

5月8日以降の“日常”

～『2類相当→5類』の世界～

政府は令和5年1月27日、新型コロナの感染症法上の位置づけについて、令和5年5月8日に今の「2類」から季節性インフルエンザなどと同じ「5類」に移行する方針を決定しました。詳細は後述しますが、この分類変更は、我々の生活に想像以上の変化をもたらすのです。変更の時期や内容について様々な意見が出ていますが、私の個人的な感覚としては「先に旗だけ立てて、無理矢理そこに合わせようとしてるんじゃない？」です。正直、対応の順番も違うと思いますし・・・。

まず、この内容を理解するために、『感染症法』について少し触れてみます。『感染症法』は正式名称を『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』といい、それまでにあった『伝染病予防法』に替えて1999年に施行されました。2007年には『結核予防法』とも統合されています。感染症を取り巻く状況の激しい変化に対応し、感染症予防のための様々な施策と、感染した人の人権への配慮を調和することが目的です。一般の法律の中には、100年以上前から続く「これ、今の時代に合ってるの？」なんてものもあるぐらいですし、そういった意味では、かなり新しい法律なんです。「まだまだ変え所がいっぱいある法律」とも言えます。

2023年2月1日現在の感染症法における感染症の分類は以下の通りです。

感染症法における感染症の分類

分類	定期	主な感染症
一類	感染力や罹患した場合の重篤性などに基づく総合的な観点からみた危険性が極めて高い感染症	エボラ出血熱、ペストなど
二類	感染力や罹患した場合の重篤性などに基づく総合的な観点からみた危険性が高い感染症	結核、鳥インフルエンザの一部、SARSなど
三類	感染力や罹患した場合の重篤性などに基づく総合的な観点からみた危険性は高くないものの、特定の職業に就業することにより感染症の集団発生を起こしうる感染症	コレラ、細菌性赤痢、腸チフスなど
四類	人から人への感染はほとんどないが、動物、飲食物などの物件を介して人に感染し、国民の健康に影響を与えるおそれのある感染症	サル等、黄熱、ツツガムシ病、日本紅斑熱、狂犬病など
五類	国が感染症発生動向調査を行い、その結果に基づき必要な情報を国民や医療関係者などに提供・公開していくことによって、発生・拡大を防止すべき感染症	アメーバ赤痢、季節性インフルエンザ、破傷風、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、梅毒など

その他に「新型インフルエンザ等感染症」「指定感染症」「新感染症」といった個別対応の分類もあります。

時々「2類からいきなり5類にするのがまずいなら、3類とか4類にすればいいんじゃない？」なって会話も耳にしますが、この分類は重症度によるものではなく、あくまでその感染を起こす菌の特徴による分類です。その為、無理やりこの分類に当てはめて考えると、「2類から1類に上げる」、「2類のまま」、「2類から5類に下げる」の三択しかないのです。

次に、感染症法に基づく主な措置とその対象分類を見てみましょう。

感染症法に定められた主な措置とその対象

	1類	2類	3類	4類	5類	新型インフルエンザ等
外出自粛要請	×	×	×	×	×	○
入院勧告	○	○	×	×	×	○
就業制限	○	○	○	×	×	○
無症状者への適応	○	×	×	×	×	○
健康状態の報告	×	×	×	×	×	○
感染者の全数把握	○	○	○	○	一部	○
医療費	全額公費		一部自己負担			全額公費
入院先	感染症指定医療機関		一般医療機関			重点医療機関 協力医療機関

ここで「ん？」って思いませんか？現在新型コロナウイルス感染症が分類されている2類は「外出自粛要請」「無症状者（濃厚接触者）への適応」「健康状態の報告」は原則的に行えないのです。でも、新型コロナウイルス感染症になった経験をお持ちの方は、「7日間は外出できなかった」「家族も5日間自宅待機した」「保健所から健康確認の連絡があった」なんて経験をされたのではないのでしょうか。実は、この2類という分類、新型コロナウイルス流行の初期に“とりあえず”分類されたものなのです。当初、新型コロナウイルスは、「海のものとも山のものともつかない存在」でした。病原性や感染経路など未知の部分が大きかったことから厳しい対応が行われましたし、それは正解だったと思います。ウイルスの正体が分かってくるに従って、現在の対応はかなり変わってきています。

新型コロナウイルス感染症に関わる感染症法上の主な措置の変遷

	初期段階 (病原性等が不明)	現在 (病原性等が一定程度判明)	(参考) 季節性インフルエンザ
感染者の全数把握	○ 患者情報等を詳細に全例届出	△ 様式を大幅に簡素化し、届出は4類型に限定	△ 定点観測等
積極的疫学調査	○ 詳細な疫学調査を全例実施	△ 高齢者施設等に限定	△ 高齢者施設等必要に応じて実施
入院措置・勧告	○ 全ての患者	△ 高齢者等に重点化	×
患者・濃厚接触者の行動制限	○ 全ての患者・濃厚接触者 最大14日間	△ 患者は最大7日間(有症状) 濃厚接触者は家庭内等に 限定し、最大5日間	×
在宅療養者への健康観察等	○ 在宅療養者に対して、保健所 等から直接電話等で連絡	△ 対象を重点化し、 ICTも活用して対応	×
水際措置(検疫)	○ 入国時検査、施設での隔離等	△ ほとんどの水際措置を緩和	×
ワクチン・治療薬の開発状況	—	○	○

第110回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード(令和4年12月14日)より

現時点でも、かなり5類に近づいていることが分かります。要するに、感染症法における現在の新型コロナウイルスの位置付けは「2類もどき」、もしくは「5類+α」といった所なんです。この点をもっと強調してくれば、国民の「急に変わっちゃって大丈夫？」の不安も多少減るのに・・・と個人的には思います。

また、今回の分類変更の根拠としてよく出てく話題として「新型コロナウイルス感染症がインフルエンザ並みになったから」というものがあります。実際はどうなのでしょう？

年齢別にみた新型コロナウイルス感染症の重症化率／致死率

		重症化率 (95%信頼区間)			致死率 (95%信頼区間)		
		60歳未満	60・70歳代	80歳以上	60歳未満	60・70歳代	80歳以上
新型コロナウイルス	2021年7～10月	0.56% (0.47-0.65)	3.88% (3.12-4.77)	10.21% (7.65-13.27)	0.08% (0.05-0.12)	1.34% (0.90-1.91)	7.92% (5.66-10.70)
	2022年1～2月	0.03% (0.02-0.04)	1.22% (1.03-1.43)	5.04% (4.51-5.62)	0.01% (0.00-0.01)	0.70% (0.56-0.87)	4.57% (4.06-5.12)
	2022年3～4月	0.03% (0.02-0.04)	0.79% (0.63-0.99)	3.50% (2.91-4.17)	0.01% (0.00-0.01)	0.43% (0.31-0.58)	3.12% (2.56-3.76)
	2022年5～6月	0.01% (0.01-0.03)	0.34% (0.21-0.51)	1.66% (1.18-2.26)	0.00% (0.00-0.01)	0.14% (0.07-0.27)	1.53% (1.08-2.12)
	2022年7～8月	0.01% (0.01-0.02)	0.26% (0.22-0.31)	1.86% (1.68-2.06)	0.00% (0.00-0.01)	0.18% (0.15-0.23)	1.69% (1.51-1.88)
【参考】							
季節性インフルエンザ		0.03%	0.37%	2.17%	0.01%	0.19%	1.73%
新型インフルエンザA (H1N1) pdm2009		0.01%	0.05% (60歳代)	0.07% (70歳以上)	0.001%	0.015% (60歳代)	0.028% (70歳以上)

第111回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード (令和4年12月21日)より

現在流行しているオミクロン株が主流になった2022年7月以降のデータと季節性インフルエンザのデータを比較すると、重症化率、致死率ともに同等、もしくは新型コロナウイルスの方がむしろ良いぐらいのデータです (ただし、それぞれの疾患における重症化の定義が違いますので、一概には言えませんが)。新型コロナウイルス自体の弱毒化やワクチン接種率の増加、重症化リスクの高い方への治療薬の適応などがその理由だと思いますし、2022年11月に承認されたゾコーバ®のように「重症化リスクがなくても使える薬」も出てきましたので、今後さらなる改善も期待できます。この点は、分類変更の十分な根拠になると思います。

ただ、現在の新型コロナウイルス感染症の問題点は「重症化」ではなく「後遺症」です。確かに、インフルエンザでも、急性脳症や異常行動といった後遺症の報告はありますが、その頻度は比較的稀です。それに比べて現在主流になっているオミクロン株の場合、症状の程度に関わらず、約5%の方に何らかの後遺症が発症することが報告されていますし、その症状も強い疲労感・倦怠感、関節痛、筋肉痛、咳、痰、息切れ、胸痛、脱毛、記憶障害、集中力低下、頭痛、抑うつ、嗅覚障害、味覚障害、動悸、下痢、腹痛、睡眠障害、筋力低下など極めて多岐に渡ります。5%と言われてもピンとこないかもしれませんが、例えば令和5年1月31日の全国の感染数 (6万838人) で計算すると、約3,000の方が今後何らかの後遺症で悩まされることになる訳です。それ以外にも潜伏期間、感染のしやすさ、集団免疫の程度など、インフルエンザと新型コロナウイルスは様々な違いがあります。やはり、インフルエンザと同じ物差しで新型コロナウイルスを語ることはやや無理がありますし、今回の分類変更でこの点にあまり触れられていないことに違和感を覚えます。

ちょっとクレームっぽくなってしまいましたので、ここからは、「2類から5類に変わることによるメリットとデメリット」についてまとめてみます。

1. 感染した時の対応

メリット：濃厚接触者（場合によっては症状のない感染者）が通常の生活を送れる

デメリット：感染者が街中に溢れる可能性が高くなる

現在、新型コロナウイルスと診断された場合、発症日を0日として7日間（無症状の場合は検査日を0日として7日間）の自宅待機が必要になります。また、濃厚接触者（原則的には家庭内）も最大5日間の自宅待機が必要です。これが5類感染症になると、自宅待機そのものに法的根拠がなくなりますので、**濃厚接触者はもちろん、無症状の方や軽症の方が、出勤して社会活動を継続することができます**。突然の休養により業務がストップしたり、シフトが回らなくなったりと、様々な業種に大きな影響が出ました。社会活動を安定化させるためには、この分類変更はプラスに働く可能性があります。しかし、**感染者や濃厚接触者が街中に増えることは、ほぼ間違いないと思います**。今まで以上に感染対策が必要になるはずなのです、今回の議論に併せて、マスク着用の緩和も進みそうですし・・・不安でしかないです。

ここで参考になるのがインフルエンザの対応です。インフルエンザに罹った時、多くの方は休養をとられると思いますし、その期間を「発症後5日間、かつ解熱後2日間」と記憶されている方もいらっしゃるかと思います。この休養期間、別に「感染症法」で決められている訳ではありません。実は、これを定義しているのは「学校保健安全法」で、子供たちに対して決められているだけなんです。つまり、一般社会でのインフルエンザの休養期間には法的根拠がないのです。でも、インフルエンザでこの期間休養することに違和感ありませんよね？こういった「休養の目安」を提示して周知することが大切だと思います。

2. 医療費の公費負担

メリット：検査のやり過ぎや無駄な治療が減り、医療費の有効利用ができる

デメリット：受診控えや治療控えが起こり、感染蔓延、重症化する症例が増える可能性

現状、新型コロナウイルス感染症の診療に関する検査、治療、入院に関する医療費は、ほぼ公費で賄われています。とても有難いことではありますが、実際は、症状もなく濃厚接触者でもない人が「心配だから」といった理由だけで検査を受けたり、医学的な理由がないにも関わらず「処方されていれば医療保険が下りるから」といった理由だけで新型コロナウイルスの治療薬が処方されたりといった、由々しき事態も起こっています。**公費負担ではなくなることで、検査や治療の適正化が期待でき、無駄な医療費の削減にもつながると思われ**ます。

デメリットは、当然**新型コロナウイルスに感染した際の自己負担が増えること**です。現状、新型コロナウイルスの検査を自費で受けるとPCR検査で20,000円前後、抗原検査で10,000～15,000円の費用がかかります。3割負担でそれぞれ約6,000円、約4,000円ですので、決して安い検査ではありません。治療費に関してはさらに問題です。例えばモルヌピラビル（商品名ラブゲリオ）という治療薬は、1回の治療に対して実費で94,312円、3割負担で約3万円もする高価な治療です。恐らく、**これまでなら検査で新型コロナウイルス感染症と診断され適**

切な処置をされていた人が、受診を控えたり、検査や治療を拒否したりすることにより、街中に感染を広げてしまったり、重症化リスクの高い方の対応が遅れてしまう可能性も出てくることが予想されます。

検査や薬の量産体制が確立し、ある程度の値段、例えば今のインフルエンザ診療にかかる費用程度になるまでは、検査・治療に必要な費用の一部を国が負担することが望ましいでしょう。

(なお、ワクチンに関しては令和5年1月30日付の厚労省自治体説明会で「感染症法上の位置づけの変更に関わらず予防接種法に基づいて実施する」とアナウンスされており、4月以降も、必要な接種については引き続き自己負担なく受けられるよう検討していく方針になっています。)



3. 対応医療機関の拡大

メリット：発熱外来への患者集中抑制、総合病院の機能正常化

デメリット：診療拒否の可能性、診療レベルのばらつき

現状、新型コロナウイルス感染症の診療は、原則的に診療行うこと（もしくはワクチンを接種すること）を国に申請して発熱外来を開設している医療機関のみが行っています。その医療機関に対して、国から診療に関わる情報やワクチンの配給、感染対策の補助がされ、医療機関側からは国に感染者の数や情報を報告する、といったシステムです。また、入院管理に関しては国の指定した医療機関のみが対応しています。この仕組みが無くなり、全ての医療機関が新型コロナウイルス感染症の診療を行うと、どういうことが起こるのでしょうか。

メリットとしては、**現在診療を行っている医療機関の負担軽減**が予想されます。「発熱外来」といっても、実際に発熱だけを診ているクリニックはごく一部で、ほとんどは、**普段の診療の合間に発熱患者さんを診ています**。発熱の患者さんが来院されたら、一度外来を止めて、感染防護服に着替えて、外に出て診察をして、また一般の外来に戻り、結果が出たら患者さんに伝えに行き、診察室に戻って処方をして、スタッフが外まで会計をしに行き、薬局の先生が薬を届ける・・・**正直、すごく時間がかかります**。これが減ることはかなりのメリットです。もちろん、**総合病院などで起こっている「救急外来が発熱患者さんであふれる」「新型コロナ診療を優先させるため入院や手術延期」**などの自体も回避できることが予想されます。

ただ、今まで新型コロナウイルス感染症の診療をしてきていない医療機関が「じゃあ、5月8日になったので診療開始します!」となるか、といえば、恐らく難しいと思います。というのも、**今新型コロナウイルス感染症の診療を行っていない医療機関の大部分は「診療したいけど出来ない」理由があるのです。**例えば、ご高齢の患者さんが多かったり、糖尿病や透析患者など免疫力の低い方が多かったり、感染者を隔離するスペースがなかったり。これから施設整備に対する補助金が出るといった話ありませんし、そういった医療機関がこれから3カ月の間に診療体制を整えるのは無理があると思います。そうすると、熱が出てかかりつけの医療機関に行っても「うちはまだ診れないから他の医療機関に行つて」となり、他の医療機関に行つても「かかりつけでも診てもらえるはずだからそっちに行つて」といった**診療拒否が発生するかもしれません。**

また、個人的に一番の問題だと思っているのが、「**診療経験の少なさ**」です。新型コロナウイルスに限らず、感染症の診療には、ある程度の経験に基づいた「**勘所**」が必要になってきます。「この経過はコロナっぽい」「この症状はむしろ違う病気かも」「この経過だともしかしたら重症化するかも」といった、経験して初めて身に付く「**臨床的な勘**」が、極めて重要なんです。今まで新型コロナウイルス感染症を診てこなかった先生方が、初めて新型コロナウイルス感染症の患者さんと対峙した時、十分な判断が出来るか・・・これは、決して批判ではありません。繰り返しになりますが、それぞれの医療機関の事情があり、仕方のない事なんです。でも、**恐らく診療レベルにばらつきが出てくることは否定できないと思います。**

まず、新しく新型コロナウイルスの診療を始める医療機関に対して、感染対策等に必要な費用の補助を行う必要があります。経験不足に関しては仕方がないところですが、分類変更前に、それぞれの自治体が地域に即した診療マニュアルを配布したり、各地域の医師会が中心となり新型コロナ診療の勉強会を開いたりするなどの対策が必要です。

4. 行政による介入

メリット：行政や保健所の負担が減り、通常の業務に集中できる

デメリット：入院調整の難航、救急車のたらい回しが起こる可能性

現在は、各都道府県の自治体や保健所が中心になって、感染症指定医療機関等と連絡をとりながら病床の確保、入退院の調整を行っています。感染流行の当初は、詳細な情報収集、全数把握、病状の経過観察などに加え、患者さんや医療機関からの問い合わせ対応など、あり得ないほどの仕事量でした。さすがにそこまででは無くなっていますが、今でも新型コロナウイルス感染の対策を行っている部署の忙しさは続いています。5類への分類変更は、これらの業務負担を軽減し、**保健所の本来の役目であるエイズ・難病対策、精神保健対策、母子保健対策、食品・生活・環境の衛生業務、医療計画の立案などに注力できるようになると思います。**

ただ、患者さんや医療機関にとっては、デメリットの方が多くなると思います。先ほど述べたように、5類になると、法的には全ての医療機関で診療が出来るようになります。一見すると、受け入れ先が増えて、患者さんが入院先に困ることが無くなるように感じますが、**実は真逆かもしれません。**というのも、これまで新型コロナ

ナ病床を確保していた医療機関は、政府からの補助金が給付されていましたが、5類になるとこれが無くなることとなります。新型コロナウイルス感染者の入院は、感染対策やスタッフの人件費、病床の確保など、一般的な入院より費用がかかります。「入院を受け入れれば受け入れると損」という、本末転倒な状況になってしまうかもしれません。そうすると、積極的に新型コロナ患者さんの入院を受け入れる医療機関が減る可能性もあります。そこであおりを食うのが、恐らく救急隊の皆さんです。どこの医療機関も受け入れてくれず、患者さんに乗せたまま何時間も病院を探す・・・なんて状況も起こり得ます。

また、各医療機関で入院調整を行わなければならないことも大きな問題です。通常、診療所から総合病院に患者さんを紹介する時は、事前に紹介状を Fax したり WEB 上で情報提供をしたりして、先方が指定した予約日に受診していただくパターンが多いです。その手続きは、診療時間外に行っています。でも、入院を考慮するほどの新型コロナウイルス感染症症例の場合、そんな悠長なことは言ってられません。外来を止めて、その場で紹介状を書いて、入院を検討する医療機関の地域連携室に受け入れの可否を確認します。これ、結構なプレッシャーなんです。もちろん、どちらが上とか下とかということではないんです。でも、どうしても診療所は「お願いする側」になりますので、パワーバランス的にはどうしても弱い立場になってしまいます。その状況下で受け入れが難しいと言われたら・・・恐らくその後の外来中、ずっと病院探しが続きます。考えるだけでゾッとします。もしかしたら、「本当は入院してもらいたいけど、受け入れてもらえないかもしれないから、家にいてもらおう」なんて状況も起こるかもしれません。ホテル療養もなくなるといいますし、「入院難民」みたいな方が増えるのではないのでしょうか。

この対策はただ一つ、「入院調整のシステムは維持する」ことです。自治体や保健所の皆さんの負担は続きますが、ここは是非とも検討して頂きたいところです。



また、この分類変更とは別の話ですが、マスク着用緩和の議論が、分類変更よりさらに前倒しで進められていることにも違和感があります。マスクを付けていることのデメリットも色々言われていますが、少なくとも感染予防効果は、十分に証明されています。「マスク緩和の方針」は、そのまま「感染リスクを意図的に増やすこと」に繋がることは明らかです。今まで述べた通り、5月8日以降は街中での感染リスクが高くなることが予測されます。マスク緩和を先に行うということは、「感染リスクが高まる状態を作って、その状態でさらに感染リスクの高まるフェーズに突入する」という、明らかに矛盾した対応を行っているのです。個人的にマスク緩和自体は賛成なんですけど、「まずは5類に変更して感染状況の推移や医療体制の整備状況を観察し、落ち着いたタイミングでマスクを緩和する」という対応が正しいのではと思います。

ボリュームが多くなりすぎてしまいましたので、今回のポイントをまとめてみます。

<感染症法上の分類変更議論の問題点>

- 現在の新型コロナの分類は“2類もどき”。変に国民の不安を煽らないためにも「2類→5類」といった極端な変更ではないことをアナウンスすべき
- 新型コロナの「重症化率」や「死亡率」は、確かにインフルエンザと同等になっている。しかし、今の問題点は「後遺症」の多さ。新型コロナとインフルエンザを同じ物差しで測るのは無理がある
- 5類変更後に感染リスクが上がる可能性が高いにも関わらず、それに先んじてマスク着用緩和の議論が進んでしまっている（2段階で感染リスクが上がってしまう可能性が高い）

<5類への変更後に起こり得る変化とその対応>

- 濃厚接触者や無症状者の行動制限がなくなるため経済活動は維持できるが、街中に保菌者が増えるため、市中での感染リスクが明らかに増大する⇒インフルエンザのように、国がおおよそその休養期間を決めて周知する（何らかの法律に反映させることが望ましい）
- 医療費の公費負担が無くなることにより、無駄な検査や投薬がなくなるが、受診控えや治療控えによる感染症の蔓延や重症化症例の増加を招く可能性が高まる⇒保険診療でもインフルエンザ程度の料金に収まるよう、国が医療費の一部負担を行う
- 対応する医療機関が増えることで一部の医療機関への患者集中を防ぎ、総合病院の機能正常化が期待できるが、診療拒否の増加や、医療機関ごとの診療レベルの差が生じる⇒新たに新型コロナ診療を始める医療機関への補助金給付、診療マニュアルの作成や勉強会の企画
- 行政の介入頻度が減ることで、自治体や保健所が本来の業務に戻れるものの、入院調整の難航や、救急車の受け入れ拒否などのたらい回しが起こることが予想される⇒入院調整システムの継続

5類への移行はメリットもあるものの、現時点ではデメリットの方が多いように感じます。そもそも、5月8日を境に、新型コロナウイルス自体が急に弱くなる訳ではありませんので、対応を急に変えることは難しいと思います。それを、20年程度の歴史しかない感染症のルールに当てはめて考えること自体が無理な話なんです。幸い、感染症のエキスパートの先生方が、無理のない分類変更の検討をしてくださっていますので、これから、状況に即した柔軟な対応が発表されることが期待できます。そして、可能ならばそれを感染症法の分類として「新型コロナウイルス等感染症」と定義していただければと思います。

新形コロナウイルスとの戦いは、次のフェーズに入ります。今まで感染症法で維持されてきたセーフティネットがなくなるこれからこそ、今まで以上に個人の感染対策が求められていきます。今一度気合を入れ直して、みんなで頑張りましょう！

