



第24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：8月23日現在 》

累 計	陽 性 患 者 数 (名)					退院・解除		死亡		検査件数 (件)	
	医療機関	宿泊療養	自宅療養	社会福祉施設等療養	入院等調整中	PCR検査	抗原検査				
110,913	342	219	12,822	291	4,611	92,406	222	270,437	155,717		

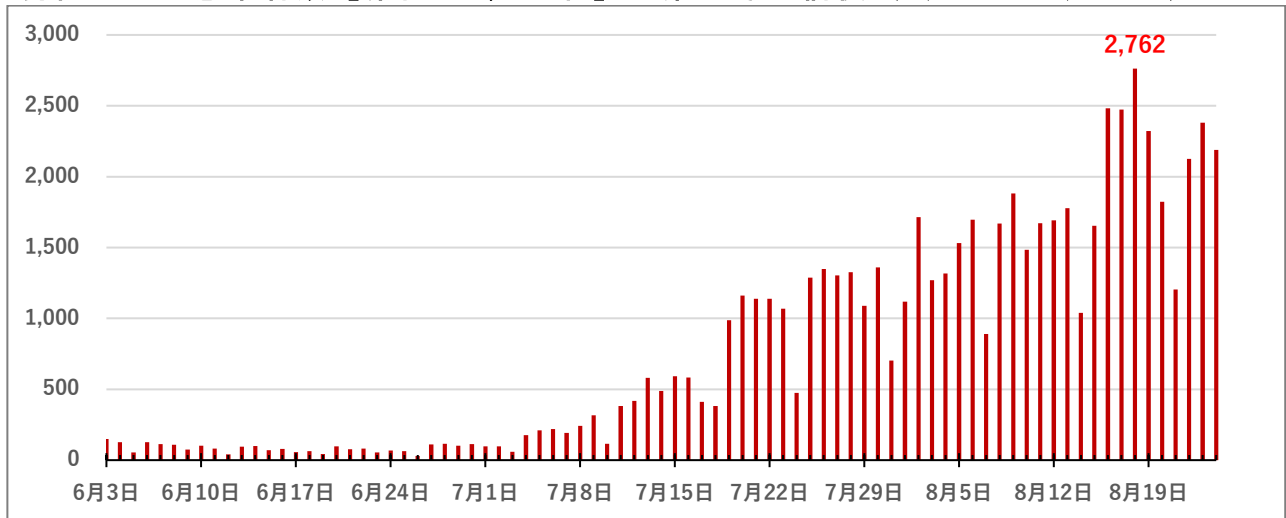
※県内で発生したが、県外で入院等した66名は、計上していない。
 ※県外で発生したが、県内で入院等した67名を計上している。

《 受診・相談センター相談件数：8月23日現在 》

(件)

県 民	一 般 相 談 件 数						計	受診相談件数
	医療機関	行政機関	企 業	観光・旅館	その他			
51,419	1,295	971	2,320	165	1,116	57,286	86,765	

《 現在までの感染者数【累計113,097名】：第23号配信後〔6月3日～8月24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35回協議会（令和4年8月9日開催） ≫

※今回も、各都道府県から様々な意見が寄せられました。できれば[full version](#)または日本医師会メンバールームの動画をご参照ください。

1. 新型コロナウイルス感染症の現況等について：[資料1](#)

< 益菴常任理事 >

[資料1](#)：厚生科学審議会感染症部会、8月1日に開催されたもの。議題は、[2/53ページ](#)、(1) 現行の感染症法等における課題と対応等、(2) 新型コロナウイルス感染症の検査について、(3) サル痘への対応について。サル痘については今日は触れない。今回、感染症法等に関する課題等が議論された背景には、今後、臨時国会において、感染症法の改正について議論が予想されることがある。感染症法上の類型として、今、新型コロナウイルス感染症は、「新型インフルエンザ等感染症」の中に特別に位置付けられているが、この類型の変更等が最初から出てくるかどうかは現時点で確定していない。いずれにしても、現行の感染症法におけるいろいろな課題について、しっかり俎上に乗せて検討する作業が8月1日から始まったということであり、**現時点では特に何か決まったことがあるわけではない。**

第63回 厚生科学審議会感染症部会 議題

- 1) 現行の感染症法等における課題と対応等
 - (1) 感染症に対応する医療機関の抜本的拡充
 - (2) 自宅・宿泊療養者等への医療提供体制の確保等
 - (3) 広域での医療人材の派遣等の調整権限創設等
 - (4) 保健所の体制とその業務に関する都道府県の権限・関与の強化等
 - (5) 検査体制の強化
 - (6) 感染症データ収集と情報基盤の整備
 - (7) 治療薬の研究環境の整備
 - (8) 医療用物資等の確保の強化
 - (9) 水際対策の実効性の向上
- 2) 新型コロナウイルス感染症の検査について
- 3) サル痘への対応について

1) 現行の感染症法等における課題と対応等

(1) 感染症に対応する医療機関の抜本的拡充

感染症に対応する医療機関の抜本的拡充については、[3/53ページ](#)に課題が、[4/53ページ](#)に対応の方向性が書かれている。これもまだ、現時点で確定したわけではない。今後、平時において都道府県と医療機関との間で、新興感染症等に対応する病床等を提供する**協定を結ぶ**ことを考えている。協定を結ぶためには、全体像の仕組みを法定化し、感染症危機発生時には、協定に従って医療を提供することになる。医療機関に対して協定に沿って病床確保等を行うことについて、**履行の確保を促す措置を設けるなど、国、都道府県が医療資源の確保等について、より強い権限を持つことができるよう、法律上の手当を行うということ。**具体的事項としては、都道府県は、国の定める基本指針に基づき、感染症まん延時等における医療提供体制の確保に関し、病床、あるいは発熱外来、診療後方支援、人材派遣等を含む数値目標を盛り込んだ計画を、平時から策定するなど、計画的な取り組みを推進する。それから、都道府県が予め医療機関との間で、病床や外来医療の確保等の具体的な内容に関する協定を締結する仕組みを創設する。この協定については、公立・公的医療機関等、あるいは特定機能病院、また地域の支援病院などについて、**その機能を踏まえた協定を締結する義務を課す**と共に、その他の病院との協定締結を含めた、都道府県医療審議会等における調整の仕組みを設けるなど、計画の実効性を担保し、地域において平時から必要な病床を確保できる体制を整備する。併せて、感染症まん延時等において、協定に沿った履行を確保するための措置、協定の履行状況の公表、一定の医療機関に係る感染流行初期における事業継続確保のための減収補償の仕組みの創設、**都道府県知事の勧告・指示、特定機能病院等の承認取消等**を具体的に検討する。一方、民間の医療機関に対しても、**協定の締結までには至らない**

としても、協議に応じて欲しい。地域における医療提供体制について、民間医療機関がどういう役割を担うかということについて、協議を行って欲しいということであり、何か義務が課されるわけではない。民間の医療機関について義務が課されるものではないとしても、その地域において、どのような医療を担うかについての協議は対応することになるのではないかと予想されている。現時点では何も決まっていないのだが、方向性として、国がこのような案を出してきたということ。

- 平時において都道府県と医療機関との間で新興感染症等に対応する病床等を提供する協定を結ぶ「全体像」の仕組みを法定化し、感染症危機発生時には協定に従い医療を提供する。医療機関に対し、協定に沿って病床確保等を行うことについて、履行の確保を促す措置を設けるなど、国・都道府県が医療資源の確保等についてより強い権限を持つことができるよう法律上の手当を行う。

<具体的事項>

- 都道府県は、国の定める基本指針に基づき、感染症まん延時等における医療提供体制の確保に関し、数値 目標（病床、発熱外来・診療、後方支援、人材派遣）等を盛り込んだ計画を平時から策定するなど、計画的な取組を推進する。
- 都道府県が、あらかじめ医療機関との間で病床や外来医療の確保等の具体的な内容に関する協定を締結する仕組みを創設する。公立・公的医療機関等、特定機能病院などについて、その機能を踏まえた協定を締結する義務を課すとともに、その他の病院との協定締結を含めた都道府県医療審議会における調整の枠組みを設けるなど、計画の実効性を担保し、地域において平時から必要な病床を確保できる体制を整備する。
- あわせて、感染症まん延時等において、協定に沿った履行を確保するための措置（協定の履行状況の公表、一定の医療機関にかかる感染症流行初期における事業継続確保のための減収補償の仕組みの創設、都道府県知事の勧告・指示、特定機能病院等の承認取消等）を具体的に検討 等

(2) 自宅・宿泊療養者等への医療提供体制の確保等

自宅・宿泊療養者等への医療をどうするか、(3) 広域での人材を確保し、それを派遣する仕組みをどうするか、(5) 検査体制をいかに確保するか、(8) 医療用の資材、PPE等の確保、備蓄についての問題がある。(6) 感染症データ収集と情報基盤の整備で、今はHER-SYSへの入力をお願いしているわけだが、それについて、今後どういうふうに行っていくのか。全数把握に代わる事務負担の少ない新たな仕組みの創設は、先日、全国知事会と日本医師会が合同で厚労大臣に提言あるいはお願いを申し上げたところだ。仮に全数把握に代わる仕組みとして、どのようなものが考えられるのかというようなことを、しっかり検討していく必要があると思っている。(8) 医療用物資等の確保の強化がここに出ている。(9) 水際対策の実効性の向上ということで、この件については、本日、検疫担当の検疫所あるいは検疫を担当する厚労省の部局と意見交換をしたが、現状においては、あまり入国にあたって厳しいコントロールなしで入国が可能になる、いわゆるブルーの国が多くなっていて、レッドの国はほとんどない。観光目的での入国に対して、今はパッケージツアーのみ認めている。パッケージツアーの場合は、情報の収集がしやすいということがあるが、これを個人旅行まで広げることができるかということ、現時点では、なかなか難しいとの認識を示したが、今後、注視が必要。それから、入国した人が発症した場合、感染が確認された場合のウイルスの分離、特にゲノム検査については、しっかりやっていかなければならないわけだが、そのあたりの体制について検討することになる。

2) 新型コロナウイルス感染症の検査について

唾液検体を用いて抗原定性検査を実施することの評価について。これまでは、唾液検体を用いた抗原迅速診断あるいは抗原定性検査は、精度が不十分で、採用できないということだったが、その後、n数は少なく、合計102検体に対するものだが、無症状者に対して、タウンズ社の検体キットを使った調査では、有効性がかなり確認できることも含めて、[16/53ページ](#)に記載。「無症状者の唾液検体を確定診断として使用することは推奨されないが、感染拡大地域の医療機関や高齢者施設等において、幅広く検査を実施する際に、スクリーニングに使用することは可能とする」。これまでは※5: 推奨されないとしていたものを、※6に変更することが了承された。それが一番最初の感染症部会における議論だった。

無症状者における唾液検体を用いた抗原定性検査の臨床評価試験結果について

- これまで抗原定性検査において、検査性能が高いとの報告がないことから無症状者における唾液検体の使用は推奨されていない。今般、**タウンス社より唾液検体を用いた抗原定性検査の有効性についてのデータが新たに報告**された。
- 結果は以下の通り。
 1. 対象：無症状者（合計102検体）
 2. 結果：
 - ・唾液検体における抗原定性検査及びPCR検査との比較では、**陽性一致率は64.7%、陰性一致率は98.0%、及び全体一致率は81.4%**であった。
 - ・唾液検体の抗原定性検査において、PCR検査陽性であり、抗原定性検査陰性となった18例は、**14例(77.8%)でCt値30以上、4例(22.2%)でCt値30未満**であった（そのうちCt値20未満は無かった）。
 - ・仮にCt値30をカットオフとすると、**陽性検出率は87.1%**であった。
- 無症状者の唾液検体におけるPCR検査との比較で陰性となった検体は、Ct値30以上のウイルス量が少ない検体がほとんどであった。

無症状者における唾液検体を用いた抗原定性検査の活用について（案）

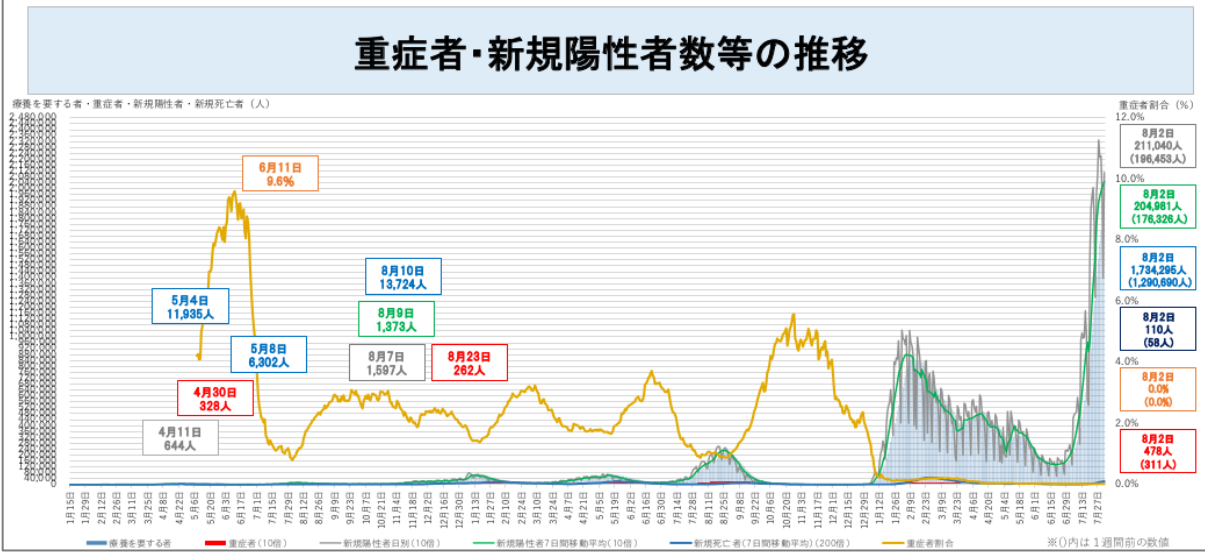
○抗原定性検査においては、**無症状者の唾液検体を確定診断として使用することは推奨されないが、感染拡大地域の医療機関や高齢者施設等において幅広く検査を実施する際にスクリーニングに使用することは可能**とする。

各種検査の特徴 ※1 (新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 病原体検査の指針 第5.1版 をもとに作成)

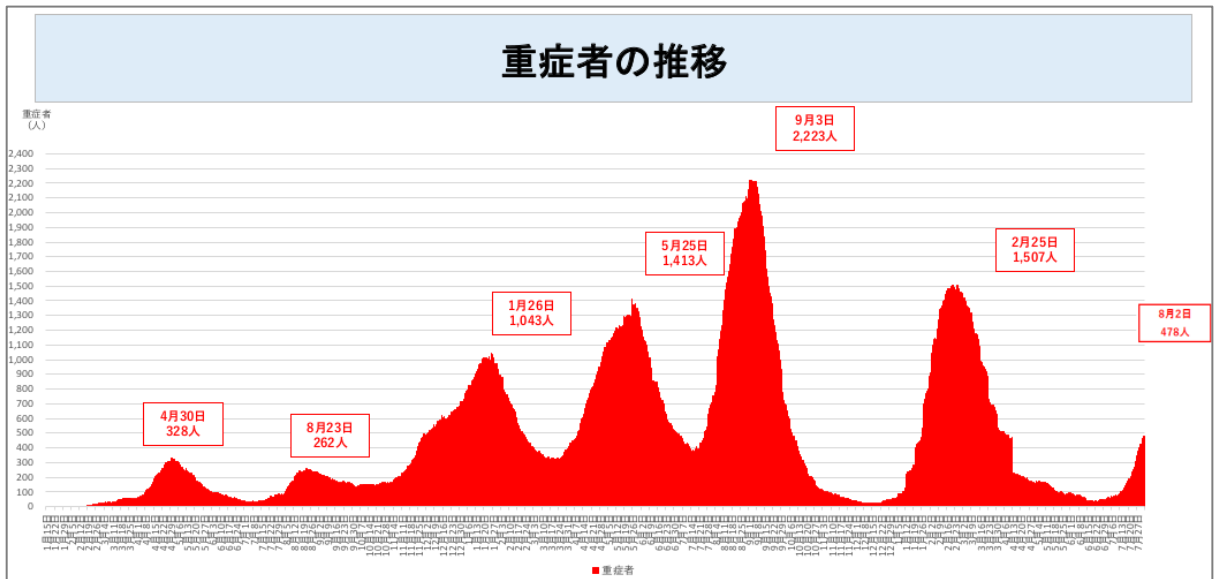
検査の対象者	核酸検出検査			抗原検査 (定量) ※2			抗原検査 (定性) ※2		
	鼻咽頭	鼻腔	唾液	鼻咽頭	鼻腔 ※3	唾液	鼻咽頭	鼻腔	唾液
有症状者 (症状消退者含む)	発症から9日目以内	○	○	○	○	○	○	○	○
	発症から10日目以降	○	○	— (※5)	○	○	— (※5)	△ (※4)	△ (※4)
無症状者	○	○	○	○	— (※6)	○	— (※6)	— (※6)	— (※5) →(※6)

※1：本表では行政検査を実施するものにあたって推奨される事項をとりまとめている。
 ※2：抗原検査については薬事承認を得た製品に適應される点に留意。また、使用検体については、薬事承認を受けた検体を用いることに留意。
 ※3：引き続き検討が必要であるものの、有用な検体である。
 ※4：使用可能だが、陰性の場合は臨床像から必要に応じて核酸検出検査や抗原定量検査を行うことが推奨される。(△)
 ※5：推奨されない。(—)
 ※6：確定診断としての使用は推奨されないが、感染拡大地域の医療機関や高齢者施設等において幅広く検査を実施する際にスクリーニングに使用することは可能。ただし、結果が陰性の場合でも感染予防策を継続すること、また、結果が陽性の場合であって医師が必要と認めれば核酸検出検査や抗原定量検査により確認すること。感染拡大地域の医療機関や高齢者施設等以外の有病率が低い場合には、スクリーニングの陽性的中率が低下することに留意が必要である。

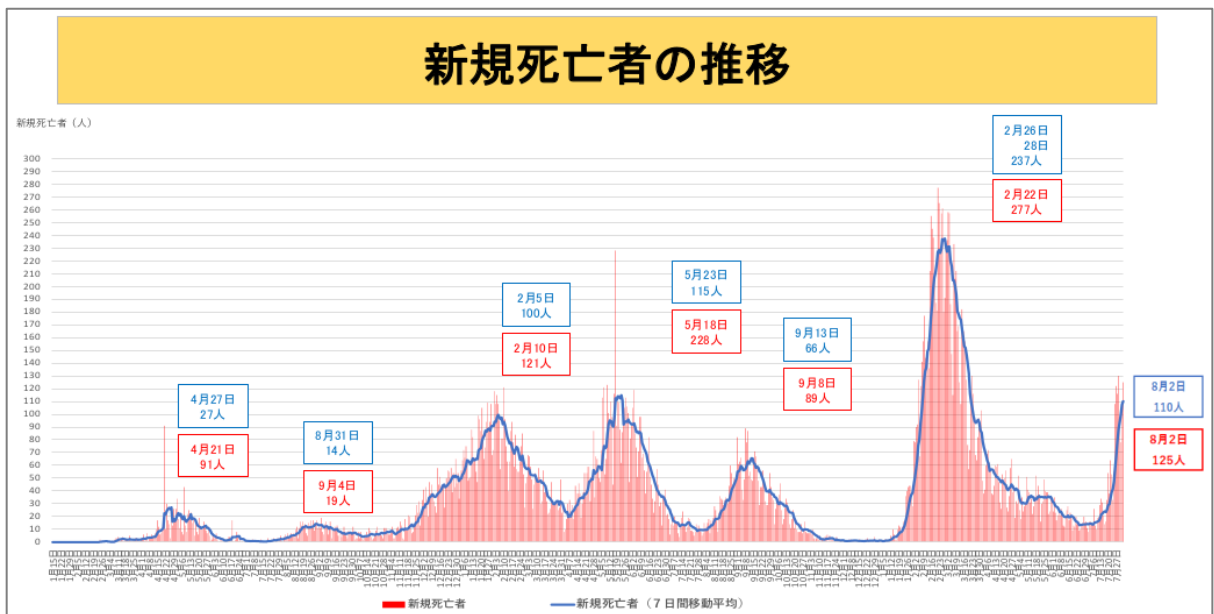
次に、8月3日のアドバイザリーボードの議論。18/53ページは、細かいグラフだが、青で表示されている棒グラフが、日々の新規感染者数。新規感染者数は、今年の1~3月の第6波に比べて非常に高いレベルにあることが分かる。



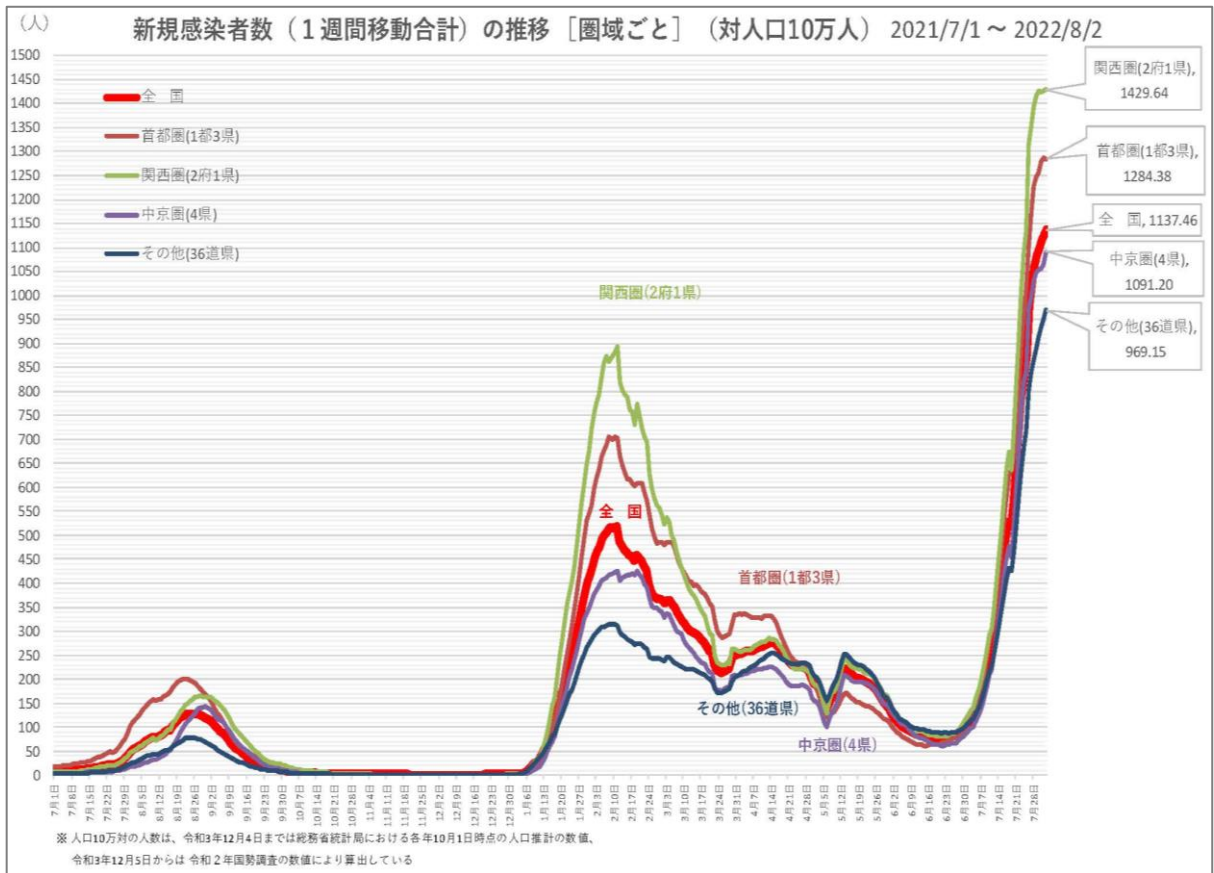
一方、重症者を見ると（[19/53ページ](#)）、第6波の重症者数に比べて、現時点、8月2日の重症者数は明らかに少ない。また第6波の場合、新規感染者の立ち上がりと重症者の積み上がりが時期的にずれている。日付のスケールは変わらないので、上と下を比べていただきたい。今後、重症者は積み上がってくるが、新規感染者数の非常に急激な増加に比べて現時点の重症者はそれほどでない。



[20/53ページ](#)は、新規死亡者の推移だが、死亡者も第6波に比べると、まだ少なくはあるが、重症者のグラフに比べると、死亡者は決して少なくない。今後、死亡者はまだ増える予想であり、超過死亡も認められるのではないかと推測されている。



[21/53ページ](#)の折れ線グラフは、新規感染者の1週間の移動平均。赤の一番太い線が全国平均。各地域とも、ほぼ同じような立ち上がりをしていることが分かる。今後の推移は、地域によって少しピークアウトしたと思われるところもあるし、今後、上がりそうなどころもあるが、推移を注視しなければならない。



[22/53ページ](#)からは、国の方針決定ではなくて、そこに名前を連ねている方々の提言をアドバイザーボードの参考資料として取り上げたもの。今回の提言の特徴は、現時点の第7波に対する対策も、しっかりやらなければならないが、一方で、今後、どういう方向性を目指すべきかを示した上で、第7波の対策を選択することが、よりよい選択に繋がるのではないかとこの思いの中で、この提言が組み立てられている。

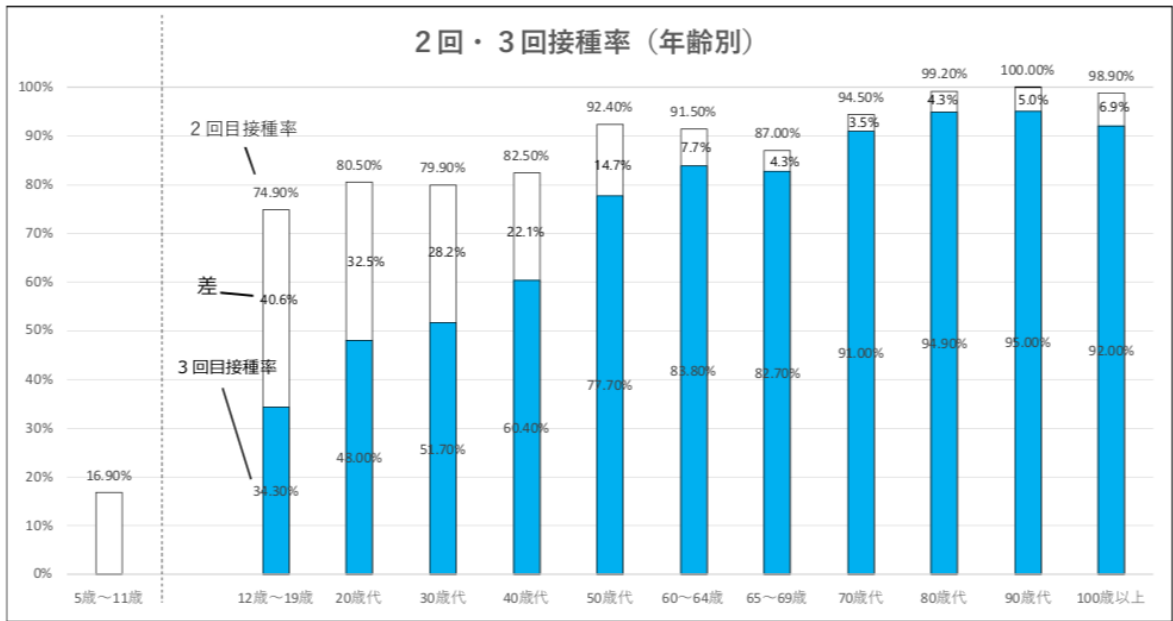
[42/53ページ](#)からは、対策本部で決定した内容だが、患者発生時の届出項目の更なる削減について、最終的には6項目、①氏名、②性別、③生年月日、④報告日、⑤住所・市町村名、⑥電話番号の6項目に絞って届けてくれればよいという形にした。これまでもHER-SYSの入力については、必須項目と任意項目があって、任意項目を入力していただくことによって重症者をしっかり把握して、保健所がフォローできる利点はあったが、今では難しくなっている。発熱外来の自己検査の体制を整備するという事は、現状でも行われているが、この場合に大事なことは健康フォローアップセンターが、それぞれの地域でしっかり機能していて、まず電話がちゃんと繋がること、そして、もし医療が必要だと健康フォローアップセンターの担当者が考えた場合に、なんとか医療に繋がる体制が確立されなければならない。本部決定としてご覧いただきたい ([42/53ページ](#)、2.)。

[45/53ページ](#) (次ページ表)。年齢別ワクチンの接種率だが、今回の予防接種ワクチン分科会の議論は、オミクロン株 (BA. 1) に対する対応ワクチンの成績が、ある程度公表されてきたことを受けて、どういうふうにそれに対応するかということだ。

2回目及び3回目の年齢別接種率

※5～11歳は3回目接種の対象となっていない。

令和4年8月1日時点

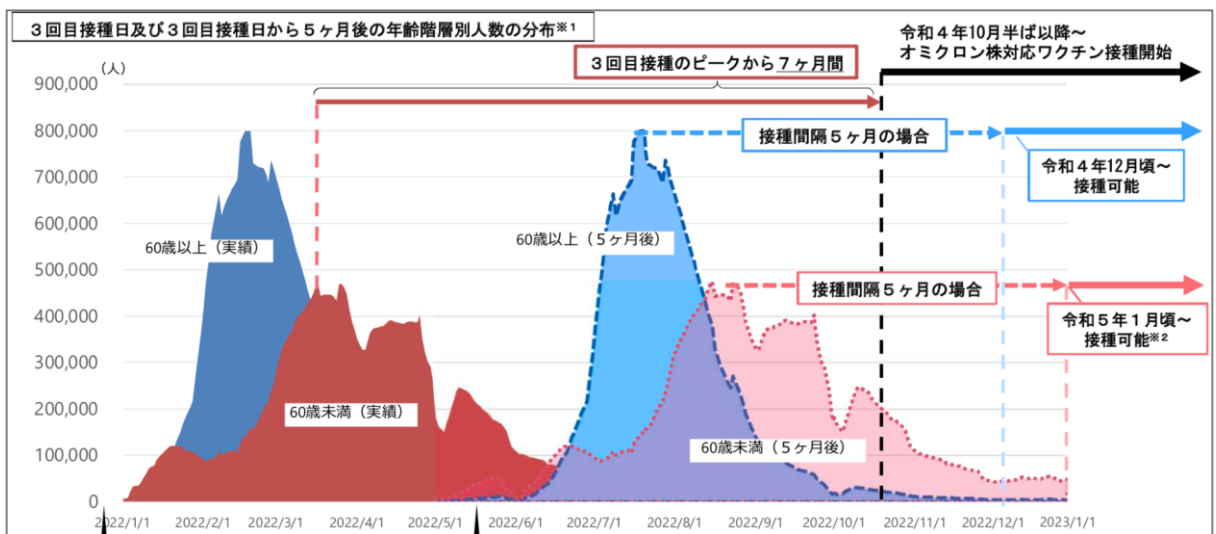


46/53ページ (下表) の表は、オミクロン株BA.1に対する中和抗体価の幾何平均を示している。総じてオミクロン株対応のものの方が、オミクロンに対する中和抗体の上がりが良いという結果になっているが、劇的に違うと言う程でもない。

2. 本日の論点: [1] 「オミクロン株対応ワクチン」の接種について					第33回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会 (令和4年7月22日) 資料		
(1) 「オミクロン株対応ワクチン」に関する論点について①論点②「ワクチンの種類」					モデルナ社及びファイザー社が開発中の「オミクロン株 (BA.1) 対応ワクチン」のデータまとめ		
企業	被験者の対象年齢	接種したワクチン (いずれも、3回の従来型ワクチン接種に続いて接種)	オミクロン株 (BA.1) に対する中和抗体価 GMR※1 (95%CI)	武漢株に対する中和抗体価 GMR※1 (95%CI)	オミクロン株 (BA.4/5) に対する中和抗体価の上昇	(参考) 武漢株に対する中和抗体価 GMFR※2 (95%CI)	オミクロン株 (BA.4/5) に対する中和抗体価 GMFR※2 (95%CI)
ファイザー社	18-55歳	オミクロン株 (BA.1) 対応単価ワクチン (30µg)	1.75 (1.39-2.22)	1.00 (0.84-1.18)	-	-	-
		オミクロン株 (BA.1) 対応単価ワクチン (30µg)	2.23 (1.65-3.00)	-	オミクロン株 (BA.1) に対する中和抗体価の上昇より低い	4.3 (2.5-7.7)	-
	56歳-	オミクロン株 (BA.1) 対応単価ワクチン (60µg)	3.15 (2.38-4.16)	-	オミクロン株 (BA.1) に対する中和抗体価の上昇より低い	6.7 (3.5-12.8)	-
		従来株+オミクロン株 (BA.1) 対応2価ワクチン (15µgずつ)	1.56 (1.17-2.08)	-	オミクロン株 (BA.1) に対する中和抗体価の上昇より低い	6.9 (4.1-11.7)	-
		従来株+オミクロン株 (BA.1) 対応2価ワクチン (30µgずつ)	1.97 (1.45-2.68)	-	オミクロン株 (BA.1) に対する中和抗体価の上昇より低い	8.8 (6.3-12.2)	-
モデルナ社	18歳-	従来株+オミクロン株 (BA.1) 対応2価ワクチン (25µgずつ)	1.75 (1.49-2.04)	1.22 (1.08-1.37)	-	-	5.44 (5.01-5.92)

※1 幾何平均比 (Geometric Mean Ratio) ※2 幾何平均上昇倍率 (Geometric mean fold rise)
 ※ それぞれの企業の臨床試験においては、接種後の抗体測定のタイミング等、手法に差があることに留意が必要

[47/53ページ](#)のグラフ(下図)、一番左の濃く描かれている青のグラフの部分が60歳以上の接種の実績を示す。赤が60歳未満の接種の実績。それを5か月右にシフトしたものが薄い色と破線のグラフだが、実際には、このようには接種されず、その幅が広がって、山も下がってくるという状況で接種が行われることになる。黒の点線が今年10月半ばの時点を示していて、ここは、今後オミクロン株対応のワクチンが接種可能になる時期を示している。それらのことを踏まえて、結論としては、**オミクロン株の対応ワクチンについては、対象者全員に接種をする方針になる**。1回目、2回目の接種が終了していない人には、3回目以降の追加接種は行わないということなので、追加接種に際しては、ぜひ1回目、2回目の接種も受けていただきたい。これは従来型のワクチンで接種を終了し、今はノババックスのワクチンもあるので、1、2回目の接種をまず受けて、そして3回目以降については、**対象者に対して全員に接種を勧める方向に変わると予想される**。現在は、4回目接種は、あくまでも60歳以上あるいは基礎疾患のある人、医療・介護従事者になったのが7月12日からだが、その方々がその後、5か月経過したところで、次のオミクロン株対応のワクチン接種が可能にするための準備をすることがほぼ決まった。



小児ワクチンの接種も、今日伝えなければならない大事なメッセージだが、小児は罹患しても、あまり重篤化しないので、小児の接種は積極的に行わなくてもいいのではないかという意見があった。しかし現状においては、特にオミクロンでは、小児の感染者の数が非常に多く、この方々が感染のドライビングフォースになっていることも分かってきていることから、むしろ、**小児に対して積極的にワクチン接種を勧めていこうという方向に意見がシフトしてきたように感じる**。そのことを踏まえて、これまで接種の努力義務を外すという対応をとってきたが、**小児に対しても努力義務をかける**ということに変更することが了承された。ただ、「努力義務」は義務接種とは違って、無理やり接種しなければならないということは全然ないので、**あくまでも保護者あるいは本人も含めての判断によって接種するということは何ら変わらない**が、行政は接種を勧奨し、保護者や本人は、なるべく接種を受けてもらう方向で足並みを揃えることが決まった。小児に対するワクチンの安全性は、かなり担保されている判断だ。

2. 第7波に関連する厚労省事務連絡等について：[資料2](#)<釜菴常任理事> **【重要！】**

[資料2](#)は、これまでに発出された事務連絡の大事なものをピックアップしたもの（下表）。

<p>①抗原定性検査キット関係</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「発熱外来における抗原定性検査キットの配布等について（7/21付）」 ・「都道府県への抗原定性検査キットの配布について（7/25付）」 ・「発熱外来等での抗原定性検査キットの配布及び都道府県への抗原定性検査キットの配布に関する質疑応答集について（8/5付vol.6）」
<p>②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（7/22付）</p>
<p>③B.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（7/30一部改正）</p>
<p>④オミクロン株のBA.5系統への置き換わりを見据えた感染拡大に対応するための医療機関・保健所の負担軽減等について（8/5最終改正）</p>
<p>⑤新型コロナウイルス感染症に係る医療機関・保健所からの証明書等の取得に対する配慮に関して（8/2付）</p>

[2/6ページ](#)の一番下。「**都道府県等から配布された抗原定性検査キットを用いて、診療・検査医療機関において医師が必要と判断し検査を実施した場合、検体検査実施料及び検体検査判断料は算定でき、行政検査の対象となる**」という通知が出ている。従って、国が買い上げて都道府県に配布されたものが医療機関に配られた場合には、そのキットを使って保険診療が可能だし、行政検査となる。

<p>①「発熱外来における抗原定性検査キットの配布等について（7/21付）」 「都道府県への抗原定性検査キットの配布について（7/25付）」 「発熱外来等での抗原定性検査キットの配布及び都道府県への抗原定性検査キットの配布に関する質疑応答集について（8/5付vol.6）」</p>
<ul style="list-style-type: none"> ◆ 7/22岸田総理からの要請に基づき「新型コロナウイルス感染急拡大に対するさらなる協力について」を同日発出済み。（土日の発熱外来での診療対応、有症状者が受診に代えて抗原定性検査キットによる自主検査を行う体制強化等） ◆ 厚労省から都道府県に対して薬事承認された抗原定性検査キットを一定数配布する ◆ 全国の配布数は約1200万回分（事務局注：各都道府県の診療・検査医療機関および地域外来検査センター数で除すると、1か所300回分のキット配布） ◆ 検査キット配布場所は、発熱外来に限らず、地域外来・検査センターに加え、薬局や公共施設等、都道府県等が設置する配布センターからの郵送など、地域の実情に応じて適切に検討することとされている ◆ 都道府県等から配布された抗原定性検査キットを用いて、診療・検査医療機関において医師が必要と判断し検査を実施した場合、検体検査実施料及び検体検査判断料は算定でき、行政検査の対象となる

[3/6ページ](#)は、昨日の予防接種ワクチン分科会の議論も踏まえて、**オミクロン株に対応した新型コロナワクチンの接種を、今年の10月以降に開始する**。対象者は初回接種の完了者で、3、4、5回目に相当する方だが、前回の接種から5か月以降になるだろう。

② 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（7/22付）

- ◆ 現在、ファイザー、モデルナ社が**開発中のオミクロン株に対応した新規ワクチンによる接種について**、今後わが国において、薬事承認及び予防接種法上に位置づけられた場合を想定して接種券発行等、**自治体に準備を促す事務連絡**
- ◆ **オミクロン株対応ワクチン接種は初回接種完了者を対象者とし、3、4、5回目の接種を想定**
- ◆ **接種開始は令和4年10月半ば以降の見込み**
- ◆ 「BA.1対応型」と「BA.4/5対応型」の2種類の開発がなされているところ、わが国においては、開発が進んでいる「BA.1対応型」（9月中輸入開始見込み）を導入予定
（8月8日の厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会の議論を踏まえ情報更新）

[5/6ページ](#)は、先程の政府の決定だが、BA.1に対するワクチンを選択するのか、BA.4、5に対するワクチンを選択するのかということが議論された結果、**9月半ばまでに、確実に入手可能なBA.1に対するワクチンをもって、BA.4、5に対する効果もある程度期待できることから、BA.1対応のワクチンを接種することになる**。[6/6ページ](#)は、いろいろな証明書等が煩雑にならないための事務連絡。

本日までに質問をいただいた内容について、1つ触れる。これは7月26日付で厚労省から出された、特に保険診療に関する疑義解釈で、感染対策向上加算1の施設基準で定められている保健所及び地域の医師会と連携して、感染対策向上加算2または3に係る届出を行った保険医療機関と合同で、少なくとも年4回実施するカンファレンス、そしてそれに、保健所及び地域の医師会が参加することが原則必要であるという取り扱いが示されているが、これに対して、必ず保健所や地域の医師会が参加しないとカンファレンスとして認められないのではないかと懸念が示された。この疑義解釈では、**やむを得ない理由により参加できなかった場合は、参加に代えて、後日書面等によりカンファレンスの内容を共有している場合でもよい**との例外的扱いが示されており、それでも現場での運用がうまく行かない事例があれば、改めて日本医師会に連絡いただき、日本医師会から厚労省に対して、しっかり申し入れをしたいと考えている。少なくとも、年4回実施するカンファレンスについても、実績を積むための取り組みであって、現状では向上加算の届出は実績がない段階で、まず届出をすることによって加算が算定できるということなので、その点は、しっかり見ていただきたいということと、カンファレンスが感染拡大防止のため密を避けた調整に配慮いただいているかと思うが、いわゆる遠隔会議、Zoom等を用いた**遠隔の会議でも差し支えない**ことが示されている。その点も踏まえて検討いただきたい。

⑤新型コロナウイルス感染症に係る医療機関・保健所からの証明書等の取得に対する配慮に関して（8/5付）

- ◆ 新型コロナ急拡大による医療のひっ迫を回避し、**医療機関や保健所が重症化リスクのある方への対応が確実に行うことができるよう、後藤厚労大臣より本会に対して周知依頼あり**
- ◆ **職場や学校等において従業員や生徒等が新型コロナ陽性又は濃厚接触者となった際、療養又は待機の開始・終了時に、医療機関や保健所が発行する検査の結果を証明する書類等は求められていない**（改めての情報提供）
- ◆ やむを得ず証明を求める必要がある場合、**従業員等が自ら撮影した検査の結果を示す画像等や、自らMy HER-SYSで取得した療養証明書等により、確認が可能**
- ◆ **本件は、経済団体**（日本経済団体連合会、日本商工会議所、全国中小企業団体中央会、経済同友会等）**に対しても周知依頼されている**

3. コロナ人材ネットワークによる研修について：資料3

<猪口副会長>

これまでも数回にわたり、この担当理事連絡協議会の場で説明してきたが、日本医師会では、4病院団体協議会、全国自治体病院協議会、全国医学部長病院長会議と共に、昨年度、コロナ人材ネットワークを立ち上げている。地域の病院団体、医師会、大学等が行う研修を補助するなどして、コロナ対応人材を育成することがネットワークの主要な事業となっている。今年の5月9日には、本年度事業として、全国の個人、団体からいただいた寄付金を財源とした、日本医師会からの補助事業も各都道府県に案内している。

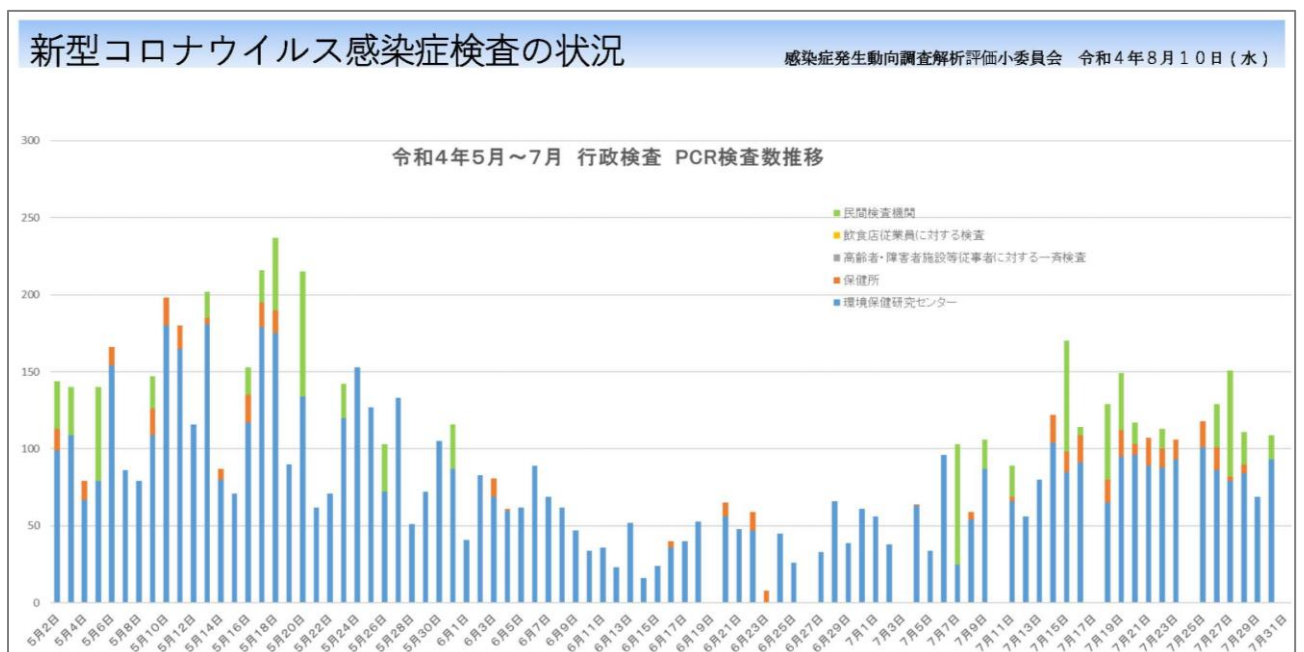
[2/13ページ](#)。この研修補助事業は、研修会、郡市区医師会を想定した初期対応コースと、主に大学病院や国立国際医療研究センターなどを想定した中等症コースの2つに分かれている。[4/13ページ](#)の中段あたりの、「1. 中等症対応等研修」の箇所をご覧ください。中等症対応コースについては、昨年度は厚生労働省から補助を受け、大学や国立国際医療研究センターの先生方にご指導をいただきながら、カリキュラムの検討等を実施した。講師の謝礼、会場使用料の他、様々な費用がかかるため、**1つの研修会につき、100万円を上限に日本医師会から実施を補助することにしている。もちろん、都道府県医師会からの県内の大学と共に中等症以上の患者に対応する研修会を企画し、申請をいただいた場合なども対象になる。**研修の受講者には、厚労省医政局長及びコロナ人材ネットワーク運営委員長の名義による修了証も交付することになっている。

[5/13ページ](#)のやや下、「2. 初期対応研修」の箇所をご覧ください。初期対応研修については、**1つの研修会につき20万円を上限とした実費補助を行う。**例えば、オンライン等による自宅療養者への健康観察、診療を担う医療機関を増やすための研修も考えられる。また先日、本会から全国都道府県医師会、郡市区医師会に協力をお願いし、7月24日の会見でも松本会長から述べたが、ゾーニングができない、あるいは、癌や人工透析等の重症化リスクを抱える患者を感染から守るため、自身の診療所では発熱外来ができない会員の先生方を対象に、地域の検査センターに交代で執務していただくための研修も、もちろん補助の対象となる。病院内や高齢者施設での施設内感染を防ぐための研修も対象にしたいと思う。以上、よろしく願います。各都道府県医師会においては、平時からの大学や病院団体の連携をもとに、ぜひ研修の企画検討をいただくようお願いする。また郡市区医師会への周知についてもよろしく願います。

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

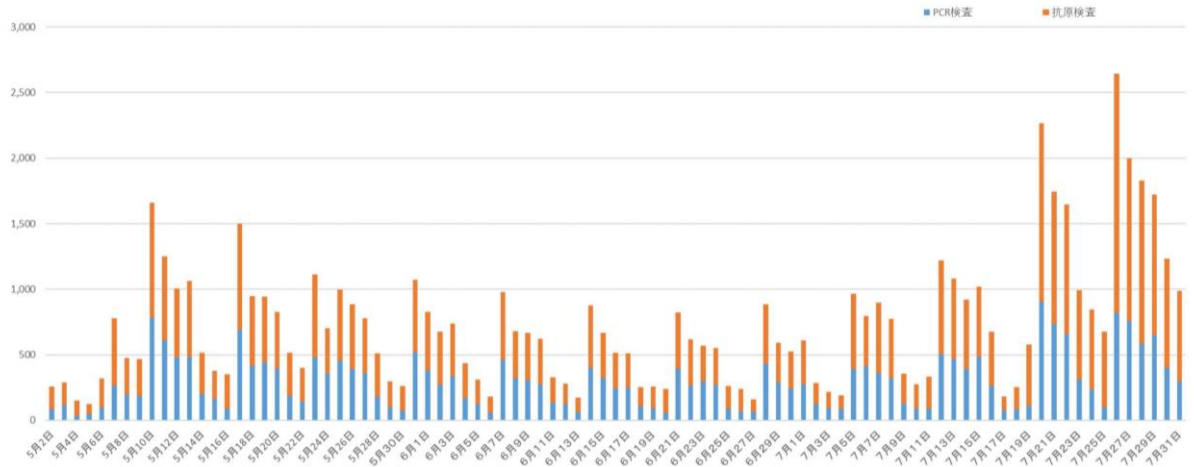
(香川県感染症発生動向調査解析評価小委員会より、令和4年8月10日開催)》



新型コロナウイルス感染症検査の状況

感染症発生動向調査解析評価小委員会 令和4年8月10日(水)

令和4年5月～7月 医療機関における検査数推移



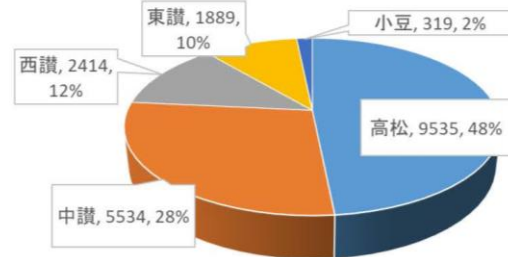
新型コロナウイルス感染症陽性者の状況

感染症発生動向調査解析評価小委員会 令和4年8月10日(水)

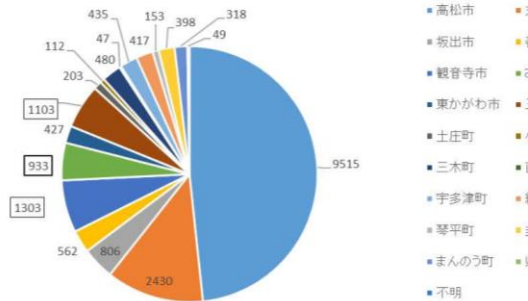
令和4年7月 男女別陽性者人数



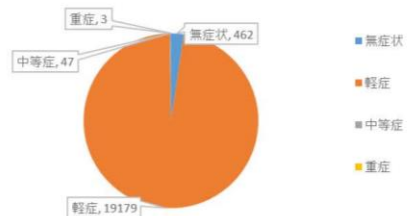
令和4年7月 保健所別陽性者人数



令和4年7月 居住地別陽性者数



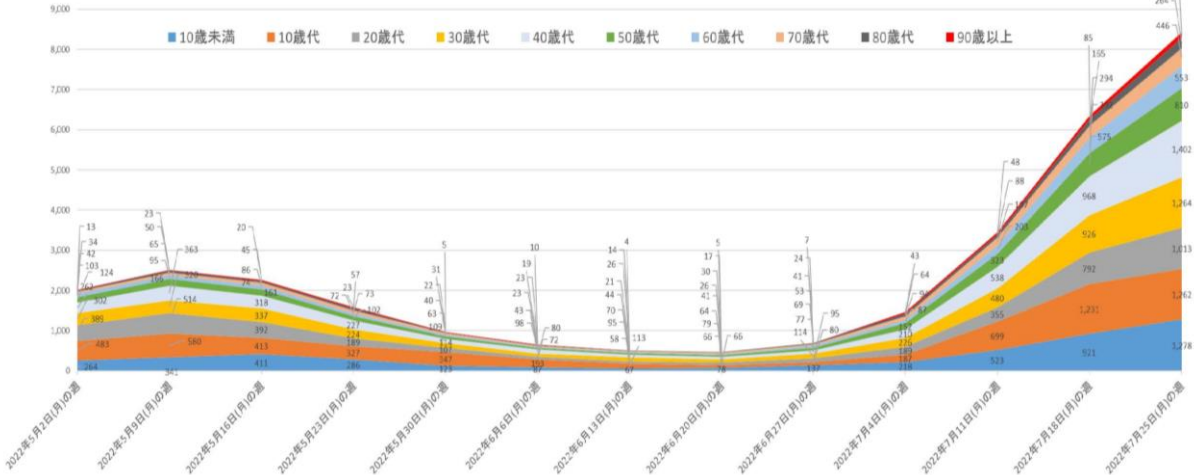
令和4年7月 陽性者の初期症状



新型コロナウイルス感染症陽性者の状況

感染症発生動向調査解析評価小委員会 令和4年8月10日(水)

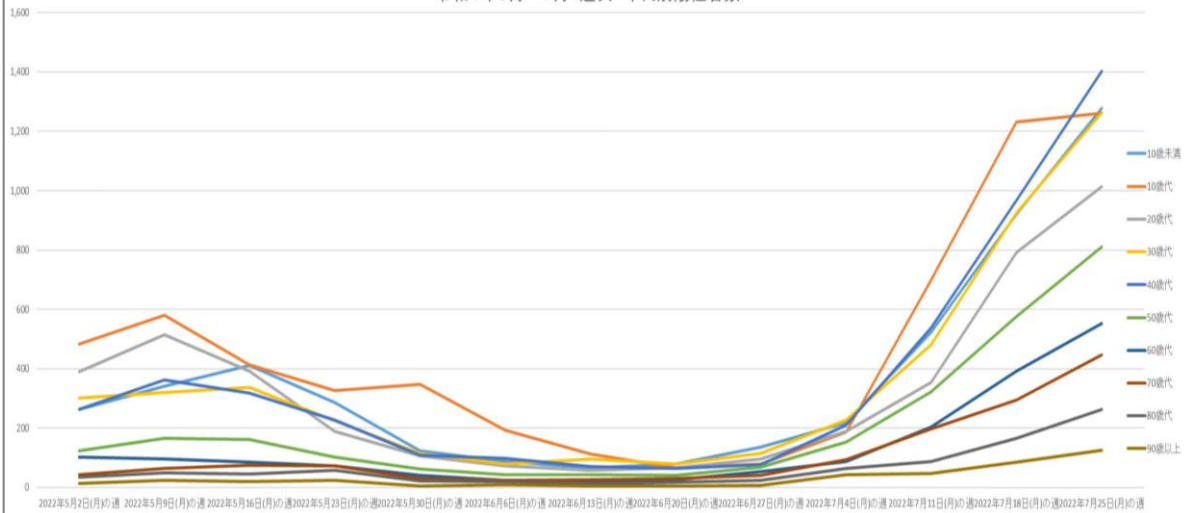
令和4年5月～7月 週次 年代別陽性者数



新型コロナウイルス感染症陽性者の状況

感染症発生動向調査解析評価小委員会 令和4年8月10日（水）

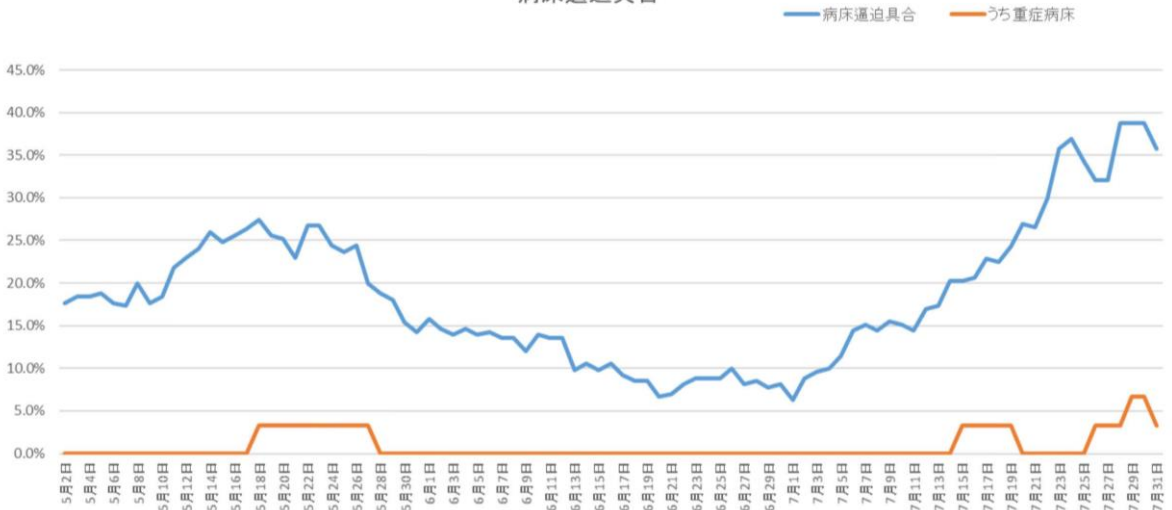
令和4年5月～7月 週次 年代別陽性者数



新型コロナウイルス感染症陽性者の状況

感染症発生動向調査解析評価小委員会 令和4年8月10日（水）

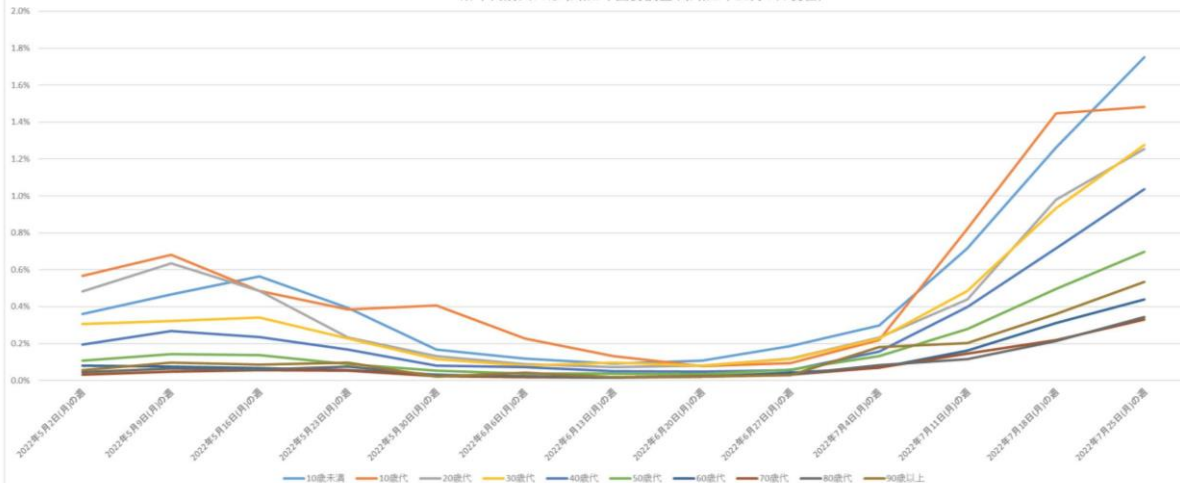
病床逼迫具合



新型コロナウイルス感染症陽性者の状況

感染症発生動向調査解析評価小委員会 令和4年8月10日（水）

年代別人口に対する直近1週間の累計新規感染者数割合の推移（令和4年5月～7月）
※年代別人口は令和2年国勢調査（令和2年10月1日現在）



新型コロナウイルスワクチン接種状況 (8/4時点・推計) について

感染症発生動向調査解析評価小委員会 令和4年8月10日(水)

1. 市町別接種状況

市町名	全人口	1回目接種		2回目接種		3回目接種		4回目接種 (60歳以上の者)	
		接種回数	接種率	接種回数	接種率	接種回数	接種率	接種回数	接種率
高松市	426,260	333,716	78.29%	332,029	77.89%	258,934	60.75%	39,070	27.25%
丸亀市	112,822	89,356	79.34%	88,927	78.90%	87,565	77.49%	10,136	28.50%
坂出市	52,142	42,068	80.80%	41,882	80.32%	33,619	64.48%	4,823	23.16%
香川県	31,495	25,415	80.70%	25,233	80.12%	20,487	65.09%	5,096	48.02%
観音寺市	59,248	48,164	81.29%	47,930	80.90%	38,041	64.21%	7,252	48.81%
さぬき市	47,310	38,683	81.76%	38,464	81.30%	31,128	65.80%	4,636	48.55%
まがわ市	29,628	24,078	81.27%	23,936	80.79%	19,758	66.69%	2,948	29.84%
三豊市	64,293	52,571	81.77%	52,301	81.35%	41,733	64.91%	6,075	40.39%
土庄町	13,514	11,330	83.84%	11,267	83.37%	9,181	67.94%	1,665	24.68%
小豆島町	14,219	11,786	82.75%	11,733	82.52%	9,791	68.86%	2,441	34.50%
三木町	27,715	22,180	79.96%	22,062	79.60%	17,378	62.34%	3,048	29.64%
直島町	3,015	2,589	86.20%	2,582	85.7%	2,313	76.72%	854	85.14%
宇多津町	18,510	14,883	79.32%	14,548	78.60%	11,336	61.24%	2,983	79.80%
綾川町	23,812	19,534	82.03%	19,431	81.60%	15,675	65.83%	3,120	30.88%
琴平町	8,814	7,284	82.64%	7,232	82.05%	5,897	66.90%	996	24.75%
多度津町	23,056	18,742	81.29%	18,630	80.80%	14,634	63.47%	4,699	40.52%
まんのう町	18,243	15,237	83.52%	15,153	83.06%	12,327	67.57%	3,419	42.38%
県全体	973,886	777,386	79.82%	773,350	79.41%	609,697	62.60%	103,361	28.55%
全国	126,645,025	103,127,890	81.43%	102,436,677	80.89%	80,083,180	63.23%	13,727,840	31.79%

※住民基本台帳人口(令和3年1月1日現在)
 ※各市町等が入力したワクチン接種記録システム(VRS)のデータに基づく(医療従事者等、香川県広域集団接種センター、職域接種における接種回数を含む)
 ※1回目接種については、小児0～11歳の接種回数も含む。
 ※4回目接種については、60歳以上の接種回数及び接種率である。(上段は60歳以上の人口に対する接種率、下段は対象者数(3回目接種から5か月経過後に60歳以上の者)に対する接種率。)

2. 年代別接種状況

年代	人口	1回目接種		2回目接種		3回目接種		4回目接種	
		接種回数	接種率	接種回数	接種率	接種回数	接種率	接種回数	接種率
高齢者 (65歳以上)	302,859	282,782	93.37%	282,056	93.13%	268,652	88.69%	99,592	32.89%
60～64歳	59,215	52,011	87.83%	51,822	87.68%	47,318	79.91%	3,769	6.36%
50歳代	118,116	107,757	91.23%	107,519	91.03%	88,783	75.17%	914	0.77%
40歳代	138,143	111,131	80.45%	110,714	80.14%	79,886	57.83%	425	0.31%
30歳代	102,360	79,489	77.66%	79,055	77.23%	52,019	50.82%	161	0.16%
20歳代	89,154	71,434	80.12%	70,993	79.63%	43,590	48.89%	74	0.08%
12～19歳	71,312	51,666	72.45%	51,306	71.95%	23,891	33.50%	3	0.00%
5～11歳	57,864	9,840	17.01%	9,317	16.10%	—	—	—	—
4歳以下	34,873	—	—	—	—	—	—	—	—
県全体	973,886	777,386	79.82%	773,350	79.41%	609,697	62.60%	104,997	10.78%

※住民基本台帳人口(令和3年1月1日現在)
 ※各市町等が入力したワクチン接種記録システム(VRS)のデータに基づく(医療従事者等、香川県広域集団接種センター、職域接種における接種回数を含む)
 ※4回目接種は、60歳以上の者及び18歳以上40歳未満で、基礎疾患があるなどの重症化リスクが高いと医師が認めた者が対象である。
 ※県全体の接種回数には、各市町等のVRSへのデータ入力の不備等によるものとと思われる、年代が不明の接種回数が含まれるため、年代別の接種回数の合計と差が生じている。

県で実施している無料検査の状況

感染症発生動向調査解析評価小委員会 令和4年8月10日(水)

<検査実績 (12/27～7/31)>

	ワクチン検査パッケージ・対象者全員検査等定着促進事業				感染拡大傾向時の一般検査事業 (県独自含む)				合計				
	PCR	抗原定性	計	うち陽性	PCR	抗原定性	計	うち陽性	PCR	抗原定性	合計	うち陽性	
12/27～4/24 累計	958	1,469	2,427	27	21,016	16,143	37,159	833	21,974	17,612	39,586	860	2.0%
4/25～5/1	64	407	471	5	971	1,372	2,343	68	1,035	1,779	2,814	73	2.6%
5/2～5/8	45	797	842	13	678	1,707	2,385	76	723	2,504	3,227	89	2.8%
5/9～5/15	44	110	154	3	992	891	1,883	27	1,036	1,001	2,037	30	1.5%
5/16～5/22	36	158	194	5	813	768	1,581	33	849	926	1,775	38	2.1%
5/23～5/29	62	179	241	1	725	629	1,354	30	787	808	1,595	31	1.9%
5/30～6/5	90	173	263	2	736	506	1,242	24	826	679	1,505	26	1.7%
6/6～6/12	104	191	295	1	657	543	1,200	12	761	734	1,495	13	0.9%
6/13～6/19	94	224	318	5	802	548	1,350	10	896	772	1,668	15	0.9%
6/20～6/26	145	317	462	0	908	767	1,675	24	1,053	1,084	2,137	24	1.1%
6/27～7/3	89	214	303	5	971	887	1,858	53	1,060	1,101	2,161	58	2.7%
7/4～7/10	95	201	296	1	1,401	1,250	2,651	142	1,496	1,451	2,947	143	4.9%
7/11～7/17	109	243	352	3	2,415	2,303	4,718	181	2,524	2,546	5,070	184	3.6%
7/18～7/24	159	296	455	20	3,888	3,757	7,645	554	4,047	4,053	8,100	574	7.1%
7/25～7/31	160	346	506	24	4,110	3,812	7,922	547	4,270	4,158	8,428	571	6.8%
計	2,254	5,325	7,579	115	41,083	35,883	76,966	2,614	43,337	41,208	84,545	2,729	3.2%

※GW期間中のJR高松駅における臨時無料検査拠点の実績を含む
 ※実施事業者は、毎週日曜日までの状況を翌週火曜日までに県事務局へ報告

	ワクチン検査パッケージ・対象者全員検査等定着促進事業	感染拡大傾向時の一般検査事業
実施期間	令和3年12月27日～令和4年8月31日	※12/30～1/1 県独自先行実施 令和4年1月2日～令和4年8月31日 (知事が受検を要請する期間)
対象者	原則3回目接種が未了の経済社会活動を行うのに 当たり検査が必要な方	感染に不安を感じる県民の方 ・県内在住者に限る。

香川県の現状

【7/15～ 感染拡大防止対策期（レベル2）】

直近1週間の 累積新規感染者数		先週1週間の 累積新規感染者数		8月 累積新規感染者数		7月 累積新規感染者数
8月23日現在	8月22日現在	8月23日現在	8月22日現在	8月23日現在	8月22日現在	
15093人	15194人	11799人	11199人	39983人	37602人	19945人

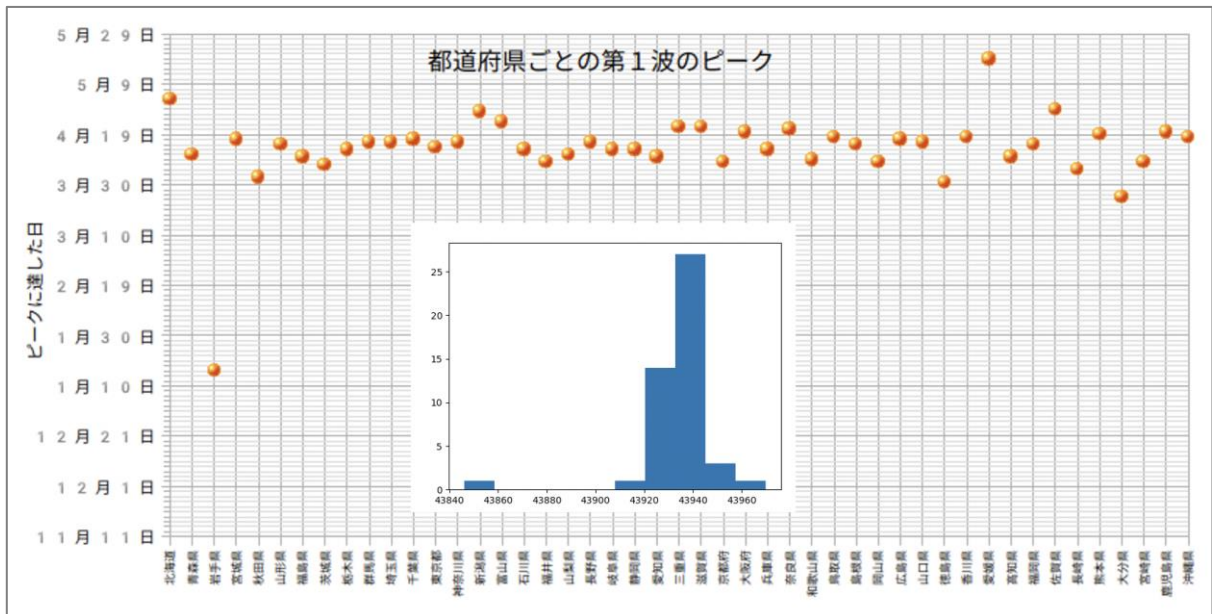
指標	8月23日現在	8月22日現在
① 確保病床使用率	60.9% <small><入院患者165人／病床271床></small>	61.6% <small><入院患者167人／病床271床></small>
② 重症確保病床使用率	6.7% <small><重症者数2人／病床30床></small>	3.3% <small><重症者数1人／病床30床></small>

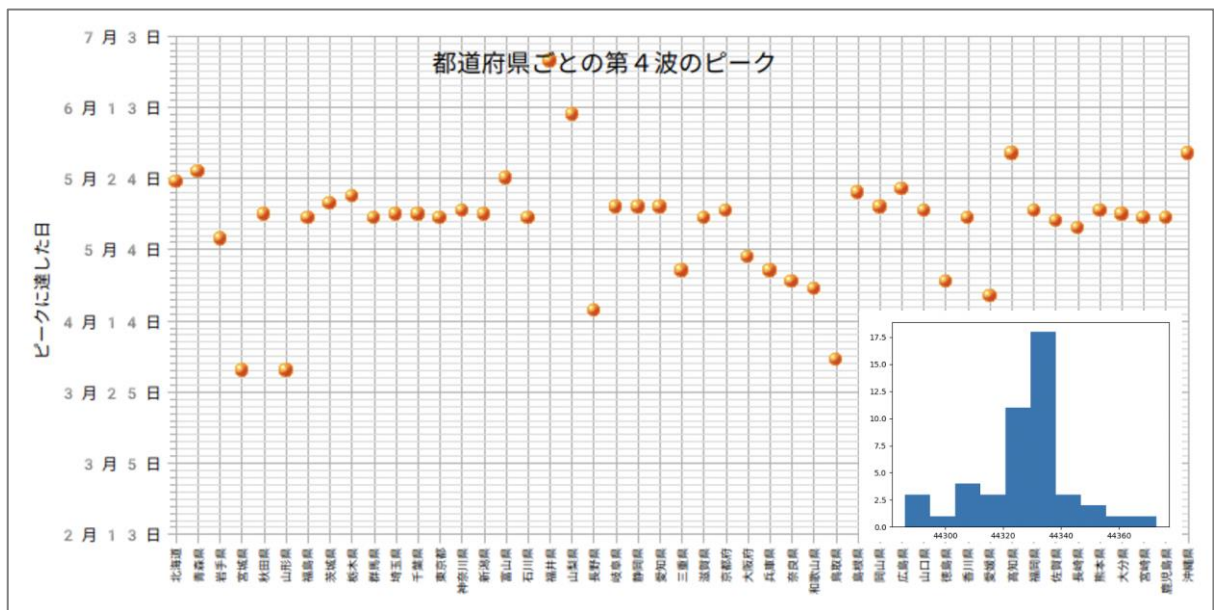
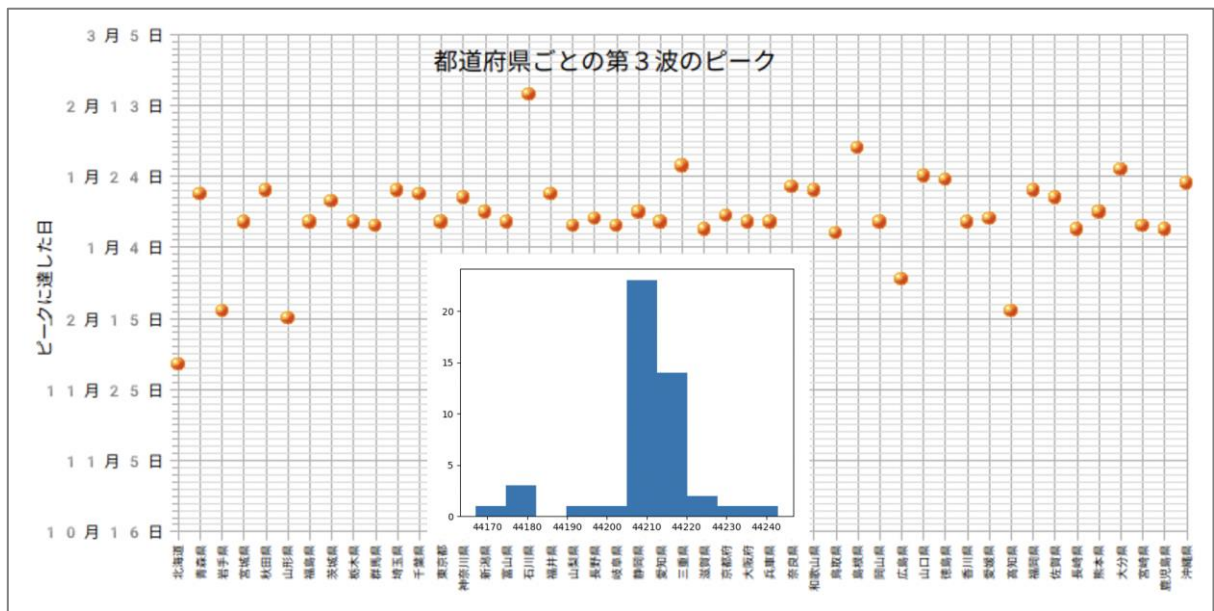
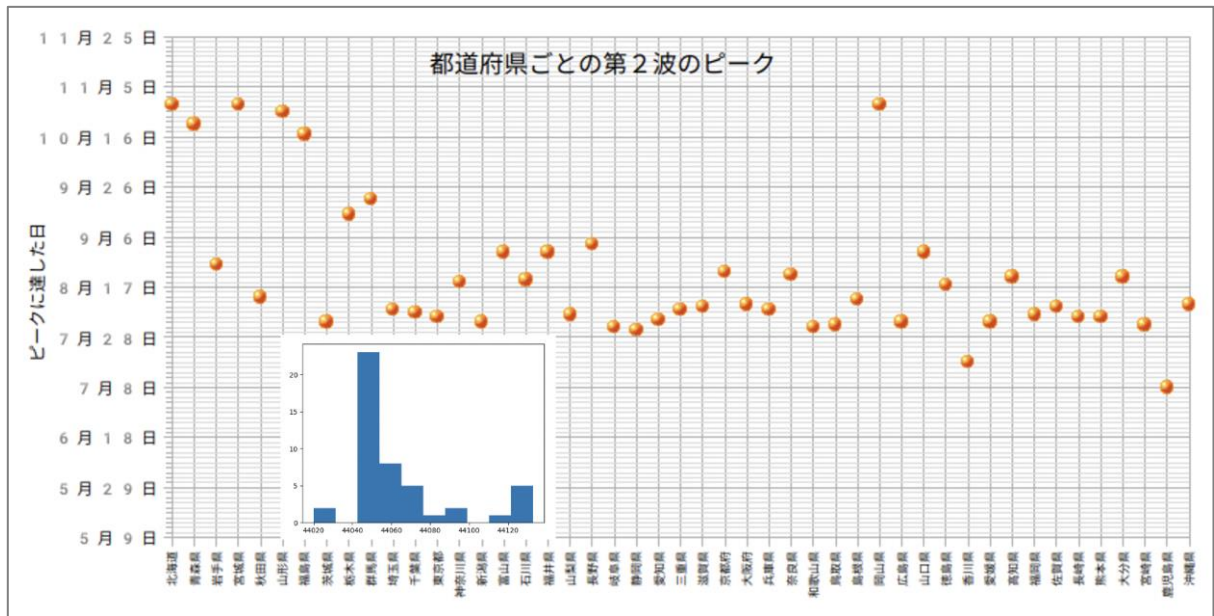
	感染拡大防止対策期 レベル2	緊急事態対策期 レベル3
確保病床使用率	20%以上	50%以上
重症確保病床使用率	20%以上	50%以上

参考指標	10万人当たり	10万人当たり
	8月23日現在	8月22日現在
○ 療養者数（対人口10万人）	1924.2人 <small><18285人【入院342人、宿泊療養等17943人】></small>	1840.6人 <small><17490人【入院344人、宿泊療養等17146人】></small>
○ 直近1週間の累積新規感染者数（対人口10万人）	1588.3人 <small><直近1週間（8/17～8/23）15093人></small>	1599.0人 <small><直近1週間（8/16～8/22）15194人></small>

《 無症候性感染 》

日本における新型コロナ感染症の過去の6波は、いずれも各都道府県で、ほぼ同時にピークを迎えているように見える（下図）。最初にどこかの県で発生したものが広がるなら、地理的関連性が見られるはずだが、グラフを見る限りそうは見えない。考える理由の一つに、感染力を持つ不顕性感染が、従来の報告よりはるかに高いことが挙げられると置いていたところ、以下の論文が出たので、不顕性感染のリスクを再認識する意味も兼ねて報告する。同報告では、オミクロン株感染者の半数以上が、感染を認識していないことがわかった。感染性を有しながら、感染を意識せず普通に生活している人からの感染が、想像以上に速く広がった可能性が示唆される。





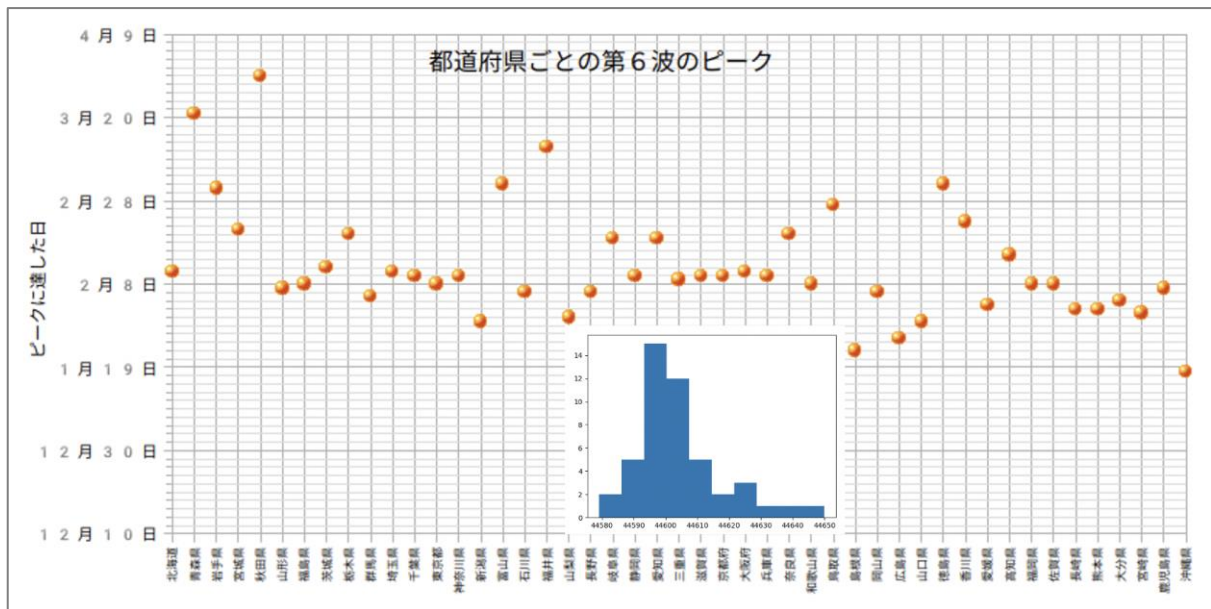
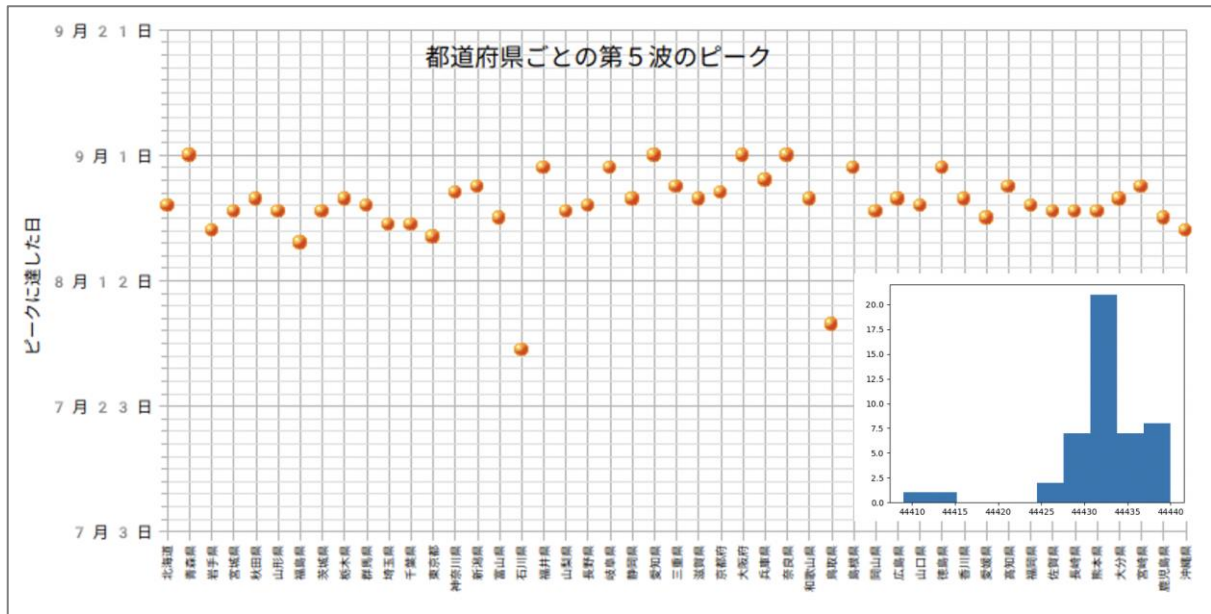


図1 NHK特設サイト「新型コロナウイルス感染症」 (<https://www3.nhk.or.jp/news/special/coronavirus/data/>) の各都道府県ごとに、感染者数の推移から1週間の移動平均をとり、プログラムにより機械的にピーク日を割り出し、感染波ごと、都道府県ごとにグラフにしたもの。グラフ中のヒストグラムは、ピーク時期の分布。

Awareness of SARS-CoV-2 Omicron Variant Infection Among Adults With Recent COVID-19 Seropositivity

JAMA Netw Open. 2022;5(8):e2227241. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.27241
<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2795246>

〈重要性〉

オミクロン株に感染した人の中で、ウイルス感染性があるにもかかわらず、全く感染の認識がない人がいる可能性がある。

〈目的〉

ロサンゼルス郡の中の多様で人口の多い都市部で、オミクロン株による流行時に感染した患者の感染に対する認識の有無について調べる。

〈デザイン、設定、参加者〉

このコホート研究は、Cedars-Sinai Medical Centerの成人の職員と患者の中で、カリフォルニア州ロサンゼルス郡におけるCOVID-19の血清学的縦断研究に参加した人を対象にそのカルテを分析した。これらの参加者は、デルタ株による流行収束(2021年9月15日)後、2回以上の抗ヌクレオカプシッド IgG(IgG-N)抗体を、少なくとも1ヶ月以上の間隔で測定し、かつそれに続く測定をオミクロン株による流行(2021年12月15日)後に受けている者とした。オミクロン株の流行の始まりから2022年5月4日までに新型SARS-CoV-2に感染した事実がある成人を対象とした。

〈感染の定義〉

SARS-CoV-2のセロコンバージョンをもって「最近のオミクロン株の感染」とした。

〈方法〉

自己申告による健康状態の最新情報、診療記録、および COVID-19 検査データから最近のSARS-CoV-2感染を認識しているかどうかを確認した。

〈結果〉

血清学的に最近オミクロン株の感染が確認された210人の対象者の中で、92人（44％）が感染を認識しており、118人（56％）が感染の認識がなかった。感染を認識していたかった人の中の10％（118名中12名）は、風邪または他の非コロナ感染による症状だと思っていた。人口統計学および臨床的特徴を説明するための多変量解析により、メディカルセンターのヘルスケア雇用者は、そうでない被験者に比べ、より高い比率で症状を認識していた。

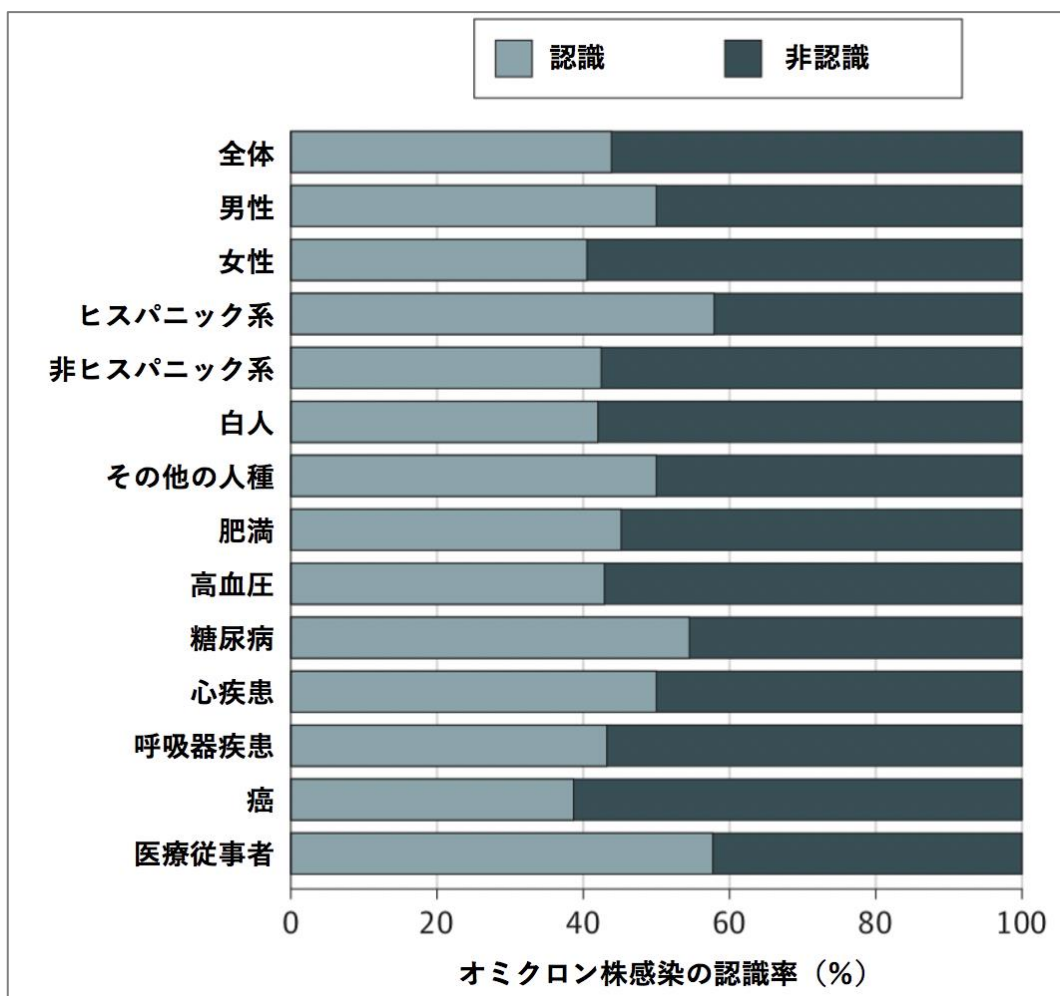


図2 SARS-CoV-2 オミクロン株の感染に対する認識率。

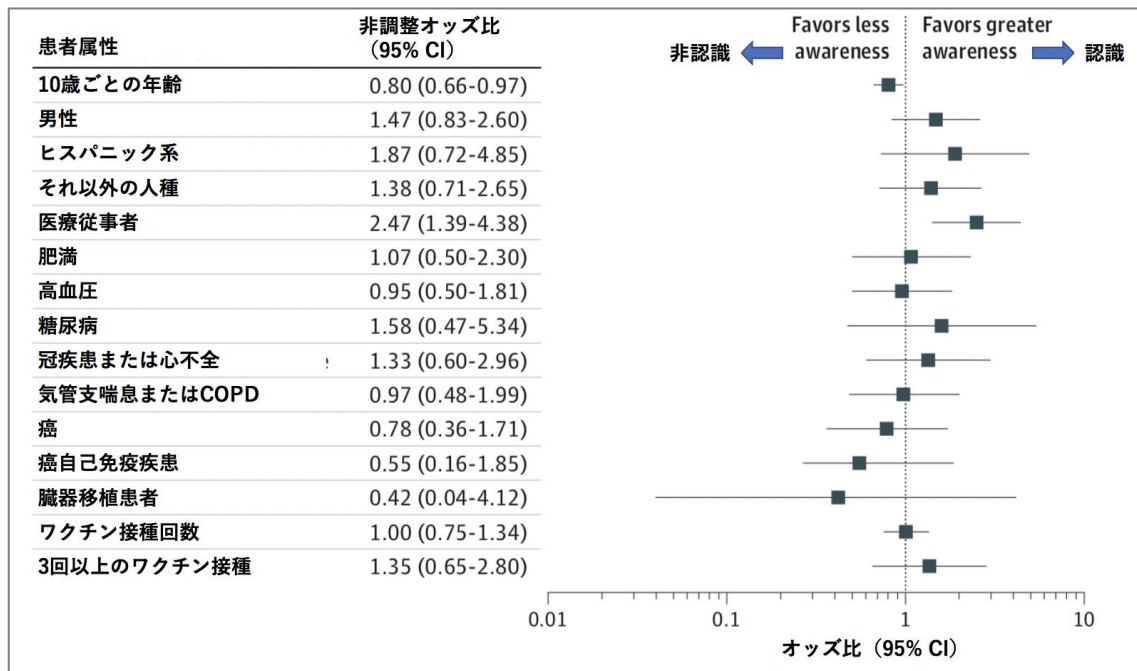


図3 既存の特徴とオミクロン株による感染の認識との間の関連性に関する未調整ロジスティック回帰分析。

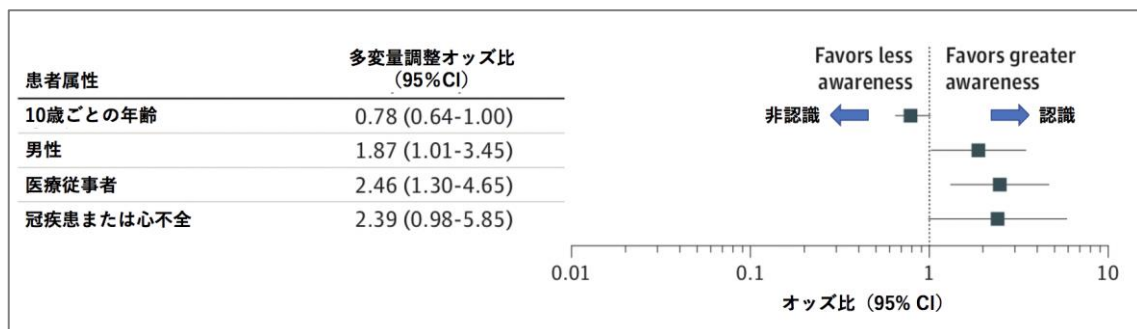


図4 オミクロン株の感染の認識と既存の特徴との関連性の多変量調整ロジスティック回帰分析。

〈結論〉

本研究の結果、最近オミクロン株に感染した半数以上の成人は、感染状態を認識していないこと、全体的に低いとはいえ、認識率は非職員より職員が高いことが示唆された。感染の非認識は、コミュニティ内での急速な人一人感染における主要な要因である可能性がある。抗原迅速検査などの普及が、感染の認識を増加させ、ひいては人一人感染を減らすことに繋がるかもしれない。

《 BA.2のウイルス学的特徴 》

全国的に第7波の猛威が止まらない。現在の主なウイルス株はオミクロン株BA.5系統と言われている。まだBA.5についてはよくわかっていないが、その前の主犯格はBA.2であった。今回、BA.2の特徴をBA.1他の株や系統と比較した日本からの詳細な査読前論文が公開されたので、要点のみを抄出する。

Virological characteristics of SARS-CoV-2 BA.2 variant

<https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2022.02.14.480335v1.full>

オミクロン株BA.1が全世界に広がってまもなく、新たなオミクロン系統のBA.2が広がった。統計分析によると、BA.2の実効再生産数はBA.1の1.4倍と見積もられている。また中和実験では、BA.1同様、BA.2もワクチンに対する抵抗性を有する。注目すべきは、細胞を用いた実験でBA.2はBA.1に比べ増殖性が高く、かつ親和性も高いことが示された。さらにハムスターを用いた感染実験によると、BA.2はBA.1より高い病原性を持つことが示された。われわれの多角的研究によっても、BA.2は、BA.1に増して健康への脅威となりうることを示された。

2022年2月、オミクロン株 (B.1.1.529、BA系統) が世界に広がり、WHOはVariant of Concern (VOC) に分類した。その後、時を経ずして新たな系統であるBA.2が各国で検出されるに至り、BA.2がBA.1より高い感染性を持つのではないかとの危機感が広がった。

その後の研究で、BA.1がワクチンや抗ウイルス剤に抵抗性を示すことが示された。

オミクロン株は現在、BA.1、BA.2、BA.3の3つの系統と、BA.1の亜系統であるBA.1.1に分類される。しかし、これらの系統間でアミノ酸配列は大きく異なり、例えば、BA.1とBA.2とでは、他のVOCに比べ倍以上の50箇所のアミノ酸配列の違いがある。

この系統はまずBA.1が発生し、その後、BA.2→BA.3、BA.1.1と変異を起こしたと考えられている(図1)。これらの事実は、オミクロン株のすべての系統が南アフリカで発生し、分化したことを示唆する。

BA.1の実効再生産数はBA.2の1.4倍であることが示され、このことが多くの国でBA.1の流行後、BA.2が速やかに取って代わった原因と考えられている(図2)。

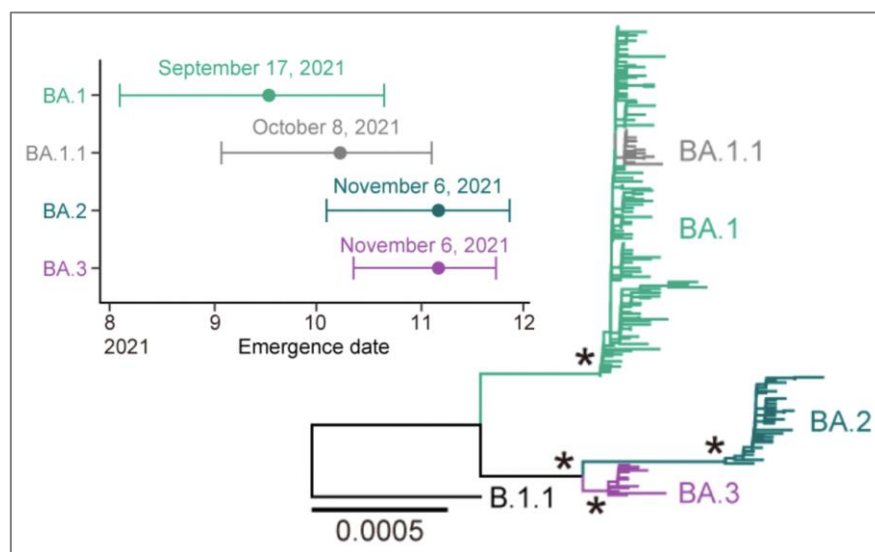


図1 BA.1、BA.1.1、BA.2、BA.3の出現時期と系統樹。

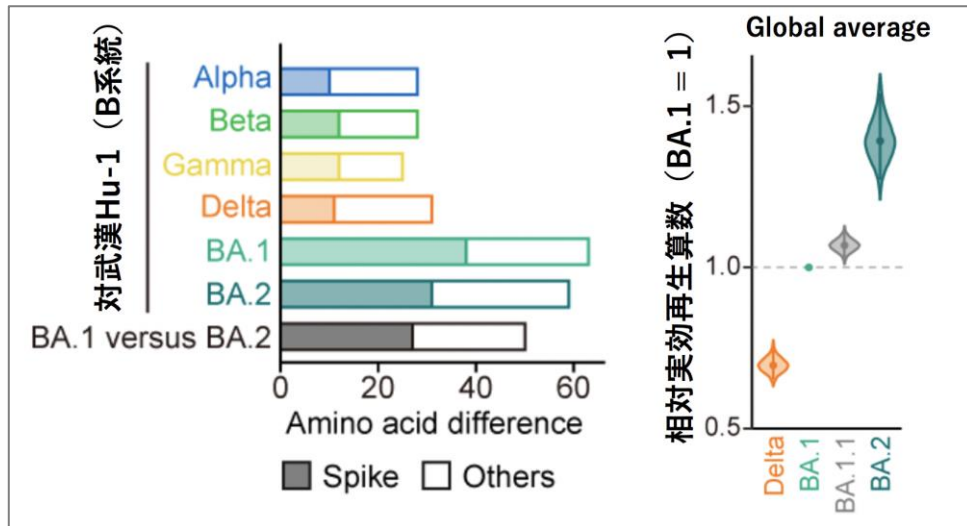


図2 SARS-CoV-2の各株のアミノ酸変異の数(左)と実行再生算数(右)。アミノ酸変異は武漢株と比較したもの。実行再生算数はBA.1を1とした相対値。

図3の示す通り、BA.1とBA.2のアミノ酸配列、特にSタンパク領域における配列がかなり異なっていることから、BA.2はBA.1とは異なる免疫応答や病原性を有することが推測される。

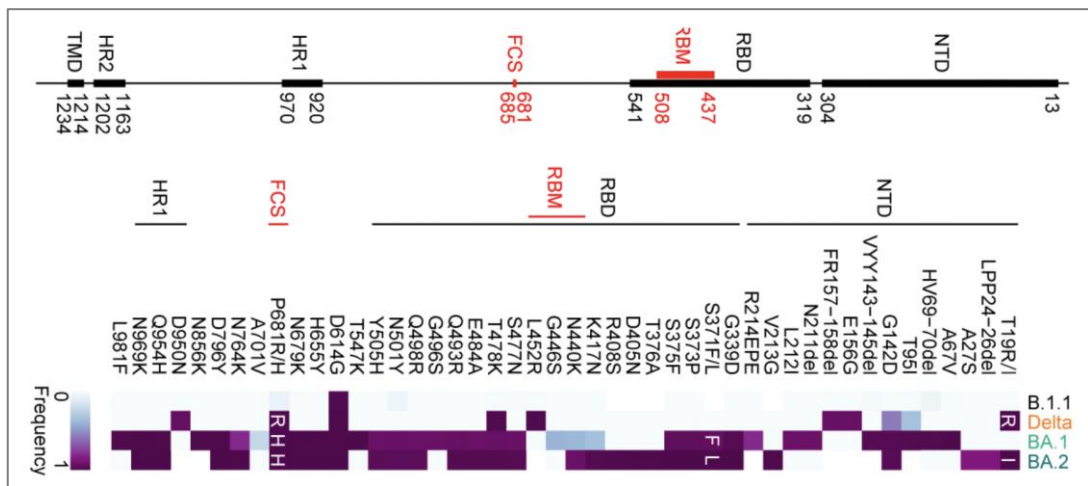


図3 S領域でのアミノ酸変異。上はアミノ酸の一次配列とドメイン。番号はアミノ酸の位置。下は、アミノ酸置換の頻度を表すヒートマップ。各系統で10%以上の変異を示すものを示している。BA.1とBA.2とで大きなアミノ酸変異の違いがあることがわかる。

本研究でも他の研究と同様に、BA.1はmRNA-1273 (モデルナワクチン) やChAdOx1 (アストラゼネカワクチン) に対する抵抗性が示された。またBA.1同様、BA.2においても、同様の抵抗性が示された (図4)。さらにBA.1、BA.2ともに、抗体療法に対する高い抵抗性が示された (図5)。

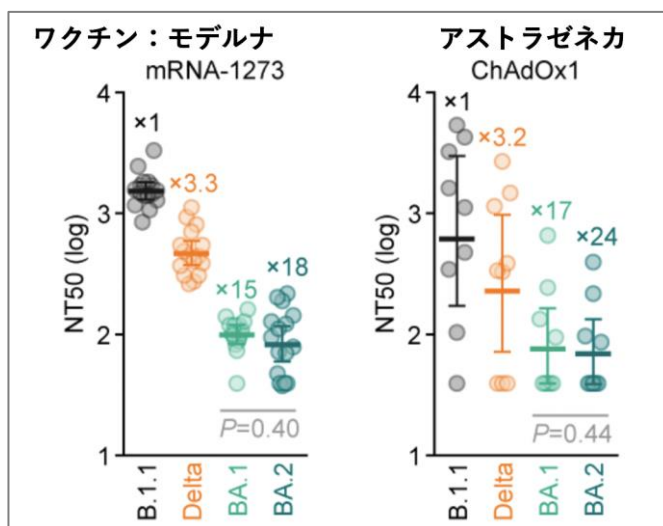


図4 モデルナ社、アストラゼネカ社のワクチンに対する各株、系統の効果。B.1.1、Delta株に比べ、BA.1、BA.2系統はともにワクチンの効果が低い。

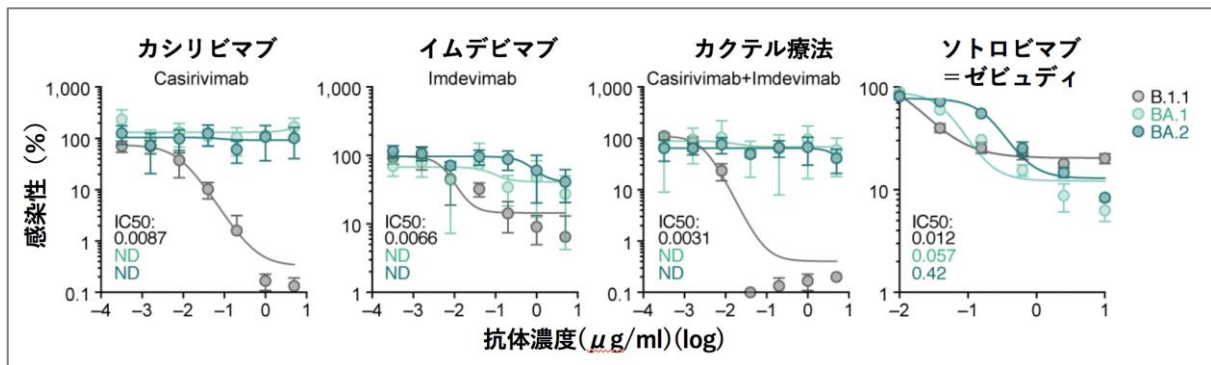


図5 モノクローナル抗体の各系統に対する効果。B. 1. 1に比べ、BA. 1、BA. 2ともにいずれの抗体療法にも抵抗を示す。

BA. 1に感染した17の感染回復者からの血清(内、13は2回ワクチン接種、1は1回ワクチン接種、残りは非接種)を用いて有効性を調べた。その結果、BA. 1血清は、BA. 1に対して最も強い免疫性を示した一方、BA. 2はBA. 1に比べ1.4倍の抵抗性を示した。2回のワクチン接種を受けたBA. 1からの回復血清は、すべての株に対して強力な抗ウイルス効果を発揮した。このことを確認するために、ハムスターを用いて検討を行った結果、BA. 1、BA. 2ともにB. 1.1およびデルタ株に感染したハムスターからの血清に対して強い抵抗性を示した(図6)。さらにBA. 1.1やBA. 1のSタンパクを発現する細胞でマウスを免疫した血清を用いた実験では、BA. 2はBA. 1に比べ、強い抵抗性を示した。このことは、BA. 1で誘導された血清がBA. 2には効果が少ないことを示唆している。

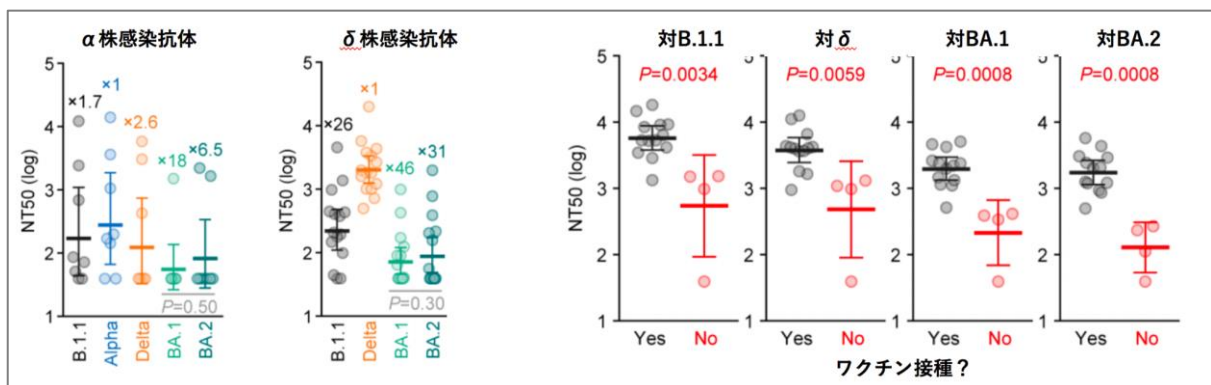


図6 B. 1. 1のS蛋白を持つ偽ウイルスやα、δ、BA. 1、BA. 2を用いた中和アッセイ。それぞれのNT50値は○で示している。グラフ上の数字は、各株のNT50の比率を示している。左の2つのグラフには、p値を記載している。

BA. 2のウイルス複製のダイナミクスを調べるために、ハムスターの感染実験を行った(図7)。その結果、B. 1. 1に感染したハムスターは、体重減少を認めた。またSpO2、Penh、Rpefの減少を認めた一方、BA. 1に感染したハムスターの呼吸障害はほとんど見られなかった。特に注目すべきは、BA. 2に感染したハムスターの体重、Penh、Rpef、SpO2は、非感染あるいはBA. 1感染ハムスターのものとは著しく異なっており、これらの値はB. 1. 1系統のものと類似していた。これらの結果は、BA. 2がBA. 1より病原性が強いことを示している。

<BA. 2の病原性>

BA. 2の病原性を調べるために、ウイルスに感染させたハムスターの肺を用い、組織学的検討を行った。その結果、すべての検体からBA. 1感染ハムスターより強い気管支炎/細気管支炎、出血、肺胞の傷害、II型肺細胞を認めた。BA. 2の総合組織評価スコアはBA. 1のそれより高い値を示した。さらにBA. 2とB. 1. 1に感染した肺において、II型の肺胞胚細胞過形成を伴う炎症を各葉に認めた。

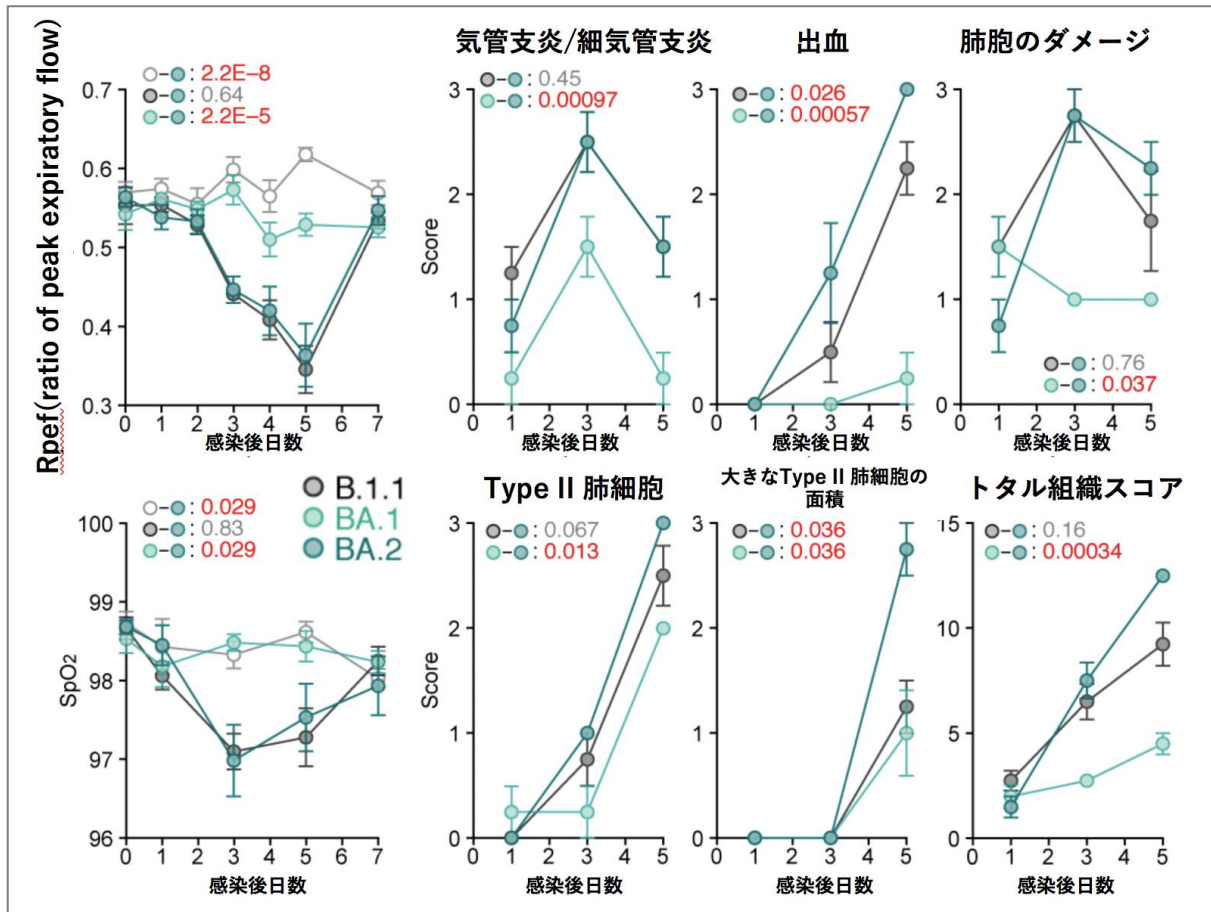


図7 ハムスターに、B.1.1、BA.1、および BA.2 を鼻腔内接種し、Rpef、SpO2 値、気管支炎/細気管支炎、出血、肺胞の障害、タイプII胚細胞、総合組織スコアを経時的に測定したもの。薄いグレーは対照（非感染）。

<ディスカッション>

BA.2はオミクロン株の系統とみなされているが、その遺伝子配列はBA.1と著しく異なり、そのウイルス学的特徴が、BA.1のそれとは違う可能性が示唆される。BBA.2のウイルス学的特徴、すなわちBA.1に比べて高い実行再生算数や融合性、病原性を確認することができた。さらにBA.2はBA.1によって誘導された免疫性に抵抗することを示すことができた。本報告の結果はBA.2はBA.1と大きく異なることを示しており、BA.2に対して一般にオミクロン株と認知されているBA.1とは別のギリシャ文字を割り当てるべきと提言する。

4. 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>

- 1) 香川県内感染も第7波の猛威に直面し、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すが、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）も多く、重症化は防いでいると推察しますが、感染はしますので注意が必要です。

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600例を超えております。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に切り替えが進むのではないかと思考しております。

- 2) 医療機関の在り方

- ① 現在重症化率は減少傾向ですが、感染者数が急増状況の現状では、ある程度の重症者が出ます。しかも、入院適応の感染者は高齢者が多く、ADLも低く、看護と言わず一部介護が必要となり看護師の負担が急激に増えております。
- ② 8月22日現在、他の診療業務は、感染防止対策しながら通常通り行っております。
- ③ 県内第4波の2021年4月8日から再び原則面会禁止とし、解除せず1年4か月が経過した現在も継続しています。ただ、担当医の判断等で、どうしても面会が必要な患者には適応を決めて面会していただいております（が、先日面会許可した家族から患者へ感染したケースがあり、やはり注意が必要です）。
- ④ 市民へのワクチン接種も当院内で実施中です。当院では、2022年3月8日からは5歳～11歳の小児へのワクチン接種を開始しており、感染拡大連鎖の歯止めと期待し、多くの対象者に早期に接種をお願いします。2022年6月からは、対象者に4回目のワクチン接種を開始しています。

<今後の展望>

- 1) ワクチンをより効率的に国民に接種し、集団免疫を獲得する以外に、有効な感染収束へのシナリオは、現時点ではありません。5～11歳にも接種が開始されておりますので、3回目、4回目の接種と合わせ、広く迅速に行う事が必要でしょう。
- 2) コロナウイルスへ直接的に有効な治療薬の開発を期待します。内服薬も含め、一部出始めましたが、内服薬の有効性には検証も必要です。
- 3) 変異株ウイルスの感染力は増加傾向ですが、今後の変異に関しては不明です。
- 4) ウイルスの弱毒化も一部推測されますが、未だ明らかとはなっておりません。

上記より、まだまだwith corona状況が継続しそうです。現在、香川県内の患者数が高止まりしています。県内の医療体制が破綻しない為にも、県民は個々の感染対策と行動自粛を継続する必要があるでしょう。

5. 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》

7月に入ってから新規感染者数は急激に上昇し、宿泊療養者数も増大してきた。高松センチュリーホテルは、7月28日から患者の入所を再開したが、限られた人数でシフトを組む必要があり、入所者の健康管理については、福田町ホテルの看護師がリモートで担当する体制となった。これに伴って、福田町ホテル担当の医師は、看護師からセンチュリー入所者の状況についても申し送りを受けることになった。

7月の実績は、福田町ホテル（80床）で102名、高松センチュリーホテル（125床）で6名、ホテルルートイン高松屋島（149床）で352名、ホテルルートイン丸亀（120床）で114名の受入れが行われた。

COVID-19 JMAT香川に協力いただいている医師の負担を軽減するため、高松市内の宿泊療養施設における朝・夕の申し送りについて、8月から以下のごとく変更することになった。①申し送り時間について、朝は8:30、夕16:00を基本としつつもフレックス制で対応する。②朝の申し送りについては、現地の他、オンライン・電話でも対応可能とする。③夕の申し送りについては、従来通り現地で行うこととした。

《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
計	1,616	842	1,943	894

※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					
計	1,044	930	114	609	552	57	2,204	2,040	164	112	108	4	431	387	44	104	103	1

※R4.7.1～23休止

6. 日医・行政（国、県）からの通達（令和4年8月5日～23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）》

■ 診療報酬・介護報酬・労災・保険

- 厚生労働省「疑義解釈資料の送付について（その20）」の送付について（8/4）
 その20(8/4)：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/5.4-1993.pdf>
 その22(8/19)：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/25.4-2115.pdf>
- 検査料の点数の取扱いについて（8/5）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/6.4-1994.pdf>

■ 医療提供体制・医療機関の対応

1. 効果的かつ負担の少ない医療現場における感染対策について（8/9）
県通知：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/9.4-2007.pdf>
日医通知：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/12.4-2013.pdf>
2. 「オミクロン株のBA.5系統への置き換わりを見据えた感染拡大に対応するための医療機関・保健所の負担軽減等について」の一部改正について
8/8通知：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/3.4-1969.pdf>
8/15通知：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/18.4-2066.pdf>
8/19通知：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/24.4-2109.pdf>
3. 救急医療等のひっ迫回避に向けた対応について（8/10）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/16.4-2028.pdf>
4. 病床や救急医療のひっ迫回避に向けた宿泊療養施設や休止病床の活用について（8/23）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/28.4-2123.pdf>

■ 検査・治療・予防接種

1. 「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（8.1版）（8/5）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/1.4-1966.pdf>
2. 抗原定性検査キットの配布について（依頼）（8/8）
8/8通知：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/4.4-1980.pdf>
8/23通知（追加）：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/29.4-2124.pdf>
3. 高齢者施設等における経口抗ウイルス薬（ラゲブリオカプセル及びパキロビッドパック）の活用方法について（再周知）（8/9）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/10.4-2008.pdf>
4. 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2）（8/10）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/13.4-2024.pdf>
5. 武田社ワクチン（ノババックス）の配分等について（その5）（8/10）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/14.4-2025.pdf>
6. 新型コロナワクチン追加接種（4回目接種）に使用するモデルナ社ワクチンの配分等について（8/10）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/15.4-2026.pdf>
7. 直近の感染状況を踏まえた診療・検査医療機関における経口抗ウイルス薬に係る登録状況の点検・公表について（8/12）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/17.4-2062.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（ラゲブリオカプセル）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
県通知（8/15）：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/19.4-2068.pdf>
日医通知（8/17）：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/23.4-2088.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（ラゲブリオカプセル）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）（8/16）
県通知（8/16）：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/21.4-2083.pdf>
日医通知（8/22）：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/26.4-2117.pdf>
10. 一般用新型コロナウイルス抗原定性検査キットに係る製造販売承認申請の取扱いについて（8/22）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/27.4-2121.pdf>

■ 介護サービス

1. 高齢者施設等における感染対策の徹底について（8/9）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/11.4-2011.pdf>
2. 高齢者施設等における経口抗ウイルス薬（ラゲブリオ®カプセル及びパキロビッド®パック）の活用方法について（再周知）（8/16）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/22.4-2087.pdf>

■ その他

1. 新型コロナウイルス感染症に関する医療機関への助成金等に関する不審な勧誘等について（再周知）
日医通知(8/8)：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/7.4-2002.pdf>
県通知(8/9)：<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/8.4-2006.pdf>
2. 新型コロナウイルス感染症に係る医療機関・保健所からの証明書等の取得に対する配慮に関して（8/5）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2.4-1968.pdf>
3. 「BA.5対策強化宣言」発令に伴う対策について（8/10）
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/20.4-2078.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

7. あとがき

第6波が収束したと思ったのも束の間、7月に入ってから新規感染者数は、急激な上昇に転じ止まるところを知らない。香川県内でも、7月下旬以降、平日の新規感染者が1,000人を越える日が続いており、8月18日には過去最高の2,762人を数えた。確保病床使用率も50%を超え、県は、8月10日「BA.5対策強化宣言」を発令したところだ。当“新型コロナ感染症情報”も一時休刊となっていたが、第24号を配信することとなった。BA.5の高い感染力に加えて、社会経済活動の維持を図るため、特別な行動制限は行われないので、ピークアウトまで、今しばらくかかるだろう。すでに発熱外来はパンク状態で、家族や本人が発症して出勤できない医療従事者も多く、通常の医療を提供できない状況となってきた。救急搬送困難事例も急増しており、例えば、通常の大腿骨頸部骨折でも、なかなか搬送先が決まらない事態だ。香川県内で搬送先が決まらず、岡山県まで搬送した虫垂炎のケースもあったと聞く。8月2日、日本感染症学会、日本救急医学会、日本プライマリ・ケア連合学会、日本臨床救急医学会の4学会は、新型コロナウイルス感染の疑いがある場合も、症状が軽い場合は医療機関を受診せず自宅療養を続けるよう、国民に呼び掛ける声明を発表した。今月末にも政府は感染者の「全数把握」を見直す方針を発表すると言われている。私見であるが、無症状・軽症者の保健所への報告は、「氏名（カタカナのみ）・生年月日・電話番号」だけに絞って、中等症以上の患者に集中して対応できる体制を早急にする方がよいと思える。（T.H.）

— 次号配信につきまして —

次号の配信は、「都道府県医師会新型コロナウイルス感染症担当理事協議会」の開催等により、不定期配信とさせていただきます。

日本医師会・香川県等からの事務連絡につきましては、香川県医師会速報、香川県医師会ホームページ（会員専用ページ）に掲載されておりますので、ご確認ください。