

令和2年度第1回マスコミとの懇談会 「新型コロナウイルス感染症について」



理事 城間 寛



去る2月24日(水)本会及びWEB会議を併用して開催した標記懇談会では、「新型コロナウイルス感染症について」をテーマに、県内で中心的な役割を果たす先生方を講師に招き、それぞれの切り口から新型コロナの課題に迫っていただいた。以下に概要を報告する。

マスコミとの懇談会出席者

1. マスコミ関係者

(順不同)

No.	会社名	役職名	氏名	参加方法
1	エフエム沖縄	アナウンサー	大城 勝太	WEB
2	NHK 沖縄放送局	記者	小手森 千沙	対面
3	琉球新報社	記者	中村 万里子	WEB
4	〃	営業局	渡辺 桃子	WEB
5	沖縄テレビ	記者	松本 早織	対面
6	沖縄タイムス社	記者	下地 由実子	対面
7	〃	記者	篠原 知恵	対面
8	〃	営業局	山田 優介	WEB
9	琉球放送	記者	平田 俊一	対面
10	タイムス住宅新聞社	記者	比嘉 知可乃	対面
11	エフエム二十一	企画営業	城前 ふみ	WEB
12	ぎのわんシティFM	主任	新垣 博子	対面

2. 地区医師会関係者

No.	会社名	氏名	参加方法
1	あさとこどもクリニック	安里 義秀	WEB
2	いわした内科クリニック	岩下 秀彦	対面
3	すながわ内科クリニック	砂川 博司	WEB
4	かりまた内科医院	狩俣 陽一	WEB
5	牧港中央病院	洲鎌 盛一	WEB
6	名嘉村クリニック	(事務担当者)	WEB
7	うむやすみやあす・ん診療所	竹井 太	WEB
8	県立北部病院	永田 恵蔵	対面
9	県立南部医療センター・こども医療センター	成田 雅	対面
10	那覇市立病院	宮里 浩	WEB

3. 沖縄県医師会広報委員会委員

No.	会社名	氏名	参加方法
1	南部クリニック	城間 寛	対面
2	白井クリニック	白井 和美	対面
3	県立北部病院	久貝 忠男	対面
4	もとぶ野毛病院	出口 宝	対面
5	浦添総合病院	藏下 要	WEB
6	曙クリニック	玉井 修	WEB
7	てるや整形外科	照屋 勉	対面
8	琉球大学病院	屋良さとみ	WEB

懇談内容

懇談事項

「COVID-19の臨床像と感染対策 - インフルエンザと対比して -」

琉球大学病院 第一内科教授

藤田 次郎先生



藤田次郎先生からは、学術的な見地から「COVID-19」や「インフルエンザウイルス」の構造や特徴について、映像やCT画像を交えながら、次のようにポ

イント解説した。

- COVID-19の原因ウイルスである SARS-CoV-2 は、インフルエンザウイルスと異なりウイルスの中に一本鎖の RNA を有している。
- ウイルスは受容体が大事である。受容体が何かによって、その臨床像が決まってくる。アンギオテンシン コンバーティング エンザイム 2 が、このウイルスの受容体となる。このウイルスは表面にスパイク蛋白というトゲがある。このトゲがアンギオテンシン コンバーティング エンザイム 2 と結合する。細胞に入った後、遺伝子情報 RNA を放出し、私たちの細胞を使って蛋白質を作り、別の細胞、或いは別の方に感染する。
- また受容体がどこにあるかが大事である。SARS-CoV-2 の受容体は肺にもあるが、心臓にもある。血管にもある。腎臓にも、膀胱にも、消化管にもある。この病気は受容体が全身にあるので全身病という側面を持っている。
- 厚労省から発行されているバイブル「新型コロナウイルス感染症 COVID-19 診療の手引き 第2版」から、重症度分類を評価する基準などについて呼吸器科内科医の立場で参画している。現在、第4版を改訂中である。
- COVID-19 は嗅覚・味覚障害がある。インフルエンザにはない症状である。

- 日本における年齢別階級別死亡者数と致命率は、不思議なことに COVID-19 は若い方々においては軽症である。ところが年齢が 50 代、60 代、70 代と年齢が増すにつれ予後が悪化し、特に 80 代以上になると死亡率が 12% に上昇する。リスク因子は、肥満と高齢者である。
- 次にインフルエンザとコロナウイルス感染症がどう違うのか。先ほどの SARS-CoV-2 は RNA は 1 本であったが、インフルエンザは 8 本の RNA を有する。インフルエンザウイルスの受容体は、私たちの上気道にあるシアル酸である。従って、インフルエンザウイルスが感染するメインの場所は上気道になる。一方、SARS-CoV-2 の受容体は全身に存在するため、全身病としての症状を呈する。
- インフルエンザウイルスが私たちの体に入ると、シアル酸と結合して細胞の中に入る。そうすると 8 本の RNA を放出し、そこから 10 種類の蛋白質が出来る。細胞の中で、インフルエンザウイルスが、どんどん増えて行く。増えると、今度は出芽する。出芽するために、インフルエンザウイルスにはシアル酸との結合を切るハサミ（ノイラミニダーゼ）が存在する。
- インフルエンザには、タミフルやリレンザ等の治療薬（ノイラミニダーゼ阻害薬）があるため、ハサミの役割を阻止することが出来る。細胞表面に留まるウイルスをマクロファージや好中球が処理する。
- インフルエンザと COVID-19 の相違点で最も厄介なのは、COVID-19 は潜伏期間が長く 14 日にも及ぶ。さらに、ウイルス排出のピークが発症日であるため、濃厚接触者を 2 日遡らなければならない。
- 一方、インフルエンザのウイルス排出のピークは、発症後 2、3 日後のため、濃厚接触者のフォローが容易である。

- また致死率が異なる。COVID-19は3～4%、インフルエンザは0.1%以下である。インフルエンザもCOVID-19も肥満の方は過剰な炎症反応が起こりやすい。
- 2009年 H1N1 pandemic ウイルスの流行が沖縄県において真っ先に始まった。当時21名が人工呼吸器を装着し、残念ながら3名の方がお亡くなりになられた。59歳の男性、日本で1番目の死亡者。続いて、24歳の女性、日本で2例目の死亡者。4歳の男の子が沖縄県3例目の死亡者であった。人工呼吸器を装着した21名中、14名が小児であった。一方、COVID-19は、小児は重症化しない。これがインフルエンザとの大きな違いである。
- 二つのウイルスの関係について、沖縄県は一年中インフルエンザがある。我々にとって夏のインフルエンザは常識である。しかしCOVID-19が大流行した今年の夏、インフルエンザがなくなった。4病院迅速検査結果(567件)でも陽性は1件のみ。また、秋から冬場にかけてのインフルエンザ流行もなくなった。一昨年は秋にインフルエンザの大きな流行があったが、今年の冬にかけて激減している。1000件以上調べても、陽性者は6件のみであった。さらにCOVID-19が流行することによって、様々な感染症が影響を受けている。マイコプラズマやRSウイルスも激減している。マスクを活用した感染対策が影響したと考える。
- 今年5月7日から9日、横浜で「第95回日本感染症学会学術講演会」が予定されている。私が会長として運営に携わっている。COVID-19のワクチンの話題等、取り上げていきたい。



「社会福祉施設における感染対策について」

沖縄県立中部病院 感染症内科 副部長

高山 義浩先生



高山義浩先生からは、高齢者施設等で陽性者が確認された場合、圏域に設置された迅速対応チームによる24時間以内の介入・支援によって、被害の最小化を図っていることや、また活動の中で気づいた課題や今後取り組むべきことについて、次のように述べた。

- 沖縄県における年齢階級別陽性者数の推進と集団感染の発生状況から、社会福祉施設でのクラスターは夏の流行時に5か所で発生し、暫く小康状態が続いていたが、今年1月下旬より急激にクラスターが発生した。大きなところでは40人規模が2か所発生する等、医療にも大きなインパクトを与えている。
- これを繰り返さないことが大事である。当たり前のことを、当たり前にきちんとやっていくということが必要である。特殊な特効薬はない。基本的な感染経路は、飛沫と接触感染であり、その2つをきちんと予防していくことが必要である。
- 集団感染を起こさないことの基本は、そこで働く人たちが感染せずに、仕事ができることが大事である。咳嗽飛沫の軌跡から、風の流れを制御し、特に換気でエアロゾルを外に追い出すことがとても大事である。またフェイスシールドやマウスシールドなどの感染防具の適切な選択や、手引き歩行の際の立ち位置の工夫等もアドバイスしている。
- またお食事の際には、過密を避けて距離をあけるか、パーティションで区切る等、集団感染の規模を小さくする工夫をお願いしている。
- カラオケでの感染事例によく似た構図がデイサービスでも見かける。一人が歌っていると大合唱になってしまう。地域流行期にはカラ

オケは止めた方が良いと思うが、皆で歌う様子を見ると、生き甲斐で大事だと思う。こういう葛藤の中で、介護士の方々が、お年寄りの生きがいと、そして安全をどう守っていくのか、悩んでいる様子は本当によく分かる。

- 施設内感染対策で重要な4つの事項は「手指衛生の徹底」「マスクの着用、習慣化」「エプロン・ガウンの適切な着用」「定期的な環境消毒、一日複数回の消毒実施」をお願いしている。意外なところでティッシュボックスの共用や雑誌新聞、チラシ類の回し読み等、感染リスクがあるため、現場の方々と相談しながら改善を図っている。
- 集団感染事例発生状況を整理すると、殆どが無症候の職員からの持ち込みである。利用者が突如発症することはなかなか無い。症状があった場合、休むことの徹底は出来ていても、症状がない場合に感染を広げてしまうケースが見られる。
- またデイサービスは例外的で、利用者に熱があっても、老老介護で置いていけない、或いは息子が仕事に出かけ高齢者が玄関先で待っている等、仕方なく連れて行き、アウトブレイクに発展したケースも見られる。こういう方々を引受ける病児介護の様なシステムが必要である。
- 施設の中では、全体の暮らしの様子を見ながら集団感染になりそうな部分を見つけ、アドバイスしている。廊下等でのくつろぐスペースの撤去や洗面台周りの歯ブラシ、コップ類の置き場の改善等、感染リスクを減らして行くことが大事である。また感染対策がうまく行っているようで職員の感染が続くことがある。大体において食事を一緒に食べている等、バックヤードの気の緩みが原因のこともある。
- イギリスからのレポートだが、17万人の入居者と職員を対象にPCR検査を実施。多変量解析により高齢者施設における感染リスク

を分析したところ、複数のケア環境で働く臨時職員によって感染リスク高いことが分かった。沖縄の背景に酷似している。

- 臨時職員、特に夜勤をしている職員は、日中はデイサービス、夜は高齢者施設で従事し、そういう方々は非常に感染リスクが高く、複数の施設に広げるリスクもある。また、休んでしまうとその日の収入を失うため、少しの症状だと仕事をする傾向もある。職員の感染が入居者の感染リスクに繋がってしまうケースである。
- イギリスでは感染伝播をもたらす重要なリスクは職員に集中していることから、7月より高齢者施設の職員に対する毎週のPCR検査の実施を決めた。他方、最近の医学雑誌ランセットに掲載されたレポートではスコットランドでも全ての入居者に検査を実施するようになった結果、陽性者が発生しなくなってきたとの報告もある。
- ここで、イギリスの社会福祉大臣 ヘレン・ワットリー氏のスピーチを紹介したい。「介護現場はパンデミックの最前線にあり、感染した場合のリスクが最も高い人々を支えている。彼らを守ることこそが国家の優先事項であり、彼らを定期的に検査することは意義のあることだ。これにより、介護職員はウイルスを媒介しているのではないかと不安になることなく、これからも最高のケアを提供することができるだろう。」と述べている。沖縄でも最前線は介護現場だと思っている。死亡者を減らし、被害は最小化して行く上で、介護現場の方々が頑張っている。
- 県内でも職員に対するPCR検査ができる体制が始まった。月1回と依然課題はあるが、今後改善を図りながら高齢者施設を守って行くよう応援し、介護現場が不安なく前に進んで行けたらと思う。

意見交換

フロア及び Zoom 参加者を交えて意見交換があった。

○照屋勉 広報委員



・県内のコロナ重症者と死亡率について。また県内のワクチン供給体制の見通しについて伺いたい。

○藤田次郎 先生

- ・琉球大学病院において、これまで重症者 130 名中、4 名の方がお亡くなりになられた。死亡率は約 3% になると思うが、重症例を見ている状況下では、かなり救命出来ていると思う。
- ・先週開かれた専門家会議の中では、供給量は未だ見通しが立たないため、2009 年 H1N1 パンデミック時に対応したように、供給量によって対応方法を考えて行くことを検討している。

○下地由実子 (沖縄タイムス社記者)



・高齢者施設では、感染対策に対する緊張感や知識は以前に比べて高まっていると想像するが、一方で慣れや疲れもあると思う。1 年が経過し、2 年目に入っていくことの難しさについて、現場ではどのように感じているか伺いたい。

○高山義浩 先生

- ・緊張感を持って感染対策を取って行くということも、特に発生時においてはすごく重要である。一方で、標準予防策と言う日常的に行う感染対策は緊張感でやるものではない。身に付けるもので、習慣化していくものである。その辺りは、大分出来ていると思う。
- ・毎週高齢者施設の方々と 300 人規模の Zoom

勉強会を行っているが、出てくる質問や内容からして、かなり質が高まっていると感じる。

- ・ただ一方で、地域流行が始まった場合や、施設内で濃厚接触者が出た場合のギアの入れ替え、一段高い緊張感を取って行くメリハリは求められていると思う。

○成田雅先生 (沖縄県立南部医療センター・こども医療センター)

- ・特に離島、宮古島の惨状、それから今起こっている精神科病院のクラスターを踏まえて、



これを繰り返してはならないと思う。その視点からお二人に質問したい。

・緊急事態宣言が解除された後、具体的な策はどうしたら良いか。

- ・次に沖縄は離島を抱え、水際対策が大事だと思うが、宣言解除後、どういった水際対策が具体的になされた方が良いか。
- ・最後に沖縄は今後どの地域、どの国をモデルにしたら良いか。

○藤田次郎 先生

- ・一番重要なポイントはワクチンだと思う。どの程度の量が沖縄県に届くのか。それに応じて、どの様な対応を取るか、今後専門家会議の大きな課題となる。
- ・専門家会議の座長として一番苦労したのは、やはり感染対策を厳しくすればする程、県経済は悪化するので、両者のバランスをどう取るかである。最終的には政治家が決断することだと思う。
- ・我々の役割は出来る限り多くの人の意見を纏め、県に提言していくとだと思う。委員の全ての要望には応えられないものの、大きな流れとしては、そういった方向性で進めて行きたい。

- 私たちは台湾やニュージーランドの様な成功例を真似るべきだと思うが、これは国が主導して進めること。また県知事がどこまでその国のモデルを沖縄に持ってこられるか、大きな課題だと思う。

○高山義浩 先生

- もうすぐ緊急事態宣言が解除され、来月のことをイメージしなければいけない。直ぐに春休みが来る。卒業式、謝恩会、歓送迎会、或いは卒業旅行者等、イベントシーズンに突入する。また、海外旅行にも行けないため、沖縄は人気スポットだと理解している。
- 正に正月休みに似た状況が、またこの春やってくる。その状況で同じことを繰り返してはならない。これ等は、行政にも、県民にも呼びかけて行くべきことだと思う。成人式等、反省事項もはっきりしている。勿論、あの時は本土が大流行の状況下での成人式の催しであったため良くなかった。今後は、本土の流行規模にも注視しながら、コミュニケーションもしっかり取りながら、どこまで許容できるか、最終的には政治の判断になると思う。
- 水際対策はすごく大事である。これまで沖縄県の検査体制は、県内の発症者の検査のために使うべきであった。現在は1日で4000件程度実施出来るようになり、余力のある部分を水際対策に割り振って行くのか、もっと議論すべき課題だと思っている。
- その意味で、那覇空港でNAPP（ナップ）と称するPCR検査が始まったことはとても良かった。変異株対策も含めて、うまく使いこなして行くことが大事である。沖縄でもプラスアルファの議論ができるようになってきた。

○篠原知恵（沖縄タイムス社記者）



- ワクチン一回接種の効果について、またコロナの後遺症で悩まれている方々への専門外来の対応等について県内の状況を伺いたい。

○藤田次郎 先生

- 2回で95%有効であるというワクチンだが、1回でも85%の効果がある。2回接種にするか、1回接種にするかの判断は今後の大きな課題である。やはり国がどういう方向性を示すか注視したい。現状では2回の接種で有効性と副作用を評価した結果で承認されているため、それを沖縄県独自の方法に変えることは、相当な勇気があることである。
- 2点目の質問は、元々、琉球大学病院には総合診療センターという外来があり、HIV感染症の患者さんについてもここで診療を行ってきた。同じウイルス性疾患ということもあり、当センターに外来を設けて第一内科の医局員が定期的に診ている。

○高山義浩 先生

- 後遺症の対応について中部病院では、それぞれの主治医が退院後もフォローアップしている。沖縄県の内科医はジェネラリストであり、総合的な観点からフォローができる医師が多いため、敢えて専門外来を立ち上げるという感じではない。
- ただし、そうした中で、精神的なサポートが必要という場合には精神科と連携することはある。

○成田雅先生（沖縄県立南部医療センター・こども医療センター）

- 現在、私は南部医療センターと中部病院で外来を行っているが、その中に何人かコロナのフォローアップをしている。あと本人の承諾を得ながら、抗体価の測定を行っている。
- 枠には限りがあるが、どうしても診て欲しい方がいれば、県立病院の内科であれば、ある程度はカバーできると思う。基本的には主治医が診るというのが今までのやり方である。

座談会

テーマ 新型コロナウイルス各地区医師会の取組について



日 時 令和3年3月24日(水) 19時30分～
場 所 沖縄県医師会館 会議室2

出席者

司 会 対内広報担当理事:久貝 忠男
(沖縄県医師会理事)
宮里 達也(沖縄県医師会 副会長(感染症担当理事))
出口 宝(北部地区医師会 理事)
新屋 洋平(中部地区医師会 理事)
洲鎌 盛一(浦添市医師会 会長) Web 参加
玉城研太郎(那覇市医師会 理事)
呉屋 良信(南部地区医師会 理事)
奥平 忠寛(宮古地区医師会(情報部担当 コロナ関係))
Web 参加
上原 秀政(八重山地区医師会 会長) Web 参加

担当理事 久貝忠男

去る3月24日(木) 本会及びWEB会議を併用して開催した標記座談会では、「新型コロナウイルス各地区医師会の取組について」をテーマに、各地区で中心的な役割を果たす先生

方から、これまでの報告を踏まえて意見交換会を行った。以下にその概要を報告致します。

○久貝(司会)



昨年、新型コロナウイルス感染症が世界中に猛威を振るう中、第1波、第2波、第3波が押し寄せました。県内の直近1週間(3月15日～21日)の人口10万人当たりの新規感染者は17.41と全国2番目の多さとなっております。今は第4波の入り口に立っていると評されております。

本日御出席いただいている先生方には、各地区医師会におけるこれまでの取組を情報共有し、今後の対策にお役立ていただければと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

まず初めに、北部地区医師会理事 出口宝先生よりよろしくお願いいたします。

○出口



北部地区医師会の出口でございます。

北部地区医師会の今回の新型コロナウイルス感染症に対する取組を、パワーポイントを使って御説明申し上げます。

新型コロナウイルス感染北部地区医師会の取り組み

1. 北部地域発熱相談センター
2. 北部PCR検体採取センター
3. 北部地域来訪自粛の呼びかけ
4. 集団PCR検体採取
5. 北部宿泊療養施設・巡回診療
6. 診療・検査医療機関(検査協力機関)支援
7. 会員施設・介護施設に対する勉強会

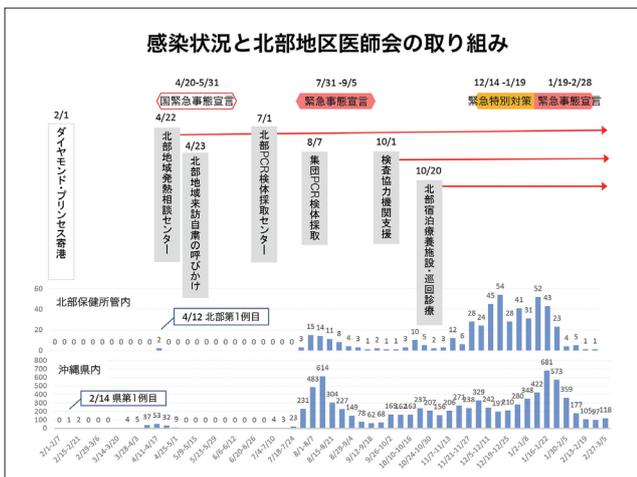


(スライド1)

スライド1にも示しているように北部地区医師会では1～7の取組を行っています。

北部の場合は、北部保健所が北部地方本部として県の組織の中で位置づけられています。沖縄県立北部病院と北部地区医師会病院と北部地区医師会が、色々な事業を行うに当たり、全て連携・分担・補完し合いながら、常に相談し協力して行うという形を取りました。

次に感染状況と北部地区医師会の取組について経時的にまとめてみました。



(スライド2)

2月1日にダイヤモンド・プリンセスが寄港し、県内第1例が2月14日に報告された後、4月12日に北部での第1例目が報告されています。

この後、4月16日に沖縄県知事名で「各地区医師会の区域における発熱外来の設置について」という要請文が出ました。それをもちまして、北部地区地域発熱相談センターを4月22日に設置し開設しています。

4月23日、ゴールデンウィーク前に、北部地域に多くの方々がレジャーに来られるのを自粛してほしいという呼びかけを、北部12市町村と地区医師会とで行っております。

7月1日には北部PCR検体採取センターを開設しています。

8月7日には、宜野座ドームで集団PCR検体採取を行っています。この頃、7月31日から9月5日は県が緊急事態宣言を出していた時期です。

10月1日からは検査協力機関支援が始まっています。これは、各会員施設でPCR検体を接種したものを医師会が回収して持っていきます。

10月20日から北部宿泊療養施設が開設されて、それに対する巡回診療を行っています。

北部保健所管内と沖縄県内の新規陽性者の週単位のグラフですが、北部の流れと県の流れも似たような形で推移しています。

スライド3を一つずつ説明したいと思います。

新型コロナウイルス感染北部地区医師会の取り組み

- 1.北部地域発熱相談センター**
 【開設日】4月22日-6月30日
 (7月1日PCR検体採取センターに移行)
 【診療日時】月曜日～金曜日14:00～17:00
 沖縄県立北部病院敷地内に北部病院の診療部門として開設、北部地区医師会会員Dr.、医師会病院Ns.、北部地区医師会事務局で運営した。


- 2.北部PCR検体採取センター**
 【開始日】7月1日-
 【診療日時】月曜日～金曜日13:00～14:00
 北部地域発熱相談センターから移行した


- 3.北部地域来訪自粛の呼びかけ**
 【日時】4月23日
 【場所】北部会館
 北部地区12市町村会と北部地区医師会が、北部地区に行業客が集まる大型連休を前にレジャー目的で北部を訪れないよう呼びかけた。



(スライド3)

北部地域発熱相談センターは、県立北部病院の敷地内に北部病院の診療部門として開設しています。そのことにより法的な診療機関としての位置づけ、並びにここで従事するスタッフの保険等いろんなことが全部クリアできました。

運営は、北部地区医師会員のドクターと北部地区医師会病院のナースと医師会事務局員で運営しております。当初は発熱相談センターとして北部地域の発熱患者さん、会員施設から紹介された方々を診察していましたが、7月1日からPCR検体採取センターに移行しています。

PCR検体採取センターは、どこでもされていると思いますが、こちらに会員施設から紹介されてきた患者さんが来られて検体を採取します。唾液で行っております。採取した検体は、県立北部病院の検査部門に回し、そこから検体を検査機関に出していただくという形を取っていました。月曜日から金曜日まで行っています。昨年4月22日から3月31日まで平日は全て行いました。

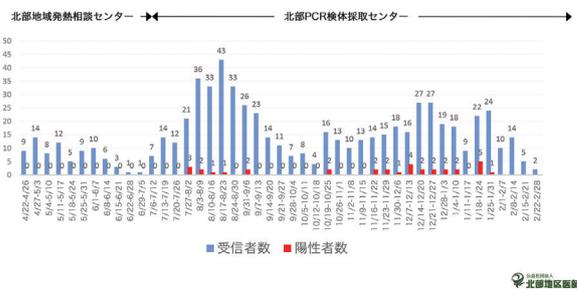
北部地域来訪自粛の呼びかけですが、5月の連休前に北部12市町村会と北部地区医師会が、北部に行楽客が集まることをなるべく避けてほしいとマスコミを集めて呼び掛けました。

10月20日から開設された北部宿泊療養施設ですが、ここは朝夕1日2回の巡回診療を、北部地区医師会員と北部病院の医師で担当して行いました。

検査協力機関支援では、北部地域の会員施設が県の呼びかけに応じて検査協力機関になり、10月1日からPCR検体を北部地区医師会の事務局員が回収に回り、検査機関である恩納村のOISTへ届けることを続けています。

北部地域発熱相談センター・PCR採取センター実績 (4月22日-2/28)

	検査人数	陽性者数	陽性率(%)	集計期間
北部検体採取PCRセンター	584	34	5.82	2020/10/5~2021/2/28
沖縄県	149,139	80,324	5.38	2020/1/15~2021/3/7
全国	8,866,683	437,720	5.51	2020/1/15~2021/3/7



(スライド5)

スライド5は北部地域発熱相談センター、PCR採取センターの実績です。2月28日で閉めました。開設してからPCR検体を全部で584検体出しています。人口から見ると決して少ないほうではないと思います。陽性者が34名です。陽性率が5.82%でした。沖縄県全体のPCR検体に対する陽性率、あるいは全国のPCR検体数に対する陽性者数の比率でいくと、ほぼ同じような数字が出ています。

新型コロナウイルス感染北部地区医師会の取り組み

4. 集団PCR検体採取

【日 時】8月7日
 【場 所】宜野座村宜野座ドーム
 宜野座村立保育所における新型コロナウイルス感染症クラスターに対して、宜野座村の依頼で北部保健所、県立北部病院、北部地区医師会病院、北部地区医師会医師会で集団PCR検体採取を実施した。



5. 北部宿泊療養施設

【日 時】10月20日-
 【場 所】ホテル・ピースアイランド名護
 朝夕の巡回診療を北部地区医師会員が担当した。



6. 検査協力機関支援

【日 時】10月1日-
 検査協力機関である会員施設へのPCR検体回収ならびに検査機関OISTへの検体配送を北部地区医師会が行った。

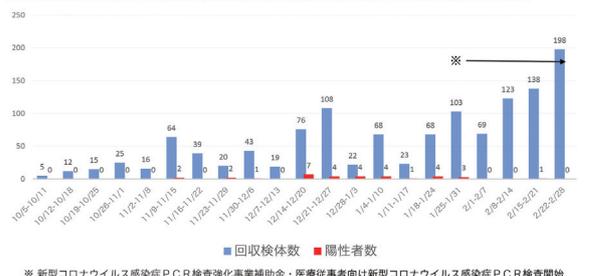


(スライド4)

集団PCR検体採取は、北部で大がかりなのは1回だけでした。宜野座ドームで行いました。宜野座は保健医療圏では中部になりますので、この場合は県立北部病院と北部保健所と中部保健所も一緒に協力して、地区医師会員と地区医師会病院は総出で行いました。

北部検査協力機関PCR件数 (10月5日-2月28日)

	検査人数	陽性者数	陽性率(%)	集計期間
北部検査協力機関	1006	35	3.48	2020/10/5~2021/2/28
沖縄県	149,139	80,324	5.38	2020/1/15~2021/3/7
全国	8,866,683	437,720	5.51	2020/1/15~2021/3/7



(スライド6)

北部検査協力機関PCR検査です。会員施設から出たPCR検体の結果です。10月5日から2月28日までで1,006検体が出ております。陽性者数が35ということで陽性率3.48%、全国とか沖縄県と比べますと少し少ないように見えるのですが、実は1月25日から県が行いました新型コロナウイルス感染症PCR検査強化事業の補助金による医療従事者向け新型コロナウイルス感染症PCR検査が始まり、この検体も全部分母に入ってきましたので、陽性率が下がったというような結果になっていると思います。

○久貝（司会）

出口先生、どうもありがとうございます。

それでは、引き続きまして中部地区医師会理事 新屋洋平先生、よろしくお願いいたします。

○新屋



中部地区医師会理事の新屋でございます。これから中部地区医師会の取組についてパワーポイントと口頭で補足しながら説明いたします。

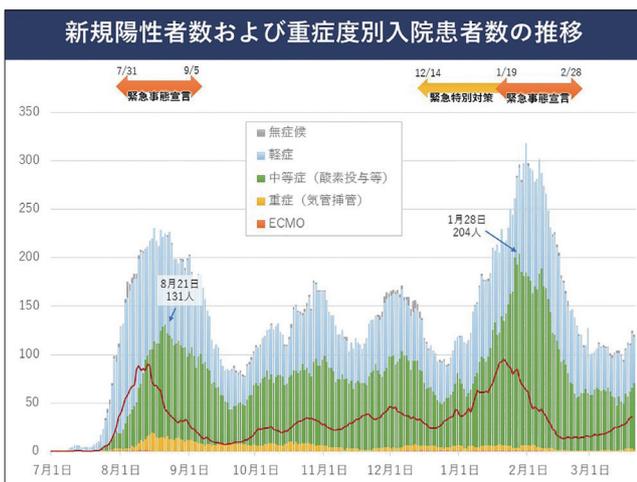
これは第2波とよばれる7月から表示しております。その前に3月の後半から5月にかけて、沖縄県では第1波とよばれる小さい流行がありました。

中部地区医師会は、県医師会と協力をさせていただいて会員への各種広報に尽力してまいりました。5月は中部保健所の新型コロナウイルス帰国者・接触者相談センターへ看護師長の派遣協力を行いました。昨年5月2日から5月29日、主に土日祝日及び休日に保健所の保健師さんの支援を目的とし、ぐしかわ看護専門学校及び医師会の健診センターから看護師を派遣しました。

また、第1波の4月18日から5月29日までの間、中部医療圏におきましては、当初帰国者・接触者外来を県立中部病院をはじめとした急性期病院が行っており、PCR検体の回収を保健所職員が行っていましたが、4月の中旬から5月いっぱい、中部地区医師会の職員が検体を集めて中部保健所へ届け支援を行いました。

5月末までの第1波とよばれる流行が収まり、こちらに示すように7月の中旬から後半にかけて第2波と言われる急峻な感染拡大がみられ緊急事態宣言が発出されました。中部地区医師会では、第2波の後半から中部地区内でPCR検査を行える体制を検討し、医師会健診センターでPCR検査を行えないかということで調整を重ねておりました。8月3日からホームページ上のアプリを使った問診を開始し、新型コロナウイルス感染症らしい患者をある程度スクリーニングし、アプリの結果表示される会員医療施設でPCR検体採取を行い、中部地区医師会の検査センターにおいてPCR検査を行い、その結果をスムーズに会員施設へ返す。そして、陽性の場合には保健所へ発生届を会員施設から提出していただくという流れを構築いたしました。

このPCR検体採取は今年度2月時点までで、1万1,331件のPCR検査を中部地区健診センターで実施し、陽性者が753名、陽性率6.2%ということで、県内のPCR検査の陽性率よりは若干高いと思われ、事前問診である程度スクリーニングした検査を行えたと認識しております。



(スライド1)

沖縄県では、2月にダイヤモンド・プリンセスの移入例をはじめとしてコロナの流行が始まりました。スライド1が新規陽性者数及び重症度別入院患者数の推移を示しております。

スマートフォン等を利用したウェブ問診システムについては、今年の2月14日時点までで3万6,120回のアクセス数がありました。全世界オープンシステムなので県民だけではない可能性もありますが、実際に検査を受けたい方等から3万件を超えるアクセスがあり、保健所からは業務が大幅に軽減されたというお話を伺っております。

最近では、濃厚接触者に対するPCR検査に際しても、中部地区医師会のウェブ問診システムを保健所からお知らせし、そちらを介してPCR検体採取を行い、結果を保健所に返すことができ保健所の負担軽減および役割分担についてはスムーズに進んでいると思っています。

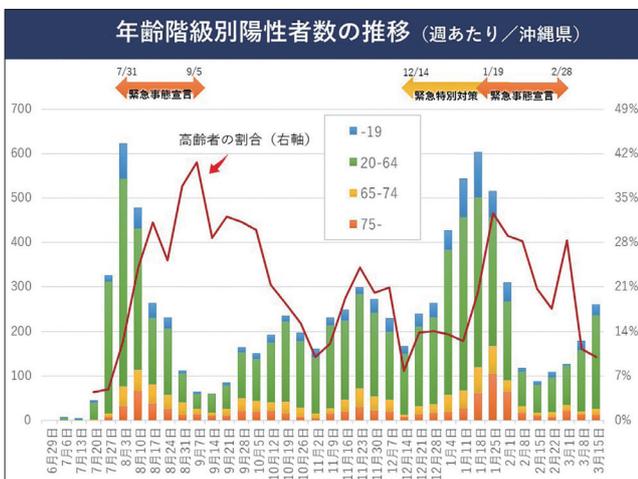
現在では、報道等でも一部ありました、コロナバスター中部というホームページを作り、一般の方向けにワクチン接種の日程、コロナウイルス感染症対策について情報提供を行い、商工会等からも補助をうけ飲食店向けの感染症対策の動画を作成し公開をしております。また、介護施設向けの感染対策の動画も今準備をしております、3月いっぱいには公開できる見込みとなっております。

また、地域の中で介護施設や在宅で療養され医療を受けている高齢者に対する感染対策として、去年の7月から介護施設向けの研修会を始めました。介護施設における平時からの感染対策ということで第1回の研修会を開催し、これまでに介護施設、在宅医療関係者向けの研修会は、概算で7、8回開催しております。

スライド2は年齢階級別陽性者数の推移です。感染拡大の立ち上がりの頃は10代、20代から60代までの若年人口の陽性者数が多いのですが、ピークを越えて波の後半になると、高齢の陽性者が多くなるということが分かっています。活動的な若者の間で感染が広がり、それをご家庭に持ち帰り、ご家族と同居している高齢者に感染し、また介護施設や医療機関で働いている方が職場で感染を広げてしまう、そういったクラスターが発生することが分かっています。中部地区医師会として高齢者施設を対象に感染対策の研修会を行ってきたところですが、この12月頃から市町村より委託を受けて実施している『在宅医療・介護連携推進事業』のコーディネーターを相談窓口として、介護施設等で職員や利用者がPCR検査で陽性になった場合に相談を受け、スムーズな感染対策を取るということを始めました。

高齢者施設で職員が陽性になった場合、施設管理者が電話等で連絡をとる先がとて多くなります。主なところだけでも、保健所・沖縄県の新型コロナウイルス感染症対策本部・市町村・PCR検査を行う医療機関の担当者、利用者の家族等となり非常な負担です。医師会のコーディネーターが相談を受けて、窓口を一本化して必要な情報を収集し、それを県コロナ本部、保健所や市町村等に速やかに提供する役割を担いますと、施設の管理者は、家族とかケアマネージャー、実際の介護に当たる人たちの連絡調整を行い、利用者である高齢者の感染リスクの低減につながるものと考えられます。

さらなる取り組みとして、中部地区は有志の会員がPCR陽性者が発生した介護施設に出向いて出張PCR検査を行い、感染対策指導として急性期病院の感染管理担当医師が赴くということも開始しております。出張PCR検査や感染対策指導を行う医師との連携についてもコーディネーターを通じて速やかに行い、可能であれば職員と利用者の陽性が判明してから24時間以内に専門家が施設を訪れるという体制の構築を目指しています。



本日までで 20 数件の相談があり、PCR 検体を出張で採取した事例から、感染拡大の可能性が低ければ感染対策指導のみを行う、また介護施設等の職員に対して PCR 検査が必要な場合には会員施設の外来に誘導し PCR 検体採取を行う等、状況に合わせて行っております。

今後沖縄県においても感染拡大の第 4 波となる可能性があり、ワクチン接種がまだ進んでない状況では高齢者の死亡率は高いのは間違いありませんので、これらの取り組みについて継続していきたいと考えています。

中部地区医師会を挙げて取り組んでいる事項としては、市町村の集団ワクチン接種です。中部地区医師会は 9 市町村が管内にあり、各市町村の担当者と感染症担当医師が調整を開始しております。市町村によっては、既に集団接種の日程まで決定し医師派遣の調整を具体的に行いたいというところがある一方で、まだどうしていいかわからないという手つかずに近いような市町村もあり、なるべく中部地区の住民が平等に均等に集団接種を受けられる体制を構築できるよう、鋭意調整を行っております。一番初めの集団接種としては、報道でもありましたように、4 月 15 日にうるま市の津堅島で中部病院附属津堅診療所と連携をとり一般住民に対する集団接種を開始する見込みとなっております。

○久貝（司会）

新屋先生、どうもありがとうございます。

続いて浦添市医師会会長 洲鎌盛一先生、よろしくお願いたします。

○洲鎌



今日の座談会に参加させていただいてありがとうございます。今回は、浦添市医師会の取組ということで御報告させていただきます。

令和2年5月1日

アイムユニバース・てだこホール(地下駐車場)に「浦添地区新型コロナウイルス検体採取センター」(PCR検査センター)を設置。

* 沖縄県内初の取り組み



(スライド 1)

浦添市にはアイムユニバース・てだこホールという市の大きな会場があり、去年の 5 月 1 日ホールの地下駐車場に浦添地区の新型コロナウイルス検体採取センターを設置いたしました。

浦添市医師会の理事会では、総合病院が救急患者を多く受け入れる中で、コロナ患者が増え始めたら救急が逼迫するだろうと予想されました。総合病院の院長からも逼迫する前に医師会の方でも何か検討してくれませんかと提案がありました。

その後、国・県医師会からもコロナに関して協力をしてほしいという通知があり、浦添市医師会は検体採取センターを立ち上げる事に致しました。立ち上げるに当たり、県の対策本部米盛先生に作成していただいたフローチャートにそって検体採取、保健所との連絡、患者さんとのやり取りを行いながら、中部病院の高山先生、椎木先生、各専門の先生方にアドバイスを受け、安全に検体採取できるようなドライブスルー方式を採用しました。

「浦添地区新型コロナウイルス検体採取センター」実績

(令和2年5月)

総検査人数:75人(男性:36人 女性:39人)

居住地別:浦添市内:45人 市外:30人

判定結果:陽性ゼロ

検査依頼施設数:20施設

* 沖縄県内では、このPCRセンターを設置した5月1日から7月上旬まで陽性者ゼロが続き、第1波を乗り切りました。

* 6月以降は、牧港中央病院敷地内へ検体採取場所を移し、現在も継続稼働中です。(* 令和3年度も継続予定)

(スライド2)

スライド2は、浦添市の新型コロナウイルス検体採取センターの1ヶ月間の実績です。

ここで学んだことは、てだこホールのドライブスルー方式は、各施設の先生、看護師、車の誘導員等かなりの人数を集めました。月・水・金と週3回行い先生や病院の負担がかなり多く1ヶ月で結構疲れるのではないかと予想していましたが、人的・物的にいろいろ集めて行った結果、いろいろな学びになっています。

・浦添地区PCR検体採取センター 実績件数 (R2. 6~R3. 3)

	R2							R3			合計
	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
行政	2	79	98	22	10	9	1	0	0	0	221
保険診療	3	18	80	41	110	156	178	306	179	97	1168
合計	5	97	178	63	120	165	179	306	179	97	1389
陽性件数	0	4	12	2	8	21	9	32	10	9	107
陽性率	0%	4%	7%	3%	7%	13%	5%	10%	6%	9%	8%



(スライド3)

浦添地区のPCR 検体採取センターを牧港中央病院に設置致しましたがけれども、令和2年6月から今年の3月3日までの実績がスライド3です。

上段の表、行政検査というのは保健所から、濃厚接触者が出て集団で検査していただかせんかという依頼がありました。7月・8月・9月とかなり多かった時期があります。

行政の所で令和3年1月から3月までのゼロの理由は、西町とSRLに行政検査を依頼されたものも出しているのですが、1月、2月、3月の数字はゼロになっています。去年の6月から今年の3月まで検体採取を行っており、唾液検査と鼻咽頭を合わせて合計で1,389人です。陽性率も示していますが、少ないときで3%、多いときで13%です。

下のグラフは、今の数値をグラフ化しております。去年の8月に陽性率が上がり、11月に陽性率が13%、今年の1月に陽性率が10%、検体採取の件数も増えております。今年の3月は検体採取数が少ないですが、陽性率は9%となっております。ここ最近ちょっと陽性者が増えてきて、それを反映し検体採取は少ないですが確率的に陽性の患者さんが増えているという状況になってきています。

第2波(7月~9月)への対応

・検査施設の拡充

会員施設での検査体制の整備が進み、現在は市内24施設での検査が可能。

新型コロナウイルス感染症の行政検査(保険診療)実施医療機関

下記の諸機関が医療機関におきまして、新型コロナウイルス感染症にかかるとPCR検査または抗原検査を実施しております。

医療機関名	住所	電話番号	PCR検査実施	抗原検査実施
牧港中央病院	浦添市牧港1199	098-877-0079	○	○
ホトマヤ小児科病院	浦添市牧港1-211	098-878-5176	○	○
聖母院一病院	浦添市大平466	098-877-5806	○	○
ホトマヤ内科クリニック	浦添市牧港2-17-1	098-875-7000	○	○
北原クリニック	浦添市伊原4-1	098-875-6600	○	×
ひがしクリニック	浦添市部(12-23-2)	098-875-4822	○	×
下道病院	浦添市牧港2-22(1期)	098-874-7887	○	×
浦添医院	浦添市島山3-3	098-878-7070	○	×

* ホームページ上で随時、検査施設の情報を公開。

* 第2波以降は、陽性判定が増加し、協力医療機関(浦添総合病院)の病床逼迫が懸念される状況に...

(スライド4)

スライド4は、第2波(7月~9月)への対応です。今回我々浦添市医師会では、PCRセンターだけではなく、浦添市内の開業医の先生方にいろいろお願いをし、検査施設の拡充を医師会で取り組みました。

浦添市内は約90の施設があり、その中で24施設の開業医の先生が病院の協力を得て、検査が可能になっております。浦添市医師会のホームページを開くと検体採取を行っている病院が出ております。

第3波(年末年始)への対応

「緊急警戒月間」

新型コロナウイルス感染拡大防止に向けての共同声明



令和2年11月30日

浦添市役所にて、松本哲治浦添市長と共に年末年始にかけての医療逼迫が懸念される状況を踏まえ、市民の皆さんへのより一層の感染症対策や体調管理を呼び掛け。

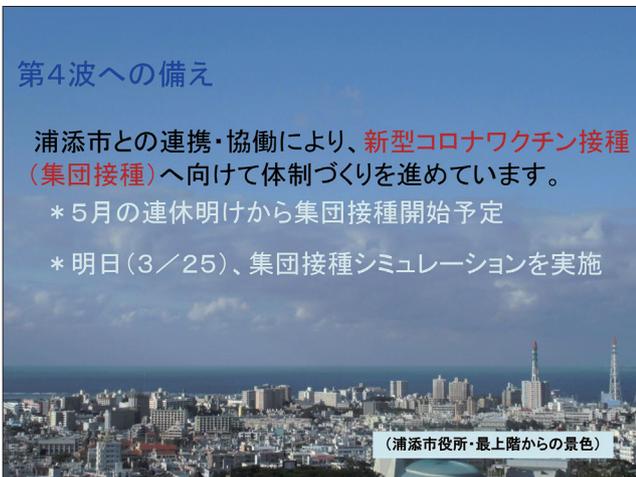
(スライド5)

スライド5は去年新聞に掲載されました。緊急警戒月間ということで、去年の11月30日に浦添市の松本市長と新型コロナウイルス感染拡大防止に向けての共同声明を出させていただきました。浦添の松本市長と一緒に標語「気を付けてDecember・おねがい師走!!」を市民に呼びかけをしました。年末なのでお願いしますとお願い師走を掛け合わせて、松本市長が考えました。

第4波への備え

浦添市との連携・協働により、**新型コロナワクチン接種(集団接種)**へ向けて体制づくりを進めています。

- * 5月の連休明けから集団接種開始予定
- * 明日(3/25)、集団接種シミュレーションを実施



(浦添市役所・最上階からの景色)

(スライド6)

スライド6には今後の予定となっております。浦添市では集団接種と個別接種の2本立てで市民の接種を行う予定です。5月の連休明けから集団接種を開始と書いてありますが、明日3月25日、集団接種のシミュレーションを浦添市の担当の方と一緒に浦添市のホールで、模擬の患者さん大体15人ぐらいでシミュレーションを実施する予定です。

以上で浦添市医師会からの報告を終わります。

○久貝 (司会)

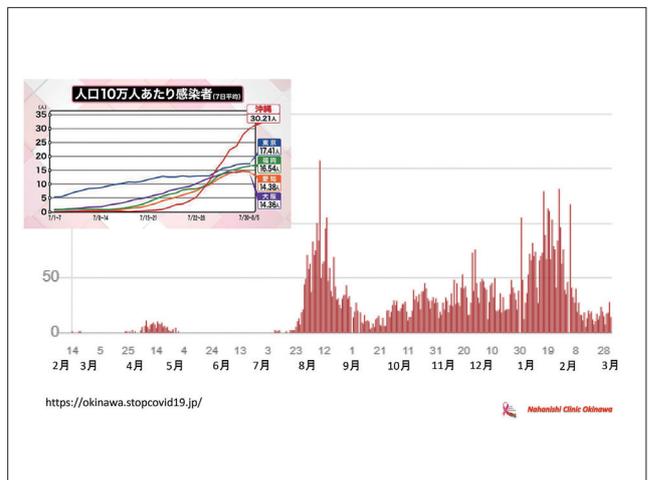
ありがとうございました。

続きまして、那覇市医師会 玉城理事、お願いいたします。

○玉城



那覇市医師会理事の玉城でございます。これから那覇市医師会の取組について説明させていただきます。



(スライド1)

先ほどからお話しいただいておりますとおり、2月1日にダイヤモンド・プリンセスが那覇市若狭のクルーズ船バスターミナルに寄港し、2月14日に第1例目が報告となっております。

沖縄県コロナ対策会議

まずわたくしも医療界がまず行わないといけないのは流行のピークを遅らせること、そして最流行時の患者数を減らすことが重要だと考えております。昨日の会議でわたくしよりの一番で提案させて頂きました内容ですが、「ウイルス感染拡大を防ぐ為に状況が終息するまでのイベント開催の自粛」
小生FBより



Naha City Clinic Okinawa

(スライド2)

御存じのとおり、実は県の対策本部が最初の

会議ではなくて、沖縄県医師会が最初に対策会議を開かせていただきました。会議で話し合われたことを今振り返ってみると、手洗い・マスクをしましょうとそのような話をずっとしていました。



(スライド3)

その中で、大規模な催しを自粛しましょうと達也副会長からマスメディアの皆さんに発表があり、その発表の数時間後に沖縄マラソンがありドキドキしながら結果を見ていました。

その後、2例程度の陽性者がありましたが、春休みを迎えて県外から大量の方々が沖縄に遊びに来られ、春休み以降4月に第1波を迎えました。



(スライド4)

記憶にあるかと思いますが、私ども医療資源マスクがない医療物資がないという状況で、那

覇市の4基幹病院の医療の逼迫寸前というところまでできました。私どもは早々に医療の危機宣言を山城会長はじめ皆さんに「コロナウイルスは人の心を分断します。しかし、コロナウイルスに打ち勝つのも人の心です。団結しましょう!!」という、結構メッセージ性のある発信ができたのではないかと考えております。

これによって、多くの皆様から物資の支援を那覇市医師会にいただきました。これを基幹病院にお配りし、ぎりぎりのところで食いつないでいった状況でございました。



(スライド5)

皆さん記憶にありますでしょうか。最前線で勤務いただいている医療者の皆さんに、結構差別的なことがありました。なかなかおうちに帰れないということを知り、那覇市のホテル環境組合、ホテル旅館事業組合、私ども那覇市医師会、那覇市が、この報道を受けて緊急で那覇市医師会館の4階ホールにて会議を開きました。

そこで旅館組合から、ホテルの部屋、1棟ごとの提供の申し出をいただき、私たち医師会がそれをコーディネートし、行政がお金の負担をさせていただくという形で、恐らく全国で初の事業ではなかったかなということで、医療従事者の皆さんにホテル宿泊施設の提供をさせていただきました。6月いっぱいまでこの事業をやっております。



(スライド6)

那覇市長と山城会長、ホテル旅館業組合の会長等の記者会見1時間前に知念副市長から私と山城会長が呼ばれ、検体採取センターを作ってくださいというオファーをいただきました。

市がセルラーパークを用意するので人を集めて体制を作ってくださいといわれましたが、セルラーパークの周りはマンション住宅地が密集し、小学校もすぐそばにありますので、周りの皆さんへの説明がなかなかできない、そしてプライバシーの観点からここは難しいということで、急遽那覇市若狭クルーズ船ターミナルバスに決めました。ただ、ここも借りるのにかなり苦労しました。ここの管理は那覇港管理組合ですが、那覇市、浦添市、沖縄県、国土交通省という4者に許可をいただかないといけないということで、大急ぎで色々お願いをし、この地で開設をすることができました。



(スライド7)

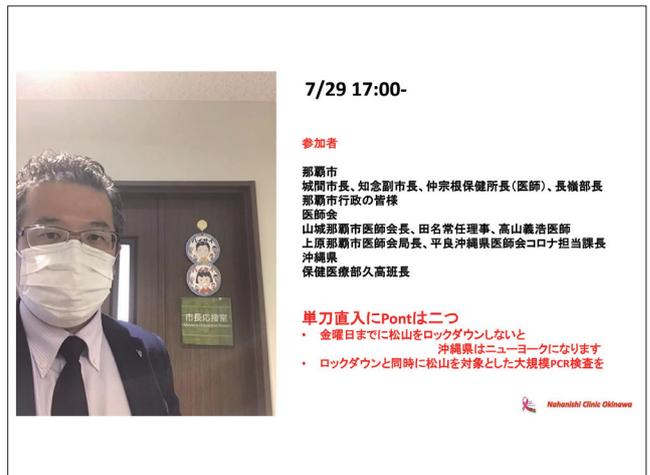
先ほど申し上げましたとおり、基幹病院がかなり逼迫をしておりましたので、ここで多くの患者さんの検体採取を行うということで、この地に開設できてすごく良かったと思います。



(スライド8)

7月に入り、那覇市の松山界隈で陽性者が増え始め色々な所でクラスターが起こり始めました。よくよく見ると、新宿のホストやキャバクラ嬢の団体が那覇市の松山で遊んでいき感染が拡大しました。

その様な中、高山先生から急いで何かしないとニューヨークみたいになってしまうと連絡があり翌日、那覇市長、県の担当者に連絡をし急遽その日の夕方に那覇市長室のそばの会議室で、下記に掲げてあるメンバーの皆さんと一緒に会議を開かせていただきました。



(スライド9)

高山先生にお越しいただいて、市長に向かってかなり厳しい口調で、単刀直入に2つです。

とにかく金曜日までに松山をロックダウンしないと沖縄県はニューヨークみたいになる。そのロックダウンに加えて、松山地区の大規模なPCR検査をやらないと、那覇市、沖縄県は潰れてしまいますという事を話しました。

那覇市長、副市長はロックダウンを行うのは難しいとの回答でしたので、PCR検査は医師会が責任を持ってやります、あとは政治決断ですということで、この会の席を立たせていただきました。

その後、那覇市長、沖縄県知事をはじめ、極めてスピーディーな対応をいただいたと思います。次の日の記者会見の中で、沖縄県独自の緊急事態宣言を出すということを、那覇市と沖縄県で決定をいただきました。

バースのPCR検査はそのまま月、水、金ということできっと継続しており、その後も那覇市医師会としていろいろな取組を行いました。コロナ禍におけるアドバンス・ケア・プランニング、ACPの話をしつかりやっておかないといけないということで、ラジオ番組を使って2回程度、この点に関しまして放送をさせていただきました。それから、アルコール摂取過量になる方々がいっぱいいらっしゃいましたので、これも玉井副会長を中心としてシンポジウム等も開催をさせていただきました。



(スライド10)

8月1日、2日でした。新屋先生にも御足いただき、めちゃくちゃ暑中中ふらふらになりながらPCR検査を2日間で2,000検体をやらせて頂きました。



(スライド11)



(スライド12)

そして、年末においては、我々の記者会見の2週間前に、沖縄県医師会、行政、飲食業組合等で共同の記者会見を行い、素晴らしい記者会見なのですが、どうも報道の仕方で切り取りがあり、医師会の全ての文章というのがなかなか伝わってないところもあり、ちょっと残念だと思いましたが、私ども那覇市医師会の持ち味としては、心に訴えるという芸人ぞろいの会長、副会長がおりますので、涙ながらではないですが、「美ら心」というところで発信をし、ここまで半年強、1年弱、県民の皆さん我慢していただきありがとうございますというところからスタートをした記者会見をやらせていただきました。

那覇市医師会の市民向け県民向け情報発信



(スライド13)

さて、先ほど新屋先生のお話にもありましたが、高齢者施設への検体採取というのは、今もなお続けております。

高齢者施設への検体採取事業・クラスター対策



(スライド14)

現在、バースのところは全て閉じましたが、高齢者施設に関しては那覇市医師会で5人の医師が空いている時間に臨時で採取を行っていま

新型コロナウイルス検体採取センター2月で終了



現在はワクチン接種体制構築にシフトしております。

(スライド15)

す。バースでの検査は2月で終了し、今は西町の検査、OPPLの会社が行っています。

1年間いろいろな経験をし、もう一度振り返るとリアルワールドデータがかなり蓄積されたと思います。そこをベースとした対策が必要なのかなと、昨今思うところです。以上でございます。

○久貝 (司会)

玉城先生ありがとうございました。次、南部地区医師会の呉屋先生よろしく願いいたします。

○呉屋



南部地区医師会の呉屋です。私はピンチヒッターで参加させていただきます。

南部地区医師会は、4月、5月の第1波の流行の時に県からPCR検査センターを南部地区でも

考えて欲しいと連絡があり、いろいろ会場を回りましたが採取会場を探すのが非常に困難でした。自治体の持っている大きな施設で行おうと思っても最終的に反対され、病院で行おうと思ってもなかなか難しいので第1波の時はセンターを立ち上げる事ができませんでした。

その後、第2波に向かって採取センターを準備しないといけないという事で、いろいろ検討している中、那覇市医師会の会長さんから一緒に若狭クルーズバースでPCR検査センターをやらないかと話があり、7月下旬にシミュレーションを教えてもらい参加させていただきました。

2名体制で行うという事で、8月から2月半ばまで6か月半ずっと一緒にやらせていただきました。那覇市の先生方は第1波の時からされているので、非常にスムーズに検査が行われており、私たちもその指導の下非常にいい経験ができました。会報紙にも何名かの先生がその経験を報告していました。私たちにも、とても良い経験になりました。

それ以外では、介護施設との連携でいろいろ

勉強会・対策等の会議を何度かしています。

今後は、65歳以上の高齢者予防接種に向け各市町の行政との対策です。南部地区は広域にまたがる市町がある為、それぞれの市・町と日程等の調整、医師、看護師の配置等の調整が非常に込み入っている中、やっと日程が定まり、これから医師会事務局で一生懸命医師配置の基になるものを考えてくれています。南部地区からは以上です。

○久貝（司会）

呉屋先生、どうもありがとうございました。

続いて宮古地区医師会情報部コロナ担当の奥平忠寛先生、よろしく願いいたします。

○奥平



宮古地区医師会の奥平です。宜しく願い致します。

宮古地区では、去年の4月頃開業医、宮古病院、保健所等とどう連携を取るか話し合いが行われ、フローチャートをこの時期に全部作り医師会・歯科医師会員も含め全開業医に配り対策を取りました。

また市民からPCR検査について質問が多く寄せられたため、新聞などを使い広報を行いました。

7月の終わり、宮古島で初めての新型コロナウイルスの患者さん1例目が発生しました。島全体がパニックになり、翌日宮古島市長、県立病院、宮古地区医師会が集まって会議を開きました。当時、宮古島内には即日に検査できるPCR検査機器がありませんでした。正確には県立病院に1台PCR検査機器があったのですが、試薬の確保が困難な状況でした。この状況が続くと島内で患者が増加したときや、高齢者施設でクラスターが発生したとき大変な事になるのではないかと懸念がありました。そのためこの会議で、宮古島市と宮古地区医師会が

共同で出資し、新しいPCR検査機器を購入し宮古病院に貸与するという流れになりました。この機械は後の感染拡大時に活躍しました。また島内でのコロナの検査を拡充すべく、抗原キットを宮古島市の予算で購入していただき、島内の開業医へ配りました。これで開業医での検査を広げ、後に行政検査を行う開業医を確保することができました。

8月には地区医師会と宮古島市が共同で「JTAドームを利用したPCR検査センター」の案を作成しました。これは宮古島で感染が爆発した時に検査を行うための唾液検体で行うPCR検査センターでした。宮古島市の職員も集まり、JTAドームを実際に使って予行演習も行いました。感染が急速に広がらなかったことと、医療資源にみあった検査を行った方がよいとの保健所の意向があり、実際にはこの検査センターは実現しませんでした。

10月には新聞を使い、外食産業に対する注意喚起を行いました。

11月30日県医師会の会議で「高齢者施設でのクラスター発生」に対する注意喚起がありました。この件に関して保健所と宮古島市に注意喚起を行いました。

12月末から1月にかけて、島内で感染の急速な拡大がみられ、高齢者施設でのクラスターが発生しました。県立病院から地区医師会へ連絡があり、行政検査と軽症者ホテルの管理を医師会で行ってほしいかと相談がありました。それまでこれらの業務はすべて県立病院が行っていました。

医師会は早速保健所と連絡をとり「上記業務を医師会で行う」と説明をしましたが、交渉が少し難航しました。クラスター対策のため沖縄県医師会の田名常任理事と玉城理事が宮古島に来島していたため、両先生にも保健所の交渉にも入っていただき、行政検査をいくつかの開業医で分散して行う体制をつくることができました。また軽症者ホテルの管理も一部開業医で行うことができるようになりました。両先生には本当に感謝をしています。

クラスターはその後終息をしましたが、県立病院の感染症対策医より「今回の反省と次の第4波に備えた勉強会をしたい」という訴えがあり、現在高齢者施設の嘱託医と施設長等を集め、医師会主催で勉強会を行っています。他には新聞を使い市民に対しワクチンに関する情報提供を行ったり、宮古島市と会議をもうけ住民向けワクチンをどのようにするかという話し合いを行っているところです。

宮古地区としては以上です。

○久貝（司会）

奥平先生、どうもありがとうございます。

続いて八重山地区医師会会長 上原秀政先生、よろしく願いいたします。

○上原



八重山地区医師会の上原です。去年1年間のコロナ対策を振り返ると、八重山地区では去年の4月、市内で飲食店絡みのクラスターが発生したということがありまして、

そのクラスターが発生する以前から相談外来を市の中央運動公園の事務局で開き、そこでPCR検査を電話予約で行う方向で動いていました。医師会が全体で動いたというわけではなく、民間病院のかりゆし病院が積極的に手を挙げて頂き相談外来に関与し、午前中は電話相談を受け、午後は午前中に電話があった人を選びすぐってPCR検査を行うシステムを4月の早い段階からまとめておりました。

約1ヶ月ぐらい行い、その後、八重山病院とかりゆし病院に発熱外来の相談窓口で、PCR検査を行う体制をつくっております。

市がPCR検査の機器を購入し、これを八重山病院に貸し出すという形で、PCR検査が数多くできるようなシステムを最初からつくっておりました。

現在はかりゆし病院にそのPCR検査の機器が投入されて検査を行っております。行政とのやり取りもうまくやっていたのではないかと。

その中で特にかりゆし病院スタッフの果たした役割は大きかったと思っております。積極的に八重山のコロナ対策に関わってくれて、比較的感染状況も爆発的な状況には至らず、対策はしっかりできていたんじゃないかなと思っております。

去年の続きで、今年もまたコロナ関係の事はしっかりやっております。医師会としては、これからのワクチン接種に尽力していこうと、ワーキンググループを立ち上げて着々と進めております。これも会議の中ですごく積極的に動いてくれる先生がいたということ、そういうところが八重山の中ではかなり大きな力を持ってやっていたのではないかなと、私自身も医師会の会長として誇りに思っております。

有志の先生方が、自分がやるという使命感を持った先生がどんどん出てきて、本当にありがたいことだと思っております。

八重山地区医師会からは以上です。

○久貝（司会）

上原先生、どうもありがとうございます。

それでは、これまでの報告を踏まえて意見交換会を行いたいと思います。

1波、2波、3波を振り返りということで、私から質問させていただきます。

那覇市医師会は、PCR検体採取センターを今は継続されてないですね。浦添市医師会と北部地区医師会は3月まで行っておりますが取組の違いというのはどういうことですか。

○玉城

基本的に自前でやるところが多くて、その使命が終わったということです。

○久貝（司会）

南部もそうですか。

○呉屋

そうですね。2月に入ってから患者さんが少なくなりました。2時間医師が2人いても、その日10名とか15名とかの日があり人数が少ないのでそれだけの態勢をつくる意義がなくなりました。一般の開業医の先生方に回っていく検査の方が多いということです。

○洲鎌

浦添市は、もともと浦添市医師会がPCR検体採取センターを中心になって立ち上げたので、3月も当センターを継続しています。県のコロナ対策の本部から維持をどうでしょうかという提案があり我々は継続しております。その流れで、検査を行う患者さん、あるいは行政からもお願いされるケースが今後も増えていくと予想されております。

○久貝（司会）

では、浦添市はまだニーズがあるということでしょうか。

○洲鎌

そうですね。そういうことです。

○久貝（司会）

ほかにどなたか、追加発言と御質問があればお願いいたします。

○新屋

1月下旬に会員施設の病院でクラスター事例が発生しました。特定の病棟で入院されている方のほぼ全てが陽性となり、重点医療機関に転院することなくお亡くなりになった方が複数名いました。重点医療機関と同じレベルの新型コロナウイルス感染症の治療を受けることができないままお亡くなりになった方がでたという意味では、医療崩壊と呼べるのではないかと個人的に感じています。ほかの医療圏で、この1年間で『医療崩壊』等と呼称されるような出来事があったかお伺いできればと思っています。

○玉城

新屋先生がお話になった病院に関しては、地区医師会が全然入れなかったというのが一つ大きなポイントかなと思っています。那覇市では介護施設への指導を今30件程行っており、指導を経た介護施設は感染を起こしてないんです。やはり地区で何かできる対策をもうちょっと収束した時に行った方がいいと思いました。

○奥平

私の考えでは宮古島は医療崩壊していました。1月、2月は完全にしており、崩壊に対する振り返りとして、医師会に何かできることがあったかなと考えましたら、思いつくのは2つあります。

宮古はもともと医療資源が少なく、入院治療が宮古病院に一極集中してしまうことは分かっていました。なので、せめて検査だけでも医師会で割り振る、要するに行政検査を宮古病院がずっと行っていたのが私は非常に問題だと思っています。何度か我々の方でできないかという話もありましたが、これがうまくいかず結果的に宮古病院が崩壊して地域がダウンしたというのが反省かなと思っています。

もう1つは、選挙です。1月に選挙があり思ったより皆さん自粛ができてないというか、マスクをしないで飲み歩いていたりしていました。何らかの方法で市民に注意喚起をすべきだったなというのが今回の1月のクラスターの反省だと私は思っています。以上です。

○久貝（司会）

どうもありがとうございました。

もうそろそろ時間ですので、活発な御意見をどうもありがとうございました。

本日は、各医師会の取組について情報を取るよい機会だと思います。以上をもちまして会報の座談会を終了させていただきます。

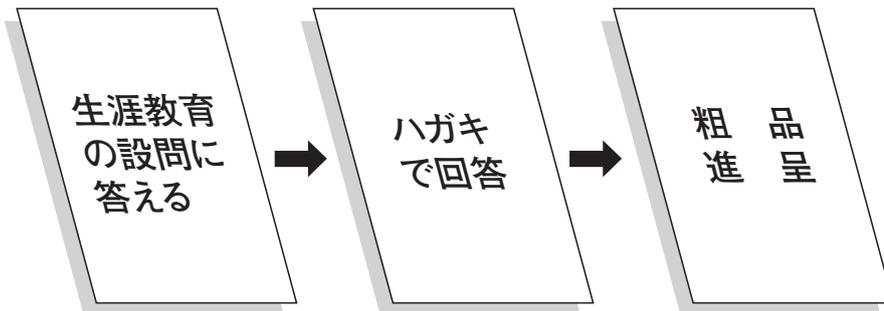
本日は、誠にありがとうございました。

沖繩県医師会報 生涯教育コーナー

当生涯教育コーナーでは掲載論文をお読みいただき、各論文末尾の設問に対し、巻末はがきでご回答された方の中で高率正解上位者に、粗品(年に1回)を進呈いたします。

会員各位におかれましては、多くの方々にご参加くださるようお願い申し上げます。

広報委員



●掲載論文を読み設問に答える

●県医師会にハガキで回答する

●高申告率、高正解率の方へ粗品進呈



成人の注意欠如多動症 (ADHD) の診断と対応

琉球大学大学院精神病態医学講座 近藤 毅

【要旨】

近年、学業・職業上の不適応を契機に精神科を受診する注意欠如多動症 (attention-deficit/hyperactivity disorder:ADHD) の成人例が増加しており、初診時点でうつ病性障害や不安障害の併存精神疾患を伴い、総合的対応を迫られる場合も少なくない。ADHD への治療を考える上で、不注意・多動・衝動の症候の抽出のみならず、実行機能・報酬系・時間処理の障害の脳機能上の問題からの理解を加えることが重要である。これらの代償を因るには、ADHD 治療薬による機能や適応の向上を図るだけでなく、不注意を補う日常生活上の工夫や多動・衝動をエスカレートさせない普段の適応的行動の習慣化を要する。うつ病エピソードを伴う場合は、双極性障害や内因性うつ病の治療が優先されるが、神経症化したうつ病には、ADHD 治療とともに否定的自己認知の修正や周囲の環境調整を積極的に因るべきである。

【はじめに】

注意欠如多動症 (attention-deficit/hyperactivity disorder:ADHD) は、これまで学童の約 5% (男児優位) にみられる小児精神医療領域の common disease として知られてきた¹⁾。ところが、近年、学童期にはその特性がマスクされたまま成人に達し、学業および職業上の不適応や対人関係の挫折により初めて精神科を受診する ADHD 成人例が増加しており、その有病率も小児例の半分の 2.5% に及ぶ²⁾。成人例では、「集中が続かない」「ミスが多い」「忘れっぽい」「やり遂げられない」などの ADHD 特性を自身の性格の問題と捉えがちで、秘かに自己不全感を抱きながら他者の評価に戦々恐々としている例が少なくなく、周囲からも「なぜ同じミスを繰り返すのか」「大事なことを任せられない」など低評価を受けがちである。このように、特性が客観視されぬまま、社会的不適応という形で挫折体験を繰り返すため、成人例ではうつ病や不安障害などを併存しやすい³⁾。

近年の診断基準変更 (DSM-5) に伴い、発症年齢の引き上げ、成人例の診断に必要な該当項目数の緩和および自閉スペクトラム症の併存診断が可能となり⁴⁾、成人 ADHD の診断の機会は拡大しており、treatable な神経発達症の文脈の中で ADHD 治療薬の恩恵を被る成人症例も増えている。一方において、薬物療法と並行して重視される心理教育や環境調整が、はたして当事者および周囲の関係者にとって届きやすい指示内容となっているかは吟味の余地があるかもしれない。

成人 ADHD に関しては、精神科診療のみならず、産業保健の分野においても、ADHD 特性に基づく不適応の問題が焦点化される機会が少なくない。現代の職場は、時間管理に追われ、マルチタスクを強いられ、円滑なチームワークも並行して求められる。しかし、ADHD 勤労者の場合、「スケジュールを立てられない」「プライオリティーが付けられない」「時間を守れない」「チームワークを乱す」など、あらゆる



面で仕事に負の影響が及んでしまい、周囲の同僚・上司らも対応や処遇に困惑させられ、産業医からの具体的かつ有効なアドバイスを求められることも多いと考えられる。

本稿では、ADHD の行動特性を共有し、不適応の背景にある脳機能上の病態を理解するとともに、薬物療法、心理教育および環境調整の具体的な在り方について触れたい。

【問診上の留意点】

表 1 に、成人 ADHD 診療における留意点 (4 つの C) を挙げる。

ADHD の成人例は特性の自覚のないまま、併存精神疾患 (Comorbidity) で受診されることが少なくない。実際、ADHD 症例を 10 年間追跡した研究では、未治療例は不安障害や双極性障害が内在しやすいだけでなく、物質依存、反抗挑戦症、素行症など外在化精神障害の有病率も高い³⁾。よって、初診医には併存疾患の陰に隠れた ADHD 特性を見出す構えが求められよう。

症候スクリーニングには成人期 ADHD 自己記入式症状チェックリスト (adult ADHD self-report scale: ASRS) が有用であるが、問診の中では職業・生活上の困り事 (Concern) に焦点を当てることで、問題点の共有や今後の対応が図りやすくなる。実際に、表 2 に挙げる 3 つの T、すなわち、作業上の困難 (Task)、時間管理の問題 (Time) および忍耐力の弱さ (Tolerance) に問題は集約され、1) 作業上のミスが減らし、パフォーマンスを上げる方法、2) 時間の管理を向上させるための工夫、3) 一貫した行動や慎重な決断の習慣化、が行動療法上の柱となる。

ADHD 患者は能力に見合わない失敗体験と周囲からの低評価を受け続けた結果、潜在する劣等感

(Complex) を抱えていることが多い。学業不振や留年を繰り返し、達成感に乏しい学生生活を送り、社会人以降も軽率なミスや時間の不遵守のため注意・叱責を受けがちで、頻回な転職歴を有する例もある。このような苦労と挫折の半生を確認し、報われなかった自己努力に共感しつつも、治療面では否定的認知・思考の修正に向けた認知行動療法を検討する必要もあろう。

最後に、成人期 ADHD 診断の際に最も重要なのが、幼少時からの経過の連続性 (Continuity) を確認することである。成人以降に見出された ADHD においても、すでに ADHD 特性の萌芽は幼少期より見出されており、それらが問題化しなかったのは本人自身の能力の高さや代償的

表 1. 成人 ADHD 診療における留意点 (4C)

C	Comorbidity : 併存疾患で受診し、ADHDの自覚がないことが多い (適応障害、不安障害、気分障害、各種嗜癖…) →精神疾患の10-20%にADHD/ASD症例が隠れている前提に立つ
C	Concern : 現在の困りごとに焦点を当てる ← 遂行機能障害による不適応 (仕事・生活上の問題、対人関係の不安・トラブル…) → ADHD特性からの説明を行い、それらへの具体策を提示する
C	Complex : 劣等感の原因を知る ← 能力に見合わない数々の失敗の既往 (学業不振、留年、頻回な転職、軽率なミス、時間の不遵守…) → 苦労・挫折の半生を確認しつつ、共感的に対応する
C	Continuity : 幼少時からの経過の連続性を確認する → (本人からだけでなく) 第三者からの聴取が望ましい

表 2. ADHD の機能障害の共有ポイント (3T)

「仕事 (学業・家事) で困っていますか?」 (Task)	『やっつけ仕事が多い』 『取り掛かれない』 『続けられない』 『確認しない』 『仕上げられない』 『同時並行できない』	➡	パフォーマンスを良くする方法を考えましょう
「時間の使い方についてお聞きます」 (Time)	『期限に間に合わない』 『時間を守れない』 『配分できない』 『だらだらと過ごす』 『先延ばしにする』	➡	時間の管理を良くする工夫をしてみましょう
「決断や行動の面で我慢が利きますか?」 (Tolerance)	『努力・我慢が苦手』 『楽な方に流される』 『はまりやすい』 『拙速に判断しがち』 『良く考えずに動く』	➡	一貫した行動と慎重な決断を習慣化しましょう



努力に負う所が大きく、学校環境も学習や時間の管理を代行する防御的な機能を果たしていた点も否めない。しかし、成人年齢に近づくにつれ、適応場面は次第に流動化し、マルチタスクの同時遂行や計画的な時間管理を能動的に行うことが求められるため、潜在する注意・遂行機能の障害や時間管理能力の乏しさが浮き彫りにされると考えられる。幼少期の特性は本人の自覚がないことが多く、本人をよく知る家族や学童期の学校側からの客観情報を得ることが診断に不可欠である。

【ADHD の神経基盤からみた機能病態】

ADHD 症候は不注意症状と多動 - 衝動症状に分類されるが、ADHD に本質的な機能障害やそれらに呼応した適応の仕方を指摘するうえで、表層的な症候学的理解のみでは不十分である。Sonuga-Barke ら (2010) は、ADHD の脳機能上の問題として triple pathway model を提唱し、1) 抑制制御の障害、2) 遅延報酬の嫌悪、3) 時間処理の障害の 3 つの機能病態を想定した⁵⁾。これらを平易に言い換えると、1) 注意を一点に絞れない、2) 先のための我慢ができない、3) 順序立てて行動できない、などの ADHD の根本的な認知・行動上の問題点が浮かび上がってくる。

抑制制御の障害は、背外側前頭前野 (dorsolateral prefrontal cortex: DLPFC) を中心とする神経回路の機能不全による実行機能系の障害であり、トップダウン認知処理による不要な刺激の抑制や必要な刺激の選択がうまくできず、注意機能の統制が困難であることと関連する。ドーパミンやノルアドレナリンの神経伝達機構が関与するが、ADHD ではこれらの神経回路がうまく作動していない機序が想定されている。

遅延報酬の嫌悪は、眼窩前頭皮質 (orbitofrontal cortex: OFC) を中心とする神経回路の機能不全による報酬系の障害であり、将来大きな報酬が得られる予測が得られているにもかかわらず、目先の小さな報酬に誘導されやすいといった遅延報酬の嫌悪を特徴とする。このため、ADHD の場合、後先を考えずに衝動的な決断・行動に

陥りやすく、リスクがあっても目の前の快刺激に翻弄されやすくなる。これらは、ADHD 者の物質依存の合併や早期年齢での性交渉の多さといった嗜癖特性やハイリスク行動にも反映されている³⁾。主にドーパミン神経伝達機構が関与するが、ADHD ではこれらの神経伝達不全があると想定されている。

時間処理の障害は、小脳を中心とした神経回路の機能不全による時間管理の障害であり、一定の時間内に、時間感覚や時間配分を以って計画的に行動することが困難になることを指す。ADHD では、適正な時間の感覚を持たず、時間の配分や管理ができにくいいため、結果として、遅刻の多さ、期限の不遵守、無為な時間の過ごし方、仕事の先延ばしなどの行動上の問題として現れやすい。主としてノルアドレナリン神経伝達機構が関与するが、ADHD にはこれらの神経伝達機構に脆弱性があることが想定されている。

近年、安静時における脳活動として、default mode network (DMN)、salience network (SN)、central executive network (CEN) の 3 大ネットワークが注目されている⁶⁾。DMN は創造やひらめきの源泉となるマインドワンダリングの機能を有し、ADHD と関連が深いとされており、内側前頭前野と後部帯状回の結合を中心とする。SN は顕著性刺激を検出したり、DMN と CEN の切り替え機能を果たすとされており、前帯状回と島回・扁桃体の結合を中心とする。CEN は注意・計画・実行に至る遂行機能と関連し、DLPFC と背側頭頂葉との結合を中心とする。健常者に報酬刺激が加わると、その強弱とは無関係に DMN は不活化されるが、未治療の ADHD 患者の場合、弱い報酬刺激で DMN は不活化されず、強い報酬刺激でのみ DMN が不活化される⁷⁾。一方、methylphenidate で治療された ADHD 患者は正常者と同様の反応を示し、報酬刺激への感受性は正常化される。これらは ADHD 脳の特長として、弱い刺激では覚醒度が上がらず、強い刺激でようやくモチベーションを発揮し嗜癖化しやすいといった臨床的現実ともよく符合する。以上を総合する



と、ADHD では、元来、DMN 活動が高い一方で CEN 機能は低く、DMN から CEN へ切り替える SN 機能も弱いと考えられる。

【ADHD への治療対応】

前述した ADHD の機能面での障害を代償するには、不注意を補う日常生活上の工夫や多動・衝動をエスカレートさせない普段の適応的行動の習慣化が重要であり、これらは ADHD の心理教育や行動療法を行う際の基本コンセプトとして常に意識しておく必要がある。ただし、成人 ADHD 症例では、長年の ADHD 特性に基づく行動習慣が染みついている点も知っておくべきである。実際に、薬物治療の効果を実感し始めると、これまでの行動への内省よりも、むしろ万能感や楽観視に基づいた過剰適応に走る例もけっして少なくない。このため、主治医や産業医からは、一定の抑制を利かせながら脱 ADHD 行動を図るため、新しい適応様式の習慣化に向けた支援が必要となる。

表 3 に ADHD 勤労者への心理教育の実際を示した。計画性の乏しさ、注意・集中の不足、作業の完遂困難、衝動的な決断、単独行動の傾向、努力・忍耐の乏しさ、などは ADHD の典型的な勤労習慣上の問題点であるが、薬物療法単独でこれらの行動を是正することは困難である。このため、ADHD 特性のため習慣化してこなかった脱 ADHD 行動を心理教育の中で共有目標としていくことが重要となる。それらは、スケジュールリングの視覚化、確認作業の習慣、作業の完遂、衝動的決断や単独行動の防止の工夫（対案作成や報告・連絡・相談の徹底）などに要約されよう（表 3）。

ADHD の薬物療法は、遅効性でノルアドレナリン神経伝達系を促

進する non-stimulant (guanfacine, atomoxetine) と即効性でドーパミン神経伝達系を促進する stimulant (methylphenidate) に大別される。前者の中でも、guanfacine は注意・遂行機能の改善と共に程よい静穏作用を有し、易刺激性や躁転などの賦活効果のリスクも低く、プライマリケア場面でも処方しやすい薬剤であるかもしれない。一方、atomoxetine や methylphenidate は併存精神症状を悪化させるリスクを秘めているため、専門医による使用が望ましく、特に methylphenidate は ADHD 適正流通管理システムに登録された医師が処方し、患者登録や処方登録も行う必要がある⁸⁾。

表 4 に non-stimulant と stimulant の作用上の特性、適応および服用の仕方を総括した。

表 3. ADHD 勤労者への心理教育の実際

問題となる勤労習慣	治療後の患者の実感	心理教育の実際
計画性の乏しさ (その場のぎ・なりゆき任せ)	「やってみたいことが 沢山あります」	「To do list」 まずは「Weekly schedule」 「Deadline」
注意・集中の不足 (移り気・ケアレスミス)	「ぶっ続けて大丈夫です」	「75%でやって下さい」 「確認作業もよろしく」
完遂が困難 (やりっ放し・ほったらかし)	「あれも、これも、 手を付けられそうです」	「一つを片付け終えてから 次に行く習慣を！」
衝動的な決断 (独断専行・猪突猛進)	「立ち止まって一息 つけるようになりました」	「言う前に書き出してみる」 「対案も用意しておく」
単独行動の傾向 (チームワークを乱す行動)	「前より周りが 見えている気がします」	「それでは、 報告・連絡・相談で」
努力・忍耐を嫌う (あきっぽさ・サボタージュ)	「我慢がきくよう になりました」	「長期目標も作る」 「継続した後でご褒美を」

表 4. Non-stimulant と stimulant の特性・適応と服用のあり方

	Non-stimulant (Atomoxetine, Guanfacine)	Stimulant (Methylphenidate)
神経回路への作用	Task-positive network ↑	Default mode network ↓
Signal/Noise	S/N	S/N
Personality との相性	受動的・同調的 慎重・堅実派	能動的・主体的 即決・行動派
適用すべき ADHD 特性	時間配分・管理に難あり、 期限や約束を守れない	目先の欲求に流され、 長期の損得判断が弱い
服用の仕方	Everyday routinely → Punctual use	Only working day → On demand use

Non-stimulant である guanfacine や atomoxetine はシグナルを増強する形で実行機能に関連する神経回路を増強し、注意・遂行機能や時間管理能力を高める。定期的な服薬遵守が必要であり、受動・同調的で堅実な方向に向くかもしれない。Stimulant である methylphenidate は、ノイズを低減してシグナルを浮き彫りにすべく、DMN を不活化して実行機能への切り替えを促進する。また、報酬系の機能を高める作用も併せ持つため、遅延報酬の嫌悪があり、能動・主体的に決断・行動される方への相性が良いと考えられる。

最後に、うつ病を伴う ADHD では、ADHD 治療（ノルアドレナリン・ドーパミン神経伝達の促進）を行う前に、双極性障害に対する気分安定効果が優先される場合や、内因性うつ病における negative affect の改善（セロトニン機能の改善）を優先すべきである点を十分に念頭に置く必要がある。適応障害によるうつ状態や神経症化したうつ病の場合は、長年の ADHD 特性による自己不全感や周囲の低評価を考慮し、

自己評価の再編のための認知行動療法や周囲への心理教育・環境調整を積極的に進めることも検討されるべきである。

【おわりに】

ADHD 診療には、適応の向上を目指した薬物療法のみならず、ADHD 特性の神経基盤を理解した上での心理教育や行動療法が不可欠である。特に精神科においては、併存精神疾患の治療のために受診される例も多く、ADHD と併存精神疾患のどちらの治療を優先するか、また、併存精神症状を悪化させない薬物選択はどうか、を考慮する必要があるだろう。

一方、産業精神保健の領域において、ADHD 勤労者への基本的な心理教育や環境調整の知識は、産業医の一般的素養としても必要不可欠な時代に入ってきているのかもしれない。産業医が ADHD 勤労者と職場の間の架橋的役割を担うには、ADHD 特性に基づく問題点の抽出や職場のスティグマ・受容度の評価についても確かな能力が求められよう。

【文献】

- 1) Sayal K, et al: ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *Lancet Psychiatry* 2018; 5: 175-186.
- 2) Simon V, et al: Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J psychiatry* 2009; 194: 204-211.
- 3) Biederman J, et al: How persistent is ADHD ? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. *Psychiatry Res* 2010; 177: 299-304.
- 4) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. American Psychiatric Pub, Arlington, VA, 2013.
- 5) Sonuga-Berke E, et al: Beyond the dual pathway model: evidence for the dissociation of timing, inhibitory, and delay-related impairments in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 2010; 49: 345-355.
- 6) Goulden N, et al: The salience network is responsible for switching between the default mode network and the central executive network: replication of from DCM. *Neuroimage* 2014; 99: 180-190.
- 7) Liddle EB, et al: Task-related default mode network modulation and inhibitory control in ADHD: effects of motivation and methylphenidate. *J Child Psychol Psychiatry* 2011; 52: 761-771.
- 8) 近藤毅, 他: 第7章 成人の発達障害に投与する薬. 精神科薬物療法にチャレンジ. 日本臨床精神神経学会監修, 星和書店, 東京, 2020; 179-202.

問題

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. ADHD では一般にマルチタスクが得意である。
- 問 2. 成人の ADHD では併存精神疾患を伴いやすい。
- 問 3. メチルフェニデートは即効性の ADHD 治療薬である。
- 問 4. ADHD の衝動的決断・行動には報酬系の障害が関与する。
- 問 5. 成人期に見出された ADHD でも幼少期からの連続性を確認すべきである。



2・3月号(Vol.57)
の正解

クローン病について

問題

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. クローン病の発症には衛生環境が大きく影響し、衛生環境が悪いほどクローン病に罹りやすいと考えられている。
- 問 2. クローン病の患者は、性差がない。
- 問 3. クローン病では肛門病変が 50% 以上にみられるとされる。
- 問 4. クローン病は未だ原因不明であり、有効な治療がほとんどない。
- 問 5. 潰瘍性大腸炎では長期罹患患者での大腸癌の発癌が問題となっているが、クローン病ではそのような事はない。

正解 1.× 2.× 3.○ 4.× 5.×

解説

- 問 1. IBD はいわゆる先進国に多く発展途上国には少ないが、これは衛生的な先進国では小児期に微生物への曝露が少ない事が発症に関与しているのではないかと推測されている。
- 問 2. クローン病患者は、男女比約 2:1 で男性に多い。
- 問 3. クローン病では、痔核、痔瘻、肛門周囲膿瘍など種々の肛門病変を合併する事がある。時にクローン病の発症に先行して発症する事もあり、注意を要する。
- 問 4. 2002 年には抗 TNF α 抗体であるインフリキシマブ注が臨床適応されて以降、近年、種々の生物学的製剤に代表される薬剤が開発されつつあり、治療の選択肢が増えてきている。
- 問 5. クローン病においても長期経過により大腸癌（痔瘻癌を含む）や小腸癌を発症する事があり、注意を要する。



日本肝炎デーに因んで 肝細胞癌の治療



那覇市立病院 宮里 賢

はじめに

平成の時代は肝炎ウイルスによる慢性肝炎が肝臓病の主な課題であった。現在ではB型肝炎は抗ウイルス薬の内服による病勢のコントロールが可能となり、予防の面でも平成28年より乳児へのB型肝炎ワクチンの定期接種(ユニバーサルワクチン)が導入されたため、今後さらに減少すると予想される。C型肝炎も抗ウイルス薬の進歩にてほぼ完治する時代となった。肝臓に関しては2013年の我が国の統計で肝内胆管癌を含む肝臓の死亡者数は3万人で第5位となっている。C型肝炎は肝細胞癌の1番の原因であり、B型肝炎と合わせて以前は肝臓の成因の9割近くを占めていたが、近年は肝炎の治療や予防医学の進歩に伴い、肝臓の成因に占める割合は減りつつある。一方で脂肪肝や飲

酒などの生活習慣病からの肝硬変や肝細胞癌の占める割合が増えつつあり、生活習慣病の多い沖縄県においては肝炎ウイルスによる慢性肝炎が減ったとしても肝硬変や肝細胞癌はすぐには減らないと予想される。そこで今回は肝細胞癌の治療のトピックを中心にお話したい。

肝細胞癌の治療法

日本肝臓学会による肝臓のガイドラインには治療アルゴリズム(図1)があり、肝臓の予備能や転移の有無、肝内の腫瘍数により治療法が分かれる。2000年代に入ってから、手術やカテーテルによる肝動脈化学塞栓術(TACE)に加えて電極のついた針の穿刺によるラジオ波焼灼療法(RFA)が県内も含め広く行われるようになった。

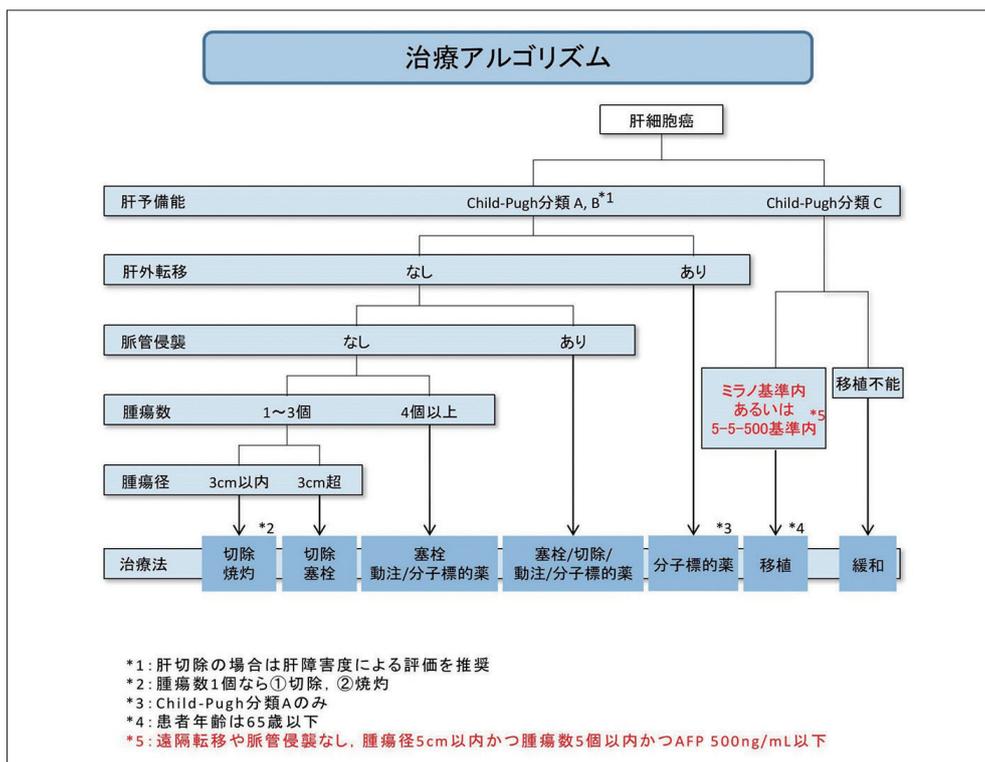


図1

肝細胞癌の薬物治療

肝細胞癌の多くは、基礎疾患に肝硬変を有しており脾機能亢進による血小板減少をはじめとした汎血球減少を伴う事が多いことから、骨髄抑制の副作用のある従来の抗がん剤治療は不適であった。2009年に分子標的薬のソラフェニブが承認されてから徐々に薬剤の開発が進み、2020年には初めてニボルマブ(オプジーボ[®])に代表される免疫チェックポイント阻害薬の1種であるアテゾリズマブが血管新生阻害薬のベバシズマブとの併用で承認され治療成績の大幅な向上が期待されている(図2)。一方で二次治療以下の薬剤選択や免疫チェックポイント阻害薬による肝障害といった新たな課題も出てきている。

肝細胞癌の放射線治療

肝臓は比較的放射線の感受性が高く、低い線量でも障害を受けやすいことから、これまで放射線治療は積極的に行われてこなかったが、近年は先進医療ながら粒子線治療(重粒子線や陽子線)の適応疾患となっており高い効果が報告されている。残念ながら県内にはまだ施設がなく本土へ行く必要があることと、300万円近い高額な費用負担の問題から一般に普及するには

至っていない。しかし、サイバーナイフ等の定位放射線治療は保険診療として県内でも施行可能であり、局所制御率も高く手術困難な病変や高齢者にはよい適応と考えられる。

おわりに

令和の時代に入り、我々肝臓専門医の主な業務もこれまでのウイルス性肝炎の治療から今回紹介した肝臓の薬物療法等に徐々にシフトしつつあるのを実感する。また今回取り上げていないが、沖縄県でも県立中部病院に続いて琉球大学病院で肝移植が始まっており末期肝硬変患者における肝臓の治療選択が増えたことは朗報であろう。しかし、最も重要なのはアルコールや肥満といった肝硬変や肝臓の原因となる生活習慣病の予防や対策であり、これには肝臓専門医だけでなく地域の先生方や保健所などの公衆衛生に係わる人々の協力が引き続き必要である。

参考文献

- 1) 肝臓診療マニュアル第4版 日本肝臓学会編 医学書院 2020
- 2) 肝臓診療ガイドライン 2017年版補訂版 日本肝臓学会編 金原出版株式会社 2020
- 3) 工藤 正俊. 肝細胞癌における薬物療法の進歩と今後の展開. 日消誌 118: 379-399: 2021

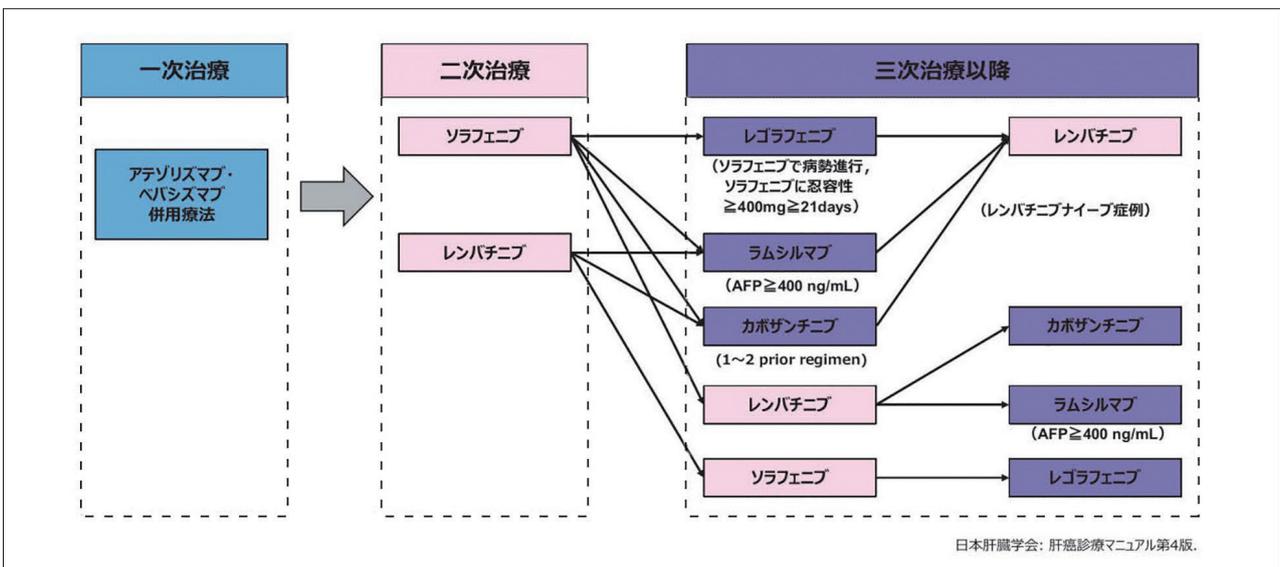


図 2