



第27号

香川県医師会新型コロナウイルス感染症情報

発行：香川県医師会 チームcovid-19

目次

1. 香川県内の感染者情報
2. 都道府県医師会新型コロナウイルス感染症担当理事連絡協議会報告（web会議）
3. トピックス
4. 感染症指定医療機関等の現状
5. 県内の体制整備（COVID-19 JMAT香川・PCR検査・管理施設等）
6. 日医・行政（国、県）からの通達
7. あとがき

1. 香川県内の感染者情報

《県内の患者等の状況・検査件数》

患者の状況（3/15午前0時現在）		療養状況（3/14時点）		検査件数（3/14現在）	
累計感染者数	死亡	入院中	宿泊療養中	PCR検査	抗原検査
251,767人	614人	48人	14人	339,771件	295,103件

※県内で発生しましたが、県外で入院等した方は含んでいません。

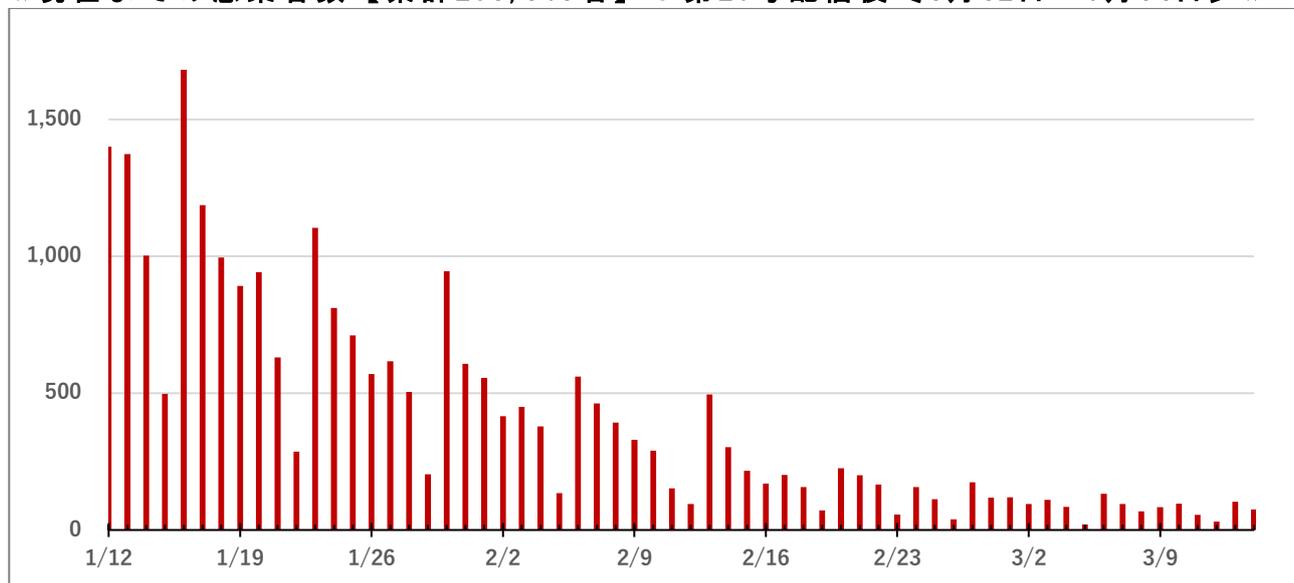
※県外で発生しましたが、県内で入院等した方は含んでいます。

《受診・相談センター相談件数：3月14日現在》

(件)

一般相談件数							受診相談件数
県民	医療機関	行政機関	企業	観光・旅館	その他	計	
79,805	1,354	1,007	2,383	170	1,285	86,004	104,789

《現在までの感染者数【累計251,767名】：第26号配信後〔1月12日～3月14日〕》



2. 都道府県医師会新型コロナウイルス感染症担当理事連絡協議会報告（web会議）

≪ 第38回協議会（令和5年2月28日開催） ≫

※各都道府県からの様々な意見や、松本会長のお言葉、詳細な内容は[full version](#)に収載しています。Full Versionまたは日本医師会メンバーズルームの動画をご参照ください。

1. 「医療機関向けガイドライン」の運用変更等について（3月13日からのマスク着用の考え方の見直し含む）：[資料1](#)

< 釜薙常任理事 >

令和5年2月10日付で内閣官房から全業種に対して、「**マスク着用の考え方の見直し等について**」を踏まえた業種別ガイドラインの見直しについての依頼があった。その中で、**マスク着用の考え方の見直しの適用日である3月13日以降のマスク着用の考え方を反映すること**とされている。近日中に日本医師会から**ガイドラインについてマスク運用部分だけ読み替えていただく**ように通知する予定。**5月8日以降は、全業種において業種別ガイドラインの運用は廃止**になる。医療機関においては、引き続き感染防止対策を継続し、感染症対応能力の向上を図ることとする。

「**みんなで安心マーク**」については、**3月13日以降の新規発行は終了**する予定。5月8日からは、**感染症法上の類型の変更**があり、**ガイドラインの運用は一旦廃止**となる。

令和5年2月10日付（内閣官房から全業種に対する依頼） 「マスク着用の考え方の見直し等について」を踏まえた業種別ガイドラインの見直しについて（依頼）		
<ul style="list-style-type: none"> ➢ 厚労省医政局を通じて、内閣官房新型コロナウイルス等感染症対策推進室長からの標題の依頼が、日本医師会宛にあった。※全業種に対する依頼として ➢ 「マスク着用の考え方の見直しの適用日（3月13日）までに、業種別ガイドラインの見直し及び現場や利用者への周知を促進するようお願いいたします」 →医師会（医療機関）を含む全業種に対して、ガイドライン変更の依頼・・・3/13以降のマスク着用の考え方を反映すること （近日・日医よりガイドラインについてマスク運用部分だけ読み替えていただくよう通知予定） ➢ 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の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（平成10年法律第114号）上の位置づけが変更された以降は、基本的対処方針及び「業種別ガイドライン」は廃止となり、個人及び事業者は自主的な感染対策に取り組むこととなる →類型変更後の5月8日以降、全業種において業種別ガイドラインの運用は廃止になる。 ※医療機関においては、引き続き感染防止対策を継続し、感染症対応能力の向上を図る。 ➢ 「みんなで安心マーク」は、3/13日以降の新規発行は終了予定。 		
3月12日以前 （現在の運用） ・「マスク着用の考え方」を3/13から利用いただくよう都道府県医師会宛に事前アナウンスの予定（調整中）	3月13日～ （「マスク着用の考え方」適用） ・「マスク着用の考え方」に基づき各医療機関で対応いただく ・「みんなで安心マーク」の新規発行終了	5月8日～ （類型変更後：2類相当から5類へ） ・ガイドラインの運用は一旦廃止（全業種） 自主的な感染対策の継続

以下は、厚労省から出ているパンフレット。

新型コロナウイルス感染症対策

これまで屋外では原則不要、屋内では原則着用としていましたが
令和5年3月13日から
マスク着用は個人の判断が基本となります

ただし、以下のような場合には注意しましょう

周囲の方に、感染を広げないために
マスクを着用しましょう



受診時や医療機関・
高齢者施設などを訪問する時



通勤ラッシュ時など混雑した
電車・バスに乘車する時

ご自身を感染から守るために
マスク着用が効果的です



高齢者



慢性肝臓病
がん
心血管疾患 など



妊婦

重症化リスクの高い方が感染拡大時に混雑した場所に行く時

本人の意思に反してマスクの着脱を強いることがないよう、
個人の主体的な判断が尊重されるよう、ご配慮をお願いします

※事業者の判断でマスク着用を求められる場合や従業員がマスクを着用している場合があります



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

作成: 令和5年2月10日

[4/4ページ](#)。3月13日以降、個人の主体的な選択を尊重し、マスクの着用は個人の判断に委ねることを基本とする。政府は各個人のマスク着用の判断に資するよう、感染防止対策としてのマスクの着用が効果的である場面などを示し、一定の場合にマスクの着用を推奨する。マスクの着用が推奨される場面、あるいはマスク着用が効果的な場面として、(1) 医療機関の受診時、(2) 高齢者等重症化リスクが高い者が多く入院・生活する医療機関や高齢者施設等への訪問時、(3) 通勤ラッシュ時等混雑した電車やバスに乘車する時、が挙げられている。また、症状がある場合等の対応として、外出を控えること、人混みは避けること、マスクを着用することも示されている。

（参考）3月13日以降のマスク着用の考え方について（通知のポイント）

令和5年2月13日付日医発第2141号（健Ⅱ）より

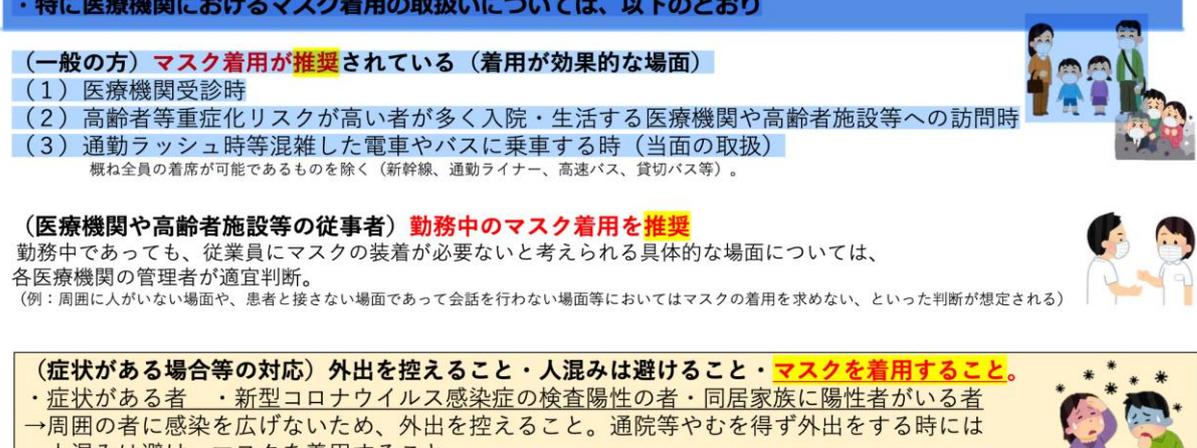
・個人の主体的な選択を尊重し、マスクの着用は個人の判断に委ねることを基本とする
・政府は各個人のマスク着用の判断に資するよう、感染防止対策としてマスクの着用が効果的である場面などを示し、一定の場合にマスクの着用を推奨すること
・特に医療機関におけるマスク着用の取扱いについては、以下のとおり

（一般の方）マスク着用が推奨されている（着用が効果的な場面）

（1）医療機関受診時
 （2）高齢者等重症化リスクが高い者が多く入院・生活する医療機関や高齢者施設等への訪問時
 （3）通勤ラッシュ時等混雑した電車やバスに乗車する時（当面の取扱）
概ね全員の着席が可能であるものを除く（新幹線、通勤ライナー、高速バス、貸切バス等）。

（医療機関や高齢者施設等の従事者）勤務中のマスク着用を推奨
 勤務中であっても、従業員にマスクの装着が必要ないと考えられる具体的な場面については、各医療機関の管理者が適宜判断。
（例：周囲に人がいない場面や、患者と接さない場面であって会話を行わない場面等においてはマスクの着用を求めない、といった判断が想定される）

（症状がある場合等の対応）外出を控えること・人混みは避けること・マスクを着用すること。
 ・症状がある者 ・新型コロナウイルス感染症の検査陽性の者・同居家族に陽性者がいる者
 →周囲の者に感染を広げないため、外出を控えること。通院等やむを得ず外出をする時には人混みは避け、マスクを着用すること。



2. 2023年度 COVID-19 JMAT保険について：資料2

<猪口副会長>

[2/4ページ](#)。COVID-19 JMAT保険は、2020年2月のダイヤモンドプリンセス号へのJMAT派遣を契機に、COVID-19への感染に対応した傷害保険として作られた。今年で4年目になる。令和5年度に予定している内容を説明する。**掛け金は令和4年度からの変更はない**。1日あたり、医師は4,900円、医師以外は3,740円。**補償の内容も令和4年度から変更なく、死亡時、入院時、通院時、感染一時金も変更なし**。感染一時金が他の保険にない本保険の特徴。COVID-19に感染した場合、医師100万円、その他の従事者50万円を支払う。感染一時金は感染したことをもって支払うものなので、入院に該当していなくても支払われる。

[4/4ページ](#)は、2020年4月以来の派遣実績。延べ17万弱の方々がCOVID-19 JMATとして派遣された。

【協議事項】 COVID-19JMAT保険の2023年度契約について

損害保険ジャパン株式会社より、2023年度のCOVID-19JMAT保険について提案がありました。現在、補償内容・保険料水準を直に見直す必要に至っていないため、『**現行契約と同等**』との内容でした。
 保険契約を継続して良いかお伺いいたします。

①2023年度契約内容の詳細について

【2022年4月～】 1名／1日あたりの保険料		【2023年4月～】 1名／1日あたりの保険料	
医師	4,900円	医師	4,900円
医師以外	3,740円	医師以外	3,740円

補償内容	保険金額
死亡・後遺障害	5,000万円
入院日額（1日あたり）	15,000円
通院日額（1日あたり）	10,000円
感染一時金（医師）	100万円
感染一時金（医師以外）	50万円

・なお、支払件数、もしくは損害率の急激な変化（悪化）など今後の動向をより注視すべき状況です。また、新たな変異株の出現により支払件数や損害率が確実に良化するとは言い切れない状況が続いています。

【主な特約】
 ・熱中症危険補償特約
 ・天災危険補償（地震・噴火・津波に伴う損害）補償特約
 ・JMAT活動中のみ補償特約（出勤時・往復時の負傷等を含む）

3. 新型コロナウイルス感染症対応人材ネットワークについて：[資料3](#)

＜猪口副会長＞

新型コロナウイルス感染症対応人材ネットワークについて、これまでの実績と今後の活動について報告する。昨年4月、日本医師会と四病院団体協議会、さらには全国自治体病院協議会、全国医学部長病院長会議、日本慢性期医療協会の全8団体の構成団体として、本ネットワークを立ち上げた。本ネットワークの事業は以下の2つ。① **新型コロナウイルス感染症対応として患者の受け入れに対応するための病床や入院待機施設等を安定的に確保するために、中等症以上の感染症患者のケアを行うための知識技能を有する人材、あるいは新たに感染症患者への対応を行う人材を確保するための研修の実施**、② **コロナ対応に従事する医師確保が各地域での対応では立ち行かなくなった際に、本ネットワーク研修で育成した人材を派遣する人材派遣事業**。人材派遣事業については、ネットワークを立ち上げて以来、幸いにも都道府県を越えての医師確保が必要な程の大規模な流行に至ることがなかったため、これまで実施していない。また人材育成事業は、中等症対応等研修と初期対応研修を実施してきた。それぞれの標準研修プログラムは4/15^{ページ}の通り。今年度、**初期対応研修については高知県吾川郡医師会で実施**。中等症対応等研修については、**全国医学部長病院長会議の協力のもと、各大学において実施した**。5/15^{ページ}は2月21日現在の状況だが、9大学で10回開催し受講者80名、そのうち医師は35名。3月末までに奈良県、京都府において残る2回を開催予定。京都大学の研修については、現在受講者を募集中。6/15^{ページ以降}は、これまで開催した中等症等対応研修の受講者に対するアンケート結果。

種類	対象	教科	概要	実地もしくはE-learning	所要時間(時間)
＜初期対応研修、中等症対応等研修プログラム＞	医師	流行状況と変異株の状況		E-learning	0.5
	医師	検査方法と結果の理解		E-learning	0.5
	医師	薬物的治療法		E-learning	1
	医師	人工呼吸管理・ECMO管理	ECMOの原理や適用、また専門家へ繋ぐ対応方法など	E-learning	0.5
＜中等症対応等研修プログラム＞	中等症以上を診療する医師向け	人工呼吸等の実践的な管理	人工呼吸器や、腹臥位療法、ネーザルハイフローなど呼吸療法全般を学ぶ。	E-learning	1
			E-learningで学んだ人工呼吸器や、腹臥位療法、ネーザルハイフローなど呼吸療法の実践	実地：ECMO Netによる現地指導や、またはNCGMや大学病院等で開催する実践研修	別途設定
＜選択式研修プログラム＞ 職種や職位、経験等によって求められる事項	病院管理者向け	COVID-19診療を行う医療機関での病院管理	BCPの運用、対策本部の設置運営、診療体制の構築と流行状況に応じた調整、院内での陽性者発生時の対応など	E-learning	1
	院内感染対策担当者向け (看護職員・医療従事者含む)	医療機関としての感染防止対策、およびクラスター発生時の対応	ゾーニング 入館時スクリーニング、入院時スクリーニング、術前スクリーニングなど	E-learning	1
			COVID-19の院内感染発生時の初期対応、クラスター発生時の感染対策		
中等症以上を診療する医師向け	医療機関で業務を通して行う訓練	人工呼吸や挿管等、シミュレーターを使ったトレーニングを行う。今までの経験値を「標準化」するための視察も含む。	実地：医療機関へ経験豊富な講師派遣を行う実践研修	別途設定	
				実地：NCGMや大学病院等で開催する実践研修	別途設定

4. 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けの変更等に関する対応方針等について（厚生労働省より）：[資料4](#)

＜厚生労働省 新型コロナウイルス感染症対策推進本部 宮崎審議官＞

「**感染症法上の位置付けの変更**」だが、1月27日に政府としての本部決定を行い、移行期間を置いた上で、5月8日から**実際に感染症法上に位置付けを変更する**という方針を発表した。3月上旬に**医療提供体制、また患者への支援の骨格について具体的な内容をまとめていく**ことで現在調整中。

2/31^{ページ}。新型コロナウイルス感染症は、現在、**新型インフルエンザ等感染症**ということ**で感染症法上の一番左側の類型に属している**。新型インフルエンザ等感染症の他、1類から5類までの感染症の**類型があり、指定感染症がまた別途、個別に指定する感染症として類型があるが、その中で現在新型インフルエンザ等感染症になっていたものを5類感染症に位置付けを変更する**という内容になる。

「**新型インフルエンザ等感染症**」は、**パンデミックを引き起こす感染症に対して、かなりタイムリーに色々な措置を打つ必要がある**との観点から、**感染症のできる措置の中で、一番幅広く措置をとった上で、何れもできる規定になっている**。その中には**入院の措置、外出自粛の要請などの行動制限を含めた措置が含まれる**。

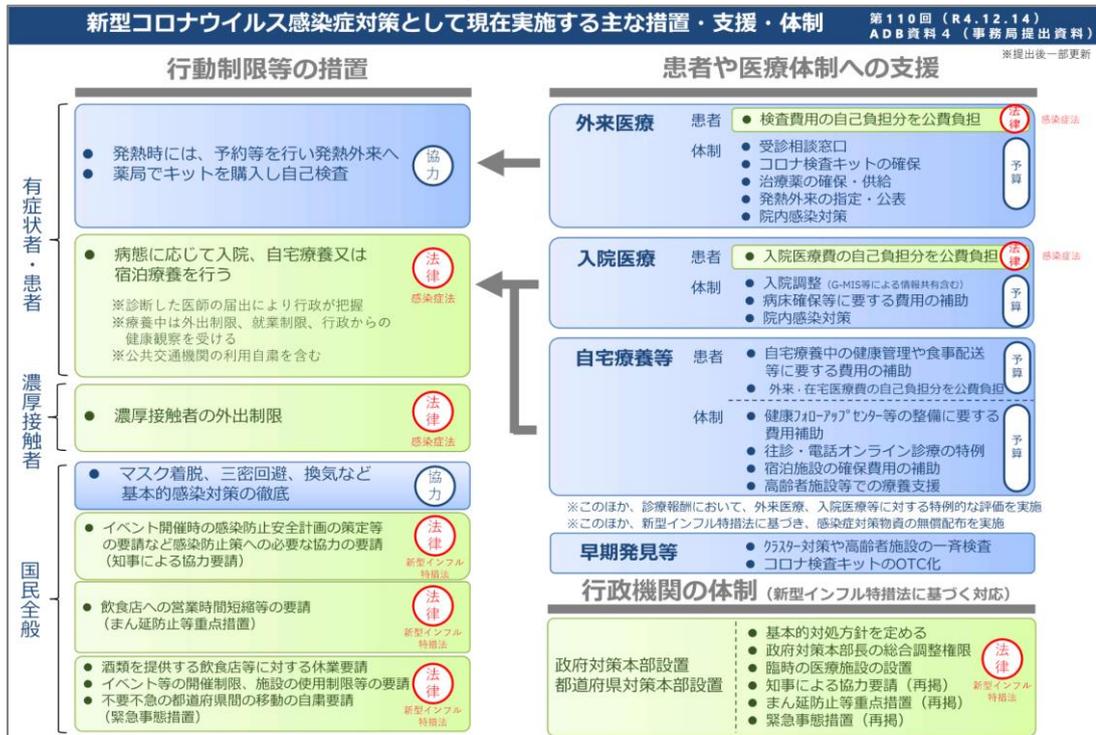
感染症法に基づく主な措置の概要							
	新型インフルエンザ等感染症	一類感染症	二類感染症	三類感染症	四類感染症	五類感染症	指定感染症
規定されている疾病名	新型インフルエンザ・再興型インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症・再興型新型コロナウイルス感染症	エボラ出血熱・ペスト・ラッサ熱 等	結核・SARS 鳥インフルエンザ (H5N1) 等	コレラ・細菌性赤痢・腸チフス 等	黄熱・鳥インフルエンザ (H5N1 以外) 等	インフルエンザ・性器クラミジア感染症・梅毒等	※政令で指定 (現在は該当なし)
疾病名の規定方法	法律	法律	法律	法律	法律・政令	法律・省令	政令
疑似症患者への適用	○	○	○ (政令で定める感染症のみ)	-	-	-	具体的に適用する規定は、感染症毎に政令で規定
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)	○ (直ちに)	○ (7日以内)	
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	-	-	△ (一部の感染症のみ)	△ (一部の感染症のみ)	△ (一部の感染症のみ)	○	
積極的疫学調査の実施	○	○	○	○	○	○	
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	○	-	-	-	-	-	

※ 感染症法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 (新型コロナウイルス感染症については適用なし)

3/31ページ。新型コロナウイルス感染症が変異を重ねて性質が変わっていく中で、対応についても、この法の下で一定程度柔軟化をしてきた。初期段階、病原性等が不明な段階では、例えば感染者数の全数把握も詳細に全例の届出をお願いしていたが、**昨年からはオミクロン株の特性に合わせて簡素化したり、届出を4類型に限定するというような対応**としている。

新型コロナウイルス感染症に係る感染症法上の主な措置の変遷			第110回 (R4.12.14) ADB資料4 (事務局提出資料)
	初期段階 (病原性等が不明)	現在 (病原性等が一定程度判明)	(参考) 季節性インフルエンザ
感染者の全数把握	○ 患者情報等を詳細に全例届出	△ 様式を大幅に簡素化し、届出は4類型に限定	△ 定点観測等
積極的疫学調査	○ 詳細な疫学調査を全例実施	△ 高齢者施設等に限定	△ 高齢者施設等必要に応じて実施
入院措置・勧告	○ 全ての患者	△ 高齢者等に重点化	× (法律上、適用できない)
患者・濃厚接触者の行動制限	○ 全ての患者・濃厚接触者 最大14日間	△ 患者は最大7日間 (有症状) 濃厚接触者は家庭内等に 限定し、最大5日間	× (患者の自主的な対応等へ)
在宅療養者への健康観察等	○ 在宅療養者に対して、保健所 等から直接電話等で連絡	△ 対象を重点化し、 ICTも活用して対応	× (法律上、適用できない)
水際措置 (検疫)	○ 入国時検査、施設での隔離等	△ ほとんどの水際措置を緩和	× (法律上、適用できない)
ワクチン・治療薬の開発状況	-	○	○

こうした中で、現在行われている措置は、[4/31ページ](#)に示すように、感染症法に基づく措置、**2類相当の新型インフルエンザ等感染症**という位置付けのため、法律に基づいて、行動制限に関わる様々な措置が行政上できるということになっていた。またそれに合わせて、患者や医療体制への支援ということで、法律上の措置あるいは予算上の措置が組み立てられている。このうち、緑で囲まれているところについては、法律上の措置なので、今回、**類型の変更に伴い、法律上の位置付けが変わる**。あるいは**根拠がなくなる形になるが**、その中で**患者や医療体制への支援の部分、特に予算に関するものを、今後どうしていくかが大きな課題**になっている。



[5/31ページ](#)。1月27日の政府新型コロナウイルス感染症対策本部決定において、**感染症法上の位置付けの変更に伴う様々な政策措置の見直し**に関して、**患者への支援の部分と医療提供体制については、現場の声も聞きながら、3月上旬を目途に具体的な方針を示すことが決められた**。①の患者への支援については、**急激な負担増が生じないように、入院外来の医療費の自己負担分に係る一定の公費支援について、期限を区切って継続**するとし、具体的な内容を検討するという大きな方向性が示された。また医療提供体制については、②として、**入院や外来の取り扱いについて、この▶印4つで書かれているような内容を示し、その具体的な内容を現在検討している**。その上で、このうち特に患者への支援の部分について争点となっているところを説明する。

「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更等に関する対応方針について」
(令和5年1月27日新型コロナウイルス感染症対策本部決定) (抜粋)

2. 感染症法上の位置づけの変更に伴う政策・措置の見直し

○ 新型コロナウイルス感染症が新型インフルエンザ等感染症に該当しないものとされたことに伴い、これまで講じてきた各種の政策・措置について、見直しを行う。このうち、**①患者等への対応と②医療提供体制については3月上旬を目途に具体的な方針を示す。**

①患者等への対応

- ▶ 急激な負担増が生じないように、入院・外来の医療費の自己負担分に係る一定の公費支援について、期限を区切って継続することとし、具体的な内容を検討する。

②医療提供体制

- ▶ 入院や外来の取扱いについては、原則として、インフルエンザなど他の疾病と同様となることから、幅広い医療機関で新型コロナウイルス感染症の患者が受診できる医療体制に向けて、必要となる感染対策や準備を講じつつ国民の安心を確保しながら段階的な移行を目指す。
- ▶ 外来については、位置づけの変更により、幅広い医療機関が新型コロナウイルス感染症の患者の診療に対応する体制へと段階的に移行していく。
- ▶ 入院については、位置づけの変更により、現在感染症法の規定を根拠に講じられている入院措置・勧告が適用されないこととなる。幅広い医療機関が新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れ、入院調整も行政が関与するものから個々の医療機関の間で調整する体制へと段階的に移行していく。
- ▶ 今後、診療・検査医療機関から広く一般的な医療機関による対応への移行、外来や入院に関する診療報酬上の特例措置や病床確保料の取扱い、重症者等に対する入院調整のあり方、高齢者施設等への検査・医療支援など各種対策・措置の段階的見直しについて、ウィズコロナの取組を更に進め、平時の日本を取り戻していく道筋について具体的な内容の検討・調整を進める。

4. 特措法に基づく措置の終了

○ 特措法に基づき設置された臨時的医療施設の取扱いについては、今後検討し、具体的方針を示す。

[7/31ページ](#)。患者の窓口負担に関して、5類感染症への移行に伴い、法的な位置付けとしては、医療保険を適用した上で、その自己負担分を支払っていただくというのが基本だが、大きな課題は、現場で使われている抗ウイルス薬、例えばレムデシビル、モルヌピラビルは、一治療あたりの薬価が、レムデシビルは250,000円強、モルヌピラビル（ラゲブリオ）は94,000円と、下のインフルエンザ等に対する抗ウイルス薬に比べると、かなり高額であること。これを患者に自己負担をお願いするという事になると、非常に高額な自己負担になる。これら以外にも、ファイザー社のパキロビッドパックや塩野義社のゾコーバがある。今後、保険収載に向けて、今、議論が進められているが、同様にインフルエンザの製剤に比べると、かなり高額になることが想定されるので、そうした点も含めて、この新型コロナウイルス感染症に対する抗ウイルス薬の取扱いが大きな焦点となっている。医療現場からは、公費支援を一定期間しっかり継続をして、処方・投与を控えるようなことのないようにとの要望をいただいております、その要望を踏まえて対応していくということで、調整をしている。

現在、保険収載されている抗ウイルス薬 (参考)

＜新型コロナウイルス感染症に対する抗ウイルス薬＞				
販売名	一般名	投与対象	現行薬価	1治療当たり薬価
ベクルリー点滴静注用100mg	レムデシビル	SARS-CoV-2感染症 (軽症～重症患者。軽症患者に使用する場合は重症化リスクを有する者)	63,342 円	253,368 円*
ラゲブリオカプセル200mg	モルヌピラビル	SARS-CoV-2感染症 (軽症～中等症 I 患者で重症化リスクを有する患者)	2,357.80円	94,312.00円

※ 軽症患者に対して標準的な投与期間で使用した場合

＜新型コロナウイルス感染症以外の呼吸器感染症に対する抗ウイルス薬＞				
販売名	一般名	投与対象	現行薬価	1治療当たり薬価
タミフルカプセル75	オセルタミビル リン酸塩	A型又はB型インフルエンザ*	242.20円	2,422.00円
ゾフルーザ錠20mg	バロキサビル マルボキシル	A型又はB型インフルエンザ*	2,438.80円	4,877.60円
ラピアクタ点滴静注液バッグ	ペラミビル水和物	A型又はB型インフルエンザ*	6,331 円	6,331 円
リレンザ	ザナミビル水和物	A型又はB型インフルエンザ*	132.90円	2,658.00円
イナビル吸入粉末剤20mg	ラニナミビル オクタン酸エステル水和物	A型又はB型インフルエンザ*	2,179.50円	4,359.00円

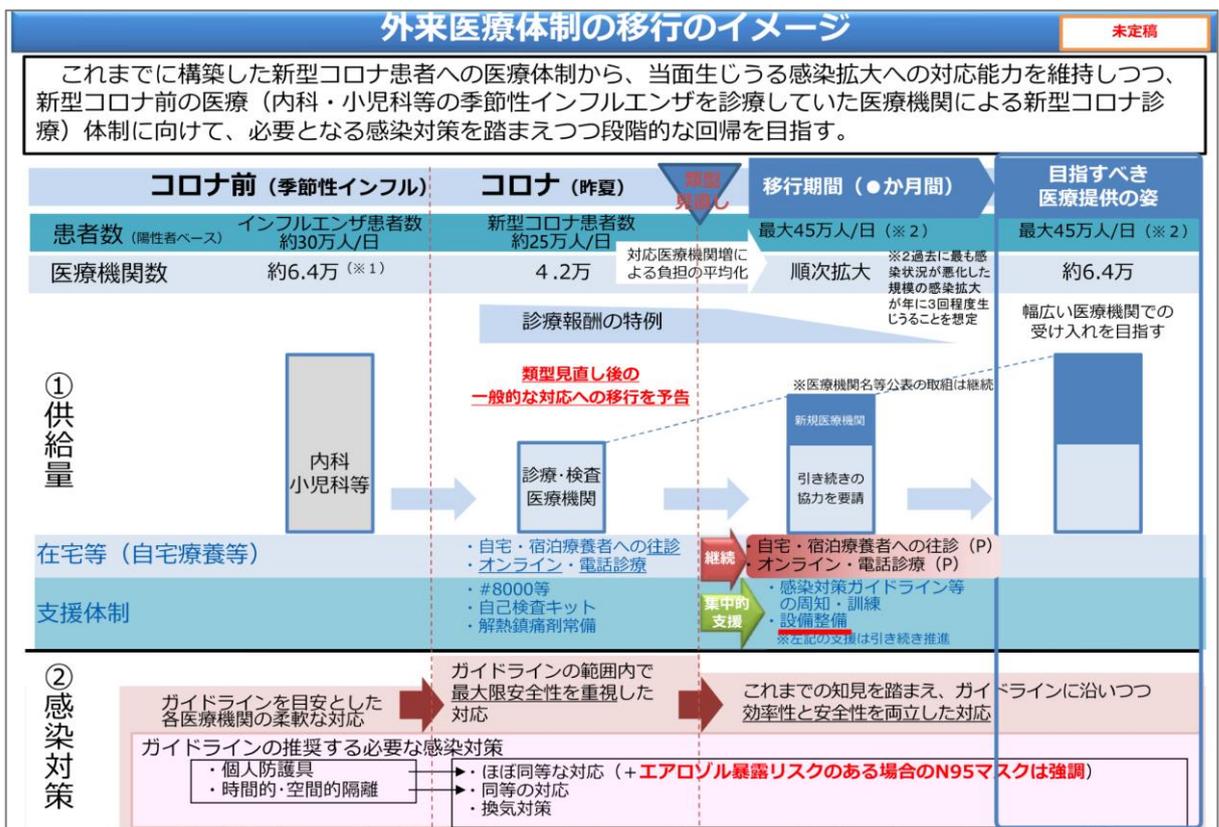
※ 重症化リスクに関する要件なし

[8/31ページ](#)。抗ウイルス薬の取り扱いに加え、例えば入院の場合について、どのような医療費になるのかを考えると、新型コロナウイルス感染症で入院される方、割合としては非常に少なくはなっているが、平均で10日ぐらい入院されている。そうすると入院費用自体は、かなり高額になる。医療保険の対応としては、このページで示している高額療養費の自己負担限度額を、ほとんどの方は超えると思われる。また、これに食費が加わる。現在、入院の医療費については、全て行政の措置による入院なので、全額感染症法に基づく負担金で処理をしており、費用負担ゼロ。もちろん新型コロナも高額療養費の上限枠は適用されるが、これまでゼロ円だった入院費用が引き上がることになり、この点についてどう考えるかを議論している。現場の意見も聞きながら、3月上旬の取りまとめに向けて調整したい。

患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額			
(平成30年8月～)			
70歳未満	年収約1,160万円～ 健保：標額83万円以上／国保：旧ただし書き所得901万円超	3割(※1)	月単位の上限額(円) 252,600+(医療費-842,000)×1% <多数回該当：140,100>
	年収約770～約1,160万円 健保：標額53万～79万円／国保：旧ただし書き所得600万～901万円		167,400+(医療費-558,000)×1% <多数回該当：93,000>
	年収約370～約770万円 健保：標額28万～50万円／国保：旧ただし書き所得210万～600万円		80,100+(医療費-267,000)×1% <多数回該当：44,400>
	～年収約370万円 健保：標額26万円以下／国保：旧ただし書き所得210万円以下		57,600 <多数回該当：44,400>
	住民税非課税		35,400 <多数回該当：24,600>
70歳以上	年収約1,160万円～ 健保：標額83万円以上／国保・後期：課税所得690万円以上	3割	外来(個人ごと) 上限額(世帯ごと) 252,600+(医療費-842,000)×1% <多数回該当：140,100>
	年収約770～約1,160万円 健保：標額53万～79万円／国保・後期：課税所得380万円以上		167,400+(医療費-558,000)×1% <多数回該当：93,000>
	年収約370～約770万円 健保：標額28万～50万円／国保・後期：課税所得145万円以上		80,100+(医療費-267,000)×1% <多数回該当：44,400>
	～年収約370万円 健保：標額26万円以下(※2)／国保・後期：課税所得145万円未満(※2)(※3)	70～74歳 2割(※4)	18,000 (年14.4万円(※5)) 57,600 <多数回該当：44,400>
	住民税非課税	75歳以上 1割	24,600
住民税非課税(所得が一定以下)		8,000	15,000

<厚生労働省 医政局 大坪審議官>

[10/31ページ](#)。外来の体制と入院の体制で分けて示す。昨年の夏の時点で、医療機関で発熱外来を担当した医療機関が4.2万。コロナ前の季節性インフルエンザ対応医療機関は6.4万。幅広い医療機関で、今後は外来を診るよという話があるが、医政局としては、インフルエンザを診療していた医療機関が対象の上限になるのではないかと考えている。6.4万という数字は、過去インフルエンザで1シーズン1回以上抗原定性検査を行っているところをレセプトから導いた数字だが、この差分が2.2万。一方で4.2万の発熱外来というのは、公表している医療機関数だが、様々な学会や医会、病院協会に話を伺うと、発熱外来の看板を出していなくても実際には対応していると言った声をたくさんいただいている。従って、見た目は4.2万だが、相当程度診療していただいていると思っているので、これを引き続き継続してもらえれば大変ありがたい。右側に「目指すべき姿」とあるが、今、診療を行なっているところから引き続き行なっていただき、過去に季節性インフルは診療していたが、ちょっとコロナはね、というところに支援をさせていただければ、一人でも診ていただくことが可能かと思ひ、ヒアリングを重ねている。例えば、無床診療所で外来対応の場合には、患者が急遽入院が必要になった時の調整は、今後、保健所がしなくなるので、お願いできるような体制が必要であるとか、感染対策として、[10/31ページ](#)に記載しているように、出来る支援として、感染ガイドラインの周知や訓練、設備整備、必要な物品等の補助金の支援は続けるよう、財政当局とも議論をしているところ。入院に関しては、8,205の病院調査で言うと、昨年の夏、コロナで病床確保していただいた重点医療機関が2,000弱ある。



2,000以外の医療機関でも、幅広く診ていただくことが理想だが、[16/31ページ](#)に、現行の入院患者の受け入れの状況をまとめている。令和3年9月から4年、直近の5年1月11日のところを縦に見ると、確保病床数が50,000弱病床を確保していただいているところの、入院患者が45,000弱。これをどこのベッドで診ていたかと言うと、必ずしも確保した病床で診ているとは限らず、実際には、病床確保で診ていたのが30,000で、それ以外の一般病床で15,000も診ていたとの実態がある。これまでの波を見ると、当初はコロナが何かわからないということで病院を限定していたが、徐々に実態が明らかになるにつれ、またクラスター等でやむを得ずご自分の病院で発生した患者を診ているといったケースが多くなったと想像できる。

現行の入院患者の受入状況

○ オミクロン株の発生以降、重症の入院患者が減少傾向にある一方、院内クラスターの発生等に伴い確保病床以外に入院している者が増加している。

Table with 5 columns: Date, 確保病床数 (うち重症者向け), 入院者数 (うち重症者), 確保病床に入院している者 (うち重症者), 確保病床以外に入院している者 (うち重症者). Rows include dates from Sept 2023 to Jan 2025.

(出典) 「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査結果」(厚生労働省調べ)
(注) 確保病床数は、実際に確保された病床数であり、「病床確保計画」の数値とは一致しない。

○ また、コロナの軽症で新規入院した患者の状況を分析した大阪府のデータ(令和4年2月1日~15日までの計222人の入院患者の分析)によると、

- ① 他疾患の緊急治療が優先され入院対象となった患者 19%
② コロナの治療のため入院療養となった患者 6%
③ 基礎疾患のリスク等を踏まえて入院となった患者 75%

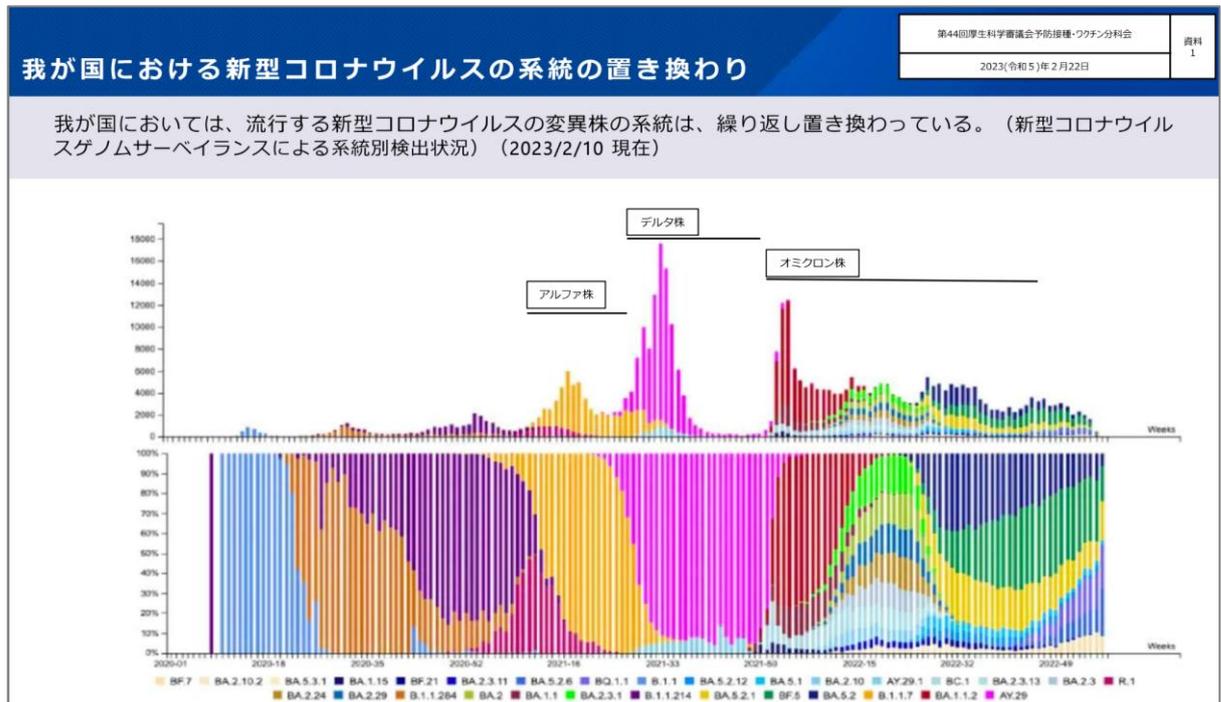
となっており、コロナ以外の疾患を理由として入院対象となる患者も一定程度発生している。

11/31ページ。実際には8,205の医療機関のうち、重点医療機関が2,000、その外に一般の医療機関で確保病床を持っているところが1,000、その外に2,000の一般病院に15,000床を診ていただいているということで、実に5,000の医療機関が、もう既にコロナの入院患者を受け入れていただいている。こういったところに引き続き協力を賜りながら、患者の受け入れを続ける上で、医政局として、どういった支援ができるかということを考えている。感染対策の設備整備や入院調整で、引き続き話を伺いながら、どういった仕組みが必要かを相談させていただいている。

入院医療体制の移行のイメージ. 未定稿. Diagram showing transition from pre-COVID medical system to current COVID system, including patient volume, hospital capacity, and support mechanisms.

ワクチンについて説明する。

[21/31ページ](#)は、株の変異について。オミクロンに移行してから、だいぶ長く日本においてもオミクロンで推移している状況。海外ではXBB等、流行っているが、我が国では、まだBA.4 5が主流。



[22/31ページ](#)。これまで提供したワクチンを1枚にまとめたもの。令和3年2月から、医療従事者から開始した初回接種、それ以降をこういったインターバルで、昨年の9月20日のオミクロン対応ワクチンまで、順次行なってきた。

		令和4												令和5			
		R3.2	~	R3.9	~	R3.12	~	R4.3	~	R4.5	~	R4.7	~	R4.9	~	R4.12	~
流行株の評価	感染力	アルファ株 従来株に比べ 推定1.32倍		デルタ株 アルファ株に比べ 1.5倍高い可能性				オミクロン株 デルタ株に比べ高い可能性									
	重篤性	アルファ株 従来株に比べ推定1.4倍 入院・死亡リスクが 高い可能性		デルタ株 アルファ株に比べ 入院リスクが高い 可能性				オミクロン株 デルタ株に比べ入院リスク、 重症化リスクは低い可能性 (季節性インフルに比べ致死率が高い)									
接種方針	初回接種開始	2/17	9か月半				12/1	6か月				5/25	4か月		7/22	9/20	
	3回目接種開始		9/17 検討開始			12/1 3回目接種開始		3/24 検討開始			5/25 4回目接種開始		7/22 検討開始		9/20 オミクロン株対応 ワクチン接種開始		
有効性の知見	薬事	初回接種開始時 ・発症予防 : ○ (臨床試験で確認) ・重症化予防 : - ※ 重症化予防効果は重症化した例数が不足しており検証が行えなかった。		3回目接種開始時 ・発症予防 : - ・重症化予防 : - ※ 中和抗体価上昇を確認				4回目接種開始時 ・企業による臨床試験ではなく、 論文等の情報収集によって議論				オミクロン接種開始時 ・発症予防 : - ・重症化予防 : - ※ 中和抗体価上昇のデータあり (BA.1.臨床 BA.4-5.非臨床)					
	リアルワールドデータ	・感染予防 : ○※1 ・発症予防 : ○※2 ・重症化予防 : ○※2 効果が確認されたものを○としている。(論文の例は以下) ※1 BMJ 2021;373:n1088 ※2 Nat Med 28, 1063-1071(2022)		・感染予防 : ○※3 ・発症予防 : ○※4 ・重症化予防 : ○※5 効果が確認されたものを○としている。 (論文の例は以下) ※3 Nat Med 28, 1063-1071(2022) ※4 N Engl J Med 2022; 386:1532-1546 ※5 N Engl J Med 2021; 385:1393-1400				・感染予防 : ○※6 ・発症予防 : ○※7 ・重症化予防 : ○※6 効果が確認されたものを○としている。 (論文の例は以下) ※6 NEJM 2022;386:1712-1720 ※7 NEJM 2022;386:1603-1614									

23/31ページ。令和5年度のワクチンについて、諸外国がどういったステートメントを出しているかをまとめたもの。出している国が少ないが、まずは米国で1つ方針が出ており、接種対象者は接種可能年齢の生後6ヶ月以上全てということで、タイミングは年1回、季節性インフルと同じようにシーズナルなワクチンに移行していくとのこと。一方でハイリスク者は年複数回ということがあり得るのではないかという見解。英国はむしろ重症化リスクが高い人に限っていくということで、健康な若い方たちのワクチンは去年の秋で終了という方針が出ている。カナダではまだ方針を決めるには時期尚早というステートメントが出ている。

(ご参考) 今後の新型コロナワクチンに関する諸外国状況			
※以下の国以外の国は、方針を明らかにしていない。			
国・地域	接種対象者	接種タイミング	使用ワクチン
米国 (FDA)	接種可能年齢の全員 (生後6ヶ月以上)	原則年1回、 ハイリスク者は年複数回	当面はオミクロン対応2価ワクチン (今後、定期的な株選定を実施)
※ 2/24 (日本時間夜)にCDCから、対象者、接種タイミング等について追加的な方針が示される可能性あり。			
英国 (JCVI)	重症化リスクが高い者のみ (※)	2023年秋に1回 少数の高齢者や免疫不全者は、2023年春に追加接種を提供する可能性	未定 (現在はオミクロン対応2価ワクチン)
(※)「重症化リスクが高い者」の具体的な範囲 > 50歳以上の者 > 5-49歳で臨床的高リスクの者 > 高齢者介護施設入居者とそのスタッフ、第一線の医療及び社会福祉従事者 > 12-49歳で免疫不全者と家庭内接触がある者、16-49歳の介護者			
カナダ (NACI)	現時点では方針は決めず、今後数ヶ月にわたりエビデンスを注視する。		

24/31ページ。ワクチンに関しては、感染症法ではなく予防接種法に基づいて行なっていることから、必ずしも感染症法上の5月8日の位置付けと連動せずに、予防接種法の中で、これまで作業をしてきている。現在の特例臨時接種だが、昨年の冬に感染症法の改正を行った際に予防接種法も改正し、「**全額国費で予防接種を行います**」としていた附則の第7条を改正し、右側の予防接種法の法則の中に入っている。行うことは同じで、**厚労大臣が決定**をして、**国が全額国費**で自己負担なしで接種をするという枠組み。

予防接種法における臨時接種類型の見直し					第44回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会 資料1 2023(令和5)年2月22日
改正前			改正後		
	定期接種	臨時接種	新臨時接種	臨時接種(コロナ特例)	
根拠	予防接種法第5条第1項	予防接種法第6条第1項 予防接種法第6条第2項	予防接種法第6条第3項	予防接種法附則第7条	根拠 予防接種法第5条第1項 予防接種法第6条第1項 予防接種法第6条第2項 予防接種法第6条第3項
趣旨等	平時のまん延予防 ・ A類：集団予防 ・ B類：個人予防	疾病のまん延予防上緊急の必要	B類疾病のうち病原性が低い疾病のまん延予防上緊急の必要	新型コロナウイルス感染症のまん延予防上緊急の必要	趣旨等 平時のまん延予防 ・ A類：集団予防 ・ B類：個人予防 疾病のまん延予防上緊急の必要 A類疾病のうち全国的かつ急速なまん延により国民の生命・健康に重大な影響を与える疾病のまん延予防上緊急の必要 ※ 新型インフルエンザ等感染症等を想定
主体	市町村長	市町村長又は都道府県知事 〔都道府県知事が市町村長に指示〕	都道府県知事 〔厚労大臣が指示〕	市町村長 〔厚労大臣が指示〕	主体 市町村長 市町村長又は都道府県知事 〔都道府県知事が市町村長に指示〕 市町村長又は都道府県知事 〔厚労大臣が指示〕 市町村長又は都道府県知事 〔厚労大臣が指示〕
対象者の決定	政令	都道府県知事	都道府県知事	厚労大臣	対象者の決定 政令 都道府県知事 厚労大臣 厚労大臣
費用負担	○市町村実施 A類： 地方交付税9割 B類： 地方交付税3割	○都道府県実施 国 1/2 都道府県 1/2 ○市町村実施 国 1/3 都道府県 1/3 市町村 1/3	○市町村実施 国 1/2 都道府県 1/4 市町村 1/4	国が全額	費用負担 ○市町村実施 A類： 地方交付税9割 B類： 地方交付税3割 ○都道府県実施 国 1/2 都道府県 1/2 ○市町村実施 国 1/3 都道府県 1/3 市町村 1/3 ○市町村実施 国 1/2 都道府県 1/4 市町村 1/4 国が全額
自己負担	実費徴収可	自己負担なし	自己負担なし	実費徴収可	自己負担 実費徴収可 自己負担なし(※1) 自己負担なし(※1) 自己負担なし
公的関与	A類： 勧奨○ 努力義務○ B類： 勧奨× 努力義務×	勧奨○ 努力義務○	勧奨○ 努力義務○	勧奨○(※2) 努力義務○(※2)	公的関与 A類： 勧奨○ 努力義務○ B類： 勧奨× 努力義務× A類： 勧奨○(※2) 努力義務○(※2) B類： 勧奨○(※2) 努力義務○(※2) A類： 勧奨○(※2) 努力義務○(※2) B類： 勧奨○(※2) 努力義務○(※2)

[26/31ページ](#)は、令和5年度のワクチンはどうなるのかをまとめたもの。先日2月22日の予防接種ワクチン分科会で、概ねの方針が取りまとめられたので、この内容が、ほぼほぼファイナルになるのではないかと考えている。来週もう一度、予防接種のワクチン分科会で、有識者に諮問をして答申をいただくというステップを踏んで、これでだいたい固まるのではないかと考えている。目的と対象者だが、対象者としては、**まずは高齢者など重症化リスクが高い者を対象とする**。その上で高くはない方も一定程度重症になっている方もいるので、**令和5年度においては、全ての方を対象として接種の環境を提供する**との意見をいただいている。予防接種法の位置付けだが、季節性インフルと同じように、定期のインフルエンザと同じようなB類という形で行うことも可能ではあるが、まだ今後の株が不確定であることから、**特例臨時を1年間延長したい**と考えている。**年に1回のワクチンのシーズンは秋と冬が良いのではないかと、9月から12月に接種可能な全ての方を対象にというご示唆をいただいている**。3)に戻るが、**重症化リスクなど、一部の免疫が不安定な方においては、前倒しで春に1回、春から夏にかけて1回**ということが良いのではないかとのご示唆をいただいている。従って、**高齢者等の重症化リスクが高い方は、令和5年においては春夏と秋冬に1回ずつ、普通一般の方においては秋冬に1回**とこういう形で、今ご意見をいただいている。

2023年度の接種について

2023(令和5)年2月22日 第44回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会 資料1

- 基本方針部会の取りまとめを踏まえ、重症化リスクの高い方等を対象として、2023年内に2回の接種を行うこととし、まずは春から夏（5月～8月）にかけて接種を行うこととしてはどうか。
 ○ さらに、全ての年齢の者を対象として、秋から冬（9月～12月）にかけて接種を行うこととしてはどうか。

事務局案

1) 目的及び対象者（再掲）

- まずは重症者を減らすことを目的とし、高齢者など重症化リスクが高い者を接種の対象としてはどうか。
- 重症化リスクが低い方であっても、重症者が一定程度生じており、接種機会を確保することが望ましいことから、全ての者を接種対象としてはどうか。

2) 予防接種法上の位置づけ

- 新型コロナウイルス感染症に対する予防接種は開始以来2年以上にわたって市町村を実施主体として行ってきたことから、A類又はB類疾病とした上で、定期接種とする方法が考えられるものの、現時点で、
 - 感染症の流行は継続しており、感染症の疫学的状況、ワクチンの有効性の持続期間等には十分なデータが得られていない部分があること
 - 基本方針部会の議論において、2023年度は現在接種を行っている全ての年齢の者に接種を行うこととされたこと
 等から、2023年度においては特例臨時接種の類型を延長することにより、接種を継続することとしてはどうか。その際、2024年度以降に予防接種を継続する場合には、安定的な制度の下で実施することを検討することが適当である。

3) 2023年春夏の接種について

- 基本方針部会の議論においては、まずは、重症者を減らすことを目的とし、特に重症化リスクが高い方等には秋冬を待たずに接種することも念頭に、今後の感染拡大や諸外国状況等を注視することとされた。
- 新型コロナウイルスワクチンの有効性の持続期間については、報告によっては長期に維持されるとするものもあるが、短いものでは6ヶ月程度で減速するとの報告もある。令和4年秋開始接種から1年が経過する2023年秋冬を待たずに、2023年春から夏（5月～8月）と一定の時期を定めて、重症化リスクが高い者に接種を行うとともに、健康人であっても重症化リスクが高い方が集まる場所においてサービスを提供する医療機関や高齢者施設・障害者施設等の従事者に接種機会を確保することとしてはどうか。
 - ※ 従来ワクチンの知見においては、一時的であっても感染予防効果と二次感染予防効果があり、健康人であっても重症化リスクが高い方が集まる場所においてサービスを提供する医療機関や高齢者施設・障害者施設等の従事者に接種機会を提供することは、間接的に重症化リスクが高い方を保護する効果が期待される。
- 基本方針部会の議論を踏まえ、使用するワクチンはオミクロン株対応2価ワクチンを基本としてはどうか。
 - ※ 令和4年秋開始接種と同様、何らかの理由でmRNAワクチンが接種できない方においては、組換えタンパクワクチン等の選択肢を確保することも考えられる。

4) 2023年秋冬の接種について

- 基本方針部会の議論を踏まえ、2023年秋冬（9月～12月）には接種可能な全ての方を対象に接種を実施することとし、使用するワクチンについて、2023年度早期に結論を得るよう、検討を進めてはどうか。

[27/31ページ](#)。対象者5歳以上の全ての方で、**秋冬に1回、医療従事者を含めた重症化リスクが高い者は、春夏にもう1回追加をする**。公的関与と書いてあるのは、一般的に臨時接種というのは努力義務がかかっていたり、勧奨接種というものがかかるが、**今回勧奨する努力義務をかける者は重症化リスクが高い者で良いのではないかと**されている。それ以外の方については、**接種の機会を提供する**という形で、ご本人の判断に任せるという形が適当ではないかとの意見をいただいている。今後の予定だが、3月上旬に法令改正等の諮問答申をいただいた後に、これが決定されて、**5月から接種が開始**することを予定している。

2023年度の接種について

- 特例臨時接種の期間は現時点で令和5年3月末まで。
- 令和5年4月以降のワクチン接種について、昨年12月13日より、検討を開始。
- 2月22日の厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会において、以下の方向性が示された。

1. 方向性のポイント

令和5年度の接種について、特例臨時接種を1年間延長（～令和6年3月末）（自己負担なし）

【対象者】
対象者は5歳以上の全員。

【接種のタイミング】
令和5年の秋冬に1回行う。
重症化リスクの高い者及び重症化リスクが高い者が集まる医療機関や介護施設等に従事する者については、春夏にも1回接種を行う。

【使用するワクチン】
春夏の接種には、オミクロン株対応2価ワクチンを使用。
秋冬の接種に使うワクチンは今後検討。

	対象者	公的関与		
		努力義務	接種勧奨	
①令和5年春開始接種（5～8月）	イ 高齢者（65歳以上） ロ 基礎疾患を有する者 ハ 医療従事者・介護従事者等 （従来株ワクチンの4回目接種と同じ範囲）	高齢者・基礎疾患	○	○
		医療従事者・介護従事者等	×	×
②令和5年秋開始接種（9月～12月）	初回接種を完了した5歳以上の全員	高齢者・基礎疾患	○	○
		その他の者	×	×

2. 今後の予定

3月上旬	分科会において必要な法令改正等を諮問・答申
5月	高齢者等を対象とした接種を開始
9月	全員を対象とした接種を開始

[28/31ページ](#)は、重症化リスクが高い者を一覧でまとめたもの。分科会で諮った資料。

重症化リスクが高い者について

事務局案

○ 2023年度の接種における重症化リスクが高い者は、

- ① **高齢者（65歳以上の者）**
- ② **以下の基礎疾患を有する者その他重症化リスクが高いと医師が認める者**としてどうか。

<p style="background-color: #e0f2f1; padding: 2px;">18歳未満の方の場合</p> <p>以下の病気や状態の方で、通院／入院している方</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 慢性呼吸器疾患 2. 慢性心疾患 3. 慢性腎疾患 4. 神経疾患・神経筋疾患 5. 血液疾患 6. 糖尿病・代謝性疾患 7. 悪性腫瘍 8. 関節リウマチ・膠原病 9. 内分泌疾患 10. 消化器疾患・肝疾患等 11. 先天性免疫不全症候群、HIV感染症、その他の疾患や治療に伴う免疫抑制状態 12. その他の小児領域の疾患（高度肥満、早産児、医療的ケア児、施設入所や長期入院の児、摂食障害） 	<p style="background-color: #e0f2f1; padding: 2px;">18歳以上の方の場合</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 以下の病気や状態の方で、通院／入院している方 <ol style="list-style-type: none"> ① 慢性の呼吸器の病気 ② 慢性の心臓病（高血圧を含む。） ③ 慢性の腎臓病 ④ 慢性の肝臓病（肝硬変等） ⑤ インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病又は他の病気を併発している糖尿病 ⑥ 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。） ⑦ 免疫の機能が低下する病気（治療中の悪性腫瘍を含む。） ⑧ ステロイドなど、免疫の機能を低下させる治療を受けている ⑨ 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患 ⑩ 神経疾患や神経筋疾患が原因で身体の機能が衰えた状態（呼吸障害等） ⑪ 染色体異常 ⑫ 重症心身障害（重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態） ⑬ 睡眠時無呼吸症候群 ⑭ 重い精神疾患（精神疾患の治療のため入院している、精神障害者保健福祉手帳を所持している、又は自立支援医療（精神通院医療）で「重度かつ継続」に該当する場合）や知的障害（療育手帳を所持している場合） 2. 基準（BMI 30以上）を満たす肥満の方
--	--

[30/31ページ](#)。子どもの接種について。12歳以上の成人では、令和3年の2月から初回接種を開始し、この間、2年接種を続けているところだ。一方で5歳～11歳の接種が始まったのは、令和4年2月で、まだ1年しか経過していない。さらに小さい乳幼児の接種が始まったのは昨年10月なので、ここは別枠として期間延長が適当ではないかと考えている。これについても追って連絡、通知を出す予定。

小児・乳幼児に対する接種の状況について

5～11歳の小児及び生後6ヶ月～4歳の乳幼児に対する接種は、それ以外の年齢層に比べ、接種できる期間が短い等の状況がある。

(1) 接種開始後の期間について

- 12歳以上への接種は令和3年2月の開始以降、令和5年3月末までの約2年1か月の間実施されてきた一方で、5～11歳の小児に対しては約1年1か月、乳幼児に対しては約5か月の接種期間となっている。

(2) 小児・乳幼児への接種を取り巻く状況

- 副反応に対する懸念から接種を躊躇する保護者がいる中で、子どもやその保護者が自ら接種の判断ができるよう、丁寧な情報提供が求められることから、より充実した周知・広報が必要である。
- 乳幼児については、定期的接種（肺炎球菌ワクチン等）との接種間隔も考慮する必要があることから、接種に特別の配慮が必要である。
- こうした状況から、小児の接種は成人とは異なる状況にあり、十分な接種機会の確保が必要と考えられる。

(3) 接種の伸びの状況

- 1日当たりの接種回数は、8月頃の小児への感染拡大が見られた時期には接種回数が増加する場面もあり、現在は低いものの継続して接種が伸びている状況。
- 乳幼児の接種については、徐々に接種数が伸びている状況にある。

● 接種開始後の期間の比較

● 5～11歳小児及び4歳未満の乳幼児の接種状況（接種率及び平均接種回数）

出典：VRSデータ（1月30日時点）

[31/31ページ](#)。乳幼児の話は前述の通りだが、これは**財政支援**について。接種体制の補助金等について、今後の取扱いに関して、ただ今、財政当局と議論を行っている。方針が固まり次第、改めてお知らせするが、**基本的には特例臨時が延長という形で続けたい**と考えている。

今後の新型コロナワクチン接種についての主な質問

<小児・乳幼児への接種について>

Q1. 小児や乳幼児の接種については、令和5年3月末までに希望する方が接種できない状況が懸念されるが、小児や乳幼児に対する接種の実施期間の延長はしないのか。

▶ 2月8日の予防接種基本方針部会において、小児及び乳幼児については、接種できる期間が短かったことから、当面、現在の接種を行うべきであるとの見解が取りまとめられました。また、2月22日の厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会においても同様の見解が示されました。

▶ 今後、厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会において、3月上旬にとりまとめを行い、最終的な結論を得ることとしています。

<財政支援について>

Q2. 4月以降の接種体制補助金等の扱いはどうなるのか。

▶ 仮に特例臨時接種が4月以降も継続となった場合は、接種費用（負担金）の他、市区町村等の接種体制確保に要する経費への補助も継続する方向で調整中です。

▶ ただし、これまでの短期間で多くの方々へ接種するために行ってきた緊急的・特例的な支援等については、見直しを検討しております。

▶ 方針が固まりましたら改めてお知らせいたします。

5. その他【かかりつけ医機能が発揮される制度整備について】：資料5

<益菴常任理事>

1ページにあるような議論が行われてきた。

経済財政運営と改革の基本方針2022 (骨太の方針、令和4年6月7日、閣議決定)

また、医療・介護提供体制などの社会保障制度基盤の強化については、今後の医療ニーズや人口動態の変化、コロナ禍で顕在化した課題を踏まえ、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するため、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めることとし、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行うとともに、地域医療連携推進法人の有効活用や都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進する。

閣議決定は骨太の方針の「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」であり、財務省財政審が主張する①法制上明確化、②認定するなどの制度、③事前登録・医療情報登録ではない。

かかりつけ医機能に関する議論の流れ



その中で日本医師会は、3ページの「地域に根ざした医師の活動」をもう1回洗い直した。4ページにある医療政策会議、そして、そのかかりつけ医ワーキングでの議論を重ねて、日本医師会の主張を整理してきた。2月10日に、この法案の閣議決定が行われ、今後、国会での議論が行われて法案が成立し、その後、今度は省令あるいは政令等の整備が行われて、実際にいい法律が施行されることになる(12ページ)。13ページ、松本会長が言われた、この部分が非常に大事で、かかりつけ医機能報告について、「報告に基づいてかかりつけ医機能を認定するようなものでない」という見解、そして「機能を持っていないからその人はかかりつけ医ではないと言った話ではない」ということ、そして「病院、診療所あるいは診療科を問わずに診られるものがかかりつけ医機能であって、あくまでも患者さんが選ぶものだ」ということで、日本医師会として、かかりつけ医機能の充実強化に引き続き力を注ぐということを表明している。一番最後の15ページは、制度整備にあたっての日本医師会の主な考え方。かかりつけ医はあくまでも国民が選ぶものであるということ、かかりつけ医を持つことを義務付けたり、割り当てたりすることには反対している。診療科別や専門性の観点から、複数のかかりつけ医を

患者さんが持つことが多い。これは当然のことだと思う。1人の医師だけを登録するというようなことはありえないと考えており、「人頭払い」という主張に対しては、これは現状の我が国の医療の体制では、決してそぐわないと思う。かかりつけ医機能を発揮する医療機関は、診療科や病院、診療所の別を問うものではないこと。そして1つの医療機関において、かかりつけ医機能全てを持たなければならないわけではなくて、地域において連携を図ることで、面として、かかりつけ医機能を果たしていくということ、「かかりつけ医」、それから「かかりつけ医以外」の医師を決して区別することはあってはならない、区別するものではないということ。最後に、医師も自ら「かかりつけ医」として選ばれるよう積極的に研鑽を積む。このために日本医師会の生涯教育、あるいはかかりつけ医機能研修をさらに充実していかなければならないとの方針の下、今後の方向で厚労省との協議、相談に臨みたいと考えている。

かかりつけ医機能の制度整備にあたっての日本医師会の主な考え方

令和5年2月15日に日本医師会は定例記者会見を開催し、「かかりつけ医機能の制度整備」について以下8項目を中心に改めて考えを示した。

かかりつけ医はあくまで国民が選ぶものである。国民にかかりつけ医を持つことを義務付けたり、割り当てたりすることには反対である。

診療科別や専門性の観点から複数のかかりつけ医を持つことも多く、かかりつけ医は複数あることが自然である。

1人の医師だけを登録するという、いわゆる「登録制」は、患者さんの医療へのアクセス権、医師を選ぶ権利を阻害する提案である。国民・患者さん側からすれば、かかりつけ医を固定するような提案は、決して望んでおられない。

「人頭払い」という主張があることも承知しているが、高度な医療がなかった時代はともかく、現代の複雑かつ高度な医療においては現実的な提案ではない。

かかりつけ医機能を発揮する医療機関は、診療科や病院・診療所の別を問うものではない。

必ずしも一つの医療機関においてかかりつけ医機能のすべてを持たなければならないわけではない。地域で面としてのかかりつけ医機能をしっかりと果たしていくべきである。

「かかりつけ医」と「かかりつけ医以外の医師」を区別するものではない。

医師も自ら「かかりつけ医」として選ばれるよう積極的に研鑽を積むことが重要である。

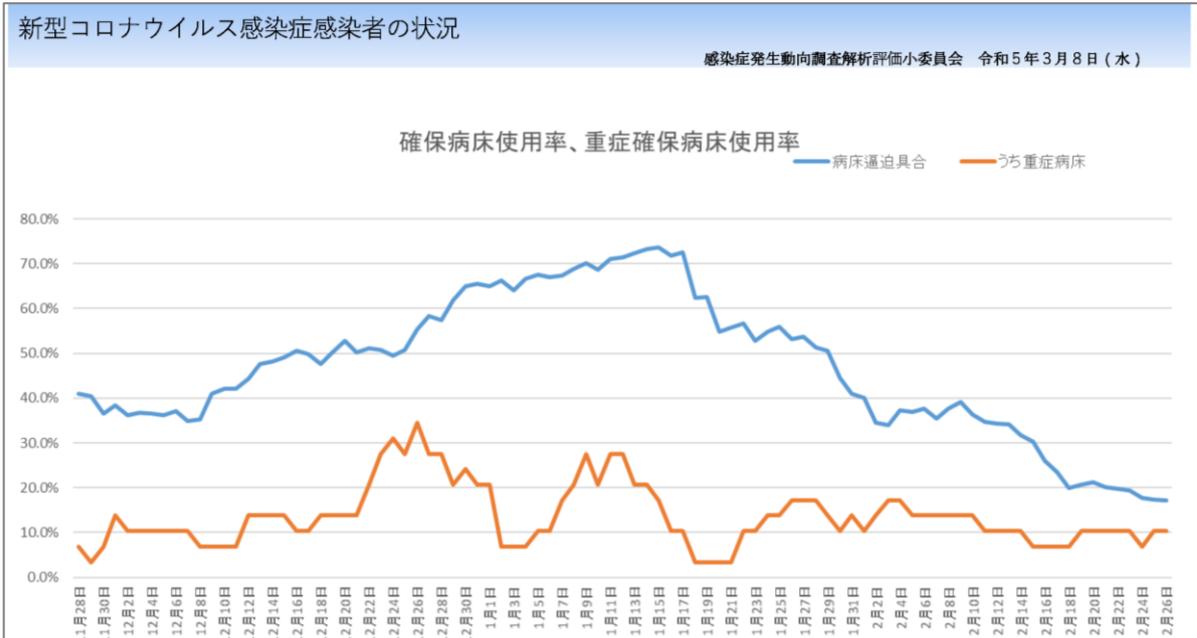
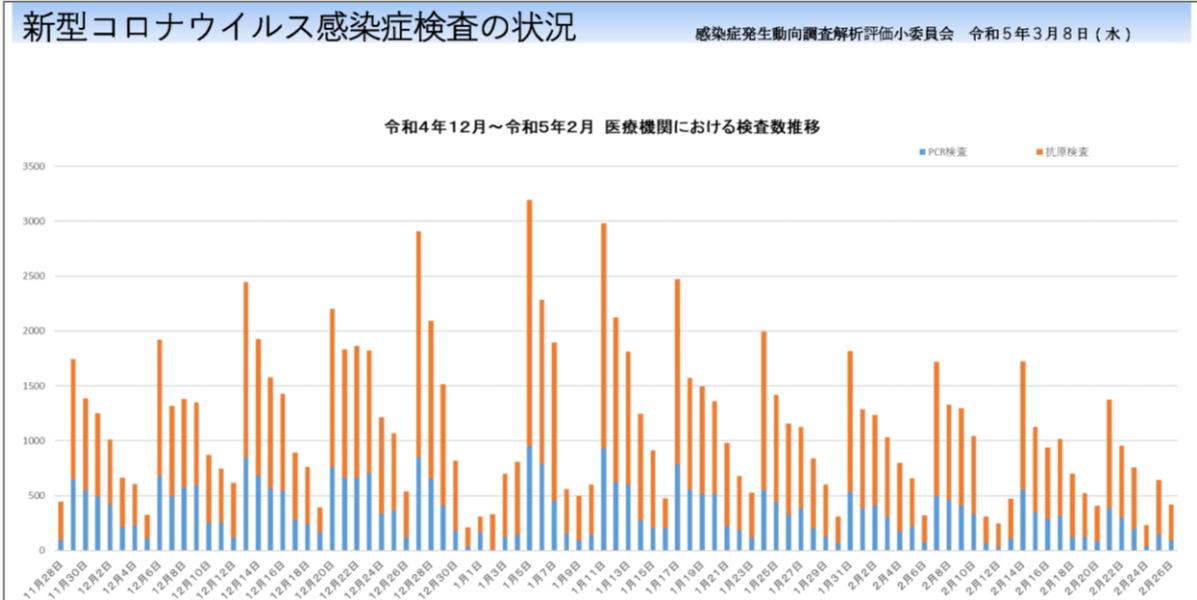
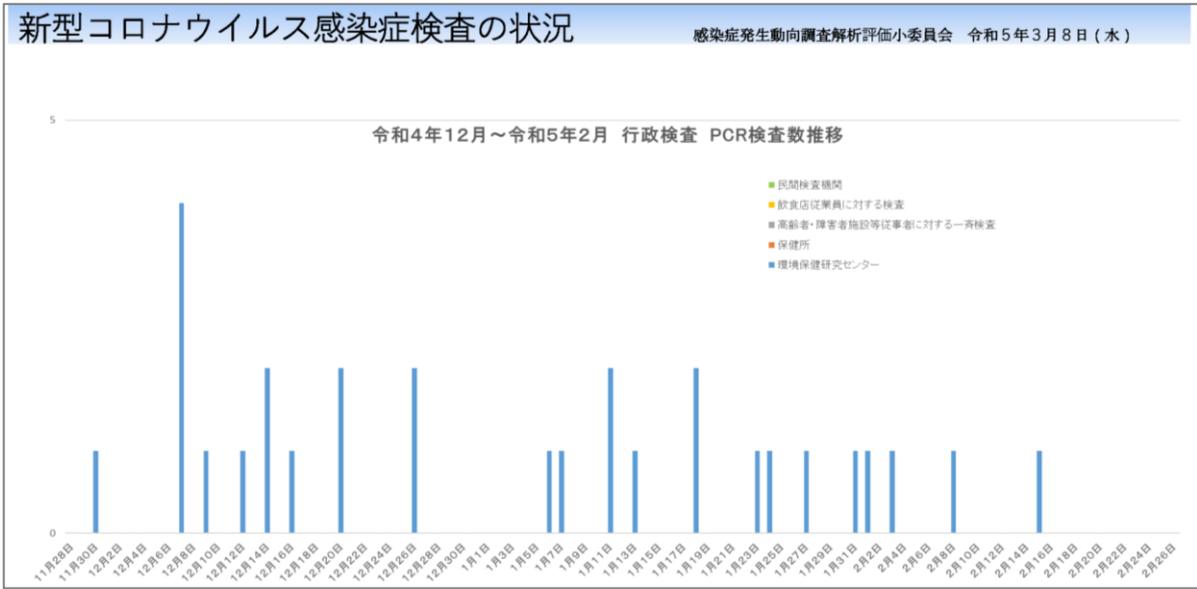
*日本医師会 定例記者会見「全世代社会保障法案の閣議決定を受けて」(令和5年2月15日) <https://www.med.or.jp/nichiionline/article/011041.html>

<厚生労働省 医政局 大坪審議官>

[15ページ](#)で示していただいた通りであり、強いて言えば、私どもの法案の中で、「かかりつけ医」について、**パーソンの医師について何か定めは全く持っていない**。ここで色々と指摘をいただいているようなことは一切なく、いわゆるかかりつけ医の機能として、地域として、そういった医療の機能が十分であるかや、人口動態から踏まえて、もう少しこういった機能があった方が良いのではないかということ、地域の協議の場で議論をいただくということに尽きるので、**個々個人のかかりつけ医については条文上ただの一度も出てこないし、そうしたものを定めるものではない**。

3. トピックス

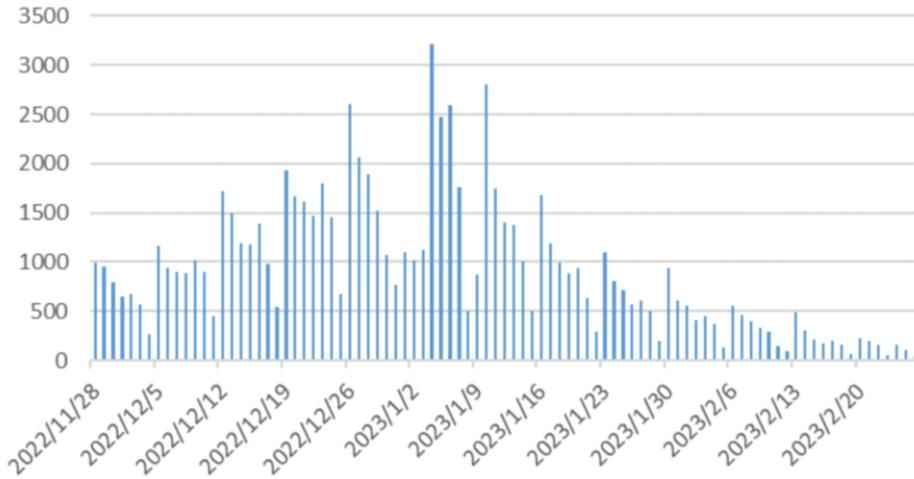
《香川県における最近の新型コロナ感染状況 (香川県感染症発生動向調査解析評価小委員会より、令和5年3月8日開催)》



新型コロナウイルス感染症感染者数の推移

感染症発生動向調査解析評価小委員会 令和5年3月8日(水)

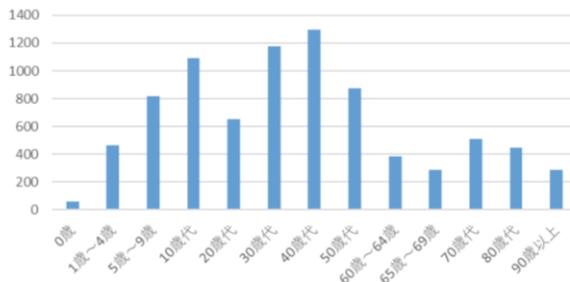
新規感染者数の推移



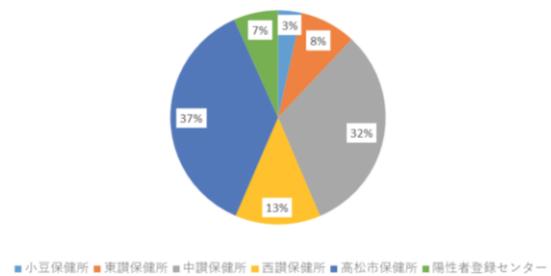
新型コロナウイルス感染症感染者の状況

感染症発生動向調査解析評価小委員会 令和5年3月8日(水)

令和5年2月 年齢別感染者数

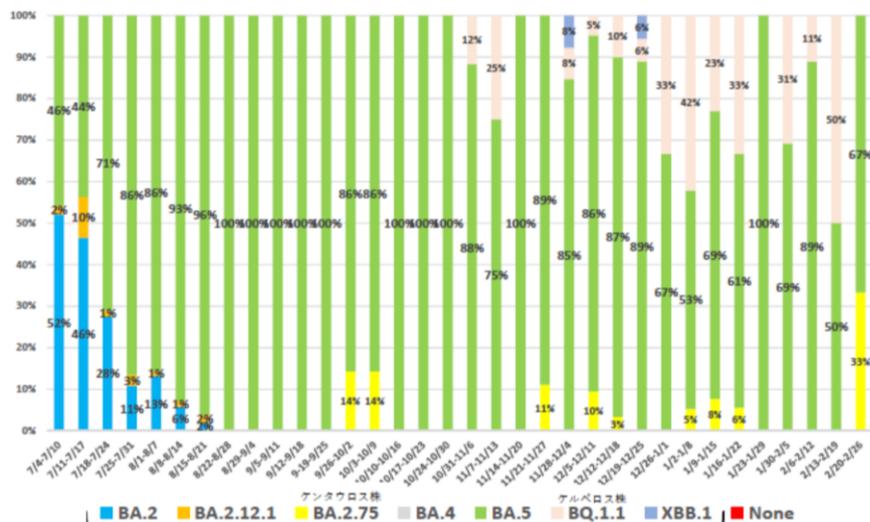


令和5年2月 保健所別感染者数



新型コロナウイルス感染症のオミクロン株置換状況

感染症発生動向調査解析評価小委員会 令和5年3月8日(水)



オミクロン株

※過去2週間程度の入院事例や新たなクラスター事例等から検査対象を40事例程度サンプリングしたものを分析

《mRNAワクチンは安全か？》

ようやく第8波も収束に向かっており、医療の現場も落ち着きを取り戻しつつある。そんな中、本年2月8日に厚生労働省が「2023年度以降の新型コロナワクチンの接種の方針についての議論のとりまとめについて」を公開した（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_31004.html）。以下に概要とワクチン接種方針を転載する。

厚生科学審議会 予防接種・ワクチン分科会 「予防接種基本方針部会とりまとめ概要」
<https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/001055044.pdf>

今後の接種方針（概要）

新型コロナウイルス感染症の疫学的状況及び変異、ワクチン接種による免疫の基礎的知見、ワクチンの有効性に関する科学的知見を踏まえ、現時点において2023年度の接種の方針を以下のとおりとりまとめた。

1) 対象者

- まずは重症者を減らすことを目的とし、高齢者など重症化リスクが高い者を接種の対象としてはどうか。
- 重症化リスクが高くない者であっても、重症者が一定程度生じており、接種機会を確保することが望ましいことから、全ての者を接種対象としてはどうか。
 子ども（5歳～11歳）や乳幼児（6ヶ月～4歳）は、接種開始からの期間が短いため、あわせて接種期間を延長する。（子ども：2022年2月より接種開始、乳幼児：2022年10月より接種開始）

2) 接種スケジュール

- 以下の点を踏まえ、昨秋以降の接種歴を問わず、秋冬には次の接種を行うべきではないか。
 - 疫学的知見からは、重症化予防効果は接種後6ヶ月以上、死亡予防効果は接種後10ヶ月以上持続すると示唆。
 - 免疫学的知見からは、重症化予防効果等に寄与する免疫記憶は、より長期に継続すると示唆。
 ➤ 有効性の十分な持続が見込めないと判断できる時期は接種後1年程度と考えられる。
 - 感染症の流行周期は明らかではないものの、流行開始以降、年末年始周辺に死者数や感染者数等の比較的大きなピークを認めている。
 ➤ 少なくとも年末には接種の有効性を発揮する必要があると考えられる。ただし、特に重症化リスクが高い方等に秋冬を待たずに接種することも念頭に、今後の感染拡大や諸外国状況を注視する。

3) 使用するワクチン

- 変異株についての予見は困難であり、幅広い抗体の産生が期待できるワクチンを使用することが適当。
 ➤ 当面は広い抗原性を持った株の成分を含んだワクチン、すなわち現在使用している従来株とオミクロン株の成分を含む2価ワクチンを使用することが妥当ではないか。
 今秋以降に使用するワクチンについては引き続き検討。

「2023年度以降の新型コロナワクチンの接種の方針について」
<https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/001055044.pdf> の抜粋。

2. 新型コロナワクチンについて現在得られている知見等

(1) 新型コロナウイルス感染症の疫学的状況及び変異について

：
 ： 略
 ：

(2) オミクロン株対応2価ワクチンを接種した場合の免疫原性及び免疫の基礎的な知見について、オミクロン株対応2価ワクチンを接種した場合の免疫原性については、以下のような報告がある。

(参考資料3-10P)

- 従来株を含めて幅広い株に対して中和抗体価が上昇する一方で、オミクロン株対応2価ワクチン接種後、オミクロン株に対して、期待していたほど中和抗体価が上昇しない。
- 従来型ワクチンの接種でも、交差免疫の獲得によると考えられるオミクロン株に対する中和抗体価の上昇が見られるが、オミクロン株対応2価ワクチンを接種した方が、オミクロン株に対して、より高く中和抗体価が上昇するとの報告も見られる。（参考資料4-6P）
- 免疫記憶の持続期間について、①3回の従来型ワクチン接種後6ヶ月まで記憶リンパ球を計測したデータ、②変異株発生前の感染者を対象として、1年近くまで記憶リンパ球を計測したデータ、が報告されており、いずれにおいても記憶リンパ球は維持されていると報告されている。（参考資料11-13P）

- 免疫刷り込みと呼ばれる現象も指摘されている。この現象では、従来株の抗原に曝露した結果、従来株に特異的な中和抗体や従来株と変異株のいずれにも作用する抗体（交差抗体）が誘導される一方で、変異株に特異的な中和抗体が誘導されづらくなることが想定される。オミクロン株対応2価ワクチン接種後、オミクロン株に対して、期待していたほど中和抗体価が上昇しないことについては、この免疫刷り込み現象による可能性も考えられる。（参考資料14-15P）
 - 一般的に、一度獲得した免疫の刷り込みの影響を打ち消すことは困難と言われているが、仮にオミクロン株単価ワクチンを繰り返し接種した場合、昨年秋から開始している従来株とオミクロン株との2価ワクチン接種時にみられたことと同様の現象が生じるか否か、また、基礎データで示唆される免疫刷り込み現象や免疫記憶の持続性が臨床的にどういった効果を及ぼすか等については不明確であり、今後の知見が求められる。
- (3) ワクチンの有効性に関する疫学的知見について
- 従来株ワクチンの有効性については、長期の追跡データが報告されている。オミクロン株流行下において以下の通り。
 - 入院予防効果については、6ヶ月程度（接種4-5ヶ月後で66%、接種6-7ヶ月後で41%）、あるいは1年程度（接種9-11ヶ月後で51.1%、接種12-14ヶ月後で52.3%、呼吸器疾患と診断された2日以上の上院を防ぐ効果）
 - 死亡予防効果については、40週間以上（接種25-39週間後で62.6%、接種40週間以降で56.9%）、といずれも一定程度保たれたことが報告されている。（参考資料16-21P）
 - オミクロン株対応2価ワクチンの有効性についても、発症予防効果及び重症化予防効果（入院予防効果及び死亡予防効果）が確認されている。ただし、最長の追跡期間は2ヶ月程度であり、効果の持続期間については不明確である。（参考資料22-26P）
 - 従来株ワクチンのデータであるが、自然感染とのハイブリッド免疫により重症化予防効果が長期間継続すること、短期間で遁滅するものの、初回接種においては二次感染予防効果があることが示されている。（参考資料27-28P）

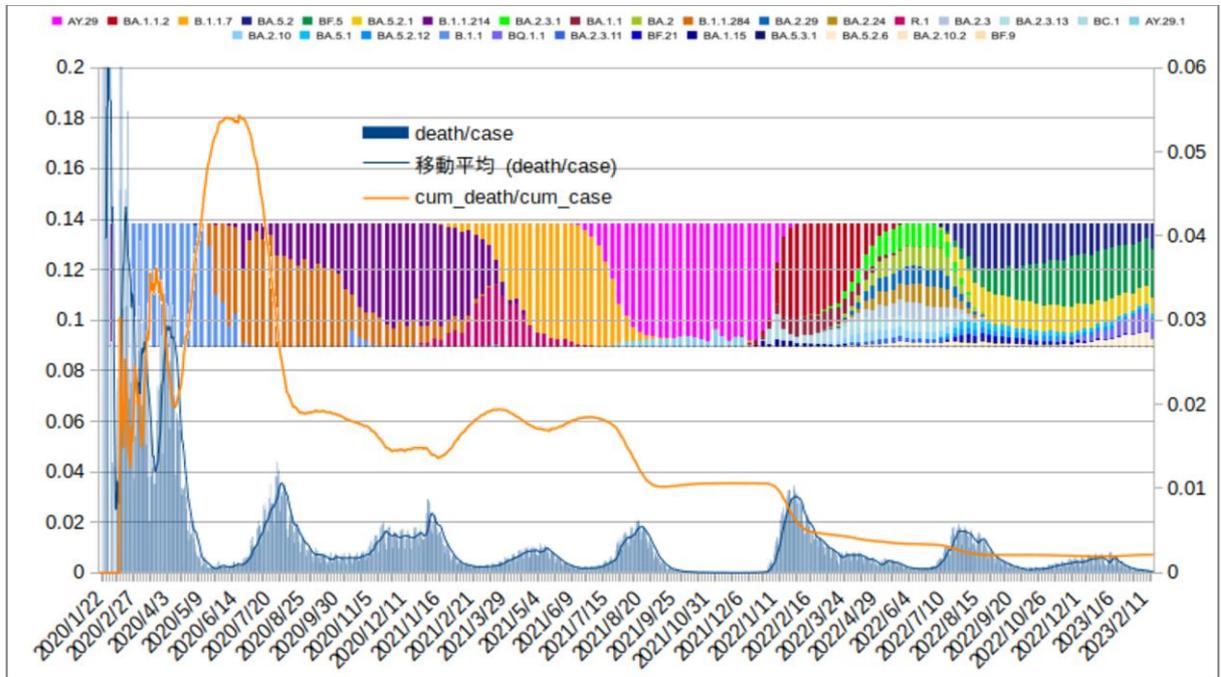
3. 知見等から得られる考察

：
： 略
：

(3) 接種のスケジュール

- 接種スケジュールには以下の2つの考え方がある。
 - 考え方1 感染症の流行を考慮
感染症の流行に合わせ、流行する時期に接種を行うことが考えられる。
 - 考え方2 有効性の持続期間を考慮
重症化予防効果の持続期間を考慮し、接種を追加していく方法が考えられる。第一期及び第二期追加接種においては、重症化予防効果等が経時的に遁滅すること等を踏まえ、追加接種の時期を判断している。
- 「考え方1」について、流行開始以降、年末年始周辺に比較的多くの死者数等を伴う流行を認めている。ここから、**少なくとも年末年始には接種の有効性を発揮する必要がある**。
- 「考え方2」について、有効性は経時的に低下することが示されているが、従来株ワクチンであっても、オミクロン株流行下で、入院予防効果、重症化予防効果については、最低6ヶ月、報告によっては1年程度、死亡予防効果については、40週間（10ヶ月）以上、一定程度保たれたと報告されている。現在のオミクロン株対応2価ワクチンも含めて、流行株に対応したワクチンであれば、持続期間が改善する可能性もある。
- 免疫学的な知見からは、新型コロナウイルス感染症に係る免疫記憶は半年以上の長期に持続することも示唆されている。
- 「考え方1」であれば、秋冬に有効性を発揮する必要があるものの、「考え方2」に関する知見からは、接種後1年程度経過すると、有効性の十分な持続が見込めないものと考えられる。今回の2価ワクチンは昨年秋から開始しているため、現時点では、**毎年、秋冬には接種を行うこととすることが妥当**。ただし、**特に、重症化リスクが高い方及び健常者のうち重症化リスクが高い者と頻繁に接触する者に対して、秋冬を待たずに追加で接種することも念頭に**、有効性の持続期間に係るデータ（「考え方2」に係る知見）、変異株の状況（「考え方2」に係る知見）、感染拡大の状況（「考え方1」に係る知見）、諸外国の動向等を継続的に注視すべきである。

これを見てわかるように、部会での議論は、ワクチン接種を続けることを前提として、「知見」を次のワクチンの開始時期や接種間隔を検討するための「論拠」に使っているように見える。下の図は、Our World in Dataから、我が国の死亡者の割合をグラフ化したもの。オミクロン株に入れ替わってからも、「死亡率」(死亡者数/感染者数)が低下し続けている(これが集団免疫によるものか、オミクロン株の性質によるものかは慎重な判断が必要。また単純に死亡者数を感染者数で除したものは、正確には「死亡率」ではないことに注意)。

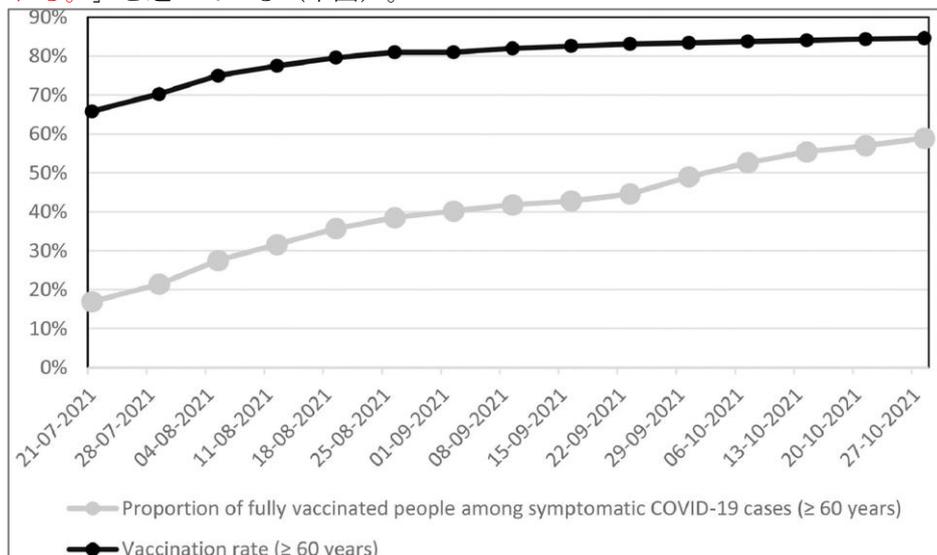


| : 日々の死亡者数を日々の新規感染者数で除したもの。同色の曲線はその7日間移動平均。
 | : 累積死亡者数を累積感染者数で除したもの (Our World in Dataより作成)。中央の帯は、変異株の占める割合 (前述の分科会の資料)。オミクロン株以降、死亡率が低下している。

人類初の感染症に対するmRNAワクチンである「コミナティ筋注」が我が国で承認されて2年が経過する。当初、「遺伝子なんか注射して、それがDNAに組み込まれたらどうする？」などといった無邪気な議論もあったが[※]、世界中で安全性と効果に関するデータが蓄積されるにつれ、懸念も薄れ、**2月21日4時24分の時点 (中央ヨーロッパ時間) で、世界中で13, 223, 135, 400回のワクチン接種が行われてきた** (WHO COVID-19 Dashboard、<https://covid19.who.int/>)。

世界的パンデミックを制御するために、窮余の策として使われたmRNAワクチンではあるが、コロナパンデミックが収束しつつある今、主に海外において、改めてワクチン接種の妥当性を冷静に見直そうとする動きがある。今こそ、そのベネフィットとリスクについて冷静に考える時期が来たのではないかと思う。

Kampfは、Science Directに投稿した” *The epidemiological relevance of the COVID-19-vaccinated population is increasing* (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666776221002581?via%3Dihub>) ”の中で、英国、ドイツ (下図)、イスラエル、米国で、ワクチン接種を受けた人と、受けていない人との、他人に感染させる率が変わらなくなっていることを指摘し、「**公衆衛生対策を決定する際に、ワクチンを接種した集団を感染の可能性のある適切な原因として無視することは、ひどく怠慢であるように思われる。**」と述べている (下図)。



また、本年2月、New England Journal of Medicine のPerspectiveとして発表されたDr Offit による“Bivalent Covid-19 Vaccines – A Cautionary Tale (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2215780>)”と題するレターには、「ブースター投与はおそらく、重篤な疾患に対する保護を必要とする可能性が最も高い人々には最適だ。一方、数か月後には消失するmRNAワクチンを、全ての症候性感染症を予防するために健康な若者に投与しようとするのはやめるべきだと私は信じる。」と、だれかれ構わず接種することに疑問を呈している。

そんな中、昨年、新型コロナワクチンの有害事象のメカニズムに関する驚くべき論文が“Food and Chemical Toxicology”に掲載された。以下に紹介する論文には次のように書かれている。「これらの接種が予期せぬ害を及ぼす可能性、特にそのような害が重篤な疾患からの保護で得られる利益を上回る可能性を考慮することに消極的だ」と。改めて免疫学や分子生物学の進歩に驚くとともに、いかに自分の知識や理解が浅かったかを痛感し、[全文の翻訳](#)を試みた。論文では、基礎科学に立脚した多くの知見が集積されている。しかし、論文では、科学的根拠に基づく推測も多く記載されており、全てがmRNAワクチンの危険性を証明するものではないことには注意を要する。論文で紹介されているように、米国では、既に有害事象の情報を広く集めるための「VAERS」なるデータベースが動き始めており、様々なデータが集まりつつあるが、我が国にはその動きもない。国民に人類初のワクチン接種を勧めるなら、その負の側面とも向き合い、科学に立脚した判断をすることが、国民の安全と健康に責任を持つ厚労省と専門家と称される人たちの姿勢であるべきだと思う。

本論文の内容は最新の分子生物学、免疫学の知見が網羅されており、門外漢である私には極めて難解な内容となっている。翻訳の誤りも多々あると思うが、ぜひご一読いただき、もって今、国が進めている国民定期接種に関する公平な判断の一助にいただければと思う。

※あながち、そうとも言えないかもしれない。最近、SARS-CoV-2がヒトゲノムに取り込まれるという報告¹⁾や、Pfizer/BioNTech mRNAワクチン (BNT162b2) が、ヒトの培養肝細胞のゲノムに取り込まれる²⁾との *in vitro* の報告が見られる。これらについては次号で報告する。

- 1) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33958444/>
- 2) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35723296/>

Innate immune suppression by SARS-CoV-2 mRNA vaccinations: The role of G-quadruplexes, exosomes, and MicroRNAs

SARS-CoV-2 mRNAワクチン接種による自然免疫抑制：G-四重鎖、エキソソーム、miRNAの役割
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027869152200206X>

本論文は長大で全文掲載ができないため、以下に要点だけ記載する。詳細は[全訳](#)をご覧ください。

Abstract の アブストラクト

mRNAワクチンは、分解されやすいmRNAを、分解から保護し、より長く、より多くのスパイクタンパクを合成できるよう、コドン最適化が施されている。それによって、感染した細胞は、SARS-CoV-2の感染とは異なった反応を示す。翻訳されたスパイクタンパクは、本来のものとは立体構造が異なる。このスパイクタンパクはエキソソームによって体内の各所に広がり、免疫力を抑制し様々な症状を引き起こす。感染への抵抗性の減弱、神経障害、心血管イベントや発癌性だ。これらの極めて複雑な過程と、そこから演繹される結果を検証せずに、多くの潜在的リスクを持たない人に接種することは、より大きなリスク招来する可能性がある。

Abstract

mRNA SARS-CoV-2ワクチンは、Covid-19の公衆衛生上の危機に対応して市場に投入された。感染症におけるmRNAワクチンの利用は前例がない。ワクチンを細胞防御から隠し、できるだけ長時間、高生産を維持するためにmRNAワクチンに対する免疫応答は、SARS-CoV-2に対する免疫応答とは大きく異なる。本論文では、ワクチン接種が人間の健康に様々な悪影響を与えるI型インターフェロン (以下、IFN) のシグナル伝達への重大な障害を誘発しうることを紹介する。ワクチンナノ粒子を取り込んだ免疫細胞は、離れた部位の受容細胞 (エキソソームを受け入れる遠隔部位の細胞) でシグナル伝達応答を誘導する重要なmicro RNAとともに、スパイクタンパク質を含む多数のエキソソームを血中に放出する。また、コロナワクチンはタンパク質合成の調節制御と癌監視における潜在的かつ重大な障害があることを示す。これらの障害は、神経変性疾患、心筋炎、免疫性血小板減少症、ベル麻痺、肝疾患、適応免疫の障害、DNA損傷応答の障害、および腫瘍形成との潜在的因果関係を持つ。仮説を裏付けるVAERSデータベースからのエビデンスをもとに、mRNAワクチンの包括的なリスク/ベネフィットを評価するならば、mRNAワクチンが公衆衛生上、有用であることに疑問を呈せざるを得ない。

1. Introduction

mRNAを用いたコロナワクチン接種キャンペーンの展開の背後にある暗黙の前提は、ワクチンが「**良性の感染**」の影響を与え、**将来の曝露に対して免疫システムを活性化すると同時に、実際の感染の健康への影響を回避することだ。**

COVID-19に関連する文献の多くは、mRNAベースのワクチン接種に対する免疫応答が自然感染と同様であることを示している。予備的な研究では「**自然感染と比較してBNT162b2ワクチンの免疫原性が高い**」こと、**mRNAワクチンがウイルス感染と同じように働くこと**を示している。米国疾病管理予防センター(CDC)は、メモリーB細胞の産生に加えて、以前の感染とワクチン接種によって生成された抗体力価に基づいて、**ワクチン接種に対する免疫応答は自然免疫に対する応答と類似していると主張している**⁴⁾。ワクチン接種と自然感染に対する体液性免疫応答のこの類似性は、ワクチン接種後の感染リスクの低下を示す試験データと観察データの両方と相まって、**大規模なワクチン接種キャンペーンを正当化している。**

しかし、我々が本論文で議論する多くの基礎的な研究より先に、この新しい技術が広く臨床展開されることを考えると、**この分野で急速な発展を遂げている前臨床分子研究に関連する幅広い知見を提供することは重要だと考える。**

この論文では、**mRNAワクチン接種が、感染によって誘発されるものとは異なるだけでなく、いくつかの点で短期及び長期の免疫能力と正常な細胞機能と競合する**との報告を紹介する。これらのワクチン接種は、癌の監視、感染制御、及び細胞の恒常性に関連する重要な経路を下方制御することが示されている。**mRNAワクチンは、高度に改変された遺伝物質を体内に導入することになる。**ある研究はCOVID-19に対する**mRNAワクチンに対する免疫応答と比較して、SARS-CoV-2の感染に対する免疫応答の特徴の顕著な違い**を明らかにした⁵⁾。末梢樹状細胞の遺伝子発現差解析により、COVID-19患者ではI型及びII型IFNの劇的な上方制御が見られるが、**ワクチン接種者では見られなかった。**これらの結果はすべて、**抗COVID-19 mRNAワクチンがI型IFNシグナル伝達を積極的に抑制するという考えと一致している。**

現在使用されている**mRNAワクチン接種に対する生物学的反応は、明らかに自然感染とは異なる。**本論文では、これらの違いを説明し、mRNAワクチン接種によって開始されると予想される免疫学的及び病理学的プロセスについて説明し、これらの根底にある生物学的効果と、既知あるいは今後起こりうる病態とを結び付けたい。ブースターワクチン接種を大規模に実施すると、これらの問題が露見する可能性がある。

Pfizer/BioNTechとModernaによって製造されたmRNAワクチンは、COVID-19によるパンデミック抑制に重要であり、世界中の国々は、大規模なワクチン接種プログラムを積極的に推進している。ワクチン接種によって、パンデミックを抑え込み、正常な生活を取り戻すことを期待している。その反面、**これらの接種が予期せぬ害を及ぼす可能性、特にそのような害が重篤な疾患からの保護で得られる利益を上回る可能性を考慮することに消極的だ。**ワクチンによって誘導された抗体は、2回目の接種後わずか3~10週間で減衰することが現在明らかになっており²⁾、**人々は定期的に追加接種を受けることが推奨されている。**しかし様々な変異株は、これらのワクチンに対する耐性を有することが明らかになっている⁸⁾。また、Deltaや現在のOmicron株などの急速に出現している変異体が、スパイクタンパク質の変異を通じて、**ワクチンによって誘導される抗体に対する耐性を有していることも明らかになった**⁹⁾。しかし2021年9月初旬に米国の68か国と2,947の郡でワクチン接種率とCOVID-19感染率を比較した研究によると、**両者の間に相関関係は見られず、蔓延を防げないことが示唆された**¹⁰⁾。現在、mRNAワクチンは蔓延防止ではなく、重症化予防に重要だと言われているが、イスラエルの病院でのアウトブレイクで完全にワクチン接種を受けた5人の入院患者の死亡につながったように、**この側面さえ疑問視され始めている**¹¹⁾。同様に、¹²⁾は、イスラエルの17の病院のうち、完全に予防接種を受けた患者の34/152(22%)がCOVID-19で死亡したと報告した。

ワクチンが病気の**蔓延を制御するのにほとんど役に立たず、その有効性が時間の経過とともに弱まるとのエビデンスが増えているため、ワクチンがもたらす弊害の程度を評価することがさらに不可欠になっている。**

SARS-CoV-2修飾スパイクタンパク質mRNAワクチン接種が生物学的影響を与えることは疑いの余地がない。ここでは、これらの影響を自然感染と区別し、それらのユニークな生物学的影響をワクチン接種に関連する病状に結び付けるメカニズムの枠組みを確立しようとしている。私たちは、**mRNAワクチン接種によって引き起こされる生物学的効果と有害な結果との間の因果関係が、大多数の症例で確立されていない**ことを認識している。

以下に、議論される項目のみを列挙する。

2. インターフェロン：癌サーベイランスに注目した概要
3. mRNAワクチンの設計に関する考察 ※
4. ワクチンmRNAのGC濃縮とpotential G4 (pG4) 構造 ※
5. Type I IFNとCOVID-19
6. 細胞のハウスキーピングのためのメチル化戦略は、一般的にワクチンのmRNAでは省略されているか?
7. エキソソームとmiRNA
8. DNAの修復と養子免疫
9. 水痘帯状疱疹の再活性化
10. 免疫性血小板減少症
11. PPAR- α 、スルファチドと肝疾患
12. ギランバレー症候群と神経損傷症候群
13. ベル麻痺
14. 心筋炎
15. ワクチン有害事象報告システム (VAERS) に関する考慮事項

※補足

- 1) SARS-Cov-2、武漢株の遺伝子配列
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nuccore/1798174254>
- 2) Pfizer/BioNTech vaccine (BNT162b2)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nuccore/OK120842.1>
- 3) Moderna COVID-19 vaccine (mRNA1273)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nuccore/OK120841.1>

以下の表は、いずれも2021年に米国でVAERSに報告された症状の数を、COVID-19ワクチンとすべてのワクチンに分けて示したものの。一番右の列は、各事象の中で、コロナワクチンによるものが占める割合。

15.1. 神経損傷および迷走神経の関与を示す VAERS データ

Symptom	Inflamed Nerve(s)	Covid-19 Vaccines	All Vaccines	Percent COVID-19
Anosmia	olfactory nerve	3,657	3,677	99.5
Tinnitus	vestibulo-cochlear nerve	13,275	13,522	98.2
Deafness	cochlea	2,895	3,033	95.5
Bell's Palsy/ facial palsy	facial nerve	5,881	6,129	96.0
Vertigo	vestibular nerve	7,638	7,819	97.7
Migraine headache	trigeminal nerve	8,872	9,059	97.9
Dysphonia	glossopharyngeal nerve	1,692	1,751	96.6
Dysphagia	several lower cranial nerves	4,711	4,835	97.4
Nausea	vagus nerve	69,121	71,275	97.0
Vomiting	vagus nerve	27,885	28,955	96.3
Dyspnea	vagus nerve	39,551	40,387	97.9
Syncope	vagus nerve	14,701	15,268	96.3
Bradycardia	vagus nerve	673	699	96.3
TOTAL	-	200,552	206,409	97.2

15.2. 心臓と肝臓に関するVAERSデータ

Symptom	Covid-19 Vaccines	All Vaccines	Percent COVID-19
Myocarditis	2,322	2,361	98.3
Arrest	1,319	1,371	96.2
Arrhythmia	1,069	1,087	98.3
Myocardial infarction	2,224	2,272	97.9
Cardiac failure	1,156	1,190	97.1
TOTAL	8,090	8,281	97.7

Symptom	Covid-19 Vaccines	All Vaccines	Percent COVID-19
Liver disorder	83	87	95.4
[Drug-induced] liver injury	65	65	100
[Acute] hepatic failure	86	88	97.7
Hepatic cancer [metastatic]	12	12	100
Hepatic cirrhosis	67	69	97.1
Hepatic cyst	33	34	97.0
Liver function test increased	238	245	97.1
Liver function test abnormal	90	94	95.7
Hepatic function abnormal	34	34	100
Haemangioma of liver	10	10	100
Liver abscess	7	7	100
Liver transplant	6	6	100
TOTAL	731	751	97.3

15.3. 血栓症に関するVAERSデータ

Symptom	Covid-19 Vaccines	All Vaccines	Percent COVID-19
Thrombosis	3,899	3,951	98.7
Deep vein thrombosis	2,275	2,297	99.0
Pulmonary thrombosis	631	646	97.7
Cerebral thrombosis	211	215	98.1
Portal vein thrombosis	89	90	98.9
Superficial vein thrombosis	81	81	100
Peripheral artery thrombosis	74	74	100
Mesenteric vein thrombosis	55	56	98.2
Venous thrombosis	41	41	100
TOTAL	7,356	7,451	98.7
Pulmonary embolism	3,100	3,137	98.8

15.4. 神経変性疾患に関連する VAERS データ

Symptom	Covid-19 Vaccines	All Vaccines	Percent COVID-19
Alzheimer's dementia	37	39	94.9
Parkinsonian symptoms	83	89	93.3
Memory impairment	1,681	1,720	97.7
Anosmia	3,657	3,677	99.5
Mobility decreased	8,975	9,743	92.1
Cognitive disorder	779	815	92.1
TOTAL	15,212	16,083	94.6

15.5. 癌のVAERSシグナル

Symptom	Counts COVID-19 vaccines	Counts All Vaccines	Percent COVID-19
Cancer	396	403	98.3
Lymphoma	144	153	94.1
Leukaemia	155	161	96.3
Metastatic/ metastasis	175	179	97.8
Carcinoma	176	187	94.1
Neoplasm	428	452	94.7
TOTAL	1,474	1,535	96.0

Symptom	Counts COVID-19 vaccines	Counts All Vaccines	Percent COVID-19
Breast cancer	246	254	96.8
Prostate cancer	50	52	96.2
Bladder cancer	30	30	100
Colon cancer	40	41	97.6
Brain neoplasm	53	55	96.4
Lung cancer	64	66	97.0
Pancreatic cancer	24	24	100
Ovarian cancer	27	27	100
Total	534	549	97.3

16. Conclusions

Günter Kampf²⁰⁴によるLancet Regional Healthへの最近の投稿に示されているように、mRNAワクチンの有効性は益々疑わしいものになっている。Kampfは、ワクチンを接種した人がワクチンを接種していない人と同じくらい病気を広める可能性が高いことを示すデータを提供した。彼は次のように結論付けている：「公衆衛生管理措置について決定する際に、ワクチン接種を受けた集団を感染の可能性のある適切なソースとして無視することは、ひどく怠慢であるように思われる。」さらに、mRNA遺伝子ワクチンによる中期および長期の副反応を評価するためのフェーズI、II、及びIII試験の不十分さは、ワクチン接種者の自然免疫に対する抑制効果について誤解を招く可能性がある。

この論文では、これらのワクチン接種の安全性プロファイルの3つの非常に重要な側面に注意を喚起している。第1は、主にIFN-αとそれに関連するシグナル伝達カスケードの抑制による、自然免疫の破壊。第2に、細胞内で遺伝的に引き起こされた悪性形質転換を防止および検出するためのシステムの調節不全と、その結果、ワクチン接種がそれらの形質転換を促進する可能性。第3に、mRNAワクチン接種は、エキソソームによって行われる細胞内コミュニケーションを妨害する可能性があり、深刻な炎症をもたらす可能性。これらの可能性のいずれかが完全に現実になった場合、世界中の何十億もの人々への影響は甚大であり、私たちの医療システムが直面する短期的および長期的な病気の負担につながる可能性がある。

現在、mRNAの翻訳とストレス顆粒を介したクリアランスの調節におけるG4の複数の役割についての認識が急速に拡大していることを考えると、コドン最適化の結果、GCの高密度化によるpG4が増加するかどうかは不明ではあるものの、その影響が広範囲に及ぶ可能性がある。

最後に、SARS-CoV-2 mRNAワクチンが多数の人に接種された事実と、私たちが説明した幅広い有害な結果を考えると、何十億もの命が危険にさらされる可能性がある。私たちは、公衆衛生機関に対し、この論文で議論されている問題が公衆衛生に関係しない理由を証拠とともに示すか、または関係があることを認め、それに応じて行動することを求めたい。さらに、私たちはすべての個人が、この情報を決定の一因として自分の健康管理に関する決定を下すことを勧める。

◀ 「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う 医療提供体制及び公費支援の見直し等について（ポイント）」 (令和5年3月10日 新型コロナウイルス感染症対策本部決定) ▶

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う 医療提供体制及び公費支援の見直し等について（ポイント） 参考資料

※ 本資料は、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について」（令和5年3月10日 新型コロナウイルス感染症対策本部決定）について、補足資料も加えつつポイントをまとめたものである。

○ **新型コロナウイルス感染症は、5月8日から5類感染症に**

新型コロナウイルス感染症 → **5類感染症**

入院措置などの行政の強い関与
限られた医療機関による特別な対応

幅広い医療機関による自律的な通常の対応
行政は医療機関支援などの役割に

医療提供体制 幅広い医療機関で新型コロナウイルス感染症の患者が受診できる医療体制に向けて、必要となる感染対策や準備を講じつつ国民の安心を確保しながら段階的に移行

特別対応から通常対応への考え方の転換

5/8 感染拡大？ 夏 検証 感染拡大？ 冬 検証 R6.4/1

R5.3月上旬 **位置づけ変更** → **新たな体系に向けた取組**

冬の感染拡大に先立って 重点的な取り組みを行う → **暫定的な診療報酬措置** → **新たな診療報酬体系**

診療報酬 介護報酬 同時改定

対応する医療機関の維持・拡大を促す。 ⇒ 外来：4.2万 → 最大6.4万
入院：約3千 → 全病院約8千

入院・外来の医療費 急激な負担増が生じないよう、入院・外来の医療費の自己負担分に係る一定の公費支援について、期限を区切って継続

位置づけ変更に伴う医療提供体制の見直し（外来・入院・入院調整）

現行	位置づけ変更後	具体的な措置など
外来 約4.2万の医療機関	最大6.4万の医療機関での対応を目指す	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 感染対策について効率的な対応へ見直し ➢ 設備整備や个人防护具の確保などの支援 ➢ 応招義務の整理（コロナへのり患又はその疑いのみを理由とした診療拒否は「正当な事由」に該当しないことを明確化） ⇒ 診療の手引き等を含め分かりやすい啓発資料を作成し、医療機関に周知 定期的に対応医療機関数を把握・進捗管理しながら、維持・拡大 <small>※医療機関名の公表は当面継続（冬の感染拡大に先立って対応を検討） ※重症化リスクの低い者の自己検査・自宅療養（含む自己検査キット・解熱鎮痛剤常備）、受診相談センター等の取組は継続</small>
入院 約3,000の医療機関	約8,200の全病院での対応を目指す	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 上記の外来と同様の取組に加え、4月中に、各都道府県で9月末までの「移行計画」を策定し、新たな医療機関による受入れを促進 ① 確保病床を有していた重点医療機関等（約3,000） ⇒ 重症・中等症Ⅱ患者への重点化を目指す ② これまで受入れ経験のある重点医療機関等以外の医療機関（約2,000） ⇒ 軽症・中等症Ⅰ患者の受入れを積極的に促す 特に、高齢者を中心に、「地域包括ケア病棟」等での受入れを推進 ③ これまで受入れ経験のない医療機関 ⇒ 受入れを促す <small>※廃止となる臨時の医療施設（新型コロナウイルス特別措置法）のうち必要なものはその機能を当面継続</small>
入院調整 都道府県保健所設置市特別区	原則、医療機関間による調整	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 病床状況の共有のためのG-MISなどITの活用推進 ➢ 円滑な移行のため、当面、行政による調整の枠組みを残す（病床ひっ迫等に支援） ➢ まずは軽症・中等症Ⅰ患者から医療機関間の調整を進め、秋以降、重症者・中等症Ⅱ患者の医療機関間の調整を進める ➢ 妊産婦、小児、透析患者は、都道府県における既存の調整の枠組みに移行

診療報酬の取扱い（新型コロナの診療報酬上の特例の見直し①）

- 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴い、令和5年5月8日以降、以下の考え方の下、診療報酬上の特例について見直しを行う。
- また、冬の感染拡大に先立ち、今夏までの医療提供体制の状況等を検証しながら必要な見直しを行う。その上で、令和6年度診療報酬改定において、恒常的な感染症対応への見直しを行う。

対応の方向性・考え方	現行措置（主なもの）	位置づけ変更後（令和5年5月8日～）	
外来 空間分離・時間分離に必要な人員、PPE等の感染対策を引き続き評価 その上で受入患者を限定しないことを評価する仕組みへ 届出の簡略化などの状況変化を踏まえて見直し 位置づけ変更に伴い、医療機関が実施する入院調整等を評価	300点 【院内の感染対策が要件】	① 300点 【対応医療機関の枠組みを前提として、院内感染対策に加え、受入患者を限定しない形で8月末までに移行】又は、 ② 147点 【①に該当せず、院内感染対策を実施】	医療体制の状況等を検証しながら判断 R6改定において恒常的な感染症対策への見直し
	250点 （3月は147点） 【発熱外来の標榜・公表が要件】	— （R5.3月末に終了）	
	950点 【初診含めコロナ患者への診療】 ※ロナブリーブ投与時の特例（3倍）あり	147点 【初診時含めコロナ患者への療養指導 ^(注) 】 ※ロナブリーブ投与時の特例（3倍）は終了 (注)家庭内の感染防止策や、重症化した場合の対応等の指導 950点/回 【コロナ患者の入院調整を行った場合】	
在宅 緊急往診は、重症化率の変化に伴う必要性の低下を踏まえて見直し 介護保険施設等での療養を支援する観点から同施設等に対する緊急往診は引き続き評価 往診時等の感染対策を引き続き評価	2,850点 【緊急の往診】	950点 【緊急の往診】 ※介護保険施設等への緊急往診に限り2,850点を継続 950点 【介護保険施設等において、看護職員とともに、施設入所者に対してオンライン診療を実施する場合】	3
	300点 【コロナ疑い/確定患者への往診】	（引き続き評価）	

診療報酬の取扱い (新型コロナの診療報酬上の特例の見直し②)			
対応の方向性・考え方	現行措置 (主なもの)	位置づけ変更後 (令和5年5月8日～)	
入院	①重症患者 ICU等の入院料: 3倍 (+8,448～+32,634点/日) ②中等症患者等 救急医療管理加算: 4～6倍 (3,800～5,700点/日)	①重症患者 ICU等の入院料: 1.5倍 (+2,112～+8,159点/日) ②中等症患者等 (急性期病棟等) 救急医療管理加算: 2～3倍 (1,900～2,850点/日) ※ 介護保険施設等からの患者等をリハビリ提供や入院退院支援体制が充実した病棟 (例: 地域包括ケア病棟等) が受け入れる場合は加算 (+950点/日)	医療体制の状況等を検証しながら判断
	コロナ回復患者を受け入れた場合 750点/日 (さらに+1,900点は30日目まで、その後、+950点は90日目まで)	コロナ回復患者を受け入れた場合 750点/日 (60日目まで。さらに14日目までは+950点)	
	必要な感染対策を 引き続き評価	(引き続き評価) (引き続き評価) (引き続き評価)	
歯科	コロナ患者への歯科治療を 引き続き評価	(引き続き評価)	
調剤	コロナ患者への服薬指導等を 引き続き評価	(引き続き評価) ※自宅・介護保険施設等への対応を評価 ※薬局におけるコロナ治療薬の交付は 服薬管理指導料: 2倍 (+59点又は+45点)	

R6改定において恒常的な感染症対策への見直し

病床確保料の見直し

- ① 病床確保料の補助単価 (上限) は、これまで診療報酬の引き上げに合わせた見直しを行ってきたところ、今般、診療報酬特例の見直しに連動して見直し (半額) を行う (当面、9月末まで継続)。
- ② また、休止病床の補助上限数については、コロナ入院医療における人員配置等の変化など実態を踏まえて見直しを行う。

①補助単価 (上限) の見直し

病床区分	重点医療機関		一般の医療機関
	(特定機能病院等)	(一般病院)	
ICU	補助上限額 436,000円/日 → 218,000円/日	補助上限額 301,000円/日 → 151,000円/日	補助上限額 97,000円/日
HCU (※1)	補助上限額 211,000円/日 → 106,000円/日	補助上限額 211,000円/日 → 106,000円/日	補助上限額 41,000円/日
その他病床	補助上限額 74,000円/日 → 37,000円/日	補助上限額 71,000円/日 → 36,000円/日	補助上限額 16,000円/日

(※1) 一般の医療機関においては、重症者・中等症患者病床

②休止病床の補助上限数の見直し

○ 休止病床の補助上限数について、即応病床 (※2) 1床あたり休床1床に見直す (現在2床が上限)。

(※2) その他病床の場合 (特別な事情がある場合の経過措置あり)。**ICU・HCU病床の場合は2床を上限に見直す** (現行4床を上限)。

高齢者施設等における対応

入院が必要な高齢者は、適切かつ確実に入院できる体制を確保しつつ、施設における感染対策の徹底、医療機関との連携強化、療養体制の確保、退院患者の受け入れ促進等を進める。

位置づけ変更後（現行の各種施策・措置を当面継続）	
感染対策	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 感染対策の徹底、希望者に対する新型コロナワクチンの接種 ➤ 高齢者施設における陽性者が発生した場合の周囲の者への検査や従事者への集中的検査
医療機関との連携強化	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 高齢者施設で新型コロナウイルス感染症患者等が発生した場合における相談、往診、入院調整等を行う医療機関の事前の確保 ➤ 高齢者施設へ看護職員を派遣する派遣元医療機関等への補助
療養体制の確保	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 施設内療養を行う施設等への支援の実施（医療機関との連携体制を確保している等の要件を満たす高齢者施設） ➤ 緊急時の人材確保や施設の消毒・清掃に要する費用等の補助
退院患者受入促進	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 退院患者の受入促進のための介護報酬上の特例

患者等に対する公費支援の取扱い

現行	位置づけ変更後	具体的な措置など
外来医療費 <ul style="list-style-type: none"> • 行政による患者の外出自粛要請 • 外来医療費の自己負担分を公費支援 	<ul style="list-style-type: none"> • 患者の外出自粛は求められない • 高額な治療薬の費用を公費支援 • その他は自己負担 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 新型コロナ治療薬^{※1}の費用は、急激な負担増を避けるため、公費支援を一定期間^{※2}継続 ※1 経口薬（ラゲプリオ・パキロピッド、ゾコーバ）、点滴薬（ベクルリー）、中和抗体薬（ロナプリーブ、ゼビュディ、エバジェルド） ※2 夏の感染拡大への対応としてまずは9月末まで措置し、その後の本措置の取扱いについては、他の疾病とのバランスに加え、国の在庫の活用や薬価の状況も踏まえて冬の感染拡大に向けた対応を検討
入院医療費 <ul style="list-style-type: none"> • 行政による入院措置・勧告 • 入院医療費の自己負担分を公費支援 	<ul style="list-style-type: none"> • 行政による入院措置・勧告はなくなる • 入院医療費の一部を公費支援 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 新型コロナ治療のための入院医療費は、急激な負担増を避けるため、一定期間[※]、高額療養費の自己負担限度額から、2万円を減額（2万円未満の場合はその額） ※ 夏の感染拡大への対応としてまずは9月末までの措置とする。その後については、感染状況等や他の疾患との公平性も考慮しつつ、その必要性を踏まえて取扱いを検討
検査 <ul style="list-style-type: none"> • 患者を発見・隔離するため、有症状者等の検査費用を公費支援 	<ul style="list-style-type: none"> • 検査費用の公費支援は終了 ※高齢者施設等のクラスター対策は支援継続 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 検査キットの普及や他疾患との公平性を踏まえ、公費負担は終了（自己負担） ➤ 重症化リスクが高い者が多い医療機関、高齢者施設等での陽性者発生時の周囲の者への検査や従事者の集中的検査は行政検査として継続

※これまで自治体が設置していた健康フォローアップセンターや宿泊療養施設については、患者の発生届や外出自粛要請がなくなるため終了するが、救急・外来・病床への影響を緩和するため、受診相談・体調急変時の相談機能や高齢者・妊婦の療養のための宿泊療養施設については、期限を区切って継続。

（参考）患者等に対する公費支援の取扱い

【位置づけ変更後（5/8～）の医療費のイメージ】

○外来医療費

	現在（～5/7）		5/8～		（参考）新型コロナ治療薬の支援がない場合	
	コロナ	インフル	コロナ（※1・2）	インフル（※1）	コロナ	インフル
75歳以上 （1割負担）	860円	1,170円	1,240～1,390円	1,330～1,480円	10,670～10,820円	1,330～1,480円
70歳未満 （3割負担）	2,590円	3,510円	3,710～4,170円	3,990～4,450円	32,010～32,470円	3,990～4,450円

【前提】5/8以降は、初診料等に含まれるコロナ特例について、院内感染対策を引き続き評価しつつ、届出の簡略化といった事務負担軽減等に併い見直し。新型コロナはカロナール・ラゲプリオ、インフルはカロナール・タミフルを処方するものとして計算

※1 陽性判明前の検査料等・コロナ陽性判明後の医療費について5/8以降は自己負担が発生

※2 コロナ治療薬の自己負担分は公費で補助

○入院医療費

75歳以上	現在（～5/7）		5/8～		（参考）新型コロナの補助がない場合	
	コロナ （食事代）	インフル （食事代）	コロナ （食事代）	インフル （食事代）	コロナ （食事代）	インフル （食事代）
住民税非課税 （所得が一定以下）（17%）	0円 （0円）	15,000円 （1,800円）	0円 （3,000円）	15,000円 （1,800円）	15,000円 （3,000円）	15,000円 （1,800円）
住民税非課税（24%）	0円 （0円）	24,000円 （3,780円）	4,600円 （6,300円）	24,000円 （3,780円）	24,600円 （6,300円）	24,000円 （3,780円）
～年収約383万（52%）	0円 （0円）	24,000円 （8,280円）	37,600円 （13,800円）	24,000円 （8,280円）	57,600円 （13,800円）	24,000円 （8,280円）

【前提】5/8以降は、重症・中等症患者等の特例措置について、業務・人員配置の効率化が図られている実態等を踏まえ見直し（4～6倍→2～3倍など）を実施。新型コロナは中等症で10日間、インフルは6日間入院したものとして計算

※高額療養費を適用 ※所得区分の（ ）内の％は年代区分別の加入者数に占める当該所得区分に該当する人数の割合

8

病原性が大きく異なる変異株が生じた場合の対応

○新型コロナの感染症法上の位置づけを変更した後に、オミクロン株とは大きく病原性が異なる変異株が出現するなど、科学的な前提が異なる状況になれば、ただちに必要な対応を講じる。

- ▶ 具体的には、科学的知見や専門家の意見等を踏まえ、感染症法上の入院勧告等の各種措置が必要になるかどうかも含めて速やかに検討し、必要があると認められれば、新型コロナウイルス感染症の発生時と同様に、この新たな変異株を、まずは感染症法上の「指定感染症」に位置づけることにより（政令で措置）、一時的に対策を強化する。
- ▶ 指定感染症に位置付けたうえで、病状の程度が重篤で、全国的かつ急速なまん延のおそれがあると認められる場合には、厚生労働大臣から総理への報告を行い、新型インフル特措法に基づく政府対策本部及び都道府県対策本部を設置する。
※新たな変異株の特性等によっては、ただちに「新型インフルエンザ等感染症」に位置づけることもあり得る。
- ▶ 政府対策本部においては、基本的対処方針を定め、その中で、行動制限の要否を含めた感染対策について決定することとなる。
- ▶ 加えて、新たな変異株の特性なども踏まえ、これまでの対応の知見等も活用しつつ、必要な方が適切な医療にアクセスできるよう、各都道府県と連携し、病床や外来医療体制の確保を行っていく。

5. 感染症指定医療機関等の現状

〈坂出市立病院：岡田院長〉

<状況>

香川県内感染も第8波は収束傾向です。全国的にも同様の状況です。ワクチン接種率の向上が収束への一助と期待されましたが、2回、3回、4回のワクチン接種者もオミクロン株には感染している事（所謂ブレイクスルー感染）も稀ではなく、重症化は防いでいると推察しますが、感染はしますので今後とも注意が必要です。今後は2価ワクチンの追加接種が必要でしょう。

抗体カクテル療法を重症化リスクの高い患者に早期投与する事も、有意義な対策と考え、当院では日帰り入院で積極的に施行しております。現在は、オミクロン株に対する有効性が確認されているゼビュディによる抗体カクテル療法を行っており、既に1000例以上行っております。ただ、BA.5に対するゼビュディの効果は減弱しているdataもあり、今後は重症化予防をコロナ内服薬（ラゲブリオ、ゾコーバ、パキロビット）に切り替えが進むのではないかと思います。ただ、ラゲブリオの効果には疑問もあるようですので、ゾコーバとパキロビットが主流となるでしょう。

<5月8日から「2類相当」を「5類」に移行すると>

医療機関の在り方

「入院に関し」

- ・コロナ病床は5.1万床から4.6万床に減少します
- ・病床確保料（空床補償）や診療報酬の特例は当面継続するも、補償額を随時減少させ、本秋か来春には廃止方針

「外来に関し」

- ・1日最大患者数は45万人を想定（25万人/日が過去最高）
- ・診療報酬の特例は段階的に減額し、いずれ廃止
- ・検査や解熱剤は自己負担に変更（現在、公費負担）

「ワクチンに関し」

- ・2024年3月までは公費負担で受けられる「特例臨時接種」に位置付ける
- ・2024年4月以降は一部自己負担を求める年1回の「定期接種」とする方針

概ね上記に変遷する予定のようです。

6. 県内の体制整備（COVID-19 JMAT香川・PCR検査・管理施設等）

《軽症・無症状者のホテル療養》

新型コロナ第8波もほぼ収束したと言ってよい状況にあり、それに伴って宿泊療養者数も激減している。5月8日に感染法上の2類相当から5類に引き下げられるが、いつまでホテル療養が続けられるのか、3月13日の時点で県から正式な情報提供はありませんが、国の方針に基づき縮小予定とのことです。

各ホテルの延べ療養者数は、福田町ホテル（80床）で1月26名、2月1名、高松センチュリーホテル（125床）で64名から2名、ホテルルートイン高松屋島（149床）で304名から71名、ホテルルートイン丸亀（120床）で195名から42名と、いずれも減少している。

感染が拡大して療養者数が多かった時期、ホテル療養中の外国人とのコミュニケーションで苦勞したケースがある。厚労省ではCOVID-19対応として「遠隔通訳サービス」を提供している。対象はCOVID-19ないしは疑い患者の診療を行う医療機関および宿泊療養施設である。前述のようなケースでは言語の確認を行った後、通訳サービス専用番号（092-687-5078）にお電話にてご相談ください。

《宿泊療養施設入所者数》

(名)

年 月	宿泊療養施設 (福田町)	宿泊療養施設 (錦 町)	宿泊療養施設 (屋 島)	宿泊療養施設 (丸 亀)
令和2年 5月	0	—	—	—
6月	0	—	—	—
7月	1	—	—	—
8月	4	—	—	—
9月	2	—	—	—
10月	1	—	—	—
11月	12	—	—	—
12月	57	—	—	—
令和3年 1月	141	—	—	—
2月	58	—	—	—
3月	34	—	—	—
4月	211	—	—	—
5月	179	87	—	—
6月	13	16	—	—
7月	90	0	—	—
8月	279	204	—	—
9月	46	44	65	—
10月	0	0	4	—
11月	0	0	2	—
12月	0	0	0	—
令和4年 1月	139	164	222	—
2月	81	100	265	173
3月	37	96	351	161
4月	47	54	323	179
5月	68	66	213	202
6月	14	5	146	35
7月	102	6	352	144
8月	119	89	399	199
9月	36	37	166	104
10月	4	18	116	76
11月	49	89	253	64
12月	40	63	350	201
令和5年 1月	26	64	304	195
2月	1	2	71	42
計	1,891	1,204	3,602	1,775

※R4. 6. 5～14休所 ※R4. 6. 13～7. 27休所

《PCR検査センター（郡市地区医師会関係）検査数実績》

(名)

年月	高松市			坂出市・宇多津町			丸亀市			大川地区			綾歌地区			三豊・観音寺市		
	検体数	陰性	陽性	検体数	陰性	陽性	検体数	陰性	陽性	検体数	陰性	陽性	検体数	陰性	陽性	検体数	陰性	陽性
R2.5月	30	30	0	—	—	—	26	26	0	8	8	0	—	—	—	—	—	—
6月	35	35	0	—	—	—	29	29	0	10	10	0	—	—	—	—	—	—
7月	63	63	0	—	—	—	65	65	0	9	9	0	—	—	—	—	—	—
8月	48	48	0	—	—	—	92	92	0	21	20	1	—	—	—	—	—	—
9月	75	74	1	3	3	0	47	47	0	6	6	0	2	2	0	—	—	—
10月	44	44	0	8	8	0	49	49	0	2	2	0	10	10	0	10	10	0
11月	39	38	1	15	15	0	53	53	0	5	5	0	10	10	0	5	5	0
12月	50	49	1	22	22	0	106	103	3	6	6	0	15	15	0	8	8	0
R3.1月	102	100	2	68	68	0	193	184	9	1	1	0	36	36	0	12	12	0
2月	57	56	1	59	59	0	126	126	0	6	6	0	34	33	1	10	10	0
3月	50	50	0	29	29	0	89	86	3	1	1	0	20	20	0	5	5	0
4月	60	53	7	27	26	1	157	144	13	15	13	2	33	31	2	13	13	0
5月	54	49	5	53	52	1	230	221	9	7	7	0	38	37	1	3	3	0
6月	37	35	2	45	45	0	121	120	1	3	3	0	31	31	0	3	3	0
7月	28	27	1	14	14	0	71	69	2	2	2	0	15	15	0	8	8	0
8月	57	46	11	55	54	1	223	195	28	6	5	1	28	24	4	22	21	1
9月	25	25	0	36	35	1	127	122	5	2	2	0	16	16	0	4	4	0
10月	14	14	0	10	10	0	57	57	0	1	1	0	7	7	0	0	0	0
11月	4	4	0	6	6	0	31	31	0	0	0	0	10	10	0	1	1	0
12月	1	1	0	4	4	0	16	16	0	0	0	0	5	5	0	0	0	0
R4.1月	30	20	10	77	51	26	152	107	45	1	1	0	43	34	9	R3.12末閉鎖		
2月	42	17	25	50	34	16	97	66	31	休 止			40	28	12			
3月	24	8	16	28	17	11	47	32	15	休 止			29	14	15			
4月	40	22	18	R4.3末閉鎖			R4.3末閉鎖			R4.3末閉鎖			6	6	0			
5月	34	21	13										3	3	0			
6月	1	1	0										1	1	0			
7月	0	0	0										R4.6末閉鎖					
8月	0	0	0															
9月	316	116	200															
10月	0	0	0															
11月	0	0	0															
12月	346	63	283															
R5.1月	887	284	603	R4.3末閉鎖			R4.3末閉鎖			R4.3末閉鎖			R4.6末閉鎖					
2月	休 止																	
計	2,593	1,393	1,200	609	552	57	2,204	2,040	164	112	108	4	432	388	44	104	103	1

※R4.7.1~23休止

7. 日医・行政（国、県）からの通達（令和5年2月1日～3月13日受信分のうち抜粋）

◀日医、行政（国、県）からの事務連絡等（カッコ内は発信日）▶

■ マスク・防護具、エタノール

1. 小児の新型コロナウイルスワクチン接種の体制整備に係る医療用物資の配布について（3/10）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/49.4-4531.pdf>

■ 医療提供体制・医療機関の対応

1. 新型コロナウイルス感染症の罹患後症状に悩む方の診療をしている医療機関の選定及び公表等について（2/24）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/22.4-4342.pdf>
2. 新型コロナウイルス感染症の罹患後症状に悩む方の診療を行っている医療機関の調査及び公表について（依頼）（2/28）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/23.4-4367.pdf>
3. 新型コロナウイルス感染症の5類感染症への変更後の発熱外来診療体制の維持・充実に向けて（協力要請）（2/28）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/26.4-4373.pdf>
4. 新型コロナウイルス感染症に関する患者の発生動向の把握について（依頼）（2/28）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/28.4-4375.pdf>
5. 新型コロナウイルス感染症の5類感染症移行後に備えた患者の発生動向等の把握の準備について（3/6）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/33.4-4453.pdf>

■ 検査・治療・予防接種

1. 今後の新型コロナワクチン接種について
その2(2/10)：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/7.4-4181.pdf>
その3(2/27)：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/24.4-4368.pdf>
その4(3/9)：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/41.4-4507.pdf>
2. 今春の新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の予防接種法令改正事項の関係通知について（3/10）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/46.4-4523.pdf>
3. 予防接種法令におけるスパイクバックス筋注（1価：起源株）の削除に伴う関係通知について（2/13）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/12.4-4186.pdf>
4. ファイザー社ワクチン及びモデルナ社ワクチンの有効期限の取扱いについて（2/14）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/13.4-4210.pdf>

5. 乳幼児（6か月歳から4歳）用のオリジナル株（1価）ファイザー社ワクチンの配分等について（3/10）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/50.4-4532.pdf>
6. モデルナ社のオミクロン株対応ワクチンの配送等について（その2）（3/10）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/45.4-4522.pdf>
7. 武田社ワクチン（ノバボックス）の配分等について（その7）（3/10）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/47.4-4524.pdf>
8. 新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（ゾコーバ錠125mg）の医療機関での院外処方への取扱いの新規受付の開始について（2/8）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/6.4-4161.pdf>
9. 新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（ゾコーバ錠125mg）の使用にあたっての注意喚起に係る追加の情報提供
県通知（2/28）：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/25.4-4372.pdf>
日医通知（3/8）：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/38.4-4479.pdf>
10. 新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（ゾコーバ錠125mg）の医療機関及び薬局への配分について（一部改正）（3/7）
日医通知：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/35.4-4463.pdf>
県通知：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/37.4-4465.pdf>
11. 新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（パキロビッドパック）の医療機関及び薬局への配分について（別紙及び質疑応答集の修正）
2/16改正：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/18.4-4274.pdf>
3/3改正：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/34.4-4462.pdf>
12. 新型コロナウイルス感染症における中和抗体薬の医療機関への配分について（別紙及び質疑応答集の修正）（3/3）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/30.4-4422.pdf>
13. 新型コロナウイルス感染症における中和抗体薬「チキサゲビマブ及びシルガビマブ」の医療機関への配分について（別紙及び質疑応答集の修正）（3/3）
日医通知：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/31.4-4425.pdf>
県通知：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/32.4-4434.pdf>
14. 「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第9.0版」の周知について
日医通知（2/13）：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/9.4-4183.pdf>
県通知（2/15）：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/16.4-4237.pdf>
15. 「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する手引き」（自治体向け）の改訂について
14版（2/13）：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/10.4-4184.pdf>
15版（3/10）：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/43.4-4520.pdf>
16. 「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する手引き」の改訂について（10.0版）（2/13）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/11.4-4185.pdf>
17. 「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する医療機関向け手引き」の改訂について（11版）（3/10）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/44.4-4521.pdf>
18. 「新型コロナワクチン 予診票の確認のポイントVer9.1」について（2/20）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/20.4-4298.pdf>

■ 介護サービス

1. 「高齢者施設等における面会の再開・推進にかかる高齢者施設等の職員向け動画及びリーフレットについて」の周知について（2/3）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/3.4-4113.pdf>
2. 新型コロナウイルス感染症の感染防止に配慮して通いの場等の取組を実施するための留意事項について（その3）（2/28）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/29.4-4381.pdf>

■ その他

1. 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）の病床確保料の適正な執行および調査について（1/31）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/1.4-4022.pdf>
2. 新型コロナウイルス感染症の積極的疫学調査におけるゲノム解析及び変異株PCR検査について（一部改正）（2/7）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/4.4-4137.pdf>
3. B.1.1.529系統（オミクロン株）が主流である間の当該株の特徴を踏まえた感染者の発生場所毎の濃厚接触者の特定及び行動制限並びに積極的疫学調査の実施について（一部改正）（3/9）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/40.4-4505.pdf>
4. マスク着用の考え方の見直し等について（令和5年3月13日以降の取扱い）（2/13）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/8.4-4182.pdf>
5. 新型コロナウイルス感染症対策 医療機関向けガイドラインの改訂および医療機関等におけるマスク着用のお願いポスターについて（3/10）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/42.4-4519.pdf>
6. 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等について（周知依頼）（2/15）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/15.4-4227.pdf>
7. 新型コロナワクチン接種後の副反応を疑う症状に関する研究への協力について（2/17）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/17.4-4273.pdf>
8. 「新型コロナウイルス感染症により亡くなられた方及びその疑いがある方の処置、搬送、葬儀、火葬等に関するガイドライン」の改正について
県通知(3/7)：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/36.4-4464.pdf>
日医通知(3/8)：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/39.4-4481.pdf>

※ 日本医師会では、特設ホームページを開設しており、診療報酬上の臨時的な取扱い等、逐次追加・更新されていますので、ご確認をお願いします。

http://www.med.or.jp/doctor/kansen/novel_corona/009135.html

8. あとがき

ご承知のように、3月13日よりコロナ感染対策のマスク着用ルールが「個人の判断」に委ねられるようになった。日本人の性格や行動パターンから、欧米のように今後急速に国民の脱マスク化が進むとは考えにくい。今シーズンの季節型インフルエンザの収束、そしてコロナ9波の兆しがなければ、若者を中心に案外早く脱マスク化が広がるかもしれない。さらに5月8日からコロナの5類移行がスムーズにいけば、日本人の「コロナ脳」も徐々に解消され、今後の社会生活もだいぶ楽になるだろう。しかし、ごく最近報告された令和5年2月時の献血検体による新型コロナウイルスの抗N抗体保有率は、全国平均42.3%（香川県39.5%、第2回実態調査、令和5年3月13日）と欧米よりかなり低く、若い世代のコロナワクチン接種率も集団免疫を獲得するには遠く及ばず、また、ウイルス変異の特異性、（現在の）コロナワクチンにおける免疫持続の問題となると、今後もコロナの波は繰り返すと考える方が妥当である。ということで、医療提供者側にとっては医療現場での院内クラスターを含めてまだまだコロナは十分に怖く、院内でのマスク推奨どころか、多くの施設では5類移行後も現在の（発熱外来や院内感染防止対策などの）医療提供体制を変えることは難しいのではないだろうか。

3月10日、政府はコロナ5類移行に伴う医療提供体制や公費支援の見直し策を発表した。要は、5月8日以降、医療機関はコロナ（疑い）患者を一般診療として広く受け入れてください、コロナは行政が支援する特別な病気ではなくなったので公費支援も段階的に縮小、廃止とします、ということである。コロナとの平和交渉の締結なく、医療機関に対しても「コロナ脳」から早く脱却しなさい、といわれても……。今後も色々な議論が飛び交うことが予想される。（T.F.）

次回（第28号）は、令和5年6月9日（金）配信予定です。