

## 「人との出会いが医師を育てる」

函館稜北病院 堀口 信

私は、1981年に民医連に入りました。医者になって34年です。1953年生まれですから、民医連と同じ年で62歳になります。

私は実は、医学部ではなく、最初経済学部に入りました。血を見るのが苦手、医学ではなく、経済を選びました。その大学サークルで医学生、看護学生と知り合いになりました。その人たちの一途な考え方、人のために役に立ちたいという考え方に共感して、それで医学部に入りなおしました。

ですから、国家試験に合格して医者になったとき、最初に出会った医学生、看護学生のようにになりたいという強い気持ちを持っていました。ただ医者としての能力にはほとんど自信がなくて、やっていけるのかなと不安もいっぱいでした。こうやって、皆さんの堂々とした様子を見ると、ああ、当時の私と随分違うなと思います。

医者になって34年経ちますが、その間、患者さんとその家族や、師と言うべき人々、それから同僚・後輩たち、スタッフ、自分の家族、いろいろな人たちに育てられました。医者になったばかりのころは自信がなかった私ですが、何とかやってこられたのは、多くの人たちに育てられたからだと思っています。今日は、そうやって医者としての私を育ててくれた人々との物語をお話しします。少しでも皆さんのこれからの医師人生の参考になれば幸いです。

医者になって最初のころ、病院の院長先生にこんな言葉を教えてもらいました。「小医は病を治し、中医は人を治し、大医は社会を治す」。これは言葉のとおりで、普通の医者は病気を治す。ちょっと優れた医者は、病気を通して人にかかわる、いわゆる全人的医療ですね。大医は社会を治す、人、病人や病気を通して社会にかかわる、そういうことだと思います。

今日はこの3つをそれぞれに分けて、私の経験を少しお話ししたいと思います。

まず、「小医」、病気のことです。私の専門はリハビリテーション医療です。大学5年のとき、北海道大学で全国医学生ゼミナールがありました。記念講演は上田敏(うへだ

さとし)先生、当時東大のリハビリテーション部にいました。この講演がリハビリテーションとの最初の出会いでした。

講演は患者をどう診るかというお話でした。「病人ではなくて、障がいを持つ人として患者さんを診察する」ときかされ、そういう考え方があることをはじめて知りました。

リハビリの診断学は他とはちょっと違います。靴の減り方で診断するというのが上田先生の話に出てきました。両方とも外側がへっている靴の場合はO脚、内反膝を考えます。内反膝の人だと、当然両側を擦って歩きますので、靴の外側が減ります。このように履いている靴を見ると大体その人がどういう歩行の仕方をしているかわかります。



図 1

こうやって靴の減り方とか歩行の異常からいろいろな問題点を探って、訓練や治療を組み立てるのがリハビリテーション独特の考え方です。

私は、リハビリテーションを選択した後、さらに専門として神経心理学という分野を選びました。損傷を受けた脳の場所と、高次脳機能障害を関連づけるのが神経心理学です。今も当時も、この分野の第一人者である山鳥重(やまどりあつし)先生のところに9か月、勉強に行きました。

神経心理学についてお話しします。左脳の前頭葉がやられると、ブローカ失語が出ます。この失語では、話すことはできないけれども、聞いて言葉を理解することは単語ぐらいだったらできます。こうして左前頭葉は話す機能に関係していることがわかります。

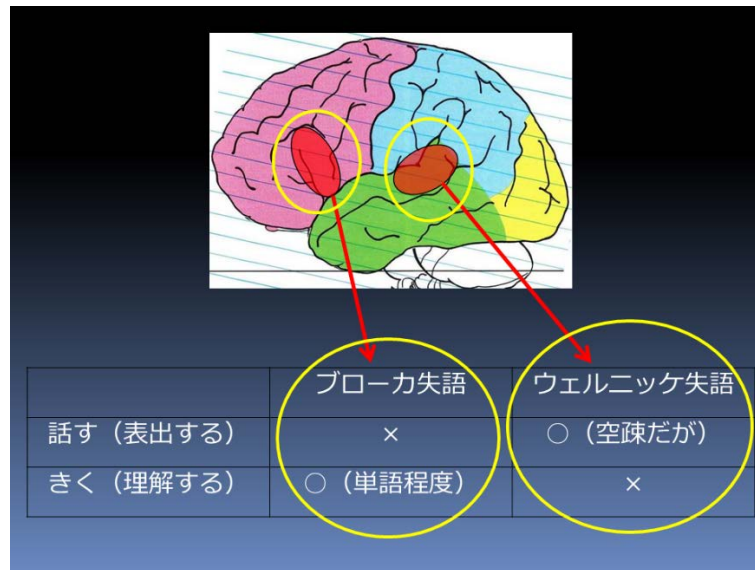


図 2

左脳の側頭葉が損傷を受けるとウェルニッケ失語が出てきます。内容は空疎けれども話すことはできる。けれども全然言葉が理解できなくなります。左側頭葉は聞く機能、言葉を理解する機能に関係していることがわかります。こういうふうにして、一つ一つの脳の機能と場所を関連づけるのが、神経心理学です。

私の担当した患者さんで、ガラスの割れる音や目覚まし時計のベル音のような大きな環境音に全然反応しなくて、名前を呼ばれると反応する人がいました。この方のMRIをみると、左脳の他に右の側頭葉にも損傷がありました。

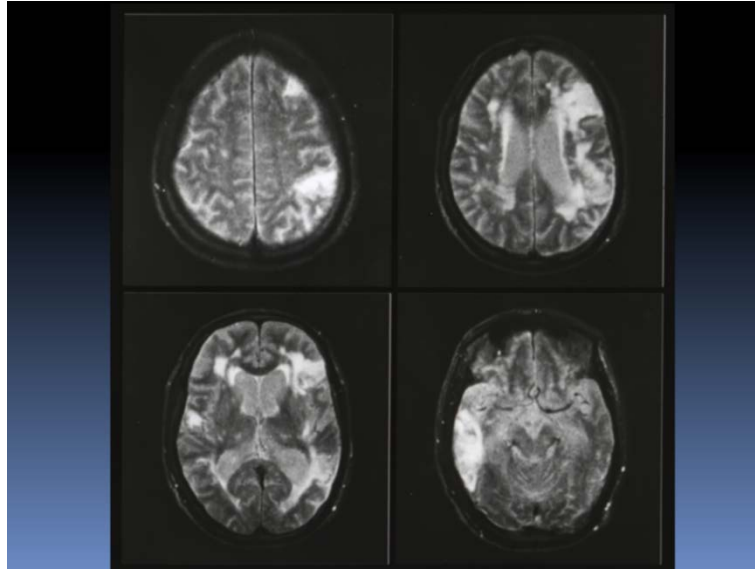


図3

側面図に投影すると、赤く印した右脳の損傷には、一次聴覚野が含まれています。

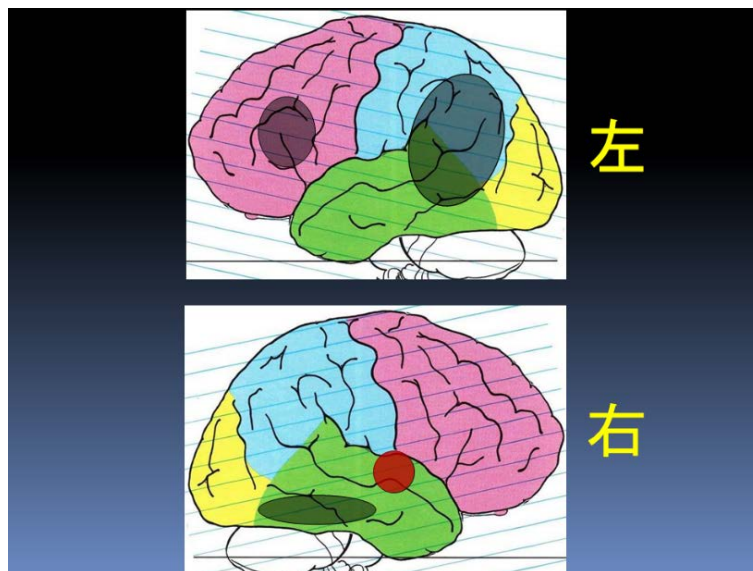


図4

ここが損傷を受けると、音楽とか環境音の認知ができない、環境音の認知障害が出るといわれています。これが私の専門分野です。

今度は「中医」、人にかかわる話、全人的医療について、お話をしたいと思います。

民医連は、患者さんの生活や労働を通して病気をみるという独特の視点というか、考え方を持っています。9年前に蒔也寸志(あざみやすし)先生(石川県城北病院副院長)のお話を聞く機会がありました。

蒔先生は糖尿病が専門で、糖尿病と生活、労働、貧困の関係を長年研究されてきました。9年前にこんなお話をききました。

先生は、1日の労働時間別に見た通院良好群と不良群の関係を調べました。1日の労働時間が12時間以下の人と12時間以上の人に分けると、12時間以下の人は通院良好群が多い。つまり定期的に通院している人が多い。逆に労働時間が12時間を超えると、定期通院の比率がぐっと下がります。

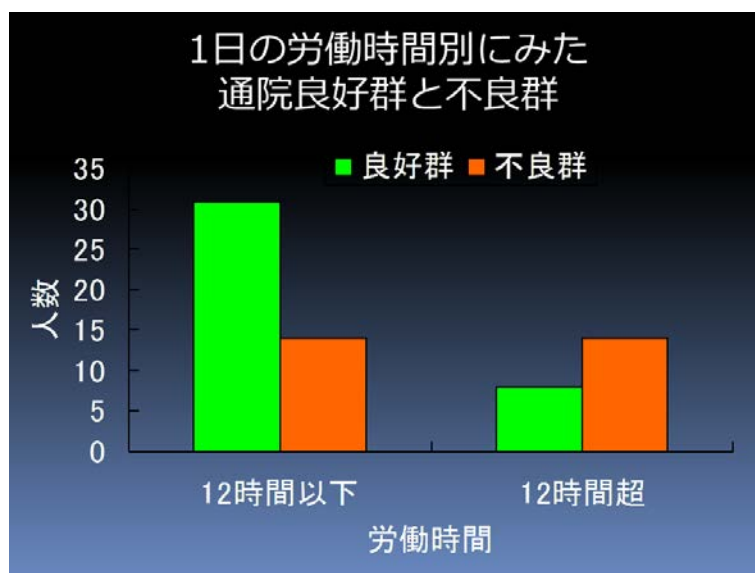


図5

それともう1つ、1日の労働時間と糖尿病のHbA1cの関係をみましたが、労働時間が長くなると、どんどんHbA1cが上がっていました。つまり、労働時間が長いと通院しづらくなって、なおかつ糖尿病のコントロールが悪くなることを教えてもらいました。

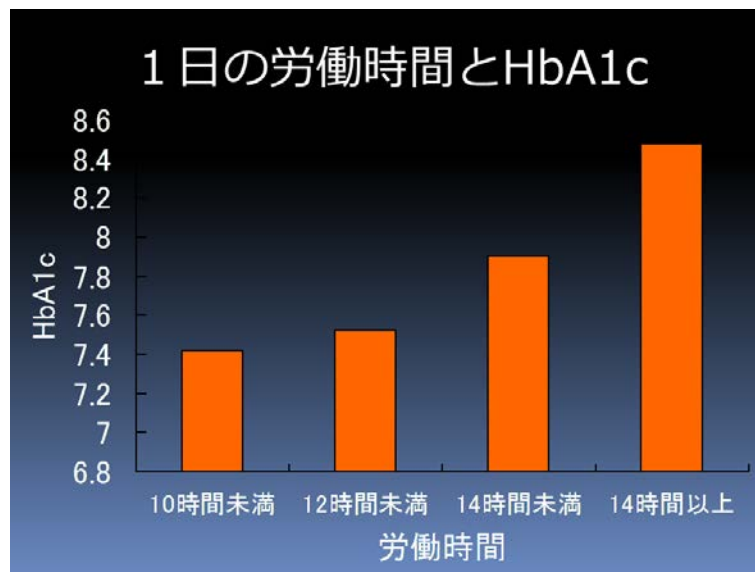


図 6

これを聞いてから、外来で漠然と診てきた糖尿病患者さんの見方が変わりました。働いている糖尿病の患者さんが来たときに、もし定期通院をきちんとできていなくて、なおかつ糖尿病のコントロールが悪い場合、何か定期通院できない理由があるのではないかと。とくに労働と関係があるのではないかと考えるようになりました。

そうしてみていくと、いろいろな患者さんが見つかってきました。そのお一人を紹介します。私が8年前に外来で診た患者さんです。この方は長距離トラックの運転手さんです。北海道の長距離トラックは、ものすごく走行距離が長いのです。釧路から函館まで片道12時間ぐらいかけて荷物を運びます。この運転手さんも片道12時間、2日ぐらいかけて往復します。函館に帰ってきて、すぐ、うちの病院にかかりたいのですが、大きな長距離トラックだと、病院の駐車場にはとめられません。

会社にトラックを置いてから通院するには、睡眠時間を削らなければなりません。それでなかなか通院できませんでした。

お話を聞いていて気がついたのですが、うちの病院の前、実は、片側2車線の割と太い道路です。そこにトラックをとめられないか患者さんにきくと「15分ぐらいならとめられる」とのことです。

15分経つと、ミニパトが来ます。「ちょっとちょっと、どけてちょうだい」みたいに言われます。15分が限界だから、それまでに診療をすませられないか知恵を絞り、思いついたのが次のような方法です。

路上駐車をする。受付したら、すぐ血液だけとって患者さんは帰ります。この間10分です。後日、奥さんが病院に来て、結果を聞いて薬の調整をする。このような受診方法に切りかえたのが8年前です。

そうすると、路上駐車作戦をとる前のHbA1cは10ぐらいありましたが、路上駐車作戦に切りかえて、3カ月ぐらいで7ぐらいまで下がりました。それから8年経って、今もこの方はずっと通院し、安定した状態を維持しています。

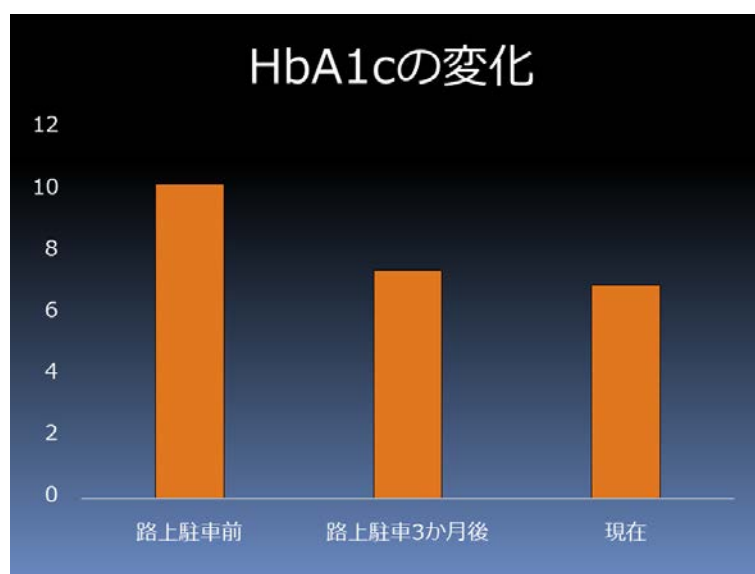


図7

もし8年前に、路上駐車作戦を思いつかなければ、HbA1c10台がずっと続いて、多分合併症はかなり出たと思います。

このように生活と労働を通して患者さんを診る、病気を診るという考え方、これはWHOが言っている健康の社会的決定要因という考え方とよく似ています。この要因は全部で10個あり、ここには労働も含まれています。



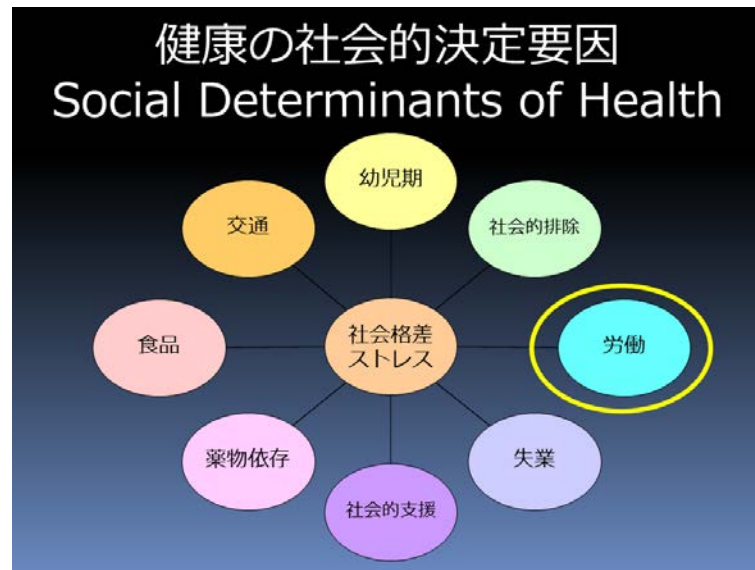


図 8

労働によって健康が阻害されることは、国際的にもわかってきていますが、糖尿病の患者さんも同じだと知りました。

次に、この全人的医療でお話ししたかったのは、Narrative Based Medicine (NBM) のことです。家庭医療学の分野に興味を持っている方は、聞いたことがあると思いますが、患者さんの物語を聞いて、そこから病気の背景とか人間関係を理解して、全人的な医療を行うという考え方です。

NBMには「無知の質問」という診察法があります。患者さんが「頭痛が痛いです」といって受診すると、普通だったら頭痛のタイプを分類するために、「随伴症状はどんな症状がありますか」とか「どんなときに誘発されますか」とか、それから「どのぐらいの時間続きますか」とか、きっと質問しますね。

NBMだとちょっと角度が変わって、患者さんが頭痛について、主観的にどう受けとめているか。病気、頭痛によって、どういう生活の不自由をこうむっているかということのをいろいろ聞き出そうと、患者さんに物語を語ってもらいます。

「あまり頭痛のことはよくわからないから、いろいろ教えてください」という感じで、患者さんにいろいろ質問します。それが無知の質問と言うのだそうです。

これを実際に実践している先生のお話を、先日聞きました。

富山県の砺波市(となみし)にいる佐藤伸彦先生です。この先生はそのものずばり「ものがたり診療所」の所長で、在宅医療、在宅で患者さんの看取りをしています。



自宅にいて、看取りの近い患者さん、その人の社会関係、とくに家族関係、人間関係がどうなっているか、その人がどういう生き立ちで、どういう人生を歩んできたかをいろいろ聞いて、その人の最期のケアをよりよいものにしようとして取り組んでいます。

佐藤先生のお話のなかには、「命」と「いのち」という話が出てきます。漢字の命は生物学的な命です。平仮名の「いのち」は心理的・社会的な「いのち」を表します。

心理的というのは、患者さんの生きがい、QOLのことですし、社会的な命というのは人間関係です。人間関係のなかで、その人がどういう人生を歩んでいるかということです。そういうことを丸ごと理解して、ケアをしようというのがNBMの考え方です。

在宅医療のお話をもう少し続けたいと思います。私の病院と同じ法人にある北海道・江差診療所の大城忠所長が、去年『ここで一緒に暮らそうよ』という本を書きました。



図 9

研修医と一緒に地域医療に取り組んだことを書いた本です。そのなかに出てくる研修医を紹介します。



図 1 0

この研修医は、江差に来て初めて、患者さんを自宅で看取りました。2年目の女医さんで、患者さんは多発性骨髄腫の末期の方です。患者さん自身が最期を自宅で迎えることを希望して、自宅に帰ってきて、たまたま研修に来ていたこの先生が担当しました。そのことを書いた、本の一部を紹介します。

この地域で迎える終末期を考えるたびに思い出すことがある。

若い研修医が担当した患者さんと家族のことだ。

「末期がんで、最後に家に帰りたがっている」そう函館の専門医から紹介された。

患者さんが自宅に退院してから2～3日がたったころ、表情が良くなった。

研修医は、函館で覚えたイカ踊りを踊ってみせた。

患者さんは、イカ踊りの研修医を楽しみに待つようになった。

退院後10日目。往診に訪れた研修医に、患者さんが言った。

「もう、今日か、明日だと思うんだ。ありがとう」

「満足ですか？」研修医がきいた。

「満足だ」そう答えた。

11日目の朝、静かに息を引き取った。

最後の数日間は、痛みが出たりして、治療は大変でしたが、11日間という短くも濃厚な研修になりました。

本を書いた大城所長は、名前でおわかりのように沖縄出身です。北大を卒業して、北海道にそのまま残りましたが、ご両親が沖縄の嘉手納にいます。

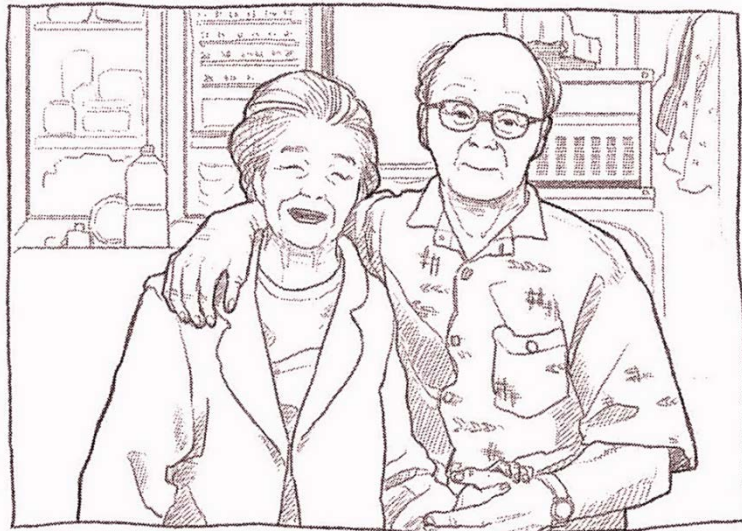


図11

もう80を過ぎて大分弱ってきたので、月に1回、ずっと何年も沖縄通いを続けてきました。北海道の江差から沖縄の嘉手納だと、片道11時間ぐらいかかります。

去年あたりから90を超えたお父さんが大分弱ってきて、往診でお世話になっている民医連の沖縄中部病院に入院しました。いよいよ最期というところで、ご本人もご家族も自宅での最期を希望されて、自宅に戻りました。

病院の職員が、自宅の2階に車椅子ごと運んでくれました。看取りを迎える時、自宅の部屋には人があふれかえりました。かかりつけ医の先生も、訪問看護師さん、ヘルパーさん、それから家族の方もみんな看取りの部屋に集まりました。

最期を迎えたお父さんは沖縄の古典音楽の歌い手で、もう亡くなるというときに、自然と歌が出てきました。沖縄の人は、歌とか踊りが好きですけども、さすがに看取りの場面で歌が出てくるのは、そうそうないことです。

もう1人、紹介したい患者さんがいます。それは私の母です。札幌でひとり暮らしをしていましたが、5年前に認知症が出て施設に入りました。去年あたりから、いよいよ食べられなくなり、民医連の札幌西区病院に入院させていただいて、点滴とリハビリをうけていました。

大分弱ってきたので、日中でも、うとうとしてほとんど目を開けません。家族が行ったり、食事になると、ちょっと目をあけます。表情も普通に戻り、ふっと昔の母に戻ることもありました。

帰り際に「さようなら、また来るからね」とか言うと、ぼろぼろっと泣きだします。「どうしたの」ときくと、ボソッと「さびしい」と言います。認知症の場合は、人間関係というか、そういうものがきっと最後の社会との絆、つながりになるのだと思います。

私は、小さいときにたいそう手のかかる子どもでした。その時のままで母の目に私が映っているのかもしれない。そういう記憶のつながりがあるのだと思います。



図 1 2

認知症については、昔から興味があって、今から25年ぐらい前、熊本県の国立菊地病院に見学に行きました。日本で初めて認知症の専門病棟をつくった病院です。院長の室伏君士先生に病院を案内してもらいました。





熊本県 国立菊池病院（室伏君士院長）

図 1 3

まずびっくりしたのは、認知症病棟の広さです。病棟のホール、患者さんが食事をするホールだけでもバスケットコートぐらいの広さがあります。広大なホールに、主に女性の患者さんが点々と座って、よく見るとお互いに隣の人同士話し合っています。



図 1 4

ある人は自分の家族の話をして、ある人はまた自分の家族の話をする。当然話がかみ合わないのですが、お互いに自分の家族だと勘違いして話をしているようです。「それでいいんでしょうかね」と室伏先生に聞くと、「それはそれでいいですよ。お互いに勘違いしても、安定して話ができる関係があれば、いいですよ」と言っていました。

廊下を見ると、トイレの前に赤い大きなちょうちんがぶら下がっていて、「便所」と書いてあります。「これは何でしょうか」と聞くと、「夜になると暗くなるでしょう。そうすると、認知症の人は判断能力が落ちますので、これにポッと灯がともるのです。小さく『お手洗い』とか『トイレ』と書いてあるのではなくて、『便所』と書いてあると、どこからでもわかります。患者さんにとってはよい目印になります。赤いちょうちんだと、とくに男の患者さんはすごく安心します」そんな話を室伏先生はしてくれました。



図15

認知症のケアで大事なことは、「安心・安定・安住」の3つだと、室伏先生は著書に書いています。「安心」というのは心の「安心」です。「安定」というのは人間関係の「安定」。「安住」というのはまさにそのとおりで、住まい、住むところがなじみの環境という意味です。

こういうことを室伏先生に教えていただきました。認知症のケアの基本、「安心・安定・安住」は患者さんの心の問題です。そう考えると、先ほどからの話、Narrativeな医療、物語を通して患者さんの心、人間関係を知ることと何かつながっているなと思います。

佐藤伸彦先生の話と、室伏先生の話はつながると思うと、自分のなかでいろいろなものが結びついていきます。

この全人的医療の話をするときに、どうしても触れておかなければならないのがチーム医療のことです。医者一人では、なかなか患者さんを多面的に見られませんが、チー

ム医療になると、患者さんのことはいろいろわかってきます。医師にとってチーム医療、スタッフの力は医者能力を2倍にも3倍にもしてくれる魔法の杖だと思います。

チーム医療のことで言うと、例えば、うちの病院はいろいろな病院から患者さんが薬を持って入院してきます。A病院の薬、B病院の薬、C病院の薬、患者さんはいろいろな病院からもらっている薬を持ってうちに入院してきます。そうすると、もう薬の量だけでものすごい量です。それを薬剤師さんが一つ一つ全部細かく調べて、この薬とこの薬は相性がよくないとか、これは多過ぎるとか、いろいろなことを教えてくれます。薬剤師さんがいないと、もう医療の連携は成り立ちません。だから、薬剤師さんには本当に助けられています。

スタッフへの感謝というのは、いつも忘れないようにしているのですが、薬剤師さんだけじゃない、看護師さんとか、リハビリのスタッフとか、ソーシャルワーカーとか、いろいろな人が病院で働いていますね。研修医のときから、そういう人たちの力を借りることを身につけていると、ものすごく役に立つというか、自分にとってプラスになります。

民医連のチーム医療にはいくつか特徴があります。ひとつは患者さんのことを一番に思っている職員が多いので、「患者のために」と言うと、大体どの人も話を聞いてくれます。「患者のために」と言われると聞かざるを得ないというか、そういうところがあります。

もうひとつは、誰とでも気軽に話せることです。先輩の医者でも、何かの役職についている人でも、割と気軽に話ができます。

つまり、患者さんのために気軽に話せる組織文化、これが民医連の特徴といえます。この組織文化が根づいているのが民医連のチーム医療の大きな特徴です。

こういう組織ですので、風通しがいいと、若い職員がかなり生き生きとします。青年職員が中心となっていていろいろなことをやっています。北海道の釧路から始まった平和自転車リレーというとりくみがあります。何をやるかという、平和を訴えながら自転車をリレーするという、名前通りのとりくみです。それが日本全国いろいろなところに広がって、民医連の夏の恒例行事みたいになっています。うちの病院でもこれをやってい



て、若い研修医が実行委員長になると、おおいに盛り上がります。やっぱり私のような年寄りも参加させてもらっています。これも風通しがいい組織文化の成果です。



図 1 6

チーム医療には、急性期のチーム医療と慢性期のチーム医療があります。急性期のチーム医療は、医者がリーダーになってチームを統率します。救急とか手術等の場面でこのチーム力が発揮されます。

チーム医療はもう一つあって、慢性期、回復期のチーム医療です。これは患者さんを多角的、多面的にみるためのチーム医療ですから、医師はリーダーというよりはチームの一員です。チームの一員として、チームメンバーと一緒にディスカッションすることになります。私の病院はどちらかという、この慢性期、回復期のチーム医療を得意とする病院です。

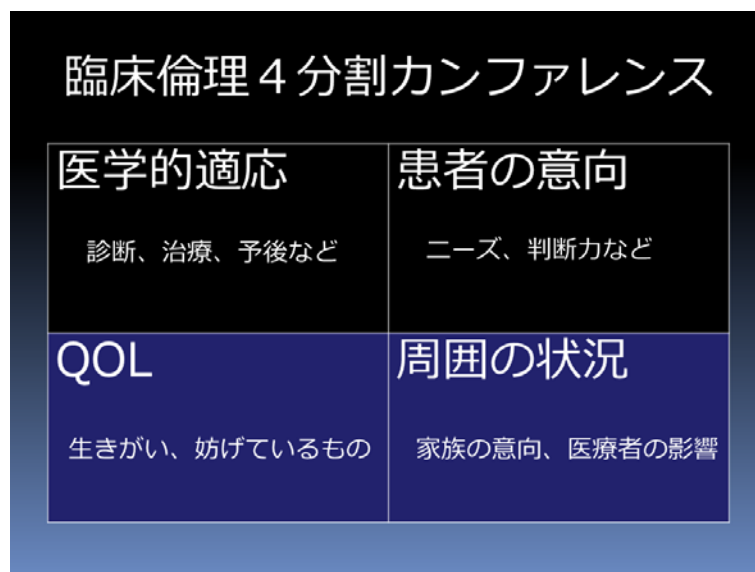


図 1 7

実際に慢性期、回復期のチーム医療でどんなことをするのかという例を挙げます。

臨床倫理 4 分割カンファレンスという問題解決法があります。わけのわからなくなったケース、どこに、どういう問題があって治療がこじれているのかわからないケースのときに、いろいろなスタッフから意見を集めやすくするために、こういうカンファレンスをします。患者さんの問題点を医学的な適応、患者の意向、QOL と周囲の状況と 4 つに分けて整理をします。

医学的な適応は、診断、治療だったり、病気の予後だったり、それから患者の意向は、患者さんのニーズ、そもそもその人には判断能力があるのかどうかという問題、QOL は生きがいの問題だったり、その生きがいを妨げているものが何か、最後に周囲の状況は、家族の意向だったり、スタッフと患者さんとの関係の問題とか、そういうことを取り上げて整理します。

実例を紹介します。この人は 70 代の女性で、在宅で訪問診療を受けている方でした。車椅子介助で、変形性膝関節症があり、膝の痛みが非常に強くて、膝は屈曲位で拘縮していました。

この方の食欲が落ちて、3 カ月で体重が 10 キロ落ちました。何か病気が隠れているのではないかとということで、入院していただきました。

患者さんは、決まった時間に食べさせられる病院の食事習慣が苦痛で、自分のペースで食べたいと思っていました。一日も早く家に帰りたいというのが患者さんの一番の希望です。

QOL、患者さんの生きがいですが、これが非常にわかりにくくて、「食べたい」と言う割には、介助しても食べてくれないということもありますし、それから「痛いのが嫌」ということで、ベッドから車椅子に移るとか、いろいろなケアを拒否します。

手に負えない患者というふうに一見見えたのですが、この患者さんを担当していた1年目の理学療法士が、臨床倫理カンファレンスのときに、こう指摘しました。

患者さんに対する介助の仕方がばらばらで、看護師さんのやり方、ケアワーカーのやり方、リハビリスタッフのやり方がみんなそれぞれ違う。だから、ある人がやってくれと痛くないけれど、ある人がやるとすごく痛いということが現実には起こっていたのです。

もう1つは、前もって声をかけないで、いきなり「はい、移るよ」みたいな形で、一気にやるものですから、患者さんとしては、なかなか自分の心の準備ができないということ。

食事が三度、三度決められた時間なので、自分のペースに合った食事にならないと患者さんが言っていたことを、この1年目スタッフが教えてくれました。

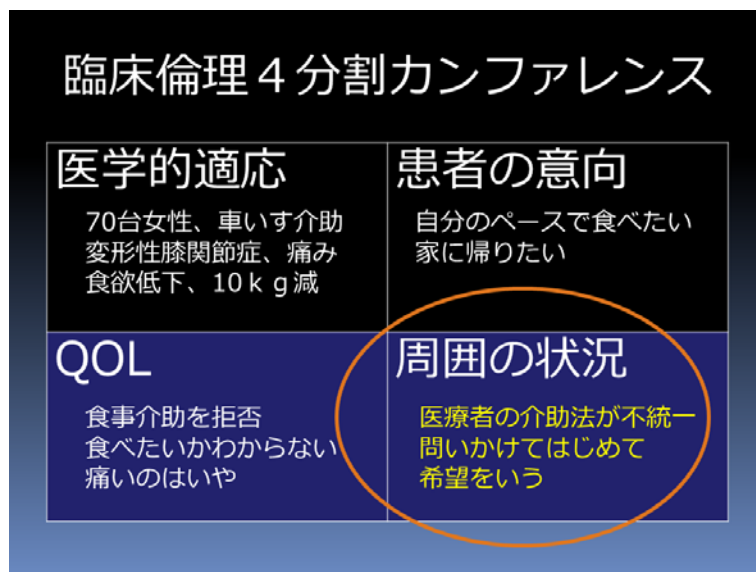


図18

結局、問題は私たちのほうにあったということです。だから、食事を5回食、6回食に分けて、食べたいときに食べるようにしたり、介助方法を統一したり、何かするときに必ず患者さんに声かけをして、確認してからやればよかったです。

そういうふうにかつての方法を変えて、1カ月ぐらいで、体重が10キロ増えて元へ戻り、無事家に帰れました。問題はむしろこちら側に、私たちの側、ケアする側にあったということです。

この臨床倫理4分割カンファレンスは『治療』という雑誌の1月号に紹介されています。勤医協中央病院にいて5年目になる勝田琴絵医師が書いていますので、ぜひ読んでみてください。

チーム医療の大切さを教えてくれた患者さんをもう一人紹介します。

この方は、在宅の訪問診療でずっと診ていた方です。50代の女性で、関節リウマチがもともとあって、脊髄損傷で下半身麻痺にもなっています。

往診中の在宅で仙骨部に褥瘡ができてしまいました。訪問看護師が一生懸命治療をしてくれて、大分褥瘡は小さくなったのですが、どうしても頭方向に向かうポケットがよくなりません(図19)。



図19

その方向に皮膚がズレる力、せん断力が働いているのではないかと考え、訪問看護師ともいろいろ相談したんですが、どうしてもその方向に力がかかっているのか、わかりませんでした。

ベッドで頭をちょっと起こしたときに、お尻が下にずれるのではないかと、いろいろなことを考えて対策を打ちましたがだめでした。

あるとき訪問リハビリを担当する理学療法士に言われました。「ベッドから車椅子に移るときに、この人はリフトを使っています。リフトにはスリングシートという患者さんを包み込むシートを使います。そのシートのへりが問題かもしれません」と言われました。

「ええっ、何それ？」話をきいてもよくわかりませんでした。「写真を撮って、見せてください」と言って、撮ってもらった写真がこれです。

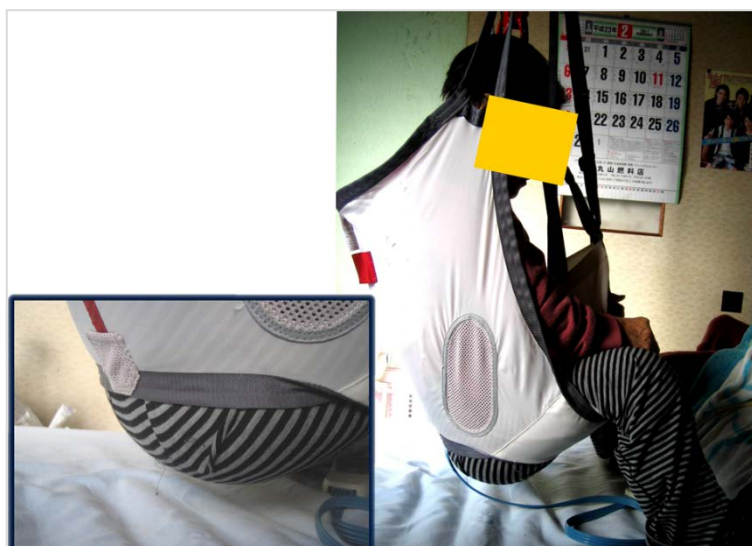


図 2 0

シートに包んで吊り上げたときに、ぽっこりお尻が出ています。シートのへりが、ちょうど褥瘡にあたっていました。シートのへりで、褥瘡のまわりが持ち上げられて、せん断力が働いているようでした。

吊り下げのシートを大きなものに変えてみました。



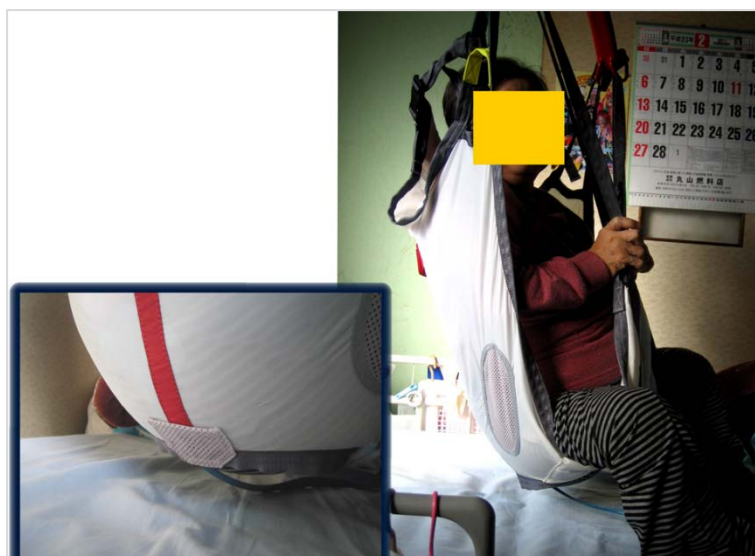


図 2 1

褥瘡を全部包み込むようなシートに変えてみたのです。それから1年ちょっとで見事に褥瘡が治りました。手術をしないで、シートを変えただけで治りました。



図 2 2

在宅医療でもチーム医療が大事なのだと、非常によくわかりました。いろいろな人の意見を聞いて、治療の参考にすることは、在宅でもすごく大事だということが、この患者さんを通してわかりました。

さて、最後は、医者として社会にかかわる、「大医」についてお話をします。医者としてできる社会的な活動、社会的な貢献は何なのかというお話です。

私は、先ほどからお話ししているように、リハビリの医者です。リハビリは患者さんを社会に帰す、社会復帰してもらうのが仕事です。帰るべき社会の側に、患者さんの障がいに対する理解がないとうまくいきません。帰るべき社会の側に条件が整備されていないと、社会復帰がうまくいかないこともよくあります。ですから、リハビリの仕事をやっていると、社会との関わりが非常に大事になってきます。

そのことを事例を通して紹介します。この方は患者さんの了解を得て写真を載せています。



図 2 3

お名前は仮にAさんとします。Aさんは、もともと小学校の先生でした。階段から転落して、頸椎損傷、四肢麻痺になりました。

東京の病院でリハビリを受けて、その後うちの病院に移ってきました。函館に来たときは、まだ手がうまく使えず食事を自分で食べられませんでした。ベッドから起き上がることも歩くこともできない状態でした。うちの病院でもリハビリをつづけて、何とか肩ぐらいまで腕が上がる、その範囲で口に手を持っていたり、字を書いたりできるようになりました。ゆっくりですが、字を書けるようにもなりました。杖を使って、何とか歩けるところまでいきました。

この方は小学校の教師として職場復帰する希望を持っていました。それでも、リハビリはここまでが限界、つまり、肩までしか腕が上がらない、杖でないと歩けないという



のが限界でした。ここまでしか回復できなかったのです。それでも何とか学校に復職できないかということで、校長先生や教育委員会と話し合いました。

話し合いを通して、学校に戻るときの障がい、ハードルになることが2つに絞り込まれました。

ひとつは、腕が肩までしか上がりませんから、黒板に字を書けないことです。上のほうまで書かないと、子どもたちには見えません。これが問題点に上がりました。

ところが、学校には今、オーバーヘッドプロジェクターが置いてあります。肩より下、手元だったら書けます。だから、オーバーヘッドプロジェクターを使えば、ちゃんと授業ができるということを医師の意見書に書きました。

もうひとつ、緊急時に子どもたちを避難誘導できない。緊急時というのは、地震とか火災です。そういうときに、子どもたちを避難誘導するのが教師の仕事ですが、これができないのではないかと言われました。

たしかに先頭に立って子どもたちを誘導できないけれども、大声で、こちらの方向に逃げなさいとか、あっちに行きなさいということは言える、さらに避難から遅れる子どもを保護することができます。教師の役割分担で「足の早い先生は先に避難誘導するけれども、足の遅い先生はこのような形で役割分担できるんじゃないですか」と、これも意見書に書きました。

最終的に教育委員会が復職を認めてくれました。今年の1月から学校に戻り、今も教師として復職して働いています。

多少の障がいがあっても教師が働ける学校は、障がいを持った子どもたちを受け入れる条件も整ってくるでしょう。環境が整備されて、障がいをもつ人への理解も広がります。この方の職場復帰は、障がいを持つ子どもたちの希望にもつながってよかったと思っています。

ちょっと違う話ですが、私が医者になったころ、今から30年ぐらい前のことです。JR、当時は国鉄と言いましたが、その頃の改札口は人が通るだけで、車椅子が通るところではありませんでした。階段しかなくて、エレベーターも、エスカレーターもありませんでした。ですから、30年ちょっと前は、生まれてから一度も列車に乗ったことがない車椅子のかたがたくさんいました。

そういう人たちをボランティアの力で列車に乗せて旅をしようという企画、ひまわり号というとりくみが全国で始められました。



図 2 4

1985年に札幌から余市に向かって、障害者専用列車のひまわり号が走り、私もボランティアで参加しました。北海道で初めての障がい者列車です。行き先はNHKドラマの「マッサン」で有名になった余市です。ニッカの工場にも行きましたが、余市には海があります。地元の方々が砂浜に板を敷きつめてくれて、ボランティアの力で砂浜から海辺まで患者さんを連れて行きました。余市の海岸は、生まれて初めて列車に乗り、生まれて初めて海辺に行った人たちの歓声にあふれていました。

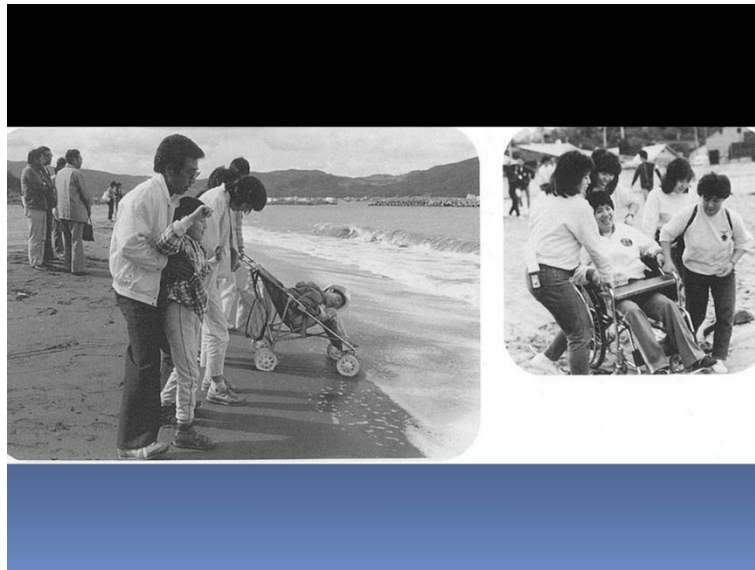


図 2 5

それから30年経ちました。今はJRの新しい駅には、ほとんどみんなエレベーターがついています。札幌には地下鉄が3路線あります。最初のころは、やはりエレベーターはありませんでしたが、ひまわり号のようなとりくみがあり、今、札幌の地下鉄駅は全部にエレベーターがついています。札幌は、障がい者に優しいまちになりました。30年前のひまわり号みたいな、そういう小さなことがきっかけになって、だんだんと広がって、こういうふうになっていったんだろうと思います。

最後は、震災のお話です。震災と民医連というのはかかわりが深いので、ちょっとご紹介したいと思います。東日本大震災の話です。

震災があったのは2011年3月です。津波にみまわれた岩手県の大船渡市はリアス式の海岸で、海が湾深くまで入り込んでいます。



図 2 6

ここに大きな津波が押し寄せました。黄色い線の内側が全部津波にさらわれた場所です。私が震災後の医療支援に入ったのは2011年5月、震災から2カ月後です。民医連の人たちと一緒に、ここに支援に入りました。

震災から2か月たっても、町の真ん中には打ち上げられた船がまだ残ったままでした。私たちは、市内最大のリアスホールという避難所、この救護室担当として支援に入りました。

震災から2カ月経っていますから、患者さんと言っても、救護室には1日に数人しか来ません。ちょっとけがしたとか、風邪を引いたという人が数人来る程度でした。ところが救護室から一歩外に出ると、実は、いろいろな困難を抱えている患者さんがいることがわかりました。

二組のケースを紹介します。一組目は親子です。娘さんが障がいを持っていて、お母さんが1人で子育てをしていました。いわゆるシングルマザーです。大船渡市に年老いたご両親がいて、ご両親に手助けしてもらって子育てをしていました。

津波に遭ったときに、お母さんは娘さんを助けるのがやっとなで、年老いたご両親は2人とも津波に流されてしまいました。おじいちゃんは、孫に心配をかけないように、津波にさらわれていながら「万歳」と手を挙げて流されていったと、近所の方がお母さんに話してくれました。

津波に遭って以来、この娘さんは一言もしゃべらなくなりました。いつもお母さんにべったりくっついて離れようとしなくなりました。ですから、お母さんは体調が悪くても、なかなか救護室を受診できませんでした。娘をおいて来られなかったのです。

あるとき娘さんがトイレに行っているすきに、このお母さんが来ました。そのときまたま救護室にいたのは3年目の研修医と、若い看護師です。二人とも北海道から支援に来ており、この2人がお母さんの診察にあたりました。

いろいろご両親のお話を聞かされて、お母さんの様子を聞くと、ほとんど眠れない、なぜ眠れないかという、足がむずむずするからと言います。低栄養とストレスが非常にたくさん蓄積しているので、この研修医は、むずむず病、レストレスレッグ症候群と診断をしました。治療には薬も必要だし、ストレスを回避することとか、栄養をよくすることも大切ですよというお話をしました。医療支援チームが関係方面に働きかけて、この親子はケア付きの福祉避難所に移ることができました。そこでは娘さんのケアを受けながらお母さんも治療できる環境をつくることができました。

二組目は男女です。男性は、岩手ではなくて宮城の方です。宮城からわざわざ岩手に来ました。女性は車椅子、足の不自由な方で、男性と古くからの知り合いでした。津波があったときに、きつこの女性が動けないでいるだろうと思い、自分の車で宮城から駆けつけました。案の定、玄関で座り込んで動けなくなっていました。おぶって車に乗せて、このリアスホールに避難してきました。しかし、車椅子なので、リアスホールのなかで生活するのがすごく大変でした。周りの人に迷惑をかけると考え、ホールではなく、前の駐車場の車の中で2カ月間生活していました。その間お風呂には一度も入っていませんでした。ウェットティッシュで足を拭くだけという生活だったそうです。

私たちはこの話を、たまたま救護室に来た、この男性から聞かされました。駐車場に行き、女性に会って、「ああ、そのとおりだ」ということで、これも関係方面にかけ合って移動入浴車を手配してもらいました。会った次の日にはお風呂に入ってもらい、この女性も、先ほどの親子と同じケア付きの福祉避難所に入ることになりました。

医療を受けたくても受けられないというか、受診したくてもできないという人が避難所やその周りにもたくさんいました。そのことは行ってみて初めてわかりました。

私たち民医連は、普段から自分たちの病院の周りには、かかりたくてもかかれない人がたくさんいるのだということを、よく知っています。そういう人をたくさんみてきています。そういう人たちを大事にする医療を私たちは、無差別・平等の医療と言ったり、困難な人に寄り添う医療とか言っています。それを普段からやっているのです。被災地に行っても、そういう大変な人はたくさんいるはずだと思っていました。

ですから、救護室に誰も来なくても、きっと大変な人が周りにはいるはずだと私たちは思います。実際に、そういう人はたくさんいました。こうやって、ちょっとほかの医療機関とは違う形で震災に関わるのが私たち民医連です。

民医連ならではというか、私たちならではの視点なので、何か大きな災害があったときに、もし機会があれば、皆さんも参加されて、そういうことを実体験されることがあれば、それはそれで大きな経験になるかなと思います。

今日は、小医、中医、大医という話をしましたが、優劣の問題ではありません。病気に関わることも大事だし、人に関わる全人的医療も大事だし、社会に関わることも大事、みんな大事です。

一人の医者として、そういう機会をぜひいろいろな形で持っていただいて、総合的にいろいろな形で研修を組み立てられれば、きっといいと思います。

私の尊敬する人に、加藤周一さんという方がいます。もう亡くなられましたけれども、この方は東大の医学部卒業、正確には東京帝国大学ですけど、戦前の1943年に東京帝国大学を卒業されて、何年間か血液内科の医者をやっていましたが、その後、評論家、文学者になって、そちらのほうで名を成した方です。

この方の講演を2度聞きましたが、そのなかでこういうお話をしていました。「医師は一生のうちで、1万の人たちに深く影響を与える」。

私たち医者は、人の命や健康に関わる、このことはもう皆さんもそのとおりだと思うでしょう。しかし実は、私たちの話すことや、生き方や、考え方が、もっといろいろな人に影響を与えています。だから、変なことは言えないと自分でも思います。そういうことを加藤先生に教えてもらいました。

今日は、自分の個人的な体験を通して学んだこととお話ししました。今日のお話を参考にして、皆さんがこれから医者としてやっていく手がかりになればと思います。話をきいて、少しでもまた民医連が好きになっていただければいいなとも思いました。

以上で、私のお話を終わります。どうも長い時間、聞いていただいてありがとうございました。