

週刊 日本医事新報

Japan Medical Journal

No.4544

2011年
(平成23年)

5月28日

質疑応答

ガイドラインにおける民族・性・年齢差の考え方

NSAIDsの降圧薬・腎機能への影響

β ラクタム系薬の投与回数減少の科学的根拠

針刺し事故後のIFN治療開始時期と治療終了の指標

学術

膵性糖尿病の病態と治療……………伊藤鉄英

摂食・嚥下障害の評価と対応……………柴田斉子ほか

NEWS

厚労省、受診時定額負担の導入を提案





尼崎発

長尾和宏の

町医者で行こう!!

第2回

被災三県巡回記

—町医者が診た被災地支援

1 7泊8日、被災三県の視診・触診の旅

私はGWを利用して4月28日から8日間、男4人でバンを借りて岩手、宮城、福島の三県を南下し、被災地を巡った。聴診器片手に、水、枕、薬を差し入れしながら、振り返ると約1000kmの行程だ。花巻空港から遠野に入ったのが震災から49日目。ちょうど急性期から慢性期へ移行する時期だ。東北の地に一体何が起きているのか。自らの目で視診、手で触診、診断し、願わくは治療方針も提言できればと試みた。今回、その要点を記す。

2 気仙沼市大島での医療支援

岩手県釜石市では、大きな貨物船が自宅の上に乗ってしまった家のご家族の傾聴。「人間は欲深い。家が残ったばかりに余計な作業を続けている。いっそ流された方がよかった」と嘆かれた。

また、すべてを失った高齢の漁師は、それでも「船があれば今すぐにでも海に出たい」と言った。東北人は実に我慢強い。世界が絶賛したのは、日本人というより東北人だった。

前日に再開したばかりというフェリー（広島から寄贈）に乗り大島にも渡った。大島小学校の救護所は聖マリアンナ医大脳外科の小野寺英孝医師がリーダーとなり、看護師・薬剤師らとともに活動されていた。山形大リハビリスタッフらとの混成チームは、まさに組

織を超えた多職種連携そのものだと感じた。

3 支援チームと地元開業医の関係性

小野寺医師は島でただ一軒の診療所の先生のお手伝いもされていた。亜急性期以降の被災地の医療支援の在り方について多くの示唆をいただいた。まず毎朝、毎夕、開業医の先生に挨拶伺いをされていた。地域の開業医や病院の邪魔をしないような最大限の配慮。当たり前といえばそれまでだが、非常に大切なことだと思った。地元開業医の代診、代理当直も喜んで引き受けていた。

小野寺医師は地元出身。地域住民の気持ちをよく理解していた。今後、可能であれば地元出身者が支援チームのリーダーになれば連携がスムーズに行くのではないかと。避難所支援においても外部からの医療支援である限り、かかりつけ医の立場を尊重しながら行うことが肝要だ。これは阪神大震災時の亜急性期にも感じたことだ。

さらに慢性期においては、地元医師会との細かな調整が必須だろう。「郷に入っては郷に従え」で、地域のかかりつけ医の医療スタイルを変えることがあってはならない。さらに難しいのは「引き際」だ。被災地医師会にとっても支援チーム撤退の判断は難しい。十分な情報交換の上、再建された地域の医療機関に上手くバトンタッチしながら、地域によっては上手いフェードアウトを模索したい。

4 被災地における在宅医療

被災地での在宅医療も経験させていただいた。介護施設も被災しデイサービスやショートステイもままならない地域では、介護家族の負担は普段より増していた。明らかにがんばりすぎであり、反動が懸念された。

訪問看護や訪問介護の需要は、平時より増加していた。ここでも被災者が被災者を支援していた。亜急性期以降の医療派遣は、介護支援チームとの連携を充分想定すべきだ。医療ニーズよりも介護ニーズの方が大きくなる中での医療支援であることを自覚したい。

気仙沼市では愛媛県のたんぼぼクリニックの永井康徳先生らが中心になり在宅医療チームが活躍されていた。私が気仙沼市ボランティアセンターを訪れた時は、山梨市立牧丘病院の古屋聡先生が指揮を執られていた。現在も全国から在宅医らが週単位で交代しながら活動している。キャンナスの菅原由美氏らやジャパンハートのミャンマーやオーストラリアから駆けつけた看護師らを大変頼もしく感じた。彼女らは、体育館やお寺に被災者とともに泊まりながら支援活動をされていた。

5 気仙沼市本吉病院

気仙沼市本吉病院も訪ねた。4月末で徳洲会が引き揚げたところに、北海道の黒松内町病院から秀毛寛己医師がちょうど到着したところだった。病床がなくなり病室で寝泊まりされる秀毛医師を見ながら感じたことは、街が壊滅した中での医療機関の運営の在り方だ。

これは石巻市立病院や女川町立病院を見た時にも感じた。国や県レベルでは被災地の現状把握は困難だ。被災地の医療需要は、地域の医師会が最も把握できる。避難所の巡回診療を含めて、被災地の医療需要は地域医師会を通じて日本医師会などの中央組織にリアルタイムで支援要請できればいい。中央は現場

の要請に応えることに徹する。これは、福島原発周辺、特に南相馬、相馬などにおいても現在進行形の課題である。

6 ヘドロに埋もれた紙カルテからクラウド型電子カルテを連想

津波に呑みこまれて紙カルテを失った病院をいくつか診た。ヘドロに埋もれた紙カルテを見ながら、本年2月13日、日本医師会で開催された医療情報フォーラム「医療とIT」の中で、「クラウド型コンピューティングと医療情報」についての自分の講演を思い出した。当時はセキュリティーへの懸念から、各演者はクラウド型電子カルテの普及に相当な距離感を感じていた。しかし今回の震災でクラウド型電子カルテが推進されるのではと直感する。今後、災害を想定しての医療・介護情報のクラウド化が検討課題となるだろう。

7 生活基盤あつての医療・介護

被災地を巡って一番感じたことは、生活基盤あつての医療・介護ということ。当たり前かもしれないが、生活支援が至急の課題だ。

相馬市では48人の震災孤児に「18歳になるまで毎月3万円を支給する」という条例が成立。約2億円の資金が必要だ。何故相馬なのか？ 震災孤児の支援条例が制定されたのは現在のところ相馬市だけなのだ。もし相馬プロジェクトが成功すれば、自ずと他の自治体にも広がるだろう。孤児の支援は、基礎自治体がきめ細かく行えばいい。我々ができることは、まず相馬プロジェクトを支援すること。東邦銀行 相馬支店 普通口座 1033249 「震災孤児等支援金」。詳細は相馬市役所のホームページを参照。

なお かずひろ：1984年東京医大卒。95年、尼崎市に複数医師による年中無休の外来・在宅ミックス型診療所「長尾クリニック」を開業。著書に『バンドラの箱を開けよう』『町医者力』（エピック）など。