

2020.2.27

苫小牧保健所長殿

件： 新型肺炎対処への一現場医師からの抗議

所長殿、さる 2/26 の問い合わせに対する貴所の返答などに対して、次の症例に関して、疑問および抗議を行うものです。

症例

Primari Care 連合学会 Thema2 ○.○ 40 代

主訴 長引く微熱と咳

既往歴：特記すべきものなし。

家族歴：特記すべきものなし。

アレルギー：特記すべきものなし。喘息性気管支炎の既往なし。特記すべき基礎疾患は、2010 年の初診と今回の聞き取りに関して認めない。

○現病歴：

2020.2.11 2/8 から咳が始まる。2.11 に 37.5 度となり、急病センター受診、特にインフルエンザ迅速などは行わず、フロモックスと鎮咳去痰剤、カロナールの 2 日分投与で帰されている。その後も同様に咳と、37.5 度までの熱が上がり下がりを繰り返し、本日 2/26(第 15 病日)に至って家族のすすめなどで来院。「うちのなかまの一人はひどくなったが回復した」と言っている。立場上仕事を継続しているが、仕事は出来ているので、体力の消耗は強くない。咽頭発赤は強く、咽頭全体が腫脹している。聴診上は問題ない。

○検査 (200226)

レントゲン上は、右後下肺野への気管支(B9,B10)の分岐部あたりの不明瞭な浸潤影(すりガラス用ではない)を認める。

WBC=9950 RBC と Hb=604 と 18.1 GOT と GPT=64 と 110

γGTP107 LDH と ALP=320 と 256 crtn=0.76 CRP=0.91 寒冷凝集素

x4 インフルエンザ抗体(HI)未返,マイコプラズマ抗体 (PA) x 40↓ クラ

ミドフィラ抗体 IgA/IgG 未返 レジオネラ咽頭培養未返

○処方

アジスロマイシン(250)2T 以上 1x3 日

アストフィリン 3T

麻黄湯 6g

ペクタイト (50) 3T

塩酸ブロムヘキシシン(4)3T 以上 3x5 日

屯) ロキソプロフェン(60)10T 1x1T あて

---

以下、時間がないため、雑駁で申し訳ないのですが、意見と苦情を述べます。

全身状態に問題はないし、保健所に2回問い合わせたした(2回目は、私が直接技官に検査要請をした)が断られたこともあり、自宅安静として投薬した訳ですが、以上の経過や貴所技官とのやりとりから、問題点として、

1 保健所への最初の問い合わせ時から、インフルエンザ他アデノや、RSなどのウイルス迅速テストの可否をいわれたが、(念のためのインフルエンザの検査はして陰性)そもそも15病日の上気道あるいは、下気道感染へのインフルエンザの迅速の意義があるのか、それを技官が臨床医に問う意味が不明であります。

2 次に、37.5度以上4日継続にこだわった回答にも疑義があります。

体温に関しては本人申告であり、ご本人には大変申し訳ないが、微熱と咳嗽のまま14日を過ごした患者さんが15日目に来院する事態と診察場面において、その体温計測や記憶の正確さに疑問を生じるのは、臨床医師としての経験と言うもので患者さんの問題でもなんでもありません。また、医師としても実際に身体症状についてcut off(それ以下切り捨て)を設けることは、今回の新型肺炎、SARSや、2009年の新型インフルでの、空港での38度以上の熱発の確認の限界は明確になっている事、今回の肺炎も80%以上の軽症者がいて、しかもウイルスの体内での潜在期間が1週間と長いCOVID

(CORONA Virus Infectious Disease;新型コロナウイルス。COVID-19と名づけられている)である事、元気な保因者からの感染が危惧されて、休校措置などもとられている政府の判断などから考えても、「37.5度以上4日継続にこだわった」意味が不明であると言わざるをえません。すなわち、37.5度に固執して、あるいは、全身状態がよいからという事では、検査を断る理由になっていないと思われまます。

(追記：携帯用の計算式を使った体温計で37.4度と37.6度の違う体温計での比較に意味がありますか？経験のある医師の聞き取りによる、臨床的補正こそが大切ではないでしょうか)

3 後からの臨床結果(どうやらだいぶ前から肝機能障害がある)からもこの患者さんは、いわゆる「リスク」のある患者さんです。しかし、このことは、電話の段階では解かりませんでした。

4 しかも先週の閣議でも現場医師の判断を優先する旨発表されているにも関わらずであるから、臨床というものを理解されてないだけでなく、最後にもくりかえしますが失礼ながら公衆衛生的、疫学的見地も失っていると判断せざるをえません。経験的には、通常の中肺炎やいわゆる「かぜをこじらせた」状態の肺炎つまり、目の前の原因不明の感染症と思われる肺炎があり、現況の新型肺炎の市中化の状態、これが新型肺炎でない、という

「否定」の判断をだれが行うかは大切です。COVID-19では胸写では判断が困難でありCTでの判断が肺炎の確定に重要であることは周知の事実ですし、そのなかでも下部胸膜に近い後方の部分での陰影や、全体のすりガラス様陰影が比較的特徴であるのは、既に中国からの論文に出ているところです。当該患者さんでも右葉のB9,10(デジタルでみると気管支の分岐部が良く見えるので、下の後方、側方の分岐部あたりと大体わかります)の分岐部辺りの

浸潤影がある訳ですが電話先で、臨床経験のない若い技官医師にその話をしても理解が得られるとは思えない判断をしました。同時に、そういう状態で権限を与えられている後輩医師にもまた、気の毒だと感じましたし、政府諮問会議で既に決定された、「医師の判断にまかせる」妥当性は、包括ケアの観点から、患者サイドに立つことも含めて当然であると言わざるをえません。

長くなりましたが、以上に加えて、患者さんやその生活環境にある人々への「不安の払拭」という医療現場で一番の「治療行為」を阻害するだけではなく、下手をすると感染拡散してしまう、疫学上からも、統計的にも非常におろかな行為だと思います。ただただ、恣意的にならず、科学的に疑義が生じた問題には、医療現場、エビデンスで良く使われる統計手法（特異性と感受性を陽性と陰性の検査で重ねて、ただしく尤度の2x2表を作成する）の元になるデータの算出を妨げない事が、あなた方公衆衛生のプロの一番の仕事なのではないでしょうか。いらないことと言ってすみません。

今回は結果的に、当該患者さんの当院のアプローチとし、安静を指導し、今週中に、本人にその状態確認と、王子病院呼吸器科への受診を促したが、この措置は、不可避的であったとしても、そこでの待合などの状況など考えると、とても臨床医として最善とは思えない後悔がのこります。

さらには、臨床医としての推測ですが、症状の改善などが、投薬によってもたらされれば、その患者さんの立場上、仕事を直ぐに再開するに違いないと思います。では、これがもし、新型肺炎であれば、その敷衍を止め得なかった責任は、だれがとることになるのでしょうか。また、「これは違うな」と患者も見えていない若手医師に判断させる愚を 上級の方々は犯していませんか。可哀想だとおもいます。

結果、生物心理社会的な立場、患者さんの意識変容、地域の医療資源を種々利用する援助、これらを意識しながらの医療行為では、検査結果などの生物学エビデンスから得られる「異常」以外に社会心理的、家族的問題、困惑する患者の導線や心理などの全人的ケアの立場から、ご本人へだけでなく家族、地域指向の基本理念で考えれば、いま、あなた方の出来ることは一つだけだと思えるのは、私だけではないです。それに加えて、ちいさな内科クリニックで待合室の玄関で、そこにいる高齢者、事務員また、私自身の保護は、クリニックの管理者としても生じている義務です。疑わしい患者さんを、濃厚感染させる危惧もなく検査しろと言える神経もよく分かりません。

以上から、ほぼ臨床的意義の乏しい迅速テストなどで、危険に暴露することなく、患者さんにも一定の理解と安心をさせるには、韓国ほどでないにしても現時点ではまずは方法の確立したPCRを広く使用するに勝る方法は現在見あたらないと言うのが、一臨床医師の意見です。よくお考えください。

これは、思ったより簡単、的確、安全に行えます。これを統制することは、社会的、疫学的、医療的にどのような意味があるのか私にはわかりません。

以下 追加提案ですが、このCOVID-19ですが、現在までに2つ特徴があります。

- 1 市中感染なので、感染経路の深追いは意味がない
- 2 1週間たったところで、良くなるか悪くなるかが判明する。（おそらくウイルスの増え方の特徴）

なので、原因不明で、疑義症例に関しては、発症から7-8日目に、保健師や、あるいは、学校であれば、養護教員などに、SNSに付随する動画機能

で、online での健康の確認や、最低電話での確認を行えば、COV の可能性が低くても高くても、めどがつくと思います。（実際疑義少年例では始めました）

---

追記 2020.2.29 付)

その後、上記症例ですが、検査日を 200216 と誤記していましたので 200226 と直しました。また、保健所に送致したのち、ネットにあげる都合で、英語の部分直し、同時にわずかに読みやすくなおしました。）

本日 3 日目で、本来ならインフルエンザ抗体（HI 法）の検査などはギリギリ結果が返ってくるころなので、出入りの検査センターの担当者に電話してみますと、「コロナ疑いという文言があるので、他の検査（上記症例の未返の検査;インフルエンザの抗体、クラミジア肺炎の抗体、マイコプラズマの抗体など）も検査出来ません」と埼玉の某有名ラボ（政府の機関も委託しているラボ）の検査本部担当から返答があったとのことで、職員の報告があり、3 度めの電話で担当者に声を荒げました。この時すでに、（その中継ぎ担当ががんばってくれたのかどうか分かりませんが）検査するという事になったとのことで、怒っている一方では少しホッとしたのですが、貴所の担当技官の返答にしても、現場医師の提言に対しての「正常なひとの」返答とは思えません。（これは、上記の技官とのやりとりの下、番号 1 の技官の発言の真逆ですね。要は、「はっきりしないと検査しない」と違う「逃げの立場」から言っているだけのような気がします。非人間的ですね。これが自分たちの親族でもそう言えるのか、と考えてしまいます。）

かかる関係者の態度は、現在(2020/2/29 18 時過ぎ)、安部首相の記者会見での今週の内閣の発言をとっても、現場の「医師の必要に応じて PCR を実施する体制である」「そのために、国が必要な仲介をする」と繰り返されている報道からも、怒りというより、現場のあなた方と内閣の発言の違いに唾然とします。あなた方は「国」の機関ですよ？」是非、関係者、関係検査機関への指導など、内閣の発言どおりに指導し、我々現場の声に真摯に答えて、「上から目線」の理由ない negative な返答は、慎重にしていきたいと切に願います。こういう場合は、双方協力しないと乗り越えられないではありませんか？

他所に送致した方々へコメント。

あとで読み返すといろいろ矛盾点や、整理点が出てきますけれど、患者さんを前にした直後に書いた「臨床家の怒り」も含んだ感じも軽減されてしまうので、若干の訂正のみで、雑駁なままにしました。「怒り」の部分もご理解ください。