

医療提供体制の崩壊を防止し、経済社会活動への影響を最小化するための6つの緊急提言

＜ コロナ危機下の医療提供体制と医療機関の経営問題についての研究会 ＞

令和2年9月

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の感染拡大を防止し、犠牲者を最小限に抑えながら、経済社会活動への悪影響を極力最小化して行くことが急務。このためには、①医療提供体制の崩壊防止、②新型コロナのリスクの正確な理解の普及と感染防護の重点化、③これまでの施策の検証を踏まえた合理的な行動変容の設計が必要。

こうした観点から、医療・看護の現場の専門家、経済学者、工学者、知事、医療コンサルタント、政策経験者が結集し、客観的かつ豊富なデータ分析をもとに、多角的な視点から精力的な議論を重ねて導き出したのが本提言である。

新型コロナとの戦いが長期化し、経済社会活動への悪影響が深刻化する中、政府・自治体・医療機関をはじめ、幅広い主体による積極的な取り組みに強く期待したい。

提言1：医療資源を最大限に効率的に活用するため、医療機関の集約化・役割分担・連携を大胆に進める。

(1) 新型コロナウイルス感染症対応を行う医療機関を増やしつつ、医療機関の集約化・役割分担・連携を大胆に進め、医療資源を最大限効率的に活用。

(2) ボトルネックとなる恐れの高い重症者対応のため、集中治療について対応能力のある医師・スタッフを病院の壁を越えて重症者対応を行う病院に集約。

(3) 同時に不足が懸念されるECMO等を使用可能な医師・スタッフを緊急育成。他業務から切り離して短期集中訓練。

(4) 重症者対応ができる病院を広域の都道府県単位の複数または二次医療圏毎に原則一つ以上確保し、中等症者対応を役割とする周辺の病院との緊密な連携を確立。患者の容体が悪化した場合には速やかに重症者対応が可能な病院に移送。円滑な転送先の確保のため、行政サイドでシステム作りを行う。

(5) 一般患者との動線切り分け等の負担を無くし、院内感染リスクを減らし、コロナ患者への対応効率化のため、専用病棟の整備を加速。可能な場合には専用病院も設置。

(6) コロナ患者を受け入れない医療機関は、集中治療専門医、総合診療医、総合内科医などコロナ患者を診療できる医師・スタッフをコロナ患者を受け入れる病院に派遣することや、回復期に入ったコロナ感染者を感染症対応病院から受け入れること、発熱外来を設けること

などにより、柔軟かつ多様な形でコロナ対策に貢献。同時に専用化によって診療の場が制約された科目の医師は、コロナ患者を受け入れない医療機関に派遣し、コロナ患者以外への一般疾病に対する医療対応の充実を図る。こうした医師・スタッフの派遣を円滑化するため、給与条件の調整や配置基準の柔軟化等の条件整備もあわせて進めて行くとともに、学会や大学医局を通じた調整機能も期待される。

(7) 以上のような役割分担・集約化・連携を実現するためには、公立病院の重点的活用を含め、各都道府県知事の強力なリーダーシップが不可欠。すでに取り組みを進めている先進的事例を全国展開し、専門家の助言を受けつつ、すべての知事による強力なリーダーシップ発揮が急務。このため、地域の事情・状況に応じた迅速な対応を可能にするため、都道府県知事の権限と自由度を広げるべき。

(8) ボトルネックとなることが懸念される重症者対策のためには、都道府県域を越えた広域連携も推進すべき。このためには、すで実績のある災害時DMAT対応の知見などを活かし、知事同士の連携を推進。国も国立病院の重点的活用に加え、広域連携のために調整機能を果たすべき。

(9) 医療提供の前提となる医薬品、防護ガウン等の必要な医療物資の確保に万全を期すためのロジスティックスを政府が産業界と連携しつつ責任をもって確立。

提言2：全国の診療所や小規模病院の力を活かし、病院・保健所の負担軽減、検査の迅速化、患者の安心・安全を図る。

(1) 今春は診療所や小規模病院の力を十分に活用できなかったこと、このために感染症に対応する病院や保健所の負荷が増大した教訓を踏まえ、全国の診療所や小規模病院の力を活かす。(9月4日の厚生労働省通達により、検査相談のために診療所を活用する方針が示されたことは前進。全国の診療所や小規模病院の力をさらに活かして行くべき。)

(2) 唾液検査の活用を含め、検体採取できるPCRセンターや診療所・小規模病院を大幅に増大。有症者の検査の必要性の判断についても、保健所ではなく、診療所や小規模病院がオンライン・電話も活用しつつ対応し、検査までのスピードを加速。

(3) 検査結果と患者の病状を踏まえたトリアージも体制を確立した診療所や小規模病院で行い、感染症対応病院への入院の必要性等を迅速に判断。

(4) 無症状者・軽症状者については、発症した高リスク者を除き、病院ではなく、ホテル等での宿泊療養を原則とする。この実効性を確保するためには、入院が原則となっている現在の法的位置付けを改めつつ、同時に宿泊医療を着実に求めることができるよう法的措置も検討すべき。また、宿泊療養の場合、地域の診療所や小規模病院からの医師派遣や、看護管理体制的確な確立、遠隔モニタリングにより、経過をフォロー。患者の病状の変化に応じて迅速に感染症対応病院に転院させるシステムも整備。

(5) 諸事情のために宿泊療養が難しく、やむを得ず自宅療養がなされる場合も例外的に許

容されるべきだが、その場合には、保健所ではなく、地域の診療所や小規模病院が経過をフォロー。患者の病状の変化に応じて速やかに感染症対応病院に紹介するルートを確保。自宅療養者と外部との接触が的確に制限されるよう、生活物品の供給など生活サポート体制も整備されることが重要。

(6) 有症状者は(基礎疾患や既往症などを有する者も多く、コロナ対応に合わせて疾病管理も必要であることから)かかりつけの診療所・小規模病院に原則的に受診することとする。かかりつけの診療所・小規模病院を有しない市民は事前に受診予定の診療所・小規模病院に登録して基礎疾患や既往症を伝え、発症時にはオンライン・電話・訪問も含めてスムーズに診療やフォローアップを受けられる仕組みを検討。こうした対応を円滑に遂行するためにも、診療所や小規模病院における電子化対応を強力に推進して行くべき。

提言3：メリハリのある思い切った財政支援によりコロナに対応するための医療提供体制を強化する。

(1) コロナ患者を重点的に受け入れる医療機関の病床を確保することが急務。急性期病床の総数は国際的に見ても日本は相当多く、問題は総数の不足ではなく、急性期病床の配置や効率的活用の在り方にあり、そのために急性期病床の中でコロナ対応に充てられる病床数が不足していることに大きな課題がある。このため、コロナ対策に貢献する医療機関に対しては思い切った財政支援を用意。速やかな支援提供のために、手続きを大幅に簡素化した診療施設毎の一括交付金方式を活用し、概算払い・事後清算により迅速な支払いを実現するための予算措置を講ずる。

(2) 中等症者を中心としたコロナ患者を受け入れる病院に対してはコロナ以前の状態からの減収相当分を幅広く補填。

(3) 重症者対応を行う病院、あるいは専用病棟等を設置した医療機関に対しては、さらに上乗せした大胆な財政支援を提供。

(4) コロナ患者を受け入れない病院であっても、コロナ患者を診療できる医師を感染症対応病院に派遣し、専用病棟等からコロナ対応を行わない医師を受入れたり、回復期に入ったコロナ患者を感染症対応病院から受け入れたり、発熱外来を設けることなどにより、コロナ対策に貢献し、コロナ以外の他疾病の医療に寄与する医療機関については、一定の財政支援を提供。

(5) 検査実施、宿泊療養施設への医師・看護師派遣、自宅療養者のフォローなど、コロナ対策に貢献する地域の診療所や小規模病院に対しても貢献度に応じて財政支援。

(6) このような医療機関に対する財政支援に加え、負担の重い現場スタッフの貢献に着実に報いるため、現場スタッフへの直接的財政支援もさらに充実しつつ、休息の確保のための環境整備を進める支援や感染非対応病院からの看護スタッフ等の派遣による支援を行う。あわせて医療従事者やその家族に対する差別・偏見を無くすよう社会全体としてより強力に取

り組むべき。

(7)このようにコロナ対策に貢献する医療機関等に対しては手厚い財政支援を行う一方で、様々なコロナ対策に貢献しない医療機関に対しては、4割超を財政で支えられている健康保険制度等による手厚い支援（企業負担を含めると約6割）が基礎にあることを踏まえつつ、感染防止措置のための支援を除き、医療分野外の一般事業者への支援を踏まえた支援にとどめ、メリハリをつけるべき。

(8)こうした財政支援は、目の前の危機に対応するだけでなく、持続可能性向上を図る中長期的な医療制度改革と整合的であり、さらに制度改革を進めるものであるべき。地域における医療機関間の役割分担を通じた効率向上、医師・患者の集約化を通じた実効性向上、診療所や小規模病院の活用を通じた健康管理向上など、必要となる制度改革を推進して行くことが大前提となる。政府においては、コロナ対応のためのメリハリある財政支援を行って行く場合、同時に時間軸を設けた上で医療制度改革に向けた検討を並行して着実に進めて行くべき。

提言4：検査体制を強化するとともに、迅速な検査実施を実現する。

(1)感染拡大を未然に防止し、経済社会活動を可能な限り確保し、院内感染による医療崩壊を食い止め、高リスク者を守るためにも検査体制の強化と迅速化を推進。

(2)検査体制は遅まきながら徐々に強化されてきたものの、足下における感染拡大への対応に加え、病院や介護施設、在宅医療・介護サービス機関における重点的な検査の実施、水際対策の徹底、インフルエンザ感染拡大期への対応等のためには、さらなる検査体制の強化が急務。

(3)冬場のインフルエンザ感染拡大も見据え、検査体制強化を最大限急ぐとともに、インフルエンザ検査と抗原検査の同時実施など有効な検査の仕組みを整備。

(4)発症から検査実施・診断までになお平均5.2日（8月7日発表の7月13日-19日実績）も要しているが、発症の前後（参考：台湾での調査によれば発症前4日間-発症後5日間）に感染力があることに鑑み、検査実施・診断までの時間を大幅短縮。保健所に依存せず、地域の診療所や小規模病院を最大限に活用。検査相談待ちを無くすため、オンライン・電話等で検査相談に応じる地域診療機関を増やし、周知するとともに、財政的支援の下で医師会協力に基づく時間外・休日対応の電話相談を設けるなど、簡単・気軽にいつでも検査相談できる体制を整備。

(5)検体採取負担のために現場における逼迫が増していることから、検体採取を行う場の増大が急務。PCRセンターを大幅に強化するとともに、唾液検査の活用を含め、検体採取を行う病院・診療所を大幅に増大する。

(6)検査対象を「発症前2日以内の濃厚接触者」に制限する運用を緩和し、「発症前3日以前の濃厚接触者等」も含むように拡大するとともに、有症の判断についても風邪に似た症状

であっても「有症」として検査対象として取り扱うよう運用を明確化。

(7) 集団感染が同時多発的に発生している地域（感染震源地/エピセンター）については、当該地域の関係者全員に対し、検体プール化などの方策を含め、症状や接触歴の有無に関わらず面的に検査。

(8) 採取された検体の分析を行う人材が不足していることから、検査人材の育成を大幅に増強するとともに、自動化された検査機器の導入を強力に拡大。

(9) 民間の創意工夫を活用した新たな検査技術の導入加速は極めて重要。このため、抗原検査の効果的活用方策を確立するとともに、米国のEUA（緊急使用承認制度）などを導入し、速やかな新規技術承認を実現すべき。また、検査体制の増強や検査実施数の増大に伴い、規模の経済を十分に反映し、検査コストの不断の引き下げを着実に図っていくべき。

(10) 以上のような検査体制の増強を着実かつ迅速に実現するためには、インフルエンザ流行期への対応を含め、今後必要となることが見込まれる検査機器や検査人材が十二分に確保されるよう、必要なアクションは先手を打って政府が速やかに断行して行くことが必要。

提言5：高リスク者を重点的に守る。

(1) 感染者の中でも、犠牲者は高齢者（70代以上）、基礎疾患保持者（呼吸器疾患、心疾患、血液疾患、肝疾患、糖尿病、腎臓病、癌等）に集中していることから、こうした高リスク者を重点的に守る。

(2) 高リスク者の多い病院や介護施設を院内感染等から守るため、抗原検査の有効活用も含め、新規入院者等に対する公費による検査を徹底し、医療・介護従事者に対する同検査も積極的に実施。防護ガウン等の供給、スタッフへの教育も徹底。感染が判明した場合、入院者等に対する幅広い検査を出張方式も含めて速やかに実施。在宅医療・介護サービス機関についても重点的に検査。

(3) 高リスク者が感染し、発症した場合には、ホテル等の宿泊療養施設ではなく、入院を原則とする。その際、重症化リスクがあることを踏まえ、重症者対応体制のある病院やそうした病院との連携が確立された病院への入院確保に最大限努める。

(4) 高リスク者と同居する家族に感染が判明した場合、当該陽性者は速やかにホテル等の宿泊療養施設に移す。その場合必要となる介護サポート等をきめ細かく機動的に提供。

(5) 高リスク者を守るため、普段から診療所や小規模病院の医師や看護師がオンライン・電話を活用しつつ、体調をフォローし、発症した場合、速やかに対応。諸般の事情でやむなく自宅療養を行う場合には診療所や小規模病院による一層丁寧なフォローが求められる。

(6) 高リスク者に対しては、重症化リスクを正確に周知した上で人混みを避けるなどの自己防衛を促すとともに、スーパー等における高齢者向け専用買い物時間の設定などを要請。

(7) 感染拡大状況とリスクの状況を正確に認識してもらうため、これまでの検査陽性者数（注：一般には「感染者数」とされるが、誤解を避け、正確を期すため「検査陽性者数」を

使用。以下同じ。)に加え、定義を明確化・統一しつつ、重症者数の発表に焦点を同等に当てていく。

提言6：新型コロナウイルス感染症のリスクの理解と感染実態の分析を踏まえ、正確な情報発信を行いつつ、合理的な行動抑制を設計する。同時に偏見、差別、社会的非難を無くして行くために社会全体で取り組む。

(1) 経済社会活動への影響を最小化するためには、新型コロナウイルスのリスクの理解と感染実態の分析を踏まえ、行動抑制は必要かつ合理的な範囲で設計すべき。

(2) 今春の第一波の検証を踏まえると、新規感染拡大防止のためには、緊急事態宣言で導入されたような広範な自粛・休業ではなく、その前の3月下旬のレベルでの自粛でまずは対応すべき。仮に緊急事態宣言が再び出されるような状況になったとしても、外出自粛については、8割の接触削減のためには55%の外出削減を目安とすべき。

(3) 感染経路としては飛沫感染が中心であるため、今後行動抑制の強化が必要となった場合でも、「3密」の中でも特に飛沫感染が懸念される場や業種に関する外出自粛・休業にまずは絞り込むべき。その際、将来世代の育成に関わる大学を含めた教育機関などの活動は可能な限り確保すべき。

(4) その上で、特に感染発生事例の多い場や業種については、協力が得られない場合には、最終的手段として協力を個別に義務づけることができる法制度の整備を進めるべき。ただし、その運用に当たっては、全国一律ではなく、感染状況を踏まえて地域毎にきめ細かく対応。

(5) 感染防止ガイドラインは業種別に5月に短期間で策定されたが、その後の感染事例の検証を踏まえ、より実効性のあるものに改訂されるべき。また、ガイドラインの遵守状況についての国民の信認を高めるためにも、遵守状況について、中小団体や業界団体など第三者が確認したり、ユーザーによってチェックされる仕組みを検討すべき。この上で、ガイドラインが着実に遵守されている場合には、画一的自粛ではなく、段差を設けたメリハリのある対応を図るべき。

(6) 感染者が判明した場合、速やかな検査の実施を行いつつ、職場の同僚等についての自宅待機の範囲・期間は合理的なものとし、事業所や教育機関全体の閉鎖、幅広い事業・教育活動の停止など過度な自粛対応とならないよう、合理的な対応のための指針を示すことが肝要。

(7) 新型コロナウイルスの感染は、健康面だけでなく、大きな社会的なダメージをもたらしていることに大きな問題がある。不正確な情報によって不安が増幅されたり、感染者に対する偏見や差別、社会的非難があるために感染経路調査の協力が得にくくなり、企業や教育機関なども過度な活動自粛に陥ってしまっている。また、医療従事者やその家族への偏見や差別は、現場対応で尽力している医療従事者の心理的負担を増幅。

(8) まず、新型コロナウイルスに関する正確な理解が不可欠。このため、政府・自治体、

医療界からの積極的な発信に加え、メディアによる正確な発信が極めて重要。若者に対しては伝統的メディアの他、様々な新たな発信方法を工夫して行くべき。

(9) 新型コロナとの戦いが長期化し、コロナウィルスの存在が市中に常態化している現状を踏まえ、偏見、差別、社会的非難を可能な限り無くして行くべき。

このため、感染者や感染が生じた企業や教育・医療機関に対する非難ではなく、匿名性を守りつつ、感染経路解明、感染拡大防止に重点を置くべき必要性を社会全体で訴えていく。

このためにも、感染者発生の個別公表は基本的に無くし、公表は不特定多数の出入りがあったため、迅速に濃厚接触者を探し出す必要があるようなクラスター発生時に限定。こうした取り組みは自治体だけでなく、事業所・教育機関・医療機関なども連携して徹底する必要があり、マスコミの協力も重要。SNS上等での心無い非難については、法的措置の活用も含め社会全体で抑えていくべき。

(10) こうした取り組みを進めると同時に、将来世代の育成のための大学等の教育機関の活動は、適切な感染防止策を講じつつ、過度に活動を自粛することなく、最大限に守っていくことが重要。新型コロナウイルスの感染から社会を守りつつ、次の世代の将来も同時に守ることが重要。

(11) 経済社会活動を極力確保して行く上では、感染拡大を防止するための濃厚接触者の追跡調査の強化は重要。このため、新型コロナウイルス接触確認アプリCOCOAの普及拡大を強力に進めて行くべき。具体的には、次のような対応を速やかに検討すべき。

①濃厚接触の通知があった場合にはPCR検査を即時受診可能にするメリットを明確に周知徹底

②濃厚接触の通知を受けた場合には保健所を介さずに即時に検査を受けられるようにすること。

③プライバシー保護のための手当を講じつつ、感染者が自ら感染事実を入力しなくても感染した事実が着実にシステム上認識され、濃厚接触者に通知が着実になされる仕組みを導入。

④COCOAアプリの普及が限定的である現状と緊急性を踏まえ、アプリが個別にダウンロードされて普及が広がるのを待つのではなく、いったん自動的にアプリがダウンロードされた上で、その活用の有無についての意思を個別確認する仕組みを導入。

(12) さらに、個人情報保護の徹底を前提に、感染経路の調査に対する協力を確保するための法制度の整備も検討して行くべき。

【 1. 問題認識 】

1. 新型コロナの感染が長引き、国民や企業に不安が高まり、外出自粛や休業要請などが広範に継続・拡大されて行くと経済の低迷は長期化が必至となり、さらには緊急事態宣言が繰り返し発動されるような事態となれば、経済社会活動に深刻な影響が生ずることは確実。この結果、多数の倒産、失業増大、さらには経済的死者が生じかねない。財政への長期的打撃も大きい。

このため、感染拡大を防止し、新型コロナによる犠牲者を最小限に抑えながら、経済社会活動への悪影響を極力最小化して行くことが急務。

2. このためには、3つの柱による取り組みが必要。

(1) 医療提供体制の崩壊防止

医療提供体制が崩壊してしまうと諸外国に比べても比較的低水準で抑制されている我が国の死亡率も一気に上昇しかねない。こうした事態は何としてでも回避しなければならない。

こうした医療提供体制の崩壊が懸念されることから4月には緊急事態宣言が発動されたが、再宣言の繰り返しを回避するためには、適切な行動抑制を図りつつ、可能な限り医療提供体制を強化しておくことが急務。

このためには、3月－5月の時点における医療逼迫の実態とボトルネックを検証し、これからの医療提供体制強化に反映すべき。また、その後の経営悪化、現場における心理的負担を踏まえると、むしろ逆に医療提供体制の弱体化も懸念されることから、こうした課題にも的確に対応した政策を断行すべき。

その際、これまで十分には活用されてこなかった医療資源を最大限に活用しつつ、医療資源の最大限に効率的な活用に全力で取り組むべき。

同時に、コロナ対応のために、コロナ以外の疾病に対する対応が劣後することのないよう、専用病棟等の設置を含め、役割分担に留意すべき。

(2) 新型コロナのリスクの正確な理解の普及および感染防護の重点化

新型コロナについては様々な情報が氾濫しているため、国民・企業は深刻な不安に陥っている。こうした不安は必要以上に経済社会活動の萎縮につながりかねない。

新型コロナが日本に上陸してから8か月が経過し、多くの知見・感染例・症例が蓄積されたことから、この検証を通じて、新型コロナのリスクを正確に評価し、国民・企業に的確に共有して行くことが重要。

その上で特にリスクの高い者の保護を徹底するとともに、感染者や医療従事者等に対する偏見・差別や社会的非難を無くして行く取り組みを強化すべき。

(3) これまでの施策の検証を踏まえた合理的な行動変容の設計

新型コロナについて不明な点が多かった4月上旬の時点では、幅広い行動抑制が実施された

ことはやむを得なかったと考えられる。

しかしながらその後の知見の蓄積を通じて新型コロナのリスク、感染拡大の実態についての理解が深まってきており、こうした理解の検証を踏まえて、今後必要となる行動変容の設計を行うことが必要。行動抑制は経済社会活動に大きな影響をもたらすことから、自粛や休業などの行動抑制は必要かつ合理的なものであるべきであり、できる限り経済社会活動の確保を目指すべきものである。他方、感染例が集中し、感染リスクの高い場・業種については、感染拡大防止のための協力が着実に確保されるよう制度的対応も用意しておくべき。

同時に、感染場面の分析を通じて、感染防護対策（各種業界におけるガイドライン等）を効果的かつ適切に改善し、感染防止策の実効性を高めるべきである。

【 Ⅱ. 取り組みに当たっての視点 】

新型コロナに立ち向かう上では、以下の6つの視点が重要。

1. 検証とデータ分析に基づく対応

今年1月に新型コロナが日本に上陸して以降8か月の間の多くの感染例・症例、各種政策の効果を速やかに検証し、また世界の知見やデータ分析にも基づき、今後の取り組みに反映すべき。

2. 自治体によるリーダーシップと創意工夫

新型コロナの感染拡大状況も医療体制の実情も地域によって大きく異なる。また地域医療の具体的な設計は一義的には各都道府県の責務とされている。

一方では、通達行政によって各都道府県による柔軟かつ多様な対応を広範に制約。国による政策は全国展開が前提となるため、柔軟性、即時性に欠ける面が少なくない。

このため、国による政策を待つのではなく、各都道府県、特に知事、また基礎自治体の首長による主導的な取り組みが必要不可欠。地域での優れた取り組みが国の政策につながっていくことも期待される。

同時にこうした自治体による創意工夫が発揮できるよう、国は戦略の策定や必要な財政支援や医療資源の確保に重心を置きながら、具体的な対応については自治体の自由度を大幅に拡大すべき。画一的な通達行政を極力抑制し、地域の実情に応じた柔軟かつ多様な対応を幅広く自治体に任せるべき。

3. 民の力、大学の力の活用

新型コロナへの対応は広範囲に及び、柔軟・機動的な対応が求められる中、国や自治体に問題解決を依存するだけでなく、民間の創意工夫を最大限に活かすべき。特に新たな検査技術や、ICT、AIなどの新技術は積極的に導入・活用。また、検査機器等の導入拡大、検査実施数

の増大に伴い、規模の経済を踏まえ、コスト削減に不断に取り組むべき。

大学においても様々な研究設備が整備され、人材も知見も豊富にあることから、大学の力も最大限に活かして行くべき。

4. 経済社会活動への影響の重視

今回の新型コロナは、自粛や休業などの形で経済社会活動を直接的に制約するだけでなく、不安が経済社会活動を萎縮させていることに大きな特徴。新型コロナを医療問題にとどめてとらえるのではなく、経済社会活動へのインパクトを常に意識すべきであり、経済社会活動への影響を可能な限り最小化して行くための方策を見出して行くべき。

その際、新型コロナ感染に対する偏見、差別、社会的非難から、経済社会活動が過度に自粛されかねない点にも十分留意して行くべき。

5. 長期的な医療制度改革との整合性

目の前の危機への対応が、長期的な方向性を妨げるものであってはならない。むしろ、危機への対応が、必要となる長期的な医療制度改革を進めるものであるべき。特に医療提供体制全体の増大ではなく、医療資源の最大限の有効活用を目指すべき。このため、地域における医療機関間の役割分担を通じた効率向上、医師・患者の集約化を通じた実効性向上、診療所や小規模病院の活用を通じた健康管理向上などを進めて行くべき。

6. メリハリ

新型コロナ感染が拡大する中、すべての感染を抑えきることは困難。犠牲者を最小化する上で守るべき部分に政策・資源をメリハリをつけて重点投入すべき。

財政制約があるため、医療提供体制のための財政支援もコロナ対策の実効性を高めるためにメリハリをつけるべき。

国民・企業の行動抑制も、全面的に幅広く一律に行うことはあまりにも犠牲が甚大。感染を抑え、犠牲者を最小化するために効果的な行動抑制を設計し、国民・企業の協力を求めていくべき。他方、感染例が集中し、感染リスクの高い場・業種については、協力が着実に確保されるための制度的対応を検討すべき。

【 Ⅲ. 医療提供体制の崩壊防止 】

1. 今春以降の医療逼迫とボトルネック、医療機関の経営状況の検証

(1) 軽症者・無症状者の取り扱い

①軽症者・無症状者については、トリアージ機能は保健所が基本的に担い、当初は全員、その後も多数は入院扱いとされた。このため、保健所とコロナ患者を受け入れた病院に負荷が集中。

(参考) コロナ関連の入院患者のうち3分の2は軽症者。(図表1)

②一方、今春の感染拡大局面では、一部の地域では医師会が設置したPCRセンターに開業医が配置された例はあるものの、全国の診療所や小規模病院の力は十分には活用されず。

(2) 中等症者への対応

①中等症者を受け入れた病院については、コロナ患者のための病床が逼迫し、防護ガウン等も不足する中で現場の医師・看護師はリスクにさらされ、他の一般患者への感染拡大も含め、院内感染の恐怖に直面し続け、感染拡大防止のための負担が増大。

②一方、コロナ患者を受け入れない病院も少なくなく、各病院の対応には大きなバラつきが見られた。

(参考) 567病院中、コロナ患者受け入れを行った病院が341病院と60%にとどまる。300床以上の病院に限ってみても、21%の病院はコロナ患者を受け入れず。(図表2)

③一般病床の平均稼働率は、コロナ患者受入れ施設について、2月には81.6%だったのが、5月には61.6%に低下しており、病床稼働率からみると必ずしも逼迫していた状況とは言えない。

(図表3)

(但し、コロナ患者とケアする医療従事者から一般患者の動線を病棟内で構造上分けることができない場合、感染リスクを回避するため同病棟をコロナ患者専用とし、一般患者を受け入れず、そのため稼働率が低下した事を考慮する必要がある。更に、毎回のケアで医療従事者が感染予防のための防具服着脱に要する業務時間増大や、自身の感染リスクへの恐怖などの精神的逼迫度も考慮する必要がある。)

一方、コロナ患者受け入れなしの施設についても、一般病床の平均稼働率は、2月の78.6%から5月には64.0%と同様に低下している。

(3) 重症者への対応

①日本の人口当たりICUベッド数は国際的に比較して低いものの、ICUの稼働率はコロナ以前で約6割。コロナ感染が本格的に拡大する前に比べて、コロナ対応以外も含めたICU稼働率全体はむしろ低下し、5月はコロナ受入れ病院において平均値で約5割(図表4)。結果的にこの時期のICU全体の絶対数がボトルネックとなっていた訳では必ずしもない。(但し、コロナ重症者対応のためには医師や看護師、そして臨床工学士など通常の集中治療患者に必要な2~3倍の医療従事者の労力を要する人員の逼迫度を考慮する必要がある。)

この他、重症患者の24%は入院から退院(死亡転帰を含む)まで一般病棟のみで治療を受けている一方、軽症患者の17%がユニットに入棟し、感染症病床を含めると55%が手厚い治療を受けている。(図表5)

②一方、コロナ患者を受け入れた病院のうち62%にはICUがあり、同様にECMO実施可能病院は73%あるものの、集中治療専門医がいるのは48%にとどまり、ハード以上に人材不足がボトルネックとなっている。またコロナ患者を受け入れた病院のうち呼吸器内科専門医がいる

のは60%にとどまる。(図表6)

(注：ICUは集中治療専門医以外にも心臓血管外科や一部麻酔医なども使用可能である点については留意。)

③他方、コロナ患者を受け入れていない病院でも24%にはICUはあり、39%には集中治療専門医あるいは呼吸器内科専門医は存在。(図表6)

④このように、ICUやECMOというハード面での不足があったとすれば、全体としての絶対数での不足ではなく、必要な場に必要量のハードが配置されていないという配分の問題。

⑤ハード以上に専門人材の不足がボトルネック。一病院当たりの専門医不足の背景には、日本は病院数が多く医師が分散してしまっているという問題も大きい。この結果、コロナ患者を受け入れている病院の中には、重症者への対応が十分でないものが少なくない。

⑥他方、コロナ患者を受け入れていない病院の多くはハード・ソフトともに対応できないが、中には設備・人材両面で重症者にも対応できる潜在的能力を有している病院も少なからず存在。

(4) 医療機関の経営への影響

①コロナ感染拡大の影響のため、外来収益は5月には前年比で約15%減。入院収益も約14%減。(図表7)

(なお、コロナ患者の受け入れ施設の有無に関わらず、医療機関の患者減は国民の手洗い、うがいなど衛生行動向上による他の感染症の激減、不要不急の受診控えによる受診行動の変化など需要(患者)の影響も大きい。緊急入院症例数のトップ15に入る肺炎、急性気管支炎、ウイルス性腸炎は対前年同期比で激減した。(図表8)また、インフルエンザの入院においては、今年2-5月には前年同期比で15歳未満が5割減、65歳以上で8割減という現状を踏まえ、今冬に備えて衛生行動維持が強く推奨される。)

②この影響はコロナ患者を受け入れていない病院にも見られるものの(5月は前年比16%の入院患者数減、6%の入院収益減)、コロナ患者を受け入れている病院についての悪影響はより大きく(5月は前年比24%の入院患者数減、15%の入院収益減)、病院規模が大きいほど入院収益減は大きい。(500床以上の病院で見ると、4-6月は前年比で平均3億円以上の入院収益減。)

(図表9、図表10)

2. 医療崩壊を回避するための方策

(1) 基本の方針

①コロナ感染拡大に対応できる体制を迅速に整えるためには、医療体制への負荷を最小化するとともに、これまで十分活用されてこなかった医療資源を最大限活用しつつ、活用できる医療

資源を可能な限り効率的に活用することが必須。

②このための前提として、コロナ対応の担い手である医療機関が破綻したり、看護師等の人材が大量離職するような事態は回避すべき。

(2) 医療体制への負荷最小化と診療所・小規模病院の力の活用

①当初は無症状者も軽症者も全員入院とされていたのがその後緩和されたものの、なお多くの無症状者・軽症者が入院となり、医療提供体制の負担となっている。

②このため、発症した高リスク者を除き、無症状者・軽症者についてはホテル等の宿泊療養施設とするのを原則とし、そのための体制整備を急ぐべき。実効性確保のため、無症状者・軽症者に関する宿泊療養の原則を法的に位置づけるとともに、宿泊療養への協力を制度的に求め得るための法的手当も検討すべき。

③その際、体制整備が図られるまでのつなぎとして、あるいは無症状者・軽症者に特段の事情があるなどやむを得ない場合には、家庭内感染リスクや生活サポートに課題のある自宅療養も現実的には補完的に活用。その場合でも対象者は家庭内感染リスクの少ない者に限定するとともに、遠隔モニタリングの仕組みの活用を含め、医療面・生活面でのフォロー体制を整備すべき。症状悪化の場合には、速やかに感染症対応病院に入院できるよう連携体制を整備。

④また、検査の必要性の判断、入院の判断、宿泊療養施設や自宅での経過観察の負担の多くが保健所や感染症指定医療機関にかかっているため、濃厚接触者の追跡も行う保健所がパンクしつつある状況。

⑤こうした事態に対応するため、これまで十分には活かされては来なかった全国の診療所や小規模病院の力を最大限に活用すべき。検査の必要性の判断、検体採取の実施、重症度と入院の必要性の判断、宿泊療養施設や自宅での経過観察については、保健所や感染症に対応する病院ではなく、診療所や小規模模病院で担う体制に転換すべき。(9月4日の厚生労働省通達により、検査相談のために診療所を活用する方針が示されたことは前進。今後さらに全国の診療所や小規模病院の力を活用して行くべき。)

⑥このためには、やる気と能力のある診療所や小病院を認定し、無症状者・軽症者対応の中軸に据えるとともに、このために十分な財政的支援を講ずるべき。検体採取の担い手としても積極的に位置づけ、そのための手続き等を加速すべき。また、こうした医療機関が住民からの風評被害を被ることがないように、感染対策を徹底しながら地域の医療に多大な貢献をしていることを国・自治体が周知することも一層強化すべき。

⑦なお、基礎疾患や既往歴を事前に把握した上で迅速な診断等を確保するためには有症状者はかかりつけの医療機関でフォローを受けられることが望ましい。ただし、すべての住民がこうした医療機関とのつながりを持っているわけではないため、そうした住民については有症時にオンライン・電話で受診する医療機関への事前登録が効果的と考えられる。また、無症状や軽症患者の診察・検査・フォローアップに対応するための体制整備・維持には患者数の増減と関

係なく一定のコストもかかるため、個別の診療行為による出来高の診療報酬の積み重ねだけではなく、登録者毎の包括的な診療報酬の設定や診療体制整備に対する補助制度等を導入すべき。

(3) コロナ患者を受け入れる病院の拡大と対応能力の増強

- ①中等症の患者については入院が必要となるが、感染拡大に対応するためにはコロナ患者を重点的に受け入れる病院の病床を確保することが急務。今春コロナ患者を受け入れた病院の中でも、コロナ対応に伴う経営面の悪影響を懸念し、再度の受け入れに難色を示す病院も少なくないと指摘されている中、コロナ患者を受け入れる病院には十分な財政支援を講ずることが必要。
- ②病院に対してだけでなく、現場を支え、負担が大きくなっているスタッフに対する直接的財政支援も十分に講じていくべき。金銭面だけでなく、防護ガウン等の不足が心理的負担を増幅していることを踏まえ、防護ガウン等の供給にも万全を期すべき。
- ③コロナ対応と一般疾病対応とが混在するため、院内感染の拡大を恐れ、この両者の分離にコストと負担がかかり、非効率も生じているとの指摘が強いことから、医療資源の効率的活用の観点から、コロナ対応のための専用病棟等の設置を推進すべき。また救急患者搬送においては、コロナ疑いの有無によって、搬送先病院を分けることで交通整理と効率化が図れる。

こうした方向を実現するため、次の具体的方策を講ずるべき。

- (i) 専用病棟、あるいは可能な場合には専用病院を設置してもらう医療機関には思い切った財政支援。
- (ii) 専用病棟等を設置しない医療機関は、呼吸器内科医など必要となる医療従事者を専用病棟等に派遣するとともに、専用化のために診療の場が制約された医師等を受け入れ、コロナ対応以外の疾病のための医療を充実。このような形でコロナ対策の中での役割分担に加わる病院に対しても一定の財政支援。
- (iii) こうした病院間の壁を越えた地域での役割分担・連携を実現するためには、公立病院の重点的活用を含め、各都道府県知事の強力なリーダーシップが必要。すでに広島県のように知事の強いリーダーシップで病院間の役割分担を確立した先進的事例もあり、こうした取り組みを全国展開して行くべき。(図表 11)
- (iv) さらに都道府県域を越えた広域連携も必要と考えられ、知事同士の間での連携が重要。その上で国が国立病院の重点的活用を含め、必要に応じて広域連携実現のための調整機能を担うべき。
- (v) 患者毎に入院先・療養先を調整・手配する機能は保健所が現在担っている場合が多いが、負担が増大し、ボトルネックになりつつある。このため、ITの力や民間企業・臨時雇用を速やかに最大限活用するとともに、災害時対応の例を踏まえ、都道府県がより前面に出てこうした調整・手配の効率化を図るべき。

(4) 重症者対応体制の強化

- ①犠牲者を最小化する上では重症者対応のための体制確保は極めて重要。広域の都道府県単位に複数または二次医療圏内において原則1か所以上の重症者対応病院を確保すべき。このため、重症者を受け入れる体制を整備した病院に対しては思い切って財政支援を行うべき。
- ②不足が特に懸念されるECMO取り扱い可能なスタッフを緊急育成するため、他業務から切り離しつつ、集中的に育成。ECMO等必要な設備の導入についても財政的に支援するとともに、必要な医薬品等の確保のために国際交渉を含め、先手を打って政府主導で対応すべき。
- ③重症者に対応する体制を持たない病院については、同じ二次医療圏内の重症者受け入れ病院との連携を強め、入院患者の症状が悪化した場合には速やかに移送を行う。
- ④ハード・ソフト両面にわたって本来は重症者対応が可能な病院がコロナ患者を受け入れない場合、集中治療専門医やECMOなどを、重症者受け入れ病院に派遣・貸出することにより、コロナ対策のために協力して行くべき。このため、給与調整や配置基準の柔軟化など条件整備を同時に進めていくべき。
- ⑤こうした役割分担・連携を実現する上では各都道府県知事の強力なリーダーシップが求められる。さらには重症者対応の重要性を踏まえ、こうした連携を広域でも行っていくことが肝要であり、知事間の協力も期待される。その上で必要な場合には、国が広域連携実現のための調整機能を果たすべき。

(5) 財政支援の在り方

- ①政府はこれまでコロナに対応する医療提供体制の強化のために各種の財政支援策を講じてきているが、今後の感染拡大を見据えると、コロナに対応する医療機関は不足する懸念が依然として大きく、コロナへの対応強化のため、財政支援の強化は不可避。
- ②コロナ対応に伴う外来患者減、入院患者減少、空きベッドの保持、手術の先送り等のため、各種医療機関の収入減少は大きく、コロナ対応のためのコストも増大。これまでのコロナ受け入れ病床等毎の支援策では病院全体の減収等を補えていなかったため、コロナ対応への取り組みを確保して行くためには、こうしたコロナ対応に伴う病院全体の減収やコスト増を埋め合わせるに足りる十分な財政支援が現実的には必要。
- ③特に必要性の高い重症者対応や専用病棟等の設置のためには、さらに思い切った財政支援を講ずるべき。
- ④こうした財政支援策はコロナ患者を受け入れている医療機関に重点的に講ずるべきだが、コロナ患者を受け入れなくても専門医師等の派遣やコロナ対応を行わない医師の受け入れなどの形で役割分担に協力している医療機関や、発熱外来を設けている医療機関、回復期に入ったコロナ患者を感染症対応病院から引き受ける医療機関には一定の財政支援は講ずるべき。また、コロナ対策に関して、検体採取や宿泊療養施設のサポート等に貢献する地域診療所等に対して

も貢献に応じて相応の財政支援を講ずるべき。

⑤他方、上記のような多様なコロナ対策に参画していない医療機関に対しては、4割超を財政で支えられている健康保険制度等による手厚い公的支援（企業負担も含めると約6割）が基礎にあることを踏まえつつ、感染防止対策への支援を除き、医療以外の分野の一般事業者以上の支援を講ずるべきではなく、コロナ対策への協力を推進して行く上でも、メリハリのある財政支援が求められる。

⑥また、速やかな財政支援の提供が肝要であり、このため、手続きを大幅に簡素化した診療施設毎の一括交付金方式を活用し、概算払い・事後清算により迅速な支払いを実現。その際、医療機関の中には、国立行政法人、国立大学、私立大学、公立、公的団体経営、民間経営など、様々な経営形態があるが、政府による支援策はこうした多様性に対応したきめ細かいものであるべき。

⑦このような医療機関への財政支援の他、コロナ対策のために現場で奮闘し、負担も大きくなっている医療従事者に対する直接的支援も充実させ、支援策が現場まで着実に届くように配慮すべき。あわせて、休息確保のための環境整備の支援や、感染症非対応病院からのスタッフ派遣に対する支援も図るべき。

（6）検査体制の増強と検査実施の迅速化

①諸外国に比べて相当弱く、8月の感染拡大のためにすでに逼迫の兆しを見せた我が国の検査体制の強化は急務。

②想定される感染ピークに対応できるよう検査体制の強化が厚生労働省から各都道府県に求められているものの、第一波の感染者数（検査陽性者数）をもとに備えるべきピークが想定されており、すでに8月には検査陽性者数が第一波を上回ったことを踏まえると、想定レベルが低すぎることは明白。

③院内感染は医療提供体制の大きな負荷となるため、新規入院患者に対するPCR検査、スタッフに対する幅広い検査、感染発生時における関係者への即時検査の実施は公費により着実に実施されるべきであり、このための検査体制の整備も重要。

④今後のインフルエンザ流行との重なりに備えるためにも、今後拡大が予想される入国者に対する水際対策のためにも、検査体制の増強は急務。

⑤インフルエンザ流行に備えるためには、インフルエンザ検査と抗原検査の同時実施など有効な検査の仕組みを早急に整えるべき。

⑥発症の前後にもっとも感染力が高まることを踏まえると、感染拡大防止のためには、発症後すみやかに検査を行い、陽性判明の場合には直ちに宿泊療養施設等に移ることが重要であるにもかかわらず、現在発症から検査・診断までに5.2日を要している状況（8月7日発表の7月13日－17日実績）。この時間短縮のため、逼迫している保健所経由ではなく、地域診療所を通じた検査の要否判断、PCRセンターの増強、地域診療所等における検体採取を拡大すべき。

⑦発症直前には特に感染力が高まることに鑑みると、感染者との接触者については幅広く検査を行っていくべき。また、集団感染が同時多発的に発生している地域（感染震源地/エピセンター）については、当該地域の関係者全員に対し、検体プール化などの方策を含め、症状や接触歴の有無に関わらず面的に検査する必要。また、風邪と似た症状のコロナ患者の症例も増えているとされており、風邪に類似した症状であっても「有症」として前広に検査対象にして行くべき。

⑧検体採取リスクを軽減し、分析のためのスピードを加速するためには、新たな検査技術の積極的導入が不可欠。こうした新技術の早期導入のため、米国におけるEUA（緊急使用承認）のような制度を導入するとともに、自動検査機器等の導入を支援し、民間の創意工夫を最大限に速やかに活かすべき。また技術開発が進む抗原検査の効果的活用方策を確立すべき。

⑨検査体制増強に向けたあらゆる資源を活用する観点からは、大学や研究機関にあるPCR検査機器等も可能な限り活用して行くべき。検体分析を行いうる人材の育成も急務。

⑩検査体制増強や検査実施数の増大に伴い、規模の経済を十分に踏まえ、検査コストの引き下げに不断に努める必要がある。

⑪政府は、インフルエンザ流行との重なり等を踏まえ、今後必要となることが見込まれる検査機器や検査人材が十二分に確保されるよう、全国および地域の状況を注視し、必要なアクションを先手を打って講じていくべき。

【Ⅳ. 新型コロナのリスクの正確な理解の普及および感染防護の重点化】

1. これまでの内外の感染例・症例等の蓄積でわかったことの検証

（1）新型コロナに感染しても、発症するのはそのうちの一定割合であり、発症したとしても8割は軽症で終わり、60歳未満の死亡者数は極めて小さい。他方、高齢者や基礎疾患保持者に死亡者が集中しており、このグループにとっては、リスクが高いもの。（図表12、図表13）

（2）発症しても重篤化や死亡に発展しないよう治療ノウハウ等が蓄積されており、適切な病院への移送も進展していることから、死亡者数は抑制され、検査拡充に伴う検査陽性者数増大ともあいまって、致死率も当初よりも減少。（調整致命率は、全体で5月の7.2%から最近の1か月には0.9%、70歳以上では5月の25.5%から最近の1か月には8.1%と大きく低下。）

（3）各国のデータを見ても、検査陽性者数と死者数との比率には各国間で大きな差異あり。シンガポール、ルクセンブルクのような国々は検査陽性者数は多いものの、死者の数は相当程度抑制されている。（図表14）

（4）陽性であることと感染力を持つことはイコールではない。感染者も発症後6日目以降は感染力を失い、感染後10日間以上経過すればほとんど他人に感染することは無くなるとされている。ウイルスのレベルが低い場合にも感染力は小さく、クラスターの分析から見ても感染

を広げているのはスーパースプレッダーと言われる一部の感染者とされている。

2. 高リスク者を守ることに重点的に取り組み

社会全体への感染拡大の防止は引き続き必要であるものの、感染をゼロには当面できない中で、犠牲者を抑制する上で特に重要なのは高リスク者を感染から守ること。このため、高リスク者を守ることに重点的に取り組むべき。

このため、具体的には以下のアクションが重要。

- ①新規入院者等への検査、スタッフへの幅広い検査実施など、高リスク者の多い病院や介護施設における感染拡大防止に重点的に取り組むべき。在宅医療・介護サービス機関についてもこれに準じて取り組み。
- ②高リスク者が感染し、発症した場合にはホテル等の宿泊療養施設ではなく、入院で対応。
- ③高リスク者と同居する者で感染者が発生した場合、家庭内感染を防止するため、当該感染者はホテル等、自宅以外の宿泊療養に移ることを徹底。残された高リスク者をサポートするためのヘルパー派遣など機動的に対応。
- ④高齢者、基礎疾患保持者など、リスクの高い要素を明確かつ具体的に周知。高リスク者に対しては、人混みを避けるなどの自衛措置を促すとともに、特に感染拡大地域においては、自己防衛のために外出抑制を促すことも必要。
- ⑤スーパー等における高齢者用の買い物時間の設定など、高リスク者の感染可能性を引き下げるための社会の配慮を拡大。
- ⑥感染状況とリスクの広がりを正確に周知するため、これまでの検査陽性者数だけでなく、重症者数の発表にも同等の焦点を当てていくべき。その際、重症者の定義の明確化・統一を図る。また、母数となる検査数（曜日毎の変動を排除）、陽性率（感染状況ではなく、検査体制が充足しているかどうかの判断材料。世界的に見て3%が検査充足の目安と考えられる。）、死亡者数、重症者病床逼迫度、母数となる確保されている重症者用病床数にも焦点を当てて発表して行くべき。流行状況の把握のためには、インフルエンザのような定点観測での陽性者数のフォローも重要。

3. 感染者や医療従事者等に対する偏見・差別を無くすための取り組み

(1) 今感染した場合、健康面での影響に加えて、社会的影響が甚大。近所・職場から白い目で見られる場合が少なくない。

(2) 医療従事者やその家族に対する偏見・差別も見られ、現場で奮闘する医療従事者の心理的負担を増幅。

(3) コロナ感染が長期化する中、こうした偏見・差別を可能な限り減らして行くことが重要。

(4) 陽性判明者への差別・偏見に関しては、次のような具体的対応を講じるべき。

- ①まず「感染者数」ではなく、「検査陽性者数」とすることを自治体による発表やマスコミの報道でも徹底。検査陽性者数＝感染者数ではないことを明確にすることが正確な理解に向けた第一歩。
 - ②これまでのように「感染者数」にのみ関心を集中させ、感染への過度の反応を助長するのではなく、「検査陽性者数」とした上で、犠牲者抑制につながる重症者数にも同等の焦点を当てていく。
 - ③感染者を批判するのではなく、感染経路を発見し、感染拡大を防止するための調査協力の重要性を周知。
 - ④不特定多数の出入りがあったため、濃厚接触者を迅速に探し出す必要があるようなクラスター発生時を除き、個別感染発生の公表は原則行わず。個別感染の発表に伴う社会的非難が激しいため、調査協力が得にくくなり、経済社会活動も過度に自粛されかねない。これは自治体だけでなく、感染が発生した事業所・教育機関・医療機関でも連携して取り組むべきであり、マスコミの協力も必須。SNS上の心無い非難については、法的措置の活用も含め社会全体で抑制していくべき。
 - ⑤調査協力のための匿名性の確保は徹底、感染拡大防止のための注意喚起とのバランスに留意。
 - ⑥個人情報保護の徹底を前提として、感染経路調査への協力を確保するための法制度の整備も検討すべき。
 - ⑦陽性判明の場合における職場・教育関係者の自宅待機や事業所・教育機関閉鎖、事業・教育活動停止の範囲を合理化。このための指針を発出。
 - ⑧発症から6日間以上経過した感染者は感染力を失い、感染時(含む、感染者との濃厚接触時)から10日間以上経過した感染者についても、概ね感染力が無くなっていることを周知徹底し、合理的対応を求めて行く。
- (5) 特に、医療従事者やその家族に対する偏見・差別については、①学校関係者、幼稚園・保育所関係者に偏見・差別を無くすよう徹底するとともに、②医療従事者の貢献を政府や自治体のリーダーが繰り返し強調するとともに、教育等の現場で取り上げ。

【 V. これまでの施策の検証を踏まえた合理的な行動変容の設計 】

1. 感染事例や行動抑制効果の分析の検証

(1) 感染事例の分析

- ①感染が多数発生しているのは、接待を伴う飲食、アルコールを伴う大人数の会食、カラオケ、ライブハウス、家庭内など、飛沫感染や接触感染が起きやすい場所・場面。
- ②逆に、飛沫を飛ばさず、お互いに共通のモノにあまり触れない場所・場面では感染は多くは発生していないとされる。例えば、スーパー・デパート、映画館、美術館、電車・バスなどでは多くの感染例は報告されてはいない。

(2) 4・5月の行動制限の効果の検証

- ①日本における新規感染は4月7日の7都道府県に対する緊急事態宣言の前にピークアウト。緊急事態宣言で打ち出されたような広範な行動制限に至らなくとも、その前の3月下旬に行われていたレベルでの自粛要請によって新規感染拡大は防止可能。(図表15)
- ②学術的分析によれば外出の55%減少により、接触は8割減少。逆に8割接触減少実現のためには、外出はマスコミが強調していたように8割削減ではなく、55%の外出削減で十分とされている。(参考：水野貴之・大西立顕・渡辺努論文)

2. 新型コロナのリスク評価や感染実例・行動抑制の効果の検証に基づいた合理的な行動変容の設計と感染防護策の改善

- ①感染がさらに拡大し、新規感染拡大を防止すべき事態となった場合、4月の緊急事態宣言で求めたような広範な休業要請をいきなり求めるのではなく、まずは、3月下旬に求められたような自粛要請でまずは臨むべき。

今春の検証からは、日本の場合、新規感染拡大を防止するための、「ブレーキ」としては3月下旬の時点のような一般的な自粛要請と国民の注意強化でまずは足りると考えられ、緊急事態宣言で導入したような具体的に業種を特定した踏み込んだ自粛・休業要請は、感染拡大が止まらない場合における予備的な「強いブレーキ」として位置付けることが妥当と考えられる。

また、仮に感染拡大が止まらず緊急事態宣言を再び出すような事態となった場合、感染拡大防止のために8割の接触削減が仮に必要としても、外出抑制は55%減のレベルを目指すべき。

- ②そうした事態における休業要請の対象は、感染事例の検証を踏まえ、まずは飛沫感染・接触感染のリスクが高い場・業種に絞り込むべき。
- ③その際、次世代の育成を担う大学等の教育機関の活動は可能な限り守って行くべき。今春行われたような学校の一斉休校は、子供の教育や子育て世代に及ぼす影響が甚大であり、最大限回避すべき。
- ④特に長期間にわたってキャンパスを実質的に閉鎖している大学は、実験・実習をはじめとした様々な活動を通じた学生の成長の機会を奪うことのないよう、適切な感染防止策を講じつつ、過度に自粛することなく、教育の場としての活動再開・拡大に向けて取り組んでいくべき。高齢者をはじめとする高リスク者を守るための対策は万全を期しつつ、同時に教育機関と社会が次の世代の成長の機会も守っていくべき。この点について、社会全体の理解向上が求められるとともに、上記のとおり、社会的非難につながる個別感染事例の公表は原則止めていくべき。
- ⑤他方、この中でも特に感染例が集中し、感染リスクの特に高い場・業種については、休業への協力が確保されるよう、最終的には個別義務付けも可能となる法制度の整備を検討すべき。その際、全国一律ではなく、感染状況を踏まえ、地域毎のきめ細かい対応が必要。
- ⑥同時に、感染場面の分析を通じて、感染防護対策(各種業界におけるガイドライン等)を見

直し、効果的かつ適切に改善し、きめ細かい対応によって、感染防止策の実効性を高めるべき。

⑦ガイドライン遵守についての国民の信認を高めるためにも、ガイドラインの遵守状況を中小団体、業界団体などの第三者が確認やユーザーがチェックする仕組みを検討すべき。また、業種ガイドラインに沿って飛沫感染・接触感染防止対策が着実に講じられていることが第三者によって確認される場合には、画一的な休業ではなく、段差をもった対応を認めることも検討すべき。

⑧万一感染者が発生した場合、必要以上の閉鎖等過度の自粛につながらないよう、関係する事業所のスタッフや教職員・学生について、どの範囲・期間まで自宅待機を求めべきなのか、どの範囲まで事業・教育活動休止を必要とすべきかについて、合理的な対応を可能にする考え方を示すべき。

【 VI. 今後に向けて 】

1. 今後の感染拡大状況に応じて、以上の取り組みは機動的に強化・見直していくことが必要。また、今後の新型コロナウイルスについての知見の蓄積、感染事例の分析、行動抑制の効果検証、医療提供体制の状況検討を踏まえ、以上の取り組みも柔軟に進化させて行くべき。

2. 新型コロナウイルス感染症が日本に上陸して以降、日本の医療提供システムの抱える様々な弱さや課題が浮かび出されてきた。こうした弱さや課題に対して、短期的措置や財政支援で対応することにとどまらず、必要な医療制度改革を同時に推進すべき。我々は直面する新型コロナウイルスとの戦いに勝ち抜くだけでなく、持続可能性・効率性・実効性を兼ね備え、感染症や少子高齢化にも対応できる強靱な医療提供体制の構築を目指すべきである。

(注) 以下の図表1～10はグローバルヘルスコンサルティング・ジャパンの分析による。