



一般社団法人

日本医学会連合

The Japanese Medical Science Federation

COVID-19 ワクチンの普及と開発に関する提言

2021 年 3 月 29 日

診療ガイドライン検討委員会

COVID-19 expert opinion working group

南学 正臣（委員長）

門脇 孝（担当副会長）

西 順一郎（日本感染症学会）

四柳 宏（日本感染症学会）

大曲 貴夫（日本感染症学会）

江木 盛時（日本集中治療医学会）

佐々木淳一（日本救急医学会）

坂本 哲也（日本救急医学会）

長谷川好規（日本内科学会）

小倉 高志（日本呼吸器学会）

千葉 滋（日本血液学会）

野出 孝一（日本循環器学会）

鈴木 亮（日本糖尿病学会）

下畑 享良（日本神経学会）

山口 泰弘（日本老年医学会）

村島 温子（日本リウマチ学会）

池田 徳彦（日本外科学会）

森下英理子（日本血栓止血学会）

湯沢 賢治（日本移植学会）

森内 浩幸（日本小児科学会）

早川 智（日本産科婦人科学会）

西 大輔（日本精神神経学会）

入澤 篤志（日本消化器内視鏡学会）

宮本 俊明（日本産業衛生学会）

鈴木 英孝（日本産業衛生学会）

曾根 博仁（日本疫学会）

藤野 裕士（日本呼吸療法医学会）

中村 誠司（日本口腔科学会）

<目次>

はじめに

1. COVID-19 の感染制御に、ワクチンが期待されています。
2. COVID-19 ワクチンのはたらきについて理解が必要です。
3. COVID-19 ワクチンの有効性の確認が重要です。
4. COVID-19 ワクチンの安全性の確認が重要です。
5. mRNA ワクチン接種後のアナフィラキシーについて注意と検証が必要です。
6. 長期的なワクチンによる有害事象の観察が必要です。
7. ワクチンの有効性に影響を与える「変異株」のサーベイランスが重要です。
8. 高齢者等の優先接種者へのすみやかな接種が望まれます。
9. 安全なワクチン接種体制を準備しておくことが必要です。
10. 接種する医師・看護師は適切な筋肉内注射の方法を熟知する必要があります。
11. 適切なワクチンリスクコミュニケーションが重要です。
12. ワクチン接種後も基本的な感染対策が重要です。
13. 安全で有効な国産 COVID-19 ワクチンの開発が求められます。

おわりに

はじめに

一般社団法人日本医学会連合は、「医学に関する科学及び技術の研究促進を図り、医学研究者の倫理行動規範を守ることによって、わが国の医学及び医療の水準の向上に寄与すること」を目的とした学術的な全国組織の連合体であり、日本の国民の健康増進に寄与することを責務としています。

わが国では、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の第3波によりやく減少傾向がみられたとはいえ、まだまだ多くの感染者がみられており予断を許さない状況です。その中、海外で開発された COVID-19 ワクチンの医療従事者への先行接種が2月から、優先接種が3月から始まり、4月中旬からは高齢者への接種が予定されています。限られた期間で小児を除く国民すべてに一つのワクチンを接種するのは、過去に例のない国家事業であり、各分野の力を結集して安全に遂行する必要があります。一方、海外の COVID-19 ワクチンは供給に制限があり、安全で有効な国産ワクチンの開発が望まれています。

本提言は、国民の皆様は COVID-19 ワクチンについて正しく理解していただき、わが国で COVID-19 ワクチンが安全かつ確実に普及することを目的としています。なお、内容の多くは、日本感染症学会の「COVID-19 ワクチンに関する提言」¹⁾から引用しており、さらに一部の項目を追加しています。国内外の状況の変化に伴い、今後随時更新してゆく予定です。

1. COVID-19 の感染制御に、ワクチンが期待されています。

ワクチンはこれまで多くの疾病の流行防止と死亡者の大幅な減少をもたらし、現在もたくさん感染症の流行を抑制しています。COVID-19 の感染拡大防止に、ワクチンの開発と普及が重要であることは言うまでもありません。わが国の予防接種に関する基本的な計画では、ワクチンで予防できる疾患はワクチンで予防すること、および施策の推進にあたって科学的根拠にもとづき評価することが定められています²⁾。

新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）に対して、まだ罹っていないすべての人は免疫を持っていないため、ワクチンがなければほとんどの人が感染するまで流行は収まりません。それには長い年月がかかるとともに、重症化し死亡する高齢者や基礎疾患をもつ方々が多数みられることになります。

ある集団のほとんどの人が特定の病原体に対する免疫を獲得すると、その病原体はその集団内で広がることができず、免疫のない人もその病原体による病気にかからなくなります。これを集団免疫と言いますが、人から人に広がる感染症は多くの人がワクチンを接種すれば集団免疫を早く達成することができます。

COVID-19 には幸い有効なワクチンが複数開発されつつあります。自分が発病しないだけでなく、社会での流行を抑制するためにも、接種を検討していただきたいと考えます。

2. COVID-19 ワクチンのはたらきについて理解が必要です。

ワクチンとは、病原体特異的な免疫を獲得させるために投与する弱毒化または死滅させた病原体および病原体の成分を含む生物学的製剤の一種です。特異的な免疫というのは、標的とした病原体だけに有効な免疫という意味です。弱毒化した病原体を用いるものを生ワクチン、死滅させた病原体を用いるものを不活化ワクチン、病原体の成分を用いるものを成分ワクチンと呼び、その他にウイルスベクターワクチンがあります。

ファイザーとモデルナの COVID-19 ワクチンは、成分ワクチンに分類されますが、これまで病原体のタンパク質を用いるワクチンが多かったのに対して、mRNA（メッセンジャーRNA）を用いている点が違います。いずれもヒト細胞への付着に重要なスパイクタンパク質の遺伝子全体を mRNA として含んでいます。ワクチン接種によって筋肉細胞内でスパイクタンパク質が作られ、その結果生体内にスパイクタンパク質に対する特異的抗体が誘導され、ウイルスの細胞内侵入を阻止します³⁾。mRNA はとても不安定な物質ですので、分解を防ぐために脂質でできた脂質ナノ粒子（lipid nanoparticle, LNP）で包んでいます。

アストラゼネカとジョンソンエンドジョンソンの COVID-19 ワクチンは、ウイルスベクターを用いたワクチンです。それぞれ人体内では増殖できないチンパンジーアデノウイルスとアデノウイルス 26 に、スパイクタンパク質の遺伝子全長を組み込んでいます。mRNA ワクチンと同様に、筋肉内でタンパク質が作られ、免疫が誘導されます^{3, 4)}。

ファイザーとモデルナの mRNA ワクチンは、1 回接種後に比べて 2 回接種後に高い免疫応答が得られますので、それぞれ 21 日後と 28 日後に 2 回接種することが必要です⁵⁾。もし 2 回目の接種が遅れても十分な免疫は獲得できますので、必ず 2 回目を接種してください。

アストラゼネカのウイルスベクターワクチンもやはり 2 回接種でさらに高い免疫が獲得され、臨床試験では 28 日後に 2 回目を接種していました⁶⁾。しかし、その後の研究で 1 回接種後一定期間の有効性が確認され、2 回目は 3 か月後に接種したほうが高い免疫が誘導されることが報告されています⁷⁾。ジョンソンエンドジョンソンのワクチンは 1 回接種で十分な免疫が獲得されることから⁸⁾、1 回接種とされています。

3. COVID-19 ワクチンの有効性の確認が重要です。

ワクチンの有効性の評価方法には、①免疫原性、②臨床試験での有効率、③実社会での有効率の 3 つがあります。

①は、被接種者の血液中の抗体レベル（抗体価）を評価します。ファイザーの COVID-19 ワクチンについては、すでに国内の臨床試験で 2 回接種後の十分な抗体価が確認されています^{9, 10)}。

②は、臨床試験において接種群と対照群（非接種者群）のあいだで発症率の差を比較します。ファイザーのワクチンは 95.0%⁵⁾、モデルナは 94.1%⁴⁾、アストラゼネカは 70.4%⁶⁾のいずれも高い有効率が示されています。有効率 90%とは、「非接種群の発症率よりも接種群の

発症率のほうが 90% 少なかった」という意味です。発症リスクが、0.1 倍つまり 10 分の 1 になるとも言えます。ちなみにインフルエンザワクチンの 65 歳未満の成人での有効率が 52.9% (2015/16 シーズン) と報告¹¹⁾されていることを考えると、きわめて高い有効率です。

有効率は通常その病気を発症するかどうかで評価しますが、重症化率や致死率を指標とすることもあります。いずれのワクチンも発症を防ぐ効果があるので、重症者を減らす効果も期待されます。臨床試験では、重症者数が限られているため、重症者を減らす効果の十分な評価はできていませんが、いずれのワクチンでも COVID-19 重症患者は対照群に多く、接種群には少なかったという結果がみられています。

③は、多くの接種対象者にワクチンが普及したあと、目的の感染症が実際にどのくらい減少したかを評価します。COVID-19 ワクチンはまだ接種が開始されたばかりですので、実社会での有効率の評価はこれからです。

4. COVID-19 ワクチンの安全性の確認が重要です。

ワクチンは感染症に罹患していない健康人や基礎疾患のある人に接種することから、きわめて高い安全性が求められます。パンデミックのためにワクチン導入の緊急性だけが優先され、安全性の確認がおろそかになってはなりません。

ワクチンの安全性は、臨床試験において接種群と対照群における有害事象 (adverse event) の頻度を比較することで評価します。有害事象とは、ワクチン接種後に起こる健康上不利益なことですが、接種後にみられた有害事象がすべてワクチンによるものとは限りません。対照群に比べて、接種群で統計学的に有意に高い頻度で有害事象がみられた場合に、ワクチンによる副反応 (adverse reaction) の可能性が高くなります。

ワクチンの副反応とは、ワクチン自体によって誘導された健康上不利益なことまたはそれが疑われるものですが、副反応がまったくないワクチンはありません。接種部位には免疫応答によって腫脹や痛みなど何らかの局所反応が必ずみられますし、一定の頻度で発熱や倦怠感などの全身症状も一過性にみられます。ごくまれに、接種直後のアナフィラキシーなどの重篤な副反応も発生します。

mRNA ワクチンの臨床試験では、疼痛 (痛み) が 70~80% 台と高い頻度でみられています^{4,5)}。そのうち日常生活を妨げる重度の疼痛は 0.7%~0.9% でした。アストラゼネカのワクチンでも若年者群で疼痛の頻度が高くなっています⁶⁾。この疼痛は接種数時間後から翌日にかけてみられるもので、1~2 日間ほどで軽快します。注射の際の痛みは軽微です。

mRNA ワクチンでは、さらに全身反応の有害事象である倦怠感や発熱が高頻度に見られます^{4,5)}。発熱 (38℃ 以上) は 1 回目では数%、2 回目に 10~17% 見られます。とくに高齢者よりも若年群で頻度が高い傾向があります。わが国の臨床試験では、発熱を 37.5℃ 以上としているため 1 回目が 14.3%、2 回目が 32.8% と高い頻度でした⁹⁾。ただ、発熱者のほぼ半数を 37.5~37.9℃ の発熱が占めているため¹⁰⁾、38℃ 以上の割合は海外の結果と大きな違いはありません。アストラゼネカのワクチン接種後の発熱は、18~55 歳群の 1 回目

24.5%であった以外はみられていません⁶⁾。

入院を必要とする重篤な有害事象や死亡は、いずれの臨床試験でも 0.6～0.7%みられていますが、その頻度は対照群と同じであり、ワクチンに関連するものはみられていません⁴⁻⁶⁾。

5. mRNA ワクチン接種後のアナフィラキシーについて注意と検証が必要です。

mRNA ワクチンではアナフィラキシーの報告が比較的多くみられています。アナフィラキシーは、重度のアレルギーによって起こり、全身の皮膚症状や呼吸器・循環器症状が合わせてみられるものです。ファイザーとモデルナのワクチンに関する米国の調査で、その頻度は 100 万接種当たり 4.5 とされています¹²⁾。女性に多く、接種後 15 分以内に 77.4%、30 分以内に 87.1%が発症しています^{13,14)}。この頻度は、すべてのワクチンでの頻度 1.31/100 万接種に比べて高くなっています¹⁵⁾。

アナフィラキシーの原因物質のひとつに、mRNA ワクチンに含まれるポリエチレングリコール (PEG) があげられています¹⁶⁾。PEG は薬剤や化粧品などに広く使用されているため、これらに対するアレルギーを持っている方ではとくに注意が必要です。

わが国でも医療従事者への先行／優先接種においてアナフィラキシーが比較的多くみられています。2021 年 3 月 11 日時点で、ファイザーのワクチンが 181,184 人に接種され、アナフィラキシー（疑いを含む）が 37 件報告されています（20.4 件/10 万接種）。1 人を除きすべて女性にみられ、いずれも回復しています¹⁷⁾。今後、国の厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会で 1 例ごとに検証されますので、すべてがアナフィラキシーであるとは限りませんが、わが国での季節性インフルエンザワクチンでの頻度が約 1 件/100 万接種であることを考えるとかなり高いと思われます¹⁸⁾。

予防接種の副反応の評価にあたっては、情報の効率的集約・評価・検討のために、ブライトン分類という標準化された症例定義が国際的に確立されつつあります¹⁸⁾。ブライトン分類におけるアナフィラキシーの症例定義では、Major 症状と Minor 症状の程度に応じて、5 段階に分類され、そのうちレベル 1～3 が対象になります。わが国でもこの分類をもとに、アナフィラキシーの正確な評価と発生率の把握が求められます。

6. 長期的なワクチンによる有害事象の観察が必要です。

これまでの海外の COVID-19 ワクチン臨床試験での被接種者数は数万人台であり、国内では 160 人です。対象者数が限られるため、ごくまれな健康被害については見逃される可能性があります。新しく導入されるワクチンについては、数百万人規模に接種されたのちに新たな副反応が判明することもあります。数年にわたる長期的な有害事象の観察が重要です。

ファイザーとモデルナの COVID-19 ワクチンに含まれる mRNA は、分解されやすいため長期間細胞内に残存することはない、またヒトの染色体に組み込まれることもないので、比較的安全性は高いことが予想されます。しかしながら、mRNA を今後繰り返し投与する

場合の安全性や LNP に含まれる脂質の長期的な安全性はまだ明らかになっていません。いずれの COVID-19 ワクチンもヒトでは初めての試みですので、どのような副反応がどのくらいの頻度でみられるのかを理解し、接種後の健康状態をよく観察してゆくことが重要です。

ウイルスベクターワクチンでは、感染力のあるウイルスを用いていますので、複数回接種したのちにそれに対する抗体ができ、再度の投与でワクチンの効果がみられなくなる可能性も一部では指摘されています。

また将来的に異なる COVID-19 ワクチンを接種する場合の有効性や安全性についても評価が必要です。

また、ワクチンによる直接的な副反応とは言えませんが、接種を受けた人が標的とした病原体による病気を発症した場合に、接種を受けていない人よりも症状が増悪するワクチン関連疾患増悪（vaccine-associated enhanced disease, VAED）という現象にも注意が必要です¹⁹⁾。過去には、RS ウイルスワクチンや不活化麻疹ワクチン導入時に実際にみられています。またデング熱ワクチンでは、ワクチンによって誘導された抗体によって感染が増強する抗体依存性増強（antibody-dependent enhancement, ADE）という現象の可能性が疑われ、9 歳未満では接種が中止されています¹⁹⁾。COVID-19 と同じコロナウイルスが原因である SARS や MERS のワクチンの動物実験でも、一部に VAED を示す結果がみられています²⁰⁾。COVID-19 ワクチンの動物実験や臨床試験では、これまでのところ VAED を示唆する証拠は報告されていませんが、将来的に注意深い観察が必要です。

7. ワクチンの有効性に影響を与える「変異株」のサーベイランスが重要です。

SARS-CoV-2 のスパイクタンパク質のアミノ酸に変化が起きると、ヒトへの感染性（伝播性）やワクチンで誘導される抗体の中和作用に影響が出てきます。現在、N501Y 変異（スパイクタンパク質の 501 番目のアスパラギンがチロシンに変化した変異）をもつイギリスの変異株（B.1.1.7 系統、VOC202012/01）がわが国でも広がりつつあります。この変異によって、感染力（伝播力）が 36%から 75%上昇すると推定されていますが、ファイザーのワクチンで誘導される抗体による中和作用には若干の減少がみられるものの、ワクチンの有効性には大きな影響はないとされています^{21, 22)}。

一方、わが国でも検出されている南アフリカの変異株（B.1.351 系統、VOC202012/02）とブラジルの変異株（B.1.1.28 系統、P.1）にみられる E484K 変異（484 番目のグルタミン酸がリシンに変異）は、COVID-19 回復期抗体の中和作用から回避する変異であることが報告されており、ワクチンの有効性に影響が出ることが懸念されています²¹⁾。実際に、ファイザーのワクチン 2 回接種後に誘導される抗体の中和活性は、E484K 変異をもつ SARS-CoV-2 では幾何平均で 3～4 分の 1 に低下することが報告されています²³⁾。また国内では、E484K 変異を有する新たな B.1.1.316 系統の株（起源国不明）も、関東地方を中心に検出されています²⁴⁾。

E484K 変異を始めとするワクチンの有効性に影響を与える変異をもつ SARS-CoV-2 の今後の感染拡大に注意するとともに、それを早期に察知できるサーベイランス体制の構築が必要です。

8. 高齢者等の優先接種者へのすみやかな接種が望めます。

国は、重症化リスクの大きさと医療提供体制の確保等を踏まえ、1) 医療従事者等への接種、2) 65 歳以上の高齢者、3) 高齢者以外で基礎疾患を有する者、および高齢者施設等（障害者施設等を含む）の従事者の順番で接種を進める予定にしています。なお、高齢者施設の従事者については、入所者と一緒に接種することも可能になる見込みです。

医療従事者等の範囲は、①病院、診療所において、COVID-19 患者（疑い例を含む）に頻繁に接する機会のある医師その他の職員、②薬局において COVID-19 患者に頻繁に接する機会のある薬剤師その他の職員、③COVID-19 患者を搬送する救急隊員等、海上保安庁職員、自衛隊職員、④自治体等の COVID-19 対策業務において COVID-19 患者に頻繁に接する業務を行う者となっています。

医療従事者の接種対象者の数が当初の予想よりも増えていると報道されていますが、COVID-19 ワクチンの供給が限られている中、「COVID-19 患者（疑い例を含む）に頻繁に接する機会のある」者という条件は厳しく適用する必要があります。医療従事者への接種が滞ることで高齢者等への接種に影響が出ることをないようにすべきです。

基礎疾患としては、慢性の呼吸器の病気、慢性の心臓病（高血圧を含む）、慢性の腎臓病、慢性の肝臓病（肝硬変等）、薬物で治療中の糖尿病又は他の病気を併発している糖尿病、重い精神疾患や知的障害など 14 種類の疾患が挙げられています。BMI（Body Mass Index）30 以上を満たす肥満の方も対象です。いずれも、COVID-19 に罹患すると重症化する疾患が対象です。基礎疾患の申し出にあたっては、医師の診断書は不要とされており、これらの疾患をもつ方は希望することで優先接種の対象になります。ただし重い精神疾患・知的障害に関しては、特定の要件を満たしている方が優先接種の対象になります。

慢性の呼吸器の病気に含まれる気管支喘息の患者は、COVID-19 にかかりにくいという報告²⁵⁾はありますが、米国 CDC は中等度から重症の気管支喘息をリスクとなる可能性のある疾患に挙げており²⁶⁾、中等度から重症の場合は接種が推奨されと考えます。

高血圧は COVID-19 重症化のリスク因子とされていますが、他の心疾患や糖尿病、慢性腎臓病などの複合的な結果であり、さらに 65 歳未満では高血圧自体が明確なリスク因子であるとは限らないため、軽症の場合は必ずしも接種を優先する必要はないと思われます。もちろん希望する場合は主治医と相談した上で接種可能です。

糖尿病は COVID-19 重症化のリスク因子であり、インスリン治療を受けている場合や血糖コントロールが不十分な場合などで重症化リスクが高いことが報告されています。

BMI（body mass index）30 以上の肥満は COVID-19 重症化のリスク因子であり、とくに 60 歳未満では重症化との関連性が高いという報告²⁷⁾があるため、接種が奨められます。

COVID-19 ワクチンは生ワクチンではないため、がんの化学療法や臓器移植後でステロイドなどの免疫抑制剤のために免疫能が低下している方も接種可能です。臨床試験でも数は少ないながら免疫不全者が含まれています。ただ、ワクチン接種で十分な免疫が得られるかどうかについては免疫低下の程度によるため、不明な点があります。しかし、免疫能が低下していても特に副反応が高くなるということはありませんので、接種が推奨されます。

妊婦については、「妊婦および胎児・出生児への安全性」が確認されていないため、現時点では優先接種対象者には含まれていません。また予防接種法による努力義務も課せられていません。国内外の臨床試験において「妊婦等への安全性」が一定の水準で確認された時点で再検討すべきと考えます。なお、日本産科婦人科感染症学会と日本産科婦人科学会は、「流行拡大の現状を踏まえて、妊婦をワクチン接種対象から除外することはしない」としており、「感染リスクが高い医療従事者、重症化リスクがある可能性がある肥満や糖尿病など基礎疾患を合併している方は、ワクチン接種を考慮する」ことを提言しています²⁸⁾。

小児科領域の慢性疾患は、16歳未満を対象とした COVID-19 ワクチンの臨床試験が実施されておらず、安全性が確認されていないため、今回は対象には含められていません。ただし、小児でも慢性疾患患者は重症化リスクが高いため、このような小児の周りにいる方（例：小児医療関係者や施設職員等）への接種は検討が必要です。今後国内外の臨床試験で小児への安全性が確認された場合は再検討が必要です。

COVID-19 に過去に罹患した方への接種も可能です。COVID-19 罹患者でも獲得する免疫の程度はさまざまあり、どのぐらいの期間再感染を防げるかについても不明です。ワクチンを接種することでさらに高い免疫が誘導される可能性があり、感染後一定の期間経過していれば、接種する意義はあると考えられます。その際は、感染に誘導された免疫がありますので接種回数は1回で十分と思われます。ただし、COVID-19 による後遺症が残っている方には、体調を見極めたうえで接種の可否を検討します。

9. 安全なワクチン接種体制を準備しておくことが必要です。

医療関係者への接種は所属する医療機関などで行われますが、国内外の臨床試験での有害事象発生率をみると、接種後1～2日間は出勤できない職員が一定の割合でみられることが予想されます。接種人数を限定して段階的に実施するなど配慮が必要です。

高齢者や基礎疾患のある方は、医療機関や市町村設置会場で接種が行われます。市町村設置会場での集団接種は最近では実施されておらず、実施体制をあらためて確認しておくことが重要です。妊婦さんでは器官形成期を避け、接種の前後に産科医による胎児の状態確認が必要です。COVID-19 ワクチンの予診票の項目には、何らかの病気にかかって治療（投薬など）を受けている方に対して、「その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか」という問いもあります。接種会場でかかりつけ医に確認することは簡単ではありませんので、あらかじめ予診票を配布しておくか、その内容を周知しておく必要があります。また被接種者には、接種の効果、副反応および予防接種健康被害救済制

度についてあらかじめ説明しておく必要があるため、説明文書をあらかじめ配布しておくことが望まれます。

接種前には、検温、予診票の確認、問診、診察を行い接種が可能かどうかを医師が確認します。診察には顔色や表情をみる視診も含まれると思いますが、必要に応じて聴診等を行います。また、集団接種では多くの対象者が想定されますので、被接種者は接種部位である肩をすぐ出せるような衣服にしておくことも必要です。

アナフィラキシーへの緊急対応ができる薬剤の準備等、医療体制整備は欠かせません。薬剤・化粧品やワクチンによる重度のアレルギー既往のある方は 30 分間、それ以外の方でも少なくとも 15 分間の待機が必要です。もしアナフィラキシーが起きても、適切な処置がとられれば命にかかわることはありません。

筋肉内注射では血管迷走神経反射による失神がときにみられます。血管迷走神経反射による失神は、さまざまな要因で交感神経抑制による血管拡張と迷走神経緊張による徐脈が、様々なバランスで生じる結果、失神に至るものです²⁹⁾。失神の持続時間は比較的短く（1 分以内）、転倒による外傷以外には特に後遺症を残さず、生命予後は良好です。接種後の健康観察ができる体制や発生した時に臥床するベッドやソファの準備など、事前の準備が必要です。

10. 接種する医師・看護師は適切な筋肉内注射の方法を熟知する必要があります。

筋肉内注射に関する注意事項については、わが国では小児を対象とした日本小児科学会の資料³⁰⁾、海外では成人も含めた米国 CDC の資料^{31, 32)}が参考になります。

接種部位は上腕外側三角筋中央部で、一般的には成人では肩峰から約 5cm（3 横指）下とされています。一方、肩峰から 4cm までの高さには三角筋下滑液包があり、また腋窩神経等も存在するため、それより下方の腋窩ひだの上縁の高さのほうが望ましいという意見もあります³³⁾。

標準的には 22～25G、長さ 25mm の注射針で、皮膚面に 90 度の角度で注射します。針の長さは、日本人の体格では 16mm でも接種が可能なる者も多く、体重 70kg 以上では 32～38mm のものも使用できます。また 27G の太さの針も使用可能です。ワクチンに含まれる mRNA はおもに筋肉細胞内でタンパク質に翻訳されるため、筋肉内に確実に到達するよう針の長さには注意が必要です。体格によっては筋肉の厚さが薄く、長すぎる針の場合は骨膜損傷や三角筋下滑液包炎を起こすおそれがあります。

上腕外側三角筋中央部には大きな血管は存在しないため、あえて内筒を引いて血液の逆流を確認する必要はないとされています³⁰⁾。米国 CDC はむしろ、シリンジの吸引は痛みを誘発するためすべきではないと注意しています³⁴⁾。接種する腕は、接種部位の疼痛に備えて、利き手ではない側に接種することが望まれます。

上腕三角筋に接種できない場合（皮膚疾患、筋肉萎縮等で）、下腿の外側広筋（大腿部の外側の筋肉）に注射することが勧められています。

接種者は、マスクを着用するとともに、被接種者ごとに接種前後の消毒用アルコールによる手指衛生が必要です。手袋の着用は、わが国の職業感染制御研究会の手引きでは着用が推奨されていますが³⁵⁾、米国 CDC では、ワクチン接種では体液・血液に曝露するおそれが高いため必ずしも必須ではないとされています³⁴⁾。なお、手袋を着用する場合は被接種者ごとに交換が必要であり、手袋着用前と脱いだ後に手指消毒が必須です。

11. 適切なワクチンリスクコミュニケーションが重要です。

ワクチンも他の薬剤と同様にゼロリスクはあり得ません。病気を予防するという利益（ベネフィット）と副反応のリスクを比較して、利益がリスクを大きく上回る場合に接種が推奨されます。国が奨めるから接種するというのではなく、国民一人一人がその利益とリスクを正しく評価して、接種するかどうかを自分で判断することが必要です。そのための正しい情報を適切な発信源から得ることが重要であり、国や地方公共団体および医療従事者はそのための情報発信とわかりやすいリスクコミュニケーションに心がける必要があると考えます³⁶⁾。

とくに、ワクチンの安全性を考える上で、ワクチン接種後にみられる有害事象の中には、ワクチンとは関連のないものも含まれるということの理解が重要です。マスコミによる報道ではこの点が混同されやすく、ワクチンとは関連のない有害事象がすべてワクチンによって引き起こされた副反応として報道されることがしばしばみられます。接種後の有害事象がワクチンと関連があるかどうかについては、国の厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会で科学的に検討されます。

WHO が 2019 年に発表した「世界的な健康に対する脅威」のトップ 10 のうちの 1 つに「予防接種を受けられるにも関わらず、予防接種を躊躇したり拒否したりすること」を意味する「Vaccine Hesitancy（ワクチン忌避）」が挙げられています³⁷⁾。インターネット上にもたくさんのワクチンに反対する意見がみられますので、その根拠が科学的なものかどうかを判断することが重要です。

12. ワクチン接種後も基本的な感染対策が重要です。

これまでの COVID-19 ワクチンの有効率は、発症を指標としたものであり、感染を指標としたものではありません。COVID-19 ワクチン接種者でも不顕性感染が起き、無症状病原体保有者として気道からウイルスを排出して感染源になる可能性は考えられます。mRNA ワクチンではヒトでの明らかなデータはありませんが、アストラゼネカのウイルスベクターワクチンでは、無症状病原体保有者の割合は接種群で 1.4%、対照群で 1.8%と統計学的な有意差はなく、不顕性感染者を減らす効果は確認されていません⁷⁾。また、mRNA ワクチンとウイルスベクターワクチンともに効果がどのくらい続くかも不明です。

COVID-19 のパンデミックはワクチンだけで制御できるものではありません。ワクチンはたくさんある感染対策のひとつとしてとらえて、COVID-19 の蔓延状況が改善するまで

は、マスク、手洗い等の基本的な感染対策はこれまで通り維持する必要があります。

13. 安全で有効な国産 COVID-19 ワクチンの開発が求められます。

現在のファイザーのワクチンの供給には制限があり、高齢者等への接種が予定通り実施されるのか不確実な状況です。また、海外でも途上国にはワクチンが十分供給されておらず、国による格差が目立っています。COVID-19 の終息の見通しはついておらず、現在の COVID-19 ワクチンの効果がいつまで持続するのかも不明であるため、今後新たな COVID-19 ワクチンの開発と十分な供給が必要です。わが国でも新たな COVID-19 ワクチンの開発が急がれます。

現在、塩野義／感染研／UMN ファーマの組換えタンパク質ワクチン、アンジェス阪大／タカラバイオの DNA ワクチンの国内臨床試験が始まっており、第一三共／東大医科研の mRNA ワクチン、KM バイオロジクス／東大医科研／感染研／基盤研による不活化ワクチン、ID ファーマ／感染研によるウイルスベクターワクチンも臨床試験が予定されています³⁸⁾。

ワクチンの開発には、基礎研究から臨床試験まで多額の費用が必要であり、米国では、国が主導的な役割を果たして、産学共同でワクチン開発を行う体制が以前からできています³⁹⁾。一方わが国では、1960 年代に国が開発委員会を組織し、現在の国立感染症研究所である国立予防衛生研究所と各ワクチンメーカーが協力して、インフルエンザ、ジフテリア・百日咳・破傷風 (DPT)、麻疹、風疹、日本脳炎等のワクチン開発を行ってきた経緯があります⁴⁰⁾。しかしながら、1992 年の種痘後有害事象に関する東京高等裁判所判決による国の敗訴を契機に、国は積極的なワクチン政策をとらなくなり、予防接種に関して無策であった期間が 10 数年続きました⁴⁰⁾。この間、わが国におけるワクチン開発が進まなかっただけでなく、海外で接種されていた新規ワクチンが認可されず、いわゆる海外とのワクチン・ギャップが生じました。

また、海外では 2002 年の SARS や 2012 年の MERS などの新興感染症の出現に対して、多くの国がワクチン開発研究に力を入れましたが、わが国ではこれらの感染症患者が国内で発生しなかったこともあって、対応が十分ではなかった事情もあります。わが国でも、厚生労働省によって 2007 年 3 月に「ワクチン産業ビジョン」が策定され⁴¹⁾、同年 11 月にはワクチンの基礎研究を行う研究機関相互の連携を高め、基礎研究の効率的な実施を可能とする共同研究のネットワーク（ワクチン開発研究機関協議会）が設立されています⁴²⁾。国立感染症研究所、東京大学医科学研究所、大阪大学微生物病研究所、独立行政法人医薬基盤研究所などを中心に、ワクチン開発の基礎研究はその後着実に進みましたが、大規模な臨床試験を実施しワクチンの実用化につなげる国内のワクチン関連企業の成長は海外と比べて十分とは言えません。mRNA や DNA などの核酸ワクチンやウイルスベクターワクチンなど、新しい技術を用いたワクチンの基礎研究への国による支援と国内ワクチン産業の育成が求められています。

またワクチンの開発にあたっては、感染症ごとの人口ベースの正確なサーベイランスと疾病負担の評価が欠かせません。わが国でも感染症発生動向調査が進められ、多くの疾患で発生頻度の変化は把握されていますが、人口当たりの罹患率の把握は特定の疾患に限られています。どのような疾患のワクチン開発を優先すべきかを判断する上で、効率的なサーベイランス体制の確立がきわめて重要です。

おわりに

これまでのところ、**mRNA** やウイルスベクターを用いた **COVID-19** ワクチンの有効性は高く、副反応も一過性のものに限られ、アナフィラキシー以外には重篤な健康被害はみられていません。長期的な有効性や安全性の点でまだ不明な点がありますが、わが国においても接種対象になっている方は、わが国で承認された **COVID-19** ワクチンを接種することが望まれます。一方、接種が進むとともに副反応等の情報が変わってくる可能性はあり、接種直後の経過観察等を含めた体制構築が準備段階から非常に重要です。**COVID-19** の終息に向けて、**COVID-19** ワクチンが正しく理解され広く普及してゆくこと、また有効で安全なワクチンが国内でも開発され利用されることを期待します。

引用文献

1. 日本感染症学会ワクチン委員会. CONID-19 ワクチンに関する提言 (第2版) .
https://www.kansensho.or.jp/modules/guidelines/index.php?content_id=43. Accessed March 10, 2021.
2. 厚生労働省. 予防接種に関する基本的な計画.
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/kihonteki_keikaku/. Accessed Dec 21, 2020.
3. Callaway E. The race for coronavirus vaccines: a graphical guide. *Nature*. 2020 Apr;580(7805):576-577. doi: 10.1038/d41586-020-01221-y.
4. Baden LR, *et al*. Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine. *N Engl J Med*. 2021 Feb 4;384(5):403-416. doi: 10.1056/NEJMoa2035389. Epub 2020 Dec 30.
5. Polack FP, *et al*. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. *N Engl J Med*. 2020 Dec 31;383(27):2603-2615. doi: 10.1056/NEJMoa2034577. Epub 2020 Dec 10.
6. Voysey M, *et al*. Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: an interim analysis of four randomised controlled trials in Brazil, South Africa, and the UK. *Lancet*. 2021 Jan 9;397(10269):99-111. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32661-1. Epub 2020 Dec 8.
7. Voysey M, *et al*. Single-dose administration and the influence of the timing of the booster dose on immunogenicity and efficacy of ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) vaccine: a pooled analysis of four randomised trials. *Lancet*. 2021 Mar 6;397(10277):881-891. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00432-3. Epub 2021 Feb 19. v
8. Sadoff J, *et al*. Interim Results of a Phase 1-2a Trial of Ad26.COV2.S Covid-19 Vaccine. *N Engl J Med*. 2021 Jan 13;NEJMoa2034201. doi: 10.1056/NEJMoa2034201.
9. コミナティ筋注 添付文書.
https://www.info.pmda.go.jp/go/pack/631341DA1025_1_01/?view=frame&style=XML&lang=ja. Accessed Feb 17, 2021.
10. 第51回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会、令和2年度第11回薬事・食品衛生審議会薬事分科会医薬品等安全対策部会安全対策調査会（合同開催）（厚生労働省）資料. https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000208910_00015.html. Accessed Feb 17, 2021.
11. Seki Y, *et al*. Influenza vaccine effectiveness in adults based on the rapid influenza diagnostic test results, during the 2015/16 season. *J Infect Chemother*. 2017

- Sep;23(9):615-620. doi: 10.1016/j.jiac.2017.06.004. Epub 2017 Jun 28.
12. First Month of COVID-19 Vaccine Safety Monitoring — United States, December 14, 2020–January 13, 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 70, 2021
 13. Allergic Reactions Including Anaphylaxis After Receipt of the First Dose of Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine - United States, December 14-23, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 70(2):46-51, 2021
 14. Allergic Reactions Including Anaphylaxis After Receipt of the First Dose of Moderna COVID-19 Vaccine - United States, December 21, 2020-January 10, 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 70(4):125-129, 2021
 15. McNeil MM, *et al.* Risk of anaphylaxis after vaccination in children and adults. J Allergy Clin Immunol. 2016 Mar;137(3):868-78. doi: 10.1016/j.jaci.2015.07.048. Epub 2015 Oct 6.
 16. Turner PJ, *et al.* Covid-19 vaccine-associated anaphylaxis: a statement of the world allergy organization anaphylaxis committee. World Allergy Organ J. 2021 Feb;14(2):100517. doi: 10.1016/j.waojou.2021.100517. Epub 2021 Feb 3.
 17. 厚生労働省. 新型コロナワクチンの副反応疑い報告について.
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_hukuhannou-utagai-houkoku.html. Accessed March 10, 2021.
 18. 岡田賢司他. 【ワクチンのファーマコビジランスの動向】日本における取組み ブライTON分類の導入に向けて. 薬剤疫学. 2015;20(2):55-62.
 19. Haynes BF, *et al.* Prospects for a safe COVID-19 vaccine. Sci Transl Med. 2020 Nov 4;12(568):eabe0948. doi: 10.1126/scitranslmed.abe0948. Epub 2020 Oct 19.
 20. Liu L, *et al.* Anti-spike IgG causes severe acute lung injury by skewing macrophage responses during acute SARS-CoV infection. JCI Insight. 2019 Feb 21;4(4):e123158. doi: 10.1172/jci.insight.123158.
 21. WHO. COVID-19 Weekly Epidemiological Update as of 14 February 2021.
file:///C:/Users/Junichiro_Nishi/Downloads/20210216_Weekly_Epi_Update_27.pdf.
Accessed Feb 21, 2021.
 22. Muik A, *et al.* Neutralization of SARS-CoV-2 lineage B.1.1.7 pseudovirus by BNT162b2 vaccine-elicited human sera. Science. 2021 Mar 12;371(6534):1152-1153. doi: 10.1126/science.abg6105. Epub 2021 Jan 29.
 23. Jangra S, *et al.* The E484K mutation in the SARS-CoV-2 spike protein reduces but does not abolish neutralizing activity of human convalescent and post-vaccination sera. medRxiv. 2021 Jan 29;2021.01.26.21250543. doi: 10.1101/2021.01.26.21250543. Preprint
 24. 国立感染症研究所病原体ゲノム解析研究センター. 新型コロナウイルス SARS-CoV-2

- Spike タンパク質 E484K 変異を有する B.1.1.316 系統の国内流入（2021 年 2 月 2 日現在）. IASR 2021/2/19 速報, 2021
25. Green I, *et al.* COVID-19 susceptibility in bronchial asthma. J Allergy Clin Immunol Pract. 2021 Feb;9(2):684-692.e1. doi: 10.1016/j.jaip.2020.11.020. Epub 2020 Nov 24.
 26. CDC. COVID-19: People with Certain Medical Conditions.
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html>. Accessed Dec 21, 2020.
 27. Chu Y, *et al.* Obesity is associated with increased severity of disease in COVID-19 pneumonia: a systematic review and meta-analysis. Eur J Med Res. 2020 Dec 2;25(1):64. doi: 10.1186/s40001-020-00464-9.
 28. 日本産科婦人科感染症学会、日本産科婦人科学会. COVID-19 ワクチン接種を考慮する妊婦さんならびに妊娠を希望する方へ
http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20210127_COVID19.pdf. Accessed Feb 20, 2021.
 29. 日本循環器学会. 失神の診断・治療ガイドライン（2012 年改訂版）. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2012_inoue_h.pdf. Accessed March 9, 2021.
 30. 日本小児科学会予防接種・感染症対策委員会. 小児に対するワクチンの筋肉内接種法について（改訂版）.
http://www.jpeds.or.jp/uploads/files/201908_kinnnikunaisesshu.pdf. Accessed Feb 20, 2021.
 31. CDC. Vaccine Administration: Intramuscular (IM) Injection Adults 19 years of age and older. <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/admin/downloads/IM-Injection-adult.pdf>. Accessed Feb 20, 2021.
 32. CDC. Vaccine Administration: Intramuscular (IM) Injection Children 7 through 18 years of age. <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/admin/downloads/IM-Injection-children.pdf>. Accessed Feb 20, 2021.
 33. Behrens RH, *et al.* Avoiding shoulder injury from intramuscular vaccines. Lancet. 2021 Feb 6;397(10273):471. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00192-6.
 34. CDC. Vaccine Administration in Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases (Pink Book) Chapter 6.
<https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/vac-admin.html>. Accessed Feb 20, 2021.
 35. 一般社団法人職業感染制御研究会. 予防 接種（筋肉注射）における個人防護具の使い方（初版）. http://jrgoicp.umin.ac.jp/ppewg/im/ppguide_imvaccine_v1.pdf. Accessed Feb 21, 2021.
 36. 第 36 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会予防接種基本方針部会. 予防接種に

- におけるコミュニケーションについて。
<https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000588378.pdf>. Accessed March 10, 2021.
37. WHO. Ten threats to global health in 2019. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>. Accessed March 10, 2021.
38. 厚生労働省. 新型コロナワクチンの開発状況について。
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00223.html.
Accessed March 9, 2021.
39. 神谷元他. 【ワクチン 課題解決と新規品への期待】米国のワクチン行政に学ぶ. 日本臨床. 2008;66(10):1858-1864.
40. 中山哲夫. 日本におけるワクチン開発の課題と展望(上) 日本のワクチン開発を振り返る. 医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス. 2013;44(5):394-399.
41. 厚生労働省. ワクチン産業ビジョン. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/dl/s0322-13d.pdf>. Accessed March 10, 2021.
42. 厚生労働省. ワクチン開発研究機関協議会について。
https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/12/dl/s1225-14h_0001.pdf. Accessed March 10, 2021.