

若手医師 匿名チャット座談会

COVID-19の連日の緊急速報に、科学立国をめざすはずの日本の、何とお粗末な対応かと残念な気持ちで気が重くなっています。皆さんの勤務先でも、日々対応に追われていることでしょう。臨床現場や、基礎で勉強している若手医師が今回のCOVID-19をどう乗り越えるか、次にどう繋いでいくかを話し合い、発信していただきたく思います。本ボードで意見を闘わせてください。

アメリカで言うならCDCのような機関が日本にもあったほうがいいのかと思います（CDCはアメリカだけでなく全世界の疾病対策の基盤でもありますが）。CDCには医学、微生物学や細菌学だけでなく、歯科系研究者、気象学者、農学者などもいるようです。日本でも国立感染研究所の上にこういう組織があって、感染微生物についての研究だけでなく、新規感染症や災害時の感染症対策等に包括的に対応し、情報を蓄積して行政府に施策提案のできるような組織を作ってもいいのではないかなと思います。

アメリカのCDCに相当する組織は必要ですね。でもその組織づくりの際には、しっかり専門家集団で構成し、行政に強く意見ができる権限の持てる組織にしないとだめですね。

PCR陽性者のほとんどが3～4施設の医療機関を転々とし、この間重症化しているケースもあります。医師の判断で最短で検査、治療に結びつけなければならないのは、誰もが考えることでしょう。専門家集団を入れて、感染・災害時の対応を科学的にリードする医療行政を作らなければ、同じ間違いを続けることになるのかと考えます。COVID-19の嵐がおさまりましたら、提案させていただきたいと思っています。

検査はハードルが高いと耳にしています。某病院のICUでも続々コロナ疑いの患者さんが来ていて、検体を取っても検査までに二日かかるなんてことも聞きました。しかし今のところいずれも陰性と。道の報告を見てもこれだけ制限がかかっているらしい検体検査のはずが、昨日付け陽性率が13%と、もっと高くてもいいのにと感じます。他はただの風邪？検体が不適切なのか遺伝子の抽出時間が短いのか。PCRだから検査自体の陽性的中率は高いはずなんです。テクニカルに問題があるのか。検査キットが大学などに配布されたと報道されていますからこれから検査が広まると思いますが、キットの感度特異度が気になるそうです。

専門家によると、PCR陽性率が低いのは検体採取に問題がありそうです。コロナVは咽頭から早期に気道に移動するため、咽頭ぬぐい液では陰性になることがしばしばだそうです。同一症例で、陽性→陰性→陽性と変遷するのは再感染ではなく、検体採取が確実でない可能性が高いとのことでした。咳が出せるのであれば、喀痰採取が最適だそうです。

私は癌屋なので、10%しか陽性にならない検査なんて意味あるのかとずっと考えていました。ましてそのような状況なら、限りなく黒に近いグレーを白にしているのでは。しかも採取の度に医療者が感染の危険にさらされるなんて、今後そんなひどい検査が広まるとは考えにくい。むしろ、検査の陽性率がその程度であり、陰性になってもコロナとして対応したほうが良いと国民に理解してもらおうほうが良い。恐らく数ヵ月すると、患者群の情報がまとまって、COVIDスコアとかいって、臨床症状や画像所見で診断可能とするようなものが出てくるように予想します。検査の感度に問題があることに加え、特異的な治療方法があるわけではない点でノロとかロタの検査に近いです。検査してもしなくても、あると思って対処するのが適切な方策になると思います。COVIDスコアが早くできてくるといいなあと思います。

感染症疫学調査を進めながらも、新興感染症対策の基本である早期発見、早期隔離、接触者の健康監視、院内感染予防、国を超えた感染拡大防止をできるだけやることに尽きると思います。

流石に病院に来たら感染すると思うのか、軽症者は少なかったです。翻って考えると、小児科の外来はほとんどが感染症の患者で、特に休日当番病院はほぼ感染症ばかりなのに、COVID-19が流行していると言わなければ「そこにいる子どもの病気は移るものだ」という意識が希薄なのではないだろうかと思います。普段からの疾病教育がきっと足りていないんじゃないかと思います。特に感染症について。

学校が休みになるとかならないとか、ハッキリしない施策のおかげでみんなが振り回されているように思います。子育て期の医師の中には、モロに被害を被った人たちも大勢いるのではないかと思います。事が一応おさまった暁には、今回どんなことで困ったのかという調査ができればいいと思うのですがいかがでしょうか。日本医師会男女共同参画委員会でも同じ提案をしたいと思っていますが、北海道は特に大変な目に遭っているので独自にやる意味は十分あるのではないかと思います。

皆さん日々お忙しいことと思います。私自身も仕事と家庭に加え学校教師の役目まで負わされた感で、忙殺されております。幸い夫のフレックスタイム、時差出勤で、午前中は夫が子どもの面倒を見て、午後から大学に来させてYouTube見せています。今日は私が帯広に手術手伝いに来ねばならず、夫には仕事を休んでもらいました。

病院では学校閉鎖を受けて、手術室の稼働率を3割にするよう通達がきました。子育ての一義的責任を負っている人で普段そんなに仕事を担わせていたのかと愕然としましたが、実際は7割程度で回しているようです。大学の女性医師等就労支援委員会のできることをと考えましたが、正直no ideaでした。

ようやくウイルスの全体像が少しずつ見え始めましたね。20代の人工呼吸器管理が出て、北海道の緊迫感が急に高まった感じがします。今のところ東京の同業者とやり取りしても、「ただの風邪でしょ」「なんで隔離まで？」といった反応で、極めて温度差を感じます。

個人的に一番危惧しているのは、感染症サーベイランスネットワークを基盤とした新興感染症対策について、各機関のコミュニケーションが上手くいっていないのではないかということです。国内では、政府、厚労省、自治体、感染研、地方衛生研、検疫所、保健所、医師会や学会、臨床現場、国民(メディア)が関わってくるとは思いますが、互いに正しい情報が理解できる形でやりとりできているのかどうかです。新興感染症のリスクに対する過大過少な認識は、誤った政治的判断や現場の混乱、国民の不安や感染増加につながります。専門的で正確な内容を政治家や行政官、国民が理解しやすいようにinfographicsやフローなどで事実を視覚化したり、現場が実践で混乱しないようにフローを図示したりなど、緊急時だからこそ頭を使わなくても対応できるように工夫されている必要があると思います。

これまでの新興感染症発症時のメディア対策では不十分であることも教訓だと思います。TVや新聞等のメディアへの対策のみではなく、今後はネットのデマ対策も重要かと思っています。

科学がネットデマを整理排除していくのですが、科学者がバラバラに発信するのではなく、緊急時こそ「多面的な科学者集団」としての発信が必要ですので、今回の反省を糧に、作り上げていかななくてはならないと強く思います。