

第1回北海道民医連奨学生学習企画

オロロン プロジェクト

2021.5.17mon 開催

困難事例学習会

～無口なKさん～

目次

第1章～生い立ち

第2章～支援

第3章～病気

第4章～その後

道北勤医協 (医学対×糖尿病グループ) presents

【今回のオロロンプロジェクトの内容は】

困難事例

困難事例とは、医療現場で実際にある医療を進める上で困難であった事例のことです。この事例を通して、浮き彫りになる患者さんの社会的背景や社会問題をディスカッションし、患者さんに寄り添うということはどういうことなのか考える機会にしたいと思います。

■奨学生の皆さんに伝えたいこと

- ・医療の現実や奥底にある社会構造的問題点
- ・患者さんに寄り添うということはどういうことなのか

■奨学生の皆さんに持ち帰ってほしいもの

- ・一人の患者さんをみる「目」（人権）
- ・自分自身がその患者さんだったら想像力（当事者意識）
- ・なんのために医師になろうとしているのか（医師像の追求）

「 無口な K さん 」

<登場人物>

■ 【Kさん：主人公】

- 年齢：47歳 性別：男性
- 病歴と医学管理：2型糖尿病
- 意識障害 → 経済的理由で治療中断
- 父～14年前に他界。

■ 【Kさんの性格】

- SOSを出せない。自分のことをあまり話さない。入院前もかなり体調が悪かったと思われるが、それを周りに伝えることができなかった。むしろ墮落している、だらしないと家族（元妻、子供、母、姉）からは言われていた。
- 自分の気持ちをあまり発信しない。「こういわれたから仕方ない」、「ダメって言われたから」、「ちょっと自分ではわからない」
- 一人で過ごすことが好きな人。しかし、病棟スタッフと関わる時など笑顔も見られる。人見知りはあるけど人と話すことを全く望んでいないわけではない。
- 自分の体調の変化、つらさなどうまく伝えることができない。そしてまわりに誤解される。それもあってか、経済的理由から2度離婚している。子供とも疎遠

■ 【Kさんの母】

- 年齢：76歳
- 病歴と医学管理：2型糖尿病
- 生活歴

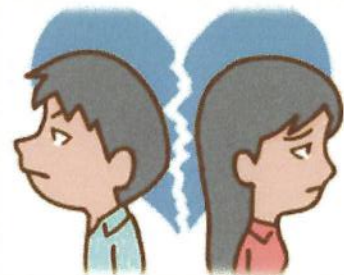
もともと生活保護受給していたが、持ち家があったため、リバースモーゲージを利用。現在は生活保護の対象から外れている。

■ 【Kさんの姉】

- Kさんの家の隣に住んでいる。
- キーパーソン。

第1章 ～ Kさんの生い立ち ～

- Kさんは、高校を卒業し、北海道内外で**仕事**（アルバイト、派遣、タクシー運転手など）を**転々**としていました。
- 本州で結婚し、子供は3人いましたが、**離婚**して北海道へ引っ越してきました。



- その後、派遣業をしながら、内縁の妻・子（中学生）と3人で暮らしていましたが**働けなくなり家庭内別居**状態になりました。



■《2020年2月》

- スーパーで買い物中に**意識がなくな**って倒れて札幌市にある総合病院に入院になりました。



- しかし、**経済的理由から早期退院**しました。退院後も体調不良が続き働けなくなってしまう。



■ 《2020年5月》

- 働かず家にずっといると、妻からお互いに別れて実家に帰ることを提案されます。荷物を処分するため、本人が車で運んでいたところ意識がもうろうとして**交通事故（単独事故）**を起こしてしまいました。その後、内縁の妻が荷物をほとんど処分してしまい、家を出ることになりました。



- その後、**体調不良が続いて**いましたが、保険証、財布、キャッシュカード、携帯、通帳など最低限のものだけを持ち、バスやタクシーを使って何とか実家に帰ってきました。
- 実家に帰ってきてからも**体調不良が持続**しており、**何とか一人でトイレ、入浴**などは行えますが、すり足気味で歩行もおぼつかない状況です。Kさんのお母さんも高齢でKさんのお世話を疲れてしまいました。

■ 《2020年6月》

- 外来に定期受診していたKさんのお母さんから相談がありました。「息子（Kさん）は**内縁の妻に愛想をつかされて**しまい、**半ば無理やり追い出される**形で家を出ました。2日前に帰ってきて、家にいるんですが**糖尿病で、ほとんど動けない**んです・・・」

『お金がないのですが
こちらで診てもらえない
でしょうか。』

【ディスカッション①】 (15分)

- Kさんにどんな印象を持ちましたか？
- はたしてKさんは受診することができるのでしょうか。次の展開を想像してみましょう。

第2章 ～ Kさんへの支援 ～

- Kさんは、お金はほとんど残っておらず、体調的に**復職も困難**な状況でした。
- 医学管理先は、K内科クリニックで2020年1月に**2型糖尿病**の診断を受け、2月に**意識障害**でT総合病院に入院しています。しかし、**経済的理**
由から通院を中断してしまいました。

- しかし、住所を移した実家（母の家）は**リバースモーゲージ**を利用しているため、本来は住所を置いてはいけないことになっています。
- お母さんはリバースモーゲージで収入を得ていたため**生活保護申請ができない**と市から言われてしまいました。

- Kさん本人としては、アパートに引っ越し、そこに住所を移して**生活保護を申請**しようと考えていました。

- しかし、今の体調では一人暮らしは難しく、住所を移すことも生活保護を申請することもできないため、**無料低額診療制度**を利用して受診することになりました。

【レクチャー】

■ リバースモーゲージ・・・ ※別紙参照

■ 無料低額診療制度・・・ ※別紙参照

■ <<2020年6月末>>

■ **無料低額診療制度**を使って医療費免除を受け、N
医師予約外来受診。2型糖尿病の血糖コントロール目
的で翌週入院することが決まりました。

が、しかし、、、



■ Kさんは、薬局で立ち上がった時に倒れてしまい、その
まま**即入院**となってしまいました。

第3章 ～ Kさんの病気 ～

■Kさんの病気について・・・

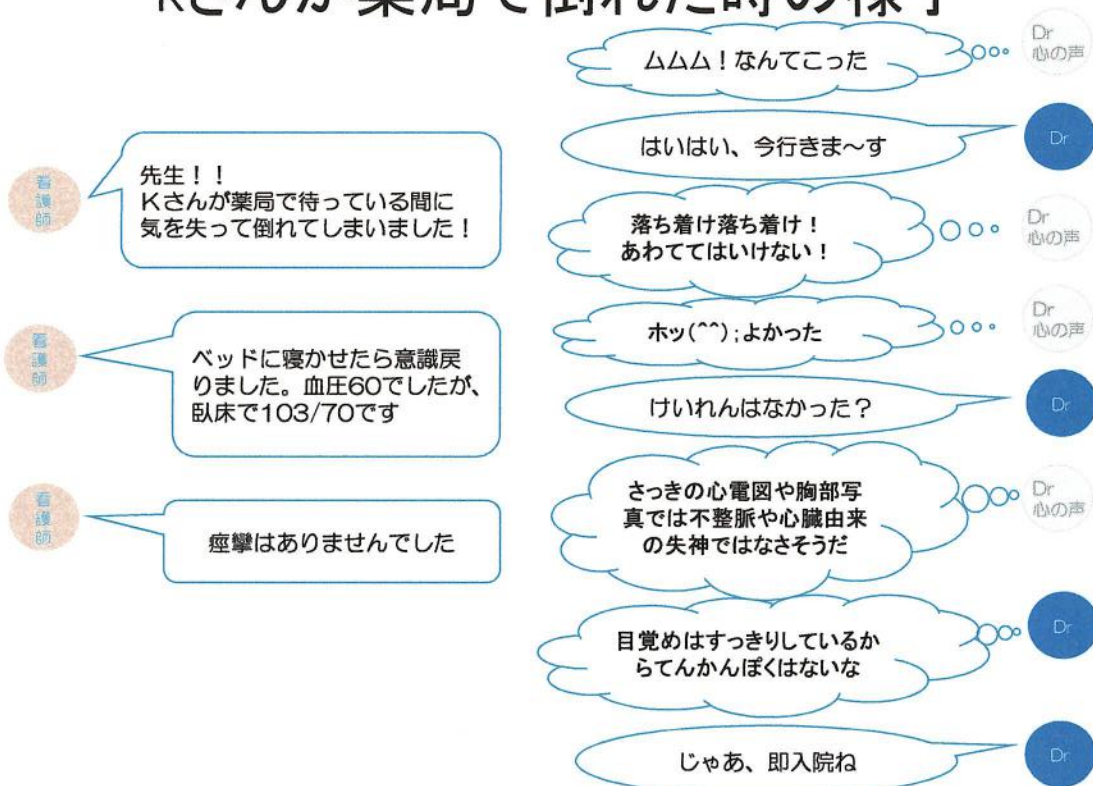
病歴

- 2020年1月 糖尿病の診断で札幌のK内科クリニックに通院
- 同年2月スーパーで買い物中に意識消失発作を起こしT総合病院に搬送
- そこで2週間入院
- 退院後はK内科クリニックに通院するが中断
- 家庭の事情で母の家に転居

病歴その2

- 糖尿病のコントロールを求めてK内科クリニックの紹介状をもって母と姉に付き添われて受診
- 初診時、随時血糖 405 mg/dL HbA1c 12.6%あり、血糖コントロールのため入院予約とする
- その他の検査は異常なし
 - 心電図 洞調律 75/分

Kさんが薬局で倒れた時の様子



自律神経

脱水を補正して血糖をコントロールした後に検査

ここがみそ

起立試験

	臥位	起立直後	2分		臥位
血圧	143/72	77/52	78/56	起立保持不能で中止	96/58
脈拍	70	79	82		80

これだけでもいいんだけど
頻脈にもならないしね

坐位試験

	臥位	坐位直後	5分	7.5分	10分	12.5分	15分	臥位
血圧	132/48	100/56	75/54	76/55	72/51	69/50	62/52	86/58
脈拍	86	85	81	79	80	80		

起立性低血圧による失神で
間違いはないだろう

心臓

• 心エコー検査

左室のasynergyなし
EF 68% 収縮能良好
左房及び左室の拡大なし 右心系の拡大なし
弁の狭窄なし 拡張障害所見なし
心エコー上異常なし

• ホルター心電図

基本調律は洞調律 心拍数 59~97/分 平均 71/分
心室性期外収縮 単発 1個/日
上室性期外収縮 単発 3個/日
2秒以上のポーズなし
STの有意な変化はない

心臓は大丈夫だ

糖尿病

HbA1c 12.6%

抗GAD抗体 <5.0 U/mL (陰性)

→2型糖尿病

グルカゴン負荷試験

CPR 1.73→4.08 \triangle 2.35 ng/mL

空腹時血糖 140 mg/dL CPI 1.24

→ β 細胞の反応は悪くない

<合併症>

網膜症: 状態悪く眼科受診できず 眼底カメラでは異常なし

→網膜症はなさそう

腎症 : 尿蛋白(-)

尿中アルブミン/Cr 4.9 mg/gCr

アルブミン排泄率 1.53 μ g/min

eGFR 63 mL/min/1.73m²

→腎症はない

脳MRI

- 年齢に比較して両側小脳は萎縮しています
- T2WIで橋に線状高信号があります
- 両側大脳半球に萎縮は認めません
- 拡散強調像上、明らかな高信号は認めません

まとめ①

起立性低血圧の鑑別

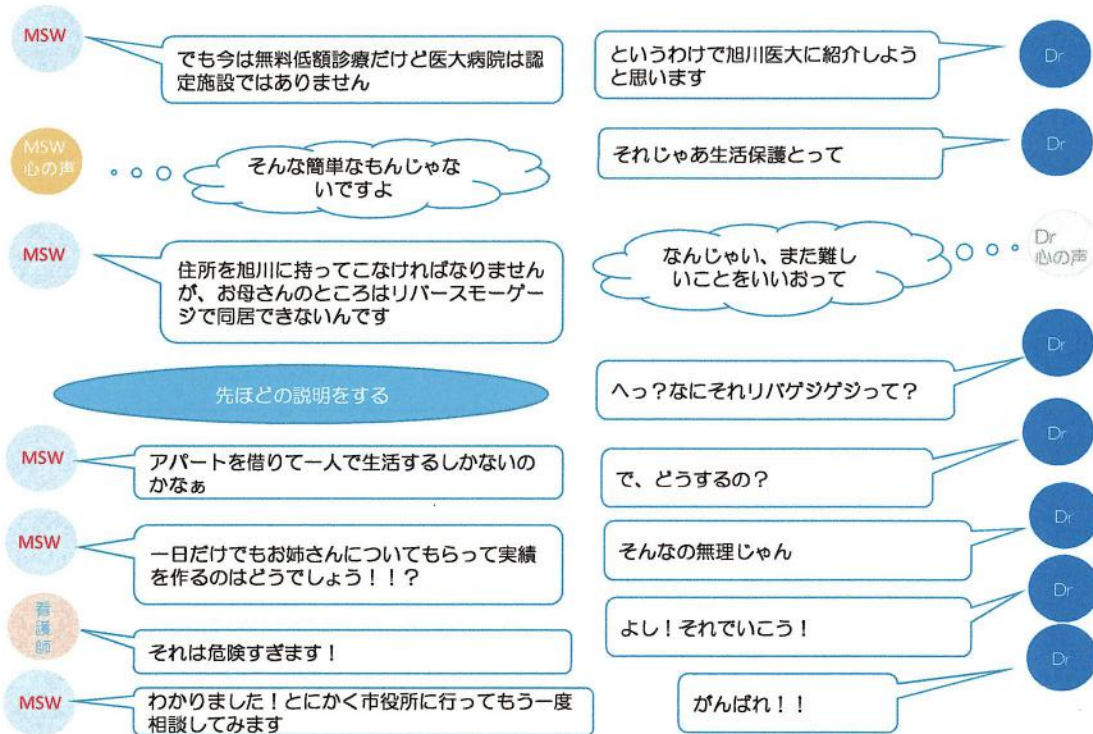
- 高血糖による脱水
 - 脱水補正と血糖コントロールしても起立性低血圧は続いた
⇒ 否定的
- 糖尿病神経障害による自律神経障害
 - グルカゴン負荷試験の反応はよく、β細胞の枯渇による高血糖ではなく、治療中断による血糖コントロール悪化である
 - 糖尿病神経障害による自律神経障害を引き起こすほどの罹病期間はないのでは
 - 体性神経の障害はなく腎症やおそらく網膜症などの合併症はない

⇒ これも否定的

まとめ②

- 以上から糖尿病による起立性低血圧は否定的
- 不整脈や心臓疾患による失神も否定的
- 脳MRIからは症候性てんかんなども可能性は高くない
- パーキンソン病を疑わせる安静時振戦や筋固縮などない
- 起立性低血圧による失神を引き起こす疾患は「純粹自律神経不全症」、「多系統萎縮症」が鑑別疾患としてあげられる
- これ以上の診断は神経内科専門の知識と技術及び設備が必要
- **大学病院 脳神経内科にコンサルトしよう！**

病棟での全職種によるカンファレンス



■**病棟での全職種カンファレンス**
の結果、MSWは、もう一度市役所に相談に行くことになりました。

シーン①

MSW

と

某市役所保護課

< 某市役所



Kさんの生活保護を申請
に来ました。

既読
10:10

いや、それは無理ですよ。だっ
て、お母さんリバースモーゲー
ジ利用しているじゃないですか。
それでは住民票の確認ができな
いんですよ。

それは、わかるんですが、
Kさんは生活保護を受け
られないと大学病院の医
療費が払えないので受診
ができません。なん
とかお願いします

既読
10:11

そう言われても困りますよ。
こちらもあるんで、、、
どうにもならないんですよ。



シーン②

MSW

と

先輩MSW

Kさんの生活保護の申請
断られてしまいました😭

既読
11:18



いやいや、何言ってるの！😡
生活保護とれなかったらKさん大
学病院受診できないんだよ。市
民が、困っている時に手助けす
るのが市役所の役目でしょ。

そうなのですが、、僕に
言われても保護課が😞

既読
11:18



もうこうなったら、病院を現住
地として申請するしかない
ね！！😡

わかりました！もう一度、
やれるだけやってみます🙏

既読
11:19

シーン③

ふたたび

MSW

と

某市役所保護課

< 某市役所



なんとか、Kさんの生活
保護取得をお願いします
m(_)_m

既読
14:08

また、来たんですか！前にも言
いましたよね。現住所を確認出
来なかったら申請できないんで
すよ。

わかっています。Kさん、大学
病院受診できないと治療ができ
ないんです。病院を現住地とし
て申請させてください。お願い
しますm(_)_m

既読
14:08

そ、そこまで患者さんのために
やるんですか、、わかりました。
上司と相談してみます。

よろしくお願いします！！

既読
14:08



< 某市役所



お待たせしました。Kさんの生活保護申請をすすめてください。

本当ですか！！！？ありがとうございます！これで、Kさん大病院を受診することができます。本当にありがとうございます<(_)>

既読
14:20

ただし、条件があります。Kさんの財産が1万円以下であればです。

わかりました！すぐにKさんのお姉さんに確認します！

既読
14:20



■《2020年7月》

- Kさんの財産が1万円以下であることが確認され、生活保護申請を進められることになったため、**大学病院の神経内科を受診**することができました。

【ディスカッション②】 (10分)

- Kさんを支える社会制度は十分なものであったでしょうか？

第4章 ～ Kさんのその後 ～

- 大学病院での精密検査の結果、**「多系統萎縮症」**の診断がつき、今後は医大病院の神経内科フォローとなりました。**生活保護も受給決定**となり、介護保険、自立支援法など活用できます。本人、家族、保護課と相談しながら療養先を検討することとしました。

《Kさんの病院での様子》

- 経済面の不安が強い
- 日常会話は問題ないが「はい」「いいえ」の答え多い
- 会話は単語レベル
- 聞くと少しずつ返事する
- 自発的な言動が少なく理解しているかわかりづらい
- 終始表情変化ない。
- どう思っているかつかみにくい

《認知機能》

■IQ67 ⇒ 平均値を下回った。

平均値 = 100 軽度知的障害 = 50~70

中度知的障害 = 35~50、重度知的障害 = 20~35、最重度知的障害 = 20未満

■Kさんは**現状を受け止め切れていない**様子もありましたが、元々の生活に戻れないことは理解していました。**「もう仕方ない」**と、あきらめの言葉も聞かれましたが**個室でプライベートが守られるところに入りたい**と話され、ある程度施設内で自由に過ごせる有料老人ホームの入所を希望しました。

■ <<2020年10月>>

- Kさんは、有料老人ホームAに入所することができました。難病の**多系統萎縮症**については、医大病院神経内科、**糖尿病**については訪問診療が入っているTクリニックに管理してもらおうこととなりました。

【ディスカッション③】 (15分)

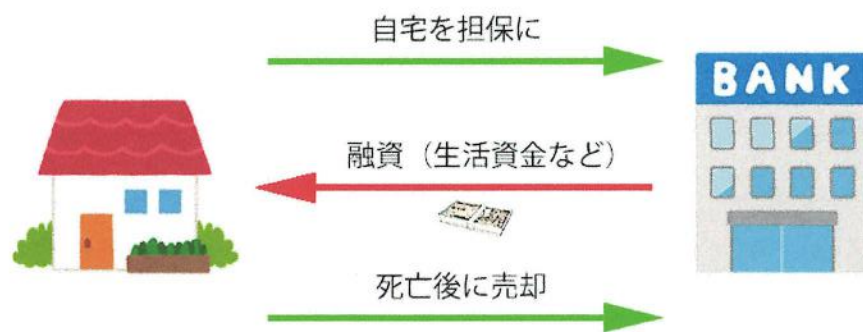
- Kさんに対する印象は変わったでしょうか？この事例から患者さんに寄り添うとはどういうことか話し合ってみましょう。

Fin

『リバースモーゲージ』 の説明

Kさんの母が使っていた リバースモーゲージについて

リバースモーゲージとは



自宅を担保にして、金融機関等からお金を借りる仕組みです。借りたお金は、死亡した後、相続人が「自宅を売却するか」「残債を支払うか」で精算します。

国（社会福祉協議会）、民間（金融機関）の2つの運営主体がある。

	国 (社会福祉協議会・不動産担保型生活資金)	民間 (金融機関)
所得条件	所得制限なし（低所得者向け）	一定の所得以上
対象年齢	原則65歳以上	55歳～
利子の負担	軽い	普通
貸付金額の制限	1ヶ月あたり30万円以内	一括で受け取ることも可能
地域の縛り	なし	あり（大都市圏が中心）
保証人	必要	不要

※生活保護制度には「**補足性の原理**」があり、Kさんの母の場合、持ち家（資産）があったため、リバースモーゲージを利用するように生活保護担当者から言われた。リバースモーゲージで入るお金と年金収入を合わせると生活低生活費以上の収入になったため、生活保護が打ち切られた。

利用するための条件

- 土地が借地でない
- 単身もしくは夫婦だけで居住
- 相続人全員の同意が必要

リバースモーゲージは、子どもと同居している場合は利用できない。基本的には、契約者もしくは配偶者が亡くなった後、すぐに担保である自宅を売却して返済することになるからである。そのため、売却に支障をきたす、他の居住者がいる場合は、利用できなくなっている。

※Kさんの事例の場合、この条件があることで住所を置けないと言われてしまった。

まとめ

- 生活保護には「世帯単位の原則」があり、生活状況を一緒にする世帯ごとの申請になる。Kさんが生活保護を申請する場合、実家で生活している母と同じ世帯として申請しなければならない。
- しかし、リバースモーゲージを使っているため、子であるKさんは同居することができない。実家の住所では生活保護の申請ができない。
- リバースモーゲージはお金を借りているKさんの母が亡くなってから、自宅を売却して返済する制度のため、すぐにリバースモーゲージの契約を切ることもできない。

『無料低額診療事業』 の説明

無料低額診療事業とは

- ・ 社会福祉法第2条第3項第9号（昭和26年法律第45号）に基づく第二種社会福祉事業として実施するもの
「生計困難者のために、無料又は低額な料金で診療を行う事業」
（戦後の生活困窮者の救済措置として制定）
- ・ 各医療機関が届け出を行い、都道府県知事の認可を得て実施

「低所得者」「要保護者」「ホームレス」「DV被害者」「人身取引被害者」などの生計困難者が無料低額診療の対象

【条件】

- (1) 生計困難者を対象とする診療費の減免方法を定めて、これを明示すること
- (2) 生活保護を受けている者及び無料低額診療の減免を受けた者の延べ数が取り扱い患者の総延べ数の10%以上であること
- (3) 医療上、生活上の相談に応ずるために医療ソーシャル・ワーカーを置くこと
- (4) 生計困難者を対象として定期的に無料の健康相談、保健教育等を行うこと

対象者の基準

- 1) 全額免除は世帯収入（貯蓄含む）が生活保護基準の130%未満
- 2) 半額免除は世帯収入（貯蓄含む）が生活保護基準の130%～150%未満
- 3) 就学援助世帯
- 4) 他、病院長の判断により必要と認めた場合

生活保護基準とはどれくらい??

例えば… (旭川市の場合)

○20~40歳 一人暮らし

- 生活保護支給額 年間 約950,000円
- **無料低額診療基準** 10割減免(130%)1,235,000円
5割減免(150%)1,425,000円

○70歳以上 高齢者2人暮らし

- 生活保護支給額 年間 約1,330,000円
- **無料低額診療基準** 10割減免(130%)1,729,000円
5割減免(150%)1,995,000円

各班発表

【1班】

Kさんについて、最初の段階ではいまいちつかめないというのもあったけど、最後の段階で理解というか、Kさんどう考えてどうしてそういう行動をしたのを知る良いきっかけになった。患者さんに寄り添うというところでは、学生と医師との見方が若干違い、実臨床ではまた違ういろんな見方があるんだなと思った。

【2班】

Kさんについてどんな印象を持ちましたかというのは、ご自身の意思を周りに伝えられなかったりSOSを出せなかったり生きにくさを抱えている人だねという話になってサポートは必要そうなんだけど、そのサポートの制度が整っているのかというディスカッションではやはり十分なものとは言えないんじゃないだろうかという話になった。今回はソーシャルワーカーの方が頑張って何とかつながったという感じで運が良かったけど、実際には死んでみつかるということもあったかも知れない。また、Kさんは医療機関につながることはできたけど、そもそも医療機関に繋がれないということもあり、そういった医療機関に繋がれない人はどうしたらいいのかという話題にもなり自宅訪問だとか民生委員や社協やボランティアの人の力を借りていくこともできるのかなと思うけど今の時代地域の中での関わりが希薄になっているので難しいのかなという話にもなった。患者さんに寄り添うとはだとかKさんに対する印象が変わったかというディスカッションでは、Kさんは軽度知的障害はありますが、経済面の不安を強く持っていたり周りの環境を意識できているので知的障害だからと言って決めてつけてしまうのは尚早かなという意見もあった。Kさんの「仕方ない」という意味するところは何なんだろうか諦めているようにも聞こえるが希望も伝えられているところもあるので、Kさんはこれは仕方ないと諦めても、やりたいことを選んで希望を伝える強さも持っているので、その強さを引き出していくということも大切だし、いろんな道を作ってその中から選んでもらう、道を広げて背中を押してあげるとすることも寄り添うってことの一つの形なのかもしれないという話になっていって。日常的に人に寄り添うということを意識していけば体現できるのかなという話にもなった。

【3班】

Kさんの最初の印象はSOSが出せなかったり周りに発信できないということが目立ってその状態で病院を探すとかお金のない状態で病院にかかるとか難しかったよねという話になった。民医連と運良く繋がって無料低額診療とか生活保護とかいろんな制度をスタッフさんの手伝いもあって使えるようになったというのがあったが、知らない制度を使えないんだとかリバーズモーゲージとか難しい制度のルールの間とか狭間にはまってしまう人も一定数いるんだなという話になった。今回は病院を住所にするという抜け道で民医連の方々が頑張ってくれたが無料低額診療をやっているとここまで患者さんのために一生懸命になれる民医連のすごさを症例から感じた。最後に患者さんに寄り添うってどういうことだろうっていうのをみんなで考えたけど治るっていう大きい希望がない患者さんに寄り添うって凄く難しいことだとなってみんなで「う～ん、どうしたらいいかなって」悩んだけど、希望を持ちづらい人に寄り添うということを医療者みんなでやっていかないと難しいことで、みんなで連携していけば一人ではできないこともやれるんだなということも勉強になった。

【4班】

最初のKさんの印象については、結構Kさんよりというか紹介された文章に引きずられたかも知れないが、中々コミュニケーション取りづらい方なのかなとかもう少し家族が支えたらいいのになという話になって仕事が不規則だから病気に関係しているのかなという話になったけど、実際に経験された仲谷先生のお話を聞くと最初はすごく陰性感情を持ったということ話をされていて、もしかすると自分も今はKさんよりに考えていたけど、最初に出会ったときは、「何だこの人は!？」って思うのかも知れないなと思って、でも仲谷先生は、その陰性感情に向き合っていく、陰性感情を否定するのではなくそれはあるものだから患者さんに何かあるんじゃないかって考えていくプロセスが大事だってということを教えて頂きすごく勉強になった。そこから制度面の話になって無料低額診療自体にも問題があるのではないとか民医連だけがやっていたらいいわけではなく、もし他の医療機関もやっていたらKさんは生活保護をうける事態にならなかったんじゃないだろうかとか、生活保護の基準自体も本当にこれでいいのかなという話にもなった。でも、今回はいろんな職種の方が関わって生活保護までなんとかつなぎとめて医大を受診できたということが本当に良かった。制度を変えればいいのか窓口の人のせいにするってだけでなく市役所の人達も今ある制度の中でやらなくてはいけない窓口の人達の気持ちも考えようとかそういう話にもなった。最後のKさんの印象がどう変わったかというところでは、最初Kさん自身の問題とか家族とか仕事が大変そうなイメージだったのが、実は認知機能が低下していたんだとか病気があったんだとか、最初はKさんの性格の問題と感じていたけど病気が与える影響とかも考えていかなければいけないんだという意見が出た。寄り添うというのは病気も含めたその人だけじゃなくてその人を囲む環境、家族だったり、住む場所だったり、制度だったりその環境についても理解することが大事なんじゃないか、そしてそこに対して医師一人じゃなくて多職種みんなに関わっていくことが大事なんじゃないかという意見が出た。難しいかもしれないけど制度を広めたり変えたり地道にやっていきたいねという話になった。その周りの環境を理解するためにもっと学生のうちにいろんな社会経験を積みたいって、患者さんの状況を理解するためにもっともっといろんな経験を積みたいって意見が低学年からも出てすごくいいなと思った。

【5班】

Kさんの印象ですが、心開くのとか打ち解けたりするのが難しそうな印象を持ったけど、問いかけとして自分の家族だったり父親だったらどうだろうという風に聞かれたらもっとネガティブな印象を出したり、自分の生活が忙しかったらそんなかまってもらえないとか率直な意見が出た。Kさんを支える社会制度がどうだったかということについては、生活保護自体は自分から申請しなくてはいけないということが結構ネックだなという話があって、自分からSOSを発信できないという人がどうやってそこにたどり着くのかというのは今回の事例を通して考えると難しい問題なのかなと思った。そもそもKさんのお母さんがリバースモーゲージじゃなければだめだったのかなというところも気になるねという話になった。本当に勤医協にかからなかったらKさんは死んでいたんじゃないかという話もでていた。そして、無料低額診療もやっているところじゃないと使えないというのが、大学病院の受診までに時間がかかった原因だということ話をした。Kさんに対する印象は、最初はみんなネガティブな印象がすごく多かったけど背景を理解したり、その人自体の特性を理解したことでその考え方とかアプローチ自体もいろいろあるんじゃないかということにつながったという意見が出た。患者さんに寄り添うというところでい

ろんな意見が出たけど家族にも理解されなかったような今までの辛さに対してねぎらいだったり、共感の言葉をしっかりしてあげるのが必要なんじゃないかなという意見だったり、今回寄り添うという言葉の難しさを実感したけど時間をかけてでもしっかり背景を聞くことが大事というところと最後までその人を何とかしてあげるということを低学年が言っていてすごくいい言葉だなと思った。医師と患者という関係でみると難しいことでも本人の意思というのは必ずあるのでこういう方でも多職種で共有して一緒に考えることで寄り添うということに繋がるんじゃないかなという話になった。将来、Kさんのような人に実際にあったら制度を教えてあげたいという意見だったり、ソーシャルワーカーに任せっきりじゃなくてしっかり学びたいという話になった。また、今回いろんな職種の方と話せたことが良かったなと思った。

2021.5.17 第一回オロロンプロジェクト
「困難事例～無口なKさん～」仲谷了医師最後の挨拶

みんな意見言ってくれるのだろうか、どんなふうに思ってくれるのか不安でした。今の発表を聞いてやったねという感じですね。すごくいろんなことを考えて向き合ってくれたと感じました。

今回の症例は、全職種によるカンファレンスや無料低額診療という様々な民医連ならではの強みを使って一人の男性を診断してケアへの道筋をつけていったという話。やっぱり民医連はすごいところなので、皆さんもぜひ私たちと一緒に頑張りましょうといった話になったら眉毛に唾をつけて聞くようにしてください。

よく民医連は無料低額診療を行って何人もの命を救っているから私達はすごい良いことをしているんだという話を耳にすることがあります。そこにあぐらをかいていると、それはこれまでの政権の失政のしりぬぐいをしているにすぎないとも考えることもできるわけです。やっていけないということではないです。うまく使うということです。ましてすべての国民が救われなければならないのに無料低額診療を使える医療機関が限られているのが実情です。やはり貧富差があってそこには歴然とした健康格差や命の格差がある。今、ライフコース疫学や社会疫学という分野が公衆衛生学を中心に研究が進んでいることは皆さんご存じのことだと思います。

ただ残念なことに私の所属する内科学会や糖尿病学会ではほとんど取り上げられません。私が専門としている糖尿病の患者で血糖コントロールがなかなかつかない人がいるんですね。糖尿病は患者教育の学問で、血糖コントロールがうまくいかないのは教育や患者指導の仕方が悪いからだと言っている糖尿病学会は言うんですね。指導する側もあの手この手を使って指導するけどなかなか良くならない。「なんで一日3食ご飯食べて薬飲むことができないんだ？」と言うと「そんなことわかっているよ。」「どうしてもできないんだ！」「どうにもならないんだよ！！」と叫んだ患者は一人二人ではないんですね。

今日の症例は軽度の知的障害がありました。IQ85～70というのは昔で言えば境界領域の人達。昔は境界領域ということで一定のサポートがあったけどIQ 70未満に限られてIQ 85～70の人は正常な人として対応しているわけです。人口の14%に及びそうです。その人たちは普段は普通に生活しています。ところが、いざ仕事をしたり糖尿病のようなややこしい病気になると療養生活送るのが非常に困難なんですね。知的障害以外にも学習障害、自閉症スペクトラム障害、注意欠陥多動性障害、発達障害の人もいます。そういったことに気づかれずに職を転々として貧困にあえいでいる人が孤独に悩む人がいっぱいいるんですね。

自己責任論の名のもとに貧困家庭に生まれた子が貧困からはい出す可能性がどんどん狭められ、貧困が固定化し次の世代に引き継がれていく。それはもはや『格差』という言葉でなく『階級』という言葉にしなければならない。アンダークラス、下層階級と呼ばれている新しい階級が増えていると警告を鳴らす社会学者もいるわけですね。私達民医連というのはそういった社会を少しでも良い方向に変えていきたいと考えているんです。所得格差とか成育歴、教育歴、ヘルスリテラシーの問題があり発達障害、知的障害が生きづらい社会。そこによってたかって搾取してやろうとする人達がやっぱりいっぱいいるんですね。臨床の場からそういう健康格差の実態を明らかにしていくということ、それを医療従事者に情報を提供していくというそこまでつっこんだ議論をしていくためには公衆衛生だけでなく実際に臨床に携

わる我々が声を上げていく必要があるのではないだろうかと考えます。そういった活動は守備範囲ではないと思うかもしれませんが。でも患者さんを通して垣間見えることはありますしそれが疾病にどんな影響を与えているのかということは我々が一番よくわかっているんですね。

社会を変える時には知識階級インテリゲンチヤの役割が大きいですよ。理論的支柱になります。でも現状は理解しているけど活動するモチベーションがなかなかでないというのが今のインテリゲンチヤなんですね。そういう人達、多くの良心的知識階級たる多くの医療従事者に対して働きかけをするのが我々の役割ではないのかと思う。

我々が声をあげることで医学そのものが発展する可能性を持っていますし医学的な活動を通して良心的階級に働きかけて社会そのものが変わりうることも秘めています。そこに関わるのが我々民医連の役割ではないかと考えます。

そして、今回の症例に関してもう1点あるんですけど、今回の準主役担当 MSW 本当に頑張りましたね。ひたむきな姿勢ですね。それを支える先輩 MSW の団結ということもさることながら何よりも市の職員の考えや行動を変えたことと市を動かしたということなんですね。それはどうしてかって言うと変わってくれると信じて疑わなかったこと何度も何度も足を運び電話で情報を共有して良心に訴えたことなんですね。つまり信頼する力、人は変わるんだという力が人を動かしてそしてそれが社会の変化に繋がっていくのではないかというふうに考えています。そういった意味では今回の症例は面白い症例だったなと思う。

医学生皆さんこれからさらに技術的な勉強をされていくと思います。その技術的な勉強がなんのために使われるのかそこはよく考えてください。新しい薬や治療法、人間の心や体の仕組みをより深く解明していくのは面白いことです。私も学会でそんな話を聞くといまだにワクワクします。同時に臨床の現場に社会との関わりが大きな課題としてあるわけですね。そんな研究も学問として成り立っていくんじゃないかと思っています。そんな活動も支えられるようにそれこそ民医連全職員力を合わせて頑張っていきたいなと思うんですね。民医連ってなんだろうって私もまだ答えがまだ見つけられていないですが、その答えの一つが今回の学習会の中にあったら幸いです。