

日本の透析医療に「神の委員会」があらためて問うこと

中山 昌明^{*,**}

1960年代初頭、米国シアトルで慢性腎不全患者に対する維持透析療法が開始された。Scribnerが開発したシャントにより長期透析は可能となったが、当時、装置は高価で数も限られ、保険制度も未整備であり、事実上は、大学附属の公的研究機関で限られた患者にしか実施できなかった。対象患者を選別したのが、かの有名な「神の委員会」である。透析医療とは、純粋な医療技術である以前に、「社会が誰を救うのか」を問う公共的課題だった。ちなみに、本委員会の活動に関しては、多くが非公開となっている。わかっているのは、最初のグループとして17人ほどが審査され、その中から約10人程度が選定されたという事実だけである。

その後、制度整備と技術進歩により透析医療は飛躍的に拡大した。わが国でも約33万人超を支える巨大な医療基盤へと発展している。しかし近年、日本透析医学会の統計調査で示されているように、透析患者数は減少局面に入り、施設数も横ばいとなっている。この現実には、単なる市場縮小ではなく、構造転換の到来を意味している。

問題は、この転換期において私たちはどの価値を軸に将来に向かって進むかである。透析医療が制度に支えられた公共インフラである以上、利益の最大化を暗黙の指標とする発想には限界がある。患者数減少下での設備拡張や囲い

* 聖路加国際大学研究管理部

** 東北大学オープンイノベーション事業戦略機構

込み競争は、過剰と疲弊を生み、地域医療全体の持続性を損なう危険を孕む。

透析医療の原点は、公共的判断のもとに、社会が支えた医療であった歴史を想起するならば、いま必要なのは競争の高度化ではなく、協調による再編であると考え、急性期、導入期、維持期、在宅支援、終末期ケアを地域単位で設計し直し、データ共有や人材循環を制度化することが、質と持続性を両立させる道であろう。すでに、このような試みは国内でも一部の地域ではあるが現実には始まっている。

成熟とは現状拡大の継続ではなく、守るべき価値を選び取り、不要な構造を見直すことである。透析医療が再び「公益」を軸に自律的再設計を行えるかどうか——われわれは、次の時代を決定する立場にあるのは間違いなく、時相はその閾値にある。

物事は遅々として進まないと思いきや、ある時、驚くような急激な展開を見せるのは歴史が示すとおりである。患者・介護者、そして国民から広く支持される透析医療を目指したい。