

“私の診療所”

石川 和夫

1970年台の新生児医療は、検査室にある血液ガス分析器以外は新生児用レスピレーター1台と心拍モニター1台くらいしかなく、IRDSの救命率は非常に悪かった時代です。昭和53（1978）年に総合太田病院でNICUを開設。当時、新生児病児を診るには、『①新生児の病変に付き合えるだけの体力と ②臨床医としての洞察力 ③助けようという情熱』が必要と頑張りました。しかし、助かることが稀だったIRDSもモニター系の発達・微量採血による広範囲の血液データの習得等により救命率は上昇し、それらのデータを基にした「未熟児新生児管理マニュアル」が出版され、更に“人工サーファクタント”の発売により新生児の医療は劇的に進歩しました。「一所懸命、子どもに付き添い、子どもに聴（聴＝耳+目と心）けば、“何が必要か”は子どもが教えてくれる。」という考え方は通用しない時代になった事を悟り、開業を決断。「老兵は死なず、ただ消え去るのみ」の心境でした。昭和63（1988）年11月、太田医市師会月例会の席上「疲れたので開業しました。」と挨拶し”嘲笑”を買い、「な～んだ、皆さんは疲れて開業したのと違うのか！」と思った記憶はいまだに鮮明に残っています。

病院勤務の時代は、『開業されている先生方の最後の砦とならなければいけない。』、一方、開業小児科は『自分の実力を超えると判断したら「判らない」あるいは「私の力ではだめです」と素直に言えなければいけない』それが素直に言えないと子ども達が被害者になってしまう。そのためには『信頼できる病院を近くに持つ必要がある』。これが、実家の「内科医院」を継がずに「総合太田病院」のお膝元で開業した最大の理由です。

現在、当院で出来る検査は、溶連菌・インフルエンザ以外の検査では一般検尿のみで、検査センター依頼は年に1回有るか無いかの便培養ぐらいです。主な薬では、経口抗生物質は四種類のみ、下痢止め・整腸剤および咳を止める系の薬は置いておりません（開院時、院外薬局開設を打診したら断られました）。以上が当院医療の守備範囲と考えております。

診療所は、基本的には待合スペースと隣接した遊びのスペースおよび診察スペースのみです。その他、隔離室二部屋（裏口より入室可で他の児との接触を避けています）があります。隔離室以外を“スペース”と書いたのは、設計士さんが、雑談から当方の診療姿勢を汲み取り、図面に起こしてくれた結果です。部屋と違い廊下の一部に診察スペースが有るという考え方です。そこからは待合スペースが丸見えです。子どもは平気で出入りしています。お母さん方も抵抗無く聞き忘れたことを聞きに戻ります。診察中の医師の顔が待合スペースより見えています（実際、予防注射後に急変した時、役に立ったことがあります）。小さい子まで、入ってくるなり椅子の座る部分をくるくる回して喜んでいきます（当院は背もたれの無い丸椅子です:悪い診療所です）。子どもとの心理的な距離が近くなります。一方、診察台は壁につけていません。子どもは腹部診察を怖がります。診察台を挟んで子どもの右と左に医師と看護師が転落に注意しながら、親は顔の所で声かけ出来る位置に着きます。恐怖心を出来るだけ少なくするためです。また、診察スペースでは問診の間、母

の後ろ姿を見ながら遊べる位置にママゴトセットとおもちゃを置いています。1歳を過ぎる頃にはほとんどの子がそこに寄ってから診察になるのが普通です。そこでの行動は、子どもの“元気具合”の観察にも役立ちます。隔離に関しては、『熱のある子及びおたふく・水ぼうそうの可能性のある子は裏口より』と張り紙をしてあり、「他人に迷惑をかけるな！」と厳しく教育しております。

一方、検査は原則しません。『検査必要と考えられる場合は、太田記念病院または専門の先生へ紹介する』、これが開業以来の信念です。検査して異常があった場合、照会先では『確認のため同じ検査+α』をする筈です。子どもに恐怖感を何度も与えたくないからです。紹介して『異常なし』の場合は、「ごめんね。でも、何でもなくて良かったね。」と話をして謝り、検査結果を確認し、次の同じような症状の子の参考資料としています。以上のことでお判りと思いますが、『病気を治して貰う診療所』ではなく“チョッと寄って相談してみようか”を目指したクリニックです。しかし、“保護者（子どもを護る）としての自覚のない親”には非常に厳しいです。最近、余りにも“医者に保護者の仕事をさせようとする親”が多すぎます。何でも「ハイ」「ハイ」「それで良いのよ」が“良い小児科医”なのかどうか……。