

④ 従量制で時間的制約が高いため、不十分

- ・ 患者の状態の変化に対してスムーズに内容や時間の変更が出来ない。
- ・ ADLの危険度の大きい患者の送迎の対応が不十分（早朝や夕方時間がHD室のシフトと合わない。HD途中の途中血圧下降など急変時に送迎時間を変更しづらく急な時間変更の対応が出来にくい）。
- ・ サービス提供時間が不足。
- ・ HD患者は最低週3回の通院が必要であり、またトラブルも多いため、限られた介護保険サービスには限界がある。

⑤ HD患者と介護度のミスマッチ

- ・ 患者の中には介護保険の決定度に不満を持っている人もおり、サービスを利用できる範囲が少なくなっている方もいる。
- ・ HD患者は見た目よりも合併症が多く、日々症状も悪化しやすいと思われる。我々が患者の背景を十分に知り、何が一番問題なのかそれを主治医意見書詳細に記載し、正確な要介護認定が受けられるよう進めていきたい。
- ・ 介護認定を受けた介護度と実際のADLレベルに差があるように感じる。HD日に送迎サービスを受けているが、患者の高齢化や老々介護、独居の方が増え、家事援助や保清の面などサポート不足を感じる。
- ・ HD患者に限っていうと、HD終了後のみ介護度が高くなるケースが多いので、その部分のサービスをもっと検討して頂きたい。
- ・ HD後血圧低下で体調を崩す場合。介護認定は非HD日やHD前に問題がなければ介護度が低く認定される。自家用車で来る場合は問題ないが、帰宅時に危険を感じる人が多い。

⑥ 患者にとって経済的負担が高い。

- ・ HD患者にとって通院の継続が在宅療養継続の必須条件であるが、要支援1,2と判定されると通院等乗降介助の訪問介護が受けられない。介護保険施設への入所が困難で、結局、病院入院となる。「在宅介護費+医療費>入院費」では、家族の介護に対するモチベーションも高まらず、高齢HD患者の社会的入院増加に歯止めはかけられないと思う。「在宅介護費+医療費<入院費」にならないといけない。

- ・ 使用料金の経済的負担が大きく、所得が少ないと使用したくても使用できない。
- ・ 地方のため通院距離が長い患者もおり、送迎のための料金が高くなるので、週3回を2回通院に減らしている患者もいる。
- ・ 介護度が低いうえ収入も少ないので、本当に必要な分の介護が受けられない人がいる。

⑦ 患者・家族のサービスの拒否

- ・ 医療保険に比べて、お金がかかるので家族が希望しない。
- ・ 患者が高齢化し独居生活者が増えてきているが、金銭的問題や患者自身の問題（認知症や介護拒否等）のために十分な介護が受けられないことがある。
- ・ 認定介護度が低くサービスが十分受けられない。清潔の保持、家事援助、薬の管理、リクレーション活動、通院援助まで行くとすぐ限度額を超えて利用できない。また、保険とはいえ、負担金が発生することで、必要であっても利用を拒むケースが多く、うまく利用されていない。

⑧ 福祉施設との連携不足（HDへの理解・認識不足）

- ・ 医療現場の見解と介護者との見解が違う場合、連携を取りづらくアクションを起こすまでに時間がかかってしまう。
- ・ 現状把握が困難。介護ミーティングを定期的に行い、各職種のスタッフ、家族で情報を共有し、積極的な関わりを持つとする機会を設定してほしい（現状では、ボランティアになっている）。
- ・ 医療機関との連携が不足。介護者の医療知識不足。
- ・ ケアマネジャーによる医療・介護の一体的利用を推進するため、各医師会とケアマネジャー、HD施設の連携を取りやすくして欲しい。

⑨ HD患者受入れ福祉施設が少ない

- ・ HD患者を受け入れてくれる施設が限られている。
- ・ 生活施設の特別養護老人ホーム、グループホーム等との連携が取りづらい。介護保険施設が維持HD患者を敬遠しがちである。

- ・ 家族のレスパイトの為の受け入れ施設がほとんどない。また、ショートステイ中に HD を行うときには在宅からの送迎で使用していた介護保険でのサービスは使用できない。
- ・ 介護認定を受けていても医療依存度が高いという理由で長期の施設入所が困難である。老人保健施設に入所できない。
- ・ ショートステイは可能だが、ステイ中に薬剤投与や検査他施行すると施設負担となる。
- ・ 介護施設入所は、送迎や医療依存度が高いといった理由で困難である。高額な有料老人ホームや高齢者賃貸住宅を探さなければならない。
- ・ 食事管理が難しいという理由でサービス利用を断られるケースがある。また、通所介護利用も HD = 大変というイメージを持たれるので難しい。

⑩ 事務所・介助者の質の問題、HD への知識不足

- ・ 担当する事業者、ケアマネジャー、ヘルパーによりかなりの差があると思う。
- ・ ケアマネジャーの能力、意欲不足により要介護者、家族の希望が十分満たされていない。ケアマネジャーは粗製乱造ではないかと思う。もっと教育等をキチンとすべきであろう。
- ・ HD 患者の特殊性が十分認知されておらず、食事や生活指導、リハビリ等について不適切なことが多々ある。
- ・ 介護施設入所の患者で、食事管理、水分管理が行き届かない（施設職員の HD に対する教育不足）。

⑪ その他

- ・ 65 歳以下でも援助が必要な患者がいるが、サービスを受けられない。
- ・ 介護保険サービスは限界。子供が遠方で夫婦のみで生活している場合、老老介護になると認知介護となって自宅でみるのは困難。
- ・ 入院までは必要ないが一人では生活も通院もできないような人を入れる施設があったらいい。
- ・ 認知症を合併した場合、今のサービスでは不十分である。

資料4 医療保険制度と介護保険制度の関係についてのコメント（抜粋、一部、改変）

- ① 医療保険と介護保険を一括（包括）運用
- ・ 紛らわしいので一括にさせていただけるとありがたいと思う。
 - ・ より密接な連携をとるために医療と介護の統一が望ましい。
 - ・ 一本化されると、とても利便性が増すと思う。
 - ・ HD 施設への送迎を医療・介護両方で取扱えると助かる。
 - ・ HD 患者は全て障害の制度で行うなど一本化して欲しい。利用する制度の違いにより、書類も違い膨大な量になって大変である。一本化して頂いた方が事務処理等が楽になると思う。
- ② 医療保険と介護保険は別々の運用が良い
- ・ 介護は行政（市町村）のサポートなしでは難しいと思う。医療保険と別々の運用は適当だと考える。
 - ・ 当院は介護保険施設と一体型になっており、請求は別々で行っているが、患者には合算した金額で振り込み窓口で支払い可能にしている。経理が後で区別する手間が増えるが、支払者からは好評をいただいている。
 - ・ 当院は介護保険開始時より、介護保険を導入してのサービスを受けて出来るだけ自宅で過ごせるように計画を行っている。送迎に対する考えは、自分の意思で HD を行うことが大事であることをモットーにして、要介護 3 以上で歩行困難の方と基準を定めている。HD 医療は生きる為の治療であり、生きる意味がある方向での支援が大事であると考えている。
 - ・ 介護保険キーパーソンであるケアマネジャーが HD について理解し、障害者への制度も認知していれば上手く組み合わせサービス調整は出来ると思う。
 - ・ 包括支援センターと連絡を密にとり、なるべく患者にとってよい環境を整えるようにしているが、ケアマネジャー次第でうまく環境が整わないこともあり、クリニックにケアマネを常駐するようになって欲しい。
- ③ 介護と医療の境界線が存在するので、シームレスな運用をして欲しい
- ・ 医療と介護の保険サービスの境界域の問題を抱えている方が多い。別々の運用による連携不足や、十分な情報が共有できない場合もしばしば経験することがある。その間を十分に調整し運用できるようにする専門知識のあるマンパワーの充足と、そのためのシステムを整備する必要があると思う。
 - ・ 医療保険、介護保険サービス、障害者サービスとそれぞれあっても、その挟間にあって、必要と思われるサービスが受けられない患者が多い。もっと個別性に合わせたサービスが無理なく提供できるよう細やかな調整をするシステムが欲しい。
 - ・ 二つのサービスが重なる所に問題があり、どちらのサービスを使用したら良いのか悩むことがあり、わかりづらい。入院中に他院へ受診したりする時に介護サービスを使用できないか（金銭的にも）。
 - ・ 年齢が若く、ご本人が生活する上で何ら問題がないと思っている患者の場合、看護する側から軽い認知症や車の運転等様々な問題が考えられても、介護申請ができるわけがなく、かと言って診療の対象にも入らないので、問題を解決することが困難である。
 - ・ 現在では高齢 HD 患者の独居及びご老人介護や認知症を抱える世帯が増加しており、在宅での生活や介護が難しい状況である。住み慣れた地域で終末期を迎えられるように「かかりつけ医」を中心とした急性期から回復期→慢性期→在宅→介護→終末期（看取り）までの患者・家族が望む形で医療と介護の切れ目がない一体型の医療サービスが地域全体で提供できるように医療法改正や、診療報酬、介護報酬改正を検討して欲しい。
- ④ 患者・家族の受入れの問題（拒否感、金銭負担）
- ・ 本当に必要な人が介護認定を受けておらず自活されているが、施設入所や自宅でサービスを受けると入院よりコストが上がるから——と本人・家族共に退院を拒む方が増えている。医療機関から認定申請をできる様

になれば、少し楽に安心して生活を送れる患者さんが増えるのではないかと。

- ・ 独居で精神障害を発症する高齢 HD 患者が増えており、HD 拒否等の対応に苦慮することも多くなっている。
- ⑤ 制度が複雑で、使いにくい（申請時間、内容等）
- ・ いざ利用したい時に介護認定を申請していないと、認定までに時間がかかりサービスが受けられない時がある。
 - ・ 障害施設に入所中の HD 通院患者は、介護保険を利用するという施設の認識が低い。加齢や ADL の低下で介護保険利用がスムーズにできることを希望する。
 - ・ 老健施設でショートステイを利用する HD 患者に対して、検査、治療、薬物処方などの点でしぼりがある。日常的に HD を受けていても、介護サービス利用に制限があることは不便であり、不公平と考える。
 - ・ 区別がつきにくく、患者に誤解を与える場合がある。
 - ・ 患者や家族で、どのような状況になったら介護保険をどう使うのか、わからない人が多い。少ない介護力で頑張ってしまう家族が多いように感じる。
- ⑥ 医療とケアマネジャー、施設との連携、啓蒙が必要
- ・ 介護保険の主治医意見書を作成した場合、認定結果の通知は希望すれば頂けるが、担当包括、担当居宅介護支援事業所の情報を頂ければ、よりスムーズに連携し支援できると思う。本人か家族に聞いてわかる場合はいいが、わからない時もあるので困る。行政に連絡しても教えられないと言われるので。
 - ・ 介護保険のサービス担当者会へ地域医療連携室 SW を加えてほしい。自宅の情報（場所、周辺状況、送迎バスが利用できるか）、ケアプラン情報、支援関係者などの情報を得ることができ、今後の連携・支援に役立つので。
 - ・ 介護サービスにより自宅で HD の穿刺を行えるようにしてもらいたい。
 - ・ 現場で対応する際、家族・ケアマネジャー等との連携をスムーズに行う為にスタッフ（看護師、技士等）が動くが、クリニックレベルでは難しい。HD 事務等に介入している事務

スタッフがいると助かると思う。当院ではクリニックの SW に介入してもらい助かっているが。

- ・ 病院等医療施設と介護保険サービスの事業所、ケアマネジャー間の連携は必須となるが、それぞれの意識の差が出てしまい、良い連携が取れるケースと全くできていないケースがある。個人の資質等に頼ることなく、一定レベルのサービスが提供できるようなシステムがあれば良いと思う。
- ⑦ 介護サービスの充実（送迎、リハビリ、院内介助等）
- ・ 高齢者の通院負担、家族の負担の軽減を考えて頂きたい。家族の就労を犠牲にするケースもあり、スムーズな外来環境とならない。
 - ・ 無料の自宅前までの送迎を希望する。自宅内ベッド⇔HD 室内ベッドの送迎の希望が高まり、そういう問い合わせが増えている。自宅で介護を受けている患者より、高齢者住宅や有料老人ホームに入居の患者の方が、HD 医療に介護保険単位を回せることが少ない。しかし、高齢者住宅や有料老人ホームに入居する患者が増えており対策が必要である。
 - ・ HD 患者の高齢化、高齢での導入により、長期留置カテーテルも増えている。HD 室での問題点は少ないが、HD 時以外で、1) じゃまになる、2) さわるため、3) 認知症ゆえ不潔行為をする、手で触る、4) テープを剥がす、5) 入浴後の消毒等の処置がヘルパーではできない、等の問題があって、入院管理となってしまうことがある。
 - ・ 30 代の難病患者の通院、20 代の最重度精神発達遅延の患者がいたが、いずれも年齢制限で介護保険を受けることができなかった。
- ⑧ 透析患者も応分の自己負担が必要
- ・ 医療保険の負担金を増やしてもいいのではないかと思う。処方された薬を飲まない患者、指示に従わない患者が多くいる。このような患者に対して税金が使われているのは疑問を感じる。その代り、介護保険で少しでも優遇してあげたら良いかと思う。
 - ・ HD 患者の医療費負担の高さを考えると、介護保険の本人負担はやむを得ないと考える。

⑨ その他

- ・ 知的障害者、精神障害者は病院の送迎バスには乗れず入院できない。親が送迎している症例があるが、将来的な事を考えると入院させることになるのだろうか。
- ・ HD 患者を受入れる施設への参入を増やすための報酬増（インセンティブ）。
- ・ 日本は超高齢者でも認知症の末期でも（導入）している患者が22%もいる。望まぬ HD 患者に病院はどう向き合っていけば良いのか苦悩する。
- ・ 介護サービスが必要な人の医療保険点数を高く評価して欲しい。
- ・ HD 患者としての重症度と、被介護者としての重症度が統一しておらず、認知能力を含めて正確な実態がつかみきれていない。生命予後を含めて HD 医療がかかえる両者の諸問題をデータで分析する仕組みが必要である。
- ・ 患者、家族も経済的負担が一番の問題。施設側も経済的には決して楽ではなく現状ではスタッフ含め全員のボランティア精神に頼っている面がある。この不確実な要素を除外しないとシステム構築は難しいと思う。
- ・ 年齢による HD 導入基準の制限が設けられないなら、介護施設に併設する HD 施設や長期入院 HD を行う医療機関に何らかの補助を行うべきである。
- ・ 患者の高齢化、重症化に伴い、訪問看護の必要性を感じる。
- ・ 現状で困らないが、コストは税金なので無駄が省かれて欲しい。

資料5 今後のPDのあり方に関するコメント (抜粋、一部、改変)

① 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

- ・施設等の受入れに問題があり、入浴サービス、ショートステイなど利用できにくい。自分でPDのバック交換できないため入所できない等々。高齢者はHDでなくPDの方が合っている場合があると思うが、受け皿側に問題が多いと思う。
- ・PD患者を受入れる施設がない。地域の病院でもPDをやって欲しい。ショートステイも難しいのが現状。訪問介護ステーションでPDに関わってほしい。
- ・自宅以外でPDを管理できる施設が増えるとPD患者の増加につながると思う。
- ・PD患者を受入れる施設(病院・グループホーム・老健・特養)がもっと増えると良い。
- ・PD患者が老健入所を希望されてもコストの問題でHDに移行してからでないと受入れができない。
- ・PDで長期に入所できる施設がない。しかし、PDは在宅で行える優しい透析。高齢者には望ましい。
- ・在宅療養患者が社会福祉サービス(デイサービス、ショートステイ、老人ホーム)をもっと利用しやすい環境づくり(人・施設)が課題と考えている。以前、通学している患者がいた。通学先との連携が必要だと思った。今後同様の方がいれば対応の仕方を考えたい。

② 在宅PDを実施するためのサポート体制の整備・拡大

- ・施設からの緊急時の受入れ体制(「二次→診療所」「三次→大学病院」など)を明らかにすべき。普段から施設と情報交換するには多大なマンパワーと時間を要する。施設側とそれを支援している診療所への報酬がないと今後は拡充できないと思う。
- ・災害対策などのレクチャーも普段の対応している診療所側から同じ地域の視点で行うべきだと思っているが、教育担当のマンパワーが不足している。大学病院と連携して勉強会・講習会が必要。
- ・NSステーション(訪問看護ステーション?)

の仕事はなかなか診療所まで利用できない。総合病院以上の視点にとどまっている。早く栄養・ケアステーション構想を実現させて欲しい。施設での受入れを拒んでいるのは、NSのマンパワーもですが、食事、水分管理の知識不足も大きいからー。

- ・DMの動脈硬化の進行でシャント造設も困難、長期留置カテーテルも感染を繰り返し、血管のダメージが大きく再留置ができない。身体障害もあり、身寄りもなく、独居での生活が困難。最終的な手段としてPD導入。こうした患者の受け皿がないことが問題であり、病院以外でもPDのサポートができるような様々なスタッフの拡大や体制づくりが必要。
- ・訪問介護による完全なPDサポートが必要だと思う。
- ・訪問ナースが管理してくれる体制を全国的につくれば、PDはもっと普及していくように思うがー。老々介護が当院周辺ではほとんどなので、第三者が介入してくれる流れにもっていかないと、地方での普及は難しいと思う。
- ・訪問NS(訪問看護ステーション?)でPDが対応できると、終末医療として良いかもしれない。
- ・独居高齢患者が自宅でPDが行えるよう、訪問診療・看護を充実させ自宅で生活ができるようなサポート体制の構築が必要。
- ・在宅PD支援について病院スタッフではなく訪問看護等で対応できればよい
- ・今後社会的支援のない場合のPD施行は、従来の在宅オンリーという考え方でなく、施設でのPD検討も必要と考える。

③ PDに対応できる医師、スタッフ、病院が少ない

- ・PDに対応できる病院が少ない(スタッフが少ない)。
- ・PD患者を受入れる施設がない。地域の病院でもPDをやって欲しい。ショートステイも難しいのが現状。訪問介護ステーションがPDに関わってほしい。

- ・透析センターが開いていない時間帯の緊急対応（電話対応も含め）ができる医師・スタッフがいない。

④ 介護職員も実施できるよう法整備

- ・介護施設などで看護師の資格を持たないケアマネージャーの方などでも、一定の訓練を積み重ねればPDのバック交換が可能となる制度を早急に作っていただきたい。
- ・ヘルパーにはPDのバック交換を認めて頂きたいと思う。PD普及の大きなブレーキになっており困っている。
- ・施設入所中の患者のPD対応、デイサービスやショートステイの利用時のPD対応などが現実には困難であり、PD患者の治療の場がとて少くない。介護職員や訪問介護を行うヘルパーなどに十分な教育をした上でPDに対応できるように改正して欲しい。
- ・病院ではなくて、施設スタッフや介護士が出向いてのPDはありだと思ふ。
- ・自宅や医療施設以外の施設でのPDの取り扱い、施設のスタッフが責任問題等で拒否するケースが少なくないのではないかと思う。胃瘻でこのようなケースを経験している

⑤ PD(CAPD) の認知度の向上が必要

- ・高齢者は無理なシャントを選択しないで、数多くCAPDを導入して広めてゆきたい。
- ・療養病院や施設でも“在宅PD”が広く行われることを望む。
- ・高齢化が進み、老々介護が多くなった。先日の新聞にもあったが、終末医療として有料老人ホームでの看取りを希望する患者も増えてくると思う。PDの認知度の向上や地域連携強化について、地域基幹病院である本院が発信していかなければと思っている。
- ・就労PD患者の職場での注排液に関する、周囲の理解がまだまだ不十分である。
- ・老健やデイサービスでのPDバック交換を拒否される。本人や家族が希望しても、バックアップ体制が十分でない為、PDを断念することが多い。草の根運動をしたくても、医師も理解していない人が多いようだ。なんとか対策をとっていただきたい。
- ・PD導入時には認知やADLに何も問題なかった患者が年を重ねて、それらが低下し介護が

必要になったり、PDが自分で行えなくなったときに、社会資源の導入が「PDをやっている」というだけで困難な状況にある。今後もこの問題は続きそうであり、社会での啓蒙がまだまだ不足していると思う。

- ・PD管理が可能な施設から何かあるとすぐに電話がくる。PDに対する教育等も必要だろう。

⑥ 自立できないPD患者の問題

- ・自分で注排液できない人にそもそもPDを導入するのはおかしい。腹膜炎やチューブ除去などの危険が多くなる。
- ・自立できない患者のPDを介護者に依頼するのは負担が重く、個人的には勧めたくない。
- ・PD Lastが必要なのはわかっているが、自分でPDのバック交換ができない場合、ご家族にどこまで負担をかけて良いか迷うことがある。
- ・当院のPDの治療方針は1) 保存期からしっかり教育してPDに適した人のみにPDを選択 2) 終末期の医療としてPDを選択（家族の支援が得られる場合のみ）。よって、PDに関する上記のような問題はない。

⑦ 病院への診療報酬、施設への点数加算

- ・施設などにPDの点数が加算できるなど何らかの利益に結びつくようにすれば、PDはもっと普及すると思う。現在のように持ち出しになるのであれば、広がらない。せつかく高齢者に向けた穏やかな治療なのに生かされないのは残念だ。
- ・PDの普及は今後高齢者が対象となるため、欧米のようにassisted PDが診療報酬として請求できる体制作りが必要。
- ・長期入院PD患者の保険点数がHD患者より低く、収益に難があるため、長期入院での管理が難しいとの声も聞かれる。
- ・PD患者さんが老健入所を希望されてもコストの問題でHDに移行してからでないとう入られができない。
- ・もう少し病院への診療報酬をアップしないとPDはコスト的に普及しにくい。
- ・合理的理由がある場合の入院PD手技料を認めてほしい。

- ・ 腎 代 替 療 法 (renal replacement therapy, RRT) 選択外来で看護師からの指導に保険点数がつくようにすれば、より PD 選択が普及すると思う。

⑧ その他

- ・ PD 患者が利用できるデイサービス、ショートステイが増えると良い。
- ・ PD 治療を行える公共施設が増えると良い(レジャー施設、駅、SA 等)
- ・ 当院での入院 PD は脳梗塞にて植物状態の方であり、合併症にて状態が悪ければ中止しつつも総じて安定しており、入院後 2 年 4 ヶ月経っている。今後リビングウィルが普及すれば無くなるケースかもしれない。
- ・ 今後、在宅 HD が広がると患者数は減少していくと思われる。
- ・ PD 患者が老健施設に入所することができれば、終末期をもっと楽に自然な形で迎えられる PD Last が可能になると思われる。老衰で死が近い方にいつまで HD するか、急性期病院で看取るしかない現状に悩む。
- ・ 高齢者の終末期においては、ゆるやかな透析として PD も良いとされている。しかし、除水が不十分となり、うっ血性の心不全に陥り易いので、結局は HD となるケースもあるため難しいところだ。
- ・ 腹膜炎などの際の受入れに問題がある (他施設で PD 導入されて、クリニックでフォローアップされている患者が出口部感染から腹膜炎となった際、突然の初診でいきなり入院の依頼が来たことがあり困惑したことがあった)。

厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業
腎臓機能障害者の高齢化に伴う支援のあり方に関する研究
平成 25 年度 総括研究報告書

発行 平成 26 年 3 月

障害者対策総合研究事業
腎臓機能障害者の高齢化に伴う支援のあり方に関する研究
研究代表者 日ノ下 文彦

国立国際医療研究センター病院 腎臓内科
〒 162-8655 東京都新宿区戸山 1- 2 1- 1
TEL: 03-3202-7181 FAX: 03-3207-1038

