4 遠隔支援

風間順一郎
Junichiro James Kazama

新潟大学医歯学総合病院血液浄化療法部
（新潟市中央区）

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。ところが，透析治療は水や電気などのインフラへの依存が高い。このため，インフラが破壊される大規模自然災害時には，透析患者は生存する上で不利な立場に立たされる。さらに，被災地における透析治療の継続は貴重な水の大量消費を要する。これは，状況によっては被災地全体への救援効率を落とすという批判の対象にもなりかねない。以上から，すぐに回復の見込みが立たないような大規模災害時には，被災地に物資を送って透析治療を続けるのではなく，透析患者を集団で被災地から遠隔地へと退避させてその避難先で透析治療を続けるという戦略も考慮され得る。東日本大震災はこのような戦略が本格的に実行に移された，おそらく史上初めてのケースとなった[1)2)]。

筆者たちが経験した経過

2011年3月11日の震災の新潟県への直接的な影響は限定的であり，インフラはほぼ無傷であった。陸・海・空の交通はおおよそ機能し，少なくとも物資の流通には支障を来たさなかった。津波も日本海側にはほとんど影響を及ぼさなかった。被災した透析施設はなかった。

このように，比較的平穏に過ごしていた新潟県の血液透析療法従事者にとって事態が本格的に動き出したのは3月14日である。福島県浜通り地方の透析クリニックから，新潟大学に1,100～1,200人の透析患者の集団避難受け入れが打診されたのだ。早速現地との連絡を取ったところ，現地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ており，福島第一原発における事故の先行きがみえない状況では業者が誰も浜通り地方まで来てくれないので，この状況が回復する見込みは全く立たないとのことであった。これを受け，直ちに根回しを開始した。

報告を受けた新潟県庁は，すぐに避難患者の宿舎と交通の斡旋と経費負担を約束してくれた。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

写真．バスに乗り込む透析患者と医療スタッフ

難透析患者の最大数を確認したところ，700人までは受け入れ可能という集計結果が得られた。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することや，何よりも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困難であると思われた。

3月16日の午後になって，いわき市から400人の透析患者を送りたいとの連絡があった。折衝の結果，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という連絡があった。これを受けて，新潟県庁は速やかに200人分の宿泊施設を確保した。

夜が明けた3月17日午後2時ごろ，新潟県庁にバス7台を連ねて透析患者が到着した。ところが，付き添ってきたスタッフに尋ねてもバスに誰が何人乗ってきたのか正確な情報がわからない。バスの出発に際し，現地ではドタキャンあり，逆に飛び入りありで，ぎりぎりまで大混乱が続いていたとのことであった。透析の継続を諦めてでも残留することを選択した患者もいたとのことであった。想像を超えるパニック状況を伝え聞いて，われわれは初めて自分たちの認識の甘さを思い知った。

そこで，まず「誰が新潟に到着したのか」を確定するために正確なリストを作成することにした。ただし，こ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う。多くの患者は透析不足の状態にあり，速やかに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。このため，リストを作成した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」という中越地震／中越沖地震の経験から得られた教訓にも十分配慮できる結果となった。

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（**写真**）。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，透析施設で2人がトリアージされ緊急入院となった。

この大勢の避難患者たちを受け入れるにあたって，被災経験のある長岡市内の施設の対応ぶりは出色であった。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を低下させると期待された。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伺った。

初日の準緊急透析を乗り切れば，あとは基本的には通常の維持血液透析を行えばよいだけのはずであったが，さすがに154人の集団生活であり，小さなトラブルは続出した。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，各施設はそれぞれの特色を生かし「チーム新潟県」のメンバーとしてこの事態に臨んでくれた。連絡係の筆者は，この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，新潟県で平穏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。

事例から得られた考案

今回の震災で「透析患者を被災地から遠隔地へと集団退避させて，その避難先で透析治療を続ける」という戦略が実行され，分析対象となる実績ができたことで，これから襲来する自然災害時には同様の戦略を実施しようとする機運がより高まると考えられる。それは決して歓迎できないことでもないが，課題も多い。

経過に示したように，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行政が担当する事項であり，もちろんそこには税金が投入された。したがって，このようなプロジェクトは行政が主導して，医療側はそこに全面的に協力するプロフェッショナル集団という立場を貫くほうが筋は通っている。情報さえ共有していれば，そのような形でも医療側の思いやアドバイスはきちんとプロジェクトに反映させられる。ここで，混乱の極みにある被災地には多く望めないため，被災地と支援地を俯瞰する立場にある中央官庁が早期からグランドデザインを描くことが好ましかったであろう。

患者たちは被災地から命からがら避難してくる。ところが，被災していない支援地の透析施設は日常診療の延長としてこれらの患者を受け入れる。この意識のギャップは大きい。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的対応をするつもりはないので，可能な限り詳細で正確な診療情報が欲しい。その意味で，今回は多くの医療スタッフが患者を引率してきてくれたことは役立った。また，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，この問題を解決する1つの答えになったかもしれない。一歩進んで，透析カードのフォーマットを全国標準化できれば，さらに有益であろう。

透析患者の集団移送を妨げる要因として無視できないのが透析患者自身の抵抗である。多くの透析患者が被災地を離れることに強い抵抗を示し，なかには満足な透析を受けられないことを承知の上で現地に残留した患者もいたと聞く。強行されるプロジェクトに対して，怒りを爆発させるケースもあった。心情は理解できないこともない。

しかし，透析患者も自分が被災地で透析を受けないことによって被災地全体の負荷を軽減し得るポテンシャルがあることを考慮して欲しい。非常時には誰もが思い通りにはならない。自分が他に何をして欲しいかでなく，自分がいかに他に貢献できるかを優先して考えなければならない。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く必要がある。

おわりに

今回の震災では被災地の規模も大きかったが，それを支援する地域のキャパシティーはさらに大きかった。だからグランドデザインなしの泥縄でも対処

ができたのであって，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。

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。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。現場で各々が火事場の馬鹿力を出すのは当然であるが，それを頼みにするのは危険すぎる。平時からしっかりと「有事にグランドデザインを描く仕組み」を準備しておくべきである。

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