

**新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第82回）**  
**議事概要**

**1 日時**

令和4年4月27日（水） 17:00～19:25

**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	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代表理事
	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

上田 哲郎	東京都医療体制戦略監
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
杉下 由行	東京都福祉保健局感染症危機管理担当部長
高山 義浩	沖縄県立中部病院感染症内科地域ケア科副部長
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
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
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

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
	佐藤 英道	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）
	佐々木 健	内閣審議官
	佐々木孝治	健康局健康課長
	鶴田 真也	健康局健康課予防接種室長
	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をいただき、誠にありがとうございます。

直近の感染状況につきまして、昨日26日、4万443人、1週間の移動平均では4万783人となっており、全国的に見れば減少が続いております。しかし、地域別に見ますと、直近1週間の移動平均が昨年末からのピークを上回っている県もあるなど、感染状況の推移に差が生じています。BA.2系統への置き換わりの状況も含め、感染状況を引き続き注視していく必要があります。

厚生労働省としては、引き続き最大限の警戒をしつつ、安全・安心を確保しながら、可能な限り日常の生活を取り戻すために必要な対策を講じてまいります。

まず治療薬の実用化については、これまでも累次の予算措置により、治験費用の一部を補助してきましたけれども、開発をさらに加速化するため、先週金曜日、22日、塩野義製薬株式会社、興和株式会社の2社について、それぞれ最大約62億円、最大約53億円の追加緊急支援を行うことといたしました。

また、経口薬については、今後の感染拡大へのさらなる備えとしてハイリスク者により迅速に投与できるよう、先週より地域の拠点薬局におけるラゲブリオの在庫上限を10から50に引き上げております。さらに、パキロビッドパックについても拠点薬局を新たに設け、在庫上限を20として運用を開始しております。引き続き治療薬を必要な方にお届けできるよう、必要量の確保、供給、迅速な投与に努めてまいります。

新型コロナワクチンにつきましては、現在、若者等への3回目接種の推進に全力を挙げております。本日4月27日に厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会において、4回目接種について議論され、重症化予防を目的として特例臨時接種として位置づけるという結論をいただいております。内容については、今、事務方から説明がありましたとおりですが、年齢につきましては、今後、さらに科学的知見の収集に努める中で60歳未満の者への接種について検討を進めてまいります。

昨日、総理よりゴールデンウィークを迎えるに当たり、感染の再拡大を防ぎながら徐々に社会経済活動を回復させることができるよう、国民の皆様には新型コロナ対策への御協力をお願いがありました。国民の皆様におかれては、この連休の機会に、日頃、仕事や学校で忙しくされている方もワクチンの接種をしていただくこと、帰省される方は帰省前に3回目接種を、またはお近くの無料検査の拠点等で検査を受けていただくこと、改めてマスクの着用、手指消毒、換気、3密の回避といった基本的な感染対策を徹底することについて、引き続き御協力をお願いいたします。

本日も直近の感染状況等について、忌憚のない御意見をいただきますよう、よろしくお願いいたします。

#### <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、2-3、2-4、2-5、資料4及び資料5を、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、中島参考人より資料3-4、前田参考人より資料3-5、高山参考人より資料3-6、藤井参考人より資料3-7、杉下参考人及び上田参考人より画面共有資料、田中構成員より資料3-8を説明した。

(尾身構成員)

- 先ほど田中先生から、最近、アドバイザリーボードや新型コロナウイルス感染症対策分科会からの情報が少ない、あるいは、情報をうまく発信できていないのではないかという指摘があった。今日、このアドバイザリーボードの前に分科会が行われたが、その中

で特に知事会から、その点についての意見が出たので、紹介したい。

今までアドバイザーボードや分科会が共同して、例えば「5つの場面」のようなことを分析し、対策として示してきた時期があるので、その点については知事会も高く評価をされたということだと思ふ。しかし、これからどうしようかというこのときに、単に数、データを共有するだけではなくて、データの背後に何があるのかを分析して、対策を示すということも以前のようにやっていただけないかという強い期待があった。

サイエンティフィックにエビデンスを示すというのもなかなか難しいが、今起きている現象の中に何が起きているのかということのを皆で分析して、対策にもつなげることをこれからまたやってくれないかという強い希望だった。

- 今、子供の感染、小児の感染が多くなった。高齢者の重症化対策は随分議論してきたが、子供についてどうするのかということは必ずしも十分分析、発信してこなかった。アドバイザーボードと分科会の両方に入られている岡部先生を中心に小児科の専門医の中で議論が始まっていると理解しているが、なるべく早い時期に小児の感染はどうなっていて、どのような取組をすればよいのかという大きな方向性が出ることを期待されている。アドバイザーボードと分科会で共同してできればいいということが知事会等の我々に対する非常に強い期待だったので、検討をお願いしたい。

(西浦参考人)

- 欧州とアメリカを中心に発生している小児のアデノウイルスが原因と考えられる、重症を含む肝炎の患者の多発について。

まだWHOの数日前の報告で169例ぐらいしか検出されていない。しかし、英国では114例ぐらいおり、アデノウイルスの感染が疑われているが、それと同時にオミクロン株が検出されている感染者が20例いる。160例ぐらいの中で20例が見つかるというのは偶然の重複感染とは考え難いので、新型コロナウイルスがこのアデノウイルスの感染症を修飾している可能性がかなり高いと思う。

今、アメリカと欧州といった新型コロナの感染者が増えているところでアデノウイルスの流行が起こり、小児肝炎が多発しているので、場合によっては、今後の流行に対する考え方の方向性、あるいは小児の予防接種の考え方を大きく変え得る話になってくると思われる。新型コロナウイルスのリスク評価としてこの話は相当フラッグを立てて見ていく必要があると思う。

(中島参考人)

- 鈴木先生に質問。N抗体のウェイニングについて、この抗体陽性率はいつ頃の感染を反映していると考えてよいのか。

(脇田座長)

- 同じく鈴木先生に質問。S抗体の抗体価が中和抗体価とある程度相関するのではないかとの記載もあったと思うが、今後、S抗体の抗体価を測ることで、ワクチンの効果の減衰を見ていくものとして使えそうということか。

(今村構成員)

- 経口薬に関して、現場での問題点について情報共有。

パキロビッドパックは、相互作用が多く、高齢者への投与が併用薬で難しいという問題は今までも指摘されていたが、もう一点、腎機能障害の問題があり、中等度の腎機能障害がある場合に用量調整が必要である。

パキロビッドパックは2剤がパッキングされた組合せであり、ニルマトレルビル150ミリを2錠、リトナビルを1錠の合計3錠を1日2回飲むことになる。しかし、中等度の腎障害があると、ニルマトレルビルを1錠に減量しないといけない。中等度の幅はeGFRで30から60だが、年齢が高くなると60近くの方はかなりいる。これを測定するための採血がどの程度必要なのか。例えば、クリニックでの採血は外注が多いので、結果が返ってくるまで時間がかかるため、ニルマトレルビルを投与するに当たってネックになる。

また、酸素ステーションなどを利用して投与しようとする、多くの施設においては通常は採血を行っていないため、運用上の問題となる可能性がある。

そうしたことを理解した上で、今後どのように展開するのか、計画を立てたほうがいいと思う。

(前田参考人)

- 鈴木先生に質問。西浦先生からはBA.2はBA.1よりも一定伝播性が高く、実効再生産数が1倍以上という話があった。一方で、資料3-2の78ページの図では、BA.2はBA.1ほど感染拡大が急激ではない。

BA.1とBA.2は一定の交差免疫があって、BA.1が非常に拡大した地域においてはBA.2の感染拡大が広がらないということか。つまり、大都市部ではBA.1の感染拡大が急激であったために、今はBA.2に置き換わってもそれほど感染拡大が広がらないが、東北地方や山陰地方のようにBA.1の感染拡大が抑えられている地域では交差免疫がないためにBA.2での感染が拡大しているという理解でよいか。

ワクチンの効果もあって、高齢者はBA.1の感染拡大はある程度抑えられていたが、ゴールデンウィーク後に徐々にワクチンの効果が下がっていく中でBA.2の感染が拡大すると、再び高齢者での感染者数が増加していくのではないかと懸念がある。

- 救急搬送困難事例について、中島先生に質問。東京は、この冬にはコロナ疑いの救急搬送事例よりも、非コロナの搬送事例が逼迫していた。今日の資料でも、いくつかの都県でそうした状況が見られる。この原因について、例えば、病床数の上限が決まってい

る中で一般病床、通常の非コロナ用の病床をあまりにもコロナの病床に転換してしまったために、コロナの病床は逼迫がないが、非コロナの救急病床は逼迫してしまったということはあるのか。

コロナについては、第5波のときと比べると病床の逼迫という感覚を持たずに対応できたが、そのために非コロナの病床が圧迫されたとすれば、今後はそのバランスをもう少し考えなければならない。

- 4回目接種について、基礎疾患保有者の方に対するワクチン接種の対応が非常に困難。これまでも基礎疾患を有する方に優先的に接種をするため、全ての対象者に接種券を発行し、その中で基礎疾患のある方に先に予約等を行うという形で優先性を確保してきた。今回、基礎疾患を有する方のみを対象とするとなると、そのために全ての年代の方に接種券を発行するのは無駄が多く、市町村の業務にも非常に過大な負担となる。したがって、例えば、一定の非常に低額でのワクチン接種という形で、各自が医療機関に受診することとし、市町村から接種券の発行などを行わないこととすることが考えられないか。

昨日の知事会の会議でも、基礎疾患を有する方に対する接種券発行は差し控えたほうがいいのではないかという意見が出たと聞いているので、ご検討いただきたい。

- また、できれば4回目接種はノバボックスを用いることとし、ワクチンの流通についても、市町村を経由して配付するのではなく、通常の流通に任せて配付していただけないか。高齢者に限定して接種するとなると、ワクチン希望者も少数になること、また、ノバボックスワクチンは2度から8度という冷蔵庫での保存が可能であり、最小流通単位も1バイアル10人分で流通されることからすると、あえて行政が介入する必要はなくなってくると思う。4回目接種については、ノバボックスの利用を拡大していただきたい。

(押谷構成員)

- 去年のゴールデンウィークの状況を振り返ると、4月25日に関西と東京に緊急事態宣言が出てゴールデンウィークに入った。ゴールデンウィーク後、東京、大阪、兵庫などは、若干増えはしたが、そこまで感染拡大はしなかった。一方で、それ以外の地方を中心にかなりの感染拡大が起き、北海道、愛知、福岡、沖縄、広島、岡山に緊急事態宣言が出た。そのような地方への波及には気をつけていかなければならない。
- 高山先生に質問。医療機関や高齢者施設で感染が増え、医師や看護師の休職も増えているとのことだが、3回目接種を受けた医療従事者でどの程度感染しているか、データはあるか。3回目接種のワクチンの効果は4か月経つとかなり落ちてくるというデータが各国から出てきているが、おそらく医療従事者はかなり早くワクチンを接種しており、1月頃に接種した人たちは既に効果が下がってきているはず。全国的に医療機関、高齢者施設での感染が増えてきているが、高齢者、医療従事者、高齢者施設の職員の3回目接種の効果が落ちてきていることが一つの大きな要因なのではないかと思う。

- 西浦先生に質問。英国では、直近1週間で死亡者が2,000人になっており、かなり増えている。感染者はそこまで増えてない中で、死亡者が急激に再上昇しており、理由がよくわからない。また、ドイツ、フランス、カナダなどでも死亡者が増えており、どのように考えればよいか。ヨーロッパでは10月ぐらいから高齢者の接種をしていたので、高齢者の3回目接種のウェイニングも関連していると考えられるのか。
- 鈴木先生発表の血清疫学調査の結果について。調査結果は2月の状況であり、おそらく今はもっと高くなっていると思うが、それでも10%前後ではないか。アメリカのCDCのデータでは、アメリカはN抗体の陽性率が58%であり、子供は75%ぐらいとなっている。日本はこれまで感染を抑えてきたので、自然感染の免疫を持っている人が非常に少ない。先ほど前田先生から、BA.1の免疫でBA.2から守られているという話があったが、BA.1の感染者も諸外国、欧米に比べると日本は非常に少ない。そこが注意すべきところであること、つまり、感染者、罹患率が少ないので、日本はまだまだ気をつけていろいろなことを解除していかないと、例えば香港や韓国のように、危ない状況になるということをはきちんと説明をしないといけない。

(脇田座長)

- 最後の点について。日本は罹患率が低いので、それを補うためのワクチンの活用も考えなければいけないということか。それとも、感染予防効果は4回目接種はかなり低いのでそこは難しいというお考えか。

(押谷構成員)

- 4回目接種はなかなか厳しいと思うが、少なくとも若い人も含めて3回目接種による免疫は確保しておくことが必要。4回目接種をどうするかは、ノババックスのワクチンの活用なども含めてパブリックヘルスの観点から戦略を考えないといけない。
- 4回目接種について、医療従事者や高齢者施設の従事者をどうするのかについても、公衆衛生的な観点から考えていかないといけないと思う。個人の防御という観点ではなくなるので、議論が難しいところはあるかもしれないが。

(脇田座長)

- 今日、予防接種・ワクチン分科会で4回目の接種について議論をしたが、4回目接種の目的が重症化予防効果なので、高齢者、重症化リスクのある基礎疾患のある方が対象。ただ、医師の判断という部分もあるが、高齢者施設の従事者や医療従事者が明示的には書かれていないので、そこをどう考えるかということかと思う。
- 尾身先生から、アドバイザリーボードで、現状の分析だけでなく対策につながることをしっかりやってほしいとの御意見があった。現状として、小児の感染が問題なので、岡部先生から何かあるか。

(岡部構成員)

- 現在のところ、重症度は低い。ただし、母数が増えてくると、重症者も増えてくる。入院の管理をどうするか、また、一般感染症として受診されることも多いと思うが、どのような診療体制がいいのか、ということは話している。まさに議論中なので、今後提示させていただければと思う。

(脇田座長)

- 西浦先生からは、小児の重症肝炎の話があった。注意深く見ていく必要があるということ。
- 中島先生と私から鈴木先生に血清疫学調査について質問があった。前田先生からもBA.2とBA.1の交差免疫について質問があった。鈴木先生からお願いしたい。

(鈴木構成員)

- 血清疫学調査について。まず、N抗体価も測定されているが、基本的に定性的に評価するものであると理解している。したがって、抗体価ではなく陽性率で見ることになるが、本人の申告による感染のタイミングから経時的に陽性率を追っていくと、少なくとも半年経過しても陽性率の著明な低下は確認されていないということが、今把握しているところ。
- S抗体価と中和抗体価について。今、中和抗体に関しては感染研のチームでの測定がほぼ終わり、分析が行われているところ。S抗体価の減衰をモニタリングして、追加接種のタイミングを計ることができないかとの議論があることは承知しているが、なかなか容易ではないという議論が行われている。いずれにしても、まもなく出る報告をお待ちいただきたい。
- BA.1とBA.2について。西浦先生からも発表があるように、もちろんBA.2はBA.1に対してトランスマッションアドバンテージがある。一方で、交差免疫があるので、BA.1に感染した場合にはBA.2に感染するリスクが低いとも言われている。前田先生御指摘のようにBA.1が大きく流行した地域ではBA.2の波が小さいということは、理屈上はあり得ると思う。ただ、日本での自然感染の割合は非常に低いので、このメカニズムで本当に地域差を説明できるのかどうかについては、わからない。

(脇田座長)

- 一般医療の救急の逼迫の原因は何かとの質問について、中島先生からお願いする。
- 4回目接種について、基礎疾患を有する方に接種券を配るのかどうか、ノババックスを使えないのかとの質問について、事務局からお願いする。



(中島参考人)

- 消防庁と、高止まりしている自治体のいくつかの医療機関にヒアリングした結果がある。まず、一般救急の高止まりが見られるところは、東京、千葉、埼玉、大阪の4自治体で全体の77%を占めており、主に首都圏を中心とした大都市の搬送困難事例が全体を押し上げている。例えば、和歌山、栃木、熊本などいくつかの地域でも少し高止まりが見られるが、かなり偏在があるということ。

断片的な現場の声としては、例えば、院内感染による影響があること、コロナ病床を確保しているために一般救急の病床が不足していること、第6波が下がり、延期していた手術が始まって救急に手が回らないこと、病院内でクラスターが発生した影響があること、また、医療従事者が感染や濃厚接触により休まざるを得なくなり、対応がどうしてもできないこと、などの声があった。また、ベッドが満床になっているために、不応需という回答もあったと聞いている。いくつかの自治体では状況分析を継続的に行うとも聞いている。

(予防接種室長)

- 4回目接種については、本日、ワクチン分科会で対応方針について御了承いただいたところ。対象者は、60歳以上の方、また18歳以上60歳未満で基礎疾患を有する方その他重症化リスクが高いと医師が認める者。

接種券の配り方については、60歳以上の方には一律で配り、18歳以上60歳未満で基礎疾患のある方については申請とするという考え方もあり得ると考えているが、自治体において様々な御意見があると伺っているので、自治体としっかりと話し合った上でどのような接種券の配り方があり得るのか、今後お示ししていきたい。

また、使用できるワクチンについては、本日の分科会でファイザーワクチンとモデルナワクチンの2つを使うことで御了承いただいた。ノババックスワクチンについても本日、議論したが、薬事承認で認められているのが1、2回目と3回目までで、4回目は有効性、安全性のデータがまだ十分ではない状況であるため、4回目でノババックスを使うことはできないのが現状。今後知見が蓄積されれば、また審議会において議論させていただきたいと考えている。

(脇田座長)

- 医療従事者での感染がまた増えていることについて、3回目接種のウェイニングは考えられるのかとの質問があった。高山先生からいかがか。

(高山参考人)

- 沖縄では、4月中に感染を確認した医療従事者が732人おり、その中でワクチン接種歴が確認された人が467人。3回接種者はそのうちの290人、つまり62%。ただ、3回接種

者がウェイニングしてきているかどうかということは、データをもう少し丁寧に見なければわからず、難しいかなと思う。

なお、3回接種者290人の感染を確認したが、入院を要した人は一人もいない。おそらく、だんだん感染予防効果は落ちてきているが、重症化予防効果はしっかり保たれているということが医療従事者においても観察されているのだと思う。

(事務次官)

- 今、追加で御報告いただいた数は「感染者」とのことだが、資料3-6の図9で示されている医師・看護師の「休職数」のグラフについては、本人が感染した場合だけでなく、濃厚接触者の場合も含むという理解でよいか。

(高山構成員)

- そのとおり。

(脇田座長)

- 押谷先生から西浦先生に、ヨーロッパの状況についての質問があった。

(西浦参考人)

- ヨーロッパでなぜ今の段階で感染が増えているのかということについて、3つに分けて説明するとわかりやすいと思う。

一つ目。高齢者が感染していることが、今の流行がこれまでと違う特徴。高齢者の予防接種由来の免疫が切れて、その人たちが中心的に感染をしているというのが英国、ドイツ、オランダ、フランスなどには共通している。いわゆる4回目接種の接種率がだいぶ低く、75歳以上の接種率が42%というのが今までのところ。そのような状態で今の流行が起こっているということ。

二つ目。ONSサーベイでわかっていることだが、BA.2に置き換わってからの感染規模が大きい。現時点で、イングランドの累積の自然感染者数は全人口の71%と言われていた。これまでプロテクトされていたと考えられる遠隔地の高齢者施設での伝播が起こった。まだスコットランドとかウェールズはそれよりも感染規模が小さく、かなり波及効果になっているということ。

三つ目。いわゆるA & Eと言われているAccident and Emergency (救急医療)の統計が過去最悪であると言われており、4時間以上の待機が30%程度、12時間以上の待機が5%程度である。過去、このようなことはなく、NHSのA & Eが機能していないということ。これぐらいの規模の流行を許すと、一定の地獄を見ることになるというのがそれぞれの側面で見られるということかと思う。

(武藤構成員)

- ジェンダー別の対策、特に女性向けの対策について、ここで少し強化していただけないかとの問題意識を持っている。

集団感染の現場は子供と高齢者が多く、その現場の感染制御やケア労働に当たっているのは圧倒的に女性である。こうしたジェンダー不均衡な日本の現状は中長期的に解決しなくては行けないが、現状として、そこで働く女性たちの健康を守るという観点で、専門家の中で何か見解がまとまるのであれば、ぜひ厚労省に女性向け広報に取り組んでいただきたい。

例えば、今日の鈴木先生の資料では、女性の従業率の高い職業での感染が多いという話があった。また、杉下先生から紹介のあった東京のiCDCの調査結果だけではなく、複数の調査でもワクチン接種率や接種意向には明らかな男女差がある。女性が接種を望まない理由が、「望めない」ということなのかについては議論がある。自分に副反応が出ると子供や高齢者の面倒が見られなくなるといった事情もあるということなので、男女別の接種率について分析が要るのではないか。

また、資料2-3のHER-SYSデータの分析には、男女別の検討は入っていない。女性の観点で串刺しをして、次の第7波に備えるということをお願いしたい。これまでも何度か発言してきたが、今、本格的に必要なことではないかと思っている。

押谷先生や鈴木先生から何かコメントがあれば教えていただきたい。

(押谷構成員)

- 第6波になって女性がかかなり増えてきている。高山先生から発表のあった沖縄県のデータを見てもわかるが、全国的にもそのような傾向。なぜそのようなことが起きているのかという点については、子供から感染していることや、武藤先生から指摘があったように職場での感染も多いのだと思う。解析をして対策に生かしていくという視点も必要だと思う。
- 東京iCDCのデータでもあったが、女性のほうがワクチン接種率が低い。男性は職域接種で受けられている一方、多くの女性が職域接種で受けられていないのかもしれないが、要因の解析もやらないといけないのではないか。

(鈴木構成員)

- N抗体、すなわち自然感染の陽性率が、保育関係者と飲食店関係者とでほぼ同等であることから考えても、バイオロジカルなセックスの問題ではなくて、どのような職業に女性が多く就いているのかというソーシャルなジェンダーも大きく影響していると思う。逆に言えば、しっかりと社会的なメッセージを出すことによって対策につなげることができると思うので、しっかりと分析して情報発信をしていく必要があると考える。

(脇田座長)

○ ありがとうございます。お疲れさまでした。

以上