

小児救急医療の チャレンジ精神

——子供たちの生と死をみつめて——

Dorothy Anna Jarvis, M.D.

聞き手：佐多保彦 株式会社東機質 代表取締役社長

佐多：ジャービス先生のいらっしゃるトロント小児病院は、私も何度も訪問しておりますが、1993年に大改築をされてからは、特にロビーの辺りは、訪問する子供たちやその家族にとって、非常にワクワクするような楽しい雰囲気です。光が溢れていて、楽しい芸術的な落書きがたくさん描かれた、大きな“ふきぬけ”のあるロビーの様子は、入院中の子供たちの部屋やプレールームからも見えるようになっていて、とても素晴らしい病院です。先生はそこで救急医療を担当されていますが、小児救急医療というのはかなり難しい分野ですか？

ジャービス：確かに非常に難しい分野ですが、だからこそ私にとってチャレンジングでやりがいがあります。子供たちは普通、自分の症状を言葉で上手に表現できません。表に現われる現象は、熱があるとか、泣き叫ぶとか、数少ないものです。静かな子供も、油断できません。泣くこともできないほど、衰弱していることがあるからです。気をつけて診てあげる必要があります。わずかな情報を頼りに、この子はかなり容体が悪い、この子は快方に向かっているなど、子供たちの病状を的確に見極めていかなければなりません。

佐多：小児科ならではの苦勞があるわけですね。

ジャービス：症状を正確に理解するためのコミュニケーションが一番難しいです。診断がついても、子供は注射や薬が嫌いだから、治療を受けさせるためのテクニックも必要です。その子の年齢によって、声音を変えてみたり、言い方を変えてみたりして、説得していきます。大変な仕事ですが、こういった大変な部分がこの仕事を特別なものにし、また自分が常に新鮮な気持ちで仕事に取り組める理由かもしれません。

佐多：小児病院の対象年齢は何歳から何歳までですか？

ジャービス：新生児から17歳までです。16歳頃にもなると、既に考え方はしっかりしてきますし、親と一緒に来院しがらなくなります。そこからが、また私たちのチャレンジになります。十代



の若者は正しい判断を下すには、まだまだ社会経験が足りません。間違いない判断をしてもらうために、いかに彼らを納得させるかという問題になります。カナダでは、患者が判断する能力に年齢的な制限を設けないことが法律で決まっていますので、「子供の人権」には特に気をつかう必要があるのです。

佐多：救急医療というのは一刻を争いますが、現場での仕事はどのように運ぶのでしょうか？

ジャービス：患者が搬送されてくると、まず症状を5つの段階に分類して、治療の優先順位をつけます。第一段階は、生命に危険のあるような重篤な場合。第二段階は、目や手足などの重要な器官を失う恐れのある場合。例えば、目に異物を刺して視力を失う恐れのあるケースなどですね。第三段階は、緊急、つまり高熱や毒物を誤飲したなどの早急に処置の必要な場合。第四段階は、風邪などの、それほど緊急でない場合。そして第五段階が、緊急を要さない場合。この段階の患者は、一般病棟に回します。しかし、このように治療の優先順位をつけていても、子供の場合はそれがそのまま適用できるとは限らないのです。例えば、体温も脈拍も正常だから第五段階と自動的に分類はできません。そこが小児救急医療の難しいところです。特に小さな子供では症状を訴えることができないので、診断しにくいのです。

佐多：救急医療の究極はおかしな考え方もかもしれませんが、結局予防医学に行き着くのではないのでしょうか？現代は科学技術の発達でより快適な生活を追求してきたわけですが、皮肉なことに悪い影響も多々出てきているわけです。環境問題はその最たるものですが、現代の救急医療にもその影響は確実に出てきているのではないのでしょうか。

ジャービス：私はジャマイカの出身ですが、カナダに来て驚いたことは、子供たちが事故で受ける傷害の酷さです。バイクなどによる交通事故、モーターボートの事故、農業機械やトラクターによる事故など、適切な予防措置が講じられていれば、防げた傷害が多いので

ジャマイカに生まれる。69年にジャマイカのウエスタンディーズ大学を卒業。同大学附属病院にて研修を受けた後、72年にカナダに渡り、トロント小児病院に勤務。現在、同病院の救急医療を担当。その傍ら、トロント大学小児科教授として教鞭をとる。

(※1) 死期の近い患者を身体的・精神的苦痛から救うために死に至らしめることを安楽死というが、治療を中止する消極的安楽死 (Passive Euthanasia) と、薬物を投与する積極的安楽死 (Active Euthanasia) とに分けられる。

(※2) By Jean-Dominique Bauby, Vintage Books, A Division of Random House, Inc. New York
著者は仏「ELLE」誌の元編集長。

す。シートベルトをしていなかったために、事故の衝撃で車外に投げ出され、対向車に轢かれた傷害などは、それは悲惨なものです。そこで、車ではシートベルトをさせるように、自転車やバイクに乗るときにはヘルメットを必ずさせるように親たちを指導しています。そしてモーターボートや農業機械やトラクターに関しては、免許はいらないといっても、しっかりとした判断能力が備わる年齢までは子供の能力を超える機械の操作をさせないように指導しています。

佐多：医療の現場では、社会的な動きが影響しますね。オランダで安楽死が認められましたが、それに関してはどう思われますか？
ジャービス先生は子供の命を救う側ですから、適切な質問ではないかもしれませんが。

ジャービス：私たちは、搬送されてきた子供たちがどんなにひどい状態でも、まずできる限りの治療を行います。しかし術後の経過を見て回復の余地が見られない場合、家族にその旨を告げます。いたずらに治療を続けることは、苦しみを長引かせる結果にもなりますから。当然、本人にも話します。お話しした通り、カナダでは患者が判断を下すのに年齢は関係ないのです。長い間、病気で入院している患者についても同じようなことが言えます。私たちの病院に、14歳位の末期癌の少年がいました。彼は死が終わりだということ、死からは戻ってこれないということをはっきりと認識した上で、死を選びました。私たちは、そういった子供たちの決心をサポートし、安らかに最期を迎えさせることができます。安楽死は医療の一環に既に組み込まれています。

佐多：安楽死が日本の医療の現場で確立されるのはまだまだ難しいと思います。患者が生死を自己選択できるまでには、相当時間がかかると思います。

ジャービス：患者が選択できることは確かに大切なことです。しかし、私はそれに納得しているわけではありません。大変な病に苦しみ、絶望し、おびえ、先の見通しが立たない状態に堪えられない患者をたくさん診てきましたが、しかし一方で生きるという



ことの素晴らしさにも気付くことができます。安楽死については、私はPassive Euthanasia(※1)の立場をとっています。

佐多：今までに多くの患者を診ていらっしゃると思いますが、奇跡だと思われた体験はありますか？

ジャービス：私がチーフレジデントだった75年頃の話です。喉頭蓋の感染症で治療を受けていた3歳の少年が、呼吸困難になったとき医師が気管切開を施したのですが、その医師は子供の気管切開は初めてだったので、誤って動脈を傷つけてしまいました。少年は大出血し、私たちのところに搬送されてきたのですが、大出血の結果、心停止状態でビクリとも動きませんでした。私は上司の教授に「呼吸困難と大出血の二度のショックを受けています。回復はありません。このまま逝かせてあげましょう」と相談しました。しかし、教授は少年を診て、「心臓が止まってからどのくらい経っているのかデータがない。この子の生命はこれからまだ先が長い運命かもしれない。だからそんなに簡単に諦めてはいけない」と、治療の継続を指示しました。そしてできる限りの処置を施した結果、少年は1週間後に意識を回復したのです。リハビリセンターに通いながら、9ヵ月後に少年が母親に連れられて会いにきてくれたときには感動しました。誰もが駄目だと考えた状態から、彼はここまで元気になったのですから。心停止の影響で身体に麻痺が残っていましたが、子供の麻痺はリハビリで必ず回復するので、心配はしませんでした。少年は生き返ったのです。私にとって、忘れられない体験でした。

佐多：生命力の不思議と偉大さを感じますね。その関連でなにか記憶に残っておられる本はありますか？

ジャービス：『The Diving Bell and the Butterfly』(※2)をお薦めします。脳出血により障害を負い、意識は正常なものの、話すことも動くこともできない状態に陥った男性患者の、心の軌跡をつづった本です。常識では受け取りえない衝撃的なメッセージがここにあります。「生きる」ということに対して真剣に考えさせられました。機会があったらぜひ読んでみてください。