

透析医のひとりごと

「私と透析医療」

松村 治

思いがけない本稿の依頼でしたが、40年以上に及ぶ透析医療への関わりを振り返る、よい機会を与えて頂きました。己の軌跡を振り返りながら、最近の医療現場で感じるイライラやモヤモヤを「独り言」させて頂きます。

1 私と透析医療

1980年春、母校（北海道大学）の第二内科に入局し、半年後、派遣された北海道日高地方の日赤で透析室を立ち上げる機会に遭遇しました。これが、私を透析医の道へ進ませる契機でした。透析室の若いスタッフと一緒に血液透析のいろはを一生懸命勉強したことを思い出します。透析が軌道に乗った2年後、大学に戻りましたが、透析療法を中心に腎臓内科の勉強をしたいと思うようになり、先輩の伝手で東京女子医科大学腎臓病総合医療センター見学の手配が得られました。透析ベッドが40台以上並んだ透析室で多くのスタッフが忙しく働いている姿に圧倒されたことを覚えています。幸いにも1983年5月、女子医大第四内科（腎センター内科、杉野信博教授）へ入局させて頂けることになりましたが、北海道でゆったりとした生活に慣れ親しんだ自分に女子医大の研修が務まるか大変不安でした。当時の腎センターは開設後4年で太田和夫教授が所長になられ、体制が整ったころでした。素晴らしい指導者のもと全国から上昇志向の個性的な人材が多数集まり、大変活気に溢れていました。また、各科の垣根は低く、気軽にコンサルテーションやディスカッションができる環境がありました。さらに透析医療を中心に多職種のチーム医療が日々実践されており、自然とチーム医療が身についたように思います。当然のことですが、先輩から後輩まで多くの女性医師が在籍していました。聡明で厳しさのなかに豊かさと温かさを感じられる先生方が多く、新鮮な刺激と多くの学びがありました。このような自由闊達な環境で最先端の血液浄化療法を学べたことは、大変な幸せであったと改めて感じます。

女子医大で学位を頂き次の道を考えていたころ、埼玉医科大学総合医療センター第四内科（磯田和夫教授、現腎・高血圧内科）からお誘いを頂きました。自分の出身県であることと医学教育に関心があったため、1992年1月よりお世話になりました。当時は男ばかりの小さな医局で面食らうこともありましたが、比較的自由に若い医局員と一緒に色々なことをさせて頂きました。一番の思い出は移植医不在で止まっていた腎移植を、内科が中心となり泌尿器科・血管外科の手術チームとの協力により再稼働できたことです。この時も女子医大時代の人脈に助けられました。もう一つは、DOPPS（Dialysis Outcomes and Practice Patterns

Study) に第2期調査より参加したことです。自分達の透析医療を客観的に見つめ直す機会となり、視野を広めることができたと思います。

2010年3月末に退職し、県内の透析病院に勤務後、現在の透析クリニックで働いています。2017年埼玉透析医学会会長を仰せつかり2021年まで務めました。コロナ禍もあり学術集会の活性化はままなりませんでしたが、幹事の定年制導入と女性幹事の登用をさせてもらい、無事退任することができました。

2 最近の透析医療現場で感じるイライラとモヤモヤ

2-1 高齢者透析

2025年問題と言われる加速度的な高齢化は、すでに現実のものとなっています。高齢者透析の難しさは、十分な透析量を確保した良質な透析を提供することが、必ずしも最善の治療にならない点にあります。除水量、貧血、栄養状態などに注意して透析量を調節しますが、透析が苦痛を与えているようで、自責の念と透析療法の限界を感じることもあります。2020年、透析医学会から「透析の開始と継続の意思決定プロセスについての提言」が示されましたが、なかなか難しい問題でどう対応すべきか悩ましい限りです。また、透析以外の合併症（認知症、脳・心血管疾患、骨折など）および介護福祉問題が重複しているため、医療連携および介護福祉との連携が重要になります。当院の現状は、予想以上に独居者と老夫婦世帯が多く、他科受診も負担になっています。それにも関わらず、介護保険利用者は半数以下でした。高齢透析患者さんの生活の質を少しでも良くするためには、透析以外に多方面に渡る支援が必要です。透析施設は「かかりつけ医療機関」として地域包括ケアシステムに積極的に関わる必要があると考えます。

2-2 腎代替療法選択

腎代替療法は、血液透析、腹膜透析、腎移植の三つですが、保存的腎臓療法も選択肢の一つにあげられます。保存的腎臓療法は新しい言葉ですが、透析非導入の場合に継続される保存療法であり以前より行われています。三つの腎代替療法には色々と条件や制約があります。腎移植は生命予後も医療経済的にも人工透析を凌駕していますが、臓器提供の極端に少ない我が国では平均15年の待機時間を必要とします。献腎移植の選択は、宝くじを買うようなものと言えます。腹膜透析は自尿の減少により十分な透析量を確保できずに1~2年で血液透析の併用あるいは移行が必要となることも少なくありません。さらに被嚢性腹膜硬化症の問題があるため、概ね5年程度の治療期間に限定されます。このように我が国の腎代替療法選択は血液透析以外の選択がきわめて難しいと言えます。

2011年、改正臓器移植法が施行されて10年以上経ちますが、臓器提供は少ないままです。日本臓器移植ネットワークのホームページによると、2021年の内閣府世論調査では臓器提供の意思があると回答した人

は39.5%、提供したくないと回答した人は24.3%です。しかし、実際にドナーカードを所持している人は10.2%だけです。Opting outであればと思いますが、せめて医療機関受診時にドナーカード所持の有無を確認し、電子カルテ記載することを常識にできないでしょうか。問診票にドナーカード所持欄を設けるだけでも違うかと思います。

2-3 HIV (Human Immunodeficiency Virus) 感染症透析患者

2020年1月さいたま市で厚生労働行政推進調査事業「HIV感染症の受け入れを阻むものは何か？」というテーマのシンポジウムが開催されました。勉強不足であった私は、驚きと共に忘れかけていた医療者としての使命感を刺激されました。HIVの感染経路は多様化して、透析導入時に初めて感染が見つかる例もあることに大変驚きました。こうした例では、保存期の適切な治療提供が行われてなかったと考えます。HIVは慢性腎臓病の危険因子と考えると積極的に除外診断を行うべきです。早期にHIV感染症の診断がつけば適切な治療により、透析を回避できる可能性さえ考えられます。抗ウイルス薬の進歩により容易に寛解導入されて寛解状態では感染源とならないこと、針刺し事故での予防内服も労災保険が適応されることなど、受け入れを拒む理由は全く見当たりません。しかし、2020年埼玉透析医学会施設会員アンケートの結果は、HIV抗体検査を実施している28%、していない54%、患者を受け入れる8%、受け入れない41%、検討する52%でした。医療現場にある医学的事実とのギャップは、医療者の無関心や偏見に起因しています。HIV感染症を第2のハンセン病にはいけません。日本透析医会バックアップのもとHIV感染透析患者受け入れネットワークが速やかに構築され、同時に保存期からの適切な医療が提供されることを望みます。

おわりに

私が歩んだ透析医の道は、我が国の透析医療の発展と重なり大変幸運であったと思います。グローバルで多様性に富んだ時代となり、医療の変革はさらに進むと思います。同時に地球温暖化、新興感染症、さらには戦争勃発など多くの難問があります。いつの時代でも医療者が患者さんと真摯に向き合うことで問題解決の道が開けると信じます。

医療法人朋社会 理事長（南古谷クリニック）（埼玉県）