

沖縄県医師会 主催

医師向け研修会

～改めて考えるコロナ対応、
外来・在宅及び施設での対応～

看護介護職その他の
皆さんも大歓迎です！
YouTubeライブ配信より
ご参加ください。

ZOOMミーティング

医師の参加は
こちらから



100名まで参加可能 ミーティングID:914 7625 8337

令和6年6月13日(木) 19:00～20:00 開催

※参加数に限りがあり、参加できなかった場合は、下記のYouTube配信よりご参加ください。

講師



仲村尚司 医師
中頭病院
救急部 医長



新屋洋平 医師
沖縄県医師会在宅医療・
介護連携統括アドバイザー

内容

『改めて考えるコロナ対応、外来・在宅及び施設での対応』

- ・現状と状態別の対応方針、病院の役割分担、
抗ウイルス薬の適応と使い分けについて
- ・在宅でのコロナ診療の医療保険制度について

詳細

沖縄県医師会ホームページに掲載致します。

【沖縄県医師会-在宅医療ホームページ】
<https://www.okinawa.med.or.jp/medical/hokenshakaihoshouiryou/zaitaku/>

問い合わせ先

沖縄県医師会事務局 宮城、藤野
TEL: 098-888-0087 FAX: 098-888-0089
E-mail: shomu@okinawa.med.or.jp

YouTubeライブ
配信はこちらから
ご参加ください



Take home message

COVID-19は軽症化してきているが、現在でもワクチン未接種者、高リスク者においては重症化する

治療の基本は早期の抗ウイルス薬と増悪後の抗炎症薬

抗ウイルス薬：重症化予防が目的 第一選択はパキロビッド

現在は基礎疾患や細菌合併症が問題になることが多い

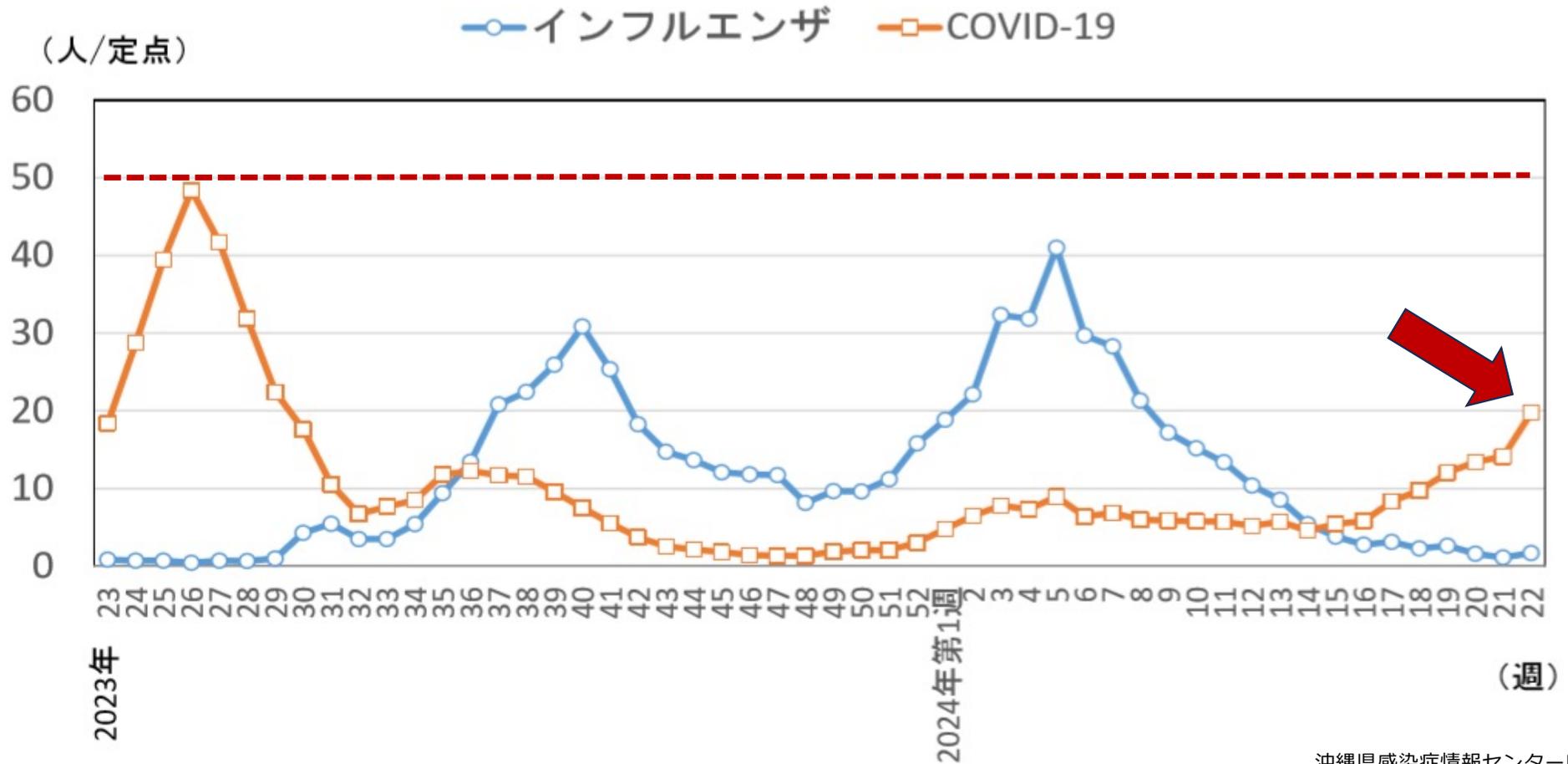
入院医療機関の役割分担と訪問診療重要

ワクチン接種は今後も重要 ＊だけど任意接種は課題が多い

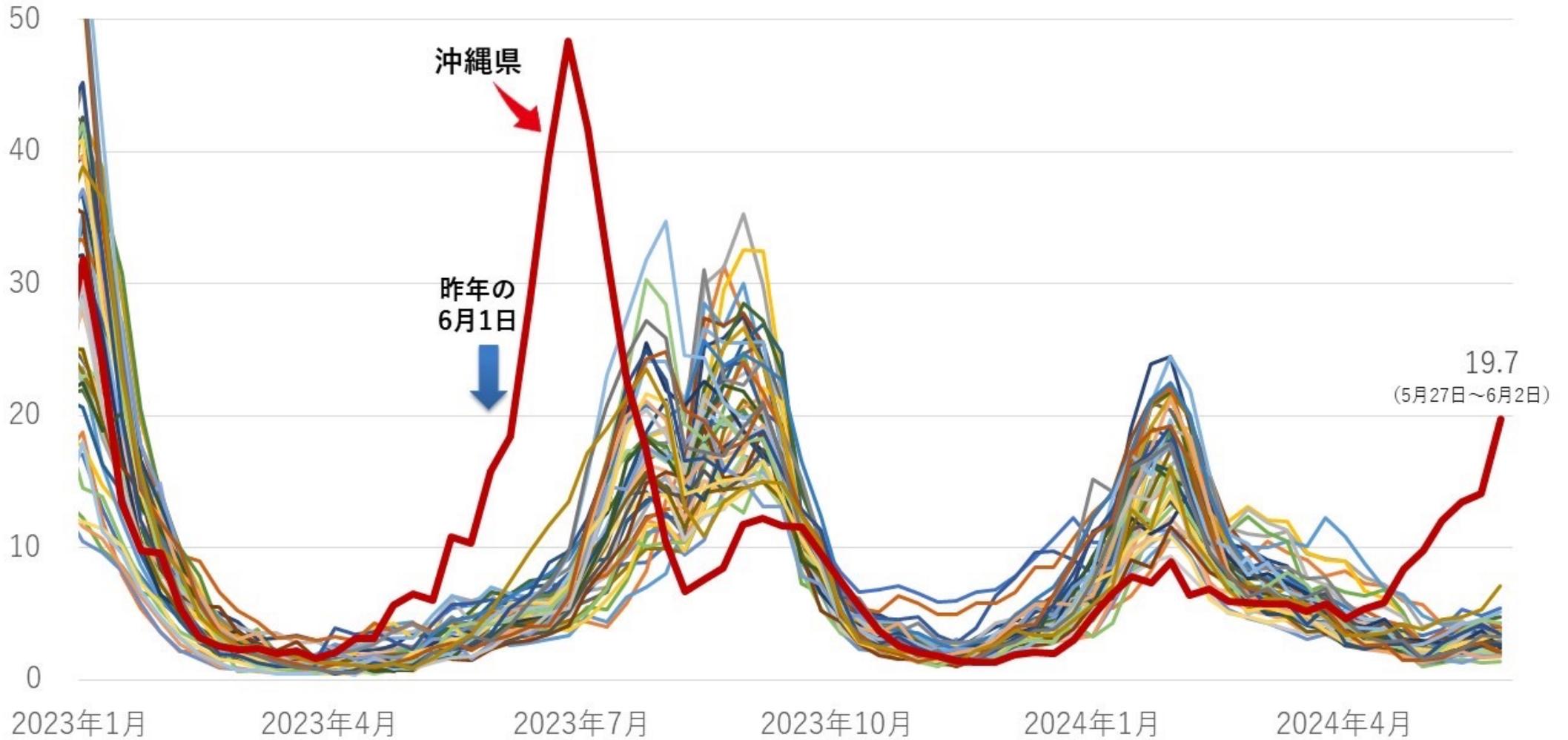
沖縄県内のCOVID-19動向

1. 定点あたり報告数の推移

第21週_14.09人/定点あたり
第22週_**19.74人/定点あたり**



都道府県別にみる定点当たりCOVID-19報告数の推移



国立感染症研究所：IDWR速報データ

関係機関 各位

令和6年6月10日

医療法人徳洲会
中部徳洲会病院
病院長 大城 吉則
(公印省略)

救急搬送及び紹介患者の受け入れ内容の変更について

平素より当院の運営に格別のご厚情を賜り、厚く御礼申し上げます。
下記の日時より、当院の救急患者様の受け入れ対応を変更させていただきます。
各消防の皆様、ご理解ご協力をお願い致します。

- ・ 軽症例 (可・要相談・不可)
- ・ 中等症例 (可・要相談・不可)
- ・ 重症例 (可・要相談・不可)
- ・ CPAとロードアンドゴー (可・要相談・不可)
- ・ その他 (高エネルギー外傷、重症多発外傷疑い、受け入れ不可)
 - 軽症～中等症の外傷：平日(月～金) 8:30～17:00 対応可能
 - その他時間帯：かかりつけ患者様優先

関係機関 各位

沖縄県立中部病院
院長 玉城 和光
(公印省略)

救急受け入れ制限への協力依頼

平素より当院の運営に格別のご厚情を賜り、厚く御礼申し上げます。
下記の日程より当院医療体制の逼迫に伴い、救急患者の救急受け入れは下記の対応となります。

- ・ 内因性ロードアンドゴー (可・要相談・不可)
- ・ 重症多発外傷 (可・要相談・不可)
- ・ CPA (可・要相談・不可)
- ・ 軽症～中等症 (可・要相談・不可)

* コロナウィルス感染症確定者：中等症Ⅱ・重症 (ICU 対応) のみ要相談

皆様には、大変ご迷惑をお掛け致しますが、現状をどうかご理解頂きご協力を賜りますようお願いいたします。

開始日時： 6月10日 (月) 23時 30分 ~

令和6年6月7日

関係機関 各位

社会医療法人敬愛会中頭病院
病院長 下地 勉

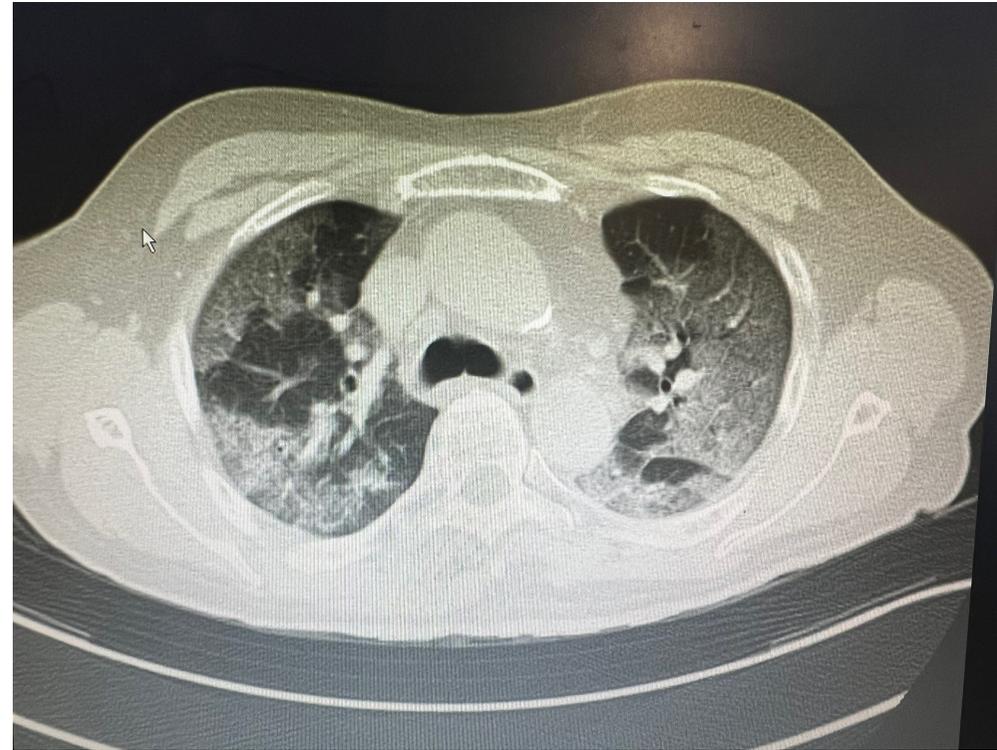
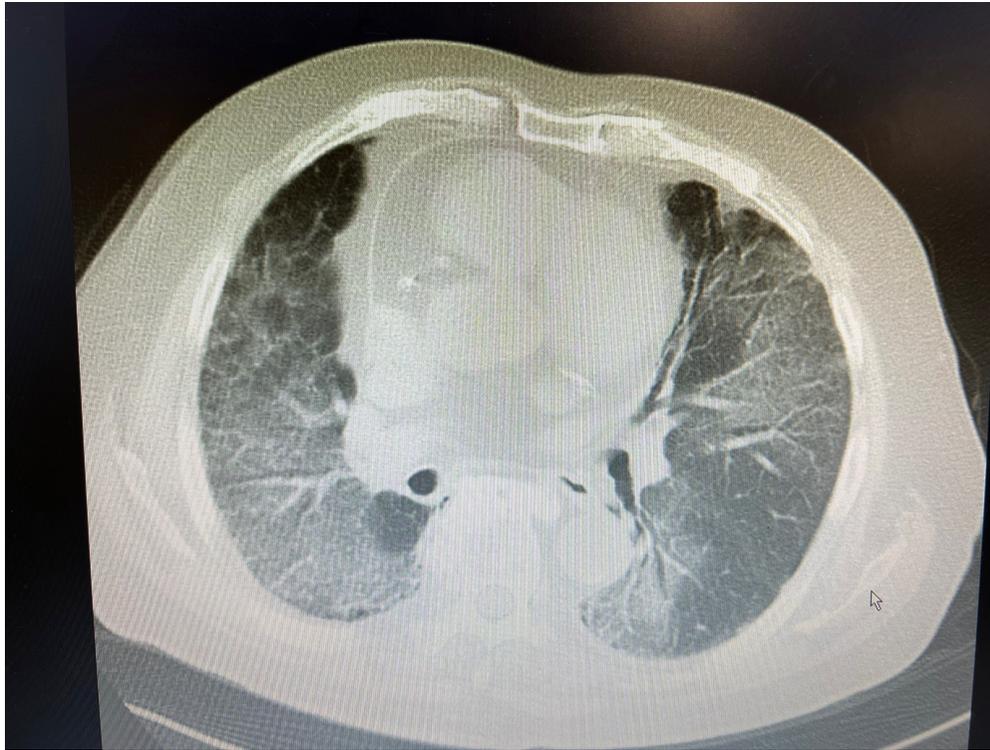
救急車受け入れ制限について

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は当院の運営に関しましてご配慮賜り感謝申し上げます。現在、当院は満床状態が続いており救急患者の受け入れが厳しい状況になっており、救急担当医師の判断により下記の対応をさせていただきます。

- * 軽症・中等症 (可・要相談)
- * 重症 (CPAとロードアンドゴー含む) (可・要相談)

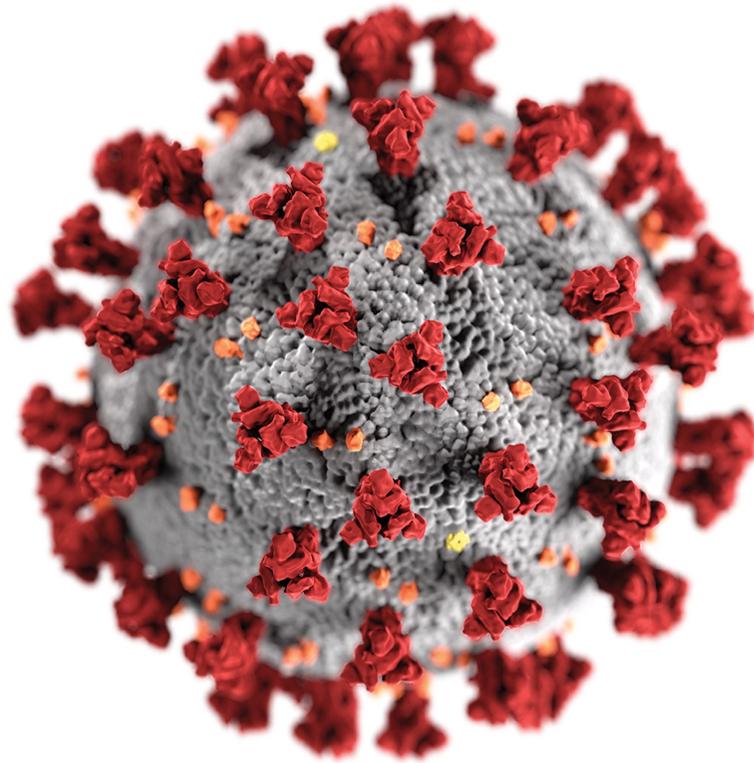
病床逼迫

救急制限



ワクチン最終接種から時間経過もあり
重要肺炎もちらほら

コロナおさらい



新型コロナウイルス変異株 とギリシャ文字

(WHO分類、11月26日現在)

(背景が白の文字は未指定)

懸念される変異株 (VOC)

注目すべき変異株 (VOI)

元VOI変異株 (VUM)

VUMでもない変異株

電子顕微鏡で見た新型コロナウイルス
- アメリカ国立アレルギー・感染症研究所提供

赤色になるほど
警戒度が高い

発見年月と場所

α アルファ	β ベータ	γ ガンマ	δ デルタ	ϵ イプシロン	ζ ゼータ	η イータ	θ シータ	ι イオタ	κ カッパ	λ ラムダ	μ ミュー
2020.9 イギリス	2020.5 南アフリカ	2020.11 ブラジル	2020.10 インド	2020.5 アメリカ	2020.11 イギリス	2020.12 複数国	2021.2 フィリピン	2020.11 アメリカ	2020.10 インド	2020.12 ペルー	2021.1 コロンビア

ν ニュー	ξ クサイ	\omicron オミクロン	π パイ	ρ ロー	σ シグマ	τ タウ	υ ユプシロン	ϕ ファイ	χ カイ	ψ プサイ	ω オメガ
--------------	--------------	--	-------------	--------------	-----------------	--------------	---------------------	---------------	--------------	---------------	-----------------

使用されず

2021.11
南アフリカ

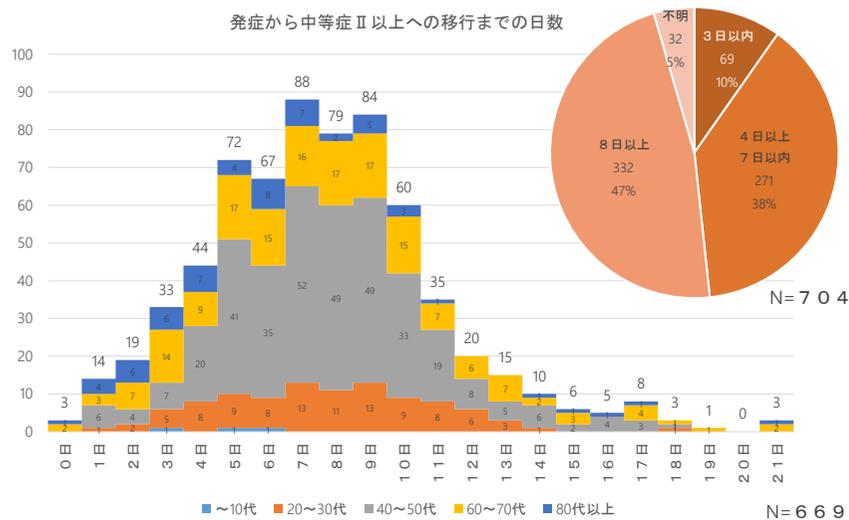
オミクロン株の監視中の亜種

BA.5、BA.2.75 (通称ケンタウロス)、BJ.1、
BA.4.6、XBB (同グリフォン)、BA.2.3.20 (同バジリスク)

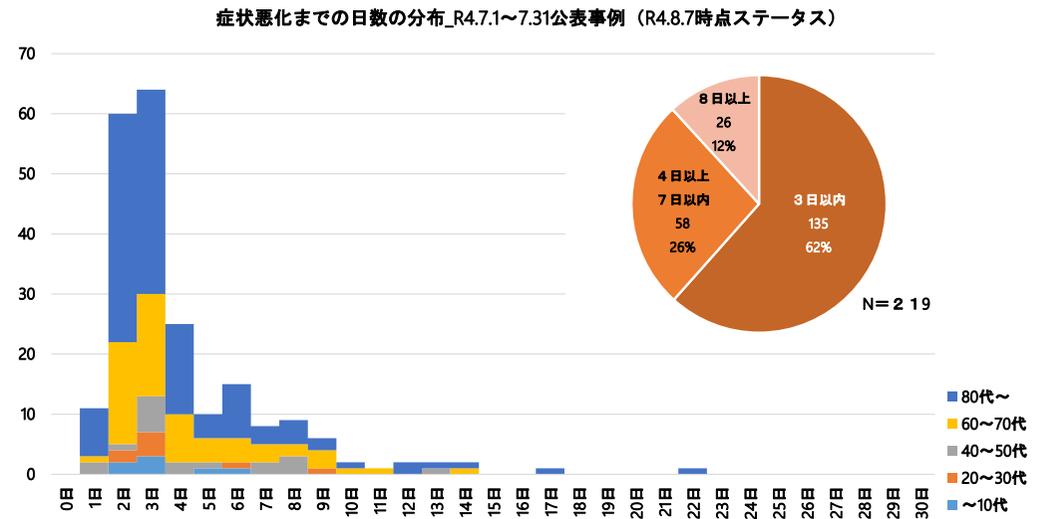
潜伏期間 **5日** (最長14日) → **3日** (最長10日)

新型コロナウイルス感染症診療の手引き 第8.1版

R3.7.1 – R3.10.31



R4.7.1 – R4.7.31



酸素が必要になるまでの日数 (最頻値)

7日 → **3日**

症状の頻度 (%)



診断された人のうち、重症化した割合（％）

年代（歳） 診断年月	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-
2021年7～10月	0.05	0.05	0.01	0.31	1.04	2.25	3.62	4.43	9.17	12.68
2022年1～2月	0.02	0.00	0.00	0.01	0.05	0.12	0.58	2.03	4.25	6.48
2022年3～4月	0.02	0.00	0.00	0.02	0.03	0.16	0.32	1.54	3.10	4.32
2022年5～6月	0.00	0.00	0.02	0.02	0.02	0.05	0.25	0.45	1.19	2.64
2022年7～8月	0.01	0.01	0.00	0.01	0.02	0.04	0.11	0.47	1.47	2.72

診断された人のうち、死亡した割合（％）

年代（歳） 診断年月	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-
2021年7～10月	0.00	0.00	0.00	0.06	0.08	0.42	0.86	2.35	6.21	11.97
2022年1～2月	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	0.03	0.29	1.23	3.67	6.21
2022年3～4月	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.05	0.10	0.94	2.67	4.05
2022年5～6月	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.03	0.08	0.22	1.07	2.51
2022年7～8月	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.02	0.07	0.34	1.27	2.60

Delta株流行期に比べて、Omicron株流行期の死亡率、重症化率は

高齢者で1/4-5まで低下

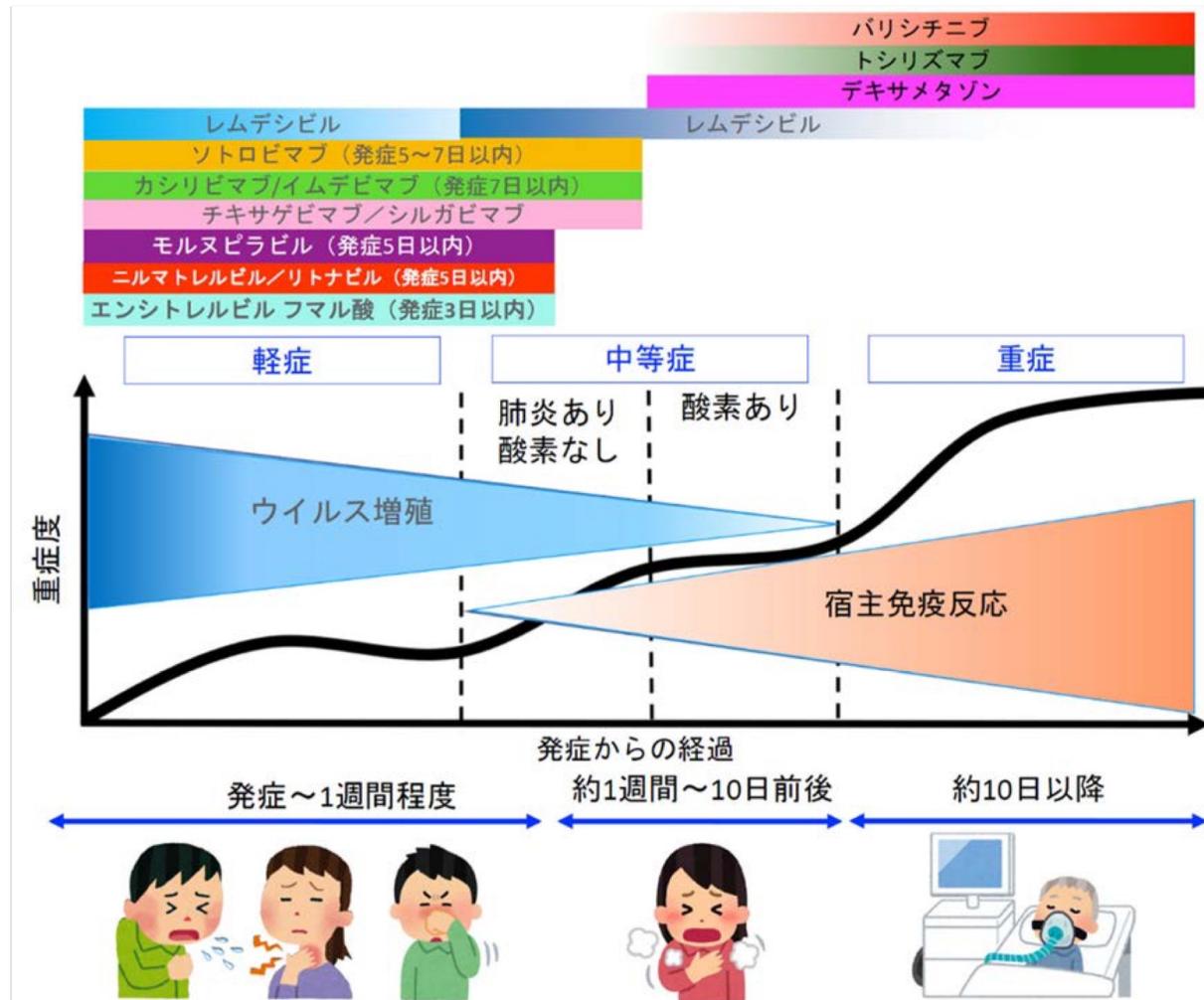


図. COVID-19の重症度と治療の考え方

抗ウイルス薬 → 抗炎症薬

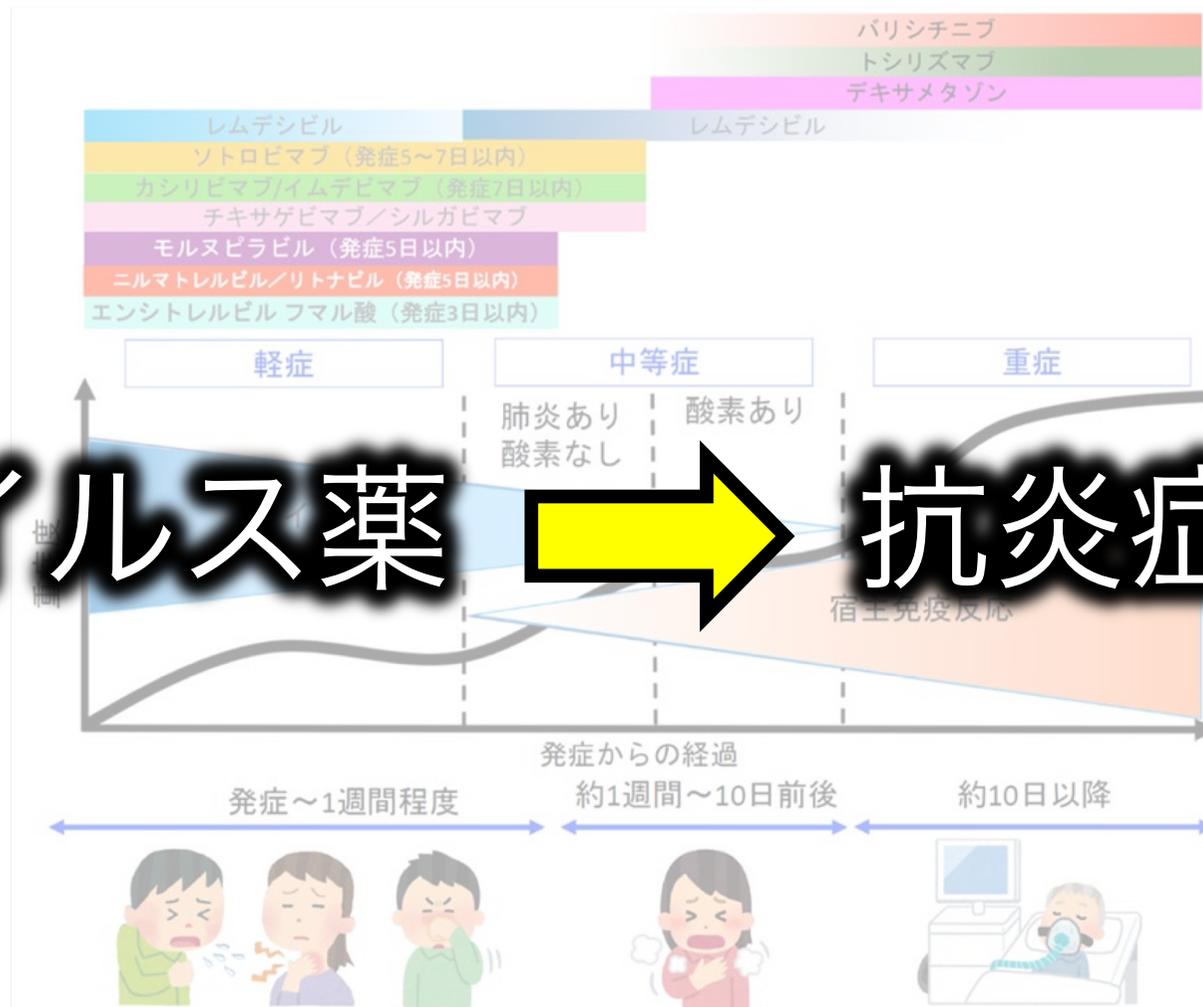


図. COVID-19の重症度と治療の考え方

抗ウイルス薬

① ニルマトレルビル／リトナビル

パキロビッド

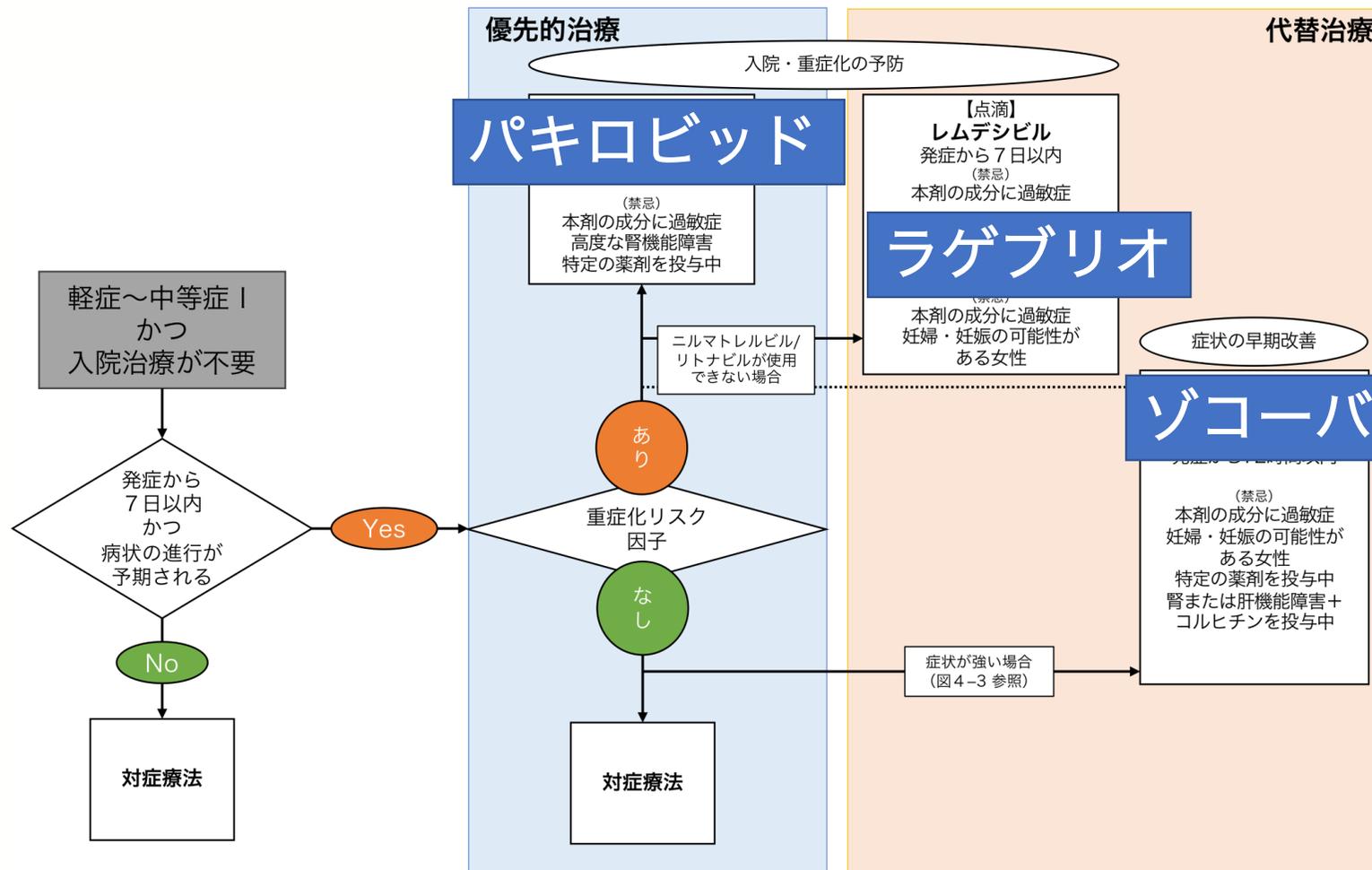
② レムデシビル

ベクルリー

③ モルヌピラビル

ラゲブリオ

- ・ 発症後早期（5日）
- ・ 酸素需要がない時に
- ・ 重症化予防が目的



〈参考〉 WHO. Therapeutics and COVID-19: Living guideline. 10 Nov 2023.
 NIH. COVID-19 treatment guideline. 24 Feb 2024.
 日本感染症学会. COVID-19 に対する薬物治療の考え方 15.1 版. 14 Feb 2023.

ニルマトレルビル／リトナビル

パキロビッド



¥99,027円
(1回治療)

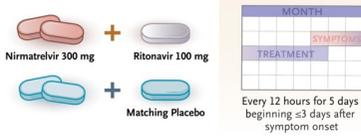
RESEARCH SUMMARY

Oral Nirmatrelvir for High-Risk, Nonhospitalized Adults with Covid-19

Hammond J et al. DOI: 10.1056/NEJMoa2118542

CLINICAL PROBLEM

Safe and effective oral therapies for mild-to-moderate Covid-19 are needed for symptomatic, unvaccinated outpatients at high risk for progression to severe disease. Although monoclonal antibodies are currently available for this indication, they require administration and monitoring in a health care setting and may not work as well against emerging SARS-CoV-2 variants.



CLINICAL TRIAL

Design: An international, phase 2–3, double-blind, randomized, controlled trial assessed the efficacy and safety of the antiviral agent nirmatrelvir plus ritonavir (a pharmacokinetic enhancer) in preventing disease progression in unvaccinated adults with mild-to-moderate Covid-19 who were at high risk for progression to severe Covid-19.

Intervention: 2246 adults with confirmed SARS-CoV-2 infection were randomly assigned to receive nirmatrelvir (300 mg) plus ritonavir (100 mg) or matching placebo every 12 hours for 5 days, beginning within 5 days after the onset of Covid-19 symptoms. The primary outcome of the final analysis involving 1379 patients was the incidence of Covid-19–related hospitalization or death from any cause by day 28 in patients receiving treatment within 3 days after symptom onset.

RESULTS

Efficacy: Nirmatrelvir plus ritonavir resulted in risk of progression to hospitalization or death at 28 days that was significantly lower than the risk with placebo.

Safety: The incidence of adverse events during or after treatment was similar in the two groups. Dysgeusia and diarrhea were more frequent with nirmatrelvir plus ritonavir than with placebo.

LIMITATIONS

- The trial was restricted to unvaccinated patients and those at high risk of progression to severe Covid-19.

Links: Full Article | NEJM Quick Take | Editorial

Treated ≤3 Days after Onset of Symptoms through Day 28 (modified intention-to-treat population)

	Nirmatrelvir Group N = 697	Placebo Group N = 682
Total number of patients with event	5	44
Covid-19–related hospitalization	5	44
Death from any cause	0	9
Estimated percentage with event (95% CI)	0.72 (0.30–1.73)	6.53 (4.90–8.68)
Difference ±SE from placebo — percentage points	–5.81 ±1.01	
Relative risk reduction	88.9%	

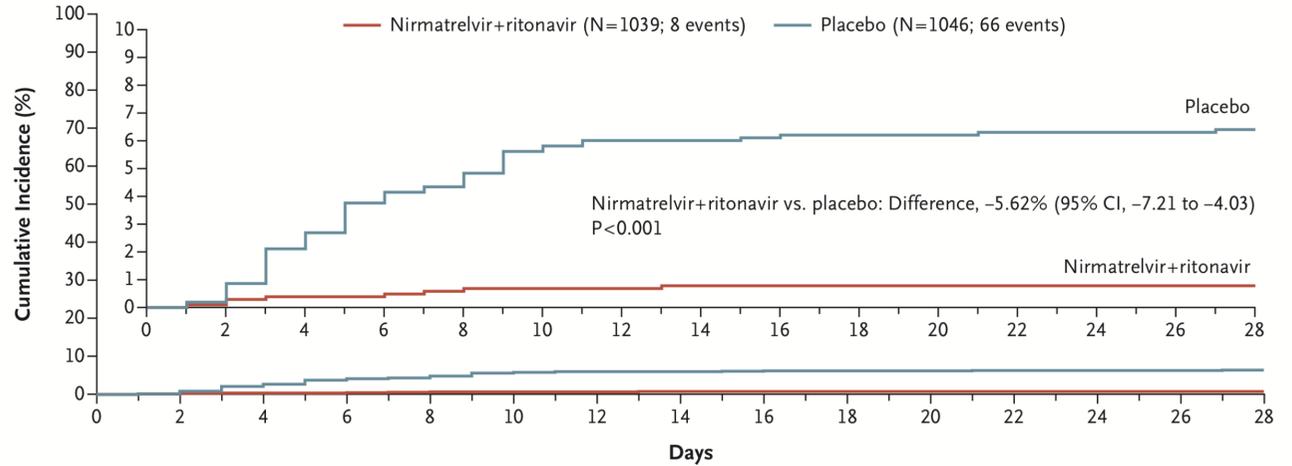
Adverse Events during Treatment Period (safety-analysis population)

	Nirmatrelvir Group N = 1109	Placebo Group N = 1115
No. of adverse events	476	525
Patients with any adverse event — no. (%)	251 (22.6)	266 (23.9)
Serious adverse event	18 (1.6)	74 (6.6)
Maximum grade 3 or 4 adverse event	45 (4.1)	93 (8.3)
Maximum grade 5 adverse event	0	13 (1.2)
Discontinued drug or placebo because of adverse event	23 (2.1)	47 (4.2)
Had dose reduction or temporary discontinuation owing to adverse event	4 (0.4)	4 (0.4)

CONCLUSIONS

As compared with placebo, nirmatrelvir plus ritonavir reduced the risk of Covid-19–related hospitalization or death from any cause in symptomatic, unvaccinated, nonhospitalized patients at high risk for progression to severe Covid-19.

B Covid-19–Related Hospitalization or Death from Any Cause through Day 28 among Patients Treated ≤5 Days after Symptom Onset



No. at Risk

	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28
NMV-r	1039	1034	1023	1013	1007	1004	1002	1000	997	995	993	993	993	993	992
Placebo	1046	1042	1015	990	977	963	959	959	955	953	951	948	948	948	945

二重盲検化RCT
 2021/7~12 デルタ時代
 全員ワクチン未接種
 61%基礎疾患あり

入院・死亡リスク

89% 減少

RESEARCH SUMMARY

Nirmatrelvir for Vaccinated or Unvaccinated Adult Outpatients with Covid-19

Hammond J et al. DOI: 10.1056/NEJMoa2309003

CLINICAL PROBLEM

Effective oral treatments for Covid-19 are needed that can shorten the time to symptom resolution and reduce the risk of progression to severe illness. The oral antiviral nirmatrelvir, in combination with ritonavir, has been shown to reduce the risk of Covid-19–related hospitalization or death from any cause in unvaccinated adults at high risk for severe Covid-19, but whether it can reduce the duration of symptoms in a broader group is unknown.

CLINICAL TRIAL

Design: A phase 2–3, double-blind, randomized, controlled trial assessed the efficacy and safety of nirmatrelvir–ritonavir in adult outpatients (either unvaccinated or not vaccinated within the previous year) without risk factors for severe Covid-19 and fully vaccinated adults with at least one risk factor for severe disease.

Intervention: 1296 adults with confirmed Covid-19 and symptom onset within the previous 5 days were assigned to receive either 300 mg of nirmatrelvir plus 100 mg of ritonavir or placebo every 12 hours for 5 days. The primary end point was the time to sustained alleviation of all targeted signs and symptoms of Covid-19.

RESULTS

Efficacy: The time to sustained alleviation of symptoms did not differ significantly between the two groups.

Safety: The percentages of participants with adverse events through day 34 were similar in the two groups; the most common adverse events in the nirmatrelvir–ritonavir group were dysgeusia, diarrhea, and nausea.

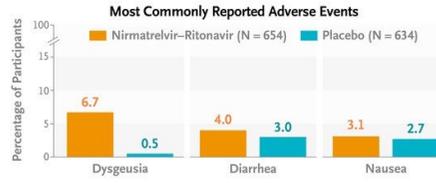
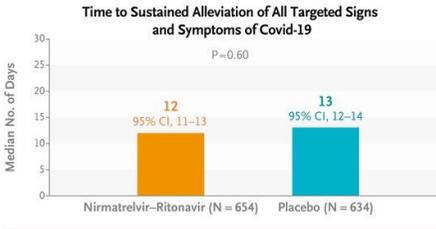
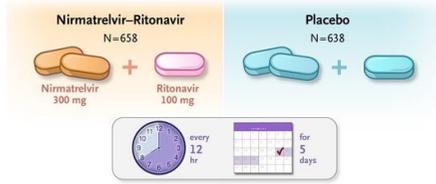
LIMITATIONS AND REMAINING QUESTIONS

- The participants in the vaccinated high-risk subgroup were enrolled regardless of the time since their last administered vaccine dose.
- Nirmatrelvir–ritonavir has a distinctive taste, so participants may have suspected that they were taking that medication.
- The trial was started during the period of delta-variant predominance, and therefore the efficacy of the treatment against other variants is unknown.

Links: Full Article | NEJM Quick Take | Editorial

N Engl J Med 2024;390:1186-1195

Copyright © 2024 Massachusetts Medical Society.



CONCLUSIONS

Among outpatients with Covid-19 who were at standard risk or high risk for progression to severe Covid-19, nirmatrelvir and ritonavir did not significantly shorten the time to symptom alleviation.

Table 1. Demographic and Clinical Characteristics of Participants Included in the Full Analysis Population.*

Characteristic	Nirmatrelvir–Ritonavir (N = 658)	Placebo (N = 638)	Total (N = 1296)
Sex — no. (%)			
Male	312 (47.4)	284 (44.5)	596 (46.0)
Female	346 (52.6)	354 (55.5)	700 (54.0)
Median age (range) — yr	41 (18–87)	42 (18–82)	42 (18–87)
Race or ethnic group — no. (%)†			
White	515 (78.3)	502 (78.7)	1017 (78.5)
Black	28 (4.3)	23 (3.6)	51 (3.9)
Asian	70 (10.6)	72 (11.3)	142 (11.0)
American Indian or Alaska Native	39 (5.9)	32 (5.0)	71 (5.5)
Not reported or unknown	6 (0.9)	9 (1.4)	15 (1.2)
Hispanic or Latino	274 (41.6)	262 (41.1)	536 (41.4)
Not reported	4 (0.6)	6 (0.9)	10 (0.8)
Geographic region — no. (%)			
United States	216 (32.8)	206 (32.3)	422 (32.6)
Europe	222 (33.7)	215 (33.7)	437 (33.7)
Rest of			
Median BM			
Vaccinated			
Serologic to			
Positive	404 (73.2)	473 (74.2)	877 (73.6)
Negative	161 (24.5)	149 (23.4)	310 (23.9)
Unknown	15 (2.3)	14 (2.2)	29 (2.2)
Baseline Covid-19 severity — no. (%)‡			
None	8 (1.2)	11 (1.7)	19 (1.5)
Mild			
Moderate			
Severe			
Missing			
Median time from first symptom to start of treatment (range) — days	3 (0–5)	3 (0–6)	3 (0–6)
Risk status			
High risk			
Standard risk			
Other			
Most common			
BMI ≥30	86 (13.1)	86 (13.5)	172 (13.3)
Smoking			
Hypertension			
Diabetes mellitus			
≥65 yr of age			

* The full analysis population included all participants who received the assigned treatment and were included in the primary analysis. Percentages are based on the number of participants who were included in the primary analysis. † Race and ethnic group were reported by the participants. ‡ Data were missing for 2 participants in the placebo group. § Participants were considered to be high risk if they were unvaccinated or not vaccinated within the previous year, had a history of severe Covid-19, or had a history of hospitalization or death from any cause due to Covid-19. ¶ The most severe targeted sign or symptom was defined as the sign or symptom that was most severe by the absence of such risk factors. †† High risk was defined by the presence of at least one of the following risk factors: unvaccinated or not vaccinated within the previous year, history of severe Covid-19, or history of hospitalization or death from any cause due to Covid-19. ††† Risk factors occurring in at least 10% of participants.

二重盲検化RCT

1年以内ワクチン未接種・低リスク者

1年以内ワクチン接種・高リスク者

X 1年以内ワクチン未接種・高リスク者

症状改善時間：有意差なし

低リスク群では投与意義薄い

Sub : 高リスク群で入院・死亡率
差: -1.3% (95% 信頼区間: -3.3% ~ 0.7%)

N Engl J Med 2022;387:790-8.

2022/1/9~3/31

オミクロンパンデミック中 イスラエル

109,254人 後方視的観察研究

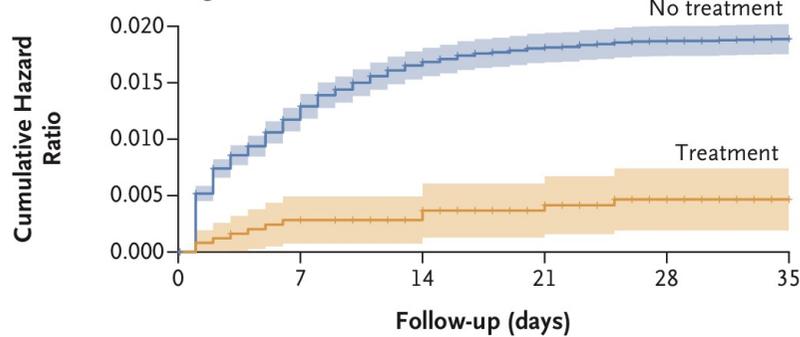
78% ワクチン接種or既感染

65歳以上死亡調整HR

0.21 (95%CI 0.05~0.82)

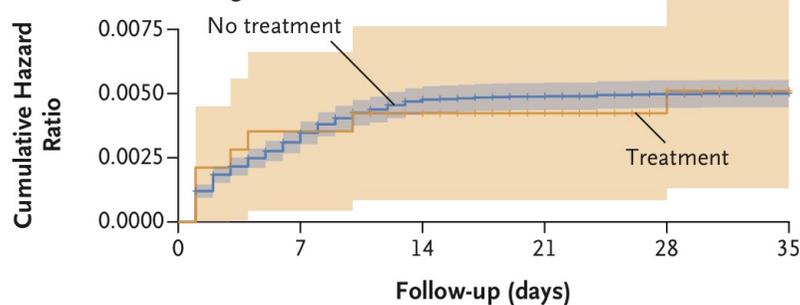
オミクロン時代でも高齢者には
有益な可能性あり

A Patients ≥65 Yr of Age



No. at Risk						
	0	7	14	21	28	35
No treatment	42,821	39,802	38,842	37,174	34,548	30,408
Treatment	2,483	2,475	2,370	2,117	1,841	1,498
Cumulative No. of Events						
	0	7	14	21	28	35
No treatment	0	535	690	739	760	766
Treatment	0	7	9	10	11	11

B Patients 40–64 Yr of Age



No. at Risk						
	0	7	14	21	28	35
No treatment	66,433	64,805	63,932	61,911	58,268	51,719
Treatment	1,418	1,413	1,368	1,268	1,153	950
Cumulative No. of Events						
	0	7	14	21	28	35
No treatment	0	228	312	320	325	327
Treatment	0	5	6	6	7	7

相

他の薬育
本剤は併

リトナビルは、肝臓の酵素CYP3A4を阻害

また、本剤で治療中に新たに他の薬剤を服用する場合、事前に相談するよう患者にご指導ください。

併用禁忌薬(薬効分類順)

本剤と、これらの薬剤の併用は禁忌です。

薬効分類	薬剤名等	効能又は効果
抗結核薬	<input type="checkbox"/> リファブチン (ミコブチン) <input type="checkbox"/> リファンピシン (リファジン)	●結核症、マイコバクテリウム・アビウムコンプレックス(MAC)症を含む非結核性抗酸菌症、HIV感染患者における播種性MAC症の発症抑制 ●肺結核及びその他の結核症、マイコバクテリウム・アビウムコンプレックス(MAC)症を含む非結核性抗酸菌症、ハンセン病
抗真菌薬	<input type="checkbox"/> ポリコナゾール® (ブイフェント)	●各種重症又は難治性真菌感染症 ●造血幹細胞移植患者における深在性真菌症の予防
抗悪性腫瘍薬	<input type="checkbox"/> ベネトクラクス(再発又は難治性の慢性リンパ性白血病(小リンパ球性リンパ腫を含む)の用量増期)(ベネクレグスタ) <input type="checkbox"/> アバルタミド(アーリーダ)	●再発又は難治性の慢性リンパ性白血病(小リンパ球性リンパ腫を含む) ●急性骨髄性白血病 ●遠隔転移を有しない去勢抵抗性前立腺癌 ●遠隔転移を有する前立腺癌
鎮痛薬	<input type="checkbox"/> アンピロキシカム® (フルカム) <input type="checkbox"/> ピロキシカム® (バキソ、フェルデン)	●各種疾患並びに症状の鎮痛、消滅 ●各種疾患並びに症状の消滅、鎮痛
高脂血症治療薬	<input type="checkbox"/> ロミタピドメシル酸塩(ジャクスタピッド)	●ホモ接合体家族性高コレステロール血症
子宮収縮薬	<input type="checkbox"/> エルゴメトリンマレイン酸塩® <input type="checkbox"/> メチルエルゴメトリンマレイン酸塩® (バルランタ)	●子宮収縮の促進ならびに子宮出血の予防及び治療 ●子宮収縮の促進ならびに子宮出血の予防及び治療
抗凝固薬	<input type="checkbox"/> リバロキサバン (イグザレルト)	【成人】●非弁膜症性心房細動患者における虚血性脳卒中及び全身性塞栓症の発症抑制 ●静脈血栓塞栓症(深部静脈血栓症及び肺血栓塞栓症)の治療及び再発抑制 【小児】●静脈血栓塞栓症の治療及び再発抑制
抗血小板薬	<input type="checkbox"/> チカグレロル® (プリリタ)	●経皮的冠動脈形成術(PCI)が適用される急性冠症候群(不安定狭心症、非ST上昇心筋梗塞、ST上昇心筋梗塞) ●リスク因子を1つ以上有する陳旧性心筋梗塞のうち、アテローム血栓症の発現リスクが特に高い場合
降圧薬	<input type="checkbox"/> オルメサルタン メドキシミル・アゼルニジピン(レザルタス配合錠) <input type="checkbox"/> エブレノン (セララ) <input type="checkbox"/> アゼルニジピン(カルブロック)	●高血圧症 ●高血圧症 ●次の状態で、アンジオテンシン変換酵素阻害薬又はアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬、β遮断薬、利尿薬等の基礎治療を受けている患者:慢性心不全 ●高血圧症
抗不整脈薬	<input type="checkbox"/> アミオダロン塩酸塩 (アンカロン) <input type="checkbox"/> ペプリジル塩酸塩水和物® (ペプリコール) <input type="checkbox"/> フレカイニド酢酸塩 (タンボコール) <input type="checkbox"/> プロパフェノン塩酸塩® (プロノン) <input type="checkbox"/> キニジン硫酸塩水和物	●生命に危険のある次の再発性不整脈で他の抗不整脈薬が無効か、又は使用できない場合: 心室細動、心室性頻拍、心不全(低心機能)又は肥大型心筋症に伴う心房細動 ●持続性心房細動、頻脈性不整脈(心室性)で他の抗不整脈薬が使用できないか、又は無効の場合 ●狭心症 ●下記の状態で他の抗不整脈薬が使用できないか、又は無効の場合【成人】頻脈性不整脈(発作性心房細動・粗動、心室性)【小児】頻脈性不整脈(発作性心房細動・粗動、発作性上室性、心室性) ●頻脈性不整脈で他の抗不整脈薬が使用できないか又は無効の場合 ●期外収縮(上室性、心室性) ●発作性頻拍(上室性、心室性) ●新鮮心房細動、発作性心房細動の予防、陳旧性心房細動 ●心房粗動 ●電気ショック療法との併用及びその後の洞調律の維持 ●急性心筋梗塞時における心室性不整脈の予防

効能又は効果

律かつ投与開始時の安静時心拍数が75回/分以上の慢性心
ただし、β遮断薬を含む慢性心不全の標準的な治療を受けて
者に限る。

脈性肺高血圧症

肺高血圧症 治療薬	<input type="checkbox"/> タダラフィル (アドシルカ) <input type="checkbox"/> リオシグアト (アテムパス)	●肺動脈性肺高血圧症 ●外科的治療不適又は外科的治療後に残存・再発した慢性血栓性肺高血圧症 ●肺動脈性肺高血圧症
抗精神病薬	<input type="checkbox"/> プロナセリン(ロナセン) <input type="checkbox"/> ルラシドン塩酸塩(ラツダ) <input type="checkbox"/> ピモジド®	●統合失調症 ●統合失調症 ●双極性障害におけるうつ症状の改善 ●統合失調症 ●小児の自閉性障害、精神遅滞に伴う諸症状
催眠鎮静薬 抗不安薬	<input type="checkbox"/> スボレキサント(ベルソムラ) <input type="checkbox"/> クロラゼパム二カリウム (メンドン) <input type="checkbox"/> エスタゾラム(ユーロジン) <input type="checkbox"/> フラゼパム塩酸塩(ダルメート) <input type="checkbox"/> トリアゾラム(ハルシオン)	●不眠症 ●神経症における不安・緊張・焦躁・抑うつ ●不眠症 ●麻酔前投薬 ●不眠症 ●麻酔前投薬 ●不眠症 ●麻酔前投薬
麻酔薬 抗てんかん薬	<input type="checkbox"/> ミダゾラム (ドルミカム、ミダフレッサ)	【ドルミカム】●麻酔前投薬 ●全身麻酔の導入及び維持 ●集中治療における人工呼吸中の鎮静 ●歯科・口腔外科領域における手術及び処置時の鎮静 【ミダフレッサ】●てんかん重積状態
抗不安薬 抗てんかん薬	<input type="checkbox"/> ジアゼパム® (セルシン、ホリゾン)	●神経症における不安・緊張・抑うつ ●うつ病における不安・緊張 ●心身症における身体症状並びに不安・緊張・抑うつ ●脳脊髄疾患に伴う筋痙攣・疼痛における筋緊張の軽減 ●麻酔前投薬 ●てんかん様重積状態におけるけいれんの抑制(注射剤)
抗てんかん薬	<input type="checkbox"/> カルバマゼピン (テグレート) <input type="checkbox"/> フェノバルビタール (フェノバル) <input type="checkbox"/> フェニトイン (ヒダントール、アレビアチン) <input type="checkbox"/> ホスフェニトインナトリウム水和物 (ホストイン)	●精神運動発作、てんかん性格及びてんかんに伴う精神障害、てんかんの痙攣発作: 強直間代発作(全般痙攣発作、大発作) ●躁病、躁うつ病の躁状態、統合失調症の興奮状態 ●三叉神経痛 ●不眠症 ●不安緊張状態の鎮静 ●てんかんのけいれん発作: 強直間代発作(全般けいれん発作、大発作)、焦点発作(ジャクソン型発作を含む) ●自律神経発作、精神運動発作 【経口薬】●てんかんのけいれん発作: 強直間代発作(全般けいれん発作、大発作)、焦点発作(ジャクソン型発作を含む) ●自律神経発作 ●精神運動発作 【注射薬】●てんかん様けいれん発作が長時間引き続いて起こる場合(てんかん発作重積症) ●経口投与が不可能でかつけいれん発作の出現が濃厚に疑われる場合(特に意識障害、術中、術後) ●急速にてんかん様けいれん発作の抑制が必要な場合 ●てんかん重積状態 ●脳外科手術又は意識障害(頭部外傷等)時のてんかん発作の発現の抑制 ●フェニトインを経口投与しているてんかん患者における一時的な代替療法
頭痛治療薬	<input type="checkbox"/> エルゴタミン酒石酸塩・無水カフェイン・イソプロピルアンチピリン(グリアミン)	●血管性頭痛、片頭痛、緊張性頭痛
片頭痛治療薬	<input type="checkbox"/> エレトリプタン臭化水素酸塩 (レルパックス) <input type="checkbox"/> ジヒドロエルゴタミンメシル酸塩	●片頭痛 ●片頭痛(血管性頭痛) ●起立性低血圧
糖尿病合併 慢性腎臓病治療薬	<input type="checkbox"/> フィネレノン (ケレンディア)	●2型糖尿病を合併する慢性腎臓病
勃起不全改善薬	<input type="checkbox"/> バルデナフィル塩酸塩水和物® (レビトラ)	●勃起不全
その他	<input type="checkbox"/> セイヨウオトギリソウ (St. John's Wort、セント・ジョーンズ・ワート) 含有食品 (ハーブティー、サプリメントなど)	

※電子化された添付文書に記載されている効能又は効果と異なる表現が含まれています。各薬剤の効能又は効果を含む詳細については、最新の電子化された添付文書をご確認ください。

Management of Drug Interactions With
Nirmatrelvir/Ritonavir (Paxlovid®):
Resource for Clinicians



IDSA COVID-19 TREATMENT AND MANAGEMENT GUIDELINE PANEL ON BEHALF OF
THE INFECTIOUS DISEASES SOCIETY OF AMERICA

Last Updated: May 6, 2022- Version 1.1*

パキロビッドの使用を完全に避けるべきほど深刻な相互作用があるのは リバーロキサバン と サルメテロール のみ

併用薬について	ニルマトルビル ／リトナビルの 薬物濃度への影 響	可能な効果	ニルマテルビル／リトナビル投与中の推奨事項
リバーロキサバン	↑	出血量の増加	ニルマテルビル／リトナビルを避ける。
サルメテロール	↑	心臓への影響増大	ニルマテルビル／リトナビルを避ける。

ニルマトレルビル／リトナビル

パキロビット

¥99,027円

(1割 ¥9,903円)

内服薬 12歳以上かつ40kg以上対象

300mg/100mg 1日2回 5日間

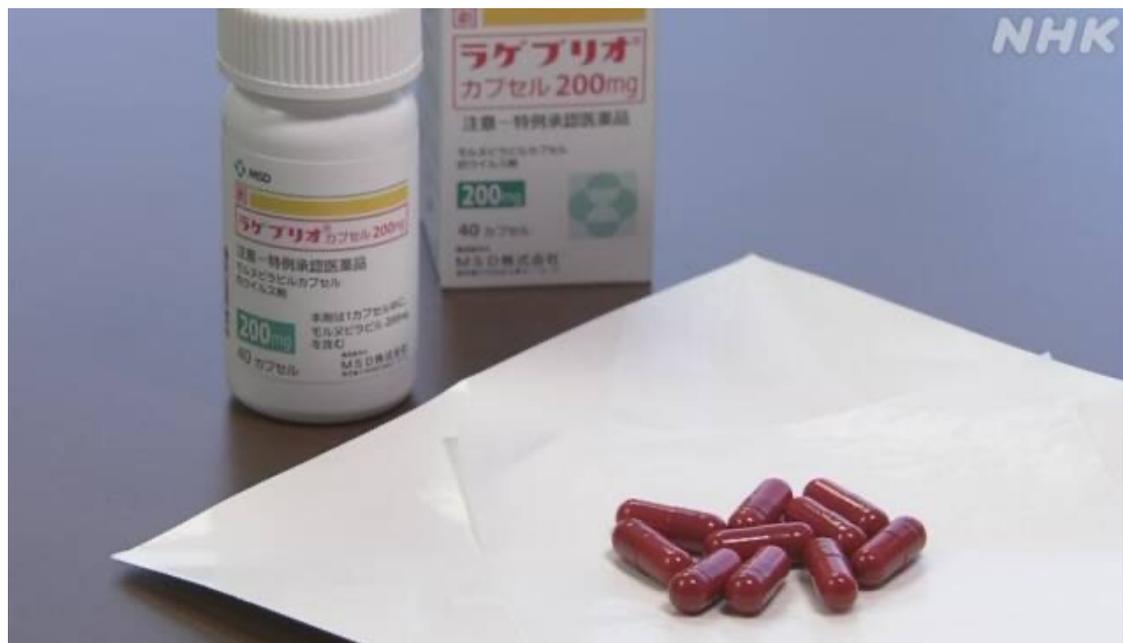
重症化予防効果が最も期待できる (WHO/NIH推奨)

薬物相互作用が多い

腎機能で調整が必要 (GFR<30は非推奨)

モルヌピラビル

ラゲブリオ



¥94,312円
(1回治療)

Molnupiravir plus usual care versus usual care alone as early treatment for adults with COVID-19 at increased risk of adverse outcomes (PANORAMIC): an open-label, platform-adaptive randomised controlled trial

Lancet 2023; 401: 281-93

二重盲検化RCT

イギリス多施設

99% ワクチン接種

基礎疾患 69%

オミクロン時代

(92% 3回接種)

年齢：56.6歳 (SD12.6)

入院・死亡 有意差なし

Key facts

Name of medicine	Lagevrio
Active substance	molnupiravir
International non-proprietary name (INN) or common name	molnupiravir
Therapeutic area (MeSH)	COVID-19 virus infection
Anatomical therapeutic chemical (ATC) code	J05A
EMA product number	EMA/H/C/005789
Marketing authorisation applicant	Merck Sharp & Dohme B.V.
Withdrawal of application	21/06/2023

医薬品・医療機器等の費用対効果の総合的評価案について

対象品目名：ラゲブリオカプセル 200mg (モルヌピラビル)

製造販売業者名：MSD 株式会社

効能・効果：SARS-CoV-2 による感染症

対象集団	比較対照技術	ICER (円/QALY) の区分	患者割合 (%)
重症化リスク因子を有する SARS-CoV-2 による感染症 (COVID-19) 患者 (18 歳以上)	標準治療	費用増加 ^{※1}	100.0

※1 価格決定に当たっては、その時点における対象品目及び比較対照技術の最新の価格並びにその価格を用いた ICER の区分を用いる。

※2 決定された ICER の区分について、価格決定の時点における対象品目及び比較対照技術の最新の価格を用いて、機械的に再計算し、区分が変更される場合がある。

欧州では申請取り下げ

費用対効果評価制度で 費用増加 判定 薬価引き下げへ

モルヌピラビル

ラゲブリオ

¥94,312円
(1割¥9,431円)

内服薬 18歳以上

800mg 1日2回 5日間

他より推奨度低い

肝腎機能によらずに使用可
飲み合わせ 気にしなくていい

妊婦・授乳婦に使用不可

エンシトレルビル

ゾコーバ



¥51,581円

Original Investigation | Infectious Diseases

Efficacy and Safety of 5-Day Oral Ensitrelvir for Patients With Mild to Moderate COVID-19

The SCORPIO-SR Randomized Clinical Trial

2022/2~2022/7

オミクロンパンデミック中 日本 ベトナム 韓国

二重盲検化RCT

軽症～中等症 70歳未満 92%ワクチン接種済み

軽症から中等症1のCOVID-19患者に対するゾコーバの効果と安全性

新米ID @black_kghp 投稿引用

2022.2-7に92施設を対象とした二重盲検RCT		ゾコーバ 125mg	プラセボ	difference, p値
患者背景	症例数	347人	343人	
	年齢	35.7歳	34.7歳	
	ワクチン2回接種	91.1%	90.4%	
	重症化リスクあり	30.8%	25.9%	
1	5大症状改善までの日数 (鼻汁, 咽頭痛, 咳, 熱感, 倦怠感)	167.9 時間	192.2時間	-24.3 時間 (-78.7~11.7時間, p=0.04)
2	ウイルスカ価陰性の時間	36.2時間	65.3時間	-29.1 時間 (-42.3~-21.1, P<0.001)
	4日目のウイルス減少量	-2.48 log ₁₀ copies	-1.01 log ₁₀ copies	-1.47 log ₁₀ copies (-1.63~-1.31, p<0.001)
副反応	副反応	44.2%	24.8%	
	重篤な副反応	0.2%	0.2%	

発症72時間以内にゾコーバを内服することで重篤な副作用なく5大症状が約1日早く軽快する

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）治療薬エンシトレルビル
フマル酸のグローバル第3相臨床試験（SCORPIO-HR）結果に
ついて

2024/05/13 プレスリリース

査読文献発表なし

第三相試験

二重盲検化RCT

アジア、北南米、欧州、アフリカ

主要評価項目

15症状が消失するまでの時間 **：** **有意差なし**

エンシトレルビル

ゾコーバ

¥51,581円
(3割：¥15,555円)

内服薬 12歳以上

対象：重症化リスクのない軽症～中等症1

初日 375mg 2日目- 125mg 5日間

重症化予防効果が証明されていない

症状が 190→170時間へ短縮

薬物相互作用が多い

妊婦・授乳婦に使用不可

レムデシビル **ベクルリー**

注射薬 3.5kg以上で投与可

初回 200mg 2日目- 100mg 重症化予防3日/中等症5日

重症化予防効果が期待できる

酸素開始後も投与可 (ただし重症では推奨度↓)

腎機能で調整不要 **入院で対応します**

新型コロナウイルス感染症治療薬の種類と薬価

	ベクルリー点滴静注用	パキロビッドパック	ラゲブリオカプセル	ゾコーバ錠	(参考) タミフルカプセル
一般名	レムデシビル	ニルマトレルビル/リトナビル	モルヌピラビル	エンシトレルビル	オセルタミビル
投与対象	重症化リスクがある軽症 すべての中等症以上	重症化リスクがある軽症 酸素投与のない中等症		すべての軽症 酸素投与のない中等症	すべての感染者 予防目的の使用可
禁忌 注意点	—	薬物相互作用が多い 重度肝腎障害は避ける	妊婦は禁忌（4日間避妊） 内服中は授乳は避ける	妊婦は禁忌（2週間避妊） 2週間は授乳を避ける	腎機能障害は用量調整
重症化 予防効果	入院または死亡を 87%減¹⁾	入院または死亡を 89%減²⁾	入院または死亡を 30%減³⁾	重症化予防効果は 確認されていない	重症化予防効果は 確認されていない
1回治療 あたり薬価	185,992円	99,027円	94,312円	51,851円	2,058円 (ジェネリックあり)
3割負担	55,798円	29,708円	28,294円	15,555円	617円
1割負担	18,599円	9,903円	9,431円	5,185円	206円
生活保護	自己負担なし				

1) N Engl J Med 2022; 386:305-315.

2) N Engl J Med 2022; 386:1397-1408

3) N Engl J Med 2022; 386:509-520. 高山先生作成

COVID-19 軽症例（オミクロン株）に対する抗ウイルス薬選択のポイント

1. 重症化リスクを層別化 中部病院高倉先生作成スライド引用
2. 治療薬の「使いどころ」と「**使えない状況**」を把握する
3. 症状が軽快傾向（すでに解熱） → 投薬なしで自然治癒することも多い
→発症4-5日目まで解熱せず、症状増悪する場合は受診・評価を勧める
4. 入院が必要な状態 → 総合病院へ紹介（**レムデシビル**のよい適応）
5. 中等度の腎障害（eGFR 30-60）パキロビッドは**減量**
6. 重度の腎障害（eGFR < 30） → ラゲブリオは使用可能
7. 重度の肝障害（Child-Pugh C） → **パキロビッドはNG***
8. 妊娠の可能性あり/授乳中/一定期間避妊できない → **ラゲブリオはNG****
9. 常用薬あり → **パキロビッド**との相互作用を必ず確認

*その他の抗ウイルス薬も有益性が上回る場合に投与

**妊婦/授乳婦に対しては、他の抗ウイルス薬も有益性が上回る場合に投与

抗炎症薬

① デキサメタゾン

+

② バリシチニブ

or

③ トシリズマブ

- ・ 酸素需要がある時
- ・ デキサメタゾンと併用

入院で対応します

図 4-5 80 代女性（誤嚥性肺炎とうっ血性心不全を合併）



Day 4



Day 14

コロナ診療の手引 10.1

細菌感染（誤嚥）、心不全併発が多い

**呼吸不全時は画像検査等が必要
紹介ください**

沖医発第 347号
令和 6年 6月 6日

保確第457-2号
令和5年10月6日

施設長 殿

沖縄県医師会
会長 安里 哲 好
(公印省略)
沖縄県看護協会
会長 平良 孝 美
(公印省略)
沖縄県薬剤師会
会長 前濱 朋子
(公印省略)

県内病院長 殿

沖縄県保健医療部長
(公印省略)

「入院医療機関の役割分担」等について（通知）

新型コロナウイルス感染症の対応について

日頃より県民の医療及び介護の体制づくりにご協力を賜り感謝申し上げます。
さて、ご承知のことと存じますが、現在、新型コロナウイルス感染症が再び猛威を振るっております。

5月20日から26日までの第21週の定点当たりの報告数は14.09と、インフルエンザでいう「注意報」が発出されるレベルとなっております。

過去の流行状況からみても、沖縄県は5-6月に大きな流行を認めております(別紙参照)。
現在、医療機関や高齢者施設においては感染拡大によるクラスターが多発しており、既に中部医療圏では救急病床の逼迫によりこれ以上の入院の受入れは困難な事態に陥っております。また、コロナワクチンの接種から期間が空いていることもあり集中治療室(ICU)での治療を要する患者も増え、コロナ以外の重症者の受入れにも支障が出始めております。

このような状況に鑑み、沖縄県医師会では、各医療機関及び各介護事業所に対して、沖縄県が令和5年10月6日に発出した「『入院医療機関の役割分担』等について(協力依頼)」に基づくご対応(下記の事項)を改めてお願いすることに致しました。

つきましては、本県の医療介護の提供体制を堅持するため、ご理解ご協力の程何卒よろしくお願い申し上げます。

平素より、本県の医療行政に対して御理解と御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。
これまで説明させていただいた「入院医療機関の役割分担」等については、各病院からの御意見を踏まえ、別添のとおりまとめることができました。御協力、誠に感謝申し上げます。

つきましては、別添のとおり送付しますので、今冬の感染拡大等においては別添を目安に、御協力をよろしくお願いいたします。

記

別添 患者の状態と求められる医療提供体制
入院医療機関の役割分担

入院医療機関の機能分担

※1 太字は救急告示病院を表す。 ※2 病院機能等により、基本的に転院等に対応していない病院については、機能分担の対象外としている。

沖縄本島

		急性期（A）	急性期（B）	回復期・慢性期
機能		<ul style="list-style-type: none"> ● ICUを有しており、心筋梗塞、脳梗塞、手術などの専門的治療にも対応できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 誤嚥性肺炎の治療などの一般的な内科治療に対応できる。 ● 増悪時の初期対応ができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 急性期(A)(B)の転院先として、状態が安定した患者の受入れができる。
医療圏	北部	県立北部病院	北部地区医師会病院	勝山病院、北山病院、もとぶ野毛病院
	中部	県立中部病院 中部徳洲会病院 中頭病院 ハートライフ病院	国立病院機構沖縄病院 宜野湾記念病院 北中城若松病院、中部協同病院 かなな病院、潮平病院、翔南病院 海邦病院、与勝病院、名嘉病院	沖縄リハビリテーションセンター病院 北谷病院、屋宜原病院 北上中央病院 ちゅうざん病院(令和6年4月頃を目処に急性期(B)に移行)
	南部	琉球大学病院 県立南部医療センター・こども医療センター 友愛医療センター 南部徳洲会病院	豊見城中央病院 与那原中央病院 沖縄第一病院 沖縄メディカル病院 とよみ生協病院、西崎病院	大浜第二病院 ウェルネス西崎病院
	那覇市	那覇市立病院 沖縄赤十字病院 沖縄協同病院 大浜第一病院	おもろまちメディカルセンター オリブ山病院 小禄病院 沖縄セントラル病院	大道中央病院 仲本病院 川平病院 琉生病院
	浦添市	浦添総合病院	牧港中央病院 嶺井第一病院、同仁病院	平安病院 嶺井リハビリ病院

● **急性期 A 及び急性期 B 医療機関の皆様へ**

- ・ 令和 5 年 10 月 6 日に県から発出された「入院医療機関の役割分担」に基づいた対応をお願い致します。令和 6 年度診療報酬改定における「下り搬送制度」もご活用ください。
- ・ 急性期 A は、医療度の低い患者を急性期 B に転院調整し病床確保に努め、救急受入れに努めるようお願い致します。
- ・ 急性期 B は、急性期 A からの患者受入れを進め、また状態安定後は回復期・慢性期・在宅・施設への転院調整を行い、新たな病床の確保をお願い致します。

● **回復期・慢性期医療機関の皆様へ**

- ・ 状態が安定した患者（コロナ療養後等）の受入れをお願い致します。
- ・ 新型コロナウイルス感染者との接触歴があることを理由に受入れ制限をしないようお願い致します。

● かかりつけ医の皆様へ

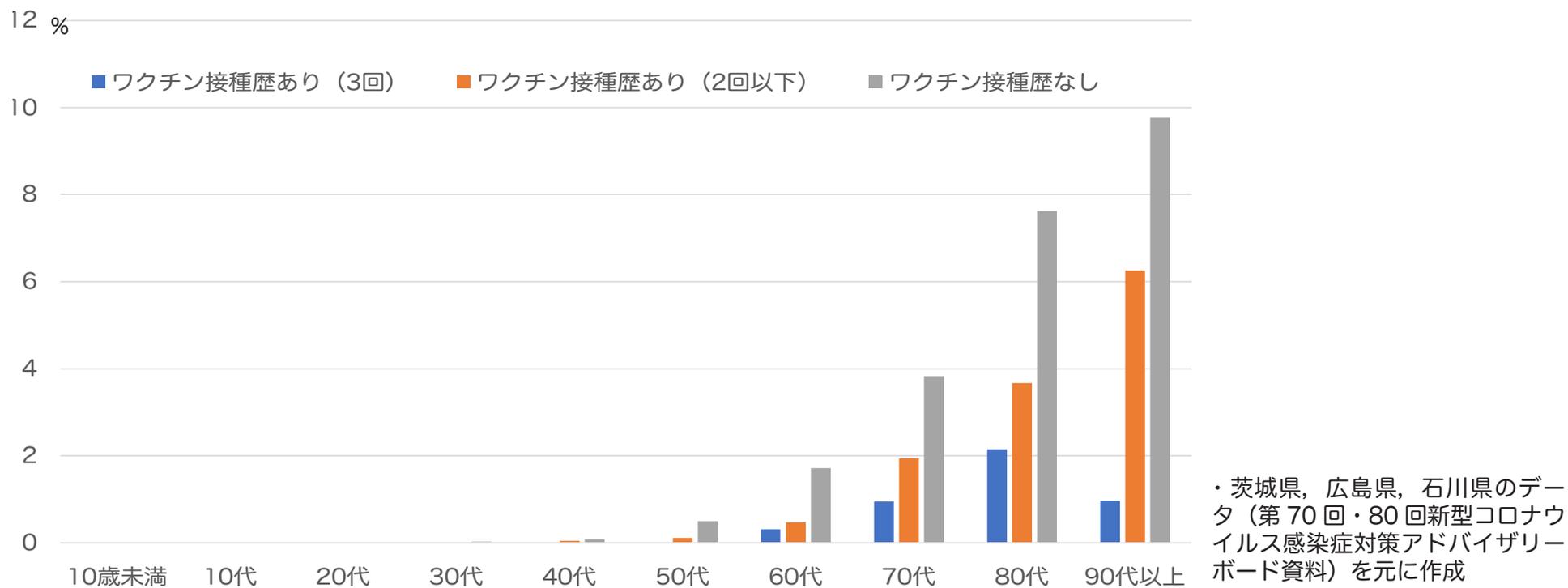
- ・ 発熱等を理由に診療制限することなく診察及び積極的な抗原検査等の施行をお願い致します。
- ・ 基礎疾患のある者の重症化が目立ってきているため、高リスク者に対しては、抗ウイルス薬投与の検討をお願い致します。
- ・ なお、抗ウイルス薬を処方される場合には、患者様にその薬剤を提供できるよう、処方箋応需先の保険薬局に事前にご相談ください（沖縄県薬剤師会）。
- ・ 在宅療養が可能な患者は、訪問看護や訪問診療を活用し在宅療養のサポートをお願い致します（訪問看護についてのお問い合わせの場合は沖縄県看護協会 訪問看護総合支援センター：TEL098-888-3155にご相談ください）。
- ・ 入院診療が必要な際は、基礎情報を記載し「入院医療機関の役割分担」を参考にご紹介ください。

コロナワクチンについて



図 2-3 ワクチン接種歴による年代別重症化率* (2022年1月~2022年2月; 暫定値)

*重症化率：人工呼吸器, ECMO, ICUなどで治療を受けた患者および死亡者の感染者に対する割合



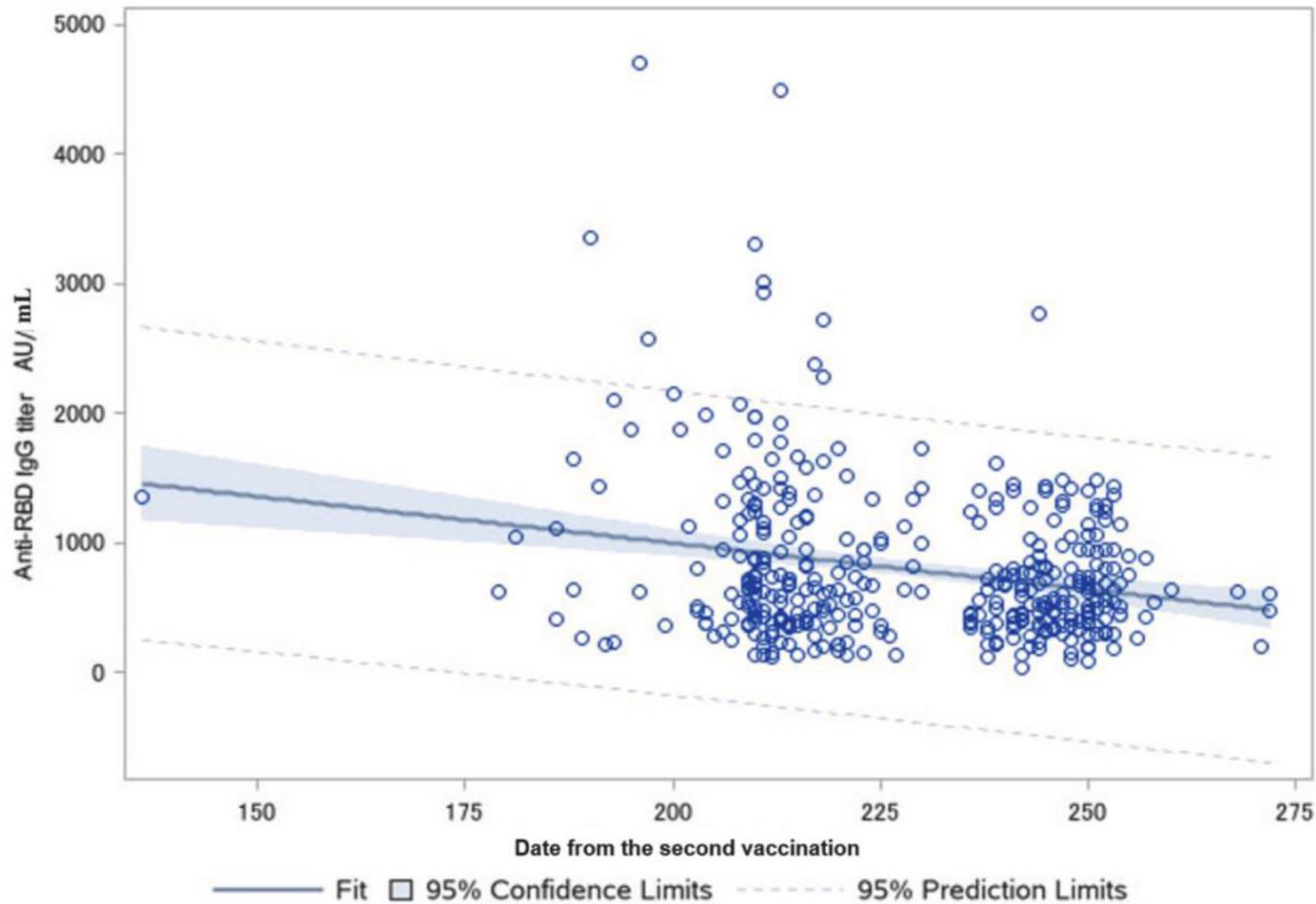
Omicron株流行期でもワクチン接種が多いと重症化率は低下

Immunological responses following the third dose of the BNT162b2 SARS-CoV-2 vaccine among Japanese healthcare workers

Miku Tamura^a, Retsu Fujita^b, Tomoaki Sato^c, Ryohei Sato^d, Yasuyuki Kato^e, Mitsuaki Nagasawa^f, Tetsuya Matsumoto^{g,*}

^a International University of Health and Welfare, Department of Social Medical Sciences, 4-2, Kazunonoe, Maishiki, Chiba, 296-8696, Japan

国際医療福祉大学職員
観察研究



250日で抗体価
40%減
(1,500→900AU/ml)

表 4 XBB.1.5 ワクチンの 2 回目の接種を 2024 年春に推奨している国と対象者

国	対象者		
	高齢者	施設入所者／要介護者	免疫不全者
米国	65 歳以上	—	○（中等度～重度）
英国	75 歳以上	高齢者向けケアホーム入所者	○
フランス	80 歳以上	要介護高齢者滞在施設・長期療養施設の入所者	○
スウェーデン	80 歳以上	65 歳以上の要介護者	○
アイルランド	80 歳以上 ^a	高齢者長期療養施設の入居者	○（5 歳以上）
カナダ	65 歳以上	介護施設や高齢者向け共同生活施設の成人居住者	○
オーストラリア	65 歳以上	—	○（重度、18 歳以上）
韓国	65 歳以上	—	○（5 歳以上）
台湾	65 歳以上	—	○
シンガポール	60 歳以上	高齢者介護施設の入居者	○

^a70~79 歳は医療機関の許可があれば接種可能

（各国の公式サイトから引用）

一般社団法人日本感染症学会

ワクチン委員会・COVID-19 ワクチン・タスクフォース

COVID-19 ワクチンに関する提言（第 9 版）

—XBB.1.5 対応 mRNA ワクチンの任意接種について—

追加接種推奨

**新型コロナワクチンの全額公費による接種は
令和6年（2024年）3月31日で終了しました。**

●令和6年度秋冬に、自治体による定期接種が始まります。

<対象> ・65歳以上の方

・60～64歳で対象となる方（※）

（※）心臓、腎臓または呼吸器の機能に障害があり、身の回りの生活が極度に制限される方、ヒト免疫不全ウイルス（HIV）による免疫の機能に障害があり、日常生活がほとんど不可能な方

<費用> 原則有料

○令和6年4月1日～同年秋冬の定期接種開始前

ご希望の方は、任意接種として、自費で接種していただくことになります。

厚生労働省HP

新型コロナワクチン 接種費用は？		
	自己負担	対象
定期接種	7000円程度	65歳以上 60～64歳 基礎疾患あり
任意接種	7000円超	定期接種の 対象者以外
現在	全額公費負担	生後6か月以上

実際任意接種
¥15,000円程度か

普及にはハードル高い。。

Take home message

COVID-19は軽症化してきているが、現在でもワクチン未接種者、高リスク者においては重症化する

治療の基本は早期の抗ウイルス薬と増悪後の抗炎症薬

抗ウイルス薬 重症化予防第一選択はパキロビッド

現在は基礎疾患や細菌合併症が問題になることが多い

入院医療機関の役割分担と訪問診療重要

ワクチン接種は今後も重要 *だけど任意接種は課題が多い