

香川県医師会新型コロナウイルス感染症情報

第10号

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（TV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》

2月3日時点							2月2日現在			
陽性患者数(名)							PCR検査実施件数(件)	抗原検査実施件数(件)		
累計	入院をする者等				退院・解除	死亡				
	医療機関	宿泊施設・自宅療養	社会福祉施設等療養	入院等調整中						
678	59	37	53	11	502	16	30,213	9,496		

※医療機関に入院している患者の症状：2月3日正午時点

※県内で発生したが、県外で入院等した2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4名を計上している。

《受診・相談センター相談件数：2月3日現在》

(件)

一般相談件数							受診相談件数
県民	医療機関	行政機関	企業	観光・旅館	その他	計	
17,082	1,063	684	1,523	132	813	21,297	29,330

《現在の感染者数【累計682名】：第8号配信後【1月15日～2月4日】》

令和3年1月

日	月	火	水	木	金	土
					15 6名	16 8名
17 9名	18 8名	19 10名	20 12名	21 11名	22 6名	23 4名
24 9名	25 9名	26 11名	27 10名	28 6名	29 9名	30 10名
31 12名						

令和3年2月

日	月	火	水	木	金	土
	1 8名	2 5名	3 8名	4 6名		

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（TV会議）

《第21回協議会（令和3年1月18日開催）》

※質疑応答を含む詳しい内容は、[full version](#)を参照してください。

1. 新型コロナワクチンの接種について（厚生労働省）：[資料1](#)

1) ファイザーウクチンの小分けに関する条件と移送方法について

(1) 連携型接種施設とは

医療従事者等への接種に当たり、概ね100名以上の接種を行う施設が希望した場合、ワクチンを基本型接種施設から冷蔵で移送し、有効な期間内に自施設の従事者に接種する。

※自施設の他、地域の医療従事者にも接種する。

(2) サテライト型接種施設とは

- 住民への接種に当たり、基本型施設1か所につき3か所程度（基本型施設と併せて人口5,000人に1か所程度）を上限として設置し、基本型接種施設から冷蔵で移送し、ワクチンを有効な期間内に接種する。
- 高齢者施設入所者や、離島・僻地での接種に必要な場合、上記の上限数を超えて、サテライト型接種施設を設置できる。

(3) 連携型・サテライト型に必要な準備

- 集合契約に加入し、V-SYSに基本情報・基本型施設等を登録。
- 通常、冷蔵のワクチンを保管する冷蔵庫を予め保有。
※保冷ボックス・保冷剤・バイアルホルダーは、国から基本型接種施設1か所当たり若干個を、基本型接種施設に提供予定。

(4) 移送の方法

- 2°C~8°Cを保って移送を行うため、保冷ボックスに、冷凍した保冷剤とともに入れて移送。バイアルホルダーに入れ、バイアルが倒れないようにする。
- ワクチン本体、付属する文書（添付文書、シール等）、0.9%生理食塩水、国から提供される注射針・シリソジを併せて移送する。
- 基本型接種施設に記録台帳を置き、移送数・移送先を記録。
- 保管期限（解凍後5日）以内に必ず使用。保管期限を上回らないよう、移送日と使用日ごとの使用数を記録するほか、原則として1~2日間で使用する分ごとに移送。
- 移送に要する時間（冷蔵庫を出してから、冷蔵庫に入れるまで）は原則として3時間以内。
離島等の特殊な事情がある場合でも12時間を超えることはできない。
- 原則として、連携型接種施設は同一都道府県、サテライト型接種施設は同一市町村内でワクチンを移送。人口の少ない市町村に1,000回単位のワクチンを配分できないために、都道府県が特に認めた場合に限り、市町村域を越えて可。

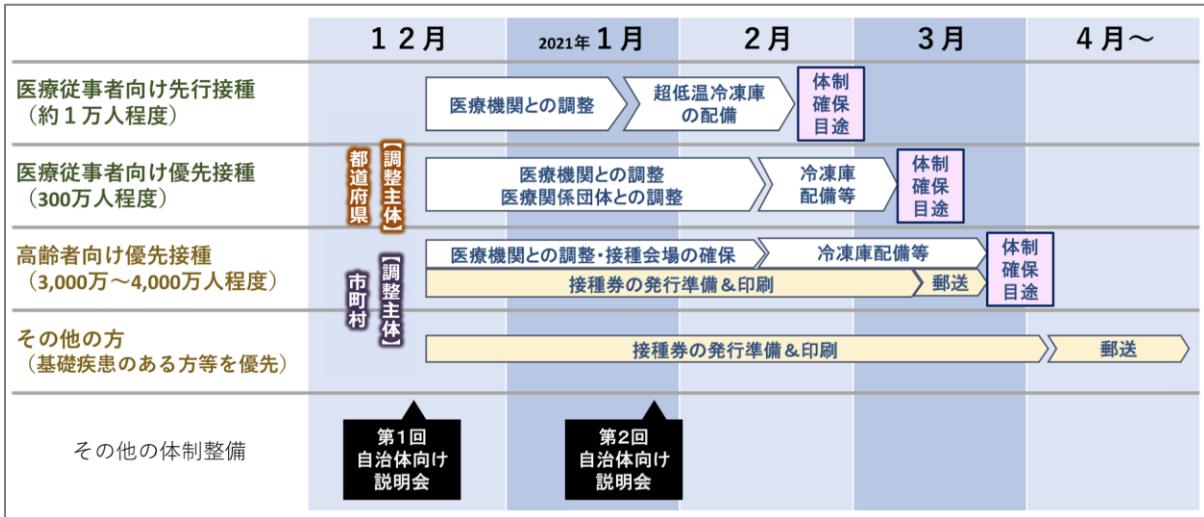


2) 新型コロナワクチンの特性（現時点。前回と少し変更あり）

	ファイザー社	アストラゼネカ社	武田／モデルナ社
規模	1.2億回分 (6千万人×2回接種)	1.2億回分 (2回接種が想定されており、その場合 6千万人分に相当)	5千万回分 (2千5百万人×2回接種)
接種回数	2回(21日間隔)	2回(28日間隔)	2回(28日間隔)
保管温度	-75°C±15°C	2~8°C	-20°C±5°C
1バイアルの単位	<u>6回分/バイアル</u>	10回分/バイアル	10回分/バイアル
最小流通単位 (一度に接種会場に配達される最小の数量)	195バイアル <u>(1170回接種分)</u>	10バイアル(<u>100回接種分</u>) ※供給当初300万バイアル分 2バイアル(<u>20回接種分</u>) ※残り900万バイアル分	10バイアル <u>(100回接種分)</u>
バイアル開封後の保存条件 (温度、保存可能な期間)	(室温で融解後、接種前に生理食 塩液で希釈) <u>希釈後、室温で6時間</u>	(一度針をさしたもの以降) <u>室温で6時間</u> <u>2~8°Cで48時間</u> <u>希釈不要</u>	(一度針をさしたもの以降) <u>2~25°Cで6時間</u> (解凍後の再凍 結は不可) 希釈不要
備考	・医療機関では、ドライアイス 又は超低温冷凍庫で保管 ※医療機関でのドライアイス保管は <u>10日程度が限度</u> →10日で1170回の接種が必要 ※最大5日間追加での冷蔵保管可 (2~8°C)		・医療機関では、冷凍庫で保管 <u>(-20°C±5°C)</u>

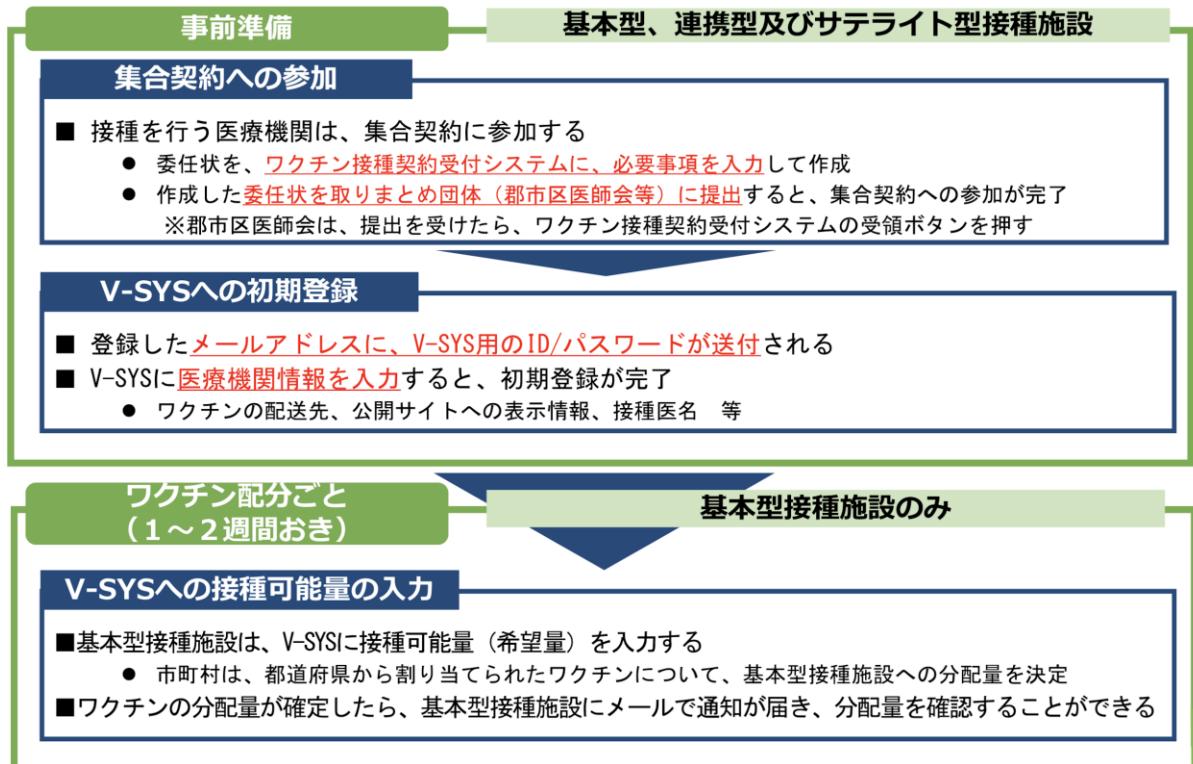
3) 新型コロナワクチンの接種体制の構築（スケジュールのイメージ）

ワクチンが承認された場合に速やかに接種が可能となるよう、ワクチン接種の優先順位を踏まえ、都道府県・市町村と連携して、接種体制を整える。



4) 接種の実務について

(1) ワクチンの分配を受けるまでの流れ



(2) 集合契約への参加

- ① **集合契約の発行はウェブサイトで行う。**
- ② サイトにアクセスし、医療機関コード、担当者情報、委任先、取り扱うワクチンの製造会社を入力すると、PDFが出力される。
- ③ PDFを印刷して、委任先（郡市地区医師会等）に郵送する。

(3) V-SYSへの初期登録

- ①V-SYSにログイン → ②医療機関情報の更新 → ③ホームページ掲載情報入力 → ④接種医師情報の登録

(4) ワクチン製造販売業者による市販直後調査を含む情報の提供等について

ワクチン接種開始後、ワクチン製造販売業者が適正使用等のため、情報提供、収集、伝達を実施する。

同調査はコロナ感染予防のため、メールで行われる。

※国は、人類が経験したことのないワクチン接種の副反応の調査を業者に丸投げ！

(5) ワクチン配分方法

ワクチンの分配・流通については、月2～3回程度の周期で、地域ごとのワクチン分配量の決定を行い、委託先に分配する。情報のやりとりはV-SYSを用いる。

(6) 接種を行う施設の事前準備（物品）

- ・冷蔵庫、救急用品、事務用品
- ・予診等で使う物品：マスク、手袋、舌圧子、体温計
- ・接種に用いる物品：シリンジ、アルコール綿、トレイ、針捨て容器、手指消毒剤
- 国またはワクチンメーカーが提供するもの
 - ワクチンと同梱で配送されるもの：ワクチン、添付書類、希釀用生食、接種用シリンジ、ドライアイス
- 事前送付：超低温冷凍庫、ドライアイスの詰替用物品（手袋、ゴーグル、スコップ）

(7) 各社ワクチンの取扱（[ファイザー](#)、[モデルナ](#)）

(8) 接種の実務

受付：運転免許証や被保険者証で、接種券と予診票の本人確認。

予診：接種が適当かどうかを判断する。

接種後：予診票に接種券のシールと、ワクチン名・ロット番号のシールを貼る。

予診票のコピーを医療機関で保管。

接種後、一定時間（15～30分と言われているが、未確定）留め置き、副反応の有無を確認する。

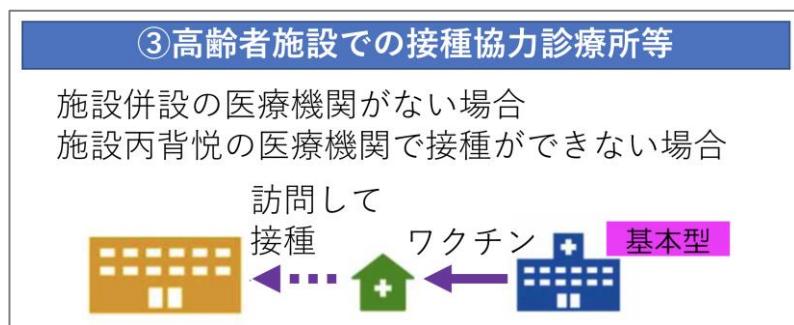
※接種場所、接種券については、[第20回協議会報告](#)を参照。

(9) 請求方法

医療機関は、医療機関が所在する市町村に対して、予診票の原本等（当該市町村に住民票がある人）を提出するとともに、国保連に対して（住民票がない人）、請求先自治体ごとに仕分けをした予診票の原本等を提出する。

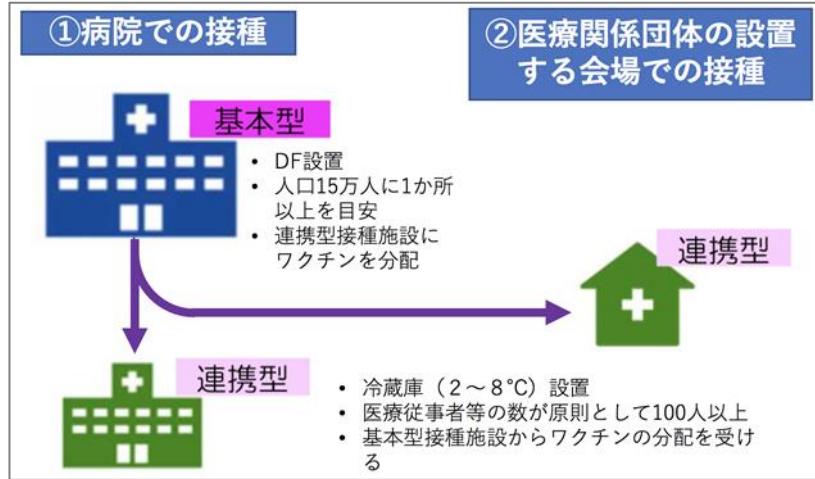
5) 医療機関委託での住民への接種体制について：[資料1_5/36](#)

併設の医療機関が、サテライト型接種施設として登録し、基本型施設からワクチンを受け取って接種。



- ・接種に協力する医療機関が、サテライト型接種施設として登録し、基本型接種施設からワクチンを受け取って接種。
- ・施設毎に接種を行う医療機関を確保できるよう、必要に応じ市町村が地域医師会等の協力を得て調整する。

6) 医療従事者への接種について



- 2月中に基本型接種施設にディープフリーザーを設置。
- 3月から医療従事者接種を行う。
- 従事者数の自施設で接種を行うほか、**基本型接種施設は医療従事者接種を行う他の病院へのワクチン移送元となる。**

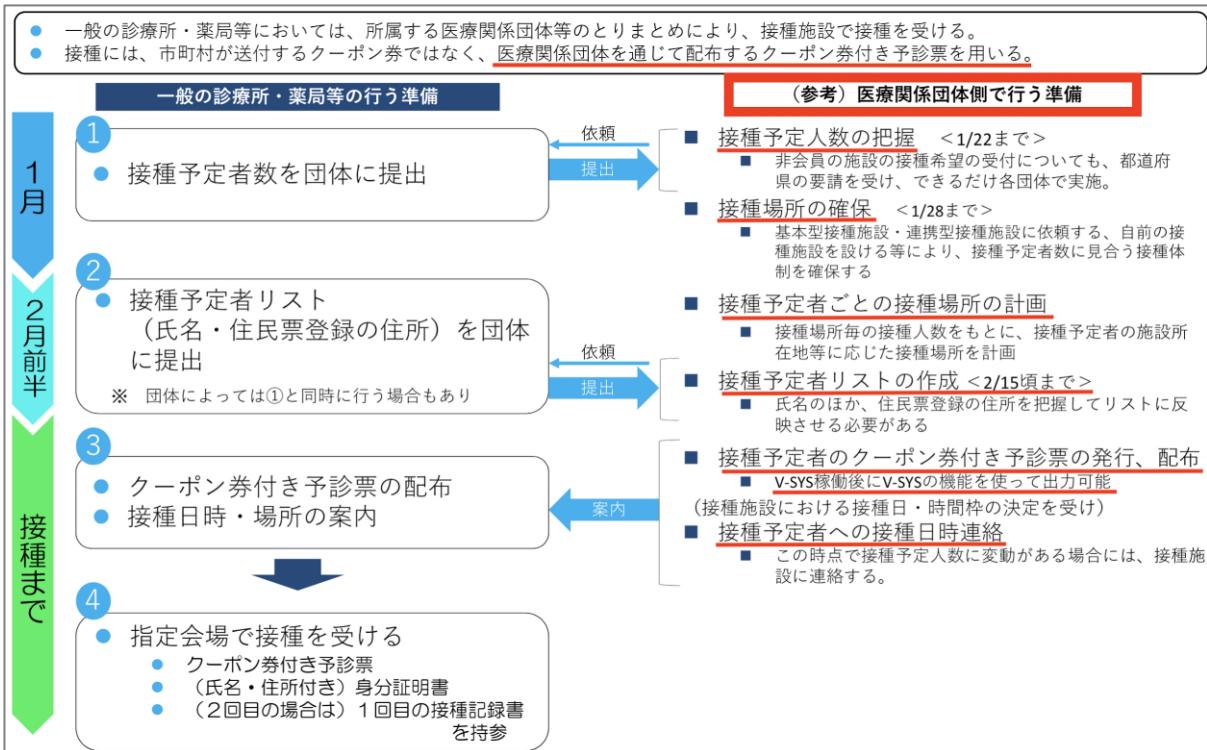
(1) 優先接種の対象となる医療従事者等の範囲

対象者	対象者に関する留意点	対象者を取りまとめる主体
病院、診療所において、新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者(注1)に頻繁に接する機会のある医師その他の職員	<p>※ 診療科、職種は限定しない。（歯科も含まれる）</p> <p>※ 委託業者についても、業務の特性として、新型コロナウイルス感染症患者と頻繁に接する場合には、医療機関の判断により対象とできる。</p>	医療関係団体 ※概ね従事者100人超で、自ら接種を行う施設は施設ごと

(2) 診療所・薬局等 医療従事者への接種の進め方（概要）

医療関係団体（地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会等）は、関係する医療従事者（自施設で接種する病院等の従事者を除く）の接種予定人数を把握し、接種場所の確保を調整。

接種までの間に、接種予定者リストを作成し、クーポン券付き予診票（関係団体でV-SYSより出力）を接種予定者に配布するとともに、接種日時等を案内。



2. 新型コロナウイルス感染症対応日本医師会休業補償制度加入状況報告について

1) 新型コロナウイルス感染症対応日本医師会休業補償制度 : [資料2](#)

(1) 加入申し込みの推移



(2) 都道府県別加入率



2) 第三次補正予算（案） : [資料2 4ページ](#)、[第20回協議会報告 5. 1](#) 参照

二次補正の補助事業であった医療機関・薬局等の感染拡大防止等の支援が三次補正予算案として第二弾。これは無床診療所で25万円を上限などになるが、実施される予定。今日から始まる通常国会でその詳細が決まるので、これから加入される方はもちろんのこと、既に申し込みをされている方で、二次補正の際は既に申請済で、その恩恵を受けることができなかつた方でも適応とされているので、活用いただきたい。

3) 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業に関するQ&A（第10版）抜粋 : [資料2 5ページ](#)

質問：質問の2において、医療機関・薬局等における感染拡大防止等を支援するための補助金について、「令和2年4月1日から令和3年3月31日までにかかる経費が対象となる」とあるが、例えば当該医療機関の医療従事者が新型コロナに感染し、一時的に閉院または閉鎖した場合の補償を行う保険の保険期間に令和3年4月1日以降が含まれる場合は、当該期間の保険料は控除して申請する必要があるか？

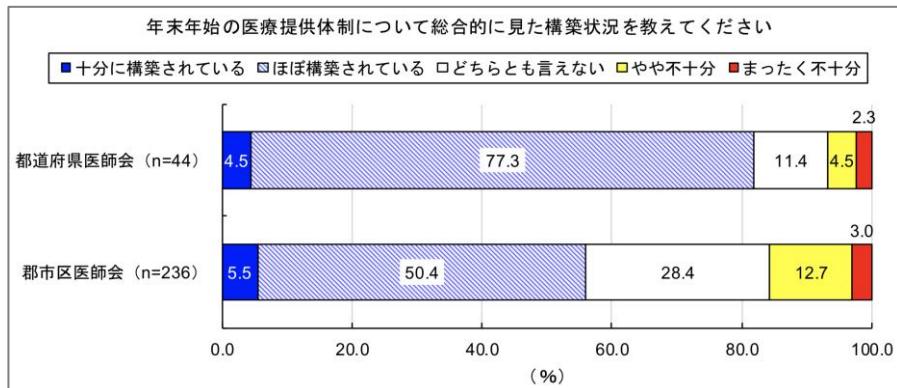
回答：以下の①～③を全て満たす場合は、令和2年4月1日から令和3年3月31日までに支払った保険料の全額を補助対象の経費として差し支えない。

- ① 新型コロナ感染症の影響による休業について補償する保険であること。
- ② 契約期間を任意に設定することができないことにより、保険期間に令和3年4月1日以降が含まれること。
- ③ 令和2年4月1日から令和3年3月31日までに保険料の支払いを行っており、その支払った額が12か月以下の最も短い期間を対象とした保険料であること。

3. G-MISの改修について：[資料3、第20回協議会報告 3. 参照](#)

- 新システム移行後もログインIDの変更なし、パスワードは新しく設定が必要。
- 報告URLが変更される。
- 診療所での報告項目に変更はなし。病院での報告項目は減少する。
- 1月15日17:30～1月18日7:59は新旧システムとも操作できない。

4. 日本医師会「年末年始の医療提供体制に関する緊急調査」について：[資料4](#)



5. 病床数の国際比較について：[資料5](#)

新型コロナウイルス感染症流行下において、日本は諸外国に比べて病床数が多いにも関わらず、なぜ「医療崩壊」が進んでいるのか、医療関係者の努力が足りないのではないかとの指摘がある。欧州においては、昨年の第一波の時点で、既に必要な医療が提供できないという状況が生じており、まず人口あたりの死者の数が多い。これは医療現場の逼迫の様子を如実に表している。G7の大半の国では死亡者が軒並み1,000人／100万人以上であるが、日本では約30数名／100万人であることを以てしても、日本の状況をしっかりと評価する必要がある。

また、民間医療病院がコロナの診療に携わっていないのではないかとの指摘もあるが、病院の規模によって、コロナの受入可能性は大きな影響を受けてくる。それぞれの病院が果たす役割を踏まえながら、仮にコロナを受け入れることのできない病院においても、それ以外の患者を積極的に受け入れるという連携を通じて、その地域でしっかりとすることで、対応することが必要。

[資料5](#)で、病床数の評価は、結論としてはそれぞれの国の体制が異なることから、一概に、例えば急性期病床が多いということは指摘できることではない。日本は非常に急性期病床が多いのではないかという指摘については、決してそうではない。カウントしている内容が大きく違う。リハビリ病床の評価をどうするのか、精神科病床の評価をどうするのか、また慢性期の病床についての扱いが、国によって違うと。ぜひこの資料をご覧いただきたい。

1) 総病床数

- (1) 日本の2018年の総病床数は1,641,407床、人口1,000人当たり総病床数(Total hospital beds)は13.0床である(表1)。日本の病床数は、病院および有床診療所の一般病床、療養病床、病院の感染症病床、結核病床、精神病床の合計である。日本およびフランスを除いて、G7各国では精神病領域は別掲であり、総病床数に精神病床(Psychiatric care beds)を含まない。日本は総病床数に精神病床を含む。
- (2) 総病床数が全国計ではない国もある。米国では2016年まで全米病院協会(AHA:American Hospital Association)登録病数が対象であり、英国では民間セクターを含まず、救命救急や集中治療室等を含まない地域もある。
- (3) 日本がOECDに報告しているCurative care beds(以下、急性期病床と呼ぶ)には、一般病床の回復期リハビリテーション病棟が含まれる。諸外国では、Rehabilitative care beds(以下、リハビリ病床と呼ぶ)は急性期病床とは区分されている。

2) 急性期病床およびリハビリ病床

日本は急性期病床とリハビリ病床を区分していないので、急性期病床とリハビリ病床の合計で、諸外国と比較するしかない。

急性期病床とリハビリ病床を合計した人口1,000人当たり病床数は、日本は7.8床であり、ドイツの8.0床よりも少ない（表1）。とはいえ、日本の急性期関連（急性期、リハビリ）は諸外国に比べて多い。このことについて、慢性期関連の病床数も確認しておく必要がある。

表1 病床数の国際比較

人口1,000人当たり (床／人口1,000人)

	調査年	Total hospital beds 計	Curative care beds 急性期	Rehabilitative care beds リハビリ	Long-term care beds 長期ケア	Other hospital beds その他	Psychiatric care beds 精神
カナダ	2019	2.5	2.0	0.1	0.4	0.0	0.4
フランス	2018	5.9	3.0	1.6	0.5	0.8	0.8
ドイツ	2017	8.0	6.0	2.0	0.0	0.0	1.3
イタリア	2018	3.1	2.6	0.4	0.1	0.0	0.1
日本	2018	13.0	7.8	—	2.6	2.6	2.6
英国	2019	2.5	内訳の報告なし				0.4
米国	2017	2.9	2.5	0.1	0.2	0.1	0.3

病床数 (床)

	調査年	Total hospital beds 計	Curative care beds 急性期	Rehabilitative care beds リハビリ	Long-term care beds 長期ケア	Other hospital beds その他	Psychiatric care beds 精神
カナダ	2019	94,677	74,069	4,491	15,921	196	13,632
フランス	2018	395,670	203,662	105,550	31,081	55,377	55,377
ドイツ	2017	661,448	497,182	164,266	0	0	106,176
イタリア	2018	189,753	156,216	25,119	8,418	0	5,358
日本	2018	1,641,407	983,700	—	328,015	329,692	329,692
英国	2019	163,873	内訳の報告なし				23,658
米国	2017	931,203	809,880	21,319	60,295	39,709	82,489

表2 日本における病床数の内訳

日本の最近の状況(2021年10月) (床)

	一般病床	感染症病床	結核病床	小計	療養病床	精神病床	計
病院	887,468	1,886	4,147	893,501	292,060	324,921	1,510,482
有床診療所	79,850	—	—	79,850	7,018	—	86,868
計	967,318	1,886	4,147	973,351	299,078	324,921	1,597,350

*出所：厚生労働省医療施設動態調査(令和2年10月末概数)」から作成。歯科診療所を含まない。

6. 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い等について：[資料6](#)

1) 国民健康保険組合の規約における自家診療に係る保険請求の制限の例外規定について：[資料6 1/6](#)
一部の国保組合が設けている制限の例外を設ける場合の規約参考例の連絡あり。

以下の疾病の診療については、当分の間、この規定から除外する。

①新型コロナウイルス感染症、②新型コロナウイルス感染症疑い
これら以外の傷病についての請求は従来通り。

※香川県医師国保組合は、運営内規により自家診療の自肅を要請。

2) 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱について（その32）

Q&A：[資料6 2/6](#)

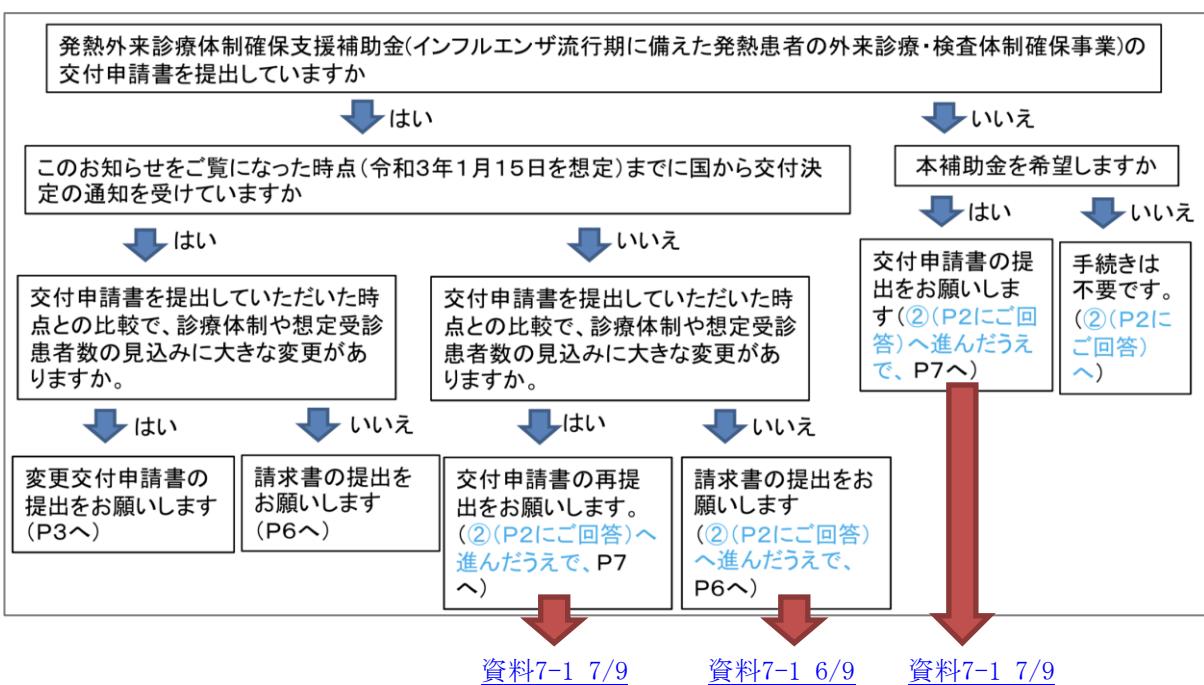
3) 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱について（その33）：[資料6 4/6](#)

都道府県から受入病床として割り当てられた療養病床に入院させた場合は、一般病床とみなして病床確保料、重症患者中等症患者病床、1日 4万1千円、その他の病床1日 1万6千円とすると共に、一般病棟入院基本料のうち、特別入院基本料を算定できることが示されている。例えば、中等症の場合、特別入院基本料607点、14日以内の入院期間における加算300点、救急医療管理加算の3倍 1,850点、2類感染患者入院診療加算250点に加えて検査や治療にかかる費用が算定できくなっている。

7. 新型コロナウイルス感染症に関する補助事業について：[資料7-1](#)

1) 都道府県から診療・検査医療機関（仮称）に指定された医療機関の皆様へ
発熱外来診療体制確保支援補助金の交付申請手続きに関するお知らせ。

この案内は、現在の申請手続きの進捗にかかわらず、都道府県から**診療・検査医療機関（仮称）**に指定されている全ての医療機関の皆様に今後の手続きを案内するもので、**必ず確認**のこと。対応手続きは下図の通り。



交付申請書：<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000721086.xlsx>

発熱外来診療体制確保支援補助金の申請について

https://www.kyoto.med.or.jp/info/wordpress/wp-content/uploads/2020/11/201109-2020chi_388-2.pdf

ケースごとの例示：http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20201014_21.pdf

2) 令和2年度新型コロナウイルス感染症患者等入院受入医療機関 緊急支援事業補助金に関するQ&A：
[資料7-3](#)

3) 更なる病床確保のための新型コロナ患者の入院受入医療機関への緊急支援のご案内：[資料7-4](#)

(1) は12月24日以前から継続している確保病床も対象となる。

(2) は、(1)の①と②に対して、さらに緊急事態宣言が発出された都道府県、あるいは上記に該当しない都道府県について、それぞれ450万円を加算するもの。従って新たに以前から持っていて、さらに新たに割り当てられた確保病床については、例えば①の場合、1,500万円+450万円。

補助の対象経費は①と②に分かれていて、人件費の部分とそれ以外の経費がある。②は補助基準額に対して1/3まで。

[資料7-4 2/2](#)

Q1の3つ目の○

新型コロナ対応手当について、従前から勤務する職員を含めてよい。手当については1日ごとの手当、特別賞与、一時金等の方法で支給することが考えられる。

12月25日から3月31日までの対象期間にかかる人件費であり、支出額が確定していれば、対象期間内に支払わなくても、対象経費として認められる。

Q1の4つ目の○

新規職員でない従前から勤務する職員の基本給は対象とならないが、従前から雇用されていた職員であっても、新型コロナ対応手当や新型コロナ患者等への対応を伴う時間外勤務手当は対象となり得る。

Q2

受け入れる病棟以外の職員も対象となるか？ 新型コロナ患者を受け入れる病棟の医療従事者のみに限らず、例えば外来部門、検査部門等であっても、新型コロナ患者、疑い患者の対応を行う医療従事者は対象となり得る。 事務部門等でも可能。支給する職員の範囲については、治療への関与や院内感染、クラスター防止への取組への貢献の度合いを考慮しつつ、あくまでも医療機関が決定してよい。 手当の額に傾斜を付けることも可能。

Q8

1/3ページまでの経費についてどのようなものが対象となるか？ 感染防止対策にかかる費用に限らず、院内等での感染を防ぎながら、地域で求められる医療の提供するための診療体制確保等に要する費用について幅広く対象となり得るので、従前通りの経費の扱いでいいと思う。

対象医療機関：病床が逼迫している都道府県において新型コロナ患者・疑い患者の受入病床を割り当てられている医療機関

補助基準額（補助上限額）

(1) 確保病床数に応じた補助（①～③の合計額）

- ① 新型コロナ患者の重症者病床数 × 1,500万円
- ② 新型コロナ患者のその他病床数 × 450万円
- ③ 協力医療機関の疑い患者病床数 × 450万円

(2) 緊急的に新たに受入病床を確保する観点からの加算

- 緊急事態宣言が発令された都道府県
 - 12/25から2/28までに新たに割り当てられた確保病床数 × 450万円を加算
- 上記に該当しない都道府県
 - 12/25から2/28までに新たに割り当てられた確保病床数 × 300万円を加算

補助対象の経費

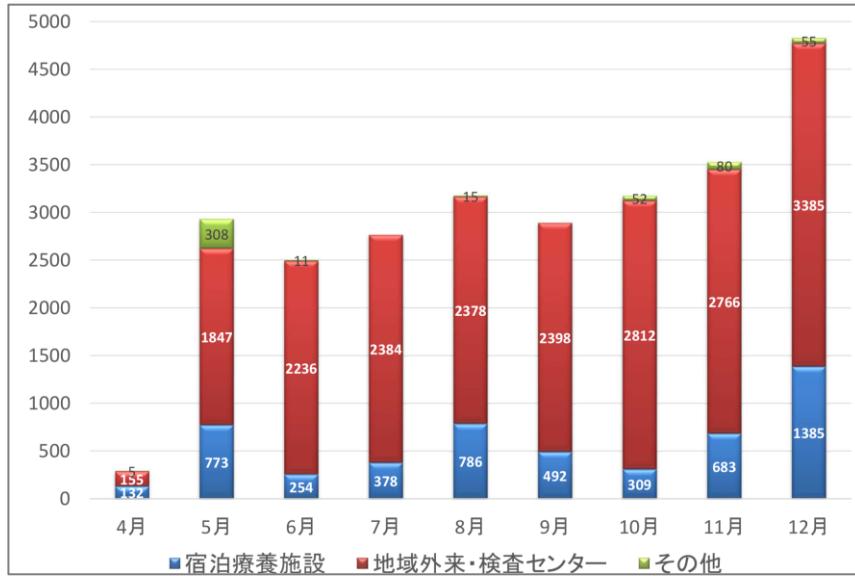
- 12/25から3/31までにかかる①及び②の経費

- ① 新型コロナ患者等の対応を行う医療従事者の人件費（新型コロナ対応手当、新規職員雇用にかかる人件費等、処遇改善・人員確保を図るもの）
- ② 院内等での感染拡大防止対策や診療体制確保等に要する次の経費（従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は除く）

4) 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業に関するQ&A（第12版）：[資料7-5](#)

8. COVID19-JMAT活動について：[資料8](#)

1) COVID-19 JMATの派遣状況



2) 都道府県別のCOVID-19 JMAT派遣状況

都道府県	宿泊療養施設	地域外来・検査センター(PCR外来)	その他(クラスター支援)	総計
香川県医師会	136	153	0	362
<hr/>				
高知県医師会	0	0	2	2
愛媛県医師会	109	356	0	455
広島県医師会	0	147	0	147
山口県医師会	0	602	0	602
徳島県医師会	9	0	0	9
香川県医師会	0	223	0	223
高松市医師会	0	0	444	444
宇多津町医師会	317	0	0	317
琴平町医師会	70	0	0	70
東かがわ市医師会	0	8219	7	8226
神奈川県医師会	41	0	0	41
富士見町医師会	0	0	4	4
横須賀市医師会	0	0	403	403
愛知県医師会	0	25	17	42
<hr/>				
佐賀県医師会	0	87	0	87
福岡県医師会	0	9	70	79
大分県医師会	0	0	64	64
熊本県医師会	0	324	0	324
宮崎県医師会	155	0	0	155
鹿児島県医師会	814	0	0	814
沖縄県医師会	0	114	0	114
日本医師会	0	0	25	25
日本看護師会	5414	13220	388	27291

9. 高齢者施設等の感染対策について：[資料9-1](#)、[資料9-2](#)、[資料9-3](#)

1) 退院患者の介護施設における適切な受入等について：[資料9-1_2/8](#)

新型コロナの感染拡大に伴い、入院患者が増加しており、確保病床を最大限活用するため、退院患者の介護施設における適切な受入促進を図るための留意点等を示す。

新型コロナ患者の退院基準は、以下の通り。これらを満たす場合、内外の知見によると**例えPCR陽性であっても、感染はしない**とされている。

【有症状者の場合】

①発症日から10日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過した場合。**→検査不要**

②症状軽快後24時間経過した後、PCR検査または抗原定量検査で24時間以上間隔をあけ、2回の陰性を確認した場合。

【無症状病原体保有者の場合】

①検体採取日から10日間経過した場合。**→検査不要**

②検体採取日から6日間経過後、PCR検査または抗原定量検査で24時間以上間隔をあけ、2回の陰性を確認した場合。



施設系及び居住系サービス事業所において、**本退院基準を満たし退院した者**について、あるいは、感染していない患者を、**新型コロナウイルス感染症の疑いがあるとして入所を拒否することは、受入を拒否する正当な理由には該当しない。**

2) 人員基準等の柔軟な取扱いについて

資料9-2 6/8～8/8

8/8ページに、医療機関から新型コロナ退院患者受入れる場合は、介護施設等で定員超過をしても減算を適用しないことを再徹底した。

従前からの介護医療医院、老健に加え、看護師の配置のない、特養、グループホーム、有料老人ホーム、サ高住、軽費老人ホーム、養護老人ホーム等が対象施設として追加された。

今回の介護報酬改定で通所系、居住系、訪問系サービスにおいても、感染対策の取り組が運営基準として義務化される予定。また訓練の実施等が求められることになった。

資料9-3 2/4

現行の国の取り組み支援事業としてマニュアルの作成、研修の実施を進めており、3/4ページの手引き、マニュアル、リーフレットがホームページでダウンロードできる。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisa_kumatome_13635.html

3. トピックス

《SARS-CoV-2 変異株について》

今、世界的にSARS-CoV-2の変異株が問題視されていますが、マスコミでは、ただただ変異株だ、大変だ、という報道ばかりで、客観的な内容が伝わってきません。そこで最近の報告をまとめてみました。

まず、「変異種」は間違いで、「変異株」が正しい表現です（[文献1](#) 参照）。

今、世界的に流行している株はVOC 202012/01、501Y.V2、501Y.V3、P.1あたりが、主な変異株です。これらを国立感染研の報告（[文献2](#)）の表を元に加筆したものを、[文献3](#)と合わせて示します。

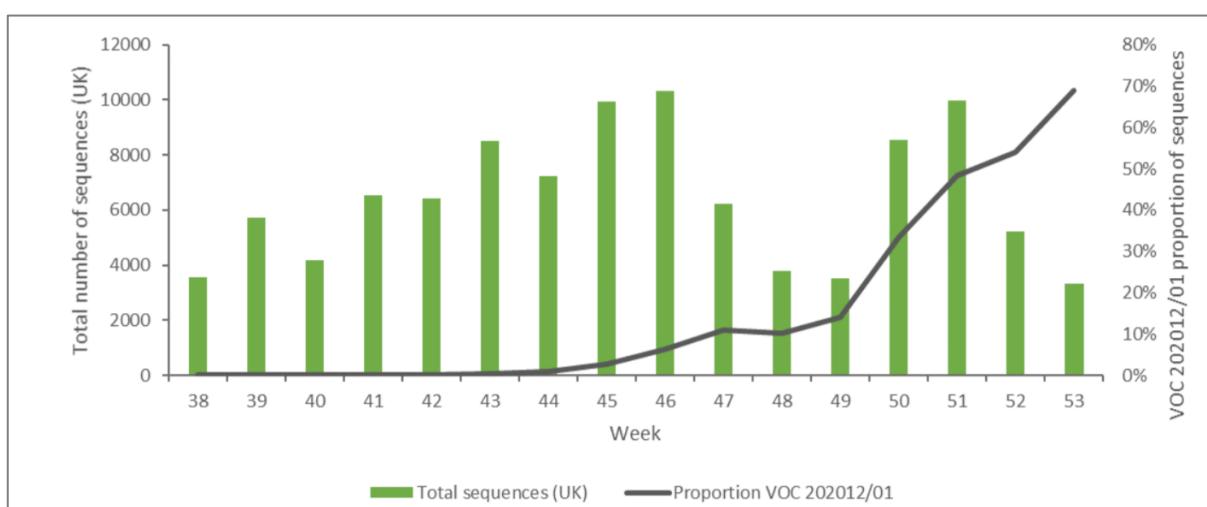


図1 英国におけるSARS-CoV-2-CoV-2のシークエンスの総数と、その中でVOC 202012/01の占める割合。
シークエンスを行った株の7割ほどが、この株に変異している。

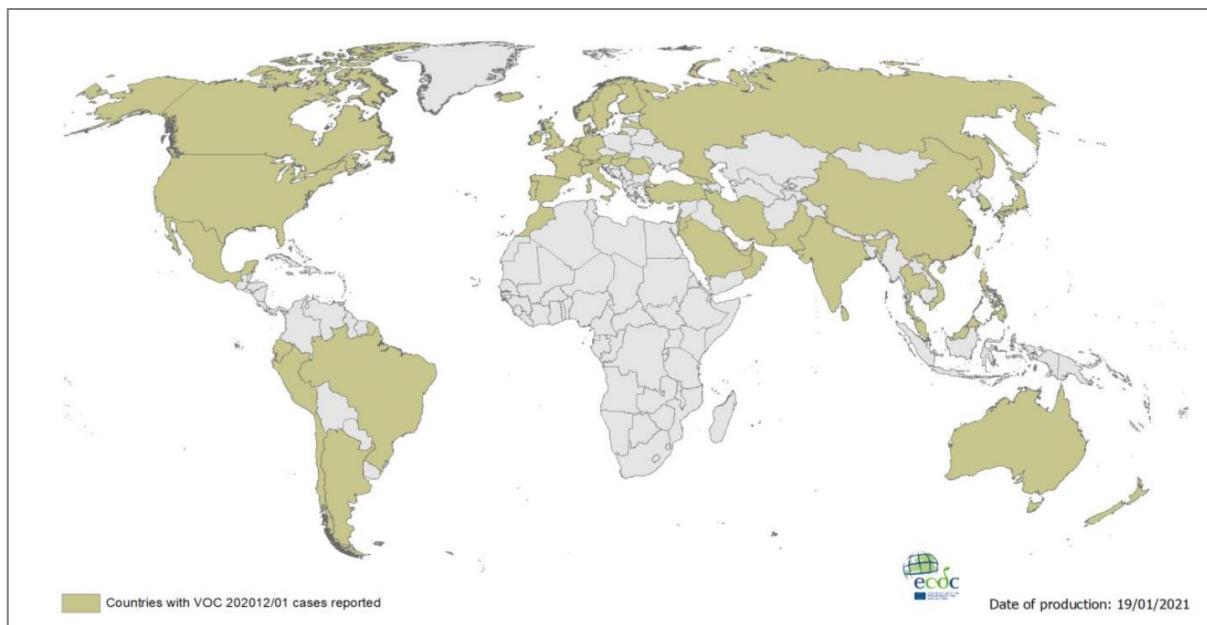


図2 2021年1月19日現在で、VOC 202012/01の報告がある国。日本からも報告されている。

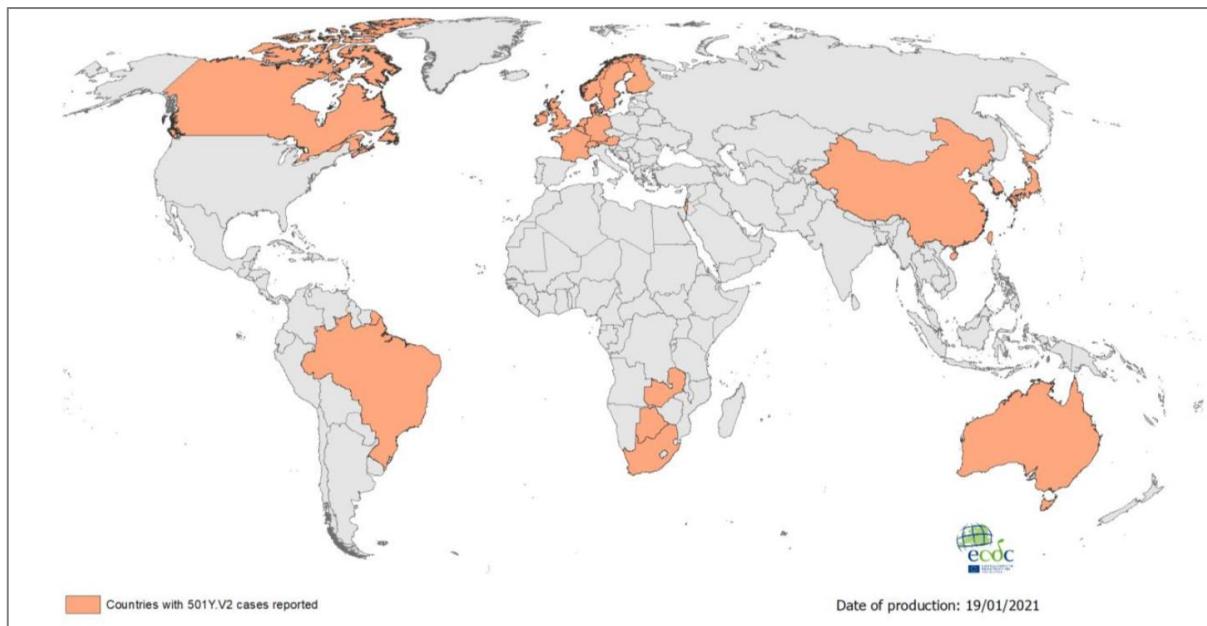


図3 2021年1月19日現在で、501Y.V2の報告がある国。日本からも報告されている。

表1 主な変異株の特徴：[文献2](#)に追加加筆。

株	VOC-202012/01	501Y.V2	501Y.V3	P1
別名	Nextstrain clade 20B、GISAID clade GR、lineage B.1.1.7(※1)	Nextstrain clade 20C、GISAID clade GH、lineage B.1.351		Nextstrain clade 20B、GISAID clade GR、lineage P.1 ※lineage B.1.1.248と間違われることが多いが、これとは別物。
アミノ酸変化	spike protein changes (deletion 69~70, deletion 144, amino acid change N501Y, A570D, D614G, P681H, T716I, S982A, D1118H) as well as by mutations in other genomic regions(文献4)	spike protein(D80A, D215G, E484K, N501Y and A701V, L18F, R246I, K417N, deletion 242~244), receptor binding protein (K417N, E484K, N501Y)		spike protein(L18F, T20N, P26S, D138Y, R190S, K417T, E484K, N501Y, H655Y, T1027I, and V1176F) この株は、VOC202012/01 や N501Y とは近縁ではない。lineage B.1.1.28 のスパイク蛋白の 11 アミノ酸が変異している。
感染性	感染性増加が懸念される変異を有する。 伝播性が50~74%増加の推定結果がある(文献5)。 2次感染率の30~50%増加を示唆する解析結果がある。 この株の基本再生算数=1.25、 その他の株は0.85(文献6)。 他の株より75%ほど感染性が高い(文献7)。	感染性増加が懸念される変異を有する。 モデリング上、2次感染率が50%程度増加の推定結果がある(文献11)。 非変異株に対する免疫性を21%ほど減弱させるとの推定もなされている(文献12)。	感染性増加が懸念される変異を有する。	現時点で、伝染性に関する微生物学的、疫学的なエビデンスはないが、VOC202012/01 と 501Y.V2 に見られる N501Y アミノ酸変異が本株にも見られることから、伝染性が強くなっていることは否定できない。
重症度	分析はまだ不確定で更なる研究が必要とした上で、1.3倍程度の死亡リスク上昇と関連する realistic possibility(※2)がある。(NIID)	より重篤な症状を引き起こす可能性を示唆する証拠なし(文献11)。	より重篤な症状を引き起こす可能性を示唆する証拠なし。	
	現時点で、本株が他の株と比べて、重症化を示唆するエビデンスはない。	本株のアミノ酸配列の変化が、非変異株に対する抗体に対して抵抗性を有するとする発表前の報告もある(文献3 、 文献4)。これらの報告は、本株による2次感染のリスクを高めるとの懸念もある。ただし現時点で、2次感染が本株によるものであるとの報告はない。	重症度については、何もわかつていない。501Y.V2 に見られる E484K アミノ酸変異があることから、抗体の効果が減弱している可能性がある(文献4 、 文献12 、 文献13 、 文献14)。	
再感染(抗原性)	野生株との交叉中和能あり。 再感染率について野生株との有意差なしの暫定結果。	中和抗体からの逃避変異とされるE484K変異を有する。 中和抗体からの逃避を示唆する実験結果あり。	過去の感染による免疫から21%逃避している可能性が確定されている。	2次感染が本株によって増えているかどうかも不明。 中和抗体からの逃避変異とされるE484K変異を有する。 本株の検査結果に対する影響はわかっていない。S-遺伝子の欠損もないため、S-遺伝子に対する逃避変異もないと思われる。 他株への既感染者の再感染事例の報告あり。
診断	スパイク蛋白の第69,70塩基が欠損しており、RT-PCR検査で陰性になる場合がある(文献8)。ただし一般的にS-遺伝子がそれ自体検出に使われているわけではないので、すべてが偽陰性となるとは限らない。 5種類の抗原検査は、スクレオカブド蛋白を抗原として使っているため、本株に見られる2つのアミノ酸変異による影響はほとんどない(文献9)。 非変異株と本株との間に、抗原性的違いが見られたが、非変異株に感染した患者の抗体も本株に対して中和活性を認めた(文献10)。	現在のところ、本株が検査結果に対する懸念とはなっていない。本株ではVOC202012/01に見られた第69,70塩基の欠損がみられない。ただし、第242、244塩基の欠損がみられる。		
ワクチンへの感受性	ファイザー社ワクチン接種後血清で、pseudotype virus(※3)使用実験では効果に影響がないことを示唆。	pseudotype virus 使用実験で、ファイザー社やモデルナ社ワクチンで誘導される中和抗体に若干中和されにくいことが示唆される報告があるが、有効性への実際の影響は不明である。	関連する研究報告なし。	
流行状況	英国で2020年9月に初確認、90%以上を占める可能性。 50カ国以上で渡航者等から検出。 アイルランドで検出割合が増加し、すべての地域と年齢層で検出。 イスラエルで当局が“widespread transmission”と報告。	南アフリカ共和国で8月下旬に発生、11月中旬にほぼ全例(80~90%)を占める。	南アフリカ共和国で8月下旬に発生、11月中旬にほぼ全例(80~90%)を占める。	南アフリカ共和国で8月下旬に発生、11月中旬にほぼ全例(80~90%)を占める。
		20か国以上で渡航者等から検出。	20か国以上で渡航者等から検出。	20か国以上で渡航者等から検出。
			韓国、日本、フェロー諸島でブラジルからの渡航者から検出。	

※1 かつて使われていた“B.1.1.7”は、“VOC 202012/01”と新たに命名された。VOCは“Variant of Concern”的略。意外に庶民的な命名。

※2 realistic possibility : 40~50%の確からしさを示す表記

※3 pseudotype virus : 実験・抗体検査を目的に人工的に作られる別のウイルス粒子の表面にSARS-CoV-2のスパイクタンパクを発現させたウイルス。

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) 感染者の現状

以前からの予測通り、年末年始の人の動きから“持ち込み”“持ち込まれ”で感染者数が増加しました。医療施設や介護施設での職員感染も感染拡大に一因となったようです。やはり、医療界での対応より、社会での対策が優先的かつ重要となっています。県内第一波（2020年3月～4月）：28人、第二波（7月～9月）：66人、第三波（10月1日～2月3日）：582人、通算676例。県内での死亡例は15例（80～90歳代患者）です。

2) 医療機関の在り方

- ① リハビリテーション病院や特別養護老人ホーム、学校でのクラスターに加え、年末年始の人の移動にて感染拡大している。県内医療機関での現実的かつ有効な対策は、職員は元より、患者や面会者、業者を含めた出入りする面々の問診から聞き出す行動歴・移動歴が重要で、感染の可能性がある患者や人への対策強化が重要です（“持ち込み”“持ち込まれ”対策）。当院の職員には、一部解除していた行動制限を再度かけております。また、市中感染対策の強化から、外来診療に関しては、すべての診療科で、フェイスシールドの着用も追加した個々の予防策を強化しています。
- ② 1月12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。全身麻酔やエアロゾル発生が危惧される医療行為を予定される患者には、施行前に院内施行のPCR（LAMP法）を活用しています。
- ③ 2020年8月11日付で新型コロナ対応重点医療機関10病院、協力医療機関8病院が県内で指定されました。当院含め上記病院は勿論の事、他の医療機関も、安易な発熱患者の診療拒否、救急搬送拒否は慎むべきです。この事が“真の医療崩壊の始まり”である事は明白ですから。入院病床の不足状況になっており、当院も病床確保に苦労しております。県内第三波が一旦は収束傾向に移行しなければ病床が逼迫し、医療崩壊が始まり、香川県も危険な医療体制に直面しそうです。
- ④ 県内第三波にて、2021年1月9日から再び原則面会禁止としました。一部面会可能な面会制限を長く続けてきた当院は、患者様の家族から喜びと感謝の意見を沢山頂きましたが、現状を鑑み、再度原則禁止と致しました。
- ⑤ 2021年2月にPCR（PCR法）機器も整備予定で、既に稼働しておりますPCR（LAMP法）機器と合わせて院内検査体制を充実し、不安例や心配例の患者に保険適応外の希望による自費検査もしています。
- ⑥ ワクチン接種計画の作成を進行中です。

<今後の展望>

- 1) ワクチン開発が進み、接種計画段階となっておりますが、有効性と安全性の担保に一部不安がある状況と思います。
- 2) 有効な治療薬の開発も進んでいません。
- 3) ウィルスの弱毒化も現時点では証明されていません
- 4) 当然集団免疫の獲得も達成しておりません。

上記1)～4)の為、新型コロナの短期的撲滅は困難・不可能です。新型コロナとは少なくとも今後更に1～2年の共存が必要です。共存とは、爆発的感染拡大を起こさず、医療崩壊せず、被害・犠牲を最小限にし、医療を含めた経済や生活を感染対策しながら維持する事です。

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

《COVID-19 JMATについて》

香川県医師会としては、COVID-19 JMATの枠組みでの県内医療支援として、軽症者・無症状者のホテル療養に関する支援、および一部PCR検査センターでの活動を行っています。内線電話等での健康チェックや症状悪化の場合の転送判断などを行い、PCR検査、患者と直接対面はありません。

派遣に応じて頂ける医師や看護師を継続して募集しておりますので、是非ご協力の程、お願い申し上げます。

<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/JMAT/3ji-bosyuu.pdf>

《PCR検査センター（病院併設以外）》

高松市医師会、坂出市医師会、丸亀市医師会、大川地区医師会、綾歌地区医師会、三豊・観音寺市医師会では、行政と協力してPCR検査センター業務を行っています。各センターの実績については別表の通りです。

(名)

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	104	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
計	486	481	5	116	116	0	660	649	12	68	67	1	73	73	0	35	35	0

《軽症者・無症状者用の院外療養施設》

ホテルでの軽症者・無症状者の療養については、県内の新規感染者数が増大するに伴って急増してきました。2月4日現在、37名の方が療養中です。全く無症状という方も多いですが、中には咳や微熱があつて急速に悪化しないか少し気になる方もいて、担当医師や看護師の方にはストレスをおかけしています。当然ながら、収容人数は部屋数だけでなくスタッフの数によって限界がありますので、1月10日から日勤看護師は2人体制をとっています。ご協力いただける医師・看護師を引き続き募集しております。

宿泊療養施設（チサングランド高松）実績数

月	入所者数（名）
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
計	218

6. 日医・行政（国、県）からの通達（令和3年1月14日～2月3日受信分のうち一部抜粋）

《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

1. 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その33）（1/14）

新型コロナウイルス感染症患者を、都道府県から受け入れ病床として割り当てられた療養病床に入院させた場合、一般病床とみなして一般病棟入院基本料のうち特別入院基本料を算定することとしてよい。

<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-3960.pdf>

2. 診療・検査医療機関（仮称）の補助金の交付申請手続について（1/19）

診療・検査医療機関が国に提出する補助金交付申請書について、国からの交付決定通知の有無や、申請書提出時からの想定受診患者数等の見込みに対する大きな変更の有無によって、それぞれの書類を送付することについての案内。

<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-4009.pdf>

3. 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その34）（1/22）

①退院に関する基準を満たし、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第19条及び第20条の入院の勧告・措置が解除された後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた保険医療機関における救急医療管理加算1（950点）の算定、②特定集中治療室管理料等の算定日数の上限を超えてなお、ECMOを必要とする状態である場合や、ECMOは離脱したもの的人工呼吸器からの離脱が困難するために特定集中治療室管理料等を算定する病室での管理が医学的に必要とされる場合の算定についての通知。

<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-4070.pdf>

4. 厚生労働省「疑義解釈資料の送付について（その49）」の送付について（1/26）

「Panbio COVID-19 Antigen ラピッド テスト」（アボットダイアグノスティクスマディカル株）は令和3年1月22日より保険適用となる。

<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-4094.pdf>

5. 厚生労働省「疑義解釈資料の送付について（その50）」の送付について（1/29）

「BD ベリター SARS-CoV-2 コロナウイルス抗原キット」（日本ベクトン・ディッキンソン株）は令和3年1月26日より保険適用となる。

<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-4159.pdf>

6. 厚生労働省「疑義解釈資料の送付について（その51）」の送付について（2/1）

「アドテスト SARS-CoV-2」（アドテック株）及び「プロラスト SARS-CoV-2 Ag」（アドテック株）は令和3年1月29日より保険適用となる。

<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-4170.pdf>

7. 新型コロナウイルス感染症の回復した患者を受け入れる後方医療機関の確保について（退院基準の周知徹底のお願い）（1/29）

改めて、各地域の関係医療機関に対し、退院基準について早急な周知依頼。

<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-4158.pdf>

8. 「発熱外来診療体制確保支援補助金（令和2年度インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業）」の申請期限について（重要）（2/2）

令和2年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金（インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業）については、その交付申請書、変更交付申請書及び請求書の提出期限が「令和3年2月12日（金）※消印有効」となっていることの通知。

<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-4179.pdf>

■ 医療提供体制・医療機関の対応

1. 新型コロナウイルス感染症に係る緊急事態宣言を踏まえた各種健診等における対応について (1/15)
令和3年1月7日に新型インフルエンザ等対策特別措置法第32条に基づく緊急事態宣言が発出されたが、改めて、職場における新型コロナウイルス感染症への感染予防、健康管理の強化についての留意事項等を取りまとめた。
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-3985.pdf>
2. 電話や情報通信機器を用いた診療に伴う新型コロナウイルス感染症の感染者の取扱いについて (1/15)
一部の医療機関において、全国から検体の郵送を受け付け、結果が陽性であった患者に対し、電話や情報通信機器を用いた診療を行い都道府県等の区域外の患者についても、当該医療機関からその所在する保健所へ報告される事例があり、適切なご対応のお願い。
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-3986.pdf>
3. 新型コロナウイルス感染症に関する厚生労働省からの情報提供について (1/19)
【新型コロナウイルス感染症患者が入院している病棟・病室等の清掃・消毒を受託可能な事業者一覧】
「新型コロナウイルス感染症患者が入院している病棟・病室等の清掃・消毒を受託可能な事業者一覧」の情報提供。
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-4025.pdf>
4. 更なる病床確保のための新型コロナ患者の入院受入医療機関への緊急支援について (1/21)
厚生労働省より、同補助金に係る医療機関向けリーフレット「更なる病床確保のための新型コロナ患者の入院受入医療機関への緊急支援のご案内」が発行された。
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-4041.pdf>

■ 検査・治療法・ワクチン

1. 未承認の新型コロナウイルスに関する医療機関での取扱いについて (1/12)
医療機関において、医薬品医療機器等法に違反している未承認ワクチンを接種しないために、注意すべき事項を整理した。
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-3946.pdf>
2. 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について (1/19)
今般、接種体制の構築に向けた準備の参考となるよう、新型コロナウイルス感染症に係る予防接種について、接種を実施する医療機関に向けて、現時点での情報とその具体的な事務取扱をまとめた「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種実施に関する医療機関向け手引き」を作成した。
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-4007.pdf>
3. 新型コロナウイルス感染症におけるレムデシビル製剤の各医療機関への配分について (その4) (依頼) (1/20)
本剤の添付文書の改訂が行われ、本剤の投与対象が拡大されたが、適応拡大後においても、本剤の配達対象については、当面の間は従前の通りとする。
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-4027.pdf>
4. 医療関係団体における医療従事者等への新型コロナウイルス感染症に係る予防接種体制の構築について (1/19)
香川県内医療機関等の医療従事者等について、添付資料の内容・スケジュールをもとに、接種場所及び接種予定者数を取りまとめ、1月28日までに香川県健康福祉部薬務感染症対策課宛に提出依頼。
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-4031.pdf>
5. 新型コロナウイルスワクチン接種円滑化システム（V-SYS）使用のための情報提供の依頼について (1/21)
厚生労働省より、全ての都道府県医師会及び郡市區医師会がV-SYSを使用するためのID及びパスワード発行のため、各医師会の担当者名、メールアドレスの情報提供依頼。
<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-4049.pdf>

6. 「新型コロナウイルス感染症(COVID-19) 病原体検査の指針（第3版）」の周知について（1/26）

①核酸検出検査法をリアルタイムRT-PCRとそれ以外の方法に整理し、陽性確率の低い集団で多検体をまとめて検査を行う検体プール検査法の考え方、②抗原定性検査の適応を「発症2日目」から「発症当日から」に拡大し、医療・介護施設においてスクリーニングに使用する際の考え方、③インフルエンザ等他の疾患との鑑別を要する場合の考え方、を追記。

<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-4089.pdf>

7. 新型コロナウイルス感染症に係る予防接種に関する集合契約について（1/26）

全国の市区町村と全国の医療機関等の事務負担を軽減しつつ、居住区以外でも接種を受けられるよう検討が行われ、日医が医療機関等の契約代理人として、全国の市区町村のとりまとめ団体（全国知事会）と集合契約を締結することとする。

<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-4090.pdf>

8. 医療機関・高齢者施設等における無症状者に対する検査方法について（1/26）

検査を実施する際の検体プール検査法や抗原簡易キットの取扱等について、厚生労働省より各都道府県等衛生主管部（局）宛ての事務連絡。

<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-4091.pdf>

■ 妊産婦・小児・学校

1. 「新型コロナウイルス感染症に関する母性健康管理措置」、「新型コロナウイルス感染症に関する母性健康管理措置による休暇取得支援助成金」等の期限延長に関する周知への御協力について（1/13）

厚生労働省雇用環境・均等局雇用機会均等課より、母健康管理措置、助成金の支給要件、特別相談窓口の期限見直し等についての周知依頼。

<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-3939.pdf>

■ 介護サービス

1. 感染対策のための実地での研修への2次募集について（情報提供）（1/20）

介護保険サービス従事者向け感染対策に関する研修について、感染症の専門家による実地での研修を希望する事業所について、2次募集が実施される。

<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-4030.pdf>

2. 「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて（第12報）」等の令和3年度における取扱いについて（1/28）

「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて（第12報）」で示されている請求単位数の特例および（第13報）の問1～3は、令和3年3月サービス提供分をもって廃止される。

<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-4126.pdf>

3. 高齢者施設への新型コロナウイルス感染症にかかる予防接種を行う体制の構築について（1/29）

高齢者施設における基本的な考え方と体制構築の標準的な進め方を示すので、高齢者施設等の入所者及び従事者に対する接種を行う体制の構築を進めるようお願い。

<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-4150.pdf>

4. 新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止に配慮した介護予防・見守り等の取組の推進について（自治体等の取組事例）（2/1）

各自治体等における実際の見守りに関する取組事例や、介護予防と見守りを組み合わせた取組事例に関する事務連絡が発出されたので情報提供。

<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-4171.pdf>

■ その他

1. 新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言の区域変更について（1/13）

説明省略。

<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-3929.pdf>

2. 新型コロナウイルス感染症を指定感染症として定める等の政令の一部を改正する政令等について（施行通知）（1/14）

説明省略。

<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-3944.pdf>

3. 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療分）の実施に当たっての取扱いについて（令和2年度その2）及び新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業に関するQ&A（第11版）について（1/14）

新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療分）のうち、「新型コロナウイルス感染症対策事業」の病床確保料に関して、都道府県から新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる病床として割り当てられた療養病床は一般病床とみなして、病床確保料の対象とすることを可能とする改正について周知依頼。

<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-3958.pdf>

4. 新型コロナウイルス感染症の変異株流行国・地域からの入国者に対する健康観察について（新型コロナウイルス感染症特定流行国滞在者健康確認センターの設置）（1/21）

変異株の流行国・地域からの入国者に対する入国情報の強化するため、また、保健所業務の軽減のため、国において「新型コロナウイルス感染症特定流行国滞在者健康確認センター」が設置された。

<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-4056.pdf>

5. 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業に関するQ&A（第12版）及び（第13版）について（1/22）

説明省略。

<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-4075.pdf>

6. 信用保証協会によるセーフティネット保証5号の指定期間延長等と新型コロナウイルス感染症対策による医療機関が利用可能な主な金融支援措置について（情報提供）（1/22）

去る1月15日に、中小企業庁は、セーフティネット保証5号及び危機関連保証の全業種指定期間延長（令和3年2月1日から令和3年6月30日まで）について公表。

<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-4076.pdf>

7. 新型コロナウイルス感染症に関する厚生労働省からの通知について

【新型コロナウイルス感染症対策のための消防用設備等の取扱いに係る周知について】（1/28）

都道府県消防防災主管部等に対し、新型コロナウイルス感染症対策のために臨時に設けられた医療用仮設ユニットにおける消防用設備等の取扱いについて周知するとともに、柔軟な対応への依頼。

<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-4143.pdf>

8. 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業に関するQ&A（第14版）について（2/2）

新型コロナウイルス感染症重点医療機関体制整備事業に関し、院内感染によりクラスターが発生した医療機関について、都道府県が認めた期間に限り重点医療機関に指定されたものとみなして、重点医療機関の空床確保の補助対象とする際の考え方を示した。

<https://www.kagawa-med.com/data/COVID-19/jimurenraku/2-4181.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

日本での感染者が増え続け、11都府県に2度目の緊急事態宣言が発出されるに至った。死者も今年になって1,700人を超え、医療崩壊の危機が叫ばれている。打開の切り札がワクチンだ。これから3社の製品が逐次輸入され、優先順位に従って全国民に接種される。今年の我々の仕事は、この未曾有の大仕事を遅滞なく完遂することにある。しかし、RNAワクチンは人類が経験したことのないワクチンで、その長期的影響は誰にもわからない。副反応はアナフィラキシーだけではない。これらのワクチンの、あまりに性急な特例承認は、まあ仕方ないとしても、国の姿勢を見る限り、副反応の調査にも興味がなさそうで、メーカーに丸投げだ。直近1週間の日本の100万人あたりの死亡者数は多く見積もっても欧米と比べて一桁少ない。日本における累積死者数は現時点で5,251人だが、誤嚥性肺炎の2018年の死亡者数は38,462人だ。死亡者数と、ワクチン承認の性急さ、副反応への無関心さと医療崩壊の大合唱とのコントラストに強い違和感を覚える。はたして全国民の命を賭してまで、この未知のワクチンを接種する必要があるのだろうか。まずは、厚労大臣と厚労事務次官が範を示されでは？ COVID-19には他にも見ておかなければならない様々な問題点がある。変異株と致死率・感染性との関係、ファクターXの検証、重症化のメカニズム、重症化・致死率の人種・基礎疾患による重症度の違いの原因、後遺症、PCR検査の妥当性、等々。これらを本気で研究し、それを元に我々は今後の方針を考えて行かねばならないが、分科会ではほとんど話題にもならない。ただただ、感染者数や重症者数、死亡者数のみをもとに、根拠が希薄なまま情緒的に様々な規制が行われようとしている。入院を拒否をする患者に刑事罰を科すとする感染症法改正法案が審議されている。幸い撤回されたが、検討すること自体、暴挙以外の何物でもない。我々はこれから、人類に対する久々の強敵を相手に、目隠しをされ、丸腰で、後ろから銃を突きつけられながら戦わねばならないのだろうか？（I.H.）

次回（第11号）は、3月5日（金）配信予定です。