

健康・医療戦略の重点政策を報告 ～医療経済フォーラム・ジャパンにて

医療経済フォーラム・ジャパンが10月14日に都内で開いた「第十九回公開シンポジウム」で、内閣府健康・医療戦略推進事務局の八神敦雄事務局長は「健康・医療戦略とデータ」について国の重点政策を報告した。

「健康・医療戦略の基本方針は、基礎的な研究開発から実用化のための研究開発までの一貫した研究開発の推進及びその成果の円滑な実用化により世界最高水準の医療の提供に寄与すること」。八神氏はそう説明して、コロナ禍の政策課題としてオンライン診療を取り上げた。

「オンライン診療は慎重に拡大してきたという歴史があるが、コロナ禍で、初診は難しいのではないかという考え方から、どうすれば初診を含めてオンライン診療を活用できるかと考え方を変えなければならない時代になったと思う」

さらに2040年を展望して、18年から40年にかけて就業者数が約900万人減少することを踏まえ、「40年にコロナの感染拡大が起きたら医療現場は耐えられるだろうか。武器が必要だが、武器になるのはワクチンとデータである」と指摘した。

●外交や安全保障の観点から国産ワクチン開発・生産を支援

ワクチン開発・生産体制強化戦略では、AMED経費1386億円を含む1930億円の予算を投じて厚生労働省が支援を進め、塩野義製薬や第一三共など国内メーカーが第Ⅲ相試験に向かっているという。

今年6月1日に閣議決定した「ワクチン開発・生産体制強化戦略」に「ワクチン開発・生産は外交や安全保障の観点からも極めて重要」と明記されたが、日本が世界的に開発面で遅れを取ってしまった背景に言及した。八神氏は要因に、以下の4点を示した。

- ①研究開発が進んでいなかった
- ②公衆衛生水準が高いために感染症への関心が薄れていた
- ③メーカーにとって投資リスクが大きい
- ④薬事承認などの後押しがされていなかった

その上で、必要な施策として、以下などを報告した。

- ▼フラッグシップ拠点を形成
- ▼戦略的先進的研究開発センターをAMEDに新設・機能強化
- ▼治験環境の整備・拡充
- ▼薬事承認プロセスの迅速化と基準整備
- ▼創薬ベンチャーの育成
- ▼ワクチン開発・製造産業の育成・振興

世界の流れにも触れた。今年6月に開かれたG7英国サミットの首脳宣言に「安全で有効なワクチン、治療及び診断を100日以内に利用可能にする」と盛り込まれた。

この宣言について、八神氏は「野心的な目標で、日本もキャッチアップしなければならない。乗り遅れると日本がワクチン後進国になってしまうという危機感がある」と述べた。

●臨床データ利活用とデータヘルス改革に着手

一方、データ利活用については次世代医療基盤法の全体像を取り上げた。この法律のもとで、患者の臨床情報が医療機関から国が認定した事業者提供され、匿名加工された上で製薬会社・研究機関・行政などに提供されて、費用対効果分析、新薬開発、未知の副作用発見などに利活用される。

協力医療機関は今年8月23日時点で84施設、合計病床数は3万9298床。八神氏は「臨床データは、ゲノム情報に基づく医療、AI・医療機器、創薬・介護などに利活用する。さらにゲノム医療を進めるために、ゲノム・データ基盤の構築に向けて、データ共有の推進、大規模ゲノム解析の基盤整備などを実施する」と付言した。データ利活用のもうひとつの柱であるデータヘルス改革については、今後2年間に集中的に実行する3つのアクションを説明した。

アクション1

全国で医療情報を確認できる仕組みを22年夏を目途に運用を開始する。

アクション2

電子処方箋の仕組みを22年夏を目途に運用を開始する。

アクション3

国民・患者が自身の保健医療情報を閲覧・活用できる仕組みを22年度早期から順次拡大して運用する。

こうした改革を推進する上で、データヘルス先進国といわれるエストニアでは患者情報が国家レベルで共有されている状況を紹介し、日本の課題に言及。八神氏は「情報共有には国民の理解が不可欠だが、そのためには公・政府への信頼がなければならない」と述べた。

公・政府が信頼を得るには「ていねいな説明が必要だ」と強調した。同時に「災害や救命の現場でデータが共有されていたから命が救われたという実感が大事だと思う。医療後進国にならないためにもデータ利活用は絶対に必要だ」と訴えた。

医療情報②
公開
シンポジウム

オンライン診療の焦点 医師とベンダーが見解

医療経済フォーラム・ジャパンが10月14日に都内で開いた「第十九回公開シンポジウム」で、慶應義塾大学大学院・中村洋経営管理研究科教授が座長を務め、シンポジストとして早稲

田大学理工学術院・宮田俊男教授（医療法人社団 DEN みいクリニック代々木理事長・医師）、メドレー事業連携推進室・稲生優海（医師）、メディカルデータビジョン・岩崎博之社長、Ubie・重藤祐貴パブリック・パートナー（医療経営士）が登場。各人の事業に関わる政策を提言した。

宮田氏は「かかりつけ医機能をデジタルによって強化するには産官学連携が必要だ」という問題意識から、医師が薬剤師と連携しながらセルフメディケーション用アプリ「健こんばす」を開発したと報告。「厚生労働省に相談し、医師会にプレゼンテーションをして開発した。産官学連携の成果だ」と指摘した。

デジタル化の一環として、みいクリニックではコロナ禍以前からオンライン診療に取り組んでいるが、勤務する医師 10 人の半数はオンライン診療を好まないという。

その理由について「情報を取れないからだ。お薬手帳や健診データがその場に用意されていないので、患者が用意するのに時間がかかってしまう」とし、今後のデジタル化推進には「国民皆保険制度の維持とイノベーションの両立、既得権との調整、グローバルな目線などがポイントである」と指摘した。

稲生氏は、メドレーが実施したオンライン診療に対する医療機関の意識調査結果として、以下の3つとも「変わらない」という回答が最も多かったことを報告。

- ① コンビニ受診などの不必要な受診
- ② 遠方患者の割合
- ③ 医療全体の質の変化

また、病院での導入事例やアカデミアからの情報発信状況を共有したうえで「オンライン診療はそれ自体が目的なのではなく、患者中心の医療の実現につなげるための一つの手段である」と述べた。

● 「2021年はPHR元年」診療情報を患者に返す

岩崎氏は、全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法改正が今年6月に成立したことを受けて「2021年はPHR元年」と述べた。PHRの利点として、以下を挙げた。

- ① 診療情報を患者に返すという情報連携
- ② 医療の選択
- ③ ネットワーク運営費の大幅減少

メディカルデータビジョンは患者が自分の診療情報の一部を保管・閲覧できるアプリ「カルテコ」を開発し、全国10病院が導入している。

「カルテコにはX線やマンモグラフィーなどの検査画像、健診結果、バイタル、生活記録などを保存できるほか、クレジット会社と連携して決済機能も付けている」と報告した。

重藤氏はUbieが開発した医療機関向け「AI問診ユビー」と生活者向け「AI受診ユビー」の概要を報告した。

「AI問診ユビーは紙の問診票をタブレットに置き換え、医師の働き方改革を支援する。AI受診ユビーは症状に応じて地域の医療機関や相談先を表示して、生活者が適切な受診先とタイミングを判断できる」。

今後の事業構想については「AI技術を用いて、地域医療全域にソリューションを提供することで、早期発見・早期受診、医療に質の均てん化、病診分業など医療資源の最適配分を実現する」と抱負を述べた。

●新政権の政策決定プロセスを予見する

このシンポジウムで、中村氏は医系技官として厚労省勤務経験を持つ宮田氏に「コロナによる多くの人の危機意識が、政策決定プロセスにどんな変化を与えているのか。政策の立案・実行の仕方は変わりつつあるのか」と尋ねた。

宮田氏は「安倍政権と菅政権の約10年は、調整型というよりも官邸主導のトップダウン型でだんだん政策が決まってきた面はあるだろう。それによって従来には実現しなかった健康・医療戦略推進法やAMEDなどでも、安倍・菅政権は大きな足跡を残したと思う。ワクチン接種も官邸が厚労省にプレッシャーをかけて進んだ」と振り返った。

トップダウン型の政策決定プロセスは、岸田政権にも継承されるのかどうか、見通しを求められた宮田氏は「岸田総理が聞く力を大事にすると話していることから、調整型にもなるのかもしれない。それは大事なことだが、医療政策にはステークホルダーが多く複雑なプロセスがある。健康・医療戦略は和泉洋人総理補佐官のもとで次々に施策が決まり、他省庁からうらやましがられていたが、今後の政策決定プロセスにはまだ見えない部分がある」と述べた。

医療情報③
中央社会保険
医療協議会

外来化学療法加算の評価、算定拡大の意見集まる

中央社会保険医療協議会（中医協、会長＝小塩隆士・一橋大学経済研究所教授）が10月22日に総会を開き、個別事項（その2）としてがん・疾病対策について議論した。

厚生労働省は、以下について論点を示した。

- ①がん対策に係る評価（外来化学療法、栄養食事指導、がんゲノムプロファイリング検査、放射線内用療法）
- ②難病対策等に係る評価
- ③アレルギー疾患対策に係る評価

まず①のうち外来化学療法について、厚生労働省は「患者が望む治療の場で、抗がん剤治療を実

施できる環境を整えるに当たり、安心・安全な外来化学療法を推進していく観点から、外来化学療法加算等の評価についてどのように考えるか」を論点として示した。

これに対し城守国斗委員（日本医師会常任理事）は「仕事をしながら通院する患者のために投与日以外にも ICT 活用の診療を可能とし、受診方法の選択肢を増やすことが必要」と主張した。

外来化学療法の専門医とかかりつけ医との連携強化については、池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）が「がん拠点病院で外来化学療法を受けながら、生活習慣病でかかりつけ医にかかっている患者も多く、化学療法による症状の変化が生じて、かかりつけ医に相談することも多い」と指摘。

「化学療法を担当する専門医とかかりつけ医の連携がスムーズに進むような仕組みが加わると、安心できる体制ができる」と提案した。

支払側では幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）が、「外来化学療法はどんどん推進すべきだ」と診療側に同意したが、一方で医療機関へのインセンティブとして単純に評価を引き上げるのではなく、入院の必要性を見極めて通院への切り替えを説明して、外来治療を行うことが重要だ」と強調した。

●管理栄養士の介入、要件整理を

栄養食事指導については、「がん患者に対する専門的な知識を有した管理栄養士の栄養指導の効果を踏まえ、評価のあり方をどのように考えるか」が論点として示された。

栄養食事指導の評価では、管理栄養士が具体的な献立などで月 2 回以上の指導をした場合に限り、外来栄養食事指導料を 2 回目に算定できる。

ただ、外来化学療法加算を算定した日と同日が要件とされる。これについて城守委員は「来院日が規定されることで、月 2 回の算定が不可能な場合が増えているうえ、月の途中で患者が亡くなる場合もある」とし、「管理栄養士の介入について、月 2 回の指導要件と併せて整理するとよいのではないか」と提言した。

●放射線治療病室管理加算の改正で両側が同意見

がんゲノムプロファイリング検査については「がんゲノムプロファイリング検査を適切に推進していく観点から、現在の評価のあり方についてどのように考えるか」が論点。

がんゲノムプロファイリング検査実施料は検体提出時と結果説明時にそれぞれ算定できるが（検体提出時 8000 点、結果説明時 4 万 8000 点）、検体を提出した患者が結果説明時までの間に予期せず死亡した場合など、検査費用の大半を占める 4 万 8000 点を算定できない症例が一定数存在する。

これについて城守委員は「算定できない場合、医療機関は要件になっている制度管理やエキスパートパネル（ゲノム情報の臨床的解釈）を実施するために費用を持ち出している。赤字にならない対応が必要だ」と訴えた。

一方、幸野委員は検査の実態について「がんゲノムプロファイリングの検査委託料はどのくらいか」「患者が結果説明前に亡くなった場合、検査の知見は集積されるのか」と確認を求めた。

井内努医療課長は「検査会社への委託料は約 40 万円と聞いている。患者が結果説明前に亡くなった場合、検査結果はがんゲノム情報管理センターに一定程度集積されると認識している」と答えた。

●密封小線源治療とRI内用療法が同一の加算、改編求める

放射線内用療法についての論点として「診療用放射線照射器具及び診療用放射性同位元素により治療を受けている患者を入院させる病室に係る構造設備の施設基準の相違点、内用療法の需要の増加等を踏まえ、放射線治療病室管理加算による評価の在り方について、どのように考えるか」を示した。

城守委員は「治療後の対応が異なる密封小線源治療と RI 内用療法が 1 つの加算の対象という矛盾が指摘されている。おのおのに合った加算に改編すべきことは明らかだ」と主張した。

これに対して安藤伸樹委員（全国健康保険協会理事長）は「現状と合っていない不合理な点は見直しを検討すべきだ」と同意。ただ、幸野委員は「密封小線源治療と RI 内用療法について加算を改編するのなら、密封小線源治療は引き下げを併せて行うべきだ」と注文を付けた。

●井内医療課長「診療情報提供料は整理されている」

難病対策等に係る評価については、「難病等の医療提供体制について、これまでの診療報酬での対応を踏まえ、医療機関間の連携に係る評価のあり方をどのように考えるか」が論点となった。ここでは、診療情報提供料に意見が集中した。

現行では専門的な診断・治療の必要性を認めて紹介を行う場合、診療情報提供料（Ⅰ）を算定でき、要件を満たした場合には診療情報提供料（Ⅲ）を算定できる。見直しを求めた城守委員は「専門的な医療機関から情報提供するにあたって、かかりつけ医機能に係る届け出の有無によって（Ⅲ）を算定できたり、できなかったりすることは不合理」と主張した。

一方、幸野委員は「診療情報提供料を医療保険でどこまで見るかは整理が必要」と主張。これに対し井内医療課長は「診療情報提供料は一定程度整理しているつもりだが、必要に応じて分かりやすい体系にしていこう」と説明した。

医療情報④
中央社会保険
医療協議会

薬剤服用歴管理指導料で 種類数の評価意見に反論相次ぐ

10月20日の中医協総会では、調剤（その2）についても議論された。

厚生労働省はこの日、以下の論点を示した。

【かかりつけ薬剤師・薬局の推進】

- ▼薬剤服用歴管理指導料について、薬剤種類数が多い場合に服薬指導の事項が増え内容が複雑になることから説明時間が長くなることを踏まえ、その評価についてどのように考えるか。
- ▼薬剤情報の一元的な把握による薬学的管理の評価について、どのように考えるか。

【重複投薬、ポリファーマシーおよび残薬等への対応に係る評価】

- ▼保険薬局における重複投薬の解消を推進する観点から、服用薬剤調整支援料のあり方についてどのように考えるか。

【保険薬局と保険医療機関との連携について】

- ▼調剤後のフォローアップにより患者の状況等を把握し、保険医療機関に情報提供を行った場合の評価について、どのように考えるか。
- ▼退院時共同指導料の算定状況等をふまえ、現行の算定要件等についてどのように考えるか。
- ▼保険医療機関と保険薬局の連携を強化し、より質の高い医療を提供する観点から、入退院時における保険医療機関と保険薬局の取り組みの評価について、どのように考えるか。

【医療的ケア児の薬学的管理について】

- ▼医療的ケア児等については、調剤を行ううえでの薬学的管理に考慮が必要な事項が多く内容が複雑であることを踏まえ、小児患者に対する薬学的管理指導の評価についてどのように考えるか。

【在宅患者訪問薬剤管理指導に係る評価について】

- ▼在宅患者に対し、当該患者の在宅療養を担う医師と連携した他の医療機関の医師の指示に基づき、訪問薬剤管理指導を実施した場合の評価についてどのように考えるか。

●城守委員「種類数ではなくメリハリを」

かかりつけ薬剤師・薬局の推進について有澤賢二委員（日本薬剤師会常務理事）は「薬剤の種類が多くなると、副作用や飲み合わせなど薬学的知見でさまざまな観点で評価・検討する材料が多くなり、薬学的判断も含め指導時間や薬歴の記入時間が長くなるので、引き続き検討することが必要」と主張した。

これに対し安藤伸樹委員（全国健康保険協会理事長）は「薬剤種類数が多い場合の評価は、反復して処方されている薬剤など説明に時間を要さない場合もあるうえに、減薬のディス・インセンティブにもなるので慎重に考えるべきだ」と指摘。

幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）は「薬剤服用歴管理指導料の約95%は技術料とし

て算定されていて、種類数が多い場合を評価するのは今までの議論と逆行する考え方。提案されること自体信じられない」と批判し、「明確に反対する」と表明した。

診療側も城守国斗委員（日本医師会常任理事）が「種類を基準にするのではなくメリハリを付けた考え方が必要」と述べた。

重複投薬等への対応では、有澤委員が「服用薬剤調整支援料 2 を算定している薬局は 1 の算定が少ない一方、減薬の提案で減薬につながった割合が高い。1 と 2 の要件を整理することが根本的な取り組みの推進につながる」と主張。

安藤委員は「異論はない」と同意する一方、城守委員は「服用薬剤調整支援料の評価体系を検討するのであれば、薬局における調剤や薬剤管理は、医療機関の薬剤師やかかりつけ医と連携するという要件が必要だ」と訴えた。

医療情報⑤
厚生労働省
WG

重点的活用外来の医療機関、 選定基準案を提示

厚生労働省は 10 月 20 日に「外来機能報告等に関するワーキンググループ（WG）」（座長＝尾形裕也・九州大学名誉教授）の会合を開き、一巡目の議論として最後となる「『医療資源を重点的に活用する外来』を地域で基幹的に担う医療機関」の国の定める基準と呼称について議論した。

厚労省はこの日、先の会合で整理した外来の項目（案）について、以下を改めて示した。

- ①医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
- ②高額等の医療機器・設備を必要とする外来
- ③特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来等）

そのうえで、他の病院・診療所から紹介された患者に対し医療を提供する地域医療支援病院の状況を踏まえる前提で、国の定める基準案を、「初診の外来件数のうち『医療資源を重点的に活用する外来』の件数の占める割合の初診〇%以上、かつ、再診の外来件数のうち『医療資源を重点的に活用する外来』の件数の占める割合の再診〇%以上」とする考え方を提案した。

また併せて、200 床以上の地域医療支援病院 610 病院に対する初診・再診のシミュレーション結果も提示。

初診 35%かつ再診 20%で設定すると 573 病院（94%）が対象となり、初診 50%かつ再診 30%で設定すると 302 病院（50%）まで対象が狭められるとした。

城守国斗構成員（日本医師会常任理事）は、一般的に初診時には医療資源を重点的に活用する傾向が高いとしながら、「再診でも重点外来比率が高いかどうか肝になる。

もし割合が低いとすれば本来の主旨に合わなくなるので、再診割合 30%がひとつの目安になるのではないかと。そうした場合、地域医療支援病院との役割分担をどのように考えるのかも重要となる」とする考えを示した。

小熊豊構成員（全国自治体病院協議会会長）は、「重点外来医療機関に関する考え方が、個々の医療機関の意思を尊重し、地域の実情を考慮とするとしていることは極めてリーズナブル。

一方で、今後、重点外来医療機関を地域医療支援病院以外にも設定することで、地域によっては患者が（紹介状なしで）通える病院が少なくなることを意味する」として、「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」は限定的にすべきと訴えた。

今村聡構成員（日本医師会副会長）は、データの項目の取り方（ゆれ）に着目し、「再来について、眼科、耳鼻科、小児科は点数が低く割合が下がってしまう。計算式において分子側だけでなく分母側の問題（重くない患者を診ているなどの病院の特性）も認識する必要がある」と指摘した。

議論の最後に、尾形座長は、「地域医療支援病院でありながら医療資源を重点的に活用する外来を担っていない病院がたくさん出てきてしまっただけでは患者の理解が得られなくなる」とし、「そのような観点から患者負担が義務化された病院の分布は高いほうがいいのではないかと主張。

さらに私見として「将来的に医療資源を重点的に活用する外来の概念が定着した場合には、特定機能病院や地域医療支援病院の認定要件に組み入れるべき」と述べた。

医療情報⑥
厚生労働省
医療保険部会

COVID-19 と働き方を 重点課題に提案

厚生労働省は 10 月 22 日、社会保障審議会医療保険部会（部会長＝田辺国昭・国立社会保障・人口問題研究所所長）の会合を開き、2022 年度診療報酬改定の基本方針について議論した。

厚労省はこの日、以下の 4 項目を基本方針としてあらためて示し、前 2 項目を重点課題とする考えを示した。

- ① 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築
- ② 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進
- ③ 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
- ④ 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

これに対し藤井隆太委員（日本商工会議所社会保障専門委員会委員）は、「かかりつけ医の機能や仕組みを整理し、外来や在宅を含めた地域全体での医療機能の分化、役割分担を進めることが重要。かかりつけ医には地域における包括的な医療の担い手として健康に関するアドバイス、予防医療の提供が期待される」と述べた。

佐野雅宏委員（健康保険組合連合会副会長）も、「かかりつけ医機能の評価、推進が重要」とし、「かかりつけ医が患者目線で納得できる評価となるように検討してもらいたい」と要望した。

池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）は、COVID-19 拡大時に体制がうまく切り替えられなかった原因について「場所（病床）は確保できても医療従事者の確保が難しかった」と指摘し、「日頃からどこまで余裕を持たせるかを明確に示す必要がある」と訴えた。

医療情報⑦
厚生労働省
事務連絡

COVID-19 ワクチンの有効期間延長化で事務連絡

厚生労働省は 10 月 22 日付で、「ファイザー社ワクチンおよび武田／モデルナ社ワクチンの有効期限の取り扱いについて」を、都道府県と市区町村に宛てて事務連絡した。

ファイザー社ワクチンは $-90^{\circ}\text{C}\sim-60^{\circ}\text{C}$ での有効期間が 6 カ月から 9 カ月に、武田／モデルナ社ワクチンは $-20^{\circ}\text{C}\pm 5^{\circ}\text{C}$ での有効期間が 6 カ月から 7 カ月に、それぞれ延長されたことを受け、有効期限の取り扱いを示している。

ファイザーは 2022 年 2 月末まで、モデルナは同年 3 月 1 日まで、あるいはそれ以前となっているワクチンは有効期限 6 カ月を前提に印字されていると説明。

これらについては、それぞれ印字期限より 3 カ月（ファイザー）、1 カ月（モデルナ）長いものとして使用するよう求めている。

医療情報⑧
政府
公表

コロナワクチン接種、2回目まで終了は約 8936 万人に

政府が公表した新型コロナウイルスワクチンの接種実績によると、10 月 26 日の一般接種は、1 回目が 6 万 2403 回、2 回目が 20 万 5721 回の、合わせて 26 万 8124 回だった。

10 月 26 日までの総接種回数は 1 億 8674 万 2406 回で、このうち高齢者は 6506 万 9238 回、職域接種が 1896 万 2749 回だった。

全体では 1 回以上接種者が 9738 万 3346 人で接種率は 76.9%。このうち高齢者は 3270 万 9006 人で接種率は 91.4%。

2回接種完了者は、全体では8935万9060人で接種率70.6%、うち高齢者は3236万232人で、接種率は90.5%

医療情報⑨

10月27日

現在

国内の新規陽性者数、300人台に ～感染は171万7367人、死者は1万8221人

厚生労働省のまとめによると、日本国内の新型コロナウイルスへの感染状況は、10月27日零時時点で、前日より314人増えて、合わせて171万7367人となった。

このうち、チャーター便による帰国者が15人、空港等検疫が4405人、国内事例が171万2947人。国内の死者は、前日から14人増え、1万8221人となった。

すでに退院等している人は、前日より626人増えて169万4452人となった。

入院治療を要する3405人のうち、人工呼吸器装着または集中治療室に入室している重症者は、前日から13人減って184人だった。

10月25日までの国内（国立感染症研究所、検疫所、地方衛生研究所・保健所等）のPCR検査の実施件数は3387万7407件だった。

10月27日零時時点での都道府県別の陽性者数は、東京都が37万7464人（死亡3125人）で最も多く、次いで大阪府の20万2194人（死亡3043人）、神奈川県16万8843人（死亡1306人）、埼玉県11万5544人（死亡1038人）、愛知県10万6236人（死亡1155人）などとなっている。

●陽性者数100万人超、37カ国に

厚労省のまとめ(図表)によると、10月27日15時時点の世界の新型コロナウイルスへの感染状況について、米国では感染者が4560万人あまりに達し、死者数は約73万9000人となった。

インドでは、感染者が約3420万人で、死亡者は約45万5000人。ブラジルでは感染者数が約2175万人で、死者は約60万6000人。

このほか感染者が100万人を超えているのは、英国、ロシア、トルコ、フランス、イランなどの、合わせて37の国と地域、10万人を超えているのは、合わせて112の国と地域。感染者が1万人を超えているのは165の国と地域。

ヨーロッパでは、英国で感染者が約889万人に達したほか、ロシアでも約819万人、フランスで約724万人となっている。

スペインでは約500万人、イタリアで約475万人、ドイツで約452万人となった。

中南米では、ブラジルのほか、アルゼンチンで約528万人、コロンビアで約499万人、メキシコで約378万人、ペルーで約220万人の陽性が確認されている。

アジアでは、インドのほかインドネシアで感染者が約 424 万人となったほか、フィリピンで約 277 万人、マレーシアで約 244 万人、タイで約 187 万人、バングラデシュで約 157 万人となった。

中東地域では、イランで感染者が約 588 万人、イラクでも約 205 万人となっている。

アフリカ諸国では、南アフリカで感染者が約 292 万人、モロッコで約 94 万人となっている。

(図表)国別の感染者・死亡者の状況

国・地域	感染者	死亡者	国・地域	感染者	死亡者
米国	45,609,021	738,877	カナダ	1,710,506	28,872
インド	34,202,202	455,068	チリ	1,684,608	37,691
ブラジル	21,748,984	606,246	ルーマニア	1,587,880	45,503
英国	8,894,843	140,253	バングラデシュ	1,568,257	27,834
ロシア	8,185,400	228,581	ベルギー	1,333,947	25,914
トルコ	7,909,081	69,559	イスラエル	1,324,897	8,063
フランス	7,235,100	118,490	パキスタン	1,270,322	28,405
イラン	5,877,456	125,519	スウェーデン	1,168,271	15,002
アルゼンチン	5,283,000	115,866	セルビア	1,111,957	9,634
スペイン	5,004,143	87,238	ポルトガル	1,086,280	18,141
コロンビア	4,994,014	127,133	カザフスタン	1,011,656	16,991
イタリア	4,747,773	131,904	キューバ	947,935	8,201
ドイツ	4,516,839	95,365	モロッコ	944,803	14,636
インドネシア	4,241,090	143,270	ベトナム	896,174	21,802
メキシコ	3,784,448	286,496	スイス	865,708	12,198
ポーランド	2,982,143	76,540	ヨルダン	854,758	10,976
ウクライナ	2,933,778	69,130	ハンガリー	852,214	30,611
南アフリカ	2,920,109	88,987	ネパール	810,298	11,372
フィリピン	2,765,672	42,077	オーストリア	804,825	11,279
マレーシア	2,442,224	28,576	アラブ首長国連邦	739,471	2,134
ペルー	2,197,052	200,118	ギリシア	724,571	15,707
オランダ	2,133,367	18,778	チュニジア	712,013	25,213
イラク	2,049,240	23,024	ジョージア	698,944	9,831
タイ	1,866,863	18,865	レバノン	638,581	8,465
チェコ	1,735,552	30,648	グアテマラ	596,417	14,797