

**新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第60回）**  
**議事概要**

**1 日時**

令和3年11月25日（木）17:00～19:00

**2 場所**

厚生労働省省議室

**3 出席者**

座長	脇田 隆宇	国立感染症研究所長
構成員	阿南 英明	神奈川県医療危機対策統括官
	今村 顕史	東京都立駒込病院感染症科部長
	太田 圭洋	日本医療法人協会副会長
	岡部 信彦	川崎市健康安全研究所長
	押谷 仁	東北大学大学院医学系研究科微生物学分野教授
	尾身 茂	独立行政法人地域医療機能推進機構理事長
	釜范 敏	公益社団法人日本医師会 常任理事
	河岡 義裕	東京大学医科学研究所感染症国際研究センター長
	川名 明彦	防衛医科大学校内科学講座（感染症・呼吸器）教授
	鈴木 基	国立感染症研究所感染症疫学センター長
	舘田 一博	東邦大学微生物・感染症学講座教授
	田中 幹人	早稲田大学大学院政治学研究科教授
	中山 ひとみ	霞ヶ関総合法律事務所弁護士
	松田 晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学教室教授
	武藤 香織	東京大学医科学研究所公共政策研究分野教授
	吉田 正樹	東京慈恵会医科大学感染症制御科教授

座長が出席を求める関係者

大曲 貴夫	国立国際医療研究センター病院国際感染症センター長
齋藤 智也	国立感染症研究所感染症危機管理研究センター長
中島 一敏	大東文化大学スポーツ・健康科学部健康科学学科教授
西浦 博	京都大学大学院医学研究科教授
西田 淳志	東京都医学総合研究所社会健康医学研究センター長
前田 秀雄	東京都北区保健所長
矢澤 知子	東京都福祉保健局理事

和田 耕治	国際医療福祉大学医学部公衆衛生学医学研究科教授
北野 宏明	ソニーコンピューターサイエンス研究所代表取締役社長

厚生労働省	後藤 茂之	厚生労働大臣
	古賀 篤	厚生労働副大臣
	深澤 陽一	厚生労働大臣政務官
	吉田 学	厚生労働事務次官
	福島 靖正	医務技監
	伊原 和人	医政局長
	佐原 康之	健康局長
	浅沼 一成	危機管理・医療技術総括審議官
	宮崎 敦文	審議官（健康、生活衛生、アルコール健康障害対策担当）
	大西 友弘	内閣審議官
	佐々木 健	内閣審議官
	江浪 武志	健康局結核感染症課長
	吉田 一生	大臣官房参事官（救急・周産期・災害医療等担当）

#### 4 議題

1. 現時点における感染状況等の分析・評価について
2. その他

#### 5 議事概要

（厚生労働大臣）

委員の皆様には、お忙しい中お集まりくださりまして、誠にありがとうございます。

新型コロナウイルスの感染状況は、昨日24日の全国新規感染者数は73人でございます。1週間の移動平均では112人と、減少が続いております。昨年夏以降でも最も低い水準が続いております。

他方、年末に向けて今後気温が低下しまして、屋内での活動が増えるとともに、忘年会、クリスマス、お正月ということで、恒例行事によりましてさらに社会経済活動の活発化が想定される中でございます。現在の低い水準の感染状況を維持していくことが重要であると考えます。

また、ワクチン2回接種完了者は全国民の約76%となりましたが、ワクチン接種が先行する諸外国において、中和抗体価の低下等によるブレークスルー感染や大幅な規制緩和の中でのリバウンドが発生している状況もあることに留意する必要があると考えております。

政府としては、12日に決定した「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」に沿って、予防・発見から早期治療までの流れをさらに強化するとともに、最悪の事態を

想定して次の感染拡大に備えるべく、医療提供体制の強化、ワクチン接種の推進、治療薬の確保等の取組を進めてまいります。こうした取組によりまして、感染拡大が生じても国民の命と健康を損なう事態を回避することが可能となります。

今後は、先週金曜日に改定した基本的対処方針に沿って、ワクチン・検査パッケージなどの対策を通じて、感染リスクを引き下げながら、経済社会活動の継続を可能とする新たな日常の実現を図ってまいります。

国民の皆様には、こうした新たなルールを遵守していただくと同時に、ワクチンを接種された方を含めて、引き続きマスク着用、手指衛生、ゼロ密や換気など、基本的な感染対策の徹底に御協力をお願いいたします。

また、ワクチン接種に至っていない方への情報提供を進めるとともに、12月からの追加接種に向けた準備を進めて参ります。

本日も、直近の感染状況等について忌憚のないご意見をくださいますよう、どうぞよろしくお願い申し上げます。

#### <議題1 現時点における感染状況の評価・分析について>

冒頭、事務局より資料2-1、-2、-3、-4、押谷構成員より資料3-1、鈴木構成員より資料3-2、西浦参考人より資料3-3、前田参考人より資料3-4、舘田構成員より資料3-5、北野参考人より資料3-6、事務局から資料4、最後に資料1にて感染状況・対策案を説明した。

(脇田座長)

○北野先生に質問。ワクチン接種率は85%以上が望ましいとのことだが、第5波で東京はかなり感染者数が出て、実際には数倍の感染者数がいたのではないかと、自然感染で5%程度はあったとの報告もある。現在接種率が80%程度には来ており、85%程度の免疫が達成していることも考えられる。先生方のシミュレーションで、自然感染の免疫はどの程度考慮されているのか。

(北野参考人)

○自然感染は入れていない。80%で自然感染プラス5%となると85%になるので、大体そうなるのではないかと。これから免疫が落ちてくる場合に、自然感染の場合の落ち方とワクチンの落ち方は違うと思われるが、85%の維持が重要になる。問題は、打っていない12歳以下が無防備なので、12歳以下で感染拡大があり得る。そこがどのくらい自然感染で免疫が今後つくのかどうかはモニタリングのポイントと考える。

(尾身構成員)

○ワクチンが重症化をどれだけ防ぐかは重要であるが、疫学者のデータが十分考慮され、

7つのグループの中に疫学の皆さんも入れて一緒にやったほうが、よりリLEVANTが出てくるのではないか。専門家会議が去年6月に卒業論文と書いたときも、研究者のグループだけがやっても限界があるので、それぞれのグループが広くネットワークを築いてやったほうが多様な意見が出るとの話があった。AIグループの中にも疫学的な情報が入るような人々が一緒にやったほうが、今まで以上にリLEVANTなものが出てくる。それが可能か、もしくは既にしているのか教えてもらいたい。

(北野参考人)

○疫学関係の先生方も交えて議論するのは本当にウェルカムである。重症者のブレークスルーも落ちてくるのは、10月27日の『ニューイングランド・ジャーナル・オブ・メディシン』のイスラエルのデータだと思うが、『ランセット』、『ニューイングランド・ジャーナル・オブ・メディシン』等を見ながら、かなりのデータをチームに渡している。また、チームのメンバーも自分でいろいろ探してくるので、疫学的なデータは随時取り込んでいく。ただ、疫学のエキスパートが入ったほうが見落としもないだろうし、解釈等もいろいろレクチャーをしてもらえるので、より精度が高いと思う。ワクチン効果のところを計算し始めたのは今年2月からだが、それは去年のファイザー、モデルナ、フェーズ2の結果から感染予防効果があることが分かってきた。決定的には3月頭の『ランセット・インフェクシャス・ディジーズ』と、『ニューイングランド・ジャーナル・オブ・メディシン』のUSとUKのデータ等からかなり明確にワクチン予防効果があるという疫学的データを基に計算をし始めた。フォローはしているが、疫学の専門家に入ってもらい議論をしたほうがより精度が上がる。是非そういう座組みをさせていただきたい。

(押谷構成員)

○自然感染の話。増加してきた局面は圧倒的に20代が多く、減った局面も20代がかなり減り、同時にこれまでなかなか減少しなかった都心の感染が減少したということが今の状況を生んでいる大きな要因だと考えている。その部分をワクチンで説明するのはかなり難しく、10代後半から20代辺りが急激に減ったが、お盆のときの20代のワクチン接種率は東京のデータを見ても10%未満で、それでどこまで減るのかというところがあった。自然感染は、ハイリスク行動の人から感染していくのに対し、慎重な人たちからワクチン接種をしていくと考えるのが自然だと思われる。自然感染でかなり都心部に固まっていたハイリスク行動の人たちに感染が進んでいったということもかなり大きな要因なのではないかと思う。単純なSIRモデルだと細かい分析ができないと思うが、どう考えるか。

○ワクチン接種が80%から85%になると、その違いが非常に大きいということだが、ウェイニングを考えると、80と85は大きくは変わらない感じもする。その理由はどこに由来したものなのか。

(北野参考人)

○特定のグループでの感染拡大と収束の速度については、我々はSIRモデルの改良型を使っている先生方と、複雑系ネットワーク、人のネットワークがべき乗則で起きているという、これは栗原先生、大澤先生と畝見先生がこのモデルを使っている。これは人と人のインタラクションの関数が大分違う。その先生方に関しては、この部分が若い人だということ特定できるわけではないが、ある集団に関して一気に感染が拡大して、そこが集団免疫状態に達して、そこがずっと感染のパターンから抜けていくということはモデルに内包されている。そういう部分が明示的に分かりやすくてきたほうがいいと思うが、モデルの中には入っていると思う。また、都心部に関しては7月からモデルナをかなり打っている。モデルナを打っているデータが統計上は後で乗っているので、我々のシミュレーションには乗っていないと思う。それなりのボリュームを首都圏、大阪等の大都市圏では打っているはずなので、それをどう入れるかが一つの課題だと思う。

○計算では自然感染も含めて85%だが、ただ、ウェイニングで落ちてくるということも含めて85%と等価という意味では、感染予防の効率、西浦先生でも計算があった。あれを30%程度に維持することが総合的に重要なのではないか。今は30%より大分上だと思うが、これが落ちてくる時である。80、85というよりも、全体での予防効果。有効抗体を保持している人の防御レシオを30%が防御線、ディフェンスラインになると思っている。

(押谷構成員)

○シンガポールは今94%まで行っている。全人口でも85%であるが、感染はまだかなり広がっている状況である。韓国も感染がなかなか落ち着かない状態だが、自然感染を今までずっと抑えてきているので、その効果が出てきてしまっている気もする。意見は如何か。

(北野参考人)

○シンガポールの感染拡大のゾーンは、例えばチャンギの手前、北のジョホールの手前、東側のジュロンの辺りである。それはある一定のコミュニティーというところが一つ。もう一つは、マスクの使用も、例えばオーチャード等では付けているが、ローカルコミュニティーの装着率をもっと現場で見る必要があるのではないか。接種率が高いにも拘わらず感染拡大について、現地でいろいろ聞くと、学校に入るとき、何かのイベントのときも、モールに入るときもテストとひたすらテストをしているので、正確なデータを見る必要があるが、殆ど無症状かちょっと喉が痛い程度のような。シンガポールの当局と正式なルートで実態を把握する必要があるのではないか。検査のやり方が日本と全く異なり、ありとあらゆるところで検査している状況である為、その検査を日本でやったら、同じことになるかもしれず、状況をシンガポール当局ときちんと議論する必要があると考える。

(舘田構成員)

○ブースター接種の在り方についてお伺いしたい。6波だけではなくて、その先のことも考えながらやらなければいけないが、経口薬も出てくるような状況の中で、まずは第6波をいかに小さく乗り越えるかというところに関して、最善の打ち方に関して考えを教えてください。例えば、7、8、9月で64歳以下に相当な数のワクチンが打たれた。そのスピード、例えば都市部に多く打つ等、どうしたら被害を最小に抑えられるのか。

○ワクチンの種類について。モデルナが結構効果が高いのに対し、アストラゼネカはどうか。韓国はアストラゼネカが多いと聞かすが、種類による違いも教えてください。

(北野参考人)

○ワクチンの打ち方について。3月頃、1回目、2回目接種の打ち方のシミュレーションをした。感染性と年代別によつての相互感染のマトリックスによつて打ち方の最適戦略が異なる。アルファの前のオリジナル株では高齢者からでよかったが、アルファ株は感染性が高い為、現役世代の重症化率も高く、7対3程度で現役世代の前倒しがいいというシミュレーションになった。できるだけ現役世代を前倒しして欲しいと政府に伝えた。西村大臣、河野大臣等にもお伝えをしたが、結果としてモデルナの職域接種が多く始まったので、計算上、我々のシミュレーションとほぼ同じぐらいのバランスになった。デルタに関しても同様で、ほぼ全世代に対してかなり早く接種するのがいいと考えている。また、免疫の先生と一緒に沖縄の方の抗体とT cell cross-reactivityのデータも独自に取っているが、かなり個体差がある。高齢者が落ちるだけでなく、若い人でもあまりついていない人は早く落ちるのが分かってきた。理想的には各々の抗体、またはT cell cross-reactivityを見ながら追加接種をするのがよいが、現実的にはリスクが高いと思われる人から早めに打っていく。イスラエルのデータには、5か月後ぐらいから落ち始めるので、リスクの高い人は6か月過ぎた段階でもう打ち始めたほうがいいだろうと思う。少なくとも全体が落ちてくる2月のときには、かなりフルスイングで打っている必要があるだろう。そして7、8波はどうするのだが、とにかく6波を抑えることに全力を集中すべきだと思う。冬であることと、次は春過ぎから夏であり、若干いい状況になってくる。また、例えば3CLプロテアーゼインヒビター等いろいろな経口薬が出てくる。ファイザーの効果は90%と非常にいいが出てくる、抗体カクテルの使い方等サプライも充実しているのので、まず6波を抑えて、その間に飲み薬、早期診断、検査、抗体薬の充実という医療パイプラインを春までにがっちりと構築して乗り切るとするのが一番いい戦略で、6波は甘んじて受けてその後やるというのではない。犠牲が多過ぎると考える。

(田中構成員)

○先週、国際的なリスクコミュニケーション、サイエンスコミュニケーションの会議に参加していた。そこで指摘を受けたのは、まさに北野先生たちのグループなどがやられてい

たシミュレーションの結果が盛んに日本は報道されたのは諸外国では見られない傾向で、市民の啓発に対して役立ったと他国の人たちから多く指摘を受けた。とてもよい利用で、繰り返しシミュレーションの結果を各メディアが報じたこともよかった。一方で、その議論の中ではっきり感じたのが、シミュレーションの結果をどのように政策に反映するかという専門家、科学ガバナンスとかエビデンス・ベースト・ポリシー・メイキング等の専門家がチームの中に入っている印象がない。シミュレーションの結果をどのように政策に活かしていくのかという専門家は今チームの中に入っているのかどうか。

(北野参考人)

○コミュニケーションの専門家は実際にはないというのが現状で、各先生方がメディアの取材を受ける形、ウェブサイトでいち早く全てのシミュレーション結果を公開、フェイスブック等いろいろなところで拡散する。内閣官房として適切に政府内には上がっていると考えており、そこからどのように行くかだ。我々は、ある意味でシンクタンク的な存在で、例えば第二次世界大戦のアラン・チューリングのブレッチリー・パークとか、ランド・コーポレーションのような役割であり、我々が表にしゃしゃり出てこういう政策をするべきだと言う立場ではないと考える。我々はいろいろなシミュレーションの結果を出して、政策を決定者が決めていただくということ。ただ、そこに対する透明性は必要なので、いろいろな結果を公開することは重要だと考える。また、このプロジェクトで一番気にしたのは、複数の先生方の複数のアプローチのシミュレーションをやることを大前提にした。それをやらないと、この先生が言ったから悪いみたいになるのは非常に不幸なことになり、見方もいろいろあり、違いが出る。そのときにコンセンサスのあるものはかなり確度が高いし、違うところはどのようにして違うのかという議論をやった結果7チームになった。アプローチも4つか5つの違うアプローチでやっている。これをオープンにしていくことによって、こういうシミュレーションをやってもっと前面に出させてもらえる。我々のシミュレーションでも、年末年始にピークがあるか、小さなこぶであるか、実際には2つに分かれている。従って大きなピークが必ず年末から1月に起きるというだけではなく、そんなに大きな話にならないというシミュレーションもあり、我々の中でも2つに分かれている。そういうことを全部オープンにして、行動如何で未来は選択できるということをコミュニケーションするべきではないか。これは未来予測ではない。あるシミュレーションはこういう前提でこういう行動をしたときにこうなるということで、政策のディシジョンは政府がやり、自治体が決めるわけだが、行動に関しては国民の皆さんがそれを見てどういうふうに判断するかであり、それはどの未来を選択するかを語りかけるようなコミュニケーションをしていくべきと考える。それは何かの仕組みが必要であり、今はそれが十分できるとは思っていない。UKがきちんとしたリポートを毎月出しているので、パブリックコミュニケーションという意味では、また別の枠組みで組織を立てる必要があるのではないか。

(脇田座長)

○資料3-3のプロジェクトについて西浦先生に質問。北海道と東京を見ると先週の結果とかなり違うように思うが、これは今の感染状況が非常に低いレベルであるので、そのときの1週間の状況によってかなり変わっていると理解してよいか。

(西浦参考人)

○微細にここ最近2週間の流行動態の変化が反映されているので、こうなっているというのが正確な表現だと考える。北海道は、トレンドとして増えていると捉えられている。一方で、東京は先週前半の時点で、12月の中盤には感染者は増えるナウキャストになっているが、今週はそれが大方修正されている。実効再生産数が本質的に段々になって変動している。週末で連休が続くとか、何らかの伝播でクラスタリングが起こる機会があったというときに、感染者数が減った今日ではそれに大きく影響を受けて実効再生産数が上下しているが、その底に近いところで今回は東京ではナウキャストをしているので、その影響が出ている。一方で、先週はそれの一番上に近いところでやっており、こういう違いが出ている。

(脇田座長)

○資料1も、今回、先週とほぼ似たような状況にあるが、一部の自治体で、北海道、神奈川県等を見ると、今週先週比が2週間程度1を超えるような状況があったので、継続的に増加をしている地域はないという部分は削り、しっかり見ていく必要があると変えている。

(前田参考人)

○保健所長会での議論について、事務局にお尋ねしたい。1つはワクチン・検査パッケージの陽性の際のロジ対応について。陽性と診断されていないながらも、さすがに公共交通機関を使って医療機関を受診というわけにもいかないだろうし、夜のイベント等であれば殆ど医療機関は閉まっている中で、どこまで業者に責任を持たせるのかどうか。

○経口治療薬について。既に治療の体制、配給体制の整備の話があるが、実際どういう形で経口治療薬の投与を進めていくのかについて情報が少なく、どの程度の体制を取るべきか困惑している。例えば、経口治療薬が出た際には、中和抗体薬と同等の効果があって、中和抗体薬の体制はもう解除していいということであれば全面的に行うし、あるいは中和抗体薬のほうがより効果が高いので重症者はそちらを進めるとか、そうした分担をする話になるのかということもある。また、適用の対象が、中和抗体薬のように年齢40歳以上、ハイリスクといったような、ある程度割り切った形で行うのかどうか。それ次第で、供給体制、あるいは供給するための医療体制も変わってくる。具体的な体制の構築の為にも情報をいただきたい。

(脇田座長)

○ワクチン・検査パッケージでいわゆる第三者機関での陽性が出たときの対応と、経口治療薬の投与の適応について今後どう考えればいいのか、事務局からお願いしたい。

(結核感染症課長)

○ワクチン・検査パッケージの場合、現場での検査の結果、陽性であった場合には、確定診断のための医療機関の受診が必要だと紹介をいただくと理解している。一方で、時間帯によっては行けない点はこの制度を担当している内閣官房に伝えたい。また経口治療薬については、承認された場合にロナプリーブとの使い分けについてどう考えるかということである。抗体薬は1時間ほど投与に時間がかかるので、どう患者さんをつなげるかが大きな課題であったが、医療提供体制、紹介する体制を構築いただいた。それに対して、経口治療薬は渡すことで、ロナプリーブのような特別な体制が必要ないということが期待される。そういった観点から経口治療薬、中和抗体薬をどう使うか、これはまず専門の先生方にも意見を聞いた上で、なるべく早く自治体にもお伝えしていく努力をしていきたい。

(押谷構成員)

○ブースター接種について。どういう目的で政府として考えているのか。つまり、流行を抑えたいのか、重症者を減らしたいのか、その目的によって今後の方針は変わってくる。もし流行を抑えるのだとすると、相当強力に接種勧奨をしないと、恐らくブースター接種の接種率は2回目よりもかなり低下することは、各国のデータを見ていても明らかである。一般の人たちがブースター接種の必要性をどこまで理解しているかもある。一方で、高齢者、免疫不全のある人で全く中和抗体価が上がっていないというデータも国内から出ており、一定程度感染拡大が起き、高齢者施設等でのクラスターが増えていったときに、そういう人たちをできるだけ守ることも必要だと考える。そこは柔軟に対応することも必要だが、実際にどういう方向性で、どういう目的で、今後長期的にどうブースター接種を進めていくか戦略が必要だと考える。

(脇田座長)

○ワクチン接種の目的が主に2つ言われている。感染拡大防止のためと重症化予防のためとワクチン分科会の資料にも書かれており、流行を抑えるほうに重心があるのか、重症化を抑えるところに重心があるのか、これが明らかでないと思う。現在は感染予防効果があると感染拡大防止もはっきりと書かれている状況で、押谷先生からはブースター接種を進めるための目的というところを明確にするべきではないかという話があった。局長如何か。

(健康局長)

○もともとワクチンの薬事承認等は発症予防効果で承認されたが、発症予防、重症化予防

効果というのは引き続き保たれていることは今西浦先生のデータでも出てきた一方で、感染拡大、感染予防効果も非常に重要。私の理解では、厚生科学審議会の中では、感染予防効果が落ちてくる点は一定程度理解しつつも、発症予防効果、重症化予防効果が保たれているということに力点を置いて、結論が出ているという状況である。

(協田座長)

○両方の目的があるということのようだ。

(西浦参考人)

○感染予防と重症化予防は必ずしもその目的が共存しない可能性もあるので、一定のビジョンとして決めておいたほうが分析もし易くなる。方向性が定まらないと、ずっと宙ぶらりんのままで両方を追いかけるようなことにもなるかと思う。

○資料4に関して。変異株の動向は世界の動向を見ていると気をつけないといけない。特に日本ではAY4.2、いわゆるデルタプラスというのが検疫ではディテクト1人とされているが、現在世界でどういうリプレースメントが起こるかを予測しているが、英国では恐らく12月末ぐらいまでに半分以上がデルタプラスになると考えられている。つまり、感染性が全て10%増しになる可能性がある中で移動が起こっているということになるので、それが大いに日本国内のストーリーをも変える可能性がある。もう一点、パンゴリンでB1.1.529の報告が南アフリカ及びボツワナからされて、急速にその件に関する警戒度を上げないといけないという話がロンドンを中心にニュースで流れている。ハイパーミューテーションがあるウイルスであると。どうも伝播しやすいことが間違いなさそうで、イミュン・エスケープも起こるということであり、そちらも今後のストーリーを大きく変える可能性があると思われ、デルタプラスと529はレーダーの下に入れないといけない。

(協田座長)

○齋藤先生AY4.2というのはもう既にVUM、あと1.1.529は如何か。

(齋藤参考人)

○まだリストには入っていないが、注視していきたい。

(尾身構成員)

○日本は少しずつ経済活動を回していきながら、医療逼迫を抑えるということが一番大事だということはある程度合意した。当然、感染拡大防止ももちろんやるが、どちらかに重点を置くかという、ある程度明確にしたと思う。一定程度感染は広がっても、言葉はなかなか難しいが、ある程度やって、しかし医療の逼迫だけは何とか防ぐのだということ。どちらを重点にするか日本の場合は感染の防止も重要で、特に12月の第6波という意味で

は医療の逼迫を防ぐこと。実際には全員にワクチンを追加接種できるわけではないので、重症化防止にある程度軸点を置くというのは明らかではないか。日本国内でコンセンサスができていないのではないか。

(北野参考人)

○当然ながらリスクのある人全員が打ててはいないので、高齢者も含めてそれなりの数のワクチン未接種者がいるということ。デルタの場合は30~40代以上になるとそれなりのリスクになる。沖縄や千葉大のデータを見ると、1,000人に1人程度は抗体が全然できない。また時間がたつと重症化予防の効果が落ちてきているというイスラエルのデータがある。これがどうなるかをよく見る必要があるのではないか。もし重症化のリスクが落ちるとすると戦略は2つで、1つは重症化リスクの高い人からブースターを打ちに行くのと、そういう人に対して感染をさせないように感染のブロックをつくるために打ちに行くことの2つだと思う。計算すると、医療従事者、高齢者、及び現役世代の40代以上の人コアになるのではないか。そこが重症化リスクも高くなり、早めに打っているので、当然ながら順番は、実は重症化予防と感染予防は結局同じような戦略になると考えている。

(脇田座長)

○いろいろと意見をありがとうございます。ブースター接種の考え方も、尾身先生、北野先生、西浦先生からいただいたところでかなり整理できたと思う。今後の様子、感染の状況もしっかり見て、また追加接種のところもアドバイザリーボードとしても、必要なところをいろいろとリコメンデーションしていくということだろうが、今後も感染状況を分析して評価をしていきたい。抗体価、免疫の状況も西浦先生の分析があるので、そこをしっかりと見て、ワクチンの効果が維持されているのかもきちんと分析していくということであろう。今日はブースターの話も大分意見をいただいたので、今の考え方をしっかりと受け止めるということだと考える。本日もありがとうございました。

以上