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，2023年３月～

2023年３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）の感染症法上の見直しで，５月８日以降５類感染症の扱いになることが決まり，改正感染症法の４月１日施行を前に，種々の対策の変更が議論されてきた。５月８日以降の新型コロナウイルスワクチン（コロナワクチン）の接種体制の方向性が決まり，医療提供体制および公費支援の見直しについては中医協の議論を経て，政府対策本部決定が出された。

2023年３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，３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

⑴　全国の感染者数の推移と対策

①　感染状況

全国の新規感染者数は，３月中旬の１週間あたりでは人口10万人あたり約35人となり，今週先週比が0.75と減少傾向が続いた。ほぼすべての都道府県で今週先週比が１を下回る状況が続いている。また，2022年夏の感染拡大前の水準を下回る状況となり，新規感染者数の減少幅は小さくなってきている。地域別の新規感染者数は，北陸・甲信越や中四国では全国を上回っているが，関東や近畿などでは人口あたりで全国を下回っている。また，高齢者施設や医療機関等の集団感染も減少傾向が続いている。年代別では，全年代で減少傾向がみられ，人口10万人あたりの年代差も縮小している。重症者数および死亡者数も減少傾向が継続している。今冬の感染拡大では，22年夏の感染拡大時よりも，新規感染者数に占める80代以上の高齢者の割合が増加する傾向がみられる。

季節性インフルエンザ（インフル）については，全国的には例年の同時期よりも低いが，インフルの流行がみられなかった直近２年間よりも高い水準にある。定点あたりの報告数は減少傾向にあったが，再度上昇の兆しがみられた。減少となる見込みがあるが，引続き注意が必要である。

今後の感染状況については，厚生労働省COVID-19対策アドバイザリーボード（アドバイザリーボード）で示されたエピカーブや全国および大都市の短期的な予測では，地域差や不確実性はあるものの，全国的に

は横ばい傾向が続くことが見込まれており，一部の地域では３月末に向けて増加傾向に転じる可能性もある。今後，春休みと年度の替わる時期の感染リスクが高まる場面や免疫の減衰，変異株の置き換わりの状況等が感染状況に与える影響に注意が必要である。

新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）の流行株は，国内では，オミクロン株（B.1.1.529）のBA.5系統が主流となっているが，BQ.1やXBB系統などの亜系統の増加について注視する必要がある。特に米国を中心に報告されているXBB.1.5系統は，より免疫回避が起こる可能性があるとされ，海外での感染者数増加の優位性が指摘されている。またBA.2.75系統の亜系統であるBN.1.3系統が国内での割合が増加傾向にある。

医療提供体制については，病床使用率は全国的に低下傾向にあり，すべての地域で２割を下回る低い水準にある。重症病床使用率も全国的に低い水準となった。救急医療では，救急搬送困難事案数は，全国的に減少傾向であるが，引続き今後の推移と救急医療提供体制の確保には注意が必要である。

②　オミクロン株の亜系統

世界規模の流行にともなってSARS-CoV-2の変異株の種類が増加し，病原性，感染性，ワクチンおよび治療法の効果等の観点から，VOC（懸念される変異株），VOI（注目すべき変異株），VUM（監視中の変異株）等のクラス分けが行われてきた。2022年２月以降はSARS-CoV-2のゲノム解析の報告は，ほぼ100%がオミクロン株で占められており，進化したオミクロンの子孫系統を親系統と分類することが難しくなっている。従来のシステムでは，オミクロン亜系統をオミクロン株の一部として分類していたからである。

WHO（世界保健機構）は，変異株の定義を変更してオミクロン亜系統すべてを独立した系統と評価し，VOC，VOIまたはVUMの検討対象とする声明を，2023年３月15日に出した。この変更によって，VOCとVOIの定義はより具体的なものとなり，公衆衛生学上の介入が必要な新亜系統の発生が迅速に検知されることになる。WHOはVOCにはギリシア語のラベルを付与してきたが，今後は付与しないとしている。現在は，XBB.1.5を唯一のVOIに分類しているが，VOCに該当する系統は指定されていない。WHOはVOIとVOCの両方の定期的なリスク評価を引続き行うとしている。

③　５類変更後の対策

COVID-19については「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等に関する対応方針について」（令和５年１月27日，対策本部決定）に示されたように，オミクロン株とは大きく病原性が異なる変異株の出現などの特段の事情が生じない限り，５月８日から感染症法上の新型インフルエンザ等感染症に該当しないものとし，５類感染症に位置づけることとしている。

なお５類感染症への位置づけ変更後も，「新型コロナウイルス感染症」の名称を当面は継続して使用する。

（ア）　マスク装着の見直し

「マスク着用の考え方の見直し等について」（２月10日，対策本部決定）に基づくマスク着用の緩和は３月13日から始まった。マスク装着は個人の主体的な判断に委ねられるとされた。それまで行政が一律にマスク装着を推奨してきたが，それにより「同調圧力」が生じていたことは否めない。この「見直し」が発表される前には，屋外での着用は不要としてきたが，屋外でマスクを着用していない人は極めて少数であった。13日にマスクを外している人はまだ多かったが，今季はスギ花粉の大量飛散があるため，花粉症対策としてマスク装着をしている人も多い（スギ花粉症の有病率は日本人の20%超）。今後，徐々に外す人が増えてくると思われる。医療機関，高齢者施設，介護施設，障害者施設等では引続きマスク装着が推奨されている。

オミクロン株の流行が主流である当面の間は，保健所等によるCOVID-19患者の濃厚接触者の特定に際して，マスク着用をしていないことのみをもって一律に濃厚接触者と特定するのではなく，引

続き，周辺の環境や接触の状況など個々の状況から患者の感染性を総合的に判断される。濃厚接触者の特定は,「手で触れることのできる距離（目安として１メートル）で，必要な感染予防策なしで「患者（確定）と15分以上の接触があった者」が要因の一つとなっている（「新型コロナウイルス感染症患者に対する積極的疫学調査実施要領」（国立感染症研究所））。COVID-19患者の濃厚接触者には，引続き基本的な感染対策（手洗いなどの手指衛生や咳エチケット等）の徹底が求められ，接触から７日間が経過するまでは，感染対策としてマスク着用が推奨される。

保育所等におけるCOVID-19対策におけるマスクの取り扱いについては，政府の基本的対処方針の変更,「マスク着用の考え方の見直し等について」において，２歳未満児のマスク着用は奨めないこと，２歳以上児についてもマスク着用を求めないこと，併せて基礎疾患等がある等様々な事情により感染不安を抱き，引続きマスク着用を希望する子どもや保護者に対して適切に配慮するとともに換気の確保等の必要な対策を講じることとするよう，厚労省は「保育所における感染症対策ガイドライン（2018年改訂版）（2022年（令和４）年10月一部改訂）」の記載の修正を行った。

文科省は，学校におけるCOVID-19に関する衛生管理マニュアルを改訂し，また初等中等教育局，高等教育局，総合教育政策局から，４月１日以降のマスク装着の考え方の見直しと学修者本位の授業の実施について通知／周知を発出した。学校においてマスク装着を求めないことを基本とするが，着脱の強制は行わず，場面に応じた装着とすること，また給食での黙食が必要ないことを示した。入学式では，保護者，教職員，来賓にもマスク装着は求めていない。

（イ）　今後のコロナワクチン

それまでのコロナワクチンに関する議論をまとめて，３月１日開催の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の協議内容を基に，３月７日開催の第45回同分科会において，予防接種法令改正に関する内容，留意事項が以下のように決まった。

○　第一期追加接種（ファイザー社起源株ワクチンによる３回目接種）および第二期追加接種（ファイザー社起源株ワクチンによる４回目接種）は2023年３月31日で終了

○　12歳以上の者に対する令和４年秋開始接種（ファイザー社／モデルナ社のオミクロン株対応ワクチンまたはヌバキソビッド筋注による３～５回目接種）は2023年５月７日で終了

○　2023年春から夏（５月～８月）：令和５年春開始接種

▶「65歳以上の高齢者」および「５歳以上で，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」「重症化リスクが高い者が集まる医療機関や高齢化施設，障害者施設等の従事者」に対して，１回接種（令和５年春開始接種）を５月８日から開始する
（春開始接種の医療従事者等は公的関与の適用除外）

▶　最終接種から少なくとも３か月を空けて実施

○　2023年秋から冬（９月～12月）：令和５年秋開始接種

▶　５歳以上全ての年齢の者を対象に，１回接種

▶　65歳以上の高齢者および５歳以上で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以外の者に対する自治体による勧奨接種，接種を受ける努力義務の規定は適用除外

○　５月８日以降は，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については，令和４年秋開始接種の実施の有無を問わず，令和５年春開始接種として１回の接種をおこない，それ以外の健常な者は，令和４年秋開始接種を未実施である場合に限り，令和４年秋開始接種として１回接種をおこなう

○　初回接種は，2023年度の１年間は引き続き生後６か月以上の全ての未接種者を対象に実施

厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会（３/７）の議論を踏まえた方針

第118回 令和5年3月8日）
新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード
事務局提出資料
資料２－４

１. 今後のワクチン接種について

（１）令和５年度のワクチン接種

令和５年度のワクチン接種について、前回分科会（２/２２）で得られた方向性に基づき、必要な法令改正等について、諮問し了承を得た。

【法的位置づけ】
特例臨時接種を１年間延長（～令和６年３月末）
【対象者】
対象者は５歳以上の全ての者
【接種のタイミング】
令和５年秋冬に１回
（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１回追加）
【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（接種勧奨・努力義務）
①令和５年春開始接種（５～８月）	高齢者（65歳以上）	○	○
	基礎疾患を有する者（５～64歳）		
	医療従事者・介護従事者等（５～64歳）		×
	上記以外	×	ー
②令和５年秋開始接種（９月～12月）	５歳以上の全員	○	（高齢者・基礎疾患）○ （それ以外）×

（※）初回接種についてもあわせて延長する。

（２）小児（５～11歳）のオミクロン株対応ワクチンによる追加接種

2/28に薬事承認されたファイザー社の５～11歳用オミクロン株対応２価ワクチンによる追加接種を、特例臨時接種に位置付け。

（※）小児に対する初回接種は令和４年２月、従来型ワクチンによる追加接種は令和４年９月から実施。接種期間が短いことから追加接種は本年９月まで延長。

（３）12～17歳の武田社ワクチン（ノババックス）による追加接種

2/28の添付文書改訂を踏まえ、武田社ワクチン（ノババックス）の12～17歳に対する追加接種を、特例臨時接種に位置付け。

２. 今後の予定

（１）　：５月８日　令和５年春夏接種（高齢者等を対象）開始
（２）及び（３）：３月８日　適用開始　※これらについて３月９日に自治体説明会を実施予定。

２．本日の論点【１】2023年度の接種について（５－２）重症化リスクが高い者について

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

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**
としてはどうか。

18歳未満の方の場合

以下の病気や状態の方で、通院／入院している方
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）

18歳以上の方の場合

１．以下の病気や状態の方で、通院／入院している方
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

3

○　５～11歳用オミクロン株ワクチン（２月28日薬事承認）による接種は令和４年秋開始接種に位置づける

▶　対象者は，初回接種を完了し（５～11歳用起源株ワクチンによる３回目接種を完了している者も含む），前回の接種終了後３か月以上経過した全ての５～11歳以下の者

▶　2023年３月８日から開始し，23年秋冬の１回接種の開始までに終了

（ウ）　医療提供体制と公費支援

位置づけの変更にともなう医療提供体制や患者等への対応については，３月上旬を目途に具体的な方針を示すこととしていたが，３月10日に具体的な方針として対策本部が「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」を決定した。

「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体制の移行及び公費支援の具体的内容について」（３月17日，厚労省通知）では，外来，入院，入院調整，高齢者施設等における対応，宿泊療養･自宅療養の体制，患者等に対する公費負担等に係る取り扱いの変更と「移行計画」の策定等，移行に向けての都道府県への依頼事項について記載されている。

今後，５類感染症に変更され，医療提供体制は入院措置を原則とした行政の関与を前提とした限られた医療機関による特別な対応から，幅広い医療機関による自律的な通常の対応に移行してゆく。

政府は，COVID-19対策に対応してきた医療機関に引続き対応を求めるとともに新たな医療機関に参画を促す取組みを重点的に進めるとしている。また，暫定的な診療報酬措置を経て，令和６年４月の診療報酬・介護報酬の同時改定を通じてCOVID-19対応を組み込んだ新たな診療報酬体系による医療提供体制に移行させる，としている。

中央社会保険医療協議会（中医協）では，診療報酬臨時特例の見直しについて３月１日から議論を開始した。８日の会合で，これまでの診療側・支払側の意見や，20医療機関（12病院＋８診療所）を対象としたヒアリングの結果，特例の算定条件・各病棟やユニットでの診療実態を踏まえ，「見直しの方向性（見直し案）」が提示された。

【外来・在宅医療】

○　院内トリアージ実施料

▶　COVID-19患者（疑い含む）に算定できる院内トリアージ実施料（300点）は，院内感染対策に加え受入患者を限定しない形に８月末までに移行した場合が300点，それ以外の場合で院内感染対策を実施した場合が147点に再編

▶　COVID-19疑いあるいは確定患者に往診した場合は引き続き300点

▶　診療・検査医療機関が疑い患者に算定できた二類感染症患者入院診療加算（「初診時の上乗せ特例」（23年２月まで＋250点，３月は＋147点））は３月末で廃止される

○　救急医療管理加算１（外来診療）

▶　COVID-19の確定患者を外来で診療した場合に算定できる救急医療管理加算１（950点，中和抗体薬投与の場合2850点）は，家庭内の感染防止策や，重症化した場合の対応等の指導を行った場合147点，入院調整を行った場合950点に再編

○　救急医療管理加算１（在宅医療）

▶　COVID-19の確定患者を往診等で診療した場合に算定できる救急医療管理加算１（2,850点，中和抗体薬投与の場合4,750点）は，往診を行った場合950点，介護保険施設等への緊急往診に限り2,850点を算定

▶ 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に950点算定

【入院】

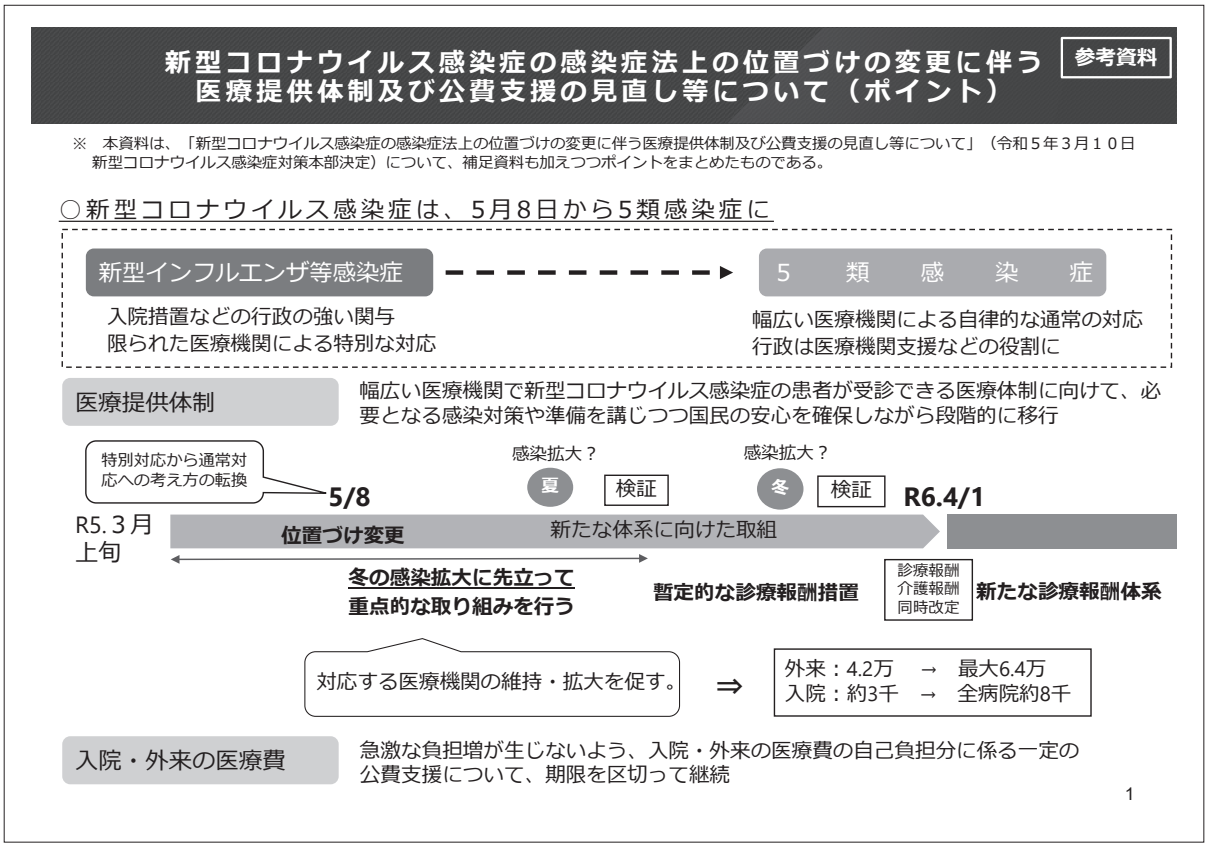
○ 重症患者への対応：特定集中治療室管理料等の1.5倍（＋2,112～＋8,157点）
○ 中等症患者への対応：救急医療管理加算の２～３倍（1,900～2,850点）
○ 介護保険施設等からの患者を地域包括ケア病棟等で受入た場合：救急医療管理加算１（950点）
○ 感染予防を講じた上での診療：二類感染症患者入院診療加算１～４倍（250～1,000点）
○ 二類感染症患者療養環境特別加算（個室）の特例加算（300点）
○ COVID-19回復患者の転院受入の評価
▶ 二類感染症患者入院診療加算750点（60日目まで）
▶ 14日目まではさらに＋950点

【COVID-19治療薬の公費支援】

５月８日以降，COVID-19治療薬の全額公費支援は夏の感染拡大への対応として９月末まで継続する。対象となる治療薬は,「ラゲブリオ」,「パキロビッド」,「ゾコーバ」,「ベクルリー」,「ゼビュディ」,「ロナプリーブ」,「エバシェルド」である。

治療薬以外の外来医療費については５月８日から原則自己負担となる。入院費も自己負担だが，高額療養費制度の自己負担限度額から２万円を減額する。

10月以降の治療薬の扱いについては，国の在庫や薬価の状況などを踏まえ，冬の感染拡大に向けた対応を検討することになっている。



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	➢ 感染対策について効率的な対応へ見直し ➢ 設備整備や個人防護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材を作成し、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 ※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
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	➢ 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 ※廃止となる臨時の医療施設（新型インフルエンザ特別措置法）のうち必要なものはその機能を当面存続
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	➢ 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(病床ひっ迫時等に支援) ➢ 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

2

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	**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に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】
外来	届出の簡略化などの状況変化を踏まえて見直し 位置付け変更に伴い、医療機関が実施する入院調整等を評価	**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）
外来		**950点** 【初診含めコロナ患者への診療】 ※ロナプ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）】 ※ロナプ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
外来			**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	**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
在宅			**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】
在宅	往診時等の感染対策を引き続き評価	**300点** 【コロナ疑い/確定患者への往診】	（引き続き評価）

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

3

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	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	入院患者の重症化率低下、看護補助者の参画等による業務・人員配置の効率化等を踏まえて見直し 介護業務の増大等を踏まえ、急性期病棟以外での要介護者の受入れを評価	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～＋8,157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**）
入院		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**）
入院	必要な感染対策を引き続き評価	**250～1,000点/日** （感染対策を講じた診療）	（引き続き評価）
入院		**300点/日** （個室での管理）	（引き続き評価）
入院		**250点/日** （必要な感染予防策を講じた上でリハビリテーションを実施）	（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	**298点** （治療の延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療の実施）	（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	**訪問対面500点、電話等200点** （自宅・宿泊療養患者に薬剤を届けた上での訪問対面/電話等による服薬指導の特例）	（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）

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

4

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ているところ**、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（特定機能病院等）	重点医療機関（一般病院）	一般の医療機関
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）。

5

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	➢ 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	➢ 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	➢ 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	➢ 退院患者の受入促進のための介護報酬上の特例

6

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	・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	・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	➢ 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（ラゲブリオ・パキロビッド、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	・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	・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	➢ 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	・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	・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	➢ 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。

7

（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伴い見直し。新型コロナはカロナール・ラゲブリオ、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。

9

（エ）　発熱外来；診療・検査医療機関から外来対応医療機関へ

COVID-19の疑い患者を含めて発熱患者の診療または検査を行う発熱外来の機能を持つ「診療・検査医療機関」は，位置づけ変更後は「外来対応医療機関」と名称が変更になる。位置づけ変更後も幅広い医療機関がCOVID-19患者の診療に対応する医療提供体制に移行する間においては，発熱患者が検査・診療にアクセスできるよう，また一部の医療機関に患者が集中することを防ぐために，発熱患者等の診療を行う医療機関については，引続き公表することが必要とされ，当面は都道府県において公表する仕組みは継続する。

医師法第19条第１項における応召義務については，２類感染症では制度上特定の医療機関で対応すべきとされていることから，COVID-19が２類感染症相当の取り扱いの間は，COVID-19が疑われるあるいはCOVID-19と診断された患者の診療を拒否することは「正当な事由」に該当するとされ，応召義務の例外とされている。なお，その「正当な事由」について，当該医療機関は院内外あるいはホームページ等で掲示する必要がある。位置づけ変更後は，COVID-19に罹患あるいは疑い患者を含めて発熱や上気道症状を有することのみを理由として診療を拒否することは，「正当な事由」に該当しない取り扱いになるため，「正当な事由」として掲示等を行っていても応召義務に抵触することになり，注意が必要である。但し，当該医療機関から発熱外来機能を持つ他の医療機関へ患者を紹介する等，患者の検査・診療を確保した場合は，診療の拒否に当たらないとされている。

COVID-19に係る行政検査（PCR検査および抗原検査等）の委託契約の締結や費用の支払い等については，「新型コロナウイルス感染症に係る行政検査の取扱いについて」（令和２年10月19日）で規定されていたが，５月８日をもって５類感染症に位置づけられれば，この取り扱いを含めて関係通知が廃止される。都道府県等から医療機関へ行政検査を委託し患者の自己負担分の公費支援を行う取り扱いが終了し，SARS-CoV-2の検査は保険診療扱いとなる。ただし，重症化リスクが高い者が多い医療機関や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される。また，COVID-19治療薬の薬剤費は公費負担が継続される（前述，（ウ））。

COVID-19対応医療機関（今後対応予定も含む）に対して，パルスオキシメーターが無償譲渡されることとなり，３月27日～４月26日までに厚労省HPの専用フォームでの受付が始まっている。１医療機関あたり診療所20個，病院200個の制限があるが，厚労省の保有数上限に達し次第，申請受付は終了する。申請回数は，１医療機関あたり原則１回である。

（オ）　入院医療体制

基本的な考え方として，COVID-19患者のうち入院が必要な者への対応については，今後，全病院（約8,200）で対応することを目指し，重点医療機関等，位置づけ変更前に確保病床を有していた医療機関（約3,000）は，重症者・中等症Ⅱ患者の受け入れへと重点化を目指し，重点医療機関等以外で受入れ経験のある医療機関（約2,000）に対しては新たな軽症・中等症Ⅰ患者の受入れを積極的に促すこととしている。

COVID-19患者の入院調整については，感染症法に基づく入院勧告・措置に付随する業務として，各都道府県・保健所設置市・特別区において実施しているが，位置づけ変更後はこうした行政による調整から，他の疾患と同様に入院の要否は医療機関が判断し，医療機関間での調整を基本とする仕組みに移行することになる。COVID-19の確定診断を行う医療機関は，これまで保健所や都道府県の入院調整本部等を通じて入院先の調整を行っているが，位置づけ変更後は，他の疾患と同様，当該医療機関において患者受入れ先医療機関を調整することになる。また入院先の医療機関においても，これまで行政からの依頼を受けて患者を受け入れているが，位置づけ変更後は，個々の外来の医療機関からの依頼を受けて患者を受け入れる体制に変わることになる。こうした体制に向けて，入院調整の

移行に向けた環境整備を行うとともに，入院調整の移行の進め方を計画し，移行を進めることになる。この移行計画は，各都道府県内の医療機関や高齢者施設等の各団体，消防機関等の関係機関と協議を行い，その内容を決定することになる。

（カ）　高齢者施設等における対応

高齢者施設等における対応（入所者が陽性となった場合の対応等）について，入院が必要な高齢者が適切かつ各日に入院できる体制を確保するとともに，感染症対応に円滑に繋がるよう，平時からの取組みを強化しつつ，施設等における感染対策の徹底，医療機関との連携強化，療養体制の確保等は当面継続する。医療支援については，感染制御や業務継続の支援体制の整備や，医師や看護師による往診・派遣を要請できる医療機関の事前確保が続けられる。COVID-19患者に係る往診や電話等による相談，入院の要否の判断および入院調整に対応できる医療機関の確保の取組みの強化が求められる。また自治体による調整も求められる。位置づけ変更後も，高齢者施設等の職員が初動対応を相談できる相談窓口の設置に対する支援，高齢者施設等における電話・オンライン診療の体制構築支援については，当面継続される。

障害者支援施設等については，感染制御や業務継続の支援体制の整備，医師や看護師による往診・派遣を要請できる医療機関の事前確保の取組み，感染者が発生した施設に対する応援職員の派遣等に対する支援は，位置づけ変更後も引続き衛生主管部局と傷害保健福祉主管部局が連携してこれらの対応を継続することが求められている。

（キ）　宿泊療養・自宅療養の体制

感染症法に基づくCOVID-19患者の外出自粛は求められなくなるため，隔離のための宿泊療養施設は位置づけの変更と同時に終了する。ただし，高齢者や妊婦の療養のための宿泊療養施設は，入院とのバランスを踏まえた一定の自己負担を前提に，地方自治体の判断で経過的に９月末まで継続する。

自宅療養は，位置づけ変更後は，感染症法の規定に基づく健康観察は必要なくなるが，陽性判明後の体調急変時の自治体等の相談機能は継続し，公費負担も継続する。自宅療養者等に対応する電話・オンライン診療等を実施する医療機関を「健康観察・診療医療機関」として対応しているが，その枠組みは継続する。地域の医療機関（特にかかりつけ医等）および訪問診療を担う医療機関との連携等を進めるなど，地域ごとの体制の確認を行い，「コロナ自宅療養者等に対応する医療機関」としての公表の取組みが継続される。なお，位置づけ変更にともなって，個々の陽性者についての発生届が廃止となるため，健康フォローアップセンターの陽性者の登録機能や，発生届出等を基にした行政からのプッシュ型の健康観察は終了となる。

時限的・特例的に認められている電話や情報通信機器を用いた診療等の取り扱いは，位置づけ変更後も引続き実施する。ただし，時限的・特例的な取り扱いはCOVID-19の感染が収束するまでの間の継続であり，院内感染のリスクが低減され，患者が安心して医療機関の外来受診ができる頃には終了することが想定されている。なお，電話･オンライン診療に係る診療報酬上の特例措置については，５月８日以降，経過措置を置いた上で廃止することが予定されている。

（ク）　移行計画の策定

各都道府県は，都道府県医等の地域の医療関係者等と協議の上，保健所設置市・特別区とも連携を行いながら，冬の感染拡大までの間に，軽症・中等症Ⅰ患者について，新たな医療機関による受入を進めるとともに，医療機関間による入院調整を進めること等を内容とする９月末までの「移行計画」を策定し，次のとおりの内容で，４月21日までに厚労省に提出することが求められている。

Ⅰ．入院体制
① 直近のオミクロン株流行時の入院体制の振り返り
② 今後の入院患者の受け止めの方針
③ 新たな医療機関による受入のための具体的方策
④ 位置づけ変更後の転退院体制について
⑤ 位置づけ変更後の救急医療体制について

Ⅱ．入院調整体制
① 直近のオミクロン株流行時の入院体制の振り返り
② 医療機関間での入院調整を進めるための方策

Ⅲ．その他これまで「保健・医療提供体制確保計画」により確保していた体制について
① 高齢者施設等への往診等に対応する医療機関の確保
② 今後の宿泊・自宅療養体制の確保の見通し

（ケ） 感染症法等の一部を改正する法律の施行
2022年12月の感染症法等改正における一部規定が4月1日に施行となるが，その概要を示す。

Ⅰ．感染症法関係
- 都道府県連絡協議会
- 新型インフルエンザ等感染症（COVID-19は当分の間要しない）および新感染症に係る発生届（当該感染症により死亡した者（疑われる者を含む）の死体を検案した場合を含む）における医療保険被保険者番号等の収集
- 電磁的な方法（感染症サーベイランスシステム，HER-SYS等）による感染症の発生届の提出等は，特定，第一種，第二種感染症指定医療機関の医師は義務，その他の医師は努力義務とする
- 国から「感染症指定医療機関その他都道府県知事が新型インフルエンザ等感染症の患者または新感染症の所見がある者を入院させた医療機関の管理者等」に対する新型インフルエンザ等感染症または新感染症に係る検体の提出要請等
- 特定，第一種，第二種感染症指定医療機関の医師による新型インフルエンザ等感染症（COVID-19は当分の間要しない）および新感染症の所見がある者の退院等の届出
  - 当該患者の入院中の状態，転帰等を迅速に把握する必要があると認めるときは当該患者が退院または死亡した後直ちに，それ以外のときは必要と認める期間内におこなう
  - 届出事項は，「患者の氏名，年齢および性別」，「患者の医療保険被保険者番号等」，「入院年月日」，「退院年月日または死亡年月日」，「退院時の転帰」，「入院中の最も重い症状の程度」，「届出を行った医師の勤務する医療機関の名称および所在地並びに当該医師の氏名」等とする

Ⅱ．地域保健法関係
- IHEAT（Infectious disease Health Emergency Assistance Team，COVID-19感染拡大時において，医師，保健師，看護師等の外部の専門職による保健所等の業務の支援を活用できるよう創設された人材バンクに登録されている者）要員の要件
- 地域保健対策の推進に関する基本的な指針の改正

・「感染症のまん延への備え」,「地方衛生研究所等の健康危機管理体制の強化」,「健康危機に備えた人材の確保と資質の向上」に向けて，保健所設置自治体は医師会と連携すること

⑵　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

京都府内の COVID-19 感染拡大第８波は，３月に入ってから新規感染者数の減少が継続していた。３月の新規陽性者総数は，２月と比べて１／３になった。３月の第４週まで順調に減少していたものの減少幅が少なくなり，今週先週比は 0.80 台後半になり，第５週には再び 1.0 を超えてきた。第８波の減少は第４週までで，今後増加に転じる可能性が高い。特に，卒業式，春休み，花見などで人流が増加していること，特に京都府・京都市では外国からの観光客が激増していることから，第９波に繋がることが十分に考えられ，油断できない。

年代別では，10 歳未満と 10 代が全体の約 20% 前後で推移したが，卒業式，春休みになる下旬にはこの年代の集団生活が減ることにより 10% 台となり 31 日時点では 10.8% になった。医療機関や高齢者施設等でのクラスター発生の件数は減少したものの，散発的に集団発生が起こっていることから高齢者の割合が相対的に高くなっていた。３月の１か月間の新規感染者のうち，20 代と 50 代が占める割合はそれぞれ 16.4%，14.4% であった。

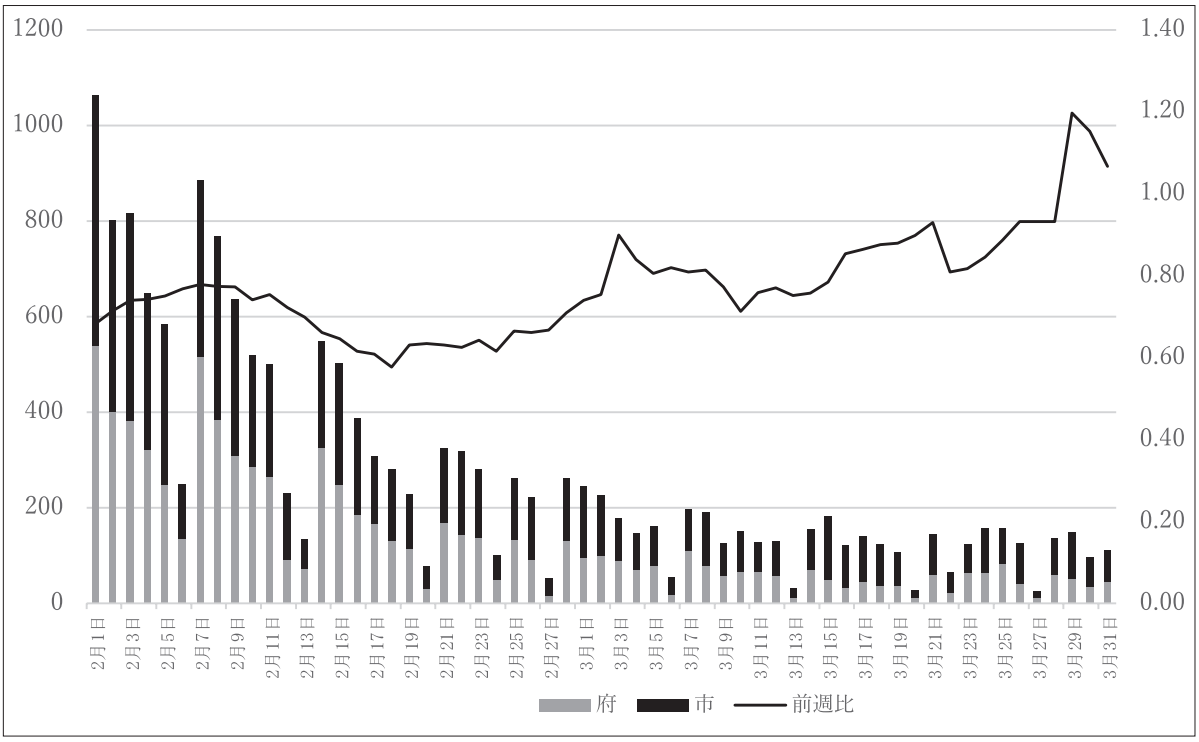


図１．第８波　京都府内新規感染者数の推移（2023 年２月１日～３月 31 日）

表１．京都府内人口10万人あたり７日間累積新規感染者数（年代別，HER-SYSデータ）

	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80歳以上	全年代平均
３/１～３/11	53.8	42.3	51.7	54.1	32.8	43.0	24.4	25.2	31.5	38.7
３/12～３/18	44.7	33.2	48.2	41.2	32.3	32.5	27.1	23.3	29.0	33.9
全国 ３/12～３/18	54.5	49.7	49.0	46.7	40.2	40.3	28.8	23.8	38.2	40.1

表２．京都府のモニタリング指標の状況

３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	10.8% 111/1,027床	6.3% 11/175床 ［0.0% 0/51床］	202.86	0.74	15.5%	55.08
10日	10.6% 109/1,027床	10.3% 18/175床 ［2.0% 1/51床］	147.00	0.71	11.6%	39.91
20日	8.5% 87/1,027床	5.7% 10/175床 ［0.0% 0/51床］	122.57	0.90	11.1%	33.28
30日	9.3% 95/1,027床	5.7% 10/175床 ［2.0% 1/51床］	121.00	1.15	11.4%	32.85

京都府内でのオミクロン株のゲノム解析では，最多の増加はBA.5で，次いでBA.2.75である（表３）。欧米で流行の中心となっているXBBおよびその亜系統では，XBB，XBB.1.5が僅かずつではあるが，毎週検出されている。また，BQ.1とBQ.1.1も同様に漸増している。海外からの観光客が持ち込む可能性が高いため，今後も注視しなければならない。

表３．京都府内の変異株ゲノム解析状況（累計）（令和５年３月31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	1,482件	令和５年３月17日	
	BA.2.12.1	21件	令和４年９月２日	
	BA.2.3.20	20件	令和５年３月31日	３月17日から新たに１件判明
	BA.2.75	245件	令和５年３月31日	３月24日から新たに16件判明
	BA.4	８件	令和４年10月７日	
	BA.5	2,443件	令和５年３月31日	３月24日から新たに36件判明
	XBB	12件	令和５年３月31日	３月24日から新たに２件判明
	XBB.1.5	５件	令和５年３月31日	３月24日から新たに３件判明
	BQ.1	51件	令和５年３月31日	３月24日から新たに２件判明
	BQ.1.1	169件	令和５年３月31日	３月24日から新たに２件判明
	BQ.1.2	４件	令和５年３月３日	
	BS.1.1	８件	令和５年３月24日	

地方衛生研究所，大学等で解析

②　京都府・京都市の対応

３月10日の厚労省対策推進本部の「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」および厚労省医政局／健康局の「令和５年度の病床確保料の取扱いについて」を受けて，京都府が５月８日以降９月末までの病床確保について検討した。24日の第38回京都府医療対策協議会のあとに，松井府医会長，北川府医副会長，濱島府医副会長と，京都府健康福祉部の長谷川部長，中川対策監らとの面談があり，５類移行後の医療提供体制について意見交換が行われた。京都府が作成した「５類移行後の患者の流れ」の資料を基に京都府から説明があった。これに対して府医からは，５月８日以降は原則として通常医療の対応として幅広く対応を求める形にすること，京都府の「５類移行後の患者の流れ」で運用してみるが次の感染拡大がそれほど大きくないあるいはウイルス自体の弱毒化傾向があれば医療機関（病院・診療所）に対して通常対応を求める方向を考えること，入院調整は診療所が直接病院と行う体制に移行するのであれば検査・入院が可能な病院の情報を明示する必要があること，入口部分を担う「かかりつけ医」のバックアップのために病院に対して受入に関するアンケートを行うこと，コロナ受入病院を公開すると混乱する可能性があり救急隊のみに情報提供するか「あんしん病院」の枠組みを活用して医療機関で共有する方法等があること，従前の診療・検査医療機関以外にも広く協力を求めるには「陽性者外来」の役割を担う病院を明示する必要があること，などの意見を出した。

３月29日に京都府が「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけ変更に伴う今後の医療体制等に係る説明会」をWebで開催した。同日に前半はCOVID-19受入病院，後半は一般病院に分けて行われた。この説明会では，各病院における病床確保に係る意向調査についても説明がされた。

31日に５類移行後の発熱者を診る医療機関（「外来対応医療機関」）のあり方について，京都府保健福祉部から府医に説明があり意見交換を行った。そのうち，コロナ罹患後症状に対する診療を行う医療機関（「後遺症診療医療機関」）については，府医の考えを京都府に伝え，その上で４月の早い時期に対応策を京都府が示すことになった。具体的な内容については，４月の京都府からの通知を待たれたい。

京都市は，コロナワクチンに関して，特例臨時接種が2024年３月31日まで延長されたことを受けて，「京あんしん予約システム」の補助も延長し，接種協力医療機関は無料で使用できることになった。一方，京都市のWeb発注システムやワクチンの配送に関する各種問い合わせに対応していた「京都市ワクチンWEB発注システムサービスディスク」は３月末日で閉鎖となった。

３．府医の３月の活動

⑴　会議等

府内の会議，定例理事会，各部会，委員会，地区庶務担当理事連絡協議会はWeb併用のハイブリッド形式で開催した。３月18日の府医第209回臨時代議員会は，リーガロイヤルホテル京都を会場として対面・参集形式で開催した。７日の看護学校卒業式は看護学校で，19日の医療安全講習会は府医会館で開催された。19日のワークライフバランス塾in京都は府医会館とWebのハイブリッド形式で開催した。31日に「京都府外来対応医療機関に係る説明」のための面談は府医会館で行われた（一部Web参加）。

対外的な会議では，近医連常任委員会／近畿ブロック日医代議員協議会（大阪府医師会館），支払基金審査運営協議会（支払基金），京都府スポーツ推進審議会（府医会館），京都地域包括ケア推進機構理事会（府医会館），京都予防医学センター理事会（京都ガーデンパレス），京都府医療対策協議会／京都府医療審議会（京都ガーデンパレス），第153回日医代議員会（日医会館），京都府社会福祉事業団評議員会（ハートピア京都），京都マラソン医療救護対策会議（府医会館），京都市健康づくり協会定例理事会（京都市健康増進センター），日医医療政策会議（日医会館）が参集形式で行われ，松井府医会長らが参加した。

⑵　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か所であるが，いずれも入所者数は減少した。AH は３月 21 日に入所者はゼロになり，AE も 24 日にゼロとなった。AH は３月１日から，AE は３月 11 日から出務医なしで，他ホテルの出務医がオンラインでの遠隔診療を行った。24 日以降は出務医１名が HV のみを担当した。総入所者数は，３月中旬に 10 名超であったが，28 日以降は 10 名未満である。保険診療も件数は少なかった。AE と AH は３月末で閉鎖となり，４月からは HV だけで対応することになる。

４．COVID-19 ワクチン

ワクチン接種率は，全体で３回接種完了者は 68.6%，高齢者の３回接種完了者は 91.2% である。５歳以上の小児接種では，１回以上接種は 24.1% だが３回接種完了者は 9.3% で，５歳未満の乳幼児ではそれぞれ 3.7%，1.9% に留まっている。オミクロン株対応ワクチンの接種率は，全体の 44.6% と５割に達していない。うち高齢者では 75.7% である。

⑴　日本におけるオミクロン株流行期のコロナワクチンの有効性

長崎大学の多施設共同研究チームが，2021 年７月から日本国内の COVID-19 に対するワクチン効果のサーベイランス（VERSUS, Vaccine Effectiveness Real-time Surveillance for SARS-CoV-2）を実施しており，オミクロン株 BA.1/BA.2 流行期（2022 年１月１日～６月 26 日）における mRNA ワクチンの効果について VERSUS のデータを基に評価した。初回シリーズ（１次接種）とブースター接種ともに mRNA ワクチンのファイザー社１価ワクチン（BNT162b）もしくはモデルナ社１価ワクチン（mRNA-1273）について評価した（それ以外のコロナワクチン接種者は除外）。

11 県 14 医療機関で VERSUS に登録された 7,931 例のうち，SARS-CoV-2 検査陽性 3,055 例，陰性 4,876 例を解析対象とした。年齢中央値 39 歳（四分位範囲：27 ～ 53），男性 48.0%，基礎疾患を有する者 1,628 例（20.5%），COVID-19 罹患歴のある者 142 例（1.8%）であった。ワクチン接種歴は，未接種 13.8%，１次接種 60.1%，ブースター接種 20.1％であった。65 歳以上では未接種 5.8%，１次接種 49.7%，ブースター接種 34.8% で，検査陽性者の割合は，それぞれ 52.7%，42.2%，20.3% であった。

未接種者に対するワクチンの効果についての結果は，表に示す。

表４－１．未接種と比較した SARS-CoV-2 有症状感染への効果

	接種完了から	１次接種の効果	ブースター接種の効果
16 ～ 64 歳	90 日以内	35.6%（ 19.0 ～ 48.8）	68.7%（60.6 ～ 75.1）
	91 ～ 180 日	32.3%（ 20.7 ～ 42.2）	59.1%（37.5 ～ 73.3）
	180 日超	33.6%（ 18.5 ～ 45.8）	―
65 歳以上		31.2%（−44.0 ～ 67.1）	76.5%（46.7 ～ 89.7）

（　）内：95% 信頼区間

表４－２．１次接種（接種後 180 日超）と比較した SARS-CoV-2 有症状感染への効果

	接種完了から	ブースター接種の効果
16 ～ 64 歳	90 日以内	52.9%（41.0 ～ 62.5）
	91 ～ 180 日	38.5%（ 6.9 ～ 59.3）
65 歳以上		65.9%（35.7 ～ 81.9）

（　）内：95% 信頼区間

本研究チームによる日本におけるデルタ株流行期での検討では，１次接種のSARS-CoV-2有症状感染への効果は，16～64歳では接種完了から90日以内91.8%，91～180日86.4%で，65歳以上では90.3%と非常に高かったと報告していた。これに比べるとオミクロン株流行期には１次接種の有効性がかなり低下しており，有症状感染を防ぐためにはブースター接種が必要であることを示している。

⑵　３回接種後の効果：ファイザー社とモデルナ社の比較

英国オックスフォード大学の研究グループは，OpenSAFELY-TPPデータベース（英国の一般診療所の40%をカバー；国民保健サービス（NHS）番号を介して救急外来受診記録，入院記録，SARS-CoV-2検査記録および死亡登録と関連付けられている）を用いてコホート研究を行い，コロナワクチンのブースター接種後20週以内のSARS-CoV-2検査陽性，COVID-19関連入院，COVID-19関連死，非COVID-19関連死について検討した。

解析対象は，ファイザー社ワクチン（BNT126b2）またはアストラゼネカ社ワクチン（ChAdOx1）を２回接種（１次接種）しており，2021年10月29日～22年２月25日（デルタ株～オミクロン株流行期）にブースター接種プログラムとしてファイザーまたはモデルナ社ワクチン（mRNA-1273）の３回目接種を受け，ブースター接種28日以内にSARS-CoV-2感染歴のない18歳以上の成人（医療従事者／介護施設入所者は除外）で，ファイザー接種者とモデルナ接種者を，３回目接種日，１次接種のワクチンの種類，２回目接種日，性別，年齢などに関して１：１でマッチングした。ファイザー群，モデルナ群の各々1,618,959例がマッチングされた。

20週間のSARS-CoV-2検査陽性リスク（1,000人あたり）は，ファイザー群164.2（95%信頼区間：163.3～165.1），モデルナ群159.9（159.0～160.8）で，ファイザーと比較したモデルナのハザード比（HR）は0.95（0.95～0.96）であった。COVID-19関連入院リスク（1,000人あたり）は，ファイザー群0.75（0.71～0.79），モデルナ群0.65（0.61～0.69），HRは0.89（0.82～0.95）であった。COVID-19関連死はまれで，20週間のリスク（1,000人あたり）は，ファイザー群0.028（0.021～0.037），モデルナ群0.024（0.018～0.033），HRは0.83（0.58～1.19）であった。

mRNAワクチンのブースター接種は，COVID-19による入院に関して有益性があることが明らかとなった。ブースター接種後のCOVID-19関連入院／死亡はまれであったが，SARS-CoV-2検査陽性も含めて，ファイザーよりモデルナの方でリスクが高いと推定された。

⑶　コロナワクチン接種後のアレルギー反応と予防接種ストレス関連反応

ファイザー社またはモデルナ社のmRNAコロナワクチン接種後のアナフィラキシーの発生率は，他のワクチンでの発生率よりも高い。米国立アレルギー・感染症研究所（NIAID）の研究グループが，小規模臨床試験を行い，ワクチン接種後のアナフィラキシーと，予防接種ストレス関連反応（Immunization stress-related responses，ISRR）との関連について検討した。

コロナワクチン１回目接種後に，全身アレルギー症状を生じた既往のある16名（女性15名，平均年齢45歳）を，２回目としてファイザー社ワクチンを接種する群とプラセボを接種する群にランダムに割り付け，対象者にはどちらを接種したのかは知らせなかった。さらに，13名には，本物のワクチンであると伝えた上で，ブースターとしてファイザー社ワクチンを接種した。

接種から中央値３分後に，ワクチン接種群９名，プラセボ群11名に，しびれ，チクチク感，めまい，喉のつかえ，嚥下障害，一過性の血圧上昇などの非アレルギー性の症状が現れた。これらの症状はすべてISRRの症状と一致し，その45%は，対象者が感じている精神的苦痛レベルから，中等度から重度の症状とみなされた。ワクチン接種群では３名が接種後中央値４分でグレード１～２のアレルギー反応を再発したが，プラセボ群ではアレルギー反応を再発した者はいなかった。非盲検のブースター接種後には，13名中10名

がISRRの症状を発症し，１名がアレルギー反応を再発した。全対象者のうち，２名はファイザー社ワクチンの皮内テストで陽性を示したが，添加剤（ポリエチレン・グリコール等）に関する皮内テストでは陽性となった者はいなかった。

ISRRの症状がアナフィラキシーの症状に似ているが，ISRRに対する認識が医療者の間で低く，このことがコロナワクチン接種後のアナフィラキシーの報告率を高くしている可能性がある。ただし，そのような症状がアレルギーで生じている可能性が否定されるものではない。

⑷　コロナワクチン接種事業に対する会計検査院の調査

会計検査院が，コロナワクチン接種事業を調査し，厚労省がワクチン確保の際に作成した資料に数量の算定根拠の記載が不十分であったことが判明した。

コロナワクチン接種事業は，2021年２月14日にファイザー社ワクチンの承認，同月17日に医療従事者先行接種，同年４月12日から高齢者および医療従事者等の優先接種と続いてきた。同年５月以降に国内のワクチン供給量が不十分となり，京都府内でも予約した接種希望者への接種量が確保できず接種医療機関では混乱を極めた。当時は，世界中でワクチン争奪戦の状況で，日本は接種体制構築の遅れなどで出遅れたこともワクチン不足の一因であった。その後，政府はワクチン確保を進め，22年３月末までに８億8,200万回分の契約（ファイザー３億9,900万回，モデルナ２億1,300万回，アストラゼネカ１億2,000万回，ノババックス（武田）１億5,000万回）を結んだ。

会計検査院が20年～21年に厚労省やデジタル庁などが予算計上したワクチンの確保，管理，配布などの事業の執行状況を調査した。厚労省はシミュレーションで確保数を決定したと説明したが，各メーカーからの調達量を決める際に作成した資料や契約関係の書類には，計算式などの根拠が十分に記載されていなかった。また，返品対応についても不明瞭な点が指摘された。会計検査院によると，コロナワクチンの国内接種実績は23年１月末時点で約３億7,900万回分であるが，有効期限切れによる廃棄や需要減によるキャンセルなどによって，確保した８億8,200万回分の３割が使われなかったことが判明した。使用が終わっていないファイザー社ワクチンなどの廃棄や返品は未公表で，未使用の総数はさらに多くなる可能性がある。ワクチンの在庫管理に関して，厚労省がメーカー側に在庫がどれほどあるのかをリアルタイムに把握していなかったことを会計検査院は指摘しており，デジタル庁が運用するワクチンの接種記録システムで，接種券の読み取りエラーが頻発したことも改善の余地がある。会計検査院は，20～21年度のワクチン接種に関する事業での国費の支出は計４兆2,026億円で，予備費などを合わせた予算額は６兆1,361億円で，執行率は68.4%であった。21年度時点の繰越額は8,154億円，不用額は663億円であった，としている。

５．COVID-19治療薬

⑴　中和抗体薬の有効期限の変更

中和抗体薬の「ロナプリーブ」（注射液）と「ゼビュディ」（点滴静注液）の有効期限の取り扱いについて厚労省から事務連絡が出された。使用期限の変更として，有効期限を30か月に延長するが，現在流通している製剤にも適用されることから，使用期限の短い製剤から優先使用することの周知があった。

また，中和抗体薬「チキサゲビマブ／シルガビマブ」について，２回目以降繰り返し投与する場合は，前回の投与から６か月は間隔をあけることが添付文書の改定等に記載された。

⑵　COVID-19経口治療薬の薬価収載

厚労省は３月８日に,「パキロビッド®パック300」「同600」（ニルマトレルビル／リトナビル, ファイザー）と「ゾコーバ®錠125mg」（エンシトレルビル，塩野義）の薬価収載を了承した。

パキロビッドパックは，MSDの「ラゲブリオ®カプセル200mg」（モルヌピラビル）を比較薬とした類似薬効比較方式Ⅰで算定され，補正加算として有用性加算Ⅱ（加算率５％）が付いた。薬価算定は，パキロビッドパック300の１シートで12,538.60円，同600の１シートは19,805.50円。５日間投与*で，同600での１治療は99,027.50円となった。

（*：成人/12歳以上かつ体重40kg以上の小児，ニルマトレルビル150mg ２錠とリトナビル100mg １錠を同時に，１日２回，５日間経口投与。発症５日以内）

ゾコーバは新有効成分含有医薬品に該当し，今回の薬価算定は特例的に，複数の比較薬を用いて類似薬効比較方式Ⅰで行われた。比較薬として選ばれたのは，COVID-19経口治療薬「ラゲブリオカプセル200mg」と抗インフルエンザウイルス治療薬「ゾフルーザ錠20mg」（塩野義）で，この２剤の平均値を基に値を決めた。また新規作用機序のため，有効性加算Ⅱ（５％）が適用された。算定薬価は１錠7,407.40円で，治療初日３錠，２～５日目１錠/日の服用で，５日間の１治療51,851.80円になる。支払い側の委員からはゾコーバの算定薬価を「高い印象」としたが，最終的には薬価算定組織の検討結果を尊重すると表明していたことから，保険収載を了承した。

両者とも，３月15日付で薬価収載された。一般流通後は，国からの配分は企業と調整の上，終了予定とすること，一般流通開始日および一般流通開始以降の国購入品と一般流通品の切替えについては，後日連絡するとした。

「パキロビッド」については，薬価収載品として一般流通が３月22日から開始となった。これにともなって国購入分の配分については，３月28日までの配分依頼された配送で終了となった。22日以降の一般流通品の購入についての注文手続きおよび可能時期は，製造販売業者または卸売販売業者に問い合わせ，患者に投与した場合は，薬剤費を含めて診療保険請求を行う。また３月22日以降に院外処方を行う場合には，薬局に対して「適格性情報チェックリスト」の送付は不要となる。ただし，引続き，同意書の取得は必要である。

「ゾコーバ」の一般流通は３月31日から開始となった。ゾコーバ登録センターを通じた国が購入したゾコーバの配分は，３月27日17時をもって新規の対応医療機関・薬局の登録は終了し，３月30日15時までに発注した分をもって配分は終了した。31日以降の一般流通品の購入については，注文手続きおよび可能時期は，製造販売業者または卸売販売業者に問い合わせ，一般流通品を患者に投与した場合は，薬剤費を含めて診療保険請求を行う。原則として同一患者に国購入品と一般流通品を混在させて使用できない。また，本剤の使用では，文書による同意を得てから投与する。

６．その他

⑴　コロナ感染後の再感染予防効果

COVID-19の既感染後の再感染に対する予防効果について検討するため，米国保健指標評価研究所（IHME）の研究グループが，2022年９月30日までに発表された査読付き論文などを検索し，COVID-19のリスク減少についてSARS-CoV-2既感染者と未感染者を比較して推定した後ろ向きおよび前向きコホート研究ならびに検査陰性症例対象研究を特定し，システマティックレビューとメタ解析を行った。アウトカムは，再感染（前回PCR検査/抗原定性検査陽性から90日以上または120日以上後に検査陽性など），症候性再感染（発熱，咳，息切れなどをともなう再感染），重症化（入院または死亡に至った再感染）で，既感染の有効性について，アウトカム，変異株，感染からの経過時間ごとにメタ解析し，ベイズメタ回帰を用いて総合効果量を推定した。

再感染に対する予防効果は，武漢株，アルファ株，ベータ株，デルタ株に対しては高く，統合推定値は82%以上であったが，オミクロン株BA.1に対する再感染予防効果は統合推定値45.3%（95%不確実性区間（UI）：17.3～76.1）と低かった。症候性再感染に対する予防効果も同様で，統合推定値は武漢株，アルファ

株，ベータ株，デルタ株では82%以上であったが，オミクロン株BA.1では44.0%（95%UI：26.5 ～ 65.0）であった。重症化予防に対しては概して高く，武漢株，アルファ株，ベータ株，デルタ株およびオミクロン株BA.1で78%以上であった。

感染から時間関数として予防効果の評価を行うと，再感染予防効果は，武漢株，アルファ株，ベータ株およびデルタ株を合わせて４週時点では85.2%と高いものの，40週時点では78.6%（95%UI：49.8 ～ 93.6）に低下した。オミクロン株BA.1への再感染予防効果の低下はより急速であり，40週時点では36.1%（同：24.4 ～ 51.3）と推定された。症候性再感染に対する予防効果も同様であった。しかし，重症化予防効果は40週時点で武漢株，アルファ株，ベータ株，デルタ株は90.2%（同：69.7 ～ 97.5），オミクロン株BA.1は88.9%（同：84.7 ～ 90.9）であった。

過去の感染による変異株別ならびに経時的な予防効果は，mRNAワクチン２回接種と同等以上であることが示唆された。

⑵　オミクロン株による入院死亡率：インフルとの比較

スイスの研究グループが，同国内の15病院に入院したオミクロン株のCOVID-19患者と，2018年以降にインフルで入院した患者の死亡率を比較する検討を行った。

対象は2022年１月15日～３月15日にオミクロン株に感染した18歳以上の患者（この期間にスイスではゲノム解析をした標本の５％超がオミクロン株）3,066名（年齢中央値71歳（四分位範囲53 ～ 82），女性48.4%）で，インフル患者は2018年１月１日～ 22年３月15日に入院したＡ型またはＢ型の18歳以上の患者2,146名（年齢中央値74歳（同59 ～ 83），女性51.9%，Ａ型96.2%：Ｂ型3.8%）である。患者情報をスイスの全国的なレジストリーに登録されたCOVID-19患者とインフル患者のデータから収集した。患者の人口統計学的特性やワクチン接種歴，主要な併存疾患，ICU利用状況，人工呼吸器の使用，合併症，入退院日と死亡等の情報を得た。主要評価項目は，あらゆる原因による院内死亡とし，副次評価項目はICU入院に設定し，Fine-Grayの部分分布ハザードにCox回帰モデルを用いて，時間依存性を考慮して，イベント発生率を比較した。

オミクロン患者の51.2%は１回以上コロナワクチン接種を受け，25.2%は３回接種完了だった。またウイルスの検索で，469標本中466件がオミクロン株であった。併存疾患は，オミクロン患者の79.5%，インフル患者の80.8%にみられ，呼吸器の併存疾患は前者が13.1%，後者が24.6%であった。

オミクロン患者の214名（7.0%）が入院中に死亡し，インフル患者では95名（4.4%）であった。

表５．オミクロン株患者とインフル患者の入院の比較

	オミクロン患者（3,066人）	インフル患者（2,146人）
入院中の死亡	214人（7.0%）	95人（4.4%）
入院期間中央値*	６日（３～ 10日）	６日（４～ 12日）
ICU入院	250人（8.6%）	169人（8.3%）
ICU滞在期間*	３日（１～ 11日）	４日（２～９日）
合併症発症率	57.4%	67.3%

*：（　）内，四分位範囲

院内死亡の原因特異的ハザード比は1.93（95%信頼区間：1.47 ～ 2.54）で，退院の原因特異的ハザード比は1.21（1.14 ～ 1.28）で，オミクロン患者の方が入院期間は短いが１日あたりの死亡率は高いことが示唆される。こうした要因を考慮した院内死亡の調整部分分布ハザード比は1.54（1.18 ～ 2.01）で，オミクロン株患者の死亡リスクがインフル患者より有意に高かった。

オミクロン患者のうち，ICU 入院前に死亡したのは 160 名で，ICU 入院後に死亡した患者は 54 名であった。インフル患者と比較したオミクロン患者の ICU 入院前の死亡リスクは有意に高かった。また，予備的な分析での ICU 入院前の死亡の危険因子は，高齢者（年齢中央値，ICU 入院前死亡者 85 歳：ICU 入院後死亡者 71 歳）と認知症あり（ICU 入院前死亡者 22.8%：ICU 入院後死亡者 5.6%）であることが示唆された。

サブグループ解析として，入院の主な原因が COVID-19 だった患者（1,522 人 /3,066 人，49.2%）とインフルだった患者（516 人 /2,146 人，24.0%）に限定した分析では，インフル患者と比較したオミクロン患者の院内死亡の部分分布ハザード比は 2.86（1.64 ～ 4.97）で，ICU 入院の部分分布ハザード比も 1.69（1.09 ～ 2.62）と有意差を示した。ワクチン接種歴のないオミクロン株患者 1,056 名とインフル患者を比較すると，院内死亡の部分分布ハザード比は 2.04（1.50 ～ 2.79），ICU 入院の部分分布ハザード比は 1.42（1.11 ～ 1.82）でいずれも有意差を示した。

以上の結果から，オミクロン株に感染して入院した患者は，インフルで入院した患者よりも院内死亡リスクが高かったが，ICU 入院率には差がみられなかったことが判明した。

⑶　COVID-19 患者の脳画像検査の評価

ブラジルの研究グループが，COVID-19 患者に対して脳画像検査を行い，非 COVID-19 対照群と比較検討し，罹患後症状（long COVID）のうち不安や抑うつ症状のある患者での変化を評価した。

軽症 COVID-19 患者 254 名（年齢中央値 41 歳，女性 69,7%，PCR 検査陽性判定からの期間中央値 82 日）に対して，不安や抑うつレベルを評価し，脳画像検査を施行し，非 COVID-19 対照群 148 名と比較検討した。不安の評価は BAI スコア，抑うつの評価は BDI スコアを用い，BAI ＞ 10 および BDI スコア＞ 13 を不安・抑うつレベルの高い状態と判定し，102 名が該当した。

軽症 COVID-19 罹患後に不安や抑うつレベルの高い群では，脳内の記憶や感情の処理に関与する大脳辺縁系の萎縮という構造的変化が認められた。一方，軽症 COVID-19 罹患後に不安や抑うつレベルの高くない群では，その所見はなかった。

不安・抑うつレベルの高い軽症 COVID-19 患者 70 名，その他の軽症 COVID-19 患者 84 名，および対照群 90 名に対して，機能的磁気共鳴画像法（fMRI）を実施した結果，不安・抑うつレベルの高い群では，脳内のネットワークに機能的変化が 12 か所に生じており，不安・抑うつレベルの高くない群では機能的変化の確認された箇所は５か所であった。

軽症 COVID-19 患者の脳に構造的・機能的変化が生じていることが不安や抑うつが亢進している者に多く見られることから，記憶や思考力に問題を引き起こす可能性があり，急性期の症状が軽症であっても，罹患後症状を含めて経過観察と治療が必要と考えられる。

⑷　介護・看護施設におけるサーベイランス検査と入居者の転帰

高度介護・看護施設（skilled nursing facilities）の職員に COVID-19 のサーベイランス検査が広く実施されているにもかかわらず，施設入居者の転帰との関連に関するエビデンスが限られていた。米国の研究グループは，メディケア・メディケイド・サービスセンター（CMS）のデータベースを用いた後ろ向きコホート研究を，ワクチン承認前，オミクロン株流行前期，オミクロン流行期中の３つのパンデミック期に分けて行った。

2020 年 11 月 22 日～ 22 年５月 15 日の CMS の COVID-19 Nursing Home database のデータで，高度介護・看護施設 13,424 施設の職員の SARS-CoV-2 検査と入居者の COVID-19 について検討した。主要アウトカムは，潜在的アウトブレイク（COVID-19 症例が２週間なかった後に COVID-19 が発生）時における COVID-19 発症および COVID-19 関連死の週間累積例数（潜在アウトブレイク 100 例あたりの件数）の２つで，検査回数の多い施設（検査数の 90 パーセンタイル）と少ない施設（10 パーセンタイル）で比較

した。

77週間の調査期間において，潜在的アウトブレイク100件あたりのCOVID-19症例は，職員への検査回数が多い施設で519.7例が報告されたのに対し，検査数の少ない施設は591.2例であった（補正後群間差：－71.5, 95%信頼区間：－91.3～－51.6）。また，潜在的アウトブレイク100件あたりのCOVID-19関連死は，多い施設42.7例に対し，少ない施設49.8例であった（－7.1，－11.0～－3.2）。

ワクチン承認前では，潜在的アウトブレイク100件あたりのCOVID-19症例は，職員への検査回数が多い施設759.9例（－300.3，－377.1～－223.5），COVID-19関連死はそれぞれ125.2例，166.8例（－41.6，－57.8～－25.5）であった。

オミクロン流行前期では，職員への検査回数が多い施設と少ない施設でCOVID-19症例数，COVID-19関連死数のいずれも同程度であった。オミクロン株流行期中は，多い施設でCOVID-19症例数が減少したが，死亡数は両群で同程度であった。

以上から，高度介護・看護施設の職員に対するサーベイランス検査が多かったことは，特にワクチン接種が開始される前では，入居者におけるCOVID-19症例とCOVID-19関連死の有意な減少と関連していた。

⑸　小児COVID-19の免疫

オーストラリアの研究グループが，COVID-19に罹患した小児の免役システムを評価する目的の研究を行った。COVID-19罹患小児とその保護者（いずれも軽症か無症候）を対象に，罹患時（PCR検査陽性判明後1日～10日）と約1か月後に検体を採取し，またICU入室を要した重症成人患者からも急性期と回復期に検体を採取し，免疫反応の強さを比較検討した。

検討の結果，COVID-19罹患小児は上気道の免疫反応を通じてSARS-CoV-2を排除していたことが判明した。またウイルスの排除に際して自然免疫だけでなく，上気道の分泌物などの物理的バリアの機能が良好に働いていたこともわかった。一方，COVID-19罹患小児は回復後のSARS-CoV-2に対する記憶T細胞の反応が乏しいことも判明し，このことは免疫システムがSARS-CoV-2を特異的な標的として排除することを学習していないことになる。COVID-19罹患小児に認められた自然免疫の反応は，獲得免疫の反応を弱めるように働いた可能性が示唆された。他方，成人では自然免疫はあまり働かずに記憶T細胞の反応が優れており，小児とは正反対であった。

小児の免疫は，COVID-19初回感染時にそれを排除する働きが優れている反面，成人のように感染したウイルスを記憶して再感染に備えることは成人より劣るが，小児へのワクチン接種の重要性を支持する根拠の1つとなり得る。

⑹　小児COVID-19の急性脳症

厚労省の小児急性脳症研究班（小児急性脳症の早期診断・最適治療・ガイドライン策定に向けた体制整備研究班）は，2020年1月から22年5月までの調査で，小児COVID-19患者数の増加にともない急性脳症が増加したことを明らかにした。日本小児神経学会会員を対象としたWebアンケートで，この期間中に18歳未満のCOVID-19患者で急性脳症を発症した者について，年齢・性別・症状・診断名・転帰などについて調査した。

217医療機関から39名の報告があった。このうち5名は設定した対象基準を満たさず除外され，対象基準を満たすCOVID-19にともなう急性脳症は34名の発症であった。

表６．小児 COVID-19 累計感染者数に対する急性脳症患者数の比較

	20 歳未満の COVID-19 累計感染者数*（A）	急性脳症の患者数（B）	B／A
2021 年 12 月 31 日以前	241,662 人	3 人	0.0000124
2022 年 1 月 1 日以降	1,979,153 人	28 人	0.0000141

*：厚労省「データからわかる－新型コロナウイルス感染症情報－」

31 名中 29 名はオミクロン株の流行が主体となった 22 年 1 月以降に発症していたが，同時に小児の COVID-19 患者数も 22 年から急増していた。20 歳未満の COVID-19 患者の中で急性脳症を発症した者の割合をみると，21 年以前と 22 年以降ではほぼ変わらないことが判明した（表６）。よって，オミクロン株が急性脳症を引き起こしやすいとはいえないことになる。

成人，特に高齢者では COVID-19 による重症肺炎の治療中に脳症を発症することが報告されているが，今回の調査では急性脳症を発症する前に肺炎などの重い呼吸障害があった者はいなかった。

急性脳症の予後では，31 名中 19 名は急性脳症発症前の状態まで回復したが，４名は死亡，８名は何らかの神経学的後遺症を残した。この８名中５名は比較的重い後遺症であったが，急性脳症の中でも患児によって回復の程度に差があるが，その理由は明らかでなく，今後の課題となる。

急性脳症症候群としては，31 名中５名がけいれん重積型（二相性）急性脳症（AESD）のタイプで最も多かった。急性脳症は単一疾患ではなく，特徴的な臨床・画像所見を呈する複数の急性脳症症候群の複合体であると考えられており，我が国における調査では，AESD が最も多く，可逆性脳梁膨大部病変を有する軽症脳炎脳症（MERS）がこれに次ぐことが明らかにされている。COVID-19 による急性脳症でも過去の報告と一致しているが，一方，過去の調査では極めてまれである劇症脳浮腫をともなう脳症（AFCE）や出血性ショック脳症症候群（HSES）といったタイプが比較的多く（各々３名，２名）であることも判明した。この２つのタイプでは，いずれも脳浮腫が急速に進行し致死率が高いため，急性脳症症候群の診療上では大きな問題となる。

約半数が AESD あるいは MERS のいずれかのタイプであったが，残りの半数はいずれの症候群にも分類されなかった。特定の急性脳症症候群（AESD，MERS，HSES，AFCE，急性壊死性脳症 ANE）と，それに当てはまらないその他の急性脳症に分けて比較すると，その他の急性脳症よりも特定の急性脳症症候群では回復の程度が明らかに悪いことが判明した。急性脳症症候群はその他の急性脳症に比べて重症化する傾向があることになり，統計学的解析でこの裏付けは初めてであった。

⑺　SARS-CoV-2 の抗体保有率実態調査

2022 年夏の感染拡大（第７波）を踏まえて，厚労省が日本赤十字社の協力のもと同年 11 月に実施した献血時の検査用検体の残余血液を用いた SARS-CoV-2 の抗体（抗N抗体）保有率実態調査では，日本全体で 28.6% の結果であった。22 年秋からの第８波を踏まえた抗体保有状況の第２回の調査を実施し，その結果が第 73 回厚生科学審議会感染症部会（３月 13 日）に公表された。

調査時期は 2023 年２月 19 日～ 27 日で，対象者はこの期間中に日本赤十字社献血ルーム等を訪れた献血者 13,121 名で，対象地域は全都道府県である。結果は，国内全体で 42.3%（95％信頼区間：41.5 ～ 43.2）であった。都道府県別では，50％超は，福岡県 59.4%（53.8 ～ 64.9），沖縄県 58.0%（52.7 ～ 63.1），鹿児島県 51.5%（45.7 ～ 57.3），大阪府 50.2%（44.6 ～ 55.7）の四府県で，東京都は 42.2%（36.8 ～ 47.8）と全国平均レベル，京都府は 43.6%（37.8 ～ 49.5）と全国平均をやや上回るレベルであった。国民の抗体保有率は，今後の感染動向の予測や対策等を検討する際に極めて有用なデータであり，今後も引続き調査されると思われる。

７．おわりに

COVID-19の最初の報告が厚労省を通じて医療関係者に伝えられた2020年１月当初は，この未知のウイルスについての情報は何もなかった。その後，厚労省から次々と発出される数多ある情報，政府の対応策等の通知に加え，マスコミの情報合戦が拍車をかける形で，医療現場も行政も含め国全体が混乱を極めた。COVID-19に関する情報は，京都医報の地域医療部通信の付録として第１報を令和２年２月１日2166号で発出した。同年４月15日2171号の第７報において，府医COVID-19対策チームは１月～３月の政府･行政･医師会の動向等をまとめて初めて掲載し報告した。その後，COVID-19に係る一月間の出来事や的確な最新情報（COVID-19関連の論文等）を「京都府医師会での対応～１か月間の動向」として月に一度の割合で掲載してきた。最新情報とはいえ，会員各自のお手元に届くまで半月が経過しているタイムラグがあったが，府医MLなどを通じての情報発信でそのタイムラグをカバーしてきた。最新情報としては，最新の論文掲載のうち，信頼できる内容のものに絞って会員に役立つであろうものを選択し，できる限り多くを掲載するよう努めてきた。

COVID-19が５類感染症へと変更されることが決まり，５月８日以降の大凡の方針が示されてきた。今後も，府医メーリングリスト/FAX情報，府医HPおよび本誌の地域医療部通信等でCOVID-19関連の情報提供は継続されるが，本稿「京都府医師会の対応～１か月間の動向」の掲載は今回の第52報（４月15日号）をもって，一旦その役割を終えることにさせていただきます。

＜資料＞

#「Past SARS-CoV-2 infection protection against re-infection：a systematic review and meta-analysis」（COVID-19 Forecasting Team, Lancet. 2023 Feb 16（Epub ahead of print））

#「Tracking the clonal dynamics of SARS-CoV-2-specific T cell in children and adults with mild/asymptomatic COVID-19」（WH Khoo, K Jackson, et al. Clin Immunol. 2023；246：109209）

#「Hospital Outcomes of Community-Acquired SARS-CoV-2 Omicron Variant Infection Compared With Influenza Infection in Switzerland」（L Portmann, MEA de Kraker, et al. JAMA Network Open 2023；6（2）：e225599）

#「Effectiveness of mRNA COVID-19 vaccines against symptomatic SARS-CoV-2 infections during the SARS-CoV-2 Omicron BA.1 and BA.2 epidemic in Japan：vaccine effectiveness real-time surveillance for SARS-CoV-2（VERSUS）」（H Maeda, N Saito, et al. Expet Rev Vaccines, 2023：2188950（Epub ahead of print））

#「Severe pediatric acute encephalopathy syndro,es related to SARS-CoV-2」（H Sakuma, J Takanashi, et al. Frontiers in Neuroscience 2023, Feb 23, doi：10.3389/fnins.2023.1085082）

#「Comparative effectiveness of BNT162b2 versus mRNA-1273 covid-19 vaccine boosting in England：matched cohort study in OpenSAFELY-TPP」（WJ Hulme, EMF Horne, et al. BMJ 2023；380：e072808）

#「The conundrum of COVID-19 mRNA vaccine-induced anaphylaxis」（MB Khalid, PA Fishmeyer-Guerrerio, J Allergy Clin Immunol Glob, 2023；2：1-13）

#「Covid-19 Surveillance Testing and Resident Outcomes in Nursing Home」（BE McGarry, AD Gandhi, ML Barmett, N Eng J Med 2023；388：1101-10）

#「マスク着用の考え方の見直し等について」（２月10日，対策本部決定）

#「花粉症環境保健マニュアル2022」（2022年３月改訂，特定非営利活動法人花粉情報協会編集，環境省発行）

#「ロナプリーブ注射液セット300及び同注射液セット1332の使用期限の取扱いについて」（２月28日，事務連絡，厚労省医薬・生活衛生局／対策推進本部）

#「ゼビュディ点滴静注液500mgの使用期限の取扱いについて」
（２月28日，事務連絡，厚労省医薬・生活衛生局／対策推進本部）
#「高齢者施設等におけるオミクロン株に対応した新型コロナワクチン接種進捗状況の実態調査②の結果について」
（３月１日，事務連絡，厚労省健康局／老健局）
#「新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（ゾコーバ錠125mg）の医療機関及び薬局への配分について」
（令和４年11月22日，令和５年３月３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）
#「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，質疑応答集の改正）」（令和４年２月10日，令和５年３月３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）
#「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」（３月３日（第３版），厚労省／経済産業省）
#「今後の新型コロナワクチン接種について（その４）」（３月７日，事務連絡，厚労省健康局）
#「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」（令和４年３月16日，令和５年３月７日一部改正，厚労省対策推進本部）
#「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の一部の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備に関する省令附則第四項の規定によりなおその効力を有するものとされた同令第三条の規定による改正前の予防接種実施規則の一部を改正する省令の公布について」（３月８日，健発0308号，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（ゾコーバ錠125mg）の薬価収載に伴う医療機関及び薬局への配分について（周知）」（３月８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（パキロビッド®パック）の薬価収載に伴う医療機関及び薬局への配分について（周知）」（３月８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（周知依頼）」（３月８日，日医発第2274号（法安）（健Ⅱ），日医）
#「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」（３月８日，日医発第2267号（法安），日医）
#「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」（令和４年３月16日，令和５年３月７日一部改正，事務連絡，厚労省対策推進本部）
#「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（情報提供）」（３月10日，事務連絡，厚労省対策推進本部）
#「令和５年度の病床確保料の取扱いについて」（３月10日，事務連絡，厚労省医政局／健康局）
#「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月10日，日医発第2253号（健Ⅱ），日医）
#「第２回献血時の検査用検体の残余血液を用いた新型コロナウイルスの抗体保有率実態調査（結果速報，概要）」（３月13日，厚生科学審議会感染症部会，資料５）
#「保育所における感染症対策ガイドライン（2018年改訂版）（2022（令和４）年10月一部改訂）の一部修正について」
（３月13日，子保発0313第１号，厚労省子ども家庭局）
#「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）の薬価収載に伴う医療機関及び薬局への配分等について（その２）（周知）」（３月15日，事務連絡，厚労省対策推進本部／医薬・生活衛生局）
#「新学期以降の学校におけるマスク着用の考え方の見直し等について（通知）」
（３月17日，４文科初第2507号，文科省初等中等教育局）

#「令和５年４月１日以降の専修学校等におけるマスク着用の考え方の見直しと学修者本位の授業の実施等について（周知）」（３月17日，事務連絡，文科省総合教育政策局）

#「令和５年４月１日以降の大学等におけるマスク着用の考え方の見直しと学修者本位の授業の実施等について（周知）」（３月17日，事務連絡，文科省高等教育局）

#「学校における新型コロナウイルス感染症に関する衛生管理マニュアル（2023.4.1 Ver.9」（３月17日，文科省）

#「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（新資材の活用の依頼等）」（３月17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（パキロビッド®パック）の薬価収載に伴う医療機関及び薬局への配分等について（その３）（周知）」（３月20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が五類感染症に位置づけられた場合の医療機関への行政検査の委託契約の終了について」（３月20日，事務連絡，厚労省対策推進本部）

#「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）の薬価収載に伴う医療機関及び薬局への配分について（周知）（その２）」（３月22日，事務連絡，厚労省対策推進本部／医薬・生活衛生局）

#「これからの身近な感染対策を考えるにあたって（第四報）～室内での感染対策におけるパーティションの効果と限界～」（３月23日，岡部，今村ら，第119回アドバイザリーボード，資料３－９）

#「新型コロナウイルス感染症対応に係るパルスオキシメーターの医療機関への無償譲渡について」（３月24日，事務連絡，厚労省対策推進本部／医政局）

#「電磁的な方法による届出等の努力義務等，新型インフルエンザ等感染症等に係る検体の提出要請等及び新型インフルエンザ等感染症等の患者の退院等の届出に係る規定の施行について（通知）」（３月27日，健感発0327第３号，厚労省健康局）

#「「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」の一部施行について」（３月27日，健発0327第11号，厚労省健康局）