

第5回
福島災害医療研究会
記録集

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

福島災害医療研究会

第5回
福島災害医療研究会
記録集

平成28年9月6日

挨拶 福島災害医療研究会世話人を代表して 1
災害医療支援講座 主任教授 紺野 慎一

第1部 研究活動報告(災害医療支援講座)

自衛隊医官の研修施設としての磐城共立病院
～二年間642例心臓血管手術を経験～
災害医療支援講座 教授 入江 嘉仁 2

近隣施設で血液透析を受けることのできない
相双地区の患者の実態
災害医療支援講座 教授 小柴 貴明 5

南相馬市における支援ニーズの変化
～診療体制から社会活動まで～
災害医療支援講座 教授 小鷹 昌明 10

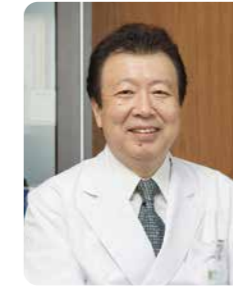
福島支援:メーカー医師から見た視点
災害医療支援講座 特任教授 久保 肇 14

川内村の特別養護老人ホームにおける
認知症患者について
災害医療支援講座 特任講師 佐村木美晴 18

雲雀ヶ丘病院における認知症患者の、
震災前後の受診状況の調査
災害医療支援講座 助手 宮川 明美 21

第2部 総合討論 24

[挨拶]



福島災害医療研究会世話人を代表して

本日はお忙しい中、第5回福島災害医療研究会にお集まりいただき誠にありがとうございます。災害医療支援講座とこの研究会は平成24年4月に始まり、どんな活動をしているのか、被災地である相双地区・いわき地区でどのようなことが問題になっているのかということをご報告させていただいております。

この講座には全国から様々な診療科の先生に来ていただいております。現在14名の先生方からなる講座となっております。福島県の医師数は、現在、震災前よりも増えておりますが、依然として災害を受けた地域では深刻な医師不足が続いております。そういう状況を支えているのが今日発表していただく先生方であり、福島の災害医療の最先端で医療を実践しておりますので、発表により問題点を明らかにし、どうしたらよいか皆様にも一緒に考えていただけたらと考えております。

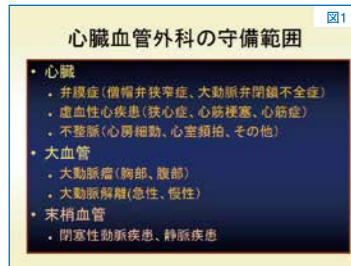
福島の復興に貢献できるような研究と実践を行ってまいりますので、今後とも皆様のご協力をお願いいたします。

災害医療支援講座 主任教授 紺野 慎一



第1部 研究活動報告

災害医療支援講座



自衛隊医官の研修施設としての磐城共立病院 ～二年間642例心臓血管手術を経験～

災害医療支援講座 教授
医療協力先: いわき市立総合磐城共立病院
心臓血管外科

入江 嘉仁



心臓血管外科は、心臓領域・大血管領域・末梢血管領域でこれだけの病気を扱う、そして、臨時の手術も緊急手術も行うところです(図1)。図2が県内にある心臓血管外科の施設ですが、磐城共立病院というのは浜通りと少し北茨城の患者さんも一手に引き受ける、ひとつしかない心臓血管外科です。図3が手術数の推移です。震災があった年は人口も減ったのでしょうけれども症例が減り、その後はどんどん増えて、特に去年は心臓の手術が200を超えるという、日本でも20程しかない施設になり、非常に忙しいところです。今年も相当な数なので、おそらく1年終わってみると、予想としては同じくらいになるのではないかと思います。これはやはり、この災害医療支援講座の協力、そして本日のテーマにもなりますが、自衛隊医官の協力、そして去年は関東から麻酔科医や放射線科医の協力をいただいたことで為し得たものです(図4)。

私はこの講座4年目になりますが、最初の年はいわきに来て膨大なデータを解析し、手術の季節性が無くなって、夏にでも手術が増えているという報告をさせていただきました(記事1)。また、次の年は、我々がTAVIという経カテーテル大動脈弁移植術といひまして、胸を開けないで大動脈弁の手術をするという、日本では34箇所目の認定としてこの手術ができる施設になったことの報告をさせていただきました(記事2)。

しかし、これだけ増えてくる患者さんに対応するためには、やはり麻酔科医や放射線科医の協力が必要でしたので、私が元いた埼玉の方から医師を要請して来ていただきました。応援が来るようになってから麻酔導入時間なども非常に短くなり、手術の効率が良くなったということをや因の一つとして、たくさん手術を行うことができました(図5)。

そして今回、学会などで我々の施設がいろいろ発表をしているということもあり、日本で一番心臓の手術が多い国立循環器病院よりも、もっと一人ずつの研修医がたくさん症例を経験できるのではないかとということで話がありまして、自衛隊医官に来ていただくことになりました。相手が防衛省でありますので、非常に重々しい協定を結ばなければならず、研修のための適切な場所と機会を提供し指導にあたる、もちろん指導を受ける人は指示と指導を誠実に受ける、というような内容の協定書を交わしまして、人を送っ

ていただけるということになりました。

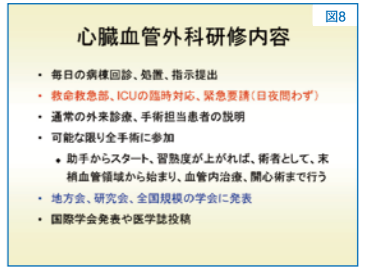
防衛医科大学を卒業しますと、図6のような研修をしていきます。幹部候補生学校というのは我々医者の研修にはありませんが、その後2年間のいわゆる初期研修というものをを行い、その後2年が後期研修ということで、自衛隊の訓練も含めての訓練があるようです。そしていよいよ5年目になると個人個人の専門研修というようになります。しかし、自衛隊のなかには防衛医科大学と自衛隊中央病院しかありませんので、その専門研修に関して、この2つの病院でしかできない。しかも心臓外科となりますと、あまり症例がないので十分な研修ができないのではないかとということで、今回はこの部分に当たる専門研修をいわきで行ったらどうか、ということでありました。

図7が中野渡一等陸尉です。2010年卒業で5年目の、初期研修・後期研修を終えたドクターです。このような様々な訓練を経て2014年9月に磐城共立病院に赴任してきました。やはりこういう訓練を受けたためなのか、非常にガッツのある男でありまして、どんなことでもへこたれないというような状態で仕事をしていました。

我々の仕事というのは、病棟の回診、緊急要請、ICU対応、手術の説明、外来、そして手術を行うことです。手術は助手からスタートし、少しずつ術者として、末梢の血管からだんだん心臓に近づいてきて、最終的には心臓の手術を行うというのがスタンダードな研修であります。それだけではなく、やはり学会に自分たちの活動を報告するというのをなるべくするようにして、地方会、研究会、全国規模の学会発表を訓練するようにしました。そして国際学会や学会誌の投稿も推奨しながら、一緒に仕事をしました(図8)。

図9は以前にもお見せしましたが、我々はこういう風に予定手術を1ヶ月組んでいても、実際1ヶ月が終わってみるとこれくらいの手術数になってしまいます(図10)。3割が緊急手術で、2回の予定手術をすると次が緊急手術というペースで、いつ、夜中・休日に呼ばれるか分かりませんが、これを見ると休日の手術は少ないようにはなっています。

そういうことで、5年目から7年目という約2年間で、中野渡先生はなんと642例の手術に関与しました(図11)。その中で執刀医としては160(25%)と、非常に手術頻度の高い方で、一生懸命やってくれました。もちろん心臓の手術から、内視鏡、血管内治療、大きな手術から小さな手術まで全てのことを経験させることができました。また、それだけではなく、学会発表については赴任した年の2014年12月に福島県の学会で、地方会、総会レベルのものもいくつも発表していただきました(図12)。ここでは受賞したりもしており、また、アジア心臓血管外科学会というのは全アジアの心臓外科が集まる



関与手術数 (平成5~7年)

総手術数	642	術者	160 (25%)
開心術 (大動脈、肺動脈、心臓中心)	224	(術者12)	
TAVI (経カテーテル大動脈弁置換術)	36		
TEVAR (後部シグナトゥラ付置換術)	91	(術者15)	
EVAR (後部シグナトゥラ付置換術)	108	(術者20)	
胸腹部大動脈全置換術	6		
Y型人工血管置換術	21		
末梢血管 (急性動脈硬化、慢性動脈硬化)	50		
下肢静脈瘤手術	47		
その他 (透折センター緊急開胸など)	59		

2014.9.1~2016.7.30 (1年11ヶ月)

- 学会発表**
- Young Investigator Award in Fukushima 2014 2014.12.20
「若年者の胸腹部大動脈解離の1例」
 - 第32回福島心臓血管研究会 2015.1.17
「腹動脈(急性)心筋梗塞、全腎虚血、右下肢虚血)を伴う急性A型大動脈解離に対する治療戦略」
 - 第45回血管外科学会総会 2015.6.5
「80歳以上のA型急性大動脈解離に対する外科治療と内科治療の比較」
 - 第6回日本心臓血管学会東北地方会 2015.9.19
「fenofibrateを伴う急性A型大動脈解離に対してTXDを用いた1例」
 - 第6回日本心臓血管学会総会 2015.10.19
「急性大動脈解離に対するProximal First上行弓部置換術の検討」

- 学会発表**
- Young Investigator Award in Fukushima 2015 2015.12.19
「80歳以上の高齢者に対するTAVIとSAVRの比較」 Award受賞
 - 第32回福島心臓血管研究会 2016.1.9
「高齢者に対するTAVIの検討」
 - ASCOT3 (アジア心臓血管外科学会) 2016.4.6
「Analysis of Proximal first arch replacement for aortic dissection」
 - 第4回血管外科学会総会 2016.5.25
「腹動脈を伴う急性A型大動脈解離に対する治療戦略」
 - 福島県医師会 2016.5.26
「80歳以上の高齢者に対するTAVIとSAVRの比較」
 - 第9回日本心臓血管外科学会 2016.8.20
「Analysis of Proximal first arch replacement for aortic dissection」



- 考察**
- 心臓外科を目指す自衛隊医官の研修施設は、防衛医大病院と自衛隊中央病院のみである。
 - 卒業3年目からの専門研修は、医学の専門分野の基礎を広く修得する事を目的とし、期間は2年間とされるが、研修科目によっては最大4年間と記されている。
 - 外科系の専門研修は、豊富な症例を経験することが不可欠であり、資格取得も大切な過程である。
 - 当科の豊富な手術症例と積極的な後援体制により、研修員自身には多くの臨床経験が与えられ、同時に被災地医療にも貢献できた。
 - 災害医療支援施設として、被災地の医療確保の方策として、防衛医大との連携を深める。

学会ですが、ここではオーラル(口頭発表)として、何度も校正しながら原稿を書き、しっかり英語の発表をしてもらいました(図13)。

中野渡先生は元々医師免許しかないところ、いわきに赴任したことにより、いわゆる外科の専門医や内視鏡血管内治療のライセンスを取得することができました。この先にあるのは心臓血管外科専門医ということになるのですが、現在自衛隊中央病院に戻っており、なかなか症例がないので、どこまでそれができるのかが次の問題点となってまいります。研修終了時には、我々から認定証というかたちで証明書(Certificate)を作り、彼を送り出しました(図14)。

そして、次は西田先生という7年目の一等陸尉の方が、今年10月に赴任予定です。やはり防衛省というのは堅い組織でして、中野渡先生にも、もっともっと心臓血管外科専門医になるくらいの症例数を経験していただきたいのですが、なかなか延長が難しかったり、いろいろ制約がありまして、西田先生も中野渡先生のように長くいたいと希望しているのですが、半年くらいしか今の時点では許可されておられません。

考察です(図15)。心臓外科を目指す自衛隊医官というのは、防衛医科大学と自衛隊中央病院の2箇所しか研修施設がありません。症例が足りないですね。専門研修は専門分野の基礎を広く修得する事を目的としており、期間は2年間。最大4年まで延長は可能ということを規約では書いてありますが、なかなかそこは破れず、中野渡先生は2年間で帰ってしまいましたが、もっともっと研修したいと言っていました。やはり外科系の専門研修というのは、いかに豊富な症例を経験するかであり、しかも最近では新しい治療に関して資格を取らないと次のステップにいけないということがありますので、いかに豊富な症例を経験させてさらに資格を取らせていくかが重要となります。

豊富な手術症例を経験させ、一生懸命指導したつもりですが、修練した彼自身も臨床経験を鍛えられて、同時に医師が不足していると言われる被災地の医療にも貢献ができたという、両方にとってメリットのあることができました。

我々の受けた印象としては、医師の確保の方策として防衛医大との連携なども考えていくと、これも医師を確保するための一つの方法ではないかということで、今日は報告させていただきました。ご清聴ありがとうございました。

近隣施設で血液透析を受けることのできない相双地区の患者の実態



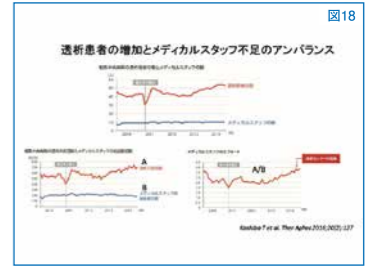
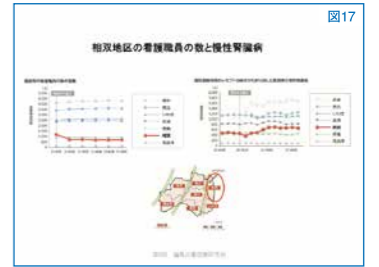
災害医療支援講座 教授 **小柴 貴明**
医療協力先: いわき市立総合警域共立病院 透析センター-外科
(平成24~27年度 相馬中央病院)

相双地区(以下、相双という)では医療者が大変不足しており、結果的に透析患者の数に追いつかない形になりまして、2014年末から、宮城県まで片道1時間~1時間半かけて週3回、透析のために患者が遠方に通わなければいけないという事態が起きています。そのことを詳細にレポートしたいと思います。

背景について、1年前のこの研究会でお話したことを少し復習したいと思います(図16)。

震災前後で相双にどのような変化が起きたかといいますと、まず一つは、原発の影響で近隣の2つの透析施設が閉鎖しています。震災前は相双にある6つの透析施設にだいたい400人ぐらいの維持透析の患者がおりました。けれども、4つになりまして、今はだいたい200人が透析を受けています。それからもう一つ、震災の影響としては、一番効率の良いJR(常磐線)が北も南も通れなくなって非常に不便になりました。また、住宅事情が悪くなり、非常に住みにくくなったという問題があります。そういうこと全てを反映してか、福島県の7つのエリアで相双だけが震災後に看護職員がかなり減り、一旦避難した看護職員がなかなか戻ってこないで、少ないままずっと推移しています。一方で、これは慢性腎臓病の患者が相双でどれぐらい震災後に増えたかを推測するデータです。福島県のほぼ全域を網羅する形で調査した結果、国保のレセプトの病名から、非常に顕著に相双の慢性腎臓病の患者が増えている可能性が推測されました(図17)。

これは私が去年まで勤めていました、相馬中央病院の患者と透析スタッフの数です(図18)。震災の時に自主避難のため患者の数が減りました。その後は一時的に患者の数は増えています。震災直後、一時、南相馬市の透析施設が稼働できなくなったので、避難して帰って来た患者が相馬市に通院するようになったためです。しかし、その後、南相馬市の透析施設が再開したことで、患者数はこのように減り、一旦、震災直後の混乱は終息しました。ところが、その後、再び患者数はどんどん増えていきました。しかし、それに追いつくようなかたちではメディカルスタッフの数は増えてません。メディカルスタッフは、人数だけではなく、出勤回数も非常に問題になります。ここで、全透析患者に1ヶ月間どれだけ透析を実施するかの総回数と全メディ



カルスタッフの1ヶ月間の総出勤回数を、それぞれAとBとしました。Aを分子、Bを分母というかたちで割り算をすると、メディカルスタッフがどれだけしんどくなったかを数値で表す事ができると考えました。2014年の終わりはこの数値は非常に高まっています。この数値に矛盾せず、2014年の終わりの段階で、これ以上相馬中央病院では新規の患者さんを診ることができなくなりました。ここから相双の患者が宮城県に流れるという状況が起きています。

ここからが、相双で透析を受けることのできない患者の詳細なレポートです。岩沼市に240~250人の患者が透析を受けている緑の里クリニックという大きな施設があります。現在、ここに相双の患者さんが通っています(図19)。地理的には、相双の北部に、南から南相馬市、相馬市、新地町があり、県境の北には宮城県の山元町、亘理町、岩沼市が位置しています(図20)。距離的には、原発から20-30kmに南相馬市があり、そこからさらに50km-60km北に岩沼市があります。車では、岩沼市と新地町・相馬市の距離がだいたい1時間、南相馬市との距離は約1時間30分です。

先に述べたように2014年の終わりに相双の透析医療が破綻し、その後、岩沼市に患者さんが通院していますが、今年7月15日までに27人の患者さんが岩沼市に紹介されています。内訳としては、維持透析のために岩沼市に一旦通院してから相双に空きが出たので相双に戻った患者が9名、現在、維持透析をするために岩沼市へ通院中の相双の患者が10名、透析導入のために入院しているのが1名、保存期が3名、その他4名となっています(図21)。患者さんの居住地は、宮城県に一番近い新地町4名、相馬市15名、南相馬市7名、また相双から少し外れますけれども、もしこの地域の患者さんが維持透析するとしたら相馬市が一番近いことになる、丸森市が1名という内訳です(図22)。

図23は、岩沼市に透析のために通院後、相双に戻れた患者さんの内訳ですけれども、この9名が通院した期間は平均で120日ぐらいです。週3回透析するわけですから、実際の透析回数はだいたい平均50回です。患者さんの年齢は、現在の日本の透析の導入年齢とほぼ一致して、高齢者が多いです。通院時の交通手段は、本人の運転による車もありますけれども、家人が運転して連れて行っているというケースも結構あります。家人の送迎とはどういうことかといいますと、片道1時間~1時間半で、岩沼市のクリニックに着きます。そこから透析がだいたい3時間~4時間です。その3時間~4時間の間、家人はクリニックの駐車場で車の中で待つとか岩沼市で時間つぶしをして、透析が終わったら患者さん(自分の家族)を乗せて帰ると

いうことで、1日がかかります。

私の知っているこの患者さん(上から3人目)の例では、ご主人の送迎だけでの通院が非常にしんどかったので、結婚して他県にいった娘さんが帰ってきて、ご主人と娘さんが交代で送っていたという状況です。

図24は維持透析で岩沼市へ通院中の患者さんの状況です。最近、通院を開始する患者さんの数が急を増えています。やはり家人の運転とか本人の運転とかで、みなさん車で通っております。年齢的には先ほどの図23とほぼ一緒です。この2人はちょっと特殊な事情がありまして、この方(下から2人目)は、透析導入時は相双に空きがなく岩沼市への通院を開始しました。しかし、遠方へ通うことは、近所の人たちに自分が透析を受けていることを知られないメリットもあると考えるようになりました。相双に空きが出ても、戻るかどうかを決めかねて、すでに通院日数は537日、透析回数でいうと230回、透析をするためにずっと通っています。しかも本人ではなく家人が運転していますから、非常に大変かと思えます。

それからこの患者さん(下から1人目)は相双で元々夜間透析を受けていた患者です。震災後、相双で夜間透析ができなくなりましたので、夜間透析を受けるために岩沼市へ通っておりまして、この患者さんの通院期間も結構長くなっています。

図25に、岩沼市に通院とならなかったその他の症例を挙げました。導入して退院する前に亡くなった症例とか、あるいはこれは非常に衝撃的ですけども、遠いところに通うのが嫌で透析の継続を自分から拒否したのではないかという可能性が否定できない、透析見合わせの症例です。また、透析導入時に悪性腫瘍の疑いが持ち上がり、相双の総合病院に戻って精査をしながら透析を開始した症例です。また、バスキュラーアクセスを作製したけれども、その後、心不全を発症して相双の総合病院へ入院し、その後、幸いにも南相馬市の病院に空きが出たので岩沼市には通わなかったという症例もあります。

各時点で何人ぐらいの患者さんが岩沼市に通っているかを見ると、2015年の始めは1名でしたが、どんどん増えていき、最近では11名となっています。非常に困ったことに、岩沼市に通う患者さんがどんどん増えているという実態です(図26)。

図27は、現在、岩沼市へ通院中の10名の患者さんがどこに住んでいるかを示しています。交通手段は国道6号線と常磐自動車道(高速道路)になります。JR(常磐線)は不通なので使えません。患者さんは、相馬市の二つの透析施設、または、南相馬市の二つの透析施設から本当に近い所に

図19 ケースシリーズレポート 宮城県岩沼市の緑の里クリニックへ紹介された相双地区に居住する慢性腎臓病・透析患者

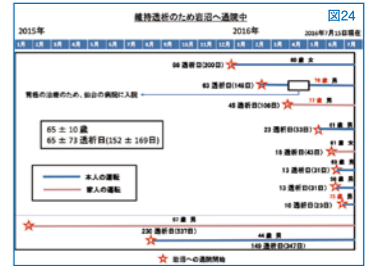
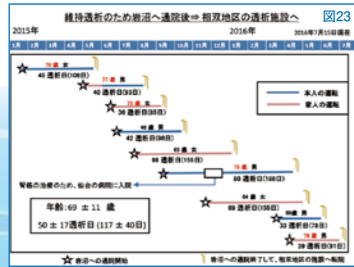
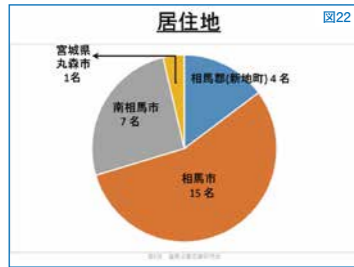
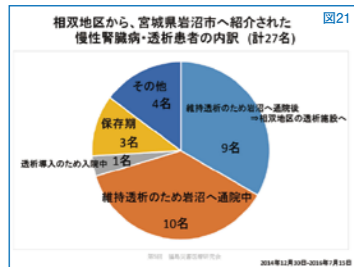
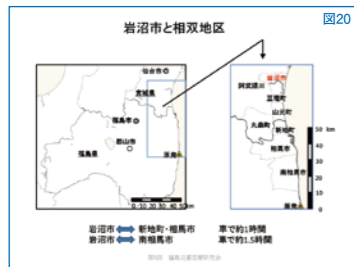
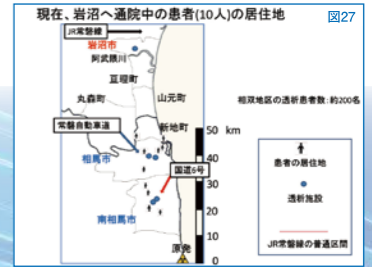
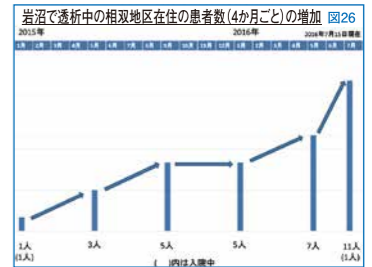


図25 岩沼への通院とならなかった、その他の症例

- ▲ 死亡 79歳 男。入院して導入するも、35日目に脳梗塞を発症し、97日目に尿路感染からの敗血症ショックで死亡。
- ▲ 透析中止 84歳 男。入院して導入するも、9日目に本人の希望で透析中止。遠方への通院が、その理由の一つであった可能性が否定できない。
- ▲ 導入後、転院 41歳 女。導入したが、悪性腫瘍の疑いあり、相馬市の総合病院へ転院。
- ▲ バスキュラーアクセス(VA)作成のみ 51歳 女。岩沼での導入を念頭にVAを作成したが、心不全を認じ相馬市の総合病院へ入院。その後、南相馬市の病院に空きが出たので、そちらで導入となった。



まとめと結語 図28

津波・原発事故後のメディカルスタッフの不足のため、2014年末から、相双地区に居住する患者で近隣の施設で透析を受けることができない症例が存在するようになった。

これらの症例は、宮城県の岩沼市の施設へ紹介され、患者本人か家人の車の運転で、片道約1～1.5時間かけて、維持透析のために、通院している。

紹介された症例の数は、2016年7月現在累計27名にのぼる。岩沼市へ通院開始後に相双地区の施設で受け入れ可能となる患者より、岩沼市で透析を開始する新規の患者の数のほうが多く、この未曾有で極めて深刻な事態は解決する見通しが無い。

居住しているのに、こんな遠いところ(岩沼市)まで通わないといけない状況です。東北でも山間部の地域では近くに透析施設が無いので、1時間とか1時間半かけて都市部の施設に通っているという話は聞きますけれども、それはあくまで近くに透析施設が無いから仕方ないのであって、この相双の状況とは違うと思います。

まとめと結語です(図28)。津波・原発事故後のメディカルスタッフの不足のため、2014年末から、相双に居住する患者で近隣の施設で透析を受けることができない症例が存在するようになった。これらの症例は、宮城県の岩沼市の施設へ紹介され、患者本人か家人の車の運転で片道約1時間～1時間半かけて、維持透析のために通院している。

紹介された患者の数は、2016年7月現在で累計27名にのぼる。岩沼市への通院開始後に相双の施設で受け入れ可能となる患者より、岩沼市で透析を開始する新規の患者の数のほうが多く、この未曾有で極めて深刻な事態は解決する見通しが無い。

災害医療支援講座は相双の医療システムを再構築するというのがテーマとなっておりますので、データのレポートだけではなく、今後の課題についてお話します(図29)。まず一つは、どういふ方法でこの難局を乗り切るか？血液透析以外の腎代替療法、腹膜透析とか、腎移植を普及させることも考える必要があります。

それから、先日、台風10号が来たときに気がついたのですけれども、不測の事態が起きて相双から岩沼市に通院できないような災害が起きた場合の対応です。例えば、大きな台風が福島・宮城を直撃し、相双・岩沼市間の移動ができないという事態が、もし起きた場合、その時だけでも近隣の施設で透析をできないか、バックアップの体制づくりが必要だと思います。

また、公平な医療の原則を遵守することが大切です。透析患者となった順番に近隣で透析を受けるという原則を担保する必要があります。しかし、原則に従っているとどうしても医学的に無理が生じる症例がでてくると思います。そういう症例は、別途、相双で透析を実施する優先順位の検討が必要だと思います。例えば、重症の心不全合併例とかで、循環器科との併診が必要な場合、単科だけのクリニックで透析するのは非常に難しいと思います。

それから、今後、血液透析に移行する可能性の高い相双の慢性腎臓病患者の実態把握も必要です。岩沼市のクリニックのキャパがいっぱいいっぱいになり、相双の患者さんを受け入れられない状況が来るということが近い将来予想されます。例えばクレアチニンが高値の患者がどれぐらい

いるかということを知り将来の相双の透析患者の数を予測すること、また、慢性腎臓病の進行の予防も、今後、考えていく必要があります。

最後になりましたけれども、詳細なデータを提供していただきました、岩沼市の緑の里クリニックの穴戸洋先生に深謝申し上げます。ご清聴ありがとうございました。

今後の課題 図29

・血液透析以外の腎代替療法：腹膜透析、腎移植の考慮＝血液透析の患者の増加を減らす

・不測の事態が起きて、相双地区から岩沼へ通院が出来なかった場合の対応
(例：大きな台風が福島・宮城を直撃して相双⇄岩沼の移動ができない)

・公平な医療の原則(透析患者となった順番に、近隣で透析を受ける)を担保したうえで、優先順位の検討
(例：重症の心不全合併＝循環器科と併診が必要)

・今後、血液透析に移行する可能性の高い相双地区の慢性腎臓病患者の実態の把握＝予測と予防のために

南相馬市における支援ニーズの変化 ～診療体制から社会活動まで～

災害医療支援講座 教授
医療協力先:南相馬市立総合病院 神経内科

小鷹 昌明



皆さんこんにちは。お忙しいところ私達の研究会にご参加いただきましてありがとうございます。私の話は他の先生の話と比べるとだいぶアカデミックなものから遠ざかる話ではありますが、地域をご理解いただくためにはこういう発表も一つくらいあってもいいかなと思ひ、学術的なものというよりは地域の問題といひますか、私が診療の合間に地域の皆様とふれあった経験的な話を今日はさせていただきますと思ひしております。

タイトルに「診療体制から社会活動まで」という副題をつけましたけれども、まずは、そうはいつても医者として南相馬に来ましたので、診療的な話を最初にお話しします。

私は神経内科医なので手術するとかそういうことはしないので、どちらかというと神経難病と言われるような、なかなか治りにくい病気のケアとか介護とか福祉とかに重点を置くような診療体制を構築したいと思ひて色々な活動をさせていただきました。

例えば、仮設住宅に出張で行ってインフルエンザの予防注射をボランティアで打つような活動をしたり、診療においては、神経難病患者さんの診療が立ちゆかないということで、日産に電気自動車を往診車としていただきまして、在宅医療のメンバーに加わり難病患者さんの往診を手がけたりとか、今まで大学病院で勤めていた時とは180度違うような診療を、この町でさせていただきます(図30)。

また、診療もさることながら、南相馬市ではだいぶ福祉とか介護を担う人たちが減ってしまい、福祉・介護のシステムが崩壊してしまったということがありましたので、私の専門に関連する領域として、パーキンソン病とか認知症とかそういった患者会の応援をさせていただこうと思ひ、アルツハイマーデーというのがある9月にあるのですが、そういったところで認知症のピラを配ったり、啓発活動に参加したりしています(図31)。また、介護士を増やすための養成講座の講師を務めさせていただいたり、地域の福祉関係の方と勉強会を開いたりとか、そういう福祉・介護システムを再構築できるような取り組みを皆さんとさせていただきます。僕ができることというところが知れているのですが、地道な努力が必要かと思ひてやっております。



今までの話は医者としての話で、多少なりとも地域の医療に貢献はさせていただいているのですが、僕が南相馬に来てこれは問題だなと思ひしたのは、あまり表面には出ていませんけれど、仮設住宅での孤独死という問題がだんだん増えているんですね。図32は平成28年2月の朝日新聞ですけれども、5年で190人、年々増加、7割が男性、という見出しが新聞に載ったわけです。僕が来たのは2012年ですけれども、こうなるだろうというのは容易に予想できたわけで、これはちょっと問題だなと思ひていました。

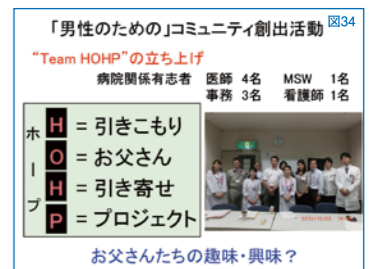
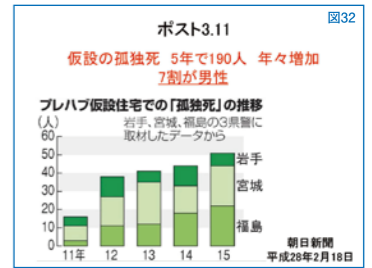
仮設とかでサロン活動なんかをして記念撮影しますと、圧倒的に来るのは女性で、男性は全然こういう所に参加しないわけですね。孤独で、仮設住宅に引きこもっているような人が多い。図33を見ますと、これなんかは何人かは男性がいて、自治会長さんみたいな人は来るんですけど、たいてい女性なんですよね。女性は元気があるのですが、男性は引きこもって全然ダメだということですね。これは如何ともしがたいということで、あるプロジェクトを立ち上げました。

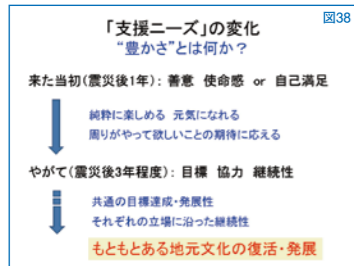
何人かの有志者(病院関係者)とチームを作りまして、“Team HOHP”というのを立ち上げたんです(図34)。HOHPというのを強引にホープと読ませて、「引きこもりお父さん引き寄せプロジェクト」というものを作りまして、お父さんたちの趣味・興味はなんだろうと考えた末、あまりにも安直な結果なんですけれども、木工教室を開いたりしました(図35)。この活動を評価いただき、市から感謝状をいただいたりしたこともあります。

こういう地域の被災者とふれあう機会はありませんというので、市立病院にいらした研修医、学生、ゲストの方、見学者といった方達にも参加していただき、被災したお父さん達とふれあっていただくような場作りを結構やっています(図36)。こういう取り組みは結構、見学に来た学生さんや研修医なんか喜んでくれて、ちょっとしたこういう教育にも貢献できたかなと思ひています。

木工で気をよくしたものだから次は何をしましょうということで、男の料理(図37)。男性は結構凝り性でして、南相馬の、一次産業の農家で野菜や米をつくっているような人は、クオリティの高いものを作るといふことにはマインドがあって、料理教室を開くと一生懸命作ったりして、たまに若い女の子を入れるとかなり盛り上がる。地域の若い人と高齢者が一体となる、いろんなイベントを企画させていただいたりして、「お父さん料理で元気」という記事を書いていただいたりしました。

私、来た当初は使命感に駆られてというか、善意というかそういう気持ちもあって、ちょっと言うともまあ自己満足ということになるんですけど、元気にな





れることは何かなど思っている活動をさせていただいたんですけども、だんだん時期が移り変わってくると、ただ1回のイベントを皆で楽しくなっていることをやっても、その場は楽しいけれどもそれで終わってしまい何の支援にもならないだろうということ、だんだん継続性であるとか、皆で協力してとか、何か目標を持ってとか、もう少し発展的なことをやっていかないと町おこしには繋がっていかないだろうなということを考えるようになりました。それで考えついた一つの結論は、もともとある地元文化の復活・発展のお手伝いができるということです。自分で何かするのではなく、もともとこの町にある文化をもう少し盛り上げていくという方向性にシフトしていったらいいんじゃないかなというように考えるようになりました(図38)。

それで始めたのがエッセイ講座です(図39)。私はわりとものを書くことが好きなので、エッセイ講座というのを開きまして、町の人たちと色々な文章を書いたり、心の内面を語り合ったり。ちょっと癒やし効果もあったりして、なかなか人に愚痴を言えなかった人が、このエッセイ講座に来て初めて文章で自分の気持ちを人に伝えることができましたと言ってくれる人もいて、何か自分の気持ちを文章にしたためるとい、文字に落とし込むという作業は結構人の気持ちの整理に役に立つんだなということに気づいて、こういう講座を立ち上げて今も継続しています。

それから、南相馬市物産振興会という、ものづくりの会があるんですけども、その会長に抜擢されて、いろいろなお土産品とかのアイデアを出し合ったり、実際に販売したり、物産会に入りませんかというチラシを配って働きかけを行って、物産振興会を応援するような立場で今活動をさせていただいております。

また、南相馬市には文芸的な下支えとして「海岸線」という割と有名な同人誌があり、これが震災後休刊されてしまっていたのですが、それを復刊させようということで、南相馬市に移り住んだ芥川賞作家の柳美里さんと色々コラボして文芸活動のお手伝いをさせていただきまして、この度、震災後初めての復刊号が発刊されまして、3千部刷って住民の方に読んでいただいております。

図40は相変わらず地味な個人的地域活動です。南相馬市にはいろいろな人が出入りすることが多くなりまして、やや治安の悪化が懸念されてきたんですね。いろいろ人が出入りされて、ちょっと小競り合いとか飲み屋さんと喧嘩するとか、そういうことが住民を怖がらせてしまっていたんですね。それで僕らにできることはないかなと思いついて、これも適度にメンバーを集めて、ナイトロールランニング、通称ノトランというんですけども、何のことは



なく、ただ防犯と書いたTシャツを皆で着て普通にジョギングするだけなんですけれど、ナイトロールランニングチームを作りました。別にこいつ怪しそうだからとっ捕まえようとか毛頭そういう気はないです。ただ単にこれを着て走るといことだけのものですが、毎週水曜日に駅前とかを軽く流して、皆で汗かいてランニング活動をしています。その結果犯罪が減ったか、ということは知りません。見る人が見て、ああこの町は防犯がしっかりしているのかなと、住民が感じていただければそれでいいかなと思っております。

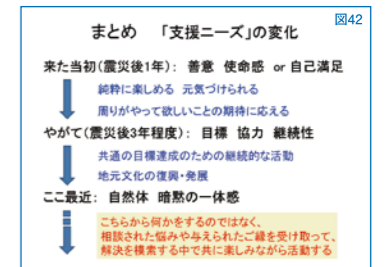
図41はさらに個人的な文化伝承活動ということで、3年連続で野馬追に出させていただいています。馬なんて乗ったことも興味もなかったんですけど、かっこいいなと思いついて、こちらに来て初めて乗馬を習わせていただき、1年間に100回くらい練習をして、地元の人と一緒に野馬追に出させていただいています。3年目ともなると神旗争奪戦に出てですね、一応参戦して頑張りました。

図42はまとめです。最近の考えなんですけれども、こうやっていろんな住民の方とふれあって4年間私も支援講座におります。最初は1、2年で帰ろうかなと思ってはいたんですけども、かなり居やすいですし、教授にもさせていただいたので、あともしばらくはいいなと思いついておきます。

最近では、自分が本当に何かするという気持ちはもうないです。こちらから何かを働きかけるのではなく、相談された悩みや与えられたご縁を素直に受け取って、解決できないかもしれないけれども、地元の方と一緒に解決を模索するふりをしつつ一緒に楽しむという活動が、地元の方の機運を生んでいくのかなと。自然体でいいのかなとだんだん思っています。野馬追なんかに出ると、特にそう思いますね。医者とか関係ないんで、地元の人にけちょんけちょんに言われるんですけど、立場を越えて皆と一緒に頑張ろうみたいな暗黙の一体感みたいなものが生まれてきています。

図43は最後のスライドです。最近こういうニーズが私には求められています。講演をさせていただいたりすることもあるんですけども、「南相馬市で生き方を変えた医者の話」を話してくれ、みたいな事を言われまして。私も大学人としてかなり一生懸命研究なり診療なりをやってきた人間なんですけれども、こちらに来て、どちらかというと医療職というより活動家として、肩書きも「市民活動家医師」みたいなことを命名してですね、「被災地の医療支援のもうひとつの形、地元へ溶け込んだ新しい医師の生き方」という新しい価値観でもっていろいろな活動を継続しています。

もちろん医師としての働きも頑張りたいと考えております。以上です。



要旨 図44

目の前にいる患者さんを助けたいという思いで医療支援に従事した。一方で、私は5年前に医療の一线から退きメーカーに勤務する医師である。別の視点で福島をみていた。この4年間で体験したことを共有したい。

福島支援:メーカー医師から見た視点

災害医療支援講座 特任教授
医療協力先:相馬中央病院

久保 肇



だいたい要旨はこのとおりです(図44)。目の前にいる患者さんを助けたいという思いで医療支援に従事しました。一方で私は5年前に医療の一线から退き、メーカーに勤務する医師でもあります。別の視点で福島を見ていましたので、この4年間で体験したことを共有したいと思ってこのような発表にかえさせてもらいました。

自己紹介です(図45)。私は1992年に大学を卒業して外科入局をしています。外にも赴任しましたが、基本的にはずっと大学に在りて、大学院ではリンパ節転移を研究しましたし、ヘルシンキ大学でも同じ研究をずっと続けていました。そのまま、また大学へ戻ってずっといたわけですが、診療は基本的には大学での診療ということしかないので、突如として大学を辞めて製薬メーカーに転職しました。このときには教授にはずいぶん怒られましたけれども、44歳くらいの時ですので、今までとは違うあり方でやりたいという理由でした。

1993~1996年に神鋼病院の外科におりましたけれども、1995年の神戸の震災ももちろん経験しているということです。その時には医者になって3年目くらいで、5例目くらいの膵癌のPDの手術の日でございまして、そのシミュレーションで朝6時くらいにちょうど起きようとしたくらいの時に震災に遭いました。私はその時10階建てマンションの9階に住んでいて、そのマンションがずいぶん揺れたなと思ったら、1階が潰れていて、それくらいの震災であったということです。そのまま病院に行きましたら、挿管できるような医者は限られているので、私はだいたい50人くらい挿管しました。挿管しただけでそのまま助けられなかったという人もいました。このようなことを経験して、大学に戻ってずっと診療をしていました。ヘルシンキも良い街で、そこにいた時にもいろいろな事を考えました。2010年、医者になって18~19年くらいの時に製薬メーカーに移ったということになります。

そうこうしているうちに2011年の震災がありまして、その時に東大の友達から、あんたどうせ暇しているんだろうと、ちゃんとこういう時に震災の支援に行かないといけないだろうと、言われまして、福島医大の災害医療支援講座で月2回程度、3日間程度ずつ、支援を4年間続けさせていただいております。

その間いろいろと考えておりました。相馬中央病院はそれなりの大きさの病院で中核的な病院のうちの一つだと考えておりますけれども、そこで内科外来を合わせたようなところで初診外来をしていました。うちのメーカーはリウマチが得意なところですが、私はリウマチ専門でメーカーに勤めているわけではなくて、メーカーの方では戦略的なことをやっておりますが、リウマチの患者が結構いるな、しかしリウマチとして認識されていないな、というようなことがあって、私はたまに行くだけですけれども、私が診ているだけでも5人くらいいるな、というように思っていました。

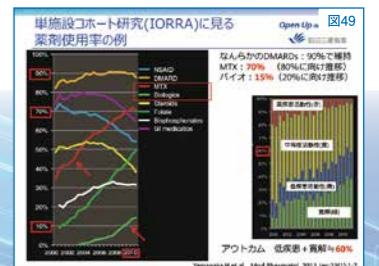
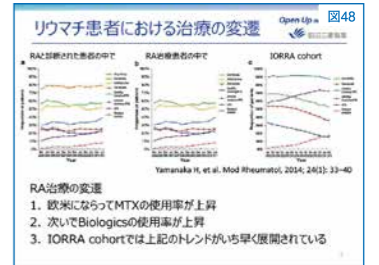
ここでもメーカーが見るエリア戦略というものをやはり考えています。北海道はどれくらいのリウマチの患者がいるのか、それに対してどのような治療を行っているのか、ということ、エリアに関しては売り上げから予測します。これくらいの薬剤の売り上げがあるということは、どれくらいの患者が認識されているんだな、ということを見ている。売り上げから人数を見るという考え方です。

図46は北海道のある基幹病院のデータですが、リウマチの患者はこの病院はゼロだということになっていました。リウマチの専門医がおられないということになっていきますので、どうもこの市ではリウマチの患者はゼロだという認識だということになります。ですが、本当はどれくらいいるのかという考え方からすると、なかなか難しい医療の状況にあるなというように認識します。メーカーが見る視点はエリア戦略です。今は北海道を例に挙げましたけれども、各県あるいは国全体がどれくらいの状況であるのかというのを、図47のようなデータで把握しているということになります。

図48はリウマチ患者の簡単なレポートのオーバービューなんですけれども、まず最初にリウマチと診断された患者の中でどういう薬剤が使われているのか、リウマチ治療患者の中でリウマチ治療薬はどういう状況なのか。これは IORRA cohort という、東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風センターという単施設の cohorts で、先進的な医療をやっているところではどう治療を行っているのか、という論文です。

ここで一番注目すべきところは、MTXがどのように使われているのか、Biologicsがどのように使われているのかです(図49)。これを見ていくと、だいたいこの地域、あるいは日本の国、またはエリアでの状況が把握できます。リウマチ治療の変遷は、欧米にならってMTXの使用率が上昇してくるということが見られますし、次いでBiologicsの使用率が上昇するだろうと。

IORRA cohort というものでは、東京女子医大のような先進的な医療を行っている単施設でトレンドがいち早く展開されているということが分かりま



す。簡単にいうと、MTXはこのように70%ぐらいの使用率になってきて、欧米と変わらないぐらいになってきており、Biologicsも15%ぐらい。このデータは2010年ですので、今は20%ぐらいまで伸びています。欧米でだいたい33%ですから、まだ道半ばという感じだというように我々は認識しています。こうしたなかで、福島のエリア戦略というもののうちのメーカーとしては立てているということになるんですけども、図50は戦略を立てているものに東京・大阪を加えて、福島と並べて見せたデータです。これで見たら意外な結果がありました。Biologicsの使用率でだいたい先進的な治療がどのくらい行われているかを評価しますが、全国平均が21%、東京22%、大阪24%、このあたりが都市圏のBiologicsの使用率ですけども、福島県は23.6%ということで都市圏に引けを取らないぐらいなので、これは改めて戦略を練っているやつに見てもらって、見直さなくてはならないところです。

福島県のエリア戦略はという話ですが、ここだけでプレゼンさせていただければ、気づいたことがあります。Biologicsの使用率は非常に高いんですけども、MTXの使用率はさわめて少ないです。全国平均、東京、大阪は70%ぐらいですが、福島は60%。MTXは後期高齢者に使いにくいので、やはり高齢者がずいぶん多いということでMTXの使用率が低いんだな、というようなこと。一方でBiologicsの使用率は高い。BiologicsはMTXを併用するタイプと併用しないタイプがありますが、MTXを併用しないタイプのBiologicsをずいぶん使っているということを我々は認識しています。ということで、福島のエリアの特色というのが高齢者だということであるわけですけども、一方でここが生々しい話でして、恐らくそうではなくて、MTXを使わないBiologicsを持っているメーカーがいち早くエリア展開をしたというふうにもう一つの目では考えております。

その中で私が支援に伺わせていただいた相馬市ですが、相馬市ではリウマチ患者がまるでいないのか、といった状況だったんですけども、じゃあどれぐらいいるのかということですが、基本的にはリウマチの患者というのは人口比でだいたい0.5%ぐらいいるという認識を持っています。ということは、相馬市約3万6千人のなかでリウマチ患者200人ぐらいはいるはずだということです。約200人の患者さんのなかで治療対象になる患者さんというのは一般的に50%の100人となります。MTXの症例は70人、Biologicsの症例数は20人、それぐらいの患者さんが本当はあるんだなと思ってましたけど、私もリウマチの専門医ではないので、どういった形であればここに専門医が根付くという方法論があるのかなとは考えておりました(図51)。

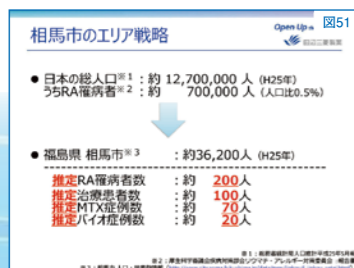
2013年11月に、災害医療支援という形でリウマチ専門医の越智先生が

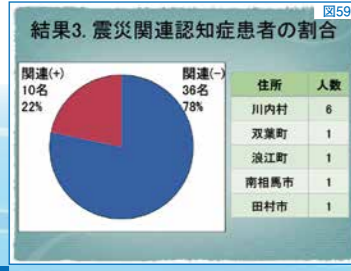
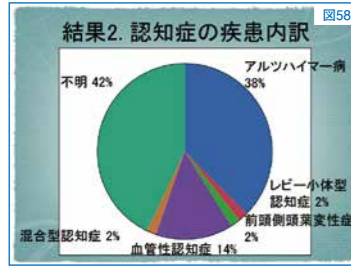
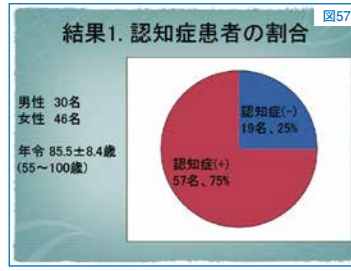
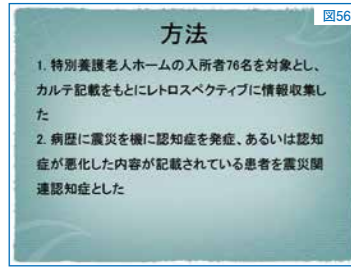
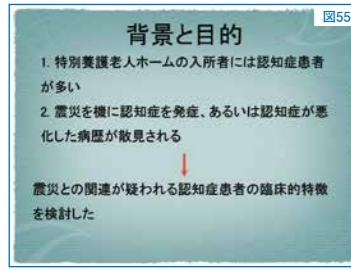
着任されました(図52)。2013年着任時には、患者さんが5人くらいということで越智先生に診てもらう形でスタートしました。専門医の着任によって患者の掘り起こしが急激に進みまして、今、2016年半ばぐらいで約60人の患者さんを持っておられるということになっております。

そして、治療方法ということで、MTXをどれくらい使っているか、あるいはBiologicsをどれくらい使っているかを見てみますと、MTXが60%、Biologicsが20%です(図53)。Biologicsは最初30%ぐらい使っていたんですけども、継続率がだいたい20~30%で、これは全国平均とだいたい同じとなっております。

このようにして見てみますと、専門医の着任で急速に治療方法の均一化が達成されたと私は見ておりますし、福島のエリアの特徴がここでも見られるなあとというふうに見ております。あと基本的には患者さんの特徴・背景というものに治療方法が反映されると言いましたけれども、一方で我々はメーカーの目でもう少し深い資料を見てみますけれども、基本的にはメーカーがエリア展開をしたということも見ておりますので、専門医のみならずメーカーの果たす役割もあるのだというふうに見ております。

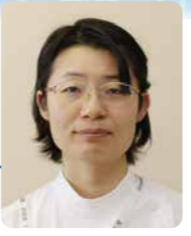
以上です。





川内村の特別養護老人ホームにおける認知症患者について

災害医療支援講座 特任講師 佐村木美晴
 医療協力先:ひらた中央病院



私は川内村の特別養護老人ホームにおける認知症患者さんについて調査しましたのでご報告いたします。昨年の研究会で、私たちは避難地域になっておりました川内村の医療を支える活動として、これらの活動を行っていますとご報告しました(図54)。

これまで川内村にはなかった特別養護老人ホームかわうちを建設しまして、平成27年11月から運用しております。私はそちらに入所されている方の診療をしておりまして、その中で気づいたこととして、一般的にそうなんですけれど、特別養護老人ホームの入所者さんには認知症患者さんが多いという印象がありました。また、紹介状を読みますと、震災を機に認知症を発症、あるいは認知症が悪化したという病歴が非常に多いという印象がありました。そこで、今回、震災との関連が疑われる認知症患者さんの臨床的な特徴があるのかということの研究しました(図55)。

方法としましては、あまりデータはないんですが、特別養護老人ホームの入所者76名を対象として、カルテ記載をもとに情報収集を行いました。病歴に震災を機に認知症を発症、あるいは認知症が悪化した内容が記載されている患者さんを震災関連認知症と定義しました。(図56)

結果ですが、認知症患者さんの全体の割合としては、76名の入所者さんのなかでほぼ75%の方に認知症が認められました(図57)。平均年齢は85歳。認知症の疾患の内訳としては、ちょっと情報が不足してしまっていて病名が不明な方も多いんですが、多くはやはりアルツハイマー病、それに加えて血管性の認知症の方が多いということが分かりました(図58)。実際、震災関連認知症が疑われる患者さんの割合をその中で調べたのですが、関連があると考えられた方が10名、約2割以上の方がそういう病歴を持ってらっしゃいまして、その方が震災前に住まれていた住所が川内村を含め、浜通りの方が非常に多いということが分かりました(図59)。入所者さんの半分が川内村の方なのでこういうデータが出るのかと思います。

震災と関連したと考えられる認知症の方と、あまり関連がないんじゃないかという認知症の方で年齢層を比較してみましたら、症例数が少ないので統計的な有意差は出なかったんですが、関連があると考えられた方がちよ

と若い傾向がありまして、これは本来なら認知症を発症しないはずの年齢でも、今回の震災のストレスにより発症してしまった方がいるのではないかと考えました(図60)。さらに性別ですが、そちらは関連がある・なしでそれほど男女の比率は変わりませんでした(図61)。

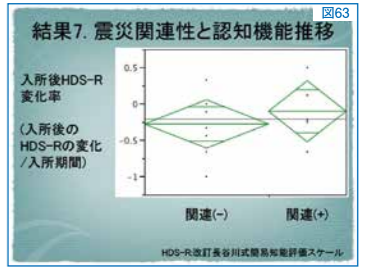
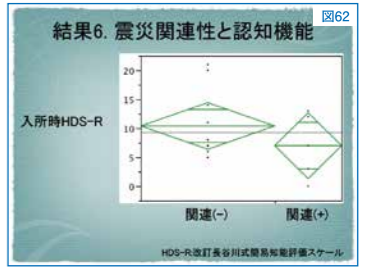
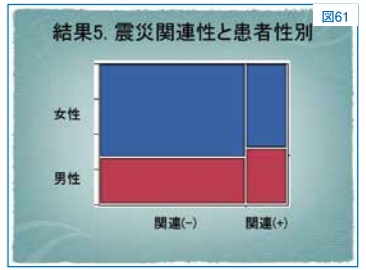
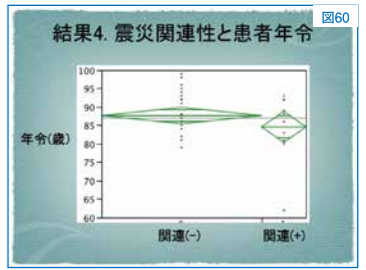
図62は認知機能の比較なんですが、関連があると考えられた認知症患者さんでは、これも有意差はなかったんですが、長谷川式の簡易認知症スケールをとると点数が低い傾向がありまして、もしかしたらそういうストレスで急激に認知機能が低くなってきたという方が含まれているのではないかと考えました。図63は入所時と現在の長谷川式のスコアの変化を入所期間で割った数値を出してみまして、入所期間のある一定期間で認知機能がどれくらい変化していったかを調べてみたんですが、長谷川式の変化率がゼロというのは、入所時と現在の認知機能が変わらない方がゼロになるんですが、関連がないと思われる患者さんはやはり徐々に認知機能は低下していった、ゼロより下回っている方がほとんどですので、やはり入所後もだんだん認知機能が低下していったと考えられます。

関連があるとされる方は入所後、数は少ないんですが、認知機能が逆にながっているという方もおられまして、これは解釈としては、関連があるとされる方は入所前、いろんな施設を回って来たとか、避難生活が長引いて不安定な生活環境であった方が多かったんですが、入所して生活が落ち着いたとか、あるいは故郷に帰れたとか、そういったことでもしかしたら認知機能が上がってきたのではないかと考えました。

以上、今回の結果をもとにした考察ですけども、震災後のいろいろな新聞記事を見てますと、震災後仕事の喪失とか避難のストレス、仮設住宅での孤立など、そういったストレスにより認知機能が低下する高齢者が多いという報道がたくさん見られています。また、実際調べてみますと、精神的ストレスが認知症発症のリスク因子にされているというのが一般的な知識になっているんですが、実際震災によるストレスと認知症発症についての研究報告というのは一つも見つけられませんでした(図64)。

今回、簡単な検討なんですが、今回の検討からは震災に関連した認知症の発症というのは実際にあって、その進行もかなり早い可能性が示唆されました。ただ、その場合は環境の変化によって進行を抑制したり、あるいは良くしたりすることができるんじゃないかということも考えられました。

結語です(図65)。今回震災を機に認知症を発症、あるいは認知症が進行した患者さんが何人か認められました。震災関連認知症は関連のない認知症と比較して年齢が若く、早く認知機能も低下していくという傾向があり



考察 図64

- 震災後、仕事の喪失、避難のストレス、仮設住宅での孤立などにより認知機能が低下する高齢者が多いとの報道がみられた
- 精神的ストレスは認知症発症のリスク因子とされているが、震災によるストレスと認知症発症についての研究報告はみつけれなかった
- 今回の検討からは震災に関連した認知症の発症、進行の可能性が示唆され、その場合は環境の変化により進行を抑制できる可能性も考えられた

結語 図65

- 震災を機に認知症を発症、あるいは認知症が進行した患者が認められた
- 震災関連認知症は関連のない認知症と比較して年齢が若く、認知機能も低い傾向があった
- 震災関連認知症は、その後の環境により進行を抑制できる可能性がある

ました。震災関連の認知症は、ただ、その後の環境によって良くできる可能性があるのではないかと考えましたので、今後もこういう方々には環境を良くしてストレスを減らしていく努力で疾患の予防ができるのではないかとこのように考えました。以上です。ありがとうございました。

雲雀ヶ丘病院における認知症患者の、震災前後の受診状況の調査

災害医療支援講座 助手
医療協力先:雲雀ヶ丘病院

宮川 明美



私は、災害医療支援講座から南相馬市にある雲雀ヶ丘病院に派遣されております精神科の医師です。雲雀ヶ丘病院を少しご紹介させていただきますと、単科精神科の病院で、相双地区では唯一の入院病床を有している病院です。震災の時にいったん病院を閉じたんですけれども、平成23年6月には外来、平成24年1月には入院病床を再開しております。また、平成25年11月からは認知症病棟を開始したんですけれども、大変残念なことに、様々な事情で今年の7月末日で認知症病棟は休止となっております。

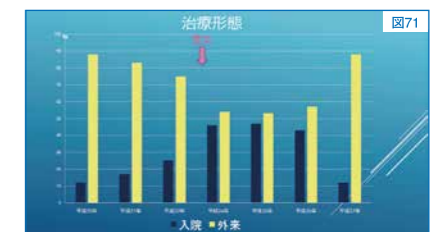
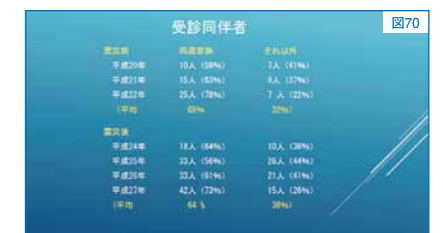
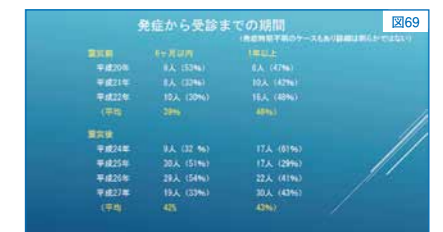
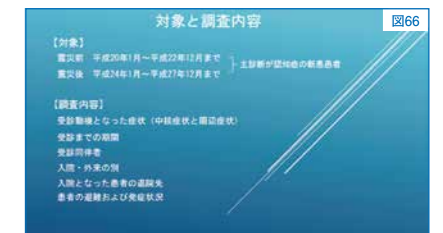
今回の調査は平成23年を除いて、平成20年1月から平成27年12月までに当院を受診した新患者で、主診断が認知症となったものを対象としました(図66)。調査内容は受診動機となった症状、その症状が出てから受診までの期間、受診同伴者、入院か外来かという治療形態、入院となった患者の退院先、患者の避難および発症状況としました。

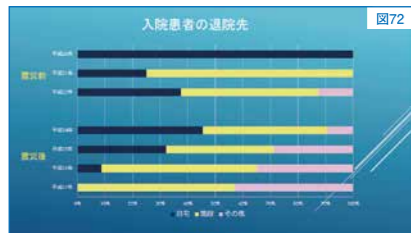
震災前、認知症の新患者は72人、全体の7.4%でありました。震災後は198人、14%で約2倍となっていました(図67)。受診動機となった症状は震災前・震災後ともに中核症状よりも周辺症状が多かったです(図68)。しかし、震災後は中核症状が震災前の32%から13%と半分以下になっており、その代わりに周辺症状による受診は、震災前の68%から震災後87%と20%近く増加していました。

受診動機となった症状の出現から受診までの期間は、カルテに発症時期が書かれていないものもあり、詳細は明らかではありませんでした(図69)。内容としては、発症半年以内または1年以上経ってからの受診が全体の8割以上を占め、これは震災前後で変化はありませんでした。ただ、震災後の平成24年だけは、1年以上経ってから受診する者が多い傾向がありました。

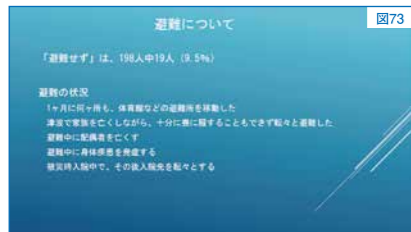
受診同伴者は同居家族が多く、震災前後ともに6割以上を占めていました(図70)。

治療形態ですが、震災前は大半が外来治療であり、入院治療は平均で2割程度でした(図71)。震災後は入院治療が増加しており、特に平成24年～26年の3年間は半数近くが入院となっていました。この傾向は平成27年には認められませんでした。

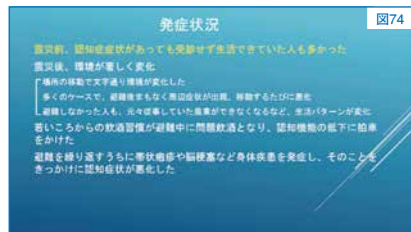




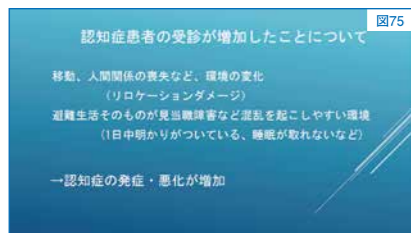
入院治療を行った患者の退院先は、震災前後ともに施設が多い傾向がありました(図72)。特に震災後は、年を追う毎に自宅退院が減って施設入所の割合が増えており、平成27年には自宅退院は1例もありませんでした。また、身体疾患で他院に転院する者も多い傾向がありました。



今回の調査では、患者の避難状況についても確認してみました(図73)。198名の震災後の新患認知症患者のうち、カルテに「避難せず」と明記されていた者は19人、9.5%でした。カルテに避難が詳細に記されていないケースも多かったのですが、当時南相馬市のほとんどの住民が避難したことを考えると、カルテに記載されていなくても避難はしたと考えたほうが妥当であると考えられます。従って、自宅に戻ることも含めると、患者は最低2回は移動したと考えられます。避難の状況は1ヶ月に何ヶ所も避難所を移動した、津波で家族を亡くしながら喪に服することもできないまま転々と避難した、避難中に配偶者を亡くした、身体疾患を発症した、被災時入院中でその後入院先を転々とした等、過酷なものでありました。



今回の調査で多く認められたのは、震災前は物忘れなどの中核症状は認められていても、特に受診することもなく自宅で生活できていたというケースです(図74)。ところが、避難のために人間関係も含めて文字通り環境が著しく変化し、多くのケースで短期間の間に興奮や徘徊、不眠、幻覚妄想といった周辺症状が出現し、移動の度に悪化していました。また、避難しなかった者も生活パターンの変化により見当識障害の急激な進行、物忘れの悪化など、認知症症状の悪化が認められました。この他にも、若い頃からの飲酒習慣が避難中に酒量が増えるなどの問題飲酒となり、認知機能の低下に拍車をかけたというケースも認められました。避難を繰り返すうちに、帯状疱疹や脳梗塞などの身体疾患を発症し、そのことをきっかけに認知症が悪化した者も多くありました。



考察です(図75)。今回の調査では、震災後、新患患者における認知症の割合は約2倍となっていました。これはもともと認知症であっても受診せず、家族や地域のサポートのなかで生活できていた高齢者が、避難所を次々に移動し、人間関係も含めた環境が変化することによるリロケーションダメージや、例えば1日中明かりが付いているといった見当識障害や混乱などを起こしやすい環境で、認知症の発症が増えたり症状が悪化して受診を要する状態となったことが要因の一つと考えられます。

また、以前からの人間関係の喪失や介護施設の再開が進まず、デイサービスやショートステイなどのサービスを利用できないといった、認知症患者を見守るネットワークが弱体化したこと、生産年齢人口である家族が地域

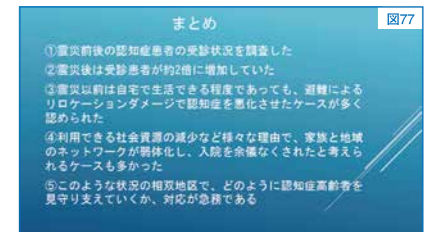
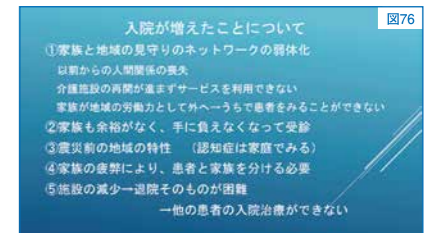
の労働力として外へ出て行き、家で患者を見守ることのできる人が減ったことが、入院治療の増加に繋がったと考えられます(図76)。

また、家族も環境の変化に疲弊するなど余裕を失い、物忘れといった中核症状ではなく、周辺症状が悪化し家族の手に負えなくなるまで受診に至らなかった可能性があります。以前からこの地域は物忘れといった認知症の中核症状で病院、特に精神科病院を受診するという認識が乏しく、認知症は家庭でみるという傾向がありまして、そのため震災前は受診に繋がりにくかったという地域の特性もあったものと思われます。

さらに、疲弊した家族の回復のために、患者と家族をまず分ける必要が生じており、入院から治療をスタートせざるを得ないケースが増加したことも考えられます。また、退院先も施設が増えている傾向にあり、施設が満床となるなど入所が進まないといったことが患者の退院を困難にしているとも考えられます。平成27年は入院治療が1割程度とそれまでより急に減少していますが、介護施設の再開が遅れていることを考えると、地域のネットワークの回復というよりは、それまでの3年間の間に施設の空きが生じるのが待っていた患者で入院病床が埋まり、思うように入院治療ができなかったことによる影響の方が大きいと考えられました。

まとめです(図77)。震災前後の認知症患者の受診状況を調査しました。震災後は受診患者が約2倍に増加しており、震災以前は自宅で生活できる程度であっても、避難によるリロケーションダメージで認知症を悪化させたケースが多く認められました。利用できる社会資源の減少など様々な理由で、家族と地域のネットワークが弱体化し、入院を余儀なくされたと考えられるケースも多くありました。このような状況の相双地区で、どのように認知症高齢者を見守り支えていくか、対応が急務であります。

以上です。ご清聴ありがとうございました。



第2部 総合討論

紺野(災害医療支援講座 主任教授)

よろしくお願ひします。先生方の白熱した発表で討論時間5分しかなくなりましたが、まず始めに、本日医療協力先の病院よりご出席いただいているご来賓の皆様より、一言ご挨拶をいただきます。

平 則夫 様(いわき市立総合磐城共立病院 病院事業管理者)

いわき市立総合磐城共立病院では、心臓血管外科に当講座の入江教授を、透析センター外科に小柴教授を、また麻酔科には西川特任教授と赤津講師を派遣していただいております。当院は浜通り地区における唯一の三次救命救急センターを有する急性期病院であるとともに、2014年8月には地域がん診療連携拠点病院の指定を受けるなど、地域の中核病院として更なる機能強化を進めております。また、当市は相双地区から約2万4千人もの避難者を受け入れていることに伴い、当院を始め各医療機関において外来患者数の増加による医師の負担も大きくなっておりますが、各先生には高度先進医療、診療体制の強化に日夜ご尽力いただき、私自身大変心強く感じ、感謝申し上げます。本日は、各分野における活動報告を拝聴し、浜通りの復興と医療体制の充実に向け様々な取組が行われていることを改めて知ることができ、大変有意義な会であったと感じております。今後とも、福島県立医科大学様と緊密に連携を深めながら、被災地における医療の充実に努めてまいりたいと考えております。



二瓶 正彦 様(ひらた中央病院 事務長)

佐村木先生にお話しいただいた川内村の特養なんですけれども、これは川内村の強い要望で始めた介護施設で、復興のシンボルにしようということで始めました。結果、入所者ですとこの特養がきっかけで川内村に戻ったのが20数名、家族も一緒に戻ってきた方もいますので50名、また職員でも介護の仕事をしたということで戻ってきた方が10名いますので、だいたい60数名はこの特養をきっかけに川内村に戻ってきた結果で、私たちもすごく喜ばしい結果になっております。震災前もそうなんですけれども、震災後特に県民の要望とか、被災地自体の要望で動いていることが多いので、今後も私たち誠励会グループは、石川郡の要望だったり、今までどおり玉川郡の要望だったりを受け入れながら今後も頑張っていきたいと思っておりますので、今後よろしくお願ひいたします。

志賀 嘉津郎 様(志賀医院 院長)

南相馬市で内科を開業しておりまして、震災前、清水病院におられた清水先生からいろいろ応援いただいております。今日は浜通りの先生方に震災後のいろいろ参考になるお話を聞かせていただいて、どうもありがとうございました。今後ともよろしくお願ひします。以上です。

紺野(災害医療支援講座 主任教授)

ありがとうございました。それでは総合討論に入ります。本日の発表、あるいは災害医療支援について何かご意見等ございましたら、挙手をお願いいたします。林先生、せっかくいらっしやっただけでどうぞ。



林 名誉教授

2年前にここを退職いたしました、今、名誉教授の称号をいただいている林でございます。もともと私は厚生省におりまして、医療政策のために疾病の増減とか時系列的に分析して未来予測をする、そのために病院をどのくらいつくつたらいいとか、医師会の先生方から見れば敵中の敵みたいな仕事をさせていただいておりました。先ほど小柴先生にお使ひいただきましたデータは、国保協会、あるいは福島県の国保連合会のご協力をいただきまして、全県の

データをカルテから分析した結果です。国民健康保険だけです。カバレッジは35%~40%ですが、恐らく県民の動向は十分に反映していると思います。小柴先生の最後のところにございましたけれども、将来予測をしていかないと、病院や医師って3年や5年で準備して、はいどうぞとやれるものではないんですね。ここも新しい医療センターができましたけれども、震災後やっと6年にして動き出した。従いまして、いろいろな先生方、浜通りの医療にご尽力されておりますけれども、これからそういった意味で計画というものが非常に重要になってくる。その計画をするには、現場のいろいろなデータ、それから我々のような、もう少しグローバルな日本全国を網羅したようなデータをあわせて計画して行って、実際それを動かしていかなければいけないだろうなと思います。皆様方のご活躍に期待しております。ありがとうございました。



紺野(災害医療支援講座 主任教授)

はい、ありがとうございます。他にございませんか。ちょっと時間がなくて申し訳ないのですが、本当は質問がたくさんあるんだろうと思いますので、私ども災害医療支援講座の方にメールでもけっこうですので、ご意見やご質問をいただければ大変ありがたいです。来年もぜひ行いたいと思っておりますので、皆様のご協力をお願いいたします。

本日はどうもありがとうございました。

