

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第108回）

議事概要

1 日時

令和4年11月30日（水） 17:00～19:15

2 場所

厚生労働省議室

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／藤沢市民病院副院長
	今村 顕史	東京都立駒込病院感染症科部長
	太田 圭洋	一般社団法人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	公益財団法人結核予防会理事長
	釜萯 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
	瀬戸 泰之	東京大学医学部附属病院病院長
	舘田 一博	東邦大学医学部微生物・感染症学講座教授
	田中 幹人	早稲田大学政治経済学術院教授
	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
中澤 よう子	全国衛生部長会会長
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
西塚 至	東京都福祉保健局新型コロナウイルス感染症対策担当部長

	藤井 睦子	大阪府健康医療部長
	前田 秀雄	東京都北区保健所長
厚生労働省	加藤 勝信	厚生労働大臣
	畦元 将吾	厚生労働大臣政務官
	本田 顕子	厚生労働大臣政務官
	大島 一博	事務次官
	福島 靖正	医務技監
	佐原 康之	健康局長
	浅沼 一成	危機管理・医務技術総括審議官
	大坪 寛子	審議官（医政、精神保健医療）
	鳥井 陽一	審議官（健康、生活衛生、アルコール健康障害対策担当）
	宮崎 敦文	内閣審議官
	江浪 武志	健康局結核感染症課長
	草場 鉄周	日本プライマリ・ケア連合学会理事長
	中山 久仁子	日本プライマリ・ケア連合学会理事

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）

構成員の皆さんには、本日もお忙しい中をありがとうございます。

直近の感染状況については、全国の感染者数は12万7422人、1週間の移動平均で10万1569人、1週間の移動平均の今週先週比は1.15となっています。感染状況のトレンドは、先週と大きく変わってはおりませんが、新規感染者数や重症者数、死亡者数は増加傾向となっており、病床使用率も上昇傾向にあります。今後の変異株の置き換えりの状況や接触機会の増加、さらには季節性インフルエンザについても一部の地域で増加傾向が継続しており、引き続き感染動向に注意が必要です。

塩野義製薬のゾコーバ錠については、11月22日に国内企業が創製した初の新型コロナの経口薬として、5月に成立した薬機法の新制度に基づき緊急承認したところでございます。これまで国としても治験の実施を支援してきたところですが、このゾコーバ錠は重症化リスクの高い患者を対象としたこれまでの経口薬とは異なり、低リスクの患者でも高熱等の強い症状があれば使用可能な薬として、世界で初めて承認されたものです。また、国内企業が製造・販売するため、安定的に必要な量の供給が確保できるようになると見込まれる

ところでもあります。こうした点において、新たな治療の選択肢の1つとして大きな意義があると考えております。できるだけ速やかに国民の皆さんにお届けできるよう、製薬企業との間で購入契約を締結した100万人分全ての薬剤が既に納入されており、先週から供給を開始しているところでございます。

また、新型コロナの感染症法上の位置づけについては、現在、専門家の皆さんの御意見なども踏まえ、新型インフルエンザ等感染症という分類は、当面は維持をしていく中で、変異していくウイルスに応じて柔軟に対応するというにしているところでございます。

このため、現在取組を進めていますこの冬の新型コロナとインフルの同時流行も想定した対応では、専門家の皆さんの御意見も踏まえ、現在の分類を前提に、外来医療の体制等の強化、重点化に取り組んでいただいております。他方、先週、参議院厚生労働委員会で感染症法改正案が可決をされ、本会議での採決を待っているところですが、衆議院において、新型コロナの感染症法上の位置づけについて速やかに検討する旨の規定が追加をされました。この修正も踏まえ、引き続き専門家の皆さんの御意見も伺いながら、その時々々の感染力等の状況や最新のエビデンスに基づき、総合的に早期に議論を進めたいと考えております。

具体的に、まず新型コロナの病原性、感染力、変異の可能性、こうした項目がこれまでも取り上げられてきたわけではありますが、それについてどう評価するのか、具体的にどう考えていくのかについて、国民の皆さんとも理解を共有していくことが必要であり、その基盤づくりが求められております。専門家の皆さんには、深掘りした上で、分かりやすい考え方をぜひお示しいただきたいと考えております。

今後とも、治療薬の普及を含め、感染症への対応に全力で取り組んでいきたいと考えておりますので、本日も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等の評価・分析について>

事務局より資料1、資料2-1、2-2及び2-3、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、西田参考人より資料3-4、中島参考人より資料3-5、前田参考人より資料3-6、藤井参考人より資料3-7、西塚参考人より資料3-8、草場参考人・中山参考人より資料3-9を説明した。

(脇田座長)

- 夜間滞留人口には地域差がある。年末に向け、引き続き傾向を注視する必要がある。
- 現在の直近の感染状況や今後の見通しについて、御意見いただきたい。大臣から御説明のあった感染症法上の位置づけも、今後議論を進めていくというところだとは思いますが、その点についても御意見いただければと思う。

(太田構成員)

- プライマリ・ケア連合学会による感染対策の事例紹介は、医療現場で PPE 着脱の部分が課題になっていたのでありがたい。既にこのような形で感染防御し始めており、感染もほとんど起きていないというような形で紹介してもよい状況か。また、ほぼ許容範囲の感染防御ができていると判断してよいか。

(中山参考人)

- 感染症委員会メンバーからの意見も、手指消毒、双方のマスク着用、換気など、基本的な対策をしっかりとすれば、大量の飛沫を浴びたときのみガウン交換でよいという結果であった。このやり方を実践してくれているところも増えているが、ルールを変更したからと言って感染がすごく増えたという話は今のところ聞いていない。

(太田構成員)

- 現場は非常に頑張っている。PCR 検体を取るだけでもフル PPE で対応している医療機関が多く、何とかしなければいけない。またデータが集まったら、お示しいたきたい。

(前田参考人)

- 同時流行発生時の医療ひっ迫回避、特に地域の小児科の先生方と、小児医療ひっ迫について対策を検討中。コロナ前は、インフルの小児患者を全員診ようという感じだったが、今後はこれまでのような形ではできないだろうという声が上がっている。
- これまでのように、院内感染対策をさほど重視せず行った場合と、ある程度しっかり対策を行った場合、実際に診療できる人数は何割減になるだろうか。

(中山参考人)

- 難しい問題。子どもは泣いたりするので、フル PPE 対応になるかと思う。換気もしつかりすれば、診察自体はさほどこれまで以上の時間を要することにはならないと思うが、待合の混雑や会計など、他の患者と密にならない工夫が必要。待合室や駐車場等スペースが十分とれる診療所では、導線を工夫すれば多くの患者を診られるが、小さい診療所だとなかなかそうはいかず、結果、診察できる患者の数に影響してくるのではないか。

(中島参考人)

- 感染予防の最適化が求められている。お示しいただいた PPE の方針を実際に展開する上で、気になる点や困った点はあるか。これまで高いレベルの予防策をしてきたものを現実に合わせた形にしていく過程では、現場に不安も生じるのではないか。広げるための工夫があれば教えていただきたい。

(中山参考人)

- ウイルスが感染する理論・対策の理由を一つひとつ説明し、納得してもらうことが大切。導入済みの医療機関の中には、当初は従来と異なる対応に不安もあったようだが、今はやりやすいという意見が多い。基本的なポイントを押さえれば安心だと伝えることで、それほど不安なく移行できているようだ。ポイントを細かく伝えながら広めていく必要がある。

(西浦参考人)

- コロナは呼吸器疾患というより、循環器疾患であると考えられている。今後感染者が増えていった場合、循環器に関連する感染で高齢者の命が奪われるだろうから、ゲートキーパーの役割がいっそう重要。
- 発熱外来の運営上、患者にフラグを立てていくべき。特に虚血性心疾患や狭心症などの循環器疾患や、心房細動や高血圧などの既往症がある人にフラグを立ててフォローアップしていこうという話が、英国でも出ている。日本のモータリティー（死亡率）を減らすための鍵となると思う。プライマリ・ケア連合学会として、どうしていくべきかお考えがあれば、お聞かせ願いたい。

(中山参考人)

- 作成した診療の手引きの中で、フォローアップの重要性を書いている。特に高齢者や重症化リスクのある患者には後日電話でフォローすることや、その際の質問のポイントも示している。今後、フォローアップ体制がより大切となった場合には、より強くメッセージを打ち出し、伝えていきたい。

(川名構成員)

- PPE 簡略化は今後の大きな課題。別添の中に、N95 マスクの言及がない。N95 マスクは、今後どのような取り扱いになっていくのだろうか。

(中山参考人)

- 大量の飛沫が飛ぶなど、空気感染の恐れがあるときには着用すべき。プライマリ・ケアの現場ではほぼそういった現場がなく、外来で一般的な軽症患者を診療することを前提としているため、割愛した。痰吸引など飛沫飛散の恐れがある場面では必要だと思う。

(尾身構成員)

- いわゆる感染症法上の位置づけについては、我々専門家も勉強会等で議論を始めた。政府や厚労省も含めて、引き続き意見交換をしていければと思う。
- ウイルス固有の病原性や感染力を考えることは重要だが、ウイルス固有の性質だけで

はなく、いわゆるインパクト、文脈、ソーシャルコンテキストについて考えておくことも重要。この病気の持つインパクトも一緒に考えていけたらよいと思う。

(西浦参考人)

- 病原性と感染力が上がると、リスクアセスメント上では、人口的なインパクトが分かる。現状のような、流行対策を伴わない一方、個別に治療・予防が行われている状況下での被害想定は計算できる。
- 今後一年間あたり、あるいはエンデミック化のプロセスの中で、どの程度死亡者が見込まれるかが一番の争点になる。現時点の被害想定を計算できるチャンスではないだろうか。

(押谷構成員)

- 特措法の要件が COVID-19 に合わなくなってきている。特措法には「急速にまん延して国民の生活に重大な影響を及ぼす」とあり、感染した場合に季節性インフルと比べてどれだけ重症度が高いかなどが書いてある。季節性インフルと新型インフルとを比較する基準として、また、いずれ季節性への移行を前提に作られたものであるが、COVID-19 はまだそのようには移行していない。
- COVID-19 の流行前から特措法の「等」の部分、つまり新型インフルエンザ以外の感染症が起きた場合を検討すべきと申し上げてきた。ウイルスの病態は変化している。COVID-19 は今年だけで3回流行しており、季節性の感染症ではない。COVID-19 はこれまで想定されていた新型インフルエンザとは大きく異なり、今の特措法の要件の中では読み取れない。
- 重症度に関しても、心血管系の問題を考える必要がある。ICU に入りレスピレーターや ECMO を使うなどといった、従来重症度では測れなくなってきている。
- 多くの超過死亡が日本でも生じており、その原因も少しずつ分かってきている。搬送困難事例も世界各国で起きているが、コロナに病床を割いていることのみならず、コロナの病態や、心血管系の影響もある。英国でも心筋梗塞など心血管系の死亡で超過死亡が3万人程度というデータもあり、医療ひっ迫のみならずコロナの病態も関連しているのではという議論が行われている。
- 医療負荷は、コロナ感染による呼吸器系の重症化のみならず、様々な要因で起きていることが、国際的に議論されている。この問題をどう考えるか、根本的な議論が必要。

(中島参考人)

- 今後コロナをどういう体制で対応していくのか。コロナだけを診ていると、一般医療やコロナ以外の救急への影響が大きい。医療全体の負荷にどう取り組むか、どういう法制度が必要なのか。ワクチンの活用含め、目指すゴールと必要な対策を議論すべき。

- 大阪府の資料から、病病連携によって医療調整ができていのはかなり出口に近づいており、望ましい姿。中等症の割合が、公的な入院調整の仕組みの中で行われているものと違うようだが、これを課題と捉えるべきか、望ましい方向に進んでいる傾向か。
- 病院連携の中で入院調整がスムーズに行われ、流行が拡大しても医療ひっ迫が起こらないことが理想だが、公的な仕組みがセーフティネットであるという考え方からすると、より重症度が高い人たちが漏れないように、そういう人たちこそ公的な仕組みの中でサポートしていくのか。そうであれば今、医療ひっ迫が起こっていない状況で、入院調整の対象者の類型が違うというのは自然なことと思う。
- 入院治療が必要な方の病態が以前と変わってきていることから、中等症以上の割合をもって、大阪府入院FCと圏域調整のどちらの基準が正しいのかということに関してどのように理解したらよいか。
- 鈴木先生の血清疫学調査の結果について、N抗体はいつまで遡った感染を反映しているのか。S抗体や中和抗体についても取り組まれているのか。

(藤井参考人)

- 現在、病床そのものがひっ迫していないので、病病で円滑に入院している。入院基準に差がある点については、大阪府として病院に求めている。関連施設からの入院や、ほかの疾患をお持ちのコロナ軽症患者をかかりつけ医として入院させている事例もあると思う。病床がひっ迫しない間は、病病による入院調整を進めていきたい。
- 病床がひっ迫してきて病床運用のフェーズが上がった場合には、できるだけ入院が必要な方に入院の割当てを行うという意味で、入院基準をそろえるという通知を第7波でも出させていただいた。
- 今、妊産婦の出産前の入院も、大阪府の医療機関同士のネットワークの中でスムーズに進んでいる。大阪府が行政として行う入院調整は、将来的には透析患者など、個別の取扱いが難しい入院調整に重点化していくことになるのではないかと。

(鈴木構成員)

- 感染により獲得したN抗体は、長期間保持されるものの、ワクチン接種により差が生じているという結果が報告されている。基本的にはワクチンナイーブ（未接種）な状態ではほぼ全員がN抗体を獲得するが、接種歴のある人が感染した場合、8割程度が獲得するというデータもあり、要注意。
- 日赤や厚労省の協力を得てデータを分析しているが、中和抗体等の測定という話には、今のところなっていないと理解している。

(前田参考人)

- 以前より、様々なところで類型見直しの議論がされている。純粹に感染症法や医学・医療の話ではなく、コロナは社会経済活動に制限をかける疾病であるため、行動を活性化させ、特措法による措置をなくしたいがために、5類にすべき等という意見があるように感じる。見直しについては、医学・医療の問題と捉えて議論すべき。社会経済活動など含めた、特措法適用の問題については、コロナ分科会など別の場で議論すればよいと思う。
- 同時流行時に備える上で不安な点は、多数の患者が発生した際の医療体制。もし5類となると、今現在ある病床確保支援や診療検査機関への診療報酬加算、ワクチン負担など、全ての制度が外れてしまうのか。別だという議論もあるが、5類になってもこうしたものは別途可能だと思いつつ議論をしたらよいのか、5類になった場合、法令どおりに各措置がなくなる、医療機関に対する様々な補助、診療報酬の増額等もなくなる前提で議論するかというところで、議論の方向性が大きく変わってくる。国として、今どういうスタンスでいるかお聞きしたい。

(釜范構成員)

- 類型見直しの議論については、大臣のご発言などから国として慎重に対応する方針が感じられ安心したが、早く見直して社会経済を回していこうという意見や、取り扱いが楽にならないと医療を提供できないという、医療現場からの意見もある。それらの問題を俎上に載せて、合意形成をしていく必要がある。
- 2類・5類の二者択一ではなく、コロナに合った類型でないと将来的に齟齬を来すだろう。単純に5類にすればいいわけではない。
- コロナはやっかいな病気であるが、国民はそのように理解していないと思う。特に感染後に心血管系を含めて、身体に様々な変化が起こる。罹患後症状をしっかりと整理する必要がある。
- 罹患御症状をきちんと把握できるような取組が必要だ。厚労科研などで研究できないか。個々の医療機関は、コロナ罹患後の症状を様々に経験している。その知見を集められる仕組みがないだろうか。
- 抗体価については、身近なところで、ワクチンを接種し、コロナに罹患し、症状も強かったためN抗体が続くと思ったら、罹患後検出できなくなったケースもあり、よく見ていく必要がある。

(今村構成員)

- PPEの中でN95を着用する場面について、気管内挿管時と吸引時という例があったが、その場面が空気感染のリスクとされたのはSARS/MARSの後の時点。コロナにおける新たな知見は、それ以外で発生するエアロゾルが予想以上に多いこと。リカバリールームで寝たきりの高齢者1人が感染し、全員に広がるなどの事例が頻繁に起こっている。今後

PPEなどを調整するにあたり、日本環境感染学会からのガイドライン等も含め、エビデンスを集め整理する必要がある。

- 高齢者は、最初軽症であっても、後に重篤になり亡くなる方もいるが、多くは命を救われ退院する。しかし、退院時にADLが悪化する方が非常に多い。今まで医療介入の必要なく、施設で対応できていた人が長期療養を必要とするなど、コロナを介して、多くの高齢者が一段階悪い状況になってしまう可能性がある。超高齢化社会において感染が繰り返される中で、今後の高齢者医療や高齢者の生活に、中長期的にどのような影響を与えるのか、考えていくべき。

(武藤構成員)

- 類型の議論については、病原性・感染力などを専門家の立場からアドバイザリーボードで議論することが求められていると理解している。どこまでアドバイザリーボードで議論されるのか。政治の判断もあるかもしれないが、ほかの場でも議論されるのか。議論の場の道筋を示していただきたい。
- 社会経済活動は全般的に制限がなくなってきた一方で、冬の再流行を見据えて、医療機関が面会禁止に転じている。面会、看取りの方針について考え直す必要があるのではないかと。併せて、面会についての医療機関の方針について、実態調査をやりたいという声が上がっている。面会についての考え方や工夫の共有などが進む必要があると感じている。

(江浪結核感染症課長)

- 現在のコロナ対策は、これまで頂いたご意見を踏まえて、新型インフルエンザ等感染症という分類を当面維持しながら対応していく形になっている。現在取組を進めている、この冬の新型コロナとインフルの同時流行も想定した対応という中では、この分類を前提に外来医療提供体制等の強化・重点化に取り組んでいただいている。
- 病原性や感染力などの総合的な国民への影響を考えた場合、どのように評価していくべきか。風邪やインフルと変わらないという意見も承知しているが、本当にそうなのかということも含めて、専門家の御意見も頂きつつ、国民の皆さまと理解を共有できる基盤づくりを進めてまいりたい。
- 新型コロナの性質から、特別な体制や病床確保が必要であり、その対価として補助金などを提供している。補助金や診療報酬加算の継続の可否などにより評価の視点が変わるというよりは、まずはコロナの病原性や感染力を踏まえて、どのような医療提供体制で受け止めていくべきかを御議論いただき、現状の評価と視点について御意見をいただきたい。
- 罹患後症状については、厚生労働科学研究補助金などで研究をしながら、かかりつけ医をはじめとして地域医療機関で罹患後症状に悩む方を受け止めていただいている。そ

これらの患者さんに関する情報を知見としてどのように収集していくかは、引き続き検討してまいりたい。

- ご遺体の取り扱いに関するガイドラインは2年前に作られた。現状はそれに沿った対応をいただいているが、実際に遺体から感染する可能性があるかといった点も含めて、最新の知見を踏まえた検討を進めている。なるべく早めにとりまとめたたい。

(鈴木構成員)

- N抗体について、鈴木忠樹先生からフォローいただいた。ワクチン未接種者が感染した場合、30日以降で85%以上がN抗体陽性になるが、4か月以降で低下傾向となり、9か月以降で7割ぐらゐまでN抗体陽性率が低下する。ワクチン接種者が感染した場合は、その値よりも1～2割程度、N抗体陽性率が低いということになる。

(太田構成員)

- 認めるべきシチュエーションには面会を認めるという方向に一旦舵を切った病院が多かったが、最近は少しずつ厳しくなっている。
- オミクロンは感染力が尋常ではなく、クラスターとは言わないが、院内感染は当たり前前の状況。頑張っても感染防御対策をしてもある程度は仕方がないと感じる部分もある。国民が院内・施設内感染をどこまで許容・納得していただけるかによって、医療機関の対応は変わってくるだろう。ウイズコロナの時代だから院内感染はやむを得ないと言っただけだと、状況はかなり変わるだろう。
- 類型に関する議論が始まる中、社会を大きく戻していくべきと考える立場からすると、どこまで国民を導いていただけるのかによって、出口にたどり着くスピードや、たどり着き方が変わってくるのではないかと感じている。

(瀬戸構成員)

- これまで、2類から5類といった分類変更の前例はあるか。
- 今後、新規感染症の蔓延期には特定機能病院や公的病院が各都道府県の知事と契約を結び、強制力を持って患者を受け入れるという法改正がなされる。例えば5類になった場合にそういった対象になるのか、その点の整合性はどうなるのか。感染症の分類は非常に重要。どのような感染症が対象になるかが、今後大きな課題になると思っている。

(江浪結核感染症課長)

- 今回の法改正においては、今般の新型コロナ対応を踏まえ、初動や感染拡大期にしっかり対応できるよう、あらかじめ協定という形で御協力いただける医療機関をしっかりと確保していく形となっている。

- 5類になった場合の協定に関しては、新たな感染症として特別な体制で対応する必要がある時に医療提供体制の確保として御協力いただくものであって、新型コロナがどういふ出口になるのかも関わってくるものの、ある程度一般的な感染症になってきた時には、一般の医療提供体制の中でどのように受け止めていけるのかという議論であろうかと思う。

(前田参考人)

- 感染症と共存するならば、院内感染をゼロにすることは難しい。
- 医療法も所管する立場からすると、国民が院内感染を一定程度容認すると言っても、行政は容認しにくいのではないかと。ただ、そういう方向性も今後あるということならば、それらの問題を含めて議論ができると思っている。そうした方向性も今後あり得ると考えていいのかどうか、医療政策の立場である医政局の方からお聞かせ願いたい。

(医政局)

- 事務局内でしっかり検討した上で、再度先生方にご相談させていただきたい。

(宮崎審議官)

- 法律上、協定の対象になるのは新規感染症や新型インフルエンザ等感染症、指定感染症。仮に5類になった場合は、現状、協定の対象外となる。
- 過去の類型変更事例としては、2009年のいわゆるブタウイルス、H1N1インフルエンザがある。当初、新型インフルエンザ等感染症と位置づけていたが、その後季節性インフルエンザと同様になったということで、新型インフルエンザ等感染症から外し、5類感染症である季節性インフルエンザとした。

(西浦参考人)

- 今のアドバイザリーボードメンバーに、ウイルス学的な研究に取り組んでいる人が少ない。特命のワーキンググループをつくったほうがよいとも思うが、モレキュラーな観点から伝播性を研究している人、知見のある人の助けが必要ではないだろうか。
- 類型見直しは、本来は審議会マターではないか。その前にアドバイザリーボードからの評価をとということであれば、取り組むことも必要だと理解するが、この機会に、メンバーシップも整理してほしい。

(脇田座長)

- 今のご指摘は、事務局とよく議論していきたいと思う。
- プライマリ・ケア連合学会の皆さんとは、引き続き連携してまいりたい。

- 先週までは、第8波の拡大メカニズムは残り火という表現だったが、今回はそれが終わり、次のフェーズに入っているという認識でよいか。同じ状況が続いているのか。

(西浦参考人)

- 基本的には、感受性を持った人が感染しているというプロセスで第8波が進んでいる。一方、今の時期までには明確なピークになっていただろうと考えられる都市部で、微増が散見される。そこに変異株の置き換えりがどれだけ関係しているかを定量化できないことに困っている。
- 東京都資料の中にゲノム解析の結果があるが、ゲノム解析には3週間程度タイムラグがあるため、リアルタイムの結果ではない。現状BA.5は80%を占めるとのことだが、11/7時点のデータであるため、実際はもっと置き換えは進んでいて、伝播性は変わらないが免疫回避の特徴が明らかなBN.1やBQ1.1が拡大していると思われる。今のピークが少々遅れている点について、どれだけレスポンスブルなのかは引き続き評価をしていく必要がある。しかし、半分以上はBA.5系統で続いており、基本的には空間上で、まだ感染していなかった人のところで感染しているという像自体はそのままであると思っている。

(脇田座長)

- 今日も様々なご意見ありがとうございます。またよろしく。

以上