

# 新潟県への透析患者の集団避難

風間順一郎

新潟大学医歯学総合病院血液浄化療法部

key words : 東日本大震災, 集団避難, グランドデザイン, 透析カード

## 要 旨

東日本大震災に当たって、新潟県は福島県浜通り地方から透析患者 154 名の集団避難を受け入れた。患者が到着するまでには紆余曲折があったが、到着後は円滑に患者を管理しえた。各施設に中越地震/中越沖地震のさいの経験の蓄積があったことも役立った。3 週間にわたる滞在期間中、1 人の犠牲者を出すこともなかった。グランドデザインの欠如、透析カードの徹底、透析患者自身の自覚の必要、などの教訓や反省が得られた。

## はじめに

透析患者は定期的に透析を受けないと生命を維持することができない。一方、透析医療は水や電気などのインフラへの依存が高い。したがって、ライフラインが破壊される大規模自然災害時には、透析患者は災害自体による危機を乗り切った後にもなお大きな生命の危険に曝され続けることになる。このために、透析患者は速やかに被災地から遠隔地へと退避して、避難先で透析治療を続けるという戦略が考慮される。東日本大震災はこのような戦略が初めて実行に移されるケースとなった<sup>1,2)</sup>。

## 1 経 過

3 月 11 日の震災直後は、新潟-長野県境で大規模な余震による被害が出現したこともあり、新潟県はとり

あえず情報の収集に専念していた。事態が動いたのは、県内施設の被害が軽微であると確認できた 3 月 14 日になってからである。福島県浜通り地方の透析クリニックから、個人的な伝手を頼って、新潟大学泌尿器科の高橋公太教授の元に透析患者の集団避難受け入れが打診された。この連絡を受けて現地との連絡を取ったところ、浜通り地方では物資が不足しているだけではなく、電気も水もストップし、回復の見込みは立たないとのことであった。ただちに依頼患者を引き受ける方針で根回しを開始した。

ただ、問題は打診された透析患者数であった。被災地で踏ん張っていたこの施設では、この騒動の中で相次いで閉鎖された浜通り地方の各透析施設の透析患者を受け入れ続け、その数は 1,100~1,200 人にも膨れ上がると見込まれていた。新潟県内の維持透析患者数は約 4,000 人であり、各施設はこれらの透析患者に医療サービスを提供することで精一杯である。そこに約 30% の上積みを目指すのは困難ではないかと思われた。

しかし、新潟県庁の姿勢はきわめて前向きであった。避難患者の宿舎と交通は新潟県庁が斡旋し、経費は公費で賄うという方針が即決された。

これと並行して、新潟県内各透析施設に受け入れ可能な避難透析患者の最大数を確認した。各施設で許容可能な最大数を合計しても 700 人どまりであり、1,100~1,200 人という要請数には及ばなかった。もっとも、透析施設が 700 人を受け入れるといっても、それだけ

の宿泊施設を用意したり、何より宿泊施設から広い新潟県内に散在する各透析施設にこの人数の患者を送迎することはそれに輪をかけて困難と思われた。

3月16日の午後になって、いわきから400人の透析患者を送りたいとの連絡があった。透析施設のキャパシティーだけならばこの数をこなすことも可能であったが、上記の理由から「もう少し減らせないか」とリクエストし、最終的には翌17日未明になって200人の透析患者が送られてくる運びとなった。新潟県庁はこれを受けて速やかに200人分の宿泊施設を確保した。

その夜が明けた3月17日午後2時ころ、寒風吹きつける新潟県庁にバス7台を連ねて透析患者が到着した。これらの患者をトリアージして受け入れ先へ案内するため、成田一衛教授率いる新潟大学第二内科腎グループ医師団は現場に駆け付けた。

ところが、付き添ってきたスタッフに訊ねても誰が何人乗ってきたのか正確な情報がわからない。現地ではドタキャンあり、逆に飛び入りありで、出発ぎりぎりまで大混乱が続いていたとのことであった。

やむをえず、トリアージに先立ってまず誰が新潟に到着したのかの正確なリスト作りを開始した。しかしリスト作りの作業に手間取っていると患者を各施設に送り届ける時間が遅くなってしまい、夜間透析の時間が確保できない。多くの患者は透析不足の状態にあり、当日中に夜間透析を受けることが好ましいと考えられたため、時間との戦いになった。そこで急遽、リストを作成したらそこから各施設への患者の割り当ては機械的に行い、トリアージは送られた各透析施設に任せる方針とした。幸い、実際に到着していた人数は154人と当初の予想よりは少ない人数に留められていたので、割り当てる透析施設は新潟市周辺、および長岡市内の計11施設に限定することができた。これによって患者再移送の時間がセーブされたのみならず、その後の宿舎から施設への通院手配も容易になった。さらに「それぞれの施設ごとに割り振る患者数が少なくなると患者の不安感が強くなる」という教訓が中越地震/中越沖地震の経験から得られており、これにも十分配慮することができた。

こうして患者たちは慌ただしく各透析施設へと再搬送されていった。急いだつもりではあったが、やはり一部の施設には到着するのが遅れてしまったため、夜

間透析は深夜までかかってしまったと聞く。また、案の定、具合の悪くなってしまった患者もいて、透析施設主治医の判断で、その日のうちに2人が緊急入院扱いとなった。いきなり初日からかなりの難題を押し付けてしまったが、各施設の担当医たちは涼しい顔で仕事を遂行してくれた。実に頼もしいプロフェッショナルであると思った。

この大勢の避難患者たちを受け入れるにあたって、震災経験のある長岡市内の施設の対応ぶりは特に出色であった。やってきた患者全員にまずタグをつけ、そこに透析診療に必要な最低限のデータを書き込み、患者の首からぶら下げる。この措置によって見知らぬ患者でも最低限知っておかねばならない情報が診療スタッフと共用され、医療事故を起こすリスクが低下すると考えられた。このシステムもやはり過去の震災時に培われたノウハウであると同った。

当初は体育館に莫藎を敷いた避難所に全員雑魚寝という宿舎体制であったが、新潟県庁福祉保健部はほどなくして新潟市内2カ所、長岡市内1カ所の、もう少しばかり居心地のよさそうな宿舎を見つけ出してきてくれた。彼らは患者の滞在期間中、宿舎、食事、搬送について完璧に仕事をこなしてくれた。世に言うお役所仕事ではなく、ユーザーの立場に立った献身的な働き振りであった。

透析治療に関しては、ともかく初日の準緊急透析を乗り切れれば、あとは基本的には通常の維持血液透析を行っていれば良いだけのはずだった。ところが154人もいれば具合の悪くなる人もどンドン現れて、合併症を併発したり、ADLが悪くなったりして数人が入院透析へと移行した。そのまま受け入れ透析施設に入院するケースもあれば、入院を前提に、より療養色の強い施設へと転院して透析を継続するケースもあった。

このように、携わる医療機関/医療者の数は避難患者の滞在期間が延びるにつれて増えていったが、関係した誰もが快く真摯に携わってくれた。また、実際に避難患者を受け入れたわけではない施設も、この間に新潟県に急に負荷された透析患者数増加という事態に対応し、受け入れ施設を後方から支えてくれた。まさに「チーム新潟県」としての奮闘振りであった。連絡係の筆者は、この善意あふれる仲間たちと一緒に仕事ができるという現実を、しみじみ嬉しく、誇らしいと思った。

こうして避難患者たちは、いわき市のインフラ・物流が回復するまでの約3週間、新潟県で平穩に透析治療を継続することができた。この間、1人の犠牲者を出すこともなかったのは幸いであった。

## 2 考察

経過に示したように、透析患者集団移送プロジェクトには多額の税金が投入された。そもそもプロジェクト自体のボトルネックとなったのは、医療施設のキャパシティーではなく、宿舎や移送手段などなのであった。さらに、プロジェクトを遂行するために時に強権的に行動する必要も生じてしまった。集団移送が内定してからその人数が決定するまでに2日ほどのタイムラグがあり、この間、我々はやむを得ず新潟県内に個人レベルで避難してくる患者の透析依頼への回答を保留したのである。本来、そのような選択権など我々医療従事者には無い。命からがら逃げてきた透析患者に避難先での透析診療継続を確約しないという行為は、実に心苦しいものであった。

このような性格を持つプロジェクトであるので、やはり行政が主導になるという形が必要であると痛感した。行政はその長が有権者からきちんとして信を得ているので、その判断は有権者全体を代表する判断であるとも言えるからである。

しかし、被災地の自治体は極度の混乱状態にあり、きわめて機能が悪かった。ただ、混乱の極みにある被災地にそれ以上のパフォーマンスを求めることは酷であろう。ならば、被災地と支援地を俯瞰する立場にある中央官庁が、もっと早期から積極的に関与する仕組みがあれば良かったのではないかと考える。

この件について、その後、新潟県庁の担当者たちと率直な意見交換を行った。彼らの分析はクールである。今回、ランドデザインに頼らず、個人間の伝手から始まる泥縄的対策でもなんとか事が運んだのは、ひとえに圧倒的なキャパシティーを持つ首都圏が機能していたからである。なにしろ東京都だけで新潟県の8倍の数の維持透析患者がおり、その多くを管理する透析施設が新潟市ほどの狭い面積の領域に集中している。宿泊可能な施設も多い。しかも、それらが公的・私的交通機関によって緊密に結びつけられているのだ。これは避難患者を支援/管理するうえで圧倒的なアドバンテージである。実際に今回の集団避難も、その多く

は結局東京へ避難した。本音を言えば、東京がやってくれるのなら新潟なんかわざわざしゃしゃり出る必要もなかったというのだ。それは確かにその通りなのかもしれない。

だが、反対に首都圏が被災して機能不全に陥ってしまったらどうだろう？ ここで生じる巨大な支援の需要を、周辺の小さな自治体が個々に奮闘してみたところで満たすことなど不可能だ。全体像を俯瞰したランドデザインが必ず必要になる。有事に際してこれを迅速に描くことのできる公的な仕組みを平時のうちに確立しておかなければならないと強く思う。

患者は命からがら避難して来るわけであるが、支援地の透析施設はごく普通の日常診療の延長としてこれらの患者を受け入れる。ここに意識のギャップが生じる。当然、患者がカルテを持参してくることなど期待はできないのであるが、しかし受け入れ施設は野戦病院の対応をするつもりはないので、それでも可能な限り詳細で正確な診療情報が得たい。今回も「患者のHBVやHCV感染の状況が把握できなければ受け入れは難しい」という意見を表明した施設があった。日頃からすべての透析患者が、いわゆる透析カードを携行する習慣が確立されていれば、この両者のギャップが埋められるかもしれない。このカードは緊急透析時のタグの中身としても転用が可能である。そうであれば、どの施設でも簡単確実に情報が把握できるよう、透析カードのフォーマットを全国標準化することも一案であろう。

上水道設備が破壊されている状態の被災地では、透析治療は給水に依存せざるをえない。透析は大量の水を必要とするが、もちろん給水の対象は透析治療ばかりではないので、その分だけ被災者全体への供給量が制限されてしまう。したがって被災地から遠隔地への透析患者の移送は、単に透析患者自身の身の安全を保証するだけではなく、被災地全体への援助効率を上げる効果も期待できる。今回の震災では建物の倒壊による受傷者は少なかったが、災害の種類によってはクラッシュ症候群罹患者治療のために残っている透析施設がフル稼働しなければならない可能性も想定される。やはり、維持透析患者が被災地から避難するのは合理的な戦略であろう。

となれば透析患者の集団移送は、行いうのならば、災害発生後早ければ早いほど良い。このためにも迅速に

ランドデザインを描く仕組みが望まれることは先に述べた。もう一つ、この迅速性を阻害する要因で今回の震災時に明らかになったことは透析患者自身の抵抗である。多くの透析患者が故郷である被災地を離れることに強い抵抗を示した。故郷が一大事なのに自分だけさっさと避難してしまうこと、取り残してきた家族や財産への不安、そしてしばらくはその復興のために尽力することができないこと、これらが入り混じって決断を鈍らせたり、中には強行されるプロジェクトに対して怒りを爆発させたりするケースも観察された。その心情は理解できないこともない。

災害時の透析患者の集団移送が透析患者自身にのみメリットを及ぼすような性質のものであるなら、時には自己の責任において移送に同意しないという選択肢もあるかもしれない。しかしながら、透析患者は避難することによって水道設備の破壊された被災地全体の負荷を軽減することができるのである。厳しい言い方になるが、透析患者も自分の立場だけで考えるのではなく、その極限状態の中で自分がどうすれば故郷に貢献できるかを考慮して欲しい。非常時には、誰もが思い通りにはならないのである。

このためにも、平時から透析医が震災時の透析患者たちのあり方を、集団避難の可能性も含めながら、維持透析中の患者と語り合い、前向きなコンセンサスを得ておきたい。いざという時になってから判断を迫っても迅速には動けない。

#### おわりに

結果的に、今回の福島県浜通地方から新潟県への透析患者の集団移送プロジェクトは、1人の犠牲者を出

すこともなく、成功裏に終了したかのように見える。ただし、これをもって良しとする考え方に筆者は賛成しない。今回の震災では、被災地の規模も大きかったが、それを支援しうる地域のキャパシティーがそれを大きく凌駕していた。だからあんな泥縄でも対処ができたのである。この経過は誇るべきことでも将来の参考にすべきことでもない。

我々が真に教訓とすべきなのは「新潟県は当初に打診を受けた1,100~1,200人という維持透析患者の受け入れにYesという回答をすることができなかった」という事実である。首都圏が機能不全になれば、新潟県は今度こそ1,000人を超える透析患者を受け入れる必要が生じるであろう。新潟県に限らず周辺各県にもすべて同様の負荷がかかるのだから、誰も肩代わりはしてくれない。そんな事態を、各々の火事場の馬鹿力に頼って乗り切ることなどできようか？

多くの人が震災に関する政府の対応にふがいなさを覚えたことであろう。批判されても仕方がないのかもしれない。しかし、それを「有事には政府のコントロールなどいらない」という結論にすり替えてはならない。そうならないように、平時にこそランドデザインを、あるいはランドデザインを描く仕組みを、しっかりと確立しておくべきなのだ。

#### 文 献

- 1) Nangaku M, Akizawa T : Diary of a Japanese nephrologist during the present disaster. *Kidney Int*, 79; 1037-1039, 2011.
- 2) Kazama JJ, Narita I : Earthquake in Japan. *Lancet*, 377; 1652-1653, 2011.