

平成21年度第2回マスコミとの懇談会

「 型インフルエンザに関する

現状と対策について」

理事 玉井 修



期日：平成21年9月17日（木） 於：沖 医師会館

5月に行われたマスコミとの懇談会は、まさに沖縄において 型インフルエンザ流行前夜という絶妙のタイミングに 型インフルエンザに関して多くのマスコミを集めて開催され大変有意義なものになりました。その後8月に沖縄県では全国に先駆けての第一波流行がやってきました。沖縄県全体で5万人の感染者を出したとされ の第一波流行期において検疫から始まり、感染初期の封じ込め、感染拡大期の発熱外来体制の拡充まで、沖縄県の 型インフルエンザ対策は様々な経験をいたしました。また、多くのマスコミ報道も県民に対して重要な情報を提供す 切な役割を果たして頂きました。第一波は収束に向かい、今後第二波に向けてどのような対策をと きか、今しかないタイミングでもう一度マスコミとの懇談会を開催しました。第一波を一度総括し一体何が起きたのか、何が問題だったのか、どの様に対応しその効果はどうだったのか。しっかり総括してみたかったです。渦中にあ 実際には全体像が見えていないところもあり、ここで一度総括し、第二波の到来に合わせて軌道修正すべきところをお互い意見交換す は非常に重要だと思いま

した。第二波の感染拡大はより大きいものとなり、更に季節型インフルエンザとの混合感染、タミフル耐性の問題、変異によ 毒化の可能性など今後の見通しは全く読めません。これまでの経過も、我々の予想を越えた出来事が多く発生しています。未知の感染症にどの様に対応しても、人の英知の及ばないところで予想を越えた出来事が起こ ます。我々の出来は、常に情報を共有し、最大限の努力をお互いの協力の下に継続して行く事でしょう。危機に際し多くの医療人、マスコミの努力、勇気、情熱が試されています。今後はワクチン接種など、非常にデリケ／ な問題も の中に入ります。県民全体に相互協力と、医療に対する理解を深めて頂かなくてはなりません。この未知の感染症に対して、自分だけ助かればいいとす 己中心的な考え方が社会的なモラルの崩壊を助長し社会不安が生じます。自分を律し、相互に協力し、お互いを思いや 会規範を醸成させる事が必要です。そのためには出来 け正確な情報を迅速に県民に届け 要があ でしょう。マスコミとの懇談会が微力でもその 為に機能でき とを切に希望いたします。

懇談内容

マスコミとの懇談会出席者

1. マスコミ関係者

(順不同)

No.	氏名	役職名	備考
1	大須賀 靖	NHK沖縄放送局記者	
2	安田 麻紀	NHK沖縄放送局記者	
3	大城 勝太	エフエム沖縄アナウンサー	
4	謝花 直美	沖縄タイムス社社会部副部長	
5	又吉 嘉例	沖縄タイムス社社会部記者	
6	玉城江梨子	琉球新報社社会部記者	
7	島袋 彩子	琉球放送キャスター	
8	久田 友也	QAB琉球朝日放送記者	
9	高崎 園子	沖縄タイムス社記者	
10	久高 裕美	沖縄テレビ記者	

2. 沖縄県医師会関係者

No.	氏名	役職名	備考
1	糸数 公	沖縄県福祉保健部 医務課結核感染症班長	沖縄県福祉保健部医務課
2	宮城 信雄	沖縄県医師会会長	沖縄第一病院
3	宮里 善次	沖縄県医師会理事	中頭病院
4	玉井 修	沖縄県医師会理事	曙クリニック
5	友寄 英毅	那覇市医師会会長	友寄内科胃腸科
6	喜久村徳清	那覇市医師会理事	三原内科クリニック
7	遠藤 和郎	県立中部病院内科部長	県立中部病院
8	星野 慎一	県立北部病院内科医長	県立北部病院
9	川野 幸志	那覇市立病院外科総括科 部長・地域医療連携室長	那覇市立病院
10	知花なおみ	那覇市立病院内科部長	那覇市立病院
11	當銘 正彦	広報委員会委員	県立南部医療センター・ こども医療センター
12	野原 薫	広報委員会委員	のはら小児科医院
13	石川 清和	ふれあい広報委員会委員	今帰仁診療所
14	中田 安彦	ふれあい広報委員会委員	愛聖クリニック
15	下地 克佳	ふれあい広報委員会委員	下地内科
16	照屋 勉	ふれあい広報委員会委員	てるや整形外科
17	久場 睦夫	ふれあい広報委員会委員	国立病院機構沖縄病院
18	和氣 亨	ふれあい広報委員会委員	県立南部医療センター・ こども医療センター

開 会

○司会 (玉井) お忙しい中、お集まりいただきまして、ありがとうございます。

現在一応は沈静化の方向で、もう今しかないというタイミングで、こういう会を開かせていただきました。そうでなければ医療従事者が多分こんなには来ないと思います。

ここまでの第一波を振り返って、どういうことがあったのかということをもう一度おさらいしておきたいということと、第二波がどのようなことが起き得るのか。また、そのために我々はどのような準備をしておけばいいのか、そのあたりをこれまでの反省を踏まえて、一度総括しておきたいということで、急遽テーマを差し替えて新型インフルエンザということで、再び5月に引き続いて会をもたせていただくことにいたしました。

第二波になると、今回の3倍から4倍ぐらいのピークがくるのではないかとされていますので、このあたりを踏まえてぜひ活発な議論をしていただきたいと思います。

それではまず、本会を代表いたしまして、宮城信雄会長にご挨拶お願いしたいと思います。よろしく願いいたします。

挨 拶

○沖縄県医師会会長 宮城 信雄



皆さん、こんばんは。
本日は当懇談会にお忙しい中をお集まりいただきまして、ありがとうございます。お礼を申し上げたいと思います。

皆さんご存知のように、沖縄県では6月の末に第1例の新型インフルエンザが発生して、瞬く間に流行が拡大しております。残念なことには、全国で初となる死亡例が沖縄で出たという

こと、それからつい最近も2例目が出たという
ような状況になっております。

また、先ほど司会の玉井先生が話されました
ように、ピークは過ぎて大体沈静化しつつある
のですが、学校が始まって2週間たって、学校
での集団発生というのでも出てきております。

厚生労働省は、日本では感染というのは10
月にピークを迎え、最悪の場合は36万人が入
院を必要として、それから重症化する人が3万
8,000人に及ぶということを発表しております。

1918年に世界で4,000万人の死者を出した
スペイン風邪も春の時点ではそんなに亡くなる
方は多くありませんでした。しかし、第二波の
秋口に急激に重症者が増えて、世界で4,000
万人の方が亡くなったと言われておりますが、今
度の新型インフルエンザのウイルスはその型や
感染者が圧倒的に若者、青年者層に多いなどス
ペイン風邪に類似した点があることから非常に
懸念されております。

本日は、沖縄県福祉保健部医務課結核感染症
班長の糸数公先生を講師に迎えて、本県におけ
る「新型インフルエンザ対策の現状と課題」に
ついて、皆さんとともに懇談をしていきたいと
考えております。

今後、予想される第二波を想定して、県民の
健康を守るべく我々はそれぞれの立場で、それ
ぞれの役割を再認識して対応していく必要があ
ると考えております。

マスク各社におかれましても、ぜひともご
協力を賜りますようお願いを申し上げ、挨拶に
代えたいと思います。ありがとうございます。

○司会（玉井） 宮城先生、どうもありがと
うございました。

早速でございますけれども、糸数公先生に今
回のインフルエンザのこれまでの流れについ
て、総括していただきたいと思っております。

懇談事項

「新型インフルエンザ対策の現状と課題」

沖縄県福祉保健部医務課結核感染症班長

糸数 公



皆様、こんばんは。

後半のディスカッ
ションの時間をぜひ長く
とりたいと思いたすので、私からはこれまでの
患者の発生動向、そ
れからどういうことが

起きていたかということのレポートを短めに報
告させていただきます。

新型インフルエンザ対策の現状と課題という
ことで、これまでの流れを総括していきたいと
思います。

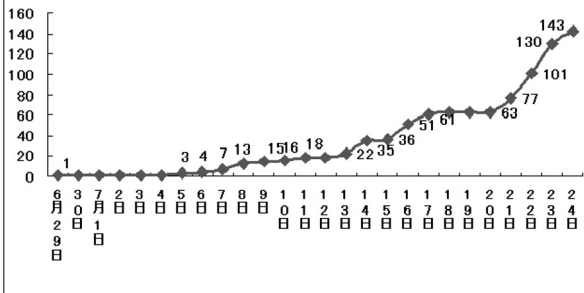
感染の状況ですが、今、会長からもお話があ
りましたように、一番最初の患者は6月29日
に報告されて、7月24日までが国が全数把握と
いう定めた期間だったんですが、1カ月弱の間
に143名の報告がありました。その後、クラス
ターサーベイランスということで、集団を早め
に見つけるような体制に変わったんですが、そ
れが9月15日までに集団発生が報告された施
設は487、保育所が214、小学校93、中学校
57、高校36となっております。

30週時点、7月20日からそれまでのB型イ
ンフルエンザからA型インフルエンザに切り変
わった時期で、（それ以降は）95%以上が新型
インフルエンザとなっています。これは簡易キ
ットでA型となった検体111例、その当時です
が、調べたら106例が新型のH1pdmとなっ
ていたことから、ほぼA型は新型インフルエン
ザだろうということで、県のほうは取り扱って
います。

定点当たりの報告数は、報道でもありますけ
れども、一番新しい数字が定点当たり13.38
ということで、46.31というのが一番多かつた
んですが、それから現在では、3週連続して減少
をしてきております。

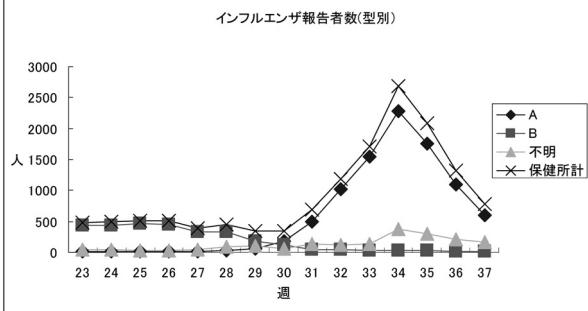
これは県に報告があった発生早期から感染拡

発生早期から感染拡大期(県内)



大期までの患者の増え方のグラフです。1例目が6月29日に出て、それから7月5、6日、夏休み明けぐらいから各学校で流行が続きました。この当時の流行の中心は10代の子供たち、あるいは学童ということで、各地で休校などの措置が行われて夏休みに突入していったということになります。

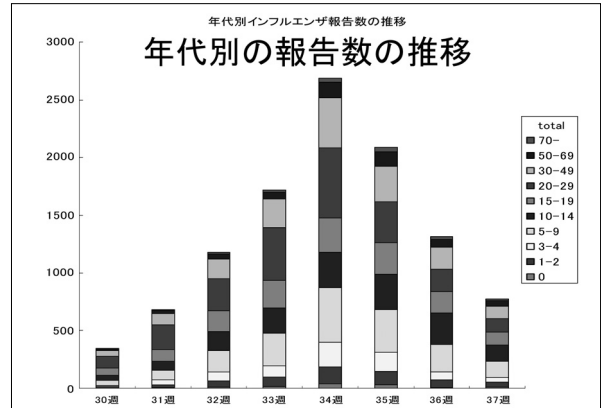
定点当たりの報告数の推移



これが定点当たりの報告数の推移で、県に報告を上げる際に、定点の医療機関の先生方にインフルエンザA型が何名、B型が何名と書いていただいております。それを集計しているんですけども、23週、24週というのは6月、あるいは5月の終わりぐらいですが、その頃も沖縄県で新型は出てなかったんですが、B型の季節性のインフルエンザで学級閉鎖が起きたりして、そういったインフルエンザの流行がくすぶってございました。沖縄県は3年連続夏場に流行り、大体夏休みが入ると減るというようなパターンで、B型はいつもと同じような動きで30週に徐々に減っていきませんが、A型の新型インフルエンザは30週あたりから急に増えていきま

した。これが34週目まではどんどん増えていって、患者さんが救急病院に押し寄せてといった状態にありましたけれども、幸い、今は減少傾向にあります。

年代別の報告数の推移

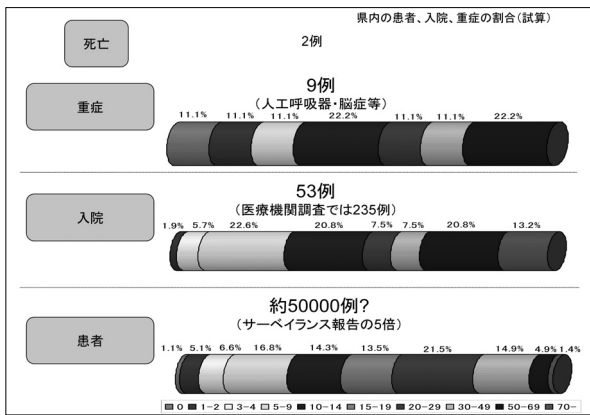


次のグラフが年代別の報告数の推移で、先ほどの全数把握の頃は、10代が中心というふうに言いましたが、入れ替わったのが30週でここから4週間続けて増えていきましたが、20代が実は報告としては増えてきているという状況になっております。30週以前は学校で流行が広がり、それが地域・コミュニティの中に広がっていったと考えています。20代、それから30～49歳という大人、私たちの世代があって、そこからまた家庭の中に広がって小さい子供たちに広がった可能性もあるかと思えます。このグラフを見ると10代の数というのは、それほど増えてもいないということになっております。

今は37週目のデータが一番新しいんですが、これが今13.38、この数字が定点当たり10を下回ると警報が解除されることとなります。警報・注意報は定点当たり10を超えて、定点当たり30になると警報の基準になり、それが10を割り込むと警報が解除されるという仕組みになっているようです。

全国の37週の新しい定点当たりの数は3.4とか3.5とかになりそうだと、昨日うちの担当が言っておりました。先週が2.6ぐらいですから、大都市を中心に少しずつ増えつつあります。ただ沖縄がこれだけ毎週続けて減っているの、全体の数は伸び悩んでいるようにもみえますが、沖縄以外は結構今から広がってくる可能性

があるという分析をしております。



結局、沖縄県は、何名患者が出ていて、入院がどれだけで、重症がどれだけというのを少し整理しなければと思いつながら、なかなかできていなかったのですが、まず一番下の患者さんの数というのは、これも推定の世界なんですけれども、サーベイランスの報告がインフルエンザ患者全体にあたるんですが、先ほどの8週間で今1万人ちょっと超えるぐらいになっています。このサーベイランスシステムというのは、報告数の5倍から10倍の実際の患者がいると国立感染症研究所では言っております。サーベイランスの報告をするという姿勢については、沖縄県は他県より熱心であると聞いていますので、一番低い5倍でとってみると、患者はこの8週間の間に5万人出たのではないかと推測されます。この円柱のグラフが、年齢が左から0歳、1～2歳、3～4歳、5～9歳、10～14歳、15～19歳で、15歳以下を足すと、約半分を占めています。その次も10代の後半、20代、30～49となりますので、雇った今の世代を見ると、先ほど会長がおっしゃったように非常に比較的若い世代への偏りになっているかと思えます。

また、どのぐらい重症化したか、入院が必要な患者さんが出たのかというデータを出しております。今、県には入院サーベイランスといって、各保健所から入院事例について報告が上がってまいります。病院の先生方からの報告があり、今のところ53例ということになっているんですが、53例で済んでいるわけではないと思

っていて、最近、厚生労働省の調査があった中で、ある期間の入院数ということがあって、その病院の数、病院から出てきた数を単純に足したら235という数字が上がっております。これでもまだ全体ではないかと思いますが、先ほど想定した5万人の患者から試算すると、100分の1が500で、その半分ぐらいが入院しているのではないかと推測されます。

入院事例の年齢区分で見てもやはり半分が15歳以下ということになり、小児科のほうに非常に多く負担がかかっていたのではないかと考えております。

あと、入院になると高齢者が雇ったら重症化しやすいというのがあるのか、割合が多くなってきております。これもまだ確定の数字ではないので、現在、県が病院にお願いをして入院した症例について、入院後の経過も含めた調査を企画しているところです。また、ご協力のほどよろしくお願いします。

重症というのは人工呼吸器、それから脳症ということになりますが、今まで9例あります。ただ、私たちがまだ把握できてないものもあるかもしれないという認識ではあるんですが2人の死亡者が出ており、沖縄県における入院や重症化率というのも、今後また続けて調べていきたいと思っております。

ここからは沖縄がどういう状況だったかについてのレポートになります。

「感染が全国に先んじて拡大している理由」、これは厚生労働省に呼び出されて発表したときの資料ですが、理由ははっきり言うとうわかりません。仮説というか、私たちが統括監とよく話していることをそのまま書いただけで、7月下旬以降に天気もよく若い世代の活動が活発であり広がったと考えています。夏休みに入ったために学校の管理がかえって行き届かず、部活等の集団の中で感染したのではないかと見ております。沖縄県が呼ばれたのは、先進的な取り組みではなくて、先行しただけということで発表してまいりました。

「重症事例の発生状況」ですが、私たちは先

重症者の発生状況

- 国内で最初の死亡例が8月15日に発生した。
- 平成21年9月15日に2例目の死亡例。
- 9月6日までに、死亡例を含め、9例の重症患者(人工呼吸器管理または脳症)が発生している。
- 9例のうちわけ
 - 基礎疾患あり3例、基礎疾患なし6例
 - 乳幼児2例、小学生2例、中学生1例
 - 発症から重症化まで3日以内5例
 - 8例でタミフル耐性なしを確認

ほど少しお話した、合計9例の重症患者を認識しております。2人の方は残念ながらお亡くなりになりました。

9例の内訳で、基礎疾患があるのが3例、ないのが6例。これは国が示しているハイリスクになるとみられる基礎疾患です。

乳幼児2人、小学生2人、中学生1人ということで、過半数は子供になります。

発症してから、ICUケアになったり、人工呼吸器につながれたりという重症化が、3日以内というのが5例ということで比較的経過が早く進展しているのではないかと。

8例でタミフル耐性なしを確認というのは、重症化した事例については、県の衛生環境研究所のほうがタミフル耐性じゃないかとか、病原性が強くなっていないかといったチェックをしておりますが、今のところタミフル耐性とか病原性に関するような遺伝子の変化はないということを受けています。

医療現場で何が起こっていたのか

- 多くの(軽症)患者が医療機関を圧迫している
 - 数多くのインフルエンザの患者が医療機関に押し寄せているため、救急告示病院を中心に年末年始のような忙しさが続いている。特に、休日夜間は救急病院に患者が集中しており、患者を分散する必要が生じている。
- 電話による相談が予想以上に施設の負担になる
 - 同時に、医療機関への電話での問い合わせも多く、病院業務に支障を来しているため、電話対応のための要員を確保しなければならない。
- 重症者に適切な医療提供する体制の整備が急がれる
 - 重症患者を治療しているこども病院では、小児ICUに入院する患者が増えているため、通常は術後対応をICUで行っている心臓手術の症例を待機せざるを得ない状況になっている。また、同時に県内で4例～5例の小児重症例の発生が重なったため、対応できる病床やレスピレータ等の医療資源の不足が懸念された。

「医療現場で何が起こっていたのか」。これは私が言うよりも、先生方のほうから後ほどお

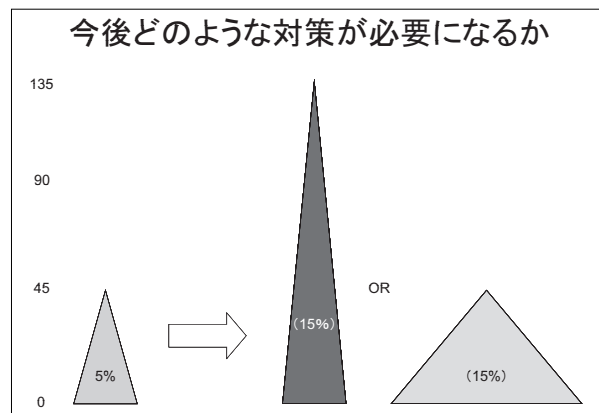
話をいただきたいと思います。

多くの軽症患者が医療機関を圧迫していて、年末年始のような忙しさが続いていると。特に休日夜間は救急病院に患者が集中し、患者を分散する必要が生じている。

電話による相談が予想以上に施設の負担になっていると。電話対応のための要員を確保しなければならないくらいスタッフがそれに割かれているということを知りました。

重症者に適切な医療提供する態制の整備が急がれますが、特に南部医療センター・こども医療センターの小児科では、心臓手術後のICUケアが感染者がいるために待機せざるを得ない状況になっているということでした。

同時に県内で4～5例と書いてありますが、正確には4例、同じ時期に子供のICUケアの患者が発生したために対応できる病床、それからレスピレータ等の医療資源の不足が懸念されたという状況が8月の3週、4週目に起きてしまいました。



「今後どのような対策が必要になるか」ということで、縦軸が定点当たりの数で、今回のピークは46でした。左が今回私たちが経験した、大体30週から8週間にわたって起きたもので、人口の5%弱ぐらいが感染した、あるいは患者になったと計算をしております。

国の試算では国民の20%が罹るだろう、通常のインフルエンザの2倍が、今回罹るだろうと言われているので、まだ残り15%が隠れているというか、今後冬場に罹る可能性があるというふうに少し大ざっぱに考えました。次来る

山が、ピークが同じような期間に発生するんだら、山の高さが単純に3倍になってきて、定点当たり135という非常に、もう考えられないぐらいの患者の集中が起きることも考えられます。一方、この面積が同じで、底辺のほうを3倍にすれば、高さはあまり変わらずにだらだらと来る患者を治療できて、医療態勢としてはこちらのほうがパンクしないで済むといわれてはいます。ただ、これは3倍にすると6カ月間ずっと新型の患者側が次々と来るというのも、実は結構大変かなというふうに考えていますが、国の方針もこういう急峻なカーブではなくて、少しなだらかになるような対策ということがあります。1つのシェーマチックに出してみました。

患者発生スピードを緩やかにするために

- 県民への予防啓発を強化するため、9月7日より30秒のテレビスポットCMを放映している(咳エチケット編、熱が出たら編、受診の工夫編)。
- 学校や保育施設等の集団発生の場合での感染拡大を抑制するため、一定の基準を示して場合に休業を要請している。

今後必要な対策ですが、まずは患者発生スピードを緩やかにすることが必要です。これが大切なことかと思えます。ここに書いてあるのは今、県が行っていたり対応していることで、9月7日から30秒のテレビスポットCMを放映しております。結構お金をかけたつもりなんですけど、やはり本数は限定されていますので、まだ見たことがないという人もいらっしゃるかもしれませんが、1カ月間の予定で組んでおります。

学校・保育施設での集団発生の場合やはりまた感染が広がる恐れがあるので、一定の基準を示して、休業の要請をお願いしております。これがスピードを緩やかにするための1つの作戦です。

感染発症した患者の受診を分散させるという

のは、今回の教訓もあったので、1つ受診行動に対する啓発ということで、熱が出て自宅の様子を見れるのであれば自宅で見るというのを、先ほどのコマースシャルの中にも入れております。

数多くの患者が一部の医療機関に集中しているという状況がありましたので、医師会に所属する医療機関に時間外休日の依頼を呼びかけ、一部で実施していただきました。これは終了いたしましたけれども、このような対応を行っております。

各地区で保健所と地区医師会、それから中核病院の中で医療態勢についての話し合いを続けて頂きたいとお願いしていますし、実際に行われていると認識しています。

電話相談については、負担が非常に病院に大きくなってしまいました。発熱外来の頃のインプットがあって、病院に電話してから必ず行くようにということがまだ県民の中にあるのか、そのように救急の現場にどんどん電話がかかってきて、対応できなくなるということがありました。

これは看護協会の先輩方にボランティアを要請して、基幹病院で時間外の電話相談について対応していただきました。これをまた今後継続するためにいろんな取り組みを調整しているところです。

重症化の予防。それから重症事例に対応できる医療態勢の確保ということで、今回特に顕著になった小児科のICU治療のために、どんどんICUケアの子供が出たらどこで診るか、限られた資源を有効に活用するために、今、医療情報ネットワークという毎日のレスピレータの使用状況、あるいはICUの空き状況を県庁にファックスで報告していただいて、それをとりまとめてそのままファックスで返すという、非常にシンプルなシステムですけれども、試行錯誤で、様式を変えたり、あるいは内容を少し検討したりしながらずっと今継続をしているところです。

透析医会、産科医会のほうとも重症化防止の

ための態勢について検討を行っております。これはまだ形が重症のときはここというふうなところまではいっていませんが、今後も継続して行っていききたいと思っております。

スタッフの声より

- 圧倒的に人員が足りない
 - 特に小児科医(重症患者を見ながら、外来も診療する)
 - 看護師(特別な対応が必要になるため、看護体制が組めない)
- 医療機器の不足が心配
 - 人工呼吸器、輸液ポンプ、医療機器等が不足する可能性
 - サージカルマスクや迅速キット等の不足が心配
- 病棟の確保も容易ではない
 - 個室の空きが足りない
 - 重症患者が急増したら、入院中の患者の受入先施設が必要
 - 定数超過入院となった場合の減算が心配
 - ICUを使用する場合、他の重症患者との交差を防ぐのが困難
- 補償を求める声も多い
 - 明らかに業務で感染した職員への補償を準備すべき
 - 予防投与、ワクチン接種の負担金補助を検討して欲しい
- スタッフの疲弊感
 - 通常業務を行いながらの対応なので、スタッフが疲れ気味
 - (患者がいなくても)オンコール体制のため、精神的に負担

「スタッフの声より」には、各病院から寄せられた国の調査の中にあつたものを出しています。これがこの次の波の課題そのものかと思っています。圧倒的に人員が足りない。特に小児科、それから看護師。小児科の場合は1階の救急室には救急患者がたくさん押し寄せてきて、その上のICUでは重症患者を診るというふうな、同じ病院でそういうことが起きてしまうと、非常に問題が大きくなるということです。

それから、看護師さんも特別な対応が必要になるために看護態勢が組めない。医療機器は人工呼吸器、それから輸液ポンプなど不足をしている声もありました。サージカルマスクの不足も何度も指摘を受けているところです。

病棟の確保ということで、重症でなくても一般の病棟に入れようと思ったら、個室の空きがなかなかないとか、対応できないという病院もまだありますので、患者がどんどん増えていくと、病棟の確保も問題になってきます。

それから補償についても、明らかに業務で感染した職員に対する補償であるとか、スタッフへの予防投薬、ワクチン接種の負担金の補助を検討してほしいという要望があり、これは安心して業務に就けるかどうかということにつながると思うんですが、そのような課題があり

ます。

スタッフの疲弊感。これも印象的な言葉だと思うんですが、通常の対応を行いながらの新型の対応なので、スタッフが非常に疲れ気味であると。患者がいなくてもオンコール体制にしないといけないので、精神的につらいとかという声がやはり多くみられました。

次の波というのは長丁場になるということで、疲弊をなるべくためないような形の態勢で私たちがいろいろ課題を考えていきたいと思っております。



これは咳をするときは手にやらないで肘にやりなさいと言っているスライドです。最近はこのスライドを最後にいつも使うようにしているんですが、手のひらにつけるとべったり手についてしまってそこから人にうつってしまうので、保育園の先生とか、学校の先生などにこれを見せております。

以上が今までの県の現状のレポートです。課題については、また皆さんからいろいろ教えていただきたいと思っております。ありがとうございました。

質疑応答

○司会(玉井) 糸数先生、ありがとうございました。

知花先生、正直言ってこれだけ濃密な感染症に対してドクターが1人とか、2人しか倒れていないというのは、意外と防御できているのかなという感じが逆にあるのですが、どうなんでしょうか。

懇談会

○知花 (医師会)



那覇市立病院の内科の知花です。

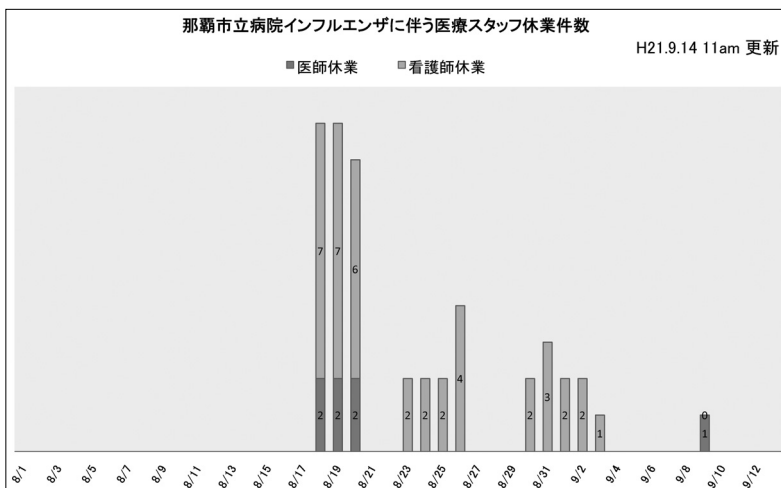
私はインフルエンザコントロールドクター、感染管理医師をしています。

うちの病院はかなりのたくさんの患者さんが来たのに、なぜこんなに医療従事者が雇ってないかというご質問だと思うんですが、研修医がほとんどでして、ここに書いたのは7名なんですけれども、うち6名が研修医、1人がスタッフだけ。ほとんどが20代で、20代以上は雇っていないというのが現実です。

最初に、たて続けに感染者が出たものですから、通常のサージカルマスクからN95マスクに対策を切り替えました。あとは、部屋の構造とか、そういうのは変えられないので、なるべく接しないように診察の工夫をしていって、これぐらいで抑えられたという感じです。

実際こんなもので収まってよかったと思っています。これを見るとナースが結構休んでいるようにみえるんですが、実は業務上で感染した人というのはそんなになくて、家庭内、自分の子供からうつったというのがほとんどでした。ドクターは職業で、ナースは家でうつっております。

あまりにも生々しいデータで、これを出していいのかなと思ったんですが、結構休業者が出たというのが現実です。



○司会 (玉井)

実際に現場はどんな状態でしたか。

○知花 (医師会)

忙しかったですよ。特に週末の急病センターが非常に忙しくて、やっぱり来るのが小児科と内科が多かったんですけれども、うちの病院で統計をとってみたら、小児科と内科が半々でした。結構、小児が多いのかなと思っていたんですけども、結構、内科も来ていて両方忙しかったという感じです。本当に大変でした。

○司会 (玉井)

下地先生、実際に新型インフルエンザを民間診療所でやるということがどんなことだったのか、先生の感想をお願いします。

○下地 (医師会)



最初は、まだ病原性がわからない時期というのは、かなり緊張したんですけど、だんだん病原性が大体見えてきて、あとはインフルエンザは基本的には飛沫感染と接触感染だということで、サージカルマスクと手洗いを徹底してやっています。今のところはあまり院内感染らしいのは出ていません。

○司会 (玉井)

いろいろと現場の生々しい声も聞こえたと思いますけど、マスコミの皆さんから何か質問がありませんか。

○玉城 (琉球新報社)



新報の玉城です。

先生方、本当にお疲れ様です。

こちらの立場からなんです

すが、実際新型インフルエンザというのは新しいことなので、こちら側も報道をどうしたらいいのかと非常に迷った部分があって、最初に全国、大阪とかに出たときに物々しいような恐さをあおり立てるような報

道でもいけないし、住民に適切な情報、適切な行動ができる情報はどうしたらいいのかと非常に悩むところがありました。

今までの報道を振り返って、こういう報道はよかった。逆にこの報道はどうだろうかという率直なご意見を聞かせてください。

○遠藤（医師会）



中部病院の遠藤です。報道で気になったことの第1点は、最初の死亡者が出たときに、保健所への連絡が遅れたということが紙面で非常に大きく扱われた

ことです。その頃、現場には非常にたくさんの患者さんが来て、大混乱の中で対応しているところでした。若干報告が遅れたということ、非常に大きく報道することに対し、マスコミの無理解を強く感じたと同時に、必死の思いで仕事をしている医療従事者が非常に傷ついたと、私は思っております。

数日後に、現場の大変さを記事にさせていただき、救われた気持ちになりました。どうもありがとうございました。報道機関の方もきちっと勉強していただき、何が重要で、何を県民に伝えることが使命なのかを冷静に判断していただきたい。

○司会（玉井） 感染していない証明書を書かされた先生がいらっしゃいますか。感染していない証明書というのを書いてもらいに病院に来ること自体が非常に危険ですね。それを新聞社に取り扱って頂いて、これはナンセンスだということをちゃんと話していただいたのは、僕はあれはよかったと思うんですね。

○宮里（医師会）



実は南部地区医師会から、それで学校ともめたという報告がありまして、教育委員会に連絡をしまして、医師会は書かない方針だと

伝えております。そもそも学校感染症というのは、法律で決まっています。何日したら学校へ行っていいとか、熱が下がって何日したら行っていいとか決まっているはずだから、それさえ守ればいいと。糸数先生と相談して、それを対策本部で練って、対策本部からホームページで1週間経ってれば治癒証明書はいらぬ。熱が下がって2日経ってれば、治癒証明書はいりませんという話をして頂きました。

○糸数（沖縄県） 今年の1月に感染が多く発生したときにも、同じ問題で保健所から問い合わせがありました。何でわざわざ完治証明書をもらいに来ないといけないんだというのがあったので、そのときは教育庁にお願いをしたんですが、これは学校の判断だからということで、何も出してはくれなかった。保健所長の名前で各学校にこういう事は危険で、医療を圧迫するから通常季節性のインフルエンザだったら、そういう必要ないという文書を出しております。私たちはそのような認識をもって今回の新型の件でかなり教育庁とやりとりしていますので、次の波を受けて同じように、玉井先生がおっしゃっていたような、こういう不必要な受診は減らすということ浸透させていきたいと思っております。

○中田（医師会）



確か医師法では診断書は求められたら出さないといけないということになっていたと思いますが、診断書を拒否していいのですか。

鳥型インフルエンザみたいに非常に死亡率が高いだろうと言われていた場合は、危険性を強調するのはよくわかるんですが、今回の新型インフルエンザは確かに一時期急激に増えましたが、重症患者が山のようにはいたという印象は開業医からはあまり感じないんですね。

中部保健所が出された診断書がありましたね。インフルエンザに罹っている診断書で、あ

とは自宅で熱を測って、何日かしたらそのまま書類を持って学校に行ってくださいと。僕はあのアイデアは非常に素晴らしいと思いました。解熱して3日目から学校へ行っていいですというのは、実際に診断書に書いているものですから、医者としては書きやすい診断書でした。あれは2回も3回も来る必要はないから、患者さんにも負担がないし、なおかつインフルエンザに罹った患者さんの異常行動をみるために、ときどき親が測ってくればいいということで、非常に治療としても役に立つし、社会的にもいい診断書だと思いました。だけどあまりにも診断書は「いらない、いらない」とやり過ぎたらどうなのかなど、ちょっと思ったんですが。

○宮里 (医師会) 罹ったときの診断書は何日加療を要すと書かないといけないと思います。あるいは解熱して何日後に出校してよろしいと。治癒証明書まではいらないと思います。

それから、罹ってない証明書はこれは病気ではありませんので、タミフルの検査キットはそのために使うものではありませんので、全く必要ないと思います。

○中田 (医師会) 病気になったという診断書はやはり必要だと思うんです。治癒証明書はその診断書で、熱が下がったという基準を書いています、それをやってご家族が学校に出す。あるいは会社に出すというふうな形にすれば非常に素晴らしいだろうと思います。

それから、病気がないという証明は永遠に無理なことですので、できたら病気がない証明書をもらいに来たいというのは、マスコミでそんなのは無意味だよというようなことを広報していただけたら有難い。あと、学校側も病気の診断書だけにするというような形であれば、先生の言うようにやれば社会的な混乱はなくなるだろうと思います。

○宮里 (医師会) 少なくとも教育委員会は各地区をまわって、全校の校長先生に説明してあります。

○又吉 (沖縄タイムス社)



沖縄タイムスの又吉です。軽症の患者さんが救急医療機関に殺到して電話もかかってくる。患者さんもやっぱり心配だからかける気持ちもわからなくもないと

思うんですよ。ですから、軽症の方は原則帰宅待機なわけですけども、重症化を判断する目安というのがあまり浸透していないと思います。

その点をどのように広報できるでしょうか。肺炎も結構、急速だというお話も聞いたので。

○宮里 (医師会) 私は小児科なので小児科だけで言わせていただきますと、うちの病院では5人小児科へ入院しました。あと、妊婦さんがお1人。この5人のうちの4人は初日から呼吸困難の症状が出ておりました。2日目にはもうアップアップして、本当に挿管しようかどうかというぐらいでした。ただ、少なくとも48時間以内でしたので、タミフルを投与し、酸素投与しながら何とか乗り切って挿管は免れました。

ただ1例は入院した時すでに4日目で、乳児でしたけれども、この子はそれほど強くはなくて、7日目ぐらいで一気に重症化してしまいました。小児科に関して言えば、1日、2日目で呼吸器症状があるという雰囲気がします。

○司会 (玉井) 知花先生、何かご意見ありませんか。重症化の目安というか、

○知花 (医師会) やっぱり呼吸困難感とか、息切れなどの呼吸器症状が強い点でしょうか。厚労省のホームページにも載っているのではないのでしょうか。

○當銘 (医師会)



実際、僕は電話相談係りをやったのですが、重症化の目安は何なのかを特定して、病院を受診したほうがいい、或いはしなくてもいい

という判断はできませんでした。普段元気な子に風邪症状が出てきて、インフルエンザかもしれないと思ったら、病院を受診するのを勧めました。A型でないかどうかを早めに判断し、A型陽性であれば新型インフルエンザと考えて、早期の治療開始が望まれますので。ただ、問題はA型であっても、発症早期には検査しても疑陰性のことがあるので、そのへんの判断をまた慎重にならなければいけないのですが。新型インフルエンザに対するタミフル、リレンザの早期投与の重要性が強調されている状況下で、発症初期に相談を受けて、あなたは「軽症だから待っていても大丈夫」という言い方はできないと思います。

○野原 (医師会)



小児の季節性インフルエンザでは脳症が怖いのですが、今回の新型インフルエンザでは急速に進行する肺炎が目立ちましたし、心筋炎も報告されています。

ですから注意すべき症状として、意味不明の言動や痙攣、意識障害などの神経症状に加え、呼吸数が多い、呼吸困難があるなどの呼吸器症状、更にぐったりして脈が弱いなどの循環器症状がある場合は直ぐに救急を受診するべきです。意識、呼吸、脈拍が重要です。

○宮里 (医師会) 軽症化で帰したとしても、やっぱり2、3日は注意してください。2、3日過ぎればまず大丈夫だと思います。

○知花 (医師会) 急病センターを受診された患者さんが大体発症して何時間ぐらいで病院を受診しているかというのを調べたんですけども、結構患者さんたちも知識があるというか、最初にあまり早く来すぎてしまうと、キットで陰性に出るということもよくご存知でした。大体12時間超えて来院される方が多くて、やはり1日ぐらい家で見て、キットで陽性になる頃合いを見計らって来ていただいているという感じがしました。ですから待てる人はそれで

いいと思いますし、来るならわざわざ急病に來なくて、日中の普通のかかりつけの先生のところでもいいかなと思います。やはり待てる人は大丈夫だと思うんですけども、インフルエンザを思わせる症状があって、呼吸困難などいつもと違う症状が出たら、それは発症から何時間経っていようと、すぐ病院を受診して全然構わないと思います。

確かに、今の段階で沖縄県では死亡者が2人に止まっているんですが、だれがどのくらい重症になるかというのは、本当にまだわからないところがありますので、心配な方はやっぱり病院を受診されて構わないと思います。

○司会 (玉井) 基礎疾患のない方でも重症化するというのが出ていますので、やはり油断はできないですね。

○中田 (医師会) 軽症の人は自宅でお話がありましたが、軽症って本当に判断できるかというのは難しいところもあると思います。一番問題なのは、すぐ救急病院に殺到するというのが問題ではないでしょうか。アメリカ方式で自宅という話をされていますが、正直言いますと、私の診療所は8月に比べたらずいぶん暇です。今年の1月が一番忙しくて、8月がまたパタパタして、9月になって中盤は暇という状況ですけど、新聞と僕らとは別世界のような感じがするぐらい。

ところが今、統計を見ていると確かに2万人とか4万人のうちの2人の死亡に止まっています。何で重症化が少ないかというと、やはり早期の治療じゃないかと思います。私のところも玉城さんと話したその日に、中学生の子ですがレスピレータ管理の人が1人出ました。この人はマイコプラズマ肺炎と、新型インフルエンザとが重なったため、2次救急に送ったらそこからさらに搬送されて、3次救急の中部病院に行ったとのことでした。インフルエンザで重症化したのは3人いましたが、確かに基礎疾患がないというんですが、小さいときに喘息があったとか、若干、全くピュアではないかもしれないけど、でも、確かに急激に3、4時間で重症化

しています。だから明らかに重症になる人は、もう当たった人だという感じがしますが、それ以外に、もしかしたら、軽症のうちに僕ら治療しているかもしれないんですよ。だから検査を早めにするのが悪いことではないんじゃないかなと思います。ただ、さっき言った熱が出て、12時間過ぎてから受診することや、あとは救急病院にそんなに脅して行かせる必要はないかなと思います。「軽症者は自宅ではなくて、軽症だと思ったら診療所へ行ってください」でもいいのではないかなと思います。電話で対応できるか確認してからですが。

今の時点で夕方になって駆け込んで来る患者さんがいっぱいいて、昼間はガラガラです。なぜかという、病院に行く、病気がうつると。一生懸命隔離しているのが、まるで無意味のように待合がガラガラになって、車の中にいてというような形ですね。だから病院に行ったら「うつる」からというのでは、重症化してから来ることにも繋がりますので、必要があればやっぱり受診すべきです。

重症化して来てすぐ入院となると、結局、救急の負担が減らないんじゃないかなと思います。

○司会（玉井） 実際には民間病院で、診療所でまず診れるということをやちゃんとアナウンスしていただいたので、そこから重症患者をセレクトして、後方支援病院に送るというシステムが今回の第一波に関しては少なくとも機能したと思うんです。それが重症患者に対して濃密な医療を提供できる1つのスタイルとして、ある程度定着したような気がします。

○宮里（医師会） 8月16日でしたか、那覇市立病院が非常にパニックになったという報告を受けて、それからその前の中部地区の実務者会議で遠藤先生からも開業医の協力がほしいという要望がありまして、ちょうど定点あたり46のときに、8月のその翌週の火曜日に沖縄県の宮里統括監とお会いしまして、医師会長と知念局長もお会いしまして、その話し合いの中で開業医の先生にも時間外と日曜祝祭日の応援を

お願いしようということで、25日に通達を出しました。ところが幸いといいますか、その週からどんどん下がってきまして、実際動いたのは2、3日だったと思うんですが、那覇市医師会は市立病院の要請に応じまして、16日の週の土日、内科の先生お2人と小児科の先生お1人がもうすでに応援が入っていたということです。

それから、今回はその前の定点がどんどん下がって応援の必要がなくなりましたけれども、第二波の応援のときにはこの形でいきますよというシステムができましたので、かなり軽減されると思います。定点あたり30を超えた場合は、そのときにも輪番制で、あるいは応援という形で入っていただければ対応できるかなと思います。

それから、2次医療圏ごとに事情が異なりまして、南部医療圏は2つの病院に集中しているというのが明らかでありますので、ほかの救急病院も受診するようにアナウンスしていただきたい。それから、中部地区に関しては遠藤先生たち実務者会議がかなり具体的に詰めてあります。先日、うちの病院にも中部地区医師会から何曜日に応援に行ったらいいでしょうかという問い合わせがありましたが、今のところ落ち着いているので第二波のときにご協力頂きたいをお願いしたんです。

それから、北部地区に関して言えば、2病院ですけれども、会員の先生方が地区医師会病院の応援に出かけるということで了承しているようであります。

南部地区医師会もそういうことで、開いている救急病院に誘導という形で問題ないだろうと思っております。

○司会（玉井） 那覇市医師会の友寄会長が今日いらっしゃっているようですが、友寄会長、病診連携はうまく機能したんでしょうか。

懇談会

○友寄 (医師会)



6月の末でしたか、県から患者さんが急増したら応援医師を派遣してほしいという要請がありました。それで会員に募りましたら12名の先生がすぐ手を挙げてくれましたので、それを登録しておりましたが南部医療センターからはそういう要請はありませんでした。

市立病院から8月の末でしたか、応援してほしいという要請があったので、9月いっぱいは大体土曜、日曜、祝日は会員の先生の応援を決めてあったんですが、9月の半ばで患者さんが減ったので現在は止めております。

何かの役には立ったと思います。それから、時間外に診療所、病院を開けるということはもう少し徹底してやらないと、スタートして2、3日やったようですが、開けても患者さんが来ないという状況があったかと思えます。それから、患者さんの受診行動を見て、それから患者さんの数ですね。南部では南部医療センターと市立病院の救急診療所に集中しますので、一般診療所が開けてもなかなか来ないと思えます。

それから、時間外に診療所、病院を開けるということはもう少し徹底してやらないと、スタートして2、3日やったようですが、開けても患者さんが来ないという状況があったかと思えます。それから、患者さんの受診行動を見て、それから患者さんの数ですね。南部では南部医療センターと市立病院の救急診療所に集中しますので、一般診療所が開けてもなかなか来ないと思えます。

○川野 (医師会)



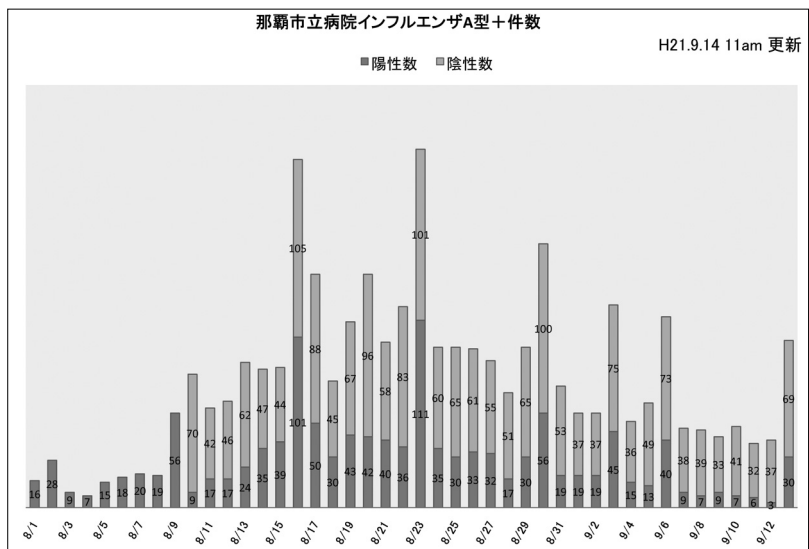
市立病院の川野です。8月16日日曜日に206名という非常に多くの患者さんが訪れまして、これでは市立病院の医師がとても大変だということで、8月17日に院内で会議を開きまして、ぜひ応援を頼もうということで、那覇市医師会に声をかけました。そしたら迅速に8月19日に那覇市医師会員で臨時の理事会を開催していただき、8

17日に院内で会議を開きまして、ぜひ応援を頼もうということで、那覇市医師会に声をかけました。そしたら迅速に8月19日に那覇市医師会員で臨時の理事会を開催していただき、8

月22日、23日の土日に応援をしていただくということになりました。土曜日に1名、日曜日に2名、3名で、小児科はまた別ですけども、大人のほうはそういう応援体勢でした。

それから、先ほどお話がありましたように、若干患者さんが少なくなってきましたので、8月29日、8月30日、それと9月5日と9月6日の応援をしていただいた後は、とりあえず何とかうちのスタッフでできるだろうということで、この次に回っていただくということで今回の波は何とか乗り切ったというような感じですか。

この表では9月3日に患者さん多いですが、沖縄特有のウーケイの日で、開業の先生方が休まれたのかなという感じですか。



○知花 (医師会) 結局、那覇市医師会から応援をいただいたドクターの数は延べ14名で、発熱外来で診た患者さんは450名、本当に助かりました。今回、那覇市医師会の対応がとても早く、本当にタイムリーにその週末から応援に来ていただけたので、有難く感じております。本当にありがとうございました。

○司会 (玉井) こういう応援態勢もあります。あと、実際に診療所を土日、開けてみたらあまり来なかったですね。

○遠藤 (医師会) 厚生労働省と連絡をとっているんですが、那覇市立病院がやられた方法

は非常に効果的だと認められています。クリニックでは時間外に開けても多くの患者さんはそれに気づきません。新聞に載せていただいているが、非常に小さなスペースです。時間外の医療機関を見る人はほとんどいないのではないかと感じています。

開業医の先生方が診療時間を延長されると、医師だけでなく、看護師、事務職員、門前薬局まで開けなければいけなくなり、非常にコストパフォーマンスが悪い。日曜日に開けると、休みが無くなります。そのため厚生労働省も少しトーンダウンしています。やはり那覇市立病院でやられたような形で、救急告知病院に応援に来ていただくスタイルが良いのではないのでしょうか。その際には、いくつか条件を整えなければなりません。報償費をどうするんだということもあります。今後、ぜひすり合わせをさせていただきたいと思っています。ありがとうございました。

○宮里 (医師会) 報道のあり方で1つだけお願いがあるんですが、糸数先生のデータにもありますように、半分は子供ですので、子供たちに手を洗いましょう、うがいしましょうといっても、聞いて受け流してしまう感じになるんですね。具体的に手を何回、どこからどこまでこすりましょうとか、手を洗ってうがいして、顔洗ってという順番とか、もっと具体的に、どうせ新聞で報道するのであれば、絵かなにかを使って子供がわかりやすいようにやってほしいと思います。アメリカでは歌をつくったりやっているみたいです。

○野原 (医師会) 新型インフルエンザ対策で重要なことは死亡率の把握だと思います。国や外国からの報告では死亡率が0.1%とか、0.5%とか推計されていますが、今日の糸数先生の発表から患者が5万人だとすると死亡率が0.004%、重症化率が0.02%、入院率が0.4%と計算されます。これは4月の神戸のデータでも同様で、パニックになるほどではありません。確かに季節性インフルエンザと比べて若年者の患者が多く報告されていますが、わが国の

医療レベルは高く、行政の対応は大げさすぎると思います。どうして季節性インフルエンザはあまり問題にせず、新型だけが報道されるのか、もう少し冷静に対処してもらいたいと思います。

○司会 (玉井) 重症化症例もあるので、難しいところもあります。

この話をしているのかどうか分かりませんが、ワクチンというのが今度出るんですけど、糸数先生、どのようなワクチンが出る予定かちょっと教えていただきたいのですが。

○糸数 (沖縄県) ワクチンの話は本当にマスコミの方々と一体となって県民に啓発しなければパニックを起こすかもしれない、非常に重要なテーマだと思っています。最後にお話ししようと思いましたが、一番最初にやる作業としては、名簿をつくるという作業があります。数が足りないので優先接種をする順番を決めます。まず最初は医療従事者、重症化防止のためのワクチンということで、医療に携わる人たちというのは間違いなく最初なんですけど、その医療従事者の範囲もまだはっきり示されておりません。出ているのは医師とか看護師とか、救急隊員というのは例として出ていますけれども、じゃその中にあるスタッフとかはどうなのかというのは、まだ国は結論を出していません。

次は罹ったら重症化する人ということで、その次のランクに妊婦さんとか、それから基礎疾患を持った人というように、随時接種をスタートしていくというスケジュールがあるんですけども、まだ国からはっきりとした接種対象が示されていないので、1つは県民が何で私は違うんですかとか、不公平感に基づくいろんなクレームだっつりの行動というのが少し心配される所です。だからこれもまた、一緒に話していきたいと思っています。

効果についても、効果はあると思うんですけども、重症化防止のための効果であるとか、あるいはこれを打てばすべて解決するというわけではなくて、きょう話したような受診とか、そういう対策の一環としてまず弱くなる人を守

るためにやるという位置づけです。これは詳細が決まったら、マスコミの方とも何回か意見交換することになると思いますので、ぜひ混乱少なく接種が進むようにということを考えております。

国産ワクチンの見込みは、今、1,800万人しかつけれないということで、今年度に限っては輸入ワクチンで対応することになると思います。最初に国産のワクチンを打って、後半は輸入のワクチンになると思います。後半になるときは、就学前の子供や1歳以下の子供を持つ両親、あるいは小中学生とか、高齢者というように順番をつけて、行動プランを立てていくこととなります。それをなるべく多くの方が合意した上で進めていくということで、その作業についてはお願いしたいと思っております。

○野原（医師会） はしかワクチンの予防効果は95%以上です。しかし、季節性インフルエンザワクチンの発症予防効果は、臨床内科医会の報告では皆の期待ほどは高くなく、年度によっては50%を割ることもありますし、新型インフルエンザワクチンでも同程度の発症予防効果だと思います。現行のインフルエンザワクチン最大の目的は重症化を防ぎ、死亡を減らすことですので、誤解がないように報道してもらいたいと思っております。

○司会（玉井） 予防接種、ワクチンを打つのは、ハイリスクの基礎疾患を持っていらっしゃる方というのを規定してアナウンスして接種という形になるわけです。なぜ私は打てないんだという人は必ず出てくるはずですよ。お金があれば打てるワクチンじゃないというわけですよ。社会的にそういう合意をつくらないといけません。

○宮里（医師会） ワクチンは罹らないために打つというのではなくて、目的は死者を出さないということなんです。マスコミの皆さんもこれからの目的は死者を出さないための戦いになる。だれも免疫を持ってないですから、誰でも罹るんだということを知った上で、重症化しやすい人たちに優先的に打ってあげることにな

る。それから、現場で戦っている人にも罹らないように打ってあげる。基本的には死者を出さない、そのための一方法なんだということを理解していただいて、報道をしていただきたい。

○高崎（沖縄タイムス）



沖縄タイムスの高崎といいます。

先日、県内2人目の死者が24歳の基礎疾患のない女性ということで、結構ショッキングなニュースが出ましたけれども、家族3人が罹って、タミフル、リレンザを使用していたということなんです。リレンザの使用法に何かあったのか等、詳しい状況を知っている方がいたら教えてほしいと思っております。

あと、若者に発症者が多くて、死者も重症患者も多いということですが、これはどうしてでしょうか。また、県内の入院重症者の割合を見てみると、年齢に結構ばらつきがあって、通常考えるのは体力の弱っている高齢者とか乳幼児が重症化しやすいのかなと思うんですが、結構そういうふうにはなっていないのかなと思うんですけれども、そのへんはたまたまなのか、やっぱり規則性がないような感じになっているのかというのを教えてください。

○司会（玉井） 當銘先生、今、インフルエンザの治療というのは大きく分けてタミフル、リレンザというのがよく使われていると思うんですけど、どんな治療薬なのか簡単に教えてください。

○當銘（医師会） そのへんの質問が出るんじゃないかなと思ひ、急遽、調べられる範囲で調べてきたのですが、まず、うちに新型インフルエンザで入院した患者は、7月から入院が始まりまして、現在まで26人が入院しています。小児科が16人、成人が8人です。男女比で見ると、成人のほうは女性が6人で、男性2名とかなり女性のほうが目立ったのですが、子供の方は10対6で、男性のほうがむしろ多くなっ

ています。次に基礎疾患のない人が26人中14人、基礎疾患のある人が12人です。基礎疾患の内訳は気管支喘息が5人、それから糖尿病、先天性のくる病、パーキンソン、癲癇、心疾患、ネフローゼ、COPDの患者がそれぞれ1人ずつインフルエンザで入院しています。

年齢は最年少が9カ月の男児で、最高齢が76歳のパーキンソンの女性です。年代別で見ますと、5歳以下が7人、6歳～10歳が5人、10歳代が5人、20歳代が5人、30歳代が1人、50歳代が3人、70代が1人です。

死亡した24歳の女性ですけれども、この方は肉体的には免疫不全に関する基礎疾患はないのですが、精神発達遅延がありまして、就職支援をするようなコロニーというんですか、そういう特殊な社会的施設の支援を受けて仕事をしている女性でした。家族の2人はタミフルを飲んでいたのですが、本人は飲み薬が苦手ということでリレンザが処方されたことになっていますけど、リレンザをきちんと吸入できていたかどうかはまだ確認できていません。

一般的に、リレンザとタミフルで効力に差があるかという、ほとんど差はないものと考えています。ただ、予防投薬という観点ではタミフルのほうが効果があるようなことが言われているみたいですが、治療薬として使う場合に両方の薬剤で差があるかという、それは無いと思います。むしろリレンザの注射で劇的に改善した症例が、外国で報告されているみたいです。

合計26人が入院していますが、現在入院しているのは重症化した3人だけです。心筋炎で入院した子と、ウィルス性の重症肺炎の9カ月の子と、それから26歳の女性が重症肺炎で入院しているのですが、この人はインフルエンザ肺炎そのものじゃなくて、肺炎球菌性肺炎を合併して呼吸不全になって入院している症例で、こちらは抗生剤によく反応しており、救命できるものと予想しています。

○和氣 (医師会)



本日肺炎で1人入院がありました。追加してください。

○當銘 (医師会)

質問にありました、どうして若年者に重症患者が多いのかということに関して、はっきりしたことは分かりませんが、おそらく1970年代の後半にアジア風邪というのが流行ってしまっていて、これは現在の50歳代以上の人は経験している訳でして、恐らくその時できた抗体を持っているのが、今でも効果を発揮しているのではないかとということで、その為には年寄りには罹りづらくて、若者のほうに重篤な症状が出ているのではないかと推測はされているようです。

○司会 (玉井)

これからの変異というものもあるでしょうから、油断はできないと思います。

○謝花 (沖縄タイムス社)



沖縄タイムスの謝花と申します。

やはり第二波に備えて啓発的な報道というのはこれから大事だなとお話を伺って思っていたんですが、実際、

今、第一次の流行の最中にもいろいろ工夫してやっているつもりなんですけど、報道している部分に対する問い合わせとか結構あったりして、私たちもかなり模索しているんですよ。どういった報道が、特に啓発において期待されて、第一波のときに役に立ったのか・立っていなかったのか。先ほどの時間外診療も少し小さかったというお話がありますよね。そういった部分も含めて、今患者さんが受診されるときに、ある程度知識をもっていらっしやると、それは一体どういうところからとっているのかとか、どう

いう情報が有益だったのかと知りたいですし、第二波に向けてはこんな工夫をしたらどうかという提言があったらぜひお願いしたいんですが。

○遠藤（医師会） これはリスクコミュニケーションですよ。リスク回避するには、リスクアセスメント、リスクコミュニケーション、リスクマネジメントがあります。マスコミの方には、ぜひリスクコミュニケーションをお手伝いいただきたい。来るべき危機に対して何をしなければいけないかという報道をしていただきたいんです。そのためには、県民に分かりやすいキャッチーな標語が必要だと思います。

私は、県民に「6つのお願い」と言っています。それは「うつさない」「うつらない」「つぶさない」です。まず「うつさない」は、感染したであろう方は①外出しない。どうしても外出しなければならぬ時は、②咳エチケットを守っていただく。マスクをしていただいて、咳・くしゃみがあるときはティッシュで鼻と口を押さえる。そして、よく手を洗う。「うつらない」は、③咳をしている人に近づかない。私は講義で、マスクをしている人には近づくなと言っています。そして④手洗い、うがいをきちんとする。最後の、「つぶさない」は、地域の医療機関をつぶさないと言うことです。感染初期あるいは重篤でない方は昼間に⑤開業医の先生を受診する。⑥妊婦、基礎疾患のある方は、まずかかりつけ医に相談していただいてから、適切な医療機関を受診していただく。以上合わせて6つです。

県民が新型インフルエンザ対策と言え、ば、「うつさない」「うつらない」「つぶさない」と、すぐに口に出して言えるのが理想です。それぞれ2つずつ入れて「6つのお願い」としました。これを、新聞、ラジオ、テレビなど、あらゆるメディアで繰り返し言っていたいただきたい。この6つをしっかりとやっていただければ、大きな混乱は起きないと思います。

もう1つお伝えしたいことがあります。5月の流行時に、医療機関にマスクの供給が途絶え

ました。神戸、大阪でマスクをしないのは罪悪であるというような報道が繰り返しされたため、マスクがたくさん使われました。一般人が大量のマスクを消費したため、医療機関へのマスクの供給が途絶えたのです。私はこの秋も心配しています。感染した人がマスクをするのが適切であって、感染防止のために街中でマスクをする必要はありません。ぜひ適切なマスクの使用法の報道をしていただき、マスク不足の発生を防いでいただきたい。

○下地（医師会） 開業していて思うんですが、患者さんの家族の感染がとても多い気がするんです。2割くらいもしかしたら、あるいはそれからもうちょっと多いかもしれません、この家族内感染がとても多い気がします。うちも家族内感染の防止のための注意事項を書いて、診断がついたらみんなに渡しているんですが、記事のほうでもぜひ家族内感染の防止について、そのあたりの記事もぜひ載せていただきたいと思っています。

それと報告ですけど、浦添市医師会も9月16日から浦添総合病院に休日でも応援に入っています。9月いっぱいはやる予定です。

○司会（玉井） 医療機関は2カ月間、新型インフルエンザをずっと扱ってきましたが、我々はほとんど罹らないですよ。50歳以上の人が多いからなのか分かりませんが、でもそれはやっぱり本当に基本的なことをしっかりやっているだけなんですね。やはり基本的な手洗いとか、そういう当たり前のことをちゃんと地道にやっていけるかどうか。例えば学校で換気をするとか。そういうあまりお金のかからないところをちゃんと地道にやっていくことをしっかり啓発していただければ、かなりピークの波を緩やかにできるんじゃないかと僕は思います。特別なことでも何でもありませんよ。沖縄県民がなかなかやりにくいことを、ぜひ報道の力でやっていただければなと思っています。

どうも今日はありがとうございました。

日本医師会年金で将来の安定した生活を！

勤務医のゆとりある老後 確かな備え

<ご加入のご案内>

各学会に加入されている先生方も多くご加入されています。
この機会に日本医師会年金に是非ご加入下さいますようご検討下さい。

I. 特 色

日本医師会年金(以下「医師年金」という。)は、昭和43年に創設されたわが国最大規模の私的年金であり、日本医師会の事業として運営する会員福祉です。

会員及び遺族の老後の生活保障のため、世界的な資産運用会社に運用委託し、医師のライフスタイルに合わせ、日医が独自に創設した年金制度として、他に類をみない多くの特色を備えています。

1. 積立型の私的年金です。若人が老人を支える公的年金とは異なります。
2. 勤務医、開業医が法人化しても医師年金は継続が可能です。
3. 掛金は、ご希望の年金額を受けるため、自由に設定・変更が可能です。
4. 65歳をすぎても現役の先生は、年金の受取を75歳まで延長できます。
5. 年金の受取が始まる時に、年金の受取コースの自由な選択ができます。
6. 事務手数料が非常に少額です。(掛金がいくらでも1回の手数料は100円です)

II. 加入の要件

64歳6ヶ月未満の日本医師会会員(会員種別は問いません)

☆パンフレットのご請求とお問い合わせについては

日本医師会 年金・税制課

TEL:03-3946-2121(代表) 03-3942-6487(直通)

FAX:03-3942-6503 E-mail:nenkin@po.med.or.jp

日本医師会ホームページ <http://www.med.or.jp/>

尊厳死について考える県民との懇談会



理事 玉井 修



期日：平成21年10月4日（日） 於：沖縄県医師会館

平成16年から年に3回ほど医療に関する県民との懇談会を開催してきた。これは医療を取り巻く様々な社会問題をテーマとして、中小企業団体中央会や老人クラブ連合会等の様々な組織の代表者を招いての懇談会であった。この懇談会では県立大野病院医師逮捕の問題や沖縄県の産婦人科医療の問題、ドクターハラスメント等をテーマとして真剣な議論が行われ、懇談会を通じて医療に対する理解を深められたと確信している。4年間この様な形で意見交換を行ってきた経験を踏まえ、次のステップとしてもっと広く県民の参加を呼びかけた懇談会を開催すべきという意見がふれあい広報委員の間から起こり、直接県民と語り合う懇談会を入场無料で広く県民に参加を呼びかけようということになった。

しかし、直接健康に関わるテーマを取り上げ啓発していく県民公開講座とは全く違った切り

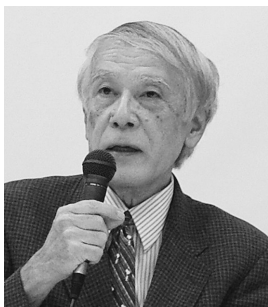
口で、医療に関する社会問題を議論するという試みは実際にプロジェクトを進めていくと大変困難なものであることを痛感した。平成20年には実際に浦添のてだこホールで、「後期高齢者医療制度、療養病床削減、在宅医療」について懇談するため開催を試みたところ、広報不足と参加希望者を返信はがきで募集するなどの取り組みにやや無理があったのか、何と参加希望者はたったの9人であった。やむなく昨年の開催は中止に追い込まれ、まったくの企画倒れに意気消沈し県民との懇談会の持ち方に関して再度企画の練り直しを行わなくてはならなかった。そして今年リベンジを期しての計画を練り始めたのである。まずはテーマを「尊厳死を考える県民との懇談会」とし、錚々たるパネリストをお迎えする事ができた。会場は沖縄県医師会館が今年から使用可能となったので、予算や会場規模から考えて沖縄県医師会館を使用する

事とした。そして何といても告知をポスター等に大いにこだわり、NPO法人や医療機関に自然に馴染む様な作り込みを行った。企画そのものをより充実させるため、パネリストとの打ち合わせも当日を合わせて3回も行い内容のすり合わせをしっかりと行った。そして本番当日、昨年9人だった参加希望者は今年170人の事前申し込みがあったのである程度の出足は見込み、充分な量の配付資料を準備し、しっかり会場設営を行ったと思っていたのだが...。何と参加者は予想を大きく上回る350人、3階のホールには入りきらず、2階の別室にVTRを流すという急ごしらえの会場設営を余儀なくされ、しかも2階会場の音響が不調であった。万難を排し望んだつもりが、思わぬ不便を参加して頂

いた県民にかけてしまい、大変心苦しく思っている。何しろ県医師会館で350人を収容したのは今回が初めての経験であり、2階会場にVTRを配信するテストはこれまでも何度も行ってきたものの、実際にこのシステムを使ったのも初めてという想定を越えるものであった。何度シミュレーションを行っても、不測の事態はハイテク器機には避けることができない。会場設営についても、もっと想像力を働かせて収容人数を増やす努力をすべきだったと非常に反省している。参加人数9人の企画倒れになった昨年とのあまりのギャップに翻弄され、大きな課題を運営面に残した。これを大きな反省材料として、しっかり次回の懇談会に生かしていきたいと思う。

講演の抄録

尊厳死について



なぜ今、死のあり方が問題か

従来の医学は延命を図ることに重点が置かれ、死の問題を避けてきたように見える。人間の命は有限で、いかに医学・医療が進歩しても不治・末期の状態は厳存しており、そこでは積極的治療がむしろ不適切と考えられ、延命措置が尊厳ある生を冒す事態がしばしば見られるようになった。

かつては80%を超えていた在宅死が今では

15%にまで激減し、代わりに病院死が約90%となっている。このことは手厚い医療が受けられている証拠である反面、無意味な延命措置の頻度も高いと推定されている。

尊厳死とは

高齢社会では健やかに生きることが最大の課題であるが、その一方で不治・末期の回復不能の状態では、自分の死に様を自分で選ぶ尊厳死に世間の関心が高まっている。尊厳死とは、そのような状態になった場合、人間らしい安らかな死をとげるために延命措置を拒否する死のあり方で、自然死と同義である。

日本尊厳死協会では、本人の意思に基づいて延命措置を拒否するリビング・ウィル（尊厳死の宣言書）の普及を目指しているが、その骨子は次のとおりである。

1. 病気が不治・末期で死期が迫っている場合、徒に死期を延ばすだけの一切の延命措置を拒否したい

2. 但し苦痛を和らげる措置は最大限実施を希望する。

安楽死との相違

安楽死とは注射・毒物投与などの積極的方法で死期を早めるもので、自然の摂理の経過に任せる尊厳死とは根本的に異なる。

日本尊厳死協会は安楽死には反対の立場をとっており、日本には安楽死を容認、推進する団体はなく、その素地もない。

尊厳死法制化を目指して

医療現場では患者や家族はリビング・ウィルを主治医に提示して尊厳死への協力を求めることになるが、死亡会員遺族に対して行った調査では、95%以上の方が主治医から何らかの協力が得られたと答えている。しかし終末期の定義が曖昧で、延命措置の中止に関して法的根拠がないために、主治医側が躊躇したり、実施に踏み切れず、患者側と主治医の双方が悩む場合も少なくない。そのために日本尊厳死協会は2005年に尊厳死法制化の請願書を国会に提出し、2007年に日本医師会は、「終末期医療ガイドライン」を発表した。しかしガイドラインだけでは規制力がなく、延命措置の中止によって担当医師が民事あるいは刑事上の責任を問われないように尊厳死の法制化が必要である。

在宅および福祉施設における看取り

高齢者は一般に住み慣れた地域や自宅で最期を迎えたいとの希望を持っており、福祉施設に長く住んでいる利用者が、そこで最期を迎えたいと希望することも多い。

この現実を踏まえて、2005年の介護保険制度の見直しでは、福祉施設および訪問介護にお

いて看取り介護加算が認められた。

在宅や福祉施設での死では、一般に濃厚な延命治療は行われなことが多く、在宅死や福祉施設での看取りが普及すれば尊厳死の実現に近づくと予想されている。

尊厳死に対する反対論

反対する議論には、先ず安楽死との混同がある。また不治・末期になれば、すべての例に治療中止を迫るであろうとの誤解がある。本人意思が不明の場合は従前通りに延命治療を続けるのは当然である。

とくに障害者団体が強く反対しているが、本人の意思がない場合に延命措置を中止することはあり得ず、この反対は杞憂に過ぎないと考えている。

日本尊厳死協会について

日本尊厳死協会は1976年に発足したが、昭和天皇の濃厚な延命治療、ライシャワー元駐日アメリカ大使の尊厳死、東海大学事件、そして2006年の射水市民病院事件など、世間の関心を集める毎に会員数は増加し、現在会員は12万名を超え、全国に9支部を置いている。会員数の増強とともにリビング・ウィルの普及に取り組み、尊厳死法制化の実現を目指して活動している。

おわりに

尊厳死運動は自己決定権を行使して「健やかに生き、安らかに死ぬ権利を自分自身の手で守る」ための一種の人権運動であると理解している。「安らかな死」は高齢社会のキーワードであることを強調したい。

緩和ケアの現場から



【はじめに】

「生・老・病・死」。先人は、私たちが避けて通る事のできないこの現実、その事実から、目をそらすことなく直視することを教えて下さいました。これらの重い荷物が、そして十字架が自然の一部であることをも教えていたものと思われま

しかし、際限のないモノの豊かさを追い求める高度経済成長の時代においては、これらが克服されるべき対象として「生き抜く術」のみが価値あるものとされ、「老い」も「病」も、「死」もまた敗北とされ、タブー視され、忌み嫌う文化が蔓延し、定着したように思えます。

結果として得られた社会は、戦争、暴力、自然破壊、温暖化現象、銃の乱射、麻薬の氾濫、自殺、子が親を・親が子を殺す、理不尽な殺人、金銭のための衝動的殺人等々、混沌とした「切れる」「切れた」社会です。

個々の思いやりの絆（きずな）が、「欲」という名のハサミで切断され、地縁・血縁の絆が、合理性という名の刃物で切り裂かれてしまいました。コンクリートで固められた景観は、自然との接触をも遮断しようとしているかのようです。沖縄が埋め立てられていく。自然との関わりも「切れた」、切れてしまいそうです。

医療の現場も、混沌とした渦の中に飲み込まれんとしています。医師を含めた個々人のライフスタイルの変化に、制度の改革が追いついていない。臨床の現場だけではなく、基礎医学の分野においても全く先が見えない。教育界、医

療界は「平安」を求める人々の、そして社会の礎（いしずえ）としての役割を果たすべく再編を模索しています。

高齢化社会を迎えました。地道な試みですが、医療を提供する側と受ける側の信頼関係を築くことは大切な変革の基盤となるものと考えます。共に「尊厳死」について考える機会が、「尊厳ある生」について語り合う場となり、足下に、そして将来に一条の灯りを見いだす機会となれば幸いです。

【緩和ケアの現場の諸問題】

(1) 不明確な自己決定権

沖縄県においては、正確な病名が告げられていないことが多い（テーゲー主義）。

(2) 介護力の不足

緩和ケア病棟においても「孤独な死」が存在する。

(3) 緩和ケアとホスピスのケアの非分離

緩和ケアには相応の費用が必要。

麻薬を含めた高額な医薬品・治療手技のため経営上困難を極める。

(4) 対象が「がん」と「エイズ」

尊厳ある「死」の場面は、他疾患においても提供されるべき。

(5) 高齢化社会

老人保健施設、在宅医療との連携が必要。

【難病医療の現場の諸問題】

(1) 障害者自立支援法施行に伴う自己負担の増加 経済的悩みからの解放が先決。

(2) 安全管理

10年、20年の人工呼吸管理の時代。在宅、入院を含めた安全管理のための人的配置が必要。

(3) 生き甲斐の問題

多くの職種（心理療法士・ソーシャルワーカー、作業療法士等）、ボランティアの支えを必要とする。

(4) 家族の負担軽減

入院、在宅の垣根を低くし、家族の要望に

臨機応変に応える体制の確立。

- (5) 社会全体で支える体制の確立
生活、教育、情報の提供

【まとめ】

その人らしく、懸命に生きる方々のために社会全体として支える体制を整えることが急がれます。「コミュニケーション」とその手段の確保、そして「思いやりの心」とその輪が「尊厳死」の重要なキーワードとなることを患者さんが教えてくれました。

「尊厳死」の問題は宙に浮いて存在するものではなく、「尊厳ある生」に連続する形で成就されるものかもしれません。

【資料：緩和ケア病棟のある病院】

- ・オリブ山病院
那覇市首里石嶺町4-356
- ・アドベンチストメディカルセンター
中頭郡西原町字幸地868
- ・国立病院機構沖縄病院
宜野湾市我如古3-20-14

**リビング・ウィルについて
～「遺言」と「治療の事前指定」～**



- 1 自分で決定する自分の医療という（尊厳死、緩和ケア、在宅での医療）テーマで医師会が市民と意見を交換するこのシンポの意義は大切。
- 2 しかし、安楽死とか尊厳死の問題に触れる

ので非常に緊張する、命と医療の問題なので避けて通れない。生命を救うのが医療であるが、救えない命にどう対応するか。

- 3 患者の持つ自己決定権(憲法13条)のこと。
自己決定はインフォームド・コンセントがあってはじめて成り立つものではないか。
- 4 法律のいう「遺言」とは何か。
遺言は相続財産についての処分のみを認め、それ以外のことについては遺言を全く認めない。
遺言書の作り方、その意義・効力について。
命(治療)についての遺言は無効。
- 5 家族や本人が治療方針を決めることができるのは医学的、倫理的に妥当な範囲に限る場合ではないか。

在宅医療における看とり



在宅ターミナルケアに於ける看取りについて

在宅でターミナルケアを行い在宅で家族や看護師等と共に看取りを行なう事例が増えてきました。癌・神経難病・各種臓器不全患者などは現在でも急性期医療を主として行なう病院で死を迎える場合が80%近い状況ですが在宅での尊厳ある生を全うし尊厳ある死を迎える事を希望する患者や家族が徐々に増えているようです。

日本では戦後の有る時期までは在宅で死を迎える事が普通でした。経済の成長と共に医療制度の整備充実・医学や医療技術の進歩、入院医療機関の発展等が実現し国民の平均寿命も世界一になりました。又農村から都市への人口の流動化や家族制度の変化の中で在宅で死を迎える

事が困難になり在宅死は減少の一途を辿り現在では病院で死を迎える事が圧倒的に多くなりました。

しかし病院で死を迎える事が人間としての尊厳を損なう事例が増えている事が社会問題になり終末期医療の在りかたについて国民的合意の形成が求められるようになりました。

厚生労働省は平成18年に終末期医療に関するガイドライン(案)を発表しました。ガイドラインでは患者、家族の意思の尊重とインフォームドコンセント、多くの医療関係専門職から成る医療チーム、多専門職から成る委員会の設置を提案し患者にとって最善の治療方針をとる事を提案しています。終末期医療の在り方は現在も国民の各階層で論議は進行しています。

いわゆる、尊厳死の問題の国民的合意形成は来だ充分とは云えない状況と思われませんが国の医

療政策では看取りの場として病院から在宅への流れは加速しています。その為の受け皿として在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション等への保険診療の診療報酬や介護保険の介護報酬の改訂も行なわれています。後期高齢者医療制度の創設も行なわれました。

種々のアンケート調査では6割の方が在宅での看取りを希望しています。現実には2割程度しか希望は達成されていません。癌患者の場合は在宅死は1割程度です。国は近い将来3割程度の在宅死を目標にしています。

在宅で尊厳ある生と尊厳ある死を実現する為には克服すべき制度上の課題も多く、死についての国民的議論も深める必要が有るとおもわれます。回復の見込みの無い死期の迫った患者の生命をどう考えるのか在宅での看取りの経験を通して討論に参加させて戴きます。

座談会

○玉井座長 皆様お疲れさまでした。早速ですが、一言感想をお伺いしたいと思います。

源河先生いかがでしたでしょうか。

○源河先生 予想を超える参加者の数に驚いており、県民が非常に高い関心を持っておられるのだと感じております。

今回の懇談会で終末期医療についてより理解が深まったのではないかと思います。

今後も、「健やかに生き、やすらかに死ぬ」ことの大切さを訴えていきたいと思えます。

○石川先生 なかなか15分で話しを纏めるのは難しいですね。今回はこれから深い部分に差し掛かるという所で終わったような感があります。これから第2弾、3弾でニュアンスを変えて哲学的な事も含めて議論を深められるといいと思えます。

○永吉先生 もう少し時間が欲しかったですね。先ほど懇談会を終えた際に参加者から一人15分の講演では短すぎるとのお叱りを受けま

した。今後も定期的に医師会主催で開催できると良いですね。

○山里先生 私もこんなに多くの方が参加されるとは思いませんでした。しかも在宅医療は未だ認知度が低いので、質問が出てくるだろうかと思っていましたら以外に反応があったので、ホスピスなどが始まっていることを知ってもらえただけでも良かったと思っています。

また、尊厳死の問題でも、例えばがんの場合や、神経難病の場合など色々あります。ホスピスケアも日本では、がんとエイズだけにしか認められていない中で、実際にはどういったことで皆さん苦労されているのか、今後は焦点を絞って開催しても良いのではないかと考えています。これをシリーズ化して発展させていってはどうでしょうか。

○玉井座長 源河先生のスライドの中に生と死を考えるお話がありましたが、その啓発の一環として在宅ケア、がん告知の問題など、非常

に重要だと思います。沖縄県は宗教やトートナーなどいろいろな問題があります。今日だけでは本当に入口に立っただけという気がします。

実際、フロアなどから、もう少し運営をしっかりやってほしいとお叱りを受けましたし、こんなリアクションがあることを想像もしてなかったですね。

○永吉先生 もう少し時間をおけばもっと質問が出たでしょうね。言いたいことが言えずに帰るような感じでしたね。

○玉井座長 僕もそう思います。今日は質問については、挙手にしたんですが、質問用紙に書いてもらったらもっと質問があったかもしれないですね。

挙手だと、あの大勢の中では気後れしてしまいますよね。

次回からは質問用紙をお配りしたいと思います。

○山里先生 質問用紙を配って、なおかつ発言したい方にはその場で発言していただいても良いのではないのでしょうか。

○玉井座長 このように県民も意識が高まっている中、在宅支援診療所にしてもそうですが、手あげが少ないし、実際の現場のことについて会員にも周知徹底していきたいと思っています。

○山里先生 がん拠点病院で研修が始まりますが、それを受け入れる診療所も少ないです。そういう点ではもっとこのような機会を増やしてもらいたいと思います。私自身もホスピスについて学びたいと思っています。

○石川先生 緩和ケア病棟は常に20～30人待ちの状態です。大きな問題は高齢化社会と緩和ケアなんです。患者さんの症状コントロールは上手く行って落ち着いてはいるのですが、がんがあることを理由に家に帰すことを拒否されるんです。そのような方達で占められているの

で、本来入るべき患者さんが入って来られない状況なんです。

高齢化社会における緩和ケアは非常に大きな問題で、連携をどうやっていくかが大切だと思います。

○山里先生 本日の講演の内容は、これまでの中で割と上手くいったケースを話したんですが、最近は上手くいかないケースが多くなってきています。病院は平均在院日数を2週間に近づけないと医療経営が上手くいかないし、医師も看護師も足りない。そのような中で患者さんを追い出さざるを得ない状況に追い込まれています。しかしながら、このような患者さんを介護できる家はほとんどありません。亡くなる1週間前に送られてきて家で診ているうちに様態がおかしくなって、救急車で運ばれて翌日に亡くなるというケースが増えて来ています。

正に日本の医療が崩壊する中で、色んな問題が起こってきています。

○玉井座長 救急医療が疲弊している中で、在宅で診ることを希望して家で介護していてもいざ亡くなりそうになると、救急病院に運ばれて来ます。

その病院で救急蘇生をし始めるんです。場合によっては司法解剖までされることがあります。実際の現場ではとんでもないことが起きています。

○永吉先生 次回は救急医療について懇談してもよいのではないですか。

○玉井座長 そうですね。生と死を考える県民との懇談会という形でもっともよいかと思えます。

とにかく、この懇談会は1回で終わらせるのではなく、継続してやっていくことが必要だと実感しています。

本日はどうもありがとうございました。

懇談会当日、参加頂いた方々にご意見・ご感想を賜りましたので、下記の通り掲載いたします。

1. 65歳、女性、那覇市

老衰で経口摂取ができなくなった97歳の母は、医師より、胃ろう、経管栄養の話が出たが、家族の話し合いによって自然死を迎えさせたいと決まり、先生に苦痛緩和をお願いし、点滴と酸素吸入で死期までの1週間家で子、孫、ひ孫達に看取られながら静かに眠るように亡くなりました。1週間母の側で一緒に居た時間がすごい宝になりました。

2. 46歳、女性、那覇市

延命措置のあり方については、近くにいる家族の関わりが一番大きい。もしその時になったらといつも不安を抱えている。

今回の催し物は、母が新聞で知り、医師や、弁護士、病院関係者の多くの方々の意見を聞きたくて、仕事を休んで姉も誘って参加した。講演はとても参考になった。家に帰ってすぐ話の話題にしたい。

3. 65歳、女性、那覇市

2年前母を見送った。22年間の長い闘病生活であったので、家族で最後は家で看取ることを決めた。訪問看護師とホームドクターの温かい支援があり、今でもそれで良かったと話している。会話が不自由であったので、みんなで歌を歌ったりした。家庭内でいろいろな音を聞きながら静かに見送ることができたことに誇りすら感じた。

4. 61歳、女性、伊江村

兄弟、家族全員の協力で母（98歳）を在宅で看取ることができた。今回のような機会に接することがあったら、もっと良い介護ができたのではないかと思う。こういった機会をもっと多く開催して欲しい。

5. 59歳、女性、南城市

13年間パーキンソン病と闘い、13年前に県立南部病院で家族に看取られた実父は、リハビリにも懸命でしたが、生前延命治療ははっきり拒否していた。主治医も話を聞いて頂き理解をしめされ静かな死を迎えることができた。それから数年舅を看取り、実母の心筋梗塞、脑梗塞、肺の手術・・・、4年前に尊厳死に直面した自分がいた。悪性リンパ腫、再発、末梢血幹細胞移植、再々発でセパリン治療をすすめられ・・・。

再発時は、自分の尊厳を守れない機器で管理された自分を夫や子ども達以外の誰にも見られたくないと思った。それも大事な尊厳の一つ。

6. 60歳、女性、那覇市

一人で生活しています。親ナシ、子ナシ、夫なし、弟も妹も姉もいません。一人っ子です。今は元気ですが、今後が不安です。知人の親が病院をたらい回しにされる姿に老後の不安を感じている。尊厳死協会で老人ホームをつくって欲しい。

7. 60歳、女性、那覇市

母親の寝たきり状態が10年間続いた。話すことも歩くことも出来ず、口を開くこともなく、食事の時は家族も大変であったが、一番は本人がその介護を喜んだかが疑問である。話ができたらこんなに生かしてくれるなど言っていたのではと思ったりする。母は93歳で他界。

8. 53歳、女性、南城市

母の死を通して 自分の生き方、死についても考えるようになった。母は突然亡くなったので、生きている間に死についてもっと話し合っておけば良かった。伝えたいことがたくさんあったと思う。死は避けては通れないこと、死を考えると言うことは、どう生きるか、一日をどう過ごすかを考えることだと思う。

9. 62歳、男性、大宜味村

生きると言うことは死ぬと言うことでもあり、早くから死について感心を持たせると言うことが大事だと思われまます。そして日々、自分の終末はどうありたいかと言うことを口にして生きるのが必要だと思われまます。

10. 女性、豊見城市

闘病期間の長短・死去する年齢に関わらず死の受容については個人差があると思う。また、残された家族は故人の治療などについて、「これでよかったのか」と思い悩む。入院中の治療方針や経過説明が医療者側からあったかどうかで遺族の悲嘆の度合いが変わってくる気がします。

11. 59歳、男性、浦添市

父の死の際、とても迷うことが多かった。日常的にこのような機会をつくって、考え方をまとめ、家族に伝えておくことも重要。今回のような機会を多くつくって下さい。有り難うございました。

12. 54歳、女性、宜野湾市

最近は見取りなどが理解され、告知される方が多い。緩和ケア病棟のベッドの増加が必要と思う。

13. 43歳、女性、那覇市

がんになった父は、死を受け入れることができず闘い続け苦悩していた。私は応援することしかできなかった。色々なホスピスケア、死に関する本を読んで安らかに最期を迎えて欲しいと願っていたので、本人が最期を否定し続けている以上、難しいと思った。

「治らない」とか「死」とかいうことを本人が認めない以上、家族も治ることを祈り闘うことしかできなかったが、それで良かったのかと疑問におもっている。また、やはり在宅で見取りたかった。

14. 64歳、女性、宜野湾市

老母（91歳で死亡）臨終・死期について主治医は予想がつけたと思うが家族が立ち会えなかった（間に合わなかった）ことについて、不満や悔しさを感じている。

貴重な機会をどうも有り難うございました。

15. 70歳、女性、読谷村

身内の死の受容はなかなか難しいことで、腫れ物に触れる雰囲気ですが、医療従事者はもう少し積極的に家族親族に対して死の準備教育とか心の準備教育にアプローチされると大変助かると思う。

16. 75歳、男性、那覇市

自分の父の最期に立ち会った時に感じたことです。延命処置を施していたのですが末期で無意味と考えても身内のみんなの意見に従うしかできなくて残念でした。そのことがあって私は絶対に延命処置は避けるべきと今考えています。

17. 38歳、女性、西原町

私は医療に携わる者ですが、色々な方の死、見取りをしてきました。個人には死に方を選ぶ権利があると思います。しかし、それが行われているのは未だ少ないような気がします。一般の方、医療の人がもっともっと個人の権利死ということについて話し合う（考える）ことが必要。

18. 55歳、女性、沖縄市

これだけ情報がありながら死を自然にと言っても不安が募る。誰が先に行くかとは神のみぞ知るということです。誰がおくり人になるかも同じことです。各人の希望、思いを分かり合うことは大事なことで知りました。

19. 64歳、女性、南風原町

15年前に亡くなった義父の自由に父らしい生き方、死に方に、残された遺族として「泣かないで済んだ」と私が言った言葉を息子が覚えていて、オレも母さんが亡くなる時その言葉を言いたいと・・・母さんらしい生き方をやってくれ・・・との思いを受けて今、生（活）きています。

20. 68歳、男性、那覇市

去年98歳で母を見送った。まだあたたかい母の延命中止をやるわけにはいかない。近代医学を総動員して一秒でも長く命を確保すべきである。

21. 54歳、女性、宜野湾市

核家族での介護力不足、コミュニケーションの欠如、家族の和、団らん不足等課題を抱え、如何に自分の家族の終末を迎える事が出来るか考えていく必要があると思います。

22. 45歳、女性、沖縄市

終末期には仕事を休んで介護に専念できる周囲の環境が整っていたら、自然にそれができる。そのような雰囲気があったらなあと思います。

23. 78歳、女性、豊見城市

主人は尊厳死にて見取り、献体により見送りましたが、大勢の方の忙しい手を煩わすことなく、告別式もなくてよく、人生最後の別れを家族だけで静かに見送って有意義だったと思っています。

24. 73歳、男性、宜野湾市

妻が3年前胃がんで死亡した。ガン治療で重要なことは痛みの緩和だと思われる。まだ充分とは言えない。今後の課題だと思われる。

25. 63歳、女性、豊見城市

母が認知症、寝たきりに近い状態でここ3～4年入退院を繰り返している。介護、療養生活は自分の問題として受けとめないといけないと思う。そのことをもう少し勉強したい。

26. 21歳、女性、読谷村

これまで身内の死は突然で、死について考えることは少なかったけど、死について考えておくことは積極的な生き方であると感じました。有り難うございました。