

## 新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第90回）

### 議事概要

#### 1 日時

令和4年7月13日（水） 16:00～18:20

#### 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
	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
	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
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

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
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
仲田 泰祐	東京大学大学院経済学研究科及び公共政策大学院准教授
平田 晃正	名古屋工業大学先端医用物理・情報工学研究センター長
古瀬 祐気	元京都大学ウイルス・再生医科学研究所准教授

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
	島村 大	厚生労働大臣政務官
	大島 一博	厚生労働事務次官
	福島 靖正	医務技監
	榎本 健太郎	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
	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
	山田 勝土	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いては、全国の感染者数は昨日12日が7万5995人、1週間の移動平均では5万2285人、1週間の移動平均の今週先週比は2.14となっておりまして、急速に増加しております。全ての都道府県や年代で増加をしておりまして、病床使用率については総じて低水準であるものの上昇傾向にあります。

今後、3連休や夏休みの影響もあり、接触の増加等が予想されます。また、オミクロン株のBA.5等の系統への置き換わりの進行や、ワクチンの3回目接種の効果の減衰等によりまして、多くの地域で新規感染者数の増加が続くことが見込まれます。

保健・医療提供体制につきましては、オミクロン株の特性を踏まえて、本年4月にも都道府県に対し、対策の徹底を呼びかけてきたところでもありますけれども、現下の感染状況を踏まえまして、改めて7月5日にも自宅療養できる体制の強化、病床のさらなる確保、高齢者施設等における医療支援のさらなる強化や、集中実施計画に基づく検査の実施等について点検・強化を要請いたしました。

また、国民の皆様におかれましては、日常を取り戻していく状況の中にあっても、改めてマスクの着用、手洗い、3密の回避や換気などといった基本的感染防止策について、徹底することを心がけていただくようお願いいたします。

ただし、気温・湿度が高くなっております。熱中症対策の観点から、屋外では近距離で会話をするような場合を除きまして、マスクを外していただくようお願いいたします。

また、混雑した場所や、換気が悪く、大人数であったり、大声を出すような感染リスクの高い場面、場所を避けることが必要だと考えています。

軽度の発熱、倦怠感など、少しでも体調が悪ければ外出を控えるとともに、自治体等の方針に従って受診や検査をすることが必要です。特に、高齢者をはじめ、重症化リスクの高い方と会う機会がある場合には注意が必要でございます。

ワクチン接種につきましては、重症化リスクの高い高齢者の皆様が多く入所されている高齢者施設において4回目接種の着実な実施を図るなど、4回目接種の対象者にできる限り早く接種いただけるよう、取組を推進してまいります。また、特に20代、30代の3回目接種を促進してまいります。

最後になりますけれども、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によろしくお願いを申し上げます。

## <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、2-3、2-4、2-5、資料4、資料5及び資料6、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、高山参考人より資料3-7、藤井参考人より資料3-8、仲田参考人より資料3-9、平田参考人より資料3-10、古瀬参考人より資料3-11、杉下参考人より画面共有資料を説明した。

(尾身構成員)

○ 今の状況はもう感染がかなり増えることは間違いないというのがみんなの意見だったが、今回は感染が増えて、本当に今、医療体制は国のほうも努力して以前よりも随分キャパシティが増えたが、そのキャパシティを超えるかどうかというのが恐らく我々の一番の関心事。

そこで、高山先生にお聞きしたい。高山先生からは入院の率もかなり増えてきたとの

こと。大阪の藤井先生からは、大阪では入院も軽症の人も比較的入っているの、これから絞ろうということにしているというお話だが、沖縄で入院の率が高いという、入院している人の重症の割合、軽症の人が入っているのか、重症の人が入っているのか、特に直近の話を教えてほしい。

(高山参考人)

- 軽症、中等症の議論をする場合には、これがコロナの軽症なのか、中等症なのか、あるいは患者の状態として軽症なのか、中等症なのかというところが渾然としていることがあるので、そこは注意して議論する必要がある。

いずれにせよ、コロナの症状という意味では、入院されている方のうち半数ぐらいは軽症に該当する。中等症以上、つまり、酸素を必要とするような方は半分ぐらいかと思う。ただ、軽症であっても、その他基礎疾患などが入院を要する状態である方々がほとんどで、やはり病院での診療が必要になってきている。

もちろん、それでもあふれ出てくる部分があるので、私たちは入院待機ステーションといって、ある程度の見守り能力の高い医療提供場所を確保することで分散を図っていることと、あと、早期退院を進めることで病床の確保を何とか進めていきたい。

(川名構成員)

- 高山先生に質問。非常に貴重なデータを見せてもらったが、特に3回目の接種が終わってから5か月ぐらいたつと発症する人が多くなっていくという棒グラフが非常に分かりやすく、インパクトがあった。3回目が終わってから発症した人のうち5か月を経過した人と5か月を経過していない人の間で重症化率に差があったのかどうかということが分かるか。

(高山参考人)

- 粒度が粗くなってくるので、細切れにすると比較が難しいと考えて、まだ分析をしていなかった。何か分かりやすいデータがまとまるようなら、次回以降、御報告させていただきたい。

(川名構成員)

- ワクチン接種から時間がたって発症率が上がってくるのは想像がつくが、重症化率も上がってくるようだとかなり問題だと思うので、質問した。

(脇田座長)

- 今日は資料が非常にたくさんあって、事務局からインフルエンザとコロナの重症度の違いというペーパーも出ているので、コメントなどあれば。

(西浦参考人)

- その資料6の件に関して、重症化リスクであったり、あるいは致死率を推定する場合には、江浪課長からコメントがあったが、発病してから重症化をして、重症化をしてから死亡してというようなタイムラグがある。タイムラグをきっちり加味したものでないと、重症化率あるいは致死率と呼ぶべきではないということが基本的には疫学誌でよく議論されていることで、ここの表ではエクспレッションに重症化率、致死率と書いてしまっているので、このままでこういうアップデートをされると、必ず批判的になっていくものになると危惧をしている。

いわゆる右側打ち切りという統計学的な問題をここでははらんでいるということと、サンプル数が少ないときの推定に関して、信頼区間をしっかりと計算をしないといけないということ、その2点が問題になるが、これくらいの実装だったら僕らはお力になれると思う。何らかの形で、例えばテンプレートにした分かりやすいスプレッドシートレベルのもので、皆さんが事務局でデータさえ入力すれば推定を妥当にできるという仕組みをつくった上でお渡ししてアップデートしてもらおう。そういうことであつたら、重症化率とか致死率というのも、そういう問題をわざわざ細かく言い訳せずにアップデートしていけると思うので、その辺は電卓計算をして妥協するのではなくて、一緒につくっていければいいのかなと思う。

(脇田座長)

- 今の点は、ぜひ事務局で作成した方とディスカッションしてもらって、よりよいものにしていくことが大事かなと思うので、ぜひお願いしたい。

(結核感染症課長)

- ぜひ連携して行いたいと思っている。

(押谷構成員)

- 西浦先生に質問。後ろのほうに出ていたBA. 4、BA. 5とBA. 2、あとBA. 2. 12. 1と比較したもの。BA. 4が結構アドバンテージがありそうなデータになっていたと思うが、UKのデータとかを見ていると、BA. 5のほうがというようなデータが多くて、実際にBA. 5が優位になっている国が多いのかなと思うが、解釈はどういうふうにしたらいいものか。

もう一つ、高山さんに質問。八重山が増えているとのことで、グラフを見ると、BA. 1、BA. 2の辺り、今年の初め辺りは割と低いので、ポルトガルのデータで今議論されている話だが、これまでの既感染の感染率が低いところでより厳しい状況に、ポルトガルはかなり死亡者が出たというのはそういうことなのではないかということも言われていて、そういうことに関係しているのかなというところは何か御意見があるか。

(西浦参考人)

- 画面を共有するとこういう感じの図になっているが、この推定値だけを見ると、BA. 5よりもBA. 4のほうが置き換えの度合いが高いのではないかと考えられる。しかも、信頼区間を見ても、実を言うとBA. 5の上限値よりもBA. 4の下限値のほうが高い。

今、これはまだデータが少な過ぎるのでこういうことになっている可能性が高いと思う。具体的に言うと、これは東京都だけのデータで、BA. 4で最近クラスタリングがあって、増殖が速いということであるとかいう結果が出てしまう、そんな段階にあるので、これはもうちょっと見ないといけないと思っている。

ただ、こういう結果があったので、実を言うと、ほかの地域を分析している。海外の分析をしているが、BA. 4とBA. 5のアドバンテージを持っている特性がちょっとだけ違うと考えられる。推定をして見ると、BA. 5のほうが変異の箇所が多いので、免疫回避をする性質がより強いと考えられる。一方で、BA. 4というのは免疫回避をするけれども、イントリンジックなトランスミッシビリティとあって、伝播のしやすさのほうが主体で変わっていると考えられる。

結果的にどうかということだが、人口によってどういう増え方、推移をするかというのが変わってくる。南アフリカでは、サーキュレートとあってBA. 4とBA. 5が一定の割合をいつも保持しながら流行が進んでいったので、この後もBA. 5だけに注力をしてやっていると、気づいたらBA. 4がというようなことがあり得るので、両にらみで見ていくといいのかなというのが今の時点での見解。もうちょっとデータが増えてくると、もう少し明らかなことが言えると思う。

(高山参考人)

- 私も画面を共有する。一目瞭然だと思うが、八重山は水色で太くしたもので、決して八重山がこれまで流行していなかったわけではなく、やはり観光地ということもあると思うが、それなりに夏に大きな流行を繰り返してきたので、とりわけ免疫がない地域というふうには受け止めていない。

(舘田構成員)

- 江浪課長から説明があった資料5に関して、今これが非常に大事になるわけで、それは分かるが、それと同時に、今日また藤井先生のほうから、先ほどもあったが、今の基準でいくと、入院している人の50%近くが軽症になっている。これがまさにオミクロン株の特徴になる。そういう意味では、この事務連絡に続く形で、どういう方を入院させるのかという基準をもう一度見直す必要があるのではないかと。

もう一つは、入り口をどういうふうに絞っていくのかということとともに、今度、入

院した人、あるいは濃厚接触者として自宅待機になったような人たちをどうやってリリースしていくのかというところ、出口のところもどういうふうに緩めていくのかということも大事になるかと思う。どういう予定になっているのかという考え方について教えてほしい。

(脇田座長)

- 入院あるいは療養の入り口と出口の基準を今後どう考えて、この医療の逼迫というか、緩和できるようにしていくかという御質問だと思う。

(結核感染症課長)

- 入院の基準に関しては、以前、デルタ株の流行のときに感染が急拡大したときには、特に医療が必要な方を中心とした医療提供体制というお話を申し上げた。コロナによる呼吸不全というか、そういったことを中心にどういうふうに考えていくかということであった。

一方、今回、少し東京都とも意見交換をしたが、オミクロン株の流行に当たっては、もともと高齢者の方が基礎疾患の重症化によって入院されているという中で、こういう基準で入院をとる基準をなかなかつくりにくいということになっているのではないかという御意見もある。

感染が急拡大する中で、医療を必要とする方に適切に医療を提供できる体制の確保が、今回のオミクロン株の特性に応じた対応の中でも特に重要な部分となってまいりますので、ここはよく御意見をいただきながら考えていきたい。

特に入院の関係ということだと、重症化をしなかった方について、それでもなお医療が必要な方について、後方の医療機関のほうにさらに入っていただく。このアドバイザーボードの中でもたびたび御意見をいただいている、引き続きよく相談をしていきたい。

(事務局)

- コロナ本部医療班。江浪課長の回答に補足する。基準の見直しは、今、江浪から御説明申し上げたとおりで、7月5日の事務連絡は、8日の金曜日に全国の都道府県の皆様とウェブ会議を行った。一律に基準を示すことは現時点では難しいが、第6波の対応の経験と反省を踏まえ、状況に応じた対応をすることは非常に重要であるということを強調してお伝えしている。

本日も、各地域から幾つか入院の適正化の取組の例をいただいたので、そうした事例も紹介しながら、都道府県の皆様と連携して対応を進めていきたい

(今村構成員)

- 今回の入院基準に関わる話で、全療養者に占める入院患者の割合を例えば東京で見ると、東京は今回の波の前には高止まりになっていたが、高止まりと言いつつも入院が比較的少なくて安定していたときの全療養者に占める入院患者の割合は4%ぐらいだった。今は、人数は増えているが3%ぐらいに下がり始めている。

この前の第6波のときは最大2%ぐらいまで下がっている。この下げていくということをしなないと恐らく入院は厳しくなってくるので、分母となる感染者数が増えてきたときに、入院患者の実数を減らすためには入院基準を厳しくしてこのパーセントを下げるしかないが、このときにどこに大きな影響が与えられるかということ、その中心となるのは介護施設等だと思う。

介護施設は生活の場であるので、施設内のクラスター発生を不安に思っている施設長の方も多く、そこは療養の場所ではないからと、無症状や軽症でも入院させてほしいと希望されることがよくある。また、コロナとしての重症度は低くても、高齢者は発熱だけでも体調が悪化することもあるため、発熱だけでも入院を希望されることがある。

宿泊療養施設は医療スタッフの人数が少ないこと、また認知症とかいろいろなことがあるので、なかなか宿泊療養施設で対応することも難しい。自宅では見られないから施設に入っているの、自宅にも行くことができないということになるから、残る選択肢は2つで、入院するか、入院しないのであれば、施設にいるかという形になる。その施設の中にいることによって、その人たちが多く出てくるというのが2%。できる限り施設内で耐えてもらったうえで、東京では限界が2%ぐらいだったが、その結果として施設の中で死亡する高齢者も増えてしまった。介護施設に対しては、やむを得ない入院受け入れ状況になっていることをしっかりと伝えて理解していただきつつ、調整したほうがいいのかなと思う。

(脇田座長)

- BA.4、BA.5の重症度が第6波と同じ程度だとしたら、その程度の対応が可能かもしれないということで、そこを十分注意していく必要があるということだとは思っている。

(太田構成員)

- 今回の入院基準の厳格化をどういう形で行うかに関して、とにかく患者さんの数が増えてくれば、どうしても入院医療が必要な人が増えるので、我々現場は工夫していかなければいけないというのは論をまたないわけでやっていくが、あまり入院基準という形ががんじがらめにされてしまうと、逆に現場はスムーズでフレキシブルな運用ができなくなる可能性がある。地域でしっかりとより効率的な運用ができるような話をさせていただいて、ある一定程度の基準は必要だが、それよりはこういう形でみんなやりましょうという形の話合いにさせていただければと思う。

今、要介護の患者さんをどうするかという話も一つの論点だが、重症化していきやす



い方を、例えば最初の2日間、3日間だけでも取りあえず点滴を入れて、その後返すとか、今、様々な工夫をしながら、病床の回転を速くしながら、患者さんが増えてきたら、現場のほうは何とか患者さんを支えていこうという形で努力している。こういう基準にならないと入院させられないというような形の厳密なルールづくりはなかなか難しいだろう。

一部の医療機関がずるをして楽な患者だけを取っているというのは、地域でさらし者にして、何とかそういうのを排除しなければいけないが、かといって、厳密な基準をつくり過ぎて現場が対応しづらくなっても本末転倒の話になるので、地域での話合いで、各都道府県とか自治体や保健所としっかりと、より効率的な病床を稼働させていく体制を綿密に話し合って、誘導していくような形でぜひお願いしたい。

(協田座長)

- 今日も仲田先生から入院率が変化をすると病床の見通しがかなり変わるというデータが示されたので、地域で最適な、最適なものとはどんなやり方か、私は現場は分からないので、そこはしっかりと地域で考えていただくことが必要。

(前田参考人)

- 高山先生、社会福祉施設における初発例と感染者数、こちらは非常にクリアに状況を明らかにしていただけてありがたい。予想どおりというか、当然だが、初発例は職員が大半ということで、一方で、最終的な感染者数が1人ということは、初発で見つかった方でとどまっていて、この辺、どういう方策があって1人とどまっているのかというところの分析は何かあるか。

もう一点、藤井先生に対する質問。前回、圏域内における入院調整のフローということで、保健所を介さずに圏域内での入院調整枠の中で、外来医療機関から圏域内の病院に入院調整をして、そこが駄目ならばフォローアップセンターで対応する、この大阪府の方針は大変すばらしいが、現在、感染拡大状況においてもこの形で十分対応できるという見通しかということと、本来は東京でもこういう形で実施していただけて、少しでも入院調整のところで保健所がいろいろ臨床情報等を必死に取ってという対応を減らしたいと思うが、こういう体制が取れるようなポイントは何か。

(高山参考人)

- 本当に、施設をいかに守っていくのかということが医療を守っていくことにもつながるので、御指摘の点はしっかり分析をさらに進めていきたい。
- いずれにせよ、1人で収まるというのは大体において職員について早期発見できた場合になる。沖縄県では、職員に対する定期スクリーニング検査を2週間置きにやっていて、これで見つけるケースが多いということと、早期で発見して、慣れていなければ早期に

相談することが必要で、慣れていないのに自分たちで何とかしようとしてうまくいかないというときにさらに大きな感染に広がっていくことが多い。

あと、職員の健康観察をしっかりとやっているということが早期発見の要点で、これは自己申告ではなく、ちゃんと多角的に、あなたは大丈夫とか、記録にきちんとつけるとか、そういったところがポイントなのかなと見ている。もう少し分析を進めて御報告できれば。

(藤井参考人)

- 圏域間の病病連携による入院と、保健所経由、入院フォローアップによる入院の併存というのを今堅持している。入院病床のフェーズ3、中段階では圏域に6割、フォローアップに4割の病床を保有して入院調整しているが、今度、フェーズを5に上げたので厳しくなるということで、一元管理、大阪府が管理するほうを6割、圏域が管理するほうを4割ということで、病院ごとに病病で管理している病床、フォローアップが管理している病床という割り当てをしている。

このシステムを運用するに当たり2つのポイントがある。まず圏域ごとの保健所も含めた御意見、各医療機関の御意見を含めて、かなり丁寧なヒアリング、状況把握をした上でこのシステムをつくったということが1点。

2点目に、病床管理が非常に複雑なので、入院・退院の状況、あるいは患者さんの症状を管理する独自のシステムを立ち上げ、このシステム入力状況が今7割程度。この7割を捕捉するために聞き取りも継続している。このシステムを、将来的には地域に入院調整が返っていくという前提の下で、何とか堅持したいが、大きな課題が、先ほどいろいろ御議論いただいてありがたかったが、入院対象を圏域にお渡しした病病連携の中で運用できるかというのが問題。

今把握しているデータでは、保健所で入院フォローアップで入院調整をした患者さんの症状比率よりも、圏域で病病で入っている患者さんの症状のほうが相対的に軽い。やはり、高齢者施設等から比較的軽めの患者さんが圏域病床に入られているというデータもシステムの中で捕捉ができていて、どの方法でも、どのフローでも、同じ入院基準で入っていただけるような周知徹底が非常に大事になってくる。これが徹底できるかどうかというのが、この方法が定着するポイントになる。

(押谷構成員)

- 河岡先生に質問。今、BA.4、BA.5、特にBA.5の病原性はどうなのかというところがいろいろなところで議論されていて、東大医科研の佐藤佳さんたちのデータとか、2～3日前にオーストラリアのグループがTMPRSS2のパスウェーを使うようにBA.5はなっているのではないかなというようなデータもあったり、そういう実験室内でのデータでいろいろよくないデータも出てきているが、各国のデータを見ても、ポルトガルとかは死者が

増えているが、そうでないところもあったり、病原性については明確に言えないような感じになっているが、どう見ているか。

(河岡構成員)

- まず、実験室のハムスターを使った実験で、佐藤先生たちのグループがやったのは、Sタンパク質がBA.4あるいはBA.5で、バックボーン、それ以外の遺伝子がBA.2の組換えウイルス。私たちのところでBA.5の臨床分離株を3株、いろいろな地方で分離された3株と、BA.4に関しては2株の臨床分離株をBA.2と比較をすると、ハムスターにおいて違いはない。病原性は決してBA.5が強いというわけではない。それが1点。

ただ、これは今投稿中でプレプリントで出しているが、BA.2とBA.4を1対1で混ぜてハムスターに接種すると割合は変わらないが、BA.2とBA.5を1対1で混ぜてハムスターに感染させると、感染後、BA.5のほうがより多く増える。つまり、競合させるとBA.5のほうがよく増える。ハムスターの結果だが、そういう結果はある。ただ、病原性を見る限り、臨床分離株を使うと決してBA.5は病原性が強いというわけではない。

あと、南アフリカのほうからBA.2とBA.4、BA.5、臨床的にはそれほど違いがないのではないかというプレプリントが数日前に出ていたと思う。

(脇田座長)

- キメラウイルスではなくて、臨床分離株での情報ということで、ありがとう。

今日、平田先生と仲田先生、古瀬先生から資料の御説明があって、いずれの先生方のデータを見ても、ワクチンの接種は3回目まで、それから4回目の接種は進めるべきだということも読み取れると理解をした。それで、平田先生に1点御質問。6ページの東京における新規陽性者数の推定の結果、たしかSNSの数値、これはTwitterの行動に関する数値というのが7月7日に先週比で下がってきていると。これは今回の推計値には織り込まれているということなのか。

(平田参考人)

- 算出したのが7月7日までのデータであるため、そのデータはまだ考慮していない。ワクチン4回目接種情報が入手できたのが最近であるためまだ組み込めていない。したがって、今後のピークを形成するのはAIがこれまでの検査数の推移などを勘案した上で、推定している可能性があり、少しずつ陽性率が下がっていく傾向につながっていく可能性があるかとしている。

(脇田座長)

- 尾身先生からもお話があったが、感染の状況は今非常に感染拡大の速度が速いということで冷や冷やして見ているという状況で、BA.5、BA.4の病原性もいろいろな情報があ

って、今のところは臨床的なデータから見ると、それほど増悪はしていない可能性もあるというお話もあった。

また、河岡先生の臨床分離株のデータの情報も共有された。

いずれにしても、注意深くまた見ていく必要があるということで、入院率の話もあって、入院率が上がれば、当然それだけ病床数が必要になってくるということで、そこもしっかり見ていくということ。

○ 本日は皆さん、どうもありがとうございました。また次回、よろしくお願いします。

以上