

透析医のひとりごと

「東日本大震災から 10 年・高齢者透析現場の激変」——— 山陰 敬

学生の頃から内科医を志していた私だが、講義や実習を受けてみて、東北大学の内科教室の中では第二内科が自分に合っていると考え、卒業後は2年間の初期研修を経て1978年6月に吉永馨教授の門下生となった。腎臓グループに属し、古山隆助教授、齋藤寛講師（元長崎大学学長）、斉藤喬雄先生（福岡大学名誉教授）、のご指導の下で、腎病理を中心に腎臓病学の勉強に励み楽しい医局生活を送った。学位受領後1985年4月に仙台市立病院に赴任、超急性期病院であるため維持透析患者は少なかったが、腎生検や急性血液浄化などに多忙な臨床医生活を21年間送った。この間、道又勇一先生、田熊淑男先生を始めとする第二内科の諸先輩や、関野宏先生を始めとする他教室の先輩各位に懇切丁寧なご指導をいただいた。その後ご縁があって2006年に道又先生の（医）盟陽会泉ヶ丘クリニックに転じた。盟陽会では患者増加に対応すべく2005年に隣接する富谷市に富谷中央病院を開設して一般診療機能を移転しており、泉ヶ丘クリニックは血液透析専門病院に特化する方針になっていたため、その業務を担うこととなった。透析ベッド47床、一般病棟38床、療養病棟60床で、私が異動したときには入院透析患者は療養病棟に40名のみだった。2007年から2008年にかけて一般病棟も使用して、看護師を補強しつつ入院透析患者を80人以上に増やした。医局の先輩・同僚が関係する県内の透析施設に声がけしたところ、通院透析不可能の高齢患者を多数、比較的短期間に依頼を受けた。これほどまでに通院困難な高齢透析患者が多いのかと我ながら驚いた。その間の状況については『当院における高齢入院透析患者の現状と問題点』と題して日本透析医学会学術集会に第5報まで報告しているので参照されたい。大震災までの紹介患者は、『歩けない』『家族に介護力がない』等、単純な理由による通院不能患者が大半であった。

2011年3月11日（金）14時46分私は泉ヶ丘クリニックの1階にいたところ突然揺れを感じ、数秒後やや弱まったと思った瞬間、激しい揺れに襲われた。とても立ってられず、壁にすがりついたまま収まるのを待ち、2階の透析室に駆け上がった。幸い一部透析の患者は全員透析を終了しており、二部透析の準備中であったため透析中の患者はいなかった。コンソールは従来ロックフリーとしてあり他の機器ともども転倒はなかった。すぐ停電し透析機器やエレベーターが停止した。水道は病院脇を通る本管から取水しているのでも断水に見舞われることはなかった。3カ所の病棟を巡回してすべての入院患者の無事を確認した。余震が続き停電も回復しない状況では透析施行は困難と判断し、15時30分に二部透析の中止を決定した。集まった患者にカリメートないしアーガメイトゼリーを配り、果物等カリウムの高い食品を摂取しないよう、また水分も極力制限するよう伝えた。通信手段も全く途絶しているため、情報伝達には患者または家族が毎朝来

院するよう徹底した。夕方になるとボイラー損壊のため暖房と給湯が不可能になったことが判明した。病院は仙台市西北端に所在するため、津波による被害はなかった。翌12日（土）昼0時過ぎに電気が復旧したので機器の点検を開始し夕方までに問題なく作動することを確認した。翌13日（日）に11日（金）の二部透析患者と12日（土）の全員分の透析を行うことを決定した。13日（日）は朝から全員一律3時間で透析を開始したが、ボイラー損壊のため透析液温度が上げられず、同時透析は20人が限度だった。合計5クールを行い、終了したのは14日（月）午前3時だった。休む間もなく直ちに14日（月）の透析の準備を始め、しばらく一律3時間等やりくりしながら辛抱の透析を続けて、3月19日（土）にボイラーが復旧、3月28日（月）から通常の透析体制に戻った。震災関連の死亡患者はいなかった。病院の建物に外見上損傷はなかったが本館の西北側が20 cmほど陥没し、内部の配管損傷が至る所で発生した。このため冷暖房に支障をきたし修理費も多額となるため、思い切って移転することとし、約3 km離れた現在地に2013年12月に新築移転した。病床数は変わらないが、透析ベッドを50床に増やした。決断が早かったため工事期間も短く工費も抑えることができた。

ここからは東日本大震災後の入院患者の状況の変化について2012年の学会報告のため2011年秋にまとめたデータに基づいて述べる。

2011年では、入院患者で意思疎通可能な患者が58%いたが、2021年では意思疎通可能な患者は数人しかいなかった。透析室への患者移動は2011年には自力歩行が12%、車椅子移送が60%、ベッドのままの移動が28%であった。これに対し2021年3月では、自力歩行4%、車椅子移送35%、ベッドのままの移送が61%と搬送状況が極めて悪化している。

透析室への患者の移送については、旧病院では透析室が本館2階、療養病棟が新館の2階と3階にあったため移動するには2カ所のエレベーターを乗り継がなければならず搬送に手間がかかっていた。新病院では透析室を2階、療養病棟を3階、一般病棟を4階と垂直移動のみですむよう設計した。しかしベッドのままの移送の比率が激増し、状況はあまり好転していない。一方、経管栄養・胃瘻の患者は2011年が22%だったが、2021年が26%と増加していた。また、ブラッドアクセスを見ると長期留置型カテーテル挿入患者が2011年は11%だったのに対し、2021年には18%とこれもまた増加していた。ここ数年は紹介患者の初診時の重症度が高まる一方である。ほとんどが寝たきり状態で、脳血管障害患者、強度の認知症患者、下肢切断患者、長期中心静脈栄養患者、誤嚥性肺炎を繰り返す患者、担癌患者、心肺停止状態から回復した患者など、こんな人にも透析しなければならないのかと正直思う患者が激増している。現行法制では透析を中止するわけにもいかず、矛盾を感じながらも続行しているのが現状だ。日本透析医学会でも透析療法の『見合わせ』の議論は活発になってきているようだが、一旦開始した透析を止めるわけにはいかないのなら、透析導入の基準を厳しく見直すべきと考える。透析導入は腎臓内科を持つ急性期病院でなされることが大半であ

ろうと思われるが、導入に当たっては、高齢者ほどその患者のこれまでの人生、本人の信念、家族との関係など背景を十分に考慮しなければならないと思う。透析導入がかえって本人に苦痛を与えるだけになることもしばしば目にする。透析導入病院には『とりあえず導入』、や『後は野となれ山となれ導入』は是非止めていただきたい。また透析医療費には多額の国民の税金が投入されていることを、導入病院のケースワーカーは事前に患者および家族に十分説明して理解してもらい、毎回の透析は貴重で決しておろそかにできないのだとの自覚を持たせることも大切であろう。モンスター化を未然に防ぐ『患者道』の周知徹底が重要と考える点で、本誌4月号の著者である畏友・宍戸洋先生とは意見が一致している。

2006年に勤務してから、700人を超える『行き場のない』透析患者を診てきた。ある意味、これも社会貢献と考えて矜持を持って取り組んでいる。かなりのストレスがあるだろうに、高い志を抱いて前向きに仕事に励んでくれる職員一同に感謝しつつ筆を擱く。

盟陽会泉ヶ丘クリニック（宮城県）