

# 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4回（2020年7月31日）

## 目次

1. 議事次第 .....	2
2. 政府における取組状況 .....	3
3. 直近の感染状況等の分析と評価 .....	8
4. ワクチン接種について .....	19
5. 中小企業の経済関係参考資料 .....	39
6. COCOA 活用促進コミュニケーションプラン .....	46
7. 新型コロナウイルス感染症対策に係る保健所行政施策及び予算に関する要望（概要） .....	48
8. 参考資料1：感染の状況等 .....	50
9. 参考資料2：首都圏の感染状況等について .....	52
10. 参考資料3：7月のクラスター等発生状況について .....	60
11. 参考資料4：クラスター事例集（構成員提出資料） .....	62
12. 参考資料5：全国・県別エピカーブ .....	69
13. 議事録 .....	112

# 新型コロナウイルス感染症対策分科会（第4回）

日時：令和2年7月31日（金）

10時30分～13時00分

場所：合同庁舎5号館12階

専用第15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) ワクチン接種について
- (3) その他

(配布資料)

資料1	政府における取組状況	
資料2	直近の感染状況等の分析と評価 (参考) 感染が広がりやすい状況	(構成員提出資料)
資料3	ワクチン接種について	
資料4	中小企業の経済状況	(構成員提出資料)
資料5	COCOA活用促進コミュニケーションプラン	(構成員提出資料)
資料6	新型コロナウイルス感染症対策に係る保健所行政施策及び予算に 関する要望(概要)	(構成員提出資料)
参考資料1	感染の状況等	
参考資料2	首都圏の感染状況等について	
参考資料3	7月のクラスター等発生状況について	
参考資料4	クラスター事例集	(構成員提出資料)
参考資料5	全国・県別エピカーブ	(構成員提出資料)

# 政府における取組状況

## 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

### ⑤水際対策の適切な実施

## 政府における取組状況

### ①感染症法に基づく行政検査の対象者の明確化による早期検知の実現

特定の地域や集団、組織等において、検査前確率が高いと考えられ、かつクラスター連鎖が生じやすいと考えられる状況にあると認められた者についても、感染症法上の行政検査の対象となることを明確化し、早期検知を実現

### ②特措法第24条第9項に基づく要請の対象の明確化

要請の対象を「個々の事業者や施設の管理者等」に対しても実施できる旨を明確化することにより、実効性のある対応を実施

### ③飲食店等におけるクラスター発生防止のための総合的取組

関係省庁の連携の下、地方自治体、業界団体、経済界、教育関係者の協力を得て、様々な取組を強かに推進(既に、関係省庁から5,000を超える団体に要請済み)

#### ➤ガイドライン遵守の徹底

- ・地方自治体による事業者へのガイドラインの配布等を通じた周知、ガイドライン遵守店舗のステッカー等表示の普及促進等
- ・接触確認アプリ(COCoA)や自治体独自のシステム利用の勧奨
- ・飲食店等紹介サイトと連携したガイドライン遵守状況を店選びに活用する仕組みの検討・実施

#### ➤飲食店等の利用者が自分で自分の身を守る行動をとってもらうための取組

- ・3密回避、大人数での飲み会の回避、大声を出す行動の自粛

#### ➤職場や大学等における感染防止対策

- ・テレワークの推進、体調がよくない従業員を出勤させない
- ・メールの送付等確実に伝わる形で学生に対して感染リスクの注意喚起を実施

#### ➤感染拡大を防止するための飲食店名等の公表

- ・感染経路の追跡が困難な場合に感染拡大防止の観点から行う店舗名等の公表は、関係者の同意は必要ではないこと、及びガイドラインを遵守していないことが感染の要因であると考えられるときには、その旨を公表して感染防止策の徹底を促すことを周知

# 飲食店等におけるクラスター発生防止のための総合的取組①

令和2年7月28日  
内閣官房新型コロナウイルス感染症対策推進室

## 飲食店等におけるクラスター発生防止のための総合的取組

新型コロナウイルス感染症については、現在、首都圏や関西圏を中心に、再び新規感染者数の増加が見られ、社会経済活動を維持しつつ、メリハリの効いた感染防止策に取り組むことが急務となっている。

特に、最近のクラスターは、飲食店（接待を伴う飲食店以外も含む。以下「飲食店等」という。）や若年層や学生が集まる場などで多く発生していることから、各省連携の下、地方自治体、関連団体、経済界、教育関係者の協力を得て、次の通り各般の主な施策を強力に推進していく。

### 1. 飲食店等におけるガイドライン遵守の徹底に向けた取組

感染防止のための業種別ガイドライン（以下「ガイドライン」という。）が各業界団体により作成・公表されているが、これまで発生したクラスターの分析によると、必ずしも全ての店舗において遵守されていない。このため、クラスター発生防止のため、飲食店等におけるガイドラインの普及を進め、各飲食店等で徹底した感染防止策が講じられるよう取り組む。

国としては、飲食店等の感染防止に向けた取組に対し、持続化補助金により支援するほか、飲食店への訪問を通じたガイドラインの周知、対応状況の確認及び更なる遵守の徹底の働きかけを行うとともに、地方自治体や関係団体等による取組の強化を勧奨する。

#### （1）地方自治体による取組

国は、地方自治体に対し以下の取組を推進するよう勧奨する。

- ・飲食店等の営業許可の申請・更新等の機会を活用し、地方自治体の窓口等において事業者に対しガイドラインを配布し周知を図る。
- ・建築物における衛生的環境の確保に関する法律に基づく通常の立入検査時において、衛生管理基準の遵守の徹底に加え、飲食店等がテナントに含まれている場合に、特定建築物所有者等に対しガイドラインを配布し周知を図る。
- ・ガイドラインを遵守している店舗に対しステッカー等を配布して表示する仕組みについて、各地方自治体での導入検討や、既に導入している地

方自治体における制度の普及促進を図る。

#### （2）業界団体等による取組

国は、業界団体や酒類業者に対し以下の取組を勧奨する。

- ・業界団体が会員企業に対し、ガイドラインを周知するとともに、ガイドラインの遵守に向けて必要な助言・勧奨等を行う。
- ・業界団体が会員企業のガイドライン遵守状況や具体的な取組内容を早急に調査するとともに、ガイドラインを遵守している飲食店等に対する表示（生活衛生関係の業界団体が確認した上で発行するポスター、ステッカーのほか飲食業界ガイドラインに対する自主適合宣言マーク等）を勧奨する。
- ・業界団体が会員企業に対し、接触確認アプリ（COCOA）のダウンロードを従業員や利用者へ促すよう勧奨する。また、感染者が発生した店舗を利用した者に対し通知するためのシステムを地方自治体独自に導入している場合は、飲食店等に対し当該システムの利用を促す。
- ・酒類業ガイドライン（酒類業中央団体連絡協議会策定）等を遵守した取引の徹底を勧奨する。また、酒類業者から取引先飲食店に対してガイドラインの遵守等を勧奨する。

#### （3）商店街による取組

国は、全国商店街振興組合連合会（全振連）及び地方自治体を通じて、各地域の商店街に対し、以下の取組を勧奨する。

- ・商店街として、地方自治体や業界団体と連携しつつ、全振連が公表しているガイドラインを踏まえた感染防止対策を実施する。
- ・商店街に所属する飲食店等に対し、ガイドライン遵守に向けた取組を勧奨するとともに、ポスターやステッカー、自主適合宣言マーク等の掲示やホームページ等での公表など取組の「見える化」を勧奨する。
- ・飲食店等が行う感染防止対策に対し、「持続化補助金」を活用するよう、商工会等と商店街組合が連携し、飲食店等に周知する。

#### （4）飲食店等の紹介サイトとの連携により、ガイドラインの遵守状況等を店選びに活用できる仕組みを検討・実証する。

### 2. 飲食店等の利用者が自分で自分の身を守る行動をとってもらうための取組

飲食店等における会食などの場でクラスターが多く発生していることが

## 飲食店等におけるクラスター発生防止のための総合的取組②

ら、利用者一人一人が「自分の身を守る」ことを意識して行動することが重要である。このため、国として国民に以下の取組を推奨するとともに、都道府県に対し、必要に応じて新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく要請を行うことについて検討するよう促す。

### (1) 『新たな日常』に対応した行動変容の働きかけ

- ・日頃から3つの「密」（密閉、密集、密接）が発生する場所を徹底して避けること。
- ・大人数での会食や飲み会を避けること。
- ・会食等で飲食店等を利用する場合には、自己適合宣言マーク等の表示に留意すること。
- ・大声を出す行動（飲食店等で大声で話す、カラオケやイベント、スポーツ観戦等で大声を出すなど）を自粛すること。
- ・マスクの着用、手洗い、消毒、換気を徹底すること。

### (2) 接触確認アプリ等の活用

- ・接触確認アプリ（COCOA）のダウンロードや、地方自治体独自の通知システムの利用登録を行うこと。

## 3. 職場や大学等における感染防止対策

### (1) 経済団体等と一体となった感染防止の取組強化

職場に関連したクラスター発生を防止するため、経済団体を通じて、各企業に対し以下の取組を推奨する。

- ・業務後の大人数での会食や飲み会を避けること。
- ・従業員に対し、会食等で飲食店等を利用する場合には、自己適合宣言マーク等の表示に留意するよう促すこと。
- ・接触確認アプリ（COCOA）のダウンロードや、地方自治体独自の通知システムの利用登録の推奨。
- ・在宅勤務（テレワーク）、時差出勤、自転車通勤の推進。
- ・体調が良くない従業員を出勤させないこと。

### (2) 国家公務員、地方公務員に関する取組

国家公務員、地方公務員についても、(1)と同様の対応を実施。

### (3) 大学等と連携した取組

大学等に対し、以下の取組により学生に感染リスクの注意喚起を行うよう

う勧奨する。

- ・若年層の感染や会食・合宿等を通じての感染が多数確認されていることを踏まえ、行動に特に留意するよう強く求めること。
- ・たとえば、オンライン授業の初期画面での注意喚起（例：「会食、飲み会、サークル旅行、団体イベント、合宿における感染リスクの注意喚起」）のポップアップ表示や、学生一人ひとりへのメール送付など、学生等に当該注意喚起が確実に伝わる方法で行うこと。

### 4. 感染拡大を防止するための飲食店名等の公表

クラスターなど感染者が発生し、感染経路の追跡が困難な場合には、感染拡大防止の観点から店舗名を公表する抜いとなり、当該公表において関係者の同意が必要なものではないこととともに、ガイドラインに掲載しているような感染防止策が適切に講じられていなかったことが感染の要因であると考えられるときは、その旨を公表して感染防止策の徹底を促すことを改めて周知する。

# 直近の感染状況等の分析と評価

令和2年7月31日（金）

尾身茂、新型コロナウイルス感染症対策分科会有志一同

提出資料

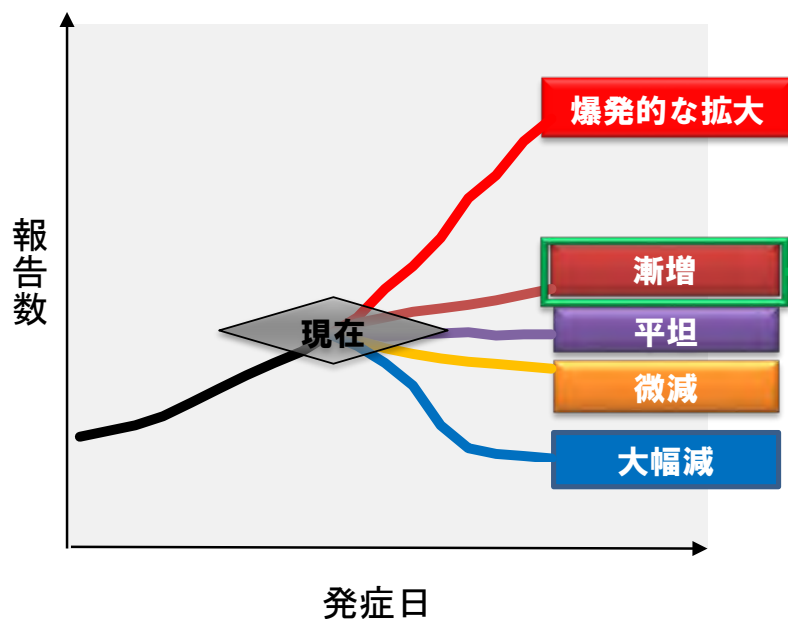


# 1. 社会経済と感染対策の両立のための目標と基本戦略：政府への提案

令和2年7月22日  
分科会提言

- 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
- ⑤水際対策の適切な実施

### 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。

### 3. 直近の感染状況等

令和2年7月30日 厚生労働省  
新型コロナウイルス感染症対策  
アドバイザリーボード

#### ○新規感染者数の動向

- ✓ 都市部を中心に接待を伴う飲食店や友人・知人との会食・飲み会を介した感染拡大が続いており、地方でも感染拡大が生じている。
- ✓ 新規感染者数は全国的に増加傾向であり、一部地域では感染拡大のスピードが増している。
  - ・人口10万人当たりの1週間の累積感染者数(7/29) 全国:4.88人(6,151人) 東京都:12.98人(1,807人)  
⇒ 大阪府11.23(989人)、福岡県9.05(462人)、愛知県8.89(671人)、沖縄県8.12(118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(7/18~7/24) 全国:54% 東京都:58%

#### ○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(7/22):2,744人(14%) 東京都(7/29):1106人(34%)
    - ・受入確保病床数 全国:19,558床(想定27,643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(7/22):54人(2%) 東京都(7/29):22人(6%)
    - ・重症患者受入確保病床数 全国2,532床(想定3,844床) 東京都:400床※(想定500床)
- ※現に確保されている病床数は2,400床及び100床。

#### ○検査体制

- ✓ 直近1週間は4連休もあり若干減少したが、2週間前よりは拡充している。
  - ・検査数(7/20~7/26) 全国 86,562件(1週前(93,577件)、2週前(70,180件))  
東京都 23,525件(1週前(30,666件)、2週前(21,350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ものの、4連休の影響もあってか、上昇幅が大きかった。
  - ・陽性者数の割合(7/20~7/26)は6.0%(前週比+2.4%ポイント)に上昇しているが、緊急事態宣言時(4/6~4/12の8.8%)と比較すると低位。東京都では7.7%(前週比+2.9%ポイント)であった。
- ✓ 「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(7/13~7/19)全国 5.2日、東京都5.2日
  - ※ 4月中旬(4/13~19):全国 7.6日、東京都 9.0日

## 4. 直近の感染状況の評価等

令和2年7月30日 厚生労働省  
新型コロナウイルス感染症対策  
アドバイザリーボード

- 都市部を中心に接待を伴う飲食店や友人・知人との会食・飲み会を介した感染拡大が続いており、地方でも感染拡大が生じている。
- 現在の感染状況に関しては、都市部を中心に地域で感染が増加しているが、そのスピードは3、4月の増加のスピードよりもやや緩慢である。また、一部地域では、感染拡大のスピードが増しており、憂慮すべき状況である。
- これまでクラスター感染が発生した場所に関しては、接待を伴う飲食店、居酒屋など、主に3密や大声を発するような状況が多かった。このため、感染拡大防止に向けては、3密や大声を上げる環境の回避、接待・会食での感染防止、換気の徹底など基本的な感染対策を行うことが強く求められる。
- 現在のところ、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。その一方、感染経路不明の感染者も増加している。
- 最近では、家庭内や医療機関、高齢者施設等における感染も確認されてきている。これまで、若年層を中心とした、感染拡大がみられたため、3、4月と比較すると、感染者数の増加に対して、入院や重症化する者の割合が低かった。しかし、都市部を中心に、感染者の増加が続くことにより、中高年層への拡大が徐々に見られており、重症者も徐々に増加している。
- このように、新規感染者の継続した発生や増加により、保健所や医療機関の対応には既に悪影響が生じており、公衆衛生体制及び医療提供体制の負荷の軽減を図るため、新規感染者数を減少させるための迅速な対応が求められる状況となっている。
- 引き続き、感染状況の監視・評価を継続し、宿泊療養施設の確保をはじめ、医療提供体制の状況を常に点検する必要がある。

## 5. 緊急事態宣言解除以降の感染拡大の傾向

令和2年7月30日 厚生労働省  
新型コロナウイルス感染症対策  
アドバイザリーボード

- 宣言解除後の感染拡大は、主に、東京都の一部の地域から地方に伝播し、さらに一部の地方で感染拡大が続いているものと考えられる。
- 宣言解除前においては、バーやクラブなど接待を伴う飲食店から家庭内感染が起こり、そこから病院や高齢者施設などに伝播するというのが典型的なパターンであった。しかし、宣言解除後は、ガイドラインを守っていないと思われる接待を伴う飲食店から家庭内感染への伝播は起こったものの、これまでのところ、病院や高齢者施設への伝播はあまり見られず、流行規模も小さく抑えられている。
- これまで実際に感染が起きた場所は様々（例えば、劇場や接待を伴う飲食店など）であるが、それらの場所に共通する条件、すなわち感染リスクが高かった環境は、宣言解除前と同様に、いわゆる「3密」と「大声」であった。
- 新型コロナウイルス感染症は、「飛沫感染」及び「接触感染」が主たる感染経路と考えられてきたが、わが国においては、2月に基本方針を策定した頃から、いわゆる「3密」の条件における「飛沫感染」や「接触感染」では説明できない感染経路を指摘し、対策に取り組んできた。
- 「3密」と「大声」に関連する感染経路として、最近になっていわゆる「マイクロ飛沫感染」が世界的にも重要と認識されてきている。
- 様々な状況証拠から「3密」と「大声」の環境においては、「飛沫感染」や「接触感染」に加えて、「マイクロ飛沫感染」が起こりやすいものと考えられている。
- 一方で、屋外を歩いたり、感染対策のとられている店舗での買い物や食事、十分に換気された電車での通勤・通学で、「マイクロ飛沫感染」が起きる可能性は限定的と考えられる。

注)「飛沫感染」とは、咳や会話により発せられた飛沫を吸い込む感染経路であり、通常2m以内の距離の人に感染が起こる。一方、「マイクロ飛沫感染」とは、微細な飛沫である $5\mu\text{m}$ 未満の粒子が、換気の悪い密室等において空気中を漂い、少し離れた距離や長い時間において感染が起こる感染経路である。なお、いわゆる「空気感染」は結核菌や麻疹ウイルスで認められており、より小さな飛沫が例えば空調などを通じて長い距離でも感染が起こり得る。「マイクロ飛沫感染」と「空気感染」とは異なる概念であることに留意が必要である。

6

## 6. 今後想定される感染状況（以降の頁は「たたき台」）

### レベルⅠ

#### 感染者の漸増及び医療提供体制への負荷の蓄積

※こうした状況に至っていない、いわば「レベル0」の地域も存在する。

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



### レベルⅡ

#### 感染者の急速な増加及び医療提供体制における支障の発生

レベルⅠと比べてクラスターが広範に多発する等、感染者が急速に増加し、新型コロナウイルス感染症に対する医療提供体制への負荷がさらに高まり、一般医療にも大きな影響が出ている状況。



### レベルⅢ

#### 爆発的な感染拡大及び深刻な医療提供体制の機能不全

病院間クラスター連鎖などの大規模かつ深刻なクラスター連鎖が発生し、爆発的な感染拡大（ $\equiv$ オーバーシュート）が始まる。このため、このままいけば、高齢者や高リスク者が大量に感染し、多くの重症者及び死亡者が発生し始め、公衆衛生体制及び医療提供体制が機能不全に陥っている状況。

## 7. レベルの判断に当たっての考慮要素

- 3、4月と6、7月の感染拡大を比較すると、後者では検査能力の拡充による無症状病原体保有者なども計上されていることや、医療機関や高齢者施設などの感染防止対策の成果等もあり、若年層を中心とした感染拡大が生じている。そのため、現在までのところ感染者数の増加に対して、入院者や重症者の割合が低くなっている。
- この結果、3、4月の感染拡大時に用いた新規感染者数や倍加時間、感染経路の不明な症例の割合といった指標は、そのままでは医療提供体制のダメージなど、防がなければならない事態との関係性が、以前とは同等ではなくなっている。
- こうした状況を踏まえ、現下の状況においては、特に医療提供体制の負荷に関する指標を重視する必要があるとともに、併せて監視体制や公衆衛生体制の負荷を見ていくことが重要である。
- 新規感染者数の増加などを踏まえれば、現在、多くの自治体が既にレベルⅠの段階であり、感染状況の下降に向けて努力を傾注すべき状況にあると考えられる。
- しかし、そうした努力を講じても、レベルⅠからレベルⅡ、さらにはレベルⅢへ移行する可能性もあり得る。次のレベルが起こりそうな兆しを早期に検知する必要があり、そのために予兆を検知する、以下のような指標を検討し、感染状況を下降させるための具体的な政策介入の判断に活用すべきである。

### 1. 医療提供体制の負荷

- ・ 医療提供体制のひっ迫具合
  - ⇒ 直近の感染増加スピードや病床稼働率を踏まえると、感染が拡大していくと確保できている病床や人員体制への負荷がかなり高くなる状況  
(重症者病床、60歳以上新規報告数などを踏まえ判断)

### 2. 監視体制

- ・ PCR陽性率 など

### 3. 公衆衛生の負荷

- ・ 新規報告数
- ・ 直近1週間と先週の1週間との比較
- ・ 感染経路不明の割合 など

## 8. レベルⅡへの移行を防ぐための施策の提案

### メリハリの利いた接触機会の低減

#### 【対事業者】

##### (集団感染(クラスター)の早期封じ込め)

- ガイドラインを遵守していない酒類の提供を行う飲食店の休業要請等。
  - イベント開催の見直し。
  - 人が集中する観光地の施設等における入場制限等。
  - 接触確認アプリの導入をイベントや企画旅行等の実施に当たって要件化。
  - COCOA及び地域の接触確認アプリの更なる普及促進。
  - リスクの高い場所への積極的な介入・指導の継続強化(検査の強い要請など、クラスターが発生した店舗等への対策強化)。
  - テレワーク等の更なる推進。
- ##### (基本的な感染予防の徹底)
- 飲食店における人数制限。

#### 【対個人】

##### (基本的な感染予防の徹底)

- 夜間や酒類を提供する飲食店への外出自粛の要請。
- 飲食店における人数制限。
- ソーシャルディスタンスの徹底。
- ターゲット毎の明確なメッセージの発信。
  - ・ 重症化しやすい人(高齢者など)：3密の徹底的な回避、安全な活動については推奨。
  - ・ 中年：職場での感染予防徹底、宴会等の自粛。
  - ・ 若者(学生)：クラブ活動等における感染予防徹底、宴会等の自粛。
  - ・ 医療従事者・介護労働者：リスクの高い場所に行かない。
- 感染予防を徹底できない場合等における、感染が拡大している地域との県境を越えた移動自粛の徹底。

#### 【対国・地方自治体】

##### (保健所の業務支援)

- クラスター対策の重点化・効率化。
- 保健所への人材の派遣・広域調整。

##### (医療提供体制及び公衆衛生体制の整備)

- 病床、宿泊療養施設の追加確保(公共施設の活用など一段進んだ取組)。
- 重症病床をはじめ医療提供体制に関する各種データの積極的公開。
- 無症候者、症状別の感染者数の公表。
- 臨時の医療施設の準備
- 都道府県域を超えた患者受入れ調整(広域搬送)
- 検査時にウイルス量が多い場合や高齢者等の重症化するリスクが高い方を優先的に入院。(軽症・無症状者で重症化リスクの低い方への自宅療養の開始)
- 感染が広がっている特定の地域については、医療機関や高齢者施設等において速やかに必要な検査を実施。
- 感染が拡大している特定の地域に属する者や関連する集団を対象とした検査を実施

##### (水際対策)

- 水際対策の適切な実施を継続。

##### (その他の重要事項)

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



## 9. レベルⅢへの移行を防ぐための施策の提案

### 全面的な接触機会の低減

緊急事態宣言など、強制性のある対応を検討せざるを得ない。

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

### 公衆衛生体制

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

### 医療提供体制

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

# 新型コロナウイルス感染症はこうした経路で広がっています

たたき台

飛沫



接触

ウイルスが手指を通じて  
鼻や口から入る

#ドアノブ #タッチパネル

会話や咳により、  
ウイルスを含む飛沫や粒子を  
吸い込む

#接待を伴う飲食店  
#宴会・飲み会 #大声 #歌  
#劇場 #更衣室 #会議室

マイクロ飛沫

換気の悪い密閉空間では、5 $\mu$ m未満の粒子がしばらくの間、  
— 空気中を漂い、少し離れた距離にまで感染が広がる可能性も

※いわゆる「空気感染」は、結核菌や麻疹ウイルスで認められており、  
より小さな飛沫が、例えば空調などを通じて空気中を長時間漂い、  
長い距離でも感染が起こりえるもの。  
※「マイクロ飛沫感染」とは異なる概念であることに留意が必要。



3つの密を避けましょう！ ①換気の悪い密閉空間、②多数が集まる密集場所、③間近で会話や発声をする密接場面



手洗い・手指消毒、マスクの着用、2m(最低1m)の身体的距離が大事！適度な換気も重要です！

# ワクチン接種について

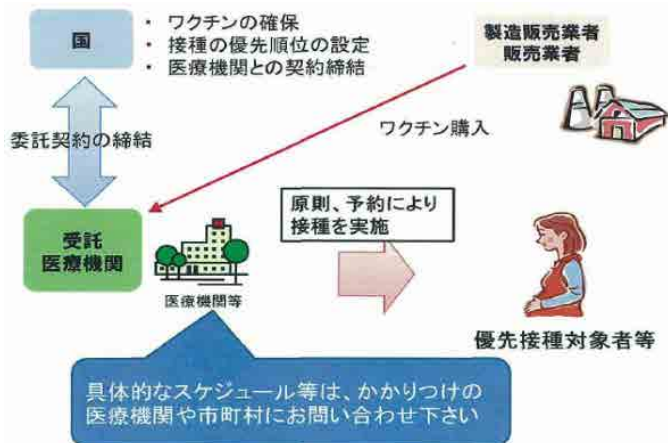
内閣官房 新型コロナウイルス感染症対策推進室  
厚生労働省 新型コロナウイルス感染症対策推進本部

## 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
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
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
その他 小学校4～6年生、中学生、高校生に相当する年齢の者	約1,000万人
高齢者(65歳以上)(基礎疾患を有する者を除く)	約2,100万人
	約5,400万人

## 新型インフルエンザワクチン接種（2009年当時）

- 2009年当時、新型インフルエンザ対策は、ウイルスの特徴を踏まえ、感染拡大防止と、重症者や重篤化しやすい者を守ることを目標
- 2009年の新型インフルエンザワクチンにおいて、
  - ・ 接種目的は、死亡者や重症者の発生をできる限り減らすことと、そのために必要な医療を確保すること
  - ・ ワクチンの生産量に限りがあるため、優先順位を設定
  - ・ 優先順位は、①医療従事者、②妊婦及び基礎疾患を有する者、③1歳～小学校低学年の子供など

### ☆基本的対処方針

（平成21年10月1日 新型インフルエンザ対策本部決定）

- ・ 今回のウイルスの特徴を踏まえると、①国民生活や経済への影響を最小限に抑えつつ、感染拡大を防ぐとともに、②重症者や重篤化しやすい基礎疾患を有する者等を守るという目標を掲げ、対策を講じることが適当。

### ☆新型インフルエンザ（A/H1N1）ワクチン接種の基本方針

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

（接種目的）

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

（優先順位）

- ・ ワクチンの生産量に限りがある中で、臨時応急的かつ一元的にワクチンを確保するとともに、接種の優先順位を設定。
- ・ 具体的には、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（救急隊員を含む）、②妊婦及び基礎疾患を有する者、③1歳～小学校低学年に相当する年齢の者、④1歳未満の小児の保護者及び優先接種対象者のうち身体上の理由により予防接種が受けられない者の保護者等の順に優先的に接種を開始する。
- ・ さらに、小学校高学年、中学生、高校生に相当する年齢の者及び65歳以上の高齢者についても、優先的に接種する。

# 新型インフルエンザワクチン接種（2009年当時）

## ☆新型インフルエンザ（A/H1N1）ワクチン接種の基本方針（続き）

### （ワクチンの確保）

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

### （接種の実施）

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

### （ワクチンの安全性及び有効性の確保と健康被害の救済）

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

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

### （広報）

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

### （今後の検討等）

- ・今後、新たな知見等が得られた段階で、適宜、これを見直し。

## 第3回分科会での主な意見とその考え方について

### 1 接種目的

(ご意見)

ワクチンの性能等が明らかではない段階で、接種目的を設定するには無理があることから、あくまでも、現時点での考え方という整理とし、適宜、見直すということとしてはどうか。

(現時点での考え方)

ウイルスの特徴、3～5月にかけての流行の波の経験等を踏まえ、今後の様々な準備作業のため、あくまで現時点での接種目的の考え方を整理するもの。

今後、ワクチンの安全性・有効性の知見等を得た段階で、最終的な「基本方針」の取りまとめを行う。

※本年8月を目途に中間とりまとめ

### 2 予防接種の枠組み

(ご意見)

ワクチン接種の実施主体を自治体とした場合、将来的に自治体の負担が課題。2009年の新型インフルエンザの際にも、接種対象者の管理など煩雑な業務が発生した。接種に係る事務を軽減するための対応が必要ではないか。

自治体の負担等も考慮し、個別接種としてはどうか。

費用負担については、接種の在り方を考える上で重要ではないか。

(現時点での考え方)

感染が顕在化する中、できるだけ早期に多くの方々への接種を実現するため、接種に係る事務の効率化は非常に重要な課題であることから、複雑なオペレーションを避け、簡素で効率的な仕組みが必要。

財政負担のあり方等について、地方団体の意見も踏まえながら、今後検討を行う。<sup>5</sup>

## 第3回分科会での主な意見とその考え方について

### 3 優先順位

(ご意見)

介護施設等で従事する者や保健師も優先的に接種する対象に含めてはどうか。

(現時点での考え方)

新型コロナウイルス感染症の患者や有症者の治療に直接関わる業務に従事するか、また、高齢者や基礎疾患を有する方と比べてどうか等の観点を踏まえつつ、ご議論いただきたいと考えている。

### 4 その他

(ご意見)

2009年の新型インフルエンザの際、ワクチン接種に係る優先順位などの決定にあたり、パブリックコメントをしたが、国民的コンセンサスを得るプロセスが必要ではないか。

副作用の情報など、積極的に情報を提供すべきではないか。

(現時点での考え方)

今後、新たに得られた知見等を踏まえ、最終的に基本方針を取りまとめる前には、パブリックコメント等の実施も含め、ご意見を幅広く聴取し、合意形成を図った上で決定することを考えている。

引き続き、ワクチン接種について、国民の理解が得られるよう、積極的に情報を提供する考え。



## 新型コロナウイルスワクチンの現状について

- 新型コロナウイルスワクチンについては、国外では、既に人を対象とした臨床試験が進められているほか、国内でも臨床試験が開始されるなど、国内外でその実用化に向けた研究開発が進められている。
- 現時点では、実用化の時期、安全性・有効性、供給可能量等について不確実な面も多いが、国際的には来年初頭の開発・供給を目指すメーカーもある中、国内で必要となるワクチンをできるだけ早期に供給できるよう、研究開発・薬事審査の迅速化や生産体制整備、海外ワクチンの確保などに取り組んでいる。

## 予防接種に必要な体制整備等

- 国民が新型コロナウイルスワクチンを接種できるようになるためには、ワクチン等の確保に加え、流通体制の確保、接種の優先順位の検討、接種体制の整備、副反応への対応、安全対策など、多領域にわたる事前準備が必要となる。
- 特に、接種の優先順位など「予防接種の枠組み」については、広く関係者の意見を聴く必要があるとともに、地方自治体等における接種体制整備の前提となることから、国際的に来年初頭の開発・供給を目指すメーカーもある中、早期に議論を開始し、方向性を得ておくことが必要。

## ● **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)(追記; 第2回分科会でのご意見)

- 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。

## ● 現行制度における予防接種の枠組み

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

### 予防接種の枠組みの考え方（案）

- 「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

前回提出資料


	定期接種	臨時接種		新臨時接種	特定接種	住民接種	(参考) 2009年新型インフルの際の対応
<b>根拠</b>	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
<b>趣旨等</b>	平時のまん延予防 ・A類 集団予防 ・B類 重症化予防	痘そうの流行時のように、疾病のまん延予防上緊急の必要 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)		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
<b>主体</b>	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)
<b>対象者</b>	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)
<b>費用負担</b>	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
<b>救済</b>	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（案）

前回提出資料

## 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と考えます。
  - （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と考えます。
  - （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と考えます。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P15～16）
  - （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P17）



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と考えます。

# 参考資料

## 基本的対処方針

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

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

今回の新型インフルエンザは、

- ① 感染力は強いが、多くの感染者は軽症のまま回復していること、
- ② 抗インフルエンザウイルス薬による治療が有効であること等、

季節性インフルエンザと類似する点が多い。

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

今回のウイルスの特徴を踏まえると、①国民生活や経済への影響を最小限に抑えつつ、感染拡大を防ぐとともに、②重症者や重篤化しやすい基礎疾患を有する者等を守るという目標を掲げ、対策を講じることが適当である。国内で感染が拡大している中で、感染者の急激な増大を可能な限り抑制し、社会活動の停滞や医療機関の負担を可能な限り減らし、重症者への医療を確保するため、国、地方公共団体、医療機関、事業者や関係団体、国民がそれぞれの役割の下に、的確な対応を行っていく必要がある。

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

一、国内外の情報収集と国民への迅速かつ的確な情報提供を行う。

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

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

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

二、地域や職場における感染拡大を防止するため、次の措置を講ずる。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(四) 医療の確保については、上記(一)を踏まえ、

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

四、患者が急増した地域等における国民生活の維持を図る。

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

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

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

五、水際対策として次の措置を講ずる。

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

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

六、必要に応じ、次の措置を講ずる。

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

(二) 社会混乱に乗じた各種犯罪の取締り等治安の維持に当たる。

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

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

## 新型インフルエンザ（A/H1N1）ワクチン接種の基本方針

### 1. 目的

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

### 2. 各事業実施主体の役割

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

### 3. 優先的に接種する対象者

- (1) 当面、確保できるワクチンの量に限りがあり、その供給も順次行われていく見通しであることから、死亡者や重症者の発生をできる限り減らすこと及びそのために必要な医療を確保することという目的に照らし、
  - 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（救急隊員を含む）
  - ② 妊婦及び基礎疾患を有する者（この中でも、1歳～小学校低学年に相当する年齢の者の接種を優先）
  - ③ 1歳～小学校低学年に相当する年齢の者
  - ④ 1歳未満の小児の保護者及び優先接種対象者

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

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

### 4. ワクチンの確保

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

### 5. 接種の実施

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

### 6. 費用負担

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

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

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

### 7. ワクチンの安全性及び有効性の確保と健康被害の救済

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

### 8. 広報

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

### 9. 今後の検討等

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

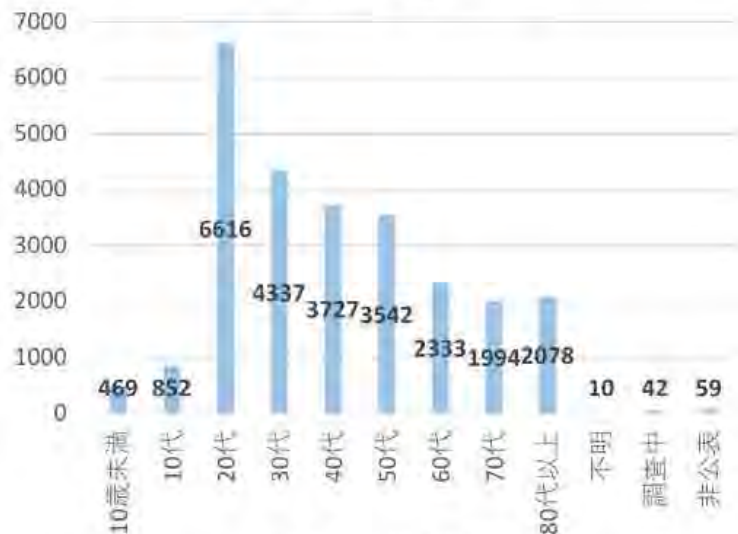


# 新型コロナウイルス感染症の年齢階級別死亡率・重症者割合

(令和2年7月22日18:00現在)

## 年齢階級別陽性者数

※累計陽性者数



## 重症者割合(%)

全体	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代以上
1.1	0.0	0.0	0.0	0.2	1.0	1.7	6.4	5.4	2.9

### 【重症者割合】

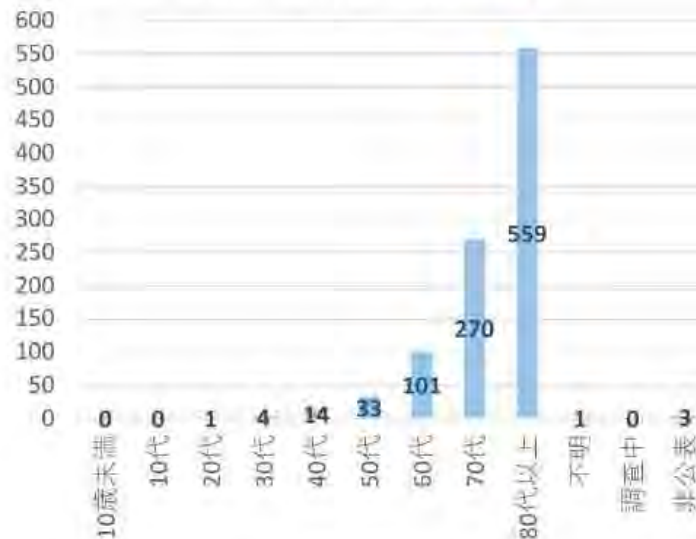
年齢階級別にみた重症者数の入院治療等を要する者に対する割合

注:これらの分析は年齢階級や入退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

## 年齢階級別死亡数

※7月22日時点で死亡が確認されている者の数



## 死亡率(%)

全体	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代以上
3.8	0.0	0.0	0.0	0.1	0.4	0.9	4.3	13.5	26.9

### 【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

# 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、重症化した女性はごく少数。
- 新型コロナウイルス感染症で入院した妊婦の救急救命室への入院率と死亡率は、英国の生殖年齢の一般集団の割合と同程度。
  - 妊婦 重症化:10% (10人/427人) 死亡率:1.2% (5人/427人)
  - 一般集団 重症化:20～35% 死亡率:1～4%

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

	根拠法令	条文（一部抜粋）
臨時接種	予防接種法 第6条第1項、 第2項	<p>1 都道府県知事は、A類疾病及びB類疾病のうち厚生労働大臣が定めるもののまん延予防上緊急の必要があると認めるときは、その対象者及びその期日又は期間を指定して、臨時に予防接種を行い、又は市町村長に行うよう指示することができる。</p> <p>2 厚生労働大臣は、前項に規定する疾病のまん延予防上緊急の必要があると認めるときは、政令の定めるところにより、同項の予防接種を都道府県知事に行うよう指示することができる。</p>
新臨時接種	予防接種法 第6条第3項	<p>3 厚生労働大臣は、B類疾病のうち当該疾病にかかった場合の病状の程度を考慮して厚生労働大臣が定めるもののまん延予防上緊急の必要があると認めるときは、その対象者及びその期日又は期間を指定して、政令の定めるところにより、都道府県知事を通じて市町村長に対し、臨時に予防接種を行うよう指示することができる。この場合において、都道府県知事は、当該都道府県の区域内で円滑に当該予防接種が行われるよう、当該市町村長に対し、必要な協力をするものとする。</p>
特定接種	特措法第28条 （臨時接種と みなす）	<p>1 政府対策本部長は、医療の提供並びに国民生活及び国民経済の安定を確保するため緊急の必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対し、次に掲げる措置を講ずるよう指示することができる。</p> <p>一 医療の提供の業務又は国民生活及び国民経済の安定に寄与する業務を行う事業者であつ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することができる。</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て市町村長」と、同法第二十五条第一項中「市町村（第六条第一項の規定による予防接種については、都道府県又は市町村）」とあるのは「市町村」とする。</p> <p>4 前項に規定する場合においては、予防接種法第二十六条及び第二十七条の規定は、適用しない。</p> <p>5 市町村長は、第三項の規定により読み替えて適用する予防接種法第六条第一項の規定による予防接種の円滑な実施のため必要があると認めるときは、指定行政機関の長及び都道府県知事に対して、物資の確保その他の必要な協力を求めることができる。この場合において、協力を求められた指定行政機関の長及び都道府県知事は、正当な理由がない限り、協力を拒んではならない。</p> <p>6 第三十一条第二項から第五項までの規定は、第三項の規定により読み替えて適用する予防接種法第六条第一項の規定による予防接種について準用する。</p>

## ADE（抗体依存性増強）の可能性

### 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)

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

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

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

# 感染後に抗体が減少する可能性

## 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)

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

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

## 経済関係参考資料

小林慶一郎

中小企業の状況、中小企業団体からの要望、接触削減についての実証分析の概要を紹介する。

## 【1】手元流動資産の枯渇

2020年版 中小企業白書・小規模企業白書（令和2年4月 中小企業庁）

**図3** 業種別・規模別に見た、  
固定費と流動性の高い手元資産の比率(2018年)

業種	全規模	資本金 1千万円未満
全産業 (除く金融保険業)	1.83	0.97
製造業	2.22	1.02
卸売業	3.96	1.54
小売業	1.10	1.07
宿泊業	0.55	0.24
飲食サービス業	0.45	0.47

- 操業停止、休業により売上げが計上できない場合、給与等の固定費は現預金等の手元資産から抛合せざるを得ない。
- 宿泊業・飲食サービス業では、今後半年間で資金繰り難が深刻化する可能性。

資料：財務省「法人企業統計調査年報」

(注) 流動性の高い手元資産（現金・預金＋受取手形＋売掛金）÷年間固定費（役員給与・賞与＋従業員給与・賞与＋福利厚生費＋支払利息など＋動産・不動産賃貸料＋租税公課）。流動性の高い手元資産が年間で生じる固定費の何年分に相当するかを見たもの。

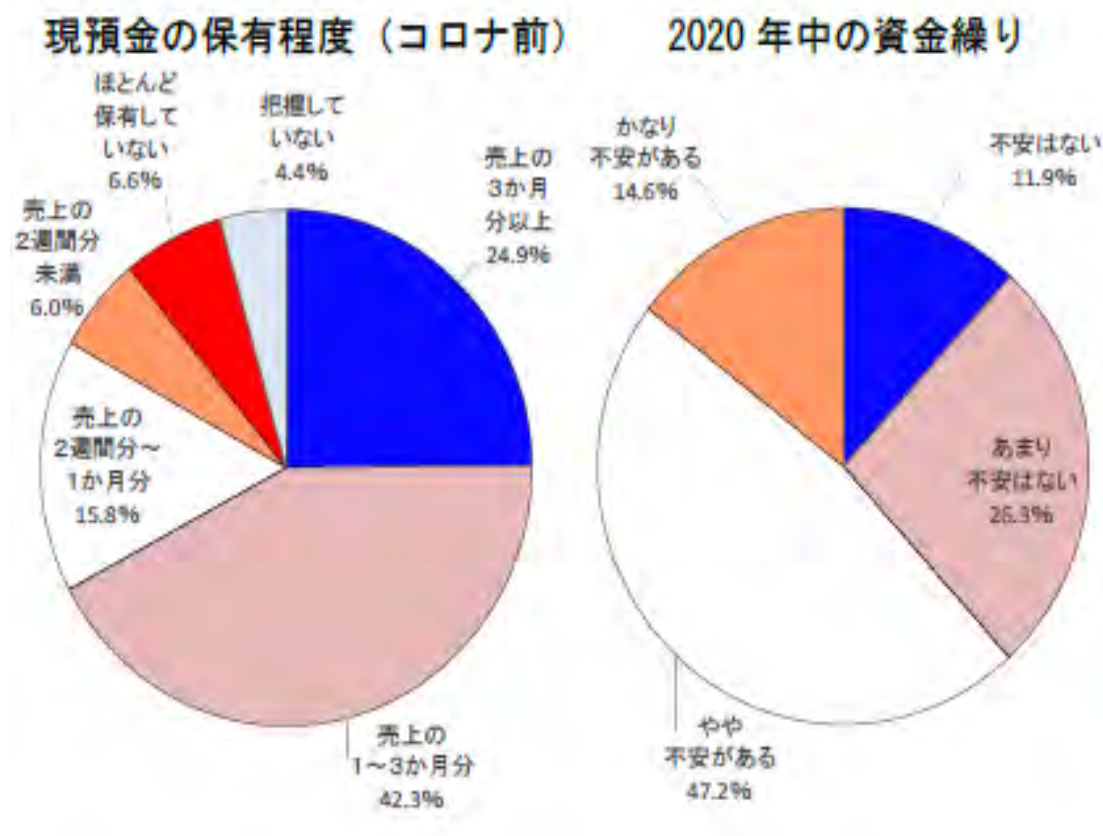
1

3月時点で、流動性の高い手元資産は、宿泊・飲食サービス業では年間固定費の半年分、資本金1000万円未満の宿泊業は3か月分しかない。緊急事態宣言で、4月、5月、6月、7月と業績悪化し、影響も長期化する中、緊急融資で足元の資金繰りはしのげても中小企業経営はギリギリの状況にある（日本商工会議所）。

新型コロナウイルスの影響が出る以前に保有していた現預金残高については、「売上の3か月分以上」が24.9%、「売上の1～3か月分」が42.3%となった。2009年に行った同様の調査ではそれぞれ13.9%、28.9%にとどまっており、当時と比較して相対的に現預金を保有していたことがうかがえる。

2020年中の資金繰りについては、「やや不安がある」が47.2%、「かなり不安がある」が14.6%と、合計で約6割の企業で不安があると回答した。

(図表5) コロナ以前の現預金の保有残高と2020年の資金繰り

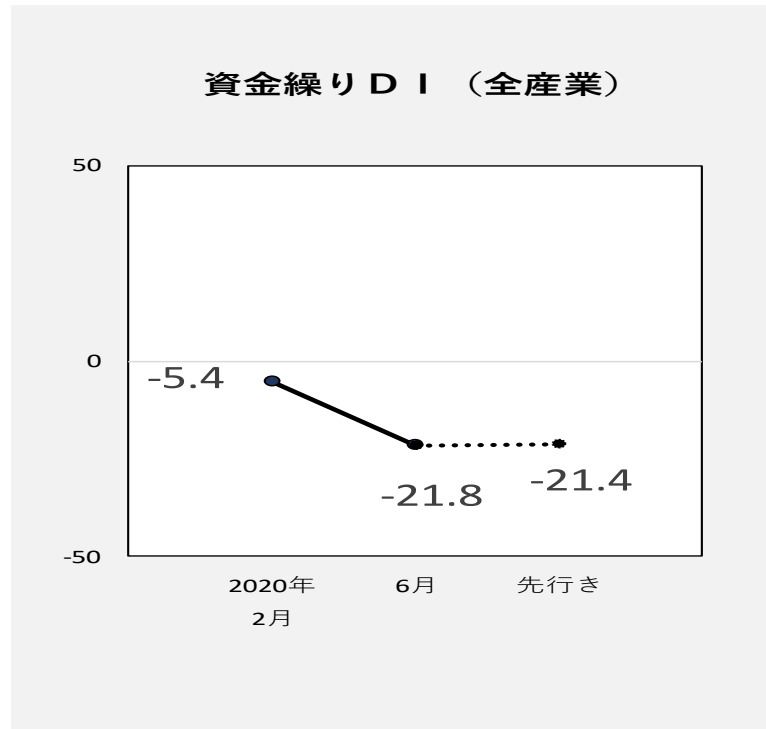




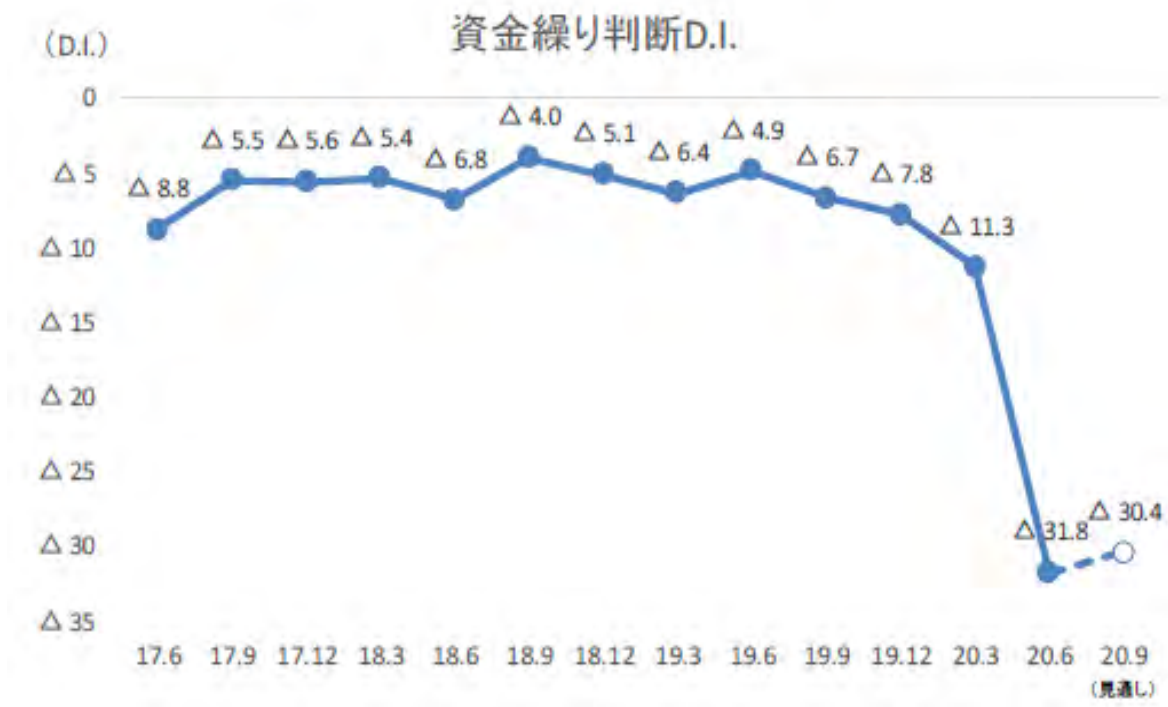
【2】資金繰りは悪化。今後もさらに悪化の予想。

商工中金景況調査  
2020年6月調査結果

D I = 「好転」 - 「悪化」 %



信金中央金庫 地域・中小企業研究所 産業企業情報 2020-4 (2020.7.28)



【3】 中小企業団体の要望（7月28日付け日本商工会議所・東京商工会議所による要望「活動再開の基礎的インフラである検査体制の拡充と医療提供体制の安定化に向けて」からの抜粋）

今後、第2波、第3波に直面し、再度の緊急事態宣言という事態になれば、倒産・廃業が急増することが強く懸念される。新たな感染の波が発生しても再開した活動のレベルを極力落とさずに済むよう、今や社会経済活動維持の基礎的インフラである検査体制の拡充と医療提供体制の安定化が急がれる。

【4】 GPS 位置情報による研究（外出を55%削減することで接触は80%減少）

「GPS 位置情報ビッグデータによる人口分布の高解像度化と接触頻度の推定」

[https://cigs.canon/article/20200508\\_6395.html](https://cigs.canon/article/20200508_6395.html)

水野貴之 a,d 大西立顕 b,d 渡辺努 c,d

a 国立情報学研究所 情報社会相関研究系,

b 立教大学大学院 人工知能科学研究科,

c 東京大学大学院 経済学研究科,

d キヤノングローバル戦略研究所

概要

（略） 本稿では、接触頻度を高精度に推計する手法を提案する。高精度のメッシュ型人口分布と整合性を維持しつつ、高解像度のGPS型人口分布をオーバーサンプリングすることにより、高精度で高解像度の人口分布を生成する。これにより、人口密度の変化による（単位時間あたり）一人あたりの接触人数の変化が推定でき、人口減と一人あたりの接触人数減の両要因を考慮した接触頻度の減少を推計する。分析の結果、55%の人口減で、接触の頻度は約8割減少する。4月時点における、主要駅周辺での人口減は6割から8割であるが、接触の密度効果を考慮すると、接触頻度は既に8割から9割5分減少している。

本文

(略)

オーバーサンプリングにより生成された高精度で高解像度の人口分布から、接触頻度を計測する。接触範囲を 2m 以内であると仮定して、500m メッシュを、4m×4m の 15,625 ブロックに分割する。ブロック内の人々は相互に接触があるとすると、ブロック b 内の  $k_b$  人の間の合計の接触頻度  $t_b$  は、

$$t_b = \frac{k_b \times (k_b - 1)}{2}$$

である。したがって、ブロック内の人口が  $1/2$  になると、接触頻度は約  $1/4$  になる。

(後略)

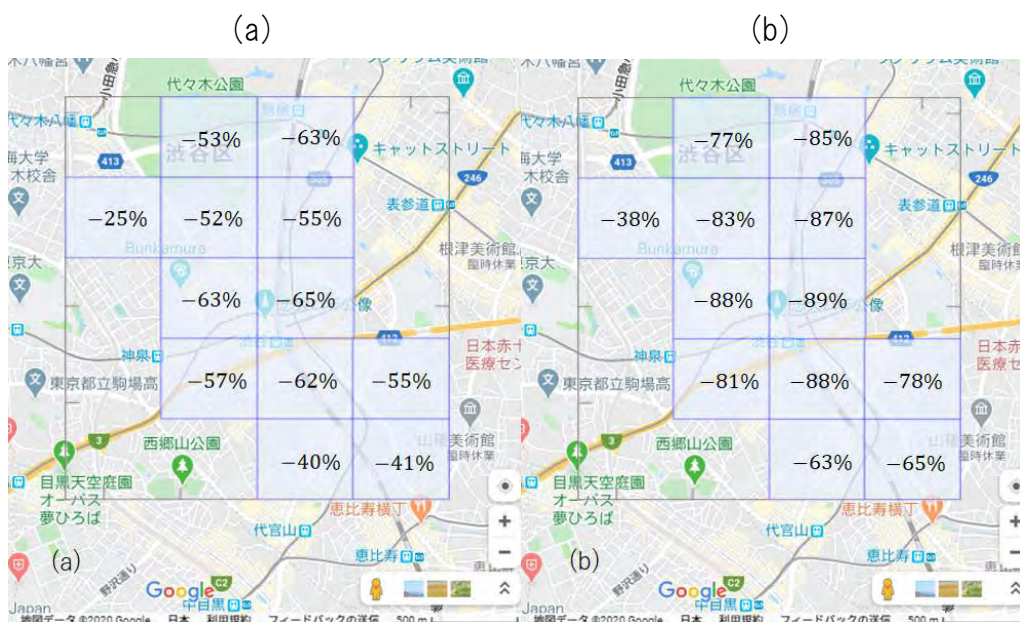


図6 渋谷周辺の平日の昼間（9時台から17時台）における平時（1月17日）と非常時（4月24日）の比較（a）人口の変化率，（b）接触頻度の変化率（ポイント型流動人口データによる高解像度化）。

## 活動再開の基礎的インフラである検査体制の拡充と医療提供体制の安定化に向けて

2020年7月28日

日本・東京商工会議所

緊急事態宣言解除から2か月が経過し、わが国は、感染拡大防止と社会経済活動を両立しつつ、正常化を目指す新しいステージへと移行したが、現在、東京など都市部において、積極的なクラスター対策等に伴う新規感染者が急増し、各地にも感染が拡大しつつある。活動制約が残る中、各地の中小企業等の事業継続と雇用維持の努力は限界にある。今後、第2波、第3波に直面し、再度の緊急事態宣言という事態になれば、倒産・廃業が急増することが強く懸念される。新たな感染の波が発生しても再開した活動のレベルを極力落とさずに済むよう、今や社会経済活動維持の基礎的インフラである検査体制の拡充と医療提供体制の安定化が急がれる。

政府においては、自治体との緊密な連携の下、感染動向を素早く把握する検査体制の拡充と、新たな感染拡大に極力対応可能な医療提供体制の具体的な数値目標と時間軸を盛り込んだアクションプランを早急に示し、国民や事業者が過度に萎縮することなく活動を行える環境を整備されたい。同プランの実効性を確保するためには、新規感染者の早期発見や重症者の抑制に大きな効果が期待できる「攻めの検査」の積極的な実施と、コロナ禍で厳しい状況に陥っている医療機関経営の持続性確保への支援等が鍵となる。また、国民や事業者が正しく感染状況や危機意識を共有できるよう、感染者数だけでなく、検査対象や件数、陽性率、感染者年齢層、経路不明者割合、重症患者数、受入病床の状況等を適切に情報提供していく必要がある。あわせて、感染者に対する風評被害防止にも配慮されたい。

もとより、経済社会活動再開には、国民の感染予防への意識向上と事業者の業種別ガイドラインに基づく対策が不可欠であり、商工会議所として、改めて周知・徹底を図りたい。

### 1. 検査体制と医療提供体制の拡充に向けた「数値目標」と「時間軸」の早期明示を

#### (1) 「攻めの検査」の実施 ～早期発見・早期隔離による市中感染リスクの低減～

有症状者への迅速なPCR検査の実施とともに、無症状でも感染リスクの高い場所に存在する者や入国者等を対象に徹底的に検査することで感染源を早期特定し、広く接触者を早期に追跡・隔離することで二次感染を防止する、いわゆる「攻めの検査」は、感染者の早期発見や重症者の抑制に大きな効果が期待できる。

「攻めの検査」で早期発見された軽症・無症状の陽性者を民間宿泊療養施設等で計画的に隔離することができれば、重症者への対応が求められる医療機関への負荷の軽減が期待できる。「攻めの検査」で市中感染リスクの低減が図られれば、国

民や事業者は過度に萎縮することなく、社会経済活動を行うことが可能となる。

## **(2) 数値目標や時間軸を盛り込んだアクションプランの「見える化」**

政府の新型コロナウイルス感染症対策分科会において、「感染拡大した場合に想定される必要な国全体の検査ニーズを国民に明らかにし、検査体制を拡充する」との基本的な考え・戦略が示されている。現在、自治体が地域の検査ニーズ等を精査しているが、これらを整理・統合し、想定される感染拡大に対し、機動的に検査体制と医療提供体制を強化できる具体的な数値目標と時間軸を盛り込んだアクションプランを8月初めにも示し、国民と事業者の不安払拭を図られたい。インフルエンザ流行時（1日10万人超の新規患者が想定）を見据え、1日10～20万件の検査体制が必要との指摘もあり、感染拡大が懸念される秋までに計画的に検査体制と医療提供体制を拡充されたい。

なお、感染疑いのある人を見つけ出す抗原検査や、感染初期か回復期かを診る検査、感染時の重症化予測をする検査、既往歴を見る抗体検査、確定診断としてのPCR検査をフロー化し、目的に合った検査体制を確立・拡充していくことが効果的である。

## **2. 医療機関経営の持続性確保、地域における医療提供体制の安定化への支援の拡充を～新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金の弾力的な運用と増額～**

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のみならず、受け入れていない医療機関も感染不安による受診抑制で外来患者が減少し、経営が厳しくなっている。医療機関は、今や社会経済活動維持の基礎的インフラであることから、経営の持続性確保に向け、コロナの影響に伴う一時的な減収に対する支援等が必要である。また、最前線に対応されている医療従事者への定期的なPCR検査等の支援も必要である。

第二次補正予算で、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金が措置されたが、地域が実情に応じ、従来の重点医療機関の施設要件の弾力的な運用や入院医療機関への運営経費支援の対象化等幅広く活用できるようにすべきである。また、医療機関への経営支援に加え、以下の医療提供体制の安定化に資する取組み等に対し、予備費の充当を含む同交付金の増額を図るとともに、コロナ専用病棟等の環境整備も進められたい。

### **① 軽症・無症状の陽性者用の宿泊療養施設の確保**

「攻めの検査」で一時的に増加が見込まれる軽症・無症状の陽性者用のホテル借上げ等宿泊療養施設の戦略的な確保が不可欠である。十分な規模で施設を確保されたい。

### **② 保健所の機能強化**

保健所業務は、相談、検査判断、検体回収、結果連絡、受入先調整と多岐にわたり、人間的に逼迫している。専門性が必要な業務に保健師を集中させ、他の業務は、IT等の活用、民間委託や臨時職員の採用等で対応すべきである。また、一定の検査レベルを有する民間検査機関等を活用し、保健所の機能強化を図ることも効果的である。

### **3. 中小企業等のビジネス目的による受検環境の整備を**

#### **(1) 出入国者への検査体制の強化、陰性証明書の円滑かつ迅速な発給体制の構築**

現在、空港PCRセンターのほか、トラベルクリニックや企業内診療所等が産業医や検査機関と連携・実施する枠組み「都市部PCRセンター」を設置し、PCR検査体制を拡充する方針が示されている。段階的にビジネス目的を優先して拡大される国際的な人の往来再開のボトルネックにならないよう民間検査等も最大限活用し、主要空港や港湾等における検査体制の大幅な増強が求められる。空港PCRセンターについては、国際拠点空港である中部国際空港等への設置も必要である。

また、出国者への陰性証明書については、PCR検査等に協力する民間検査機関等に政府の品質証明を付与し、国際協調の下、検査の標準化を進め、政府や政府が認めた検査機関等が発給する証明書であれば、各国入国時に認められるようにするとともに、証明書の低コスト化と、迅速かつ円滑な発給体制を構築し、地域の中小企業等が必要な時に取得できる環境を整備されたい。

#### **(2) 民間PCR等検査費軽減への支援**

業務に伴う出張者やイベントに係る出演者等へのビジネス目的の検査は、基本的に保険適用外の検査となるが、現時点では検査サービス体制が整っていないことに加え、費用も高額のため、中小企業等が適宜容易に活用できる環境にはない。

ビジネス目的による民間検査が積極的に実施されれば、感染者の早期発見と当該者からの二次感染が防止され、新規感染者や重症者発生の抑制と、市中感染リスクの低減に資する。新たな感染拡大時には、国民全体への行政検査への転用・活用も可能である。こうした社会的な意義を有するビジネス目的による民間検査が広く地域の中小企業等で活用されるためには、検査費自体の軽減が必要である。検査機関等が、低コストで、検査時間が短く、検査時の感染リスクも低い唾液検査等の新しい検査の導入や全自動検査機器等の先進技術の積極的な活用に対する支援を拡充すべきである。なお、検査に係る偽陽性、偽陰性等の検査精度については、さらなる向上に取り組まれない。

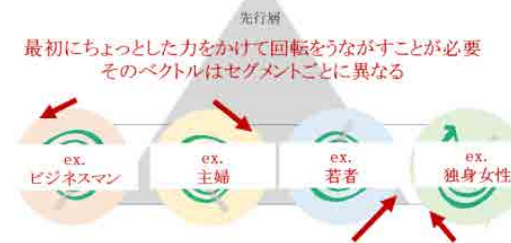
以上

誰に？ 20～50代スマホユーザー

※スマホ保有率 20代94.5% 30代91.7% 40代86.5% 50代72.7%  
(総務省平成30年版情報通信白書より)

何を？ インストールを躊躇わせるバリアを取り除くための情報

- ✓ プライバシー保護への懸念←プライバシー保護に厳しいヨーロッパの研究者たちも納得
- ✓ 監視社会のイメージ← Apple-Google も個人を特定する情報を抜き出せない
- ✓ 感染抑制効果への疑問←大勢が使えば使うほどアプリの有用性が増す
- ✓ 自分にとってのメリット←スムーズに検査の早期受診ができる
- ✓ 周囲が入れていない←入れ始めている事実



どのように？ ①生活者アプローチ：信頼度の高いインフルエンサーが生活者の関心に合わせたCOCOAストーリーを具体的に提示する

- ex. 媒体編集長とのコラボでコンテンツ作成 ※誌上掲載→web展開
- ✓ ビジネスマン向け→ソーシャルニュースメディア
  - ✓ 主婦向け→女性誌
  - ✓ 若者向け→ファッション誌

どのように？ ②法人・団体アプローチ：法人・団体のリーダーが活動を止めないためのBCPツールとしてCOCOAの採用を選択した理由を語る

- ex. インタビュー記事の誌上掲載→web展開
- ✓ ガイドラインにCOCOAインストールを盛り込んだ業界のリーダー
  - ✓ 有名企業のトップ

新型コロナウイルス感染症対策に係る保健所行政施策及び予算に関する要望（概要）

令和2年7月9日提出

全国保健所長会

全国の保健所では感染拡大防止対策のため、積極的疫学調査等のクラスター対応戦略の確実な実施と検査体制や相談体制の強化との両立が不可欠な状況となっている。各自治体で業務委託や人員増を実施しているところであるが、保健所の通常業務についても優先順位を考えての対応が必要である。また、保健所業務のIT化の推進がこの時期、特に望まれる。

## 1 新型コロナウイルス感染症防止対策の強化

- (1) 新型コロナウイルス感染症に係る検査体制の強化について
  - ・行政検査と保険診療による検査（臨床検査）の違いの明確化
  - ・検体採取・検査実施機関の拡充（検査機器の整備や試薬の確保等）
  - ・抗体検査のガイドラインの作成（一般医療機関向け）
- (2) 帰国者接触者相談センターの効率的かつ効果的運用について
  - ・帰国者接触者相談センターと医療機関との役割分担（有症状者の受診方法）
- (3) 今後の新型コロナウイルス感染拡大に備えた準備について
  - ・人材の確保に関する厚労省・総務省通知と財源措置
  - ・保健所支援を行う専門チームの設置（都道府県内）と国立感染症研究所の支援
  - ・感染対策に必要な検査キットや医療資源等の確保（PPE や医薬品等）
  - ・クラスター発生事例への対応に関する情報提供（報告書の作成など）
  - ・マスクの適切な装着についての啓発（熱中症予防も含めた啓発）
- (4) 新型コロナウイルス感染症に係る適切な報道への情報提供及びリスクコミュニケーションについて（患者に関する誹謗・中傷の防止など）
- (5) インフルエンザワクチン接種に関する啓発やワクチン供給の確保
- (6) 医学生及び臨床研修医に対する感染症教育の強化（標準予防策やPPE 着脱）
- (7) 地域の医療資源等の格差に配慮した施策について（業務の委託化への配慮）

## 2 新型コロナウイルス感染対策実施に係る保健所業務への配慮と支援

<医事・薬事関係>

- (1) 病院立入検査や精神病院への実施指導の延期や書面審査の代替措置の導入



- (2) 病院の病室、手術室、診療放射線の構造設備についての検査の自主検査化
- (3) 看護師等の大臣免許の籍の訂正と免許証書換え申請に関する期間の緩和化
- (4) 医師、歯科医師及び薬剤師等の業務従事者届出の報告締め切りの延長
- (5) 毒劇物取扱者・登録販売者試験の延期または中止
- (6) 地域医療構想及び医療計画の中間評価の延期または中止
- (7) 各種統計調査等の延期または中止

#### <食品衛生>

- (1) 食品衛生責任者実務講習会の e-ラーニング化の導入
- (2) 食品営業許可申請の更新延長の検討
- (3) HACCP の義務化等食品衛生法改正に基づく施行時期の延長

#### <母子保健>

- (1) 本年度実施予定の乳幼児身体発育調査（10 年毎）の中止や延期の検討
- (2) 健康的な生活習慣づくり重点化事業の縮小

#### <予防接種>

- (1) 新型インフルエンザ等対策に係る住民接種の実施計画策定期限の延長

#### <地域保健全般>

- (1) 看護学生等の保健所実習の柔軟な対応（日数の短縮化等）
- (2) 緊急事態宣言時に市町村保健師の保健所派遣制度の創設
- (3) 保健所保健師の増員及び育成のための予算等の配慮
- (4) 地方衛生研究所職員の増員及び育成のための予算等の配慮
- (5) 特定健診等、保険者努力支援制度にかかる条件や報告の緩和
- (6) 公衆衛生関係行政事務指導監査の延期

#### <保健所業務全般>

- (1) 保健所の体制強化のためのチェックリストの位置づけの明確化
- (2) 各種通知について量の軽減と内容の明確化
- (3) 保健所業務におけるテレワークが活用できる事例の紹介

### 3 関係機関等との迅速な情報共有と保健所事務の円滑な執行のための IT 化の推進

- (1) IT 等と用いた情報共有の推進について（ウェブ会議システムの推進）
- (2) 保健所業務の IT 化の推進について（オンライン申請等の導入）

(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 (アンリンク割合)	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	~7/29(1W)	~7/29(1W)	~7/22(1W)		~7/24(1W)	7/21	7/21	7/14	7/14	7/21	7/14
単位	千人	人		人		%	人	人	人	人	人	人
北海道	5,250	37	0.70	50	0.74	27%	58	5	54	5	26	9
茨城県	2,860	36	1.26	26	1.38	74%	17	2	15	2	6	7
埼玉県	7,350	308	4.19	325	0.95	49%	248	7	182	4	100	78
千葉県	6,259	200	3.20	180	1.11	44%	177	2	126	0	30	15
東京都	13,921	1,807	12.98	1700	1.06	48%	992	14	728	7	155	118
神奈川県	9,198	249	2.71	278	0.90	60%	122	7	92	8	131	49
石川県	1,138	10	0.88	6	1.67	67%	9	1	4	1	0	0
岐阜県	1,987	95	4.78	34	2.79	27%	38	0	9	2	0	0
愛知県	7,552	671	8.89	224	3.00	20%	104	0	13	0	0	0
京都府	2,583	146	5.65	128	1.14	42%	84	1	53	1	29	3
大阪府	8,809	989	11.23	536	1.85	62%	305	8	97	5	154	40
兵庫県	5,466	222	4.06	124	1.79	72%	72	0	28	0	30	2
福岡県	5,104	462	9.05	237	1.95	53%	128	4	60	4	12	0
青森県	1,246	0	0.00	1	0.00	0%	4	0	3	0	0	0
岩手県	1,227	2	0.16	0	-	-	0	0	0	0	0	0
宮城県	2,306	15	0.65	26	0.58	17%	13	0	7	0	9	2
秋田県	966	2	0.21	0	-	-	0	0	0	0	0	0
山形県	1,078	0	0.00	1	0.00	0%	3	0	4	0	0	0
福島県	1,846	2	0.11	1	2.00	100%	2	0	2	0	0	0
栃木県	1,934	43	2.22	35	1.23	12%	45	0	20	0	1	0
群馬県	1,942	9	0.46	13	0.69	55%	15	1	6	0	0	0
新潟県	2,223	7	0.31	3	2.33	33%	6	0	3	0	0	0
富山県	1,044	2	0.19	4	0.50	-	5	0	2	0	0	0
福井県	768	9	1.17	1	9.00	0%	3	0	2	0	0	0
山梨県	811	10	1.23	4	2.50	100%	4	0	1	0	0	0
長野県	2,049	16	0.78	6	2.67	29%	9	0	4	0	0	0
静岡県	3,644	115	3.16	22	5.23	7%	28	0	11	0	2	2
三重県	1,781	31	1.74	7	4.43	0%	9	0	3	0	0	0
滋賀県	1,414	35	2.48	21	1.67	40%	14	1	5	1	0	0
奈良県	1,330	50	3.76	40	1.25	6%	44	1	35	0	3	0
和歌山県	925	40	4.32	16	2.50	14%	18	0	20	0	0	0
鳥取県	556	5	0.90	0	-	100%	1	0	2	0	0	0
島根県	674	3	0.45	1	3.00	0%	2	0	1	0	0	0
岡山県	1,890	27	1.43	14	1.93	67%	13	0	1	0	0	0
広島県	2,804	76	2.71	34	2.24	45%	39	0	14	0	0	0
山口県	1,358	10	0.74	6	1.67	0%	5	0	0	0	0	0
徳島県	728	8	1.10	0	-	-	5	0	5	0	0	0
香川県	956	1	0.10	13	0.08	43%	15	0	3	0	1	0
愛媛県	1,339	6	0.45	1	6.00	-	1	0	0	0	0	0
高知県	698	3	0.43	2	1.50	50%	2	0	1	0	0	0
佐賀県	815	17	2.09	8	2.13	-	2	0	0	0	0	0
長崎県	1,327	11	0.83	18	0.61	8%	22	0	11	0	6	3
熊本県	1,748	103	5.89	5	20.60	100%	3	0	0	0	0	0
大分県	1,135	2	0.18	0	-	-	0	0	0	0	0	0
宮崎県	1,073	83	7.74	3	27.67	0%	2	0	3	0	0	0
鹿児島県	1,602	58	3.62	16	3.63	23%	47	0	83	1	2	15
沖縄県	1,453	118	8.12	9	13.11	0%	9	0	4	0	0	0
日本	126,167	6,151	4.88	4179	1.47		2,744	54	1,717	41	697	343

※：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7/22 00:00時点、I・J・L列は7/15 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	S	T	U	V	W
	新型コロナ対策協議会の設置状況	患者受入れ調整本部の設置状況	周産期医療の協議会開催状況	受入確保病床数	受入確保想定病床数	宿泊施設確保数	最近1週間のPCR検査件数	2週間前のPCR検査件数	変化率(S/T)	(参考)それぞれの週の陽性者数	
時点	5/1	5/1	5/19	7/21	7/21	7/21	~7/26(1W)	~7/19(1W)		~7/26(1W)	~7/19(1W)
単位				床	床	室	件	件		人	人
北海道	済	済	済	700	1,558	810	1,687	1,844	0.91	43	54
茨城県	済	済	済	166	500	34	1,608	1,819	0.88	17	26
埼玉県	済	済	済	602	602	904	8,605	8,643	1.00	316	293
千葉県	済	済	済	819	1,700	736	4,688	6,592	0.71	176	178
東京都	済	済	済	3,300	4,000	371	23,525	30,666	0.77	1,803	1,484
神奈川県	済	済	済	1,979	2,200	2,486	5,973	6,500	0.92	241	256
石川県	済	済	済	254	254	340	340	209	1.63	10	3
岐阜県	済	済	済	281	625	466	1,678	1,176	1.43	54	15
愛知県	済	済	済	500	1,500	1,300	2,946	1,663	1.77	456	109
京都府	済	済	済	431	431	338	1,549	1,882	0.82	118	92
大阪府	済	済	済	1,257	1,615	712	7,950	6,515	1.22	768	393
兵庫県	済	済	予定	515	515	500	1,961	2,138	0.92	180	97
福岡県	済	済	済	490	1,800	826	5,277	4,011	1.32	404	106
青森県	済	済	済	158	225	30	103	230	0.45	0	1
岩手県	済	済	済	93	166	85	59	36	1.64	0	0
宮城県	済	済	済	388	400	100	795	822	0.97	10	26
秋田県	済	済	済	105	105	16	29	28	1.04	2	0
山形県	済	済	予定	150	150	188	153	349	0.44	0	4
福島県	済	済	済	229	350	100	608	767	0.79	2	1
栃木県	済	済	済	271	271	111	1,202	1,113	1.08	30	38
群馬県	済	済	済	240	280	150	793	944	0.84	12	12
新潟県	済	済	済	411	766	50	366	506	0.72	4	3
富山県	済	済	済	500	500	100	304	318	0.96	4	1
福井県	済	済	済	176	350	42	435	472	0.92	3	3
山梨県	済	済	済	80	250	21	1,022	1,050	0.97	8	2
長野県	済	済	済	300	300	200	589	357	1.65	8	6
静岡県	済	済	済	200	400	155	1,545	1,125	1.37	78	14
三重県	済	済	済	171	171	100	419	359	1.17	13	7
滋賀県	済	済	済	141	450	62	192	385	0.50	43	4
奈良県	済	済	済	434	500	108	922	1,919	0.48	51	35
和歌山県	済	済	済	150	177	137	849	640	1.33	33	9
鳥取県	済	済	済	322	300	640	218	372	0.59	1	0
島根県	済	済	済	253	253	98	404	622	0.65	3	1
岡山県	済	済	済	220	250	285	514	489	1.05	20	13
広島県	済	済	済	266	270	176	1,498	1,005	1.49	52	30
山口県	済	済	済	423	423	638	132	150	0.88	7	5
徳島県	済	済	済	172	200	208	101	248	0.41	2	0
香川県	済	済	済	163	163	101	355	864	0.41	1	15
愛媛県	済	済	済	223	223	67	126	102	1.24	3	0
高知県	済	済	済	166	200	16	64	156	0.41	3	2
佐賀県	済	済	済	146	232	230	363	88	4.13	20	0
長崎県	済	済	済	395	395	163	620	1,518	0.41	12	14
熊本県	済	済	済	378	400	1,430	520	593	0.88	31	1
大分県	済	済	済	258	300	700	208	242	0.86	0	0
宮崎県	済	済	済	204	240	250	604	127	4.76	43	0
鹿児島県	済	済	済	253	253	370	1,253	1,194	1.05	51	20
沖縄県	済	済	済	225	430	0	1,410	729	1.93	41	3
日本	-	-	-	19,558	27,643	16,950	86,562	93,577	0.93	5,177	3,376

※：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、7/22 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いる(想定している)病床数であり変動しうる点に特に留意が必要。また、実際には受入れ患者の重症度等により、変動する可能性がある。受入確保病床数が、受入確保想定病床数を超える都道府県にあっては、受入確保病床数を受入確保想定病床数として記載。  
 ※：宿泊施設確保数は、受け入れが確実な宿泊施設の部屋として都道府県が判断し、厚生労働省に報告した室数。都道府県の運用によっては、事務職員の宿泊や物資の保管、医師・看護師の控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。

# 首都圏の感染状況等について

## ① 東京都

	7/16	7/17	7/18	7/19	7/20	7/21	7/22	1週間合計
新規陽性者数	286人	293人	290人	188人	168人	237人	238人	1700人
-うち感染経路不明者	137人 (48%)	142人 (48%)	158人 (54%)	118人 (63%)	94人 (56%)	120人 (51%)	138人 (58%)	907人 (53%)
-うち夜の街関連	67人 (23%)	69人 (24%)	30人 (10%)	32人 (17%)	22人 (13%)	51人 (22%)	21人 (9%)	292人 (17%)
-うち20代・30代	196人 (69%)	210人 (72%)	189人 (65%)	129人 (69%)	108人 (64%)	137人 (58%)	144人 (61%)	1113人 (65%)
入院患者数	760人	836人	875人	917人	920人	949人	916人	—
病床使用率	23%	25%	27%	28%	28%	29%	28%	—
	7/23	7/24	7/25	7/26	7/27	7/28	7/29	1週間合計
新規陽性者数	366人	260人	295人	239人	131人	266人	250人	1807人
-うち感染経路不明者	225人 (61%)	156人 (60%)	165人 (56%)	144人 (60%)	79人 (60%)	147人 (55%)	162人 (65%)	1078人 (59%)
-うち夜の街関連	47人 (13%)	36人 (14%)	49人 (17%)	16人 (7%)	10人 (8%)	21人 (8%)	14人 (6%)	193人 (10%)
-うち20代・30代	232人 (63%)	186人 (72%)	185人 (63%)	148人 (62%)	79人 (60%)	168人 (63%)	160人 (64%)	1158人 (64%)
入院患者数	964人	1040人	1105人	1165人	1260人	1209人	1106人	—
病床使用率	29%	32%	33%	35%	38%	37%	34%	—

【同一の場で複数の感染が発生した事例(主なもの)】

・江戸川区 小岩榎本クリニック：25名、足立区 フィリピンパブ：29名

## ② 埼玉県

	7/16	7/17	7/18	7/19	7/20	7/21	7/22	1週間合計
新規陽性者数	49人	51人	48人	38人	29人	47人	62人	324人
-うち感染経路不明者	28人 (57%)	20人 (39%)	27人 (56%)	19人 (50%)	18人 (62%)	26人 (55%)	46人 (74%)	184人 (57%)
-うち20代・30代	24人 (49%)	22人 (43%)	26人 (54%)	12人 (32%)	11人 (38%)	16人 (34%)	34人 (55%)	145人 (45%)
入院患者数	213人	227人	250人	274人	249人	248人	246人	—
病床使用率	36%	38%	42%	46%	42%	41%	41%	—
	7/23	7/24	7/25	7/26	7/27	7/28	7/29	1週間合計
新規陽性者数	64人	45人	35人	33人	23人	55人	53人	308人
-うち感染経路不明者	47人 (73%)	37人 (82%)	31人 (89%)	22人 (67%)	18人 (78%)	33人 (60%)	42人 (79%)	230人 (75%)
-うち20代・30代	25人 (39%)	24人 (53%)	13人 (37%)	10人 (30%)	9人 (39%)	30人 (55%)	23人 (43%)	134人 (44%)
入院患者数	258人	263人	258人	240人	239人	243人	253人	—
病床使用率	43%	44%	43%	40%	40%	40%	42%	—

【同一の場で複数の感染が発生した事例(主なもの)】

- ・高齢者施設：9名、障害者支援施設：9名

### ③ 千葉県

	7/16	7/17	7/18	7/19	7/20	7/21	7/22	1週間合計
新規陽性者数	32人	21人	32人	24人	18人	15人	40人	182人
-うち感染経路不明者	15人 (47%)	9人 (43%)	18人 (56%)	8人 (33%)	7人 (39%)	10人 (67%)	19人 (48%)	86人 (47%)
-うち20代・30代	20人 (63%)	13人 (62%)	21人 (62%)	11人 (46%)	11人 (61%)	7人 (47%)	24人 (60%)	107人 (59%)
入院患者数	156人	151人	163人	171人	182人	177人	188人	—
病床使用率	19%	18%	20%	21%	22%	22%	23%	—
	7/23	7/24	7/25	7/26	7/27	7/28	7/29	1週間合計
新規陽性者数	33人	26人	21人	22人	24人	23人	49人	198人
-うち感染経路不明者	17人 (52%)	17人 (65%)	14人 (67%)	13人 (59%)	14人 (58%)	5人 (22%)	23人 (47%)	103人 (52%)
-うち20代・30代	21人 (64%)	18人 (69%)	12人 (57%)	10人 (45%)	9人 (38%)	8人 (35%)	21人 (43%)	99人 (50%)
入院患者数	196人	201人	209人	203人	194人	179人	180人	—
病床使用率	24%	25%	26%	25%	24%	22%	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：40名
- ・接待を伴う飲食店：11名

## ④ 神奈川県

	7/16	7/17	7/18	7/19	7/20	7/21	7/22	1週間合計
新規陽性者数	48人	43人	49人	30人	11人	30人	68人	279人
-うち感染経路不明者	26人 (54%)	30人 (70%)	27人 (55%)	21人 (70%)	10人 (91%)	16人 (53%)	31人 (46%)	161人 (58%)
-うち20代・30代	24人 (50%)	20人 (47%)	26人 (53%)	18人 (60%)	5人 (45%)	22人 (73%)	37人 (54%)	152人 (54%)
入院患者数	101人	118人	-	-	124人	122人	126人	-
病床使用率	5%	6%	-	-	6%	6%	6%	-

	7/23	7/24	7/25	7/26	7/27	7/28	7/29	1週間合計
新規陽性者数	53人	28人	18人	33人	14人	33人	70人	249人
-うち感染経路不明者	31人 (46%)	15人 (54%)	13人 (72%)	21人 (64%)	9人 (64%)	24人 (73%)	40人 (57%)	157人 (63%)
-うち20代・30代	37人 (54%)	17人 (61%)	11人 (61%)	18人 (55%)	6人 (43%)	17人 (52%)	37人 (53%)	137人 (55%)
入院患者数	-	-	-	-	146人	145人	135人	-
病床使用率	-	-	-	-	7%	7%	7%	-

【同一の場で複数の感染が発生した事例(主なもの)】

- ・横浜国立大学：10人

## ⑤ 愛知県

	7/16	7/17	7/18	7/19	7/20	7/21	7/22	1週間合計
新規陽性者数	21人	19人	25人	21人	21人	53人	64人	224人
-うち感染経路不明者	3人 (14%)	4人 (21%)	12人 (48%)	7人 (33%)	8人 (38%)	24人 (45%)	27人 (42%)	85人 (38%)
-うち20代・30代	10人 (48%)	17人 (89%)	15人 (60%)	18人 (86%)	12人 (57%)	33人 (62%)	49人 (77%)	154人 (69%)
入院患者数	49人	68人	90人	111人	130人	181人	241人	—
病床使用率	10%	14%	18%	22%	26%	36%	48%	—
	7/23	7/24	7/25	7/26	7/27	7/28	7/29	1週間合計
新規陽性者数	97人	63人	78人	80人	76人	110人	167人	671人
-うち感染経路不明者	69人 (71%)	40人 (63%)	43人 (55%)	48人 (60%)	47人 (62%)	66人 (60%)	104人 (62%)	417人 (62%)
-うち20代・30代	71人 (73%)	43人 (68%)	56人 (72%)	49人 (61%)	39人 (51%)	70人 (64%)	94人 (56%)	422人 (63%)
入院患者数	142人	162人	181人	178人	182人	182人	202人	—
病床使用率	28%	32%	36%	36%	36%	36%	40%	—

【同一の場で複数の感染が発生した事例(主なもの)】

- ・接待を伴う飲食店：12名



## ⑥ 大阪府

	7/16	7/17	7/18	7/19	7/20	7/21	7/22	1週間合計
新規陽性者数	66人	53人	86人	89人	49人	72人	121人	536人
-うち感染経路不明者	34人 (52%)	36人 (68%)	46人 (53%)	59人 (66%)	33人 (67%)	46人 (64%)	81人 (67%)	335人 (63%)
-うち20代・30代	37人 (56%)	36人 (68%)	55人 (64%)	59人 (66%)	36人 (73%)	47人 (65%)	81人 (67%)	351人 (65%)
入院患者数	95人	105人	107人	121人	142人	138人	147人	—
病床使用率	8%	8%	9%	10%	11%	11%	12%	—
	7/23	7/24	7/25	7/26	7/27	7/28	7/29	1週間合計
新規陽性者数	104人	149人	132人	141人	87人	155人	221人	989人
-うち感染経路不明者	78人 (75%)	88人 (59%)	80人 (61%)	87人 (62%)	57人 (66%)	105人 (68%)	163人 (74%)	658人 (67%)
-うち20代・30代	62人 (60%)	97人 (65%)	69人 (52%)	93人 (66%)	49人 (56%)	95人 (61%)	130人 (59%)	595人 (60%)
入院患者数	169人	162人	211人	217人	235人	253人	257人	—
病床使用率	13%	13%	17%	17%	19%	20%	20%	—

【同一の場で複数の感染が発生した事例(主なもの)】

- ・ 阪南大学クラブ関連：21名、八尾市の高齢者施設：9名、寝屋川市の障害者施設：8名

## ⑦ 兵庫県

	7/16	7/17	7/18	7/19	7/20	7/21	7/22	1週間合計
新規陽性者数	17人	24人	13人	21人	7人	12人	30人	124人
-うち感染経路不明者	14人 (82%)	16人 (67%)	9人 (69%)	13人 (62%)	6人 (86%)	11人 (92%)	21人 (70%)	90人 (73%)
-うち20代・30代	10人 (59%)	15人 (63%)	9人 (69%)	11人 (52%)	4人 (57%)	10人 (83%)	21人 (70%)	80人 (65%)
入院患者数	45人	52人	54人	69人	71人	72人	81人	—
病床使用率	9%	10%	10%	13%	14%	14%	16%	—

	7/23	7/24	7/25	7/26	7/27	7/28	7/29	1週間合計
新規陽性者数	35人	23人	24人	49人	12人	33人	46人	222人
-うち感染経路不明者	20人 (57%)	14人 (61%)	13人 (54%)	36人 (73%)	7人 (58%)	22人 (67%)	34人 (74%)	146人 (66%)
-うち20代・30代	20人 (57%)	10人 (43%)	9人 (38%)	21人 (43%)	7人 (58%)	17人 (52%)	17人 (37%)	101人 (45%)
入院患者数	90人	100人	93人	122人	130人	148人	155人	—
病床使用率	17%	19%	18%	24%	25%	29%	30%	—

【同一の場で複数の感染が発生した事例(主なもの)】

- ・みのり保育園：14名、県内商業施設：9名

## ⑧ 福岡県

	7/16	7/17	7/18	7/19	7/20	7/21	7/22	1週間合計
新規陽性者数	16人	19人	24人	32人	32人	53人	61人	237人
-うち感染経路不明者	13人 (81%)	7人 (37%)	9人 (38%)	12人 (38%)	7人 (22%)	32人 (60%)	29人 (48%)	109人 (46%)
-うち20代・30代	11人 (69%)	11人 (58%)	17人 (71%)	11人 (34%)	13人 (41%)	34人 (64%)	41人 (67%)	138人 (58%)
入院患者数	67人	81人	87人	95人	109人	123人	132人	—
病床使用率	14%	17%	18%	19%	22%	25%	27%	—
	7/23	7/24	7/25	7/26	7/27	7/28	7/29	1週間合計
新規陽性者数	66人	52人	49人	90人	49人	54人	101人	461人
-うち感染経路不明者	35人 (53%)	23人 (44%)	27人 (55%)	53人 (59%)	16人 (33%)	35人 (65%)	63人 (62%)	252人 (55%)
-うち20代・30代	48人 (73%)	29人 (56%)	33人 (67%)	58人 (64%)	26人 (53%)	31人 (57%)	68人 (67%)	293人 (64%)
入院患者数	145人	166人	177人	185人	196人	183人	196人	—
病床使用率	30%	34%	36%	38%	40%	37%	40%	—

【同一の場で複数の感染が発生した事例(主なもの)】

- ・高齢者福祉施設：8名
- ・介護施設：15名
- ・ダンスホール：43名
- ・会員制クラブ：21名

# 7月のクラスター等発生状況について

内閣官房新型コロナウイルス感染症対策推進室

## 7月のクラスター等発生状況

分類	件数	総人数	1件あたりの人数	最大人数
接待を伴う飲食店	35	499	14.3	116
会食	31	125	4.0	15
職場	53	213	4.0	17
学校・教育施設等	35	236	6.7	41

(7/1～7/28)

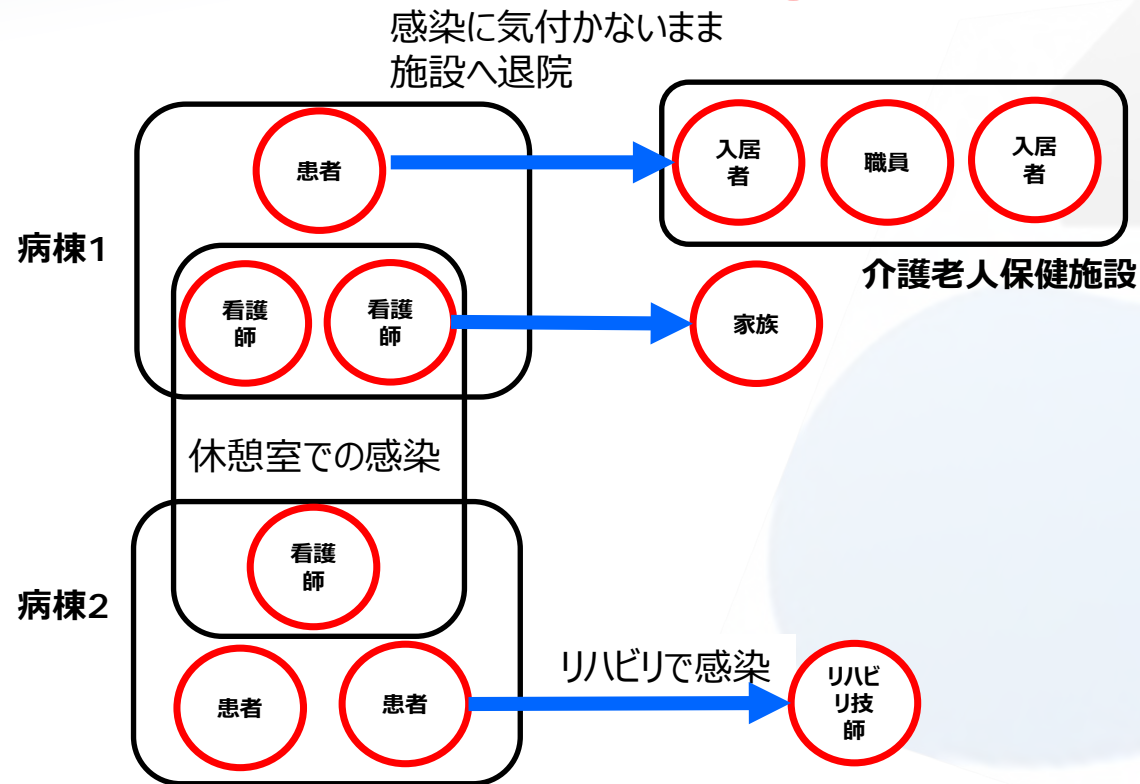
- \* 上記のほか、病院や高齢者施設でのクラスター等発生事例が見られる。
- \* また、劇場のクラスター等の件数は少ないが、多数の感染者が発生した事案がある。
- \* 報道等情報を元に内閣官房新型コロナウイルス感染症対策推進室において作成。

# クラスター事例集

国立感染症研究所 感染症疫学センター  
国立感染症研究所 実地疫学専門家養成コース(FETP)

# 院内感染クラスター

職業・属性

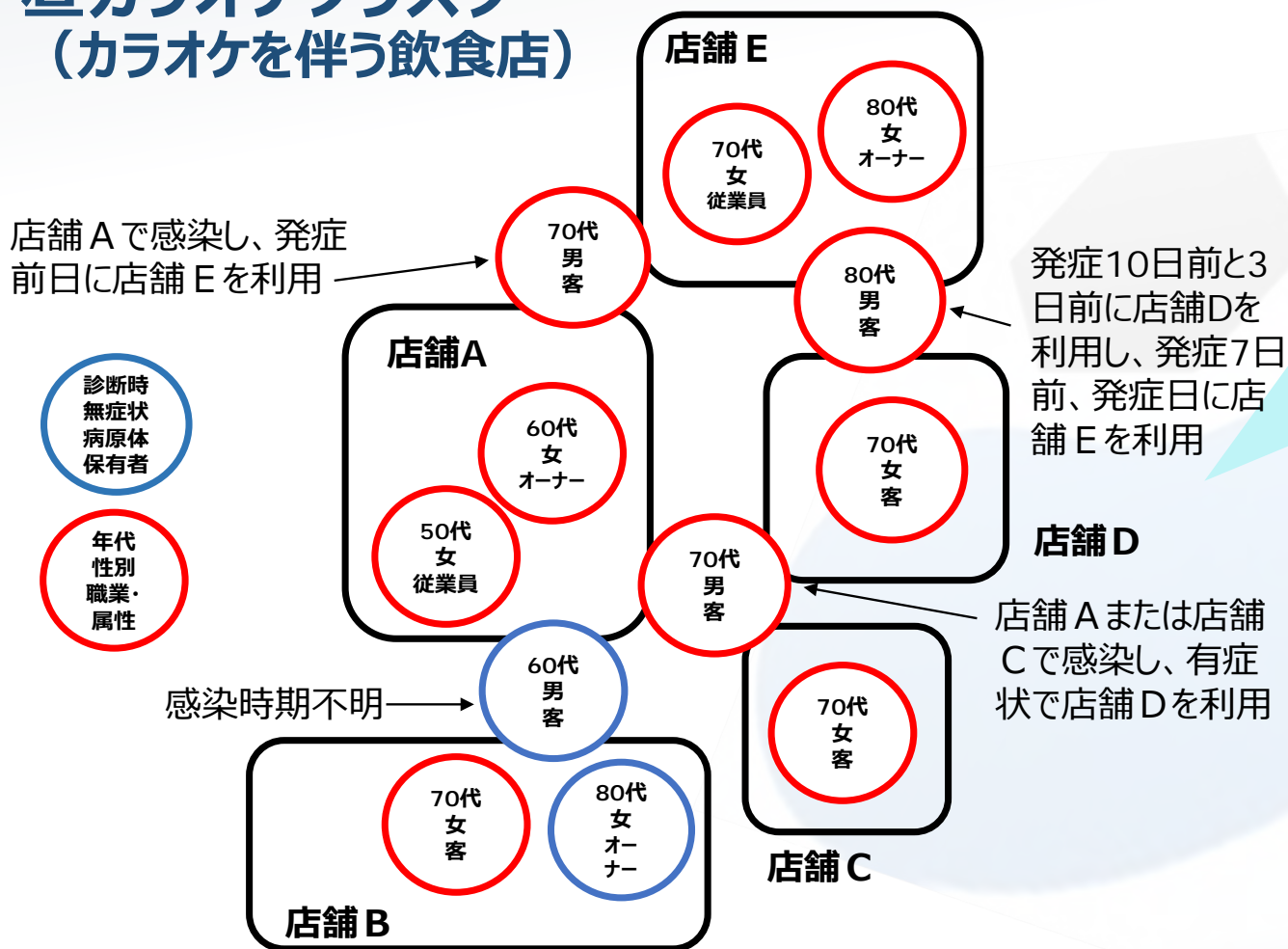


## 分かったこと

- ・処置やリハビリ時の感染対策の不徹底による職員の感染
- ・休憩室など換気が悪く、密な場所での感染  
→別病棟への広がり
- ・感染に気付かないまま、施設へ退院、退院先で感染波及

- ・標準予防策、経路別感染予防策の徹底
- ・有症状者の早期探知
- ・院内の3密を減らす工夫
- ・転院、退院時の情報共有

# 昼カラオケクラスター (カラオケを伴う飲食店)



## 分かったこと

- ・マスク着用せず、長時間、歌う、という人が多かった
- ・複数店舗利用者が別の店舗への感染拡大に関与していた
- ・オーナー・従業員の感染、有症状での利用店舗で感染者が多かった

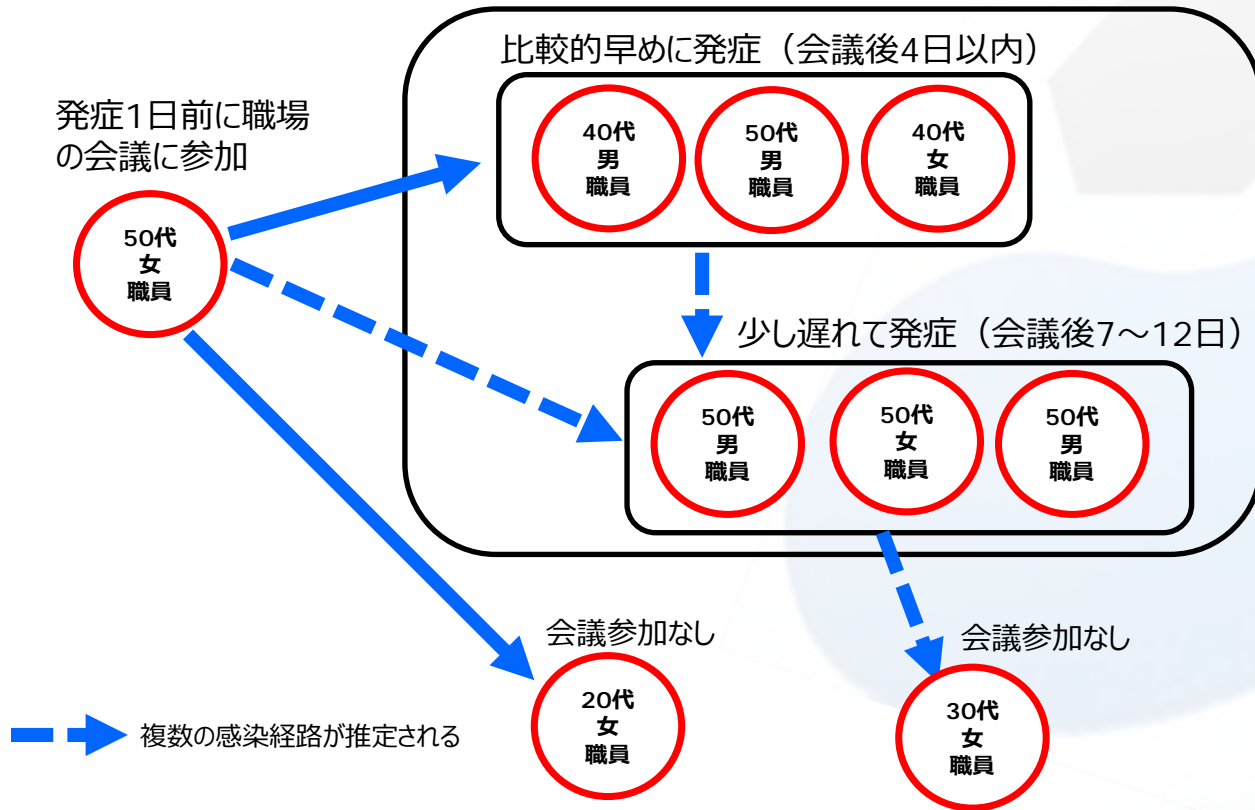


- ・マスクを着用
- ・長時間利用を回避
- ・有症状時は店舗への出入りを控えるを徹底してください



# 職場会議クラスター

年代  
性別  
職業

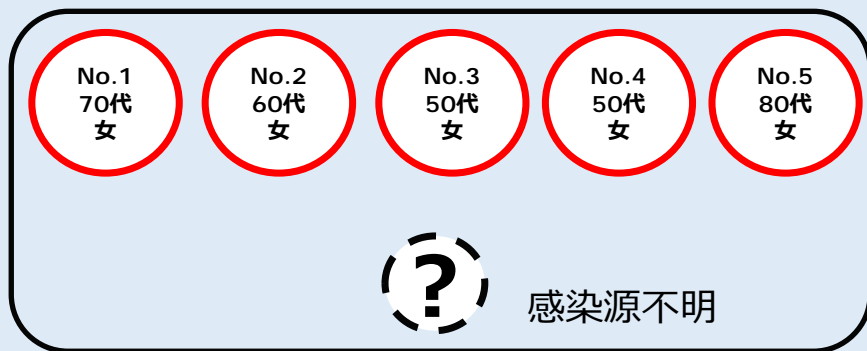


**分かったこと**  
・職場の会議は、締め切った空間で一同に会してプレゼンや議論をし、3密（密閉、密集、密接）となることが多い

Web会議等が勧められるが、対面の会議を開催する場合は、  
・換気の徹底  
・十分に間隔をとる  
・マスクを着用に十分留意してください

# スポーツジム関連クラスター

No.  
年代  
性別



更衣室

スポーツジム

## 分かったこと

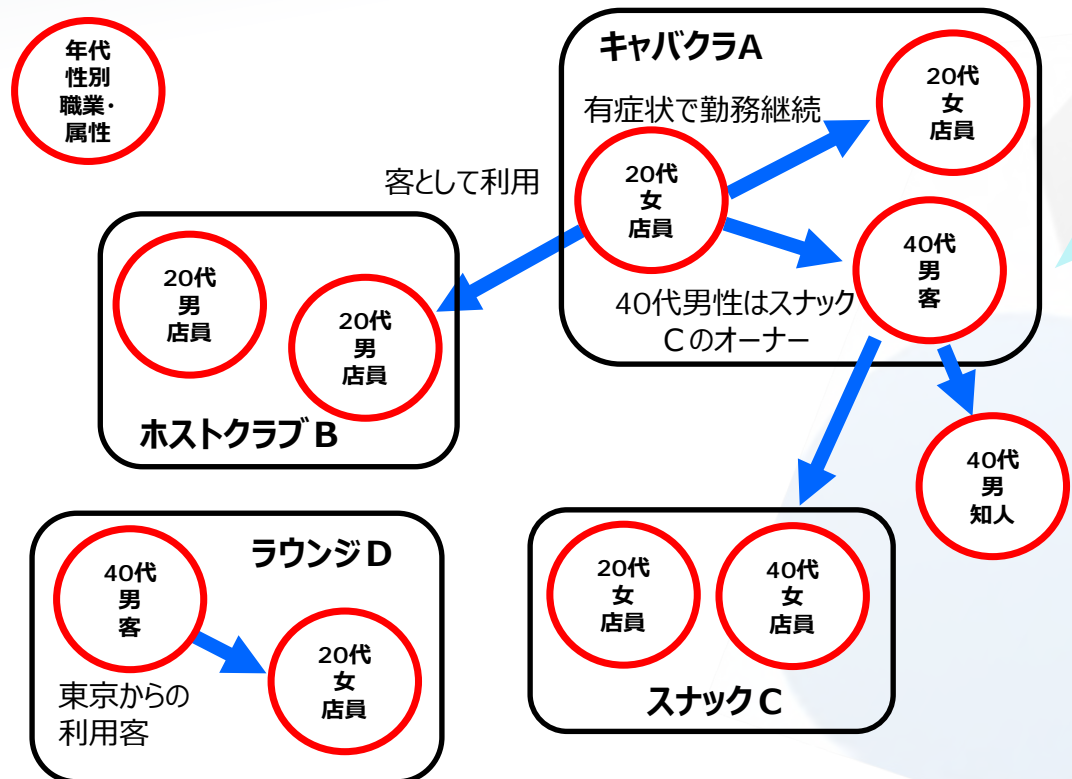
- ・患者は全員女性
- ・患者で岩盤浴・スパ利用のみの会員がいた
- ・全員がジムを利用していた日の利用時間から更衣室が共通場所として浮かび上がった



密になりやすい場所では

- ・換気の徹底
- ・マスクを着用
- ・長時間利用を回避してください

# 接待を伴う飲食店クラスター



**分かったこと**

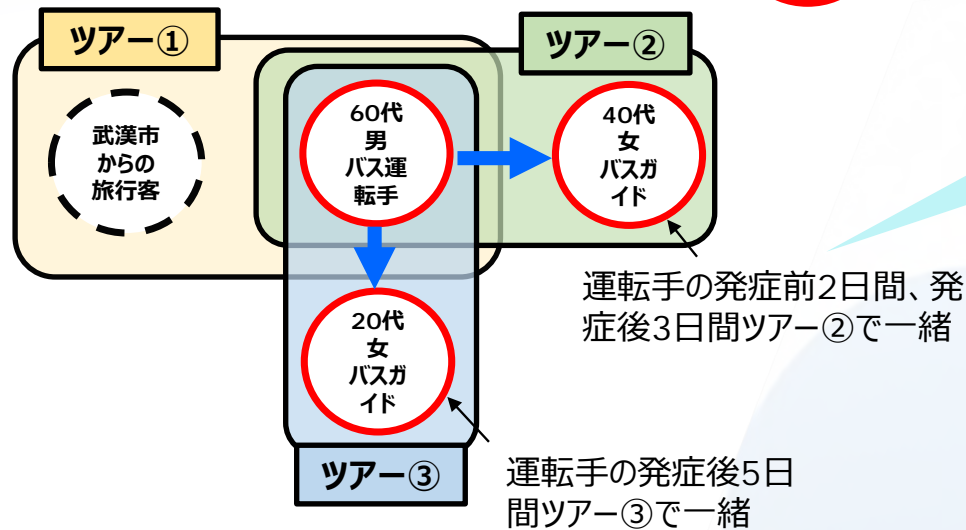
- ・ 流行地域から来た利用客から店員へ感染
- ・ 接客時に3密（密閉・密集・密接）となり、店員から利用客へ感染
- ・ 有症状の店員が勤務を継続して店舗利用者と店員に感染が拡大

↓

- ・ 症状があるときは店舗の利用を控えて下さい
- ・ 店員は3密を極力減らす工夫や検温などの健康管理を行い、感染症の早期発見・早期対応を心掛けて下さい

# バスツアークラスター

年代  
性別  
職業



## 分かったこと

・マスク未着用で、マスク着用の感染者と短時間の会話を数日行ったり、マスク着用の感染者の後ろに長時間座ることで感染した



長時間のバス搭乗など、他者と同一空間を共有する場合は、症状の有無に関わらずマスクの着用に努めてください

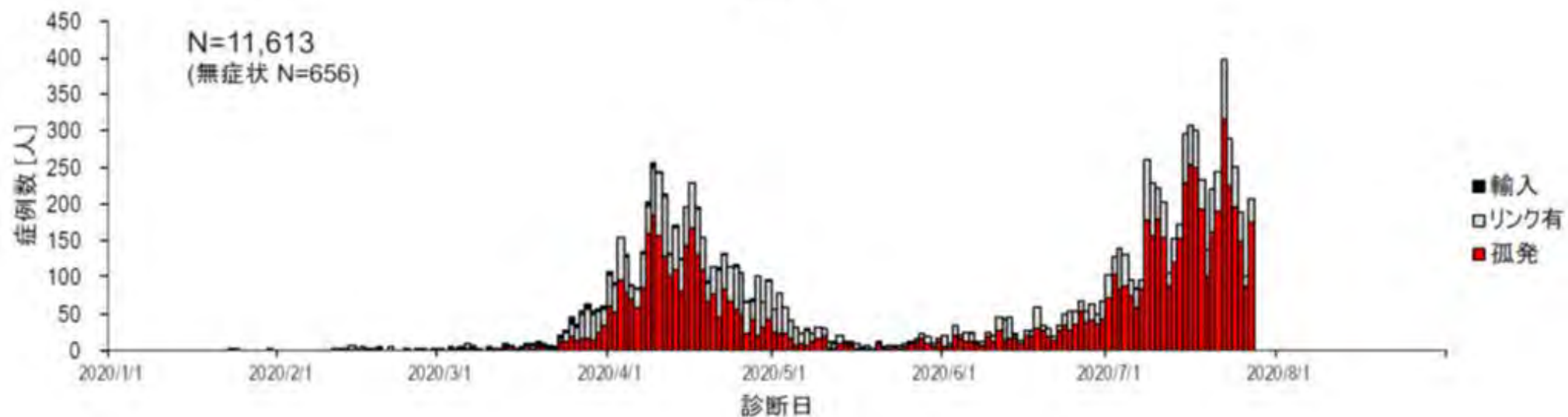
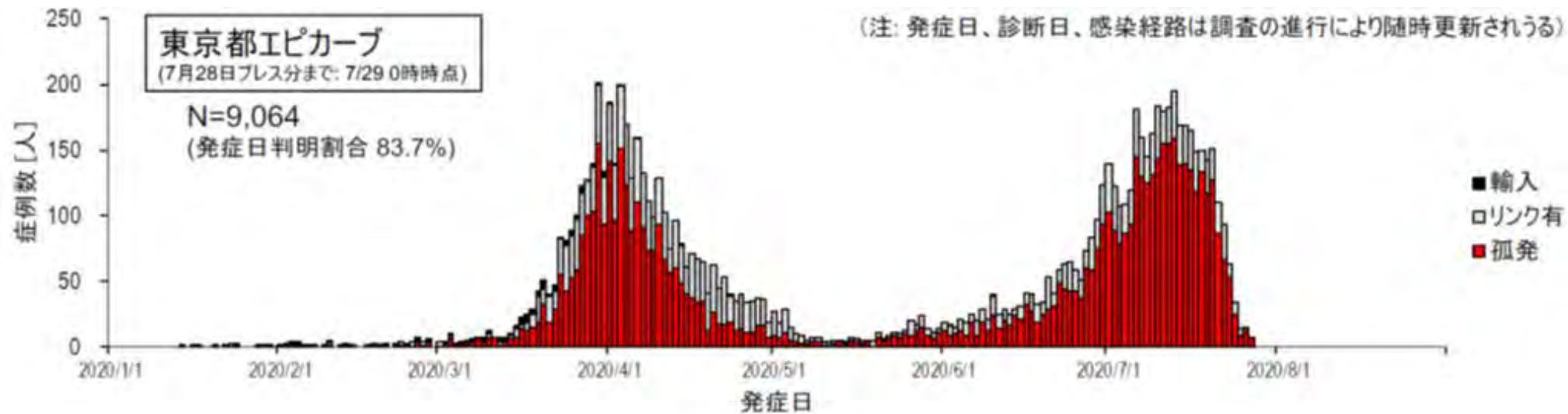
- ・ どのツアーにも上気道炎症状を有した客はいなかった
- ・ 運転手は、発症後は飲食時以外はマスク着用
- ・ 運転手とガイドの接触は、短時間の会話と運転手の1列後方にガイドが着席していたことのみ

# 全国・県別エピカーブ

2020/07/28 の過去 2 か月間

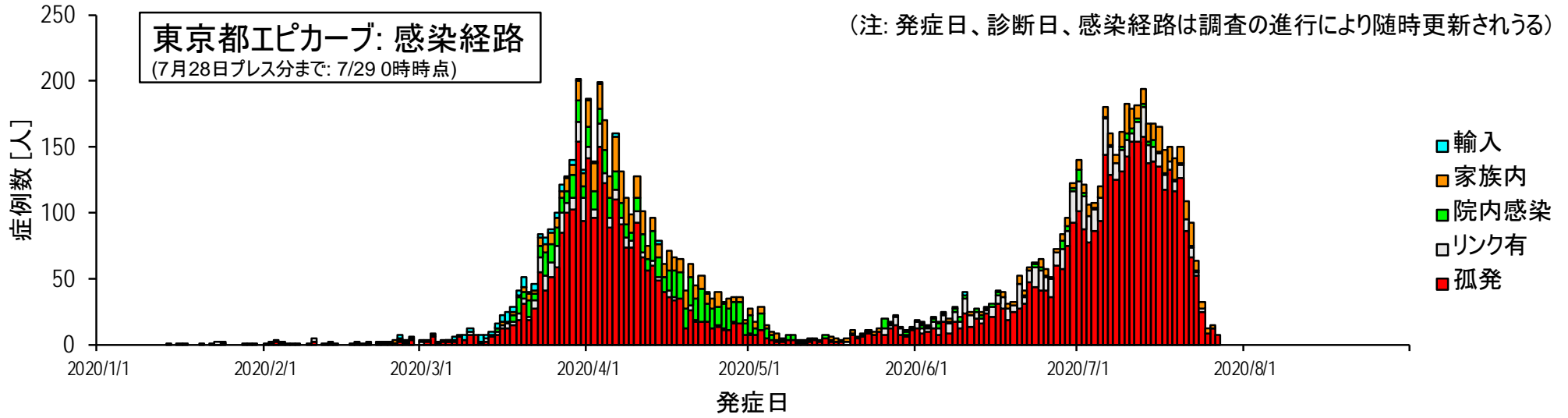
注)

- 1) 一部都道府県のみ
- 2) 発症日によるエピカーブについては、自治体から発症日が公表されている症例についてのみ作成
- 3) 確定日は検査が確定した日であり、自治体からの公表された日とは異なる

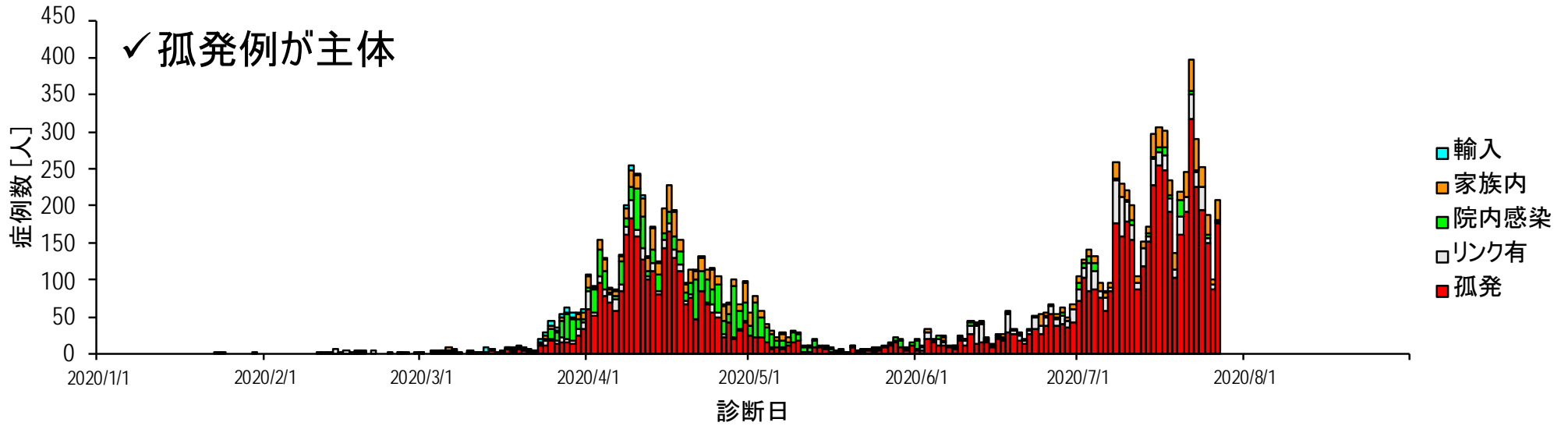


**東京都エピカーブ: 感染経路**  
(7月28日プレス分まで: 7/29 0時時点)

(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)

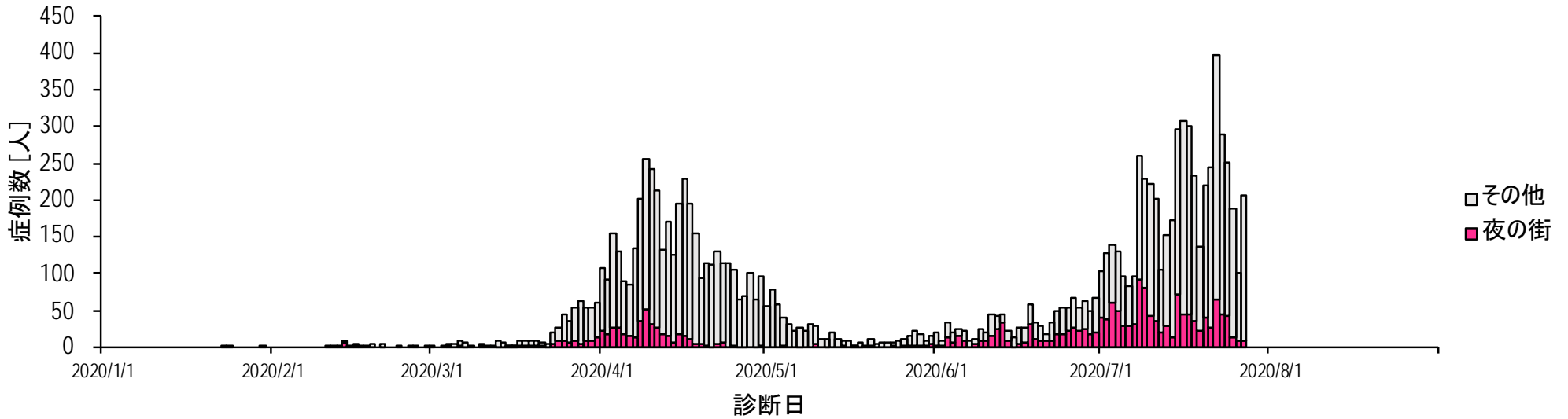
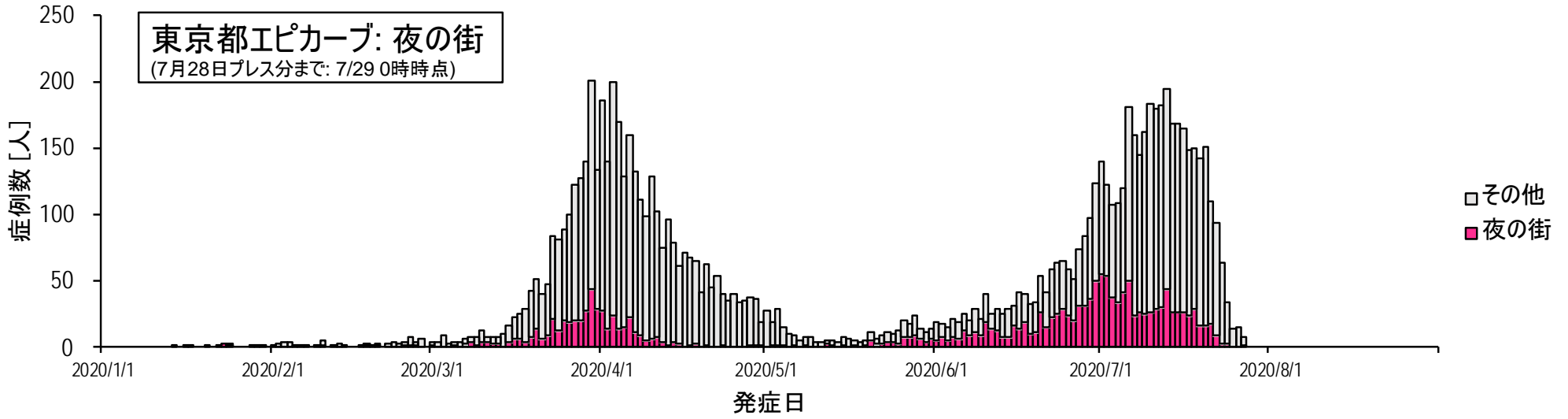


✓ 孤発例が主体



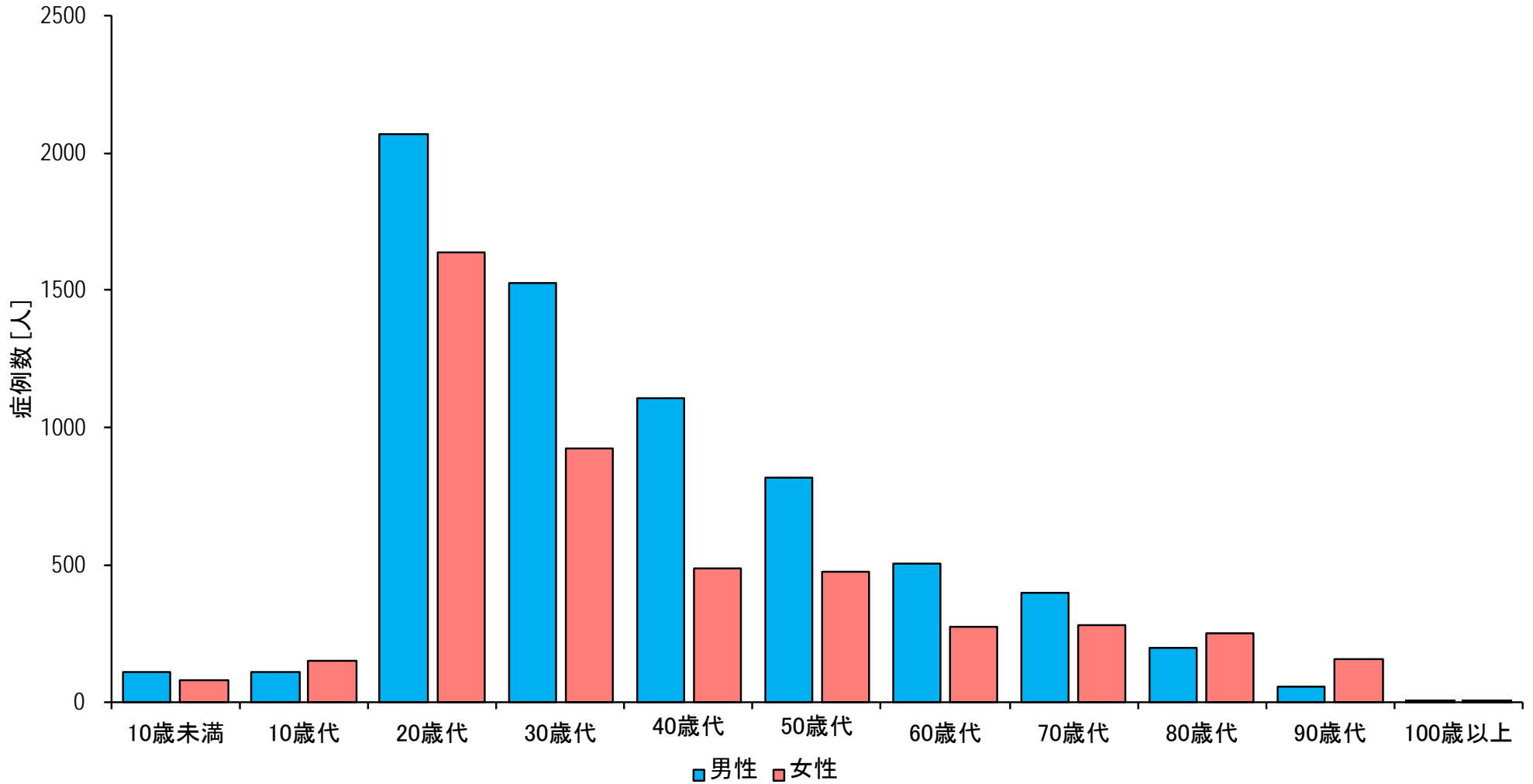
# 東京都エピカーブ: 夜の街

(7月28日プレス分まで: 7/29 0時時点)





# 東京都 全症例: 性別年代分布



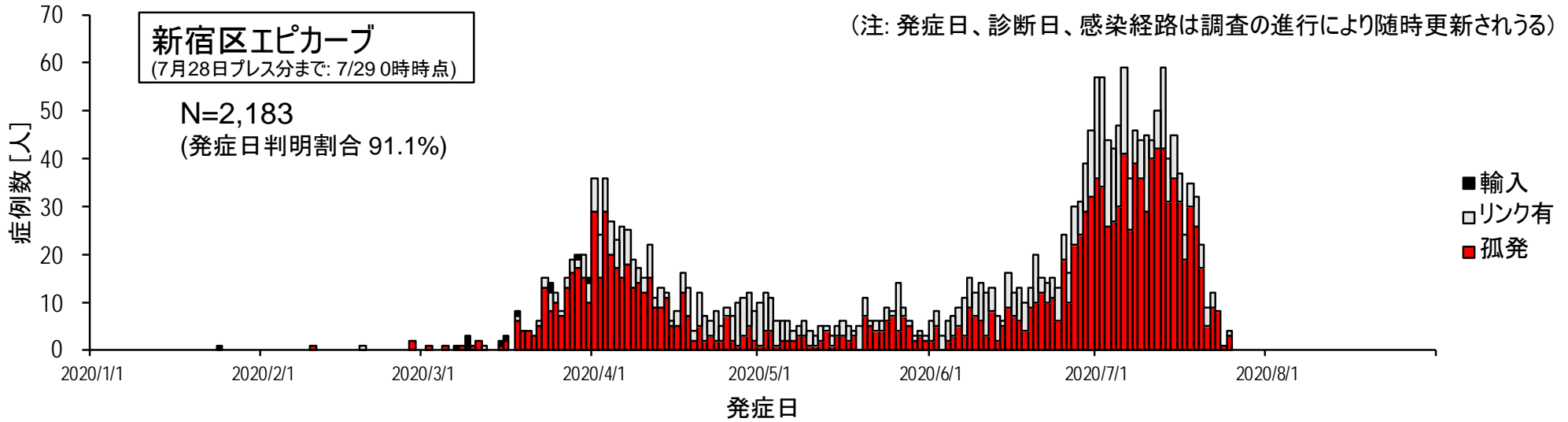
# 新宿区

# 新宿区エピカーブ

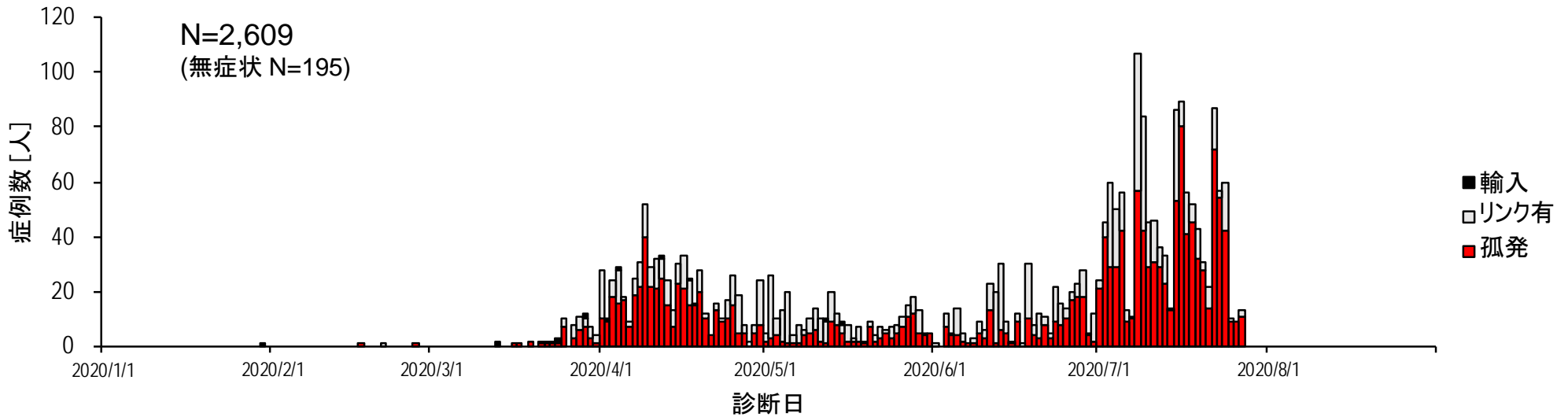
(7月28日プレス分まで: 7/29 0時時点)

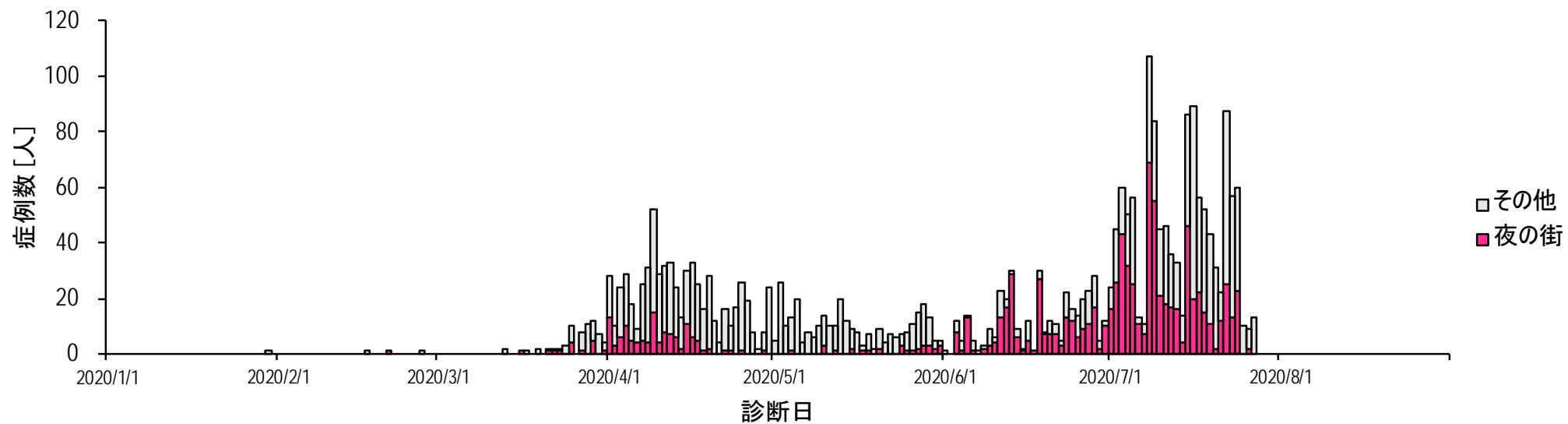
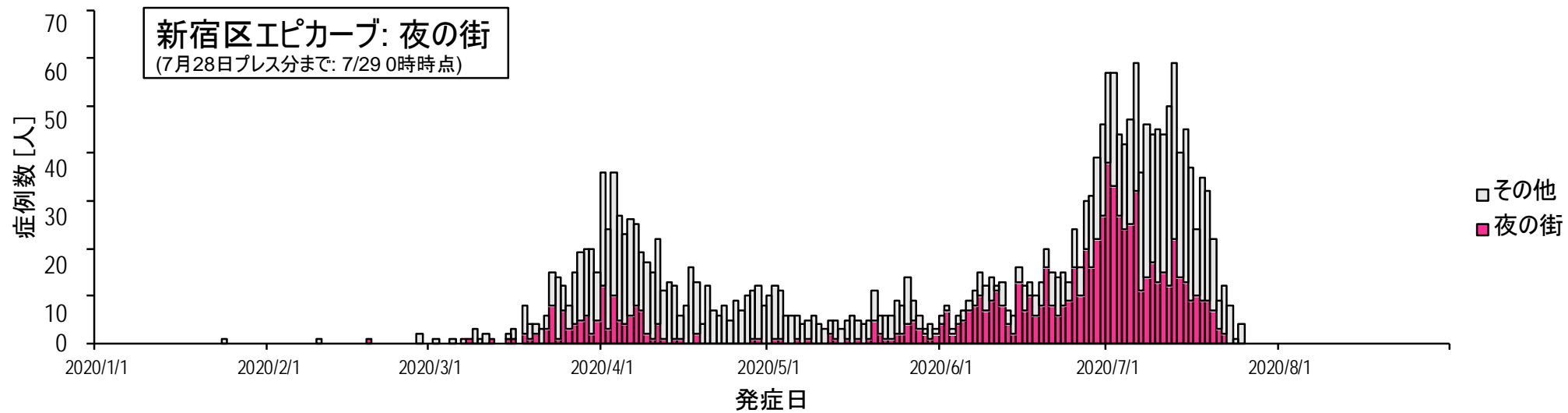
N=2,183  
(発症日判明割合 91.1%)

(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)



N=2,609  
(無症状 N=195)





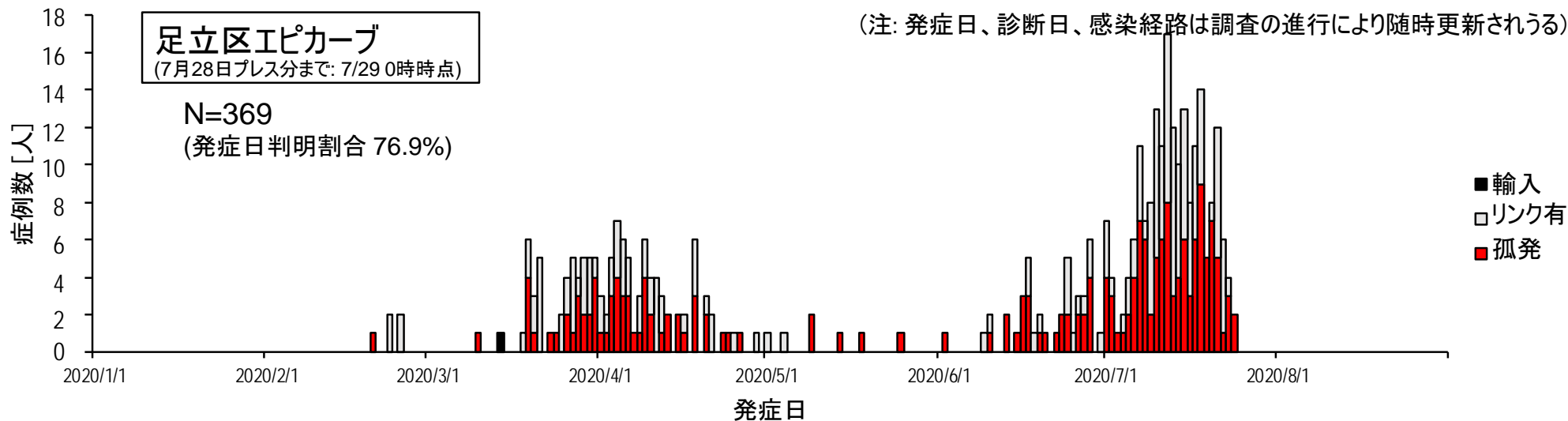


# 足立区

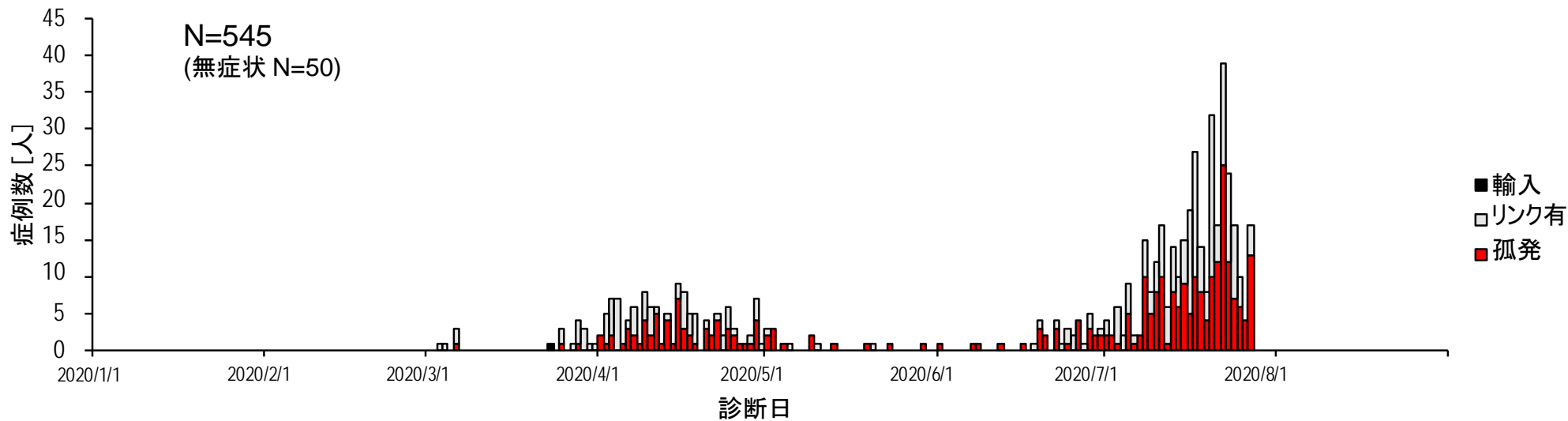
**足立区エピカーブ**  
(7月28日プレス分まで: 7/29 0時時点)

N=369  
(発症日判明割合 76.9%)

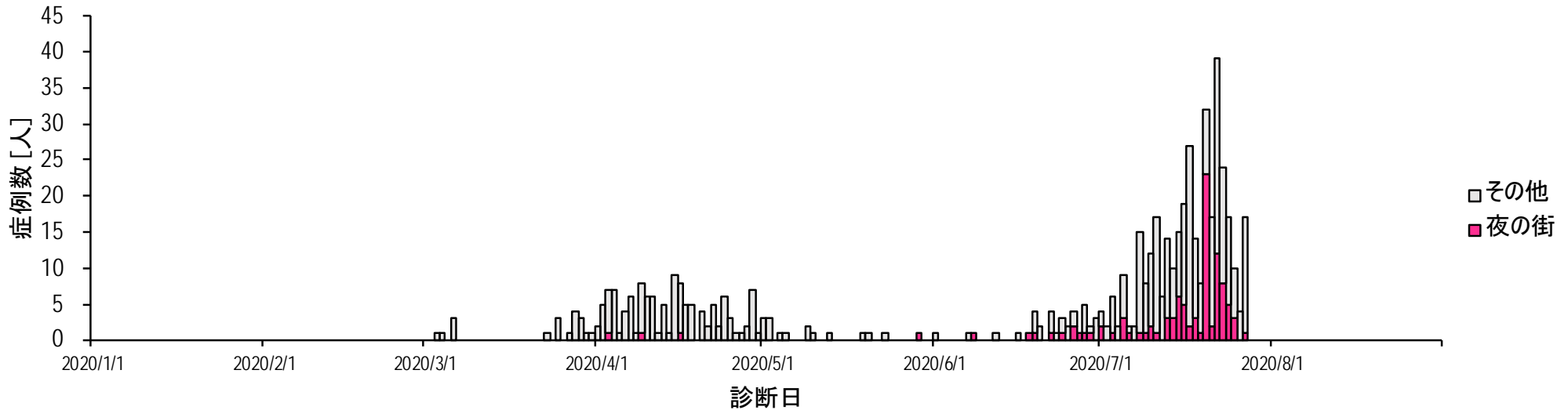
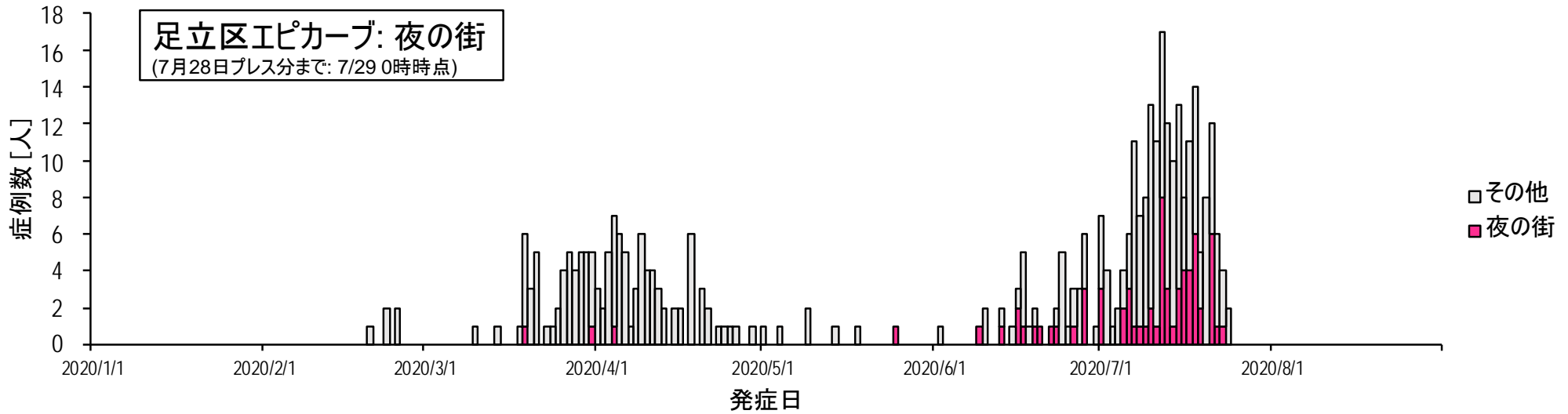
(注: 発症日、診断日、感染経路は調査の進行により随時更新されうる)



N=545  
(無症状 N=50)

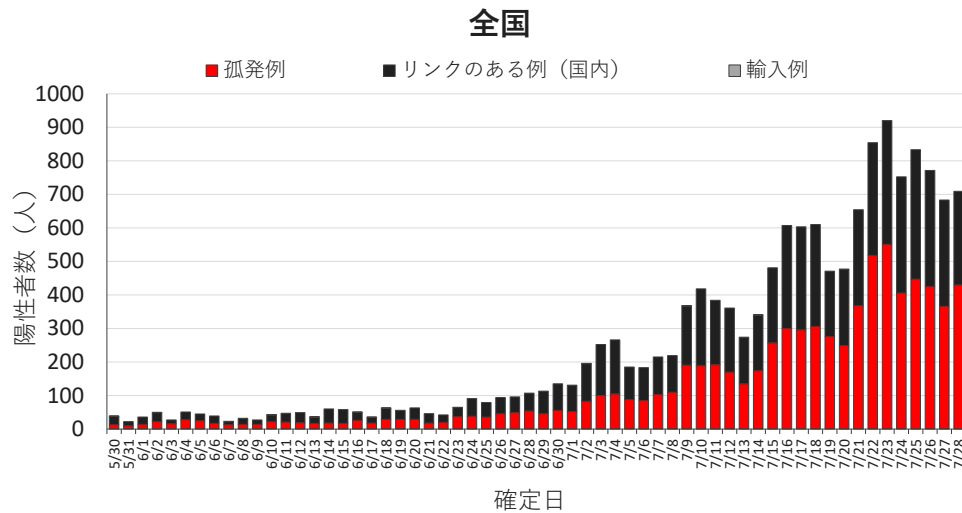
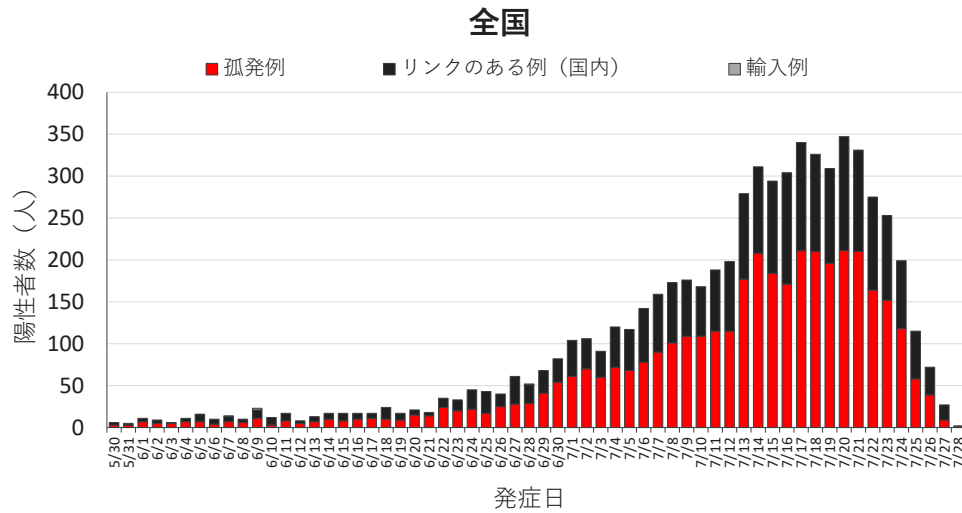


**足立区エピカーブ: 夜の街**  
 (7月28日プレス分まで: 7/29 0時時点)

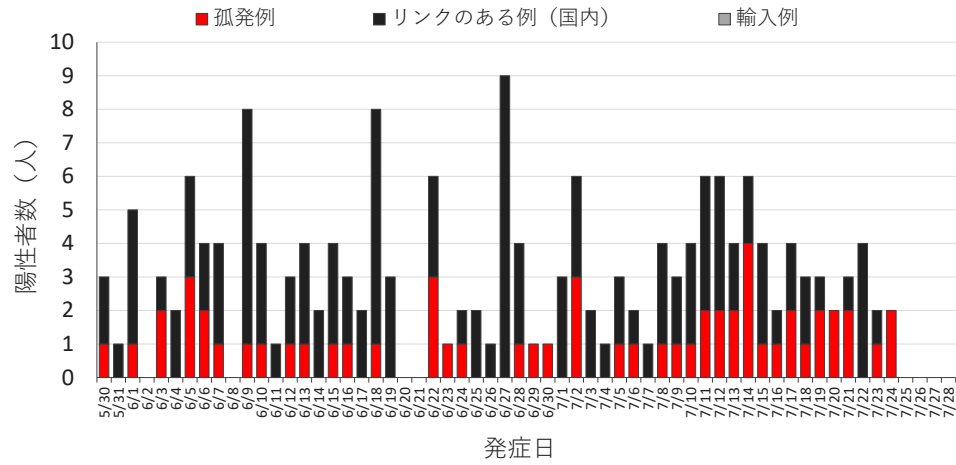




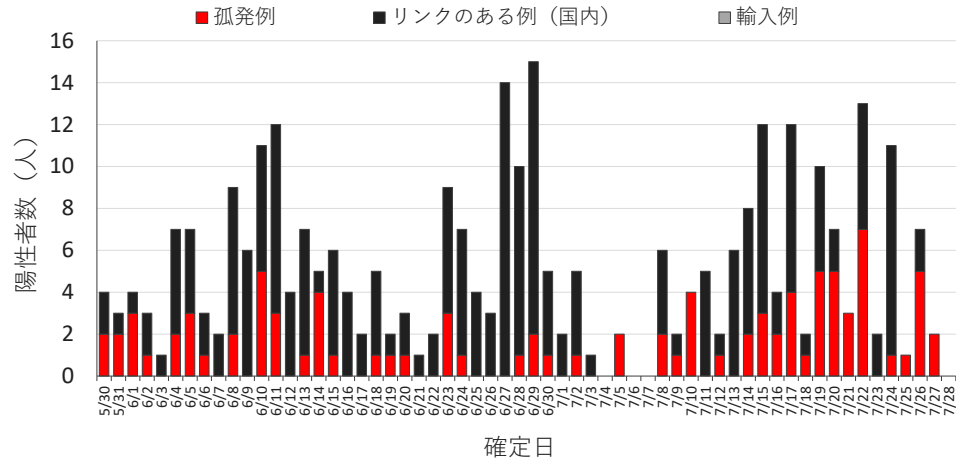




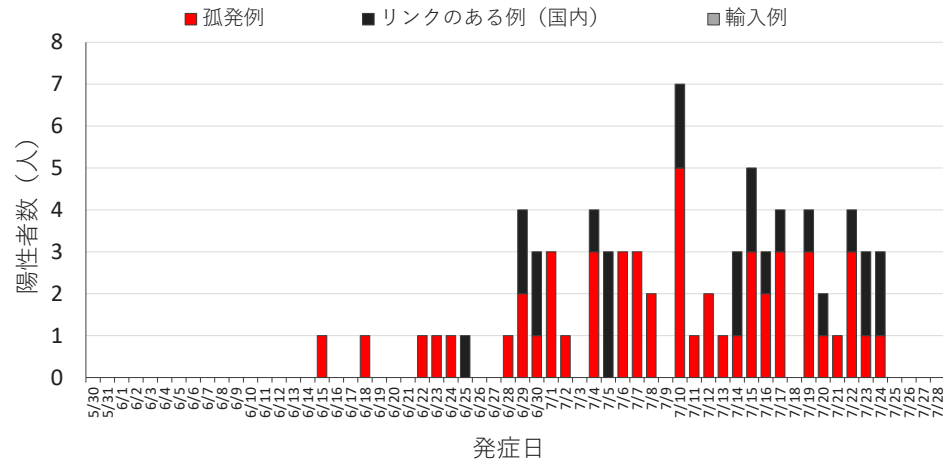
### 北海道



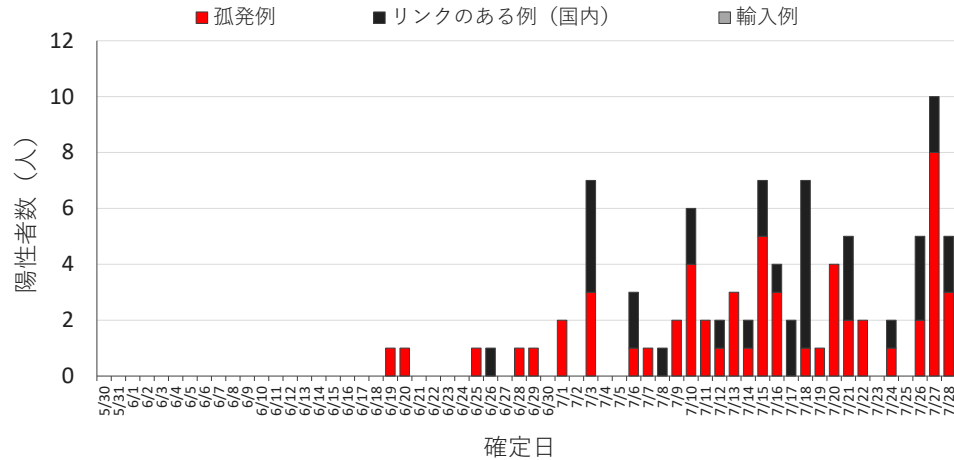
### 北海道



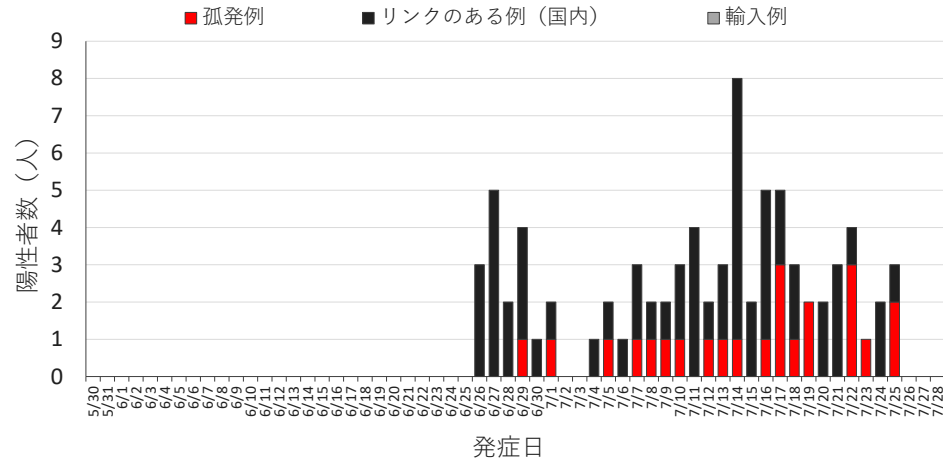
### 茨城



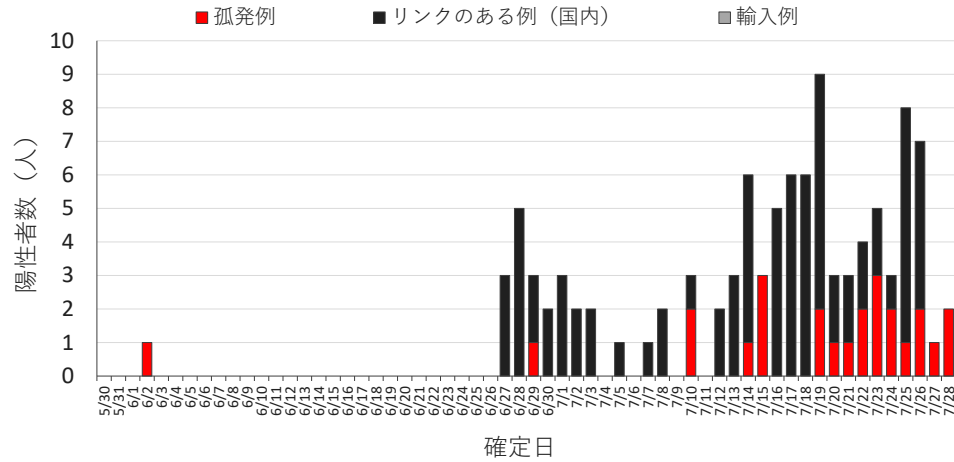
### 茨城

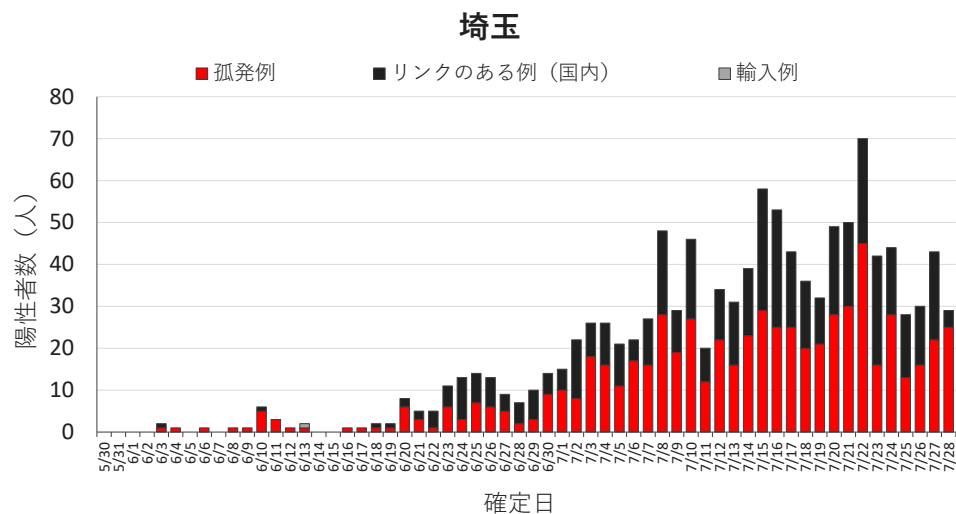
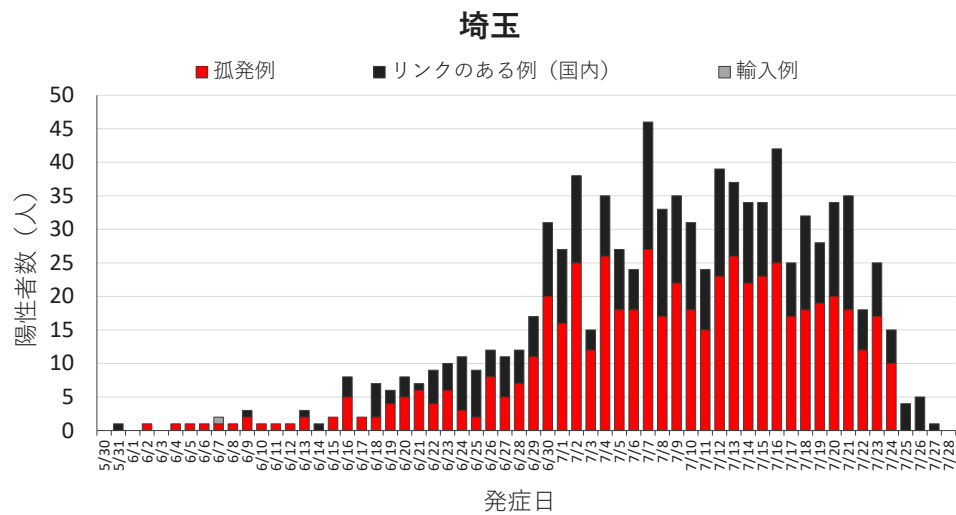


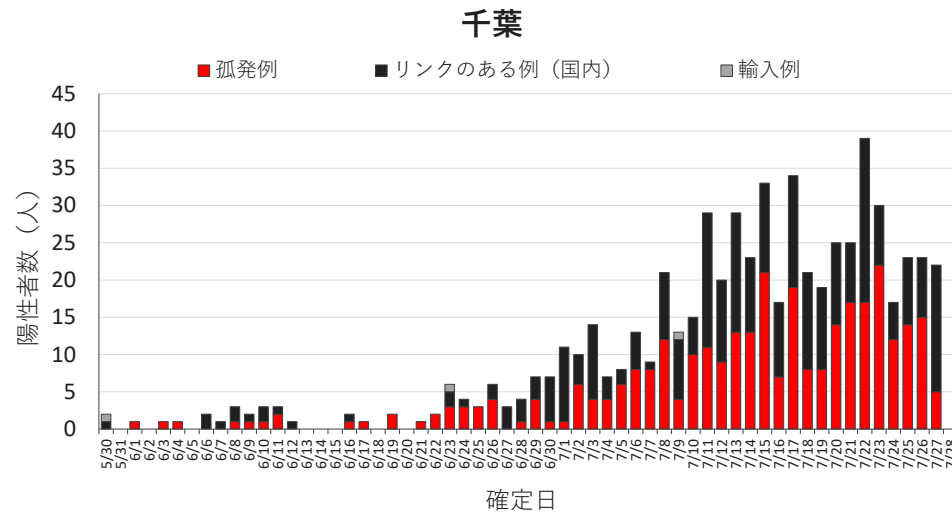
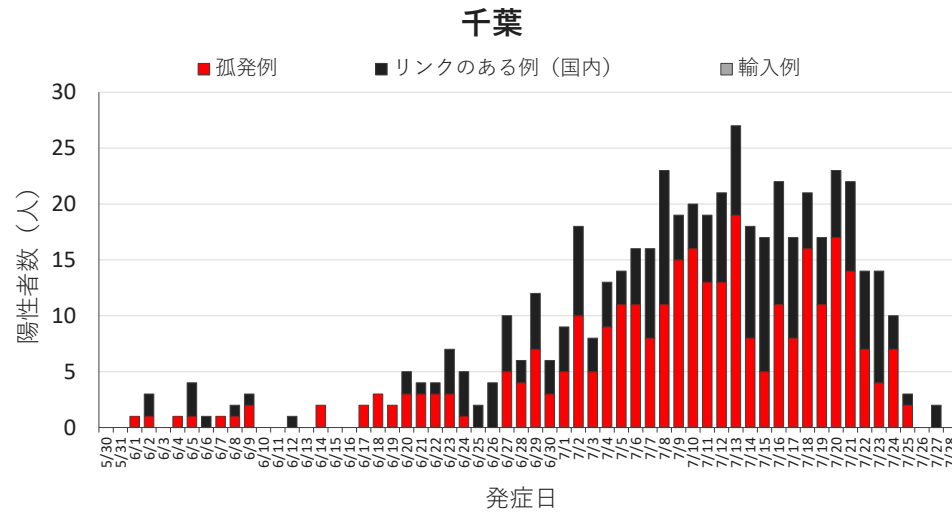
### 栃木



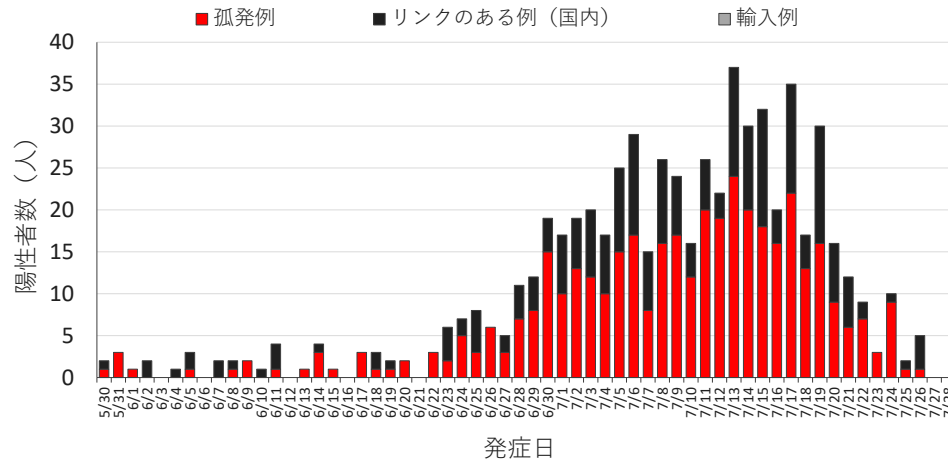
### 栃木



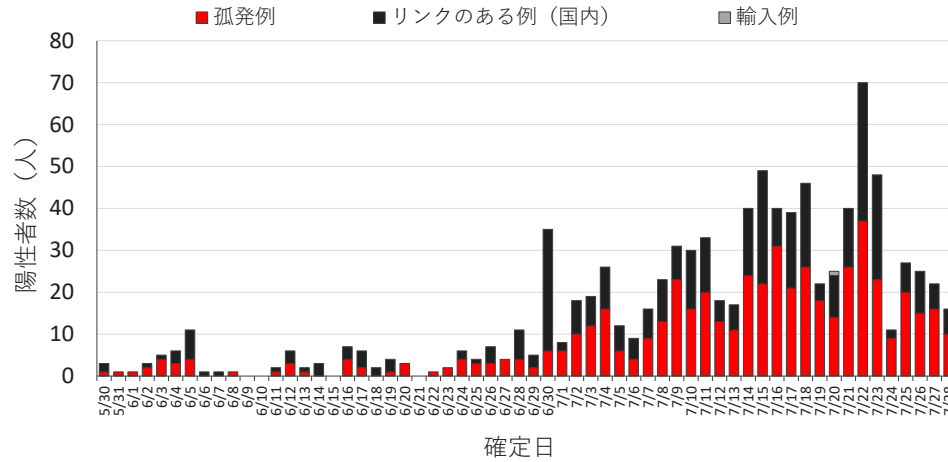




### 神奈川県

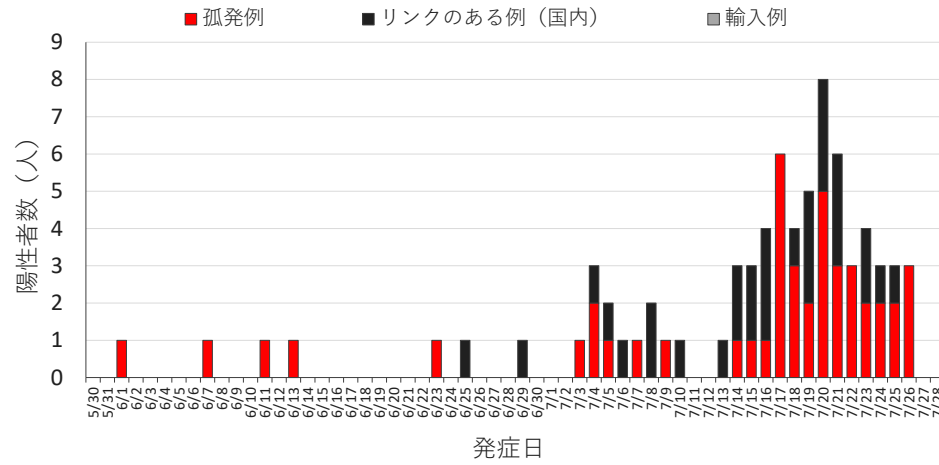


### 神奈川県

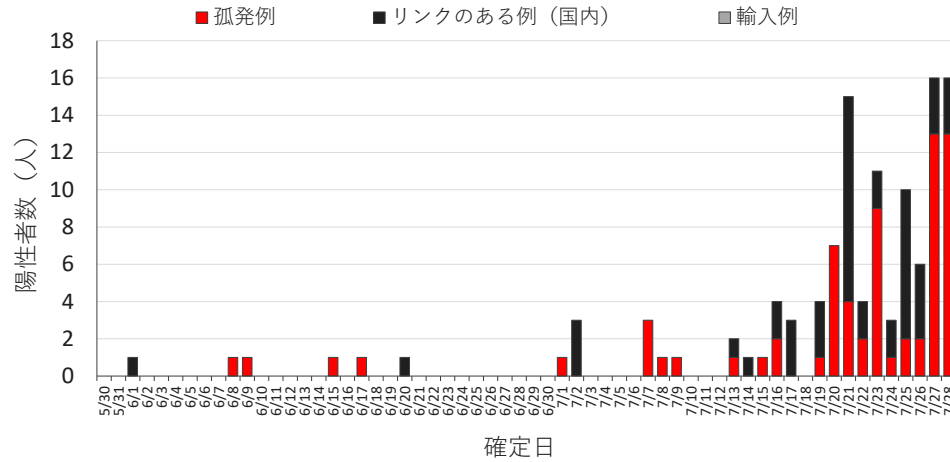




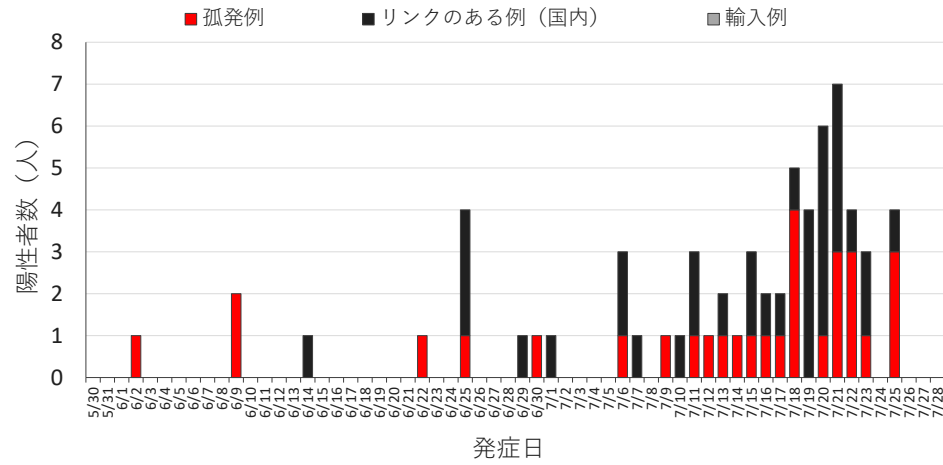
### 岐阜



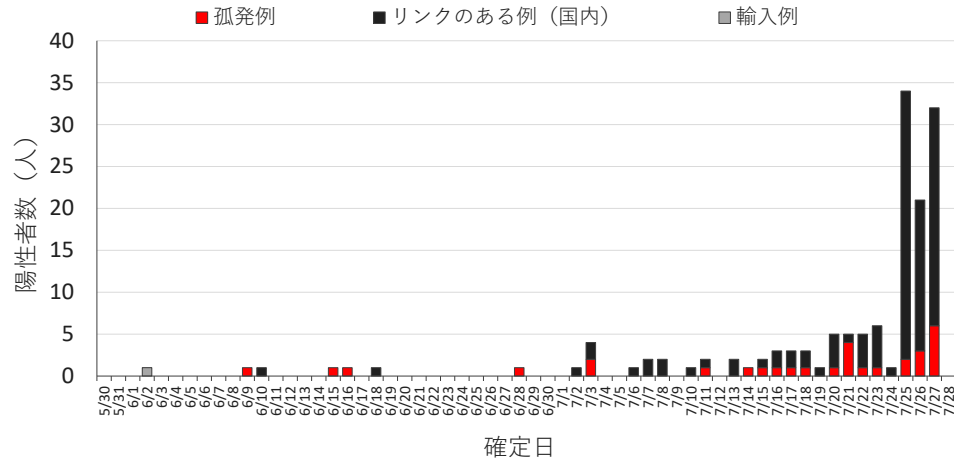
### 岐阜

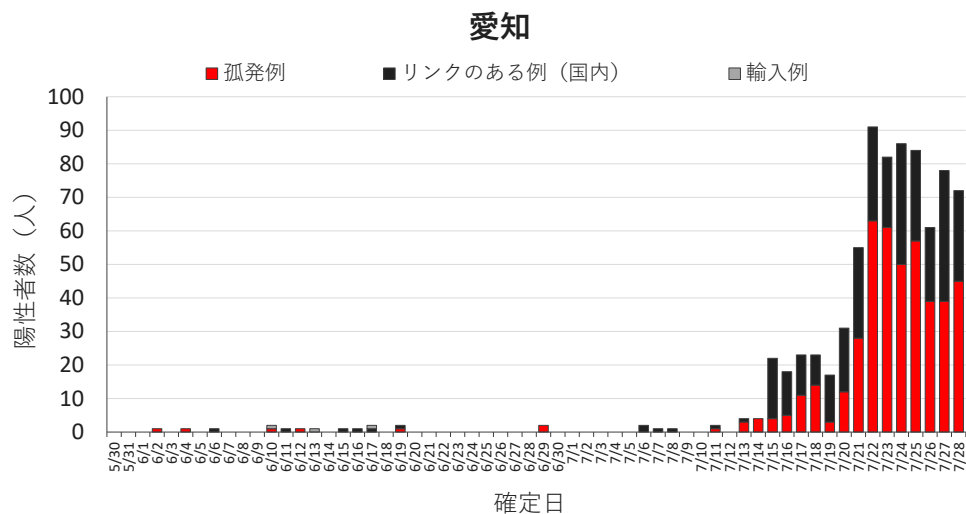
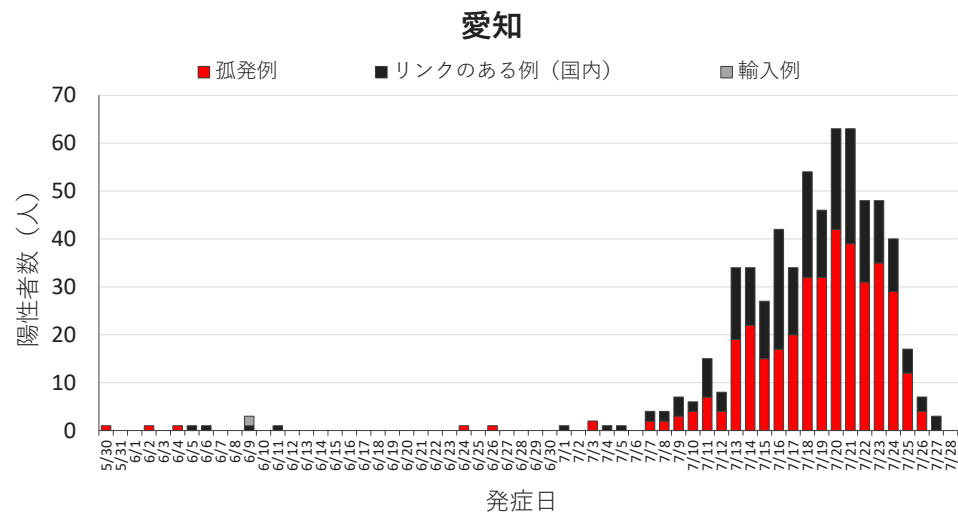


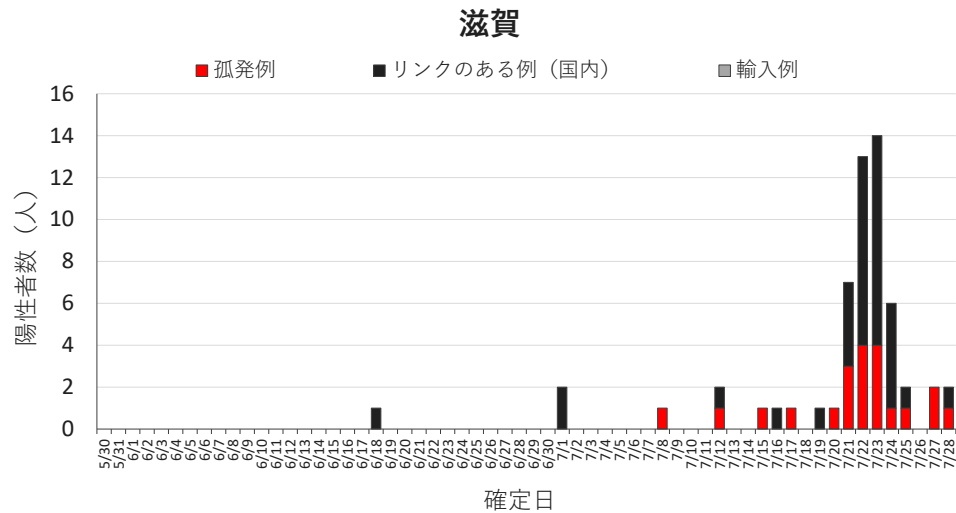
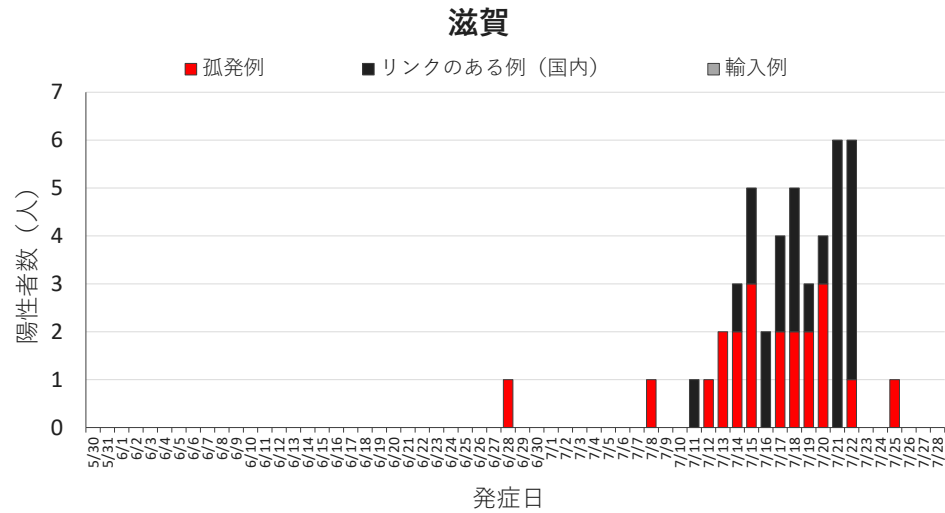
### 静岡

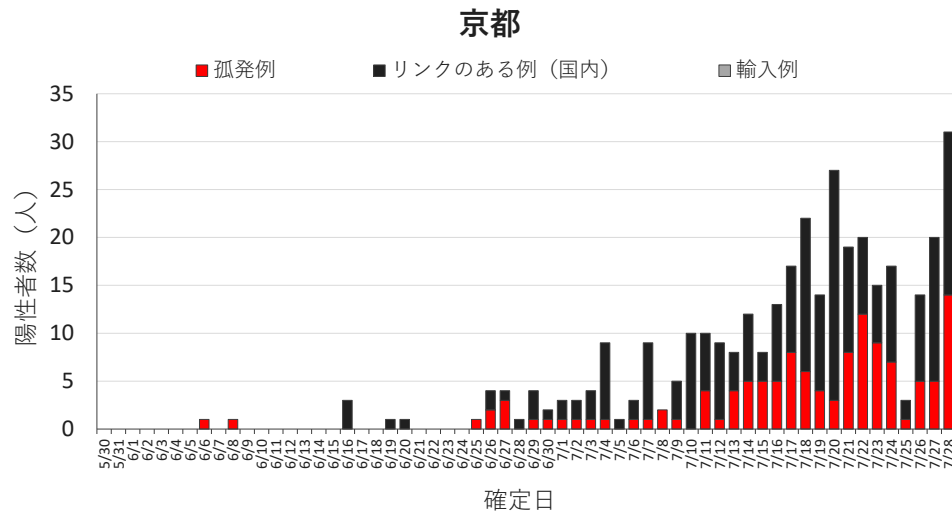
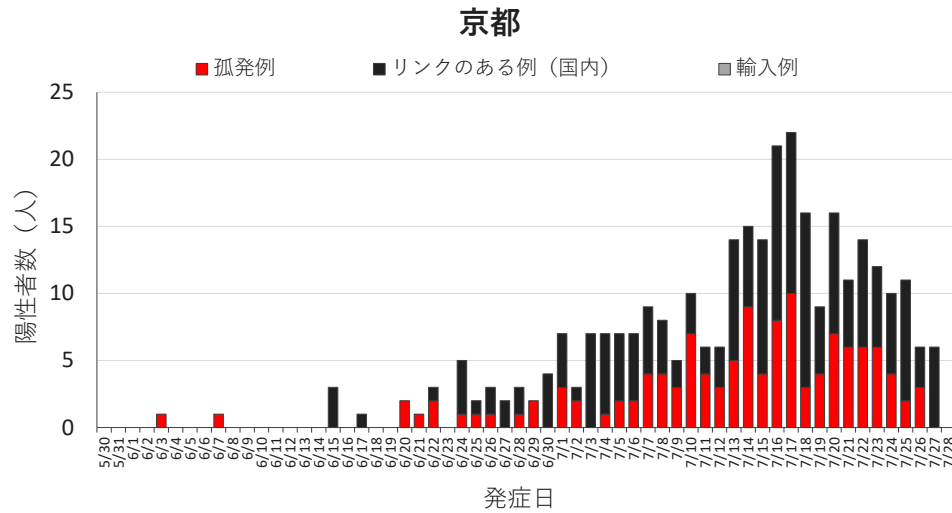


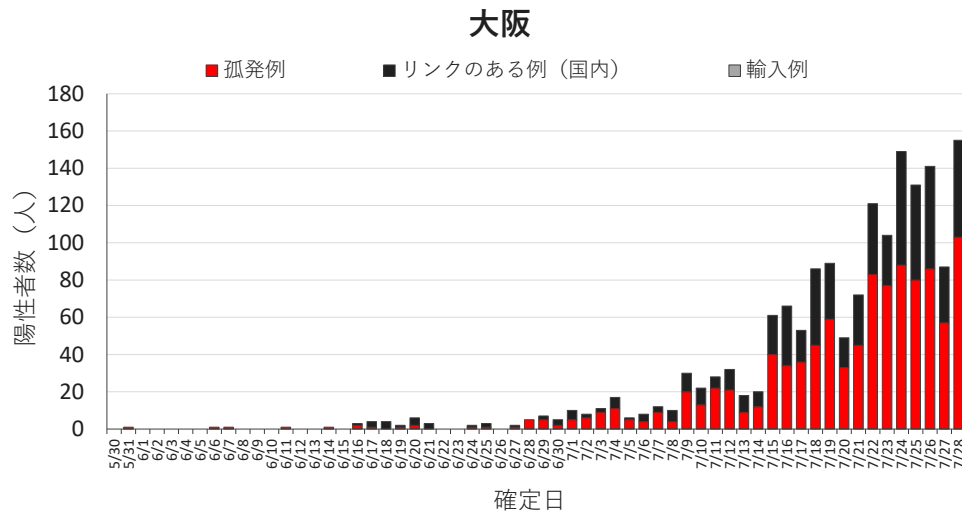
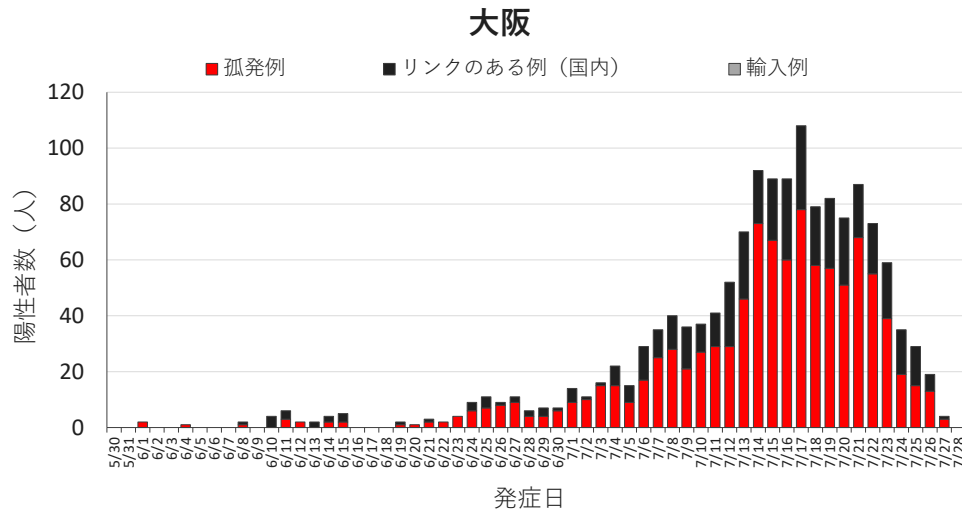
### 静岡

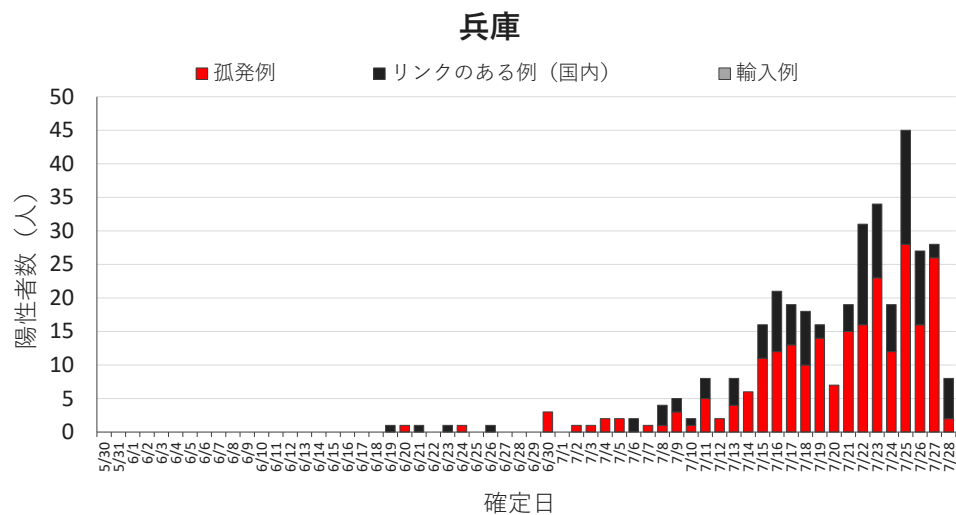
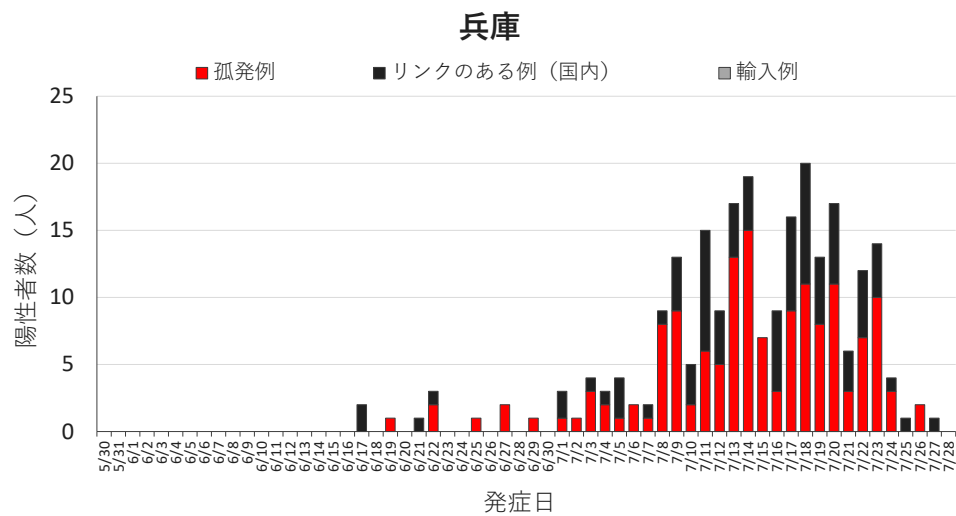


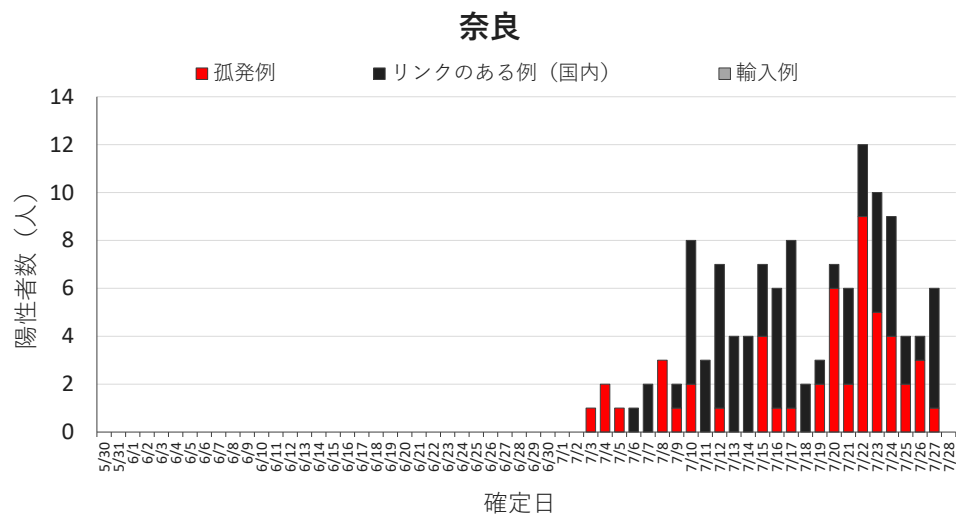
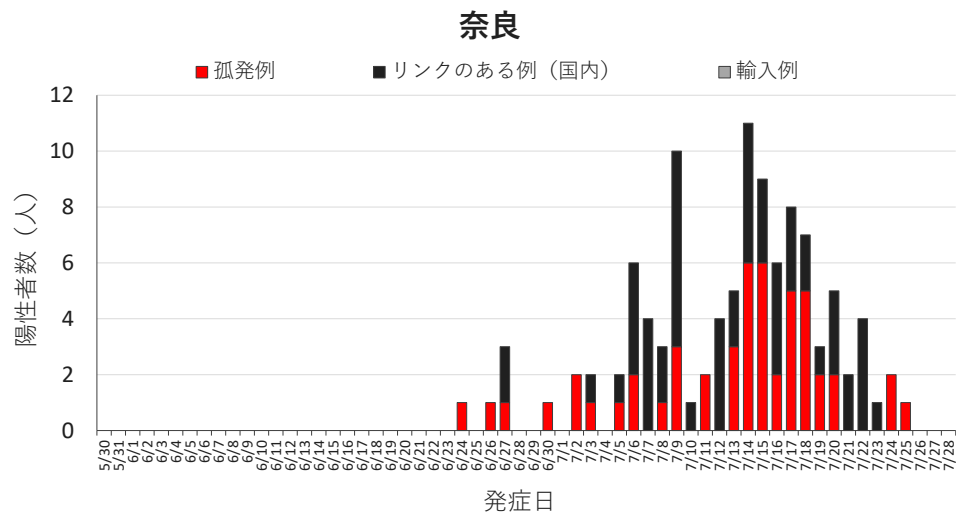




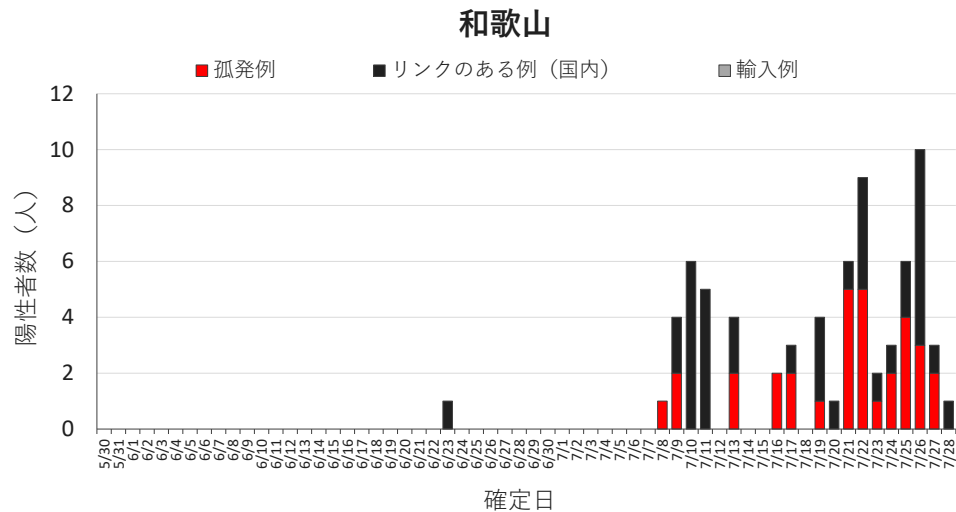
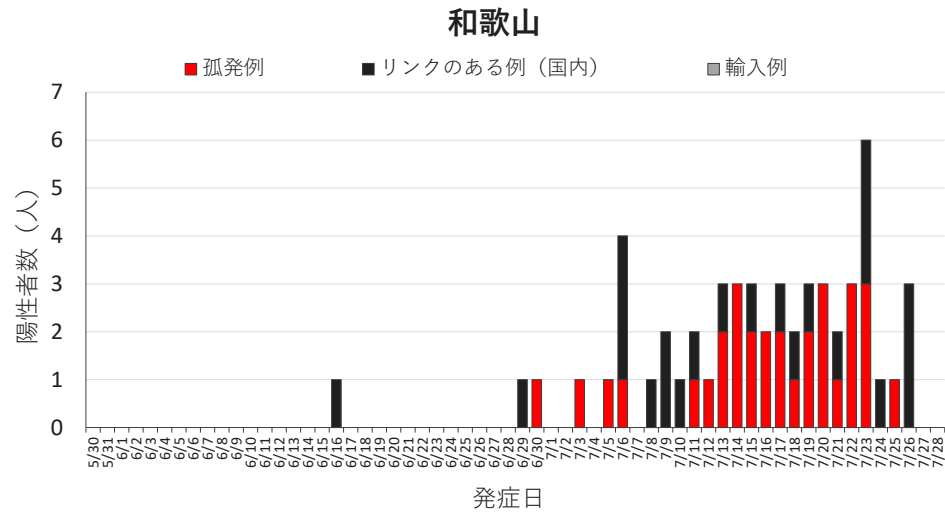


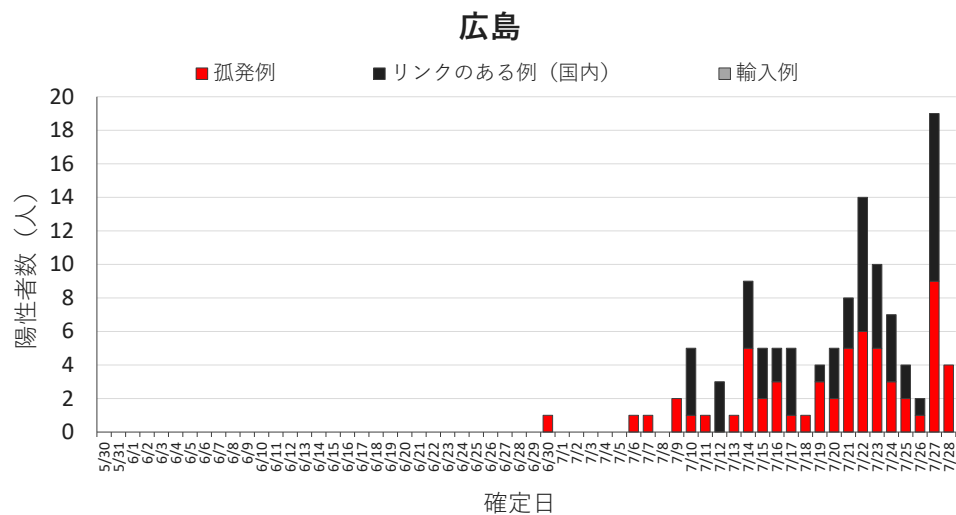
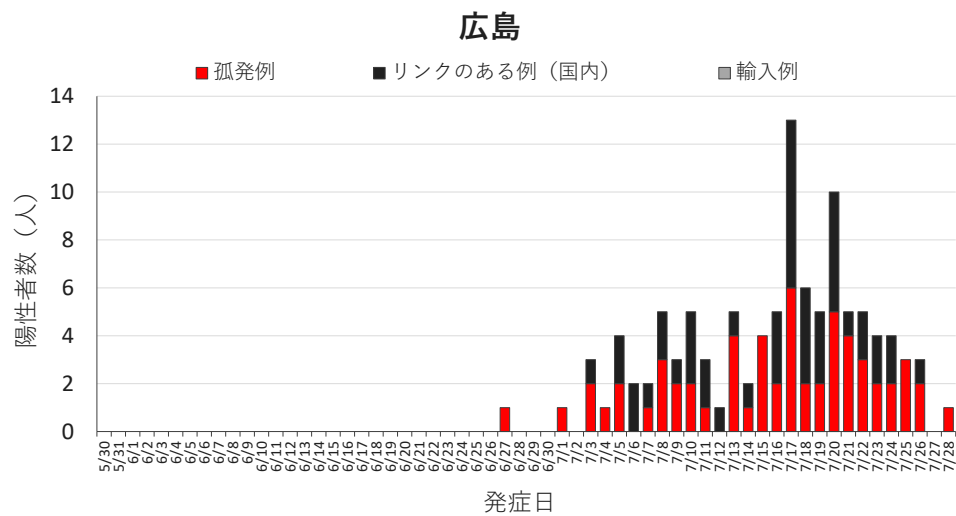




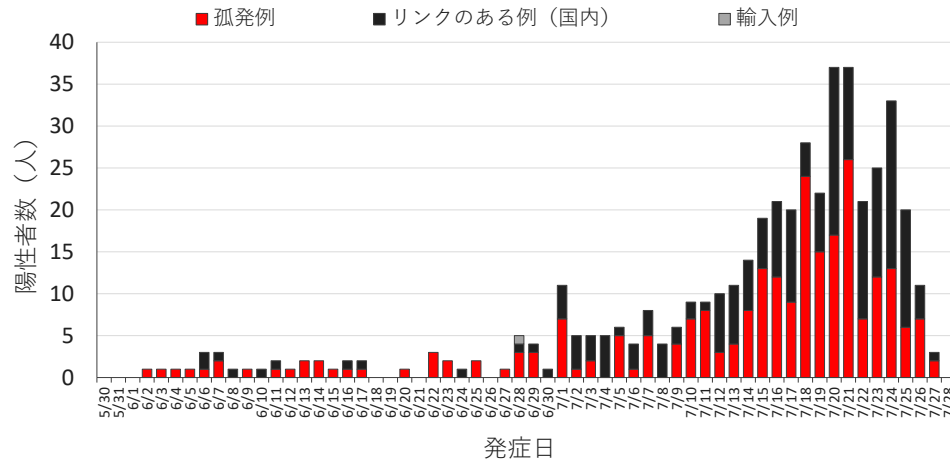




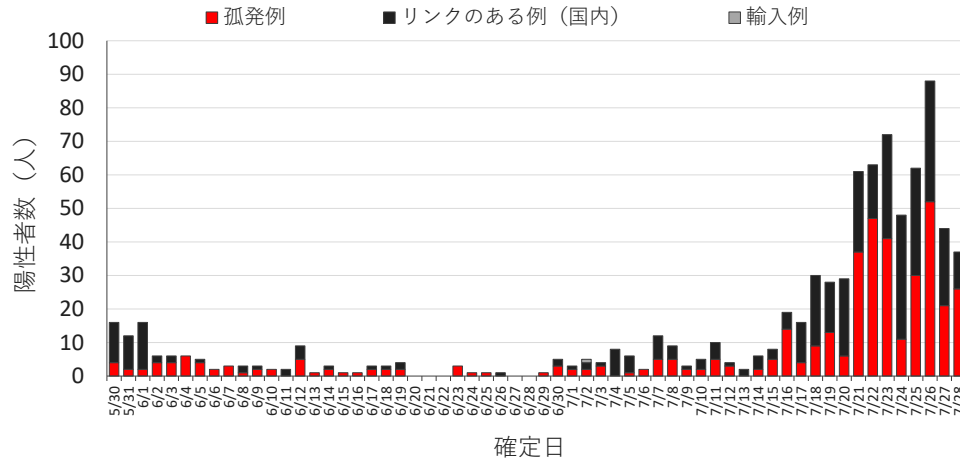


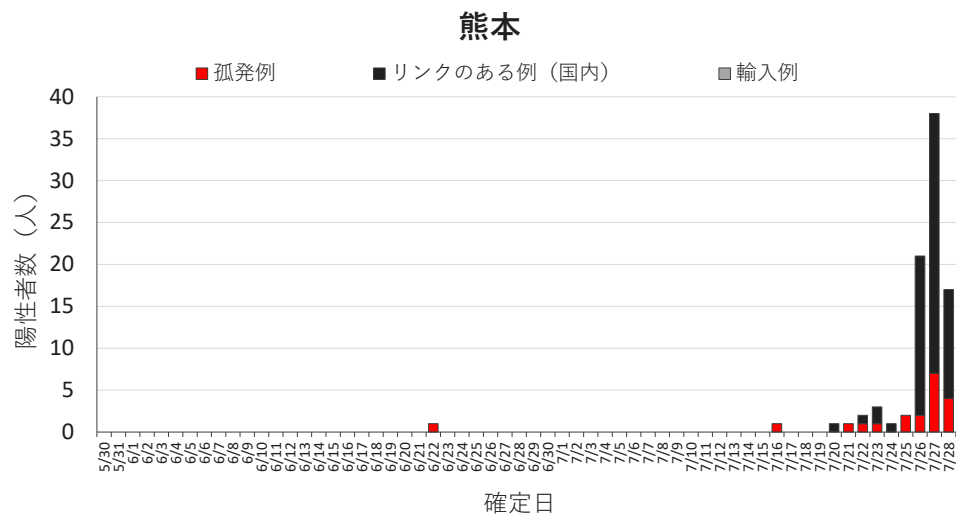
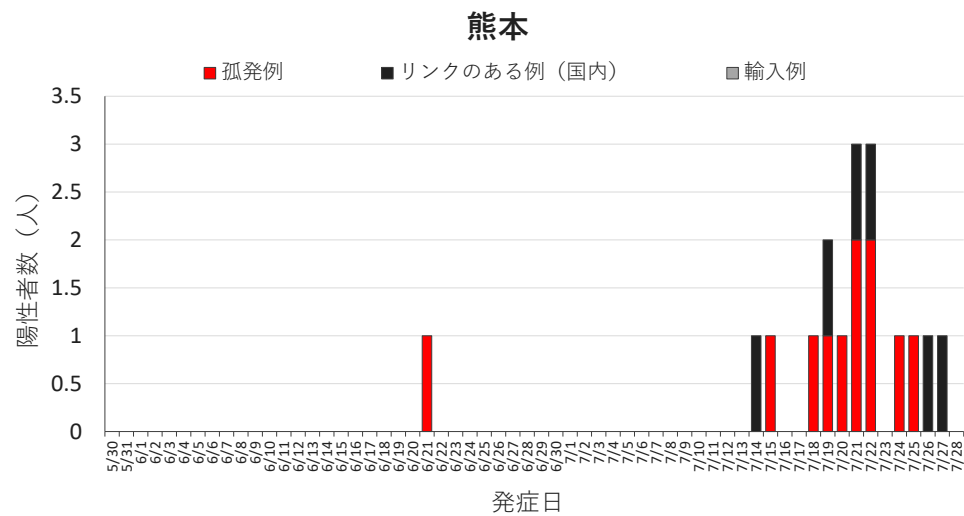


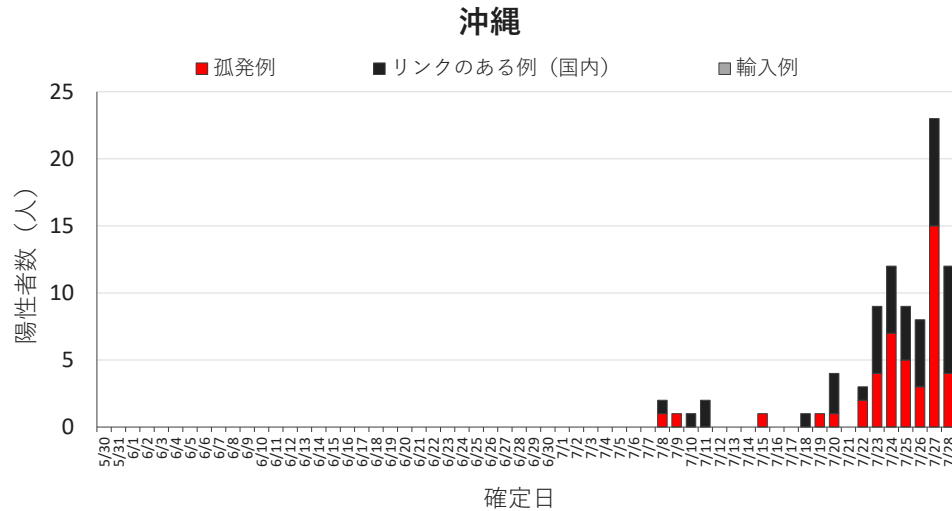
### 福岡



### 福岡







# 今後想定される感染状況の考え方（暫定合意）

令和2年7月31日（金）

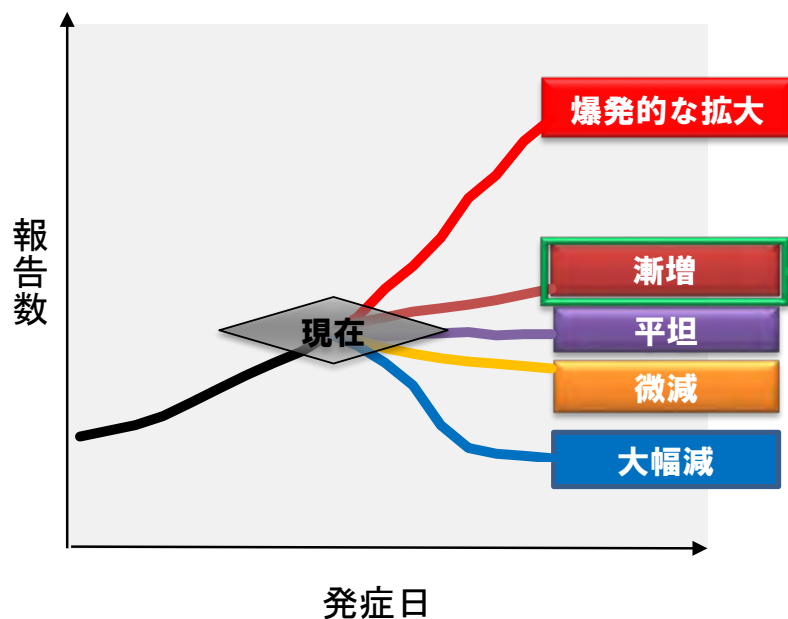
新型コロナウイルス感染症対策分科会

# 1. 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

令和2年7月22日  
分科会提言

- 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
- ⑤水際対策の適切な実施

### 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。



### 3. 直近の感染状況等

令和2年7月30日 厚生労働省  
新型コロナウイルス感染症対策  
アドバイザリーボード

#### ○新規感染者数の動向

- ✓ 都市部を中心に接待を伴う飲食店や友人・知人との会食・飲み会を介した感染拡大が続いており、地方でも感染拡大が生じている。
- ✓ 新規感染者数は全国的に増加傾向であり、一部地域では感染拡大のスピードが増している。
  - ・人口10万人当たりの1週間の累積感染者数(7/29) 全国:4.88人(6,151人) 東京都:12.98人(1,807人)  
⇒ 大阪府11.23(989人)、福岡県9.05(462人)、愛知県8.89(671人)、沖縄県8.12(118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(7/18~7/24) 全国:54% 東京都:58%

#### ○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(7/22):2,744人(14%) 東京都(7/29):1106人(34%)
    - ・受入確保病床数 全国:19,558床(想定27,643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(7/22):54人(2%) 東京都(7/29):22人(6%)
    - ・重症患者受入確保病床数 全国2,532床(想定3,844床) 東京都:400床※(想定500床)
- ※現に確保されている病床数は2,400床及び100床。

#### ○検査体制

- ✓ 直近1週間は4連休もあり若干減少したが、2週間前よりは拡充している。
  - ・検査数(7/20~7/26) 全国 86,562件(1週前(93,577件)、2週前(70,180件))  
東京都 23,525件(1週前(30,666件)、2週前(21,350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ものの、4連休の影響もあってか、上昇幅が大きかった。
  - ・陽性者数の割合(7/20~7/26)は6.0%(前週比+2.4%ポイント)に上昇しているが、緊急事態宣言時(4/6~4/12の8.8%)と比較すると低位。東京都では7.7%(前週比+2.9%ポイント)であった。
- ✓ 「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(7/13~7/19)全国 5.2日、東京都5.2日
  - ※ 4月中旬(4/13~19):全国 7.6日、東京都 9.0日

## 4. 直近の感染状況の評価等

令和2年7月30日 厚生労働省  
新型コロナウイルス感染症対策  
アドバイザリーボード

- 都市部を中心に接待を伴う飲食店や友人・知人との会食・飲み会を介した感染拡大が続いており、地方でも感染拡大が生じている。
- 現在の感染状況に関しては、都市部を中心に地域で感染が増加しているが、そのスピードは3、4月の増加のスピードよりもやや緩慢である。また、一部地域では、感染拡大のスピードが増しており、憂慮すべき状況である。
- これまでクラスター感染が発生した場所に関しては、接待を伴う飲食店、居酒屋など、主に3密や大声を発するような状況が多かった。このため、感染拡大防止に向けては、3密や大声を上げる環境の回避、接待・会食での感染防止、換気の徹底など基本的な感染対策を行うことが強く求められる。
- 現在のところ、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。その一方、感染経路不明の感染者も増加している。
- 最近では、家庭内や医療機関、高齢者施設等における感染も確認されてきている。これまで、若年層を中心とした、感染拡大がみられたため、3、4月と比較すると、感染者数の増加に対して、入院や重症化する者の割合が低かった。しかし、都市部を中心に、感染者の増加が続くことにより、中高年層への拡大が徐々に見られており、重症者も徐々に増加している。
- このように、新規感染者の継続した発生や増加により、保健所や医療機関の対応には既に悪影響が生じており、公衆衛生体制及び医療提供体制の負荷の軽減を図るため、新規感染者数を減少させるための迅速な対応が求められる状況となっている。
- 引き続き、感染状況の監視・評価を継続し、宿泊療養施設の確保をはじめ、医療提供体制の状況を常に点検する必要がある。

## 5. 緊急事態宣言解除以降の感染拡大の傾向

令和2年7月30日 厚生労働省  
新型コロナウイルス感染症対策  
アドバイザリーボード

- 宣言解除後の感染拡大は、主に、東京都の一部の地域から地方に伝播し、さらに一部の地方で感染拡大が続いているものと考えられる。
- 宣言解除前においては、バーやクラブなど接待を伴う飲食店から家庭内感染が起こり、そこから病院や高齢者施設などに伝播するというのが典型的なパターンであった。しかし、宣言解除後は、ガイドラインを守っていないと思われる接待を伴う飲食店から家庭内感染への伝播は起こったものの、これまでのところ、病院や高齢者施設への伝播はあまり見られず、流行規模も小さく抑えられている。
- これまで実際に感染が起きた場所は様々（例えば、劇場や接待を伴う飲食店など）であるが、それらの場所に共通する条件、すなわち感染リスクが高かった環境は、宣言解除前と同様に、いわゆる「3密」と「大声」であった。
- 新型コロナウイルス感染症は、「飛沫感染」及び「接触感染」が主たる感染経路と考えられてきたが、わが国においては、2月に基本方針を策定した頃から、いわゆる「3密」の条件における「飛沫感染」や「接触感染」では説明できない感染経路を指摘し、対策に取り組んできた。
- 「3密」と「大声」に関連する感染経路として、最近になっていわゆる「マイクロ飛沫感染」が世界的にも重要と認識されてきている。
- 様々な状況証拠から「3密」と「大声」の環境においては、「飛沫感染」や「接触感染」に加えて、「マイクロ飛沫感染」が起こりやすいものと考えられている。
- 一方で、屋外を歩いたり、感染対策のとられている店舗での買い物や食事、十分に換気された電車での通勤・通学で、「マイクロ飛沫感染」が起きる可能性は限定的と考えられる。

注)「飛沫感染」とは、咳や会話により発せられた飛沫を吸い込む感染経路であり、通常2m以内の距離の人に感染が起こる。一方、「マイクロ飛沫感染」とは、微細な飛沫である $5\mu\text{m}$ 未満の粒子が、換気の悪い密室等において空気中を漂い、少し離れた距離や長い時間において感染が起こる感染経路である。なお、いわゆる「空気感染」は結核菌や麻疹ウイルスで認められており、より小さな飛沫が例えば空調などを通じて長い距離でも感染が起こり得る。「マイクロ飛沫感染」と「空気感染」とは異なる概念であることに留意が必要である。

## 6. 各都道府県で今後想定される感染状況（暫定合意）

- 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。
- ※感染状況及び対策の検討にあたっては、大都市部と地方部の違いに配慮が必要。

**感染ゼロ散発段階** 感染者の散発的発生するも医療提供体制に特段の支障なし

**感染漸増段階** 感染者の漸増及び医療提供体制への負荷の蓄積

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

**感染急増段階** 感染者の急増及び医療提供体制に支障発生

感染漸増段階と比べてクラスターが広範に多発する等、感染者が急増し、新型コロナウイルス感染症に対する医療提供体制への負荷がさらに高まり、一般医療にも大きな影響が出ている状況。

**感染爆発段階** 爆発的な感染拡大及び深刻な医療提供体制の機能不全

病院間クラスター連鎖などの大規模かつ深刻なクラスター連鎖が発生し、爆発的な感染拡大が始まる。このため、このままいけば、高齢者や高リスク者が大量に感染し、多くの重症者及び死亡者が発生し始め、公衆衛生体制及び医療提供体制が機能不全に陥っている状況。

## 7. 段階の判断に当たっての考慮要素（暫定合意）

- 3、4月と6、7月の感染拡大を比較すると、後者では検査能力の拡充による無症状病原体保有者なども計上されていることや、医療機関や高齢者施設などの感染防止対策の成果等もあり、若年層を中心とした感染拡大が生じている。そのため、現在までのところ感染者数の増加に対して、入院者や重症者の割合が低くなっている。
- この結果、3、4月の感染拡大時に用いた新規感染者数や倍加時間、感染経路の不明な症例の割合といった指標は、そのままでは医療提供体制のダメージなど、防がなければならない事態との関係性が、以前とは同等ではなくなっている。
- 現下の状況において、検査体制や公衆衛生体制の負荷を見ていくことは当然重要であるが、加えて、特に医療提供体制の負荷に関する指標を重視する必要がある。
- 新規感染者数の増加などを踏まえれば、現在、多くの自治体が既に感染漸増段階であり、感染状況の下降に向けて努力を傾注すべき状況にあると考えられる。
- しかし、そうした努力を講じても、感染漸増段階から感染急増段階、さらには感染爆発段階へ移行する可能性もあり得る。次の段階が起こりそうな兆しを早期に検知する必要があり、そのために予兆を検知する、以下のような指標を検討し、感染状況を下降させるための具体的な政策介入の判断に活用すべきである。

### 1. 医療提供体制への負荷

- ・ 医療提供体制のひっ迫具合
  - ⇒ 直近の感染増加スピードや病床稼働率を踏まえると、感染が拡大していくと確保できている病床や人員体制への負荷がかなり高くなる状況  
(重症者病床、60歳以上新規報告数などを踏まえ判断)

### 2. 検査体制への負荷

- ・ PCR陽性率 など

### 3. 公衆衛生への負荷

- ・ 新規報告数
- ・ 直近1週間と先週の1週間との比較
- ・ 感染経路不明の割合 など

## 8. 感染急増段階への移行を防ぐための施策の提案（暫定合意）

### メリハリの利いた接触機会の低減

#### 【対事業者】

##### （集団感染（クラスター）の早期封じ込め）

- ガイドラインを遵守していない酒類の提供を行う飲食店の休業要請等。
  - イベント開催の見直し。
  - 人が集中する観光地の施設等における入場制限等。
  - 接触確認アプリの導入をイベントや企画旅行等の実施に当たって要件化。
  - COCOA及び地域の接触確認アプリの更なる普及促進。
  - リスクの高い場所への積極的な介入・指導の継続強化（検査の強い要請など、クラスターが発生した店舗等への対策強化）。
  - テレワーク等の更なる推進。
- ##### （基本的な感染予防の徹底）
- 飲食店における人数制限。

#### 【対個人】

##### （基本的な感染予防の徹底）

- 夜間や酒類を提供する飲食店への外出自粛の要請。
- 飲食店における人数制限。
- ソーシャルディスタンスの徹底。
- ターゲット毎の明確なメッセージの発信。
  - ・ 重症化しやすい人（高齢者など）：3密の徹底的な回避、安全な活動については推奨。
  - ・ 中年：職場での感染予防徹底、宴会等の自粛。
  - ・ 若者（学生）：クラブ活動等における感染予防徹底、宴会等の自粛。
  - ・ 医療従事者・介護労働者：リスクの高い場所に行かない。
- 感染予防を徹底できない場合等における、感染が拡大している地域との県境を越えた移動自粛の徹底。

#### 【対国・地方自治体】

##### （保健所の業務支援）

- クラスター対策の重点化・効率化。
- 保健所への人材の派遣・広域調整。

##### （医療提供体制及び公衆衛生体制の整備）

- 病床、宿泊療養施設の追加確保（公共施設の活用など一段進んだ取組）。
- 重症病床をはじめ医療提供体制に関する各種データの積極的公開。
- 無症候者、症状別の感染者数の公表。
- 臨時の医療施設の準備
- 都道府県域を超えた患者受入れ調整（広域搬送）
- 検査時にウイルス量が多い場合や高齢者等の重症化するリスクが高い方を優先的に入院。（軽症・無症状者で重症化リスクの低い方への自宅療養の開始）
- 感染が広がっている特定の地域については、医療機関や高齢者施設等において速やかに必要な検査を実施。
- 感染が拡大している特定の地域に属する者や関連する集団を対象とした検査を実施

##### （水際対策）

- 水際対策の適切な実施を継続。

##### （その他の重要事項）

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

## 9. 感染爆発段階への移行を防ぐための施策の提案（暫定合意）

### 全面的な接触機会の低減

緊急事態宣言など、強制性のある対応を検討せざるを得ない。

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

### 公衆衛生体制

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

### 医療提供体制

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

## 新型コロナウイルス感染症対策分科会（第4回）

### 議事概要

#### 1 日時

令和2年7月31日（金）10時30分～13時31分

#### 2 場所

合同庁舎5号館12階専用第15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

小池百合子 東京都知事

吉村 洋文 大阪府知事

#### 4 議事概要

##### <西村国務大臣挨拶>

おはようございます。お忙しいところ、お集まりいただきましてありがとうございます



ざいます。

本日は、この分科会におきまして2点のことについて御議論をいただければと考えております。

1点目は「最近の感染状況と今後の対応について」であります。前回の分科会、7月22日のときには、この足元の感染状況につきまして、主に2点の評価をいただいております。1つ目が、引き続き3密と言われる場所が主たる感染の場となっていること。そして、2点目に、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いる状況にある。こうした評価をいただいたところであります。

その後、一昨日、29日には全国の新規感染者の報告数、これが1,242名となりました。また、昨日も1,297名。この報告数は非常に高い水準でなっているというところであります。この感染の報告数をどういふように見たらいいか。一方で、現在の状況につきましては、接待を伴う飲食店や会食を介した感染など、今、申し上げたように新規感染者の報告数増加は続いているものの、4月の感染拡大時と比べますと若い世代の感染者が多いこと、60歳以上の感染者や重症者が少しずつは増えているものの、いまだ少ないこと、こういった点が異なっております。

こうした状況を踏まえまして、現在の感染状況に関しまして、東京、大阪のみならず全国の状況に関してぜひ分析・評価をいただきたいと思っております。

さらに、前回分科会で、感染拡大が継続したときや爆発的な感染拡大に備えて、判断に係る指標及び取るべき対策について可及的速やかに検討する、こういう御提言をいただいております。本日も分科会の構成員の皆様方から御提案をいただくこととなっていると承知をしておりますが、この判断の指標となるべき事柄、指標、そして、取るべき対策、これについてしっかりと御議論をできればというように考えているところであります。

また、本日は小池東京都知事や吉村大阪府知事にも、この後、テレビ会議にて御参加をいただく予定でありますので、両知事を交えまして感染状況、そして、取るべき対策についても意見交換をさせていただければと考えております。

2点目は新型コロナウイルスワクチンについて、前回の分科会での御意見を受けまして、2009年の新型インフルエンザの際のワクチン接種についてかなり議論が行われましたので、これまでの議論を踏まえて引き続きワクチン接種の在り方についての御議論をお願いしたいと思います。本日も忌憚のない御意見をいただきますようよろしくお願い申し上げます。

#### <加藤厚生労働大臣挨拶>

皆様、おはようございます。それぞれお忙しい中、中には連日、こうした会議に御参加いただいております。本当にありがとうございます。

昨日は全国で過去最多となる1,300人近い陽性者が確認されるなど、足元では大

都市圏を中心に、また、地方においても感染が徐々に拡大をする傾向にあります。厚労省では、昨日、アドバイザリーボードを開催し、現時点における感染状況の評価・分析も行っていただきました。その結果、後ほど御報告があると思いますが、都市部を中心に接待を伴う飲食店や友人・知人との会食・飲み会を介した感染拡大が続いており、地方でも感染拡大が生じていること。現在の感染状況に関しては、3月、4月の増加スピードよりもやや緩慢であるが、一部地域では感染拡大のスピードが増しており憂慮すべき状況であること。3、4月と比較すると入院や重症化する者の割合が低いが、重症者も徐々に増加をしていること。保健所や医療機関の対応には既に悪影響が生じており、新規感染者数を減少させるための迅速な対応が求められる状況になっているといった分析・評価もいただきました。

厚労省としては、引き続き感染動向を注視していくとともに、先般、内閣官房を中心に飲食店等におけるクラスター発生防止のための総合的な取組を取りまとめました。こうしたことを一つ一つ実施をし、また、地域における公衆衛生の対策の要であります保健所機能の増強に向けた支援、早期に陽性者を確認する検査体制の充実、感染者数の増加にも対応できるような必要な病床や宿泊療養先の確保に向けた必要な支援を行っていきたいと思っております。

また、医療現場の先生からは、病床が空いていてもそこに新型コロナウイルス感染症患者を受け入れるための人員や医療機器などの体制の整備には一定の準備期間が要ることなど、新規感染者数の増加は医療現場の負担になっているということ。また、今回の一連の新型コロナウイルス感染症の対応で、1月、2月から医療機関は極度の緊張感の中で努力をいただいていることなど、病床データだけでは見えない問題もあるという御指摘もいただいているところであります。

増加し続ける感染者への対応で医療現場の負担感が強まっている中、重症者数が少しずつ増えていることも含めて状況を引き続き注視するとともに、都道府県とも連携をして医療提供体制の状況等を常に点検しながら対応していく必要があると思っております。こうした医療現場の負担感を少しでも軽減する意味でも、国民の皆さんにもより一層の感染防止対策の徹底を色々な機会を通じてお願いをしていきたいと考えております。

なお、空港検疫においてPCR検査に代わる唾液による検査、抗原定量検査による仕組みに切替えをさせていただき、先日、羽田空港でその現場を視察いたしました。今回の切替えをすることによって、検査結果が判明するまで、これまでは場合によっては1泊、どこかで待っていただいたということになっておりましたが、スムーズに流れれば1時間程度で検査が終了するということで大幅な時間の短縮、また、円滑な流れをつくっていくことができるというように認識しております。

今後ともこうした新しい技術を積極的に採用するなど、検査体制の充実あるい

は検疫業務の効率化にもさらに努力をしていきたいというように考えているところでございます。今日、様々な御意見をいただきたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

(報道関係者退室)

### <議事(1) 最近の感染状況と当面の対応>

○事務局(安居) <資料1を説明>

○脇田構成員 <資料2(P1~P6)を説明>

○尾身分科会長 <資料2(P7~P10)を説明>

(小池知事、吉村知事、ウェブ会議参加)

○小池知事 東京都の感染状況と今後の対応について、分科会の皆様方に御報告をさせていただきます。

東京都においては、現在、検査体制は1日約8,600件の処理が可能になっており、1日1万件の検査能力の確保を目指しているところである。そういう中で、毎週1回、7日間移動平均などを参考にしながらモニタリングを行っているところであり、その際の専門家の御報告を基にして都としての対策を議論し、そして、昨日がその日でモニタリング会議を行ったところである。

専門家の皆様方からは2つの視点、2つの柱で分析していただいている。

まず、感染状況だが、新規陽性者数、4日間で1,000人を超えるペースで増加をしているということと、前の週と比べて110%ということでもまだ減少の兆しが見られていない。その結果、感染状況については4段階に分けているが、一番上が赤、そして、その次がだいたい色になるが、感染は今、最高レベルである感染拡大というコメントをいただいている。

医療提供体制については、重症患者数、つい先日、2週ほど前は1桁であったが、今、22名ということで100床用意しているので、100床に対しての22人という比率になる。さらに、この重症者の数が増えることに対する医療的な負担は、大変負荷がかかるということで深刻になる。一方で、100対22ということから、4段階のうち3段階目のオレンジ色の体制強化ということである。先週は感染拡大警報ということでまとめたが、それから一歩進んだというニュアンスを込めて感染拡大特別警報ということを都民の皆様方に緊急会見を通じてお伝えした。

それから、新規陽性者、昨日367人で過去最多である。また、都内の各地でクラスターが発生したという報告を受けている。そして、都内各地で感染拡大の防止のためには区市町村との連携、メリハリのある対策が当然重要になる。

特別区、23区あるが、この保健所の支援である。東京都における23特別区の保健所というのは、他の道府県とは位置づけが若干異なる。昭和50年に地方自治法が改正されて保健所は特別区に移管をされているが、地域保健の観点から、東京都として23区の特別区を含む保健所に対して支援を行っているところである。現在、65名の都職員を派遣、それに加えて8月上旬には約120名の体制をバックアップ要員としてつけさせていただいている。

まさに保健所が様々な報告書を作成し、そして、保健師として病院に陽性者の方を移送したほうがいいのかどうかを判断する。さらには、移送の車の手配等々、大変御努力をいただいているし、また、東京も1400万、地域が広がっているので、本日は全区市町村との協議会を行って、ウェブ会議にて地域の事情を直接伺い、それに対応して都としてのバックアップを決めさせていただくところである。

それから、医療機関については、現在で検査数が8,600で、1日当たり1万件を目指している。そのためのPCRの検査機器の導入の促進、救急医療機関に対してのPCRの検査機器の導入を働きかけているところである。それから、高齢者の集中的な検査が必要なので、高齢者施設でのクラスター発生を防ぐための戦略的な実施。それから、患者受入体制は先ほど重症病床100のうち現在22を占めている。そして、中等症用が2,300を用意しているので合わせると2,400床の確保。さらにこの病床の確保に努めていく。宿泊療養だが、現在で2,000室の体制を取っているが、それに加えて、もう月替わりになるが、さらなる施設の確保を調整しているところである。

それから、昨日、都条例の改正をした。感染防止徹底宣言ということでチェックガイドラインを満たしている、それを実践しているお店には、ステッカーを貼っていただいている。そして、ステッカーを貼っていただくことが一つの安全対策を実践しているというあかしとして、行動経済学で言うところの参照点になるように進めていく。

それと同時に、都として、感染状況も鑑みて、都内の酒類の提供が行われる飲食店及びカラオケ店に対し、来月8月3日から31日までの間、営業時間の短縮を要請したところである。朝の5時から10時までということで、そしてまた御協力いただく企業には1事業当たり一律20万円の協力金を支給させていただき、国にも御支援をいただきたいと思います。

支援対象だが、まず、ガイドラインを遵守してステッカーを掲示してあるということを経営者にもしていき、多くの都事業者の皆様と都民の皆様の両方からの御支援、御協力をお願いしたいと考えている。

さらには、こうした危機であるので都と国が連携して取り組む。その際には国が

らの支援ということで、この中には何よりも特措法の改正を含む法律の改正を早急  
にお願いしたい。それから、財政面での協力金の支給については、各都道府県対  
して国の10兆円の予備費の活用、臨時交付金の追加配分など、財政支援について要  
望をさせていただく。

今後、状況がさらに悪化した場合だが、都独自の緊急事態宣言を発することも考  
えざるを得ないと考えている。本日の分科会の皆様方には専門的な観点からぜひと  
も御助言を賜るように、そして、国の施策と都の連携が進むようお願いを申し上  
げる。

○吉村知事 まず、結論から申し上げますと、全国大都市部での感染の傾向状況、数は  
違うが非常に似通っている。特定のホットスポットを中心にどんどん広がっている。  
それが高齢者など次の世代の広がりを徐々に見始めており、これを何とか抑えなけ  
ればいけない。あるいは地方部への広がりができているという状況だから、まずは、  
私自身はこの大都市部のホットスポットをぐっと抑え込むことが必要だろうと思っ  
ている。だから、全国の大都市部、特に東京、大阪、愛知、福岡、この辺りの大都  
市部のホットスポット、ある意味、業種と範囲を絞り込んだ休業要請を全国一斉に  
やるということが重要だと思っており、大阪はその準備をまさに進めているところ。  
国への提案としては、それをぜひやっていただきたい、検討いただきたいというの  
が結論である。

大阪の現状を申し上げますと、現在、昨日で190件の陽性があった。そして、その前  
は221件ということで、200件前後で推移している。検査数は約2,000件である。昨日  
も一昨日もそれぞれ2,053件と2,074件。検査能力としては約3,000件という状況だが、  
検査に対しての陽性率が昨日で9.3%である。感染経路不明の割合は大体6割程度。  
そして、感染経路不明の前週増加比は少しずつ減っているが、毎週2倍ずつ増加す  
るというような状況でもある。

それから、医療体制だが、重症病床の使用率については現在9.6%、軽症、中等症  
の病床の使用率は22.9%、ホテル療養の使用率は23.9%である。だから、医療体制  
が全体として見たときにそこまで逼迫しているという状況ではないが、この数が推  
移していけば必ず逼迫してくるだろう。そしてまた重症の方は後から増えていくの  
で逼迫してくることになるだろうと推察をしている。別の対策を立てなければなら  
ないと思っている。

もう一つのピンポイントの戦略としては、重症化する方の傾向がもう見えている。  
この検査体制についても、大阪には全部で500の病院があるが、この500の病院で現  
実にコロナ対策を約70の病院がやってくれているが、やっていない病院で院内感染  
が広がると一気に死亡者が高まる。第1波で、大阪で亡くなった方の45%が院内感  
染である。だから、検査数に加えて検査の質、つまり、それぞれの病院で独自に迅

速に検査ができる体制を進めているというのが今の大阪の状況と戦略である。

感染状況の広がりについて、本日は特にお伝えしたいが、現在の陽性者数は第1波と比較して非常に増えているが、内訳としては無症状、軽症が非常に多い。これはどこも同じ傾向かと思う。

その理由は、18歳以上30歳代以下で大体7割を占めるという状況で、そこから徐々に高齢者の方に広がりつつあるというのが現状である。ただ、いずれにしても、20代が中心に広がってきているという状況は全く変わりがない。

そして、感染者に占める夜の街の関係者の方だが、約30%という非常に高い割合で広がってきている。もちろん、夜の街関連だから見えない、見えにくいところがあるので、そういった意味では実際はもう少し多いだろうと推測している。

それから、エリア別に見た数字だが、大阪にも繁華街がキタ、ミナミと色々あるのだが、ミナミで148名と非常に多く、そこで広がってきている。大阪市内のその他あるいは大阪市外、もちろん数はあるが、非常に少ないという傾向である。

その夜の街の内訳を見ると、ホストクラブやキャバレー、クラブは当然あるが、飲食店、居酒屋で非常に増えてきている。つまり、若者が多く3密で集まってどんちゃん騒ぎをする、そういうところで一気に広がってきているということがうかがわれる。今、大阪府から府民の皆さんに5人以上の宴会、飲み会は控えてくださいということと呼びかけている。なぜ5人という数字に科学的根拠はない。

要は大人数でわいわい騒いで、唾を飛ばしながら宴会をする、これを何とか控えてもらいたいわけだが、言葉どおり伝えたとこで国民には伝わらないと思っている。では、典型的に見たときにどのぐらいが多いかを見ると、やはり5人以上のグループになってくる傾向にある。それならば、府民の皆さんに分かりやすい基準を示して行動変容を起こす。5人以上が起きやすい、そういった宴会、飲み会は控えてくださいとお伝えしている。なぜ4人だったらいけるのかなど色々な批判を受けるところでもあるのだが、一定程度行動変容を起こすということを第一にしなければいけない時期に入ってきたと判断したので、このように人数基準を設けた。

それから、業種別ガイドラインは、感染症対策をしてくれる店としてくれない店がある。対策をしてくれる店にはステッカーを発行している。そのステッカーを貼っていない店の利用はやめてくださいということ府民の皆さんに呼びかけている。

それから、イベントの開催は国の基準と全く同じ内容として進めている。また、囲い込みが大事だと思っているので、大阪でコロナ追跡システムというのがありますが、それを使って発生したときに追いかける仕組みを導入している。あわせて、COCOAの推奨を進めている。それから、それぞれの事業者の施設に対しては、この感染防止宣言ステッカーで感染症対策を取ってください、ということ一番大きな目標として進めている。あとは大阪の経済界と大学にも5人以上での飲み会は控えてくださいということは明確にお願いしているというのが、現在8月1日から8月20

日まででやっているお願い事項である。

それから、国への提案事項ということで、全国都市部一斉にピンポイントの休業要請をすべきではないか。社会経済全体を動かしていかなければいけないが、一方で、感染症対策もやらないといけないうきに、曖昧な状態や曖昧な呼びかけで終わるのではなく、やはりピンポイントの戦略というのがまずは今、挑戦すべきではないか。もし、それでもうまくいかなかったら、また今度は病床が増えてくるから次の戦略、ということで段階的にやるべきであると思っている。

都市は常につながっている。大阪の都市部が増えれば関西圏が増えてくるし、恐らく東京の都市部が増えたら関東圏に広がってくる。東京、大阪、大都市圏が広がってくれば全国に広がってくる。もちろん、例えば大阪での陽性者でも東京や色々な都市で感染したという方もいらっしゃるし、この人と人とのつながりというのは切ることはできないから、ホットスポットになっているところをまず一斉にやる。一斉にやることで、国民の皆さんへの伝わり方も違うのではないかとと思っている。

まずはガイドラインを守っていない、ステッカーがない店についてはそもそも休業要請である。このときに問題になるのが、行政から守ってください、感染症対策をやってくださいと言っても守ってくれないところに休業要請をしたところで、休業要請に応じるところは非常に少ないと思っている。義務でもなく補償もないのであれば、自分たちの売上げのためにやる、というところは必ず出てくるので、法整備が必要性的については、先般、安倍総理と官房長官、西村大臣にもお伝えをしたところであるが、必ず穴として出てくると思う。それはそれとして、やはり休業要請はまずかけるべきだ。

そして、もう一つは、接待を伴う飲食店、それから居酒屋、その他の酒類の提供を行う飲食店については、本来、一定の狭い範囲であれば休業要請すべきと思うのだが、法令上、休業要請はできない。飲食店や居酒屋はそういうものだとの法の立てつけでは理解しているので、営業時間の短縮を要請する。そして、その店は、要はガイドラインを守っている店なので、そこに対する補償あるいは支援をしっかりする必要はある。

国の皆様には意見を伝えた上で、非常にピンポイントの対策を大阪でも進めていこうと思っている。大阪では繁華街として色々あるが、数はミナミが突出しているの、ミナミのエリアを対象に範囲を区切って明確にやる。府民から見れば分かる範囲に、いわゆる超繁華街のところにピンポイントに絞って休業要請をしようと考えている。

中身としては、接待を伴う飲食店、お酒を提供する飲食店である。どうしても飲み会で発生しているので、宣言ステッカーを掲示していないところは休業要請をする。そして、宣言ステッカーをやってくれているところについては営業自粛を要請する。それに伴う補償については、府民に対する呼びかけが20日までなので、準備

期間を経て5日から20日まで15日間と考えたときに、大阪市から1日1万円で15万円、それに大阪府も1万円上乗せして15万円、計30万円の補償を考えている。

ここで国にお願いしたいのが、市も府もお金を出すので、国も1日1万円の支援をいただきたい。市と府と国、1対1対1でやれば、この15日間の休業要請に対しても、繁華街なので十分ではないが、それでも一定の支援になるから、ぜひ府、市、国、1対1対1の休業の補償、支援をぜひお願いしたい。業者の側からすれば、これがない以上、ステッカーを貼って守っているのに何なのかということになる。

だから、幾らステッカーで守ったとしても結局は若者の行動態様によって感染は広がってきているから、そういった意味では対策を取っていてもそういった若者が入ってくればそこで広がる可能性がある。そういったエリアについては、もう一定程度時間を制限しながら一斉に休業要請をする。これを東京と大阪がやるとなったときに、愛知や福岡でも非常に増えてきているし、類型が非常に親しいと思うので一斉にやる。国も協力しながらやれば、リスクコミュニケーションや府民、国民への伝わり方という意味でも、一定程度、ばらばらにやるよりは一斉でやるべきと思っているし、その時期にもう来ているのではないかと認識している。一方で、社会経済を動かしていくということをぜひ実現していきたいというのが、今の私の考え方と大阪の現状である。

それから、大阪では大阪モデルで、緑信号、黄色信号、赤信号というのをつくっている。今はこの黄色信号に入った。次、赤信号に入る基準というのは、黄色信号がついてから25日以内に重症病床の使用率が70%になるというもの。医療崩壊をさせない基準として大阪モデルを今、運用しているが、現状は黄色信号という状況である。何とかこの黄色信号の中で抑えながら経済を動かしてまた緑に戻したいと考えている。

○小林構成員 国民、都民や府民への行動変容を呼びかけるに当たって、行動変容によって感染を抑え込んでいくということではできると思うのだが、なくすことはできないので、ある意味で行動変容というのは時間を稼ぐ政策だと言えと思うのだが、その時間を稼いでいる間に東京都、大阪府としてどういうことをやるのか。こうしたことをやるので、その間、時間を稼がせてほしい。そのために行動変容をやってほしい。こういう理屈で伝えるべきかと思うが、その場合、何をやるということになるのか。

具体的には、検査体制を1万件に増やすといったことのほかに、例えば重症者用の病床は、今、東京都は100床あるが、それを増やす計画などを具体的に都民に伝えるというようなことはあり得るのか。あるいは大阪府も同じように検査や医療提供体制、重症者病床を例えばこれだけ予算を使って増やしていくとか、これだけの数量を増やしていく。そういう検査体制、医療提供体制をこれからどう変えていくの



かというようなメッセージは都民や府民に対して出されるのかどうか。

○小池知事 まず、何よりも4月、5月の時点は残念ながら重症者が多く、そしてお亡くなりになる方も2桁に到達をしたところである。そして、その際は本当に医療従事者の皆様方の懸命な御努力によって様々な知見も重ねられ、現在は重症者が22名に抑えられているということもこの間の御努力の賜物であり、様々な知見が重なることと、そして、高齢者への対策は進めているということかと思う。

そして、死者をできるだけ出さないこと、次が重症者を抑えていくこと、この2つは結局医療体制の確保という一点につながっていくことかと思う。現在、レベル1の段階での重症者の病床数が100、次の段階は300に上げることがレベルの規模感であり、これについても準備には時間がかかるし、ハード、病床の確保や人員の確保、ICU、ECMOなどの確保についてはこれまでの経験上、備えてはいるが、次の段階は300床ということになる。そして、医療関係の皆様には、その旨も今、2,400床、全部で確保していると申し上げたが、この件については東京の医療機関の皆様方をお願いをしているところである。

そして、この後のテーマがワクチンだと聞いている。ぜひとも、ワクチン、そして、治療薬は国際的な競争だと思うが、それぞれの御努力をお願いしたい。研究開発を進めていただきたい。

そして、その間どうするか。私はいつも心技体で物事を考えるようにしているが、心技体の「技」は技術である。ワクチンや治療薬、ECMOなどは、「技」に入るかと思う。また、心技体の「体」は制度である。法律であり条例である。そして、時にはこれに伴っての予算ということも言えるかと思う。

「心」、ここがまさに行動変容をいかにして動かしていくのかということである。また、行動経済学という分野があるが、参照点、何か意味があるものがあればそちらに物事は動いていく。環境大臣の時代にクールビズを始めた。今日、分科会にお集いの方は皆さん、クールビズだと思う。これこそ生活様式を変え、変動を起こさせた一つの例として、時折使わせていただいている。

このステッカーは貼る、貼らない、そして、お店側だけではなくて利用者の側でもそうではないかということであったが、企業が変わり、そして、その従業員、社員の方、社会の方々が変わるということは、まさしく行動経済学にのっとなって、心をどうやって動かしていくのか。

できるだけ国も、そして、地方もワンボイスで、こちらの方向に向かっているのだということを明確な形で示していくことが重要かと思うし、1回目の緊急事態宣言でも国民の皆さんは罰則がない中で御努力いただいた。今の状況をただらと続けるのではなく、改めてみんなで頑張っていこう。そのことを今日の分科会を通じて国との皆様方との連携、そして、現場との医療従事者の皆様方との信頼関係。そ

して、利用者、事業者、それぞれ一体となってこの国難を乗り越えることが必要だ。ぜひこの心技体で進めていきたいと考えている。

○吉村知事 結局は重症病床を最終的にどこまで確保できるのかが非常に重要だと思う。社会経済を動かすというのが日本の一番大きなテーマであるから、結局は医療崩壊をさせないようにする。逆に言うと、医療崩壊をさせない範囲内でやるわけだから、この医療の体制をいかに充実させるかということで社会経済を動かしていける大きな範囲が広がってくることになるので、そういった意味で重症病床というのは非常に重要だと思っている。

だから、4月のときに私は国に対して、東の東京、西の大阪に1つずつ、国立重症ICUセンター、コロナICUセンターを造るべきだと申し上げた。予算規模で言うと100兆円規模の予算になっているわけだから、本当にそれはできるのではないか。この重症病床センターというのを国立で造るぐらいやってくださいという話を申し上げた。国の議論の中で、それは地方でやるべきだということになったことについては非常に残念だと思っている。では、地方でやろうということで、大阪でコロナ重症の専門センターを造るといっているので工事に着手をしている。酸素を通すことと、それから、プレハブで60床、重症病床、全てに人工呼吸器を設置するということをする。予算は30億円ぐらいで進めている。

今の大阪の重症病床を確保しているのは188床だが、病院にお願いしては215床まで増やそうとしている。だが、これはやはり限界もある。ほかの重症を診なければいけないという病気だってある。そのときに、このプレハブの60床を造って医者をどうするのか、看護師をどうするのか、いなかったらできないという議論はあるのだが、まず造るということをやった。今、並行して体制をどのように整えていこうかという議論をしている中で、一つは大阪府の府立病院機構の駐車場内に造るといって話がまとまって、運営はそこをお願いするということになったが、医者は大阪府で確保しなければいけない。

DMATといったところでできないか、あるいは本当にオーバーシュートのようなことになってくると他府県へのお願いや国へのお願いというのはまた出てくるかもしれないが、ただ、そういった施設がなければもうできない。施設は急に造れない。今、建設に着手して11月に第1期を完成する予定である。医者からすると、そんな無謀なことをすると言われるかもしれないが、国民の命を守るということを考えたときに、まずそういった施設がなければ予想より超えた場合は何もできないことになるから、大阪府でそういったコロナ専門重症病床センターを造っている。

あとはその検査体制だが、当初、大阪は始まった頃は100件ぐらいの検査体制だったが、今は約2,500件、3,000件に増やそうとしている。あわせて、検査体制の拡充に加えて大事なのが保健所である。保健所、1人陽性者が増えたときの保健師さん

の仕事というのは非常に増えるので、今、保健所の仕事、保健師さんしかできない仕事に絞り込んで、それ以外の仕事は全部外に外注するという仕事の切り分けを進めている。今、保健師がやるべき仕事というのを今の国が定める基準にする限りは限界が必ず出てくると思っているので、やらなくてもいい仕事を外出しする。もちろん、保健所の体制を強化することも今、進めているところである。

それから、ワクチンだが、ワクチンと治療薬はゲームチェンジャーになると思っているが、4月14日に大阪府、大阪市、それから、阪大など色々な府立の病院機構が縦割りを乗り越えてワクチンを開発しようということで協定を結んで、今、進めている。これは国からも非常に御支援をいただいているが、国産ワクチンということで6月末から治験を開始したところである。現状、安全性の確保ができるとの報告は聞いているが、初めてのことなので、どれぐらい効果があるのかというのはこれからである。9月に400～500の治験、それから、来年の4月ぐらいには数百万単位に、国が認めていただければ実用化できるという状況。来年中には一応というようにも聞いている。

国と協力しながらワクチンや治療薬ができるまでの間は、コロナがぼっと頭が出れば抑え込むということを繰り返しながら社会経済を動かしていく。あくまでも医療というのも社会のためにあると思っているが、社会が死んでしまったら医療の意味もなくなってくる。やはりそういった意味では、医療体制を強化する、社会を動かしていく、この両立を図っていくためにも重症センターと検査の強化、保健所の強化、この辺りをやっていく必要があると思っているし、国においては、冬に向けて、今からでも国立のICUセンターというのをぜひ造ってほしい。課題はもちろんある。誰がやるのか、誰が運営するのか、1つのICUにどれだけお医者さんが要るかを分かった上で、私たちはやっている。国も今、緊急事態なのでそれぐらいやってほしい。

○尾身分科会長 今の国と都道府県が大きなところでワンボイスで行くということがメッセージだったと思う。今日はお忙しい中、どうもありがとうございました。

○尾身分科会長 <資料2 (P9～P10) を説明>

○石田構成員 今、御提示いただいた分析と評価、7ページ以降も含めて中身については十分理解をさせてもらった。ただ、1点だけ確認をさせていただきたいのだが、この分科会が始まった第1回、第2回の際の議論は、いわゆる社会経済活動を一定のレベルを保ちながら感染をどうやって抑えていって両立を求めていくかという議論から入ったのだと認識している。

当然、その頃と環境が違うということも分かっているが、このレベルIからレベ

ルⅡにさせないための色々な対策、そして、万が一、レベルⅡになってもレベルⅢに持っていかない対策をもちろん立てるが、そのときに同時に経済活動をどのように見ていくのか。中身を見ると、このとおりだが、いわゆる規制というイメージが非常に強いのだが、経済活動も両立をさせるということをやはりどこかで認識を一緒にするのか、あるいは少し経済よりも公衆衛生だというように軸足を置き換えるのか。

現状、コロナの感染の恐怖と併せて事業の継続、雇用に関する不安も非常に高まっているというのが実態である。具体的な数字も報道がされているが、やはり雇止め、解雇の実態というのは顕著に現れてきている。そして、それが弱いところにしわが寄っているという現状もある。大企業と中小・零細であれば体力のないほうから雇用の危機に直面をする。あるいは正規社員と非正規社員で見れば非正規の方々にしわが寄っているというのも事実である。

そういった意味では、ぜひ感染の防止と併せて、第1回、第2回で議論した経済の両立、そして、弱い人たちをどうやって守っていくか。雇用、事業の継続といったところも併せて、これに入れるかどうかは分からないが、これだけを見ると公衆衛生のほうがかんたん先に行っているように見えてしまうところもあるので、ぜひその辺も含めてお願い申し上げたい。

○平井構成員 冒頭、西村大臣から色々対策を取っていくというお話があった。今日、その議論をするということだが、先般も感染症法16条の解釈について新しい第一歩を踏み出していただいた。ぜひこれからも地方の意見も入れていただいてやっていただけるとありがたい。その点、本当に評価をさせていただきたい。

また、加藤大臣からも水際対策で今度、唾液の検査や抗原検査を入れることで効率化するというので、大変に期待をさせていただきたい。ぜひその余力を持って停留措置もしっかりと取っていただいて、地方にすぐに帰ってこないようないい流れもまた考えていただければありがたい。

先ほど尾身会長からお取りまとめいただいた案の説明があり、一つの流れとしては評価できることもあると思うし、また、都道府県や地方の声も聴いてみなければいけないということがあった。もしそういうことであれば、差し支えなければ私どもも都道府県の意見も取りまとめ、現実的な方向性を先生方にも御理解をいただきながらまた盛り込んでいただき、実効性のある対策に結びつけたいと思う。そういう意味で知事会としても協力をしていく必要があると思って伺っていた。

先ほどは小池知事、吉村知事のお話を聞いていただいたと思うが、それぞれの都道府県、自治体で色々今、苦勞をしながらやっている。今、かなり感染が広がってきて、昨日の報告数が1,300ぐらいある。先生方の分析では、それは重症者数の数など色々ほかの考慮要素もあるので、これで一気に心配することはないのだとい

う分析とは思いますが、ただ、国民の気持ちからすると、危機感が高まっているということはやはり私たちは認識すべきなのではないかと思う。

その上に立って、やはり前に向けた対策について分科会がメッセージを出さなければ政府に対して届かないものもあるし、本来、そうしたことのパイプ役を果たすという意味もこの分科会にはあるのではないかと思う。ぜひそうした観点で聞いていただきたいことが何点かある。

まず、資料2の4ページのところで直近の感染状況についての分析のお話があった。この中で指標を取り上げて、次回、今度議論しようということになるのだと思うのだが、そこで御注意をいただきたいのは、大都市部と地方部の状況とでは問題意識は大分違うところがある。そういうことで、そうした指標を色々取り上げながらやるにしても、その辺の考慮を次回に向けてはやっていただく必要がある。

つまり、大都市部は、重症病床が足りるかどうかというところに焦点を当てている。しかし、多くの地方部は、むしろ感染者数に注目している。感染者数が伸びてくると、世論が非常に動いていく。実は世論を利用しながら感染を抑え込むという戦略も本来あると思う。

そういう意味で、この資料2の7ページが本来のところだと思うが、レベル0ということも明記をする。そして、レベル0にレベルIから戻していくのだ。実はそのための住民の気持ちというのが結構強いと思う。恐らく東京や大阪ではレベル0というのはもう夢物語なのだと思う。しかし、地方部でレベル0を目指してみんなですべてを予防を考えよう。そういうことをやるインセンティブをこのスキームの中に1つ入れるべきではないか。

その理由にも関連するが、レベルIIのところでは感染者が急速に増加して医療提供体制の負荷がさらに高まり、一般医療に大きな影響が出ているということを書いてあるわけだが、東京、大阪はさておき、地方部では、むしろ一般医療の影響は非常に早く出てくる可能性がある。つまり、新型コロナを受け入れているのは能力の高い病院が中心になっている。そういうところはがん治療や先端医療といったものを担っていて、そういうところの医療が停止をしてしまう、奪われてしまうということになると、これは命に関わることになってくる。だから、早めに手を打つべき地方というのものもあるのだと思う。

大都市とそうした地方型と違ったアプローチ。レベルIからレベル0に戻すということ、それから、レベルIからレベルIIに行かないようにする大都市型、あるいはレベルIIIに行かないのは当然として、それを求めていく全国的な姿、そういうような頭の整理が本来必要ではないかと思う。

そうした意味で資料2の8ページを御覧いただくと、3つ目のポツのところで、要は医療提供体制の負荷を見ていくというのが大事なのだ。これは賛同するものにはあるのだが、ただ、感染状況の拡大に対する注意を怠ってしまっているといけないの

ではないか。少なくとも分科会として感染状況が拡大していることには常に憂慮していくべきだと思うし、そして、それに対する対策、レベルⅠからレベルⅡに戻すようなことも含めた対策についても付記していく必要があるのではないかと。

資料2の9、10ページのところにレベルⅡやレベルⅢへの移行を防ぐための措置が書いてあって、これは実は自治体でもやっているところであり、もっともな点もあるかと思う。これを発動することに先ほどの8ページの指標を用いるという場合、今日に至るまで実は新聞で大分報道されていて、こういうレベルを分けた対応をするということについて、色々な知事の意見も寄せ始められてきている。

知事の皆さんが心配しておられるのは、結局、これは対策をやらないという指標にならないかということである。つまり、大阪や東京は今、だんだんと病床占有率が高まっている。これは今後、かなり積み上がっていき、非常に深刻だと思う。ただ、それと併せて地方部は感染が広がってくることに對するパニックのような状況が始まっている。そういうところは病床の占有率というよりは、やはり感染症のデータといった割と直截なデータに基づいて、むしろそれを封じ込めようという方向の圧力が世論的には高まっている。だから、そうしたところも読み取れるような指標をつくって、発動できるようにしていただけないかという声は結構あった。

だから意外に、このレベルⅠ、レベルⅡ、レベルⅢの議論は、うちの県は関係ないというような冷めた顔をされる場所も結構ある。だが、それでは日本全国での感染症対策にならないので、その辺も取り入れて、レベルⅠ、レベルⅡも含めた議論もあっていいのではないかと思う。

9ページのところだが、ここにメリハリの利いた接触機会。先ほども大阪の例や東京の例があった。こうしたことをそれぞれに考え始めているのが実情だと思う。そこで、ここにこうした列挙をするのと併せて、それをできるだけ法的な手段や財源措置といったことも政府として御検討いただきたい、分科会としてもそうした声を上げていただけないだろうか。

この左下の囲みの「対個人」のところ、例えば「夜間や酒類を提供する飲食店への外出自粛の要請」とある。なぜ休業要請と書かないのか。やはりここは目を背ける必要もないのだと思う。その休業要請をすることの法的枠組みや財源をどうするかということも正直に考える必要もあるのではないかと。

それから、「県境を越えた移動自粛の徹底」ということも出ている。実は今、全国を通じて少し不安があるのは、お盆の時期がもう迫ってくる。それに向けて何のメッセージも出さなくていいのだろうか。全国的にそうしたメッセージの可能性のことを検討する必要はないのだろうか。一部の知事の中にはかなりそこをおっしゃっているところもある。

そういう意味で、地域によっては、お盆は、不要不急は控えましょうというようなメッセージを出すところが続出してくるのではないかと思う。この辺は、やはり

どういように県境の問題を考えるのか。これは先ほどのレベルⅠからレベルⅡに行く、レベルⅠからレベルⅢに行かない、こういうようなムーブメントを起こしていく上での一つのツールとして、そういう県境問題というのも今、クローズアップされなければいけないのかもしれない。

それから、対国・地方自治体というところで、3つほど申し上げたい。

1点目は、Go Toキャンペーンが今、やはりこの分科会についても世情、関心を持って見守られているところである。このGo Toキャンペーンについては基準を設けて機動的に見直しをすることもやはり分科会として発言してもよいのではないだろうか。もちろん、政治判断は最終的には政府がされるのだろうが、そうした大きな政策について、いわゆる感染状況あるいは病床の状況等を反映しながら政策判断を慎重に行ってもらいたいというメッセージは出さなくてよいのだろうか。

2点目は、47都道府県、共通しているのは補償金的な協力金の在り方である。これについて今までは臨時の地方創生交付金で対処するということであった。できれば法的措置も含めて、これについての制度化を検討することが、これから長丁場になるこの対策には重要かと思う。

3点目は、緊急事態宣言の在り方である。これについては、西村大臣も非常に苦慮されながら、長い目で見て色々と検討されようというお気持ちがあるのではないかと期待をしているが、今できることをこの夏以降やっていかなければいけないことがあって、緊急事態宣言が出れば46条といった割と強制力に関わるようなことが出てくる。そうした緊急事態宣言の地域限定で発動ということもあり得るのかもしれない。全国一斉に経済社会を効率化するようなことは誰も望んでいないというのは尾身会長も強調されるとおりだが、ただ、ツールとしてできるだけその範囲があまり大きくならない程度にしながら、それをやることで都道府県知事と一緒にパートナーシップで権限発動ができるような制度運用というのではないものだろうか。

あと10ページのところであるが、レベルⅢへ移行するときに例えば一番上の囲みの接触機会の低減を目指した外出自粛の要請、それから、2つ目の公衆衛生体制でクラスター対策は重症化リスク等を考慮してさらに重点化するということである。これはむしろ、レベルⅠからレベルⅡに行かせないためのツールなのかもしれない。それをさらに強制力を持ってこういう外出自粛やクラスター対策、言うことを聞かないところは、有無を言わず店を閉めろ、ということが出来る法的手段といったところに行くのがむしろレベルⅢの段階なのかもしれない。

○今村構成員 医療機関で実際に患者を診ていて、第1波と第2波、前回の波と今回増え始めているところと、経験している中で共通理解を得たほうがいいと思うところを述べさせていただく。特に5ページの4番目の直近の感染状況の評価等、その下から2つ目のポツのところに「既に悪影響が生じており」と書き込んであるわけ

だが、その内容に関してはあまり書かれずに悪影響が出ているということだけ書いてある。

今、例えば東京は、4日間で1,000人というペースで患者数が出ている。この中で症状が強めの人あるいは酸素投与の必要がある人というのは、たとえ重症でなくても、自宅や宿泊療養施設で見ることにはできない。だから、そちらを拡充してもやはり病院に入れるしかない。そういう人たちが今後も増えてくる。

年齢層も高くなっているので、当然、重症も増えてくるが、恐らく前の波のときのイメージあるいは海外でのイメージを持っているので、重症で埋め尽くされるものを圧迫として見ているのではないかと思う。ただ、今の若い人が増えているところから徐々に年齢の高い人が増えているような状況。そして、毎日多くの患者さんが出ている状況というのが、もうそれ自体が大きな負荷にもなっている。

いわゆる患者数が増えてくれば、そこで陽性者以外にも実は疑い症例も出ている。疑い症例は陽性者と一緒に置くことはできない。だが、陽性者と同じ感染対策も取らなくてはならない。そういう疑い症例もはるかに多くの数の人が同時に増える。そうすると、見えていない病床も圧迫していき、通常の医療にも影響が出てくる。東京の影響が出始めているという尾身先生の示されている部分に関しては、その通常の医療への圧迫という部分が大きなところかと思う。

そこで、レベルⅡの部分だが、レベルⅡの線の下のところにも一般医療にも大きな影響が出ている。これがまさしくそこに当たるのではないかと思う。第1波のときには、色々な手術を止めたり、がん治療を延期したり、つまり、通常健康を保つ医療もできなくなっている。それがやられている中でベッドを空けた。経済を保ちたいというのは、私たちも経済の中で生活しているメンバーである。患者さんも同じである。患者さんも経済の下にあって、生活をしているメンバーである。その人たちの経済を守りたい、あるいは生活を守りたいのは私たちも同じである。だが、やはり医療を保てないラインがどこにあるのかということをしつかり見ながら、そのラインを決めていくというのは非常に重要ではないかと思っている。

そして、地方へ行くほど医療基盤は弱いから、一般医療への影響ははるかに早く出てくる。恐らく重症患者で埋め尽くされる前に一般医療に影響が出るということは容易に想像ができる。そのところを細かく見ていって、地方に合わせた対策が細かくできるようにしてあげるのが必要かと思っている。

○大竹構成員 この資料2の方向性について基本的には賛成する。その上でコメントが2点ある。

9ページ目のレベルⅡへの移行を防ぐための施策の提案というところだが、ガイドラインを遵守していない酒類の提供を行う飲食店についての休業要請の話と、対個人の飲食店への外出自粛の要請というのは同時に書かれているところが混乱を招



く可能性があると思う。それはガイドラインを遵守すればある程度感染が防げるのか、そうではないのかというのが同時に書かれるとよく分からない。特に個人に対して自粛しなさいと言うだけでお客さんの数が減っていったら、経済学者の研究の中には、もう既に休業要請がなくても自粛でかなりの売上げが減り、休業要請自体の影響というのはかなり小さいというのがある。

だから、ガイドラインを守って、そして、節度ある対応を行ってれば感染が少ないということをもっと強く打ち出すのであれば、段階は分けたほうがいいのではないか。そのためにも、既にクラスターが起きているところでガイドラインを守っているのはどのくらいあって、守っていないのはどのくらいなのかということをもし数字が出せるのであれば出していったら、ガイドラインの遵守を前面に打ち出したほうが社会経済と感染対策の両立ということでは有効なのではないかと思った。

第2点は、検査の充実で陽性者数が増えてきているが、そのことのメリットというのをもう少し打ち出してはどうか。クラスター対策が容易になってクラスターの早期発見、それから、その縮小に対してかなり有効なのだということが数字で出せるものがあれば出していただければ安心にもつながるのではないか。重症者が少なくなっていることにつながっているということをもっと少し出せるのではないか。

○釜谷構成員 資料2の7ページのレベルをこのように整理するというについては、目的は、それぞれの都道府県ごとに自分のところがどれだということをきちんと評価をしていく結果、感染の拡大が抑えられて当然レベルⅢには行かないし、レベルⅡだったのがⅠに行く、あるいはⅠがⅠになるというところを願って、あるいはそこを目指してこのレベル分けをするということである。だから、都道府県が判断をきちんとしやすいかどうかということについてよく考えた上でこれが設定される必要があると思う。

その意味で、レベルⅡの一般医療に大きな影響が出ている状況というのが書き込まれていることは分かりやすく判断の根拠としてはなと思うが、レベルⅠというところについては、地域によってはⅠだったり、あるいはⅠもあまりまだ感染は拡大していないというところもあるので、その辺りの全国を見た上でこの指標が使いやすいのかどうかについては、ぜひ知事会の御意見も伺いたい。

クラスターが広範に多発というのがレベルⅡに書いてあるが、なかなかクラスターの数あるいはクラスターの数がそれほど多くなっても、必ずしもクラスターを閉じられるという保証はない。閉じないで広がってしまっているところもかなりあるわけであり、いわゆる市中に蔓延というような状況についてどのように評価するかということがこのレベルの中に反映されてきてもよいのではないかと感じる。

実際には、このレベルが決まった上で、今後、8ページの辺りの指標が検討されていったら、そして、実際に9ページの対策がしっかり講じられるというところにつ

ならなければならない。今日の時点ではまず大枠を決めるということについては賛成であるが、まだ今後詳細について詰めなければならないところがたくさんあるだろうと感じた。

○太田構成員　こういうレベル分けをして分かりやすくロードマップを示すということに関しては賛成する。問題は、何らかのアクションを極力経済と両立させるような形でやっていかなければいけない状況になりつつあると認識をしている。先ほど両知事から色々やっていただいている内容の御報告をいただいた。それで当面、これから1、2週間経過を見ていくという形になるので、それで抑え込めればいいのだが、もしそれがうまくいかなかったときに次、どうするのかということ、基本的にはやはり施策として幾つか分科会から提案をしておくべきだろうと思う。

今のままだとこの次のハンマー・アンド・ダンスのハンマーが大き過ぎる。極力メリハリがついた形で、何らかの形の強制力を持って、自粛要請だけではいかなかったときの手段を整備していただくような形をぜひ国にはお願いしたい。

具体的には、特措法の法改正などが必要になることもあるだろうし、例えばマスクの義務化もなかなか今はできないが、何らかの形でとにかく一番最後に行かない段階でメリハリが利いて施策が打てるような環境整備というのは分科会からもぜひ提案していただきたい。

○小林構成員　基本的にこの資料の方向で賛成だが、特に9ページで書かれているような施策をメッセージとして出すときに2つほど申し上げたい。

一つは、国民に向けて発表するとき、やはりかなり注目されると思うので、できることならば数字を挙げてこういうようにする。それから、法律改正事項があればどこについては法律改正が考えられるのかというようなことについての言及、そして、財源について措置をするのかどうかということ。

特に私が気になったのは、9ページの右側に病床や宿泊療養施設の追加確保ということが書いてあるが、そういうことについて財源を増やすのか。例えば財政支援を病院などに対してより増やしていくということが考えられる気もするのだが、そういう分かりやすく具体性を持って伝えるという意味では法改正が必要なのかどうか。財源が出るのか、そして、数字としてどのぐらいの分量をやるのかということが述べられているということがあったほうが分かりやすい。

もう一つ、社会経済活動との両立を目指すという姿勢をある程度感じられるような書き方というのを目指すほうがいいと思う。要するに社会経済活動をなるべく抑えずに済むような政策を国が、あるいは自治体がやるべきだというようなことである。だから、9ページの右側に書かれていることを少し強調しているけれども、病床の確保や検査をより幅広くやっていくような事柄を書くことで、行動変容はもち

ろん必要ではあるが、一方で、その行動変容をなるべくしなくても済むように、あるいは行動変容の度合いが軽くて済むように、国は検査や医療体制を拡充して感染者を早く囲い込む努力をする、そういう姿勢を見せるということが国民の理解や納得を得る重要な要素ではないか。

○館田構成員 7ページのレベルに関しては何遍も議論している中で分科会としてはレベルIからスタートしましょうということを提案させていただくわけだが、その議論の中で少し感じたのは、危機意識の差、一般の人たちと分科会での温度差がやはりあるというのを感じた。これは分科会が最新のデータを見ているし、その解析もしているわけだから分科会が正しいと信じたいが、ただ、やはりこの温度差があるということは行動変容をお願いするときを含めて非常にそれがバリアになるから、これを埋めていくということが大事だと思う。例えばレベルIからスタートするにしても、東京も岩手も同じようにレベルIからスタートしていいのかというような議論も当然あったわけだが、そういうようなところもこれは分かりやすく説明していくのが私たちの責任なのではないかと思った。

それに関連してだが、この8ページ目の幾つかの3つの項目が出る。ここもそういう意味では温度差を埋めるためになぜこの項目を使うのかということを知りやすく説明していかなければいけない。特に我々はその第1波を経験してきたわけで、第1波の中にそのデータがある。だから、第1波をどのような推移の中で緊急事態宣言が出されて、それが収まってという、その中の推移が分かるわけだから、それを分かりやすく示してあげながら、今、どういう状況に置かれているのかということを示さなければならない。それが温度差を埋めていくために、ここは丁寧に、しかも分かりやすく一般の人をターゲットとした示し方をする必要があるのでないかと思った。

最後、9ページ目、これが今回の肝になると思うが、都知事や府知事のお話を聞いていても時間の短縮であったり休業要請をというような話で、私はこの分科会でもずっと言っているメリハリだし、ピンポイントだし、それをやらなければいけないというのはよく分かるが、そのときに、これはそれによって社会経済のダメージがどれだけ軽減できるのかということ、経済の視点でマイナスの部分がこれだけピンポイントにすると抑えられる、ということを示す。どこまで示すのかはなかなか難しいのだろうが、少なくとも我々はそのデータを知っておかなければいけない。その上で、社会経済と、そして、感染対策のバランスと言っているわけだから、それを考えながら我々はこれを進めていくという提案があってもいいのではないか。

○石川構成員 簡単に1つのポイントだけ絞って言わせていただくと、このレベルというネーミングに関してだが、こういうものの設定には、もちろん科学的な見地に

基づいて、今、こういう状況ですという1つの判断が込められると思うが、発表した段階で一般の生活者が見ると、国民にとっての努力目標になる。そういうコミュニケーション効果を前提にネーミングをしていかないと非常に誤解を招きやすくなり、レベルⅠなのか、では、オーケーという認識が広がる可能性があると思う。

一番最初にこれが発想された趣旨というのは、現状は漸増段階である、漸増段階を微減に持っていくのだ、ということ。この点がはっきり貫通していないと、こういうレベル分けをしましたという国民にどう受け止められるかという、経済活動優先のためには感染拡大はある程度やむなしなのだ、だから、中間段階をつくったのだという解釈になる、それは避けるべきだと思うので、例えばレベルⅠという言い方ではなくて、レベルⅠは微減、平たん。レベルⅡというのは漸増。レベルⅢというのは恐らく漸増のもう少し悪化した状態であり、レベルⅣというのは急増。こういう感覚的に分かりやすいレベルの表記をしていかないと、注意喚起としては弱く、むしろ注意をそらしていく可能性が高い。

経済活動再開のためのブレーキを踏めと言っているのではなく、やはり感染拡大に対してはこういう考え方を取っているのだという、その基本的なコンセンサスを示す必要がある。今、国民の心理状態としては不安が一番強い。この不安に正対していくという国の姿勢がまず出てこない、結局何か言い訳をしているという解釈を生んでしまうから、その辺を考えた上でレベルというネーミングは再考すべきではないか。

○南構成員 私も今日のように今後の対策のレベルを分けて整理し、大きな合意をし、各地域で状況をよく関係者の間で確認をした上で現在の立ち位置をきちんと客観的に確認をし、どこに向かうのかというような方向に行くということは賛成である。

ただ、やはり感染状況は非常に重要なので、優先順位なのかどうか分からないが、とにかく8ページが一番下の囲みの医療提供体制の負荷が非常に重要であるということは異論ないが、このⅠ、Ⅱ、Ⅲに優劣をつけるのかどうかというのは、置かれている立場によって非常に違うと思うので、感染状況が基本的に大前提には据えられるべきではないか。ただ、感染状況をゼロにはできないということを織り込んだ上で、感染状況はやはり重要に考えるべきではないかと思う。

コミュニケーションという点からすると、情報というのは誰しも自分の都合のいいように、また、都合のいいところを読む。だから、行動変容も各自の行動変容になるので、その辺りは非常に大きな規模で出すものは難しいと思うが、今、不安が非常に強いということを見ると8ページの、今は注意して行動すれば、普通に生活して、そこで感染がどんどん起こるというようなことはないということは、どんなに気をつけても感染はゼロにならないということと同時に常に出すということがやり方としては重要ではないか。一見矛盾するようだが、非常に注意を喚起すると

ともに、だが、やはりそれは目指すところはゼロでないといったことをきちんと明瞭に言うということが大事ではないか。

○河本構成員 経済界という立場でお話をさせていただきたい。ちょうど今、企業において、第1四半期の決算が出ていて、それぞれの企業が、自分たちが置かれている状況に向き合っている。それは中小であろうと大企業であろうと一緒に、そこに所属する社員、従業員の一人一人が自分たちに今できることは何かを考え、やはりこのコロナ感染拡大を抑制していくしかないという想いに至っている。どのような行動を取るべきかということを経営者や従業員がリスクコミュニケーションを含めた対話を継続していると思う。これは企業の責任としてこれからもやっていかないとはいけないと思っている。

テレワークの推進や時差出勤についても、何のためにやるのかという目的意識を浸透させながら取り組むことが大事だと思う。あわせて、若い世代であっても、自分に今できることは我慢しかないということで、仕事が終わった後の食事なども行きたくても控えるといった行動を取っている者も増えてきているのは間違いない。ただし、外食等の自粛が対策の全てかということそうではない。そこで大事になってくるのは、国がどのような対策を取り、どのような成果に繋がっているかということの見える化だと考えている。

そういった意味では、ずっと言われているCOCOAや、それぞれの都道府県でやっている追跡アプリといったものを使って、こういう効果があるからみんなで行おうというサイクルを回していくことが非常に大事なのではないかと。そういうデジタルの活用というのはしっかり示していくべきではないか。

1点、質問も兼ねてだが、今回、病床数のことが非常に言われているが、医療体制が逼迫したときに医療機関における医療物資の不足は非常に大きなテーマになっていたと思う。現在、G-MISというシステムを使って一元的に管理するという対策が取られているが、今後も同じような状況が起こった時にG-MISがうまく活用されて、マスクや医療用ガウンなどが速やかに共有できるのかどうかということ併せて点検しておく必要があると思っている。

経済界には、政府からの生産協力要請を受けて協力している企業もあるが、物によっては生産ラインの立ち上げに数か月かかるものもある。すぐにできるものではないということ踏まえ、G-MISを使った結果どうなっているのかを開示しながら、各企業などに要請していくべきところには要請をかけるというような体制も整えておいたほうがよいのではないかと。医療用物資の備蓄の状況や今後の調達の見通しについてお伺いするとともに、病床数の確保とあわせてこうした体制整備も進めていくべきだと申し上げておきたい。

○岡部構成員 現在、軽症者が非常に多くなっている。母数である軽症者が増えれば重症者あるいはハイリスクの方に及ぶ可能性があるので、できるだけ母数である軽症者、感染者数を少なくする、これが一つの作戦であるのは当然だが、一方では、現実として、これから先も軽症の方あるいは無症状の方が色々な方法で見ついていることがあると思う。その場合にレベルⅢの手前の予兆のところで、入院治療について軽症者、無症状者をどうしようかということが書いてあるが、やはり増えてきている無症状者ないし軽症者を今までのような同じ範疇で、つまり、重症者も同じような感染者という一くくりでやっていいかどうか。

これは感染症法の指定感染症であるということにも関わることだが、単純に指定感染症を外して、あるいは今の二類を五類や四類に落とせばいいというような問題ではなく、医療費、管理、軽症者のフォロー、色々な問題はあるけれども、なるべく早急に解決しなくてはいけない課題の一つとして、法改正の問題もあったが、この軽症者を含んだCOVID-19の重症、軽症ないし無症状者に対する扱いというか、やり方を変えていかなければいけないのではないかというのは常々思っているところで、また、色々なそういう声も起きているので、これについては早急な課題として議論したほうがいいと思っている。

○武藤構成員 昨日、この7ページを拝見して、そのときは分かりにくかったのだが、今朝はもう少し分かりやすくなっていたが、まだメッセージが少し分かりにくいと思って、このレベルが大雨の警報みたいに警戒レベルⅠといったものだったら分かるのだが、医療提供体制の警戒レベルのⅠ、Ⅱ、Ⅲを表しているというわけでもない。感染状況とも書いてあって、中になぜ医療に対して負荷がこうかかったかという理屈も書いてあるので、どのように受け止めたらいいいのか少し分かりにくいのではないかと。もっとシンプルにしてしまうか。しかも、警戒レベルⅠのときの経済活動はここまでよしとするが、ここの対策に移行するといったものがもっと単純な表に置き換わって発信されたほうが誤解も少なく、説明もしやすいのではないのか。

だが、ⅠとⅡとⅢのメッセージそのものは、やはりⅢに行ってはいけないというのは非常に伝わったし、Ⅱに行くこと自体も絶対避けたいという、その中間地点を置くという御趣旨は十分理解したが、出し方、見せ方の苦しさが少しあると思った。

○清古構成員 保健所の状況でも今は濃厚接触者の検査が一番大変で圧迫している。感染者の3～4倍の方が無症状でも検査を受けてもらう必要がある。その検査体制が大変だということと、それに加えて、軽症も含めて入院などの調整も入ってきているので、その辺の体制も少し検討していただきたい。

○尾身分科会長 大体コメントはよろしいか。それでは、まず事務局から幾つかコメ

ントやお答えはあるか。

○西村国務大臣 まず、共通の認識だと思うが、感染防止策と経済社会活動の両立をできるだけ図っていく。しかし、レベルⅢになると、感染防止が優先をされて、緊急事態宣言をせざるを得なくなるような状態になる。ただ、その緊急事態宣言の出し方ももちろん前回経験しているので工夫ができるわけだが、できればそうならないようにしよう、さらに、その中間チェックでレベルⅡにもならないようにしようということと理解しているが、いずれにしても、メリハリをつけて4月、5月の経験を踏まえて両立を図るために、やはりピンポイントに重点的に焦点を当てた対策をやると理解をしているし、そうやらなければいけないと思っている。

感染状況を分析しながら対策のどこに焦点を当てるかといったことを考えるからやらなければいけないわけだが、ガイドラインを守っているところと、守っていないところがどうなのかというのも日々専門家の皆さんからも伺っているし、我々も分析をしている。例えば、スポーツジムがあれだけ3月、4月、5月は発生したのだが、このところ聞いていない。スポーツジムの人と話をしたのだが、やはりみんなガイドラインを守って今はやっている。換気をよくして消毒して距離を取ってやっている。

クラスター対策の事例集に過去の事例は入っているが、最近の事例は聞いていないので、そういう意味で、やはりきちんとやったら感染者は出ない、業界を挙げてみんな徹底して取り組んだら出ないということだと思うので、このことはぜひ周知していきたい。

状況によって違っているが、とにかく新しい日常、新たな生活様式をつくっていかねばいけない。感染者が出ていないところでも、ゼロにはできないし、どこかで出る可能性はあるわけだから、既に5,000以上の団体に通知をしたが、ぜひガイドラインの徹底をやっていただきたい。色々な知事ともお話ししているが、危機感を持っていない知事はどこもいないと思うので、今、我々がやっていることは少なくともやっていただきたい。地域の事情が違うので、当然、どこまで休業要請をやるかどうかという判断はあると思うが、このガイドラインの徹底をぜひやっていければと思う。

平井知事から幾つかお話をいただいた。昨日も大阪府知事あるいは市長からも協力金のお話をいただいて、東京都も協力金をやるというお話が先ほどもあった。沖縄もやるよといったように幾つか出てきている。それぞれの地域に1次補正、2次補正でかなりの金額、大阪府も全部合わせれば1000億近い金額、市町村も含めれば交付している。ぜひまずこれをうまく活用していただいて、その上で感染状況や対策を見ながら政府として何ができるか、さらに考えていきたい。

それから、知事会の飯泉会長から緊急事態宣言を市町村単位で出せないかという

提案も受けた。これは知事会の決定ではないと伺ったが、今回のコロナの基本は、やはり無症状の人が移動するから感染が広がっていくわけなので、都道府県単位でも難しい。首都圏は一都三県で連携してやらなければいけない。大阪もやはり関西圏で見なければいけない。これを例えば新宿区だけでできるか。あるいは鳥取の例で言えば鳥取市だけでできるかといえば、それは難しい。鳥取市を中心に県内、色々な移動もあると思うので、やはり県知事ということになる。我々は県全体で指定をさせていただいて、その上で対策をどこでやるかは知事の権限なので、鳥取市だけ何か休業要請をやるといったことを考えていただけたらいいと思う。市町村単位でやるというのは、基本的にはないと思っている。

その上で、先ほど大阪府知事からは、医療施設を今、造っておられるが、かなり時間がかかって云々という話があった。神奈川は緊急事態宣言の下で臨時の医療措置ということで特措法を使って、消防法や医療法の特例ということでかなり早くできるので、例えば緊急事態宣言の前であってもそういった特例措置で医療施設が造れないかなど、様々論点があるので、これは急ぎ整理をしている。

法体系全体に関わる緊急事態宣言の前でも強い措置が取れるかというところも法制局とかなり議論している。私自身は、緊急事態宣言に行かないために何か措置があってもいいのではないかとも思っているが、ぜひ議論を重ねたい。

それから、Go Toについても、今回、レベルⅡ、Ⅲというような議論をしていただいて、その水準をどう見ていくのか。特にⅢの段階になれば、これはGo Toに限らず政府の例えばイベントの緩和もむしろ緊急事態宣言に近い状況になってくるわけだから、無観客にまた戻すことや、レベルⅡになれば今の5,000人というプロ野球なども場合によっては1,000人に戻すことなど、色々なことも考えなければいけないと思っている。政府全体の対策として感染リスクを下げるためにレベルⅡやレベルⅢになったときにどうするのかは全体の中で考えていかなければいけない。

○加藤厚労大臣 先ほど病床、宿泊療養施設の追加確保に対する財政支援というお話があったが、今も病床を確保するためにはほかのベッドを止めなければいけない。あるいは確保していたが、入院者がいなければ空いている。要するに休床という状況に対しては相当高い報酬を払うという仕組みを取らせていただいている。また、宿泊利用施設についても、既に補正予算で予算を確保しているので、それを活用いただきながら確保をしていただきたい。それから、臨時の医療施設という言葉自体は非常事態宣言下におけるものではあるが、そうではない場合においてもさらに病床を増やしていく。どういう対応ができるかについては色々相談いただきながら弾力的に考えていきたいと思っている。

それから、河本構成員から防護服等はどうなっているのかというお話があった。実は今日、マスク等については十分に市中でも買えるような状況になっているとい



うことで、サージカルマスク等、これまで色々配付をしていたが、今回出すのを最後にして、これからそれぞれのところで備蓄をしていただくという状況へ切り替えていこうということを朝の記者会見で申し上げた。

なお、G-MISについてはかなりの方、病院に入っている。それを活用して、もし万が一、足りないという場合には緊急に対応するという仕組みは残していく。現下、一部不足感があるところがあるとは思いますが、総じて申し上げればかなり産業界の御協力もいただきながら、こうしたものがそれぞれ国内において、あるいは海外から相当数入ってきているというのが今の状況だと認識をしている。

○中山構成員 やはりレベルⅠからレベルⅢという部分については国民に向けた分かりやすい説明をきちんとできるような表現にするという必要はあると思う。こうやって国民に対して語りかけていくことはこれからずっと大事なことなので、それについては政府もぜひ努力されてやっていただきたい。

○尾身分科会長 それでは、大体議論が出尽くしたと思う。私からも少しサジェスションがあるが、その前に先ほどから館田構成員などが今まで何をやったかということが、昨日、アドバイザリーボードで出た参考資料4である。クラスターの関係者が今まで実はかなり詳しく分析していたが、なかなか公表できないというようなジレンマもあった。これを見れば右のほうに分かったこと、何をやるべきことというようにきれいに書いてあるので、ぜひ皆さんも見ていただいて、政府も分科会もこれを色々なところで発信していったらいいと思う。

○西村国務大臣 これは基本的には黄色のところを書いてあるように、昔のものも入っていると思うが、今やっているガイドラインをしっかりと守っていればこういうことは発生しなかったという理解でよろしいか。

○押谷構成員 クラスターを解析している立場からだが、今、西村大臣が言われたとおりである。このスポーツジムはかなり古いもので、バスツアーもかなり古いものである。その後は出ていないタイプのクラスターになるので、基本的にこういうガイドラインを守っていれば出なくなっているという傾向はあるのだと思う。

○尾身分科会長 それでは、時間も少ないので、そろそろこの議論のまとめに入りたい。私の理解では、皆さんは、資料2のP7~10の基本的な考えに賛同していただけた。しかし、様々なところで改善の余地がある。その中で最も多かったのは、これをどうプレゼンテーションするか、どう分かりやすくするか。言葉の問題も含めて、こういう言葉でいいのか、もう少し分かりやすい何か言葉が必要なのではないか、

あるいは9ページがやおら出てくる。これには経済のことも入っていないし、法的な色々な可能性も入っていないし、財政措置のことも入っていない。これをやることの経済的なメリットといったことも書いていないということで、このことを少ししっかり説明をする必要があるのではないかというのが1点あったと思う。

それから、平井知事からかなりはっきりと、これは東京や大阪を中心に見た紙になってしまっていて、まだ感染が低いところには自分たちにとってあまり有用ではないから、もう少しそこを細かくやったほうがよろしいのではないかということで、全くそのとおりだと思う。

南構成員からも、なかなかこの感染症は、一筋縄、単純な言葉では表現できないが、今、非常に不安感が一般の国民の間に起こっている。それに対して単純化するとこれは間違えるが、分かりやすいことでこの複雑な状態、なるほど、そうだというような表現を使ったらいいのではないか。コミュニケーションの問題である。

それから、岡部構成員から、軽症者の扱いがかなり重要になるので、これについては法的な一類指定感染症を落とす、外すというのは単純なことではない。軽症者は全くゼロにすることはできないので、軽症者は在宅といったように、もう少し戦略的な方法が必要なのではないかというようなことが幾つか出てきたと思う。今日はこういうことでよろしいか。

今、言ったようなことを中心に、特にネーミングやプレゼンテーション、それから、経済のことで関係の構成員にはこのままこの部屋に残ってもらって、今日の皆さんのコンセンサスみたいなものをまとめたほうがいいと思う。もちろん指標についても決まらないし、県によって状況が少し違うので、感染が下火の県があることも踏まえた文章をつくる。具体的な指標については明日からまた別途関係の構成員に入っていていただいて詰めていくという前提で、基本的には皆さんが合意したと思われるところは必ず入れるようにする。そういう前提で、大きな基本的な枠組みについては了承していただいたということでよろしいか。

(異議なし)

○尾身分科会長 それでは、終わったらまた宿題をやるので、よろしく願いしたい。

○西村国務大臣 資料2の7ページのレベルⅠ、レベルⅡ、レベルⅢの図、ポンチ絵のようなものがあるが、レベルⅠは、まさに多くの県が今そうであるように、感染者の漸増、少しずつ増えている。レベルⅢになると、もう爆発的な感染拡大ということなので、緊急事態宣言のような事態になってくる。そうならないようにその前の段階、今、漸増が急速に増加をしているように支障が生じてくるような事態も避けなければいけないということで、できればレベルⅠの段階から、レベルⅠを目指し

減少傾向にする。今も少ない水準の県はあるので、少ない水準というのがレベル0であり、今、Iにあって、きちんとした対策をやらないとレベルIIになる可能性があるから、対策を強化しようということで後ろに対策の案をまとめていただいた。最終的にはもちろん政府でこれを踏まえてもっと何ができるのか、できないのかを含めて考えなければいけないのだが、そういう理解で説明しても分かりにくいということかと理解している。

○石川構成員 目標はどこにあるのかということだと思う。それは平たんなのか微減なのか。では、今のレベルは肯定するのかということが今の一番大きな疑問だと思う。感染が増えている現状を肯定するトーンが伝わることは本意ではないはずなので、目標はあくまで微減に持っていくのだということを確認にしなければならない。

○西村国務大臣 分かった。

○尾身分科会長 ここは極めて重要なので、資料2の2ページを見ていただくと、これがこの前、分科会で合意したものである。目標の2番目、感染レベルをなるべく早期に減少に転じさせるとというのがこの前の合意。そうではないと、フラットでもどんどん感染者は蓄積していく。このことは今日説明しなかったのが唐突感がある。だから、今日の大きな方針を国民に見せるときに簡単でいいからパッケージにして、それをぜひどんな言葉を使えばいいのか、皆さんの知恵を絞れば1～2時間で解決すると思っているので、よろしく願いたい。

○小林構成員 <資料4を説明>

### <議事(2) ワクチンの接種>

○事務局(池田) <資料3を説明>

○平井構成員 5ページの一番下の費用負担については、先ほど加藤大臣からも医療提供体制などを十分な予算を取ってやっているの、むしろ安心してもらいたいというお話があった。予備費等、今も色々と確保されている状況もあり、もしワクチンが早めに調達できるのであれば、そういうことも含めた財源措置を考えていただければ、多分一番スムーズにいくのではないのかと思う。色々と事情に応じて御検討いただければと思う。

また、6ページだが、新型コロナウイルスの患者さん等々の関係で介護施設あるいは保健師という話があるわけだが、やはり介護施設でクラスターが発生すると命

に関わるということであり、この辺も重点的に考えていただけるとありがたい。保健師もそうなのだが、結局、今、最前線で公衆衛生を何とか切り盛りしなければならない。本県でも保健所で保健師の陽性が発生して、実は一昨日、昨日と保健所を一部移転して、夜通しPCR検査をやって、陽性の保健師以外は全職員陰性であるということで業務再開を十分できているということはあるのだが、やはりこれがこれから頻発する可能性がある。したがって、こうした行政対応なのかもしれないが、保健師も重要であることを重ねて申し上げたい。

○脇田構成員 5ページの基本方針の取りまとめのところだが、現在のワクチンの開発状況を考えると、色々な製剤が段階的にアベイラブルになってくるというようなことが考えられるが、そういったときに最終的な基本方針の取りまとめをどの段階で行うのかということの想定を教えてください。

○事務局（池田） 予防接種に係る基本方針については、まずはワクチンの供給が見込まれる段階で、その有用性なり安全性を見込んで立てるわけだが、その基本方針を一度決めてしまえばそれを変えないということではなく、新たな状況、新たな知見が生まれれば当然それをまた改正、見直していくことを考えている。

○脇田構成員 早くできてくるものと、遅れて出てくるものがあるわけだが、そういったものをどのように使っていくかという戦略性も大事だと思うので、アベイラブルになったものから順番に考えていくというよりも、やはりどういったものが今後使えてくるようになるのか、それをどういうように使っていくかということが重要になってくると思うので、その点もよろしくお願ひしたい。

○石田構成員 今回のこの話は命を守るという、いわゆる優先接種を大事だ、重要だということは当然理解するが、それと併せて、やはり社会機能を停止させないというための特定接種の議論も今のところ大丈夫だということであればそれはいいのだが、これからを含めて社会機能をまだ維持できるという根拠と、どこまでいったらというところを示したほうがよいのではないか。エッセンシャルワーカーの方も含めて、いわゆる事業継続が求められている人たちが安心して働けるよう、社会機能を停止させないということも片隅には置いておかなければいけないのだと思っている。ぜひ特定接種にしなくても社会機能がしっかり維持できるという裏づけのようなものも、お示しいただければより理解が深まると思うので、よろしくお願ひしたい。

○事務局（池田） どんな状況に陥っても社会機能が維持できるのだということをお

示しするのは難しいと思っている。優先順位を決める議論においては、誰かを優先しないという理屈は恐らくあまりないのだろうと思っている。できるだけ希望する国民に早く接種していただくというのが一番大事なことだと思っている。その中で、先ほど医療従事者や高齢者、基礎疾患を有する方を挙げさせていただいたが、どういう方を早く接種しなければならないのかという点で議論を深めていただければと考えている。

○石田構成員 十分理解はしている。どういう方を優先すべきか、という見方と、どういう機能は維持をしなければいけないのか、という違いだと思う。だから、医療関係の従事者の方も当然重要だと思っている。ただ、日本全体を見たときにどういう機能を維持しなければいけないのかというところもぜひ議論に加えていただきたい。

### <議事（3）その他>

○石川構成員 <資料5を説明>

○清古構成員 <資料6を説明>

○武藤構成員 1回目のときに偏見・差別とプライバシーのワーキンググループをつくってくださいとお願いをして御了承いただいたが、これまで感染者がいなかった岩手県で感染者が出て、もちろん知事や色々な報道機関も非常に配慮して報道等をしたが、結局、SNS上で個人を特定する作業が猛烈に今、進んでおり、キャンプ場の特定といった攻撃が進んでいる。

一方で、政府でまん延防止に資するという観点で、店舗などクラスターの発生場所を同意なしでも公開するというような取組があって、今、ちぐはぐに色々物事が動いている。偏見・差別とプライバシーのワーキンググループを早く発足させていただき、分科会としてしっかりそのメッセージを出すということをやったほうがいいのではないかな。

それから、2つ目に、そういう個人特定の活動がほとんどネット上で行われているので、やはりプラットフォームとの話し合いを一度やっていただいたほうがいいのではないかな。都市部のこれだけ人口が多い場所の話と、本当にもう持ち込まれたら怖いと思いつけている人口の少ない地域の方々で全く問題意識が違うので、そこに加担して遊んでいる人たちも多くいる。その辺り、3密の回避、それから、マスク、手洗いはこれからも呼びかけていかれると思うのだが、常に一緒に偏見・差別とプライバシーのことも大臣にも言及していただきたいし、尾身先生にも言及していただいて、こういうところから早く脱却をしないといけないのではないかな。政

府としても怒っているという姿勢は十分示していただきたいと思っている。

それから、岩手県では、区市町村名がやはり公開されているが、厚労省でつくっている公表基準では、区市町村を別に公表しなくてよいとなっている。感染者がどれくらいか分からない場合などは別だが、ある程度分かっているときに人口が1万、何千人といった区市町村名をなぜ公表する必要があるのかということもかねてから疑問に思っている。だから、その点も考え直していただけないかということをお願いしたい。

○尾身分科会長 実は疫学データのアセスメントのワーキンググループは、厚労省においてやっていただいております、もうすぐ報告が来るはずである。

武藤さんの話は極めて重要だが、今日の話で全体の方針、ステージⅠ、Ⅱ、Ⅲの指標もなるべく早くつくってお見せするという事になっている。本日の分科会が終わったら、直ちにそちらに取りかかるということでもよろしくお願ひしたい。

以 上