

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3回（2020年7月22日）

目次

1. 議事次第	2
2. 最近の感染状況等	3
3. 東京都の発症者数の推移	24
4. 直近の感染状況等の分析と評価	26
5. 都道府県の感染状況の比較	46
6. イベント開催制限のあり方について	76
7. ワクチン接種について	85
8. 新型コロナウイルス感染症に関する緊急提言	97
9. 新型コロナウイルス感染症と両立する経済活動の再加速について	102
10. 直近の感染状況等の分析と評価 2.....	113
11. 議事録	118

新型コロナウイルス感染症対策分科会（第3回）

日時：令和2年7月22日（水）

13時15分～15時15分

場所：合同庁舎4号館1208会議室

議 事 次 第

1. 議 事

- (1) 最近の感染状況と今後の対応について
- (2) イベント開催制限のあり方について
- (3) ワクチン接種について

(配布資料)

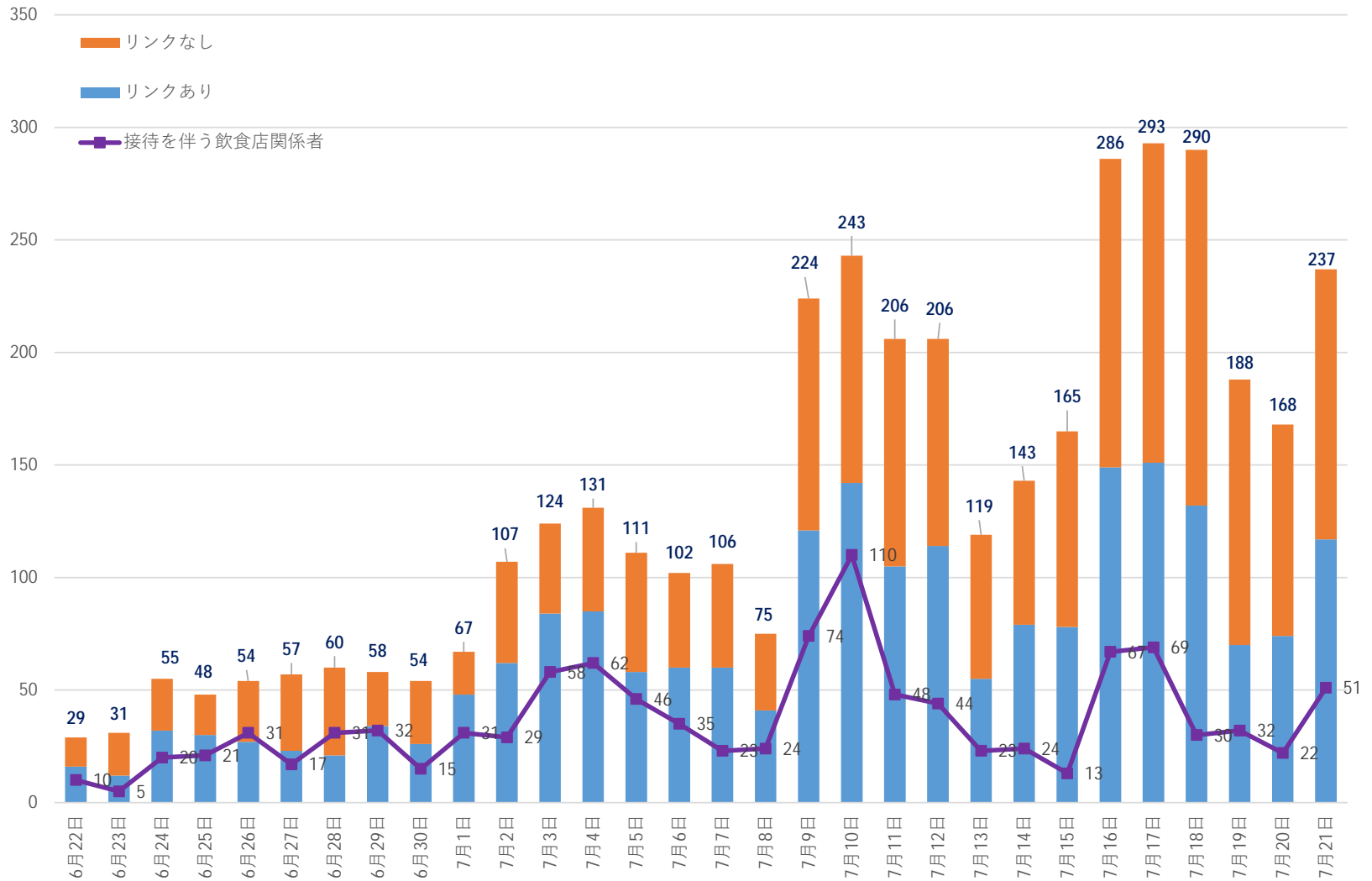
資料1	最近の感染状況等	
資料2	東京都の発症者数の推移	(鈴木先生提出資料)
資料3	直近の感染状況等の分析と評価	(構成員提出資料)
資料4	都道府県の感染状況の比較	(構成員提出資料)
資料5	イベント開催制限のあり方について	
資料6	ワクチン接種について	
資料7	新型コロナウイルス感染症に関する緊急提言	(構成員提出資料)
資料8	新型コロナウイルス感染症と両立する経済活動の再加速に向けて	(構成員提出資料)

第3回新型コロナウイルス感染症対策分科会

資料 1

最近の感染状況等

東京都の感染状況の推移



東京都の感染状況・医療提供体制・検査体制

	新規陽性者数	入院者数	確保病床数	重症者数	重症者症用確保病床数	宿泊療養者数	宿泊施設受入可能室数	PCR検査等人数	陽性率	若年層患者(20・30代の割合)
4月7日	87	—	—	—	—	—	—	271	22.1%	41.3%
ピーク時	206 (4/17)	1,832 (4/28)	2,000 (4/28)	105 (4/28)	—	198 (4/28)	—	329 (4/17)	25.5% (4/17)	31.6% (4/17)
5月25日	8	474	3,300	39	400	25 (5/27)	2,695 (5/27)	954	1.0%	62.5%
現在	237 (7/21)	949 (7/21)	2,800 (7/15)	14 (7/21)	100 (7/15)	155 (7/21)	371 (7/15)	2476 (7/20)	6.5% (7/20)	57.8% (7/21)

※ 1 PCR検査等人数については、1日当たりの数値（報告のタイミング等の理由により、日によって大きな変動があり得ることに留意）。

※ 2 5月13日以降、PCR検査に加え、抗原検査が含まれる。

※ 3 数値について、東京都HPおよび厚生労働省調査より引用、計算。

※ 4 4月28日の病床数は厚労省の調査数値を引用。

※ 5 陽性率：陽性判明数の移動平均 / (陽性判明数 + 陰性判明数) の移動平均

集団感染発生や曜日による件数のばらつき（例えば4月4日のPCR検査数は65件だが、前日3日は551件）により、日々の結果が変動する。このため、こうしたばらつきを平準化し全体の傾向を見る趣旨から、過去7日間の移動平均値を陽性率として算出（例えば、5月7日の陽性率は、5月1日から5月7日までの実績平均を用いて算出）

東京都における高齢者（60代以上）の1週間の陽性者数

	全陽性者数	60代以上	60代以上の割合
3月31日～4月6日	679人	164人	24.2%
4月7日～4月13日	1097人	266人	24.2%
4月14日～4月20日	1039人	293人	28.2%
※（ピーク時） 4月12日～4月18日	1103人	328人	29.7%
6月18日～6月24日	264人	27人	10.2%
6月25日～7月1日	398人	24人	6.0%
7月2日～7月8日	756人	49人	6.5%
7月9日～7月15日	1306人	90人	6.9%
現在 (7月16日～21日)	1462人	130人	8.9%

(出典) 東京都ウェブサイト <https://www.metro.tokyo.lg.jp/> より作成

4月宣言当時と現在の比較(東京都)

未定稿

	宣言時	現在
①人口10万人あたりの直近1週間の新規感染者数	5.0人 (4月5日)	11.7人 (7月21日)
②直近1週間、先週1週間あたりの新規感染者数	直近 679 (3月31日～4月6日) 先週 293 (3月24日～3月30日) (増加率 2.32)	直近 1,627 (7月15日～7月21日) 先週 1,216 (7月8日～7月14日) (増加率 1.34)
③アンリンクの割合	68% (～4月6日)	52.6% (7月15日～7月21日)
④人口10万人あたりの直近1週間の60歳以上の感染者数	1.2人 (3月31日～4月6日)	1.0人 (7月15日～7月21日)
⑤倍加時間	5.0日 (4月5日)	精査中
⑥実効再生産数	1.73 ^(※1) (3月25日までの3月)	精査中
⑦病床占有率	91.6% (※2 4月28日 参考値)	33.9% (※3 7月21日)
⑧重症者占有率	-	14% (※3 7月21日)
⑨宿泊療養者占有率	-	41.8% (※4 7月21日)
⑩PCR検査陽性率(※5)	12.9% (3月30日～4月5日)	6.5% (7月14日～7月20日)

※1 令和2年5月29日新型コロナウイルス感染症専門家会議「新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言」より

※2 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、都が医療機関と調整を行い、確保している病床数(3,300床)を基に計算すると61.6%

※3 確保病床数は東京都のHPより引用、病床数(2800床)、重症者用確保病床数(100床)を基に計算

※4 宿泊施設受入可能数は厚生労働省調査より引用、受入可能室数(371室)を基に計算

※5 陽性判明数をPCR検査件数で除したもの

感染の状況

	人口	直近1週間 累積陽性者数	対人口10万人	最近1週間の PCR検査件数	それぞれの週の 陽性者数	(参考) 陽性率(※1)
時点	2019.10	~7/20(1W)	~7/20(1W)	~7/19(1W)	~7/19(1W)	~7/19(1W)
単位	千人	人	人	人 (A)	人 (B)	% (B/A)
東京都	13921	1533	11.012	25236	1484	5.9%
神奈川県	9198	251	2.729	4920	256	5.2%
埼玉県	7350	297	4.041	6619	293	4.4%
千葉県	6259	179	2.860	3442	178	5.2%
大阪府 (※2)	8809	424	4.813	6708	393	5.9%

※1 陽性率は、「それぞれの週の陽性者数／最近1週間のPCR検査件数」で計算している。

※2 大阪府のPCR陽性率には、抗原検査等の検査件数、陽性者数を含む。

首都圏・大阪府の感染状況等について

① 東京都

	7/7	7/8	7/9	7/10	7/11	7/12	7/13	1週間合計
新規陽性者数	106人	75人	224人	243人	206人	206人	119人	1179人
-うち感染経路不明者	46人 (43%)	34人 (45%)	103人 (46%)	101人 (42%)	101人 (49%)	92人 (45%)	64人 (54%)	541人 (46%)
-うち夜の街関連	23人 (22%)	24人 (32%)	74人 (33%)	110人 (45%)	48人 (23%)	44人 (21%)	23人 (19%)	346人 (29%)
-うち20代・30代	70人 (66%)	50人 (67%)	169人 (75%)	186人 (77%)	144人 (70%)	133人 (65%)	84人 (71%)	836人 (71%)
入院患者数	427人	444人	441人	487人	529人	580人	651人	—
病床使用率	13%	13%	13%	15%	16%	18%	20%	—
	7/14	7/15	7/16	7/17	7/18	7/19	7/20	1週間合計
新規陽性者数	143人	165人	286人	293人	290人	188人	168人	1533人
-うち感染経路不明者	64人 (45%)	87人 (53%)	137人 (48%)	142人 (48%)	158人 (54%)	118人 (63%)	94人 (56%)	800人 (52%)
-うち夜の街関連	24人 (17%)	13人 (8%)	67人 (23%)	69人 (24%)	30人 (10%)	32人 (17%)	22人 (13%)	257人 (17%)
-うち20代・30代	93人 (65%)	105人 (64%)	196人 (69%)	210人 (72%)	189人 (65%)	129人 (69%)	108人 (64%)	1030人 (67%)
入院患者数	679人	721人	760人	836人	875人	917人	920人	—
病床使用率	21%	22%	23%	25%	27%	28%	28%	—

【同一の場で複数の感染が発生した事例(主なもの)】

・新宿シアターモリエール：77名、文京区の認可保育園：41名、介護施設「足立ケアコミュニティそよ風」：31名

② 埼玉県

	7/7	7/8	7/9	7/10	7/11	7/12	7/13	1週間合計
新規陽性者数	27人	48人	22人	44人	35人	31人	26人	233人
-うち感染経路不明者	8人 (30%)	12人 (25%)	12人 (55%)	24人 (55%)	19人 (54%)	18人 (58%)	14人 (54%)	107人 (46%)
-うち20代・30代	9人 (33%)	35人 (73%)	7人 (32%)	19人 (43%)	16人 (46%)	14人 (45%)	17人 (65%)	117人 (50%)
入院患者数	118人	111人	128人	134人	156人	167人	182人	—
病床使用率	28%	26%	30%	22%	26%	28%	30%	—

	7/14	7/15	7/16	7/17	7/18	7/19	7/20	1週間合計
新規陽性者数	42人	38人	49人	51人	48人	38人	29人	295人
-うち感染経路不明者	20人 (48%)	15人 (39%)	28人 (57%)	20人 (39%)	27人 (56%)	19人 (50%)	18人 (62%)	147人 (50%)
-うち20代・30代	20人 (48%)	18人 (47%)	24人 (49%)	22人 (43%)	26人 (54%)	12人 (32%)	11人 (38%)	133人 (45%)
入院患者数	182人	203人	213人	227人	250人	274人	249人	—
病床使用率	30%	34%	36%	38%	42%	46%	42%	—

【同一の場で複数の感染が発生した事例(主なもの)】

- ・ 県内医療機関：13名

③ 千葉県

	7/7	7/8	7/9	7/10	7/11	7/12	7/13	1週間合計
新規陽性者数	11人	9人	22人	12人	13人	31人	18人	116人
-うち感染経路不明者	6人 (55%)	8人 (89%)	12人 (55%)	4人 (33%)	7人 (54%)	12人 (39%)	8人 (44%)	57人 (49%)
-うち20代・30代	6人 (55%)	6人 (67%)	16人 (73%)	6人 (50%)	9人 (69%)	15人 (48%)	8人 (44%)	66人 (57%)
入院患者数	66人	79人	89人	96人	101人	121人	117人	—
病床使用率	8%	10%	11%	12%	12%	15%	14%	—

	7/14	7/15	7/16	7/17	7/18	7/19	7/20	1週間合計
新規陽性者数	25人	29人	32人	21人	32人	24人	18人	181人
-うち感染経路不明者	8人 (32%)	16人 (55%)	15人 (47%)	9人 (43%)	18人 (56%)	8人 (33%)	7人 (39%)	81人 (45%)
-うち20代・30代	9人 (36%)	17人 (59%)	20人 (63%)	13人 (62%)	21人 (66%)	11人 (46%)	11人 (61%)	102人 (56%)
入院患者数	126人	139人	156人	151人	163人	171人	182人	—
病床使用率	15%	17%	19%	18%	20%	21%	22%	—

【同一の場で複数の感染が発生した事例(主なもの)】

- ・タムス浦安病院：38名
- ・レンタルルーム：7名
- ・特養松戸陽だまり館：5名

④ 神奈川県

	7/7	7/8	7/9	7/10	7/11	7/12	7/13	1週間合計
新規陽性者数	9人	23人	25人	32人	34人	24人	16人	163人
-うち感染経路不明者	4人 (44%)	9人 (39%)	18人 (72%)	20人 (63%)	19人 (56%)	14人 (58%)	12人 (75%)	96人 (59%)
-うち20代・30代	6人 (67%)	11人 (48%)	18人 (72%)	20人 (63%)	18人 (53%)	15人 (63%)	7人 (44%)	95人 (58%)
入院患者数	59人	72人	63人	75人	—	—	91人	—
病床利用率	3%	4%	3%	4%	—	—	4%	—

	7/14	7/15	7/16	7/17	7/18	7/19	7/20	1週間合計
新規陽性者数	26人	43人	48人	43人	49人	30人	11人	250人
-うち感染経路不明者	17人 (65%)	22人 (51%)	26人 (54%)	30人 (70%)	27人 (55%)	21人 (70%)	10人 (91%)	153人 (61%)
-うち20代・30代	14人 (54%)	25人 (58%)	24人 (50%)	20人 (47%)	26人 (53%)	18人 (60%)	5人 (45%)	132人 (53%)
入院患者数	92人	96人	101人	118人	—	—	124人	—
病床利用率	4%	5%	5%	6%	—	—	6%	—

【同一の場で複数の感染が発生した事例(主なもの)】

- ・横浜のホストクラブ：42名(6/30新規陽性者)
- ・川崎協同病院：16名

⑤ 大阪府

	7/7	7/8	7/9	7/10	7/11	7/12	7/13	1週間合計
新規陽性者数	12人	10人	30人	22人	28人	32人	18人	152人
-うち感染経路不明者	9人 (75%)	4人 (40%)	20人 (67%)	13人 (59%)	22人 (79%)	21人 (66%)	9人 (50%)	98人 (64%)
-うち20代・30代	8人 (67%)	4人 (40%)	21人 (70%)	11人 (50%)	16人 (57%)	13人 (41%)	14人 (78%)	87人 (57%)
入院患者数	36人	42人	42人	40人	50人	53人	57人	—
病床使用率	3%	3%	3%	3%	4%	4%	5%	—

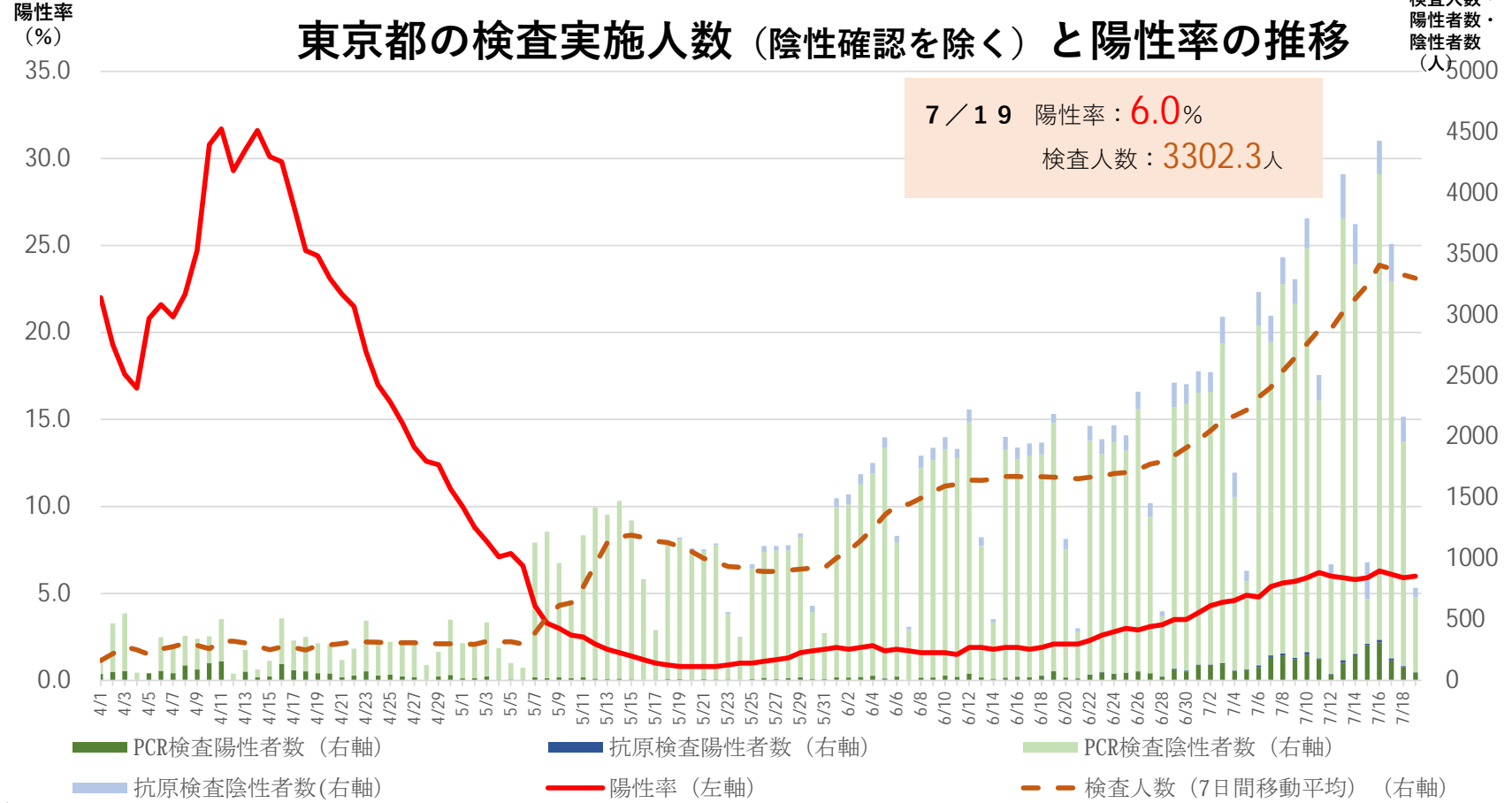
	7/14	7/15	7/16	7/17	7/18	7/19	7/20	1週間合計
新規陽性者数	20人	61人	66人	53人	86人	89人	49人	424人
-うち感染経路不明者	12人 (60%)	41人 (67%)	34人 (52%)	36人 (68%)	46人 (53%)	59人 (66%)	33人 (67%)	261人 (62%)
-うち20代・30代	11人 (55%)	31人 (51%)	37人 (56%)	36人 (68%)	55人 (64%)	59人 (66%)	36人 (73%)	265人 (63%)
入院患者数	57人	77人	95人	105人	107人	121人	142人	—
病床使用率	5%	6%	8%	8%	9%	10%	11%	—

【同一の場で複数の感染が発生した事例(主なもの)】

- ・東大阪市のバー関連：12名

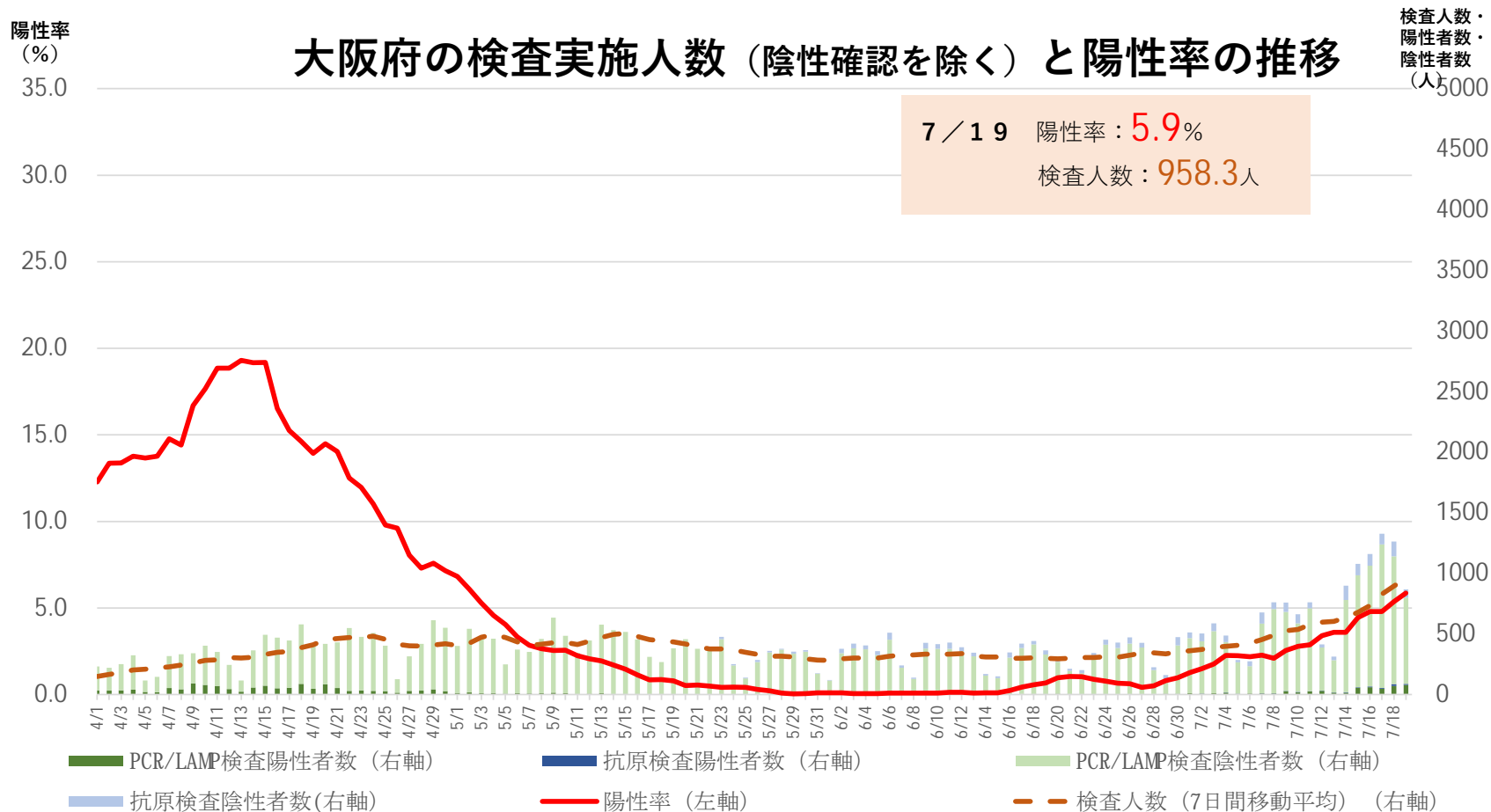
検査人数・
陽性者数・
陰性者数
(人)

東京都の検査実施人数（陰性確認を除く）と陽性率の推移



- (注)
- ・陽性率：陽性判明数(PCR・抗原)の移動平均 / 検査人数 (= 陽性判明数 (PCR・抗原) + 陰性判明数 (PCR・抗原)) の移動平均
 - ・集団感染発生や曜日による数値のばらつきにより、日々の結果が変動するため、こうしたばらつきを平準化し全体の傾向を見る趣旨から、過去7日間の移動平均値をもとに算出し、折れ線グラフで示す。(例えば、5月7日の陽性率は、5月1日から5月7日までの実績平均を用いて算出)
 - ・検査結果の判明日を基準とする。
 - ・速報値として公開するものであり、後日確定データとして修正される場合あり。
 - ・5月7日以降は、(1) 東京都健康安全研究センター、(2) PCRセンター (地域外来・検査センター)、(3) 医療機関での保険適用検査実績により算出。4月10日～5月6日は(3)が含まれず(1)(2)のみ、4月9日以前は(2)(3)が含まれず(1)のみのデータ
 - ・5月13日から6月16日までに行われた抗原検査については、結果が陰性の場合、PCR検査での確定検査が必要であったため、検査件数の二重計上を避けるため、陽性判明数のみ計上。6月17日以降に行われた抗原検査については、陽性判明数、陰性判明数の両方を計上。
 - ・陰性確認のために行った検査の実施人数は含まない。

(出典) 東京都HP <https://stopcovid19.metro.tokyo.lg.jp>



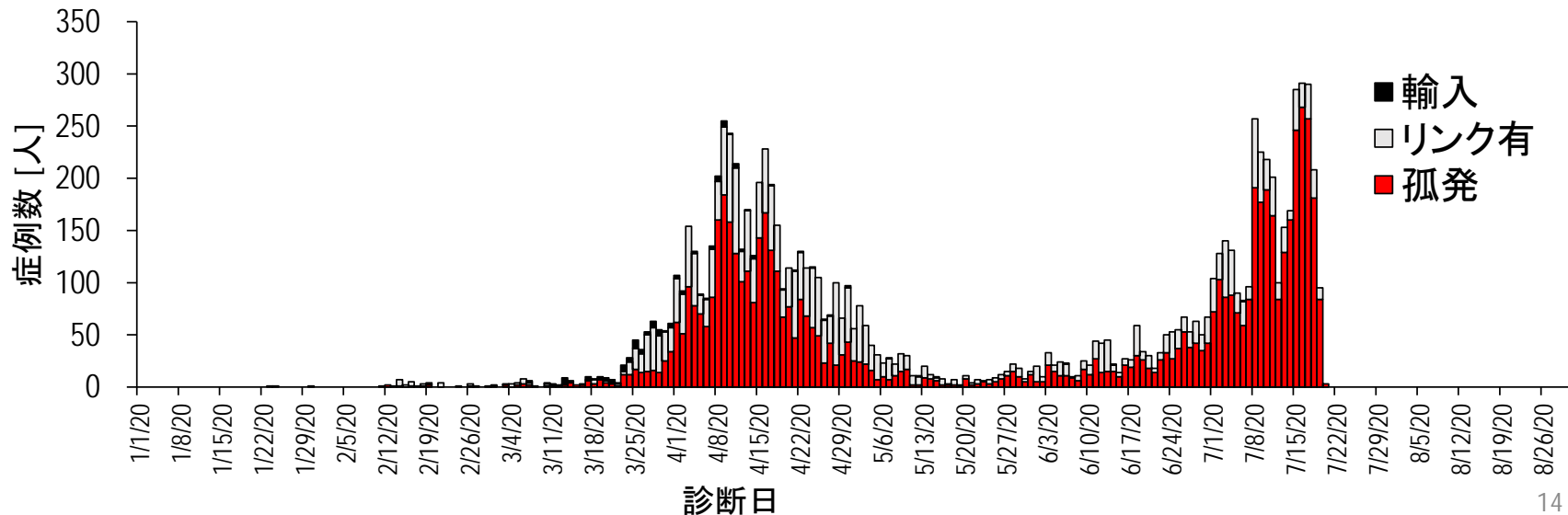
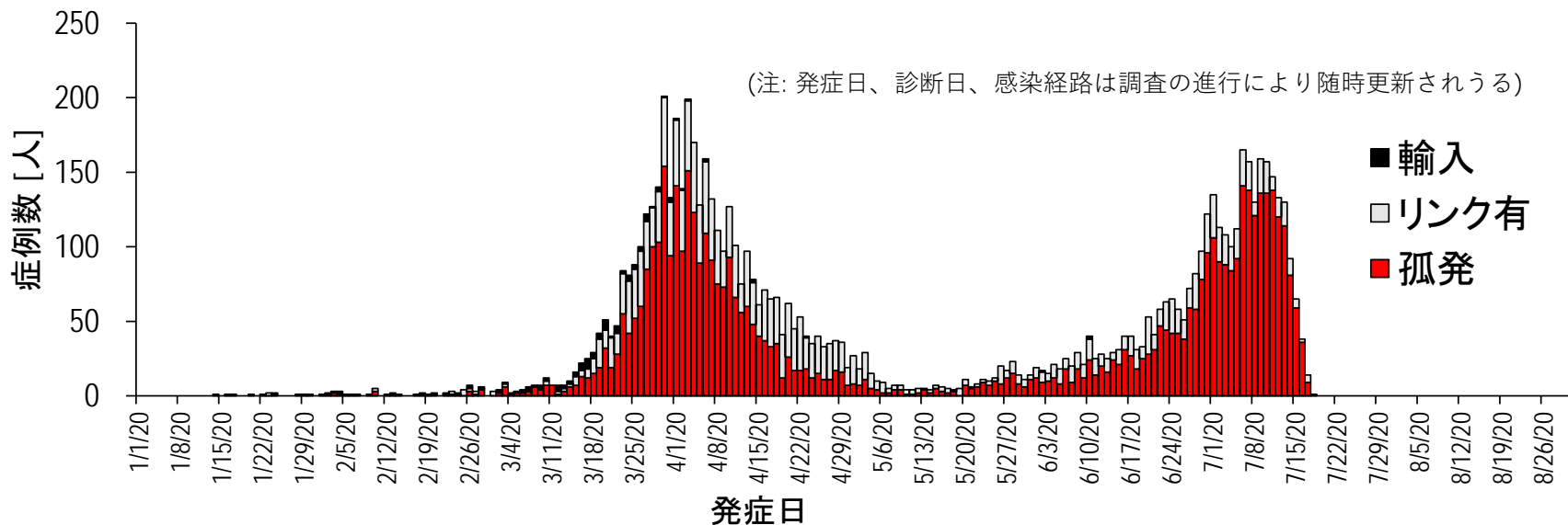
(注)

- ・陽性率：陽性判明数(PCR/LAMP・抗原)の移動平均 / 検査人数 (= 陽性判明数 (PCR/LAMP・抗原) + 陰性判明数 (PCR/LAMP・抗原)) の移動平均
- ・集団感染発生や曜日による数値のばらつきにより、日々の結果が変動するため、こうしたばらつきを平準化し全体の傾向を見る趣旨から、過去7日間の移動平均値をもとに算出し、折れ線グラフで示す。
- ・検査結果の判明日を基準とする。
- ・速報値として公開するものであり、後日確定データとして修正される場合あり。
- ・陰性確認のために行った検査の実施人数は含まない。

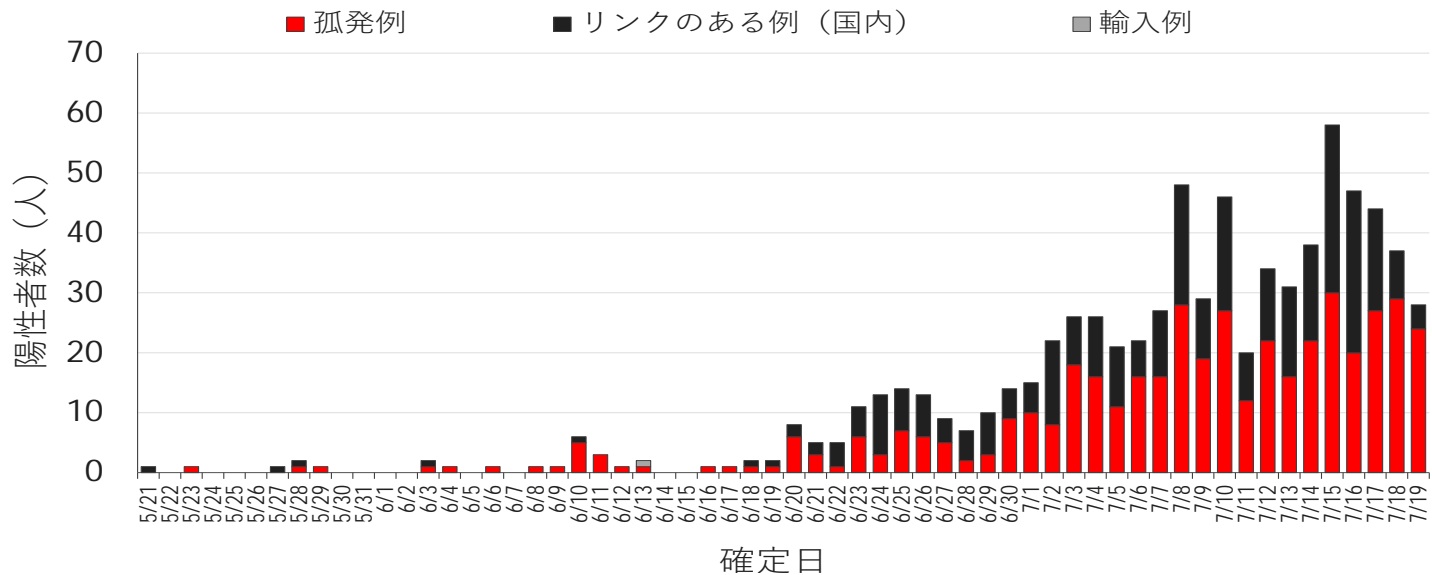
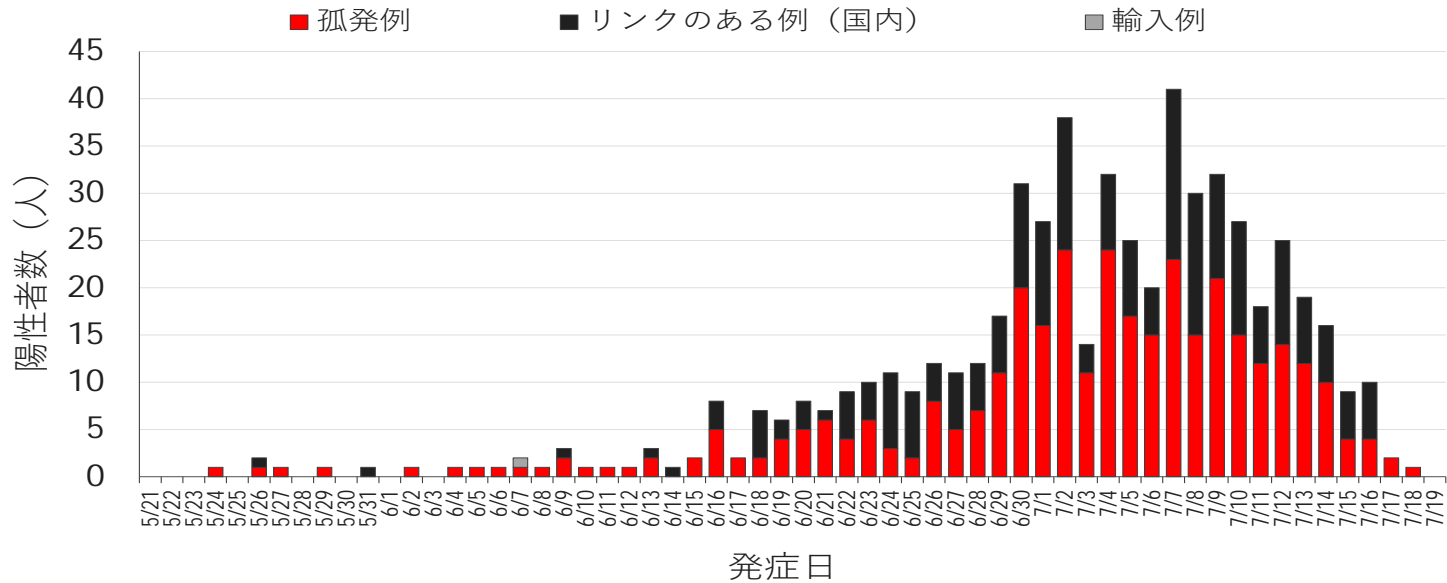
(出典) 大阪府HP <https://covid19-osaka.info/>

東京都のエピカーブ (7/20プレス分まで: 7/21 21時入力時点)

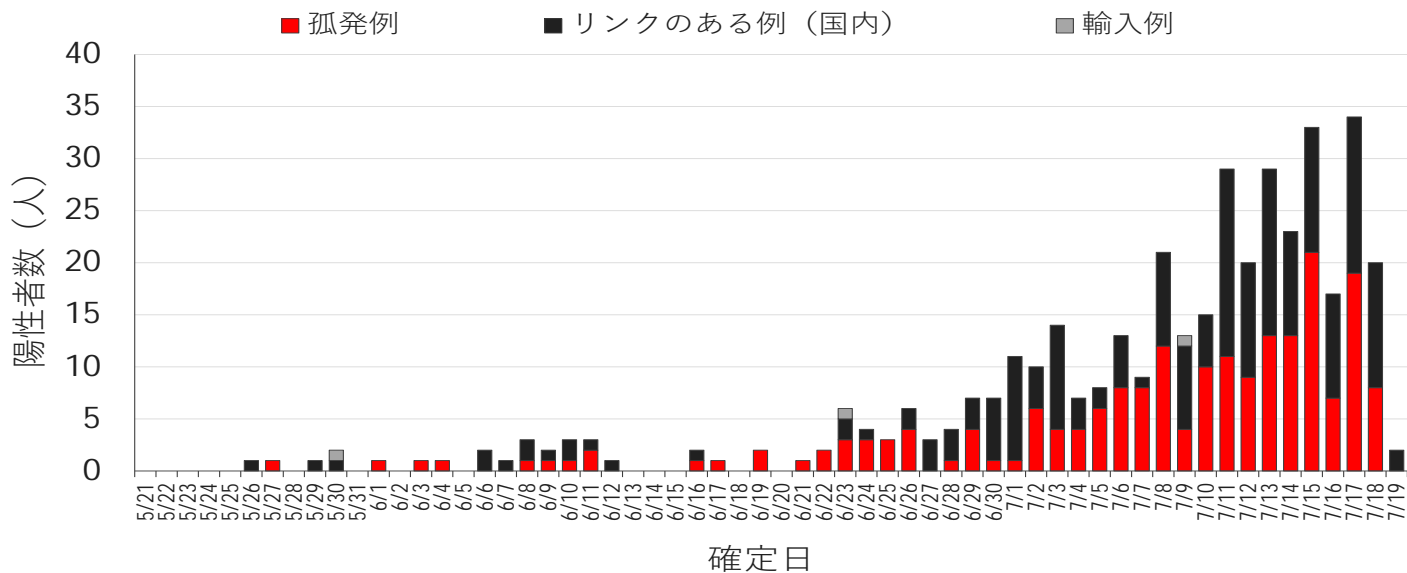
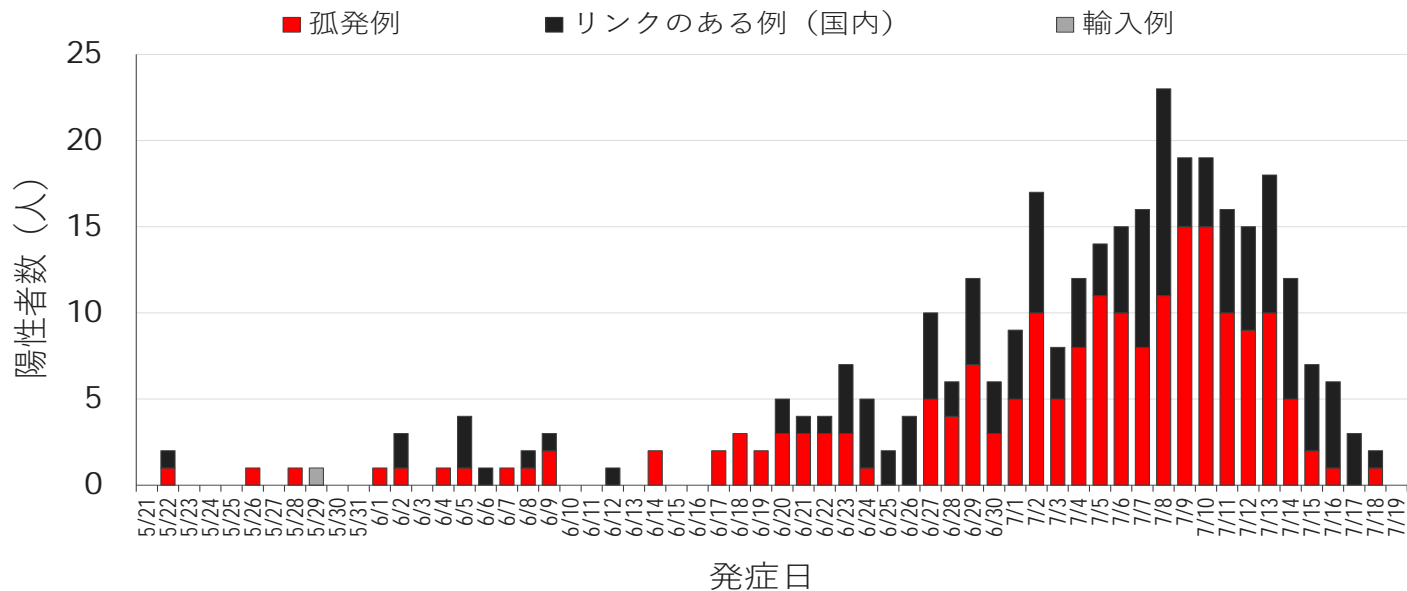
(注: 発症日、診断日、感染経路は調査の進行により随時更新されうる)



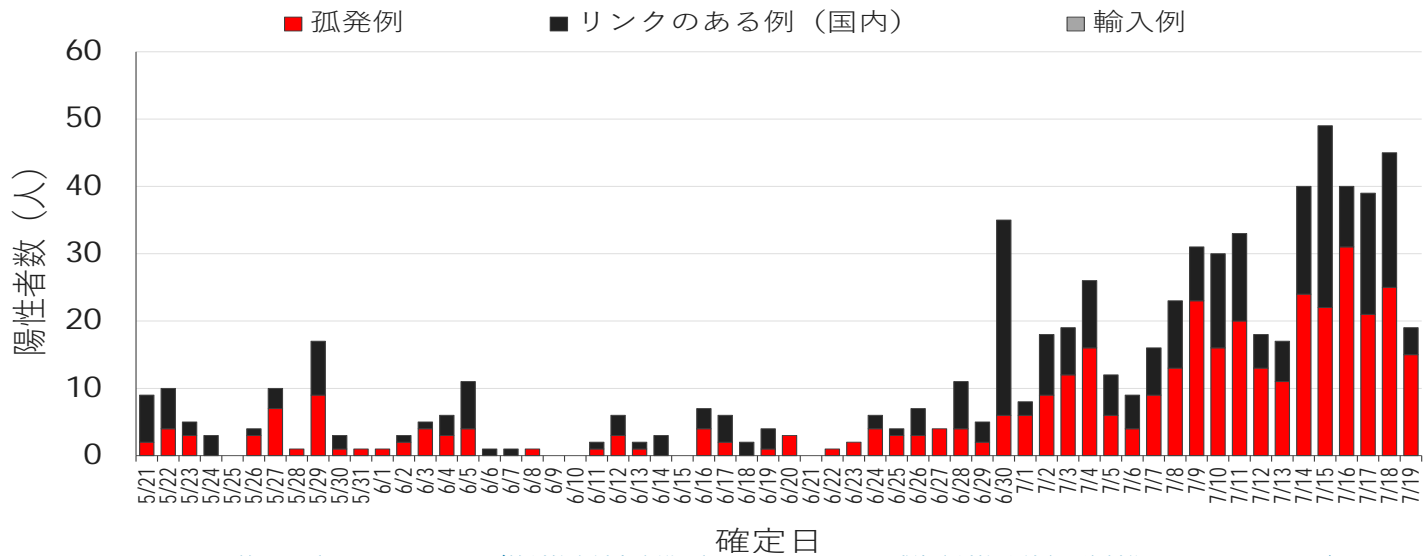
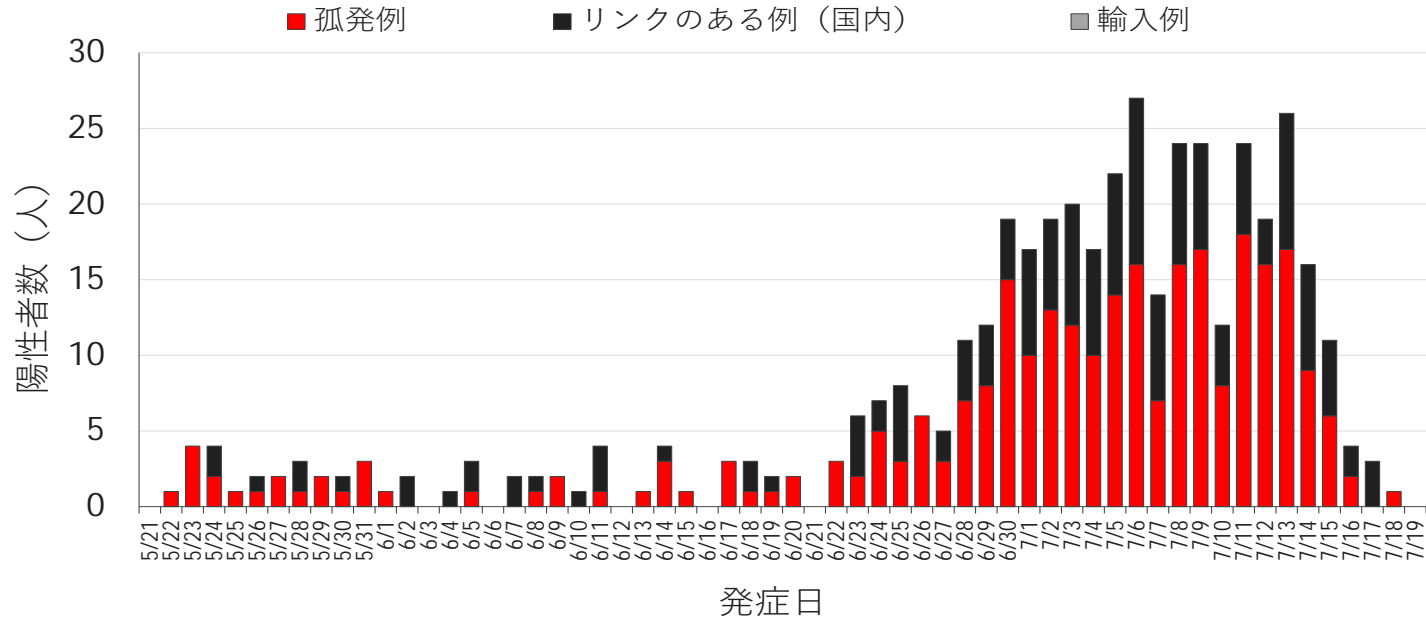
埼玉県のエピカーブ



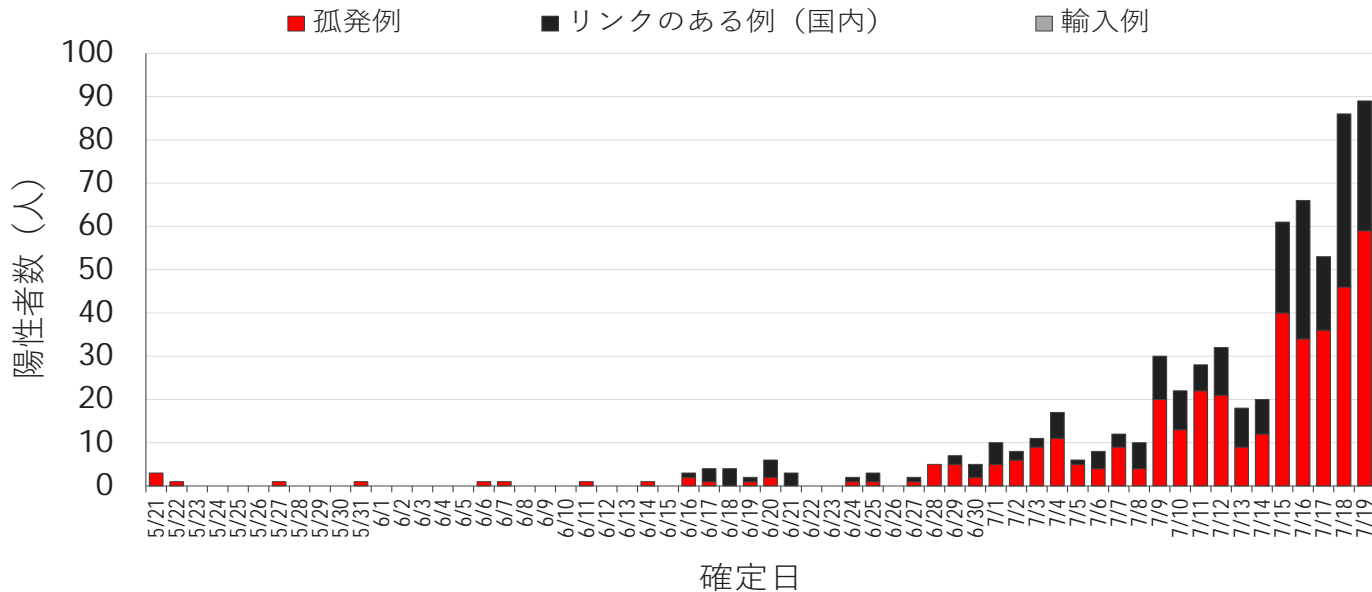
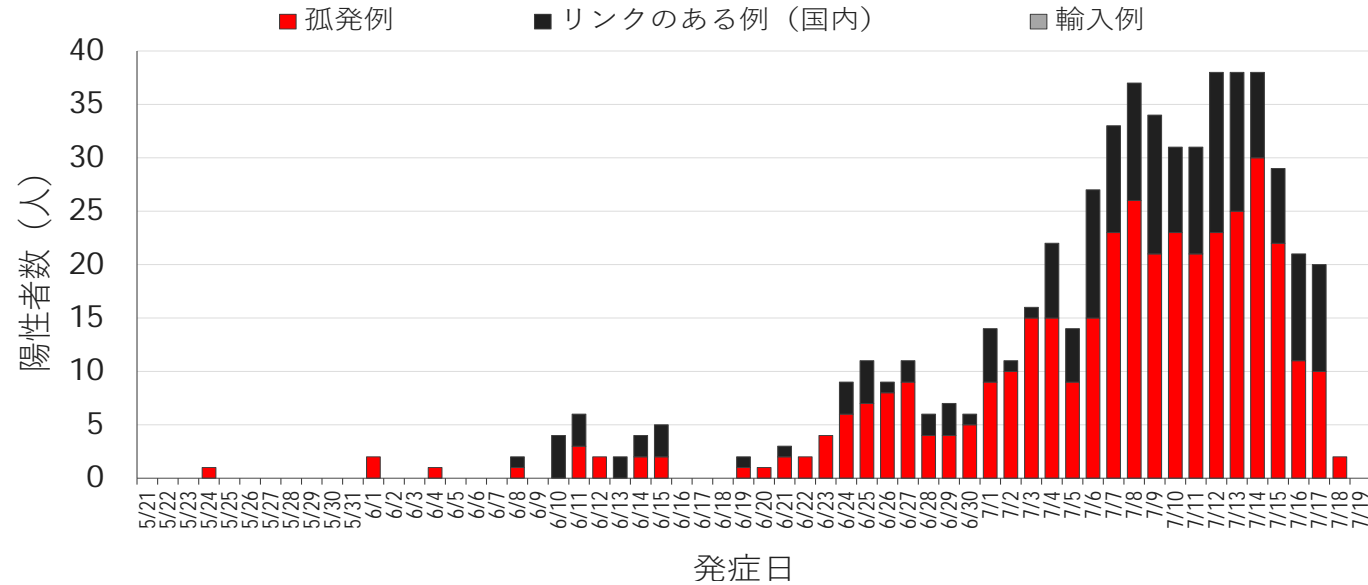
千葉県のエピカーブ



神奈川県のエピカーブ



大阪府のエピカーブ



1都3県共同メッセージ

- 「接待を伴う飲食店」の従業員・利用客で感染が拡大
- 会食や飲み会等が感染拡大のきっかけとなったケースも

特措法第24条第9項に基づき要請

都民・県民向け

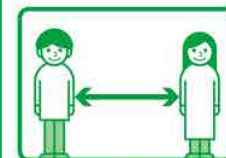
- ガイドラインを遵守していない「接待を伴う飲食店」や「その他の酒類の提供を行う飲食店」の利用は避ける
 - ➡ ステッカー、取組書、宣言書、チェックリストを目印に！
- 特に体調の悪い方、発熱等の症状がある方は、不要不急の外出を控える

事業者向け

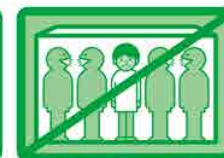
- 「接待を伴う飲食店」や「その他の酒類の提供を行う飲食店」は、ガイドラインを徹底する
 - ➡ ステッカー、取組書、宣言書、チェックリストの掲示を！



手洗いの徹底
マスクの着用



SOCIAL DISTANCE
距離を保とう



NO! 3密
密閉・密集・密接

(1) 感染の状況 (疫学的状況)

(2) ①医療提供体制 (療養状況)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
	人口	直近1週間 累積陽性者数	対人口10万人 B/(A/100)	その前1週間 累積陽性者数	直近1週間と その前1週間の比 (B/D)	感染経路不明 な者の割合 (アリンク割合)	入院患者・ 入院確定数	うち 重症者数	入院患者・ 入院確定数	うち 重症者数	宿泊患者数	
時点	2019.10	~7/20(1W)	~7/20(1W)	~7/13(1W)		~7/10(1W)	7/14	7/14	7/7	7/7	7/14	7/7
単位	千人	人		人		%	人	人	人	人	人	人
北海道	5,250	55	1.05	19	2.89	50%	54	5	65	6	9	6
茨城県	2,860	24	0.84	16	1.50	64%	15	2	12	1	7	2
埼玉県	7,350	297	4.04	234	1.27	39%	182	4	111	4	78	44
千葉県	6,259	179	2.86	115	1.56	51%	126	0	66	1	15	7
東京都	13,921	1,533	11.01	1,179	1.30	43%	728	7	453	8	118	162
神奈川県	9,198	251	2.73	162	1.55	58%	92	8	59	7	49	51
石川県	1,138	3	0.26	0	-	-	4	1	8	1	0	0
岐阜県	1,987	18	0.91	2	9.00	100%	9	2	6	2	0	0
愛知県	7,552	128	1.69	6	21.33	0%	13	0	4	0	0	0
京都府	2,583	110	4.26	52	2.12	20%	53	1	35	0	3	3
大阪府	8,809	424	4.81	153	2.77	63%	97	5	48	3	40	23
兵庫県	5,466	103	1.88	24	4.29	71%	28	0	12	0	2	1
福岡県	5,104	136	2.66	46	2.96	39%	60	4	38	2	0	0
青森県	1,246	1	0.08	3	0.33	100%	3	0	0	0	0	0
岩手県	1,227	0	0.00	0	-	-	0	0	0	0	0	0
宮城県	2,306	28	1.21	10	2.80	100%	7	0	4	0	2	2
秋田県	966	0	0.00	0	-	-	0	0	0	0	0	0
山形県	1,078	2	0.19	2	1.00	0%	4	0	3	0	0	0
福島県	1,846	1	0.05	1	1.00	0%	2	0	1	0	0	0
栃木県	1,934	38	1.96	11	3.45	29%	20	0	17	0	0	0
群馬県	1,942	10	0.51	2	5.00	100%	6	0	3	0	0	0
新潟県	2,223	3	0.13	2	1.50	0%	3	0	1	0	0	0
富山県	1,044	1	0.10	2	0.50	50%	2	0	2	0	0	0
福井県	768	2	0.26	2	1.00	-	2	0	0	0	0	0
山梨県	811	3	0.37	1	3.00	100%	1	0	0	0	0	0
長野県	2,049	5	0.24	2	2.50	-	4	0	1	0	0	0
静岡県	3,644	15	0.41	8	1.88	0%	11	0	6	0	2	0
三重県	1,781	8	0.45	4	2.00	0%	3	0	0	0	0	0
滋賀県	1,414	5	0.35	3	1.67	0%	5	1	4	0	0	0
奈良県	1,330	33	2.48	27	1.22	13%	35	0	9	0	0	0
和歌山県	925	10	1.08	19	0.53	27%	20	0	0	0	0	0
鳥取県	556	0	0.00	1	0.00	-	2	0	1	0	0	0
島根県	674	1	0.15	0	-	-	1	0	0	0	0	0
岡山県	1,890	15	0.79	0	-	-	1	0	2	0	0	0
広島県	2,804	31	1.11	13	2.38	44%	14	0	4	0	0	0
山口県	1,358	5	0.37	0	-	-	0	0	0	0	0	0
徳島県	728	0	0.00	4	0.00	25%	5	0	4	0	0	0
香川県	956	14	1.46	2	7.00	100%	3	0	0	0	0	0
愛媛県	1,339	1	0.07	0	-	-	0	0	0	0	0	0
高知県	698	1	0.14	1	1.00	-	1	0	0	0	0	0
佐賀県	815	1	0.12	0	-	-	0	0	0	0	0	0
長崎県	1,327	14	1.06	12	1.17	100%	11	0	1	0	3	0
熊本県	1,748	2	0.11	0	-	-	0	0	0	0	0	0
大分県	1,135	0	0.00	0	-	-	0	0	0	0	0	0
宮崎県	1,073	0	0.00	2	0.00	0%	3	0	1	0	0	0
鹿児島県	1,602	20	1.25	40	0.50	9%	83	1	58	1	15	34
沖縄県	1,453	5	0.34	6	0.83	0%	4	0	0	0	0	0
日本	126,167	3,536	2.80	2,188	1.62		1,726	43	1,045	38	343	335

※：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・入院確定数及び重症者数について、G・H・K列は7/15 00:00時点。I・J・L列は7/8 00:00時点。

※：入院確定数は、一両日中に入院すること及び入院先が確定している者の数。

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

(2) ②医療提供体制(病床確保等)

(3) 検査体制の構築

	M	N	O	P	Q	R
	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
時点	5/1	5/1	5/19	7/14	7/14	7/14
単位				床	床	室
北海道	済	済	済	700	1,558	930
茨城県	済	済	済	151	1,000	34
埼玉県	済	済	済	602	602	904
千葉県	済	済	済	819	1,700	736
東京都	済	済	済	3,300	4,000	371
神奈川県	済	済	済	1,979	2,200	2,431
石川県	済	済	済	254	254	340
岐阜県	済	済	済	325	458	466
愛知県	済	済	済	500	1,500	1,300
京都府	済	済	済	431	431	338
大阪府	済	済	済	1,254	1,615	712
兵庫県	済	済	予定	515	515	500
福岡県	済	済	済	490	1,800	826
青森県	済	済	済	158	225	30
岩手県	済	済	済	93	166	85
宮城県	済	済	済	388	400	100
秋田県	済	済	済	105	105	16
山形県	済	済	予定	150	150	188
福島県	済	済	済	229	510	100
栃木県	済	済	済	271	271	111
群馬県	済	済	済	240	280	150
新潟県	済	済	済	411	766	50
富山県	済	済	済	500	500	100
福井県	済	済	済	176	350	42
山梨県	済	済	済	80	400	21
長野県	済	済	済	300	300	200
静岡県	済	済	済	200	400	155
三重県	済	済	済	171	171	100
滋賀県	済	済	済	141	450	62
奈良県	済	済	済	434	500	108
和歌山県	済	済	済	150	177	137
鳥取県	済	済	済	322	300	640
島根県	済	済	済	253	253	98
岡山県	済	済	済	220	250	78
広島県	済	済	済	266	270	130
山口県	済	済	済	423	423	638
徳島県	済	済	済	172	200	208
香川県	済	済	済	163	163	101
愛媛県	済	済	済	223	223	67
高知県	済	済	済	166	200	16
佐賀県	済	済	済	146	232	230
長崎県	済	済	済	307	903	163
熊本県	済	済	済	378	400	1,430
大分県	済	済	済	258	300	700
宮崎県	済	済	済	204	240	250
鹿児島県	済	済	済	253	253	370
沖縄県	済	済	済	225	430	0
日本	-	-	-	19,821	29,252	17,228

	S	T	U	V	W
	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	
	~7/19(1W)	~7/12(1W)		~7/19(1W)	~7/12(1W)
	件	件		人	人
1,844	1,523	1.21	54	17	
1,819	1,615	1.13	26	16	
8,643	7,555	1.14	293	224	
6,592	4,348	1.52	178	107	
30,666	21,350	1.44	1,484	1,162	
6,500	4,818	1.35	256	158	
209	108	1.94	3	0	
1,176	587	2.00	15	2	
1,663	1,506	1.10	109	6	
1,882	1,327	1.42	92	46	
6,515	4,082	1.60	393	143	
2,138	1,467	1.46	97	25	
4,011	3,396	1.18	106	45	
230	123	1.87	1	3	
36	117	0.31	0	0	
822	745	1.10	26	8	
28	74	0.38	0	0	
349	211	1.65	4	1	
767	693	1.11	1	1	
1,113	1,154	0.96	38	8	
944	706	1.34	12	0	
506	458	1.10	3	2	
318	386	0.82	1	2	
472	339	1.39	3	1	
1,050	969	1.08	2	1	
357	432	0.83	6	1	
1,125	1,271	0.89	14	8	
359	98	3.66	7	4	
385	366	1.05	4	3	
1,919	1,646	1.17	35	24	
640	538	1.19	9	16	
372	363	1.02	0	1	
622	26	23.92	1	0	
489	274	1.78	13	0	
1,005	546	1.84	30	10	
150	242	0.62	5	0	
248	264	0.94	0	4	
864	186	4.65	15	1	
102	121	0.84	0	0	
156	80	1.95	2	0	
88	96	0.92	0	0	
1,518	737	2.06	14	8	
593	211	2.81	1	0	
242	273	0.89	0	0	
127	53	2.40	0	2	
1,194	2,360	0.51	20	47	
729	340	2.14	3	6	
94,753	70,767	1.34	3,376	2,113	

※：受入確保病床数、受入確保想定病床数、宿泊施設確保数については、7/15 00:00時点。

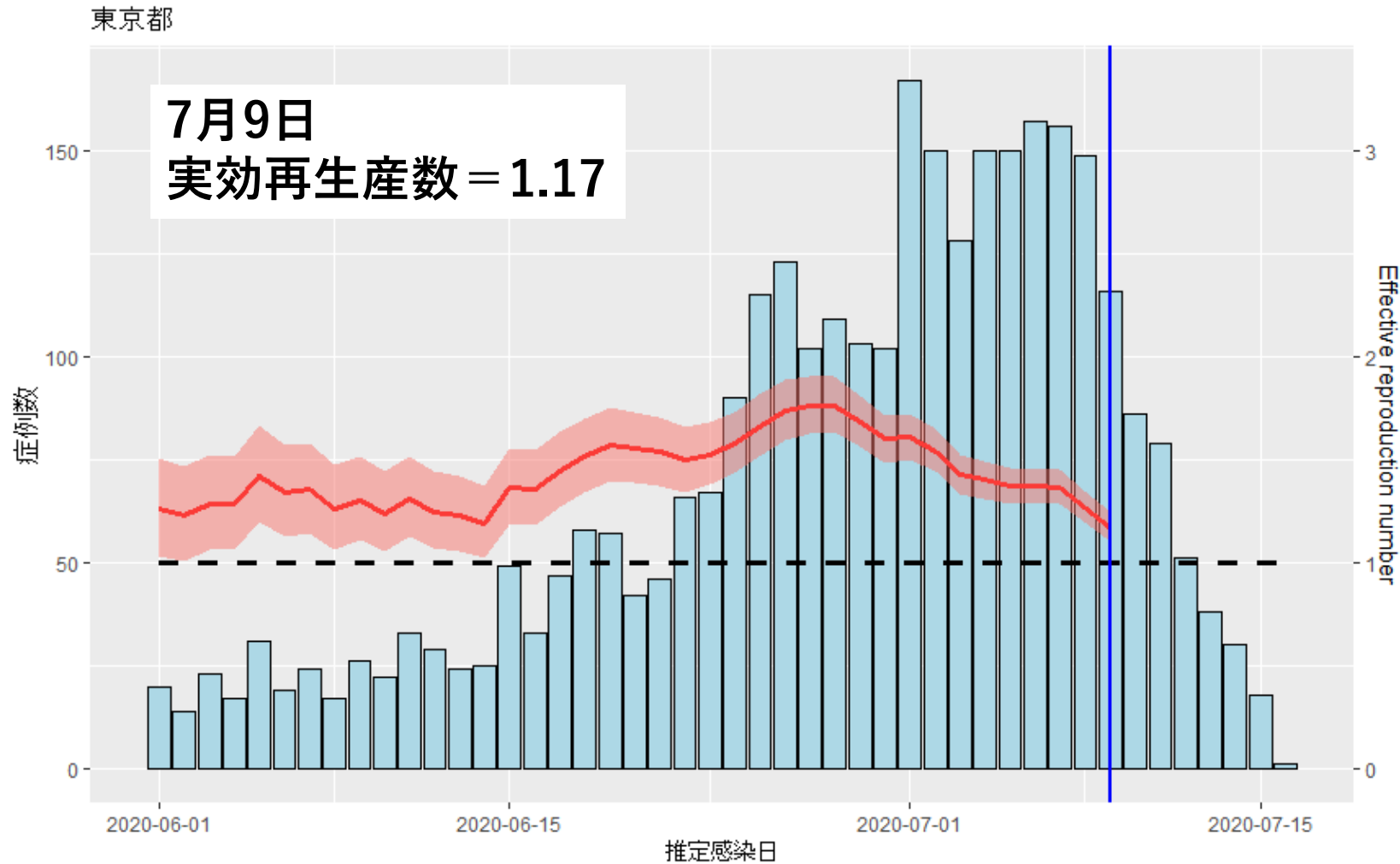
※：受入確保病床数は、ピーク時に新型コロナウイルス感染症患者が利用する病床として、各都道府県が医療機関と調整を行い、確保している病床数。実際には受入れ患者の重症度等により、変動する可能性がある。

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

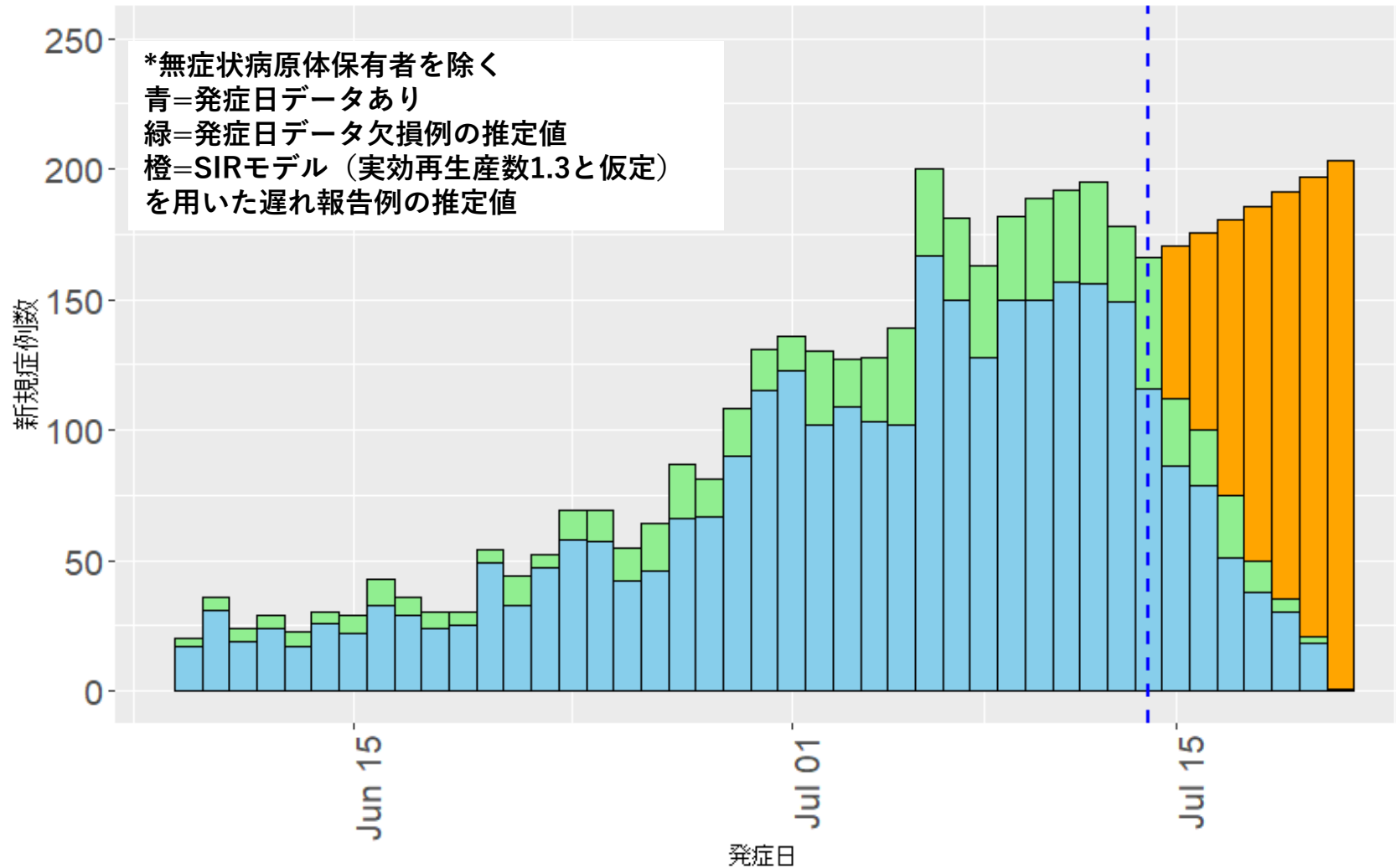
※：宿泊施設確保数は、受け入れが確実な宿泊施設の部屋として都道府県が判断し、厚生労働省に報告した室数。都道府県の運用によっては、事務職員の宿泊や物資の保管、医師・看護師の控え室のために使用する居室等として、一部使われる場合がある。（居室数が具体的に確認できた場合、数値を置き換えることにより数値が減る場合がある。）数値を非公表としている県又は調整中の県は「-」で表示。

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

東京都の実効再生産数の推移 (感染推定日)



東京都の発症者数の推移：7月21日時点推定値（発症日別）



直近の感染状況等の分析と評価

令和2年7月22日（火）

尾身茂、脇田隆字、今村顕史、太田圭洋、岡部信彦、
押谷仁、釜萯敏、舘田一博、中山ひとみ、武藤香織
提出資料

1. 直近の感染状況等

○新規感染者数の動向

- ✓ 新規感染者数は全国的に継続して増加傾向にある。
 - ・人口10万人当たりの1週間の累積感染者数(7/20) 全国:2.80人(2,190人) 東京都:11.01人(1,533人)
⇒ 大阪府4.81(424人)、京都府4.26(110人)、埼玉県4.04(297人)、千葉県2.86(179人)、
神奈川県2.73(251人)、福岡県2.66(136人)などでも感染拡大が見られる。
 - ・感染経路が特定できない症例の割合(7/4~7/10) 全国:43% 東京都:43%
- ✓ 東京都では、接客を伴う飲食店や友人・知人との飲み会などにおいて若年層を中心とした感染者増が続いているが、その他の年代の感染者数も増加傾向。

○入院患者数の動向

- ✓ 入院患者数は増加しており、受け入れ可能病床に対する割合も増加している。
 - ・入院患者数 全国(7/15):1,717人(8.8%) 東京都(7/21):949人(28.8%)
 - ・受入確保病床数(7/15) 全国:19,496床(想定28,794床) 東京都:3,300床(想定4,000床)
- ✓ 一方、重症患者数は、現時点では少ない状況にあるが、少しずつ増えている。
 - ・重症患者数 全国(7/15):41人(1.6%) 東京都(7/21):14人(3.5%)
 - ・重症患者受入確保病床数(7/15) 全国2,555床(想定3,888床) 東京都:400床(想定500床)

○検査体制

- ✓ 検査体制は着実に拡充している。
 - ・直近1週間の検査数(7/6~7/12)
全国70,180件(前週比+21,404件)、東京都で21,350件(前週比+6,155件)。
- ✓ 検査件数に対する陽性者の割合は、一定割合以下に抑えられているが、少しずつ上昇が見られる。
 - ・陽性者数の割合(7/6~7/12)は3.0%(前週比+0.4%ポイント)であり、緊急事態宣言時(4/6~4/12の8.8%)と比較して低位だが、東京都では5.9%(前週比+0.5%ポイント)となっている。
- ✓ 「発症~診断日」の平均日数は縮減の後、横ばい傾向。
 - ・「発症~診断日」の平均(6/29~7/5)全国 4.9日、東京都5.1日
 - ※ 4月中旬(4/13~19):全国 7.6日、東京都 9.0日

2. 直近の感染状況の評価等

○ 検査体制は着実に拡充されており、検査件数に占める陽性者の割合や発症から診断日までの平均日数などをみても全体としてはひっ迫していない。ただし、一部の保健所では積極的疫学調査に伴う検査数の増などへの対応がひっ迫しつつある。

⇒ 入院患者数、重症者数、死亡者数は遅れて増加することが見込まれることにも留意。

○ 医療提供体制は、入院患者数の増加が見られるが、現時点で重症者数は少なく、直ちにひっ迫する状況にはない。ただし、一部の地域では軽症・中等症患者への入院・宿泊療養施設が十分に確保されていない。

⇒ 体制がひっ迫している一部の保健所への人的・物的な支援、入院・宿泊療養施設の確保等に早急に取り組むことが必要。

○ 東京都を中心に接待を伴う飲食店や友人・知人との会食を介した感染拡大が続いており、地方でもショーパブや昼カラオケなどによるクラスター感染が報道されている。

○ 現段階では、いわゆる3密と言われる場所や家庭内感染、施設内感染が主であり、基本的な感染対策が行われていれば、近隣のスーパーでの買い物や出勤の公共交通機関、オフィスなどで感染が拡大する状況ではないと考えられる。

⇒ 3密の回避、大声を上げる環境の回避、接待・会食での飛沫防止、換気の徹底などの必要性が改めて強く示唆。

○ 感染者のうち、60代以上の方は1割程度で推移しており、3/4は20代～30代となっている。

○ 感染者のうち8割以上は、二次感染を起こしていないが、3密環境では数十人単位のクラスターが形成

⇒ 感染者は若年層が中心であり、中高年層への拡大が懸念される。改めて、若年層に行動変容をお願いすることが必要。

○ 爆発的な感染拡大には至っていないが、感染が徐々に拡大しており、感染者数が増加している地域等においては、社会経済に十分配慮した上で、増加基調を転じさせるための実効ある取組みが求められる。

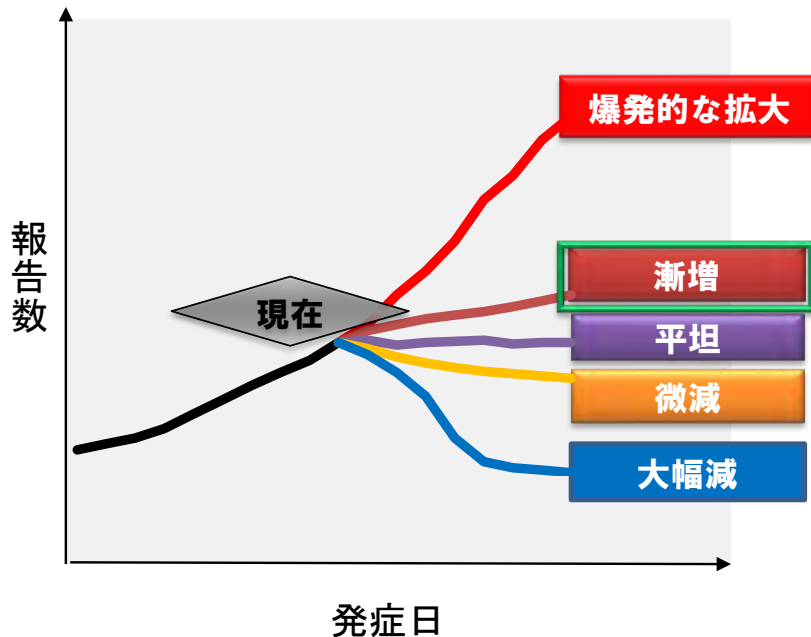
3. 社会経済と感染対策の両立のための目標と基本戦略：政府への提案

目標：医療・公衆衛生・経済的にみて、許容可能なレベルに感染を抑制し、死亡者を最少化。

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り、少なくとも“微減”を目指す。

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

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

- ✓ 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・施設内などにおける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：ガイドライン遵守の徹底。遵守が不十分な場合の休業要請も考慮
- ✓ 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」への効果的な情報発信。自分たちが感染拡大を予防することが、医療の逼迫を防ぎ、高齢者等のいのちを守ることにつながるという意識付け

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

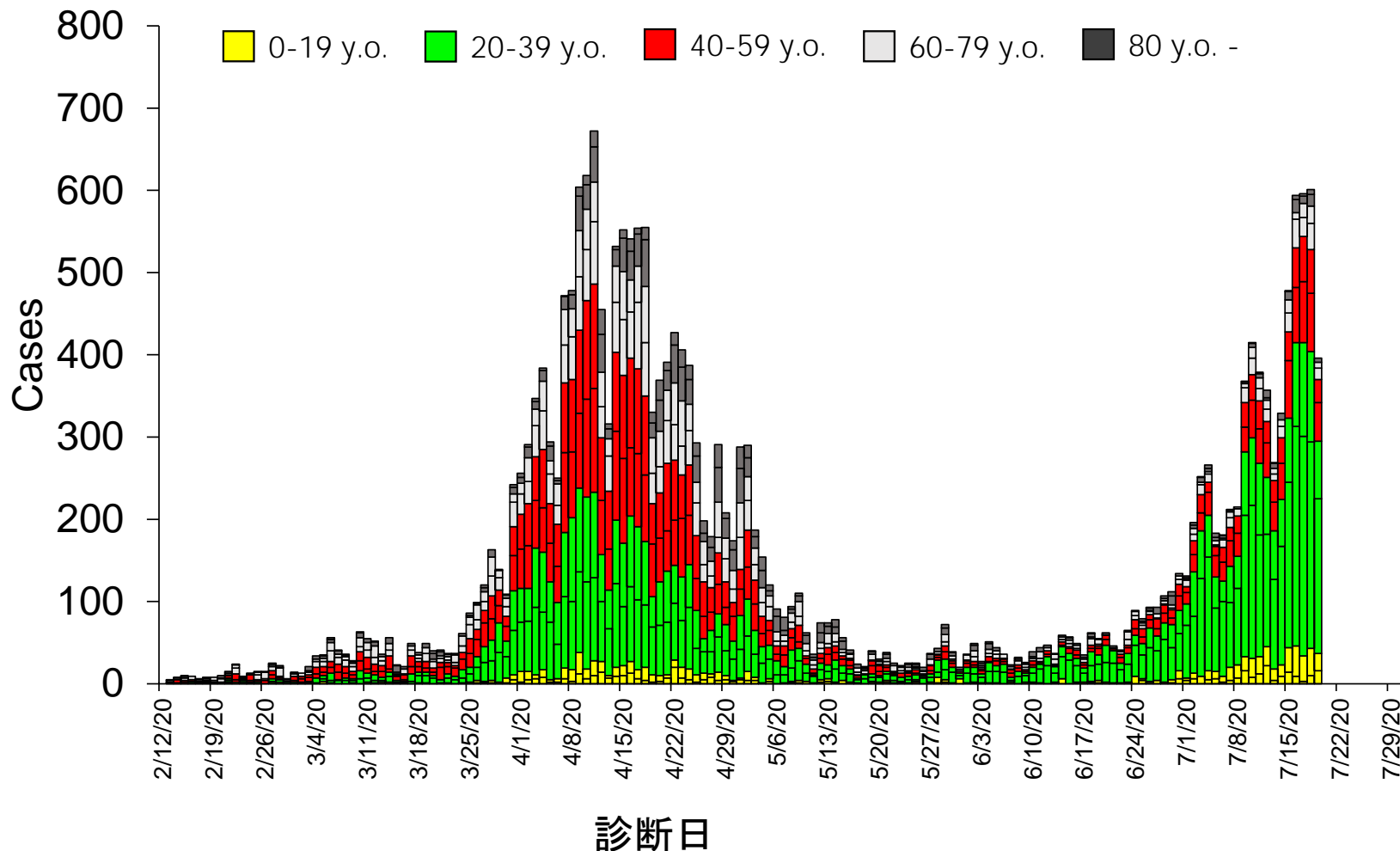
- 感染拡大が継続したときや爆発的な感染拡大に備えて、取り得る対策の様々な選択肢やその組み合わせ、それらの判断に係る指標等について可及的速やかに検討する。

(参考データ)

【日本】年齢階級別新規感染者数の推移（確定日ベース）

○ 6月下旬以降の新規感染者数の増加では、39歳以下が多い。

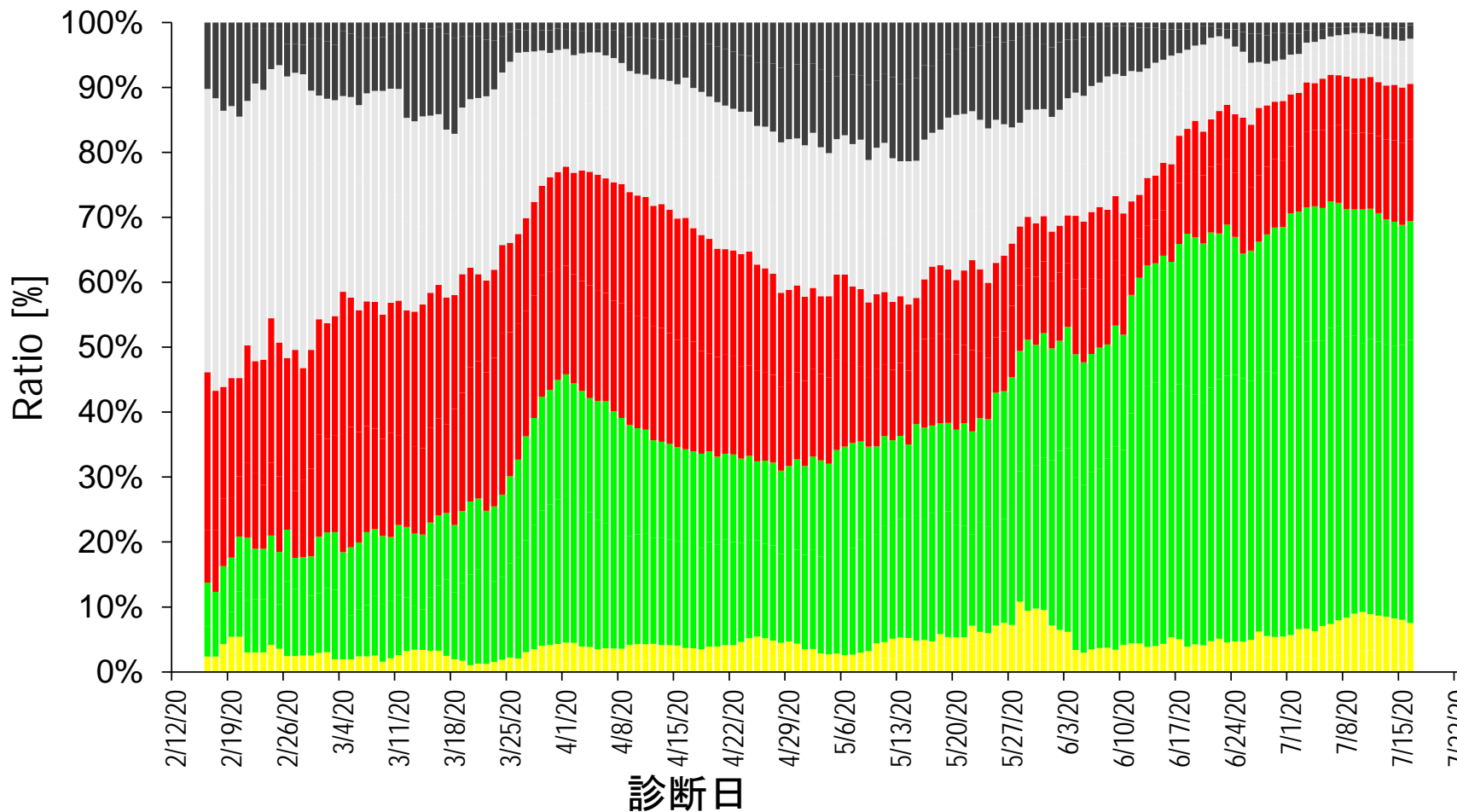
N=24,784（日本：2020年2月12日～7月20日）



【日本】新規感染者の年齢分布の推移（確定日ベース）

○ 20～39歳層が大半を占めるが、40～59歳層も割合が増えつつある。

年齢分布(7日間移動平均): N=24,784 (日本:2020年2月12日～7月20日)

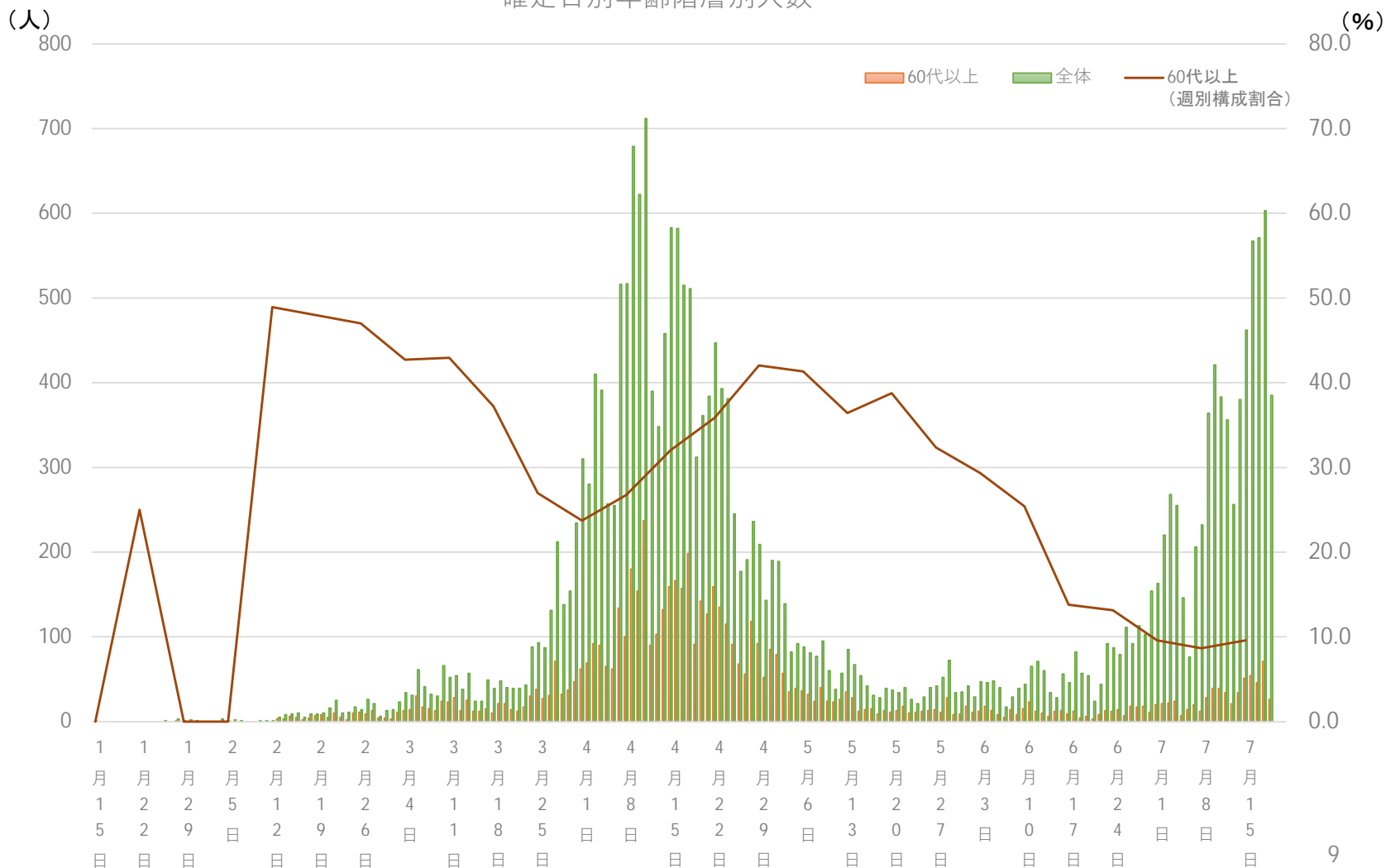


0-19 y.o. 20-39 y.o. 40-59 y.o. 60-79 y.o. 80 y.o. -

新規陽性者数の推移（うち60代以上の割合）【全国】

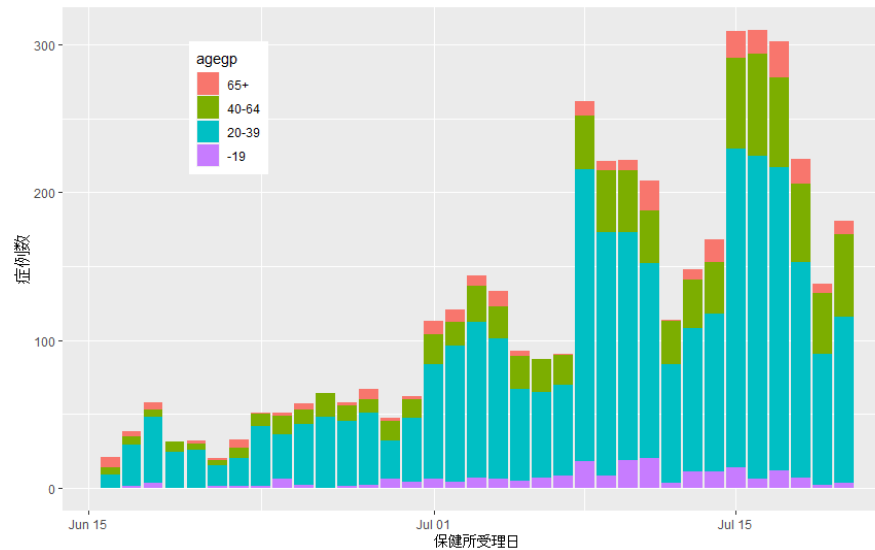
○ 直近の動向で見れば、60代以上の割合は3月、4月の状況よりも低い。

確定日別年齢階層別人数

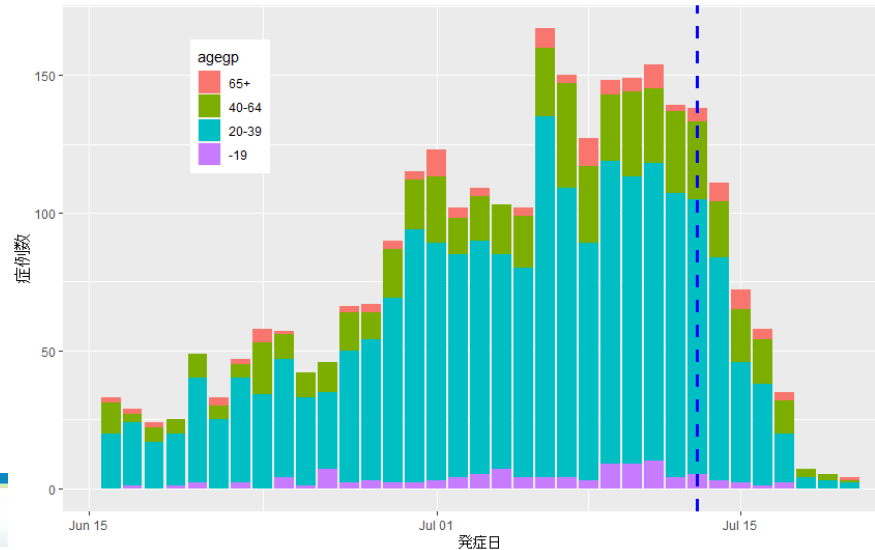


東京都の症例数の推移（報告日ベース、発症日ベース）

東京都の症例数の推移（保健所受理日）：7月20日18時時点



東京都の症例数の推移（発症日）：7月20日18時時点



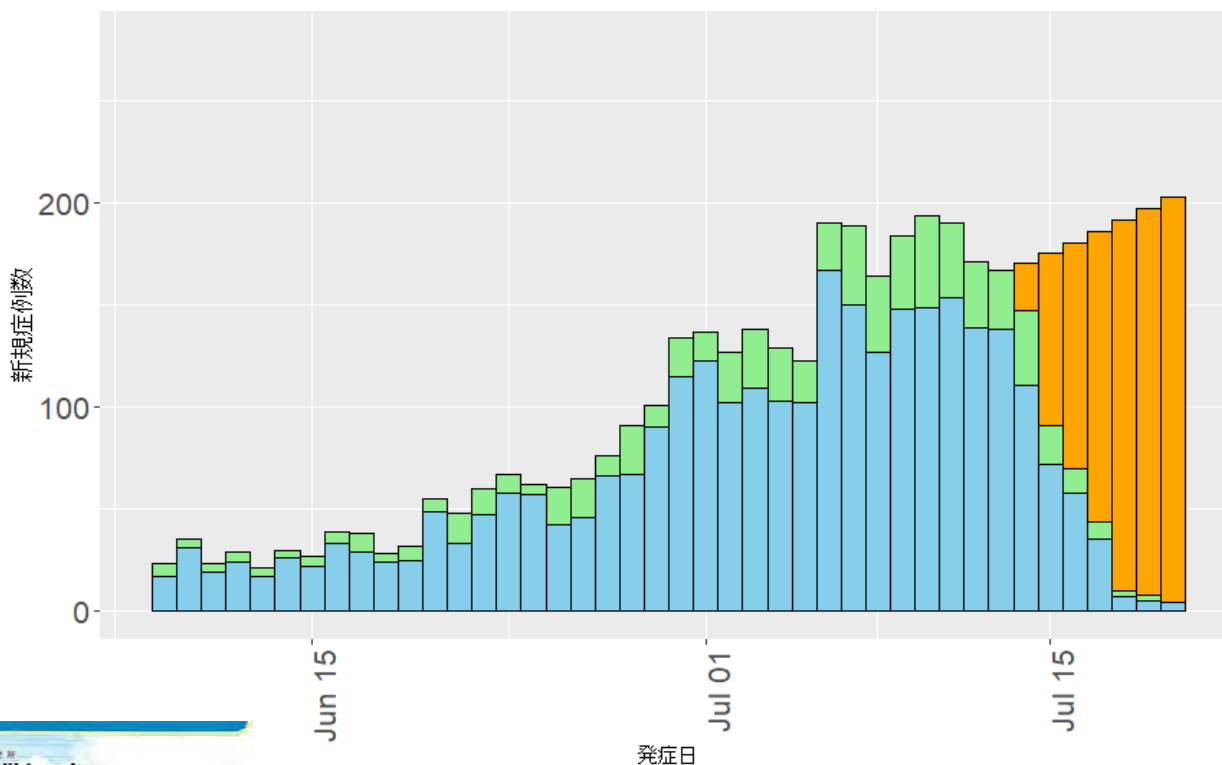
東京都の発症者数の推移（遅れて発症する例の推定値を含む。）

東京都の発症者数の推移：7月20日時点推定値（発症日別）

*無症状病原体保有者を除く

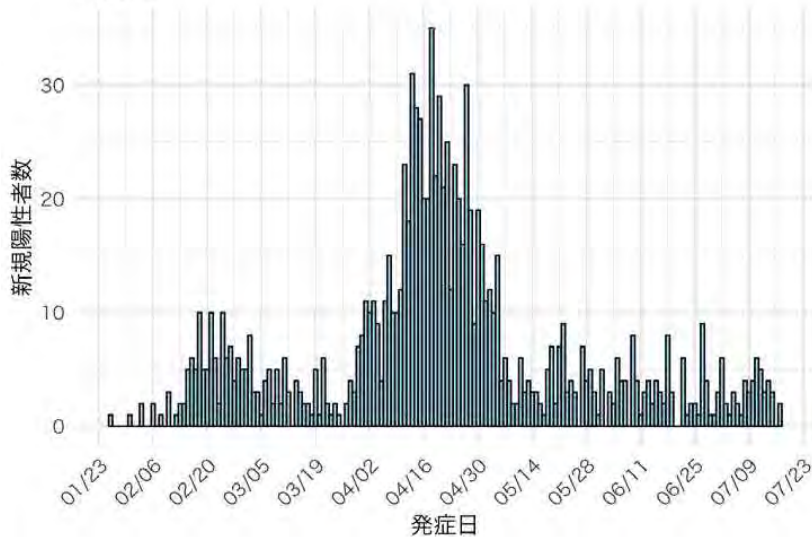
青=発症日データあり, 緑=発症日データ欠損例の推定値, 橙=遅れ報告例の推定値

SIRモデル ($R_t=1.3$)

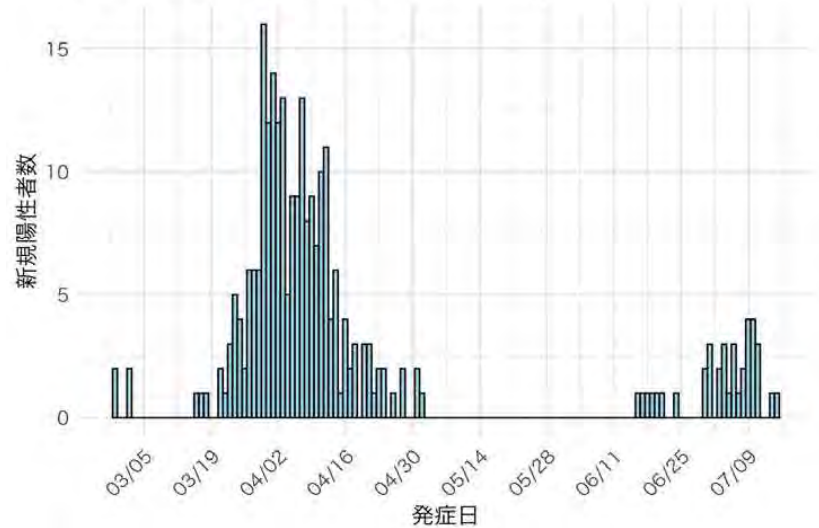


全国の発症者数の推移その1（北海道～首都圏近郊）

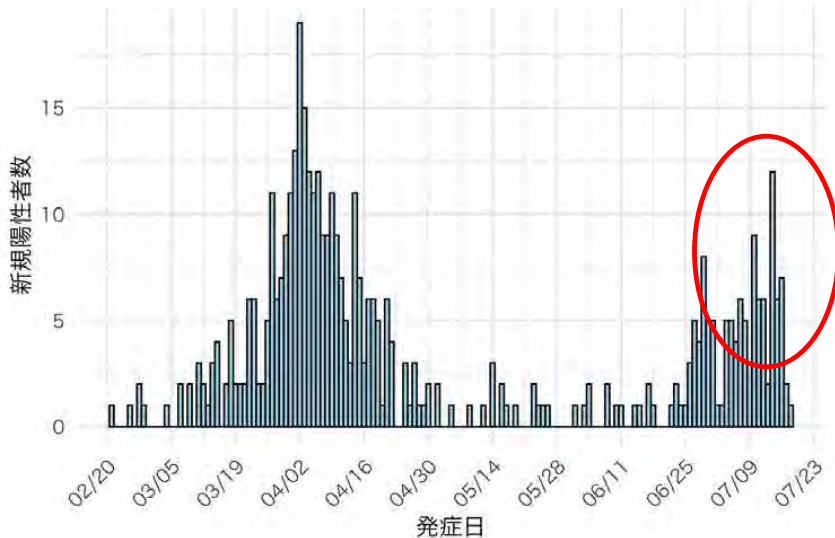
北海道



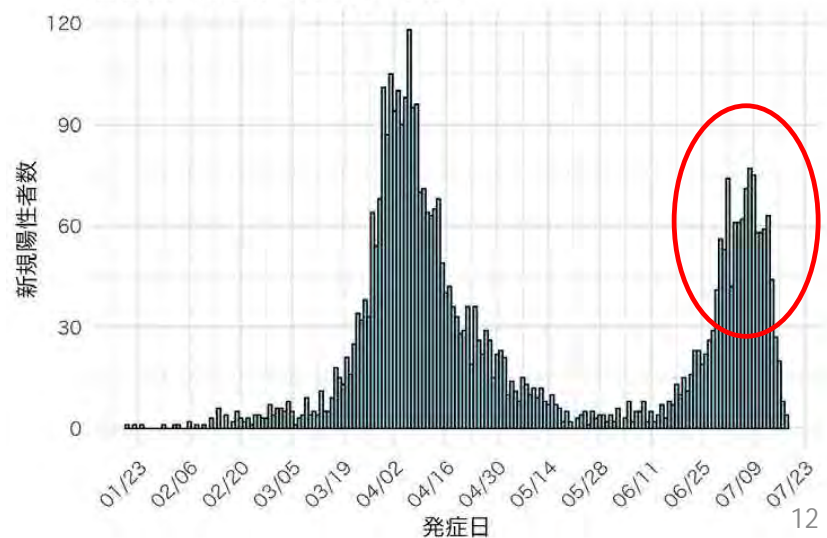
東北（青森、秋田、宮城、山形、福島）



茨城、栃木、群馬、山梨

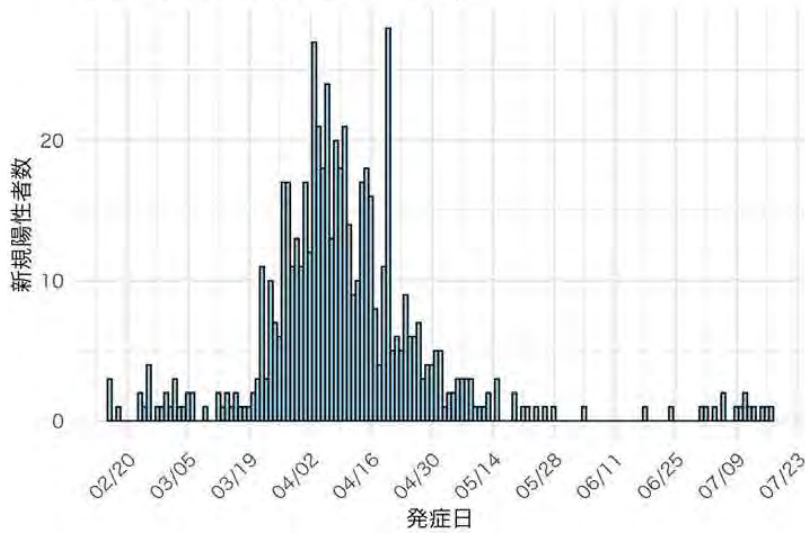


首都圏（埼玉、神奈川、千葉）

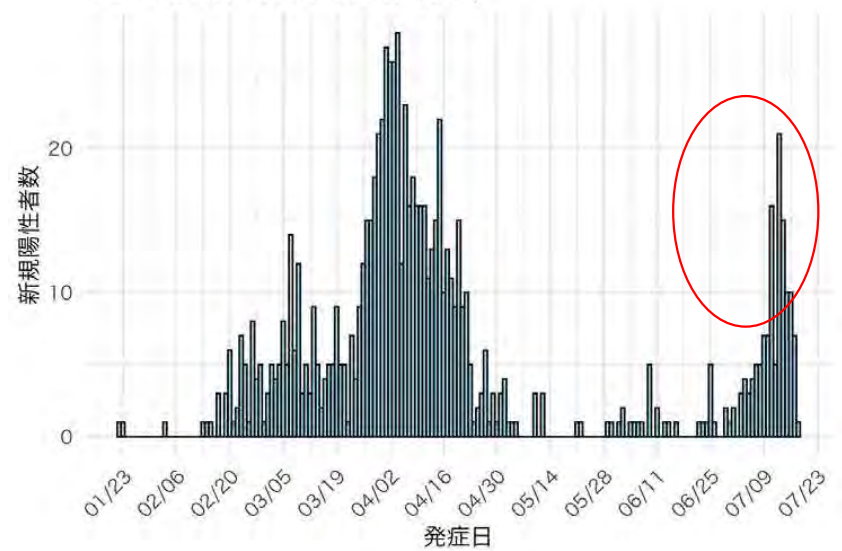


全国の発症者数の推移 2 (首都圏 (除く東京) ~中部地方)

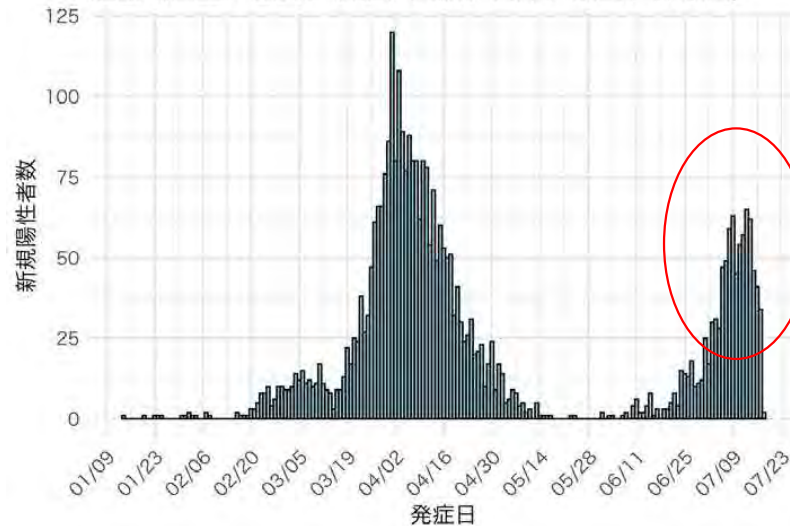
北陸 (新潟、富山、石川、福井)



中部 (長野、岐阜、静岡、愛知)

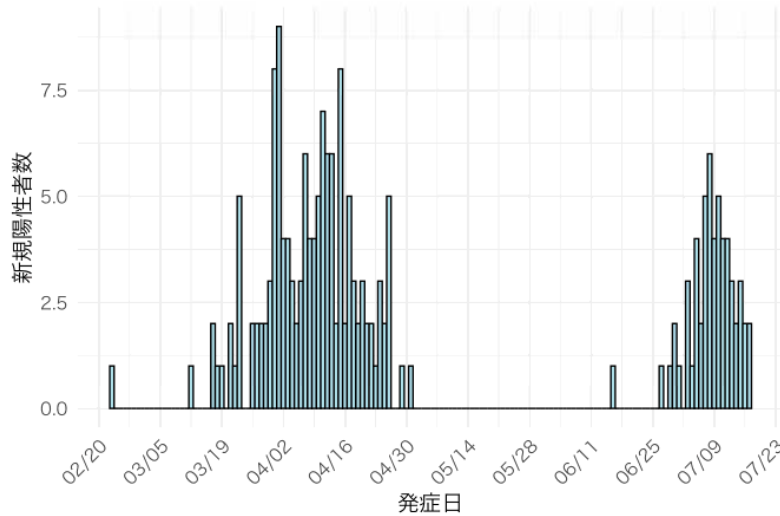


近畿 (三重、滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山)

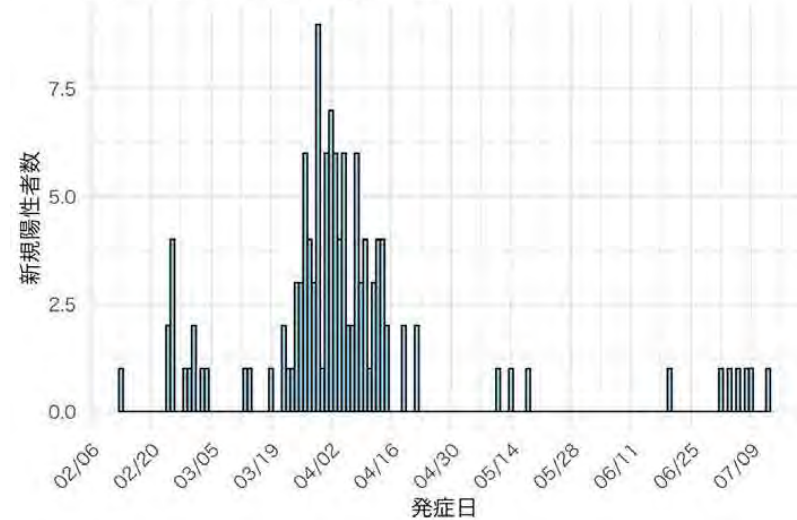


全国の発症者数の推移 3 (近畿～九州 (中国地方を除く。))

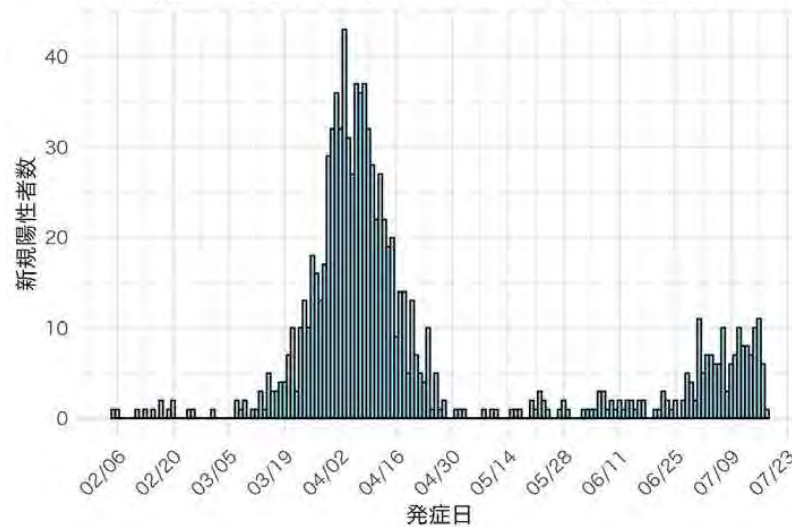
中国 (鳥取、島根、岡山、広島、山口)



四国 (徳島、香川、愛媛、高知)

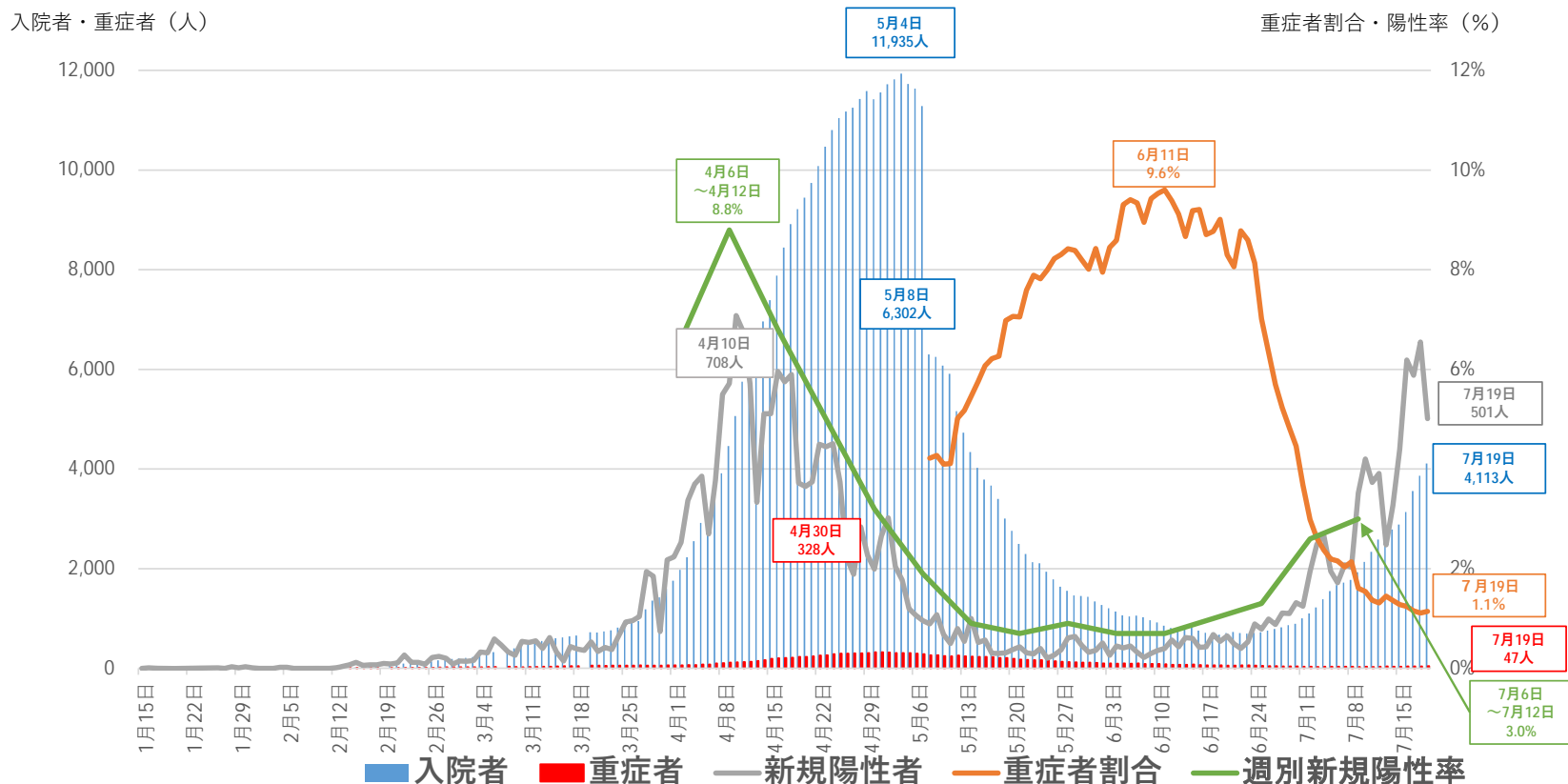


九州 (福岡、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島、沖縄)



入院者・重症者・新規陽性者数等の推移

- 緊急事態宣言下での新規感染者数のピークは4月10日（708人）、重症者数のピークは4月30日（328人）、入院者数のピークは単純な比較ができないが5月4日であった。重症者数は感染者数の増加より20日後程度に生じる。

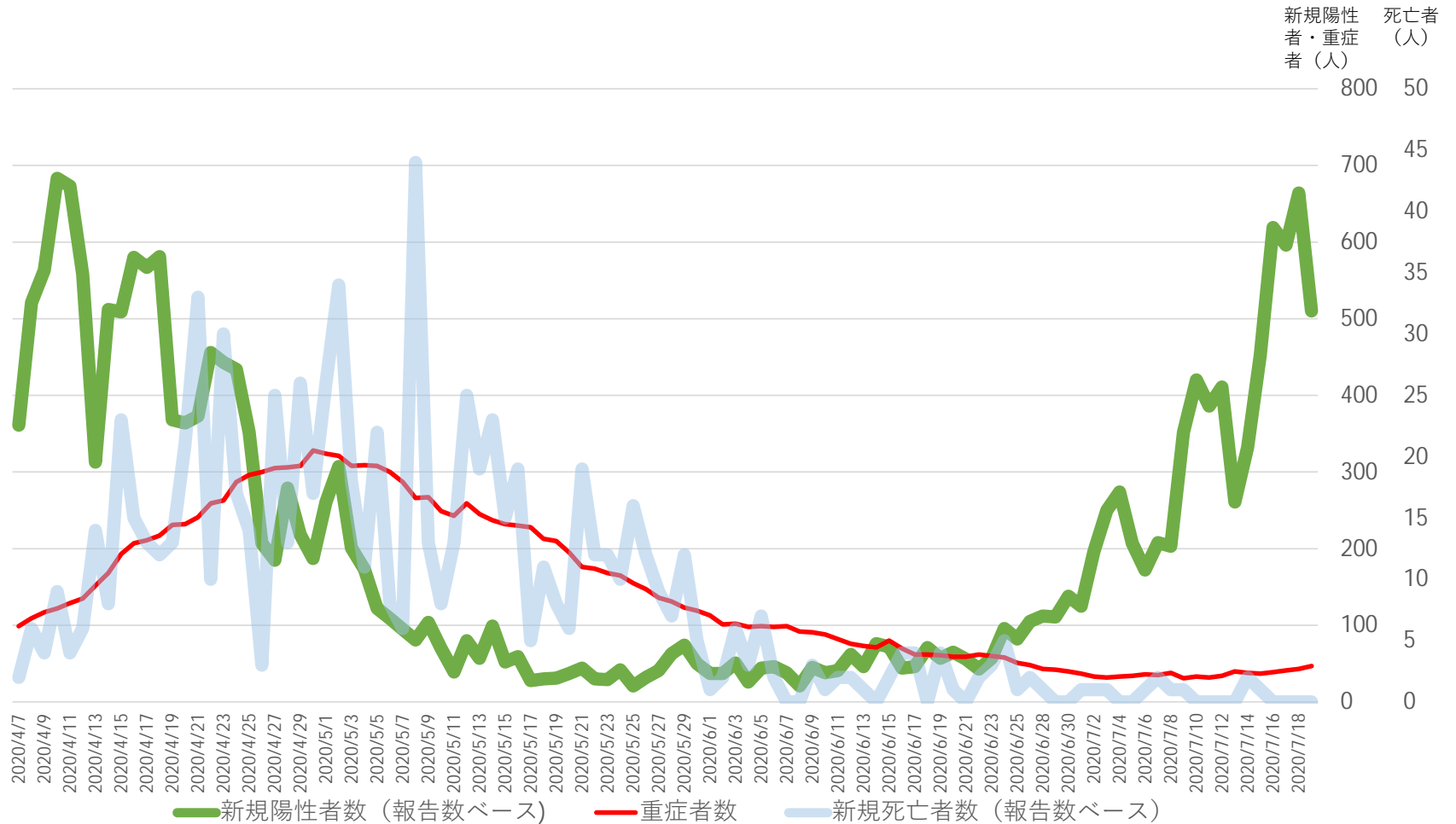


※1 チャーター便を除く国内事例。令和2年5月8日公表分から、データソースを従来の厚生労働省が把握した個票を積み上げたものから、各自治体がウェブサイト上で公表している数等を積み上げたものに変更した。

※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。

※3 入院者・重症者と新規陽性者は表示上のスケールが異なるので（新規陽性者数は10倍に拡大して表示）、比較の場合には留意が必要。

死亡者数の推移

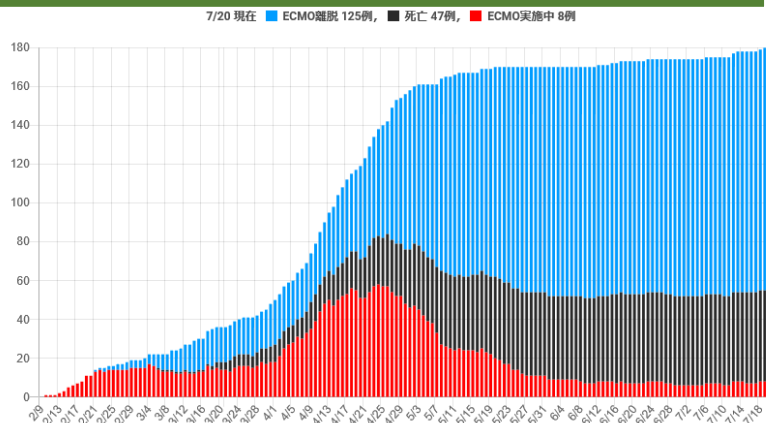


※新規死亡者数（報告数ベース）は、令和2年5月9日公表分から、データソースを従来の厚生労働省が把握した個票を積み上げたものから、各自治体がウェブサイト公表している数等を積み上げたものに変更した。

重症者数の推移

○ピーク時の状況には至っていない。人工呼吸器を装着した方でも軽快する患者は多い。

コロナ患者に対するECMO治療の成績累計（全国）

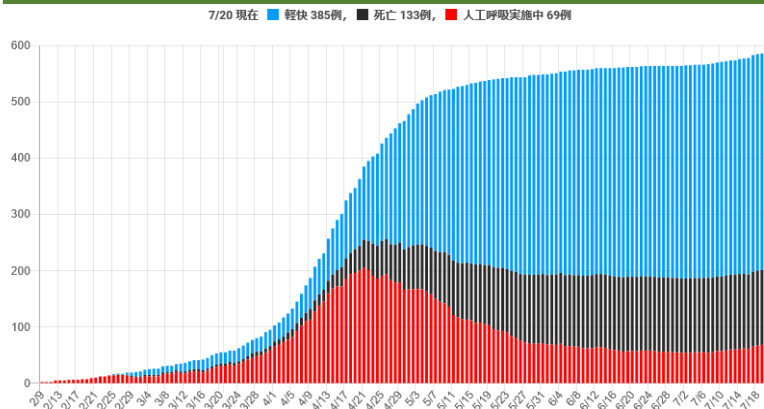


2020/07/20 更新

コロナ患者に対するECMO装着数の推移（全国）

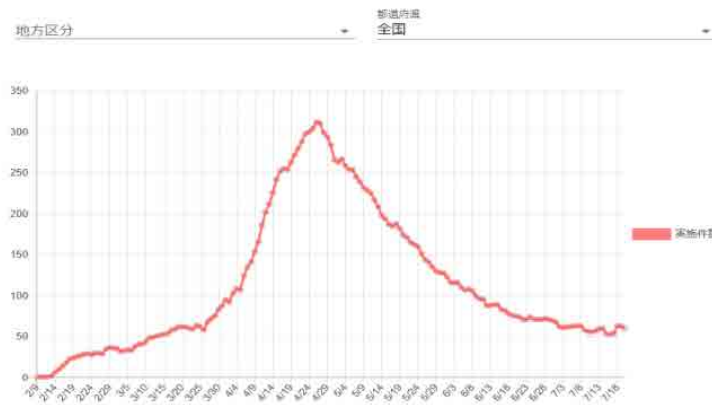


コロナ患者に対する人工呼吸器治療（ECMOを除く。）の成績累計（全国）



2020/07/20 更新

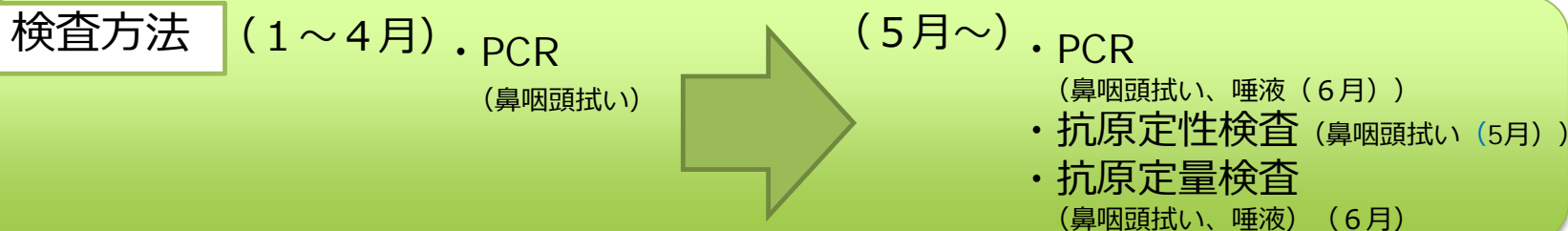
コロナ患者に対する人工呼吸器装着数（ECMOを含む。）の推移（全国）



（出典）日本COVID-19対策ECMOnet HPより

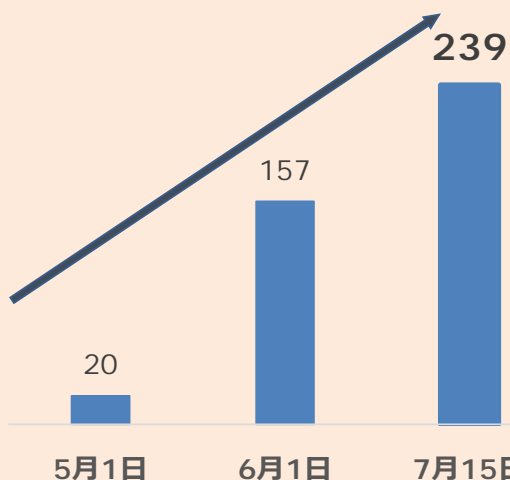
新型コロナウイルス感染症における検査法の進展

- 緊急事態宣言した4月時点と異なり、新型コロナウイルス感染症の検査法の進展が見られる。検体採取・検査能力についても、大幅に拡充がなされている。
 - ⇒ 7/6～7/12の週の検査件数は70,180件(前週比+21,404件)。陽性者数の割合は3.0%(前週比+0.4%ポイント)であり、緊急事態宣言時(4/6～4/12の8.8%)と比較して低位。
 - ⇒ 発症から診断までの日数も縮小(4/13～19の7.56日が、6/29～7/5の4.90日に短縮)

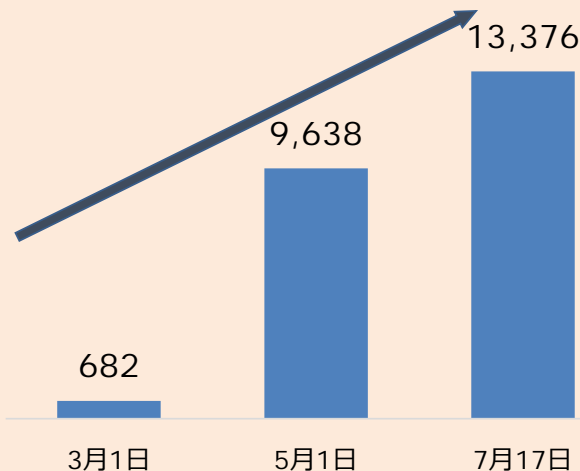


検体採取・検査分析能力の拡充

PCR検査センター設置数



PCR検査実施件数(1日当たり件数)



(7月17日の実績内訳)

	件数
国立感染症研究所	36
検疫所	1,682
地方衛生研究所・保健所	2,459
民間検査会社	6,460
大学等	1,654
医療機関	1,085

※検体採取機関としては、上記のほか、帰国者・接触者外来が2,325箇所。

新型コロナウイルス感染症における医療体制の進展

○ 新型コロナウイルス感染症に対する医療体制については、外来・入院体制を順次拡充するとともに、GMISを活用した医療機関の迅速な情報把握も可能となり、緊急事態宣言した4月時点とは異なる。

主な医療体制

(1～4月)

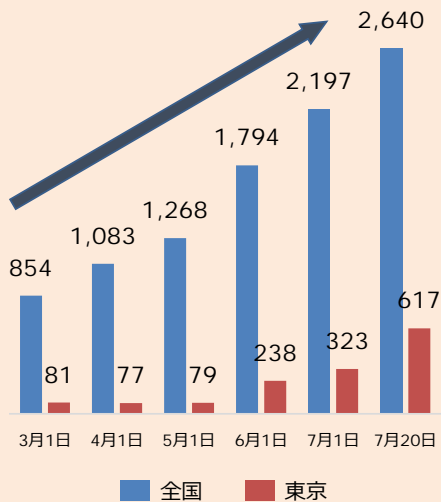
- ・ 帰国者・接触者外来
- ・ 医療機関の情報把握
(都道府県を介して実施)
- ・ 入院 (患者発生の都度調整)

(5月～)

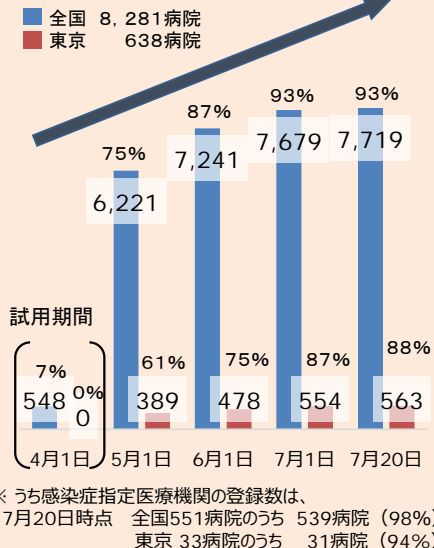
- ・ 帰国者・接触者外来の拡充
(大型テント、ドライブスルー方式等、地域に即した外来方式も拡充)
- ・ G-MISの本格稼働
- ・ 陽性患者のための病床を事前に確保
(確保病床、確保想定病床による把握等)

医療体制の拡充

帰国者・接触者外来 (設置数)



G-MISの登録医療機関数



病床の確保状況

入院患者受入確保病床等

	全国	東京
入院患者受入確保病床数	19,496床	3,300床
うち重症用	2,555床	400床
入院患者受入確保想定病床数	28,794床	4,000床
うち重症用	3,888床	500床
宿泊施設受入可能室数	16,762室	371室

(7月15日時点)

更に、国内の感染実績を踏まえ、都道府県が新型コロナウイルス感染症患者に対する医療と他の疾患等の患者に対する医療を両立した体制を7月末を目途に整備予定。

新型コロナウイルス感染症における治療の進展

○新型コロナウイルス感染症の治療法は進展が見られ、緊急事態宣言した4月時点とは異なり、治療の選択の幅が拡大。

疾患の病像・病態の解明

- 高齢者において重症化する傾向が判明 → 対策の重点化が可能
- 血栓症の関与が判明 → 治療方針に関する情報提供

エビデンスがある承認薬

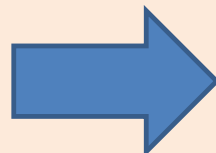
(1～4月)
・なし



(5月～)
・レムデシビル (5月)
・デカドロン(6月) (※)
※従来より重症感染症等に対して承認されていたが、中等症以上のCovid19に対しても有効性が示された。

研究・治験を行なっている主な薬剤 (予定を含む)

(1～4月)
・アビガン
・オルベスコ
・フサン
・アクテムラ
・レムデシビル
・サリルマブ

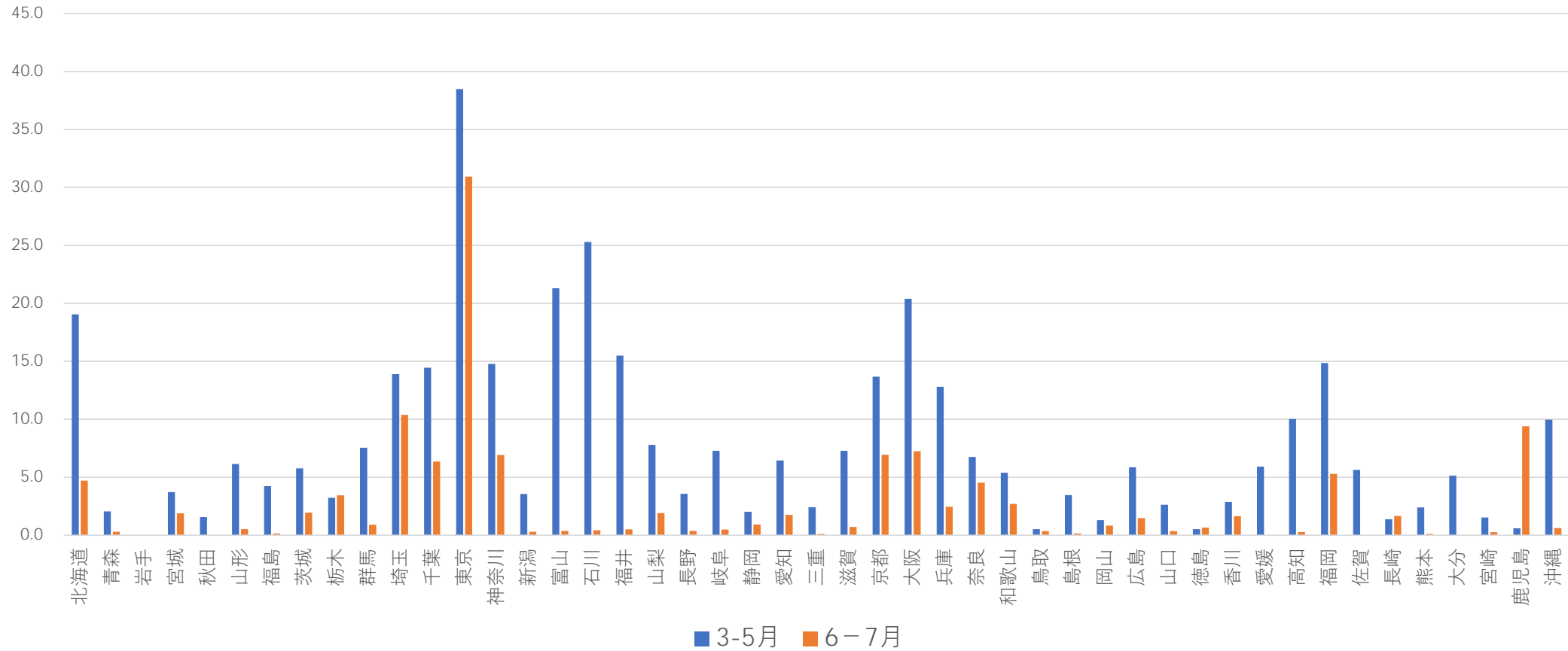


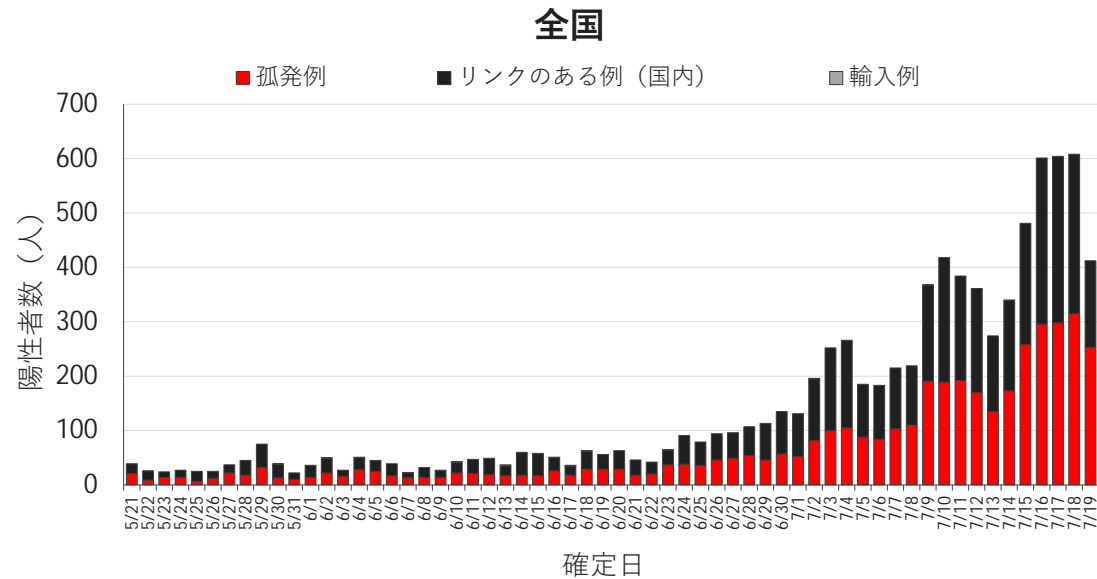
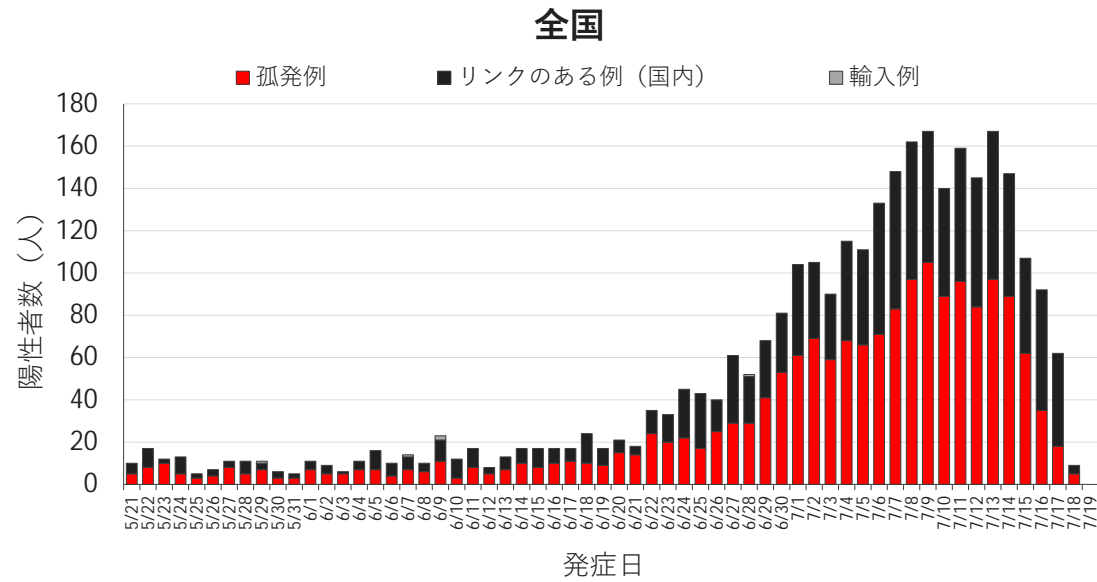
(5月～)
・アビガン(*)
・オルベスコ
・フサン
・アクテムラ(*)
・サリルマブ(*)
・イベルメクチン
・ネルフィナビル
・オルミエント(*)
(*:企業及び医師主導治験)

都道府県の感染状況の比較

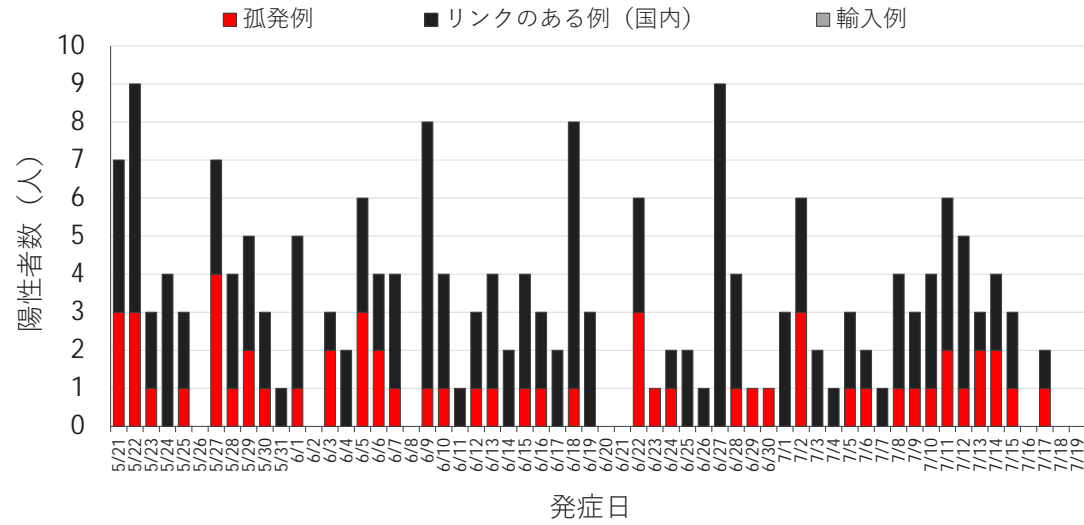
(※発症日ベースのデータは発症日が公表されているものに限る。)

都道府県ごとの人口10万あたりの感染者数

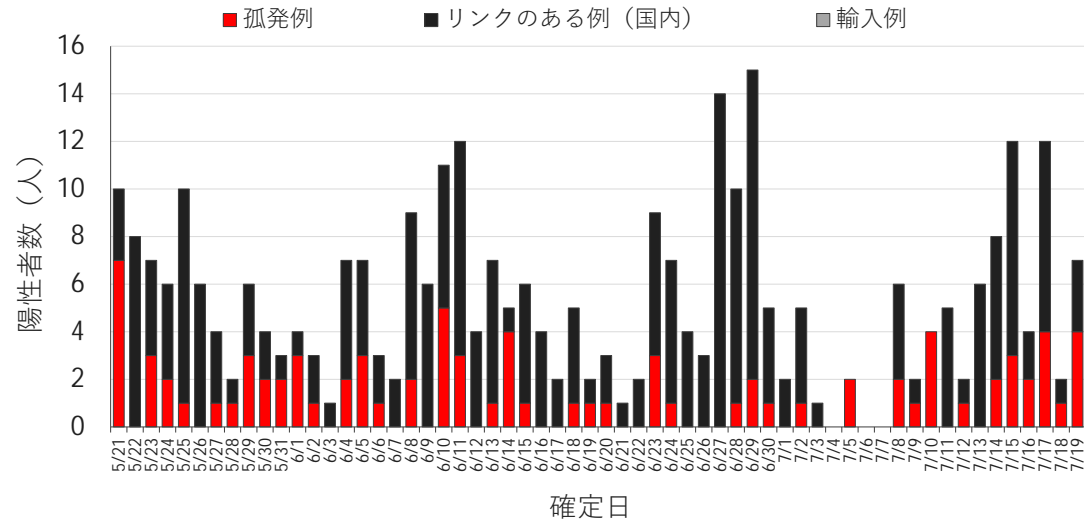




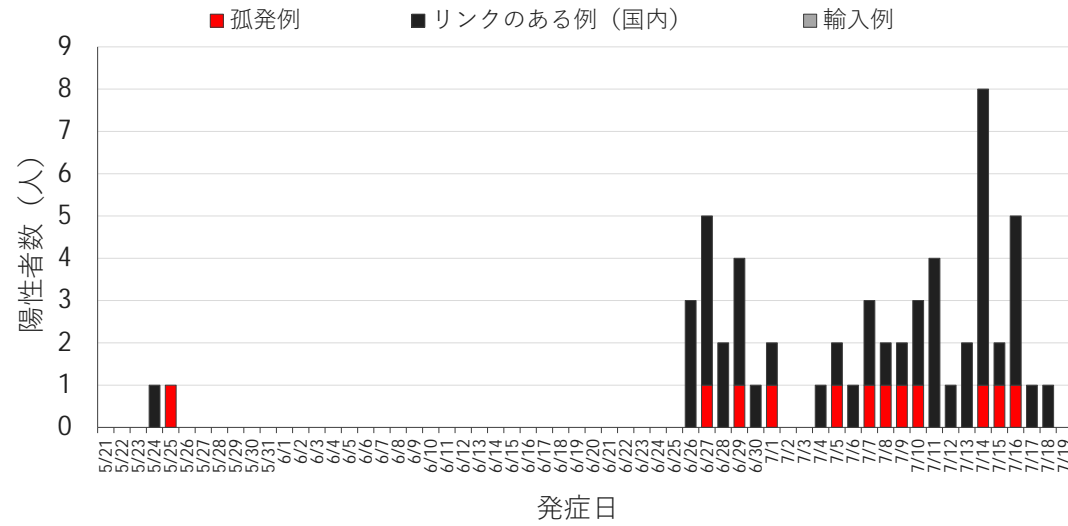
北海道



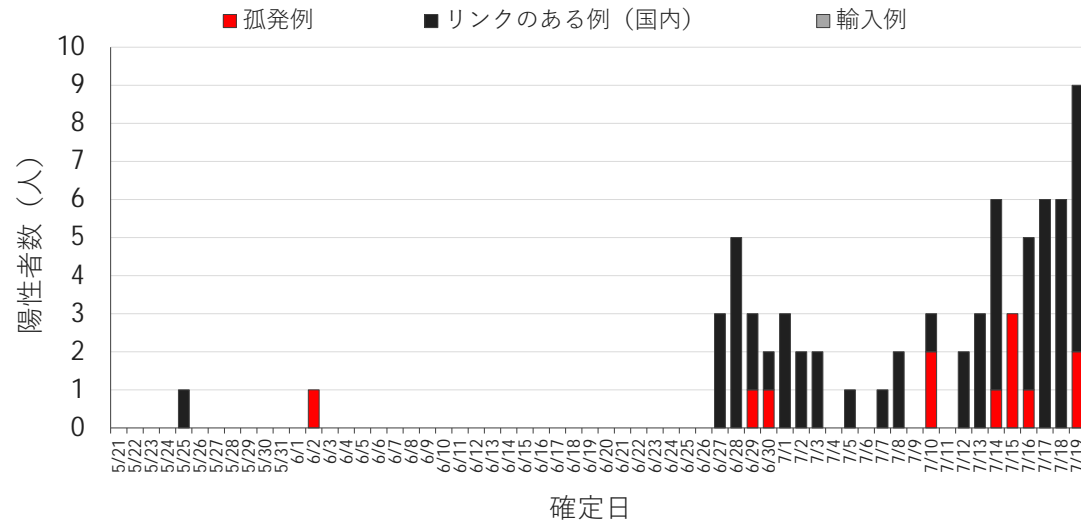
北海道



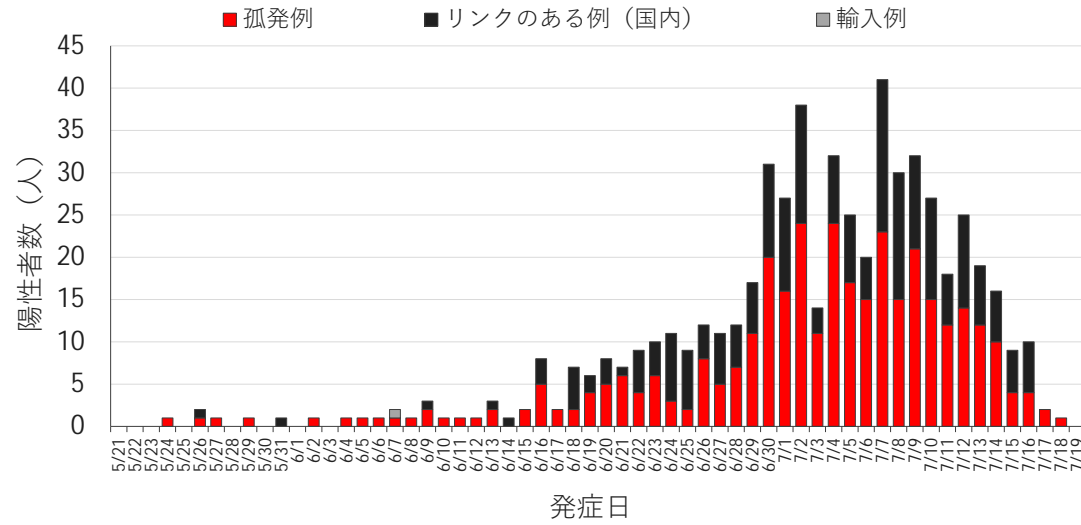
栃木



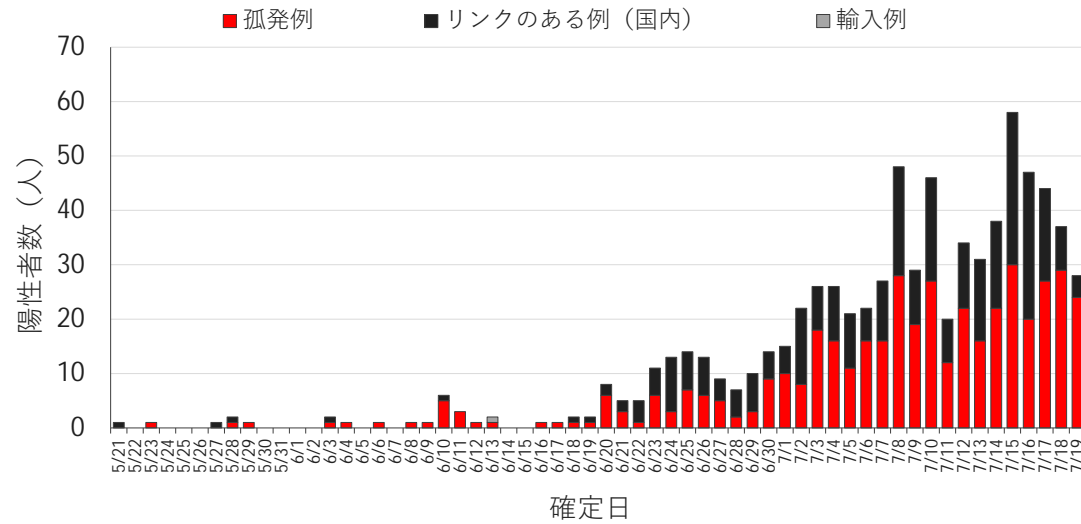
栃木



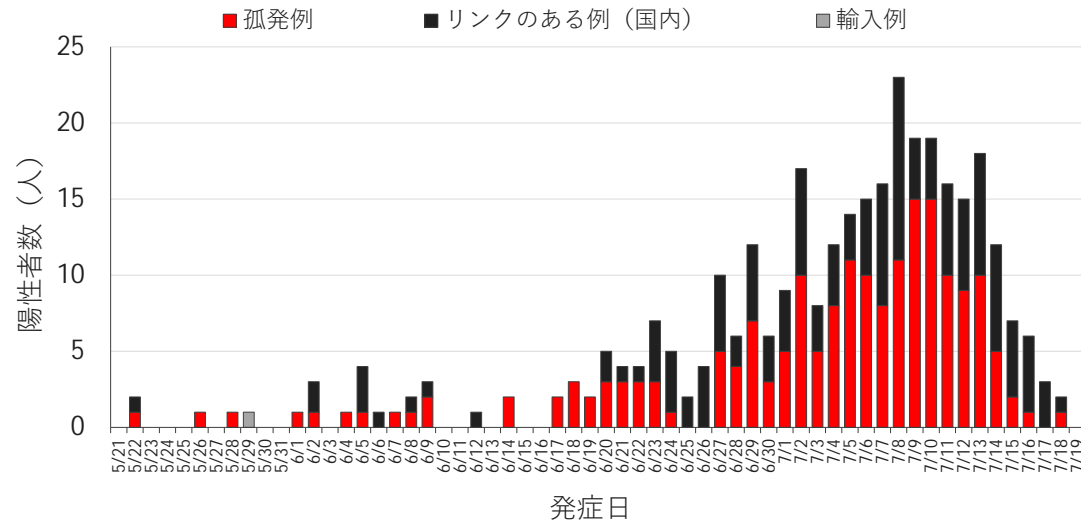
埼玉



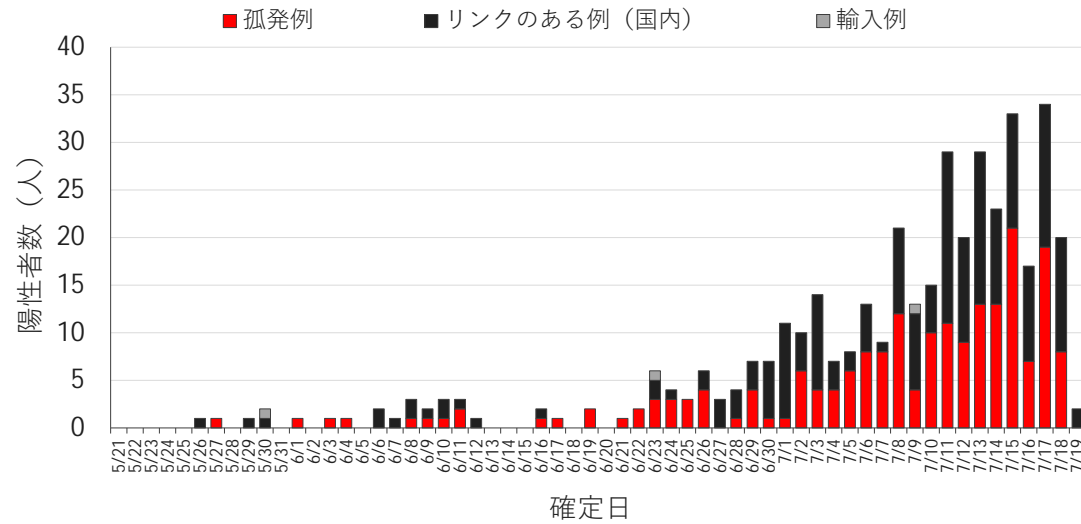
埼玉



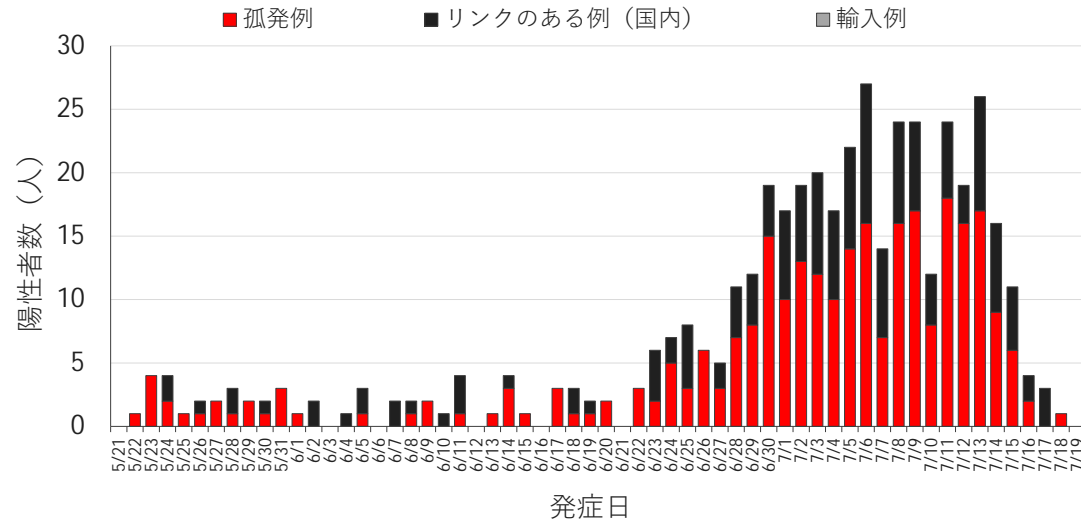
千葉



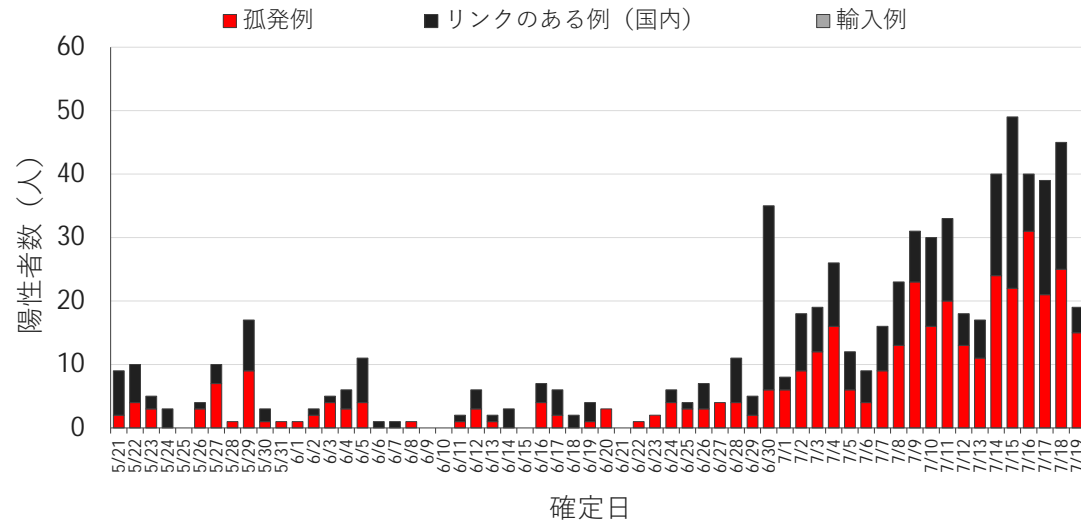
千葉

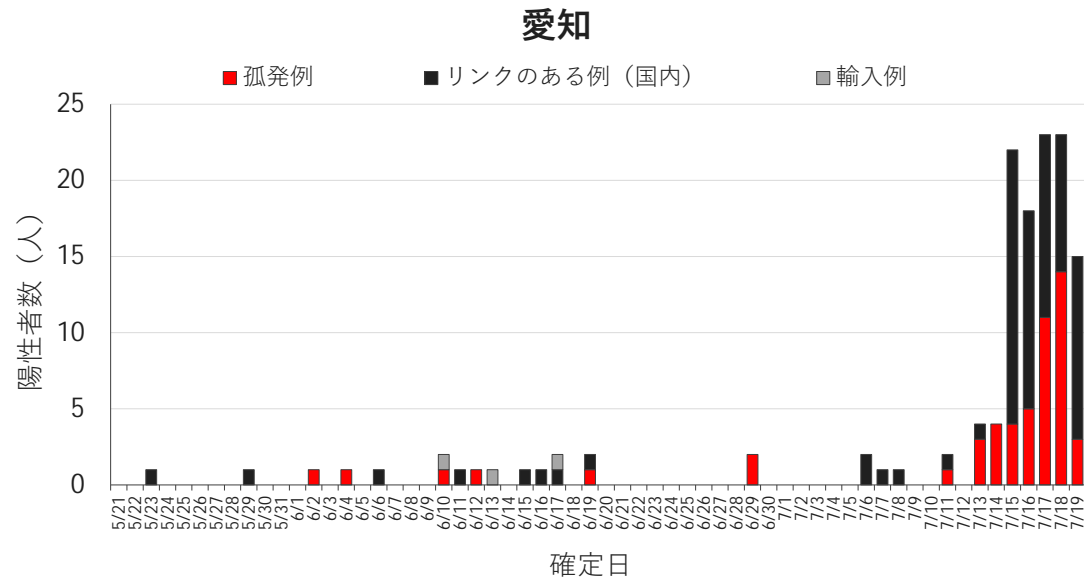
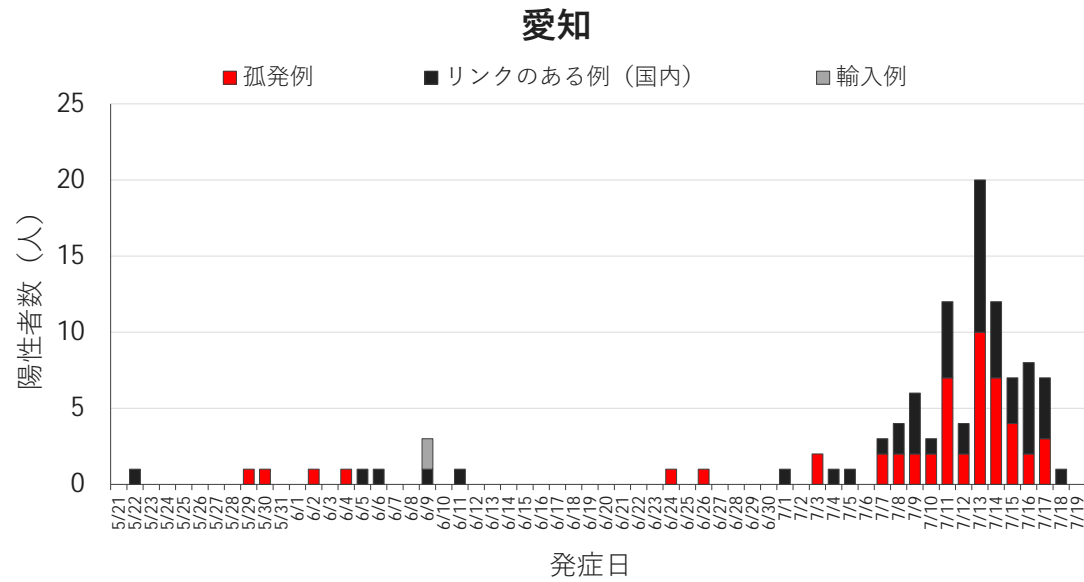


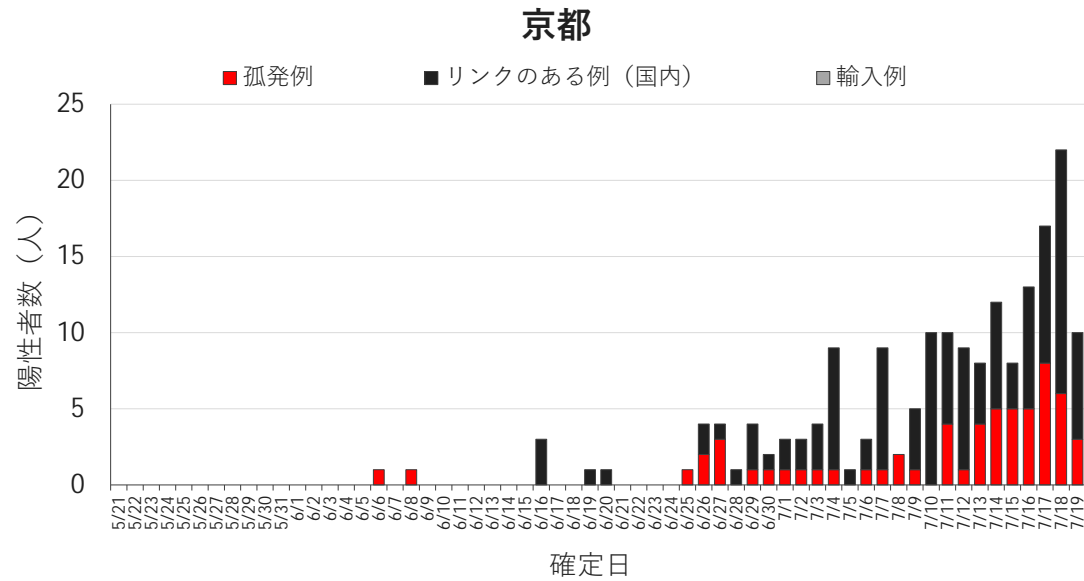
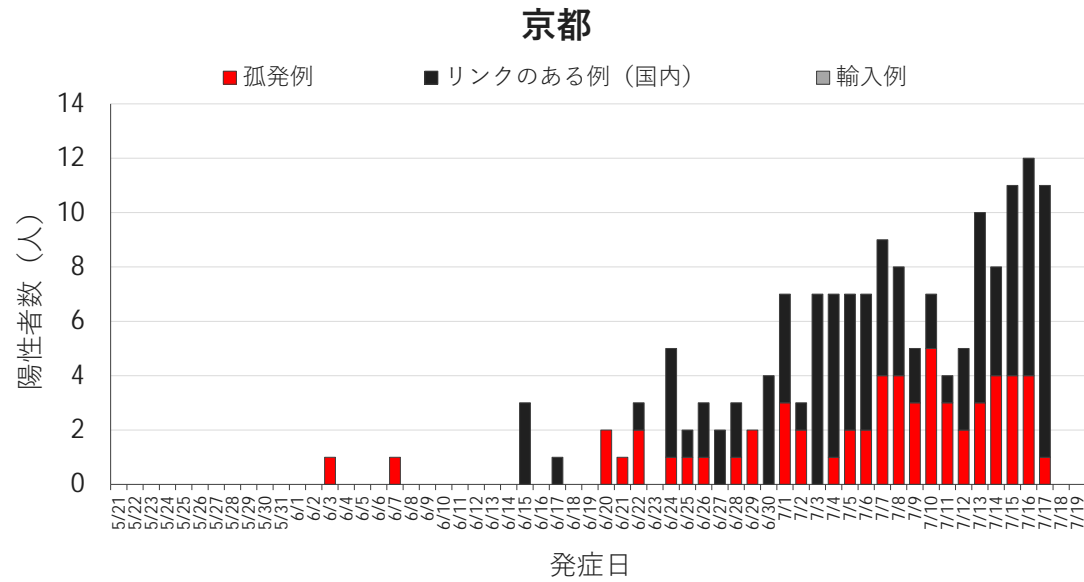
神奈川



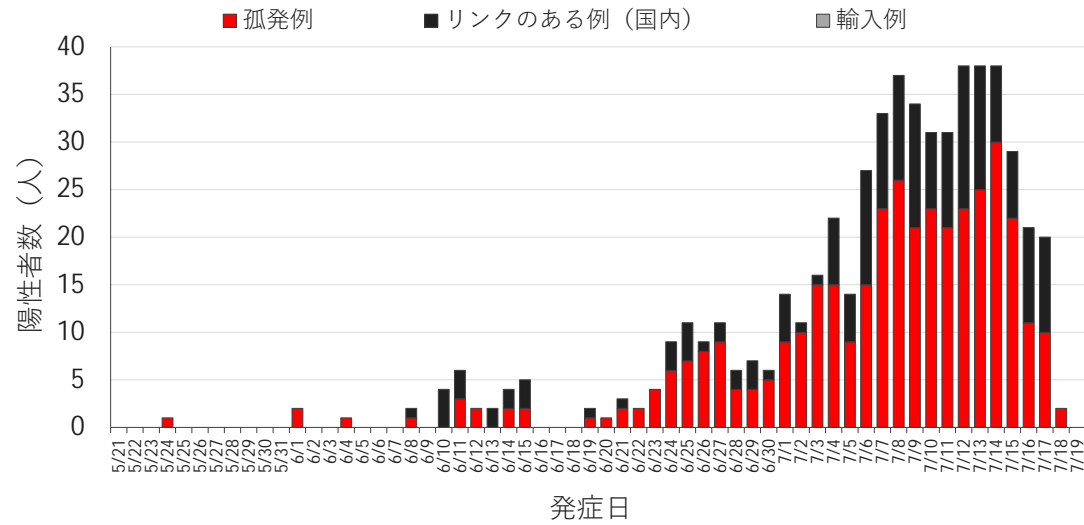
神奈川



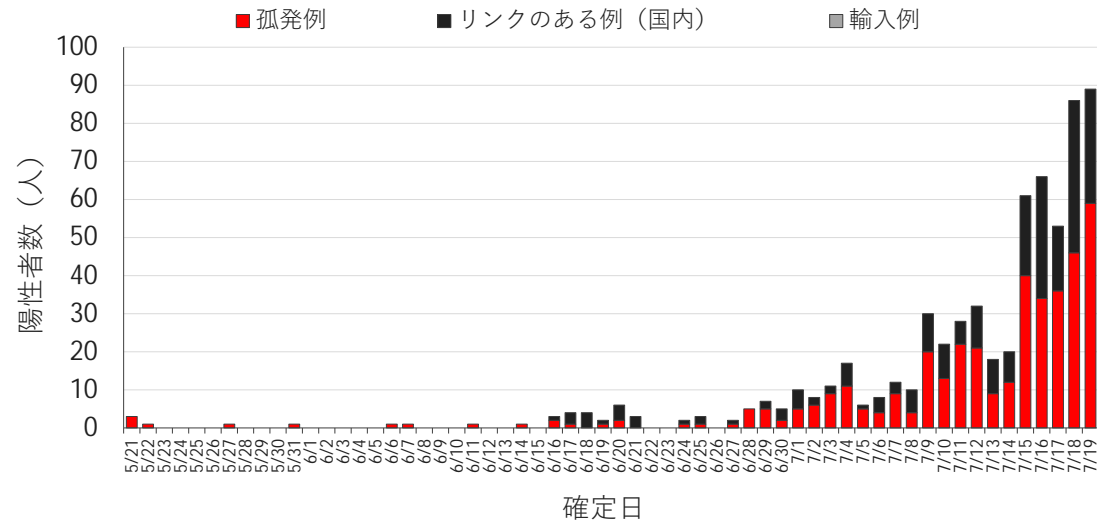


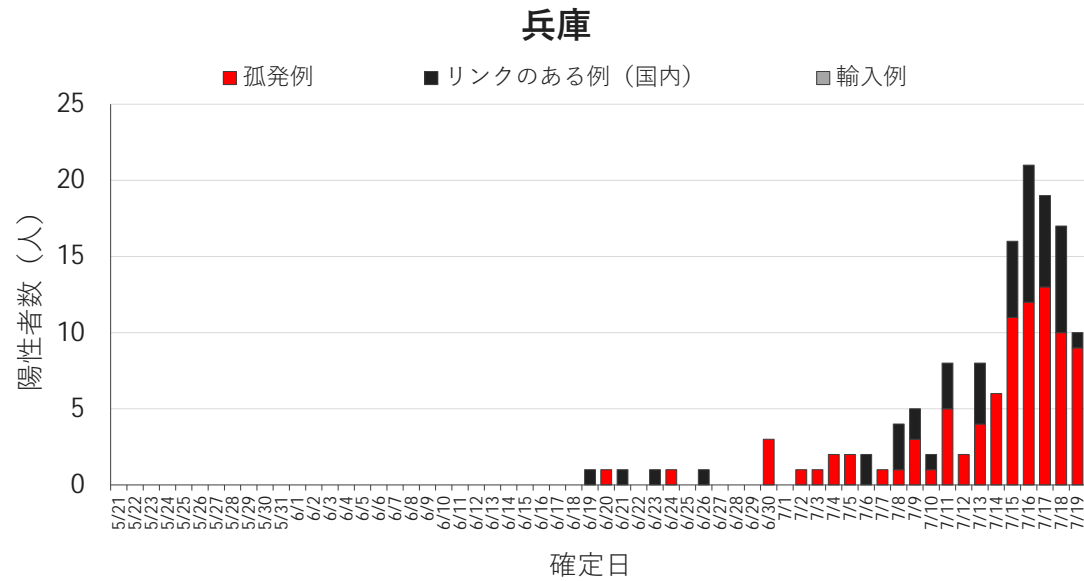
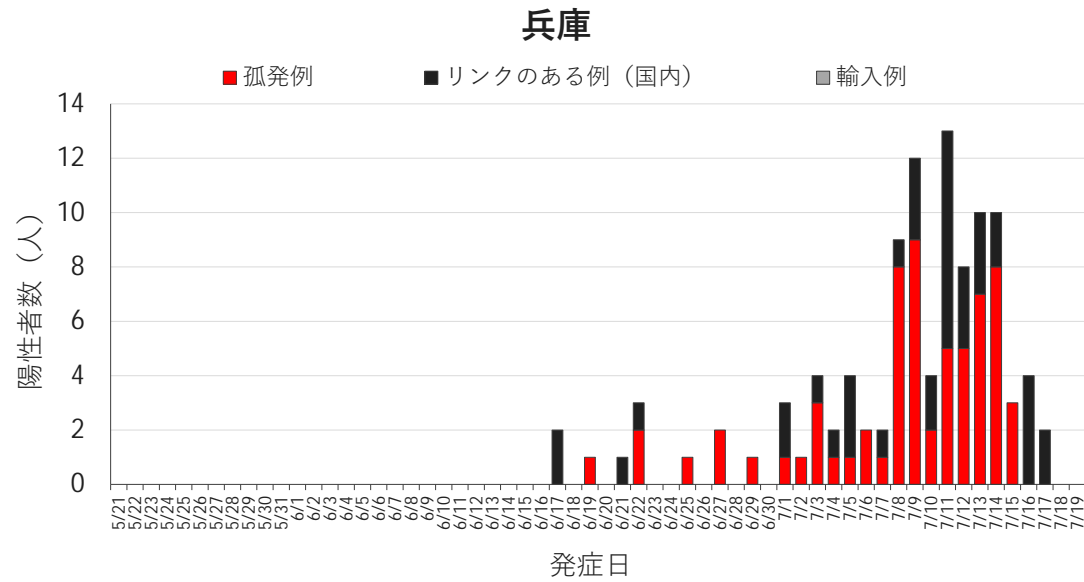


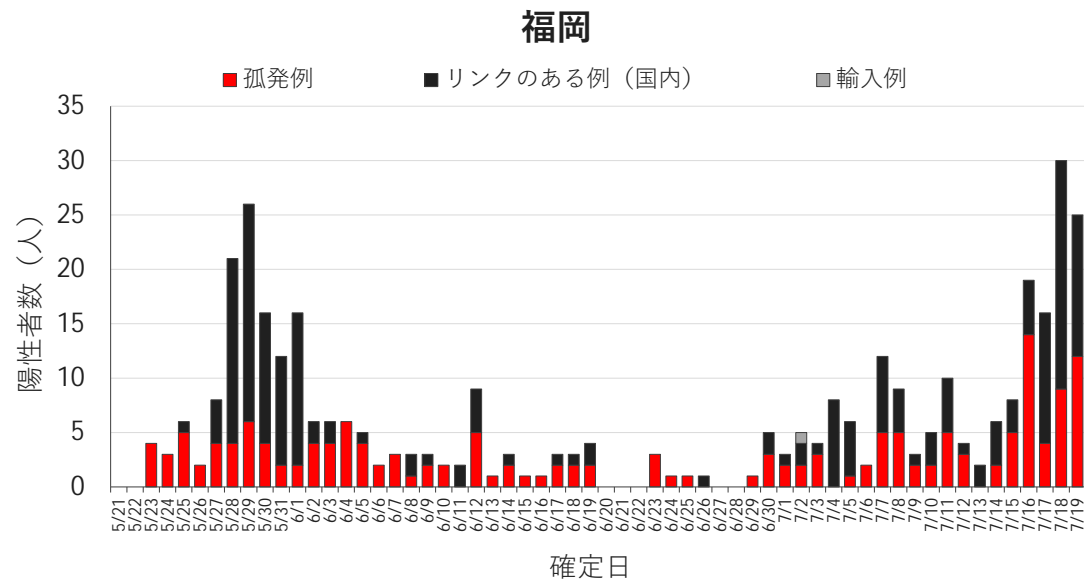
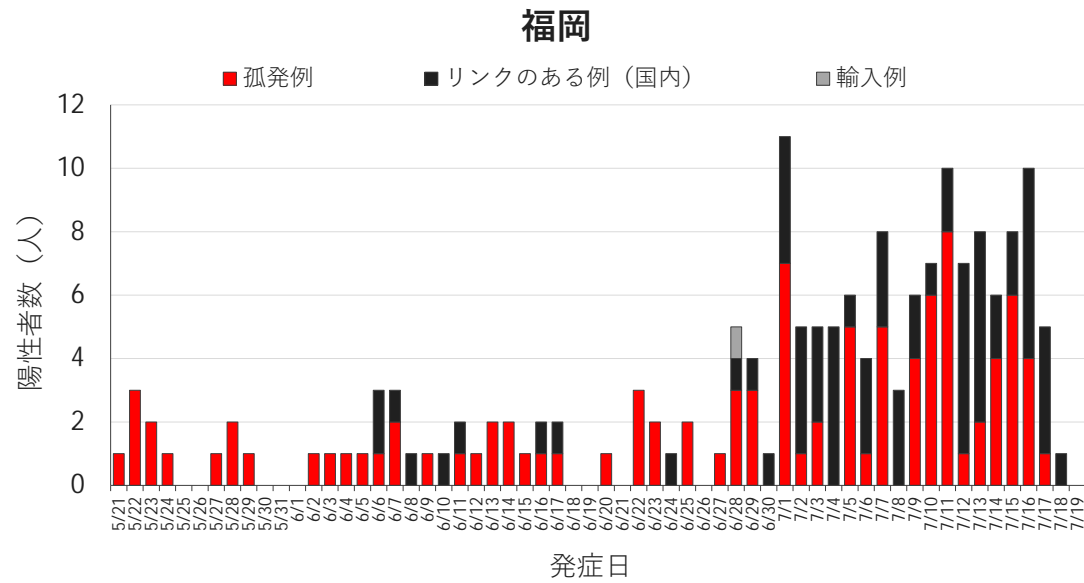
大阪



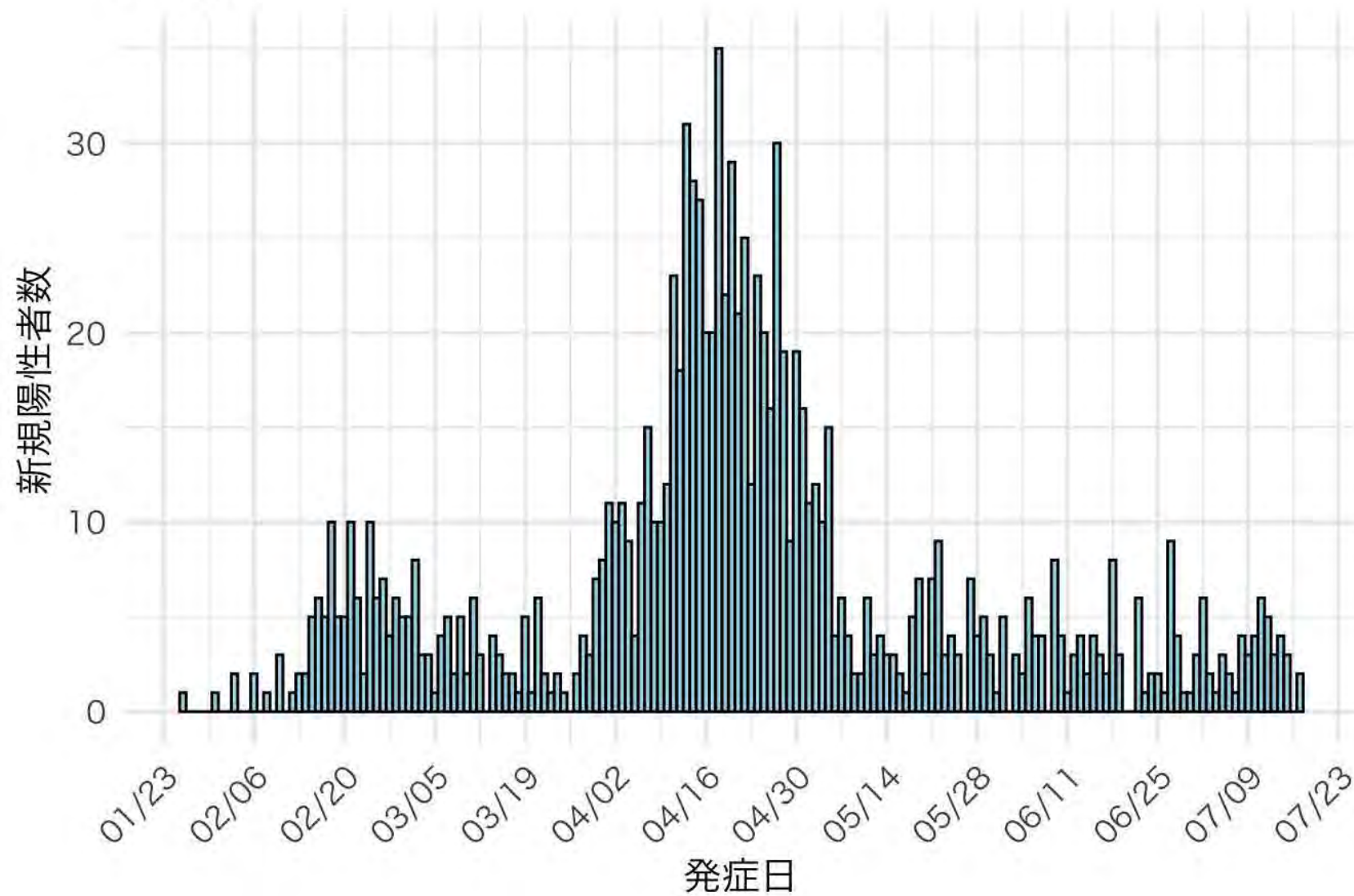
大阪



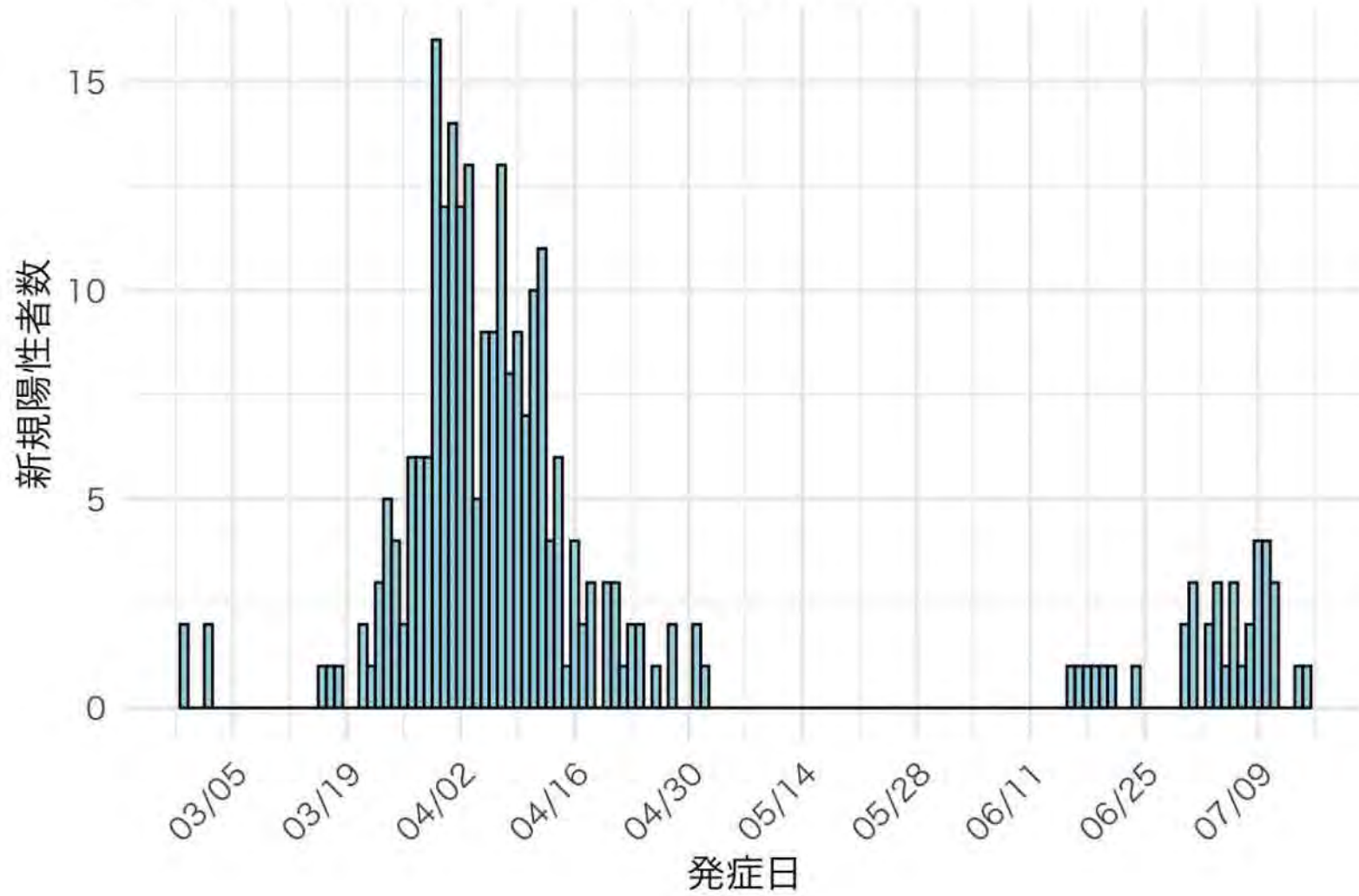




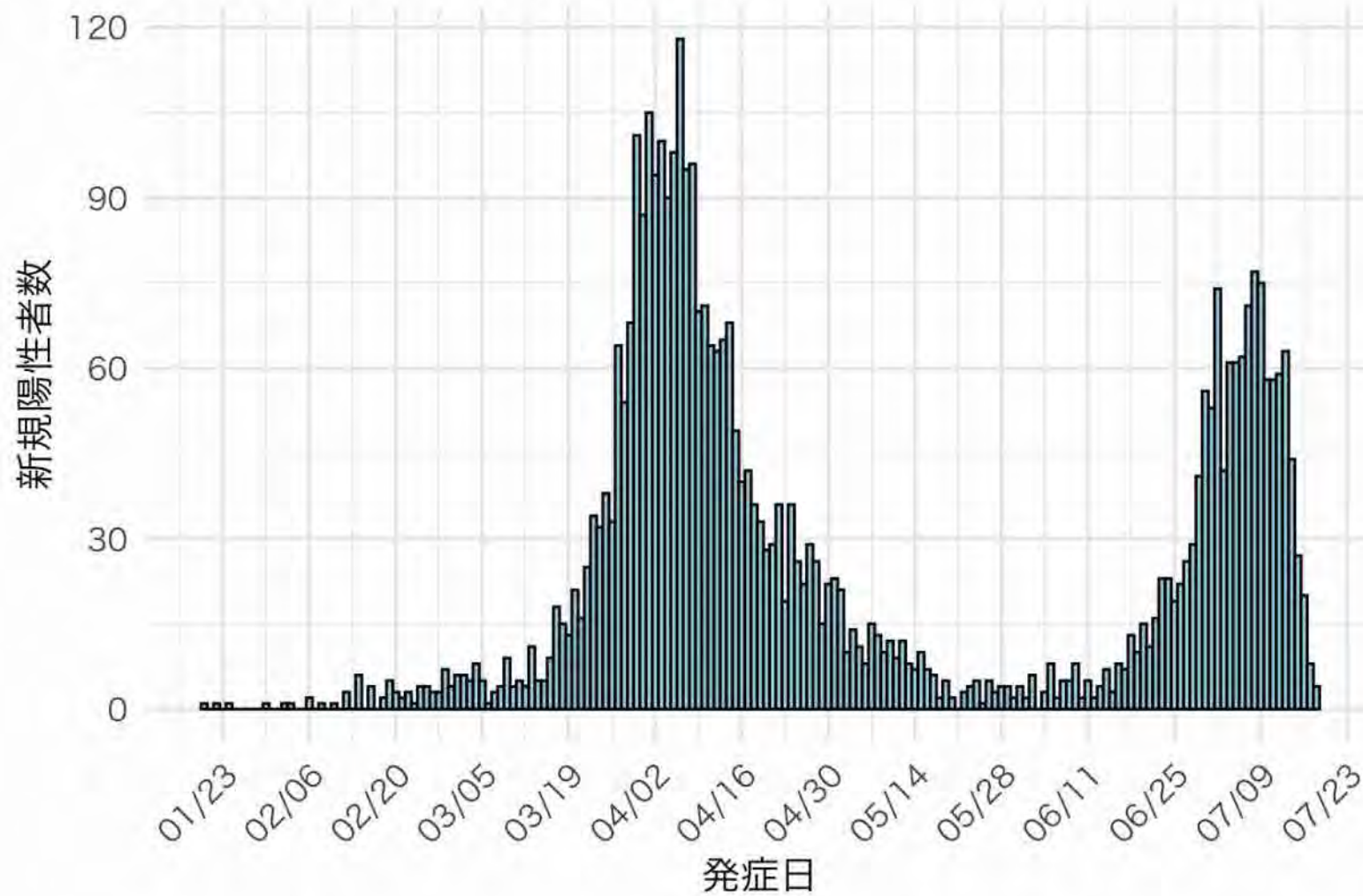
北海道



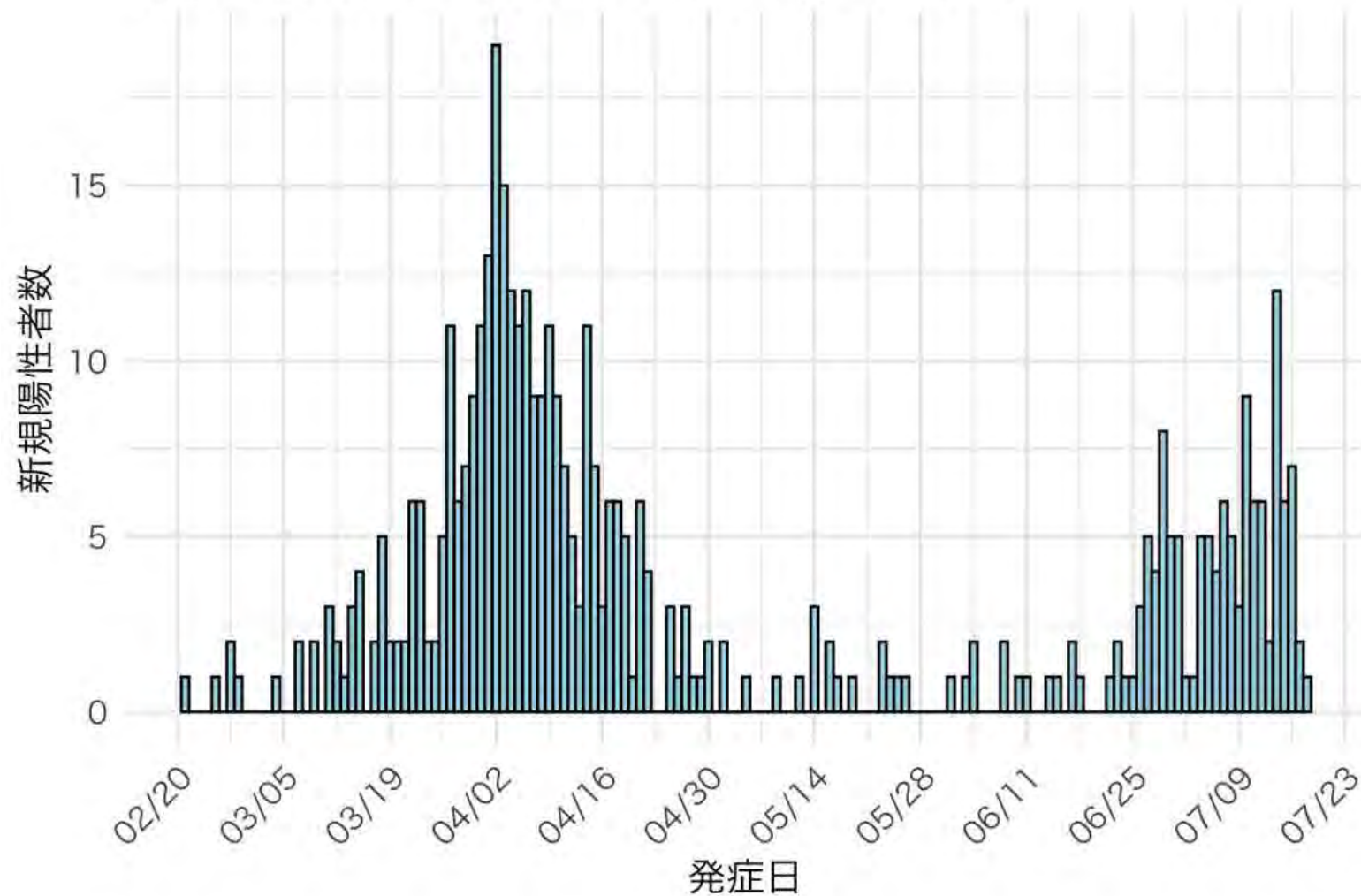
東北（青森、秋田、宮城、山形、福島）



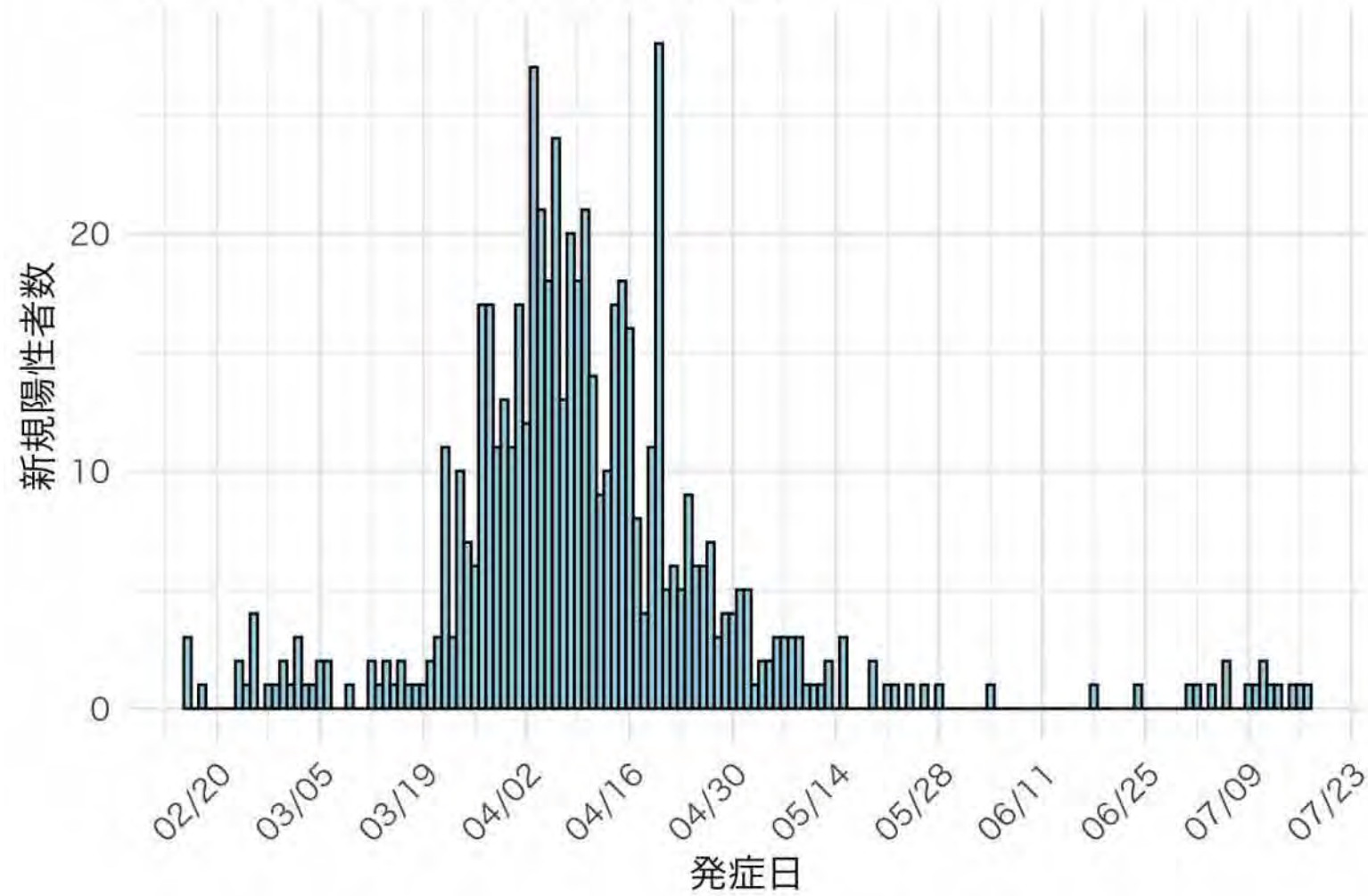
首都圏（埼玉、神奈川、千葉）



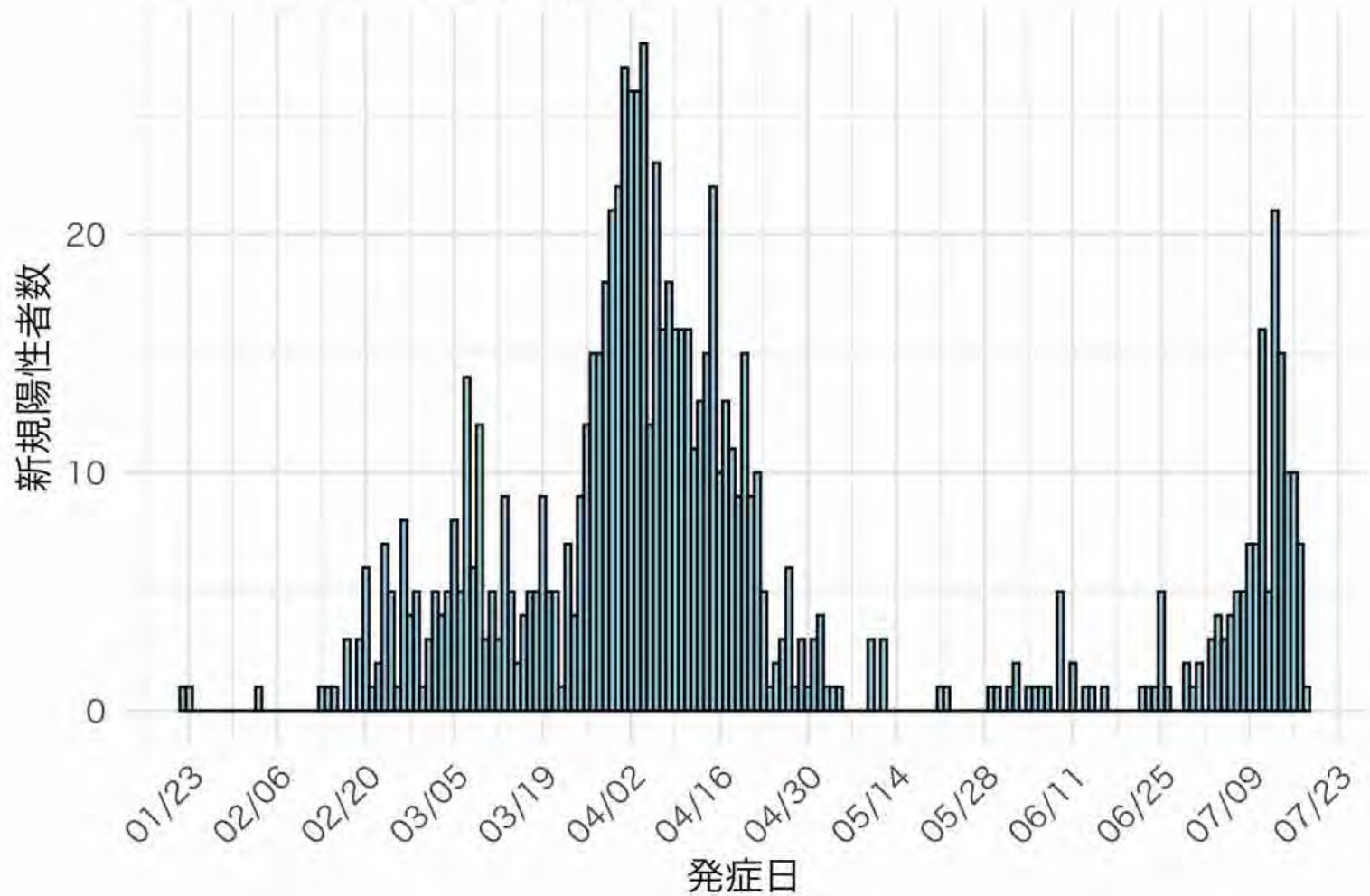
首都圏除く関東（茨城、栃木、群馬、山梨）



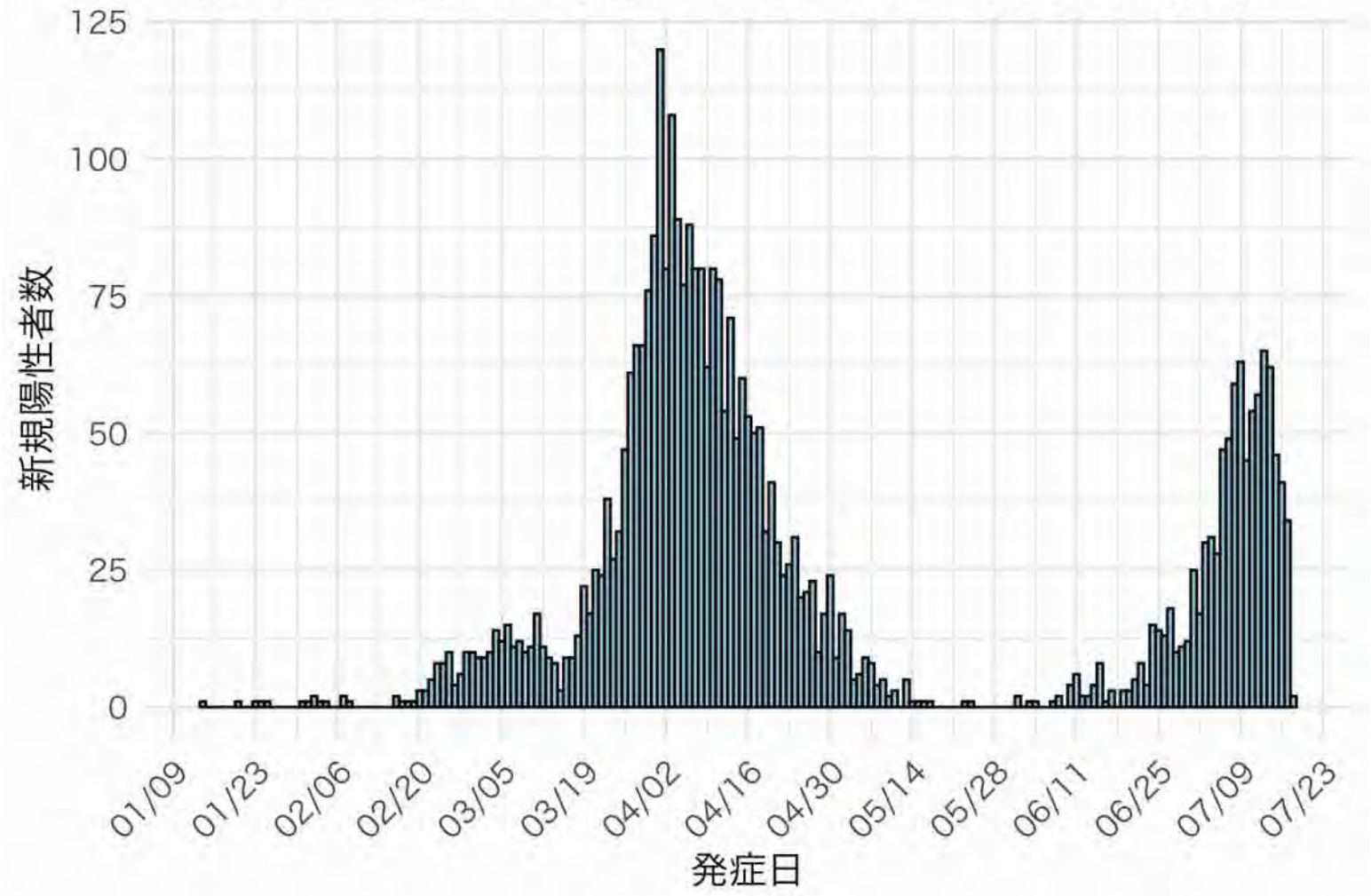
北陸（新潟、富山、石川、福井）



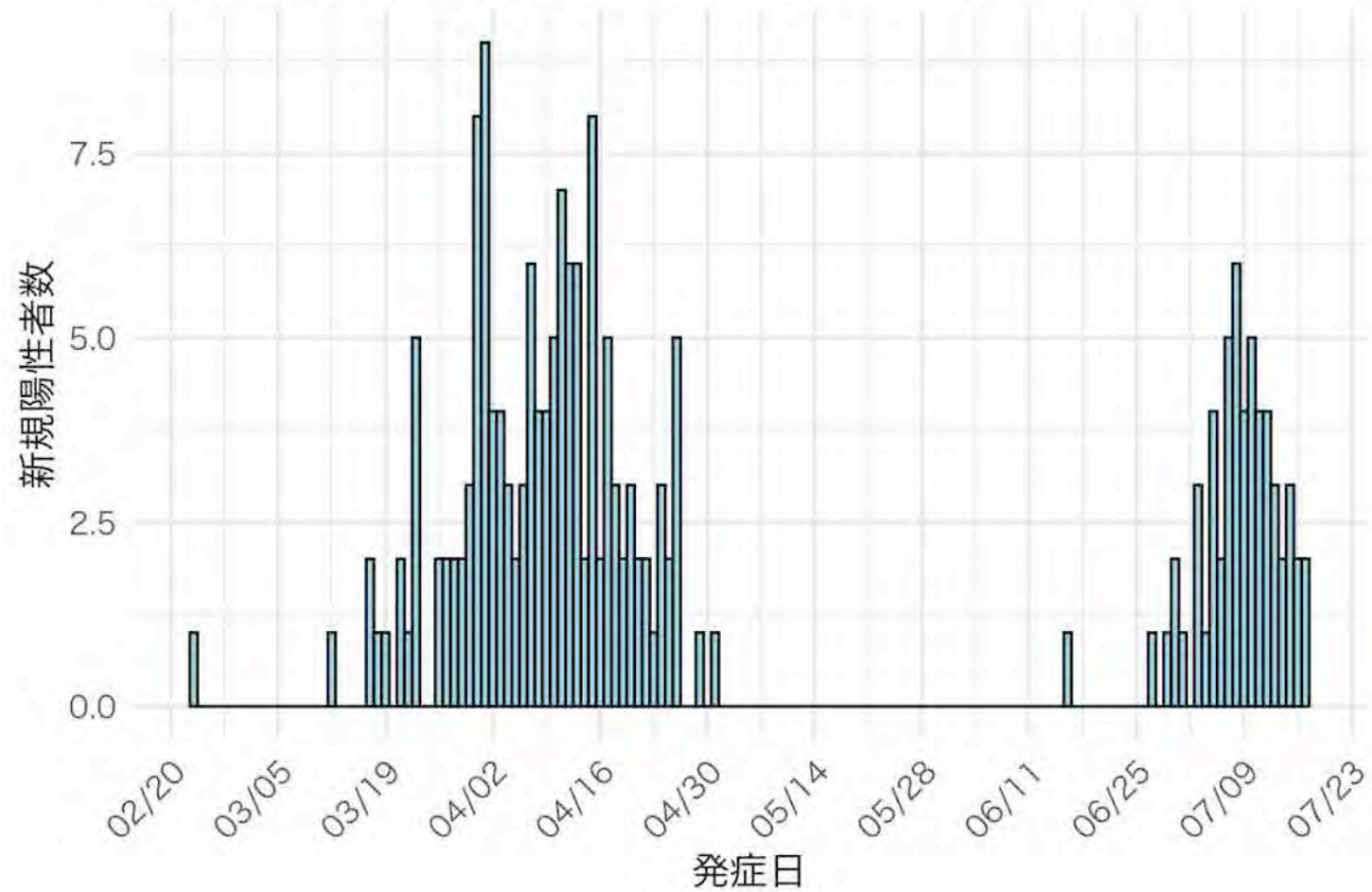
中部（長野、岐阜、静岡、愛知）



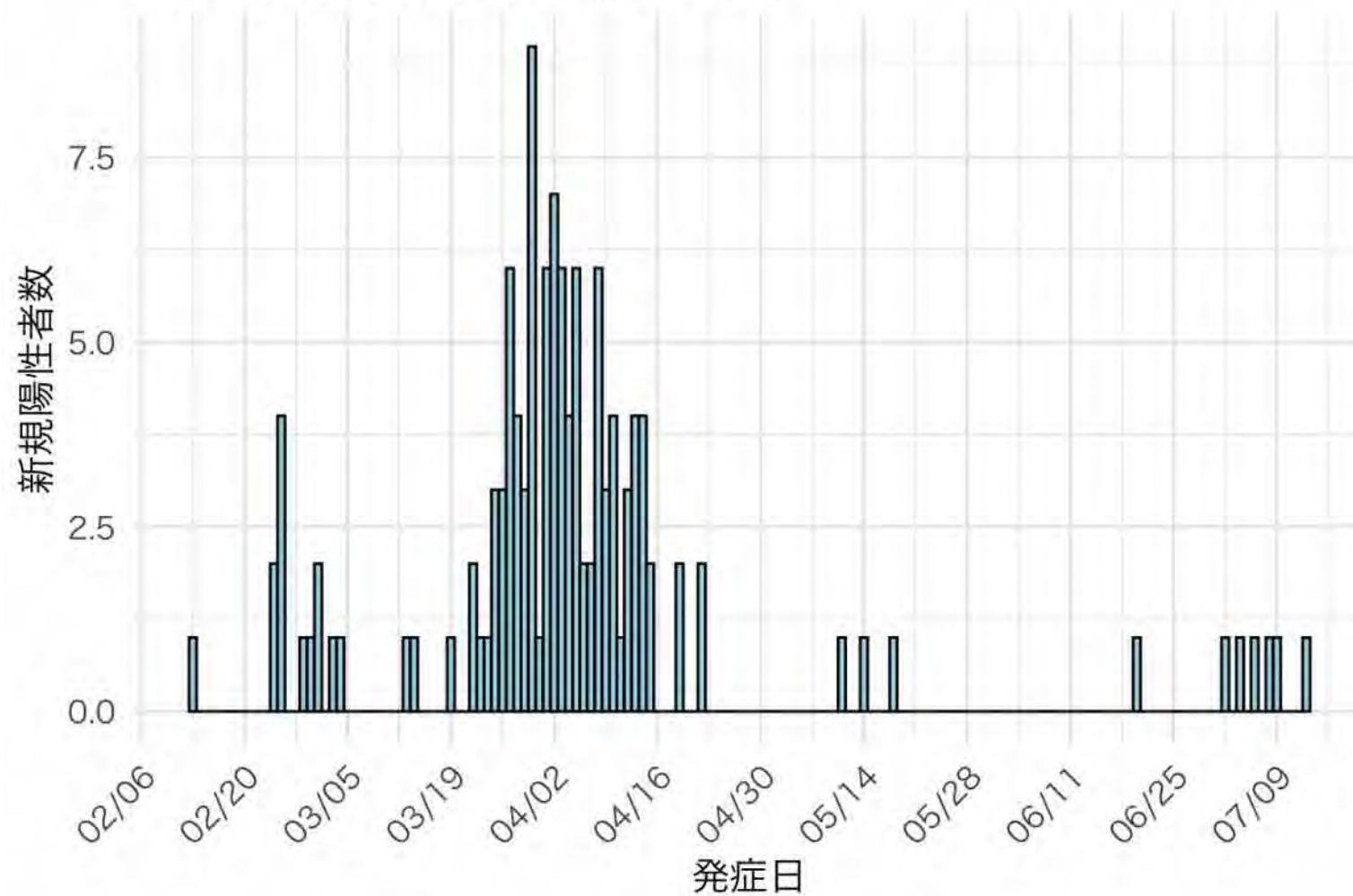
近畿（三重、滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山）



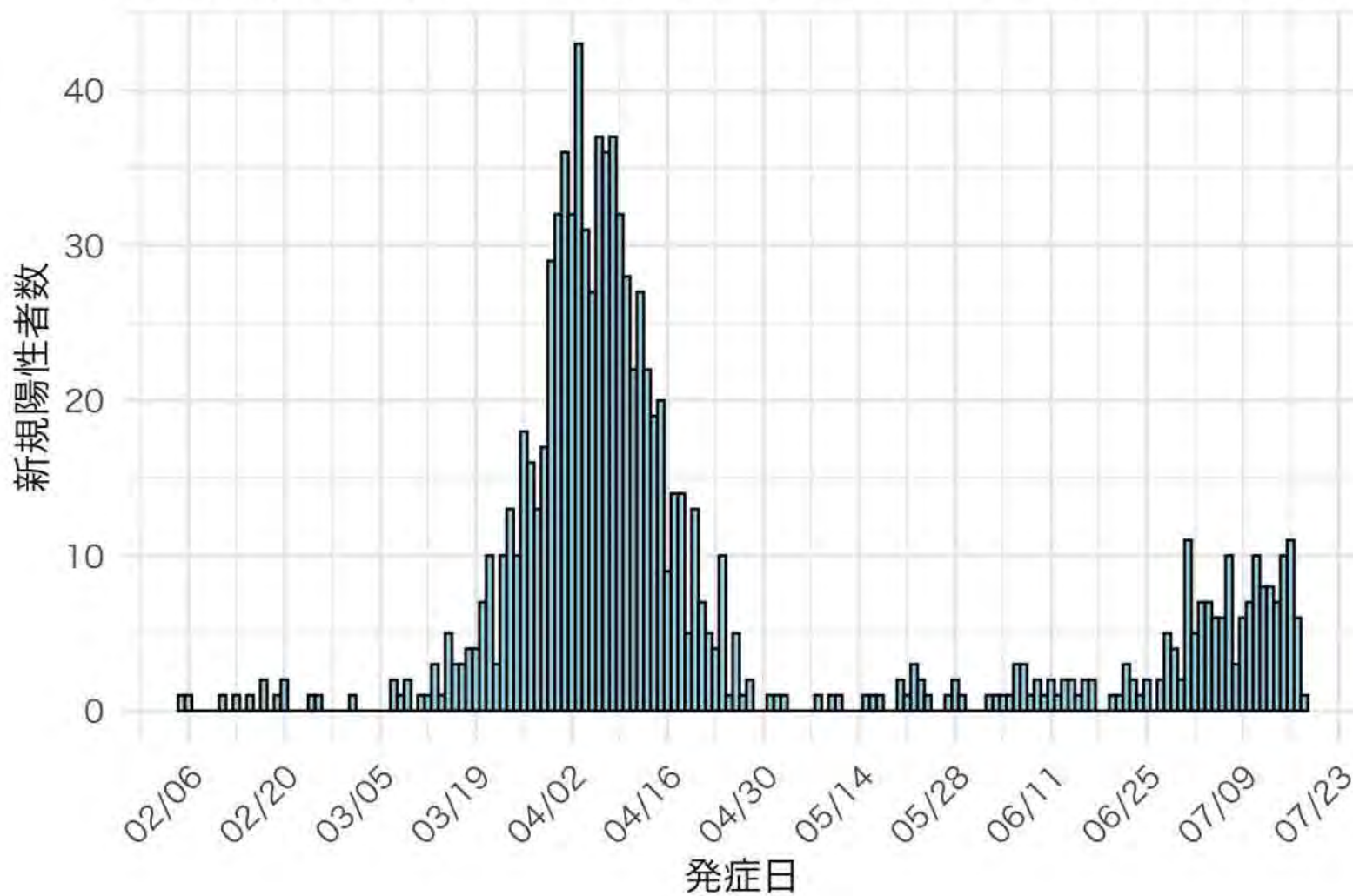
中国（鳥取、島根、岡山、広島、山口）



四国（徳島、香川、愛媛、高知）

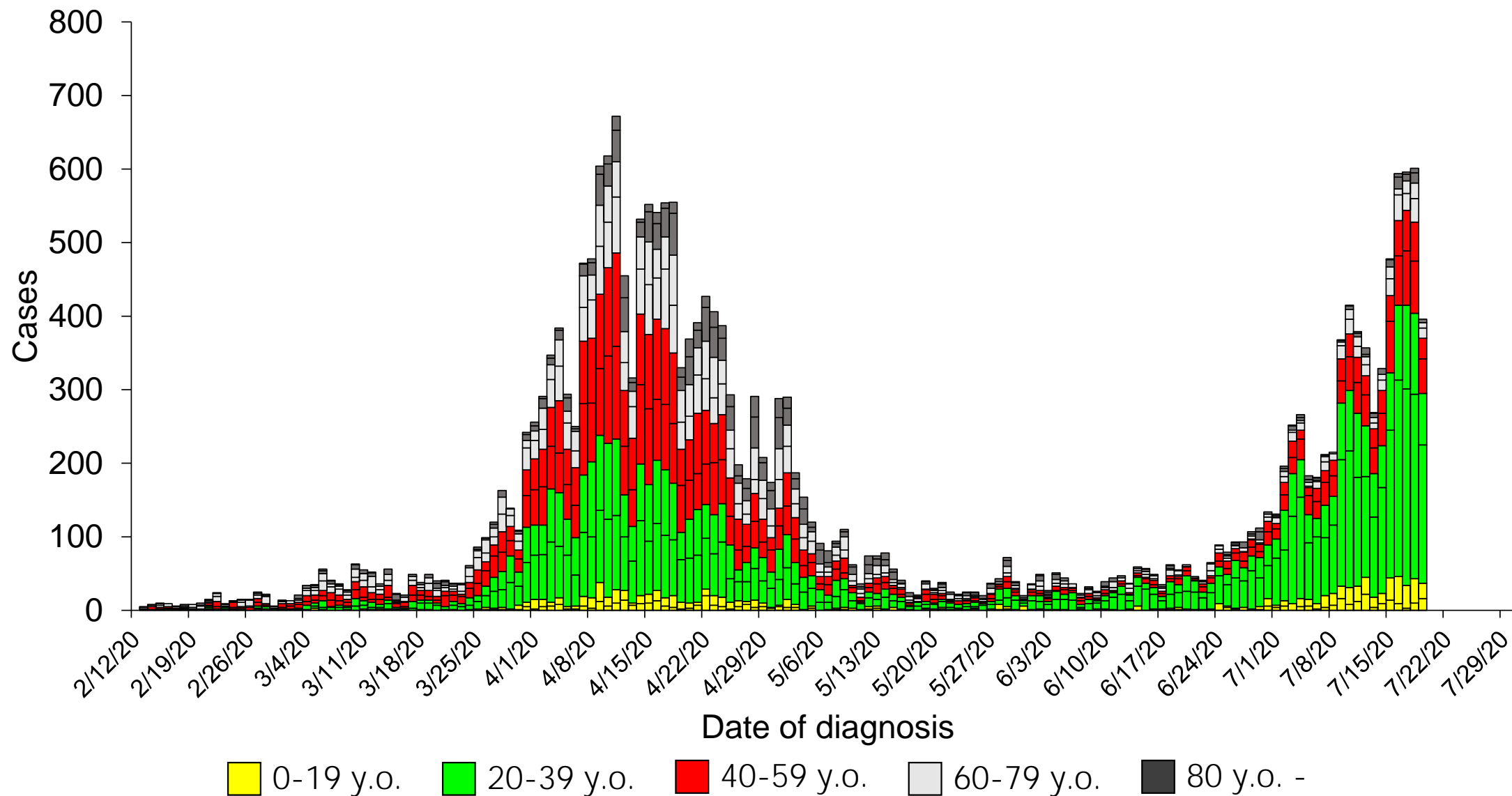


九州（福岡、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島、沖縄）

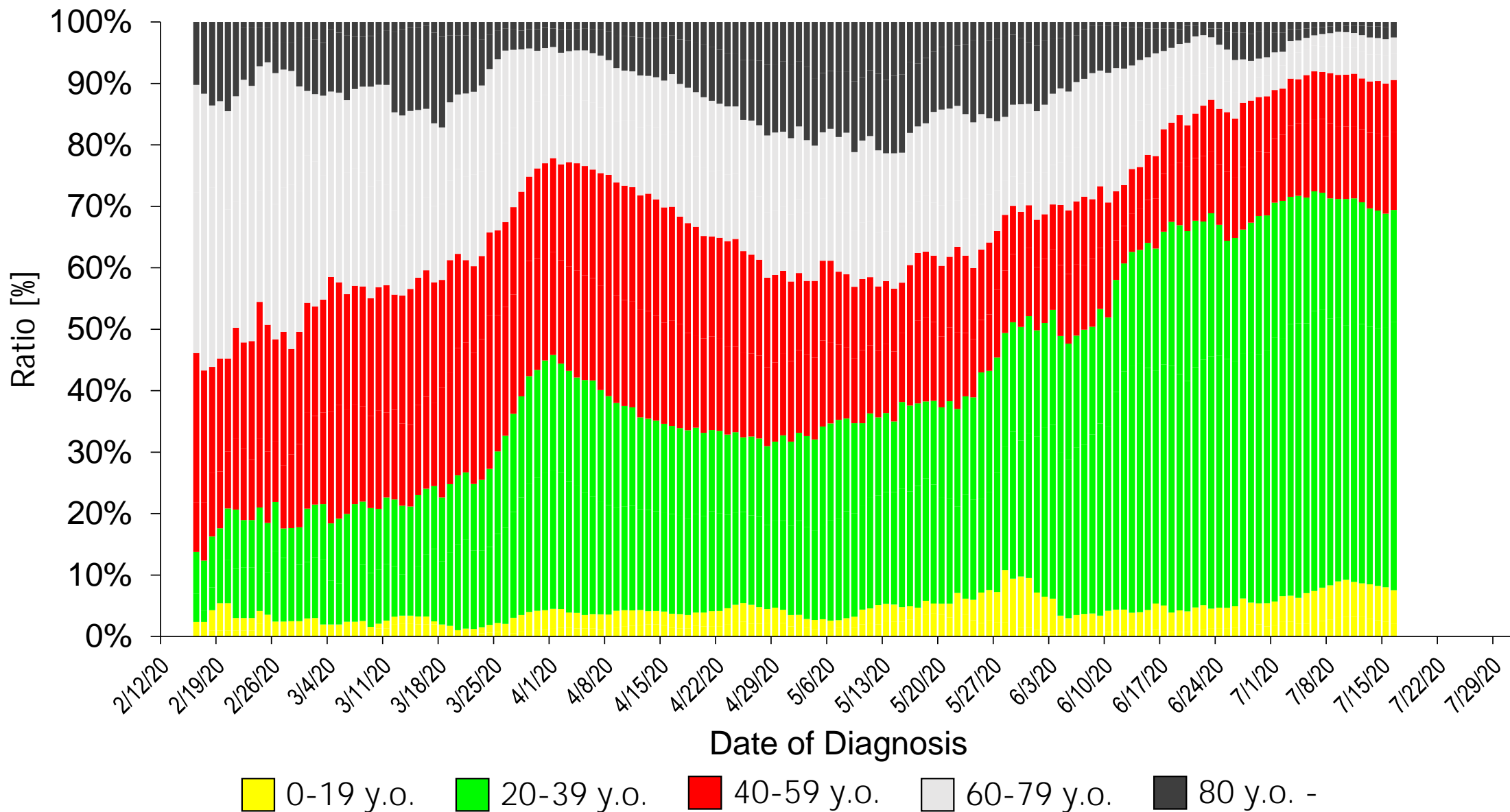


年齢分布の推移

Age distribution - epi curve: N=24,784 (Japan, 12 Feb 2020 - 20 July 2020)

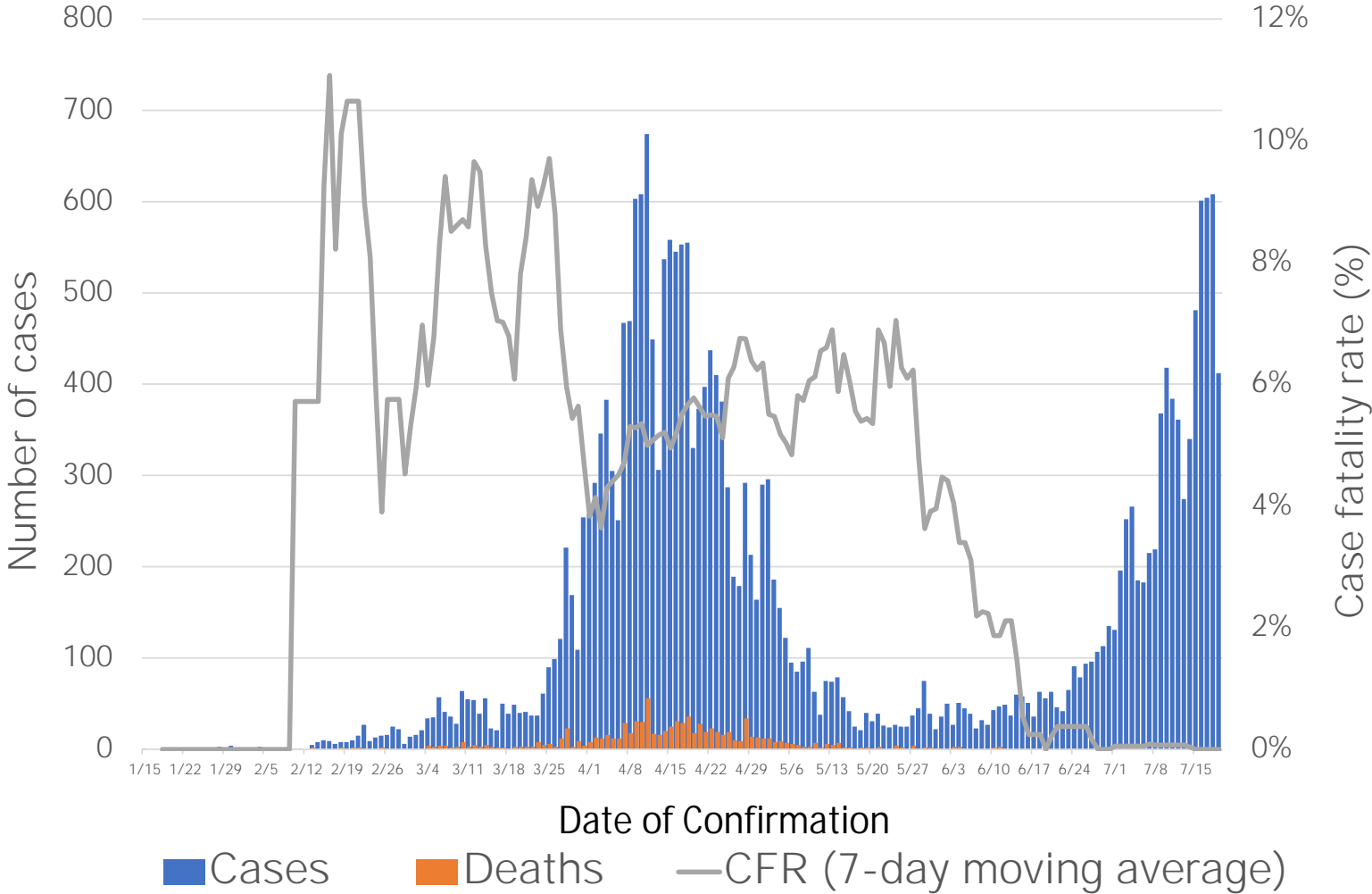


Age distribution (7-day moving average): N=24,784 (Japan, 12 Feb, 2020 - 20 July 2020)



死亡例の解析

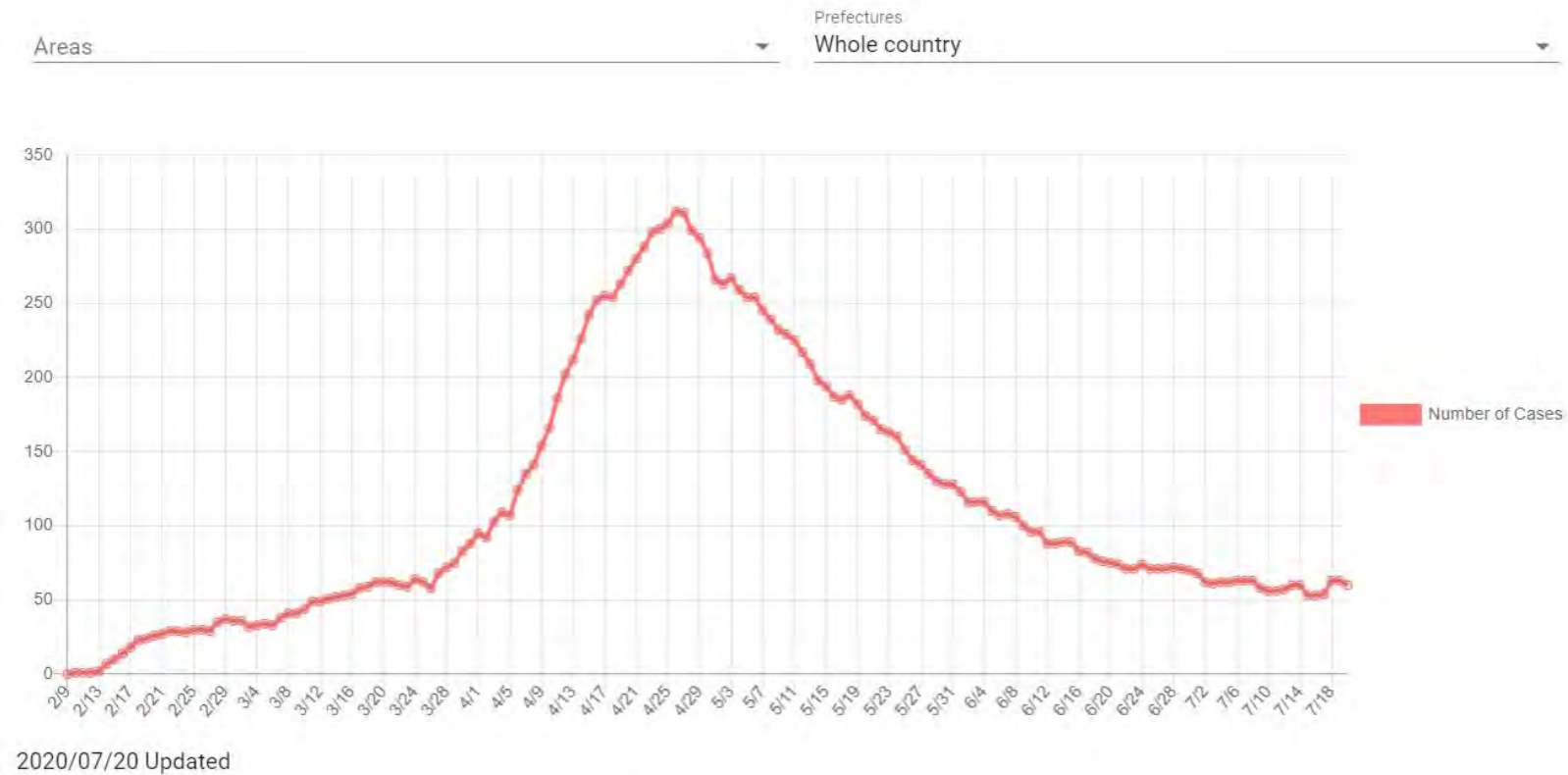
Temporal distribution of COVID-19 cases and deaths, and case fatality rate (CFR)



Temporal distribution of critically ill patients

COVID-19 cases on mechanical ventilator (with/without ECMO) over time in Japan (since February 9 2020)

This graph shows the changes in the number of critical COVID-19 patients reported to CRISIS by region and prefecture. We are working hard to improve the accuracy. There is a tendency for many COVID-19 patients to be on long-term mechanical ventilation.



ECM0net

全国の死亡者数および死亡者割合 (2020/1/15-2020/7/16)

年齢層	感染者数				死亡者数				致死率	
	男性	%	女性	%	男性	%	女性	%	男性	女性
0-9	224	1.8%	177	1.8%	0	0.0%	0	0.0%	0.00%	0.00%
10-19	287	2.3%	379	3.9%	0	0.0%	0	0.0%	0.00%	0.00%
20-29	2618	21.1%	2443	25.1%	1	0.2%	0	0.0%	0.04%	0.00%
30-39	2213	17.9%	1430	14.7%	3	0.5%	1	0.3%	0.14%	0.07%
40-49	2046	16.5%	1188	12.2%	12	2.0%	2	0.5%	0.59%	0.17%
50-59	1881	15.2%	1296	13.3%	30	4.9%	3	0.8%	1.59%	0.23%
60-69	1293	10.4%	821	8.4%	87	14.3%	14	3.8%	6.73%	1.71%
70-79	1051	8.5%	836	8.6%	185	30.3%	83	22.6%	17.60%	9.93%
80-89	627	5.1%	730	7.5%	222	36.4%	145	39.5%	35.41%	19.86%
90-	150	1.2%	444	4.6%	70	11.5%	119	32.4%	46.67%	26.80%
	12390		9744		610		367		4.92%	3.77%

イベント開催制限のあり方について

イベント開催制限の段階的緩和の目安

5月25日 内閣官房新型コロナウイルス感染症対策推進室・事務連絡より抜粋

- 「新しい生活様式」に基づく行動。手指消毒やマスク着用、発熱等の症状がある者は外出等を避けるなど、基本的な感染防止策の徹底・継続。イベント主催者や出演者は「業種別ガイドライン」等に基づく行動、参加者の連絡先把握、接触確認アプリの周知、イベント前後の感染対策（行動管理含む）の呼びかけ。
- 感染拡大の兆候やイベント等でのクラスターの発生があった場合、イベントの無観客化や延期、中止等も含めて、国と連携しながら、都道府県知事が速やかに協力を要請。その際、専門家によるクラスターの発生原因やそれへの有効な対策等に関する分析を出来る限り活用（業種別ガイドラインの改定にも活用）。緊急事態宣言が出た場合、対策を強化。
- 今後、感染状況等に変化がみられる場合、段階的解除の目安の変更や必要な対策等を通知。

<基本的な考え方>

時期		収容率	人数上限
【移行期間】 ステップ① 5月25日～	屋内	50%以内	100人
	屋外	十分な間隔 *できれば2m	200人
ステップ② 6月19日～ *ステップ①から約3週間後	屋内	50%以内	1000人
	屋外	十分な間隔 *できれば2m	1000人
ステップ③ 7月10日～ *ステップ②から約3週間後	屋内	50%以内	5000人
	屋外	十分な間隔 *できれば2m	5000人
【移行期間後】 感染状況を見つつ、 8月1日を目途 *ステップ③から約3週間後	屋内	50%以内	上限なし
	屋外	十分な間隔 *できれば2m	上限なし

(注) 収容率と人数上限でどちらか小さい方を限度（両方の条件を満たす必要）。

8月以降のイベント開催制限のあり方について

論点

- 5月25日以降、**基本的対処方針に基づき、移行期間として概ね3週間ごとに地域の感染状況や感染拡大リスク等の評価を行いながら、イベント開催制限等の段階的な緩和を図ってきた。**
- **8月以降のイベント開催**については、感染状況を見つつ、収容率等の制限（50%以内）を維持し、5,000人という人数上限を撤廃するという目安を示してきたが、**大規模イベントでは、全国的な移動を伴うこと等により、一部地域の感染リスクが拡散する可能性。**
- **足もとの感染状況を踏まえて、当面のイベントの人数上限等やエビデンスに基づく収容率をどのように考えるべきか、**について議論いただきたい。
- イベント開催は「**新しい生活様式の定着**」や「**業種別ガイドラインの遵守**」が前提。

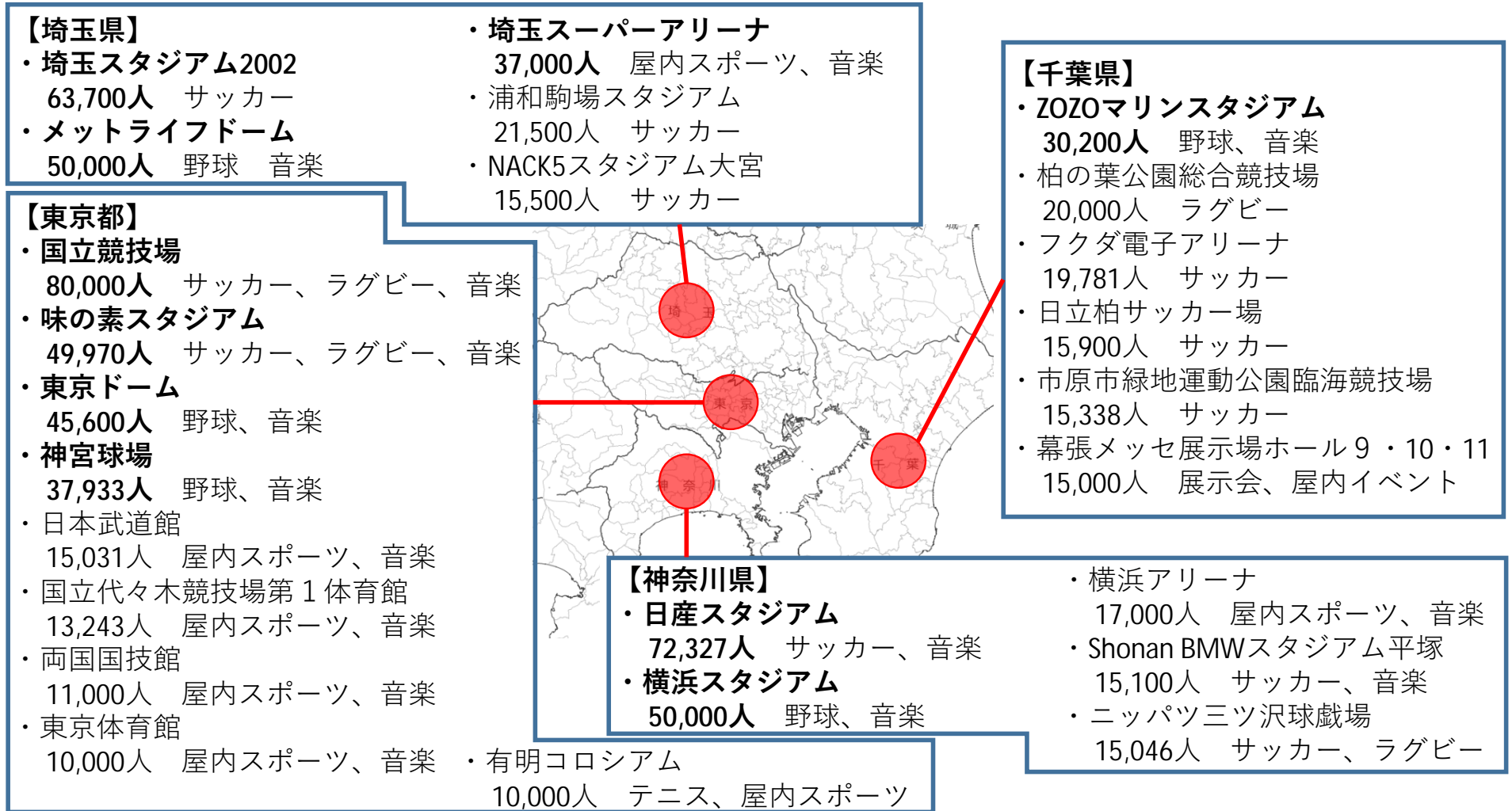
(参考1) イベントの大規模化に伴うリスクの例

リスク	具体的な事例
①感染リスクの拡散	・全国的な移動を伴う移動となるため、一部地域の感染リスクが全国に拡散するおそれ。
②イベント前後の交通機関等における三密の発生	・イベント開催地への交通手段が限定されている場合、イベント前後の駅やバス等において密集が発生。
③イベントの入退場や休憩時間における三密の発生	・イベント規模が大きくなるにつれ、入退場時や休憩時間における三密発生を抑制することが困難となる可能性。
④イベント後の打ち上げ会場等における三密の発生	・イベント規模が大きくなるにつれ、イベント会場付近の打ち上げ会場等が混雑し、三密が発生する可能性。
⑤大声の抑止等	・イベント規模が大きくなるにつれ、歓声・声援等による大声の抑止が困難となる可能性。
⑥海外等における事例	・欧州各国はイベントの人数制限あり（原則8/31まで1000人以下）。



- 今後の感染状況やクラスター発生状況、ガイドラインの遵守状況等を踏まえた検討が考えられる。
- 政府としても、AIシミュレーション開発等を通じてリスクの可視化、対策効果の分析等を図る。

(参考2) 1都3県の大型イベント施設 (1万人以上)



(注) 太字は収容人数が30,000人以上の施設

(参考3) 2府1県の大型イベント施設 (1万人以上)

【兵庫県】

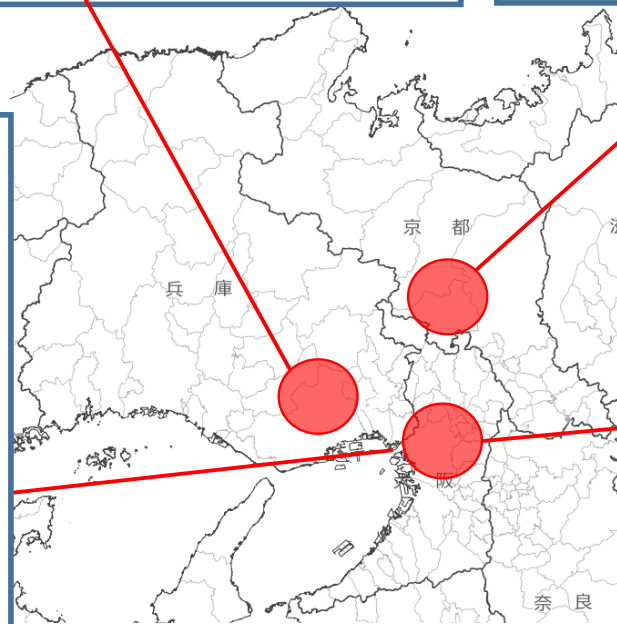
- ・ **阪神甲子園球場**
46,229人 野球、音楽
- ・ **神戸総合運動公園
ユニバー記念競技場**
45,000人 サッカー、ラグビー、
陸上競技
- ・ **ほっともっとフィールド神戸**
35,000人 野球
- ・ **ノエビアスタジアム神戸**
34,000人 サッカー、ラグビー、
音楽

【京都府】

- ・ **サンガスタジアム**
21,600人 サッカー、ラグビー、音楽
- ・ **たけびしスタジアム京都**
20,588人 陸上競技、サッカー
- ・ **わかさスタジアム京都**
20,000人 野球

【大阪府】

- ・ **京セラドーム大阪**
55,000人 野球、音楽、屋内イベント
- ・ **ヤンマースタジアム長居**
50,000人 サッカー、陸上競技
- ・ **大阪城ホール**
16,000人 音楽、屋内イベント、
屋内スポーツ
- ・ **インテックス大阪・Hall5号館**
13,000人 音楽、屋内イベント
- ・ **丸善インテックアリーナ大阪
(メインアリーナ)**
10,000人 屋内イベント、
屋内スポーツ



- ・ **パナソニックスタジアム**
40,000人 サッカー、
屋内スポーツ
- ・ **万博記念競技場**
21,000人 陸上競技、
サッカー
- ・ **東和薬品RACTABドーム
(メインアリーナ)**
10,000人 屋内イベント、
屋内スポーツ、プール、
スケート

(注) 太字は収容人数が30,000人以上の施設

(参考4) 海外におけるイベント開催制限の段階的緩和

国	概要
ドイツ	<ul style="list-style-type: none"> ○屋内の1,000人以上のイベント等は10/30まで禁止。 ○屋外の1,000人以上のイベント等は8/31まで禁止。
スペイン	<ul style="list-style-type: none"> ○屋外の1,000人以上のイベント等は8/31まで禁止。 ○屋外の1,000人以下のイベント等は段階的に緩和。 (5/11から200人未満、5/18から400人未満、6/1から800人未満が可。) ○屋内のイベントは、5/26から収容率30%以下。
スイス	<ul style="list-style-type: none"> ○6/22から屋内・屋外の1,000人未満のイベントが可。ただし、参加者連絡先を確保し、区分け等により接触最大人数を300人以下とする。コンサート会場等では1席空ける。 ○1,000人を超えるイベントは8/31まで禁止。
フランス	<ul style="list-style-type: none"> ○6/2から5,000人以下の屋外のイベントが可。 ○7/11から5,000人以下の屋内・屋外イベントが可。
英国	<ul style="list-style-type: none"> ○6/1から無観客での文化イベント・国内スポーツイベントが可。 ○7/11から屋外での社会的距離(1m以上)を確保した上、観客を入れたオペラ、ダンス、演劇、コンサート等が可(屋内は不可)。
韓国	<ul style="list-style-type: none"> ○無観客でのスポーツが可(5/5からサッカー、5/8からプロ野球、5/14から女子ゴルフ)
台湾	<ul style="list-style-type: none"> ○プロ野球イベントについて、5/15から2,000人以下、7/7から収容率40%以下。
豪州	<ul style="list-style-type: none"> ○6/12から、屋内では4㎡に1人、屋外では収容率25%以下(40,000人以下の会場)または10,000人以下(40,000人以上の会場)。 ○ニューサウスウェールズ州(州都シドニー)では、7/1から屋内の人数制限を廃止(4㎡に1人の規制のみ)。屋外では、収容率25%以下(40,000人以下の会場)。ただし、音楽祭やナイトクラブは引き続き禁止。

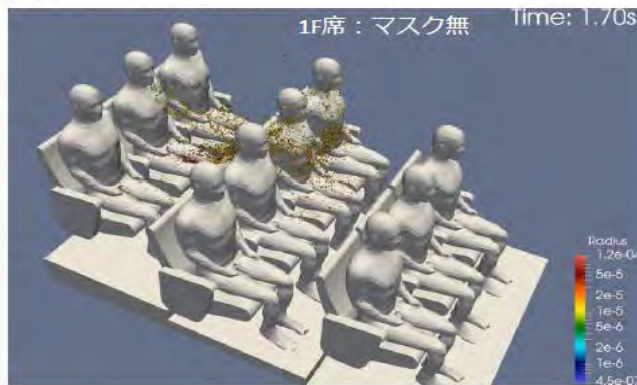
富岳によるシミュレーション①



(参考5) コンサートホール内近接飛沫感染リスク評価

実施内容:

客席での飛沫拡散：強い咳を連続して2回（ゴホンゴホン）、これを2秒ごとに計8回繰り返し（ワーストケース）。



マスク無の場合は、大きな飛沫が前列まで到達、前列左右のリスク大
マスク有の場合は、小さな飛沫のみ感染者の周りを漂うが、体温とエアコンにより上昇拡散していく。感染者の両サイドのみ要注意



提供：理研・神戸大，協力：豊橋技科大・京工織大・鹿島建設

第2回屋内イベントの開催のあり方に関する検討会：坪倉教授提出資料より抜粋



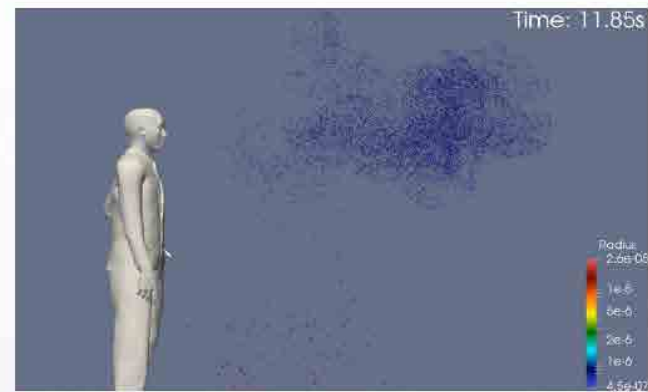
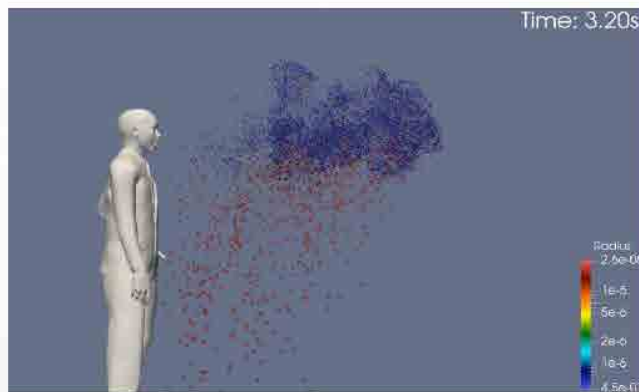
客席で大声を伴う場合、
マスク着用に加え、隣席との身体的距離の確保が有効



コンサートホール内近接飛沫感染リスク評価

実施内容:

ステージ上で立った状態で強い咳を連続して2回した場合（歌唱時のワーストケースと想定）の飛沫飛散予測



大きな飛沫（数十ミクロン：暖色）についてはほぼ人の身長範囲に落下
小さな飛沫（数ミクロン：寒色）については2メートル以上飛散するがほぼ落下せず，拡散される

提供：理研・神戸大，協力：豊橋技科大・京工繊大・鹿島建設

第2回屋内イベントの開催のあり方に関する検討会：坪倉教授提出資料より抜粋

演者が歌唱（発声）する場合、

① 舞台から客席までを2mとすることが有効

② 適切な換気が有効

（ホールの換気設備を稼働させ、客席がない上空へ空気を循環させることがより有効）

ワクチン接種について

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

新型コロナウイルスワクチンの接種目的等の考え方について

● **新型コロナウイルス感染症の特徴**

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

● **3-5月にかけての流行の波の経験より**

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

接種目的の考え方について、

- ワクチン接種の目的として、「**新型コロナウイルスのまん延防止を図り、死亡者や重症者の発生をできる限り抑制すること**」に重点を置く。
- できるだけ早期に多くの国民への接種を目指し、複雑なオペレーションを避け、**簡素で効率的な仕組み**とする。

(参考: 前回いただいた主なご意見)

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

新型コロナウイルスワクチン接種の枠組みの考え方について

● 現行制度における予防接種の枠組み

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

予防接種の枠組みの考え方(案)

- 「新型コロナウイルスのまん延防止を図り、死亡者や重症者の発生をできる限り抑制する」との接種目的、「できるだけ早期に多くの国民への接種を目指す必要があることから、複雑なオペレーションを避け、迅速性を確保する観点から、できるだけ簡素で効率的な仕組みとすること」が求められることに照らせば、住民への接種を優先すべきではないか。
- 他方、製剤化されたワクチンの供給が段階的に行われる見通しであるため、2009年新型インフルエンザの際にも一定の優先順位を設けたとおり、今般の予防接種においても、接種目的に照らし、一定の優先順位をつけて実施することを検討すべきではないか。

予防接種法及び新型インフル等特措法上の接種類型について

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

接種対象者の優先順位に係る検討について

検討にあたって考慮すべき事項

- 接種対象者の優先順位を検討するにあたっては、新型コロナウイルス感染症の特徴、3－5月にかけての流行の波の経験等を踏まえ、以下のような点を考慮する必要があるのではないかな。

(医療従事者)

- クラスターの発生状況を見ると、医療機関での集団感染が多くなっている。
- 医療従事者は、患者や有症者に直接医療を提供することから、感染リスクが高く、感染した場合には、新型コロナウイルス感染症対策等に必要な医療サービス提供にも影響が大きい。そのため、医療従事者については、まん延の防止及び医療提供機能の維持の両面から必要性が高いのではないかな。

(高齢者・基礎疾患を有する者)

- 高齢者や基礎疾患を有する者は重症化するリスクが高く、重症化を防ぎ、一人でも多くの命を守るという観点から考えた場合、高齢者や基礎疾患を有する者の感染を防ぐ必要性は高いのではないかな。感染予防と重症者を減らすことで医療の負荷を軽減することにもつながる。(資料P6～7)

(妊婦)

- 妊婦の重症化リスクに関しては、今後、エビデンスを基にさらに検討すべき。(資料P8)

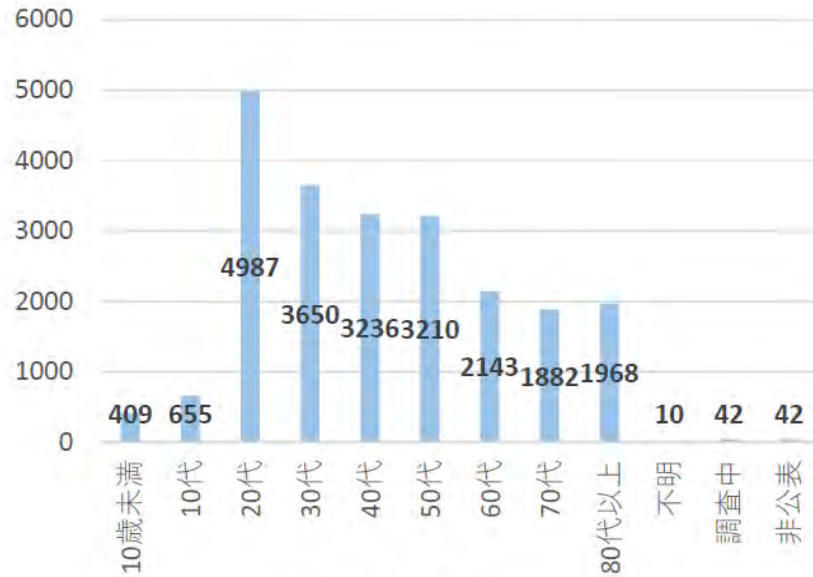
➡ 感染リスクや重症化・死亡リスク等を勘案し、今回の新型コロナウイルスワクチンの接種目的に照らせば、例えば、医療従事者、高齢者、基礎疾患を有する者、妊婦などに優先的に接種することが考えられるのではないかな。

新型コロナウイルス感染症の年齢階級別死亡率・重症者割合

(令和2年7月15日1800現在)

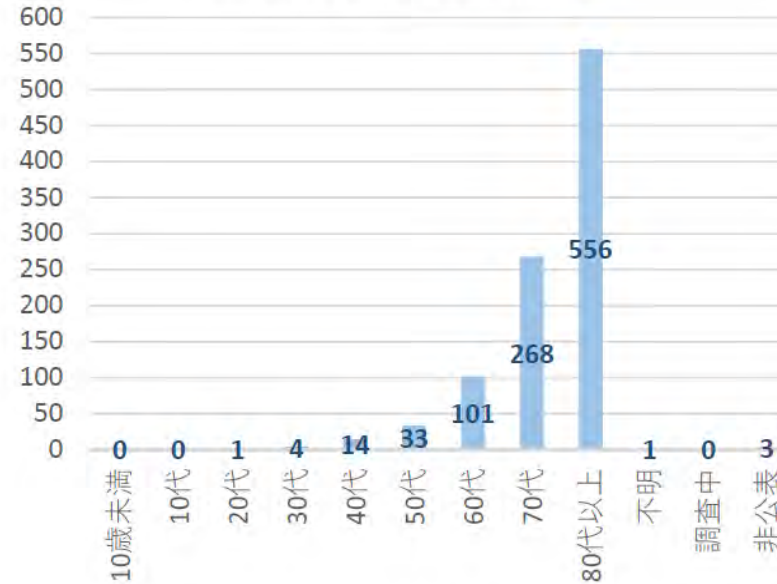
年齢階級別陽性者数

※累計陽性者数



年齢階級別死亡数

※7月15日時点で死亡が確認されている者の数



重症者割合(%)

年齢階級	重症者割合(%)
全体	1.3
10歳未満	0.0
10代	0.0
20代	0.0
30代	0.2
40代	0.8
50代	1.9
60代	8.0
70代	6.4
80代以上	2.4

死亡率(%)

年齢階級	死亡率(%)
全体	4.4
10歳未満	0.0
10代	0.0
20代	0.0
30代	0.1
40代	0.4
50代	1.0
60代	4.7
70代	14.2
80代以上	28.3

【重症者割合】

年齢階級別にみた重症者数の入院治療等を要する者に対する割合

【死亡率】

年齢階級別にみた死亡者数の陽性者数に対する割合

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

参照：厚生労働省

高リスクの基礎疾患

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

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

◇以下の基礎疾患がある者は年齢に関係なく重症化リスクが高い。

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

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

厚生労働省「新型コロナウイルス感染症COVID-19診療の手引き」第2.1版

◇重症化のリスク因子

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

◇重症化のリスク因子としての知見は揃っていないが要注意な基礎疾患

- 生物学的製剤の使用
- 臓器移植後やその他の免疫不全
- HIV 感染症(特にCD4 <200 /L)
- 喫煙歴
- 妊婦
- 悪性腫瘍

がん患者の重症化リスク

- がん患者において、新型コロナウイルス感染症に感染するリスクが高い。
- がん患者は、がんでない患者と比較して集中治療室での入院を必要とする重度の呼吸器合併症のリスクが増加し、急速に悪化する。
- 重度の呼吸器合併症のリスク(がん患者で39%(7人/18人)、がんのない患者では8%(124人/1572人)($p=0.0003$)
- 悪化の速度(がん患者13日、がんのない患者43日; $p<0.0001$;ハザード比3.56、95%CI 1.65-7.69)

※2020年1月31日までの中国における患者1,590人(がん患者18人)における報告。

(参照:Liang W, et al. Lancet Oncol 2020; 21: 335-37)

妊婦の重症化リスク(米国CDC調査・英国Oxford大学)

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

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

- 新型コロナウイルスに感染した15～44歳の妊婦は、ICU入院及び機械的人工呼吸を受けるリスクが増加する。
- 死亡リスクとの関連はない。
- 妊婦は、非妊娠中の女性に比べ、
 - ① 入院の可能性が**5.4倍** (95%CI = 5.1–5.6) (妊婦 31.5% 2,587人/8,207人、非妊娠中 5.8% 4,840人/83,205人)
 - ② ICUに入院する可能性が**1.5倍** (95%CI = 1.2–1.8) (妊婦 1.5% 120人/8,207人、非妊娠中 0.9% 757人/83,205人)
 - ③ 人工呼吸を受ける可能性が**1.7倍** (95%CI = 1.2–2.4) (妊婦 0.5% : 42人/8,207人、非妊娠中 0.3% 225人/83,205人)
- 2020年1月22日～6月7日の米国女性患者91,412人における報告。

(2) 英国Oxford大学

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

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

参考資料

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

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

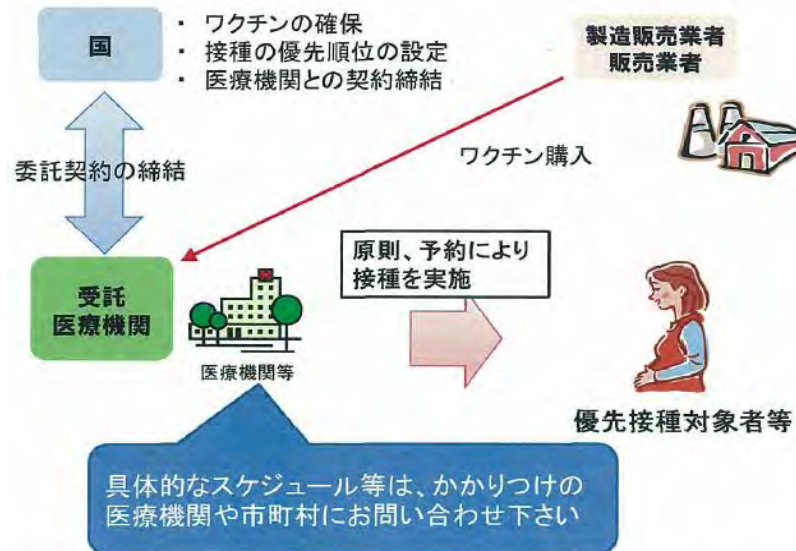
【参考】2009年A/H1N1インフルエンザの際の対応（接種関係）

ワクチン接種の基本方針（2009年10月1日策定）

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

接種スキームについて

○ 予算事業として接種を実施。



優先的に接種する対象者について

○ 以下の優先順位で接種を実施。

対象者		人数
優先接種対象者	① インフルエンザ患者の診療に直接従事する医療従事者(救急隊員含む。)	約100万人
	② 妊婦	約100万人
	基礎疾患を有する者	約900万人
	③ 1歳～小学校3年生に相当する年齢の小児	約1,000万人
その他	④ 1歳未満の小児の保護者 ・優先接種対象者のうち、身体上の理由により予防接種が受けられない者の保護者等	約200万人
	小学校4～6年生、中学生、高校生に相当する年齢の者	約1,000万人
	高齢者(65歳以上)(基礎疾患を有する者を除く)	約2,100万人
		約5,400万人

ADE（抗体依存性増強）の可能性

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）

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

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

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

感染後に抗体が減少する可能性

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)

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

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

新型コロナウイルス感染症に関する緊急提言

現在、新型コロナウイルス感染症にかかる首都圏での新規陽性者数は、緊急事態宣言下でのそれに匹敵し、全国への拡大が強く懸念されている。

そうした中、西日本を中心に甚大な被害をもたらした令和2年7月豪雨では、派遣職員の感染が明らかになるなど、新型コロナウイルス感染症が拡大する下での災害対応といった、二つの「国難」に対する難しい舵取りを各都道府県は求められている。全国知事会は、住民の命を守るため、全都道府県が一丸となって、実効性ある対策を強力に進めていかなければいけない。

全国知事会は、これまでの各都道府県の取組を共有し、さらに積極的に、感染拡大防止に全力で取り組む決意であり、上記のような状況下、改めて、政府におかれては、次の点について緊急に対策を講じられたい。

1 新型コロナウイルス感染拡大への緊急対応について

現在の東京を中心とした新型コロナウイルスの感染拡大傾向に歯止めをかけるため、国として東京都等とも協力して感染拡大防止措置を緊急に講じるとともに、他の道府県とも積極的な情報共有を進めること。なお、全国知事会としても保健師の派遣などで積極的に協力していく決意である。

2 新型コロナウイルス感染症対策に係る法的措置等について

「感染予防」を進めるためには、まずは新型コロナウイルス感染症陽性者の早期発見・封じ込めが重要であり、そのためには、保健所による積極的疫学調査や健康観察、都道府県知事による事業者への休業要請、個別施設への特措法第24条第9項による協力要請、さらには、これらの実効性を担保するための罰則規定など、様々な法的措置を講じるとともに、あわせて国による補償金的な「協力金」の制度化について国において早急に議論を進めること。

全国知事会からは、これまで数次にわたって要請を行っており、これ以上の感染拡大を防ぐためには、こうした権限強化は「待ったなし」であり、「必須」である。臨時国会での審議も含め、知事・保健所の権限強化のため、例えば食中毒発生時の営業停止処分や店名公表のような措置が行えるよう、速やかに必要な特措法や、感染症法、風営法等の運用弾力化や法改正を行うこと。

また、疑い患者等に係る保健所間の情報共有の仕組みを確立するとともに、都道府県境を跨ぐ移動についての考え方を含めた基本的対処方針の改定や緊急事態宣言の発動について、地方と十分協議しながら適切に行うこと。

3 Go To キャンペーン事業について

本事業は、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う、観光関連産業をはじめとする地域経済の早期回復を図るものとして、地方としても独自の事業との連携を図るなど、その効果を期待しているものである。

一方、現在、新型コロナウイルス感染症は引き続き注視すべき状況にあり、本事業が感染拡大の要因となることは避けなければいけない。

このため、Go To トラベル事業の実施に当たっては、当面の間、東京都発着の旅行を対象外とすることとされたところであるが、速やかに制度の詳細を明らかにするとともに、ブロック内など近隣観光から始めることを求める地域が多いことにも留意しつつ、今後とも感染状況を注視し、対象地域の範囲、時期、方法について、

これらの基準等を明確にした上で、除外地域などを機動的に見直すとともに、その際には、国によるキャンセル料の補填など観光事業者に安心をもたらす制度とすべき。また、観光関連産業をはじめ地域経済が持続的に維持・回復できるよう、夏や秋で終了することなく、特に、令和2年7月豪雨の被災地においては、災害復旧の状況を踏まえ、予算が不足する場合は予備費を活用するなど、継続的な需要喚起を図るよう支援すること。

また、地域共通クーポンについては、地方の意見を踏まえ、早急にスキームを明確にすること。

加えて、Go To イート事業やGo To イベント事業についても、実施時期も含めて地方の意見を踏まえて実施すること。また、8月1日からイベント開催制限の段階的緩和が予定されているが、見直しを含めその取扱いについて早急な検討を行うこと。

さらに、感染拡大の防止と社会経済活動の両立に必要な「新しい生活様式」や業種別ガイドラインが徹底されるよう、住民や事業者に対する広報・啓発を強化すること。特に、軽症のまま感染を広げかねない若年層に対する呼びかけを行うなど、適切な対策を講じていただきたい。

4 被災地対策について

7月8日から11日まで、熊本県人吉市に派遣されていた応援職員が、新型コロナウイルスに感染していることが判明した。

全国知事会としては、全都道府県が一丸となって支援活動を進める決意であり、応援職員の派遣前のPCR検査の実施をはじめ、支援活動に従事する際のマスク着用の徹底など、新型コロナウイルス感染症対策に万全を期す構えである。また、避難所設置に当たっては新型コロナウイルス感染拡大防止策を講じることとしている。

国においては、各都道府県がこうした取組を進めるため、財政面をはじめ必要な支援を行うこと。

5 PCR検査等の戦略的拡大について

PCR検査等をより早く適正な価格で受けられる環境づくりを行い戦略的に拡大することとし、クラスターが発生した施設等の関係者はもとより、地方における初期段階の封じ込めに必要な濃厚接触者以外も含む幅広い調査、施設内感染を防ぐための医療、介護・障害福祉施設の従事者等、公益性の高い被災地への応援職員・ボランティアなどについても検査対象に含め、国の負担による行政検査として実施することを検討するとともに、国において必要な検査数及び検査体制の目標を明示し、検査機器の導入や試薬の供給、PCR検査センター設置・運営など、検査に要する経費について国として支援を行うこと。

6 医療提供体制の拡充・強化について

新型コロナウイルス感染症の患者を受け入れた医療機関に加え、受け入れていない医療機関においても、受診控えもあり経営が厳しくなっている。

このため、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金において、従来の重点医療機関の施設要件の弾力的な運用をはじめ、入院医療機関に対する運営経費支援を対象とするなど、実情に応じ、都道府県の判断で柔軟に幅広く活用できるよう見直しを行うとともに、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金については、既に一部の交付額が内示されているが、実際の必要額に大きく不足していることから、予備費の充当を含む交付金の増額など速やかに対応すること。また、地域の実情に応じた持続可能な医療機関の経営に資するため、地方の意見にも配慮した診療報酬の引上げや福祉医療機構による無利子・無担保貸付拡充等により、医療機関の

経営悪化へ歯止めをかけるよう戦略的に対処すること。

加えて、季節性インフルエンザの到来における予防接種等を見据えた医療体制の整備並びに若年層向けの宿泊療養施設の確保、早期のワクチン開発等、速やかに対応すること。

7 感染再拡大の防止に向けた取組への支援等について

各都道府県は、感染拡大の防止に向けて、地域の実情を踏まえた対策の実施について、引き続き全力を尽くしていくが、新型コロナウイルスの完全な封じ込めは未だ容易なものではなく、今後の情勢によっては、都道府県が迅速に対応できるよう、予備費を活用した新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金の積み増しや基金への積み立て要件弾力化も含め、更なる財政支援を検討すること。

また、雇用調整助成金の緊急対応期間については、当初の6月末から9月末まで延長されたが、未だ新型コロナウイルス感染症の収束が見込めないため、引き続き、雇用調整助成金による雇用の維持を図る必要がある。このため、緊急対応期間について10月以降も更に延長すること。

さらに、有効求人倍率の低下が全国的に続いており、雇用情勢の更なる悪化が懸念される。雇用の受け皿を確保するため、リーマン・ショック時を上回るような基金を活用した緊急雇用創出事業の創設を早急に検討すること。

8 水際対策について

今後、感染リスク評価を踏まえた段階的な入国制限の緩和による国際便等の増加に伴い、入国者・帰国者の増加が想定されるが、国内すべての国際空港及び沖縄等離島路線に係る国内空港等で、運営権者等関係者と早急に調整を行い、PCR検査等の十分な待機場所及び検査場所を確保すること。

また、PCR検査等の結果が判明するまでの間、検疫所長が指定する待機施設等で入国者・帰国者全員を留め置くこととし、そのための十分な収容能力を確保すること。

検査結果が陽性の場合は、国内での入国者・帰国者の住所・居所に応じて、国が用意した医療機関への入院や宿泊施設での療養などにより、特定の都道府県に過度な負担が生じないようにすること。

今後の入国制限緩和の見通しに応じて、検疫所の人員増強、新たな検査手法の導入、検査能力の飛躍的な拡充など、検査体制の抜本的な強化を図ること。

加えて、陽性、陰性に関わらず、検査結果判明後、速やかに自治体への情報提供を行うこと。また、速やかな濃厚接触者の特定につなげられるよう、入国者・帰国者に対しても、検疫所において、接触確認アプリ「COCOA」の利用促進を図ること。

9 在日米軍基地での感染者の発生について

沖縄県の米軍基地では、140人を超える新型コロナウイルスの感染者が発生するなど、急速に感染が拡大しているが、米軍からは、地元自治体に十分な情報提供は行われていない。また、岩国基地所属の米軍関係者は、羽田空港での入国時の検疫後に、公共交通機関を使用して国内を移動し、その後、感染が判明した事例も発生している。こうした事態は、国民に大きな不安を与えるものである。

政府においては、在日米軍における感染防止対策の強化を求めること。また、米軍基地における感染症に関する情報は、政府の責任において、情報収集を行い、適時・適切に公表を行うこと。さらに、米軍基地に出入りする日本人業者の情報については、関係自治体に情報提供を行うこと。あわせて、日本人基地従業員に対する検査について、雇用主である政府の責任において実施すること。

さらに、米軍人等が我が国の空港等に入国した際の検疫後の移送方法や待機につ

いて、早急に米側と協議を行い、国民に影響を及ぼさないよう対策を講じること。

10 感染拡大の防止と社会経済活動の段階的引上げについて

これまでの感染の波の経験を踏まえ、各都道府県が効率的かつ実効性ある感染拡大防止策を講じつつ、社会経済活動の段階的な引上げに取り組めるよう、国においては、医学的な知見を都道府県とも共有し、事業活動や国民の行動における感染リスクを評価・分析するとともに、必要に応じ業種別ガイドラインを見直し、事業者が実施する感染防止対策への支援を拡充すること。

また、地域経済への影響が長期化・深刻化していることから、政府は積極的に需要創造策を図るとともに、5Gをはじめとした情報通信基盤の整備を進め、多核連携による分散型国土の形成に取り組むこと。

あわせて、児童・生徒や学生をはじめ、若者に対する支援に十分配慮すること。

令和2年7月19日

全国知事会新型コロナウイルス緊急対策本部

本部長	徳島県知事	飯泉	嘉門
本部長代行・副本部長	鳥取県知事	平井	伸治
副本部長	京都府知事	西脇	隆俊
副本部長	神奈川県知事	黒岩	祐治

全国知事会緊急広域災害対策本部

本部長	徳島県知事	飯泉	嘉門
副本部長	神奈川県知事	黒岩	祐治

2020年、世界は誰も予想できなかった状況にある。
多くの人命が失われ、経済活動は停滞。
当面、世界はかつてないパンデミックの影響下にあり続ける。

ウイルスとの共存 = 「ウィズコロナ」の時代。

国民の生命、生活、経済、雇用を守るため、
感染拡大防止と経済活動の両立に万全を期す

とともに

事態悪化時にも耐えうる体制を整える 必要がある。

～ 対応の方向性 ～

(1) 感染拡大防止に向けた体制整備

① 医療提供体制の整備

- 緊急時の役割分担、情報の一元管理
- 科学的研究の推進
- データ収集・活用基盤の整備

② 医療物資供給の確保

- 備蓄、増産スキーム、国内生産能力確保等の供給維持策の再検討

③ 検査体制の拡充

- 大規模な感染拡大も見据えた体制強化
- 唾液検体、抗原検査等を活用した最大限効率的な検査体制の構築

④ 国境を越えた人の往来への対応

- 早期の出入国再開
- デジタル化等を通じた効率的で一貫性ある出入国手続（陰性証明の取得、健康状態フォローアップ等）の整備
- グローバルな経済活動再開に向け、社内診療所の活用等も含め協力

⑤ 緊急事態における司令塔機能強化

- 非常時の権限集中、専門家によるバックアップ体制、国と自治体の関係、自粛要請と補償のあり方、強制力を伴う要請の範囲拡大等について検討

⑥ ワクチン・治療薬の開発

- ◆ 産学官医一体で研究開発・製造の基盤を整備
- 知見を各国で共有し、全世界でワクチン・治療薬を早期承認できる体制を構築

(2) BCPの強化

- 安全保障の観点から必要な物資の調達、他国との相互融通について検討
- サプライチェーンの多元化・強靭化検討
- 今般のパンデミックを踏まえ、複合災害の発生も念頭にBCPを再検討

(3) デジタル化の推進

- 教育、医療、行政等のデジタル化を国のイニシアティブで加速
- ◆ デジタル技術活用が広がった現状を好機とし、DXを通じた強靭な社会を構築
- 柔軟な労働時間管理、メンバーシップ型・ジョブ型雇用の最適な組合せ、採用、教育・人材育成のあり方等の検討・発信を継続

〈凡例〉

- 国・自治体への要望
- 経済界自身のアクション
- ◆ 官民共同での取り組み

パンデミックの端緒から今日までの数か月で社会全体が大きく変化し、
わが国の課題と可能性の双方が浮き彫りとなった。
経団連は、活力ある日本経済を取り戻すため力を尽くしていく。

新型コロナウイルス感染症と両立する経済活動の再加速に向けて

2020年7月16日
一般社団法人 日本経済団体連合会
新型コロナウイルス会議

1. はじめに

2020年、世界は、誰も予想できなかった状況にある。

昨年末、中国武漢で確認された新型コロナウイルス感染症は、瞬く間に世界に拡大した。多くの人命が失われ、都市の封鎖や人の移動が制限された結果、経済活動は停滞し、景気はリーマンショック以来の極めて厳しい状況にある。

人類史上、感染症との戦いは絶えず繰り返されてきたが、これだけ急速に、かつ全世界的に感染が拡大した例はない。新型コロナウイルス感染症のパンデミックは、現代社会が享受してきたグローバルな経済社会活動が背景になったともいえる。世界的な感染拡大はいまだ続いており、新型コロナウイルス感染症の克服に不可欠なワクチンや治療薬の開発・普及には暫くの年月を要することから、当面、世界規模の影響を免れることはできない。

我々経済界としては、人々の健康と安全を最優先と位置づけ、ウイルスとの共生を覚悟した「ウィズコロナ」を前提として、事業の継続と雇用の確保に全力で取り組まなければならない。ワクチンの開発等により本感染症を完全に制御できる状況となるまでの間、感染拡大防止と両立する経済活動の拡大こそが、経済界の責務であり、国民生活を支える基盤となる。

経団連は、新型コロナウイルス感染症の拡大が本格化したことを受け、4月に「新型コロナウイルス会議」¹を設置した。本日、構成員が一堂に会する経団連夏季フォーラム2020の機会を捉え、これまでの感染症対策を振り返るとともに、「ウィズコロナ」時代のあり方について、以下の通り考えを取りまとめた。

¹ 議長：会長、構成員：審議委員会議長、副会長、審議委員会副議長。

2. 感染症拡大に対する経団連のこれまでの取り組み

経団連は、3月30日に「新型コロナウイルス対策に関する緊急提言」²を取りまとめ、短期および中長期の視点で講じるべき具体的施策を幅広く提示した。同提言において求めた内容の多くは政府の経済対策に盛り込まれ、企業の事業継続・雇用維持の一助となっている。

また、国内でも感染が拡大するなかで、従業員や顧客の健康の確保、感染拡大の防止を徹底するとともに、以下のような多方面での活動を実施してきた³。

① 医療物資の供給確保への協力

4月10日に会員に対して医療物資の緊急増産への協力を広く呼びかけた。

また、同月13日、24日には、医療現場で不可欠なN95/DS2規格の高機能マスクや医療用ガウン代替品等の社内備蓄の提供を呼びかけ、結果として計203社・団体および個人から、高機能マスク約130万枚、ガウン等各種防護具約9万点が提供された。これら物資は政府経由で、あるいは赤十字病院、労災病院の拠点から、各医療機関へと届けられた。

② テレワーク・時差出勤の拡大等に係る呼びかけ

感染予防に向けて、テレワーク・時差出勤の拡大に係る呼びかけを継続的に実施した。その結果、緊急事態宣言の対象が全国に拡大される前の段階で、テレワークを導入している会員企業の割合は約98%にのぼった⁴。経済界によるテレワークの徹底は、感染拡大防止に大きな役割を果たすと同時に、働き方に対する人々や企業の考え方に影響を与え、社会変革のきっかけとなりつつある。

③ 感染予防対策ガイドラインの策定

政府が「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」において、事業者には感染防止ガイドラインの自主的策定を求めたことを受け、5月14日、オフィスおよび製造事業場において業種横断的に対応すべき事項を取りまとめた「新型コロナウイルス感染予防対策ガイドライン」⁵を策定・公表した。同ガイドラ

² <http://www.keidanren.or.jp/policy/2020/031.html>

³ 経団連ホームページ内「新型コロナウイルス感染症対策に関するお知らせ等一覧」(<http://www.keidanren.or.jp/announce/2020/coronavirus.html>)も参照。

⁴ 「緊急事態宣言の発令に伴う新型コロナウイルス感染症拡大防止策 各社の対応に関するフォローアップ調査」(<http://www.keidanren.or.jp/policy/2020/036.pdf>)。

⁵ <http://www.keidanren.or.jp/policy/2020/040.html>

インは、緊急事態宣言が順次解除されるにしたがい、「ウィズコロナ」時代に経済活動を再開していくうえでの指針として活用されている。

④ 雇用維持・採用活動への配慮等に係る発信・呼びかけ

会員企業に対し、事業の継続や雇用維持、2021年度入社予定者に対する積極的な情報発信と弾力的な対応等について、繰り返し周知徹底を図った。また、今回の国難を官民力合わせて克服する観点から、企業規模にかかわらず、雇用調整助成金の大幅な上限額の引き上げを求めて実現する⁶とともに、雇用調整助成金の特例措置の内容や手続き等を解説した「経団連オンライン講座」（動画）を広く配信した⁷。8月には、学生に企業説明会・採用選考会に参加する追加的な機会を提供する産学共同ジョブ・フェアが開催される。

⑤ 企業の資金繰りへの対応要請

新型コロナウイルス感染症の長期化を見据え、事業を継続し、雇用を確保するために、大企業・スタートアップ企業・中堅中小企業向けの資金繰り対策を要望した⁸。

⑥ スタートアップへの支援要請

政府の中小企業者向け支援策を利用できないスタートアップもいることから、スタートアップに特化した支援策を求める提言「新型コロナウイルス感染拡大に伴うスタートアップ支援策を求める」⁹を公表した。当該提言は、政府の第二次補正予算に反映された。

⑦ 規制見直しの動きへの対応

書面・押印・対面原則の見直し等、経団連緊急アンケートに寄せられた152件の規制改革要望を4月28日に内閣府に提出した。提出した要望も踏まえ、7月8日には官民による「『書面、押印、対面』を原則とした制度・慣行・意識の抜本の見直しに向けた共同宣言¹⁰」が採択された。さらに、教育用端末一人一台の

⁶ <http://www.keidanren.or.jp/policy/2020/039.html>

⁷ 同講座の動画は、これまでに累計5.9万回再生されている。

⁸ 「大企業などの資金繰り対策に関する要望」（<http://www.keidanren.or.jp/policy/2020/041.html>）。

⁹ <https://www.keidanren.or.jp/policy/2020/045.html>

¹⁰ 竹本 情報通信技術（IT）政策担当大臣、北村 内閣府特命担当大臣（規制改革）、小林 規制改革推進会議議長、中西 経団連会長、櫻田 経済同友会幹事、三村 日本商工会議所会頭、三木谷 新経済連盟代表理事の連名による共同宣言（<http://www.keidanren.or.jp/policy/2020/061.html>）。

整備等によるオンライン教育の推進やオンライン診療の拡大等、デジタル化の推進を働きかけてきた。

⑧ 有価証券報告書や株主総会の取扱いをめぐる対応

有価証券報告書・四半期報告書等の提出期限の延長や株主総会の対応（継続会の開催、ハイブリッド型バーチャル株主総会の促進、招集通知添付資料のWEB開示の拡大等）、新型コロナウイルス感染症の影響に関する情報開示等について、関係省庁等との協議会において働きかけを行った。加えて、新型コロナウイルス感染症の拡大を踏まえた定時株主総会の臨時的な招集通知モデルを公表した。

⑨ 社会貢献活動の支援

企業による社会貢献活動の一環として、「臨時休校中の子どもと家族を支える緊急支援募金」（現「新型コロナ下の福祉活動応援全国キャンペーン」）への協力呼びかけ¹¹のほか、様々な募金等の支援、会員企業等からの寄付物資の配付を実施した。

3. 明らかになった課題と対応の方向性

わが国において3月から本格化した新型コロナウイルス感染症の拡大は、緊急事態宣言の発令や、それに伴う国民・企業の行動変容等により、複数の先進諸外国で見られたような危機的事態に至ることなく、一定の歯止めがかけられた。

他方、既に経済には甚大な影響が生じており、わが国の2020年のGDP成長率は前年比▲5.8%と見込まれている¹²。また、コロナ対策として、総事業規模230兆円超に及ぶ第一次、第二次補正予算等が講じられている。仮に、次なる感染拡大が大規模化し、広範な休業や外出自粛等が再度要請される事態となれば、わが国経済は致命的な損害を被ると考えられる。国民の生命、生活、経済、雇用を守るためにも、そうした事態は絶対に避けなければならない。これまでに明らかになった課題を踏まえ、感染拡大防止と経済活動の両立に万全を期すとともに、事態悪化時にも耐えうる体制を整える必要がある。

¹¹ 寄付全体4.6億円のうち2.6億円が経団連会員による寄付となった。

¹² IMF「World Economic Outlook」における見通し。なお、リーマンショックの影響を受けた2009年の成長率は前年比▲5.4%（実績値）である。

(1) 感染拡大防止に向けた体制整備

① 医療提供体制の整備

現在に至るまで、わが国の感染者数・重症者数・死亡者数は、諸外国に比べて非常に少なく抑えられてきている。医療従事者をはじめ関係者の尽力もあり、感染拡大のさなかにあっても、致命的な医療崩壊が現実化することはなかった。

しかし、感染拡大期に、医療提供体制がひっ迫したことを忘れてはならない。医療従事者の負担、医療機器・物資の供給、病床の確保といった各側面から、医療提供体制に係る平時の備えと緊急時の対応のあり方について検証を行い、次なる感染拡大に対して周到な備えを行う必要がある。

まず、平時に加え、緊急時の医療提供体制のあり方を再検討する必要がある。いくつかの自治体においては、今回の緊急時において、感染者の症状ごとに医療機関が役割分担を行い、県が病床を総合コントロールする連携体制を整えた¹³。国には、このような取り組みをさらに進化させ、個々の自治体や医療機関の枠を超えて緊急時の役割分担を明確にするとともに、病床や重要な医療機器のひっ迫状況などの情報を一元的に管理し、最適な配分で活用することにより、強靱な医療提供体制を確立することが求められる。

また、重症化因子の特定や、新型コロナウイルス感染症特有の症状の探索、疫学的検証など、科学的研究を進めることも重要である。国は、研究への支援とともに、得られた最新の知見を政策決定に適切に反映できる体制整備を行うべきである。日本が感染拡大を抑制できたカギが何であったのか科学的に実証されれば、“日本モデル”の海外展開や、感染拡大の防止と両立する効果的な経済再開に役立つことが期待される。

医療提供体制の強化や科学的研究の深化には、個々のデータの標準化や収集・活用基盤の整備も重要となる。この点は政府の新型コロナウイルス感染症対策専門家会議も指摘している¹⁴。技術と制度の両面から対応を急ぐべきである。

② 医療物資供給の確保

今回、医療現場において、マスク、ガウン、人工呼吸器等、感染症対応に必要な複数の医療物資について、供給懸念が発生した。国民生活においても、マスク

¹³ 例えば、神奈川県が整備した「神奈川モデル」などが挙げられる。

¹⁴ 新型コロナウイルス感染症対策専門家会議「次なる波に備えた専門家助言組織のあり方について」(2020年6月), p. 6-7。

の不足が社会問題となった。こうした医療物資については、一定量の備蓄や増産スキームの整備、一定の国内生産能力の維持など、供給確保策を検討していくべきである。安定した医療物資の供給は安全保障の視点からも重要であり、国としての備えを再検討する必要がある。

③ 検査体制の拡充

検査体制の不足は、今回、わが国において明らかとなった最も大きな課題である。内外に対して感染状況の正確な情報提供を行い信頼・安心を得るためにも、検査体制の拡充は重要な要素である。これまで、SARS や新型インフルエンザによって大きな打撃を受けることがなかったわが国では、結果としてパンデミックに備えた検査体制の構築が進んでこなかった面がある。しかし、今回の反省を踏まえ、感染拡大が大規模なものとなった場合にも対応可能な体制を整備することが不可欠である。

また、経済活動を再開していくうえでは、必ずしも陽性が疑われない場合においても検査が受けられる体制が必要となる。とりわけ、国際的な人の往来再開に向けた検査体制の増強、なかでも検体採取体制の強化には早急に取り組まなければならない。

検査に関する技術は日進月歩であり、技術の進歩を素早く反映することも重要となっている。例えば、これまでは鼻咽頭を拭って採取する検体によるPCR検査が主要な陰性確認の手段として用いられてきたが、検体を唾液に変更すれば、検体採取時の感染リスクが抑制され、採取のための場所の確保が容易になるほか、採取時の個人用防護具（ガウン、フェイスシールド等）の着用を簡素化できる。これにより、より多くの場所で検体採取が可能となるのみならず、採取の所要時間も短縮でき、検査能力の引き上げに繋がると考えられる。抗原検査等、PCR検査を代替・補完する検査方法も徐々に確立しつつある。それぞれの手法の精度、所要時間、コスト等を比較考量し、必要な精度を確保しながら、最大限効率的に検査を実施する仕組みを構築することが重要である。

④ 国境を越えた人の往来への対応

国境を越えた人の往来は、わが国経済の生命線である。現在、わが国をはじめ各国が国境を閉ざし、結果として内外企業の経済活動を厳しく制約している。経済と感染拡大防止との両立を目指して、国同士の連携を図りながら、早期に出入国を再開していくことが求められる。

ワクチンや治療薬の開発・普及等により各国の感染状況が落ち着くまでの間、国境を越える移動にあたっては、陰性証明書等により出入国者が新型コロナウイルス罹患患者でないことを確認すること、入国者の行動や健康状態を一定期間フォローすることなどが前提条件になると考えられる。こうした一連の手続きはこれまでの出入国、検疫体制には無かった新しい枠組みになる。政府には、ウィズコロナの経済を支える新しい社会基盤として、効率的で一貫性のある制度整備を求めたい。

新たな出入国の手続きは、今後、経済活動の拡大とともに利用者が確実に増大していくうえ、出国前72時間以内の検査といった時間的な制約を満たすことや、相手国との相互性も求められる。書類、手書きによる記入、押印等は廃し、シームレスな電子的手続きにより出入国が行えるよう整備を図るべきである。

また、既述の通り、わが国の検査能力、とりわけ検体採取能力が渡航者数のボトルネックになる可能性が極めて高く、体制強化が求められる。

経済界としても、グローバルな経済活動の再開に向け、各社の事業を通じて民間の力を発揮することに加え、社内診療所や提携病院等の活用など、多面的に協力していく。

⑤ 緊急事態における司令塔機能強化

今般の新型コロナウイルス感染症の経験を通じて再認識された通り、パンデミックは予測不能であり、ひとたび非常事態が発生すれば、迅速な対応が求められる。非常事態に際して、必ずしも平時の仕組みにとらわれることなくスピード感を持って判断を下していくためには、平時からの備えと有事の際の強力なリーダーシップが極めて重要である。疾病予防管理センター（CDC）を置く米国など海外の事例も参考に、非常時の権限集中のあり方や専門家によるバックアップ体制、国と地方自治体の関係、自粛要請と補償のあり方、強制力を伴う要請の範囲拡大等について検討すべきである。

⑥ ワクチン・治療薬の早期開発

新型コロナウイルス感染症を制御下に置くためには、ワクチン・治療薬の早期開発がカギとなる。しかしながらワクチン・治療薬の研究開発・生産を企業が単独で迅速に行うことは、疾患の特性や収益予測性等の面から困難を伴う。欧米諸国は、感染症ワクチン・治療薬を医療安全保障上の戦略物資として位置づけ、国家としての戦略・方針のもとに開発・供給を行う仕組みを確立している。わが国

においても、国の司令塔機能のもと、感染症ワクチン・治療薬の研究開発や製造に必要な基盤や体制の整備に産学官医が一体となって取り組むとともに、諸外国との連携も推進していく必要がある。その際、感染症に関する科学的知見を各国で共有することで、全世界が歩調を合わせてワクチン・治療薬を早期承認できる体制をつくりあげていくことも求められる。

(2) サプライチェーンの強靱化と BCP の強化

今般のパンデミックは、全世界に広がったサプライチェーンの随所に同時期に影響を及ぼした。医療機器や医薬品、それらの材料も含め、サプライチェーンが十分に特定されていなかったために初動が遅れた面があったことは否めない。これまで前提としていた、特定地域における大規模自然災害とは異なる態様の脅威であり、改めて、サプライチェーンのあり方について検討する必要性が認識された。

医療物資以外も含め、国家安全保障の観点から必要な物資の調達に関し、国内生産が可能となる体制を整備することや緊急時に他国と融通しあう体制を構築することを検討していく必要がある。加えて、今後とも、サプライチェーンのグローバル化は経済発展のために不可逆の流れであり、この機会にサプライチェーンの多元化・強靱化について具体的な検討を進めることも必要である。

業種・業態の違いを踏まえ、今回の経験を基礎に BCP を再検討することが重要といえる。この先、台風等の自然災害の襲来や他の感染症の流行など、新型コロナウイルス感染症の再拡大と他の脅威との複合災害への対応も求められる。各リスクを適切に評価し、それに応じた対策を講じる必要があり、そのためにも、データに基づく判断、それを支えるデジタル技術の活用拡大が望まれる。経団連としては、こうした点も念頭に、今後政策委員会等の場で BCP のあり方について検討を行っていく。

(3) 社会全体におけるデジタル化の推進

今回のパンデミックでは、わが国のデジタル化の遅れが浮き彫りとなった。テレワークやウェブ会議が普及した一方で、書面・押印・対面を求める数々の制度や慣行により出勤を余儀なくされた事例は枚挙に暇がない。

民間の商慣行においても、社内手続をはじめ多くの場面でデジタル化を加速していく必要が認められるものの、より深刻なのは政府のデジタル化の遅れで

ある。マイナンバーの徹底的な活用をはじめ、自治体も含めた政府全体のデジタル化が不可欠である。

さらに、ウィズコロナ時代への対応だけでも、休校中でも授業を継続することが可能となる教育のデジタル化、医療従事者・患者の双方の感染リスクを抑制する初診を含めたオンライン診療・服薬指導の継続と対応できる医療機関の拡大、予防のためのデータの利活用、支援を必要とする国民に迅速に給付を可能とする地方行政のデジタル化といった社会の広い領域でデジタル化が求められており、もはや一刻の猶予も無い。

今回の事態で、教育や医療など、これまで長い間デジタル化が進んでこなかった分野でも、一部暫定的な措置も含め、デジタル技術の活用が行われるようになった。民間におけるテレワークやウェブ会議の活用も一挙に進むとともに、非対面の新たな技術・サービスの導入も拡がりつつあり、禍が転じて社会の進化に繋がろうとしている。これらの進化は、働く場所についても制約を解き、一極集中の是正が求められる東京などの大都市から地方への人の流れを生み出す後押しとなる可能性を秘めている。この好機を前に、これ以上の先送りは許されない。国の強いイニシアティブのもとで関係法令の整備や規制・制度改革を推進し、テレワークやウェブ会議を労働生産性向上に資する形で社会に定着させ、一気に日本社会全体のDX、Society 5.0の構築を進めるべきである。

経済界としては、今回を機に、場所や時間に捉われない働き方を推進すべく、新しい働き方に適した柔軟な労働時間管理、公正な人事評価制度、メンバーシップ型・ジョブ型雇用の最適な組み合わせ、さらには採用、教育・人材育成のあり方等について、引き続き検討・発信を行っていく。

4. おわりに：パンデミックの先を目指して

新型コロナウイルス感染症の流行の端緒から今日に至るまでの数か月の間に、わが国の社会全体に大きな変化が生じている。緊急事態宣言という、誰も予想しなかった状況下で、課題と同時に、日本の可能性も明らかとなった。今後のウィズコロナ時代においては、個々人が新しい生活様式を実践するのみならず、今回得られた経験をもとに、新しい社会づくりに挑戦していかなければならない。

さらに、新型コロナウイルス感染症を克服した後に到来する「ポストコロナ」

の世界は、世界規模で一層加速しているデジタル化の影響も受け、ビジネスのあり方や人々の価値観に至るまで、不可逆な変質を果たしていると考えられる。そうした「ポストコロナ」をしっかりと見据えた舵取りもまた、ウィズコロナ時代に求められている。

例えば、緊急事態に対応する目的で巨額の財政出動が講じられている。今般のパンデミックを受けて一層の期待がかかる Society 5.0 の実現など、重点的に支援すべき分野を軸に据えるワイズスペンディングを徹底するとともに、「経済再生なくして財政再建なし」との基本方針に基づき、少子高齢化やウィズコロナのもとでの経済・財政改革を推進する必要がある。

経団連としては、引き続き各方面との連携を維持しながら、活力ある日本経済を着実に取り戻していく決意である。

以 上

直近の感染状況等の分析と評価

令和2年7月22日（水）

新型コロナウイルス感染症対策分科会

1. 直近の感染状況等

○新規感染者数の動向

- ✓ 新規感染者数は全国的に継続して増加傾向にある。
 - ・人口10万人当たりの1週間の累積感染者数(7/20) 全国:2.80人(2,190人) 東京都:11.01人(1,533人)
⇒ 大阪府4.81(424人)、京都府4.26(110人)、埼玉県4.04(297人)、千葉県2.86(179人)、
神奈川県2.73(251人)、福岡県2.66(136人)などでも感染拡大が見られる。
 - ・感染経路が特定できない症例の割合(7/4~7/10) 全国:43% 東京都:43%
- ✓ 東京都では、接客を伴う飲食店や友人・知人との飲み会などにおいて若年層を中心とした感染者増が続いているが、その他の年代の感染者数も増加傾向。

○入院患者数の動向

- ✓ 入院患者数は増加しており、受け入れ可能病床に対する割合も増加している。
 - ・入院者数 全国(7/15):1,717人(8.8%) 東京都(7/21):949人(28.8%)
 - ・受入確保病床数(7/15) 全国:19,496床(想定28,794床) 東京都:3,300床(想定4,000床)
- ✓ 一方、重症患者数は、現時点では少ない状況にあるが、少しずつ増えている。
 - ・重症者数 全国(7/15):41人(1.6%) 東京都(7/21):14人(3.5%)
 - ・重症患者受入確保病床数(7/15) 全国2,555床(想定3,888床) 東京都:400床(想定500床)

○検査体制

- ✓ 検査体制は着実に拡充している。
 - ・直近1週間の検査数(7/6~7/12)
全国70,180件(前週比+21,404件)、東京都で21,350件(前週比+6,155件)。
- ✓ 検査件数に対する陽性者の割合は、一定割合以下に抑えられているが、少しずつ上昇が見られる。
 - ・陽性者数の割合(7/6~7/12)は3.0%(前週比+0.4%ポイント)であり、緊急事態宣言時(4/6~4/12の8.8%)と比較して低位だが、東京都では5.9%(前週比+0.5%ポイント)となっている。
- ✓ 「発症~診断日」の平均日数は縮減の後、横ばい傾向。
 - ・「発症~診断日」の平均(6/29~7/5)全国 4.9日、東京都5.1日
 - ※ 4月中旬(4/13~19):全国 7.6日、東京都 9.0日

2. 直近の感染状況の評価等

○ 検査体制は着実に拡充されており、検査件数に占める陽性者の割合や発症から診断日までの平均日数などをみても全体としてはひっ迫していない。ただし、一部の保健所では積極的疫学調査に伴う検査数の増などへの対応がひっ迫しつつある。

⇒ 入院患者数、重症者数、死亡者数は遅れて増加することが見込まれることにも留意。

○ 医療提供体制は、入院患者数の増加が見られるが、現時点で重症者数は少なく、直ちにひっ迫する状況にはない。ただし、一部の地域では軽症・中等症患者への入院・宿泊療養施設が十分に確保されていない。

⇒ 体制がひっ迫している一部の保健所への人的・物的な支援、入院・宿泊療養施設の確保等に早急に取り組むことが必要。

○ 東京都を中心に接待を伴う飲食店や友人・知人との会食を介した感染拡大が続いており、地方でもショーパブや昼カラオケなどによるクラスター感染が報道されている。

○ 現段階では、いわゆる3密と言われる場所や家庭内感染、施設内感染が主であり、基本的な感染対策が行われていれば、近隣のスーパーでの買い物や出勤の公共交通機関、オフィスなどで感染が拡大する状況ではないと考えられる。

⇒ 3密の回避、大声を上げる環境の回避、接待・会食での飛沫防止、換気の徹底などの必要性が改めて強く示唆。

○ 感染者のうち、60代以上の方は1割程度で推移しており、3/4は20代～30代となっている。

○ 感染者のうち8割以上は、二次感染を起こしていないが、3密環境では数十人単位のクラスターが形成

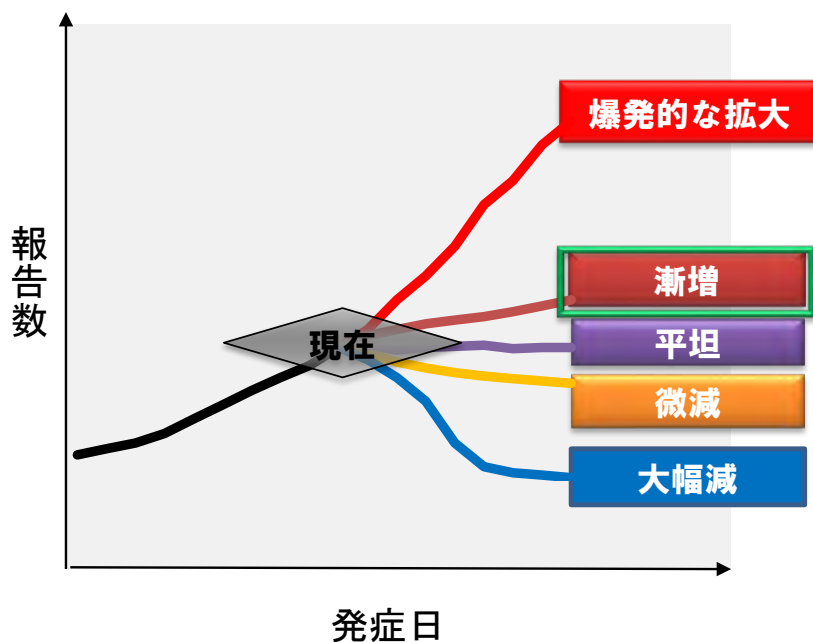
⇒ 感染者は若年層が中心であり、中高年層への拡大が懸念される。改めて、若年層に行動変容をお願いすることが必要。

○ 爆発的な感染拡大には至っていないが、感染が徐々に拡大しており、感染者数が増加している地域等においては、社会経済に十分配慮した上で、増加基調を転じさせるための実効性のある取組みが求められる。

3. 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感染レベルをなるべく早期に減少に転じさせる。

- 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

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

- ✓ 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・施設内などにおける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
- ✓ 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

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

- 感染拡大が継続したときや爆発的な感染拡大に備えて、判断に係る指標等及び取るべき対策について可及的速やかに検討する。

新型コロナウイルス感染症対策分科会（第3回）

議事概要

1 日時

令和2年7月22日（水）13時15分～16時11分

2 場所

合同庁舎4号館1208会議室

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	霞が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

分科会長が出席を求める関係者

鈴木 基 国立感染症研究所感染症疫学センター長

4 議事概要

<西村国務大臣挨拶>

本日もお忙しい中お集まりいただきまして、ありがとうございます。

前回の分科会におきまして、これからのあるべき対策として迅速に対象地域や

業種を絞ったきめ細かな対策を追加すべきという御提言をいただいたところであり、これに基づき、翌日の17日に一都三県の知事と、私も加わって話をしまして、各県が足並みをそろえて特措法に基づいて接待を伴う飲食店やその他酒類の提供を行う飲食店に対してガイドラインの遵守の要請などを行っていただいたところでもあります。

その上で、本日は3点について御議論いただければと考えております。

1点目、首都圏や近畿圏をはじめとした最近の感染状況について分析・評価をお願いしたいと思います。足元の感染状況を見ますと、新規感染者の数が首都圏や近畿圏で引き続き増加傾向にあります。また、福岡県や愛知県でも昨日、過去最多の新規感染者数を記録するなど、他の地域でも感染者の増加が見られるところでもあります。こうした状況を踏まえた分析・評価をお願いすると同時に、今後の様々な事態の展開に備えてどのような対策が必要か、ぜひ御議論いただければと考えております。

2点目、こうした状況の分析を踏まえた8月以降のイベント開催のあり方についてであります。緊急事態宣言の解除の後、イベントの開催制限につきましては段階的に緩和してきたところでもあります。7月10日からは、収容率50%以内かつ人数5,000人以下のイベントについて開催できることとなっております。さらに8月1日からは、この人数上限5,000人が撤廃される予定でありますけれども、本日、足元の感染状況を踏まえて、この当面のイベントの人数上限についてどのように考えるべきか、ぜひ御議論いただければというように思っております。

3点目、新型コロナウイルスワクチンについてであります。国内外で開発が進められているところでもありますけれども、前回、接種目的に関する御議論をお願いいたしました。今回はそれに引き続いて、この予防接種の枠組みの考え方、接種対象者の優先順位についてぜひ御議論をお願いしたいと思いますと考えております。

本日も構成員の先生方から忌憚のない御意見をいただければと思いますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

<加藤厚生労働大臣挨拶>

大変お忙しい中、また今日もこうして御出席を賜りましてありがとうございます。厚労省としては、検査体制、保健所機能、そして、医療提供体制の充実に努めておりますが、この間の具体的な動きを幾つか御紹介させていただきたいと思っております。一つは、感染者数の急増により支援をする必要性が高まっております新宿区の保健所について、一昨日の20日から東京都と厚生労働省の職員、計12名が支援に回って活動を支えているところでもあります。公衆衛生学会等にも支援をお願いしており、引き続きそうした皆さんの御協力をいただきながら保健所に対する支援の強化に努めていきたいと思っております。

また、先週17日には無症状者に対し唾液を用いたPCR検査、抗原定量検査は可能という判断をいたしました。これにより、空港検疫といった検査現場などにおいて検査手法の選択肢の拡大につながっているところであります。これも検査の充実につなげていきたいと思っております。

また、行政検査の対象者の範囲を整理させていただき、特定地域の接待を伴う飲食店などで感染者が多く発生している場合などにおいては、濃厚接触者に限らず行政検査を行うことができることを明確にいたしました。同時に、こうした方々については、検査結果が陰性の場合、14日間の健康観察は求めないとするにもいたしました。Q & Aでお示しをさせていただいております。

このほか、PCRの検査の関係で医療機関からなかなか契約が進まないということの御指摘をいただきました。積極的な契約締結を促すため、契約を希望する医療機関が都道府県等に対して、検査を実施するための要件を満たしているということを医療機関自体がもう表明をすれば、それをもって都道府県において契約締結を行うことができる旨を明確にする通知を発出させていただきました。これによって医療機関で受ける検査がさらに進んでいただけるものと期待をしているところであります。

また、今般の新型コロナの対応を含めて医療機関の経営基盤について、色々御指摘を頂戴しております。

まず、資金繰り支援に加えて二次補正予算で措置をした医療機関に対する感染拡大防止等の支援事業や医療従事者等への慰労金といった支援を今、速やかに行うべく準備を進めていくとともに、さらに東京都などにおいて、今日も御議論いただきますが、感染者数が増加をしていることなども踏まえ、引き続き6月以降の医療機関の経営状況を把握いたしまして予備費を活用した緊急包括支援交付金の増額など、必要な措置について速やかに講じるべく検討を進めていきたいと考えているところでございます。

こうした対応を取りながら厚労省としてやるべきことを進めていきたいと思っておりますが、本日、また感染症状況を踏まえて様々な御意見を承れればと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

(報道関係者退室)

<議事(1) 最近の感染状況と今後の対応について>

○事務局(池田) <資料1を説明>

○尾身分科会長 本日は国立感染症研究所感染症疫学センターの鈴木先生に来ていた

だいて、発症日と報告日の両方のデータを比較して議論し、今回初めて公にする。

○鈴木参考人 <資料2を説明>

○押谷構成員 <資料4を説明>

○脇田構成員 <資料3 (P2~P3)を説明>

○尾身分科会長 <資料3 (P4~P5)を説明>

○石田構成員 資料3の5ページの内容について、感染症対策と社会経済活動の両立に関することや、この感染症はリスクをゼロにできないという中であって許容できる感染レベルについてコンセンサスを得るというのは、極めて重要。しかし、一般的な方には、今リスクがどのレベルにあるのかということが、分かりづらいと思う。

仮に今のレベルを基軸にして、3密の回避を前提に、リスクの基準を超えたときにどのような措置を取らなければいけないのか、あるいはその基準が下回ったときにはこういうことができる、ということ国民にきちんとお知らせしたうえで協力を得ることが重要。

働く人という観点で申し上げると、保健所あるいは医療従事者、医療関係従事者の処遇の問題がテレビで頻繁に発信されていて、働く人が安心感を持って働けるということが感染拡大防止に力を発揮するのに非常に大事だと思っているので、この対策の中に盛り込んでいただくと大変ありがたい。

○平井構成員 冒頭西村大臣から、特措法を駆使して接待を伴う飲食に対する措置を始めたということや、加藤大臣から新宿の保健所に12名派遣をする、6月以降の医療状況を見て追加措置も考える、というお話があり、日頃申し上げていることに敏感に対応していただいていることに感謝を申し上げたい

その上で、資料3の4ページ、5ページの内容に関連して、資料7をご覧いただきたい。これは、7月19日(日)の全国知事会会議で43人の知事の出席の下、取りまとめた緊急提言であるが、この資料も用いながら御意見を申し上げたい。

まず、4ページにある目標の表現であるが、「許容可能なレベル」という表現が適切なのか。これは住民感情からすると、例えばもう感染する人はいなくなってほしいというお話が出てくるし、経済界からも台湾レベルぐらいまで下げないといけないのではないか、という話は通常からも出てきているところである。

許容可能というと、公衆衛生や医療のレベルから「許せる」という感じになるが、理念的にはむしろ「許す」ということではないのではないかと思う。例えば「十分

に制御可能なレベル」など、言葉の選び方を考えた方が良い。

その上で、全体の体系については賛同するが、5ページのクラスターの早期封じ込めについて、保健所をやはりきちんとやっていかなければいけない。この点、知事会でも資料7の項目1のとおり、保健師の派遣について応援をしたいと思っている。

加藤大臣や橋本副大臣の御指示もいただきながら、今、鳥取県も含めて、幾つかの県で来週にも保健師を派遣する段取りをつけているが、その調整の中で出てきた問題について1点要望がある。今、全国知事会では熊本の球磨川流域にも保健師を派遣しているが、災害派遣の際に事故があったときは、公務災害に認定し、費用負担も特別交付税措置により災害派遣先が負担する、というルールがある。

今回の派遣においても、保健師は相当な覚悟で行くので、災害時と同様、それに見合うだけの身分保障や、万が一のときの公務災害等の手当等についてご検討いただきたい。

それから、封じ込めの手段として、西村大臣のほうで迅速にご対応いただき、前回分科会の翌日に事務連絡をいただいた。事務連絡の中で、24条で個別の店舗を対象とすることはできるが、休業するということは45条の問題があるので、それは控えてくれと。その趣旨はガイドラインを守らない場合に何らか制限をつける、という意味かもしれないが、24条は緩やかに認めることで、緊急事態宣言が出なくてもやれることは増えてくると思う。

今後、補償金的な協力金のようなものの法制化や、風営法や感染症法などについて、ぜひ地方側とも協議をしながら運用の弾力化、法改正あるいは対処方針について御検討いただけるとありがたい。

また、医療経営がしっかりできるようになることが秋を前にしてぜひとも必要。包括支援交付金等もさらに活用していくというお話もあり、ぜひ診療報酬を引き上げることなども御検討いただき、医療体制の御支援をいただけるとありがたい。

資料3の5ページの③で、ガイドラインの遵守について、随時見直していただく必要があると考えている。現場は困ることも多々あるので、ガイドラインの柔軟な見直しなども含めて遵守を徹底するというような書きぶりをしていただきたい。

それから、③の中で加えていただきたい点がある。1つは、水際対策のことで、次の爆発的な感染拡大の前に、現段階の漸増ないし許容可能なレベルという範囲内のときでも、今後の感染拡大に備えて水際対策への言及をしていただきたい。知事会でも議論があり、特に沖縄、山口からは在日米軍の件が大変深刻である。そうした課題がある中で、水際についての言及をここにも加えていただけるとありがたい。

また、Go Toキャンペーンについても、資料7の3項目で書かせていただいたが、感染状況は今後変わってくる中、例えば基準を考えた上で対象地域や期間を柔軟に考えていただいたり、まだ始まっていないGo To EatやGo To Eventについても、柔

軟な対応を地方側と協議をしてやっていただきたい。Go Toキャンペーンをはじめとした政府の施策に当たっては感染拡大防止との調和を図っていただきたい、こうした見識はやはり分科会としても書いていただいたほうがいいのではないかと思います。

○大竹構成員 資料3の5ページについて、接待を伴う飲食店におけるクラスターに厳しい対応をすべきということだが、リスクが高いところに集中して対策を取るべきだと思う。

ただし、東京都でも一時、接待を伴う飲食業からのクラスターの比率が非常に高く、最近下がってきているが、下がってきているときにほかにも要因があるのではないかという議論が出てこないよう、もともとそこがクラスターで拡大してきたという理屈をはっきり出して人々に納得してもらおうということが必要。そのような条件の下で積極的な対応をしていくということが大事だと思う。③のガイドラインを遵守できていない場合にも同じことが言える。

それから、若年層への呼びかけだが、2月の呼びかけがなぜ評判悪かったかという、若年層が感染拡大の原因だという形の悪者に見えるような呼びかけだったと思う。同じ呼びかけでも、例えば感染拡大を阻止する主役だと言われると頑張るかもしれないので、そういう表現の工夫をする価値はあると思う。

○小林構成員 資料3の4ページのグラフで、現状あるいはこれからをどのように認識するかというときに、ここで書かれているのは感染者の数であるが、どれぐらい事態が逼迫するかということを示す意味で、重症者の数等がどう変わっていくのかということも情報として入れておくべきなのではないか。

あるいは、例えば医療提供側のキャパシティの変動がどういうようになっていくのか。それを超えてしまうと非常に難しい事態になり、超えなければ仮に感染者がかなり高いペースで増えても、経済を止めるということにはならないかもしれない。あるいは感染者が非常に増えていても重症者が増えないということが期待できるのであれば、その場合も経済を止めなくてもいいかもしれない。

状況を正しく認識するために、重症者の数と医療提供体制がこれからどうなっていくのか、という2つの要素を加えた上で判断するほうがいいのではないか。

それが5ページの一番下の感染拡大が継続したときや、爆発的な感染拡大のときという、その状況の認識に関連しているだろう。重症者と医療提供側の体制。そこで逼迫した場合に、その次にどういう対策を取るのかという話になっていくのではないか。

それから、Go Toキャンペーンのような経済対策と、この感染症対策について、この分科会でも基準を示し、5ページの中に書いておくということは、もし可能であれば大変いいことだと思う。

○釜范構成員 今日、色々な資料を出していただく中で発症日別のデータがきちんと分析できて、公表が可能になったことは本当によかったと思うので、発症日ごとのデータが意味するところについて、ぜひ国民の皆さんに分かりやすくお示しいただき、これを基に爆発的な感染拡大が今のところあまり考えられないということや、今の状態が維持されるか、あるいは微減を目指すというところを分かりやすくお示しいただきたい。

それから、5ページの②の3つ目のポツの様々な積極的介入方法を検討、というところで、医師会の中にも地域を限定し、あるいは業種を限定して、休業を強く要請すべきだという意見がある。

これに対して私はこれまでの議論も踏まえて必ずしも適切だとは思っていない。むしろ地下に潜ってしまうとか、東京以外のところにまた営業の拠点が移って感染が拡大するだけであるなど、色々問題があると思っている。その辺りについて検討した結果、現在は分科会としては業種を限定し、あるいは地域を限定して休業を要請するという点については慎重に対応すべきというニュアンスを出してもよいのかと思っている。これは法的な根拠をどうするかという問題もあるが、必ずしも有効な手段にならない可能性が高く、今はそれを採用すべきでないというような表現ができるかどうか、これは構成員の皆様の合意によるのではないかと。

それから、PCRをはじめとする検査の資源は無限ではないので優先順位をつけて対応していかなければならない。今後、検査の需要はさらに伸びる。水際対策や、Jリーグやプロ野球といった大きなプロスポーツでの需要も一定数見込まれるという中で、限られた検査資源をどういうように配分するのかについて、分科会として方針をある程度政府に対して述べることを考えなければならない。これまでも検討はしてきているが、それについてある程度方針を述べる時期に来ているのではないかと。

○南構成員 この発症日と確定日のデータを示して丁寧に御説明いただいたことで、ここに同席している皆さんは、ある種の安心というか、状況の理解ができたと思う。発症日と確定日でこれだけの差があるということや、今は爆発的な感染拡大ということではないということを丁寧に国民にも示していただきたい。

色々な情報があるため、国民に今一番強いのは不安だと思う。安心感を持ってもらうことは容易ではないと思うが、Go Toトラベルにしても、ぎりぎりまで政府が予定どおりの実施に向けて努力をすることが、逆に国民にはぎりぎりまで決めないで無策だといった誤解もされてしまう。やはりここは国民が不安を持たないよう、情報に透明性と信頼性のあるきちんとした説明をしていただくことで、安心感を持ってもらうということかと思う。

4ページの「許容可能」という言葉は、重症者、死亡者がゼロにはならないとい

うこと、ゼロリスクは求められないということはよく分かるが、それでは、1人死んでもいいのかといった議論が出てくる。これまで自殺対策等に関わってきた経験からもこういう議論が出ることは必然だ。やはり公表するときには、表現を配慮する必要がある。

5 ページの一番下のボックスのところには、今、決して爆発的な感染拡大はしていないということを示しつつも、きちんと検討をしているという姿勢を見せることが大事だ。ここは極力早く検討して形にして、それを示すということかと思う。

○石川構成員 ポイントは全てこの資料3の5にまとまっていて、①、②、④というのは感染が起きた後の対処を説明していますから、結局、最終的に微減に持つていくための方法は③だということに尽きると思う。つまり、3密の回避の徹底、これは国民がほぼもう認知をしているが、国民としては、「私は3密の回避をやっている」という意識があるのではないかと思う。例えばまた緊急事態宣言が出されて外出自粛ということになったら、またそれに従うと思うが、今やっていることと何を変えたらいいのか、という疑問は生じると思う。つまり、自分の行動として今の行動では駄目なのか、その疑問が突きつけられているのが③である。一般論として読んだときには全部理解できると思うが、新しい対策としての新味がないので、生活者としてどう自分の行動を変えたらいいかが分からない。

ガイドラインの遵守はとても大事なので継続するという方策は必要だと思うが、今やっていることでは何が足りないのか、その原因の分析がない。何がバリアになっているのか分析がないと、結局また原則論を蒸し返していると生活者には受け止められてしまう。つまり、3密回避が十分には浸透していない原因分析を示す必要がある。

また、例えば若年層に対して情報発信をするとき、「夜の街」という表現を使うと、この言葉の意味は非常に広いため、あまりにも多くの事業者をくくり過ぎていて、その結果、感染防止対策を一生懸命やっている方も含んでしまい、逆差別みたいなことが起きてしまう。だから、例えば「若年層」とくくるのではなく、若年層のうちのどういうセグメントに問題があるのかという限定をしなければいけない。これまでの経過を見ると、若年層のうち、こういう行動パターンを取っている人はもう少し注意をしてください、という形でセグメントを明確にした上での注意喚起が必要になってくる。

つまり、あまりにも一般的な言葉を使い過ぎるのは避け、ケーススタディをもっと丁寧にやって、こういう3密が生じているので生活の中で注意してください、というような形で注意事項を具体的に示す必要がある。

○太田構成員 病院の経営状況について、資料3の5ページの④の「医療体制の強化」

というところに関連するが、今後感染の拡大に向けて様々受入れの病床の確保等、各地で行われているが、今、急激に医療機関の経営が悪化している。強化どころか、そもそも維持できるのか、という状況まで経営が悪化しているという認識を委員の先生方に共有いただければと思う。

病院の費用構造というのは非常に固定比率が高い状況になっており、患者が減少する、入院が減少する、というだけで大幅な赤字になっていく。最近、夏の賞与を払わないような大学病院が出てくる、という報道があったが、今、病院団体では4～6月の経営調査を実施している。速報で約150の病院のデータを見たところ、コロナを受け入れた病院のうち、4割が夏の賞与の減額支給にせざるを得ない状況に追い込まれている。

当然、公立病院が多い中なので、そういうところは満額出ているわけだが、受け入れたところの病院が、スタッフが頑張っていた中にもかかわらず夏の賞与に手をつけなければいけないような状況までなっているということは、病院の経営というのは非常にもろいということを認識いただいて、医療提供体制の強化を図っていくためにはどのような施策が必要かご検討いただきたい。

○今村構成員 医療体制について、重症という点にスポットを当てていたのは、最初の段階であって、今は経済を立て直すのと同じように医療も立て直し、通常の医療をできるだけ保ちながらやっていく、ということが目標となるはず。

そうすると、重症例でパンクしてしまうような形ではそもそもいけなくて、今後は酸素投与の必要な中等症は、ホテルなどの一般の宿泊施設には持っていけないので、その人たちは必ず病床を埋めていく形になる。患者数が増えれば、その背景には疑い患者も多く出ているので、疑い患者も病床を埋めていく。そうすると、重症者が増えていなくても、例えばがんの診療などの重要な医療というのは戻せなくなってしまふ。そうしたことも考えて上限を考えていかないと、恐らくバランスは取れなくなるかと思う。

○河本構成員 御説明を聞いて、そのデータの見方や捉え方について改めて理解したが、やはりこうしたことを国民に分かりやすく伝えていく必要がある。

資料3の4ページのグラフで、縦軸の報告数が「現在」というところからスタートしているが、例えばこのコロナが発生してからどのように感染状況が変化して、現在に至っているかを示せれば、そこから過去を振り返ることができるのではない。済んだことを忘れてしまうのではなく、どのように変化して爆発的な感染増加があり、こういうことをやって抑えられた、だからその次のステージに行く。色々な対策を講じた結果を見れば、そこから減ったのか増えたのかという分析がその都度変わっていくと思う。経過を追って発信したほうが国民には分かりやすいのでは

ないか。

「許容可能なレベルに感染を抑制し」というところだが、その許容可能なレベルをここで見ると「爆発的な拡大」でも「大幅減」でもないその間にある3つのところが非常に微妙な線で、そのこのカテゴリーを少し議論する必要があると思う。

それと、やはり若者に対する発信は難しい。若者の中でも、学生もいれば社会人もおり、すべての若者が悪者みたいになってしまうような捉え方はよくないと思う。バイアスをかけて一くくりに見てしまうような発信にしない工夫が必要。

○押谷構成員 今の感染状況は少なくとも急速に減少はしていかない局面なので、入院患者がどんどん積み上がってってしまうということや、その入院患者は減っていく局面では全くないというところは気をつけなければいけない。

我々もずっとクラスターを見ていると、色々な局面で感染の場所は変わっていくので、そこがどんどん後追いになってなかなかついていけないというところがあって、接待を伴う飲食店ということがかなり強調されてきているが、実際に起きているのは普通の居酒屋や会食の場が増えてきているので、どのように情報を発信していくのかということとは十分気をつけていかなければならない。リアルタイムに色々なデータを共有しながら情報発信していくということが必要。

○尾身分科会長 多くの有益なコメントがあった。特措法の24条と45条について、保健師の派遣の取り扱いを災害時の派遣に準ずるべきという意見などについて、事務局からお答えを。

○事務局（奈尾） 24条9項については、もともと団体も個人もどちらも宛先として協力要請ができるようになっており、今まで運用として個々の施設について具体的には協力要請を行ってこなかったというのがある。これは、例えば営業の自由などがある中で、個別での要請ということになると、非常に強いのではないかとということで、ここ数年、そういう運用をやってきた。そんな中、現在の感染状況を踏まえて事務連絡を出し、個別の施設も対象にするというようにした。当面、これに基づき各種措置については実行してまいりたい。

そのほかの、例えば補償をどうするかといった話については、感染状況がまたもう一回落ち着いた後でさらに検証しながら、その後の検討課題になると思っている。

○西村国務大臣 御提案を多くいただき、整理をした上で政府としてしっかり受け止めて対応したい。資料3の4ページの目標の「許容可能な」というのは、確かに人によってとらえ方も違うので、この表現ぶりはぜひ工夫をしていただきたい。また、「死亡者を最少化」については基本的対処方針の書きぶりも確認したい。

その上で、すぐには大幅減が難しいとしても、政府としてできるだけ減少させるという姿勢で臨んでいきたい。

それから、これは大臣としてではなく個人的な感想だが、基本戦略の「1個人・事業者」のところの「少なくとも微減を目指す」という文言は、社会も医療もそれぞれ役割があり、その中で目標のレベルまで抑えていくということだから、全体の「目標」のところに書いたほうがいいのではないか。

○事務局（池田） 4ページの「死亡者を最小化」という表現について、基本的対処方針には1ページにおいて、「感染者、重症者及び死亡者の発生を最小限に食い止めることが重要である」ということが書いており、対処方針では「最小化」という表現は使っていないが、同じことを述べている。

○尾身分科会長 それでは、いただいた様々な有益なコメントを基に、この後関係者ですぐに直したいと思う。

○西村国务大臣 小林構成員からもいただいた、基準や数値目安をどう考えるのかについては常に悩んでいる。

資料1の5ページの10の指標について、②の新規感染者の数だけで見ると、緊急事態宣言時と比べても上回っているので、そういう意味では、緊急事態宣言を出すべきではないかという議論がある一方で、例えば⑦の病床は当時のピーク時は91%ぐらいになったが、今は3割ぐらいである。

こうした点について、どんな指標をもって、どのように考えていけばいいかということ議論していただきながら、約1週間後にまた分科会を開いて、最終的には総合的に判断するということになるが、目安となる数値等について議論をしていきたい。

○加藤厚労大臣 平井知事から色々御指摘をいただいた。反映いただくものは反映していただき、それ以外のことについては、また知事会と政府の中でよく議論させていただきたいと思う。

<議事（2）イベント開催制限のあり方について>

○事務局（奈尾） <資料5を説明>

○石川構成員 今まで段階的に拡大をしてきた結果、感染状況はどうだったのかというデータはあるか。今までの結果の総括がないと、次に行くということを決められ

ないと思う。

○事務局（奈尾） イベントを緩和したことに直接起因するのはどんなことかというのは、それだけを取り出しにくいところがあるが、クラスター発生ということだと、都内の劇場で6月末から7月上旬にかけて、1か所のクラスターが発生しているというものがある。前回の分科会の段階で50人台後半だったと思うが、現在、保健所で調査中である。

それから、イベント開催制限をする前になるが、2月中旬に北海道の展示会でクラスターが発生した例が1件ある。大きく把握しているのは、その2か所である。

○岡部構成員 富岳のシミュレーションの条件としては、換気などの影響が全くない静止した状態と考えてよいか。

○事務局（奈尾） これは富岳でシミュレーションする際に、消防法などに想定するような換気条件を基にシミュレーションしたものと聞いている。

○平井構成員 イベント開催制限のあり方について、知事会でも度重ねてこれまでも議論をしてきた。結論から申し上げれば、専門的な知見もぜひいただき、慎重に考えていってもいいのではないかと、ということである。

例えば日曜日に知事会をやったときも、関東地方の大きなスタジアムのある知事が、今、5,000人という規模で切っているが、これを継続することについて、何ら異存はなく、むしろ現在の足元の感染状況からすると不安があると言っていた。なぜかということ、会場の中だけではなくて、そこに行き来する過程、例えばスポーツ観戦後にそのままみんな飲みに行ってしまうといった、スタジアムの外の話がある。

現実にも、今まで我々が経験して分析しているクラスターなどを見ても、必ずしも病室で起こっているわけではなく、お昼を食べる、会話をするといったところで職員同士の感染が広がるということがあるわけで、こうしたイベントについても、同じように十分な考慮が必要ではないか。

そういう意味で、最近慎重にという世論があるようだが、知事会も基本的には慎重に判断していただいてもよい、という意見である。

一方、感染が比較的落ち着いている地域の知事が、50%以内という制限があると、大きな会場ではない場合に採算が合わなくなり、文化振興行事などが打てなくなってしまうと言っていた。感染状況によっては、そこは緩和できないものなのか、こういう議論があることも、指摘をさせていただきたい。

同じようなことは、例えば歌舞伎や能など、日本が守らなければいけない伝統芸能などにもあると思う。例えばマスクをすることを条件にすることである程度緩和

させるなど、そうしたところも併せて考慮をしながら議論し得るのではないか。

かつては感染拡大期があったり、感染観察時期があったり、地域で色分けをして、こうしたガイドライン的なものを書き分けていた時期もある。恐らくそれは合理的であって、今、東京や大阪でこういう大規模なイベントをやるのはいいかどうかとか、あるいは文化行事をやるのはいいのかどうかといったときに、全く感染が起っていないような地域であれば、このぐらいいいのではないか。

その際に幾つかメルクマールがあると思うが、全国から越境して人が来る可能性がある行事と、地域の人たちだけで集まる行事など、イベントのタイプによって分けるといふこともあると思う。かつて基本的対処方針などでは、そういうところを書き分けながら、緊急事態宣言のときに運用していたこともあるので、この辺も一考していただけるとありがたい。

○小林構成員　今はステップ3の5,000人を上限なしにするかどうかというところがポイントだと思うが、要するに5,000人の枠を取り払って、1万人、2万人という規模のイベントができることによる事業者、あるいは地域の経済的なメリットについてのエビデンスがあれば、ここでの議論のために伺っておきたい。

それから、資料5の4ページにある感染のリスクについての6つの項目があるが、この項目によりステップ2からステップ3に移るところでも関係する気がするが、感染リスクを考えるのであれば、ステップ3からステップ2に戻るといふことも、理論的には考え得るのか。そのときに、経済的なメリットと感染のリスクを考え合わせて、どちらを取るのかという議論をするべきかと思うが、経済面での何か御説明があれば伺いたい。

○事務局（奈尾）　御指摘のとおり、一般的にイベントが大規模化すればするほど、当然ながら経済的な効果はあり得ると思う。それがどのぐらいになるか、数量的にお示しすることは難しいが、経済的なメリットがある一方、リスクがあるだろうということはどう評価するか、ということだと思う。

それを考えて、1,000人から5,000人、あるいは5,000人の上限を仮に撤廃するとすると、4ページに書いていないリスクについては、1,000人から5,000人にステップを進める場合には当然あり得るが、人数の上限を撤廃すると、資料5の5ページ、6ページのような、特に大型のイベント施設については、数万人というものがあり得るので、そこでの全国的な人の移動や、感染リスクはかなり高いものになるのではないかと考えている。

1,000人から5,000人でも同じようにリスクが増大することがあり得るとすると、それを戻すのかとなると、これは社会に対する混乱といった懸念もあるので、そこは慎重に考えるべきだと思っている。

○西村国務大臣 1,000人から5,000人に判断したのは、6月末から7月上旬の段階での感染状況の下で判断をしている。当時は東京で日々の感染者数が50～60人から、7月2日に100人程度であったので、その状況の下で5,000人に拡大しても問題ないという判断をした。

今、連日200人を超えるような状況にある中で、資料5の5ページ、6ページにあるイベント施設について、首都圏だけでも野球やサッカーなどが行われると、数万人単位で毎日のように動くわけである。地方でも主要都市にスタジアムがあって、恐らく3万人、4万人を収容できるので、何万人かが動くということの中でどう判断するか。

文化イベントについては、先ほどの富岳のシミュレーションも含めて、ガイドラインを進化させることができないか、専門家の皆さんにも入っていただいて、議論を続けているところであるが、足元の状況でそれができるかどうか。文化庁も補正予算で、地方の小規模なイベントについては数百万円単位で、全国規模のイベントについては最大2500万円まで支援をして、いろんなカバーができるのではないかと。

さらに言えば、2月1日以降を予定されたイベントについては経産省で、延期されたものについては、最大5000万円まで支援を行ってきているので、そういったものを活用していただきながら、感染拡大防止と社会経済活動の両立を図っていくことに取り組んできているので、この場を借りて御紹介したい。

いずれにしても、今の足元の状況の下で、いろんなスタジアムやホールがある中で、人の動きが出てくること、リスクをどう考えるかということだと思う。当然経済面では、企業にとってはプラスになるし、人が動くことによってお金が動くプラス面があることは当然だが、その両立をどう考えていくかということだと思う。

○武藤構成員 今のところ慎重に、という状況ではあるが、単に慎重、延期というだけだと希望が見えないので、感染状況やイベントのタイプに応じてもう少しきめ細やかな検討をしたほうがいいのではないかと。

前回のGo Toトラベルの議論の際は、今その業界がどういう状況で、どう予測を立てているのかが分からない状態であり、このイベントについても、どういう状況であるのかというデータも出していただいたほうがいいのではないかと。

最後に、プロ野球、Jリーグが段階的に始まる中、今どういう状況なのか教えていただきたい。

○館田構成員 NPBとJリーグのガイドラインをつくっている立場で、なかなか難しい中でやっているが、NPBとJリーグの議論を聞いていて、日本のスポーツ文化を守るという中で、とにかくクラスターを起こしてはいけないという意識は非常に強い。

それと同時に、スポーツ文化を守るという意識があることとともに、スポーツはどこかで始めていかなければいけないわけで、そのときに我々がまさにメリハリをつけた社会経済活動のロールモデルをつくっていかう、という思いでいる。来年のオリンピック・パラリンピックを見据えた上で、スポーツをコロナ禍でどのようにやっていくかということを考える、そういうモデルになろうという思いでいる。

ただ、非常に難しい。プロ野球であれば、7月10日から無観客でスタートしたわけで、取りあえず今までのところは、大きなアウトブレイクはない。ただ、Jリーグなどであれば、選手の御家族で感染があり、そういう中でも、今のところはとにかく大きなクラスターを起こさないように、慎重に進めている。

こういう状況の中で8月1日に緩めていいのかということに関して、いろんな議論があったが、個人的には緩めていくのはどうかと思う。ただ、いつまで続けるのかというところの議論にもなってくるし、その辺のところは、先生方の意見を聞きながら、また考えていかなければいけないと思う。

もう一つ、この問題は、球場やスタジアムの中だけではない。3万、4万の会場の中で、5,000人入れてもがらで、マスクをつけていない人は全くいない。そういう意味では、3密にはもちろん注意をしなければいけないが、終わってから打ち上げや、あるいは交通機関が問題になる。そこは政府や行政、地域の人たちがどういうふうにタイアップしながら、リスクを考えて、先回りして対策を取っていくのかということ、ぜひ考えていかなければいけない。

○石田構成員 立場上、働く人たちのことをしっかりと皆さんと共有させてもらいたい。感染拡大予防は、もちろん第一義に進めなければいけないと十分に承知をしている。その片方で、今、現実的に旅客業、サービス業、小売業がかなりダメージを受けて、政府からも相当レベルの高い支援策を講じていただいているが、やはり体力の弱いところにしわが寄って、事業継続に対して精神的に弱くなってしまおうという現状もある中、結果として、賃金カットや雇用の問題、さらには事業継続を断念するかという問題がじわじわ拡大していることは間違いない。

感染防止と経済活動との両立は目指さなければいけないことだと思っている。そして、一定のレベル、容認や許容という言葉は使わないようにしようと思っているが、そこを国民のコンセンサスをどうやって取るかということ、ぜひ一緒に考えていただきたい。

できれば今までの支援策に加え、働く意欲をみんなが持てるような支援策も、我々も一緒に考えたいと思うので、ぜひお願いしたい。

○岡部構成員 今の状況から言えば、様子を見ていいと思う。5,000人規模を撤廃すると、10万人でも全部撤廃という形に捉えられかねない。ただ、静かなイベントもあ

れば、大規模なイベントもあるわけなので、そういったことをもう一回考え直して、感染の様子を見ながら次のステップを考えてもいいのではないかと。

なお、感染の様子を見ながら、というのは、一般の方々に対して、我々としては微減を目指すところであり、フラットな状態の前後をしているようなことの説明をもう少しした上で、次のステップに進んだほうがいいのではないかと。

経済的なダメージに係る指標について、感染症の専門家は経済的なことの処方箋が切れないので、ぜひ経済界あるいは社会学の方々にそういったデータを教えていただきたい。

○太田構成員 基本的に慎重にしていこうという方向の意見が多いと思う。私自身、それに別に反対はないが、次にいつ評価するのか。業者の方々にとって、こういう状況になったら、次はこうだということまで示すことが一番いいが、少なくとも次にいつ評価するかという情報を出さないと、延々とこのまま将来の予見可能性がないところに追い込まれるというのは避けるべき。

○大竹構成員 当面、規制を緩めるということはやめておいたほうがいいと思うが、屋内50%以内というエビデンスを基に、もう少しこういう場合はどこまで入れていい、というものを検討していくことを明確に出していく。そうすると、希望が出てくると思う。

また、今までの議論でも、イベントそのものによってクラスターが発生するというだけではなくても、リスクのありかがどこにあるかがもう少し明確になれば、どこに気をつければ、規模の拡大にめどが立ってくるのかということの共通理解が得られるのではないかと。

○中山構成員 移行期間について、今までは大体3週間という刻みでやってきたので、この3週間を維持するのか、あるいは例えば4週間とか、そこはやはりある程度の数値を示したほうがいいと思う。

それから、5,000人の次は一気に上限なしという枠についてだが、ここを何かもう少し数字を入れるということも考えられると思う。1万人とか、そういうこともある。また、イベントの種類をもう少しきめ細やかに分類して、検討することも必要ではないかと。

○尾身分科会長 平井構成員からいただいた、地域の実情に合わせたイベント開催制限の緩和については、資料5の2ページの上の2つ目の丸のところに「国と連携しながら、都道府県知事が速やかに」とあり、続いて「専門家によるクラスターの発生原因やそれへの有効な対策等に関する分析を出来る限り活用」と書いている。こ

こは、国としての目安をつくることは重要だと思うが、地域によって実情が違うので、地域がしっかり判断できるよう、もう少し明確に言ってもいいのではないかと。

もう一つ、大規模イベントについての色々な御意見は、また次の回ぐらいいまでに考えたい。その際、社会経済の専門家の皆さんからも御意見をいただきたい。我々が感染症の提案を色々やってきたので、一緒にたたき台をつくってくれればと思う。

その上で、イベントの緩和について国民がどう思うかについては、感染の評価について、劇的ではないが少しずつ増えているということが今日のデータで分かるし、感染を微減あるいは減らそうと言っているところのコンセンサスがある中で、5,000人の枠を取るとするのは、多分国民は納得しないと思う。そういうことを考えると、今回はこのままサスペンドでいいのではないかとと思うがよろしいか。

○事務局（樽見） そういう御意見を踏まえて、政府としてイベントの緩和をどうするかについて、これはサスペンドという判断になると思うが、そうすると、当面というのはいつまでかと聞かれるのと思う。今出たお話を伺っていて、例えば当面8月末ぐらいいをめぐるといふ感じだと思ったが、その辺は我々が判断すべきことではあるが、いかがか。

○尾身分科会長 何月までという目安だけを出すのは、少し説得力がないので、ここは感染状況をしっかりと分析した上で、目安を出す、ということが大事だと思う。それなしに、やみくもに8月末とはしないほうがいいと思う。

感染が分かるには2～3週間かかるため、5日後にやるといふのは、ほとんど意味がない。だから、3、4週間後に、感染状況の推移を十分に見ながら目安を出すのが一番いいのではないかと。

○岡部構成員 ある一定の日にちを決めると、またカウントダウンのようなことになるので、めぐりとしての3週間ないし4週間といふのは必要だろうと思うが、感染症はやはり動いているから、その状況を見て、臨機応変に判断ができるということの一つ入れておかないと、例えば2週間後に、いいシナリオであれば下がってくる。あるいは悪いシナリオであれば増えてしまうこともあるので、状況に応じての判断ということをやむを得ず入れておいていただきたい。

○事務局（樽見） 感染状況を踏まえた上で、遅くとも3～4週間後には判断をする、そんなイメージか。

○西村国務大臣 プロ野球やJリーグ、コンサートをやっている方からすると、3～4週間といふと、何となく予見可能性がなくなるので、例えば8月末までは延ばし

つつ、状況を見ながら、もし微減傾向、減少傾向が明らかになれば、当然その時点で判断をすればいいのではないかと思うので、そのような形で、一応予見可能性もつくような形にさせていただけるとありがたい。

また、50%上限というのは、いわゆる人が大きく動くような、大規模なイベントについて対象となるので、地域の事情に応じて、都道府県知事に御判断の下、地域の行事については、引き続き適切にやっていただければと思う。

繰り返しになるが、大規模なイベントについて、収容率50%以内、人数上限5,000人というのは、8月末まで、予見可能性という観点から維持をさせていただいて、その上で、状況を見ながら、緩和ができるのであれば緩和、場合によっては、厳しくすることも含めて、判断をしていくということで、御理解をいただきたい。

<議事(3) ワクチン接種について>

○事務局(池田) <資料6を説明>

○太田構成員 この方針で、介護をどうするか、というところだけ再度御検討いただきたい。介護の従事者が入っていないのは、何らかの事情があるのだろうが、介護に従事する人も、ウイルスを持ち込んではいけないということで、日常生活をかなり制限して、職業倫理的に日常を過ごしている。だから、そこをどうするかというのは、一度、御検討いただきたい。

○平井構成員 まずは高齢者施設、あるいは障害者施設である。千葉や富山でクラスターがあり、そういうところでは、高齢者施設内で感染が広がって亡くなられるというケースが多発している。男性で78%、女性で94%が高齢者であり、高齢者をどうコントロールするかが重要で、そのための施設にも着目すべき。

障害者施設も基礎疾患のある人が結構入っており、そういうところに配慮が必要ではないか。

それから、資料6の説明で、特定接種について、やや否定的なお話があったが、手法はこれから考えればいいのかも说不定。特定接種あるいは新型インフルエンザの特別措置法に基づくもの等々、色々と組み合わせればよいと思うが、例えば保健所の最前線に立っている保健師や、災害支援に行く自衛隊員など、社会的機能を維持するために必要な方々がいて、そのための特定接種という手段があるので、御検討の中で議論していただきたい。

また、これにより、財源措置の仕方が変わる。地方財政措置等々、全体の財政スキームも考えながらやっていただく必要がある。

○石川構成員 優先順位を決めるプロセスをどう透明化するか。例えば一般の生活者が、優先順位の決定がブラックボックス内で行われたという印象を持ったとき、マスメディアも取り上げることになるだろう。そういうことを事前に予想しながら、どうやってオープンにするか。簡単ではないと思うが、その方策は立てるべき。

2009年のときは、いろんな方々が集まって議論をして、パブリックコメントを求めた、という手続を踏んだと思う。パブコメを取るのがいいと言っているわけではないが、時間がないということであれば、いつまでに決めるというスケジューリングをした上で、どう議論をオープンにするのかという手法を具体的に検討する必要があるのではないか。

今、こうしたほうがいいという具体的な提案は出ないが、これは課題だと思う。

○岡部構成員 パンデミックインフルエンザが起きたときのシミュレーションとしては、特定接種あるいは住民接種のことが、自治体ではかなり組み上がっているわけだが、実際には、例えばA社のワクチンはOKになり、B社のワクチンも追ってOKになる。しかし、トータルの量からいうと、例えば北海道はA社だが、九州はB社である、あるいは移動している人はどちらを使ったらいいのか、といった細かいところが多く出てくるので、実施主体がどこに属するのか、定期接種でいくのか、臨時接種でいくのか、特措法の中でやるのか。実施に当たっては、自治体は定期接種でも相当な混乱があるし、パンデミックのときも相当な混乱があったので、将来的な問題としては、それを検討の中に加えていく必要がある。

それから、パンデミックインフルエンザのとき、委員長をやっていたので、色々なことをやっていたが、一番難しかったのは登録制度である。誰がやったか、誰がやっていないか、あるいは仮に2回接種だとすると、その2回をどのようにやるのか。その登録に当たって一番ネックになったのは、システムとして、IT化がほとんどできていなかった。例えばマイナンバーを使うといった議論もあったが、結局そういうことには使えなかったので、登録システムがきちんと行えるように、誰がやったかやらないか、それは誰が保存して、誰が促すかということを決めるため、そういうことも含めて、ぜひ議論していただきたい。

○押谷構成員 現時点でどんなワクチンができるのか、有効性や副反応などがどの程度のものができるのかということは、全く分からないわけで、有効性に関しても、どの程度防御できるワクチンができるのかということは分からない。例えば副反応がかなりあるし、資料6の12ページにADEのことなども書いているが、副反応は相当程度あるが、死亡リスクの非常に高い高齢者に打つことが、バランス上考えられるようなワクチンであるかもしれない。そうすると、若い人たちにそういうワクチンを接種しないかもしれない。だから、有効性も高く、安全性も高いワクチンが

できるかどうか分からない段階で、目的などを決めてしまうのは問題がある。あくまでも決めるとすれば、暫定的なもので、出てきたときにまた考える。いろんなタイプのワクチンが出てくる可能性もあるので、その使い方も考えていかなければいけない。

○武藤構成員 この資料だけを見ると、もういいワクチンがあるように見えるので、非常にリスクだと思う。今回は副反応が非常にあるかもしれない。あと、インフルエンザワクチンもある。そちらとの関連をどう整理するか、競合するワクチンをどう配分するかなど、話が結構複雑なので、そういう複雑な議論とともに、優先接種の議論もしていただきたい。

○館田構成員 ワクチンは大変注目されて、期待されているわけだが、SARSのときも、MERSのときも、ワクチンをつくろうとして、ADEで駄目になった。そういう意味で、今私たちにできることは、そういう過去の経験を基に、今つくっているワクチンがADEを起こさないかどうか、基礎的な視点を含めて共有しながら考えていかないと、ワクチンで全て解決、といった変な方向に誘導してしまうリスクがあると思う。

○石田構成員 資料6の2ページの「3-5月にかけての流行の波の経験より」の1つ目のポツの文章だが、若い方から中年世代の重症者あるいは死亡された方が少なかったということと、それが社会機能維持に従事している人と、どういう関係があるのかということ整理したい。社会機能を維持する人たちは、軽症でも無症状でも、社会機能を維持する仕事から外れなければならず、ここは感染者の死亡リスクを低減させなければいけない、いわゆる基礎疾患のある人たちを優先しなければいけないという議論と、社会機能を維持するためにどういう体制を取って、そのために、重症、軽症とかは関係なくて、従事できる人をしっかり確保しなければいけない、という2つの目的をこの1行に書いてしまうと、軽症と無症状であれば、社会機能を維持する人は働き続けていいといったことになってしまうので、それは違うと思う。

そういった意味では、もう少し特定職種と優先接種の区分をしっかりと分けて、別々に議論をしていかないと、結果として、社会機能を維持している人たちが足りなくなってしまうように、そこをぜひ整理していただきたい。

2012年のときに、特定接種の議論をかなりやったという経過がある。そのときに、指定公共機関の話も一緒にさせてもらって、いわゆる業務計画を出さなければいけないとか、備蓄の問題、あるいはやる作業の問題もそこで議論したときに、特定接種ありきで話をつくっていったというベースがあったと思っているが、今回外れたときに、業務計画とか、そういうものにどう影響するのかということ区分して議

論すべきではないか。

○清古構成員 自治体の立場でもあるが、実際に住民接種を進めていく上で、速やかにということでは、地域の医師会の先生方に御協力をお願いすることになるが、その場合、10年前のときは、最初は10人用のものしかなくて、そのときに混乱したということがあり、やはり個別接種を主体にということで、1人用のワクチンをぜひ、と言われているので、その辺もよろしくお願いしたい。

○尾身分科会長 皆さんの意見をよく聞いて、また事務局でまとめていただきたい。

今、ある前提の下に議論をしていて、その前提はいろんなシナリオがある。だから、幾つかのシナリオに分けていただきたい。この議論は随分やっていて、新型インフルエンザのところで、個別でやるのかということや、2回接種の問題など、いろんな問題がもう分かっている。これは10年前に議論したので、問題の在りか、地方の医療の現場が大変になることなど、結論を急ぐ前に少し問題を整理していただきたい。

今、政府の立場は、ワクチンが出てきてからやっても遅いということで、今から議論を始めていると思う。それに意見を言うのが我々の務めだと思うが、そのときに、こういう総論ではなくて、今までの議論、地方との問題、エッセンシャルワーカーをどうするか、などについて整理したものを出していただきたい。問題を整理した文章を出さないと、見ているところがみんな違うことになる。ここを見て議論をしていってもなかなか進まない。初めての方もいるし、何がこの問題の核心なのかということ整理していただきたい。

<その他>

○河本構成員 <資料8を説明>

○尾身分科会長 それでは、今日の議題はこれで終わりたいと思う。

最初の感染状況について、政府への提案については、いただいたコメントを反映させたもので、今日の皆さんのコンセンサスということでよろしいか。

イベントの緩和については、サスペンドということで、また時期が来たら、評価していただきたいと思う。

ワクチンについては、準備状況にもよるが、もう少し具体的な話をして、問題点を整理したペーパーをつくっていただいて、それを基に議論する。

その他、何かあるか。

○岡部構成員 資料3の5ページの現時点で早急に取り組むべき対策のところに、「場合により様々な積極的介入方策を検討する」とある。メディア情報だけであるが、そこに警察力も必要かもしれないという記事があった。感染症の中で、警察のサポートを必要としているというのは、病原体管理で、バイオテロのみで、相当限定しての考えだとは思いますが、もしそういうアイデアがあるのだとしたら、これは相当慎重にやらなければいけないと思う。

○事務局（樽見） この点に関しては、警察力を感染症対策で直接的に使うというよりは、特に新宿の歌舞伎町などでクラスターが問題になっているというところはあるので、風俗営業法に基づいて、警察が言わば立入りをしたり、指導したりするということがある。そういうときに、特にこういうコロナ対策のガイドラインを守るといったこともやっていますかということを知りたいなどがある。あるいは保健所が行くと、相手によるが、トラブルになることがあるので、そういうときには、警察に連絡をして来てもらう。今までのようには保健所は保健所、警察は警察とやるのではなくて、そういう地域における新型コロナウイルスの感染症を防ぐという見地から、色々手を組んでやっていきたいと思いますという動きがあることを報道されているところであり、直ちに感染症法に基づいて警察という話ではない。

ただ、社会的な資源をどういうふうに活用して、かつ国民の権利を守りながら、この感染を防いでいくかということについては、引き続いて、色々検討はしていきたいとは思っている。

○平井構成員 今回は感染症法に基づく権限行使の問題では、恐らくないのだろうと思う。知事会も西村大臣と過去も色々協議をさせていただき、連携して第一波を抑えようということをやったときに、警察との連携について、政府の中でもそうした指示を出しているというお話があり、大変役に立った。

○釜萯構成員 この分科会は大変大事な会なので、自由に発言をさせていただけることはとてもありがたいが、設定の時間とその内容については、さらに詰めて、所定の時間の中にできる内容を厳選していただく形で、ぜひお願いしたい。

以上