

日本学術会議
第二部大規模感染症予防・制圧体制検討分科会（第24期・第2回）
議事要旨

日 時: 令和2年5月11日（月）14:00～16:00

会 議 形 式: ビデオ会議(zoom)

参 加 者 :

分科会委員 : (敬称略) 糠塚康江、秋葉澄伯、小松浩子、高井伸二、平井みどり、
徳田英幸、田中純子、宇田英典、舘田一博

参 考 人 : 加藤茂孝先生、岸玲子先生、木下富雄先生、杉山雄大先生、郡山千早先生

オブザーバー : 石川冬木第二部長、中川晋一先生、柴山明寛先生、高倉弘喜先生

事 務 局 : 審議第一担当参事官高橋、酒井補佐、勝間田
国際担当参事官市川、栗林補佐、武宮

1. 分科会委員の追加

磯部哲先生を追加することについて委員長から提案し承認された。

2. 副委員長幹事の指名

平井先生を副委員長に幹事を徳田先生、糠塚先生に指名された。

3. 提言案の審査

本日の議論を受けて14日の幹事会懇談会に頭出しを行う。

14日幹事会懇談会以降は幹事会懇談会の議論などを受けて秋葉委員長が修正を行う。改訂については委員長に一任とする。

4. 次回以降の分科会の予定の確認

5月26日は柴山先生、高倉先生、中川先生に、6月9日は岸玲子先生に、6月19日は三嶋廣繁先生と宇田英典先生に御講演をお願いする予定。

5. 新型コロナウイルス感染症関係の情報のアップについて

内容を本日分科会で確認して進めることとすると秋葉委員長が説明。

6. 加藤茂孝先生（株式会社保健科学研究所学術顧問）からのご講演

米国CDCに3年在籍した経験から米国CDCについて説明をする。

米国CDCの信条は「命を救う」「国民を守る」とまとめることができる。「国民を守る」という観点が重要。「命を守る」だけではない。

米国CDCの歴史の中で名称の変更があった。戦時下のマラリア対策のための組織として発足。戦後にCDCとなり感染症を対象としていく。1992年に「予防」という言葉が入った。

2003年に躍進期。予算等増。

組織の特徴としてCDCフィールドステーションが国内外に機動的に展開している。ミッションが終われば撤退。柔軟な組織運用となっている。米国CDCは疫学が中心であるが防疫のかなめのワクチン接種計画までを統括するのが特徴。

米国CDC内での横の連携を強化した組織の工夫がなされている。

2003年に当時の3大感染症対策・事件（炭疽菌テロ（炭疽菌の出所の特定）、天然痘予防

接種（イラク戦争出征兵士にワクチン接種）、SARS 対策（臨時チームを結成して2週間で解析）に米国 CDC が活躍して国民的支持が高まる。当時のガーバーディング長官のリーダーシップと国民に対する広報努力。

米国 CDC の優れた点。①世界の感染症問題に取り組んでいて WHO と両輪。②2年間の訓練を経た EIS 職員の登録システムと感染症発生現場への迅速な派遣。③世界的な機動力を支える技術のバックアップ体制。④優れた機関誌（週報 MMWR と月報 EID）の発行。⑤潤沢な予算（2003年に倍増。）。⑥優秀な人材を世界から招聘して確保（招聘とともに検体等を提供されるシステム）。⑦予防接種に関するデータの整備と免疫プログラムへの提案。

米国 CDC から学ぶべき点。①国際的なネットワーク。②迅速なプロジェクトチームの結成（例：SARS チーム）。③優れたリーダーシップ（優秀な人材がチームリーダーとして責任をもって推進）。④専門家主導で研究計画立案。

米国 CDC には、米国のためだけに活動しているという米国外からの批判はある。

新型コロナウイルス感染症での米国 CDC の失敗の原因。①PCR キットでの偽陽性の失敗。②トランプ大統領政権による予算削減。③トランプ大統領の意見の食い違いでリーダーシップが発揮しにくかった。

日本に米国 CDC 的な組織を考える際のポイント。最も重要なのは早期発見と早期の対策をスピード感を持って行える組織。最低限必要な機能としては、①科学的な意見を信頼できる専門家の組織から一元的に迅速に発信する、②恒久的な組織による準備（研究して議論して提案）、③リーダーシップ（組織や研究の方針）が必要。

日本の感染研は米国 CDC と比して弱体。感染研ではワクチン検定までしているのに、手が回らないので検定は PMDA に移管すべき。NIH と AMED を比較すると、AMED の研究支援は意欲的な研究をサポートできていない。

【質疑】

中川先生：SARS の際には米国 CDC と WHO が連携した。今回は WHO が機能しなかった。

加藤先生：SARS の際は症状が出たので対策が容易であった。新型コロナウイルス感染症は症状が軽い人が80%もいるので患者を見つけるのが難しかった。米国は CDC の PCR キットミスで初動が遅れ流行を拡大させてしまった。また WHO は初期対応が遅れた。

7. 木下富雄先生（京都大学名誉教授(公財)国際高等研究所フェロー）の御講演

大規模感染症への対応は医学領域だけでは不十分。社会・経済面や心の問題が出てくるから。

「深層防御」（元々は軍事用語）とは、強力な敵に対して多重防御の体制を構築すること。例えば津波対策で、防波堤・雑木林・海浜公園・高架線・高層避難ビルという多重防御＝原子力発電に際してもいわゆる五重の壁で深層防護が取られている。これらの場合要素間の独立性が重要。このような深層防御の考え方を大規模感染症に応用できないか。

ただ、新型コロナウイルス感染症でも、無意識に深層防御がとられていたのではないか。例えばクルーズ船での感染予防や院内感染の予防等でいくつかの措置が組み合わせた対策が行われた。

新型コロナウイルス感染症対策で行動制限をすると、感染抑制には効果はあっても、社会・経済・心理的には負の効果が副作用・反作用として発生する。リスクのトレードオフの議論が必要。これらの問題は、本来は政治家が議論をするべき。その場合、集団の同調圧力を利用すると民主主義をつぶすリスクがある。

社会的距離＝Social Distance という言葉は元々人文・社会科学で別の意味で使われてきた。心理的な側面から使われてきた言葉。新型コロナウイルス感染症対策では心理的距離ではなく物理的な距離が重要。

客観的なリスクと主観的なリスクとの間にはズレが生じやすい。未知のリスクには主観

的リスクが高まる傾向。そのズレが外国人排斥につながりやすい。

正常性バイアス：自分にとって都合の悪い事実を過小評価するバイアス。新型コロナウイルス感染症では、例えば「自分は大丈夫」と考える若者たち。

これまで行われてきた日本社会のネットワーク構造は大規模感染症対策にも応用可能だと思う。ネットワーク構造の研究での噂の展開と、ウイルスの感染の展開とは機能的に類似性が見られるから類似性が見られる。社会心理学での噂の拡大の知見はウイルス拡大の研究に役に立つのではないか。

リスクコミュニケーション研究は米国において 1970 年代にはじまり 1980 年代に認知された。米国では様々な組織が研究している。日本でも同じ頃から研究が始まった

リスクコミュニケーションの定義では、リスクに関する情報の開示、関係者の「共考」「信頼性」「公正性」が重要。一方的な説得でも反対側におもねるものでもない。それに対して「リスクメッセージ」＝津波警報等は一方通行で「共考」の要素がない

リスクコミュニケーションでは「共考」が重要であるが、時間的余裕のない状況では使えない。時間的余裕がない場合はリスクメッセージで対応すべき。今回の新型コロナウイルス感染症ではリスクメッセージの段階ではないか。

リスクコミュニケーションの技術として、コミュニケーターの専門知識が重要。個人での対応が難しければ複数のコミュニケーターが分担することも可能。対象となる人に応じてコミュニケーターを分けることも必要。

日本でも大規模感染症対策の専門組織を設立してその場合、人文・社会科学の専門家も参画することが望ましい。専門組織と市民をつなぐリスクコミュニケーターの養成が必要。このような体制構築には時間がかかるので、事前の準備が必要。

【質疑】

舘田先生：新型コロナウイルス感染症の専門家会議の委員をしているが、医学だけではなくて社会経済の問題となると、我々では手に負えない印象を持っている。偏見や差別の問題は大きな問題。専門家会議では武藤先生（東大）がリスクコミュニケーションの専門家ではあるけれども、市民間のつながりが SNS で新しい特徴を持っていて難しいと感じている。今回は間に合わないが、事前の準備をしていくことが必要と理解。

秋葉先生：リスクメッセージの出し方をどう考えるか？

木下先生：効果的なリスクコミュニケーションを行うためには、関係者が共考する時間的余裕が必要。しかし現在はその余裕がないだろう。今はリスクメッセージに特化して行うことが望ましい。リスコミは今後の宿題としておいた方が良いのでは。

加藤先生：リスクコミュニケーションが重要に同感です。期待される CDC の機能と同じです。いったん感染症が始まってからでは遅い。常設組織で常に議論をして準備をすることが必要。新興感染症は 5 年サイクル等で予想されるので、平時の際での準備が重要。

木下先生：喉元過ぎれば熱さ忘れるというのが人間であるので、現在の状況が改善されたらすぐに着手すべき。

秋葉先生：原子力関係ではリスクコミュニケーションの研究はやっているか？

木下先生：原子力規制委員会に依頼されて 3 年くらい集中講義に出かけている。そのほか放医研や JAEA でも長らく講義をしてきた。それまで行政は電力会社にリスコミを丸投げしていたのでは。だんだん広がってきている印象。

糠塚先生：「共考」以外に公正や信頼の要素をどう考えるか。リスクメッセージにも重要ではないか。

木下先生：そのとおり。その場合、発言する人物の肩書きが意外に重要。信頼される組織の肩書きなら信頼して貰える。

糠塚先生：今回の場合はどうか？

木下先生：信頼されている組織はどこかという調査がある。それによると信頼されていな

い組織は下から順に議員、官僚。マスコミ。逆に信頼されている組織は上から順に自衛隊、医療組織、法曹関係である。皆さんは信頼されているから自信を持って積極的に発言すべきでは。

加藤先生：2003年当時の米国 CDC 長官は信頼される要素を全部兼ね備えていた。現在の日本にはそこまでの信頼感を持っている医療関係者はいない。信頼される 2003 年の CDC のような組織が必要。

木下先生：国民は信頼できる組織の呼びかけには喜んで従う。

小松先生：SNS がマストラウマともいうような感じになっており、看護職が矢面に立つ。健全な集団でのコミュニケーションはどのようなものであろうか？

木下先生：SNS は少し偏りのある媒体である。世論調査で行われるような国民の意見を代表している訳ではない。したがってデータを眺めるのは良いがそれほど気にする必要はないのでは。それよりも大切なのはこれまで繰り返し述べた如くコミュニケーターへの信頼性。そして信頼性を支えているのはコミュニケーターの専門知識とプレゼン能力。その専門知識は特定の狭い分野だけではなくマクロな知識も要求される。

小松先生：多方面からの検討が必要と理解。

秋葉先生：福島原発事故の際にはどんな取り組みがあったのか？

木下先生：原発事故におけるリスクの経験者は当然のことながらそれまで一人もいない。最初のうちは日本を代表する放射線生物学の専門家が対応していた。しかし突然皆さんご承知のようなハプニングが発生し、学問的なマターがマスコミマターに変質した。それ以降、専門家は当然のことながら表に出たがらない。代わって登場するのが目立ちたがり屋という構造でしょうか。それとともに気になったのは、住民のニーズがどんどん変化すること。事故直後は当然ながら放射線の生体影響に対する不安が圧倒的だったが日とともに関心が急速に変化した。具体的には放射線を避けて遠くに避難した親族への不満や今後の生活への不安など。それに対して放射線の研究者は対応できない。必要なのはむしろ臨床心理学者や福祉の専門家。言われてみれば当たり前の話なのに行政も含めて関係者は誰も想像していなかった。

8. ポータルサイト

【中川先生】

秋葉先生と協力してポータルサイトを準備している。

感染症対策のためにはマッピング等による指標の分析検討が有効。秋葉先生とポータルサイト設置で合意した。

一方的な情報から双方向の情報の時代となっている。未知の疾患である新型コロナウイルス感染症であるので、一般の方（専門家を含む）が様々な立場でデータを活用して分析することも貢献を行いうる。すでに情報を加工して成果を上げている例がある。

このため、学術会議として自治体等の発信情報を取りまとめて提供していくことが必要ではないか。

【秋葉先生】

このようなポータルサイトを設けることに賛成いただけますか？

【石川先生】

中川先生には感謝します。海外への発信も重要。

【岸先生】

医学会連合としても緊急提言を出したが、大規模感染症予防制圧のための組織が必要というところに関心がある。学術会議と連携していきたい。

以上

