

読者のヘイジ

特集 医療の現場からの発言

急患室で考える

市民病院 近森美子

私はこの夏の一夜、当直勤務についた。

その日は市民病院が、輪番制の救急応需日に当たっていて、急患者の多いことはある程度予想はしていたが、実際は予測を遙かに上まわって、一晚中殆んど椅子に腰を降ろす暇もなかった。救急車が何台も鉢合せをし、急患室は次々と運びこまれてくる患者さんで足の踏み場もないありさま(編者注、筆者は婦長)。いつも思うことだが、どうして住民の方は健康というものを

もっと大切にされないのだろうか。私は平素は手術室で働いているが、手術患者の大半は、環境との不適應だとか、不注意によって、むざむざと自らの身体を蝕んでおられる方が実に多いということである。

病気になるって慌てふためいて治療するのではなく、日頃からもっと予防に気を配られれば、このように急患室が満員になることなど、恐らく無くなるのではなからうか。

今年の六月、東京においてアジアでは初めての国際看護協会の大大会が開かれ、世界各国の看護婦が一堂に集った。

そこで合意をみたテーマのひとつに、プライマリ・ヘルスケアがある。それは要するに患者さんないし相談に来られた住民との最初の出会いを大切にすることであり、この最初の出会いによって、その病気や半健康の状態に影響を与えていくこととする。つまり専門家と市民との一本化によって、治療と予防の統一をはかろうとするものであり、市民の健康の自主管理の気持をもっと促がし自覚め

させようとするものである。看護婦も単に病者の看護だけでなく、患者さんが再入院を繰り返さないために、退院後の健康指導を継続的にこなすというものである。

ところがこれらの考え方は現場にはそれほど定着しているとはいえず、病院の体制も治療中心主義から脱け出ようとしていない。

私自身、それやこれやに焦りを抱いていた折から、このたび『調査季報』五四号へ市民の医療と行政』を読んで、なにかと

ても心強いものを感じた。やはり今は、各施設がてんでんバラバラなことをやるのではなく、全市民的なベース、ベクティヴのもとに、医療計画の一貫した体系が作られなければならないときがきているといえよう。

前号の特集はこれらの動向に鮮かなスポットを当てるとともに、現在各職場にどのような問題があるかを、ある程度浮彫りにして見せてくれた。特に私の場合、行政の全体性の中での自分の位置が明確になったことそして、他の職種の方がたと

連携という意味で、大きく眼が開かれた点に感謝したい。

信州の佐久診療所における住民の健康手帖については、あまりにも有名であるが(若月俊一『村で病氣とたたかう』岩波新書)、住民個々の生活歴や病歴

を詳述し、それに基づく健康管理によって病人が急減し、村の医療費が激減したという実績なども今後大いに参考にすべきであろう。従来の固定観念から脱して、いまわれわれが何をなすべきかを、五四号の特集は示唆してくれている。

医療とチームプレー

市大病院 多田雪子

医療はチームプレーであるという言葉を、一年半看護婦の仕事をしてきて、痛切に思っている。医者と医者、看護婦と看護婦という一つの職種の中でのチームワークも必要だが、ある程度大きい病院であれば医者と看護婦だけでなく、あらゆる職種の人たちとのチームプレーで病院の運営ができ、また、患者の生活が成り立つ。そのチームプレーが完全でないとき、いちば

んのしわよせがくるのは患者さんである。このことを医療従事者、病院運営者は肝に銘じておかなければならないことだろう。

病院が大きくなれば、それだけ仕事上の融通がきかなくなるということはよくいわれることだし、実際働いて感ずることが多い。相手のことをよく考え、お互いに仕事やりやすいよう一つでも問題を解決していかなければならないと思う。

病院、施設、地域社会、家庭も医療のチームプレーとしてあげられる。少し前ある新聞に植物人間について連載されたことがあった。いろいろな角度からみていたと思うが、その中で手術後、植物状態になった人が家に帰り家族が看病している事も載っていた。このような患者が家に帰るといふ事は、誰か面倒みてくれる人がいるということであるが、核家族化している都会では経済的、精神的により大きな負担になる。かといって治療を目的とした病院に長期入院していることは、病院の負担になってしまふ。そこで重要にな

ってくるのが家庭復帰までの中間施設である。脳外科病棟において医者、看護婦、ケースワーカー、家族がいちばん悩むのはこの患者に合った施設を見つけるところである。生命の維持・管理だけが必要ないいわゆる植物状態の患者や、身体の機能回復の見込みがありその訓練の必要な患者というのは、どうにか他の病院やリハビリ専門病院に行ける。が、身体の方は自分で動いても日常生活（食事・排泄・清潔等）は自分から進んでできない、他人とのコミュニケーションがうまくいかないなどの症状をもつ人たちは、日常生活の自立のできるようになるまで指導するような施設がない。どんな施設でもだめという場合、結局家族がひきとる結果になってしまう。そこで少しでも家族の負担を少なくするためには、地域の保健婦と連絡を密にすることがいちばんよい方法のような気がする。病院と地域の保健婦が連絡しあうということは、現在あまりなく、訪問看護と合わせて、活発になって欲しい分野である。

無医地区の訪問

市大病院 鈴木綾子

福島県田村郡都路村大久保地区、三七世帯、一八〇人ほどの辺りを山に囲まれた、水田と養蚕の部落である。ここには医者一人もおらず、住民は八キロほど離れた村の診療所まで出かけて行かなければならないのである。

今夏もこの部落の小学校へ検診用具を積み込んで、市大の医学部と看護学校の学生から成る赤十字奉仕団が、住民の健康調査と無料検診に訪れた。

彼らは毎年こうした無医地区を訪れ、十日間ほど合宿しながら家庭訪問や各種の機能検査を行っているのだが、この活動も今年で一九回目になるそうである。地元の協力もさりながら、病院での忙しい診療の合間をぬって、はるばる出張検診に駆けつける医師たちの厚意も、この活動の大きな支えとなっているようである。また、製薬会社でも活動の主旨に賛同して一部の試薬を無料で提供している。検査室にも毎年奉仕団から依頼

があり、数名参加しているのだが、今年から簡単な肝検査も始めるといので、私も参加させていただいた。

検診は、土曜と日曜の両日、小学校の教室を診察室に改めて行われ、中年の農家の人たちが三三五集まって来た。われわれも、にわか仕立ての検査室で仕事を始めたのだが、なにしろ持参した器具が小型で一度に沢山の検体が入らず、反応は時間がかかり、とうとう肝検査だけは、二晩徹夜の作業となつてしまい、眠気との戦いだった。検査をするには不十分な状態の中で、未来の医者たちは最後までよくがんばってくれたと思う。これらの検査の結果は、病院へ持ち帰り、担当の先生にみていただき、治療を要するとおられる人には村の医師を通して本人へ連絡がいく。

この活動を通して学生たちは互いに協力しあい、また何よりも地域社会に飛び込んでみて、ひとりひとりが、ほんとうに医師や看護婦として、人間社会に求められる存在であることを自覚できたのではないかと思う。

夜間という時間の制約の中で、詰め込み主義的な職業教育を選ばざるをえなかった私には、もちろんこのような機会はなかった。が、将来、患者に接し患者を励ます人となつてもらわなければならぬ学生たちには、専門知識を学ぶと同時に、その人となりを培ってもらわなければならないはずである。無医地区の訪問活動は、そのよい機会でもあった。今後この活動が、地域にとって、学生たちにとって実りあるものになってほしいと検査室一同も願っている。

医者のはしごと名医

教育委員会事務局 二川 徹

夏も終わりに近づいた八月三十一日の朝、母と私は「ごだま」で名古屋へと向かった。母が眼の異常を訴えたのは二カ月ほど前のことである。近くの眼科病院をたずね、緑内障の疑いがあると診断され不安になっていたとき、近所の親しい人に、名古屋に腕のよい眼科医がいると紹介されたのだ。

午後二時すぎ病院に着き、紹介状を渡し、受付をすませ、

しばらく待つと母の診察の番である。診察が終わるのを待つ間いろいろな考えが頭の中をいきかう。眼のみえない生活はどんなにかつまらないものであろうか、ここでもしよくない結果がでたら他によい医者があるだろうか、などと考えているうちに私たちが今、名古屋の眼科医に來ていることを含めて、いわば「医者のはしごと」をしている人が、実に多いことに気がついた。母の場合も三軒目である。診察の結果、横浜の医者を紹介してもらおうと四軒の医者にかかったことになる。

風邪をひいたとか、歯が痛いとかいう原因のはっきりした軽い病気の場合は別として、腰痛とか、胆のうのあたりが痛いとか、原因のはっきりしにくい病気の場合、多くの人が二軒、三軒と医者を訪れているようである。カルテと投薬の山を残しながら、運のいい人は何軒目かで良い医者にめぐり会うのだが、多くの人は診療を受けながらもなお「不安」な状態におかれているといっている。あるベテランの看護婦に聞い

た話だが、一説に病気に占める精神的部分の割合は八〇%以上であるという。この説が正しいとすると、精神的な部分の治癒がないかぎり病気がなおるはずはない。医者顔を見ただけでぜんそくの発作が止まるという話しはよく聞くことである。

保健婦からみた医療

中保健所 渡部幸子

「名医は患者が作る」ということがいわれる。患者が、信頼した医者（もちろん技術的な裏付けがあつて信頼が生まれるのだが）すなわちその患者にとつての名医なのである。このことは医者の腕と患者の信頼とが重なつて名医が生まれるということであらう。

健康に対する知識も一般的に向上したが、反面、不安も大きく、早朝に治療するため、病院に押しかける人が増え、どの病院も満員、三時間待って三分治療にも馴らされ、大量の薬を二週間から四週間分も投与されて帰る。初診時症状に加えて、再来受診の時は、吐気や胃の痛みを伴つて来る。患者と医師のコミュニケーションなど生まれる時間などあり得べくもない。

大病院は、午前中で受付けを打ち切り、開業医は一日の診療でクタクタ、往診や夜間の診療等及ばないため、急病人の場合はどうしても救急医療施設を利用せざるを得ない。そして救急医

療で応急の処置で帰宅、翌日受診しても三時間待って……。大量の薬を前に数日間苦痛に堪える事になる始末。体の不調から精神のバランスまでくずれてしまふ……。

科学万能の時代は、コンピュータ的に診断、注射、投薬は山ほど、副作用の不安など、人間の心はこの様な機械的な治療や科学万能にはついていけない面もある。保健婦として地域住民と直接的にかかわりながら感じることは、日本の医療制度がいかに診療を受ける患者のために考えられていないかということである。

たとえば、救急医療の体系をみても、一見構想は立派で機能的に見え、第一〜第三部門と疾病の種別、緊急度によって考えられていても、結果的には機構そのものがタライ回し的で患者もそれによって振り回わされることを危惧せざるを得ない。

あらゆる情報が集められシステムが綿密に組立てられているようだが、それを利用する地域住民の側からみると、たとえば第三次疾病の急病人が専門部の医

療をうけられるまでには、かなりの段階を踏まなくてはならないのではないだろうか。

もしほんとうに住民サイドで救急医療の体系を考えるならばまず現状をじかに見る必要がある。つまり救急隊の現場の人と

いっしょに関係者が自分の目で見ることによつて、患者が一刻も早く適切な医療を受けられようなものをつくりあげることである。

役所の計画はなにかにつけ資料（調査）を前に検討、推測し机上で作られるため、地域の実態とそぐわないいきりがある。

医療・保健の場合も例外ではないように思われる。何々対策と

うたわれても、その施策に乗ってくる人はわずかな人達でしかない。保健所に来ない人は、どうするかについて、果して十分に考えられているといえるのだろうか。疾病、治療にのみ焦点をあてている今の流れに対して、

予防、保健教育に行政はもっと重点をおく必要がある。

細分化と偉い人が多くなる機構いじりは、現場の小さな声をますます捕えにくいものにして

行くようである……。縦割り行政の枠の中で地域住民の悩みを共にしながら毎日動きまわっている保健婦の私、ついついもの愚痴がでた感がある。

『調査季報』は職員が自由に意見を発表し討論する研究誌です。「行政研究」への投稿も歓迎します。二〇〇字詰五〇枚でいど。

この「読者のページ」へもご投稿ください。市政、都市問題、自治体問題等、題材は自由。八〇〇字以内。

低成長の減速経済も悪いことだけを生みだすのではない。人口急増がストップしたため、本市の教育行政もようやく一息いれて、量から質への転換が計られるようになった。こうした時点での教育特集だが、本誌で教育をとりあげるのは初めてのことである。ただ今回は専ら学校施設や学校開放などハードの側面に限っているので、盾の一面という制約があるが、本市の新しい流れがこれによって知られればと思う。

△青木▽