



**第1回
福島災害医療研究会
記録集**

第1回 福島災害医療研究会 記録集

(平成24年11月8日 開催)

もくじ

■ 挨拶

福島災害医療研究会世話人を代表して／紺野 慎一	1
医療協力先を代表して／金澤 幸夫	1

■ 第一部 災害医療支援講座

南相馬市における現況と神経難病患者（特にALS患者）の現状／小鷹 昌明	2
病棟再開後の雲雀ヶ丘病院の入院患者の動向について／堀 有伸	4
相双地区の医療の充実に病院間連携は欠かせない／小柴 貴明	6
南相馬市大町病院で考えたこと／西村 哲郎	8

■ 第二部 災害医療総合学習センター整備事業に係る派遣医師

相馬中央病院における泌尿器科外来患者数変化と看護師の健康調査／岩崎 充晴	10
東日本大震災からの復興 大町病院の現在／木村 浩	11

■ 第三部 総合討論

14

福島災害医療研究会世話人を代表して



災害医療支援講座主任教授

紺野 慎一

本研究会は、災害医療に関する臨床研究についての情報交換の場とし、福島県の災害医療の発展を目指すとともに、東日本大震災からの福島県の復興に貢献することを目的として設立されました。

本研究会の主要なメンバーは今年4月に本学に設置された寄附講座「災害医療支援講座」の6名の常勤医、3名の非常勤医、計9名の先生方と、今年7月に開始した文部科学省の補助事業「災害医療総合学習センター整備事業」に係る派遣医師の非常勤医5名の先生方です。

本研究会を通じて、活発に意見を出し情報交換の場としていただけたら幸いです。

医療協力先を代表して



南相馬市立総合病院長

金澤 幸夫

南相馬市立総合病院がある南相馬市についてお話をさせてください。震災前の人口は7万1千人でしたが今は2万5千人の方が避難しています。その多くは小さいお子さんをもつ若い夫婦であり、相対的に高齢者が増えています。65歳以上の方の割合が26%から32%に増えて急速に高齢化が進んでいます。どうしたらいいのか。除染は不可欠なのかということになりますが、処理場がなかなか決まらず除染が進んでいません。小高区内には入れるようになりましたが、除染とインフラ整備が進まず帰還が難しいのが現状です。

小高区の住民は現在、鹿島区の仮設住宅で生活しています。仮設住宅には5千3百人の方がいますが、その多くは小高区の住民であると考えられます。震災以降ずっと「戻れるような環境をつくれば、避難した人たちは戻ってきてくれる」と思っていたのですが、これまでにあまりにも時間がかかってしまい「避難した人たちが避難先で仕事もち、戻ってこないのでは」というのが今の実感です。そして、少し心境が変化し「今、相双地区にいる人たちをしっかりと診る医療体制を築きたい」と考えるようになりました。

第一部 災害医療支援講座



朝日新聞 平成 24 年 8 月 19 日掲載

南相馬市における現況と神経難病患者 (特に ALS 患者) の現状

災害医療支援講座准教授 小鷹 昌明
(医療協力先：南相馬市立総合病院)

私は栃木県内の大学病院を退職し、今年の 4 月から南相馬市立総合病院に勤務しています。幸い、福島県立医科大学の災害医療支援講座教員の職に就き、派遣という形で南相馬に来ております。この場をお借りいたしまして福島県立医科大学関係者・南相馬市立総合病院関係者・寄附者の皆さまに対しまして御礼申し上げます。

私は神経内科医で、専門は神経難病といわれるパーキンソン病や筋萎縮性側索硬化症 (ALS) です。

金沢院長からお話もありましたが、南相馬市が置かれている状況についてお話をさせていただきます。南相馬市立総合病院は原発から約 23 キロの距離に位置しています。東日本大震災の影響で亡くなられた方の数は、福島県内では南相馬市が最も多いとのことでした。震災後の本院の職員数やベッド数の推移は図 1 のとおりです。志のある医師が集まり医師数は少しずつ回復していますが、問題なのは看護師数です。看護師数でベッド数は決まるので、震災前 230 床であったのが現在は多くて 140 床しか稼動していない状況です。これは全体の約 6 割しか病棟は稼動していないということになります。

私が南相馬市に赴任して診療の他に最初にしたことは保健所巡りです。「今この街の福祉・介護の管理体制はどのような状態にあるのか」について保健所の方々と協力して自宅訪問、医療相談等を実施していくことを決意しました。

南相馬市には特定疾患患者が 507 名。神経難病に限って言えば 108 名。そのうち、ALS の患者は、震災前には南相馬市に 6 名いました。この患者さんが震災後どうなってしまったのかが、私の最大の関心事であり調査を実施しました。震災の影響で避難を余儀なくされ、1 名の方は高齢ということもあり残念ながらお亡くなりになっていました。他の 5 名は避難等で、南相馬市内に残っている方はいませんでした。

私は相馬市に残っている ALS 患者を訪ね治療を行いました。相馬市在住の 83 歳の患者さんについて紹介します。家庭の事情もあり、この患者さんを支えるマンパワーが足りないのが現状です。

この患者さんは 2010 年に ALS を発症しました。四肢の筋力が麻痺する病気で、力がなくなったり、飲み込む力が弱まったり、立って歩いたり出来なくなりました。この患者さんの歩行は困難な状態

	2011年					2022年	
	3月1日	5月31日	8月31日	10月31日	11月1日	1月1日	4月1日
医師数(人)常勤	14	4	4	7	8	10	14
非常勤	5.7	0	0.8	8.8	6.1	6.7	6.7
計	19.7	4	4.8	15.8	14.1	16.7	20.7
看護師数(人)	527	86	98	82	112	106	113
NACの職員(人)	11	9	7	3	6	9	8
検査技師(人)	8	7	7	7	7	6	8
放射線技師(人)	7	7	7	7	7	7	7
薬剤師(人)	8	8	8	8	8	8	8
入院可能病床数(床)	230	5	70	100	120	120	140
入院患者数(人)	100	0	6	21	90	121	116
外来患者数(人)	900	172	108	126	179	126	191

図 1



日産自動車より電気自動車リーフを借り受け、往診車として利用しています。

でしたので入院治療を行うことを決定しました。

舌の筋力が麻痺していて、食事を摂ることができず、自宅で診ていくためには福祉サービスの提供は不可欠であることは明らかでした。ヘルパーや訪問看護等のサービスを受けていましたが、平日のみで土日はサービスを受けることができず、患者さんの家族から相談を受けました。

「介護施設は減り、病気は重くなる、矛盾している」と患者さんの家族に言われました。吸引器に関して助成を受けることができる自治体がある一方で、南相馬市や相馬市は助成がなく、自費で購入しなければなりません。介護福祉施設が圧倒的に足りていないことが浮き彫りになりました。この状況を打開するべく家族・病院スタッフ・ケアマネージャー・医療機器メーカー等でミーティングを実施しました。協議の結果、吸引器の自費購入、身体障害者申請、かかりつけ医を見つけ、さらには公立相馬総合病院に対して支援要請の紹介状を作成しました。

保健所に確認したところ、震災を境に要介護認定者数は軒並み増加しています（図2）。相馬市・南相馬市・新地町で1年間に約600名増加しました。その一方で老人福祉施設や老人保健施設は12施設減の24施設となっています（図3）。こういった施設で福祉や介護を支えていたのは若い年代であり、そのスタッフが避難してしまいマンパワー不足に繋がっています。

患者からの悲痛な叫びとして、避難生活の先では家の中で過ごすことが多いので、運動不足にともない要介護度が上がった、家族がバラバラの生活になった等の声を聞くことができました。

私が南相馬市に赴任してから実感した問題は

- ・ マンパワーの不足（医師・看護師・介護士等）
- ・ 介護施設、福祉施設の不足

これから先、診療の他に「崩壊してしまった社会福祉・介護システムの再構築」に取り組んでいかなければならないと考えています。

	震災前 (平成23年1月)	震災後 (平成24年2月)	増減
要支援1	467	568	+101
要支援2	960	664	+104
要介護1	987	757	+170
要介護2	857	955	+98
要介護3	673	778	+105
要介護4	825	884	+59
要介護5	778	748	-28
合計	4,747	5,355	+608

図2

	震災前 (平成23年3月)	震災後 (平成24年5月)	増減
介護老人福祉施設	14	9	-5
介護老人保健施設	8	4	-4
介護療養型 医療施設	2	2	0
認知症対応型 共同生活介護	12	9	-3
合計	36	24	-12

図3



仮設住居入居者の方々とともにラジオ体操を始めました。



病棟再開後の雲雀ヶ丘病院の入院患者の動向について

災害医療支援講座所属特任助教 堀 有伸
(医療協力先：雲雀ヶ丘病院)

まずは私が勤務している雲雀ヶ丘病院について簡単に説明します。南相馬市にある民間の精神科病院であり、病床 254 床で運営されていきました。相双地区には 4 つの精神科の病院がありましたが、いずれも原発から近い所にあり本院も含め全て休業に追い込まれましたが、唯一、再開できているのは本院だけです。昨年の 9 月から外来診療が再開、今年の 1 月から入院病棟が再開しましたが、まだ全ての病棟が稼働しているわけではありません。

今年の 3 月まで本院の常勤医は金森院長一人だけでした。応援に関しては現在に至るまで日本中の精神科の医師から協力を得ています。毎週末、北は北海道、南は四国から当直の応援に来てくださる先生がおります。今年の 1 月～3 月は 1 週間毎にさまざまな病院から精神科の先生が来てくれました。今年の 4 月からは私と久村先生が災害医療支援講座から派遣されて 3 人の常勤の体制で診療を行っています。入院病棟再開後の患者の状況は次の通りです。平成 24 年 1 月 17 日に再開してから 9 月 30 日までで、延べの入院患者数が 122 人、入院患者数が 114 名です。平均入院日数は 58.9 日で、やや長くなっています。4 月に常勤医 1 名から 3 名体制となり入院依頼が増え、増加傾向が続くであろうと予想しましたが、逆に一時減少に転じました。

本院における ICD（疾病及び関連保健問題の国際統計分類）診断別に示すと震災前の平成 22 年 4 月～9 月（図 4）と震災後の平成 24 年 1 月～9 月（図 5）のとおりです。

（F 0：認知症、F 1：アルコールを中心とした依存症、F 2：統合失調症、F 3：うつ病・躁うつ病、F 4：パニック障害・適応障害・PTSD、F 5：摂食障害等、F 6：パーソナリティ障害、F 7：知的障害）

この円グラフから言えるのは、F 2 の統合失調症の入院患者が少なかったことです。これは、相双地区全体で、この疾患の好発年齢である若年層の人口が減少していることが影響していると考えています。

F 0 の認知症については、仮設住宅への移住をきっかけに行動異常を悪化させて入院に至るケースなどが多い感覚を臨床上は持っていました。津波で流されてしまった家を探し求めて徘徊したケースなど、非常に印象深い臨床例がありました。しかし今回の調査では、

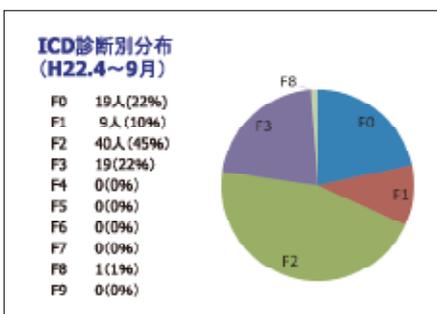


図 4

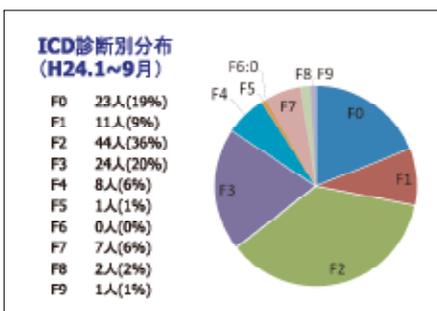


図 5

入院患者数としては前年と比較して増加していることは示されませんでした。

平均在院日数が長くなっていることについては、南相馬市立総合病院の小鷹先生と同じ意見を持っています。家族の若い世代が避難して地域の高齢化が進み、さらに医療機関の規模が縮小しています。2世帯・3世帯で広い家に住んでいた震災前ならば、多少の不穏患者でも自宅で対処することができました。しかし、震災の影響で防音に問題のある仮設住宅に移住した後では、患者が興奮した場合に以前よりも早い段階で病院に助けを求めざるをえなくなります。そのような人を支える介護施設もマンパワーも足りていない状況で、入院期間が長期化しています。震災前の住居では許容された行動異常が、仮設住宅などでは許容されないのです。

南相馬市には、精神科病院を受診しない人の中にも、軽い抑うつ傾向やトラウマ反応を持つ方は相当数存在すると予想されます。最近でも時折地震が起きますが、普段は普通に生活しているようでも、そのたびに「津波が起きるかもしれない」「また原子力発電所から放射能が漏れるかもしれない」と強い不安や混乱を感じる方も少なくないのです。このような通常の生活を送っている方々の、災害後のメンタルヘルスの問題に対応するための方法論の蓄積は、これまでの精神科病院では十分ではなく、これからの課題であると考えます。これは、日本の精神科医療全体の課題であるとも言えます。

地域における精神科医療への偏見は強く、「精神科の雲雀ヶ丘に行くとおしまいだ」という声も頻繁に耳にします。こういった意識を変えていく努力も必要であると考えます。

以上をまとめますと、震災前から存在していた「地域の統合失調症などの精神病患者への対応を行う」というニーズには、再開後の雲雀ヶ丘病院は不十分ながらも地域に対する責任を果たしているといえるでしょう。しかし、震災後に明らかとなった、通常的生活を送っている人のメンタルヘルスの問題に対応するためには、今後は一層の取り組みが必要となると考えております。



相双地区の医療の充実に病院間連携は欠かせない

災害医療支援講座教授
(医療協力先：相馬中央病院)

小柴 貴明

私のバックグラウンドは肝臓移植です。現在、相馬中央病院で何をしているかと言うと、できるもの全て行っています。総合的に医療を行っています。災害医療支援講座を立ち上げるにあたり、英語表記をどのようにするのかという議論がありました。その際「総合医療」という言葉を入れるべきであると考え「Department of Disaster and Comprehensive Medicine」に決めました。この講座名に忠実に総合的に患者を診ております。

相馬中央病院の規模は、急性期病棟が50床、療養型病棟50床で、手術室はありますがまだ稼働しておりません。

今年4月に赴任し、初めて行った病院間連携はABO血液型不適合生体肝移植の実施でした。また、医大・公立相馬総合病院・本院が連携し透析患者のシャント拡張術、造設を行いました。相双地区の傾向としては、仮設住宅の限られた空間で運動不足になり、肥満が進みメタボリックシンドロームになる。そして、糖尿病患者が増加する。さらに、糖尿病が腎臓に悪影響を及ぼし人工透析が必要となる。以上の流れで今後、人工透析に力を入れていく必要があると考えられます。

生体肝移植を受けた患者は肝硬変が進行した61歳の女性でした。震災の影響でこの患者の居住地は避難区域になり、後に警戒区域に指定され、一時期茨城県内にある親族宅に避難していました。

この患者は家族内に血液型が一致する方がいませんでした。移植までの経緯は、平成18年検診で食道静脈瘤が発見された後に肝硬変が見つかりました。平成22年には肝硬変の症状として肝性脳症を繰り返し、平成23年以降は肝性脳症で夜間失禁、意識消失で救急車にて本院に搬送され、その後難治性腹水になりました。当時、主治医からは余命1～2年と診断され、患者本人と家族は肝移植を希望していました。そこへ、私が赴任した後に検討を重ねた結果、やはり肝移植を実施すべきだという結論に至り、今年の6月にまずドナー候補である患者の息子が広島大学病院を受診し、ドナーに適格と判断されました。検査後、本人も移植可能な状態であるとわかりました。

欧米では脳死のドナーから肝移植を行うのが一般的なのに対して、日本では生体肝移植が主流となっています。その結果、家族間で血液型が合わないと血液型不適合の移植をせざるを得なくなり、血液型不適合の移植では抗体依存性の拒絶反応が起きてしまう

可能性があります。2004年にB細胞を除去するリツキサンという薬品が導入された後に、血液型不適合生体肝移植の成績が改善されました。現在、日本国内で積極的に血液型不適合肝移植を行っている医療機関は東京に2つ、京都・岡山・九州にひとつずつで、現時点で北海道・東北にはありません。どの医療機関で移植手術を受けるのがいいのか、検討を重ねました。この手術は完全に保険でまかなえるものではなく、私立大学病院では本人負担分がより高額になってしまう。そこで、最終的には広島大学の大段教授のもとで手術を受けることが決まりました。皮肉にも、東京電力福島第一原発事故の被害を受けた患者さんと第二次世界大戦時に原爆を投下された広島が偶然にも関わることになりました。8月21日に実施した移植手術は、出血量4.5リットル、9時間30分に及ぶ大手術でしたが、無事終了しました。切除標本を調べた結果、肝硬変の原因はNASH（非アルコール性脂肪性肝炎）でした。日本ではC型肝炎による肝硬変が多いのですが、この患者の場合は幸いそうではありませんでした。C型肝炎に感染していると移植した肝臓にまた感染してしまうことがあるので、本症例はC型肝炎陰性だったので広島で紹介することにためらいはありませんでした。

術後は拒絶の兆候もなく、10月10日に退院。広島市内にアパートを借り、週に1回通院を続けています。年内に福島県に戻り、相馬中央病院での術後管理を希望されています。患者本人は腹水がなくなることでとても楽になった、広島まで来た甲斐があったとのこと。今後も広島大学病院と連携してこの患者の経過を見守りたいと思います。

次に、透析患者のシャント拡張・造設に関する病院間連携です。現在、公立相馬総合病院や仙台社会保険病院で透析を導入した後に、相馬中央病院で維持透析を実施するという状況です。シャントは定期的に流れが悪くなったり、詰まったりとトラブルが発生します。トラブルが発生した際には、今までは各病院に対応を委ねていましたが、最近では公立相馬総合病院と連携しています。まずは電話による協議、そして患者とともに公立相馬総合病院へ赴き、シャント造設や拡張術を行っています。担当医師とEye to Eyeでのディスカッションを行っています。実例として、公立相馬総合病院で行われる手術にシャント造設の手術に助手として入り、手術中にディスカッション等を行っています。

4月から相双地区へ派遣され、広島大学との連携で血液型不適合肝移植を実施。また日常医療の充実のため公立相馬病院による透析患者と共に足を運びシャント透析の管理を強化。このディスカッ



移植肝（左葉）



非アルコール性非脂肪性肝炎

ションをしているところは患者の目の前でやるので、本院に戻って患者を管理する私がシャントのことをよく把握していることが患者さんにわかるので、患者さんに対しての安心感へもつながることを期待しています。



平成 24 年 10 月 3 日開催
相馬地方広域消防 救急隊事例検討会

南相馬市大町病院で考えたこと

災害医療支援講座特任准教授 西村 哲郎
(医療協力先：大町病院)

私の専門は救急医学で、南相馬市にある大町病院に非常勤医師として勤務しています。被災地の医療機関で働く方々と話をして、私なりに感じたことをお話をさせていただきます。

大町病院も被災し、大きなひび割れ等のダメージを受けました。さらに大町病院の連携施設である老人福祉施設のヨッシーランドは津波の被害を受けました。津波が押し寄せ、1階にいた6人の方々が亡くなり、多くの方々が泥まみれの状況になりました。そこで施設に入居されていた方が連携病院である大町病院へ押し寄せて来たとのことでした。津波被害だけでなく原発事故が発生し、避難しなければならぬがとにかく情報が入ってこない状況でした。どこに情報を求めたらいいのかもわからない状況でした。私は災害時医療チームに所属していますが、その先生にもこの話をしましたが、具体的な解決策には至りませんでした。

震災発生から1週間経った3月18日には群馬の日赤病院が患者受け入れ可能となりましたが、決定するまでにかなりの時間を要してしまいました。群馬までの道のりは長く、10時間以上かかり、到着した群馬県内で2名の方がお亡くなりになりました。3月21日の3時頃に最後の患者を搬送しました。その後大町病院は休院となりましたが、多くのボランティアの方々の支援を受け、4月4日に外来を再開することができました。再開後もたくさんのボランティアスタッフによるマンパワーの支援、各地から食糧等の支援物資が送り届けられました。他にも東京慈恵会医科大学の医師が診療応援に駆け付けてくれました。4月～9月までの期間で延べ20名、55日間の医療協力を賜りました。さらに作業療法士・理学療法士・准看護師による支援は9月～3月までに延べ66人、45日間の支援を賜りました。

「西村先生、震災の時に私たちはどうすればよかったの？」という質問を大町病院の複数のスタッフから受けましたが、言葉に詰

まっけてしまいました。支援物資やボランティアのおかげで病院を再開できたのは事実ですが、行政にもっともっと動いてほしかったという話を多々伺いました。

次に再生に向けての取り組みです。義援金を単純に使うのではなく、放射線によるリスク軽減の講演会を被災地で行うこと等に使い、市民の方々に放射線に対する理解を深めてもらうこととしました。他にも「何かできることはないだろうか」ということで、大町病院所有のバスを巡回診療に使用し、日々仮設住宅を回っています。

震災の前後で比較してみると、常勤医師の数は-2であるのに対して、看護師・准看護師・看護補助者の数が激減しており、トータルで40人減っています。この状況を改善するために看護部長がマスメディアを通じて広く情報を発信したり、講演会を実施したりしています。その結果、徐々にではありますが、看護師が増えてきています。それに伴い、病床も少しずつ動くようになってきました。

私自身が中心となって取り組んだものとしては、相双地区の救急隊の方々を対象に救急隊事例研究会を開催しました。今後も定期的で開催していく予定です。聴講していただいた相馬地方広域消防の方々から「勉強になった」「ためになった」とのお言葉をいただいています。同様に、大町病院の看護師の方々にも技術・モチベーションの向上のために救急医療の勉強会を実施しています。このような形で医療人・医療施設としてのモチベーションを上げるようなことをしていきたいと考えています。

最後になりますが、先ほど説明させていただきましたヨッシーランドで亡くなられた方に対して追悼の意を込めまして、平成24年3月10日に鎮魂の花火の点火式を行いました。



平成24年11月6日開催
大町病院院内救急医療勉強会



第二部 災害医療総合学習センター 整備事業に係る派遣医師



相馬中央病院における泌尿器科外来患者数変化と 看護師の健康調査

泌尿器科学講座助教
(医療協力先：相馬中央病院)

岩崎 充晴

私は本学泌尿器科学講座に所属し、相馬市にあります相馬中央病院に月6回の医療支援を行っています。普段診療を行っている診察室の写真です。

月別の外来患者数は図6のとおりです。震災前が青、震災があった23年度は赤、震災後、南相馬市から相馬市へ避難してきた患者さんもいるが現状、緑色の線で示したとおり推移しています。患者の内容としては前立腺や膀胱の疾患等です。

東日本大震災の被災地である相馬市に立地する相馬中央病院の看護師の健康状態が現在どのようになっているのかを把握するために健康度調査を実施しました。健康状態を測るものとして世界的にも普及しているSF36を用いました。36というのは質問の数で、身体機能や体の痛み等で構成されています。質問に対する答えを点数化し、高い・低いで評価します。対象は平成24年10月現在、相馬中央病院の外来・病棟・透析室に勤務している20歳代～50代の看護師74人です。国民標準を50として表していますが、全ての項目において標準を下回っています。項目別に見てみると図7のとおりです。ここで問題であると思ったのは20代の結果が悪かったことです。活力や心の健康が標準を下回る数値を示しています。震災前に同様の健康度調査を実施していたわけではないので、何ともいえませんが震災の関係があったとすれば、生活環境の変化・避難・避難したが戻ってきた等考えられますが、職務環境と満足度との関連もあるかもしれません。



図6

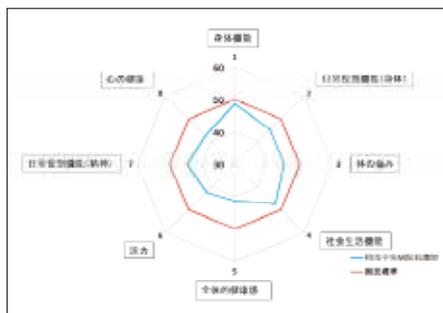


図7



相馬中央病院診療室

東日本大震災からの復興大町病院の現在

腎臓高血圧・糖尿病内分泌代謝内科学講座助手
(医療協力先：大町病院)

木村 浩

福島県の相双地区は以前から医師が不足している地域であり、さらに東日本大震災とそれに引き続き起こった東京電力福島第一原発事故によって、多くの人々の生命が脅かされました。今回の原発事故でまさに医療崩壊が起こっています。

私自身、震災時は福島県立医科大学に勤務していたので、当時の大町病院の状況はわからないことが多いのですが、院長や看護部長をはじめとした大町病院のスタッフから聞いた話や、今自分が実際に診療していて感じたことを述べたいと思います。

大町病院は事故があった原発からおおよそ 25km の南相馬市に位置し、市内の拠点病院として機能しています。平成 24 年 3 月 11 日、14 時 46 分に震度 6 強の地震に見舞われ、約 50 分後には南相馬市沿岸に津波が到達しました。先ほど西村先生もおっしゃっていた関連老健施設のヨッシーランドは津波で水没し、津波で亡くなった方は 6 名、その他の理由も含めると 36 名の方が命を落とすこととなってしまいました。翌 12 日の 15 時 36 分には福島第一原発 1 号機で水素爆発、14 日の 11 時 1 分には 3 号機で水素爆発が発生しています。津波が南相馬市沿岸に到達した際の高さは 30m にも及び、猛烈な勢いで街を飲み込んでしまいました。住宅地は一瞬にして一面瓦礫となりました。

震災直後の大町病院は多数の患者が押し寄せて、夜中まで診療が続いたとのことでした。大町病院は原発から 20 ~ 30km 圏内にあり、入院患者は県内及び県外の医療機関への搬送が決まりました。

平成 23 年 9 月 30 日に緊急時避難準備区域の解除となりましたが、なかなか住民の帰還が進んでいない状況です。診療科については、震災を契機に産婦人科と皮膚科を閉鎖しました。産婦人科に関しては不妊治療専門ということもあり、原発の影響を受けて止む無く閉鎖となりました。皮膚科に関しては人員不足により、現在は 3 週間毎の外来診察のみが再開している状況です。

次に大町病院の従業員数につきまして、現在は震災前と比較すると 6 割程度しかおりません。職種別にみると、看護職（看護師・准看護師・看護助手）の離職率がかなり高くなっております。大町病院の一番の医療ニーズとしてはスタッフです。圧倒的に看護師が不足しています。看護部長がテレビに出演し、厳しい実情を訴えたこともあり、全国から支援にきてくれる看護師の方々もいらっしゃるのでもとても感謝しています。ただ、病床を震災前と同じ状況に戻



すためにはまだまだ人員がたりない状況です。医師に関しては、幅広く患者を診ることができる総合医やプライマリケア医の不足が考えられます。他には慢性期の患者の受け皿不足も目立っています。

現在、南相馬市は高齢者の割合が増加し、慢性疾患を抱えている患者が多くなっています。特に慢性期の患者の受け皿が不足しており、大町病院は療養型病床を再開しましたが、震災前と比べると、まだまだ足りないのが実情です。

震災後に大町病院に勤務してみて、マンパワーの不足が病院の復興・相双地区の復興に大きな影響を与えていると感じました。医療の復興に向けて県や市町村、国が共同して地域の実情に適した医療再生のあり方を検討していくことが重要だと感じました。



福島民報 平成24年3月12日掲載記事





司会：災害医療支援講座主任教授 紺野 慎一

今回の研究活動報告で明らかになったことがいくつかあると思いますが、中でも看護師不足が目立っています。さらには要支援・要介護の患者数が増加しています。介護施設が足りない。加えて介護ヘルパーも足りない。これは非常に大きな問題です。これは相馬市・南相馬市だけでなく、全ての病院に共通する問題と言えると思います。

これに対して、木村先生（医療協力先：大町病院）が国と県と市町村とが共同して取り組むべき急務課題とおっしゃっていましたが、これらに関してご意見・ご質問があればお聞かせください。

災害医療支援講座准教授 松山 純子

（医療協力先：南相馬市立総合病院）

まず、共通意識としては人員不足と後方病院・施設との連携が大切だということです。私は脳神経外科医として南相馬市立総合病院に勤務していますが、救急医療としての問題点を感じています。

南相馬市立総合病院の近隣地域には脳外科手術を実施している施設はないため県内からの患者が多いのに加えて、場合によっては宮城県からも搬送されてくる場合があります。

南相馬市立総合病院の常勤の脳外科医は及川副院長と私の2名体制であり、夜間の脳外科の救急対応はこの2名で半分ずつ、月15日ずつやっているのが現状です。もちろん毎日呼び出されるわけではないのですが、体力的にも負担が大きいと感じています。福島県立医科大学の脳神経外科学講座の協力で、週2回及び月に1泊2日、若手の先生が医療協力のためお越しになられています。さらに災害医療支援講座の清水特任教授にも月に1泊2日の医療協力をしていただいております。しかし、人員的には現状とても厳しいものとなっております。

もうひとつの問題点は多発性外傷の対応です。南相馬市立総合病院は検査技師や放射線技師の人数が足りないために当直制ではなく宅直制と取っています。そのため夜間の多発外傷の場合、各種検査を実施するのに時間がかかってしまうという大きな問題を抱えています。さらに手術後、後方病院・施設への転院がうまく進まず、ベッドコントロールができていないのが実情です。

司会：災害医療支援講座主任教授 紺野 慎一

松山先生がおっしゃるとおり問題は山積しています。本日は災害医療支援講座の特任教授の清水先生もお越しですので、ご意見をお聞かせください。

災害医療支援講座特任教授 清水 昭

(医療協力先：南相馬市立総合病院)

緊急性を要する多発外傷等はドクターヘリを使うなどして対応する場合がありますが、現時点でマンパワーが不足している状況では厳しいケースもあるのではないかと考えています。人員不足と言えば、私自身南相馬市立総合病院に4月以降月1回の勤務をしてみても看護師不足は痛感しています。

他には避難されている方々を診ると、生活習慣病を患っている方が多いことを本院の金澤院長、及川副院長等が非常に危惧されました。糖尿病・高脂血症・高血圧等、病院に診察に来た方は診察ができますが、問題は病院を受診することができない方々のこれから先の健康維持に関して心配をしているとのことでした。

司会：災害医療支援講座主任教授 紺野 慎一

確かに生活習慣病についても注意する必要があると考えられます。ところで、小柴先生が勤務されている相馬中央病院では若い研修医の先生もいますね。その先生と実際どのようなことをされている



かお話を伺いたい。

司会：災害医療支援講座教授 小柴 貴明

先ほどから各先生方の発表にもありましたが看護師不足は痛感しています。今回「若い医師が少ない」という話題が出なかったが、私はこちらも懸念しています。我々の世代の医師ではできないこと、むしろ若い医師の方ができることはたくさんあると思います。そのひとつとして、病院機能をフルに活用するための「まとめ役」をすることです。例えば、私は外来や病棟、透析部門等を一日中走り回って、ひとりの患者さんの診療に院内のさまざまなセクション（検査部・栄養課・NST 部門等）の力を総合的に活用するためのブリッジをかける時間がありません。いろいろなセクションの検査にじっくり寄り添うことは時間的にできません。若い医師にはこのいろいろな部門にブリッジをかける存在になってほしいと思っています。

本日は千葉大学医学部を卒業して、相馬中央病院1年目の河野先生が会場にきています。河野先生はこのブリッジをかけることに一生懸命取り組んでいます。河野先生のような若い医師を、被災地の医療機関に呼びたいと考えていますが、河野先生自身はどのように感じているのか、考えを聞かせてください。



相馬中央病院勤務医師 河野 悠介

私は大学に入学する前に4年間フリーター生活を送り、それから医学部に入りました。大学での実習に嫌気がさしてしまい、卒業後しばらくは医者ではない道を選んでから医者になろうと思いました。去年は児童相談所において子供と暮らす仕事をしていましたので、正確には卒後2年目です。

今年は縁がありまして医者アルバイトをさせていただいております。研修指定病院ではない医療機関で仕事をさせていただいているので、中途半端な身分であり制約が多いのですが、かなりやりがいを感じて勤務させていただいております。福島県の相双地区には今年から臨床研修指定病院ができると聞きました。つまり昨年までは研修医が来ない状況にあり、私のような卒後間もない医師は相双地区ではレアな存在であると思います。

私が相馬中央病院に勤務して「Common Disease」をたくさん診ることができるので、研修を受ける側のニーズに適った地域であると実感しています。究極の総合診療であると思います。さまざまな疾病を診て、病院スタッフとディスカッションしながら診ることができるのはとてもいい経験になっています。

他には、疾患を治療するだけでは不十分であるということが衝撃的でした。例えば、肺炎を患った高齢者についてですが「肺炎が良くなったから帰ろう」となっても、多くの方が帰ることができません。家庭で介護する余裕がないのです。特に震災以降は顕著です。例えば、家族5人で仮設住宅暮らし。歩くことができないおばあちゃんが病院から仮設住宅に帰ってきて介護ベッドをひとつ入れたら、それでひとつの部屋がいっぱいになってしまう。「残りもうひとつの部屋で家族4人が狭い所で暮らすのか？」そのような言葉を家族から言われると返す言葉が見つかりませんでした。

患者が抱えている病気以外の問題をケアしなければならないという視点で患者と接することができ、非常に貴重な体験をさせていただいていると実感しています。相双地区の介護は血縁関係で支えてきたという事実があります。震災の影響で若い世代が街を離れたり、家が津波で流され家族が散り散りになったり、介護を支える家族が機能しなくなってきています。そういった点で新たに仕組みを構築しなければならない地域なのだと思います。医療従事者の立場で仕組みづくりに携われるのはモチベーションに繋がると思います。私は大きな病院が嫌いでした。今私が働いている病院の規模は小さく、スタッフひとりひとり、清掃員の方まで名前と顔が一致していて、さまざまな話ができ、ディスカッションができるのでとても充実感を感じています。

現在、規模の小さい医療機関には若い研修医はいませんが、大学病院や規模の大きな病院よりも小規模医療機関に対する志向は高いと思います。若手の研修医のニーズと地域の医療機関のニーズは合致していると考えられるので、若い人を呼び込める土壌はあると確信しています。半年程度の短期間でも若手医師がそこで経験できるものは非常に貴重なものであることは間違いなく感じています。

司会：災害医療支援講座主任教授 紺野 慎一

河野先生のような考え方をもった医師は数多くいると思いますので、大学とも連携して、一緒に仕事ができるようにしていきたいと考えています。本学脳神経外科学講座の齋藤教授が会場内にいらっしゃるの一言いただきたいと思います。

脳神経外科学講座教授 齋藤 清

医師不足の中でも脳神経外科医は特に足りないと感じています。さらに看護師も不足している。日々どうしたらいいかと悩むばかりです。今、相双地区で医療支援を行っている先生方の発表を聞きな

から「何かいいアイデアはないか」と考えていましたが、ぜひここにいる皆さままで検討していきたいと思います。

司会：災害医療支援講座主任教授 紺野 慎一

そうですね。さまざまな意見を活発に出していただき、検討していきましょう。ご意見がありましたらお願いします。

ふくしま医療・産業リエゾン推進室副室長 大橋 茂信

被災地の医療現場のことを考え、先生方の負担軽減・地域の医療確保の観点から医療情報ネットワーク整備を検討しています。先ほど木村先生のお話にもあったように、復興に向けて各方面連携していくことが重要であると考えます。現在、医療情報ネットワーク整備に向けて県・医師会・各医療機関の方々からお話を伺い、準備をしているところであります。現在話があがっているのは、南相馬市立総合病院からは画像診断ネットワーク、いわき市から先生方の情報交換に関するネットワーク、本学からは周産期に関するネットワーク、以上の3つを検討しているところです。本日お話の中でもこんなネットワークがあると助かるというようなものはありますか。あるのであればこれから検討し配備していきたいと考えておりますので、聞かせてください。

災害医療支援講座准教授 小鷹 昌明

ひとつの方策ですが、マイカルテ構想が考えられると思います。医療情報ネットワークに関する話題で画像連携についてお話がありましたが、それでは全くこと足りないのが実情であると思います。少ない人員で効率化という言葉は好きではありませんが、医師が足りない、看護師が足りない。その結果、患者はひとつの病院では診療が完結しないということが生じています。例えば、私が勤務している南相馬市立総合病院ですと皮膚科や泌尿器科がないので、そういった患者は別の医療機関を受診している。もしインフラを整備するのであれば、電子カルテを全ての医療機関に導入して、ICチップが入った診察券を病院にもっていけば電子情報で全てが表示されるといったようなマイカルテ構想が実現すれば、内科は南相馬市立総合病院にかかっているが、泌尿器科は近隣の〇〇医院にかかっている、治療内容や使用している薬などあらゆる情報がわかるといった風になります。

この話とつながるのが「看護師さんがなぜ疲弊するのか」ということです。看護師は患者ひとりひとりの予診に膨大な労力を費やし

てしまう。病気を治すために患者の状況をひとつひとつ丁寧に聴取して立案することが必要になるためにはやむを得ないのですが、その患者がまた違う病気になって別の病院へ行くと、また一から問診を受ける。患者にとっても医療従事者側にとっても非常に効率が悪い。

以上のことからぜひ IC チップに患者情報を入力でき、全ての医療機関で共有できる電子カルテを開発していただけたらありがたいと思う。開発には莫大な資金とノウハウ、さらには個人情報保護の観点からハードルは高いと思うが、それ以外に方法はないと思っています。もし、この構想を実現可能にする企業、ベンチャー企業があるのであればぜひご紹介頂きたい。



司会：災害医療支援講座主任教授 紺野 慎一

具体的な提案ありがとうございます。非常に興味深い話でありますので、県にもお願いしていきたいと思います。では、本学医学部長の大戸先生が会場にいらっしゃいますのでご意見いただければと思います。

医学部長 大戸 斉

本日、皆様の話をお伺って「私たちはまさに歴史の中にいる。生きた歴史、また新たな歴史を作っていく最中にいる。」と思いました。火事があった時に、火事から逃げ出す人もいれば火消しにやってくる人もいます。いなくなった医療者もいますが、他県から来ていただいた方もいます。全国各地遠方から、ここ福島県に来ていただいて第一線で活躍されている先生方に心から感謝を申し上げたいと常日頃思っておりましたが、今日改めてその思いを強くしました。志の高い人は第一線に留まって働いていただいています。今不足しているのは看護師だということもよく分かりました。大町病院の看護部長がメディアを通じて広く発信し、それに応える方が何人かいる。医療現場というのは心と心が通い合う場所であり、必要としている看護師をこの福島の地に呼ぶことのできる心のこもったメッセージが重要なのだと思います。このメッセージに応えてくれる人は世の中に数多くいるはずであり、これらの人に呼び掛けるメッセージを発信する力が弱いのではと実感しています。

本研究会はこの1回だけでなく今後も続いていくものであると思います。次回は「福島に行くと何か楽しいことがあるかもしれない」「歴史をつくる当事者になれるかもしれない」といったポジティブなメッセージが伝わってくるような企画をしていただきたいと思います。大町

病院の看護部長が「なぜ遠くから看護師を呼び込むことができたのか」それは心に訴えたものがあつたからに違いなく、このような仕掛けを試みた方々の気持ちを知りたいと思っています。

今振り返ると、「震災の時に我々はこうすればよかった」と思ったことが伝わる、伝えなければならないと切に思うので、この研究会の記録は文章等の形にして、広く多くの方々に見ていただけるようにしてほしい。

史実を調べてみると、相双地区では実は天明の大飢饉の際に最も多くの方が命を落としました。当時、人口が半分以上になりました。現在の相双地区の住民の方の祖先は元々相双地区にいた人もいますが、遠くからやってきた方もたくさんいます。そうして相双地区の歴史がつくられ、何百年もの時間が経過しました。我々はこれからの新しい歴史を相双地区から、そして福島県からつくっていく当事者になっていかなければならないと思います。

司会：災害医療支援講座主任教授 紺野 慎一

心のこもったメッセージの重要性、私たちが今後取り組んでいかなければならないことに対するご指摘ありがとうございました。福島災害医療研究会は本日をスタートの第一歩として、これから全国に向けて何度も研究会を開催して、発信し続けたいと思います。それでは最後に小柴先生にまとめをお願いします。

司会：災害医療支援講座教授 小柴 貴明

本日は数多くの皆さまにお集まりいただきありがとうございました。相双地区の現状を把握していただくことができ、私自身とても嬉しく思います。看護師不足や若手医師不足は例えば人数が3割減少したら、機能そのものも3割減るのではなく、もっともっと機能が減る印象があります。実は機能というのはひとりひとりが忙しくなり過ぎると、集団としての機能はかなり落ちてしまうものです。大戸先生がおっしゃったように若手医師・看護師が相双地区に、そして福島県に集まり「歴史をつくる当事者」になっていただけるよう今後も発信し続けたいと考えております。

司会：災害医療支援講座主任教授 紺野 慎一

長い間ご清聴ありがとうございました。

発行

福島災害医療研究会

〒960-1295 福島市光が丘1番地
福島県立医科大学内

TEL 024 (547) 1018

FAX 024 (547) 1991

