

感染症（S A R S）危機管理対策協議会講演録

平成 15 年 10 月

平成 15 年 10 月

日本医師会感染症危機管理対策室

感染症（SARS）危機管理対策協議会

日時：平成15年10月8日（水）

13：00～16：00

場所：日本医師会館小講堂

司会：櫻井 秀也（日本医師会常任理事）

1. 開会

2. 挨拶

坪井 栄孝（日本医師会長）

3. 講演

（1）重症急性呼吸器症候群（SARS）について

（ベトナムでのSARS対策支援を踏まえて）

川名 明彦（国立国際医療センター呼吸器科病棟医長）

（2）中国における重症急性呼吸器症候群（SARS）対策

王 隴徳＜Wang Longde＞（中国衛生部副部長）

4. 報告・協議

（1）今冬における一般医療機関での重症急性呼吸器症候群（SARS）への対策

雪下 國雄（日本医師会常任理事）

（2）その他

5. 総括

石川 高明（日本医師会副会長）

6. 閉会

目 次

講 演

1. 重症急性呼吸器症候群（SARS）について
（ベトナムでのSARS対策支援を踏まえて—平成15年10月現在—）
川 名 明 彦（国立国際医療センター呼吸器科病棟医長） 1
2. 中国における重症急性呼吸器症候群（SARS）対策
王 隴徳 <Wang Longde>（中国衛生部副部長）14

報告・協議

1. 今冬における一般医療機関での重症急性呼吸器症候群（SARS）への対策
雪 下 國 雄（日本医師会常任理事）30

総 括44

講 演

1. 重症急性呼吸器症候群（SARS）について

（ベトナムでのSARS対策支援を踏まえて—平成15年10月現在—）

国立国際医療センター呼吸器科病棟医長

川 名 明 彦

国立国際医療センターの川名と申します。本日は、このような機会を与えていただきまして、どうもありがとうございます。また、過分なご紹介をいただきましてありがとうございます。

先ほど、ベトナムの制圧という話がありましたけれども、決して私どもが制圧を進めたというのではなくて、ベトナムの人たちや、現地のWHOのオフィスとか、そういったところが力を合わせて制圧したということを、最初に強調させていただきたいと思います。

それでは、話に入らせていただきたいと思います。本日は、少しスライドをたくさんつくってき過ぎたものですから、同時通訳をしていただけるということもありますので、少しはしりながらお話をさせていただきます。

まず、ここに出ておりますように（スライド2）、最初に今春のSARS流行と経過について、2番目にSARSという疾患の概要について、3番目にSARSの感染対策について、4番目にベトナムの知見について、そして最後に今後の対策についてということでお話をさせていただきたいと思います。

これがWHOが報告をしておりました今年の上半期におきますSARSの流行の経過です（スライド4）。その後、若干の数字の改訂がありますが、これはちょうど7月11日の段階でのデータです。

これが現在、WHOがホームページ上で公開しております数字です（スライド5）。患者総数が8,098人、そして死亡率が9.6%ということになっております。医療スタッフの感染者が全体の21%を占めております。比較的市中に蔓延するのが抑えられた地域、例えばベトナムなどでは医療スタッフの相対的な割合が特に高くなっております。ベトナムでは

40%以上が医療スタッフであります。市中に蔓延した地域では、医療スタッフの割合が相対的に下がっております。

次に、SARSという疾患の概要についてお話しさせていただきます（スライド6）。

SARSは新型のコロナウイルスであるということがわかっております。

好発年齢が20歳から70歳です。そして潜伏期間が約2日から10日です。中央値が約5日とされており、前駆症状としましては発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、筋肉痛。そして2日から1週間ほど経て下気道症状、乾性咳嗽、呼吸困難などが出現します。2週目以降に下痢ですとか症状の再増悪などが出てくるとされており、死亡率は最終的には10%弱となっております（スライド7）。

これは感染がたくさん見られた地域からの報告をまとめて1つの表にしたものです（スライド8）。発熱は疾患定義に含まれていることもありますが、95%から100%。そして咳嗽が60%から100%ぐらいとなっております。咽頭痛や鼻汁など上気道の症状が比較的少ないということがわかります。筋肉痛や頭痛、下痢などの症状は、かなり報告によってまちまちであるということがわかります。

検査所見では、末梢血リンパ球数の減少ですとか、血小板の減少、それからLDH、CPK、GOT、GPTの上昇などが報告されておりますが、いずれもほかのウイルス性の感染症や、非定型肺炎によく見られる非特異的な変化と言えると思います（スライド9）。

これも複数の論文をまとめて1つの表にしたものですが、ほぼ恒常的に見られる所見としましては、リンパ球数の減少、それからLDHの上昇があげら

れます（スライド10）。

SARSの胸部画像所見です（スライド11）。これも報告によって数値に若干のばらつきがあるのですが、SARSコロナウイルス陽性例を対象とした場合には、全経過を通じますと胸部レントゲン写真上の異常はほぼ100%で出るということに落ち着いているようであります。

しかし、初診時は胸部レントゲン像は約30%が正常であると言われております。

経過を見てまいりますと、大体7日目くらいまでにはほぼ全例で胸部レントゲン上の異常が出てくるということでもあります。

浸潤影は最初は限局性ですが、約半数以上の例で両側性、多発性に陰影が拡大してくると言われております。CTで見ますと、より感度が高いということがわかっております。

これは後でご紹介いたしますが、ベトナムのバックマイ病院の症例で生来健康な27歳の女性です。この方は看護師さんだったということで、SARSの患者さんの診療をしていて感染したと言われております。両側性、多発性のかなり濃厚な浸潤影が出ておりまして、非常に重症の肺炎であることがわかりいただけるかと思ひます。

お手元の資料のなかには、写真がよく写りませんので、写真が含まれているものは省略されておりますので、ご了解いただきたいと思います。

これは70歳の男性で、もともとCOPDがある方です。若干肺の過膨張所見がありますが、両側に多発性の浸潤影が出ております。

次の写真は『ニュー・イングランド・ジャーナル』に出ておりましたカナダの症例を借用させていただきました。この症例を見ましても、やはり両側性、多発性の浸潤影が出ておりまして、最終的にARDSの所見を呈しております。ハノイの症例と非常に似ているということがわかりいただけるかと思ひます。

次も『ニュー・イングランド・ジャーナル』の香港の症例ですが、これで特に注目すべき点は、陰影の場所が移動しているということです。CTスキャンで見ますと、両側性の多発性斑状影、これはBOOPという呼吸器疾患に非常に類似しております。分布としては、胸膜下領域に比較的強いと言われております。

実験室診断としましては（スライド12）、PCR

法、抗体価の測定、ウイルスの検出という方法がありますが、現段階ではまだ発病早期に確定診断を得る方法はないと理解していいのではないかと考えております（平成15年10月時点）。

これは今まで報告された幾つかのSARSの例をまとめてお示ししたSARSの典型的な臨床経過です（スライド13）。臨床像を1つのステレオタイプにあてはめるのはある意味では危険なことだと思いますけれども、そういったところをちょっと差し引いて見ていただきたいと思います。SARSの場合ですと、最初に発熱があることが多いようです。それに引き続きまして、悪寒、筋肉痛といったようなインフルエンザ様の症状が出て、若干遅れて咳嗽が出てきます。そして、2週目以降に下痢が出てくるが多いようでもあります。そして、このころから重症化するものは呼吸不全を呈していくという形になります。最初のレントゲン写真を見ますと、約70%で何らかの陰影が認められますけれども、2週目以降に、いちばん少ない例ですと10%と書いてありますが、約半数近くが悪化するということがあるようです。そしてしばらく見ていますと、そのほとんどは回復しますが、約10%がARDSを呈して死亡すると報告されております。

それから、ウイルスの排出の時期に関しましては、潜伏期間から発病早期にはウイルスの排出量は比較的少ないと言われております。そして、大体10日からもう少し後のあたりに喀痰、便、尿といったところへの排出がピークになりまして、以後しばらくウイルスの排出が続くと言われております。この部分は？マークをつけさせていただきました。

インフルエンザの場合は、発熱が出たときには、もう既にウイルスの排出がピークに近づいております。したがって、悪寒、戦慄があつて、発熱が出たときにはもう既に周りの人への感染が始まっているということになります（スライド14）。

インフルエンザの場合ですと大体5日から6日、でウイルスの排出が停止しまして感染性もなくなってくるといったような差が指摘できます。また、発病の初日にはもうかなり感染性があります（スライド15）。そして、1週間ぐらいの経過で改善していくという形になります。

SARSの場合ですと、潜伏期間の感染性はほとんどないと言われておりますが、医療機関を受診して入院した後に感染性が極めて高くなってきます。

こういったところがSARSで院内感染が多発するという特徴を裏付けているのではないかと思います。逆に、インフルエンザですと、病院の待合室などでの患者さん同士のうつし合いといったようなことがかなり出てくる可能性があります。

SARSの治療です（スライド16）。これは確立された方法はないということになっております。

死亡率です（スライド17）。これは2003年5月にWHOが出したものですので、今のデータとは少し数値が変わってきておりますけれども、年齢によって死亡率が大きく違うということが注目されます。

次に、SARSの感染対策についてご紹介させていただきたいと思います（スライド18）。

SARSは、一般的には、飛沫感染、接触感染が主経路と考えられておりますが、空気感染あるいは器物の表面を介した感染も否定はされております（スライド19）。したがって、診療の現場では、標準予防策に加えまして、接触、飛沫、空気の各感染経路別予防策を網羅的に行う必要があるというのが現状であります。

すべての患者さんに対しては、標準予防策（standard precaution）を実施します。これは手洗いですとか、血液、体液、分泌物はすべて感染性があると考えて対応する戦略です。それに加えまして、例えば麻疹、水痘、結核の場合には空気感染予防対策、それから飛沫感染する疾患に対しては飛沫感染対策、それから接触感染する疾患には接触感染対策というものをそれぞれ上乗せして対策をしていくわけです。SARSの場合には現段階ではこれをすべてやらなくてはいけないということになっております。

標準予防策を行うことは当然であります。飛沫感染予防策として、患者さんの咳やくしゃみに伴うしぶきを浴びないようにということで、フェイスシールド、あるいはゴーグル、ディスポザブルガウン、場合によっては頭巾のようなものが必要になります。

それから、空気感染対策ですと、N95以上の規格の高性能マスク、それから陰圧室が必要となります。

それから、接触感染対策のためにはゴム手袋などが必要になります。

SARSに関しましては、感染に関する知見がさ

まざま集積しておりますが、そのなかの要点をまとめたものがこれであります（スライド20）。

接触感染、飛沫感染が主であるということ。空気感染や器物を介した感染も否定されていない。濃厚な接触で感染する。医療従事者が無防備で診療した場合に感染性が高い。尿や便からもウイルスが出る。サージカルマスクでもかなり効果があるということ、それから、消毒法としては通常行われている消毒法でよいということがまとめて言えるのではないかと思います。

後ほど中国からの報告が出てまいります。私も、この春、SARSの患者さんが来るのではないかという状況のなかで、実際に行っていた取り組みを少しご紹介したいと思います。

今年の上半期の流行期におきましては、感染の多発地域がはっきりしておりましたので、そういった疫学情報を参考にすることができたわけです。したがって、このときにはこういった感染地域からの渡航歴ですとか、居住歴がある方、そういったような方を最初にキャッチしてできるだけトリアージしようというようなことを考えておりました。

これは今年の4月にオープンした私どもの病院の新感染症病棟であります。これはSARS用に準備された病棟ではないのですけれども、こちらでSARSの患者さんを受け入れるということになりました。これは新感染症病棟の入り口であります。長い廊下があって、ここに幾つか少しレベルの低い病棟がありまして、奥のほうに本格的な陰圧室があります。このなかにはベッドが4つあります。その手前にトリアージ室というのをつくりまして、ちょっと疑わしい患者さんはこのなかに入ってください、ここで病歴を取ります。そして、可能性が低ければ通常の診察のルートに戻っていただきますし、疑わしい場合には陰圧の病室に入院していただくという流れです。

これは救急車で搬送されてこられた患者さんを受け入れる場合の流れです。感染症病棟の裏に救急車の受け入れ口があります。ここを入りますとすぐ専用のエレベーターがあって、病棟に上がると専用の病室になっております。

これは病室のなかの様子です。室内の空気はHEPAフィルターを通して外に排気されます。それから、なかの汚染物はオートクレーブを通して外側から取り出すというような設備になっております。た

だ、こういった病室は4つしかありません。

病室のなかとテレビで話ができるような形になっております。

次に、ベトナムでの実際に見てきたことについてお話をさせていただきたいと思います（スライド21）。

実は、ベトナムで流行が始まる前に香港のホテルMから世界に流行が拡散したということがわかっています。最初に、2月21日に中国の広東省から香港に旅行で来られた方が、Mホテルの9階に宿泊します。そこでたまたま泊まり合わせた10人強の方々に感染が広がり、次いでカナダ、アメリカ、シンガポールといったところに広がります。ベトナムへも、ここにたまたま泊まっていた方から感染が入ってきております。

ベトナムでの最初のSARSの症例を受け入れたのはハノイのフレンチ病院という病院です。こちらには2月28日にMホテルで感染した方が肺炎という形で入院しています。こちらに入院してから約1週間ほどを経たころから医療スタッフが続々と肺炎症状を出してくるということになります。

私どもが行きましたときにはフレンチ病院には39人入院患者さんがおられました（スライド22）。そのうちの36人が医療スタッフであります。このピンク色で書きましたところが看護師さん、それからこの黄色い部分が医師であります。患者さんのご家族がこの黄緑色の部分であります。圧倒的に医療従事者への感染が多いということがわかって驚きました。

フレンチ病院の隣に、日本でいう大学病院並みの大きなバックマイ病院という病院があります。これがこのバックマイ病院のメインの建物です。フレンチ病院で医療スタッフを中心とした大きなアウトブレイクが発生したため、現地で調査に入っていたWHOが、3月12日にGlobal alertを出します。それを受けまして、ベトナムの保健省はバックマイ病院をSARSの受け入れ指定病院に指定いたします。

ベトナムの政府保健省はバックマイ病院のメインの建物に患者さんを受け入れるということはしませんで、同じ敷地のなかにあります別棟の建物、これは熱帯病研究所附属病院という、組織上は別の組織だそうですけれども、ここをSARSの専用病棟と指定し、ここに患者さんを順次収容するというような形を取りました。ちょうどこの建物の2階3階が

SARS専用病棟になっています。こういう黄色い線を引いたりして一般の方が入れないようにしております。

バックマイ病院がSARSの専用病棟に指定されてから徹底した院内感染対策が始まったのです。ここで行われましたこととしましては、この熱帯病研究所附属病院丸ごと1棟をSARS専用にして、建物ごと患者さんを隔離することをしております。それから、N95マスク、フェイスシールド、ディスポーザブルガウンの着用を開始しております。この辺は日本の供与したものが役に立っている部分かと思えます（スライド23）。

面会の制限、それからこのなかでも重症患者と中症、軽症の患者さんをフロアを分けるといったような形で zoning をしております。陰圧室はありませんので、病室を大きく開けて換気をするという方法を取っております。

これはバックマイ病院の看護師さんの様子です。

これは病室です。大きく窓を開けて対応しています。

ただ、こうして見ますと、フェイスシールドをしていなかったり、若干プロテクション不備な部分が指摘できる部分もあります。

これは3月21日です。WHOのアラートが出てからもう1週間以上、10日近くたった段階で、最初に被害を受けたフレンチ病院もかなり厳密な感染対策をスタートしております。

フレンチ病院からバックマイ病院に患者さんを順次移送したわけですが、こういった人工呼吸器がついているような重症患者さんは搬送するのが非常に大変であるということで、フレンチ病院に残されて治療を受けていました。重症患者さんを不用意に動かさなかったことも、もしかすると結果としてよかったのではないかという気がしております。

これはバックマイ病院の様子ですが、守衛さんが一般の方たちの入院を制限しております。レントゲン技師さんもフル装備で入っています。

ハノイの流行をまとめて書いたものです（スライド24）。最初、Mホテルで感染した患者さん（48歳の男性）が23日にハノイ入り、そして26日にフレンチ病院に入院しております。3月2日には肺炎が重症化しまして、5日に香港に送り返されております。この方は3月12日にお亡くなりになっております。この方がIndex Caseであり、そして、その後、

大きな感染を広げる最初の人になったということから考えますと、いわゆるスーパースプレッダーと言っていいかと思うのですが、この方がすぐベトナムから立ち去っているというようなことも、もしかするとベトナムには幸運だったのかもしれないと今思っております。Index Caseが入院後約1週間した3月4日、最初の医療スタッフが発病しまして、最終的に53人感染して5人死亡しております。

3月12日から隣の熱帯病研究所附属病棟に患者さんを搬送開始しております。この段階ではフロアを分けて重症患者を zoning するということをしております。こういうスタイルを取りましたところ、医療スタッフへの感染は1例もなく、そのまま終息傾向に向かったという形であります。

これが最終的なWHOが報告しましたベトナムの流行状況ですが（スライド25）、2月26日にIndex Caseが入って、これはこの患者さんがハノイ入りした23日が1例としてカウントされていますけれども、ここから流行が始まります。その後、ご紹介したような経過を経て4月28日に「SARS制圧宣言」が出されております。

私どもはベトナムでの流行を体験することができたわけですが、その後のWHOの報告などを見ますと、ベトナムの流行というのは、実は非常に小さな流行だったということがわかります。これは各国の1日ごとの報告数を折れ線グラフにつくってみたものですが（スライド26）、いちばん最初の小さな山、これがベトナムの流行であります。その後、香港の大きな流行があって、ここの部分は有名なアモイガーデンの流行ですが、カナダや台湾といったような流行が起こります。

後で中国のお話を伺うことができるかと思いますが、中国は昨年末から大きな山を描いてここに着地したわけであります。

あと、もう1つ強調しておきたいこととしまして、ベトナムはうまく終息することができたのですが、実は、流行のピークのときには、ベトナムの政府もベトナム保健省も、これで流行がすむとは全く思っていなかったようであります。バックマイ病院は、恐らく、あっという間にいっぱいになってしまうだろうということで、ベトナムでは、もうあと2つSARSの専用病院を用意しておりました（スライド27）。

これは先ほどの病院と比べますと非常に規模が違

いますが、ハノイから車で1時間ぐらいのところにありますノース・タンロンという病院です。その敷地内に結核の患者さんなどを入れる小さな平屋の病棟があります。ここをSARSの専用病院にしようと考えておりました。非常に素朴な病院ですが、突貫工事で大きな柵をつくって、なかをSARSエリアにしようということを考えていたようです。これを見ますとバックマイ病院のメインの病棟と、それから敷地内の別棟の病棟に患者さんを丸ごと隔離するという、ベトナムのポリシーが縮小版として見るのができて非常に興味深いと思いました。

これがもう1つのザーラム病院です。これもやはりハノイから1時間くらい離れたところにある、原っぱの中にある小さな病院ですが、これをやはりSARS専用病院にしようということでリフォーム中でした。これがザーラム病院の出入口であります。

ベトナムの成功の要因は幾つかあると思いますが（スライド28）、1つは、新興感染症と認識されてからただちに迅速な感染対策に移ったこと、もう1つは、情報公開、他国諸機関への援助要請、それから徹底した感染対策、それから病院を丸ごとSARS専用として隔離する方法、それから感染対策のスタッフ教育といったものが大きいと思われます。

次は考察、私の私見であります。最初のスーパースプレッダーと言っていいIndex Caseがフレンチ病院にほんの数日しか滞在しないで香港に帰国してしまったことです。スーパースプレッダーが長期間滞在していなかったのも、幸運だったのかもしれないと思います。それから、人工呼吸器がついてしまうような重症患者さんを無理して動かさないでフレンチ病院でしばらく管理していたことです。こういう重症者が感染力が強いと仮定しますと、重症者を不用意に動かさなかったということも、もしかすると幸運だったのかと思います。それから、重症度別にエリアを分けたということも、効果があったのではないかと考えております。

今後の対策であります。私どもは、SARSという疾患に対しては未経験であります。したがって、これからお話を伺う中国ですとか、そういう災害に見舞われてそしてそれを制圧した国のいろいろな知見に学んでいかなければいけないと思っています。私どもはとりあえずできるところからやろうということで、幾つかの方法を考えております。そのなかで3つ大きな柱を立ててこの冬に臨もうという

ことを考えておりますので、それをご紹介したいと思います。

1つは、インフルエンザを防ぐことのできる感染対策レベルを実現しようということでもあります（スライド30）。SARSは重症でインフルエンザは軽症であるというような認識がされがちでありますけれども、インフルエンザも、例えば新型インフルエンザがアウトブレイクしたりしますと、これはSARSよりもはるかに大きな被害をもたらす可能性もありますので、インフルエンザだからといって決して甘く見ることはできないし、甘く見てはいけません。そして、インフルエンザもやはり飛沫感染がメインの経路ですし、空気感染もあり得るということで、SARSとは非常に感染対策が共通しております。したがって、インフルエンザを防ぐことのできる感染対策を実現するということを、まず、1つ目標にしたいと考えております。

SARSは臨床症状からはインフルエンザと区別不可能と、少なくとも罹病初期は考えられますので、急性呼吸器感染症を診察するときのルーチンとして、医療スタッフはサージカルマスクを着用し、場合によっては目の防御をしようと考えております。

それから、CDCも推奨しておりますように、咳や発熱といったような症状がある患者さんには、少なくともサージカルマスクの着用をお願いしようということです。レスピラトリー・エチケットとCDCは言っておりますけれども、やはり咳をしているようなときには自分から積極的にマスクをしたり、手洗いをきちんとしたりということを患者さんにも啓発しようと考えております。

それから、2番目としまして、紛らわしい他の呼吸器感染症をできるだけコントロールしようということを考えております（スライド31）。1つは、鑑別が困難であろうと思われるインフルエンザです。インフルエンザの接種を医療スタッフ並びに患者さんに対してできるだけ強化しようということを考えております。恐らく、発熱、咳嗽といったようなインフルエンザ様症状で受診される方がたくさん来られると予想されますが、そのなかからSARS以外

の病原体が同定できればSARSの可能性はぐんと減るわけですので、できるだけ呼吸器疾患の診断を強化しようということを考えております。インフルエンザの迅速診断キットや肺炎球菌、レジオネラ尿中抗原、あとグラム染色などの迅速性のある診断方法を活用して、できるだけ診断率を上げようと考えております。

それから、インフルエンザですと、純インフルエンザウイルス肺炎を起こしてくることは非常に稀ですので、レントゲン写真を撮って、影がある症例を何とかスクリーニングしようと考えております。また、呼吸器感染症に対して、できるだけ早期から適切な治療を行って、治せるものと治らないものをできるだけ早く分離しようということを考えております。

それから、大小の疫学情報にアンテナを張り巡らすというのが3番目であります（スライド32）。大きいほうとしましては、やはり世界の情勢です。WHOや感染研、マスコミなどの情報にできるだけ耳を澄ませて、そして世界のどこかでまた流行が始まったら、例えば、病歴を聴取するときに渡航歴を聞くとか、そういったようなところにフィードバックしていきたいと考えています。

小さいほうとしましては、自分たちの病棟、あるいは病院のなかで原因不明の肺炎が増えてきていないか、それから医療スタッフのなかに原因不明の肺炎にかかっている者がいないか、そういうようなことをサーベイランスしようと考えています。あと、インフルエンザの時期になりますと、通常でも職員の病欠が増えてくると思いますので、これは今から始めてもなかなか難しい部分があるかと思いますが、例えば特定の病棟で職員の病欠が急に増えるようなことがないかといったこともサーベイランスしていこうと考えております。

私ども、SARSの診療経験がありませんし、実際の感染対策もやったことがありません。ぜひ制圧した国々の経験をできるだけ検証して取り入れていくべきではないかと考えております。

ご清聴ありがとうございました。

感染症(SARS)危機管理対策協議会

重症急性呼吸器症候群(SARS)について

ーベトナムでのSARS対策支援を踏まえてー

国立国際医療センター呼吸器科
川名明彦

スライド 1

重症急性呼吸器症候群 Severe Acute Respiratory Syndrome

1. 今春のSARS 流行と経過
2. SARS という疾患の概要
3. SARS の感染対策
4. ベトナムでの知見
5. 今後の対策

スライド 2

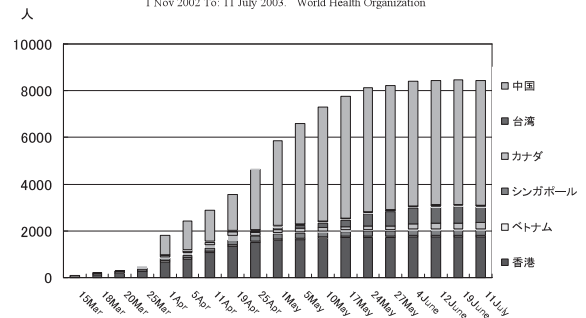
1. 今春のSARS 流行と経過

スライド 3

世界のSARS累積症例数

2003年7月11日現在、32カ国、患者8437人、死亡813人、回復者7452人

Cumulative number of reported suspect and probable cases (SARS) From:
1 Nov 2002 To: 11 July 2003 World Health Organization



スライド 4

最終的なSARS統計(WHO集計)

(http://www.who.int/sars/country/table2003_09_23/en/print.html)

- ・ 感染発生国数: 29カ国
- ・ 患者総数: 8,098人
- ・ 死亡者数: 774人
- ・ 死亡率: 9.6%
- ・ 医療スタッフの感染者: 1,704人 (21%)

スライド 5

2. SARS という疾患の概要

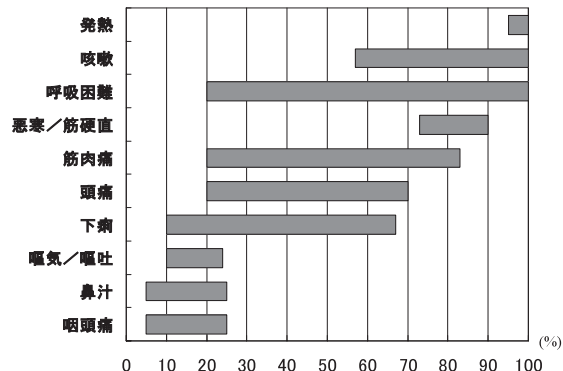
スライド 6

SARSの臨床像

- 年齢: 20～70歳に分布(小児は少ない)
- 男女比: ほぼ同じ(やや女性に多い)
- 潜伏期間: 2～10日(中央値5日)
- 前駆症状: 発熱, 悪寒, 頭痛, 倦怠感, 筋肉痛
- 次いで下気道症状: 乾性咳嗽, 呼吸困難
- 2週目に下痢, 再増悪, 呼吸不全
- 10～20%は重症呼吸不全に進行
- 死亡率: 約10%

スライド 7

SARSによくみられる症状 (複数の論文から)



スライド 8

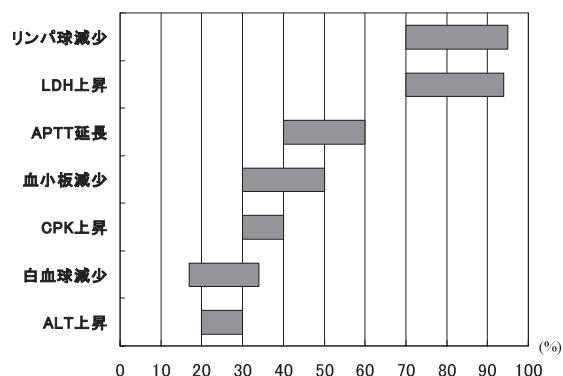
SARSの検査所見

- 末梢血リンパ球数減少
- 軽度の血小板減少
- LDH, CPK, GOT, GPT の上昇
- APTT の延長
- Na, K, Ca, P, Mg の低下

.....いずれも非特異的

スライド 9

SARSによくみられる検査異常 (複数の論文から)



スライド 10

SARSの胸部画像診断

- SARS-CoV陽性例を対象とした場合, 胸部X線写真の異常は, ほぼ100%で出現する.
初発時の胸部X線写真は約30%が正常.
- 陰影はいつ出現するか(発症後日数)
3日目までに66%
7日目までに97%
10日目までに100%
- 浸潤影の性状
初期には限局性(末梢優位, 下肺野)
間質性
75%は両側性, 多葉性に拡大する
- CTはより感度が高い.
スリガラス陰影
末梢・下肺野優位(BOOPに類似)

スライド 11

SARSの実験室診断

RT-PCR法による遺伝子検出

- 発病早期にはウイルスの排出が少ない.
- 1週目のRT-PCR陽性率は50%以下
- 偽陽性の問題
- 複数の検体を同時に調べることで陽性率を上げる.
- 気道, 便, 血清

抗体価測定

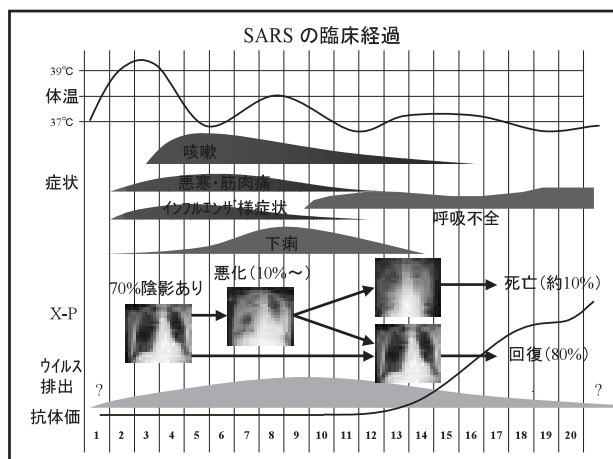
- 早くても検出できるのは発病10～14日後

細胞培養・ウイルス検出

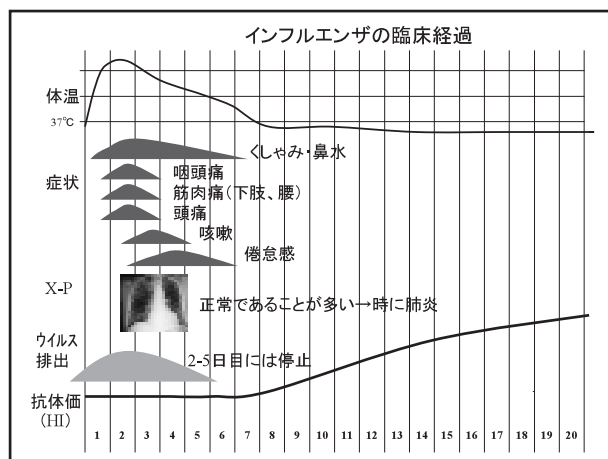
- 細胞培養, 電顕

発病早期に確定診断を得る方法はまだない.

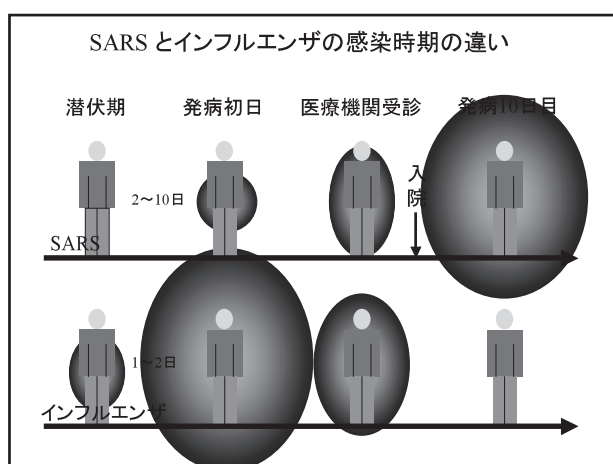
スライド 12



スライド 13



スライド 14

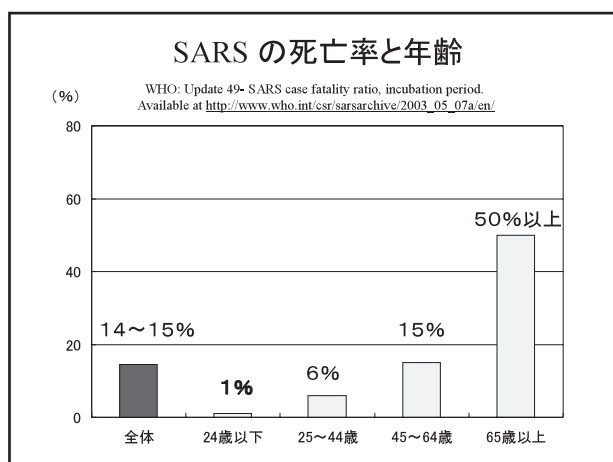


スライド 15

SARS の治療

- ・ 確立されたものは無い。
- ・ 通常の「市中肺炎」の治療が基本。
異型病原体をカバーするように、マクロライド、ニューキノロンも使用する。
- ・ リバビリン(レベトール)
- ・ オセルタミビル(タミフル)
- ・ ステロイド
PSL 1mg/kg/day ~ mPSL 500mg/day 2,3日
- ・ ガンマグロブリン製剤
- ・ 補助療法

スライド 16



スライド 17

3. SARS の感染対策

スライド 18

SARS の感染管理

飛沫感染と接触感染が主経路と考えられているが、空気感染も完全には否定されていない。
したがって現時点では……

- 「標準予防策」
- 「接触感染予防策」
- 「飛沫感染予防策」
- 「空気感染予防策」

……のすべてを配慮する。

スライド 19

感染に関するこれまでの知見のまとめ

- 飛沫感染、接触感染が主。
- 空気感染、器物を介した感染も否定されていない。
- 濃厚な接触で感染する。
- 医療従事者が無防備で診療した場合、感染性は高い。
- 便や尿からもウイルスが出る。
- サージカルマスクでもかなり効果がある。
- 普通の消毒法でよい。

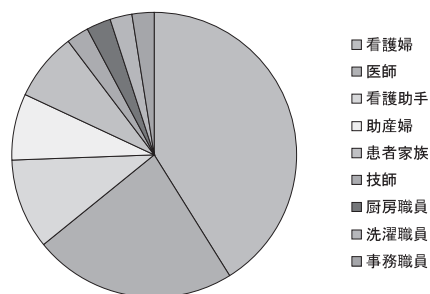
スライド 20

4. ベトナムでの知見

スライド 21

SARSに感染したと思われる 患者の内訳(フレンチ病院の39例)

(Data from French hospital)



スライド 22



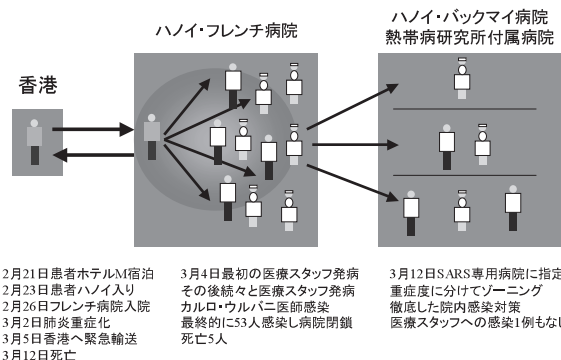
徹底した院内感染対策の開始

- (1) 敷地内の別の病棟への患者隔離
- (2) N-95 マスク、フェイスシールド、ディスポーザブルガウン、手袋
- (3) 面会の制限
- (4) ゾーニング
- (5) 換気

(JICA)

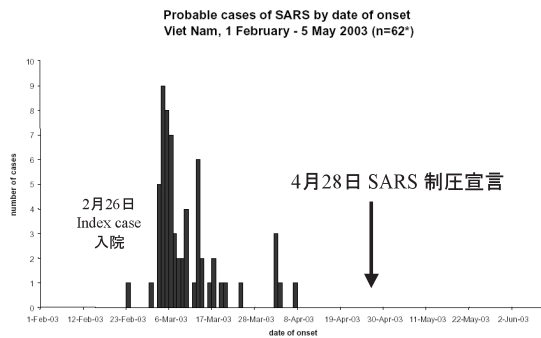
スライド 23

ベトナム(ハノイ)におけるSARSの流行と対策



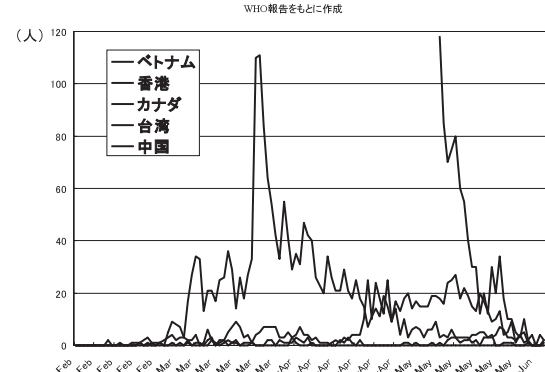
スライド 24

ベトナムのSARS 患者発生の経過(WHO)



スライド 25

各国のSARS流行状況(日毎症例報告数)



スライド 26

ベトナムでは、バックマイ病院以外にも
SARS 専用病院を用意していた。

ノース・タンロン病院
ザーラム病院

・・・実際には使われなかった

スライド 27

ベトナムの成功の要因

- 新興感染症と認識されてからの迅速な判断
- 情報公開と、他国、諸機関への援助要請
- 徹底した感染対策
- 病院を丸ごとSARS専用として隔離する方法
- 感染対策のスタッフ教育
- Index case が香港に帰国してしまったこと
- フレンチ病院から重症者を動かさなかったこと
- 重症度別にエリアを分けたこと

スライド 28

5. 今後の対策

スライド 29

この冬に向けてー1
インフルエンザを防ぐことのできる
感染対策レベルを実現する

- SARS と他の急性呼吸器感染症は区別できないと考えていた方がよい(特に病初期)。
- 急性呼吸器感染症を診療するときのルーティンとして、医療スタッフはサージカルマスクを着用。
- 急性呼吸器感染症状を呈する患者には、サージカルマスク着用をお願いする。
“レスピラトリー・エチケット”の奨め。
- 待合室で感染が広がらないような配慮

スライド 30

この冬に向けてー2
紛らわしい他の呼吸器感染症を
コントロールする。

- インフルエンザワクチンの接種を強化する(医療スタッフ、患者)。
- 呼吸器感染症の診断を強化する(インフルエンザ迅速診断キット、肺炎球菌・レジオネラ尿中抗原キット、グラム染色などの活用)
- レントゲン撮影
- 呼吸器感染症に対して適切な治療を行なう。

スライド 31

この冬に向けてー3
大小の疫学情報にアンテナを張り巡らす。

- WHO、マスコミなどの情報に注意する。
- 病棟の入院患者の中で「原因不明の肺炎」が増えていないか。
- 医療スタッフの中に「原因不明の肺炎」にかかっている者がいないか。
- 職員の病欠が増えていないか。

スライド 32

質 疑・応 答

櫻井常任理事 どうも先生ありがとうございました。後でも質問の時間を取れたら取ろうと思っていますが、今、どうしても先生に聞いておきたいという方がありましたら所属とお名前をお願いします。

木下長崎県医師会常任理事 長崎県医師会の木下と申します。

長崎県にも熱帯病研究所を大学に併設いたしておりまして、ハノイと同じような格好になるかと思えます。

それで、そこに長崎大学からも研究者が同行してまいったんですが、そのときの意見としましては、今度、感染症法の改正が予定されていますけれども、ベトナムなどはまだ国家的権力が非常に強い影響が残っているからこそ、こういう対策を出したときに非常にまとまって情報収集と統制、それから国家を挙げて治療専念のための病棟を整備したという、日本が非常に見習うべきところがあるようです。ですから、この感染症法の改正をぜひやっていただき、国として強力にそういうところを指導してやっていけるようにと思いますが、先生、いかがでしょうか。

川名講師 全くそのとおりだと思います。

例えば、カナダですとか、台湾などでなかなか感染コントロールがうまくいかない。非常に医療レベルの高い国だと思うんですが、そういったような国でなかなか感染コントロールにてこずったというような事実があります。やはり、大きな都市型の病院の1区画に空気感染し得るかもしれない病気を入れる部署をつくるというのは、やはりいろいろな感染対策上のエラーが発生しやすいと思います。例えばベトナムのように病院をまるごと専用にしてしまうという例に比べると、対策面でより一層神経質にならなくてはいけない部分というのはあると思います。そういったようなところもぜひ参考にさせていただければと思っています。

木下長崎県医師会常任理事 ありがとうございます。日医も、この提案をされて、法改正案が審議されているようですので、ぜひ早く成立をするようにお願いいたします。

櫻井常任理事 わかりました。

本当は、もっとご質問もいただきたいのですが、時間が少し押していますのでまた後で質問の時間をいただきたいと思います。

川名先生、ありがとうございました。

川名講師 どうもありがとうございました。

講 演

2. 中国における重症急性呼吸器症候群（SARS）対策

中国衛生部副部長

王 隴徳 <Wang Longde>

本日、このような機会を得まして、日本の医師の皆様方、医師会の皆様方と、中国のSARSの予防・治療の経験と教訓について、分かち合うことができ、非常にうれしく思います。私のスライドも皆さんのお手元にあるかと思いますが、そこで少し重点のポイントを選びまして説明させていただきたいと思います。

SARSは、私たちにとって突然の出来事でありまして、中国政府にとって非常にそのなかから多くの経験と教訓を積み重ねました。本日、私は、主に4つのポイントに分けて皆さんにお話ししたいと思います（スライド2）。

まず、SARSの流行の特徴です。そして、私たちが取りました措置についてです。3番目としては、経験と教訓です。そして、4点目としては、冬に向けての対策についてお話しします。

まず、SARSの流行の特徴について、流行の概況、時間、また地域、そして患者の特徴についてお話しします（スライド3）。

まず、SARSの流行の概況ですが、今年（2003年）の2月8日から、衛生部は広東省から初めてSARSの感染報告を受けました（スライド4）。その後のいろいろな追跡調査でわかりましたけれども、2月に初めて発生したわけではなく、去年（2002年）の11月16日に既にSARSは発生したとわかりました。6月22日までに中国では5,327人が感染し、そして349人が死亡いたしました。中国の24の省、自治区、直轄市で、また266の市と県で感染報告がありました。8月16日までに患者はすべて退院いたしました。

この流行の概況、また発生初期に関しては、これは3月の中旬に主に起きました（スライド5）。3月ごろには広東省、主に症例が発見されました。

97%の感染は広東省で発見されました。それ以外には山東省とか、湖南省とか、四川省、山西省なども少しはありました。

そして、第2段階としては、3月の下旬から4月までには北京、華北地域なども報告がありました。急に広がりを見せ始めています。4月28日は、その日だけで203の感染例がありました。

そして、拡大期に関しては5月から6月の上旬までに私たちの対策が功を奏しまして、少しずつ終息に向かっています（スライド6）。5月に関しては150前後です。そして6月に関しては、さらに減り、7人の感染がありました。

6月以降に新たに感染した人は1人もいませんでした。そして各地の旅行延期勧告なども解除いたしました。つまり、我々の対策は段階的な勝利を得たということが言えると思います。

次に、SARSの発生状況についてのグラフです（スライド7）。まず、最初のピークがありまして、これは広東を中心に2月に起きた最初のピークであります。その後、少し減り、3月の下旬からまた急速に広がりを見せ始めました。北京、華北の4つの省で広がりを見せました。4月の下旬に急速に拡大しました。そして、5月はまた少しずつ終息に向かっていきました。

伝播の状況ですが、2月の上旬に広東省からスタートして、湖南省、四川省、福建省、山西省、内モンゴルなどに広がって行きます（スライド8）。山西省と内モンゴルでは非常に大規模な広がりがありました。四川省と湖南省、福建省に関しては、基本的にコントロールされました。4月には北京で広がりがありまして、そして、その後、吉林省、遼寧省、江蘇州、山西省、湖北省なども感染報告がありました。

次に、広東省の発病です（スライド9）。症例の発生曲線です。これは2月にピークがあり、それから急速に下がっていく、そういうようなことが見てわかると思います。2月28日から4月3日までは合わせて604人の感染がありました。

そのほかの中国の地域の状況を見てみましょう。北京は4月から上り始めて、そして5月にピークに達して、下がっていきます（スライド10）。全国の曲線と北京の曲線は大体これは非常に似ているような特徴があります。つまり、全国の状況は北京の感染と非常に似ている特徴があるということです。

ただし、1つ注目していただきたいのは、広東は非常に明らかなピークがありましたけれども、北京の曲線は非常に緩やかな曲線です。どうしてこのような違いがあるのか、これは私たちも今研究しているところです。

また、地域に関しては、色で分けています（スライド11）。濃いほうが感染例が多いということです。広東では1,500人、そして北京は2,500人など、主にこの2つの地域に集中していました。

次のグラフですが、北京では全体の47.3%、広東は28.4%、山西省は8.4%など、ほとんどの感染例はこの3つに集中していることがわかります（スライド12）。

死亡率ですが、北京は55.0%、広東省は16.7%。全国の平均の死亡率は6.5%です（スライド13）。広東省では非常に重症な患者を1か所の病院である呼吸器研究所に集中して、そこで集中治療を行ったということで、広東では死亡した患者が北京より少ないということがわかります。北京はそういうような措置は取りませんでしたので、北京のほうが死亡率は上っていました。

次に、性別、年齢、そして職業別の特徴です（スライド14）。まず、性別ですが、男女はほぼ同じで41.5%そして44.5%、大体似たようなパーセンテージです（スライド15）。年齢ですが、年齢別に大分違います（スライド16）。主に20歳から、これは7%、子どもの患者は非常に少ないです。20歳から59歳までの間の人たちが非常にいちばん感染しているということがわかります（スライド17）。どうして子ども、乳児はあまり発病しないのか、多くの研究者も今いろいろな研究を行っており、その原因を突き止めようとしています。北京のある研究所の研究結果についてお話ししてみたいと思います。

北京のこの児童疾病研究所が14歳の249人に、呼吸器疾患の子どもに対してこの血清についてSARSの抗体の診断を行いました。この249人のうち101人は陽性で40.56%です。そしてこの101人のうちさらに年齢別で分けて見ていきますと、「1歳以下」は陽性は53.97%、「1歳から5歳」は38.46%、「6歳から14歳」は32.76%、「14歳以上」は33.33%です。つまり、小児から見ても抗体の比例は年齢が高いほど低いということです。またこの249人の患者のなかでは、今年4月から5月にこの病気にかかった人は92人いました。そして、陽性で発見した率は42.22%です。

また2001年に取った血清についても検査を行いました。これは44人のサンプルについて行いましたが、その陽性率は41.56%でした。また、8人のサンプルについても陽性、この血清の抗体検査も行いました。その結果は40.33%でありました。

これは、もちろん、その初歩的な分析の結果で、さらにいろいろな研究を重ねていかなければならず、タンパク質の検査なども行う必要があります。しかし、我々はそのなかから一部の手がかりを得ることができました。つまり、子どものSARSの患者が非常に少ないのは、彼らの体内に、血液のなかに抗体が存在していることがわかると思います。

しかし、これは今年の検査したサンプルの子どもの抗体があって、そして去年も一昨年のサンプルのなかにも抗体があったわけです。一部の研究者は、やはり子どもの免疫力は非常に高く、いろいろなワクチンの注射を受けていますので、そこで抗体が生まれたというふうに見ています。もちろん、これはあくまでも、彼らは初歩的に今そういうふうに見ていますけれども、さらに研究を進めていく必要があります。

次に、職業別ですが、医療関係者の発病率がいちばん高いわけです（スライド18）。初期においては、病院ではこういうような状況は今まであったことはなかったので、必要な予防措置、また彼らの意識もまだ足りなかったわけです。そこで医療機関には十分な措置を取りませんでした。そこで院内感染が一気に広まったわけです。18.5%のSARS感染者は医療関係者でありました（スライド19）。この色で示しているのは医療関係者でした。初期は非常に多いです。これは4月25日から4月30日までの数字です。そしてほかの職業の人たちの感染人数はそれ

ほど多くありません。しかし、5月に入ってから医療関係者の感染率は8.1%で、それに比べて一般の人たちの感染が増えています（スライド20）。最も増えているのは出稼ぎ労働者たちの感染で、19.8%もありました。つまり、病院から市中に広がっていくというようなことです。また、生活や労働条件が余りよくないところに広がりを急速に見せていたわけです。

次に、ある例を見ていきます。これはB病院で起き発見した感染例ですが（スライド21）、この患者は4月5日に発病しました。彼の親戚、奥さん、息子、孫娘等、全員にウイルスをうつしました。また、彼が住んでいたところのエレベーターを操作する人も感染し、それを通じて、さらに同じ建物、マンションに住んでいたほかの住人にもウイルスをうつしました。この患者は年齢も高く、慢性病も患っていました。したがって、彼は最初はSARSとは診断されませんでした。まさしく彼はスーパースプレッダーでした。彼は併せて275人に接触して、そのうちの45%の人が感染しました。そして、家族は46%と、50%近くの感染率がありました。そこで、どのような接触の仕方によって感染率も変わってくるということがわかります。

まず、いちばん危険性が高いのは看護師です。彼の身の周りで面倒を見ていたほとんどの人が感染しました。そして、同じ家で生活していた人は、5人のうち2人が感染しました。そして、次に、一緒にエレベーターに乗っていた住人。そういったように危険性が接触の密度によって違ってきます。

これは感染した41人の人です（スライド22）。このA患者と接触した41人ですが、感染するまでのくらい時間がかかったかを示す図です。1日目から6日目まで、そのなかでこのAの患者と直接接触したことがある人がほとんどです。243人の感染例ですが、また接触があっても発病しなかった人もいます（スライド23）。この2つを見比べると、このスーパースプレッダーと潜伏期間に接触した人が144人がいます。彼らは発病しませんでした。つまり、潜伏期間の間に彼と直接接触したとしても発病しなかったということがわかります。ここから、潜伏期間で接触しても、ほとんど感染しないということがわかります。非常に短い距離で、そして長時間で密接な濃厚な接触があっても、そこで感染する可能性が非常に高いと思います。

次に、潜伏期間の状況ですが、1回だけ接触がある人は、今回では27人がこの条件にあてはまります（スライド24）。1日目には2人、2日目は6人いました。中間を取ってこの潜伏期間は3日間です。これはベトナムの状況と非常に似ていると思います。つまり潜伏期間は2日から10日までということです。

これは中国で実際に起きたSARSの例です。また別の例もありますけれども、この人とその期間に207人接触しまして、そのうち36人が感染しました。発病をした人はすべてこの人と接触しています。

時間の関係でこの2つ目の例に関しては詳しく説明しませんが、潜伏期間に接触したことがある人は44人いました。しかし、この44人はいずれも発病しませんでした。また、この患者は、入院して院内感染もあり、23人の病院関係者が感染しました。

我々はこういったデータからいろいろな分析を行っています。SARSを克服するには、やはり科学技術に頼るしかありません。今、全国的な病例のデータベースをつくり、またいろいろなサンプルも採取しまして、いろいろな専門家を集めて急ピッチでそういった研究を行っています。診断キット、また早期の発見、ワクチンの開発、治療、臨床など、また病院関係者の保護に関してはいろいろな措置を取っております。

2つ目としましては、中国大陸のSARSの予防の主な重大な措置について申し上げます（スライド25）。

SARSが中国の一部の省において拡散をし、党中央の国務院は非常にこれを重視しました。直接指揮を取り、SARSの抑制に努めたわけです（スライド26）。

まず、国務院は数回にわたり会議を開き、SARSに対する予防についての会議を、全国各省にまつわるSARS予防会議を開きました。また農村地域をめぐってテレビ会議をやりました。胡錦濤主席も全国の国民の生命そして健康を第一に考えると発言しました。そして胡錦濤主席、それから温家宝総理が、SARSの第一線に出向き、さまざまな指示をしました。そしてSARS予防指導委員会、対策委員会をつくりました。呉儀副総理は、現在、中国の厚生大臣を兼務しております。中国でこうした予防委員会を11個つくり、国務院の指導者は皆この委

員会に参加しました。そして主な幹部を動員し、直接現地に出向いてこの予防作業の徹底を確認しました。全国各地においてこうして予防を強化し、SARSの蔓延を抑制したわけです（スライド28）。そして、4月8日から国務院によって感染症法のなかでSARSを規制の対象として決めました。衛生部もSARS予防の強化をうたい、そして法により監視することを決めました。

技術的には、以下の措置を講じました。4月26日からですが、この病気が発生した地域の情報を集め、そして各省、各地域が衛生部に各病例を申請するということを決めました（スライド29）。各省衛生部のなかで病例があるかどうかを、毎日報告する義務を決めました。

それから、この病気が蔓延しないように、各部門の各サイクルをきちんと厳密に管理するということを決めました（スライド30）。つまり、最初は非常に多くの病院でSARSの患者を診ており、集中的な病院はなかったわけです。ですから、多くの病院は、この予防意識、予防の技術、そして講じた対策も不適當だったため、蔓延してしまいました。北京は最初、143の病院がSARSの患者を受け入れたわけです。そうすることによってこの病気が拡散していったわけです。ですから、政府は北京市に指示を出して、集中的に治療する18の病院をSARS治療の病院として決めました。

それから、各地域において問診、予防の問診をできる診断書を決めました。患者が見つかったら専門の救急車を呼び、まずその問診部というか、診療所に行って、疑似感染者であれば、先ほど言った18のSARSの治療ができる病院にこの患者を送ります。これは非常に重要なプロセスだと思っております。ある程度のベッドや、治療の規模の大きな病院を治療病院として決めました。

そして、中国の各市において、例えば飛行場や鉄道の駅で体温を計ったり、身体の異常がないか検閲を始めました（スライド31）。公共の場で消毒をするという対策も取っております。患者と密接な接触がある人に対しても管理を行いました。そうした技術的な基準は、全国的にSARSを抑制するいい結果を導いたわけです。密接に患者と接触した人たちは徹底的にそれを追跡調査をするということも行いました。

また、臨床と予防を密接に結びつけることも我々

が得た教訓ですけれども、病気を防ぐということに関して言えば、これは双方が密接に連絡を取り結び合っておらなければいけません。臨床の人間、例えばSARSの患者と密接に接触した人を管理しないで、患者を管理しているだけではだめなわけです。患者の発病が確認された後にその内容を申請されても、もう遅いわけです。その前に患者と接触した一般人がいるわけですから、病例を発見したら即座に疫学的な調査をし、規制に乗り出し、追跡調査をします。

それから河北省の五省は非常に病気が広がったところですから、この五省が連携してこの追跡調査を行い、蔓延を抑制したわけです。また、多くの財政の投入もしました。

そして、SARSの治療は、やはり技術水準がある程度ある病院にしか許可しません。10%は重症のSARS患者ですから、重症患者は集中診査、それからICU、呼吸器科、そうしたさまざまな部門と一緒に対策を講じることによってSARS患者を治療できます。この死亡率が低下しなければ社会に不安感を与えるわけです。ですから、ある程度の技術レベルのある病院でないとこの治療はもちろんできないわけです。

それから、技術能力の高い医療スタッフが辺境に行って技術的指導を行いました（スライド32）。中国31の省の衛生部はこの指導グループを派遣しました。山西省、内蒙古、SARSの治療技術が劣っているところ、浙江省、広西省も、専門家がそうした辺境の技術力の弱いところに派遣されて行きました。

そして、医療スタッフのトレーニングも行っていました。SARSに関する予防の知識も非常に手薄だったわけで、これも強化をしてまいりました。あらゆる医療スタッフを全面的にトレーニングをすることを目指してきました。

国際的、そして地域間の交流も強めてまいりました。国の科学技術部が率先して科学研究を行い、WHOの専門家も度々中国に足を踏み入れ、我々の専門家とともにこの委員会を組織し、各省に行き、指導・監督をし、この病気の蔓延防止に努めてきました。それから香港の専門家に北京に来てテレビ会議に出てもらい、全国に彼らの経験を語ってもらいました。そして、いろいろなメディアを通してSARSの知識を広めてまいったわけです（スライド33）。

これが2つ目です。

そして、3番目は、SARS予防の経験と教訓ですけれども（スライド34、35）、1つは、党中央と国務院が率先して法律によって管理を行います。そして大衆に頼り、またそれを抑制していきます。専門部門だけでは完全な抑制というのは期待できないわけです。ですから、国民の力も借りていかなければいけなかったわけです（スライド36）。この国民の意識、歴史上ではこんな国民が動員されて参加したことはなかったでしょう。多くの農民も組織を組み、外部の人間が来た場合、これを登記し、きちんと診断をしたわけです。こうした労働者ですけれども、夜、村にこっそり帰っても、奥さんが外から帰ってきただんなを入れず、まず、自分でその検査・検閲を受けてから家に帰って来なさいというような、非常に今までに見られなかったような現象が起こったわけです。

それから、情報の公開があります（スライド37）。長年来、中国の大陸の内地ではこんな感染症が広く拡散したということはなかったわけです。自然災害はたくさん起こっているわけですが、そういう意味では、SARSは比較的よく規制されたと思います。1991年に洪水が起きました。しかし、原因不明の疾病は、みんなにそういう考えが及んでいなかったということがあります。

それから、疾病予防のコントロールの能力が低かったです（スライド38）。それから、衛生に対する、SARSの流行以前にはこうした全国的な予防措置というのは行われてこなかったわけです。それから、農村部門の衛生作業はずっと手薄でした。衛生部は起草の要求も指導も不明確でありました。それから非常に最初の抑制のときにポイントをきちんと押さえた抑制をしていませんでした。原因がわからなかったわけですから、疫学的な研究をしたわけではなく、重点を、最初はこの症例を探しに行くことだけにかまけていました。病原体を探すことにかまけていたわけです。そうした原因不明の感染症があったら、まずは疫学的なこのメカニズムをきちんと押さえることが大切だということがわかりました。そうすることによって流行・蔓延を防ぐことができ、そして、次にこの患者を調査をするという順番になると思います。また、サーベイランスネットワークが余りに不健全でした。

それから医療機関の地域管理が実現されていなく

て、指揮が不統一でした（スライド39）。どこに何人症例がいるかを自治体が余り把握していませんでした。そして、国務院は各省の自治体を統一的に指揮しました。北京も、しばらくした後、北京市によって統一的に数字の管理がなされたわけです。ですから、医療機関が行政単位によって細かく分割されているというのは非常によくなかったということが言えます。

また、科学的で合理的な分担というののもなされていませんでした。また、専門的なトレーニングを受けていた医療スタッフも少なかったです。政府の財政投入も少なかった。それから、この法による監督というのがよくありませんでした。

それから農村における衛生作業がよくなされておらず、技術的には手薄でありました（スライド40）。

こうした経験は、今回のこのSARSによって経験した教訓であります。温家宝総理がこの会議でもよく言っていたことなんですけれども、社会経済の発展の不均衡性がSARSの蔓延をもたらし、公共衛生に対する投入が少なかったということを指摘しております。

今後の措置について申し上げます（スライド41）。SARSの流行ですけれども、今後、SARSに対してやっぱり我々は意識を高めてこれを管理していかなくてははいけません。記者等がSARSに対しての予測について私たちに質問してきます。私が思うに、SARSはもしかするとまた再発するかもしれません。現在、まだ原因がわからないわけですから、今は人と人の間の感染というのは一応なくなったわけですが、多くの科学者は動物がこの病原になっていると言っているけれども、どの動物かはわかりません。ですから、何か過ちを犯せば、もしかしたらまた動物から人に感染することがあり得ます。また、早期診断の手段がまだ不足しています。ですから、再発した後、ある一定の範囲内で蔓延する可能性があります。そうした、蔓延した後に発見をし、そして次に診断、診療するということになります。

しかし、我々は措置を講じますし（スライド42）、警戒を高めておりますから。今年の春のようにこれだけ大規模の流行をするということは考えられないと思います。もちろん、目下のところ、この完璧な薬も予防措置もないわけですが、ですから、

再発をした際にはまたある一定の死亡率というのが出る可能性があります。いい製剤もワクチンもないわけです。ですから、そういう感染する1グループは出てくる可能性があります。ですから、我々は前途を非常に厳しく見つめております。

しかし、こうした主なメカニズムというのはわかっているわけです（スライド43）。これは近距離の飛沫感染が引き起こすということです。ですから、今年、我々の経験を通して、インフルエンザやそれから結核やいろいろな病気の感染よりはいいのではないかと思います。

広州では、最初に治療した医療スタッフはみな犠牲になりました。しかし、後々医療スタッフはだんだん感染率が低くなってきました。換気がいい病院ですけれども、この病院はちょっと古くて、窓もきちんと閉まらないというような病院が、つまり、条件が悪いところが感染率が低くて、非常にその設備のいい病院、状態のいい病院、つまり窓がきちんと閉まると、隙間風が吹かないところ、そういう病院に感染率が高かったと。早期に患者との接触者を隔離するということが必要だということも感染症の一般的な対応と同じです。我々はそのなかの一部をきちんと規制してあげれば、そんなに大きくは、大規模には蔓延しないと思います。ですから我々は早期に発生源をきちんと押さえる、発生源をきちんと押さえれば蔓延しないということだけはわかっております。

時間の関係上で、これ以上多言を弄しませんけれども、公衆衛生の体制システムをきちんとつくるため70億人民元を投入しました。そうした感染症病院、それから救急病院、それから情報ネットワーク、そして予防コントロールチーム設立のために110億

人民元を投入しております。

各委員会と農村衛生の強化も現在行っており、今年の暮れにはこの計画を到達することができます（スライド44）。農村の衛生状況に関しては、この強化ですけれども、去年、國務院が決定を下し、農民の新しい医療保障制度を整備します。そして、今年からパイロットプラントを始めました。中西部の農民に対して一定の資金を投入し、農民自身も一定の資金を出し、さまざまなそうした医療ポイントをつくります。すべての農民がSARSにかかった、そういう疑いのある場合も含めてですけれども、皆無料で診断を受けることができることになっています。

それから法の強化管理として法の整備も行っています（スライド45、46）。

それから、SARSは予防可能の、そしてほとんどの病例・症例は治療可能な病気であると宣伝工作もしていきます。ですから、これをきちんと行っていくことが大事だということを宣伝していくわけです（スライド47）。

来年の財政予算ですが、医療衛生ですけれども、中央の予算のなかで中西部に対して70億人民元を投入しようと思っております。

それから、もちろん、全人類が共同してこの手を携えることによって予防ができます。国際的な機構、そしてほかの国と一緒に手を携えてこの困難な時期を乗り越えて、また中日両国の医療衛生関係者ともに協力し合い、ともにこのSARSの治療に努めましょう（スライド48）。

ありがとうございました。何かご質問があれば、私、いつでも答えます。

1/48

中国SARS 防治工作的经验与教训

中国SARS
予防と治療の経験と教訓

中华人民共和国卫生部副部长 王陇德
中華人民共和国衛生部副部長 王隴徳

スライド 1

2/48

内 容

- 中国内地SARS流行及其特点
中国国内SARSの流行およびその特徴
- 中国内地SARS防治重大措施
中国国内SARSの予防治療に関する重大な措置
- 中国内地SARS防治经验教训
中国国内SARSの予防治療の経験と教訓
- 下一步对策和措施
今後の対策と措置

スライド 2

3/48

一、中国内地SARS流行及其特点

中国国内SARSの流行と特徴

- 中国内地SARS流行概况
中国国内SARS流行の概況
- 中国内地SARS流行的时间分布
中国国内SARS流行の時間分布
- 中国内地SARS流行的地区分布
中国国内SARS流行の地域分布
- 中国内地SARS流行的人群分布
中国国内SARS流行の人的分布

スライド 3

4/48

一、中国SARS流行概况

一、中国におけるSARS流行の概況

- 从2003年2月8日卫生部收到广东省 报告第1例SARS病例（追溯第一例病例发生于2002年11月16日），到2003年6月22日中国内地累计报告5327例，死亡349例。
2003年2月8日衛生部は広東省から第一例SARS症例の報告を受けた（遡ると第一例SARS症例は2002年11月16日に発生していた）、2003年6月22日まで中国国内において累計5,327例を報告、死亡349例
- SARS流行涉及到中国内地24个省（自治区、直辖市）
SARSの流行中国国内24省（自治区、直辖市）に及ぶ

スライド 4

5/48

中国SARS流行概况--四个阶段

中国SARS流行の概況--4つの段階

- 疫情初发期：2003年3月中旬以前，中国内地SARS病例主要集中在广东省（占97%）。广西、湖南、四川、山西、北京等少数地区有输入-主病例。
発生初期：2003年3月中旬以前、中国国内SARS症例は主に広東省（97%）に集中。広西、湖南、四川、山西、北京少数地区では移入症例が見られた。
- 疫情扩散期：2003年3月下旬到4月底，北京及华北疫情迅速蔓延，病例急剧增加，4月28日确诊病例报告数达到峰值（203例）。
拡散期：2003年3月下旬～4月末、北京及び華北地方に急速に蔓延し、症例急増、4月28日SARS確定診断症例報告数はピークに達した。（203例）

スライド 5

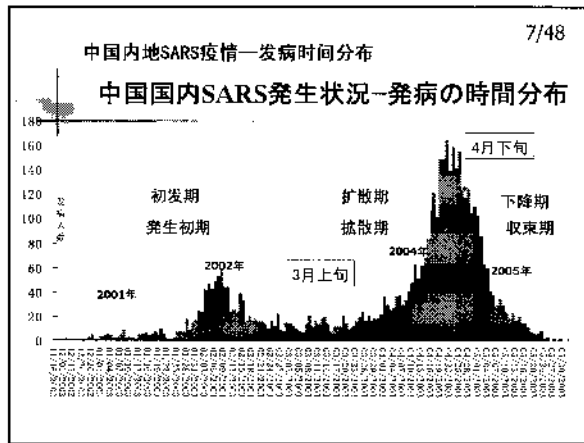
6/48

中国SARS流行概况--四个阶段

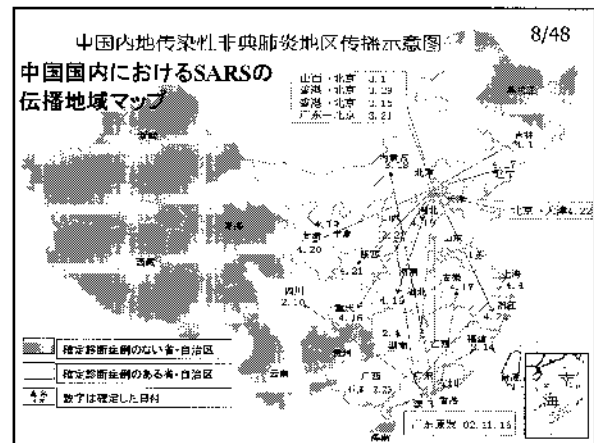
中国SARS流行の概況--4つの段階

- 疫情下降期：2003年5月到6月上旬，各种防控措施逐渐见成效，疫情稳步下降，5月上、中、下旬日均报告病例数分别为151、45、13例，6月上旬全国为7例。
収束期：2003年5月～6月上旬：各種抑制措置が機能した結果、SARS発生は着実に収束、5月上、中、下旬の1日平均症例数151、45、13例、6月上旬全国で7例。
- 疫情控制巩固期：2003年6月中旬以来，全国基本没有病例报告，WHO先后取消各地旅游警告和疫区，防治工作取得“阶段性”胜利。
抑制強化期：2003年6月中旬以降、基本的に全国における症例報告なし。WHOは相次いで旅行延期勧告と伝播確認地域指定を解除。予防・治療対策は段階的な勝利を得た。

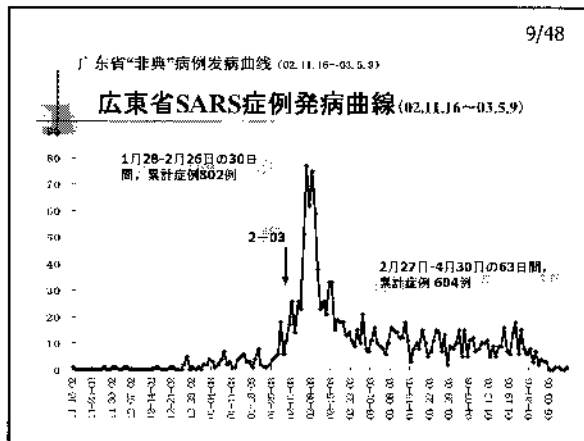
スライド 6



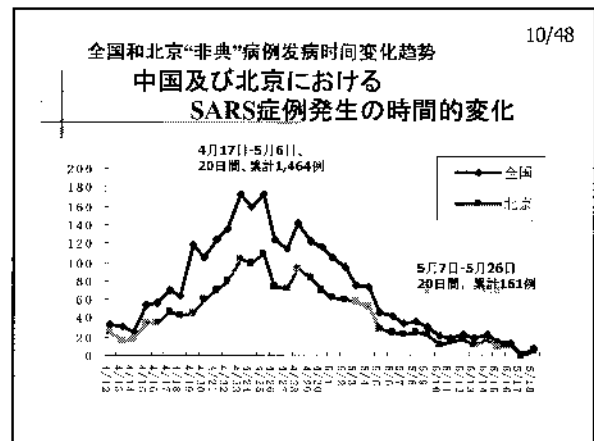
スライド 7



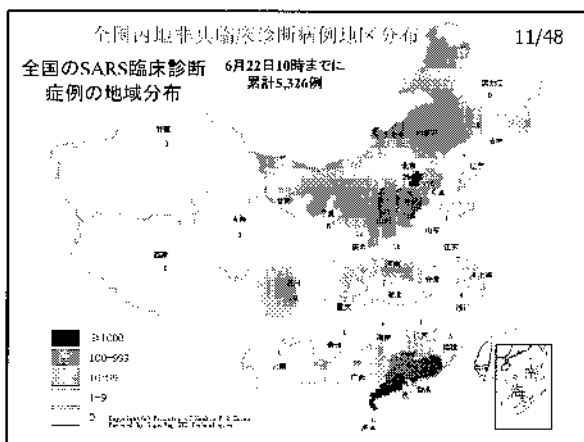
スライド 8



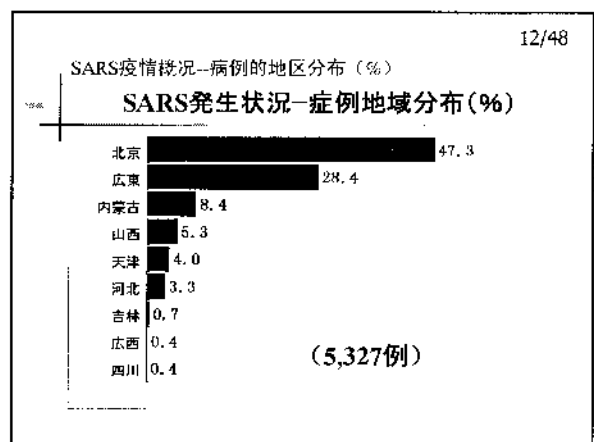
スライド 9



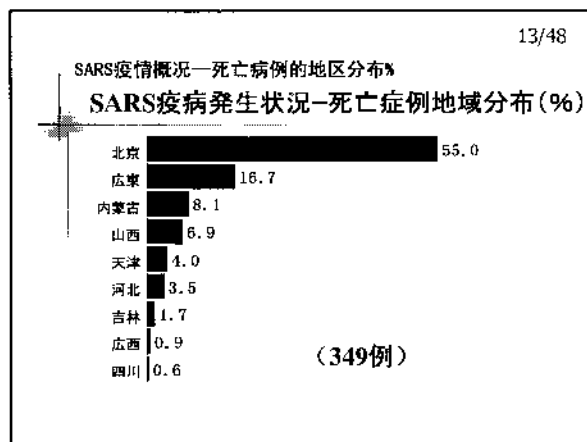
スライド 10



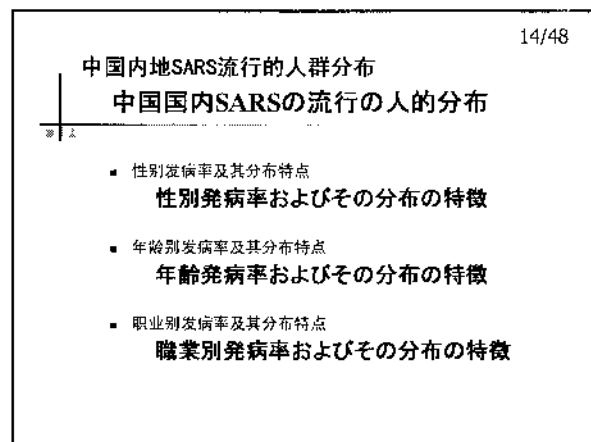
スライド 11



スライド 12



スライド 13



スライド 14

15/48

中国内地SARS病例—性別発病率

中国国内SARS症例—性別発病率

性別	発病者数	性別人口	発病率(対百万人)
男性	2,648	640,275,969	4.13
女性	2,679	602,336,257	4.45
合計	5,327	1,242,612,226	4.29

スライド 15

16/48

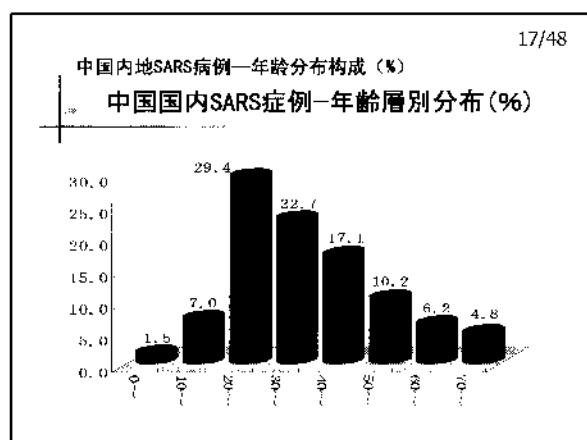
中国内地SARS病例—年齢別発病率

中国国内SARS症例—年齢層別発病率

年齢層	発病人数	年齢層人口	発病率(対百万)
0~	82	159,130,961	0.515
10~	375	228,427,798	1.642
20~	1,565	212,175,439	7.376
30~	1,211	236,461,593	5.121
40~	911	186,763,990	5.463
50~	545	109,674,575	4.969
60~	329	76,484,308	4.302
70以上	257	53,493,562	4.804

$\chi^2=956, P=0.000$ *51例の年齢の項目欠落

スライド 16



スライド 17

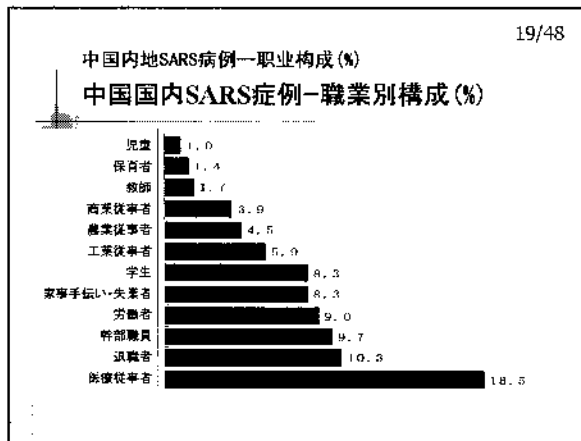
18/48

中国内地SARS病例—職業別発病率

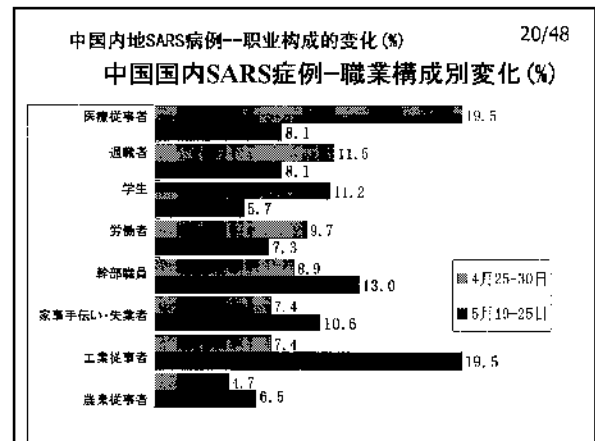
中国国内SARS症例—職業別発病率

職業	発病人数	人数	発病率(対百万)
医療従事者	983	(万) 430.5	228.3
退職者	939	4,347	21.6
学生	440	22,525	2.0
農業従事者	237	45,337	0.5
幹部職員	477	3,354	14.2
家事・失業者	440	7,385	6.0
商業従事者	208	6,460	3.2

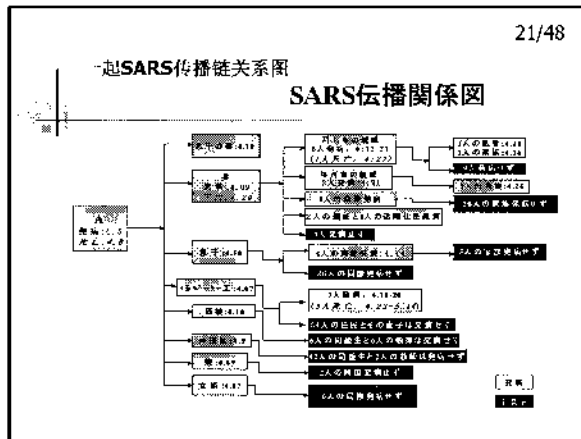
スライド 18



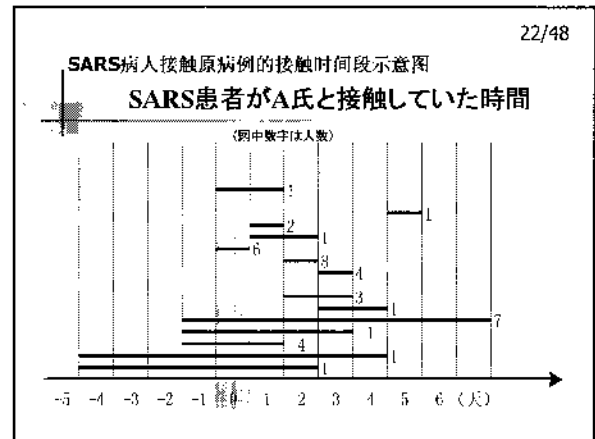
スライド 19



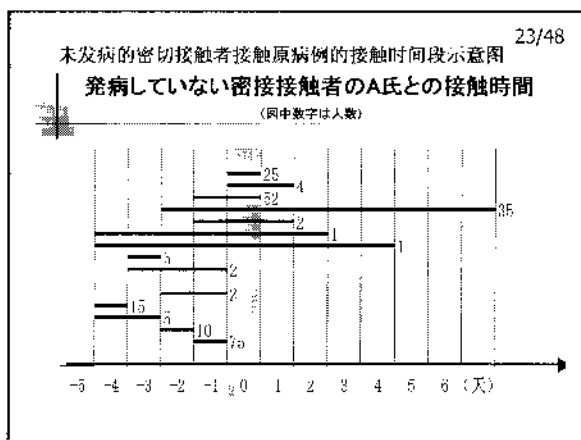
スライド 20



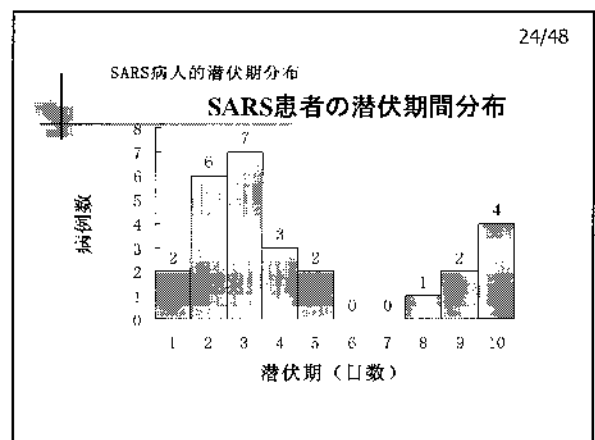
スライド 21



スライド 22



スライド 23



スライド 24

25/48

二、中国内地SARS防治的重大措施 中国内陸SARSの予防と治療：重大措置

- 党和政府直接领导，统一指挥
党・政府直接指導、統一指揮
- 全面加强预防，控制疫情蔓延
全面的予防強化、疫病発生の蔓延制御
- 全力组织救治，努力提高治愈率
全組織による対応、治愈率を高める努力
- 加强科学研究，开展国际和地区间合作
科学研究を強化、国際及び地域間の協力を展開
- 做好信息公开和健康宣传教育工作
情報公開と健康知識の宣伝教育活動

スライド 25

26/48

党和政府直接领导，统一指挥 党・政府直接指導、統一指揮

- 多次召开会议研究防治工作
会議の開催・予防と治療の研究
- 把SARS防治作为工作的重中之重
SARSの予防と治療を最重要課題とする
- 党和政府最高领导人深入疫区，指导防治工作
党・政府の最高指導者は伝染病の発生地区に深く入り、予防治療作業を指導

スライド 26

27/48

党和政府直接领导，统一指挥 党・政府直接指導、統一指揮

- 国务院成立全国防治SARS指挥部，吴仪副总理任总指挥，统一指挥、协调全国防治工作
**國務院全国SARS予防治療司令部を設立
吳儀副総理が総指揮
全国予防治療活動を統一指揮**
- 全国各级政府都相应建立了非典型肺炎防治工作领导小组
**全国の各レベルの政府はこれに呼応
SARS予防治療活動指導機関を設立**

スライド 27

28/48

全面加强预防，控制疫情蔓延 全面的予防強化、疫病の蔓延を抑制

- 将传染性非典型肺炎列入法定管理传染病，依照《传染病防治法》进行管理
**SARSを法定伝染病に指定
《伝染病予防治療法》に基づき管理**
- 国务院颁布实施了《突发公共卫生事件应急条例》
國務院《突発公共衛生事件応急条例》を發布し実施
- 卫生部制定发布了《传染性非典型肺炎防治管理办法》，把非典型肺炎防治工作纳入法制化轨道
衛生部《伝染性新型肺炎(SARS)予防治療管理法》の制定發布、SARSの予防管理活動を法制化の軌道へ

スライド 28

29/48

全面加强预防，控制疫情蔓延 全面的予防強化、疫病の蔓延を制御

- 完善疫情信息报告制度，所有地方和卫生单位都必须及时、准确通报疫情和上报疫情，绝不允许瞒报、漏报和谎报
疫病発生情報の報告制度の整備、全ての地方及び単位も疫病発生状況を時宜を逸せず正確に把握して報告、蔓延、虚偽報告、報告漏れは絶対あってはならない
- 狠抓关键环节，严防疫情传播
肝心なポイントを把握し、疫病の伝播を厳重に防ぐ
 - 及时集中救治病人
時宜を逸せず症例の治療に集中
 - 加强交通站点检疫，切断通过交通工具传播渠道
交通拠点の検疫強化し、交通機関による伝播を遮断
 - 严格对医院感染控制，严防医院内感染
病院内の予防作業を確かにし、院内感染を厳重に警戒
 - 及时对密切接触者进行医学观察和临床医学观察
直ちに密接接触者を隔離して医学的観察を実施
 - 建立信息通报与反馈机制
情報を追跡しフィードバックメカニズムを構築

スライド 29

30/48

全面加强预防，控制疫情蔓延 全面的予防強化、疫病の蔓延を抑制

- 建立临床与预防紧密结合、双向联动的应急工作机制，形成医疗与疾病控制密切结合的工作机制
臨床と予防を緊密に結合させ運動させた応急作業モデルを確立し、医療と疾病抑制が密接に接合した作業メカニズムを形成
- 建立华北五省市联防联控工作机制，加强北京周边地区防治工作，防止疫情传播蔓延
華北の5つの省区市は運動して防止抑制作業を行うメカニズムを確立し、北京周辺地域の予防治療作業を強化し、疫病の蔓延を阻止
- 加大财政投入，中央和各级政府近180亿元人民币用于SARS防治，并设立SARS防治基金，用于农民和城镇困难SARS患者的免费救治
財政投入増大、中央と各レベルの財政の約180億人民元をSARS予防治療基金を設立、農民や都市部町群の困窮SARS患者に対して無料実施

スライド 30

31/48

全力組織救治，努力提高治愈率

全組織による対応、治愈率を高める努力

- 積極研究中西医结合的有效医疗方案
漢方と西洋医学を結合させた有効な医療プランを積極的に研究
- 规范临床诊治标准，指导临床工作
臨床診断の治療基準を作り、臨床作業を指導
- 赴各地进行技术督导
各地に赴き、技術の監督指導を実施
- 注重医护人员的培训工作
医療スタッフの養成に注力

スライド 31

32/48

加强科学研究，开展国际和地区间合作

科学的研究を強化、国際及び地域間の協力を展開

- 組織科技攻关組进行病原学、诊断试剂、临床治疗方面研究
科学技術担当グループを組織し、病理学、診断試薬、臨床治療の分野での研究を実施
- 世界卫生组织专家多次来华，与我国专家共同探讨救治病人、控制疫情和查找病因方面的问题
訪中したWHOの専門家と国内の専門家が共同で患者の治療、疫病発生のコントロールや病因究明の分野での研究を実施
- 与香港、澳门特别行政区建立了非典型肺炎防治工作联系机制
香港およびマカオ特別行政区とのSARS予防治療作業連携メカニズムを確立

スライド 32

33/48

做好信息公开和健康宣传教育工作

情報公開と健康知識の宣伝教育活動

- 建立了疫情信息发布制度，如实时向社会公布实际情况，消除各方面的误解和疑虑
疫病情報の報告と告知の制度を確立し、社会に対し実際の状況を正確に公開し、各方面の誤解と懸念を排除する
- 利用各种媒体介绍防治非典型肺炎知识
各種メディアを利用し、SARSに関する知識を紹介
- 中央电视台联合开展专家分析疫情的电视直播节目
中央テレビと共同で、専門家が疫病発生状況を分析する生放送番組を展開

スライド 33

34/48

三、SARS防治的经验和教训

三、SARS予防・治療の経験と教訓

- 党中央、国务院的坚强领导
党中央と國務院による粘り強い指導
- 依法行政，规范防治
法に基づく政治と、規範に基づく予防治療を実施
- 依靠群众，群防群控
国民の協力を得た予防とコントロール
- 依靠科学，民主决策
科学に基づいた民主的な方策の決定
- 信息公开，政策透明
情報公開と政策の透明化
- 加强国际合作与地区间交流
国際協力および地域間交流の強化

スライド 34

35/48

SARS流行的教训

SARS流行の教訓

- 对重大传染病流行蔓延的严重危害性认识不足
重大な伝染病の流行・蔓延がもたらす深刻な損害に対する認識不足
- 突发公共卫生事件应对机制不健全
不完全な突発公共衛生事件への対応メカニズム
- 疾病预防控制体系能力差
疾病予防コントロールシステムの能力不足
- 卫生执法监督工作不到位
法に基づく衛生監督作業の未成熟さ
- 农村卫生工作薄弱
不十分な農村部での衛生作業

スライド 35

36/48

对重大传染病流行的严重危害性认识不足

重大な伝染病の流行・蔓延がもたらす深刻な損害に対する認識不足

- 一些传染病的暴发流行和重大食物中毒等突发公共卫生事件仍不断发生，对人民群众的身体、健康、经济和社会发展构成严重威胁
伝染病の爆発的な流行や重大な食物中毒等、突発公共衛生事件が絶えず発生しており、人民大衆の健康、経済と社会の発展に対して深刻な脅威となっている
- 对问题的严重性、危害性认识不足，重视不够，坚持预防为主方针落实得不好
問題の深刻性、危険性に対する認識と重視が足りず、予防を主とする方針の堅持が着実なものになっていない

スライド 36

突发公共卫生事件应对机制不健全

37/48

不完全な突発公共衛生事件への対応メカニズム

- 缺乏公开、透明的报告制度和监测网络
公開された透明な報告制度とモニタリングネットワークを欠く
- 医疗资源条块分割，没有实现属地化管理，导致指挥不统一，信息不畅通，反应不灵敏
医療資源が分割され、地域管理が実現されておらず、指揮の不統一、情報の遅滞、反応の鈍さを招く
- 疾病控制与医疗救治机构缺乏科学合理的分工合作
疾病コントロール機関と医療の救済治療機関との科学的合理的な分業、協力体制の欠く

スライド 37

教训-疾病预防控制体系能力差

38/48

教訓—疾病予防コントロールシステムの能力不足

- 疾病预防控制中心定位不准，职责不清：
疾病予防コントロール機関の位置付けが正確でなく、職責が不明瞭である
- 机构不少，功能不强：队伍庞大，素质不高
機関は少なくないがその機能は弱く、グループは膨大だが質が低い
- 设施陈旧，条件落后：防治脱节，缺乏合力
施設は古く、条件が劣っており、予防治療がちがはぐで協力体制を欠く
- 经费投入不足
経費の投入不足

スライド 38

教训-卫生执法监督工作不到位

39/48

教訓—法に基づく衛生監督作業の未成熟さ

- 卫生执法不严、监督不力的问题比较普遍
衛生に関する法の執行が甘く、監督が不十分である
- 多头执法、重复执法，有权无责，以罚代管的问题没有完全解决
法執行の多元化や重複、有権無責、罰をもって管理に替えるといった問題が未だ存在している

スライド 39

教训-农村卫生工作薄弱

40/48

教訓—不十分な農村部での衛生作業

- 农村医疗条件差，乡（镇）卫生院设施陈旧
農村部の医療条件は悪く、郷（鎮）の保健所、医院の施設は時代遅れである
- 从业的卫生技术人员中相当一部分缺乏必要的专业知识和技能
従事している衛生技術スタッフの相当部分は、必要な専門知識と技能が欠如している
- 政府对农村卫生投入不足，人均不到城市的四分之一
農村部の衛生に対する政府の投資は不足しており、一人あたり都市部の4分の1に届かない

スライド 40

四、下一步措施

41/48

四. 今後の措置

- 加强突发公共卫生事件应急机制建设
突発公共衛生事件に対する応急メカニズムの構築と強化
- 建立健全疾病预防控制体系
健全な疾病予防コントロールシステムの確立
- 加快农村卫生发展，改善农民卫生服务条件
農村部の衛生向上を加速し、農民に対する衛生サービスの条件を改善する
- 加强卫生法制建设，完善卫生执法监督体系
衛生法制を強化し、法に基づく衛生監督システムを完備する
- 狠抓落实，坚决防止SARS反复
SARSの確実な再発防止
- 广泛宣传，提高人民群众的的健康意识
広報活動による国民の健康意識の喚起

スライド 41

加强突发公共卫生事件应急机制建设

42/48

突発公共衛生事件応急メカニズムの構築

- 制定和完善突发重大公共衛生事件的应急预案
突発重大公共衛生事件への緊急対応案の制定・完備
- 建立畅通的公共卫生信息网络
スムーズな公共衛生情報ネットワークの確立
- 完善医疗救治体系
医療の救済治療システムの完備
- 组建应急救治队伍
緊急対応できる救済治療グループを組織

スライド 42

43/48

健全疾病予防控制体系

健全な疾病予防コントロールシステム

- 明確疾病予防控制機構的主要職責
疾病予防コントロール機関の主な職責の明確化
- 尽快提高各级疾病予防控制機構的能力
各レベルの疾病予防コントロール機関の能力の向上
- 加强专业队伍建设，規定准入标准
専門グループを強化し、その許可基準を規定
- 各级财政要保証必要的工作經費
各レベルの財政において必要な作業經費を保証

スライド 43

44/48

加快农村卫生事业发展

農村部の衛生事業の発展の加速

- 大力改善农村医疗卫生条件
農村部の医療衛生条件を改善する
- 深化乡（镇）卫生院改革，加强基层卫生队伍建设
郷（鎮）の保健所、医院の改革を進め、末端の衛生グループを強化する
- 积极建立新型农村合作医疗制度，增强农民抵御疾病风险的能力
新しい農村協力医療制度を積極的に制定し、農民の疾病リスク防止能力を強化する

スライド 44

45/48

完善卫生执法监督体系

法に基づく衛生監督システムの完備

- 強化卫生行政执法职能，改革和完善卫生监督执法体制
衛生行政の法執行の職能を強化し、法に基づく衛生監督システムを改革、完備する
- 改善卫生监督条件和技术手段
法に基づく監督の条件と技術手段を改善する
- 探索综合执法的有效方式
総合的な法執行の有効な方法を探索する
- 拓宽卫生执法领域
衛生に関する法執行の領域を広げる
- 修订《中华人民共和国传染病防治法》，制定和完善其他卫生法规
「中華人民共和國傳染病防治法」を改正し、その他の衛生法規も制定、完備する

スライド 45

46/48

狠抓落实，坚决防止SARS反复

SARSの確実な再発防止

- 认真做好今后非典防治工作，做好疫情监测工作
今後SARSの予防治療作業の予備案を真剣につくり、疫病発生状況のモニタリング作業を実施する
- 进一步把发热门诊和疫情监测点，加强对区域内传染病的预防和控制
さらに規範的に発熱に関する問診と疫病発生モニタリング地点を設置し、院内感染の予防とコントロールを強化する
- 严格执行疫情信息每日报告制度，医院要指定专人负责报告疫情信息
疫病発生状況を毎日報告する制度を厳格に実行し、病院は疫病発生情報の報告に責任を持つ専任者を指定しなければならない
- 坚持“四早”原则（早发现、早报告、早控制、早治疗）和“三戒”（戒掉诊断、戒掉治疗、戒掉隔离）方针
「四早」原則（早く発見し、早く報告し、早くコントロールし、早く治療する）と「三現場」方針（現場で診断、現場で治療、現場で隔離）を堅持する

スライド 46

47/48

广泛宣传，提高人民群众的健康意识

広報活動による国民の健康意識の喚起

- 电视台、电台和报刊等新闻媒体增加宣传卫生健康的栏目和内容；组织专家开展有关健康知识讲座
テレビ局、ラジオ局、新聞・雑誌等のマスメディアで衛生健康に関する項目や内容を増やし、専門家を組織して関連の健康知識講座を展開する
- 中小学教材增加清洁促进健康、爱护环境、文明生活等内容
小中学校の教材は、清潔が健康を促進することや環境の保護、文明的な生活等の内容を増やす
- 研究制定优惠政策，扶持农民改水、改厕、改灶，改善城乡居民的生活环境和卫生条件
農民の水道、トイレ、台所改良を扶助する優遇政策を検討して制定し、都市部と農村部の住民の生活環境と衛生条件を改善する

スライド 47

48/48

结束语

結び

- 中国卫生部十分感谢其他国家和国际组织在SARS防治和科研方面积极合作，共同攻克防治难关
中国衛生部はSARSの予防治療と科学的研究において諸外国および国際組織と積極的に協力し、共に予防治療の難関を克服したいと願っております
- 衷心祝愿中日两国的医疗卫生领域的医务工作者加强合作，增进交往，为中日两国人民的健康共同努力！
日中両国の医療衛生分野のスタッフが協力を強め、交流を促進し、日中両国民の健康のために共同で努力がなされることを祈念致します。

スライド 48

質 疑・応 答

櫻井常任理事 王先生、ありがとうございました。

大分時間が押しているんですけども、大変参考になるお話を伺いましたので、何かご質問等ありましたら、王先生にお伺いしたいと思います。所属とお名前をお願いします。通訳の関係もありますので、少しゆっくりめにご質問をお願いいたします。

薄田新潟県医師会理事 大変いいお話をお聞かせいただき、ありがとうございました。新潟県の医師会の薄田と申します。

たくさん聞きたいことがあるんですが、先生のお話しになったなかで、SARSコロナウイルスに対する抗体の関係を2点教えていただきたいと思います。

1つは、過去に取った血清が残っておりまして、それをお調べになったら、2001年のものでもかなりの抗体価、陽性の例があったということですが、その取られた人たちの、恐らく肺炎の集団ではないかと思いますが、どういう形の肺炎の集団だったのか。これをひとつお知らせいただきたいということ。

もう1つは、A氏、スーパースプレッダーの方でしょうか、この方に接触した方が発病した人と発病しない人がいるとおっしゃいましたが、発病した方それから発病しなかった方のその後の抗体価はどういうふうに上昇したか教えていただきたい。以上2点お願いいたします。

王講師 先ほど児童のその抗体の話をしましたけれども、これはまだ我々の初歩的な研究結果であります。先ほども異なったケースの抗体の状況を話しました。294人のうち呼吸器疾病の患者であります。そのうち、もちろん肺炎の患者も含まれています。しかしどのくらい含まれているのか、まだわかりません。

まず、1番目のスーパースプレッダーに関しては、基本的には彼らは非常に年齢の高い人、年配の方、そしてほかの慢性病を患っている、そういうような方が多いと思います。合併症を持っている方が多いと思います。それについて、また、いろいろな全国の血清のサンプルを集めている段階にありまして、

集まったところで全国で4か所で、シンガポールの例でもおわかりになると思いますが、実験室で感染した人もいますけれども、現在は全国の4か所でそういった血清を集めて、病例のデータバンクをまず構築したいと思っています。そして、そういった病例を分類して処理していこうと思っています。

一部の病例に関して、もしかしたら診断のプロセスにおいて問題があったかもしれません。しかし、また、一部の人に関してはこの診断に誤りがあったかどうか、それはまだわからないので、まずこの病例を集めて、そういった伝播のリンクに入っている人、患者本人、そして感染された人、こういった人たちのサンプルをまず集めている段階にあります。今、私たちは確かな診断手法をまだ開発していませんので、正確で非常に効果のあるそういうようなキットはまだ開発されていませんけれども、現在、中国国内では研究を急ピッチで進めています。ドイツのキットは、現在、いいと思われていますけれども、しかし特異性と感受性に関しては、まだドイツ側から伝わってきていません。そういったほかのサンプルを全部集めて疫学、また臨床学、またエックス線、そしてCTなどのサンプルを全部集めて、そして照合して、そのキットですね、試薬をつくっていききたいというふうに思っています。今はまだそういう段階にあります。

櫻井常任理事 どうもありがとうございました。また研究の成果がまとまりましたら教えてほしいというところだと思います。

もう1人ぐらいどうでしょうか。所属とお名前をお願いします。同時通訳のことがありますので、なるべくゆっくりご質問をお願いいたします。

馬原徳島県医師会常任理事 徳島県医師会の馬原と申します。王先生、中国衛生部の皆様、広大な中国大陸でこれだけの感染症を克服されましたことに、心より敬意を表すものであります。

私の質問は、1つは、SARSウイルスのオリジンについてであります。恐らく、中国大陸から発生したウイルスであろうということで、中国のこの方面での研究成果が期待されているわけですが、現在までにわかっている点がありましたらお教えいただきたいということです。

もう1点は、農村部の医学教育に今後力を注ぐというようにお話をいただきましたけれど、そのなかでハクビシンを初めとしたアニマルに対するコント

ロールを新型インフルエンザ対策も含めまして、ちょっとお教えていただけたらと思います。

王講師 SARSの発症源ですけれども、どこから来たのかということに関してもハクビシンのなかでコロナウイルスが見られたと報道がございます。しかし、別の報道では、ないと言っています。だから、マスコミもよくわからないところがありますけれども、肯定されたり否定されたりと、検出したか否かは別として、これは可能性としてはあり得るわけです。

我々は、現在、広東省、広西壮族自治区に、2つの省に行ったわけですが、もともとの初めの病例、初めの初期病例ですけれども、今は追跡調査を行っております。そして、初期的な病例の最初の10日間の状況に対して追跡調査を行うと、そしてあらゆるその患者と接触したものの、人、どんな動物に接触したのかということを調査すると、現在のところは、広西壮族自治区では、最初の初期的な病例ですけれども、外出はしていないと。広東省から感染したわけではなかったわけです。

では、これはどこからこの感染を来したのかということですが、我々は、現在、分析をしています。この人たちの周りの自然環境がどうかということを我々は調査しています。ほかの動物と接触しなかったか、また動物の標本の収集も行っておりま

す。動物に関しての血清の抗体についての調査も行っております。

次の農村部の、人材的な教育ですけれども、我々、教育司においてもしており、現在、相談しているわけですが、農村と都市のさまざまな格差は非常に大きいわけです。ですから、医科大学の卒業生を農村に派遣してそこでずっと仕事をしてもらうというのもちょっと哀れです。また、そうした若者はそこで結婚ができるのか、子どもが生まれたらそこでいい教育が受けられるのかというような、将来の心配がまたあるわけですから、こうした問題をいかに解決するかということに関しては幾つかの措置を講じます。あらゆる都市の医療関係者は必ず農村に行って1年間仕事をしなければならないということを決めました。1年間農村に行っていないという人は、昇進はできないということを定めました。

また、一定の学校で、農村から来た人に対してある程度補助金を出して、ある都市に来て医療専門学校に行って、それからまた農村に帰すということもしております。いずれにしろ、農村の医療技術を高めないといけません。農村で幾ら家を建ててそれを裕福にしようとしても、医療技術が整わない限り、これはまた危ないわけです。これは非常に重要な問題だと我々も思っております。

報告・協議

1. 今冬における一般医療機関での重症急性呼吸器症候群（SARS）への対策

日本医師会常任理事

雪 下 國 雄

担当理事をしております雪下でございます。私のほうからご報告申し上げて、今、櫻井常任理事から言われたように、できるだけ質問に答えるようにいたしまして、話を進めていきたいと考えております。

私は今年の冬における一般医療機関での重症急性呼吸器症候群、いわゆるSARSへの対策ということでお話を申し上げようと思っております。

まず、第1回目のこの対策協議会を今年の5月14日に開催させていただきました（スライド2）。そのときに、今春のSARS対策、これは『日医ニュース』にも入れさせていただいておりますが、ポスターの作成と、それから一般医療機関におけるSARSへの対処指針というもの、これをつくらせていただいて、外来での対処指針並びに入院患者で疑いのある患者が出た場合の対処指針と、この2つの対処指針を挙げさせていただいたわけですが、厚生労働省の指針にもありますように、できるだけSARS対策について医療機関の協力をお願いしたいということで呼びかけたわけであります。

これはそのときにつくって先生方に外来に張っていただいたポスターであります（スライド3）。かからないためとか、広めないためということで、このポスターを使っていたのだと思っております。

幸いにしてSARSの発生はなかったわけですが（スライド4）、しかし、現場の医療機関から、実際、SARSが起こった場合に、この無防備の状態では何ができるのか、むしろ、SARS患者の拡大につながったり、あるいは医療現場はみんなSARSにかかってしまってパニック状態になると、そうなった場合どうするかというようなご心配・ご指摘をいただきました。また、一部からは、SARS患者への

診療拒否の声が出てきたというようなこともございました。

その時点におきましてはいわゆる指定の医療機関、これは特定と第1種という、陰圧式の閉鎖型の病室が必要だということでした。当初、それをこだわりましたので、そのなかのベッドの不足、外来対応の不足など、いろいろなことが目に見えて明らかでありまして、特に、第1種感染症指定医療機関につきましては10の都府県、13病院24床しかないというのが現状であります（スライド5）。

また、搬送体制につきましても、もう数年前からこれは何とか整備していただくようにという要望をしておりましたが、現実問題としては、その搬送体制は全くの不備の状態にありました。

そんなことを踏まえまして、本年5月に、現場はどうなっているのか、実際どういう状態にあるのかということで、都道府県医師会に対しアンケート調査をさせていただきました。そのなかで主なものを幾つか、その結果を申し上げますと、一般市民からの初期の電話対応を保健所がまずすると答えられたのは、46都道府県であります。1県を除いて、保健所が電話相談は対応するとなっております。そのほかSARS独自の窓口をつくったということがありましたが、一般医療機関で対応するというのが31県ありました（スライド6）。

外来診療を受け入れる医療機関、これについてお尋ねしましたところ、感染症指定医療機関、すなわち特定と第1種、第2種を含めまして対応しているというのは12県でした（スライド7）。あとはそのほかに外来診療受け入れ可能医療機関をつくって対応するというのが25県ございまして、トータルにしますと527か所。これは公にされていない84医療機関もありますが、527か所で何とかSAR

Sの外来を受け入れる体制を整えているというか、受けざるを得ないため受けてもらっているという結果でございました。

その外来診療受け入れ可能医療機関527か所、これは感染症指定医療機関のほかということですが、国公立の病院、あるいは日赤、済生会、厚生連等公的病院、大学も入れましてこのくらいの数ですが、その他、民間の病院が60か所というお答えをいただきました（スライド8）。

公表しているかどうかと尋ねましたところ、市民に公表して受けているというのが30都道府県でございます（スライド9）。公表していないが医療機関に伝えているというのが5県。公表していないけれども、都道府県等地域医師会は把握しているというのが12か所でした。

それでは一般医療機関で、感染予防体制の整備はどんな形でなされているのかというお尋ねをいたしましたところが、都道府県がマスク等そういうものを支給しているというのはゼロでした（スライド10）。都道府県が補助金を出しているというのは、わずかに1県のみです。都道府県医師会として対応しているというのが9県、医療機関が独自に対応しているというのが大部分の42都道府県でした。

それを踏まえまして、春に出した日本医師会としてのSARS対策に付け加えてこの7月の段階で少しまとめて皆さんにご報告しようということで、『日医ニュース』の7月5日号に出させていただきました。

この主なものを申し上げますと、SARSが疑われる場合の対応と、SARSとはわからないで医療機関に来てしまった場合と、2つに分けて対応させていただくということにいたしました。

まず、SARSが疑われる場合の対応といたしましては（スライド11）、まず第1に電話相談の指示をしていただくということです。これは38℃以上の発熱や咳、息切れとか、10日以内にWHOで指定した流行地域から帰国した人、またはその帰国した人と濃厚な接触があったという患者さんは、必ず事前に最寄りの保健所あるいは医療機関に電話で相談をして指示を受けていただきたいということで、これが電話相談です。

2つ目としましては（スライド12）、初期対応医療機関を紹介しまして、そこにまず行っていただくということです。これは外来で初期対応医療機関に

行っていただくということを勧めるということです。先ほど申し上げました527か所というのは、大体2次医療圏に1つから2つという数で、患者さんにとってはもう少しあったほうが便利かと思いますが、一応、2次医療圏に1つか2つで何とか対応していただくということでもあります。

知らずに来院した患者のなかにSARSの疑いで可能性例を診断した場合（スライド13）、外来の来院名簿を整備して経時的につくっておくことです。これは接触者についてのフォローを後でするに当たって必要になってきますので整備します。それから、速やかにその患者を個室へ隔離して保健所に報告をし、その先は保健所からの指示を受けるということです。

診療側の対応としましては（スライド14）、当然のことながら、二次感染の拡大防止に努力していただくために外来部門をまず閉鎖して、消毒していただきます。あるいは、マスク、手袋をつけていただき、エアコンを止めていただきます。接触感染のおそれのある外来患者、先ほどの名簿から推定される人については10日間をフォローします。あるいは接触した医師・看護師等の健康管理に当たります。そんなことを、その次元においてはお願いしたところであります。

消毒法につきましては（スライド15、16）、6月5日号の日医ニュースでお知らせしてあるとおりでありまして、手指の消毒、あるいは部屋についての消毒、ベッド・マットの問題、あるいは感染性廃棄物の処理、そういうものを厳重に行っていただきたいということです。これは5月の時点で申し上げたとおりであります。

それと同時に、今の一般外来における現状というものを国に強く申し上げていこうということで（スライド17）、既に生物兵器テロ対策のときに強く要望してまいりました第1種感染症指定医療機関を早急に整備してほしいと要望しました。これは先ほど申し上げたとおりでありまして、10の都府県でしかされておりません。これは法律で各県に少なくとも1か所指定して整備するということになっているのですが、一向にそれが進んでいません。それから、重症感染症患者の搬送体制を整備してほしいことや、あるいは、ワクチンの開発その他についての必要な検査機関としてBSL4（P4）施設を整備してほしいということを、要望していたところで

あります。今度、SARS対策として、さらにそこに付け加えて、ワクチンや診断キットを早期開発・製造してほしいということ、対応する民間医療機関への補償、補助の問題を付け加えて要望しました。

また、そのころSARSを契機に感染症対策の見直しをしようということで開催されておりました厚生科学審議会感染症分科会においても（スライド18）、今の現場のSARS対応といいますか、その現状はこういうものなので何とかそこに力を入れてほしいということを、何度も強く申し上げました。本日臨席の岩本先生、岡部先生も同じ委員会に出られて、脇のほうから援助していただき、その提言のなかに次のようなことを書き込ませていただいたということでもあります。

この新感染症、重篤な感染に対する対策の強化、これは国の役割の強化のなかで、特に、当初この提言になかった「重篤な感染症に対する医療体制」に次のことを強く要望して入れてもらったということでもあります。

この「重篤な感染症に対する医療提供体制」というのは、初め、この提言にありませんでした、この枠を入れてもらって、それで次のようなことを強く要望して入れてもらったということでもあります。

「国は特定感染症指定医療機関、都道府県は第1種感染症指定医療機関の確保について、より一層の努力をすべき。また、国は第1種感染症指定医療機関の指定を促進するため、都道府県への支援の強化等を図るべき。」ということが1つであります。

2つ目は（スライド19）、「重篤な感染症が発生する危険性が生じた場合には、感染の疑いのある者を対応可能な医療機関に誘導する体制を整備するとともに、これらの者が一般の医療機関で受診することも想定し、二次感染防止対策やそのための支援についても検討が必要。」ということでもあります。

それと同時に、これは検疫対策の強化を図ってもらうということで（スライド20）、検疫所における医師の診察、これはご承知のように現在までは1類感染症とコレラと黄熱に限定されていましたが、特に病原体の不明な新感染症等については、検疫所において医師の診察ができるようにすべきということと、もう1つは、感染が疑われるものに対しては、重篤な感染症に感染している疑いがある入国者について、一定期間、検疫所に対して体温などの健康状態を報告することを義務付けるべきだということでも

あります。もう1つは、重篤な感染症に対する出国時の健康状態の確認ということ。これはいろいろとプライバシーの問題等があって、なかなか困難な面もあるという議論もございました。

そんなことを提言のなかに入れていただきまして、ご承知のように予定どおりいけば、明日（10月9日）、参議院を通過し、法制化されるということでもあります。

それを踏まえまして、本日は今年の冬の具体的なSARS対策をもう1回見直して先生方に申し上げようと思います。

その第1は、医療機関における初期の診療体制の整備です。これは先ほど申し上げました7月の段階で日医の方針を申し上げたわけですが、それに上乗せする形で考えていただければと思います。

医療機関における初期診療体制の整備としまして、SARS外来診療受け入れ医療機関があります。これは、日本医師会で調べました527か所、それにその後でも手を挙げていただき対応していただける医療機関に対しては、SARS外来診療にかかわる感染防止のためのマスク等の確保としては40万円、それから外来診療にかかわるSARS専門診療室、セパレートされた診察室を確保するというに50万円、合計いたしまして90万円を、今年の臨時対応といたしまして予算化していただいたわけであります（スライド21）。

また、このいわゆる初期診療体制をある程度恒久的なものにしようということで、国において来年度の予算に1施設約1,500万の補助をしていただくということで予算を申請していただいているところで

2つ目が、一般医療機関における初期診療体制の整備です（スライド22）。これは先ほどから申し上げているとおり、突然知らずに一般医療機関を訪れてくるSARSの疑いの人がいるわけです。ここで診療するということではありませんが、これを初期診療体制医療機関に搬送します。あるいは、入院がすぐ必要な場合には感染症指定医療機関に搬送するというので、搬送体制の最低限の装備ということになります。日本医師会から、本日先生方のところに資料としてお配りしていますN95マスクとガウンと手袋を3点セットにしまして、都道府県医師会と郡市区の医師会まで各10セットずつ準備させていただいたところでもあります。もちろん、呼吸器

を専門にしておられる先生方のところに前もってそこに配布しておくなど、それは郡市区医師会にお任せしているところであります。

また、国も、日医でセットした3点セットについて100セットずつ各保健所へ配置してくれるということになりました。それは各郡市区医師会あるいは医療機関等々、配置についてはいろいろと相談のうえ、配置していいということで、保健所に100セット置かせていただきました。あるいは学校医の先生が学校での対策、その他老人施設等での嘱託をやっておられる先生方など、そういうところでの対応につきましては、これはそのどちらかを使っていたきたいと思います。そういうことで、まず対応していただくということでもあります。

しかし、これはどこに起こるかわかりませんし、どの程度起こってくるかわからないわけですから、蓋然性が高まり、あるいは程度によっては応援体制をすぐに力をそちらに重点的に傾けるため、日本医師会でもマスク等の確保をしているところです。今のが一般医療機関に対する装備です。

2つ目としましては、これは本日のご講演にもございました国民向けのSARS医療情報の徹底です。国民に何とか理解していただき協力していただかなければならないというのは、これは日本の国でも全く同じでして、これは国にも強くこの徹底を図り、あらゆるメディアを使ってのPRに努めていただくことをお願いしているところですが、日本医師会においても、あるいは都道府県医師会、郡市区医師会においても、そのPRを国民に対してしていただきたいと思います。

例えば、咳・高熱の患者はマスクをまず使ってほしいということです。これは町を歩くときでもどこでも、咳が出る人、あるいは熱のある人は、マスクを使い、なるべく外出しないのが原則であります。特に、医療機関を受診するときには、咳・高熱の患者は必ずマスクを使って来てほしいということです。あるいは、特に65歳以上のインフルエンザ予防接種は、一昨年より2類として法制化されていますので、接種率をもっと上げ、まだ35%くらいしか実施されておりましたが、少なくとも70%、できれば集団の発生も防げる程度ぐらひは接種して、インフルエンザとの混乱を避けるよう国民に向け情報を提供しながら協力してもらうということです。

3つ目は、医師向けの情報の提供ですが、やはり

これがいちばん大切なところであります（スライド24）。先ほど、いちばん初めの発生におきましては30%くらいが医療関係者の感染で、その後、40%とも50%とも言われました。しかし、その後は医療機関での発生は、先ほどの報告でも落ちているということがあります。もちろん医者自身の医療関係者の認識といたしますか、そういうものが強まってだと思えます。

また、ご承知の通りアウトブレイクの後、医師1人が、これが海外に出まして、そこから各国に発生を起こしています。あるいは、今年（2003年）、先生方も覚えておられるように、台湾の医師が日本に来て大問題を起こしたというようなこともありまして、医師がしっかりSARSについて理解していただいて国民をリードしていただかなければいけないわけで、これには強く力を入れてまいろうと思っています。医療関係者につきましては、少なくともインフルエンザの予防接種はなるべくして、医療施設をインフルエンザについてもうつらない、あるいはうつさないという場にしていこうということが第1であります。

2番目としましては、SARS情報に耳を傾けてほしいということです。これは『日医ニュース』にも書いておりますし、これは意外と知られておりませんが、感染症危機管理対策室におきまして、「日医感染症・食中毒情報」というのを日報で毎日出しております。これは主に日本医師会から都道府県の感染症危機管理担当理事の先生、あるいは郡市区医師会の理事の先生を通してのネットワークからの情報、また感染研、厚生労働省、検疫所からの情報をまとめて、日報にしているわけです。今度のSARS対策につきましては、その冒頭にSARS情報というものを原則毎日まとめて提供しようと考えておりますので、少なくとも役員の先生方にはそれに目を通していただくということをお願いしたいと思えます。

それから、「感染症の診断・治療のガイドライン」は、厚い本をつくっているわけですが、SARS知識の習得ということで、本日、先生方のお手元に入っていますが、そこに追補としまして、「重症急性呼吸器症候群（SARS）」について、これは国立感染症研究所の岡部先生に大変わかりやすいものを書いていただき、『日医雑誌』に掲載いたしました。16万に及ぶ会員の先生方の手元に必ず届いており

ますので、ガイドラインのなかにはさんで利用していただく等、ぜひともそれだけは読んでいただければと思います。

それから、本日も入っております都道府県医師会への通知。これは前回の5月で既に、1つの冊子になるほどの通知をまとめさせていただきましたが、そのほかにも通知がどんどん出て、少しうるさ過ぎるということもありますけれども、必要なのは全部通知として先生方のお手元に出させていたでいていところ、同じものが日医ホームページにも出ております。

また、本日も資料に入っておりますと思いますが、市民公開講座の際に作成した『海外旅行と感染症』という小冊子がありますが、そのなかに追補としてSARSの項を入れさせていただきました。

4番目としまして、講習会等の開催です。本日開催させていただいておりますこの対策協議会は、川名先生、王先生に講演いただいているところであります（スライド25）。このほかに来月もう1回、「中国におけるSARSの予防と治療に関する報告会」を開催させていただきます（スライド26）。これは11月5日に決定いたしましたので、また後ほど先生方にご通知申し上げます。これは中国で実際にSARSの治療に当られました中日友好医院副院長の劉曉勤先生、それからその教授をされております劉鵬先生にその経験についてお話していただくのと、「中国におけるSARSの看護管理」というテーマで、同じくその病院の李秀華看護部長にご講演をお願いしております。これは看護師さんの問題もありますので、看護協会にも声をかけて来ていただこうと思っておりますが、そんなことで報告会を開催させていただくつもりでありますのでまた先生方のご参加をお願いします。

インフルエンザ対策としまして、もちろん、インフルエンザ対策を強化しなければいけないということは本日講演の両先生方の話にもございました。今年は、それを強化を図るということを念頭に置き、これはインフルエンザ対策のワクチンをどのくらいつくるかという委員会もあるわけですが、そのなかで2つの基礎調査といいますか、基礎研究によって、1,470万本、これは、現在、メーカーがつくれる最大の数ということですが、これをつくらせていただくということになりました（スライド27）。

一応、これは1mlのものを1人1本使うという

計算で1,470万本用意させていただきました。昨年は、1,040万本で、昨年に対して1.4倍、約4～5割増しということをつくっております。昨年も結局は余ったのですが、東北のほうで一時足りないというような訴えもありましたけれども、今年はそのようなことのないように、各都道府県に対しても、各医療機関に対しても、あるいは卸業者に対しても十分それを配慮してもらいたいという通知を2～3日前に出させていただきました。

高齢者につきましては、先ほど申し上げました、平成13年度に制度ができて27.5%が、平成14年度35.3%に増えてましたが、今年は一応70%程度、大体本数にして200万本くらいの増加を見込んでこの数を算定しています。

ワクチンの接種につきましては、個別接種になったり、ワクチンの効果というものを余り感じなくなってきたということもあり、インフルエンザ以外にも、法的な枠組みのなかでも麻疹の接種、あるいは風疹も接種率が落ちてきてまして、いろいろ問題を起こしておりますので、国民へのPRをしていかなければいけないということです。また、医療関係者への接種は先ほど申し上げたとおりです。

先ほど申し上げましたこの「日報」というのはこういう形で出ているわけですが（スライド28）、これはたまたま1145号というので、昨年（2002年）6月4日号で、ワールドカップサッカーを日本でを行いましたときに、その対策本部を日本医師会内に置き、関係の都道府県医師会から毎日報告を受けるということを、3か月間くらいやらせていただきました。これにならしまして、今年も11月から対策室のなかにSARS対策本部を設けてまして、いろいろな対策、強化に努めていこうと考えております。

先ほど申し上げましたこの感染症情報ネットワーク、日本医師会のネットワークは感染症危機管理対策室をセンターにいたしまして、都道府県医師会に感染症危機管理担当理事という先生方に登録をしていただいて、ここにネットがつながるようになっております（スライド29）。またこれが郡市区医師会に感染症対策担当理事というのがおられまして、ここにつながっていったら、各医療機関につながることになっております。日本医師会からの通知は、普通は都道府県から郡市区医師会にまわりますが、緊急を要する場合は郡市区医師会にも通知が出たりするわけでありまして、またこの両方からいろいろ双

方向的に情報をいただいたもの、そういうものを「日報」として入れているわけであります。

この医師会のネットワークのほかに、厚生労働省との特別のネットワーク、情報をもらえるような仕組みもできておりました（スライド30）、国立感染症研究所にも、ワールドカップサッカーのときには各医療機関からの問い合わせに答えるホットラインをつくっていただき、いろいろわからないところの質問等に答えていただきましたが、今回もそのホットラインをつくるつもりであります。

こんなことで、都道府県と都道府県医師会、市町村と郡市区医師会、こういう形でもっと広がった全体的なネットワークを通して危機管理体制を本部で整えていこうと思っております。

もちろん、先生方からそんなところで対応ができ

るのかというお叱りを受けるかもしれませんが、まだ平時といいますか、まだSARSが起こっているわけでありませんので、もちろん、その蓋然性が高まれば、その高まった程度にあわせ、日医としましても、あるいは郡市区、都道府県の医師会としましても、そこに重点を置いて、対策をそこに集中して封じ込めをしていこうと考えております。国民の安全といいますか、国民が安心をするため、我々、医療に与えられた任務というものも重大だろうと考えております。もちろん、先生方の安全、これも第一に大切でありまして、そういうところを踏まえて万全を期していきたいと思いますので、先生方のご協力を賜りたいと思います。

私のほうから報告をさせていただきました。ありがとうございました。

感染症(SARS)危機管理対策協議会

今冬における一般医療機関での 重症急性呼吸器症候群(SARS)への対策

平成15年10月8日(水)
日本医師会館小講堂

日本医師会常任理事
感染症危機管理対策室長
雪 下 國 雄

スライド 1

感染症(SARS)危機管理対策協議会

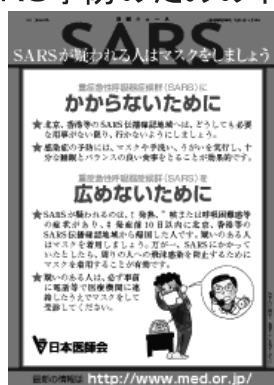
平成15年5月14日

今春のSARS対策(日医ニュース5月20日)

- ・ポスターの作成
疑いのある人のマスク使用→受診
事前にマスク使用して受診
 - ・一般医療機関におけるSARSへの対処指針
 1. 外来での対処指針
 2. 入院患者で疑いのある患者が出た場合
の対処指針
- 積極的SARS対策への参加を呼びかけた

スライド 2

SARS予防のためのポスター



スライド 3

・幸いにしてSARSの発生はなかった。

・しかし、現場の医療機関から、無防備でのSARS患者(疑い例、可能性例)を診察することは、患者の拡大につながる。医療現場はパニック→医療機関の閉鎖

＊一部ではSARS患者診療拒否がさげばれた。

スライド 4

- ・指定医療機関(特定、第一種)の不足
(ベッド不足、外来対応不足)
- ・第一種感染症指定医療機関
(10都府県、13病院24床)
- ・搬送体制の不備

スライド 5

重症急性呼吸器症候群(SARS)に 対する診療提供体制

平成15年6月3日現在

- I. 一般市民からの初期電話対応
 1. 保健所に対応.....46
 2. SARS独自の行政窓口で対応.....14
 3. 感染症指定医療機関等特定の医療機関で対応
.....17
 4. 一般医療機関で対応.....31

(複数回答)

スライド 6

重症急性呼吸器症候群(SARS)に 対する診療提供体制

平成15年6月3日現在

II. 外来診療受け入れ医療機関

1. 感染症指定医療機関(特定、第一種、第二種)で対応している・・・12
2. 感染症指定医療機関(特定、第一種、第二種)と、外来診療受け入れ可能医療機関で対応している・・・25
計 527か所(未公表84)
3. 特定の医療機関に集中させる方法はとっていない・・・8
4. その他・・・3

(複数回答)

スライド 7

重症急性呼吸器症候群(SARS)に 対する診療提供体制

平成15年6月3日現在

外来診療受け入れ可能医療機関527か所(未公表84)
の内訳

- a. 国立病院 48か所
- b. 県立病院 66か所
- c. 市町村立病院 131か所
- d. 日赤、済生会、厚生連、労災病院等病院 106か所
- e. 大学病院 32か所
- f. その他民間病院等 60か所

スライド 8

重症急性呼吸器症候群(SARS)に 対する診療提供体制

平成15年6月3日現在

III. 外来診療受け入れ医療機関の公表

1. 市民に公表している・・・30
2. 市民には公表していないが、医療機関に伝えている・・・5
3. 公表していないが、都道府県(地域)医師会では把握している・・・12
4. 公表していないし、都道府県(地域)医師会でも把握していない・・・2

(複数回答)

スライド 9

重症急性呼吸器症候群(SARS)に 対する診療提供体制

平成15年6月3日現在

IV. 一般医療機関での感染予防体制の整備

1. 都道府県(行政)がマスク等を支給している・・・0
2. 都道府県(行政)が補助金を出している・・・1
3. 都道府県医師会として対応している・・・9
4. 医療機関が独自に対応している・・・42

(複数回答)

スライド 10

日本医師会のSARS対策

日医ニュース(7月5日号)

1) SARSが疑われる場合の対応

①電話相談の指示

38℃以上の発熱やせき・息切れがあり、10日以内にWHOの指定する流行地域から帰国したか、または10日以内にSARS患者と濃厚な接触があった患者は、必ず事前に最寄の保健所あるいは医療機関に電話で相談し、指示を受けること。

スライド 11

日本医師会のSARS対策

日医ニュース(7月5日号)

1) SARSが疑われる場合の対応

②初期対応医療機関の紹介

電話相談を受けた医療機関は、初期対応医療機関を紹介し、受診をすすめる。

スライド 12

日本医師会のSARS対策

日医ニュース(7月5日号)

- 2) 知らずに来院した患者の中でSARS(疑い例・可能性例)を診断した場合
- ① 外来来院患者名簿の整備(経時的)しておく
 - ② 患者を個室へ隔離し、保健所へ報告

スライド 13

日本医師会のSARS対策

日医ニュース(7月5日号)

- 2) 知らずに来院した患者の中でSARS(疑い例・可能性例)を診断した場合
- ③ 診療側の対応
- 二次感染の拡大防止に努力
- * 外来部門の閉鎖
 - * 消毒
 - * 防御(マスク、手袋等)、エアコン中止
 - * 接触感染の恐れのある外来患者を10日間フォロー
 - * 接触医師・看護師等の健康管理

スライド 14

重症急性呼吸器症候群(SARS)に対する消毒法

1. 重症急性呼吸器症候群(SARS)の病原体と推定されている新型コロナウイルスは、重篤な症状を引き起こすことや、本ウイルスに関する詳細については未だ明らかにされていないことなどから、本ウイルスに対しては厳重な消毒を行う必要があります。
2. コロナウイルスは、エンベロープと呼ばれる膜を有するウイルスで、過酢酸(アセサイドなど)、グルタール(ステリスコープ、サイデックスなど)、次亜塩素酸ナトリウム(ジアノック、ピューラックス、ミルトンなど)、アルコール(消毒用エタノール、70v/v%イソプロパノール)、およびポビドンヨード(イソジン、ネグミンなど)などが有効です。
3. 手指消毒には、速乾性手指消毒薬(ヒビスコール、ヒビソフトなど)を用います。

スライド 15

重症急性呼吸器症候群(SARS)に対する消毒法

4. 患者が退室した病室の消毒は、オーバーテーブル、ベッド柵、椅子、机およびドアノブなどに対するアルコール清拭で対応してください。アルコールの代わりに、0.1%(1,000ppm)次亜塩素酸ナトリウム(ジアノック、ピューラックス、ミルトンなど)を用いても差し支えありません。なお、天井、壁、および床などの消毒は、喀痰などの付着がない限り不要です。
 5. ベッドマット、毛布、およびシーツなどのリネン類の消毒は、80℃・10分間の熱水洗濯が適しています。ただし、80℃・10分間などの熱水洗濯が行える洗濯機がない場合には、0.1%(1,000ppm)次亜塩素酸ナトリウム(ジアノック、ピューラックス、ミルトンなど)への30分間浸漬で対応してください。
 6. 患者に関して発生した感染性廃棄物を扱う際には、注射針などによる外傷に注意し、バイオハザードと明記された漏出しにくい強靱な袋あるいはゴミ箱に入れ、安全に廃棄してください。
- 以上の方法で消毒する場合は、適切な感染予防装備と手順に従って行ってください。

スライド 16

国への要望

日医では、生物兵器テロ対策等に対する要望として、

- ① 第一種感染症指定医療機関の早急な整備
 - ② 重症感染症患者の搬送体制の整備
 - ③ BSL4(P4)施設の整備
- を強く申し入れてきた。SARS対策としてさらに、
- ④ ワクチンや診断キットの早期開発・製造
 - ⑤ 対応民間医療機関への保障・補助
- を加え強く要望した。

スライド 17

厚生科学審議会感染症分科会 「感染症対策の見直しについて(提言)」

平成15年8月21日

新感染症等の重篤な感染症に対する対策の強化(国の役割の強化等)の中で特に「重篤な感染症に対する医療提供体制」に次の事項を入れた。

・国は特定感染症指定医療機関、都道府県は第一種感染症指定医療機関の確保について、より一層の努力をすべき。また、国は、第一種感染症指定医療機関の指定を促進するため、都道府県への支援の強化等を図るべき。

スライド 18

厚生科学審議会感染症分科会 「感染症対策の見直しについて(提言)」

平成15年8月21日

重篤な感染症が発生する危険性が生じた場合には、感染の疑いのある者を対応可能な医療機関に誘導する体制を整備するとともに、これらの者が一般の医療機関で受診することも想定し、二次感染防止対策やそのための支援についても検討が必要。

スライド 19

厚生科学審議会感染症分科会 「感染症対策の見直しについて(提言)」

平成15年8月21日

検疫対策の強化

①検疫所における医師の診察

病原体が不明な新感染症などについても、検疫所において医師による診察ができるようにすべき。(現在は、一類感染症、コレラ、黄熱に限定)

②感染が疑われる者に対する対応

重篤な感染症に感染している疑いがある入国者については、一定期間、検疫所に対して体温などの健康状態を報告することを義務付けるべき。

③重篤な感染症に関する出国時の健康状態の確認

スライド 20

今冬の具体的なSARS対策

1)医療機関における初期診療体制の整備

①SARS外来診療受け入れ医療機関 (500か所+α)

- ・SARS外来診療に係る感染防止のためのマスク等の確保(40万円)・・・国
- ・外来診療に係るSARS専用診察室等の確保等(約50万円)・・・国

スライド 21

今冬の具体的なSARS対策

1)医療機関における初期診療体制の整備

- ②一般医療機関における初期診療体制の整備
 - ・日本医師会3点セット(N95マスク、ガウン、手袋)の確保
 - 都道府県医師会、郡市区医師会 各10セット
 - ・各保健所への3点セット配置(国)
 - 各郡市区医師会、医療機関等への配置可
 - ・日本医師会でもマスク等を確保

スライド 22

今冬の具体的なSARS対策

2)国民向けSARS医療情報の徹底(国・医師会)

- ・咳・高熱患者のマスク使用(特に医療機関受診時)
- ・特に65歳以上のインフルエンザ予防接種の呼びかけ

スライド 23

今冬の具体的なSARS対策

3)医師向け情報の提供

- ①医療関係者のインフルエンザ予防接種の施行
- ②SARS情報への傾聴(日医ニュース、日医感染症食中毒情報<日報>等)
- ③SARS知識の習得
 - ・感染症の診断治療ガイドライン追捕(日医雑誌9月1日号)「重症急性呼吸器症候群(SARS)」
 - ・都道府県医師会への通知
 - ・日医ホームページ
 - ・小冊子「海外旅行と感染症」追捕

スライド 24

今冬の具体的なSARS対策

4) 講習会等の開催

① 感染症(SARS)危機管理対策協議会(日本医師会館小講堂)

日時: 平成15年10月8日(水) 13時~16時

講演

(1) 重症急性呼吸器症候群(SARS)について

(ベトナムでのSARS対策支援を踏まえて)

川名明彦(国立国際医療センター呼吸器科病棟医長)

(2) 中国における重症急性呼吸器症候群(SARS)対策

王隴徳(中国衛生部副部長)

報告・協議

(1) 今冬における一般医療機関での重症急性呼吸器症候群

(SARS)への対策

雪下國雄(日本医師会常任理事)

スライド 25

今冬の具体的なSARS対策

4) 講習会等の開催

② 中国におけるSARSの予防と治療に関する報告会

日時: 平成15年11月5日(水) 13時~16時

場所: 日本医師会館小講堂

講演

日本における今冬のSARS対策

雪下國雄(日本医師会感染症危機管理対策室長)

報告

中国におけるSARSの予防と治療

(1) 中国におけるSARSの予防と治療に対する総括的管理

劉曉勤(中日友好医院副院長)

(2) 中日友好医院におけるSARSの治療経験

劉鵬(中日友好医院教授)

(3) 中国におけるSARSの看護管理

李秀華(中日友好医院看護部長)

スライド 26

インフルエンザ対策

① ワクチン量

1470万本

(平成14年度1040万本の約1.4倍)

② 高齢者(65歳以上)の接種率

平成14年度 35.3%

平成13年度 27.5%

③ ワクチン接種

・国民へのPR

・医療関係者への接種

スライド 27

感染症・食中毒情報(日報)

感染症・食中毒情報(日報)

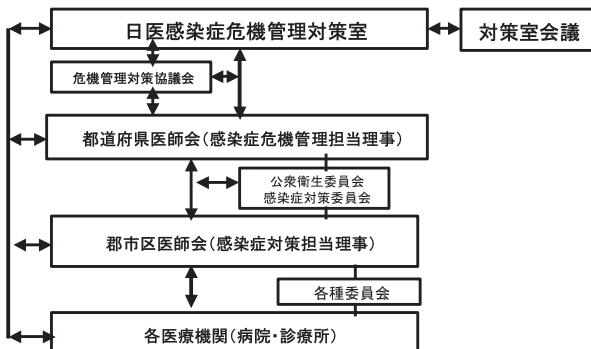
この日報は、全国の感染症発生状況と食中毒発生状況を、毎日、関係機関に提供しています。情報は、厚生労働省の感染症発生動向調査報告書と食中毒発生状況報告書に基づいています。

感染症発生動向調査報告書は、毎年12月に発表されます。食中毒発生状況報告書は、毎年12月に発表されます。

この日報は、関係機関に提供されています。関係機関は、この日報に基づいて、感染症の予防と治療、食中毒の予防と治療に取り組んでいます。

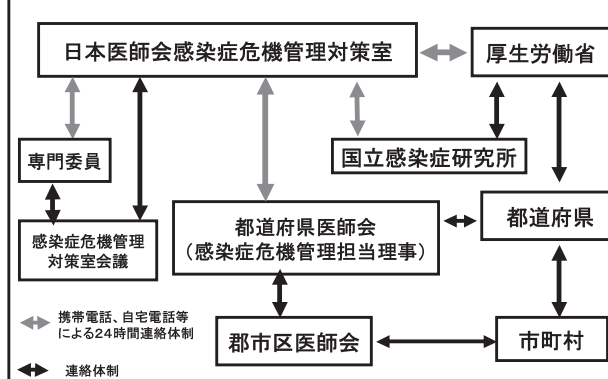
スライド 28

日本医師会感染症情報ネットワーク



スライド 29

日医における感染症発生時の危機管理体制



スライド 30

質 疑 ・ 応 答

櫻井常任理事 都道府県からいただいている質問があり、ご質問のなかに、SARSの迅速診断、ワクチンの開発等はどこまで進んでいるのかというような質問があります。それを皆さん聞きたいのだと思うんですけどもどなたかいかかでしょうか。

神ノ田厚生労働省健康局結核感染症課課長補佐 厚生労働省健康局結核感染症課の神ノ田です。

本日は、感染症危機管理協議会ということで、本当に熱心にお取り組みいただいているところであります。本当に心強く思っているところでございます。先ほど、雪下先生からお話がありましたとおり、今、国会に感染症法改正の法案を提出しております。その審議の関係で、当初、課長が出席させていただく予定でしたが、急遽私のほうで代理でまいった次第です。

わかる範囲内でお答えしますと、まず、診断キットの関係ですが、SARSに関しまして緊急に研究が必要だろうということで、年度途中ではあったのですが、文部科学省関係で1億円、また厚生労働省の特別研究ということで7,350万円ほど研究費を確保しまして、研究を進めているところです。

迅速検査キットにつきましては、報道にありましたとおり、国立感染症研究所と、民間の会社で共同研究を進めているところです。これはLAMP法という新しい手法と聞いておりますが、15分から30分ぐらいで検査結果が出るということです。今のところ、ベトナムに出向いて現地の検体を用いて検証したところ、従来のPCRと比べてかなり精度の高い結果が得られたということです。従来のPCRですと50%程度の感度だったということです。新しく開発しているものについては80%くらいまで上げることができるのではないかなというような結果が出ております。

ただ、まだまだ検証が十分ではないということで、今後の予定として、香港の大学と共同研究をしたり、フランスのパスツール研究所と共同研究するということも検討していると聞いております。開発されましたら、何とかこの冬にということも考えていますが、薬事法上の認可といったところがどうな

るかという行政サイドの検討課題かと思いますが、研究につきましてはそのような形で順調に進んでいるところでございます。

櫻井常任理事 あと、ご質問のなかには、SARSが出たときにそこを隔離することの対策、もちろんそれも大事ですけれども、一般医療機関としては単なるかぜ症状で来院し、それを診たところ患者さんがSARSだったということになったときの問題、そういう患者が来たときにどうするか、来た後どうするかということが結構ご心配だと思います。

現実には、それでは全くそれを診ないということになれば、患者さんを診ないことになってしまうのでしょうから、非常に悩む問題だと思っているのですけれども、それについての雪下常任理事からコメントをしていただけますか。

雪下常任理事 補償の問題では2～3質問も各県からございます。例えば、団体契約ができないかどうかというようなこともあります。

これは今のところ、それに対する国家補償を考えられないかということをお厚生労働省にもお願いしているところですが、なかなか難しい問題であります。これは、特に、第1類感染症であります。患者さんの治療費については全額国が補償することになっているわけですが、それ以外の補償については法律的な書き込みがないというのがございます。

それと、実際はSARSが特別ということではないのでして、先ほども川名先生からの話でもあり、現在、厚生労働省で委員会を立ち上げておりますが、新型インフルエンザの発生への対策をどうするかというのも討議されております。あるいは、ご承知のように、ウエストナイルが入ってきたらどうなのか、いろいろなものをいちいち補償するということになりますと、どこまでが医療費でどこまでが補償かわからなくなってしまうというような形にもなりかねません。今回、お願いしているのは、SARS特別加算のような形でSARSの治療をした場合についての加算は認めてほしいということ。これはどれだけの可能性があるかはわかりませんが、また強くそれはお願いしていこうと考えております。

前回のときに櫻井常任理事からお話があったかと思いますが、今年の冬につきましては、店舗保険というのがあり、民間の保険であります。店舗保険に入っただけで準備をしていただければと、今年はそんなお願いをしているところであります。こ

れについていろいろ調べてみますと、SARSについてそういう損害を被った場合も何とか適用の範囲内に入れてくれるということを確認をいただいております。大体、年間保険料1万5,000円程で、1日20万前後の補償というような形になるようです。

店舗保険の団体契約はどうかという質問がございますが、これは各都道府県によっていろいろ発生状況が違うので、その契約料金も違うのだそうです。このため、日本医師会として団体契約することは不可能であります。各都道府県単位でやることは可能なので、直接保険会社と話をしていたかどうか、あるいは日医の事務局が紹介いたしますので、地域医療第三課に申しつけいただければと思います。

保険については今年はそんな対応していただければと思っております。

櫻井常任理事 ありがとうございます。

もう時間がなくなってきてしまったんですが、質問、あるいはご要望は、当然、雪下先生よく読んでいます。また、さき程スライドにありましたように、国への要望もしております。厚生労働省の課長補佐さんに聞いてもいいのですが、今課長補佐をここでいじめてもかわいそうですから、大変温情のある司会ですけれども、国は補償をどう考えるんだというのをやめることにします。どうしても聞いておきたいことがありましたら、手を挙げていただけますか。はい。どうぞ。

池田鹿児島県医師会副会長 インフルエンザが、相当早く来ると思うのですけれども、例えば、かぜ症状のある人は全員マスクをして下さいとか、何かそういうキャンペーンを日医あるいは国でしていただきたいと思います。それは全国的にももちろんですけれども、例えば県単位でも、そういう助成金等があれば出していただければ非常にありがたいと思います。

それから、1類感染症に指定され場合、検疫があっても、感染地域から帰ってきた患者さんに10日以内は何も症状がないことがあるわけです。そういう人たちが症状が出た場合に、医療機関を受診しないようにするようなことはできないのでしょうか。

雪下常任理事 一般の医療機関に来るなということでしょうか。

池田鹿児島県医師会副会長 そうです。その連絡の対処の仕方です。

雪下常任理事 診断がつかなければ、SARSという診断をつけるのにどうしても外来診療部門が必要です。できれば、第一種感染症指定医療機関にお願いできればいいのですが、先ほどご報告申し上げましたように、10都道府県しかありませんので、外来診療は協力医療機関で診断だけはつけていただきたいと思います。その後で治療は指定医療機関にお願いするということです。

池田鹿児島県医師会副会長 検疫体制を非常に強化しなくてはいけないと思います。国はそれを考えていらっしゃるみたいですが、検疫所を通るときにそのおそれのある人については、ぜひとも厳しく指導していただきますようよろしくお願いいたします。

神ノ田厚生労働省結核感染症課課長補佐 若干お答えさせていただきますと、インフルエンザにつきましては、今年の冬については強力に対策を行わなければいけないということで、今週の金曜日（10月10日）に関係部局が集まり省内の連絡会議を行い、また例年と比べて前倒しをする形で対策の期間を設けて、また、やり方も強力に推進していきたいと考えております。

お尋ねの2点目ですが、検疫法も、今回、法改正を予定してまして、本当に疑わしい人については、入国後も潜伏期間に相当する10日間については毎日体温を2回測って検疫所に報告することを求める予定です。また、従来から健康カードを配布しており、その健康カードのなかで直接医療機関を受診せず、必ず事前に保健所に相談のうえ、既に整備している外来協力医療機関に受診してほしいという指導を徹底するつもりですし、また啓発もしていこうと思っております。

あと、よく聞かれますのが、応招義務違反になるのではないかということです。私はSARSかもしれないという人が来たときに、一般の診療所で拒否したら応招義務違反になるのではないかというお尋ねがあるんですが、それについてはしっかりと保健所のほうにつないでいただいて、適切な外来協力医療機関への受診を紹介してもらえれば、決して応招義務違反にはなりません。診療所につきましても入口のところに、もしSARSを心配している人につきましては受付に申し出てほしいと掲示を出していただきたいと思います。そういうことが外来の一般の患者さんに感染させるということも防ぐことにな

りますので、一般の医療機関の先生方にもぜひそういう形での対応をしていただければと思っております。

櫻井常任理事 恐らく、まだ質問があると思うのですけれども、もう飛行機等の都合で帰り始めた先生方もいらっしゃるのです、ここで質問を終わらせていただきます。

本日の問題とは別ですけれども、雪下常任理事から予防接種週間について皆様方にお伝えしたいことがあるそうです。

雪下常任理事 麻しんの接種率が落ちて、特にアメリカあたりから、麻しんの輸出国という不名誉な名前を日本はつけられているところでありまして、それを重点的にということではありますが、そのほかにも、風疹については、9月30日をもちまして移行期間も切れ、接種率がどうも上がらないというようなことがございます。個別接種になってから、やはりお母さんたちの認識が浅くなったというような感じがありますのでその啓発と、それからどうしても土・日でなければ来られないという人たちのために、何とか土曜日、日曜日に小児科の先生方にご協

力いただいて予防接種をしてもらえないかということでご相談申し上げていたところ、日本小児科医会の先生方から、「全面的に協力しよう」ということで、3月1日から1週間、「子ども予防接種週間」をさせていただくことになりました。本日、お集まりの先生方にも小児科の先生がおられるかと思いますが、ぜひとも先生方にご協力いただいて、よろしくお願いしたいと思います。

それから、さっき池田先生からの質問の補足させていただきます。昨日、専門官を呼んで事情を聞いたのですけれども、今、検疫所が107か所日本にあるそうです。それで、特に、九州地区等は、大きな港や大きな空港は比較的対応がなされているが、小さな港へ船で来るとか、密航については手の下しようがないということですが、船でその107か所に来た人についての検疫は強化してくれるということで、水際でどうしても、それがいちばん大事でありますので、入らないように国も力を入れるということでもありますので、少し付け加えさせていただきます。

総 括

日本医師会副会長

石 川 高 明

本日は、ご熱心にご討議をいただきまして大変な成果が上がりました。厚く御礼を申し上げます。

ご講演をいただいた川名先生からはベトナムでのSARS対策を支援された経験から大変貴重なお話もいただきましたし、また中国の衛生部副部長であられる王先生も、中国は国としてこのSARSに対してどういう対策を取ったかということについて、経験を踏まえて大変貴重なご講演をいただきました。ご両名の方々に日本医師会を代表して厚く御礼を申し上げる次第でございます。

この感染症対策につきまして、ぜひ本日ご聴講されたことを各地域で伝達していただいて、すべての会員が同じ情報を共有するということがまず大切なことだと考えています。

また、ご承知のように、地域医師会は感染症対策というものを公衆衛生活動のいちばん大きな柱に掲

げて今までも努力してきたわけですので、今後もこの問題につきましても積極的に対応していただきたいと思います。

ただいま担当の先生方からお話もございましたけれども、日本医師会では感染症危機管理対策室を立ち上げて、かなり熱心に情報を提供、あるいは各都道府県との連絡もしております。3人とも大変若く力がありますので、これからもこの先生方を中心にして日本医師会も責任を持ってきちんと対策を取っていきたいと考えておりますので、ぜひ今後ともご支援を賜われますようお願いいたします。

いずれにしましても大変長時間にわたりご協議をいただき、重ねて御礼を申し上げます。また最後にお2人の先生にも厚く御礼を申し上げまして、私の総括とさせていただきます。