

地域医療部通信

新型コロナウイルス感染症関連情報

新型コロナウイルス感染症対策
～京都府医師会での対応, 2022年12月～

2022年12月31日

京都府医師会新型コロナウイルス感染症対策チーム

1. はじめに

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大第8波は第7波ほどの増加速度ではないが、新規感染者数は右肩上がりである。季節性インフルエンザ（インフル）が12月中旬以降、徐々に増加し、下旬から年末にかけて、COVID-19・インフル同時流行が現実のものとなってきた。新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）の変異株はB.1.1.529系統とその亜系統のオミクロン株が世界的にも日本国内でも主流となっている。そのうちBA.5系統が7割以上で、さらにBQ.1系統が増えつつある。

新型コロナウイルス感染症ワクチン（コロナワクチン）は、臨時特例接種における令和四年度秋開始接種としてオミクロン株対応2価ワクチン（従来株/BA.1および従来株/BA.4-5）での接種が始まっているが、全体では35.0%で、うち65歳以上は58.9%の接種率である。小児および乳幼児対象のワクチン接種率は低迷している。

12月2日に改正感染症法が成立し、今後関連する法改正が順次行われる。またその附則に従って、COVID-19の感染症法上の位置づけについての議論が始まった。

年末年始の医療提供体制の確保について、京都府医師会（府医）は行政とで複数回の協議を繰り返し、その結果として決まった方針を京都府・京都市が公表した。

2022年12月の1か月間の動向について述べる。

なお、本文中に記載した数値や対応策等は、12月31日時点のものであり、今後の動向により変化することを予めお断りしておく。

2. COVID-19の流行状況とその対策

(1) 全国の感染者数の推移と対策

① 感染状況

COVID-19感染拡大第8波の新規感染者数は、全国的には増加速度は低いものの、増加傾向は継続し、高い感染レベルとなっている。北海道や東北地方など北日本では感染拡大が先行したが、西日本では遅れて感染拡大となっており、増加幅が大きく感染レベルは北日本を上回る地域もある。中四国や九州では、全国よりも増加幅が大きく、10万人あたりで全国を上回った。北日本では減少傾向が継続している。高齢者施

設と医療機関の集団感染は増加傾向がみられる。

年代別では、すべての年代で増加しているが、人口あたりでは10代以下を含めて若い世代が多く、他の年代よりも増加幅が大きくなっていた。特に遅れて感染拡大となった地域でその傾向が強く見られる。多くの地域では高齢者の新規感染者数の増加が進んでいる。一方、全体的な新規感染者数の増加、とくに若年者の増加があるために、相対的に60代以上の高齢者の割合は横ばいからやや減少がみられる。全国では重症者数と死亡者数の増加も続いており、今後の推移に注意が必要である。12月下旬には、第7波のピーク時に匹敵する重症者数と死亡者数になっており、感染者に対するそれぞれの比率が第7波より大きく、今後さらに増える可能性がある。また2022年1月以降の小児等の死亡例の暫定報告にあるように、小児感染者の増加にともなう、重症例、死亡例の発生に注意が必要で、小児の入院者数の動向にも注意が必要である。

季節性インフルエンザ（インフル）は、全国では同時期と比べて低いものの、直近2年間より高い水準にあり、地域によっては増加傾向がみられる。12月下旬に、1都5県では定点医療機関あたりの週間報告数が1を上回っている。人の動きと交流が増加する年末年始での動向に注視が必要である。

表1. 年代別新規感染者の割合（全国，報告日別，HER-SYS データ）

	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代以上
2022/8/1	12.5%	12.9%	15.1%	15.5%	16.5%	11.8%	6.8%	4.8%	4.2%
2022/12/5	12.3%	14.4%	13.1%	14.4%	16.0%	11.7%	7.2%	5.5%	5.4%
2022/12/19	12.7%	15.4%	12.8%	14.7%	16.1%	11.5%	6.8%	4.9%	5.0%

全国的には病床使用率が上昇傾向にあり、北日本や関東など多くの地域では50%を上回っており、70%超の地域も一部でみられた。重症病床使用率は、0～40%程度と地域差がみられるが、総じて上昇している。

救急搬送困難事案数は全国的に増加し、特に非コロナの搬送困難事案数が増加し、今夏の感染拡大のピークを超えている。今後の動向を踏まえつつ、年末年始の救急医療提供体制の確保には注意が必要である。

② 政府の対応策

(ア) 改正感染症法の附則

12月2日の国会で「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等の一部を改正する法律」（改正感染症法）が成立したが、事前の改正案の審議において衆議院および参議院で修正が行われそれぞれで附帯決議が出された（図1，図2）。これに基づいて改正案には附則が追加された。

附則の主な内容は次のとおりである。

- COVID-19の罹患後症状に係る医療のあり方について検討し、必要な措置を講ずる
- COVID-19の状況を勘案して、について、他の感染症の類型との比較等の観点から検討を加え、必要な措置を講ずる
- 政府は、予防接種の有効性および安全性に関する情報（副反応に関する情報を含む）の公表のあり方について検討し、必要な措置を講ずる
- この法律の施行後5年を目途に、この法律改正後の各法律の施行の状況等を勘案して、規定について検討を加え、所要の措置を講ずる

図1. 改正感染症法案に係る附帯決議（衆議院）

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等の一部を改正する法律案に対する附帯決議

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

- 一 本法施行までに相当の期間があることに鑑み、本法成立後、施行までの期間においても本法の趣旨を踏まえた感染症対策の全体的な取組の強化に努力し、当面する感染拡大に十二分に備えること。
- 二 保健所設置自治体が予防計画を作成するに当たり、市町村の意見を十分に聴き、市町村の役割を明確にし、保健所の負担軽減につながる方針を示すこと。
- 三 感染症危機時に確実に稼働する体制を構築するため、新型インフルエンザ等感染症等に係る医療提供体制確保等の協定が多くの医療機関との間で締結され、医療を必要とする者に確実に医療が提供されることとなるよう、地域における感染症医療提供体制整備に必要な支援を行うこと。
- 四 新型インフルエンザ等感染症等に係る医療提供体制確保等の協定の履行確保措置を講ずるに当たっては、地域の実情に応じた適切な運用となるようにするとともに、協定に基づき履行すべき内容及び履行確保措置のバランス、地域医療への影響等に十分配慮すること。
- 五 流行初期医療確保措置が実施される期間について、保険者等の負担に鑑み、速やかな補助金、診療報酬の上乗せにより数か月程度の必要最小限の期間とすること。
- 六 新興感染症から国民の命を守るため、医療機関の協力が不可欠な状況に鑑み、平時からの備えに対する必要な支援を医療機関の経営面にも配慮し講ずること。
- 七 感染症危機に際しかかりつけ医等の地域の医療機関が可能な限り感染症医療を行うことができるよう、医薬品、個人防護具等の配布、治療方法の普及その他の必要な支援を行うこと。
- 八 感染症医療に対応する医療機関が、感染症患者と当該患者のかかりつけ医との関係を把握し、当該かかりつけ医等の地域の医療機関との連携を確保することができるような方策を検討し、速やかに必要な措置を講ずること。
- 九 地方衛生研究所について、本法の趣旨を踏まえ、法律上の位置付けを明確にしつつ、その体制整備等についての基本的な指針を地方公共団体に示すとともに、保健所及び地方衛生研究所の人員及び予算を確保し、試験及び検査、調査及び研究等のより一層の体制強化を図ること。
- 十 感染症対策及び予防接種事務に関するデジタル化及び情報基盤整備に当たっては、情報の流出の防止その他の国民のプライバシー情報の厳重管理を徹底すること。
- 十一 新型コロナウイルスの特性を考慮し、新型コロナワクチンの予防接種法上の扱いについて検討を行うこと。
- 十二 新型コロナウイルス感染症の罹患後症状に苦しむ患者について、治療と就労を両立するための支援を検討し、速やかに必要な措置を講ずること。
- 十三 新型コロナウイルスワクチン接種後の遷延する症状について、速やかに実態を把握し、病態の解明に必要な調査研究を行うこと。
- 十四 新型コロナウイルス感染症の罹患後症状及び新型コロナウイルスワクチン接種後の遷延する症状について、患者がかかりつけ医等の地域の医療機関での治療を受けられるよう必要な措置を講ずるとともに、その症状並びにその診断及び治療の方法に関する情報を収集し、整理し、及び分析し、その結果に基づき必要な情報を適切な方法により積極的に公表すること。
- 十五 薬事承認制度が製薬企業からの申請に基づくものであることを踏まえ、製薬企業の研究開発支援、申請時の企業負担の軽減、治験等の手続の簡素化、企業相談の実施その他の製薬企業の薬事承認申請を促進する措置を講ずるとともに、緊急時における国主導による医薬品等の確保の仕組みを検討し、必要な措置を講ずること。
- 十六 今回の新型コロナウイルス感染症対応を踏まえ、かかりつけ医の役割、新型コロナ患者の健康観察を行う主体の在り方も含め、「ウィズコロナ」下におけるあるべき地域保健医療提供体制について引き続き議論を進めること。
- 十七 「ウィズコロナ」への移行を更に進める観点や教育的観点から、今一度、関係省庁とも連携して、国民がマスク着用の必要のない場面で、マスクを外す判断ができる環境づくりを進めること。
- 十八 現下の新型コロナウイルスの特性を踏まえ、科学的知見等に基づき適切なマスク着用の基準の見直しを検討するとともに、その結果をわかりやすく国民に伝えること。

図2. 改正感染症法案に係る附帯決議（参議院）

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等の一部を改正する法律案に対する附帯決議

令和四年十一月二十四日
参議院厚生労働委員会

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

- 一、本法施行までに相当の期間があることに鑑み、本法成立後、施行までの期間においても本法の趣旨を踏まえた感染症対策の全体的な取組の強化に努力し、当面する感染拡大に十二分に備えること。
- 二、保健所設置自治体が予防計画を作成するに当たり、市町村の意見を十分に聴き、市町村の役割を明確にし、保健所の負担軽減につながる方針を示すこと。
- 三、感染症危機時に確実に稼働する体制を構築するため、新型インフルエンザ等感染症等に係る医療提供体制確保等の協定が多く医療機関との間で締結され、医療を必要とする者に確実に医療が提供されることとなるよう、地域における感染症医療提供体制整備、特に感染症危機時にはその感染症の特性に応じて、病床の確保や外来診療の増加及びそれらのために不可欠な医療従事者の確保などに必要な支援を行うこと。
- 四、新型インフルエンザ等感染症等に係る医療提供体制確保等の協定の履行確保措置を講ずるに当たっては、地域の実情に応じた適切な運用となるようにするとともに、協定に基づき履行すべき内容と履行確保措置のバランス、地域医療への影響等に十分配慮すること。
- 五、流行初期医療確保措置は、その費用の一部に保険料が充当される例外的かつ限定的な措置であり、実施される期間について、保険者等の負担に鑑み、速やかな補助金、診療報酬の上乗せにより、三箇月を基本として必要最小限の期間とすること。
- 六、新興感染症から国民の命を守るため、医療機関の協力が不可欠な状況に鑑み、平時からの備えに対する必要な支援を医療機関の経営面にも配慮し講ずること。
- 七、感染症危機に際しかかりつけ医等の地域の医療機関が可能な限り感染症医療を行うことができるよう、医薬品、個人防護具等の配布、治療法の普及その他の必要な支援を行うこと。
- 八、感染症医療に対応する医療機関が、感染症患者と当該患者のかかりつけ医との関係を把握し、当該かかりつけ医等の地域の医療機関との連携を確保することができるような方策を検討し、速やかに必要な措置を講ずること。
- 九、地方衛生研究所について、本法の趣旨を踏まえ、法律上の位置付けを明確にしつつ、その体制整備等についての基本的な指針を地方公共団体に示すとともに、保健所及び地方衛生研究所の人員及び予算を確保し、試験及び検査、調査及び研究等のより一層の体制強化を図ること。
- 十、感染症対策及び予防接種事務に関するデジタル化及び情報基盤整備に当たっては、情報の流出の防止その他の国民のプライバシー情報の厳重管理を徹底すること。
- 十一、感染症対策物資等の確保に当たっては、その生産拠点が特定の外国に集中している場合に、生産要請や輸入要請等が実効的なものとならない可能性があることを踏まえ、当該物資等の国内生産の促進、備蓄の確保等の必要な対策を検討し実施すること。
- 十二、新型コロナウイルスの特性を考慮し、新型コロナウイルスワクチンの予防接種法上の扱いについて検討を行うこと。また、同ワクチンは本人又は保護者の意思により接種を受けるべきかを判断するものであること及びワクチンを接種していない者に対する差別、いじめ等の不利益取扱いを決して許されるものではないことについて積極的な広報等により周知徹底すること。
- 十三、新型コロナウイルス感染症への対応において、検疫所における検査・人員体制の強化等が図られたことを踏まえ、今後も新興感染症等の発生に備えた即応体制を維持・強化できるよう、関係機関等と連携した定期的な訓練の実施、海外の感染症発生動向に係る調査・研究能力の強化、検疫感染症発生時における迅速な検査能力の確保など必要な対策に取り組むこと。
- 十四、新型コロナウイルス感染症の罹患後症状に苦しむ患者について、治療と就労を両立するための支援を検討し、速やかに必要な措置を講ずること。
- 十五、第二百四回国会において採択された「新型コロナウイルス感染症と筋痛性脳脊髄炎の研究に関する請願」に基づき、早急にCOVID-19後にME／CFSを発症する可能性を調べる実態調査、並びにCOVID-19とME／CFSに焦点を絞った研究を、神経免疫の専門家を中心に開始する体制整備を行うこと。
- 十六、新型コロナウイルスワクチン接種後の遷延する症状について、速やかに実態を把握し、病態の解明に必要な調査研究を行うこと。

十七、新型コロナウイルス感染症の罹患後症状及び新型コロナウイルスワクチン接種後の遷延する症状について、患者がかかりつけ医等の地域の医療機関での治療を受けられるよう必要な措置を講ずるとともに、その症状並びにその診断及び治療の方法に関する情報を収集し、整理し、及び分析し、その結果に基づき必要な情報を適切な方法により積極的に公表すること。

十八、薬事承認制度が製薬企業からの申請に基づくものであることを踏まえ、製薬企業の研究開発支援、申請時の企業負担の軽減、治験等の手続の簡素化、企業相談の実施その他の製薬企業の薬事承認申請を促進する措置を講ずるとともに、緊急時における国主導による医薬品等の確保の仕組みを検討し、必要な措置を講ずること。

十九、今回の新型コロナウイルス感染症対応を踏まえ、かかりつけ医の役割、新型コロナ患者の健康観察を行う主体の在り方も含め、「ウィズコロナ」下におけるあるべき地域保健医療提供体制について引き続き議論を進めること。

二十、「ウィズコロナ」への移行を更に進める観点や教育的観点から、今一度、関係省庁とも連携して、国民がマスク着用の必要のない場面で、マスクを外す判断ができる環境づくりを進めること。

二十一、現下の新型コロナウイルスの特性を踏まえ、科学的知見等に基づき適切なマスク着用の基準の見直しを検討するとともに、その結果をわかりやすく国民に伝えること。

右決議する。

(イ) 改正感染症法の成立

12月2日に成立した改正感染症法において、その改正の趣旨は、COVID-19への対応を踏まえ、国民の生命および健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生およびまん延に備えるため、国または都道府県および関係機関の連携協力による病床、外来医療および医療人材並びに感染症対策物資の確保の強化、保健所や検査等の多態性の強化、情報基盤の整備、機動的なワクチン接種の実施、水際対策の実効性の確保等の措置を講ずる、としている。

この改正法は順次施行されてゆくが、大部分は令和6年4月1日に施行される。そのためには地域保健法、健康保険法、医療法、予防接種法、特措法、検疫法などが順次改正される。

改正感染症法は、次のような点が主な内容となる。

1. 都道府県連携協議会の創設と関係者間の連携（令和5年4月1日施行）
2. いわゆる定点医療機関や新型インフルエンザ等感染症等の発生届出等の電磁的方法による入力の努力義務化（一部義務化）（令和5年4月1日施行）
3. 都道府県連携協議会による予防計画に関する協議、予防計画の記載事項の充実
4. 予防計画、医療計画および新型インフルエンザ特措法に基づく行動計画の整合性の確保
5. 第一種協定指定医療機関・第二種協定指定医療機関の新設
下記6.7.の医療機関のうち病床確保、発熱外来または自宅療養者等（高齢者施設等の入所者を含む）への医療の確保を担うものは、第一種ないし第二種協定指定医療機関として感染症指定医療機関となる
6. 公立・公的医療機関等、特定機能病院や地域医療支援病院による感染症発生・まん延時の医療提供の義務づけ
7. 都道府県等と医療機関等との協定（病床確保、発熱外来、自宅療養者等（高齢者施設等の入所者を含む）への医療の確保、後方支援、人材派遣）に関する協議、医療審議会による調整、協定の締結
※実際に発生・まん延した感染症が事前の想定と大きく異なる事態となった場合は、協定内容の見直し等の機動的な対応を行うこととする方向で検討中
8. 上記6.7.の履行確保措置の創設（「正当な理由」なく協定や医療提供義務による措置を講じていない場合の勧告・指示・公表、地域医療支援病院等の承認取消）

9. 流行初期医療確保措置の創設
10. 上記6.7.の医療機関に対する財政支援
11. 自宅・宿泊療養者への健康観察等の地域医師会等に対する委託の法定化
12. 感染症法第16条の2に基づく協力要請等の規定の対象として、医師会（「診療に関する学識経験者の団体」）を明確化
13. 新型インフルエンザ等感染症等の宿泊・自宅療養者等が受ける外来医療・在宅医療の公費負担医療の仕組みの新設
14. 医療人材の派遣，厚生労働省による広域調整
15. 物資の確保
16. 医師・看護師等以外の職種による検体採取やワクチン接種（新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく協力要請等を行ってもなお医師等の確保が困難な場合に限り）

さらに、令和6年4月から開始される第8次医療計画では、「5疾病6事業および在宅医療」の6番目の事業として新興感染症発生・まん延時における医療提供体制が記載されることとなる。想定する新興感染症は、新型インフルエンザ等感染症，指定感染症および新感染症を基本とし、まずはこれまでCOVID-19対応として、各地で築かれてきた保健・医療提供体制を踏まえる方向性となっている。

(ウ) COVID-19の感染症法上の位置づけとその判断

改正感染症法の附則に記載された「新型インフルエンザ等感染症（感染症法第六条第七項）への位置付けの在り方」についての協議が始まった。COVID-19の法律上の定義は、次の記載である。

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）

（定義等）

第六条（略）

2～6（略）

7 この法律において「新型インフルエンザ等感染症」とは、次に掲げる感染性の疾病をいう。

一・二（略）

三 新型コロナウイルス感染症（新たに人から人に伝染する能力を有することとなったコロナウイルスを病原体とする感染症であって、一般に国民が当該感染症に対する免疫を獲得していないことから、当該感染症の全国的かつ急速なまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあると認められるものをいう。）

四（略）

8～24（略）

（註、下線は筆者による）

厚労省アドバイザリーボード（第109回、12月7日）では、上記の「新型インフルエンザ等感染症」の定義（下線部分）への該当性を総合的に判断するために、以下の考慮要素を踏まえるとした。

- 病原性（重篤性）：オミクロン株においても季節性インフルエンザよりも致死率が高いとされているが、累積患者数の増加，ワクチン接種の進展，治療薬の普及などを踏まえ、現時点における病原性についてどのように考えるか
- 感染力：オミクロン株は感染力が強いとされているが、累積患者数の増加等を踏まえて、現時点における感染力についてどのように考えるか、また、「国民への影響」をどのように考えるか

- 今後の変異の可能性：直近では抗原性の変異が主体となっているが、病原性が大きく上がるような変異の可能性についてどのように考えるか
- 上記のほか、判断にあたって留意すべき点
病原性（重篤性）と感染力を踏まえ、どのように医療で受け止めていくことが考えられるか

アドバイザリーボードでは、これらの議論に関連するいくつかの資料が提出された。

A) COVID-19の致死率に関する考察（西浦，第110回アドバイザリーボード）

西浦博氏（京都大学環境衛生学）は、疾病間で致死率の単純な比較計算が行われる傾向があり、その致死率の比較議論にはいくつかの問題があることをアドバイザリーボードで提議した。

- (1) 流行に起因すると考える超過死亡が多数見られる中、その計算には多くの者がCOVID-19に関連して亡くなっている事実が反映されない
- (2) これまでに、循環器疾患などの特定の死因による死亡の超過を認める傾向がある。COVID-19との因果関係を疑う中で、直接的な観察による死亡だけで致死率の比較検討を行うべきではない
- (3) 死因統計に関するデータ生成過程を十分に理解した上で死亡リスクと向き合うことが望ましい

と述べている。

さらに、COVID-19の致死率を想定すると、次のような時における観察が重要としている。

- (i) 感染が見逃された後に死亡した場合（無症状・軽症であった、感染を他者に隠し続けた、検査陰性であった等）
- (ii) 感染は診断されたが無症状・軽症などを理由にフォローアップされなかった場合（自宅療養の療養解除、フォローアップからの脱落等）
- (iii) 死亡した際に、COVID-19との因果関係について、診断する医師に捕捉されなかった場合（感染を疑わなかった中での循環器疾患での死亡等）
- (iv) 循環器疾患などの合併症を含めて、死因が分からずに死亡した場合（老衰の一部、死亡後の異常死の診断等）

また、2022年1～7月の死亡数が前年同時期と比べて5%以上の増加、かつ絶対的な死亡者数増が10,000人以上である死因に絞ると、循環器系の疾患（6.23%増、13,015人）、症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの（14.96%増、15,043人）の2つのみが該当し、明確な超過死亡を認めることを示した。

通常、死亡届では医師の診断によって死因が記載されており、臨床現場から収集される死因別の統計を集積する上での因果推論の問題に端を発する。そのため、未観察死亡も含めて致死率を推定するには、個別の医師による因果の判断に依らない仕組みを作り出すべきであり、例えば、次のような解決手段を考案することを提議した。

- (a) 臨床経過をより重視し、その詳細を加味することが可能な死亡届システムを考案する
- (b) 死亡者に関するサンプル調査として感染の有無についてCOVID-19を疑わない者も含めて実施する
- (c) 超過リスクのデータを利用して致死率推定を実施することを疫学的な仕組みとして実装する
- (d) 感染者の死亡データと超過死亡データなどの情報を駆使して観察・未観察の両方の情報を利用した致死率推定の仕組みを作る

現時点では、超過死亡のデータから、未観察の致死率と関連死について分離をして単純計算することができないが、少なくとも観察情報のみで頼る場合は常に過小評価の可能性があること、特に超過死亡者数が積み上げられて人口レベルの流行インパクトが看過できない規模である場合にはデータ生成過程に関して細心の注意を払いつつ致死率の掲載について議論することが求められる、と西浦氏は説明した。

B) COVID-19 の中・長期的リスクの考え方

(押谷 / 鈴木 / 西浦 / 脇田, 第110回アドバイザリーボード)

12月14日のアドバイザリーボードで、押谷仁(東邦区大学微生物学教授)、鈴木基(国立感染症研究所感染症疫学センター長)、西浦博(京都大学環境衛生学教授)、脇田隆宇(国立感染症研究所長)の四氏から「新型コロナウイルス感染症の特徴と中・長期的リスクの考え方」と題する資料が提出された。

この資料の要約は以下のとおりである。

- COVID-19 とインフルとの比較などの議論がなされているが、疫学・病態など多くの点で両者には大きな違いが存在しており、そのリスクをデータや最新の知見に基づいて評価することが必要である。
- 世界保健機関(WHO)はパンデミックインフルエンザの評価には、①伝播性、②疾患としての重症度、③医療や社会へのインパクトを評価するよう求めている。国内ではCOVID-19とインフルの評価を致死率・重症化率のみで比較されている場合が多いが、これは疾患としての重症度の一側面のみを評価するものであり、リスク評価としては不十分である。
- COVID-19の伝播性は当初より、インフルより高かったが、変異株の出現とともにさらに伝播性は増大してきており、伝播性の観点からはむしろインフルとは大きく異なる感染症に変化してきている。COVID-19の伝播性が高いことに加え、ワクチンや自然感染で獲得した免疫も減弱することと、変異株は免疫逃避の程度も高いことから疫学的にはインフルとは異なる特徴を持つ感染症になっている。
- COVID-19の重症度は病原性が一定程度低いとされるオミクロン株が流行の主体となり、さらに多くの人々が自然感染あるいはワクチンによる免疫を獲得したことにより、発生初期と比較して低下している。一方で、循環器系の合併症で死亡を含むインパクトが生じているとするデータが各国で得られてきている。国内でも2021年以降超過死亡が増加しており、循環器系の合併症を含めた超過死亡の要因を解明する必要がある。また罹患後症状の問題もCOVID-19のリスク評価の際には考慮すべきである。なお、COVID-19とインフルの致死率や重症化率を比較する様々なデータが示されているが、ほとんどの場合異なる方法で集められたものであり、直接比較することは困難であり、現在示されているデータの解釈には留意が必要である。
- 国内でも救急搬送困難事案の増加などCOVID-19による直接の医療負担だけでなく、一般医療への負担も生じている。同様のことは英国などでも報告されている。今後さらに流行規模が大きくなれば、罹患や罹患後症状による欠勤者が増え、社会機能維持に支障が生じるリスクも存在している。一方で、感染症法に基づく公衆衛生対応(行動制限)を継続することによる社会や経済に対するインパクトも発生している点には留意が必要である。

(エ) 厚生科学審議会感染症部会での検討(12月23日)

アドバイザリーボードにおいて出された「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけに係る考慮要素」(前述)について、部会の委員・参考人から幅広い観点からの意見が出された。この議

事概要 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001032305.pdf>) では、議題の性質から、内容を要約することなく別紙1～21として公表された。本稿でも要約を記すことはできないため、厚労省で公表されている資料をご一読いただきたい。

COVID-19を指定感染症2類相当から5類へ引下げることについて、今回の部会で結論を出すことはできなかったため、引続き感染症部会において検討することが必要とされた。

(オ) 今後の新型コロナワクチン接種について

厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会（第42回、12月13日）（ワクチン分科会）において、今後の新型コロナワクチン接種のあり方について検討された。検討内容は、厚労省から都道府県・政令市および日医へ次のとおりの連絡があり、必要な準備に着手するよう依頼があった。

1. 検討の論点

まずはワクチンの有効性等から接種の目的を明確にし、その上で接種計画（対象者、回数、時期、ワクチンの種類等）の検討を行うこと

2. 考慮要素

1. の検討にあたっては、特に以下の要素を考慮すること

- COVID-19の疫学的状況および感染症法上の位置づけ
- ワクチンの安全性および有効性の持続期間等
- 次年度以降の諸外国における接種プログラムの方針

3. 検討の進め方

2. の考慮要素に関するエビデンスを国立感染症研究所において収集・整理し、当該整理を踏まえ、令和5年年初よりワクチン分科会基本方針部会において、接種目的、接種計画に係る技術的検討を行った上で、ワクチン分科会において議論を行い、速やかに今後の接種の方向性に関する結論を得ること

4. 接種実施にあたっての留意事項

検討にあたっては、自治体の準備状況やワクチンの流通状況について十分考慮すること

具体的な接種のあり方については、今後検討することとしており、ワクチン分科会の開催の都度、その状況が知らされる。その情報を踏まえて、必要な準備に着手することになる。

(カ) 新型コロナ・インフル同時流行対策タスクフォース（コロナ・インフルタスクフォース）

12月23日にコロナ・インフルタスクフォースの第4回が開催された。

同時流行のピーク時に1日75万人の患者が生じた場合でも、限りある資源の中で重症化リスクの高い人に適切な医療を提供するために、10月17日に都道府県等に「外来医療体制整備計画」の策定を求める事務連絡を発出し、各都道府県は11月14日までの1か月間に、地域の医師会等との協議の上、①ピーク時の患者数、外来の受診見込者数を推計し、②診療・検査医療機関（発熱外来）等の診察能力（1日あたり診療可能人数）を把握し、①と②の比較検討を踏まえた外来診療体制の強化、健康フォローアップセンター（FUC）の体制強化を計画する。

国が取りまとめた需要の推計は、ピーク時の1日あたりの患者数は81万人（コロナ45万人、インフル37万人）、健康FUCへの登録見込者数7万人、発熱外来等受診見込者数75万人とした。この推計と、各都道府県が調査等により把握した管内の診療能力を比較検討して、従前からの強化を続けてきた外来提供体制について、年末年始も見据えて、土日祝日を含めて、一段と強化することとした。

表2. 保健医療提供体制の確保および救急医療のひっ迫回避等のための取組み

	管内の診断能力	強化分	最大診療能力
全体	76万人	+13万人	90万人
発熱外来等の強化	76万人	+11万人	87万人
自治体が関与・要請する電話・オンライン診療の強化	0.6万人	+1.8万人	2.3万人
土曜日	45万人	+11万人	55万人
日曜日	12万人	+11万人	23万人

健康 FUC の体制の整備として、重症化リスクの低い者が安心して自宅療養ができるようにするために必要な環境の整備として、今冬の1日あたりの最大登録人数の対応能力強化のため、登録内容の確認等に従事するスタッフ（医師、看護師、事務職等）の増強を行うとした。1日あたり8万人から20万人（+11万人/日）に対応する。

さらに、年末年始も見据えた保健・医療提供体制の確保および救急医療ひっ迫回避等のための取組みとして、以下をあげた。

1. 保健・医療提供体制の確保：通常医療との両立を強化するとともに、年末年始においても、発熱等の患者に適切な対応ができるよう、また、発生届対象外の者が安心して自宅療養ができるよう、都道府県と連携し、地域の事情に応じた体制確保の取組みを行い、万全を期す
2. 救急医療のひっ迫回避のための取組み：都道府県と連携し、発熱患者等に対する相談体制（受診・相談センター、#7119、#8000）、救急車利用マニュアルおよび子どもの救急等の関係 Web サイトの周知等を通じ、受診控えが起こらないよう配慮しつつ、限りある医療資源を有効活用するための協力の周知に取組む；休日夜間の救急医療にひっ迫回避のため、都道府県と連携し、市町村が郡市区医等の協力を得て実施している休日夜間急患センター・在宅当番医制について、年末年始も見据え、受診に資する情報を集約し、都道府県の新型コロナ対策の関係ホームページ等に掲示し周知に取組む
3. 解熱鎮痛薬・コロナ治療薬の流通体制の確保：年末年始に診療を行う医療機関等に対し、解熱鎮痛薬等について、入手が困難な場合には厚労省の相談窓口を活用し、予め必要量を確保するよう依頼。また不測の事態に備え、年末年始も相談窓口における受付を実施するとともに卸売業者との緊急連絡の体制を確保；国で買い上げて配送しているコロナ治療薬について、年末年始も見据えて、登録医療機関・薬局の在庫の上限数を予め引上げるなどの対応、また年末年始の間も薬剤の発注があれば原則2日以内に届ける体制を確保

(キ) 水際対策の見直し

日本では水際対策の緩和を行ってきたが、一方で中国がゼロコロナ政策を撤廃し海外渡航の緩和を打ち出してきたことに対して、中国からの SARS-CoV-2 の持ち込みの増加が懸念されるため、以下の措置を12月30日以降に講ずることとした。

1. 中国（香港・マカオを除く）に渡航歴（7日以内）のあるすべての入国者に入国時検査を実施する。また中国（香港・マカオを除く）からの直行便での入国者について全員入国時検査を実施する。
2. 中国（香港・マカオを含む）と日本間の直行旅客便については、到着空港を成田国際空港、羽田空港、関西国際空港、中部国際空港の4空港に限定し、増便を行わないよう、関係する航空会社に対して要請する。

③ オミクロン株の亜系統

現在流行している SARS-CoV-2 の変異株は、B.1.1.529 系統とその亜系統のオミクロン株の支配的な状況が世界的に継続している。2022 年 11 月 5 日～12 月 5 日に、ゲノム解析されて GISAID (Global Initiative on Sharing Avian Influenza Data) データベースに登録されたウイルスの 87.8% がオミクロン株で占められ、残る 12.2% も配列が割り当てられていないもののオミクロン株に該当すると推定され、その他の系統はほとんど検出されていない。オミクロン株の中では多くの亜系統が発生しており、BA.5 系統が 70.1%、BA.2 系統が 10.5%、BA.4 系統が 2.0% で、世界的に BA.5 系統が流行の主流であり、日本国内でも第 7 波の 22 年 7 月頃から BA.2 系統から BA.5 系統に置き換わりが進み、10 月以降は BQ.1 系統 (BA.5.3 系統の亜系統) の占める割合が上昇傾向にあり、12 月 7 日時点では検疫で 37 件、国内で 680 件が検出されている。国立感染症研究所は、第 50 週 (12 月 5 日～11 日) において 34% を占めると推測している。またオミクロン株の亜系統間の様々な組換え体も報告され、WHO はこれらの BA.1.1.529 系統とその亜系統や組換え体のすべてを含めて「オミクロン」と総称する一方で、いくつかの亜系統や組換え体 (BA.2.3.20, BA.4.6, BA.2.75, XBB の各系統および BA.5 系統に N450D 変異もしくは R346/K444/V445/N460 のいずれかの箇所に変異を有するもの) を「監視下のオミクロンの亜系統 Omicron subvariants under monitoring」としてきた。

BQ.1 系統、XBB 系統 (BJ.1 系統 (BA.2.10 系統の亜系統) と BM1.1.1 系統 (BA.2.75.3 系統の亜系統) の組換え体) をはじめ、特徴的なスパイクタンパク質の変異がみられ、ワクチン接種や感染免疫による中和抗体からの逃避や、感染者数増加の優位性が示唆される亜系統が複数報告されてきた。局所的に有意な増加をみせる亜系統も報告されているものの、特定の変異株が世界的に優勢となる徴候は見られない。XBB 系統 はインドとバングラデシュで主流となっているが、日本では 12 月 7 日時点では、検疫で 27 件、国内で 94 件検出されており、ゲノムサーベイランスではおおむね横ばいで推移しており、国立感染症研究所は第 50 週 (12 月 5 日～11 日) において 2% を占めると推定している。

BS.1 系統は、BA.2.3.2 系統 (BA.2 系統の亜系統) が起源と考えられるが、8 月下旬に日本への入国者 3 名 (いずれもベトナムへの渡航歴あり) の陽性検体から検出された。BS.1 系統に変異が加わった BS.1.1 系統、BS.1.2 系統が報告されており、12 月 7 日時点では、BS.1 系統 (亜系統を含む) は検疫で 39 件、国内で 42 件の報告がある。また、12 月 1 日時点では日本以外にオーストラリア、ベトナム、韓国など計 24 か国から GISAID に 323 件が登録されている。

現時点では、オミクロン株と総称される系統の中で、主に免疫逃避に寄与するがその他の形質は大きく変化していない変異株が生じていると考えられる。変異株の発生動向や病原性・毒力 virulence、感染・伝播性、ワクチン・医薬品への抵抗性、臨床像等の形質の変化を継続して監視し、迅速にリスクと性質を評価し、それらに応じた介入施策が検討される必要がある。

しかしながら、今後、注意を要するのは、オミクロン株の次の変異株の出現である。SARS-CoV-2 はこれまでに、感染爆発の中で新たな変異株を作ってきた。中国がゼロコロナ政策を撤廃し、発熱患者が急増しており (すべてが COVID-19 ではないが)、その中で新たな変異株の出現の可能性が否定しきれない。

(2) 京都府の感染者数の推移と対策

① 京都府内の新規感染者数の推移

11 月の新規感染者の今週先週比は 1.4 ～ 1.1 で推移 (最少 1.04/11 月 18 日) したが下旬に漸増し、12 月に入って 1 日の 1.40 をピークとして増減しながらも漸減し、12 月 22 日の 1.10 からさらに減少傾向がみられた。30 日に 1.05、31 日に 0.98 と減少しているのは、年末の医療機関の休診による影響があると思われる。実効再生産数は、12 月 1 日の 1.0 以降は 1.1 と 1.0 の間をほぼ横ばいで推移し、31 日に 1.0 を下回り 0.99 となった。

年代別では、20代以下の小児・青少年層が約4割を占め、30代40代が3割弱となっている。年齢別のワクチン接種率と並べると、新規感染者に占める各年代の割合と接種率とは逆相関の傾向がみられる（表3）。なお、陽性者FUCでの登録者は、京都府が9.7%、京都市が12.7%であった。

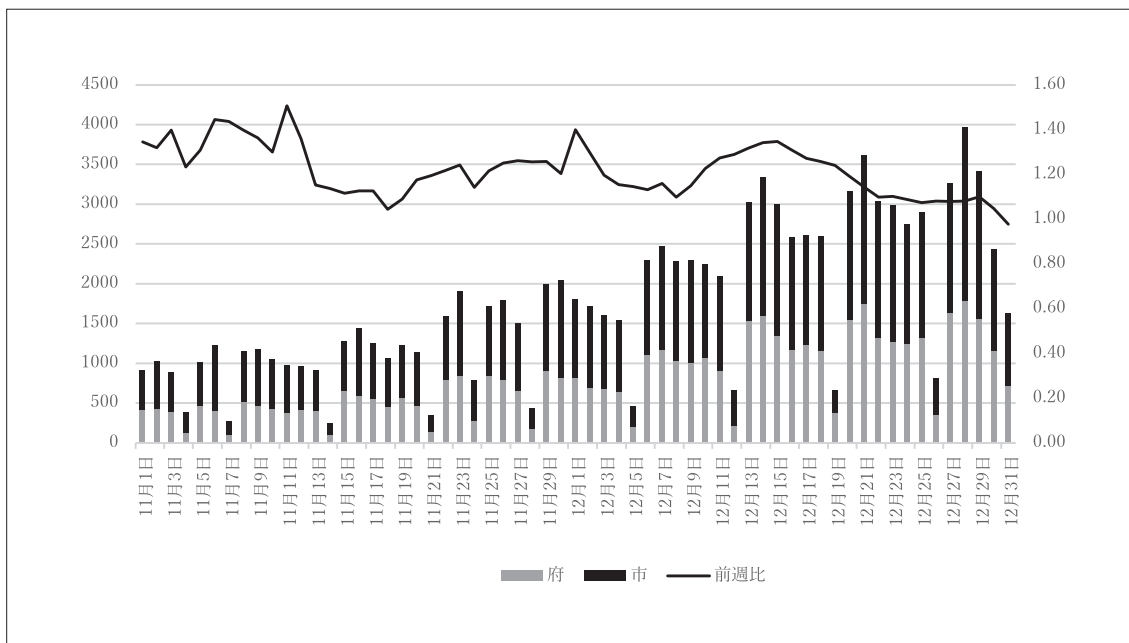


図3. 第8波 京都府内新規感染者数の推移 (2022年11月1日～12月31日)

表3. 2022年12月の京都府内年代別新規感染者数およびワクチン接種率 (2022年12月26日公表分)

	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代		70代	80代	90代以上
府	4,010	5,609	3,978	4,603	5,407	4,129	2,327		1,874	1,120	556
市	3,064	5,195	7,231	5,509	6,037	5,023	2,855		2,336	1,682	721
計	7,074	10,804	11,209	10,112	11,444	9,152	5,182		4,210	2,802	1,277
	9.7%	14.7%	15.3%	13.8%	15.6%	12.5%	7.1%		5.7%	3.8%	1.7%
3回接種完了者	接種率	35.3%	51.9%	54.0%	60.2%	76.0%	85.4%	84.1%	89.3%	93.5%	93.0%
	年齢別	12～19歳	20代	30代	40代	50代	60～64歳	65～69歳	70代	80代	90代

モニタリング指標で、12月31日時点（第7波のピーク時（8月24日）と比較すると、入院病床使用率は高くないが（入院病床数の違いがあることに留意）、重症病床使用および高度重症病床使用が第7波より高いことがわかる。12月の死亡者数は、上旬から中旬は1日あたり1～6人で増減したが、下旬から増加傾向がみられ6～8人となった。第7波の8月下旬が6～8人/日で推移した時と同程度である。12月の第8波での新規感染者数は、第7波に比べて低いものの、重症者数と死亡者数が第7波並みになっていることは、注意を要する。第7波での重症化率や死亡率がデルタ株優勢期以前より低いことが、COVID-19の感染症法上の見直しのきっかけとなっているが、同じオミクロン株であっても、第8波では第7波より重症化率と死亡率が高い結果となる可能性があり、今後の議論に影響を及ぼすと思われる。

京都府内のオミクロン株の主流はBA.5系統であるが（表5）、BQ.1系統およびBQ.1.1などの亜系統が増加傾向にある。行動制限のない年末年始であることと、水際対策緩和にともなって外国人の入国が増える

こと、京都を訪れる観光客が急増していることから、今後の変異株ゲノムサーベイランスの結果を注意深く見守らねばならない。

表4. 京都府のモニタリング指標の状況

12月	医療提供体制等の負荷		感染の状況			
	入院病床の使用率	重症者病床の使用率 [高度重症病床]	新規陽性者数 7日間平均 (人)	前週比 7日間平均	PCR陽性率 7日間平均	人口10万人あたりの 新規陽性者数 人口10万人あたり 1週間の合計数値(人)
1日	48.9% 163/1,013床	34.9% 16/175床 [5.9% 3/51床]	1,611.43	1.39	60.3%	437.53
10日	49.9% 505/1,013床	44.0% 77/175床 [2.0% 3/51床]	1,943.57	1.23	70.7%	527.72
20日	54.8% 555/1,013床	49.1% 86/175床 [7.8% 8/51床]	2,566.43	1.19	79.4%	696.83
30日	58.9% 605/1,027床	49.1% 86/175床 [15.7% 8/51床]	2,791.14	1.05	77.5%	757.85
第7波 8月24日	64.0% 625/977床	40.0% 70/175床 [2.0% 1/51床]	4,712.29	1.14	86.1%	1,279.48

12月22日に病床数は1,013 → 1,027床に増床

表5. 京都府内の変異株ゲノム解析状況(累計)(令和4年12月23日時点)

変異株の種類	系 統	件数(累計)	最終更新日	備 考
オミクロン株	BA.1	4,826件	令和4年7月	
	BA.2	1,477件	令和4年9月16日	
	BA.2.12.1	21件	令和4年9月2日	
	BA.2.3.20	3件	令和4年12月23日	12月16日から新たに1件判明
	BA.2.75	41件	令和4年12月23日	12月16日から新たに8件判明
	BA.4	8件	令和4年10月7日	
	BA.5	1,594件	令和4年12月23日	12月16日から新たに65件判明
	XBB	3件	令和4年12月15日	
	BQ.1	17件	令和4年12月23日	12月9日から新たに5件判明
	BQ.1.1	32件	令和4年12月23日	12月16日から新たに8件判明
	BQ.1.2	1件	令和4年11月2日	
BS.1.1	1件	令和4年11月2日		

地方衛生研究所、大学等で解析

③ 京都府・京都市の対応

(ア) 京都府

12月2日に京都府は、COVID-19感染状況を示す警戒レベルについて、11月に国が新たに示した方針に沿った形で、オミクロン株に対応した指標と判断基準に改定した(表6)。同日、西脇知事が定例会見で説明を行った。

表6. 京都府の新型コロナ対策の新指標

レベル	判断の目安		対 応
	病床使用率	重症病床使用率	
1 (感染小康期)	30%以下	—	手洗いや換気などの感染対策やワクチン接種を呼びかける
2 (感染拡大初期)	30～50%	—	
3 (医療負荷拡大期)	50%超	50%超	外出自粛要請を含む「医療非常事態宣言」, 「対策強化宣言」の発令を検討
4 (医療機能不全期)	80%超 (患者が入院できない状況)		

行動制限の可能性があるのはレベル3以上であるが、3から4に引上げを行う感染拡大時には、大人数の会食や大規模イベントの参加、帰省・旅行の自粛を含む「対策強化宣言」や、人との接触機会を極力減らすよう要請する「医療非常事態宣言」の発令を検討することになる。

12月10日に「きょうと新型コロナ陽性者オンライン診療センター」の開設を京都府は再開した。京都府立医大附属病院に設置し、同大学医師による成人に対するオンライン診療を、15歳以下の子どもは小児科医がオンライン診療を行う。診療時間は、12月10日から令和5年2月26日(土日祝日・年末年始を含む)までの午後1時～午後5時で、対象は、かかりつけ医がいない、または年末年始や連休等でかかりつけ医と連絡がとれないCOVID-19患者で、1日40名程度である。薬局については、薬剤師会がとりまとめた休日対応薬局(約80箇所)を活用する。

年末年始の対応について、12月22日に西脇知事が臨時記者会見を行った。内容は、すでにコロナ・インフル同時流行に備えた医療提供体制の確保として公表した内容に基づいている。受診可能な発熱外来の確保と、相談センター等の体制の拡充(29日から電話回線を22回線→50回線に増加、新型コロナ医療相談センターに看護師が年末年始期間中も24時間体制で対応、健康FUCの陽性者登録班の人員を6人→15人に、総合相談班を6回線→9回線に、健康相談班を6回線→9回線に拡充)により、不安のある府民が受診できる体制の確保と、相談できる体制を確保する。年末年始期間中も発熱症状のある府民が受診・検査できる医療機関(263箇所(予定))を27日から京都府ホームページ上で公開。また感染拡大の対応として、22日から受け入れ病床(軽症～中等症)をそれまでの1,013床から1,027床へ14床の増床を行った。

(イ) 京都市

京都市は、12月から高齢者施設等で療養するCOVID-19患者の健康観察や感染防止対策を強化するため、看護師ら9名で構成するチームを立ち上げ、重症化リスクの高い高齢者の健康把握に注力し、必要な医療にできる限り早く繋げるようにする。これまで保健所が担っていた施設療養者の電話での健康観察は外部委託(委託期間は令和5年3月31日まで)とし、新たに保健所内に看護師らのチームを配置して健康観察などの体制強化を図るとしている。対象は、高齢者施設や障害児者の入所する市内約680箇所、COVID-19患者が出た場合に看護師が施設管理者に療養者の状態などを聞き取り、重症化のおそれがある場合は、保健所内の医療専門班と連携し、必要な治療に繋げるとしている。

京都市の年末年始の対応策として、年末年始に発熱外来を行う診療・検査医療機関を募り、ホームページで公開した(12月29日～1月3日:医療機関のべ466箇所、薬局のべ433箇所)。また、コロナ抗原定性検査キットを医療機関153箇所や薬局76箇所以外に、南区と山科区の2箇所に無料配布する会場を設けることを発表した。12月29日から1月3日までの期間に配布するが、各会場では1日に1,000キット(検査2回分)を確保し、市内療養者を対象に自宅配送も行う(京都市ホームページから申し込み)。

京都市急病診療所では、年末年始に発熱外来を開設し、コロナ抗原定性検査キットで自己検査できない者に対して診療を行うことになった。

3. 府医の10月の活動

(1) 会議

府医の定例理事会、各部会、各委員会の会内会議はWeb併用のハイブリッドで開催した（地区庶務担当理事連絡協議会は休会）。地区医と府医の懇談会（5日福知山，9日東山，14日京都北，21日下京東部，23日西京）はすべてWeb開催で、主なテーマは「かかりつけ医」，「オンライン資格確認」，「電子処方箋」，「コロナ関連」であった。

日医の都道府県医 COVID-19 対策担当理事連絡協議会は、23日にTV会議システムによるWeb開催で行われた。テーマはCOVID-19の現況、改正感染症法および次期医療計画について、日医「COVID-19第8波（季節性インフルエンザとの同時流行）、年末年始等に向けた発熱外来診療体制に関する状況把握調査」について、であった。各都道府県からの質疑応答があった。

コロナ・インフル同時流行を見据えた年末年始の京都市の医療体制について、府医コロナチームと京都市保健所医療衛生企画課と複数回の協議を行い、その結果は年末ギリギリと言える23日に門川市長の臨時記者会見で公表された（松井府医会長同席）。

(2) 宿泊療養施設健康管理

宿泊療養は、ホテルヴィスキオ京都（HV）、アパホテル京都駅東（AE）、アパホテル京都駅堀川（AH）の3施設で行われている。12月の新規の総入所者数は1,281名（1日平均41.3名）、総退所者数は1,175名（同37.9名）と入所者数が退所者数を上回っていた。入所者数および退所者数はHV > AE > AHであった。転院は4件、陽性者外来受診は3件であった。出務医は、AEとAHは連日1名であったが、AHは2名となる日が2/3を占め平均1.7名であった。保険診療の1日平均件数は、HV4.2件、AE3.3件、AH2.8件であった。31日時点での療養者数の216名（HV81名；AE74名；AH61名）が宿泊療養施設で年越しをする。

4. COVID-19 ワクチン

ファイザー社ワクチンの12歳以上用（2価：起源株/オミクロン株）・5～11歳用・6か月～4歳用の有効期限は、薬事上の手続きを経て18か月に延長された。今後配送されるワクチンも含めて、有効期限が9か月または12か月という前提で有効期限が印字されているが、新しい有効期限は印字されている有効期限より長い18か月として取り扱うことになる。

(1) 接種状況

12月28日公表分で、3回接種完了者は全体の67.7%で、うち65歳以上は90.9%と9割を超えている。一方、小児接種（5～11歳）の1回接種者は23.6%、2回接種完了者は22.6%、3回接種完了者は7.4%で、乳幼児接種（6か月～4歳）の1回目接種2.3%、2回目接種1.1%と低迷している。また、オミクロン株対応ワクチンの接種は、全体では35.0%で、うち65歳以上は58.9%であった。

京都府のオミクロン株対応ワクチンの接種率は、全体で31.3%と全国平均には届いていない。接種回数別でみると、3回目接種としては1.8%、4回目接種は12.2%、5回目接種17.3%である。

コロナワクチンの接種自体を望まない者は別として、2回以上接種完了者で、オミクロン株対応ワクチン接種が進まないのは、様々な理由が考えられる。例えば、ワクチン接種後の発熱や倦怠感の経験、接種によ

る発症予防効果がさほど高くないことや比較的短期間で低下するという情報、COVID-19 自体が重症化率や死亡率が下がってきたという情報、何度も接種券が送付され所謂「接種疲れ」などである。

(2) モデルナ社ワクチンの対象年齢引下げ

我が国では、モデルナ社ワクチン（スパイクバック、従来株1価、BA.1対応2価、BA.4-5対応2価ワクチン）は、特例臨時接種における追加接種として対象年齢を18歳以上で実施されている。薬事食品衛生審議会において、モデルナ社ワクチンについては、12～17歳の年齢層では18～25歳の年齢層に対して起源株に対する中和抗体価の非劣性が示され、安全性に問題がないことから、12月13日付で添付文書が改訂され、対象年齢が12～17歳に拡大された。同日開催の第42回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会において、モデルナ社ワクチンを、特例臨時接種として12～17歳に対して追加接種を行う場合に使用するワクチンに位置づけること、接種間隔は前回接種から少なくとも3か月以上空けること、前回の接種までに用いたワクチンの種類に関わらず交互接種できることが、最終的に決まった。これを受けて関係法令等の改正が行われた。

(3) 3～17歳のコロナワクチン接種の、オミクロン優勢期での効果

アルゼンチンで、3～17歳の小児・青少年に対するコロナワクチン（モデルナ mRNA-1273、ファイザー BNT162b2、シノファーム BBIBP-CorV）の有効性について検討された。アルゼンチンの国内サーベイランス・システムのデータベースと、ワクチンレジストリを基に、診断陰性コントロール試験を行い、小児（3～11歳）・青少年（12～17歳）へのコロナワクチン2回接種の、SARS-CoV-2感染やCOVID-19関連死に対する有効性を推定し評価した。

対象は、2回のコロナワクチンの初回接種対象者で、SARS-CoV-2感染歴がなく、2021年9月～22年4月にPCR検査または抗原定性検査を受けた3～17歳844,460例で、マッチング対照の照合を行い、231,181例のうち139,321例（60.3%）について解析を行った。主要アウトカムは、SARS-CoV-2感染とCOVID-19関連死で、条件付きロジスティック回帰分析で、ワクチン2回接種者の非接種者に対するオッズ比（OR）を推算し、ワクチン有効率は $(1 - OR) \times 100\%$ で算出した。

デルタ株優勢期間のSARS-CoV-2感染に対するコロナワクチン2回接種の有効率は、小児が61.2%（95%信頼区間（CI）：56.4～65.5）、青少年が66.8%（63.9～69.5）であった。オミクロン株優勢期間は、それぞれ15.9%（13.2～18.6）、26.0%（23.2～28.8）だった。ワクチンの有効性は、接種後、日数経過とともに低下し、オミクロン株優勢期間での低下が急激で、小児では接種後15～30日で37.6%（95%CI：34.2～40.8）、60日以降では2.0%（1.8～5.6）と低下し、青少年ではそれぞれ55.8%（52.4～59.0）から12.4%（8.6～16.1）へと低下した。

オミクロン株優勢期間の、COVID-19関連死に対するワクチン有効率は、小児が66.9%（6.4～89.8）、青少年が97.6%（81.0～99.7）だった。

(4) ワクチン接種のコロナ罹患後症状発症率への効果

コロナワクチンはCOVID-19の発症率を低減させることは複数の研究報告で明らかになっているが、コロナ罹患後症状に関する効果は明らかでない。米アイオワ大学の研究グループは、コロナワクチンの少なくとも1回接種によるコロナ罹患後症状に対する予防効果についてシステマティックレビューとメタ解析を行った。

2019年12月1日～22年4月27日に、PubMed, CHINAHL, EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Scopus, Web of Scienceに登録されたコロナワクチン接種によるコロナ罹患後症状に関する文献を検索した。コロナ罹患後症状は、COVID-19罹患後に症状（倦怠感、筋力低下、筋肉痛、

不安、記憶障害、睡眠障害、息切れなど)が3週間以上持続した場合と定義した。ワクチン接種例と非ワクチン接種例の診断オッズ比(DOR)を算出し、ワクチン効果は $(1 - \text{DOR}) \times 100\%$ で推計した。

論文6件をメタ解析し、プールしたコロナ罹患後症状の罹患率は、非ワクチン接種例で39.1% (95%CI: 0.692 ~ 0.725)で、ワクチン効果は29.2% (27.5 ~ 30.8)と推定された。

論文6件中4件はCOVID-19前に接種したワクチンの効果を検討しており、ワクチンを最低1回接種によるコロナ罹患後症状に対するプールしたDORは0.647 (0.619 ~ 0.677)で、ワクチン効果は35.3% (32.3 ~ 38.1)と推定された。また、COVID-19後に接種したワクチン効果を検討した論文は3件あり、DORは0.726 (0.707 ~ 0.746)で、ワクチン効果は27.4% (25.4 ~ 29.3)と推定された。このことからコロナ罹患後症状に対する効果は、COVID-19後よりも感染前にワクチン接種する方が高かった。

以上から、COVID-19の感染前および感染後のワクチン接種は、ワクチンの発症予防効果が低いにもかかわらず、コロナ罹患後症状を有意に低減させており、COVID-19罹患歴がありコロナ罹患後症状があってもコロナワクチン接種は勧められることが示唆された。

(5) オミクロン株対応2価ワクチンの予防効果

国立感染症研究所疫学センターのグループが、オミクロン対応2価ワクチンのCOVID-19発症予防効果に対する症例対照研究を実施し、その暫定報告(第五報)を発表した。

調査対象は、2022年9月20日~11月30日に関東地方の10医療機関の発熱外来を受診した16歳以上の4,473人で、解析はロジスティック回帰モデルを用いてCOVID-19発症のオッズ比(OR)を算出した。ワクチン接種歴、接種したワクチンの種類、オミクロン株対応2価ワクチン接種から検査までの日数などで解析を行った。

BA.5流行期におけるオミクロン株対応2価ワクチンのCOVID-19発症予防効果は高程度だったと結論した。今回の検討ではオミクロン対応2価ワクチン接種から検査までの期間が短期間であったことから、接種後14日以降の有効率にはBA.1対応(73% (95%CI: 49 ~ 85))とBA.4/5対応(69% (32 ~ 86))とで大きな差がなかった。今後、1価ワクチンと同様に免疫の減衰についての検討が重要となる。

(6) 12~20歳におけるmRNA コロナワクチン接種後の心筋炎

12~20歳の若年者へのmRNA コロナワクチン接種後の心筋炎に関連する臨床的特徴および早期転帰を評価するために、日米研究グループにより、系統的レビューとメタ解析が行われた。PubMedとEMBASEのデータベースから23件の研究を抽出し、ランダム効果モデルメタ解析を行い、前向きまたは後ろ向きコホート研究12件、症例集積研究11件であった。コロナワクチン後の心筋炎患者の合計は854例で、平均年齢15.9歳(95%CI: 15.5 ~ 16.2)、COVID-19既往者3.8% (1.1 ~ 6.4)で、心筋炎の既往や心筋症を含む心血管疾患を有する者はいなかった。

接種したワクチンはファイザー97.5%、モデルナ2.2%であった。ワクチン接種後に心筋炎を発症した患者では、男性が90.3% (87.3 ~ 93.2)で、1回目接種後(20.7% (58.2 ~ 90.5))よりも2回目接種後(74.4% (58.2 ~ 90.5))の方が多く、心筋炎の発生率は、1回目接種後が100万人あたり0.6 ~ 10.0例、2回目接種後が100万人あたり12.7 ~ 118.7例であった。ワクチン接種から心筋炎発症までの平均間隔の推定値は2.6日(1.9 ~ 3.3)であった。入院したのは92.6% (87.8 ~ 97.3)で、ICU収容は23.2% (11.7 ~ 34.7)で、昇圧薬投与は1.3% (0 ~ 2.7)にとどまり、入院期間は2.8日(2.1 ~ 3.5)で、入院中の死亡や人工呼吸管理などの機器使用の者はいなかった。症状としては、胸痛83.7% (72.7 ~ 94.6)、発熱44.5% (16.9 ~ 72.0)、頭痛33.3% (8.6 ~ 58.0)、呼吸困難/呼吸窮迫25.2% (17.2 ~ 33.1)であった。使用された治療薬は、NSAIDsが81.8% (75.3 ~ 88.3)、グルココルチコイド13.8% (6.7 ~ 20.9)、免疫グロブリン静注12.0% (3.8 ~ 20.2)、コルヒチン7.3% (4.1 ~ 10.4)であった。

COVID-19 罹患後の心筋炎発症リスクは、mRNA ワクチン接種後の心筋炎リスクよりも有意に高いが、今回の結果では、ワクチン関連心筋炎の早期転帰がおおむね良好であることと、ワクチン接種による利益は潜在的リスクを上回ることが裏付けられた。

(7) 生後6か月以上への BA.4/5 対応 2 価ワクチン

米国食品医薬品局 (FDA) は、モデルナおよびファイザー社のオミクロン株 BA.4/5 対応 2 価ワクチンについて、生後6か月以上の小児への使用を追加して緊急使用許可 (EUA) を修正したと、12月8日に発表した。いずれのワクチンも安全性については、確認され、臨床試験、市販後、あるいは両者の安全性データに依拠している。

モデルナの2価ワクチンは、生後6か月～5歳の小児に対して、1価ワクチンの初回シリーズ (2回) 接種後2か月後に追加接種として1回 (10 μ g) の接種を行う。

ファイザーの2価ワクチンは、生後6か月～4歳の小児に対して、1価ワクチンの初回シリーズ (3回) を未開始あるいは初回シリーズの3回目として3 μ g を接種する。なお、初回シリーズ3回を完了した生後6か月～4歳の小児には、現時点で2価ワクチンの接種対象とならない。

今回の EUA 修正にともない、ファイザー社1価ワクチンは、生後6か月～4歳の小児における初回シリーズの3回目接種としての使用は認められなくなった。ファイザー社1価ワクチンは、初回シリーズの2回分、および免疫不全のある5歳以上の初回シリーズとして3回分の接種は、引き続き認められている。

以上の小児に対する2価ワクチン接種の根拠となるデータは、1月に発表される予定である。

5. COVID-19 治療薬

(1) ニルマトレルビル / リトナビルの妊婦への安全性

米国における妊婦に対する抗ウイルス薬ニルマトレルビル / リトナビル (パキロビッド[®]パック) 投与後の転帰と安全性についての検討が報告された。

2021年12月22日～22年8月20日に SARS-CoV-2 感染が確認され、ニルマトレルビル / リトナビルが投与された妊婦47例 (年齢中央値34歳 (範囲22～43歳) ; コロナワクチンを少なくとも1回接種済みは40例 (85.1%)) で、投与時点での在胎週数の中央値は28.4週 (範囲4.3～39.6週) , 投与時期は妊娠第3期が27例 (57.4%) , 妊娠第2期が16例 (34.0%) , 妊娠第1期が4例 (8.5%) であった。発症から投与開始までの中央値は1日 (範囲0～5日) , 産婦人科医による処方が37例 (78.7%) だった。米疾病対策センター (CDC) と米国感染症学会 (IDSA) がニルマトレルビル / リトナビル外来投与の適応と定め、COVID-19 重症化の危険因子になりうる併存疾患を有する者が30例 (63.8%) , BMI25以上の過体重が24例 (51.5%) であった。

ニルマトレルビル / リトナビル投与にともなう重篤な副作用は認めず、副作用による投与中止は2例 (4.3%) のみで、薬剤に関連する合併症はなかった。追跡期間が短かったため、報告時点でニルマトレルビル / リトナビル投与後に分娩に至ったのは25例 (53.2%) だった。帝王切開が12例 (48.0%) と多く、12例中9例 (75.0%) は予定帝王切開 (予定反復帝王切開4例 ; 骨盤位の既往2例 ; 癒着胎盤1例、選択的帝王切開1例) で、緊急帝王切開3例の内訳は、双胎妊娠で第1子の経膈分娩後の分娩停止、羊水過少および骨盤位が各1例だった。

以上から COVID-19 妊婦におけるニルマトレルビル / リトナビルの安全性と有効性が示され、COVID-19 妊婦に対する外来診療での第一選択薬になり得ると述べている。

(2) オミクロン株 BQ.1.1 系統と XBB 系統に対する治療薬の効果：in vivo での有効性の検証

第8波ではオミクロン株の BA.5 が主流であるが、欧米での BQ.1.1 系統 (BA.5 系統から派生) やアジア諸国で急速に増えている XBB 系統 (BA.2 から派生) は、我が国でも増加傾向がみられる。これらの亜系統に対する治療薬の効果について、東京大学医科学研究所、国立国際医療研究センター、国立感染症研究所、米ウィスコンシン大学の共同研究が行われた。患者から分離した BQ.1.1 と XBB に対して、4種類の抗体薬 (ソトロビマブ (ゼビュディ[®]点滴静注液);カシリビマブ/イムデビマブ (ロナプリーブ[®]注射液セット);チキサゲミマブ/シルガミマブ (エバシエルド[®]筋注セット);bebtelovimab (日本未承認)) と3種類の抗ウイルス薬 (レムデシビル (ベクルリー[®]点滴静注液);モルヌピラビル (ラゲブリオ[®]);ニルマトレルビル/リトナビル (パキロビッド[®]パック)) について in vitro での有効性を検証した。BQ.1.1 と XBB に対する治療薬の効果は、SARS-CoV-2 従来株 (武漢由来)、オミクロン株の BA.2 および BA.5 に対する効果と比較して。抗体薬については、ライブウイルス焦点減少中和アッセイで50%のウイルスを中和する希釈抗体 (FRNT₅₀) を用いて評価した。また抗ウイルス薬については、ウイルスの増殖の障害を、50% 阻害濃度 (IC₅₀) を用いて評価した。

抗体薬では、BQ.1.1 と XBB に対しての中和活性は、ソトロビマブ、カシリビマブ/イムデビマブ、チキサゲミマブ/シルガミマブのいずれも著しく低かった。Bebtelovimab は、BA.2toBA.5 に対して高い中和活性を維持しているものの、BQ.1.1 と XBB に対する中和活性は著しく低かった。

抗ウイルス薬では、レムデシビル、モルヌピラビル、ニルマトレルビルのいずれも、BQ.1.1 と XBB に対して高い増殖抑制効果を認めた。BQ.1.1 に対するレムデシビルは、従来株に対する0.6倍のIC₅₀値と高い効果を示し、モルヌピラビルでは1.1倍、ニルマトレルビルでは1.2倍となり、従来株とほぼ同等のIC₅₀値を示した。XBB に対して、レムデシビルでは0.8倍、モルヌピラビルでは0.5倍のIC₅₀値で、従来株より高い効果を示した。ニルマトレルビルでは1.3倍であった。これら3種類の抗ウイルス薬のBA.1.1とXBBに対する効果は、BA.2とBA.5に対する効果を上回るものであった。

以上から、BQ.1.1 と XBB は、BA.2 と BA.5 を含む以前の系統よりも優れた免疫回避能力を持っていることが示唆された。4種類の抗体薬はいずれも BQ.1.1 と XBB の感染を阻害しなかったが、3種類の抗ウイルス薬は高い増殖抑制効果を示したことは、今後の COVID-19 対策にとって重要な情報となる。さらには、新たな治療用モノクローナル抗体の必要性が高まると思われる。

(3) 重症 COVID-19 患者に対するレムデシビルの効果

レムデシビル (ベクルリー[®]点滴静注用) の COVID-19 に対する有効性は比較的早い時期から報告され、現在までに流行したすべての変異株に有効とされている。WHO の COVID-19 薬物治療に関するガイドラインの最新版でも、軽症患者への使用が推奨されている。但し、重症患者での有効性のエビデンスが少なく、同ガイドラインでは条件付きの推奨にとどまっている。重症 COVID-19 患者ではレムデシビルの有効性が認められないとするこれまでの研究の多くは、アジア人以外の人種での研究であった。

一方、日本国内では機械的人工呼吸や体外式膜型人工肺 (ECMO) を要する重症 COVID-19 患者の死亡率が、他国よりも低いことが報告されており、日本の医療環境下であれば、海外とは異なる治療戦略が有効である可能性も考えられる。東京医科歯科大学の研究グループが、同大学病院の医療記録を用いて、重症患者でのレムデシビルの有効性を後方視的に検討した。

解析対象は、2020年4月～21年11月(第1波～第5波に相当)にICU入室を要した患者のうち、SARS-CoV-2検査が陽性のCOVID-19患者で、ステロイド治療が行われた168人で、このうち131人(78%)は、観察開始日(入院日または発症日のどちらか遅い日)に高流量酸素または人工呼吸器による治療を受けていた。

解析対象者168人中、96人は発症9日以内にレムデシビルが投与され、37人は発症10日目以降に投与

されていた。他の35人には同薬が投薬されていなかった。全期間での院内死亡率は19.0%で、9日以内投与群と10日以降投与群、非投与群で比較すると、それぞれ10.4%、16.2%、45.7%であった。入院日、併存疾患数、腎機能・肝機能障害、酸素需要量、胸部CT検査による肺炎の重症度などの交絡因子を調整したCox回帰モデルで、レムデシビルが投与されていなかった群を基準として院内死亡率を比較した。その結果、レムデシビルを発症9日以内に投与された群では死亡率が9割低いことが示された（ハザード比 (HR) 0.10 (95%CI : 0.025 ~ 0.428)）。一方発症10日目以降に投与された群では、有意な死亡率低下は観察されなかった (HR 0.42 (同 : 0.117 ~ 1.524))。

以上から、実臨床で重症 COVID-19 患者にはレムデシビルが有効である可能性が示唆され、今後の治療で多くの重症 COVID-19 患者に投与されることで、さらなる有効性が確定的なものとなろう。

6. その他

(1) 新たな SARS-CoV-2 吸着カラムの開発

SARS-CoV-2 は、スパイクタンパク質を介してヒトのアンギオテンシン変換酵素2 (hACE2) のペプチダーゼドメインに結合することで細胞内に侵入するが、血中 SARS-CoV-2 量が多いほど呼吸器疾患や炎症が重症化し、死亡とも関連する。阪大の研究グループは、hACE2 の配列を基に設計した8種のペプチド候補から SARS-CoV-2 を特異的に吸着するペプチドを発見し、エンドトキシン吸着 (PMX) カラムを改良した SARS-CoV-2 吸着カラム「SARS-catch」を開発したことを発表した。

PMX カラムはエンドトキシンを高率に吸着するポリミキシンBを固定化した繊維が充填されたもので、急性肺障害や間質性肺炎の急性増悪例に加えて、COVID-19 患者にも使用されている。研究グループは、SARS-CoV-2 スパイクタンパク質が結合する hACE2 の 21 ~ 43 番目までの塩基配列を基に、候補となるペプチドを設計し、PMX カラムのポリミキシンBの代わりに候補ペプチドを固定しスクリーニングを行った。その結果、最もウイルス吸着率の高い4Nペプチドを同定し、このペプチドを用いて SARS-catch カラムを開発した。SARS-catch カラムに SARS-CoV-2 ウイルス液を循環させたところ、従来の PMX カラムに比べて SARS-CoV-2 除去率が65%以上向上した。阪大病院で SARS-catch カラムを用いた重症 COVID-19 患者に対する血液吸着療法の特定臨床試験を実施した。

対象は人工呼吸器または ECMO を使用した18歳以上の重症 COVID-19 患者7例で、SARS-catch カラムを用いたウイルス吸着療法を血流速度8~12mL/分で3日間(6~8時間/日)を実施し、安全性と有効性を検討した。検討の結果、人工呼吸器からの離脱までの期間の中央値は、コホート研究の14日に対し、今回の研究では5日と短く、7日目の人工呼吸器からの離脱率はコホート研究の15.2%に対し、今回の研究では42.9%と高かった。一方、血中 SARS-CoV-2 陰性例の割合は4日目(コホート研究12.1% vs. 今回の研究42.9%, $p=0.088$)、7日目(同33.3% vs. 71.4%, $p=0.094$)、14日目(同66.7% vs. 100%, $p=0.16$)のいずれにおいても、今回の研究で多かったが、サンプルサイズが小さいために有意差は示されなかった。

以上から、SARS-catch カラムは PMX カラムと比べて SARS-CoV-2 除去率が65%以上向上することが確認され、重症 COVID-19 患者に対しウイルス吸着療法を適切な時期に行うことで SARS-CoV-2 を除去し 呼吸機能を改善する可能性が示された。また SARS (SARS-CoV-1) も hACE2 を介して細胞内に侵入することから、SARS をはじめとする hACE2 を標的とする別のコロナウイルス流行時にも有効である可能性が考えられる。さらに血中ウイルス量が疾患の重症度と関連するエボラ出血熱や血小板減少症候群をとともなう重症熱などのウイルス性疾患に対しても、このようなカラムによるウイルス吸着療法が有効と考えられ、期待される。今後の大規模研究による検証が必要と思われる。

(2) コロナ・インフル同時検査キットの薬局販売の留意点

コロナ・インフルの同時流行時の医療ひっ迫を避けるために、12月5日にOTC医薬品として、富士レビオの「エスプライン SARS-CoV-2 & Flu A+B (一般用)」が、一般用検査薬(第1類医薬品)として承認された。さらに、すでに医療機関などで用いられている医療用同時検査キットの薬局での販売も認められることとなった。

厚労省は9日の事務連絡でコロナとインフルの両抗原を検出できる医療用の抗原定性検査キットの薬局での特例販売と、販売時の留意事項を公表した。

- 同時検査キットの対象：医療用・OTCともに「高齢者、基礎疾患を有する者、妊婦等重症化リスクの高い者や小学生以下の子ども」以外の者
- 薬局での販売にあたり、検査キットの判定結果に応じた対応を丁寧に説明する
 - ◇ 「コロナ陽性かつインフル陰性」→健康フォローアップセンターへの登録を行うとともに自宅療養をする
 - ◇ 「コロナ陰性かつインフル陽性」→解熱鎮痛薬等の使用で症状緩和などを図りつつ、希望する場合は医療機関の受診を検討する
 - ◇ 結果判定に際して、特にインフルでは発症後早期は偽陰性になる可能性が比較的高いこと、結果をオンライン診療等で活用する場合には、発熱等の症状発現から検査までの時間の記録と、結果判定時のキットの判定結果を撮影しておくなどこと、などについても説明する
- 販売方法：キットを取り扱っている旨を薬局店頭やホームページ・チラシなどに掲示する。「受診が不要である」といった不適切な表示は避ける
- 今回販売解禁された医療用検査キットは、医薬品卸において、医療機関への流通が優先され、余剰在庫がある場合に薬局への流通が可能となるため、数量が限定される可能性がある

<資料>

- # 「Establishment and clinical application of SARS-CoV-2 catch column」
(Y Isaka, T Yoshiya, et al. *Clim Exp Nephrol*. Pub Online Nov 7, 2022)
- # 「Effectiveness of remdesivir with corticosteroids for COVID-19 patients in intensive care unit : A Hospital-based observation study」(M Hanafusa, N Nawa, et al. *J Med Virol*. 2022 Sep 23, Epub ahead of print)
- # 「Impact of community asymptomatic rapid antigen testing on covid-19 related hospital admissions : synthetic control study」(X Zhang, B Barr, et al. *BMJ*, 2022 ; 379 : e071374)
- # 「Post-covid medical complaints following infection with SARS-CoV-2 Omicron vs Delta variants」
(K Magnusson, DT Kristoffersen, et al. *Nat Commun*. 2022 ; 13 : 7363)
- # 「Analysis of Clinical Outcomes of Outcomes of Pregnant Patients Treated With Nirmatrelvir and Ritonavir for Acute SARS-CoV-2 Infection」(WM Gameau, K J-Beatty, et al. *JAMA Netw Open*. 2022;5(11): e2244141)
- # 「effectiveness of mRNA-1273, BNT162b2, and BBIBP-CoV vaccines against infection and mortality in children in Argentina, during predominance of delta and omicron covid-19 variants : test negative, case-control study」(JM Castelli, A Rearte, et al. *BMJ* 2022 ; 379 : e073070)
- # 「Associations between indoor relative humidity and global COVID-19 outcomes」
(CA Verheyen, L Bourouiba, *J R Soc Interface*. 2022 ; 19 : 20210865)
- # 「Cold exposure impairs extracellular vesicle swarm-mediated nasal antiviral immunity」

- (D Huang, MS Taha, et al. J Allergy Clin Immunol. 2022 : 09.037, Dec 6. (Epub ahead of print))
- # 「The effectiveness of coronavirus disease 2019 (COVID-19) vaccine in the prevention of post-COVID-19 conditions : A systemic literature review and meta-analysis」 (AR Marra, T Kobayashi, et al. Antimicrob Steward Healthc Epidemiol. 2022 ; 2 : e192,1-11)
- # 「Myopericarditis After COVID-19 mRNA Vaccination Among Adolescents and Young Adults, A Systematic Review and Meta-analysis」 (J Yasuhara, K Masuda, et al. JAMA Pediatr. 2022 Dec 5 (Epub ahead of print))
- # 「Changes in the characteristics and outcomes of COVID-19 patients from the early pandemic to the delta variant epidemic : a nationwide population-based study」 (K Miyashita, H Hozumi, et al. Emerg Microbes Infect, 2022 ; 12 : e2155250)
- # 「Coronavirus (COVID-19) Update : FDA Authorized Updated (Bivalent) COVID-19 Vaccines for Children Down to 6 Months of Age」 (FDA NEWS, Oct.08,2022)
- # 「[新型コロナワクチン 予診票の確認のポイント Ver.9.0]について」(12月1日版, 厚労省健康局)
- # 「新型コロナウイルス感染症患者の報告について(依頼)」(12月2日, 4健対第1447号, 京都府健康福祉部)
- # 「一般用SARSコロナウイルス抗原・インフルエンザウイルス抗原キットに係る一般用検査薬の製造販売承認申請の取り扱いについて」(12月2日, 日医発第1704号(技術), 日医)
- # 「[新型コロナウイルスワクチン追加接種(オミクロン株対応ワクチン接種)の体制整備に係わる医療用物資の配布について]の一部改正について」(12月3日, 日医発第1714号(健Ⅱ)(地域), 日医感染症危機管理対策室)
- # 「医療従事者のオミクロン株対応ワクチン接種の接種促進について(依頼)」
(12月5日, 日医発第1715号(地域)(健Ⅰ)(健Ⅱ), 日医)
- # 「新型コロナウイルス感染症や季節性インフルエンザへの対応に係るオンライン診療活用のための医療法上の臨時的な取り扱いについて」(12月5日, 日医発第1716号(地域)(健Ⅱ), 日医)
- # 「感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律に係る衆議院における修正」
(12月7日, 厚労省第109回アドバイザリーボード, 参考資料1)
- # 「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけおよび判断に当たっての考慮要素について」
(12月7日, 厚労省第109回アドバイザリーボード, 資料4)
- # 「臨床検体から分離した新型コロナウイルス・オミクロン株のBQ.1.1系統よXBB系統に対する治療薬の効果を検証」
(12月8日, 河岡義裕, 東大医科研/国立国際医療研究センター)
- # 「[感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律の一部を改正する法律]の公布および一部施行について(通知)」(12月9日, 医政発1209第22号/産情発1209第2号/健発1209第2号/生食発1209第7号/保発1209第3号, 厚労省医政局/医薬産業振興・医療情報審議官/健康局/生活衛生・食品安全審議官/保険局)
- # 「季節性インフルエンザとの同時流行を想定した外来医療体制等を踏まえた新型コロナウイルス抗原検査キットの発注等について(協力依頼)」(12月9日一部改正, 事務連絡, 厚労省対策推進本部/医政局医薬産業振興・医療情報企画課/医薬・生活衛生局)
- # 「新型コロナウイルス感染症および季節性インフルエンザ同時流行下における薬局での医療用抗原定性検査キットの取り扱いについて」(12月9日, 事務連絡, 厚労省対策推進本部/医薬・生活衛生局)
- # 「新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬(ゾコバ錠125mg)の医療機関および薬局への配分について」(12月12日最終改正, 事務連絡, 厚労省対策推進本部/医薬・生活衛生局)
- # 「オミクロン株に対応した新型コロナワクチンの接種体制確保について(その8)」
(12月13日, 事務連絡, 厚労省健康局)
- # 「今後の新型コロナワクチンの接種について」(12月13日, 事務連絡, 厚労省健康局)
- # 「新型コロナワクチンの有効性を検討した症例対照研究の暫定報告(第五報):オミクロン対応2価ワクチンの有効性」

- (12月13日, 国立感染症研究所, 厚労省第110回アドバイザリーボード, 資料3-2-②)
- # 「超過死亡が目立つ中での新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の致死率に関する考察 (数式・データおよび図表の抜き出し版) (12月13日, 西浦, 厚労省第110回アドバイザリーボード, 資料3-2-③)
- # 「新型コロナウイルス感染症の特徴と中・長期的リスクの考え方」
- (12月14日, 押谷/鈴木/西浦/脇田, 厚労省第110回アドバイザリーボード, 資料3-11-①)
- # 「予防接種法の改正等にもなう通知について」 (12月14日, 日医発第1798号 (健Ⅱ), 日医感染症危機管理対策室)
- # 「[新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施について (指示)] の一部改正について」
- (12月14日, 事務連絡, 厚労省健康局)
- # 「年末年始も見据えた保健・医療提供体制の確保および救急医療のひっ迫回避等のための取組について (依頼)」
- (12月14日, 事務連絡, 厚労省対策推進本部)
- # 「年末年始の感染対策についての考え方のポイントについて (周知依頼)」 (12月14日, 事務連絡, 厚労省医政局)
- # 「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について」
- (12月15日, 日医発第1805号 (健Ⅱ), 日医)
- # 「感染・伝播性の増加や抗原性の変化が懸念される新型コロナウイルス (SARS-CoV-2) の変異株について (第23報)」
- (12月16日, 国立感染症研究所)
- # 「ファイザー社ワクチンおよびモデルナ社ワクチンの有効期限の取り扱いについて」
- (12月16日, 事務連絡, 厚労省健康局)
- # 「新型コロナワクチン感染症の予防接種に係る集合契約の変更契約の締結について」
- (12月19日, 日医発第1775号 (健Ⅱ), 日医)
- # 「医療提供体制における類型見直しに関する論点や課題の整理」
- (11月15日作成, 12月21日, 第111回厚労省アドバイザリーボード, 資料3-9)
- # 「COVID-19第7波の致命率は第6波から大きく低下 (22年1月3日~8月28日診断陽性者全国調査)」
- (12月21日, 第111回厚労省アドバイザリーボード, 資料3-10-②)
- # 「新型コロナワクチンの有効性に関する研究~国内多施設共同症例対照研究~」
- (12月21日, 第111回厚労省アドバイザリーボード, 資料3-12-②)
- # 「新型コロナの重症化率・致死率とその解釈に関する留意点について」
- (12月21日, 第111回厚労省アドバイザリーボード, 資料4)
- # 「東京都健康安全研究センターにおける新型コロナウイルス変異株の検査対応」
- (長島真美, 東京健安健七年報, 73,2022, 先行公開版)
- # 「東京都内で分離された新型コロナウイルス (オミクロン株) の次世代シーケンサーを用いた遺伝子解析」
- (浅倉弘幸, 吉田勲ら, 東京健安健七年報, 73,2022, 先行公開版)
- # 「[新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 病原体検査の指針 (第6版)] について」
- (12月22日, 事務連絡, 厚労省対策推進本部)
- # 「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」 (12月22日, 事務連絡, 厚労省健康局)
- # 「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) の医療機関および薬局への配分について (別紙, 質疑応答集の改正)」 (2月10日, 12月23日最終改正, 事務連絡, 厚労省対策推進本部/医薬・生活衛生局)
- # 「第68回厚生科学審議会感染症部会議事概要」 (12月23日, 第112回厚労省アドバイザリーボード, 参考資料1)
- # 「水際措置の見直しについて」 (12月27日, 内閣官房/法務省/外務省/厚労省/国土交通省)

