

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8回（2020年9月4日）

目次

1. 議事次第	2
2. 直近の感染状況等	3
3. 国内の流行状況の評価等	5
4. 実効再生産数	9
5. 全国・県別エピカーブ	16
6. Go To Eat キャンペーン事業について	21
7. Go To トラベル事業（地域共通クーポン関係）	32
8. 「Go To Eat キャンペーン事業」についての考え方（たたき台）	36
9. 第6回分科会での意見を踏まえた政府の考え方について	38
10. 中間とりまとめの構成とポイントについて（案）	43
11. 新型コロナウイルスワクチン接種に係る実施体制について	45
12. 新型コロナウイルス感染症に関する今後の取組	51
13. 次のインフルエンザ流行に備えた体制整備	58
14. 発熱等症状のある方の相談・受診の流れ	69
15. 今後の新型コロナウイルス感染症対策について	70
16. 全国知事会新型コロナウイルス対策検証・戦略WT報告書（概要）	74
17. 全国知事会新型コロナウイルス対策検証・戦略WT報告書	75
18. 新型コロナウイルス感染症のワクチン接種に係る緊急要望	91
19. 参考資料1：直近の感染状況等	94
20. 参考資料2：都道府県の医療提供体制等の状況	96
21. 「Go To Eat キャンペーン事業」についての考え方	98
22. 議事録	100

新型コロナウイルス感染症対策分科会（第8回）

日時：令和2年9月4日（金）

17時00分～19時00分

場所：合同庁舎4号館11階

共用特別第1会議室

議 事 次 第

1. 議 事

- (1) 最近の感染状況等について
- (2) Go To Eat キャンペーン事業等について
- (3) ワクチン接種について
- (4) その他

(配布資料)

- 資料1 直近の感染状況の評価等 (構成員提出資料)
国内の流行状況の評価等
(鈴木国立感染症研究所感染症疫学センター長提出資料)
実効再生産数 (西浦京都大学大学院医学研究科教授提出資料)
- 資料2 全国・県別エピカーブ等 (構成員提出資料)
- 資料3-1 Go To Eat キャンペーン事業について
-2 Go To トラベル事業(地域共通クーポン関係)
-3 「Go To Eat キャンペーン事業」についての考え方(たたき台)
(構成員提出資料)
- 資料4 第6回分科会での主な意見とその考え方について
- 資料5 中間とりまとめの構成とポイントについて(案)
- 資料6 新型コロナウイルスワクチン接種に係る実施体制について
- 資料7 新型コロナウイルス感染症に関する今後の取組(令和2年8月28日
新型コロナウイルス感染症対策本部決定)
- 資料8-1 次のインフルエンザ流行に備えた体制整備
- 資料 -2 発熱等の症状のある方の相談・受診の流れ
- 資料9-1 今後の新型コロナウイルス感染症対策について
-2 全国知事会新型コロナウイルス対策検証・戦略WT報告書
(構成員提出資料)
- 資料10 新型コロナウイルス感染症のワクチン接種に係る緊急要望
(全国市長会・全国町村会提出資料)
- 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

- ✓ 全国の発症時点で見た感染状況は、7月末がピークになっているように見え、主要都市の実効再生産数は、足元で1を下回っている。
- ✓ 接待を伴う飲食店などハイリスクの場における積極的な対応や都道府県による自粛要請への協力、市民の行動変容の影響などもあってか、新規感染者数は全国的にやや減少に転じたが、感染者数の動向は地域差がある。
- ・人口10万人当たりの1週間の累積感染者数(8/25～8/31)
全国 4.13人(5,209人↓)、東京都 9.98人(1,389人↓)、愛知県 4.05人(306人↓)、大阪府 7.36人(648人↓)、福岡県 8.41人(429人↓)、沖縄県 15.97人(232人↓)
- ・感染経路が特定できない症例の割合(8/22～8/28) 全国 50.8%(前週差0.1%↓)、東京都 59.5%(2.4%↓)

○入院患者数の動向^(※)

- ✓ 入院者数はやや減少傾向となったが、引き続き高い水準が続いている。受入確保病床に対する割合(括弧内)も同様であり、特に一部地域では増加が続き、高水準となっている。
- ・入院者数(8/26) : 全国 5,581人↓(24.5%)、東京都 1,588人↓(48.1%)、愛知県 369人↑(46.6%)、大阪府 483人↓(38.4%)、福岡県 272人↓(55.5%)、沖縄県 289人↓(62.7%)
- ✓ 重症者数は7月上旬以降増加傾向が続いていたが、前週と同水準となっており、4月頃のピーク(381人(4/28))には達していない。
- ・重症者数(8/26) : 全国 331人(274人↓)(11.5%(9.6%)[※])、東京都 83人(43人↓)(20.8%(10.5%)[※])、愛知県 21人↑(30.0%)、大阪府 72人↑(38.3%)、福岡県 16人↓(26.7%)、沖縄県 24人↓(49.0%)

○検査体制

- ✓ 検査件数に変動はあるが、直近の検査件数に対する陽性者の割合は4.0%であり、前週差0.3%ポイント減少し、緊急事態宣言時(4/6～4/12の8.8%)と比較すると引き続き低位である。
- ・検査数(8/24～8/30) : 全国 133,493件↓、東京都 36,090件↓、愛知県 4,707件↓、大阪府10,634件↓、福岡県 8,878件↓、沖縄県 2,632件↓
- ・陽性者の割合(8/24～8/30) : 全国 4.0%(前週差0.3%ポイント↓)、東京都 3.8%(0.3%ポイント↓)、愛知県 6.5%(1.9%ポイント↓)、大阪府6.2%(0.9%ポイント↓)、福岡県 5.1%(0.5%ポイント↑)、沖縄県8.8%(1.8%ポイント↑)

※「入院患者数の動向」は、厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査」による。この調査では、記載日の0時時点で調査・公表している。重症者数については、8月14日公表分以前とは対象者の基準が異なる。()内の数字は前週と同じ基準で比較した場合の数値。↑は前週と比べ増加、↓は減少を意味する。

直近の感染状況の評価等

<感染状況について>

- 接待を伴う飲食店などハイリスクの場における積極的な対応や都道府県による自粛要請への協力、市民の行動変容の影響などもあり、今回の感染拡大については、全国の発症日ベースの流行曲線からは、7月27～29日以降、緩やかな下降が続いている。また、検査件数に対する陽性者割合についても、前週差で0.3%ポイント減少して4.0%となった。
- 全国的な傾向としては、新規感染者数は緩やかに減少を始めていると考えられる。最直近の8月中旬までで見た際に、東京、大阪、愛知の実効再生産数は、1を下回っていることが確認されているが、東京では引き続き1に近い値が続いている。また、大阪、福岡、沖縄など状況を注視する必要がある地域もある。引き続き、継続的な患者発生数や再拡大に向けた警戒が必要な状況である。
- 8月に入り、感染者数に占める中高年層の割合は上昇傾向となり、3～5月と比べれば低いものの6月～7月と比較すると高い水準で推移している。また、3～5月の感染拡大でも重症者・死亡者数は新規感染者数のピークから遅れて増加したが、重症者の状況については、7月上旬以降増加傾向が続いていたが、前週と同水準となっており、4月頃のピーク(381人(4/28))には達していない。
- 3～5月の流行では、感染拡大のピークを過ぎてから病院や高齢者施設での感染が多発した。6月下旬以降の流行では、感染予防や感染拡大防止に向けた早期検知、早期対応が進んだこともあり、首都圏などでは「大規模な」院内・施設内感染の発生は減少している。引き続き、早期検知・早期対応をはじめ院内・施設内感染を防止する取組が重症者・死亡者数を抑えていくことが重要である。
- こうした点を踏まえ、引き続き、「3密」や大声を上げる環境の回避、室内でのマスクの着用、フィジカル・ディスタンスの徹底、換気の徹底など、基本的な感染予防対策の実施や、院内・高齢者施設における施設内感染対策、クラスターが起きた場合の早期対応など、これからも必要な対策を継続すべきである。

<今後の対応について>

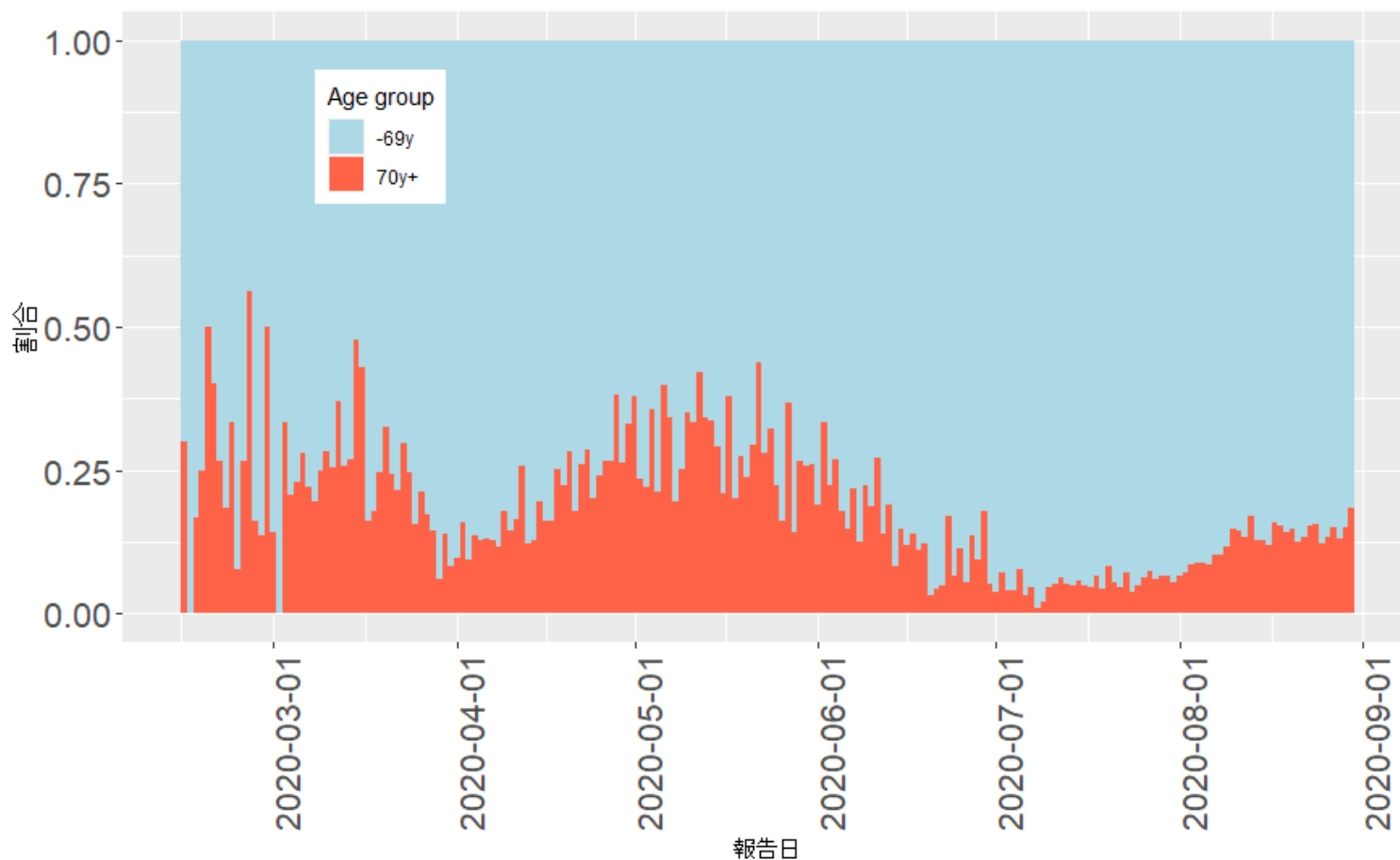
- 政府は、感染状況の監視・評価を継続し、「新型コロナウイルス感染症に関する今後の取組」(令和2年8月28日新型コロナウイルス感染症対策本部決定)に基づき、軽症者や無症状者の宿泊療養等での対応の徹底と医療資源を重症者の治療に重点化し、感染症法における入院勧告等の権限の運用を政令改正を含め見直しを行うこととしているが、本アドバイザーボードの議論も踏まえて、検討を進めていくべきである。
- 併せて、接待を伴う飲食店などハイリスクの場における積極的な対応を継続していくことや、検査体制の抜本的な拡充、医療提供体制の確保、保健所体制の整備などに早急に取り組むべきである。

国内の流行状況の評価:8月31日時点

圏域	対象自治体	実効再生産数 * (95%CI)	最近の代表的クラスター事例	流行状況	FETPの活動
北海道		0.9 (0.7-1.1)	コールセンター、病院、接待を伴う飲食店	流行の持続	対応中
関東圏	東京、神奈川、埼玉、千葉、茨城、栃木	0.9 (0.9-0.9)	病院、高齢者施設、学習塾、旅館	流行の減速傾向	対応中
中京圏	愛知、岐阜、三重	0.7 (0.7-0.8)	パブ、病院、高齢者施設、学校	流行の減速傾向	対応中
関西圏	大阪、兵庫、京都、奈良	0.9 (0.8-0.9)	病院、高齢者施設、学校	流行の減速傾向	対応中
山陰地方	島根	NA	学校寮	症例の散発	対応中
九州北部	福岡、佐賀	0.8 (0.7-0.9)	研修会、繁華街、ダンスクラブ、病院	流行の減速傾向	対応中
九州南部	熊本、宮崎、鹿児島	NA	病院、飲食店、高齢者施設	クラスターの散発	対応中
沖縄県		0.7 (0.7-0.8)	繁華街、病院、学校、家庭内	流行の減速傾向	対応中

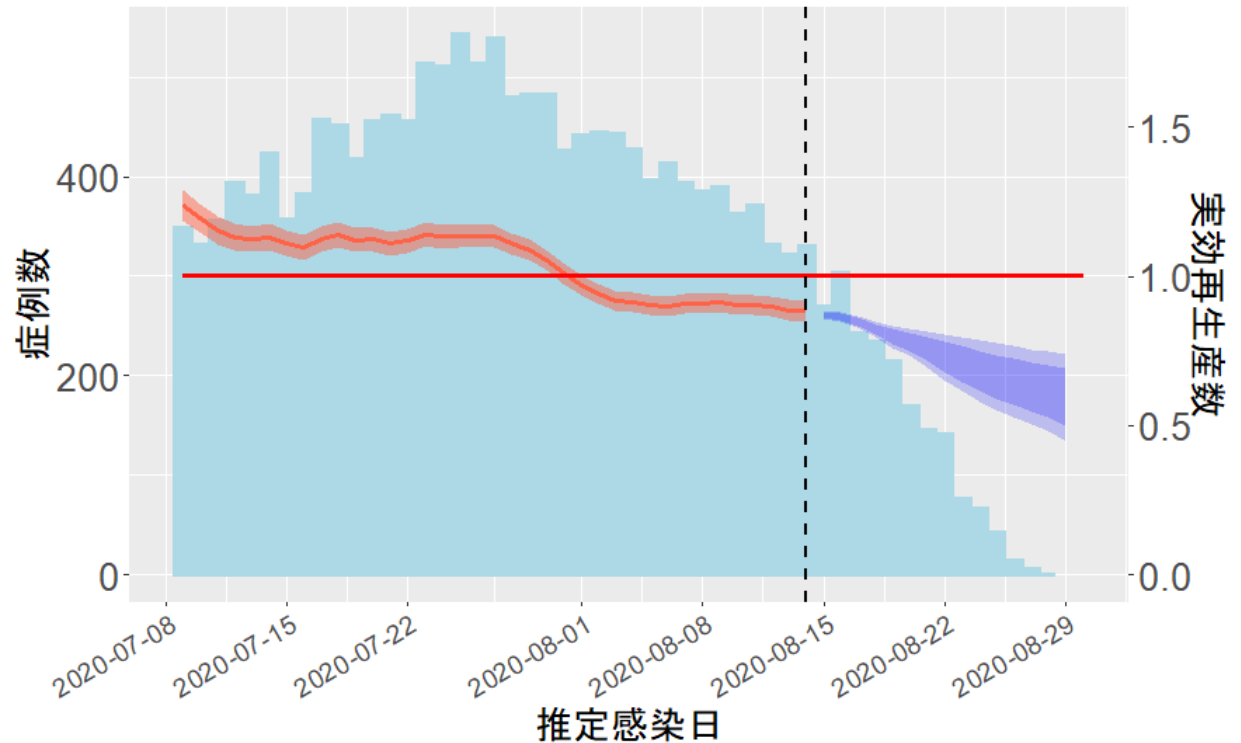
*8月14日までの1週間の値の平均値

全国の症例のうち70歳以上が占める割合：8月30日時点



首都圏*の実効再生産数(推定感染日ごと): 8月30日時点推定

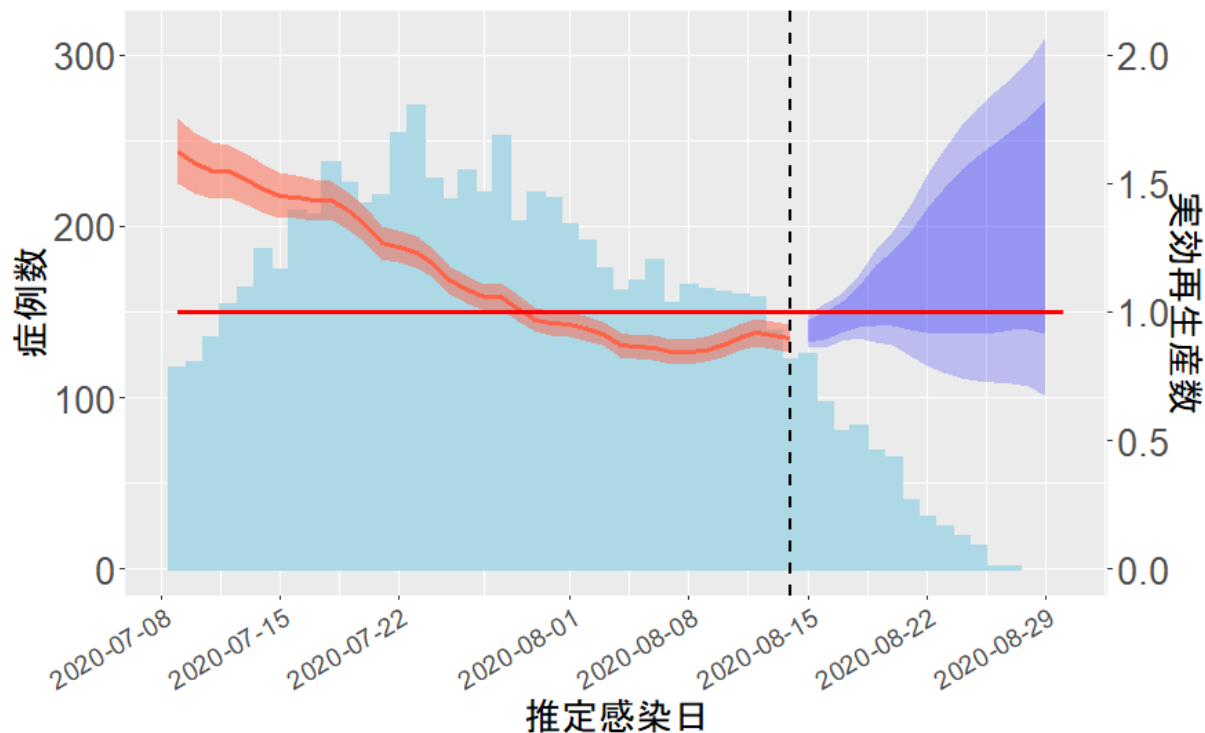
赤 = 実効再生産数
 青 = 直近2週間の実効再生産数の予測範囲



*東京、神奈川、埼玉、千葉、茨城、栃木
 直近の実効再生産数は、東京の人流データ(<https://covid19.apple.com/mobility>)に時系列モデルをあてはめて予測した。図は80%及び95%予測区間を示す。予測モデルは精度検証中であり、あくまで参考値であることに注意。

関西圏*の実効再生産数(推定感染日ごと):8月30日時点推定

赤=実効再生産数
 青=直近2週間の実効
 再生産数の予測範囲



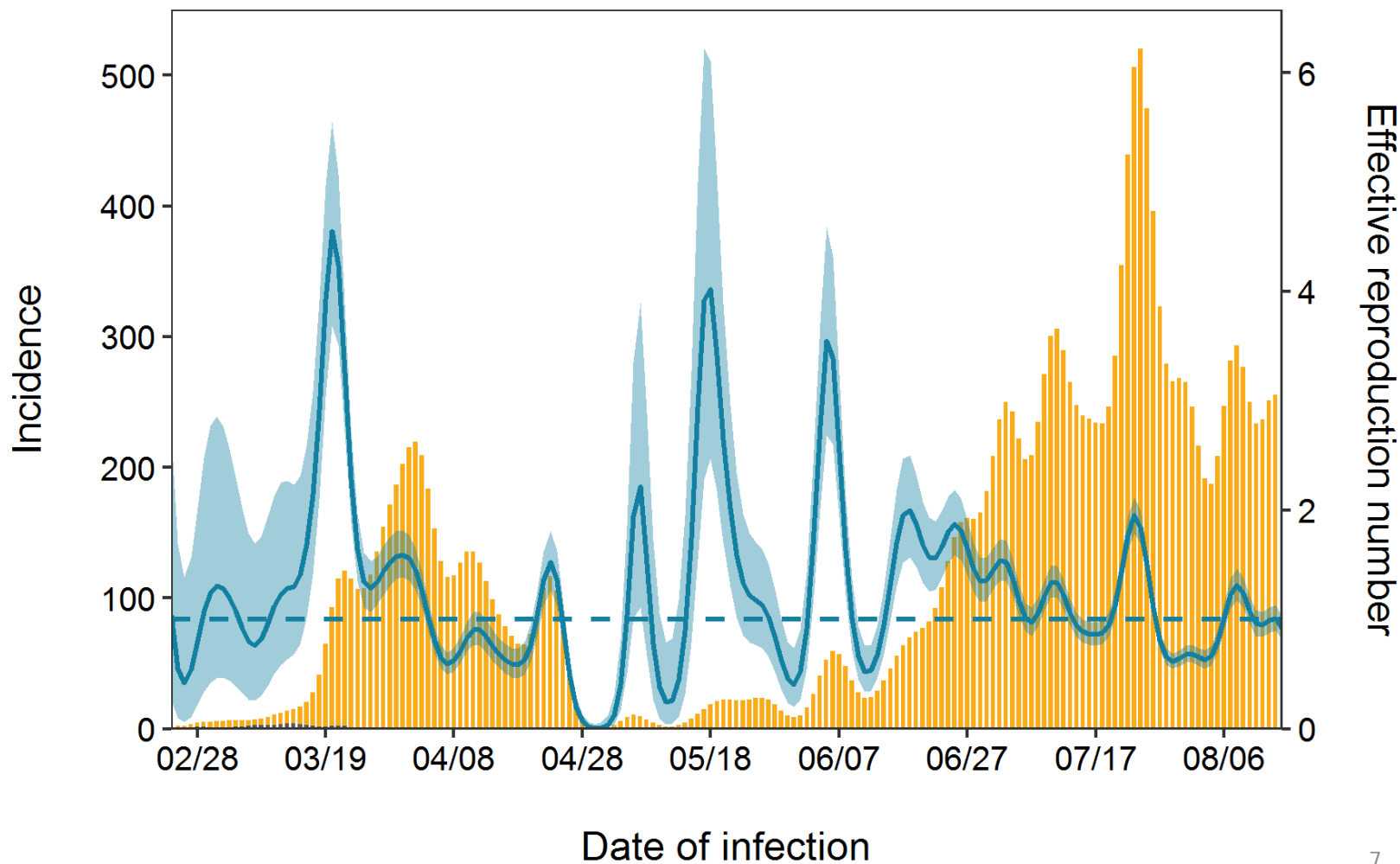
*大阪、兵庫、京都、奈良

直近の実効再生産数は、大阪の人流データ(<https://covid19.apple.com/mobility>)に時系列モデルをあてはめて予測した。図は80%および95%予測区間を示す。予測モデルは精度検証中であり、あくまで参考値であることに注意。

9月1日時点推定

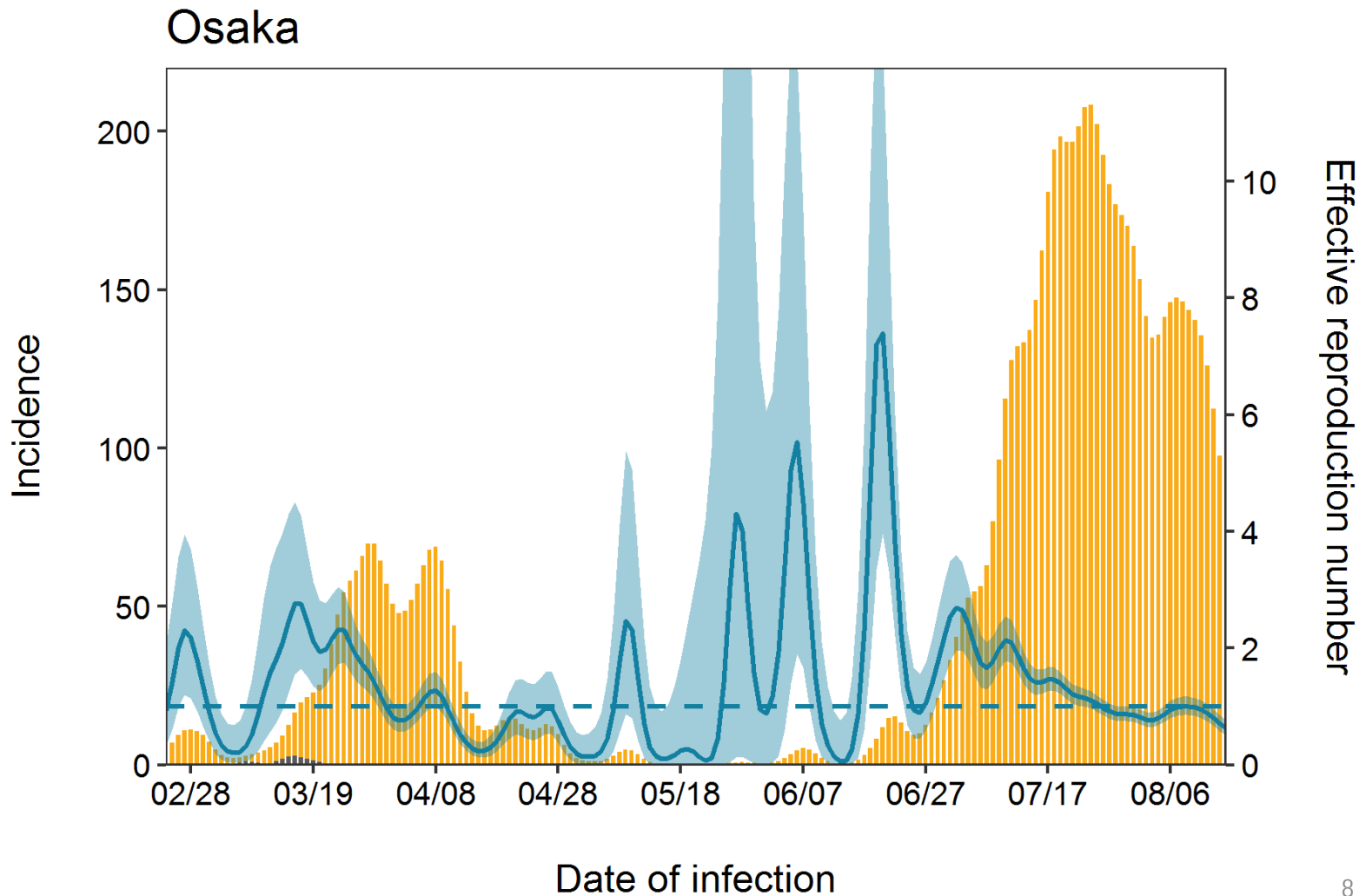
0.915873 (95% CI: 0.81, 1.03)

Tokyo



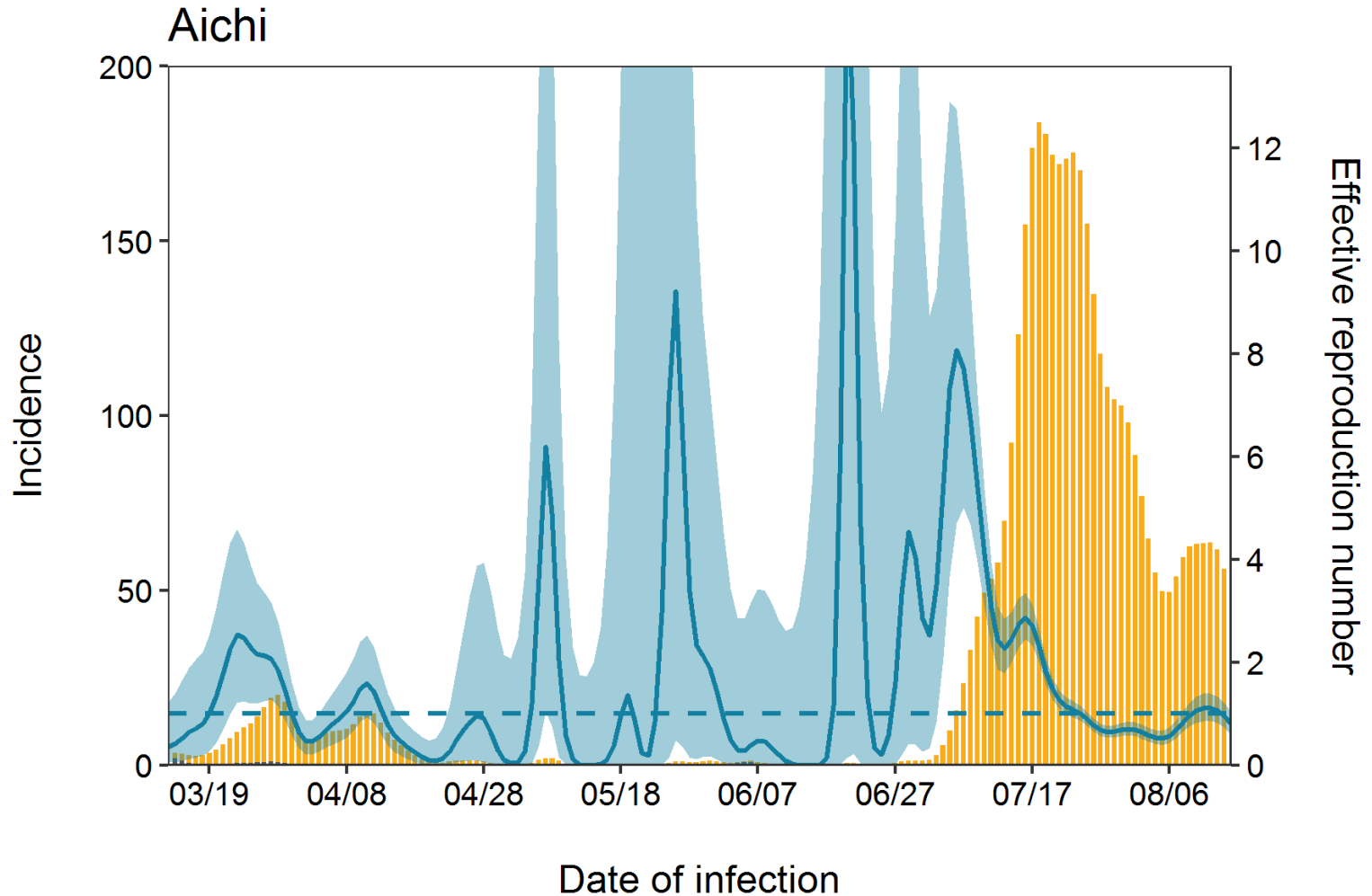
9月1日時点推定

0.625785 (95% CI: 0.51, 0.76)



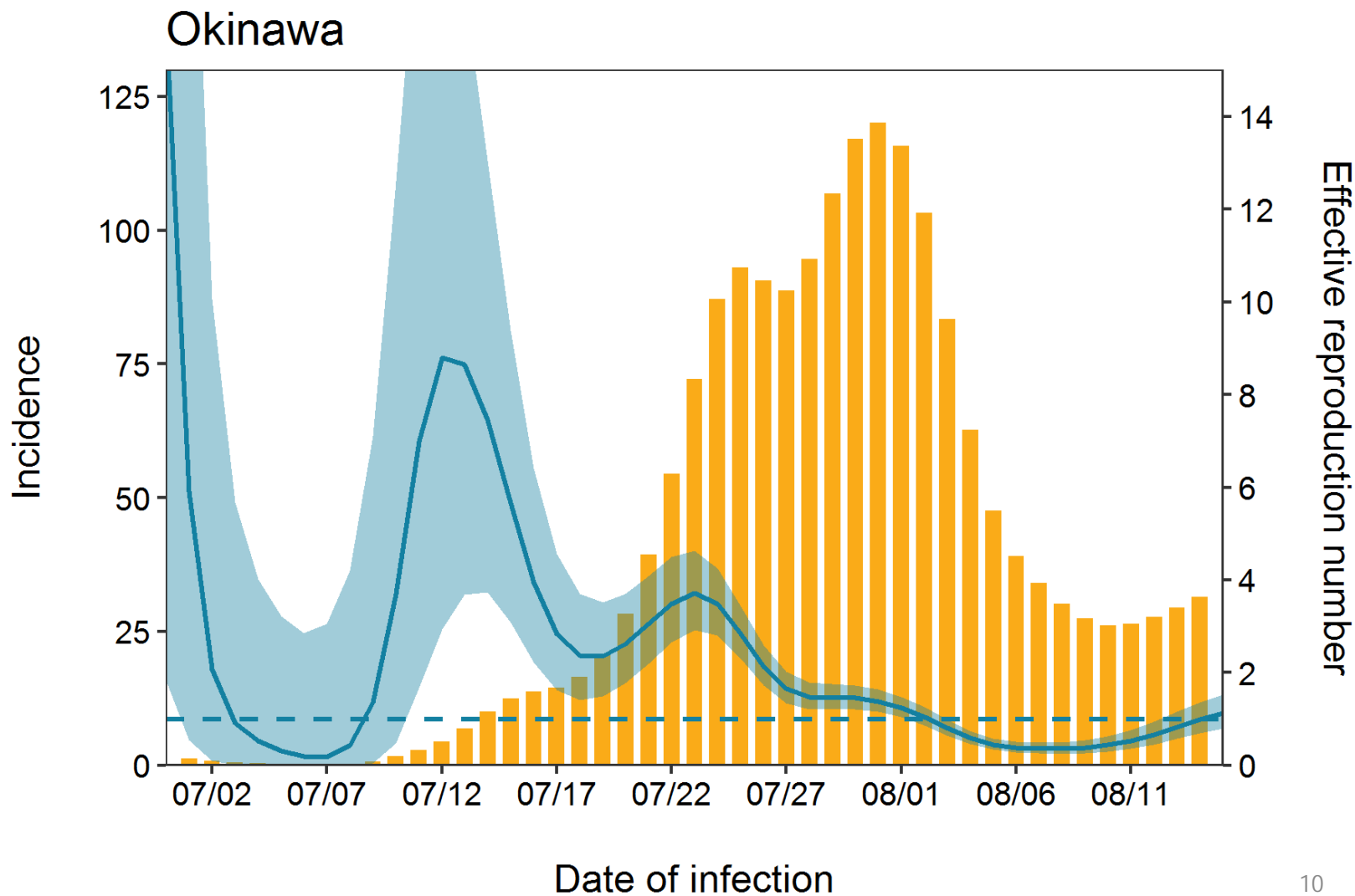
9月1日時点推定

0.796612 (95% CI: 0.60, 1.03)



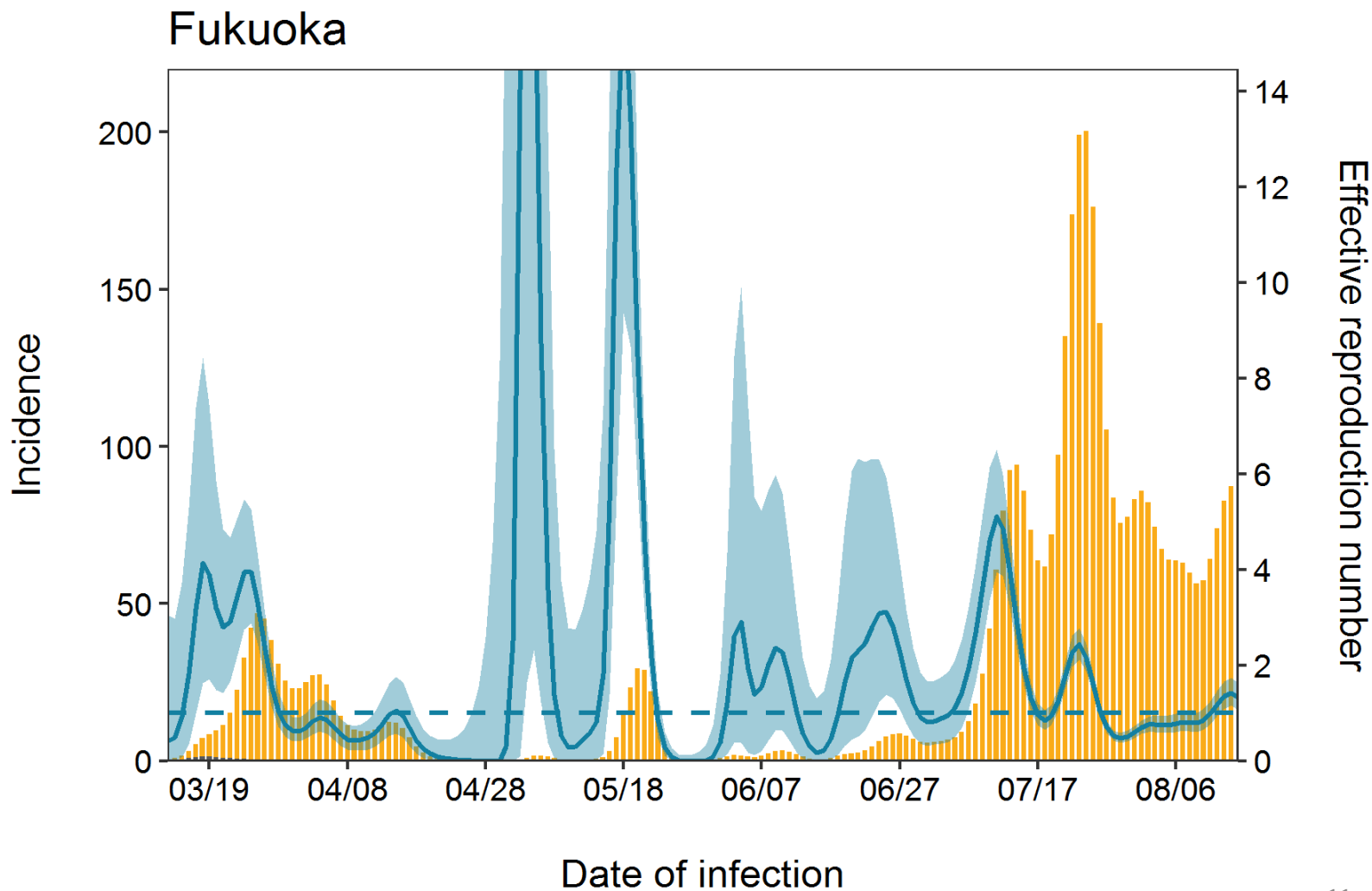
9月1日時点推定

1.118012 (95% CI: 0.79 1.53)



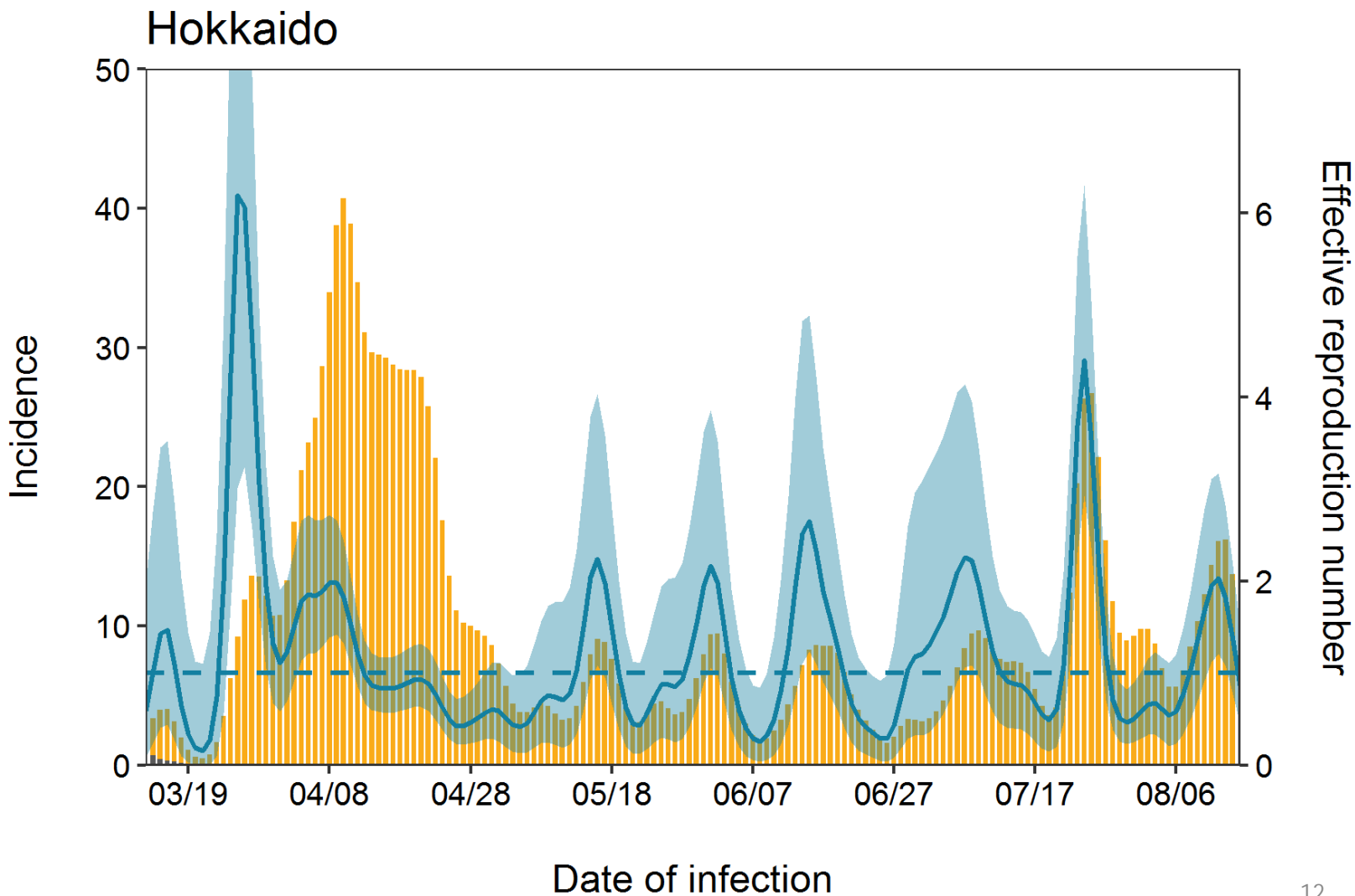
9月1日時点推定

1.32597 (95% CI: 1.07 1.62)



9月1日時点推定

0.866208 (95% CI: 0.45 1.49)



まとめ(9月1日時点推定)

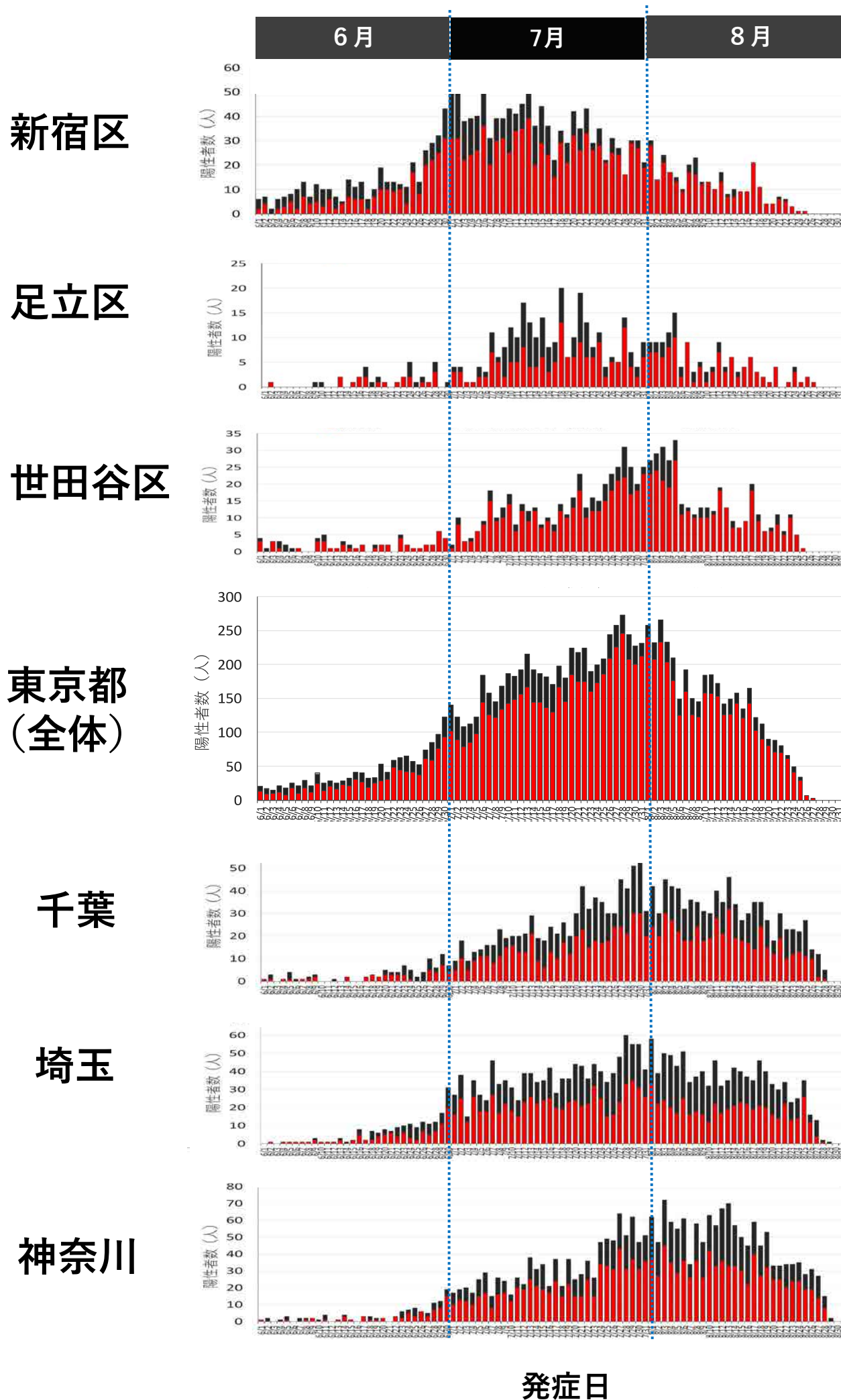
8月31日報告までを含むデータを分析。感染時刻として8月14日頃迄は精密な推定が可能。益明けは経過を継続的に観察する必要がある。

東京、大阪、愛知で減少傾向が持続

沖縄、福岡で緩やかな増加傾向

北海道で減少傾向、短期的Danceデータ

図1 東京都と首都圏3県の陽性例の流行曲線 2020年6月～8月



- リンクのある例
- 孤発例またはリンク不明例

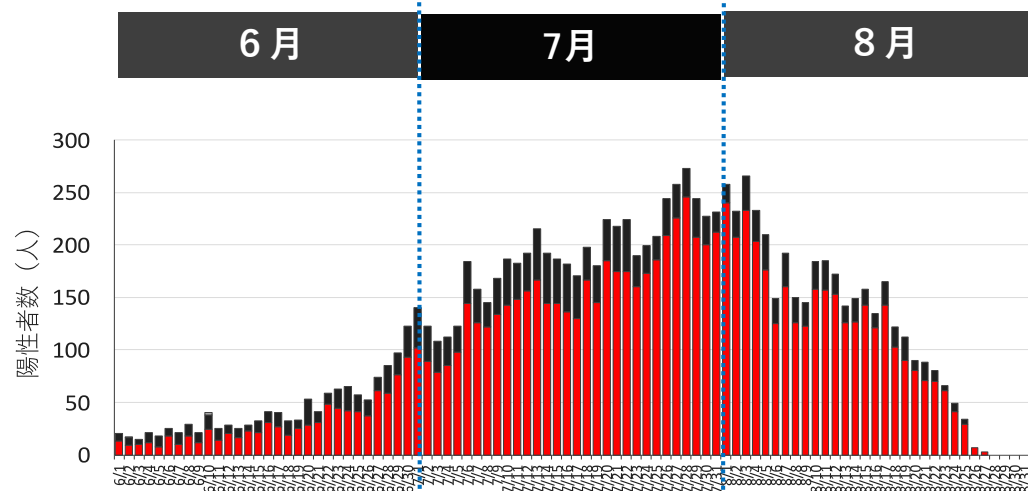
6月初旬に陽性者数が10症例前後で推移していた新宿区で、6月末に増加傾向を認め、7月中旬に頭打ちとなり、その後漸減した。

足立区では7月症例数が増加し、7月以降半よりやや減少傾向。世田谷区では7月上旬に増加し、中旬から後半にかけてさらに上昇している。8月中旬の発症日のデータは、9月1日現在まだ十分に報告まで至っていない可能性がある。

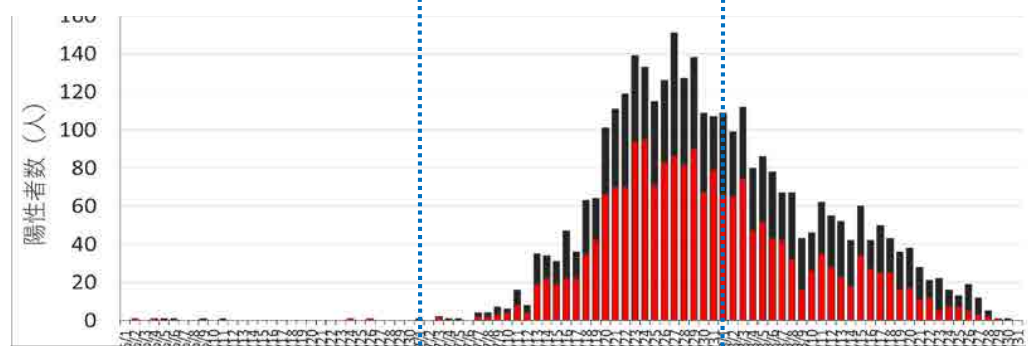
千葉、埼玉、神奈川では6月後半より徐々に陽性者数が増加し、7月末にピークがあったように見える。千葉、埼玉は8月上旬より減少、神奈川では高止まりのまま推移している。

図2 都府県別陽性例の流行曲線 2020年6月～8月

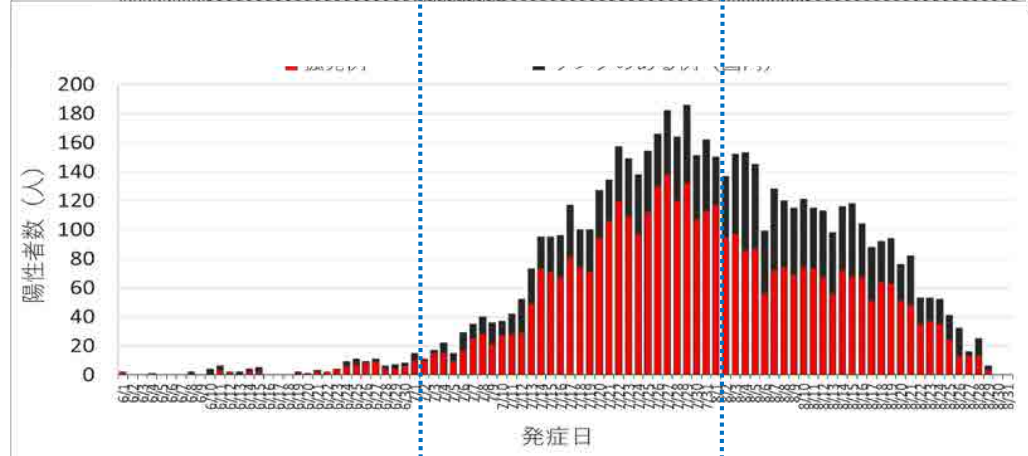
東京都
(全体)



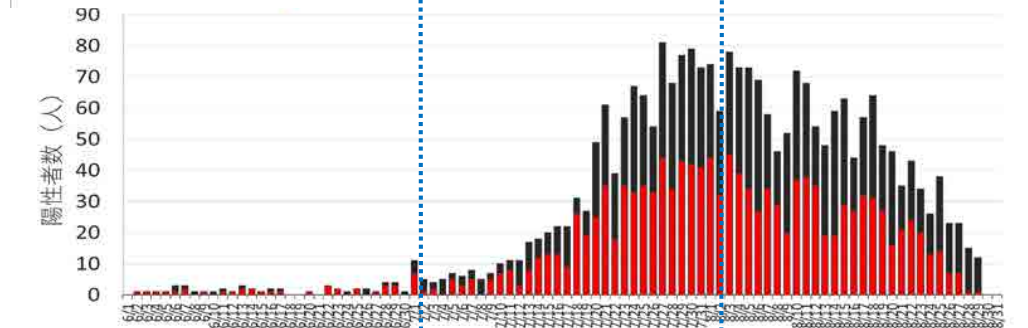
愛知



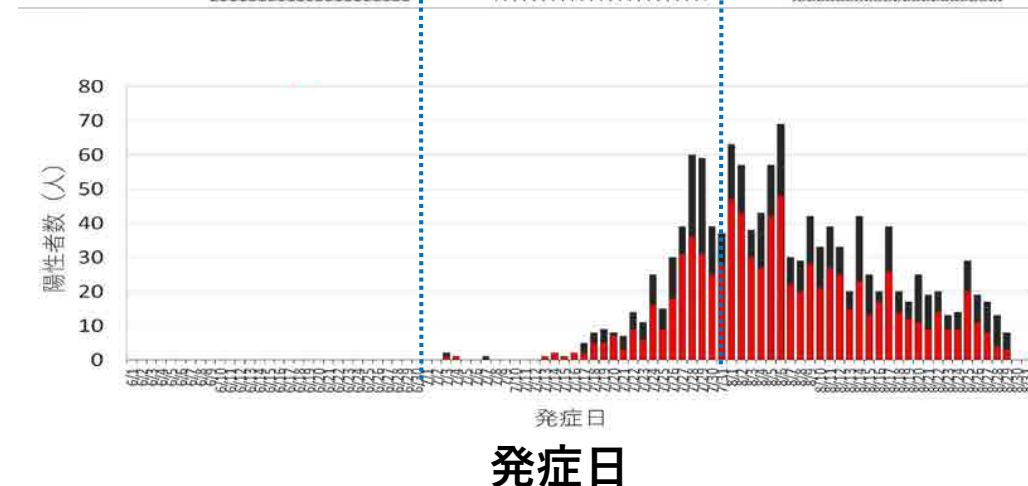
大阪



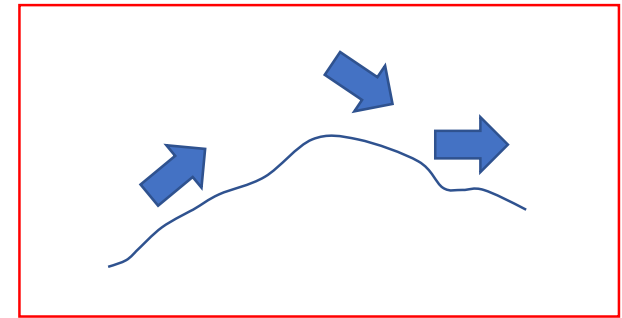
福岡



沖縄



- リンクのある例
- 孤発例またはリンク不明例

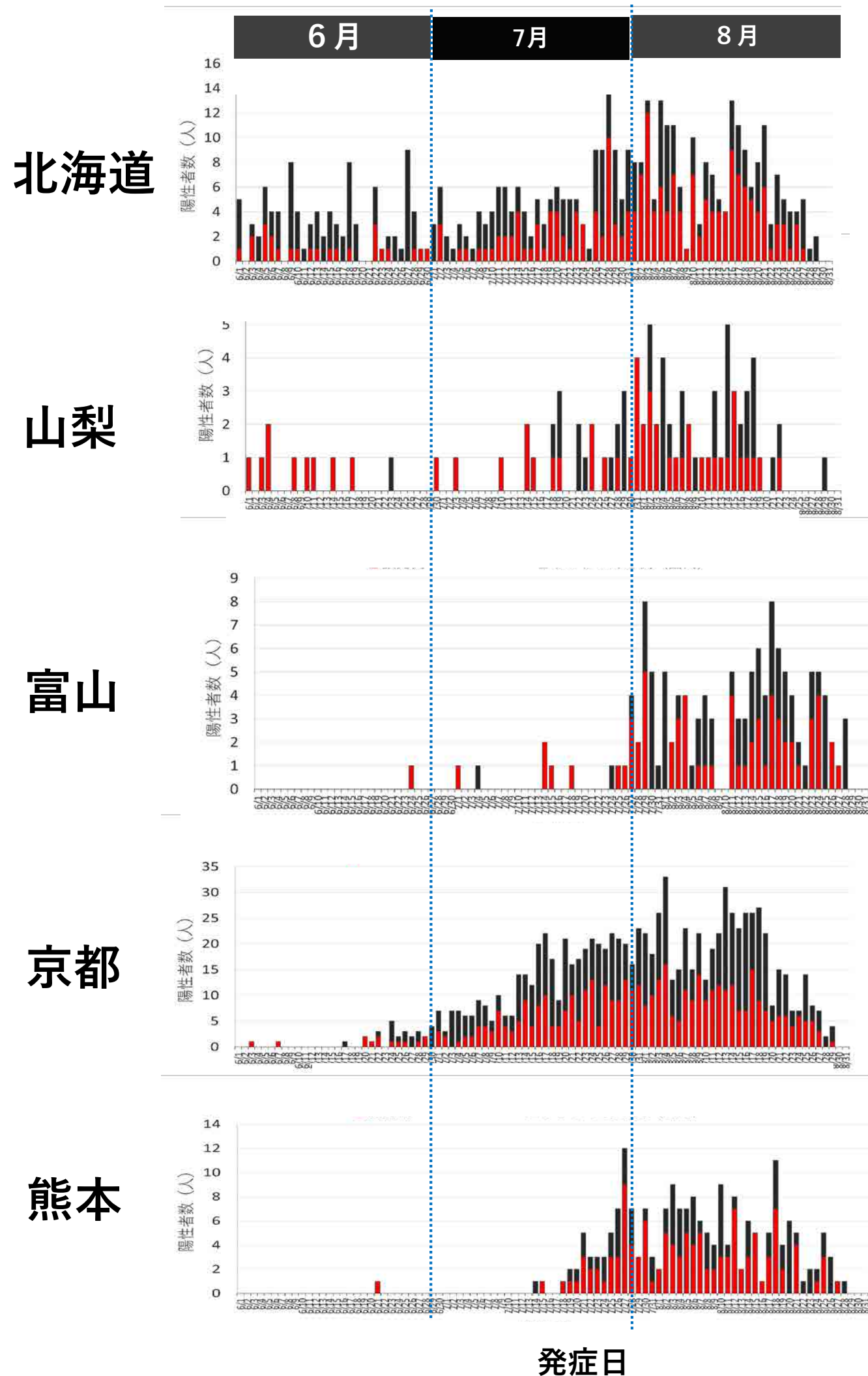


徐々に立ち上がった首都圏に対し、愛知県では比較的立ち上がりが急峻であった。

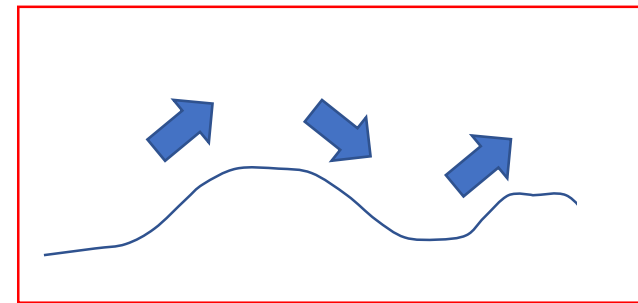
関東圏、愛知、大阪では7月末にピークがあったが、福岡、大阪では8月第一週にずれ込んでいる。

8月第二週では第一週目に比べて減少傾向が鈍化している。

図3 流行曲線に複数のピークを認めた道府県 2020年6月～8月

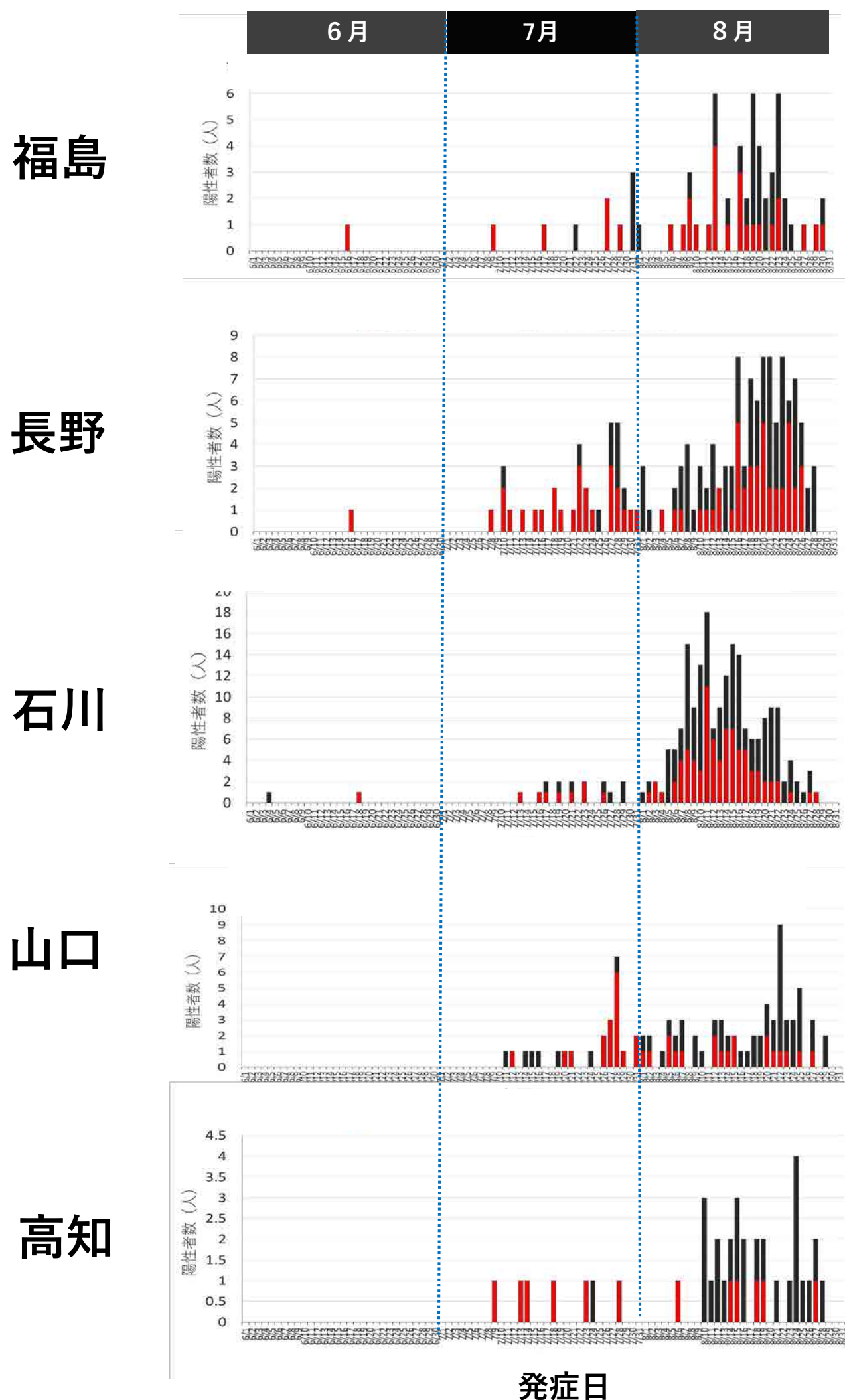


- リンクのある例
- 孤発例またはリンク不明例

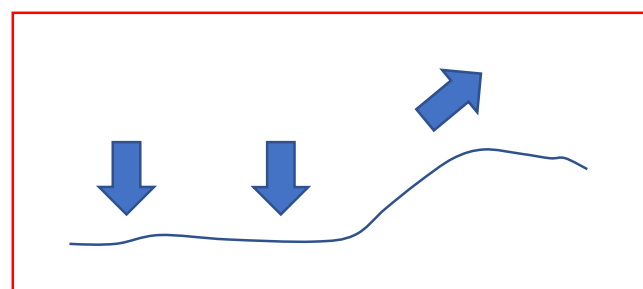


北海道、山梨、富山、京都では8月第一週に一時陽性例が減少したものの、第三週に再度増加傾向を認めている。

図4 8月に陽性者数が増加した県の流行曲線 2020年6月～8月

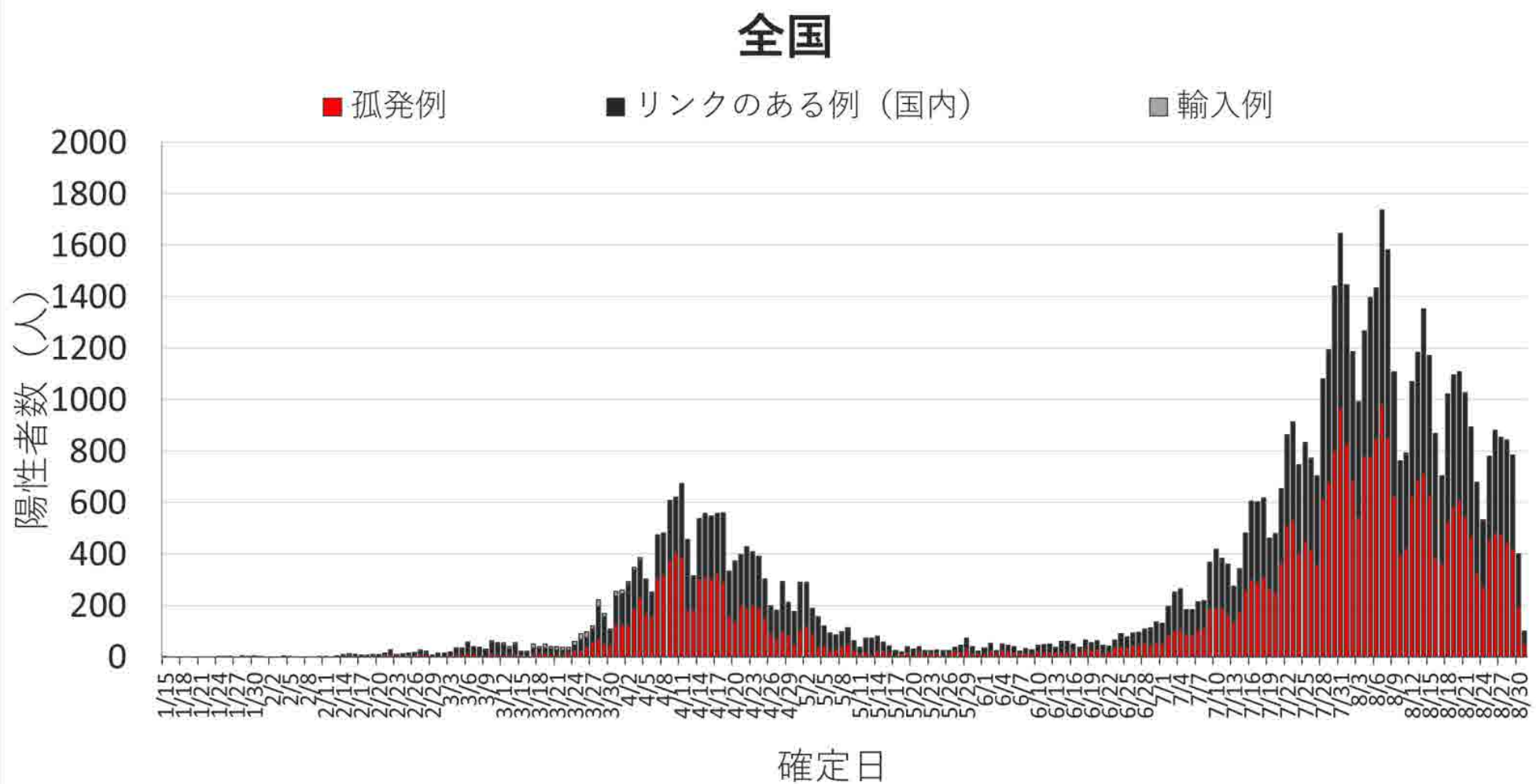
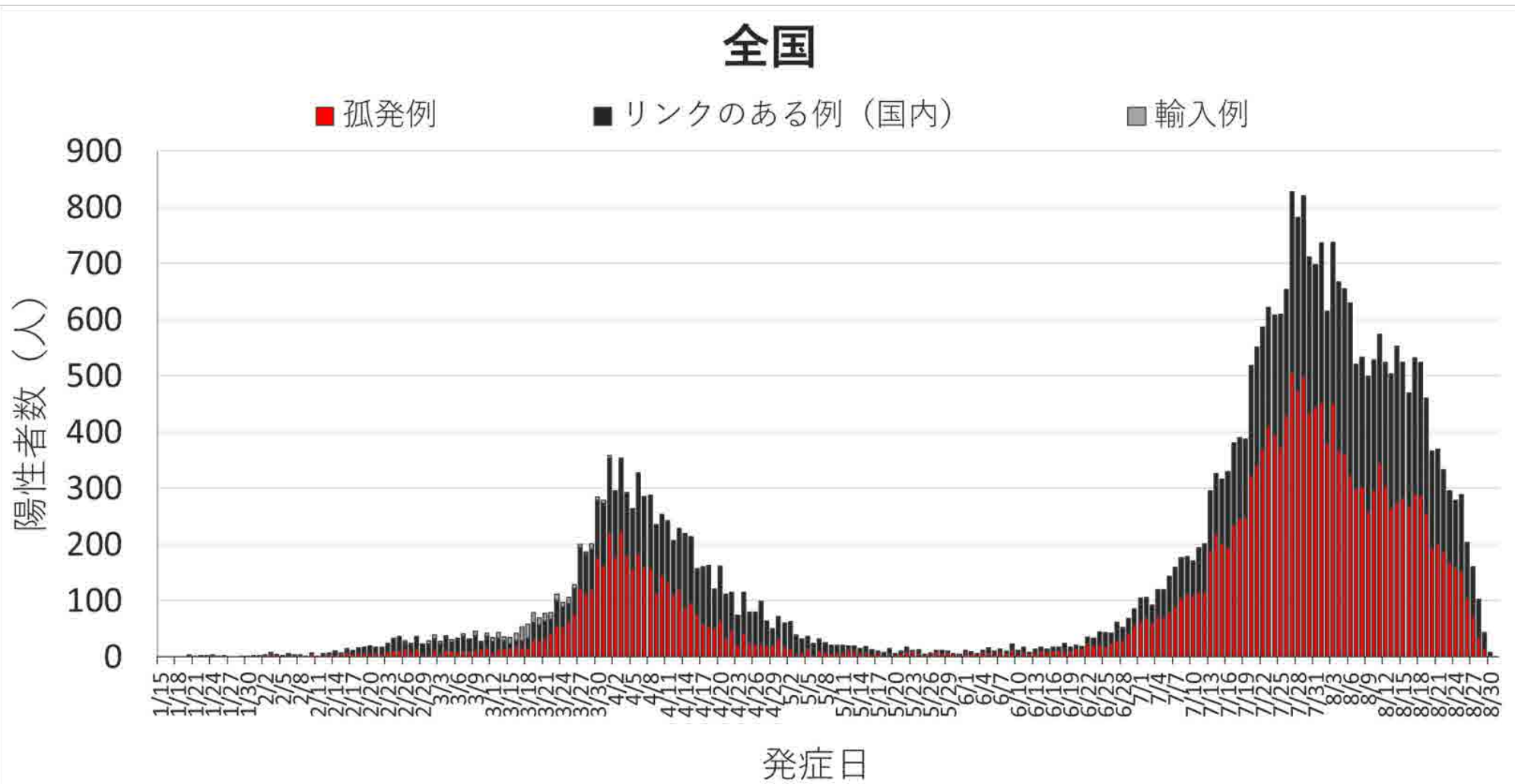


- リンクのある例
- 孤発例またはリンク不明例



8月第三週以降に増加傾向を認めている。

図5 全国の流行曲線 2020年1月～8月



Go To Eat キャンペーン事業について

令和2年9月

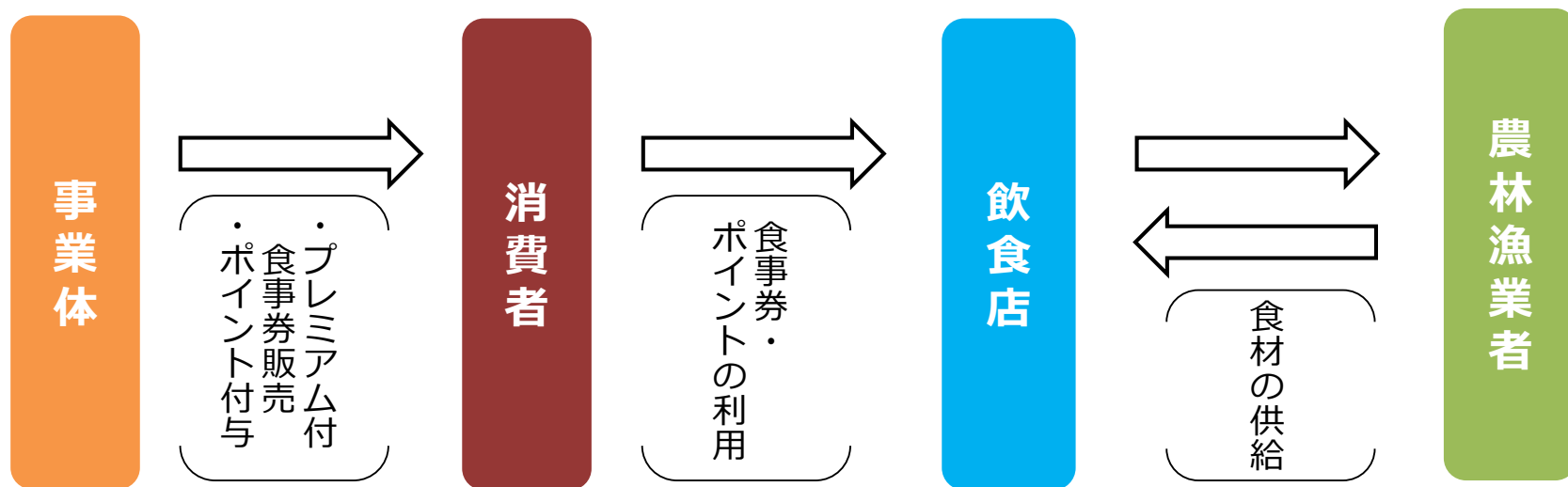
農林水産省

➤ Go To Eat キャンペーンは、これにより、感染症対策に取り組みながら頑張っている**飲食店を応援し、食材を供給する農林漁業者を応援**するもの。

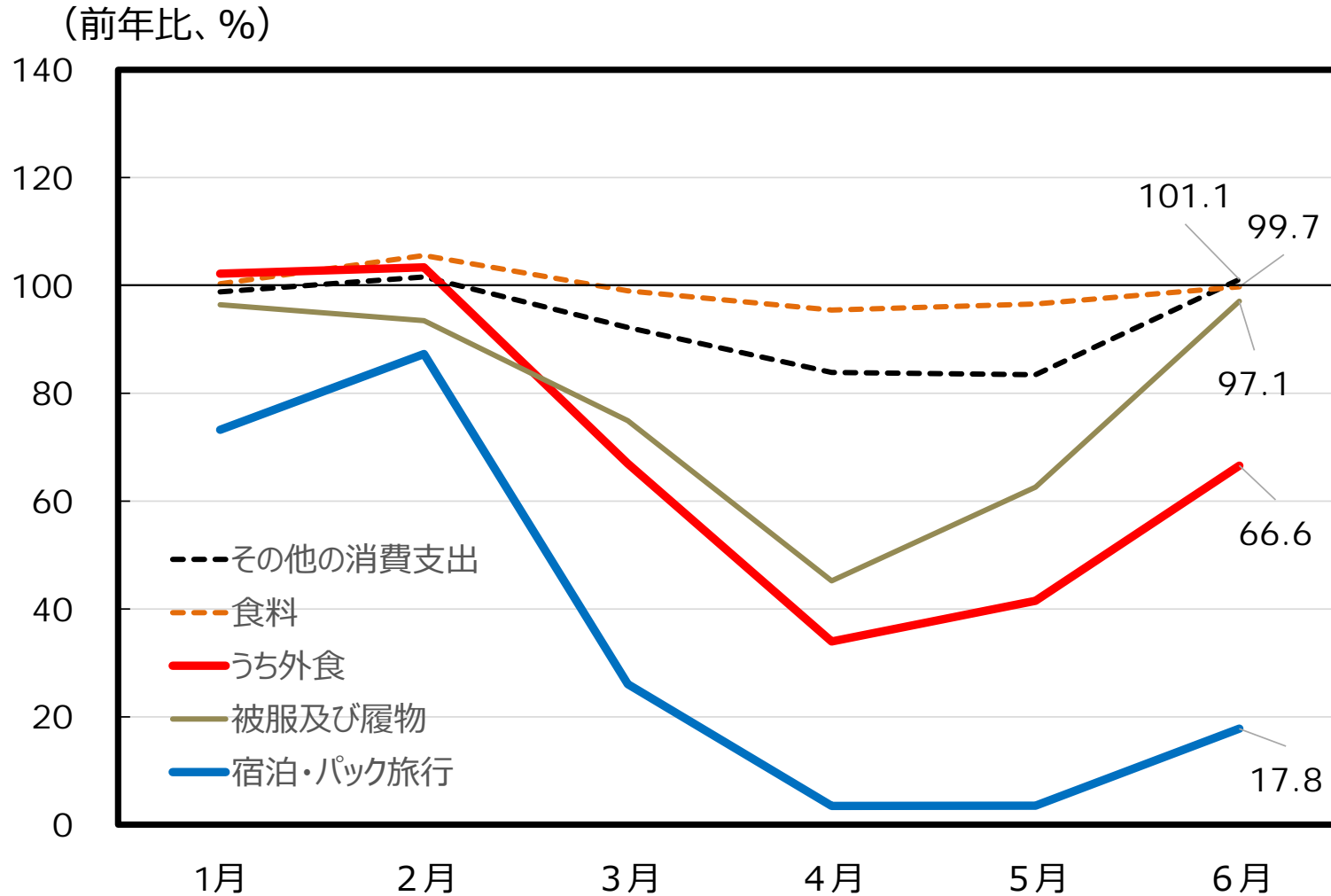
➤ ①都道府県内の飲食店で使える**プレミアム付食事券の発行**

②オンライン飲食予約サイトを通じた**ポイントの付与**

○利用イメージ



個人支出の動向



(出所) 総務省「家計調査」

① 食事券

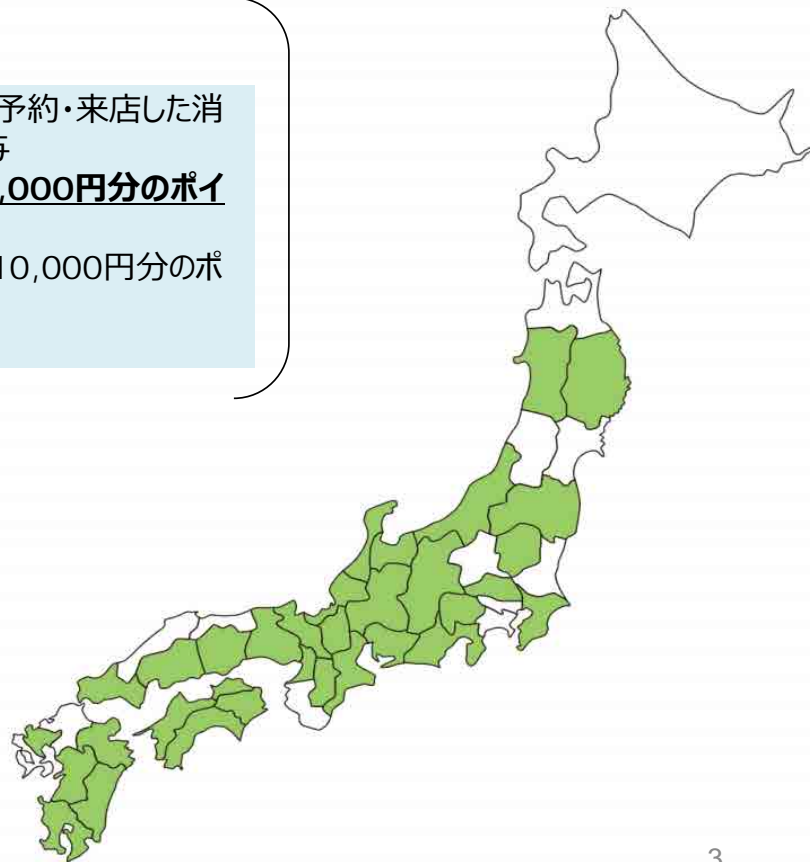
- **都道府県単位の事業者が、域内の登録飲食店で使えるプレミアム付食事券を域内で販売**
 - ◆例えば、1セット1万2,500円を1万円（**購入額の25%分を上乗せ**）で販売
 - ◆購入制限：1回の購入当たり2万円分（上記の例では2セット/人まで）
 - ◆販売は2021年1月末まで、有効期限は3月末まで

② オンライン飲食予約

- **オンライン飲食予約サイト**経由で、期間中に**登録飲食店**を予約・来店した消費者に対し、次回以降に飲食店で使用できるポイントを付与
 - ◆**昼食時間帯は500円分、夕食時間帯（15:00～）は1,000円分のポイント**を付与
 - ◆ポイント付与の上限は、1回の予約当たり10人分（最大10,000円分のポイント）
 - ◆ポイント付与は2021年1月末まで、利用は3月末まで

①・②の事業者の公募結果

- 8月25日に公募結果を公表（**食事券33府県・35事業者、オンライン13事業者を採択**）。
食事券は今後2次公募を予定
- 1次公募で食事券が実施される地域は、岩手、秋田、福島等33府県（右図塗潰し）



対象飲食店

➤ 日本標準産業分類「76 飲食店」に該当する飲食店

⇒店内飲食をメインとしないもの（宅配ピザ屋などのデリバリー専門店、持ち帰り専門店、移動販売店舗（キッチンカー）、カラオケなど他のサービスの提供をメインとする店舗など）は「76 飲食店」に該当せず、対象外。

➤ 「76 飲食店」であっても、客への接待・遊興などを伴う飲食店※は除外

⇒キャバクラ、ショーパブ、ガールズバー、ホストクラブ、スナック・料亭（接待を伴うもの）は対象外。

※風営法の「接待飲食等営業」、「特定遊興飲食店営業」に該当する飲食店。

対象飲食店

食堂、レストラン
専門料理店（日本料理店など）
そば・うどん店
すし店
酒場、ビヤホール
喫茶店
オーセンティックバー
など

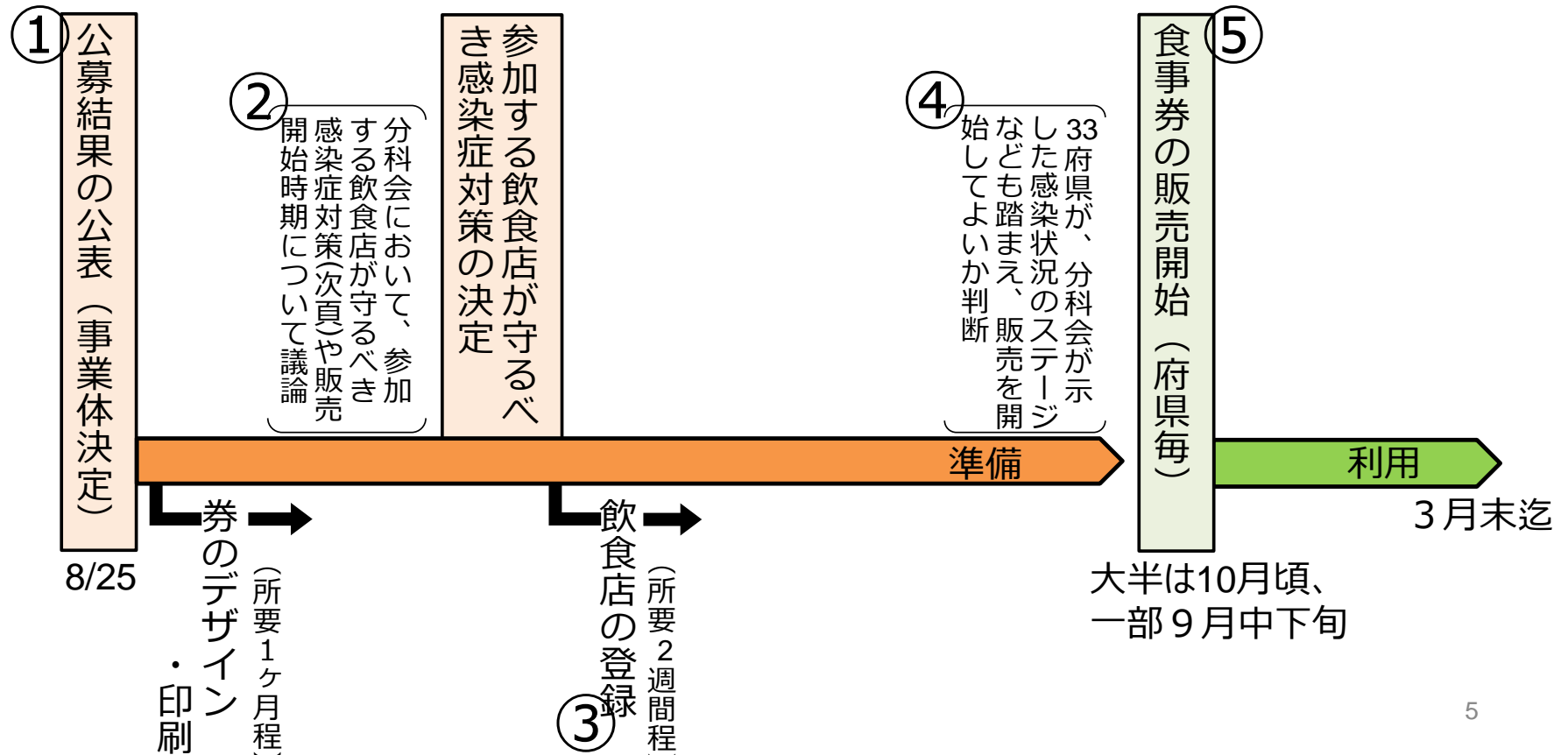
対象外

デリバリー専門店
持ち帰り専門店
移動販売店舗（キッチンカー）
カラオケボックス
キャバクラ、ショーパブ、ガールズバー、
ホストクラブ
スナック・料亭（接待を伴うもの）
など

など₄

食事券の想定スケジュール

- 8月25日に公募結果を公表（食事券33府県・35事業者を採択）^①。
- **GoToEat事業に参加する飲食店に守っていただくべき感染症対策等**について、新型コロナウイルス感染症対策分科会にご議論いただく^②。**飲食店の登録はその後**^③。その上で、**販売は、都道府県の意見も踏まえ**^④、事業者がそれぞれの事情に合わせて開始^⑤。



GoToEatに参加する飲食店が守るべき感染症対策（案）

1 登録飲食店に求める感染症対策

- 既に、仕様書上、飲食店が登録する際にはガイドラインに基づき感染予防対策に取り組んでいることを条件とし、取組内容を店頭掲示することとしている。
- 加えて、農水省から事業者に対して、飲食店が登録する際の条件として、以下を指示する考え。
 - ①クラスタの発生を防ぐ観点からは、**「換気」、「声量」、「三密」を常に意識する**ことが肝要。そのため、②及び②の利用者への周知とあわせて以下の対策を実施し、店頭掲示する。
 - ・店舗入口や手洗い場所には、**手指消毒用に消毒液を用意**する。
 - ・店内には適切な換気設備を設置し、**徹底した換気**を行う（窓・ドアの定期的な開放、常時換気扇の使用等）。
 - ・他グループの客同士が横並びでできるだけ2 m（最低1 m）以上空くように**間隔を空けてテーブル・座席を配置**するか、テーブル間をパーティション（アクリル板又はそれに準ずるもの。以下同じ。）で区切る。カウンター席は、他グループの客同士が密着しないよう**適度なスペースを空ける**。
 - ・一つのテーブルで他グループと**相席する場合には、真正面の配置を避ける**か、テーブル上をパーティションで区切る。
 - ②大量の飲酒は控えるよう利用者に周知する。
 - ③営業時間の短縮等、**国又は地方公共団体からの要請に従う**。
 - ④農水省が**事前通告なしに行う訪問調査に協力**する。
 - ⑤**ガイドラインを遵守していない旨の指摘には適切に対応**することとし、対応しない場合は、事業者により登録が取り消される。事業者及び農水省は利用者からの指摘を受ける相談窓口を設置する。
 - ⑥登録飲食店の利用者が着席した際に目につく場所で、**接触アプリの紹介**をする（メニュー表上にシールを貼る、レシートに印字する等）。

GoToEatに参加する飲食店が守るべき感染症対策（案）

2 利用者に求められる感染症対策

○登録飲食店は、以下の事項をその利用者に周知する。

- ・発熱や咳など異常が認められる場合は来店しない。
- ・できる限り混雑する時間帯を避ける。
- ・**大人数での会食や飲み会を避ける。**
- ・デリバリーやテイクアウトも活用する。
- ・店が、席の配置や食事の提供方法を制限することに協力する。
- ・食事の前に手洗い・消毒をする。
- ・咳エチケットを守る。**会話の声は控えめにし、大声に繋がりがやすい大量の飲酒を避ける。**
- ・食事中以外はマスクをする。

このほか**各都道府県が独自の条件**（ステッカーなど）**を設定することも可**。その際、都道府県が感染状況を踏まえて**会食人数の要件についても検討**。

〔参考〕 外食業の事業継続のためのガイドライン

令和2年5月14日
一般社団法人 日本フードサービス協会
一般社団法人 全国生活衛生同業組合中央会

1. はじめに

本ガイドラインは、外食事業者の皆さまが本格的に事業を再開されるにあたって、現場の実情に配慮して3密（密閉、密集、密接）を避け、手洗いなどの一般衛生管理の実施、人と人との間隔の確保等を通じて、お客様と外食業に働く従業員の安全・安心を確保するための参考となる具体的取組等を示したものです。

各事業者におかれましては、新型コロナウイルス感染症が収束するまでの間、本ガイドラインを活用し、新型コロナウイルス感染症の感染拡大予防に向けた取組を推進していただきますようお願い申し上げます。

2. 本格的な事業再開に向けて

感染防止のポイントは、従来の食品衛生法の一般衛生管理の遵守に加えて、社会的距離確保への留意、及び物理的接触削減のための創意工夫ですが、これらの具体的な方法は、店舗の実情によってそれぞれ異なります。

また、国及び地方自治体の最新情報を得よう十分留意する必要があります。

- 店舗では食品衛生法を遵守して食品の安全で衛生的な取扱いを徹底させる。
- 創意工夫として、例えば、営業時間や提供メニュー品目の工夫、予約・空席状況等について、お客様へ店内外の掲示やITテクノロジー等を積極的に活用して情報発信し、店舗が社会的距離や安全性を考慮して感染防止に努めながら営業していることをお客様に分かってもらう。
- 国や地元自治体から適宜発表される最新情報（方針や助言）の確保に留意し、新型コロナウイルス感染症防止対策として以下の基本事項を確実に押さえながら、事業を継続する。

- ✓ 食品の安全と衛生管理
- ✓ 店舗・施設等の清掃と消毒
- ✓ 従業員の健康チェックと個人の健康・衛生管理の徹底
- ✓ 社会的距離の設定と確保への工夫

3. お客様の安全

1) 入店時

- 店舗入口には、発熱や咳など異常が認められる場合は店内飲食をお断りさせていただく旨を掲示する。また、店舗入口や手洗い場所には、手指消毒用に消毒液（消毒用アルコール等）を用意する。
- 店舗入口及び店内に、食事中以外はマスクの着用をお願いする旨を掲示する。
- 飛沫感染・接触感染を防止するために十分な間隔をとることが重要であることをお客様に理解してもらい、店内が混み合う場合は入店を制限する。
- 店内飲食やテイクアウトで順番待ちをする場合は、各人ができるだけ2m（最低1m）以上の間隔を空けるように誘導する（床に間隔を示すテープを貼るなど）。
- 順番待ちが店外に及ぶ場合は、従業員が間隔を保つように誘導するか、または整理券の発行等により行列を作らない方法を工夫する。

2) 客席へのご案内

- テーブルは、飛沫感染予防のためにパーティションで区切るか、できるだけ2m（最低1m）以上の間隔を空けて横並びで座れるように配置を工夫し、カウンター席は密着しないように適度なスペースを空ける。
- 真正面の配置を避けるか、またはテーブル上に区切りのパーティション（アクリル板等）を設けるなど工夫する。
- 少人数の家族、介助者が同席する高齢者・乳幼児・障害者等対面を希望する場合は、可能としてもよいが、他グループとの相席は避ける。

- グループ間の安全を確保するために、他のグループとはできるだけ2 m（最低1 m）以上の間隔を空け、会話は控えめにし、BGMを聞くなどを勧めることを検討する。

3) テーブルサービスとカウンターサービス

- テーブルサービスで注文を受けるときは、お客様の側面に立ち、可能な範囲で間隔を保つ。
- お客様が入れ替わる都度、テーブル・カウンターを消毒する。
- カウンターサービスは、可能な範囲で従業員とカウンター席との間隔を保つ。
- カウンターで注文を受けるときはお客様の正面に立たないように注意する。
- カウンターでは、お客様と従業員の会話の程度に応じ、従業員のマスク着用のほか、仕切りの設置など工夫する。
- 大皿は避けて、料理は個々に提供する、従業員等が取り分けるなど工夫する。
- お客様同士のお酌、グラスやお猪口の回し飲みは避けるよう、業態に応じ、掲示等により注意喚起する。
- 個室を使用する場合は、十分な換気を行う。

4) 会計処理

- 食券を販売している店舗は、券売機を定期的に消毒する。
- 会計処理に当たる場合は、可能であれば、電子マネー等の非接触型決済を導入する。現金、クレジットカード等の受け渡しが発生する場合には、手渡しで受け取らず、コイントレイ（キャッシュトレイ）などを使用する。また、コイントレイは定期的に消毒する、会計の都度手指を消毒するなど工夫する。
- 飛沫を防止するために、レジとお客様の間にアクリル板等の仕切りを設置するなど工夫する。

5) テイクアウトサービス

- テイクアウトを実施している店舗では、お客様の店内滞留時間を短くするために、事前予約注文を受け付けるなどの仕組みを導入する。

- テイクアウト客と店内飲食客の動線を区別し、接触を避けるように工夫する。
- 食中毒等の防止のため、料理は早めに消費するよう、口頭もしくは注意書きを添えてお客様に注意を促す（特に気温の高い時期）。

6) デリバリーサービス

- デリバリー担当の配達員と来店客が接触しないように、可能であればデリバリー専用カウンターを設け、両者の動線が重ならないように工夫する。
- 料理の受渡しは必ず手指を消毒してから行う。
- 代金が支払い済み（オンライン決済等）で、注文者が希望する場合は、注文者が指定した所に料理を置くなど非接触の受渡しを行う。
- 配達員は、店舗従業員と同様の健康管理、手洗い等の衛生管理を実践し、マスクを着用する。
- 配達する料理の容器は、配達員が直に触れないよう袋等に入れ、配達に使用する運搬ボックス等は使用の都度、消毒する。
- 食中毒等の防止のため、料理は早めに消費するよう、口頭もしくは注意書きを添えてお客様に注意を促す（特に気温の高い時期）。

4. 従業員の安全衛生管理

- 食品を扱う者の健康管理と衛生管理を徹底する。
- 従業員の健康管理において最も重要なことは、各自が店舗に新型コロナウイルスを持ち込まないことである。
- 従業員は必ず出勤前に体温を計る。発熱や風邪の症状がみられる場合は、店舗責任者にその旨を報告し、勤務の可否等の判断を仰ぐ。
- 感染した従業員、濃厚接触者と判断された従業員の就業は禁止する。
- 店舗ではマスクやフェイスガードを適切に着用し、頻繁かつ適切な手洗いを徹底する。

- 従業員やその家族が過度な心配や恐怖心を抱かないよう、また風評被害や誤解などを受けないよう、事業者は現状を的確に従業員に伝える（従業員へのリスク・コミュニケーション）。
- 従業員のロッカールームや控え室は換気し、空調設備は定期的に清掃する。

5. 店舗の衛生管理

- 店内（客席）は適切な換気設備の設置及び換気設備の点検を行い、徹底した換気を行う（窓・ドア等の定期的な開放、常時換気扇の使用など）。
- 店内清掃を徹底し、店舗のドアノブ、券売機、セルフドリンクコーナー等の設備等、多数の人が触れる箇所は定期的にアルコール消毒薬、次亜塩素酸ナトリウムで清拭する。また、テーブル、イス、メニューブック、タッチパネル、卓上ベル等はお客様の入れ替わる都度、アルコール消毒薬、次亜塩素酸ナトリウム、台所用洗剤（界面活性剤）で清拭する。
- 卓上には原則として調味料・冷水ポット等を置かないようにするが、撤去が難しい場合は、お客様が入れ替わる都度、アルコール消毒薬、次亜塩素酸ナトリウム、台所用洗剤（界面活性剤）で清拭や用具の交換を行う。
- ビュッフェやサラダバー及びドリンクバーは、利用者の飛沫がかからないように食品・ドリンクを保護する（カバーを設置するまたは従業員があらかじめ又はその場で小分けする、客席と料理提供空間が近い場合には適度に仕切るアクリル板等の仕切りを設けるなど）。トング等は頻繁に消毒若しくは交換するか、または手袋の着用を促す。
- 従業員は、店内の一箇所にお客様が集まらないように留意する。
- トイレは毎日清掃し、ドアやレバー等の不特定多数が触れる箇所は定期的にアルコール消毒薬、次亜塩素酸ナトリウムで清拭する。
- トイレのハンドドライヤーは使用を中止し、ペーパータオルを置く。また、汚物は蓋をして流すよう、使用者に注意を促す。
- 厨房の調理設備・器具を台所用洗剤（界面活性剤）で清拭し、作業前後の手洗いなど、従来から取り組んでいる一般的な衛生管理を徹底する。

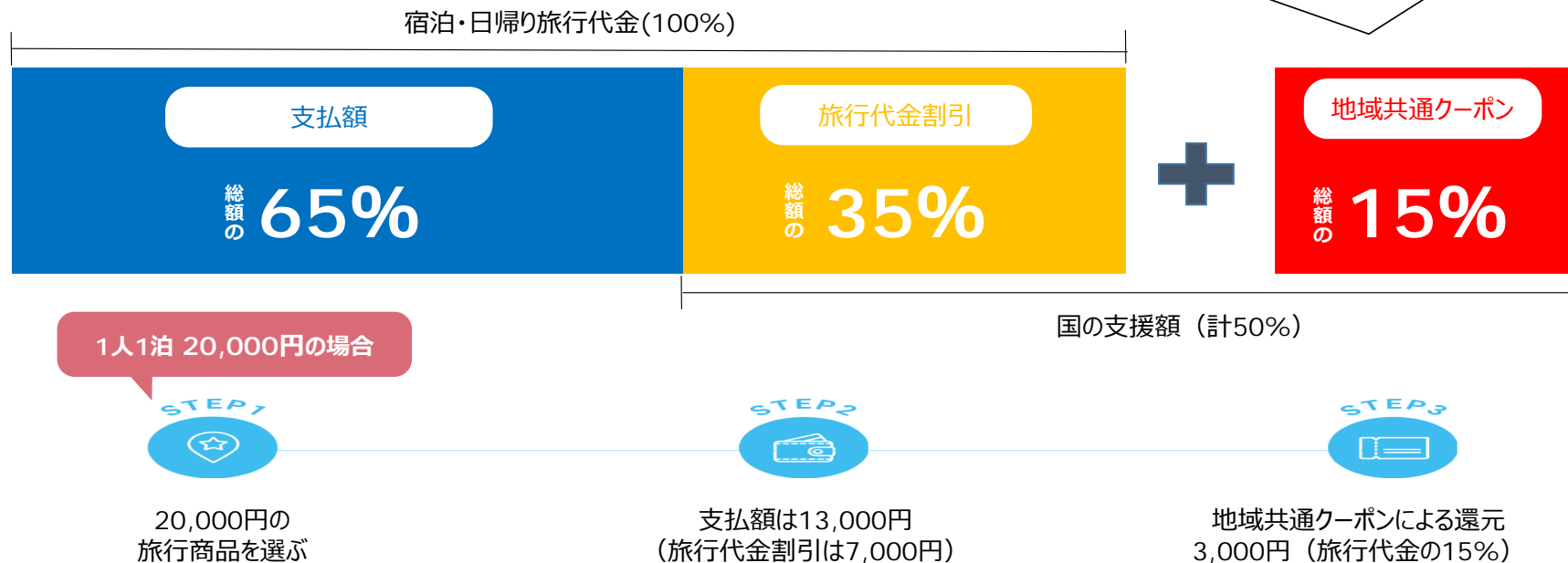
- 感染防止対策に必要な物資（消毒剤、不織布マスク、手袋、ペーパータオル、及びそれらの使い捨て用品を廃棄する容器等）の一覧表（リスト）を作成し、十分な量を準備しておくか、または緊急時にすぐに入手できるよう予め手配をしておく。平時から使用した分をその都度補充し、常に一定の必要量を備蓄しておくことが望ましい（ローリングストック）。
- ユニフォームや衣服はこまめに洗濯する。
- 食品残渣、鼻水、唾液などが付いた可能性のあるごみ等の処理は手袋・マスクを着用してビニール袋等に密封して縛り、マスクや手袋を着用して回収する。マスクや手袋を脱いだ後は、必ず手を洗う。

Go To トラベル事業 (地域共通クーポン関係)

Go To トラベル事業の概要

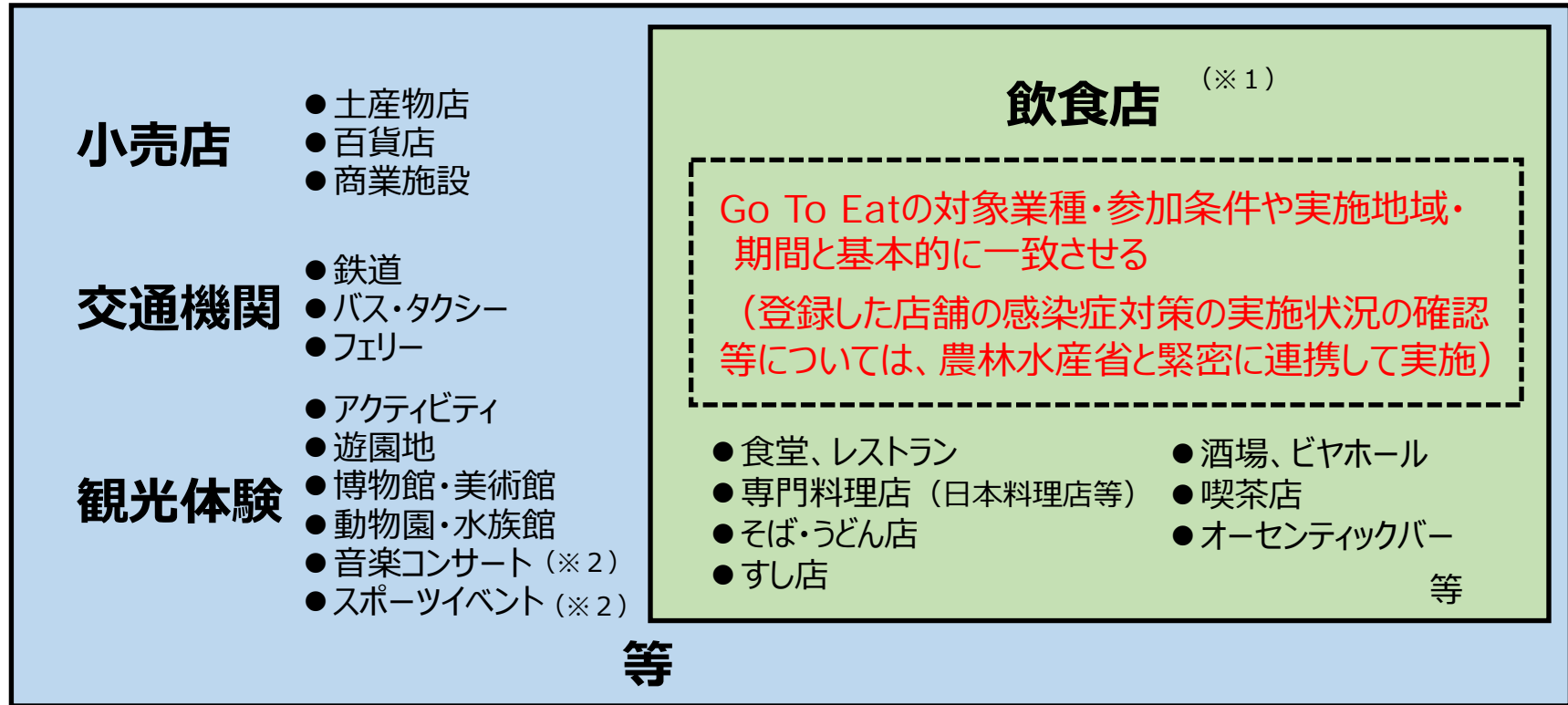
- **国内旅行**を対象に宿泊・日帰り旅行代金の**35%**を割引（7月22日から開始）
- 加えて、宿泊・日帰り旅行代金の**15%**相当分の**旅行先**で使える**地域共通クーポン**を付与
- 国の支援額（旅行代金割引＋地域共通クーポン）は、1人1泊あたり**2万円が上限**（日帰り旅行は、**1万円が上限**）
- **連泊制限**や利用回数の**制限なし**

・旅行先の**都道府県＋隣接都道府県**の土産物店、飲食店、観光施設、アクティビティ、交通機関などにおいて、**旅行期間中**に限って使用可能
・1枚1,000円単位で発行する紙クーポン（商品券）と電子クーポン



地域共通クーポンの利用可能店舗（案）

【基本的な考え方】



- ※1 接待飲食等営業（キャバレー等）、特定遊興飲食店営業（ナイトクラブ等）については対象外。
- ※2 国の事務連絡（現時点では、音楽コンサート、スポーツイベント等については、5,000人又は収容定員の50%（小さい方）が限度。全国的・広域的なお祭り・野外フェス等は中止を含めて慎重に検討。）に基づき各自治体で設定する基準を満たすものを対象。
- ※3 カラオケ、ライブハウスについては対象外。
- ※4 性風俗関連特殊営業、遊技場営業については対象外。

取扱店舗の感染症拡大予防策に係る参加条件（案）

① 業種別に定められている新型コロナウイルス感染症対策ガイドラインを遵守すること

- 登録時に、「Go To トラベル事業参加同意書」において、遵守するガイドラインを記入
- 配布するポスターに、遵守するガイドライン・責任者名を記入し、店頭など旅行者から見えやすい場所に掲示（又はホームページで公表）
 - ポスターを掲示した箇所を撮影し、写真を事務局に提出（ホームページのURLを報告）



The image shows a blue poster for 'Go To Travel' (地域共通クーポン取扱店舗). It includes a QR code, checkboxes for '紙クーポン' (paper coupon) and '電子クーポン' (electronic coupon), and a field for '責任者名' (responsible person name). The text on the poster reads: 'Go To Travel 地域共通クーポン取扱店舗', 'ご利用可能なクーポン', 'この店舗の所在地は、', '紙クーポン', '電子クーポン', 'が異なります。', '都・道・府・県', 'です。', '新型コロナウイルス感染症拡大予防対策', 'ガイドラインを遵守しています。', '責任者名:'. There is also a QR code in the bottom right corner.

② 行政からの要請（特措法に基づく営業自粛要請・時短営業要請等）に従うこと

③ 取扱店舗において従業員に感染者が出た場合や、取扱店舗を利用した旅行者等に感染者が出たことを把握した場合には、その状況について、遅滞なく、事務局に報告を行うこと

④ 感染症等の状況を踏まえ、本事業の円滑な執行と観光庁が実施する感染症対策等の措置に協力すること

※ 飲食店に関しては、「Go To Eatに参加する飲食店が守るべき感染症対策」を求める

実施されていない場合には、**登録を取消し**

「Go To Eat キャンペーン事業」
についての考え方
(たたき台)
令和2年9月4日(金)

河本宏子構成員 尾身茂構成員 小林慶一郎構成員
脇田隆字構成員 大竹文雄構成員 南砂構成員 石川晴巳構成員
提出資料

「Go To Eat キャンペーン事業」についての考え方（たたき台）

1. 「Go To Eat キャンペーン事業」についての全体コメント

① 会食のリスク認識と対策の徹底

新しい生活様式のもとで、会食による感染リスクを認識し、事業者・利用者双方が十分な感染予防対策を図ると共に、感染発生時にお店の利用者を確認ができる体制を確保したうえで推進するべきである。

② 新しい会食の在り方を考える機会

三密回避対策の一環として、利用日や利用時間帯の分散・スペースの分散など、従来の会食スタイルにとらわれることなく、新しい会食の在り方を考える機会とするべきである。

③ ステージ区分との関係

ステージⅠならびにⅡに相当する地域にて実施するという考え方に立ち、ステージⅢならびにⅣに相当する地域においては、各都道府県において慎重に対応していただきたい。

2. 個別施策・取組の推奨例

	事業者（参加飲食店）	利用者（消費者）
三密回避対策 （時間・場所の分散）	<ul style="list-style-type: none">✓ テーブル・座席配置の分散✓ 営業時間の柔軟な設定 （例：ランチ営業時間の拡大）✓ ダイナミックプライシングの導入✓ その他ガイドライン内容の徹底	<ul style="list-style-type: none">✓ 少人数、短時間での利用✓ 混雑する時期、曜日、時間帯を回避 （例：年末年始・週末を避ける、昼食時間を変更する）
モニタリング手法 の検討	<ul style="list-style-type: none">✓ ガイドライン遵守状況の確認（例： 飲食店評価サイトのレビュー活用）	<ul style="list-style-type: none">✓ 大声・過度の飲酒の抑制等、マナー 遵守の徹底
トレーサビリティの確保	<ul style="list-style-type: none">✓ クラスタ発生時の利用者告知サービスの導入（事業者）と登録（利用者）✓ 接触確認アプリ（COCOA）や各地域での通知サービスについて、QRコード等を テーブル・メニューへ掲示し周知	

接種目的

(委員からのご意見)

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

(現時点での考え方)



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

ワクチンの確保

(委員からのご意見)

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



(現時点での考え方)

ワクチン接種により生命・健康を損なうリスクの軽減や医療への負荷の軽減、更には社会経済の安定につながることを期待されることから、令和3年前半までに全国民に提供できる数量の確保を目指し、全体として必要な数量について、供給契約を締結する。

第6回分科会での意見を踏まえた政府の考え方について②

接種の実施体制

(委員からのご意見)

- ・ ワクチン接種の枠組みは、**効率的かつ簡素なものにすることが必要**。
- ・ 行政機関と医療機関が連携して、**円滑にワクチンが接種できる体制の構築**が必要。
- ・ ワクチン接種に係る**財政負担について、国の支援**が必要。
- ・ 接種しない人も相当数でてくる可能性があるが、安全性と有効性が確保されるのであれば、**勧奨接種していくこと**も必要ではないか。
- ・ 最終的には、判断をして接種するというのは、成人の国民の選択。



(現時点での考え方)

- ・ 接種の実施体制については、特定接種の枠組みはとらず、住民への接種を優先する考えに立ち、簡素かつ効率的な接種体制を構築する。
- ・ 国の主導のもと身近な地域において接種を受けられる仕組みとし、行政機関、医療機関、医師会等が連携した上で実施していく必要がある。
- ・ その際、地方自治体の負担が生じないよう国が必要な財政措置を講ずる。

第6回分科会での意見を踏まえた政府の考え方について③

接種順位

(委員からのご意見)

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



(現時点での考え方)

- ・ 当面、確保できるワクチンの量に限りがあり、その供給も順次行われる見通しであることから、接種目的に照らして接種順位とする。
- ・ 新型コロナウイルス感染症患者（疑われる患者を含む。以下同じ。）に直接医療を提供する施設の医療従事者等（新型コロナウイルス感染症患者の搬送に携わる救急隊員及び積極的な疫学調査等の業務に携わる保健師を含む。）、高齢者及び基礎疾患を有する者を接種順位の上位に位置付けて接種する。
- ・ 妊婦や、高齢者及び基礎疾患を有する者が集団で居住する施設等で従事する者については、国内外の科学的知見、ワクチンの性能等を踏まえ、さらに検討。

第6回分科会での意見を踏まえた政府の考え方について④

有効性・安全性

(委員からのご意見)

- ・ 今回のワクチンは副反応がかなり生じることを考慮して、ワクチンの種類や接種対象を慎重に検討していくことが必要。
- ・ 今回、ワクチンの薬事承認までの期間が通常よりも短くなることも考えられるが、**ワクチンの有効性及び安全性などを確実に担保**していくことが必要。
- ・ 予防接種後に、何らかの症状が出現すれば、予防接種が原因ではないかと疑われることがある（いわゆる「紛れ込み」等）。このような事象に対しては、科学的に検証することが重要。



(現時点での考え方)

- ・ ワクチンの有効性及び安全性等の評価については、医薬品医療機器総合機構等で検討するとともに、広く接種を行う際には厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会で適切に議論する。
- ・ ワクチンの接種開始以降も、ワクチンの製造販売後調査等により、製造販売業者等と連携し、品質、有効性及び安全性のデータの収集・分析を行うなど、有効性及び安全性を十分に確保する。
- ・ ワクチンによる重篤な副反応について、迅速な情報収集、専門家による評価などにより、必要な安全対策を講ずる。
- ・ ワクチンの接種に当たっては、リスクとベネフィットを総合的に勘案して接種の判断をすることができるよう情報提供することが必要である。

健康被害救済制度

(委員からのご意見)

- ・ 国民の不安を軽減するため、**健康被害を受けた場合についての補償を盛り込むべき**。
- ・ 定期接種での接種後の健康被害は、疾病認定審査会で認定されているが、**今回どのようなシステムで健康被害を認定するのか**。



(現時点での考え方)

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

第6回分科会での意見を踏まえた政府の考え方について⑤

広報（リスクコミュニケーション）

（委員からのご意見）

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

（現時点での考え方）



ワクチンの有効性及び安全性について、国民のワクチンに対する認識を理解し、的確で丁寧なコミュニケーション等により、幅広く理解が得られるよう取組む。

中間とりまとめの構成とポイントについて(案)

1 接種目的

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

2 ワクチンの確保

- ワクチン接種により生命・健康を損なうリスクの軽減や医療への負荷の軽減、更には社会経済の安定につながることを期待されることから、令和3年前半までに全国民に提供できる数量の確保を目指し、全体として必要な数量について、供給契約を締結する。
- 国は、ワクチンの使用による健康被害が生じた場合の適切な救済措置、製造販売業者等の損失を補償する必要な措置を講ずる。

3 接種の枠組み

- 接種の実施体制については、特定接種の枠組みはとらず、住民への接種を優先する考えに立ち、簡素かつ効率的な接種体制を構築する。
- 国の主導のもと身近な地域において接種を受けられる仕組みとし、行政機関、医療機関、医師会等が連携した上で実施していく必要がある。
- その際、地方自治体の負担が生じないよう国が必要な財政措置を講ずる。

4 接種順位

- 当面、確保できるワクチンの量に限りがあり、その供給も順次行われる見通しであることから、接種目的に照らした接種順位とする。
- 新型コロナウイルス感染症患者(疑われる患者を含む。以下同じ。)に直接医療を提供する施設の医療従事者等(新型コロナウイルス感染症患者の搬送に携わる救急隊員及び積極的な疫学調査等の業務に携わる保健師を含む。)、高齢者及び基礎疾患を有する者を接種順位の上位に位置付けて接種する。

- 妊婦や、高齢者及び基礎疾患を有する者が集団で居住する施設等で従事する者については、国内外の科学的知見、ワクチンの性能等を踏まえ、さらに検討。

5 ワクチンの有効性・安全性

- ワクチンの有効性及び安全性等の評価については、医薬品医療機器総合機構等で検討するとともに、広く接種を行う際には厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会で適切に議論する。
- ワクチンの接種開始以降も、ワクチンの製造販売後調査等により、製造販売業者等と連携し、品質、有効性及び安全性のデータの収集・分析を行うなど、有効性及び安全性を十分に確保する。
- ワクチンによる重篤な副反応について、迅速な情報収集、専門家による評価などにより、必要な安全対策を講ずる。
- ワクチンの接種に当たっては、リスクとベネフィットを総合的に勘案し接種の判断をすることができるよう情報提供することが必要である。

6 健康被害救済制度

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

7 広報

- ワクチンの有効性及び安全性について、国民のワクチンに対する認識を理解し、的確で丁寧なコミュニケーション等により、幅広く理解が得られるよう取組む。

8 今後の検討等

- 今回整理する内容は、今後明らかになる知見等を踏まえ、適宜見直す。

「新型コロナウイルス感染症のワクチンの接種に関する分科会の現時点での考え方」（令和2年8月21日）抜粋

○ ワクチンの接種の実施にあたっては、各地域の実情に踏まえつつ、地方自治体や医療機関、都道府県医師会・郡市区医師会が十分に連携をした上で実施していく必要がある。また、地方自治体の負担が生じないよう、円滑な実施に向けて政府における財政措置をすべきである。

⇒国民への円滑な接種を実施するため、国の主導のもと身近な地域において接種を受けられる仕組みをどのように構築していくか。

新型コロナウイルスワクチン接種の実施のために想定される事務（イメージ）

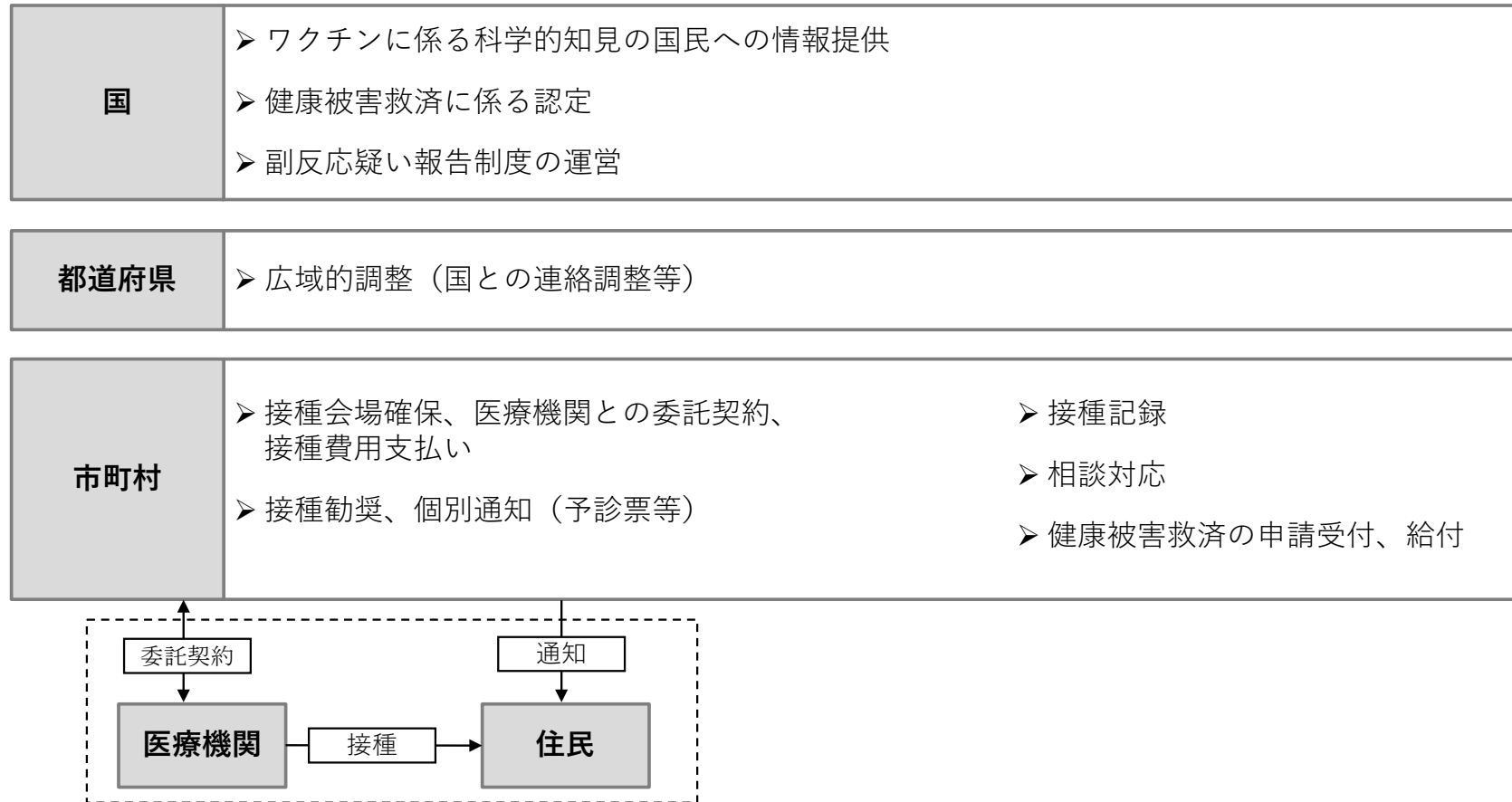
- ▶ ワクチンの購入（※）
- ▶ 購入ワクチンの卸売業者への譲渡（※）
- ▶ 地域の卸売業者との調整（ワクチン流通等）（※）
- ▶ 接種順位の決定（※）
- ▶ 接種スケジュール等の広域調整（※）
- ▶ ワクチンに係る科学的知見の情報提供
- ▶ 副反応疑い報告制度の運営
- ▶ 接種会場確保、医療機関との委託契約、接種費用支払い
- ▶ 接種勧奨、個別通知（予診票等）
- ▶ 接種記録
- ▶ 相談対応
- ▶ 健康被害救済の申請受付、給付
- ▶ 健康被害救済に係る認定

（※）現在実施している予防接種法における予防接種では実施していない、新型コロナウイルスワクチン接種に特有の事務

国の主導的役割、広域的視点、住民に身近な視点から、
国、都道府県、市町村の間でどのような役割分担が適切か。

(参考) 予防接種法における接種事務

○現在、予防接種法における予防接種については、国、都道府県、市町村が役割分担して接種事務を実施。



予防接種法及び新型インフル等特措法上の接種類型について

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

4. 治療薬、ワクチン

- 新型コロナウイルス感染症に係るワクチンについては、生命・健康を損なうリスクの軽減や医療への負荷の軽減、更には社会経済の安定につながることを期待されることから、令和3年前半までに全国民に提供できる数量を確保することを目指す。

このため、現在開発が進められているワクチン候補のうち、臨床試験の進捗状況等を踏まえ、安全性や有効性、日本での供給可能性等が見込まれるものについては、国内産、国外産の別を問わず、全体として必要な数量について、供給契約の締結を順次進めることとする。

また、国民への円滑な接種を実施するため、国の主導のもと身近な地域において接種を受けられる仕組みや、健康被害が生じた場合の適切な救済措置も含め、必要な体制の確保を図る。併せて、ワクチンの使用による健康被害に係る損害を賠償すること等により生じた製造販売業者等の損失を国が補償することができるよう、接種の開始前までに法的措置を講ずることとする。

- **新型コロナウイルス感染症の特徴**
 - 発症前から感染性があり、発症から間もない時期の感染性が高いことから、市中感染のリスクに対する不安感が大きい。
 - 重症化率は、全体として季節性インフルエンザよりは高く、特に高齢者や基礎疾患を有する者で高い。
 - 入院期間が季節性インフルエンザより長く、入院医療に与える負荷が大きい。
 - クラスター発生場所は、医療機関内などで多い。
- **3-5月にかけての流行の波の経験より**
 - 若年から中年世代の重症者や死亡者は、社会機能維持等に不可欠な業務に従事された方を含め、比較的少なかった。
 - 医療提供体制のひっ迫が課題となったことから、医療提供体制の面での配慮及び対策は必要である。
- **接種開始時点で期待されるワクチンの効果**
 - 感染予防効果は実証しにくく、確認できるまで時間を要するため、接種開始時までに確認することは困難と考えられる。
 - 承認までの臨床試験では、主に発症予防や重症化予防の効果の評価が行われる見込み。

接種目的について

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

ワクチンの接種の実施の検討に当たり考慮すべき事項④

（特定接種の実施について）

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

（実施体制）

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

- 4月に緊急事態宣言を発し、感染状況は改善したが、社会経済活動全般に大きな影響
- 感染者のうち、8割の者は他の人に感染させていない。また、8割は軽症又は無症状のまま治癒するが、2割で肺炎症状が増悪。一方、若年層では重症化割合が低く、65歳以上の高齢者や基礎疾患を有する者で重症化リスクが高いことが判明
- これまで得られた新たな知見等を踏まえれば、ハイリスクの「場」やリスクの態様に応じたメリハリの効いた対策を講じることによって、重症者や死亡者をできる限り抑制しつつ、社会経済活動を継続することが可能
- こうした考え方の下、重症化するリスクが高い高齢者や基礎疾患がある者への感染防止を徹底するとともに、医療資源を重症者に重点化。また、季節性インフルエンザの流行期に備え、検査体制、医療提供体制を確保・拡充
⇒ 感染防止と社会経済活動との両立にしっかりと道筋をつける

1. 感染症法における入院勧告等の権限の運用の見直し

- ・ 軽症者や無症状者について宿泊療養（適切な者は自宅療養）での対応を徹底し、医療資源を重症者に重点化。感染症法における権限の運用について、政令改正も含め、柔軟に見直し

2. 検査体制の抜本的な拡充

- ・ 季節性インフルエンザ流行期に対応した地域の医療機関での簡易・迅速な検査体制構築。抗原簡易キットを大幅拡充（20万件／日程度）
- ・ 感染拡大地域等において、その期間、医療機関や高齢者施設等に勤務する者全員を対象とする一斉・定期的な検査の実施
- ・ 市区町村で一定の高齢者等の希望により検査を行う場合の国の支援
- ・ 本人等の希望による検査ニーズに対応できる環境整備

3. 医療提供体制の確保

- ・ 患者の病床・宿泊療養施設の確保のための10月以降の予算確保
- ・ 患者を受け入れる医療機関の安定経営を確保するための更なる支援
- ・ 地域の医療提供体制を維持・確保するための取組み・支援を進め、季節性インフルエンザ流行期に備え、かかりつけ医等に相談・受診できる体制の整備
- ・ 病床がひっ迫した都道府県に対する他都道府県や自衛隊の支援

4. 治療薬、ワクチン

- ・ 治療薬の供給を確保、治療薬の研究開発に対する支援
- ・ 全国民に提供できる数量のワクチンの確保（令和3年前半まで）
- ・ 身近な地域での接種体制や健康被害救済措置の確保等
- ・ 健康被害の賠償による製造販売業者等の損失を国が補償できる法的措置

5. 保健所体制の整備

- ・ 自治体間の保健師等の応援派遣スキームの構築
- ・ 都道府県単位で潜在保健師等を登録する人材バンクの創設
- ・ 保健所等の恒常的な人員体制強化に向けた財政措置

6. 感染症危機管理体制の整備

- ・ 国立感染症研究所及び国立国際医療研究センターの連携による、感染症の感染力・重篤性等を迅速に評価・情報発信できる仕組みの整備
- ・ 実地疫学専門家の育成・登録による感染症危機管理時に国の要請で迅速に派遣できる仕組みの構築

7. 国際的な人の往来に係る検査能力・体制の拡充

- ・ 入国時の検査について成田・羽田・関西空港における1万人超の検査能力を確保（9月）

新型コロナウイルス感染症に関する今後の取組

令和 2 年 8 月 28 日

新型コロナウイルス感染症対策本部決定

3、4 月の感染拡大期においては、新型コロナウイルス感染症に関する知見が現時点と比べて十分ではない中で、感染拡大防止と医療提供体制の崩壊を未然に防止するため、4 月には、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく緊急事態宣言を発するとともに、国民に対し、「最低 7 割、極力 8 割程度の接触機会の低減」を呼び掛けた。これにより感染状況は改善したが、社会経済活動全般にわたり大きな影響が生じた。

一方で、現在に至るまでの感染事例を踏まえれば、いわゆる 3 密や大声を上げる環境で感染を生ずることが多いことが確認されている。また、感染者のうち、8 割の者は他の人に感染させていないことから、クラスターを制御することが感染拡大を防ぐ上で重要と考えられる。

このため、これまでに、感染拡大防止と社会経済活動との両立を図るため、業種ごとの感染拡大予防ガイドラインを作成するとともに、各事業者にこれを遵守するよう呼びかけてきた。また、国民一人ひとりに対しても、3 密や大声を上げる環境の回避、マスクの着用、フィジカル・ディスタンスの徹底、手指消毒や換気の徹底など基本的な感染対策を行い、さらには、接触確認アプリを活用するといった「新しい生活様式」の実践を呼びかけてきた。これらの取組が着実に実施されることによって、社会全体での感染リスクはかなり下がることが期待される。

また、感染者のうち、8 割は軽症又は無症状のまま治癒するが、2 割で肺炎症状が増悪し、人工呼吸器管理などが必要になるのは 5%程度と言われている。一方、若年層では重症化割合が低く、65 歳以上の高齢者や慢性呼吸器疾患、糖尿病、肥満などを有する者で重症化のリスクが高いことが判明している。

検査の面では、唾液を用いるなど新たな検査手法が確立され、検査能力が拡充されるようになったことから、発症から診断までの日数が大幅に短縮されるようになった。治療の面でも、レムデシビル、デキサメタゾンといった医薬品が現在は治療薬として標準的に活用されるようになった。これらのことは、詳

細な因果関係の分析が待たれるものの、感染者に占める重症化する頻度の低下にも寄与している可能性がある。

このように、これまでに得られた新たな知見等を踏まえれば、ハイリスクの「場」や、リスクの態様に応じたメリハリの効いた対策を適切に講じることによって、重症者や死亡者をできる限り抑制しつつ、社会経済活動を継続することが可能になる。こうした考えの下、今後の季節性インフルエンザの流行期も見据え、重症化するリスクが高い高齢者や基礎疾患のある者への感染防止を徹底するとともに、医療資源を重症者に重点化していく。

さらに、季節性インフルエンザの流行期には、発熱等の症状を訴える者が大幅に増え、検査や医療の需要が急増することが見込まれることから、更なる検査体制、医療提供体制の確保・拡充に取り組んでいく。

上記に加え、実用段階にある新技術を活用し、個人が「新しい生活様式」を無理なく実践できるように支えるとともに、行政活動から社会経済活動にいたるまでデジタル化（デジタル・トランスフォーメーション：DX）を図るほか、新型コロナウイルス感染症対策、ポストコロナへの移行を突破口とし、新たな技術開発・イノベーションを強力に推進する。

これらの取組を実施することにより、感染拡大防止と社会経済活動との両立にしっかりと道筋をつける。

1. 感染症法における入院勧告等の権限の運用の見直し

- 新型コロナウイルス感染症については、指定感染症として行使できる権限の範囲が、当時の医学的知見を踏まえ、結核やSARS、MERSといった二類感染症以上となっている。今後、これまでに把握されている医学的知見や有識者の意見を踏まえ、まん延防止を図りつつ、保健所や医療機関の負担の軽減や病床の効率的な運用をさらに図るため、軽症者や無症状者について宿泊療養（適切な者は自宅療養）での対応を徹底し、医療資源を重症者に重点化していくこととし、こうした方向性の下、季節性インフルエンザの流行期も見据え、感染症法に基づく権限の運用について、政令改正も含め、柔軟に見直しを行っていく。

2. 検査体制の抜本的な拡充

- 季節性インフルエンザ流行期を踏まえた検査需要に対応できるよう、国が都道府県に対し指針を示し、地域における外来診療の医療提供体制と検体採取体制を踏まえて早期に新たな検査体制整備計画を策定するよう要請する。季節性インフルエンザの検査件数（1シーズン約2千万～3千万件（2013～2016年度））を踏まえ、季節性インフルエンザに加え、新型コロナウイルスの検査についても、地域の医療機関で簡易・迅速に行えるよう、抗原簡易キットによる検査を大幅に拡充（1日平均20万件程度）するとともに、PCR検査や抗原定量検査の機器の整備を促進し、必要な検査体制を確保する。その際、検査機器やキットの特性に違いがあることを踏まえ、それぞれ適切な活用方法を明確化する。

- 感染者が多数発生している地域やクラスターが発生している地域においては、その期間、医療機関、高齢者施設等に勤務する者、入院・入所者全員を対象に、いわば一斉・定期的な検査の実施を都道府県等に対して要請する。
また、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、現に感染が発生した店舗、施設等に限らず、地域の関係者を幅広く検査することが可能であることを明確化し、都道府県等に対して、積極的な検査の実施を要請する。

- 感染拡大や重症化を防止する観点から、一定の高齢者や基礎疾患を有する者について、市区町村において本人の希望により検査を行う場合に国が支援する仕組みを設ける。

- 社会経済活動の中で本人等の希望により全額自己負担で実施する検査ニーズに対応できる環境を整備する。仮に、行政検査がひっ迫する状況になれば、都道府県知事が検査機関に対し、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づき、行政検査に支障を生じさせないよう要請する。

3. 医療提供体制の確保

- 病床・宿泊療養施設確保計画に基づき、各都道府県において病床・宿泊療養施設を計画的に確保し、医療提供体制の整備を着実に実施するとともに、現時点で把握されている医学的知見に基づき、リスクの低い軽症者や無症状者については宿泊療養（適切な者は自宅療養）での対応を基本とし、医療資源を重症者に重点化していく。

- 緊急包括支援交付金による新型コロナウイルス感染症患者の病床・宿泊療養施設の確保について、9月分までを対象に各都道府県に交付決定を行っており、今後さらに、10月以降分の予算を確保し、各都道府県における入院・宿泊療養の体制整備を進める。

また、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる医療機関の安定的な経営を確保するため更なる支援を行うとともに、新型コロナウイルス感染症患者への医療を含め、感染防止の観点から、地域の医療提供体制を維持・確保するための取組み・支援を進めることとし、多数の発熱患者の発生が想定される季節性インフルエンザ流行期に備え、発熱患者が帰国者・接触者相談センターを介することなく、かかりつけ医等の地域で身近な医療機関等に相談・受診し、必要に応じて検査を受けられる体制を整備する。

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大が急激に進展し病床がひっ迫した都道府県に対して、他都道府県からの応援や都道府県知事からの要請による自衛隊の災害派遣等により、必要な支援を行う。また、ECMOが必要な重症患者に対して、全国の医療関係者のネットワーク（ECMOnet）の協力を得て、診療支援を行う。

- 今後の感染状況の変化に十分対応可能な量の医療物資を調達・備蓄するとともに、G-MIS※などにより医療機関における医療物資の充足状況を把握し、優先・緊急配布※※できる体制を構築する。

※新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム

※※現在までの配布実績（8月21日時点）：サージカルマスク約2億4,540万枚、N95等マスク約1,090万枚、アイソレーションガウン約6,740万枚、フェイスシールド約2,300万枚、非滅菌手袋約5,980万双

4. 治療薬、ワクチン

- 治療薬として活用されているレムデシビル、デキサメタゾンについて、必要な患者への供給の確保を図る。その他の治療薬の研究開発について、海外も含めた臨床研究等の推進や、新たな治療薬開発研究の加速のための継続的な支援等に取り組む。引き続き、現在開発中の薬剤について治験手続きを簡素化するとともに、今後、薬事申請がなされた場合は最優先で審査を行い、有効性等が確認されれば速やかに承認するなど、早期の実用化を図る。

- 新型コロナウイルス感染症に係るワクチンについては、生命・健康を損なうリスクの軽減や医療への負荷の軽減、更には社会経済の安定につながることを期待されることから、令和3年前半までに全国民に提供できる数量を確保することを旨とする。

このため、現在開発が進められているワクチン候補のうち、臨床試験の進捗状況等を踏まえ、安全性や有効性、日本での供給可能性等が見込まれるものについては、国内産、国外産の別を問わず、全体として必要な数量について、供給契約の締結を順次進めることとする。

また、国民への円滑な接種を実施するため、国の主導のもと身近な地域において接種を受けられる仕組みや、健康被害が生じた場合の適切な救済措置も含め、必要な体制の確保を図る。併せて、ワクチンの使用による健康被害に係る損害を賠償すること等により生じた製造販売業者等の損失を国が補償することができるよう、接種の開始前までに法的措置を講ずることとする。

5. 保健所体制の整備

- 都道府県を越えた緊急時の対応を可能とするため、自治体間、関係学会・団体からの保健師等の専門職の応援派遣スキーム（厚生労働省が総務省、全国知事会、全国市長会、全国町村会、指定都市市長会の支援を得て調整）を構築する。特に緊急性が高い場合には、都道府県からの連絡を待たずに派遣を調整する。

また、都道府県単位で潜在保健師等を登録する人材バンク（リスト化、定期的な研修実施等）の創設、保健所等の恒常的な人員体制強化に向けた財政措置を検討する。

- HER-SYS※の運用改善（発生源入力促進等）や、業務委託の一層の推進、一部業務の延期等による保健所業務の軽減により、専門職が専門性の高い業務に専念できる環境づくりを進める。

※新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム

6. 感染症危機管理体制の整備

- 感染症危機管理時において情報集約・対策実施を全国統一で迅速に行えるよう、国・都道府県・保健所設置市区の権限・役割の見直しや、感染症危機管理における司令塔機能の強化などについて検討する。

- 感染症の疫学情報、ウイルス情報、臨床情報等の国立感染症研究所への集約化を図ることとし、国立感染症研究所及び国立国際医療研究センターが連携して、感染症の感染力及び罹患した場合の重篤性等を迅速に評価し、情報発信できる仕組みを整備する。また、実地疫学専門家の育成・登録を行い、感染症危機管理時には国の要請で迅速に派遣できる仕組みを検討するとともに、そのために必要な国立感染症研究所の組織体制の増強についても検討する。

7. 国際的な人の往来に係る検査能力・体制の拡充

- 新型コロナウイルス感染症の再拡大の防止と両立する形で、国際的な人の往来を部分的・段階的に再開していくこととし、入国時の検査について成田・羽田・関西空港において9月には1万人超の検査能力を確保する。その後、人の往来に係る国際的な枠組みの在り方を検討するとともに、3空港及びその他の空港について体制整備を更に推進する。
- ビジネス目的の出国者が市中の医療機関において検査証明を迅速に取得することを支援するため、インターネットで予約・マッチングすることができる仕組みを、10月を目標に構築する。

次のインフルエンザ流行に備えた体制整備



厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

次のインフルエンザ流行に備えた体制整備（案）

1. 現状・課題

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

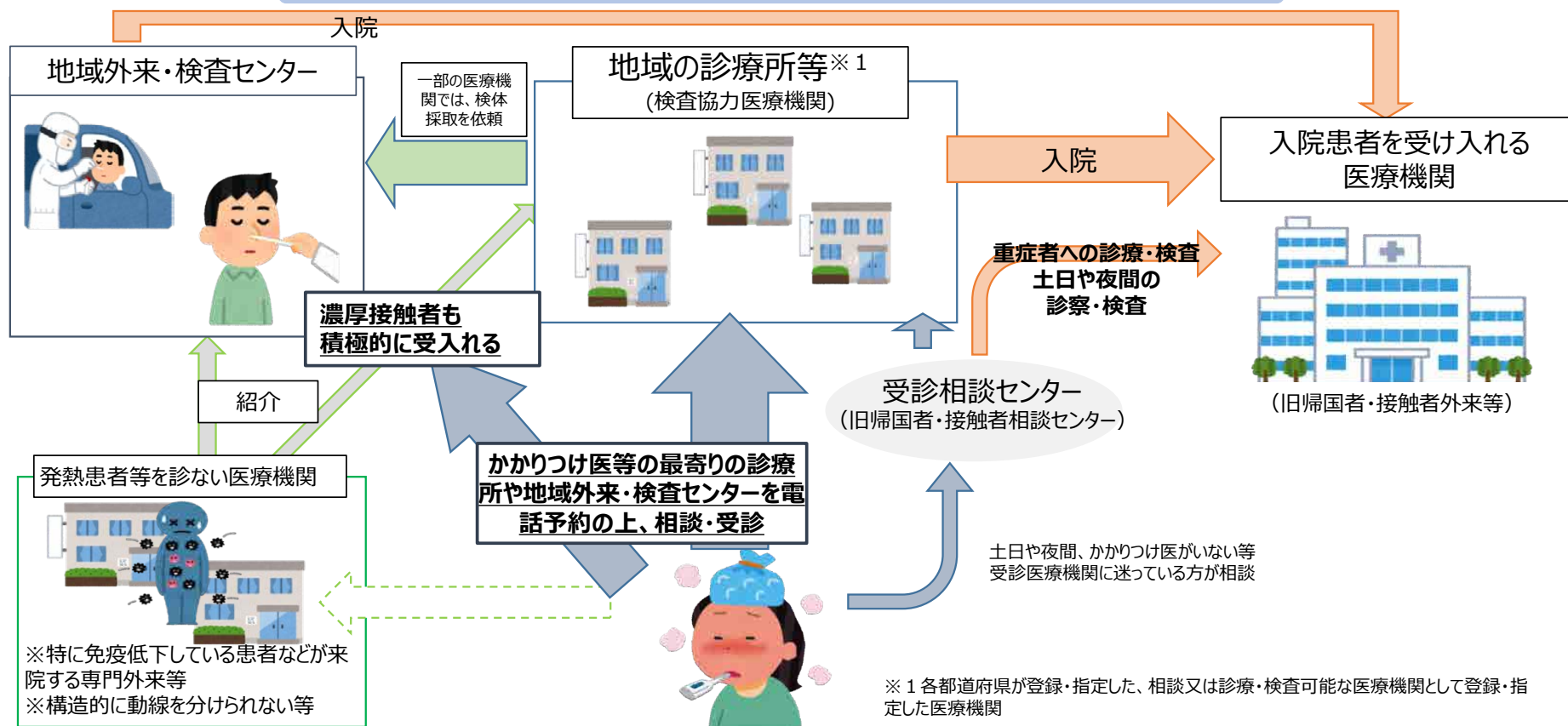
2. 基本的な考え方

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

外来・検査体制の整備

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

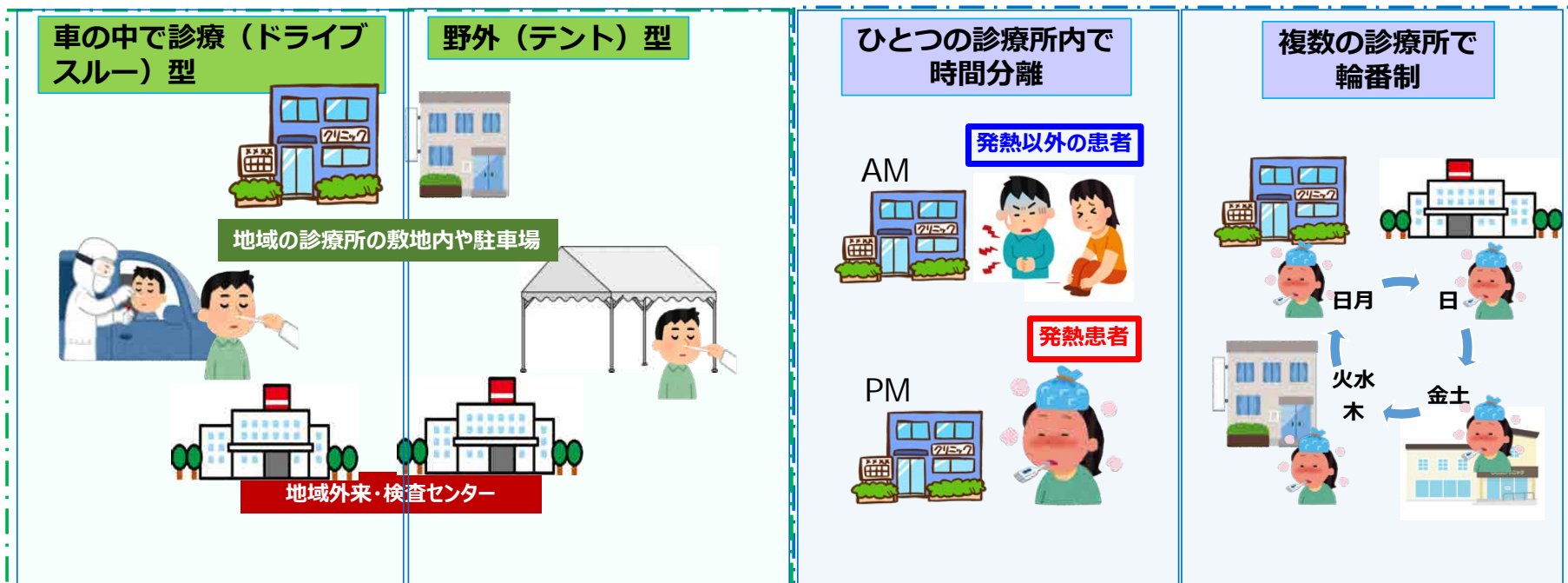
次のインフルエンザ流行に向けた発熱者等の相談・外来診療・検査フロー



次のインフルエンザ流行に備えた医療機関の診療体制・検査の想定パターン

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

診療・検査体制のパターン（案）



次のインフルエンザ流行に備えた医療機関の診療体制・検査の想定パターン

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

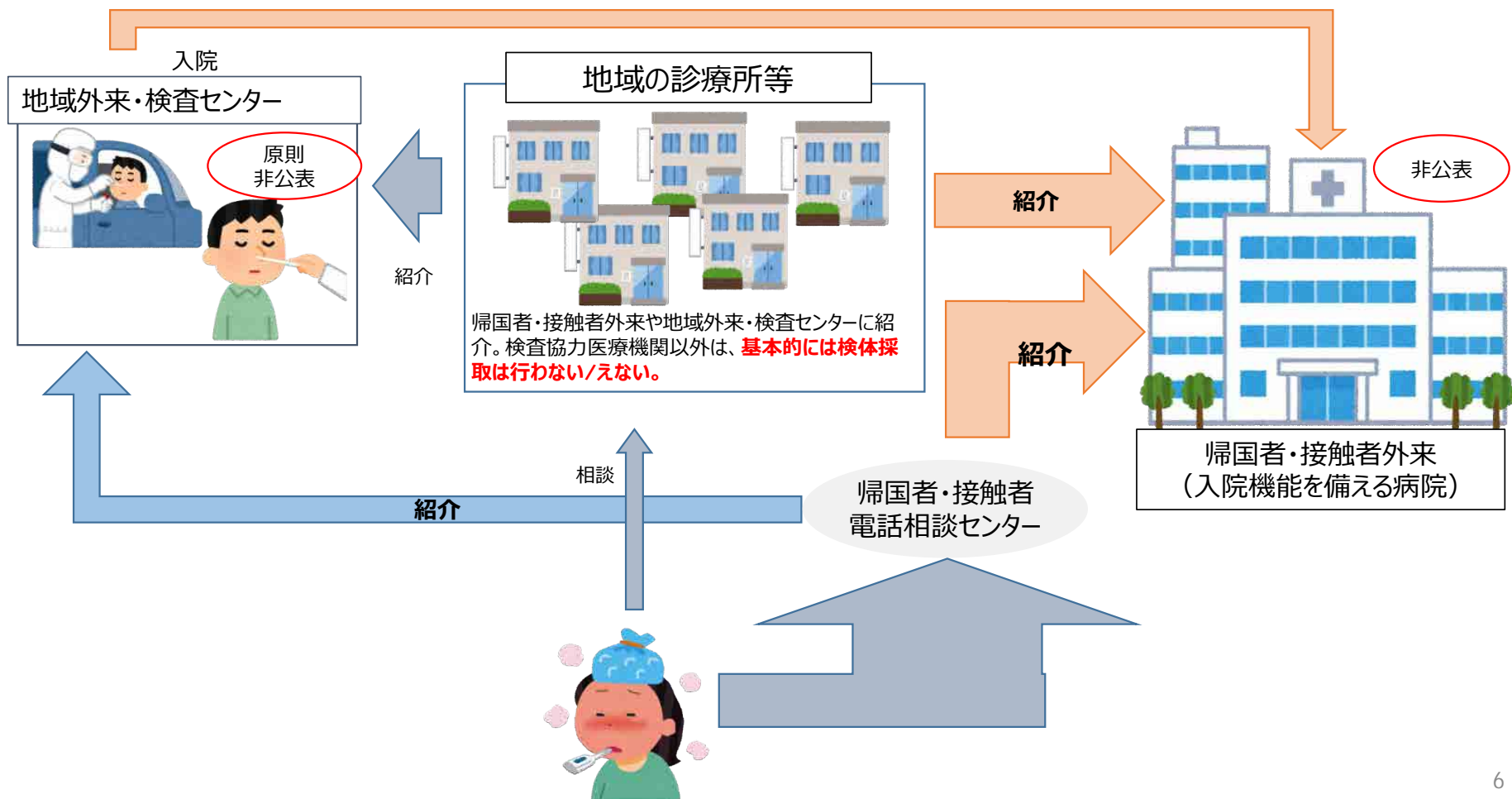
検査について（日本感染症学会提言抜粋）

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

採取する検体	季節性インフルエンザ	COVID-19	感染防護	備考
①鼻咽喉ぬぐい液	抗原定性 鼻咽喉拭い液	抗原定性 鼻咽喉ぬぐい液	医療者に一定の暴露あり (フェイスガード、サージカルマスク、手袋・ガウン等)	・迅速に結果を得ることができる ・ 迅速抗原検査キットは比較的供給量が多め
②鼻かみ液・唾液	抗原定性 鼻かみ液	PCR(抗原定量) 唾液	医療者の暴露は限定的 (サージカルマスク、手袋)	・結果を得るのに数日かかる ・ COVID-19のPCRのキャパシティを消費 ・ ①よりも多くの検体採取の実施が可能
③検体採取なし	臨床診断 (抗インフルエンザ薬の処方あり)	検査必要時は検査センターへ紹介	医療者の暴露は限定的 (サージカルマスク、手袋)	・医師及び患者より検査を実施すべきとの声あり。抗インフルエンザの過剰投与や過度な学級閉鎖等のリスクあり。

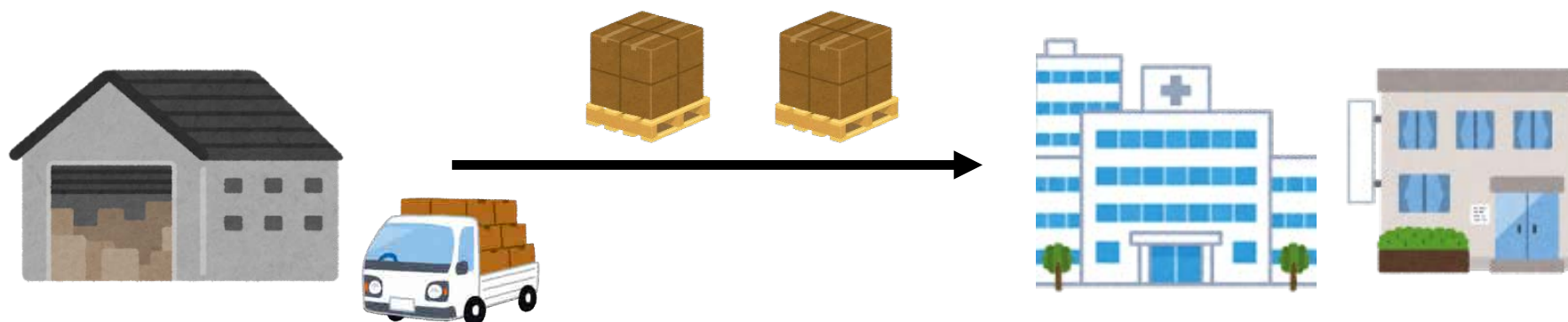
(参考) 発熱患者等の相談・外来診療・検査フローの現在の姿

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



コロナやインフルエンザの検査に必要なPPEの配布について

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



インフルエンザワクチンに関する取組（案）

1. インフルエンザワクチンを取り巻く状況

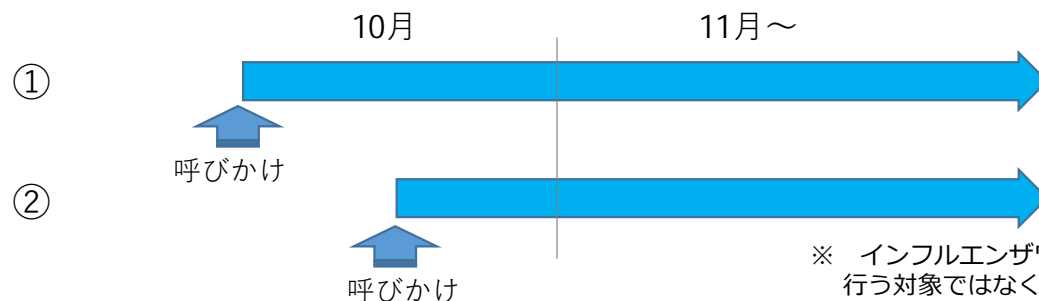
- 今冬に供給されるインフルエンザワクチンの見込み量は、約3,178万本（成人量では6,356万回分に相当）
（例年のインフルエンザワクチンの接種率は、小児で50～60%程度、高齢者で40～70%程度）
- 今冬は、**新型コロナウイルス感染症の流行が懸念**される中、**インフルエンザワクチンの需要が高まる可能性**がある。

2. 優先的な接種対象者

- 予防接種法に基づく定期接種対象者に加え、**日本感染症学会の提言を踏まえ**、以下の方々が希望する場合に接種の機会を逸することのないよう、**優先的な接種を呼びかけること**としてはどうか。
 - ① 予防接種法に基づく定期接種対象者（65歳以上の高齢者等）
 - ② 医療従事者、65歳未満の基礎疾患を有する方、妊婦、乳幼児～小学校低学年（2年生）
（※）②は、日本感染症学会から、インフルエンザワクチン接種が特に強く推奨される方々と提言されている。（今冬のインフルエンザとCOVID-19に備えて（令和2年8月3日公表））

3. 呼びかけについて

- 原則として、①**定期接種対象者の方々に希望される方は、10月前半から接種を開始し、それ以外の方は10月後半まで接種をお待ちいただくよう、国民に呼びかけてはどうか。**
- 10月後半からは、感染症学会提言を踏まえ、特に、②**医療従事者、65歳未満の基礎疾患を有する方、妊婦、乳幼児～小学校低学年（2年生）の方々に、接種を希望される方に対して、接種を呼びかけてはどうか。**



※ インフルエンザワクチンは予防接種法上、行政から対象者に接種勧奨を行う対象ではなく、呼びかけは接種を希望される方が対象となる。

(参考) インフルエンザワクチンについて

1. 予防接種法上の定期接種

- 65歳以上の高齢者等 (※1) へのインフルエンザの予防接種は、流行阻止の効果は示されていないものの、重症化防止の効果があるとされることから、予防接種法に基づく定期接種の対象とされている。

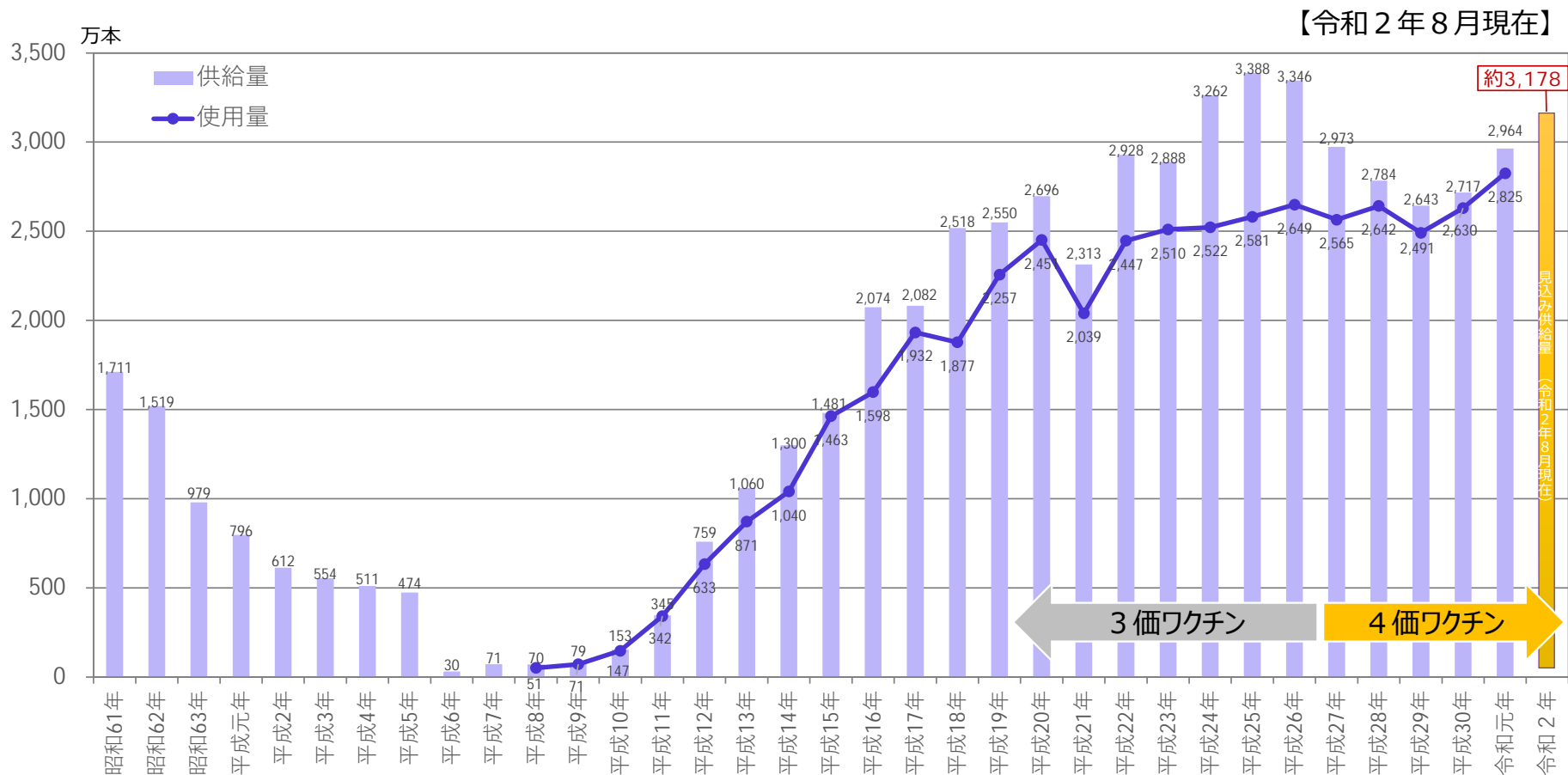
2. 日本感染症学会提言「今冬のインフルエンザとCOVID-19に備えて」(概要)

- 今冬は、COVID-19とインフルエンザの同時流行を最大限に警戒すべきであり、医療関係者、高齢者、ハイリスク群（妊婦等）を含め、インフルエンザワクチン接種が強く推奨されます。
- 今冬は、COVID-19とインフルエンザの同時流行も懸念されるので、小児（特に乳幼児～小学校低学年（2年生））へのインフルエンザワクチンについても、接種が強く推奨されます。

※1 60歳から65歳未満の慢性高度心・腎・呼吸器機能不全者等

2020/21シーズンのインフルエンザワクチンの供給について（その1）

- 2020/21シーズンに供給されるインフルエンザワクチンの見込み量は約3,178万本と、昨年度から約7%増加し、4価ワクチンに変更された平成27年以降で最大の供給量となる見込み。統計のある平成8年以降、最大だった昨年の使用量(2,825万本)と比較すると、約12%多い。

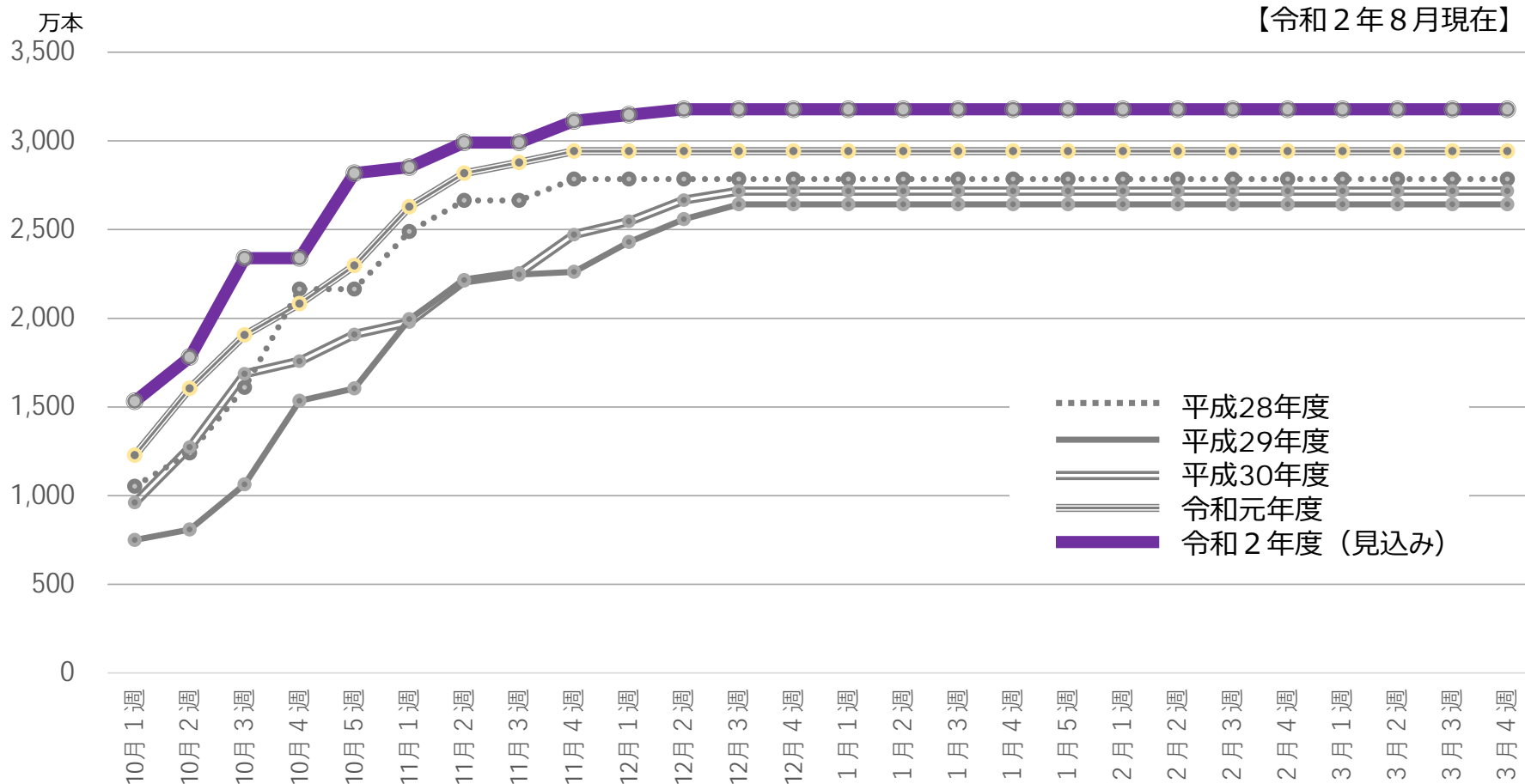


※1 平成7年以前の使用量は不明

※2 1mL換算

2020/21シーズンのインフルエンザワクチンの供給について（その2）

- 国家検定に係る省令の改正により、製造から出荷までの期間が短縮され、接種開始（10月1日）時点の供給量も含め、全体的に出荷が早まる見込み。



注1) 供給量は、いずれも1mL換算。

注2) 令和2年8月現在、ワクチン製造は完了していないため、将来の製造効率の変動や国家検定の影響の可能性については、令和元年度の実績と同様と仮定して供給量及び供給時期を算出。

発熱等の症状のある方の相談・受診の流れ

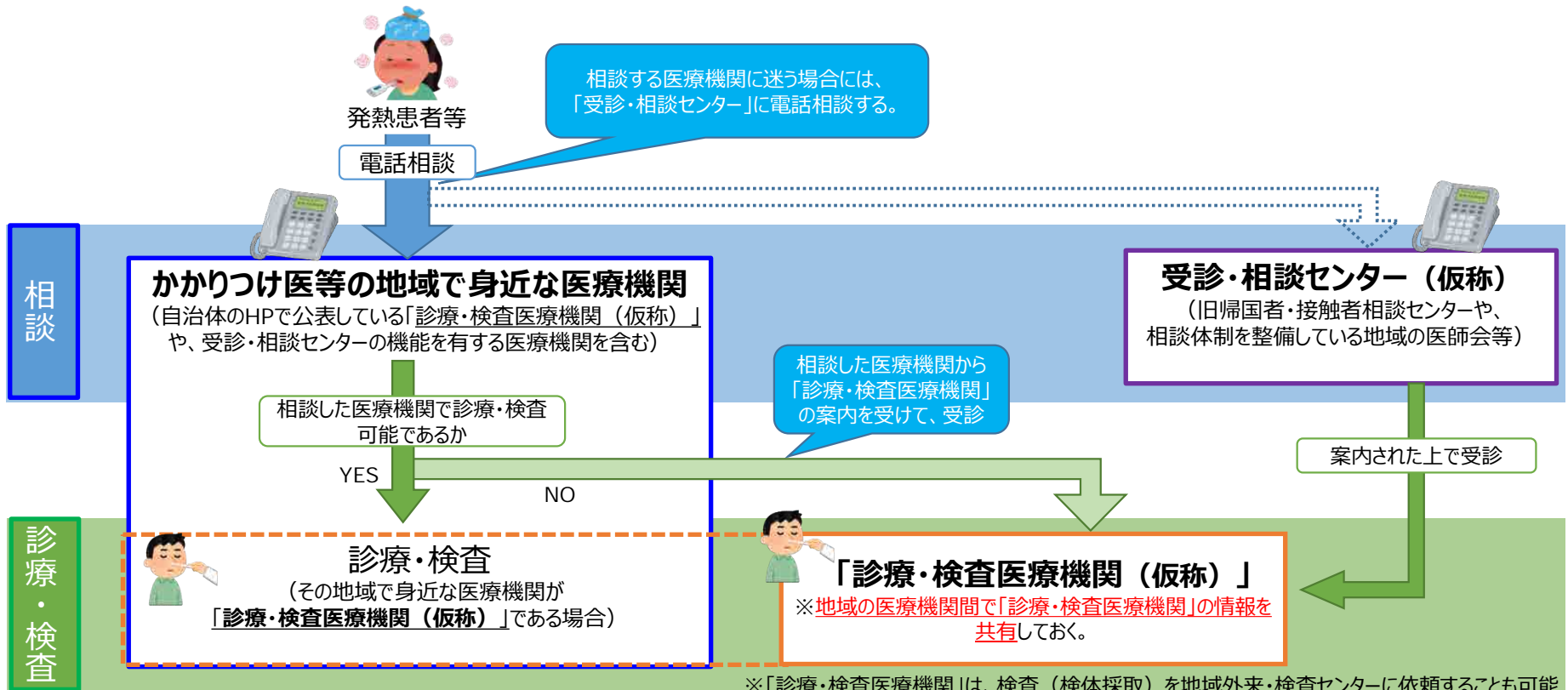
資料8-2

<住民に対して周知すること>

- 発熱等の症状が生じた場合には、**まずはかかりつけ医等の地域で身近な医療機関に、電話相談**すること。
- 相談する医療機関に迷う場合には、**「受診・相談センター」に相談**すること。

<都道府県等や地域の医療関係者で整備すること>

- 発熱患者等から相談を受けた際に、適切な医療機関を速やかに案内できるよう、**「診療・検査医療機関」とその対応時間等を、地域の医療機関や「受診・相談センター」間で随時、情報共有**しておくこと。
- その上で、地域の医師会等とも協議・合意の上、**「診療・検査医療機関」を公表する場合は、自治体のホームページ等でその医療機関と対応可能時間等を公表する**等、患者が円滑に医療機関に受診できるよう更なる方策を講じること。



※「診療・検査医療機関」は、検査（検体採取）を地域外来・検査センターに依頼することも可能

今後の新型コロナウイルス感染症対策について

鳥取県知事 平井伸治

1. Go To 事業

- ・ 全国知事会でアンケート調査を行ったところ、各都道府県からは、事業の休止や対象地域からの除外について、感染状況に応じた一定の基準を設けるなど、感染防止対策との両立を図りながら事業を推進していただきたいとの意見が多く寄せられた。
- ・ 今後実施が予定されている「Go To イート」、「Go To イベント」、「Go to 商店街」については、期待の声が寄せられている一方、感染予防対策を徹底しつつ実施すること、地域の感染状況に応じて対象地域や実施時期の検討を機動的に行うことが必要との意見も多かった。
なお、各都道府県が実施している「メールやSNS アプリによる感染者の通知システム」をはじめとした感染防止対策や、地域経済振興策との連携を図る必要もあり、なるべく早期に制度の詳細を各都道府県に説明し、地方の意見を十分に踏まえた検討を行っていただきたい。
- ・ 「Go To トラベル」事業についても、新型コロナにより大きな打撃を受けている観光関連産業への支援として評価をしている団体が多いが、引き続き感染状況を注視しつつ、一定の基準を設けて感染が拡大している地域を対象から除外するなど、感染拡大防止との両立を図るべきとの意見が多く寄せられた。
- ・ 観光をする側及び受入れ側双方が感染予防を徹底し、「新しい旅行のスタイル」を実現することにつなげていくべきとの意見もあった。
- ・ また、除外地域や7月の豪雨災害の被災地域も考慮し、事業実施期間の延長を検討すべきとの意見もあった。

2. ワクチン接種

- ・ その重要性や国民の期待も踏まえ、地方としても役割を果たす必要があると認識。
- ・ 他方で、その経費は多額にのぼることが想定されることから、準備に要する経費も含め、全額国費による措置をお願いしたい。

- ・ また、実際の実務を担う市町村にも丁寧に説明を行い、その意見を十分に踏まえて準備を進めるとともに、医療従事者等への優先接種に当たっては特定接種管理システムを活用すること、医療機関との契約については集合契約を活用するなど、事務負担の軽減に取り組みたい。
- ・ 優先接種については、高齢者や基礎疾患を有する方のほか、新型コロナ対策の中核業務を担う保健所の職員や、クラスターが多発している社会福祉施設の職員についてもその対象として検討していただきたい。

3. 新型コロナウイルス感染症に係る感染症法上の運用見直し

- ・ 全国知事会のアンケート調査では、有効な治療法やワクチンによる予防等が確立していない現時点では、運用見直しは時期尚早であり、感染拡大につながるおそれもあることから慎重に行うべきとの意見が多い。
特に、入院勧告や、検査及び入院・宿泊療養に対する公費負担制度への影響を懸念する声が多く寄せられた
- ・ 他方で、約 10 団体からは、これまでに得られた知見や保健所及び医療機関の負担等を考慮し、無症状病原体保有者及び軽症者に対する入院勧告や、検査時の疑似症の届け出等について、季節性インフルエンザの流行時期を見据えて見直しを行うべきとの意見も寄せられた。

(その場合でも、無症状病原体保有者及び軽症者に対する宿泊療養の法的根拠を設けること、高齢者や基礎疾患を有する方には引き続き入院勧告を行えるようにすること等の対応が必要とする意見が多かった)
- ・ 今後、治療薬やワクチン開発の状況も踏まえて運用見直しを検討する際には、国におかれては、下記の点にご留意いただくよう要望する。
 - ① 見直しに当たっては現場で対策に当たる都道府県と協議を行い、地方の意見を十分に踏まえること
 - ② 大都市部と地方部の感染状況や医療提供体制等の差異を踏まえ、各都道府県が地域の実情に応じた対策を講じられるようにすること
 - ③ 見直しの考え方や意義を国民に丁寧に説明すること

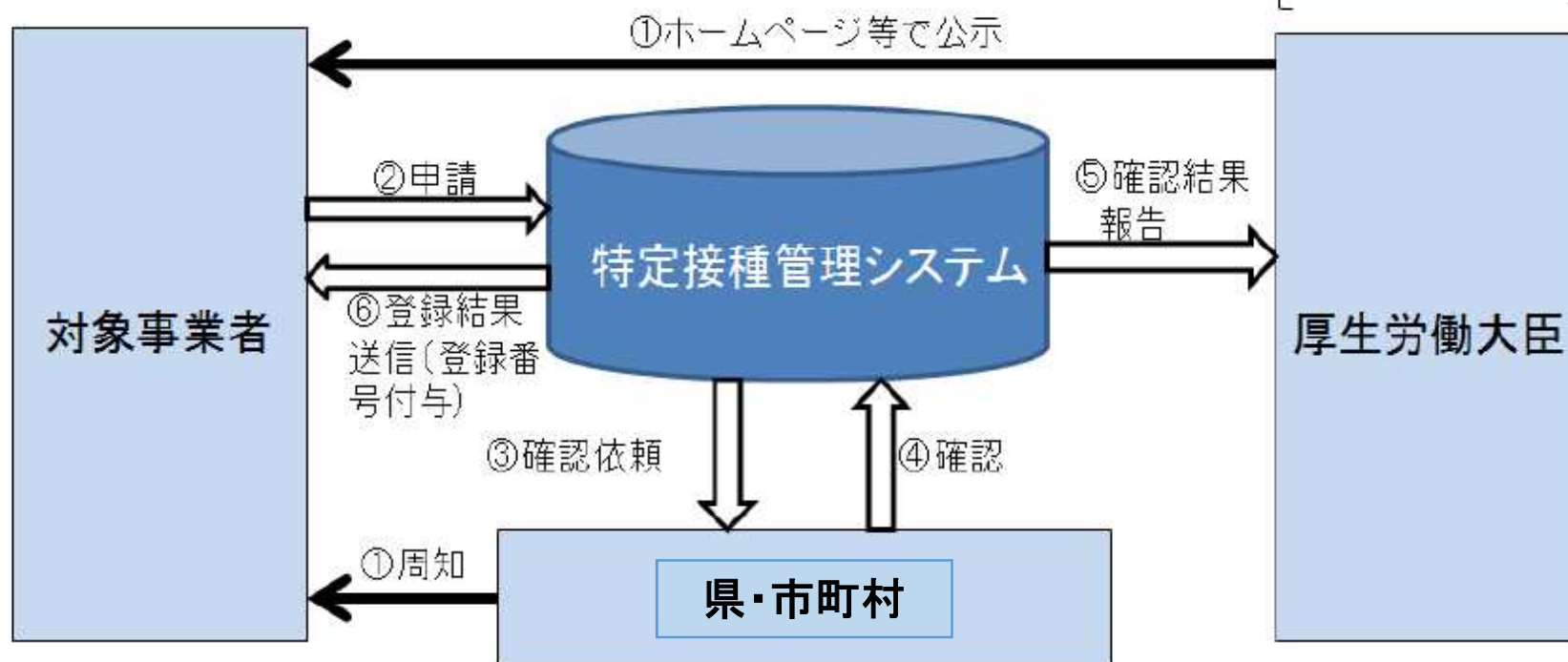
※ 感染症法の具体の条文では、第 28 条（ねずみ、昆虫等の駆除）、第 31 条（生活用水の使用制限）、第 32 条（建物の立入制限・封鎖）、第 33 条（交通の制限）の措置については、継続しない選択肢も考えられるとの回答が過半数であった。

参考 1

特定接種管理システムの概要

【事業者登録業務】

[注] 白の矢印は、システムによる連絡



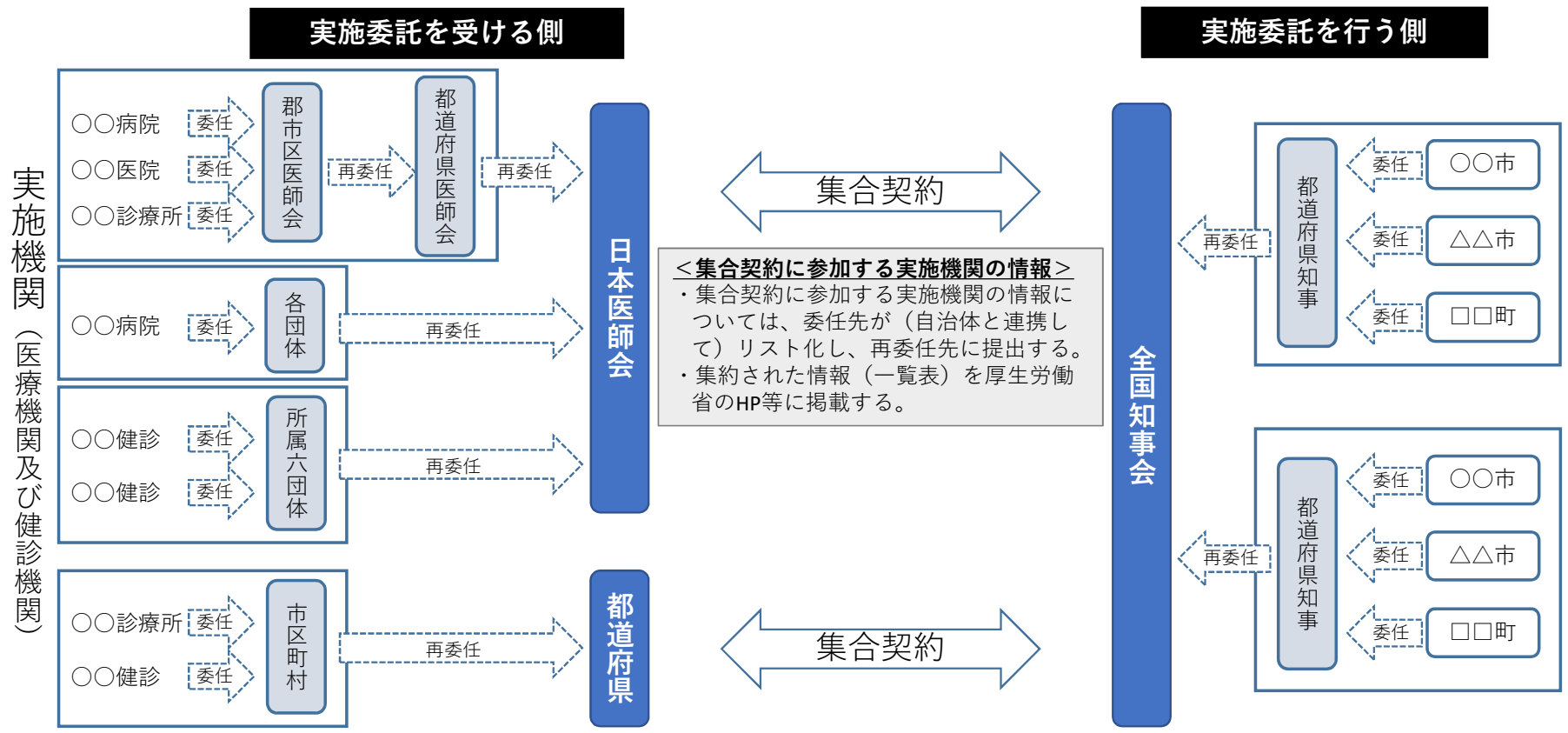
○現在、新型インフルエンザ等が発生した場合に、医療及び社会機能を維持するために臨時の予防接種を行う対象者については、「特定接種管理システム(厚生労働省)」により、情報管理を行っている。

(例) (類型)医療分野:新型インフルエンザ等医療型、重大・緊急医療型、新型インフルエンザ等対策の実施に携わる公務員、国民生活・国民経済安定分野(介護・福祉型、指定公共機関型、社会インフラ型 他)

○新型コロナウイルスのワクチン接種時においても、当該システムを活用することにより、優先接種の際の情報管理に伴い発生する自治体の負担が軽減されることが期待される。

参考 2 第 5 期風しん定期接種に係る抗体検査及び予防接種に係る集合契約について

〇市区町村・都道府県から委任を受けた全国知事会と、実施機関から委任を受けた日本医師会（及び都道府県）がそれぞれ集合契約を行うことにより、関係者の事務負担を軽減。



※当集合契約は、予防接種法第 5 条で規定する実施主体「市町村長」が、医療機関等と実施委託を行うもの。

全国知事会新型コロナウイルス対策検証・戦略WT報告書（概要）

- 6月4日の全国知事会議の議論を踏まえ、各都道府県へのアンケートや事例報告に基づき、新型コロナウイルス感染症対策に関する課題等への対策を検証し、今後の戦略を検討。

※アドバイザーに釜范日本医師会常任理事、オブザーバーに内閣官房・厚生労働省を迎え、6月以降、3回のWT会議を開催

- 「地域の実情に応じたアプローチ」、「発生状況を踏まえたクラスター対策」、「保健所体制、検査体制、医療提供体制の強化」、「実効性の担保など特措法等の見直し」、「季節性インフルエンザとの同時流行を踏まえた対応」、「偏見・差別等への対応」等、実際に新型コロナウイルス感染症対策に当たった各都道府県の声を踏まえた今後の対策を提示

1. 基本的な方向性

- ・大都市部と地方部のアプローチの差異など、地域の実情に即した新型コロナウイルス感染症対策の重要性

2. 地域の感染ルート

- ・感染がまん延する国・地域からの流入と地域内での拡散

3. 全国におけるクラスター感染の発生状況と対応

- ・3～5月の感染の波では「医療機関」「社会福祉施設」「接待を伴う飲食店」でクラスター発生の約8割を占める

4. 保健所の体制の強化

- ・有資格者や外部委託の活用による体制整備、広域の応援体制の構築、ICTの活用による業務効率化が必要

5. PCR検査等の検査体制の構築

- ・大学や医療機関、医師会等との連携による検査体制の拡充、人材の育成、多様な検査手法の活用が必要

6. 医療提供体制の確保、医療機関への経営支援

- ・専用病床の運用に必要な人材の確保、個人防護具等の医療資機材、広域での応援体制、医療機関への経営支援が必要

7. 都道府県間の広域連携、市町村等他機関との連携

- ・都道府県間の情報共有のルール、法制度面も含めた保健所を設置する市との連携、市町村への情報提供の検討が必要

8. 水際対策等、国と連携した対策の展開

- ・空港周辺での待機の徹底、地元との調整による受入医療機関の確保、都道府県への情報提供等の国の対策が必要

9. 特措法に基づく外出自粛・休業要請等の運用基準や法的な枠組みの在り方

- ・罰則や協力金の給付等の実効性担保措置の制度化、対象施設の検討等、特措法や感染症法の改正や運用見直しが必要

10. 業種別ガイドラインの定着、運用をはじめとした新しい生活様式

- ・定着に向けた啓発・周知や認定制度等の事業者へのインセンティブになる取組が必要

11. 新型コロナウイルス感染症を前提とした医療、保健、福祉政策の在り方

- ・新型コロナを前提とした高齢者の健康づくり、生活困窮者支援、子ども・若者支援、避難所での感染予防対策の取組が必要

12. 季節性インフルエンザの流行への対応及びワクチン接種

- ・同時流行に備えた検査体制の構築、季節性インフルエンザワクチンの安定供給体制、優先接種対象の検討が必要

13. 偏見・差別やデマ等への対策

- ・人権侵害へのメッセージの発出や相談体制の整備が必要

新型コロナウイルス対策検証・戦略W T 報告書

令和 2 年 8 月

全国知事会

目 次

はじめに	1
1. 基本的な方向性	1
2. 地域の感染ルートについて	2
3. 全国におけるクラスター感染の発生状況と対応	2
4. 保健所の体制の強化	4
5. PCR検査等の検査体制の構築	5
6. 医療提供体制の確保、医療機関への経営支援	6
7. 都道府県間の広域連携、市町村等他機関との連携	8
8. 水際対策等、国と連携した対策の展開	10
9. 特措法に基づく外出自粛・休業要請等の運用基準や法的な 枠組みの在り方	10
10. 業種別ガイドラインの定着・運用をはじめとした新しい 生活様式	11
11. 新型コロナウイルス感染症を前提とした医療・保健・福祉 施策の在り方	12
12. 季節性インフルエンザの流行への対応及びワクチン接種	12
13. 偏見・差別やデマ等への対策	13
おわりに	14
参考資料	

はじめに

全国知事会では、今般の新型コロナウイルス感染症の拡大に対処するため、本年1月30日に「新型コロナウイルス緊急対策会議」を設置、その後の感染拡大を受けて、2月25日には全都道府県が参加した「新型コロナウイルス緊急対策本部」を設置し、累次にわたり対策本部会議を開催するとともに、国との意見交換や緊急の提言を行ってきた。

その後、4月7日には7都道府県で新型インフルエンザ等対策特別措置法（以下「特別措置法」という。）に基づく緊急事態宣言が発出され、4月16日には対象が全国に拡大されたが、5月25日に全面解除されたところである。

こうした状況のもと、6月4日に開催された全国知事会議において、「コロナを乗り越える日本再生宣言」が採択され、それまでの感染拡大防止の対応を検証し、次の感染拡大の波に備える有効な検査体制・医療提供体制を構築するため、ワーキングチームを設置し、各都道府県の取組を全国で共有するとともに、今後の取組を検討することとされた。

本報告書は、こうして設置された「新型コロナウイルス対策検証・戦略ワーキングチーム（以下「WT」という。）」において検討を行った項目について、これまでの対策やその課題を整理するとともに、今後必要となる取組や国へ要望すべき事項をとりまとめたものである。その際、全都道府県にアンケート調査を行った結果を反映させるとともに、WTの幹事をお願いした都道府県の取組状況について参考資料として掲載している。今後、各都道府県において新型コロナウイルス感染症対策を進めるに当たり、参考となれば幸いである。

1. 基本的な方向性

新型コロナウイルス感染症については、感染者のうち他人に感染させるのは一部に限られることから、地域や時期によって感染状況が大きく異なるという特徴がある。すなわち、大都市部では、ひとたび感染が広がると、一定の期間は感染者数が増大した状態が続くのに対し、地方部では、比較的感染が落ち着いている状態の団体がある一方で、クラスターの発生等を通じて感染が短期間に急速に拡大することもある。

また、検査体制や医療提供体制の検討にあたっては、複数の中核的な医療機関や民間検査機関が存在する大都市部と、中核的な医療機関が大学病院や県立病院に限られ、検査も地方衛生研究所が中心となる地方部では事情が異なる。

こうした差異を反映し、本WTにおいて各都道府県の取組を議論する中でも、大きく分類すると、医療提供体制の状況を重視して医療機関の役割分担により対処しようとする大都市型のアプローチと、比較的感染が落ち着いている段階では感染者の関係者に対して幅広くPCR検査等を行い感染が拡大しないよう囲い込みを図る一方で、地域の中核病院を中心にクラスターの発生等に備えるという地方型のアプローチが見られたところである。（なお、この分類は各都道府県の取組の特徴を大きく2つに分類したものであり、実際にはこれらの双方を取り入れた取組を行っている例、都道府県内の地域によって大都市型と地方型の双方の取組をそれぞれ行っている例もあることに留意する必要がある。）

今後の感染の波に備えるため、各都道府県において検査体制や医療提供体制を検討するに当たっては、必ずしも全国一律の取組ではなく、このような地域による状況の差を考慮したアプローチをとることが適当と考えられる。また、国においても、こうした状況を踏まえて、各都道府県が地域の实情に応じた対策を講じることができるよう、必要な支援を行うことを要望したい。

2. 地域の感染ルートについて

新型コロナウイルス感染症の陽性患者について地方部を中心に感染ルートを追える地域においては、

- ・感染がまん延している外国からの帰国又は外国からの訪問客との接触
- ・感染がまん延している地域への出張・通勤や旅行・イベント参加等又は当該地域からの帰省

等により地域に入ってきた新型コロナウイルスが、

- ・職場や家庭
- ・会食（特に接待を伴う飲食）や集会等

を通じて地域に広がるというケースが見られる。

この点について、感染経路不明者が多数生じた大阪府における分析では、感染拡大の収束につながった取組として、「水際対策による海外由来の感染拡大の検出」、「府民の行動変容（外出自粛・手洗いの徹底・マスクの着用）」、「保健所による積極的疫学調査の徹底（感染経路不明者の濃厚接触者を特定し、3次感染、4次感染を防止）」の3つが仮説として指摘されている。地域の外からの流入と、地域の中での拡大を防ぐことが重要と考えられる。

特に、インフルエンザでは1人の患者が複数名に感染させるのに対して、新型コロナウイルスは約8割の感染者は他の人に感染させず、残りの約2割の感染者が他の人に感染させるが、稀に多くの人に感染させる感染者が発生し、このため、クラスター感染（集団感染）が発生するとされている（「新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言」（令和2年5月29日新型コロナウイルス感染症対策専門家会議））。

このため、クラスター感染が発生したか否かで、各都道府県における患者数が大きく異なる。また、クラスターの連鎖は大規模な感染拡大につながることから、クラスター対策の発生予防や発生時の早期対処は、引き続き重要な課題であると考えられる。こうした観点から、これまでクラスターが多く発生した施設の分析を行う。

3. 全国におけるクラスター感染の発生状況と対応

6月19日時点で各都道府県に照会をしたところ、特定の1か所で5人以上の感染者が発生した事例は、全国で238件となっている。

施設区別にみると、病院、診療所等の医療機関が84件（35.3%）、高齢者福祉施設や障がい者施設等の社会福祉施設が62件（26.1%）、キャバレー、ナイトクラブ、バー等の接待を伴う飲食店が41件（17.2%）となっており、これら3つの区分で約8割を占めている。

このほか、企業・事業所、スポーツジム・運動教室、ライブハウスなどでもクラス

ターが発生した事例が生じている。

こうしたクラスターが発生し、拡大した理由について、施設ごとに分析をすると概ね下記のとおりである。

(1) クラスター発生・拡大の理由

ア 医療機関

- ・原疾患による発熱や、無症状、偽陰性による感染者の発見の遅れ
- ・入院（入所）患者等の陰性を確認しないままの転院・退院や転棟（個室への移動を除く）
- ・通常の看護ケアやリハビリ時の手指衛生や、吸引措置・食事介助の際の目の防護等の、感染予防策の不徹底
- ・个人防护具（PPE）等の資材の不足
- ・通常診療の継続（CTや血液検査の実施）による感染者との接触機会の増
- ・動線の交差、リハビリの実施等による病棟をまたいだ患者・スタッフの移動
- ・トイレや更衣室、休憩室、仮眠室、食堂等における職員同士の感染
- ・スタッフ不足等を背景とした体調不良の職員の勤務継続

イ 社会福祉施設

- ・発熱者発生時の保健所等への連絡の遅れ
- ・デイケア等の通いの利用者や面会者からの感染
- ・移乗、食事・入浴介助等の介護ケアにおける密着機会の多さ
- ・認知機能が低下した入所者によるマスク・手洗い等の感染予防策の困難さ
- ・施設内のゾーニング、感染者と未感染者の区分けの不徹底
- ・个人防护具（PPE）等の資材の不足や使いまわし等の不適切な使用
- ・職員の感染によるスタッフ不足から生じる不十分な介護
- ・クラスターの発生施設名を非公表としたことによる施設間の情報共有の不足

ウ 接待を伴う飲食店等

- ・狭い店内や換気が難しい構造等、三密が生じやすい環境
- ・マスク着用等の感染予防策の不徹底
- ・患者発生時における疫学調査の困難さ 等

こうしたクラスター発生・拡大の要因を考慮すると、今後、クラスター対策として下記の対策を適切に講じることが必要と考えられる。

(2) クラスター対策として必要な事項

ア 医療機関、社会福祉施設等の施設

（事前の体制整備）

- ・ケア時の感染予防対策に係るガイドラインの作成
- ・感染症対応リーダーの育成、个人防护具の着用等の感染予防策や発生時の対応等について事前の職員研修や訓練の実施
- ・職員の感染を想定した外部からの人員派遣体制の構築
- ・社会福祉施設での患者発生に備えた医療提供体制の整備（入院する場合だけでなく施設内で療養する場合も含む）

(標準予防策の徹底)

- ・患者に接触する前後の手指衛生の徹底
- ・个人防护具（PPE）の適切な着用や廃棄の徹底
- ・サージカルマスクや消毒用アルコール等の十分な供給
- ・職員の健康管理の徹底（発熱等の症状が見られる職員は出勤させない）
- ・換気設備の整備、清掃など適切な維持管理

(職員間の感染対策)

- ・休憩室や更衣室も含め、マスクの常時着用
- ・仮眠室等の共有の設備の清掃、消毒

(感染者の発見)

- ・発熱や呼吸器症状等、感染の疑いがある場合の問診・検査の徹底
- ・検査結果が陰性の場合の偽陰性の可能性の検討、疑似症対応の継続

(患者発生時の対応)

- ・早期の報告、支援チームの早期介入による感染管理
- ・濃厚接触者をはじめ幅広い関係者に対する検査の早期実施
- ・ゾーニングや動線確保の徹底（職員がPPEフリーで休めるスペースも必要）
- ・病棟の移動、転院・退院の制限
- ・施設間・職員間の情報共有や職員のメンタルヘルスケア
- ・発生施設・職員に対する誹謗中傷の防止

イ 接待を伴う飲食店

- ・感染防止ガイドラインの徹底
- ・換気等の施設の改修
- ・発生時の店名公表、利用者への相談・受検の呼びかけ等のルール化
- ・接触確認アプリの活用やQRコード等を活用した利用者への濃厚接触者通知システムの整備

なお、高齢者や障がい者の入所施設では、クラスターの発生のリスクに加えて、入所者の重症化リスクが高い一方で、認知症や障がい特性により環境変化を避けるため入院ではなく施設での療養を行う必要がある等、クラスター発生時の対応には非常に困難が伴うところである。このため、クラスター発生時の支援チームの早期介入や応援職員の派遣について、事前に関係団体との調整を進めておくことが重要である。

こうした点を踏まえ、国においても、専門的な支援体制を拡充するとともに、広域的な応援職員の派遣体制について関係者の全国団体と調整するなど、制度的な支援を進める必要がある。特に、障がい者の施設については、介護施設に比べて小規模な施設が多く、また、障がいの種別や特性の違いを考慮すると都道府県レベルでの応援体制の構築が難しい地域も多いことから、広域的な枠組みが必要であると考えられる。

4. 保健所の体制の強化

新型コロナウイルス感染症対策において、保健所は、「帰国者・接触者相談センター」による電話相談を受け、疑い例の受診を調整するとともに、検体の搬送、陽性患者の入院医療機関の調整、積極的疫学調査など、新型コロナウイルス感染症対策の中

核業務を担っている。このため、3～5月の感染の波の際には、保健所の業務が大幅に増加し、「帰国者・接触者相談センター」の電話がなかなかつながらないという事例も全国各地で生じたほか、特にクラスターが発生した際には多忙を極め、職員の負担が過重になるとともに、通常業務も含めて多くの業務が滞る事態が生じた。特に、電話相談の殺到により、本来、専門職である保健師等が行うべき積極的疫学調査に支障が生じたとの声が多く寄せられた。

このため、各都道府県では、他部門からの応援、OB・OG保健師や非常勤職員の配置、電話回線の増設などによる保健所体制の強化を図るとともに、総合相談窓口等の設置や、帰国者・接触者相談センター業務の医師会・医療機関等への委託などによる保健所業務の負担軽減の取組を進めてきた。また、こうした取組と並行して、市が設置する保健所に職員を派遣する等の取組を行った都道府県もある。しかし、応援派遣や外部委託では対応が困難な積極的疫学調査など専門性を必要とする業務が多いことや、業務のICT化が進んでおらず情報の集約に課題があること、発熱等に関連しない様々な相談や苦情等が保健所に寄せられる等の課題も指摘されている。

こうしたことから、今後も引き続き、看護資格保有者等の活用による体制の強化や、相談・検体搬送等の業務の外部委託の更なる活用、業務のICT化やSNSの活用による業務の効率化などに取り組む必要がある。

また、複数のクラスターが発生した場合など感染が急速に拡大した地域の保健所の業務を支援するため、各都道府県内での応援では対処できない事態に備えて、都道府県や指定都市・中核市・保健所設置市に加えて保健所を有しない市町村や医療機関、看護協会等の関係者の協力も得て、大規模災害時における応援職員の派遣のような仕組みを構築するとともに、職員の研修、図上・実働の訓練の実施、受援計画の策定を行うなど、事前の準備を行っておく必要がある。なお、こうした応援体制は、積極的疫学調査等の業務に従事する職員だけでなく、マネジメント支援を担当する職員についても構築する必要がある。

さらに、今後の課題としては、新型コロナウイルス感染症以外の感染症の発生も見据え、中長期的に保健師の増員を図るとともに、ICT化の推進や上記の保健所業務に係る相互応援を円滑に行う観点から、保健所業務の標準化に取り組む必要もある。

国においては、こうした取組を促進するため全国的な統一基準の提示に加え、財政支援の充実、積極的疫学調査等の保健所が担う感染拡大防止対策への助言やクラスター一班の派遣による業務支援、保健師等の人材育成、保健所業務の共通マニュアルの作成等に取り組む必要がある。

5. PCR検査等の検査体制の構築

3～5月の感染の波の際には、前述のとおり「帰国者・接触者相談センター」に相談が殺到して電話がつかない事態が生じたほか、「帰国者・接触者外来」における診察・検体採取、地方衛生研究所におけるPCR検査の実施にも時間を要し、必要な方が迅速に検査を受けることができない状態が生じた。

このため、各都道府県では、保健所体制の強化に加え、「帰国者・接触者外来」の増設、ドライブスルー・ウォークスルー方式の導入や、医師会等と連携した「地域外来・

検査センター」(PCR検査センター)の設置、検査機器の増設や担当職員の増員などに取り組んできた。また、国においても、検査の保険適用や、鼻咽頭拭い液によるPCR検査に加えて唾液を用いた検査や抗原検査の導入が進められた。このような状況を受けて、特に都市部の団体では、PCR検査センターや医療機関における検査が広がりつつある一方、地方部の団体では、民間検査機関の立地が限定的で結果の判明に時間を要すること等もあり、地方衛生研究所の体制強化により対応をしている例が多くみられる。

他方で、検査機器・試薬の不足、検体処理を行うことができる人材の確保や研修等の人材育成の時間の確保が困難、医療機関での検査における契約等の処理、PCR検査と抗原検査の使い分け等に課題があるとの指摘もある。

また、症状のある者や感染者の濃厚接触者に加えて、感染が拡大していると考えられる地域や業種での一斉検査や、感染拡大を早期に封じ込めるための濃厚接触者以外の関係者等への幅広い検査、施設内感染を防ぐための医療・介護等の従事者への検査、公益性の高い被災地への応援職員・ボランティアへの検査など、PCR検査等については引き続き戦略的に拡大していく必要があると考えられる。さらに、大規模なクラスターの発生時や冬場の季節性インフルエンザ流行時の対応等についても、考慮する必要がある。

このため、必要な者が迅速に検査を受けられるよう、今後も引き続き大学や医療機関、医師会、市町村等との連携による検査体制の拡充を図るとともに、検査機器の導入支援、検査に携わる人材の育成を図る必要がある。また、SmartAmp法や抗原検査など迅速に結果が判明する手法も含めた効率的な検査実施体制について検討する必要がある。

国においては、必要な検査数や検査体制の目標を明示し、各都道府県の取組に係る財政支援を充実するとともに、試薬・検査キットや検査機器等の安定供給体制の確保、民間検査機関の全国展開の働きかけ、検体採取時の医療従事者の感染リスクを低減させるための唾液を用いた迅速抗原キットなど新たな検査方法の開発、さらには円滑な検査の実施に向け、多様化する検査手法も含めて国民への丁寧な説明に取り組むよう要望する。なお、費用負担の在り方については、検査体制の拡充に応じて一定の個人負担も検討を行う必要があるという意見がある一方、国民の不安感が社会経済活動の大きな障害になっており、負担軽減により希望する者が誰でも検査を受けることが可能となる体制が必要との意見もあった。

6. 医療提供体制の確保、医療機関への経営支援

3～5月の感染の波の際には、全国的にサージカルマスク、長袖ガウン、ゴーグル及びフェイスシールド等の個人防護具が不足し、多くの医療機関で院内感染のリスクに晒されながらの診療等を行わざるを得ない状況に陥った。

また、新型コロナウイルス感染症の患者を受け入れるためには、専用病床やそのためのスタッフを確保するとともに、施設内のゾーニングや患者・スタッフの動線確保などの対応を行う必要がある。こうした対応には医療機関に大きな負荷がかかり、各都道府県では重点医療機関・協力医療機関の確保に苦慮するとともに、保健所による入院先の調整に要する時間も長期化し、自宅や福祉施設内での療養を余儀なくされる

ケースも多発した。

このため、各都道府県では国と連携して医療機関に医療資機材を供給するとともに、医師会や看護協会等とも連携して人材の確保に取り組んできた。また、国の交付金の活用による医療機器の整備等の支援を通じて、公立・公的病院に加えて大学病院や民間病院の協力も得て、重点医療機関・協力医療機関の確保に取り組んできた。また、無症状者や軽症者については宿泊施設を借り上げ、医療機関ではなく宿泊施設で療養できるようにしてきた。

他方で、医療機関においては、ECMO・人工呼吸器や感染管理に習熟した人材の確保、新型コロナウイルス感染症の患者数の増減に応じた専用病床と一般病床の切り替えの判断、医療従事者への差別や偏見等の事例などに苦慮しているとの声が寄せられている。特に地方部の県からは、小規模な病院が多く、専用病床を病棟単位で確保することが困難で重点医療機関の指定が進まないとの声がある。また、宿泊療養施設においても、運営スタッフの確保、患者数の動向に応じた確保すべき室数の調整、風評被害の懸念や近隣住民への説明に苦慮しているとの声が寄せられている。

また、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では、空床確保や一般の入院患者や外来患者の受入制限などにより減収が生じ、経営が悪化しているほか、新型コロナウイルス感染症の患者を受け入れていない医療機関においても、受診控え等による減収が生じている。

さらに、新型コロナウイルスの感染への恐れから、救急・搬送の受入れ困難事例が生じたほか、周産期、小児、障がい児者、がん患者・透析患者や外国人などの特別な配慮が必要な患者への対応も必要となっている。

こうした医療提供体制の確保については、都市部と地方部で異なるアプローチが必要であると考えられる。すなわち、都市部にあっては、一定の範囲に複数の中核的な病院が立地する利点を生かし、「コロナ専用病院」の設置も含めて病院間の役割分担により地域の医療提供体制を構築することが考えられる。この場合、保健所が中心となって定期的に病院間の情報共有を図る仕組みを構築し、病院長同士が顔の見える関係となり患者動向に応じて柔軟に役割分担の見直しを行うことが重要である。

他方で、地方部にあっては、大学病院や県立病院等の中核的な医療機関が、新型コロナウイルス感染症の患者から高度医療が必要な様々な患者まで一手に引き受けざるを得ないケースも多く、この場合は、こうした中核的な医療機関において院内感染を防ぐ取組を徹底するとともに、資源の集中的な支援を行う必要がある。

また、いずれの場合であっても、新型コロナウイルス感染症の患者を受け入れるためには、単に専用病床を確保するだけでなく、その運営に当たる高度な技能を有する人材と、個人防護具をはじめとした医療資機材が必要となる。医療従事者に対する処遇改善や宿泊施設の確保等の負担軽減の取組に加えて、事前の研修等を通じた人材育成の取組、さらには医療資機材の備蓄や安定供給体制の構築が重要であると考えられる。

さらに、こうした準備を行っていたとしても、感染が急速に拡大した地域では医療提供体制がひっ迫し、また医療機関においても院内感染や濃厚接触等により業務に従事できない職員が多数生じ、通常の医療提供体制を確保できなくなることも想定されることから、他地域の医療機関での患者受入れや、他地域からの医療従事者の応援体制を構築する必要がある。この点に関しては、7～8月にかけて急速な感染拡大に見舞われた沖縄県からの派遣要請を受けて、全国知事会の調整により各都道府県から看

護師の派遣を行ったところであり、この取組が参考になるものと考えられる。

国においては、地域の実情に応じた持続可能な医療機関の経営に資するため、地方の意見にも配慮した診療報酬の引上げや福祉医療機構による無利子・無担保貸付の拡充、公立病院に対する財政支援など、医療機関の経営支援策を早急に実現するとともに、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金については、医療資機材の確保に係る備蓄経費や患者受入体制整備を目的とした病院改修等に加え、従来の病棟を単位とする重点医療機関の施設要件の弾力的な運用をはじめ、入院医療機関に対する運営経費支援を対象とするなど、都道府県の判断で地域の実情に応じて柔軟に幅広く活用できるように改善していただきたい。また、専用病床や宿泊療養施設の確保を計画的に行うことができるよう、早期の交付決定や今後の予算措置も必要である。さらに、医療従事者慰労金については、6月30日までを対象期間としているが、新たな感染拡大が発生していること、秋冬に向けてさらに病床を確保する必要もあることから、対象期間を延長する等の対応も必要である。加えて、G-MISの改善、対象拡充による医療資機材の供給円滑化や安定供給体制の構築、医師・看護師確保対策の強化やオンライン診療の評価・検証を踏まえた推進等の取組を進めていただく必要がある。

また、今後も新型コロナウイルス感染症以外の感染症が多発することも考えられることから、こうした状況も踏まえた医師・看護師確保対策の強化、とりわけ感染症専門医、感染管理看護師や実地疫学専門家等の専門的な人材の育成・確保に取り組む必要がある。

7. 都道府県間の広域連携、市町村等他機関との連携

(都道府県間の広域連携について)

新型コロナウイルス感染症については、地域医療の体制が都道府県単位で構築されていることに加えて、特別措置法において都道府県知事が様々な措置を講じることとされていることなどから、各都道府県が中心となって対策を実施してきたところである。

こうした中で、特に通勤・通学など都道府県境を越える広域的な人の動きが多く見られる大都市圏をはじめ、各地で各都道府県が連携して住民へのメッセージを発する取組が行われたところである。

他方で、各都道府県からは、都道府県境をまたぐ濃厚接触者や施設の調査、他団体で検査を受けた住民の対応で情報共有が円滑に進まないという声が寄せられている。

各都道府県においては、現時点でも担当者同士のやり取りをしながら積極的疫学調査等の業務を進めているところであるが、明確なルールが存在しないことから、団体によって対応が異なるという事例も見られる。また、事前の広域支援の協定に基づき、クラスター発生時のPCR検査の実施に当たって他府県から協力を得た事例や、ECMOの機器やこれに習熟した人材の確保が困難であることを踏まえ、重症患者向けの病床を広域利用する取組もあるが、重症患者の搬送に関して、隣県の大学病院等の方が近い場合でも具体的な手順が定まっていないという指摘もある。

このため、都道府県間の情報共有について明確なルールを作成し、新型コロナウイルス感染症対策を行うために必要な情報共有を円滑に行えるようにする必要がある

とともに、特に各都道府県間の調整にあたっては、感染者情報の公開に係る取扱いに労力を要することから、国においては情報公開の統一的なルールの策定を検討する必要がある。

また、すでに各分野で記述したように、感染が急速に拡大した地域に対して、保健所の職員や医療・介護の従事者等の応援派遣を広域的に行う体制を構築する必要がある。

（市町村等との連携について）

新型コロナウイルス感染症対策にあたっては、前述のとおり特別措置法では都道府県知事がさまざまな措置を講じることとされている一方、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「感染症法」という。）においては、様々な措置は都道府県、指定都市、中核市及び保健所設置市がそれぞれ講じることとされている。

このため、特に指定都市、中核市及び保健所設置市を有する都道府県においては、対策を講じる際の前提となる感染状況等の情報が十分得られないという事態も生じた。また、クラスター発生時の積極的疫学調査等、患者の行動歴などの個人情報も含めて情報共有を図る必要がある際に対応が遅れたという指摘も寄せられている。さらに、医療提供体制や宿泊療養施設の運営を巡って都道府県と市の間で方針の差異があった、都道府県間の場合と同様に患者の搬送の際に情報共有に課題があった等の声も見られる。

クラスターの発生時等の感染拡大時に迅速に対応するためには、特別措置法上の権限を有する都道府県と実際の感染症対策を担う保健所とが一体的な運用をすることが重要であり、こうした課題に対して、各都道府県では市の保健所にリエゾンを派遣したり、情報管理センターの設置やクラウドシステムの活用により情報の一元管理を行う、都道府県と保健所を所掌する市との合同対策本部や調査チームを設置する等の取組が行われている。他方で、こうした取組を行ってもなお調整に苦慮したとの指摘もあり、国においては、特別措置法と感染症法との関係を整理するなど制度的な対応を行うとともに、各都道府県においても、他団体の好事例を参考にして市の保健所との連携を強化する必要がある。また、国が整備したHER-SYSの活用を促進することで、都道府県と指定都市、中核市及び保健所設置市との情報共有を図ることとしているとの声もあり、国においては、HER-SYSの使い勝手の改善等、その有効活用に向けた課題の解決に引き続き取り組んでいただきたい。

また、都道府県の保健所の管内にある保健所を有しない市町村から、住民に一番近いところにいる基礎的自治体として、詳細な患者情報の提供を求められる事例が見られ、個人情報保護との兼ね合いで対応に苦慮しているとの声が見られた。特に、災害の発生時には、避難所で別室の確保等の対応をするため、市町村としても自宅待機中の濃厚接触者や自宅療養中の患者についての情報が必要となる。

このため、各団体の個人情報保護条例に従って、本人の同意を得たり、事前に覚書を締結して責任者や共有範囲をあらかじめ定めた上で業務遂行に必要な情報として、あるいは生命、身体等の保護のため緊急の必要があるとして、市町村に情報提供をする等の対応が考えられる。

8. 水際対策等、国と連携した対策の展開

政府においては、国内への感染者の流入及び国内での感染拡大を防止する観点から、水際対策として、入国制限、渡航中止勧告、帰国者のチェックや健康観察等の検疫の強化、査証の制限等の措置を実施している。

他方で、各都道府県からは、国際航空便の離発着を扱う各空港における空港検疫等の措置が不十分であり、「帰国者が自家用車やレンタカー等を使用して検査結果が判明する前に帰宅する」、「船を自宅として取り扱った結果、貨物船の交代要員として入国した船員が空港周辺での待機をせずに移動を開始した後で陽性が判明した」、「空港周辺で停留する施設が十分確保されていない」、「移動先の都道府県に対して十分な情報提供がなされていない」といった声が寄せられており、実際にこうした状況から入国者以外にも感染が拡大した事例も見られる。（なお、この点について、政府に対する要請を行った結果、検査結果判明前の待機施設への停留、帰国者情報の円滑な提供等の改善が図られた事例もある。）

また、保健所が帰国者への健康観察（フォローアップ）を担っているが、言語や文化の違いによるコミュニケーションの壁に加え、電話連絡が使えない等（検疫所から送付される連絡先の電話番号が使用されていない）、対応に苦慮しているケースが見られ、職員の大きな負担となっているとの指摘や、検疫所が独自に病院を確保しているため、地域の医療提供体制との調整が十分に行われていないとの指摘もある。

このため、国においては、検疫所における検査体制の拡充や多言語かつ分かりやすい表現による感染防止対策の徹底の啓発、空港周辺における一時待機施設の確保及び検査結果判明までの待機の徹底、地元自治体に過度な負担が生じないようにとの十分な調整による医療機関等の陽性者の受け入れ先の確保、ICTの活用による入国者の行動履歴の把握、都道府県への迅速な情報提供等の取組が必要と考えられる。

9. 特措法に基づく外出自粛・休業要請等の運用基準や法的な枠組みの在り方

今回の新型コロナウイルスの感染拡大に際して、4月7日に7都府県に対して特別措置法に基づく緊急事態宣言が出され、16日には対象が全国に拡大されたことを受けて、各都道府県は特別措置法に基づく外出自粛や休業の要請を行ったところである。

こうした要請については、4月の段階では新型コロナウイルスの実態が十分に判明しておらず、また急速に感染が拡大したこともあり、十分な検討の時間がない状態で、全域で外出自粛の要請が出されるとともに、休業要請についても多くの都道府県で広範な業種に対して行われたことから、地域経済や住民生活への影響も大きかったと指摘されている。こうした要請については、休業要請の対象施設を感染拡大防止に実効性があるものに限定するなど、私権の制限が必要最小限となるようにすべきと考えられる。

また、特別措置法には休業要請・指示に協力する事業者への支援の枠組みが十分ではなく、多くの都道府県では交付金も活用しつつ、独自に協力金の制度を設けて対応することとなった。また、休業要請・指示にもかかわらず営業を継続する事業者も見られたことから、特別措置法に補償金的な協力金を位置付けたり、罰則の規定を設けたりするなど、実効性を担保する法的措置を求める声が多く寄せられた。こうした実

効性の担保については、特別措置法だけでなく感染症法においても、積極的疫学調査への協力や自宅での療養に関して必要性が指摘されている。

さらに、特別措置法に基づく措置については、各都道府県知事が講じることとされている。この点に関して、感染症法では指定都市や中核市、保健所設置市もそれぞれ必要な措置を講じることとされており情報集約等に苦慮したとの声や、都道府県間で休業要請の対象となる業種を調整するのに苦慮した、結果的に休業要請の対象に差が生じ、都道府県境をまたいだ新たな人の流れを引き起こすこととなった、店舗が休業要請の対象となるか否かで全国チェーン等の事業者において混乱が生じた等の指摘もあった。

加えて、特別措置法の休業対象が新型インフルエンザを想定した人の集まる施設とされているため、ホテル・旅館の客室や観光地の駐車場等の施設が休業要請の対象とされておらず、旅館業法第5条の宿泊拒否の制限の規定もあり、広域的な人の動きを抑制する取組が十分に行えなかったとの意見もあった。

また、休業要請の運用に当たっても、特別措置法第24条第9項による協力要請と第45条第2項による要請の関係が曖昧であった、こうした要請について基本的対処方針において国への事前協議が必要とされ迅速な対応ができなかった等の意見もあった。

こうした点を踏まえ、すでに各都道府県では、感染拡大の傾向を受けて、迅速に、対象の業種や地域を限定したピンポイントの休業の協力要請を行う事例も見られるところであり、また国においても特別措置法第24条第9項による協力要請を個別の店舗に対して行うことができるとの見解が示されるなど、4月の経験を踏まえた対応が図られているところである。しかし、今後、特に秋から冬にかけて感染が再度拡大するおそれがあることを踏まえると、特別措置法や感染症法の改正、運用の改善が求められる。

10. 業種別ガイドラインの定着・運用をはじめとした新しい生活様式

5月に緊急事態宣言が解除されて以降、感染拡大の防止と社会経済活動の段階的な引上げを両立させる取組が進められているが、この取組は感染拡大を予防する「新しい生活様式」の定着や業種ごとの感染拡大予防ガイドラインの実践が前提とされている。

これを受けて、各都道府県では「新しい生活様式」や業種別ガイドラインについて、広報誌やメディアの広告、ホームページやSNS等も活用して広報に取り組むとともに、業種別ガイドラインを実践する店舗に対するステッカーの配布等の取組を行っている。

しかし、「新しい生活様式」については、特に若い世代や高齢者への浸透があまり進んでいないとの声があり、業種別ガイドラインについても、業界団体に加盟していない事業者への周知、取組項目実践の困難さ、店舗の利用者への周知等の課題も指摘されている。また、「新しい生活様式」や業種別ガイドラインの法的な位置付けや科学的な根拠・裏付けが明確でないとの指摘もあり、特に各都道府県ではガイドラインに関する助言・指導を行うだけの十分なノウハウを有していない、ガイドラインを遵守していない事業者への苦情対応が保健所業務の負担となっている等の声も寄せられて

いる。

さらに、劇場、コンサートホール等の大規模イベントの興行をはじめ、各事業者ではガイドラインを遵守することで収入の減少、経費の増大による収益性の悪化が生じており、支援の必要性を指摘する声もある。

このため、各都道府県では引き続き様々な広報媒体を活用して「新しい生活様式」や業種別ガイドラインの周知に努めるとともに、業界団体等の研修や店舗への訪問等を通じた事業者への浸透を図る必要がある。また、接触確認アプリや自治体独自の周知システム等の活用を呼び掛ける取組、ガイドラインを遵守する店舗の利用呼びかけや独自認定制度の創設等、事業者のインセンティブになる取組も必要と考えられる。

また、国においても、全国的な業界団体を通じたガイドラインの浸透状況を把握するとともに、科学的知見を踏まえたガイドラインの改定や見直し、観光等の顧客が広域にわたる業種における全国統一的な認定制度の創設、ガイドライン遵守に伴い業績が悪化する事業者等への経営支援等の取組が必要と考えられる。特に、クラスターが発生した店舗におけるガイドラインの取組状況の把握は、ガイドラインの改定・見直しに必須と考えられることから、こうした情報を収集・集約して分析するとともに、各都道府県や業界団体と情報共有する仕組みの構築を検討していただきたい。

1 1. 新型コロナウイルス感染症を前提とした医療・保健・福祉施策の在り方

新型コロナウイルスの感染拡大により、感染症対策に限らず、医療、保健、福祉施策の在り方全般について、従来の手法を見直す必要性に迫られている。

例えば、地域医療構想に関して、特に公立・公的病院の病床の在り方や医師・看護師の確保についての議論が進められてきたが、今般の新型コロナウイルスの感染拡大を受けて、これらの施策については、今後も発生が懸念される感染症対策を反映させたものとする必要がある。

また、外出自粛要請や各種のサロン・教室等の閉鎖を踏まえた高齢者の健康づくりの場の提供やICTを活用した見守り・相談対応、「密」をつくらないがん検診や特定健診等の実施、「新たな日常」の中での健康的な生活習慣の定着などにも取り組む必要がある。

さらに、感染拡大の影響により増加が見込まれる生活困窮者への支援、子ども食堂の休止等の状況を踏まえた子どもたちの居場所や学び、経験の場の確保、加えて豪雨や台風をはじめとした自然災害が頻発する中、避難所における感染予防対策の取組も課題となっている。

こうした取組については、各都道府県において感染症対策と並行して取組に着手してきているところであるが、今後、各都道府県の好事例、先進的事例を共有する等の取組を通じて、地域の創意工夫による取組を全国に広げていく必要があると考えられる。また、国においても、そのための財政支援を充実する必要がある。

1 2. 季節性インフルエンザの流行への対応及びワクチン接種

今後、秋・冬の時期を迎え、新型コロナウイルス感染症が季節性インフルエンザと

同時に流行することが懸念されている。このため、各都道府県においては、5. で前述したとおり季節性インフルエンザの流行も見据えた検査体制を構築すべく、関係機関との協議を始めるとともに、医療機関における外来患者の動線の区分など、感染防止の徹底を働きかける必要がある。

国においては、緊急包括支援交付金の対象に施設の改修や設備の工事等を加えるなど、こうした取組に必要な財政支援を行うとともに、季節性インフルエンザについても、検体採取時の医療従事者の感染リスクを低減させるため、唾液を用いた迅速抗原キットなど新たな検査方法の開発を促進する必要がある。また、季節性インフルエンザのワクチン接種希望者が例年以上に増加することが見込まれることから、流通のコントロールも含め必要な量を安定的に供給する体制の構築及びワクチンの優先接種対象者や診療体制に関する方針等の早急な明示、国民に対する周知・啓発が必要である。

また、新型コロナウイルス感染症のワクチンについても、世界中で開発が進められるとともに、国においては、ワクチン接種の優先順位等の検討が進められ、先般、新型コロナウイルス感染症対策分科会において、高齢者、基礎疾患のある方や、これらの方の新型コロナウイルス感染症の診療を直接行う医療従事者を優先接種の対象とする考え方が示されたところである。これらに加えて、新型コロナウイルス感染症対策の中核業務を担う保健所の職員、さらには、高齢者福祉施設や障がい者施設等の社会福祉施設の職員についても、3. で記載したようにこれらの施設でクラスターが多く発生していること、また感染者が発生した後も施設運営を継続する必要があることなどを踏まえ、ワクチンの優先接種の対象とすべきと考えられる。

13. 偏見・差別やデマ等への対策

3～5月の感染の波以降、新型コロナウイルスの感染者や濃厚接触者、その家族に対する誹謗中傷や、医療・介護の従事者をはじめ社会機能の維持に必要な事業を支える、いわゆる「エッセンシャルワーカー」に対する差別的な扱いなどの事例が生じている。また、感染者に対する退院後の医療・介護のサービス提供の確保に困難が生じた事例や、感染者やその関係の企業、立ち寄り先の店舗等を巡り、根拠が不確実な情報が固有名詞も含め、インターネット等で広く拡散されるという事態も見られた。さらに、全国に緊急事態宣言が発せられ、広域的な人の移動を抑制する取組が行われた時期を中心に、他の都道府県ナンバーの車に対する嫌がらせが頻発した地域もあったところである。

こうした人権侵害の事案は、それ自体が許されるものではないことに加えて、積極的疫学調査への協力やPCR検査等の受検などの感染拡大防止の取組への支障、さらには地域や社会の分断・軋轢を生じさせるものであり、看過できないものである。

全国知事会では8月11日に「人権メッセージ」を取りまとめ、私たちが闘う相手は「ウイルス」であって「人間」ではないと呼びかけたところであるが、各都道府県においても、知事のメッセージの発信、広報媒体を通じた住民への呼び掛け、ネットでの誹謗中傷に対するパトロール、相談窓口の設置や訴訟等に備えた画像等の保存、人権侵害の疑いがある事案の法務局への通報など、様々な取組が進められている。

こうした取組は引き続きねばり強く行う必要があるとともに、国においても、国民向けの啓発や、人権相談の窓口も含めた相談体制の強化、地方公共団体が行う啓発・

相談等への財政支援、偏見・差別を受けた方への支援を感染症関連の法令に位置付けること等に取り組んでいただく必要がある。

おわりに

本報告書は、3～5月の感染の波に際して、各都道府県が講じた対策やその際に感じた課題を踏まえて検討を進めた結果を取りまとめたものである。他方で、新型コロナウイルス感染症については、本報告書の取りまとめに当たっている8月下旬の時点でも全国的な感染が生じており、新たな類型でのクラスターが発生するなど、その状況は日々動いている。

このため、本WTとしても、引き続き状況をフォローし、必要に応じて各都道府県の対応を集約し、情報共有する必要がある。また、特別措置法や感染症法等の制度的な見直しについては、法改正に向けて具体的な検討を行い、国に対して提案を行っていく必要があるとの意見もあったところである。

本WTの開催及び報告書のとりまとめに当たっては、日本医師会の釜菴常任理事にアドバイザーとして参画いただき、ご助言をいただいた。また、内閣官房・厚生労働省にもオブザーバーとしてご参画をいただいた。ご多忙の中ご協力をいただいた関係の皆様に、深く感謝申し上げる次第である。

令和2年9月4日

経済再生担当大臣

西村 康 稔 殿

全国市長会
会長

立 谷 秀 清



全国町村会
会長

荒 木 泰 臣



「新型コロナウイルス感染症のワクチン接種に係る
緊急要望」の実現方について

全国市長会と全国町村会において、別紙のとおり
「新型コロナウイルス感染症のワクチン接種に係る
緊急要望」を取りまとめましたので、その実現方につ
きまして特段のご高配を賜りますよう、よろしく
お願い申し上げます。

令和2年9月4日

厚生労働大臣

加藤勝信 殿

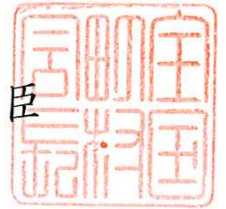
全国市長会
会長

立谷秀清



全国町村会
会長

荒木泰臣



「新型コロナウイルス感染症のワクチン接種に係る
緊急要望」の実現方について

全国市長会と全国町村会において、別紙のとおり
「新型コロナウイルス感染症のワクチン接種に係る
緊急要望」を取りまとめましたので、その実現方につ
きまして特段のご高配を賜りますよう、よろしく
お願い申し上げます。

新型コロナウイルス感染症のワクチン接種に係る緊急要望

我が国では、新型コロナウイルス感染症によって国民生活及び経済活動に甚大な被害が生じている。

このような中、国においては、新型コロナウイルス感染症のワクチンについて、生命・健康を損なうリスクの軽減や医療への負荷の軽減、更には社会経済の安定につながることを期待されることから、ワクチンを全国民に提供できる数量の確保を目指すとしている。また、ワクチンの接種に係る実施体制についても、議論されているところであり、市町村としても、国民・住民の命と健康を守るため、できる限り協力していく所存である。

しかしながら、新型コロナウイルス感染症のワクチン接種については、予防接種法等における既存の類型に位置付けられておらず、実施に向けた具体的な接種方法や費用負担・国と地方の役割分担の在り方等について、様々な課題が想定され、懸念しているところである。

については、今回の国民へのワクチン接種は、国家的事業であることを踏まえ、国が主導的な役割を担うことを前提に、市町村と様々な課題を協議する場を設けるとともに、下記の事項について真摯かつ適切に対処されたい。

記

1. ワクチンの安全性や有効性等の必要な情報について、国民に対して十分に周知するとともに、基礎自治体である市町村にも十分かつ適切に説明すること。
2. ワクチン接種の実施に当たっては、地方自治体の負担が生じないよう、準備経費等も含め全額国費による財政措置を講じること。
3. 接種に係る優先順位等を市町村の判断に委ねることのないよう、接種方法について明確な指針等を示すこと。
4. 副反応等による健康被害救済や相談対応について、国の責任を明確化するとともに、円滑な実施体制を構築すること。

令和2年9月4日

全国市長会会長 立谷 秀清
全国町村会会長 荒木 泰臣

(1) 感染の状況 (疫学的状況)

(2) ①医療提供体制 (療養状況)

参考資料1

Table with 14 columns (A-L) and 47 rows. Columns include: A (人口), B (直近1週間累積陽性者数), C (対人口10万人B/(A/100)), D (その前1週間累積陽性者数), E (直近1週間とその前1週間の比(B/D)), F (感染経路不明な者の割合(アリンク割合)), G (入院患者・入院確定数), H (うち重症者数), I (入院患者・入院確定数), J (うち重症者数), K (宿泊療養者数), L (宿泊療養者数). Rows list prefectures from 北海道 to 沖縄県, plus a 全国 (National) row.

※：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）は、厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況等及び入院患者受入病床数等に関する調査」による。同調査では、記載日の翌日 00:00時点としてとりまとめている。
※：入院確定数は、一両日中に入院すること及び入院先が確定している者の数。
※：重症者数は、集中治療室（ICU）等での管理、人工呼吸器管理又は体外式心肺補助（ECMO）による管理が必要な患者数。
※：各数値は、資料掲載時点において把握している最新の値としている。掲載時以降に数値が更新されることにより、前週の値が前週公表の値と一致しない場合がある。
※：東京都、滋賀県、京都府、福岡県及び沖縄県の重症者数については、これまで都府県独自の基準に則って報告された数値を掲載していたが、8/21公表分からは、国の基準に則って、集中治療室（ICU）等での管理が必要な患者も含めた数値が報告されている。

(2) ②医療提供体制（病床確保等）

(3) 検査体制の構築

参考資料1

	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W
	新型コロナ対策協議会の設置状況	患者受入れ調整本部の設置状況	周産期医療の協議会開催状況	受入確保病床数	受入確保想定病床数	宿泊施設確保数	最近1週間のPCR検査件数	2週間前のPCR検査件数	変化率(S/T)	(参考)それぞれの週の陽性者数	
時点	5/1	5/1	5/19	8/25	8/25	8/25	~8/30(1W)	~8/23(1W)		~8/30(1W)	~8/23(1W)
単位				床	床	室	件	件		人	人
北海道	済	済	済	628	1,767	810	3,122	2,722	1.15	61	85
青森県	済	済	済	158	225	30	78	76	1.03	2	0
岩手県	済	済	済	205	350	225	173	364	0.48	8	2
宮城県	済	済	済	345	450	100	900	910	0.99	12	8
秋田県	済	済	済	231	235	16	164	224	0.73	4	3
山形県	済	済	予定	215	215	188	182	215	0.85	1	1
福島県	済	済	済	229	350	100	1,619	1,241	1.30	33	20
茨城県	済	済	済	171	500	104	3,844	4,075	0.94	41	51
栃木県	済	済	済	311	311	111	1,053	1,259	0.84	14	13
群馬県	済	済	済	302	330	150	1,673	1,649	1.01	57	82
埼玉県	済	済	済	974	1,400	1,225	8,214	9,201	0.89	342	341
千葉県	済	済	済	1,147	1,200	710	5,153	6,542	0.79	262	315
東京都	済	済	済	3,300	4,000	3,044	36,090	39,882	0.90	1,384	1,619
神奈川県	済	済	済	1,939	1,939	545	10,140	12,473	0.81	492	567
新潟県	済	済	済	456	456	176	640	902	0.71	3	11
富山県	済	済	済	500	500	200	876	884	0.99	43	33
石川県	済	済	済	258	254	340	1,117	1,109	1.01	58	110
福井県	済	済	済	190	190	75	1,255	884	1.42	59	8
山梨県	済	済	済	285	250	28	1,831	1,249	1.47	6	27
長野県	済	済	済	350	350	250	1,213	986	1.23	77	24
岐阜県	済	済	済	397	625	466	1,035	798	1.30	16	27
静岡県	済	済	済	300	450	155	2,985	2,977	1.00	39	27
愛知県	済	済	済	791	839	1,300	4,707	5,359	0.88	307	448
三重県	済	済	済	363	363	100	812	1,293	0.63	26	58
滋賀県	済	済	済	175	450	62	1,597	871	1.83	54	55
京都府	済	済	済	495	515	338	2,911	4,395	0.66	130	200
大阪府	済	済	済	1,257	1,615	1,517	10,634	14,090	0.75	655	1,001
兵庫県	済	済	予定	652	650	488	4,172	3,679	1.13	140	229
奈良県	済	済	済	467	500	108	1,001	1,338	0.75	25	96
和歌山県	済	済	済	236	400	137	461	1,140	0.40	5	29
鳥取県	済	済	済	313	300	340	291	512	0.57	0	1
島根県	済	済	済	253	253	163	184	358	0.51	3	2
岡山県	済	済	済	250	250	207	773	945	0.82	7	12
広島県	済	済	済	553	500	295	1,000	1,661	0.60	7	14
山口県	済	済	済	423	423	638	1,300	380	3.42	53	28
徳島県	済	済	済	200	200	208	1,042	1,055	0.99	22	16
香川県	済	済	済	185	185	101	537	606	0.89	7	6
愛媛県	済	済	済	229	223	67	155	155	1.00	0	4
高知県	済	済	済	192	200	16	327	312	1.05	16	7
福岡県	済	済	済	490	760	1,057	8,878	10,565	0.84	450	486
佐賀県	済	済	済	281	281	230	391	589	0.66	15	27
長崎県	済	済	済	395	395	224	2,012	3,716	0.54	29	16
熊本県	済	済	済	400	400	1,430	1,389	1,749	0.79	40	64
大分県	済	済	済	330	330	700	1,402	1,594	0.88	7	35
宮崎県	済	済	済	246	246	250	388	596	0.65	15	54
鹿児島県	済	済	済	253	300	370	1,140	894	1.28	19	19
沖縄県	済	済	済	461	425	340	2,632	3,915	0.67	231	273
全国	-	-	-	22,781	27,350	19,734	133,493	152,389	0.88	5,277	6,554

※：受入確保病床数、受入確保想定病床数、宿泊施設確保数は、厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況等及び入院患者受入病床数等に関する調査」による。

同調査では、記載日の翌日 00:00時点としてとりまとめている。

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

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

※：各数値は、資料掲載時点において把握している最新の値としている。掲載時以降に数値が更新されることにより、前週の値が前週公表の値と一致しない場合がある。

【 医療提供体制 】

	A	B	C				D		E		F
			①病床のひっ迫具合						②療養者数		
			全入院者		重症患者		重症患者				
人口	確保病床使用率	確保想定病床使用率	確保病床使用率 【重症患者】	確保想定病床使用率 【重症患者】	確保病床使用率 【重症患者】	確保想定病床使用率 【重症患者】	確保病床使用率 【重症患者】	確保想定病床使用率 【重症患者】	療養者数		
時点	2019.10	8/25	8/25	8/25	8/25	8/25	8/25	8/25	8/25	8/25	
単位	千人	% (前週差)	% (前週差)	% (前週差)	% (前週差)	% (前週差)	% (前週差)	% (前週差)	% (前週差)	対人口10万人 (前週差)	
ステージⅢの指標		25%	20%	25%	20%					15	
ステージⅣの指標			50%		50%					25	
北海道	5,250	16.1% (+2.5)	5.7% (+0.3)	2.1% (▲0.9)	1.1% (▲0.5)					2.6 (+0.2)	
青森県	1,246	0.0% (▲0.6)	0.0% (▲0.4)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)					0.0 (▲0.1)	
岩手県	1,227	2.9% (+0.5)	1.7% (+0.3)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)					0.5 (+0.1)	
宮城県	2,306	0.9% (▲1.2)	0.7% (▲0.9)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)					0.3 (▲0.0)	
秋田県	966	2.2% (▲3.0)	2.1% (▲3.0)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)					0.5 (▲1.2)	
山形県	1,078	0.5% (+0.5)	0.5% (+0.5)	4.0% (+4.0)	3.8% (+3.8)					0.1 (+0.1)	
福島県	1,846	15.7% (+7.4)	10.3% (+4.9)	0.0% (▲6.7)	0.0% (▲2.0)					2.0 (+0.9)	
茨城県	2,860	21.1% (▲10.5)	7.2% (▲3.6)	6.1% (+6.1)	2.9% (+2.9)					2.2 (▲0.6)	
栃木県	1,934	11.6% (▲2.6)	11.6% (▲2.6)	4.9% (+0.0)	4.9% (+0.0)					1.9 (▲0.4)	
群馬県	1,942	30.8% (▲3.6)	28.2% (▲3.3)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)					6.0 (+0.4)	
埼玉県	7,350	34.9% (+1.5)	24.3% (+1.2)	11.8% (+1.0)	6.0% (+0.5)					7.4 (+0.4)	
千葉県	6,259	22.3% (▲2.2)	21.3% (▲2.1)	8.9% (+1.0)	5.0% (+0.6)					7.2 (▲0.5)	
東京都	13,921	48.1% (▲2.3)	39.7% (▲1.9)	20.8% (+0.3)	16.6% (+0.2)					20.8 (▲3.2)	
神奈川県	9,198	13.9% (▲1.6)	13.9% (▲1.6)	11.6% (▲0.6)	10.0% (▲0.5)					6.3 (▲0.8)	
新潟県	2,223	2.4% (+0.0)	2.4% (+0.0)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)					0.5 (+0.0)	
富山県	1,044	8.6% (▲1.0)	8.6% (▲1.0)	5.6% (▲2.8)	5.6% (▲2.8)					4.6 (▲0.3)	
石川県	1,138	53.5% (+5.0)	54.3% (+5.1)	20.0% (+14.3)	20.0% (+14.3)					13.7 (+1.6)	
福井県	768	9.5% (+6.3)	9.5% (+6.3)	0.0% (▲4.2)	0.0% (▲4.2)					2.3 (+1.6)	
山梨県	811	12.3% (+4.2)	14.0% (+4.8)	12.5% (+0.0)	12.5% (+0.0)					4.4 (+1.5)	
長野県	2,049	13.7% (+5.4)	13.7% (+5.4)	2.1% (+2.1)	2.1% (+2.1)					2.3 (+0.9)	
岐阜県	1,987	11.3% (▲5.0)	7.2% (▲3.2)	10.2% (+4.1)	7.5% (+3.0)					2.3 (▲1.2)	
静岡県	3,644	12.3% (▲4.7)	8.2% (▲3.1)	2.7% (▲2.7)	1.5% (▲1.5)					1.4 (▲0.4)	
愛知県	7,552	46.6% (+2.1)	44.0% (+2.0)	30.0% (+8.6)	17.4% (+5.0)					11.7 (▲4.6)	
三重県	1,781	20.9% (▲2.0)	20.9% (▲2.0)	3.9% (+0.1)	3.9% (+0.1)					4.4 (▲0.4)	
滋賀県	1,414	50.9% (▲1.2)	19.8% (▲0.2)	13.9% (▲2.1)	6.9% (▲4.2)					7.1 (▲0.6)	
京都府	2,583	22.2% (+0.4)	21.4% (+0.4)	19.8% (▲3.5)	19.8% (▲3.5)					8.5 (▲0.0)	
大阪府	8,809	38.4% (▲6.2)	29.9% (▲4.8)	38.3% (+3.7)	33.5% (+3.3)					17.2 (▲2.1)	
兵庫県	5,466	29.0% (▲5.4)	29.1% (▲5.4)	13.6% (▲0.9)	12.5% (▲0.8)					4.2 (▲0.9)	
奈良県	1,330	18.4% (▲0.2)	17.2% (▲0.2)	8.0% (▲4.0)	8.0% (▲4.0)					8.1 (▲1.1)	
和歌山県	925	13.1% (▲2.6)	7.8% (▲0.5)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)					3.4 (▲0.2)	
鳥取県	556	1.0% (▲2.2)	1.0% (▲2.3)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)					0.5 (▲1.3)	
島根県	674	2.0% (▲7.9)	2.0% (▲7.9)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)					9.2 (▲3.0)	
岡山県	1,890	4.4% (▲2.0)	4.4% (▲2.0)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)					0.7 (▲0.2)	
広島県	2,804	4.0% (▲1.6)	4.4% (▲1.8)	0.0% (▲1.4)	0.0% (▲1.4)					0.8 (▲0.4)	
山口県	1,358	13.7% (+9.5)	13.7% (+9.5)	1.0% (+1.0)	1.0% (+1.0)					4.3 (+2.9)	
徳島県	728	28.0% (+3.0)	28.0% (+3.0)	4.0% (+0.0)	4.0% (+0.0)					8.5 (+1.4)	
香川県	956	4.9% (+0.0)	4.9% (+0.0)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)					1.0 (+0.0)	
愛媛県	1,339	3.5% (▲0.9)	3.6% (▲0.9)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)					0.6 (▲0.1)	
高知県	698	7.3% (▲3.6)	7.0% (▲3.5)	1.8% (+1.8)	1.8% (+1.8)					2.0 (▲1.0)	
福岡県	5,104	55.5% (▲7.6)	35.8% (▲4.9)	26.7% (▲10.0)	14.5% (▲5.5)					17.0 (▲1.1)	
佐賀県	815	10.3% (▲3.9)	10.3% (▲3.9)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)					4.2 (▲1.7)	
長崎県	1,327	7.1% (▲0.3)	7.1% (▲0.3)	3.7% (+0.0)	2.4% (+0.0)					3.0 (▲0.7)	
熊本県	1,748	19.0% (▲4.5)	19.0% (▲4.5)	0.0% (▲6.8)	0.0% (▲6.8)					4.8 (▲0.9)	
大分県	1,135	7.9% (▲3.9)	7.9% (▲3.9)	0.0% (+0.0)	0.0% (+0.0)					3.5 (▲0.3)	
宮崎県	1,073	18.7% (+0.4)	18.7% (+0.4)	3.0% (+0.0)	3.0% (+0.0)					6.7 (+0.7)	
鹿児島県	1,602	20.2% (+1.6)	17.0% (+1.3)	4.2% (+0.0)	4.2% (+0.0)					3.4 (▲0.7)	
沖縄県	1,453	62.7% (▲22.0)	68.0% (▲20.2)	49.0% (▲17.0)	47.1% (▲36.7)					31.2 (▲22.6)	
全国	126,167	24.5% (▲1.7)	20.4% (▲1.4)	11.5% (▲0.1)	9.1% (▲0.1)					8.2 (▲1.2)	

※：人口推計 第4表 都道府県、男女別人口及び人口性比－総人口、日本人人口（2019年10月1日現在）

※：確保病床使用率、確保想定病床使用率、療養者数は、厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況等及び入院患者受入病床数等に関する調査」による。同調査では、記載日の翌日 00:00時点としてとりまとめている。

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

※：東京都、滋賀県、京都府、福岡県及び沖縄県の重症者数については、これまで都府県独自の基準に則って報告された数値を掲載していたが、8/21公表分からは、国の基準に則って、集中治療室（ICU）等での管理が必要な患者も含めた数値が報告されている。

※：8/28公表分の東京都及び京都府の重症患者欄（D、E）「前週差」の計算に用いる重症者は、前週分と同様に「ハイケアユニット等に入院している者を除いたもの」を用いている。

		【監視体制】		【感染の状況】			
		A	G	H	I	J	
		人口	③陽性者数/ PCR検査件数 (最近1週間)	④直近1週間の陽性者数	⑤直近1週間 とその前1週間の比	⑥感染経路 不明な者の 割合	
時点	2019.10		~8/23(1W)	~8/27(1W)		~8/21(1W)	
単位	千人		% (前週差)	対人口10万人 (前週差)	(前週差)	% (前週差)	
ステージⅢの指標			10%	15	1	50%	
ステージⅣの指標			10%	25	1	50%	
北海道	5,250	3.1%	(+0.1)	1.39	(▲0.1)	0.94	(▲0.05) 46.1% (▲3.3)
青森県	1,246	0.0%	(▲1.4)	0.16	(+0.1)	2.00	- -
岩手県	1,227	0.5%	(▲0.6)	0.24	(+0.0)	1.00	(▲0.50) 33.3% (▲66.7)
宮城県	2,306	0.9%	(+0.6)	0.17	(▲0.0)	0.80	(▲0.45) 100.0% (+33.3)
秋田県	966	1.3%	(▲3.7)	0.31	(▲0.5)	0.38	(▲0.16) 57.1% (+57.1)
山形県	1,078	0.5%	(+0.5)	0.00	(▲0.1)	0.00	- 100.0% -
福島県	1,846	1.6%	(+0.7)	1.41	(+0.4)	1.37	(▲1.01) 35.0% (▲36.4)
茨城県	2,860	1.3%	(▲0.2)	1.85	(+0.2)	1.10	(+0.46) 46.8% (+13.5)
栃木県	1,934	1.0%	(▲0.8)	0.47	(▲0.6)	0.43	(▲0.17) 36.8% (▲1.9)
群馬県	1,942	5.0%	(▲1.6)	3.86	(▲1.1)	0.77	(▲1.25) 24.2% (▲29.4)
埼玉県	7,350	3.7%	(▲1.0)	4.57	(▲0.3)	0.94	(▲0.02) 60.8% (+23.5)
千葉県	6,259	4.8%	(▲1.4)	4.57	(▲0.9)	0.84	(▲0.25) 51.4% (▲1.7)
東京都	13,921	4.1%	(▲2.5)	10.70	(▲3.1)	0.77	(▲0.17) 61.8% (▲1.5)
神奈川県	9,198	4.5%	(▲2.0)	5.22	(▲2.0)	0.72	(▲0.45) 48.0% (▲3.3)
新潟県	2,223	1.2%	(+1.1)	0.13	(▲0.3)	0.33	(▲0.95) 33.3% (+33.3)
富山県	1,044	3.7%	(+1.1)	3.35	(+0.0)	1.00	(▲0.09) 29.0% (+1.8)
石川県	1,138	9.9%	(▲3.2)	7.12	(▲2.7)	0.72	(▲0.64) 35.0% (+13.8)
福井県	768	0.9%	(+0.7)	4.43	(+4.2)	17.00	(+16.00) 0.0% (+0.0)
山梨県	811	2.2%	(+1.5)	1.23	(▲2.0)	0.38	(▲1.78) 29.2% (▲12.5)
長野県	2,049	2.4%	(+0.4)	2.24	(+1.6)	3.29	(+2.29) 85.7% (+5.7)
岐阜県	1,987	3.4%	(▲0.0)	0.96	(▲1.1)	0.48	(▲0.08) 34.3% (▲3.4)
静岡県	3,644	0.9%	(▲1.3)	1.15	(▲0.0)	0.98	(+0.06) 39.3% (+4.7)
愛知県	7,552	8.4%	(▲2.6)	5.08	(▲1.3)	0.80	(+0.21) 47.1% (▲4.5)
三重県	1,781	4.5%	(+0.1)	2.36	(▲0.4)	0.84	(+0.21) 17.9% (▲17.1)
滋賀県	1,414	6.3%	(+0.7)	4.46	(+1.0)	1.29	(+0.63) 12.2% (▲9.3)
京都府	2,583	4.6%	(▲0.2)	6.12	(▲0.9)	0.87	(▲0.45) 37.5% (▲14.4)
大阪府	8,809	7.1%	(▲1.4)	9.30	(▲2.8)	0.77	(▲0.11) 54.2% (▲2.1)
兵庫県	5,466	6.2%	(▲1.2)	3.24	(▲1.5)	0.69	(▲0.19) 66.4% (+30.0)
奈良県	1,330	7.2%	(+2.5)	3.31	(▲5.1)	0.39	(▲1.54) 18.5% (▲13.7)
和歌山県	925	2.5%	(+0.6)	0.97	(▲2.3)	0.30	(▲1.58) 6.7% (▲9.1)
鳥取県	556	0.2%	(+0.2)	0.00	(▲0.2)	0.00	- 100.0% -
島根県	674	0.6%	(▲0.5)	0.45	(+0.1)	1.50	(+1.48) 0.0% (▲1.9)
岡山県	1,890	1.3%	(▲0.1)	0.63	(+0.0)	1.00	(+0.25) 50.0% (+18.8)
広島県	2,804	0.8%	(▲1.6)	0.36	(▲0.1)	0.77	(+0.42) 71.4% (+27.0)
山口県	1,358	7.4%	(+5.2)	3.02	(+1.6)	2.16	(+1.04) 16.0% (+8.3)
徳島県	728	1.5%	(▲1.1)	3.71	(+0.0)	1.00	(▲0.59) 27.8% (+14.4)
香川県	956	1.0%	(+0.3)	0.42	(▲0.6)	0.40	(▲2.10) 22.2% (▲52.8)
愛媛県	1,339	2.6%	(▲4.3)	0.22	(+0.0)	1.00	(+0.63) 33.3% (+23.3)
高知県	698	2.2%	(▲4.9)	1.86	(▲1.3)	0.59	(▲21.41) 8.7% -
福岡県	5,104	4.6%	(▲1.3)	8.74	(▲1.9)	0.82	(+0.10) 52.6% (▲0.2)
佐賀県	815	4.6%	(▲1.0)	2.70	(▲1.2)	0.69	(▲0.06) 29.4% (+9.4)
長崎県	1,327	0.4%	(▲0.8)	2.11	(+0.8)	1.56	(+0.91) 58.3% (+30.3)
熊本県	1,748	3.7%	(+0.1)	2.80	(▲0.7)	0.79	(▲0.50) 27.9% (▲17.9)
大分県	1,135	2.2%	(+0.5)	0.88	(▲2.7)	0.24	(▲2.17) 9.3% (▲15.7)
宮崎県	1,073	9.1%	(+2.8)	2.61	(▲2.1)	0.56	(▲0.53) 12.5% (▲5.1)
鹿児島県	1,602	2.1%	(▲1.9)	0.69	(▲3.2)	0.17	(▲15.58) 5.1% (▲44.9)
沖縄県	1,453	7.0%	(▲3.3)	14.45	(▲13.1)	0.52	(▲0.12) 52.5% (▲5.6)
全国	126,167	4.3%	(▲1.5)	4.54	(▲1.3)	0.77	(▲0.12) 50.8% (▲0.9)

※：人口推計 第4表 都道府県、男女別人口及び人口性比-総人口、日本人人口（2019年10月1日現在）
 ※：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。
 ※：PCR検査件数は、厚生労働省において把握した、地方衛生研究所・保健所、民間検査会社、大学等及び医療機関における検査件数の合計値。
 ※：各数値は、資料掲載時点において把握している最新の値としている。掲載時以降に数値が更新されることにより、前週差が前週公表の値との差と一致しない場合がある。
 ※：⑤と⑥について、分母が0の場合は、「-」と記載している。

「Go To Eat キャンペーン事業」 についての考え方 令和2年9月4日（金）

新型コロナウイルス感染症対策分科会

① 新しい会食の在り方を考える機会

新しい生活様式のもとで、利用日や利用時間帯の分散およびスペースの分散など、従来の会食スタイルにとらわれることなく、新しい会食の在り方を考える機会とするべきである。

② 会食のリスク認識と対策の徹底

三密回避対策の一環として、会食による感染リスクを認識し、事業者・利用者双方が十分な感染予防対策を図ると共に、感染発生時にお店の利用者をトレースできる体制を確保したうえで推進するべきである。

③ ステージ区分との関係

各都道府県においてステージIまたはIIに相当すると判断される地域で実施することを基本とし、ステージIIIまたはIVに相当すると判断される地域では、開始後に感染が拡大した場合を含め、慎重に対応していただきたい。

④ ガイドラインを遵守している飲食店の広報

政府においては、ガイドラインを遵守している飲食店の情報を集約して積極的に広報していただきたい。
なお、ガイドラインは必要に応じて随時改善を図っていただきたい。

個別施策・取組の推奨例

	事業者（参加飲食店）	利用者（消費者）
三密回避対策 (時間・場所の分散)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ テーブル・座席配置の分散 ✓ 営業時間の柔軟な設定 (例：ランチ営業時間の拡大) ✓ ダイナミックプライシングの導入 ✓ その他ガイドライン内容の徹底 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 少人数、短時間での利用 ✓ 混雑する時期、曜日、時間帯を回避（例：年末年始・週末を避ける、昼食時間を変更する）
モニタリング手法 の検討	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ガイドライン遵守状況の確認（例：飲食店評価サイトのレビュー活用） 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 大声・過度の飲酒の抑制等、マナー遵守の徹底
トレーサビリティの確保	<ul style="list-style-type: none"> ✓ クラスタ発生時の利用者告知サービスの導入（事業者）と登録（利用者） ✓ 接触確認アプリ（COCOA）や各地域での通知サービスについて、QRコード等をテーブル・メニューへ掲示し周知 	

新型コロナウイルス感染症対策分科会（第8回）

議事概要

1 日時

令和2年9月4日（金）17時00分～19時32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	霞ヶ関総合法律事務所弁護士
	平井 伸治	鳥取県知事
	南 砂	読売新聞東京本社常務取締役 調査研究本部長
	武藤 香織	東京大学医科学研究所公共政策研究分野教授

4 議事概要

<西村国務大臣挨拶>

お忙しい中、当分科会に御参加をいただきまして、ありがとうございます。本日は、主として3点について御議論をいただければと考えております。

1点は、最近の感染状況についてであります。お盆の時期から約2週間が経過いたしました。お盆の時期の人の移動が感染状況に与えた影響、こうしたことが徐々に明らかになってきていると思います。

先日、2日に開催されました厚生労働省のアドバイザリーボードで分析・評価をされているところでありますけれども、今回の感染拡大につきましては、全国の発症日ベースの曲線で見ると、7月27日から29日以降、緩やかな下降が続いているということでもあります。

また、陽性率につきましても、前週よりも減少して4.0%、さらに直近では、東京都で3.6%、沖縄県で5.1%などと低下をしております。

お盆の時期についてであります。私も呼びかけを行いましたし、それぞれの都道府県知事が呼びかけを行ったこともあり、国民の皆様も慎重な行動をされたのではないかと考えております。飛行機や新幹線は7割から8割減になるなど、例年に比べて大きく減少しております。

また、愛知県や大阪府でも休業要請を行ったことなどもあり、お盆の後も新規感染者、陽性者の数は減少傾向が続いているように見えること。

そして、重症者の状況についてであります。7月上旬以降増加傾向が続いておりましたけれども、直近では前週と同水準になっており、4月のピーク頃に比べれば、まだ、その水準には達していないという分析もなされております。

他方、重症者の増加は遅れて来るわけありますので、引き続き警戒が必要だと認識しております。基本的な感染予防対策の実施や、院内、そして高齢者施設における施設内感染対策、クラスターが起きた場合の早期対応、こうしたことを、これからも必要な対策を継続すべきであると認識しております。

本日は、こうした現在の感染状況につきまして、改めて分析・評価をお願いしたいと思います。

2点目であります。Go To Eatのキャンペーン事業につきまして、御議論いただきたいと思っております。この事業は、2つに分かれておまして、1つは、都道府県内で使えるプレミアム付きの食事券、もう一つは、予約サイトを通じたポイント付与の2種類がございます。

本日は、その前者、都道府県内で使えるプレミアム付きの食事券の事業につきまして御議論をお願いしたいと考えております。この事業は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止に取り組みながら懸命に頑張っている飲食店、そして、食材を提供している農林水産業の方々を応援する取組でございます。本日は、農林水産省から説明をいただき、そして、飲食店等が守るべき感染症対策、こういったことについて御議論いただければと考えております。

また、Go To トラベル事業のうち、今、申し上げた各都道府県内で使えるプレミアム付き食事券事業と類似の事業、地域の飲食店やお土産物店で使える事業もでございます。この地域共通クーポンを付与する取組についても御議論いただければと思っております。

3点目、ワクチン接種の体制についてであります。

今月中の中間取りまとめに向けて、これまでの分科会で御議論いただきました点を整理しつつ、中間取りまとめの中で、ポイントとなることについて御議論をいただければと思っております。

いずれにしましても、これらの点は、今後の感染症対策にとって重要な議題でありますので、本日も構成員の皆様から忌憚のない御意見をいただければと思います。

<加藤厚生労働大臣挨拶>

委員の皆さん方、本当にお忙しい中、ありがとうございます。

一昨日アドバイザリーボードが開催され、現時点における感染状況の評価・分析を行っていただきました。詳細は、後ほど説明があると思いますが、概括を申し上げますれば、全国的な傾向としては、新規感染者数は緩やかに減少を始めていると考えられるが、引き続き継続的な患者発生数や再拡大に向けた警戒が必要であること。重症者数については、7月上旬以降、増加傾向が続いていたが、今週は前週と同水準となっているということ。首都圏などでは、大規模な施設内感染の発生が減少しているが、引き続き、院内、施設内感染を防止する取組が重要になるといった評価・分析をいただきました。

引き続き警戒は必要であります。新型コロナウイルス感染症について、これまで得られた知見などを踏まえれば、この感染症を過剰に恐れて、社会経済活動を停止するのではなく、メリハリの効いた対策を効果的に講じていくことによって、重症者や死亡者をできる限り抑制しつつ、社会経済活動を継続することが可能になる。

この考え方は、先日の新型コロナウイルス感染症に関する今後の取組にも記載させていただいておりますが、その考え方に沿って、今後の季節性インフルエンザの流行期も見据え、重症化するリスクが高い高齢者、基礎疾患のある者への感染防止を徹底するとともに、医療資源を重症者に重点化していくこととしており、そうした方向に立って、都道府県等関係者の皆様方ともよく連携を取りながら全力で取り組んでいきたいと思っております。

また、一昨日のアドバイザリーボードでは、新型コロナウイルスに関する指定感染症としての措置、運用に関する今後の在り方について検討するためのワーキンググループを設置していただくこととなりました。季節性インフルエンザの流行を見据え、できるだけ速やかに結論を出すべく連携を取って進めさせていただきたいと思っております。

また、次のインフルエンザの流行期には、熱等の症状を訴える者が大幅に増え、検査や医療の需要が急増することが見込まれております。さらなる検査体制、医療提供体制の確保、拡充に取り組んでいく必要があると考えております。

このため、後ほど資料をお配りさせていただきますけれども、これまでの帰国者・接触者相談センターに相談し、その上で、帰国者・接触者外来を受診するという仕組みを改めることとし、身近な医療機関に直接電話で相談し、地域の検査医療機関を受診していただく、そこの受診機関が対応できない場合は、他の受診機関を紹介していただく、そういった仕組みに変えていきたいと考えているところであります。

そのためにも、各都道府県において、関係者と協議を行った上で、発熱患者などの方から相談があった場合には、適切な医療機関が速やかに案内できる、こうした体制を10月中にも整備いただくよう、本日付で事務連絡を発出して、お願いしたところであります。

また、本日も議題となっておりますワクチンについては、来年前半までに全国民に提供できる数量の確保を目指し、国内外を問わず、ワクチンの供給に関する契約の締結などを進めていくこととしております。既に御承知のように、ファイザー社とアストラゼネカ社に続き、モデルナ社のワクチンについても、現在、交渉を進めており、ワクチン確保に向けて、各社との協議をさらに進めていきたいと考えております。

また、先般、新型コロナウイルス感染症のワクチンを共同購入する国際的な仕組みであるコバックスファシリティへの参加の意思表示も行いました。これは、ワクチン確保のための1つの手段となり得るものであると同時に、国際的に公平なワクチンの普及に向けた我が国の貢献ということにもなりますので、これからさらに検討を進めていきたいと考えております。

また、ワクチンの確保と併せ、接種の実施体制の確保も進めることとしております。今後の取組においても、国民への円滑な接種を実現するため、国の主導の下、身近な地域において接種を受けられる仕組みの確保について言及がされているところであります。

本日は、最近の感染状況に加え、ワクチン接種の実施体制について、国の主導的な役割、広域的な視点、住民に身近な視点からどのような役割分担が適切なのかなどについて、忌憚のない御意見を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) 最近の感染状況等について>

○押谷構成員 <資料1、資料2を説明>

○石川構成員 3月、4月のときのような緊急事態宣言で人の動きをとめるということを、今回はやっていないけれども陽性者数は下がった。その下がった理由としては、まだ仮説だろうが、高齢者施設などハイリスクの場における積極的な対応、自粛要請、市民の行動変容などが挙げられるだろう。恐らく、最終的には三密が形成されたり、大声が出たりということで感染が生じているのだと思うが、それがゆっくりではあっても下がっている。ということは、三密回避によって新しい日常をつくろうということがある程度は浸透している、新しい生活様式がある程度浸透しているという評価もできるのかどうかということを知りたいがいかがか。

○押谷構成員 当初から我々が考えてきているのは、この感染症は、8割近くの人には誰にも感染させず、十数パーセントの人にしか感染させていないということで、ほとんどの感染連鎖は、やはり消えていくということが、このフェーズでもある程度証明されているのかと思う。

流行が起こる条件としては、我々がクラスター連鎖と呼んでいるが、クラスターからクラスターにつながっていくこと。理論的には、そういうことが起きないと、この感染症の大規模な流行にはつながらないが、それが東京の一部の繁華街で起きてしまったということが、このフェーズのトリガーというか、流行のきっかけになっていて、そののちをある程度制御できたことによって、全国的にも、今、減少傾向が見られているということかと考えている。

ただし、それとともに、全国的にある程度三密回避とか、高齢者施設、院内感染対策が進んでいるというようなことで、3月、4月、5月にかけて見られたような大規模な感染拡大は、ある程度制御できている。東京だけではなくて各地域でそういう制御がある程度できて、皆さんの行動変容も一定程度起きているということが、今の状況を生んでいるかと考えているが、ここについては、もう少しきちんとした解析が必要なのところかと思っている。

○尾身分科会長 今の石川委員の質問は、大変重要で、今、押谷委員が説明していただいたとおりでと思うが、私は、一般の人が三密を回避してくれているということに加えて、今回、各都道府県の知事が、いろんな緊急事態宣言を出すなどかなり積極的にやっていただいて、そのメッセージに各都道府県の県民の方が、ある程度呼応したということも、証明はまだなかなか難しいが、大きかったと考えている。

もう一つ、今回、4月、5月に比べて、院内感染がちょっと少なくなったのは、これは臨床の現場の院内感染に対する対処の仕方を随分学び、院内感染防止対策が改善されたということも、恐らくあったのではないか。

<議事(2) Go To Eatキャンペーン事業等について>

○農林水産省（塩川） <資料3-1を説明>

○観光庁（蒲生） <資料3-2を説明>

○尾身分科会長 議論に入る前に、大事なことなので確認だが、先ほど農林水産省の説明の中で、資料3-1の6ページのGo To Eatに参加する飲食店が守るべき感染症対策について、分科会の意見がどう述べるかということが、1つの我々の宿題。

一応、ここは確認したいと思うが、その感染症対策をどうするかということももちろん議論するが、我々に与えられた仕事は、Go To Eatキャンペーン事業についてどう思うかということも含めてのことでよろしいか。

つまり、Go To Eatキャンペーン事業そのものについて、分科会はどう考えるか。もし、やるとしたら、その中で感染症対策をどうするかと、そういう議論をさせていただきたい。

それでは、そういう理解の下に、分科会の構成員の有志でこの問題を前もってかなり議論してきて、たたき台としてまとめていただいたので、それを基にさらに議論して、最終的に分科会の政府への提案ということにしたい。

それについて、河本構成員に発表していただく。

○河本構成員 <資料4を説明>

○平井構成員 先ほどの分析にもあるように、一応収まりつつあるというようなことかもしれないが、ただ、地方によっては、まだくすぶっているところがある。なかなか難しい問題があり、東京等大都市圏が完全に、いわば鎮火しない限りは供給がされ続けるということになる。

したがって、地方でまた散発的に発生すると、それをみんなで火消しにかかっているといったことが延々と続いているというのが現状であり、単純に収まりつつあるということでは恐らくない。そういう中、経済や社会をどう回していくのか、これとの両立を考えなければいけないという難しさもある。

資料9-1として、今日は3点にわたる意見を取りまとめているが、1番目の「Go To 事業」というところは、47都道府県のアンケート調査をして取りまとめた結果を出させていただいている。

Go To トラベルについては割と各都道府県ではポジティブに捉えている状況になってきた。恐らく、クラスターが発生するなど、大きなトラブルに今のところつながっていないという実感もあると思うし、旅館やホテルも大分頑張っており、そういう問題を起こさないよう相当に気合いを入れて、今、対策を取っているというこ

とも背景にあるのではないか。

ただ、このGo To EatやGo To トラベル両方に共通することとして、やはり一定の基準を設けて、どこが対象になるのか、あるいはどういう時期が来たら開始でき、あるいは終わらせたほうがいいのか。これは、専門家の皆様の御意見で基準をつかって政府の考え方の指針を出していただきたいというのは、多くの都道府県から寄せられた意見である。

そういうようなことを、ぜひ考えていただきながら、Go To Eatも、できるだけ早く地方側ともすり合わせをしていただいたり、現場で話し合ったりしていただけるとありがたい。というのも、例えば、LINEのアプリなどを使って、接触があったかどうかを、お店の立ち寄り先で判定をしてやっていくというようなシステムと、このGo To Eatなどを絡めるということも当然出てくると思う。だから、できるだけ早くそうした地方側の意見とのすり合わせをやっていただきたい。

そういう意味で、このたたき台にこういう基準を設けることがぜひ必要ではないかという観点からすると、資料3-3の1の③の「ステージ区分との関係」のところで、ステージⅠ、Ⅱに相当する地域でやるものだというような認識を述べていて、Ⅲ、Ⅳのところは、都道府県で慎重に対応と書いてあるが、このやり方だと現場が非常に困るところもある。やはりⅠ・Ⅱに相当して、この制度を組むというのだったら、そのように基準をつくっていただく、場合によっては、今後Go To トラベルなどには、こういうものをどのように波及させていくのかといった議論も、本来、これからはなされるべきなのかもしれない。

それで、Ⅲ、Ⅳについては、やってはいけなけれども、都道府県であとは慎重にと言われても、ではどうやってやったらいいのか、やらなければいいのかなど、この辺が難しいので、割り切るのであれば、一定の見識、やり方というものを示していただくのがやりやすいと思うので、表現も御配慮いただきたい。この点、基本的には、ステージⅠ、Ⅱに相当する地域で実施することが望ましいとおっしゃるのであれば、そう書いていただいてもいいのかもしれない。

ただ、そうなると、沖縄や大阪など、現状病床のひっ迫具合が高い地域等は対象にならないのか。は我々の見識として、それはやめられたほうが望ましいということでも考えてもらうというのだったら、それでいいかと思うが、その辺、もう少しはっきり考え方を示してもよいのではないか。

もう一つポイントになるのは、ガイドラインだと思う。色々とシミュレーションもしながらガイドラインをつくってきているが、最近では、それでもクラスターが起ころうとするところも残念ながらある。

こういうものを、ぜひ専門家の皆様でも検証していただいて、ガイドラインも専門的に、問題が発生したら随時見直して行って、それを全国に波及させていくということをやっていただけるとありがたい。そうしたことにも、今後、御配慮いただ

けると、このGo To Eatなども、トライアル・アンド・エラーで解決していくというような姿になっていくのではないか。

○押谷構成員 資料3-1の農林水産省からの資料で少し気になったのが、4ページ目でカラオケなど、ほかのサービスの提供をメインとする店舗は対象外となっていて、我々がクラスターを見ている範囲では、カラオケだけのところは、そんなにはクラスターが起きていなくて、昼カラやスナックのような業態でカラオケを伴っているというほうが、むしろ、多いと思う。

それで、スナックの接待を伴うものは除外されていて、カラオケボックスも除外されているというのは、これまで起きてきた流行状況を考えると、これが本当に適切なのかという印象を持った。

○石田構成員 連合という立場として働く者の視点も含めて、少し考え方を述べると、外食産業の低迷の影響を受けて、食材の生産業の方や食品製造業、あるいは物流の皆さんは、今、非常に厳しい状況にあって、食品関連産業全体として需要の喚起施策の必要はあると考えている。

ただ、感染予防と社会経済の両立ということを第一に考えれば、しっかりと感染リスクを最小化するための万全な感染予防策を講じることを前提にしなければいけないと思うし、たたき台でお示しをいただいた内容についても、ぜひ徹底を図っていただくことをお願いし、そして、このGo To Eatキャンペーンの効果を最大に発揮していただきたいと考えている。

さらに、この成果を上げる、感染予防しながら社会経済を維持するということに対しては、外食産業の皆さん全体の納得感が必要だと思っている。資料3-1の冒頭に、最大限の効果ということで、感染対策に取り組みながら頑張っている飲食店を応援し、食材を供給する農林漁業者を応援するということが書いてあるわけで、まさに、この趣旨に沿ったものであるべきである。

ただ、この内容について、現場で働く方から色々な御意見も頂戴しているので、何点か課題提供させてもらいたい。

今回プレミアム食事券だけとなっているが、まず、飲食店のテイクアウト、デリバリーは対象となっていて、持ち帰り専門の事業については対象外となっている。4ページの「対象外」の上3つと下4つは質が違うものだと思っているが、1ページに、感染症対策に取り組みながら頑張っている飲食店を応援するとあるので、対象となる、ならないの違いが、頑張っている、頑張っていないという見方になってはいけないと思っている。

したがって、斜めに見ると、対象とならない事業は頑張っていないということにしてはいけないと思うので、そのところは御配慮いただきたい。

それと、実態として、これまで非常に外食産業が低迷して、そして、生き残りをかけて、飲食店から、例えば、持ち帰りの専門店やキッチンカーに自ら店舗を切り替えた方もたくさんいらっしゃると思う。そういう方は、今も日々努力を重ねていらっしゃるのだから、扱いに違いをつけるということに対しては、相当納得性のある説明が必要だと思っている。ぜひ、職場の声を十分に聞いた対策、施策になることが必要だと思っている。

一方で、7ページ目に、飲食店が守るべき感染症対策の中で、デリバリーやテイクアウトも活用するという言葉が入っている。そういった意味では、感染予防対策というところに視点を置けば、デリバリーやテイクアウトもしっかりと普及していくことが重要だと思っているので、デリバリーや持ち帰りの専門店の取り扱いについて、違いをつけることについては、ぜひさらに検討を深めていただきたい。

それと、この事業について、まだ分かりにくい点、詳細事項を明らかにしなければいけない点がたくさんあると思っているので、ぜひ実施の時期を明確にするとともに、それを目指して、周知、理解活動を行っていただきたい。

○釜菴構成員 資料3-3に、1.の「③ ステージ区分との関係」で、ステージⅠ並びにⅡに相当する地域にて実施するという考え方に立ち、ステージⅢ並びにⅣに相当する地域においては、各都道府県において慎重に対応していただきたいと、いうような書きぶりは、やむを得ないとは思いますが、ステージの区分を振り返ってみると、47都道府県それぞれが、ステージのどこに属するのかということは、目安は示しているが、総合的に判断するというので、どの県がステージ何になるということは、現状では判断できない。

したがって、実際の運用においては、3番の示唆は、運用しにくいと感じる。今回のGo To Eatに関して、今日御説明のあったプレミアム食事券については、適用範囲が同一の県の中でという話であり、基本的には県境をまたいでというものではないので、このステージを決めて、例えば、47都道府県のそれぞれをどのステージに入れるかということをお県と国との間で協議をして、仮に決めたとして、それを基に判断というのは、なかなか現実には難しいと思う。

これまでの経過の中で、首長さんの判断で、例えば、夜間の営業の時間を何時までにするというのは、色々メッセージが出されてきたということもあるので、Go To Eatについて、1つの県の中に限定しているということであるから、県ごとの判断で、それぞれにお決めいただくというのが現実的な対応ではないかと思う。

それで、Go To Eatというのをなるべくしっかりやっていこう、ということについては、多くの国民の皆さんも同意されると思うので、そのことを指摘したい。

○小林構成員 石田委員がおっしゃったことに賛成の意見を言いたい。

農水省の資料3-1の4ページ目の対象外にされているデリバリーと持ち帰りと移動販売というのは、むしろ、ウィズコロナの時代が、これからしばらく続くという中で、飲食店や外食産業が感染予防をやって事業を続けていこうとすると、こういうデリバリーや持ち帰りといった業態に比重を徐々に置いていかなければいけないということだと思うので、産業構造がそっちにやや重心を移していくのを応援するという意味でも、デリバリーもしくは移動販売のようなところは対象に入れておくのが望ましいのではないかと思う。

○太田委員 質問と意見だが、Go To Eat資料3-1の5ページで、今後のスケジュールが書いてあり、④で、各都道府県が基本的に販売を開始してよいかの判断をしてスタートするという形だが、医療機関の立場からすると、経済も回さなければいけないし、新しい生活様式をスタートすることに関して基本的に異論はないが、感染が拡大するような時期になったときに、どのような対応をし得るのかということに少し懸念を持つ。

これは、県ごとでやる事業なので、知事が次の感染対策に、国または地方公共団体からの要請に従うというのが、一応案として、1つの要件に入っているわけだが、Go To Eatの事業そのものは、そのまま継続しながら、営業のほうで何らかの形のブレーキをかけ得るような仕組みが、この事業に入っているのか、それともGo To Eat事業そのものを何らかの形で、先ほどのステージ分類が上がっていったときに、知事が何らかの形の権限で、その事業を一時停止できるような形のものがあるのか、この立てつけに関して質問させていただきたい。

○大竹構成員 資料3-3の補足だが、1.の③で、「ステージ区分との関係」のところだが、ここでステージⅢ並びⅣに相当する地域については慎重というときに、開始を考えるとということと同時に、開始した後も、例えば、食事券についてⅢ、Ⅳになった場合には、無効にするというわけではなくて、1か月ぐらい、例えば流行が続くというケースの場合には、その間、受入れを停止するというようなことも含めて考えていただきたい。

もう一つ、2.の事業者の三密回避対策のところ、営業時間の柔軟な設定や、ダイナミックプライシングというのを入れている。事業者が三密回避のための感染対策をするとその分収益が下がるのは間違いない。感染対策をした状況でどうやって収益を上げるかということ、需要が高い時に価格を上げて、低い時に価格を下げることで、お客さんが空いている時間を減らして、需要を平準化するという形になるのが自然だ。これがダイナミックプライシングである。しかし、費用が変わらないのに需要に応じて価格を引き上げることは不公平だとみなされることが多い。そのような社会規範があると、需要に応じた価格戦略によって需要を分散化させること

は難しい。つまり、社会規範が変わらないと、ダイナミックプライシングをある事業者が単独でするのは難しい。

ダイナミックプライシングは、今では、ホテルや飛行機の切符で普通に使われるようになったが、それ以外のところでは、まだ普及していない。混雑のときに値段を上げるというのが、多くの人にはなかなか受け入れられない。

だから、Go To Eatというキャンペーンのときに、そういう社会規範を変えるきっかけになる。お客さんの混雑度を下げて、利用者を平準化するというのを普通にできるような社会にするという目的で、ダイナミックプライシングを入れてはどうかという提案で入っている。

○清古構成員 資料3-1の7ページ目で、利用者に求められる感染症対策の最後のところに、食事中以外はマスクをするというのが書いてある。その前の6ページのほうで、もう当たり前のことで、ガイドラインにも書いてあるが、やはり従業員にはマスクを徹底してほしいというのも、ぜひ書き加えていただきたい。

○脇田構成員 接触アプリの紹介というのが6ページにあるが、ぜひ地域のQRコードの利用というのも入れていただきたい。

○尾身分科会長 それでは、まずはカラオケやデリバリーについて国のほうはどう考えているか。

○農林水産省（塩川） カラオケについては、カラオケを専門にしているか、あるいは飲食を専門にしているかということで、例えば、飲食代金の割合で決めたいと思っている。飲食店の中でも、カラオケ装置があるところまで制限するかということもあるので、そういう割合で、どっちが主体かということで決めたいと思っている。

それから、デリバリー、テイクアウトだが、実は専門にされている方は、コロナ以降、非常に業績がいい。逆に、まさに外食産業が苦しんでいるので、その苦しんでいる外食産業を、今回やろうということであり、外食産業自体がデリバリーをやっているというのはいいが、専門がやられている方を対象にするかというのは、また別の議論かと思っている。

あと、地方の意見を聞いていただきたいという御意見があった。これは、実は、幾つかの県知事と農林水産大臣が直接お話をし、しっかり意見を踏まえているし、また、地方だけではなく、業界の御意見も十分踏まえて、今回制度を仕組んだところ。始めるに当たっては、今回の分科会の御意見も踏まえながら、どういう飲食店に求めるかということについては、始めるまでに、皆さんに分かるように周知をしっかりとやっていきたい。

それから、始めた後、感染拡大したときに止められるのかということであるが、食事券については、それが使えなくなるのは現場の混乱につながるということで、今回のこの事業の中には、そこまで織り込んでいない。感染拡大したときには、県や市町村が、飲食店の営業時間を制限するといったことで対応するかと思っている。

それから、ダイナミックプライシングの話もあったが、幾つかそういう事例も出始めているが、この中に入れるというよりも、飲食店の判断かと思っている。一方で、業界のガイドラインの中には、時間帯を柔軟にするということも考えるよう織り込んでいる。

それから、従業員のマスクについても、ガイドラインの中にしっかりあるので、それについても検討させていただきたい。

あと、地域のアプリについても、全ての県が持っているわけではないが、それについても考えさせていただきたい。

○押谷構成員 やはり、感染を防ぐということが目的なので、リスクベースで判断していくということが正しいのであって、カラオケの価格が半分を超えるか、超えないかというのが、本当にリスクベースで正しい判断なのか。

酒場などは対象になっているが、歌を歌う歌酒場のようなものは、幾つもクラスターが出ている。そういうリスクベースでどういうふうを考えていくかということを考えないと、この対象になったところでクラスターが多発する。

今、Go To トラベルで対象になっているところで、どのくらい感染者が出ているかということが、マスコミで報道されているが、恐らくGo To Eatを始めると、その対象になったところで、どのくらいクラスターが出るかということが、メディアの関心事になると思う。

そうすると、Go To Eat自体が逆効果になる可能性があって、そこはきちんとリスクベースで考えるということを徹底する。クリアカットにしたいという気持ちは、基準がないとなかなか決められないというところがあるかと思うが、本当にリスクのあるものを対象にしてしまっているのかというところは、もう一度考えるべきなのではないか。

○今村構成員 今の説明を聞いていて、国民にどうやって伝えたらいいのかという部分が少し含まれていたのが、対象・対象外のところ、1つの基準としては、感染リスクが、クラスターが多く出ているところは対象外になっているというのが、1つグループとしてあるが、もう一つのグループができてしまっている。

それは、かなり儲かってはいるので、というような内容の部分の理由として、デリバリーと持ち帰りと移動販売が除外されているわけである。そうすると、その理由の部分に関しては、どうやって国民の説明するのかというのがあると思うので、

その辺は、ちょっと検討しておいたほうがいいと思う。

例えば、完全にクラスターのリスクの高いものが除外されています、という形であれば、実質分かりやすいと思う。

ただし、先ほどの理由のデリバリーとか持ち帰りというのは、それなりに苦労していないといった感じになってしまうと、そこはうまく通じないのではないかなと思うので、説明が十分必要かなと思う。

○西村国務大臣 感染が仮に広がった地域があって、ステージⅢやステージⅣに将来なっていた場合、先ほど営業時間の短縮という例を挙げたが、それは県知事が、主体である商工会議所などと連携をして、一定の期間、利用券を購入した人は、しばらくの間使えません、あるいは当面の間販売を停止します、というようなことができるのかどうか。

また、カラオケ喫茶は、昼カラオケは相当感染があちこちで出ているので、これが対象になるのか、ならないのかがよく分からなくて、喫茶店といえば対象になるということか。お金が半分以下だといい、というのも、その基準をどうするのか整理をしたほうがいいような気がするがいかがか。

また、対象外としているスナック、料亭という後に、「（接待を伴うもの）」と書いているが、接待を伴うというのは、料亭とスナックのどちらにもかかっているという理解でいいのか。

○農林水産省（塩川） 販売停止というやり方は不可能ではないと思うが、実際に金券がわたってしまったものを使うときに、使えませんとなれば混乱するので、なかなか難しいかと思っている。

それから、接待はスナック、料亭の両方にかかっており、スナックでも接待を伴うものは対象外になっている。

あと、カラオケについては、カラオケが主体なのか、それとも飲食が主体なのか、ということではかやりようがないので、そういう考え方で整理をしているところ。

○尾身分科会長 色々な御意見を頂いたが、まず確認したいのが、たたき台の資料3-3で、1. の③のステージⅢおよびⅣに相当する地域においては、各都道府県に慎重に対応していただきたい。この点、最終的な判断というのは、都道府県にあるということで、都道府県の知事が感染状況を踏まえて、Go To Eatキャンペーンの運用について、かなりの権限を持っているのかどうか。

それから、ステージⅢ、Ⅳといっても、国からの目安を基に最終的に判断するのは知事となる。だから、知事は、自分の県がどのステージにあって、Ⅲならやるのかやらないのか、あるいは営業時間を短縮するのかということも、各知事の判断

で決定できるのか。事業の立てつけはどうなっているのか。

○農林水産省（塩川） 基本的に、各県の事業者、商工会や商工会議所が事業主体であるが、今回、県知事の御意見を踏まえて、当然、県の中でも商工会、商工会議所としっかり連携を取っていただこうと思っているし、また、我々は県知事からの御意見を踏まえれば、いただいたものを、各事業者にお伝えすることで、しっかり連携を持ってやっていくという立てつけになっている。

スタートした後に感染が広がったときの立てつけについては、分科会の御意見を踏まえて、何ができるかということは検討したい。

○尾身分科会長 あと、リスクベースでやったほうがいいのではないか、という意見が結構あったが、この点はいかがか。

○農林水産省（塩川） そもそもGo To Eatは、資料3-1の2ページにあるように、外食産業自体が、かなり厳しい状況であると、その外食産業に、いかにお客を呼び込んでということである。

繰り返しになるが、デリバリー専門店は、外食の代わりに、今非常に伸びていて、そこにさらに税金を使って支援をするというのは難しいと思っている。

○事務局（樽見） 資料の4ページの対象と対象外の分け方ということについて、今、伺っていて、まさにGo To Eatの事業をやる目的というところから対象と対象外と分けているという要素があるのだと思うが、同時に、今の議論でいうと、この対象の中でリスクの高いところと低いところとあって、リスクの高いところについては、さらに外していったほうがいいのではないかという議論ではないかという気がする。そういうことでいうと、デリバリーや持ち帰りなどの対象をどうするかというのは、リスクだけで決める話ではなくて、まさに制度の目的に照らして決めるという話だとすれば、対象外という形で整理をするというのはあってよいのではないかと思う。

一方で、この対象飲食店に入っている中で、カラオケ喫茶などでは結構クラスターが出ているので、そのリスクが高いところをさらに除いていくことが必要ではないか、あるいはそこはなかなか切り分けが難しかったり、産業政策上の観点からすると入れたいということであれば、そういうところについては、Go To Eatに参加する飲食店が守るべき感染症対策の中で、カラオケ設備は使わないといった形で工夫するのではないかという気がする。

○尾身分科会長 それでは、みなさんそういうことで、よろしければ文言等々は、後

でまた国のほうで検討していただくことにする。

○橋本副大臣 資料3-3の中で、トレーサビリティというお話が出た。農林水産省の説明の中で、Go To EatとGo To トラベルを連携するという話があったが、厚生労働省も生活衛生業の飲食店に対して巡回指導補助事業というのをやっている。また、自治体もそれぞれでいろんな取組をされていて、QRコード等の取組ということもあり、どのお店が、どの事業の対象なのかというのが色々重複してくると思っている。

そうした中、きちんと消費者の方に、そういうことを分かりやすくお伝えするということが大事ではないかと思っており、これは各省などで、そうした対象店について、オープンデータにして、共有して、あるいは一般の方が見ていただけるようにすべきではないかということ、事務的にすり合わせをしていたところ。

そういうことをきちんとやっていくと、トレーサビリティというのにつながっていくのではないかと思っているので、その点、補足をさせていただきたい。

○尾身分科会長 それでは、たたき台を固めていきたい。

まず、資料3-3の1の③のところで、原文の「各都道府県において慎重に対応していただきたい」という文言は、今までの話だと、最終的には都道府県知事の意向が強く反映されるということだから、ここはこういう書き方しかなかないのかなという気もするがいかがか。

○平井構成員 修文を考えているときに恐縮だが、先ほど、副大臣のお話も若干あったが、あちこちでステッカーを貼ったりということが、今、続いているところであり、そういうものを分かりやすく広報したり、取りまとめて、それでGo To Eatが走り始めるときに、ガイドラインを守ったお店のPRチャンスかもしれない。そうした意味で、ガイドラインを守るお店について、国民に色々と情報発信をしたり、お店の指導をするというようなこともGo To Eatキャンペーンと併せて、一緒に展開していただくということも、一文入れていただけるとありがたい。

また、店側だけではなく、お客様もマナーを守ってやりましょうというようなことも含めて、このGo To Eatキャンペーンを1つの契機として、新しい会食の在り方とあるが、政府としても、そうした広報や取りまとめをしてもらいたいというようなことも少し触れていただけるとありがたい。

○今村構成員 今のステージⅠ並びにⅡに相当する地域という書き方になっているが、そもそも地域をⅠの地域を定義づけしたものはない。あくまでもⅠ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳは、それぞれの項目に対してⅠ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳがつけられているので、例えば、参考資料

2で、複数項目のうち、2項目以上がⅢになっている地域はたくさんある。だからⅢの地域という言葉も定義づけはされていないので、複数Ⅲになってところがどうするのかというのが、知事は困ってしまうのかと思うが、その辺は、どうするのか。

○尾身分科会長 6つ項目があり、それぞれここはⅢやⅠ、Ⅱだと言っているのは、私の理解は、最終的にそういう6つのインジケーターを総合的にして、県知事は全国的に同じ共通で比較するという意味が1つあると思う。恐らく、知事は、6つの指標を見て総合的に自分のところはⅠにいる、Ⅱにいるという判断をするように我々はお手伝いをするというのが、ガイドラインのアイデアだったので、恐らくそのようにするのはないかと思うのだが、現場の知事さんとしては、どうか。

○平井構成員 おっしゃるように、ここの6つの中で、総合的に勘案して決める。例えば、前週と比べて陽性件数が多いかどうか、というのは、数が少ないところだと、実は余りうまくいかない。ちょっとしたことで増えたり、減ったりする、それだけでアラートが必要かということもある。

したがって、やはり、6つ並べて総合的に判断せざるを得ないというのは、そのとおりだと思うし、どの知事もそうやって運用をされていると思う。

ただ、ⅠとⅡの間の区別がない、それから、正直申し上げると、もっとはっきり本当は書いてもらいたいという知事も、実は少なからずいる。もうこうなったらステージⅢだよ、ステージⅣだよと、総合的と言わずに決めてもらおうと本当はありがたいという知事もいるが、ただ、我々は、最後は与えられた中で仕事をさせていただきたいと思っている。

○釜萯構成員 私が最初に指摘したのは、今日の参考資料2を見ると、Ⅲのところがたくさんあるが、Ⅲを全部外せということでは、この事業は成り立たないと思う。

だから、Ⅲの中でも知事の判断で、これをやろうという思いのところは、それはそれでも可としないと、もうこの事業は成り立たないと思う。少なくとも、知事の判断でこの事業を運用していくのだというのが、もう少し前面に出てこないか、各知事が、実際に責任を持って運用しにくいだらうというのが、私の懸念である。

○尾身分科会長 知事の判断ということが基本になっているところ、「基本的な考えを持って慎重に判断してください」というと少しわかりにくいから、我々がつくったステージというのを参考にして、知事の判断で行うというのが前面に出るように、ということで承った。

それでは、そういうことで今まとめたようなことを反映させて、このたたき台が分科会の最終案として政府に提案するということがよろしいか。

(異議なし)

<議事(3) ワクチン接種について>

○事務局(井上) <資料4、資料5を説明>

○厚生労働省(佐々木) <資料6を説明>

○押谷構成員 パンデミックインフルエンザのワクチン接種の議論の中でも、やはり市町村が接種主体になってやるということ、ロジの問題など、色々な課題があるという議論があったと思うので、どのくらいの人が、このワクチン接種を希望するかということにもよるが、相当数の人が希望した場合に、その辺をもう一度振り返って、市町村にどういうことを準備してもらうのか、市町村をどうサポートしていくのかというようなことを考えていく必要があると思う。

○平井構成員 <資料10、資料9-1を説明>

○石田構成員 この取りまとめの構成とポイントの中身については、十分理解をさせていただいているが、資料5を理解するためには、資料4のこれまでの議論の経過や背景が極めて重要だと思っている。そういった意味では、これからいろんな発信をするときに、資料5だけで単独でというよりも、やはり資料4をきちんと説明をして資料5になったということを国民全体にお示しをしていただきたい。

また、国民一人ひとりがワクチンを接種するかどうかという判断をするということであれば、なおさら、今回のコロナに関するワクチンの判断に至る経緯は重要な情報として周知が必要だと思っているので、そこをお願いさせてもらいたい。

○脇田構成員 2つほど懸念していることがある。

来年前半に国民全員に打てるだけのワクチンを確保していただけるということだが、それを6か月間で打つとしても、毎日相当な数の、100万人に近いような人々に打っていくというロジが必要になってくる。恐らく、インフルエンザワクチンをイメージしているような形だと思うが、まず、ロジ的にいえば、今、準備されているのはRNA、核酸のワクチン、それから、ウイルスベクターのワクチン、どれも恐らく4度では動かせない。いわゆるコールドチェーン、特別なものが必要で、凍結で動かすということになると思う。

だから、それを本当に市町村にきちんとデリバリーして、打つということをやっ

ていただく必要があるので、その点、本当にしっかり準備をしていく必要がある。我々も今までこれをやったことがなく、想像が余りできないところなので、その道筋をある程度考えていただく必要があると思う。

それから、副反応の話で、インフルエンザワクチンと違って、今までの治験を見ても、38度以上の発熱が容易に出ることや、鎮痛剤でコントロールできないような痛みがあるといったことがあるので、一気に100万人に打ち出して、そういった短期間の、接種時にすぐ起こるような副反応というのが出てくると、また、いろいろな不安が出てくるのではないかと思うので、その点、非常に注意して接種を開始する必要がある。

○武藤構成員 資料5は非常に簡潔で分かりやすいが、これまでの議論の部分が結構そぎ落とされてしまっていて、例えば、今の脇田委員のお話は、とても新規性の高いワクチンというところへの心構えなどが抜けてしまっていたり、あるいは世界で日本だけが独占しているように思われぬように配慮して確保するといった話もしていたので、そういうものを少し戻していただくようお願いしたい。

○押谷構成員 新型インフルエンザのワクチンのところで散々議論した話だが、異なる製法のワクチンが混在したときに、恐らくかなりのメディアの報道等を通して、有効性や副反応に関する情報が流れるはず。

このワクチンを接種したいけれども、こっちは要らないといったことが起きたときに、どういうふうに整理するのかというのは、新型インフルエンザのワクチンの中でもかなり議論をしたところだが、かなり大きな問題になる可能性があるので、その整理も必要かと思う。

○岡部構成員 このワクチンの有効性、安全性及び広報というのは、どちらかというところ、接種する前の広報のことを言っているのではないかと思うが、実際に、今までのワクチンをスタートさせたときには、何か反応が起きたときに、例えば痙攣を起こしたといったときに誰が対処説明・判断するのかということを決めておかないといけない。これは後のリスクコミュニケーションということになるが、現場の医師にとってみても、関係者にとっても、慣れないワクチンをたくさん使って後に問題として問い合わせられたときに、「分からない」という話になってしまうと、多くの人が非常な不安に陥ると思う。だから、そういう担当を決めて、説明もきちんとできるようなことを、この広報だけではなくて、健康被害が起きたときの状況の説明担当ということ、新たにつけておいたほうがいいと思う。

○釜萯構成員 脇田先生、また、岡部先生もおっしゃったとおりだが、実際の実務を

担うのは、市町村があり、そして、医療機関あるいは医師、医療従事者が大きく、そこは役割を担わなければならないのだが、これまでの予防接種法に基づく予防接種も、大きな色々な転機を経ながら、今日までに来ている。平成6年に大きな予防接種法の改正があったが、接種を受ける対象者が、接種を受けるかどうかについて判断をして、自分の決定に基づいて接種を受けるという原則は、ぜひ今回のワクチンについてもきちんと守っていただきたいというのは、改めてお願いしたい。

そして、接種をする立場からすると、なるべく早く、より多くの国民の方に接種を完了したいという思いもあるが、これには限度がある。体制が不十分な中、リスクの高い接種をするということは、ぜひ避けなければいけないので、接種の時間については、むしろ余裕をもって接種をするという形のほうが、国民にとっては望ましいことではないかと感じている。

色々な諸事情があることも十分承知はしているが、余り性急な接種を求め過ぎることについては警鐘を鳴らさせていただきたい。

○清古構成員 細かい点だが、資料5の4「接種順位」の○の2つ目のところに、直接医療を提供する施設の医療従事者等の括弧の中に「新型コロナウイルス感染症患者の搬送に携わる救急隊員」と書いている。東京の場合、ほとんどが民間救急のほうで、自宅から病院に移送をしていただいているので、その方たちも入るような形で表現をお願いしたい。

○尾身分科会長 この中間取りまとめはいつ頃発表するということになっているのか。

○事務局（樽見） とりあえず、資料5で中間取りまとめとなっているが、狙いとしては、まさに実施主体として、市町村にも色々やっていただかなければいけないことも出てくると思うので、例えば、市町村でやるという形になれば、市町村の中で予算も組んでいただかなければいけない、議会にも説明してもらわなければならないといった形になるので、どういう考え方で、どういう実施の方法でワクチンの接種を実行していくのかというような考え方を整理してまとめているペーパーである。

だから、市町村の9月議会、12月議会というふうになるので、12月議会の準備に間に合うように、我々としては、今月中ぐらいに整理しておきたい。

ただ、御指摘あったように、これが独り歩きする形にもなりかねないし、そういう中で、その背景をできるだけ分かりやすいようにしなければならない。あるいは、これを考えるときには、資料4のような内容をセットで分かるような形のセッティングにすべきだという御議論があったので、これを厚生労働省のほうで、今日いただいた議論を踏まえて、次回、次々回ぐらいになるかもしれないが、全体のタイムフレームに間に合うようなスケジュールで、お示しをさせていただきたい。

＜議事（3）その他＞

○厚生労働省（佐々木）　＜資料7を説明＞

○尾身分科会長　資料7の「2. 検査体制の抜本的な拡充」というボックスの最後の4つ目のポツ、「本人等の希望による検査ニーズに対応できる」というところについて、政府の対策本部で今回新しく決めていただいたペーパーではどのように書いているか。

○厚生労働省（佐々木）　資料7の本体資料の3ページの、下から2つ目の○のところである。これは、あくまでも自主的に、全額自己負担で実施する検査ということであるが、ここに書いているとおり、行政検査は、当然一番大事な検査であるので、それが逼迫する状況になれば、特措法に基づき、支障を生じさせないように要請するということである。あくまでも、検査の余力のところ、自主的な検査も、今まででもやられているところであるが、やっていいということを明記したということ。

○尾身分科会長　今まで全部行政検査でやるといった雰囲気があったので、これは少し書いていただくようお願いしたい。

○平井構成員　資料7は、基本的には、今までの議論で賛成であるが、1番の「感染症法における入院勧告等の権限の運用の見直し」について、少し今、知事たちが心配している件がある。

これは、今、岡部先生が座長として取りまとめをされるということで、地方の実情も聞いていただきながら、取りまとめの中に入れていただければと思うが、報道が大変断片的に入っており、若干過剰反応が起きている可能性もあるが、資料9-1の3番のところに、全国知事会でアンケートをした結果を書いている。

1つは、入院勧告の問題あるいは検査など、入院、宿泊料費の公費負担のことなど、この辺、報道でも全面的に見直されるようなことが書いてあるように見えるもので、ぜひ慎重に実態に合わせた体制を取っていただきたい。

というのは、大都市部、あるいは沖縄など、クラスターが発生したりして、非常に逼迫しているところでは、医療や保健所の負担が大変高まっていて、そういう意味で、この権限等の見直しで、例えば、軽症者などは、もう入院はしなくていいというようにするというのは合理性があるようにも見えるが、実は圧倒的多数の地域は、今なお、軽症者も含めて入院をさせることによって、重症化を防ぎ、亡くなる方を防いでいる。

先般の厚労省の専門家の分析の中でも、致命率が落ちてきているというようなことがあるが、あれはなぜかというところ、地方などでは重症化させないために、最初から医療機関にもって行って、そこでCTスキャンにより肺の状況を見たりして、その後の治療方針を立ててやっている。それから、段取りよく病院のベッドを用意したり、保健所でも調査をしたりといったところが結構抑えているからという面は多分にあるわけである。

それで、非常に厳しい状況のところについては、それに応じた対策をとることは、みんな納得すると思うが、ただ、今、一生懸命病床も用意して頑張っていて、そして、入院勧告を軽症者でもやって、それで、その軽症者が入った病院から、さらにホテルのほうに、状況に応じて療養施設のほうで回していくと、それをコントロールするために医師会とも協力していくといったようなやり方をしているところが、うまく回り始めているということが実態としてある。

それを全部、政令の指定をやり変えて、基本的に必要ないとやってしまうのは、地域によっては、色々と課題も残るところであるので、状況に応じて、柔軟に見直しに当たって御検討いただきたい。

○厚生労働省（佐々木） <資料8を説明>

○石川構成員 3月、4月の流行時に初診であってもオンライン診療を可能にしたと思うが、冬に向けてインフルエンザと風邪とコロナの鑑別が難しいということも踏まえ、ニュースで冬のオーストラリアの状況を見たところ、クリニックでは、90%ぐらいが遠隔診療を実施したという。

日本とは医療制度が違ふだろうから、日本で簡単にオンライン診療ができるとは思っていないが、糖尿病や高血圧といった基礎疾患を持っておられる方は、こういう時期にわざわざ直接受診をしなくてもオンライン診療で処方をしていただければ、治療の継続ができるわけだから、そういう意味からいっても、オンライン診療というのはもっと普及してもいいと思う。そこでお聞きしたいのは、第一波のときのオンライン診療については、何らかの形で総括できているのか。また、次の冬に向けてはどのような方針なのか。

○厚生労働省（佐々木） オンライン診療に関しては、4月の段階から特例ということで、初診から相当幅広く実施をしていただいているところ。3か月に一度、現状を把握しながら議論をしていくということになっており、その状況を踏まえながら、例えば、注意すべき点などを周知していくということになっている。今も評価を継続している段階という理解であり、そういう意味では、この秋、冬に向けても、実施していただく中で、色々な課題を整理しながら見ていくこととしている。

○太田構成員 資料8に関し、今年のインフルエンザは、本当に時間がない。

多くの自治体では、高齢者65歳以上に関しては、お金の減免みたいな形のものを行っているが、大体一般的にそれが自治体から住民に届くのが10月の半ばぐらいで、今、実務が動いていると思う。

逆に言うと、10月の半ばぐらいにならないと1,000円で打てるという券が届かないことになる。10月の頭からしっかりと打っていこうとすると、早急に色々と調整していただかないとできないぐらいの時間軸になっているので、御検討いただきたい。

○武藤構成員 先ほどのGo To Eatの議論のときにも思ったが、この先、いろんなステッカーが店舗に貼られて、そのステッカーはそれぞれ何の意味があるのか、恐らく、分からなくなってしまうのではないかという予感がしている。

自治体の事業のもの、厚労省の事業のもの、それから、こちらのGo To Eatもあり、今後もっと増えてくるかもしれないので、その辺り、どのように消費者に掲示をしたらわかりやすいかについて、ぜひ省庁間で調整していただいたり、議論の場を持っていただけたらと思う。

○石田構成員 雇用の関係が非常に厳しいということを共有させていただきたい。

新型コロナウイルスの影響が長期化する中、連合のもとに解雇や雇いどめ、生活不安を訴える相談が増えている。この雇用不安と感染予防というのは、実は大きく関係があり、働くことに対する不安が募ると、やはり感染予防よりも働くことを優先する、あるいは休んでしまって雇用が切られたらどうしようという不安で、なかなか休めない、雇用維持のほうになってしまうという相談も、たくさんある。

今回公表された完全失業率も有効求人倍率も徐々にだが数字が悪くなってきているという実態がある。失業者も昨年に比べて約41万人増ということになっている。特に、このコロナの影響の大きい宿泊業、飲食サービス業では26万人の方、そして、生活関連サービス業、娯楽業で18万人の方の雇用が失われており、この秋口から年末にかけてさらなる悪化が心配されている。

雇用は、国民一人一人の生活の基盤であるし、社会経済を支える要でもある。先週、厚生労働省から雇用調整助成金の特例措置に関して、延期の話をいただいて本当に感謝をしている。ただ、この雇用調整助成金の延長だけでは、雇用を守ることがなかなか難しいと思っている。リーマンショックのときを上回るマイナス成長の中で、政府全体で雇用対策に取り組む必要があると思っている。

ぜひ、労使を含めて現場の声を反映して、実効ある強力な対応を検討する場を設置していただければと思う。

以上