

Niagara ナイアガラで思ったこと

先頃、(2000年。この文章は、看護学院の学生に向かって書いたもの。) Niagara の滝を観光する機会があり、改めて日本と米国の違いについて気付かされたことがいくつかある。(念のため、アメリカ人一般は賢くない、というのがわれわれの周辺の共通の認識である。たとえば、洗った犬を電子レンジで乾燥させようとして死んだから訴訟するなど) 以下、随筆風に。

まず、**Handicapper** (障害者) に対する態度である。スーパーマーケットでも車椅子で家族と一緒に買い物にきている人は必ずといってよいほどいる。通路が広いから邪魔にならないし、第一、違和感がまったくない。ごく普通の買い物風景である。また段差の高いところからお年寄りが降りようとしたり、上がろうとするときなど、傍らにいるアカの他人が必ずさりげなく手を差し伸べる。盲人に対しても同様で、必ず左肘をつかまらせて歩いている。一部の日本人のように盲人の肘をつかんだりする人はいない。それが特殊な風景ではない。長蛇の列をつくっていても、松葉杖をついた人がくれば、**Go ahead!** (先に行け!) と叫ぶ。どうも発想そのものが違っているらしい。航空機に搭乗するときでも車椅子は最優先である。(これは日本でもそう。)

次に Niagara での聞いた話である。30年前、**New York** ニューヨーク大停電があった。暖房も効かず、震えたらしいが、この停電の最大の原因は、Niagara の滝の上下にある水力発電所の取水口に大きな氷塊が形成され、発電できなくなったためらしい。これ以前にはそのようなことがなかったし、もっとほかにも原因は考えられたらしいが、米国は、ただちに氷塊が取水口にこないように水中に棒杭をうちこんだ。そして、次の年から現在にいたるまで停電はおこっていないという事実である。

前代未聞の、まったく新しい出来事が生じたとする。いろいろな解釈が可能で、いわゆる専門家がいくつか仮説を提唱してくれるが、実際に起こっていることと異なることも多く、いまひとつ信用できない。結局は、今までの知識を集積し、演繹的に新しい対処法を講ずるのであるが、ここに歴史を学ぶ最大の意味がある。歴史から学ぶのである。それでも、事態が収拾したあとに検討してみると、結果的にその時点での判断が正しくなかったということはよくあることであるし、それは仕方のないことである。

まったく新しい事態が生じたときの対応は、判断のミス (とまでいうのは酷であるが) あるいは対応が後手にまわることもあり得る。それが当然で、この時点ですでにあらゆる可能性を考えて対応策をマニュアルとして用意しておくべきだと責めるノーマルな人もあるが、小生はそれは事実上不可能と考えている。それこそ、無数の可能性を考えねばならず、意味がなくなってしまうと思っている。……むしろ、この前代未聞の事態から何を学ぶか、が重要と考えている。そしてただちに実行に移す。公民権の違いもあるのだろうが、Niagara の氷の件では、もし日本であればどうしただろうか。「調査」が長引いて、次の年にも同じ轍をふんだかもしれない。

話をはしよるが、日本中の籠がはずれてしまった、と嘆いたが、例をあげると警察、自衛隊、消防、学校の教師、官公庁の不祥事など、枚挙に暇がなくただあきれるばかりであるが、何も公務員に限ったことではない。TV局もNHKも銀行も生命保険会社もそうである。しかもきわめて低レベルの話ばかりである。このことは病院においても、ほぼ毎月、ひどいときには3ヶ月に10件以上の不祥事（と書けばなんとなくいいように聞こえるが、単なるミスである）が報道されている。しかもこれらに共通しているのは、すべて「氷山の一角」であることである。（報道する側にも不祥事は限りなくあるのだが、ここでは省略する。）以下、われわれに共通の話題として病院ないしは病気、医療ミスに限定して話を進める。

断っておくが、これらのことで切齒抱腕しているのであるが、「ただ単にバレただけやないか」と思っていることもある。

大停電と同じく、未知の事柄に遭遇したとき、失敗にこりて二度と同じ過ちをくりかえさないように努力するかどうか、彼我的対応について、いくつか例を挙げる。

昭和30年代に、ひとりの産科医が一生にひとり見ることができるといふかどうかというPhocomelia フォコモメリアが日本中で次々に生まれたことがあった。散々意見を尽くしたあとで、Thalidomide サリドマイドが原因であるという結論が得られたが、製薬会社はなかなかみとめなかった。その頃の会社の不遜な、不誠実な態度については略すが、厚生省が許可して発売されたものである。被害者は、西ドイツと日本に多かった。米国では、ひとりもでなかった。FDAのケルシー女史が製薬会社の圧力に屈せず頑として許可しなかった。そして、彼女はケネディ大統領から表彰された。

さて、日本では不幸にして多くのThalidomide 禍が発生したわけであるが、それから20年以上経過して、今度は血液製剤によるHIV感染症の発生がみられた。あろうことか、Thalidomide のときの薬務課長だったのがこのときにはミドリ十字の社長かなにかに天下っていて……何も学習していない。しかもなんらかの処罰をうけたわけでもないらしい。

HIV感染症が米国で血友病患者に発見されたのは、1981年の保存していた血液からである。日本で日々新たなHIV感染症が発生していた頃には、米国では回収作業が着々と進んでいた。

厚生省の薬務課長といえばエリート中のエリートである。腎炎治療剤のクロロキンにより失明の危険が囁かれたとき、このときの課長は自分ではクロロキンの服薬を中止していたが、国民には知らせなかった。そしてこのことがのちにバレた。

この以前に森永砒素ミルク事件というのがあった。母乳のかわりに飲む粉ミルクの製造過程のどこかで、和歌山で勇名を馳せた劇毒物「砒素」が混入していた事件である。これで廃人同様になった赤ちゃんも数多い……もつとある。PCBの混入したカネミ油症があったし、富山県神通川沿いのイタイイタイ病、熊本県の水俣病、新潟水俣病、などなど、薬害とも公害ともつかない「奇病」である……現在は、ダイオキシンであるが、

欧米諸国は、日本に注目している、「唯一、人体実験をしてくれている国家である」として。

最近の話題では Creutzfeldt-Yakob 病である。硬膜移植で感染したとされ、ドイツの製薬会社と交渉しているらしいが、米国ではごく初期に患者が発生した時点で販売中止にして、それ以上の被害者はでなかった。日本では、10 年遅れた。被害者が数多くでるまで「見捨てられていた。」今、学会が被害者の救済に動いているが、このこと自体が実はきわめてまれなことなのである。

と、まあ、まことに残念ながら、彼我の対応に天地の開きがあって、悔しいかぎりである。特にその反応の鈍さについていえば、小生のような単純な人間にさえ、なんらかの裏取引があったのではないかと疑わしめるものである。

日米の医学の差は、トップクラスは差がなく、ほとんど並んでいるといわれているが、ふつう 5 年とか 10 年とかいわれるが、どうも発想の違いや反応などをみていると、もっと深い溝があるのではないかと思っている。

現在われわれが学んでいる医学は、幕末の頃から漢方医学を捨てていわゆる西洋医学として当初はオランダ、ついでドイツ医学、敗戦後はアメリカ医学が主流になっている。死生観も宗教も異なる国からの直輸入であるから、わが国の実情と合わないことが多々あるのが当然で、すっかりなじむには数十年かかるか、あるいはついに合わないままで終わるのか。(漢方医学を捨てた理由についてはここでは紙数がない。改めて述べる。)

さて、病院のミスが多発についてである。くりかえすが、氷山の一角である。また今に始まったことでもない。その理由についてはいくつもの原因が複雑にからんでいるので、容易には断定できないのだが、現今の報道は、たまたまバレたことだけである。ひとつの説明として、「緊張感の欠如」という人もいる。

人間の緊張感の数時間も 10 数時間も持続するものではない。ここに必然的にメリハリがでてくる。緊張とその緩和である。そして air pocket エアーポケットに陥ったかのごとくミスがでることがある。(医療のミスはあってはならないとか、すぐに生命に直結するというのが、これは自動車の運転も飛行機の操縦でも同じである) 要は、その後の処理とか姿勢の問題だと思う。

心臓と肺の手術患者を間違えた横浜市立大学病院の副院長(?)が、「どちらの患者にも心・肺ともに手術の適応があったのだから、(それほど重大な問題ではない)」と言いつのつたらしいが、これを聞いて維持評論家の水野肇さんが、その傲慢かつ自省の念のかけらもないことに驚きあきれておられる。この副院長には問題の本質がわかっていないし、これでは同じようなミスが再び三度くりかえされるだろうと危惧している。(どちらも手術せんでもよかったのかもしれないが、診察したわけではないから、ここでは沈黙。)

ここで重要なのは、個人のミスか System (組織・系統) のミスかということである。

組織に属する人間なら、警察ではないが組織が守ってくれないなら、動きがとれないことがある。……このとき、すべてのミスは個人のもので組織は庇えないというのなら、その組織の構成員の士気は萎えるにちがいない。

多少のミスが生じることはやむをえないことがあるのだが、それを糊塗するためにもっと大きなうそをついたり、表面だけ丁寧にして（心のこもっていない）スマイルをもってしても、患者はそのようなことを要求しているのではない。それは慇懃無礼、巧言令色にすぎない。患者の要求するのは、より高度、正確な医療であり、（これが医療の本質と思うのだが）これを実践するうちに医療側と被医療側との間に連帯感が生じてくるのが本来の姿である。表面的なあたりの柔らかさなどは、科学を標榜する医学の目指すところではないと思う。

「患者には知る権利がある」というのはかまわないが、本人を目の前にして、「「治る確率は2%です」と言われたら、諸君ならどう反応するだろうか？その2%に根拠があるのだろうか。

「難解な医学用語を駆使して」・・・と患者は困るが、すでに述べたようにそれほど難しいものではなく、医学界の共通用語だから、患者側からみれば単なる障壁・Barrierにすぎないからいくつか Key Word キーワードが理解できれば話は難しくないのである。「一方的に説明」してくれてんねんけど、どうももうひとつよくわからん。説明しなおしてくれんか」と頼まれることがあるが、いきなり、まったく異なる世界の用語で話をされたら、われわれも面喰うであろう。

しかも話はどんどん進行していく。「ここに3つの選択肢があります。どれにしはりますか？」といわれたら、AかBかCしかない。比較検討する術がない。このことは、あたかも、赤ん坊の名前をつけるのに3つか4つかの名前を書いた紙を置いて赤ん坊に触らせる。たまたま触れた紙の名前をつける。いやも応もない。「自ら選択したこと」なのである。・・・かくして、治療法を患者の決定に委ねるという「画期的な」手法が完成する。

2000.5.13.