

みんなくりポジトリ

国立民族学博物館学術情報リポジトリ National Museum of Ethnology

1700人の村の診療所医師として働いて

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2010-03-23 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 白浜, 雅司 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.15021/00001132

1700人の村の診療所医師として働いて

白浜雅司* (代筆：松岡悦子)

*三瀬村国民健康保険診療所所長・佐賀大学医学部臨床教授

I プライマリーケア医をめざすまで

私は、佐賀県と福岡県の県境、人口千七百人の三瀬村の診療所で医師として働いています。私は中学時代から僻地の医者になりたいと思い、高校の時に島崎敏樹の本を読み、手紙を出しました。また池見西次郎の『心療内科』の本に出会い、九州大学の医学部に進みました。その後、もう25年以上も前になりますが、日野原重明さんから手紙の返事もらいました。私が卒業するときに佐賀医科大学ができ、そこにプライマリーケア医養成をめざす総合診療部ができたので入局しました。卒業の時に「心のみられるプライマリーケア医になりたいです」と書いています(写真1)。私は佐賀県で生まれ、佐賀医大に行ったときに患者さんの話すことばに親しみを覚えたことも、佐賀医大を選んだ理由のひとつです。

三瀬村の診療所に来るきっかけのひとつは、上司だった福井次矢先生が京都大学に移られることになったからです。福井先生は、現在聖路加国際病院の院長になっておられます。また三瀬村で村長選があり、村長が私を連れてきたという面もあります。それまで診療所に週に1回通っていた私に、常駐する医師として来て欲しいという村民の声があったのです。外来で診るだけでは、患者の生活が見えません。たとえばある時、救急外来に運びこまれてきた患者がいました。外来で診ていたときには、その人は海外旅行に行ってきたと言っていたので、元気なのだと思いこんでいたのです。週に1回往診すると、家族から話が聞けて患者の様子がよくわかります。その後、アメリカに行ったときにも、開業しつつ週に1回大学で教えている医師がいました。そういうのを見て、わたしも診療所に勤めつつ、大学で教えるようなことができるなと思いました。

波平先生のお話によると、福岡市の南区にある日赤病院などには三瀬村の患者がよく来てい



白浜雅司

写真1 プライマリーケアとの出会い

たそうです。昭和40年頃まで三瀬村には新しい物品があまり普及せず、古いものがたくさん残っていて、神話的世界が残る地域だったらしいのです。私の赴任後も、道路の拡張工事である神社を取り壊したことがありましたが、その後1年の内にその地域の4人の方が亡くなり、神社を壊したせいだと人々が噂しました。三瀬村に赴任した時に、古くからの事務員の方に、まず部落の顔役に酒2本を持って行くように言われました。

II 診療所での経験

診療所に赴任してから出会った例をいくつかご紹介します。

子どもが池に浮いていたとあって連れてこられました。もう瞳孔が開いていたのですが、マウスツーマウスで人工呼吸を始め、救急車で運んだら大学病院につく前に心臓が動き出しました。その子が新しい村長の孫だったので、救急セットを買ってもらいました。大学病院にいたときには最後の蘇生は一種の儀式のようなものだと思っていたのに、始めて医者素手の技術で助かる人もいるのだと思いました。

徘徊するご夫婦がいました。危ないので、昼でも薄暗いところに外から鍵をかけて出られないようにしていました。2人でちょこんと座っていて、家に閉じこめられているかのように思えました。なぜ入院させないのかとも思いました。でも、枯れていくように奥さんが亡くなられ、その後1ヶ月も立たないうちにご主人も亡くなりました。そのとき私は、これは大往生かも知れないと思いました。

道路拡張工事にあたって、大きな家を建てたとたん奥さんが病気で亡くなり、その後癌になった人がいました。僕が週に一度訪問し、後は保健師さんに行ってもらうことにし、駐在さんも巻き込み、郵便局員やクロネコヤマトの人にも頼んで、みんなで見回るようにしていました。でもやっぱり倒れて事件になりました。息子さんが飛んできましたが、息子さんの住むところでも施設がいっぱいで、引き取ろうにもすぐに引き取れない状態でした。それで最終的に皆で見ることにしようとなったのですが、しばらくして「息子のところに行きます」と笑顔で挨拶にこられました。最後までは見られなかったけれど、この村でできるだけみられたよね、ということになりました。本人の希望、家族の負担のバランスを考えて、まわりが十分お世話できたね、と言えるようなサポートができればいいのだと思います。

III 臨床倫理

84才の女性で子どもが遠くに住んでいる人がいました。1人暮らしで大丈夫だろうかとヘルパーさんが疑問を持ったので、このケースを臨床倫理の会合で話題にすることにしました。色んな関係者が集まって、最善の方法を話し合います。病気を治すのが目的

医学的適応(恩恵無害) 1、診断と予後 2、治療目標の確認 3、医学的効用とリスク 4、無益性(Futility)	患者の選好(Autonomy) 1、患者の判断能力 2、インフォームドコンセント 3、治療拒否 4、事前の意思表示 5、代理決定
QOL(人生の充実度) 1、定義と評価 (心理、社会、身体、魂) 偏見の可能性 誰がどのように決定するか 2、影響を与える因子	周囲の状況(誠実と公正) 1、家族や利害関係者 2、守秘義務 3、経済 4、施設方針 5、教育 6、法律、宗教 7、その他(医療ミス)

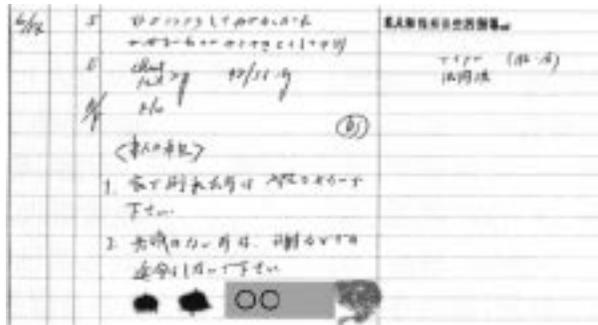
図 1

ではなく、良い人生を送ることが目的です。臨床倫理の会合では、医学的適応、患者の意向、QOL、周囲の状況の4つの側面に分けてそれぞれの側面を見落とさないようにします。(図1)臨床倫理は先端医療の倫理とは違い、日常診療の中での倫理です。患者の最善のケアを見いだすことが目的で、異なる価値観の人たちで、少しずつ模索していくしかないのです。

QOL とは何ですかと問われると、僕は人生の充実度といいます。生活の質とか、人生の質とか色んなレベルがありますが、馬の好きな人は馬に乗りたいたとか、癌の子どもたちなら松井選手に会いたいたとか、誰にでも自分の人生の証になるようなものがありますね。

ある患者さんの家で、朝玄関が開かない、どうしたのだろう、なぜ今日はデイスサービスに来ていないのだろうということになりました。近所の方は、朝7時半になぜお散歩しないのかなあと思っていたそうです。すると、その人は家の中で倒れていました。孤独死ともいえます。でもここでは、12時間か24時間で周りの人が気づくのです。そう思うと、一つの理想的な死に方かもしれないと思います。

翌日、この人の親友という人が外来に受診し、あんな死に方がうらやましい、私が倒れたら注射もしないで、入院もさせないで、と言われるので、カルテに自筆で書いてもらいました。(写真2)



1. 私我倒れた時は、入院させないで下さい。
2. 意識の無いときは、注射などの延命はしないで下さい。

署名、捺印

写真2 ある患者さんの希望

IV インフルエンザの予防接種

診療所では色々な活動をしています。インフルエンザの予防接種を積極的に行っています。人口1700人の村で600人以上、高齢者では8割が受けています。かつて予防接種を受けた人は、重症のインフルエンザをおこさないという経験があったので、村で費用を半額負担してもらおうようにしました。1人2千円だと夫婦で4千円になりますが、年金生活でそれは高いよねということになり、タダも良くないと思い、半分の千円をもらうことにしました。老人にはインフォームドコンセントは難しいと言われていますが、看護師さんと保健師さんが1時間前から公民館に行って、お年寄りに説明し、問診をして確かめた上で接種してもらっています。

V 言いたいことを言える関係

家族の中にもさまざまな考えがあります。できるだけ長生きさせたいという意見もあれば、もうここまで生きてのだからこれ以上無理をさせたくないという考えもあります。そんなとき、治療の中に家族も入ってもらい、見てもらいます。看護師さんが「お父さんは息子さんにめんどうみてもらって喜んでいるでしょうね」と言うと、家族も自分たちが何かやっているんだと思えます。そうすると、延命してほしいと言っていた人が、14日ぐらいて自分もやるだけはやったという気になるし、これ以上は大変だということがわかってきます。皆が参加できたという気になると、100%とは行かないまでも、やれることはやったよねという気になれる。皆が十分意見を聞いて言いたいことが言えれば、誰が決めるということではなく、点滴もこれ以上は絞っていきましょうと、落としどころが決まってきます。感情的な問題が大きいんですよ。同じ状態についても、そんなの安楽死じゃないかという人もいますし、いや生きながらえさせるのは拷問だという人もいます。患者の意志は表情とかで見るしかなくて、書かれたものがあったとしても、それは3年前のものかもしれない。今顔をしかめていたら、今は苦しいんじゃないかと考えるしかない。患者さんに、自分の考えを言えなくなったとき誰の考えを聞いてほしいかを聞いておくことも必要ですが、現実的にはものが言えなくなった患者さんの周りの人の意見を総合して決めていくしかない。言いたいことが言える関係が周囲にあることが大切です。

私が臨床倫理について講演に行くときには、多職種で聞いてもらうというのが条件ですが、それすらできない病院が半分ぐらいあります。看護師だけが聞いても、そのことを理解してくれない医師との関係が難しい。いっしょに相談できる場を作っておくことが大切です。患者の最後はストレスフルですから、言いたいことが言えた、聞いてもらえたというだけで患者の周りの人たちの気持ちがずいぶん違ってくるのです。

VI 医師のキャリアパス

本当におもしろいと思って地域医療をしている人は半分ぐらいだと思います。残りは、研究が終わって3年間は僻地に行かなくちゃいけないという義務で、行っている人でしょう。でも2-3年で医師が帰っていくとわかっていると、患者さんは最初からそこには行かないでしょう。本当に地域医療がおもしろくなるのは、3年目ぐらいからです。でも私も、今47才ですから、あと10年続けることは無理だと思っています。診療所では24時間対応しますし、全責任が僕にあるわけですから。次は、これまでの経験を後輩に伝えることに取り組もうと思っています。卒後2年の研修のモデルを作りたいのです。定年になってから、さらに竹富島などに移って、楽しくやっておられる人もいます。

あまり一つのところに長くいすぎると、最後は行政とぶつかります。医療がすべてになってしまって。でも僕は、医療は生活を支える一部だと思っています。行政との関係で言うと、今度三瀬村は佐賀市と合併します。組織が変わったときに、今やっていることをどれぐらい続けられるかは大きな問題です。村の合併の前後で、これまでやってきたことがどう変わるかを見ようとして、私をずっと取材してきたドキュメンタリー番組が今月放映されます。僕にとっても、この合併後のことが、最後の仕事かなと思っています。

VII 人類学に期待すること

日本の医学部の講義がますます専門に向かっていって、generalな教養の教育がなくなっています。アメリカでは、カンファランスに人類学者やソーシャルワーカーが混じって意見を述べたりすることがあります。日本の人類学の人たちも、もう一つソーシャルワーカーとかの資格を取って、現場に入っていくといいのではないのでしょうか。また、人類学の手法がプライマリーケア教育の中にほとんど紹介されていません。人類学がずっとやってきたことが、質的研究として紹介されているけれど、人類学がやってきたこととして紹介されていないのです。人類学の手法がプライマリーケア教育にもっと紹介されたら、医療者がもっと患者の社会的な背景もわかって、慢性疾患の患者さんへの指導もやりやすくなるでしょうし、何よりこんな学問分野もあるのかとわかって、興味を持ってもらえると思います。