

原発災害による避難の慢性疾患への影響—今後の医療問題の先取りとしての
原発被災地の現状と課題 (渡辺 毅 : 血圧 2019; 26: 91-97)

2019年3月8日、災害医学抄読会 <http://plaza.umin.ac.jp/~GHDNet/circle/>

東日本大震災後の急性期における慢性疾患患者への影響は、津波や原発事故による強制避難による薬剤と診療情報の喪失や、診療機関と行政、業者との通信の遮断による避難患者の治療の中断や現場の混乱であった。福島県では避難による生活環境悪化や精神的ストレスが原因と思われる非感染性慢性疾患(NCD)の発症・悪化と心血管イベントの発症や災害関連死、自殺の増加が認められた。また、現在も福島県浜通りでは、避難指示地域では避難解除後も過疎・急速な高齢化、医療資源不足と医療サービス低下の悪循環に陥り、非避難地域であるいわき市では人口増加による医療需要の負担によって、救急医療・急性期医療指数の悪化を招いている。このような地域医療状況は、近未来のわが国の地域医療問題の先駆けとも考えられる。

過去の被災地の経験では、医療の急性期が経過した後も、被災・避難者の糖尿病、高血圧などの慢性疾患の増悪・重症化が1年以上持続する特殊な状況があることが報告されている。福島第一原発近辺の健診受診者を対象に2011年6月から2013年5月までの経年的な観察結果の解析では、避難生活が肥満、メタボリックシンドローム、糖尿病、高血圧、低HDL血症、CKD(腎機能低下)などのNCDの発症・増悪の有意な独立と判明した。総務省統計局によると全国の東日本大震災・津波による死者15894人、行方不明2561人に対して、福島県ではそれぞれ1631人、197人と比較的少なかった。一方、東日本大震災後7年間の被災関連死者数は1都9県で合計3701人、そのうち3分の2を福島県が占めていた。また、福島県の施設に入所していた高齢者では、避難者は非避難者に比較して交絡因子調整後の死亡率が1.82倍であったとの報告もある。以上から、原発事故による長期の避難生活の健康及び精神的影響が、特に高齢者を中心に継続していることを示唆している。そのため、福島県では様々な避難者支援と共に自殺防止に取り組むふくしま心のケアセンターを2012年に設立、看護師や臨床心理士らが被災者の訪問メンタルケア活動を現在まで続けている。

福島県浜通り地区では強制的な人口移動による医療受給の異なるミスマッチが隣接地区で共存している。浜通り地区の一つである避難区域となった相双地区では若年人口流出による住民の減少と急速な高齢化に伴い、少数の高齢者が居住する相対的に広大な地域に少数の一次医療機関が点在する医療環境となっている。通院困難などによる個人レベルでの医療サービス、特に急性期医療提供の低下、また医療機関の経営状況の脆弱化によって、さらに個人と医療機関の帰還が困難となる悪循環に陥っている。逆に、避難地区とならなかったいわき市では震災による医師や看護師の減少も相対的に少なかったが、相双地区からの避難者の主な居住地となり、人口増によって元々極端な医師不足地域であったために医療需要増加に十分に応じられない状況となっている。

この相双地区の過疎化・高齢化の進行、医師・看護師の減少・高齢化、住民個人への医療サービスの低下の悪循環といわき市の医師・看護師不足地域への人口流入による急性期医療の質の低下という、異なる形態の医療需給のミスマッチは元々極端な医師不足に加えて急激な少子高齢化社会を迎えている地方の過疎地と、今後急激な高齢人口の増加による医療・介護負担の急増が見込まれる都市部が併存するわが国の地域医療の問題の先取りとしても捉えられる。解決策としては、医師をはじめとする医療スタッフの供給が第一であり、今後の医学部定員増や地域卒医学生を増員による地方勤務医師の増加によって医師不足は早晩に緩和されると考えられる。また、2017年から保険診療が認められ、現在、特定疾患・難病外来指導・糖尿病透析予防・生活習慣病・精神科在宅診療で初診から6か月以上を経過した患者に適応のあるオンライン診療(遠隔診療)は、無線通信が普及した現在の有望な活路と考えられる。このような無線通信法や遠隔治療などの様々な知恵を出し合った問題解決の模索は近未来の日本の医療体制構築と同時に災害対応においても意義のある試みである。