

透析医のひとりごと

「透析医雑感」

三井 静

日本の透析療法が臨床的に形をなしたのは1960年代である。私はそのころからかかわっていた。医局の先輩の小高先生がアメリカ帰りで大変張りきっておられた。先生の意欲と情熱について行くことになった。当時は、腎不全が進行すると間違いなく死亡していた。癌より早い時期に確実になくなってしまう事は世間の常識であった。

急性腎不全を除いて保険適応はなく、ほとんどの方が学用か自費で透析導入となった。経済的に患者さんには大きな負担がかかり、田畑や山を売って透析を受けるためにわれわれの施設へ来た。ずいぶん遠くからヘリコプターで来ることもしばしばであった。

異型輸血で急性腎不全におちいり、緊急透析を行い助けた方が今より多かった印象がある。その当時はそうした医療事故も報道されることもほとんど無かったように覚える。現在では全国的に報道され、そうした事故で医療施設が心ならずも有名になってしまうことがある。情報公開が一般的になった。それはそれで良いことだと思う。

当時の透析は大変で、初期のコルフ型はプライミングボリュームが2,000 ml 近くあったために透析毎に2,000 ml の血液が必要であった。終了時にプライミング量に相当する血液を返さずに輸血用ボトルに取っておいてそれを使ったものである。

また、返血時に誤って空気の泡を返してしまうこともたまにはあった。空気で返血操作を行うのが当たりまえであったし、当時は現在のように検知器でモニターしていなかったのもそういう事がありえたのだ。何れも大事には至らなかったが結構危ういものだった。

1970年代になると慢性透析が保険適応になり、多くの方々が救われることになった。夜間透析で完全社会復帰をしている方も多くなっている。腹膜透析も進歩し、透析者も努力すれば幸せな人生を歩むことが可能となっている。

透析機器の進歩も著しく、いろいろな必要データーがモニターされ、安全性はかなり高まってきた。しかし油断はならない。すべての操作の中に、事故または感染につながる可能性がふくまれていると考えておいたほうが良いと思う。

われわれは透析患者さんのために集中して全力で事に当たることが務めであると考えている。そのためには透析チームが一致協力していかなければならない。その裏づけは保険請求からの収入である。なにか新しい技術や薬品で透析療法が進歩して一定の成果が得られると、しばらくして保険請求上評価が下がってしま

う。こうしたことの繰り返しをこのところ何回も経験してきた。その都度透析医会の執行部の方々が、厚生労働省と交渉して大変な努力をされておられることは承知している。これからも負けないように頑張ってください、適正化という言葉に騙されずに、透析医の正論を通していただきたいと思う。

三井クリニック

