

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第30回）
議事概要

1 日時

令和3年4月14日（水）17:00～19:30

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
	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准教授
	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	国立保健医療科学院健康危機管理研究部長
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

前田 秀雄	東京都北区保健所長
矢沢 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
谷口 清州	独立行政法人国立病院機構三重病院臨床研究部長
藤井 睦子	大阪府健康医療部長

厚生労働省	田村 憲久	厚生労働大臣
	山本 博司	厚生労働副大臣
	大隈 和英	厚生労働大臣政務官
	こやり 隆史	厚生労働大臣政務官
	樽見 英樹	厚生労働事務次官
	福島 靖正	医務技監
	迫井 正深	医政局長
	正林 督章	健康局長
	佐原 康之	危機管理・医療技術総括審議官
	間 隆一郎	大臣官房審議官（医政、医薬品等産業振興、精神保健医療担当）
	中村 博治	内閣審議官
	浅沼 一成	生活衛生・食品安全審議官
	佐々木 健	内閣審議官
	佐々木 裕介	地域保健福祉施策特別分析官
	江浪 武志	健康局結核感染症課長
	樋口 俊宏	大臣官房付参事官

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

<田村厚生労働大臣挨拶>

委員の皆様方には、お忙しい中お集まりをいただきまして、ありがとうございます。

毎日、新規感染者は増えている状況であります。昨日3,440人と、1週間移動平均を見ても、もう3,200人を超えている状況です。関西圏、特に大阪、また兵庫、非常に厳しい状況であり、やはり医療、病床が非常に逼迫しているという状況です。

今、国も病床だけではなくて医療人材等、大阪に調整できるように差配しております。今後もしっかり対応できるように協力してまいります。

首都圏も感染者は増えてきている状況であり、全国的にまん延防止等重点措置等、東京、愛知でも変異株等の割合が上昇してきており予断を許さない状況でございます。

東京も含めて実施しております飲食店の8時までの時短要請のみならず、飲食店、飲食をされるようなカラオケ店に関しても営業自粛をお願いしております。

高齢者施設については検査を集中的に実施、特にまん延防止重点措置区域は、2週間に少なくとも1回程度はお願いしております。

また、新たに重症病床を確保していただくところには1,950万円といった資金を確保しながらお願いしておりますが、やはり病床、非常に変異株501Yについても従来株と同じような退院基準でいいと御評価をいただきましたので各自治体をお願いしております。併せて、病床使用率が高まっている場合などは同室としても差し支えないと4月8日に事務連絡を發出しております。

いよいよこの4月12日から高齢者へのワクチン接種も始まっておりますが、まだ限られたワクチン量でございます。6月の末までには2回接種分確保すると河野大臣には尽力をいただいておりますが、我々厚生労働省といたしましてはしっかりと早急に高齢者の方々への接種体制の準備を進めてまいりたい。

東京のみならずそれぞれの地域にて、感染拡大、変異株等、大変な御心配をいただいておりますので、今日は委員の先生方からしっかりと評価等いただきますように心からお願い申し上げたいと思います。どうもありがとうございます。

<議題1 現時点における感染状況の評価・分析について>

※事務局より資料2に基づき説明。押谷構成員より資料3-1、鈴木構成員より資料3-2①、②、藤井参考人より資料3-5にて大阪の状況を説明。

(尾身構成員)

- これだけ民間の医療機関あるいは大学病院等を最大限活用しても全てを収容し切れない可能性があるかどうか、ベッドの確保と人の支援ということを国と府が連携してやるのか。大阪府だけではなかなか難しく、国のリーダーシップも得てやることなのか意見を率直に伺いたい。

(藤井参考人)

- 確保病床は220強。その後の緊急要請に対し80床回答、現時点で合計300床の目処がついている。更なる緊急要請を重ねて知事以下全力を挙げており、もう少し積増が可能である。併せて、感染抑制に向けた府民への要請を行うことで、何とか確保病床の中で運用したい。現在既に厚生労働省から大阪コロナ重症センター、臨時的医療施設への全国からの看護師の応援サポートいただいている。府内の病床の中で総力を挙げて対応するが、万が一の場合にはよく国と相談させてほしい。

(瀬戸構成員)

- 重症化率2.5%及び、重症化した場合のICUの滞在日数が延びるのではないかという報道がされていたが、実際のデータはあるのか。

(藤井参考人)

- 抜管の方がもう少し出てくれば、抜管までの日数がカウントできる。現時点では、多くの50代以下の方が挿管して抜管のケースが非常にまだ少ないのでこれが各医療機関から抜管できる事例が積み上がらない、長期化しているという声が強く出ている。

(瀬戸構成員)

- 人工呼吸器とECMOは全くハードルが違う。ECMOはかなり限られている台数しかない。ECMOの装着率はどの程度かというデータがあるか。

(藤井参考人)

- ECMOの人数は把握をしている。現在のところ、ECMOを回されている方が人工呼吸器装着の方に比べて急激に増加しているという状況にはないと聞いている。ただ、そういう方が出てきた場合にどの病院に集中的に取るか調整が必要。

(舘田構成員)

- 大阪市以外の地域でどういう状況になっているか、また変異ウイルスでも重症化する人たちは最初の段階での暴露が多い、暴露が多いようなシチュエーションで感染を受けた人が重症化しやすいのか。知見もしくは観察の結果があれば教えてほしい。

(藤井参考人)

- 保健所管内ごとの足元1週間10万人当たりの陽性者の比較をしている。やはり圧倒的に大阪市内が高いが、大阪市の周辺地域でも散発的に日によっては非常に高い陽性者が確定されている。2点目は、その感染源での状況の聞き取りまではできていない。

(脇田座長)

- 知事から一般の診療をある程度抑制しなければと話があったかと思う。例えば一般救急の応需率や一般診療への影響がどの程度なのかを教えてほしい。

(藤井参考人)

- 応需困難事例は昨年と同時期と比較しても増加。一般医療の制限はかなりの多くの重症病床の負担を三次救急にお願いしているので、圏域毎に三次救急の役割分担を府が調整役に入り、各救命部長と相談しながら分担をしていく。

その後、西浦参考人より資料3-3、西田参考人より資料3-4、事務局より資料4に基づき説明。最後に事務局から資料1にて直近の感染状況等の分析と評価を説明した。

(脇田座長)

- 全国一律ではなくて地域差がある、大阪の状況がもう少し危機感を伝えられるよう書き方を修正すべきと考えている。

(尾身構成員)

- このADBの役割、評価は今まで以上に重要になってくる。所謂まん防措置を他の県でも出さなくてはいけなくなる可能性がある。愛知、神奈川、千葉、埼玉県全体ではなくてさいたま市等ある地域。これから可能性がある県については前もって発表してほしいということと、地域を限定してADBで前広に論議していきたい。
- 大阪の医療供給体制がもう限界に近づいているので、人的な支援が必要になるということをごひ書くべき。愛知も特に夜間の若い人の人流が2週以上ずっと上がっている。かなり危険な状況なので、重点措置を出すかという観点からも記載すべき。

(西田参考人)

- 店舗情報等を定義し、形態毎のリスク度を重みづけしたマップを東大柴崎先生が作成しており、それに基づき正確な滞留人口リスクを見ている。今後、早急に愛知県等も相談する。

(鈴木構成員)

- 既にほぼ西日本では変異株に置き換わっている。東日本、東北地方はまだ少し低めなので、基本的に全て501Yに入れ替わったという前提で対策を考えるべきだと思う。

(今村構成員)

- 変異株の個室対応における制限への対応については、東京の個室病床が厳しかったが一気に緩和され、非常に運用し易くなっており、迅速な対応に感謝する。
- 個室の制限が緩和できる条件として、病床使用率が20%以上というところで定義づけし、現在逼迫ということを前提にしているが、今後使用率が下がってきた場合を検討してほしい。変異株によって大阪では少し低い年齢層の人が増えている。部活動での集団感染などの報道も多くなっており、恐らく親御さんたちはかなり不安に思っているはずである。今後学童の分析を強化し、メッセージを含めて方向性を決めていくべき。

(太田構成員)

- 病床利用率が今週上がり始めた様子。まだ逼迫ではないが、重症病床利用率も高くないが、感染拡大スピードがかなり速い。今日の数字でやはり愛知県は200を超えてきており、このペースで拡大していくとかなり厳しい。
- 大阪で15日間80人ぐらい重症の病床を埋めた。そもそも論、愛知県が確保している重症病床は多くないので、大阪と同じような形で感染が拡大したらもう2週間で多分同じことが起こるだろう。重点措置の発言が知事等から出ているが、そのタイミングである。

(厚生労働大臣)

- 大阪は変異株にほぼ全部替わり、関東圏も5割替わったと聞いている。一方でスクリーニング検査は40%を目指してやっているが、東京は20%ぐらい、全国平均30%ぐらいだが、もうそこまで置き換わってきたときにやっている状況。そもそも40まで上げていく意味があるのかを教えていただきたい。

(鈴木構成員)

- 既に置換が非常に速くて、クラスター対策を強化する段階でなくなり、変異株割合のモニタリングに主眼を置くのであれば、5%、10%を継続的に実施するのが合理的。

(大隈政務官)

- 入院率について県毎の基準にばらつきがあって、単に全陽性者数を分母に持ってくるとう本当に入院が必要な人がどれくらい入院できているのかという評価と随分話が違ってくる。真の入院率の評価をお尋ねしたい。

(尾身構成員)

- 入院率は神奈川県が最も詳細にスコアをやって本来入院をすべき人を入院させるという先進的な取組をしている。今の分母については療養者数を入れて、神奈川は別だということ明記すればいい。
- 変異株云々ではなく、ともかくクラスターを抑えるということに集中すべき。クラスターがあったら感染力が高いこと。早く潰すということに全力を注ぐべき。

(脇田座長)

- 民間検査で今、かなりVOCの検査はできるようになっているので、それを利用する。クラスターへの対処は保健所、地衛研でやってもらうということだと思う。
- ゲノム解析が非常に大事。感染研で週に800件程度の能力の模様、つくばのiLAC等民間を活用してさらにキャパシティを上げていく。ワクチン接種が進むと対ワクチンのエスケープのミュータントをモニタリングしていく必要がある為、もっと拡充すべき。

(尾身構成員)

今のこの時期は人の接触をなるべく避ける、それを今は徹底してやるべきだと思う。

(舘田構成員)

- まん延防止が出た段階で下がる傾向がわかるいい資料である。今後もモチベーションになるような使い方をすべき。
- 変異ウイルスのウイルス量に関してのデータを厚労省が自らのデータとしてそれが出てきたということは大事である。この検体は何なのかを知りたい。機序に関して自分で吸い込むといったようなリスクを考察できればいいのではないか。

(脇田座長)

- 大阪人流は非常に分かりやすい図なので示すべき、併せて前回の緊急事態宣言のレベルまでは下がっていないということも同時にお伝えすることが大事。
- 変異株データはIASRの速報で出したはず。これは検疫のものなので終了。今度国内症例について集計をして、医療センターで変異株症例を集めており、解析が進む筈である。

(前田参考人)

- 現場の実感とすると、2分の1が変異株というのは何となく実感と伴わない。大阪の状況を見ていて人流の動きは2週間遅れとなるので大阪の拡大は変異株の影響だと思っていたが、もし東京が2分の1変異株だとするとこんなものでは収まっていないのではないか。人流の問題と変異株の問題、どう影響しているのか。
- これからずっと上がる予想だろうが、クラスターが巨大になるわけでもなく、まだ幼少期患者が急拡大するわけではなく、東京は基本的にはもう20代、30代だけが増加し続けている状況の中でどういうように今後解釈したらよいか。逆に50%を超えたのだから、もう501であるか関係ないと言われると、逆に現場の士気が下がってしまう。この変異株をどう捉えたらいいか見解を伺いたい。

(脇田座長)

- 変異株、大阪はかなり感染拡大のスピードも速いし、重症化者数の増加も速い。これがもちろん人流の増加があったが、変異株に置き換わりもかなり影響はあるのではないか。東京の状況を見ると変異株でかなり置き換わってきているが、そこまでの感染拡大の状況ではないし、重症者数の増加も速度が上がっているようにも見えないと疑問視している。
- 大阪と東京都の違いは、VOC-1、英国株ではあるが、ゲノム解析していると系統が多少違うということはウイルス学的にはあるのだが、それが本当にそんな違う性質になっているのかという証拠は全くない。

(鈴木構成員)

- 東京はそのほかの3県に比べると割合がまだ低めである。大阪と東京の違いは、この変異株の割合の違いだけではなく、緊急事態宣言が一足早く解除されて、その後の人流の戻りが非常に激しかったところに変異株の増殖、置き換わりが重なったことにより急激に上がった。東京は宣言の解除が遅かったということと、解除後の人流も激しくなかったのも、症例数の増加にはつながっていないというように解釈している。
- 一方で、たとえ人流が今のままであっても確実に起きている変異株の置き換わりに伴って流行の拡大が強くなってくる可能性は十分にありうる。

(押谷構成員)

- やはり年度末、年度初めの人の動きが影響している。積極的な対策を解除して大体3週間から4週間ぐらいで上がる傾向はある。宮城県も然り。そういうタイムライン的には大阪も東京も同様に見るべき。

(今村構成員)

- 第3波の後半も東京23区周辺地域に高齢者施設のクラスターが連鎖して起きていた状況。それらのクラスターが閉じながら収束に向かってきて減少ペースになってきた。
- 今回は23区を中心部のほうから20代、30代を中心に広がり始めており、第3波の前半のところと似ているイメージ。併せて変異株で広がり始めている。

(脇田座長)

- 大阪なんかはもう全世代で上がっている。一気にそれが拡大したということか。

(釜萯構成員)

- 鈴木基先生の富山からの整理のデータについて、濃厚接触者における二次感染とウイルスの量、いわゆるCt値との分析の結果、今回の検討では二次感染の起こる割合がCt値と関係ないというか、Ct値とは関係しないということか。

(鈴木構成員)

- その通りだが、あくまで限られたサンプルサイズ、診断された時点のCt値しか見ていない。当然、おおむね発症する前あたりに二次感染を起こしているのも、そのときのCt値がどうかまでは推論することはできない限られたデータである。

(中島参考人)

- 名古屋市は20代、30代を中心に伸びてきた。この第3波の上昇傾向の波のカーブと随分違う。前は少し鈍化したが、どんどん加速している。今週の特徴である特にハイテ

ィーンの数が増加が気になっている。患者数は急速に伸び、かなり幅広に出てきている。過去3週間では広いエリアで患者数が分散していて増えている。第3波状況と違い、今回は幅広く残ったウイルスが起点になって感染が拡大したということに加え、変異株が入り、広いエリアで多様なクラスターをつくりながら各年齢層で出た状況。

(岡部構成員)

- 大阪府内の市あるいは近県、特に和歌山とか奈良とか京都、兵庫、10代以下はどうか。

(押谷構成員)

- 奈良、和歌山も同様に急速に上がってきて、奈良はかなり大阪の影響を受けている。

(尾身構成員)

- 奈良は結構厳しいが、場は奈良の繁華街か大阪からの移動か。

(押谷構成員)

- 明らかに目立っているのは大学生。春休みの影響がよく分からない。

(脇田座長)

- 変異株が入り込みのときは保育園、学童結構目立ったが、ここへ来てそんなにあまり多くないと聞いている。データは本当に集計しないとわからないが、今のところ10代にどんどん増えているという状況ではない。

(岡部構成員)

- 緊急事態宣言等の話が話題に出てくると、学校の問題がでる。小中の扱いについては相当教育に与える影響も強いし、年齢別をみたほうがよい。

(大隈政務官)

- 地元関西、奈良の話だが、東側は3分の1が大阪に通勤する人、奈良府民と言われ一衣帯水。

(佐々木特別分析官)

- 大体奈良県は1日60ないし90人の新規感染者が出ており、先週奈良県の対策本部で議論が行われ、4分の3、76%程度の一次感染は大阪で感染してきているという分析結果が出ている。残り4分の1程度は県内で感染し家庭内感染とか二次感染が起きている。

(釜萯構成員)

- 広域搬送の必要性を強く感じるが、現実的には容易ではない。現状がどうなっていて、仮に少しでも広げるためには、国の指導が必要。厚労省の見解を伺いたいというのが大阪府医師会長からの要請である。

(医政局長)

- 広域搬送というのは過去の実績自体があまりないのではないかと。もう少し調べてみる必要があると思うが、大阪の現状について言うと、先ほど藤井部長の発言の通りで、隣接県同士で協力し合う体制は当然あるので、その上で国としても必要な支援を迅速にとっていく考え。

(釜范構成員)

- 現実にはほとんど不可能かと思うが、これは取組を前に進める要請である。

その後事務局から資料5-1について、中島参考人から資料5-2を説明。

(尾身構成員)

- この暫定版を厚労省、専門家が早く議論を進めて最終版を固めるべき。
- 高齢者施設で抗原定性検査がなかなかできなかった理由は、すごく疑陽性が多いし、感度が悪いし、スペシフィシティも悪いということだったと理解している。高齢者施設での検査が躊躇される。陽性になっても心配するなというような社会的な環境づくりをしないといけない。

(前田参考人)

- 特別養護老人ホーム等からの意見として、非常に軽症な方でも1名陽性が出たら当然その方及びその周辺の方が勤務できない状況になる。それが怖いからできないとある。
- 感染が拡大された際には介護の支援チームを派遣するというようなスキームがあるが、集中検査で出た場合についてもしっかりそういう対応をするのだということとセットでお示ししないと、なかなか広がっていかない。
- 抗原定性検査は確かに実務的に福祉施設で実施する場合、これは誰の責任で誰が検査をするのか。それが基本的には高齢者福祉施設には医師は常駐していない中、当該医療行為を看護師がやるということはどうなのか。これをもし福祉施設で実施する場合には、その責任性を国のほうから示してほしい。発生した場合は保健所の積極的疫学調査になるが、迅速抗原検査で実施するとなると、陽性者が出てPCRで確認するように保健所としてはなると思う。いわゆるスクリーニングだが、1例出た場合のそこからの陽性者、接触者の陽性については診断確定をしたいので、PCR検査だと思っている。ただ、保健所の状況等でそれができない場合について考えておく必要がある。

(押谷構成員)

- 抗原キットを使ってRSとかインフルエンザとかやっているが、判定に困るという例がかなりある。もし陽性と判定したものとか判定できないようなものがあつた場合にはスマホで写真を撮って送る。海外同様そういうことも考えてもいいと思う。抗原の定性キットはウイルス量が高いものが引っかかる。抗原定性で引っかかるものは二次感染を起こしやすいので、もう一度きちんと整理をしないといけない。
- ウイルス量と二次感染のデータというのは幾つかもう出ていて、家族内でもウイルス量は少なくとも感染が起こる、二次感染が起こるといふようなことはあり得る。この高齢者施設に限ってやるのであれば、高齢者施設で二次感染を起こした人と起こさなかった人でCt値を調べるといふようなデータがあるべき。本当に二次感染、高齢者施設内の感染を防ぐという観点から検討しないといけない。

(舘田構成員)

- 抗原検査は疑陽性も問題もでた。性能を正しく評価した上で使っていくのが大事。

(河岡構成員)

- ゲノム量だけを見ると鼻咽頭と唾液とあまり量は変わらない。唾液の場合は自分で取れるメリットがある。ウイルスが存在している検体でも、一番感度のよかつたキットでも陰性と判定されてしまう。ただ、ウイルスがたくさん存在している場合には陽性とできる。キットによってかなり感度が違う。

続いて、谷口参考人より資料6を説明した。

(脇田座長)

- この定点のサーベイランスというのが地域のコロナの例えば流行の先行指標として使えそうだということか。

(谷口参考人)

- 恐らく最初の名古屋、大阪から入ってきててもすぐには把握されない。その間に陽性が出て、そこで見つかるというのが今のところこのデータが示している。最初の地域での感染源の状況は少なくとも把握しているだろうと思っている。

(尾身構成員)

- 厚労省に聞きたいのだが、これが仮に有効であると判断された場合に、これを全国展開するのに何か支障があるのか。

- このケースデフィニションというようなもの。コロナの場合には我々、むしろ発熱というよりも前からだるさだとかちょっとした違和感などというようなものも結構重要なのではないかということ。これが収束するまで少しケースデフィニションをコロナ寄りに少しシフトされてやるともっと感度が上がるのではないかと思う。

(谷口参考人)

- 少なくともWHOも今はILIサーベイランスの中でコロナと一緒にやるとサジェスションを出しているの、これを全国でやっていただくのは何の差し支えもないと思う。
- 実際、三重県では、これはILI、インフルエンザは、感染症発生動向調査ではインフルエンザという疾患の中にILIが入っているので、定義が重複してしまう。だから、実際に三重県はARIである。つまり、急性上気道炎、ただし、発熱がなくともよい。臨床的に急性上気道炎、発熱を問わず、そして、味覚、嗅覚障害を含む、こういった症例定義でやっている。ゆえに、今のところは特に定点の先生方というのは本来ランダムなのだが、非常に感染症に御興味のある方々がたくさん含まれていて、センチネルなのだが、そこと積極的にやっているの、先行するような結果が出ている

(結核感染症課長)

- 先ほど尾身先生から御質問について。谷口先生の研究が開始するとき、この研究は非常に大事だということで横展開をするよということ、感染症部会でもお話しはしたと認識している。しかし、なかなか現場の負担という観点からほかの自治体で実際に実施に至るところがなかった。横展開という時期と感染拡大していくような時期と重なる中で困難があったかと思う。
- これはもともとインフルエンザとコロナと同時流行した場合にどういように臨床の現場の先生方に事前確率的なものをお届けするかという観点で大事かということ、我々も進めていきたいと考えていたが、今回の経験も踏まえましてどういように展開できるかということについては引き続きしっかり検討したい。

(谷口参考人)

- 実際、保健所から入ったら非常に忙しくてなかなか難しいと言われた。ただ、一方ではコロナの影響で一般の感染症が減っていたので、三重県の感染症情報センターは若干の余裕がありできていたようだ。

(尾身構成員)

- 暫定版を改訂して採用する。これは厚労省で単に参考になったではなく、なるべく早く意見を集約して採用するか決めていただきたい。新たなフェーズというか、かなり厳しい状況に入っていますね。このADBあるいは我々のグループの在り方も今まで以上

によりよいものにする必要があると思う。

- 今まで抗原定性検査のことをずっと言っていて今日初めて正式な議論をやってくれた。
- 重点措置を県ではなくてもう少し小さな単位で見える化するという。結論を出していただきたいのは、一つのアイデアとしては、G-MISに陽性率を入れると結構いいものが簡単にできるのではないかという意見があるので、ぜひこれについて早急に早く議論して結論を出してほしい。
- また、自治体間、地元にあるクラスターの情報を我々にもシェアしてほしい。
- 主に感染研に対して、実は大臣がここのグループになる前からリサーチクエスチョン。誰もフォローアップしないでクエスチョンのまま答えが出ない。これには答えを出さねばならない。難しい場合にも民間などにも参画してもらおうシステムをつくるべき。

(協田座長)

- 最後の部分だが、感染研では4月から増員し、研究企画調整センターが発足、そこでいろいろな研究のコーディネーションをするということになった。今日もそのメンバーに来てもらって受け止めをする。アドバイザリーボード等が出たリサーチクエスチョンに関して受け止める。AMEDとか厚生科学課、結核感染症課等へ研究に持ち込むものもあるし、そこは我々としても受け止めたいと思う。
- G-MISに関しては昨日も戦略官の人たちと議論を少し小坂先生たちとやって、そこも進めていただくということで厚労省にも受け止めてもらう。クラスター情報も前田先生を中心にどういった情報を共有化できるかということを進めていただくというような形で、尾身先生のいろいろな御要望に関して我々としても受け止め、アドバイザリーボードとして進めていきたいと思っている。

以上