

# 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5回（2020年8月7日）

## 目次

1. 議事次第 .....	2
2. 直近の感染状況等 .....	3
3. 全国の疫学状況 .....	5
4. 今後想定される感染状況と対策について .....	23
5. 新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況の調査 .....	31
6. 参考資料1：直近の感染状況等 .....	47
7. 参考資料2：都道府県の医療提供体制等の状況 .....	49
8. 直近の感染状況等2.....	50
9. お盆休みにおける帰省等のあり方について .....	58
10. 議事録 .....	59

# 新型コロナウイルス感染症対策分科会（第5回）

日時：令和2年8月7日（金）

11時00分～13時30分

場所：合同庁舎4号館11階

共用第1特別会議室

## 議 事 次 第

### 1. 議 事

- (1) 今後想定される感染状況と対策について
- (2) その他

(配布資料)

資料1	直近の感染状況等	(構成員提出資料)
資料2	全国の疫学状況	(構成員提出資料)
資料3	今後想定される感染状況と対策について	(構成員提出資料)
資料4	新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況の調査	(構成員提出資料)

参考資料1	直近の感染状況等
参考資料2	都道府県の医療提供体制等の状況

## ○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きたが、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、一部地域では急速に感染が拡大している。
  - ・人口10万人当たりの1週間の累積感染者数(7/30～8/5)  
全国:7.33人(9,248人)、東京都:17.41人(2,424人)、愛知県14.38人(1,086人)、大阪府14.37人(1,266人)、福岡県16.58人(846人)、沖縄県30.21人(439人)
  - ・感染経路が特定できない症例の割合(7/25～7/31) 全国:52%、東京都:59%

## ○入院患者数の動向

- ✓ 入院患者数は増加しており、(括弧内)の受入確保病床に対する割合も増加している。
  - ・入院者数(7/28。東京都は8/5):全国4,034人(20%) 東京都1,475人(45%)、愛知県195人(39%)、大阪府534人(42%)、福岡県183人(37%)、沖縄県83人(37%)
- ✓ 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。(括弧内)の重症者受入確保病床数に対する割合も徐々にではあるが、増加している。
  - ・重症者数(7/28。東京都は8/5):全国92人(4%)、東京都21人(5%)、愛知県2人(7%)、大阪府13人(7%)、福岡県5人(8%)、沖縄県2人(5%)

## ○検査体制

- ✓ 直近1週間で、検査件数は+48%上昇。検査件数に対する陽性者の割合も6.7%(前週比+0.7%ポイント)に上昇したが、緊急事態宣言時(4/6～4/12の8.8%)と比較すると低位なるも、一部自治体では急増が見られる。
  - ・検査数(7/27～8/2):全国127,700件(+48%)、東京都32,605件(+36%)、愛知県5,661件(+92%)、大阪府11,287(+42%)、福岡県10,312件(+95%)、沖縄県3,433件(+143%)
  - ・陽性者の割合(7/27～8/2):全国6.7%(+0.7%ポイント)、東京都7.0%(+0.7%ポイント)、愛知県18.5%(+3%ポイント)、大阪府11.1%(+1.4%ポイント)、福岡県7.4%(+0.3%ポイント)、沖縄県9.5%(+6.6%ポイント)
- ✓ 「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(4/13～4/19):全国7.6日、東京都9.0日

## 直近の感染状況の評価等

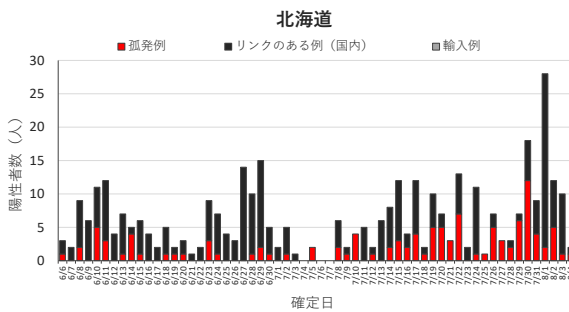
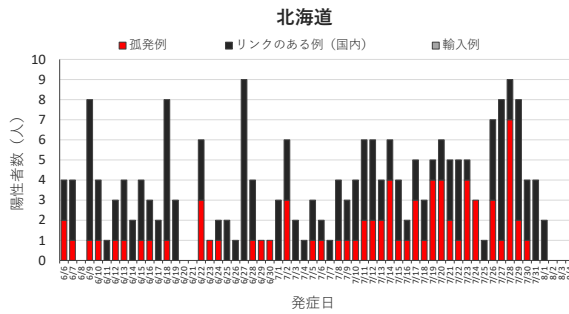
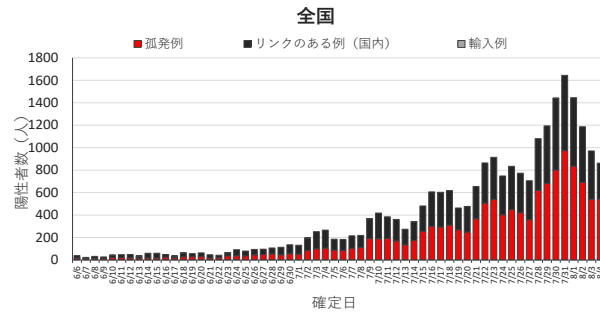
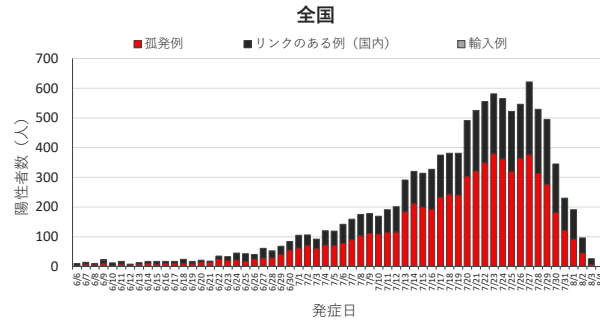
- 都市部を中心に接待を伴う飲食店や友人・知人との会食・飲み会を介した感染拡大が続いており、地方でも感染拡大が生じている。感染拡大のスピードについては、一部地域で急速な拡大に伴い、3、4月のときに近くなっており、憂慮すべき状況である。
- 一方で、引き続き、若年層を中心とした感染拡大となっているため、3、4月と比較すると、感染者数の増加に対して、入院したり、重症化する者の割合は低い状況が続いているが、中高年層への拡大も徐々に見られ、重症者も徐々に増加しつつある。
- なお、感染者数の増加に対して、重症者数の増加が緩やかである点については、若年層が多いことだけでなく、早期に診断がされるようになったことや、重症化予防に資する治療が一定の効果を上げつつある可能性も考えられるが、現時点では、十分なエビデンスを得るには至っておらず、引き続き解析を行うことが必要である。
- 感染経路等については、感染者数の増加が見られる地域において、感染経路不明の感染者の割合が高水準で推移している。さらに、引き続き、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いる。
- また、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、また、職場での会議など、主に3密や大声を発するような状況が多かった。
- 以上から、引き続き、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、室内でのマスクの着用、フィジカル・ディスタンスの徹底、換気の徹底など基本的な感染対策を行うことが強く求められる。
- 現在のところ、こうした基本的な感染対策が行われていれば、近隣のスーパーでの買い物や通勤時の公共交通機関、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。
- 一方で、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、一部地域では医療提供体制ひっ迫の懸念が見られる。いくつかの都道府県では既に動きが見られるが、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・評価を継続するとともに、病床の拡充や宿泊療養施設の確保など、十分な医療提供体制を早急に確保していく必要がある。また、宿泊施設の受入可能人数の状況等を踏まえ、宿泊療養による対応が難しい場合等においては、軽症・無症状者で重症化リスクの低い患者が自宅療養を適切に受けられる体制（体調悪化の対応、食事対応等を含む）を検討・整備するなど、医療提供体制の状況を早急に点検する必要がある。

# 全国の疫学状況

## 全国・県別エピカーブ

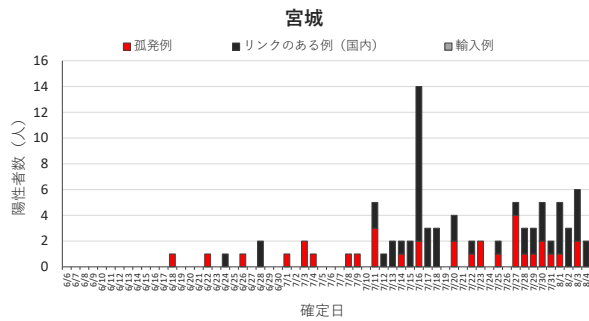
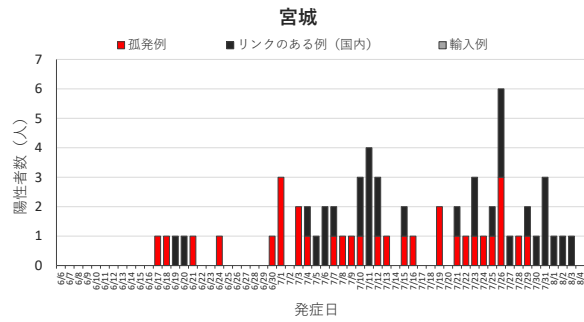
2020/08/04 の過去 2 か月間

発症日が自治体から公表されているもののみを含む

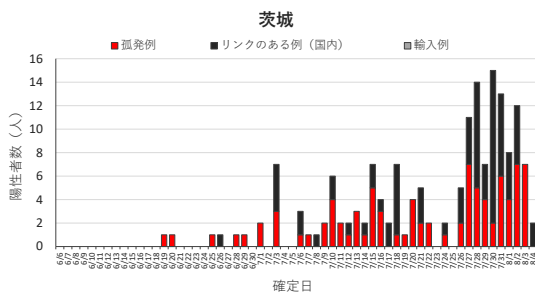
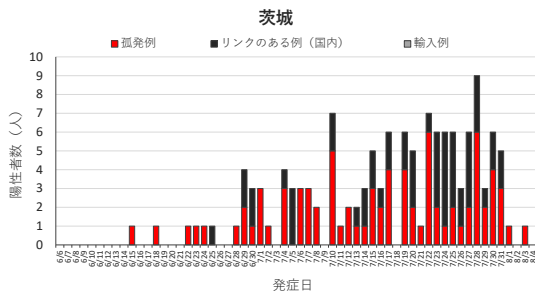


3

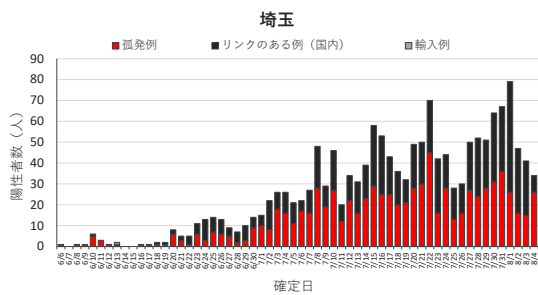
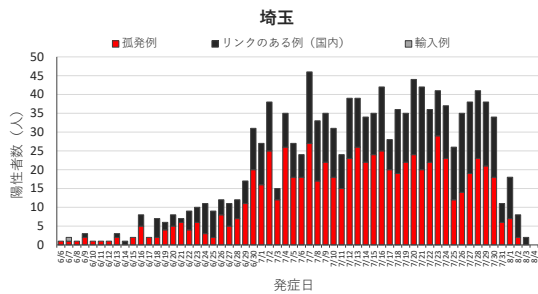
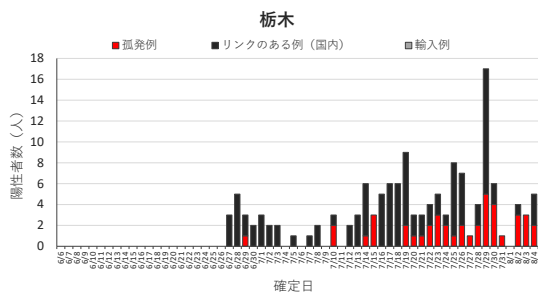
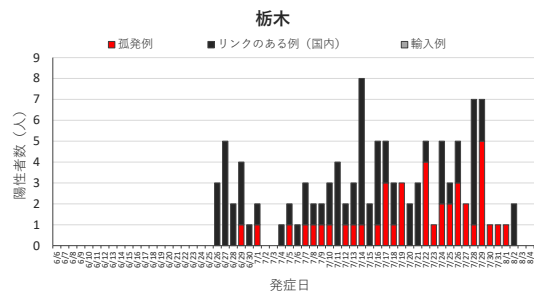
4



5



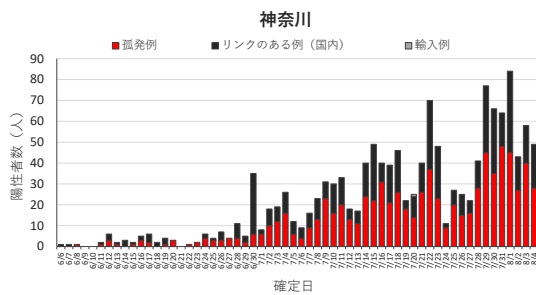
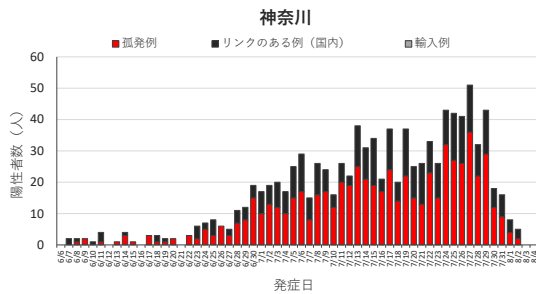
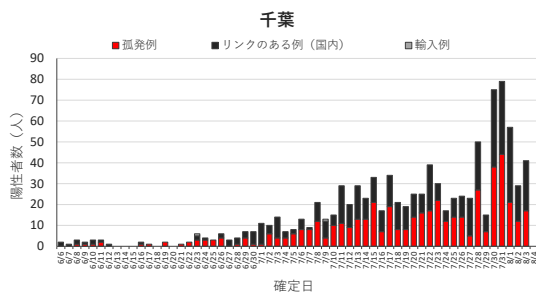
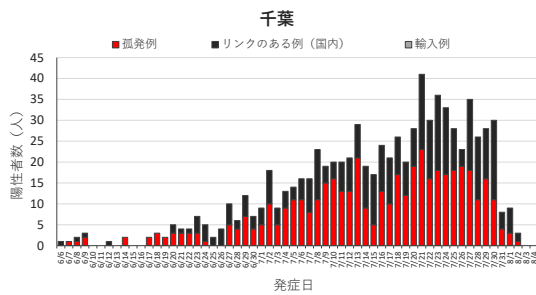
6

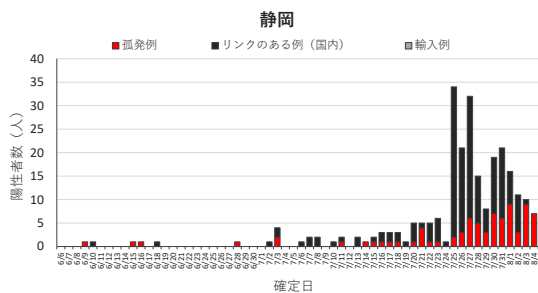
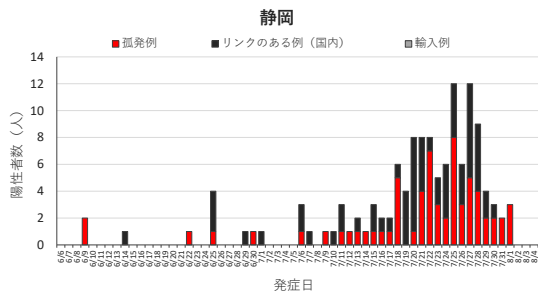
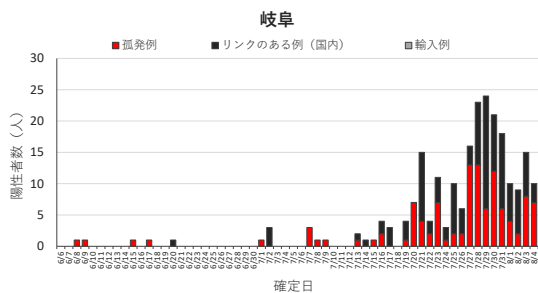
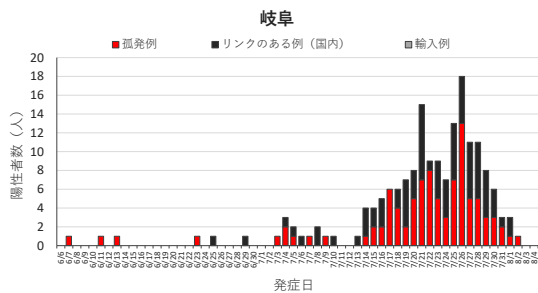


7

8

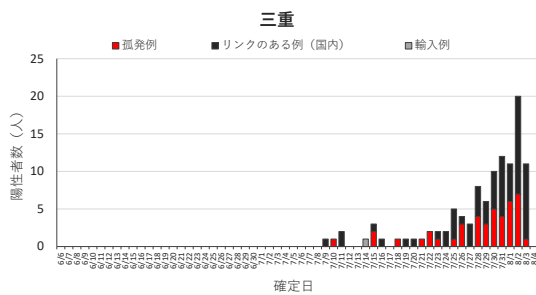
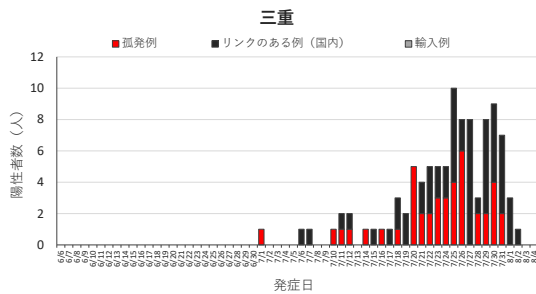
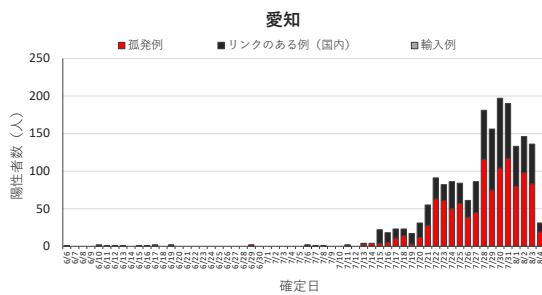
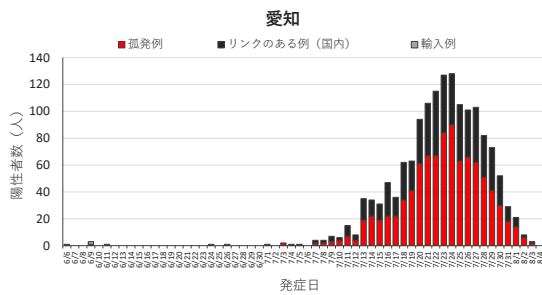






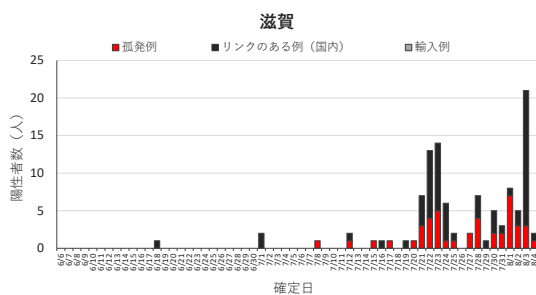
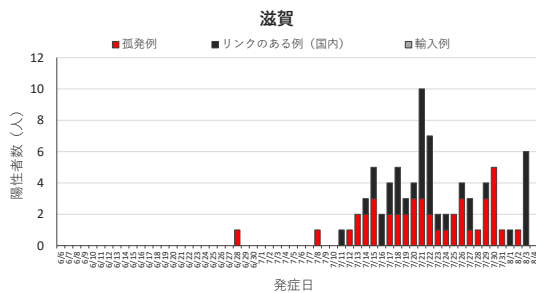
11

12

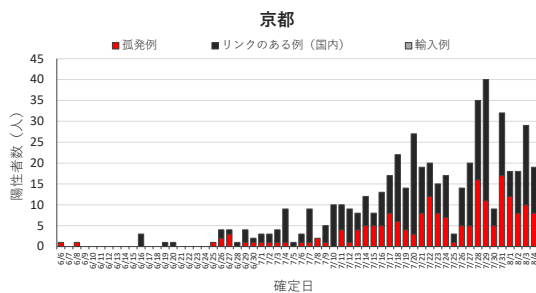
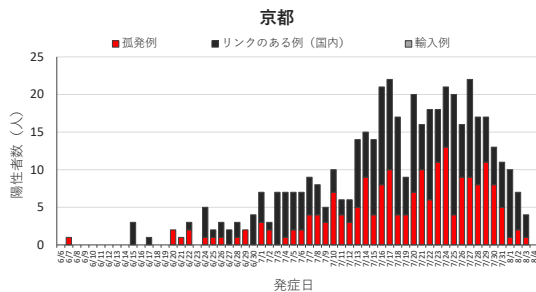


13

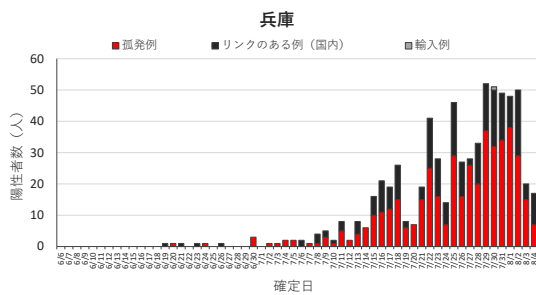
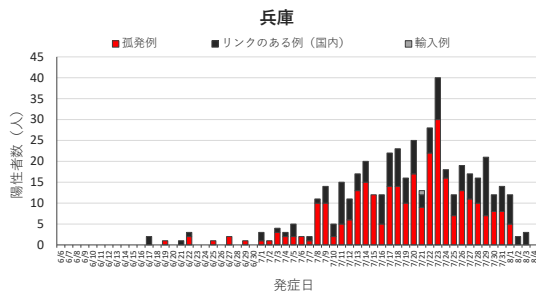
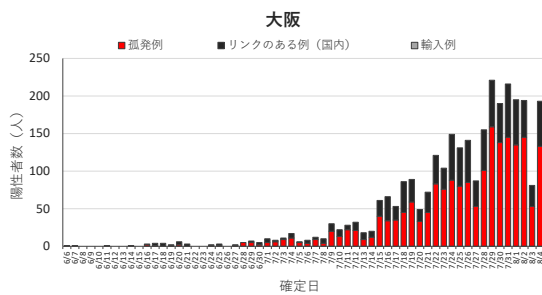
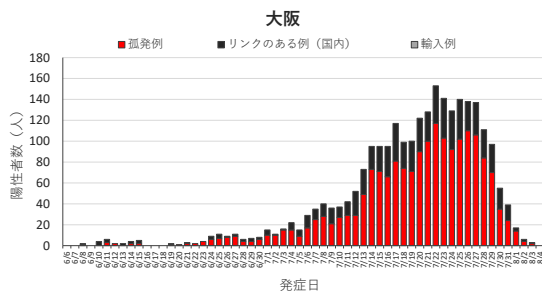
14

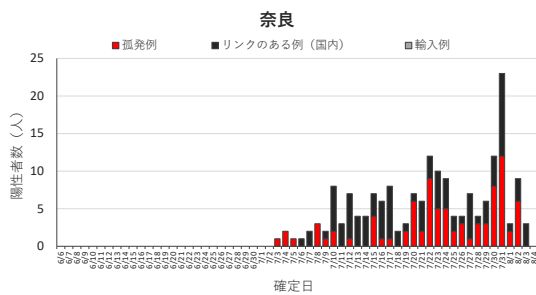
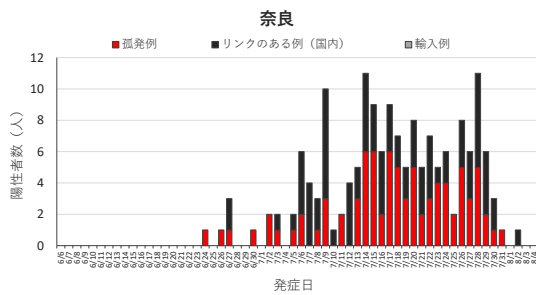


15

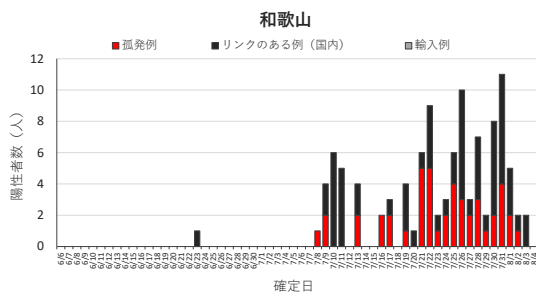
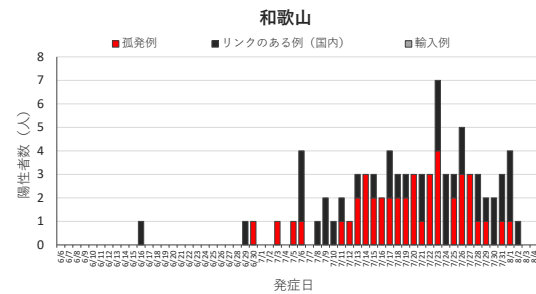


16

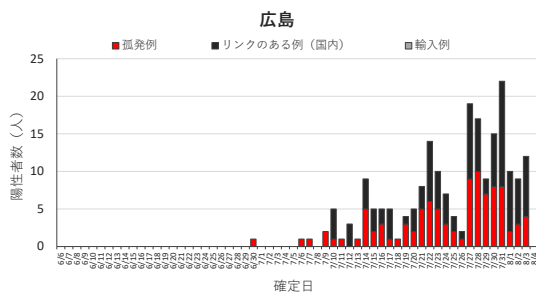
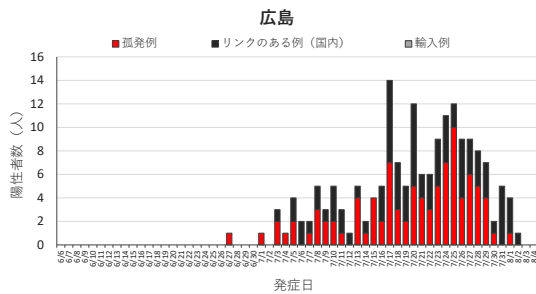
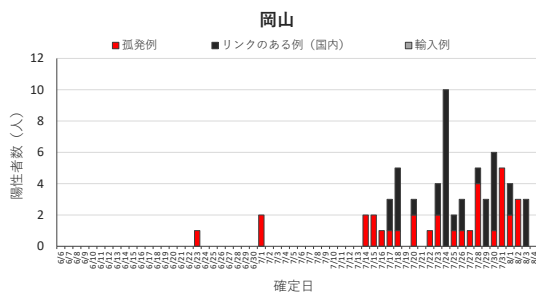
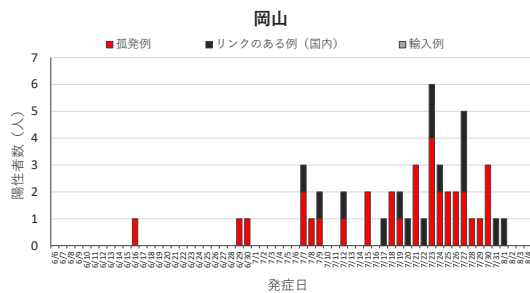


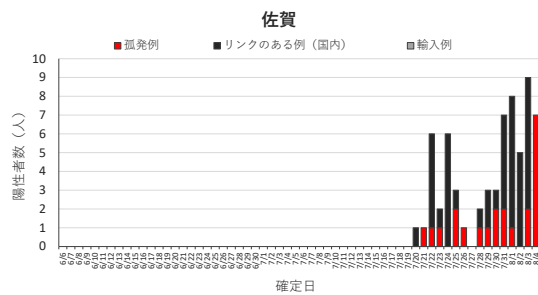
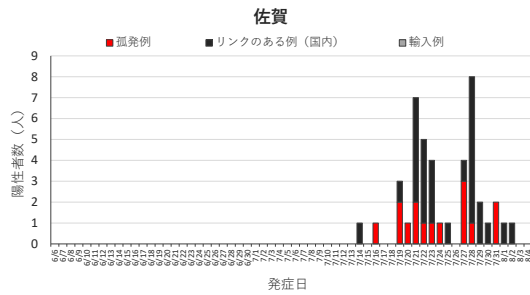
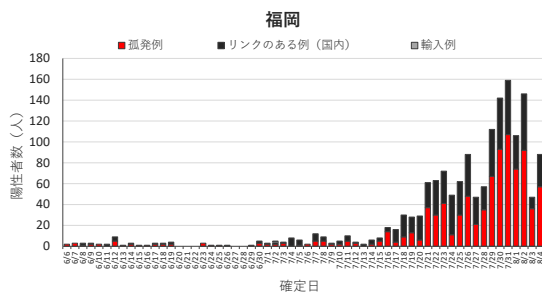
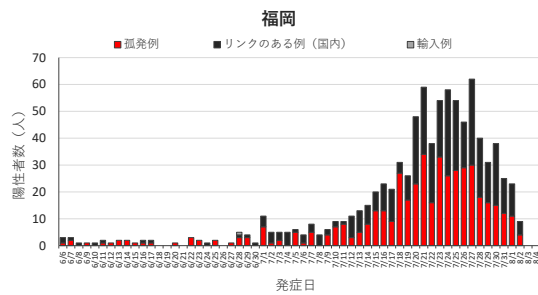


19



20

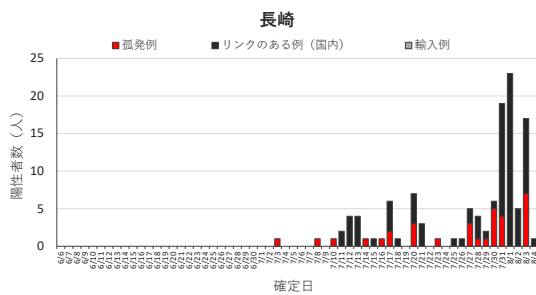
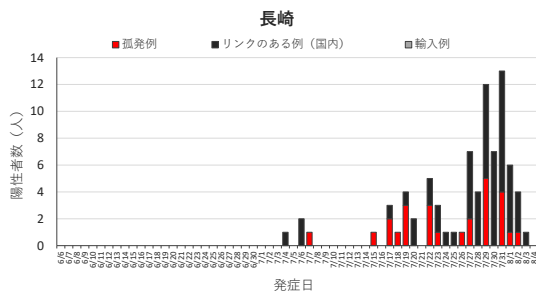




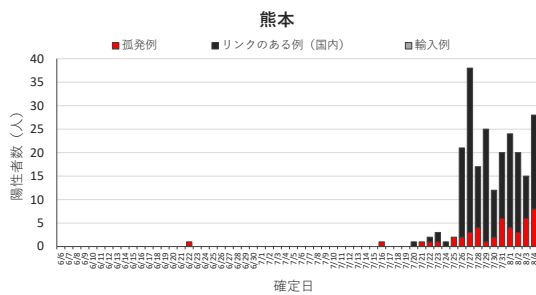
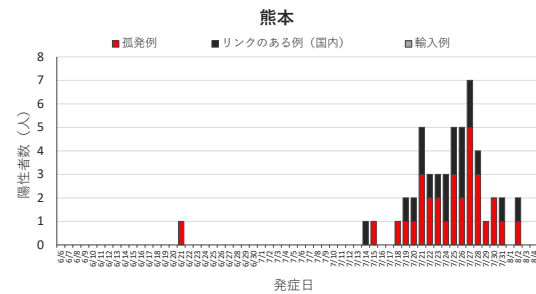
23

24

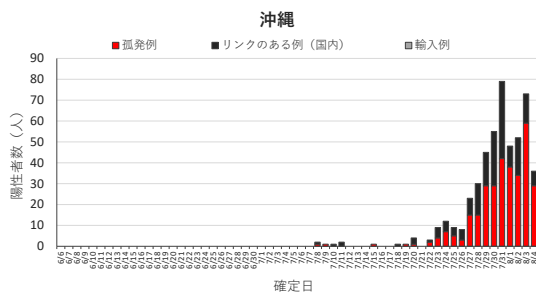
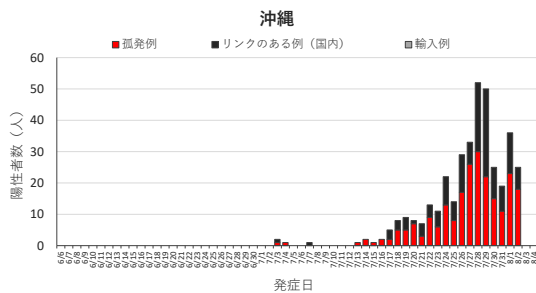




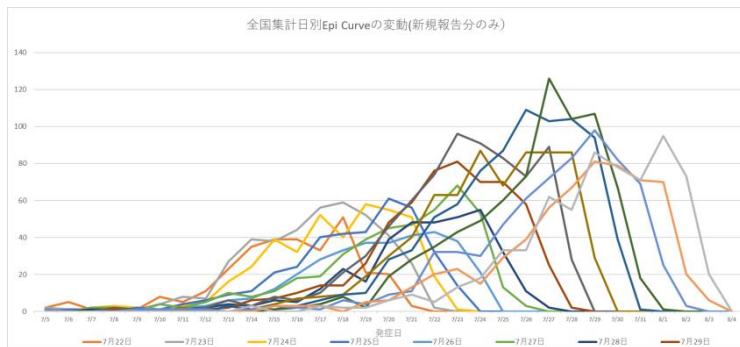
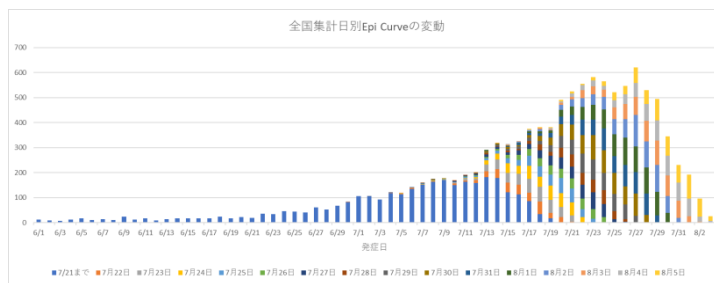
25



26



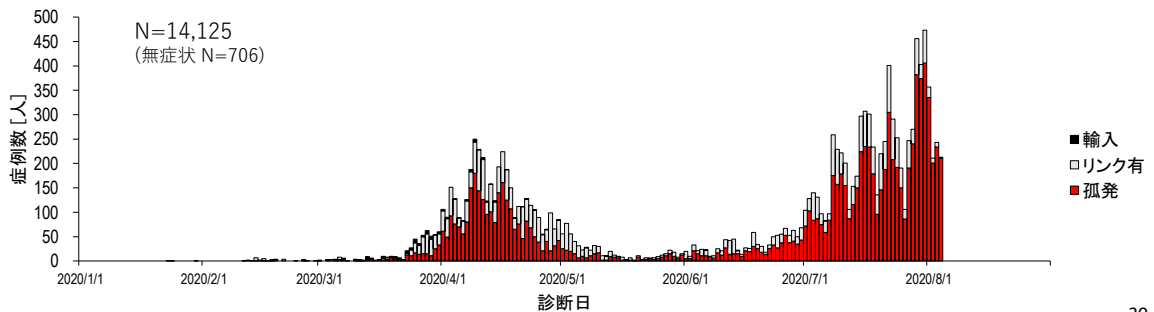
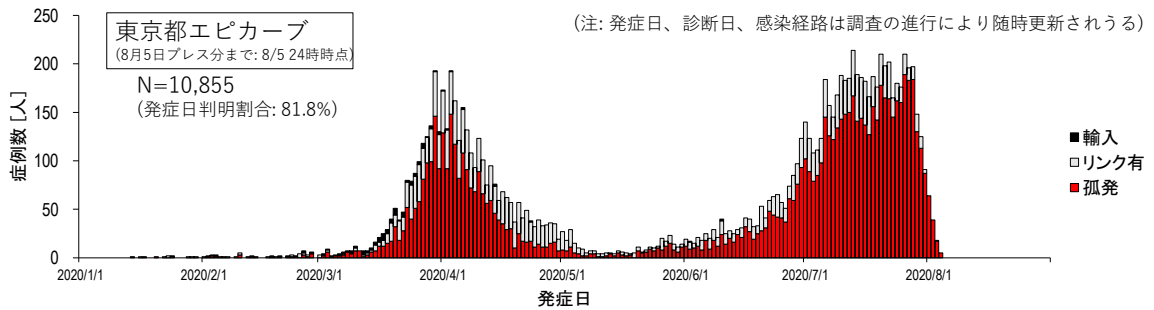
27



28

# 東京都エピカーブ

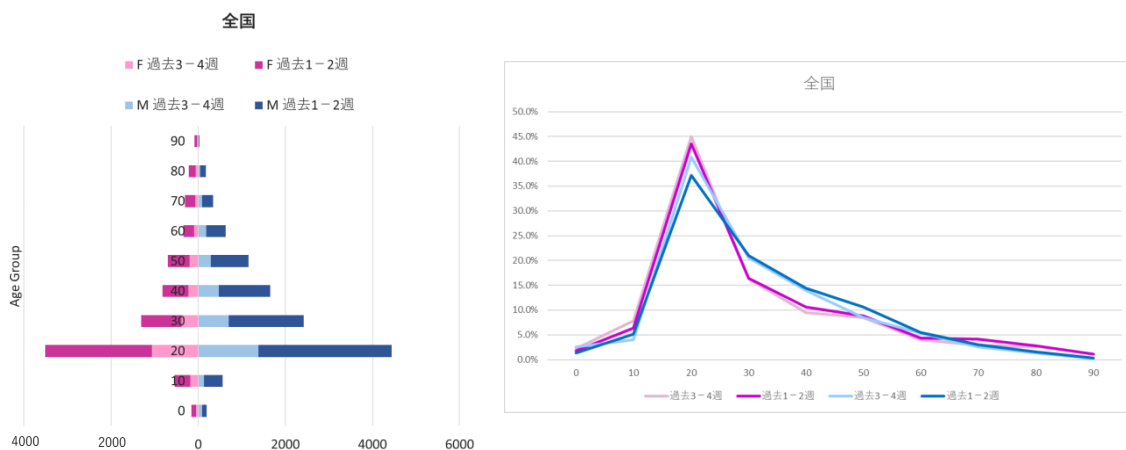
2020/08/05発表分まで



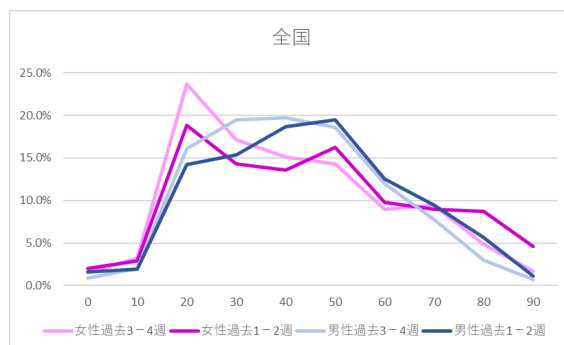
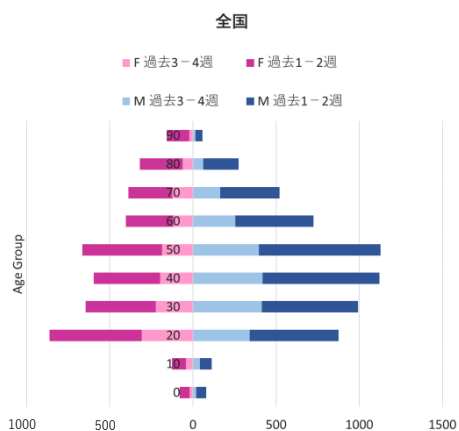
# 年齢・性別ごとの分布

2020/08/04集計分まで

## 年齢・性別分布とその割合 (8月4日集計分まで)

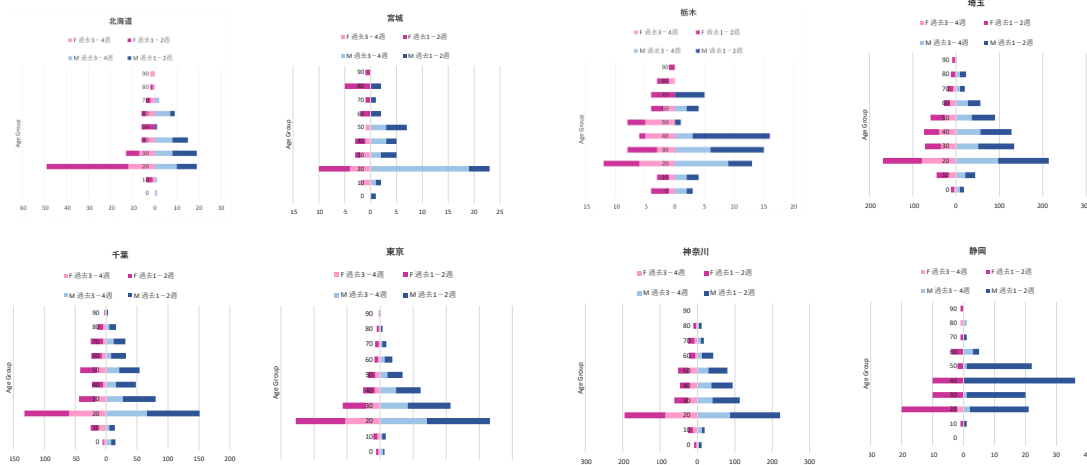


# 年齢・性別分布とその割合 (4月23日集計分)



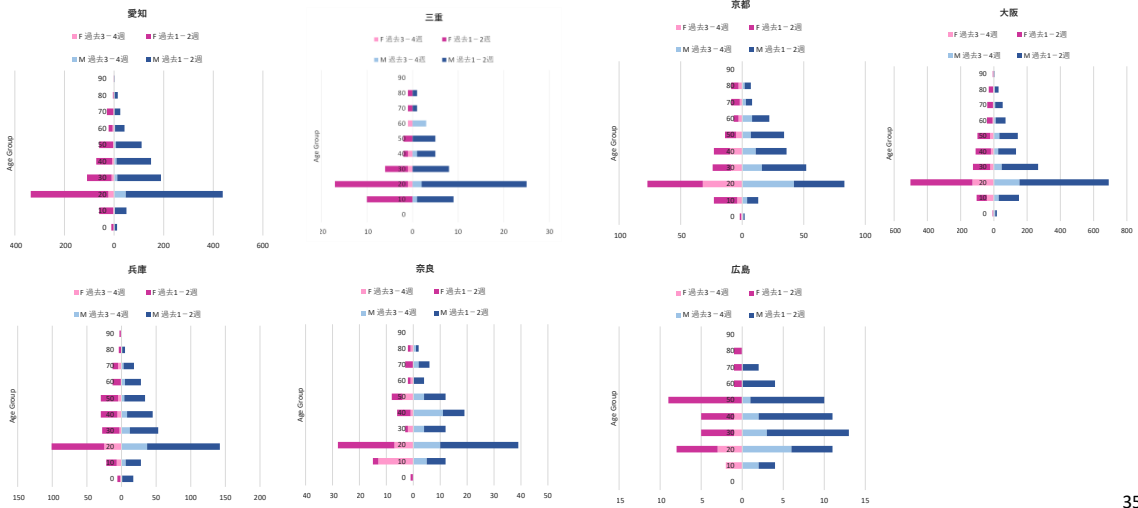
33

# 都道府県別年齢・性別分布 (8月4日集計分まで)



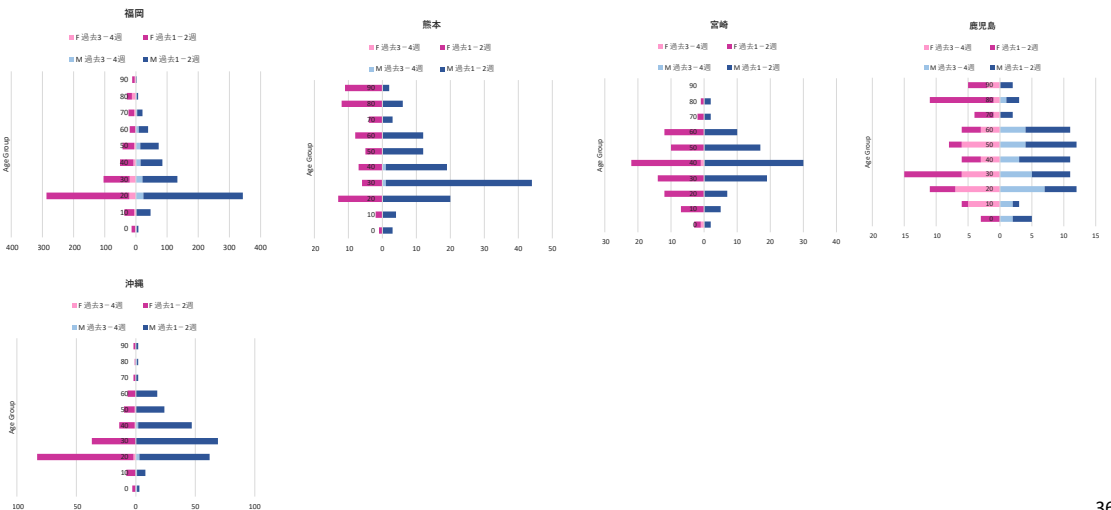
34

# 都道府県別年齢・性別分布 (8月4日集計分まで)



35

# 都道府県別年齢・性別分布 (8月4日集計分まで)



36

# 今後想定される感染状況と対策について

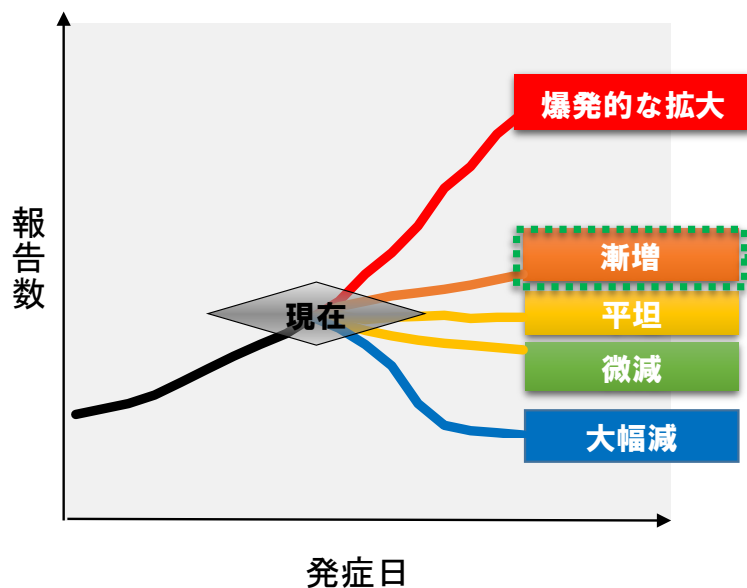
## 令和2年8月7日（金）

新型コロナウイルス感染症対策分科会有志一同

提出資料

- 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



# 各都道府県で今後想定される感染状況

令和2年7月31日新型コロナウイルス感染症対策分科会資料を一部修正

## 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。

## ステージⅠ

**感染者の散発的発生及び医療提供体制に特段の支障がない段階**

## ステージⅡ

**感染者の漸増及び医療提供体制への負荷が蓄積する段階**

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

P 6 の取組及び P 7 の取組のうち、黒字の取組を実施

### ステージⅢの指標

## ステージⅢ

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

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

ステージⅢで講ずべき施策 (P 7) を実施

### ステージⅣの指標

## ステージⅣ

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

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

ステージⅣで講ずべき施策 (P 8) を実施

# ステージの判断に当たっての考慮要素

令和2年7月31日新型コロナウイルス感染症対策分科会資料を一部修正

- 現在、各都道府県ではそれぞれ異なる感染の状況にあるが、「感染レベルを早期に減少に転じさせる」べく、社会経済への影響に配慮しつつ、できる限りの取組を行っていただく状況にある。
- しかし、そうした努力を講じても、ステージⅡからステージⅢ、さらにはステージⅣへ移行する可能性もあり得る。  
最悪の事態を想定しながら、次の段階が起こりそうな兆しを早期に検知し、「先手の対策を講じる」ことが危機管理の要諦であり、そのために「ステージの移行を検知する指標」を提案する。
- 提案する指標は「あくまで目安」であり、また、「一つひとつの指標をもって機械的に判断するのではなく、国や都道府県はこれらの指標を「総合的に判断」して、感染の状況に応じ積極的かつ機動的に対策を講じていただきたい。
- その際、都市部と地方部では医療提供体制をはじめ様々な環境が異なるため、「新規報告数が多い都市部」においては「医療提供体制に関する指標」をより重視し、「地方部」においては「感染の状況に関する指標」を重視するなど、地域の実情に応じて判断することが必要である。  
また、「医療提供体制が脆弱な地方部」においては、これらの指標に満たない段階で、積極的に対策を講じる必要がある。

## 1. 医療提供体制の負荷

- ・ 医療提供体制等のひっ迫具合 ・ 療養者数 ・ 救急搬送困難事例（参考指標）

<指標の考え方>

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

## 2. 監視体制

- ・ PCR陽性率 ・ 発症日から診断までの日数（参考指標）

## 3. 感染の状況

- ・ 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

# 指標及び目安

以下の指標は目安であり、また、これらの指標をもって機械的に判断するのではなく、国や都道府県はこれらの指標を総合的に判断していただきたい。

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

注1 日々の入手可能性を踏まえつつ、発症日での検討結果も考慮する。

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

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

## 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

# ステージⅢで講ずべき施策の提案

令和2年7月31日新型コロナウイルス感染症  
対策分科会(暫定合意)を一部修正

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

## メリハリの利いた接触機会の低減

### 【対事業者】

#### (ステージⅢで取り組むべき事項)

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

#### (ステージⅢにおいて更に徹底すべき事項)

- COCOA及び地域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。

### 【対個人】

#### (ステージⅢで取り組むべき事項)

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

#### (ステージⅢにおいて更に徹底すべき事項)

- ターゲット毎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。

### 【対国・地方自治体】

#### (保健所の業務支援)

- クラスタ対策の重点化・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。**(宿泊療養により難しい場合における、軽症・無症状者で重症化リスクの低い方への自宅療養の適切な実施)**
- 感染が広がっている特定の地域については、医療機関や高齢者施設等において速やかに必要な検査を実施。
- 感染が拡大している特定の地域に属する者や関連する集団を対象とした検査を実施

#### (水際対策)

- 水際対策の適切な実施を継続。

#### (その他の重要事項)

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

## 全面的な接触機会の低減

緊急事態宣言など、強制性のある対応を検討せざるを得ない。

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

## 公衆衛生体制

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

## 医療提供体制

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

## その他の重要事項

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

# 新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況の調査 (2020年度第1四半期) -結果報告- (概要版)



一般社団法人 日本病院会



公益社団法人 全日本病院協会



一般社団法人 日本医療法人協会

この度、一般社団法人日本病院会、公益社団法人全日本病院協会、一般社団法人日本医療法人協会では、新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況を、2020年4月の調査に引き続き、今年度第1四半期においてもその状況を把握する事を目的として、合同でのアンケート調査を実施した。

前回の調査では、4月の収入減少による病院の経営悪化が顕著であった。その原因が新型コロナウイルス感染症による事が明らかになり、このままでは次に到来する第2波、第3波に対応する病院運営の体力が損なわれる事を大いに危惧して、政府を初め、関係各方面に各種の経営支援の実施を強く要請した。その結果、入院基本料の引き上げ等の診療報酬での対応や緊急包括支援事業による第1次補正予算、第2次補正予算が国会承認された。

これらの支援事業が功を奏するには、まだ時日を要すると思われるが、経営状況が逼迫する中で、如何に日本の病院が努力をし、苦労を重ねているかについても把握するための今回の調査である。

調査期間は7月13日～8月3日であり、3団体に加盟する全病院（4,496病院）を対象としてメールで調査票を配布した。8月3日現在の回答数は1,459病院(有効回答数1,459病院、有効回答率32.5%)であった。

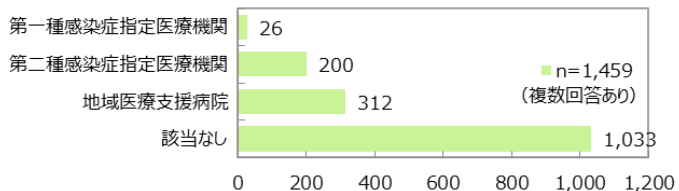
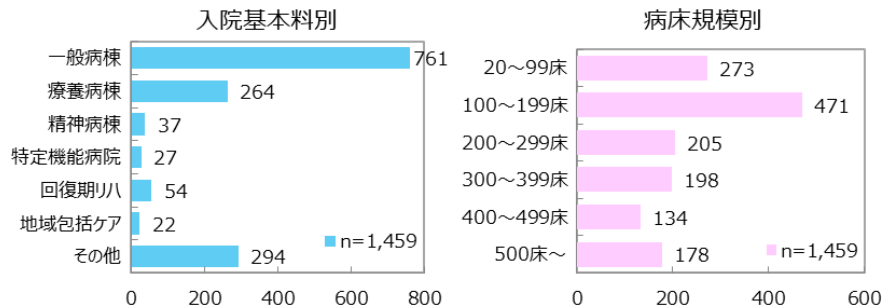


今回の調査により明らかになったことは、全病院の外来患者・入院患者共に4月は大幅に減少したが、5月は更に悪化しており、6月には入院・外来患者数は、僅かに回復の兆しは見えるものの、医業損益は大幅な赤字が継続していた。

特に新型コロナウイルス感染患者の入院を受入れた病院、外来や病棟の一時閉鎖に至った病院では、6月に至るも10%を優に超える大幅な赤字が継続しており、新型コロナウイルス感染患者に対する診療報酬引き上げが行われたものの、経営状況の悪化に歯止めはかからなかった。また、コロナ患者の受け入れを行っていない病院も、第1四半期を通じて対前年で経営状況の悪化を認めた。その結果、4分の1を超える病院が夏季賞与を減額支給せざるを得ない状況となっている。

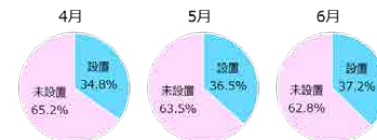
現在、緊急包括支援事業による病院及び職員への支援が予定されているが、現時点では実行されておらず、病院の経営状況の悪化は深刻であり、経営悪化の長期化が予想される。適切な対応がなされない場合、地域医療を支える病院が経営破綻し、新型コロナウイルス感染症対応が不可能になるのみならず、地域医療が崩壊する危険性すらある。地域医療を支えるために、緊急的な経営支援が必要と考える。

- 調査対象数：4,496病院
- 回答病院数：1,459病院
- 有効回答数：1,459病院  
(回答率32.5%)



### ■新型コロナウイルス感染症への対応状況

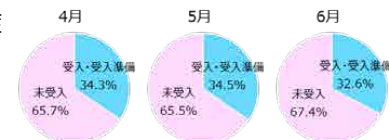
帰国者接触者外来  
設置状況



新型コロナウイルス感染症  
疑似症患者受入



新型コロナウイルス感染症  
入院患者受入



一時的外来・病棟閉鎖

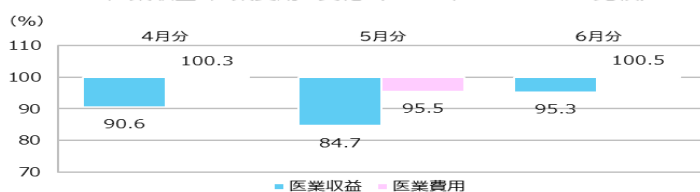


■コロナ患者受入状況における経営指標の比較（有効回答全病院）

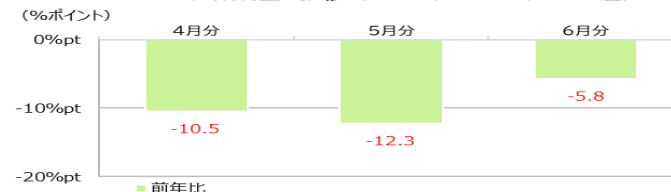
n=1,407

(単位：千円)	4月分 平均病床数：266			5月分 平均病床数：266			6月分 平均病床数：266		
	2019年4月	2020年4月	前年比	2019年5月	2020年5月	前年比	2019年6月	2020年6月	前年比
	医療収益	514,154	465,951	-9.4%	515,398	436,464	-15.3%	516,334	492,086
入院診療収入	340,078	311,468	-8.4%	342,208	294,901	-13.8%	341,446	321,936	-5.7%
外来診療収入	149,391	134,481	-10.0%	148,597	124,326	-16.3%	146,033	145,853	-0.1%
健診・人間ドック等収入	7,198	3,927	-45.4%	8,326	3,076	-63.1%	10,157	7,540	-25.8%
室料差額・その他医療収入	17,487	16,074	-8.1%	16,268	14,162	-12.9%	18,698	16,756	-10.4%
医療費用	506,779	508,230	0.3%	495,296	472,953	-4.5%	549,079	551,600	0.5%
医薬品費	92,295	91,611	-0.7%	78,718	71,565	-9.1%	78,854	82,086	4.1%
診療材料費	56,351	52,921	-6.1%	50,200	41,152	-18.0%	51,434	50,049	-2.7%
給与費	243,776	247,760	1.6%	252,753	252,210	-0.2%	303,380	304,499	0.4%
その他経費	114,358	115,938	1.4%	113,625	108,026	-4.9%	115,412	114,967	-0.4%
医療利益	7,374	-42,279		20,102	-36,488		-32,745	-59,514	
医療利益率	1.4%	-9.1%		3.9%	-8.4%		-6.3%	-12.1%	

医療収益・医療費用の変化（2019年を100%として比較）



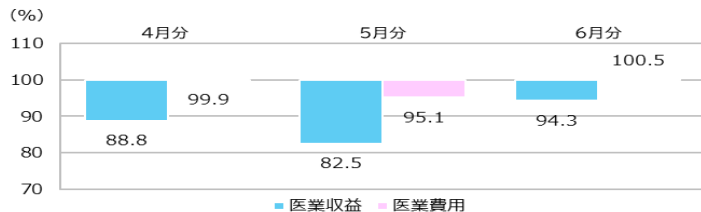
医療利益の推移（2019年と2020年の%の差）



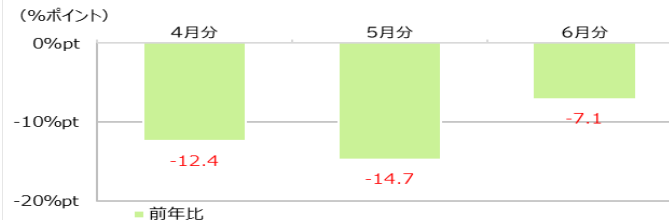
■ コロナ患者受入状況における経営指標の比較（コロナ患者入院受入・受入準備病院）

(単位：千円)	4月分 n=485 平均病床数：419			5月分 n=508 平均病床数：411			6月分 n=516 平均病床数：409		
	2019年4月	2020年4月	前年比	2019年5月	2020年5月	前年比	2019年6月	2020年6月	前年比
医業収益	986,621	876,315	-11.2%	959,544	791,967	-17.5%	956,785	901,840	-5.7%
入院診療収入	643,230	573,027	-10.9%	627,668	521,390	-16.9%	624,843	577,569	-7.6%
外来診療収入	299,073	269,231	-10.0%	289,137	241,945	-16.3%	281,699	282,384	0.2%
健診・人間ドック等収入	12,525	6,294	-49.7%	14,381	4,882	-66.1%	17,181	12,647	-26.4%
室料差額・その他医業収入	31,793	27,763	-12.7%	28,357	23,751	-16.2%	33,063	29,240	-11.6%
医業費用	976,937	976,403	-0.1%	926,255	881,183	-4.9%	1,028,661	1,033,549	0.5%
医薬品費	196,975	194,366	-1.3%	163,605	148,666	-9.1%	161,718	168,523	4.2%
診療材料費	120,407	111,285	-7.6%	104,367	83,651	-19.8%	106,085	101,870	-4.0%
給与費	444,947	452,455	1.7%	452,356	451,800	-0.1%	551,196	553,972	0.5%
その他経費	214,608	218,297	1.7%	205,927	197,065	-4.3%	209,662	209,183	-0.2%
医業利益	9,685	-100,088		33,289	-89,215		-71,875	-131,708	
医業利益率	1.0%	-11.4%		3.5%	-11.3%		-7.5%	-14.6%	

医業収益・医業費用の変化（2019年を100%として比較）



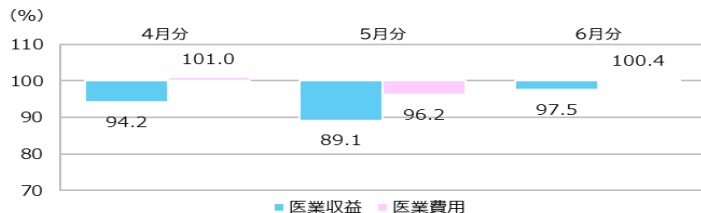
医業利益率の推移（2019年と2020年の%の差）



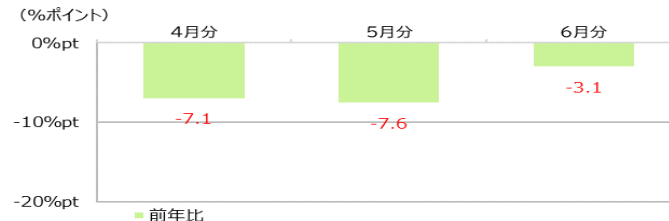
■コロナ患者受入状況における経営指標の比較（コロナ患者入院未受入病院）

(単位：千円)	4月分 n=922 平均病床数：185			5月分 n=899 平均病床数：184			6月分 n=891 平均病床数：183		
	2019年4月	2020年4月	前年比	2019年5月	2020年5月	前年比	2019年6月	2020年6月	前年比
医業収益	265,621	250,086	-5.8%	264,424	235,580	-10.9%	261,257	254,787	-2.5%
入院診療収入	180,610	173,880	-3.7%	180,902	166,918	-7.7%	177,323	173,893	-1.9%
外来診療収入	70,654	63,599	-10.0%	69,181	57,862	-16.4%	67,465	66,785	-1.0%
健診・人間ドック等収入	4,395	2,682	-39.0%	4,905	2,056	-58.1%	6,089	4,582	-24.7%
室料差額・その他医業収入	9,962	9,925	-0.4%	9,436	8,744	-7.3%	10,380	9,527	-8.2%
医業費用	259,462	261,956	1.0%	251,774	242,273	-3.8%	271,341	272,491	0.4%
医薬品費	37,230	37,558	0.9%	30,750	27,997	-9.0%	30,865	32,028	3.8%
診療材料費	22,655	22,220	-1.9%	19,593	17,137	-12.5%	19,784	20,037	1.3%
給与費	137,954	140,083	1.5%	139,963	139,427	-0.4%	159,863	160,022	0.1%
その他経費	61,623	62,095	0.8%	61,469	57,712	-6.1%	60,829	60,403	-0.7%
医業利益	6,159	-11,870		12,651	-6,694		-10,084	-17,704	
医業利益率	2.3%	-4.7%		4.8%	-2.8%		-3.9%	-6.9%	

医業収益・医業費用の変化（2019年を100%として比較）



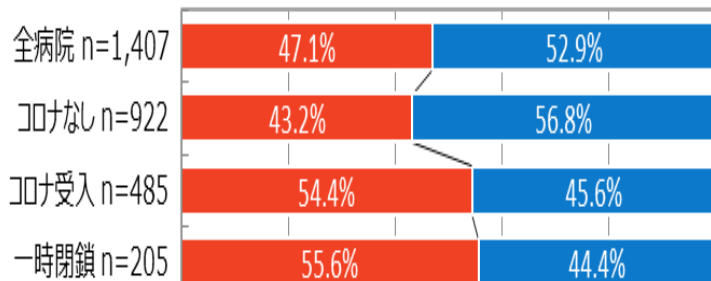
医業利益率の推移（2019年と2020年の%の差）



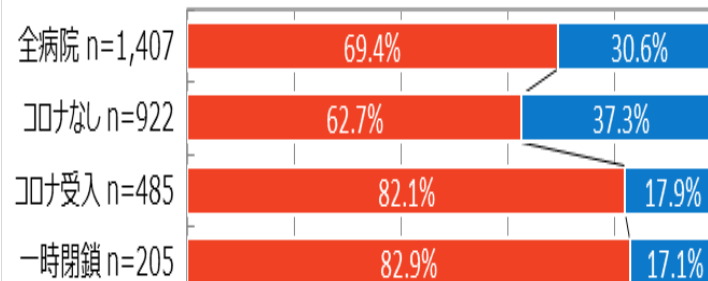
## ■ コロナ患者受入状況における医業収支の比較（4月）

医業利益		2019年4月				2020年4月			
		赤字		黒字		赤字		黒字	
		病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
全病院	n=1,407	662	47.1%	745	52.9%	976	69.4%	431	30.6%
コロナ患者_受入なし	n=922	398	43.2%	524	56.8%	578	62.7%	344	37.3%
コロナ患者_受入・受入準備	n=485	264	54.4%	221	45.6%	398	82.1%	87	17.9%
一時的・外来病棟閉鎖	n=205	114	55.6%	91	44.4%	170	82.9%	35	17.1%

2019年4月



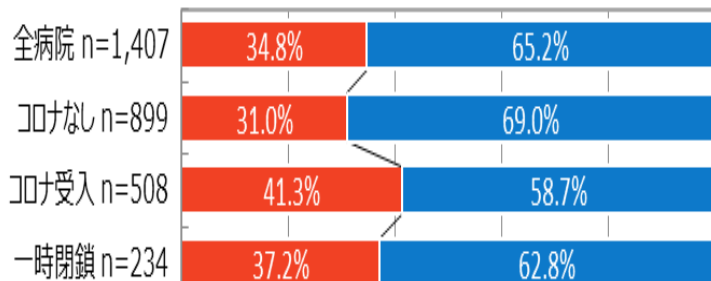
2020年4月



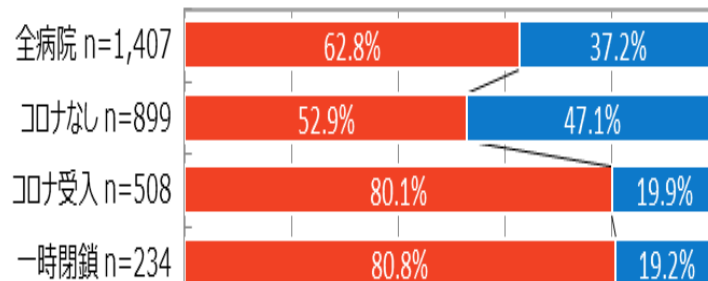
### ■ コロナ患者受入状況における医業収支の比較（5月）

医業利益		2019年5月				2020年5月			
		赤字		黒字		赤字		黒字	
		病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
全病院	n=1,407	489	34.8%	918	65.2%	883	62.8%	524	37.2%
コロナ患者_受入なし	n=899	279	31.0%	620	69.0%	476	52.9%	423	47.1%
コロナ患者_受入・受入準備	n=508	210	41.3%	298	58.7%	407	80.1%	101	19.9%
一時的・外来病棟閉鎖	n=234	87	37.2%	147	62.8%	189	80.8%	45	19.2%

2019年5月



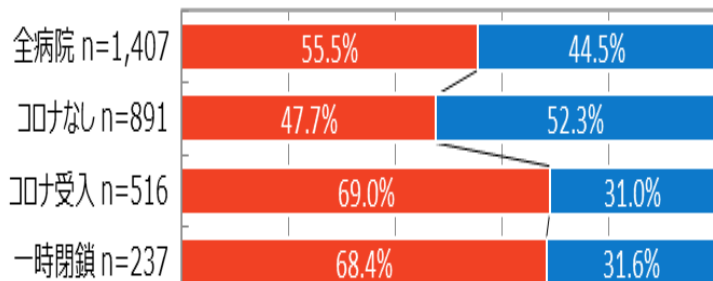
2020年5月



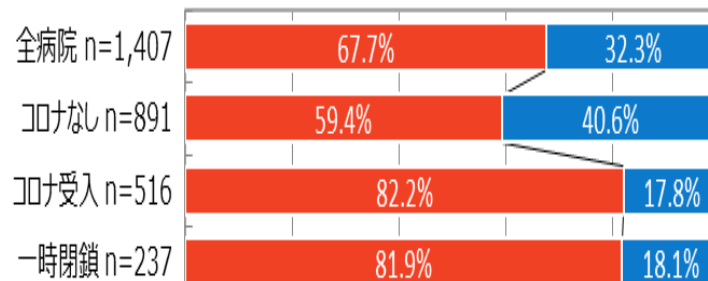
## ■ コロナ患者受入状況における医業収支の比較（6月）

医業利益		2019年6月				2020年6月			
		赤字		黒字		赤字		黒字	
		病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
全病院	n=1,407	781	55.5%	626	44.5%	953	67.7%	454	32.3%
コロナ患者_受入なし	n=891	425	47.7%	466	52.3%	529	59.4%	362	40.6%
コロナ患者_受入・受入準備	n=516	356	69.0%	160	31.0%	424	82.2%	92	17.8%
一時的・外来病棟閉鎖	n=237	162	68.4%	75	31.6%	194	81.9%	43	18.1%

2019年6月



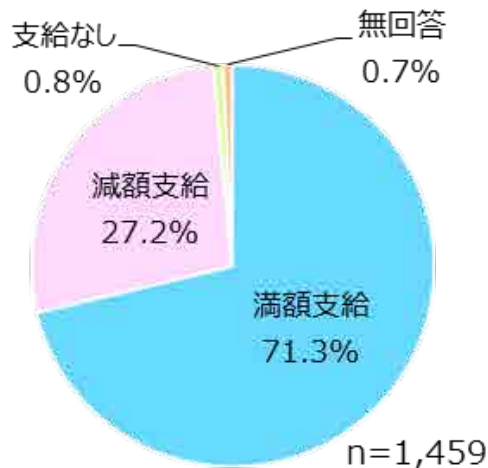
2020年6月



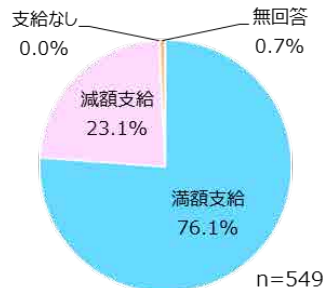


■賞与支給

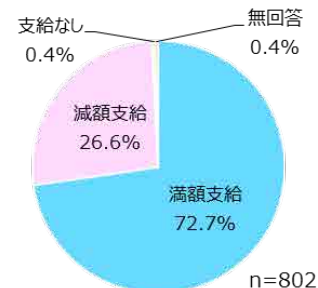
・全体



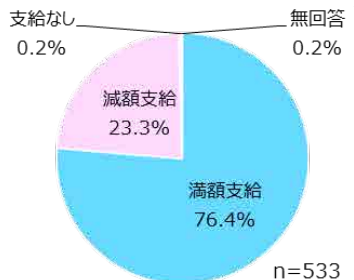
帰国者接触者外来設置病院



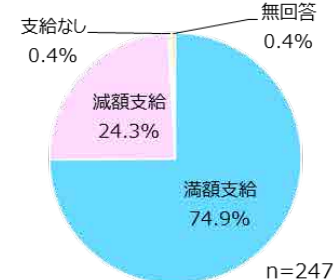
新型コロナウイルス感染症疑似症患者受入病院



新型コロナウイルス感染症入院患者受入病院



一時的外来・病棟閉鎖病院

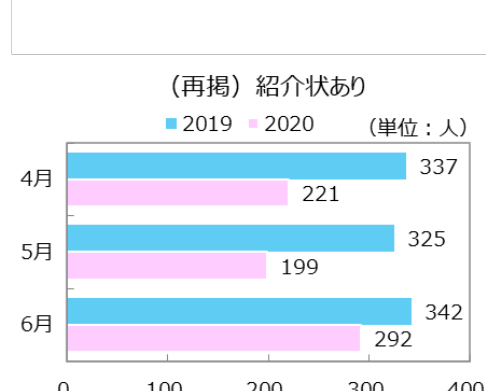
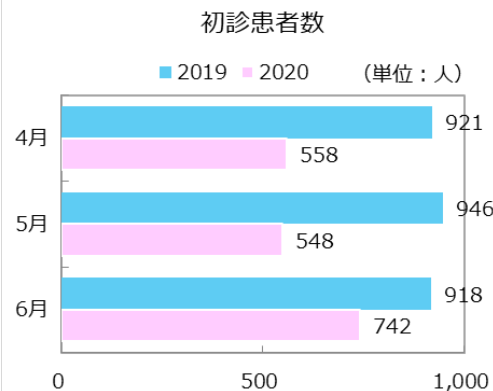
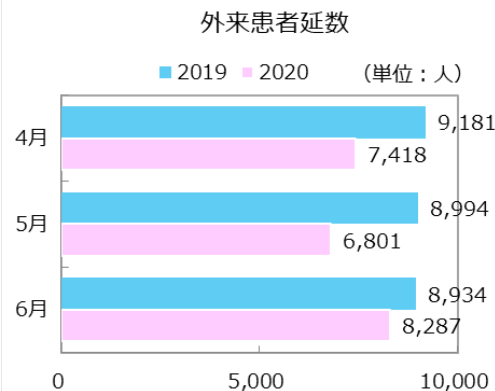


## 参考

■外来患者統計

n=1,452

(単位：人)	2019年			2020年		
	4月	5月	6月	4月	5月	6月
外来患者延数	9,181	8,994	8,934	7,418	6,801	8,287
初診患者数	921	946	918	558	548	742
(再掲) 紹介状あり	337	325	342	221	199	292



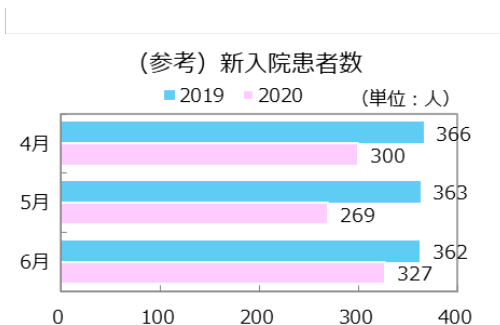
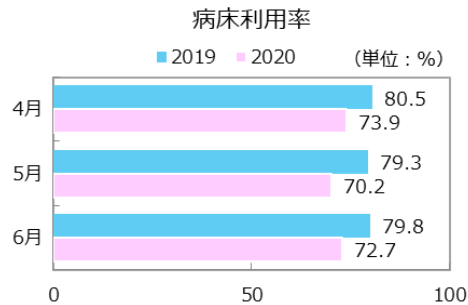
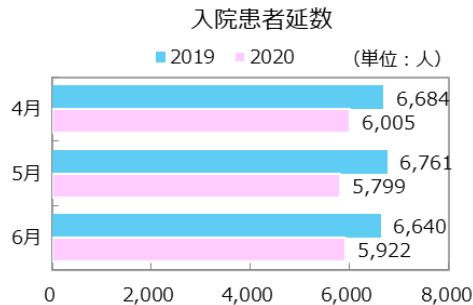
## ■入院患者統計

n=1,455

	2019年			2020年		
	4月	5月	6月	4月	5月	6月
月間日数 (日)	30	31	30	30	31	30
在院患者延数 (人)	6,312	6,407	6,272	5,689	5,524	5,607
新入院患者数 (人)	366	363	362	300	269	327
退院患者数 (人)	372	353	367	315	275	314
入院患者延数 (人) ※1	6,684	6,761	6,640	6,005	5,799	5,922
病床利用率 (%) ※2	80.5	79.3	79.8	73.9	70.2	72.7

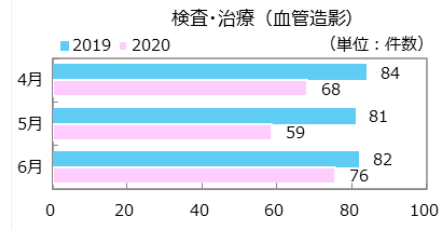
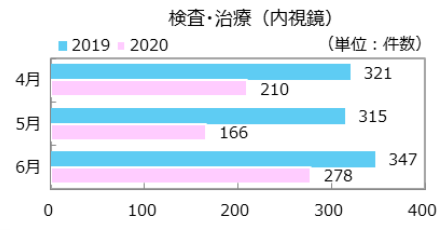
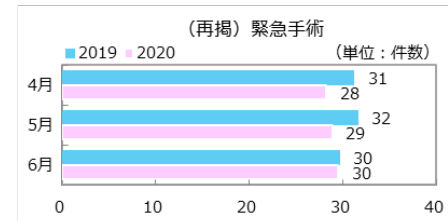
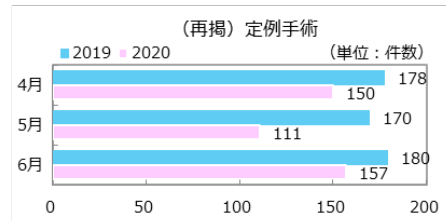
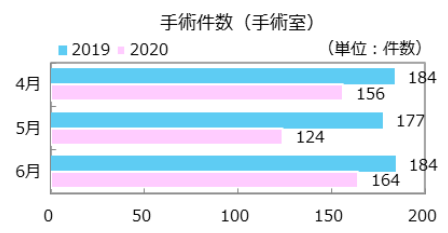
※1：在院患者延数+退院患者数

※2：在院患者延数÷（月間日数×許可病床数\_合計）×100



■手術・内視鏡等件数

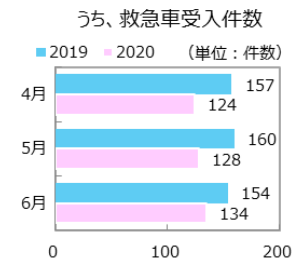
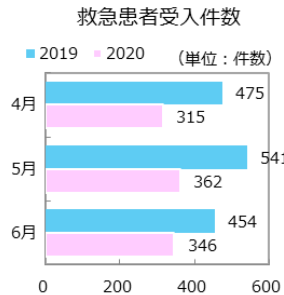
(単位：平均件数)	病院数	2019年			2020年		
		4月	5月	6月	4月	5月	6月
手術件数 (手術室)	1,103	184	177	184	156	124	164
定例手術	710	178	170	180	150	111	157
緊急手術	710	31	32	30	28	29	30
検査・治療 (内視鏡)	1,166	321	315	347	210	166	278
検査・治療 (血管造影)	738	84	81	82	68	59	76



## ■救急受入件数

n=1,235 (該当病院数)

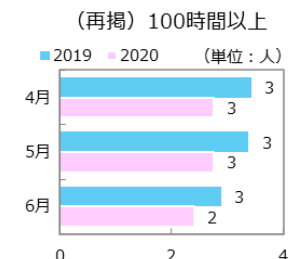
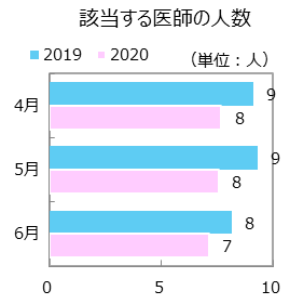
	2019年			2020年		
	4月	5月	6月	4月	5月	6月
平均値 救急患者受入件数	475	541	454	315	362	346
うち、救急車受入件数	157	160	154	124	128	134
総数 救急患者受入件数	586,827	667,711	561,177	389,037	446,812	427,629
うち、救急車受入件数	194,296	197,654	189,680	153,406	158,194	166,052



## ■時間外労働月80時間以上の医師の人数

n=517 (該当病院数)

(単位: 人)	2019年			2020年		
	4月	5月	6月	4月	5月	6月
平均値 該当する医師の人数	9	9	8	8	8	7
(再掲) 100時間以上	3	3	3	3	3	2
総数 該当する医師の人数	4,720	4,802	4,211	3,977	3,924	3,693
(再掲) 100時間以上	1,770	1,745	1,495	1,423	1,423	1,243



(参考) 直近の感染状況等

参考資料 1

(1) 感染の状況 (疫学的状況)

(2) ①医療提供体制 (療養状況)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
	人口	直近1週間 累積陽性者数	対人口10万人 B/(A/100)	その前1週間 累積陽性者数	直近1週間と その前1週間の比 (B/D)	感染経路不明 な者の割合 (アリンク割合)	入院患者・ 入院確定数	うち 重症者数	入院患者・ 入院確定数	うち 重症者数	宿泊療養者数	
時点	2019.10	~8/5(1W)	~8/5(1W)	~7/29(1W)		~7/31(1W)	8/4	8/4	7/28	7/28	8/4	7/28
単位	千人	人		人		%	人	人	人	人	人	人
北海道	5,250	99	1.89	37	2.68	55%	80	3	55	4	37	25
茨城県	2,860	73	2.55	33	2.21	44%	50	1	29	1	10	5
埼玉県	7,350	425	5.78	308	1.38	48%	298	3	243	4	76	104
千葉県	6,259	348	5.56	200	1.74	49%	292	6	179	5	72	42
東京都	13,921	2,424	17.41	1807	1.34	59%	1,416	22	1,250	21	442	213
神奈川県	9,198	477	5.19	249	1.92	65%	184	11	145	10	140	106
石川県	1,138	8	0.70	10	0.80	25%	16	2	15	2	0	0
岐阜県	1,987	105	5.28	95	1.11	42%	146	0	97	0	5	0
愛知県	7,552	1,086	14.38	671	1.62	57%	258	7	195	2	47	5
京都府	2,583	154	5.96	146	1.05	38%	112	4	118	3	45	34
大阪府	8,809	1,266	14.37	989	1.28	67%	372	26	534	13	362	233
兵庫県	5,466	318	5.82	222	1.43	32%	239	7	148	8	50	55
福岡県	5,104	846	16.58	462	1.83	60%	269	11	183	5	182	101
青森県	1,246	1	0.08	0	-	100%	2	0	1	0	0	0
岩手県	1,227	2	0.16	2	1.00	75%	3	0	0	0	0	0
宮城県	2,306	24	1.04	15	1.60	50%	20	0	10	0	3	0
秋田県	966	0	0.00	2	0.00	50%	2	0	2	0	0	0
山形県	1,078	1	0.09	0	-	0%	1	0	1	0	0	0
福島県	1,846	4	0.22	2	2.00	100%	4	0	3	0	0	0
栃木県	1,934	39	2.02	43	0.91	36%	74	0	58	0	0	0
群馬県	1,942	19	0.98	9	2.11	57%	33	1	25	2	0	0
新潟県	2,223	21	0.94	7	3.00	0%	20	0	8	0	0	0
富山県	1,044	29	2.78	2	14.50	80%	20	0	5	0	0	0
福井県	768	14	1.82	9	1.56	0%	19	0	4	0	0	0
山梨県	811	24	2.96	10	2.40	36%	18	1	10	0	3	0
長野県	2,049	23	1.12	16	1.44	30%	35	0	20	0	0	0
静岡県	3,644	100	2.74	115	0.87	9%	91	1	63	1	20	26
三重県	1,781	89	5.00	31	2.87	5%	69	0	23	0	0	0
滋賀県	1,414	73	5.16	35	2.09	35%	72	1	52	2	6	0
奈良県	1,330	65	4.89	50	1.30	13%	69	1	66	1	4	1
和歌山県	925	33	3.57	40	0.83	4%	45	0	44	2	0	0
鳥取県	556	9	1.62	5	1.80	20%	14	0	3	0	0	0
島根県	674	0	0.00	3	0.00	100%	1	0	4	0	0	0
岡山県	1,890	30	1.59	27	1.11	20%	32	0	23	0	1	2
広島県	2,804	84	3.00	76	1.11	49%	117	0	67	0	2	0
山口県	1,358	9	0.66	10	0.90	0%	13	0	12	0	0	0
徳島県	728	25	3.43	8	3.13	20%	18	0	6	0	0	0
香川県	956	7	0.73	1	7.00	100%	5	0	7	0	1	0
愛媛県	1,339	11	0.82	6	1.83	14%	13	1	7	0	0	0
高知県	698	2	0.29	3	0.67	0%	5	0	4	0	0	0
佐賀県	815	49	6.01	17	2.88	26%	48	0	21	0	4	0
長崎県	1,327	79	5.95	11	7.18	52%	31	1	25	1	40	7
熊本県	1,748	159	9.10	103	1.54	11%	153	0	88	0	0	0
大分県	1,135	12	1.06	2	6.00	-	16	1	2	0	0	0
宮崎県	1,073	109	10.16	83	1.31	7%	68	1	44	0	43	14
鹿児島県	1,602	34	2.12	58	0.59	14%	47	2	52	3	13	11
沖縄県	1,453	439	30.21	118	3.72	46%	206	3	83	2	52	0
日本	126,167	9,248	7.33	6148	1.50	52%	5,116	117	4,034	92	1,660	984

※：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いない暫定値であることに留意。  
 ※：入院患者・入院確定数、重症者数及び宿泊患者数（G列～L列）については、記載日の翌日 00:00時点としてとりまとめている。  
 ※：入院確定数は、一両日中に入院すること及び入院先が確定している者の数。  
 ※：重症者数は、集中治療室（ICU）等での管理、人工呼吸器管理又は体外式心配補助（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	8/4	8/4	8/4	~8/2(1W)	~7/26(1W)		~8/2(1W)	~7/26(1W)
単位				床	床	室	件	件		人	人
北海道	済	済	済	700	1,558	810	2,540	1,687	1.51	64	43
茨城県	済	済	済	171	500	34	2,598	1,608	1.62	75	17
埼玉県	済	済	済	683	1,400	1,225	9,609	8,605	1.12	394	316
千葉県	済	済	済	1,147	1,200	710	6,179	4,688	1.32	305	176
東京都	済	済	済	3,300	4,000	2,148	32,065	23,525	1.36	2,241	1,803
神奈川県	済	済	済	1,951	2,200	2,486	7,703	5,973	1.29	376	241
石川県	済	済	済	258	258	340	375	340	1.10	10	10
岐阜県	済	済	済	397	625	381	1,560	1,678	0.93	120	54
愛知県	済	済	済	766	839	1,300	5,661	2,946	1.92	1,047	456
京都府	済	済	済	495	495	338	2,451	1,549	1.58	171	118
大阪府	済	済	済	1,257	1,615	957	11,287	7,950	1.42	1,258	768
兵庫県	済	済	予定	652	652	488	3,398	1,961	1.73	298	180
福岡県	済	済	済	490	760	686	10,312	5,277	1.95	761	404
青森県	済	済	済	158	225	30	48	103	0.47	1	0
岩手県	済	済	済	205	382	225	132	59	2.24	4	0
宮城県	済	済	済	388	450	100	1,138	795	1.43	26	10
秋田県	済	済	済	231	235	16	89	29	3.07	0	2
山形県	済	済	予定	215	215	188	146	153	0.95	1	0
福島県	済	済	済	229	350	100	948	608	1.56	3	2
栃木県	済	済	済	311	311	111	1,581	1,202	1.32	36	30
群馬県	済	済	済	302	330	150	1,055	793	1.33	13	12
新潟県	済	済	済	456	456	176	845	366	2.31	22	4
富山県	済	済	済	500	500	150	533	304	1.75	9	4
福井県	済	済	済	190	350	65	368	435	0.85	11	3
山梨県	済	済	済	250	250	21	1,340	1,022	1.31	17	8
長野県	済	済	済	350	350	200	1,329	589	2.26	25	8
静岡県	済	済	済	300	400	155	2,811	1,545	1.82	121	78
三重県	済	済	済	358	358	100	1,001	419	2.39	54	13
滋賀県	済	済	済	141	450	62	389	192	2.03	31	43
奈良県	済	済	済	467	500	108	986	922	1.07	59	51
和歌山県	済	済	済	165	400	137	969	849	1.14	45	33
鳥取県	済	済	済	322	322	340	841	218	3.86	12	1
島根県	済	済	済	253	253	98	641	404	1.59	1	3
岡山県	済	済	済	250	250	207	760	514	1.48	27	20
広島県	済	済	済	553	553	150	1,669	1,498	1.11	96	52
山口県	済	済	済	423	423	638	183	132	1.39	11	7
徳島県	済	済	済	200	200	208	519	101	5.14	16	2
香川県	済	済	済	175	175	101	368	355	1.04	1	1
愛媛県	済	済	済	223	223	67	256	126	2.03	10	3
高知県	済	済	済	192	200	16	105	64	1.64	2	3
佐賀県	済	済	済	281	281	230	399	363	1.10	28	20
長崎県	済	済	済	395	395	163	1,467	620	2.37	60	12
熊本県	済	済	済	400	400	1,430	2,068	520	3.98	156	31
大分県	済	済	済	330	330	700	468	208	2.25	8	0
宮崎県	済	済	済	215	240	250	1,858	604	3.08	124	43
鹿児島県	済	済	済	253	253	370	1,219	1,253	0.97	40	51
沖縄県	済	済	済	242	425	190	3,433	1,410	2.43	325	41
日本	-	-	-	22,190	27,537	19,155	127,700	86,562	1.48	8,515	5,177

※：受入確保病床数、受入確保想定病床数、宿泊施設確保数については、記載日の翌日 00:00時点としてとりまとめている。  
 ※：受入確保病床数は、ピーク時に新型コロナウイルス感染症患者が利用する病床として、各都道府県が医療機関と調整を行い、確保している病床数。実際には受入れ患者の重症度等により、変動する可能性がある。  
 ※：受入確保想定病床数は、ピーク時に新型コロナウイルス感染症患者が利用する病床として、各都道府県が見込んでいる（想定している）病床数であり変動しうる点に特に留意が必要。また、実際には受入れ患者の重症度等により、変動する可能性がある。受入確保病床数が、受入確保想定病床数を超える都道府県にあっては、受入確保病床数を受入確保想定病床数として記載。  
 ※：宿泊施設確保数は、受け入れが確実な宿泊施設の部屋として都道府県が判断し、厚生労働省に報告した室数。都道府県の運用によっては、事務職員の宿泊や物資の保管、医師・看護師の控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。



(参考) 都道府県の医療提供体制等の状況

参考資料 2

		【 医療提供体制 】				【 監視体制 】	【 感染の状況 】			
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
時点	人口	①病床の逼迫具合				②療養者数	③陽性者数/ PCR検査件数 (最近1週間)	④直近1週間の 陽性者数	⑤直近1週間 とその前1週間 の比	⑥感染経路 不明な者の 割合
		確保病床 利用率	確保想定 病床利用率	確保病床 利用率 【重症患者】	確保想定 病床利用率 【重症患者】					
単位	千人	%	%	%	%	対人口10万人	%	対人口10万人	%	
ステージⅢの指標		25%	20%	25%	20%	15	10%	15	1	50%
ステージⅣの指標			50%		50%	25	10%	25	1	50%
北海道	5,250	11%	5%	3%	2%	2.3	2.5%	1.89	2.68	55%
青森県	1,246	1%	1%	0%	0%	0.2	2.1%	0.08	-	100%
岩手県	1,227	1%	1%	0%	0%	0.2	3.0%	0.16	1.00	75%
宮城県	2,306	5%	4%	0%	0%	1.1	2.3%	1.04	1.60	50%
秋田県	966	1%	1%	0%	0%	0.2	0.0%	0.00	0.00	50%
山形県	1,078	0%	0%	0%	0%	0.1	0.7%	0.09	-	0%
福島県	1,846	2%	1%	0%	0%	0.2	0.3%	0.22	2.00	100%
茨城県	2,860	29%	10%	3%	1%	2.9	2.9%	2.55	2.21	44%
栃木県	1,934	24%	24%	0%	0%	3.9	2.3%	2.02	0.91	36%
群馬県	1,942	11%	10%	4%	2%	1.7	1.2%	0.98	2.11	57%
埼玉県	7,350	44%	21%	3%	2%	7.1	4.1%	5.78	1.38	48%
千葉県	6,259	25%	24%	6%	3%	8.1	4.9%	5.56	1.74	49%
東京都	13,921	43%	35%	6%	4%	23.4	7.0%	17.41	1.34	59%
神奈川県	9,198	9%	8%	6%	6%	4.8	4.9%	5.19	1.92	65%
新潟県	2,223	4%	4%	0%	0%	0.9	2.6%	0.94	3.00	0%
富山県	1,044	4%	4%	0%	0%	1.9	1.7%	2.78	14.50	80%
石川県	1,138	6%	6%	6%	6%	1.4	2.7%	0.70	0.80	25%
福井県	768	10%	5%	0%	0%	2.5	3.0%	1.82	1.56	0%
山梨県	811	7%	7%	4%	4%	2.6	1.3%	2.96	2.40	36%
長野県	2,049	10%	10%	0%	0%	1.7	1.9%	1.12	1.44	30%
岐阜県	1,987	37%	23%	0%	0%	7.6	7.7%	5.28	1.11	42%
静岡県	3,644	30%	23%	3%	3%	3.7	4.3%	2.74	0.87	9%
愛知県	7,552	34%	31%	12%	6%	20.7	18.5%	14.38	1.62	57%
三重県	1,781	19%	19%	0%	0%	4.7	5.4%	5.00	2.87	5%
滋賀県	1,414	51%	16%	2%	2%	5.6	8.0%	5.16	2.09	35%
京都府	2,583	23%	23%	5%	5%	8.5	7.0%	5.96	1.05	38%
大阪府	8,809	30%	23%	14%	12%	17.1	11.1%	14.37	1.28	67%
兵庫県	5,466	37%	37%	6%	6%	5.3	8.8%	5.82	1.43	32%
奈良県	1,330	15%	14%	4%	4%	5.5	6.0%	4.89	1.30	13%
和歌山県	925	27%	11%	0%	0%	4.9	4.6%	3.57	0.83	4%
鳥取県	556	4%	4%	0%	0%	2.5	1.4%	1.62	1.80	20%
島根県	674	0%	0%	0%	0%	0.1	0.2%	0.00	0.00	100%
岡山県	1,890	13%	13%	0%	0%	1.8	3.6%	1.59	1.11	20%
広島県	2,804	21%	21%	0%	0%	4.4	5.8%	3.00	1.11	49%
山口県	1,358	3%	3%	0%	0%	1.0	6.0%	0.66	0.90	0%
徳島県	728	9%	9%	0%	0%	2.5	3.1%	3.43	3.13	20%
香川県	956	3%	3%	0%	0%	0.6	0.3%	0.73	7.00	100%
愛媛県	1,339	6%	6%	7%	2%	1.0	3.9%	0.82	1.83	14%
高知県	698	3%	3%	0%	0%	0.7	1.9%	0.29	0.67	0%
福岡県	5,104	55%	35%	18%	10%	19.9	7.4%	16.58	1.83	60%
佐賀県	815	17%	17%	0%	0%	6.4	7.0%	6.01	2.88	26%
長崎県	1,327	8%	8%	4%	2%	8.0	4.1%	5.95	7.18	52%
熊本県	1,748	38%	38%	0%	0%	12.2	7.5%	9.10	1.54	11%
大分県	1,135	5%	5%	2%	2%	1.4	1.7%	1.06	6.00	-
宮崎県	1,073	32%	28%	5%	3%	13.8	6.7%	10.16	1.31	7%
鹿児島県	1,602	19%	19%	4%	4%	3.8	3.3%	2.12	0.59	14%
沖縄県	1,453	85%	48%	20%	11%	37.6	9.5%	30.21	3.72	46%
日本	126,167	23%	18%	4%	3%	9.3	6.7%	7.33	1.50	52%

※：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）

※：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いない暫定値であることに留意。

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

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

# 今後想定される感染状況と対策について

令和2年8月7日（金）

新型コロナウイルス感染症対策分科会提言

## 社会経済と感染対策の両立のための目標と基本戦略：政府への提案

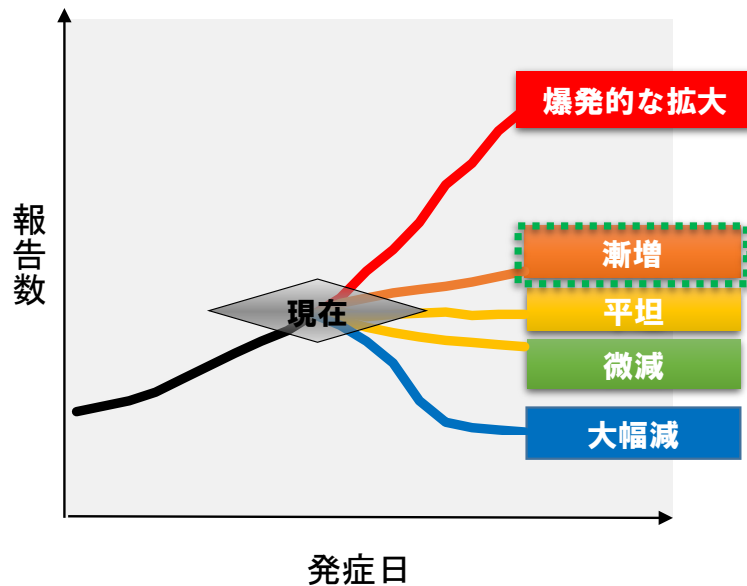
**目標**：医療・公衆衛生・経済が両立しうる範囲で、

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

**基本戦略**：1. 個人・事業者：ともに協力し、感染拡大しにくい社会を作る。

2. 社会：集団感染の早期封じ込め

3. 医療：重症化予防と重症者に対する適切な医療の提供



**【現時点で早急に取り組むべき対策：  
政府への提案】**

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

# 各都道府県で今後想定される感染状況

## 目標

:医療・公衆衛生・経済が両立しうる範囲で、

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

※感染状況及び対策の検討にあたっては、大都市部と地方部の違いに配慮が必要。

## ステージⅠ

**感染者の散発的発生及び医療提供体制に特段の支障がない段階**

## ステージⅡ

**感染者の漸増及び医療提供体制への負荷が蓄積する段階**

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

P 6 の取組及び P 7 の取組のうち、黒字の取組を実施

### ステージⅢの指標

## ステージⅢ

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

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

ステージⅢで講ずべき施策 (P 7) を実施

### ステージⅣの指標

## ステージⅣ

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

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

ステージⅣで講ずべき施策 (P 8) を実施

## ステージの判断に当たっての考慮要素

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

# 指標及び目安

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

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

注1 日々の入手可能性を踏まえつつ、発症日での検討結果も考慮する。

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

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

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

## ステージに関わらず現時点において講ずべき施策

### ①合理的な感染症対策のための迅速なリスク評価

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

### ②集団感染（クラスター）の早期封じ込め

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

### ③基本的な感染予防の徹底（**3密回避**等）

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

### ④保健所の業務支援と医療体制の強化

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

### ⑤水際対策の適切な実施

### ⑥人権への配慮、社会課題への対応等

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

# ステージⅢで講ずべき施策の提案

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

## メリハリの利いた接触機会の低減

### 【対事業者】

#### (ステージⅢで取り組むべき事項)

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

#### (ステージⅢにおいて更に徹底すべき事項)

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

### 【対個人】

#### (ステージⅢで取り組むべき事項)

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

#### (ステージⅢにおいて更に徹底すべき事項)

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

### 【対国・地方自治体】

#### (保健所の業務支援)

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

#### (水際対策)

- 水際対策の適切な実施を継続。

### (その他の重要事項)

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



# ステージⅣで講ずべき施策の提案

## 全面的な接触機会の低減

緊急事態宣言など、強制性のある対応を検討せざるを得ない。

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

## 公衆衛生体制

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

## 医療提供体制

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

## その他の重要事項

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

## お盆休みにおける帰省等のあり方について

令和 2 年 8 月 5 日  
新型コロナウイルス  
感染症対策分科会提言

お盆休みの時期が迫っている中、次の分科会開催を待たず、私どもとして政府に対し、以下、提言を行うこととしました。

### 【提言】

もうすぐお盆休みです。多くの方が帰省をお考えになっているかと思えます。お盆休みに帰省した場合、高齢者と接する機会や飲酒・飲食の機会も多くなることが考えられます。したがって、新型コロナウイルス感染が広がっている現状では、帰省する場合には、「基本的感染防止策(手指消毒やマスク着用、大声を避ける、十分な換気など)」の徹底や三密を極力避けるとともに、特に大人数の会食など感染のリスクが高い状況を控えるなど、高齢者等への感染につながらないように注意をお願いします。

そうした対応が難しいと判断される場合には、感染が収まるまで当分の間、オンライン帰省を含め慎重に考慮していただきたいと思います。また、そもそも、発熱等の症状がある方は、帰省は控えて下さい。感染リスクが高い場所に最近行った方は、慎重に判断して下さい。

以上のメッセージを政府として国民に是非発信していただく必要があると考えています。

## 新型コロナウイルス感染症対策分科会（第5回）

### 議事概要

#### 1 日時

令和2年8月7日（金）10時30分～13時39分

#### 2 場所

合同庁舎4号館11階共用第1特別会議室

#### 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

#### 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。

本日は、現在の感染状況に関する分析・評価と、今後想定されます感染状況、そしてその対策について御議論をお願いできればと考えております。

これまでも御評価いただけてきましたとおり、現在の感染状況については、4

月の感染拡大時とは異なり、若い世代の感染者が多いこと、また、感染者の増加に対して入院や重症化する方の割合が低いという特徴がございます。一方で、前回7月31日の分科会の後も、全国で1,000名を超える新規陽性者が報告されておりまして、お盆休みを前に、国民の皆様の中には不安に思う方もいらっしゃると思います。最近では、中高年層への拡大が徐々に見られているところでありますし、重症者も徐々に増加しております。警戒感を持って日々注視をし、また様々な御意見をいただいているところでございます。

こうした中で、去る水曜日、一昨日には分科会から、お盆休みにおけます帰省等の在り方についての御提言をいただきました。帰省するに当たっての注意事項、その対応が難しい場合にはオンライン帰省を含め慎重に考慮していただきたいことなどについて、様々御提言をいただきました。

提言の内容につきましては、昨日安倍総理からも会見で述べていただきましたし、各省庁や都道府県を通じても周知を行っているところでございます。

政府といたしましては、これまで国民の命を守ることを第一に、感染拡大防止対策と社会経済活動の両立を図る、これを基本として対策を進めてきたところでございます。

新規報告者数が増加傾向にある中、最も力を入れなければならないのは命を守る医療提供体制についてであります。全国で見れば、直ちに病床が逼迫するような状況にはないと考えておりますけれども、地方によっては医療提供体制が脆弱な地域もございます。

今後の感染状況の変化に応じて、国や地方公共団体が連携して対策を強化しなければならない目安としてどのような指標がふさわしいのか、前回に引き続き御議論いただければと考えております。

今後の新型コロナウイルス感染症対策にとって大事な局面であると考えております。ぜひ忌憚のない御意見をいただければと思いますので、よろしく願いいたします。

#### <加藤厚生労働大臣挨拶>

おはようございます。皆様におかれましては、本当にお忙しい中、連日こうしてお集まりいただきましてありがとうございます。

今、西村大臣からもお話がありましたが、感染状況はこの1週間、連日1,000人を大きく超える新規感染者数が全国で報告されており、感染拡大は依然として続いていると認識しております。しかも、都市部だけではなく、急速に感染が広がっている地域も見られ、重症者数も100名を超える状況になってきております。

これまでも国民の皆様には、3密回避、手指消毒、手洗い、マスク着用、身体距離の確保、換気の徹底、さらには業種別ガイドラインの遵守等々をお願いして

まいりましたけれども、さらに引き続きそうした感染防止対策の徹底をお願いしていきたいと考えております。

また、先般、分科会から職場での話もありました。それを踏まえまして、集団感染が発生した職場における要因分析をした上で、職場における感染拡大防止のためのチェックリストの改訂を行い、また、最新の状況を踏まえた留意事項も取りまとめ、約2,200の労使団体に対し、傘下の企業等に対して周知をお願いしたところでもございます。

また、感染者数の増加に引き続き対応していくためには、検査体制に万全を期していくこと、また、積極的疫学調査等も実施する保健所の支援の体制強化、病床や宿泊療養先等の確保に向けた支援、これを一つ一つ都道府県等と連携を取りながら実施していきたいと考えておりますが、PCR等の検査体制については、これまで検査能力の拡充に努めていただいた結果、PCR検査については1日当たり5万2000件、抗原簡易検査キットについては2万6000件、抗原定量検査については8,000件の検査能力が確保されていることが確認されたところでございます。

また、さらに検査体制の強化をしていくために、クラスターの発生など、地域における感染状況を踏まえ、感染拡大を防止する必要がある場合には、感染が発生した店舗等に限らず、地域の関係者を幅広く検査をしていただくなど、先ほど発表させていただきましたけれども、5つの戦略を踏まえた対策を講じていきたいと考えております。

また、検査能力の強化についても、PCR検査のみではなく、抗原検査も組み合わせ、また抗原検査キットの備蓄なども活用し、ピーク時の検査需要に機動的に対応するとともに、この冬のインフルエンザ流行期に対する備えもしっかりと行っていきたいと思います。

ワクチンでありますけれども、先週、7月31日に米国ファイザー社との間で基本合意に至ったところでございますが、現在、他社とも鋭意協議を行っております。また、ワクチンの早期実用化を目指すため、研究開発の促進や生産性の整備に対する取組も行い、また、実際にワクチンを接種するとなれば、シリンジや注射針が必要になってまいります。そうした確保についても、医療機器メーカーの皆さんに増産や輸入の協力をお願いもさせていただいたところでございます。

引き続き、日本の皆さんに安全で有効なワクチンが早期に供給できるよう、厚労省としても努力をしていきたいと思いますが、分科会においてもワクチン接種の在り方についてさらに御議論いただき、またそれを踏まえて私どもの対応も強化をさせていただきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

(報道関係者退室)

## <議事（１）今後想定される感染状況と対策>

○脇田構成員 <資料 1 を説明>

○押谷構成員 <資料 2 を説明>

○尾身分科会長 <資料 3 を説明>

○石田構成員 何点か、共通認識を図るという意味も含めて意見を申し上げたい。

今回、指標と目安をお示しいただいた。予見可能性を高めるという意味では、国民の不安を少しでも払拭すること、あるいは感染予防に対する意識喚起という意味では非常に重要だと思っている。ただ、最近では、各都道府県で様々な名称で緊急事態的なメッセージが発出されている。

こうした都道府県独自の指標と対応が、今回の指標や目安がどのような関係になるのかということについて、都道府県独自の対応を妨げるものではないということであれば、この指標や目安がどのように活用されるのか、そして、指標や目安とステージの不一致のようなものも少し心配をしたのだが、資料 3 の 4 ページの○の 4 つ目に、きちんと明確に地域の実情に応じて判断するということも含めて記載をいただいております、私自身はこの場でお話を伺ったので分かった。極めて重要だと思うから、ぜひ国民に説明をきめ細かくやっていただくということもお願い申し上げたい。我々もできる範囲できちんとやらせていただくが、ぜひお願いしたい。

もう一点、7 ページの「ステージⅢで講ずべき施策の提案」の中にCOCOAの関係の記載がある。接触確認アプリ「COCOA」に関しては非常に重要だと受け止めている。

COCOAによって濃厚接触が明らかになった場合、PCR検査については、尾身先生がお示しをいただいた 1 と 2a と 2b のうち、2a に当たるということになって、行政検査となるので費用が発生しないという認識を持っているが、これも世の中にどれだけ浸透しているかが非常に心配なところである。感染予防として重要な意味があって、効果を期待できるものであるため、最近またシステムの不具合のようなものが指摘されているが、個人情報の保護に関して過敏になり過ぎている国民の誤解を解くなど、ぜひ浸透度合いを高めていただいて、さらにダウンロードにつながるようなPRの検討をお願い申し上げたい。

この件に直接関係ないが、せつかくの機会なので 1 点だけ意見を申し上げたい。

雇用情勢の関係である。非常に厳しい現場の声が連合に寄せられている。新型コロナウイルス感染症の影響は、産業、雇用環境にまだまだ深刻な影響を与えている一方で、雇用調整助成金については特例措置が 9 月末となっていると認識をし

ている。終わりの時期をできれば今年度末、来年3月まで期間を延長していただきたいと思っている。そして、厳しい環境下にあっても雇用を守るという政府の力強いメッセージとして発信をしていただければと思っている。

なお、延長するに当たっては、政令の改正が必要だと思っているので、労働政策審議会で現場の状況等も踏まえて、真に雇用の確保と事業の継続につながるよう論議をさせていただきたいと思っている。

特に雇用調整助成金のスキームについては、大企業と中小企業で一部異なる取扱いをしているところがある。相対的に見れば、財政基盤が弱く、かつ従業員の多い中小企業への運用が優先されるということは理解しているが、実は大手企業も厳しい環境下に置かれている産業が非常に多くある。ぜひ、延長の措置と併せて、実態に合った給付についても改めて御検討をお願い申し上げたい。

○平井構成員 幾つか申し上げたいが、今、ある意味非常に厳しい状況であると、それぞれの地域は認識している。昨日は1,485件カウントがあったが、そのうち東京が360、さらに大阪が200を超えてきて、また神奈川も119と初めて100を超えてくる。このように大都市を中心にして実は収まっていないと国民、住民は考えているし、現場は負担感が急速に強まっていると思っている。

あわせて重要なのは、発生している陽性患者の出ている都道府県の数を見ていただくと、あれよあれよという間に40前後ぐらい毎日出ているという状況であり、発生がなかった岩手県なども結構出ているし、鳥取県も昨日も2件あったが、そのように今増えてきている。

そういう意味で、感染者数などの広がりを抑えていくということがやはり重要なのではないか。そのためには幾つかの政策の組合せ、分科会としての見識を政府に申し上げることもぜひ今後お願いしたい。

先ほど脇田先生、押谷先生から、色々なグラフなどもいただき、分析があった。大都市部は高止まりしている。愛知などが下がってくればいいというようなことだった。あわせて、今回地方都市も結構示していただいた。佐賀や長崎といったところも示していただいた。特徴がある。

実は、地方部は結構それを感じているのだが、28、29、30日ぐらいの月末のところに山が来ている。これは発症日ベースでいく。それからたどっていくと、恐らく7月の海の日4連休の人の動きは色々なものがあった。私はGo Toキャンペーンが全てだとは決して言わない。現に本県で出ているのは、知り合い同士が会ったり、休みなので遊びに行って、そこでどうも感染したようだ、それが親族間で起こったりといったことがあるように思う。だから、Go Toキャンペーンのみならず、やはり人の動きが起きた。それに応じて大都市部から地方の中小都市に出ていたり、あるいは農村部でも本県の場合は発生しはじめている。このような傾向が大都市部と

地方部とでそれぞれ理由があって起きているのではないかと思う。

こういうことを念頭に置いて、お盆休みのメッセージを尾身会長のほうで取りまとめていただいたことはありがたいと思っているし、こういうことをもっと我々としても色々と強力に出していかないと、恐らくまた人の動きがこの夏休み期間に起きると、その影響はその後1週間、2週間して出てくるだろうと危惧をしている。

また、大都市も収まらない。これはなぜ収まらないかというところでは感染の中心となるエピセンター的な繁華街が確かにあるのだろう。そこから染み出してしまっている。だから、同じ都道府県の中でも別の市町村に出っかけてしまっていて、そこである特徴的な、親しい人同士の接触というのがあるのではないか。

従来のステレオタイプで、接待を伴う飲食店のみをメディアが報道したり、強烈に印象が残るが、実はその段階をもう飛び越え始めていると思う。その解析や、あるいは注意の呼びかけにも、その辺も加える必要も今後出てくるのではないかと考えており、今後ぜひ御検討いただければと思う。

そうした分析、我々の感覚の上に、資料3をお取りまとめたところ、若干、私どものほうで気になることを申し上げたい。

3ページで、目標の②に「感染レベルをなるべく早期に減少に転じさせる」、それから次の4ページに「感染レベルを早期に減少に転じさせるべく」とある。これは、3ページに大都市部と地方部の構造の違いがあるので、そうしたところを入れていただいたことは大変ありがたいと思うのだが、脇田先生のほうで御紹介があった資料1の2ページ目の下から2つ目のポツに実は我々の実感と非常に合うことが書いてある。「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」と。これを基本認識としてここにも入れていただいたらどうか。

というのは、国民がこのペーパーを見て受ける印象について少し危惧をしているのは、一つは実際の数字がかなり高めに出ているので、大抵のところはあまり関係ないと思ってしまうのではないか。それで、尾身先生のほうで考慮していただいて、地方部との違いというのを色々と掘り込んでいただいたわけだが、数字自体は結構高いレベルの指標になっているという状況がある。

ただ、本当に目指すべきなのは、この国から感染症を追い出すことである。国民はそう思っていて、そのレベルの違いがあるから、分科会としても、減少に転じさせるだけではなくて、いずれは5月の連休後に一旦収束した、よかったとみんなが思ったあのときのように、脇田先生が書いておられるような「新規感染者数を減少させるための迅速な対応」といった認識を入れていただいたほうがありがたい。

それから、4ページのところだが、ここで都市部と地方部で医療提供体制の逼迫度合いに重点を置いたものと感染状況に重点を置いたものとで分けて書いていただ



いて、それぞれ実情に応じて判断するというところで、非常に実態に合ったものになったのではないかと思う。

ただ、緊急事態宣言に行くにはステージⅣに行かないといけないわけだが、緊急事態宣言が出るタイミングがかなり遅れるという印象を逆に与えるのではないか。私は冷静な先生方の御判断でこのようにされるのは一つの御見識だと受け止めるのだが、それで都道府県でぜひ強力に展開してもらいたい、そのメッセージを私たちの立場で47人が受け止めなければならないと思うのだが、受け止めますとした上で、この4ページに4つ〇が書いてあるが、願わくばもう一つ加えていただきたい。政府に対する提言をされる分科会なので、こうしたことを国と地方が協力して展開していくために、それに必要な法的手段を含めた制度、あるいは十分な財源といったものを政府としてもしっかりと用意してもらおう。また、検討をしていただく。制度と財源がないと、私たちも徒手空拳で闘うことができない。現実には何が起きているかということ、保健所が動き回って入院してくださいと言っても入院してくれない。それで困ってしまうというようなことになる。

特にウイルス量が多い患者が出てくると確かに感染が広がる。本県のような小さな県では、医療機関も逼迫していないし、全員入院させるので十分なのだが、必ずしもその入院に応じていただけない方もいらっしゃる。そういうときにどうしたらいいかというのがいつも現場で問題になる。

また、今、休業要請等はこちらで出していただいているが、そういう具体の対策を講ずる際にも、もう早くから東京などで時間短縮を呼びかけるが、従わないお店が山ほど出てきている。やはり実効性ある対策にするために政府のほうでも汗をかいていただきたい、財源と手段のことを考えていただきたい、ということぐらいは、分科会としても書いていただけないものだろうか。

もう一つ、この4ページあたりだが、例えばGo Toキャンペーンといった、具体の政府の大規模な施策の遂行に当たっても感染状況に配慮して、その遂行について基準を考えながら、国民あるいは関係者にも分かりやすい形で、しかも感染と調和した形で遂行していただきたい。これは一つ理屈だと思うので、書いていただけないかと改めてお願いを申し上げたい。

あと5ページのところだが、「国や都道府県はこれらの指標を総合的に判断していただきたい」と冒頭に書いてあり、これで柔軟性は出たのではないかと思うのだが、これよりも相当低い基準で各都道府県が運用している。だから、そうした独自基準で早めに警報なりアラートなりを鳴らして住民に注意を呼びかけたり、政策を発動するという実務があるので、独自基準によって早めの対策を取ることは推奨したいということで肯定していただけるとありがたい。

要は、強制力を半ば適用しなければいけない場面もあるわけで、ハードルがあまり高いと、こんなことを私は従いませんと言われてもかなわないので、それぞれの

地域の実情に応じた独自基準は推奨しますということも併せておっしゃっていただけるとありがたい。

それから、6ページに色々な施策のことが書いてあり、我々の共通理解だと思っている。ただ、若干、6ページや7ページに新しい問題提起として入れていくべきではないかと思うのは、6ページで言えば③のところ、7ページで言えば例えば「対個人」のところなどで、家庭内感染や親しい人同士の接触がやはり広がってきている。典型的な接待を伴う飲食店でのクラスター的な感染拡大から、もう次のステージに世の中は動いていると我々実務は思っている。

特に、地方部でクラスター感染が発生していないところでは、全部と言っていいが、親しい人がマスクをつけないでしゃべっていた、御飯を食べていた、歌を歌っていたといったことでうつっているということであり、そういうような連鎖を断ち切っていく必要があるのではないか。

そういう意味で、親しい人同士でマスクを外す瞬間を狙ってウイルスがうつっていく。家庭内感染を防ぐため、友人同士の感染を防ぐため、あるいは職場の人間関係の中で伝わっていく感染といったものも今まで以上に強調していかなければいけない段階に入っているのではないかと思う。ぜひそうしたことも入れていただけるとありがたい。

あと、6ページの講ずべき施策の最後のところで、今、我々現場で非常に困っているのは人権問題である。これはこれからプロジェクトを走らせるということになっていて、私どもは賛同するのだが、そろそろ頭出しをしていただいてもいいのではないか。

ステージのいかにかわからず、患者や医療機関を攻撃するのはやめてほしい。患者を詮索する必要は全然ない。ただ、特定のサイトで、もうこれかというほどにこき下ろすわけである。これは都会でもそうだし、田舎でもそうだと思う。

これがどういう作用をもたらしているかというのと、我々が疫学調査をしようとしても協力してくれない。さらには、もし調子が悪くても、名乗り出る勇気すらなくなってしまう。これでは感染拡大は悪化してしまう。だから、感染拡大自体にも関わることなので、そういう感染拡大に関わる対策という意味もあるので、こちらのほうに患者あるいは医療従事者等々を応援する、いやしくも誹謗中傷等はしない、無用な詮索をしったりしないということ、呼びかけるべき施策として共通項目に入れていただけるとありがたい。

色々とお申し上げたが、西村大臣からも、国・地方の連携について、あるいはお盆のメッセージについて大変配慮をしていただいたことに感謝を申し上げたい。加藤大臣のほうでも検査の適用範囲を大分広げていただいたし、雇用調整助成金についても9月末というのを延長しよう、かねて知事会が言っていることにも広げようとおっしゃっていただき、感謝を申し上げたい。

○石川構成員 今回のこの資料を拝見して、私はレイヤーが4つあると思った。最初のレイヤーは、何でこの指標を変えたのか。国民は今、感染コントロールができていない、不安だというのが基本的なパーセプションだと思う。それに対して、なぜこのタイミングで指標を変えるのかという説明が十分にされないと、今、感染者数で一喜一憂といった言い方をされるが、単純に数だけではなく、違う指標で見てごらんなさいと、そういうトリックめいた受け止め方をされると逆に不安をあおると思う。だから、1番目の大事なポイントは、なぜこの指標が今提示されるのかということの説明がとても大事だと思う。

2番目のレイヤーは、指標に応じて対策がセットになっているのだが、対策というのは本当に有効なのか、必要なかをきちんと説明しないと、例えば1波でやったことの検証はどこまで生かされているのだろうかという疑問に答えられない。

3番目は、実際に対策を実施するに当たって細かい色々なことが出てくると思うのだが、そこについての疑問が、例えば私だとコミュニケーションに関しては相当色々なポイントが出てくる。

4つ目は、COCOAである。これはもうオプトアウト方式に転換するということがグーグルとアップルが表明しているから、OSに標準搭載されるので、インストール促進は恐らくもう必要がなくなってくる。ということは、つまり、Bluetoothを使いませんという拒否をしなければ接触確認アプリが動くようになるのだろうかからむしろこれを拒否しないような広報活動にシフトすべきであろう。

もう一つ細かいことだが、人の動きが感染を拡大するという図式をいつまでも維持していると、相変わらずいつまでも動けない。だから、人の動きが感染を拡大したのではなく、人の動きの結果3密が生じて感染が起きたのであって、そのため私たちは新しい日常をつくる必要があり、新しい日常をつくらない限りは動くことができない、ということを明確にメッセージとして出していかなければいけないと思う。

○押谷構成員 今、平井知事から御指摘があった点で、私の説明が不足している部分もあったかと思うので、補足をさせていただく。

全体で見ても7月27日に突出して大きなピークが見えている。これは恐らく連休前後に感染拡大が何らかの形で起きたと見るべきではないかと思う。

大都市部から地方に飛んでいっているものがほぼ地方の流行の主体なのだが、まずその地域で、接待を伴う飲食店や普通の会食の場などでクラスターが起きて、その周辺には広がる。これはもうある程度やむを得ない。必ずではないが、かなりの確率で大きなクラスターが起ると、鹿児島でも5次感染ぐらまで行って、県内のかなり広い地域に広がっている。そういうパターンはほぼ見えている。

ただ、そういう地域では、僕らはクラスターを閉じることができていると言っているが、このフェーズでは大抵の場合、クラスターを閉じることができていて、その次のクラスターにつながる院内感染などが一番怖いのだが、そういうことは4月からは少ない。

地域ごとに見ていくと、3月から4月に大きな流行を起こしたところでは、あまり起こしていないところが多い。北陸は結構大きな流行が起きたが、このフェーズでは北陸ではほとんど起きていない。東北地方でも福島、山形は少ない。そういう地域による差は、主に今回は大都市圏を中心にその周辺部に流行が広がっており、九州は福岡が中心だと思うが、地域に少しずつ漏れ出している。多くの場合はクラスターを閉じることができているが、こういうことが続くと高齢者施設などの流行になるので、それは気をつけていかなければいけないと考えている。

○館田構成員 指標と目安の項目と数字がどういう理由の下に出てきたのかということは、国民の皆様も非常に知りたいところだと思う。もちろん一つ一つを説明することは難しいわけだが、私たちが今できるのは、第1波を経験していく中で、第1波の中でこの指標がどこでクリティカルなレベルに達したのか。

例えば4月7日に緊急事態宣言が出されたわけだが、それと重ね合わせて見たときに、この指標で見るとあのタイミングがどうだったのかという評価はあっていいはずである。あのタイミングがかなりぎりぎりのところで設定されたものと理解しているし、できればもう少し早いタイミングがあったのではないかと言う人もいらっしゃるわけだが、この新しい指標で見た場合、第1波と第2波は違うので必ずしもそれは言えないところがある。だから、それも分かった上で、例えば療養者数という新しいファクターが出てきたし、あるいは重症者が少ないということも分かっているわけだが、そういうものも第1波の経験の中で、第2派ではここに注目してこういう指標でやっていくのだというような、何かその辺があるほうが国民に対しての説明がうまくいくのではないかと思った。

○太田構成員 まず、今回の資料1の2枚目だが、一番下から2つ目のポツのような形で「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」というはっきりした文章で書いていただいたことは非常に感謝している。

この分科会に私が参加させていただいた7月の頭、第1回的时候にはたしか1日に発生している患者数は200前後だったと認識している。本日前後になると1,400や1,500といった患者が発生するような状況になっている中で、現場の医療機関はかなり大変な状況になってきている。

資料3の指標、ステージに関して、今の状況は何らかの形で新規感染者数を減少させなければいけないというメッセージを、基本的に今回のこの状況の分析と対策

ということで国民にメッセージを伝えることができるのではないかと期待している。

もちろん経済が非常に重要だというのは、私も病院の経営をやっているので十分分かっているが、ある一定の範疇に感染の状況をコントロールしないと、国民も不安になって経済も回らないというのが実情なのだろうと思っている。政策的に様々なことをやったとしても、国民が危機意識を持っていては動かないという形になるし、飲食といったところも行かない。

なので、このタイミングとしては、先ほど講ずべき施策、様々なものが7ページ、8ページに書いてあるが、そういうものを少しずつでも重ね合わせて、各地域であなたを振るわなくても何とか地域の感染状況をコントロールできるような形で取り込んでいただく。そのメッセージを伝える非常にいい施策ではないかと思っているので、全体として賛成させていただく。

○岡部構成員 3月、4月の段階から現状に至っても、恐らく多くの皆様方の頭にあるのは、その当時に考えられていた不明な疾患であり重症な病気である。重症な病気というのはシビアリティーという意味だが、そういうことでの警戒感、不安感が多くあると思う。

ただ、この数か月で疫学的にも色々な状況が分かってきて、重症度、さらには合併症とか後遺症ということも分かってきたので、この病気の全体像というものをもう一回レビューしていく必要があるのではないかと思う。

ただ、一般の方にとっては、すぐそばに患者さんがいる、いないよりも、メディアを通じてその日その日の数でどきどきしてしまうわけだが、実態としてはそれほどまでは行かなくても、医療機関、保健所は相当な逼迫感を感じ始めているというのは、ちょうど緊急非常事態宣言を出したあたりと同じようなことが起きているのかもしれない。ただ、シビアリティーその他が違っているので、その評価が違う。

そうすると、この提案に関わってくるのだが、できるだけそういう負担を除いていかなければいけない。一方では、除くことによる、病気がたくさん増えるのではないかという不安に対しても応えなければいけないのだが、そういう点で、一つは国において、例えば7ページの「ステージⅢで講ずべき施策の提案」で、「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」は全くそのとおりだが、そろそろ積極的疫学調査が今までのようなきっちりしたやり方でいいのかどうか。8ページの「ステージⅣで講ずべき施策の提案」の真ん中の公衆衛生体制のところでは「疫学調査の簡略化」というのもあるが、決して手を抜くというわけではないが、重点的なことに置いていくというのは、もうステージⅢで取り組むものではないかと思う。

それから、同じく7ページの【対国・地方自治体】の真ん中の辺りに、検査時にウイルスが多い場合に宿泊療養と、メリハリをつけるということがあるが、確かに

CT値やコピー数で感染度が強いかどうかというのがある程度分かりつつあるが、まだはっきりしたエビデンスがないと思うので、ぜひこの辺は早急をお願いしたい。

もう一回、当初のことで言っていたシビアリティーのことと、リスク分析という言葉で分かりやすく今の状態を逐次伝えていくといったことは、さらにこれから必要になってくるのではないかと思う。

○小林構成員 第1波のときとの違いについての説明を、こういう違いがあるから数字を変えたというような、そういう指標及び目安についての第1波の検証を受けた提案の仕方を1ページ加えるような形で書かれてもいいのではないかと。少し時間的に難しいかもしれないが、1波の検証を受けた提案という形にならないか。

それから、6ページの「集団感染（クラスター）の早期封じ込め」の一番下に、積極的介入の方策として「営業時間短縮や休業の要請等」というのが括弧書きで書いてあるが、例えば地方自治体、九州の鹿児島や宮崎、大分などではクラスターが発生した店名の公表を自治体の判断でやっている。お客さんたちが名乗り出ることを促したりして、早期のクラスターの把握につながったということを九州の方から聞いたこともある。だから、店名の公表についても検討する対象として入れてもいいのではないだろうか。

7ページで、COCOAをオプトアウト型にしてデフォルトでインストールするという話は、事業者の中では議論されているが、政府として今はまだ検討中となっているのではないかと思う。これは積極的疫学調査を簡略化することともかなり密接に関連しているのではないかと思うのだが、COCOAが普及することによって接触の情報が取れるのであれば、そんな調査も人手を使ってやる人がないということになるから、やはりCOCOAをできればデフォルトでオプトアウト方式で最初からインストールしておいてもらって、外したいという人だけ外せるといった設定にするのはすぐにもできる非常に効率的な政策ではないかと思うので、ぜひ御検討いただきたい。

それから、重症化リスクが低い人は自宅療養にすべきという話は全くそのとおりでと思う。そのときの重症化リスクが低い人というのは、どういう基準で判断できるのかというのが早く明らかになればいいと思うが、同時に、国民の側からすると、自宅療養するというのは多分不安も増えることになるので、本来は宿泊療養施設を増やす、あるいは病院の病床を増やすということで対応するべきところを自宅療養せざるを得ないというふうに捉えられる。そういう意味で病床の増加、あるいは宿泊療養施設の増加について、追加的な施策をセットで打ち出せるといいのではないかと。この自宅療養を増やしていくということを出すのであれば、そこに病床や宿泊療養施設の増加のための追加施策をセットで打ち出すほうが国民の納得を得やすいのではないだろうかと思っている。

それから、7ページの右側の一番下にリスクコミュニケーションなどが書いてあ

るが、全般にステージⅢでの施策というのが、国民の行動規制というか、行動を自粛させる、あるいは飲食店などに休業の要請という制限的な施策が多いので、それをやる際に、政府としては、何らかの行動規制をするときの国民のコスト、あるいはコストの補助については何らかのメッセージを発信するというようなことが、7ページの右側の一番下にリスクコミュニケーションなどの観点ということで書いておいてもいいのではないか。

○脇田構成員 先ほど平井知事からも、いわゆるエピセンターがあって、そこから徐々に染み出していっているというお話があった。だから、そういった家庭内感染、知人での感染は対策が必要であるというお話だったが、それは当然のことだと思う。

一方で、東京の状況を見ると、感染に関しては一定の遷延状態が続いている。やはり歌舞伎町や新宿といったところの感染がまだ止まっていないことが一番大きな状況だと思っている。だから、そこへきっちりと対策をとっていくことが非常に重要ということは一応確認をしておきたい。

それから、状況分析、リスク分析をして、それをきっちりリスクコミュニケーションしていくということが非常に大事だと思っている。我々アドバイザーボードがそういった状況分析の役割を持っているので、そこはきっちり分析をして発信をしていくということをこれまで以上にやっていきたい、やらなければいけないと思っている。6ページの「ステージに関わらず現時点において講ずべき施策」にもリスクコミュニケーションのことを書いていただいて、①にリスク評価があるが、現状分析についてはきっちりと国民に説明をしていって、理解をしていただくということは重要だと思っている。

○尾身分科会長 それでは、これからの発言者をお願いしたいのは、これから政府に検討していただきたい、あるいはこれから分科会で検討したほうがいいのではないかと、という将来にわたることと、今日ここでこの文章のコンセンサスを得たいので、ここはこう直してほしいということ、その2つを分けて発言をしていただくとまとまりやすいので、よろしくをお願いしたい。

○大竹構成員 1つ目は、7ページの「メリハリの利いた接触機会の低減」というところに関わるものである。事業者に対して「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」というのがあるが、これは本日の議論でも脇田先生や押谷先生から、夜の街からの拡散が原因になっているということがエビデンスとしてはっきりしてきた、ゲノム解析からも明らかになってきたということが出てきているから、そこをしっかりと抑えていくというのは重要である。経済学では、ほかに迷惑をかけていくということで負の外部性である。そうすると、そこにはお金

をかけてでも止めていくというのは、政策としての正当性が十分にある。

お金のかけ方は2つあって、罰則というのも一つだが、逆に補助金を出して休んでもらうというのも同じ効果がある。したがって、この時期に休業要請をしたとしても、既に経営が非常に悪化している場合には休業要請に簡単に応じてくれない可能性が高いので、補償を出していかないと効果が小さくなっていく可能性が高い。

そうすると、自治体だけではなくて、自治体と政府が連携していかないと、政府がお金を出す以上、連携して、こういう理由でここは拡散の源泉になっているということがはっきりしているのであれば、政府が補助を出してでも休業させるという仕組みをつくっていくことが必要だと思う。

感染の数自体では、接待を伴うところだけではなくて、今まで議論になっているとおり、会食や職場、家庭が増えているが、それは最終的な場所であって、本当に発生の拡散源がここだということがしっかり示せるのであれば、政策的な理由としても十分に成り立つと考えるので、ぜひとも明記していただければと思う。

COCOAの件については、デフォルト設定にしてオプトアウト型にするということが行動経済学にも非常に大きな効果を持つということが知られているので、ぜひとも入れていただきたい。そのときにこれは外す権利がある、強制ではないということも同時に大事なことである。だから、選択の自由がある下で、感染予防のためにはこれは大事だということの了解の下でこういう方針をするのだということはしっかり広報していくことが必要だと思う。

7ページの右側に、ウイルス量が多い場合と少ない場合で違うのだということが、初めてこういう資料が出てきたと思うのだが、同じ感染者であってもウイルス量が多い人と少ない人で人に感染させる危険性が違うのだということがだんだん分かってきたというのはもう少しはっきり出してもいいのではないかな。

○押谷構成員 歌舞伎町の特殊性というのがあるって、どうも男性のほうが感染しやすいというデータも少し出てきていて、どこの国を見ても男性が多い。ホストクラブだったということ、ホストクラブに来る夜の街で働いているような女性との間の感染連鎖が続いてしまったということ、寮のようなところにいったことが特殊性だと思うので、そういうこともある程度は分かってきている。

3月、4月と何が違うのかは私もきちんと書いておくべきかと思っている。3月、4月は感染者の数と重症者の数がパラレルにあって、ある一定の割合で感染者が増えると重症者が増える。だから、感染者数がかかなり重要な指標になっていたのだが、このフェーズは若年層が多い。あとは、PCR検査の目詰まり感は解消されてきているので、軽症者や無症状の人も含めてかなりの検査ができるようになってきたということで、感染者数の急増と重症者数が必ずしもパラレルになっていないということが、こういう新しい指標が必要になってきている最大の理由かと思う。



そのところは、シビアリティという考え方を入れなければいけないということと関連しているのだと思うのだが、日本でのシビアリティというものの見え方が違ってきている。そういう中で、保健所でどこまでやるか、自宅療養をどうするかというところがシビアリティとも関連して整理をしなければいけないところかと思う。

○中山構成員 6ページの6番目でも7番目でも結構だが、人権の問題を今の段階で入れていただきたい。

この感染症が長期間にわたって続くことが考えられるとすると、感染者はこれから累積としては増えていくわけだから、その人たちの人権が守られなければ、疫学調査に協力しなかったり、具合が悪くてもそれを公表しなかったりして、逆に感染の拡大につながっていくという悪循環に陥る。したがって、それは早いうちに断ち切らなければいけない。

そのためには、やはり正しい知識を国民が持たなければならない。変に不安を抱くから誹謗中傷といったことに走るのも、正しい知識を得るためには、今まで分かってきたこの感染症の全体像が皆さんに分かりやすく示せるような、うまいプレゼンテーションをできるように常に努力していく必要があるのではないかと思う。

○釜范構成員 先ほど尾身先生が言われた、かなり短期的な、今回文章をまとめるに当たってのところを申し上げたい。

今回、5ページの指標、目安の議論が始まったわけだが、この案がここに提示されるまでの経緯は、事務局で色々な検討を踏まえた上で、今日出てくるまでに色々な人が、色々な場面でこれを検討して今日に至っているもので、分科会としてこれを一から議論をしたという形にはならないかもしれないが、ここへ提示されるまでには色々な検討の結果であるということをもっと私は申し上げたい。

それで、石川構成員が言われた最初のなぜ今回指標が提示されたかは、押谷先生が言われたとおりだと思う。感染の状況が違うので、特に一番問題になるのは、緊急事態宣言と関わる部分についてどのような考え方を示すのか、この役目は諮問委員会が担うわけだが、諮問委員会で判断をした基準が既に示されているが、これは宣言を出すときと解除するときに出したが、現在の感染の状況に合わないというところがあって、それで新たに指標をつくる必要があったということが大きな背景だろうと認識をしている。

それに当たって今回整理をされたので、ステージⅣの指標は、このような状況の下で緊急事態宣言が発出される。あるいは、その前の段階、もう少し早い段階で判断することになるかもしれないが、それは諮問委員会でまた検討するというところだろうと思う。

それで、今回のこの案を提示するに当たって、私は先ほど平井知事が言われたところについて、分科会としてきちんと考えをまとめないといけないと思う。というのは、7ページの例えば対事業者に対して「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」とある。

休業要請については、既に特措法の24条で都道府県知事が発出できるという整理になっているが、実際に要請をして、それに応じない業者が今後多く出てくることは容易に予想される。それぞれ蓄えがなくて、もうやっていけるかどうか分からないところで、また休業要請ということになると、とても応じられないという業者が増えてくるのが予想される。

その中でどういうふうに対応したらよいかということになると、これはまた国の判断が当然あるわけだが、分科会としては感染拡大あるいは感染予防の実効性を高めるために国に対して新たなお願いをする。すなわち都道府県知事が要請を行って、その要請の実効性を高めるための施策についてさらに考えていただきたいというような内容を盛り込むかどうかについて合意を得ることが必要ではないかと思う。

医療の立場、あるいは医師会を代表して出てきている立場としては、現時点ではもうそれを考えていただいたほうがよいのではないか。私の後ろには多くの会員からの意見があるので、そのように考えている意見を私はきちんとここで述べなければならぬと思って出てきた。

○清古構成員 7ページの右側の赤字のところ、軽症・無症状の方では適切な実施ということを書いてあるが、東京の場合、第1波は全て入院という形で対応したが、第2派はその都度、この人は入院、この人はホテル、この人は自宅ということで判断をしている。そのときに、今までの経験上で対応していたが、この人はリスクが高いからといった、何かチェックリストのようなものがあれば大変参考になると思うし、相手の方に対しても説明がしやすいかと思う。入院したい、したくない、色々な人がいて、その人たちを説得しないといけないので、その辺をお願いしたい。

もう一点は6ページだが、②の「集団感染（クラスター）の早期封じ込め」ということで、クラスターがあると本当に大変である。たくさん検査もしないといけないということもあるし、ここの赤字の「早期検知」というのがあがるが、院内・施設内での早期探知を、入院時に必ず検査する、入所前に必ず検査する、といった具体的なものがあつたほうがいいのではないかと思う。実際にもう既にやり始めた自治体もあるので、その辺も含めてぜひお願いしたい。

○平井構成員 先ほど、釜薙先生がおっしゃたが、医師会もそうだし、知事会も実はこの制度の問題は深刻なので、御検討いただけると本当にありがたい。

自宅療養の件だが、実は地域差もあるかもしれないし、非常に微妙な問題である

ことは御認識いただいた上で表現していただければありがたい。というのは、今日の指標の中で、自宅療養も入れて指標をつくっていただいて、要はこれだけ対象者がいるという、5ページの新しい療養者数という考え方はどちらかというと厳しめに見るための自宅療養を入れたということだと思う。現実にもう自宅療養に回っていただかざるを得ない状況もあるが、やはり基本は宿泊療養施設、病院を用意する。

実は大多数の道府県はそれができているので、むしろみんな自宅療養に回ってもいいということが前面に出ると、せっかく今、一生懸命交渉して療養施設をお願いしてホテルの了解を取ったり、苦労していることが水の泡になってしまう危険もある。自宅療養の必要な地域は大都市部であることは理解しているが、そこは少し書き方を工夫していただきたい。

それとあわせて、ある一定のときに保健所機能を変える必要がある。これは実は感染症法の世界では当たり前のことであり、新型インフルエンザのときも、あれは弱毒性の豚由来だが、弱毒性ということが分かって、だんだんとそれが広がっていく中で、厚労省が号令を出されて、疫学調査等をやるよりも、むしろ病院での療養、あるいは院内感染を起こらないような対策を徹底するほうにシフトしていった。今回、それができるかどうかということである。

現実には、それぞれの都道府県の住民の皆様の感情からして、疫学調査などで一生懸命追い詰めて何とか抑制させようという努力をもうやめていいよという段階では恐らくないのだろうと思う。その理解を得るためには、よほど政府で考えを改めていただいて、疫学調査よりも、むしろ緊急事態宣言の基準に表れているように、もう重症者のみを何とか助ければそれでいいですから、あとはもうこの波が通り過ぎるのを待ってくださいというふうに政策転換をしていただかないと、現場はもたないかもしれない。だから、その辺はよく御検討の中で考慮していただいて、表現ぶりなり、今後の進め方を検討していただければと思う。

○武藤構成員 資料3の4ページだが、下の緑の囲みの部分は大変大事なので、次のページに送って、4ページの上に次の2つのことを足したほうがいいのではないか。

1つは、第1波と現状がどう違うかというのを、ポツ1つで説明を少し入れたほうがいいと思う。なぜこの指標が出てくるのかという理由のさらに背景の部分である。もう一つは、1行目に今入っている「感染レベルを早期に減少に転じさせる」ということが、引き続き国の目標だったということに初めて気づく感じがするので、ウィズコロナの時代とはいえ、コロナを制御させたいのだ、コントロールしたいのだ、という意味を伝えていただきたい。だから、こういう指標をもう一回改めて出し直すのですよということを、この4ページのところでぜひ伝えてほしい。

それから、6ページの②のチェックの2つ目のところに「接触者の調査と対応」というのがある。ここは調査と対応というよりも、効率的な実施や合理化といった

ことなのではないか。単に対応というといつまでも果てしない感じがしてしまうので、合理的あるいは効率的にしながら、でも最低限のことは継続しないとイケない。そういう言葉をここに足したらいいのではないか。

そして、6ページの最後に、人権のこととリスクコミュニケーションのことを別々に追記していただくというのは非常に大事な施策だと思う。

今回、メディアの人と話していても全然伝わらない、色々なことが伝わりにくい。国民の方々も疲れがたまっていて、お金もなくて、全体的にみんな不機嫌で、やはり春の状況と大分違うので、そこはコストをかけた施策としてお考えいただく必要があるのではないか。

○今村構成員 今は恐らく多くのところでステージⅡだが、逼迫感を感じたり、あるいは不安を感じている国民が多いことを考えると、ステージⅡで何をしてくれるかというのが見るところの中心になると思う。

そうすると、今のこの書き方でいくと、心配になって例えば3ページのステージⅡを見る。そうすると、「6ページ、7ページの取組のうち」という書き方がしてあって、今度はそちらを開く。そうすると、6ページはステージにかかわらず、つまりⅡにならなくてもやっておくという書き方をしてあって、7ページはステージⅢの説明になってしまっているの、実はみんなが心配になっているⅡに対することを取り上げて書かれていないというイメージになってしまうのではないか。

場合によっては、7ページの黒の部分は、もう一回黒の部分だけを書き抜いて、ステージⅡという形で一筆足したほうがいいかもしれない。そこは微妙なところかと思うので、お任せしたい。

○岡部構成員 今までの話の中で1波、2波という表現があるのだが、どれを2波にするかはあまり明確になっていないと思う。1波という表現は最初のものでいいと思うのだが、ずっと長く見ていないと分からないので、専門家会議のときでもなるべく再発生防止というような言い方で、2波は使わないほうがいいのではないかと議論していたことがある。色々なところでばらばらなことを言われているので、もしこれが2波ならば2波であるという言い方にしてもいいと思うのだが、言葉の統一も考えておいたほうがよいのではないかと思う。

○南構成員 国民の多くがこの病気及びこのウイルスはどのようなものなのかということが情報として確たるものがない。それは当然だ。未知のもので分かっていないことが多い。

ここから発信されるものだけに依拠しているのではなく、様々な媒体で専門家の方々が色々なことをおっしゃるので、それに耳を傾けるし、その都度不安にもなる

ということの繰り返しである。さっきお二方が言われたことは、これは一体何なのか、今の時点で何が分かってどうなのかということとその都度レビューするといいたのだが、それも時々刻々変わるとともに見方が分かっていないので、仮説にすぎないというか、こうではないかという話にとどまるのだと思う。

ここを情報発信するのが最も難しいところで、総論ではこういうことだが、細かいことは専門家に聞いてくださいといったことにならざるを得なくなる。それぞれ皆さんは自分が手にする情報に翻弄されるという状況が起こっているのだから、何らかの形でこういう分科会として発信するときに、少し重なるようでも、今までのところこういうことが分かっています、こういうことが重要ですよということは、くどいようになるが、それを重ねて言うておくということに尽きるのではないかと。

○石川構成員 先ほど押谷先生の御指摘で分かったのは、3月、4月とはパラレルではないこと。そこは明確にした上でもう一点強調すべきだと思うのは、色々な事業者の方が取り組んで、経済を回すと感染が広がるという図式ではないのだと、新しい日常をつくって成功例があるのだということも言っていないかと、結局いつまでたっても感染が広がって駄目だという話しか出てこない。だから、よい取組に対して積極的にもっと推進していくのだというトーンが、先ほど武藤先生がおっしゃったところに1行でもいいから書いていくべきだと思う。

もう一つは、資料7ページ目の「ターゲット毎の明確なメッセージの発信」。今回のこの指標の重要な要素は、最初の目的に書いてあるが、死亡者、重症者の最小化である。だから、ここに力を入れてやっていくということになると、誰に対してどういうメッセージの発信が必要かということ、重症化リスクの高い方である。重症化リスクの高い方というのは、高齢者施設に通っていらっしゃる方、もちろんその場合は高齢者施設に關与している方々、働いている方々も1つ目のグループで、次は高齢者世帯である。施設を利用しているかどうか分からないが、独居の方かもしれない、高齢の御夫婦かもしれない、高齢者世帯。もう一つのグループは、高齢者と子供と孫の同居の世帯である。この場合、注意を呼びかけなければいけないのは、同居をしている、例えば現役世代やお孫さんかもしれない。その方々がおじいちゃん、おばあちゃんと一緒に暮らしている以上、その方々に対して注意をしていかなければいけない。最後のグループは基礎疾患を持っている方であり、この方々に対しては受診が定期的に行われているのであれば、そこでオンライン診療を検討したらどうかといったように、重症化リスクの高い方々を明記する。

つまり、文章で重症化しやすい人と書いてあるが、そこはきちんとグループに分けて、それぞれ必要なコンテンツをつくって、適切なメディアで発信する。ここの「ターゲット毎の明確なメッセージの発信」というのは「ターゲット毎の適切なメディアを使ったメッセージの発信」にする。やはりメディアの使い方が非常に大事

である。

最後にもう一点、まだ歌舞伎町などの具体的な名前が出ていたり、クラスターの基点になる方々に対する注意喚起を明確にすべきだと思う。その方々がどういう行動パターンを取ることによってクラスターの発生が生じているのかという分析と、そういう方々に対してはどのようなメッセージをどのようなメディアを使って発信するのか。例えばTikTokやLINEといったメディアを考えなければいけないと思う。マスメディアアプローチでは届かないターゲットがいるので、適切なメディアを選ぶ必要があることを明記していただきたい。

○押谷構成員 何が今、3月、4月の状況と違うのかは、結局、ピークが遷延しているということである。ピークが遷延している理由は、人の動きを止めていないからである。緊急事態宣言をして人の動きを止めたので、このフェーズでも人の動きを止めれば感染拡大は止まる。それをこれだけ重症者が少ない中でやるのかどうかというところで、人の動きを止めないでどうやって感染を制御していくかということをもみんなで考えないといけないフェーズなのだと思う。それをきちんと整理した上で、色々なことを考えていく必要があるのではないかと思う。

○西村国務大臣 1番はもう共通のコンセンサスになっていると思うが、押谷構成員の資料2の32ページ、33ページ、この4月のときと今回の7月、8月にかけては、感染者数だけを見ると非常に多くなっているのだが、世代構成が全然違う。20代、30代が多く、軽症・無症状の人が多い。したがって、緊急事態宣言を出した頃は報告数をずっと見ていたわけだが、そうではなくて、まさに死亡者、重症者を注意して見なければいけないということで、今回、病床のところをしっかりと見るというふうに理解をしている。

それから、私も毎日のように、新たな日常をつくらなければ駄目だということを言っているが、スポーツジムはちゃんとガイドラインを守ってくれているのでほとんど出ていない。3月、4月はたくさん出たが、換気をして、消毒をして、マスクをやって、人数制限をやっているスポーツジムはその後出ていないので、やはりガイドラインをしっかりと守ってやってくれば新たな日常をつくっていける。経営も継続してやっていけるということだと思うので、そういった例をできるだけ増やしていくことが大事ではないかと思っている。

その上で、休業要請についての考え方だが、今、法制局とも議論を始めているが、簡潔に体系的に申し上げたい。

ガイドラインを守っていない店は、感染を広げる可能性があるので、休業要請をしても補償する必要はないと考えている。しかし、これまで守っていない店が今後守ろうとするところは最大200万円までの持続化補助金を出して、例えば換気をよく

することや、アクリル板を入れるといった費用について国から支援をしているし、さらに各都道府県がプラスでその対策費を出している。これも国からの地方創生臨時交付金を使って対応してくれている。インセンティブを与えて守ってくれるように促している。その上で、それでもガイドラインを守らない店については強制力が必要ではないかと考えて、これは法制局とどういう形でできるか、今議論を始めているところである。

一方、ガイドラインをしっかりと守っている店は、休業する必要はない。専門家の皆さんも入っていただいて、守っていただいているので、これは本来なら休業する必要はないお店である。だが、そのエリアが非常に感染拡大しているがゆえに、そういったお店でも休んでもらわなければいけないというときには何らかの支援が必要だと考えている。これは、持続化給付金、雇用調整助成金に加えて既に地方創生臨時交付金3兆円をお配りしているので、これでやっていただくというのが基本だと考えている。

国は何もやっていないのかというと、そうではなくて、法制局とも議論しているし、海外の事例も調べているが、これまでのところ、やはり得べかりし利益の損失に対して何割補償するという事例はないし、法制的にもなかなか難しい。つまり事業形態など、一件一件違うので、それをどう評価して、そのうちの何割、得べかりし利益を休んでもらう間補償するか、これは法制上非常に難しい。そこで国が取った対策は、一つは地方で地方創生臨時交付金3兆円に対応してくださいということと、国は50%以上売上げが落ちた中小企業に対しては、掛ける12で最大200万円まで補助をします、給付しますということで対応した。大企業は自力でやってもらうということで、融資などでやってもらっているが、中小企業にはそういう形で一定の線を引くしかない。50%以上落ちたところに対して支援する。30%以上落ちた、20%以上落ちたなど、その上乘せ分は地方の事情に応じて地方創生臨時交付金3兆円に対応していただく。既にこの200万円までの中小企業の支援は3.6兆円お配りをしているので、地方の3兆円と合わせると6兆円以上のお金が中小企業には出ていく可能性があると思う。

いずれにしても、補償という文言を使われると、法制上なかなか難しいが、既に国も地方も実質上の補償とも言える支援を行ってきている。休んでもらう分に対しての一定の経営支援は行っているので、この辺りをどういうふうに法制上書くかということも含めて、問題意識は知事会からも医師会からも多くの皆さんからいただいているので、整理を急いでいるところである。

○尾身分科会長 委員の方からの政府に対してこれから検討していただきたい、あるいは分科会で検討すべきというサジェスションがあったが、そろそろこの提案をまとめる必要があるので、それに集中していきたい。

皆さんの言わんとしていることのエッセンスは明確なので、それをどう言語化するかというのは、この後、関係の委員の方にこの部屋に残っていただいてやっていただくということで、お願いします。

今日決めなくてはいけないことが幾つかあるが、まずアプリについて、オプトアウトが原則であれば7ページの講ずべき施策に入れてはどうか。

○加藤厚労大臣　そこは、開発のときに、個人情報保護の関係があってオプトインだからクリアできるということで進めてきたという背景がある。したがって、オプトアウトでは根底が全部変わるので、抜本的な議論をしないと、今の形だけですっきりいける状況にはないということはぜひ御理解をいただきたい。

○尾身分科会長　そうすると、これは政府への提案だから、政府がまたどう考えるかは別の話で、この分科会で検討していくか、提案をするかしないかということは一番大事である。ここはどうか。今、大臣のそう簡単ではないという現実の問題がある中で、一応提案するのか。

○大竹構成員　法的な問題は色々あるかもしれないが、分科会としては要望させていただければと思う。

○石川構成員　私の理解では、これはアップルとグーグルがOSに標準装備をすると決めているので、標準装備になってしまうというふうに考えているのだが、違うのか。

○橋本副大臣　アップル、グーグルのOSには、確かにおっしゃるようにBluetoothでお互いの接触を記録するという機能が搭載されている。これは標準で、新しいものをダウンロードするとそうなる。ただ、それをお互いに通知をするといった仕組みについてはアプリケーションで実現をして、それはCOCOAというアプリになるのだが、その部分はインストールしないと実際に機能しない。かつ、COCOAの開発の検討に当たって、誰と接触をしたかということが、データベースを管理している側からすると、ひもづけをし得るという前提に立って、個人情報のきちんと対応が要る。なので、インストールをしていただいてオプトインをして、要するに自分で意思を持って導入をしていただくということで、そもそも個人情報保護法制の審査をクリアしているという経緯がある。

それを、例えばデフォルトでインストールをしている形で売ってもらうようなことは、メーカーがいいと言ってくればできるかもしれないが、個人情報保護法制上のクリアをもう一回やり直すという話になるので、そう簡単ではないと思っている。



○尾身分科会長 それでは、幾つか問題があるので、大竹構成員と事務局で、どんな文言にするのか、その辺を少し検討していただいて、そこでコンセンサスをつくってほしい。

2つ目、平井委員が、この前も連休で感染が広がったということで、今回の連休についてなるべく注意してくださいというのは分科会として言及したほうがいいのではないのかということだが、これはどこに入れるかはともかく、今日の文章の中のどこかに入れるということで、私は合理的だと思う。事務局、それはどこかに言葉を入れてください。この前、分科会が出したお盆のメッセージといったものと整合性を取ってやっていければと思う。

それから、保健所で迅速な対応という部分を4ページに入れていただく。

今日、最もここで結論を出していただきたいのは、色々なことをやるにしても、財政的な支援、制度的なことを明確にしないと、夜の街などは幾ら言っても協力をしてくれないのではないのかということが随分ある。今、大臣からも、国は随分やっているし、準備しているというお話があった一方で、実際には足りないと言っているのが現実である。私は公平に見て、国はもう補正予算など色々やっているが、現場の感覚は恐らくあの額では足りないと言っているので、そういう意味では、分科会として、財政支援などをさらに強力にやっていただきたいということを入れてはどうか。

つまり、私は、国は頑張っていてやっていただいていると思うのだが、現場の感覚、特に夜の街関係の人、飲食店もそうで、月々幾らもらっても足りないという声があるのを我々は知っている。だから、国がやっていることにさらにできれば追加ということを書くか。

○釜菴構成員 私が一番お願いしたいのは、金額どうこうというよりも、知事が要請した場合に実効性を伴うのかどうかということである。

○尾身分科会長 そういう意味で、実効性を担保するためには、そういう制度的あるいは財政的なことというのは何回も出ているので、5ページの一番上のところに独自にやれることを推奨してほしいという、平井知事のお話があった。だが、それには財政的あるいは制度的な支援がなければできないのではないのかということが前からあった。だから、このことを書くかという話である。分科会として提案すべきかどうか。

○大竹構成員 どこにお金を使うかというときに、やはり一番効率的な使い方が大事だと思う。今日のデータでも明らかに感染拡大の源泉が夜の街であって、その対

策を何とかしなければいけないというわけだから、お金を同じだけ使うのであれば一番効果があるところに使う。そのときに、色々な法的な問題もあるとは思いますが、集中的に効果がある対策として休業補償の在り方を再検討するというのは書いたほうがいいのではないかと思う。

○尾身分科会長 大竹構成員は、額を増やすのではなくて、休業補償の在り方をもう少しピンポイントで、今、リスクは分かっているのだから、そこに効率的にやることを検討していただきたいという話。それは恐らくコンセンサスが得られるのではないか。

○西村国務大臣 もちろん、今は幅広い業種に休業要請をするわけではないので、持続化給付金のように中小企業全部を対象にした支援策を考えるべきときではないと思っている。だから、焦点を絞ったところに対策、つまり、あめとむちの両方をやっっていかなければいけない。実効性を上げるために強制力を持たなければいけないものもあれば、きちんとやっているところには支援策をやっっていくという両方が必要で、これを焦点を絞ってピンポイントにやっっていくということだと思うが、一般論としてはそこまでは私も全くそのとおりだと思う。

全ての中小企業が使える持続化給付金、都道府県に配分している交付金、あるいは休ませたときの休業については厚労省の雇用調整助成金で、中小企業の場合、10分の10出るといふ仕組みまで入れているので、それに加えて集中的に国民の税金をそこに使うのがいいのかどうか。それが受け入れられるのかどうか。行動経済学や国民全体の受入れからしてどうなのか、ということも含めてぜひ御議論いただけるとありがたいと思う。

○平井構成員 知事会としては財政面のことも制度面のことも大分、両大臣を含め政府に要請をさせていただき、一つずつ譲ってきていただいているし、それから地方創生臨時交付金についても協力金に使うことを認めてもらうなど、西村大臣に非常に身を削って動いていただいたという思いはある。

ただ、現状は2通りのやり方があり、東京や千葉といったところは全域で一定の業種に対して休業要請をする。他方で、大阪であればミナミ、愛知県であれば栄・錦地区、さらにそれぞれあるのだが、どちらかというところエリア限定で絞ってやったり、要は店の数が限られてくれば経済的には支出額が少なくなることになる。

2つのやり方が全国では混在しているのだが、いずれにしても、またこれをやらざる得なくなったことだけは事実である。このことはやはり押さえておかなければならないのではないかと思う。

だから、早晩、財政の問題も制度の問題も再燃するということは、正直、知事会

の中ではやらざるを得ない問題になっている。それを医師会も現場の感覚でおっしゃっておられるのだと思う。

そこで、せめて制度的、財政的対策について政府の検討を強く求める、例えばピンポイントでこれだけやれということよりも、むしろ政府にこの分科会の見識を述べるというぐらいでいかがかと、私は調整案的には思う。

○西村国務大臣 繰り返しになるが、既に3兆円お配りをしているし、これを有効に活用していただきたい。補償ということは法制上なかなか難しいので、それぞれの地域の実情に応じた支援を行ってもらって、対策を実効性があるものにしていただければと思う。

その上で、当然、感染状況や対策といったものを見ながら政府としてはさらに何ができるか、何をすべきかということは引き続き考えていきたい。これは今日10兆円のうち1兆強が決定したが、まだ予備費もあるし、色々な事情を見ながら判断していただきたい。

制度面についても問題意識は共有しているので、法制局等を含めて議論をしている。分科会の総意としてどういう書き方をさせていただくかは分科会の皆さんに決めていただければと思うし、確かに1日1万円、3万円、20日間で20万円、50万円ぐらいではとても休めないという事業者はあると思うが、それ以上に国民感情として国民の税金を特定のそういった業種の支援のために使うことがどれだけ認められるのかということも含めてぜひ御議論いただければと思うし、御判断いただければと思う。

○尾身分科会長 それでは、今いただいた幾つかのことはコンセンサスができてつある。つまり制度を含め効率的な財源の活用を政府に検討していただくという趣旨の文章としたらどうか。そういう前提で分科会からの政府への提案ということによろしいか。

(異議なし)

○尾身分科会長 それでは、その他のことで何かあるか。

○大竹構成員 分科会が頻繁に開かれるようになったのは、状況上、仕方がないが、直前まで予定が決まらないというのもよく分かるが、できれば、定期開催みたいな形で予定が分かるような形にしていきたい。

もう一つは、検討するテーマというのももう少し早めに分かると、しっかりと準備をして、考えて、より深い議論ができると思うので、当然、緊急に色々なテーマ

が入ってくるというのも十分分かるが、できればテーマについては早めに教えていただいて、この方向で議論するということが分かればありがたい。

今回、結構長い時間を取っていただいたが、やはり議論が十分できるような時間を取っていただきたい。

○石川構成員 分科会の見え方に関して、記者会見が非常に重要だと思う。大臣に対しては、私の考えも以前述べたことがあるが、今回は色々な分野の専門家の方々が構成員になっている、その中で分科会はこういうことを検討したということを分科会独自で記者会見をする。場合によっては、尾身先生だけではなく、ほかの方々も含めて複数でやってもいいと思うので、その回ごとに考えながら記者会見を設定していただいたほうがいいのではないか。

○武藤構成員 前回、西村大臣と尾身先生の会見を見せていただいて、そのときに一社一ペンという制限が記者会のほうでかかっている、科学部とか医療部の方々はなかなか参加しにくいという話を聞いているので、ぜひ開かれた形の会見を。

厚労省のほうは昨日オンライン等でブリーフィングしていただいて、色々な方が参加できてよかったという話を聞いていますので、ぜひこちらのほうもそのようにしていただければ。

○尾身分科会長 ここで、太田構成員から医療の経営のことをご説明を。

○太田構成員 <資料4を説明>

○尾身分科会長 それでは、こちらの案については承認されたということで、あとは大竹構成員と武藤構成員、石川構成員のサジェスチョンをいただいた。

大竹構成員からは、なるべくなら日を決めていただきたいということと、テーマはなるべく早くやっていただければ、皆さん考える時間がある。今日は比較的アジェンダが少なかったけれども、このぐらいのじっくりした時間をいただきたいということ。

あとは、石川構成員から、記者会見は場合によっては一緒でも、なるべく分科会と分けて、分科会の場合は私だけではなくて、時々テーマによってほかの人もやったほうがいい。そういう意味では、政府と分科会の役割がしっかり明確になって、我々は提案で政府が実行ということがはっきりするというようなことだと。そんなところで、特に最後にこれだけは言っておきたいということはあるか。それでは、今日もありがとうございました。

以上