

## 透析医のひとりごと

「最近思うこと」

吉田克法

昭和54年泌尿器科に入局した私にとっていまでも忘れられないことは、緊急腹膜透析の現場です。真夜中に全身浮腫の婦人が大学付属病院に運び込まれてきました。当時は救命救急科などの講座はもちろんなく、現在の緊急検査システムも整備されておらず、入局したての私にとっては、このような病態の患者をなぜ泌尿器科がみなければならないのかもわからない時期でありました。レントゲン撮影は、救急体制がとれていたこともあって、当時のオーベンは胸部レントゲンをみて急性腎不全の診断のもと、救急処置室にて腹膜透析カテーテル挿入を始めました。腹部を一部消毒の上で、「おなかに力をいれて！」と言って、五寸釘のようなものを下腹部に一気に突き刺したのです。すなわちトラカール穿刺だったのですが、当時の私にとって初めての経験であり、非常に驚きでありました。その後、この婦人はしばらくして全身の浮腫もとれて、みるみる改善していきました。この間、病棟までの搬送、病棟への申し送り、腹膜透析液の調整や水分の管理、創部の観察消毒、などすべてやった（やらされた！）気がします。

今、このような患者が搬送されてきた時、救急科にて対応するわけではありますが、採血、レントゲン、バイタルチェックなどそれぞれ専門部署のエキスパートが対処し、結果が出るやいなや、数十分のうちにアクセスが確保され、一方では臨床工学技士により血液透析の準備が整い、受診後1~2時間のうちに血液透析が開始されていることとなります。現在の医療技術とその専門性から、医療は進んでいるという事になりますが、私は医師の立場として、これでいいのかと時々考える時があります。透析プライミングのできない医者、穿刺のできない医者、患者に説得できない医者など私の周りには少なからず存在しているのも現実です。われわれが研修医時代は、さほど医者が余っている訳では無かったと思いますが、常に2~3人の研修医が指導医の後についてまわり、処置方法、点滴穿刺、透析穿刺、手術テクニックなど学んだものでした。特に、患者家族との対応に関しては、その治療が困難となればなるほどその対応方法は勉強になり、いまでもそのやり方を踏襲しております。現在、研修制度の変更により、前期研修終了後は早1人前として、臨床現場に担当医として臨むわけではありますが、まだまだ不十分であると言わざるをえないのも現実です。医療現場で患者と対応する時は、自分の力量と信念をもって臨まなければなりません。しかし、力量にしても信念にしてもほとんどない状態で患者家族と対応するときは、そこに軋轢が生じ、最悪の場合には医療訴訟という事態が発生することになります。

若い医者は、とにかく一生懸命に仕事に打ち込み、自分の知識を最大限に駆使して、治療に取り組んでおり、私の周囲にもそのようなひたむきな若い医者が数多くいます。当直でもないのに、その日の患者の状態

を再確認し、明日の治療方針を立て、検査をオーダーし、眠りに就くのは夜中というのがほとんど連日で、苦言を言うものはほとんどいません。世間では医師不足と言われて久しいですが、医師不足ではなく有能な医師が不足しているということなのです。これら若い真摯な医者を有能な医師として指導していくことがわれわれの重要な責務であると思います。

奈良県立医科大学泌尿器科透析部

