

「ボス・キャラ」

久保 仁*

大学を離れて、東京下町の一透析医となって早くも16年が経った。日々、同じ患者の対応の繰り返しのようだが、10～15年も経つと患者の変化の大きさに驚かされる。

かつて先輩医師から厳しく指導された二次性副甲状腺機能亢進症も、ビタミンD₃製剤、Ca受容体作動薬、非Ca含有リン吸着薬などの登場により、治療困難例は少なくなっている。長期透析合併症の「ボス・キャラ」的存在であった二次性副甲状腺機能亢進症は今では脇役になりつつあるのだろう。もう一つの「ボス・キャラ」であったアミロイドーシスも透析液浄化技術の進歩、on-line HDFの登場などにより、徐々に脇役になっていくはずである。

透析患者の死因上位を占める心不全、心筋梗塞などの循環器系疾患に対しても、カテーテルインターベンション、冠動脈バイパス術、弁置換術が積極的に行われ、循環器系疾患による死亡は激減。当院でも循環器系疾患による死亡は数えるほどである。死因の上位の座を明け渡す日も近いのではなかろうか。悪性腫瘍についても、腎・胃・大腸・肺がんなども早期発見され積極的に治療できるようになっている。透析患者では定期的なチェックを行いやすく早期発見に繋がるため、配偶者が先に逝って一人残されたという患者も多い。感染症と脳血管障害に対しては、未だ予防策の決め手がないように思うが、それでも確実に進歩していくはずである。

しかし、これだけ合併症治療が進歩しても、われわれの仕事はまったく楽にならず、ますます手間がかかるようになってきてい

* 青戸腎クリニック

る。患者寿命が長くなったばかりに、最前線に登場した認知症とロコモティブ・シンドロームやサルコペニアといった要介護運動器合併症。

これは、透析医療に限ったことではなく、どの分野でも同様であろうし、訪問診療を行っている医師たちは常に直面しているわけである。しかし、透析医療においては、この問題はもっとも深刻である。なにせ週3回、年156回も通院してきて治療するのだから。

昨年の本誌でも多くの高齢者関連特集が組まれ、大学病院や基幹病院の医師たちもこの問題は重視されていると思う。だが、導入時よりさらに認知症や運動器合併症が進行していく患者を扱う市中の透析クリニックにおいてはその負担は大きくなるばかり、切実な問題である。患者送迎は当然のこと、クリニック内にもヘルパーを配置し介助しないとベッド移乗すらできず、見守りの必要性も増える一方である。透析の保険点数が低くなるのと反比例するように、出費は多くなっていく。厳しい状況の患者に対応している看護師、技士たちは精神的にも疲弊してしまう。われわれは患者の家族構成からその性格まで熟知したうえで、介護保険なども利用して対策を考えるが、やはり限界が見える。

かつては、徒歩やバス、電車で元気に通院してきた患者にも現れた「認知症」、「ロコモやサルコペニア」。今まで最善の治療を行ってきたと自負してはいるが、努力すればするほどこの「ボス・キャラ」に近づいていく。透析とは医療の限界をもっとも感じる領域なのかもしれない。この強敵、今までの敵と同じようには倒せそうにはないが、せめて手なずけるくらいにしたいと思う。

PTHや β_2 ミクログロブリンの値が主題であった頃の透析室は実に平穏であったと思うのは私だけだろうか？