

《 ニューヨークでのエイズ研修日記 》

広島大学医学部附属病院輸血部 高田 昇

まえがき

1997年1月18日から2月15日までニューヨーク(NY)にエイズ研修に出かけました。20代や30代の頃の留学は、元気がいいし、楽しみ方も色々あるでしょう。でも48才にもなって外国生活することは、結構プレッシャーです。研修の目的は日本の先を行っているアメリカのエイズ事情を知り、ケアの体制やスタッフから実際に学ぶことです。形としてはエイズ予防財団、広島県、病院を通していますが、厚生省からの派遣です。元は国民の税金から出ているものであり、私の研修の成果はHIV感染者だけではなく、国民に還元しなければならぬことだと感じています。

1997年4月から私たちの病院が、エイズ治療のための中国四国地方ブロック拠点病院になったら、今までのような講演活動だけでなく、私たちの病院に医療従事者を受け入れて研修していただくプログラムも始めることになるでしょう。教育目標やカリキュラムを作らなければなりません。そのために、まず私が研修を体験することは大いに役立つでしょう。

そんな思いから記憶力が鈍った私としては、日々のことを覚え書き風に日記につけてみることにしました。研修の内容やアメリカのHIV感染症事情だけでなく、海外での研修生活についても、私の感想を交えて素直に書くよう心がけました。中に実名が出てくる日本人の方には許可を得ています。ドクターの実名記載は了解をとっていません。プライバシーの保護のために患者さんたちの記載については匿名で、症例をミックスしたり創作が加わっていることをお断りします。

モデムつきのノートパソコンを持っていきました。病院の電話機のモジュラージャックにつないで快適にインターネットやメールができました。この記事はニフティというパソコン通信の中のエイズフォーラムに連載した日記を元にしたものです。

1月18日(土) いよいよ NY だ

成田を17:00発のUA800便で出発。NYのJFK空港に着いたのが同じ日の15:30。機内で3食。全部で13時間乗っていたらしい。緊張しているので眠くない。出入国管理局(アメリカでは移民局?)の女性係員が入国の目的を聞く。ビジネスということになっているので、私はアムステルダム街のSt. Luke's病院で開かれる会合に出席でとモタモタしゃべっていると、早く通れと言う。税関でも似たような内容。

出迎えはエージェンシーの人。フォードのワゴン車でNY市内に向かった。ラガーディア空港、クィーンズ地区、ハーレムを通ったが、街の暗さが気になった。NYは古い街。古い建物がそのままの地区はどうも暗い。新しいビルがいいという訳じゃないけど。そういえば広島は原爆後の建物ばかりで明るい。

着いたところがSt. Luke's病院の真ん前。出迎えてくれたのは稲田先生のラボで働いている留学生の嶋田さん。病院持ちのビルで、何枚もある賃貸契約をして13階の部屋へ入る。12畳程度の居間と寝室、それにバスがあり、結構広い。トランクを置いたまま向かいのSt. Luke's病院の11階の稲田先生のラボへ。病院もまた古い建物。その電話線を使ってMSN(Microsoft network)にアクセスを試みたら一発で成功！ 簡単なもんだ。オンラインでメールに返事を書き、送った。

19:00ごろ、稲田先生が自宅から到着(土曜日だから休みのはず)。稲田先生から予定表を渡されて説明を受けた。日本人ボランティア団体JAWS(Japanese AIDS workshop series)代表の北丸さんとSさんが稲田先生の友たちでラボに来てくれた。北丸さんは私がNYに来ることをニフティの通信仲間からメールをもらっていたとのこと。いやぁニフティはたいしたものだ！ 合計5人で近くの中華料理を食べた。ただ途中で時差のため眠たくなって大欠伸。明日の日曜日は嶋田さんが相手をして下さるので、ちょっと安心。

アパートに帰って、荷物を鞆から出して片づけをした。ドミトリイとかゲストハウスとは言うけど、建物は相当古い。ところが部屋がなかなか暖かまらない。スチーム暖房の効きが悪い。外は寒風が吹いている。窓枠のしまりが悪くて隙間風が入ってくる。どうすりゃあいいんだ？ 嶋田さんは別のア

パート。電話は 1階だし番号も聞いていない。

ベッドにはシーツがしいてある。しかし日本のようにマットの上に敷布団もなければ、掛け布団もない。安物の毛布が1枚あるのみ。こりゃあたまらん。パジャマに着替えるわけにはいかず、服を着たまま上に防寒コートを掛け布団代わりにかけて寝ることになった。

夜も12時過ぎ、外を歩いている人はいない。それでも時々パトカーか救急車がヒュンヒュンという警笛を鳴らして走る。やっぱりここはNYだ。この年になって海外の一人生活は、やはり順応力がないのかな？ 自信喪失。心細いという感じがしてきた。やれやれ、1カ月どうなるんだろう？

1月19日(日) NY をざっと見て回った

あまりの寒さでパジャマに着替えずジーパンにハイネックのセーター。その上にダンコートを羽織って寝ていた。途中、4時から1時間おきに目が覚めた。時差ボケだな。7時過ぎに明るくなった。窓から眺めた中層のビル群の煙突から立ちのぼる蒸気。ふ~ん、これが NYの朝か。

嶋田さんは稲田先生のラボに半年前からに留学している大阪府立大学の獣医さん。嶋田さんにはずっとお世話になりっぱなしだ。まず寒かった話を守衛さんにしてくれた。ラボに行って、過去の研修生が残していった荷物の中にブランケットがあって、それを持って帰った。ポリエステル製のペラペラのものだが、ないよりはましだ。

お昼から1日NYのオリエンテーションをしてくれた。アムステルダム街の1本西のブロードウェイを114丁目から110丁目まで歩いて、どこで買い物をしたらいいか習った。地下鉄の駅に降りて1個1.5ドルのトークンが10個入りのものを買った。これはバスと共通で使える。時間はかかるけど景色が見えるということで、バスでダウントウンに向かった。

夜はNYでフリーライターをしているグルメの北丸さんと一緒に、ソーホー地区にある小さなイタリアンレストランに行った。その後、10時を回っていたが、ジャズを聴きに行った。飲み物つきでカウンターなら10ドル。中でやっていたのは、サックス、ピアノ、ウッドベース、ドラムというコテコテ

のジャズだった。でも、おかげでお互いの会話が聞こえる。北丸さんと色々話し込んでしまった。

この夜も冷たい風が耳を刺す。暖房が改善されていて、夜は寒くなかった。

1月20日(月) NY でひとりぼっちだ

本来ならこの日から研修が始まる。ところがMartin Luther King Jr.の誕生日で、国民の祝日でないのに、ここらでは公的機関まで休みになってしまう。つまり外来にも患者は来ない。他のプログラムも予定できなかった。で、今日も休み。まるっきり独りぼっち。朝はきんちゃんヌードル。昼過ぎにノコノコ街に出た。NYでは何でも安いものに価値がある。ノートとかボールペンとかちょっとした小物や雑貨を買った。結構楽しい。夜は寿司のテイクアウト。宿舎でひとりで食べた。私の心理状態は最悪の日だった。

1月21日(火) NY 市エイズトレーニングセンター

目覚まし時計で起きた。朝は買い置きのかんちゃんのきつねうどん。8時20分に稲田先生と出発。稲田先生は丸いサングラスで少し品が悪い。サングラスというのは、もともと目の保護とかおしゃれの意味もあるけど、やっぱり相手を威嚇するという面は否めない。NYでその効用に納得した。

NYC HTI、つまりニューヨーク市立HIVトレーニング研究所の「HIVカウンセリング、基礎コース」に出席した。これはプレテスト・カウンセリングのコースである。Mardi Fitzさんという60才前後のベテランカウンセラー兼トレーナーと、NYUの性教育の修士を済ませたJose(ホセと読む)という若者の組み合わせが講師陣。

Mardiはロジャーズ流、つまり来談者中心型カウンセリング、Client centeredである。カウンセラーは傾聴に徹し、情報提供や教育指導的な態度は最小限にするやり方である。これは私たちが広島でやっている方式に近く、異質な感じは全く受けなかった。HIVカウンセリングというと、もっと情報提供や説得と指導を中心に考えるタイプもあるし、しばしばそういうものだと考えている人たちは日本にもいる。

参加者はほとんどがアフロアメリカンとラティーノで、地域や病院の職員で、ソーシャルワーカーをやっている人たち。自発的な参加と言うより、市の募集に応じた施設派遣が大半。臨床心理学のバックグラウンドなど持っていない。もちろん地域で多くのHIV感染者を抱えている人たちばかりである。

みんなが抱えているHIVの問題は、民族的なマイノリティー、ドラッグユーザー、そしてそのパートナーや子供である。つまり貧困、教育、住宅の問題がベースにあり、その上に差別やドラッグが重なり、さらにHIVが浸透しているという極めて深い問題になる。エイズが早期診断、早期治療で慢性疾患の一つになっていて、以前よりもかなり状況が好転していると言っても、これらの人たちにとっては、基本的な問題が解決しがたい。HIVを持っていることは深刻であるけれど、どうでもいいやという面もある。

「自分が死ぬのは怖い。他人にうつっても、それは他人の問題だ。妻？ そりゃあまずいな。俺が仲間とドラッグをやったり、他人とセックスしているなんて知られちゃあ、放り出されちゃう。ところで8カ月前にセックスした男友たちが、最近死んだんだよ。ショックだぜ。あいつ、何で俺に言ってくれなかったんだ。悲しいし腹が立つ。そして心配なんだ。」というような役をJoseが演じる。これに対して受講者が交代でカウンセラー役をやるロールプレイが中心であった。達成すべき課題のレクチャーを織り交ぜ、コメントをつける。私たちが中国地方でやっているカウンセリング合宿で利用できそうな手法もあった。

帰りに買い物。砂糖と洗剤など。ラボに帰り、稲田先生への報告とこの日記を書いてニフティに記事としてアップする。パソコン通信でメールを読む、返事を送るという日課はとても楽しみだ。

1月22日(水) 稲田先生のまわりの日本人たち

夢で目が覚めた。子供たちが幼くかわいかった頃の夢だった。ほおずりをしていた。起きた時は深い感慨もなかったが、後で考えれば妻が出てこなかった。この話を妻が聞いたらずいなぁ。

午前、午後と NYC HTのコースを終了すると、簡単な修了証書が出た。

週に何度か稲田先生のラボでボランティアとして実験の手伝いをしているマイクさんという日本人を紹介された。60才を過ぎてNYで生活するおもしろい人。病院ボランティアは知っていたが、ラボの手伝いまでやって、それにIDの胸章が発行されているのに驚いた。嶋田さんと3人でブロードウェイの「West End」に食べに行った。

1月23日(木) コロンビア大学キャンパスと病院

目が覚めれば7時。朝食と食器洗い。8時40分頃に出てブロードウェイ168丁目まで1番の地下鉄で行く。ここはコロンビア大学関係の医学関連キャンパスで、プレスビテリアンホスピタルは医学部の発祥となった(ついでながら稲田先生がいるSt. Luke's/Roosevelt病院は関連病院だから研修医は大勢いるが、学生はいない)。大きなビル群が沢山ある。隣にNY州立精神医学研究所がある。ここではもう何年もエイズ関係の講演会を毎週続けている。タイトルは単に精神科・心理関係だけではないようだ。

今日の講師はイリノイ大学の心理学の教授で、Martin Fishbeinという50代半ばの人。CDCのエイズ・性病・結核予防センター予防研究部の客員研究員を務めていて、「HIVカウンセリングと検査カウンセリングの有効性」という演題だった。HIV予防のためにカウンセリングと検査が大切であるとは言われているが、それが有効であるという証拠は確実でない。これはCDCがスポンサーになった全国5つ(バルチモア、デンバー、ロングビーチ、ニューワーク、サンフランシスコ)の性病クリニックの共同研究の発表であった。

途中を省略して、結果は予想通り。強化型カウンセリングでコンドームの使用率が上がり、新しい感染を示す性感染症マーカーも低くなるというものであった。わずかな差のようであるが、対象数が多いので有意となっている。

午後はSt. Luke's病院の感染症クリニック外来。Dr. Linda Smithは年齢は私と同年代と思われる女性で、穏やかで説明も丁寧で真面目な雰囲気。カトリックの修道女という表現がぴったり。この日は4人の患者が来て、3番目の男性は私の同席を断ったが、あとは快諾してくれた。

1番目の患者はアフロアメリカンの30才女性、IVDUである。94年にHIV陽性と判明したが受診していなかった。8カ月前にインシュリンが必要な糖尿病と診断され、紹介状を持っている。12月25日に当院に糖尿病性ケトアシドーシスを起こして救急入院、30日に希望退院している。退院後の初めての来院。Drが彼女自身にCD4数を聞いたら500位だと答える。カルテによると前回の入院では測定の記録はなく、3年前も390であった。嘘ついているな。退院処方ではAZT、3TCが自己注射用のインシュリンとともに処方されている。

病気の説明や薬の説明を丁寧に、糖尿病関連の項目、CD4数、HIV RNAなどの採血をして、薬の処方をして帰した。IVDUを続けている模様で、話も辻つまが合わない。メタドンクリニックやサポートグループも知らないと言う。知りたそうでもない。彼女の話をもっと信じてもらえるのだろうかとか後で聞いたが、Drも信用できないと答えた。

第2例は、アフロアメリカンの40才、元男性で手術を受けている。CD4数は11月が10であるが抗HIV薬の服用は希望していない。この2カ月以降に始まった肛門部の痛みを訴えている。見ると肛門よりも背側に直径1cm大の円形潰瘍がある。見ただけでヘルペスとわかる。局所のウイルス分離を行い、アシクロビルを10日分処方。HIV RNAの採血を行って、1ヶ月先の予約をとった。

外見は太っており、重篤感はない。ST合剤は飲んでいいる。抗HIV薬の服用をもう少し強く勧めていいのではないかと思った。またなぜ拒否しているのか理由がわからなかった。これも社会的心理的背景に問題がありそうである。

4例目は52才、ヒスパニック女性でIVDU。すでにエイズを発症している。ドラッグを絶って72日目だという。最近盗汗、不眠、食欲低下が続くという。また膣分泌物が多くて少し痒く、自分でカビじゃないかという。病識はまあまあ。むしろ抑うつ気分が考えられる。採血の後で眼科、婦人科、精神科の受診予約をとる。

私は患者の住んでいる地域、家族、その他の社会的状況がつかめないのがいらいらした。Dr.Smithはそこらへんはアッサリしていて、どんな暮らしぶりしているのか聞かない。ただ彼女が退室した後で「自殺のおそれもあ

る」と言っていた。

St. Luke's病院自体が古い建物に継ぎ足し状態でできている。中心はチャペルと呼ばれる建物で、建築は1986年だ。古い建物の内部を改装して使っている。NYは地震がない。感染症クリニックは驚くほど狭い。こんな狭い診療室は日本でもない。待合室には10人くらいでいっぱいになりそう。でも小児用のプレイルームもある。ビデオもある。3人並べてペンタミジン吸入をする部屋が1つ。採血室も採血士と患者でギリギリのスペース。ケースワーカーの相談室が1つ。これも机と椅子でいっぱい。

毎日、その日のスケジュールが終わると稲田先生のオフィスに戻って、その日の報告をする。今日はこんなことがあった、この点はよかった、あそこはまずいと思った ・ の繰り返しになる。

1月24日(金) 感染症科の小児外来

この日の感染症外来は小児科。担当のDr.Stauardは、HIV感染女性から生まれた小児の診療をしている。

妊婦へのHIV検査をここ何年か強く勧めるようになった。陽性の場合は母親と新生児にAZT予防投与をする。新生児は生後6週間までである。生後2日以内、4週、24週まで、HIV抗体とHIVのDNA PCRを実施する。検査は州立のラボでやっていて、1週間以内に結果が帰っている。赤ちゃんの抗体は当然陽性だが、生後すぐにPCRが陽性の場合は感染していることになる。PCRがずっと陰性の場合は抗体を追うが、消失に 18ヶ月かかるという。

第1例は93年11月生まれのアフロアメリカン女児。よくしゃべる小太りのお母さんは当然陽性。他のブースでお母さんの診察が行われたらしい。この子は1年までPCRを調べた。今日はその結果を伝える日で「もうこの子はフォローする必要はない」という説明をした。お母さんは子供に何度も頼ずりをしながら喜んで帰っていった。

第2例は90年2月生まれのアフロアメリカン男児。最近(彼が生まれた後)に父親がHIV陽性とわかり、母親も検査を受け陽性であった。今日は母子感染が起こっていないか子供の検査を受けに来院した。この子は成長もよく、快活

にドクターの質問に答える。母親はCD4数は500くらいでAZT + 3TCを飲んでいるが、HIV RNAの検査は知らない。「最近はカクテル療法がいいって話ですが」と聞いてきて、Dr.Stuardは丁寧に説明。治療に希望が持てると聞いて母親は喜んでいる。父親はCD4数が100くらいで、家で寝ていることが多く、この子がよく面倒をみているとのこと。子供は採血用に局所麻酔剤のクリームを塗ってもらう。

「あなたは勇気があるお母さんね」と言って診察室を送り出した。その後「今ごろになって子供の検査を初めて受けることもあるのね」とDr.Stuardはため息をつきながら私に言った。

第3例目は96年9月生まれのアフロアメリカン男児。妊娠中に母親が陽性とわかり、予防治療を受けた。PCR検査は陰性を続けている。今日はHIVではなく、生後 4カ月検診でワクチン接種のために来院した。

第4例目は6.5才のアフロアメリカン男児。HIV陽性でHIV RNAは400(測定限界)以下でCD4は780。AZT + 3TCを服用中である。この子は生育歴に大きな問題を抱えている。理由はわからないが父親はいない。母親は1年前からエイズ脳症のために他院で入院している。この子の面倒はケースワーカーが見ている。初診時から自閉症になっており、しゃべらない、おちつきがなく動きが過剰で、昔はあたりのものを壊していた。今は何を聞いてもニヤニヤして、視線があちこち動き回る。神経学的な異常はなく、HIV脳症とは考えられない。

第5例。97年1月8日生まれのアフロアメリカン男児。つまり生後14日目。子宮内感染では未熟児などもみられるが、この子はとりあえず健康そうに見える。生後2日目のPCRは陰性だった。連れてきたのはfostered motherつまり里親だ。アフロアメリカンの40代のおばちゃん、他に2人の子供の里親になっている。真の母親は20代で、前にHIV陽性の子供を産んでおり、その子は今Kings County Hospitalで治療を受けている。つまり母親はHIV陽性と知った上で、この子を産んでいることになる。里親は2日前にこの子を引き取っていて、母親の状態など知らないと言う。今後のフォローのために来院した。

私：「エイズは単に医学的な問題ではありませんね。」

Dr.Stuard：「そう、社会的心理的な問題が深く、しかもとてもとても深いだよ。」

私：「燃え尽きたりしませんか？」

Dr.Stuard：「そりゃあ、もう何度もね。」

夕方、例によって稲田先生に今日経験したこと、思ったことを話した。「この州では里親になることを申し出たら、収入などを調べて確認した後に公的な補助が降りる制度がある。住宅が確保され、子供のカレッジ教育まで優先され、各種の補助金ができるなど、結構それだけでも食っていけることになる。この里親の本当の気持ちはよくわからないけど、、、。」との返事。引き取った子供がエイズでも構わない、というのはとても勇気のあることだと思う。しかし里親はHIVの状態や予防治療のことなど、あまり心配しているようには見えなかった。もう了解しているのだろうか？ どうもいまいち真意をはかりかねた

1月25日(土) 築地先生が到着

朝はゆっくりした。今日から別の日本人ドクターが来る。先週の私と同様、4時過ぎに出迎えることになる。私と同様不安いっぱいだろう。

築地先生は自治医大出身で、静岡県の拠点病院の一つである藤枝市民病院の神経内科医長。県からの呼びかけに対し希望してやってきた。当初はスタンフォード大学に行く予定だったが、間に入ったエージェントが潰れてしまったのだそうだ。同院の内科ではHIV感染者の経験がないという。彼は英国の滞在経験があるので、ヒアリングは大丈夫とのこと。

1月26日(日) 二人の NY 散歩

天気がよい。暖かくなるといった。シャツにジーパン、その上にフード付きのコート(これは毎日着ている)で背中に袋を背負い、手袋は置いて出た。ところがとんでもない。結局寒い日で強い風が吹き、道路の氷が午後も溶けなかった。築地先生と宿舎を出たのは9時。私が嶋田さんから受けたような病院の回りの案内をして、まず地下鉄でアメリカ自然史博物館に向かい、その後メトロポリタン美術館 (通称 Met)に行くことにした。

着いてみたら開館は10時とのこと。外で待つことにした。寒い！ 博物館

の回りには木の葉が落ちた木がある。木の枝を何かが走る。リスだ。えっ？日本の動物園で見るリスよりはかなり大きい。人をあまり恐れない。セントラルパークから引っ越してきたのか？ 餌なんてなさそうなのに。

メトロポリタン博物館は、ただただ大きさに唖然とした。見物人も多い。年間数百万人が訪れると言うから、この日だけでも万人だろう。私は絵も好きだけど、これだけあると食傷気味。北斎だとか歌麿呂なんて、日本の教科書の写真で見た絵が並んでいて、「な～んだ、お前。こんな所にいたのか。」と思った。

ダウントウン行き地下鉄の駅まで歩いた。通りのビルの金色の小さな看板を見ると、「***.MD」と書いてある。つまり開業医のクリニックである。これが軒並みに続いていてビックリした。ガラス越しに見えるエントランスはまさにしゃれたホテルのようだ。ビル開業と言ったって、こんな日本にはなかなかないだろう。

ロックフェラーセンターあたりをぐるぐる歩き回り、築地先生は携帯ラジオを、私はプリンターのインクリボンを購入した。ロックフェラーセンターというと、東京で言えば銀座になるか。有名なスケートリンクがあって、沢山滑っているが、ネコの額のようなところ。おのぼりさんだから写真を撮ってしまった。

1月27日(月) Roosevelt 病院の研修

8時半のバスでRoosevelt病院に向かった。9B病棟でDr.Attoeのラウンドがあるという。Roosevelt病院はSt. Luke'sの姉妹病院で、4kmくらいダウントウン寄りである。両方の病院を専用バスが1時間おきに往復していて患者や職員はタダである。

病棟のレジデントから新患紹介・経過報告を受け、簡単なディスカッションを行い、部屋回りをする。これは日本の回診とまったく同じだった。

この日は数名の患者を見て回った。始めは結核が疑われる患者で、部屋は隔離され、おそらく陰圧がかかっているものだと思われた。入室に際し、全員がディスポのマスクを使った。アメリカではBCGをしていないので陽性で

あったらすぐに胸部レントゲンを取り、病変がなくてもヒドラジドを3カ月投与している。

興味深かったのは急性の構語障害を起こした60代のIVDUの女性。自分でたくさん注射してしまっていて、確保できる静脈が潰れてしまっていると研修医が言っていた。検査ではaPTTの延長があり、二次性のプロテインS欠損症(29%)になっているとのことだった。どうしてプロテインSが低下するのか、産生の抑制か、消失の促進か、それとも自己抗体の産生なのかと聞いたが、どうしてか知らないということだった。

これは私も初耳なので日本に帰ったら調べてみよう。私は1例非血友病例で静脈血栓症を起こした例を経験したことがある。通常の凝固検査とアンチトロンビンⅢ、プロテインCは調べたが正常だった。自己免疫がからんだとしたら循環抗凝血素があるのかと思って、抗磷脂質抗体も調べたが異常なかった。でもプロテイン Sは調べなかったな。

カポジ肉腫の末期の患者が2人いた。化学療法で幾分効いているみたいだが、白血球と血小板の低下があり、現在は回復を待っている状態だった。患者はもう少ししたら退院するとのことだった。

午後は Roosevelt病院の Dr.Attoeの外来についた。

1例目は43才の元IVDUでヒスパニックである。HIV陽性とわかったのは12年前だそう。現在はd4TとST合剤の投与を受けている。CD4数は7しかない。手がかなり荒れており皮膚科への予約をとった。この患者はd4Tをちょうど無くなるように処方しているのに、まだ余っている。服薬自体不規則な人である。MACの予防薬であるアジスロマイシンを開始することとなった。

第2例目からはDr.Smithのクリニックについた。Dr.Smithの方が患者さんも多そう。40才の男性で100Kgを越す巨漢。CD4数は400くらいあるが、とても症状を強く訴える。塩辛いものが大好きで塩分制限を守らず、鬱血性心不全の状態。息が苦しいと訴える。これまで多種の薬を処方したが、飲んでいるとは思えない。実際は、処方した薬を売ってドラッグに変えているらしい。結局、救急入院することになった。大声で叫びパーソナリティ・ディス

オーダーもあると思われる。外来の待合室に精神科医(白衣を着ていない)が来てくれて、待合室での声がだんだんおとなしくなっていく。さすがだ。こちらではエイズを専門とする精神科医が多くとても熱心で心強い。

第3例は糖尿病性の皮膚潰瘍をもっていた。HIVについては開業医で診てもらっていると言うが信用できない。Roosevelt病院には久しぶりの来院で再度ベースラインの検査をすることとなった。

第4例はイタリア系の男性。47才。インテリであるが頑固に抗HIV薬の服用を拒否し、ビタミンCを一生懸命飲んでいる。友たちはみんなエイズで死んでしまった。最近倦怠感が強くなり、好きな料理も疲れるようになったという。CD4数も一桁である。この人はこの1カ月間のことを一方的にしゃべりまくり、まるでHIV脳症の一つの症状である躁状態かと思った。Dr.Smithはそれをいちいちうなづいたり、あいづちをうちながら、辛抱強く聞いている。これには感心した。

私ともいくつか会話をした。なぜ一人暮らしをしているのかという質問をしたら、意外な質問をするじゃないかと反論する感じで、一人暮らしがとてもいいことを主張した。ネコや犬は飼っているから寂しくないという。いかにも陽気なイタリア人を演じていたが、それだけ不安もあるのだろうと感じた。約1時間半、しゃべりきって「また来るから」と落ち着いて帰っていった。

エイズを診るアメリカの医師の考え方、感じ方を知ることとは、私のNY研修の大きな目的である。もちろんエイズだからといって嫌がるドクターには会わなかったが、患者に対し共感的に接する医師はそんなに多くなさそう。つまり感染症専門だから診ているという感じである。もちろん、それは悪いことではない。自分の専門の疾患に興味を持ち、プロ根性であるのは当然のことだ。でもDr.Smithのように暖かく接するタイプはアメリカでも珍しいのではないかと思う。

実際に患者に対し、最も共感的に接しているのはソーシャルワーカーであり、ナースであり、カウンセラーである。それはドクターも認めており、彼らが頑張ってくれていることがとても大きいと述べている。まあ役割分担が

進んでいるということなのかもしれない。

1月28日(火) 入院患者と包括的ケア

10時半からSt. Luke'sの5A病棟で開催される包括医療カンファレンスに築地先生と二人で出席した。これはDr.Smithが司会者になり、病棟のレジデント、看護婦、ソーシャルワーカー、心理カウンセラー、栄養士が一堂に会し、お互いの情報交換と患者のケアについての相談をする集まりである。

この日は30人の入院エイズ患者が討議された。一種のカルテ回診に似ている。私たちが広島で1989年からやってきたミーティングは月に1回、平均5人の患者の検討と情報交換が主である。これに比べると当然ながら入院患者だけに絞られているし、数も多いし、毎週である。Dr.Smithがみんなの尊敬を集めていることがわかった。

30人が次々に紹介されたが、一人1時間かける外来とは異なり十分な理解はできなかった。私のメモによると肺炎、結核が疑われる例、治療を拒否する例、クリプトコッカス髄膜炎、消耗症候群、メタドン治療、腎不全、耐性単純ヘルペス、トキソプラズマ症、食道潰瘍(HIV性?)、サルコイドーシス疑い例、カリニ肺炎、肺の空洞病変、エイズ脳症、肺癌併発例、梅毒、CMV感染症、カポジ肉腫の脳転移が疑われる例(とても稀)などが提示された。血小板減少症に対し比較的安易に(?)血小板輸血をしているようだ。また脾臓摘出も行われている。

それぞれの例について今後の検査・治療方針、退院や転院の予定、患者が治療に前向きか拒否しているかの検討、家族などのサポートの有無、本人がエイズを恥じている例、Living willを書こうとしている例などが討議された。ここでも主役はソーシャルワーカー(心理カウンセラーとの区別がつかない)であるという印象であった。

栄養士が積極的に発言しているのも面白かった。中で気がついたのはHIV感染症に伴う腎不全の多さ。レビューではアフロアメリカ人やIVDUに多いことが記されているが、病因についてはまだ明らかになっていない。私たちの関連病院の経験でも血友病で腎不全が発生した例がある。HIVそのものが何かをしているのなら、ホモセクシャルや血友病でももっと起こっているの

ではないか。薬剤性かもしれない。

NYは多人種社会であり、病院もそうである。いわゆる白人、黒人がいるのは当然として、ヒスパニック、インド人、中国・韓国・日本の東洋系がスタッフの中でも混在している。

アメリカでは医療費の高騰から入院日数を切りつめる努力が行われている。ある意味では患者追い出しである。治療方針が決まったら治療が完了していなくても、あるいは効果があがっていることを確認しなくても退院させてしまう。病院の後方にはナーシングホームがあり、ホスピスがあり、ホームケアと訪問看護がある。これらの組織で手に余る場合は病院に戻ってくる。このシステムが機能していて、あるいは機能させる努力が続いていて何とかなっているようだ。

午後はSt. Luke'sの感染症外来でDr.Rosenbergの外来についた。予約は7人だったが、実際に私がいた4時までの来院患者は1人だけであった。すっばかしてもドクターは怒っていない。

彼は51才のアフロアメリカン。CD4数は22でAZTと3TCを飲んでいて。今日はHIV RNAの採血をして、次回からプロテアーゼ阻害剤を使うか検討することになった。実はこの患者も服薬は十分に説明を受けて知っているにもかかわらず、不規則であった。

このように、この病院にかかる患者では、相当重症であるにもかかわらず来院が遅れている感じだし、外来通院予約も半分くらいすっばかすし、薬をきちんと飲まない患者が目立つ。ドクターは相当丁寧に説明しているし、薬剤師もそうしているのだが、、、。

1月29日(水) NYの物価は日本より安い

Roosevelt病院のカンファレンスは“Psychological challenge of AIDS now”というものだったが、聞いている人たちは少なかった。遠隔テレビで2つの病院を結びつけていた。心理カウンセラーや精神科の医師が早口でしゃべった。特に医師は早口だ。難しい用語が出てくる。そこにひっかかってしまって、こっちの頭の中の翻訳機がグルグル空回り始め、その後の話が聞けなくな

る。80%の理解が急に30%まで落ちる。「何言ってるんだか、わっかんない」と思うと、急に眠たくなった。

1月30日(木) ACTG 治験と患者向け講演会

10時からRoosevelt病院に併設されたACTG(エイズ臨床試験グループ)の治験サイトを見学した。病院の通りの向かい隣のビル1階にある診療所だが、McKinley医師はRoosevelt病院の白衣を着ている。このビルにもRoosevelt病院に関連をもった医師が開業しているようだ。

ここでは今7種類程度のACTG研究を実施している。AmFAR(アメリカ・エイズ研究財団)の治験一覧に載っている。治験予算でナースクリニシャン(男性)が雇われ、細かな説明などは彼が受け持っている。つまり彼が患者のマネージメント全体を切り盛りする治験で一番重要な人物だ。。ナースクリニシャンはナースの中でも最も高い資格で、医師に近い仕事をする。

現在実施中のソーク研究所(アップジョン社)のワクチンの治験プロトコルを読ませてもらった。詳細は省略。このワクチンはT細胞株が産生するHIV-1の不活化ワクチンで、遺伝子も完全に解明されているという。gp120を欠損している。つまり感染力もなく、細胞融合の力もない。CD4数300以上の3000人のHIV感染者に、偽薬対照で12ヶ月毎に10単位を筋注し、3年経過観察をしてエイズ発病率を比較するのだという。気が遠くなるようなスケールの治験だ。HIV RNAやCD4数はもちろん比較するが抗HIV薬は投与してもいいので、差が出るかどうか気になる。

それにしてもワクチンがこういった機序で効くのか。おそらく細胞性免疫の誘導であろうが、それを調べる検査項目なしでやるのも思い切ったことだ。もちろん3000例を対象に標準化した細胞性免疫機能検査なんて、できっこない。ブラックボックスのままだろう。もしかして有意差が出てきて、それを論文化するには、5年先になるだろう。やっぱり目眩がしてしまいそうだ。こんな治験を勝算をもって会社は始め、NIHやFDAが承認し、ACTGが実行していると言うんだから、あきれてしまう。

担当のDr.McKinleyは30代半ばの医師で、サイトメガロウイルスに関する治験データを説明してくれた。シドフォビルは薬としても興味がある。単なる

ヌクレオシド誘導体と言うよりも、フォスカルネットのようにリン酸基がついており、DNA伸長の根っこの部分に入っていく面白いプロドラッグだ。1週間に1回の点滴でよいというのも朗報だ。腎臓の尿細管障害を起こすので腎機能に注意し、水分量を増やし、プロベネシドを併用するというのがコツ。是非日本でも欲しい薬の一つだと感じた。他にプリストル・マイヤーズ・スクイブ社の Lobucavi という薬剤も治験を行っているとのこと。

築地先生は急いでカフェテリアで昼食をとり、St. Luke'sに帰った。私はRoosevelt病院の感染症外来の Dr.Friccionについた。

第1例目は30代のラティーノ男性。ホジキン病で化学療法をしたという。日本のエイズで非ホジキンリンパ腫は多く報告されているが、ホジキンはあったっけ？ もちろんアメリカのエイズの教科書には記載されている。臨床病期は2だったそうだ。これはFriccione先生より患者の方が詳しくった。AZT + 3TC + サキナビルでCD4数が85から270に増えたそうだ。HIV RNAは前が54000で、今日も測ってみようと言うことになった。HIV RNA定量はアメリカでは昨年にはFDAの認可を受けているが、ADAP(AIDS Drug Administration Program)の支払いが最近認められたばかりとのこと。

第2例目は71才のスペイン語を話す男性、というかおじいちゃん。1975年に輸血を受けているが、本当の感染経路はわからないという。本人が話したがないのだそうだ。彼もAZT + 3TC + インジナビル(クリキシバン)であるが、クリキシバンは現在薬屋さんから宅配で届けてもらっているそうだ。今回の薬がまだ届かないと言う。そこでFriccione先生は薬屋に電話をかけた。そうすると、配たちに行ったが不在であったという。患者はそんなことはないと言水かけ論。間に入ってドクターは必ず届けてもらうように言っておくと約束する。薬の宅配には驚いた。

第3例目は37才のペルー人男性。11年前にNYに移住し、家族はペルーにいう。4年前にHIV陽性がわかり、有名なブロンクス・レバノン病院で治療を受けていたが、住んでいるのがRoosevelt病院に近いので自分でかわってきたという。だから紹介状は持っていなくて、初診患者になる。このような患者はベースラインの検査をやり直さなければならない。昨年からAZT + 3TC + クリキシバンを飲んでいる。HIV RNAはわからない。痩せていたので

メゲース(酢酸メゲステロール)も飲んでいという。しかし今は太り気味だ。インポテンスになっているという。私が「メゲースのせいかもしれないね」と口を挟むと、ドクターはテストステロンを測定してみると言った。「どうして感染したと思うか」という質問には「男性と性交渉をもったことがある」と答えた。1年前にペルーに里帰りしたそうだが、家族にはHIVのことは言わなかったそうである。これが故郷も最後と思って帰ったのだろうが、ドクターは聞かなかった。

第4例目は56才の女性。2年前に子宮癌もやっている。最近体重減少があり、2週間前から左下肢の知覚障害、目の前が真っ暗になる、歩行障害があるという。膀胱直腸障害はないとのこと。確かに上肢の知覚障害はなく、左下肢の知覚鈍麻、腱反射の亢進がみられる。病的反射は調べなかった。脱水もある。HIV関連のミエロパチーにしては話が合わない。癌の転移なら脊髄横断症状にはなっていない(今からなるのかも)。一人暮らしだしドクターはこのまま帰るのは無理だ、緊急入院をしなさいと言う。一度はいやがったが、二度目の説得で肩をすぼめて仕方ないという表情。夕方4時を超えていた。私たちの病院ではかなり病棟スタッフから抵抗がある時間帯だ。電話で9B病棟のレジデントに緊急入院の受入を依頼する。緊急のCTも依頼して、車椅子でナースに連れられていった。簡単に緊急入院ができるので羨ましく思った。

第5例目は26才のラティーノ男性。CD4数は20で、AZT + 3TCの投与を受けているが、最後の受診は11月で12月は受診していない。つまり薬も飲んでいるにしても不規則だ。全身の発熱はないが右の腋窩が腫れて痛いという。見れば直径5センチくらいの膿瘍がある。すぐに穿刺して培養を指示し、抗生剤投与をした。また明日の朝一番で外科の緊急外来を受診し、切開排膿を受けるように指示して帰した。抗HIV薬はプロテアーゼ阻害剤に変える話をしていた。真剣にうなずきながら聞いているが、どこかシャンとしないようにも思える。

最後に別れる前にDr.Friccioneに「どうしてこの病気をやるようになったのか?」とMinamotoさんと同じ質問を向けた。「いい質問ね、、、。まず、研修医をやっていた90年頃は沢山の患者が死んでいったのよね。そして、、、やっぱり、患者さんが好きなのかな。」というような答えであった。これはいい答えだった。

この病院のHIV/AIDSセンターは2週間に1回、夕方6時からRoosevelt病院のカンファレンス室で患者向けの無料講演会を開いているので聞きに行った。今日は「HIV治療の新しい局面 - プロテアーゼ阻害剤とは」というタイトルで、Dr.Lange、Dr.Minamoto、Dr.Attoeが演者である。医師向けよりはわかりやすいのでナースやカウンセラーたち、そして若い医師も来ている。6時5分で70人くらいであったが最終的には120人くらいになっただろう。大半は患者が家族のようだ。

Dr.Minamotoは薬剤全般の働きと副作用を話し、Dr.Attoeは治療成績を述べ、Dr.LangeはHIV RNAについて解説をした。Dr.Langeは中年の男性の開業医で稲田先生の友人。50代中頃か。話の内容は彼が15年かかかってきたHIV診療の中で、HIV RNA定量は最も大きな進歩であることを強調し、聴衆に「ぜひ私のHIV RNAを測って欲しい」と言わせるような話であった。使っているスライドはカイロン社のものだと言っていた。彼は開業医でありながらラボを持ち、bDNA法の測定装置を治験の関係で入手しているらしい。測定キットは一度溶かしてしまうとある程度の検体数がなければ雇った技師の賃金も無駄になる。St. Luke'sやRoosevelt病院のHIV RNA検査を一括して受注してしまうという考えのように受け取れた。

講演が終わって講師連は会場からの質問を受けた。私は日本の患者会でも何度も講演したことがあるが、こんなに活発に手が上がることはない。同時に5本くらいか。「私はCD4は700あって薬は飲んでいない。それでいいでしょうか。」という質問があれば、「ぜひHIV RNAを測ってもらいなさい。」という答え。別の質問は「私のCD4は870で、HIV RNAは15000だった。やっぱり薬を飲んだ方がいいのでしょうか。」に対しては、「HIV RNAを次回にも測ってもらいなさい。」というような具合。どうも宣伝臭い。聴講に来た患者がよく勉強していることは確かだが、質問の内容はそんなに難しくなかった。

1月31日(金) 普通と同じ HIV 感染者の歯科治療

今日は私は朝St. Luke'sの歯科外来の見学だ。Dr.Needleは昔からHIV感染者の歯科治療を一手に受けている。年は55才は過ぎていそう。9時の予約があったが10時に出てきた。患者は文句も言わずに待っていた。1例目は門歯の補綴。パテのようなものをつけて「ハイ終わり！ 完全だ。見事だ。」と自分

で叫ぶ。2例目は60代の女性。「私はHIVに感染しているんですが」と言うと、「いやあ、知ってます。構いませんよ。」と簡単に答える。患者は、ホッと安心した。新患でレントゲンを撮って、次回の予約をとった。3例目は60代の男性。左上顎に残った3本のグラグラした歯を、あっという間に抜いてしまった。診察室のドアの所で息子が見ていて、自分も痛そうな顔をした。私もまともに抜歯を見たのは初めてで、少し気分が悪くなりそうだった。

ポイントは歯科ユニットの消毒や、器具の準備、フード付きのマスクなどで、広大の歯学部とそう変わった点はないように思った。「実際の診療よりも、消毒などの段取りの時間がかかって困る。このアシスタントのHが、完全にそれをこなしてくれますけどね。」と持ち上げる。たださかんに手袋を取り替えていたのは無駄だと思った。一人の患者に5～6回以上取り替えた。局所麻酔が済んだらその手袋を外してしまっ、他の器具の準備をする。手順を少し工夫すれば、半分以上でできるのではないかな。手袋は不潔用、清潔用、手術用と使いやすい物をそれぞれ使い分けていた。

アシスタントと大きな声でしゃべりながら仕事をする。私にも「日本はなんでエイズが少ないのか、信じられん。ちゃんとした数字なのか？」なんて聞いてくる。エイズを嫌がらない歯科医としてはいいのだが、ちょっと雑かな？

稲田先生には申し訳ないが午後もつきあう気にどうしてもなれなかった。確かに歯科では小道具が多いことは理解できる。消毒も別だろうし、消毒用品も多い。私は広大の先生たちを信頼している。手技、チェアー回りや器具の消毒など、内科医の私がアドバイスしたりするものでもないし、結局は歯科医の先生たちが工夫して、自分たちが納得できることをされればいいと思っている。ゼロのリスクなんてないのだし、どうしてもエイズを見たくないという人は、どんな整備をしても、何かの理屈をつけてしまうものだ。

今日は感染症外来は小児科の担当の日。外来待合室で日本人ボランティアの女性がギターを持ってきて、音楽療法をしているという。療法というと大げさだが、ギターと歌声でHIV感染の子供の顔がなごんでいることがわかった。今後も無料のサービスを続けるという。

2月1日(土) 自由の女神とエイズ電話相談の女性たち

2月になった。私のNY生活もちょうど半分。11時に築地先生と宿舎を出た。ハドソン川に向けて坂を下っていった。リバーサイドパークがある。餌をやるおばさんがいて、雀、ハト、カラスが来る。そしてリスが来る。リスは1メートルぐらいに近づいても逃げない。

1/9番線の地下鉄に乗って終点まで行く。マンハッタンの南端、South ferryだ。この駅は信じられないくらいの急カーブのところにできていて、列車がグニャリとなったまま止まる。地上に出てみんなが歩く方に歩く。ちょっとした公園。自由の女神が小さく見える。「あれ？ こっちを向いてないや！」

彼女は船でアメリカに来る人を手を振って迎えていたのか。船で渡るのはやめにした。

歩いて世界貿易センターに行った。テレビのCMでみかける2つの高層タワーがある。他に6つくらいの連結されたビル群があり、オフィスとショッピングモールになっている。横浜のみなとみらいと、幕張を足したような感じである。107階のレストランは休みでエレベーターが動いていない。各エレベータの前には綱が張っており、守衛が立っていてチェックしている。そう言えば爆破事件があったところだ。

7番街の25丁目あたり。少し古いビルの20階にAPICHAのオフィスがある。アジア人、太平洋諸国の人たちを対象にしたエイズのボランティア団体で、NY市からも補助をもらっており、中国、フィリピン、タイ、ベトナムなど多数の言葉のガイドブック、様々なコンドームを用意している。それぞれにブースがあり、パソコンも1台ずつ置いてあり、コピーや印刷機は共用している。

JAWSはオフィスのブースは持っていない。専任の職員がいないからだ。オフィスの会議室に電話線をひいてあり、毎月第1土曜日の午後から夕方、日本人向けのエイズ電話相談をしている。数人の人が交代でつめている。今日はNY市内の癌専門の病院でケースワーカーをしているKさんという女性がいた。後から同じ様な仕事をしているFさん、日米翻訳をしているOさんと女性連がやってきた。

1996年6月発行の「AIDS New York City」という公的な報告によると、アジア、太平洋地域出身者のエイズ発病者は500人である(NY市のエイズ総計は7万人)。日本人はアジア系3番目の人口なので、エイズ例もおそらく人口割に添っているだろう。

電話相談の内容は、検査と治療の情報を日本語で求めるものが多いそうだ。この日は1件だけだった。ちょうど稲田先生が来た時だった。日本に一次帰国する人が薬を持ち込めるか、日本での治療施設はどこか、という内容だったようだ。月に1回の相談を待っていたようで、2週間に1回にして欲しいという意見だった。電話相談の記録用紙のフォームもHAD(広島エイズダイヤル)のものとあまり変わりはなかった。

2月2日(日) 抱腹絶倒、これがブルーマンだ！

4時から予約を取っていたアスタープレイス劇場では、Blue man groupというアクターたちの“Tubes”というショウを見た。オフブロードウェイと呼ばれるものだが、人気が高く10年続いているという。劇場は全部で150席程度で子供たちもいっぱい。60ドルくらいだったか。

アクターたちは顔や全身を真っ青に塗っていて、あまりまばたきせず、無表情。ただ目の動きはわかり、これが微妙に面白い。3人組の漫才みたいに、ボケと突っ込みがある。台詞はしゃべらず身ぶりで行く。会場の観客も利用する。打楽器の演奏は大したもの。和太鼓をラテン風に叩いた感じ。

色々な工夫がされていて、手品のような、曲芸のような面もあったり、ビデオやカメラを利用して観客を楽しませる小技が沢山ある。ビデオから小さなCCDをはずして観客の顔をアップにする。スクリーンに写っているわけだ。口を開けさせるとカメラがどんどん近づき、中に入って行って食道、胃の中を見せる。これにはびっくりした。うまくビデオに切り替えていて、まるで観客自身の内視鏡を見せたみたいだ。

大笑いしているうちに2時間が過ぎてしまった。十分に楽しんだ。全部が終わって会場のアナウンスが「エイズ基金のために寄付をお願いします」と言っていた。

2月3日(月) 誰だって失敗はあるけど

朝7:30の目覚まし時計で目が覚めた、、、と思ったら、実は8:30だった。この日はダウンタウンのNYC HTIで “ Advanced counseling ” のコースを予約していた。コースは9:15に始まるのだが、着いたのは9:45。間に合わなかった。仕方ないので宿舎で白衣をひっかけて、パソコンを持って稲田先生のオフィスに向かった。着いたら稲田先生が彼のIBMのコンピュータを抱えて入ってきた。「おや、どうしたの?」訳を聞いて笑われてしまった。すぐにSt. Luke'sの小児科のDr. Apardiの午後の外来研修を予約していただいた。申し訳ない。

NYは不思議な所で私の英語が十分に通じる。そもそも会話は文法を間違ったり、やセンテンスが切れてしまうことはもともとあるのだから、こちらがべらべらしゃべっていれば、誰も不思議に思わない。私より英語が下手で生活している人たちがたくさんいる。I've learned that ---とか、I believe that ---と続けて自分の意見を言って、それはどう思うか、何かサジェスションはあるか、と持っていくとつながる。

午後からついたDr. Arpardiは40前後の男の小児科医。とてもよく気がつく親切な先生で、子供の患者から好かれており、研究熱心なところもあり、好感が持てる。

1例目は91年生まれの子。AZT + ddIでやってきたが、CD4は落ち加減だ。先週の金曜日と土曜日に救急外来を訪れていて、喘息の治療を受けている。ドクターは丁寧に診察してインターナルの吸入薬を処方した。またHIV RNAをチェックして次回は薬を変えるかもしれないと伝えた。

ここで私は小児エイズに特異的な疾患であるLIP(Lymphocytic interstitial pneumonia)について質問した。これは不思議な病気で腫瘍ではなく、感染症という確証もない。EBVがからんでいるというが、慢性EBV感染症とは概念が違う。大概はルーチンの胸部レントゲンで発見され、生検で確定する。治療はステロイド療法でよく反応し、致死的になることは稀であるという。

2例目は12才の女の子。父親はアルコール症でアテにならず、母親は6年前にエイズで死んでいる。長兄がつれてきた。AZT + 3TC + リトナビルでCD4数

は150くらいであるという。3TCもリトナビルも小児への投与は承認されていない。でも液剤が販売されている。子供の承認はいつも遅れる、それまで待ってられないというのがドクターの意見だ。つまり黙認状態になっている。

ドクターはしきりに服薬を確かめた。どうもはっきりしない。3剤併用をやめてd4T + 3TCにすることになった。副作用がないし、飲めないより飲めた方がましだという考えである。ただし3TCは小児で肺炎が起こっていることに注意が必要だ。薬がきちんと飲めるように、ナースに服薬カレンダーを作ってもらった。

さてこの子は小学6年生だけど背があきらかに低い。-3Dあたりだ。学校の成績は良いという。HIV感染小児の成長障害について討論をした。これまでの研究で視床下部・下垂体系には異常がないという。腸管などの異常による吸収不良はなさそうだ。事実摂取カロリーを増やすと、横に太るけど伸長は伸びない。HIV RNA量と相関がみられ、HIV RNA量を低下させたら成長が戻ってくると言う。

アメリカでは血友病でも成長障害が見られるそうで、成長段階のどの時期にHIVに感染するかで、本症が発生するかどうか決まるようだ。大人の消耗症候群に相当するのが小児の成長障害にあたるというのが彼の意見であった。組み替え型成長ホルモンの治療も行われているという。

2月4日(火) 看護婦さんにくっついてまわる

今日は一日中、St. Luke'sの5A病棟、すなわちエイズ病棟に行って、看護婦のArely Gonzalezさんにくっついた。どんな仕事をしているか、カルテはどうなっているかをじっくり見る事ができた。アレリはエルサルバドルから15才の時に移ってきた。だからスペイン語と英語を話す。この病院の患者や職員にはスペイン語を話す人がとても多い。重宝だ。

St. Luke's/Roosevelt病院では2年前までに全部で7000人のエイズ患者を診た。NYのエイズが当時7万人だったから、10分の1を診たことになる。患者は他院に自分で転院することもあるし、ソーシャルワーカーの働きでホスピス、ナーシングホームに移ることもあるので、全員を最後まで診るわけでは

ない。それにしても、全米でもエイズ患者が多い方に入るだろう。現在、両病院に入院している患者が50人程度だから、現在の外来の患者/感染者数は20倍とみて1000人くらいになるだろう。

5A病棟は31床が全員エイズ患者である。この病棟は全室2人部屋である。ICU管理が必要な、つまり臨死期の患者はいなかった。1人だけトキソプラズマ脳炎で痙攣を起こす患者が1人で部屋を使っていた。DNR(Do not resuscitate = 蘇生術不要)の患者はこの部屋を使うのであろう。ちなみにDNRの書式は場合を色々分けていて10種類くらいあった。

31床に対しレジスタードナース(日本の正看にあたる)が25人いる。8時、20時の2交代制で2日に1回の勤務である。最近の医療費抑制策でレイオフになって厳しいという。エイズ病棟には危険手当に相当する給料が出ているという。婦長は一人、その下に日勤用と夜勤用の副婦長のような人が4人いて、誰かがいることになる。この副婦長は極めて多彩な仕事、つまり患者の様子を把握したり、看護婦への指示をしたり、何でもやってしまうスーパーナースだ。看護婦以外には、看護助手が2人、ハウスキーパーが複数、ボランティアが複数働いている。

レジデントはチームでローテートしており、指導医(アテンダント)はレジデントチームを月単位で面倒を見る。とはいえ卒業間もないので、病棟ではどちらかというとお客さんに近い。ちょっとしたことなら、レジデントより看護婦の方が詳しい。「先生、あの患者さんのお尻をみました?」「えっ? 痔でも悪かったかな」「潰瘍になっていますよ」「サイトメガロウイルスだろうかね」「いやヘルペスじゃないでしょうか」「ふ～ん・・・」看護婦が専門医に診察依頼の電話をしてしまった。このように病棟は看護婦を中心に運営されているのである。

担当看護婦制だから、一人の患者は4人の看護婦が順次申し送る。一人の看護婦の担当は6人から8人程度になる。退院時指導や退院サマリーもその場で作ってしまう。ソーシャルワーカーは4人いて、その1人は監督者だから、一人のワーカーは15人くらいを担当する。大学で心理学を専攻し、その上に2年の修士課程を済ませている。修士課程の大学院生は病院で週に3回、数人の患者を担当し、大学に戻って指導者の指導を受けている。

エイズ専用のチャートがあって、10ページくらいある。これは医療、看護、ソーシャルワーク、患者教育などに分類し、それぞれ何日目の目標や検査項目があらかじめ印刷してあるクリティカルパスだ。患者毎に一人一人違うと思うが、このように一定のマニュアルにしてしまうのがアメリカらしい。このようなフォームを使えば、1年目のレジデントであろうが、専門医であろうが一定の仕事はたち成できる。実にアメリカらしい考え方だ。参考にはなるが、日本で同じことをしようとは思わない。

カルテの構成をみれば、どういう考え方であるかだいたいわかるものだ。そもそもカルテに綴じ込む書式が多すぎる。何にでも時間の確認とサインをする。やはり手順を重視しているとも言えるが、逆に裁判の時に落ち度がないことを証明したいことを示しているようにも思える。

この病院はコンピュータ化が遅れている。医師がカルテに指示を書き、それを秘書が拾い上げ、ワークシートを作って看護婦に渡す。この間に薬を含めて筆写作业が多く関与する職員の分担作業も増える。筆写が増えればエラーは必ず増える。発生源入力が最も確実だ。これがコンピュータ化のメリットの一番である。もちろん人手減らしや在庫管理などのコスト面の副産物もあるかもしれない。

ナースステーションにあるコンピュータは、患者の基本情報、検査データの参照、レントゲンや病理組織報告の参照に使われているだけで、医師や看護婦が誰かいつも貼り付いているわけではない。投薬も個人別に来ているが、何日分もの朝の投薬を袋にまとめてある、というわけではない。看護婦はワークシートを見ながら、それぞれの薬剤を切り分けて、その都度患者に手渡し(ワークシートにチェック)している。だから薬剤については非常に詳しくなっていて、患者への説明も適切にできるというメリットはある。

日々の経過(progress sheet)は医師、看護婦、ソーシャルワーカー、心理士、栄養士、病棟薬剤師がカルテに次々と書き込んでいく。書き初めの所に「ソーシャルワーク」と書いて記載し、最後にサインをするので誰が書いたかわかる。日本のように医師と看護が別ではない。SOAP方式ではない。ソーシャルワーカーなしの医療はこの国では考えられない。

検査報告書は、ラボの別に1枚になっているから、薄い紙でもカルテが厚くなる。日本のように数値データが一覧表やグラフになって表される訳ではない。ま、慣れればそれでいいのだが、一覧表の方がはるかにいい。

患者は投薬の目的と内容を詳しく知っている。錠剤のミリ数まで間違わない。そこまでしっかり教えられている。患者が集まる部屋があり、そこには本やテレビやビデオが置かれている。この病院で、この部屋だけ喫煙が許可されている。床は踏みつぶしたタバコの吸い殻が落ちている。ボランティアのおじいさんが本をカートに乗せて「何か読みたい本はありませんか」と回っていた。

エイズの入院ケアの医療と看護については、私たちの病院のレベルはちょっと劣っていないと思う。ただ看護の層が厚く、ソーシャルワーカーの常勤、質の高さには完全に負けている。日本人の学生がこちらの大学院で学び、現場で働いて評価を得ている。「日本にこのような働き口があるといいのにね」と言っていた。

夕方稲田先生のオフィスで見てきたことを話し、日本が優れている面、劣っている面を指摘した。「何故、日本でできないのだろう?」「それは日本の医療は行為一つずつが点数化されているからでしょう。ソーシャルワークはモノが動きません。ケアの質は評価されず、病院の収益に結びつかないからでしょう。」と答えた。この程度の医療に満足している日本の国民(患者)の側にも問題があると思う。いつまでも口を開けていれば餌がやってくると思っているのは駄目だ。要求しなければ。

2月5日(水) 産婦人科医、消化器医、ソーシャルワーカー

9:00からSt. Luke'sの感染症外来で女性の感染者を産婦人科医のDr.Campbellが診察する。Dr.Campbellは30代の女医で女性感染者の婦人科的な問題を診ている。女性の感染者には性感染症が多いこと、子宮癌が多いことが問題で内科医には手出しができない面がある。

午後は消化器科のDr.Kotlerの直腸鏡検査に立ち会った。Dr.Kotlerは50前後のドクターで、この病院には珍しく研究指向である。コロンビア大学の助教授だ。久しぶりに“大学の医者”風の医者に出会った。彼の話はこうであ

る。血液中のリンパ球は全リンパ球の2%でしかない。しかし腸管粘膜下のリンパ球は40%いる。ここはHIVの重要な産生場所でもあり、またCD4細胞が死んでいく場所であるはずだ。HIV感染症の病期、あるいは治療にともなって、腸管粘膜下のリンパ球がどうなっているかを明らかにすることは、この病気を理解する上で重要なはずだという。これは仮説であり、証明されていない。だから彼は大きな研究費をとってきて研究をしている。研究の目的で患者を雇う。CD4数が200から500の患者を対象に直腸内視鏡を使って腸管壁の生検を数十カ所おこない、そこからHIV RNA、in-situ hybridization、組織、電顕組織化学、アポトーシスの観察などを行う。

さて内視鏡検査自体はHIV感染者だからといって、特に変わったことはない。感染者であろうとなかろうと、扱いは全く同じである。HIV感染者でないからと言って、特に手抜きをするわけではない。これらのことは日本でも理解されてきたと思う。少なくとも私たちの病院のテクニックや工夫と違う点はなかった。

16:00から明朝まではDr.Campbellがお産の当直で待機している。9A病棟に築地先生と訪ねた。この病院では年間1000例の出産があるという。その中でHIVに関連した件数がどれくらいあるかは聞きそびれた。背景人口から考えたら1%は越えているかもしれない。HIV RNA検査が導入されたのは最近だから、まだ十分な経験はもっていない。

妊婦のHIV検査は推奨されている。子供への感染を心配するし、中絶のタイミングを考えるから、了解する例が圧倒的に多い。多くはお産のために入院した時点では結果が判明している。すでに第2トリメスターからAZTの投与が始まり、可能な限り母体のHIV RNA量を減らす。陣痛が始まったらAZTを点滴で流したりする。お産直後はベビーのPCRを実施し、結果が出る前から6週間AZTのシロップを投与する。

今後は母体のHIV RNAを測定しながら抗HIV薬の選択が必要になるだろう。帝王切開はしなくなった。感染率に差がないためである。ただ前向きの無作為調査は実施してはいない。膜の破裂には神経を使い、急速分娩や帝王切開を考える。破裂から出産までの時間が長ければ長いほど感染率が高いためである。産道の洗浄には特に注意を払っていないと言う。分娩室の環境などは

他の分娩と特に差は必要ないと言うし、それでよいと思う。特にHIVだからといって特別嚴重にするわけではない。結局HIVのおかげでHIV非感染の場合の医療環境がより清潔になったといえるかもしれない。

19:00を過ぎて他の施設でソーシャルワーカーをしているFさんの話を聞いた。Fさんは水曜日の夕方は稲田先生のオフィスで秘書のような役をボランティアでやっている。こちらのソーシャルワーカーは、日本のワーカーに心理を加えたような仕事をしている。ただ色々な職種の人が色々な施設にいますので、そのつなぎのような仕事で大切で、日本のように具体的にお金にからんだ申請に直接関わることはないという。結局、医者や看護者がやらない部分を一手に引き受けている感じだ。

もちろん病院にソーシャルワーカーを置くことは大きなメリットがある。医療費のとりはぐれが減ることも大きい。医師や看護婦から患者の身体的な生活能力の評価を聞く一方、患者の社会的経済的な評価を行い、退院後の方針に影響力を発揮する。患者は軽快して自宅に帰る、訪問看護を受ける、自宅で介護を受ける、ナーシングホーム(中間施設)やホスピスに移るなど、適切なふり分けが必要だ。社会資源活用のプロだ。不適切な退院ではまた患者が舞い戻ってくることになり、そうなった場合は医療費の支払いに不利が起こるようになっている。だから早期退院に努力することは当然ながら、早すぎてもまずいことになる。それでもエイズでは長期入院になってしまう例もあるという。この病院では平均 14日である。

2月6日(木) Dr.Kotler と稲田先生の共同研究

今日の午前中はDr.Kotlerの消化器外来(GI Clinic)である。彼は最初はエイズに見られる栄養障害についての病態研究を始めた。そして最近には前に述べたように、HIV感染症の病態における消化管の意味づけを課題にしている。結構注目される論文を書いているそうだ。

指定された10:30に外来に行ったら、もう予約の患者は帰ってしまったという。そして次にはHIVに関係ない腹水を持った肝硬変の患者の外来診察をした。ここは消化器内科医が肝臓病も診ているようで(施設によっては肝臓病外来が独立している)、HCVも彼のテリトリーのようである。

HIVとHCVを両方感染している人は、ここの病院の背景患者では多い。性感染にしても麻薬注射でも感染経路が同じだからだ。2つの感染を持っている方が予後は悪いと言う。私は日本では血友病患者の両ウイルス感染者が多く、肝障害が強い場合は治療の制限をかける因子になりやすいと述べた。

日本のHCV研究には注目していた。日本ではインターフェロンをどれくらい使うのか、という質問をしてきた。普通は600万は使う、と話したらアメリカじゃ300万しか許可されない、この前日本のINO(飯野)が話していたのは1000万も使うと言っていたので驚いた、と話した。

使用量が多ければ有効率は上がること、治療前のHCV RNA量が低いほどよいこと、血清型によって奏効率に差があることなどを話した。HCV RNA定量はアメリカよりも日本の方が先を行っている。彼は多いほど良く効くのかと思ったみたいだ。

午後は放射線科のDr.Susterに会って、胸部レントゲンの解説を受けた。この放射線科はアテンダントが12人くらいいて、レジデントを20人くらい受け持っている。読影のブースは6つくらいあって、そこでレコーダに読影所見を録音している風景が見られた。おそらく秘書がテープを起こしてキーボード入力し、コンピュータで参照できるようにしているのだろう。

20人分くらいの胸部レントゲンと、一部CT像を見せてもらった。レジデントには所見を言ってみると言うのだろうが、私たちにはやさしかった。典型的なカリニ肺炎(PCP)の像は、初期、つまり1980年頃の写真で見られる。2週間にわたって悪化していく像が見られる。当初は正しい診断に時間がかかり、肺生検で診断がつけられていた。それからST合剤やペンタミジンの予防の時代になり、PCPのありさまも変わっていったと言う。私は血液内科の癖でつついりリンパ腫を鑑別疾患としてあげてしまうが、胸部のリンパ腫は稀なのだそうだ。知らなかった。

典型的なカリニ肺炎から非定型例、結核、クリプトコッカス症など単純写真から得る情報、そしてエイズでの特徴を経験から解説してもらって大変役に立った。次の研修からは、呼吸器以外のレントゲン診断についても研修に入れるのがいいと思う。脳のCTは当然として、消化器のレントゲンや内視鏡

のビデオもいいのではなかろうか。

稲田先生は毎日夕方には10部近い文献コピーを下さる。そして自分が関与した患者さんのエピソードや、彼の研究内容を解説する。稲田先生はもともとリウマチ学が専門。特にSLEだ。赤血球膜上にある補体の受容体CR1を免疫複合体の測定としてアッセイすることがライフワークだ。SLEで仕事をしていて、HIV感染症の検体でも同じ現象が起こっていることに気づいた。CR1に取り込まれたものを剥がしてみると、HIVの抗原と抗体が複合物になっていることがわかり、これが病態と関連することに気づいて発表を続けている。

SLEで始めた交換輸血療法は症例を選べば奏功したそう。これを利用してエイズの患者でも試したら、やはり奏功した例があった。まだAZTもない時代には、良かったのだろうと思う。

手法は古くからある赤血球クームス試験を応用したもので、希釈列を作って半定量となる。この方法は高価な機械を使わないが、最近の定量的なフローサイトメトリーが主体となった時代には少し古めかしい。もちろん稲田先生もそれを知っているし、試みたが赤血球利用の感度は悪くないと(頑固に!)言う。抗原や抗体の話は得意だけど、T細胞やサイトカインになると少し手がでない。

今やSLEではなかなか研究費もおりず、片手間でやり始めたエイズの研究がメインになってしまった。そこで話は一気に遺伝子を扱う手法に進む。これは新しいテクニシャンが必要になる。そこで大阪府立大学から留学してきた嶋田先生が支えていくことになった。できれば2人以上で、受け継ぎができればいいのだが。「グラントが取れないとアメリカじゃ厳しいんだよ・・・」厳しい競争社会である。

築地先生はNY研修で、ますます本気でエイズをやる気になっている。研修に来るからにはやる気であるのは当然かもしれない。藤枝市民病院は600ベッド以上ある大病院だそうで、彼は内科専門医も神経専門医も持っている。今年度からは研修医の募集もするそうで、彼は指導医として能力を発揮するだろう。

残念ながら日本のエイズは爆発的な増加はないにしても、着実に増加している。おそらく都内や周辺地域のように、地域の中核的な病院では多かれ少なかれ経験していくことになる。どこの地域にも安心して任せられ、専門的な治療やケアが受けられるようにすることは大切なことである。

拠点病院に渋々なってしまった病院が多い。その中で担当医に指名された(=押しつけられた?)先生方は、私の知る限り真面目な(=お人好し?)人が多いように思える。築地先生のことを言っているわけではないが、エイズ研修を受けて「私はやりますよ」という人に変身していく姿は嬉しい。

2月7日(金) NY市立HIV訓練センターと Dr.Kotler の講義

これから海外に出かける人は、日本語が使える携帯端末をぜひ持っていくことをお勧めしたい。メールが届くのが楽しみだ。特に家族からのメールはありがたい。

さて今日は築地先生と一緒にNY市のHIV訓練センターの「HIV Medical and Technical Overview」というコースに出席した。クラスは20人くらいだった。男性カウンセラーのStan Foxさんの講義である。講義であっても受講者はむしろしゃべったり、ガムを噛んでいたりする。講義は講師が質問し、受講者が答え、講師が他の意見を問い、修正し、図を使って説明し、最後に確認するという手法である。参加者はテレビのアメリカのドラマの高校生のように、すぐに答える。間違った答えでも平気で答える。質問も活発である。このような受講者参加型の形式に慣れているのであろう。内容は大したモノでなくても大丈夫。講師は決して軽いものとはみなさない。

私がもし講師になっていたら、内容は10倍近く盛り込んでしまい、時間は4分の1程度で終わってしまうだろう。それをこのクラスでは、HIVとは、エイズとは、免疫とは、感染経路は、感染経路(行為)とは、それを防ぐには、ということで8割以上の時間を使ってしまった。いかに、ここの部分に集中していて、受講者の頭に染み込ませようかという努力を感じた。

でも、私は不満だった。HIVは管理できる普通の慢性疾患になりつつあるのだと私なら伝えたい。2センチ近くあるテキストが参考書として配布された。受講者は後からそれを自習で読めばよいということだ。帰りの地下鉄の

中で、築地先生は自分の病院のスタッフに、私はブロック拠点病院の研修受講者に、それぞれカリキュラムを作っていかなければならないということを話し合った。

夕方6時頃に、Dr.Kotlerの「HIV感染症と栄養障害」に関する講義を聴きに行った。私たち二人だけのためにスライド50枚あまり使って約1時間の講義だった。これは昨日のDr.Susterの胸部レントゲンのレクチャーと同様、程度が高いものだった。Dr.KotlerはこのSt. Luke's病院で1700人あまりのHIV感染症の消化器病変を診てきた。重病になれば誰だって痩せるのは当たり前、とついつい思ってしまう。これを彼は摂食低下、吸収不良、代謝亢進の面で定量的に評価し、多変量解析を使って病態を明らかにしてきた。

エイズに伴う消化管病変の内視鏡像、顕微鏡像を見せてもらった。消化管におけるリンパ球の動向、特にサイトカインレベルの検討で、Th1、Th2、炎症反応などのマーカーのデータを示した。少なくともARCのあたりでエイズパターンが発生し、この時点で治療は開始しなければならないことを示していた。

治療は原疾患を治すこと、抗HIV療法を行うこと(それだけで回復する人が多い)、そして補助的な治療を行うことになる。補助的な治療としては、栄養の補給がまず考えられるが、除脂肪体重は戻らないことを示した。食欲改善のための薬物も同様であった。Megaceはちょっといい。Androgenic hormoneと筋力強化トレーニングは最も筋肉量を増す。副作用はどうかと効いたら、問題にならないと答えた。

最後にエイズの消化管病変と副腎皮質ステロイドホルモンの使用について質問した。HIV自体による消化管潰瘍は実は極めて多いと言う。ステロイドの使用はサイトカイン産生の抑制では、サリドマイドとは異なった部位に効く。ステロイド使用のタイミングなどについて色々習った。この問題は日本では気づかれていながら教科書的な知識にはなっていない。最後にサリドマイドは今後重要な薬剤になってくこと、その第2相試験が進行中であることを教えてもらった。ステロイドというと免疫抑制剤というイメージがあって、日本ではエイズには使わないという暗黙の了解があるような気がする。ところが使い時を選べば、非常に有用な治療法なのだ。いい講義だった。

ブロック拠点病院として、これからわざわざNYに来なくても、中国・四国地方の医療者研修は私たちがやっていかなければならない。こっちのやり方をそのまま模倣してもフィットするとは思えない。日本なりの、私たちの地方なりの工夫が必要であろう。教育目標を立て、カリキュラムを作り、実行し、反省し、改良してゆきたい。それが稲田先生たちのこれまでの苦労に報いることになるだろう。稲田先生の役割は終わった、、、と早く言えるようになりたい。

2月8日(土) 雪のNY ミッドタウン

雪の中5番街に行ってお土産を買った後、44丁目を西に向かった15というビルにある日系人協会はへ向かった。4時15分くらいから約90分の講演をした。タイトルは「広島大学病院におけるHIV感染症診療 1996年秋の現況」というもの。去年の11月にあったブロック会議で話したスライド原稿がパソコンの中にあり、これを手直してプリントアウトしてコピーを持ち込んだ。

聴衆は15人。アメリカにいと日本のエイズが見えにくい。特に薬害エイズ問題が日本の医療に大きな影響を与えたことは、NYにいと理解しにくい。そんな穴を埋めたいと思った。日本のエイズ診療の遅れた部分は伝えられているかもしれないが、決して駄目なことばかりじゃないことを私たちの経験を時間を追ってお話した。質問もたくさん頂いた。やはりソーシャルワーカーの有無は大きな違いのように思われる。

2月9日(日) ダウンタウンに医学書を買に行った

NYにはFMもAMもたくさん局があって、どれがどれやらわからない。一日中電話相談をやっている局がある。ずっと人の声が聞こえているので、日曜日はつけっぱなしにしている。電話をかけるほうも出たがりの人が多い。日本ならさしずめ日中の奥さん方、夜の中高校生のパターンか。

医学書が欲しくて、Barnes & Nobelsという本屋に行くことになった。5番街18丁目まで3キロ近く歩いたのではない。この本屋はNYで最大だという。医学書のコーナーだけで、普通の本屋よりも広いくらいだった。スーパーマーケットのような籠を持って本を入れてまわり、出口でお金を払う。1時間以上探し回って、築地先生は170ドルくらい、私は270ドルくらい本を買込んだ。エイズのマニュアルものとエイズの看護書などを何冊買った。

2月10日(月) 日本に帰ってやることを考え始めた

今日も天気が良い。NYC HTIに「Risk reduction」というコースの研修を受けに行った。講師は前回同様、Stan Foxさんだ。彼はNYC HTIだけではなく色々な所で講師をしているように書いてあった。参加者は男性10人、女性4人で、いずれもエイズに関連した施設で働いている人たちだ。多くはピア・エドゥケーターと言う元IVDUや病院の職員だったりする。参加の動機は高いが教育程度はバラバラである。このコースはある意味では素人を訓練してケア提供者や教育係に仕上げてしまおうというための研修であるように思った。

最初は“ground grass rules”である。これはどういうことかという、この研修だけに通用させるお互いの約束事である。例えば「賛成、反対はあるとしても他人の意見を尊重しよう」とか「他人がしゃべっているときはとか」とかで、Stanが「今日聞いた他人の話の秘密は守ろう」と「時間は厳守しよう」などを加えた。

次は“ice melting”である。つまり2人組になってお互いの名前、施設、自分にとってのリスク、今日の研修参加への期待、今後やろうと思うことを話し合う。次にこれを自己紹介ならぬ他人紹介をみんなの前でやる。これで知らない人たちが、お互いを少し理解できる。ここまでで、結構時間を使う。

つぎに4組に分けて、模造紙を与え、組毎に“risk reduction”または“harm reduction”の定義を書きなさいと言われる。各組ではそれぞれの意見を言い合って定義を書いていく。できあがったところで、お互いの模造紙を見せながら、それぞれ発表していく。Stanは共通するところをくくり、間違っている鋭い意見をほめ、自分の講評を加えていく。正解は言わない。

この後、それぞれのRisk reductionはどのように克服されたか、それを助けたのは何だったかなどを2人一組で話す。それを全員にフィードする。長続きしないのはなぜか、一般的にどういう過程を経るのか、などの講義と討議が続いていく。中をとばして、最後にrisk reductionを維持するために必要な5つの事項を上げさせ、討議を行う。

全体の流れは周到な筋立てが考えられているが、内容は受講者が参加しなければ進まないworkshop形式で、日本の研修会とは相当違っている。つまり

研修の内容は講師の力も当然あるが、受講者の質が規定しているといっている。受講者なりにたち成るものを自分で得ることになる。このような手法は面白い。

土曜日には日本に帰ることになる。日本に帰ってやらなければならないことが気になり始めた。NYの経験をそのまま移植することはできないが、アイデアや方法論では参考になった面が大きい。全体のアレンジをしてくださった稲田先生のご努力には大変ありがたいと思う。またSt. Luke's/Roosevelt病院やその他のお世話になった方には、その寛大さにお礼の気持ちをどう表現したらいいだろうか。

この病院だけで7000人のエイズ患者を扱ったことはすごい。このような多さはアメリカが優れていると言うよりも、アメリカは大きな失敗を経験したということだ。女性のHIV感染者数は急速であり、母子感染の問題は胸を塞がれるし、麻薬問題は明るい見通しがまるで立たない。喘ぎ苦しむアメリカが見える。この失敗を繰り返さないことが、アメリカのエイズに学ぶ私たち日本の関係者ができることである。

日本のマスコミは何をしているのだ？ 薬害エイズが済んだら、日本のエイズは終わったと思っているのではないのか？ 長い歴史の中で、私たちはエイズ流行のほんの先ちょいにいるのに過ぎない。私が少しエイズ経験があり、築地先生がまだ未経験であっても、数十年後からみればわずかな差だ。

2月11日(火) NY に来たからにゃロブスターだ

午前はRoosevelt病院の9B病棟で開かれる包括的ケアカンファレンスに出た。こちらには現在40人くらい入院している。議長はDr.AttoeでソーシャルワーカーのHさんが副議長のような役だ。他にソーシャルワークのメンバーと心理の大学院生、栄養士の女性で7人くらいのメンバーだ。St. Luke's病院ではレジデントも全員参加していたが、こちらでは受け持ち患者のカルテを持って一人づつ部屋に入ってきた。レジデントが来ない場合は担当の看護婦が同じ役目をしていた。

Dr.Attoeはカルテをめくりながら「この患者はトキソで、症状は頭痛が酷い。ダブソンの治療で反応がよくない。何か検査が予定されていますか？」と

聞くと、担当のレジデント、あるいは看護婦が「**先生が明日脳生検をすることになっています」というように答える。ソーシャルワーカーのHさんが「お母さんと話したのですが、お母さんは自宅でケアをする気がまったくありません。訪問看護を考えていますが、彼は保険を持っていないのです。」というように話し始める。

紹介された症例では、カポジ肉腫の末期患者で下肢がパンパンに腫れている例、ジフルカン耐性のカンジダ症でアンフォテリシンBを続けなければならぬ例、静脈血栓症でヘパリン治療が必要なのに自己注射を拒否する例、TTP(血栓性血小板減少性紫斑病)に血漿交換を行っている例、ガンシクロピルの投与で汎血球減少症になり、腸球菌による敗血症を起こした例、肝硬変もあって血小板減少で困っている例、カポジ肉腫で食道閉塞を起こし、胃瘻を作っていたがどんどん悪くなり、脳生検の結果、脳にカポジ肉腫が見つかった例(これは極めて珍しい)など。

Roosevelt病院からSt. Luke's病院の間は定期的に専用バスが往復していて職員や患者は無料である。窓から外を見ると、小学校の校庭で子供たちが遊んでいた。校庭は広くなく、アスファルト仕上げである。私の子供たちはどうしているかな。

午後はDr. Rosenbergの4人の患者の外来診察に立ち会った。診察の前に「今日は日本からドクターが研修に見えています。診察室に入ってもらっていいですか?」と必ず患者に聞いて、許可された時だけ同席している。こちらの診察室ではセックスのことも遠慮なく話題にする。もちろん患者が全部本当のことを答えているという保証はない。

「今日が外来は最後です。お世話になりました。」と日本から持ってきた北斎の絵はがきをプレゼントした。(この絵はひょっとしたらメトロポリタン博物館の所蔵かもしれない)

6時半にはSt. Luke's病院を出た。築地先生と「今日こそはOyster Barに行ってロブスターを食べよう!」ということになった。タイムズスクウェアで地下鉄をS線に乗り換えて、グランドセントラル駅についた。駅の中を随分探し回って、地下に広大なレストランをみつけた。タイムズスクウェアを除いて

NYの広告は非常に地味である。駅の案内も東京などに比べるとわかりにくい。東京なんて、駅はどこでも案内文が溢れているぞ。

メニューには「今日のロブスターは1ポンド25ドル」と書いてあった。でも想像ができない。牡蠣のフライを1皿、そしてウェ이터の薦めに従って、ロブスターのsmall(1ポンド半)をスチームで2皿注文した。待つことしばし。やってきたのは、なんと伊勢エビよりもでかいじゃないか。真っ赤にゆでられて立派なはさみをもっている。こりゃあ記念になると、ウェ이터に頼んでロブスターを真ん中に写真を撮ってもらった。レストランの中でフラッシュが光ったのは、この時だけだった。

築地先生も私も無言でひたすらロブスターの完全な分解に集中した。ピネガーがついているが口に合わない。小皿にレモンを搾り、塩を溶かしてそれにつけて食べた。「これは三杯酢が合うね。醤油でもいいかも。しまった、醤油を持って来るんだった!」二人分の勘定は税金チップ込みで124ドル払った。NYに来て最も豪華な夕食となった。

2月12日(水) 開業のエイズクリニック見学

そろそろ最後に近づいてきた。築地先生も私も稲田先生には言わないが「早く帰りたいね」とお互いに言い合っている。

今日、私は二人の開業医のクリニックを訪ねた。午前はDr. Langeである。彼は感染症が専門で、St. Luke'sで1980年代の始めの頃からエイズを診てきたひとである。稲田先生を始め多くの後輩を育ててきた。現在は週に1回はオフィスを借りて開業をしている。残りの日はSt. Luke's/Roosevelt病院のアテンダントをやっている。

医師には病院に勤務しているもの、病院のアテンダントをしながら開業もしているもの、開業だけというものがある。病院勤務医の給料は病院から出るのだろう。専門医であるアテンダントは、患者にドクターフィーを請求できるようだ。医師の年齢が高くなると給料が高くなるので病院は開業を勧めるようだ。

病院はまわりにビルを持っていて、ここに集団開業医のオフィスがある。

受付や待合室や処置室を共通で使うが、基本的には開業医でスペース代を病院に払う。医師はみんなRoosevelt病院の白衣を着ており、医師リストにDr.AttoeもDr.McKinleyの名前も見える。何のことはない。建物と経営が違うだけで病院の延長なのだ。

開業医にかかる患者は保険を持っている。時間予約制でいきなり初診というのは珍しい。患者層が全く違う。金持ちで白人でインテリである。病気のこと、薬のこともよく知っており、服薬もきちんとしている。この日は4人くらいの診察につきあった。

オフィスは机を挟んだ応接室のようなものだ。Dr.Langeは個人別のデータシートを手書きで作っており、それを患者に示しながら丁寧に説明をする。診察は隣の診察室を使い、自分で採血をする。「今まで30人くらいの日本人医師を迎えたが、あなたが一番多くエイズを診ていますね。」という。私は「患者の診療を行うだけではなく、これから地域の教育研修機能を持った役割が私たちに与えられるので、そのノウハウを学ぶのも今回の研修の目的なのです。」というような意味の話をした。

午後はDr.Fomvilleのオフィスだ。ここらはNYU(New York University)の近くで、周辺は綺麗な街だ。オフィスは普通の住宅ビルと変わらない。玄関に小さく医師の名前が書いてあるだけだ。Dr.Fomvilleは55才のアフロアメリカン医師で、待合室にはGMHC(Gay Men's Health Crisis)のパンフレットで溢れている。GMHCは世界最大のエイズNGOだろう。受付の若い男性もかわいい。

Dr.Fomvilleの部屋もおしゃれ。例えば机は分厚いガラスである。彼はデスクトップのマッキントッシュを2台とノートを1台使い分けている。背後の1台は受付のものとなっている。カルテもすべてプリントアウトされてファイルされている。ドクターが大まかなメモを作っておくと、受付の彼が次回診察までに診療録にしまっているのだ。検査データもデータベース化しているようで、これまでのCD4数やHIV RNA量が折れ線グラフになっている。他の検査データで異常があったら、その説明の文書(おそらく別のフォームができています)がプリントアウトされている。これらは全て患者に手渡される。患者は処方箋と共に文書フォルダーを持って帰ることになる。サービス

満点である。

看護婦はいない。ドクターが自分で採血するし、心電図も撮る。レントゲン装置など置いていない。ソーシャルワーカーが必要なときはどうするのか聞いたら、GMHCなどNGOのサービスを受けるといふ。NGOのワーカーも社会資源を必要とするときは、市や州の福祉事務所などにつながればよい。

私の知っている範囲の日本のHIV感染者の層は、Dr.LangeやDr.Fomvilleが診ている層に近いと思う。HIV感染症、エイズ発病後でも大半の期間を開業医で管理でき、患者の自宅に近い、あるいは小回りが利く開業医のケアで十分なのである。それなのに私の患者は遠い大学病院に通わなければならない。こんな開業医が日本でも増えればよいのだが、と本気で思った。

地下鉄で側に立つと目が合うことが多い。きっちり目が合う。まるで睨んでいるようだ。その一瞬に、相手の素性を読みとる。自分にとって危険な存在かどうか。子供以外の誰もがそうしているようだ。自分のことは自分で守る。ここはそのような緊張感を持った人ばかりだ。日本では地下鉄でもJRでも寝てる人が多い。NYで寝てる人はよっぽどくらいだ。地下鉄の中をうろつく乞食がいる(昨日は松葉杖だったぞ!)し、地下鉄のホームで大同芸人がいるし、警官が巡回している。日本にいと気がつかないが「安全」というのは大きな財産だ。

NYはあまりに多種類の人が住んでいるので、他人のことを気にしない。一日中英語を一言も話さないで、スペイン語や中国語だけで生活している人たちがいる。日本なら「あっ、外人だ。何人かな?」と思うだろう。放っておかれるということは、逆に楽だという考えもある。

2月13日(木) リヴィングトン・ハウス訪問

快晴。気温は高くないがNYに来て一番の好天であった。午前中はSt. Luke's病院の輸血部に行って、責任者のMr.Victor(管理薬剤師)の話聞いた。医師もいるのだろうが形式的で実際的には輸血専任の資格を取った検査技師である。内訳はわからないがスタッフは15人いるそうだ。午前中は5人が働いていた。おそらく24時間体制だからだろう。

エイズを契機に自己血輸血がアメリカで爆発的に進んだが、最近是非常に減っているとのこと。それは検査が進んで輸血感染症の危険性が極めて低くなったことと、自己血採血の半分は実際には使われないで捨てることになり、時間と労力とお金の無駄になるためだ。HIV感染者でも自己血をやっているのかと聞くと、部長の医師が嫌ってこの病院では実施していないと言う。もし間違ってもHIV感染者の血液が他の患者に輸血されたら、訴訟を起こされて病院は立ち直れない不名誉と賠償金を抱えてしまうためだと思われる。

ざっと見渡した所では、私が勤務している輸血部が劣っている点は、人数とラボの広さだけであり、量的質的な面では私たちが高い。それは私たちのラボがHLA抗体や血小板抗体や顆粒球抗体のスクリーニング、HLA検査、感染症マーカーなどもカバーしていることによる。少ない人数でそこまでやり、なおかつ超低温装置まで持っていることにVictoさんは驚いていた。

午後はエイズ専門のナーシング・ホームであるリヴィントン・ハウスに行った。マンハッタンの南部、リトルイタリーの東にある。ここは麻薬売人のたまり場だ。古くなって廃校になった小学校のドアを壊して中で注射を打つ、シューティング・ギャラリーだった建物だった。煉瓦作りの4階建ての内装を2年前にNY州が全面的に改修し、219ベッドの中間施設にしてしまった。NYには同様の施設が5つあり、ここは全米でも最大の施設である。看護のマネージャー(看護部長にあたる)であるRowさんは男性で、ダブルのスーツを来ている。医療ディレクターのDr. Philips医師はNY州立大学でエイズ医療を6年間やってきたアフロアメリカンの女医であり、私たちに院内の案内をしてくれた。

7つのユニット(看護単位)からなり、1つは結核のために準備中、1つはサブアキュート、つまり医療ケアに集中しなければならないユニットである。医師とソーシャルワーカーは各ユニットに1人ずつおり、外科は近くの複数の病院(St.Vincent、Beth Israel)に依頼するという。眼科医や婦人科医は週に2回来てくれると言う。ユニットの看護責任者は他院でのエイズ看護に従事した経験をもち、募集に応じてやってきた熱心な人たちである。

この施設はホスピスとも違う。日本の民間の内科病院あるいは老健施設に

近い。大きく違うのは娯楽施設、リハビリ施設、職業訓練施設をもっており、各階には広い食堂や集会場、1階には各宗教に対応できるチャペルもあるところ。娯楽など各種催し物の案内がカレンダーの形で掲示してあった。ボランティアも活躍している。検査は外注で、単純撮影のレントゲン装置はあるがCTも外注である。手術室はない。CAPD(腹膜透析)は院内でやっている。病室は原則的に2人部屋で、各部屋にシャワーつきトイレがあるのはSt. Luke's/Roosevelt病院と同じである。各ベッドに電話とテレビがついており、これらはアメリカの標準である。

2年で900人以上のエイズ患者を迎えてきた。毎月の死亡数は15人前後である。急性疾患で扱いが困難になると病院に戻っていくこともある。一人あたり1日25ドルの計算で予算が建てられたが、最近はプロテアーゼ阻害剤を使うようになってコストは倍以上になり、NY州も上げてくれることになった。最近とは明らかに違い、状態が良くなって家庭に帰っていく患者が増えたと喜んでいて。

このエイズ専門の施設ができるときに、地域の大きな支持があったという。きれいな施設に変貌し、麻薬現場が減り、400人の新しい雇用を作ったからだ。昔アメリカのどこかの都市でエイズのホスピスができる時、地域の大きな反対があり、結局数年で潰れたという話を聞いたことがあるが、エイズに対する社会の理解が進んだという背景もあると思う。

患者の平均年齢が30代から40代であること、リハビリをやっている所でうつろな目をしたエイズ痴呆の青年を見ると、やはり悲しい。まだまだ私たちが克服しなければならない課題がある。ロビーで「50セントちょうだい」と話しかけてきた女性患者の姿も悲しい。ロビーで家族と談笑する姿は、入退院が激しい病院とは違って、患者のゆっくりした時間の過ごし方に合っている。

施設として特別な物ははっきり言って何もない。でも、なぜかホッとしたり、満足した気持ちでリビングトン・ハウスを後にした。こんな施設の運営に私の医師としての最後を過ごすのは悪くないと思った。NY研修の最後を飾るに相応しい体験だった。

6時からRoosevelt病院で開催されるスタッフと患者のための講演会に出た。今日の参加者は前回とは異なり、20人どまりだった。タイトルは「臨床治験のインパクト」というもので、少し専門的な感じを与えたのかもしれない。演者はDr.McKinleyで、治験とはどういうものか、治験がいかに大切なものかをわかりやすく説明した。2人目の演者は開業医のDr.Williamで新薬のおかげでエイズ医療がどう変わってきたかを簡単に振り返った話をした。

今回のNY研修で私は「日本のエイズはNYに比べて10年は遅れている」と思った。ブロック拠点病院とか拠点病院を整備しなければ、と気負っている私たちとは相当離れている。これまで見てきたNYのエイズケアのシステム、施設、人々、法律、どれも進んだものである。素晴らしい。しかし、それは逆に彼らがそこまでしなければならぬ所に追いやられてきた、言い換えれば多数の死者、壮大な失敗の結果の産物である。しかし私は遅れていることを悲観する必要はないと思う。アメリカの失敗を日本は繰り返してはいけない。私たちはまだ 10年の余裕を与えられている。

一部の熱心な意識の高い職員を除いて、ほとんどの職員はお金をもらうために働いている普通の人たちだった。これはSt. Luke's/Roosevelt病院で見たほとんどの人の姿だ。医師や看護婦に聞いてみても、特に「エイズを私の一生の仕事にするんだ」という感じはなかった。エイズが一部のエイズケアに燃えた人によってケアされているのではなく、糖尿病や心筋梗塞あるいは癌などと同じ、普通の病気のケアにあたるのと同じ意識になっている。ただの職場。これには肩すかしを食った感じだが、考えてみれば当たり前のことかもしれない。

2月14日(金) さらは私の NY 生活

私は、午後4時まで予定がな～い。やったあ！ 起きて窓から隣のビルの屋根を見ると雪がうっすら積もっている。おまけに雨がシトシト降り続いている。10時までベッドの中でゴソゴソ、ウツラウツラしていた。こういうのって、いい！ サイコーだ。

4時半からSt. Luke'sの検査室を見学に行った。この病院のコンピュータ化は遅れていて検体と伝票を検査室でコンピュータで入力し、検体にバーコードのラベルを貼っている。自動化機器がバーコードで運転され、結果はオン

ラインでホストコンピュータに上げるというやりかただ。数年前まで広大病院でやっていた方式だ。これは1回人の手を介するので、誤入力が出る可能性がある。人手も余分にかかる。ラボ全体の技師や助手の数は予想よりかなり多かった。検体搬送システムはない。つまり、職場を作って雇用を与えるというやり方だ。

稲田先生のオフィスで研修の振り返りをやった後、6時過ぎてサヨナラパーティを開いていただいた。ゲイ談義、誰がエイズで死んだ、、、そんな歴史話もあった。アーサー・アッシュというウィンブルドンの優勝経験をもつ混血のプレイヤーは、死亡する前にマスコミにエイズであることを暴かれた。彼は苦渋の記者会見をした。アッシュは心臓手術をSt. Luke's病院で受け、その時の輸血でHIVに感染したのだった。彼が英雄だったからだが、カミングアウトを強いられたのはひどい話だ。

1985年にロック・ハドソンが自らエイズであると名乗ったのは、エイズへの偏見が強烈だった時代だけに、彼の勇気は想像に余りあるものだった。彼の遺志を受けてAmFAR(American Foundation of AIDS Research)が設立され、民間のエイズ研究基金を集めて研究者に寄付をしていく運動が起こった。政府予算はその後には上積みされていくことになった。このような底力はアメリカの凄さだ。

マスコミの力はアメリカでも日本でも大きい。NYでは毎日、ラジオで何かエイズ関連のニュースが流れていた。日本のマスコミはエイズ報道をしなくなった。「どうしてこうなんでしょうね?」と稲田先生は嘆く。「言われている感染経路は出尽くしましたからね。新しいネタがないとマスコミは動きませんから。」「じゃあ、誰か有名人がエイズだった、という話が出ることですかね。」「それと、医療従事者の事故で感染が起こったという場合でしょうかね。」「

St. Luke's/Roosevelt病院を起点にしたNYのエイズ研修は満足できるものだった。特にこれから地域での研修教育を組み立てなければならない私にとって、多くのノウハウを与えてくれた。私たち訪問者に感謝して下さっている病院の職員や関係者の方に感謝の気持ちを表したい。つきあってくださった患者さんたちにも。私が、私たちが、そして日本がこれらの人たちに

何をお返しできるのか。

10時を過ぎて宿舎に帰った。「ああ、終わった、終わった」正直なところホッとしている。これで日本に帰ることができる。そして忙しい生活が待っている。築地先生と一緒にNYの街をウロウロ歩いていて、「いい歳したオジサンが、こんなことしていいんだろうか？ まるで学生時代に戻ったようだ。」と思った。後から考えれば、夢のような時間だったと思うのではなかろうか。

荷物もできた。風呂にも入った。明朝は早い。なのに何故か寝られない。また来ることがあるのだろうか？ NY最後の夜は、雨が降り続いている。無理に寝ようとしても無駄。寝られなければ起きていればいい。それでここまでの日記を書いたら朝 4時になっていた。

2月15日(土) 家族に会える

宿舎からJFK空港まで、来たときの道を逆に走った。車の窓から流れていく町並みを見ながら「このアパートにそれぞれ人の生活があるんだろうな。もう一生見ないのかも」と思った。家族に会える。さらば私の NY生活。

付表：研修日程表（日付：曜日：午前：午後）

1/18: 土: : 15:30N到着
 1/19: 日: 案内
 1/20: 月: OFF~ひとりぼっち
 1/21: 火: HIVカウンセリング基礎コース: 買い物
 1/22: 水: HIVカウンセリング基礎コース: HIVカウンセリング基礎コース
 1/23: 木: 州立精神医学研究所講演: 感染症クリニック外来研修 (3例)
 1/24: 金: 感染症外来小児科 (5例)
 1/25: 土: OFF のんびり
 1/26: 日: OFF 自然史博物館とメトロポリタン美術館
 1/27: 月: Roosevelt病院の回診: Roosevelt病院外来研修 (4例)
 1/28: 火: St. Luke'病院カンファレンス: 同病院感染症外来研修 (1例)
 1/29: 水: Roosevelt病院カンファレンス: クリニック見学
 1/30: 木: ACTG試験サイト見学: 感染症外来研修 (5例): 患者向け講演会
 1/31: 金: 歯科治療見学: OFF
 2/1: 土: OFF 自由の女神見学: ボランティア電話相談見学
 2/2: 日: OFF (観劇)
 2/3: 月: 遅刻でキャンセル: St. Luke'小児科外来研修 (3例)
 2/4: 火: St. Luke'病棟見学:
 2/5: 水: St. Luke's感染症外来産婦人科研修: 直腸鏡検査見学: ソーシャルワーカーの講演
 2/6: 木: St. Luke'消化器外来研修: 放射線科
 2/7: 金: HIV訓練センター研修: HIV感染症と栄養障害講演
 2/8: 土: OFFお土産: 日系人協会での講演
 2/9: 日: OFF
 2/10: 月: HIVトレーニングセンター研修:
 2/11: 火: Roosevelt病院病棟カンファレンス: 外来 (4例)
 2/12: 水: 開業クリニック見学
 2/12: 木: 輸血部見学: リビングトンハウス見学:
 2/13: 金: OFF: さよならパーティ
 2/14: 土: 帰国