

第11回 東北メディカル・メガバンク計画  
遺伝情報等回付検討委員会 議事概要

1. 日時 令和元年9月2日(月) 15:30~17:35
2. 場所 東北大学 東京分室
3. 出席者 (委員長) 福嶋委員、(副委員長) 要委員、井上委員、堤委員、山内委員、山田委員、吉田委員、鈴木委員、田中委員  
陪席者 文部科学省、日本医療研究開発機構、  
(東北大) 山本東北メディカル・メガバンク機構長、川目教授、大根田教授、鈴木(吉)教授、佐藤(政)特任教授、長神特任教授、佐藤(義)特任教授、小林特任教授、宇留野准教授、中村准教授、平塚准教授、濱中講師  
(岩手医科大) 佐々木いわて東北メディカル・メガバンク機構長、福島いわて東北メディカル・メガバンク機構副機構長、清水いわて東北メディカル・メガバンク機構副機構長、徳富講師
4. 議事  
(第10回遺伝情報等回付検討委員会議事概要の確認)
  1. 第二段階でのパイロット研究
  2. その他

<配付資料>

配席表

第10回遺伝情報等回付検討委員会議事概要

- |       |   |
|-------|---|
| 資料1   | 第二段階での遺伝情報回付事業について                                      |
| 資料2   | 薬剤反応性に関する遺伝子の回付に関して概要と進捗                                |
| 資料2-1 | IC前の研究説明スライド  |
| 資料2-2 | 説明同意文書  |
| 資料2-3 | 結果回付文書  |
| 資料3   | 遺伝性腫瘍の返却に向けての検討の進捗報告                                    |
| 資料4   | パイロット研究③⑤：遺伝情報回付に関わるステークホルダーへの調査<br>研究計画書、調査票アンケート、進捗状況 |
| 資料5   | パイロット研究④：多因子疾患のリスク理解に関する研究<br>進捗状況                      |

<参考資料>

- |     |                          |
|-----|--------------------------|
| 資料1 | 東北メディカル・メガバンク計画 全体計画     |
| 資料2 | 説明同意文書および同意書             |
| 資料3 | 「健康及び遺伝についての住民意識調査」調査報告書 |
| 資料4 | いわて東北MMB調査票1             |
| 資料5 | いわて東北MMB調査票2             |

- 資料 6 遺伝情報回付検討タスクフォース報告書
- 資料 7 生理学的検査結果報告書
- 資料 8 遺伝情報等回付検討委員会規則
- 資料 9 遺伝情報等回付検討委員会と関連組織
- 資料10 今後の委員会の進め方
- 資料11 ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針
- 資料12 ゲノム医療推進協議会 中間とりまとめ
- 資料13 ACMG 5 6 遺伝子 各疾患の概要まとめ
- 資料14 パイロット研究 研究計画書
- 資料15 FHパイロット研究（第一期～第二期）中間報告
- 資料16 パイロット研究④ 研究計画書
- 資料17 パイロット研究② PGx 回付パイロット研究 研究計画書

## 5. 議事概要

議事に先立ち、事務局から、新年度になり、新たな委員も加わったことから、東北メディカル・メガバンク計画における本委員会の位置付けやこれまでの経過等について説明があった。

また、山本機構長から、新委員の紹介があり、新委員から挨拶があった。

次いで、第10回遺伝情報等回付検討委員会議事概要について諮り、承認した。

- (1) 第二段階での遺伝情報回付事業について、川目教授から、資料1に基づき説明があった。

以下、委員長の進行により意見交換があった。

- 委員長：前回は発言したが、今後の工程案で、HBOC と Lynch 症候群を考え、昨年度から腫瘍内科、乳腺内分泌外科、産婦人科との打ち合わせを施行とあるが、この中に遺伝子診療部が入っていないのはいかなるものか。その後まだ遺伝子診療部が加わっての話し合いは行われていないのか。
- 事務局：具体的な話し合いはこれからだが、既に遺伝子診療部と事業についての連携はスタートしている。

- (2) パイロット研究②：表現型（-）の疾患の回付について、川目教授から、資料2、2-1～2-3に基づき説明及びスライドの上映があった。

以下、委員長の進行により意見交換があった。

- 委員：スライドに関して、非常にきっちり説明されおり良いと思うが、かたいという

か、難しいという印象を持った。もう少し口語的な表現を使うとよいと思う。頻度に関して何%と言われると皆さんわからないので、何人に1人と言ったほうが良いのではないか。また、利益と不利益のところは、文章が長いので、わかりやすい図を挙げて、スライドでは簡単に説明する方が受け入れやすいと思う。

○委員：かたいというのは二面あると思う。1つは、このようなところで供覧しなければならないようなビデオなので、オフィシャルな説明になっていると思う。実際、研究に参加する方をリクルートするときはオフィシャルな説明があって、その影で、コーディネーターは分かりやすい説明をされると思う。本当にこれだけしか説明しないのだとしたら足りない。もう少し公的な人とは違う、患者目線に何かしら取り組みが一つあるといい。

もう1点は、患者さんにわかりやすくという面があるが、今回は個別化医療なので、どちらかというと講義のようになっている。参加される方個人が、私にとってはどうなのという情報が少ないと思う。例えば、この薬は将来自分ほどのぐらい使う確率、可能性があるのかということが全くわからない。医療者でもどのぐらいかというのは、？がつくので、参加される一般の方はどういう病気、それがどのぐらいこの先可能性があるのか、全然使うことを想定しなくていいのか等そのあたりの情報がないとわかりにくい。

最後に、実際にその病気になったとして、この薬を使うというのは選択肢の1番なのか、5番なのか、どのぐらいの可能性で主治医はこれを勧めるのだろうか等、自分に即した情報が足りない。難しいとは思いますが、そこを説明しないと、このスタディーは意味がない。もう一息工夫されると良いと思う。

→事務局：前者のご質問だが、実際はこの後にRCが直接対面で30分ぐらいかけて、ある意味でざっくりばらんな形で説明をしておき、そこでやりとりしながら、質問などを受ける予定にはなっている。今回は、ビデオ見ていただいて、概要をつかんでいただくのが目的である。

FHのときは講習会を行い、我々が約1時間弱程度、遺伝情報の説明を対面で行った。それを今回はビデオで見ていただくという考えである。

○委員：参加される方は、この後試験を受けるわけではない。コーディネーターとしてあれを覚えると試験は通ると思うが、あなたにとってはどういうことが起きるのですかと聞いたときに、白紙という感じの答えになるかなという気がする。

○委員：最初に難しいと思うと、後に行けないというのがあるので、最初はどんどん省き、自分と身近な感じの例で、メリットや重要なところだけ説明し、その後詳しくというのもありかなと思う。また、個人的な意見だが、薬剤の名前を書くときに一般名ではなく商品名を書かないとわからないので、できれば商品名を全部挙げていただいたほうが、非常にいいと思う。

○委員：個人に対して、遺伝情報の予測性を中心としたスライドだと思うが、この検査であなたがわかることによって、あなた1人ではなくて、家族もというようなニュアンスのところもあると、よりこの遺伝検査の意味があるのではないかと思う。

- 委員：3つのジェノタイプは、検査会社でもう1回やり直すこととなっており、このようなデザインでよかったと思う。医療法の改正で、診療の用に供するときには精度を保証してというのが明確になった。それをうまく先生方がいろいろ知恵を使って、現場につないでいくと思ったのでモデルとしても非常に大事でありいい結果を見たいと思っている。
- 委員：海外ではガイドライン化が進んでいるので、せっかく遺伝子の型を返すので、もし（薬を）飲んでいるのであれば、主治医に相談したほうがいいのか、遺伝カウンセラーのところに電話したほうがいいのか。それから、（薬を）飲んでいないけれども、今後飲むことになったときには、服用しないほうが勧められているのか、服用してもいいけれども、何かしらの注意した方が良いという、そのぐらいの情報は書いたほうがよい。
- 委員長：資料2-3で、「1555番目の塩基G」という結果を出した時、これを見てわかる人がどれだけいるか。解釈を気をつけたほうがいいのか、あるいはリスクが低いのか、何かその辺のところはないか。
- また、ホモ結合のときに注意が必要という方も、中間型というヘテロのところも区別して記載されているが、ずっとホモの人だけ気をつければいいということではないのか。
- 事務局：NUDT15等の場合、いろいろな学会レベルでのガイドラインがあり、そのホモの人だけ基本的には使ってはいけないということになるが、ヘテロの方の場合は、必ずしも絶対使わなくてはいけないわけではなくて、慎重に使う形になる。その辺のところをどう書き込むかは私たちも臨床の先生にもご専門の先生にも伺いながらやっているが、確かにわかりづらいというのはご指摘のとおりである。
- 事務局：その通りだと思う。この回付の文書をつくる時に、科学的に一番厳密にそれでその周辺情報を口頭でお伝えする、もしくは文書の中でお伝えするのでどうかという考え方。もう一方は、本当に使う方たちの目線に立って、あなたは危ないですよという話を書いてしまうというやり方があると思うが、先生が言われた後者の説明に舵を切るだけの勇気がなかったということである。今日このような話をいただいたので、再検討したい。
- 事務局：例えばCYP2C19の場合は薬剤によって、多型のほうも、いわゆるプアーメタボライザーの人たちは、クロピドグレルであればきかない、ききにくいので、ほかの薬に変えたほうが良いというエビデンスがあるのと、反対にオメプラゾールであれば、非常によくきく群、プアーメタボライザーのほうがよくきくので、積極的に使ったほうが良いとなり、薬によって解釈が違ふ。そうすると、ヘテロ接合体は中間型になるので、これは医師のさじ加減になる。また、ノーマルメタボライザーも同じように、その逆のことが起こるので、それは先ほど話があったように、ちょっと踏み込んで、場合分けで書き方を変えというのが多分いいのと、あとは委員がおっしゃいましたが、NUDTのほうは、CPICのガイドラインはいわゆる欧米人向けのガイドラインであり、投与量が日本人の倍ぐらいある。日本ではCPICのようなPGxのガイドラインがないので、そのガイドラ

インに沿った形で書くというのは極めて難しい。したがって、この欧米のガイドラインを参考にしつつ、専門医の先生の意見を聞きながら、慎重に書き方を変えていくというような形に、今後なるのではないかと考えている。

○委員：私はドクターではないので、いろいろ薬が出てくるとわけわからなくなるし、薬のさじ加減と言われても、そうなんだけれども、じゃあ私はどこに行ったらいいのというのが本音である。いろんな書き方はあると思うが、最後にこういう薬を使うときには何科の先生に相談してくださいとか、いつその薬を使えるようになるのか、5年後なのか、10年後なのかによっても情報が違ってくる中で、自分はほかの人とは違って、先生に見てもらったら、いい形で薬が処方できるという情報があればいいのではないかと思う。

→事務局：アメリカのノースショア大学というところが非常に盛んで、講演をしてもらったことがある。その人たちが言うには、保険会社が経営している病院、大学だが、これを一本の枠組みの中でやり、それで、処方するときに、ドクターがこの遺伝子型に基づいている人はどういう処方をしたらいいかという詳細なガイドラインみたいなものを使いながら処方していくという、保険会社から見れば、実にお薬の使い勝手が少なくなると、薬効がよくて、それで患者さんにも利益がある、ウイン、ウインの関係になる。

ただ、その人たちが言ったのは、普通の医師ではなかなかそこまでできないので、こういうことができる遺伝薬剤師を系統的に養成している。そうしないと、こういう知識はなかなか使えないということである。そういうジェネティックファーマシスト等を養成していかないと、この知識は身につけていかないと、先ほどのご質問のときに、正確な知識は、GはGなので、Gの人はGとお伝えして、その後は時代の進歩に応じて、この情報がきちんと使えるようにしていくのも考え方であり、きちっとガイドラインをつくるまで、少なくとも参加者の方々が知っているレベルの知識を、知るべき知識をちゃんとお伝えするのが正解だということになると思うが、そのあたりが今この分岐点になっているかと思う。

○委員長：やはり研究として得られた遺伝情報をどういうふうに戻付するかという最先端のところ、いろいろな課題が出てきているのだと思う。

○委員：薬剤反応性カードというのを、患者の皆さんにくださって、これを診療の医者に見せるといふことか。これはパイロット研究の範囲内ではないと思うが、これぐらいの状況であれば、例えば病院の情報システムの中に入れて、医師がオーダーするときに、ちょっと危ないよというぐらいのことはできるのではないかと思う。例えば東北大学に通ってきている参加者に対しては、こういう情報が、患者のデータベースに入っているというのだったら、医師も見落とさないのではないかなと思うが。

→事務局：まさしくそれがこのパイロット研究を通じて、そういう方向に持っていくためには、どの辺にどういう障害がありそうかといったことも含めて、検討する機会にできればと考えている。

今、例えば病院の薬剤部の関係者の方に説明しながら、アンケートをとったり、

今後、医師会等にも説明していく中で、いろんなご意見をいただけるのかなと期待している。そのため、すぐにこのパイロット研究の結果を、カルテに全部入れるところまでというところは、この数カ月、あるいは1年の単位では荷が重いかと思うが、そういうことができるようになるきっかけみたいなものに、このパイロット研究が資すればと考えている。

(2) パイロット研究②：表現型(－)の疾患の回付について、濱中講師から、資料3に基づき説明があった。

以下、委員長の進行により意見交換があった。

○委員長：第二段階の遺伝情報回付パイロット研究の②の下段の遺伝性腫瘍、今後の工程案というところの現状報告ということで、現状を乳癌学会で発表して下さったということだと思う。ここでは、2020年度に研究の開始を目指すとなっているが、2019年度も後半に入ってきたが、これからの進め方についてご説明願いたい。

→事務局：今回乳癌学会でお話をしたが、これから、関連の診療科の先生方と打ち合わせ、この結果回付に関してのミーティングを開き、書いているような課題点を検討していくということスタートすることになる。

→委員長：非常に注目度も高く、期待の大きい分野だと思うので、ぜひとも次のこの会議で具体的な姿を見せていただけると、とてもうれしく思う。

○委員：Lynchはこれからやるのか。また、それ以外の疾患、その広がりにはBRCA1/2だけではなくという、そもそも潜在的に入っているだろうというのが、がんゲノムで、パイロット検査の奥にあるというので、今問題になってきているとおもいますが、その前にBRCA1/2だけでも大変だと思うが、今後はどのように進めるのか。いずれはやらないといけないと思うが。

→事務局：ご案内のように、厚生労働省で研究事業として10万人のがんゲノムをやろうかというような、いろんなアドバルーンが上がっているところだと思う。

今、先生がお話になられたパネルシーケンスは、保険適用されたといっても、既に診断がついた人たちに対するがんゲノムの診断ということで進んでいる。ただ、大きな日本全体のゲノム医療の広がりとか、ゲノム医療の可能性とか、私たちが目指していく方向性というのを考えた場合、健診センターのようなところで、健常人たちのゲノムを決めていく中で、がん罹患する発症のリスクを求めていく、そういうものを保険行政の中の財産にしていくということを考えざるを得ないと思う。給付レベルを下げないで医療費を下げていくということを考えれば、ゲノム医療をやるしかないと思うが、一東北メディカル・メガバンクがそれにどれぐらいの貢献ができるかということについて言うと、健常人の方に対するがんゲノム、特に家族性がんのメインになっているドライバーを戻していくようなやり方を打ち立てていく、自立して確立していくような形で貢献していきたいと思うが、先生がおっしゃるとおり、私たちも健診セン

ターでどんどん決めて、どんどん戻すという時代が来たら、すごくいいなと思うが、壁は厚いと思う。

○委員：BRCA1/2に関しては、卵巣がんでも BRCA1 のコンパニオン検査をやっても、それが陽性の場合、リンパであるという保険診療になってきていて、そっちが進んでいるので、この BRCA1/2、課題を挙げましたが、返すということのメリットのほうがはるかに大きいと思う。ぜひ進めていただきたいが、お金が必要ということで、ここにいらっしやっているAMED、文部科学省の方にはぜひこのBRCA1/2を返すために必要な予算は、ぜひつけていただければと思っている。

○委員長：がんゲノム医療実現推進が進められており、がん患者のパネル検査はどんどん進められているが、診断がつけられた後のご家族、血縁者の方、at riskの方への対応というのが、ほとんどなされていないのではないかと思います。そうすると、やはり東北メディカル・メガバンクのここで、健常者に対してわかったときにどう伝えるかというところを、ぜひともスムーズな形でできるように促進していただきたいと、切なる願いである。

→事務局：バリエーションがわかった後の受け皿というのが一番の課題であり、パイロット研究チームというのも東北大学全体で、あるいはもしかすると機関の一部を中心にやっているがんセンターや石巻日赤とかも全部含めてということになるので、すごく大変である。その辺の連携をいかにとるかが重要になってくる。あとは、その予算をどうするかということも、例えば研究の枠組みで全部サーベイランスをしてもらおうということがあり得るのかどうかということも含めて、ご意見をいただければとも思う。

○委員：このパイロット研究のアウトカムというのが①に書かれているが、アウトカムというのは具体的にどういったものを目指しているのか。

→事務局：乳腺外科や腫瘍内科の先生方と議論している最中である。一つは、遺伝情報がわかって、血縁者にも情報が提供されて、いかに医療に役立つかというところを追いかけたい、そこを見たいというのが一番ではある。

○委員：先ほどのPGxの場合もたしか追跡1年となっており、研究期間は全体としては5年であるということでもあったが、パイロットとして実施される以上は、もっと長期的に見ていくものや最終的に医療の中でどうなのか等、制約がある中での計画だとは思いますが、いろいろと検証しながら、あるいはそこから次の論点を拾い上げながら、ぜひもう少し長い目で進んでいただきたい。

(3)パイロット研究③⑤：遺伝情報回付に関わるステークホルダーへの調査・研究計画書、調査票アンケート、進捗状況について、長神特任教授から、資料4に基づき説明があった。

(4)パイロット研究④：多因子疾患のリスク理解に関する研究について、徳富講師から、資料5に基づき説明があった。

以下、委員長の進行により意見交換があった。

- 委員：日本遺伝カウンセラー協会ではなくて、日本認定遺伝カウンセラー協会に修正していただきたい。
- 委員：多因子疾患のリスクの開示について、遺伝情報は使わないで、誰に対してというのを、教えていただきたい。
- 事務局：主に岩手の矢巾センターに登録している方で、40歳から69歳を対象にしてご案内している。
- 委員：ウェアラブル端末を利用し環境因子を定量化・数値化するようなものというのは、入れないのか。環境因子の定量化と言われている割には全く進んでいなく、ジェノタイプとどう絡むのかというのが見たいところである。
- 事務局：今回ウェアラブル端末での情報の収集というのは計画しておりません。ただ、環境因子の部分に関して、それも広く含めて、家族の情報ということで聞いているので、環境因子と家族歴という形でやれる情報があるというところは、今回大きなところと考えている。
- 委員：多因子疾患について、これから進んでいくと思っているが、基本的に罹患していない方を対象ということでよいか。
- 事務局：そのとおりである。
- 委員：食生活も非常に重要と思うがデータをとるのか。
- 事務局：アンケート項目で、食事等を聞いており、ライフスタイルスコア等が関知できるようにしている。
- 委員：ファミリーツールについての図面が出ているが、右側に図面が出ており、上が入力するところで、下に入力をしていった上で、最後にこの結果画面が出るという理解でいたが、これはまだ罹患していないということで、発症する率がどうだということなのだが、この高リスク群の可能性があると、中リスク群の可能性があると書いていて、該当する場合は一度医師へ相談することをお勧めすると書かれているが、リスクが高そうだとすることで相談に行けるものなのか。どこにどういう相談をしたらよいか。
- 事務局：私が対面でリスクをお返しするが、まずFamily-tがあるかどうかということと、そうでない場合でも、パイロット研究ということで、一旦、大学病院で窓口をつくっているので、こちらを受診するよう勧めさせていただく。
- 委員：医師へ相談するというよりプロジェクトの窓口にご相談くださいという理解でよいか。
- 事務局：こちらのツールに関しては、将来的には一般公開できるような形も想定しているが、そのツールをすぐに一般公開するのではなく、パイロットで限定に使用している。
- 委員：一般公開される場合は、プログラム機器との境界をぜひご注意いただきたい。
- 委員長：「プログラム機器…」について、説明してほしい。
- 委員：最近、こういった情報の人たちはこういったリスクが高い。という形で、半ばオープンアクセスな形でウェブで公開するということが出てきているが、そうなってくると、それは一種の診断機器ではないか。つまり、PMDA側に言わせる

と、それは承認されていないプログラム機器、ソフトウェアであると。前回の法改正から、医療機器の中で、ソフトウェア単独でこれが機器扱いになるということになってきており、最近も糖尿病についてのリスク判定をするということを開示した事例があるが、それが医行為という観点からも、あるいは薬機法という観点からも非常によくないということで、大幅に方向性を修正されたということがあった。そのようなことも踏まえて、プログラム機器、それでも一個、一個、かなり状況が違っているので、個別ごとに審査があるが、どこまでがプログラム機器で、どこまでが機器に該当しないのか、複雑な例が幾つか示されており、非常にその境界がよくわからないというところである。今後もこういった公開する形で一定のものを入れて、個人にも関係する形でどのぐらい個人が将来リスクになり得るかどうなのかということ、それについてどこまで薬機法でカバーすべきなのかどうなのかということが、ホットなトピックになっているので、ご紹介した。

→事務局：今回文言を決めるときに、ちょうどその話があったので、表現方法、また、ペーパーベースで開示する文言に関して、細心の注意を払い、改定後の部分に沿った形で返却できるような形になっている。しかし、ご指摘のとおり、複数の疾患にといった場合に、そういったことに該当しないように、もし一般公開する場合には関係機関に確認、承認をいただくような形にしていきたい。

○委員：今回のこのリスクを計算するときのアルゴリズムは既に発表されているものをそのまま使われるということでしょうか。

→事務局：そのとおりである。

○委員：多因子疾患のリスクを返すということに関して、ニュースで見たが、ジャポニカアレイで疾患リスクを健診で使うという話があったかと思うが、ここは全く関係ないというスタンスで動いているのか。

→事務局：恐らく2つぐらいの某大手企業が、健診の中でアレイ解析を導入されるという大きなニュースが多分流れております。私どもそのものは、それに対して積極的な関与等はしていない。

今までジャポニカアレイ、v1、v2とかかわってきて、今度ネオという名前で出そうとしているが、そこまで含めて、健診にすぐに使えるとは現時点では考えていない。さらにその次のバージョンで、健診等でも使えるようなことにだんだん近づいていけるようなものを考えられないだろうかといったところは、我々も検討している。しかし、そのビジョンとして人々のアレイ解析を行って、それによって健康リスクをそれなりに図って、それで予防につなげていくという大きい意味でのビジョンそのものは持っているが、それをどうやって今の医療の枠組みの中でやれるのかといったところは、検討していかなければならない。具体的に例えば大きい企業が数万の規模でやられるといったときに、ではそれをどういう枠組みでやられるのか、そのときに何がわかって、どういうふうにするのかといったところは、我々もよくわからない。

○委員：大きな意味で遺伝情報を回付するという意味でいけば、本当はかかわらざるを得ないところかなと思った。今のお話はわかったが、思った以上のところに広

がりがあり、そこを評価するためにもこのプロジェクトは非常に大事だと思う。

○委員長：今の話と、多因子疾患のリスク理解というのとは、どのようにつながっていくのか。

→事務局：2021年以降、多因子疾患の遺伝情報を回付する方向性だが、それに向けて今ある変えられるリスクと変えられないリスク、避けられるリスク、避けられないリスクというところでは、遺伝情報の場合避けられないリスクになるので、より避けられるリスクが大事になってくる。そちらのほうの指導やエビデンスをいかに抽出して反映させるかというところが大事になってくると考えている。

○委員長：層別化ということのよりきめ細かくゲノム情報を加えることによってできてきて、層別化ごとの対応策を考えていくということの理解でよいか。

→事務局：そのステークホルダーが多分変わっていくだろうというふうに、実際の生活習慣や環境でリスクが低いけれども、ゲノムリスクが高い方に関しては、遺伝子に関するプロが対応する。ゲノムリスクが低くて、生活習慣等によるリスクが高い方は、今までどおりの保健師であったり、実際の内科の医師であったりという方たちが対応して生活指導していくという形での情報提供になるだろうと考えている。

○委員：ステークホルダー調査のPGxだが、最初に講義を実施というのは、研究の内容だけではなく、バリエーションに対して代謝が変わるので薬剤を制限しないといけない、そういう部分も含めて講義されるのか。

→事務局：そのとおりである。

○委員：実際に診療される医師、薬剤師が重要なので、啓発も含めて、積極的にやっていただくと、いろんな結果を回付した後のフォローも非常にできるようになるのではないか。

→事務局：そのとおりである。

○委員長：非常に活発なご議論いただいたと思う。遺伝情報回付検討委員会、遺伝情報をどのように回付していくかということが、この東北メディカル・メガバンクの成果をいかに広く国民に生かしていくかという、出口の部分で非常に重要な取り組みだと思うので、今後とも課題は満載ということで、この委員会を閉めさせていただきます。

次回の予定について教えてほしい。

○事務局：次回本委員会の開催は来年3月ぐらいを予定している。