

質 疑 ・ 応 答

羽生田常任理事 それでは、協議に入りたいと思います。まず、資料3をご覧いただきたいと思いますが、既に幾つかの都道府県から質問が挙がってきておりますので、まず、この点につきまして協議をさせていただきます。

まず、北海道から2つ来ておりますけれども、可能性例で入院した際の退院目安ということで、この入院した場合の退院、あるいは集団復帰の目安について、ということでお話をお伺いしたいのです。岡部先生、この点についてお願いをいたします。

岡部講師 WHOは、現在のところ退院の目安として、48時間は発熱がない、といったことを出しておりますけど、これは1つの目安ですので、総合的に判断する必要はあると思います。

それから、ウイルスを排泄するのはいつかというのは、これは先ほどのお話にも加えたのですけれども、明確にいつまでウイルスを排泄し、なおかつそれが感染力があるかどうかは、まだ不明です。例えば、RT-PCRで便中の遺伝子、核酸を追っかければ、3週間4週間でも検出はされます。しかし、感染力があるかどうかは、現在不明です。

少なくとも、今のところ、極めて強い感染力は、ないだろうと言われてはおりますけれども、CDCは、退院後も10日間ぐらゐは自宅で様子を見ることを勧めると言っていた記憶があります。これは病原体検出の進み具合によって、したがってだんだんわかっていくことではあると思います。

羽生田常任理事 はい、ありがとうございます。

櫻井常任理事 これについては、国からの通知を含めて都道府県に流したものに入院についてというのがあります。退院については、退院させる場合、厚生労働省健康局結核感染症課へ連絡して、指導・助言を受けて退院させてほしいと、国は都道府県あてに言っています。

というのは、この入退院は、法律的に言うと、都道府県知事が責任を持って、新感染症の所見のある者——今度可能性例も含めてということになったのですが——に入院を勧告し、同時に、退院させるということに法的にはなっているわけです。厚生労働

省としては、都道府県知事が責任を持ってやるときに、結核感染症課へ通報して指導・助言を受けてください、という言い方です。

羽生田常任理事 はい、ありがとうございます。

北海道から、発熱のない場合の診断基準についてですが、先ほどの岡部先生のお話では、WHOにしてもカナダにしても、発熱は100%ということでした。

岡部先生、この点はいかがでございましょうか。

岡部講師 発熱がある者について疑い例あるいは可能性例としての届け出の基準になっており、そこで統計を取っていますから、当然、発熱は100%になります。

しかし、周辺の情報からもしSARSを疑われるならば、その経過観察は必要だと思います。届け出の基準は、診断基準ではないので、診断をするためには経過観察ということが必要になるのではないかと思います。

羽生田常任理事 はい、ありがとうございます。

北海道の先生、いかがですか。はい、どうぞ。

三戸北海道医師会常任理事 2番目の質問に関しましては、例えば周りで流行があり、濃厚な感染があって、最後に可能性例の診断でウイルスが検出されて見つかった場合というのがありました。そういう意味から、不顕性感染や、先ほど岡部先生おっしゃったように、小児の場合は重症化しないのが多いということがありましたので、家族や何かで感染者が出て、小児で咳が出るけど熱が出ない、でも、ウイルスを調べたら出たというような意味で質問させていただきました。

羽生田常任理事 岡部先生、お願いします。

岡部講師 その手前で、例えばお父さんがSARSで入院した場合の家族の場合は、これは濃厚感染者になりますから、10日間は少なくとも自宅にいていただきたいというのが経過観察の意味だと思います。したがって、濃厚接触が極めて強い場合には、これは法的に入院してくださいというような段階では今はないと思いますが、症状が出た場合にはそれなりの扱いが必要になってくるだろうと思います。

羽生田常任理事 よろしいですか。ありがとうございました。今の点のつきまして、どちらかかご質問等ございせんか。はい、どうぞ。

伊東茨城県医師会理事 ウイルス性の疾患で、安易

に解熱剤を使用してはいけない疾患もありますが、本日のご講演のなかでSARSの場合の症状で「38℃以上の急な発熱」は100%の出現率とのこと。ならば患者がもし安易に解熱剤を服用して来たならば、空港などで今、防疫対策として発熱をチェックしていますが、その時、患者が解熱していれば熱発者を発見できず、防疫網を通過してしまうのではないのでしょうか。

それともう一つ質問ですが、このSARSの場合の発熱に対して安易な解熱剤の使用はかまわないのでしょうか。これを含めてお答え願います。

岡部講師 それは、例えばインフルエンザにおける脳症とかライ症候群とかという意味ですね。

伊東茨城県医師会理事 そうです。

岡部講師 現在のところは、解熱剤を積極的に使うというのは余り外国ではやられておりませんので、その辺のエビデンスはわかりません。通常から言えば、やはり強烈な解熱剤はあまり使うべきではないと思いますが、ごく普通の使い方はせざるを得ない場合が多々あると思います。これは対症的な意味でだろうと思います。

それから、それがウイルスの排泄その他に解熱剤が影響を与えることはありませんけれども、通常、その感染症で解熱剤を使って下がったから、それは治ったという意味ではないという誤解を患者に与えないようにしておいたほうがよいと思います。

伊東茨城県医師会理事 ありがとうございます。

羽生田常任理事 はい、ありがとうございます。ほかにございますでしょうか。はい、お願いいたします。

依田京都府医師会理事 京都府医師会の依田です。間質性肺炎なんかで同じような症状を取って、レントゲンでそういう所見が出るという患者はSARS以外にもあり得るはずで。その場合、我々診療所では、迅速にそれを診断することが実際に難しい場合もありますが、その場合、一応、SARSの可能性も考えて、SARSに準用したその隔離とかそういうことを行う必要がございますか。

岡部講師 鑑別診断がもし十分にできない場合であるならば、現在のそのSARSという病気の拡大の状況から見れば、SARSに準じて行わざるを得ないのではないかと思います。

依田京都府医師会理事 わかりました。

岡部講師 追加になりますけれども、その後で、何

らかの検査所見等で診断がついた場合は、直ちにそれは解除することになると思います。

羽生田常任理事 はい、よろしいでしょうか。それでは、先に進ませていただきます。

櫻井常任理事からの説明にもあった話なんですけれども、青森県医師会から、医師会としてこの点をどのように考えるか、もう1度櫻井先生お願いします。

櫻井常任理事 疑い例、可能性例の場合ということですが、これは、さきほどの指針で、10日間診察に参加した者が診療を休むというのは、「SARSの患者」という言い方にしてあります。疑い例までしていたらきりがありませんけれども、少なくとも可能性例でも、これは症例毎に、可能性例のなかでも、非常に可能性が高いとその先生が判断したら、感染を広めないという考えから、もし医師から次の患者にうつしたら大変なことですから、その先生の判断で、自主的に判断していただきたいと思います。医師会としてどうしなければいけないということは言いにくいのですが、それはその状況で判断していただく以外ないという、大変あいまいな答えですけれども、それしかありません。

ただ、疑い例、可能性例まで、診察したらもうほかの患者は診てはいけないと言ったら、これは地域の医療としてはパニックになると思いますし、そうかといってどんどん診ててもいいとも言にくいことです。ほんとに可能性の高い人を診てしまったとすれば、少なくともその可能性例が、否定されたところまでは他の患者にうつすことのないような配慮を、やはり医師としてすべきではないかということです。

岡部講師 私は医師会でも、この場合は国の代表でもないで、割にフリーな立場で自分の考えが言えるのではないかと思います。結核を診た医師がすべて結核を心配してその後休業するということは余りないと思います。

しかし、その場合は、患者が結核だとわかれば、ある程度の予防をして患者を診ることになるだろうと思います。それと同じように、この場合は、外国でもそうですけれども、アンプロテクションの状態です。診たときに医療者に感染が広がって、そこからさらに医療者から医療者に行っているの、プロテクションを最初からきちんとした場合とそうではない場合では、話が別なのではないでしょうか。そうで

はないと、病院で感染症を診る医師はただちにだれもいなくなってしまう。

そのためにはどうしたらいいかというのは、やはり患者にこれは十分に情報提供しないといけません。もしそういう疑いのある人はあらかじめ申し出てください、といったことが広く伝わらせる必要があります。

ただし、櫻井先生がご心配なさるように、よく考えてみたら、「あっ？」ということがないわけではないので、その場合は、やはりその患者の状況、あるいは周辺の診療状況等で、判断していただくことになるのではないかと思います。

羽生田常任理事 はい、ありがとうございました。

今、厚生労働省健康局結核感染症課の遠藤課長がお見えになりましたので、ご紹介をいたします。行政関係のお話を伺いたいと考えております。

休業した場合の補償等につきましても、後の質問に出ています。和歌山県からは、休業した場合の補償、あるいは保険というような質問がありまして、急遽調べたところ、店舗休業補償という保険があります。この場合、会社によって多少違いがあるだろうと思いますけれども、感染症で閉めた場合、感染症法の1類から4類までのなかで、3類までの感染症については休業補償が対象になるという保険会社もありました。もしご契約されていれば、どういう形で休業補償が出るかという点につきましては、それぞれでご確認をいただきたいと考えております。

櫻井常任理事 ご意見のなかには、その医療機関が対応して、それで医療機関が閉めざるを得なくなった場合、国はある程度補償を考えないのかという話が出ています。行政として意見をいただけますでしょうか。

遠藤厚生労働省結核感染症課長 現在、その休業補償につきましては、行政としては今のところ考えていません。実際に患者に入院していただいたり、強制入院というところが最終的にはあるのですが、あるいは接触者調査をして必要に応じては健康診断の結果、これもまた入院していただくという場合があります。こういった方々に関しても休業補償という概念がありませんので、医療機関だけ特別にこの休業補償というのは、現在のところ考えておりません。

櫻井常任理事 これは日本医師会としてはいろいろ交渉もしていかなければいけないと思っています。

今、羽生田常任理事が説明した、損保会社で店舗休業保険というのがあり、具体例で言いますと、例えば建物の入り口で水道管が破裂して水浸しになって診療ができないとかそういうことも含めて、とにかく店を閉じざるを得なくなったときに補償するという保険があります。保険料とすると、1日当たり20万円ぐらいの保障をするのに年1万数千円ぐらいです。自己防衛だったら、こういう方法があるということはあると思います。SARSは大変迫った危険でありますけれども、普段でも、可能性は低いかもしれませんが、ペストの患者やエボラ出血熱の患者だって、どこかでだれかがぶつかるかもしれないわけで、そのときは、そこは閉鎖するということはあるのではないかと考えています。そんなことでなくても、水浸しとかガス爆発といったことは幾らでもあり、そういうことへの自衛手段は一応あるということは参考として申し上げておきます。

羽生田常任理事 はい、ありがとうございました。

今の10日間の自宅待機等々、あるいは補償につきまして、ほかにご意見・ご質問等ありますでしょうか。それでは、次に進ませていただきます。

新潟県医師会から、先ほどインフルエンザウイルスとSARSウイルスとの感染症の比較ということで、幾つか感染力の強さ、症状であるとか質問があります。

岡部先生からこの点につきましてよろしくお願いたします。

岡部講師 実態としてインフルエンザというのはその流行期、あるいは流行地、インフルエンザの株、それからワクチンの接種状況、いろいろな要素があるので、なかなか比較ができませんけれども、感染力の強さ、疫学的な状況で言えば、九州ではやったインフルエンザはあっという間に南西へ関東へ東北へと拡がるということを考えれば、SARSは、現在のところではそんなに広がりが早いわけではありません。先ほど申し上げましたように、同じ飛沫感染であっても、そういった意味での感染力は比較的少ないのではないかと思います。

症状は先ほど申し上げたようです。肺炎の合併率については、そのバックグラウンドになっている患者、つまり、先ほどから話題になっている、感染をした人のすべてが発症するのか、感染した人の多くが不顕性感染なのかがわからないので、肺炎の合併率というのはわかりません。ただし、発熱をして

呼吸器症状をあらわし、いわゆる可能性例のような形でなった人の10～20%が重症で呼吸器管理を要するようになると報告されています。

死亡率もなかなかその幅があるということで、きちんと申し上げるのは大変難しいのです。インフルエンザも年齢や流行株や何かで随分違いますけれども、押し並べて0.5%ぐらいと言われております。麻しんの死亡率が0.1～0.2%、結核が我が国で大体8%前後ぐらいということで考えると、その推計で15%現状で10%弱という数字は、結核の相前後という感覚ではないかと思えます。

羽生田常任理事 ありがとうございます。

病原体の確認に要する時間も一緒をお願いしたいと思います。

岡部講師 検体が目の前にあって、準備が出ているならば、RTPCRは数時間でできます。

しかし、先ほど申し上げましたように、仮にそのときのRTPCRが陽性ならば、陽性だというご返事はすぐできますが、陰性だった場合には、陰性であるかの証明はできないので、なかなか返事が難しいです。したがって、総合的に判断せざるを得ません。

実際の場面では、検体を送り、受け取り、それから手続きをするということで、一両日ぐらいはかかるだろうと思います。

羽生田常任理事 ありがとうございます。新潟県医師会、いかがですか。はい、お願いいたします。

薄田新潟県医師会理事 岡部先生、ありがとうございます。2点確認させていただきたいのですが、お願いします。

肺炎の合併をした症例ですが、臨床で診てみますと、インフルエンザの方、肺炎合併すると、かなり亡くなります。例えば、数年前の非常に流行した年では、主として肺炎合併例だと思うのですが、そのために平均余命がある程度足踏みをしたというぐらいの影響力があるので、すごい死亡率ではないかと思っています。先生の今のお話ですと、0.5%ぐらいということですが、インフルエンザは、肺炎の起因菌としては、細菌で起こす場合もあるし、インフルエンザそのものもあると思うのですが、インフルエンザウイルスそのものによる死亡率はもっと高いように思うのですがいかがでしょうか。

岡部講師 押し並べての話なんで、先生のおっしゃるとおりだと思います。例えば、高齢者施設で、ワ

クチン接種を行っていない施設でインフルエンザが流行した場合には、半分以上の方が亡くなるということもあり得るわけですから、かなりそういう点では高いです。

ただし、普通に住んでいる方でいろいろな年齢層も全部ひっくるめて見ればということですので、本当は臨床的感覚のほうが近いのではないかと思います。

薄田新潟県医師会理事 ありがとうございます。

それから、現在、迅速診断で、インフルエンザでは15分ぐらいで出ますが、こういうキットの可能性、出現の可能性はいかがでしょうか。

岡部講師 現在、ウイルスが、明らかになってますし、そういう面の開発は急速に進んでいくだろうと思います。

しかし、仮に出たとしても、よく理解して使わないと、例えばインフルエンザの場合でも100%プラスまたはマイナスというような感覚で使うと、「しまった！」ということがありますので、こういう迅速診断キットができたとして、どのぐらいの信頼度、感受性があるだろうということまで理解して使用することが必要で、またその性能をチェックしていくには、ちょっと時間がかかるだろうと思います。

薄田新潟県医師会理事 ありがとうございます。

羽生田常任理事 今の点につきまして、ご意見・ご質問等ございましたらどうぞ。

飯沼愛知県医師会理事 愛知県医師会の飯沼です。岡部先生からプライマーがまだ不十分だというお話がありました。RTPCRをやった陽性の場合、陽性と言い切っていいのでしょうか。

岡部講師 それは実験室条件だと思うのですが、そのときの周囲への汚染その他等々がなければ、これはかなり陽性に関する信頼度は高いとは言われております。それから、そのプライマーを使って、そのRTPCRでやっている限りでは、従来のコロナウイルスにはクロスしないといったことは言われております。

またプライマーは現在、1種類だけではなくて、幾つかの種類があるので、それを複数組み合わせる必要があると言われております。

羽生田常任理事 よろしいですか。それでは、先に進ませていただきます。

富山県医師会からの質問です。これも難しいと思うのですが、治療方針ということなので、岡部先生、

いかがでしょうか。

岡部講師 通常の医療機関では、こういう患者を最終的に治療するというのは、恐らくないだろうと思うのですが、現在、香港の発表では、抗ウイルス剤であるリバビリンとステロイドの併用が成績がよい、というのが香港からの発表です。早くそれを使ったほうが重症度が少ないという報告も出ておりますけれども、一方では、試験管内の成績では、リバビリンはSARSコロナウイルスの増殖を抑制する効果がないということも言われております。実際にどの程度、抗ウイルス剤としての効果があるのかどうか、あるいはもしかするとステロイドが効いていたのではないかといったような批判もあります。したがって、厚生労働省の委員会等々でディスカッションしたときには、リバビリンの使用については、国として積極的に現在未認可のリバビリンを使うという方針にはなっていません。

そのほか、トライアルとしてのレベルですけれども、例えばインターフェロンの使用とか、あるいは、血清療法等も行われているようです。しかし、いずれもきちんとしたコントロールを置きながらのスタディではないので、ちょっと乱暴な言い方ですけども、感覚的に効いた効かないのレベルの話の段階ではないかと思えます。

羽生田常任理事 よろしいですか。それでは、先に進ませていただきます。

京都府医師会から5つほど質問が出ております。一般医療機関においてマスク等の資材がなかなか入らない、あるいは二次感染の危険性があるというようなお話で、これでこの可能性例まで判断できる医療機関を都道府県別に決めて、そちらに初めから行かすようにしたらどうかというようなお話です。

櫻井常任理事 これは非常に難しい部分があります。確かに、可能性例ということがわかれば、ある程度どこかということですが、疑いの段階の人にどこへ行けということを示すことは、なかなか難しいです。

一般医療機関でいろいろ対処しながら診るとしても、実際にウイルス検査等をやるとすれば、そこから地方衛生研究所へ送って、2日後、3日後にならないとわからないといった、いろいろな条件が重なり、その間にもその人がSARSだったら広めてしまうとか、いろいろなことを考えると、ある程度そういう指定医療機関でやったほうが蔓延を防げま

す。つまり感染を防止できることがはっきりしてくれば、そういう対応をしなければいけないのではないのでしょうか。その辺を専門の先生方にもご質問したんですが、まだわかっていない面があるのと、実際には患者が、「疑いがある。」と言って医療機関に来るとは限らないわけです。診ないと言っても、「かぜをひきました」と言って来る患者がいるはずでしょうから、そのときにどうやって対応するかということは、やっぱり考えておかざるを得ません。

ただ、これは地域での対応の仕方もあるので、直接確認していませんけれども、ある市では市民病院で診ることに医師会との話し合いで決めたという情報も入っています。地域での対応も、その地域の広さとかいろいろあると思うので、ものすごく広域なところで、どこか1か所へと言っても、なかなか患者には無理だとかということもありますから、なかなか一概には決めかねるところだと思っています。

行政はどう考えているかも聞きたいのと、あるいは岡部先生からご専門の立場から、そういうものを限ったほうがこの感染症を防ぐにはいいのか、それともいちばん最初のところは、一般医療機関でとにかく何らかの形で受け止めて、それから対応していくようにせざるを得ないのかといったご意見を聞きたいです。

遠藤厚生労働省結核感染症課長 このご質問は京都府だけでなく、幾つかの県からも同様のご質問をいただいております。大変重要な問題だと認識しております。また櫻井先生のお話もありましたように、専門委員会でも櫻井先生からこういったご意見をいただいております。原則的には、やはり感染の蔓延防止と、それをより確実にするという意味では、疑い例の段階から、ある程度その受診をする医療機関を特定するというのが望ましいとは思いますが。これは疫学的にもそうだろうと思えます。ただし、櫻井先生おっしゃいましたように、現実的には、すべての患者が最初から「疑い例です。」ということで先生方の医療機関を受診されるわけではありません、また、地域の実情に応じて、地域がどれぐらいの範囲なのか、あるいはどのぐらいの医療機関が指定できるのかという問題もあるかと思えます。病院名を公表しないという都道府県もあり、この理由として、そこを公表すると、そこに患者が集中してしまっただけの診療ができなくなる、あるいは、逆に、そこにSARSの患者が来るのではないかと行ってほかの患

者が来なくなってしまう、あるいは入院されている方も大変不安に思うという実情もあります。そういったために、あえて医療機関名は公表しないという県もあり、それぞれ大変実情はよくわかるわけです。

いずれにしても、今後の感染蔓延防止ということをしつづつでも確実にしていくという意味では、やはりこの問題というのは避けて通れないと考えておりました。専門委員会でも引き続き検討していきたいと思っております。

国として、これでやれと言うのはなかなか難しいかと思いますが、一定の方向性を出せるものなら、早急に出したいと考えております。

羽生田常任理事 はい、ありがとうございます。

岡部先生、お願いいたします。

岡部講師 例えば、災害医療であるとか、集団的な感染症の発生のときにはよく「トリアージ」という言葉があります。患者が発生したところでいちばん最初に診る人は、その時点で事の右左を区別するのです。その区別する人はある程度のプロテクションをしながら区別をする必要はあります。そして後方に病院があります。

例えばエボラ出血熱の対策のときもまず必要なのはトリアージでした。そういったことが取られたうえで、可能性が高いものとして入院か、あるいは疑いの病棟で診るかあるいは外来で経過を診るか、という形を取っていました。

私はSARSのようなものも現段階ではこういうもし可能性の高いような患者でしたら、ある程度集中して専門医療機関で診ているほうが、分散をしないために感染の拡大の予防はできるのではないかと思います。しかし、例えばただ不安で来た患者、あるいは症状もないような患者が一気に専門機関に押しかけますと、これまた専門機関としての能力がなくなるので、その辺が開業の先生方とバランスを取れたらいいなと思います。

つまり、トリアージの最初の段階で、なおかつその疑いを持って診るということであるならば、先生方をお願いする部分がそこではないかと、私自身は思っております。

羽生田常任理事 はい、ありがとうございます。

今のお二人のご回答で、京都府医師会、いかがでしょうか。はい、お願いをいたします。

依田京都府医師会理事 今、ご答弁いただき、よく

実情はわかるんですが、現実には、我々医師のほうも、感染症に対する認識に相当差があると思います。そうした場合、会員によっては非常に不安を感じて、そういうものに対する防護が十分できない場合もあり得ます。そういうことを考えますと、感染が拡大した場合、我々ももちろん避けて通れないと思うのですが、患者の発生がまだ少ないと予想される段階の、当初に、徹底的に封じ込めるという意味では、そういう特定機関をつくったほうがいいのではないかと、考えております。

羽生田常任理事 はい、ありがとうございます。厚生労働省はどうですか。

遠藤厚生労働省結核感染症課長 本日の皆様方のご意見、ぜひ反映する方法で検討したいと思っております。

ただ、繰り返して申し訳ございませんが、地域のいろいろ実情がありますので、そういったことも考慮に入れなければいけないと思っております。

羽生田常任理事 はい、どうぞ。

大北大阪府医師会副会長 大阪の大北です。今、大阪では対象になっている閉鎖病棟を持っているところがせいぜい3か所です。今、そこに非常にたくさん患者、もちろんこれは患者自身はなくて、そういうことに不安を持っている人が、保健所に相談しますと、そういうところに相談しなさいと言います。大阪の880万人という人口からいきますと、とてもそれではもちきれないというのが現状です。

ですから、大阪では、各医療圏に災害基幹病院というのをつくっておりますので、そういうところにある部分の、収容以前の部分の対応をさせたいのではないかと考えて進めています。国からの指示が来ていないというのが非常に弱い部分です。その災害基幹病院というのは、国立や公的な病院が多いわけですが、上からの指示がないとそういうところは全く動いてくれません。

大阪では既に同じ感染症情報センターの砂川先生から同じようにお話を伺っていますが、いちばん大事なところが全然進んでいません。診療所が持っている第一線の診療所の不安ですが、それが今はその患者がゼロということで、非常にのんびりした話を行政側もしています。実際に発生したときにそういう対応をしておかないと、本当に大変なことが起こる可能性があります。これは今回のSARSばかりではなく、これから起こるであろういろいろな感染症に対しても、1つのトレーニングとして形をつく

っていただくのがいちばんいいのではないかというのが、私ども大阪の考え方です。それに対して国、当然、日本医師会も考えていただけるでしょうが、国の考え方もやはりそういう形で進んでいただきたいと考えております。

羽生田常任理事 はい、ありがとうございます。

厚生労働省としては、今のご意見についていかがですか。

遠藤厚生労働省結核感染症課長 私どもも緊張感を持ってやっておるつもりでございますし、都道府県に対しては、いわゆるアクションプログラムをつくっていただいたところです。

ただ、時間的な余裕もなく、かなり大急ぎでつくられたところもあるかと思いますが、私どもとしては、とりあえずつくっていただいたらそれで結構というわけではなくて、今のようなご意見も踏まえて、早急に検討していきたいと思っております。

遠井埼玉県医師会常任理事 埼玉県医師会の遠井です。

埼玉県医師会の対応を少しお話したいと思えます。埼玉県医師会は、SARSの3月18日の通達、その後、4月に入ってすぐの緊急通達がまいりました時点で、県行政とともにSARS緊急対策委員会を立ち上げ、県行政と県医師会と学識経験者の間でいろいろ検討をしました。

今、皆さんおっしゃっているように、会員が困るのは、いきなり患者が医療機関に来てしまうときにいちばん困るわけです。それを踏まえてどう対応していこうかという点で喧々諤々の協議が行われました。いろいろなテレビ局も参加して県内に中継をしてくれました。

結局、結果として、いちばん最初の患者対応が大切だろうということになり、県庁の医療整備課感染症対策担当が24時間の相談窓口を県民と医療機関に対して設置することになりました。これは、厚生労働省の早めの活動指針策定の指導により、対応を早くしようということと、県医師会との協議により、24時間の対応は県庁が行うことで合意したわけです。現在も実施中です。その他に、県内の各保健所全部が相談窓口をつくって、7時まで対応することも決まりました。

現在までに約1,000件の相談があり、県民からが4分の3、医師会会員からが4分の1です。

埼玉県医師会はテレビネットワークシステムが全

県下医師会に設置されており、テレビネットワークシステムを利用して、昨晚もSARSの講演会を行いました。そして、「埼玉FAXニュース」で2回ほど号外のSARSの情報を全会員に流しています。

問題は、そういう対応をしても、なおかつ患者がいきなり医療機関に来てしまうというのがいちばん困るということです。ここに日医発行のSARSにかからないようにというポスターがあります。メディアもそうですが、SARSを取り上げる場合、日本にはまだ発生者ゼロなのに、報道方式は外国の話ではまず患者人数・死亡者数を掲載し、最後に日本はゼロと出すものですから、いろいろな人たちがものすごく不安になります。このポスターでも、日医は同じような手法を取られています。いちばん最後の心配な患者は電話をしてから診療をなさいと書いてあるのをいちばん上に書く必要があります。まだありもしない病気を、かからないようにしましうとか、予防しましうと言う前に、もしそういう心配がある人たちは、まず、かかりつけ医に電話で相談するか、保健所に電話で相談するか、県行政の窓口で電話で相談するか、電話で相談をすることをまず書いてもらわないと、会員の先生方は非常に混乱することになるわけです。

1例も発生していないのに、会員の先生方の大部分が、来たらどうしようという質問がいっぱいあります。この辺の現場の意見を吸い上げていただいて、ポスターをつくるときにも、ぜひいろいろと我々の意見を上げていただければありがたいと思っております。

担当者としては、一生懸命対応しているのですが、まだまだやっぱり県民にも会員にも満足、安心を与えられないのが残念です。日医、厚生労働省の一層の努力をお願いいたします。

羽生田常任理事 はい、ありがとうございます。今の点、非常に大切な点なんですけれども、日本医師会として、櫻井先生お願いします。

櫻井常任理事 先生方と相談してこのポスターをつくったんですけれども、むしろこのポスターはその点を一生懸命強調したつもりです。それを最初に書かないかと言われましたけれども、最後にイラストも入れて書いたところがいちばん強調ポイントのつもりです。これを折っていただいて、SARSが疑われる人はマスクをしましうという、これだけに

していただければと思います。イラストは電話するときからもうマスクをかけていますけれども、ぜひお使いいただければと思います。

国民が、医療機関に来るときに、必ずマスクをしてきてくれれば、そこでの感染が防げるし、それから話をして、やはり疑い濃厚なら、それからどこかへ紹介はすればいいですけれども、マスクも何もしないで来て、ずっと話しているうちに、「やっぱりあやしい。」と言っても、もう間に合わないのではないかというのが、いちばん不安です。それを全くゼロにすることは不可能でも、少しでも役立ててほしいと思ってつくりましたので、ぜひご理解をいただきたいと思います。

羽生田常任理事 ありがとうございます。はい、どうぞ。

馬岡三重県医師会理事 三重県医師会の馬岡です。

三重県の場合は、形態学的に北から南までかなり長い距離を持った県です。基本的には、各県民局単位、保健所単位で医師会と共同で、主に公的機関を中心として、疑い例を一括に診る中核病院をつくり、一般開業医が診ることは、やはり理論的に不可能であるという結論で動いています。

現在の対策例として、三重県はマスクすら手に入らない状態であるというお返事をさせていただきましたけれども、基本的には、そうであるがゆえに一般開業医が患者を診ると、感染が広がることを防ぐことは不可能であるという認識で、県内の医師会は一致しています。各郡市医師会レベルもしくは保健所レベルで中核病院を決め、その中核病院は受付から診察室全部、一般のものと独立したものを準備し、そこに専任のスタッフを置くという対応をするのがベストであると思います。

行政にいちばん要望したいことは、一般の患者、その疑いのある患者は、先ほどから何人もおっしゃっているように、いかに一般の医療機関をむやみに受診しないかというPRをどれだけ徹底することができるかということに尽きるのではないかと考えておりますし、そういうふうに要望しております。

羽生田常任理事 はい、ありがとうございます。本日はマスコミも多くいらしています。日医が出したなかで、やはり疑われる方本人がマスクをするという、ここが非常に大きなポイントですので、マスコミでもこの点をぜひ強調していろいろな記事のなかでお書きいただきたいというのが、我々としても要

望したいところです。

ほかにございますでしょうか。はい。

湯藤東京都医師会理事 東京都医師会の湯藤です。

補償の件などではっきりしたことで、ありがとうございます。

私がいちばん懸念しますのは、疑いのなかでも、軽い疑いと濃い疑いとあると思います。一口で言えば、その濃い疑いの人を1日のうちに何らかしなければ、検査をしておりますして、2日ないし3日の間かかります。それも保健所がすぐ取りにくるかどうかわかりません。その2~3日の間に本当の患者がいればどんどん感染していくわけですから、1日で片づけるためには、先ほどの埼玉県の先生がおっしゃったように、東京都も、いわゆる今度は医師は病診連携をしている協力病院等々に電話をしまして、疑いがあるからウイルスの検査をしてくれとしまして、第一線でもって、疑いがあるから検査をして、レントゲン等はその日にできますが、ほかのは答えが出ません。そうすると、その2~3日に本当のが1人でもいますと、家族にもどせばそれがあつという間に増えていきますから、その日のうちに疑いの濃い方は既に病診連携やっているところへ送るといって、将来の感染症に対してもいいモデルとなりますので、都としてはそういう形に持っていきたいと思っております。国のほうでも後押ししていただきたいと思っております。何とか1日で検査などをして迅速な方法（拡散防止）をお考えください。

羽生田常任理事 はい、ありがとうございます。各地域においての情報というものが非常に大事だと思うのですが、今の点は県としてどこか統一すべきだというご意見がいっぱいあるわけですね。その点につきまして、日医としてお答えをいたします。

櫻井常任理事 答えを逃がっているようになりますけれども、一概に言えないと思います。

これは都道府県の対応、特に、保健所の対応がキーポイントになり、保健所は各都道府県のもので、本日の提出資料の中に都道府県における対策というものがあって、時間がなくなっているから、これを1つ1つ説明する時間はないでしょうけれども、ここにも各都道府県医師会でいろいろな対応をなさった例が挙がっています。

一般医療機関でウイルス検査をしたら、地方衛生研究所へ送るわけですが、国では保健所へ連絡すれば、どういうふうにして検体を取るか

の指示があるし、その検体を取りにきてくれて、それを地方衛生検査所へ運んでくれると言っているんですけども、本当に保健所でそんなことをやってくれるのかどうか不安です。

保健所は、県が責任を持っているわけですから、その部分でぜひ県単位でいろいろなことを詰めていただき、一般医療機関の不安を少しでも解消しなければいけません。

そうは言っても、全く診ないというのは、さっきから何回も言っているように、患者としてはいつ来るかわからないわけですから、一般医療機関でもある程度の対策はできるようにしながら、そのうえで、いろいろご意見の出ている、疑いのなかでも疑いの濃い場合は必ずそういうところへ行っただきます。

一般医療機関で検査して、1日2日待っていたらどうするのかという話ですけども、どこか場所を決めたとして、そこでもすぐには、今のウイルス検査ができないわけですから、結局、1日とか2日とかは待ってもらわなければならないことが起きてしまいます。どこかでその疑いから何らかすべて収容してしまうということであれば、また話は別でしょうけれども、それもまた不可能な気がします。

地域によって広さの問題とか人口の問題とか、それに対応できる医療機関の問題とか、県単位で行っていただきたいと思います。答えを逃がっているようで大変申し訳ないのですが、現実問題として、本日、各都道府県医師会の責任の方にお集まりいただいた1つの意味は、特に保健所の対応を中心に県できちっと詰めて、地区医師会を通じて一般医療機関が不安にならないようにしていただきたいということです。不安にならないと言っても、全く不安を取るわけにはいかないのですが、何とか頑張っただけ対応できることを考えてほしいというのが、それが現実のお願いだと私は思っています。ぜひ、大変でしょうけれども、各都道府県でその辺をお願いしたいと思います。

キーポイントは、保健所です。保健所長が医師だということを生かした危機管理対策が必要です。話が飛びますけれども、そういうことのわからない人は、保健所長は医者でなくてもいいのではないかと、いうことを言っていますけれども、こういうときこそ、やはり医師が保健所長できちんと対応してくれることがいいことだということを世の中にも知らせ

なければなりません。1つの機会なわけですから、保健所長にもぜひ、医師会の方からも働きかけてきちっと対応のできるようなものをつくってほしいというのがお願いです。

羽生田常任理事 はい、どうぞお願いします。

森田岩手県医師会常任理事 岩手県の森田と申します。

私たちのところでも行動計画を作成したのですが、私たちのところでは、かかりつけ医が初期の対応をするとしました。そうしないと、最終的な医療機関が、やっぱり陰圧持っているところもなかなか公表したがりません。先ほどの心配がいっぱいあるわけです。だから、トリアージするということで、まず電話、ということ、報道機関を使って盛んに、毎日のようにラジオ・テレビで電話をしてくれと話していますけれども、最初の対応は開業医、かかりつけ医がやります。そういうようなことで、もし突然来た人のためには、受付にちゃんと、10日以内に海外へ行って帰ってきた人でというような札を出して、受付で申し出てもらうということを徹底するようにしています。

そういうことの行動計画で、医師会の先生たちから、何か文句出るかなと思ってはいたんですけども、今のところ出ていません。だから、先ほどのバックマイ病院の対応ですね、陰圧もなかったけれども、Standard Precautionsをきちっとやったところで征圧できたというような1つの例がありますので、そういう例もいろいろな形で教えていただきたいと思っています。

羽生田常任理事 ありがとうございます。

予定の時間を過ぎておりますけれども、非常に重要な問題でございますので、もう少し続けさせていただきます。お許しをいただきたいと思います。

今までの議論、いかがですか。ほかにございますか。はい、お願いいたします。

貞本愛媛県医師会常任理事 愛媛県の医師会です。先ほどから待っていたんですけども、この大阪府医師会のほうからの質問をちょっと読んでみますが、医療機関からの二次感染を防止する一環として、伝播確認地域からの帰国者が事前に予約もなく医療機関を受診した場合に、診断を断ったら、法的に診療拒否に当たるのか。また、電話での事前予約の際に、診断を断ったら、診療拒否に当たるのかです。

愛媛県でも、こういう場合に、保健所とか指定の

医療機関へ、「はい、わかりました。じゃあ、そういう医療機関に行ってください」と。病院の前まで、また受付まで来てても、そのように指導をして、診療を断ったら、診療拒否で法的に罰せられるのかどうか。よろしく願い申し上げます。

羽生田常任理事 はい、わかりました。それでは、櫻井常任理事からお願いいたします。

櫻井常任理事 はい。ずばり言って、診療を拒否すれば診療拒否だと思います。ですから、この大阪府医師会からの質問の、事前に予約もなく診療機関を受診した場合というのは、もう受診しているとすれば、どこまでのことなのか。受付まで来て断るという意味なのか、ちょっとわからないのですけれども、受付でその話をしたのであれば、もしその人が患者なら、もう受付でうつしているかもしれませんから、何とも言えないのですけれども、やはりそれからでもしょうがないからマスクをしてもらって、話を聞くということで、話を聞いたうえで、例えばさっきの話で、「非常に疑いが濃厚であるから、うちでは対応できないから、こういうところへご紹介したい」ということで患者が納得してくだされば、紹介をすることは可能です。しかし、ただ「診察しない」というのは拒否になりますから、やはり診療拒否になるのではないかと思います。

電話を聞いて、「うちでは診ないよ」ということではなく、やはり、「今のあなたの話だと、こういうところへきちっと行ったほうが良いと思う。」ということを説明して、納得していただければ、それは診療拒否ではなく、そういう話し合いのうえで他の医療機関の受診を勧めるということです。

ただし、その場合、地域の対応をきちんとしておかないで、例えば電話で「じゃあ、うちでは対応は無理だと思うから、B病院へ行ってください」と言って、B病院へ行ったら、B病院も、「うちではだめですから、C病院へ行ってください」というようなことが起きると非常にまずいです。そういうことのないように、きちんとB病院が対応できるということがわかっていれば、電話で、「あなたはおっしゃるような疑いがあるから、そうしたほうが良い」というようなこととお話ししてB病院へ行ってもらうということは、診療拒否ではないのではないかと判断しますけれどもいかがでしょうか。

羽生田常任理事 よろしいですか。ありがとうございました。

それでは、次に進ませていただきます。和歌山県、今の補償の点はもうよろしいですか。はい、ありがとうございます。

それでは、次に、岡山県医師会から出ておりますけれども、N95のマスクという点で、これ、非常に品薄といますか、ほとんどないということです。外科用マスクで代用といったことでこの点はご了承いただきたいと思います。

櫻井常任理事 このN95マスクはどうなっているんですか。行政は把握していますか。

遠藤厚生労働省結核感染症課長 調査をしておりますし、増産の願いはしております。

櫻井常任理事 増産はしているんですね。

羽生田常任理事 はい。よろしいでしょうか。

60歳以上の死亡率50%ということで、開業医の平均年齢が高いということをご心配された質問ですけれども、この点は、ほかの海外などの受療行動等を含めて、岡部先生、いかがでございますでしょうか。

岡部講師 受療行動というのはどういうことでしょうか？

櫻井常任理事 一般医療機関で診ているかといった話だと思います。

岡部講師 国の制度によって随分違うと思うんですね。例えば中国や何かは国の機関で診るというようにしておりますし、例えば香港でも、最初の患者を診て、その後の搬送の受け入れは、やはり、ほとんどが指定病院に入ります。病院がそうあるわけでもありません。

それから、多くの国の場合は、全部、私、把握しているわけではありませんけれども、多くの場合は、もう入院医療機関はほとんどがナショナルです。ですから、そういう意味で、ちょっと同じに判断できないのではないかと思いますのですが。

羽生田常任理事 はい、ありがとうございます。先生方、先ほどの櫻井常任理事からの説明で、まあ、特に、個人の医療機関での対応という点をご考慮をいただきたいと思いますが、この点いかがですか。岡山県医師会どうですか。よろしいですか。はい、ありがとうございます。

次も、非常に大事な問題で、搬送の問題ですけれども、搬送手段は医療機関同士で実施してくださいという、県の指示ですが、これはちょっと何か内容がおかしいのかなと思うのですけれども、この搬送

手段につきまして、厚生労働省からいかがですか。
遠藤厚生労働省結核感染症課長 搬送につきまして、各都道府県に対して搬送手段の準備をするようにということで、いろいろなやり方があるようです。救急・消防とお話をされて、救急車を使われるところ、あるいは民間の搬送機関にお願いするとか、あるいは自ら搬送車を持っているところですが、いまは、ちょっと一概にはなくて、やはりこれも都道府県によってさまざまな対応を取られていると理解しております。

羽生田常任理事 都道府県医師会レベルで、県とのいろいろな協議のなかで、ぜひこの搬送の問題も県で統一したものをつくっていただきたいと思いません。

続きまして、広島県医師会からの質問です。患者の点は、先ほど来お話がありましたので、よろしいでしょうか。

その次の、この検体の3重包装等、保健所の対応はこれも非常に重要な問題です。

岡部講師 検体の搬送については、もしこの保健所が知らないという、ちょっと問題はあると思うのですがけれども、感染症情報センターのホームページでは、検体の搬送法及びその輸送法、そのときの容器というものを掲載しております。

また特殊な容器を使うということにもなっておりますけれども、それは、通常から、このSARS以外にも、ほかの重要疾患が出た場合に備えて地方衛生研究所が、十分な数かどうかというのは対象によって違いますけれども、用意をしております。それで、もしそこになれば、近隣の地域同士でやりとりをするといったようなことだと思います。

羽生田常任理事 はい、ありがとうございます。

櫻井常任理事 ご質問に書いてある、保健所に問い合わせたら明確でなかったという実情があるとすれば問題なのです。保健所に関してさっきからしつこく言っていますが、各県医師会で県とも連絡を取って、各保健所がきちんと対応できるような整備をして下さい。国に聞くと、国はそういう通知を出してやっていると言うのですが、現実にはこういうのが起きてくると問題だと思っていますので、大変しつこいんですけども、ぜひ保健所の対応がきちんとできるように、各都道府県で医師会からのご指示・ご指導をお願いしたいと思います。

羽生田常任理事 はい、ありがとうございます。広

島県医師会、よろしいでしょうか。ほかにございますか。

新田広島県医師会常任理事 広島県の新田です。

もう1度確認したいのですが、疑い例であっても、保健所が検体の容器を持ってきてくれるということになっているのですね。

岡部講師 原則論はそうだと思います。

原則論と申しますのは、例えば私であれば、自分で検体も取れますし自分で運べますので、そうやらなくてはいけないという意味ではないです。うっかりそれを厳格に決めますと、できる人でも保健所を呼んで、できない保健所の技師が取るといった変なことになります。

ただし、通常、一般の医療機関ではそういったものがないでしょうから、その場合は保健所に連絡をしていただくと、保健所、あるいは衛生研究所が検体を取るか、あるいは容器を渡して、先生に採取をお願いするといったような形になるのではないかと思います。

羽生田常任理事 よろしいでしょうか。

新田広島県医師会常任理事 はい、ありがとうございます。

もう1つ治療についてですけれども、岡部先生から、さっき可能性例とか診断例の場合のお話だったと思うのですが、疑い例で来た場合に、どういう治療を、ファーストステージで我々したほうがいいのか、何かサジェスチョンいただけますか。

岡部講師 基本的に対症療法しかありませんので、疑い例であるならば、そこも対症的な療法だけで、その段階で、例えばリバビリンを使うと効果があるなしといったような、これは全くエビデンスがないと思います。それから、熱も何もない人にステロイドというのは、恐らくできないでしょうし、その時点で血清療法はもちろんですから、対症療法になります。

それよりも、経過を観察するというのと、その場で診てもうそれだけ、ではなくて、そういう患者については、こちらからその次の状況はどうだというのを尋ね、熱があったらすぐに来るなり、どこかに行ってもらおうという指示を患者にすることが必要だろうと思います。

ただ、その担当を地域の先生がするのか、保健所の担当者がやるのかということは、その地域によって違うのではないかと思います。

羽生田常任理事 よろしいですか。

それでは、熊本県医師会からの質問です。岡部先生のお話のなかにもございましたけれども、高齢者ほど死亡率が高く、14歳以下では死亡例がないのがなぜということですか。

岡部講師 全く私の頭のなかで考えていることだと思って聞いていただければと思いますが、例えば、 Dengue熱という病気が熱帯地域ではあるんですけども、それは最初の感染は極めて軽いです。2番目、3番目にタイプの違うものになると、重症化します。そういったような感染症もなかにはあります。そうすると、この病気が、仮にもし何かほかの免疫状態を持っているところにこの新型コロナウイルス感染が入ったことによって、直接のその病原体と人間の反応だけではなくて、もう1つ何かほかの要素が加わっての過剰な反応が起きているといったようなことも一応考えられるとは思いますが、けれども、それは全く頭のなかだけのことです。この小児に少ないというのは、私自身も非常に疑問に思っているところで、もしご意見がありましたら、ぜひお聞かせいただきたいと思えます。

羽生田常任理事 はい、ありがとうございます。よろしいでしょうか。

その後の装備の点につきましては、先ほど来お話が出ておりますので、よろしいでしょうか。ありがとうございます。

それでは、沖縄県から出ておりますのは、入国の際のチェックという点で、要望です。

追加で出ました大阪府医師会のは、先ほどののでよろしいですか。はい、ありがとうございます。

それから、群馬県医師会から追加で出ましたけれども、これも同様の質問で、よろしいですか。ありがとうございます。

それから、提出資料には、各県の対応がそれぞれ載っており、なかにはどこの県でもこんなことをやったらかなりいいのかなというような例もありますので、ぜひこれはご一読をいただきたいと思えます。これは国でも当然対応しているわけですので、また改めてこの点につきましても厚生労働省に対して要望していきたいと思えますけれども沖縄県医師会いかがですか。

真栄田沖縄県医師会常任理事 沖縄県からまいりました常任理事の真栄田です。

5月9日に台北がWHOの重度指定になったとい

う関係で、沖縄県医師会から県庁に対して渡航の自粛を呼びかけています。

それから、現在の検疫体制は、沖縄県は医師が2人しかいないということで、十分なされないということで、沖縄県医師会から医師の派遣を検討するという事です。

それから、県庁におきましても、国に対して、やはり流行地域からの渡航を自粛していただくようにということで、あえて「台北」という言葉は使わない、「台湾」は使わないで、流行地域からの沖縄県に来るのを自粛してもらいたいという要請書を、本日、午後、出す予定です。

いずれにしましても、沖縄県は、毎週8便、台湾から飛行機がやってきます。それから、週に1便船が、800名台湾から入ってきます。

船に関しましては、昨日(5月13日)の話ですけども、那覇市からクルージングの会社に自粛要請をした結果、本日(5月14日)の返事では、クルージングの沖縄行きを自粛するという返事をいただいております。

残るは航空機です。幸い、本日の発表で、JALは台湾から成田に14便に減らすという、28便から14便に減らす。これはSARSで、その対応ではなくて、経営上削減したと理解しております。

沖縄県では、1便でも入ってこられたら、もう検疫機能は果たしません。なぜならば、潜伏期間の1週間から10日を考慮に入れた場合、入国に関して体温をチェックしたり問診をしたりしても、その潜伏期間に関しては対応できないというのがはっきりしております。したがって、最大の予防効果は、やはり流行地域から渡航していただかないようにということです。本当にきついですけれども、以前はぜひ来てくださいと言っていましたが、手前勝手ですけども、ただ、台湾から来られた患者が潜伏期間にあって観光中に重症になったら、自分の命ですから、自分の命を守るためにも渡航を自粛していただければというような形でもって、国土交通省に対しても、実は沖縄県医師会から要望書を提出いたします。

それから、先ほど、検疫機能に関しまして、沖縄県医師会から医師を派遣するわけですけども、那覇市の検疫所長の回答によりますと、あくまでもボランティアとして来ていただきたいと。なぜならば、雇用形態とかも一切ないので、こういうことはでき

ない。ボランティアで来てもらいたい。しかし、ぜひ応援はいただきたいということです。確かに、ウイルスでありますし、我々医療人です。ですから、ウイルスに関しては医療人が率先して協力するのが当然であります。戦争であれば、兵隊が前線に行きました。今回は、ウイルスですから医療人が率先して行きます。しかしながら、我々も人間であります。行くからには何らかの保障を早急に考えたいということ、本日（5月14日）、厚生労働省にも要望書を沖縄県医師会から持っていきます。

羽生田常任理事 はい、ありがとうございました。それでは、厚生労働省から検疫等につきまして一言お願いします。

遠藤厚生労働省結核感染症課長 検疫の問題も大変重要でありまして、私ども、大変少ない人数ではございますが増強を、国立病院等から医者の方の派遣等いたしまして、検疫体制の強化を努めております。

ご存じかと思いますが、帰国の方に対しては、カードを配りまして、できるだけ10日間は外出しない、あるいはマスクをかける等々、あるいは症状が出た場合、先ほど来お話が出てありますように、いきなり医療機関に行くのではなくて、まず、電話で相談してと、こういうことを申し上げております。

そういうことで、引き続きこの検疫体制については万全を期していきたいと思いますが、先生方ご存じかと思いますが、ほんとに潜伏期間の間に通り返してしまおうと、これはどうしようもないという問題があります。

いずれにしても、10日間の自粛等々、WHOのほうのトラベルアドバイスも出ましたけれども、それに先んじてしておりますが、こういうことを引き続き徹底していきたいと思っております。

羽生田常任理事 はい、ありがとうございました。予定の時間を30分もオーバーしてしまいましたが、どうぞ。

内田神奈川県医師会理事 岡部先生にちょっとお聞きしたいのですけれども、やはり日本で果たしてアウトブレイクは起きるのかということです。いちばん心配しているのは、検疫を通ってくる人はまだましだと思っておりますが、密入国で、例えば中国から船倉に隠れて入ってきた場合、盛り場のほうにばらまかれるという危険性が非常にあるのではないかと考え

ています。その辺の対策について、もし厚生労働省で何かお考えがあればお願いします。

それから、岡部先生にも何かそういうお考えがあったらご教示いただきたいと思っております。

岡部講師 アウトブレイクというのは定義によって違うのですけれども、やはりこのSARSが、あるいはSARSコロナウイルスが国内に入り込んでくるのを完全にストップするのは難しいと思っております。鎖国でもすればできると思っておりますけれども、現在の世界情勢というか社会情勢では、それは無理だと思っております。ですから、入ってくる可能性はあり、入ってくる以上、ある程度の広がりがあります。しかし、それを少しでも抑えていくのが我々の役割であり、先生方もその役割を担っていらっしゃるのではないかと思います。

ただ、先生のおっしゃるアウトブレイクを大規模として、例えば北京のようなことを考えるのであれば、現在の状況であそこまでには広がらないのではないのでしょうか。しかし、何もしなければ広がってしまいますから、やはりこういったようなことでの対策の1つ1つの積み重ねは必要だと思っております。

羽生田常任理事 はい、ありがとうございました。よろしいですか。

それでは、最後に1人だけお願いをします。

美川佐賀県医師会副会長 佐賀県医師会の美川です。

九州は、さっきからのお話のように、非常に感染が拡大しておる地域と隣接しておりますので、非常に危機感を持っております。九州医師会連合会はこの前の日曜日で5月11日、各県医師会長、担当理事、行政の担当課に集まっていたいて、SARSの緊急対策協議会というのをいたしました。本日の資料に、厚生労働省あてに出しました要望書を出しておりますので、あとでご覧いただきたいと思っております。それと、日本医師会からも強力に働きかけていただくようお願いの書類を出しております。

それで、さっきからお話を聞いておまして、やはりまだ対岸、日本では幸いにして1例もないというところから、どうもお話が生ぬるく、対岸の火事という受け止め方です。マスコミで毎日ああやって書かれ、テレビもしょっちゅう言っています。そのときにどうしてNHKに、毎日、「事前に連絡をして受診をしましょう」というようなキャンペーンを

どうしてやらせないのでしょうか。各メディアにも新聞各社にも、それをぜひやっていただきたいと思っています。

羽生田常任理事 はい、ありがとうございました。今の点につきましても、全然言っていないわけではないんですけども、記者会見等でも申し上げているんですが、なかなか出ません。本日、マスコミの方も来ておりますので、ぜひその点も書いていただ

くようお願いをしたいと思います。

国民の方々が情報を見て非常にパニックになってしまうのはわかるのですが、医療関係者がパニックになってしまうということは避けたいと思いますので、我々としてもできる限り早くに正確な情報をどんどん流すということが続けていきたいと思っています。

都道府県医師会からの質問・要望

1. 北海道医師会

1) 可能性例で入院の際の退院目安について

SARSの可能性例の場合にも入院勧告を出せることとなったことから、可能性例の患者が入院した場合の退院および集団復帰の目安について教えていただきたい。

先に日医より出された『香港等における「重症急性呼吸器症候群」の集団発生に伴う対応について（第11報）』には、公衆にまん延させる恐れがないとされた場合は、法第48条に基づき、10日間の経過を待たずに退院させて良いこととなっているが、早くに退院させすぎると感染させる恐れがあると思われる。症状軽快後も長期間ウイルスを排出しているという報告もあり、公衆にまん延させる恐れがないとされる具体的な状態についてお示しいただければ幸いである。

2) 発熱のない場合の診断基準について

SARSとすべき症候群の疑い例も条件中に38度以上の急な発熱などが挙げられているが、中には発熱がみられない場合もあると聞かす、その場合の診断基準について詳しく教えていただきたい。

2. 青森県医師会

疑い例、可能性例を診察した場合に、原則としては、10日間は診療に参加すべきでないと思うが、感染防止対策を行って診療にあたった医師および看護スタッフにも診療に参加しないように医師会として指示すべきか。

3. 新潟県医師会

1) インフルエンザウイルス（A）とSARSウイルスによる感染症の比較

- ①伝染力の強さ
- ②症状
- ③肺炎の合併率－ウイルス性
－細菌性（起因菌）
- ④肺炎合併例の死亡率
- ⑤その他の合併症

2) 病原体の確認に要する時間

- ①迅速診断キット・PCRなど
- ②抗体の測定
- ③ウイルス分離

4. 富山県医師会

治療方針の現状についてご教示ください。

5. 京都府医師会

1) 一般医療機関（特に開業医）において、医師用のマスク等の資材の整備ができず（現状では、外科用マスクも入手しづらい）、二次感染の危険性が高まる。

また、問診において診察し、疑い例と判断するのみであり、臨床における判断基準の情報が少なすぎる。

さらに、「施行すべき検査」の対応が取れない医療機関においては、直ちに保健所に連絡するとあるが、前もって、「可能性例」まで判断できる医療機関を都道府県で選定し、可能性例として認めた場合、入院を決定するシステムをつくるべきではないか？住民、医療機関等の混乱を防ぎ、二次感染の防止につながる。

2) SARS患者の診察・処置を行った職員は接触後10日間の出勤停止とあり、医師も含むと考えられるが、関わった職員（事務、看護師、検査技師等）全てが対象となるのか？

厚生労働省は可能性例以上と言っていたと思う。日医の指針と国の指針の調整は済んでいるのか？

京都府・京都市を確認すると、厚生労働省のとおりの回答であり、そうすると、可能性例以上で、医療機関は閉院となる。

また、閉院に伴う保障等は国、日医において考えられているのか？

3) 日医および国の指針に反すれば処罰の対象となるのか？

対処する一般の医療機関（開業医、病院等）のリスクが非常に高い。

実際、国内で発生したケースを想定して、如何に被害（二次感染も含めて）を最小限に食い止めるかをシステム化し、住民や関係機関に明確にする必要がある。

具体的には、住民、医療、保健所等のそれぞれの行うべきことを明確にし、医療機関としては、各都道府県において協力可能な医療機関（定点方式）を募集し、そこに「疑い例」、「可能性例」を一括集中させ各府県ごとに全てを把握する方法。

（協力医療機関は各医療圏において最低1医療機関とする）

協力医療機関には協力金等を交付する＝公費？

また、可能性例以上の患者が認められた協力医療機関に対しては、機能が停止しないようスタッフ、資材、交付金等の優先協力体制を敷設する。

4) WHOはSARSの「疑い例」、「可能性例」を可能な限り早期に隔離すること推奨している。現在、厚生労働省は「可能性例以上」を隔離する指針を示している。

日医は、厚生労働省に対して、学術団体としてWHOの指針に基づくべきと提言していくべきでないか？

5) SARSが国内に発生した場合、現在の確保病床数では対応しきれない状況も起こりうると推測できますが、中国と同様に仮設の隔離病床を設置するなど、実際に国内で発症した場合を考えた具体的な体制を整備すべきと、国に提言していただきたい。

現在、京都府医師会では、行政（京都府）に対して、受入医療機関の受入可能病床数・搬送車の状況・手配等の情報を集中管理する「SARS情報・指令センター」の設置を要望しようと検討中です。

また、同時に一般医療機関向けの対応マニュアル、医療機関対応体制についてのアンケート、「疑い例」患者連絡票（センター宛）の試案も検討中です。

6. 和歌山県医師会

地Ⅲ34F平成15年5月6日付けで送付いただいた「一般医療機関における重症急性呼吸器症候群（SARS）への対処指針の送付について」の、I外来での対処指針8.職員・接触者の健康管理で、「SARS患者（可能性例を含む）の診察・処置を行った・・・出勤停止として自宅待機させる。」とあるが、診療所では、休診せざるを得ないと思うが、その際の補償又は保険というのは考えられているのか、お教え下さい。

7. 岡山県医師会

1) N95のマスクは、もし感染が広がった地区の全医療機関に優先的に配布できるのでしょうか？

2) 60歳以上の死亡率50%と言われていますが、診療所の先生方の平均年齢は60歳です。要請があれば受け入れるとなっていますが、日医のお考えをお聞かせ下さい。

現実に流行している国（香港、北京、カナダなど）の受療行動はどうなっているのでしょうか？一次の

プライマリ・ケアで受け持つ疾病になっていますか？

- 3) 患者搬送の際、輸送手段は医療機関同士で実施して下さい。との県の指示ですが、その手段がなく、救急車を要請する場合、市町村→県→消防の順序で要請するとのことですが、時間を聞きますと数時間かかるとも言われています。診療所の一次の機能と救急車の一次の搬送機能は同じと考えますが、それではいいのでしょうか？

8. 広島県医師会

- 1) 「一般医療機関におけるSARSへの対処指針（5月9日版）」によると「SARS患者の診察、処置を行った職員は、接触後10日間、出勤停止として自宅待機させる」となっているが、これは、「SARSの患者さんを診た診療所は、10日間診療を停止しなさい」というに等しい。これは現実には不可能なので、診療所はSARSの患者さんは可能な限り診ないように思うと思います。現実を踏まえた指針が必要であると考えますが・・・
- 2) 検体は3重包装とありましたので福山保健所に容器入所方法、提出先を尋ねましたが、明確な指示が得られませんでした。
- 3) SARSの制圧は徹底した隔離にあると思います。100人の疑いの有る人が100の一般医療機関を受診すべきではない。これはSARSの蔓延につながる危険な行為と考えます。そこで、次の3点について検討してもらいたい。
 - ①日本医師会あるいは各県医師会の名において新聞に公告を出すべきである。
 - イ. 疑いの有る人は、一般医療機関を受診すべきではない。
 - ロ. 外来協力機関を公表し、そこを受診するよう勧めるべきである。

広島県東部（福山府中二次医療圏）では国立福山病院と福山市民病院が協力医療機関であることを公表してもらいたい
 - ②疑いの有る人が電話をかけて受診する前に、責任ある組織が、まずN95マスクを届けること。
 - ③その後疑いの有る人がN95マスクをつけた状態で救急車を使って協力病院に搬送されるべきである。
- 4) 現在患者の搬送、収容が問題になっていますが、治療について、当院で治療をすることは無いと思うが、取りあえず有効と思われる治療法があるのなら教えてください。

9. 熊本県医師会

- 1) メディファックス4186号（2003年4月22日）8Pに香港の医師の発表でSARSの死亡率は高齢になるほど高い。14歳以下ではこれまで死亡例がないという記事がありますが、小児の感染状況と死亡例がない理由をご教示下さい。
- 2) 感染の疑いで診察を求められた場合、医師、看護師はマスク着用だけで対応しても良いのか。可能性例も考えてゴーグル、顔面マスク、ガウンも着用して診察に当るべきか。どの程度の装備をすべきかご教示下さい。

10. 沖縄県医師会

- 1) 検疫機能の強化について

検疫所において、入国に際してのチェックと帰国後の健康管理について指導の体制を強化し、SARS発生（侵入）を阻止してもらいたい。
- 2) ルートの確立について

「疑い例」及び「可能性例」は保健所の指導のもと、全て拠点病院へ受診するよう、ルートを確立してもらいたい。

11. 大阪府医師会

医療機関からの二次感染を防止する一環として、伝播確認地域からの帰国者が事前に予約もなく医療機関を受診した場合に、診療を断ったら、法的に診療拒否にあたるのか。また、電話での事前予約の際に、診療を断ったら、診療拒否にあたるのか。

12. 群馬県医師会

日本医師会が作成した一般医療機関におけるSARSへの対処指針の中で、SARS患者の診察・処置を行った職員は接触後10日間、出勤停止として自宅待機させるとありますが、そうなった場合、診療所等を閉鎖しなければならない状況もあるのではないかと考えられますが、その間の給料保障等の関係はどうなるのでしょうか。