

4) PD と HD (HDF) の併用

PD と HD (HDF) を併用しているかどうかを尋ねたところ、475 施設のうち 241 施設（全体の 50.1%）に併用している患者がおり 231 施設（全体の 49.3%）では併用患者がいなかった。回答がなく不明な施設は 3 施設であった（図 34）。HD (HDF) 併用施設が約半数もあり、PD+HD (HDF) の治療法が普及していることがうかがえた。しかし、HD (HDF) 併用患者数を答えてくれた 241 施設でみると、4,889 人中 868 人しか HD (HDF) の併用は受けておらず、17.8% に留まった。したがって、PD+HD (HDF) の治療法に熱心な施設があるものの、PD+HD (HDF) の

パターンは一部の限られた PD 患者にしか適応されていないことがわかった。HD (HDF) を併用していてもその患者数が 5 人以下の施設が多かった。しかし、HD (HDF) を併用している患者数が 25 人以上いる施設が 4 施設あった（図 35）。

5) PD の注排液の支援について

PD の注排液を本人だけで実施できていない患者を抱える施設は 173 施設に及んだ（図 36）。その比率は、36.4%と 1/3 以上であった。PD の注排液を本人だけで実施できていない患者の総数は 474 人であり、約 10%の患者が注排液を本人以外の介助にも頼っていることになる（図 36）。なお、この 173 施設で、自分だけで注排液を行っていない患者の平均値は 2.7 人、中央値、最小値とも 1 人であったが、最大値は 20 人であった（図 37）。

PD の注排液を本人だけで実施できていない場合、どういう立場の人が注排液を介助しているか検討した（複数回答可）。どういう立場の人が介助しているか、回答のあった 367 人の PD 患者で検討すると、配偶者の比率が 4 割以上であった。次に子供（嫁など義理の娘・息子も含む）が多く、親や兄弟などの親族すべて合わせ

図33 PD患者数ごとの施設分布

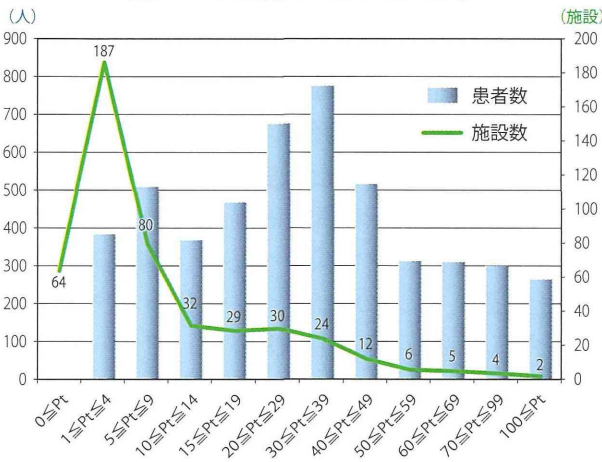


図34 HD(HDF)併用患者の有無

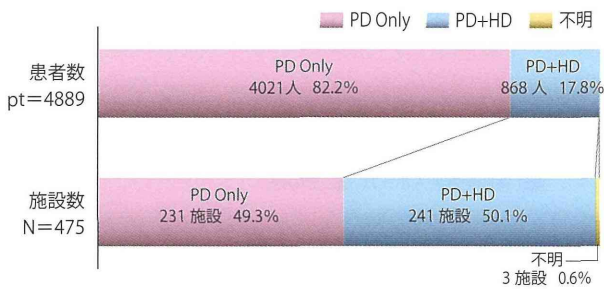


図35 HD(HDF)併用患者数ごとの施設分布

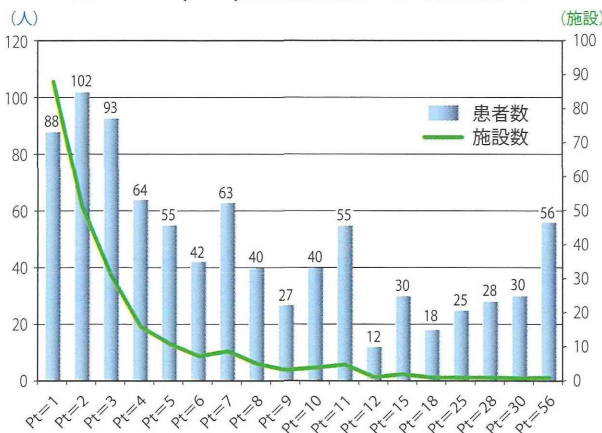


図36 患者自身による注排液実施の有無

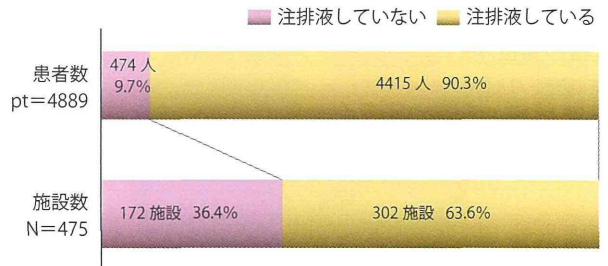


図37 患者本人だけで注排液できていない患者数とその施設数の分布



ると 80%以上となった。看護師が関わっている患者比率は 15.0%であり、在宅や施設、病院で ADL の低下した PD 患者に対して看護師が深く関与している状況が浮き彫りとなった（図 38）。一方、具体的に回答のあった 216 施設で施設別に検討してみると（複数回答可）、やはり配偶者や子（嫁など義理の娘・息子も含む）が最も多く、親や兄弟も合わせると親族が注排液を介助している患者がいる施設は 3/4 以上に上った（図 38）。ただ、看護師が注排液の介助をしている施設が 17.6%、ヘルパーが関与している施設が 3.2%と、その比率は患者ごとに検討するよりもやや

高い。施設ごとに集計すると、看護師やヘルパーが注排液の補助（介助）を病院や施設内、もしくは在宅訪問の形で複数の患者に行うために、そうした傾向が認められるものと推定された。

6) 注排液の実実施場所について

通常の PD の注排液は、自宅または勤務先などで行われるが、それ以外の場所で PD の注排液を実施している患者とそうした患者を抱えている施設を調査した。まず、回答した 475 PD 施設のうち、自宅や職場以外で注排液を実施している患者のいる施設は 64 施設あり、そうした患者がいない施設は 385 施設、不明が 26 施設であった（図 39）。つまり、PD 施設の 13.5%に自宅や職場以外で注排液を実施している患者がいることになる。自宅や職場以外で注排液を実施している患者数は 64 施設全体で 151 人であり、各施設の患者数は平均値で 0.3 人、最小値で 0 人、最大値で 20 人であった（表 19）。

自宅や職場以外の注排液場所について回答のあった 58 施設だけで集計すると、病院 / 診療所が 42 施設、73 人の患者と最も多いパターンであった（表 20、図 40）。次いで、グループホームが多かった。それ以外では、介護老人保健施設、特養などで PD の注排液を行っている患者がいたが、圧倒的に少数であった。その他、わずかなではあるがデイケアや介護付き有料老人ホームなどで注排液を行っている患者もいた。

図38 PD介助者の内訳

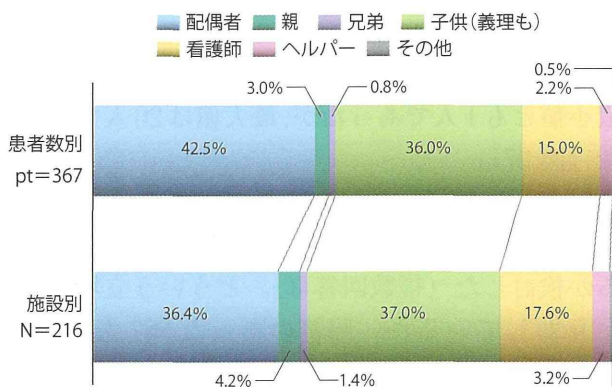


図39 自宅・職場以外での注排液実施患者の有無 (N=475施設)

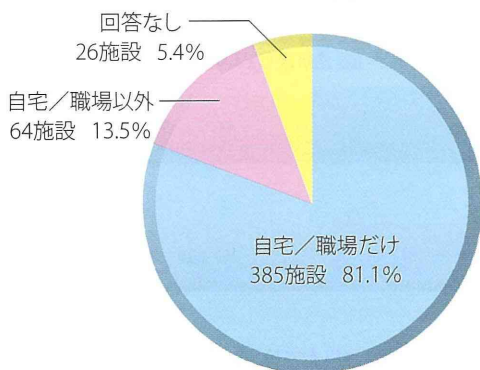


表 19 PD 実施 施設数と各施設の患者数

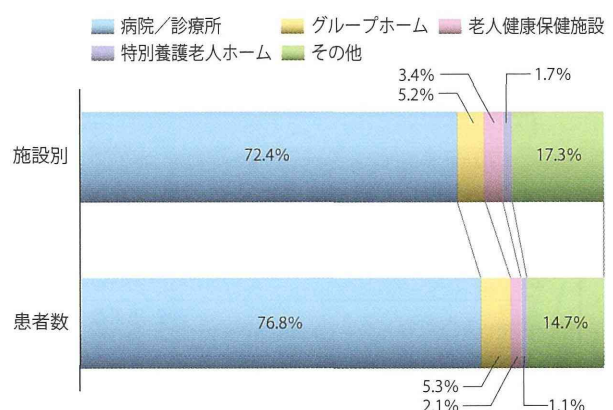
施設数	自宅 / 職場外での注排液患者数	平均値	中央値	最大値	最小値
64	151	0.3	1	30	1

表 20 自宅 / 職場外での注排液の場所

施設	病院 / 診療所	グループホーム	老人健康保健施設	特別養護老人ホーム	病院付属住居	その他*	総計
人数	73	5	2	1	0	14	95
施設数	42	3	2	1	0	10	58

* デイケア、介護付き有料老人ホーム、旅行先ホテルと車内、短期療養所など

図40 自宅 / 職場外の注排液場所の内訳



7) 在宅PD患者に対する訪問診療・支援について

475 のPD施設に訪問診療・支援の有無について尋ねたところ、実施している施設が82施設、実施していない施設が381施設、不明が12施設であった(図41)。これは、全体の17.3%が訪問診療・支援を行っていることを意味する。訪問診療・支援を実施している施設にその担当職種を尋ねたところ(複数回答可)、看護師が最も多く57.0%、次いで医師28.0%、介護職員5.0%、栄養士4.0%、臨床工学技士2.0%の順であった(図42)。理学療法士や薬剤師が訪問しているケースもあったが、いずれにしても在宅PD患者に対する訪問診療・支援の主体は看護師と医師であることがわかった。

8) 長期入院PDについて

PD実施施設に対して3ヶ月以上の長期入院PDを実施したことがあるかどうか尋ねたところ、475施設中88施設(18.5%)が経験しており、373施設は経験がなく、14施設が不明との回答

であった(図43)。ここでいう長期入院は、腹膜炎や心不全、急性の脳血管障害など器質的疾患による絶対的適応の入院ではないので、PDを実施している施設の20%近くが、社会的入院などを経験していることになる。

9) 自宅または職場以外におけるPDのあり方について(高齢PD患者が多い現状も踏まえて)

自宅または職場以外におけるPDのあり方についてコメントを求めたところ、現在のPD医療の現状も交えて数多くの意見が寄せられた。主だったコメントの詳細は別紙(資料5)に示すが、内容を整理して仕分けたものを表21に記した。最も多かった意見は、在宅PD実施のためのサポート体制の整備・拡大を求めるものであった。次に、PD患者を受入れてくれる施設(療養施設、ショートステイなど)が少ないとの指摘も多かった。また、PDを介護職員もきちんと実施できるよう法整備が必要だとする意見やPD(CAPD)の認知度をもっと向上させなければ

図41 在宅PD患者に対する訪問診療・支援の有無 (N=475施設)

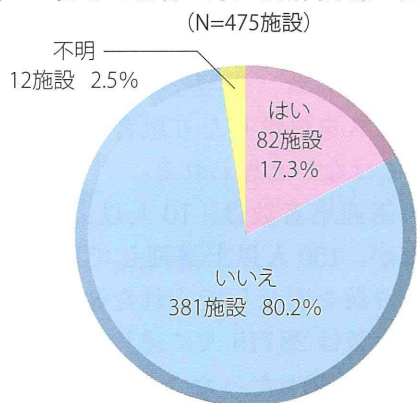


図43 長期入院PD実施の有無 (N=475施設)

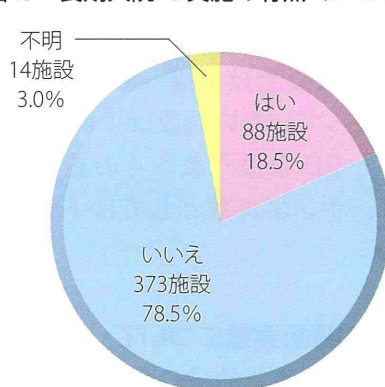


図42 訪問診療・支援者の職種

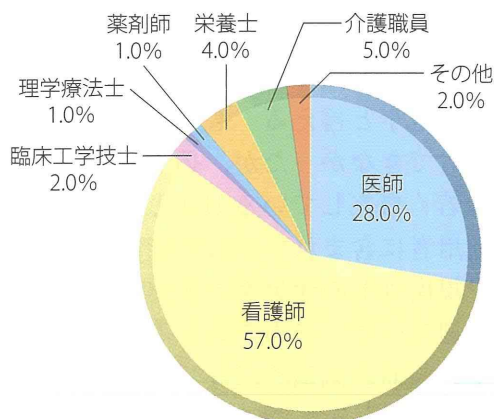


表21 自宅または職場以外におけるPDのあり方や現状について(複数回答あり)

PD患者受入れ施設(療養施設、ショートステイなど)が少ない	34
在宅PD実施のためのサポート体制の整備・拡大が必要	44
PDに対応できる医師、スタッフ、病院が少ない	9
介護職員もPDを実施できるよう法整備が必要	18
PDの認知度の向上が必要	18
自立できないPD患者の問題	8
病院への診療報酬、施設への点数加算	14
その他	15
総計	110

ならないとする意見もあった。さらに、負担が多い病院への診療報酬改善や施設への保険点数加算などを要望する声もあった。PD に対応できる医師、スタッフ、病院が少ないという意見も見受けられた。

D. 考察と今後の展望

アンケートは 2013 年 11 月末から 12 月にかけて 3,805 施設に送付し、翌年 2 月 21 日までに 1,530 施設から回答を得ることができた。回収率は 40.2%であり、設問が多く多岐にわたっていた割に回収率は比較的良好であった。各医療機関種別の分布を見る限り、他の透析に係る全国的な調査と比較しても回答施設の偏りはなく [透析会誌 46:111-118, 2013]、わが国の平均的な透析事情を反映する結果が見込まれる形となった。

この「障害透析患者の透析実態に関するアンケート調査」は、基本情報以外に血液透析 (hemodialysis, 以下 HD) と腹膜透析 (peritoneal dialysis, 以下 PD) という異なる透析方法に対し、それぞれ Part I、Part II に分けて設問を設け、回答して頂く形式を取ったが、1,530 施設のうち、1,055 施設は HD (HDF も含む) だけを扱っている施設、469 施設は HD も PD も扱っている施設、6 施設が PD だけを扱っている施設であった。PD しか扱っていない施設は少数であったが、HD (HDF) と PD を扱う数多くの施設から回答を得たので、サンプル数としては十分であると考えている。

1) HD 患者の透析実態について

回答してくれた透析施設の現 HD 患者総数は、50 人以下の施設から最大 1,000 人の施設まで様々な規模の施設が幅広く分布しており、夜間 (準夜) HD についても 46.3%が実施していると答えていて、高齢 / 障害 HD 患者の問題を検討する上では偏りのない標準的なコホートだと考えられる。

① HD 患者の送迎

患者の高齢化に伴い自立して独歩で通院できない患者が増加したこともあって、自主的に送迎する HD 施設が増えた。しかし、HD 施設による送迎には介助・介護の問題、経費の問題、交通安全の問題、マンパワーの問題、送迎中の

医療対応、接遇等々の様々な困難が付随し、各 HD 施設にとって送迎は相当な負担になっていると仮定して調査を進めた。

送迎を実施している HD 施設は、回答を得た 1,524 施設中 832 施設 (54.6%) であり半数以上に上った。今回のアンケート調査で、送迎に力を入れている施設、入っていない施設に一定の傾向を見出すことができた。施設の規模では、総患者数が 40 人以下の小規模施設では送迎を実施する施設が少なかった。経営形態でみると、私立診療所 (サテライト) が最も送迎が盛んで、病院の中でも公立より私立の病院の方が送迎に力を入れていた。医療機関種別に送迎実施比率を確認したところ、無床・有床の診療所の約 3/4 が送迎を実施し、200 床未満の比較的小規模病院の 57.0%が送迎を実施していたが、200 床以上の中大規模病院では 14.9%しか送迎を実施していなかった。これらのデータを総括すると、地域医療に密着した中規模以上のサテライトや私立の小規模病院が送迎サービスに注力していると言える。HD 患者が少ない小さな施設では、送迎を行うマンパワーが足りなかったり送迎が収支に合わない可能性が考えられる。一方、大規模病院や大学病院などは HD 導入が中心であったり、急性期の HD 患者を中心に診ているものと考えられ、送迎を実施して維持 HD 患者にサービスを提供したり患者を集めたりするスタンスではないと思われる。

各施設の送迎患者数は、10 人以上 20 人未満が多かったが、150 人以上送迎している施設もあった。患者数を明記してくれた 832 施設だけで送迎患者総数は 28,715 人に達した。アンケートの回収率が約 40%だったことを考慮すると、全国で少なくともその倍の 5 万数千人が送迎を受けている可能性がある。これは、全 HD 患者の少なくとも 6 人に一人が送迎を受けている勘定となり、いかに自立できていない HD 患者が多いかを示す数字と言える。もっとも、今回の調査では検討できなかったが、必ずしも必要のない比較的若く自立している HD 患者が、送迎サービス利用者に含まれている可能性も否定できない。中規模以上のサテライトや私立の小規模病院が送迎サービスに力を入れるのは、患者の医療面や介護面を気遣うだけではなく、維持 HD 患者数を確保するために多少のコストをか

けても患者サービスとして送迎せざるをえない事情がある可能性も否定できない。送迎を実施している職種は専属の運転手が最も多かったが、送迎を外部委託しているケースも多く、経済的コストと労力は相当なものと思われるため、今後は違った送迎の形も考慮しておく必要がある。例えば、既に行っているHD施設もあるようだが、ボランティアやシルバー人材による送迎もあっていだろうし、介護保険サービスのさらなる活用やNPO組織による支援も一つの考え方である。また、HD施設への送迎を地域の行政が支援していく形も考えられる。施設の経営者側からすると、今後、採算が取れなくなり、送迎した場合に実費を徴収する形が提言されるようになる可能性もある。

これだけ送迎に力を入れていると各施設の様々な意味での負担が気になるところだが、負担感に関する回答を頂いた806施設のうち641施設(79.5%)が、「大変負担である」または「少し負担である」と感じていた。「全く負担でない」と回答した施設は20.5%であり、HD患者の送迎は各施設にとってかなりの負担となっている。

総括すると、維持HDにおける送迎の問題は、全国的に無視できない大きな課題であることは間違いなく、次年度から抜本的な対策、改善策を議論していく必要がある。

② HD施設への通院介助

HD施設に独力で通えない維持HD患者に対し、HD施設が送迎するケースがかなり増えていることは上述した。しかし、送迎を行っていない施設も半数近くあり、そうした施設に通院する高齢/障害HD患者は、施設以外の送迎法に頼っていると考えられたので、施設送迎以外の通院介助についても調査した。その結果、HD施設以外の送迎に頼っている患者は、今回のコホートの中に17,269人いることがわかった。アンケート回収率が約40%であったことを考えると、全国でおそらく3万人以上のHD患者が施設以外の送迎に頼っていることになる。施設による送迎の類推患者数と合わせると8万人以上ものHD患者が自力でHD施設に通院していない可能性がある。

通院介助者で最も多かったのがヘルパーであり、各施設のヘルパーを通院介助者とする患者

数は平均値で5.4人であった。介護関連施設と連携しているのか、ヘルパー介助により通院している患者が160人以上に上る施設もあった。一方、配偶者の介助による通院HD患者も多く、各施設の平均患者数は4.7人であった。次いで、一親等の親族に通院介助されている患者が比較的多く、各施設平均で3.1人であった。その他、配偶者や一親等以外の親族に通院介助を受けている患者や知人/友人、透析仲間に介助してもらっている患者もいた。介護タクシーなどを使っている患者もいたが、総数としては少なかった。この調査結果から、いろいろな批判があるもののヘルパーの介助は戦力になっていると思われるが、配偶者や一親等、その他の近親者に通院介助を受けているHD患者が多く、週2回または3回の通院介助が患者親族の相当な負担になっていることが想像された。今回は、HD施設へのアンケート調査であったため、通院介助者の負担度を直接検討できなかったが、今後は自力でサテライトに通えない患者本人や周囲の親族、ヘルパーの心理的、経済的、時間的負担に関して直にモニターできれば、より現状に即した対策を考えやすいのではないかと考えている。

③長期留置型カテーテル

HD施設の約1/3(506施設)に長期留置型カテーテルを利用してHDを受けている患者がおり、その中の500施設だけで計1,174人も長期留置型カテーテル患者がいた。アンケートの回収率から類推すると、おそらく全国で2,000人以上のHD患者が長期留置型カテーテルにより維持HDを続けているものと推定される。また、1施設当たりの長期留置型カテーテルによるHD患者数は平均2.3人であり、多いところでは1施設に27人も長期留置型カテーテル使用患者がいた。長期留置型カテーテル患者の有無をHD施設の総患者数別に調査したところ、大規模施設ほど長期留置型カテーテルを使用した患者を受入れていることが確認できた。これらの結果から、糖尿病による末期腎不全の増加やHD患者の高齢化により、通常の内シャントやグラフトを作成できず、長期留置型カテーテルに頼らざるをえない患者が予想以上に増加していることがわかった。また、カテーテル管理

や随伴する諸問題に対応するため、長期留置型カテーテル使用 HD 患者を受入れられる施設は病院や規模の大きいサテライトが多いこともうかがえた。今回のアンケート内容からは明らかにできないが、長期留置型カテーテル利用患者の多くは入院 HD となっている可能性も考えられた。

長期留置型カテーテルの使用期間を調査したところ、患者の半数近く (44.9%) が 6 ヶ月以内であり、約 2/3 (65.4%) が 12 ヶ月以内であった。やはり、ブラッドアクセスの最終手段とも言える長期留置型カテーテル利用 HD 患者は、通常のブラッドアクセスによる HD 患者よりも予後が悪いことが示唆された。しかし、長期留置型カテーテル使用が 60 ヶ月 (5 年) 以上に及ぶ患者もあり、上手にカテーテル管理をすれば、高齢 HD 患者でも長期留置型カテーテル使用により長く生存できる可能性があると言える。従って、今後、長期留置型カテーテルそのもののイノベーションやカテーテル管理の改善、長期留置型カテーテル使用患者に対する入院管理のスキルアップなどが求められる。

④長期入院 HD について

長期入院 HD 患者がいる施設が 550 施設 (36.1%) もあり、長期入院 HD 患者数を記入したのが 522 施設で 5,275 人もいたのは想像以上であった。本アンケート調査の回収率が約 40% であったことからすると、おそらく全国で長期入院 HD 患者は 1 万人ほどいることが推定され、入院 HD に対する施策が急務であると考えられた。そういう意味で、2014 年 3 月の診療報酬改定で慢性維持透析管理加算が 1 日に付 100 点認められたのは、長期入院 HD を継続せざるをえない患者やそうした患者を取扱う HD 施設にとって朗報である。今後は、人口分布に見合った長期入院 HD 可能な医療施設の適切な配置を考えていかねばならないだろう。

経営形態別にみると、私立病院における長期入院 HD 患者の受入れが最も多く、次いで私立総合病院、県や市町村立も含めた公的病院の順となっていた。また、医療機関種別に検討すると、200 床未満の病院や有床診療所における受入れが比較的多いことがわかった。従って、新たな診療報酬改定を受けて、今後は私立病院が

ない地域で公的病院による長期入院 HD 患者受入れがもっと促進されなければならないだろうし、地域包括ケアの概念に沿って 200 床未満の病院や有床診療所が長期入院 HD 患者の受け皿として力を発揮すべき時期に来ていることが示唆される。現在、受入れていない施設に対し今後の長期入院 HD 患者の受入れについて尋ねた結果、「受入れてもよい」「どちらとも言えない」を合わせると、私立病院や私立総合病院、厚生連の病院が受入れに前向きな姿勢を示していた。しかし、将来的に地域のニーズが高い場合、200 床未満の小規模病院、私立病院だけでなく、厚生連の病院や公的病院もそうした HD 患者の受け皿になってもいいのではなかろうか。

実際、長期入院 HD に関する自由コメントを記載してもらったところ、長期入院 HD 施設が不足しており、今後さらに必要だとする意見が最も多かった。次いで、医療法や診療報酬の改定が必要との積極的な意見も目立った。幸い、2014 年 4 月からは診療報酬改定により、長期入院 HD を推進し易くなるだろう。一方、HD 患者を受入れる福祉施設を要望する意見や社会的入院を危惧する意見も認められ、長期入院 HD 患者選択の適正化にも力を入れていく必要がありそうである。

透析医会で行われた調査では、通院困難患者の入院受入れが「常に困難」だとする施設が 18% もあり [杉崎弘章ほか. 日透医誌 28:80-93, 2013]、おそらく地域によっては、まだ長期入院 HD に対応できる病院の整備が遅れているところもあると考えられるため、県や地域単位で抜本的な取組みを要する所もあると思われる。

⑤介護保険サービスの受容

介護保険認定を受けている患者がいる施設は、回答が得られた 1,446 施設の 91.5% であり、介護保険認定 HD 患者数は回答のあった 1,323 施設だけに限っても 21,550 人に上った。本アンケートを発送した施設数が 3,805 施設であったため、単純計算で 6 万人ほど (全体の約 1/5) の HD 患者が介護保険認定を受けていることになる。65 歳以上の高齢 HD 患者が増加したことを考えると納得できる数だが、改めてその数の大きさに驚かされる。維持 HD 医療は、実質的に介護・介助と密接に関わっており、まさに「社会福祉」と日々直面する医療であると言える。要介護・

要支援患者の有無に回答した1,097施設のうち、1,050施設に要介護患者がおり介護度は不明であるが、一般にHD施設では介護を必要とする数多くの高齢患者が通院しているものと想像され、介護認定を受容するHD患者の支援のあり方を社会福祉的見地からもう一度見直す視点も必要であろう。実際、将来的に介護保険サービスを受けべきHD患者がいる施設は約6割に達していて、介護保険認定が必要な患者数を回答した858施設だけでも、5,012人のHD患者が介護保険認定候補者であった。

現在の介護保険サービスの満足度を尋ねると、満足していると答えた施設が36.1%、どちらともいえない施設が33.9%と拮抗しており、満足していない施設は23.6%とやや少なかった。つまり、介護保険サービスの現状に一定の評価を下しているHD施設は比較的多いと言える。しかし、介護保険サービスの不十分な点について記したコメントを見ると、HD患者への送迎サービス不足や、保清、食事、服薬、飲水管理などの在宅支援不足を指摘する意見が多く、介護保険サービスの時間的制約の難点を指摘する意見も合わせると、サービス内容のさらなる充実を望む声が多いと言える。HD患者の状況と介護度のミスマッチを挙げる意見もあり、実情よりも介護認定度が低く、躰寄せを受けて困っている患者やHD施設があることが示唆された。介護保険サービスを受けるには、HD患者本人の一部出費も必要であるため、経済的負担を問題視する意見もあった。いずれにしても、HD医療における介護保険サービスの問題点については、今後、本研究によって整理し、広く様々な現場の医療者や識者の意見も聞いて、問題を煮詰めていかねばならないだろうと思われた。

⑥医療保険制度と介護保険制度の関係

医療保険による診療と介護保険によるサービスの相互の関係に関するコメントでは、医療とケアマネジャー、介護・福祉施設との連携の重要性を指摘する意見が多かった。また、ケアマネジャーやヘルパーをはじめ介護保険に関わるスタッフがHD医療に対してもっと理解が深まるよう啓発する必要性も指摘されていた。将来、高齢/障害HD患者の支援を推進するには、介護保険サービスも包含したシームレスな地域包括ケアシステムを具体的に構築し、理想的なシ

ステムを全国に普及させていく必要があるものと思われた。これに関連して、介護保険と医療保険を包括し一括運用できればいいとする建設的な意見も散見された。いずれにしても、高齢/障害HD患者を上手に支援するには、介護と医療の間の垣根をなくしてシームレスな運用ができるよう対策を練っていく必要がある。

2) PD患者の透析実態について

回答してくれたPD施設の総患者数は、4,889人であり、全475のPD実施施設中、PD導入、フォローアップともに行っている施設が331施設、PD導入のみの施設が9施設、PDのフォローアップのみの施設が134施設、PD患者の訪問診療のみ実施している施設が1施設となっていた。4人以下のPD患者を扱う施設が251施設と半数以上を占め、5人以上を扱う施設数は患者数が増えるに従い減少したが、最大で100人以上のPD患者を診ている施設が2施設認められた。475施設中、約半数の241施設にHD(HDF)を併用している患者がいたが、これはPD Firstの考え方が広まっている現状を反映した結果だと思われる。いずれにしても、様々なPD施設から数多くの回答が得られたので、今回対象となったPD施設は、高齢/障害PD患者の問題を検討する上で偏りのない標準的なコホートだと思われる。

①PD患者における注排液の介助

PDの注排液を本人だけで実施できていない患者を抱えている施設は173施設あり、全体の36.4%と1/3以上であった。PDの注排液を本人だけで実施していない患者総数は474人と約10%の患者が注排液を本人以外からも支援されていた。本アンケート調査の回収率が約40%であったことを考え合わせると、全国で1,000人前後のPD患者が本人以外の人の介助に頼って注排液を行っていることになる。介助者の多くは、配偶者と親族であった。昔から、PD患者本人が十分自立できていない場合、その配偶者が注排液を手伝うケースが多かったが、配偶者も高齢化してきており、PDを円滑に実施する上で、老々介助が難しくなるケースも今後は増えていくことであろう。また、単身家庭の増加や核家族化の進行により、高齢PD患者が自分だけで

注排液できなくなった時に頼れる近親者が自宅近くにいないケースが増加することも予想される。親族以外では、看護師が注排液の介助をしている比率が高く、在宅 PD 患者に対する訪問看護や PD 患者を扱う施設、病院で看護師が高齢 PD 患者の医療に深く貢献していることがうかがえる。しかし、例えば、単身の在宅 PD 患者の場合、看護師一人ですべての注排液の支援をすることは不可能であり、ヘルパーなどの支援があればよいと思われるので、介護スタッフの活用は今後の課題であろう。自力で PD の注排液をしっかりとできない患者のために、ヘルパーなど介護スタッフが PD 医療に深く関われる制度を確立し、やり方によっては HD よりもコストが少なくてすむ PD の適応をもっと拡大していくべきかもしれない。

②注排液の実施場所

原則として、本来、PD は患者本人が注排液する自己完結型 (do-it-yourself type) の治療であり、患者が元気であれば自宅や職場で注排液が行われるのが普通である。しかし、自立できない高齢 / 障害 PD 患者では、注排液の場所も自宅でない場合が多い。今回のアンケート調査で、自宅・職場以外で PD を実行している患者を診ている PD 施設は、全体の 13.5% であった。自宅・職場以外の注排液場所としては、病院 / 診療所がトップで次にグループホームが多かった。介護老人保健施設、特養で注排液を実施しているケースは極めて少なく、こうした施設における PD の推進が今後の課題の一つに挙げられる。なお、自宅・職場以外では病院 / 診療所で注排液を実施している PD 患者が多かったが、その多くは長期入院かそれに近い形で治療を受けているものと推察された。

③在宅 PD 患者に対する訪問診療・支援

PD 施設の 17.3% が PD 患者の訪問診療・支援を行っており、その中心は看護師 (57.0%) であった。次いで医師 28.0%、介護職員 5.0%、栄養士 4.0%、臨床工学技士 2.0% の順であったが、PD の性格上、高齢 / 障害 PD 患者では、看護師の支援が大きな意味を持つことが示唆された。今後、自立できない高齢患者に PD を導入する場合、療養場所 (環境) を整えるだけでなく、看護師の支援が十分受けられるように整備しな

いと PD 導入数も増えないだろうし、安心・安全な PD を継続できないものと考えられる。

④長期入院 PD について

腹膜炎や心不全、急性脳血管障害などの器質的疾患がないのに 3 ヶ月以上入院した PD 患者がいる施設は、PD 施設全体の 18.5% に及んだ。これは、自力での注排液継続が困難となったり、社会的要因で入院せざるをえない患者が少なからずいることを示している。2014 年度の診療報酬改定で、HD 患者の長期療養入院に保険点数が加算され入院 HD 施設に多少のインセンティブが与えられることになったが、PD 患者の長期入院については、そうした救済処置が施されていない。しかし、今後、認知症が進んだ単身高齢 PD 患者や長期入院が必要な重度の脳血管障害を合併した高齢 PD 患者が増えた場合、このままの医療制度では長期 PD 入院は赤字になるだけなので、各透析医療施設はどのように対応すればいいのだろうか。そうした患者が入院したら、PD から HD に切り替えて対応することも考えられなくはない。しかし、患者本人の希望や諸般の事情で積極的に PD 導入していた場合、入院になったからといってそう簡単に HD に転向できるものだろうか。障害を抱えた高齢 PD 患者に対して、どこでどういう形で PD を継続していくのか、どういう療養環境が必要なのか、福祉施設、介護関連施設に入ったり長期療養のため病院に入ったりするような場合、何がしかのインセンティブを用意しておく必要はないのか、これから十分議論していかなければならないだろう。

⑤自宅や職場以外における PD のあり方について

これは、自宅または職場以外における PD のあり方について、自由なご意見を広く求めた結果に基づいて議論するものである。まず、在宅 PD 実施のためのサポート体制の整備・拡大を求める意見が最も多かった。本来、PD が自宅における自己完結型の治療であることから、高齢 PD 患者に対しても在宅のままサポートを厚くするのが好ましいと考える PD 施設が多いと言える。例えば、ヘルパーなど介護保険スタッフによる支援 (介助) や訪問頻度の増加、在宅訪問看護のさらなる活用など、介護保険サービスや医療

保険による療養支援を人的にも経済的にももっと拡大すべきだということであろう。次に、PD患者を受入れてくれる施設（療養施設、ショートステイなど）が少ないとの指摘も多かったが、PD患者の入所となると人手がかかる、いつPD腹膜炎になるとも限らない、おまけに経済的メリットもない、という理由で受入れを拒否する介護施設、福祉施設が多い。地域によっては、稀にPD患者の受入れをしている介護老人保健施設などもあるが、これはよほど経営的に余裕がある施設か、あるいはHD施設、病院、グループホーム等々と経営的に一体化しグループ化した施設に限られるのが実情である。前述したように、ヘルパーなどの介護職員が正規にPD治療を介助できるよう法整備が必要だとする意見があったが、これは可及的速やかに実行すべき方策だと思われる。既に、PD患者本人だけではなく、配偶者や兄弟、義理の嫁が注排液を手助けしている患者も多いのに、PDに対して介護職員が手を出せないというのは不合理である。資格を有するすべての医療職員、適切な資格を有する介護職員が、1日か2日の一定の研修さえ受ければ、注排液を実施できるようルールを改正しなければいけないだろう。そうでなければ、諸外国に比べて普及が進んでいないPDが、高齢者に適用される道は益々閉ざされるであろう。もっとも、介護職員がPDを扱えるようにするためには、メディカルケア教育というハードルを乗り越えなければならないので大変だとする意見も研究班の中にはあった。

アンケートで寄せられたコメントの中には、PDに対応できる医師や医療スタッフ、病院が少ないという意見、一般にPDが十分認知されていないとする意見もあり、今後、腎不全患者やその家族、および医療者（専門外も含む）、介護職員にPDをもっと啓発していく必要があるかもしれない。

E. 結語

HD、PD患者がどんどん高齢化し様々な障害を抱えた透析患者が急激に増えている中、高齢のHD・PD患者支援のあり方はまだ不十分どころが多く、制度改革や医療改革も含めて抜本的に見直していく必要がある。次年度以降は、本研究で明らかになった課題を中心に様々な観点から議論を尽くして、具体的な対策を打ち出し、政策提言に結び付けていく必要がある。

なお、本研究におけるアンケートの立案、作成、集計、分析、および研究総括は主として日ノ下が行い、研究結果の解釈や評価、内容の吟味・査読は、秋葉、戸村、勝木も参画して行われ、本研究成果がまとめられた。

F. 研究発表

第59回日本透析医学会学術集会にて発表予定

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

「障害透析患者の透析実態に関するアンケート調査結果」に 対する評価 —透析医学の立場から—

分担研究者

秋葉 隆 東京女子医科大学腎臓病総合医療センター 血液浄化療法科

HD 施設については、医師数 1～3 名、常勤看護師数 4～6 名、常勤臨床工学技士数 4～7 名前後、患者数 100 名以下の施設からの回答が大半を占めていた（回答 HD 施設患者数約 12 万 2 千人は全患者の 39.3%）。

送迎の実施は有床診療所 (75.6%) ≒ 無床診療所 (75.0%) > 小病院 (200 床未満) (57.0%) >> 大病院 (200 床以上) (14.9%) と大病院だけが、極端に低い実施率であった。財務規模の大きな病院での実施率が低いことは、実施が費用の重さに依存しないことを示しているように思える。送迎は主として「送迎の運転手」「外部委託業者」によって行われており、他職種への負担が重くなっているとは言いえない結果だった。しかし、経済的には「大変負担」(30.9%) 「少し負担」(46.2%) といずれの規模の施設でも大きな負担となっていた。

PD に関しては、PD only の施設が 231 に対して PD+HD (HDF) の治療もおこなっている施設が 241 あることが明らかになった。今回の診療報酬改定で他の透析施設での透析費用が算定できなくなることは、病院、医院にとって大きな損失であり、併用療法の選択肢を得られなくなる患者が一定数いることが推測され、併用により得られた QOL の改善など医療の改善に対する評価が十分行われていないことを考えると、今回の改定は再検討すべき課題であることが明らかになった。

以上、血液透析患者の送迎と、在宅治療に関する大規模調査としては、本邦初の調査として、重要な研究である。ただ、質問事項の長さで選択肢も限られており、その解析には慎重な態度が必要と判断される。

資料 1 アンケート調査用紙

障害透析患者の実態に関するアンケート調査 (回答書)

(2013年12月1日現在)

今後、高齢/障害透析患者に対する生活・医療支援および医療制度を検討していく上で参考とさせていただきますので、ご多忙中恐れ入りますが、以下の設問について、ご回答をお願い致します。なお、本アンケートは血液透析 (HD, HDF etc) と腹膜透析 (PD) の2つのパートから成り立っています。どちらかしか行っていない施設では、関わっている透析にだけお答え下さい。

例) 血液透析+腹膜透析⇒基本情報～最後まで。 血液透析のみ⇒基本情報～Part I まで。
腹膜透析のみ⇒基本情報および Part II

該当する項目を選択する場合は、□に✓を付けてください。_____には、文字・数字等を記入してください。ご面倒をおかけしますが、何卒よろしくお願い致します。本回答書は、ご記入後、同封した封筒に入れ、12月末までにご返送ください (間に合わなければ、2014年1月上旬の投函でも結構です)。返信用封筒には、貴施設の住所等をご記入頂かなくてもかまいません。

基本情報

記入年月日：平成____年____月____日記入 (なるべく12月中にご回答をお願いします)

・医療機関の種別は、以下のどれですか。

- 国立大学 私立大学 国立 縣市町村立 社会保険 厚生連
 その他公的 私立総合 私立 私立診療所

・医療機関の種別は、以下のどれですか。

- ①無床診療所
 ②有床診療所
 ③病院 (200床未満)
 ④病院 (200床以上)

・住所 _____ 都・道・府・県 _____ 区・市・町・村 (区市町村名のみで結構です。)

・記入者職種 医師 看護師 臨床工学技士 事務 その他 (_____)

I. 血液透析 (HD, HDF etc)

1. 導入透析/維持透析のどちらに対応していますか。

- ①導入透析と維持透析の両方に対応 (外来患者・入院患者の両方に対応)
 ②導入透析と維持透析の両方に対応 (ただし維持透析は入院患者のみに対応)
 ③導入透析のみ対応
 ④維持透析のみ対応

2. 平成 25 年 12 月 1 日現在の、透析に関わる職員数を職種別・常勤／非常勤の別に記入願います。いない場合は、「0」を記入してください。

- | | | |
|------------|----------|-----------|
| ①医師 | 常勤_____人 | 非常勤_____人 |
| ②看護師 | 常勤_____人 | 非常勤_____人 |
| ③臨床工学技士 | 常勤_____人 | 非常勤_____人 |
| ④薬剤師（※） | 常勤_____人 | 非常勤_____人 |
| ⑤栄養士（※） | 常勤_____人 | 非常勤_____人 |
| ⑥介護職員（※） | 常勤_____人 | 非常勤_____人 |
| ⑦看護助手（※） | 常勤_____人 | 非常勤_____人 |
| ⑧送迎の運転手（※） | 常勤_____人 | 非常勤_____人 |

※血液透析に関わっている人数だけで結構です

☆非常勤職員は、週当たりの雇用時間数にかかわらず、雇用している人数（実人数）を記載してください。

3. 貴院（診療所）における透析患者数についてお尋ねします。

[(1) ~ (3) には、病室での出張透析、ICU等に設置した透析設備等による治療は含みません]

(1) 同時透析数は、何人ですか。 _____人

※同時透析数：同時に施行可能な最大患者数（但し、PD を含まず）

(2) 最大透析患者数は、何人ですか。 _____人

※最大透析患者数：同時透析患者数及びローテーション等から算出される治療可能な維持血液浄化患者最大数（1週間当たり）

(3) 平成 25 年 12 月 1 日現在、何人の透析患者を扱っていますか。定期的に維持 HD を行っている患者は週 1 回でも 2 回でもすべて含めて下さい。 _____人

(4) 夜間透析を行っていますか。行っている場合は、その時間を記載してください。

①夜間透析を行っている 夜間の時間帯 _____ : _____ ~ _____ : _____

②夜間透析を行っていない。（↑標準的な時間帯で結構です）

4. 貴施設では、透析患者の送迎を行っていますか。

①はい（⇒設問 5、6 へ）

②いいえ（⇒設問 8 へ）

5. 医療施設による送迎を利用している患者数は何人ですか（週 1 回でも利用している患者はすべて含めます） _____人

6. 送迎をしているスタッフはどの職種ですか（設問 2 の職種から選んで下さい。該当するものがなければ自由にご記入下さい）。 _____

13. 貴施設で透析を受けている患者のうち、介護保険サービスを受けている方は何人いますか。

①はい ⇒ _____人 そのうち、 要支援 1 _____人
要支援 2 _____人
要介護 1 _____人
要介護 2 _____人
要介護 3 _____人
要介護 4 _____人
要介護 5 _____人

②いいえ

14. 貴施設で透析を受けている患者のうち、現在介護認定を受けていないものの介護保険サービスを受けた方がいいと思われる通院患者がいますか？いる場合は、何人ですか。

①はい ⇒ _____人

②いいえ

15. 現在、介護保険サービスを受けている患者がいる（13. の設問で①はいと答えられた）透析施設にお尋ねします。一般に、維持 HD を無事に続けていくうえで十分な介護（介助）を受けていると思いますか。

①はい

②いいえ

③どちらとも言えない

この質問で②または③とお答えになった施設にお尋ねします。HD を続けるうえで介護保険サービスのどのような点が不十分なのでしょうか。

()

16. 透析医療において、医療保険による診療と介護保険によるサービスは、別々に運用されています。現場で障害患者や後期高齢患者を扱う皆様にとって、この問題に対するご意見はございませんか。もしもあるようでしたら、ご自由にお書き下さい。

()

— ご協力ありがとうございました —

II. 腹膜透析 (CAPD etc)

1. 腹膜透析を扱っている施設にお尋ねします。貴施設では、PD 導入をおこなっていますか。

- ①PD 導入とフォローアップの両方に対応
 ②PD 導入のみ行い、あとは他施設に任せている
 ③PD 導入後のフォローアップのみに対応

2. 平成 25 年 12 月 1 日現在の、PD に関わる職員数を職種別・常勤／非常勤の別に記入願います。いない場合は、「0」を記入してください。

- | | | |
|-----------|----------|-----------|
| ①医師 | 常勤_____人 | 非常勤_____人 |
| ②看護師 | 常勤_____人 | 非常勤_____人 |
| ④薬剤師 (※) | 常勤_____人 | 非常勤_____人 |
| ⑤栄養士 (※) | 常勤_____人 | 非常勤_____人 |
| ⑥介護職員 (※) | 常勤_____人 | 非常勤_____人 |
| ⑦看護助手 (※) | 常勤_____人 | 非常勤_____人 |

※PD に関わっている人数だけで結構です

☆非常勤職員は、週当たりの雇用時間数にかかわらず、雇用している人数（実人数）を記載してください。

3. 貴院（診療所）における PD 患者数についてお尋ねします。

PD 治療を受けている患者数は、全部で何人ですか。 _____人*

そのうち、HD(HDF) を併用している患者は何人ですか。 _____人

4. PD 治療を行っている患者*のうち、患者本人が注排液していない数は何人ですか。

計_____人

- ・主として家族が注排液している _____人
 家族の立場：配偶者_____人、親_____人、兄弟_____人、
 子供（義理も含む；お嫁さんなど）_____人、
- ・主として看護師が注排液している _____人
- ・主としてヘルパーなど介護者が注排液している _____人
- ・主として友人（知人）が注排液している _____人
- ・その他の人が注排液している _____人
 [_____] ←差し支えなければどのような立場の方ですか。

5. PD 治療を行っている患者*のうち、自宅または職場で注排液をしていない数は何人で
すか。 計 _____人

- ・病院または診療所 _____人
- ・グループホーム _____人
- ・老人健康保険施設 _____人
- ・特別養護老人ホーム _____人
- ・病院または診療所に付属した住居 _____人
- ・その他の場所 _____人

[_____] ←差し支えなければどのような場所ですか。

6. 貴院（診療所）では、在宅 PD 患者に対する訪問診療・支援はしていますか。

①はい しているとするれば、どの職種ですか（複数回答可）。

医師 看護師 臨床工学技士 理学療法士

薬剤師 栄養士 介護職員 看護助手

その他（ _____ ）

②いいえ

7. 貴院（診療所）では、3ヶ月以上の長期入院 PD を実施したことがありますか（HD 併
用した場合も含む）。ここでいう「長期入院 PD」とは、腹膜炎等の疾患や合併症など
の病気のために入院したもの以外をさします（社会的入院など）。

①はい

②いいえ

8. 自宅（または職場）以外における PD のあり方に関して、ご意見があればご自由にお書
き下さい（在宅 PD の有無に関わらず意見を書いて頂いて結構です）。

[_____]

— ご協力ありがとうございました —

資料2 長期入院透析に関するコメント（抜粋、一部、改変）

① 長期入院は受入れ困難

- ・ 当院は急性期病院なので、長期入院 HD の受入れは困難である。
- ・ 通院 HD しか行っていない。
- ・ 4 月に入院を休床した。入院している時は家族が自宅で面倒をみられないと言って、何年も入院している患者がいたが、入院をなくしてから自宅で介護保険を利用し、家族が面倒みたりして自宅で過ごしている患者がほとんどとなり、入院する人がいない。介護保険の利用や家族等の協力があれば社会的入院は少なくなると思う。スタッフも介護保険制度をよく知り、患者にいろいろな情報を提供できたらいいと思う。
- ・ 急性期に特化の方針なので、当院での受入れは今後も考えていないと思う。社会的ニーズとしては、長期入院 HD は導入基準を狭くしない限り増え続けると考えており、特老に附設された外来 HD 施設や HHD、PD を増やすべきと考えている。
- ・ 現在当院は休床中である。看護師数の充実が非常に難しいことと、有床診療所の入院料が低過ぎるため。

② 必要な患者は受入れている

- ・ 腎不全の合併症が多い、歩けない（整形外科的疾患）、認知症等が重なり、高齢者単身世帯の患者が長期入院になっている。
- ・ 当院だと長期入院を療養病棟が主に受け入れているが、療養だと診療報酬が包括になっているものが多く、急性期の治療ほどではないが、長期的に継続したい治療が十分に出来ないことがある。
- ・ 元気な間は当院で HD を行い、ADL が低下したら他施設へ送るということにどうしても抵抗がある。
- ・ 病院の方針で長期入院 HD 患者を受入れているが、年々高齢化、重症化してきており、死亡患者も年々増加している。
- ・ これ以上の入院患者増には対応できない。
- ・ 長期入院 HD の場合、療養病棟入院となるが、入院基本料額の割に大変費用がかかる。
 - 1) ADL が低い為、何事にも介助が必要であること

2) 栄養管理・水分管理が必要であること

3) メンタルケアも必要であること等々。

- ・ DPC 他のため長期入院が困難となっている現状であるが、高齢や障害で自宅で生活できない HD 患者は増加している。当院では療養型病棟があり、社会的入院の患者もいるが、施設入所も難しく今後の増加を見込むと早急な対応が必要である。
- ・ 今後も積極的に受け入れていきたい（当法人理事長の方針）。

③ 仕方なく受け入れている

- ・ 長期 HD 入院可能な入院先は減り、当直看護師は必ず配置するので、これも大変負担である。その他、通院の方もいつ何どき合併症が発現するかもしれない心配が必要である（脳出血、心筋梗塞、肺水腫、高 K 血症 etc）。
- ・ 有床診を無床診に変えたい。しかし、長期 HD 患者を当院で終末期に診るのも務めだと思いつている。
- ・ 独居または老々介護で自宅での生活が困難であり、血圧等の症状が非常に不安定であるため、長期入院 HD 患者を受入れている。
- ・ 地域性も強くあると思うが、冬季の間、降雪による通院困難者の救済処置として長期入院はある。周辺に施設が少ない等の条件付きで、長期入院を認めてもらえると良いかと考えている。例えば、自己負担 3,000 円 / 日（食事込み等）。
- ・ 他院から転院してくる長期入院 HD 患者は、基本的に自宅からの通院困難者である。全例寝たきりである。その原因として脳梗塞、脳出血の後遺症であることが多い。総合病院から転院して依然疾患が多くある患者が最終的に当院のような有床診療所に来る。重症度を考えても矛盾している。しかし、いつまでたってもこの矛盾が続いている。
- ・ 状態としては入院でなく福祉施設への入所が可能な患者さんでも、施設ではなく HD 患者というだけで、拒否されるため長期入院となる。
- ・ サービス付き高齢者住宅（サ高住）が増えているが、HD 通院が必要な患者は断られることが多く、送迎を HD 施設が行うことにして

も避けられる。受入れ可能なサ高住は、月に 15 万～25 万円の利用料が必要で、年金ではまかない切れず、仕方なく入院 HD に頼らざるをえない状況のように思われる。

④ 社会的入院患者が増えている

- ・ HD 患者受け入れ施設がなく、ほとんど退院することができない。交通手段がほとんどない、独居患者も多い。
- ・ 通院困難な症例増加。独居、老々介護等、解決すべき問題が多くなっている。
- ・ 医療行為がなく（HD は別）病状が安定しているが、在宅復帰が出来ない（家族が面倒みられない）高齢者の患者が多いのに、診療報酬額が低い為、入院病床を閉鎖する所がほとんどである。悪循環が起こっている。
- ・ 骨折等でリハビリを行って通院が可能となるまで長期の入院が必要となる患者が増えている。現状では受入れ施設が少なく、歩行がおぼつかなく転倒する等して重症化する例も経験している。
- ・ 入院の必要な患者さんが入院出来ない事がある。通院手段、家族がいないなどの理由で、入院の必要のない患者さんが入院している（暮らしている）。受け皿になる施設が必要だと思うし、患者の側にも自己負担を（収入に応じた）してもらいたい。
- ・ 重症（合併症）や認知症などからかなり看護や医療の必要性が高い患者にも関わらず報酬が少ない。また、状態が安定し施設からの通院が可能となっても、退院により患者負担が増えてしまうので（入院費が安い為）、退院できなくなる（遅れる）要因の一つとなっている。

⑤ 長期入院 HD 施設が不足（必要だと思う）

- ・ 高齢化が進んでいる。合併症に対する治療も進んでおり、ADL の低下した患者、介護、サポートのない患者が増えているので、長期入院できる施設は必要。
- ・ HD 患者の高齢化に伴い、今後長期入院 HD 施設が必要不可欠になる。
- ・ 長期療養型病院、有床施設の HD 付きあるいは PD 付きを国策として増やすべき。
- ・ 長期入院 HD 患者の受入れ施設・病院が少ないため、急性期治療を主とした当院へ長期入

院となってしまうケースが多い。

- ・ 長期入院 HD 患者を受入れてくれる病院が少なく、対応に苦慮している。受入れてくれても遠距離となる場合があり、そうした施設の充実を図っていただきたい。
- ・ 医療機関が持ち出しで送迎サービスを実施しても、住宅環境（エレベーター無し等）や介護力が整わないため（単身者、高齢者のみの世帯）、在宅生活が困難になるケースが多い。HD 施設を併用した老人保健施設の数は充足しているとは言えず、長期入院 HD 以外の選択肢しかないケースも少なくない。
- ・ 今後、様々な事情から自宅で生活できない患者が増えてくると考えられる（合併症、家族の介護力低下、通院困難、介護保険施設への入所困難）ので、長期入院ベッドの存在も貴重であると考ええる。しかし、家族介護ができる環境にありながらも高齢者を病院にあずけ、自分たちは楽な生活を送り、年金だけは手に入れるケースが増えているのが、とても心配。

⑥ HD 患者受入れ福祉施設が増えてほしい

- ・ 病院は住環境としては必ずしも良い場所ではない（プライバシーの確保、介護の手厚さ等において）が、HD 通院が困難、夜間の病変時の不安で施設側が受けてくれない。特に内シャント管理等についての問題から、特養、老健、有料老人ホーム等による HD 患者の受入れが少ない。
- ・ 特養や老健、有料老人ホームで過ごし HD 施設へ通院する体制を整えば良いと思う。
- ・ 長期の入院 HD 患者の在宅支援に向けて努力しても、介護者の問題、金銭的な問題などがあり、HD 施設独自で施設を保有するしかないのが現状のように思う。
- ・ 外来通院は難しいがある程度 ADL が自立している方にとって、長期療養入院で大部屋で生涯暮らすのは好ましいことではない。介護を受けながらも経済的負担もなく病院に近い高齢者住宅のようなところに入所できれば良いと思う。
- ・ 介護施設でも管理できる程度の HD 患者も大勢いて、需要は多い。病棟を長期入院 HD 患者で占領されるのを防ぐには、介護施設に

HD 患者も受入れさせる方向にもっていけばよいのでは—。介護職の教育確立、特別点数の算定なども必要。

- ・ 通院困難事例は必ず出てくると思う。1) 入院施設を使わなくても済む場合は、隣接の施設（老健、特養、介護老人ホーム等）があれば良い、2) 経済的に難しい場合（まったく無理な方は療養病棟）、介護者がいない場合、生活困難者の場合は、軽費有料介護付き施設の隣接が望ましい。

⑦ 医療法や診療報酬の改正が必要

- ・ 認知症や介護度の高い患者が増えることが予想され、それなりの診療報酬がないと長期入院 HD を続けることが困難になる。
- ・ 診療報酬の評価の見直しをしていただきたい。多い少ないではなく。
- ・ 診療所での入院点数が低過ぎる。他科受診時に入院費がカットされるが、それならば紹介料 250 点を請求できるべきだ。
- ・ どの病床においても出来高算定が出来るようにしてほしい。（療養型等への転院が困難とならないように）
- ・ 長期入院 HD 患者は高度麻痺、寝たきり等の重症患者が大半を占めている。しかし、長期入院ということで入院料は著しく低額に設定されているので採算割れの状態である。診療所における寝たきり HD 患者の点数を上げて正当な評価をしてほしい。
- ・ いわゆるホテルコストについては一部自己負担の導入も必要。
- ・ 介護施設でも管理できる程度の HD 患者も大勢いて、需要は多い。病棟を長期入院 HD 患者で占領されるのを防ぐには、介護施設に HD 患者も受入れさせる方向にもっていけばよいのでは—。介護職の教育確立、特別点数の算定なども必要。
- ・ 有床診療所は現在に至るまで、社会的要望の多い地域医療を支えてきている。しかしながら、有床診療所は著しく低い入院基本料なので、その結果、有床診療所の無床化につながっている。今後は、患者・家族が安心して長期入院 HD が受けられるように、医療法改正や診療報酬改定に向けて改善されることを期待したい。

⑧ その他

- ・ 1) 医学的入院と社会的入院を区別すべき、
- ・ 2) 可能な限り定期的に家族との面談の機会を与えるべき、
- ・ 3) 長期入院患者の気分転換を積極的に図るべき（外泊、外出の推奨、花見、クリスマス会、レクリエーション）。
- ・ 有床診療所の役割は、1) 急性期（HD 導入、シャント造設、再建、急性増悪への対応）、2) 中継期（総合病院からの退院患者、回復途上期の受け入れ）、3) 中長期（終末期の看取り、認知症、特に高齢者の長期ケア、嚥下障害の長期ケア〔経管栄養、中心静脈栄養を含む〕、骨折者のケア、生活自立不能者のケア、家族の介護疲労におけるリリーフケア（2、3）等がある。これを老人ホーム、ケアハウス等と連携を取りながらサポートする。しかし、看護師確保、財源確保、大きな維持費が問題となり、他部門の支援や資金繰り入れでしのがねばならず、重要な役割の割には負担が大きい。
- ・ 在宅介護の困難（人的、経済的）が主因で長期入院 HD の患者が多くなっている。入院生活の影響で ADL が悪化しやすく、精神的ストレスも重なって認知能力も低下する患者さんが入院病床を埋めている状況は望ましいとは言えない。
- ・ PD の活用により入院 HD を減少させる努力をすべき。訪問看護、訪問診療、介護の充実により在宅生活を補助していくべき。
- ・ HD 患者への介護や医療を充実されればされるほど、困ったことが起きている。セルフケアをしない患者が多過ぎる。福祉や医療の矛盾だ。介護依存症や医療依存症という困った人間関係も起こることがある。

資料3 介護保険サービスに関するコメント (抜粋、一部、改変)

① 送迎についてのコメント

- ・ HD 通院に費用を費やしてしまい、他のサービス利用が困難である。介護タクシーの運賃がタクシー料金と同じでは利用しにくい。
- ・ 週3回必ず通院する必要があるため、介護タクシーを利用すると他のサービスが受けられない。高齢単身者が多い為、困っている。
- ・ 老人ホームなどに入所されている方は、別途通院のために自己負担が発生してしまうのが現状であり、入所先のマンパワー不足もあるが、HD 患者の特別処置などがあればよいのではないかと感じる。
- ・ 送迎サービスだけで限度額いっぱいまで利用してしまい、他のサービス利用が充分に出来ていない方がいる。
- ・ 当院では無料送迎を行っているが、大変な負担になっている。介護保険でカバーできたら助かる。
- ・ 通院時必要となる介護タクシーの利用が要支援では利用できない。しかし、HD 後ふらつきが強く、帰宅が大変な時に通常のタクシーしか利用できない。
- ・ 介護度は低いが通院に不安がある人の通院支援が不十分で、独歩で通院中に事故などがあり入院する事例が多々ある。介護度の低い人の通院も介護保険でカバー願いたい。
- ・ 通院の為の外出支援（身支度・持ち物確認・送迎バスまでの介助等）を家族ができない場合、最低6回/週の支援が必要であるが、要支援1, 2では対応できない。
- ・ 要介護1で、6回/週の支援が可能となっても、時間、支援内容に条件があり利用しづらい。
- ・ 送迎タクシーの費用分が介護保険で利用できない。月13回の送迎を介護で利用できる患者は経済力のある一部の方だけである。お金の無い患者の中には、HD 施設の無料送迎サービスがもしなければ通院できない方がいると思う。
- ・ 送迎については、NPO を立ち上げ、NPO の運営するサービスを利用して頂いている。

② HD 患者への院内介助、見守りの不足

- ・ 通院介護が door to door だけでなく、bed to bed まで必要な患者が増えている。病院玄関から HD 室のベッドに寝かせるまでや、HD 終了から身支度、体重測定介助、レントゲン撮影介助などすべて1対1の介助を要する患者が増えており、院内介助が認められないと、病院スタッフの手が空くまで患者はしばらく待たされることになる。
- ・ 介護タクシー利用希望者の多くは、送迎サービスに加えて施設内での介助（移動や更衣等の HD の準備）を必要としている。しかし、現在の介護保険サービスの受給範囲内では施設内での介助費用を自己負担しなければならない。
- ・ 現状では door to door 介助となっているが、車を降りてからベットまでの院内介助が必要。特に靴を履きかえる所での転倒、受傷が多い。
- ・ HD 中の安全を強化するために、精神疾患や認知症など有する患者の HD 中の見守り等のサービスがあれば良いと思う。

③ 在宅支援不足（保清、食事、服薬、飲水管理、リハビリ）

- ・ 認知症（軽い症状）の服薬管理が不明。独居高齢者の食事管理の支援が足りない。
- ・ HD 治療は、HD を実施するだけではなく、自己管理（食事、服薬等）が非常に重要にもかかわらず、本人等の病識が無いために十分治療ができず合併症を起こすことがあった。
- ・ 溢水状態になったりすることが多い。在宅での服薬管理や糖尿病患者の保清等にもっとサービスが受けられれば、症状はもっと安定すると思われる。
- ・ 独居患者は、送迎サービスを受けるとその他のサービスが手薄になることが多い。食事療法、服薬管理等、その他リハビリも十分とは言えない。
- ・ 食事サービスが不十分（HD 食の知識に乏しく治療食の提供が出来ない）。