

國學院大學學術情報リポジトリ

増原・細谷（2022）への補遺

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2024-02-21 キーワード (Ja): COVID-19, パンデミック, 厚生労働省事務連絡, 医療提供体制, 実証研究 キーワード (En): 作成者: 増原, 宏明, 細谷, 圭 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.57529/0002000040

増原・細谷（2022）への補遺*

■ 増原宏明・細谷 圭

▶ 要 約

本稿は、令和4年（2022年）12月に国立社会保障人口問題研究所から刊行された『社会保障研究』第7巻第3号（通巻第26号）に掲載の増原宏明・細谷圭著「COVID-19パンデミックに日本はどう対応してきたか？—医療提供体制と人々の行動—」に対する補遺である。この増原・細谷（2022）の草稿に含まれていた内容のかなりの部分は、紙幅の都合によって『社会保障研究』提出原稿から割愛せざるを得なかった。しかしながら、その割愛部分には非常に重要な情報が含まれていた。一つは、G7参加国とシンガポール、韓国、台湾のパンデミック下における状況を一目にして把握可能な図であり、これは筆者らの知る限り類例のないものである。特に、マクロ的な分析を行う際の出発点として、不可欠な情報を含んでいる。もう一つは、厚生労働省の「事務連絡」を可能な限り忠実に追いかけて、COVID-19パンデミック下での日本の医療提供体制の変遷を精緻に記述し、その問題点をあぶり出したパートであり、やはり一定のオリジナリティが認められると思われる。これらのなかの割愛された部分を中心に据え、本稿の補遺が構成される。

▶ キーワード

COVID-19, パンデミック, 厚生労働省事務連絡, 医療提供体制, 実証研究

目次

1. はじめに
2. 世界の新型コロナ・COVID-19の概況
 - (1) 台湾, カナダ, ドイツ
 - (2) 他の6か国
3. 日本の新型コロナ医療提供体制の変遷
 - (1) 感染症への備え
 - (2) COVID-19の第1波から第3波（2020年度）
 - コロナの襲来と不釣り合いな医療体制
 - 1) COVID-19と指定感染症（2020年1月から2月にかけて）
 - 2) 新型インフルエンザ等特別措置法の適用（2020年3月1日の方針とその後の対応）

* 本稿は、日本学術振興会・科学研究費補助金（課題番号：JP21K01481及びJP21K01507）及び日本経済研究センター研究奨励金による研究成果の一部である。記して感謝したい。

- 3) 医療提供体制と重点医療機関 (2020年3月26日の方針とその後の対応)
- 4) 宿泊療養・自宅療養の拡充 (2020年4・5月の状況)
- 5) 予備費による支援 (2020年6月19日以降の方針)
- 6) 地域医療連携・病院間連携を目指して
(2020年12月25日以降の方針と第3次補正予算)
- 7) 感染症法と特措法の改正 (2021年2月3日以降)
- 8) 地域医療連携の深化 (2021年2月16日以降の方針)
- 9) 第3波の反省を受けて (2021年3月24日以降の方針)
- (3) COVID-19の第4波以降の対応 (2021年度)
4. 経済的支援政策に関する実証研究
 - (1) Go To Travelに関する実証研究
 - (2) Go To Eatに関する実証研究

1. はじめに

本稿は、令和4年(2022年)12月に国立社会保障人口問題研究所から刊行された『社会保障研究』第7巻第3号(通巻第26号)に掲載の増原宏明・細谷圭著「COVID-19パンデミックに日本はどう対応してきたか?—医療提供体制と人々の行動—」に対する補遺であり、それと合わせて読まれることを想定して執筆されている。この増原・細谷(2022)の草稿に含まれていた内容のかなりの部分は、紙幅の都合によって『社会保障研究』提出原稿から割愛せざるを得なかった。しかしながら、その割愛部分には非常に重要な情報が含まれていた。一つは、G7参加国とシンガポール、韓国、台湾のパンデミック下における状況を一目にして把握可能な図であり、これは筆者らの知る限り類例のないものである。特に日本をはじめとした先進国の新型コロナの感染動態を包括的に知るうえで、便利な情報を含んでいると考えられる。もう一つは、厚生労働省の「事務連絡」を可能な限り忠実に追いかけて、COVID-19パンデミック下での日本の医療提供体制の変遷を精緻に記述し、その問題点をあぶり出したパートである。こちらについても、いわば整理された2次資料として、一定のオリジナリティを有しているものと思われる。これらに関して割愛された部分を中心に据え、本稿の補遺が構成される。

本稿の残りの構成を記しておこう。第2節では、増原・細谷(2022)において掲載を見送った日本以外の概況図を提示する。次の第3節は、新型コロナと格闘する医療提供体制の変遷を詳細に検討する。執筆する側にとって非常に骨の折れる作業であったが、ここで資料に基づく建設的な議論なくして、将来への有意義な展望は得られないと確信してい

る。第4節では、日本で行われている経済的支援政策、すなわち「Go To キャンペーン」の意義と問題点を、いくつかの希少な実証研究に基づいて検証する。

2. 世界の新型コロナ・COVID-19 の概況

本節では、COVID-19 に関連するいくつかの重要なデータに基づいて、日本を除く G7 参加国、シンガポール、韓国、そして台湾の概況を示す¹。したがって、以下では合計 9 か国の図が提示される。最初にアジアからは台湾、北米大陸からはカナダ、そしてヨーロッパからはドイツをとり上げ、若干の解説を加える。その後は、残り 6 か国をまとめて示す。

ここでわれわれが注目する期間は、2020年2月1日から2022年7月1日である²。各国の状況を見るにあたって、2021年11月末頃の前後で区分してみるべきだと考える。なぜなら、2021年12月頃から世界的にオミクロン変異株が流行し、他方でワクチンのブースター接種も早い国では開始され、状況がより一層複雑化するからである（国ごとの対応強度もこの頃からばらつきが大きくなる）。政府の感染症対策、人々の行動、そしてワクチン接種状況などから、意味のあるかたちで感染状況を描写し比較できる時期としては、2021年11月あたりまでが適当である。なお、先行してとり上げる例として台湾、カナダ、ドイツを選んだのは、2021年11月頃までの期間の大半で、感染状況が日本に比較的近いためである。とはいえ、2022年春頃まで日本が特異的な状況を示してきたことはいうまでもなく、これについては増原・細谷 (2022) に示された概況図を参照してほしい。

(1) 台湾、カナダ、ドイツ

まず、重要な留意点として、提示するすべての図の左右軸のスケールは共通であることに注意されたい。したがって、各図は直接比較可能なものとなっている。図1～図3は、順番に台湾、カナダ、ドイツの概況となっている。2021年11月くらいまでのオミクロン

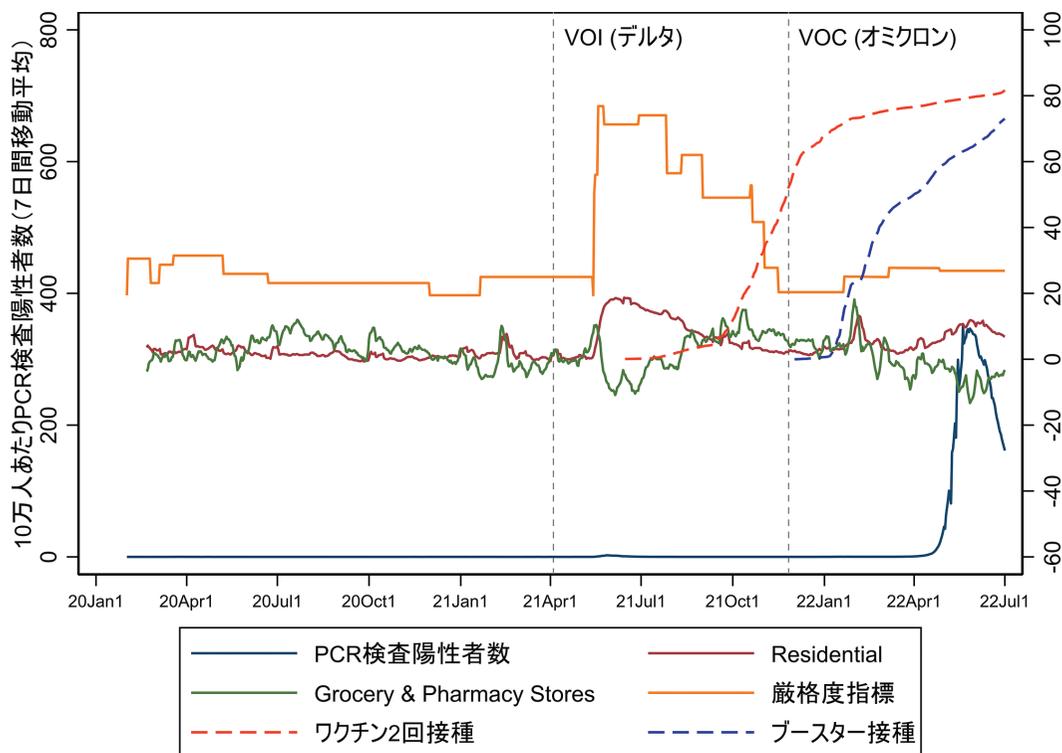
1 この分析は Hosoya and Masuhara (2022, forthcoming) に基づく。データの詳細、2021年11月までの G7 参加国の状況についての詳細は、上記論文を参照されたい。そして同じ期間の日本の概況図については、増原・細谷 (2022) に掲載されている。

2 後述する Google 活動指数は 2020年2月15日以降である。

株の流行以前でみると、これら三つの国の感染状況は比較的穏やかなものであり、カナダとドイツはG7のなかでも一層落ち着いている部類に入る。米国の隣国であるカナダの厳格度の水準はほぼ一貫して高いが、台湾やドイツは感染状況に応じて厳格度の変動がそれなりに大きいことが特徴的である。このように、国によって感染症への対応に大きな違いがあることは興味深い。

各国に共通してGoogleの活動指数（Grocery & Pharmacy Stores 及び Residential）と感染動向との対応関係は明確に確認できるが、特にドイツは外出の指数、つまり Grocery & Pharmacy Stores の変動が大きい。2021年春以降の外出の伸びは顕著であり、経済再開の様相を呈しているといえるだろう。裏を返すと、ドイツでは、政府も人々も、メリハリをつけてCOVID-19に対応してきたといえるかもしれない³。また、2021年11月以降のオミクロン株まん延期をみると興味深い事実が明らかになる。相対的な意味で、カナダは日本とともに変異株まん延の抑制にある程度成功したといえるが、しばしば報道された

図1 台湾のパンデミックの概況（2020年2月～2022年6月）



3 政策や行動にメリハリをつけることも当然コストを伴うが、感染症に対する社会のテンションを維持するためには、一つの有効な方法といえるのではないだろうか。

図2 カナダのパンデミックの概況 (2020年2月~2022年6月)

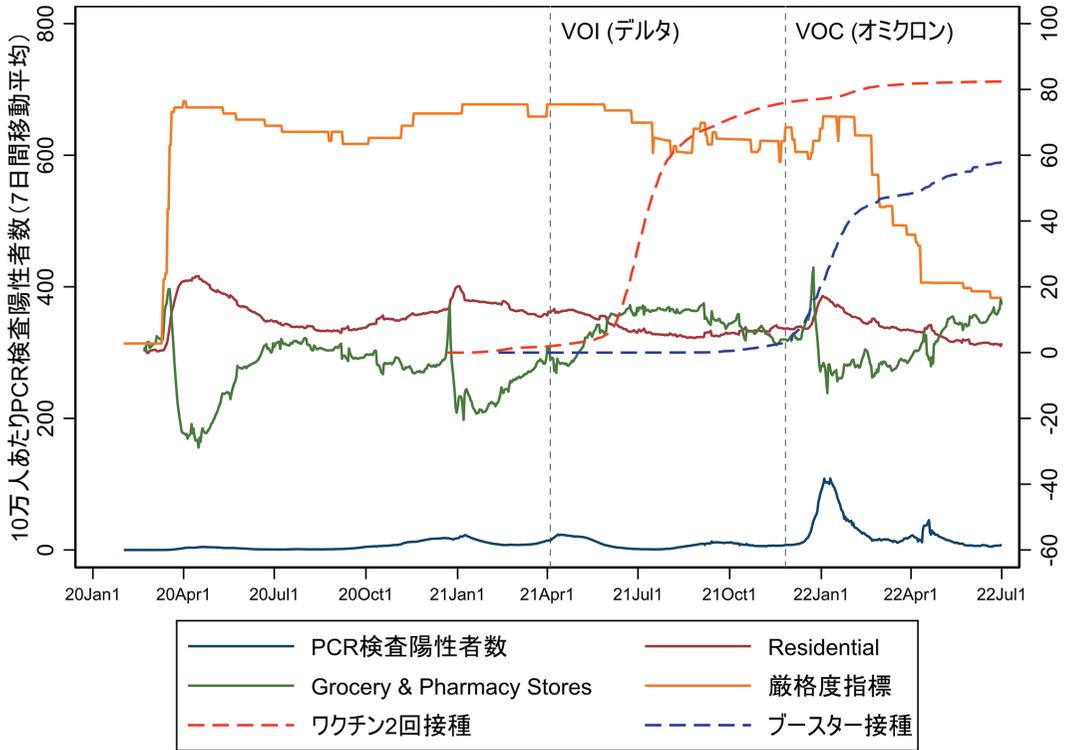
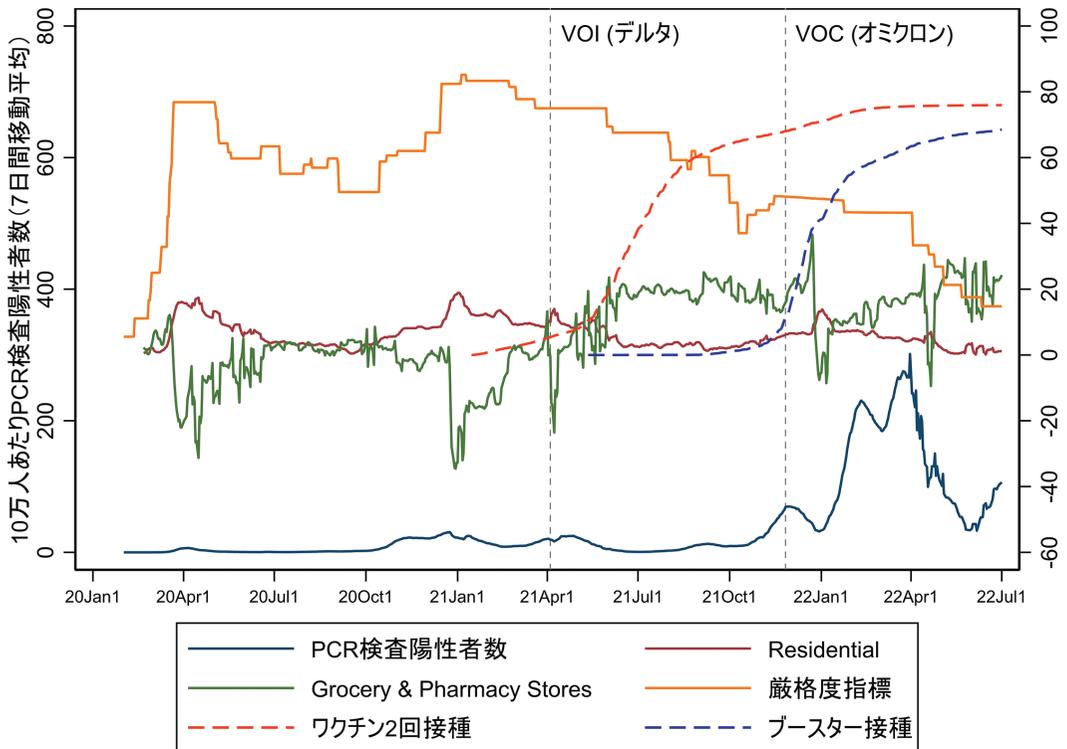


図3 ドイツのパンデミックの概況 (2020年2月~2022年6月)

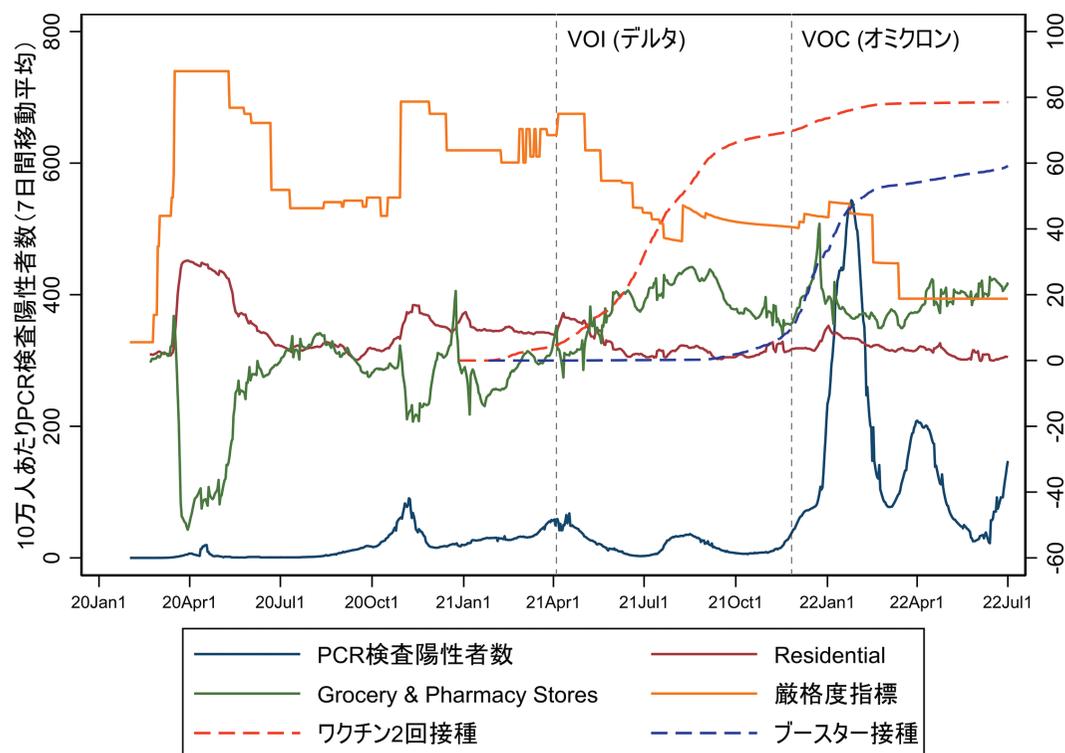


ドイツに加え、台湾でさえも10万人あたりの感染者は急増している⁴。韓国などの東アジアの国々は、感染封じ込めの優等生としてとり上げられることもあるが、オミクロン株の強い感染力に対抗するのは、これらの国々であっても困難を極めたようすが窺える。そうした点で、日本は初期のオミクロン株に対しても特異的な状況を示したといえるだろう。なお、ここでの分析期間には含まれていないが、オミクロン株の流行が本格化して感染爆発の様相を呈した2022年7月～8月の時期においては、新規感染者数において日本は世界のトップランナーとなるに至り、これまでの感染の波とは状況を異にしていることを書き記しておく。

(2) 他の6か国

ここでは他の6か国について、フランス、イタリア、英国、米国、シンガポール、韓国の順に提示する（図4～図9）。

図4 フランスのパンデミックの概況（2020年2月～2022年6月）



4 日本については増原・細谷（2022）を参照せよ。この後で提示することになるが、実は韓国はもっと厳しい状況を経験していた。図の左軸は韓国の感染者数の最大値に合わせてとられている。

図5 イタリアのパンデミックの概況（2020年2月～2022年6月）

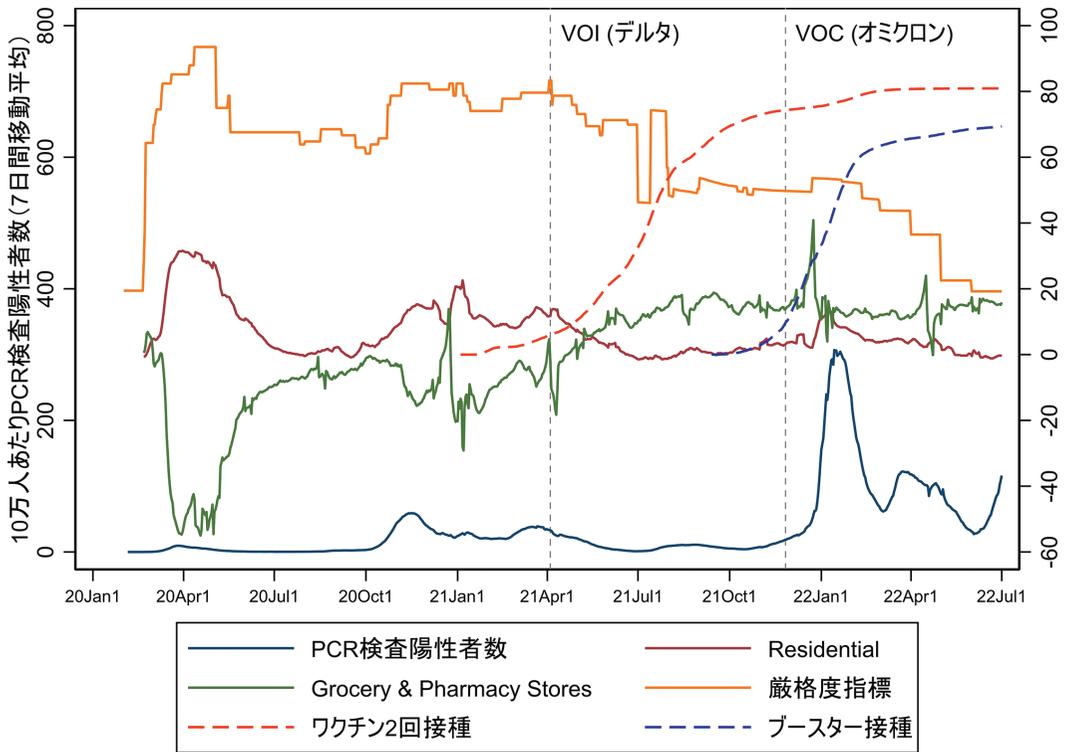


図6 英国のパンデミックの概況（2020年2月～2022年6月）

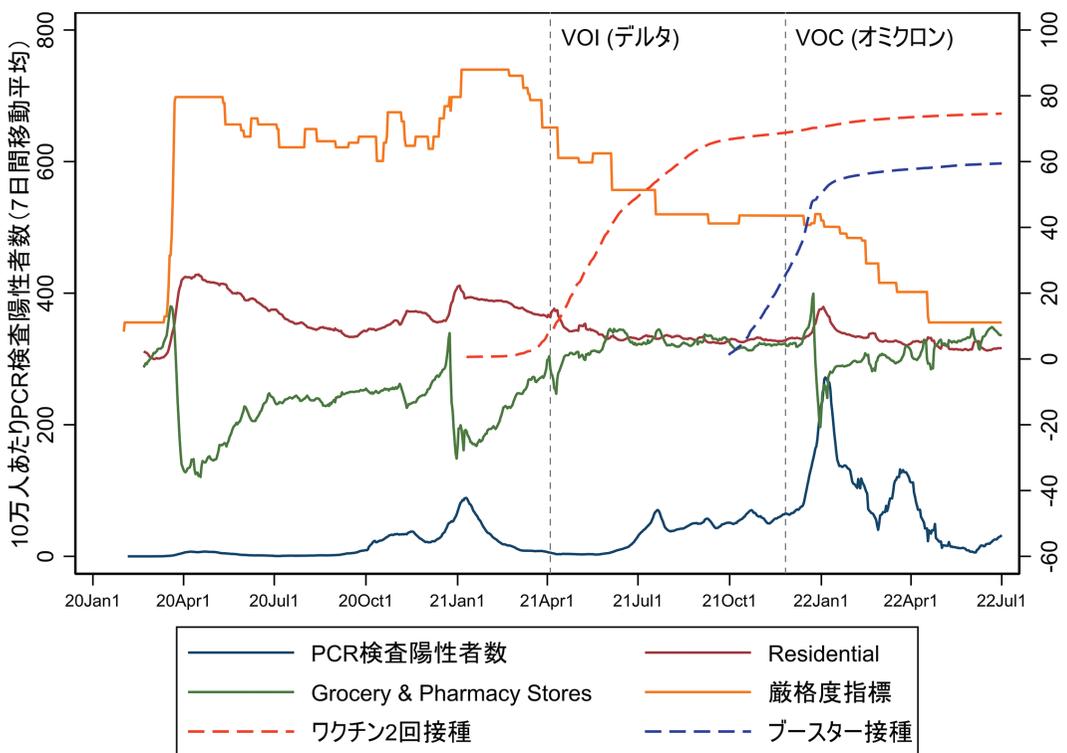


図7 米国のパンデミックの概況 (2020年2月~2022年6月)

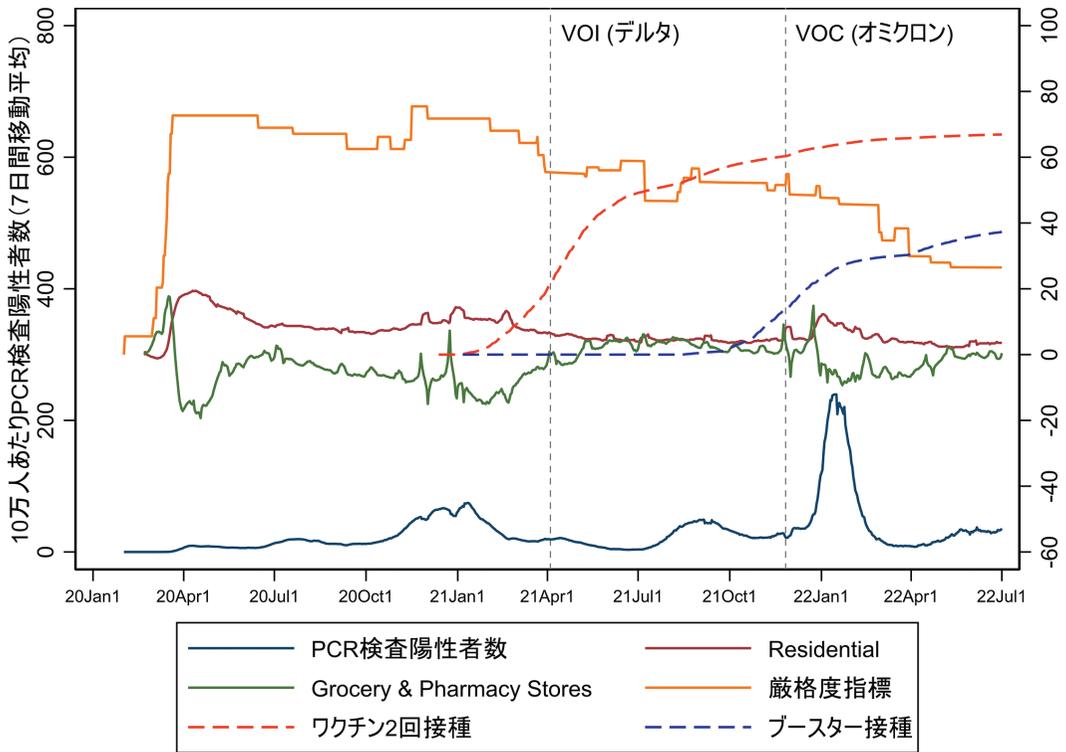


図8 シンガポールのパンデミックの概況 (2020年2月~2022年6月)

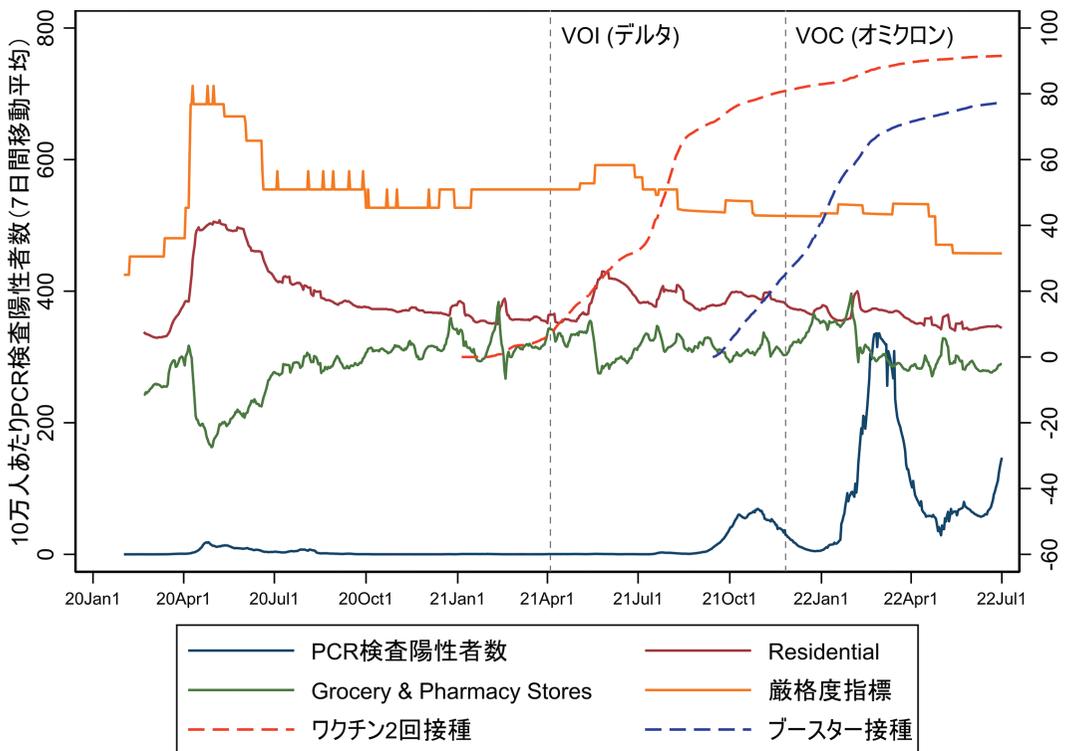
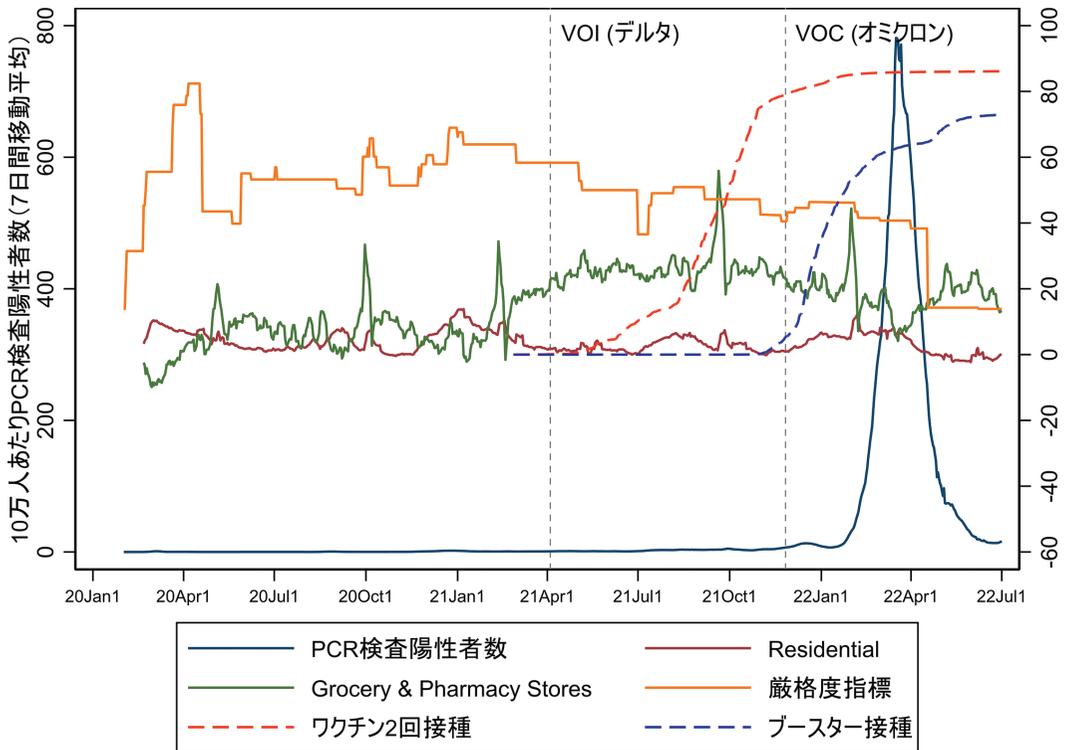


図9 韓国のパンデミックの概況（2020年2月～2022年6月）



3. 日本の新型コロナ医療提供体制の変遷

本節では、COVID-19 に対してわが国の医療供給体制がどのように対応したのか、その特徴をまとめよう。当然のことながら、一連の COVID-19 パンデミックを検討するにあたっては、2020 年以前の準備体制まで遡り、さらにそれ以降の COVID-19 への対応を検討しなければ、その正当な評価を行うことはできない。そこでいくぶん長くなってしまうが、事態を時系列に即して振り返りつつ、わが国が直面した危機とそれへの対応を整理する。

(1) 感染症への備え

周知のことであるが、わが国が感染症に対して無策であったわけではなく、1999 年に施行された「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（以降、感染症

法)」のもとで、治療体制を構築してきた。感染症法では感染症を感染力と罹患した場合の重篤性に依じて一類から五類、新型インフルエンザ、指定感染症に分類し、未知の感染症に対しては新感染症に分類することが定められている。この分類のもとで、患者の人権と感染症予防を両立する行政措置も規定される。最も重篤な一類感染症はエボラ出血熱、痘瘡、ペストであり、これに対応するための行政措置は「入院（知事が認めるとき）」、「消毒」、「交通制限」となる。感染症法上の行政措置は、わが国における結核やハンセン病における、非人道的な歴史的経緯を真摯に反省することで成り立っており、患者の人権に最大限配慮がなされるよう定められている。そのため、行政が患者に対して実施可能な措置は、実はそれほど多くはない。また当然のことながら、入院措置が実査された場合の費用については、公費負担となる。以下、二類感染症（結核、SARS、MERS）、三類感染症（コレラ、赤痢）へと進むごとに、行政のとりうる措置は限定され、五類感染症（麻疹、AIDSなど）では「発生情報調査」のみとなるが、これは国民や医療関係者への情報提供をしっかりと行えば、相対的には重篤度の低い五類感染症では、危険性を制御可能と判断されたからであると推察される。

感染症法における感染症の分類と措置をまとめたのが、表1となる。一～五類感染症以外に、新型インフルエンザ等感染症と指定感染症が加えられている。措置としてとりうる範囲が一番多いのは、新型インフルエンザ等感染症であり、一類感染症では不可能な健康状態の報告要請や外出の自粛要請も可能となる。新型インフルエンザ等感染症については、感染症法に加えて、新型インフルエンザ等対策特別措置法も存在し、これについては後で説明する。またCOVID-19は2020年に指定感染症に定められるが、措置については場所を改めて説明する。

いま述べた感染症の治療に対応するため、感染症指定医療機関が定められている。最も危険性が高く、即座に隔離が必要な「新感染症」に対応するのは、特定感染症医療機関であり、全国に4施設で10床となる。基本的には感染症は海外から国内にもち込まれるので、特定感染症医療機関は国際空港の近くに設置されている。続いて、一類感染症に対応するための第一種感染症指定医療機関が全国で55医療機関、103床が定められている。各都道府県に1～2床存在し、その多くは公的医療機関（公立病院、赤十字病院等）で、大学病院は少ない。この第一種感染症指定医療機関は、空港検疫から漏れた一類感染症を隔離するための役割も担っている。さらに、二類感染症に対応するための第二種感染症指定医療機関があり、全国に感染症病床が351医療機関1,758床、結核病床が184医療機関、3,052床存在する。これらの医療機関では、二類感染症の患者の隔離と治療を目的としている。著者の1人が居住する長野県では、感染症病床は44床、結核病床は47床あり、その多くは独立行政法人国立病院機構と公的（県立、市立、赤十字、厚生農業協同組合連合

表 1 感染症の分類ととりうる措置

	一類感染症	二類感染症	三類感染症	四類感染症	五類感染症	新型インフルエンザ等感染症	指定感染症
規定されている疾病名	エボラ出血熱、ペ スト・ラッサ熱等	結核・SARS・鳥 インフルエンザ (H5N1)等	コレラ・細菌性赤 痢・腸チフス等	黄熱・鳥インフル エンザ (H5N1以 外)等	インフルエンザ・ 性器クラミジア感 染症・梅毒等	新型インフルエン ザ・再興型インフ ルエンザ	
疾病名の規定方法	法律	法律	法律	法律・政令	法律・省令	法律 (発動は大臣による 公表)	政令 一年で失効するが、 一回に限り延長可
疑似症患者への適用	○	○ (政令で定める感染 症のみ)	—	—	—	○	
無症状病原体保有者への適用	○	—	—	—	—	○	
診断・死亡したときの医師による届出	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (7日以内)	○ (直ちに)	
獣医師の届出、動物の輸入に関する措置	○	○	○	○	—	○	
患者情報等の定点把握	—	△	△	△	○	—	
積極的疫学調査の実施	○	○	○	○	○	○	一〜三類感染症に 準じた対人、対物 措置
健康診断受診の勧告・実施	○	○	○	—	—	○	
就業制限	○	○	○	—	—	○	
入院の勧告・措置	○	○	—	—	—	○	
検体の取去・採取等	○	○	—	—	—	○	
汚染された場所の消毒、物件の廃棄等	○	○	○	○	—	○	
ねずみ、昆虫等の駆除	○	○	○	○	—	○*	
生活用水の使用制限	○	○	○	○	—	○*	
建物の立入制限・封鎖、交通の制限	○	—	—	—	—	○*	
発生・実施する措置等の公表	—	—	—	—	—	○	
健康状態の報告、外出自粛等の要請	—	—	—	—	—	○	
都道府県による経過報告	—	—	—	—	—	○	

注) * : 感染症法第44条の4に基づき政令が定められ、適用することとされた場合に適用。
出所) 厚生労働省資料 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000589260.pdf>)

会〔厚生連〕病院にある。

これらの病床を医療法上の観点から、さらに整理しよう。一類・二類感染症に対応するための病床は、医療法上では感染症病床と結核病床となる。これらの病床が、一般病床、療養病床、精神病床と異なる点は、感染症患者を完全に隔離するための遮断、機械換気設備、一般病床以上の消毒設備が法律上義務づけられていることである。人員配置基準は感染症病床と一般病床は同じであり、医師16対1、看護職員3対1（結核病床は看護職員が4対1）、薬剤師70対1となっている。設備基準のみ、感染症予防の観点から強化されているが、逆にいえば、一般病床、療養病床、精神病床はこれらの設備が法律上は義務づけられないことに注意をされたい。

さらに、感染症病床や結核病床を有する医療機関の開設主体にも注目してもらいたい。その多くは独立行政法人国立病院機構や公的病院（都道府県立、地域医療推進機構、赤十字、済生会、厚生連）等となる。これは、感染症法の前身となる伝染病予防法（1897～1999年）における感染症を療養する施設に由来するものである。明治時代より長く国民的疾患として苦しめられてきた結核に対応するために、国は各地に国立療養所を設置し、これが現在の国立病院機構のもととなった。また医学的に未発達であった当時の状況に鑑みて、結核については死亡者数を最小化することが目的とされ、患者の人権を無視した社会防衛がなされた。治療よりも隔離収容が優先され、市町村が隔離施設の準備を担った。この医療体制が現在まで続く、公立病院における感染症病床につながることとなる。現在の常識に照らし合わせると非人道的であることは論を俟たないが、わが国における感染症のための医療施設は、公的医療機関、なかでも公立病院がメインとなること、また治療よりも隔離に重きを置いていたことが理解できる。とりわけ、感染症の治療（隔離）を大学病院が担わないことに関して、改めて注意を喚起しておきたい。相対的に豊富な専門職と物的資本でもって超急性期医療と希少疾患を担うのが大学病院の役目であり、並行して医療専門職の教育と臨床研究も行う。感染症患者の隔離と超急性期・希少疾患の治療を同時に引き受けるのは、院内感染のリスクを高めることになってしまう。そこで、合理的な判断として、大学病院は感染症患者の引き受けを積極的に行わないことになっていると推測される。

さらに私的病院が感染症医療を担うことができなかつたことも、注目すべき点である。もちろん、感染症病床により収益が見込めるならば、私的医療機関の参入が期待できるが、かつて結核以外の感染症は発生頻度にばらつきがあったこと、病床利用率が安定しないこと、感染防御のための初期投資が必要であること、療養病床や精神病床に比して人員配置基準が厳しいこと、院内感染に備えて専門職を多めに雇用する必要があることなどから経営上感染症医療は割に合わず、私的病院の参入は限定的なものにとどまった。そのため、

COVID-19以前は感染症病床の病床利用率も低く、あくまでも政策医療として公的医療機関が「万が一」に備えて隔離を目的として病床をもち続け、医業収益で賄えない部分については、公的負担によって支えざるを得なかったことは容易に想像できる。逆にいえば、病床利用率が安定しており、人員配置基準が相対的に緩い療養病床と精神病床においては、私的病院の存在感は大きい。診療報酬で安定的な医業収益が見込めるため、私的病院の参入が十分可能なのである。これまでの体制は、発生頻度の低い感染症について、COVID-19以前の合理的な判断といえ、行政や医療関係者の責任に帰すことはできない。さらにいえば、市民の合理的な判断の結果でもあるだろう。

ここでこれまでの議論をまとめておこう。わが国の感染症に備える医療体制の特徴としては、結核の医療提供体制が尾を引き公的病院が主体であること、濃密な治療よりも隔離が基本であること、そして長らく重篤な感染症のまん延がなかったことから遮断・換気設備が法律上義務づけられる感染症病床が少ないことなどが指摘できる。これらは、COVID-19がまん延し始めた2020年の前半には、そのまま限界点となって跳ね返ってくることとなった。

最後に、先に述べた新型インフルエンザ等対策特別措置法（以下、特措法）についてふれておこう。特措法は2013年4月13日に施行された法律で、2009年のインフルエンザのまん延を背景に制定の機運が高まり、感染症法やその他新型インフルエンザ等の発生の予防及びまん延の防止に関する法律とともに、「新型インフルエンザ等の発生時において国民の生命及び健康を保護し、並びに国民生活及び国民経済に及ぼす影響が最小となるようにする（第一条）」ことを目的としている。具体的には、体制整備と「新型インフルエンザ等緊急事態発生」の際の措置の二つからなる。前者は、国・地方公共団体に、行動計画の作成、物資・資材の備蓄、訓練、知識の普及を課し、指定公共機関（医療、医薬品・医療機器の製造・販売、電力、ガス、輸送等を営む法人）の指定・業務計画の作成をさせるものである。また発生時には、国・都道府県に対策本部を設置し、新型インフルエンザ等緊急事態に市町村の対策本部を設置させることが求められた。さらに、発生時における特定接種の実施も求められた。後者の「新型インフルエンザ等緊急事態発生」の際の措置に関しては、a) 外出自粛要請、興行場、催物等の制限等の要請・指示（潜伏期間、治療するまでの期間等を考慮）、b) 住民に対する予防接種の実施（国による必要な財政負担）、c) 医療提供体制の確保（臨時の医療施設等）、d) 緊急物資の運送の要請・指示、e) 政令で定める特定物資の売渡しの要請・取用、f) 埋葬・火葬の特例、g) 生活関連物資等の価格の安定（国民生活安定緊急措置法等の的確な運用）、h) 行政上の申請期限の延長等、

i) 政府関係金融機関等による融資などである⁵。要約するなら、新型インフルエンザが発生した場合の行政と公共機関の行動計画と、行政のとりうる措置を定めるものである。感染症法は陽性者に対する法律であるのに対して、特措法は住民に対する措置までを含んでいることに違いがある。より具体的な行動計画については後述するが、東京都の行動計画が参考になるだろう。また措置法自体については、内閣官房や青森県のホームページの資料が参考になる⁶。

(2) COVID-19の第1波から第3波(2020年度)ーコロナの襲来と不釣り合いな医療体制

1) COVID-19と指定感染症(2020年1月から2月にかけて)

わが国において、COVID-19に対する厚生労働省の通知・事務連絡が発せられたのは、2020年1月6日の「中華人民共和国湖北省武漢市における非定型肺炎の集団発生に係る注意喚起について」である。本節では、厚生労働省の事務連絡と(補正)予算を含めての対応をまとめるが、COVID-19の感染症の規模が大きすぎるため、事務連絡や予算をすべてまとめきるのは容易ならざることである。また、日々刻々と変化する状況に応じて、事務連絡の追加や修正が頻発されたため、すでに実質的に存在しない事務連絡も数多い。これらについても説明を加えることは、それほど意味のあることではないと思われる。そこで、2022年7月時点で有効な事務連絡に限定して議論を行いたい⁷。事務連絡の詳細については、厚生労働省「自治体・医療機関向けの情報一覧(事務連絡等)(新型コロナウイルス感染症)」を参照してほしい⁸。また、法学者や法律実務家以外の、法学のトレーニングを積んでいない者にとって、感染症法や「新型インフルエンザ等対策特別措置法」(以下、特措法)の位置づけや限界を把握することは困難を極める。そこで本稿では、大曾根(2020)、松澤(2021a, 2021b)に依拠して論点整理を試みる。

COVID-19は、2020年2月1日に、感染症法の指定感染症に2022年1月31日までの

5 https://www.cas.go.jp/jp/influenza/pdf/130413houritu_gaiyou.pdf

6 URLはそれぞれ、<https://www.cas.go.jp/jp/influenza/index.html>とhttps://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/hoken/files/yushikishakaigi25-1_shiryo2-2.pdfである。

7 厚生労働省「自治体・医療機関向けの情報一覧(新型コロナウイルス感染症)」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/newpage_00024.htmlを参照せよ。

8 URLは、https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00088.htmlである。とりわけ、エクセルファイルにまとめられた事務連絡は、厚生労働省の対応の変遷を知るのに絶好の資料となる。

時限つきで政令指定された⁹。これにより、都道府県の知事は、対策基本方針の策定、情報収集・公表、積極的疫学調査が実施でき、疑いのある者に健康診断を受けさせること、就業制限、入院措置、消毒、医療関係者に対する協力要請を行うことができるようになった。また疑似症患者や無症状病原体保有者は調査への協力義務が課され、陽性者に対しては入院勧告がなされる（拒否した場合の罰則規定はない）。逆にこれ以上の権限は都道府県知事には付与されていないことに注意が必要である。COVID-19における指定感染症で可能な措置をまとめたのが、表2である。2020年2月1日時点での措置は、二類感染症相当とされており、「無症状病原体保有者への適用」については2020年2月14日、一類感染症相当の「生活用水の使用制限」、「建物の立入制限・封鎖、交通の制限」や、新型インフルエンザ等感染症相当の「発生・実施する措置等の公表」、「健康状態の報告、外出自粛等の要請」、「都道府県による経過報告」については、3月27日以降となる。さらに踏み込んだ行政の手段については特措法で可能となるが、これについては3月13日を待たねばならない。COVID-19をなぜ新感染症とせず、指定感染症として二類相当としたのかについては、大曾根（2020）で詳しく解説がなされている。

2020年2月1日には、事務連絡として「新型コロナウイルス感染症に対応した医療体制について」が出された（ダイヤモンド・プリンセス号の香港で下船した乗客の感染例は1月25日で、横浜港寄港は2月3日）。この事務連絡では、各都道府県に「帰国者・接触者相談センター」と各都道府県に「帰国者・接触者外来」を、2月上旬を目途に設置することが求められ、2月13日には、全都道府県での設置が完了された。また、前者は各保健所に、後者は2次医療圏に1か所以上設置するように求められた。

「帰国者・接触者相談センター」の目的は、電話での相談を通じ、疑い例を「帰国者・接触者外来」へ受診させるよう調整を行うことである。保健所が、疑い例本人（37.5度以上の発熱かつ呼吸器症状があること、発症から2週間以内の湖北省への渡航歴があることの二つを満たすか、二つを満たした人との接触歴がある）に対して、電話によるコミュニケーションで指導することが初期段階では求められた。また疑い例に該当しない人には、必要に応じて一般の医療機関を受診するように指導された。すなわち、保健所がスクリーニングの基準に基づいて、疑い例のみを「帰国者・接触者外来」に誘導する仕組みである。疑い例が少数であれば、電話による密なコミュニケーションは保健所の人員でも実行可能であろう。2020年2月13日には、厚生労働省の事務連絡として、「新型コロナウイルス感染症に対応した医療体制の強化について（依頼）」が出され、そこでは、COVID-19のまん延のおそれから、「帰国者・接触者相談センター」への相談が増えることを考慮して、

9 2021年2月3日には、感染症法が改定され、COVID-19は恒久的に新型インフルエンザ等感染症に位置づけられた。

表2 COVID-19 における指定感染症の措置

指定感染症	一類感染症	二類感染症	三類感染症	四類感染症	五類感染症	新型コロナウイルスエンザ等感染症
規定されている疾病名	エボラ出血熱・ペスト・ラッサ熱等	結核・SARS 鳥インフルエンザ (H5N1) 等	コレラ・細菌性赤痢・腸チフス等	黄熱・鳥インフルエンザ (H5N1 以外) 等	インフルエンザ・性器クラミジア感染症・梅毒等	新型コロナウイルスエンザ等感染症
疾病名の規定方法	政令 (具体的に適用する規定は、感染症毎に政令で規定)	法律	法律	法律・政令	法律・省令	法律
疑似症患者への適用	○ ^a	○ (政令で定める感染症のみ)	—	—	—	○
無症状病原体保有者への適用	○ ^b	—	—	—	—	○
診断・死亡したときの医師による届出	○ ^a (直ちに)	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (7日以内)	○ (直ちに)
獣医師の届出、動物の輸入に関する措置	—	○ (直ちに)	○ (直ちに)	△	—	○
患者情報等の定点把握	—	△ (一部の疑似症のみ)	△ (一部の疑似症のみ)	△ (一部の疑似症のみ)	○	—
積極的疫学調査の実施	○ ^a	○	○	○	○	○
健康診断受診の勧告・実施	○ ^a	○	○	—	—	○
就業制限	○ ^a	○	○	—	—	○
入院の勧告・措置	○ ^a	○	—	—	—	○
検体の取去・採取等	○ ^a	○	—	—	—	○
汚染された場所の消毒、物件の廃棄等	○ ^a	○	○	○	—	○
ねずみ、昆虫等の駆除	○ ^a	○	○	○	—	○
生活用水の使用制限	○ ^c	○	○	—	—	○
建物の立入制限・封鎖、交通の制限	○ ^c	—	—	—	—	○
発生・実施する措置等の公表	○ ^c	—	—	—	—	○
健康状態の報告、外出自粛等の要請	○ ^c	—	—	—	—	○
都道府県による経過報告	○ ^c	—	—	—	—	○

注) a : 2020年2月1日施行, b : 2020年2月14日施行, c : 2020年3月27日施行, * : 感染症法第44条の4に基づき政令が定められ、適用することとされた場合に適用。
出所) 厚生労働省資料 (https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000664825.pdf)

チラシを通じた周知に努めること、人員と電話回線数の確保に努めることが求められた。

「帰国者・接触者外来」は、COVID-19の疑い例を診療体制の整った医療機関に確実につなぎ、疑い例を診察することを目的とされて設置された。感染力の強いことをつかんでいた厚生労働省は、防疫体制を強化するために、疑い例が一般の患者と接触しないよう動線をわけ、確実にCOVID-19のみをスクリーニングすることを目指した。さらに、疑い例にも該当しない発熱患者の殺到を避けるために、「帰国者・接触者外来」は一般への公表も原則行われなかった。「帰国者・接触者相談センター」では、疑い例の本人に「帰国者・接触者外来」の電話番号を伝え、受診前の連絡と受診時刻と入り口を問い合わせるよう本人に指導することが求められた。さらに、「帰国者・接触者外来」の運営支援のために、都道府県には感染対策資機材の調達、人材の配分、医薬品の確保等を行うことが求められた。

2020年2月以降の対策の予算として、2020年2月13日、「新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策」が予備費103億円、総額153億円の規模で実施された。これは大きく五つで成り立っており、a) 帰国者の支援、b) 国内感染対策の強化、c) 水際対策の強化、d) 影響を受ける産業等への緊急対応、e) 国際連携の強化である。医療体制に限定すると、b) に関しては、検査体制の強化、感染症指定医療機関の治療体制・機能の強化、検査キット・抗ウイルス薬の開発、マスク・医薬品の供給体制の確保である。

さらに、2020年2月のダイヤモンド・プリンセス号での集団感染と、その社会的反響の大きさを反映して、2020年2月17日に事務連絡「新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安について」が出され、都道府県は住民向けに情報発信を行うよう要請された。2020年2月16日と17日には、医療法の手続きと臨時的なとり扱いについての事務連絡が出され、COVID-19の治療のために、人員配置・構造設備を変更しようとする場合には、都道府県の許可は事後的でも問題ないことが示された。さらに、COVID-19の患者と疑似症患者を緊急的に治療する場合には、感染症病床の定員超過や病室以外の場所に入院させることを臨時応急にあたるとして、臨時的なとり扱いとした。

COVID-19は周知のように2020年2月1日に「指定感染症」となり、このもとでの主たる行政措置は、「入院」と「消毒」のみとなった。2020年にCOVID-19が日本に入ってきたときに、最大限とりうる行政措置であり、法治国家であるわが国においては、これ以上の対策をもち合わせていなかった。もちろん、指定感染症になることで、感染症予防のためのメリットも存在する。それは強制隔離（入院）することで、患者と未感染者をわけることができることであり、そのための費用も当然のことながら公費負担となる。

2) 新型インフルエンザ等特別措置法の適用（2020年3月1日の方針とその後の対応）

しかしながら、感染症法で規定された対策は、早々に変更せざるをえない状況となった。2020年3月1日の「地域で新型コロナウイルス感染症の患者が増加した場合の各対策（サーベイランス、感染拡大防止策、医療提供体制）の移行について」で示された通り、サーベイランス・感染拡大防止策、外来診療体制、そして入院医療提供体制に関する「状況の進展に応じて講じていくべき施策」については、感染症法で想定されてきた体制から移行せざるをえないことが明らかとなった。

まず、サーベイランス・感染拡大防止策に関しては、3月1日以前は、医師が診断上必要と判断する場合にはPCR検査をし、積極的疫学調査により把握された濃厚接触者に対して健康観察や外出自粛を要請し、併せて積極的疫学調査により患者クラスターを確認し、感染拡大防止策をとることとしていた。ところが3月1日に、全件PCR検査では重症者に対する検査に支障があると判断される場合には、PCR検査は入院を要する肺炎患者等を優先させることとなった。また、クラスター調査も、優先順位をつけて実施することに変更した。

次に、外来診療体制に関しては、感染症法に基づくと、帰国者・接触者相談センターを経由して帰国者・接触者外来を受診する流れとなる。そして、受診調整を行うために、感染疑い例には事前にセンターに電話するよう求められた。これに対して、3月1日以降は、帰国者・接触者外来で受け入れる患者数が医療機関のキャパシティを超えそうな場合には、帰国者・接触者相談センターと帰国者・接触者外来を増設すること、さらに一般の医療機関の外来は感染予防策を講じて診療すること、感染疑い例は事前に電話連絡をし、受入医療機関は時間的・空間的な感染予防策を講じて受け入れることが求められた。また、感染疑い例の外来診療を原則行わない医療機関を設定し、そこへの受診を控えるよう都道府県が周知をしてもよいこととなった。

入院医療提供体制としては、3月1日以前のとり組みでは「感染症法第12条に基づき医師から届出があった新型コロナウイルス感染症の疑似症患者等については、感染症法第19条に基づき感染症指定医療機関等への入院措置を実施」とされていた。ところが3月1日以降は、「地域での感染拡大により、入院を要する患者が増大し、重症者や重症化するおそれが高い者に対する入院医療の提供に支障をきたすと判断される場合」においては、

- 感染予防策を講じたうえで、一般病床も含めて必要な病床を確保
- 症状がない、もしくは症状が軽い人（ただし高齢者や基礎疾患を有する人を除く）は、PCR検査が陽性であっても、自宅での安静・療養を原則とする

と変更となった。2020年2月28日のいわゆる「西浦予測」を受けて、早々に一般病床、さらには自宅療養を含めての対応が決定された。つまり感染症法で規定された体制は、

2020年3月1日時点でのPCR検査陽性者の累計が219名であったとしても、その当時の諸外国のCOVID-19と同程度の感染力（実効再生産数1.7～2想定）と重症度（5%程度が重症化）では、早晩に機能しなくなることを意味する。感染症病床のみでの対応をいわば諦めたことは、第1次補正予算での確保病床への補助が謳われていることに表れている。これを裏づけるように、2020年3月1日の方針では、患者増大時に、各都道府県に以下のことを要請した。

- 患者を受け入れられる医療機関と病床の状況の収集・把握を定期的に行うこと
- 医療圏を越えて広域搬送の調整を行うため、国に対して情報を提供すること
- 重症者の受け入れのため、人工呼吸器の保有、病床の稼働状況の把握
- 集中治療室を要する重症者の優先受入医療機関の設定
- 重症者が発生した場合の搬送体制を、市区町村と消防機関、医療機関と協議すること
- 全身管理が必要な重症者が増加した場合の、集中治療室の集約化
- 糖尿病、心不全、呼吸器疾患の基礎疾患がある人、免疫抑制剤や抗がん剤を用いている人、透析患者、妊産婦がCOVID-19になった場合に対応できる体制の整備と病床確保

これらの事実から、2020年3月1日時点で、条件つきながらも一般病床を含めての対応が必要であることが決定されたといえる。

2020年3月4日にはPCR検査が保険適用されたが、院内感染防止と検査の精度管理を理由にして、その実施は帰国者・接触者外来及び帰国者・接触者外来と同様の機能を有する医療機関として都道府県等が認めた医療機関に限定されることとなった。世界各国でCOVID-19の陽性者が徐々に増えたこと、重症者が一定割合発生することを踏まえて、3月6日には、事務連絡として「新型コロナウイルスの患者数が大幅に増えたときに備えた医療提供体制等の検討について（依頼）」が出された。そこでは、患者数が大幅に増えたときに備えて、各都道府県で、外来を担当する医療機関、入院病床やICU病床の準備を進めること、感染防御に必要な資材・人工呼吸器の確保を進めることが、改めて喚起された。

2020年3月1日の対策を実施すべく、3月10日に、「新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策－第2弾－」を財政規模4,000億円で実施した。これは大きく四つから成り立っており、a) 感染防止策と医療提供体制の整備、b) 学校の臨時休業に伴って生じる課題への対応、c) 事業活動の縮小や雇用への対応、d) 事態の変化に即応した緊急措置である。医療分野に限って詳細を述べると、a) に関してはクラスター対策の専門家の派遣、布製マスク2,000万枚の介護施設への配布、医療機関向け1,500万枚の配布、PCR検査の強化（1日7,000件）、5,000超の人工呼吸器の設備整備支援、傷病手当金の明確化、

広報である。d) に関しては、COVID-19 に特措法を適用すること、水際対策の厳格化、確定申告期限の延長や運転免許の臨時措置、地方自治体に対しての財政支援である。

2020年3月12日までは、COVID-19は指定感染症としか定められていなかったため、政府がとれる政策も限られていた。松澤（2020）に平易にまとめられているが、先に述べたように、都道府県の知事が実施できることは、対策基本方針の策定、情報収集・公表、疑いのある者に健康診断を受けさせること、就業制限、入院措置、消毒であった。逆にいえば、COVID-19がまん延し、国民生活と国民経済に重大な影響を及ぼす場合の「緊急事態宣言」、外出自粛要請、学校・社会福祉施設・遊興施設の利用停止要請、住民への予防接種、医療や医療品等の確保、医療施設のための土地等の強制利用、医療のための必要物資の輸送や売渡を要請、価格安定措置、政府金融機関等による緊急融資、財政上の措置については、2022年3月12日までは実施できない。これらは、特措法では可能となるので、3月13日に特措法を改正し、COVID-19を新型インフルエンザとみなして、附則かつ時限的（2年）なものとして特措法を適用し、国・都道府県が定めた「新型インフルエンザ等対策行動計画」を、新型コロナウイルス感染症対策行動計画と置き換えることで乗り切りを図った¹⁰。

ただし、鈴木（2021）は、この行動計画が有機的に機能しなかったことを指摘しており、その原因を以下の三点に求めている。すなわち、a) 感染爆発時の医療提供体制に関して、地域の医療関係者が集まって事前に協議すること、b) 発生時の医療提供体制の拡充計画の事前策定、c) 国が都道府県計画のフォローアップや指導を事前に行うことである。鈴木（2021）では、東京都の行動計画を紹介しつつ、計画自体は綿密に練られていることを評価しつつも、上記三点の不備を指摘し、想定外ではないことを指摘している¹¹。東京都や国の肩をもつわけではないが、想定外の事態であった可能性については一点補足しておきたい。それは、重症者をICUで治療することは、「新型インフルエンザ等対策行動計画」ではおそらく想定されていなかったと思われることである（増原・細谷，2021a；2021b）。東京都の行動計画を確認する限り、海外発生期から都内発生早期までは、感染症法に基づき、新型インフルエンザ患者は、感染症指定医療機関で入院治療を行うと書かれており、その際には、「新型インフルエンザ相談センター」と「新型インフルエンザ専門外来」を用いることとされて、この体制は3月1日の方針のもととなったことが確認で

10 表2にあるように、2020年3月26日までは、感染症法上の政府のとりうる措置は、新型インフルエンザと同等ではなかった。奇妙なことであるが、特措法で住民の外出自粛要請はできても、感染症法では陽性者の外出自粛要請はできなかったことを意味する。そこで、3月13日の特措法の改正と整合的にすべく、3月27日に感染症法上のとりうる措置を新型インフルエンザ等感染症と同等に改めた。

11 <https://www.bousai.metro.tokyo.lg.jp/taisaku/torikumi/1000061/1000367.html>

きる。次に、都内感染期では、新型インフルエンザの診療を「内科や小児科など通常の季節性インフルエンザの診療を行う全ての医療機関で担う」と書かれている。そのための病床としては一般病床が想定されているはずであるが、どのような医療機関が分担するのか、またICUが新型インフルエンザの患者で埋まってしまったときには、通常の医療をどのように分担するのかの詳細についてはふれられていない。COVID-19のような無症状感染者の存在や、基礎疾患等を有する人が重症化しやすいことについては、この行動計画時には詰め切れなかったと思われる。しかしながら、行動計画には「1日最大患者数は、有病期間を軽症者は7日間、重症者では14日間、死亡の場合は21日間と仮定して算定」と書かれており、重症者の想定はなされていたようである。COVID-19に関してもICUでの治療は2週間程度とされているので、この予測は大きく外れたものではない。そのため、行動計画時において、ICUが必要な重症者をどのような体制で引き受けるかの議論がなされていれば、行動計画がさらに有機的に機能したと考えられる。また患者を一つの医療機関のみで受けもつのか、軽症患者、中等症患者、重症患者を引き受ける医療機関を決めて、機能分化するのについても、議論はなされていなかったようである。この機能分化については、3月1日の時点でも想定されておらず、実際に機能分化について道筋がつけられるのは2021年2月16日の方針を待たねばならない。帰結主義に基づいて批判を行うのは公平とはいえないので、本稿はこの行動計画の意義については正当に評価したい。

次にCOVID-19が特措法に適用される時期が、2020年3月13日になったことについても指摘をしておきたい。COVID-19が新感染症に指定されていれば特措法を速やかに適用できたが、大曾根(2020)は、COVID-19はコロナウイルスであることがすでにわかっていたこと、新感染症として特措法の恣意的な運用を排すため、指定感染症としてから、新型インフルエンザとみなして特措法を適用せざるをえなかったと指摘している。そのために、素人目にはやや理解が難しい複雑なステップを踏まざるをえなかったようである。また、松澤(2021b)が言及しているように、特措法は社会的な感染症のまん延防止を予防的に行う行政の手段を定めるものであり、感染症法は感染症の患者が発生した場合の対応と医療について定めるものである。感染症法には行政上の措置も書かれているので混乱するが、二つはターゲットが異なることを理解する必要があるだろう。特措法は非感染者への要請まで踏み込んでおり、社会的な影響力も大きい。そのため、まずは感染症で陽性者のみに対する措置に限定し、それでも無理な場合に特措法をもち出したものと解釈できる。戦力の逐次投入は悪手となることも多いが、これがわが国のとりうる最大限の対処法であったのであろう。

ただし、特措法も万全でないことには注意が必要である。埼玉県知事である大野(2022)がそれを簡潔にまとめているが、ここではその一部を紹介しよう。第一に、特措

法はワクチンの存在を前提として設計されていたことである。2020年3月の段階では、ワクチンは存在せず、そもそも適用には無理があった。第二に、特措法では特定の業種に対する自粛の要請は、緊急事態宣言が発令されるまで行えなかったことである。ワクチンが存在しない場合には、市民の行動抑制しか感染症に対する防御が行えないが、特措法では緊急事態宣言を行わない限りは、その要請もできなかった。つまり、緊急事態宣言を出さないための自粛要請は、2020年3月の時点ではできないことになる。2020年4月の緊急事態宣言では、この欠点は大きくクローズアップされることはなかったが、2021年に入り、この問題が顕在化する。

3) 医療提供体制と重点医療機関（2020年3月26日の方針とその後の対応）

2020年3月26日に出された事務連絡「新型コロナウイルス感染症の患者数が大幅に増えたときに備えた入院医療提供体制等の整備について（改訂）」では、都道府県向けに、3月1日時点での方針をさらに具体化した方向性が示された。その内容は、医療提供体制、調整本部の設置と広域搬送、シナリオに基づくピーク時の医療体制整備、医療従事者の確保の四つから成り立つ。

一つめの医療提供体制は、都道府県で整備することが求められた。ただし保健所設置市や特別区では感染者の把握をこれらが担うことから、市区町村間での協議を必要とすることが都道府県に課された。また、大規模発生した際の重症者（ECMO〔人工心肺装置〕の必要な患者）の搬送に関して、隣県との協議と情報提供が相互に必要であること、感染症担当部局のみならず医療提供体制整備を担う部局と合同して行うことが都道府県に求められた。さらに、都道府県内にCOVID-19患者を病棟単位もしくは医療機関単位で重点的に受け入れる「重点医療機関」の設置が義務づけられた。都道府県の複数の部局で、都道府県内の市区町村、医療機関、医師会、消防機関だけでなく、隣県とも協議を行いながら体制を整備することが求められ、莫大な調整コストを支払いながら、すべての主体での合意をとることとなった。

二つめの調整本部の設置と広域搬送に関しては、都道府県に、患者受け入れ調整を担う調整本部を設置することが求められた。その調整本部には、集中治療、呼吸器内科治療、救急医療、感染症医療の専門家、災害医療コーディネーターに参加要請をし、複数名でかつ統括DMATの資格を有する「患者搬送コーディネーター」の配置も求められた。さらに、調整本部は、重点医療機関の設置状況、各医療機関の病床稼働状況、人工呼吸器やECMOの稼働状況を把握しつつ、COVID-19の患者や重症者の受け入れ医療機関の調整を行うこととなった。ICUに関する記述は3月1日時点でも存在したが、ECMOに関する記述がみられるようになったのは、2020年3月後半になってからであった。

三つめのシナリオに基づくピーク時の医療体制整備に関しては、以下が求められた。まずシナリオで想定される入院患者と重症者の定義が行われ、前者は持続的な酸素投与が必要な肺炎を有する患者もしくは入院治療が必要な合併症を有する患者、後者はICUでの管理もしくは人工呼吸器管理が必要な患者と定義された。また重点医療機関の設置の順番に関しては、a) 全医療機関の感染症病床、b) 感染症指定医療機関の一般病床及びCOVID-19患者を受け入れるための病床を確保した医療機関、c) 新型インフルエンザ患者入院医療機関のなかの協力医療機関・公立・公的医療機関、d) その他の医療機関を目安にすることが要請された。つまり、感染症病床と感染症指定医療機関という感染症法で想定された対策を基本としながら、公立・公的医療機関に協力を仰ぐかたちである。効率的に医療従事者を配置するために、病棟単位・医療機関単位で重点医療機関を設置することも示され、さらに非稼動病床や開設許可前の医療機関の活用も許可された。重症者には、人工呼吸器、ECMOや治療体制が整ったICUが必要となることがエビデンスとして明らかになったため、都道府県と医療機関の間で、人員も含めて調整をすることが求められた。同時に、地域で発生するCOVID-19以外の救急患者や重症者の受け入れに支障がないように、地域全体で事前に調整することも求められた。

四つめの医療従事者の確保については、以下の通りである。まず地域の診療所に勤務している医療従事者の派遣や、現在医療機関で勤務していない医師・看護師・臨床工学技士の職務復帰について検討することが求められた。次にECMOの必要性が大きく増したので、ECMOの管理経験のある看護師と臨床工学技士を、別途把握することが要請された（3月27日には、人工呼吸器管理を実施した経験のある医師、看護師、臨床工学技士に対して、個人感染防護具の着用方法やゾーニングに関する講習、ICUでのOJT等を早急を実施し、併せてECMOに関する研修も行うよう事務連絡が出された）。他、COVID-19以外の患者の治療も同時並行で実施できるよう、医療従事者の派遣や、感染予防策を講じている場合の濃厚接触者の扱い、「帰国者・接触者外来」が設置されている場合であっても、疑い例の外来診療を原則行わなくても問題ないことなど、地域でのCOVID-19とそれ以外の診療のバランスをとることが強く求められ、そのために医師会、看護師協会、医療機関と十分に調整を行うことが求められた。

一般的には真っ当な対応を求めているが、わが国における法律上の限界もあり、つねに関係する団体との調整が要請される内容となっており、都道府県の命令によって医療体制が構築できる状態にはないことに注意が必要である。民主的な手続きではあるが、結果として多大な調整コストを支払うこととなった。

4) 宿泊療養・自宅療養の拡充 (2020年4・5月の状況)

2020年4月2日には、3月1日の医療提供体制の方針でふれられた、宿泊療養・自宅療養に関する具体的な方針が「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備について」として発せられた。その内容は、以下の通りである。宿泊療養と自宅療養の対象者は、無症状病原体保有者及び軽症患者で、a) 高齢者、b) 基礎疾患がある者、c) 免疫抑制状態である者、d) 妊娠している者のいずれにも該当せず、帰国者・接触者外来又は現在入院中の医療機関の医師が、症状や病床の状況等から必ずしも入院が必要な状態ではないと判断した者となる。ただし、同居中の高齢者がいる場合には、入院措置が行われる。次に、宿泊での療養については、都道府県が用意することとされ、宿泊施設の受け入れ可能人数を超えることが想定される場合には、a) 高齢者等と同居している軽症者や、b) 医療従事者や福祉・介護職員と同居している軽症者を優先的に受け入れることとされた。最後に、自宅療養に関しては、軽症者等が適切に健康・感染管理を行うためのフォローアップが可能であれば、実施できるとされた。またマニュアルが策定され、同居やトイレや入浴についても細かい仕様が策定された。宿泊療養・自宅療養の解除に関しては、退院基準と同じで、2回連続でPCR検査での陰性が確認された場合とされた。ただし、PCR検査のひっ迫が起きていたことから、療養を開始してから14日間が経過した場合には、解除できるものとされた。

上記を実施するために、都道府県は宿泊療養の調整窓口を設置し、宿泊療養が可能な施設・搬送手段の確保と人員体制と物品の準備をすることとなった。さらに自宅療養の調整窓口も設置し、フォローアップ体制と、体調急変時の対応に関して、市町村の福祉部門と連携して調整を行うこととされた。ただし、宿泊療養に関しての不備を、大野(2022)は知事の立場から指摘している。それによると、感染症法に基づいて、都道府県の知事は入院の勧告はできるが、陽性者であっても、療養施設への療養を勧告する権限がないことである。大野(2022)は、埼玉県において、療養施設から「脱出」する事例が複数発生したことで、現場が混乱に陥ったことを回顧している。

2020年4月時点での、医療機関の状況については、例えば2020年5月27日のJBpressの「このままでは本当にまずい！真剣に危惧した医療崩壊：実録・新型コロナウイルス集中治療の現場から(第1回)」が参考になる¹²。自治医科大学附属さいたま医療センターでは、2020年2月にゾーニングを実施し、重症1名と中等症2名を受け入れる体制を構築した。その後、4月8日に、一般病棟を2棟、計100床を閉鎖し、緊急で重症者のための6床の専用ICU病棟と10床の中等症用病棟を構築した。さいたま医療センター

12 <https://jbpress.ismedia.jp/articles/-/60660>

は、感染症指定医療機関ではないが、「新型コロナウイルスの診療には、質の高い集中治療が必要」であり、当時の治療状況から ECMO に「熟練した病院は非常に限定」されると判断した。とりわけネックになったのが、医療従事者のトレーニングで、専門トレーニングを受けた人材が不足し、また ICU では患者 2 名に対して看護師 1 名を配置するのであるが、COVID-19 の治療に関しては患者 1 名に対して看護師 2 名と 4 倍必要であり、ECMO を回す場合には看護師 3 名と 6 倍も必要となった。さらに、専用 ICU を作った 4 月 8 日に、夜勤で新型コロナ感染症患者を診ていた看護師が 11 日早朝発熱し自宅待機となるなど、感染疑いによる人材不足にも直面した。4 月 10 日には、さいたま市では PCR 検査が少ない、ICU は 3 床しか余裕がない、そして感染爆発したら大幅に病床が不足するといった報道もなされた。

2020 年 4 月の中旬には、医療機関への感染防御に対して、「医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応について（その 3）」が出され、さらにオンライン診療の指針として「新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」も出された。4 月 14 日には、疾病ごとの対策として「新型コロナウイルス感染症に対応したがん患者・透析患者・障害児者・妊産婦・小児に係る医療提供体制について」と、転院における搬送についての「新型コロナウイルス感染症患者等の転院等にかかる搬送について」が出され、4 月 15 日には帰国者・接触者外来における PCR 検査の効率化に向けて、ドライブスルー方式まで踏み込んだ「帰国者・接触者外来の増加策及び対応能力向上策について」が出された。また帰国者・接触者外来の外部委託も検討され、その方針として「行政検査を行う機関である地域外来・検査センターの都道府県医師会・郡市区医師会等への運営委託等について」が出された。

4 月 16 日には「自宅療養を行う患者等に対するフォローアップについて（補足）」が、4 月 17 日には「医療従事者等の子どもに対する保育所等における新型コロナウイルスへの対応について」、「新型コロナウイルス感染症の対応に係る医療機関の開設手続き等について」、「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養の実施に向けた支援について」が事務連絡として出された。とりわけ最後に関しては、4 月 30 日に成立する第 2 次補正予算にある宿泊療養の予算措置に関して、前もって周知したものである。5 月 1 日には「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る自宅療養の実施に関する留意事項（第 5 版）」が出され、マニュアルが整備された。

4 月 21 日には「新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく臨時の医療施設の取扱いに係る留意事項」が出され、緊急事態宣言中に開設された臨時の医療施設は終了後に順次閉鎖されるが、一定期間の猶予が認められること、整備費用は、4 月 30 日に成立する第 2 次補正予算から措置されることとなった。この臨時の医療施設に関しては、社会的要

請からさらに具体的な事務連絡が「新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく臨時の医療施設における医療の提供等に当たっての留意事項について（その2）」として出された。そこでは、臨時の医療施設としてプレハブや宿泊施設の活用も可能であるが、その際には医療安全と都道府県知事による管理・監督、人員・管理体制、施設基準・構造設備基準が一定程度備わっていることが求められた。すなわち、医療機関として最低限の水準を満たすことが、改めて喚起された。とはいえ、通常の医療機関の人員配置基準や構造設備基準ではなく、臨時的な措置であることが認められる。さらに4月23日には、「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養のための宿泊施設確保業務マニュアル」が出された。

これ以降、2020年5月にかけて、厚生労働省は事務連絡を出し、2022年7月1日現在でも有効なものを列挙すると、以下ようになる。「小児の新型コロナウイルス感染症に対応した医療提供体制に関する補足資料の改訂について（2020年5月1日）」、「医療機関における新型コロナウイルス感染症発生に備えた体制整備及び発生時の初期対応について（助言）（2020年5月1日）」、「新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく臨時の医療施設における医療の提供等に当たっての留意事項について（その2）（2020年5月6日）」、「新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安について（2月17日付け改訂版）（2020年5月8日）」、「新型コロナウイルス感染の拡大に対応する医療人材の確保の考え方及び関係する支援メニューについて（2020年5月8日）」、「小児の新型コロナウイルス感染症に対応した医療提供体制に関する補足資料の改訂について（2020年5月12日）」、「「地域外来・検査センター運営マニュアル（第2版）」の送付について（2020年5月13日）」、「新型コロナウイルス感染症を疑う患者等に関する救急医療の実施について（2020年5月13日）」、「新型コロナウイルス感染症に対応した妊産婦に係る医療提供体制・妊婦に係る新型コロナウイルス感染症の検査体制の整備について（2020年5月27日）」、「新型コロナウイルス感染症患者等の移送及び搬送について（2020年5月27日）」、「厚生労働省に開設するWebサイト「医療のお仕事Key-Net」等を通じて行う医療人材等の緊急的な確保を促進するための取組（緊急医療人材等確保促進プラン）の実施に向けた準備について（2020年5月27日）」、「新型コロナウイルス感染症に対応したへき地に係る医療提供体制について（2020年5月29日）」である。これらは総じて、3月1日の方針と4月2日の宿泊療養・自宅療養の実行可能性を高める、個別具体的なものであった。

帰国者・接触者外来の外部委託にも踏み込んだ事務連絡「行政検査を行う機関である地域外来・検査センターの都道府県医師会・郡市区医師会等への運営委託等について（2020年4月15日）」を受けてのマニュアルが、5月13日に出された「地域外来・検査センター運営マニュアル（第2版）」となる（第1版は4月28日）。このマニュアルは、感染が

疑われる人が多くなったにも関わらず、感染症法の第15条に基づく行政検査にはキャパシティの限界があるため、各地域の医師会に行政検査の委託を行うもので、その機関を「地域外来・検査センター」と名づけた。診察とPCR検査の双方を行う場合と地域の診療所の医師からの依頼でPCR検査を行う場合の二つのパターンについてのマニュアルを整備し、都道府県に周知した。設置に関わる費用の国庫負担や補助（後述の第1次補正予算）についても明記されている。

続いて、3月1日の方針と4月2日の宿泊療養・自宅療養を着実に実行するための予算措置について説明する。2020年4月30日に、「令和2年度厚生労働省第1次補正予算」が成立した¹³。第1次補正予算は、a) 感染拡大防止策と医療提供体制の整備及び治療薬の開発、b) 雇用の維持と事業の継続、c) 強靱な経済構造の構築から成り立っており、緊急事態宣言中に検討され、当時の安倍首相の発言にもあるように、「2週間後には感染者の増加をピークアウトさせ、減少に転じさせる」ということを反映してか、医療機関への個別支援よりも、体制整備がメインであった（4月7日の東京都の累計陽性者は1,000人を超えた程度）。事実、医療に関わる補正予算で最初に掲げられたのは、「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金」（1,490億円）であり、ここでは、「都道府県の取組を包括的に支援するための交付金を創設」と掲げていた¹⁴。第1次補正予算での目玉の一つとなった医療機関への補助に関しては、「新型コロナに係る空床確保の補助」として、「空床のみ」にICU 9.7万円、重症者病床 4.1万円、その他 1.6万円の補助金（すべて1日あたり）が出された。なお、確保病床に対してはいま述べた補助がなされ、患者を引き受けた場合にはこれとは別に診療報酬が支払われる。確保料について、表3にまとめている。2020年4月以降の確保料の変遷と整合性をとるために、医療機関をあらかじめ区分していることに注意をされたい。また、この「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付

13 詳細は、「令和2年度 厚生労働省補正予算案（参考資料）」（<https://www.mhlw.go.jp/content/000648016.pdf>）を参照せよ。

14 具体的な事業メニューは、①入院患者を受け入れる病床の確保、消毒等の支援、②入院医療機関における人工呼吸器、体外式膜型人工肺（ECMO）、個人防護具、簡易陰圧装置、簡易病室等の設備整備、③重症患者に対応できる医師、看護師等の入院医療機関への派遣、④DMAT・DPAT等の医療チームの派遣、⑤医師が感染した場合の代替医師の確保、⑥帰国者・接触者外来等におけるHEPAフィルター付き空気清浄機、HEPAフィルター付きパーティション、個人防護具、簡易診療室等の設備整備、⑦新型コロナウイルス感染症対応に伴う救急医療等地域医療体制の継続支援、休業等となった医療機関の再開等支援、⑧外国人が医療機関を適切に受診できる環境の整備、⑨軽症者の療養体制の確保、自宅療養者の情報通信によるフォローアップ、⑩帰国者・接触者相談センターなど都道府県等における相談窓口の設置、⑪患者搬送コーディネーター配置、広域患者搬送体制、ドクターヘリ等による搬送体制の整備、⑫都道府県における感染症対策に係る専門家の派遣体制の整備、⑬地方衛生研究所等におけるPCR検査機器等の整備等である。

表3 病床確保料の変遷

(単位：万円)		2022年1月～		2020年10月	2020年5月	2020年4月
		平均を30% 上回る場合	平均を30% 下回る場合			
重点医療機関	ICU	43.6	30.5	43.6	30.1	9.7
	特定機能病院 HCU	21.1	14.8	21.1	21.1	4.1 (重症者病床)
	その他病床	7.4	5.2	7.4	5.2	1.6
	ICU	30.1	21.1	30.1	30.1	9.7
	一般の医療機関 HCU	21.1	14.8	21.1	21.1	4.1 (重症者病床)
	その他病床	7.1	5	7.1	5.2	1.6
協力医療機関	ICU	30.1	21.1	30.1	30.1	9.7
	HCU	21.1	14.8	21.1	21.1	4.1 (重症者病床)
	その他病床	5.2	3.6	5.2	5.2	1.6
その他医療機関	ICU	9.7	6.8	9.7	9.7	9.7
	重症・中等症 病床	4.1	2.9	4.1	4.1	4.1 (重症者病床)
	その他病床	1.6	1.1	1.6	1.6	1.6
要件	空床及び休止病床（即応病床 1床につき2床まで）		空床及び休止 病床	空床及び休止 病床	空床	

出所) 厚生労働省事務連絡より筆者作成

金」で宿泊療養にかかる費用も措置されることとなった。

その他、額が大きいのは、医療機関へのマスク等の優先配布事業（953億円）、介護施設等への布製マスクの配布事業（390億円）、介護施設等に対するマスクの配布（262億円）、全世帯への布製マスクの配布事業（233億円）、新型コロナウイルス感染症患者の入院医療費の公費負担であり（183億円）、これは二類感染症相当とされ、自己負担が公費負担とされたことに基づく。

ロイターの2020年5月22日の記事「焦点：「解除の日」遠い医療現場、聖マリアンナ病院の葛藤」では、以下のように報じている¹⁵。神奈川県聖マリアンナ医科大学病院では、ICUで最大15日治療を行っており、中等症を合わせて40人規模で、この当時の国内最大規模であった。救急救命センターで、ゾーン規制を敷き、専門チームを編成して治療にあたった。

当時の自治体の状況については、大野（2022）や吉住（2022）が、それぞれ埼玉県知事と新宿区長の立場から詳細に述べている。大野（2022）によれば、2020年の第1波においては、知事主導で人的体制の整備と組織のレジリエンスを整えていたが、社会・経済活動の抑制とともに、疫学調査とクラスター対策、民間検査機関との連携による検査体制の

15 <https://jp.reuters.com/article/health-coronavirus-japan-frontline-int-idJPKBN22Y0ER>

拡充を行ったとのことである。現実的には未知の感染症のため、対症療法にとどまったことを述べている。さらに埼玉県として独自の戦略、つまり重症化しやすい年齢階層に絞っての積極的な疫学調査・クラスター対策は、2020年11月頃からと報告しており、少なくとも2020年5月頃は、国の方針以上のことをやる余裕がなかったことが推測される。繁華街の様子については、吉住（2022）が参考になろう。新宿区では、2020年のCOVID-19の発生から第2波の2020年7月までに、以下を実施したことを報告している。すなわち、感染予防対応として、a) イベントや事業の中止、b) 陽性者情報の公表基準の策定、c) 国立感染症研究所の調査を行い、区民生活への対応として、a) 一斉休校、b) フレイル対策、c) 支払い猶予、d) 事業者支援であり、生活困窮者対策として、a) 生活資金対策、b) 住所確保対策、c) ネットカフェ難民対策である。日本一の繁華街を抱え、貧富の差も大きく多国籍な土地柄を反映して、生活困窮者対策に独自性がみられる。とりわけ繁華街特有の問題として、住民票をもたない繁華街のみで生活をする人が探索不能となることを挙げている。第2波の始まる前（2020年6～7月）にかけて、歌舞伎町におけるクラスター対策として、行政に不信感をもつホストクラブ経営者との話し合いをもち、信頼関係を構築したのち、2020年6月18日に、「新宿区繁華街新型コロナ対策連絡会」を立ち上げたことを報告している。ホストクラブ経営者との話し合いにおいて、「感染拡大防止対策により来街者に安心してもらうこと」と「積極的疫学調査に協力する店舗名は公表しないこと」をルールとしたことを述べており、いわゆる「夜の街」でのクラスター発生と陽性者の拡大の防止を目的として、感染症対策にあたったことがわかる。

第1次補正予算で十分とはいいがたかった医療機関への支援を充実させるために、2020年の6月12日に「令和2年度厚生労働省第2次補正予算」が成立した。この補正予算は大きく四つから成り立っており、a) 感染リスクを抱えながら医療を提供する医療従事者への支援、b) 新型コロナウイルス感染症に対応する医療機関への支援、c) 地域医療の確保に必要な診療を継続する医療機関への支援、d) 万全な検査体制、ワクチン・治療薬の開発支援である。とりわけb) に関して、「重点医療機関の病床確保や設備整備支援」が謳われ、「新型コロナに係る空床確保の補助」として、補助の充実が行われた。重点医療機関と協力医療機関の分類が追加され、前者は都道府県が指定し、「病棟」単位でCOVID-19患者の病床を確保し、確保病床すべてで酸素投与及び呼吸モニタリングが可能な医療機関となる。後者は都道府県が指定し、COVID-19「疑い患者」専用の「個室」を設定し、その患者用の病床を確保し、確保病床すべてで酸素投与及び呼吸モニタリングが可能で、トイレやシャワーなど他の患者と独立した「動線」が確保され、必要な検体採取が可能な医療機関となる。

さらに病床確保料は、1次補正では「空床のみ」であったが、2次補正では「空床及び

休止病床」となった。つまり、4人部屋×12室（=48床）で1病棟を構成し、この病棟を用いて、「疑い患者」を受け入れる協力医療機関となった場合には、12室を個室化しなければならないので、疑い患者用の病床は12床（1床×12室）、残りの36床（3床×12室）は休止した病床となる。この休止病床にも補助が入ることが、2次補正の大きな特徴である。しかしながら、この休止病床への補助が、2021年度の第5波では大きな問題を引き起こすことになるため、記憶にとどめておくことよ。これらの「空床及び休止病床」に対して、2次補正では、重点医療機関・協力医療機関では、1日あたりICUは30.1万円、HCUは21.1万円、その他病床では5.2万円の補助がなされた。それ以外の医療機関では、1日あたりICUは9.7万円、「重症者・中等症者病床」は4.1万円、その他は1.6万円の補助となった（表3）。さらに、2次補正が成立前に、専用病棟（重点医療機関）もしくは専用個室病床（協力医療機関）が実質的に運用されているならば、遡及適用された（表3）。とりわけ、COVID-19の「疑い患者」を引き受ける「協力医療機関」への補助が手厚く、受け入れへのインセンティブを大きくして、なりふり構わず病床を確保していたことが推測される。さらに、重点医療機関に対しては、「新型コロナウイルス感染症の重点医療機関等における設備整備の支援」として、CTなどに対しても、リースでの導入あれば補助（6,600万円上限）がつき（2020年11月には、リースよりも安価であれば購入も可能に変更）、PCR検査が少ないという批判に対して、CTでの診断を充実させる意図が強くにじみ出ている¹⁶。

また、診療報酬上の特例的な対応も行われ、重症の新型コロナウイルス感染症患者を治療するICUに対して、「特定集中治療室管理料」を2次補正前の2倍から、3倍に引き上げた（特定集中治療室管理料3の9,697点が、臨時特例で2倍の19,394点となり、さらなる見直しが行われ3倍の29,091点となった）。中等症の新型コロナウイルス感染症患者に対しては、救急医療管理加算の3倍相当（2,850点）の加算が算定できることとなった。その他に、救急・周産期・小児医療機関へ院内感染防止のための設備に補助をつけたり、福祉医療機構を通じた優遇融資を拡充させたり、1次補正では間に合わなかった、個別医療機関への対策を充実させた。

5) 予備費による支援（2020年6月19日以降の方針）

2020年5月頃の第1波が6月に入って落ち着いたことで、頻繁に出された事務連絡も少なくなった。次に大きなうごきを見せたのは、2020年6月19日の「今後を見据えた新

16 その他の、設備と上限金額は以下の通り。超音波画像診断装置（1,100万円）、血液浄化装置（660万円）、気管支鏡（550万円）、生体情報モニタ（110万円）、分娩監視装置（220万円）、新生児モニタ（110万円）。

型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について」である。これは、後述の第2次補正と連動して、予算措置を伴っての医療提供体制構築のための指針である。医療提供体制は、都道府県が主体となって整備し、保健所・保健所設置市との連携を平時から構築することが求められ、感染実態を踏まえた都道府県ごとの患者推計と必要な病床数の推計が、一定の仮定のもとに行われた。とりわけ、ある時点からの数日の入院患者数の時間軸を考慮した推計が出されたことが特徴である。そしてある時点から3日目の患者推計に基づき、社会への協力要請を出すことが推奨された。これは感染症が指数関数的に増加するという特徴に対して、「感染爆発のアラート」を発するというものであり、感染爆発の程度に応じて、「フェーズ」（多くの都道府県では4段階）を設定して運用することとなった。各フェーズで必要な病床数を確保する必要がある、フェーズごとに即時対応として確保することを計画する病床を「即応病床（計画）」と定義し、また即応病床（計画）のなかで、あるフェーズで予測される患者数に即時対応できる病床を「即応病床」（空床にしておき、受け入れ要請があった場合に、即時受け入れ可能な病床）と定義した。さらに、要請後、1週間程度で患者の受け入れ可能な病床として、「準備病床」も定義した。COVID-19患者専用の病院や病棟を設置する医療機関を「重点医療機関」、COVID-19としての確定診断がつくまでの間、疑い患者専用の個室を設置し、患者を受け入れる医療機関を「協力医療機関」と定義した。これらの体制整備のために、2019年度の予備費や、第1次補正予算だけでなく、第2次補正予算とも連動した計画とされた。2020年7月上旬には患者推計と病床確保計画の策定を行い、7月下旬には体制整備を完了することが、都道府県に求められた。

実は、第1波がほぼ終息していた6月までに出された事務連絡は、それ以降の対策の基本となっており、2020年7月以降に大きな変更や改善がいくつかなされるが、それ以外に関しては2020年6月までに出された事務連絡が踏襲されている。もちろん頻繁な事務連絡の変更は、現場の混乱をもたらすので避けるべきであるが、わが国が2020年6月までの方針に大きく依拠していることは興味深い。事実、厚生労働省の事務連絡件数は97（2020年3月）、186（2020年4月）、145（2020年5月）、58（2020年6月1～18日）であったのだが、2020年6月19日以降では、46（2020年6月19～30日）、69（2020年7月）、33（2020年8月）、39（2020年9月）と大幅に減った。

2020年10月には、予備費によって、「新型コロナウイルス感染症に対応した医療機関等への更なる支援」を実施した。医療機関への支援は大きく四つあり、第一に、「新型コロナ患者の病床・宿泊療養体制の整備」として、2020年10月以降の病床や宿泊療養施設の確保に7,394億円を確保した。第二に、「新型コロナウイルス感染症患者の受入りに係る診療報酬の特例的な対応」として、呼吸不全管理が必要な中等症以上の患者への治療の

実態を反映させ、救急医療管理加算の5倍相当(4,750点)を算定できるように改められた。第三に、特定機能病院の病床確保料のさらなる引き上げとして、2次補正では、重点医療機関に関しては、1日あたりICUは30.1万円、HCUは21.1万円、その他病床では5.2万円であったものが、2020年10月には重点医療機関かつ特定機能病院ではICUは43.6万円、HCUは21.1万円、その他病床は7.4万円となり、重点医療機関である一般病院では、その他病床が7.1万円に引き上げられた(表3)。第四に、医療資格者の労災給付の上乗せが定められた。また、インフルエンザ流行期への備えとして、救急・周産期・小児のいずれかを担う医療機関に1,000万円以上の補助を行い、発熱外来診療体制確保のために、都道府県の指定を受けた診療・検査医療機関が、発熱患者等専用の診察室(プレハブ・簡易テント・駐車場も含む)で発熱患者等を受け入れる体制をとった場合に費用(1日7時間で上限26.9万円)を補助した。さらに地域医療の確保に必要な診療を継続する医療機関への支援として、福祉医療機構による優遇融資の拡充と、受診控えに対して「必要な受診や健診・予防接種を呼びかける広報」を実施した。

6) 地域医療連携・病院間連携を目指して(2020年12月25日以降の方針と第3次補正予算)

2020年12月までの厚生労働省の対応は、地域医療連携・病院間連携を暗黙的に志向していたのかもしれないが、少なくとも予算措置として明確に表れているとはいいがたく、どちらかといえばCOVID-19の治療は一つの医療機関での完結型と勘違いされてもおかしくないような状況であった。連携不足や入院調整・転院調整が困難であることが顕在化してきたため、12月25日に事務連絡「感染拡大に伴う入院患者増加に対応するための医療提供体制確保について」を出し、COVID-19の治療でも地域連携・機能分化を弱いながらも打ち出すこととなった¹⁷。ここには、a) 更なる病床確保のための新型コロナ患者の入院受入医療機関への緊急支援、b) 既存施設等の最大限の活用等による病床確保、c) 院内感染の早期収束支援、d) 看護師等の医療従事者派遣の支援等による人材確保、e) 高齢者施設等での感染予防及び感染発生時の早期収束のために、予備費2,693億円を使つての対策が実施された。a) は、COVID-19の患者を受け入れる病床のひっ迫を解消するために、受入病床と人員を確保するため、2020年度中の緊急的な措置として、受入体制への支援を行うものである(内容は後述の第3次補正での、重症者病床への1床1,500万円と同じなので、ここでは割愛)。

地域医療連携、機能分化についてはb)の確保病床の最大限の活用に記載されており、

17 <https://www.mhlw.go.jp/content/000712371.pdf>; <https://www.mhlw.go.jp/content/000712374.pdf>

具体的には、第一に、感染が拡大し医療への負荷が高まっているときの入院の考え方として、「地域で協議して活用している地域の取組事例を紹介」と「患者の入院調整や各医療機関の患者受入状況について、地域の医療機関間での情報共有（見える化）を促進」と明記した。第二に、治療後に回復した患者を受け入れる後方医療機関の支援として、回復後の入院管理が必要な患者を受け入れた保険医療機関に対して、二類感染症患者入院診療加算の3倍（750点）が算定され、介護施設に対しても退院患者を受け入れる場合には、定員超過減算を適用しないなどとし、重点医療機関からの転院が促進される道筋をつくった。これら二つの方針は、地域医療連携、機能分化をCOVID-19でも推し進めるものであり、そのための予備費を使って対策を行った。他、b)の確保病床の最大限の活用に関しては、緊急時の柔軟な職員配置、宿泊・自宅療養の活用、既存施設・敷地の最大限の活用となっている。

この地域医療連携を打ち出した背景には、病床のひっ迫という事情も当然のことながら存在するが、それ以上に、成功事例が積み重なってきたことが考えられる。例えば、よく挙げられているのは松本市のとり組みであろう。いわゆる松本モデルとして、東京新聞（2021年2月8日）と日本経済新聞（2021年2月21日）などでも報じられ、増原・細谷（2021a）、鈴木（2021）でも紹介された¹⁸。松本市に、かねてより存在していた「松本広域圏救急・災害医療協議会」を活用して、松本市長のリーダーシップのもと、松本医療圏（43万人、3市5村）に存在する主要な医療機関が連携したものである。この協議会を活用してまとめた計画が、表4である¹⁹。興味深い事実として、2020年4月25日にこの計画がすでに作成されていたことであり、これはすなわち緊急事態宣言が発出されたころ、もしくはその前から計画が策定されていたことになる。

この計画に沿って、2020年6月にはstage 3に引き上げ、感染症病床（6床）を有しており、COVID-19の治療にあたった松本市立病院（199床）が、一般病床を転換して最大37床のCOVID-19用の病床を確保した（中日新聞、2020年6月14日）²⁰。つまり計画に沿って、松本市立病院が患者を引き受けたのである。もちろん、松本市立病院は、松本医療圏唯一の感染症医療機関であるため、市として患者を引き受けざるをえなかった側面はあるが、それでもその計画が2020年4月末に策定されていたことは評価できる。それとともに協議会を通じて、軽症患者に関しては安曇野赤十字病院（316床、地域医療支援病院）に8床、松本協立病院（199床、社会医療法人）に3床の受け入れを、中等症に関しては松本市立病院とまつもと医療センター（458床、地域医療支援病院）に15床の

18 <https://www.tokyo-np.co.jp/article/84718>

19 <https://www.city.matsumoto.nagano.jp/uploaded/attachment/4681.pdf>

20 <https://www.chunichi.co.jp/article/72705>

表 4 松本広域圏救急・災害医療協議会の COVID-19 への計画

	中等症（酸素投与程度）		重症（人工呼吸器対応）	透析患者
	市立病院	協力病院等		
stage 1	軽症者・無症状病原体保有者治愈回復者	市立病院の感染症指定病床（6床）に管内の診断確定例全例入院		
stage 2		<ul style="list-style-type: none"> 市立病院の感染症受入病床を16床に拡充 市立病院の発熱外来へ医師会から医師派遣 		相澤病院（3床）受入
stage 3	<ul style="list-style-type: none"> 県借上げの宿泊施設による療養 市立病院の受入病床を病棟に拡大（37床） 	<ul style="list-style-type: none"> 専門医（感染症・呼吸器内科）、感染管理看護師等による市立病院支援（週1回程度） 市立病院の感染症以外の外来・入院患者を管内医療機関で受入協力 	<ul style="list-style-type: none"> まつもと医療センターで入院受入（8床） 県患者受入調整本部を全県レベルで調整（信大・こども病院 検討中） 	相澤病院（3床）受入
stage 4	<ul style="list-style-type: none"> 県借上げの宿泊施設による療養 	<ul style="list-style-type: none"> 市立病院の感染症以外の外来・入院患者を管内医療機関で受入協力 安曇野赤十字（4床）、松本協立病院（3床）入院受入 専門医（感染症・呼吸器内科）、感染管理看護師等による市立病院支援（常勤） 	<ul style="list-style-type: none"> まつもと医療センターで入院受入（8床）継続 県患者受入調整本部を全県レベルで調整（信大・こども病院 検討中） 	相澤病院（3床）受入

出所) 松本市資料を一部改編

受け入れを、重症に関しては相澤病院（460床、地域医療支援病院、社会医療法人）に43床、信州大学附属病院（717床、特定機能病院）に10床の受け入れを分担し合った。長野県全域の小児の患者の受け入れ先として、長野県立こども病院（200床、地域医療支援病院）が2床を担当し、丸の内病院（社会医療法人）と藤森病院（医療法人）がCOVID-19以外の患者の対応にあたることとなった。これらの受け入れを機能させるために、空床情報を共有し、負担を分散させるかたちでの受け入れ体制を構築した。

その他、地域医療連携での成功例として挙がるのが、東京都杉並区と墨田区であり、いずれも行政トップのリーダーシップのもと、各医療機関の異なるインセンティブをまとめ上げ、COVID-19患者の受け入れに対して、協力体制を構築した（鈴木，2021）。ただし、ここで挙げた例については、他の地域に比して、相対的に医療提供体制に恵まれていたことは指摘せざるをえないであろう。松本医療圏は大学病院のみならず、地域医療支援病院も四つ存在する。またCOVID-19を引き受けた私的病院も、社会医療法人である。2018年以前は松本市立病院も地域医療支援病院であり、長野県内でも医療提供体制は充実している地域であった。松本医療圏内での上に挙げた病院のなかで、松本市外にあるのは安曇野赤十字病院と長野県立こども病院のみであり、43万人のうち25万という最大の人口を擁する松本市長のリーダーシップが発揮しやすかったこともある。成功事例に異議を差し挟むつもりはないが、すべての地域に適用が可能かについては判断がわかれるであろう。

2021年1月28日に成立した「令和2年度厚生労働省第3次補正予算」では、重症患者の病床確保をすることで、地域の医療体制を守るための措置を引き続き充実させた。12月25日に予備費2,693億円を活用した緊急支援に引き続き、第3次補正では1兆1,763億円がつけ込まれた「更なる病床確保のための新型コロナ患者の入院受入医療機関への緊急支援（+加算措置の追加）」を行った。これは、病床がひっ迫した都道府県が国に申し出れば、COVID-19の患者もしくは疑い患者を引き受けている医療機関に、重症者病床で1床1,500万円、その他病床で1床450万円、協力医療機関の疑い患者病床には1床450万円の補助を行うものである（ただし対象経費は、3月31日までの医療従事者の人件費と感染防止のための消毒費用等）。さらに、2020年12月25日から2021年2月28日までに新たに割りあてられた確保病床に対しては、緊急事態宣言が発令された都道府県では、1床450万円（発令されていない都道府県は300万円）が加算された。すなわち、1次補正から予備費まで行っていた、確保病床・休止病床への1日あたりの定額補助だけではなく、新たに確保した確保病床に対する一時的な補助を行い、「総力戦」で病床の確保にあたったのである。2021年1月からの陽性者の爆発を背景として、医療機関へ一時的だが強い経済的インセンティブを与えることで、COVID-19への治療に参入してもらうという国の強い意志がみてとれる。

その他、第3次補正予算では、重症患者の受入病床確保として、回復患者の転院支援のために診療報酬の特例評価を行った。具体的には、療養病床を一般病床とみなして病床確保料の対象とし、療養病床にCOVID-19の患者を引き受けた場合には、一般病床とみなして、中等症に対する救急医療特例加算の特例加算（3倍、2,850点）が算定できるようにした。また、COVID-19からの回復後に入院管理が必要な患者の転院を受け入れた医療機関に対して、二類感染症患者入院診療加算250点を3倍に引き上げて、750点とした。重点医療機関へ医師・看護師が派遣された場合の処遇改善を目的として、派遣元への補助上限額を引き上げた。

第3次補正予算では、受入病床確保に次ぐ大きな目玉として、地域の医療提供体制を守るための感染防止等が謳われ、小児科等への支援、診療・検査医療機関の感染拡大防止等の支援、医療機関・薬局等の感染拡大防止等の支援、新型コロナワクチンの接種体制の確立も行われ、その他として、先に述べた「新型コロナ緊急包括支援交付金の増額」以外に、医療資格者の労災給付の上乗せを行う医療機関等への補助、発熱患者対応を行う診療・検査医療機関の確保、福祉医療機構による無利子・無担保融資等に係る政府出資等を行った。

7) 感染症法と特措法の改正（2021年2月3日以降）

COVID-19に関しては、指定感染症として扱っていたが、2021年2月3日に感染症法が改正（施行は2月13日）された。COVID-19を指定感染症として定めた政令の期限が2021年3月27日までとなっていたが、この改正により、COVID-19は新型インフルエンザ等感染症の一つとしてとり扱うこととされた（再興型コロナウイルス感染症も同様）。主な改正点は、松澤（2021b）にまとめられているが、COVID-19の積極的疫学調査に罰則が導入されたこと、入院措置、宿泊療養・自宅療養の協力依頼（すでに実施されていたが明文化された）、入院しなかった場合の50万円以下の過料、都道府県知事の権限強化である。さらに、医療関係者だけでなく、民間検査機関への協力依頼や、私的医療機関にCOVID-19患者の受け入れを要請・勧告し、従わなかった場合に公表することも可能となった。

2021年3月13日に特措法も改正され（施行は2月13日）、附則かつ時限的（2年）なものとされたCOVID-19を、新型インフルエンザ等に含まれるものと改めた。これにより、COVID-19は感染症法においては新型インフルエンザ等感染症と恒久的に位置づけられ、特措法でも新型インフルエンザ等と位置づけられることとなった。主な改正点は、同じく松澤（2021b）にまとめられているが、第一に、緊急事態宣言前の短縮要請ができるまん延防止等重点措置の公示が可能となったことである。埼玉県知事の大野（2021）が指摘していた、緊急事態宣言を発令しなければ自粛要請ができないという矛盾が、この時

点でようやく解消されたといえる。緊急事態宣言は全国規模、まん延防止等重点措置は特定の地域の感染拡大防止のために用いられることになった。まん延防止等重点措置により、特定の業界に対して、営業時間の短縮、従業員への検査勧奨、消毒設備の設置の要請ができ、住民に対しては要請対象となった店へ時間外に立ち入らないことが要請できるようになった（過料は20万円以下）。第二に、緊急事態宣言に基づく協力要請に対して従わない場合に、その措置に対する指示を命令することができ、過料30万円以下を課すことができるようになった。第三に、国と地方自治体が、措置により経営が悪化した事業者に対して、財政上の支援を行うことができるようになった。

感染症法と特措法の改正を受けて、2021年2月12日に「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養のための宿泊施設確保業務マニュアル（第5版）」と「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る自宅療養の実施に関する留意事項（第5版）」が出され、宿泊療養と自宅療養のマニュアルも改訂された。

8) 地域医療連携の深化（2021年2月16日以降の方針）

2020年12月25日の「感染拡大に伴う入院患者増加に対応するための医療提供体制確保について」と予備費による対策、そして2021年2月2日の「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」の変更により、a) 地域の関係団体の協力のもと、医療機能に応じた役割分担を明確化したうえで病床確保を進めること、b) 回復患者の転院先となる後方支援医療機関の確保をさらに進めること、c) 地域の実情に応じた転院支援の仕組みを検討することとされた。つまり、後方支援病院を含む地域医療連携と、機能分化が明確化され、これを新たにまとめ直した方針が、2021年2月16日の「新型コロナウイルス感染症の医療提供体制の整備に向けた一層の取組の推進について」である²¹。この事務連絡において、「考え方」に、「感染拡大期における、それぞれの地域における医療機能（重症病床、中等症病床、新型コロナウイルス感染症から回復した患者の受け入れ、宿泊療養、自宅療養）を更に明確化する」、「地域の医療団体や自発的な医療機関の連携などの民間活力に基づく協力をうるために、これまで以上に地域の医療関係者と連携して取組を進める」とあり、機能分化と連携が改めて明記された。すべてを紹介するのは難しいが、重要な点をいくつか紹介したい。ただし、2月16日の方針は、首都圏での第3波のピーク後（東京都の重症者のピークは1月20日）であったが、そこで明らかとなった限界を必ずしもすべて反映しておらず、3月24日に再度の方針変更がなされることに注意されたい。

事務連絡の第1節には、「新型コロナ患者受け入れ医療機関の役割分担の明確化」とい

21 <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000829908.pdf>

うタイトルのもと、以下の三点についての方針が示された。第一に、重症用患者に関する対応である。全身臓器に対する集中治療が不可欠なことを指摘したうえで、大学病院や地域の基幹病院などでの受け入れを整備することが記されている。そのための病床確保策として、ICUのゾーニング改修による受入病床の増床、人材確保が示され、その財源として「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金」を挙げている。またECMOnetを活用した専門医の派遣、集中治療の看護職員のために、研修の提供を挙げている。病床の効率的な運用として、重症患者用病床をもつ医療機関と、そこに救急搬送される患者の重症度のミスマッチを減らすために、基準の見直しを行い、病床ひっ迫時には、中等症患者の受入医療機関の指定も挙げられている。併せて、ICUでのECMOを使用した治療が長期化した重症患者には、所定日数を超えての特定集中治療室管理料を算定可能とした。

第二に、中等症患者への対応である。中等症患者用病床については、重点医療機関がその中心的役割を担うことになることから、大都市圏の中核医療機関では他の医療機関と分担して、必須となる医療機能とCOVID-19への二つの対応ができるよう調整し、新たな受け入れ態勢の充実化も求められた。さらに、COVID-19を受け入れてこなかった回復期や療養病床をもつ病院にも、中等症の患者の受け入れを依頼するように求められた。そのための財源は、第3次補正で示された通りであるが、とりわけ療養病床を一般病床とみなして、病床確保料の対象とすることを可能とした。さらに重点医療機関の施設要件を柔軟化（1病棟を2病棟にわけるなど）したりもした。人材確保策としては、都道府県ナースセンターによる潜在看護職員の復職支援やDMAT等を活用した看護職員の派遣なども充実化させた。

第三に、COVID-19から回復した患者への対応である。回復患者であっても入院管理が必要な場合もあるので、そのための後方支援医療機関の確保に、医師会と連携してとり組むことが示された。そのための方策として、12月25日の方針が改めて書かれていた（二類感染症患者入院診療加算の3倍の算定、介護施設での定員超過減算なしなど）。また後方支援病院のリストを作成し、重点医療機関にも共有し、定員調整を促進することが謳われていた。

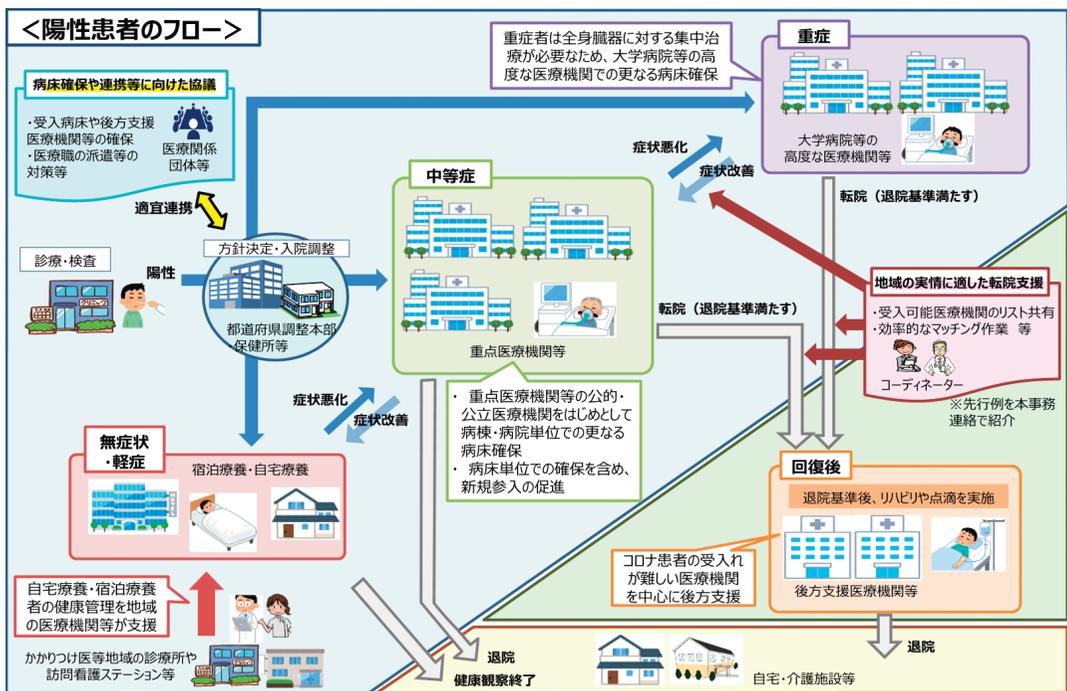
ただし、定員調整は、病院間のやり取りがどうしても必要になり、とりわけ感染拡大期には職員に対しての負担が大きくなった。そこで、「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」の第2節では「地域の実情に適した転院支援の仕組みの検討」として、転院調整の仕組みづくりにふれた。地域医療構想調整会議や医師会との協議会などの枠組みを利用して転院調整を提案し、大阪府や神奈川県を受け入れ可能病院リストの作成と提供、そして支援金等とのセットでのスキームの紹介や、東京都での大学病院連携コンソーシアムによるマッチング調整も例示された。ただし、これらの成功事例は、大都市部での事例

であり、47 都道府県の多数を占める非都市部における事例は、残念ながら存在していなかった。その他、宿泊療養における人材確保策、業務委託、運用面での対応や、自宅療養におけるフォローアップ事業の委託、自宅待機者への医療提供なども紹介した。

これらの方針を図としてまとめたのが、図 10 の陽性患者のフローである。この図は、「新型コロナウイルス感染症 診療の手引き」でも引用されているため、すでにお馴染みの方も多と思うが、2021 年 2 月 16 日の方針、とりわけ機能分化と地域連携を図示したものとなっている。この段階において、COVID-19 の治療は特定の医療機関での「隔離」をベースにした 1 病院完結型医療から脱却して、地域における医療機関間の連携と機能分化に基づき、治療体制を構築することが明確に謳われている。

図 10 は機能分化と地域連携を簡潔に示しており、患者のフローを誰もが誤りなく理解できるものとなっている。しかしながら、図の背後に隠れているコストについても指摘しておかなければならない。それは、わずか 2 文字ずつの情報量しか有さない「連携」と「調整」の実質的な情報量を無視していることである。この 2 つの「連携」「調整」は、病院完結型医療を長く続けてきたため、独立独歩の気風の強いわが国の医療機関とは相性が悪かったことは否定できない。医療機関どうして協調して地域の患者の医療に携わった経験が乏しい状況で、急に「調整」「連携」といわれても、素早い対処は困難であったに違

図 10 陽性患者のフロー



出所) 2021 年 2 月 16 日「新型コロナウイルス感染症の医療提供体制の整備に向けた一層の取組の推進について 別紙 1」より抜粋

いない。調整と連携を実現するには、情報をオープンにして信頼関係を構築し、自らの目的関数を地域のそれとすり合わせ、さらにコミュニケーションをとる必要がある。本来であれば危機における対応であるので、コミュニケーションと複雑な判断を極力排したルーティン化、マニュアル化が必須と思われるが、残念ながらわが国ではそれを実施できず、これは現場において多大な負担となったことは想像に難くない。ルーティン化、マニュアル化は、医療機関に対して指示ができる主体が行うのが望ましいと思われるが、それを実現できなかったのはわが国の大きな反省点であろう。これらの問題については、鈴木(2021)においてもふれられているので、そちらもぜひ参考にしてもらいたい。

9) 第3波の反省を受けて(2021年3月24日以降の方針)

2021年3月24日に、事務連絡として「今後の感染拡大に備えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について」を出した。これは、2021年の第3波におけるCOVID-19の感染拡大で明らかとなった欠点を克服するためのものである。とりわけ首都圏での病床不足は深刻で、東京都の第3波の1日あたりの陽性者のピークは1月7日で2,520名、重症者のピークは2021年1月20日で160名であり、重症者用の病床数が250床、利用率は64%に達した(ただし、国基準に修正すると、重症者数は535名/500床で病床利用率は107%)²²。なお、1月20日時点での入院者数は2,957名/4,000床で病床利用率は74%であった。確保病床として計上されていても、都道府県と医療機関間での認識共有がなされておらず、受け入れの困難事例が相次いだ。その背景には、COVID-19の治療に必要な人員と時間が想定外に増加したこと、患者受け入れのために医療従事者の確保に制限があったことが挙げられる。また、宿泊療養に関しても、確保している部屋が人員体制や消毒の運用面に課題があり、すぐに利用できず稼働率が低いなど問題が指摘された。さらに病床や宿泊療養施設を確保できていても、患者の療養先調整や搬送の体制が不十分で、転院・退院調整に時間がかかったりして、自宅療養で悪化した際の移送対応も不十分であった。そこで、これらの問題点の解消を図ることとなった。

都道府県が関係機関と協議・合意をするのは、医療提供体制整備とその運用である。前者については、感染者数が1日あたりで2021年初頭の第3波の2倍程度になっても、患者対応を行うことのできる体制を整備することで、患者の療養先を確保することが求められた。そのために、予定入院・手術の延期などでの緊急的な病床確保策を定めること、健康管理を強化した宿泊療養施設の稼働、自宅療養者への健康観察体制の確保(パルスオキシメーターの活用、往診・オンライン診療など)を行うことが、都道府県に課された。

22 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/newpage_00023.html

COVID-19 患者の入院・療養調整の体制確保として、保健所や都道府県調整本部の入院・療養調整業務の応援体制の整備や入院・療養調整の業務フローの見直しが図られた。さらに、地域での COVID-19 以外の医療と両立もしつつ、患者受け入れが実際に可能な「最大」の病床確保を目指し、医療機関や関係者と協議・合意をすることも挙げられた。とりわけ、即応病床（すぐさま患者を受け入れられる病床）や準備病床（都道府県のフェーズ切り替え時に 1 週間程度で切り替えられる病床）に関する認識や、ハイリスクではない軽症患者の治療は入院を前提としないこと、ICU 等で治療が必要な患者を重症者とすること、フェーズ切り替えの基準など、都道府県と医療機関間での認識のすり合わせが求められた。加えて、地域での協議・合意をすべく、地域医療構想調整会議の場を活用して、2 次医療圏単位で、地域の医療提供体制の協議を行うことも求められた。都道府県と関係機関の間の協議・合意は、4 月中に中間報告をまとめることが求められた。

後者の医療提供体制の運用は、COVID-19 とそれ以外の医療双方に関するチェック項目（療養先調整中人数、後方支援医療機関への待機件数、救急搬送困難事案件数、ICU の使用率など）を国が示し、これに基づき都道府県が状況を確認し、改善できる体制を構築することが課された。そして新規感染者数の増加傾向が 2 週間継続した場合には、モニタリングを行い感染防止対策に反映させることが求められた。最大限積み上げた病床を超える場合や、短時間で急激な感染拡大が起きた場合には、COVID-19 以外の医療との両立ではなく、緊急的な患者対応に切り替えることが要請された。

(3) COVID-19 の第 4 波以降の対応（2021 年度）

前節で説明した 1) から 9) の対応は、実は 2022 年 7 月時点でも継続している方針であり、それ以降に抜本的な変更は行われていない。すなわち、1) から 9) の対応に基づき、アルファ株（第 4 波、2021 年春）やデルタ株（第 5 波、2021 年夏）、そしてオミクロン株への対応にあたったといえる。厚生労働省の事務連絡通りに体制を構築できていたならば、わが国は混乱に陥らずに済んだかもしれないが、そうはならず、種々の問題が顕在化してきた。

予算面の措置として、2021 年度も、2020 年度の第 3 次補正で実施された「更なる病床確保のための新型コロナ患者の入院受入医療機関への緊急支援」が継続され、2021 年 9 月 30 日まで延長された。すなわち、COVID-19 の患者もしくは疑い患者を引き受けている医療機関に、重症者病床で 1 床 1,500 万円、その他病床で 1 床 450 万円、協力医療機関の疑い患者病床には 1 床 450 万円の補助が継続された（ただし対象経費は、9 月 30 日ま

での医療従事者の人件費と感染防止のための消毒費用等)。病床確保料も、2020年10月以降の水準が維持され、表3に記されている補助が継続された。すなわち、重点医療機関のその他病床は1日あたり7.4万円(特定医療機関)と7.1万円(一般の医療機関)であり、協力医療機関のその他病床は5.2万円、その他医療機関のその他病床は1.6万円であった。

2021年度の第4波で大きな影響を受けたのは、大阪府である。東洋経済新報社「新型コロナウイルス国内感染の状況」の値を拾うと、大阪府の重症者のピークは2021年5月4日で449名、第5波は9月9日で628名、第6波は2022年2月24日で798名である²³。陽性者のピークは、第4波は2021年4月28日で1,260名、第5波は9月1日で3,004名、第6波は2月1日で16,240名である。大阪府の医療体制は第4波(2021年春)の際に大きなダメージを被り、「医療崩壊」の状態に至ったと認識されている。救急医の山本医師は、専門家の立場からその惨状を述べており、最も状況が悪いときには、中等症以下の治療にあたる病院で、70人以上の重症者を治療したこと、医療従事者の不足により救急車を呼んでも搬送されないこと、搬送先がみつからない医療難民が発生したことなどを報告している(山本, 2021)。しかしながら同時に、2021年5月から6月にかけて、大阪府が即応病床を一気に増やした(厚生労働省公表データでは5月5日の601床から6月16日の818床まで増加する)ことを山本医師は評価しており、その際に大阪府の救急医療の底力を感じたと述べている。同時に、「入院患者待機ステーション」と「トリアージ病院」を設置したことは評価しつつも、大阪にはICUが618床あり、すべての予定手術を中止してもCOVID-19の重症者は370名しか治療できないので、重症者患者を抱えすぎており、広域搬送が必要であったことを指摘している。地方独立行政法人大阪市民病院機構の感染症内科医の白野医師は、大阪府のデータを用いて、定量的に第4波の影響を報告している(白野, 2021)。この報告では、第4波は70歳以上が半分強であったが、第5波では50歳未満が半分強になったことを指摘している。第4波では、重症病床使用率が100%を超え、人工呼吸器管理が必要な中等症病床もひっ迫し、中等症からの死亡例が多発したこと、救急搬送できない患者が多発したことも報告している。

東洋経済新報社が収集しているデータは、各自治体の公表データに基づいているが、宿泊療養者や自宅療養者については把握できず、また新規の陽性者は把握できるが、ストックとしての療養者を把握できない。これらを把握可能なデータは、厚生労働省が公表している「療養状況等及び入院患者受入病床数等に関する調査について」となる²⁴。この統計は週次データという限界はあるが、療養者数、重症者数のストックが示されており、現に

23 <https://toyokeizai.net/sp/visual/tko/covid19/>

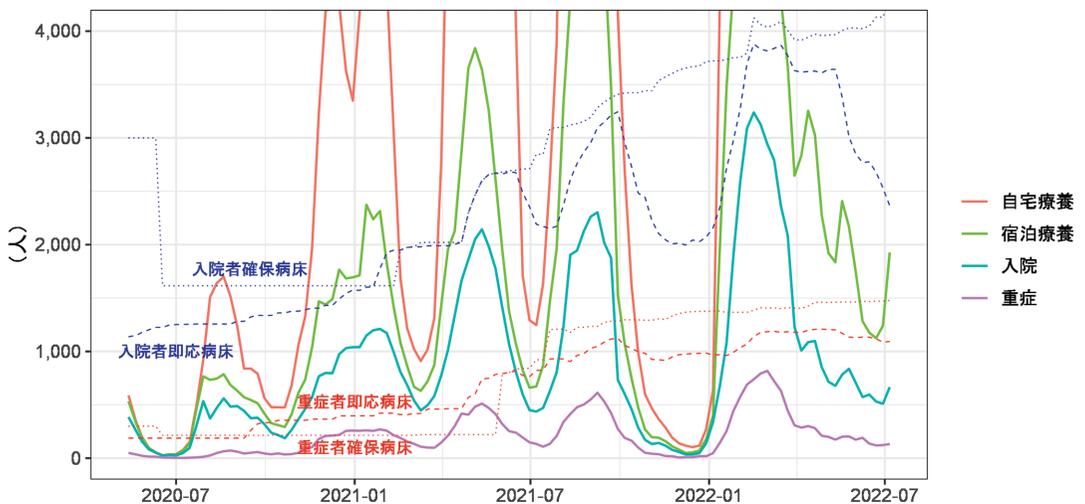
24 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/newpage_00023.html

治療ないし療養中の患者を把握することができる。また都道府県の即応可能病床や確保病床も公表しており、病床のひっ迫具合も把握できる。このデータを用いて、大阪府の第4波の感染動向を確認しよう。

図11は、2020年5月13日から2022年7月までの大阪府の重症、入院、宿泊療養、自宅療養者数の推移を表している。積み上げ折れ線グラフであるため、「高さ」がある時点での療養者のストックを表している。統計上の留意点を三点指摘する。第一に、図における入院者とは、重症者を除いた数値となっている。第二に、2020年8月26日まで、自宅療養者と社会福祉施設等での療養の区別がなされていないため、自宅療養者数は社会福祉施設等での療養も含んでいる。第三に、即応病床に関して、2021年5月26日までは、入院、重症ともに「確保病床数」と「最終フェーズにおける即応病床（計画）数」として報告されていたが、2021年6月2日以降は「即応病床数」と「確保病床数」との報告に変更された。混乱を招く用語であるが、定義とデータの推移から判断して、2021年5月26日以前の「確保病床数」と2021年6月2日以降の「即応病床数」「最終フェーズにおける即応病床（計画）数」と2021年6月2日以降の「確保病床数」を接合し、便宜上、2021年6月2日以降の名称を用いて前者を「即応病床」、後者を「確保病床」と本稿では呼ぶことにする。統計上の問題であるが、若干の注意が必要である。第四に、即応病床と確保病床に関しては、重症者即応（確保）病床は重症者のみのものを、入院者即応（確保）病床は重症者と入院者向けのものを足し合わせたものとなっている。そのため、青の点線から赤の点線までの高さが、入院者向けの病床となる。

興味深い点がいくつか確認できる。第一に、大阪府の重症者病床のひっ迫は、2021年1月のいわゆる第3波ですでに顕在化していたことである。大阪府は2021年5月の第4波

図11 大阪府の重症、入院、宿泊療養、自宅療養者数の推移



で重症者の急増を受けて、重症者病床のひっ迫に直面したと報道されており、事実、図11からもその傾向を確認できる。とりわけ2021年5月頃は、重症者病床の利用率がほぼ100%に達していることが図からも確認できる。しかしながら、2021年1月も同様の高い使用率であったこと、しかも当時に想定されていた「最終フェーズにおける即応病床（計画）数」よりも重症者が多かったこともわかる。第二に、第3波の重症者の増加を受けて、即応病床を増やしたが、第4波はその想定を上回ったことである。重症者を受け入れられる医療機関は少ないため、病床を増やすのは容易ではない。しかしながら、COVID-19はその想定を容易に上回ってしまった。

病床のひっ迫を別の側面から把握するために、重症者、入院者、宿泊療養者、自宅療養者の療養者に占める割合を示したものが図12となる。この図には、療養者数（右軸）と重症者即応病床利用率も書き込んである。青い点線で示された療養者が増加すると、重症者の療養者に占める割合が急激に低下することが確認できる。また大阪の第4波では、重症者即応病床利用率が療養者に先んじて上昇している。これは療養者が増加する時期よりも早くに病床が重症者によって埋まってしまうことを意味しており、病床がひっ迫している一つの重要なサインとなる。図12を2021年3月31日から6月30日、つまり第4波に限定して、書き直したものが図13である。重症者即応病床利用率のピークが、療養者のピークよりも早いことを確認できる。また入院者と宿泊療養者の療養者に占める割合はピークである2021年5月21日まで一貫して下がり続けており、逆にいえば、自宅療養者の割合は一貫して増加していたことが把握できる。この図からも第4波において、入院が困難であったことが示唆される。

大阪府以外に、感染爆発が起きた他の都道府県についてもデータを確認しよう。東京都

図12 大阪府の重症、入院、宿泊療養、自宅療養者の割合

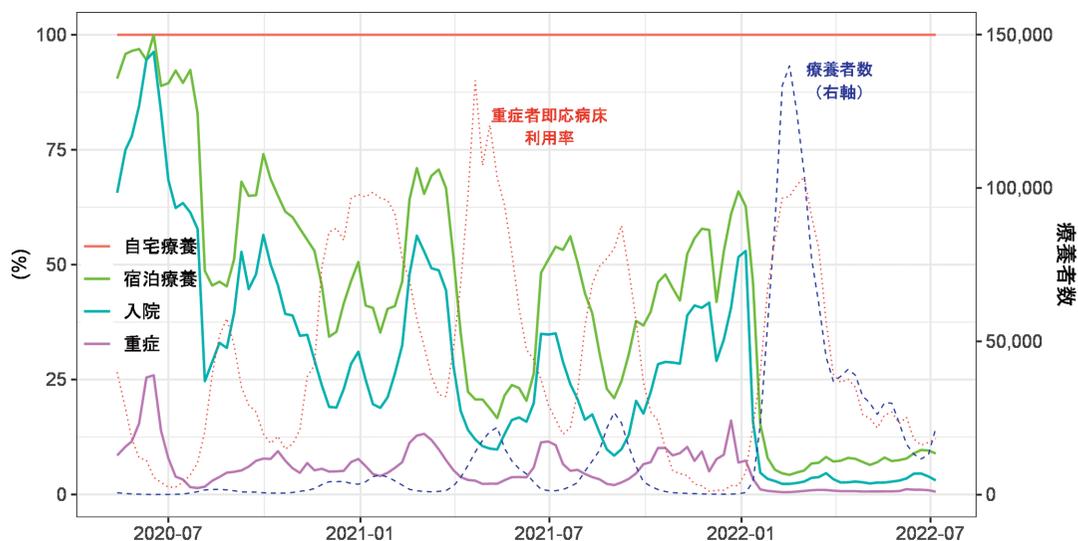


図 13 第 4 波における大阪府の重症、入院、宿泊療養、自宅療養者の割合

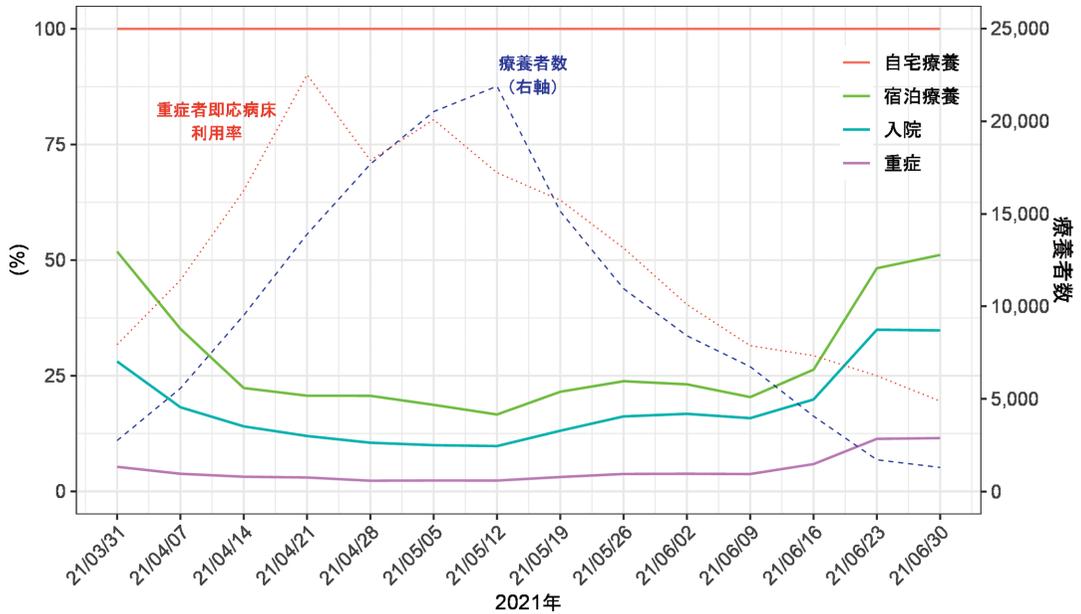
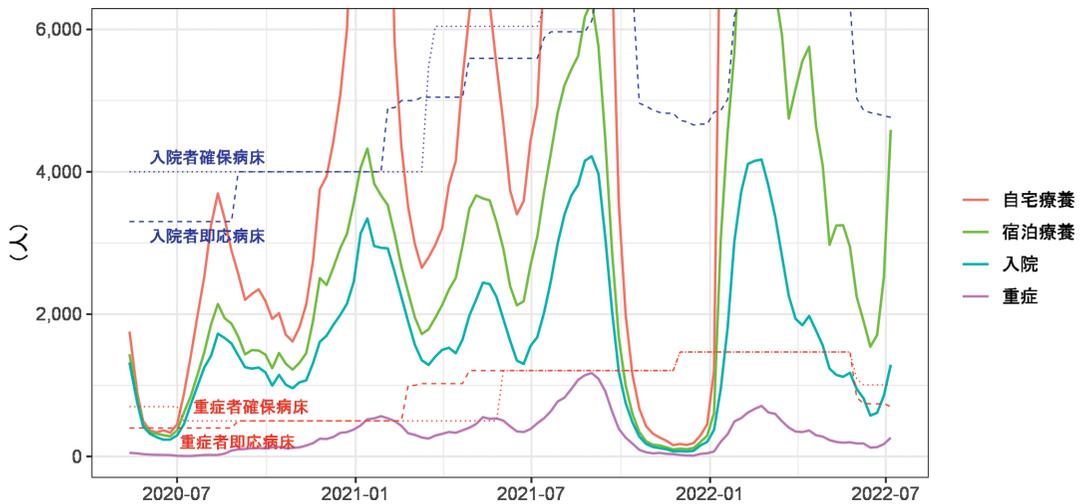


図 14 東京都の重症、入院、宿泊療養、自宅療養者数の推移



は第 5 波（2021 年夏）で病床のひっ迫を経験し、東洋経済のデータに基づく、重症者のピークは、第 3 波は 2021 年 1 月 20 日で 160 名、第 4 波は 2021 年 5 月 12 日で 86 名、第 5 波は 2021 年 8 月 28 日で 297 名、第 6 波は 2022 年 2 月 20 日で 87 名であった（ただし、重症者の定義は東京都によるもので国基準とは異なる）。陽性者のピークは、第 3 波は 2021 年 1 月 7 日で 2,520 名、第 4 波は 2021 年 5 月 1 日で 1,052 名、第 5 波は 2021 年 8 月 13 日で 5,908 名、第 6 波は 2022 年 2 月 2 日で 21,562 名である。これに関連して、厚生労働省公表のデータを用いて、療養者というストック変数に着目して図示すると、図 14 のようになる。大阪との顕著な差異は、重症者に関しては、第 4 波は第 3 波と同じぐら

いであったが、第5波で顕著な増加を示したことである。また、東京都と国とで重症者の定義が異なるため、明確な断定はしにくいだが、2021年2月に関しては、重症者は即応病床を上回っていたことも確認できる。第5波に関しては、2021年9月頃に重症者と即応病床がひっ迫していることもわかる。また、大阪府と同様に、重症、入院、宿泊療養、自宅療養者の割合を表したのが、図15と図16となる。第3波や第5波において、重症者の療養者に占める割合が低下することは大阪府と同様の傾向であるが、そのピークについては、大阪府と異なる傾向をもつ。すなわち、東京都は療養者のピークの後に重症者即応病床利用率のピークが来ており、とりわけ第5波では、その傾向が顕著である。重症者即応

図15 東京都の重症、入院、宿泊療養、自宅療養者の割合

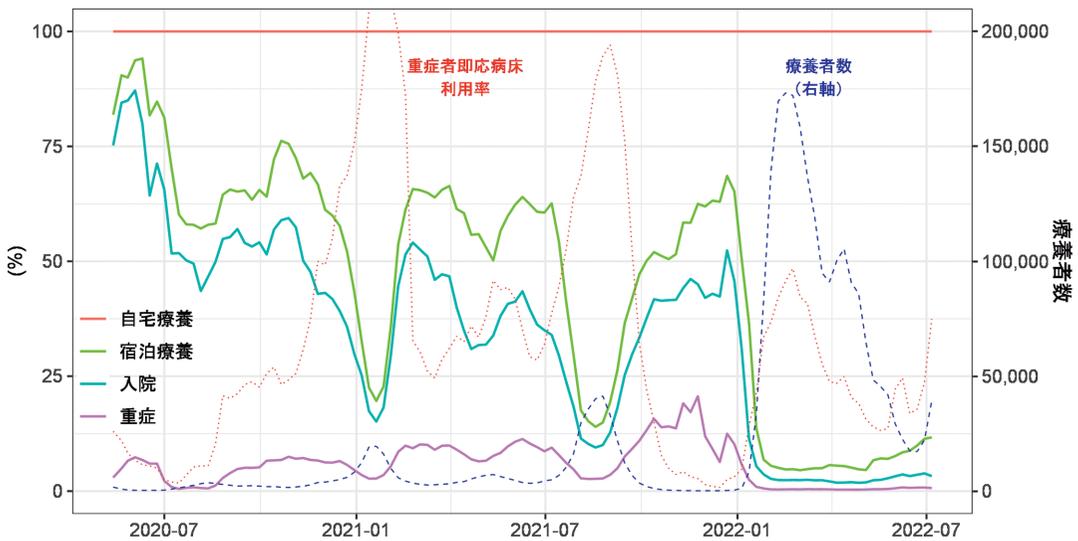
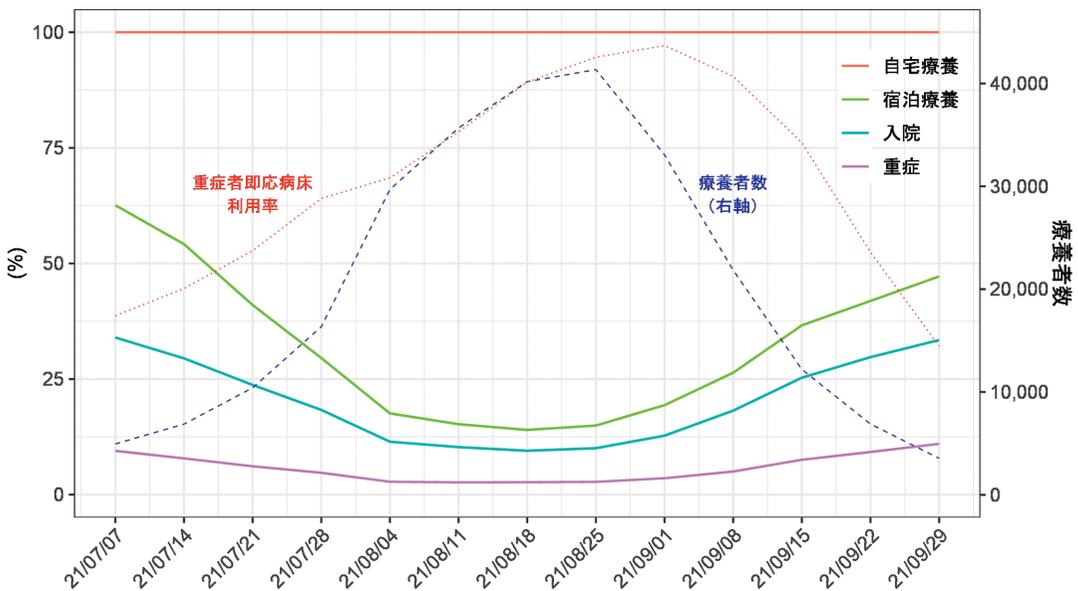


図16 東京都の第5波の重症、入院、宿泊療養、自宅療養者の割合



病床の利用率は、東京都と厚生労働省で重症者の定義が異なっていたとはいえ、相当に高い水準であったことがわかる。

第5波における陽性者の爆発的増加を受けて、厚生労働省は2021年8月2日に、「入院から自宅療養・宿泊療養への移行等について（周知）」を事務連絡として出し、退院基準を満たす以前でも、医師が入院治療の必要のない軽症と判断した場合には、自宅療養・宿泊療養が可能であること、逆に自宅療養・宿泊療養であっても必要に応じて入院が可能であることを周知した。さらに、8月5日には、「現下の感染拡大を踏まえた患者療養の考え方について（要請）」を保健所向けに出した。そこでは、a) 入院治療は重症患者や重症化リスクの高い中等症患者に重点化も可能であり、同時に宿泊・自宅療養の患者等の症状悪化に備えて、空床を確保すること、b) 自宅療養を基本とし、家庭内感染のおそれや事情がある場合に宿泊療養を活用すること、c) 健康管理体制を強化した宿泊療養施設を増強すること、d) スマートフォンでの健康管理・自動音声応答システムも活用し、自宅療養者への健康観察をさらに強化し、症状悪化の際は速やかに入院できる体制を確保することを周知した。つまり、陽性者の急激な増加に対して、重症者向けの病床の不足が強く懸念されたため、8月2日の事務連絡では弱かった表現を強くするかたちで補足した。COVID-19向けの病床は中等症以上となり、家庭内感染がなければ自宅療養を基本とすることで、病床のひっ迫を回避したといえる。この方針でも、「医療難民」という問題が発生するが、それについては後で説明する。

2021年9月2日には、保健所の業務が限界を迎えたことから、「地域の医療機関等の協力による健康観察等の推進について」を出し、地域の医療機関が保健所の代わりに健康観察を行うことを促し、委託における費用については緊急包括支援交付金を活用するよう連絡した。9月6日には、事務連絡「感染症法第44条の3第6項の規定による都道府県と市町村の連携について（自宅療養者等に係る個人情報の提供等に関する取扱いについて）」を出した。自宅療養者の生活支援については市町村の協力も必要であるが、感染症法における感染症対策の実施主体は都道府県及び保健所設置市とされていた。この認識に基づくと、生活支援のために自宅療養者の個人情報を市町村に提供することが不可能であり、連携が進んでいなかった。そこで、COVID-19の自宅療養者の生活支援に関しては、個人情報法例外規定の適用が可能であることを示したうえで、神奈川県での事例を出し、食料品や生活必需品等の購入代行、食事の提供、廃棄物の排出の代行のために、自宅療養者の氏名、住所及び連絡先、外出しないことを求めた期間の個人情報を、市町村に提供していることを周知した。この事例は、行政が個人情報保護法を順守していることを示しているが、住民の生命を守ることを最優先として、保護法を拡大解釈することはできないことを示している。逆にいえば、神奈川県が先んじて実施していなければ、都道府県が市町村に

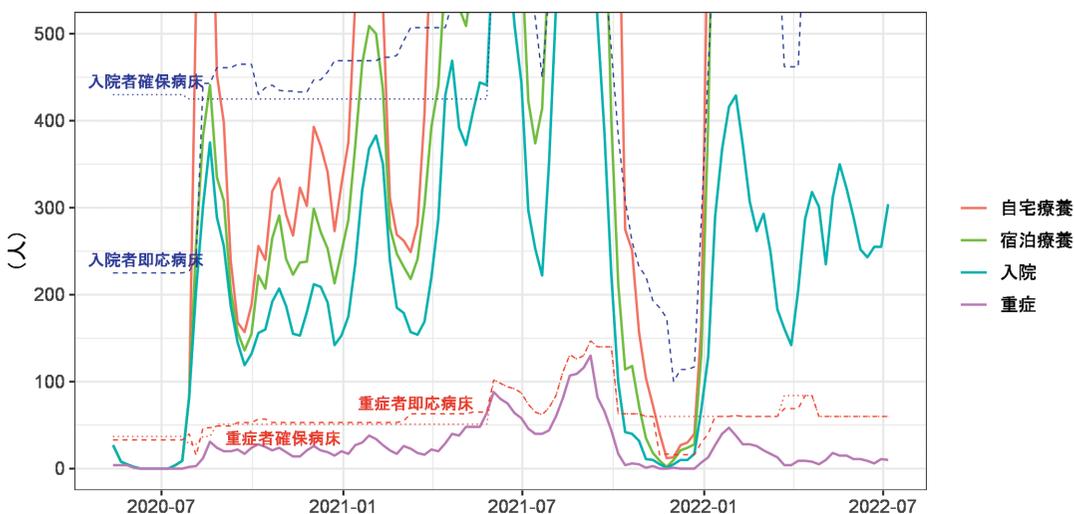
対して自宅療養者の氏名などの個人情報を提供できずに、さらに現場が混乱したともいえる。

最後に、都市部以外の事例として、沖縄の状況にもふれておこう。図17は、沖縄県の重症者、入院者、宿泊療養者、自宅療養者の療養者に占める割合を示したものである。大阪府や東京都と異なる沖縄県の特徴は、以下の通りである。第一に、波と波の間の明確な終息がないことである。入院者も一貫して100人以上存在し、重症者もピークこそあれ、第5波終了まで継続的に発生していた。第二に、大阪府や東京都と比べて重症者即応病床のひっ迫度が高かったことである。とりわけ第4波と第5波においては、厚生労働省のデータでもほぼ100%に近かったことが確認できる。

これまで大阪府と東京都、そして沖縄県の療養者と、即応病床・確保病床の推移を確認してきたが、ここで一つの事実気づくであろう。それは、統計上では、病床利用率が100%を超えたのは、東京都の第3波の重症者即応病床のみであり、それ以外の流行期の重症者即応病床は超えておらず、入院者即応病床に限っては、一貫して入院者数と重症者を上回っており、統計上は病床の不足は生じていないことである。しかしながら、第4波では大阪府で、第5波は東京都で「医療難民」の存在がクローズアップされた。つまり、COVID-19への即応病床として医療機関が申請して補助金を受給したにもかかわらず、実際には使用実績のない病床が存在していたのではないかという疑問が生じてくるのである。

これらは、いわゆる「幽霊病床」としてとり上げられ、社会的に大きな関心呼んだ。例えば2021年11月12日の朝日新聞には、「第5波のさなかの8月31日、都は6,046床を確保したが、実際に入院できた患者は4,303人だった」と報じた。しかし、これらをす

図17 沖縄県の重症、入院、宿泊療養、自宅療養者数の推移



べて意図的な「幽霊病床」とみなすのは公平とはいえない。同じ記事で朝日新聞は、いわゆる幽霊病床が発生する要因を、「重症者の対応で人手が足りなくなり、病室は空いていても受け入れができない例や、入退院時の検査がネックになってスムーズに進まない例があった」と報じており、図における入院者即応病床と、重症者と入院者の和との差が、そのまま即時対応可能な病床とはなりえないのである。そのため、幽霊病床発生の要因については、より精緻かつ慎重な検証が必要である。

COVID-19の初期段階では、重症患者がECMOを使用する場合には、患者1名に対して3名の看護師が必要との報道もあった。この人員配置はICUの6倍にも達し、第5波においては治療法が徐々に確立されたとはいっても、それでもなおICUと少なくとも同程度かそれ以上の看護師が必要であったと推測される。すなわち、COVID-19の治療には、病床という物的医療資源のみならず、トレーニングを受けた医師・看護師・その他の医療専門職が必要とされるので、病床の利用実態が低かったからといって、そのすべてを医療機関の責任に帰すことは公平ではない。とはいえ、即応病床として補助金を受給したにもかかわらず、結果的には患者を引き受けられなかった医療機関も存在したことは事実であるので、いずれにしても、即応病床に関する補助金が十分に機能しなかったことの象徴として幽霊病床が語られるわけであり、今後課題を残したことは間違いない。

病床は医療機関の収益源となるので、「稼働させずに即応病床として準備しておく」とことは、医療機関側からすると機会費用を補填してくれない限り、経営判断としてはありえない。さらに、即応病床は当該時期におけるフェーズによって規定されるので、フェーズが変更されるたびに、即応病床として休止病床としたり、一般向けの病床として利用できたりと、スタッフを含めた柔軟な体制（態勢）変更が要求される。診療報酬制度のもとでは、その病床に患者を入院させ、治療をすることで収益が入るので、収益最大化のためには100%に近い病床利用率を維持することが必要条件である（この点において、ホテルや旅館等の宿泊施設と同様である）。したがって、医療機関側からすれば、即応病床の依頼を断り、通常の入院患者を引き受けることでの期待収益が補助金を下回らないかぎりには、即応病床を引き受けることはできない。これは医療機関の行動原理からは自然な経営判断である。ただし、補助金の設定と患者を引き受けられなかった際の返還についての制度設計については、厚生労働省の見込み違いがあったかもしれない。COVID-19により通常の入院医療も制限されていたので、その期待収益は小さかったことが推測される。そのような状況下において、患者を引き受けられなかった際の補助金の返還が明確に規定されず、期待収益よりも大幅に高い補助金は、医療機関にとっては魅力的に映ったであろう。これがごく一部の医療機関に幽霊病床を生み出すインセンティブになってしまったことは想像に難くない。しかしながら、これらの推測はあくまでも結果論に基づくものであるし、非

常時における補助金については、即応病床以外にも問題が指摘されている。社会通念に照らし合わせて、事後的な返還を求めることでバランスをとるしかないであろうし、確保した病床の一定割合は使えないことを事前に想定したうえで制度設計を行うべきである。

幽霊病床の問題が顕在化したことに対して、政府も手をこまねいていたわけではない。2021年11月19日に、全国の「病院の稼働状況、病床や医療スタッフの状況」を一元的に把握可能な「医療機関等情報支援システム（G-MIS）」を用いて、12月より「新型コロナウイルス感染症対策に係る各医療機関内の病床の確保状況・使用率等の報告」として、確保病床と即応病床を医療機関ごとに公表するようになった。すなわち、補助金を受けている医療機関に対しては、その説明責任を果たすために、利用状況を随時公表することで、補助金政策の実効性を担保しようとしたのであろう。もちろんこのような公表方法に関しては賛否がわかれるが、「幽霊病床」ではないことを証明するためには致し方ない側面がある。

さらに、厚生労働省は幽霊病床対策のために、2021年度までは大幅な病床確保料の補助金の実施を行ったが、2021年11月24日からその方針を変更した（表3）。主要なものは以下の通りである。まず「G-MIS等による入院患者受け入れ状況等の正確・迅速な入力を行う」ことが要件として課された。2022年1月からは、補助された病床確保料の一部を「医療従事者の処遇改善」に充てることも義務づけた。とりわけ大きな変更は、即応病床使用率（3か月間）がその医療機関の立地する都道府県の平均を30%下回ると、確保料を3割減額したことである。さらに大きな変更は、COVID-19患者を受け入れるために休止した病床の扱いである。2021年12月までは、休止病床の上限がなく、これを多くすることで病床確保料が多く支払われる構造となっていた。2022年1月からは、即応病床1床あたり休止病床2床まで（ICU・HCUは4床まで）と上限を設定した。

この上限設定を、4床部屋で検討しよう。2021年12月までは、「即応病床1床と休床3床」として個室化していたのが、2022年1月からは「即応病床1床と休床2床のみ」に制限された。1病棟を48床12室とすると、2021年12月までは確保病床12床、休止病床36床とできたが、2022年1月からは確保病床12床、休止病床24床、収益なしの休止病床12床と制限されることになった。すなわち、重点医療機関の一般の医療機関であればその他病床の場合は1日あたり $7.1 \text{万円} \times 12 = 85.2 \text{万円}$ の減収、協力医療機関であればその他病床の場合は1日あたり $5.2 \text{万円} \times 12 = 62.4 \text{万円}$ の減収となる。さらに、直近3か月の即応病床使用率が平均を30%下回った場合について、1病棟48床12室でシミュレーションしてみる（ただし、即応病床の入院がなく、すべて確保病床とする）。重点医療機関の一般の医療機関の場合は、2021年12月までは、1日あたり $7.1 \text{万円} \times 48 = 340.8 \text{万円}$ の収益となるが、2022年1月以降は30%減額されて、さらに12床が収益なしの休

止病床となるので、1日あたり5万円×36=180万円と、半分強に減額された。協力医療機関のその他病床の場合でも、2021年12月までは、1日あたり5.2万円×48=249.6万円の収益となるが、2022年1月以降は30%減額されて、さらに12床が収益なしの休止病床となるので、1日あたり3.6万円×36=129.6万円と、やはり半分強に減額された。

病床確保料の議論とはやや質を異にするが、2021年12月31日にPCR検査の診療報酬点数も改訂された。2021年12月30日までは外注であると1,800点であったものが、12月31日より1,350点となり、さらに2022年4月1日以降は700点となった。同時に、院内でのPCR検査も1,350点から2021年12月31日以降は700点へと引き下げられた。同じく2021年12月31日から、抗原定性検査は600点から300点、抗原定量検査は600点から560点となった。

2022年以降のわが国におけるオミクロン株の流行に先んじて、2021年12月28日に事務連絡「オミクロン株の感染流行に備えた地域の医療機関等による自宅療養者支援等の強化について」を出した。この事務連絡では、自宅・宿泊療養者が安心して療養できる体制構築の確認、診療・検査医療機関の拡大・公表、健康観察・診療を実施する医療機関等の拡大・公表、経口抗ウイルス薬を陽性判明の診断当日ないし翌日に投与可能な体制確保の四つから成り立っており、2021年夏の第5波での教訓を踏まえ、陽性者の安心を確保するための施策を強化するよう謳っている。一つめの自宅・宿泊療養者が安心して療養できる体制構築の確認に関しては、すべての感染者への判明当日ないし翌日の連絡と、パルスオキシメーターの迅速な配布を強調した。二つめの診療・検査医療機関の拡大・公表については、診療・検査医療機関を追加で指定し、またブースの拡充を行い、それらを都道府県のホームページで指示した。三つめの健康観察・診療を実施する医療機関等の拡大・公表については、陽性者の安心のために、「治療に関与する医療機関（訪問看護種ターション、薬局も含む）」を、都道府県のホームページで公表するよう指示した。また2022年1月7日には事務連絡「自宅療養又は宿泊療養中等の医師によるオンライン診療等について（周知）」を出し、オンライン診療の指針を改めて周知した。1月31日には「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第18条に規定する就業制限の解除に関する取扱いについて」を出し、宿泊療養又は自宅療養の解除の基準を満たした時点で同時に就業制限の解除の基準を満たすこと、職場復帰時に証明（退院もしくは宿泊・自宅療養の証明、PCR検査など）を提出する必要はないこと、濃厚接触者の待機期間の解除時も職場に証明を提出する必要はないこととし、内容を明確化した。これらは就業制限の解除の基準がわかりにくかったこと、またオミクロン株で自宅療養者が急激に増えたことに伴う措置であろう。しかしながら、国民にうまく伝わっておらず、職場や学校で勘違いをしたままであることも少なくないと思われる。

4. 経済的支援政策に関する実証研究

学術研究の観点からみた場合、今回の新型コロナの世界的大流行の一つの大きな特徴は、専門的研究に資するさまざまな膨大なデータが世界的なレベルで利用可能となっている点ではないだろうか。感染症学をはじめとした医学の研究者だけでなく、統計学や経済学の研究者にとっても、このような状況はこれまでの全球的な災禍ではおそらく初めての経験だろう。こうしたデータは、著名な疫学モデルである SIR (Susceptible-Infected-Recovered) モデルのカリブレーション分析にも役立っているし、経済学者が行うようなパネルデータや時系列データなどに基づいた標準的な実証研究にも活用されている²⁵。

特に感染抑制の切り札と考えられているワクチン接種に関しては、最近になって数多くの論文が発表されてきている。例えば、最近公刊された Kim and Lee (2022) では、先進国を対象として、ワクチンの種類と接種間隔が感染者数と死亡者数に及ぼす影響を時系列分析とパネルデータ分析を用いて検討している。それによると、欧米で開発されたワクチンと中国で開発されたワクチンとの効果の違いが示された。また、ワクチン接種の進展は人々のモビリティを高めるため、接種効果の一部は消失する。よって、接種が進んでも非医学的な介入は引き続き重要であるとの彼らの指摘は説得的である。ワクチンの種類による効果の差異は欧米製が使用されている日本ではあまり問題にならないが、世界での普及を考えると重要な問題である。接種間隔については、接種対象者を含めて、日本でもこれから大きな議論になるのではないだろうか。関連して、現状は感染症法上の位置づけを踏まえて全額公費で接種が可能だが、今後変更が生じて自費となった場合には、これもまたさまざまなかたちで議論を呼びそうである。

増原・細谷 (2022) では、Masuhara and Hosoya (2022b) に基づき、ワクチン接種と人々のモビリティに注目した実証研究の結果について議論を行い、パンデミックが予想よりはるかに長期化している現在の状況下では、個人や集団内に台頭してくる楽観ムード(緩やかな楽観主義)をいかに適切に抑え込むかが重要な課題であると指摘している²⁶。

25 SIR モデル及びそこから派生する応用モデルは、感染症の多方面への影響をマクロ経済学的に理解するうえでの基本的な分析枠組みとなっている。これらについては、Alvarez et al. (2021), Eichenbaum et al. (2021), Fernández-Villaverde and Jones (2022)などを参照せよ。また、日本を分析対象に含むものとしては、Fujii and Nakata (2021), Fukao and Shioji (2022), Hosono (2021), Kubota (2021), Masuhara and Hosoya (2022a), 久保田 (2021) などがある。

26 日本のワクチン接種とモビリティの状況を踏まえ、感染動態を包括的に分析している研究として井上・沖本 (2022) も参照されたい。また、ワクチン接種が進展しパンデミックが長期化するほど、楽

本節では、興味深い結果がいくつか報告されている「Go To キャンペーン事業」を対象とした実証研究について整理してみたい。この事業は、種々の感染抑制策で疲弊した日本経済の回復をリードする起爆剤として、感染終息後を想定し、おもに観光業や飲食業等での需要の喚起をねらった大規模な経済的支援政策である²⁷。終息後を見据えた事業とはいえ、Google の活動指数に表れるようなモビリティを促進する政策であることから、感染拡大の温床になることなく経済を刺激したかが重要な評価ポイントになる。以下では、キャンペーン事業に含まれる二つの主要な施策をめぐる実証研究について考察する。

(1) Go To Travel に関する実証研究

キャンペーン事業のなかでも中核的な位置づけとされているのが「Go To Travel（トラベル）」である。中田（2021）は、インターネットを通じた「RIETI アンケート調査」の個票データについて傾向スコアマッチングによる因果推論を行っており、旅行経験が COVID-19 への感染及び症状発現にどの程度影響したのかを検証している。それによると、旅行が感染リスクと症状発現リスクに統計的に有意な影響を及ぼしたことが確認されている。また、特に感染リスクが高いのは、「男性」「若年」「感染拡大地域在住」「友人知人との直接接触が多い」といった属性を有する人々であった。この結果は、今後類似の施策を行うような場合に貴重な情報になると考えられる。中田（2021）の結果は、Go To Travel が感染拡大を助長した可能性を示唆するものだが、他にも Miyawaki et al.（2021）や Anzai and Nishiura（2021）などにおいて同様の結果が得られている。ただし、分析データや分析手法にはそれぞれ固有の特徴があることに十分留意すべきである。

これに対し、Go To Travel の感染拡大効果に懐疑的な見方を示しているのが Funashima and Hiraga（2022）である。この研究では、都道府県パネルデータを構築し、Go To Travel による補助金の効果の一つの自然実験として評価している。キャンペーンの開始（2020年7月）と補助の対象となる自治体での旅行者増加・感染症拡大とが一致するかどうかを検証する。具体的には、トリートメントグループを補助対象自治体、コントロールグループを感染状況から判断してキャンペーンから除外された東京都として、差分の差分法（difference-in-difference: DID）による分析が行われた（感染症に影響する他の地域的要因も考慮）。これによると、政府によるトラベル補助事業には、7月～9

観ムードの問題は非常に重要な論点であると考えられる。これに関する基本文献として、Andersson et al.（2021）を挙げておく。

27 初期の Go To 事業の概要については中田（2021）を参照されたい。

月にかけて旅行促進の効果が認められた。そして、観光目的の旅行だけでなくビジネス目的の宿泊も増加したようである。Funashima and Hiraga (2022) の最も重要な結果は、Go To トラベルが感染拡大をもたらしたという統計的なエビデンスは得られなかったことである。この結果について、旅行はするが、人混みを避けたりホテル滞在を基本としたり、といった社会的距離を保つ行動がある程度徹底されていたことが影響しているのではないかと彼らは指摘している。

今回のパンデミックのような大規模で深刻な事態に見舞われた場合、社会は少なくとも短期的には、感染抑制と経済活動との間のトレードオフに直面する。このような場合、どのようにして経済生活を維持するかは重要な問題であり、試みられたキャンペーンの効果を検証し、適切な介入の方法を探ることは今後にも必ず生きるはずである。上で指摘したように、事業の効果に関する結果の違いは、用いるデータや統計的分析手法の違いに大きく依存する可能性も考えられる。引き続き、丹念な実証分析の積み重ねが求められる。

(2) Go To Eat に関する実証研究

Go To キャンペーンのもう一つの柱は、生産者を含めた飲食業関連の支援事業である「Go To Eat (イート)」である。消費者の外出需要の喚起を通じて、飲食店や食材を供給する農林漁業者を支援することを目的としたキャンペーン事業である。Go To イートを対象とした分析は、筆者たちの知る限り本論文執筆時点でほとんど存在しないと思われる。Chiba (2021) は飲食店を分析に含む希少な研究であるが、営業時間の短縮要請の感染抑制への効果を検討したもので、イート・キャンペーンの影響自体を評価したものではない。ここでは、Go To イートに焦点をあてたわれわれの研究を紹介しながら検討していくことにしよう。

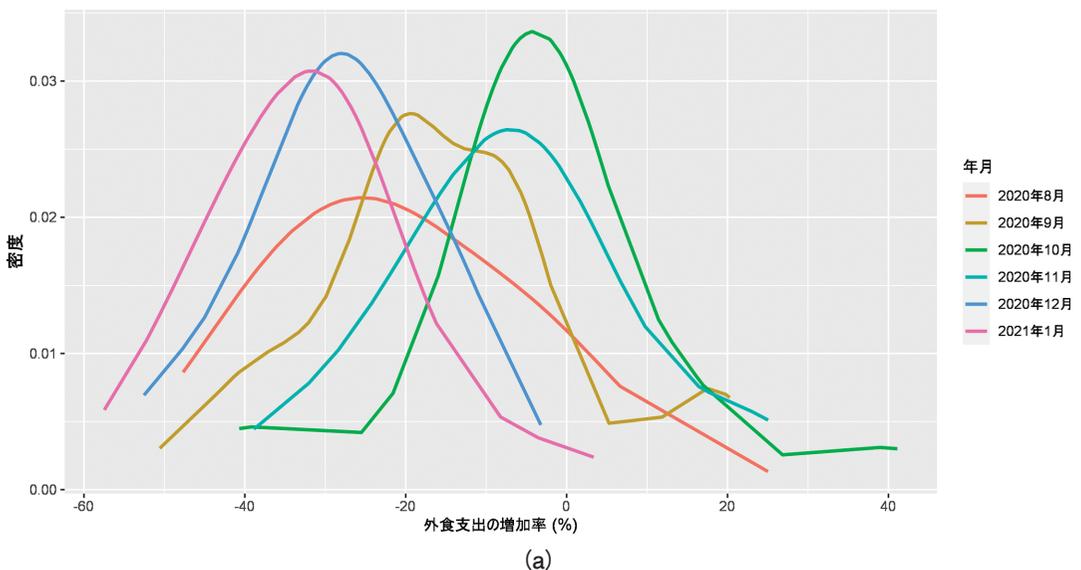
公衆衛生の専門家などから、飲食店という場(外出)が感染拡大に直接関係している可能性が指摘されてきた。Go To イートはこのことを確かめるのに適したイベントと考えられる。Masuhara and Hosoya (2023) では、家計調査の外出支出、モビリティ(Google 活動指数の「小売・娯楽」を使用)、PCR 検査陽性者数などの関係性について、ノンパラメトリック法を使って分析している²⁸。キャンペーンに注目するため、特に2020年8月から2021年1月までに焦点をあてている。ノンパラメトリック法の利点はもちろん分布に依存しない分析が可能となることであり、分布自体の「うごき」を観察することになる。

28 2020年10月から年末にかけての最初のキャンペーン期間に注目した分析である。

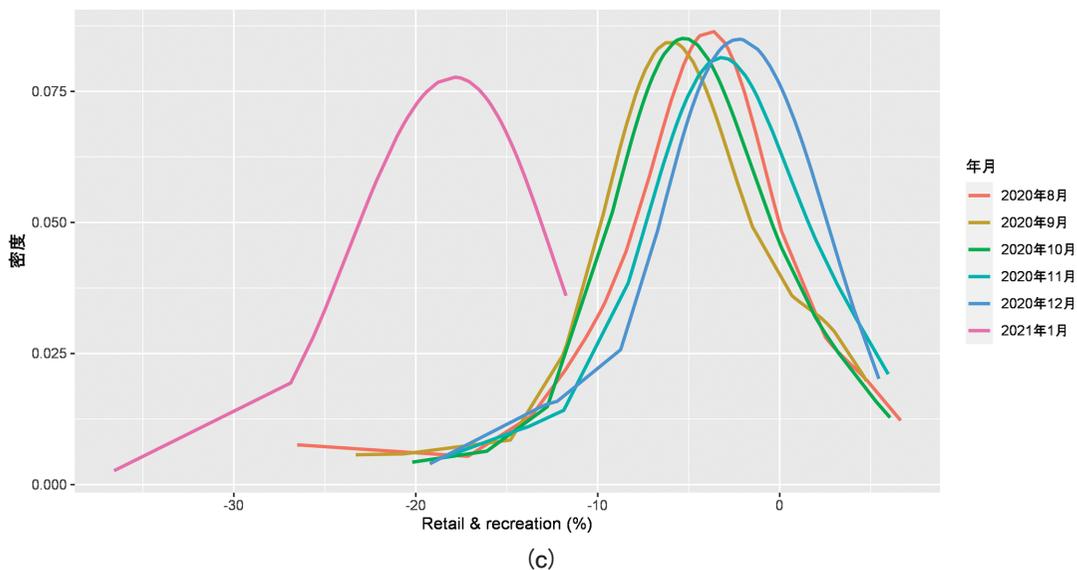
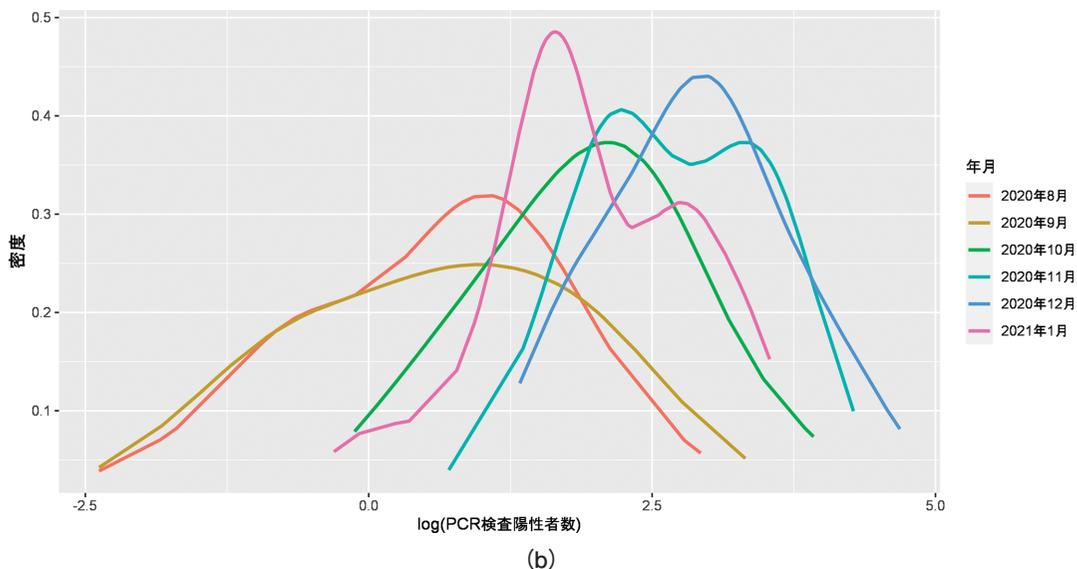
Go To イートによって外食支出に反応がある場合、それは平均値の変化として表れるかもしれないし、分散の変化として表れるかもしれない。キャンペーンの前後で分布が異なるとしたら、それはこのイベントによって人々が行動を変化させたと推測できる。具体的には、連続した月を観察するなかで、キャンペーンの始期と終期に分布が変化し、キャンペーン期間中は分布に変化がない場合、これらをすべて月次での変動に帰すことは困難であり、キャンペーンとの相関性が指摘できるだろう。データをはじめとした分析環境の問題から、Masuhara and Hosoya (2023) は before-after での検証となっており、キャンペーンのみの純粋な影響を捉えているとはいいい切れないが、一部の効果は含まれていると考えるのが自然である。このような限界点に留意しつつ、図 18 のパネル (a) では外食支出の対前年同月変化率、パネル (b) では 10 万人あたり PCR 検査純陽性者数（対数値）、パネル (c) では Google 活動指数（小売・娯楽）のカーネル密度推定の結果を示している²⁹。

まず、パネル (a) と (c) の外食と活動指数の分布は、キャンペーンに応じて変動しているように見える。パネル (a) の外食はキャンペーンが本格化した 10 月には、9 月よりも右側に移動している。キャンペーンが終了した 12 月には、11 月よりも分布が左側に移動している。パネル (c) のモビリティに関しても、11 月の分布は右方にうごいているが、12 月は 11 月とほぼ同じ分布である。しかし、正月休み等の影響ももちろんあるものの、1 月に入って分布は大きく左にうごいている。パネル (b) の PCR 検査陽性者数（対数

図 18-(a)～(c) Go To イート・キャンペーンの影響



29 Masuhara and Hosoya (2023) では、これらに加えて、2変量カーネル密度推定（ノンパラメトリック等密度）に基づく分析結果を中心に考察が行われている。



値)については、10月の分布は9月より大きく右方にうごき、キャンペーンが継続した11月はさらに右にうごき、その傾向は12月も継続している。そして1月になってようやく左にうごいている。

これらを総合すると、ある意味自然なことだが、政府の飲食需要喚起の政策措置は、人々の外出支出とモビリティに一定の影響を及ぼしたと推察される。もちろん、ウイルスの性質自体からもたらされている可能性をこの分析のなかで否定することはできないが、モビリティが刺激されたタイミングとPCR検査陽性者数が増加した時期がリンクしていることは確かな事実として認識すべきである。

上記の推論と事実認識をより洗練されたかたちで提示すべく、Masuhara and Hosoya

(2023) はこの後に連続した月での分布の同等性検定を行い、さらに外食支出とモビリティの2変数について独立性検定も実施している。これらを踏まえて結果を要約すると、イート・キャンペーンは補助金による経済的支援政策として効果はあったものの、間接経路で陽性者の増加をもたらした可能性は否定できず、無視できない副作用を伴ったと考えられる。この副作用とは、キャンペーンによって一度緩んだ人々の行動はしばらく持続し、感染制御の障害になった可能性を指す。この点で、少なくとも短期的には、飲食業への直接補助に止めておく方が適切だった可能性もあり、今後さらなる分析と議論が必要である。

参考文献

- Alvarez, F. E., D. Argente, and F. Lippi (2021) "A Simple Planning Problem for COVID-19 Lock-down, Testing, and Tracing," *American Economic Review: Insights*, 3 (3), 367-382.
- Andersson, O., P. Campos-Mercade, A. N. Meier, and E. Wengström (2021) "Anticipation of COVID-19 Vaccines Reduces Willingness to Socially Distance," *Journal of Health Economics*, 80, 102530.
- Anzai, A. and H. Nishiura (2021) "'Go To Travel' Campaign and Travel-associated Coronavirus Disease 2019 Cases: A Descriptive Analysis, July-August 2020," *Journal of Clinical Medicine*, 10, 398.
- Chiba, A. (2021) "The Effectiveness of Mobility Control, Shortening of Restaurants' Opening Hours, and Working from Home on Control of COVID-19 Spread in Japan," *Health & Place*, 70, 102622.
- Eichenbaum, M., S. Rebelo, and M. Trabandt (2021) "The Macroeconomics of Epidemics," *Review of Financial Studies*, 34 (11), 5149-5187.
- Fernández-Villaverde, J. and C. I. Jones (2022) "Estimating and Simulating a SIRD Model of COVID-19 for Many Countries, States, and Cities," *Journal of Economic Dynamics & Control*, 140, 104318.
- Fujii, D. and T. Nakata (2021) "COVID-19 and Output in Japan," *Japanese Economic Review*, 72 (4), 609-650.
- Funashima, Y. and K. Hiraga (2022) "Where to Go: The Japanese Government's Travel Subsidy during COVID-19," SSRN Working paper, 3746114.
- Fukao, M. and E. Shioji (2022) "Is There a Trade-off between COVID-19 Control and Economic Activity? Implications from the Phillips Curve Debate," *Asian Economic Policy Review*, 17 (1), 66-85.
- Hosono, K. (2021) "Epidemic and Economic Consequences of Voluntary and Request-based Lock-downs in Japan," *Journal of the Japanese and International Economies*, 61, 101147.
- Hosoya, K. and H. Masuhara (2022) "Stringent Regulatory Policies for COVID-19 and Economic Rationality," *Applied Economics Letters*, forthcoming.
- Kim, D. and Y. J. Lee (2022) "Vaccination Strategies and Transmission of COVID-19: Evidence across Advanced Countries," *Journal of Health Economics*, 82, 102589.
- Kubota, S. (2021) "The Macroeconomics of COVID-19 Exit Strategy: The Case of Japan," *Japanese Economic Review*, 72 (4), 651-682.
- Masuhara, H. and K. Hosoya (2022a) "Convergent Movement of COVID-19 Outbreak in Japan

Based on SIR Model,” *Economic Analysis and Policy*, 73, 29–43.

— (2022b) “What Impacts Do Human Mobility and Vaccination Have on Trends in COVID-19 Infections? Evidence from Four Developed Countries,” RIETI Discussion Paper 22-E-087.

— (2023) “Relationship among COVID-19, Mobility, and Food Service Vouchers in Japan,” *Applied Economics*, forthcoming.

Miyawaki, A., T. Tabuchi, Y. Tomata, and Y. Tsugawa (2021) “Association between Participation in the Government Subsidy Programme for Domestic Travel and Symptoms Indicative of COVID-19 Infection in Japan: Cross-sectional Study,” *BMJ Open*, 11, e049069.

井上智夫・沖本竜義 (2022) 「人流と新型コロナウイルス新規感染者数変化率の動的関係とワクチンの役割」, RIETI ディスカッション・ペーパー 22-J-002。

大曾根暢彦 (2020) 「新型インフルエンザ等対策特別措置法の課題－特措法の概要と国会論議－」, 『立法と調査』, No. 427。

大野元裕 (2022) 「埼玉県から見た COVID-19 対策」, 『医療と社会』, 32 (1), 9–20。

久保田荘 (2021) 「新型コロナウイルス危機のマクロ経済分析」, 『医療経済研究』, 33 (1), 1–18。

白野倫徳 (2021) 「リアルに医療崩壊を起こした大阪の現場から」, 第17回関西グローバルヘルスの集い (2021年10月6日), https://www.japan-who.or.jp/wp-content/uploads/2021/10/211006kgh17_1.pdf (2022年8月27日最終アクセス)。

鈴木亘 (2021) 『医療崩壊 真犯人は誰だ』 講談社。

中田大悟 (2021) 「旅行と新型コロナ感染リスク：第三波前の個票データによる分析」, RIETI ディスカッション・ペーパー 21-J-001。

増原宏明・細谷圭 (2021a) 「コロナショックと日本の医療体制：状況報告と論点整理」, RIETI ポリシー・ディスカッション・ペーパー 21-P-003。

— (2021b) 「コロナショックと日本の医療体制」, 宮川努編著『コロナショックの経済学』第2章所収, 中央経済社, 19–41。

— (2022) 「COVID-19 パンデミックに日本はどう対応してきたか？－医療提供体制と人々の行動－」, 『社会保障研究』, 7 (3), 184–209。

松澤登 (2020) 「新型コロナ対策, 政府はどこまでできる？－政府だよりでない自主的行動を－」, 『ニッセイ基礎研レポート』 (2020年3月5日)。

— (2021a) 「新型コロナ「特措法・感染症法等」改正でどう変わったか－2021年2月13日に施行された改正法の概要－」, 『ニッセイ基礎研レポート』 (2021年2月22日)。

— (2021b) 「新型コロナについての法的対策の変遷－感染症法と特措法の改正と運営－」, 『ニッセイ基礎研レポート』 (2021年6月4日)。

山本尚範 (2021) 「大阪の医療崩壊から得られた『現場目線の貴重な教訓』, 救急医が徹底解説」, ダイヤモンド・オンライン (2021年5月28日), <https://diamond.jp/articles/-/272422> (2022年7月19日最終アクセス)。

吉住健一 (2022) 「新宿区からみた COVID-19 対策」, 『医療と社会』, 32 (1), 21–35。