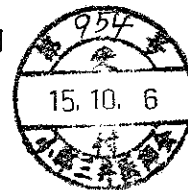




福岡県医発第1264号(地)

平成15年10月 3日



各医師会長 殿

福岡県医師会

会長 関原 敬次郎



感染症(SARS)危機管理対策協議会講演録の送付について

秋冷の候 貴職益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、平成15年5月14日に、日本医師会において感染症危機管理対策協議会が開催され、今般、その講演録が送られてまいりましたので、ご参考までにお送り致します。

なお、本講演録は下記ホームページにも掲載されておりますことを申し添えます。

- ・日本医師会ホームページ「重症急性呼吸器症候群(SARS)関連情報」

<http://www.med.or.jp/kansen/sars/sars150514/index.html>

(地 1 5 1)

平成 1 5 年 9 月 2 6 日

都道府県医師会

感染症危機管理担当理事 殿

日本医師会感染症危機管理対策室長

雪 下 國 雄

感染症（ S A R S ）危機管理対策協議会講演録の送付について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、平成 1 5 年 5 月 1 4 日に、感染症（ S A R S ）危機管理対策協議会を開催いたしました。今般、感染症危機管理対策室では、その講演録を作成いたしました。

つきましては、本講演録を 2 部お送りいたしますので、ご査収のほどよろしくお願い申し上げます。また、併せて貴会管下郡市区医師会用（各 1 部）をお送りいたしますので、貴会管下郡市区医師会への配付方よろしくご高配のほどお願い申し上げます。

感染症(SARS)危機管理対策協議会

日時：平成15年5月14日(水)

14:00～16:00

場所：日本医師会館小講堂

司会：羽生田 俊（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（経緯と現状、対応）

岡部 信彦（国立感染症研究所感染症情報センター長

日本医師会感染症危機管理対策室専門委員）

4. 報告・協議

（1）一般医療機関における重症急性呼吸器症候群（SARS）への対策

櫻井 秀也（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

挨拶

坪井 栄 孝（日本医師会長）	1
----------------------	---

講演

重症急性呼吸器症候群（SARS）について（経緯と現状，対応）	
岡 部 信 彦（国立感染症研究所感染症情報センター長 日本医師会感染症危機管理対策室専門委員）	2

報告・協議

一般医療機関における重症急性呼吸器症候群（SARS）への対策	
櫻 井 秀 也（日本医師会常任理事）	19
SARS対策 Q&A	23
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	26
ポスター	28

質疑・応答

	29
--	----

都道府県医師会からの質問・要望	43
-----------------------	----

総 括

石 川 高 明（日本医師会副会長）	47
-------------------------	----

挨拶

日本医師会長
坪井 栄 孝

本日は、お忙しいなかを大変急な開催にもかかわらず、ご参集いただきありがとうございます。

ご出席の都道府県医師会の先生方におかれましては、日頃の地域における感染症対策へのご尽力に対し、感謝の意を表させていただきたいと存じます。

また、感染症危機管理対策室の専門委員、さらには公衆衛生委員会委員の先生方にもご出席をいただいておりますことに、心から御礼申し上げます。

前回の感染症危機管理対策協議会は、ウエストナイル熱、天然痘等をテーマに3月12日に行いましたが、まさにその日の夜にWHOが重症急性呼吸器症候群（SARS）に対する緊急情報を発表し、5月13日現在までに世界で7548名の患者、573名の死亡者が発生しております。この間に日本医師会から都道府県医師会等にあてました情報提供、通知も25を数えるに至っております。情報は日々アップデートされており、現在もWHOが知見を集めておりますが、まだ多くのことがわかっていないのが実情であります。

幸いなことに、日本においてはまだ1例の患者も出ておりませんが、現在も中国、香港等では猛威をふるっております。一方で、当初、入院患者を通し多くの医療関係者に感染したベトナム・ハノイでは、適切な処置を行った結果、封じ込めに成功しております。

こういった状況を踏まえ、岡部国立感染症研究所感染症情報センター長にご講演いただいたうえで、我が国におけるSARS対策に果たす医師会、医療機関等の役割につきまして、忌憚のない協議をしていただきたいと存じます。

本日ご出席の先生方におかれましては、本日の協議会の成果を踏まえ、各地域において、SARS対策が混乱なく円滑に実施されるようお願いいたします。

最後に、今後とも引き続き、感染症対策への先生方のご協力をお願いいたしまして挨拶とさせていただきます。

（糸氏英吉日医副会長代読）

講 演

重症急性呼吸器症候群（SARS）について（経緯と現状、対応）

国立感染症研究所感染症情報センター長
日本医師会感染症危機管理対策室専門委員

岡 部 信 彦

ご紹介いただきましてありがとうございます。国立感染症研究所の感染症情報センターにおります岡部と申します。

私はもともと小児科ですから、本当はポリオとかはしかとかをやっているほうがいいんですけども、どういうわけか一昨年から炭疽、昨年がウエストナイル熱と天然痘、今年がSARSなどを担当しており、ちょっと違うものの対応におわれております。SARSはまだ国内ではなく、実際にこれを診ている人は限られており、「専門家」というのはおりません。私もその1人で、自分自身での経験がなく診ないでものを言うことは難しいのですが、たまたま私のおりますところではいろいろな感染症に関する情報を集めお伝えするという役割がありますので、本日も呼びいただいたのではないかと思います。

では、スライドでお話を申し上げます（スライド1）。世界的に新興感染症、再興感染症というものが、ここ10年ぐらい話題になっております（スライド2）。これは幾つかの代表的な最近新たになった「新興感染症」が出ております。特に、今回のSARSのいわばプロローグというような形になったのは、1997年に香港において、本来ヒトに感染することはないが、トリにとって猛毒なトリ型のインフルエンザ（A／H5N1）が偶然ヒトに感染し、18人の患者が出て6人が亡くなりました。感染源は多数のニワトリ類であることがわかりましたので、そのとき、香港では香港中のニワトリ150万羽を処分し、中華料理からニワトリは一時一切消えたということがありますが、その後つい最近に至るまで、ヒトにおいてこのトリ型インフルエンザは見られておりませんでした。

感染症が以前と異なり、その背景がいろいろ変わ

ってきております。一つは、私たち人の動き、あるいは物の動きが極めて短時間に、あるいは大量に世界中を行ったり来たりしているという状況があります。かつて遠い一地域の病気であったものでも、わずかの時間に世界のあちこちにもたらされる可能性がある、というものです（スライド3）。また、トリ型インフルエンザの話で少し申し上げましたけれども、もともと動物が持っていた病原体が何らかのきっかけで人間のほうにやってくる、あるいは変異をして人間のほうに来る、あるいは人間のなかに入り込んでから変異する、といったことがあり得るわけです。このスライドではBSEの問題を出しておりますけれども、偶然に人間のほうにこれまでにない何か違うものがやってくるということは、実例としてもこれまでいくつかあげられます。

そういった背景のなかで、今回の事例が起きたわけですが、今年になって突然起きたわけではありません。ストーリーのはじまりは、昨年（2002年）の11月より、中国の広東省で非定型性肺炎（アтипICALニューモニー）が多発したという情報が発信されておりました。中国側は、これについてクラミジア肺炎であろう、といった発表をしておりました。今年の2月まで大体300例ぐらい、5名の患者が亡くなっているという報告であります。

一方、2月に入り、香港に住んでいる家族が、この広東省に近い福建省に行って、そして帰ってきたところ、重症の肺炎となり、その原因は1997年以来初めてのトリ型インフルエンザA／H5N1であることが判明しました。このうちお父さんのほうは亡くなっております。トリ型インフルエンザウイルスが再び現われたので、感染症関係をやっている者は、これはいわゆる新型インフルエンザとして、ヒトにトリ型インフルエンザがやってきたのではない

かと危惧しました。1997年はいまよく収まりましたけれども、もしかするとパンデミックとなって世界中にこの新型のインフルエンザが流行するのではないかということで、大々的な調査が開始されたわけです。

次いで、3月に入ると今度はベトナムのハノイで、院内感染としてアтипカルニューモニーが多発しました。ついに新型インフルエンザが香港からベトナムに飛んだのではないかと考えられたわけです。そして、間もなく香港でもこの親子とは関係のないところでアтипカルニューモニーの院内感染が多発したといったところから、アジア帯に、この非定型性肺炎の流行があり得ると警戒されました（スライド8）。ハノイの患者数は43例でした。最初の肺炎例であった方（index case）は、香港からハノイに来て、ハノイで発症して、入院しその後香港に搬送され、香港で亡くなっています。また、香港ではその亡くなった方が入院した病院とは別のところで、中国本土から来た人をきっかけに、院内感染としてアтипカルニューモニーが流行したというエピソードが重なっております（スライド9）。

そこで、WHOはこれをアジアにおける原因不明の肺炎とし、新型インフルエンザも含む病原の追求および疫学調査を行いました。しかし、その後さらに、シンガポール、カナダ、ドイツなどで、香港を経て来た人の中から原因不明の非定型性肺炎の患者が出て、アジアだけではなく、世界中で注意すべきものとしてWHOはGlobal Alertをかけました（スライド10）。

その原因として新型を含めまして、インフルエンザはやがて否定的となりました。トリ型のインフルエンザも否定され、既知の病原は次々と否定されました。そしてこれを原因不明の肺炎、病原としての原因が不明の肺炎として、Severe Acute Respiratory Syndrome（SARS）と命名して、世界中で協力して調査・追究をすべきであるということになりました。

肺炎というのは非常に幅の広いいわゆる症候群でありまして、その病原にはいろいろなものが含まれています。このSARSの場合も、そのなかにはいろいろな肺炎は含まれているけれども、病原診断を行い、鑑別診断を行って最後に残った不明のウイルス性肺炎がSARSとみなされる、といったような意味合いになります。こういうような不明の重症肺

炎が一体どこにどのくらいあるだろう、その感染の拡がりはどうであろうという疫学的状況を調べるときに、最終診断、確認診断を待ってその動向を見るのでは極めて対応が遅くなるので、その調査をするためにはある症状の集積をみる症候群サーベイランスというものを行います。これですと、診断ははっきりついていないけれどもある一定の症状を持った者を早く集め、それによって、詳細は不明であるけれども公衆衛生学的に対応が少しでも早くできるといった目的があります。恐らくはここにおられる先生方にも随分協力をしていただいたと思うのですけれども、我が国では日韓のワールドカップサッカーのときに、バイオテロを含む感染症の早期感知のために診断を待っていたのでは遅いから一定の症状を持った方が入院した人の報告をしてくださいというお願いをして、開催自治体を中心として実際にやって成功をおさめたことがあります。今世界的にSARSとして行われているのがこの症候群サーベイランスになります。その症例の定義、つまりこれは診断のための定義ではなくて、報告するための1つ大きい網のなかにかける症候群になりますが、肺炎症候群として急激な発熱、咳、呼吸困難があげられました。もちろん、これはどこにでもある症状ですけれどもそれに網を形で発生地域への旅行、あるいはそう診断された患者と密接な接触があった人とし、これを疑い例（suspected case）としています。これはWHOが推奨したものを、我が国もそれを取り入れてやっております。WHOも少しずつ概念が変わっておりますが、我が国もそれにあわせ多少初期より変更が行われております。

これらの疑いの症状があったうえに加えて、レントゲンを撮った場合に肺炎像が出た時、これをSARSの可能性例としています。「可能性」という言葉が妥当かどうかというのは問題があるんですが、英語では「Probable」と表現されております（スライド11）。

これだけではほとんどの肺炎は含まれてしまいますので、WHOも、ほかの病因、ほかの病気でこの症状が説明できるものは除外するとの規定があります。日本の場合は、疑い例、あるいは可能性例として届けられたものについて、厚生労働省内に専門委員会を設定して、医師会の代表の先生方、あるいは私もそのメンバーの1人に加えていただいておりますけれども、委員会のメンバーで届け出いただいた

報告をもう1回見まして、他の診断によって病状が説明できる、あるいは後でそういう報告がなされたものは、WHOに公式に報告する例から除外するという取り決めになっています。また、途中からこれは少なくとも細菌感染症ではないだろうということがわかりましたので、抗生剤その他の治療、あるいはその他の検査所見も参考にしたうえで細菌感染症で説明ができると考えられるのも、除外するという規定になっています（スライド12）。

日本において、届け出られた疑い例、可能性例が全国にどのくらいあるかにつきましては、厚生労働省のホームページにその例数が掲載されています。

病原体につきましては、ようやくわかったのかという言い方もあるのですが、微生物をやっている者にしては、異例の速さでこの不明肺炎の病原体がわかってきました。病原体がわかれば、今までの症状で診断されていたものが、その病原体診断ができるので段々絞り込めてくるようになります。しかし、まだその全体の臨床症状、あるいは経過、スペクトラム、あるいは感染する前はどのようなのかといったことについては、経験的にあるいは推論としてある程度考えられることはあっても、すべてエビデンスをもって何か説明できるという段階にはまだ至っておりません。

感染の拡大を考えるならば、特に医療機関での流行といったものがありますので、これは医療関係者にとっては極めて精神的にも肉体的にも、恐らくは経済的にも負担のかかるというところであるかと思っています。相手の病気がわからないというのは、これは患者にとっても不安であると同時に、説明する側にとっても、よくわからないものを説明するのは極めて不安な状態です。社会全体で、何だかわからないものが出てくると、心配な状態になります。「何だかわからなくて心配だ」というのがあられるわけですが、そういうような不安な社会状態を引き起こしているというのも現在の問題点であります。

SARSの全体の臨床的な特徴を申し上げます。年齢的には全体から言えば、これは今のところ大人の病気です。私も小児科をやっていた者としてもどうしてもよくわからないのですが、こういう感染症が流行するのであれば、小児がこんなに少ないというのは、通常あまり考えられません。小児だけに流行するというわけではないにせよ、小児を巻き込んだ流行というのは必ず見られるはずだと思うので

すが、SARSの小児での発症は稀です（スライド13）。これがある意味ではこの病気の特徴になってくるのかもしれませんが。当初は、医療機関での院内感染が多いからで成人層に多いという説明がありましたけれども、全体を見てもそうともいえません。

例えば、社会にSARSが広がったとはいえ、小学校を念のため閉鎖したというところはありませんが、小学校で集団発生をした、あるいは保育園での集団発生が見られた、という事例はまだ届いておりません。

潜伏期間は、これは疫学的に見ていくわけですが、通常、2日から7日ぐらいで長くても10日を超えることはまずありません。ただし、病気ですから、例外は必ずあるので、14日、15日という報道記事もありますが、コンセンサスは10日として得られております。あるいは最近のように、病原がわかってくれば、回復した患者の2週間後に遺伝子の断片が便から見られたといったようなことはありますが、感染力との関係などだんだんわかってくることであります（スライド14）。

特徴的な症状は、高熱で始まり、悪寒、戦慄、頭痛、全身倦怠感、筋肉痛などです。やはり、我々がラッキーであったと思うのは、SARSが我が国で2か月前に出てきたら、インフルエンザと臨床症状上区別がなかなかつかず、鑑別診断上大きな混乱が避けられなかったであらうでしょう。

次に、SARSとして届けられた典型的な例では発疹がありません。それから、いわゆる新興感染症には急性中枢神経合併症、脳炎・脳症症状をあらわすものが多いのですが、SARSにはそういったような症状はありません。消火器症状は見られないというのは当初言われておりましたが、一部のある集団的な発生では下痢が多く見られたということがあります。

発症後、発熱から数日を経て、乾性咳嗽、痰のなかなか引けないような咳が出ます。かなり特徴的であると言われます。そして呼吸困難が出てきて、肺炎症状をおこした人の約10～20%に人工呼吸管理が必要になってきます。

現時点で、可能性例、および疑い例として届けられた患者における亡くなった患者の割合は、3～4%ぐらいであると言われております（スライド15）。既知の病気であってもなかなかこの致死率というのは幅が広いです。10～30%ぐらい、という

数字が平気で教科書に載るわけですがけれども、その後、WHOは可能性例について推計致死率は15%ぐらいではないかとの発表をしております。それに加えて年齢的に高齢者における致死率は高く、50%以上になるという数字も出ています。やはり小児の致死率は低く予測されています。

スライドのレントゲンは、『ニューイングランドジャーナル』に香港のPrince of Wales Hospitalが発表したものであります。当初は大したことのないほぼ正常の胸の所見であります。経時的にすりガラス用のアティピカルニューモニー像が見られています。そして次第に両側に広がってきております。その病因的なことはこのレントゲンからは決定的なことが言えません。

それから、臨床症状の割合がスライドに示してあります。左側は、WHOが4月の末～5月にかけて発表したもので、右側はカナダが発表したものです（スライド16）。WHOは世界全体的なものですが、カナダの状況を示しているのので差が出ています。例えば重症化を取っても、WHOは10%、死亡率は4%です。トロントを中心にしたカナダでは、重症化が50%、死亡率30%という、極めて高い数字を出しております。これも疾患の見方、データの集め方の相違なども考慮する必要がある、と思います。全体像が浮かび上がってくれば、もう少し狭めた形で対象についての調査ができるので、より正しい数字には近づいてくるとは思いますけれども、現在は幾つかの診断上クエスチョンマークの入ったものもこのなかには当然含まれてくると考えざるを得ません。

SARSの病原についてお話を致します。当初、インフルエンザの流行、特にH5トリ型インフルエンザの可能性ということで調査したわけですが、これは陰性でした。クラミジア説、マイコプラズマ説もありました。しかし既知の病原で説明はできないものでありました。その後電子顕微鏡像からパラミクソウイルスという説が出てまいりました（スライド17）。パラミクソウイルスというのは、はしか、おたふくかぜ、RSウイルスとか、小児にとって特にポピュラーなウイルスです。イヌのジステンパー、あるいはマレーシアで発見されました脳炎のニパウイルスなどもパラミクソウイルスであります。しかしパラミクソウイルスの中でも、特に注目されましたのは、ここ1～2年の間に急に理解が

進んできたHuman Metapneumo Virusです。このウイルスは日本では、昨年、既に宮城県環境保健センターおよび国立仙台病院で小児から分離例を報告しておりますし、今年の小児科学会では、北大の小児科から高い割合で抗体保有者がいるという発表があり、我が国においても決して珍しいウイルスではありません。

その後見つかったのがコロナウイルスです。コロナウイルスは、ヒトのハナカゼウイルスとしてよく知られております。また獣医領域にとっては、これは極めて重要なウイルスだそうで、これを知らない人は国家試験を通らないというぐらい、必ず覚えておかなければいけないものだそうで、ブタ、マウス、ニワトリ、七面鳥などに、それぞれの種のコロナウイルスがあります。しかし、いずれも既知のコロナウイルスでは、SARSの病像として説明ができません。

しかし、このコロナウイルスはコッホの原則にしたがって、検試が重ねられました。つまり患者からは概ね常に同じような病原体が出て、それは分離・増殖ができて、なおかつそれを実験動物に接種した場合に同じような病気を再現でき、そこからまた同じ病原体が取れるといったことが必要になります（スライド18）。Human Metapneumoは今のところそれは満足していません。しかし、コロナウイルスにつきましては、猿の実験での再現ができたので、これをもってWHOはこのコロナウイルスを新種ウイルスとして「SARSコロナウイルス」という言い方をして、4月16日、発表しております（スライド19）。

ただし、これはWHOが便宜的に命名をしたのであって、例えばウイルスの専門家による命名委員会によって認められた名前ではありません。今後、変化していく可能性はあると思いますけれども、現在のところ一応、SARSコロナウイルス、「SARS Corona Virus」といった呼び方が一般的になりつつあります。

スライドは新種と言われるコロナウイルスの電子顕微鏡像で（スライド20）、周辺にスパイクを持った200から400ナノメートルぐらいの大きさです。また、その一部の遺伝子配列を見ただけでも、ウシやブタ、ウマ、あるいはヒト、トリ、それらの既知のコロナウイルスとは遺伝子構造がかなり違うということで、これは遺伝子的にも異なる種として考え

ていいコロナウイルスではないかとの発表がなされています（スライド21）。

疫学的な背景として分ったことをお話し致します。先ほど「香港」それから「中国」あるいは「ベトナム」というキーワードがあったんですけれども、その発症した患者の疫学調査をすると、この3つを結びつけるものとして、メトロポールホテルという香港のホテルが浮き上がってまいりました（スライド22）。ベトナムで最初の症例となった人、香港で院内感染のきっかけとなった人、いずれもこのメトロポールホテルの同じフロアに宿泊し、また、香港で発症した人は中国の広東省で肺炎の患者を診ていた医師でした。さらにトロント・シンガポールなどで発症した人もこのホテルの同じフロアに泊っていた、というものです（スライド23）。

もう1つSARSの伝播ということで問題になりましたのは、香港のアモイガーデンというアパート群での事例です。スライドのようにアモイガーデンというのは幾つかの棟が続いていますが、そこで約300人の患者が7棟、8棟を中心として発症したという事例であります（スライド24）。しかも下から上の階に向けて患者が広がっていきました。実態はまだわかっておりません。総じてこのアパートに全体に広がっているわけではなかったり、この近くには幼稚園や学校もあるし、スーパーマーケットもあるし、映画館もあるのですが、そういったようなところで患者の発症がないというのはなぜだろうということが、現在、疑問のままになっております。

これは感染伝播に関する香港の考え方の1つです。けれども、SARSコロナウイルスは呼吸器感染症をきたしますが、ウイルスは腸管からも検出されます。アモイガーデンの発症者は下痢の症状が比較的多く見られているということで、ある患者の便からウイルスが排泄され拡大したのかもしれないというものです。ここの下水管が不備で、ウイルスがエアロゾルのような形になって、下水管を伝わって移動し、なおかつ下水パイプの逆流防止装置の不良から逆流、しかも、バスルームは排気ファンのために陰圧状態で、かつウイルスは上の階に拡散しやすいといったような説であります。

また、WHOマニラに私どものスタッフが調査協力に行って、こういったような図をつくってきたのですけれども、ある特定の航空機が感染の拡大に関与しているというものです。少数の例ではあります

が、おそらくは発症していかつ感染力の強い人が搭乗し、それにたまたま隣り合わせたような人が感染し、帰宅後に発症入院しているというものです。死亡者も含まれています。しかし、現在のところ、感染者が乗った飛行機からすべて患者が出ているという状態ではないようです。

全体の患者の発生状況ですけれども、これは4月の下旬にWHOが報告した発症日別に見た患者状況です（スライド25）。2月ぐらいに1つの山があり、3月ぐらいにもう1つピークが出てきていますが、これは香港のアモイガーデンの患者が増えたために急増したわけです。全体としては少しずつ収まりつつあるような傾向を見せておりました。しかし、4月の下旬ぐらいになってきて、どうも中国広東省の300例は、このSARSの定義に入るものではないかということが、WHOの調査その他で中国側も認め、その後の状況がオープンになり急増しています（スライド26）。これは5月の連休の頃の症例数ですけれども、この時点で5,000例だったのが、日に日に多数の報告が加わっておりますが、そのほとんど現在は中国からの報告となっています。

これは4月の下旬にまとめられた世界地図でみたSARSの状況です（スライド27）。

ベトナムの場合は、国立国際医療センターの先生方がJICAの医療協力ということで現地へ行かれております。その話を伺ってまとめたものですが、ベトナムでのSARSは、2月26日に先ほどの香港から来た男性がフレンチ病院という病院に入院しています。その1週間後から医療従事者が次々と入院したのですが、3月11日になってフレンチ病院は閉鎖をして、以後の患者は全てバックマイ病院（感染症病院）に入院させ、ここから院内感染対策を取るようになったと言われております。

日本、WHOから供与されたN95マスク、ガウン、手袋といったような資材も届きました。当然という失礼ですけれども、陰圧室などないわけですが、基本的な院内感染予防策を取り、そこまでの患者の拡大はあったけれども、その後の患者の広がりはないと言っております。4月8日以降は、新規の患者がないというのが続いております。

バックマイ病院では、感染例をすべて収容し、3段階の重症度で病室を決めています。それから、家族の面会制限をし、そういったポスター掲示もしました。診療体制としては、N95マスク、ガウン、

キャップといったようなものですが、その全部を使い捨てにするほどの資材が届いたわけではありませんから、1日1回の使用にしています、その代わりとして対応する職員の行動を制限したといったことが、主な院内感染対策であったと聞いております。

これだけがすべてではないとは思いますが、こういった基本的な院内感染対策を行うことによって、ベトナムはその後の院内感染発症例はなく、最終的には市内への拡大もなくSARSフリーカントリーといった表現が出るようになったわけです。

WHOに届けられた世界中の患者の状況についてはWHOのウェブサイトに掲載されています。4月末の時点で日本は2例となっております。それまではずっとゼロが続いておりました。日本では先生方から届け出ていただいた症例については国が集め、それを委員会が検討するというプロセスを踏んでいるわけですが、疑い例46例、あるいは可能性例16例中の14例については（スライド28）、何かしらほかの診断で説明ができる、いわゆる不明の急性肺炎ではないということで、日本では「典型的な患者なし」という形にしていました。この2例はそういう鑑別診断ができない不明ウイルス性肺炎という診断にとどまるので、報告をしたというものです（スライド29）。しかし、その後得られた情報では、いずれもそれぞれほかの病気で説明ができるということで、最終的には、この2をゼロに戻して、可能性例16（2）だったのが16、WHOの報告はゼロということになっております（スライド30）。

外国のメディアからも、どこかに隠れているのではないかという質問を受けるのですが、アンダーレポートはいつでもどこでもあり得ることではありますが、少なくとも、現在、届けられている例でそれらしいものはありません。もし、アンダーレポートがあるとしても、どこかある医療機関で肺炎の二次感染発症例あるいは院内感染の多発が出ているというものは今のところありません。

ウイルスが明らかになったことによって、病原検査ができるようになったわけですが、現在国立感染症研究所で行われているSARSコロナウイルス検査ではウイルス分離、あるいは抗体上昇例、あるいはRTPCR陽性例、いずれもすべて陰性です、極めて我々はラッキーな状態ではあります。

もちろん、広汎な疫学調査を行えるようになって

みると、実は3月の初旬にどこそこから帰ってきた人は抗体陽性だったが、症状はハナカゼだけでおしまいになってしまっただれにもうつさなかった、といった「感染例」が明らかになる可能性はあります。しかし、現在、少なくともSARSを発症した感染例はないと言えます。

感染ルートをお話します。通常、感染症は、接触感染、飛沫感染、飛沫核感染、あるいは環境からの感染というものがあるんですが、SARSは院内感染が中心であるということを考えるならば、接触感染、飛沫感染が中心的な感染経路である可能性は十分に考えられます。

しかし、航空機内での感染、アモイガーデンのような状況での感染を考えるならば、空気感染の可能性、環境からの感染は否定できません。

したがって、十分な注意をするのであれば、いわゆる標準予防策といわれる感染予防の考え方はどのレベルでも行うべきでありますけれども、特に感染力が強い患者を診るような状況においては、空気感染あるいは環境の感染も十分に注意する必要があるというメリハリが必要になるだろうと思います。

また、航空機内の感染等をみると、すべての感染者がすべからく同じように感染を広めるのではなく、ある特定の人が感染力が極めて強かったり、あるいは病気のステージによって、これは疫学的には肺炎症状が起きた2～3日間ぐらいが極めて感染力が強いらしいという想定がされているわけですが、そういう差があるといわれております。極めて概念的な言葉ですが、ある人が拡散力が強いという意味で、「Super Spreader」という言葉が出ております。ただし、これに関する科学的な裏付けというものは、まだ行われておりません（スライド31）。

空気感染を起こす感染症は、私たちがよく見るのは、水痘、あるいは少なくなったとはいえ、我が国はまだ3～4万人の新規患者がいる結核が代表的なものであります（スライド32）。したがって、この予防対策をもう1回思い出すというのが、SARS予防対策としての基本であると思います（スライド33）。

マスクの効果について説明を求められることが多くあります。普通のマスクであれば粗い粒子、5ミクロン以上の飛沫ならば受入をかなり防げるのです

けれども、ミクロンの単位になると、これはちょっと保証の限りにあらずというのが、普通のマスクです。そのために医療用のマスクがあるわけですが、例えばN95マスクというのは、0.1～0.3ミクロンの粒子が95%カットできるという意味です。コロナウイルスは先ほどお見せしましたように、200～300nm、0.2～0.3ミクロンですから、普通のマスクではだめですがN100、N95マスクを使えばかなり期待ができます。ただし、しっかりとくっつけていないと、漏れ出てくる可能性はもちろんあります。これに準ずるものとして外科手術用マスクがあります。ウイルスの粒子まで完全に防げるかはわからないけれども、通常の飛沫感染であるならば、かなりの予防効果が期待できます。防塵マスクは、医療用ではないけれどもそれに準じた効果はあると言われている。花粉用のマスクは、データがないのでエビデンスはないですが、メッシュの大きさから言えば飛沫感染予防はある程度期待できると思われます。しかしこれをもってすべてのSARSウイルスをカットしようということを使うのだとしたら、それは過剰な期待だと言わざるを得ません。

また、病原診断は我が国ではどうなっているのか、という質問もよくいただきます。これも異例だと思うのですが、各国あるいは各研究機関がそれぞればらばらに競争でやるのではなく、WHOが9か国のラボを集めて、その必要なデータをシェアをしようということになっており、早急な検査法の確立をすすめております。当初新型インフルエンザの疑いということでしたから、大体どの国もインフルエンザ関係のラボが入っているのが多いですが、我が国では、国立感染症研究所ウイルス3部がこのネットワークの中に入っています。

ウイルスが見つければその遺伝子診断が迅速にできます。また、時間はかかりますが、ウイルスの分離・同定ができます。血清診断も時間がかかりますが、急性期と回復期の血清があれば、そのなかにある抗体を蛍光抗体法で測定できるようになりました。ただし、PCRのプライマーは、まだ必ずしもその信頼度が十分できているものではありません。これはついこの間ウイルスが見つかったばかりですので、すべてのデータがまだ揃っていないわけです。その手技はきちんとやってもらう必要がありますが、陽性検体についてはかなりの信頼度を持って陽性と言えます。陰性と出た場合には、その

プライマーが悪いのか、検体が悪いのか、検体採取のタイミングが悪いのか、輸送が悪いのか、その他のことがありますので、陰性をもってSARS陰性と判断はできません。ウイルスの分離あるいは血清診断ができたものについては、かなり時間はかかり、これらは感染の証明にはなりますが、後でわかることです。

感染症の診断は、もともと幾つかの組み合わせで初めて最終的にある微生物の感染症であるという診断がつくわけです（スライド37、38）。SARSも原因ウイルスが特定されたので、今は疑い例でもなるべくSARSコロナウイルス検査を行って、その検査について陽性であったならば可能性例に加えるといったような基準も少し変わってきております（スライド39、40）。

繰り返しになりますが、抗体あるいはウイルス分離で陽性の場合には、コロナウイルス感染の証明はできますが、PCRあるいはウイルス分離の陰性という結果は、決してSARSウイルス感染陰性の証明にはならないというのが現状です。SARSという症状の定義をもって報告されたものについて、ウイルスがマイナスだからSARSではないと報告から削除するという段階でもまだありません。したがって、このコロナウイルス感染の病原診断は、当面病気の理解あるいは今後の動き、対応のためには極めて重要なキーにはなりますけれども、これをもってSARS陰性、陽性と決めるGold Standardにはなっていません（スライド41）。

この検査は、現在は、国立感染症研究所ウイルス3部が行いますが、次第に地方衛生研究所（地研）にその必要試薬等、技術が伝わりつつあります。しかし、ウイルス分離等は、P3クラスの高度安全実験室ラボを持っているところでないといけません。PCRのデザインはホームページに出ていますからどこでもできますが、先ほどのその全体のWHOネットワークのなかでのある信頼性のあるプライマーを使うといったことがありますので、現在の段階では地研でPCR（+）となったものは感染研でダブルチェックをするといった、話し合いが行われております。なお、これは今の段階ですので、診断方法はもっと広がっていくということが期待されます。

当初は、SARSと急性肺炎というのはかなりオーバーラップをして、よくわからないで、もやもやもやとしていたのですけれども（スライド42）、

病原がわかるにつれてだんだんこの両者の輪は離れてきているのではないかと思います。しかし、まだ十分に離れているわけではありません。

また、我々が現在見ているのは、症候群としてある典型例のみを見ているわけですから、ほんの一部の状態を見ているのにすぎないかも知れません。病原診断が加わってきて、後で非典型例のなかでどのぐらいのウイルスがあるのだろうか、その感染力があるのかなのか、あるいは無症状者がどのぐらいあるのかということも次第にわかってくると思います（スライド43）。

今の段階では、私たちのところでウイルス検査をお引き受けできるようになっているのですが、血清疫学的な調査、あるいは健康診断的なウイルス検査までお引き受けする段階にありません。むしろ今は、本物例に集中をしなくてはならないという時期であります。したがって、4～5日前に中国から帰ってきたけれども、ちょっと体がだるいから、念のためにSARSウイルスも調べてみるかといったことは、現在は可能なことではありません。しかし、検査法がより速く、より確実に、大量にできるようになれば、これは典型例だけがなくて氷山の下は大したことがない病気なのか、あるいはほんの氷山の一角だけが肺炎として入院をし、蓋を開けてみたらほとんどの人が抗体陽性になっているような感染症な

のかといったことについては、次第に理解が進むはずです（スライド44）。

感染症は完全に水際で防げるだろうかという点につきましては、現在ある感染症を取っても、残念ながらあり得ないだろうと思います。我が国は、幸いなことに、外国からの侵入する病気が少ない国ですけれども、O157は広がっていますし、現在年間3000人の届け出があります。はしかは外国に輸出をしていると言われております。インフルエンザはまだまだたくさんの方が亡くなっております。このウイルスだけを単独で水際で抑えるというのは残念ながら難しいと思います（スライド48）。しかし、この拡大はやはり何とかして防ぐ必要があります。今までの香港あるいはベトナムの経験では、少なくとも医療機関から社会への広がりを防ぐことができるならば、全体の拡大はかなりのところで防ぐことができるということと言えるのではないのでしょうか。

感染症をやっている立場から言えば、感染症の診断・治療は何か、正確な感染症の診断方法、基本的な感染症対策は何か、今まで放っておいた肺炎はどういうものなのかということをもう1回見直し、感染症対策全体の底上げを図る必要があるかと思います（スライド49, 50）。

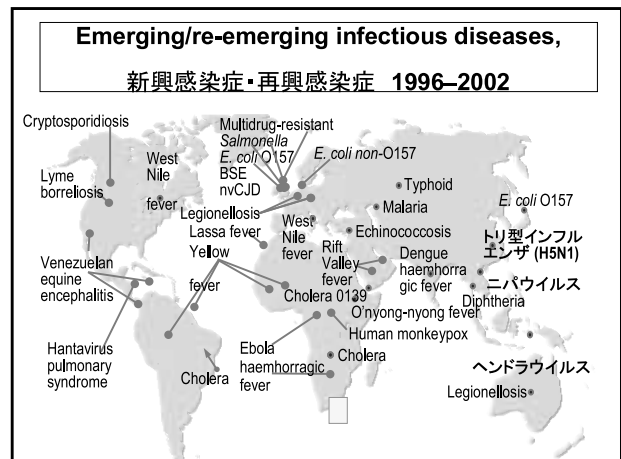


Severe Acute Respiratory Syndrome
重症急性呼吸器症候群 (SARS)

国立感染症研究所
感染症情報センター 一岡
平成15年5月14日

NIID
NATIONAL INSTITUTE OF INFECTIOUS DISEASES
国立感染症研究所

スライド 1



スライド 2

変貌する人間世界と微生物世界の状況

- 交通と旅行のグローバル化
- 動物疾病の人間への種を超えた拡大
- 薬剤耐性の出現
- アウトブレイクへの社会的、政策的、経済的な不適切な対応



スライド 3

原因不明の新しい疾患

- 突然の重症の肺炎の医療従事者での感染の勃発
- 重症急性呼吸器症候群 (SARS) と命名される
- 多数の国にて起こっている
- 航空機による旅行により広がっている
- 起病因原体が不明だった
- 臨床症状、経過、スペクトラムなど、不明な点が多い
- 重症で呼吸管理が必要となる
- ヒトヒト感染で広がり、医療従事者に感染する
- 医療施設に対する負荷が大きい

スライド 4

原因不明の新しい疾患

- 突然の重症の肺炎の医療従事者での感染の勃発
- 重症急性呼吸器症候群 (SARS) と命名される
- 多数の国にて起こっている
- 航空機による旅行により広がっている
- 起病因原体が不明だった
- 臨床症状、経過、スペクトラムなど、不明な点が多い
- 重症で呼吸管理が必要となる
- ヒトヒト感染で広がり、医療従事者に感染する
- 医療施設に対する負荷が大きい
- SARSという疾患に対する不安
- わからないことに対する不安

スライド 5

感染症

微生物が体内に侵入して増殖する
(感染する、定着する)

↓

その結果病気になる
(感染症になる)

スライド 6

肺炎

感染症による肺炎
 細菌
 ウイルス
 真菌
 原虫
 寄生虫 など
 感染症ではない肺炎
 誤嚥
 化学物質 など

スライド 7

肺炎の多発

2002年11月
 - 中国広東州で非定型性肺炎の多発
 2002. 11-2003. 2 305例うち5名死亡
 クラミジア肺炎？
 2003年2月19日
 - 香港で福建省から戻った親子よりトリ型インフルエンザ H5N1の分離
 2003年3月5日
 - ベトナムハノイで非定型性肺炎の多発
 2003年3月12日
 - 香港での非定型性肺炎の多発

スライド 8

ベトナム(ハノイ)における 非定型肺炎の多発と香港

- 上海、香港、ハノイと旅行した男性がハノイで肺炎発症
- ハノイの入院先で医療関係者の間で同様の疾患が多発
(2003年3月12日 43例)
- 男性は香港に搬送、香港で死亡
- 香港において別の複数の病院医療関係者を中心に同様の患者の多発、中国本土からの旅行者がきっかけ？
(2003年3月16日 40例以上)

スライド 9

肺炎の多発

2002年WHOによるGlobal Alert

2003年3月14日
 シンガポール

2003年3月15日
 カナダ
 ドイツ
 での患者発見

スライド 10

原因不明重症急性呼吸器症候群(SARS)の 報告基準 [症候群サーベイランス]

対象: 全国医療機関
 疑い例: 2003年2月1日以降で
 38度以上の急な発熱
 咳、呼吸困難などの呼吸器症状
 かつ
 発生地域へ旅行
 SARS患者への密な接触があった
 可能性例: 疑い例プラス
 胸部レントゲンで肺炎、
 またはARDSの剖検所見

スライド 11

原因不明重症急性呼吸器症候群(SARS)の報告 基準 [症候群サーベイランス]

SARSとしての可能性が少ないとして
 委員会で除外(削除ではない)

- 他の診断によって病状が説明できるもの
- 標準の抗生剤治療等で、3日以内に症状の改善を見るもの(細菌性感染等抗生剤反応性疾患の可能性が高い)

スライド 12

臨床的特徴

- ・年齢層(平成15年3月21日までに特定された患者)
 - 25～70歳までの健康成人
 - 15歳未満の小児の症例がごく少数

スライド 13

臨床的特徴

- 潜伏期間は通常2～7日(最長10日以上)
- 高熱(>38℃)で始まり、悪寒、戦慄及びその他頭痛、全身倦怠、筋肉痛など(インフルエンザ様)
- 典型的な例では発疹、神経学的症状、消化器症状などとは見られない。

スライド 14

臨床的特徴

- 発症後3～7日で、乾性咳嗽と呼吸困難で始まり、低酸素血症が見られるようになる。
- 呼吸器症状は、気管内挿管と人工呼吸器の装着が必要となるほど重症化することがある(10～20%)。
- 現在のWHO(世界保健機関)の疑い例、可能性例の症例定義に当てはまるSARS患者の致死率は3～4%前後。
- 約90%は6～7日目頃に回復

スライド 15

臨床症状(WHO) 臨床症状(カナダ)

症状	出現率	症状	出現率
発熱	100%	発熱	100%
全身倦怠感	100%	咳	100%
悪寒	97%	呼吸困難	80%
頭痛	84%	全身倦怠感	70%
筋肉痛	81%	下痢	50%
眩暈	61%	胸痛	30%
戦慄	55%	頭痛	30%
咳	39%	咽頭痛	30%
咽頭痛	23%	筋肉痛	20%
鼻汁過多	23%	嘔吐	10%

重症化 約10% 死亡率 約4%
Source: WHO updates

重症化 50% 死亡率 30%
Source: SM Poutanen et al, NEJM

スライド 16

病原

- ・パラミクソウイルス？
 - 麻疹・RS・ムンプス・イヌジステンパー・
 - ヘンドラ・ニパ・
 - Human Metapneumo Virus (RSVに類似)
 - 新種？
- ・コロナウイルス
 - 人のハナカゼ・ブタ胃腸炎・マウス肝炎・
 - ニワトリ胃腸炎・七面鳥コロナ
 - 新種？

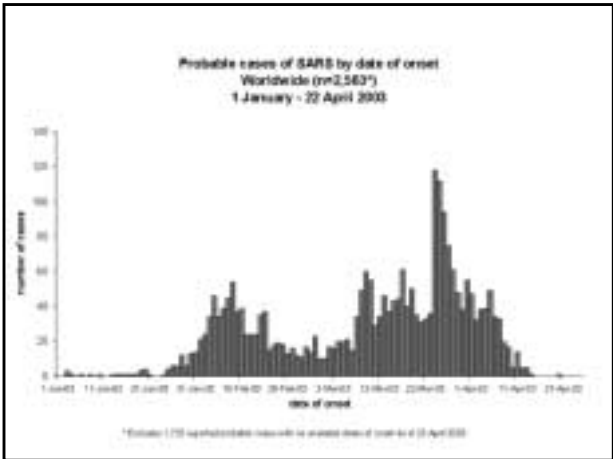
スライド 17

コッホの四原則

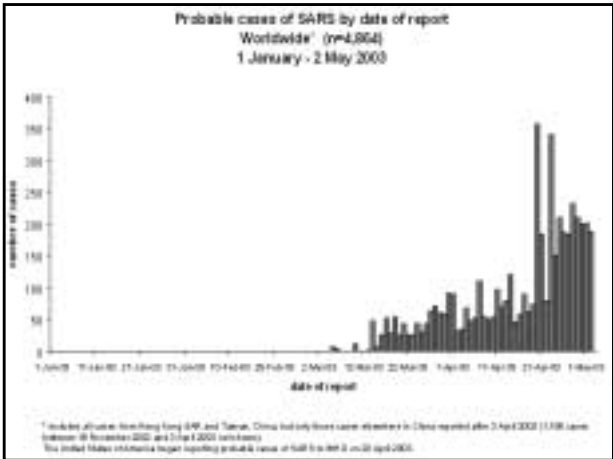
起因病原体を特定するためには、病原体は以下の4条件を満たしていなくてはならない。

- 1) その病原体が同一疾病例で検出される
- 2) その病原体が宿主から分離培養される
- 3) 分離された病原体を実験的に感染させ、疾患を再現することができる。
- 4) 実験的に感染させた宿主から、同じ病原体が検出される。

スライド 18



スライド 25



スライド 26



スライド 27

我が国における「重症急性呼吸器症候群(SARS)」の
疑い例等の報告状況(5月8日時現在)

疑い例	46例
可能性例	16(2)例
14例については「SARS対策専門委員会」にて否定。 残り2例(()内)については、回復はしているが、 SARSの感染を完全に否定するだけのデータがない ので、引き続き情報収集を行う必要があるとされた その後の委員会で否定	
総計	16
確定例	なし

スライド 28

原因不明重症急性呼吸器症候群(SARS)の
報告基準
[症候群サーベイランス]

対象: 全国医療機関
疑い例: 2003年2月1日以降で
38度以上の急な発熱
咳、息切れ、呼吸困難などの呼吸器症状
かつ
発生地域へ旅行
SARS患者への密な接触があった
コロナウイルス陽性所見は可能性例へ

可能性例: 疑い例プラス
胸部レントゲンで肺炎、
またはARDSの剖検所見

スライド 29

原因不明重症急性呼吸器症候群(SARS)の
報告基準
[症候群サーベイランス]

SARSとしての可能性が少ないとして
委員会で除外(削除ではない)

- 他の診断によって病状が説明できるもの
- 標準の抗生剤治療等で、3日以内に症状の改善を見るもの
(細菌性感染等抗生剤反応性疾患の可能性が高い)

スライド 30

感染経路

接触感染

飛沫感染

飛沫核感染(空気感染) ?

環境からの感染 ?

感染力には個人差、病期によって差がある……?
Super Spreaderの存在?

スライド 31

感染経路別主要病原体

- ・ 接触感染 多剤耐性菌(MRSA,VRE,PRSP...)
腸管出血性大腸菌、赤痢菌、
B型肝炎、C型肝炎、HIV、
エンテロウイルス、RSウイルス
- ・ 飛沫感染 ジフテリア、ペスト、溶連菌
マイコプラズマ、アデノウイルス、
ムンプス、インフルエンザウイルス
- ・ 空気感染 麻疹、水痘、結核、

スライド 32

感染経路別対策

- ・ 標準予防策 standard precautions

プラス

- ・ 接触感染予防策 contact transmission precautions
- ・ 飛沫感染予防策 droplet transmission precautions
- ・ 空気感染予防策 airborne transmission precautions

スライド 33

感染症法上の取り扱い

平成15年4月3日

厚生労働省結核感染症課課長通知

- 新感染症として取り扱うことが適当である

新感染症とは

未知の感染症で、その危険度から、厚生科学審議会の意見を聴いた上で、知事が大臣の指導助言を受けながら個別に対応する

スライド 34

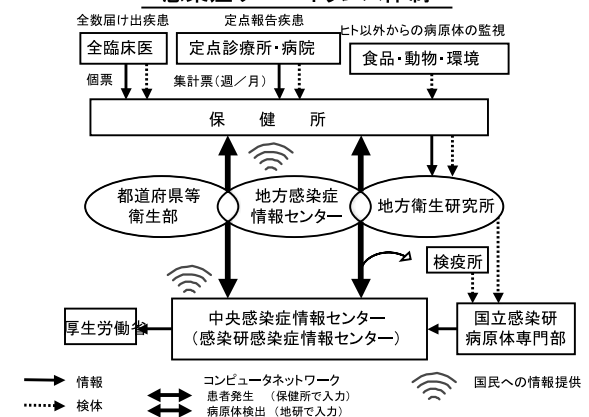
感染症法上の取り扱い

知事は患者に対して特定感染症指定医療機関に入院勧告ができる

緊急その他止むを得ないときは、知事が適当であると認める特定指定医療機関以外の病院に入院させることができる

スライド 35

感染症サーベイランス体制



スライド 36

感染症の診断

症状からの診断(臨床診断)
 一般検査による診断(一般検査診断)
 白血球、リンパ球数、CRP、血沈、
 生化学検査、など
 病原診断
 病原体の検出
 抗体の検出
 組織での変化(病理診断—生検・剖検)

スライド 37

感染症の診断

病原診断
 病原体の検出
 形態を見る(顕微鏡、特殊染色)
 増やしてみる(培地、動物、細胞など)
 核酸などを見る(PCRなど)
 病理診断(組織の変化、組織での病原体)
 血清診断
 血液中の抗体の増加を見る(急性期、回復期に血清で比較)
 IgM抗体(初期から増加)が分かれば早い時期でわかる
 方法:中和法、HI法、CF法、ELISA(酵素抗体)法、
 FA(蛍光抗体法)など

スライド 38

病原診断のサポート

一部の地方衛生研究所
 国立感染症研究所
 PCRによるCorona virusの遺伝子診断
 Corona virus の分離・同定
 血清診断

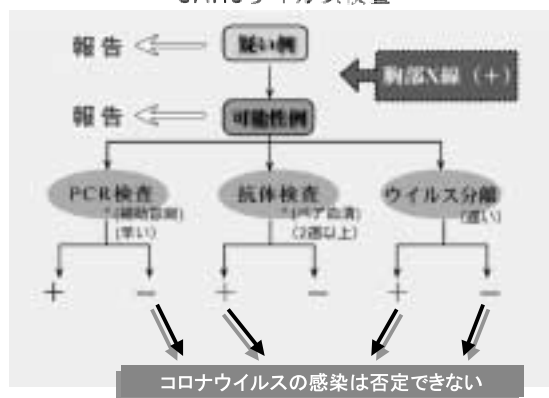
スライド 39

病原診断のサポート

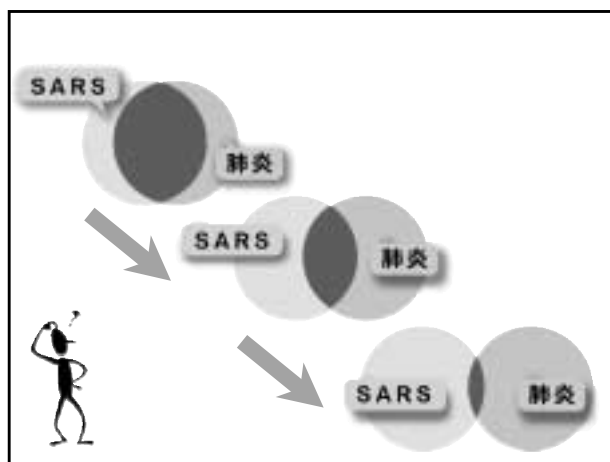
一般診断・一般的病原診断
 各医療機関
 Corona virus 病原診断
PCR primer
組織培養用細胞 一部地研(P3ラボ)に分与中
 Corona virus 同定は当面感染研で行う
血清抗体測定
 感染研にて実施 (情報センターHP)
 窓口: 感染症情報センター
 実施: ウイルス三部

スライド 40

SARSウイルス検査



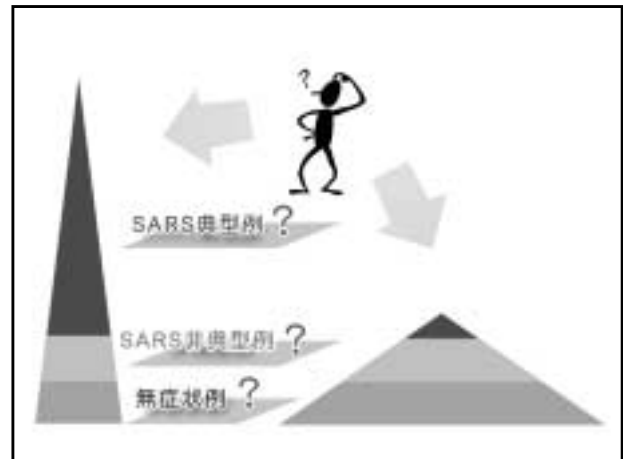
スライド 41



スライド 42



スライド 43



スライド 44

国内対策

- 知りうる知見の情報共有と地域における啓発
- 患者の早期発見
 - 病院におけるトリアージ
 - 症候群定義によるサーベイランス
- 患者の早期治療と隔離
 - 症候群定義に従った患者管理
 - 臨床的・微生物学的評価／研究
 - 標準・接触・飛沫・空気予防策
 - 院内サーベイランス
- 感染拡大予防・疫学調査
 - 接触者対策 (Contact Tracing)

スライド 45

感染症情報センターの対応

- 国内外の情報収集と提供
- WHOからの情報の邦訳、ホームページによる情報提供
- 国内サーベイランス技術支援
- WHO香港チームおよびWPROへ スタッフ/FETP派遣
- 医療機関からの問い合わせ窓口
- ラボ診断窓口
- 患者発生時の実地疫学調査
- 今後の広汎な疫学調査

スライド 46



スライド 47

感染症は完全には防げない

- 結核、インフルエンザ、麻疹、急性肺炎、赤痢、O157.....
- 例外: 天然痘

スライド 48



感染症は完全には防げない

結核、インフルエンザ、麻疹、急性肺炎、
赤痢、O157.....
例外:天然痘

拡がりを最小限にすることはできる

誰もが感染症の基本的な対応を

スライド 49



我迷惑

スライド 50

報告・協議

一般医療機関における重症急性呼吸器症候群（SARS）への対策

日本医師会常任理事

櫻井 秀也

岡部先生、ありがとうございます。ご専門の立場から大変詳しくわかりやすく説明いただいて、非常によくわかりましたと言いたいところですけども、むしろだんだんわからなくなってきたというのが正直な感想です。岡部先生のお話にもあったように、いろいろわかってきたけれども、まだ完全に全部がわかりきっていないというところの悩みがあるわけで、これからご説明することも含めて、それからこそ我々医師がパニックになってはいけません。確かに、私もこうやって話しながらも、自分の診療所にもしこの患者が来たらどうするのだろうと、非常に不安ですけども、医師として今のお話を参考にしながら、何とか対応していくしかないというのが日本医師会の基本の考え方ですし、個人的にそうするべきだと思っています。

資料4は冊子にしましたけれども、これは今まで日本医師会から都道府県医師会にお送りした資料をまとめたものです。ですから、都道府県医師会でもすでにお読みいただいているかと思いますが、それを冊子にまとめました。都道府県から地域医師会にもう一遍確認をいただくとか、あるいは伝達的にお話をいただくときに、1つの冊子になっていますので参考になるかと思います。

最初の通知は、先ほど岡部先生からありましたが、3月12日に原因不明の肺炎に関するWHOの緊急情報が厚生労働省から来て、それを都道府県に流したものです。先ほどの会長挨拶にあったように、この日に感染症危機管理対策協議会を開きまして、そのときはこんなことを知らないものですから、昼間の時点では天然痘やウエストナイル熱への対策等を検討していたわけですが、その夜、この情報が入ってまいりました。

そのあと、ずっと飛ばしまして、主なことだけ言

いますと、SARSの管理指針を厚生労働省がまとめて出した辺りが、重要な部分を伝えております。

それから、これまで可能性例は入院をしてもらうということになっていたのですが、可能性例を入院させるには「入院してください」と言ってお願いをして、患者に了承を得て入ってもらいます。でも、患者が万が一自分は入院したくないと言え、無理には入院させることができなかったわけです。しかし、可能性例についても、平成11年にできた感染症法にある新感染症の定義にしたがってこの病気を定義しているわけですが、新感染症の所見のある者、「所見のある者」というのが法律に書いてあるけれども、何が「所見」だというのがわからないので、WHOから出た日本でも厚生労働省が決めた届け出の基準で、可能性例までを「新感染症の所見がある者」ということで、入院を勧告することになりました。法律に基づいて、勧告というのは、もし拒否をしたら強制入院させることができるということで、やや強制に近いのですが、それでも勧告ということになるわけですが、そういうことが都道府県知事の責任でできるようになるということを厚生労働省が通知しています。ということは、「その費用は公費負担とします」ということです。ただし、可能性例が入院しているうちに「可能性」が取れて、そうでなくなると、そこから後は公費負担ではありません。

5月8日のところで、その疑い例と可能性例の届け出のところで、いちばん下のほうに、可能性例を決めるのに、「SARSコロナウイルス検査の1つ又はそれ以上で陽性になった場合は可能性例にする」というのがここへ来て急に入りました。また、ある程度書いてあったことですが、その下の除外基準として、他の診断によって症状が説明できる場合

は除くということがはっきり書かれました。だから、例えば、細菌性の肺炎であるということがわかるとか、はっきりほかの病気だとわかる場合は除きます。

ただ、病理所見は亡くなった例の話ですから置いておいて、今までの可能性例は、レントゲンを撮って肺炎の影があるかないかで可能性例と、分けていたわけですが、今度はウイルス検査をするわけですから、すぐにはわからないから、例えばレントゲンには影がなくても、検査に出して、3日たって「ウイルスの反応出ました」と言われると可能性例に変わり、そこで入院という形になります。一般医療機関で扱うのは厳しいなというのは、このところで少し様子が変わったと私は感じております。

コロナウイルスの検査については、医療機関で疑い例があって検査をしようということになると、検体を送って地方衛生研究所でやってくれるということです。「医療機関からは、疑い例と可能性例について、保健所に連絡」と書いてありますが、先ほどの岡部先生も委員でいらっしゃる専門委員会に一応日本医師会として出させていただいているんですが、この検体送付については、その会議では、各医療機関が保健所へ連絡すれば、保健所が取りにきてくれるということでした。本当に保健所がそこまでやってくれるのかどうか、不安だったのですけれども、それは確認をしています。

それから、最後に、消毒の情報が、5月9日に出ました。これは、見ていただくと、今まで役所から出ている通知は厚生労働省健康局結核感染症課から全部出ていますが、消毒のことは、厚生労働省医薬安全対策課長が出しています。消毒はここで扱っているという、まさに役所の縦割りです。今まで全部結核感染症課でいろいろな通知を出して、医師会とすればそこと連携を取っていたら、消毒は安全対策課だからといって、急に知らないうちに出されてしまいました。もちろん、すぐに都道府県に送りましたけれども、残念ながら、この『日医ニュース』に載せられませんでした。この『日医ニュース』は5月8日の時点で締め切ったものですから、事前にこの安全対策課が日本医師会に相談してくれれば、これが載せられたんですけれども。きちんと日本医師会に連絡しないから、全員に知らせたかったら『日医ニュース』で知らせたら早かったのにというので文句は言いました。そういうこともあったとい

うことも、お伝えしておきます。

『日医ニュース 5月20日号』は、早いところでは着いているかと思えますけれども、前にも日医ファクスニュースでも流したのですが、今、岡部先生にお話しいただいたことを、日本医師会として、新しい通知も含めてQ&Aの形でつくったものです。

お読みいただければわかることですが、まず、Q&Aの1は、今、言いました「疑い例」と「可能性例」です。5月8日にこのウイルス検査を入れることがわかったものですから、急遽入れてあります。そういう意味で、全体を読んでいくと、ちょっと矛盾しているようなものがなかに入っているかもしれません。急遽入ったものを入れ込めるだけ入れたものですから、そんなことになります。

それから、Q&Aの2は、感染経路です。今、岡部先生からお話しいただきましたけれども、恐らく、主な感染経路は飛沫感染と接触感染だろうということです。空気感染も否定はできない、ということで、主な対策としては飛沫感染、接触感染を防ぐことでやっていけばいいのかなということです。

それから、Q&Aの3は、伝播地域です。これはWHOの情報が出ています。ただ、日々変わる可能性があるということがいちばんです。

それから、Q&Aの4、5、6、7は、実際に患者が来たらどうするかという話です。これは患者が来たときの対処指針を別につけましたので、重なってきます。

先ほど申し上げたように、医療機関とすれば、一般医療機関でほんとに患者が来てしまった場合はどうするのかというのは、大変心配です。そうは言っても、患者は、「私はSARSです」と言って来てくれるわけではないわけで、「かぜ気味です」と言って来られて、いろいろ聞いているうちに、「実は、一昨日北京から帰ってきました」と言いださないと限りません。全然患者を診ないで、休診しておく分にはいいですけれども、SARSの疑いの人だけ診ないと言っても「疑いです」と自分で言ってきてくれればいいけれども、そうではない人も来るわけですから、どちらにしても、いろいろ不安はありますけれども、いざというときの対応策は、医師として何とかやれるようにしながら診ざるを得ないというのが私の基本的な考えです。

差し当たって、レントゲンを撮るところまでやれるのでしたら撮って、なければ、差し当たってはウ

イルス検査を手配し、「いろいろ動き回らないでください」ということで、自宅へ帰ってもらいます。疑い例でも保健所へ届けますから、保健所と相談して、疑い例でも、「それではきちんとしたところへ行ってもらったほうがいい」ということになるかもしれません。特に、一般医療機関でレントゲンだけ撮って、「ウイルス検査は3日後です。自宅へ帰ってください」と言うよりは、その時点からきちっと対応したほうがいいということが、分かれ道になってきたような気がします。

それから、流行地域からの水際対策は、今、国のほうでも、サーモメーターで熱を計ったり、問診をしています。先ほどの岡部先生の話でも、完全に水際で防ぐことは無理ですというお話もありました。もし感染を受けたとしても何の症状も出ないうちに入ってくる人はなかなか防ぎきれないでしょうから、水際で完全に100%シャットアウトするのは、恐らく無理だと思います。しかし、一生懸命国も努力はしているし、日本医師会としても、きちんとやってほしいという要望はしているつもりです。マスクについては、先ほど岡部先生からお話がありました。

Q & Aの10、現在どうかというのは、5月7日現在で、495名の死亡と、6,930名の患者と書いてありますが、今日のWHOの報告では、5月13日現在、7,548名の可能性例を含む報告と573名の死亡者というのが載っているようです。

それから、Q & Aの11に、SARSについては情報が毎日変わってしまうではないかということで、正直にそのとおりですと書いたのですが、情報が絶えず変わりますので、インターネット等で最新情報にアクセスしていただくより仕方ないという気がしています。

そういう意味で、一般医療機関での対処指針という形で、これは日本医師会からの通知に加えて、いろいろご専門の先生の意見等を聞いて、1つの指針として作成いたしました。前書きに書きましたように、一般医療機関に患者が、「疑い例」「可能性例」も含んで、いらっしゃった場合、あるいは入院の場合、最初はそうではなかったはずなのに、入院していろいろやっているうちに、どうも疑いがあるという場合にはどうしたらいいかという方針を、日本医師会としてまとめたものです。これは各都道府県、地域性とか、個々の状態とか、一般医療機関といっ

ても、無床診療所から有床診療所、あるいは病院である程度設備を持っているところ等、いっぱいあると思いますので何とも言えないのですが、1つの指針として方針をまとめたものです。

このSARSについての情報のページということで、ポスターと一緒に配ってあります。これは、趣旨としては、「かからないために」という一般の人向けのところなんです。が、「広めないために」というのを強調して、広めないためには、疑いのある人がマスクをしてくれれば、少なくとも飛沫を飛ばし回ることだけは防げるはず。医療機関としても、疑いのある人がきて、後でマスクさせると言っても、マスクさせるまでにいろいろ接触してしまう可能性がある。入口の外へ張るというようなことをしたらどうかということです。少しでも全員の先生方のお役に立てばと思い『日医ニュース』につけています。5月20日号ですが、もう本日(5月14日)か明日(5月15日)ぐらいには全会員に届くと思っております。

患者の別室待機も、実際にそんなことができるかと言われると困るのですが、できれば個室に誘導したり、あるいは時間帯をずらして、予防接種の際に一般患者と一緒にやらないのと同じように、昼休みの患者のいないときに来てもらうというようなことです。これも、事前に連絡があった場合しか適用できませんけれども、そういうやり方をするしかないと思っています。

診療上の注意も、疑いがあれば、岡部先生がおっしゃられたN95マスクをすればいいんですけれども、これがほとんどない状態ですから、これは厚生労働省管理指針も、外科用マスクでもいいと書いてありますので、マスクをするということで防ぎながらやるしかないし、患者にマスクをしていただいて話を聞くということでも、少しは違うということです。

それから、もし検査までやるとすれば、先ほど言いましたように、胸部レントゲンとコロナウイルス検査をやるということになっています。その対応を取れないとすれば、直ちに保健所に連絡して、保健所と相談のうえしるべき医療機関を紹介することしかありません。

入院は、今までですとレントゲン所見、今度は「コロナウイルス検査の1つ又は1つ以上陽性」ということですから、出た場合は可能性例ですから、

その場合は入院ということです。この場合も保健所と連絡を密にし、可能性例になればきちんとしたところへ入院させるより仕方がないということです。

患者の搬送は、可能性例ということになれば、きちんとした対応をして運ばなければならないので、この辺は地域によってもいろいろ対応が違うようですが、その地域の実情に応じて行うより仕方がありません。もし本当に患者だったらということを考えれば、搬送はきちんとしなければいけないということです。

職員・接触者の健康管理は後でご質問をいただいております。初めは可能性例の人も含めてと考えたのですが、最初はレントゲン所見がある人というのが可能性例でしたから、レントゲンに影があるような場合にはということで考えていましたが、少なくともSARS患者とははっきりした患者を見た場合は、これは確かに大変なことだけれども、ある程度接触した医師・看護師等が自宅待機するなりして、それ以上広げないということをするしかありません。もちろん、個人的なご質問では、自分はある程度感染症の専門家で、診るとききちんと対処して診ているから、対処して診ればこんなこといらないだろうというようなご質問がありましたが、そう言われればそのとおりで、一律にこうしなければいけないと言っているつもりはありません。今までの報告で、医療機関というか医療従事者から感染が拡大している例がありますから、一般の医療機関で、特に

患者が何も言わないで来て、それを診て、あとでわかってそれが可能性であれば、これはある程度医師会としてはというか、医師としてはこのぐらいの覚悟でやるより仕方がないと思います。もちろん、こういうことをするにはどう対処するかという問題点があり、後でご質問等もあるようですので、そこでお答えしたいと思います。

入院患者の場合もほとんど同じです。保健所に連絡、疑い例、これは入院したときはSARS患者のつもりでなかったが、あとでそうだったということです。逆に言うと、それまでにもしかして、他人へうつっているかも知れないという話が出てくるので、もしあればこれは外来よりもっと厳しい状態が起きると思っています。

接触者調査は、可能性例を含んで所見のある場合は、感染症新法の新感染症のところで、都道府県が行えるようになっていきますので、場合によってはそういう疫学調査等の派遣が行われるということでした。

この指針は既にインターネットのホームページにも載せましたから、いろいろご覧になって、こんなこと無理だろうとか、いろいろなご質問もいっぱいあるので、皆さんに不安を与えた部分もあるのですが、今のところ日本医師会としてはこう考えているということです。

後でディスカッションの場面でいろいろ先生方のご意見も聞きながら対処したいと思います。

SARS対策 Q & A

平成 15 年 5 月 8 日改訂版
日医感染症危機管理対策室

Q：SARS（Severe Acute Respiratory Syndrome）の症状はどういうものですか？

A：WHOの症例定義（5月1日WHO改訂）では、「2002年11月1日以降に、（1）38度以上の急な発熱、（2）咳、呼吸困難などの呼吸器症状を示して受診した患者で、かつ、（1）発症前10日以内に、原因不明の重症急性呼吸器症候群の発生が報告されている地域に旅行、または居住していた者（2）発症前10日以内に、原因不明の重症急性呼吸器症候群の症例を看護・介護するか、同居していたか、患者の気道分泌物、体液に直接接触した者、のいずれかを満たす者」を「疑い例」としています。

さらに、「疑い例」のうち「（1）胸部レントゲン写真で肺炎、または呼吸窮迫症候群の所見を示す者（2）病理解剖所見が呼吸窮迫症候群の病理所見として矛盾せず、はっきりとした原因がないもの（3）SARSコロナウイルス検査（PCR検査、ウイルス分離、抗体検査）の1つ、またはそれ以上で陽性となった者」のいずれかの条件を満たす者を「可能性例」としています。

「疑い例」「可能性例」、いずれの場合も直ちに保健所に届け出てください。

Q：原因と感染経路は分かっているのですか？

A：現在のところ、すべてが解明されたわけではありませんが、SARSの原因となる病原体として中心的役割を果たすのは、新型コロナウイルスと考えられています。

感染経路としては、空気感染も否定できないものの、主要な感染経路は、飛沫感染、接触感染と考えられています。

なお、「空気感染」とは、「感染性の病原体が空気媒介飛沫核となって長時間空気中に浮遊し、空気の流れにより広く拡散し、吸入により感受性のある者に感染する」感染様式であり、一方、「飛沫感染」とは、「咳、くしゃみ、会話の際に、感染源となる患者より発生する病原体を含む飛沫粒子が感受性のある者の気道に感染する」感染様式です。飛沫感染の場合は、飛沫粒子は空気中を浮遊せず、通常約1メートル程度までしか飛ばないと考えられていますので、飛沫感染はそれ以上密な接触をする場合に起こると考えられます。

Q：SARSの伝播確認地域とはどこですか？

A：WHOが5月7日現在、報告されていると示した地域は、トロント（カナダ）、北京（中国）、広東省（中国）、香港（中国）、内モンゴル自治区（中国）、天津（中国）、山西省（中国）、台湾、ウランバートル（モンゴル）、フィリピン、シンガポール（シンガポール）です。

なお、伝播確認地域は、WHOホームページ上で適宜更新されています。

Q：SARSが疑われる患者さんが来院したときどうすればいいですか？

A：医療機関外来における他の患者さんへの本症候群の感染防止を徹底するため、流行地域からの帰国者が医療機関を受診する際には、医療機関に事前連絡のうえ受診するよう、帰国時に周知しています。

医療機関が帰国者から受診の事前の連絡を受けた場合、(1) 診察順の繰り上げ等により、待合室での待ち時間を可能な限り短縮させる (2) 一般の外来患者とは別の部屋で待機させる (3) マスクを着用させる、等感染防止に配慮するようにしてください。

Q：診療する場合はどうすればいいですか？

A：診療に当たる医療従事者は、飛沫感染および空気感染に対する予防策をとり、N 95 マスク（なければ外科用マスク）を着用してください。

まず、(1) 発熱 (2) 咳または呼吸困難感 (3) 伝播確認地域への発症前 10 日以内の旅行歴または居住歴があるか確認してください。

これらの3点をみたと「疑い例 (Suspected case)」であると考えられた場合には、速やかに胸部レントゲン撮影、SARSコロナウイルス検査（PCR検査、ウイルス分離、抗体検査）、血球検査（CBC）、生化学検査およびインフルエンザ等の可能な迅速病原診断法を行います。この対応がとれない医療機関においては、直ちに保健所に連絡をします。

Q：胸部レントゲン写真に異常所見がない場合は、どうすればいいですか？

A：マスク（外科用または一般用）着用、手洗いの励行等の個人衛生的な生活に努め、人ごみや公共交通機関の使用をできるだけ避け、回復するまで自宅にいるよう指導してください（これまでの知見では、有熱前駆期での感染の危険性は、肺炎期に比べて低いと考えられています）。また、呼吸器症状が悪化すれば直ちに医療機関に連絡したうえで受診するよう指導し、帰宅させてください。

帰宅させる際は、患者さんに、「発熱後3日程度で症状が軽快した場合は、SARSの可能性は少ないと考えられるが、念のため医療機関を再受診し、医師の判断を仰いでください」と説明してください。

Q：胸部レントゲン写真で肺浸潤影を認めた場合はどうすればいいですか？

A：胸部レントゲン写真で、片側、または両側性の肺浸潤影を認めた場合は、「可能性例」として対応し、特定感染症指定医療機関のほか、第一種感染症指定医療機関等の都道府県知事が適当と認める病院において治療（入院を原則）を行います。SARSの可能性例に対する院内感染対策は、日医ホームページの重症急性呼吸器症候群（SARS）管理指針を参照してください。

特定感染症指定医療機関は2カ所（市立泉佐野病院、国立国際医療センター）が指定されており、第一種感染症指定医療機関は、13医療機関24床が指定されています（5月6日現在）。第一種感染症指定医療機関がない道府県は、都道府県知事が適当と認める病院を指定し、医療提供体制の確保することとしていますので、都道府県に確認してください。

患者の搬送については、救急車の出動等、行政対応となりますので、保健所等と相談してください。

Q：流行地域からの水際対策はどうなっていますか？

A：中国から本邦に到着する航空機すべてについて、質問票と「健康カード」を必ず配布しています。回収された質問票の記載内容に「発熱、のどの痛み、激しいせき、呼吸困難」のいずれかの欄に該当する旨の記載がされている場合は、健康相談室にて医師の相談を受けるよう奨めています。健康相談の際、報告基準に該当する場合は、国に報告するとともに、特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関、その他の検疫所長が適当と認める病院に搬送することとしています。

Q：マスクの感染予防効果はどうですか？

A：感染源となるSARS患者と接触する機会が少ない一般の人においては、便宜的な方法として花粉症やインフルエンザの予防に用いられている通常のマスクの着用が、十分とはいえないものの飛沫感染予防の効果があり、実地的な方法であると考えられます。また、手洗い、うがいの励行等の予防策についても併せて実施することがSARS感染を予防するうえで重要です。

なお、N95マスクは、医療現場において患者に濃厚に接触する医療従事者等が、特殊な場面での使用のために製造されているものであり、日常生活で一般の人が用いるには、呼吸が苦しくなり、実用的ではありません。

Q：現在までに、世界では何例の患者が報告されていますか？

A：5月7日現在、WHOによれば495例の死亡者を含む6,903例の可能性例が報告されています。ただし、報告された可能性例のすべてがSARSと証明されたわけではありません。

Q：SARSについての情報は毎日変わっているようですが？

A：そのとおりです。SARSについての最新の情報や都道府県医師会等にあてた通知は、日医ホームページ (<http://www.med.or.jp/>) に掲載しています。また、WHO (<http://www.who.int/>)、厚生労働省の関連ページ (<http://www.mhlw.go.jp/>) にもリンクしています。

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

平成 15 年 5 月 9 日

日本医師会感染症危機管理対策室

本対処指針は、感染症指定医療機関以外の一般医療機関に重症急性呼吸器症候群（SARS）患者（「疑い例」、「可能性例」を含む）が来院した場合、およびSARSを疑われずに入院した患者が入院後にSARSを疑われる状態になった場合の対処の方針を示したものである。

I 外来での対処指針

1. SARSについての情報の掲示

一般医療機関においても、外来入口にSARSの症状、伝播確認地域を示し、該当する外来患者は事前に連絡のうえ、マスクを着用して受診することを掲示する。

2. 患者の別室待機等

疑いのある患者は一般待合室でなく、個室などに誘導して待機させる、あるいは時間帯をずらす等、一般患者との接触を避ける。患者にはマスクを着用させる。

3. 診療上の注意点

前もってSARSの疑いのある患者を診察する医師はN95マスク（ない場合は外科用マスク）を着用して診察する。前もって疑われていない患者を診察する医師は、急な高熱、呼吸器症状を患者が訴えた場合、過去10日間の旅行歴、旅行中、呼吸器症状が強い患者との接触の有無を詳細に問診する。

4. 施行すべき検査

診察の結果、疑い例であると考えられた場合にはすみやかに胸部レントゲン撮影、SARSコロナウイルス検査（PCR検査、ウイルス分離、抗体検査）、血球検査、生化学検査、インフルエンザ等の可能な迅速診断法を行う。

以上の対応がとれない医療機関では、直ちに保健所に連絡する。

5. 入院の適応決定

胸部レントゲン写真で陰影が認められなかった場合、疑い例と診断する。疑い例には、マスク（外科用または一般用）着用、手洗いの励行等の個人衛生的な生活に努め、人ごみや公共交通機関の使用をできるだけ避け、回復するまで自宅にいますよう指導する。また、呼吸器症状が悪化すれば、直ちに医療機関に連絡したうえで受診するよう指導して、帰宅させる。

胸部レントゲン写真で両側性、または片側性の浸潤影を認めた場合、可能性例として入院を決定する。

6. 保健所への連絡

疑い例、可能性例を診断した医師は、すみやかに管轄の保健所に連絡する。可能性例については搬送先病院の指示を受ける。

7. 患者の搬送

SARS患者（可能性例を含む）の搬送が必要になった場合、気道分泌物が飛散しないよう、患者には可能であればN 95 マスク（ない場合は外科用マスク）、呼吸困難が強ければ外科用マスクを着用させる。患者の搬送に従事する職員は、N 95 マスク、耐水性ガウン、頭部カバー、ゴーグル、顔面カバー等を使用する。

8. 職員、接触者の健康管理

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。待合室で患者の近傍にいた他の外来患者にも10日間は外出を控えるように指導する。また、職員、接触者には10日間毎日体温を測定し、急に発熱し、呼吸器症状が出た場合、電話で連絡したうえで医療機関を受診するよう指導する。

II 入院患者で疑いのある患者が出た場合の対処指針

1. 保健所への連絡

入院後に旅行歴、接触歴からSARSが疑われた場合に胸部レントゲン写真が撮影されていなかったら、すみやかに撮影して疑い例、可能性例の鑑別を行う。疑い例、可能性例とも保健所に連絡する。可能性例については搬送先病院の指示を受ける。

2. 疑い例の管理

疑い例も可能であれば個室管理として、入院の原因となった疾患の治療を行う。病室に入室する職員はマスク、ガウンを着用し、手洗いを励行する。発熱の原因が不明で、発熱が持続する場合、1日おきに胸部レントゲンを撮影し、陰影が認められた場合、可能性例として取り扱う。同時に、SARSコロナウイルス検査（PCR検査、ウイルス分離、抗体検査）を実施する。解熱し、異常が認められた検査値が正常化して48時間経過した場合、退院を考慮する。退院後10日間は毎日体温を測定し、体調に変化がみられた場合、電話で連絡したうえで医療機関を受診するよう指導する。

3. SARS患者（可能性例を含む）の搬送

患者の搬送が必要になった場合、気道分泌物が飛散しないよう、患者には可能であればN 95 マスク（ない場合は外科用マスク）、呼吸困難が強ければ外科用マスクを着用させる。患者の搬送に従事する職員は、N 95 マスク、耐水性ガウン、頭部カバー、ゴーグル、顔面カバー等を使用する。

4. 職員、同室入院患者の健康管理

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。また、患者の同室入院患者には、最後の接触から10日間は入院を延期して経過観察したほうが望ましい旨勧める。退院延期を拒否した同室入院患者には、外出を控えるように指導し、10日間毎日体温を測定し、急に発熱し、呼吸器症状が出た場合、電話で連絡したうえで医療機関を受診するよう指導して退院させる。

5. 接触者調査

入院患者にSARS患者（可能性例を含む）が出た場合、職員、面会者など接触者数が多く、曝露時間も長いと考えられる。この場合、広範な追跡調査が必要となるため、厚生労働省から積極的疫学調査チームの派遣が検討される。

SARS

SARSが疑われる人はマスクをしましょう

重症急性呼吸器症候群 (SARS) に かからないために

- ★ 北京、香港等の SARS 伝播確認地域へは、どうしても必要な用事がない限り、行かないようにしましょう。
- ★ 感染症の予防には、マスクや手洗い、うがいを実行し、十分な睡眠とバランスの良い食事をとることが効果的です。

重症急性呼吸器症候群 (SARS) を 広めないために

- ★ SARS が疑われるのは、①発熱、②咳または呼吸困難感等の症状があり、③発症前 10 日以内に北京、香港等の SARS 伝播確認地域から帰国した人です。疑いのある人はマスクを着用しましょう。万が一、SARS にかかってしまったら、周りの人への飛沫感染を防止するためにマスクを着用することが有効です。
- ★ 疑いのある人は、必ず事前に電話等で医療機関に連絡したうえでマスクをして受診してください。



 **日本医師会**

最新の情報は <http://www.med.or.jp/>

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をご覧くださいと思いますが、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日間ぐらいい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、周辺の状況からもし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ませんか。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。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のでしょうか。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願いいたします。

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やす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、RT-PCR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RT-PCR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した。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、臨床で診ていますと、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、明らかになっていますし、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が、RT-PCRをやって陽性の場合には、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RT-PCR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います。

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指示することは、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」とい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思います。これは疫学的にもそうだろうと思います。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います。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てほか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きず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て、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した。

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います。

ただ、繰り返しで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の方の患者、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したいと思います。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、予防しようと言う前に、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ようという、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う形を、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けれども、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。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 答えを逃げ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、さっさ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ていただきます。

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。答えを逃げ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、何とか頑張って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なりました。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。よろしくお願い申し上げます。

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いいと思う。」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に疑いがあるから、そうしたほうがいい」というようなことをお話しして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した。

それでは、次に、岡山県医師会から出ておりますけれども、N 95 のマスクという点で、これ、非常に品薄といたしますか、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N 95 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けれども、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などです。したがって、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す。

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、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れども、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、何かサジェスシ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ことと、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、デング熱という病気が熱帯地域ではあるんですけれども、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います。

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います。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いますが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ことです。

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）の話ですが、けれども、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。本当にきついんですけれども、以前はぜひ来てくださいと言っていましたが、手前勝手ですけれども、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が、けれども、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抜けてしまうと、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いますが、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います。

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います。鎖国でもすればできると思いますけれども、現在の世界情勢というか社会情勢では、それは無理だと思います。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います。

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います。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れども、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

くように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が、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) S A R S 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、厚生労働省のと通りの回答であり、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) W H O は S A R S 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 W H O の指針に基づくべきと提言していくべきでないか？

5) S A R S 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「S A R S 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Ⅲ 34 F 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（S A R S）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、「S A R S 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) N 95 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、それでよいのでしょうか？

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というようになると思います。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ないと思うが、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。

総 括

日本医師会副会長
石 川 高 明

大変長時間にわたりましてSARSの問題についてご協議いただきましてありがとうございました。

日本医師会からは、ご承知のように、3月からかなり情報が流れていました。ただ、5月の下旬に、地元でSARSに関する情報を地区医師会で集めてみましたところ、私の手元に入ったのは、厚生労働省からの資料で、日医からの資料は見当たりませんでした。この問題は、非常に大切な問題ですし、櫻井常任理事にお話をし、ぜひこういう対策会議を開く必要があるのではないかということで、5月7日の常任理事会で決めていただき、1週間でこのような会を開かせていただき、大変急で申し訳なく思っております。非常に重要な問題ですので、やむを得なかった面もあると、自己弁護ではございませんが、思っているところです。

ただ、患者がまず医療機関の外来に来るということは、ほとんど間違いないと思います。もちろん、どこどこへ行きなさい、ということをPRしても、

まずおいでになるのは、医療機関の外来に相談に来るのではないかと思います。その場合に、医療機関がきちんと対応してほしいと思います。

先ほども岩手県の先生からは、責任を持ってやっていただいているというお話でしたから、私は全国の医療機関がきちんと対応してくれると思っております。その医療機関をどうやってプロテクトするようなシステムをつくるかということも非常に肝要です。京都府医師会からも、被害を最小限に止めるシステムをつくるのが肝要だというようなご提案もございましたし、日本医師会としても、先生方と協議をして早急にこういうシステムをつくっていくことが肝要だと思っております。

これからも懸命にこの問題に取り組んでいきますので、いろいろな面でご協力・ご支援を賜りますようお願いをしまして、閉会の挨拶といたします。本日はどうもありがとうございました。