

第6回
福島災害医療研究会
記録集

発行

災害医療支援講座

〒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



再生可能エネルギーを推進する
一般財団法人

ふくしま未来研究会

〒960-8031 福島県福島市栄町10番4号エスケー栄町ビルⅢ2階
TEL.024-522-4610 / FAX.024-572-7278

※この記録集は、一般財団法人ふくしま未来研究会からの広告協賛により作成しております。

 福島県立医科大学災害医療支援講座



第6回 福島災害医療研究会 記録集

平成29年9月5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)

震災から6年が経ても解決されない相双地区の透析医療が抱える問題
災害医療支援講座 教授 小柴 貴明 2

高野病院の現況と私の役割について
災害医療支援講座 准教授 澁佐 隆 6

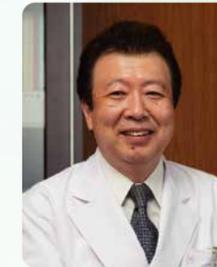
Anesthetists in Iwaki: Great East Japan earthquake
災害医療支援講座 講師 赤津 賢彦 9

KT(Kuchikara Taberu)バランスチャートを用いた包括的食支援の取組成果
～入院時そして災害時における活用～
災害医療支援講座 助教 社本 博 11

雲雀ヶ丘病院における震災後の認知症患者の退院について
災害医療支援講座 助手 宮川 明美 16

第2部 総合討論 19

[挨拶]



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の紺野と申します。本日はお忙しい中、第6回福島災害医療研究会にお集まりいただきありがとうございます。

災害医療支援講座は、東日本大震災後に相双地区やいわき地区が深刻な医師不足となり、当時、県内で働いていただける医師・スタッフをすぐに集める必要があり、福島県と多くの民間企業から寄附をいただき、福島の医療を支えて行こうと始めました。

今回で6回目になりますが、毎回共通して報告されることは医療スタッフ不足です。

これから復興までまだまだ長い年月がかかりますので、皆さんで知恵を出し合って、限られた医療支援の中でどのような治療を行えばよいか、或いは、今すぐに対応しなければいけないことは何か、皆さんで情報を提出していただき、知恵を出し合って少しでも福島県民の健康に寄与したいと考えています。災害医療支援講座の先生方が頑張っておりますので、是非、話を聞いてください。

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

震災から6年経ても解決されない 相双地区の透析医療が抱える問題

災害医療支援講座 教授
(医療協力先:いわき市立総合警域共立病院)

小柴 貴明



みなさんこんにちは、ご紹介いただきました小柴と申します。相双の透析は非常に困っておりまして、新聞等でも報道されていますが、今回は細かいところまでお話ししたいと思います。

東日本大震災が相双地区(以下「相双」)の透析医療に与えた影響は、震災直後の2012年の後半に一旦終息しました。つまり、震災直後の混乱期が終わり、2014年後半から現在も解決されていない慢性期に突入しました(図1)。

震災直後、断水・停電・透析液供給装置の故障のため、当時、県内に居た4,355名のうち透析患者の2,034名が元の施設を離れて透析を実施し、うち1,223名は県外へ避難しました。

原発がある相双では3月15日に政府からの避難命令を受け、原発から20km圏内の2施設、浪江町と(図3:透5)富岡町の(透6)施設の約200人の患者が避難しました。また、20kmから30km圏内で透析を受けていた約120人の患者も一旦全員避難し、4月20日に20km圏内は避難区域とされ2施設(図3:透5,6)の閉鎖が確定しました。一方では、20kmから30km圏内は緊急避難準備区域とされたので、一旦避難した患者が徐々に帰還することとなりました。

同年、8月から10月にかけて、20kmから30km圏内の緊急避難準備区域の(図3:透3,4)2施設で透析が再開され、復旧が始まりました。

また、原発から30km以上離れた相馬市の透析施設(図4:透2)でも震災の影響がありました。震災時の津波で死亡した患者や、放射能被ばくのリスクが正確には分からなかったために、患者数が突然に10名以上も減少しました。

4月20日に政府からの声明発表後は、緊急避難準備区域(20kmから30km圏内)だった南相馬市の(図4:透3,4)透析の再開・復帰にはしばらくの時間を要したので、この年の夏には南相馬市の患者の一部も相馬市の透析施設にて透析を受けることとなりました。

こうして患者の数は一気に50人に増加しました。しかし2012年になると(図4:透3,4)南相馬市の施設の復旧が本格化し、南相馬市の患者が相馬市で透析を受けるケースが減り、この年の後半には患者数は震災前と同じ位に戻りました。この時点では、震災が相双の透析医療に与えた影響

は一旦終息したかのように思えました。

ところが2013年以降、相馬市のこの施設(図4:透2)の患者数は増加に転じました。図4に示すように、各月の透析を受ける患者数も各月の全患者の透析の総回数も2014年末まで増加しました。一方で、各月のメディカルスタッフの総出勤回数は徐々に減少しています。図6は全患者の透析の総回数をメディカルスタッフの総出勤回数で割った値です。

この値は、メディカルスタッフの1回の出勤に対して何回の透析が行われていたかを示すので、透析に従事しているスタッフの精神的・肉体的な負担、つまり、エフォートを反映する指標になると考えました。この値は2013年から急速に上昇し、2014年の末にはこれまでこの施設が経験したことのない値に達しました。ついに、2014年末に患者の数が一杯となり、新規の患者を受け入れる事ができなくなりました。相双のその他の施設でも同様に患者の数とメディカルスタッフの数との間に不均衡がみられ、2014年末には相双の透析は破たんしました。

こうして2014年末以降、相双に居住していて新規で透析が必要となった患者は、新地町、相馬市から車で片道1時間、南相馬市から1時間半かかる宮城県岩沼市の緑の里クリニックへ紹介されることになりました。

2014年12月22日から2016年10月31日の間にこのクリニックへ紹介された患者数は30名だった。2016年10月31日の時点で、その30名の内訳は、透析のために岩沼に一定期間通院後、相双の施設へ受け入れられた10名、透析のため岩沼へ通院中が12名、保存期中でフォロー中が3名、岩沼へ通院とならなかった患者が5名です(図8)。

透析のため岩沼へ通院後、相双の施設に受け入れられた10名の年齢、性別、通院した期間、透析の回数を示しています(図9)。

黒のバーは本人の運転で灰色のバーは家人の車で通院した期間を示しています。これらの患者は平均125.4日の通院期間に53.7回の透析を受けたのちに、やっと相双で透析を受ける事ができるようになりました(図9)。

岩沼へ通院中の患者の3か月ごとの患者の数を示しています(図10)。2015年の1月の時点では1名だったが、それ以降、数は増加して2016年10月末には12名となりました。2016年10月末時点ですでに相双に受け入れられていた患者及び、その時点でまだ岩沼市へ通院中の患者を、それぞれ白と黒で示しています。いまだ相双に受け入れられていない患者の数は2016年7月に急速に増加しました(図10)。

このように、県境を越え、遠方へ透析のため通院することには、潜在的なリスクがあります。

岩沼市で透析中の80歳の女性は早朝、胸部症状があり救急車を要請

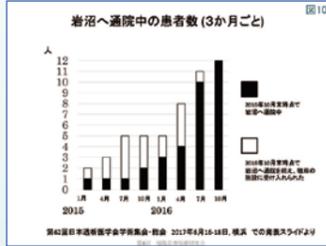
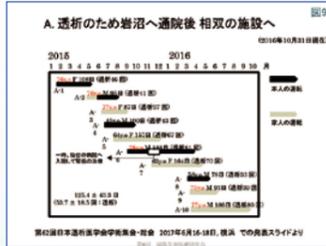
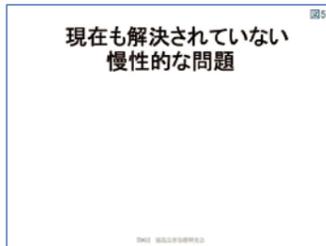
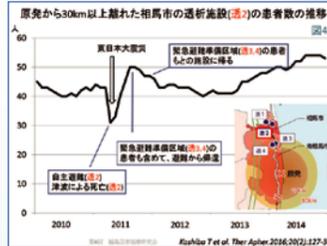
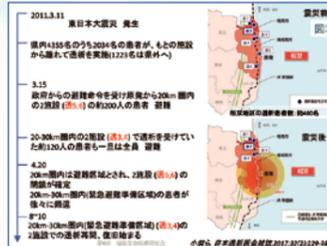
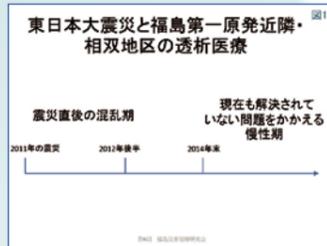


図11
県境を越え、遠方へ透析のため通院することの潜在的リスクを示唆する事例

● 80歳 女性 慢性糸球体腎炎・腎硬化症 維持透析で通院中
 ● 自宅から緑の里クリニックへ車を多分たいての急激な急送はできず
 ● 透析設備のない病院へ搬送された
 ● 診断は肺炎
 ● 翌日、緑の里クリニックへ受診した

⇒ 現行のシステムでは、高カリウム血症、心不全など、緊急に透析が必要な場合、適切な処置が速やかに出来ない可能性がある

※ 2017年7月22日、札幌 での発表スライドより

図12
今朝の胸部症状を訴え救急要請した症例

● 84歳 男性 糖尿病腎症 維持透析で通院中

● 本人の運転で通院
 ● 透析後、岩沼市から相双へ戻る途中に、前方の車に衝突し、双方にケガはなかったが、患者は免許の停止となりました

⇒ 透析患者の下がりがやすい透析患者で特に高齢の場合、もっと重大な事故が起きるのではないかと懸念

※ 2017年7月22日、札幌 での発表スライドより

図13
透析終了後、帰宅途中の交通事故

● 84歳 男性 糖尿病腎症 維持透析で通院中

● 本人の運転で通院
 ● 透析後、岩沼市から相双へ戻る途中に、前方の車に衝突した
 ● 双方にケガはなかったが、患者は免許の停止

⇒ 透析患者の下がりがやすい透析患者で特に高齢の場合、もっと重大な事故が起きるのではないかと懸念

※ 2017年7月22日、札幌 での発表スライドより

図14

2011.3.11 東日本大震災発生
 2014.3.14 相双地区の透析医療の現状
 2014.12 緊急に透析が必要な患者は宮城県・岩手県の緑の里クリニックへ搬送され、通院を始める
 2015.7 避難先へ通院中の患者が急増し増加
 2015.12 緊急に透析が必要な患者の緑の里クリニックの許容範囲ギリギリとなり、相双地区からの受け入れを一旦、中断
 2017.6 相双地区の患者が、いわき市の施設へ通院することとなる

図15
透析施設がなくなった浪江町、富岡町からの避難指示の解除

● 避難指示の解除
 > 浪江町(2017年3月31日)
 > 富岡町(2017年4月1日)

※ 2015年 福島県透析医療協議会
 > 震災のため施設を受入て透析を受けがえなくなった患者
 ⇒ 211人
 > 現在も避難している患者
 ⇒ 138人

● 透析患者は、もとの居住地へ帰還できるのか?

しました。しかし、自宅から緑の里クリニックへ県をまたいでの救急搬送はできず、透析施設のない相双の病院へ搬送されました。症状から予想されるものとは違い、診断は肺炎で、翌日緑の里クリニックへ受診しました(図12)。しかし、この経験から、現行のシステムでは高カリウム血症、心不全など緊急に透析が必要な場合、適切な処置が速やかにできない可能性が示唆されます。

また、維持透析で通院中の84歳男性は、独居のため本人の運転で通院中でした(図13)。透析後、岩沼市から相双へ戻る途中に、前方の車に衝突し、双方にケガはなかったが、患者は免許の停止となりました。

透析後、血圧の下がりやすい透析患者で特に高齢の場合、今後、もっと重大な事故が起きるのではないかと懸念が持ち上がりました。

このように、2014年末に相双の透析が破たんしたあとの経緯をまとめてみました(図14)。

岩沼市の緑の里クリニックが相双からの患者を受け入れるようになってから約2年で、2016年12月には患者の数がクリニックの許容範囲ギリギリとなってしまう、そのため相双からの受け入れを一旦中断しました。そして、ついに2017年6月には相双地区の患者が透析のため、いわき市の施設へ通院することになりました。

2017年3月13日に浪江町から、4月1日には富岡町から避難指示が解除されました(図15)。このことで、相双の透析医療に新たな問題が生じました。

震災時、閉鎖した浪江町の透5、富岡町の透6は、いずれも現在、稼働しておらず、最近、透6は相双ではなくいわき市で透析を再開しました。

2015年に福島県腎臓病協議会から出された福島県透析患者実態調査報告書によれば、震災のために施設を変えて透析を受けざるをえなくなった患者は211人、現在も避難している患者138人でした。211名は震災前、透5と透6で透析を受けていた患者数とほぼ一致しています(図15)。

このアンケート結果から、元の居住地へ帰還できていないケースが少なくとも100人以上と推定されたが、透析施設が稼働していないこの状態でこれらの患者は元の居住地へ帰還できるのか?

透析患者の大部分が自治体から交付される、じん機能障がい、1級障がい手帳を所持しています。新地町・相馬市・南相馬市の手帳所持者数の合計と福島県全体の手帳所持者数を比較しました。マイナンバー制度が導入された平成28年に所持者数が少なくなっています。これは、この時点から死亡したのに手帳を返却していない分が除外されたからです。

震災1年前と平成29年の所持者数を比較した場合の増加率を見ると、

福島県全体で4.0%だったのに対して新地町・相馬市・南相馬市はその倍以上の10.8%でした(図16)。

また、震災の2年前と比べて平成29年の所持者の増加は福島県全体で6.9%であったのに対して新地町・相馬市・南相馬市は17.2%増でした(図17)。

一方、看護職員のエリア別数を見ると、震災直前、相双には約1,188名の看護職員がいましたが、震災後翌年には738人に減り、その数は増えることなく2017年3月時点では702名となっています(図18)。

従って、これまでの事実が示すように、透析患者の数とメディカルスタッフの数の間に不均衡が生じるのは必須の事であったのかもしれませんが。

結語、相双地区の透析医療には震災から6年を経た今も解決されない問題が現存します(図19)。一つはメディカルスタッフの不足のため新規の患者が近隣の施設で透析を受けることができないこと、もう一つは、避難指示が解除されても、その地域に透析施設がないことです。こういった状況を解決するために今後考えるべき対策は、少ないメディカルスタッフでできるだけ多くの患者を診る工夫が必要です。例えば全自動コンソールや医療クラークの導入です。

また、今後透析が必要となる可能性が高い慢性腎臓病の患者の数を把握することも重要です(図20)。さらに、この地域で、腹膜透析・腎臓移植を推進することがどれほど現実的であるのかを把握する必要があります。一定人口あたりの患者の数、透析導入の頻度の推移を正確に把握することも必要であり、もしこれらが増加しているならその理由は高齢化なのか、震災後の住民の健康状態の悪化なのかを把握する必要があります。

終わりに、災害が起きるとしばしば、人々の関心は直後の緊急の対応に向けられます。しかし、東日本大震災は相双地区の透析医療に深刻で、慢性的な問題をもたらしました。このことに、人々の関心が十分に向けられるべきです(図21)。

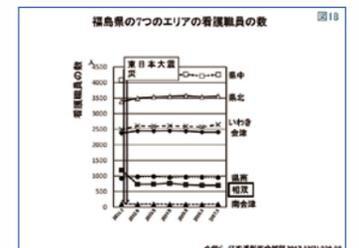
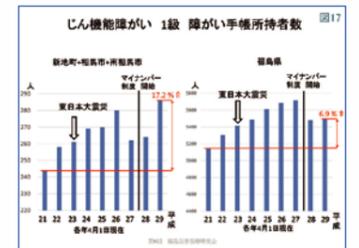
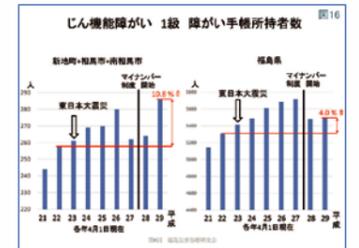


図19
結語

相双地区の透析医療には、震災から6年を経た今も解決されない問題が現存する

- > メディカルスタッフの不足のため新規の患者が近隣施設で透析を受けることができない
- > 避難指示が解除されても、その地域に透析施設がない

図20
今後の対策

少ないメディカルスタッフで、できるだけ多くの患者を診る工夫(e.g.全自動コンソール、医療クラーク)

今後、透析が必要となる可能性が高い慢性腎臓病の患者の数の把握

腹膜透析・腎臓移植を推進することの実現性の把握

一定人口あたりの患者の数、透析導入の頻度の正確な把握もし、増加しているなら、その理由は？(e.g.高齢化、震災後の住民の健康状態の悪化)

図21
おわりに

災害が起きると、しばしば、人々の関心は直後の緊急の対応に向けられる。東日本大震災は相双地区の透析医療に、深刻で慢性的な問題をもたらした。そのことにも、人々の関心が十分に向けられるべきである。



図24



図25

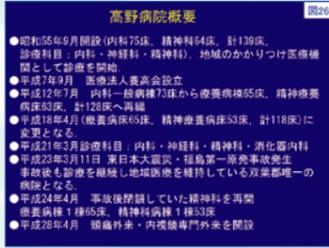


図26

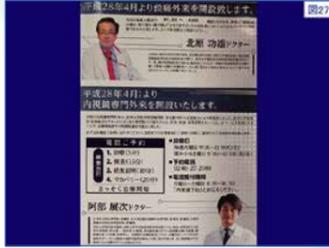


図27

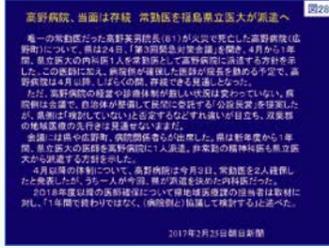


図28



図29

高野病院の現況と私の役割について



災害医療支援講座 准教授
(医療協力先・医療法人社団養高会高野病院) **澁佐 隆**

災害医療支援講座の澁佐です。よろしくお願いいたします。

本日は「地域とともに生きる」のパンフレットを紹介させていただきます(図24・25)。

昭和55年開設以来、診療圏はいわき市、広野町、檜葉町、富岡町に均等に分布しており、入院に、より重点を置いて地域医療に取り組んでおります。平成23年3月11日の原発事故以降も、地域医療を守るため一日も休むことなく診療を続けております。私たちはこの地域にたった一つだけ残った病院として、今後も前理事長・院長の遺志を受継ぎ厳しいようですが死守しています。

昭和55年9月に開設して、内科が75床、精神科が64床、計139床。診療科目が内科、神経科、精神科(図26)。平成12年7月に病棟数が変わりました。内科から療養病棟65床に精神療養病床63床、計128床へ再編しました。

平成18年4月には療養病床65床、精神療養病床53床、計118床に変更になり、平成21年3月には診療科目が増えまして、内科、神経科、精神科、消化器内科となりました。平成23年3月11日東日本大震災・福島第一原発事故が発生しましたが、事故後も診療を継続し地域医療を維持している双葉郡唯一の病院となりました。

平成24年4月には事故後閉鎖していた精神科を再開し、療養病棟1棟65床、精神科病棟1棟53床を維持しています。

平成28年4月から頭痛外来・内視鏡専門外来を開設しています(図27)。

頭痛外来には北原功雄先生が週3回程度来ていただいております。内視鏡専門外来には杏林大学の阿部展次先生、消化器外科の先生の方が来ていただいております。

唯一常勤医だった高野英男院長が火災で死亡した高野病院について、4月から1年間、県立医大の内科医1名を常勤医として高野病院に派遣する方針を示しました(図28)。これが私のことです。病院側が確保した医師が院長を勤める予定で、高野病院は4月以降、しばらくの間、存続できる見通しとなりました。

しかし、高野病院の経営は非常に厳しいですが、県や広野町、病院関

係者らが出席した会議では、県は新年度から1年間県立医大の医師を高野病院に1名派遣し、非常勤の精神科医も県立医大から派遣する方針を示しました。

4月以降は火曜日と水曜日に精神科の医師が外来の応援にきていただきます。このような状況で4月以降体制は常勤医2名となり、来年度以降の医師確保について、県地域医療課の担当者は取材に対し、「1年間で終わりではなく、病院側と協議し検討する」と述べました。これは新聞の記事から抜粋したものです。

図29はパンフレットの紹介になります。院長として来られた阿部好正先生です。しかし9月で辞められます。よって10月から院長が不在になる非常事態です。

図30をご覧ください。こちらは現在の当直体制になります。ポイントは木曜日からの当直ですが、杏林大学の先生たちが当直体制のバックアップをされています。私の当直は火曜日の月に2・3回で、水曜日には県立医大からの中島先生が毎週水曜日の当直をしております。

図31をご覧ください。入院患者数・ベット数は昨年とほとんど変わっていません。

図32をご覧ください。外来患者数の平均が去年と比較して1年前は平均15名、今年1月以降ですが平均17名。外来患者数は増えてきています。

私が4月から阿部院長と役割分担をしましたが、私自身の出勤日数は1週5日勤務で日曜日と月曜日はお休みをいただいています(図33)。勤務時間は8時30分から17時30分です。私は内科療養病棟入院患者を担当しています。外来は火曜日と木曜日の午前中を担当し、4月から勤務しており、総回診は水曜日を担当しております。

図34をご覧ください。こちらは8月31日時点でまとめたデータになります。

入院患者総数は28名(69~102歳)平均87.2歳で内訳が男性5名、女性23名で圧倒的に女性が多いです。入院期間は21~3,701日でした。疾患別では認知症17名で3分の2くらい、その他、脳梗塞後遺症3名、パーキンソン病2名、統合失調症、不安神経症が1名でした。

内科疾患では、HT9名、心不全6名、CKD3名、AS2名、DM1名でした。これらが入院患者の実態でした。

まとめとして、「福島第一原子力発電所から22kmで再出発から5ヵ月」と題して東京新聞記事を読ませていただきます(図35)。福島第一原発の南に22kmに位置し、医療法人社団養高会が運営する。精神科や内科などがあり、病床は118床。双葉郡内では夜間対応や入院が可能な唯一の医療機関。昨年12月に高野英男元院長が死去し、常勤医が不在に。国や福島

図30

図31

図32

図33

図34



図35



県、広野町などと協議し、今年4月から常勤・非常勤の医師3人の派遣を県から受けている。赤字が月500万円膨らむ経費。この膨らむ経費とは福島県外から医師や看護師募集ということで人件費が増加している。給与水準が1.5倍にアップしたことであります。

減る収入は住民避難などで外来患者が減少したこと、長期入院などの見直しで診療報酬を減ということが書かれてあります。県は新たな支援の枠組みを検討することを発表したが、今後続くかは分かりません。

そして、高野前院長は地域の高齢化は一層進むため、長期入院できる病院はますます必要になるとおっしゃっていました。長期入院患者さんの受入れを考えていかなければなりません。また、精神科の医師がいないと維持していくのは厳しいです。これからなんとか維持していくように頑張りたいと考えております。私は与えられた任務を遂行してだけです。

病院の代理人の馬奈木巖太郎弁護士は、周辺は原発事故でできた過疎地。住民は簡単に戻らない。今後はへき地医療に準じる支援が必要と指摘しているということで、私の発表を終わります。

Anesthetists in Iwaki: Great East Japan earthquake



災害医療支援講座 講師
(医療協力先: いわき市立総合磐城共立病院)

赤津 賢彦

いわき市立総合磐城共立病院に赴任して1年半、臨床実績を中心に災害医療支援講座での活動内容を報告します。

災害医療支援講座に所属する前は、宮城県岩沼市の南東北病院に勤務していました(図38)。震災1年後、南相馬市立総合病院で全身麻酔下の手術を本格的に始めたいという話を受けて、週2回の非常勤で開始し、症例数の増加に伴い常勤になりました。

図39は、日本麻酔科学会機関誌であるJournal of Anesthesiaに投稿・掲載されたデータで、南相馬市立総合病院での臨床実績を中心とした活動報告です。年間の麻酔科管理症例数が震災直後激減し、3・4年かけて戻ったという報告です(図39)。

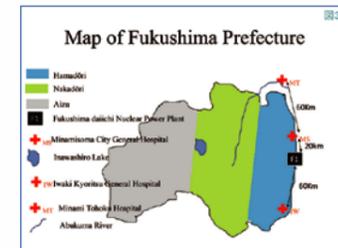
また、大戸先生(福島県立医科大学輸血・移植免疫学講座教授)にご指導いただきながら、福島県輸血懇話会を開催させていただきました。

いわき市立総合磐城共立病院に赴任してからの麻酔実績はまだ1年半ですが、震災後も麻酔科管理症例数は増えております。今年、4,000件を超えていると思っています(図41・42)。

共立病院の麻酔科の特徴は(図43)、麻酔科管理症例数が多い。特に外科、整形、心臓血管外科、産婦人科は緊急麻酔が多いです。しかし、常勤の麻酔科医が少なく、指導医・専門医2人、認定医・標榜医3人、研修医2人の計7人です。非常勤医1.5人/1日で

はじめに

- 症例報告や現在の医療ニーズ等、医療協力を通じて得たもの全般。
- 1. 災害医療支援講座所属後の活動を報告。
- 2. いわき市立総合磐城共立病院での活動を報告。
- a. 臨床実績
- b. 学会発表
- c. 困難な症例



Great East Japan Earthquake: anesthetists in Minamisoma.

Number of general anesthesia and Situation of reconstruction and air radiation levels

Year	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Number of general anesthesia	0	0	1	1-2	2	2	2	
Number of anesthetists	557	3	6	217	549	581	541	591
Number of patients	230	3	5	120	140	150	132	150
Total	70,878			66,542	65,102	64,621	63,196	62,853



麻酔科活動実績(No.1)

Year	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	
麻酔科手術管理症例数	6008	5730	5379	5177	5423	4766	5122
麻酔科手術症例数	3948	3683	3478	3373	3444	3163	3524
即時手術症例数	2935	2712	2549	2408	2537	2245	2580
即時手術症例数	336	292	306	341	302	304	380
緊急手術症例数	677	679	623	624	598	614	563

麻酔科活動実績(No.2)

Year	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	平成31年	
麻酔科手術管理症例数	3575	3376	3179	3135	3202	2929	3198
麻酔科手術症例数	271	157	152	119	134	121	152
即時手術症例数	0	1	1	0	2	3	2
緊急手術症例数	94	142	143	117	105	111	169
他院手術症例数	2	1	0	0	0	0	3
その他	6	6	3	2	1	2	0

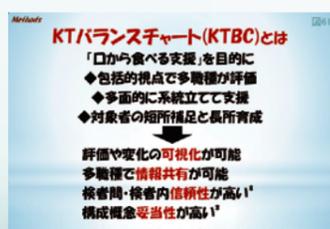
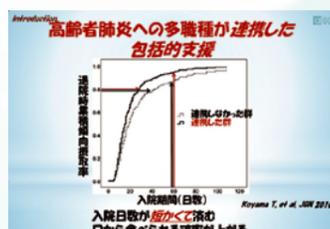
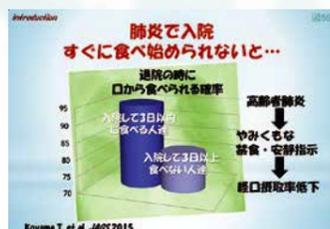
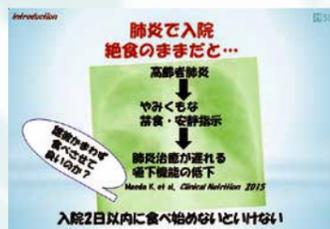
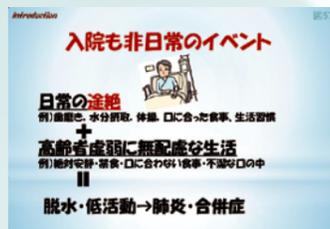
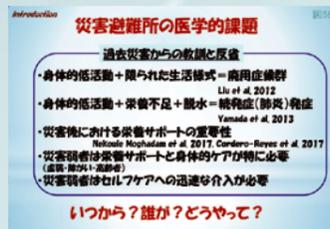
- いわき市立総合磐城共立病院麻酔科の特徴
1. 麻酔科管理件数が多い。
 2. 即時・緊急麻酔が多い。
 3. 区域麻酔(超音波ガイド下神経ブロック)が多い。
 4. 常勤の麻酔科医が少ない。
- ① 指導医・専門医2人
② 認定医・標榜医3人
③ 研修医2人
④ 非常勤医2人(日替わり)

- いわき市立総合磐城共立病院麻酔科の特徴(今後)
1. 麻酔科管理件数が多い→今年は4000件を越え
 2. 即時・緊急麻酔が多い→増加
 3. 区域麻酔(超音波ガイド下神経ブロック)が多い
 4. 常勤の麻酔科医が少ない 7人→5人
- ① 仕事環境の改善
② リクルート
③ スカウト
④ 研修医教育
⑤ 院内での発表
⑥ 非常勤医

- 主な学会活動
- 日本麻酔科学会・北海道・東北支部第7回学術集会
 - ① 腫瘍性筋痛症ヘルニアを発生し分娩に困難を来した症例
 - ② 腎臓病発症患者の麻酔経験
 - ③ 既往に気腫のある慢性閉塞性肺疾患を合併する特異性正常圧水頭症に対する腫瘍一層型短絡術の麻酔管理
 - 日本麻酔科学会・関東甲信越・東北支部第57回学術集会
 - ① エリスロシス産生子孫病態による多血症患者に対する麻酔管理の一報
 - 日本麻酔科学会第65回学術集会 参加
 - ASA
 - ESA

- 著書・論文投稿(英文)
- Anesthetic Management of a Patient With Antimicrobial-Specific Kinase Antibody-Positive Myasthenia Gravis Undergoing an Open Cholecystectomy: A Case Report. A A Case Rep. 2017 Mar; 15:2(6):150-153. Akatsu M, Ikegami Y, Tase C, Nishikawa K.
 - Rethinking general anesthesia for cesarean section. J Anesth. 2016 Aug; 30(4):737. Fujita Y, Tsuge M.

- 教育・研修
- 毎朝のカンファランス
 - 抄読会とミニレクチャー(それぞれ週に1回行っている)
 - [フランクフルト大学 研修コース]参加 末梢神経ブロック ラーニングセンター(研修期間9日間)



ここに低栄養や脱水が加わると、肺炎などの合併症が増えます。したがって、出来るだけ災害直後からしっかりと食支援が必要になります。過去の報告では、災害時でもリハビリテーションや栄養サポートが重要だと言われています(図56,57)。それでは実際に、いつ、誰が、どこで、どうやってリハビリテーションや栄養サポートなどの食支援を始めたらいのでしょうか?

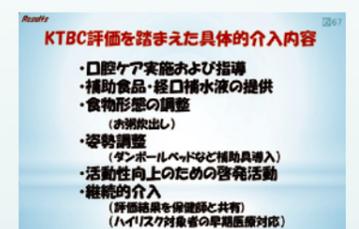
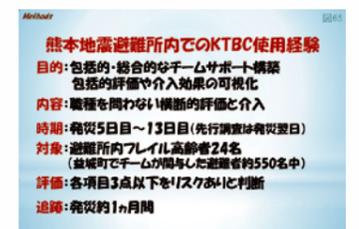
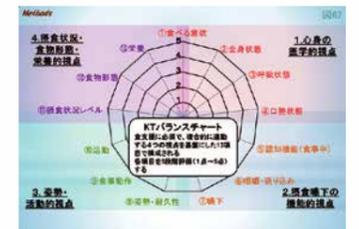
東日本大震災では発災後5日目から急激に肺炎発症率が増加しました。過去の報告でも肺炎はADLが低下した高齢者、栄養状態不良の高齢者に多いと言われています。我々の過去の研究では、高齢の肺炎患者さんには多職種による多面的で包括的なケアが必要であることが分かりました。多面的で包括的ケアというのは、『色々な視点や側面に抜かりなく介入する』という意味です。医師は抗生剤で肺炎を治療しますが、実際には医師だけで肺炎を治療できるわけではなく、リハビリのセラピストや管理栄養士、看護師、歯科衛生士など多職種の支援が必要です(図59,60)。これが、今流行りの多職種連携或いはチーム医療です。我々は、多職種による包括的で多面的な支援を行えば、重症の高齢者肺炎の患者でも、退院する時の経口摂取再開率が高くなり、入院日数を短くできることを証明しました(図60)。

次に我々が考えたのが、包括的で多面的な支援内容をもう少し可視化できないか、ということでした。実際の現場では、多職種がただ集まったとしても、誰が、どんなことに注意して何をすればよいのかはすぐには分かりません。そこで、可視化できるようにスケールを作れば良いのではないかと考え、表題である『口から食べるバランスチャート』を開発しました(図61)。バランスチャートの目的は、『誰でも多面的評価ができ、包括的ケアが実施できること』です。ヒトは生まれてから、経口摂取を獲得するまでに数年かかりますが、成人するとそのことをすっかり忘れてしまいます。母親がしっかりと食支援してくれていたはずなのに、自然に食べられるようになったと勘違いしています。だから、加齢とともに、咽たり、誤嚥性肺炎になったりして、ビックリするわけですが、そもそも私たちは、無意識ながらも、頑張って『食べる』力を獲得して成人になったのです。どんなことにどれだけ頑張って『食べる』力を獲得したのかを可視化したのがバランスチャートと言っても良いかもしれません。『食べる』ためには色々な能力が必要ですが、一体どの能力が弱ったのか、或いはどの能力がまだ残っているのかを可視化して、それを周囲の人が情報共有しなければ、正しく支援することができません。食支援を適切に行うために開発されたのがバランスチャートです。我々は2015年に、『口から食べるバランスチャート』を独自に開発し、その後信頼性と妥当性を証明し、報告しました(図62)。

バランスチャートはまず4つの視点が基盤となります。我々医師が直接関わるのは、心身の医学的視点です。でもそれだけでは食支援には繋がりません。誤嚥性肺炎という病名を聞くと、摂食嚥下リハビリテーション治療や摂食機能療法などといった言葉が先走りがちですが、これは4つの視点の中の一つに過ぎません。この他に、姿勢・活動的視点や食物形態や栄養的視点など、少なくとも4つの視点から見ないと、正しい食支援はできません。バランスチャートはこれら4つの視点をさらに13項目に細分化して、各項目を5点満点(最低点1点)で評価します(図63)。各評価項目は図に示す通りです。この発表では簡単に説明していますが、もしバランスチャートの詳細にご興味がある方は、『医学書院』と『口から食べるKTバランスチャート』というキーワードで、検索してみてください。バランスチャート専用のサイトに到達するはず(図64)。

南相馬市立総合病院では、2017年にバランスチャートを病院内で活用開始しました。バランスチャート導入前も南相馬市立総合病院では、摂食嚥下回診、栄養サポートチーム回診など多職種によるチーム医療を行っていました。そこで、摂食嚥下回診でバランスチャートを使い始める前と使い始めた後で何が変わったのかを調査しました。急性期脳卒中の診断で入院した患者さんと、入院3日以内に嚥下機能障害がありそうだから見てほしいと依頼された脳卒中の患者さんを対象にして、バランスチャート導入前の27名と導入後の15名を比較しました。導入前後の2群で脳卒中の重症度、摂取栄養量、退院時の嚥下機能や栄養状態を比較解析しました。単変量解析では、2群間で入院日数と嚥下機能に差がありそうという結果が出ました。さらに年齢で調整して比較すると、入院日数は導入後に有意に短くなりました。南相馬市立総合病院は本来急性期病院なので、本来であれば、急性期の治療が終了すれば、できるだけ早期に回復リハビリテーション病院に転院して社会復帰を促すことが重要です。しかし実際には、相双地区に回復リハビリテーション病院がないので、当院だけでリハビリ治療を完結しなければならない場合もあります。そこで我々は、脳卒中急性期の患者さんは、「入院後できるだけ早期に経口摂取を再開して、自宅退院や転院する」ことを目標にしてチーム医療を展開しています。さらに、このチーム医療にバランスチャートを導入することで、入院日数が短くなるのが判明したのが収穫でした。

次にバランスチャートを院外で活用したらどうなのかを確認しました(図65)。熊本地震は2018年4月16日土曜日に2度目の本震がありました。その翌週の水曜日から、全国各地から集まった多職種の皆さんと食支援チームを組んで益城町を中心に避難所数箇所を回りました。約550名を目視で





病院でのKTBC使用経験

目的: KTBC導入効果を確認
 内容: 多職種チーム回診でKTBCを利用
 時期: 平成28年4月～平成29年5月
 対象: KTBC導入前 27名、導入後 15名
 入院時に摂食・嚥下チームに依頼があった急性期
 転床中症例(死亡例を除く)
 評価: 入院日数、栄養状態、嚥下機能
 追跡: 入院4週目、退院時に評価

検討内容

- 年齢
- 入院時脳卒中重症度(NIHSS)
- 期間平均エネルギー充足率
(入院4週目、退院時)
- 退院時の摂食嚥下レベル評価
(Functional oral intake scale: FOIS)
- 入院時栄養状態(MNA-SF)

◆解析方法

- Mann-Whitney U-test(連続変数)
- カイ2乗検定(二値変数)

	導入前(n=27)	導入後(n=15)	P値
年齢	77.6±11.4歳	71.6±13.4歳	P=0.1
FOIS-6 嚥下機能	23 (85%)	8 (53%)	P=0.03*
入院期間	51.0(39.0-87.0)日	23.0(18.0-41.5)日	P<0.0025*
NIHSS	13.4±8.3	11.3±10.3	P=0.28
エネルギー 充足率	89.4±21.2%	93.3±25.2%	P=0.48
入院時 栄養状態	8 (30%)	9 (21%)	P=0.10
退院時 栄養状態	16 (38%)	8 (53%)	P=0.75

*年齢調整で有意差あり、**有意差あり



KTバランスチャートの活用

災害弱者への包括的評価や介入を可能にする
 入院中の症例でも同様の効果が期待できる
 多職種が共通言語・スケールを共有できる
 多職種が専門分野をより活かすことができる
 継続的・予防的支援を行う上で有用である
 経口摂取支援がより効果的にやれる
 臨床では入院期間短縮効果が期待できる

確認して、低栄養や低活動のリスクがあるのではないか?と疑った人が24名いらっしゃいました。その方たちを対象に重点的に介入した結果、発災1ヶ月後、対象者がどういう状態になっていくのかをバランスチャートを活用して評価しました(図66)。発災からわずか数日で、すでに避難所では写真のような状態が起きていました。必要な食事が手元に届かないだけでなく、口の中が乾燥したり、汚れすぎたりして、口から食べられる状態ではなかったり、避難する際に自分の義歯を避難所に持って来られなかったため、噛むことができなったりと様々でした。また低活動の原因がトイレの問題でした。避難所では各自トイレに行くことも憚れるので、排尿を我慢して、水分をなかなか摂らない方がいました。また我慢してトイレに行かず、地面に座ったままの方もいました。各避難所を回ると、避難所によっては半分くらいの方がこのような状態でした(図67)。そこで被災した高齢者を対象に、バランスチャートの各視点や各項目別に課題をピックアップするところから始めました。現場には医師・看護師以外に様々な専門職種がいるので、各職種の専門分野や得意分野を生かすことで災害現場でも食支援を行うことができます。例えば指定避難所では、自衛隊が炊き出しを行います。我々が普段何気なく食べている米飯も、義歯のない高齢者は固くて食べられないことがあります。我々のチームメンバーの女性陣が自衛隊の炊き出し係と直接交渉して、おかゆの炊出しを依頼しました。自衛隊は、交渉したのが女性だからなのか、思った以上に簡単に引き受けてくださいました。益城町の指定避難所でおかゆの炊き出しが開始された瞬間でした。大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会(JRAT)が中心となって導入したダンボールベッドのおかげで、床に直接座るのではなく、腰かけて食事ができるようになった高齢者は、食事の姿勢を保持できるようになり、各段に食事摂取が容易になりました。我々はバランスチャートでこうした対象者の評価をして、評価結果やケアのポイントを地域の保健師に繋ぎました。地域の保健師とは、発災当初は混乱していて連携が取れませんでした。発災から2週間経ち、徐々に連携できるようになりました。対象者の課題や介入ポイントを可視化して保健師に渡すことで、ケアの継続が可能になりました(図68)。避難している高齢者を目視で確認しながら、低栄養や低活動を疑う方がいたら、簡単な問診やアンケートをとって、その方の課題を抽出します。例えば、十分な栄養量摂取ができていないと評価できれば、先ほど紹介した炊出しおかゆに少しだけ添加型の補助栄養剤を追加して、避難所で必要な方に配ることも可能です。

入院や避難によって、当たり前前の日常を奪われてしまうことは稀ならず起こります(図72)。持病のある高齢者や元々フレイルやサルコペニア状態

だった高齢者が入院すれば、或いは避難すれば、体調が悪くなる可能性が高いです。適切な評価とケアで介入しなければ、さらに状況が悪くなります。せっかく治療目的で入院しても、入院中に別の病気(合併症)を併発して亡くなったり、重症化したりすることがあります。我々は肺炎などの合併症を予防するためにも、適切な評価やケアで介入していかなければならないと考えています。そして介入する際に対象となる方の状態を多職種で共有することができなければ、適切な介入はなかなか難しいのではないかと考えています(図73)。バランスチャートは、評価やケア対象者が入院中でも避難中でも、課題や介入方法を可視化できる簡易かつ便利なツールです。少しトレーニングを受ければ、医療職以外の方が使っても評価が可能で、対象者の情報を共有でき、ケアの継続が可能になります。その結果、適切な食支援を続けていけるのではないかと考えています(図73)。



雲雀ヶ丘病院における震災後の認知症患者の退院について

災害医療支援講座 助手
(医療協力先:公益財団法人金森和心会 雲雀ヶ丘病院)

宮川 明美



昨年私どもは、当院の新患者の中で認知症患者の占める割合が、震災前後で7.8%から14.3%と約2倍に増加していることを報告しました(図75)。

その一方で、震災後平成25年から、認知症新規受診患者は30人から50人以上と増加したにもかかわらず、入院となる患者は28人から8人にまで減少しています(図76)。入院が減る理由として考えられるのは、入院を要するほど重症でない患者が増えた、家族による家での見守りが可能になったなども可能性として考えられますが、最も考えられる理由として、当院での入院対応が当時難しくなっていることが考えられます。

当院の平均在院日数は震災後44.4日から始まり徐々に増加し、平成27年は169.1日と漸増しました。特に、平成25年11月にスタートした認知症病棟の平均在院日数は、106.5日から164.4日と急激に伸びています(図77)。

南相馬市の高齢化率は、震災前26.6%から平成28年12月では32.4%と上昇の一途をたどっており(図78)、その一方で、生産年齢人口が実人口として一時、震災前の70%にまで落ち込み、平成28年の12月でも震災前の85%にとどまっています。

南相馬市内の介護施設などが、震災前の15施設から12施設に減少したままであるのは、生産年齢人口の減少を反映し、職員を確保できないことが大きな理由の一つと言われています(図79)。

事実、介護職員数は震災前135人から118人に減少しており、入居待機者数は1,230人から2,287人に増加しています。平成29年のデータはまだ出ていませんが、現状を見る限り、まだ回復には至っていないと思われます(図80)。

平成29年4月1日現在の施設数は、入居系居宅系ともに震災前に回復しておらず、さらに一つ一つの施設の稼働状況は不明であり、いまだ地域で高齢者を受け入れる準備が整っているとは言えないと考えられます。

そのため、認知症患者を自宅で介護することをサポートする環境が整わず、そのことが退院を遅らせ、在院日数を延長させた原因の一つと考えられます。

そのような状況下で退院を実現しようとすると、地元退院が困難になることが生じます。

地域における介護事業の回復は、原発以北の相双地区において、唯一

の精神科病院である当院の退院を促進し、長期入院を防いで、結果として新たな入院の受け入れ態勢を促進することにつながると考えられます。

当院の高齢患者さんが退院する先は、震災前は大半が相双地区でしたが、震災後は宮城が増加し、更に遠方である青森や関東が増えていきます(図81)。

患者さんは避難先から帰ってきて間もない場合が稀ではなく、入院治療を終えて退院する先が、自宅や地元施設ではないことは、患者さんに少なからぬ負担をかけている可能性があります。

患者さんが、家族や地元施設での馴染んだ環境でサポートを受けて生活をするということは、相双地域の被災者が心的外傷を負っていることを考えると、ことのほか重要であると考えられます。

今回当院に記憶力障害を主訴として来院した患者で、地元で情緒的支援を受けたことが回復に役立っていると考えられるケースを経験したので紹介します。この紹介に際して、ご本人とご家族から口頭及び文書で了承を得ております。

(症例を説明※)

今紹介した症例は、トラウマ性の仮性認知症とも呼ぶべき状態を呈していますが、このような症例も含めて、トラウマを抱える患者の回復には、安全安心が必要不可欠であることがしばしば指摘されるところです。

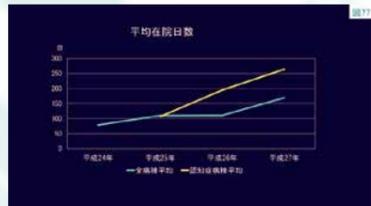
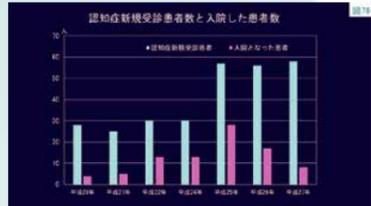
そのために、医療のみならず家族によるサポート、普段の人間関係の中でのサポート、更に患者がある程度以上の年齢になると、介護によるサポートが必要となります(図82)。

しかし、以前から指摘されているように、震災以後、相双地区は津波被害、原発被害によりそれまでの人間関係自体が損なわれており、また今回の症例のように、家族も重度のトラウマを抱えていると推測されるケースが稀ではありません。患者への重要な支援者である家族が、患者と同様の心的外傷体験を有するということが、患者へのサポート機能が脆弱なものとなります。なぜなら、家族にも本当は支援が必要だからです。患者に提供されるはずの安全で安心できる環境を、家族が提供する力を減弱させることで、患者の回復は遅れてしまいます(図83)。

今回のケースも家族のサポート機能が低下していると考えられたことから、当初患者の支援の担い手は、家族ではなく医療者側にならざるを得ませんでした。しかし、患者は服薬や訪問看護に対して管理されているという意識をもち、支援そのものに抵抗を示しました。

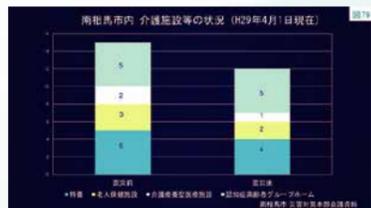
転院先となった患者の行き先(人数)

年次	相双地区(相双地区)	相双地区以外(相双地区以外)	その他
平成25年	13	0	0
平成26年	12	1	0
平成27年	18	2	0
平成28年	13	1	1
平成29年	6	1	1
平成30年	7	1	3
平成31年	5	1	2
平成32年	10	1	3



南相馬市の高齢化率と生産年齢人口

項目	震災前	震災後	平成28年12月
高齢化率	26.6%	32.4%	32.4%
生産年齢人口	100%	70%	70%



震災前後の介護サービスの状況と入居待機者数

項目	平成27年	平成28年	平成29年
地域の施設(入居系居宅系)数(事業所)	666/70	642/63	617/45
介護職員(ヘルパー)数	135	118	?
入居待機者数(単位別)	1,230	2,287	?

第2部 総合討論

今回の症例は、妻の死に加えて父親の死、息子との別居など喪失というよいことが重なっている上に、患者は単身生活であり、情緒的なサポートが得られる機会が非常に少なかったと言えます。

しかし、診断が解離性障害に変更となり、治療の介入方法の見直しが行われ、また介護区分が変更となり、公的介護サービスを手厚く入れることができるようになりました。

現在、投薬がない中で、患者にとって以前と異なる点は、ほぼ毎日の介護サービスのみです。喪失ばかりが重なった中で、食事や入浴、行事など、楽しいとか、気持ちいいといった情緒に関わるメンタルの支援がほぼ毎日提供されたことが、徐々にではあっても患者の回復に役に立っていると考えられます。

相双地区の高齢者の中には、この症例のように記憶力障害を主として認知症と考えられている解離性障害の患者が他にもいるのではと推測されます。そのような患者が情緒的支援を十分に受け、回復していけるように地元の介護体制の回復が待ち望まれます。

※個人情報が含まれているため、掲載は控えさせていただきます。

紺野(災害医療支援講座 主任教授)

まず始めに、本日医療協力先の病院よりご出席頂いているご来賓の皆様より、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)

拝聴いたしましたけれども、最初の二方の先生の場合、一生懸命努力されているにもかかわらず、医療スタッフ含めて不足していることを今更ながら強く感じました。その次の赤津先生、社本先生については、現在、取り組んでいますが、共立病院としては、赤津先生がいらっしゃるの、外科の手術もできるようになっています。改めて、皆様の前で感謝を申し上げたいと思います。

社本先生のKTのバランスチャートについて、大変興味があります。目の網膜の神経細胞の視野を可視化し、犬を使って痛みの研究したことがあります。鳴き声を録音して、痛みの反応の研究をしました。その後も様々な可視化をしました。先生はKTバランスチャートを考案しましたことで、私は大変心強いことだと思います。それから最後の宮川先生については、こういう領域のことは大変難しいと思います。私は、薬が専門ですが、こういう患者さんの場合は、薬に頼っている感じがいたします。今日、先生方の研究発表は、大変感動いたしました。今後ともよろしく願いいたします。



高野 己保 様(高野病院 理事長)

高野病院理事長の高野です。共立病院の先生が最初におっしゃいましたように、災害というのは、発災した直後は大きく注目されるものですが、やはり、じわじわと関心が薄れてきて支援の手も薄くなってきます。やはり、もう震災ではない、災害ではないというような大きな波に私たちが吞まれていきそうな感じはしていますが、ただその中で医療を継続していくのは、私達のような小さな民間の病院だと思っています。地域の医療を死守するため、濹佐先生からもエールをいただきました。何がなんでも死守していただきたいと私たち、その言葉を受けて、今後とも頑張っていきたいと思っています。今後どうぞよろしく願いいたします。

志賀 嘉津郎 様(志賀医院 院長)

南相馬の内科を開院しております。私が共感したことが南相馬での一番の問題は少子高齢化です。

少子の子は30代以下で、急速に少なくなりました。先ほど、小柴先生、宮川先生がお話したように医療介護のスタッフが少ない、これが大きな問題ではないかと思っています。

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、総合討論に入りたいと思います。本日の発表に関して、あるいは災害医療支援講座に関して、なにかご意見ご質問がございましたら、挙手でお願いいたします。

私の方から小柴先生に質問があるのですが、相双地方の透析医療に関しては、南相馬にも透析ができる施設ができると聞いていますが、どれくらい機能すると問題の解決に近づくと考えられるのでしょうか。

小柴(災害医療支援講座 教授)

現在、岩沼といわき、数として捉えると、合計20になります。現在の地域に居住している透析患者は地元で透析を受けるのではないかと思います。南相馬に当時避難されていた患者さん全員が帰れない。そうすると40名ほどになり、透析施設としては、一つ必要だと思います。

紺野(災害医療支援講座 主任教授)

ありがとうございます。独自に透析の数から指標を出されていましたが、今、先生の指標はどれくらいですか。

小柴(災害医療支援講座 教授)

いわきはバックアップ透析になっており、先生もご存知と思いますが、重症な患者さんが多いので、その数値は変わってくると思います。ただ、かなりしんどいです。

紺野(災害医療支援講座 主任教授)

ありがとうございます。小柴先生にご質問はありますか。

久保(災害医療支援講座 特任教授)

私も災害医療支援講座で一緒にやらせていただいていたのですが、先生の最後のディスカッションのところで、この透析の数が増えてきているのことに對して、その原因について考察されていたと思うのですが、一般的に日本で透析は減ってきていて、実数としても減ってきていると言われているボックスです。この地域で、透析の患者が増えているのは、今までと福島エリアの特徴とこれからのエリアの特徴と、それから日本の医療の偏在化で説明するものなのか、どこで説明するのが一番よろしいのでしょうか。

小柴(災害医療支援講座 教授)

全国的に、透析患者の数は増加していきますので、福島県全体の統計はだいたい全国の統計に近いと思います。一つは保存期のときの管理が関係しているのではないかと。南相馬からご紹介があった患者さんは共立に通ってもらわなければならないのですが、クレアチニンがかなり放置されていて、その手前のヘルスリテンスが、住民のEfficiencyをあげなければならないと思います。

紺野(災害医療支援講座 主任教授)

ありがとうございます。次、澁佐先生の入院期間を教えてくださいと、約30日から最高約3,000日でしたが、そのだいたい

1ヶ月以内あるいは3ヶ月以内、半年以内、1年以内あるいは3年以上とに分けるとどのくらいの患者さんが一番多いのでしょうか。

澁佐(災害医療支援講座 准教授)

1年以上の患者さんが多いです。私は4月から勤めていますが、今年から入ってきた患者さんが短期入院だと思いません。毎月約4,5名の受け入れがあります。

私の場合は長期入院希望の患者様には、基本的に施設に入ってもらるか、通ってもらるか状況に応じて調節しています。基本的には1年以上前から入院されている患者さんはそのままです。以前のスタイルでは、高野病院に入院したら死ぬまで面倒を見てもらえると、地元の人はそういう感覚があるようです。ただ、今年の4月からは変わってきているという話をさせてもらって、入院期間を調節しています。

紺野(災害医療支援講座 主任教授)

ありがとうございます。何かご意見ご質問ありましたらお願いいたします。

来年からはふたば医療センターができます。県立病院ですので、毎日、内科系の医師と外科系の医師が一人ずつ当直も行い、少し役割分担ができるのかなと思います。

志賀 嘉津郎 様(志賀医院 院長)

高野病院の話は、先生方から伺って心を痛めておられて、高野院長の崇拝というもお聞きしていますが、個人的な理由は別にして、やはり今度おやりになる先生は、例えば、別の先生が行っても同じ状況にあるかどうかを教えてくださいたいと思います。

高野 己保 様(高野病院 理事長)

私もよくわからないところではありますが、今回いらした先生は小児科が専門で、長く行政にいらした方で現場が久しぶりであったため、現場でなかなか馴染めなかったところがあり、澁佐先生はじめ、ほかの先生たちも、心を開いて優しくしてくださっている状況ではあるが、ご自身の臨床の能力に限界を感じているとのことでした。

**西村(災害医療支援講座 特任准教授)**

私は救急医ですが、一つの病院だけが頑張っても、他の周りを支えてくれる高野病院のようなサポートをしてくれる病院がうまく立ち行かないと、その地域の医療はいずれ駄目になると強く思っております。お話をお伺いしまして、インセンティブをいろいろつけていくのは勿論ですが、赤字で病院が立ち行かないことがあれば、経営をサポートするような、例えば保険診療

点数を上げるとか、特例措置をやって、パブリックな病院でないところも立ち行くような形にしないと、パブリックな病院も必ず一人だけでは孤立してやっていけなくなる。私もそのような経験をしてきましたので、行政の方とかに考えていただければと心から思っております。

紺野(災害医療支援講座 主任教授)

ありがとうございます。時間の関係で次の赤津先生に質問をしたいと思っております。赤津先生がいわきに移られてから、かなりハイリスクの患者さんがたくさんいると思っておりますが、一般の病院はハイリスクをかけないで大学に送ってきますが、先生のところはかなりご自分のところでハイリスクの患者さんの麻酔もやっていますが、色々な工夫やチーム医療で何かありましたら教えてください。

赤津(災害医療支援講座 講師)

先生のおっしゃるとおりチーム医療が重要だと思います。透析外科の小柴先生を始め、外科系の先生、循環器内科の先生、その他の科の先生方が非常に協力的で、大切にしてくれるので、麻酔のリスク評価をスムーズにできますし、お互いリスクを共有できる事は重要だと思います。コミュニケーションが一番だと思います。



紺野(災害医療支援講座 主任教授)

ありがとうございます。何かご質問、ご意見がございましたらどうぞ。次の社本先生に聞きたいと思っておりますが、お口から食べるバランスチャートとは非常に優れたものではないかと思っておりますが、私も、慢性疼痛を集学的に治癒しようと試みをしていて、一つを見ている駄目で、ほんの一部に過ぎない嚥下機能とか、むしろ背景にあるものを多面的にまず評価することが重要であるということについては同感です。おそらく、13項目の中でも、色々な統計をやると、こういう患者はこの領域の重みが高いなど、傾向があるんじゃないかと思うのですが、例えば同じ嚥下障害でも、その人のバックグラウンドの方が実際に大きな影響を与えているグループとか、或いは機能がメインになっているグループとかがあると話を聞いていて勝手に想像していましたが、そういう特徴が先生の経験から治療に役立てられるならば、或いは病態の解析に役立つならばさらに面白いかなと思ったのですが、どうでしょうか。

社本(災害医療支援講座 助教)

おそらく複数の疾患で解析してみないと正確なことは分からないと思っておりますが、個人的に何を目安にしているかと言いますと、目の前にいる食支援の対象者がガリガリに痩せている場合、この方を良くすることはかなり厳しいと感じています。ガリガリに痩せている人は恐らく、これまでも十分に食べていないか、何らかの理由で食べられていなかった可能性があります。特に、ご家族に「この方はどのような食事をどのくらい召し上がっていたのでしょうか?」と確認した際に、「何でも食べましたよ」という返事が返ってきた場合は、むしろ一番低栄養の危険度が高いと考えています。逆にぶくぶくとふくよかな方は、多分病前から食べているはずと思っているから、食支援効果も高く回復も早いことが多い、という印象を持っていま

す。ガリガリに痩せている人、客観的な指標としてはBMI18.5未満の人は、ほとんどの方が偏食しているか、全然食べない人なのだと思いますが、これはある意味、食に対する認知の問題ではないかと思っております。認知と言ってもアルツハイマー病や認知症の認知という意味ではなくて、自分や家族の食をどう捉えているのかという、小さい頃からの「食育」の問題だと考えます。今回は入院や避難といった非日常的な話をテーマにしましたが、実際には、日常生活の中に「食に対する認知」や「食育」を落とし込まないと解決しないのではないかと考えています。

紺野(災害医療支援講座 主任教授)

ありがとうございます。最後の宮川先生にご質問がございましたら。宮川先生は、外傷後のシンキエクスプレスを受けて、仮性の認知症になった患者さんを、非常に詳しく報告してくださったのですが、結構多いのでしょうか。私達は認知症と思っても、鑑別が難しいと思っております。

宮川(災害医療支援講座 助手)

念頭に置いているので、何となく引っかかったことが一つ、平成20年1月から平成27年12月までの認知症のカルテを見直して、もしかして、この方とはという人が一人いました。

紺野(災害医療支援講座 主任教授)

鑑別する上で必須の検査や、一般の内科の先生や私達でもできるような鑑別法がありましたら教えていただきたい。

宮川(災害医療支援講座 助手)

CTがあるのですが、CTだけでは駄目だなと思えました。必ずMRIまでちょっとでも怪しいと思ったらするべきです。

紺野(災害医療支援講座 主任教授)

脳の血流まではやらなくても大丈夫ですか。

宮川(災害医療支援講座 助手)

それは大丈夫です。

紺野(災害医療支援講座 主任教授)

今回5名の先生にお話をいただきました。どの先生も非常に私としては勉強になりました。引き続き臨床、臨床研究を続けて頂いて、色々な情報を提供していただければありがたいです。今日、研究会に来てくださった先生方はぜひ、終わったあとで良いので、ご意見、ご質問がございましたら、災害医療支援講座の方にメールでも結構ですので、ご意見いただければありがたいと思っております。時間になりましたので、第6回福島災害医療研究会を終了させていただきます。どうもありがとうございました。

【総合討論の風景】

