

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード（第16回）

議事概要

1 日時

令和2年12月3日（木）16:30～18:30

2 場所

厚生労働省専用第21会議室

3 出席者

座長	脇田 隆宇	国立感染症研究所長
構成員	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
	鈴木 基	国立感染症研究所感染症疫学センター長
	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
	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
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科教授
西浦 博	京都大学大学院医学研究科教授
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	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 秀樹	厚生労働事務次官
福島 靖正	医務技監
正林 督章	健康局長
迫井 正深	医政局長
中村 博治	内閣審議官
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
川口 秀人	政策統括官付労使関係担当参事官

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. 新型コロナウイルス感染拡大を踏まえた広報について
3. 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、本日もお忙しいところをお集まりいただきまして、心から厚く御礼を申し上げます。

昨日、予防接種法及び検疫法の一部を改正する法律が成立いたしました。今後、ワクチンが薬事承認された後、しっかりと円滑に接種体制が整いますように準備をしっかりと進めてまいりたいと思っております。

全国の新規感染者数は、昨日は2,419人でありまして、1週間の移動平均は2,229人と増加いたしております。特に重症者の方々の数は497人ということで、亡くなった方々も2,212名となりました。非常に危機感を持って対応をしていかなければならないと考えております。

前回のアドバイザリーボードにおいて、地域によっては既に急速な感染拡大が見られており、新型コロナウイルスの診療と通常の医療との両立が非常に厳しくなっているという評価・分析をいただくとともに、この3週間に関しては集中して感染拡大地域においては強い措置を講ずることが必要だという御提言もいただきました。政府も、これを踏まえた上で、現在、都道府県知事と連携して、飲食店の営業時間の短縮等の措置を講じております。

また、各都道府県において、病床確保計画に従って病床確保を進めていただいておりますが、感染拡大ペースが速いということもございまして、速やかな病床確保フェーズの移

行のための早めの病床確保をお願いしており、より入院の必要性の高い方を優先していただくことも改めて文書を発出する中においてお願いいたしております。

いずれにいたしましても、それぞれの地域で御努力をいただいておりますが、なかなか追いついていない地域もあるということであり、都道府県における入院調整について、県と政令指定都市、さらには保健所設置市間の調整の支援、また、医療体制が逼迫している地域には医療スタッフ等々の派遣、重症者が多くなる地域においては専門医の派遣もさせていただいております。

今日は、既存の確保病床を最大限活用するための現場運用オペレーション最適化、感染拡大時における入院基準の運用の具体化、これは神奈川などでやっていただいておりますけれども、これに対しての皆様方の御評価もいただきたいと思っております。また、退院基準を満たした患者の受入先を確保していく。これも御評価いただきたいと思っております。さらには院内感染時における医療機能の維持・早期再開に対してもいろいろと御意見をいただければありがたいと思っております。このような取組をいろいろと御評価いただく中で各自治体等々にお願ひし、重症者や亡くなる方が出るのを可能な限り止めていく、防いでいく、このような感染拡大防止も含めて、医療の体制整備を進めさせていただきたいと思っております。

社会全体で共通の危機感を共有して一丸となって対処していくことが求められる。このような皆様方からの御意見もいただいております、我々厚生労働省といたしましても、皆様方からいろいろな御意見を賜る中において、政策に生かしていきたいと思っておりますので、どうかよろしくお願ひいたしたいと思っております。

<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1に基づき説明。押谷構成員より資料2-1、鈴木構成員より資料2-2、西浦参考人より資料2-3に基づき、それぞれ現在の感染状況の評価・分析について説明。事務局より、資料3、4に基づき説明。

(釜萯構成員)

- 押谷先生をはじめ、皆様からお話を伺って、まず、爆発的な感染の拡大という可能性については今のところ、それほど高くないという評価で、むしろ少し抑えられてきているかというところかと思う。しかし、これは直近のところではまだ評価はできないとも思う。資料1-2の4ページ、新規感染者の移動平均の1週間前との増減比を見て、大分落ち着いてきたと見える中で、直近でまた反転してしまっているように見えることについては、何かコメントをいただけたところがあるだろうか。

(尾身構成員)

- 資料4の書きぶりは、恐らく社会の人が非常に関心を持って見ていると思う。その中で、最初の1ページの冒頭に「伸びに鈍化が見られるものの」という書きぶりになっているが、一部の都道府県では感染拡大がまだ続いている。全国で平均するとミスリー

ディングなので、まだ一部の地域では感染拡大していて、2極、2つあるのだということで、全体としては過去最多の水準が続いているのでまだ予断を許さないというトーンにしないといけない。「鈍化が見られる」と言った瞬間に、一部のピークアウトをしたのではないかということを行っている人は明らかに時期尚早。

- 資料2-1②で非常に重要だと思うのは、ページ3、結果2というもの。今までクラスター班の皆さんにいろいろクラスターの分析をしていただいて、今回の場合には、主に無症状の人で、比較的社会活動の活発な若い人、60歳以下とかの人たちがどうも感染をいろいろなところでして、その結果として、例えば、高齢者施設などに行って重症化が出る。今まで定性的に分かってきたことを定量化もしてくれた。
- 資料4、1ページの3つ目のポツ、見えにくいクラスターで、比較的若い世代、無症状あるいは軽症の人の移動が感染拡大につながっていて、それが最終的には高齢者施設などに行っているということがだんだんとエビデンスが出てきたということはここにはっきり書いたほうがいいと思う。
- 資料4の2ページ目も非常に重要だと思う。最後から2番目のポツ。「特に若年層や働き盛りの世代などに対し様々なチャネルを活用することで、飲食の場面も含むマスクの徹底」は今までどおり、これと同時に、昨日、都知事と総理の英断で高齢者への重症化ということでやっていただいた。高齢者だけが動くことを止めても意味がないので、加えて、ここで分かったわけですから、そういう若い人もなるべく控えてくださいという趣旨を書いていただければと思う。

(押谷構成員)

- 先ほど人流と実効再生産数の関係は何かありそうだという話をあったが、気温も入っていて、実効再生産数が増えるきっかけに、気温の低下が関連しているのかどうか。北海道で10月の初めぐらいから少し下がってきているとか、東京で10月中旬ぐらいに下がっているという局面が実効再生産数と関連があるのか、そちらも見ているのだったら教えていただきたい。

(西浦参考人)

- 資料1-2の4ページは報告日別の感染者数で1週間前との増減比を取っている図。ちょうどここ1週間ぐらいの報告日の感染者が増加、特に沖縄県は増加しているけれども、北海道とかはそうでもない。この頃に報告されている感染者の人たちは、大体ちょうど14日前ぐらいに感染した人たちで、11月21日ぐらいから連休があつて、沖縄では移動は制限していないけれども、北海道では移動は制限しているとか、データはうそをつきませんので、正直にそれを反映して、感染動態が見られていると理解している。

(押谷構成員)

- 少し報告が遅れる例が増えてきている。かなり保健所が逼迫しているとか、そういうことがあってもこういうことが起こり得るので、その辺はもう少し見ないといけない。

(鈴木構成員)

- 実効再生産数と気温に関して、少なくとも北海道と東京においては気温が下がるほど実効再生産数は上がる傾向にあるということが明らかに見られている。ただ、それより西あるいは南、大阪、沖縄でも同じように分析しているが、そこではあまり気温と実行再生産数の相関は明確に見られていないという状況。気温と人流の関係も私が記憶している限り、あまり明確な相関は今のところ確認はされていない。

(脇田座長)

- 人流と実効再生産数は比較的關係するということだが、人流は公共交通機関を見ていうことか。

(鈴木構成員)

- 資料の下に小さい字で注釈をかけているとおり、グーグルのデータを使っていて、グーグルは複数の人流データを公開している。公共交通機関の利用、娯楽施設の利用といったもの。このうち、公共交通機関の利用データとして公開されているものを使っている。正確には、地下鉄の駅やバス停などに滞在したかどうかを評価しているので、必ずしもその車両に乗ったかどうかは把握できていないデータ。

(脇田座長)

- 資料2-2の1ページ目を見ると、北海道の実効再生産数が1.02になっているが、1枚めくったところで見ると直近は1を下回っているように見える。どういうことか。

(鈴木構成員)

- 厳密に言いますと、発症日がない症例の推定感染日や時刻を推定するためにランダムな要因を考慮しているので、計算するとき少しぶれが発生している。確かに2ページ目の場合には1のところに乗っかっている値になっている。

(太田構成員)

- 資料4の医療提供体制の書きぶりに関して、まず、資料3-3、資料3-4で、今後、医療資源を最大限活用するためのオペレーションをいろいろと厚労省で考えていただいたこと、また、神奈川県がすばらしい取組をいらっしゃるということを知り、これを横展開するということをぜひともお願いしたい。
- 私は、いろいろな病院の先生方とのコミュニケーションの中で、一例一例の個別事例が情報として入ってくる。例えば、おととい、大阪の先生からいわゆる重点とか、協力とか、コロナの病院ではないが救急は診ている病院の話聞いた。両側性の肺炎で、御飯も食べられずにいるような20代の女性患者を、結局、入院調整ができず、放り出すわけにもいかずに、本来はコロナを診る病院ではないがしよがなく入院させたという状況の報告で、何とかならないか、このままだとやばいという話。
- 愛知県内では、透析をやっているクリニックの先生から、透析の患者さんで今日コロナ患者が出たのだけれども、入院先がないと言われている、何とかならないかという話を保健所からも言われた、そういう情報が幾つかある。

- 医療提供体制及び公衆衛生体制への負荷が増大・継続しているだけでなく、一部の地域では、個別の事例から見るとやはり入院調整の困難な地域が生じている状況なのだと思う。それが特殊な事例の可能性もあり、押しなべて地域がそんな状況になっているわけではないが、地域やその日の特殊事情によって、そういうものは発生してきているのだということは、ここにいらっしゃる先生方も御理解いただきたいですし、何らかの形で医療の提供体制がかなり危ないところまで行っているのだという認識は持っていただいて、それに少しでも近づくような書きぶりを御検討いただきたい。

(和田参考人)

- 資料3-4に関して、現場のオペレーションの最適化を考えていただいていることは本当に重要だと思っている。
- 1点目、この現場のオペレーションの最適化について、宿泊療養をどんどん活用しようというところもある一方で、自宅療養について、この中では適切であればという形になっており、いろいろな文章の中でも軽症者などは宿泊療養を基本とするということがまだ書かれているところがある。もう少し自宅療養といったものを、既にやっているところはいいが、やっていないところでも今後増加することを考えて、特にリスクの低い方々をできるような形での検討や実施といったものを置いておくことは、特に今後、感染拡大の状況においては重要ではないか。
- 2点目、退院基準は前回もお話があったが、感染性がある期間で、発症6日目以降であればほとんど発症はなかったという話がある一方で、重症例の場合には10日より長いのではないかという話が現場から出ている。海外の事例等もあるので、軽症であれば10日間、そうでなければ20日間なのかどうか分からないが、その辺りも少し議論をする中で、より安心して後方医療機関が受け入れてくださるようになればと思っている。
- 3点目、受診の在り方について、前回と前々回で少し話題があったが、今の東京のこの状態で、もちろん検査を受けていただくことはすごく大事だが、一方で、ある程度症状が本当に軽い場合には、場合によっては外に出ないようにという呼びかけも必要だし、本当に感染が拡大して札幌のような状態になっている場合には60歳未満の方も症状があるうちはステイホームというようなことも、今後は出てくる可能性もあると思っている。本当に感染者の方が急増して、一般診療にも影響が出た際の受診の在り方はどういうことが想定されるか、これもまた引き続き議論をしていく必要があるのではないか。

(大隈政務官)

- 資料1-2で、徐々に空港検疫の門戸を開いていくことになっているが、前日比で15人、数としてはそれほど多くないのかもしれないが、延べ1,549名に陽性者が出ている。また、カテゴリー2という国で検査を省略するという形、あるいは、陰性証明を持ってきた東南アジアからの方々に十数名陽性が発覚した。

- また、公共交通機関を使ってはならないということになっているけれども実際は全く守られていないという現状が報道されている。蟻の一穴にならないかということに少し危惧している。アドバイザーの先生方のお考えを教えてください。

(押谷構成員)

- 今政務官が言われた件について、我々も、厚労省が毎日発表している検疫で見ついている例の集計をしているが、10月はネパールが結構多かった。それとともに、国内でもネパール人でのクラスターが多発して、どこまでが検疫をすり抜けてきたのかというのはよく分からないが、東京の前田先生のところでもそういう例で二次感染を起こしたことがあって、特にアジアの国々は気をつけなければいけない。
- 11月は、理由ははっきりしないが、インドネシア人の陽性例が急増している。インドネシア人もかなりの数が日本にいて、集団生活をしている人たちもいるし、モスク等での交流もある。インドネシア人がなぜ増えたのかというのを我々も考えているが、今までは、首都ジャカルタを中心に流行が起きていて、それが地方に波及しつつあるのかなと思う。日本に働きに来ているような技能実習生などの人たちは、大体ジャカルタというよりは地方から来る人が多いので、そういう国内の流行状況を反映してそういうことが起きている可能性がある。その辺は十分に注意してモニタリングをしなければいけないと思う。

(押谷構成員)

- 特に日本との行き来、日本人も含めてアメリカから入ってくる例もかなり増えてきているが、二次感染はかなり気をつけていると思うので、二次感染を起こすのはむしろアジアの国々から入ってくる人が多い。アジアの国々でも、ミャンマーなど、入国者が多く、感染がまだ落ち着いていないような国が増えてきているので、その辺は何らかの形で書いておいたほうがいい。

(脇田座長)

- 世界的に、今、欧米、アジアでも流行が続いている。検疫でも陽性者は引き続き検出をされているので注意が必要というところで少し書き加えておこうと思う。

(田村厚生労働大臣)

- ビジネスで入ってきているところは、御承知のとおり、2週間療養する。例えば、日本に生活拠点がある外国人の方々が帰ってくると、当然そこは観察はないため、結果的には自宅に帰って、発症して、広がっていくわけけれども、ビジネスで入れている人たちはそうではないはずなので、その分けをちゃんとしておいていただかないと、変に不安をあおるといけないと思うので、そこだけお願いしたい。

(脇田座長)

- 国内でどうこうという意味ではなくて、今の海外の状況と、今、検疫で継続して検出されているといった状況を書くということだと思っている。

(前田参考人)

- 外国人の話でいうと、都内では、複数例、母国の出国時の検疫、成田・羽田等での入国時の検疫でも陰性で、なおかつ、国内に入ってから陽性化したという例は確実にある。先ほどネパールの話があったが、直近、母国で非常に感染が拡大していると、出国直近の時期に感染した方は当然そういうことがあり得る。そうした形でのすり抜けは、母国での感染拡大からだし、日本に来る方が増えれば増えるほど確実にそれは増えていくということになる。いろいろな国のパターンがありますけれども、例えば、日本でのネパールの方は、特定技能をお持ちの方、特にカレー屋さんとか、ああいう方は日本に家族がいらっしゃるの、隔離場所は確実に家庭になる。そこで感染をしてしまう。
- あとは、技能実習の方たちの来る場所は寮で、そこも集団発生の場合。その中で隔離をするといっても、食事など様々な場面で接触があり、感染が拡大してしまう。例えば、空港に入ってきて、空港近くのホテルに2週間いていただくという対応ができれば別だが、結局日本での生活根拠の中で滞在すると、どうしてもその感染拡大は容易に起こり得るし、もともとがあまり環境のよくない、家族で住んでいても1間に5人や6人が住んでいたり、寮も1部屋に何人も住んでいるというところでの隔離は相当に難しいところがある。

(田村厚生労働大臣)

- 日本の生活根拠がある方は、すり抜けて、そこで家族で感染ということがある。それは我々ももともとから大変危惧している問題で、本来は企業で隔離をちゃんとしなければいけないのに、やらずにクラスターが出ているとなると、その企業に対して我々はペナルティーをかけなければいけなくなる。うまく機能していなければ、我々も何らかの対応をしなければいけませんので、そういう事例があったら教えていただきたい。

(前田参考人)

- もう一点。自宅療養の神奈川県体制等々なのですけれども、結局、重症病床からある程度は中等症病床へ、中等症病床から宿泊療養へ、宿泊療養から自宅療養へとしますと、結局、それぞれにいらっしゃる方の病状はだんだん重くなっていく。6ページにある神奈川県事例でいえば、自宅療養中の管理という方たちが重症化しないかというところをしっかりと見ていただかないと、非常に厳しいと思う。これから検査等や指標で重症化のリスクが分かるということが出てくれば別だが、重症化のことをある程度予想して対応しないと駄目だということ。神奈川県取組を、ほかの県で応用していこうというときに、これが重要だということはしっかりおっしゃっていただきたい。
- 東京都も、今、多摩地区で実施して、これから特別区にこのフォローアップ体制を拡大していくが、そこが重要。あとは、例えば、神奈川県でどういう状況の方が悪化したとか、そういうデータをいただいて、この辺のリスクも検証いただくことが必要。

(館田構成員)

- 1つは、西浦先生が紹介した『Nature』の論文が非常にインプレッシブなのだが、旅行ついて、(d)の図の中には飛行機とか、バスとか、電車とか、そういうことが全然入っていないが、中でどういう形のディスカッションになっていたか。あるいは、そういう交通機関の中での感染はあまりリスクがなくて、行った先でのやはり飲食が関係するという理解でいいのかということ。
- もう一つは、資料3-4のオペレーションの問題についての提案。①にスコア化をして入院の目安を評価していくということで、これは実際のオペレーションにおいて非常に大事だが、気になったのは、神奈川モデルの中で、3-3の4ページに、入院の優先度判断スコアというものがある。これは、ちょっと間違えてしまうと、また重症になるような人を療養所あるいは自宅で待機させてしまって急変してしまったとかにつながりかねない。4ページ左のスコアで、例えば、5点以上は入院となるが、重症感が1点になっている。重症感とはなにか分かりませんが、現場の先生が患者さんを診て重症感があればそれだけで入院。それを1点にしてしまうと、すごく大事なところを見逃してしまって、急変とになるとまた初めに戻ってしまうから、慎重に決めなければいけないと思う。
- 最後、資料4の〈今後の対応について〉で、見えにくいクラスターで若い人たちが大事というのは分かるが、その対策に関して、下から2つ目のポツで、チャンネルを活用することによって徹底していく、ということに止まっている。僕は、最近、自分の大学で学生のクラスターを経験した。1人発熱で発症して、調べてみたら最終的に15人の陽性が分かったが、結局1人だけが軽い熱で、あとはみんな無症状。これがまさに学生の見えにくいクラスターだが、この事例は医学部生で、臨床実習で病院に入るから、非常に健康状態に注意して、熱があったらすぐに検査という形でやれたから見つかった。普通の大学だったら絶対に見つからない。そういう見えにくいクラスターがいろいろなところでたくさんある状況が分かっている中で、どういうふうに見える化していくのかに関して、もう一歩突っ込んでいかないといけないのではないかな。

(今村構成員)

- 資料3-3の東京のフローは、現場の医療者自身はかなり練ってつくったので、それなりにうまく回している。今、東京の新規陽性者のうちの40%ぐらいが入院で、20%が宿泊療養、20%が自宅療養で、残り20%が調整中となっている。調整中というのは、その多くは数日中に行き場所が決まる。このフローが作成されたことで、より適切に宿泊療養への振り分けが可能となっている。現在は、自宅療養を組み合わせたものに作り直し、FAQも組み合わせたので、利用されるときは新しいバージョンに差し替えてもらったほうがいい。
- アジアから日本に入ってくる外国人は、かつては都市部から来ていたが、アジア諸国の経済状況が改善してきたことによって、同じ国でもより地方から来るように変わっていて、結核なども地方からの入国者からの発生が増加してきている。日本からビジ

ネスで行く方は恐らく衛生環境の良い都市部に行く人が多く、検査環境も多分よいだろうと思うが、地方は衛生環境もまだ悪くて、かつ、多分検査環境や医療体制もよくないので、どのぐらい発生が把握できるかというところかなり疑問がある。地方では、発表されているよりもはるかに多い数感染者数が出ている可能性も考えておかななくてはいけないかと思う。

(押谷構成員)

- 資料4、先ほど尾身先生が言われたことに関連して、「伸びに鈍化が見られる」という表現を変えるということ。鈍化が見られるといっても、実効再生産数は1を超えていて、今日も多分2,000人を超える。このまま続いてはいけないという感じを強く表す表現にしないと、今の状況が続けば医療は完全に崩壊していく状況になってしまう。1に近づいているからいいということでは全然なくて、1を下回って急速に収束の方向に向かわせないと、医療は非常に厳しい状況にあるのだということを書かなければいけない。
- これまで感染が見られなかった地域でも感染の発生が見られているとポツの下から3番目ぐらいにあるのですけれども、医療体制が不十分な地域に感染が広がると医療が一気に厳しくなる。その状況を、今、旭川で見ているのだと思うが、弘前も厳しかった。旭川も、弘前の大学病院があるようなところでも、ああいう状況が起きる。東北の地域の中核病院など、急性期病院が1つしかなくて、そこで大抵コロナの患者も受け入れているという病院が潰れると一気に全ての医療が潰れてしまうという地域は日本中にたくさんあるので、そういうところに気をつけなければいけないということを書いておくべきかと思う。

(西浦参考人)

- 館田先生から『Nature』の研究に関連して、例えば、旅行を介した移動が感染に寄与している話がちゃんと書かれているのかというご質問があった。『Nature』がすごかったのは、ミクロレベルでの人の移動に関してもきっちり記述された。空間統計学とかをやっている人たちはマクロな移動とミクロな移動を分けて扱うが、それぞれの役割と、それを対策にどう役立てるといいかというのが研究で明らかになってきた。マクロの移動は、例えば、交通機関を利用して大きく移動するという、遠い距離まで移動するものを指している。旅行やツーリズムがマクロの移動で、ミクロの移動はいわゆるお出かけ的なもの。マクロの移動、旅行やツーリズムは実効再生産数の体制のトレンドを決定している。つまり、長時間にわたって上がったたり下がったりというのを決めている。ミクロのお出かけパターンをちゃんと見ると、クラスターが発生する場とか、ミクロレベルでできる対策までもきれいに分かるということがこれまでに分かった。
- だから、マクロの移動とミクロの移動のそれぞれで役割が違うというのがきれいに区分できている。二次感染のパターンを決める体制とクラスタリングがどういうところ

で起こるか、それぞれに関して、短距離の部分と長距離の部分のそれぞれで人の移動がどういうふうに関わっているか。『Nature』がそういうものをまとめた上で、人の移動で長距離の伝播も起こるし、二次感染が発生している場も特定できるというところまで言及されている。だから、旅行に行ってどこかで何かを食べるといふことになると、その両方が関係することになると思う。

(大曲参考人)

- 資料3-4に関連して、退院基準を満たした患者の受入先の確保は本当に大事。これに関して、最近声が多いのは2つあって、1つは、例えば、重症の患者さんの転院は、病院や地域によっては行っているが、転院を受ける先の医療機関からどう感染対策をしたらいいかという相談がある。10日以上たっているから感染防止対策は要らないという言い方をされることが多いが、受ける側からすると、どうしてもそうは言えないだろうという御意見。似たような話で、在宅医療を受けている方がコロナで入院して戻ってくるということになると、中等症以上の感染になって、回復して、戻ってこられる方が多いが、在宅の方々からすれば、中等症以上の方は感染の期間が延びるのではないかという御心配をお持ちである。現状は指針がなく、地域で話し合いをするなど、自分たちで独自に対策をする形で現場は何とかのみ込んでいます。ただ、あまり経験がない地域でそうしたことが起こると、決める時間もなかなかなくて滞りが起こると思う。サイエンスとしてどこまで書けるかは分からないが、指針が要るのではないか。それを示せば納得される方はかなり多いのではないかと。
- 3番の院内感染時における医療機能の維持・早期再開は、書いてあること全てが非常に大事で、うまくいけば、医療機関は仮に職員の陽性者が出て機能も維持したまま回れると思う。これらを全部明示的に通知等でお示しいただくのがいい。書いてあれば自信を持ってできる。もう一つは、なぜこういうものが要るかということをやめて明示的に書いていただきたい。感染が非常に流行しているところでは病院を回すことが非常に重要だが、公衆衛生対策としての隔離や、濃厚接触者の休職を相当慎重にしないと、病院のスタッフが一気に抜けていき、病院が回らなくなる。そうならないように注意しながら、濃厚接触者等も決めて、病院の機能を維持するためにこうしたことをやりましょう、ということをやりたい。これを明示的にしていただくことを期待したい。
- 東京都に関して、報告日ベースのデータで、新規の陽性者数等は前週比100%を超えており、やはり感染の拡大は続いているという言い方をしている。課題としては、家族内感染が非常に多い。多くは外から持ち込まれるものなので、会食の場や学校での感染対策が必要ということをやった。一番関心が高いのは、今の医療の状況。報道等ではいろいろと言われているが、現場の医療機関としては、確保すべき病床の数は指定されていて、そこに確実に入れられるように空ける準備をしているところ。言い方を変えれば、切迫してオーバーフローという状況ではない。準備をしており、伸び代があるということですので、よく赤印と言われるが、そこにはしなかった。

(脇田座長)

- いろいろと御意見をいただいた。尾身先生と押谷先生から、最初のところで、「伸びに鈍化」がリラックスさせてしまうようなメッセージになるので、そこは書き方を変える。太田先生から、その次の医療提供体制のところ入院調整が困難になっている事例も今は生じてきていることを書き込むというところと、外国人のお話も検疫を書くということと、上の3つ目のポツのところ、20代から40代のところを押谷先生のデータを基に少し書き直すというところをやる。
- 次のページの下から3つ目のポツのところ、これまで感染が見られなかったような地域で医療体制が十分でないようなところでは、クラスターの発生によって医療体制がかなり厳しくなることがあるという押谷先生の御指摘があり、そこも書き込む。下から2つ目のポツのところは、舘田先生、尾身先生からも御指摘があり、もう少し幅広くにメッセージを広げる形に変えたい。

<議題2. 新型コロナウイルス感染拡大を踏まえた広報について>

※事務局より資料5に基づき説明。

(脇田座長)

- 若者世代に届く広報活動は非常に重要で、ぜひよろしくお願ひしたい。

(田中構成員)

- 効果の出ているツイッターの様子なども大変感銘を受けて拝見した。一つ気になったのは「対話型の情報発信」という言い方、あるいは「対話のある情報発信」とされているが、実際のところ対話はしていないので、無理に使わないほうがいいと思う。これ自体はすごく大切な啓発活動だと思うが、実際に対話型といった場合には違うタイプのコミュニケーションのやり方を指すので、対話でないものを対話型と言ってしまうと、いざ対話型のことをやろうといったときに意味をなさなくなってしまう。純粹に啓発のための情報発信とか、そういった言い方で意味を損なうものではない。知識啓発を診察と言っているぐらい全然違う話のものなので、ぜひ修正いただきたい。
- もう一つ、若者層がターゲットという点で、ティックトックの準備とかをされているという話だったが、反応が多いという部分と、本当にターゲットとしなければいけない層に届いているかというのは気をつけなければいけない。例えば、初音ミクは13年前で、ラブライブも10年ぐらいの歴史があるコンテンツですので、例えば、ラブライバーと言われるようなファンの層は20代後半から50代ぐらいに行っている。しかも、いわゆるコミケとかに来る層は、実はちゃんと手洗いとかをする層。もともとちゃんとやるタイプの層の人たちにリーチをしてしまっているという印象がある。マスクをちゃんとしなかったりする層に届けることをもう少し突き詰めていく必要があるのではないか。

(武藤構成員)

- 今田中先生がおっしゃったことにほとんど賛成。ちゃんと教育しよう、啓発しようというものと届かない人たちがほとんどで、もっと笑いの要素とか、いつの間にか話題になっているような要素を広報として取り入れられないか。ユーチューブの広告の4秒の間に「あいつはあほ(顎)マスク」みたいな、はやり言葉にできるようなどうでもいいことで話題になるという戦略も考えていただいたほうがいいのではないか。あまり教育と考えないで、第7世代とかの人にそういうことをやってもらって、この広告は飛ばせないと思うような人たちで、学校で物まねがはやるような、そういうことかなと思う。

(太田構成員)

- よく運転免許の更新に行くと、警察庁さんは非常に怖いビデオをつくっていて、事故を起こした不幸になった方がいて、家族もどつぼにはまって不幸に落ちていくというものをやる。若い頃にも、あれはやはり怖い、気をつけなければいけないと感じた。正直、若い人たちは自分がかかるのは多分怖くない。周りにうつさないでいただきたいというメッセージのほうが多分強いと思う。自分が無症状で、ウイルスが回っていて、最終的にお年寄りのところに行って、周りで泣いている家族、といった感じの広告が響くのか響かないのか、とにかく自分たちが不用意でいるとすごく不幸な状況につながるのだとアピールできる作戦はないのかと思った。

(尾身構成員)

- 若い人は、感染してもほとんど症状が出ないから「健康」では駄目。お年寄りにうつるということも倫理的でなかなか響かない。我々だって、若い頃はそんなに社会のためなどということあまり考えない。アンケートで、一番心はずしんとくるのは感染がどんどん進んで仕事がなくなってしまうことだという御意見も聞いたことがある。「医療」は高齢者を中心に切実感があるけれども、なかなか若者には届かないので、経済が悪くなってしまうと「仕事」がなくなると。今の人たちは仕事に非常に関心があるので、そのことを私はなるほどと思った。

(田中構成員)

- 例えば、台湾などは、オードリー・タンさんが、いつもファンの要素が大事、楽しい要素がないとちゃんと見てもらえないという話をおっしゃっている。しかし例えば、失業している人を笑うとか、そういった毒のある笑いに行ってしまったら大きく問題になるし、それを誰が言うのかという文脈にもよる。政府からでなくメディア市場の中から、例えば、若者のありがちな行動を踏まえる中で、それをお互いが気軽に、おまえ「あほマスク」になっているとか、日常的に市民が言い合えるような雰囲気のコントなど生まれてくるのが理想。一方で、社会的・経済的な困難を明るく前向きに変えるようなお笑いが出せる雰囲気とか、そういったものをプロの人たちと協働する余地があるのではないか。

- いずれにせよ、こういった笑いや強いメッセージは、何かを立てるとどちらかが立たないという、非常に針の穴を通すようなメッセージにならざるを得ない。きちんとヒアリングとかを繰り返しながらやっていくべき広報戦略だと思う。

(今村構成)

- 今の特徴として、ツールが広告とつながっているので、紹介してもらえることによって広告料になっていく。紹介したくなる、見せたいとなると対象者が思うようなものでないと、結局、そこで止まってしまって誰にも広がらないという形になる。そういう特徴を捉えて、いいコンテンツをつくっておいて、出だしのところは発信力のある人に任せて広く伝えてもらう。あとは個々が拡散してくれる形になるので、出だしの枝分かれを早くつくってしまうほうがいい。詳しいところはリスコミメンバーに相談すると思う。

(健康局長)

- 感染が結構拡大しているフェーズでは、広報は物すごく重要と我々は思っていて、力を入れている。実はインフルエンサーでお笑いの関係も考えていて、その辺は効果的か、特に若者には受けるかと考えている。
- 先ほど御指摘いただいた対話型について、もし対話型とはこういうものだというものがあるのであれば、御教示いただきたい。
- 今日の前半でいろいろとデータを出していただいて、10月の終わりから11月にかけて変化する場面があったけれども、それは何が影響したのかは今の段階では分からないということだった。何らかの行動変容が国民全体にあったからそういう変化があったのではないかと思うが、その何らかの変化をリスコミ的に分析することが可能なのかどうか。例えば、地域別あるいは年代別に、こういう報道、あるいはSNSでこんなやり取りがあったから、若者の間で何らかの変化があったのではないかとか、そういう分析はリスコミの方々でできるのかどうか。
- また田中先生から、特にこういう広報を打ってもなかなか守らないような方々に対してはどういうアプローチをしたらいいのか、教えていただきたい。

(田中構成員)

- 対話型という場合によく言われるのが、双方、つまりこちら側も何か変わる準備がないと対話にならないということ。「こういうメッセージを伝えたい」ではなくて、実際にその人たちが実施できる範囲でどういうメッセージを出し得るのか、どのように譲歩しうのかというこちらの変容の準備も含めてでないと対話とは言わない。このアドバイザリーボードから発出しているメッセージの中でも、もっと本当は守ってほしいけれどもこれぐらいまでというラインは、ある種妥協をした部分もあると思うが、そういったのりしろの部分重要。
- 先ほど笑いの話と言ったのは、例えば、5～6人の若者グループで1人マスクをしていない人がいても、白い目で見られて、そのままマスクをしていないだけ。ところが、

2、3人がマスクをしていないと、つられてほかもマスクをしなくなる。若者にいろいろなヒアリングをしていると、実際、場の空気みたいなものに引っ張られてマスクをしなくなったりすることがあるそうだ。何が足りないのかというと、1人、2人がしていないという段階で、「おまえ、顎マスクになっているよ」みたいなことを言いづらいという雰囲気がある。そこで冗談めかして「おまえ、マスクが顎に行っているよ」といったことを指摘する共通言語みたいなものがあるって、その人があまりばつの悪い思いをせずにマスクを戻せると本当はいい。そういったものがないので、その場がマスクをしなくていいじゃんという雰囲気になると引っ張られる。あるいは、みんなが守っていると守るといった傾向もあるので、そういった機微を捉えるメッセージみたいなものを送り出すことが多分重要なのだろうと考える。

(武藤構成員)

- ほかの人に注意しやすくなるようなアプローチは結構ヒントになる。厚生労働省の立場だと、COVIDだけが守るべき病気ではなくて、生活習慣病とか、認知症とか、いろいろな健康問題を扱わなくてはいけない。その中で、今疾患を持っていらっしゃる方や障害を持っている方のグループとの対話とかも結構重要で、その人たちが間違っ理解していることや過剰に対応していることもいっぱいあり、その広報をやり直すことも結構重要かと思っている。今の感染拡大を止めるという話とは別だが、対話しながらコミュニケーションをしていくというときには、とにかくいろいろな層の人たちのニーズと理解を把握するというのを地道にやるしかない。

(尾身構成員)

- 東大の経済学者の渡辺さんのスタディーがある。私の理解は、国や知事が言った政策的なもの以外に、マスコミとかの情報、あるいは拡大している感染の数自体、そういうものの情報を得ると、人々は変容する。だから、緊急事態宣言の前に変容は起きていた部分がある。渡辺さんたちのグループがまた第2弾の研究をやっていると聞いており、一緒に連携してやったらいいのではないかと思う。