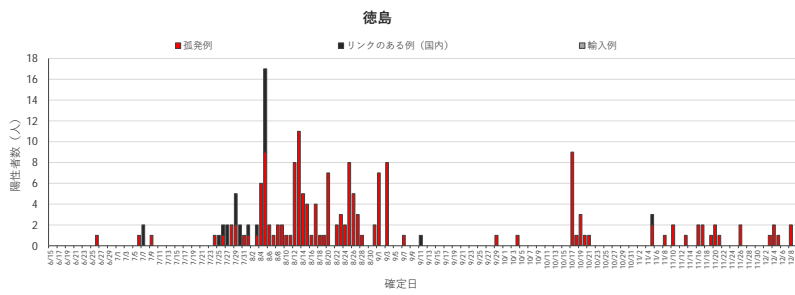
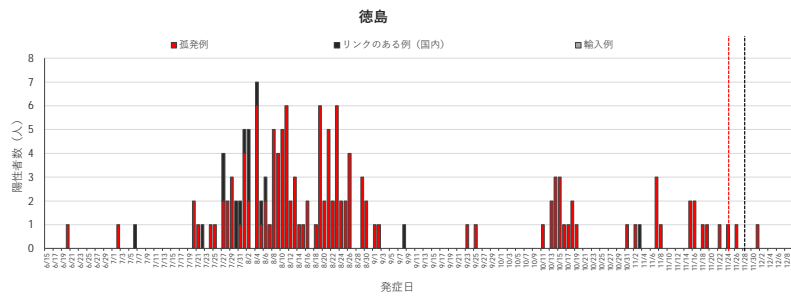


36



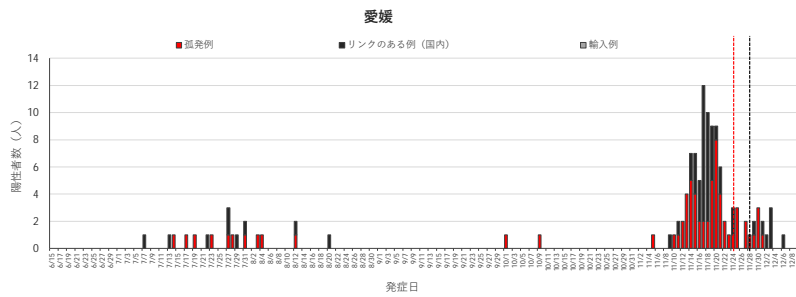
37

38

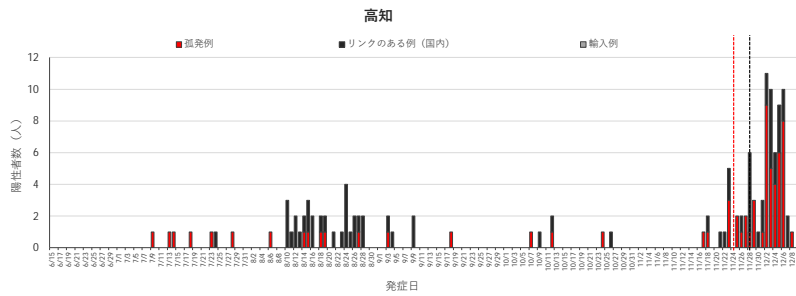


39

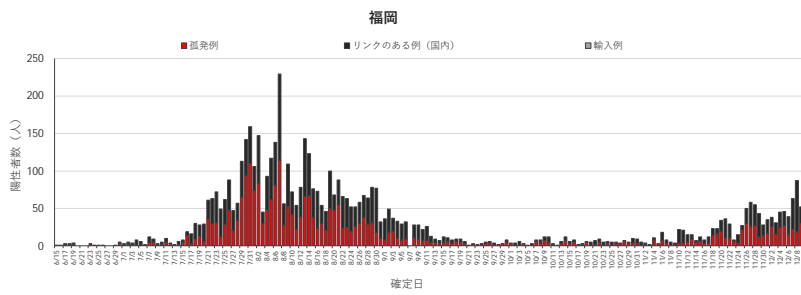
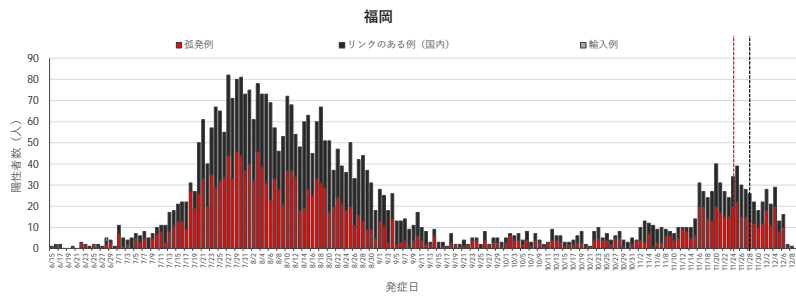
40



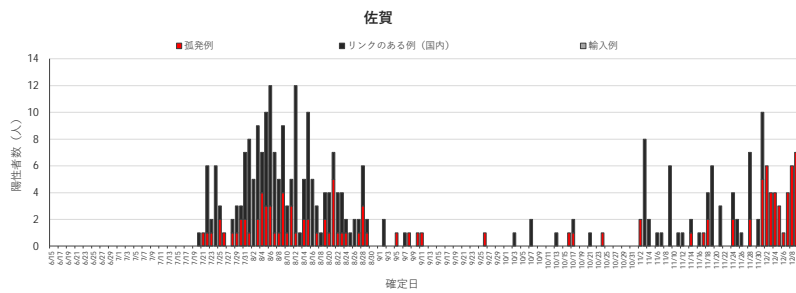
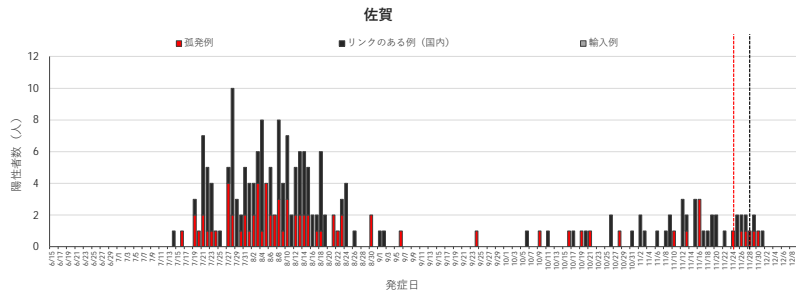
41



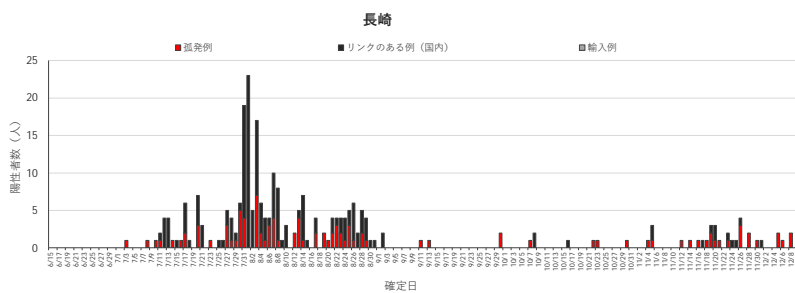
42



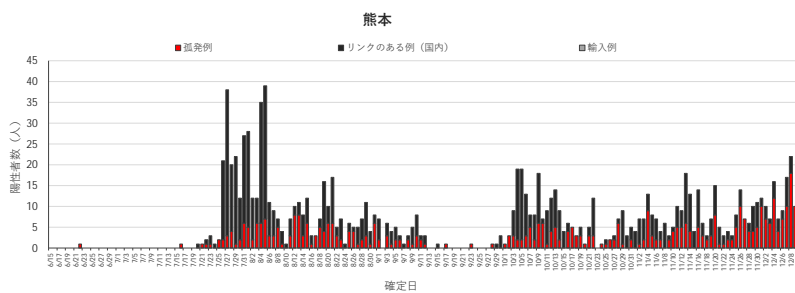
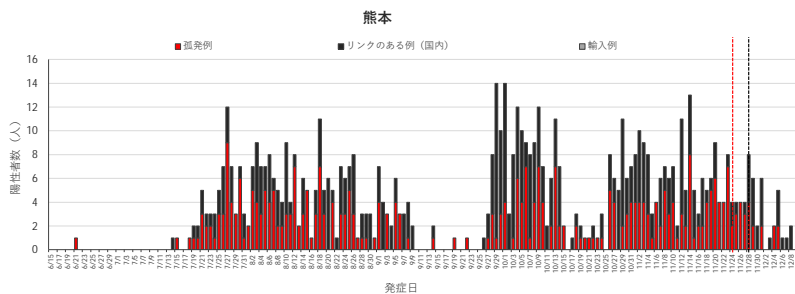
43



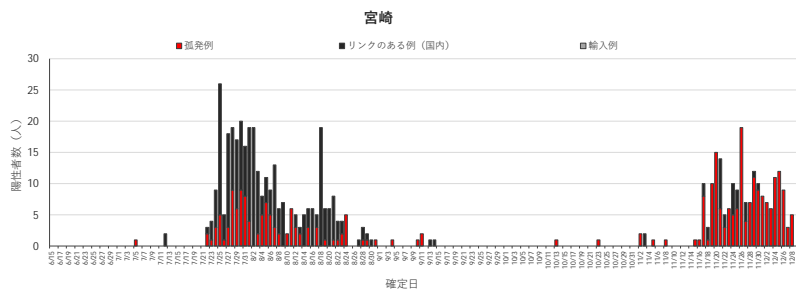
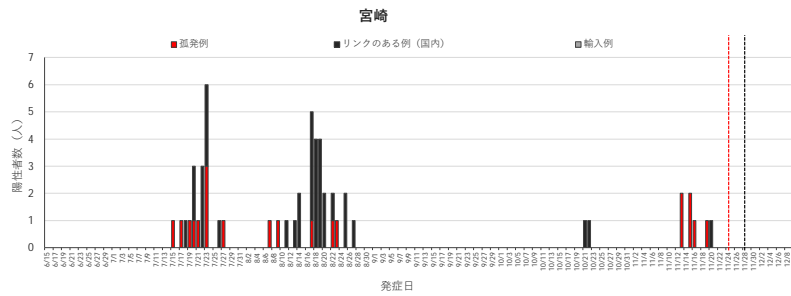
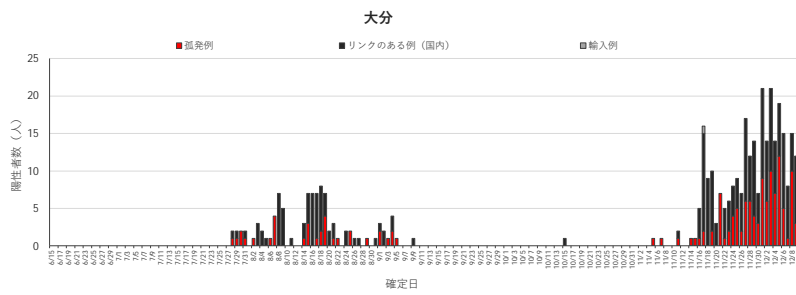
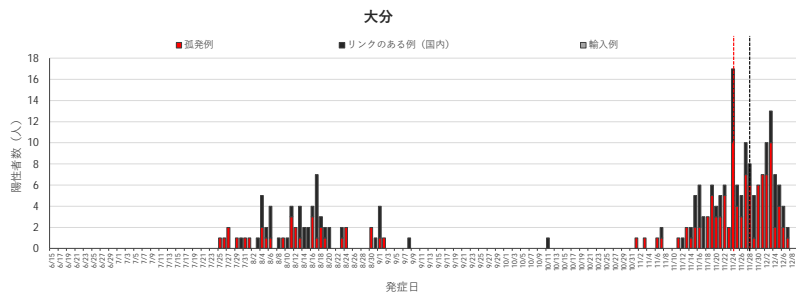
44



45

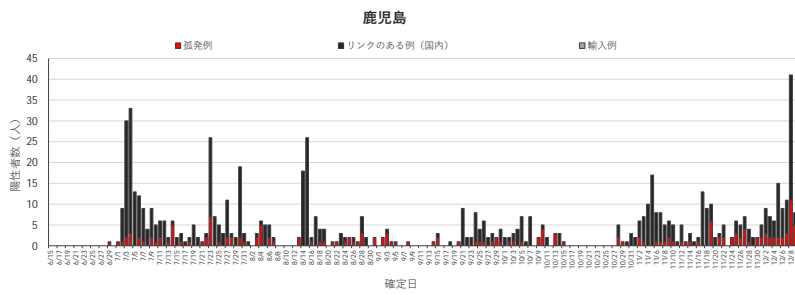
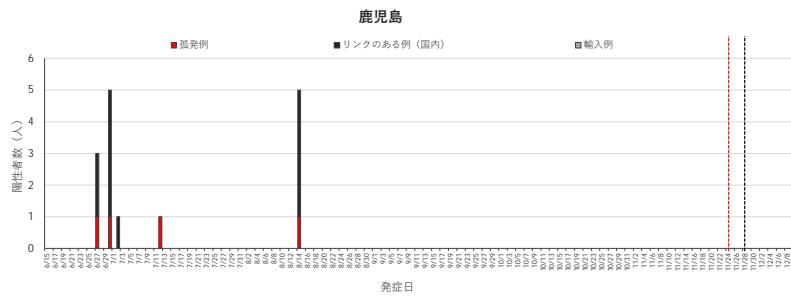


46

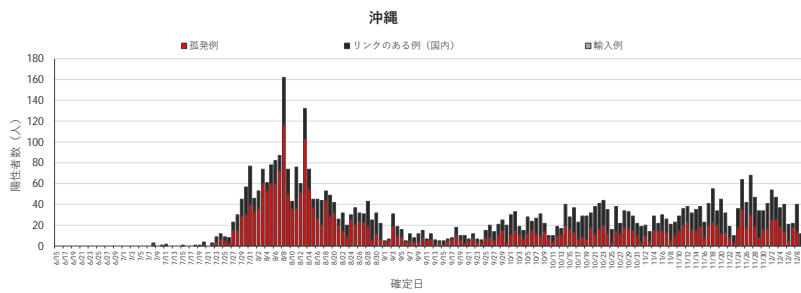
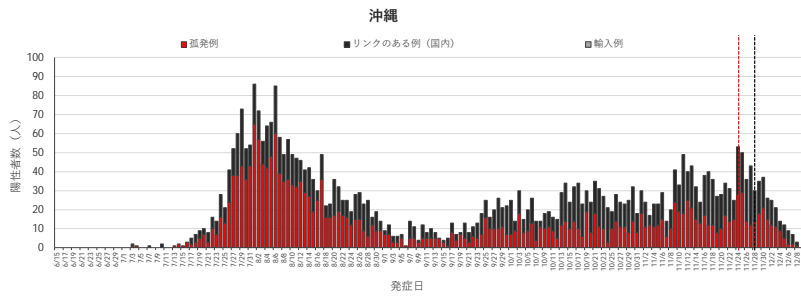


47

48



49



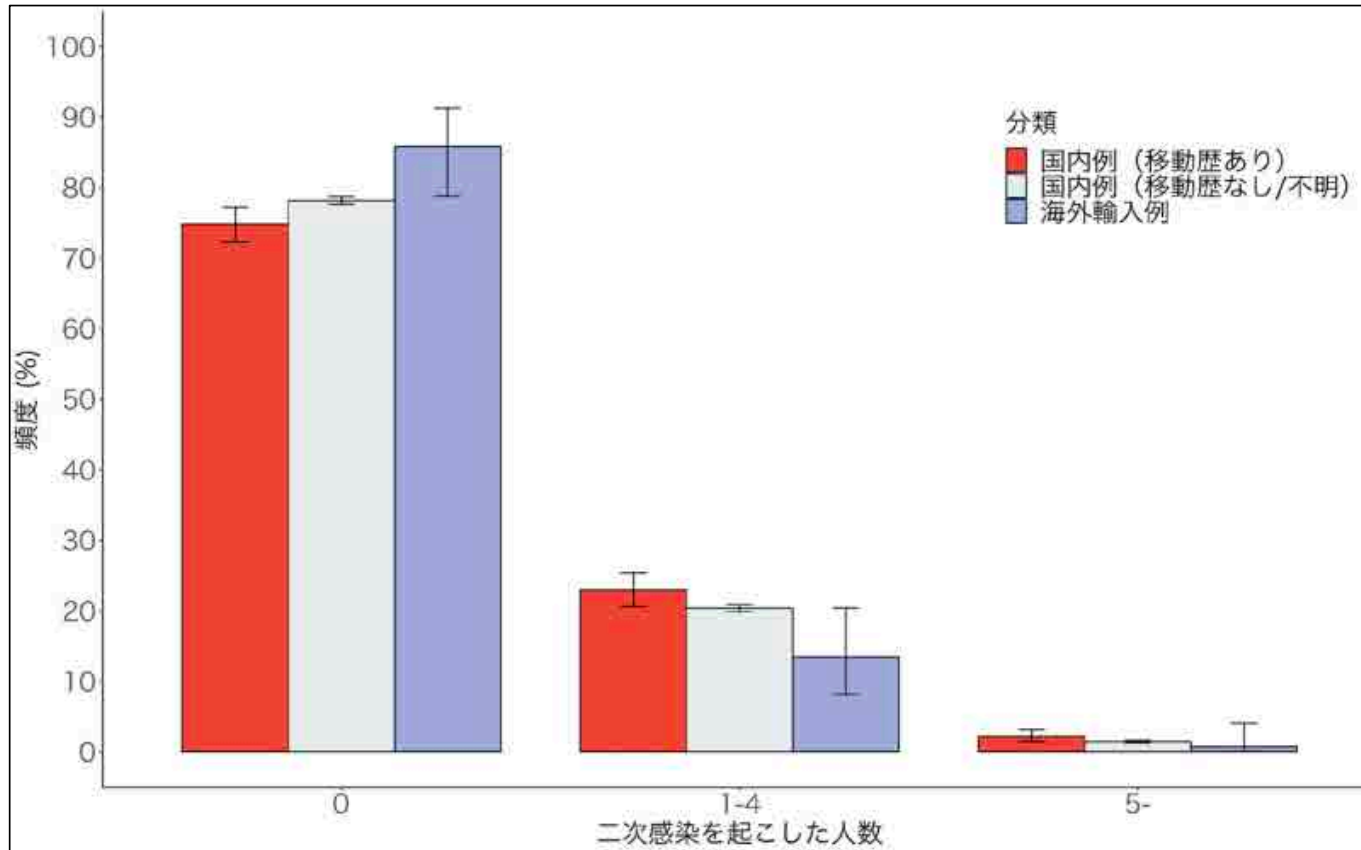
50

国内移動と感染リスク

解析 1 :国内移動歴のある例での二次感染の頻度

- 移動歴を一定程度以上公表している自治体のデータのみを使用して解析した。
- 解析期間は1月13～8月31日までで、この期間の全症例67,690例中、25,276例を解析に含めた。
- 二次感染については、リンクのある例のうち発症日の遅いものを二次感染例と判断。発症日が不明のものや無症状の場合は、確定日を用いて判断。

結果1：海外渡航歴、国内移動歴別の二次感染の人数の比較



国内の移動歴のある例では移動歴のない例に比べて二次感染の頻度は高かったが、海外輸入例では逆に二次感染の頻度は低かった。

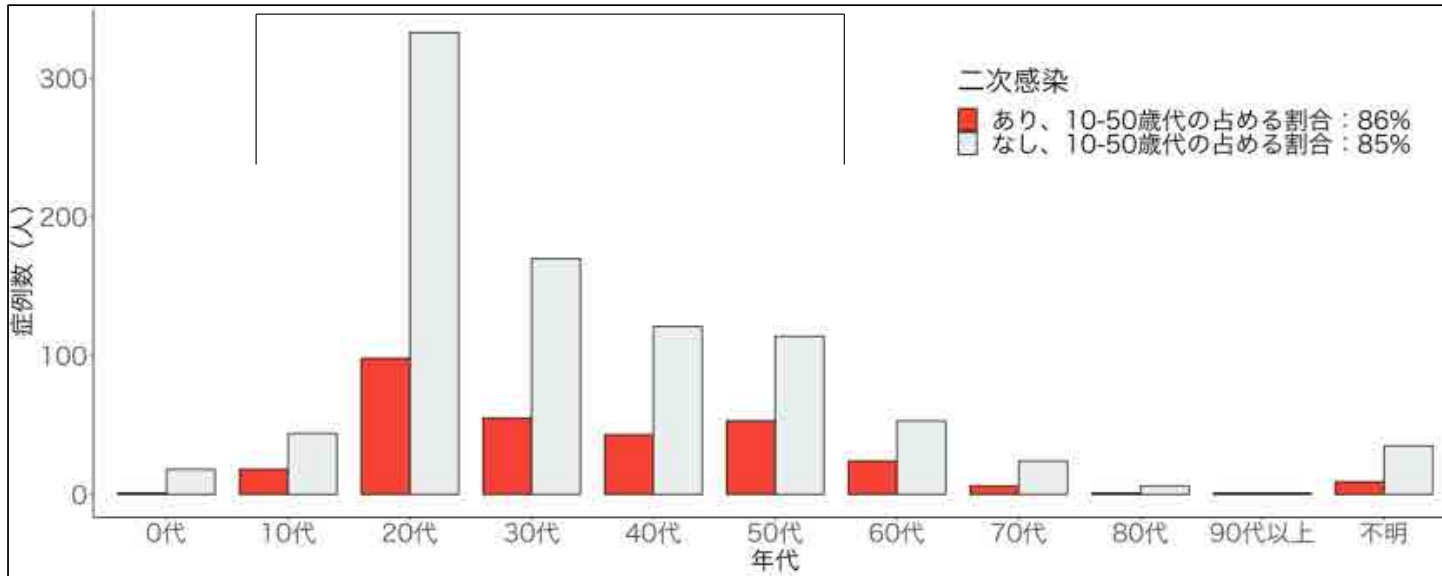
ただし、移動歴不明症例の中には移動歴あり症例も一定数含まれていると思われることに注意が必要である。

エラーバー：95%信頼区間

	二次感染あり	二次感染なし	二次感染頻度	調整オッズ比* (95%信頼区間)
国内例（移動歴あり）	309	919	25.2%	1.20 (1.04–1.36)
国内例（移動歴なし・不明）	5217	18697	21.8%	ref.
海外輸入例	19	115	14.2%	0.44 (0.26–0.71)

*報告月、症状の有無で調整

結果 2 : 国内移動症例における年代別の二次感染人数の比較



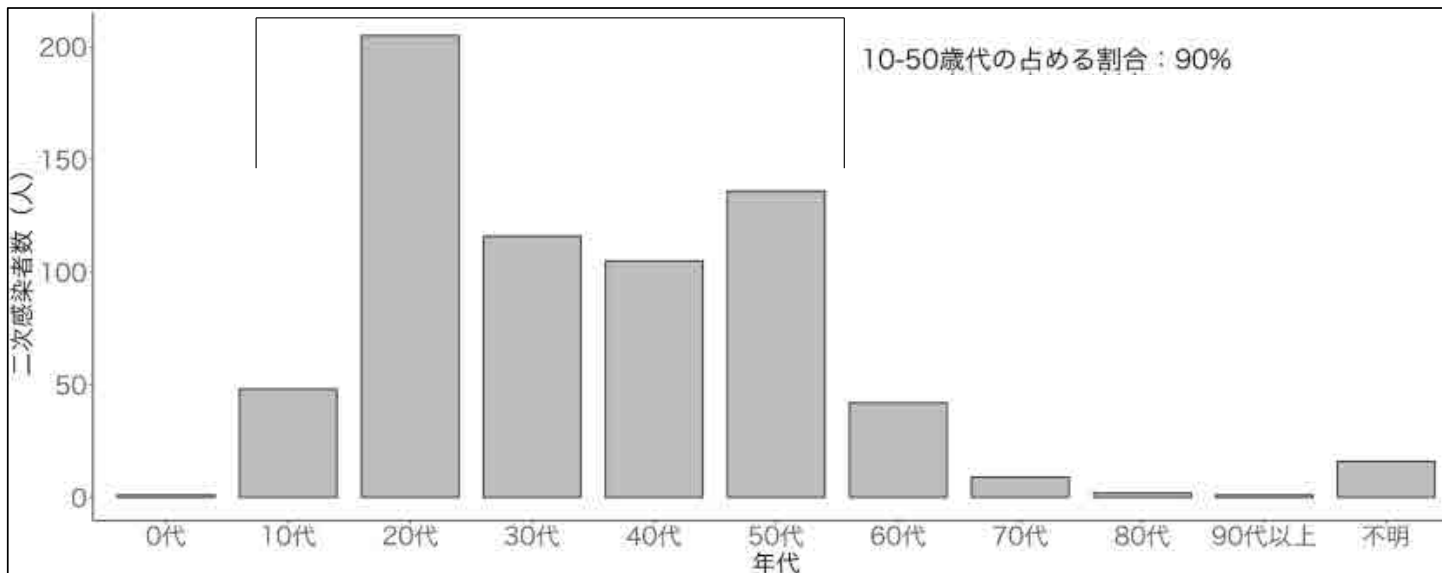
縦軸：県を越えた移動歴が確認されている感染者の数。

そのうち赤が二次感染を起こした人の数。

横軸：年齢層

→感染して移動している症例数は圧倒的に若年層に多い。

また移動した後に二次感染を起こした人も若年層に多い。



縦軸：各年齢層ごとの移動歴のある感染者から生まれた二次感染の総数

横軸：年齢層

→移動に伴って他の地域に感染を拡げているのも主に若年層である。

結果3：国内移動症例における家族内感染を除いた二次感染数

	二次感染なし		二次感染あり		家族内感染以外に占める割合
	家族内感染以外	家族内感染	家族内感染	家族内感染以外に占める割合	
0代	18	0	1		0.0%
10代	44	17	1		6.5%
20代	333	87	11		33.2%
30代	170	45	10		17.2%
40代	121	36	7		13.7%
50代	114	49	4		18.7%
60代	53	18	6		6.9%
70代	24	6	0		2.3%
80代	6	1	0		0.4%
90代	1	0	1		0.0%
不明	35	3	6		1.1%

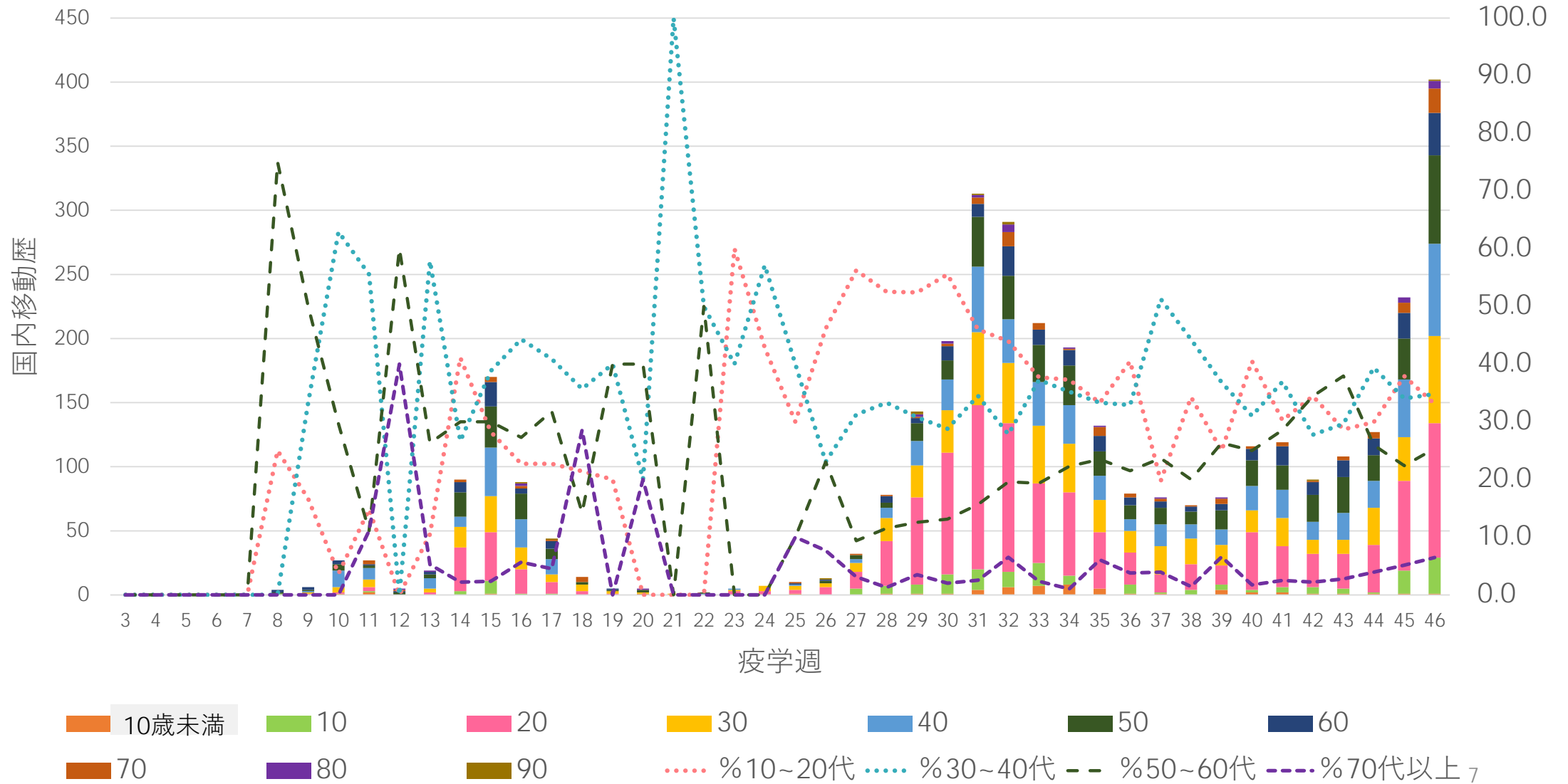
→家族内感染だったと判明している二次感染を除外すると、二次感染を起こした人の89%は若年層（10歳代から50歳代）。

ただし家族内感染かどうかを公表している自治体は限られているため実際には家族内感染はさらに多いと考えられることに注意が必要。

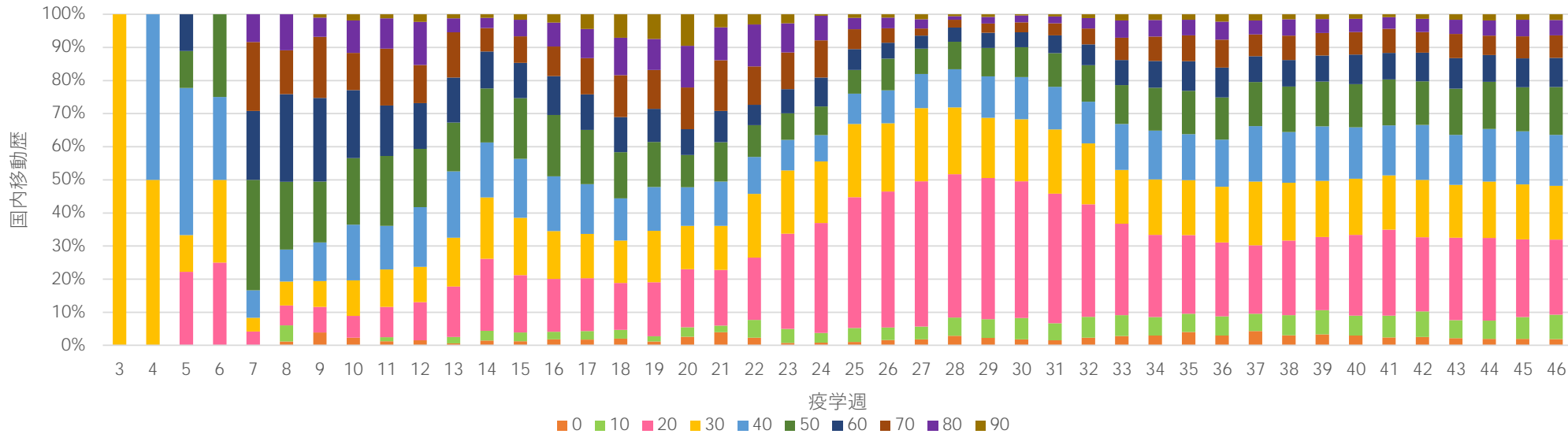
解析2

- 2020年1月13日（第3週）から11月15日（第46週）の全症例のうち自治体が国内移動歴ありとしている症例の年齢分布を解析。
- 首都圏内など近隣の都道府県間の移動歴ありの例を含む。

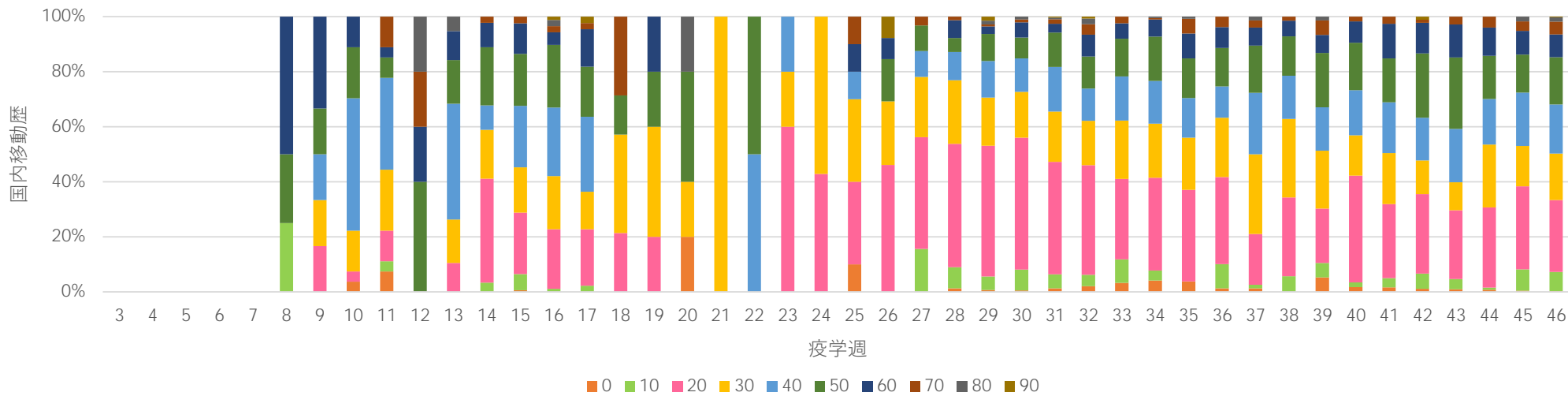
年齢階層別国内移動歴のある陽性者数（棒グラフ）と
各年齢層（10-20, 30-40, 50-60, 70代以上）の割合(%)（折れ線グラフ）



全陽性者数の年齢階層別割合（％）



年齢階層別国内移動歴のあるSARS CoV-2陽性者数（2）



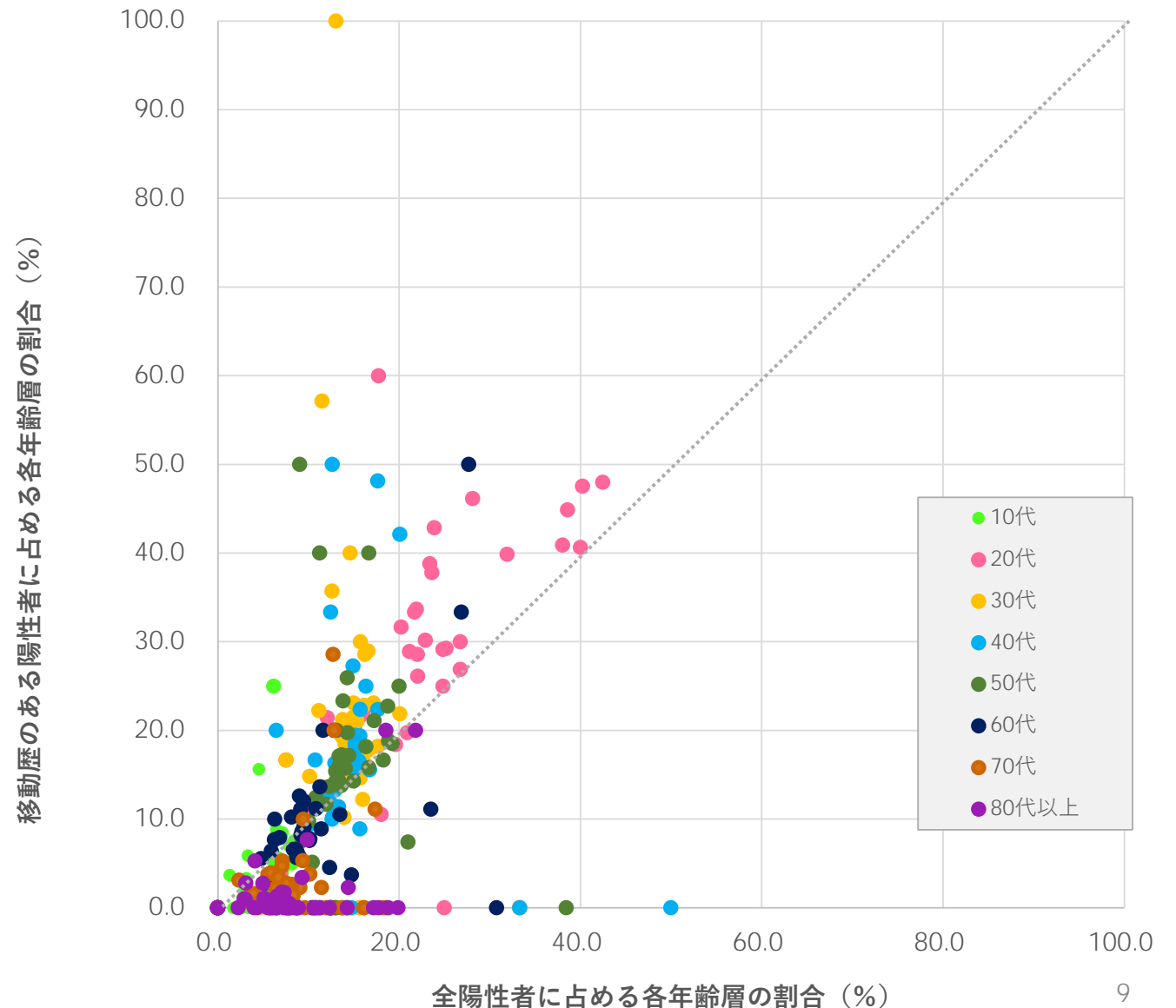
移動歴がある症例に占める各年齢層の割合と全症例に占める割合 (%)

移動歴がある症例に占める各年齢層の割合と全症例に占める割合を疫学週ごとにプロットした散布図

20代は移動歴に占める割合、全症例に占める割合が高く、移動歴のある例の割合の方が高い傾向がある。

10代、30～60代は移動歴に占める割合と全症例に占める割合がほぼ同じであるが、一部に移動歴のある例の割合が高い週がある。

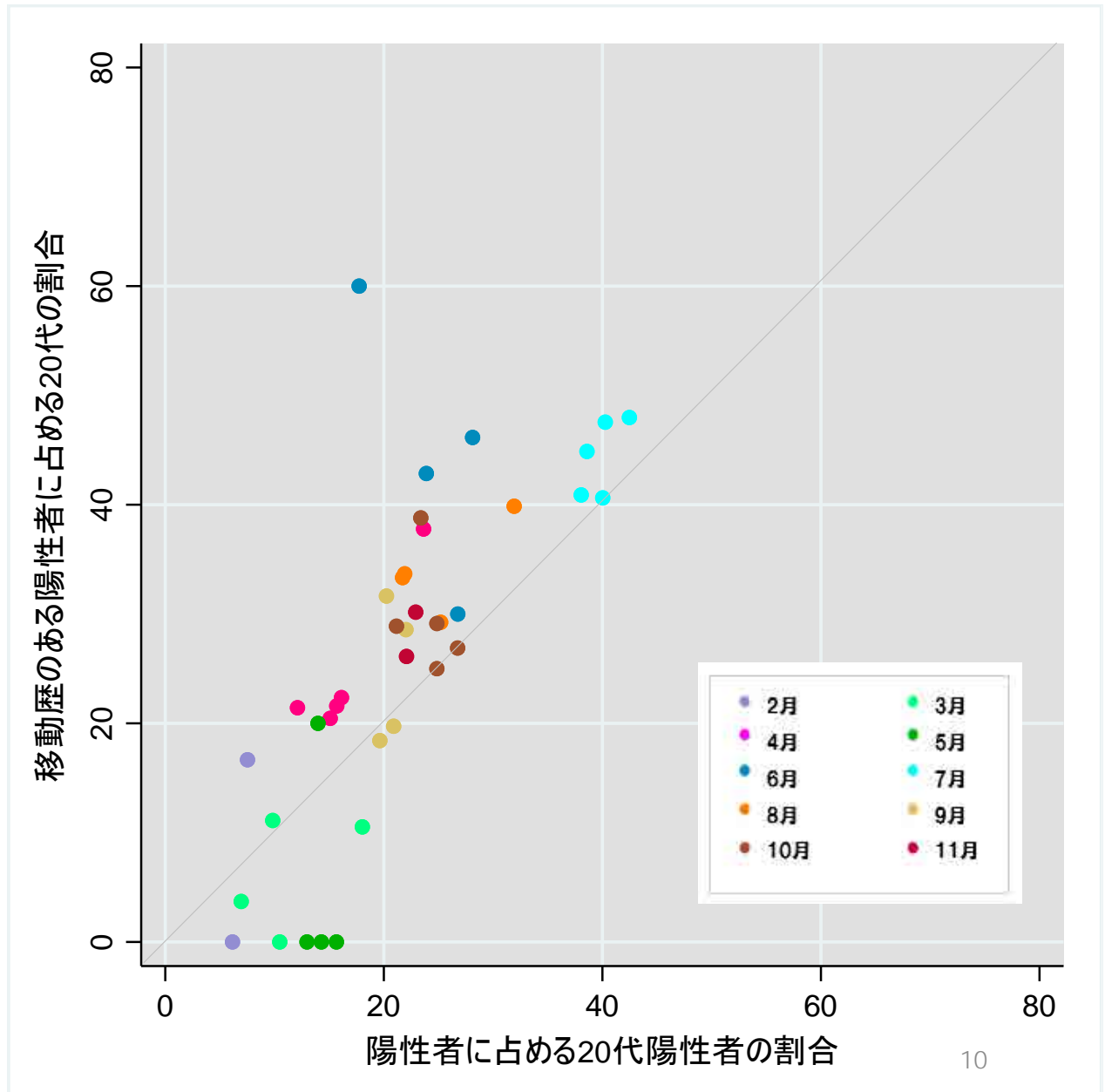
70代、80代以上は移動歴が少なく、特に80代以上では移動歴のある例は少ない。



時期別・陽性例の割合 – 20代

移動歴がある症例に占める20代症例の割合と全症例に占める割合を疫学週ごとにプロットした散布図。

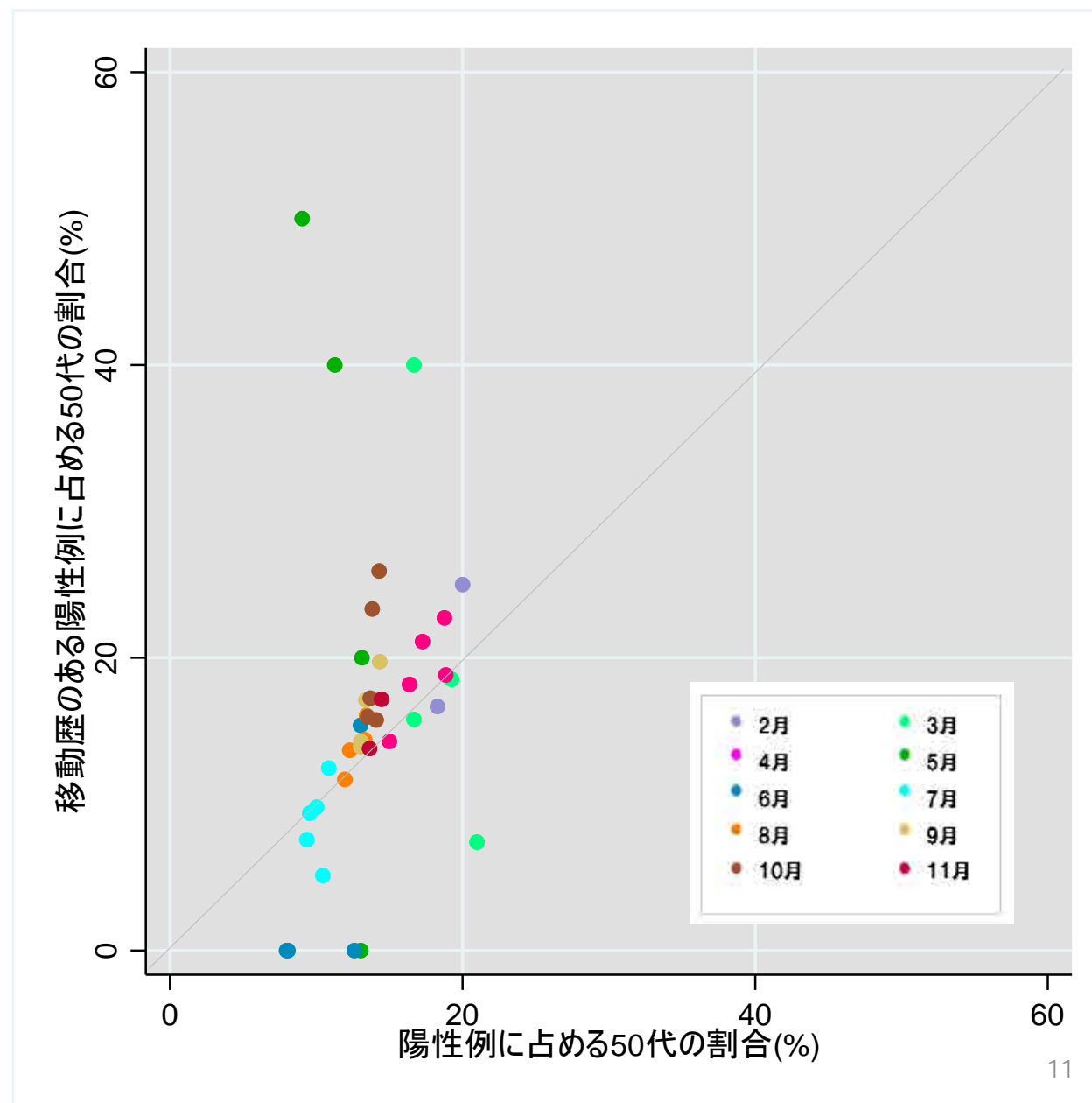
- 特に6月から7月にかけて20代は移動歴のある陽性例に占める割合が非常に高かった。
- 10月から11月にかけても3割はこの年代が占めており、陽性者に占める割合も高い。



時期別・陽性例の割合 – 50代

50代が移動歴がある症例に占める割合と全症例に占める割合を疫学週ごとにプロットした散布図。

- 3月、5月に移動歴に占める割合が割合が40%以上を占めた週が3週ある。
- 10月、11月において陽性者に占める割合は20%未満であるが、6～8月に比べ、移動歴がある陽性者に占める割合は上昇している。



北海道への人的支援

- 厚生労働省から、**専門職や職員等21名**を派遣中（12月9日時点）
 - ・クラスター班の専門家：8名
 - ・厚生労働省DMAT支援チーム：8名
 - ・支援調整のための厚生労働省職員：2名
 - ・保健所支援のための保健師、専門家等：3名
- 自衛隊から、災害派遣により、**看護官等10名**を派遣（12月10日時点）（12月8日派遣決定、9日～活動開始）
- 全国知事会の調整により、13県より**看護師20名**を順次派遣（12月1日～）

大阪府への人的支援

- 厚生労働省から、**専門職や職員等23名**を派遣
 - ・支援調整のための厚生労働省職員：2名（12月9日時点）
 - ・保健所支援のための保健師、専門家等：21名（12月7日～順次派遣）
- 自衛隊の派遣について、具体的な支援内容等を調整中（12月10日時点）
- 全国知事会の調整により、13府県より**看護師26名**を順次派遣予定（12月16日～）

『緊急提言 最近の感染状況を踏まえた、より一層の対策強化について』
への対応状況について①

アクションNo4. 国際的な人の往来再開に伴う取組の強化

緊急提言において求められている具体的なアクション (11月9日・抜粋)	緊急提言への政府の具体的なアクション (11月10日・抜粋)	対応状況
<p>(1) 水際対策と地域での感染対策を連携して行うため、国は、①検疫所における滞在国・地域別検疫実施人数及び検査実施人数やその中の陽性者数などの情報を迅速に整理し、公表していくこと。また、②自治体に検疫に係る情報を迅速に提供すること。</p>	<p>・ 検疫における滞在国・地域別検疫実施数、検査実施数、陽性者数について、HP上で公表する。</p> <p>また、現在行っている、検疫で把握した各入国者の質問票情報の自治体への提供について、運用の改善等により迅速化に取り組む。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 11月11日以降、検疫所における滞在国・地域ごとの検査実績（直近4週間分）について、日本国籍・外国籍別に、厚生労働省HPで公表。 ※ 毎週更新（更新前のデータについてもHPで公表） 検疫で把握した入国者の質問票の情報について、データベースに入力しているため、自治体に共有するために一定の時間を要しているところ、データ入力等の担当者を増員するなど、迅速化に取り組んでおり、入国日翌日又は翌々日までには自治体にデータを提供している。

『緊急提言 最近の感染状況を踏まえた、より一層の対策強化について』 への対応状況について②

アクションNo4. 国際的な人の往来再開に伴う取組の強化

緊急提言において求められている具体的アクション (11月9日・抜粋)	緊急提言への政府の具体的なアクション (11月10日・抜粋)	対応状況
<p>(2) 国において、自治体での外国人のフォローアップを支援できる仕組みを早急に検討すること。また、検疫時に健康監視等に関する基本的な情報を多言語化して情報提供すること。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 多言語の電話通訳サービスについて、保健所の業務でも活用できるようにするための支援を行う。 現在、入国者に対して、14日間の待機期間中に保健所から健康フォローアップを行うこと等について、多言語で周知しているところ、更なる周知啓発など必要な改善を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 電話通訳サービスの保健所業務での活用について、3次補正において検討しているほか、既存予算の活用による委託契約について検討。 現在、検疫時に入国者に対して、14日間の待機期間中に保健所から健康フォローアップを行うこと等について、健康カードを配布し、周知。 健康カードの多言語化対応については、現在展開中の日本語・英語・中国語・韓国語に加え、年内に12カ国語(※)を追加。 (※)ベトナム語、タガログ語、ポルトガル語、タイ語、インドネシア語、ネパール語、カンボジア語、ミャンマー語、アラビア語、ヒンディー語、フランス語、スペイン語 併せて、新型コロナウイルスに関する情報や相談窓口を多言語(※)で紹介している政府のウェブサイト(厚労省及び内閣官房HP)のQRコードを掲載する等、健康カードの内容も見直す。 (※)情報によって翻訳されている言語の範囲は異なるが、最大で、日本語、英語、中国語、韓国語、ポルトガル語、スペイン語、ベトナム語、タイ語、タガログ語、インドネシア語、ネパール語、アラビア語、イタリア語、ドイツ語、フランス語、ロシア語、ミャンマー語、カンボジア語

『緊急提言 最近の感染状況を踏まえた、より一層の対策強化について』 への対応状況について③

アクションNo4. 国際的な人の往来再開に伴う取組の強化

緊急提言において求められている具体的なアクション (11月9日・抜粋)	緊急提言への政府の具体的なアクション (11月10日・抜粋)	対応状況
<p>(3) さらに、外国人を受け入れる医療機関等に対する支援を強化すること。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 電話通訳サービスの拡充を検討するなど、外国人を受け入れる医療機関に対して外国人対応の更なる支援に取り組む。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関向け電話通訳サービスについて、既存予算を活用し、12月7日より5か国語から7か国語に拡充 ※英語、中国語、韓国語、スペイン語、ポルトガル語、<u>ベトナム語</u>及び<u>フランス語</u>（下線を付した言語を追加） 電話通訳サービスの更なる拡充や、宗教・文化対応を含む外国人を受け入れる医療機関等への支援について3次補正において検討

厚生労働省HP公表資料(12月9日更新)

空港検疫所における滞在国・地域ごとの検査実績(直近4週間)

国・地域名	11/7-11/7				11/8-11/14				11/15-11/21				11/22-11/28				(参考) 到着者数			
	日本国籍者		外国籍者		日本国籍者		外国籍者		日本国籍者		外国籍者		日本国籍者		外国籍者		11/7-11/7	11/8-11/14	11/15-11/21	11/22-11/28
	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数				
アイスランド	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	0	-	-	-	-
アメリカ	20	0	11	0	23	0	6	0	2	0	2	0	11	0	9	0	-	-	-	-
アゼルバイジャン	4	0	1	0	0	0	1	0	2	0	1	0	1	0	3	0	-	-	-	-
アフガニスタン	2	0	24	2	5	0	23	0	5	0	43	1	3	0	32	0	-	-	-	-
アラブ首長国連邦	82	0	103	3	140	0	53	1	125	1	45	0	173	0	30	0	897	741	708	844
アルジェリア	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	0	-	-	-	-
アルゼンチン	8	0	7	3	9	0	7	0	3	0	7	0	3	0	4	0	-	-	-	-
アルバニア	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	-	-	-	-
アルメニア	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-
アンゴラ	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	-	-	-	-
オーストラリア	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	-	-	-	-
イタリヤ	15	0	7	0	4	0	6	0	14	0	8	0	16	0	7	0	-	-	-	-
イタリヤ	108	0	44	0	81	0	44	0	79	0	27	0	73	0	30	0	-	-	-	-
イタリヤ	1	0	0	0	5	0	1	0	3	0	1	0	5	0	0	0	-	-	-	-
イラン	3	0	13	0	8	0	25	0	1	0	15	0	6	0	13	0	-	-	-	-
インド	50	0	281	3	2	0	341	3	109	0	455	6	41	1	389	3	-	-	-	-
インドネシア	171	0	584	4	163	0	922	25	174	2	1,169	8	138	2	1,088	0	1,174	1,445	1,915	1,744
ウガンダ	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-
ウクライナ	8	0	48	0	4	0	38	1	10	1	35	0	28	4	46	0	-	-	-	-
ウズベキスタン	3	0	138	0	3	0	24	0	3	0	28	0	6	0	32	0	138	0	0	0
ウルクグアイ	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	-	-	-	-
英国	448	2	109	0	271	1	67	0	251	0	92	0	304	2	87	1	780	410	376	454
エストニア	0	0	2	0	3	0	2	0	3	0	0	0	1	0	1	0	-	-	-	-
エジプト	6	0	23	0	0	0	36	0	22	0	22	0	8	0	46	0	-	-	-	-
エストニア	1	0	0	0	3	0	0	0	8	0	0	0	4	0	2	0	-	-	-	-
エリトリア	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	-	-	-	-
エチオピア	4	0	9	3	4	0	19	0	4	0	4	0	3	0	10	0	70	101	51	37
エルサルバドル	1	0	1	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	-	-	-	-
オーストリア	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	168	148	196	287
オーストリア	48	1	119	0	77	0	18	0	94	0	11	0	37	0	8	0	105	0	41	0
オマーン	0	0	2	0	1	0	1	0	1	0	1	0	5	0	0	0	-	-	-	-
オランダ	110	0	29	0	62	0	35	0	93	0	19	0	87	0	34	0	759	567	605	641
ガーナ	4	0	12	0	1	0	16	0	5	0	10	0	9	0	24	1	-	-	-	-
ガイアナ																	-	-	-	-
ガイアナ																	-	-	-	-
ガザフスタン	0	0	8	0	0	0	16	0	1	0	6	0	5	0	17	0	0	4	0	0
カタール	15	0	9	0	22	0	39	0	24	0	30	0	26	0	38	0	339	453	402	526
カタール	190	0	39	0	138	0	43	0	181	0	37	0	157	0	49	0	264	242	322	289
カボネ	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-
カメルーン	1	0	3	0	1	0	5	0	1	0	5	0	1	0	9	0	-	-	-	-
韓国	3	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	3	1	2	0	2,434	2,731	2,491	3,121
キルギスタン	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-
ギニア	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-
ギニアビサウ																	-	-	-	-
ギリシャ	2	0	1	0	4	0	3	0	8	0	1	0	2	0	0	0	-	-	-	-
キューバ	4	0	2	0	0	0	0	0	4	0	0	0	1	0	1	0	-	-	-	-
ギンボ	12	0	16	0	3	0	14	0	8	0	6	0	3	0	8	0	-	-	-	-
ギンボ	3	0	16	0	1	0	6	0	1	0	0	0	1	0	9	0	-	-	-	-

国・地域名	11/1-11/7				11/8-11/14				11/15-11/21				11/22-11/28				【参考】右欄参照			
	日本国籍者		外国籍者		日本国籍者		外国籍者		日本国籍者		外国籍者		日本国籍者		外国籍者		11/1-11/7	11/8-11/14	11/15-11/21	11/22-11/28
	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数				
グアテマラ	3	0	1	0	7	0	1	0	5	4	0	0	1	0	2	0	-	-	-	-
クウェート	2	0	2	0	4	0	1	0	2	0	0	0	4	0	1	0	-	-	-	-
クボタキア	9	0	7	0	20	0	0	0	1	0	11	0	2	0	7	0	-	-	-	-
ケニア	10	0	7	0	3	0	17	0	10	0	8	0	9	0	6	0	-	-	-	-
コートジボワール	0	0	1	0	3	0	2	0	1	0	0	0	1	0	2	0	-	-	-	-
コスタリカ	0	0	1	0	0	0	2	0	1	0	1	0	2	0	5	0	-	-	-	-
コンゴ共和国	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-
コンゴ民主共和国	8	0	25	0	5	0	9	0	2	0	2	0	8	0	9	0	-	-	-	-
コンゴ共和国	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	2	0	-	-	-	-
コソボ自治連邦	1	0	0	0	1	0	2	0	3	0	5	0	2	0	0	0	-	-	-	-
ザウジアラビア	11	0	22	0	19	0	13	0	11	0	8	0	18	0	10	0	-	-	-	-
ザンビア	1	0	1	0	1	0	8	0	1	0	4	0	3	0	9	0	-	-	-	-
シエラレオネ	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-
ジブチ	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	-	-	-	-
ジブチ	3	0	3	0	0	0	7	0	2	0	2	0	2	0	7	0	-	-	-	-
ジョージア	3	0	4	0	2	0	7	0	4	0	1	0	3	0	2	0	-	-	-	-
シリア	0	0	2	0	1	0	4	0	1	0	1	0	0	0	1	0	-	-	-	-
シンガポール	4	0	3	0	10	0	6	0	3	0	16	0	6	0	6	0	620	618	692	688
ジンバブエ	0	0	1	0	2	0	4	0	1	0	2	0	1	0	1	0	-	-	-	-
スイス	99	0	26	0	87	0	22	0	71	0	27	0	174	0	16	0	101	67	87	100
スウェーデン	30	0	19	0	26	0	23	0	35	0	12	0	45	0	12	0	-	-	-	-
スウェーデン	1	0	4	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	-	-	-	-
スペイン	89	0	44	0	74	0	28	0	47	0	40	0	85	0	25	0	-	-	-	-
スリナム	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-
スリランカ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	229	183	134	188
スロバキア	12	0	2	0	6	0	4	0	14	0	5	0	3	0	2	0	-	-	-	-
スロベニア	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	-	-	-	-
セーシェル共和国	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-
セネガル	1	0	2	0	2	0	8	0	2	0	5	0	7	0	9	0	-	-	-	-
セルビア	1	0	4	0	6	0	5	0	6	0	3	0	4	0	6	0	-	-	-	-
ソマリア	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	4	0	0	0	0	0	-	-	-	-
タイ	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	813	654	720	629
台湾	7	0	1	0	11	0	4	0	15	0	20	0	16	0	24	0	741	770	771	748
タジキスタン	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-
タンザニア	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	-	-	-	-
チエコ	34	0	11	0	32	0	5	0	19	0	6	0	38	0	18	0	-	-	-	-
中央アフリカ共和国	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-
中国【香港、マカオ含む】	0	0	0	0	0	0	4	0	2	0	1	0	2	0	1	0	4,849	5,478	5,962	8,206
チュニジア	0	0	3	0	0	0	4	0	1	0	3	0	2	0	3	0	-	-	-	-
チリ	5	0	4	0	10	0	3	0	2	0	1	0	11	0	3	0	-	-	-	-
デンマーク	20	0	19	0	16	0	8	0	23	0	10	0	10	0	21	0	-	-	-	4
ドイツ	268	0	154	0	208	0	114	0	218	0	90	0	249	0	92	0	705	584	503	576
ドミニカ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	-	-	-	-
ドミニカ共和国	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	7	0	1	0	4	0	-	-	-	-
ドミニカ国	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-
ドムリコ	51	0	35	0	47	0	53	0	31	0	44	0	44	0	50	0	235	250	230	478
ドイツ	1	0	47	0	3	0	29	0	1	0	15	0	2	0	16	0	-	-	-	-
ドミニカ	1	0	0	0	1	0	3	0	0	0	5	0	0	0	0	0	-	-	-	-
ニカラグア	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	-	-	-	-
ニューギニア	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	167	173	230	162
ニューギニア	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	104	91	110	177
ニューゼaland	2	0	281	0	7	0	456	0	7	0	384	0	56	0	363	0	249	262	367	260
オーストラリア	9	0	7	0	7	0	3	0	4	0	4	0	10	0	4	0	-	-	-	-
オーストラリア	1	0	1	0	4	0	1	0	9	0	4	0	5	0	1	0	-	-	-	-

国・地域名	11/1-11/7				11/8-11/14				11/15-11/21				11/22-11/28				(参考) 到着者数			
	日本国籍者		外国籍者		日本国籍者		外国籍者		日本国籍者		外国籍者		日本国籍者		外国籍者		11/1-11/7	11/8-11/14	11/15-11/21	11/22-11/28
	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数
ハイチ	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
バハマス	17	0	170	2	21	0	159	1	8	0	188	3	18	0	194	4	-	-	-	-
バチカン市国	1	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
バハマ	2	0	7	0	1	0	3	0	1	0	2	0	2	0	5	0	0	0	0	0
バングラデシュ	3	0	0	0	6	0	1	0	5	0	2	0	5	0	11	0	-	-	-	-
バルバドス	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
バレーキナ	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ハンガリー	22	1	5	0	16	2	10	0	55	0	5	1	34	0	8	0	-	-	-	-
バングラデシュ	26	0	124	5	19	0	147	4	15	0	111	3	18	0	209	3	-	-	-	-
ボリビア	144	0	977	4	125	1	1,359	4	178	0	1,558	6	178	2	1,721	8	2,147	2,613	2,892	4,102
フィンランド	26	0	11	0	18	0	12	0	18	0	7	0	21	0	19	0	144	110	154	114
ブータン	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	23	0	0	0	0	0	-	-	-	-
ブラジル	53	1	142	1	49	0	155	0	45	1	206	1	52	0	210	0	-	-	-	-
フランス	382	3	180	1	289	2	120	0	207	1	104	1	171	1	80	0	766	565	580	595
ブルキナファソ	3	0	5	0	14	0	11	0	11	1	18	0	10	0	14	0	-	-	-	-
ブルキナ・ダルサラーム	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-
韓国	1,832	26	866	6	1,829	11	851	7	2,043	11	1,017	13	3,307	10	935	7	3,927	4,085	4,299	5,512
ベトナム	1	0	3	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	2	0	2,627	3,322	3,431	3,085
ベネズエラ	0	0	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	4	0	-	-	-	-
ベラルーシ	2	0	5	0	1	0	2	0	0	0	8	0	1	0	0	0	-	-	-	-
ベリーズ	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	-	-	-	-
ベルギー	8	0	30	0	8	0	51	0	14	0	43	0	5	0	51	0	-	-	-	-
ベルギー	38	0	9	0	54	0	10	0	29	0	3	0	36	0	6	0	-	-	-	-
ボツワナ	22	0	20	1	25	0	11	0	25	1	15	0	26	1	15	0	40	41	38	54
ボスニア・ヘルツェゴビナ	1	0	0	0	2	0	0	0	4	0	1	0	0	0	1	0	-	-	-	-
ボツワナ	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	-	-	-	-
ボリビア	5	0	16	0	5	0	14	0	4	0	19	0	7	0	9	0	-	-	-	-
ボツワナ	14	0	5	0	7	0	8	0	18	0	4	0	33	0	5	0	-	-	-	-
ボツワナ	3	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	-	-	-	-
ボツワナ	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-
ボツワナ	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	4	0	3	0	1	0	-	-	-	-
ブルキナ	27	0	2	0	16	0	0	0	26	0	0	0	16	0	0	0	-	-	-	-
ブルキナ	77	0	109	0	89	0	114	0	101	0	124	1	85	0	139	1	285	508	458	408
ブルキナ	6	0	14	1	9	0	12	0	4	0	16	0	19	0	14	0	-	-	-	-
ブルキナ	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	-	-	-	-
ブルキナ	10	0	230	0	15	0	381	1	15	0	224	0	14	0	240	1	108	252	142	110
ブルキナ	07	1	21	0	88	0	29	0	86	1	28	0	104	2	16	0	370	131	118	139
ブルキナ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	-	-	-	-
ブルキナ	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	-	-	-	-
ブルキナ	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	0	-	-	-	-
ブルキナ	4	0	2	0	10	0	8	0	2	0	2	0	5	0	2	0	-	-	-	-
ブルキナ	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	-	-	-	-
ブルキナ	4	0	2	0	2	0	3	0	7	0	7	0	1	0	4	0	-	-	-	-
ブルキナ	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-
ブルキナ	0	0	3	0	0	0	2	0	3	0	0	0	2	0	5	0	165	161	0	326
ブルキナ	1	0	9	0	1	0	8	0	1	0	1	0	6	0	10	0	-	-	-	-
ブルキナ	1	0	3	0	3	0	9	0	3	0	8	0	12	0	3	0	-	-	-	-
ブルキナ	5	0	3	0	3	0	4	0	0	0	1	0	0	0	1	0	-	-	-	-
ブルキナ	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-
ブルキナ	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	-	-	-	-
ブルキナ	0	1	27	0	4	0	107	0	13	1	13	0	5	0	18	1	-	-	-	-
ブルキナ	4	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-
ブルキナ	0	0	2	0	1	0	3	0	2	0	1	0	2	0	4	0	-	-	-	-
ブルキナ	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-

国・地域名	11/1-11/7				11/8-11/14				11/15-11/21				11/22-11/28			
	日本国籍者		外国人		日本国籍者		外国人		日本国籍者		外国人		日本国籍者		外国人	
	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数	総検体数	陽性検体数
ヨーロッパ	4	0	26	1	5	0	17	1	0	0	24	0	1	0	2	0
ロシア	22	1	221	4	19	0	160	3	43	1	182	4	27	0	163	6
合計	4,938	37	5,651	47	4,423	24	6,400	65	4,816	25	6,811	54	6,773	41	7,016	49

(単位) 到着者数			
11/1-11/7	11/8-11/14	11/15-11/21	11/22-11/28
-	-	-	-
211	169	198	187
26,580	28,026	29,033	31,823

集計期間 2020年11月1日～2020年11月28日(速報値)

成田空港、羽田空港、関西空港、福岡空港、中部空港からの入国者について集計している。

総検体数及び陽性検体数については、入国者が複数の国・地域に滞在していた場合は滞在していた国・地域を全て計上している。

総検体数及び陽性検体数については、入国前14日間に滞在した国・地域を計上している。

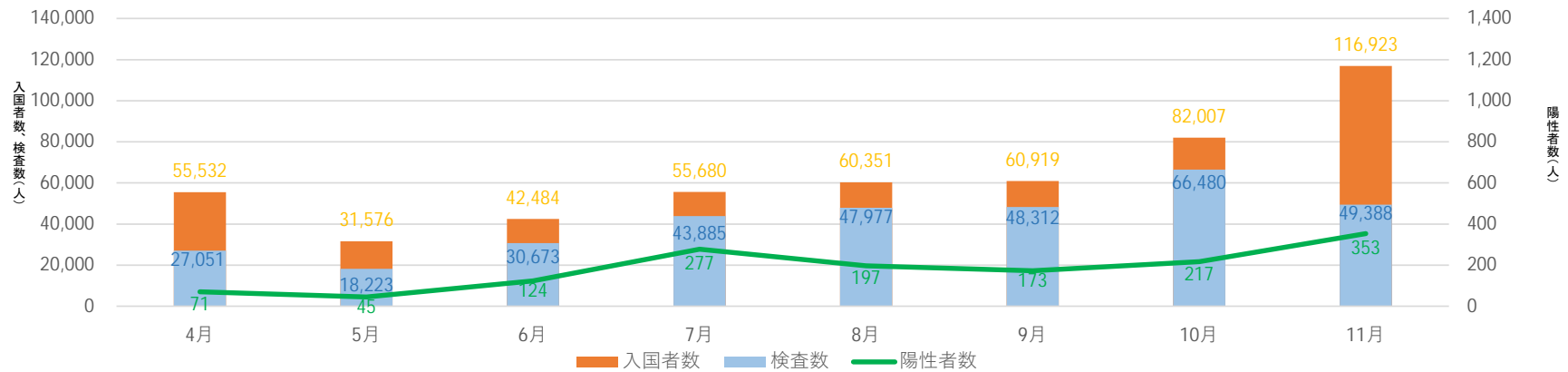
到着者数については、航空便の出発国・地域別の搭乗者数(乗り継ぎ客を含む。)を計上している。

非入国拒否対象国・地域からの入国者は有症者等を除き入国時の検査は不要としており、この場合、検体数は0としている。

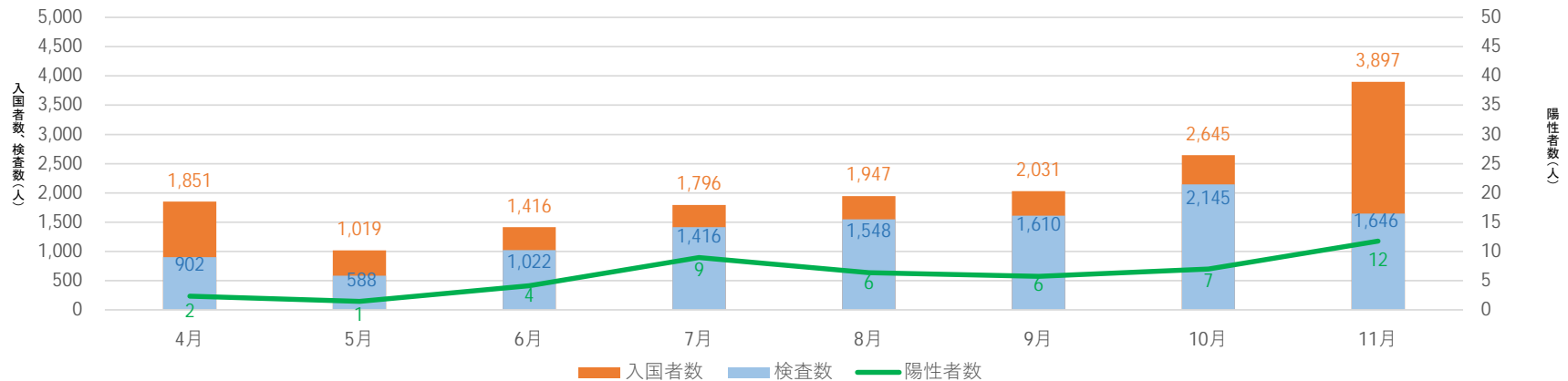
最近の入国者数、検査数、陽性者数の推移

(2020.12.9現在)

(1) 4月～11月の月別推移



(2) 4月～11月の1日平均月別推移



- 入国者数は日本人の帰国者数を含む。入国者数(10月及び11月)、検査数、陽性者数は速報値。
- 入国時検査は入国拒否対象国・地域からの入国者等を実施しており、入国者数と検査数の違いは、検査対象とならない非入国拒否対象国・地域(レベル2国・地域)からの入国者や航空機の乗員等によるもの。
- 入国者数は上陸許可日等、検査数は到着日を基準としており、入国時検査の結果判明が日をまたぐ場合があることから、検査数は入国者数の内数とは限らない。

空港検疫で陽性が判明した者の数（月別・滞在歴別）

国名	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	合計
フィリピン	0	6	7	20	110	63	33	17	24	280
アメリカ	1	22	5	11	31	31	33	20	109	263
パキスタン	0	0	10	56	37	1	5	1	12	122
インドネシア	0	5	2	3	8	9	7	6	54	94
インド	0	0	0	7	26	11	5	16	16	81
ネパール	0	0	0	0	0	3	8	34	23	68
イギリス	12	18	2	0	8	2	1	8	6	57
フランス	10	6	0	0	5	5	6	12	11	55
ブラジル	2	6	10	9	6	4	3	1	6	47
ロシア	0	0	0	2	0	4	4	5	23	38
中国	0	1	0	1	0	10	14	10	0	36
ハンガリー	0	0	0	0	7	0	2	3	18	30
ベトナム	0	0	0	0	0	7	8	14	0	29
スペイン	8	0	0	1	2	3	3	2	1	20
タイ	1	3	0	0	4	5	7	0	0	20
大韓民国	0	0	0	0	0	8	4	8	0	20
ドイツ	9	1	0	1	1	4	0	1	1	18
ペルー	0	0	2	2	13	0	0	1	0	18
アラブ首長国連邦	0	0	2	1	1	1	6	3	4	18
トルコ	0	0	0	0	3	0	1	3	11	18
イタリア	11	0	0	0	1	2	1	2	0	17
ウクライナ	0	0	0	0	0	2	4	4	7	17
台湾	0	1	0	1	0	2	1	10	0	15
メキシコ	0	0	0	1	4	3	1	2	4	15
カナダ	1	6	2	0	1	3	1	0	0	14
オランダ	5	0	0	1	0	4	1	1	1	13
スイス	3	0	0	0	0	1	3	3	1	11
ポーランド	1	0	0	0	0	0	0	5	3	9
アフガニスタン	0	0	0	2	0	0	2	2	3	9
アイルランド	6	2	0	0	0	0	0	0	0	8
スウェーデン	1	0	0	0	1	0	1	2	2	7
タジキスタン	0	0	0	0	1	0	1	3	0	5
チェコ	0	0	0	1	0	0	1	2	1	5
ハンガリー	0	0	0	0	0	0	1	0	4	5
ルーマニア	0	0	0	0	0	0	0	1	3	4
シンガポール	0	0	0	1	0	1	0	2	0	4
香港	0	1	0	0	1	1	0	1	0	4
オーストラリア	0	3	0	0	0	1	0	0	0	4
ボリビア	0	0	1	1	2	0	0	0	0	4
イラン	0	0	0	0	2	1	0	1	0	4
エジプト	0	0	0	1	1	1	1	0	0	4
ウズベキスタン	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3
ベルギー	1	0	0	0	0	1	0	1	0	3
ポルトガル	0	0	0	0	1	0	1	1	0	3
マルタ	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3
マレーシア	0	0	1	0	0	2	0	0	0	3
エチオピア	2	0	0	0	0	0	1	0	0	3
キルギス	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
ブルガリア	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
ミャンマー	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
ニューゼーランド	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
シリア	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
サウジアラビア	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
レバノン	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
ガーナ	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
カメルーン	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
チュニジア	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
ドミニカ共和国	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
南アフリカ	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
エストニア	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
オーストリア	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
ギリシャ	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
コンゴ	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
スロバキア	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
セルビア	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
デンマーク	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
ノルウェー	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
フィンランド	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
モルドバ	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
モンテネグロ	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
リトアニア	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
カンボジア	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
チリ	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
バルバドス	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
カタール	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
アンゴラ	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
ウガンダ	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
ギニア	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
コンゴ民主共和国	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
セネガル	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
ナイジェリア	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
マダガスカル	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
モロッコ	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
合計	75	82	48	126	279	201	175	227	363	1,576

※複数国の滞在歴がある者があるため、重複計上がある。

厚生労働省では、「新型コロナウイルス感染症対応」
のための「遠隔通訳サービス」を提供しています

電話通訳サービスのご案内

新型コロナウイルス感染症患者及びその疑い患者の診療を行う医療機関(感染症指定医療機関や帰国者・接触者外来を設置している医療機関等)の外国人対応を支援するため、緊急的な措置として主要な言語の電話医療通訳サービスを提供します。

サービス内容

- ・ご来院の外国人患者とスピーカーフォンによるハンズフリー通話での通訳
- ・外国人患者からの問い合わせ入電や発信における3者間通訳サービス

※3者間通訳サービスの詳細は、ご利用の手順をご確認ください。

通訳サービス専用番号：050-3138-4567

(対象医療機関専用ダイヤルのため一般の方からのお電話はお受けしていません)

サービス提供対象者	① 帰国者・接触者外来(地域・外来検査センターを含む)を設置している医療機関 ② 発熱患者等の診療または検査可能な医療機関として指定される医療機関(診療・検査医療機関) ③ 感染症指定医療機関 ④ 新型コロナウイルス感染症重点医療機関 ⑤ 上記以外で外国人の新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れている医療機関 ⑥ 新型コロナウイルス感染症疑い患者受入協力医療機関 等
利用場面	対象機関における新型コロナウイルス感染症の外国人患者及びその疑いのある外国人への対応
対応言語	英語、中国語、韓国語、スペイン語、ポルトガル語、ベトナム語、フランス語 ※ベトナム語、フランス語の対応は、2020年12月7日8時30分からの開始となります。
対応期間	2020年6月15日～当面の間 24時間体制 ※2020年11月28日までの予定でしたが、期間を延長しました。
利用料金	無料。ただし、通話料は利用者負担となります。

問い合わせ先

厚生労働省 新型コロナウイルス感染症対応に資する電話医療通訳サービス事業 運営事務局

TEL:06-6398-0561(平日9:00~18:00) FAX:06-6398-0562 E-mail:mhlw@mrp-spd.co.jp

※時間外の緊急問い合わせ先TEL:050-3138-5671

〒532-0003 大阪市淀川区宮原3-4-30 ニッセイ新大阪ビル15階 株式会社エム・アール・ビー内

※本サービスは厚生労働省の委託を受けて、株式会社エム・アール・ビー(通訳業者:メディアフォン株式会社)が提供します。

参考資料

「新型コロナウイルス感染症対策分科会緊急提言『最近の感染状況を踏まえた、より一層の対策強化について』への政府の具体的なアクションについて」(令和2年11月10日 新型コロナウイルス感染症対策本部 資料4)(抄)

アクションNo4. 国際的な人の往来の再開に伴う取り組みの強化

求められている具体的アクション

- (1) 水際対策と地域での感染対策を連携して行うため、国は、①検疫所における滞在国・地域別検疫実施人数及び検査実施人数やその中の陽性者数などの情報を迅速に整理し、公表していくこと。また、②自治体に検疫に係る情報を迅速に提供すること。
- (2) 国において、自治体での外国人のフォローアップを支援できる仕組みを早急に検討すること。また、検疫時に健康監視等に関する基本的な情報を多言語化して情報提供すること。
- (3) さらに、外国人を受け入れる医療機関等に対する支援を強化すること。

- ▶検疫における滞在国・地域別検疫実施数、検査実施数、陽性者数について、HP上で公表する。また、現在行っている、検疫で把握した各入国者の質問票情報の自治体への提供について、運用の改善等により迅速化に取り組む。
- ・現在、入国者に対して、14日間の待機期間中に保健所から健康フォローアップを行うこと等について、多言語で周知しているところ、更なる周知啓発など必要な改善を行う。
- ・電話通訳サービスの拡充を検討するなど、外国人を受け入れる医療機関に対して外国人対応の更なる支援に取り組む。
- ・多言語の電話通訳サービスについて、保健所の業務でも活用できるようにするための支援を行う。

新型コロナウイルス感染症に対する水際対策

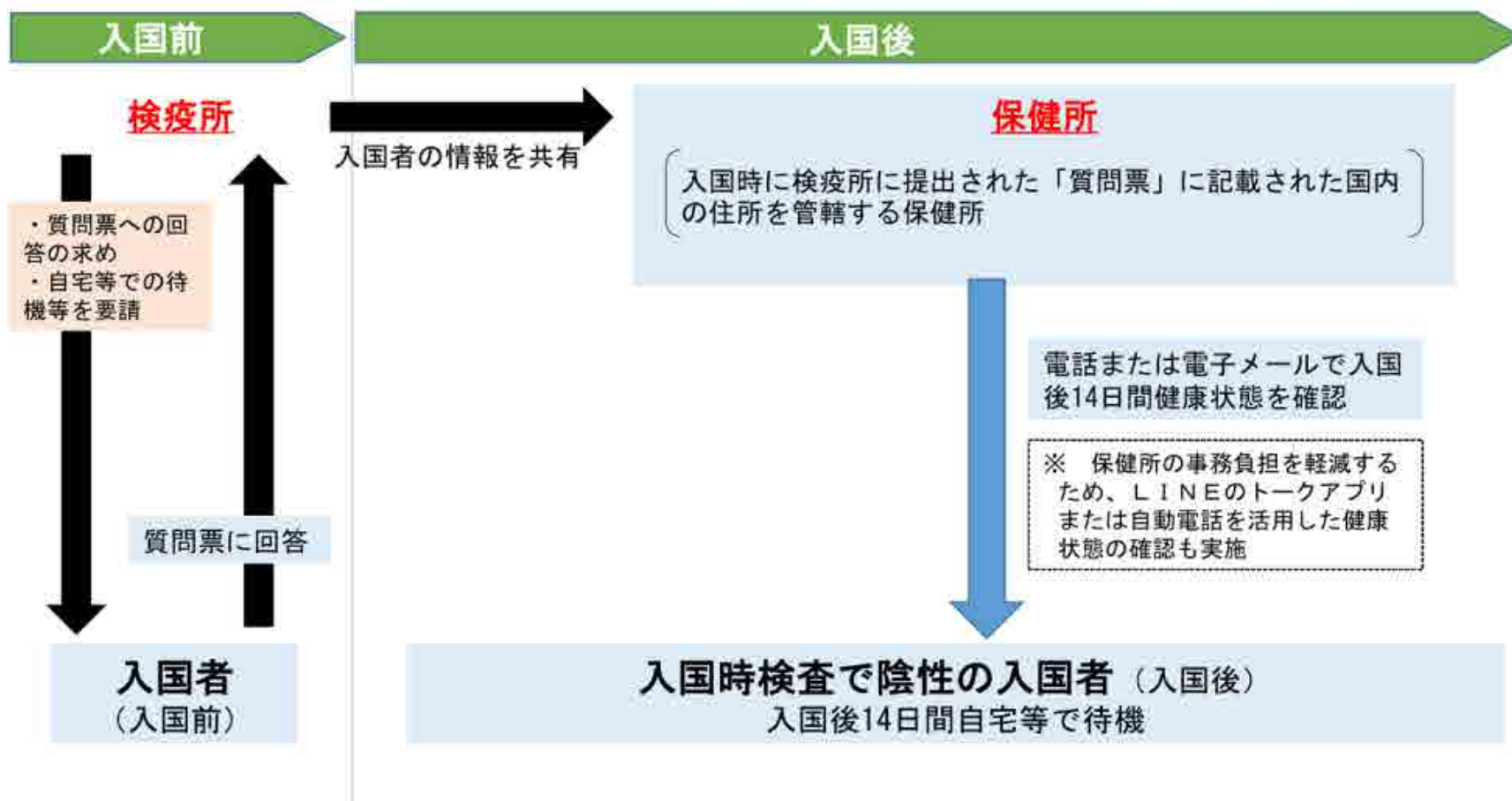
入管法に基づく入国制限対象地域からの入国者（152か国・地域）

アジア：インドネシア、フィリピン、マレーシア、モルディブ、インド、パキスタン、バングラデシュ、ネパール、ブータン、ミャンマー
ヨーロッパ：サンマリノ、アイスランド、アンドラ、イタリヤ、エストニア、オーストリア、オランダ、スイス、スペイン、スロベニア、デンマーク、ドイツ、ノルウェー、バチカン、フランス、ベルギー、マルタ、モナコ、リヒテンシュタイン、ルクセンブルグ、アイルランド、スウェーデン、ポルトガル、ギリシャ、スロバキア、チェコ、ハンガリー、フィンランド、ベラルーシ、ボスニア・ヘルツェゴビナ、ポーランド、ラトビア、リトアニア、英国、キプロス、クロアチア、コソボ、ブルガリア、ルーマニア、アルバニア、アルメニア、モルドバ、モンテネグロ、北マケドニア、セルビア、ウクライナ、ロシア、アゼルバイジャン、カザフスタン、タジキスタン、キルギス、ジョージア、ウズベキスタン
中東：アラブ首長国連邦、イラン、イスラエル、オマーン、カタール、クウェート、サウジアラビア、トルコ、バーレーン、アフガニスタン、イラク、レバノン、パレスチナ、ヨルダン
アフリカ：エジプト、コートジボワール、コンゴ民主共和国、シブチ、モーリシャス、モロッコ、カーボベルデ、ガボン、ギニアビサウ、サントメ・プリンシペ、赤道ギニア、ガーナ、ギニア、南アフリカ、アルジェリア、エスワティニ、カメルーン、セネガル、中央アフリカ、モーリタニア、ケニア、コモロ、コンゴ共和国、シエラレオネ、スーダン、ソマリア、ナミビア、ボツワナ、マダガスカル、リビア、リベリア、エチオピア、ガンビア、ザンビア、ジンバブエ、チュニジア、ナイジェリア、マラウイ、南スーダン、ルワンダ、レソト
北米：米国、カナダ
中南米：アンティグア・バーブーダ、エクアドル、セントクリストファー・ネイビス、チリ、ドミニカ国、ドミニカ共和国、バルバドス、パナマ、ブラジル、ペルー、ボリビア、バハマ、メキシコ、ウルグアイ、ホンジュラス、コロンビア、エルサルバドル、アルゼンチン、ガイアナ、キューバ、グアテマラ、グレナダ、セントビンセント及びグレナディーン諸島、コスタリカ、ジャマイカ、ハイチ、ニカラグア、スリナム、パラグアイ、ベネズエラ、トリニダード・トバゴ、ペルーズ

※ 2020年12月11日現在



新型コロナウイルス感染症対策における検疫所と保健所の関係



現 状

- 現在、海外から日本への入国者については、入国後14日間は、原則として、全員に、「公共交通機関の不利用」が要請されている。
- このため、空港到着後、①空港周辺のホテルに14日間待機するか、②待機場所（自宅・ホテル等）までの移動について、自家用車で迎えに来てもらう、レンタカーやハイヤー利用する、といった方法しかなく、入国者等の負担が大きい。

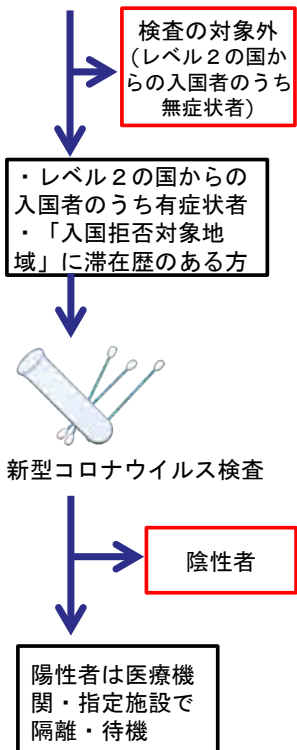


検討案

- 以上のような状況を踏まえ、感染防止対策を徹底しながら、より円滑に待機場所まで空港から移動することが可能となるよう、次のような措置を講じていることを条件に、列車を利用した手段の提供を可能とできないか。
 - ・ 実施責任者の明確化
 - ・ 利用者及び車両の限定
 - ・ 空港から待機場所までの全行程の移動手段の確保
 - ・ 事業者及び利用者による感染防止対策の徹底
 - ・ 乗降車時における利用者の動線の確保
 - ・ 感染が確認された場合のための追跡情報の管理
- 具体的には、別添のような案が事業者において検討されているところ。

成田空港への入国者の自宅等待機場所までの移動手段の確保について

全席指定の特急列車（スカイライナー）を軸とし、ハイヤーと一貫した輸送を新たに提供。感染防止対策を徹底しつつ、利用者の追跡可能性も確保することで、①一般乗客等と分離した安全・安心な移動手段の確保、②帰国する日本人や入国者が自宅等待機場所まで移動するに当たっての利便性の高い移動手段の提供、③空港においてハイヤー等を待つ者が滞留する等の事態の発生を避ける。



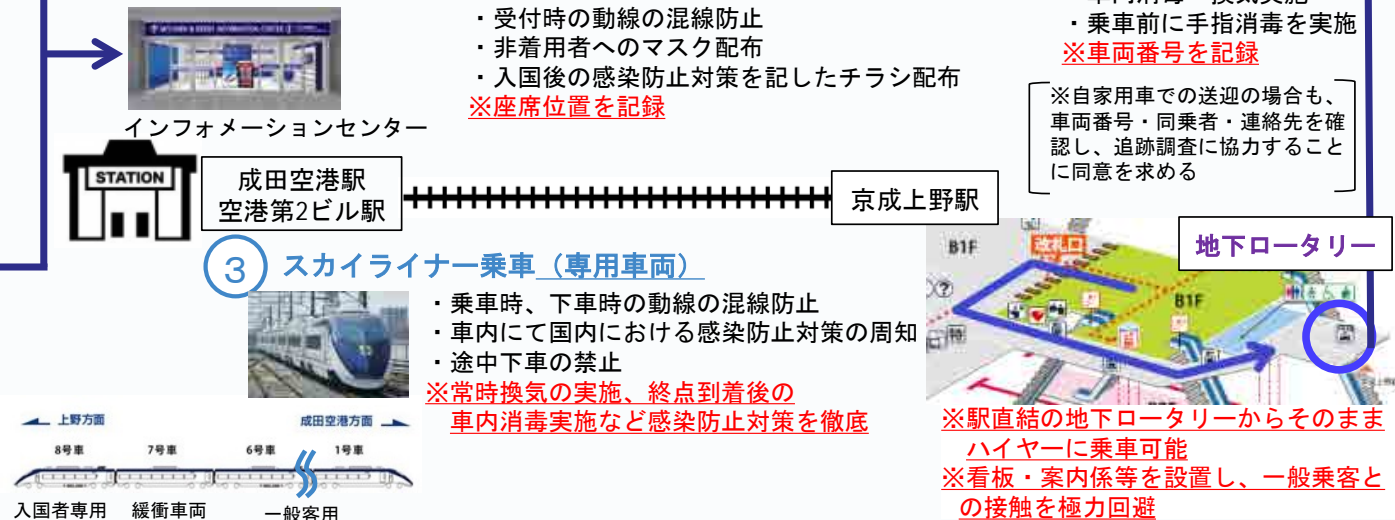
<新規サービス（案）> 以下の①～④をパッケージで提供

① 帰国・入国予定者は、事前にWEBで予約
 ①個人情報登録（パスポート情報など）
 ②予約（利用予定日、時間、待機場所等の情報入力）
 ※待機場所までの交通手段を一括で確保

② 予約者の本人確認・発券・案内等
 ・検温、消毒
 ・受付時の動線の混線防止
 ・非着用者へのマスク配布
 ・入国後の感染防止対策を記したチラシ配布
 ※座席位置を記録

③ スカイライナー乗車（専用車両）
 ・乗車時、下車時の動線の混線防止
 ・車内にて国内における感染防止対策の周知
 ・途中下車の禁止
 ※常時換気の実施、終点到着後の車内消毒実施など感染防止対策を徹底

④ ハイヤー
 ・車内消毒・換気実施
 ・乗車前に手指消毒を実施
 ※車両番号を記録
 ※自家用車で送迎の場合も、車両番号・同乗者・連絡先を確認し、追跡調査に協力することに同意を求める



ワクチン接種について

- I 接種順位
- II 接種実施体制等

令和2年12月11日

内閣官房 厚生労働省

I 接種順位

新型コロナウイルス感染症に係るワクチンの接種について（中間とりまとめ）抜粋

（令和2年9月25日 新型コロナウイルス感染症対策分科会）

接種目的

新型コロナウイルス感染症による死亡者や重症者の発生をできる限り減らし、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。

接種順位

- （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る見通しであることから、接種目的に照らして、
 - ・ **新型コロナウイルス感染症患者**（新型コロナウイルス感染症疑い患者を含む。以下同じ。）に**直接医療を提供する施設の医療従事者等**（新型コロナウイルス感染者患者の搬送に携わる救急隊員及び積極的な疫学調査等の業務に携わる保健師等を含む。）
 - ・ **高齢者及び基礎疾患を有する者**を接種順位の上位に位置付けて接種する。今後、具体的な範囲等について、検討する。
- （2） **高齢者及び基礎疾患を有する者や障害を有する者が集団で居住する施設等で従事する者の接種順位**について、業務やワクチンの特性等を踏まえ、検討する。
- （3） さらに、**妊婦の接種順位**について、国内外の科学的知見等を踏まえ、検討する。

接種順位の考え方（案）

1 接種順位の大まかなイメージ

重症化リスクの大きさ等を踏まえ、まずは医療従事者等への接種、次に高齢者、その次に高齢者以外で基礎疾患を有する者、高齢者施設等の従事者への接種をできるようにする。

その後、それ以外の者に対し、ワクチンの供給量等を踏まえ順次接種をできるようにする。

想定される接種順位のイメージ

※ 供給量等を踏まえ、各グループ内でも年齢等により、更に順位が細分化されることがある。

医療従事者等への接種

高齢者へのクーポン
配布

高齢者への接種

それ以外の
者へのクー
ポン配布

基礎疾患を有する者
(高齢者以外) への接種

高齢者施設等の従事者への接種

上記以外の者に対し、ワクチンの
供給量等を踏まえ順次接種

接種順位の考え方（案）

2 医療従事者等の範囲について

(1) **医療従事者等に早期に接種する理由**として、以下の点が重要であることを踏まえ、具体的な範囲を定める。

- ・ 業務の特性として、**新型コロナウイルス感染症患者や多くの疑い患者と頻繁に接する業務**を行うことから、新型コロナウイルスへの曝露の機会が極めて多いこと
- ・ 従事する者の発症及び重症化リスクの軽減は、**医療提供体制の確保のために必要**であること

※ なお、ワクチンの基本的な性能として発症予防・重症化予防が想定され、感染予防の効果を期待するものではないことから、患者への感染予防を目的として医療従事者等に接種するものではないことに留意（医療従事者等は、個人のリスク軽減に加え、医療提供体制の確保の観点から接種が望まれるものの、最終的には接種は個人の判断であり、業務従事への条件とはならない）

(2) **医療従事者等の範囲**は以下とする。

○ **病院、診療所において、新型コロナウイルス感染症患者（疑い患者を含む。以下同じ。）に頻繁に接する機会のある医師その他の職員**

※ 診療科、職種は限定しない。

※ 委託業者についても、業務の特性として、新型コロナウイルス感染症患者と頻繁に接する場合には、医療機関の判断により対象とできる。

※ 疑い患者には、新型コロナウイルス感染症患者であることを積極的に疑う場合だけでなく、発熱・呼吸器症状などを有し新型コロナウイルス感染症患者かどうか分からない患者を含む。

○ **薬局において、新型コロナウイルス感染症患者に頻繁に接する機会のある薬剤師その他の職員（登録販売者を含む。）**

※ 当該薬局が店舗販売業等と併設されている場合、薬剤師以外の職員については専ら薬局に従事するとともに、主に患者への応対を行う者に限る。

○ **新型コロナウイルス感染症患者を搬送する救急隊員等、海上保安庁職員、自衛隊職員**

○ **自治体等の新型コロナウイルス感染症対策業務において、新型コロナウイルス感染症患者に頻繁に接する業務を行う者**

- 以下が含まれる。
- ・ 患者と接する業務を行う保健所職員、検疫所職員等
 - ・ 宿泊療養施設で患者に頻繁に接する者
 - ・ 自宅、宿泊療養施設や医療機関の間の患者移送を行う者

接種順位の考え方（案）

3 高齢者施設等の従事者の接種順位について

(1) 高齢者及び基礎疾患を有する者や障害を有する者が集団で居住する施設等で従事する者（以下「高齢者施設等の従事者」という。）の接種順位については、以下の理由から（2）の従事者を、高齢者に次ぐ接種順位と位置付ける。

→ 業務の特性として、仮に施設で新型コロナウイルス感染症患者が発生した後にも高齢の患者や濃厚接触者へのサービスを継続するとともに、クラスターを抑止する対応を行う必要があること

(2) 高齢者施設等の従事者の範囲は以下とする。

○高齢者等が入所・居住する社会福祉施設等（介護保険施設、居住系介護サービス、高齢者が入所・居住する障害者施設・救護施設等）において、利用者に直接接する職員

※サービスの種類、職種は限定しない。

接種順位の考え方（案）

3 高齢者施設等の従事者の接種順位について（続き）

（3）対象の高齢者施設等には、例えば、以下の施設であって、高齢者等が入所・居住するものが含まれる。

- 介護保険施設
 - ・ 介護老人福祉施設
 - ・ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
 - ・ 介護老人保健施設
 - ・ 介護療養型医療施設
 - ・ 介護医療院
- 居住系介護サービス
 - ・ 特定施設入居者生活介護
 - ・ 地域密着型特定施設入居者生活介護
 - ・ 認知症対応型共同生活介護
- 老人福祉法による老人福祉施設
 - ・ 養護老人ホーム（一般）（盲）
 - ・ 軽費老人ホーム A型、B型、（ケアハウス）
 - ・ 都市型軽費老人ホーム
 - ・ 有料老人ホーム
- 高齢者住まい法による住宅
 - ・ サービス付き高齢者向け住宅
- 生活保護法による保護施設
 - ・ 救護施設
 - ・ 更生施設
 - ・ 宿所提供施設
- 障害者総合支援法による障害者支援施設等
 - ・ 障害者支援施設
 - ・ 共同生活援助事業所
 - ・ 重度障害者等包括支援事業所（共同生活援助を提供する場合に限る）
 - ・ 福祉ホーム
- その他の社会福祉法等による施設
 - ・ 社会福祉住居施設（日常生活支援住居施設を含む）
 - ・ 生活困窮者・ホームレス自立支援センター
 - ・ 生活困窮者一時宿泊施設
 - ・ 原子爆弾被爆者養護ホーム
 - ・ 生活支援ハウス
 - ・ 婦人保護施設
 - ・ 矯正施設（※患者が発生した場合の処遇に従事する職員に限る）
 - ・ 更生保護施設

接種順位の考え方（案）

4 高齢者及び基礎疾患を有する者の範囲、妊婦の接種順位について

高齢者及び基礎疾患を有する者の範囲、妊婦の接種順位については、厚生労働省において、厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会予防接種基本方針部会で議論を行い、関連学会から意見を聴きつつ、更に検討することとなっている。

※なお、その他の者については、年齢等に応じてあらかじめ接種券が配布されるが、医療機関等に予約することにより、接種を希望する者から順次接種となる。

Ⅱ 接種実施体制等

新型コロナワクチンの確保に係るワクチンメーカーとの契約・合意の状況

- これまでのワクチン確保の取組により、米国モデルナ社ワクチンについては、5,000万回分、米国ファイザー社ワクチン及び英国アストラゼネカ社ワクチンについては、それぞれ1億2,000万回分の合計2億9,000万回分の供給を受けることについて、契約締結や基本合意に至っている。

正式契約を締結したもの

モデルナ社（米国）との契約（10月29日）

- 新型コロナウイルスのワクチン開発に成功した場合、武田薬品工業株式会社による国内での流通のもと来年上半期に4,000万回分、来年第3四半期に1,000万回分の供給を受けることについて両者と契約を締結。

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6,000万人分（1億2,000万回分）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1億2,000万回分のワクチンの供給（そのうち3,000万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。

各社における新型コロナウイルスワクチンの第Ⅲ相試験解析結果 概要

○ファイザー社（11月18日 最終解析結果）

- ・ 治験参加者のうち、170例が発症した段階で実施。2回目接種から7日経過した時点以降の発症の予防に**95%の有効性**を示した。
※ 発症者のうち、162例がプラセボ（偽薬）群、8例がワクチン接種群（なお、重症の感染例については、9例がプラセボ群、1例がワクチン接種群）。
- ・ 有効性は年齢、性別、人種・民族間で一貫しており、65歳を超える成人では94%を超える有効性が認められた。
- ・ 重大な安全性の懸念は認められず、グレード3の有害事象で頻度が2%を超えるものは、疲労3.8%と頭痛2.0%のみであった。

○モデルナ社（11月9日 中間解析結果 11月30日追加成績）

- ・ 治験参加者のうち、95例が発症した段階で実施。治験中のワクチンにより新型コロナ感染症の発症予防に**94.5%の有効性**を示した。
11月30日、196例に基づく解析でも**94.1%の有効性**（重症のCOVID-19に対する有効性は100%）。
※ 発症者のうち、90例がプラセボ（偽薬）群、5例がワクチン接種群。
- ・ 重大な安全性の懸念は認められず、グレード3以上の主な有害事象は、2回目接種後の倦怠感（9.7%）、筋肉痛（8.9%）、関節痛（5.2%）、頭痛（4.5%）、痛み（4.1%）であった。

○アストラゼネカ社（11月23日 中間解析結果）

- ・ 治験参加者のうち、131人の新型コロナウイルス感染症の発症者が生じた段階で中間解析を実施。
- ・ まず半分の量を投与し、少なくとも1カ月の間隔をおいて全量投与した場合には**90%の有効性**を示した。
- ・ 少なくとも1カ月の間隔をおいて全量を2回投与した場合には**62%の有効性**を示した。
- ・ 2種類の投与方式を合わせた解析では、**平均70%の有効性**を示した。いずれの結果も統計的に有意だとしている。
- ・ 重大な安全性の懸念は認められなかった。

（出所）各社プレスリリース等をもとに厚生労働省において作成

予防接種法及び検疫法の一部を改正する法律（令和2年法律第75号）について

改正の趣旨

新型コロナウイルス感染症の発生の状況に対処するため、予防接種の実施体制の整備等を行うとともに、検疫法第34条の指定の期限を延長できることとするため、所要の措置を講ずる。

改正の概要

1. 予防接種法の改正

① 予防接種に係る実施体制の整備

○ **新型コロナウイルス感染症に係るワクチンの接種について、予防接種法の臨時接種に関する特例を設け、厚生労働大臣の指示のもと、都道府県の協力により、市町村において予防接種を実施するものとする。**

➢ 接種に係る費用は、国が負担する。

➢ 予防接種により健康被害が生じた場合の救済措置や副反応疑い報告等については、予防接種法の現行の規定を適用する。

※ 接種の勧奨及び接種の努力義務については、予防接種の有効性及び安全性に関する情報等を踏まえ、政令で適用しないことができるものとする。

② 損失補償契約の締結

○ 政府は、ワクチンの使用による健康被害に係る損害を賠償すること等によって生じた製造販売業者等の損失を補償することを約する契約を締結できることとする。

2. 検疫法の改正

○ 検疫法第34条の感染症の政令指定の期限については1年以内となっているが、感染症法による指定感染症の政令指定の期限と同様に、1年以内に限り延長できるようにする。

※1 新型コロナウイルス感染症については、令和2年2月14日に検疫法第34条の感染症として政令で指定（令和3年2月13日までが期限）。政令指定により、同法に基づく隔離、停留等の規定を準用することができる。

※2 新型コロナウイルス感染症については、感染症法の指定感染症としての期限は令和3年1月31日までであるが、1年以内に限り延長が可能。

施行期日

公布の日（令和2年12月9日）

新型コロナウイルスワクチンの接種体制・流通体制の構築について（全体概要）

基本的な考え方

- ・ 今回のワクチンの接種は、**国の指示**のもと、**都道府県の協力**により、**市町村において予防接種を実施**するものとなっている。
なかでも、新型コロナ感染症対策の重要な柱として全国的に実施する施策であることから、**国が主導的役割を担う必要**がある。
- ・ また、今回の接種は平時に比べ大規模な接種体制・流通体制を速やかに整備する必要があるほか、体制整備や接種の実施方法の策定では、**関係者の負担軽減を実現**する観点も重要となる。

主な観点

1. 接種体制の基本設計

- (1) 実施主体と関係者の役割分担
 - 国が指示、都道府県が協力、市町村が実施主体
- (2) 接種場所の原則と例外
 - 原則、居住地の市町村で接種
- (3) 接種会場や接種方式
 - 接種場所は医療機関や市町村設置会場
 - 接種可能人数を可能な限り多くする必要

2. 接種にかかる業務の効率化(事務負担の軽減)

- (1) 委託契約
 - 市町村、医療機関で包括的な契約を実施
- (2) 接種記録
 - 接種済証を発行、市町村の予防接種台帳で情報管理
- (3) 費用の請求・支払い
 - 住所地外接種は、代行機関で請求・支払事務を実施

3. 接種に必要な物資・物流の確保

- (1) ワクチン
 - 全国民分の確保に向け交渉・支援を実施
- (2) ディープフリーザー（冷凍庫）
 - -75℃用を3,000台、-20℃用を7,500台確保
 - 国で確保し、各自治体に公平に割り当て
- (3) ドライアイス
 - 保冷ボックス用のドライアイスも国で一括調達予定

4. 接種・流通の円滑化

- (1) ワクチンの配分
 - 国と自治体が配分量を決定、医療機関等に納入
- (2) 卸売販売業者
 - 地域毎にワクチン流通を担当する卸売業者を設定
- (3) 関係者間の情報伝達
 - ワクチン配分等の情報伝達を行うシステムを構築

5. 接種順位について [新型コロナウイルス分科会、予防接種基本方針部会]

6. 接種実施の判断 [予防接種・ワクチン分科会]

7. 副反応に関する対応 [副反応検討部会]

8. 健康被害救済 ※法改正により措置済み

1. 新型コロナウイルスワクチンの接種体制の基本設計について

- 国の指示のもと、都道府県の協力により、市町村において予防接種を実施。
- 市町村は住民向けの接種体制を構築し、接種を希望する方は原則、居住地（住民票所在地）の市町村で接種を受ける。
- ワクチンの接種場所は、医療機関、市町村が設ける会場いずれでも実施できる。
- ワクチンは複数回分が1バイアルとして供給されることなどから、受託医療機関や接種会場ごとの接種可能人数を可能な限り多くする必要。

実施主体と関係者の役割分担

- ・ **厚生労働大臣の指示**のもと、**都道府県の協力**により、**市町村において予防接種を実施**する。
- ・ 国・都道府県・市町村の役割分担については、主導的役割を果たす国、実施主体としての市町村、広域的な視点で市町村を支援する都道府県といった役割分担を基本として、**接種体制・流通体制を速やかに整備**する。

接種場所の原則と例外

- ・ 身近な地域において接種が受けられる仕組みとして、市町村は住民向けの接種体制を構築する。
- ・ 接種を希望する方は**原則、居住地（住民票所在地）の市町村で接種**を受けることとする。
ただし、長期間入院又は入所している方等、**やむを得ない事情がある場合には、居住地以外の市町村で接種**を受けることができることとする。

接種会場や接種方式

- ・ ワクチンの接種場所は、**医療機関、市町村が設ける会場**いずれでも実施できる。
（契約方式は、医療機関への委託契約、自治体直営のいずれでも実施できる。）
- ・ ワクチンは複数回分が1バイアルとして供給されることなどから、受託医療機関や接種会場ごとの**接種可能人数を可能な限り多くする必要**がある。

2. 新型コロナウイルスワクチンの接種に係る業務の効率化（事務負担の軽減）

- 新型コロナウイルスワクチンの接種・流通業務を効率化し、関係者の事務負担を軽減する観点から、市町村と実施機関（医療機関）の間で締結されるワクチン接種の委託契約について、それぞれをグループ化し、グループ同士で包括的な契約（集合契約）を実施。
- 接種券と一体になった接種済証を発行し、接種時対象者に交付。接種情報は市町村の予防接種台帳で管理・保存。
- 居住地外（住民票所在地外）で接種が行われた場合には、費用の請求・支払い事務を代行機関で代行することにより、市町村や実施機関（医療機関）の負担軽減を実現。

委託契約

- ・ 市町村と実施機関（医療機関）とをそれぞれグループ化し、**グループ同士で包括的な契約を行う**。
- ・ 個々の市町村と全国の実施機関とが個別に契約する場合と比べて**契約数を大幅に抑えられる**。



接種記録

- ・ 接種の対象者に対し、接種券と一体になった**接種済証**を発行し、接種時に必要事項を記入し交付する。
- ・ 接種を受けた者や接種したワクチン等の情報については、**市町村の予防接種台帳**で管理・保存する。

費用の請求・支払い

- ・ 住民が**住所地外の実施機関で接種を受けた場合**、市町村の**費用の請求・支払い事務**を代行機関で代行する。



3. 新型コロナウイルスワクチンの接種に必要な物資・物流の確保について

- 来年前半までに全国民分の数量の確保を図るため、企業との交渉・研究開発支援を実施。これまで合計2億9,000万回分の供給について合意。
- ワクチン保管用に、マイナス75℃のディープフリーザーを3,000台、マイナス20℃のディープフリーザーを7,500台確保。
各自治体の人口をもとに、可能な限り公平に割り当て。
- ワクチンの保冷ボックス用のドライアイス为国で一括調達、医療機関に供給予定。

ワクチン

- ・ **来年前半までに全ての国民に提供できる数量の確保**を図るべく、企業との交渉や研究開発支援を実施。
- ・ これまでに、**合計2億9,000万回分（2回接種の場合、1億4,500万人分）**の供給について合意。
- ・ メーカーから医療機関へ届けるための流通体制について、メーカーや卸業者と協議中。
- ・ 針・シリンジについては、国で保管倉庫を借り上げ、卸業者に委託して医療機関に届ける。

ディープフリーザー（冷凍庫）

- ・ 医療機関で冷凍保管が必要なワクチンを適切に保管できるように、**マイナス75℃のディープフリーザーを3,000台、マイナス20℃のディープフリーザーを7,500台確保**。
- ・ 国が確保した冷凍庫について、各自治体の人口を基に**可能な限り公平になるように割り当て**を行う。

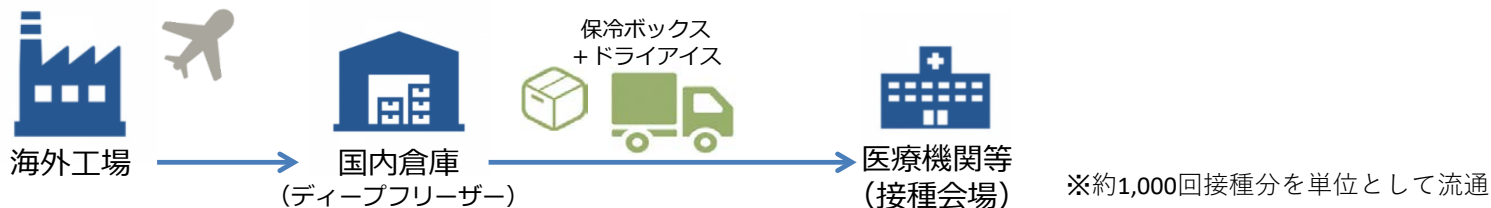
ドライアイス

- ・ 医療機関等では、ディープフリーザーでの保管の他に-75℃程度の超低温での保管を行うために、保冷ボックスとドライアイスを用いた保管が可能。
- ・ その際に必要となる**ドライアスを国が一括で調達**し、医療機関等に供給することを検討中。

(参考) ファイザー社ワクチンの流通・保管について

1. 流通体制

○メーカー側が、国内倉庫から医療機関等の接種会場まで低温を維持したまま配送する体制を構築予定。



2. 医療機関等での保管・取り扱い

○医療機関等での保管については、以下の方法で実施予定。資材の確保等を調整中。

■ ディープフリーザー (超低温冷凍庫) での保管

- ・国内メーカーが夏から増産中。約3,000台を確保予定
- ・市町村等にワクチン接種体制確保事業で購入を補助予定
- ・人口規模等に応じて市町村に割り当てる予定

■ 保冷ボックス+ドライアイスでの保管

- ・配送時に用いる保冷ボックスを保管用に変更できる
- ・ドライアイスの詰め替えにより、配送から一定期間 (約10日程度) 保管が可能
- ・ドライアイス为国が一括で調達し、医療機関等に供給する予定

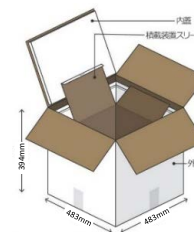
■ 冷蔵保管の場合

- ・ディープフリーザー又は保冷ボックスから冷蔵庫に移した後、5日間の保管が可能

○接種体制については、一度に供給される約1,000回接種分を10日程度で接種できる体制を検討するよう自治体に通知 (10月23日)。



-60℃~-85℃
84L



4. 新型コロナウイルスワクチンの接種・流通の円滑化

- 新型コロナウイルスワクチンの接種・流通にかかる混乱を回避するため、国や自治体がワクチンの配分量を決定。
予め地域毎にワクチンの流通を担当する卸業者を設定しておく。
- 関係者間でワクチン配分などの情報伝達を行うためのシステムの構築等により、円滑な流通体制の構築や大規模な接種体制を実現。

ワクチンの分配

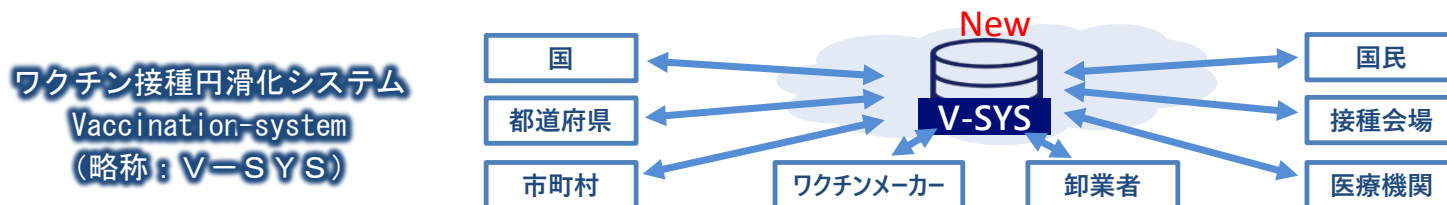
- 新型コロナワクチンについては、ワクチンの需要と供給を調整するため、医療機関から卸業者に対して発注するのではなく、国や自治体が配分量を決定し、医療機関等に納入する。
- 具体的には、国は都道府県別の配分量を調整・決定、都道府県は市町村別の配分量を調整・決定、市町村は医療機関等の接種会場別の配分量を調整・決定する。

卸売販売業者

- 複数の卸業者と取引のある医療機関が多く存在し、どの卸業者がどの医療機関にワクチンを納品するかで混乱が生じる可能性がある。
- そのため、予め地域毎に新型コロナワクチンの流通を担当する卸業者を設定する。

関係者間の情報伝達

自治体、医療機関、卸等の関係者間でワクチン配分などの情報伝達を行うためのシステム*を構築。



新型コロナウイルス感染症に係るワクチンの接種について (中間とりまとめ)

令和2年9月25日
内閣官房
厚生労働省

1 趣旨

新型コロナウイルス感染症に係るワクチン(以下「ワクチン」という。)の接種開始に当たっては、ワクチン等の確保に加え、流通体制の確保、接種順位の検討、接種体制の整備、副反応への対応、安全対策など、多領域にわたる事前準備が必要となる。

ワクチンの接種を円滑に実施するために、現時点で得られた知見、新型コロナウイルス感染症対策分科会での議論経過(別紙)等を踏まえ、中間とりまとめを策定するものである。

2 接種目的

新型コロナウイルス感染症による死亡者や重症者の発生をできる限り減らし、結果として新型コロナウイルス感染症のまん延の防止を図る。

3 ワクチンの確保

(1)国は、多くの国民へのワクチン接種により、生命・健康を損なうリスクの軽減や医療への負荷の軽減、更には社会経済の安定につながることを期待されることから、令和3年前半までに全国民に提供できる数量を確保することを目指す。

このため、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を踏まえ、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、全体として必要な数量について、供給契約の締結を順次進める。

(2)国は、ワクチンの使用による健康被害が生じた場合の適切な救済措置を講ずるとともに、健康被害に係る損害を賠償すること等により生じた製造販売業者等の損失を補償することができるよう、接種の開始前までに法的措置を講ずる。

4 接種の実施体制

(1) 接種の実施体制については、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ち、簡素かつ効率的な接種体制を構築する。

(2) 国民への円滑な接種を実施するため、国の主導的役割、広域的視点、住民に身近な視点から、国、都道府県及び市町村の主な役割について概ね以下の分担を前提とし、今後具体的な検討を進め、必要な体制の確保を図る。

(国の主な役割)

- ・ ワクチン、注射針・注射筒の購入及び卸売業者への譲渡
- ・ 接種順位の決定
- ・ ワクチンに係る科学的知見の国民への情報提供
- ・ 健康被害救済に係る認定
- ・ 副反応疑い報告制度の運営

(都道府県の主な役割)

- ・ 地域の卸売業者との調整
- ・ 市町村事務に係る調整
- ・ 医療従事者等への接種体制の調整
- ・ 専門的相談対応

(市町村の主な役割)

- ・ 医療機関との委託契約、接種費用の支払
- ・ 住民への接種勧奨、個別通知(予診票、クーポン券)
- ・ 接種手続等に関する一般相談対応
- ・ 健康被害救済の申請受付、給付
- ・ 集団的な接種を行う場合の会場確保

(3) ワクチン接種の実施に当たっては、地方自治体の負担が生じないよう、国が必要な財政措置を講ずる。

(4) 国は、都道府県及び市町村の事務負担の軽減を図るため、接種可能な医療機関及び接種対象者の把握及びワクチン等の物流管理等のためのシステムの構築・改修、集合契約の活用等について検討を進める。

5 接種順位

(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る見通しであることから、接種目的に照らして、

- ・新型コロナウイルス感染症患者(新型コロナウイルス感染症疑い患者を含む。以下同じ。)に直接医療を提供する施設の医療従事者等(新型コロナウイルス感染症患者の搬送に携わる救急隊員及び積極的な疫学調査等の業務に携わる保健師等を含む。)

・高齢者及び基礎疾患を有する者
を接種順位の上位に位置付けて接種する。今後、具体的な範囲等について、検討する。

(2) 高齢者及び基礎疾患を有する者や障害を有する者が集団で居住する施設等で従事する者の接種順位について、業務やワクチンの特性等を踏まえ、検討する。

(3) さらに、妊婦の接種順位について、国内外の科学的知見等を踏まえ、検討する。

6 ワクチンの有効性及び安全性

(1) 接種に用いるワクチンは現時点では未定であるが、新たな技術を活用したワクチンの開発が進められており、これまで日本で承認されたワクチンとは大きく性質が異なるものと考えられる。また、接種実績が限られる状況では、ワクチンの有効性及び安全性等に係る情報も限られることも想定される。

(2) ワクチンの有効性及び安全性等の評価については、医薬品医療機器総合機構等で検討するとともに、広く接種を行う際には厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会で適切に議論する。

(3) 国は、ワクチンの接種開始以降も、ワクチンの製造販売後調査等により、製造販売業者等と連携し、品質、有効性及び安全性のデータの収集・分析を行うなど、有効性及び安全性を十分に確保する。

(4) 国は、ワクチンによる副反応を疑う事象について、医療機関又は製造販

売業者からの報告などにより迅速に情報を把握するとともに、当該情報に係る専門家による評価により、速やかに必要な安全対策を講ずる。

(5) ワクチンは最終的には個人の判断で接種されるものであることから、ワクチンの接種に当たっては、リスクとベネフィットを総合的に勘案し接種の判断ができる情報を提供することが必要である。

7 健康被害救済制度

国は、ワクチン接種に伴い、健康被害が生じた場合の健康被害救済を目的とした必要な措置を講ずる。

8 広報

国は、国民に対して、ワクチンの有効性及び安全性への認識を高めるため、的確で丁寧なコミュニケーション等を進め、幅広くワクチン接種への理解が得られるように取り組む。

9 今後の検討等

(1) 今回整理する内容は、今後明らかになる知見等を踏まえ、適宜見直す。

(2) 今後のワクチンの接種に当たり、具体的な接種順位、ワクチンの流通体制、複数メーカーのワクチンの使用の在り方、副反応への対応等について、引き続き検討する。

新型コロナウイルス感染症対策分科会（以下「分科会」）での議論と 政府としての中間とりまとめ①

別紙

接種目的

（政府としての中間とりまとめ）

○新型コロナウイルス感染症による死亡者や重症者の発生をできる限り減らし、結果として新型コロナウイルス感染症のまん延の防止を図る。

（分科会として第6回分科会までの意見を整理した考え方）

- ・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。

（構成員の主なご意見）

- ・ワクチン接種により感染予防効果が得られるかが不確実である現状において、死亡者や重症化の発生の抑制を第一の目的とすることによいのではないか。
- ・これまでの経験から今回のワクチンは、感染予防効果を期待することは難しいとして考えるべきではないか。

分科会での議論と政府としての中間とりまとめ②

ワクチンの確保

(政府としての中間的とりまとめ)

(1) 国は、多くの国民へのワクチン接種により、生命・健康を損なうリスクの軽減や医療への負荷の軽減、更には社会経済の安定につながることを期待されることから、令和3年前半までに全国民に提供できる数量を確保することを目指す。

このため、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を踏まえ、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、全体として必要な数量について、供給契約の締結を順次進める。

(2) 国は、ワクチンの使用による健康被害が生じた場合の適切な救済措置を講ずるとともに、健康被害に係る損害を賠償すること等により生じた製造販売業者等の損失を補償することができるよう、接種の開始前までに法的措置を講ずる。

(分科会として第6回分科会までの意見を整理した考え方)

- ・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ようなことにならないよう、他国への一定程度の配慮を踏まえた施策も進めるべきである。

(構成員の主なご意見)

- ・全国民のワクチン接種が目標という基本認識の下、全国民に行きわたるワクチンの量を確保することは重要。
- ・基本的に国民みんなに接種できることを目標としていくべき。

分科会での議論と政府としての中間とりまとめ③

接種の実施体制

(政府としての中間とりまとめ)

- (1) 接種の実施体制については、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立ち、簡素かつ効率的な接種体制を構築する。
- (2) 国民への円滑な接種を実施するため、国の主導的役割、広域的視点、住民に身近な視点から、国、都道府県及び市町村の主な役割について概ね以下の分担を前提とし、今後具体的な検討を進め、必要な体制の確保を図る。

(国の主な役割)

- ・ ワクチン、注射針・注射筒の購入及び卸売業者への譲渡
- ・ 接種順位の決定
- ・ ワクチンに係る科学的知見の国民への情報提供
- ・ 健康被害救済に係る認定
- ・ 副反応疑い報告制度の運営

(都道府県の主な役割)

- ・ 地域の卸売業者との調整
- ・ 市町村事務に係る調整
- ・ 医療従事者等への接種体制の調整
- ・ 専門的相談対応

(市町村の主な役割)

- ・ 医療機関との委託契約、接種費用の支払
- ・ 住民への接種勧奨、個別通知（予診票、クーポン券）
- ・ 接種手続等に関する一般相談対応
- ・ 健康被害救済の申請受付、給付
- ・ 集団的な接種を行う場合の会場確保

分科会での議論と政府としての中間とりまとめ④

接種の実施体制

(続き)

(政府としての中間とりまとめ)

- (3) ワクチン接種の実施に当たっては、地方自治体の負担が生じないように、国が必要な財政措置を講ずる。
- (4) 国は、都道府県及び市町村の事務負担の軽減を図るため、接種可能な医療機関及び接種対象者の把握及びワクチン等の物流管理等のためのシステムの構築・改修、集合契約の活用等について検討を進める。

(分科会として第6回分科会までの意見を整理した考え方)

- 医療従事者、高齢者及び基礎疾患を有する者以外にも、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・郡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に、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。

分科会での議論と政府としての中間とりまとめ⑤

接種の実施体制

(続き)

(構成員の主なご意見)

- 接種主体を市町村とした場合、市町村の準備内容を明らかにし、市町村への支援の在り方を考えておくべき。
- 実務を担う市町村の意見を十分に踏まえ準備を進めることが必要。
- 今回、ワクチンの流通に必要なコールドチェーンの整備が必要。
- 準備が完全に整っていない段階で一斉に多数の人に接種すると、手続きに混乱が生じたり、接種時の副反応が多数報告されることによる不安感の助長などが想定されるので、余裕を持って段階的に接種を促すことも重要ではないか。
- 異なる製法のワクチンが混在した場合、ワクチンの選択・使用を事前に考えておくことが重要。
- ワクチン接種の枠組みは、効率的かつ簡素なものにすることが必要。
- 行政機関と医療機関が連携して、円滑にワクチンが接種できる体制の構築が必要。
- ワクチン接種に係る財政負担について、国の支援が必要。

分科会での議論と政府としての中間とりまとめ⑥

接種順位

(政府としての中間とりまとめ)

- (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る見通しであることから、接種目的に照らして、
 - ・新型コロナウイルス感染症患者（新型コロナウイルス感染症疑い患者を含む。以下同じ。）に直接医療を提供する施設の医療従事者等（新型コロナウイルス感染症患者の搬送に携わる救急隊員及び積極的な疫学調査等の業務に携わる保健師等を含む。）
 - ・高齢者及び基礎疾患を有する者を接種順位の上位に位置付けて接種する。今後、具体的な範囲等について、検討する。
- (2) 高齢者及び基礎疾患を有する者や障害を有する者が集団で居住する施設等で従事する者の接種順位について、業務やワクチンの特性等を踏まえ、検討する。
- (3) さらに、妊婦の接種順位について、国内外の科学的知見等を踏まえ、検討する。

(分科会として第6回分科会までの意見を整理した考え方)

- 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（本資料では省略）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、現実の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。

分科会での議論と政府としての中間とりまとめ⑦

接種順位

(続き)

(分科会として第6回分科会までの意見を整理した考え方)

- 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る、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。

分科会での議論と政府としての中間とりまとめ⑧

接種順位

(続き)

(構成員の主なご意見)

- 医療従事者への接種の際、特定接種管理システムを活用してはどうか。
- ワクチンの供給は段階的に行わざるを得ない状況において、接種順位を明確にすることは必要。
- 命を守る観点から、高齢者あるいは基礎疾患を有する方を接種順位に位置付けることは理解。
- 高齢者が入居する社会福祉施設において、クラスターが発生するなどにより、施設職員が非常に苦勞をしていることや重症化しやすい入居者が多数居住していることから、社会福祉施設で従事する方も接種順位に位置付けることを検討してはどうか。
- 接種順位の対象者については、反発を招かないように丁寧に説明していくことが重要。

分科会での議論と政府としての中間とりまとめ⑨

ワクチンの有効性及び安全性

(政府としての中間とりまとめ)

- (1) 接種に用いるワクチンは現時点では未定であるが、新たな技術を活用したワクチンの開発が進められており、これまで日本で承認されたワクチンとは大きく性質が異なるものと考えられる。また、接種実績が限られる状況では、ワクチンの有効性及び安全性等に係る情報も限られることも想定される。
- (2) ワクチンの有効性及び安全性等の評価については、医薬品医療機器総合機構等で検討するとともに、広く接種を行う際には厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会で適切に議論する。
- (3) 国は、ワクチンの接種開始以降も、ワクチンの製造販売後調査等により、製造販売業者等と連携し、品質、有効性及び安全性のデータの収集・分析を行うなど、有効性及び安全性を十分に確保する。
- (4) 国は、ワクチンによる副反応を疑う事象について、医療機関又は製造販売業者からの報告などにより迅速に情報を把握するとともに、当該情報に係る専門家による評価により、速やかに必要な安全対策を講ずる。
- (5) ワクチンは最終的には個人の判断で接種されるものであることから、ワクチンの接種に当たっては、リスクとベネフィットを総合的に勘案し接種の判断ができる情報を提供することが必要である。

(分科会として第6回分科会までの意見を整理した考え方)

- 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有効性及び安全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。

分科会での議論と政府としての中間とりまとめ⑩

ワクチンの有効性及び安全性

(続き)

(分科会として第6回分科会までの意見を整理した考え方)

- 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。

(構成員の主なご意見)

- 今回準備されているワクチンは、新技術を活用したものであり副反応がかなり生じることを考慮して、ワクチンの種類や接種対象を慎重に検討していくことが必要。
- 今回、ワクチンの薬事承認までの期間が通常よりも短くなることも考えられるが、ワクチンの有効性及び安全性などを確実に担保していくことが必要。
- 予防接種後に、何らかの症状が出現すれば、予防接種が原因ではないかと疑われることがある（いわゆる「紛れ込み」等）。このような事象に対しては、科学的に検証することが重要。
- 接種しない人も相当数でてる可能性があるが、有効性及び安全性が確保されるのであれば、勧奨接種していくことも必要ではないか。
- 最終的には、判断をして接種するというのは、成人の国民の選択。

分科会での議論と政府としての中間とりまとめ⑪

健康被害救済制度

(政府としての中間とりまとめ)

○国は、ワクチン接種に伴い、健康被害が生じた場合の健康被害救済を目的とした必要な措置を講ずる。

(分科会として第6回分科会までの意見を整理した考え方)

- 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。
- 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。

(構成員の主なご意見)

- 副反応等による健康被害救済や相談対応について、国の責任を明確化すること。
- ワクチン接種後に、副反応が疑われる場合の対応について、事前に関係者に情報提供することが重要。
- 国民の不安を軽減するため、健康被害を受けた場合についての補償を盛り込むべき。
- 定期接種での接種後の健康被害は、疾病・障害認定審査会で認定されているが、今回どのようなシステムで健康被害を認定するのか。

分科会での議論と政府としての中間とりまとめ⑫

広報

(政府としての中間とりまとめ)

○国は、国民に対して、ワクチンの有効性及び安全性への認識を高めるため、的確で丁寧なコミュニケーション等を進め、幅広くワクチン接種への理解が得られるように取り組む。

(分科会として第6回分科会までの意見を整理した考え方)

- 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。
- 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。

分科会での議論と政府としての中間とりまとめ⑬

広報

(続き)

(構成員の主なご意見)

- 新たなワクチンでもあるので接種後も、リスクコミュニケーションを進めることは必要。
- 社会全体で、健康被害の救済措置を含めワクチンに関して正しく理解するために、しっかりリスクコミュニケーションをすべき。
- 2009年新型インフルエンザワクチンやHPVワクチンの経験を踏まえ、日本人は他国と比べ副反応に対し非常にセンシティブであることを考慮したうえで、国民の理解をいかに形成しながらワクチン接種を進めていくのか検討することが必要。
- ワクチンへの期待が大きいだけに期待する効果が得られなかった場合、心理的な影響にも考慮するため、社会的な発信をどのようにするのか検討することが必要。
- ワクチン接種が社会や経済に対し、どれだけのベネフィットがあるのか推定しながら、国民的な議論を行うこと考慮してはどうか。
- 情報発信する前に、ワクチンに対する期待値、不安や疑問を抱く点などを調査してはどうか。特に高齢者がどうしたら接種の意向を持てるようになるか調査してはどうか。
- ワクチン接種が原因とする様々な有害事象が生じることは事実であり、ワクチン接種するかどうかは最終的には個人の判断であるため、接種するかどうかを一人一人がよく考えてもらう機会にしてはどうか。
- 国民からのワクチン開発への極めて高いが、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。

分科会での議論と政府としての中間とりまとめ⑭

今後の検討等

(政府としての中間とりまとめ)

- 今回整理する内容は、今後明らかになる知見等を踏まえ、適宜見直す。
- 今後のワクチンの接種に当たり、具体的な接種順位、ワクチンの流通体制、複数メーカーのワクチン使用の在り方、副反応への対応等について、引き続き検討する。

(分科会として第6回分科会までの意見を整理した考え方)

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

今後の感染の状況を踏まえた対応についての 分科会から政府への提言（案） 令和2年12月11日（金）

今村構成員 脇田構成員 岡部構成員 押谷構成員 舘田構成員
中山構成員 武藤構成員 大竹構成員 小林構成員 尾身構成員
提出資料

[I] はじめに

これまでの分科会からの提言を踏まえ、特にステージⅢ相当の対策が必要となる地域においては、短期間に現在の感染拡大を沈静化させるために、強い対策が行われている。

そうした対策によって感染拡大が沈静化に向かうか否か等、対策の効果の見通しは、各都道府県におけるこの強い対策の期日である12月中旬頃を目途に分析・判断する必要がある。したがって、現時点においては、今後、どのような施策を考えればよいのかの参考にして頂く目的で、「想定されるシナリオ（状況）」を示した上で、「各状況において行うべき取組」を示すこととする。

そこで、分科会としては、まず現状の認識を示した上で、シナリオに関わらず共通して実施すべき施策とともに、各シナリオで行うべき施策の方向性について、以下のとおり、政府に提言させて頂きたい。

[II] 現状の認識

これまで、ステージⅢ相当の対策が必要な地域では、医療提供体制及び公衆衛生体制への負荷が増大・継続してきた。加えて、重症者数は、仮に新規感染者の増加傾向が鈍化してもその増加がしばらく続き、年末年始の医療提供体制に重大な影響が生じるおそれがある。

既に一部の地域では、医療提供体制の面では、病床や人員の増加が簡単には見込めない中で、新型コロナウイルス感染症の診療と通常の医療との両立が困難になり始めている。また、都市部を中心とした保健所では、保健所の負担が増加してきた結果、感染防止のために感染源を特定するいわゆる「後ろ向きのクラスター調査」を行う余裕がなくなってきている。

こうしたことから、第17回新型コロナウイルス感染症対策分科会の提言（令和2年11月25日）を踏まえ、現在、いくつかの地域では、酒類を提供する飲食店等への営業時間短縮要請、Go To関連事業の見直し、人々に対する外出自粛要請等の措置が、短期間に集中して12月中旬頃までの予定で実施されている。

一方、多くの人々においては、これまで以上の行動自粛を求められることに対する拒否感が高まっている。また、事業者においても、長く続く対策の影響などにより、経済的な打撃を受けているため、対策の早期の緩和を望む声がある。

[Ⅲ]シナリオに関わらず共通して実施すべき施策

シナリオに関わらず、以下の施策については、十分に実施して頂きたい。

(1) マスクの着用（飲食時含む）や「感染リスクが高まる「5つの場面」」等に係る情報発信

(2) 飲食店をはじめとした業種別ガイドラインの徹底

- アクリル板の設置、CO2濃度センサーを活用した換気の徹底、飲食時のマスク着用等

(3) 保健所の負荷も勘案した効率的な感染対策の実施

- 地域の感染状況も踏まえ重症化リスクがある人々に重点的に積極的疫学調査を実施すること
- 陽性者と接触した自覚のない接触者を効率的かつ速やかに発見するためのCOCOAの積極的な活用に向けた情報発信

(4) 高齢者施設・医療機関等における積極的な検査によるクラスターの早期の封じ込め

①地域での連携及び支援

- 感染が疑われた場合には事業者・自治体・医療従事者で素早く情報共有し連携すること
- 自治体による高齢者施設の訪問により対策の支援を進めること
- 以上の対応を国や都道府県が支援すること

[Ⅲ]シナリオに関わらず共通して実施すべき施策（続き）

②検査

- 高齢者施設等において利用者や従事者に発熱症状などがある場合には迅速に検査を行い、一例でも陽性者が発見された場合には施設内の検査を徹底すること
- クラスターが複数発生している地域では、クラスターが発生している施設と関係のある施設において、上記の条件に合致しなくても、積極的に検査を行うこと
- 院内感染時においても医療機能を維持・早期再開するための濃厚接触者以外は検査を実施した場合であっても陰性であれば14日間の自宅待機の対象外であり、引き続き従事可能であることの徹底
- 感染者の入院期間については、症状軽快後72時間経過している場合は、発症日から10日経過した時点で検査をせずに退院可能であることの周知の徹底
- 濃厚接触者の健康観察の期間は、健康観察の開始から14日間ではなく、最終曝露日から14日間であること周知の徹底

(5) 感染症に強いビジネスモデルの構築

- 今後もこのような感染の波が来ることを想定し、事業者が長期的な視野で、「感染症に強いビジネスモデル」の構築に取り組むことができるよう政府としても後押しすること

[IV] 各シナリオで想定される施策

以下の3つのシナリオごとに示した事項の中から、今後、集中的な対策の期間を終える段階で、その効果及び各地域の感染状況を分析し、国及び地方公共団体は必要な対策を実施して頂きたい。

【シナリオ1】感染減少地域

このシナリオの対象地域は、ステージⅢ相当の対策が必要とされていた地域であるものの、「報告数の減少が見られる地域」である。この地域においても、感染の状況や医療提供体制への負荷等が、少なくともステージⅡ相当以下の水準まで引き下げることが必要である。

したがって、これまでの対策を中心に、一定の取組を継続することが必要と考えられる。

(1) 人々への警戒メッセージの発信

- 感染しても無症状であることが多い若年層や中年層に届く効果的な情報発信を行うこと

(2) 営業時間短縮要請について

- 営業時間短縮要請などの社会経済的な影響が強い施策については、感染状況や医療提供体制の逼迫とその見通しも踏まえつつ、国と各自治体が連携し、継続するか否かについて適切に判断すること

【シナリオ2】感染高止まり地域

このシナリオの対象地域は、ステージⅢ相当の対策が必要とされていた地域で、なおかつ、「報告数が高止まりしている地域」である。この地域で、感染高止まり状況がさらに継続すると、医療提供体制や公衆衛生体制に大きな支障が発生する。

感染高止まり状況にあることは、これまで実施してきた対策の実効が、感染拡大を沈静化させるまでには上がっていないことを示す。

したがって、現行の対策の延長だけでなく、対策の更なる強化を図ることが必要と考えられる。

(1) 延長・強化すべき対策

- 営業時間短縮要請を引き続き推進
(必要に応じエリアの拡大や時間短縮の20時への前倒し等を検討。)
 - 更に強い警戒メッセージの発信
 - テレワークや休暇の分散取得促進の更なる徹底
 - イベント開催要件の厳格化(知事の判断)
 - 感染予防を徹底できない場合における、社会経済圏域を越えた往来の自粛要請を推進
- ※なお、Go To Travel事業及びGo To Eat事業についても、ステージⅢ相当の対策が必要な地域では一時停止。ステージⅡ相当と判断された場合には事業を再開。

【シナリオ2】感染高止まり地域（続き）

（2）医療機関や保健所の負荷への対応及び効率的な感染対策

- 軽症・無症状者の宿泊療養・自宅療養の促進
 - 都道府県域を超えた受け入れ調整の促進
 - 医療体制が逼迫している地域への医療スタッフの派遣（全国知事会と連携した医療スタッフの派遣、自衛隊等による医療スタッフの派遣※）
 - 医療・介護従事者を支援するため医療機関等に対して更なる強力な財政支援等を行うこと
 - 特に重症者が多くなる地域に対して関連学会と連携した専門医派遣
 - 自衛隊・海上保安庁等による離島等からの患者移送※
 - 退院基準（症状軽快から72時間以上経過し、かつ発症から10日経過した場合等）を満たした患者の受入れ先の確保支援
 - 院内感染時においても医療機能を維持・早期再開するための濃厚接触者以外は検査を実施した場合であっても陰性であれば14日間の自宅待機の対象外であり、引き続き従事可能であることを徹底
 - 自宅療養・宿泊療養者に対する健康観察におけるHER-SYS等の積極活用
- ※自衛隊の派遣については、都道府県知事からの要請に基づく災害派遣により実施。

【シナリオ3】感染拡大継続地域

このシナリオの対象地域は、ステージⅢ相当の対策が必要とされていた地域で、なおかつ、「報告数が継続して拡大している地域」である。その中には、感染がさらに拡大すれば、ステージⅣ相当の対策が必要になる地域も含まれる。

こうした地域では、深刻な医療提供体制の機能不全等を避けるため、人の動きや接触機会の更なる低減策を講じることが必要である。

緊急事態宣言を回避すべく、更に強い警戒メッセージを発出しつつ、対策の抜本的な強化を図ることが必要と考えられる。

(1) 強化すべき対策

- エリア拡大・時間短縮の前倒し等、営業時間短縮要請の強化
- 更に強い警戒メッセージの発信
- テレワーク目標を設定（例えば5割）し、その徹底を推進
- イベント開催要件の厳格化（目安を国より通知）
- 県境を越えた移動の自粛要請

※なお、Go To Travel事業及びGo To Eat事業についてはシナリオ2と同様に一時停止。

- 当該地域内における不要不急の外出自粛要請

(2) 医療提供体制・保健所機能の更なる強化

※シナリオ2で示した医療提供体制・保健所機能の強化の更なる徹底。

(参考資料)

資料 5 -

今後想定される感染状況と対策について

令和 2 年 8 月 7 日 (金)

新型コロナウイルス感染症対策分科会提言

社会経済と感染対策の両立のための目標と基本戦略：政府への提案

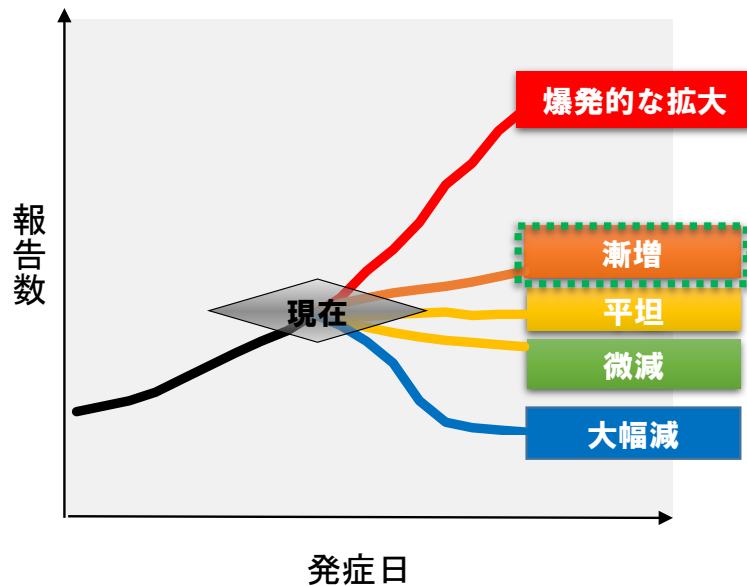
目標：医療・公衆衛生・経済が両立しうる範囲で、

- ①十分に制御可能なレベルに感染を抑制し、死亡者・重症者数を最少化。
- ②迅速に対応し、感染レベルをなるべく早期に減少へと転じさせる。

基本戦略：1. 個人・事業者：ともに協力し、感染拡大しにくい社会を作る。

2. 社会：集団感染の早期封じ込め

3. 医療：重症化予防と重症者に対する適切な医療の提供



**【現時点で早急に取り組むべき対策：
政府への提案】**

- ①合理的な感染症対策のための迅速なリスク評価
- ②集団感染(クラスター)の早期封じ込め
- ③基本的な感染予防の徹底(3密回避等)
- ④保健所の業務支援と医療体制の強化
- ⑤水際対策の適切な実施
- ⑥人権への配慮、社会課題への対応等
- ⑦制度的仕組みや効率的な財源の活用検討

各都道府県で今後想定される感染状況

目標

:医療・公衆衛生・経済が両立しうる範囲で、

- ①十分に制御可能なレベルに感染を抑制し、死亡者・重症者数を最少化。
- ②迅速に対応し、感染レベルをなるべく早期に減少へと転じさせる。

※感染状況及び対策の検討にあたっては、大都市部と地方部の違いに配慮が必要。

ステージⅠ

感染者の散発的発生及び医療提供体制に特段の支障がない段階

ステージⅡ

感染者の漸増及び医療提供体制への負荷が蓄積する段階

3密環境などリスクの高い場所でクラスターが度々発生することで、感染者が漸増し、重症者が徐々に増加してくる。このため、保健所などの公衆衛生体制の負荷も増大するとともに、新型コロナウイルス感染症に対する医療以外の一般医療も並行して実施する中で、医療提供体制への負荷が蓄積しつつある。

P 6 の取組及び P 7 の取組のうち、黒字の取組を実施

ステージⅢの指標

ステージⅢ

感染者の急増及び医療提供体制における大きな支障の発生を避けるための対応が必要な段階

ステージⅡと比べてクラスターが広範に多発する等、感染者が急増し、新型コロナウイルス感染症に対する医療提供体制への負荷がさらに高まり、一般医療にも大きな支障が発生することを避けるための対応が必要な状況。

ステージⅢで講ずべき施策 (P 7) を実施

ステージⅣの指標

ステージⅣ

爆発的な感染拡大及び深刻な医療提供体制の機能不全を避けるための対応が必要な段階

病院間クラスター連鎖などの大規模かつ深刻なクラスター連鎖が発生し、爆発的な感染拡大により、高齢者や高リスク者が大量に感染し、多くの重症者及び死亡者が発生し始め、公衆衛生体制及び医療提供体制が機能不全に陥いることを避けるための対応が必要な状況。

ステージⅣで講ずべき施策 (P 8) を実施

ステージの判断に当たっての考慮要素

- 3、4月と6月以降の感染拡大を比較すると、若年層を中心とした感染拡大が生じていることや、検査能力の拡充による軽症者や無症状病原体保有者が多く報告されていることなどから、単なる感染者数では現在の感染状況を十分には評価できない状況となってきた。
- また、感染者の累積とともに医療機関や保健所の負荷が高まってきており、その視点も重要になってきている。このことを踏まえて、新たな指標及びその目安を提案することとした。
- 現在、各都道府県ではそれぞれ異なる感染の状況にあるが、「感染レベルを早期に減少に転じさせる」べく、社会経済への影響に配慮しつつ、できる限りの取組を行っていただく状況にある。
- しかし、そうした努力を講じても、ステージⅡからステージⅢ、さらにはステージⅣへ移行する可能性もあり得る。
最悪の事態を想定しながら、次の段階が起こりそうな兆しを早期に検知し、「先手の対策を講じる」ことが危機管理の要諦であり、そのために「ステージの移行を検知する指標」を提案する。
- 提案する指標は「あくまで目安」であり、また、一つひとつの指標をもって機械的に判断するのではなく、国や都道府県はこれらの指標を「総合的に判断」して、感染の状況に応じ積極的かつ機動的に対策を講じていただきたい。
- その際、都市部と地方部では医療提供体制をはじめ様々な環境が異なるため、「新規報告数が多い都市部」においては「医療提供体制に関する指標」をより重視し、「地方部」においては「感染の状況に関する指標」を重視するなど、地域の実情に応じて判断することが必要である。
また、「医療提供体制が脆弱な地方部」においては、これらの指標に満たない段階で、積極的に対策を講じる必要がある。

指標及び目安

以下の指標は目安であり、また、これらの指標をもって機械的に判断するのではなく、国や都道府県はこれらの指標を総合的に判断していただきたい。また、都道府県独自に積極的な対応を行うことを期待したい。

	医療提供体制等の負荷		②療養者数注4	監視体制	感染の状況			
	①病床のひっ迫具合注3				③PCR陽性率	④新規報告数	⑤直近一週間と先週一週間の比較	⑥感染経路不明割合
	病床全体	うち重症者用病床						
ステージⅢの指標	<ul style="list-style-type: none"> 最大確保病床の占有率 1/5 以上 現時点の確保病床数の占有率 1/4 以上 <small>※最大確保病床とは、都道府県がピーク時に向けて確保しようとしている病床数をいう。現時点の確保病床数とは、現時点において都道府県が医療機関と調整を行い、確保している病床数であり、直近に追加確保できる見込みがある場合はその病床分も追加して確認する。</small>	<ul style="list-style-type: none"> 最大確保病床の占有率 1/5 以上 現時点の確保病床数の占有率 1/4 以上 	人口10万人当たりの全療養者数15人以上 <small>※全療養者：入院者、自宅・宿泊療養者等を含めた数</small>	10%	15人/10万人/週 以上	直近一週間が先週一週間より多い。	50%	
ステージⅣの指標	<ul style="list-style-type: none"> 最大確保病床の占有率 1/2 以上 	<ul style="list-style-type: none"> 最大確保病床の占有率 1/2 以上 	人口10万人当たりの全療養者数25人以上 <small>※全療養者：入院者、自宅・宿泊療養者等を含めた数</small>	10%	25人/10万人/週 以上	直近一週間が先週一週間より多い。	50%	

注1 日々の入手可能性を踏まえつつ、発症日での検討結果も考慮する。

注2 大都市圏については、医療提供体制の負荷を見るための指標として救急搬送困難事例、監視体制をみるための指標として発症から診断までの日数についても参考指標として確認する。また、補助指標としてECMO装着数、人工呼吸器装着数（ECMO除く）、60歳以上新規報告数も参考とする。

注3 「①病床のひっ迫具合」の指標の総合的な判断にあたっては、直近の感染スピード等を勘案する必要があり、その速度が速く、この指標を満たした場合には少なくとも対策が必要となるものである。こうしたことも踏まえて、目安に満たない段階から、早めの対応を行うことが望ましい。一方で、継続的な感染の拡大が見られない時など、その速度の状況によっては、病床の占有率のみで判断をせず、特に総合的に判断することが望ましい。

注4 医療提供体制や公衆衛生体制のひっ迫具合については、入院患者のほか、ホテル等における宿泊療養や自宅療養も含めた全体の療養者数も影響することから指標として設定。

ステージに関わらず現時点において講ずべき施策

①合理的な感染症対策のための迅速なリスク評価

- ✓ 自治体は、リスク評価に基づき、効率的なリソースの配分を行い、優先順位をつけて対策を迅速に実施する。

②集団感染（クラスター）の早期封じ込め

- ✓ 徹底した院内・施設内などの集団感染の未然防止と早期検知。陽性者の入院等の迅速な対応
- ✓ 接触者の調査と合理的な対応
- ✓ クラブ等の接待を伴う飲食店などクラスターの発生した周辺地域・関連業種での迅速な実態把握と対策の促進
⇒場合により様々な積極的介入方策（営業時間短縮や休業の要請等）を検討

③基本的な感染予防の徹底（**3密回避**等）

- ✓ 事業者：ガイドラインを適宜見直し、遵守を徹底。遵守が不十分な場合の休業要請も考慮
テレワーク等の推進
- ✓ 個人：3密回避を遵守した「新しい生活様式」の徹底に向けた注意喚起
⇒感染者の多い「若年層」、中でも感染リスクの高い行動を取る対象者に向けた効果的な情報発信。
感染拡大防止の主役として、高齢者等のみならず、自分自身のいのちを守ることにつながるというメッセージ
- ✓ COCOA及び地域ごとの対策アプリの普及促進

④保健所の業務支援と医療体制の強化

- ✓ 人材や物資（PPEなど）の確保、効率的な業務執行への支援
- ✓ 宿泊療養施設、入院患者受入病床の拡充

⑤水際対策の適切な実施

⑥人権への配慮、社会課題への対応等

⑦対策を実効性のあるものとしていくための制度的仕組みや効率的な財源の活用について検討

ステージⅢで講ずべき施策の提案

(赤字:ステージⅢで取り組むことを検討して頂きたい事項／黒字:ステージⅠ、Ⅱでも取り組んで頂きたいが、ステージⅢで更に徹底して頂きたい事項)
以下の施策については、同一県内であってもエリア限定で実施するなど、地域の実情に応じて取り組んでいただきたい。また、感染の状況によっては、ステージⅢに至る前から、機動的に取り組んでいただくことも重要である。

メリハリの利いた接触機会の低減

【対事業者】

(ステージⅢで取り組むべき事項)

- **ガイドラインを遵守していない酒類の提供を行う飲食店の休業要請等。**
- **イベント開催の見直し。**
- **人が集中する観光地の施設等における入場制限等。**
- **接触確認アプリの導入をイベントや企画旅行等の実施に当たって要件化。**
- **飲食店における人数制限。**

(ステージⅢにおいて更に徹底すべき事項)

- COCOA及び地域ごとの対策アプリの更なる周知及び普及促進の更なる強化。
- リスクの高い場所への積極的な介入・指導の継続強化（検査の強い要請など、クラスターが発生した店舗等への対策強化）。
- テレワーク等の更なる推進。

【対個人】

(ステージⅢで取り組むべき事項)

- **夜間や酒類を提供する飲食店への外出自粛の要請。**
- **飲食店における人数制限。**
- **若年者の団体旅行など感染予防を徹底できない場合等における、感染が拡大している地域との県境を越えた移動自粛の徹底。**

(ステージⅢにおいて更に徹底すべき事項)

- ターゲット毎に適切なメディアを通じた分かりやすいメッセージの発信。
 - 重症化しやすい人（高齢者など）：3密の徹底的な回避、安全な活動については推奨。
 - 中年：職場での感染予防徹底、宴会等の自粛。
 - 若者：クラブ活動等における感染予防徹底、宴会等の自粛。
 - 医療従事者・介護労働者：リスクの高い場所に行かない。

【対国・地方自治体】

(保健所の業務支援)

- クラスター対策の重点化・効率化。
 - 保健所への人材の派遣・広域調整。
 - 保健所負担の更なる軽減。
- #### (医療提供体制及び公衆衛生体制の整備)
- 病床、宿泊療養施設の追加確保（公共施設の活用など一段進んだ取組）。
 - 重症病床をはじめ医療提供体制に関する各種データの積極的公開。
 - 無症候者、症状別の感染者数の公表。
 - 臨時の医療施設の準備。
 - 都道府県域を超えた患者受入れ調整（広域搬送）。
 - 検査時にウイルス量が多い場合や高齢者等の重症化するリスクが高い方を優先的に入院。**(自宅療養の対象となる者の明確化を通じ、宿泊療養により難しい場合における、軽症・無症状者で重症化リスクの低い方への自宅療養の適切な実施)**
 - 感染が広がっている特定の地域については、医療機関や高齢者施設等において速やかに必要な検査を実施。
 - 感染が拡大している特定の地域に属する者や関連する集団を対象とした検査を実施

(水際対策)

- 水際対策の適切な実施を継続。

(その他の重要事項)

- リスクコミュニケーションの観点から、国民に説得力のある状況分析とともに、現場における対話の積み重ねや分かりやすく明確なメッセージの発信。

ステージⅣで講ずべき施策の提案

全面的な接触機会の低減

緊急事態宣言など、強制性のある対応を検討せざるを得ない。

- 接触機会の低減を目指した外出自粛の要請。
- 県境を超えた移動の自粛要請。
- 感染リスクやガイドラインの遵守状況等を考慮しつつ、生活必需品等を取り扱う事業者等を除き施設の使用制限。
- 人が集中する観光地の施設や公共施設の人数制限や閉鎖等。
- イベントは原則、開催自粛。集会における人数制限。
- 生活圏での感染があれば学校の休校等も検討。
- テレワーク等の強力な推進をはじめ職場への出勤をできるだけ回避。

公衆衛生体制

- クラスタ対策は重症化リスク対策を考慮して更に重点化。
- 重症化リスクの高い発症者を優先的に対応。
- 疫学調査の簡略化。

医療提供体制

- 入院治療が必要な方への医療提供を徹底的に優先した医療提供体制。
(高齢者等のハイリスクではあるものの、軽症・無症状者への宿泊療養の開始も検討)
- 臨時の医療施設の運用・追加開設。

その他の重要事項

- 行動変容に対する国民・住民の理解を得るための積極的なリスクコミュニケーションの実施。

忘年会・新年会・成人式等及び 帰省についての提言（案） 令和2年12月11日（金）

中山構成員 尾身構成員 武藤構成員 大竹構成員 小林構成員
脇田構成員 岡部構成員 押谷構成員 舘田構成員 今村構成員
提出資料

[はじめに]

- 我々の社会は新型コロナウイルス感染症が流行してから初めての冬を迎えることとなります。
- 年末年始は我々の社会にとって特別な時期です。特に、半年以上、つらい思いをされてきた多くの皆さんは、年末年始こそは、お酒を酌み交わし、親族や親しい友人たちと旧交を温めたいと考えていると思います。
- しかし、年末年始に人々の交流を通じて感染が全国的に拡大すると、さらに医療が逼迫し、結果的に経済も大きな打撃を被ります。
- 命と暮らしを守るためには、社会を構成する一人ひとりが年末年始を静かに過ごすことが求められます。
- 年末年始を迎えるに当たり、分科会としては、以下の提言を行いたいと思います。政府においては、本提言のメッセージを全国民に分かりやすく伝えて頂きたいと思います。

[Ⅱ] 分科会から政府への提言

1. 全国の皆さんへ

年未年始を静かに過ごすために、以下の工夫をお願いします。

(1) 忘年会・新年会

忘年会・新年会で最も大切なことは、なるべく普段から一緒にいる人と少人数で開催することです。その上で、

- ・ガイドラインを遵守している飲食店を選ぶ。
- ・体調が悪い人は参加しない。
- ・座の配置は斜め向かいに。(正面や真横はなるべく避ける)
- ・会話する時は必ずマスクを着用。
- ・短時間で、深酒やはしご酒などは控え、適度な酒量で。
- ・お猪口やコップは使い回さず、一人ひとりで。

といった「感染リスクを下げながら会食を楽しむ工夫」をして頂くようお願いします。

[Ⅱ] 分科会から政府への提言（続き）

（２）成人式

成人式は、多くの新成人が久しぶりに地元が集まる機会です。しかし、この機会は「三密」や「感染リスクが高まる「5つの場面」」（添付）が生じやすい機会でもあります。主催者や参加者には、次の点について注意喚起をお願いします。

①主催者の方へ

- ・参加人数の制限
- ・会場での飲食を控えること
- ・会場での感染防止策の徹底（マスクの着用、手指消毒など）

②参加者の方へ

- ・体調が悪い人は参加しないこと
- ・会場やその周囲では密集をしないこと
- ・式典の前後には飲食を控えること
- ・仮に飲食をする場合には上記の忘年会・新年会の工夫を参照

[Ⅱ] 分科会から政府への提言（続き）

（３）カウントダウンイベントなど

年末年始は、カウントダウンイベント等が数多く行われます。

これらのイベントでは、基本的な感染防止策を徹底するとともに、適切な雑踏警備等を検討してください。適切な行動管理が難しいと判断する場合には開催自粛等の対応をお願いします。

（４）年末年始の帰省

年末年始に、多くの方が帰省をお考えになっているかと思いますが、帰省する場合には、三密回避を含め基本的感染防止策の徹底するとともに、特に大人数の会食を控えるなど、高齢者等への感染につながらないように注意をお願いします。

そうした対応が難しいと判断される場合は、帰省について慎重に検討頂きますようお願いいたします。特に発熱等の症状がある方などは、帰省を控えて下さい。

帰省される場合には、年末年始の休暇を分散して取得するなど、混雑する時期をずらして頂くようお願いいたします。

[Ⅱ] 分科会から政府への提言（続き）

2. ステージⅢ相当の対策が必要となる地域の皆さんへ

ステージⅢ相当の対策が必要となる地域では、さらに対策を徹底するため、全国の皆さんにお願いした前述の内容から一歩踏み込んだ工夫をお願いしたいと思います。

- ・特に大人数の「忘年会・新年会」は見送り、オンライン忘年会・新年会を検討すること。
- ・「成人式」及び「その他年末年始に想定されるイベント」は、主催者はオンラインを活用した形での開催や開催時期、時間の分散化等、在り方について慎重に検討すること。
- ・「年末年始の帰省」は、時期の分散のみならず、延期も含め慎重に検討すること。

感染リスクが高まる「5つの場面」

場面① 飲酒を伴う懇親会等

- 飲酒の影響で気分が高揚すると同時に注意力が低下する。また、聴覚が鈍麻し、大きな声になりやすい。
- 特に敷居などで区切られている狭い空間に、長時間、大人数が滞在すると、感染リスクが高まる。
- また、回し飲みや箸などの共用が感染のリスクを高める。



場面② 大人数や長時間におよぶ飲食

- 長時間におよぶ飲食、接待を伴う飲食、深夜のはしご酒では、短時間の食事に比べて、感染リスクが高まる。
- 大人数、例えば5人以上の飲食では、大声になり飛沫が飛びやすくなるため、感染リスクが高まる。



場面③ マスクなしでの会話

- マスクなしに近距離で会話をすることで、飛沫感染やマイクロ飛沫感染での感染リスクが高まる。
- マスクなしでの感染例としては、昼カラオケなどでの事例が確認されている。
- 車やバスで移動する際の車中でも注意が必要。



場面④ 狭い空間での共同生活

- 狭い空間での共同生活は、長時間にわたり閉鎖空間が共有されるため、感染リスクが高まる。
- 寮の部屋やトイレなどの共用部分での感染が疑われる事例が報告されている。



場面⑤ 居場所の切り替わり

- 仕事での休憩時間に入った時など、居場所が切り替わると、気の緩みや環境の変化により、感染リスクが高まることもある。
- 休憩室、喫煙所、更衣室での感染が疑われる事例が確認されている。



感染リスクを下げながら会食を楽しむ工夫

<利用者>

- ・飲酒をするのであれば、①少人数・短時間で、
 - ②なるべく普段一緒にいる人と、
 - ③深酒・はしご酒などはひかえ、適度な酒量で。
- ・箸やコップは使い回さず、一人ひとりで。
- ・座の配置は斜め向かいに（正面や真横はなるべく避ける）。
（食事の際に、正面や真横に座った場合には感染したが、斜め向かいに座った場合には感染しなかった報告事例あり。）
- ・食べる時だけマスクを外し、会話の時はマスク着用。
（フェイスシールド・マウスシールド※¹はマスクに比べ効果が弱いことに留意が必要※²。）
 - ※¹ フェイスシールドはもともマスクと併用し眼からの飛沫感染防止のため、マウスシールドはこれまで一部産業界から使われてきたものである。
 - ※² 新型コロナウイルス感染防止効果については、今後さらなるエビデンスの蓄積が必要。
- ・換気が適切になされているなどの工夫をしている、ガイドライン★を遵守したお店で。
- ・体調が悪い人は参加しない。

<お店>

- ・お店はガイドライン★の遵守を。
（例えば、従業員の体調管理やマスク着用、席ごとのアクリル板の効果的な設置、換気と組み合わせた適切な扇風機の利用などの工夫も。）
- ・利用者に上記の留意事項の遵守や、
接触確認アプリ（COCOA）のダウンロードを働きかける。

【飲酒の場面も含め、全ての場面でこれからも引き続き守ってほしいこと】

- ・基本はマスク着用や三密回避。室内では換気を良くして。
- ・集まりは、少人数・短時間にして。
- ・大声を出さず会話はできるだけ静かに。
- ・共用施設の清掃・消毒、手洗い・アルコール消毒の徹底を。

★従業員で感染者が出たある飲食店では、ガイドラインを遵守しており、窓を開けるなど換気もされ、客同士の間隔も一定開けられていたことから、利用客（100名超）からの感染者は出なかった。

厚生労働大臣 様

2020年12月8日

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)対策における緊急提言

全国保健所長会

新型コロナウイルス感染症における感染拡大の現状と課題をまとめましたので、それに関する緊急提言を申し上げます。保健所は地域における健康危機管理の拠点ですが、医療機関や消防警察などと異なり、通常の職員体制は24時間交代制ではないにもかかわらず、災害時に準じた対応を余儀なくされています。2020年2月1日の指定感染症の指定以降、数カ月にわたり危機的な状況が継続していることを以下の現状とともにお伝えいたします。この状況をご理解いただき、喫急に国が主導して対応方針を定め、都道府県へ呼びかけていただきますよう、具体的な提案を申し上げます。

現状と課題

<感染者の急増>

- ・都市部での感染拡大が著しく、周辺部をはじめとして、それ以外の地域にも確実に感染が拡大しつつある中で、地域による対応の差が課題となっている。
- ・入院や宿泊施設が逼迫し、自宅療養者が現在の感染者の半数を占める地域がある。このため自宅療養者への健康観察、生活支援等の保健所の業務が急増している。
- ・感染が拡大していない地域でも、感染者の流入によりクラスターが発生するリスクがある。一旦クラスターが発生すると感染が拡大していない地域ほど、保健所業務が急増し対応困難となる。

<高齢者の課題>

- ・高齢者の新型コロナウイルス感染症患者で、コロナは軽症でもコロナ以外の治療を要する合併症がある場合、その他疾患の医療を含む入院調整が困難である。
- ・高齢者は介護度が高いと、重症病床(ICU/人工呼吸器)での医療が困難である。
- ・高齢者は軽症でも宿泊療養が困難で、施設療養および自宅療養が増加している。
- ・施設療養において、感染症対応可能な看護・介護等の応援要員がいない。
- ・自宅療養において、感染対応が可能な訪問看護・訪問介護など支援者がいない。

<保健所業務の逼迫>

- ・感染拡大地域では、感染者の医療調整、自宅療養者の健康観察及び生活支援、積極的疫学調査及びそれに伴う濃厚接触者の検査、高齢者施設等への拡大的対応等の相乗的増加により、業務の逼迫状態にある。
- ・対応職員の増員を図っても自治体内外の応援や外部委託先の人材が限界に達し、業務量の増加に追い付かず、過重労働の連続になっている。

・感染者が増加する地域においては、対応の重みづけや優先順位を定めて業務の軽減化を行わなければ、保健所体制が崩壊する。

緊急提言

地域の感染拡大状況によって新型コロナウイルス感染症対策における対処方針を変更可能とする。つまり、感染拡大の状況は地域により異なるので、現行の指定感染症(2類相当以上)の運用を、全ての感染者に対応することが困難である地域(例えばステージ3相当以上)においては、感染症法上の運用をより柔軟に対応すること等を、以下に提案する。

1. 発生届様式の変更

感染拡大地域では入院治療が必要な患者への対応を即時に判断し、優先させる必要があることから、発生届様式に以下を追加する。入院が必要な病状や入院による処置の必要性については、診断した医師の判断が重要であることから、発生時に以下の情報を即時に得ることが望ましい。

- ・入院治療の必要性の有無欄(コロナ・他疾患)及び診察医の意見欄
- ・基礎疾患の有無欄
- ・血中酸素飽和度の記載欄

2. ステージ3相当以上の地域における感染症法の運用 (都道府県の判断)

感染拡大地域においては、都道府県の判断により、①～④に掲げる感染症対応を認める。

①入院勧告は入院治療が必要な患者等に限定

- ・直ちに対応する必要がある患者：入院治療が必要な患者(診察医の判断)
- ・感染拡大を抑えるために必要な集団に属する患者：
高齢者及び障害者施設(入所/通所)利用者について、施設等での感染拡大防止が困難な場合

②宿泊療養の対象を75歳未満に拡大

- ・75歳未満であって医師が入院治療不要と判断した場合は宿泊療養の対象とする
- ・高齢者が利用しやすい宿泊可能な療養施設を確保する(ビジネスホテルタイプではなく、介護等の支援が可能な環境の提供)

③積極的疫学調査の重点化

感染拡大時には、保健所は生命の危険や医療崩壊に繋がる集団発生の予防を優先として、保健所の業務ひっ迫の状況に応じた優先順位に基づいて重点的に対策を実施する。

- 積極的疫学調査の対象

(①②はクラスターが発生した場合は、最優先する。)

- ①医療従事者、入院患者
- ②高齢・障害施設従事者、高齢・障害者施設利用者
- ③高齢者や基礎疾患を有する家族や同居者
- ④接待、会食、興行等での感染予防対策が不十分な集団行動を共にした者
- ⑤保育・教育機関における従事者、児童生徒
- ⑥その他、事業所における勤務者
- ⑦感染源探求のためのさかのぼり調査

○接触者検査の対象や健康観察等は以下のとおりとする

- ・従事者は入所者等に直接接触する職員に限定する。
- ・重症者の発生が少ない施設や集団感染の恐れが少ない施設等においては、症状発現時に検査することとし、健康観察及び外出やサービス利用について自粛を要請する。

④行政機関による濃厚接触者の経過観察期間の短縮と簡略化

潜伏期の中央値が5～6日であることを踏まえ、濃厚接触者の発病の有無の確認を最終接触から例えば7日目に確認し、健康観察期間を短縮するなど柔軟に対応する。また、健康観察期間内の体調変化および終了時の確認を自主的に保健所へ申し出てもらおう(アプリ利用・受動可)。なお、発病リスクが高く発病した場合、集団への影響を及ぼす恐れのある場合は、従来通り14日間の経過観察を集団の管理者等の協力を得て実施する。

*CDCによる行動自粛期間(10日間)の推奨を参考とする。

3. 医療施設および介護福祉施設等へ感染対策支援（都道府県の判断）

高齢者や障害者である感染者が、感染対策のうえ介護・福祉施設で療養する場合は、当該施設へ介護職や看護職の支援およびPPEの補充を確保(または介護報酬を感染加算など)する。

4. 感染者の自己負担の軽減(医療費及び生活費)

入院以外の医療費や療養費および介護費用について、感染症法上の適用以外の自己負担分を行政(国)が補助する。結核の通院医療費や要介護高齢者等における任意入院治療等を参考に他の公費負担制度の活用を考慮する。

5. 年末年始の検査および医療体制の確保

行政検査の実施について、年末年始などの長期休暇や祝休日には全国的に、人の移動も考えられ検査の需要も高まることが考えられる。

- ① 保健所や地方衛生研究所だけでなく、民間検査機関へのPCR検査体制を確保する。
- ② 都道府県単位で受診相談・医療調整が円滑に行われる体制を確保する。

国への要望

- ・現在の「全国的に流行期である保健所の感染症対策」を早急に示すこと
- ・迅速なワクチン接種体制の構築を進めること
- ・指定感染症としての対応を検証すること

現時点で、判明している「新型コロナウイルス感染症」の概要について、我が国の情報を整理し、国外の対応策も参考にした上で、改めて本疾病についての疾病概念の認識を国民及び保健医療関係者に示すこと。

流行の終息が見えない中で、指定感染症の指定解除の条件や時期について展望がないことは、保健所職員や医療従事者の健康障害や意欲の限界を生じ、感染拡大地域のみならず、全ての地域の保健所における業務遂行が不可能となる事態も危惧される。

都道府県等保健所設置自治体への要望

- ・全庁的な新型コロナウイルス感染症対策の推進に向けた周知啓発

保健所設置自治体(都道府県等)は、地域全体の流行状況と管内保健所の機能を考慮し、保健所単位の創意工夫を超えて、狭義の感染症対策にとどまらず、全庁的な政策として行うことが望ましい。感染拡大地域をはじめ、既に実施している自治体も多いが、以下に示す保健所以外の機関と協力する事例を各都道府県に周知し、地域の実情に応じて推進するよう啓発されたい。新型コロナウイルス感染症の今後の流行や集団発生を想定し、特に、感染症患者の発生や具体的な患者対応を経験していない地域の保健所の体制整備を考慮すること。

1) 行政検査について

- ・職場や学校などの接触者検体採取(出張検体採取)

医師の指示のもと保健師や保健所医師以外の医療職が対応、または学校・職場の嘱託医(産業医・学校医)を中心に採取、または地元自治体の協力、または幼児・施設高齢者の鼻咽頭採取へのネットワーク医師の協力など

- ・高齢者施設利用者等に関する検体採取

嘱託医等日頃から連携している医療機関の医師による検体採取

- ・保健所が採取した接触者検査の委託

衛生研究所のみならず、県が委託契約した健診団体、民間検査会社、病院などで検査

- ・PCRセンター協力医師に対する感染時の休業補償制度(診療・検査医療機関にも拡充)

2) 休日診療体制について

- ・休日コロナ対応病院(外来)の輪番制(年末年始を含む)

発熱患者等が二次救急指定医療機関に集中し、救急医療に支障をきたすことがないよう、二次救急輪番制の当番病院以外の病院でコロナ外来対応の輪番制を組む

3) 入院措置・宿泊療養の調整等

- ・全面的に府県の調整本部が入院および宿泊療養の府県全体の調整を行う。

- ・療養施設への民間業者の搬送
- 4) クラスタ対策における保健所支援チーム、県クラスター班
 - ・クラスター発生等、繁忙期における保健所支援のために、県庁の保健師、薬剤師による輪番制の保健所支援チームを結成。
 - ・地衛研の疫学担当のFETP等1～2名により、クラスター発生時の疫学調査支援
 - 5) 介護事業所間職員応援派遣事業
 - ・介護事業所でクラスターが発生した場合に備えて、圏域の介護サービス事業者協議会、保健所、市が連携して①応援職員派遣②代替サービス提供支援を実施するため、地方事務局が中心となり、体制を構築し、県の事業実施要綱が策定された。
 - 6) 所内体制の非常事態対応
 - ・土日祝を含めて全所員による担当体制、
 - ・BCPの配慮を行い不急な保健所業務の停止
 - ・大学等研究機関からの公衆衛生専門家の協力(自治体と大学との協定等)
 - ・HER-SYS代行入力等は、保健師以外の職種や他部局応援職員による業務担当、県庁や管内自治体からの保健師および職員を派遣
 - 7) 苦情処理
 - ・クラスター発生時や自治体職員が陽性となった場合など、市民からの苦情への対応が、保健師の貴重な時間を浪費し、保健師の精神を蝕んでいることに留意。総務部で対応すべきものもあるため、総務部職員を保健所に派遣し、苦情処理に対応させた。

都道府県から寄せられている意見

令和2年12月11日 鳥取県知事 平井 伸治

1. 感染拡大地域における医療提供体制について

- ・医療がひっ迫している北海道及び大阪府に対して、全国知事会・関西広域連合から看護師を派遣。しかし、感染拡大を受けて各都道府県の状況も厳しさを増しており、これ以上の派遣は難しくなっていることから、国においても更なる応援体制の構築をお願いしたい。
- ・また、他地域からの看護師の派遣に関して、個人用防護具の供給をはじめ、十分な感染防御の体制をとっていただきたい。
- ・併せて、各地域で懸命に医療を提供されている医療機関や医療従事者に対して、経営支援や処遇改善等を行うなど、国としてしっかり支えていただきたい。

2. 感染拡大地域における保健所体制について

- ・北海道及び大阪府に対しては、看護師に加え、積極的疫学調査に従事する保健師の派遣も実施しているが、こちらも派遣が難しくなっている状況。
- ・国においては、支援協力者の名簿を作成し各都道府県に提供していただいているが、感染拡大地域の自治体において、名簿に掲載されている支援協力者と個々に任用期間や任用条件等の調整を行うこととされており、現実的には活用のハードルが高い状況。このため、例えば在住・在勤地の自治体において任用を行った上で感染拡大地域に派遣するなど、実効性があがる枠組みをご検討いただきたい。

3. ワクチン接種について

- ・これまでの分科会の議論を踏まえ、優先接種の対象に積極的疫学調査等に従事する職員や障害者施設等の従事者を加えていただいたことに感謝。
- ・今後、接種体制の構築に向けて地方自治体が多く業務を担うことから、都道府県・市町村向けの説明会を開催していただくとともに、コールドチェーンの運用を早期に示すこと、新しいシステムへのデータ移行を可能とすることなど、引き続き現場の負担軽減に努めていただきたい。

4. 第3次補正について

- ・地方創生臨時交付金や緊急包括支援交付金の増額が検討されており感謝。併せて、医療機関等に早急に支援を届けられるよう、申請事務の負担軽減や事業区分間の調整を可能とするなど、早期の執行が可能となるような改善をお願いしたい。

5. 感染拡大防止の取組強化について

- ・感染拡大地域における地域・業種を限定した休業要請や、積極的疫学調査への協力の担保措置に関して、特措法・感染症法の改正や協力金の更なる充実も含め、要請の実効性を担保する取組を強化していただきたい。併せて、要請に協力していただく観点から、飲食業への支援策を充実していただきたい。
- ・年末年始の時期を控え、都道府県境をまたぐ人の移動について、国として国民に対して明確なメッセージを出していただきたい。また、Go To キャンペーン事業の取扱いにも関わる各地域の感染状況の判断に当たって、全国的・専門的見地からの助言が得られる仕組みを検討していただきたい。

(1) 感染の状況 (疫学的状況)

(2) ①医療提供体制 (療養状況)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
	人口	直近1週間 累積陽性者数	対人口10万人 B/(A/100)	その前1週間 累積陽性者数	直近1週間と その前1週間の比 (B/D)	感染経路不明 な者の割合 (アリンク割合)	入院患者・ 入院確定数	うち 重症者数	入院患者・ 入院確定数	うち 重症者数	宿泊療養者数	
時点	2019.10	~12/9(1W)	~12/9(1W)	~12/2(1W)		~12/4(1W)	12/1	12/1	11/24	11/24	12/1	11/24
単位	千人	人		人		人	人	人	人	人	人	人
北海道	5,250	1,313	25.01	1485	0.88	27%	935	28	845	19	678	819
青森県	1,246	47	3.77	24	1.96	17%	22	2	14	2	0	1
岩手県	1,227	17	1.39	46	0.37	18%	71	2	79	0	9	16
宮城県	2,306	149	6.46	84	1.77	43%	47	5	68	8	49	49
秋田県	966	0	0.00	7	0.00	0%	4	0	4	0	8	0
山形県	1,078	54	5.01	32	1.69	14%	31	1	17	0	0	0
福島県	1,846	49	2.65	26	1.88	34%	48	5	52	4	0	1
茨城県	2,860	237	8.29	309	0.77	32%	165	11	121	9	50	61
栃木県	1,934	112	5.79	93	1.20	31%	123	7	88	5	8	2
群馬県	1,942	199	10.25	196	1.02	39%	144	1	79	2	55	31
埼玉県	7,350	1,052	14.31	840	1.25	43%	590	31	541	19	158	207
千葉県	6,259	535	8.55	595	0.90	45%	336	10	343	9	162	163
東京都	13,921	3,116	22.38	3213	0.97	54%	1,698	246	1,611	250	712	895
神奈川県	9,198	1,173	12.75	1295	0.91	48%	452	60	434	44	207	338
新潟県	2,223	29	1.30	16	1.81	12%	83	0	94	0	10	7
富山県	1,044	2	0.19	13	0.15	25%	17	0	16	0	1	3
石川県	1,138	23	2.02	23	1.00	65%	22	0	7	0	2	2
福井県	768	10	1.30	14	0.71	0%	22	0	30	0	0	0
山梨県	811	75	9.25	26	2.88	35%	49	2	53	2	1	3
長野県	2,049	115	5.61	110	1.05	22%	99	0	104	0	13	14
岐阜県	1,987	217	10.92	150	1.45	27%	200	1	134	1	14	10
静岡県	3,644	272	7.46	419	0.65	45%	195	8	160	4	57	81
愛知県	7,552	1,354	17.93	1328	1.02	50%	382	30	372	16	198	208
三重県	1,781	106	5.95	125	0.85	20%	175	5	128	5	8	5
滋賀県	1,414	46	3.25	40	1.15	43%	61	2	75	2	14	14
京都府	2,583	308	11.92	162	1.90	45%	131	14	121	19	39	43
大阪府	8,809	2,402	27.27	2560	0.94	59%	799	209	767	181	640	702
兵庫県	5,466	982	17.97	842	1.17	56%	436	34	458	32	180	239
奈良県	1,330	187	14.06	150	1.25	45%	160	6	161	6	44	33
和歌山県	925	57	6.16	63	0.90	16%	84	1	84	3	0	0
鳥取県	556	7	1.26	4	1.75	67%	6	0	5	0	0	0
島根県	674	10	1.48	5	2.00	14%	6	1	3	0	0	0
岡山県	1,890	70	3.70	89	0.79	52%	89	5	92	3	26	24
広島県	2,804	354	12.62	126	2.81	34%	91	5	55	0	20	9
山口県	1,358	24	1.77	35	0.69	14%	59	3	97	1	2	23
徳島県	728	6	0.82	2	3.00	0%	6	1	11	2	0	0
香川県	956	41	4.29	20	2.05	52%	21	0	15	0	1	7
愛媛県	1,339	26	1.94	62	0.42	19%	64	6	56	3	11	24
高知県	698	116	16.62	16	7.25	47%	18	0	5	0	0	0
福岡県	5,104	363	7.11	310	1.17	49%	124	6	80	3	113	74
佐賀県	815	29	3.56	26	1.12	6%	25	0	13	0	2	3
長崎県	1,327	5	0.38	9	0.56	75%	10	0	12	0	7	3
熊本県	1,748	91	5.21	72	1.26	46%	66	8	69	5	14	5
大分県	1,135	115	10.13	86	1.34	38%	57	1	36	0	40	24
宮崎県	1,073	53	4.94	72	0.74	15%	34	2	19	2	38	49
鹿児島県	1,602	104	6.49	30	3.47	31%	19	0	18	0	16	28
沖縄県	1,453	259	17.83	341	0.76	42%	212	26	180	21	87	58
全国	126,167	15,911	12.61	15591	1.02	47%	8,488	785	7,826	682	3,694	4,278

※：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）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等及び入院患者受入病床数等に関する調査」による。同調査では、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。
 ※：各数値は、資料掲載時点において把握している最新の値としている。掲載時以降に数値が更新されることにより、前週の値が前週公表の値と一致しない場合がある。
 ※：東京都、滋賀県、京都府、福岡県及び沖縄県の重症者数については、これまで都府県独自の基準に則って報告された数値を掲載していたが、8/21公表分からは、国の基準に則って、集中治療室（ICU）等での管理が必要な患者も含めた数値が報告されている。

(2) ②医療提供体制（病床確保等）

(3) 検査体制の構築

	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	12/1	12/1	12/1	~12/6(1W)	~11/29(1W)		~12/6(1W)	~11/29(1W)
単位				床	床	室	件	件		人	人
北海道	済	済	済	1,811	1,811	1,660	6,600	7,691	0.86	1,321	1,555
青森県	済	済	済	201	225	260	1,325	579	2.29	43	7
岩手県	済	済	済	374	374	381	1,768	2,669	0.66	29	54
宮城県	済	済	済	345	450	300	1,922	2,059	0.93	110	102
秋田県	済	済	済	222	235	58	373	475	0.79	0	16
山形県	済	済	予定	216	216	108	1,475	637	2.32	40	24
福島県	済	済	済	475	475	160	2,809	2,275	1.23	41	23
茨城県	済	済	済	550	550	324	8,721	7,058	1.24	294	287
栃木県	済	済	済	313	313	284	3,108	2,443	1.27	115	62
群馬県	済	済	済	335	335	1,300	3,010	1,944	1.55	193	150
埼玉県	済	済	済	1,211	1,400	1,225	19,194	14,989	1.28	964	751
千葉県	済	済	済	1,147	1,200	710	10,565	8,367	1.26	527	551
東京都	済	済	済	4,000	4,000	1,910	54,125	49,873	1.09	3,076	2,931
神奈川県	済	済	済	1,939	1,939	867	22,751	24,204	0.94	1,167	1,136
新潟県	済	済	済	456	456	176	1,356	907	1.50	25	31
富山県	済	済	済	500	500	125	913	1,131	0.81	4	16
石川県	済	済	済	258	258	340	1,570	1,269	1.24	22	15
福井県	済	済	済	215	215	75	918	848	1.08	7	12
山梨県	済	済	済	285	285	139	1,857	1,787	1.04	84	20
長野県	済	済	済	350	350	250	2,090	2,198	0.95	100	97
岐阜県	済	済	済	625	625	466	3,177	2,015	1.58	190	137
静岡県	済	済	済	472	472	592	6,826	6,274	1.09	321	406
愛知県	済	済	済	897	897	1,300	13,376	11,500	1.16	1,323	1,186
三重県	済	済	済	349	349	100	1,089	1,867	0.58	106	123
滋賀県	済	済	済	429	450	260	949	1,217	0.78	37	44
京都府	済	済	済	650	750	338	4,391	3,969	1.11	195	169
大阪府	済	済	済	1,432	1,615	1,555	25,506	23,115	1.10	2,496	2,362
兵庫県	済	済	予定	671	671	698	8,440	9,015	0.94	872	795
奈良県	済	済	済	467	500	108	2,672	2,190	1.22	179	129
和歌山県	済	済	済	400	400	137	1,386	1,587	0.87	57	62
鳥取県	済	済	済	313	313	340	555	362	1.53	5	5
島根県	済	済	済	253	253	98	304	294	1.03	11	4
岡山県	済	済	済	302	302	207	3,568	3,314	1.08	65	94
広島県	済	済	済	553	553	794	5,005	2,797	1.79	239	96
山口県	済	済	済	423	423	834	1,442	1,356	1.06	26	33
徳島県	済	済	済	200	200	150	297	209	1.42	4	2
香川県	済	済	済	199	199	101	1,150	890	1.29	21	12
愛媛県	済	済	済	229	229	117	834	976	0.85	34	103
高知県	済	済	済	200	200	361	666	163	4.09	83	4
福岡県	済	済	済	551	760	1,057	10,901	8,901	1.22	261	256
佐賀県	済	済	済	274	274	253	601	592	1.02	30	14
長崎県	済	済	済	395	395	352	1,769	1,213	1.46	5	10
熊本県	済	済	済	400	400	1,430	1,880	1,515	1.24	74	48
大分県	済	済	済	336	336	700	1,476	1,141	1.29	117	61
宮崎県	済	済	済	246	246	250	1,159	879	1.32	66	63
鹿児島県	済	済	済	342	342	370	1,510	963	1.57	45	31
沖縄県	済	済	済	447	447	370	5,132	3,477	1.48	282	294
全国	-	-	-	27,258	28,188	23,990	252,511	225,194	1.12	15,306	14,383

※：受入確保病床数、受入確保想定病床数、宿泊施設確保数は、厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況等及び入院患者受入病床数等に関する調査」による。
 受入確保想定病床数は、同調査における「最終フェーズにおける即応病床（計画）数」を用いている。同調査では、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。
 ※：確保病床数が確保想定病床数を超える場合には、確保想定病床数は確保病床数と同数として計算している。
 ※：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。
 ※：各数値は、資料掲載時点において把握している最新の値としている。掲載時以降に数値が更新されることにより、前週の値が前週公表の値と一致しない場合がある。

【 医療提供体制 】

	A	B		C		D		E		F
	人口	①病床のひっ迫具合				重症患者		②療養者数		
		全入院者		重症患者						
時点	2019.10	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】	12/1	12/1	12/1	12/1	
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	51.6% (+5.0)	51.6% (+5.0)	15.4% (+4.9)	15.4% (+4.9)	43.4 (▲1.5)				
青森県	1,246	10.9% (+4.0)	9.8% (+3.6)	6.5% (+0.0)	6.5% (+0.0)	2.1 (+0.9)				
岩手県	1,227	19.0% (▲2.1)	19.0% (▲2.1)	3.4% (+3.4)	3.4% (+3.4)	6.5 (▲1.2)				
宮城県	2,306	13.6% (▲6.1)	10.4% (▲4.7)	11.6% (▲7.0)	7.7% (▲4.6)	5.9 (▲2.3)				
秋田県	966	1.8% (+0.0)	1.7% (+0.0)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)	1.2 (+0.8)				
山形県	1,078	14.4% (+6.5)	14.4% (+6.5)	3.8% (+3.8)	3.8% (+3.8)	2.9 (+1.3)				
福島県	1,846	10.1% (▲1.0)	10.1% (▲1.0)	11.9% (+2.4)	10.0% (+2.0)	2.6 (▲0.4)				
茨城県	2,860	30.0% (+7.8)	30.0% (+7.8)	15.7% (+3.2)	15.7% (+3.2)	12.4 (+2.5)				
栃木県	1,934	39.3% (+11.2)	39.3% (+11.2)	17.1% (+4.9)	17.1% (+4.9)	7.2 (+2.6)				
群馬県	1,942	43.0% (+18.0)	43.0% (+19.0)	1.4% (▲7.3)	1.4% (▲2.6)	10.2 (+4.6)				
埼玉県	7,350	48.7% (+4.8)	42.1% (+3.5)	24.2% (+9.4)	15.5% (+6.0)	16.4 (+3.0)				
千葉県	6,259	29.3% (▲0.6)	28.0% (▲0.6)	9.9% (+1.0)	5.6% (+0.6)	14.0 (+1.5)				
東京都	13,921	42.5% (+2.2)	42.5% (+2.2)	49.2% (▲0.8)	49.2% (▲0.8)	28.3 (+1.3)				
神奈川県	9,198	23.3% (+0.9)	23.3% (+0.9)	30.0% (+8.0)	30.0% (+8.0)	14.8 (+1.7)				
新潟県	2,223	18.2% (▲2.4)	18.2% (▲2.4)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)	4.2 (▲0.4)				
富山県	1,044	3.4% (+0.2)	3.4% (+0.2)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)	1.7 (▲0.1)				
石川県	1,138	8.5% (+5.8)	8.5% (+5.8)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)	2.1 (+1.3)				
福井県	768	10.2% (▲3.7)	10.2% (▲3.7)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)	2.9 (▲1.0)				
山梨県	811	17.2% (▲1.4)	17.2% (▲1.4)	8.3% (+0.0)	8.3% (+0.0)	6.2 (▲0.7)				
長野県	2,049	28.3% (▲1.4)	28.3% (▲1.4)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)	6.0 (▲0.4)				
岐阜県	1,987	32.0% (+10.6)	32.0% (+10.6)	2.0% (+0.0)	2.0% (+0.0)	10.8 (+3.5)				
静岡県	3,644	41.3% (+2.1)	41.3% (+5.8)	11.0% (▲0.8)	11.0% (+5.0)	14.5 (+3.2)				
愛知県	7,552	42.6% (▲0.7)	42.6% (▲0.7)	42.9% (+20.0)	24.8% (+11.6)	22.9 (+2.0)				
三重県	1,781	50.1% (+13.5)	50.1% (+13.5)	9.4% (+0.0)	9.4% (+0.0)	10.6 (+3.0)				
滋賀県	1,414	14.2% (▲3.3)	13.6% (▲3.1)	4.4% (+0.0)	2.8% (+0.0)	5.4 (▲0.8)				
京都府	2,583	20.2% (+1.5)	17.5% (+1.3)	16.3% (▲5.8)	16.3% (▲5.8)	8.9 (▲0.5)				
大阪府	8,809	55.8% (+1.2)	49.5% (+2.0)	57.1% (+7.7)	57.1% (+7.7)	47.6 (+10.9)				
兵庫県	5,466	65.0% (▲3.3)	65.0% (▲3.3)	30.9% (+1.8)	28.3% (+1.7)	12.9 (+0.1)				
奈良県	1,330	34.3% (▲0.2)	32.0% (▲0.2)	22.2% (+0.0)	22.2% (+0.0)	15.3 (+0.8)				
和歌山県	925	21.0% (+0.0)	21.0% (+0.0)	2.5% (▲5.0)	2.5% (▲5.0)	9.1 (+0.0)				
鳥取県	556	1.9% (+0.3)	1.9% (+0.3)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)	1.1 (+0.2)				
島根県	674	2.4% (+1.2)	2.4% (+1.2)	4.0% (+4.0)	4.0% (+4.0)	0.9 (+0.4)				
岡山県	1,890	29.5% (▲1.0)	29.5% (▲1.0)	13.5% (+5.4)	12.5% (+5.0)	7.4 (▲0.8)				
広島県	2,804	16.5% (+6.5)	16.5% (+6.5)	6.9% (+6.9)	6.9% (+6.9)	4.2 (+1.7)				
山口県	1,358	13.9% (▲9.0)	13.9% (▲9.0)	2.2% (+1.5)	2.2% (+1.5)	4.5 (▲4.3)				
徳島県	728	3.0% (▲2.5)	3.0% (▲2.5)	4.0% (▲4.0)	4.0% (▲4.0)	0.8 (▲0.7)				
香川県	956	10.6% (+2.9)	10.6% (+2.9)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)	2.3 (+0.0)				
愛媛県	1,339	27.9% (+3.5)	27.9% (+3.5)	18.2% (+9.1)	18.2% (+9.1)	10.5 (+0.8)				
高知県	698	9.0% (+6.5)	9.0% (+6.5)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)	2.6 (+1.9)				
福岡県	5,104	22.5% (+8.0)	16.3% (+5.8)	6.7% (+3.3)	5.5% (+2.7)	6.5 (+2.9)				
佐賀県	815	9.1% (+4.4)	9.1% (+4.4)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)	3.3 (+1.3)				
長崎県	1,327	2.5% (▲0.5)	2.5% (▲0.5)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)	1.4 (+0.0)				
熊本県	1,748	16.5% (▲0.7)	16.5% (▲0.7)	13.6% (+5.1)	13.6% (+5.1)	5.3 (+0.9)				
大分県	1,135	17.0% (+6.1)	17.0% (+6.1)	2.4% (+2.4)	2.4% (+2.4)	8.5 (+3.3)				
宮崎県	1,073	13.8% (+6.1)	13.8% (+6.1)	6.1% (+0.0)	6.1% (+0.0)	9.0 (+1.4)				
鹿児島県	1,602	5.6% (+0.3)	5.6% (+0.3)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)	2.2 (▲0.6)				
沖縄県	1,453	47.4% (+5.9)	47.4% (+5.9)	49.1% (+9.4)	49.1% (+9.4)	27.0 (+6.3)				
全国	126,167	31.1% (+2.3)	30.1% (+2.3)	22.0% (+2.4)	20.2% (+2.5)	16.5 (+1.9)				

※：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）
 ※：確保病床使用率、確保想定病床使用率、療養者数は、厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況等及び入院患者受入病床数等に関する調査」による。
 確保想定病床使用率は、同調査における「最終フェーズにおける即応病床（計画）数」を用いて計算している。同調査では、記載日の翌日 00:00時点としてとりまとめている。
 ※：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。
 ※：東京都、滋賀県、京都府、福岡県及び沖縄県の重症者数については、これまで都府県独自の基準に則って報告された数値を掲載していたが、8/21公表分からは、国の基準に則って、集中治療室（ICU）等での管理が必要な患者も含めた数値が報告されている。
 ※：確保病床数が確保想定病床数を超える場合には、確保想定病床数は確保病床数と同数として計算している。

(参考) 都道府県の医療提供体制等の状況② (監視体制・感染の状況)

		【監視体制】		【		感染の状況		】	
		A	G	H		I		J	
	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	
時点	2019.10	～11/29(1W)		～12/3(1W)				～11/27(1W)	
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	20.2%	(+8.8)	27.33	(▲3.9)	0.87	(▲0.18)	29.3%	(▲7.4)
青森県	1,246	1.2%	(+0.9)	2.41	(+2.0)	6.00	(+5.00)	42.9%	(+22.9)
岩手県	1,227	2.0%	(▲3.2)	3.02	(▲3.3)	0.47	(▲0.94)	7.5%	(▲11.3)
宮城県	2,306	5.0%	(+0.8)	3.64	(▲1.0)	0.79	(▲0.12)	23.3%	(▲5.3)
秋田県	966	3.4%	(+3.2)	0.62	(▲0.4)	0.60	(▲1.90)	13.3%	(▲20.0)
山形県	1,078	3.8%	(+2.1)	3.53	(+3.0)	6.33	(+5.79)	40.0%	(+21.8)
福島県	1,846	1.0%	(▲0.6)	1.25	(▲0.3)	0.82	(+0.06)	31.8%	(▲5.4)
茨城県	2,860	4.1%	(+0.5)	10.35	(▲0.1)	0.99	(▲0.37)	36.4%	(+1.4)
栃木県	1,934	2.5%	(+0.7)	5.33	(+2.4)	1.81	(+0.18)	50.8%	(+2.0)
群馬県	1,942	7.7%	(+3.2)	10.04	(+3.7)	1.59	(▲0.78)	45.5%	(▲2.2)
埼玉県	7,350	5.0%	(▲0.4)	11.31	(+0.7)	1.07	(▲0.08)	43.5%	(▲3.6)
千葉県	6,259	6.6%	(+0.1)	9.51	(+1.0)	1.11	(+0.11)	47.7%	(▲4.2)
東京都	13,921	5.9%	(+0.4)	23.45	(+3.1)	1.15	(+0.01)	59.2%	(+1.1)
神奈川県	9,198	4.7%	(▲1.0)	13.46	(+1.3)	1.11	(+0.03)	53.4%	(▲0.3)
新潟県	2,223	3.4%	(▲2.9)	1.03	(▲1.3)	0.45	(▲0.53)	11.5%	(+0.1)
富山県	1,044	1.4%	(▲0.6)	1.05	(▲0.4)	0.73	(▲0.77)	62.5%	(+50.0)
石川県	1,138	1.2%	(+0.8)	1.67	(+0.6)	1.58	(▲1.42)	61.5%	(▲18.5)
福井県	768	1.4%	(▲0.3)	1.43	(▲0.4)	0.79	(+0.25)	0.0%	(+0.0)
山梨県	811	1.1%	(▲1.3)	5.55	(+0.6)	1.13	(▲0.61)	44.1%	(▲3.7)
長野県	2,049	4.4%	(▲1.0)	5.17	(▲0.1)	0.97	(+0.19)	27.0%	(+13.8)
岐阜県	1,987	6.8%	(+1.1)	8.86	(+3.3)	1.60	(+0.38)	43.9%	(+1.4)
静岡県	3,644	6.5%	(+0.2)	11.28	(+1.3)	1.13	(▲0.32)	28.5%	(+2.7)
愛知県	7,552	10.3%	(+0.6)	17.55	(+2.5)	1.17	(▲0.02)	50.6%	(+4.6)
三重県	1,781	6.6%	(▲0.0)	6.91	(+0.4)	1.06	(▲0.87)	15.9%	(+1.1)
滋賀県	1,414	3.7%	(▲3.9)	3.18	(▲0.5)	0.87	(+0.03)	34.0%	(+5.6)
京都府	2,583	4.3%	(+0.4)	5.85	(▲1.0)	0.86	(▲0.08)	38.5%	(+2.9)
大阪府	8,809	10.2%	(+1.3)	29.74	(+2.4)	1.09	(▲0.28)	65.2%	(+6.0)
兵庫県	5,466	8.8%	(▲0.9)	15.24	(▲0.4)	0.97	(▲0.44)	51.0%	(▲11.0)
奈良県	1,330	5.9%	(+0.2)	12.48	(+2.9)	1.31	(+0.38)	47.4%	(▲4.7)
和歌山県	925	3.9%	(+0.5)	6.92	(+1.2)	1.21	(+0.29)	13.8%	(▲0.3)
鳥取県	556	1.4%	(+1.2)	0.54	(▲0.4)	0.60	(▲1.90)	20.0%	(▲80.0)
島根県	674	1.4%	(+1.0)	1.19	(+0.9)	4.00	(+2.00)	50.0%	(▲50.0)
岡山県	1,890	2.8%	(▲0.3)	4.50	(▲0.7)	0.86	(▲0.23)	35.1%	(▲8.0)
広島県	2,804	3.4%	(+1.0)	5.63	(+3.5)	2.59	(+1.07)	51.0%	(+0.0)
山口県	1,358	2.4%	(▲2.9)	2.58	(▲2.2)	0.54	(▲0.40)	22.5%	(+17.7)
徳島県	728	1.0%	(▲4.0)	0.27	(▲0.4)	0.40	(▲0.60)	33.3%	(+19.0)
香川県	956	1.3%	(▲0.7)	2.09	(+1.3)	2.50	(+1.97)	66.7%	(+29.2)
愛媛県	1,339	10.6%	(+0.4)	3.73	(▲6.0)	0.38	(▲3.68)	11.8%	(▲4.4)
高知県	698	2.5%	(+1.2)	4.44	(+3.7)	6.20	-	40.0%	-
福岡県	5,104	2.9%	(+0.9)	5.68	(+1.7)	1.44	(▲0.63)	44.9%	(▲13.2)
佐賀県	815	2.4%	(▲0.6)	3.56	(+2.3)	2.90	(+2.19)	10.0%	(+2.9)
長崎県	1,327	0.8%	(+0.0)	0.60	(▲0.2)	0.73	(▲1.47)	66.7%	(▲3.3)
熊本県	1,748	3.2%	(▲0.2)	3.72	(+0.8)	1.27	(+0.51)	35.6%	(+1.7)
大分県	1,135	5.3%	(+0.1)	8.46	(+4.1)	1.92	(+0.40)	34.0%	(+29.6)
宮崎県	1,073	7.2%	(▲2.3)	6.52	(+0.1)	1.01	(▲3.59)	11.4%	(+6.4)
鹿児島県	1,602	3.2%	(+0.8)	2.25	(+0.6)	1.33	(+0.60)	48.3%	(+27.8)
沖縄県	1,453	8.5%	(+1.8)	21.89	(+4.9)	1.29	(+0.35)	47.8%	(▲0.2)
全国	126,167	6.4%	(+0.3)	12.37	(+1.0)	1.09	(▲0.10)	48.8%	(+0.7)

※：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を留意。
 ※：PCR検査件数は、厚生労働省において把握した、地方衛生研究所・保健所、民間検査会社、大学等及び医療機関における検査件数の合計値。
 ※：各数値は、資料掲載時点において把握している最新の値としている。掲載時以降に数値が更新されることにより、前週差が前週公表の値との差と一致しない場合がある。
 ※：⑤と⑥について、分母が0の場合は、「-」と記載している。

新型コロナウイルス感染症対策本部（第 48 回）

日時：令和 2 年 11 月 27 日（金）

18 時 20 分～18 時 50 分

場所：官邸 4 階 大会議室

議 事 次 第

1. 開 会

2. 議 事

（1）新型コロナウイルス感染症への対応について

3. 閉 会

（配布資料）

資料 1 厚生労働省提出資料

資料 2 新型コロナウイルス感染症対策分科会提出資料

資料 3 - 1 内閣官房（新型コロナウイルス感染症対策推進室）提出資料

資料 3 - 2 厚生労働省提出資料

最近の感染状況等について

令和2年11月27日(金)

厚生労働省

新型コロナウイルス感染症の発生状況

【国内事例】括弧内は前日比

※令和2年11月26日24時時点

	PCR検査 実施人数(※3)	陽性者数	入院治療等を要する者		退院又は療養解除と なった者の数	死亡者数	確認中(※4)
				うち重症者			
国内事例(※1,※5) (チャーター便帰国 者を除く)	3,093,909 (+42,634)	138,011 (+2,499)※2	19,105 (+540)	435 (+25)※6	116,778 (+1,746)	2,050 (+29)	152 (-69)
空港検疫	323,782 (+1,823)※7	1,465 (+6)	122 (-5)	0	1,342 (+11)	1	0
チャーター便 帰国者事例	829	15	0	0	15	0	0
合計	3,418,520 (+44,457)	139,491 (+2,505)※2	19,227 (+535)	435 (+25)※6	118,135 (+1,757)	2,051 (+29)	152 (-69)

- ※1 チャーター便を除く国内事例については、令和2年5月8日公表分から（退院者及び死亡者については令和2年4月21日公表分から）、データソースを従来の厚生労働省が把握した個票を積み上げたものから、各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げたものに変更した。
- ※2 新規陽性者数は、各自治体がプレスリリースしている個別の事例数（再陽性例を含む）を積み上げて算出したものであり、前日の総数からの増減とは異なる場合がある。
- ※3 一部自治体については件数を計上しているため、実際の人数より過大となっている。件数ベースでウェブ掲載している自治体については、前日比の算出にあたって件数ベースの差分としている。前日の検査実施人数が確認できない場合については最終公表時点の数値との差分を計上している。
- ※4 PCR検査陽性者数から入院治療等を要する者の数、退院又は療養解除となった者の数、死亡者の数を減じて厚生労働省において算出したもの。なお、療養解除後に再入院した者を陽性者数として改めて計上していない県があるため、合計は一致しない。
- ※5 国内事例には、空港検疫にて陽性が確認された事例を国内事例としても公表している自治体の当該事例数は含まれていない。
- ※6 一部の都道府県における重症者数については、都府県独自の基準に則って発表された数値を用いて計算しており、集中治療室（ICU）等での管理が必要な患者は含まれていない。
- ※7 空港検疫については、7月29日から順次、抗原定量検査を実施しているため、同検査の件数を含む。

【上陸前事例】括弧内は前日比

	PCR検査陽性者 ※【 】は無症状病原体保有者数	退院等している者	人工呼吸器又は集中治療室 に入院している者 ※4	死亡者
クルーズ船事例 (水際対策で確認) (3,711人) ※1	712 ※2 【331】	659 ※3	0 ※6	13 ※5

- ※1 那覇港出港時点の人数。うち日本国籍の者1,341人
- ※2 船会社の医療スタッフとして途中乗船し、PCR陽性となった1名は含めず、チャーター便で帰国した40名を含む。国内事例同様入院後に有症状となった者は無症状病原体保有者数から除いている。
- ※3 退院等している者659名のうち有症状364名、無症状295名。チャーター便で帰国した者を除く。
- ※4 37名が重症から軽～中等症へ改善(うち37名は退院)
- ※5 この他にチャーター便で帰国後、3月1日に死亡したとオーストラリア政府が発表した1名がいる。
- ※6 新型コロナウイルス関連疾患が軽快後、他疾患により重症の者が1名いる。

都道府県別新規陽性者数（報告日別）（空港検疫、チャーター便、クルーズ船案件を除く）

報告日	11月13日	11月14日	11月15日	11月16日	11月17日	11月18日	11月19日	11月20日	11月21日	11月22日	11月23日	11月24日	11月25日	11月26日	直近2週間の合計			増減率	直近1週間合計 (人口10万対)	全期間の 合計	全 国
															11月13日から 11月19日まで	11月20日から 11月26日まで					
全 国	1,704	1,722	1,430	949	1,685	2,180	2,386	2,428	2,577	2150	1,513	1,217	1,930	2,499	26,370	12,056	14,314	1.19	11.35	139,023	全 国
北 海 道	235	230	209	189	197	233	267	304	234	245	206	216	181	256	3,202	1,560	1,642	1.05	31.28	8,022	北 海 道
青 森	0	3	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	2	2	10	5	5	1.00	0.40	285	青 森
岩 手	15	7	5	6	4	10	8	21	15	4	4	14	7	13	133	55	78	1.42	6.36	175	岩 手
宮 城	30	10	5	7	32	19	15	14	16	9	16	12	19	21	225	118	107	0.91	4.64	1,169	宮 城
秋 田	0	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	8	1	14	4	10	2.50	1.04	84	秋 田
山 形	0	2	1	1	0	2	5	2	0	2	0	0	1	1	17	11	6	0.55	0.56	111	山 形
福 島	7	3	4	3	3	12	5	8	8	2	1	1	6	6	65	37	28	0.76	1.52	486	福 島
茨 城	26	40	21	10	55	39	28	40	66	47	32	26	37	50	517	219	298	1.36	10.42	1,397	茨 城
栃 木	2	4	3	1	6	4	15	8	8	14	1	11	11	4	92	35	57	1.63	2.95	600	栃 木
群 馬	9	0	5	5	3	10	20	22	17	12	8	16	18	30	175	52	123	2.37	6.33	1,117	群 馬
埼 玉	83	104	80	87	88	126	108	96	173	115	90	43	99	160	1,452	676	776	1.15	10.56	8,016	埼 玉
千 葉	60	88	60	77	79	66	106	90	109	80	59	42	73	82	1,071	536	535	1.00	8.55	6,647	千 葉
東 京	374	352	255	180	298	493	534	522	539	391	314	186	401	481	5,320	2,486	2,834	1.14	20.36	39,098	東 京
神 奈 川	146	147	114	61	133	226	205	208	193	163	70	67	161	254	2,148	1,032	1,116	1.08	12.13	11,908	神 奈 川
新 潟	2	0	2	0	33	14	1	12	12	6	13	3	8	1	107	52	55	1.06	2.47	332	新 潟
富 山	0	0	3	0	1	1	5	5	1	1	3	1	1	3	25	10	15	1.50	1.44	454	富 山
石 川	0	1	2	0	0	0	1	0	2	2	0	1	2	5	16	4	12	3.00	1.05	844	石 川
福 井	2	1	0	2	4	11	6	3	2	2	1	1	1	4	40	26	14	0.54	1.82	309	福 井
山 梨	6	0	2	5	3	1	6	7	11	4	7	7	4	0	63	23	40	1.74	4.93	339	山 梨
長 野	23	19	13	10	24	30	20	22	25	14	12	11	9	16	248	139	109	0.78	5.32	655	長 野
岐 阜	11	4	9	14	13	19	20	15	21	7	14	7	30	16	200	90	110	1.22	5.54	985	岐 阜
静 岡	16	36	24	12	15	75	73	59	60	44	47	27	55	72	615	251	364	1.45	9.99	1,426	静 岡
愛 知	148	152	102	63	138	141	219	202	211	144	95	110	177	198	2,100	963	1,137	1.18	15.06	9,412	愛 知
三 重	4	6	4	1	7	17	21	18	22	15	11	5	18	27	176	60	116	1.93	6.51	782	三 重
滋 賀	0	9	8	9	11	14	12	12	10	5	5	7	9	4	115	63	52	0.83	3.68	768	滋 賀
京 都	28	24	22	11	49	39	14	26	35	24	14	13	31	33	363	187	176	0.94	6.81	2,591	京 都
大 阪	264	285	266	73	269	273	338	370	415	490	281	210	318	326	4,178	1,768	2,410	1.36	27.36	18,848	大 阪
兵 庫	69	79	79	40	106	103	132	131	153	139	77	77	101	184	1,470	608	862	1.42	15.77	5,231	兵 庫
奈 良	24	23	9	11	9	28	33	23	22	12	21	15	11	23	264	137	127	0.93	9.55	1,055	奈 良
和 歌 山	5	10	8	7	5	8	15	11	7	5	11	8	5	6	111	58	53	0.91	5.73	417	和 歌 山
鳥 取	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	2	7	2	5	2.50	0.90	59	鳥 取
島 根	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	1	2	2.00	0.30	144	島 根
岡 山	13	12	17	3	7	24	15	13	27	13	10	7	15	14	190	91	99	1.09	5.24	544	岡 山
広 島	3	6	7	6	2	14	2	9	8	9	12	8	1	14	101	40	61	1.53	2.18	785	広 島
山 口	14	10	8	1	12	6	18	23	17	9	4	1	7	4	134	69	65	0.94	4.79	368	山 口
徳 島	0	1	0	0	2	1	1	1	2	1	0	0	0	1	10	5	5	1.00	0.69	180	徳 島
香 川	1	0	1	7	1	3	2	2	2	0	1	0	2	1	23	15	8	0.53	0.84	136	香 川
愛 媛	2	0	6	1	8	6	9	11	22	23	26	17	14	17	162	32	130	4.06	9.71	283	愛 媛
高 知	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	1	0	5	0	5	-	0.72	1.49	高 知
福 岡	16	7	12	8	11	22	22	35	36	30	9	11	28	53	300	98	202	2.06	3.96	5,646	福 岡
佐 賀	0	2	0	1	1	4	6	0	1	2	0	4	2	1	24	14	10	0.71	1.23	300	佐 賀
長 崎	1	0	1	0	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	16	5	11	2.20	0.83	265	長 崎
熊 本	10	16	12	3	14	7	5	10	10	6	3	2	5	15	118	67	51	0.76	2.92	995	熊 本
大 分	0	1	0	4	11	10	7	12	1	10	4	5	10	8	83	33	50	1.52	4.41	246	大 分
宮 崎	0	0	0	1	1	10	3	11	14	14	5	6	10	9	84	15	69	4.60	6.43	457	宮 崎
鹿 児 島	5	1	3	1	2	16	9	7	3	2	5	0	5	5	64	37	27	0.73	1.69	615	鹿 児 島
沖 縄	49	26	46	27	24	41	54	40	42	32	16	16	27	74	514	267	247	0.93	17.00	4,139	沖 縄
その他(※2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	149	その他(※2)

※1 過去の報告があった県については、報告日別に過去に遡って計上した

※2 その他は、長崎県のクルーズ船における陽性者数

※3 人口10万対の人数は、令和元年10月1日現在の都道府県別推計人口（総務省）により算出している

※4 次のとおり色分けしている

100以上：赤、50～99：橙、10～49：黄

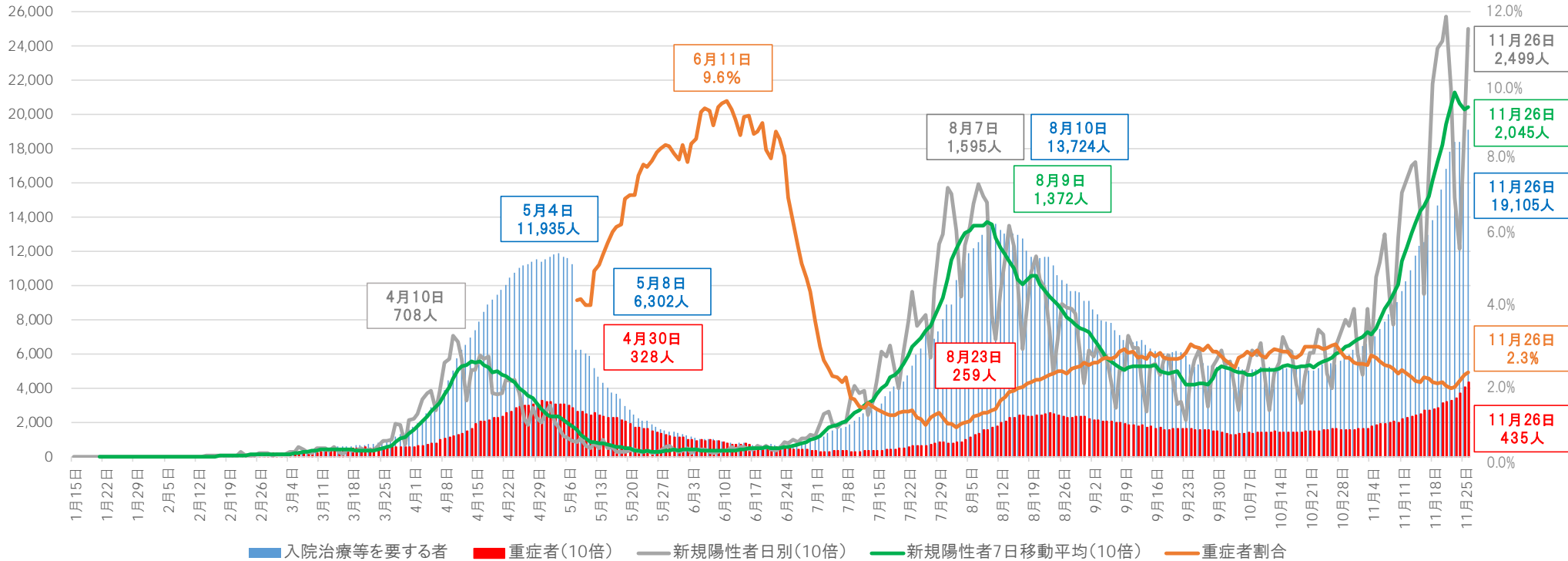
※5 二重下線は、各都道府県における過去最多新規陽性者数（報告日別）

増減率が1より 大きく、直近1週 間合計が1以上 の都道府県数	感染者数ゼロの 都道府県数
25	0

入院治療等を要する者・重症者・新規陽性者数等の推移

入院治療等を要する者・重症者・新規陽性者（人）

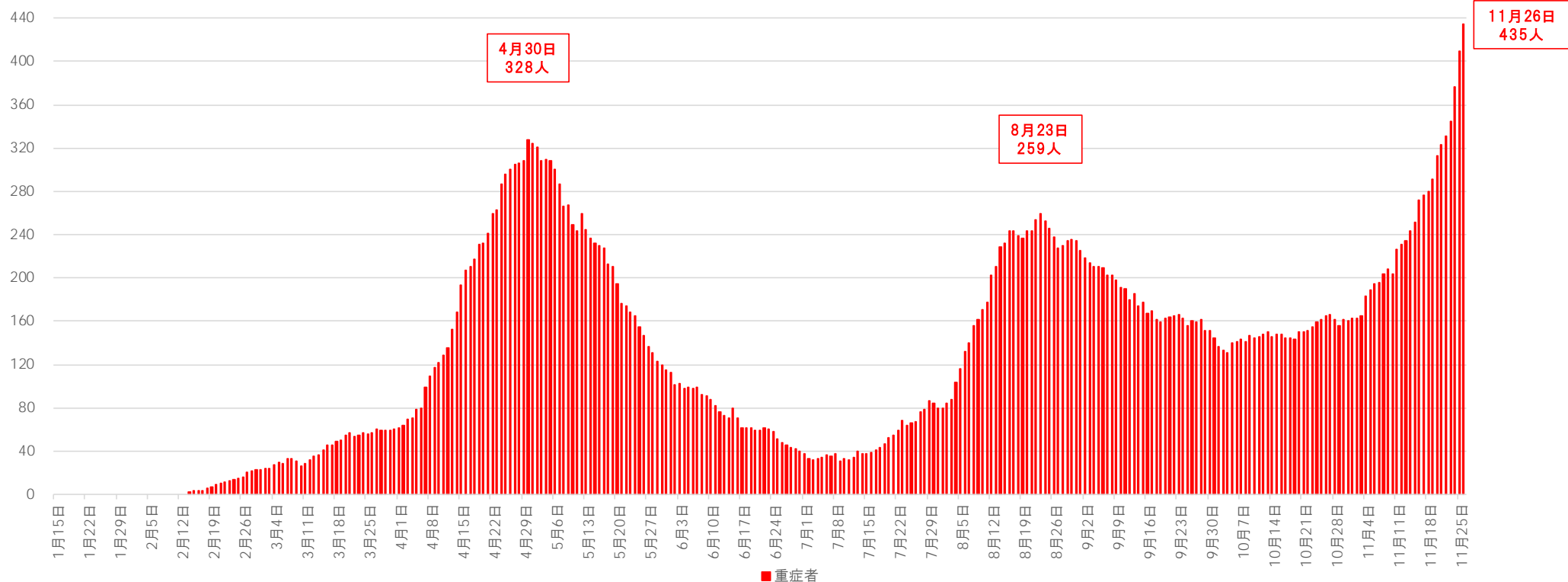
重症者割合（％）



- ※1 チャーター便を除く国内事例。令和2年5月8日公表分から、データソースを従来の厚生労働省が把握した個票を積み上げたものから、各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げたものに変更した。
- ※2 重症者割合は、集計方法を変更した5月8日から算出している。重症者割合は「入院治療等を要する者」に占める重症者の割合。
- ※3 入院治療等を要する者・重症者と新規陽性者は表示上のスケールが異なるので（新規陽性者及び重症者数は10倍に拡大して表示）、比較の場合には留意が必要。
- ※4 一部の都道府県においては、重症者数については、都道府県独自の基準に則って発表された数値を用いて計算しており、集中治療室（ICU）等での管理が必要な患者は含まれていない。

重症者等の推移

重症者（人）

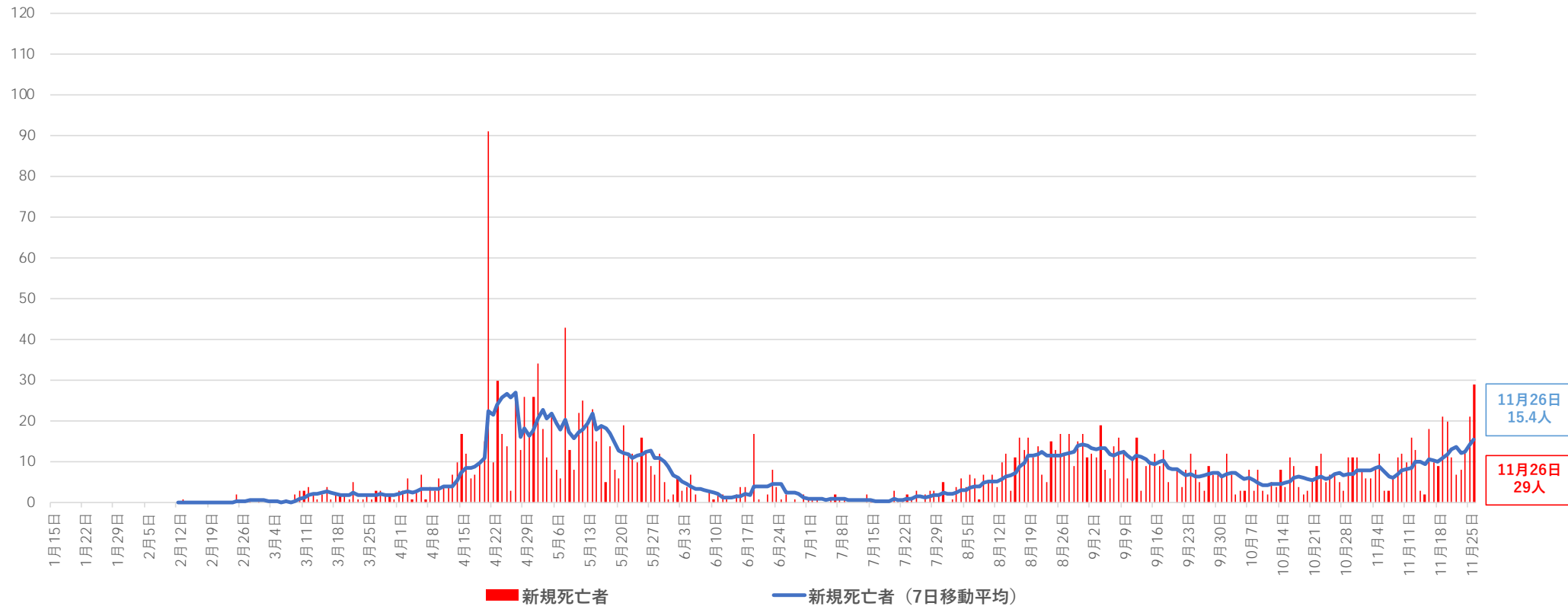


※1 チャーター便を除く国内事例。令和2年5月8日公表分から、データソースを従来の厚生労働省が把握した個票を積み上げたものから、各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げたものに変更した。

※2 一部の都道府県においては、重症者数については、都道府県独自の基準に則って発表された数値を用いて計算しており、集中治療室（ICU）等での管理が必要な患者は含まれていない。

新規死亡者の推移

新規死亡者（人）



※ チャーター便を除く国内事例。令和2年4月21日公表分から、データソースを従来の厚生労働省が把握した個票を積み上げたものから、各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げたものに変更した。

<感染状況について>

- ・ 新規感染者数は、11月以降増加傾向が強まり、2週間で2倍を超える伸びとなり、過去最多の水準となっている。大きな拡大が見られない地域もあるが、特に、北海道や首都圏、関西圏、中部圏を中心に顕著な増加が見られ、全国的な感染増加につながっている。地域によってはすでに急速に感染拡大が見られており、このままの状況が続けば、医療提供体制と公衆衛生体制に重大な影響を生じるおそれがある。
実効再生産数：全国的には1を超える水準が続いている。大阪、京都、兵庫では2を超えており、北海道、東京、愛知などで概ね1を超える水準が続いている。
- ・ 感染拡大の原因となるクラスターについては、多様化や地域への広がりがみられる。また、潜在的なクラスターの存在が想定され、感染者の検知が難しい、見えにくいクラスターが感染拡大の一因となっていることが考えられる。
- ・ こうした感染拡大の要因は、基本的な感染予防対策がしっかり行われていないことや、そうした中での人の移動の増加、気温の低下による影響に加えて、人口密度が考えられる。
- ・ 入院者数、重症者数は増加が続いている。予定された手術や救急の受入等の制限、病床を確保するための転院、診療科の全く異なる医師が新型コロナウイルスの診療をせざるを得なくなるような事例も見られている。病床や人員の増加も簡単には見込めない中で、各地で新型コロナの診療と通常の医療との両立が困難になり始めている。このままの状況が続けば、通常の医療では助けられる命が助けられなくなる。

【感染拡大地域の動向】

- ①北海道 札幌市近郊を含め、道内全体にも感染が拡大。福祉施設や医療機関で大規模なクラスターが発生。また、患者の増加や院内感染の発生により、札幌市を中心に病床がひっ迫しており、旭川市でも院内感染が発生し、入院調整が困難をきたす例が発生するなど、厳しい状況となりつつある。
- ②首都圏 東京都内全域に感染が拡大。感染経路不明割合も半数以上となっている。首都圏全体でも、埼玉、神奈川、千葉でも同様に感染が拡大しており、医療機関、福祉施設、接待を伴う飲食店等の様々な施設でクラスターが発生し、医療体制が厳しい状況。感染経路不明割合は4～5割程度と上昇傾向にある。また、茨城でも、接待を伴う飲食店等でクラスターが発生し、感染者数が増加。
- ③関西圏 大阪では大阪市を中心に感染が大きく拡大。医療機関や高齢者施設等でのクラスターが発生。感染経路不明割合は約6割となり、重症者数が増加し、医療体制が厳しい状況。兵庫では、高齢者施設や大学等でクラスターが発生。医療体制が厳しい状況。京都でも感染が拡大。
- ④中部圏 愛知県内全域に感染が拡大。感染経路不明割合は約4割。名古屋市で、歓楽街を中心に感染者が増加し、保健センターの負荷が大きくなっており、医療機関での対応も厳しさが増大。また、静岡でも、接待を伴う飲食店等でクラスターが発生し、感染が拡大。

直近の感染状況の評価等

<今後の対応について>

- 感染の「増加要因」と「減少要因」の拮抗が崩れており、新型コロナウイルス感染症対策を含めた公衆衛生体制や医療提供体制を維持するためにも、可及的速やかに減少方向に向かわせる必要がある。
- 11月20日の「分科会から政府への提言」において、これまでより強い対策として、①営業時間の短縮、②地域の移動に係る自粛要請、③GoToキャンペーン事業の運用見直しの検討、④これまでの取組の徹底、⑤経済・雇用への配慮、⑥人々の行動変容の浸透が提言された。11月21日の対策本部において、GoToトラベル事業の見直しやGoToイート事業の見直しの要請、営業短縮要請に伴う支援、重症者の発生を抑えるための医療施設や高齢者施設等における検査の推進等の方針が示されたが、政府や自治体において、速やかに実行することが求められる。
- 感染が大きく拡大している地域では、公衆衛生体制や医療提供体制が既に厳しい状況になりつつある。国は積極的に地域の状況を把握し、自治体との緊密な連携体制の下、地域の感染および医療提供体制の状況を迅速に判断し、状況の改善のために必要な対策を迅速に講じるべきである。特にこうした地域では、医療資源を重症化するリスクのある者等に重点化していくために、高齢者も含め、医師が入院の必要がないと判断した無症状病原体保有者や軽症者について、宿泊療養（適切な場合には自宅療養）とすることが必要である。また、自治体のニーズに応じて、迅速・機動的な保健師等専門人材の派遣や病床確保に向けた働きかけなど調整支援等を引き続き行う。
- 一方、現時点では大きな感染が見られない地域でも、急速な感染拡大に備えて医療提供体制の準備・確保等を直ちに進めて行く必要がある。
- また、特に若年層や働き盛りの世代などに対し様々なチャネルを活用することで、飲食の場面も含むマスクの徹底など実際の行動変容につなげることが必要。また、感染の可能性を自覚しながらも、何らかの理由で検査を受けず、その結果2次感染に至っているのではないかと指摘もあり、症状の疑われる場合には、かかりつけ医などに相談し、必要な検査に繋がるよう改めて周知していくことが必要。
- 既に医療提供に困難が生じている地域では、接触機会の削減等感染者を減らすための強い対策を行うことが求められる状況である。今後の感染拡大を防ぐために、国も自治体も市民も事業者も一丸となって、感染を拡大しないための対策を進めていく必要がある。

直近の感染状況等

○新規感染者数の動向 (対人口10万人(人))

	11/6~11/12	11/13~11/19	11/20~11/26
全国	6.81人(8,589人) ↑	9.56人(12,056人) ↑	11.35人(14,314人) ↑
東京	13.54人(1,885人) ↑	17.86人(2,486人) ↑	20.36人(2,834人) ↑
神奈川	7.94人(730人) ↑	11.22人(1,032人) ↑	12.13人(1,116人) ↑
愛知	9.39人(709人) ↑	12.75人(963人) ↑	15.06人(1,137人) ↑
大阪	14.66人(1,291人) ↑	20.07人(1,768人) ↑	27.36人(2,410人) ↑
北海道	23.89人(1,254人) ↑	29.71人(1,560人) ↑	31.28人(1,642人) ↑
福岡	1.82人(93人) ↑	1.92人(98人) ↑	3.96人(202人) ↑
沖縄	12.73人(185人) ↑	18.38人(267人) ↑	17.00人(247人) ↓

○検査体制の動向(検査数、陽性者割合)

	11/2~11/8	11/9~11/15	11/16~11/22
全国	146,467件↑ 4.4%↑	182,720件↑ 5.5%↑	235,426件↑ 6.1%↑
東京	35,724件↑ 4.0%↑	45,644件↑ 4.7%↑	53,648件↑ 5.5%↑
神奈川	15,348件↑ 3.7%↑	15,998件↑ 5.1%↑	20,886件↑ 5.7%↑
愛知	7,246件↑ 7.4%↑	8,851件↑ 9.4%↑	11,564件↑ 9.7%↑
大阪	10,821件↓ 8.7%↑	16,483件↑ 9.7%↑	24,930件↑ 8.9%↓
北海道	7,653件↑ 10.7%↑	8,449件↑ 17.4%↑	14,587件↑ 11.4%↓
福岡	4,458件↓ 1.1%↑	7,057件↑ 1.4%↑	8,075件↑ 2.0%↑
沖縄	2,986件↓ 5.3%↑	3,756件↑ 6.0%↑	3,877件↑ 6.7%↑

○入院患者数の動向 (入院者数(対受入確保病床数))

	11/11	11/18	11/25
全国	4,484人(16.6%) ↑	5,951人(22.1%) ↑	7,826人(28.9%) ↑
東京	1,070人(26.8%) ↑	1,312人(32.8%) ↑	1,611人(40.3%) ↑
神奈川	329人(17.0%) ↑	410人(21.1%) ↑	434人(22.4%) ↑
愛知	200人(23.3%) ↑	286人(33.3%) ↑	372人(43.3%) ↑
大阪	429人(30.8%) ↑	571人(40.6%) ↑	767人(54.6%) ↑
北海道	434人(24.0%) ↑	693人(38.3%) ↑	845人(46.7%) ↑
福岡	53人(9.6%) ↑	47人(8.5%) ↓	80人(14.5%) ↑
沖縄	155人(35.7%) ↓	153人(35.3%) ↓	180人(41.6%) ↑

○重症者数の動向 (入院者数(対受入確保病床数))

	11/11	11/18	11/25
全国	388人(11.2%) ↑	483人(13.9%) ↑	682人(19.6%) ↑
東京	154人(30.8%) ↑	187人(37.4%) ↑	250人(50.0%) ↑
神奈川	23人(11.5%) ↓	35人(17.5%) ↑	44人(22.0%) ↑
愛知	15人(21.4%) ↑	15人(21.4%) →	16人(22.9%) ↑
大阪	91人(25.6%) ↑	103人(28.1%) ↑	181人(49.5%) ↑
北海道	11人(6.0%) ↑	20人(11.0%) ↑	19人(10.4%) ↓
福岡	4人(4.4%) →	3人(3.3%) ↓	3人(3.3%) →
沖縄	14人(26.4%) ↓	14人(26.4%) →	21人(39.6%) ↑

※ 「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。
重症者数については、8月14日公表分以前とは対象者の基準が異なる。↑は前週と比べ増加、↓は減少、→は同水準を意味する。

新型コロナウイルスに関連した感染症の発生状況等について①(令和2年11月26日24時時点)

	中国	香港	マカオ	日本	韓国	台湾	シンガポール	ネパール	タイ	ベトナム	マレーシア	豪州	米国	カナダ
感染者数	86,490	5,867	46	139,491	32,318	623	58,190	226,026	3,942	1,321	59,817	27,865	12,772,653	350,971
死亡者数	4,634	108		2,051	515	7	28	1,389	60	35	345	907	262,222	11,733

	フランス	ドイツ	カンボジア	スリランカ	アラブ首長 国連邦	フィンランド	フィリピン	インド	イタリア	英国	ロシア	スウェーデン	スペイン	ベルギー
感染者数	2,167,133	995,879	307	21,469	162,662	22,652	422,915	9,266,705	1,480,874	1,560,872	2,144,229	230,514	1,605,066	564,967
死亡者数	50,305	15,210		96	563	388	8,215	135,223	52,028	56,630	37,173	6,555	44,037	16,077

	エジプト	イラン	イスラエル	レバノン	クウェート	バーレーン	オマーン	アフガニス タン	イラク	アルジェリ ア	オーストリア	スイス	クロアチア	ブラジル
感染者数	114,107	894,385	331,915	120,341	141,217	86,185	122,579	45,490	542,187	78,025	260,512	303,392	111,617	6,166,606
死亡者数	6,585	46,207	2,826	950	871	340	1,391	1,725	12,086	2,329	2,667	3,930	1,501	170,769

	ジョージア	パキスタン	北マケドニア	ギリシア	ノルウェー	ルーマニア	デンマーク	エストニア	オランダ	サンマリノ	リトアニア	ナイジェリア	アイスランド	アゼルバイ ジャン
感染者数	114,889	386,198	57,451	97,288	34,268	440,344	74,722	10,541	506,557	1,492	51,655	66,805	5,312	102,396
死亡者数	1,085	7,843	1,600	1,902	316	10,541	802	97	9,185	44	432	1,169	26	1,224

	ベラルーシ	ニュージー ランド	メキシコ	カタール	ルクセンブ ルク	モナコ	エクアドル	アイルランド	チェコ	アルメニア	ドミニカ共 和国	インドネシア	アンドラ	ポルトガル
感染者数	128,449	2,040	1,070,487	137,851	32,100	594	187,230	71,187	505,215	129,085	139,396	511,836	6,428	274,011
死亡者数	1,119	25	103,597	237	288	3	13,288	2,033	7,611	2,040	2,315	16,225	76	4,127

新型コロナウイルスに関連した感染症の発生状況等について②(令和2年11月26日24時時点)

	ラトビア	セネガル	サウジアラビア	ヨルダン	アルゼンチン	チリ	ウクライナ	モロッコ	チュニジア	ハンガリー	リヒテンシュタイン	ポーランド	スロベニア	パレスチナ
感染者数	14,273	15,927	356,067	198,021	1,390,388	544,092	680,132	336,506	91,307	185,687	1,183	924,422	69,306	76,727
死亡者数	184	331	5,825	2,442	37,714	15,138	11,857	5,539	2,983	4,114	14	14,988	1,199	665

	ボスニア・ヘルツェゴビナ	南アフリカ	ジブラルタル(英領)	ブータン	カメルーン	トーゴ	セルビア	スロバキア	バチカン	コロンビア	ペルー	コスタリカ	マルタ	パラグアイ
感染者数	83,328	775,502	—	386	23,915	2,889	140,608	99,304	27	1,270,991	952,439	134,520	9,253	78,878
死亡者数	2,429	21,201	—	—	437	64	1,315	732	—	35,860	35,685	1,674	122	1,691

	バングラデシュ	モルドバ	ブルガリア	モルディブ	ブルネイ	キプロス	アルバニア	ブルキナファソ	モンゴル	パナマ	ポリビア	ホンジュラス	コンゴ民主共和国	ジャマイカ
感染者数	454,146	101,203	133,060	12,854	150	9,453	34,944	2,777	712	158,532	144,276	106,116	12,365	10,488
死亡者数	6,487	2,209	3,367	46	3	47	743	68	—	3,002	8,933	2,888	331	247

	トルコ	コートジボワール	ガイアナ	ガーンジー(英領)	ジャージー(英領)	ケイマン諸島(英領)	キューバ	トリニダード・トバゴ	スーダン	ギニア	エチオピア	ケニア	グアテマラ	ベネズエラ
感染者数	467,730	21,168	5,236	—	—	—	8,026	6,503	16,649	12,929	107,109	79,322	119,989	100,817
死亡者数	12,840	131	147	—	—	—	133	116	1,210	76	1,664	1,417	4,107	880

	ガボン	ガーナ	アンティグア・バーブーダ	カザフスタン	ウルグアイ	アルバ	ナミビア	セーシェル	セントルシア	ルワンダ	エスワティニ	キュラソー	スリナム	モーリタニア
感染者数	9,173	51,225	140	128,400	4,988	—	14,006	166	235	5,779	6,272	—	5,305	8,246
死亡者数	59	323	4	1,990	73	—	145	—	2	47	120	—	117	171

新型コロナウイルスに関連した感染症の発生状況等について③(令和2年11月26日24時時点)

	コソボ	コンゴ共和国	セントビンセント及びグレナ	中央アフリカ	ウズベキスタン	赤道ギニア	リベリア	タンザニア	ソマリア	ベナン	バハマ	モンテネグロ	バルバドス	キルギス
感染者数	36,253	5,632	84	4,911	72,227	5,137	1,578	509	4,445	2,974	7,469	32,808	263	71,171
死亡者数	948	93		63	606	85	83	21	113	43	163	459	7	1,251

	ザンビア	ジブチ	ガンビア	モーリシャス	フィジー	エルサルバドル	チャド	ニカラグア	モントセラト(英領)	マダガスカル	ハイチ	アンゴラ	ニジェール	バプアニューギニア
感染者数	17,535	5,670	3,727	497	38	37,884	1,655	5,784	—	17,341	9,248	14,821	1,419	645
死亡者数	357	61	123	10	2	1,086	101	160	—	251	232	340	70	7

	ジンバブエ	カーボベルデ	エリトリア	東ティモール	マン島(英王室属領)	ウガンダ	ニューカレドニア	シリア	モザンビーク	グレナダ	ベリーズ	バミューダ(英領)	ミャンマー	ドミニカ国
感染者数	9,508	10,526	558	30	—	18,890	—	7,459	15,302	41	5,423	—	83,566	77
死亡者数	274	104			—	191	—	391	128		129	—	1,810	

	ラオス	タークス・カイコス諸島(英領)	ギニアビサウ	マリ	セントクリストファー・ネイビス	リビア	アンギラ(英領)	バージン諸島	シエラレオネ	ブルンジ	ボツワナ	マラウイ	ボネール、セント・ユースタティウス及びサバ	フォークランド諸島(英領)
感染者数	25	—	2,422	4,461	22	79,797	—	—	2,408	673	9,992	6,018	—	—
死亡者数	—	—	43	148		1,125	—	—	74	1	31	185	—	—

	西サハラ	南スーダン共和国	サントメ・プリンシペ	イエメン共和国	タジキスタン共和国	コモロ連合	レソト王国	ソロモン諸島	マーシャル諸島共和国	バヌアツ共和国	ダイヤモンド・プリンセス	その他	計
感染者数	10	3,073	982	2,124	12,008	607	2,092	17	4	1	712	9	60,333,378
死亡者数	1	61	17	611	86	7	44				13	2	1,420,518

※ この他にチャーター便で帰国後、3月1日に死亡したとオーストラリア政府が発表した1名がいる。当該死亡者は豪州の死亡者欄に計上。

※ 「—」となっている地域については本国に計上している。

現在の感染拡大を沈静化させるための
分科会から政府への提言
令和2年11月25日（水）

新型コロナウイルス感染症対策分科会

[I] はじめに

- 11月20日の分科会の提言を受けた営業時間の短縮やGo To Travel事業の一時停止に関する政府及び自治体の迅速かつ適切な決断に感謝を申し上げる。
- 春の段階よりも医療提供体制は着実に向上している。しかし、昨日の新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボードで評価されたように、11月20日の時点に比べ、いくつかの都道府県の地域では、医療提供体制及び保健所への負担が更に深刻化しており、既にステージⅢ相当の対策が必要になっている。このままの状態が続けば、早晚、通常の医療で助けられる命を助けられなくなる事態に陥りかねない。
- 介入が遅れば遅れるほど、その後の対応の困難さや社会経済活動への影響が甚大になるため、迅速かつ集中的な対応が求められる。

[II] 今すぐ解決すべき課題

短期間（3週間程度）に現在の感染状況を沈静化するためには、政府や自治体、更に一般の人々や事業者も含め、社会全体が共通の危機感を共有し、現在の状況に一丸となって対処することが求められる。その際、克服すべき具体的な課題は以下のとおりである。

1. 11月20日の分科会で提言したとおり、現在の状況を早期に打開するためには、感染が急速に拡大している地域では、**①営業時間の短縮、②それ以外の地域との間で、感染防止策が徹底できない場合には、ステージⅢ相当の強い対策、が最も重要である。**
ところが、Go To Travel事業の運用見直しのみで社会の注目が集まり、最も重要なこの対策について、国、自治体、事業者、さらに一般の人々の間で十分に共有されていない。
2. 昨日の新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボードの評価でも、北海道・首都圏・関西圏・中部圏の一部の地域においては、感染拡大のスピードが急激で、クラスターが広範に多発し、医療提供体制が既に厳しい状況になっている。また、医療機関が少ない地方部で感染が拡大すると、より短期間で医療提供体制に深刻な影響を及ぼしかねない。
3. 分科会としては、既にステージⅢ相当の対策が必要になっている地域もあり、営業時間の短縮及び人の往来や接触の機会を減らすことが必要と考えている。しかし、そうした感染状況に対し必要な対策がとられていない地域があり、都道府県と政府は連携して、具体的な取組みを迅速に進めることが求められる。

【Ⅲ】分科会から政府への提言

1. 年末年始を穏やかに過ごすためにも、この3週間に集中して、都道府県は、政府と連携し、ステージⅢ相当の対策が必要となる地域においては早期に強い措置を講じることとし、以下の対応を行って頂きたい。
 - ① 酒類を提供する飲食店における営業時間の短縮要請を早急に検討すること。
 - ② 夜間の遊興や酒類を提供する飲食店の利用の自粛を検討すること。ただし、仕事・授業・受診等、感染拡大リスクの低い活動を制限する必要はないことも併せて呼びかけること。
 - ③ 必要な感染防止策が行われない場合は、ステージⅢ相当の対策が必要となる地域とそれ以外の地域との間の往来はなるべく控えること。その際には、テレワークなど在宅勤務を積極的に推進すること。
 - ④ Go To Travel事業の一時停止を行うこと。その際、今後の状況に応じて、当該地域からの出発分についても検討すること。また、Go To Eat事業の運用見直しやイベントの開催制限の変更等も検討すること。
2. 医療提供体制及び保健所への更なる負担を防ぐために、ステージⅢ相当の対策が必要となる地域においては、以下の対策を講じて頂きたい。
 - ① 高齢者施設等の入院・入所者等を対象に、特に優先して検査を実施するとともに、全国どこの地域でも、高齢者施設等で感染者が1例でも確認された場合には、迅速かつ広範に検査を行い、重症者の発生を重点的に予防すること。
 - ② 高齢者であっても比較的症状が軽い人については、基礎疾患も考慮して、宿泊療養又は自宅療養をお願いすること。なお、感染拡大する前から軽症者を受け入れる宿泊施設の準備を確実にすること。
 - ③ ステージⅢ相当の対策が必要となる地域の中でも、特に医療提供体制及び保健所機能が厳しい状況にある地域に対し、今後数週間は感染状況がさらに悪化することを前提にして、患者搬送及び医療従事者の派遣等の支援について、政府は自衛隊の活用も含め全国的な支援を早急に検討すること。
 - ④ 厳しい勤務体制で診療を続ける医療従事者に対する誹謗中傷が未だに見受けられ、離職の増加も強く懸念される。誹謗中傷を防止する啓発を継続し続けること。
3. 特にこの3週間に集中して、「感染リスクが高まる「5つの場面」」及びマスク着用を含む「感染リスクを下げながら会食を楽しむ工夫」について、統一感をもってわかりやすく発信し、社会の隅々にまで浸透するよう、努力して頂きたい。
4. これらの対策の実効性を高めるために、財政面も含め、医療・経済・雇用等への一層の支援を行うこと。
5. この3週間の対策の効果を新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード及び分科会で評価し、万が一効果が不十分であった場合には更なる対策を行う必要がある。

提言を踏まえた政府の取組

感染が拡大している地域における 営業時間短縮要請、GoToキャンペーンの状況

感染が拡大している地域における営業時間短縮要請、GoToキャンペーンの状況

- 地方創生臨時交付金「協力要請推進枠」を活用して、以下の団体において営業時間短縮要請等の取組が進められている。

(11月26日段階)

	取組内容等	協力金
北海道	<p><現行> 11/7～11/27：21日間 対象地区：すすきの地区 【営業時間短縮要請等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・酒類提供を行う飲食店等：夜10時まで ・酒類提供を行うカラオケ店等：酒類提供時間を夜10時まで <p><延長後> 11/28～12/11：14日間 【営業時間短縮要請等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・接待を伴う飲食店（札幌市内）：休業要請 ・酒類提供を行う飲食店等（すすきの地区・狸小路区域）：夜10時まで ・酒類提供を行うカラオケ店等（すすきの地区・狸小路区域）：酒類提供時間を夜10時まで 	<p><現行> 1 事業者あたり20万円</p> <p><延長後> 1 事業者あたり 休業要請： 60万円 その他の要請： 30万円</p>
	<p>【往来自粛要請】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染リスクが回避できない場合、 市外との不要不急の往來を控える（札幌市内） 札幌市との不要不急の往來を控える（道内全域） <p>【外出自粛要請】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染リスクが回避できない場合、不要不急の外出を控える（札幌市内） <p>【Go To トラベル事業】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・札幌市を目的地とする事業の一時停止 <p>【Go To Eat事業】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・飲食は4人以下の単位に制限、食事券新規販売停止、既発行食事券とポイントの利用抑制（札幌市内のみ） 	

	取組内容等	協力金
東京都	<p>11/28～12/17：20日間 対象地区：23区及び多摩地域の各市町村 【営業時間短縮要請】 ・酒類の提供を行う飲食店等：夜10時まで</p> <hr/> <p>【外出自粛要請】 ・できれば、できるだけ外出は控えて 等 【Go To Eat事業】 ・4人以下の単位に制限、食事券新規販売停止、既発行食事券とポイントの利用抑制</p>	1 事業者あたり40万円
愛知県	<p>11/29～12/18：20日間 対象地区：名古屋市錦・栄地区 【営業時間短縮要請等】 ・ガイドラインを遵守していない酒類提供を行う飲食店等：休業 ・ガイドラインを遵守している酒類提供を行う飲食店等：夜9時まで</p> <hr/> <p>【往来自粛要請】 ・首都圏・大阪府・北海道への不要不急の往來を控える 【外出自粛要請】 ・できるだけ外出は控えて 等 【Go To Eat事業】 ・4人以下の単位に制限、食事券新規販売停止</p>	1 事業者あたり40万円
大阪府	<p>11/27～12/11：15日間 対象地区：大阪市北区・中央区 【営業時間制限要請等】 ・ガイドラインを遵守していない酒類提供を行う飲食店等：休業 ・ガイドラインを遵守している酒類提供を行う飲食店等：夜9時まで</p> <hr/> <p>【外出自粛要請】 ・重症化リスクの高い者の不要不急の外出自粛 【Go To トラベル事業】 ・大阪市を目的地とする事業の一時停止 【Go To Eat事業】 ・4人以下の単位に制限、食事券新規販売停止、既発行食事券とポイントの利用抑制</p>	1 事業者あたり50万円

店舗や職場などでの 感染防止策の確実な実践

職場における一層の対策強化

令和2年11月25日新型コロナウイルス感染症対策分科会（第17回）提出資料

職場における感染防止も、早期検知しにくいクラスター対策として極めて重要であり、テレワークの更なる推進や効果的な換気、「5つの場面」の周知徹底等を進め、着実な実施を図る。

課題

業務中よりは、マスクを外す喫煙や昼食時などの休憩等でクラスターが発生。また、接触機会を減らすためテレワーク、時差出勤等を一層推進することにより、感染機会を減らす努力が求められる。

具体的な対策

以下の対策を徹底することが重要。経済団体への周知・勧奨を実施。

- 体調の悪い方**は出勤しない・させない、産業医との連携
- テレワーク、時差出勤等**のさらなる推進
(11月はテレワーク月間)
- CO2濃度センサー**を活用した換気状況の確認、**寒冷な場面**での換気等の徹底
- 5つの場面**の周知、特に職場での「**居場所の切り替わり**」(休憩室、更衣室、喫煙室)に
注意すること

進捗状況

- 西村大臣がテレワークをはじめ、職場における対策強化について、経済団体と対話を実施。
- 関係省庁及び関係団体を通じて、事業者に、「5つの場面」等での感染防止策や「寒冷な場面での感染防止策」の実践を要請。関係省庁を通じ、エビデンス等に照らして、現行ガイドラインの点検を求め、必要に応じ、ガイドラインを改訂し、着実な実施を図る。

会食で感染が広がるケースが増えていることを踏まえ、専門家の御意見も聞きつつ、**早急に業種別ガイドラインを改訂し、着実な実施を図る。**

課題

これまでの経験や新たな知見等に基づいて、業種別ガイドラインの実効性をより高めるとともに、現場で確実に実践する必要がある。

（飲食店におけるクラスターの発生要因の一例）

- ・発症者の向かいに座った者が感染していた。
- ・マスクやフェイスシールドを着用していなかった。
- ・大きな声で長時間会話していた。 等

具体的な対策

多数のクラスターが発生している飲食場面での感染管理を徹底するため、専門家・関係業界等による分析、検討を深め、早急に飲食関係ガイドラインを改定進化・徹底する。具体的には、以下のような取り組みを強化する。

- ・対人距離を確保する、斜め向かいに座る
- ・パーティションの活用
- ・会話の際は、マスク・フェイスシールドを着用
- ・CO2濃度センサーを活用し、換気状況が適切か確認

進捗状況

- ・関係団体、専門家等が参加した検討会を開催し、店舗等での感染防止策を具体的に議論。
- ・関係省庁及び関係団体において、検討会での議論を踏まえつつ、上記対策を含め、店舗等での具体的な感染防止策の強化を検討し、早急に業種別ガイドラインを改訂し、着実な実施を図る。

対話のある情報発信

対話のある情報発信

1. テレビCM・啓発ポスターを通じた情報発信

- 年末年始に向けて会食の機会が増えることを踏まえ、会食時の感染予防を呼び掛けるテレビCMを作成・放映（12月1日から放映予定）
- 「静かなマスク会食」を呼びかけるテレビCMを作成・放映（12月3日から放映予定）
- 「5つの場面」について効果的な浸透を図るため、「いつでもマスク」、「静かなマスク会食」をキャッチフレーズにしたポスター等を作成し、関係府省、関係機関、地方自治体を通じ配布

2. SNS等を通じた情報発信

- 担当大臣から、市民の皆様へ直接訴えかける動画メッセージを動画掲載サイト、SNSにおいて公開。感染状況や御協力いただきたい事項等と呼びかけ
- Twitter、Facebook、LINEを通じ、「いつでもマスク」、「5つの場面」、「発熱時の対応」等と呼びかけ
- コールセンターに寄せられた国民の皆様への御意見・疑問を基に、SNSを通じFAQ形式で回答

【テレビCM】



【ポスター】



【YouTubeでの大臣メッセージ】



対話のある情報発信

3. 特設ページ等を通じた情報発信

- 特設サイト (corona.go.jp) 内に「5つの場面」についての特設ページを開設し、解説動画や、冬に向けた「寒冷な場面における新型コロナウイルス感染防止等のポイント」を掲載
- 在留外国人に向けて18か国語に翻訳した「5つの場面」ポスターを各国語のページに掲載
- コロナ特設ページにおいて、「冬場の換気の工夫」「国際的な人の往来の再開」に関するQ&Aを掲載

4. インフルエンザ等を通じた情報発信

- バーチャル・シンガーとして若者を中心に人気が高い、コロナ対策サポーター「初音ミク」さんから「5つの場面」を紹介するポスターを作成していただき、特設サイト (corona.go.jp) 上で公開
- アニメ「ラブライブ！」のキャラクターから、手洗いやマスクの着用を呼び掛ける若年層向けバナーを作成していただき、Twitter等に投稿

【「5つの場面」特設ページ】



【「初音ミク」さんポスター】



【アニメキャラクターのバナー】



偏見・差別等への対応

「偏見・差別とプライバシーに関するワーキンググループ これまでの議論のとりまとめ」を踏まえた今後の更なる取組み

①新型コロナウイルス感染症に関する正しい知識の普及、偏見・差別等の防止等に向けた啓発・教育の強化

- 関係各省において、SNS・ホームページ・政府広報等により、新型コロナウイルス感染症に関する基本情報や感染予防対策、偏見・差別等の防止に向けた啓発・教育に資する発信を強化【法務省・文部科学省・厚生労働省】
- 新型コロナウイルス感染症に関する政府の統一的なホームページ（corona.go.jp）において、各省の偏見・差別等に向けたメッセージについて、統一的に情報発信【内閣官房】
- 上記ホームページにおいて、取組みの横展開に資するため、地方自治体や関係団体等の取組みについて、事例を収集し発信【内閣官房】

②偏見・差別等への相談体制の強化、SNS等による誹謗中傷等への対応

- 関係する各機関の職員研修等において、本WG等の専門家等から得た新型コロナウイルス感染症に関する正しい知識や、対応する各相談窓口の特徴、地方自治体における取組み等について、周知・徹底【内閣官房・法務省・厚生労働省】
- 地方自治体における相談体制構築の取組みについて、国が支援【内閣官房・厚生労働省】
- いじめなどの悩みを抱える児童生徒からの相談を受けつける「SNS等を活用した相談事業」の実施【文部科学省（継続）】

③悪質な行為には法的責任が伴うことの市民への周知

- 新型コロナウイルス感染症対策に関する政府の統一的なホームページ等において、差別事例を提供しつつ、悪質な行為の法的効果を周知【内閣官房】
- 関係する各機関の職員研修や地方自治体向けの会議等において、差別事例の法的効果について地方自治体等に周知・徹底【内閣官房・厚生労働省】

④新型コロナウイルス感染症の特性を踏まえた情報公表に関する統一的な考え方の整理

- 新型コロナウイルス感染症の特性を踏まえた情報の公表の在り方について、改めて国としての考え方を整理し、公表【内閣官房・厚生労働省】

⑤新型コロナウイルス感染症対策に関する施策の法的位置づけ等

- 感染者等への偏見・差別等の防止や相談等の対策について、国、自治体等の関係者が連携してより実効的に推進するため、特措法に基づく基本的対処方針に盛り込む。【内閣官房】

⑥各地方自治体の取組みの支援

- 今後必要に応じ、本WGが行う各地方自治体への取組みへの専門的な見地からの助言・支援等において、事務局として専門家と連携しながら必要な役割を果たす。【内閣官房・法務省・文部科学省・厚生労働省】

(参考資料) **偏見・差別とプライバシーに関するワーキンググループ これまでの議論のとりまとめ (ポイント)**

令和2年11月12日
新型コロナウイルス感染症対策分科会 (第15回) 提出資料

ヒアリングや調査等により把握した偏見・差別等に関する実態及びその考察を踏まえ、国や地方自治体、関係団体・NPO・報道関係者等が今後更に取組みを進めるに当たり踏まえるべきポイントと提言をとりまとめ。

引き続き、関係省や地方自治体等の施策について、本WGが助言・支援を行う。

偏見・差別等の実態

① **医療機関・介護施設やその従事者、家族等への差別的な言動**

- ・感染者が発生した医療機関及び医療従事者等に対する誹謗中傷、暴言、苦情、職員への嫌がらせ
- ・医療従事者等の子どもに対するいじめや一部の保育所等での登園拒否 等

② **学校や学校関係者等への差別的な言動**

③ **勤務先に関連する差別的な言動**

- ・検査陽性を理由とする雇止め
- ・家族の入院した医療機関に感染者が入院している等による、勤務先からの検査や出勤停止の要請 等

④ **インターネットやSNS上での差別的な言動**

- ・感染者や家族の勤務先・行動履歴等のSNS上での暴露、誤情報の拡散 等

⑤ **職業・国籍を理由にした誹謗中傷、県外居住者や県外ナンバー所有者への差別的な言動 等**

※ 陰口や悪口から権利侵害に該当し損害賠償や刑事罰等の法的制裁の対象となる違法行為まで、様々なレベルが存在。

⑥ **個人に関連する情報を含む詳細な報道**

- ・感染者と濃厚接触者の人物関係の図示、感染者の職業や詳細な行動履歴、子の通う学校名の報道 等

関係者によるこれまでの取組み

これまで、国や地方自治体、民間団体等において、偏見・差別等の防止に向けた注意喚起・啓発・教育、相談、SNS等における誹謗中傷対策等を、様々な形で講じてきている。

・政府広報、啓発資料作成・HP掲載、大臣メッセージ、等【関係各省】

・動画配信、広告、首長メッセージ、共同宣言 等【地方自治体】

・法務省人権擁護機関や都道府県労働局等による相談 等【関係各省】・相談窓口設置・SNS等のモニタリング 等【地方自治体】

・日本弁護士連合会・各弁護士会による電話相談、法テラス・セーファーインターネット協会による相談【民間団体等】

偏見・差別等の防止に向け関係者が今後更なる取組みを進めるに当たっての主なポイントと提言(1)

【「平時」から取り組むべきこと】

① 感染症に関する正しい知識の普及、偏見・差別等の防止等に向けた注意喚起・啓発・教育の強化

- まず、感染症リスクに関する正しい知識が、できるだけ多くの市民に共有されることが必要
- 正しい知識の普及と併せて、関係各省や地方自治体、専門職団体、NPO等が、「偏見・差別等の防止、正しい情報の選択、冷静な判断を呼びかける啓発」を両輪で進めるべき
 - ※ 差別的な言動の抑止に直接的な効果が期待できる知識：新型コロナウイルス感染症は気を付けても誰でも感染する可能性がある、個人の感染やクラスター発生の原因特定は非常に困難、科学的根拠の乏しい過度な対応は行わなくてよい 等
- 児童・生徒や保護者に対する、感染症に関する教育や人権教育の充実も重要
- 政府は、知見の共有等を図りつつ、統一的なウェブサイトやSNS等のツールを用いた情報発信の強化、効果的なイベントの実施、取組みの横展開に資するための好事例の収集・発信等を進めてほしい

② 相談体制の強化

- 国・地方自治体・NPO等の各相談窓口の特徴を整理し、インターネット等で周知
- 相談内容に応じて適切な機関に事案を引き継ぐため、平時からの関係機関の相互連絡を徹底
- 研修等を通じ、国設置のものを含む各相談窓口が感染症に関する正しい知識を得て適切な相談対応を実施
- いくつかの都道府県で既に実施されているような外国人向けの相談窓口における対応は、今後重要
- 相談対応日数の拡大やSNS等を活用した相談など、相談しやすい環境整備も検討されるべき

③ 悪質な行為には法的責任が伴うことの市民への周知

- 差別的な言動の抑止のため、まずは政府において、これらの行為には民事・刑事上の責任が発生する場合もあること等を周知してほしい

④ 新型コロナウイルス感染症の特性を踏まえた情報公表に関する統一的な考え方の整理

- 政府は、地方自治体が行う情報の公表に関し、まん延防止に資する情報に限って公表すること、個人情報保護とまん延防止に資する情報公表の要請のバランスをとることを基本として、新型コロナウイルス感染症に則した国としての考え方を示すことを検討してほしい

偏見・差別等の防止に向け関係者が今後更なる取組みを進めるに当たっての主なポイントと提言(2)

⑤ 報道の在り方

- 報道関係者には、このウイルスの特性に適した問題設定を持った報道、知る権利への奉仕と感染者の個人情報保護のジレンマに正面から向き合った報道、誤った風説に対するファクトチェックなどの役割に期待
- これまでの報道をめぐって、自律的に、不断に検証を進めることも重要

⑥ 新型コロナウイルス感染症対策に関する施策の法的位置づけ等

- 政府は、啓発・教育や相談など偏見・差別等防止のための対策全般について、感染症法や特措法に基づく施策としての位置付けを検討してほしい
- 政府は、地方自治体がこれらの施策を推進するため、専門的な見地からの支援や財政支援をはじめとする各種支援策を講じてほしい

【クラスター発生時等の「有事」に取り組むべきこと】

⑦ 保育所等への感染対策等の支援

- 医療機関等の社会機能を維持する職業に従事する者の子どもの保育を確保するため、地方自治体が感染対策の重点的な支援を行い、感染症流行時においてもできるだけ閉鎖されないようにすることが必要。

⑧ 地方自治体や専門家等による情報発信、応援メッセージ等の発信

- 国・地方自治体は、有事対応中においては特に、感染者等への懲罰的なメッセージは避けるべき
- むしろ、専門家との協働等により、感染症に関する正しい知識や、感染者等を温かく見守るべきこと等を発信すべき
- 行政のトップ自らが偏見・差別等を許さない等のメッセージを発信することにも、大きな意義

医療提供体制及び保健所への更なる負担を防ぐために、ステージⅢ相当の対策が必要となる地域においては、高齢者施設等の入院・入所者等を対象に、特に優先して検査を実施するとともに、全国どこの地域でも、高齢者施設等で感染者が1例でも確認された場合には、迅速かつ広範に検査を行い、重症者の発生を重点的に予防すること。

→ 11/19、11/20に都道府県等に対して事務連絡を発出し、高齢者施設等への重点的な検査の徹底について要請。12/3までの各自治体での実施状況を把握し、その結果を踏まえて更に徹底を図っていく。

(※) 高齢者施設等団体（6団体）で相談窓口を既に設置

高齢者であっても比較的症状が軽い人については、基礎疾患も考慮して、宿泊療養又は自宅療養をお願いすること。なお、感染拡大する前から軽症者を受け入れる宿泊施設の準備を確実に行うこと。

→ 都道府県等に対して、以下の通り11/22に事務連絡を発出。

- ① 病床・宿泊療養施設確保計画に従った病床等の着実な確保、速やかなフェーズ移行のための早め早めの準備の徹底
- ② 入院勧告等ができる対象者（10/24政令改正）をあらためて徹底。病床確保や都道府県全体の入院調整に最大限努力した上で、なお病床がひっ迫する場合には、入院勧告等ができる対象者のうち、医師が入院の必要がないと判断し、かつ、宿泊療養等において丁寧な健康観察を行うことができる場合には、そのような取扱として差し支えない旨周知。

→ 上記の取組状況について、各都道府県で以下の取組を実施。

- ① 入院勧告・措置における65才以上の高齢者等の取扱の見直しを、大阪府で実施（11/18）
- ② 宿泊療養の対象を拡大する方向での運用見直しを、東京都（11/19）で実施。

→ 引き続き、各都道府県の取組状況を把握し、徹底。

ステージⅢ相当の対策が必要となる地域の中でも、特に医療提供体制及び保健所機能が厳しい状況にある地域に対し、今後数週間は感染状況がさらに悪化することを前提にして、患者搬送及び医療従事者の派遣等の支援について、政府は自衛隊の活用も含め全国的な支援を早急に検討すること。

→ 国において保健所の業務支援のために応援派遣する保健師等の専門職（IHEAT）を、11/16の政府対策本部以降、追加で約660名確保し（合計で約1,220名）、機動的に現場を支える体制を強化。

（注）北海道に対する支援

- ・ 11月6日から保健所に自治体間の応援派遣スキームにより16県から41名、関係学会・団体から5名、厚生労働省職員7名を順次派遣。
- ・ 11月13日から道庁に厚生労働省職員を派遣し、病床確保や全国的な看護師派遣に向けた調整支援を実施。

→ 都道府県のニーズを踏まえ、以下のとおり支援を実施。

- ① 都道府県の入院調整について、県と政令指定都市・保健所設置市間の調整支援を行うとともに、広域対応等好事例の周知。
- ② 医療体制がひっ迫している地域への医療スタッフの派遣（全国知事会と連携した医療スタッフの派遣、自衛隊等による医療スタッフの派遣（※））
- ③ 特に、重症者が多くなる地域に対して関係学会と連携した専門医派遣（ECMOネットの活用）
* 本年4月以降、特定地域での重症患者の増加に備え、ECMOネットによる専門医に対する研修を46都道府県で合計48回開催。1,500名以上参加。
- ④ 自衛隊・海上保安庁等による離島等からの患者搬送（※）

（※）自衛隊の派遣については、都道府県知事からの要請に基づく災害派遣により実施。

必要な感染防止策が行われない場合は、ステージⅢ相当の対策が必要となる地域とそれ以外の地域との間の往来はなるべく控えること。その際には、テレワークなど在宅勤務を積極的に推進すること。

→ テレワークの更なる推進を含め、職場における感染予防対策の徹底について、労使団体に対する協力依頼を本日（11/27）実施。

併せて、冬場における商業施設等での換気の具体的な方法について示したリーフレットを作成・周知。

～ 商業施設等の管理者の皆さまへ ～

冬場における「換気の悪い密閉空間」を改善するための換気の方法

外気温が低いときに、「換気の悪い密閉空間」を改善する換気と、室温の低下による健康影響の防止を両立するため、以下の点に留意してください。

- ✓ 「換気の悪い密閉空間」は新型コロナウイルス感染症のリスク要因の一つに過ぎず、一人あたりの必要換気量を満たすだけで、感染を確実に予防できるわけではなく、人が密集した空間や密接な接触を避ける措置を併せて実施する必要があります。

推奨される換気の方法

① 窓の開放による方法

換気機能を持つ冷暖房設備※や機械換気設備が設置されていない、または、換気量が十分でない商業施設等は、以下に留意して、窓を開けて換気してください。

※ 冷暖房設備本体に屋内空気を取り入れ口がある（換気用ダクトにつながっていない）場合、室内の空気を循環させるだけで、外気を取り入れ機能はないことに注意してください。

- 居室の温度および相対湿度を18℃以上かつ40%以上に維持できる範囲内で、暖房器具を使用※しながら、一方向の窓を常時開けて、連続的に換気を行うこと。
※ 加湿器を併用することも有効です。
- 居室の温度および相対湿度を18℃以上かつ40%以上に維持しようとすると、窓を十分に開けられない場合は、窓からの換気と併せて、可搬式の空気清浄機を併用すること。

窓開け換気による室温変化を抑えるポイント

- ◆ 一方向の窓を少しだけ開けて常時換気をする方が、室温変化を抑えられます。窓を開ける幅は、居室の温度と相対湿度をこまめに測定しながら調節してください。
- ◆ 人がいない部屋の窓を開け、廊下を經由して、少し暖まった状態の新鮮な空気を人のいる部屋に取り入れること（二段階換気）も、室温変化を抑えるのに有効です。
- ◆ 開けている窓の近くに暖房器具を設置すると、室温の低下を防ぐことができますが、燃えやすい物から距離をあけるなど、火災の予防に注意してください。

空気清浄機を併用する際の留意点

- ◆ 空気清浄機は、HEPAフィルタによるろ過式で、かつ、風量が毎分5m³程度以上のものを使用すること。
- ◆ 人の居場所から10m²（6畳）程度の範囲内に空気清浄機を設置すること。
- ◆ 空気のよどみを発生させないように、外気を取り入れる風向きと空気清浄機の風向きを一致させること※。
※ 間仕切り等を設置する場合は、空気の流れを妨げない方向や高さとするが、間仕切り等の間に空気清浄機を設置するなど、空気がよどまないようにしてください。

② 機械換気(空気調和設備、機械換気設備)による方法

必要換気量を満たすことのできる機械換気設備等が設置された商業施設等は、以下のとおり換気を行ってください。

- 機械換気設備等の外気取り入れ量等を調整することで、必要換気量（一人あたり毎時30m³）を確保すること。
- 冷暖房設備により、居室の温度および相対湿度を18℃以上かつ40%以上に維持すること。

参考

必要換気量を満たしているかを確認する方法として、二酸化炭素濃度測定器を使用し、室内の二酸化炭素濃度が1000ppmを超えていないかを確認することも有効です。

- 測定器は、NDIRセンサーが扱いやすいですが、定期的に校正されたものを使用してください。校正されていない測定器を使用する場合は、あらかじめ、屋外の二酸化炭素濃度を測定し、測定値が外気の二酸化炭素濃度（415ppm～450ppm程度）に近いことを確認してください。
- 測定器の位置は、ドア、窓、換気口から離れた場所で、人から少なくとも50cm離れたところにしてください。
- 測定頻度は、機械換気があり、居室内の人数に大きな変動がない場合、定常状態での二酸化炭素濃度を定期的に測定すれば十分です。
- 連続測定は、機械換気設備による換気量が十分でない施設等において、窓開けによる換気を行うときに有効です。連続測定を実施する場合は、測定担当者に測定値に応じてとるべき行動（窓開け等）をあらかじめ伝えてください。
- 空気清浄機を併用する場合、二酸化炭素濃度測定は空気清浄機の効果を評価するための適切な評価方法とはならない※ことに留意してください。
※ HEPAフィルタによるろ過式の空気清浄機は、エアロゾル状態のウイルスを含む微粒子を捕集することができますが、二酸化炭素濃度を下げることができません。

今後の感染の状況を踏まえた対応についての 分科会から政府への提言 令和2年12月11日（金）

新型コロナウイルス感染症対策分科会

[I] はじめに

これまでの分科会からの提言を踏まえ、特にステージⅢ相当の対策が必要となる地域においては、短期間に現在の感染拡大を沈静化させるために、強い対策が行われている。

そうした対策によって感染拡大が沈静化に向かうか否か等、対策の効果の見通しは、各都道府県におけるこの強い対策の期日である12月中旬頃を目途に分析・判断する必要がある。したがって、現時点においては、今後、どのような施策を考えればよいのかの参考にして頂く目的で、「想定されるシナリオ（状況）」を示した上で、「各状況において行うべき取組」を示すこととする。

そこで、分科会としては、まず現状の認識を示した上で、シナリオに関わらず共通して実施すべき施策とともに、各シナリオで行うべき施策の方向性について、以下のとおり、政府に提言させて頂きたい。

[II] 現状の認識

これまで、ステージⅢ相当の対策が必要な地域では、医療提供体制及び公衆衛生体制への負荷が増大・継続してきた。加えて、重症者数の増加はしばらく続き、年末年始の医療提供体制に重大な影響が生じるおそれがある。

既に一部の地域では、医療提供体制の面では、病床や人員の増加が簡単には見込めない中で、新型コロナウイルス感染症の診療と通常の医療との両立が困難になり始めている。また、都市部を中心とした保健所では、保健所の負担が増加してきた結果、感染防止のために感染源を特定するいわゆる「後ろ向きのクラスター調査」を行う余裕がなくなってきた。

こうしたことから、第17回新型コロナウイルス感染症対策分科会の提言（令和2年11月25日）を踏まえ、現在、いくつかの地域では、酒類を提供する飲食店等への営業時間短縮要請、Go To関連事業の見直し、人々に対する外出自粛要請等の措置が、短期間に集中して12月中旬頃までの予定で実施されている。

一方、多くの人々は行動自粛に協力して頂いている中、これ以上の行動自粛要請に対し、いわば辟易している。また、事業者においても、長く続く対策の影響などにより、経済的な打撃を受けているため、対策の早期の緩和を望む声がある。

[Ⅲ]シナリオに関わらず共通して実施すべき施策

シナリオに関わらず、以下の施策については、十分に実施して頂きたい。

(1) マスクの着用（飲食時含む）や「感染リスクが高まる「5つの場面」」等に係る情報発信

(2) 飲食店をはじめとした業種別ガイドラインの徹底

- アクリル板の設置、CO₂濃度センサーを活用した換気の徹底、飲食時のマスク着用等

(3) 保健所の負荷も勘案した効率的な感染対策の実施

- 地域の感染状況も踏まえ重症化リスクがある人々に重点的に積極的疫学調査を実施すること
- 陽性者と接触した自覚のない接触者を効率的かつ速やかに発見するためのCOCOAの積極的な活用に向けた情報発信

(4) 財政的支援を含め、医療提供体制及び保健所の強化を進めていくこと

(5) 高齢者施設・医療機関等における積極的な検査によるクラスターの早期の封じ込め

①地域での連携及び支援

- 感染が疑われた場合には事業者・地方公共団体・医療従事者で素早く情報共有し連携すること
- 地方公共団体による高齢者施設の訪問により対策の支援を進めること
- 以上の対応を国や都道府県が支援すること

[Ⅲ]シナリオに関わらず共通して実施すべき施策（続き）

②検査

- 高齢者施設等において利用者や従事者に発熱症状などがある場合には迅速に検査を行い、一例でも陽性者が発見された場合には施設内の検査を徹底すること
- クラスタが複数発生している地域では、クラスタが発生している施設と関係のある施設において、上記の条件に合致しなくても、積極的に検査を行うこと
- 院内感染時においても医療機能を維持・早期再開するため、濃厚接触者以外は検査を実施した場合であっても陰性であれば14日間の自宅待機の対象外であり、引き続き従事可能であることの徹底
- 感染者の入院期間については、症状軽快後72時間経過している場合は、発症日から10日経過した時点で検査をせずに退院可能であることの周知の徹底
- 濃厚接触者の健康観察の期間は、現在14日間となっているが、その期間を短縮できるか否かについて、科学的知見を踏まえ早急に検討すること

(6) 感染症に強い社会の構築

- 今後もこのような感染の波が来ることを想定し、「感染症に強い社会」を構築すること
- また、事業者が長期的な視野で、「感染症に強いビジネスモデル」の構築に取り組むことができるよう、政府としても後押しすること

[IV] 各シナリオで想定される施策

3つのシナリオは、国、地方公共団体がこれからの対策を進める上で参考にして頂きたい。地方公共団体においては、今まで以上にリーダーシップを発揮して先手を打って頂きたい。国は、地方公共団体が迅速な意思決定を行えるよう、後押しをして頂きたい。

【シナリオ1】感染減少地域

このシナリオの対象地域は、ステージⅢ相当の対策が必要とされていた地域であるものの、「報告数の減少が見られる地域」である。この地域においても、感染の状況や医療提供体制への負荷等が、少なくともステージⅡ相当以下の水準まで引き下げることが必要である。

したがって、これまでの対策を中心に、一定の取組を継続することが必要と考えられる。

(1) 若年層等の心に届くメッセージの発信

- 感染しても無症状であることが多い若年層や中年層に届く効果的な情報発信を行うこと

(2) 営業時間短縮要請について

- 営業時間短縮要請などの社会経済的な影響が強い施策については、感染状況や医療提供体制の逼迫とその見通しも踏まえつつ、国と各地方公共団体が連携し、継続するか否かについて適切に判断すること

【シナリオ2】感染高止まり地域

このシナリオの対象地域は、ステージⅢ相当の対策が必要とされていた地域で、なおかつ、「報告数が高止まりしている地域」である。この地域で、感染高止まり状況がさらに継続すると、医療提供体制や公衆衛生体制に大きな支障が発生する。

感染高止まり状況にあることは、これまで実施してきた対策の実効が、感染拡大を沈静化させるまでには上がっていないことを示す。

したがって、現行の対策の延長だけでなく、対策の更なる強化を図ることが必要と考えられる。

(1) 延長・強化すべき対策

- 営業時間短縮要請を引き続き推進
(必要に応じエリアの拡大や時間短縮の20時への前倒し等を検討。)
- 強い警戒メッセージの発信
- テレワークや休暇の分散取得促進の更なる徹底
- イベント開催要件の厳格化(知事の判断)
- 感染予防を徹底できない場合における、感染が拡大している地域とそれ以外の地域との社会経済圏域を越えた往来の自粛要請の推進

※なお、Go To Travel事業及びGo To Eat事業についても、ステージⅢ相当の対策が必要な地域では一時停止。ステージⅡ相当と判断された場合には事業を再開。

【シナリオ2】感染高止まり地域（続き）

（2）医療機関や保健所の負荷への対応及び効率的な感染対策

- 軽症・無症状者の宿泊療養・自宅療養の促進
 - 都道府県域を超えた受け入れ調整の促進
 - 医療体制が逼迫している地域への医療スタッフの派遣（全国知事会と連携した医療スタッフの派遣、自衛隊等による医療スタッフの派遣※）
 - 医療・介護従事者を支援するため医療機関等に対して更なる強力な財政支援等（インセンティブを強化するなど）を行うこと
 - 特に重症者が多くなる地域に対して関連学会と連携した専門医派遣
 - 自衛隊・海上保安庁等による離島等からの患者移送※
 - 退院基準（症状軽快から72時間以上経過し、かつ発症から10日経過した場合等）を満たした患者の受け入れ先の確保支援
 - 院内感染時においても医療機能を維持・早期再開するための濃厚接触者以外は検査を実施した場合であっても陰性であれば14日間の自宅待機の対象外であり、引き続き従事可能であることの徹底
 - 自宅療養・宿泊療養者に対する健康観察におけるHER-SYS等の積極活用
- ※自衛隊の派遣については、都道府県知事からの要請に基づく災害派遣により実施。

【シナリオ3】感染拡大継続地域

このシナリオの対象地域は、ステージⅢ相当の対策が必要とされていた地域で、なおかつ、「報告数が継続して拡大している地域」である。その中には、感染がさらに拡大すれば、ステージⅣ相当の対策が必要になる地域も含まれる。

こうした地域では、深刻な医療提供体制の機能不全等を避けるため、人の動きや接触機会の更なる低減策を講じることが必要である。

緊急事態宣言を回避すべく、強い警戒メッセージを発出しつつ、対策の抜本的な強化を図ることが必要と考えられる。

(1) 強化すべき対策

- エリア拡大・時間短縮の前倒し等、営業時間短縮要請の強化
 - 強い警戒メッセージの発信
 - テレワーク目標を設定（例えば5割）し、その徹底を推進
 - イベント開催要件の厳格化（目安を国より通知）
 - 感染が拡大している地域とそれ以外の地域との県境を越えた移動の自粛要請
- ※なお、Go To Travel事業及びGo To Eat事業についてはシナリオ2と同様に一時停止。
- 当該地域内における不要不急の外出自粛要請

(2) 医療提供体制・保健所機能の更なる強化

※シナリオ2で示した医療提供体制・保健所機能の強化の更なる徹底。

忘年会・新年会・成人式等及び
帰省についての提言
令和2年12月11日（金）

新型コロナウイルス感染症対策分科会

[はじめに]

- **我々の社会は新型コロナウイルス感染症が流行してから初めての冬を迎えることになります。**
- **年末年始は我々の社会にとって特別な時期です。特に、半年以上、つらい思いをされてきた多くの皆さんは、年末年始こそは、お酒を酌み交わし、親族や親しい友人たちと旧交を温めたいと考えていると思います。**
- **しかし、年末年始に人々の交流を通じて感染が全国的に拡大すると、さらに医療が逼迫し、結果的に経済も大きな打撃を被ります。**
- **命と暮らしを守るためには、社会を構成する一人ひとりが年末年始を静かに過ごすことが求められます。**
- **年末年始を迎えるに当たり、分科会としては、以下の提言を行いたいと思います。政府においては、本提言のメッセージを国民の皆さんに分かりやすく伝えて頂きたいと思います。**

[Ⅱ] 分科会から政府への提言

1. 全国の皆さんへ

年未年始を静かに過ごすために、以下の工夫をお願いします。

(1) 忘年会・新年会

忘年会・新年会で最も大切なことは、なるべく普段から一緒にいる人と少人数で開催することです。その上で、

- ・ガイドラインを遵守している飲食店を選ぶ。
- ・体調が悪い人は参加しない。
- ・座の配置は斜め向かいに（正面や真横はなるべく避ける）。
- ・会話する時は必ずマスクを着用。
- ・短時間で、深酒やはしご酒などは控え、適度な酒量で。
- ・お猪口やコップは使い回さず、一人ひとりで。

といった「感染リスクを下げながら会食を楽しむ工夫」をして頂くようお願いします。

[Ⅱ] 分科会から政府への提言（続き）

（２）成人式

成人式は、多くの新成人が久しぶりに地元に集まる機会です。しかし、この機会は「三密」や「感染リスクが高まる「5つの場面」」（添付）が生じやすい機会でもあります。主催者や参加者には、次の点について注意喚起をお願いします。

①主催者の方へ

- ・参加人数の制限。
- ・会場での飲食を控えることの徹底。
- ・会場での感染防止策の徹底（マスクの着用、手指消毒など）。

②参加者の方へ

- ・体調が悪い人は参加しないこと。
- ・会場やその周囲では密集をしないこと。
- ・式典の前後には飲食を控えること。
- ・仮に飲食をする場合には上記の忘年会・新年会の工夫を参照。

[Ⅱ] 分科会から政府への提言（続き）

（３）初詣・カウントダウンイベントなど

初詣については、混雑する時期を避けて頂くようお願いいたします。境内での三密や、参拝後の混雑をできる限り避けるなど、感染防止策の徹底をお願いいたします。

また、年末年始は、カウントダウンイベント等が数多く行われます。これらのイベントでは、基本的な感染防止策を徹底するとともに、適切な雑踏警備等を検討してください。適切な行動管理が難しいと判断する場合には開催自粛等の対応をお願いいたします。

（４）年末年始の帰省

年末年始に、多くの方が帰省をお考えになっているかと思いますが、帰省する場合には、三密回避を含め基本的な感染防止策を徹底するとともに、特に大人数の会食を控えるなど、高齢者等への感染につながらないように注意をお願いいたします。

そうした対応が難しいと判断される場合は、帰省について慎重に検討頂きますようお願いいたします。特に発熱等の症状がある方などは、帰省を控えて下さい。

帰省される場合には、年末年始の休暇を分散して取得するなど、混雑する時期を避けて頂くようお願いいたします。

[Ⅱ] 分科会から政府への提言（続き）

2. ステージⅢ相当の対策が必要となる地域の皆さんへ

ステージⅢ相当の対策が必要となる地域では、さらに対策を徹底するため、全国の皆さんにお願いした前述の内容から一歩踏み込んだ工夫をお願いしたいと思います。

- ・特に大人数の「忘年会・新年会」は見送り、オンライン忘年会・新年会を検討すること。
- ・「成人式」及び「その他年末年始に想定されるイベント」は、主催者はオンラインを活用した形での開催や開催時期、時間の分散化等、在り方について慎重に検討すること。
- ・「年末年始の帰省」は、時期の分散のみならず、延期も含め慎重に検討すること。

感染リスクが高まる「5つの場面」

場面① 飲酒を伴う懇親会等

- 飲酒の影響で気分が高揚すると同時に注意力が低下する。また、聴覚が鈍麻し、大きな声になりやすい。
- 特に敷居などで区切られている狭い空間に、長時間、大人数が滞在すると、感染リスクが高まる。
- また、回し飲みや箸などの共用が感染のリスクを高める。



場面② 大人数や長時間におよぶ飲食

- 長時間におよぶ飲食、接待を伴う飲食、深夜のはしご酒では、短時間の食事に比べて、感染リスクが高まる。
- 大人数、例えば5人以上の飲食では、大声になり飛沫が飛びやすくなるため、感染リスクが高まる。



場面③ マスクなしでの会話

- マスクなしに近距離で会話をすることで、飛沫感染やマイクロ飛沫感染での感染リスクが高まる。
- マスクなしでの感染例としては、昼カラオケなどでの事例が確認されている。
- 車やバスで移動する際の車中でも注意が必要。



場面④ 狭い空間での共同生活

- 狭い空間での共同生活は、長時間にわたり閉鎖空間が共有されるため、感染リスクが高まる。
- 寮の部屋やトイレなどの共用部分での感染が疑われる事例が報告されている。



場面⑤ 居場所の切り替わり

- 仕事での休憩時間に入った時など、居場所が切り替わると、気の緩みや環境の変化により、感染リスクが高まることもある。
- 休憩室、喫煙所、更衣室での感染が疑われる事例が確認されている。



感染リスクを下げながら会食を楽しむ工夫

<利用者>

- ・飲酒をするのであれば、①少人数・短時間で、
 - ②なるべく普段一緒にいる人と、
 - ③深酒・はしご酒などはひかえ、適度な酒量で。
- ・箸やコップは使い回さず、一人ひとりで。
- ・座の配置は斜め向かいに（正面や真横はなるべく避ける）。
（食事の際に、正面や真横に座った場合には感染したが、斜め向かいに座った場合には感染しなかった報告事例あり。）
- ・食べるときだけマスクを外し、会話の時はマスク着用。
（フェイスシールド・マウスシールド※¹はマスクに比べ効果が弱いことに留意が必要※²。）
 - ※¹ フェイスシールドはもともとマスクと併用し眼からの飛沫感染防止のため、マウスシールドはこれまで一部産業界から使われてきたものである。
 - ※² 新型コロナウイルス感染防止効果については、今後さらなるエビデンスの蓄積が必要。
- ・換気が適切になされているなどの工夫をしている、ガイドライン★を遵守したお店で。
- ・体調が悪い人は参加しない。

<お店>

- ・お店はガイドライン★の遵守を。
（例えば、従業員の体調管理やマスク着用、席ごとのアクリル板の効果的な設置、換気と組み合わせた適切な扇風機の利用などの工夫も。）
- ・利用者にも上記の留意事項の遵守や、
接触確認アプリ（COCOA）のダウンロードを働きかける。

【飲酒の場面も含め、全ての場面でこれからも引き続き守ってほしいこと】

- ・基本はマスク着用や三密回避。室内では換気を良くして。
- ・集まりは、少人数・短時間にして。
- ・大声を出さず会話はできるだけ静かに。
- ・共用施設の清掃・消毒、手洗い・アルコール消毒の徹底を。

★従業員で感染者が出たある飲食店では、ガイドラインを遵守しており、窓を開けるなど換気もされ、客同士の間隔も一定開けられていたことから、利用客（100名超）からの感染者は出なかった。

新型コロナウイルス感染症対策分科会（第18回）

議事概要

1 日時

令和2年12月11日（金）9時15分～12時19分

2 場所

合同庁舎8号館1階 講堂

3 出席者

分科会長	尾身 茂	独立行政法人地域医療機能推進機構理事長
分科会長代理	脇田 隆宇	国立感染症研究所所長
構成員	石川 晴巳	ヘルスケアコミュニケーションプランナー
	石田 昭浩	日本労働組合総連合会副事務局長
	今村 顕史	東京都立駒込病院感染症センター長、感染症科部長
	太田 圭洋	日本医療法人協会副会長
	大竹 文雄	大阪大学大学院経済学研究科教授
	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
	釜范 敏	公益社団法人日本医師会常任理事
	河本 宏子	ANA総合研究所会長
	小林慶一郎	公益財団法人東京財団政策研究所研究主幹
	清古 愛弓	全国保健所長会副会長
	舘田 一博	東邦大学微生物・感染症学講座教授
	中山ひとみ	霞ヶ関総合法律事務所弁護士
	平井 伸治	鳥取県知事
	南 砂	読売新聞東京本社常務取締役 調査研究本部長
	武藤 香織	東京大学医科学研究所公共政策研究分野教授

4 議事概要

<西村国務大臣挨拶>

おはようございます。本日も朝からお忙しいところをお集まりいただきまして、ありがとうございます。

御案内のとおりでありますけれども、この新型コロナウイルス感染症の新規陽性者の数は、連日過去最多の水準が続いております。引き続き、最大限の警戒が必要な状況であります。特に北海道、首都圏、関西圏、中部圏を中心に、連日多数の陽

性者の報告がございます。また、これまで大きな感染が見られていなかった地域においても感染拡大の動きが見られる状況であります。昨日も山形や岐阜、高知、大分など、幾つかの地方の都道府県でも過去最多となってきました。入院者の数、重症者の数、いずれも増加が続いておまして、医療提供体制、公衆衛生体制の負担がかなり重い状況になってきているところであります。

感染が拡大している地域における医療の逼迫について、何としても回避をしなくてはならない状況であります。そのためにも、何とか新規の感染者の数を減少に転じさせていく、年末年始に向けて医療提供体制をしっかりと確保していかなくてはならない、こういう状況にあると認識をしております。

このため、それぞれの地域の都道府県知事と極めて強い危機感を共有し、緊密に連携しながら、対策を強化してきているところであります。特措法に基づいて、現時点において8都道府県で営業時間短縮等の要請が行われておりますし、また、幾つかの他の県でもこうした取組を強化しようという動きで連携を取っているところであります。

特に、病床が逼迫していることから、陸上自衛隊が北海道へ医務官、看護官、医療チーム10名を派遣しております。大阪とも事務的な調整が重ねられているものと承知をしております。

また、政府におきましては、8日に閣議決定しました経済対策におきまして、感染拡大防止ということを中心として、5.9兆円を確保することとしております。緊急包括支援交付金の増額による病床の確保、幅広い医療機関への緊急的・臨時的な支援などを通じて、医療提供体制に万全を期すこととしております。引き続き、知事と緊密に連携をしながら、財政面でも支援を行い、医療提供体制の確保に万全を期していきたいと考えております。

本日の分科会におきましては、3点について御議論いただければと思います。

第1に、現在の感染状況に基づいて分析・評価をしていただいて、それを踏まえて今後の対応について御議論いただければと思います。あわせて、本日は忘年会・新年会・成人式など、年末年始の行事あるいは帰省についての御議論が行われるものと聞いております。年末年始を過ごすに当たって、政府、自治体、そして国民の皆様も一体となって取り組んでいかなくてはならない状況だと思っておりますので、ぜひ御議論をよろしくお願い申し上げます。

第2に、国際的な人の往来につきまして、入国者の移動手段について国交省から説明をしていただきます。現在入国者は入国後14日間、公共交通機関を使用してはならないとされているところでありますが、成田空港から京成電鉄のスカイライナーの専用車両で移動できるようにすることについて国交省から説明させていただきますので、御議論いただければと考えております。

第3に、ワクチンの接種についてであります。これまでの分科会での御議論を踏

まえまして、ワクチン接種の優先順位としましては、高齢者や医療従事者を優先することとしているところであります。先般成立いたしました改正予防接種法の成立を受け、今後の接種における優先順位や実施体制などについて御議論いただければと考えております。

いずれも大変重要な議題ばかりであります。本日も忌憚のない御意見、御議論をいただければと思います。よろしくお願い申し上げます。

<田村厚生労働大臣挨拶>

おはようございます。委員の皆様方には、早朝から御参加いただきまして、ありがとうございます。

この1週間の移動平均を見ておりますけれども、もう2,300名を超えてまいりました。非常に厳しい状況でありまして、重症者数も今一番高いところをずっと動いているわけでありまして、本当に多くの方々が毎日お亡くなりになっているということでもあります。

昨日、アドバイザリーボードで夜遅くまで委員の皆様方に御参加いただきまして、評価・分析いただいたわけでありまして、非常に厳しいお声をたくさんいただきました。もちろん新規感染者数も多いということもあるわけでありまして、医療提供体制が非常に厳しいということがあり、そんな中において年末年始、どうしても医療機関等々が平時よりも動きという意味では色々な形で制約を受けるわけでありまして、そのようなときに感染拡大が起こり、重症者が増えたときのことと考えておかなければならないという御指摘もいただきました。

また、感染拡大は今までしていなかったところも徐々に拡大が広がってきているということで、広島や福岡、高知、熊本、このようなところも感染の拡大が見られつつあるということでもあります。今までそれほど患者がいなかったところも急激に増えてまいりますので、そういう意味では医療提供体制をしっかりと整えていただく必要があるということで、厚生労働省からもそれぞれの病床確保のフェーズの移行、これを見直していただきたい、早め早めの手を打っていただきたい、というお願いをさせていただいております。11月22日以降、13の県でフェーズの引上げを行っていただいておりますけれども、引き続き各自治体にはお願いをさせていただきたいと思っております。

また、地域の医療従事者、クラスター等の対策専門家、また、保健所の業務のための保健師の派遣、このようなことも現場が逼迫しているところには厚生労働省といたしましても色々なお手伝いをさせていただいているわけでありまして、北海道や大阪が特に今大変な状況でございますので、色々な支援をさせていただいております。大阪につきましては、大阪コロナ重症センターがいよいよ運用を開始することとありますが、こちら看護師を中心に人材がまだ十分に整っていないと

ということでございますので、看護協会、各都道府県、さらには自衛隊等々にお願いして、その体制の整備を進めているところであります。

いずれにいたしましても、今までやってきた色々な対策、特に感染者が増えているところに関しましては、12月の中頃ぐらいにその一応の期間が終わるわけでありまして、そのときの評価をしっかりといただきながら、新たな対策を組んでいかなければならないと思っておりますし、今感染が拡大しつつあるところに関しましては、都道府県知事のリーダーシップの下に強い対策も打っていただかなければならないということになってくると思っております。

今日はそれぞれ委員の皆様方から色々な御意見をいただきながら、参考にさせていただきまして、政府として新型コロナウイルス感染症をしっかりと感染拡大を防止していくように努力してまいりますので、本日もどうか忌憚のない御意見をいただきますようによろしくお願いを申し上げます。

(報道関係者退室)

<議事(1) 最近の感染状況等について>

○脇田構成員 <資料1を説明>

○押谷構成員 <資料2-1、資料2-2を説明>

○平井構成員 本日も、西村大臣、田村大臣、尾身会長をはじめ、皆様に大変お知恵をいただくこと、感謝申し上げます。

今日、県議会が10時からあるので、本来そちらにお伺いしたかったが、どうしてもかなわないことをおわび申し上げます。今日はリモートで意見を述べさせていただくこと、御理解いただければと思う。

まず、西村大臣からもお話があったが、財政支援も含めて都道府県知事と協力をしながらやっていくというお言葉に感謝申し上げます。田村大臣からは、大阪、北海道などに支援も送っていただくというお話をいただき、様々な御配慮に感謝を申し上げます。

その上で、資料8を用意させていただいたので、これを先生方の今日の議論の中で反映できるところをぜひ反映していただけるとありがたい。

今、現場にいと、もう立ってられないぐらいである。正直に申し上げて、感染の拡大地域は医療体制の確保で手一杯である。地方部では、鳥取県もそうであるが、毎日感染のルートが広がるのを断ち切ることで追われている状況である。何とかこの感染が拡大し続ける状況をストップする必要がある。私ども知事はほぼ全て、

その気持ちでまともだと思っているとさせていただいて構わない。だから、私の個人的な感覚では、分科会の皆様から厳しい言葉も出していただいたほうがいいのではないかと思う。20代から50代が感染を広げているというときに、高齢者や基礎疾患の人だけ止まればいいというのは誤ったメッセージかもしれない。見識を持って、一遍正していただくべきところは正していただく必要があるのではないか。本当に我々はそのような気持ちでいるので、そのことはまず御理解いただきたい。

ただ、私どもも実際にこの現場に立つ立場であるから、様々な方々の御意見が出てきて、翻弄されることもある。その辺は先生方に真っすぐ導いていただくことが大変重要であるので、そのことを御理解いただければと思う。

まず、資料8の1であるが、医療の提供体制について田村大臣のお言葉も大変ありがたいところである。鳥取県もそうだが、今、実はフェーズⅡに自主的に引き上げている。そのように国からもフェーズⅠからⅡ、ⅡからⅢと上げるように指導してもいいのではないかと思う。というのも、今は非常に広がりやすく、一発火がつくとどんどん患者さんの数が増える。だから、前とは違うとされていて、この点、先生方の分析もあると思うが、フェーズは少し上げるぐらいがちょうどいいのかもしれない。

その上で、特に医療が逼迫している北海道、大阪に対して、我々全国知事会等からも看護師を派遣することとしており、それについて少しお願いをしたいが、私どももそれぞれ地域での感染状況もあり、厳しさも増している。正直、県立病院などが中心となって出しているのが現状である。しかし、民間病院もあるだろうし、国立病院もあるだろうし、自衛官もある。我々で納得してもらえるのは自分たちの部下職員ぐらいであるので、政府としても色々な立場の方々に本腰を入れて協力を呼びかけていただかないと、これからどんどん感染が広がったときにはとても我々の対応だけではできない。大阪にもやっと26人送り込むことを決めたが、ただ、もうみんな限界であるということである。

そのときに、2つ目のポツであるが、他県に看護師を応援で派遣すると、感染して帰ってくるケースがあるが、そうした派遣先では個人防護具が現場で与えられていないこともあるとのことである。厚生労働省あるいは専門家の方々で受入体制というものをしっかりやってもらわないと、私ども送り出すほうも送り出せなくなってしまい、今は全国知事会の執行部も突き上げをくらいかねない状況である。今後、こうした相互応援体制を続けていく上でも、そうした体制づくりには政府にも御協力をいただきたい。

それから、3ポツ目、感染拡大地域の知事、愛知県の大村知事や大阪府の吉村知事から色々な声が入ってきているが、懸命に今、看護師、医師に頑張ってもらっているし、病院も頑張っているが、経営体制や従事者の処遇について、政府としてもなお一段のフォローアップをお願い申し上げたいというような声が強くある。

2の保健所体制についても、今、我々全国知事会等で送り出しをさせていただいているが、これも限界がある。その中で1,200名、政府のほうで支援協力者の名簿をつくっていただいた。これはありがたいし、北海道も活用されているところではあるが、例えば大学の先生などもこの名簿に挙がっているときに、現場で我々が任用するのは正直難しい。だから、そのような任用の手間や調整も含めて、国全体で対応していただくほうがよいのではないか、そのような実効性のある仕組みを考えていただけないか、ということである。

3のワクチン接種について、まず田村大臣、西村大臣に、優先接種の対象に積極的疫学調査職員や障害者も入れていただき、本当に感謝を申し上げたい。今後コールドチェーンについて、我々は正直まだ見えない、分からないところがあるので、ぜひ早めに説明会をやっていただき、コールドチェーンの対策を取っていただくことを明らかにしていただければと思う。また、データ構築をして、それで申し込むということが今日も書かれているところであるが、既にこれまでの予防接種のデータベースもあるので、データ移行ができるように考えていただきたい。

3次補正については、地方創生臨時交付金、緊急包括支援交付金につき、増額していただき、心から感謝を申し上げたい。あわせて、今、色々と新聞やテレビで、医療機関の皆様には支援が届いていないということを言われていて、我々も当惑しているが、コメンテーターの中には都道府県の議会が開けないし2月までもう先に進まない、という発言すらあって、現実が分かっていないと感じるところである。

これは何が起きているかということ、全ての都道府県はもう議会も通してあり、いつでも受けられるところである。ただ、2つ問題がある。一つは、県によると思うが、我々が用意しているところの半分ぐらいしか医療機関から申請が上がってきていないようであるということ。これは申請の手間など、忙しい現場では非常に難しいところがあるようである。鳥取県などはある程度代行してでもやるのだが、行政も忙しければなかなか対応できない。そういうところをほどいていただくと前に進むのではないかと思う。2点目は、医療機関の感染症対策の補助金と、慰労金の支援金の両方が別々の予算科目になっているが、これを流用できるようにすれば、もっと柔軟に執行ができるようになる。ここで立ち止まらざるを得ない予算枠の生じているところがあり、それぞれ厚労省のほうで別々に出てくるものであるから、この辺の柔軟な弾力化を図っていただくと、改善が進むと思う。

5の感染拡大地域における休業要請、それから、積極的疫学調査は全ての都道府県であるが、そのような担保措置につき、法律改正や協力金等、ぜひ御配慮いただきたい。飲食業の支援ということを考えないと、これから難しいのではないかというような切実な声もあるので、御考慮いただければと思う。

最後になるが、年末年始の時期を控え、特に感染拡大地域とそれ以外の地域との人の往来について国民へ、あるいは地方に向けての明確なメッセージを出していた

だけると我々も動きやすい。実は都道府県はそれぞれにもう自粛要請を出しているところもある。しかし、ばらばらになるので、メッセージがまとまらない、伝わらないということになる。国全体での対応をお願いできないだろうかということである。

それから、Go Toキャンペーン事業の取扱いにも関わる、各地域の感染状況の判断に当たり、全国的・専門的見地からの助言が得られるような仕組みも御検討いただければと思う。

○厚生労働省（浅沼） <資料3-1を説明>

○国土交通省（木村） <資料3-2を説明>

○石川構成員 資料1の1ページ上段の3ポツ目に、「本人が意識しないまま感染拡大につながっていることも想定され」という表現があるが、これはどのような事実からこのような想定ができるということなのか。本人が意識できないということは、例えばメッセージを出さずにしてもかなり難しいコミュニケーションになると思われるので、想定の根拠を教えてください。

○今村構成員 資料3-1の検疫の件でのコメントになるが、14ページを見ていただくと、まず検疫所後は、そのつなぎは保健所がやっているというのは御存じのとおりになる。13ページを見ると全体のフローが分かるが、日本人で検査で陰性の場合、ほかの国からで症状がない場合、これは全て国内に入った後は保健所が対応になってしまう。あとは日本人で検査で陽性になるという左側のフローがあるが、これも恐らく症状がない人がほとんどになるから、ホテル療養か自宅療養になると思う。

問題は、ステージⅢに該当するような自治体になってくると、もう既に保健所がかなり大変な状況になっていることが想定されて、この状況になってくると、この日本人の陽性の人でも恐らくホテルに入れなくなって、自宅にいるような人も増えてくるのが想定されるので、どこに流れても保健所が追いかけることになってしまう。そのサポートをステージⅢの場合には少し考えておく必要があると思う。

○脇田構成員 私も検疫のことでお話をしたい。現在、検疫所から検体を感染研に運んでいただいて、ゲノム解析を行っている。10月末までで検体は現在328検体確定をさせていただいた。これは全例ではなくて、ゲノムを確定できるのはウイルス量が多い検体なので、328検体ということになる。現地の発生状況に応じて、米国、ヨーロッパ、あるいは東南アジアの国々におけるゲノムが同定される。現在も検疫所か

ら送っていただき、解析を続けている状況である。

○押谷構成員 まず、直近の感染状況について、流行規模が7月、8月よりもかなり大きくなっている。高齢者の割合も絶対数もかなり増えてきている。流行状況が全然違うが、多くの方が7月、8月と同じように推移するのではないかとわかってしまっているようなところがあって、そこはもう全く違うフェーズを見ているという認識をみんなが持つ必要があると思う。重症者、死亡者の数も7月、8月とは全く違うレベルで増えてしまっているという事実もある。

北海道は比較的減少傾向が見られてはいるが、7月、8月の東京や大阪の状況に近くて、すすきのから始まったと考えられていて、同じような対応でもある程度制御できると思うが、東京や大阪などはクラスターが多様化していて、どのような対応をすれば本当に感染者を減らせるのかよく分からない状況になっている。そのような意味で非常に難しい対応をしなくてはいけない状況になっているということを皆さんにも御理解いただく必要があると思う。

検疫について、今後の対応の話があったが、どのように検疫の対応を戦略的に考えていくかということを整理していく必要があると思う。そのことをどこかできちんと議論をして、例えばレベル2に落とした国の中にも感染が広がってきている国があって、それをどのような基準で上げるか。そこが、3月のときにきちんと対応できなかったことで4月の緊急事態宣言を生んだ我々の大きな反省なので、その辺も含めてきちんと議論をしなくてはいけない。そのようなコンテキストの中で、空港からの移動手段の確保といった話も出てこなくてはいけないことだと思うので、そのような議論ができる場をできるだけ早く設けていただければと思う。

○舘田構成員 3つコメントしたい。一つは、今のフェーズは大都市だけではなくて、広島、高知、大分という例で見られるように地域の色々なところで感染が広がっているということが非常に大きな変化だと感じる。そんな中で、資料1の2ページ目、3つ目のポツの2行目「都道府県知事のリーダーシップの下、感染状況を踏まえた適切な対策の速やかな実施や対策の準備を進めて行くことが求められる」と部分は非常に大事だと思うが、都道府県それぞれの地域の特徴があるわけだから、都道府県知事のリーダーシップを発揮していただいて、そして、できるだけ早く対策を取れば山を小さくすることができるし、早くそれを抑え込むことができるわけである。だから、これをしっかりと共有していただいて、そして、都道府県知事のリーダーシップで早め早めの地域の特性を生かした対策を取っていただくようにということを、ぜひ分科会から発信していただければと思う。

2点目は資料2-2の4ページの図であるが、これは改めて見せていただいて、20代、30代、40代、50代ぐらいまでが非常に大事な年齢層になるということを感じ

るわけだが、そんな中で一つ知りたいのは、この分母となる移動した人が20代がとて多いのか、移動した人が多いからこのような形で症例数が多くなってきているのか、あるいは、移動した人は同じようなものなのだが20代の役割が大きいのか、というところを教えていただきたい。

最後は、資料3-2の2ページについて、非常に大事な方向性だと思って聞かせていただいたが、入国してきたときに陰性を確認した人については、その時点ではかなり感染のリスクは低い人と理解するが、安全性を確保した中でどのように緩める方向を考えていくのかが大事だと思う。前の分科会の議論で、受検者の陰性例でその人たちの対応も今厳しい状態になっているが、同じように陰性を確認した人はできるだけ速やかな移動ができるような対策にしていただければと思う。

○脇田構成員 資料2-2の4ページであるが、上の表で二次感染を起こしている割合で、20代から50代について、実は20代と比べると50代は二次感染を起こした割合が高くなっていくということで、今まで若い20代の人たちが二次感染を起こしているのではないかということを書いていたが、実は40代、50代の人たちのコンプライアンス、つまり、基本的な感染対策、例えば飲み会にて大声で話さないといったことがきちんと守られているのか、というところを示しているようなデータだと感じている。そういった世代に対する周知は非常に必要ではないか、と感じるデータだと思う。

○小林構成員 押谷構成員に対する質問になってしまうかもしれないが、東京などではもう既に感染が追えない、クラスター対策がうまくいかないような状況になっているとおっしゃったが、そうすると、ある種振り返って9月や10月の感染がある程度落ち着いていた時期にどうしておけば今の状態にならなかったと言えるのか。押谷構成員のお答えは恐らく、9月、10月の頃にもっと厳しく行動規制をかけて感染者を減らすべきだということだと思うが、それ以外に何か検査、あるいは無症状者の感染リスクの高い②aをもう少し広げておけば今のような状況にならずに済んだのかどうかといったことをお伺いしたい。

○押谷構成員 まず、石川構成員の「本人が意識しないまま感染拡大につながっていることも想定され」というところであるが、これは世界的にも色々なデータが出ていて、いわゆる「プレシンプトマティック・トランスミッション」というが、症状が出る前に誰かに感染させている人が40%ぐらいいるだろうと言われている。症状が最後まで全く出ない人がどのぐらい感染させているのかというデータは今はほとんどなく、これを解析するのは非常に難しいのでよく分かっていないところはあるが、少なくとも症状が出る前に感染させる人が40%ぐらいいるだろうと言われてい

る。我々が4月の初めぐらいまでのクラスターの情報を解析したデータはもう論文になって出ており、そこでも41%だったと思うが、そういう人が症状が出る前、そのプレシンプトマティックの状態でクラスターを形成するような二次感染を生んでしまっているというデータがある。だから、症状がないままにほかの人たちに感染させている人が40%ぐらいいる。

恐らく今問題になっている大きなクラスターというのは、例えば色々な飲み会や会食と出ているが、そういうものに行く人は具合が悪くないから行っていると思う。そういう意味で、家族内感染などは症状が出てからも二次感染を起こすと思うが、比較的元気だからこそ行くような場で大きなクラスターが起きているので、そのような意味でも、いわゆる症状が出る前のプレシンプトマティック・トランスミッション、気がつかないうちに感染する、というのは、ある程度のエビデンスを持って言えていることだと考えている。

それから、資料2-2の4ページの結果2については、50代や60代が二次感染を起こしている率が高い。この理由は恐らく幾つかあって、20代だと一人暮らしが多く、その場合家族はいないので、それに比べて50代、60代の方は家族内感染がかなり目立っているということがあったり、例えば職場の飲み会があって別の会食の場で感染させてしまうといったソーシャルコンタクトのパターンが特に50代、60代が高く、今最大の問題は高齢者施設や院内に感染が波及することなのだが、この世代は親の世代を介護している世代なので、より二次感染がそういう場への波及につながりやすいということはあるかと思う。20代が絶対数としては多いが、全体のインパクトを下げるという意味でも、10代の後半から20代だけではなくて、50代、60代に対するメッセージも一方で出していかなくてはいけないと思う。ただ、絶対数としては20代が多いという傾向がある。

小林構成員の9月、10月にどこまで下げられたのか、というところだが、今から考えてもベースラインをもう少し下げたかと思ったと思う。では、それはどのような方法があったのかということではまたどこかできちんと議論しなくてはならないところだと思うが、我々の立場から言うと、もう少し詳しいデータが欲しい。欧米、例えばニューヨーク、イギリスでホットスポット対策をやっているように、どこに本当に感染源が存在しているのかがきちんと分かれば、東京都23区全体を時短要請しなくても、もう少し経済への影響も最小限にしながら感染を制御できたはずでないかと思う。自治体はデータを持っているが、なかなかそのデータにアクセスができない。そういうものを使うことによって、もっと経済への影響も最小限にしながら、資料2-2の結果2のようなデータを色々出しながら、どこにフォーカスをしたらいいのかをもう少しきめ細かくやっていくことが必要かと思っている。

○尾身分科会長 私からも一構成員として、小林構成員の発言にコメントしたい。今、

押谷構成員から答えていただいたことに加えて、主なものを幾つか言うと、夜の街などのことで、色々なものの性質上、少し対応が遅れたということは間違いなくあったと思う。結果的には夜の街の重点検査と時短が効いたのだ、もっと早くやればよかったということが一点ある。

2点目は、あの頃はもう社会全体が、社会経済をみんなで少しずつ活性化させていこうというコンセンサスがあり、そういう影響があるから、どんどん感染を拡大するという要素が間違いなくあったと思う。それから、データの迅速な共有がなかなかできなかったということもあるし、3密、5つの場面というのがなかなか伝わりにくかったといったことが私はあったと思う。

水際対策については、厚生労働省から非常に色々なことを出していただき、また、国土交通省からもご説明いただき感謝申し上げます。押谷構成員にも言及していただいたが、まずお願いをしたいのは、お示しいただいた色々なデータについて、ここから何が言えるのかということについて、もう少し分かりやすい形で見せていただけるとありがたい。

4月の時点でも緊急事態宣言を出さなくてはいけなかった色々な理由があるが、一つの理由は、ヨーロッパ、アメリカの流入を止めるのが遅かった。我々はその時点ではあれしかできなかったと思うが、今考えればもう少し早くできていたら、と思う。両大臣、国交省、外務省などにも、水際のこのようなデータを我々はお願いしており、厚生労働省に一生懸命やっていただいた。その上で、今は勝負の3週間の3分の2のところだが、これがある程度落ち着いたら、少しこういうことも含めて、単に京成電鉄をどうするかということではなくて、水際対策の大きな戦略、どうなったらどうするかという大きな戦略が、今までそれぞれのところでは個別のことは考えられていたと思うが、どうしても必要だと思う。

東京は少し北海道に比べて様子が分かりにくい。これについてアドバイザーボードで厚生労働省などに昨日お願いしたのは、東京などの一部の地域を中心に深掘りして、今、後ろ向きの感染源の同定がほとんどできなくなっている。全部を見ているわけではなくほんの一部を見ている。そういうことで、実際に何が起きているか必ずしも全部知っているわけではないので、少し2～3の地域を保健所にあまり負担をかけないような形で専門家が行って、そこに深掘りの後ろ向きの調査を行う。感染源の洗い出しと、場合によっては抗体検査も同時にやったほうがいいし、PCR検査もやったほうがいいし、その地域のアンケートもスマホなどのできる。そういうことをして、一体何が実際に起きているのかを調べる必要があると思う。

そういうことも含めて、水際対策の大きな戦略、ぜひそのことを今から外務省や国土交通省など関係省庁が連携してやっていただければと思う。

○西村国務大臣 今の状況は本当に危機感を持って対応してきているところだが、引

き続きデータをしっかり出しながら、我々としても、なぜ今回このように広がってきたのか、分析をしていきたい。また、小林構成員から御質問があった、9月、10月の時点での分析について我々も進めているが、例えば、北海道について押谷構成員の資料2-1のエピカーブを見ても、9月、10月はかなりの人がGo Toを使って移動していてもほとんど低く抑えられてきていたが、10月末辺りからぐっと増えてきた。

資料2-1の19ページ、富山、石川、福井の北陸については、春は非常に出て、夏もそれなりに出ていたが、秋は非常に低い、観光客が増えてもほとんど出ない状況が続いてきている。ここに来て若干増えてきている感じがあるが、26ページの愛知県も9月、10月はかなりの部分は抑えられている。30ページの大阪も1日30件から40件ぐらいで10月の初めぐらいまでは抑えられているが、ここからぐっと増えてくる。9月、10月は、7月、8月に重点検査をやり、営業時間短縮をやってということで、かなり抑えることができていたが、一方で東京が十分に下がり切らなかったというのがあるかと思う。

東京をはじめ、神奈川や首都圏が抑え切れていなかったのかというのはあるが、この辺りの分析も、9月、10月の対応が各地でかなり差が出て、それが結果として11月以降の影響を与えていると思う。何が違っていたのかというところを、人工知能なども使いながらデータを解析しようと思っているが、ぜひ感染症の専門家の視点からも分析をしていただけるとありがたい。

○厚生労働省（浅沼） まず1点目、今村先生からの検疫についてのご指摘であるが、現状、開港している成田、羽田、関西、中部、福岡空港の検疫で陽性者が捕捉された場合は、重症者や基礎疾患が重たい方は病院にお願いするが、大半の方は私たちが用意したホテルを活用した療養施設に入所していただいている。そちらは検疫所を中心に国の関係者だけできちんとフォローしているので、そこで自治体の方々の医療資源等々を食わないように、迷惑をかけないように直営でやっている。今後は新千歳空港の課題があるが、新千歳空港の開港においても、私どもでそうした療養施設をセットアップしているので、できる限り自治体に御迷惑をかけないように準備している。

2つ目、尾身先生や押谷先生からの、戦略的に水際対策をやっていくというご指摘はまさにそのとおりだと思う。我々も色々3月の初期の頃の反省点もあるので、そういったことも含めた上で、関係省庁と連携を取りながら水際対策をしっかりとやっていかななくてはいけないと思っている。内閣官房で取りまとめていただきながら、各省が汗をかいてまとめていくことが重要だと思っているので、引き続きよろしくお願いしたい。

<議事（２）ワクチン接種について>

○厚生労働省（正林） <資料４－１を説明>

○岡部構成員 使ったことがないワクチンで計画は大変だと思うが、コメントさせていただくと、２ページ目の接種順位の考え方のところでクーポン券の配布はまさに風疹ワクチンと同じような発想ではないかと思う。過去にきちんとそういうことをやってきたのが生きてきているというところでは、私は非常にいいアイデアではないかと思っている。

それから、３ページ目、４ページ目で、特に高齢者施設をこの中に入れていただいているというのは重要なところだと思うので歓迎する。３ページ目の医療従事者の範囲で、医師にかかわらずその他の職員で、診療科、職種は限定しないと書いてあるので、この中で読めばいいと思うが、2009年新型インフルエンザのときの経験で言えば、医師、看護師よりも窓口業務の人が結構感染の対象になっている。そういう方々は曝露されるということではかなり優先順位が高まるのではないかと考えている。

それから、自治体等の新型コロナウイルス感染症対策業務のところ、患者と接する業務を行う保健所職員、検疫所職員、できれば地衛研職員も加えていただきたい。直接患者さんとは接していないが、検体に接しているということはあるので、その辺りもこの「等」の中に読み込むということを考えておいていただければと思う。

接種体制であるが、８ページ目の解析結果概要というところで、中間のレポートはそれぞれきちんとしたジャーナルに出ているので引用できると思うが、最終的判断はPMDAのデータ、それから、薬審での審査ということになる。世の中では有効率95%ということが大きく出る一方、接種した後にアナフィラキシーが起きたという反対の報道がまた大きく出てきたり、非常にぶれるところが多いが、きちんと冷静にやっていく必要があると思うので、最終的には日本の治験も含めて判断するというのをぜひ私たちも受け止めておく必要がある。

11ページ目の接種体制の基本設計で、接種場所や接種方式について書いてあるが、有害事象についてきちんとまとめるというところもこの発想の中にはぜひ入れておいていただきたい。当然議論になっていると思うが、紛れ込みも含めて色々な事象が起きる可能性があるのも、ぜひその点についてはきっちりデータが取れるようにしていただきたい。

私はこの間ワクチンのセーフティーに関するWHOの会議にも出ているが、そのとき、アメリカあるいはヨーロッパもそうだが、それこそ接種しに来た人にアプリを渡して、それで健康異常に関して連絡をするということであった。もちろんそれには紛

れ込みその他も含まれるが、アドバースイメントとして早く登録するといった方法も既に導入、動かしているようだから、COCOAと同じような考えでそれも発想の中に組み込んでいただければと思う。

最後に、14ページの接種の流通の部分だが、接種会場を広くすれば広くするほど、それに対するワクチン直接の副反応ではなくても、例えば痛みで血管迷走神経反射のようなものが起きたときに周りが一斉に不安になるというのがある。集団接種に慣れていない人ばかりでやるわけなので、きちんとそういうことがあり得ることも併せて伝えていく必要があると思う。特にこれもWHOで、現在ワクチンの副反応あるいはアドバースイメントの中には、ワクチン液そのものによる影響ではなくて接種をすることのストレスで痛みが生ずる、あるいはその痛みが長引いてしまう。ついこの間、そのようなワクチンの問題があったが、そのようなことに関してきちんと説明できる体制も一緒にやっていただければと思う。

○大竹構成員 2点ほどコメントしたい。1つ目は、接種率の目標のようなものを何か考えていらっしゃるのかをお伺いしたい。例えばグループ別に、このグループは何%でないといけない、というのがあり、それを目標にやっていくという体制で考えていくのかどうか。

2つ目は、クーポンについて、私も風疹で研究したが、クーポンを出すか出さないかで、抗体検査・ワクチン接種率が異なった。クーポンを発行した1年目は対象年齢の男性のうち47歳未満のみにクーポンを発行し、それ以上の年齢には発行しなかった。同じ無料であるのに、その年令の前後で相当の接種率の差があったので、効果があると思う。それから、クーポン2回の問題という部分で、スマホのアプリなどをうまく利用すれば、1回目にやったクーポンをなくしてしまうといったケースも想定できるので、検討されたらどうか。

○太田構成員 質問と意見がある。まず、質問については、接種順位の考え方のところの医療従事者の範囲である。3ページ(2)で「新型コロナウイルス感染症患者に頻繁に接する機会のある医師その他の職員」という書き方になっているが、実際にどれぐらい限定されることを考えていらっしゃるのか。何が言いたいかというと、(1)のところに書いてあるが、「感染予防の効果を期待するものではなく」というのが今回の趣旨になっているので、実際に患者さんに接するような医療従事者ということで限定するというのは分かるが、そうすると、いわゆる新型コロナを診ている重点協力の医療機関、診療所を含めて様々な種類の医療機関が出てきているので、もしそのような形で制限をかけるということであるならば、それに外れる医療機関の医療従事者が結構出てきてしまうかと思っている。

具体的には、例えば療養型の医療施設、お年寄りを診ている病院等のスタッフやドクターは原則として新型コロナを直接診ないという形の類型に分類された場合にここで打たないという形になると、医療従事者、高齢者、その次に高齢者施設の従事者等といったいわゆる介護系の方の従事者が来るが、そこにも入らないと、それよりも後になってしまう可能性が出てくると思う。だから、もしそのような形で限定されるとするならば、少なくとも高齢者施設等の従事者への接種と同じ段階となるよう、残った医療従事者は何らかの形で順番を考えていただかないといけないということで、発言をさせていただく。もしその辺が分かれば教えていただきたい。

○清古構成員 自治体の立場で質問だが、2ページの接種順位の考え方で、このクーポン券を配布するというのが自治体の役割になる。今回は市町村が実施主体ということで住民接種の一本でやるが、その前に医療従事者への接種が始まる。この医療従事者の方へのクーポン配布はどうやってやるのか。高齢者施設の従事者への接種も優先されるが、そのときに、基本は住所地で打つということだが、従事者も色々なところから通勤しているので、施設の入所者と一緒に従事者の方も打つような形になるのかといった点についても、また説明会があると思うので、説明いただきたい。

○押谷構成員 この優先順位などの書き方だが、これだけ読むとこれで決まったような感じの印象を受けてしまうので、色々なデータがこれから出てきて、そのような中で優先順位の考え方も変わってくる可能性があると思う。だから、副反応、アナフィラキシーの問題などが今は議論になっているが、そういうものがあつたときにもどのように考えるのか。今、国際的にもワクチン接種を国がどこまで強制できるのかという問題もあつて、インフルエンザワクチンの場合には医療従事者は必ず受けなくてはならないということがゼネラルルールになりつつあると思うが、そのように強制してしまつていいのか。副反応の問題もあるので、このようにしてとにかく医療従事者は絶対受けなくてはならないといった考えになってしまうのは危険かと思う。

高齢者施設などに関しても、本当にこのワクチンで感染阻止できるのかというのは未知数なわけである。そうすると、高齢者施設の職員がワクチンを接種していることで本当に高齢者への感染を阻止できるかどうか分からない。むしろ症状はあまり出ないがウイルス量はあまり減らないというワクチンだった場合には、かえって感染のリスクを増大させる恐れもある。そのような色々な不確定要素が多くあつて、この時点で決められるものではないということをしちんと説明をしていくことは必要かと思う。

あとは、新型インフルエンザのワクチンの議論の中でもあつたが、アナフィラキ

シーなどの問題があると、医療従事者が相当これに取られるわけである。今、既にかなり逼迫して医療従事者は非常に厳しい状況にある中で、ワクチン接種にアナフィラキシーの問題があると、きちんとした対応ができる医療従事者を相当数確保しないとワクチンを接種できなくなるので、そういうことも含めて色々な検討が必要かと思う。

○釜菴構成員 厚生労働省から御説明があったが、基本方針部会、それから研究開発及び生産・流通部会の構成員として色々お話を伺っている。また、予防接種室とは緊密に色々情報交換をさせていただいている中で申し上げておきたいと思うが、これはこれまで経験のないワクチンである。全く使ったことのない初めてのワクチンなので、色々な懸念については十分考えてやっていかなければならないと思うが、これまでずっと予防接種に携わってきて、国が来年の6月末までに全国民分のワクチンを調達するという大方針を出されたことは、大変心強くありがたいことだと思う。これをいかに有効に使うか。決して強制的に接種ということではなく、情報開示しながら適切にやっていく必要があるが、ワクチンがなくて打ちたいと思う人がいるのに打てないという事態は、国がそうならないようにしっかり手当てをさせていただいていることについては、改めて大変感謝を申し上げたい。

その中で、分からないワクチンなのでどのようにやったらよいか。御説明の中で集団的な予防接種をかなり考えなければ、というお話もあったが、これがうまく回るのかどうかは今後の検討課題だと思う。色々計算してみると、集団的な接種だけではとても処理できないので、医師会も全面的に取り組まなければいけないと思っている。なるべく多くの医療機関が接種に参画できないと処理できないだろうと思うので、そのようにやりたいと思っている。一方で、このワクチンに対応できる医療従事者が自然と増えるわけではないので、新型コロナの対応をして、そしてそれ以外の疾患の対応もしている医療従事者が、またワクチンの対応もしなければならぬ。これは集団でやる場合も、あるいは自分のところでやる場合についても同様であるので、その辺りのバランスをよく考えながら無理のない計画を考えていかなければならないと思う。

もう一点、学会などから、接種をした人を全員登録する「レジストリ」という提言が出ているが、これはなかなか難しいと思う。というのは、もともと今回の予防接種は市町村が実施主体で予防接種台帳に載せる。この台帳は市町村が管理して個人情報保護に非常に注意をしてやるわけである。国がいかにその情報を共有できるかというところの個人情報保護の観点での何か工夫が必要だとは思うが、この予防接種台帳をうまく利用すべきだと思う。新たにレジストリをつくるとすると、どこで入力するかは容易なことではないので、それよりもワクチンの接種が始まった段階で、接種の早い段階では接種者をしっかり管理して、情報をしっかり集約して、

よいデータを集めることに注力すべきだと思っている。

○南構成員 御説明をいただいた件については、色々接種の体制や優先順位など考えて御検討いただいていることを感謝したい。

その上で、さきの岡部委員の発言と重なるが子宮頸がんワクチンのときにも経験されたことで、いまだに係争状態にあるわけだが、接種したワクチンの成分が問題なのか、それとも接種したということが問題なのか分からない事象が両方有害事象に入っているということはよく言われている。

弁護士さんなどから、ワクチンの中身に関して起こってきたアナフィラキシー等の色々な問題は「因果関係」と言うが、接種そのものを原因とするものも別の言葉で分けているというお話を伺ったので医学・医療の専門家にその話をすると、後者は科学的にはあり得ないというように言われてしまうことがあり、率直な感情として納得がいかないことがある。

だから、接種することについても様々な問題があり、岡部先生がおっしゃった血管迷走神経反射などもある、ということは重々周知しておく必要がある。とともに、押谷構成員がおっしゃったワクチンそのものの現状における評価が現時点で全く定まったものでないということも含めて情報の出し方は、そのまま情報の受け止められ方にもつながるわけで、極めて重要である。その辺りを接種に際しては重々配慮してほしい。私どもも報道という立場で真摯に考えたいと思うが、情報を出す側の御尽力もぜひお願いしたい。

○石田構成員 私も、ワクチンそのものの評価あるいは有効性をしっかりとチェックする必要があると思う。ただ、それを大前提とした中で、今回優先順位で高齢者施設に従事をされている方の位置づけも明らかにしていただいたことには、まず賛成したい。特に高齢者施設に従事されている方は、日常からプレッシャーが非常に高い中で仕事をやっていらっしゃっていて、そういった意味では、ワクチンの接種は一つの安心要素になると思っているので、感謝を申し上げたい。

それと、これまでワクチンについて何回も分科会で議論して、議論経過をしっかりと国民の皆さんに伝えることが重要だという話をその都度させてもらってきた。接種はあくまでも本人の判断ということになるが、本人が判断に至るまでの色々な情報の伝達、そして、リスクコミュニケーションの話も極めて重要だと色々な議論の場で皆さんと共有させてもらったと思う。

一方で、これからどのように体系立ててこのリスクコミュニケーションをきちんと展開していくかということもしっかりと考えなくてはいけないと思っている。現場で多くの働く仲間と色々話をするが、ワクチンについては賛否があったり、あるいは知らない、知りたいといった話をよく聞くので、私も努力するが、ぜひ専門家

の皆さんからしっかりとリスクコミュニケーションにつながる色々な情報をいただければと思っている。

それと、法案成立の話もいただいた。大事なものは、幾つか附帯決議が出ているので、そこについてはぜひ御配慮いただければと思っている。

もう一つ心配なのは、結果として色々な副反応あるいはアレルギーの関係も含めて、接種をする人・しない人、できる人・できない人といった方々が出てきたときに、偏見差別や誹謗中傷、あるいは職場の中でのいじめなどにつながらないように、ぜひ色々な事情があることを広く国民に伝えることも大事だと思っている。

それと、医薬の関係者の皆さんと話をしたときに、ゼロリスクはもうないという話をされていたが、そのとおりでと思っている。ただ、接種が始まって以降の市販後調査が極めて重要だとおっしゃっていたので、まだそういう時期ではないことは承知だが、並行的に御検討いただければと思っているので、よろしく願いしたい。

○脇田構成員 ワクチンについては、私も予防接種分科会、あるいはその下の基本方針部会等で議論させていただいている。その上で、このワクチンの有効性、安全性は十分に評価がされているわけではないということで、欧米でも緊急使用許可ということだから、しっかりと承認のプロセスを踏んで有効性、安全性を解明していくという下で使われるべきだと考えている。

さらに、このワクチンは年代によって有効性、安全性の考え方は少し変わってくると思う。そういった情報を、分かりやすくコミュニケーションしていくことが非常に重要であり、体制をつくって、国、自治体、専門家からワンボイスで伝えていくことが重要だと考えている。

それから、この高齢者施設等の従事者への接種というのは今回初めて出てきたと思う。入所者の方はそういった施設での接種ということになると思うが、従事者の方についても、それぞれの居住地で接種するというよりは、できればその施設において一緒に接種できるような体制が望ましいのではないかと考えているので、御検討をお願いしたい。

最後に、接種はかなり大規模なオペレーションになると思う。それには医療従事者あるいは自治体の方が関わるわけだから、今の感染状況が続くようでは非常に厳しい状況になると思うので、ぜひ感染状況を改善して行って、このオペレーションをスムーズに行えるような体制で臨むべきだと考えている。

○武藤構成員 ワクチンに関するコミュニケーションについてのチームをつくって、戦略を考えたほうが良いと思う。今はアメリカやイギリスもそうだが、ワクチン接種の第1例目の人はこのような人である、と盛り上げるような報道が結構あって、それをみんなただ見る、という感じになっていくと思う。今、ニューヨーク・タイ

ムズなどはアプリが出ていて、年齢などを入力すると、自分は今何人待ちかわかるようなものがある、私は先ほどやってみたら1億3500万人目に打てるといった結果が出てきて、相当な行列があるということを伝えつつ、それを楽しみに待ちましようといった雰囲気である。そのような中で、日本は日本の治験を待ってそこから本格的にということになると思うが、どのような受け止めになるのかが今はよく分からない。慎重な人たちや反ワクチンの人たちのこともあるが、もしかすると祭りのようになる可能性も少しあって、その辺りをよく見極めながら戦略をつくるためのチームを考えていただきたい。

また、ほかの国では優先順位に関して倫理的な問題も相当議論していて、例えば買収する人をどうするかといった、比較的ワクチンを希望することを前提にした議論がかなり進んでいる。日本はどちらかというようお願いして接種してもらうという形だと思っているが、海外の倫理問題の議論はあまり参考にならないところで、どのように接種の目標を打ち出していくか、併せてその戦略を議論の中で決めていただけたらと思う。

○尾身分科会長 ワクチンに関するチームを作って戦略を考えるという武藤構成員の提案について、私は非常にいいと思うが、皆さんいかがか。

ワクチン接種のオペレーションについては、脇田構成員がおっしゃったように今の感染状況を早く改善してからの話となると思うが、先ほどの水際の戦略と一緒に、ぜひ対応をお願いしたい。そういうことで、資料4-1は分科会の決定ということでよいか。

○厚生労働省（正林） 前回、厚労省でつくった広報チームと内閣官房の広報チームが一緒になってやっているという話をしたが、そのチームは今、SNSを使って色々なことやっているが、恐らくワクチンは年が明けたらもっともっと話題になっていくので、広報チームをもっと強化してこのワクチンのリスクコミュニケーションをやっていけばいいかと考えている。その際、専門的な助言が必要となるので、石川構成員や武藤構成員、あるいは医療関係の方など色々な方にも関わっていただけたらと思っている。

また、岡部構成員から有害事象についてコメントをいただいた。今回はまず治験のデータをきちんとメーカーから出していただいて、PMDAでしっかり審査して、有効性と安全性をチェックしてもらう。その上で薬の関係の審議会にお諮りして、これを薬事承認するかしないかという御議論をいただく。そこでもし有効性が安全性よりも上回る、これは承認すべきだという答申が得られたら、それを厚生労働大臣が認可する、という形になる。

副反応が出た後も法律に基づいた副反応報告を出していただいて、そこもまた審

議会でチェックしながら、このワクチンはどうかというのをきちんと評価していくということもやっていく。それから、リスクコミュニケーション、有効性、安全性のデータはきちんと一般の国民に分かりやすく伝えられるようにしていこうと考えている。その他もろもろ、とにかくまだまだどんなワクチンか分からない段階なので、優先順位についても今後変わる可能性も大いにあるかと思っている。

○田村厚労大臣　ワクチンについて、きちんとしたリスコミをやっていかななくてはいけないので、そこはしっかりやらせていただきたい。

それから、ワクチンの接種は努力義務ではあるが、例えば介護現場であろうと医療現場であろうと義務ではないので、そこはきちんとお伝えするようにしないと、それこそそこで色々な偏見が起こると大変で、それは国会審議でもしっかりと議論してきたので、しっかりと対応してまいりたい。

一番の問題は接種体制であり、色々なパターンが考えられる。ワクチンも色々あるから、オペレーションを専門に考えておられるような専門家とも話し合いをさせていただきながら、しっかりと対応できる計画をつくってまいりたい。

<議事（3）感染状況等を踏まえた今後の対応等>

○今村構成員　<資料5-1を説明>

○中山構成員　<資料6を説明>

○河本構成員　感染者数の増加や、それに伴う医療の逼迫度合いについて、引き続き予断を許さない厳しい状況にあるということは重々承知している。そうした意味で、今回の提言内容についてはおおむね賛同させていただく。

その上で、3点ほど述べさせていただきたい。1点目は、年末年始の休暇分散とテレワークについてである。経済界では西村大臣からの要請もあり、経団連をはじめとする経済団体からは既に各企業に強いメッセージを出しているところである。特にテレワークについて、官公庁の業務や会議体についても同じだと思うが、一律にテレワークを実施することが難しい面もある。しかしながら、そのような中でも、各企業がそれぞれ業種やビジネスの内容に応じて取り組んでいることは改めてお伝えしておきたい。各企業ができることは極力対応する努力を行っている。その上で、もちろん政府から要請があれば改めて呼びかけをしていくが、そのような状況にあることをご理解いただきたい。年末年始の休暇分散についても同様である。

2点目は、移動に関してである。人の流動や、それによって人口密度が高まることが感染の一つの要因であることは再三お伺いしているところであるが、社会経済

活動を進める上では、県境を越えた移動は必須である。通勤や出張など、ビジネスを目的とした人の流れや物流を制限するのは、緊急事態宣言と同等の意味を持つ厳しい措置になると受け止めている。各自治体や関係者それぞれが努力しているところだが、もし仮にシナリオ3が現実のものとなり、移動自粛を要請することになった場合においても、要請期間は最低限にさせていただいたり、感染が落ち着いているところや感染防止策が徹底されている場合は除外したりするといった配慮していただくようなことはお願いしたい。

最後に3点目は言うまでもないが、この会議でも緊急事態宣言は絶対に避けなければならないという思いで色々な議論をしてきていると思っている。そうした危機感を改めて国民全体で共有することが必要だと思う。一方で、少し懸念しているのは、メディアを通して報道される内容、つまり国民視点に近い見方からすると、分科会の提言に込められた考え方と政府の施策がうまく整合していないように捉えられているようなこともあるのではないかと危惧している。分科会、アドバイザリーボードを含め専門家の意見を聞くとともに、専門家、政府、自治体の間では丁寧なすり合わせを行っていると思うが、一般国民の目線で見るとそこが伝わってきていない状況については、もう一度御努力を強めていただく必要があるのではないかと考えている。

資料1の1ページの現状の認識の最後のところの2行に書かれているが、現状認識は「多くの人々においては、これまで以上の行動自粛を求められることに対する拒否感が高まっている。また、事業者においても、長く続く対策の影響などにより、経済的な打撃を受けているため、対策の早期の緩和を望む声がある」とある。それよりもやらなければいけないことがあるというのが今日の議論ではあるとは思うが、こういった抵抗感や自粛疲れといった感情が高まっているということを考えてながら、不安が募る中、苦境を乗り越えていくための具体的な施策を、強いメッセージとして出していただきたい。

特に飲食、観光、旅行業等の事業者に対しては、政府が今回の3次補正予算の中でもかなり色々な施策を出してくださっているが、感染による経済的な影響が長期化する中で、事業存続に残された体力もかなり厳しいところに来ているのも事実である。御認識いただいているとは思いますが、改めてこういった現状の認識も共有させていただきたい。

○石田構成員 今やるべきこと、やらなくてはいけないこと、提言内容は極めて重要であって、それを我々としても協力していくということは最大のやるべきことだと思っている。ただ、今回が第3波というのであれば、第1波、第2波のときにかなり大きく影響を受けた業種・業態、あるいは関係者の皆さんがこれからさらに生活困窮に陥ったり、あるいは廃業をしなければいけない、さらには、あってははいけな

いがそれを苦に自殺をしたりしてしまう、といった状況は絶対に避けなければいけないと思っている。今やるべきことは十分分かっているが、それと併せて政府の色々な支援をさらに御検討いただきたい。

それと、年末年始の関係で、初詣の関係というのは資料のどこで読み取ればいいのかを教えていただきたい。

○釜萯構成員 まず、資料5-1のこの提言のまとめをしていただき、感謝申し上げます。内容はこれまでに分科会から提言をしてきたことと特に大きく変わるものではないが、この時点において、私の印象では、自治体、都道府県知事が色々な判断をするのにさらにやりやすくなるように分科会として新たな提言をしたということではないかと感じている。資料1の2ページの今後の対応についての最後のポツで、「これまで分科会から政府への提言を踏まえた対策が国と自治体の連携の下、実行されているが、全体として必ずしも新規感染者数を減少させることに成功しているとは言い難い」とあるが、これはとても厳しい文章だと感じる。なかなかうまくいっていなかった原因は何なのだろうかというところ、それは色々あるが、一つは国と地方自治体、都道府県の首長がしっかり連携をし、施策を判断していくという中で、どうもなかなか前に進まない、あるいは判断が遅れがちだということがあるのではないかと思う。

今回のこの提言はあくまでも国に対する提言であるので、シナリオ1、シナリオ2、シナリオ3の内容は全く賛成であるが、4ページの上のところに、「以下の3つのシナリオごとに示した中から、国及び地方公共団体は必要な対策を実施していただきたい」と書かれているが、これはあえて「国は」として「国は地方公共団体の迅速な判断と決定に資するよう一層の調整と支援を実施していただきたい」というように、むしろ国に対してのお願いを少し強めたほうがよいのではないか。国が自治体と調整をしてやっていただいているが、国としての後押しをさらにお願いし、そして、首長さんが判断をするために背中を押していただく、あるいは判断が遅いと思ったときには少し促していただくという形の書きぶりのほうが良いと感じる。

平井知事から前の分科会で、今日の参考資料に出ている8月7日の資料5-2の指標を見れば現状は誰でも分かるという御発言があった。誰でも分かるのになかなかそこでその地域のステージがどうだというところの表明ができないことについて、さらに何かやりようを少し変えないといけないのではないかと強く思い、そのように発言をさせていただいた。

○館田構成員 資料5-1の3ページの「(5)の感染症に強いビジネスモデルの構築」のビジネスは一つの大事な要素であることは間違いないが、ただ、今回のパンデミックを乗り越えてもまたその次に新しい感染症が来るかもしれない。これを乗

り越えたときに我々としては感染症に強い社会を作らなければならなくて、ビジネスモデルは、例えば医療現場、保健所の機能など、そのような様々なことの中の一つという形で書いていったほうが何となく伝わるかと思うが、いかがか。

○小林構成員 私も資料5-1について、4つほどコメントしたい。1つ目は、1ページの現状の認識の最後のパラグラフだが、一般国民、そして経済界の苦境についてしっかり現状を認識しているという言葉を入れていただき感謝申し上げます。この認識を持った上で国民の皆さんに対して行動の自粛をお願いするというのは、このような提言が一般の方々の心に届くためには非常に重要な文言だと思うので、その点はもう一度この場で共有していただければと思う。

2つ目は、3ページのシナリオにかかわらず共通して実施すべき施策のところ、(5)の感染症に強いビジネスモデルの構築というところだが、館田構成員の御意見に私も賛同する。単純に事業者だけのことではなくて、社会全体の構造が感染症に強いものに変えていかなくてはいけないという認識は、分科会からメッセージとして国民の皆さんに伝えるべきだろうと思う。その中でもこの事業者、特に飲食、宿泊のような、今一番、新型コロナの直撃を受けている事業者は何とか現状のままのビジネスを続けようと頑張っている人もいらっしゃるの、そこは早めに感染症に強い、非接触型のサービスといった新しい考えで事業の在り方を変えてもらいたいということで「ビジネスモデル」と使ったが、ここは表現を変えてもいいかと思っている。

3つ目は、9月、10月の話を少し申し上げたが、なぜ今こうなっているのかについて国民に対してある種説明をする、あるいは少なくともこれから検証をするということは国民に対して約束をしたほうがいいのではないかと思った。だから、新しく書き込むかどうか分からないが、本来9月、10月にどのようなことをやっておくべきだったのか、あるいはその検証をやるのかどうか。そして、もう一つは現状において医療が逼迫しているというのはみんな知っているが、計画上は重症者用の病床は3,600床以上確保できることになっていたはずで、それが全国の重症者が500人前後になったところでもう本当に逼迫しているというのは、計画に問題あるいは数値に問題があったのかどうか、あるいはこれからどのような計画を立てていくのかということも説明し、これから検証するということは何かしら書いておくことが必要だと思う。

要するに、国民の一般的な感情としては、計画上まだ病床に余裕がある、医療提供体制に余裕があるはずに見えるのに現状はこんなに逼迫しているというのは、その結果として我々は行動の自粛を求められているということだから、説明をきちんとしておく必要があるのではないか、ということである。

最後に4点目、現状逼迫している医療の提供体制について、これから医療提供体

制の増強についてきちんとコミットするということは書いたほうがいい。実際にシナリオ2とシナリオ3において医療提供体制の増強について書かれているが、シナリオ1も含めてやるべきことのような気もするので、医療提供体制あるいは保健所の体制の強化というのは、共通して実施すべき施策に入れる部分があってもいいと思う。第3次補正予算も決まって、これから経済対策の中にもそのような項目が入っているから、3次補正を有効に使うことによってより医療提供体制を増強していく、あるいは保健所体制を増強していくという項目は、これも国民への約束として、シナリオにかかわらず実施すべき施策として書いておいてもいいのではないか。

○大竹構成員 資料5-1の6ページ目について、シナリオ2の(2)の4つ目の中黒のところに、「医療・介護従事者を支援するために財政支援を行う」というメッセージがある。これは非常に重要だと思うが、現在、新型コロナの病床確保が足りないということが大きな問題となっていて、それは病院にとって通常医療をしたほうが収益が高い、コロナの病床を確保すると赤字になっていくというのが問題であるから、シナリオ2になっているような状況のときには、コロナの病床を確保することが病院にとって収益悪化にならないように、より強力なインセンティブをつけることは別途明記したほうがいいと思う。

○石川構成員 資料5-1の4ページ(1)の「人々への警戒メッセージの発信」というところ、これは確かに必要だとは思いますが、コロナ禍が随分続いてきていて、恐らく徐々に要請に従わない人が増えてくる状況が出てくるわけである。例えば若い人にとってこのコロナという問題は、行動を自粛しなくてはいけないのだが、3月、4月のコロナが発生した初期の段階であれば、危機感を持って対応しなくてはいけないということはすっとんと落ちるが、今はもうそのようなフェーズではない。例えば自分の人生にとって、学業はどうしたらいいだろう、就職はどうしたらいいだろう、パートナー探しはどうしたらいいだろう、といったことが個人の課題として優先順位が上がっていて、感染予防策は恐らく優先順位的には落ちているのが実態だと思う。これは私の仮説であるが、調査をすればそれが分かると思う。

だから、危機感を共有するというのは、もう今のフェーズではかなり難しい。例えば産業のセクターでも打撃を大きく受けるセクターもあれば、デジタルトランスフォーメーションを推進するような企業は業績を上げていて、全然危機感が違うと思う。年代的に言っても20代・30代と70代・80代では全然危機感が違って来る。だから、国民が同じように危機感を共有するというのは、もう我々は求めることができない。もちろん対策を実施する側は共通の危機感を持って対策を実施するという姿勢はとても大事だが、国民と一言で言って、それを全部同じマインドセットだと思うことは、もう無理なわけである。とりわけ20代、30代の行動力の旺盛な方々に

対して危機感を持ってくださいと言っても、もう既に簡単に危機感は出てこない。だから、その方々が持っている例えば就職のことや、キャリアプラン、恋愛などと関連して、このコロナの問題がどれだけ重要な影響力を持つのかを訴えていかななくてはいけない。

だから、警戒メッセージを発信するという事は、それ自体は当然のことだが、そのシナリオが上がったときに、さらに強い警戒メッセージの発信というのは、そのとおりだが、受け手側のことを考えたメッセージの発信をするのであれば、実際に時短要請など現実的な施策を打つことが既にもうメッセージになるのである。言葉で言わなくても、事実がメッセージになっている。言葉で言うメッセージというのは、分かりやすく正確でコンパクトなメッセージのほうがはるかに大事である。だから、そのようなメッセージの出し方に関しても、思いとしてはさらに強い警戒ということは分かるが、あまり現実的ではないと思った。

○厚生労働省（迫井） 小林構成員の御指摘について、医療提供体制を整備する担当者として一言だけぜひ共有とコメントをさせていただきたい。

確保計画を策定したというこの前提条件について、御理解をいただきたいと思っているのは、夏の拡大が収束をしかけてきた段階で、どのような形で春と夏で学んだことを次の波に備えてやっていくのか、という病床確保の計画である。このときの前提は、一定の条件が来たところで緊急事態宣言も含めた強い介入を行って感染の拡大を急速に減速させたときに、その後拡大するであろうピークに向けてどう確保するかという計画であった。現在の状況は明らかにその状況と違う運用をしていて、感染拡大のスピードは大きく減衰しないまま、あのときの計画のスピードを超えて増えていっているのだから、医療提供体制、とりわけ病院に対しては相当厳しい条件を強いている。その条件設定についてはぜひ改めて共有をさせていただきたい。

○田村厚労大臣 そういうことであるが、それでも医療をどう回すかということを考えなくてはならないから、現状の中でどのように医療関係者の方々の負荷をなるべく減らしながら多くの患者を診ていくかということ、1週間か2週間ぐらい後にパッケージを出させていただきたいと思うので、よろしく願いしたい。

○太田構成員 医療提供体制の話が出たので、まず、この提言に関しては賛成させていただく。私の認識では、我々は通常で救える人は当然救える体制の下、新型コロナに対応するというのを前提で考えているというのが医療者であると考えている。これから冬になり、ほとんどの病院などはただでさえ病床が逼迫する時期であり、入院させるのが結構大変である。心筋梗塞、脳卒中、様々なものが起こるが、そのような人も通常救える人は救い、だが、それと同時に新型コロナも対応して救うと

いうことを前提で病床を確保したり、人員を割いたりしているから、かなりタイトである。

よくマスコミなどで、欧米ではあれだけの重症者の患者さんを診られているという話がある。我々の言葉で言うと、もう既にあれは医療が崩壊している状況だと思っている。通常で救える人は救えない、通常で我々の秋ぐらいに救えたような人も救えていないような状況の医療が提供されているので、あれだけの数がさばけていると、私は現場として認識しているので、そういう状況でいいのならば、そういうものだと思う。高齢者の方々に対してどこまでのケアをするかということにもつながると思うが、単純に海外がこれぐらいの人数をさばけているからというのは、人の命に対するケアの仕方、考え方が違うと思うので、その辺も含めてしっかりと考えないと、実際にどこまでのキャパを我々医療側が準備できるのかというのは少し違うのではないかと認識している。

○中山構成員 石田構成員から質問のあった初詣については、たしか年末年始の休暇の分散のところで出てきたお話だと思ったが、御指摘のように、ここで忘年会・新年会といって年末年始に特化した提言になるので、ここで新たに初詣という項目を設けて追加したほうが良いと思う。初詣は時期をずらして3密を回避する、ぐらいのことでよいと思うが、それに加えて御意見があったらお聞かせいただきたい。

○石田構成員 少人数であることが前提だと思うので、大人数で行くというのは避けなければいけないと思う。

○尾身分科会長 それでは、そろそろこれで結論を出したい。資料5-1を御覧いただきたい。まず、1ページ目の下側の青いボックスについてである。今、議論には出なかったが、最初のパラグラフの2行目「加えて、重症者数は、仮に新規感染者の増加傾向が鈍化してもその増加がしばらく続き」というところだが、昨日アドバイザーレポートでも議論が出て削除した経緯があるので、ここは「重症者数の増加はしばらく続き」というように修文したい。

それから、この同じボックスの一番下のパラグラフの1行目「拒否感」という言葉だが、皆さんの意見は出なかったのだが、私はこれを書いた後に「拒否感が高まっている」というのが少し実態とは異なっており、これは多くの方がもう辟易しているという感じだと思う。だから、もし皆さんがよろしければ、そのように修文したい。

次のページ、医療提供体制のことも共通して実施すべき施策のところに書いたほうが良いというご意見があったので、うまくここに入れたい。

それから、議論になかったが、3ページ目の②検査の最後の点、濃厚接触は14日

でなく最終曝露日からと書いてあるが、むしろアメリカのCDCなどは色々なことを最近言っていて、ここについてはエビデンスが必要である。周知の徹底ということがポイントではなくて、もう少し科学的な根拠を持って短期間にできるのかどうかということがポイントなので、ここはそのような趣旨で、サイエンスのエビデンスを集めて少し検討していただきたい、という書きぶりにしたらどうかと思う。

それから、同じページの（５）感染症に強いビジネスモデルについては、もう少し社会全体が感染症に強いものに変えていかなくてはいけないという書きぶりに修文したい。

４ページ目、色々なポイントの中で最も重要なことのひとつだと思われるのは、釜井構成員に言及していただいた「国及び地方公共団体」という部分である。趣旨は、国が地方自治体の背中を押すような、しっかりした感染対策をもっと早めに打てるようにしたほうがいい、ということだと思うが、冒頭、平井知事のコメントにもあったのと軌を一にするので、そのような趣旨に書き換えたい。

石川構成員の「警戒メッセージ」のご指摘について、今の感染状況が続いて経済が悪くなると、今まで以上に若者などの就職の機会がなくなってくることが一番若者の心に響くのではないかということがアンケートであるようである。ここは、警戒メッセージを削除して、若者にとって心に響くようなものに変えたほうがいいと思う。

５ページ、６ページで、河本構成員からは移動の制限に配慮を、というご意見をいただいて、お聞きしながら気がついた点は５ページ目の一番下のポツで、ここはシナリオ２の場合は「社会経済圏を越えた往来の自粛要請」と言っており、７ページのシナリオ３の場合は「県境を越えた移動の自粛要請」としているが、それぞれ全く感染がないところまで自粛要請をすることは当然考えていない。ここはステージⅢやⅣなどとそれ以外のところの往来のことで、ステージⅡ同士や、感染が下火になっている社会経済圏同士の往来についての自粛要請は考えていないので、ミスリードにならないように修文したい。

最後は６ページ目、大竹構成員から御意見があった４ポツは、「更なる強力な財政支援」とだけ言ってもよく分からないということで、しっかりとした強力なインセンティブが働くようなものでないといけない。医療の関係者は本当に、今までは少し足りな過ぎるのではないかという認識なので、もう一段、両大臣におかれては格段の財政支援をよろしくお願ひしたいということで、ここは書き換えたい。

初詣のほうは、新年会の中に初詣も入っているが、明示的に「初詣」という言葉をどこかで入れればよいと思うので、そのようにしたい。

そんなところで、この資料５－１と資料６については、今、私が申し上げたような幾つかの修文をするという条件で、分科会としての最終版として政府に提言するというところでよろしいか。

(異議なし)

<議事(4) その他>

○清古構成員 <資料7を説明>

以上