

ているのかもしれませんが、大概の地域ではなかなかその長期入院以外の形を見いだしていない。そこに関しては、今もちょっとお話がございましたように、医療保険側と介護保険側のそれぞれ言い分があって、まだ政策的にもうまくすり合わせができない部分もありますけれども、今後は透析医療に関わらず、高齢者医療対策としてはもう少しシームレスな、介護保険も医療保険も融合した形の運用、あるいは行政の対応が必要かなというふうに思います。またそれはすぐこの場では解決できる問題ではありませんので、また行政の田中先生に持ち帰っていただいて考えていただきましょう。またわれわれ現場での医療者や学会もそういったことをアピールしていくことが必要かもしれませんね。

じゃあ、このテーマはこの辺りに致しまして、時間になりましたので次のテーマに移りたいと思います。勝木先生、お願いします。

③ HDにおける長期留置型カテーテル使用

日ノ下 ここで扱うテーマは、実際、先生方もお感じになっていると思うんですけども10年、20年前に比べてブラッドアクセスが大変困難な症例が増えてきて、やむなく長期留置型カテーテルを利用することがございます。病院では結構多いんですけども、透析導入した後、その他の病状が安定していれば、いわゆる市中のサテライト、透析施設さんをお願いしているケースもぼつぼつ見受けられますので、その辺りに関する問題ということで皆さんにお伺いしたいと思います。

横山先生の所は多いですか？ 慈恵医大では長期留置型カテーテル使用はいかがですか？

横山 多分、この調査のとおりだと思います。ご高齢の方でアクセスができないような患者も増えていますので、そういう方にやむを得なく長期留置型カテーテルを挿入します。そういう患者さんは、多分、極端になっていて、多分1年以内、半年ぐらいで亡くなられる方っていうのが多いような気がします。このような患者さんでは、アクセス作成が困難な場合が多く、がないこと人工血管などの作成のために半年程度の時間を費やすこともございます。その場合、余命の半分ぐらい入院してしまうことになってということもあって、長期留置型カテーテルが選ばれることがあります。

日ノ下 ありがとうございます。中山先生の所は

いかがですか？

中山 私も透析関連施設等でも長期留置型カテーテルの患者、最近ちらほら見るようになっていんですが、やはり多くの場合は、やはり何度もシャント手術を繰り返して、シャント閉塞を繰り返して静脈が痛んでいる。動脈も細くなって、ブラッド、人工血管の留置も、設置も難しいというネガティブセレクションで長期留置型カテーテルを使っている事例を見ます。その多くはやはり高頻度に入院透析の方が多くですし、予後も非常によくはないという印象は持っています。不思議なことに、意外と感染が少ないという感触、限られた経験ですが、やはりこの場合、活動度が非常に少ないために、感染のチャンスが低くなっているんだというふうに見ています。

日ノ下 ありがとうございます。それぞれ大学の導入病院ですけれども、シャント造設が難しくなって長期留置型カテーテルによる透析が増えている。われわれが取ったデータでも、約3分の2の方は長期留置型カテーテル使用は12ヶ月以内、1年以内ですね。それはあくまでカテーテル使用の期間を尋ねたので、生存期間かどうかは分かりませんが、ニアリー・イコール生存期間かもしれません。ただ、びっくりしたのは、5年以上使っている例も数例あることはあったんですね。途中、入れ替えとかあったかもしれませんが、とにかく長期留置カテーテルで5年もやっている方も現実にはいらっしゃることはいらっしゃる。今、横山先生と中山先生からいただいたコメントから致しますと、以後は結局ネガティブセレクションで長期留置型カテーテルを使うという方が多い。かつ、いろいろな事情で結局はいったん仮に退院させることができたとしても、長期留置型カテーテルを使って透析する方のほとんどはまた何か問題が起こって入院して来たりだとか。結局はそうした長期留置型カテーテル使用の患者は入院が多いと。そういう話だったろうと思うのですが、実際、現場の先生方でもそういう感触をお持ちですか？ どなたか長期留置型カテーテルの患者、診てらっしゃる施設の方？ 帝京大学の内田先生は、何かご意見ありますでしょうか

内田 特にこの問題についてはありません。

日ノ下 そうですか。それではちょっとお尋ねしますけれども、フロアの先生方で1人でも長期留置型カテーテルで維持透析を続けていらっ

しゃる患者が居る施設の方、手を挙げていただけますか？ 結構いらっしゃいますね。今、手を挙げていただいた方の中で、長期留置型カテーテルはやっぱり大変だと思われる施設はあるでしょうか？ いろいろと大変だったとか。何かご意見、ご感想があったらお願い致します。

清水 堀ノ内病院の清水と申しますけれども、もうどこにもシャントが造れなくて、長期留置型カテーテルでやっているんですけども、しょっちゅう MRSA の感染を繰り返し、もう重篤なので危篤状態を何回も繰り返しているという患者がいます。やっぱり長期留置型カテーテルというのは非常に問題があるけれども、それしかも選択がなくて、ネガティブチョイスという、そういうミゼラブルな状態を経験しております。

日ノ下 清水先生、ちなみにそういう症例というのは患者もしくはご家族はそういう感染が続いたり、いろいろ問題があっても是非続けて欲しいということですか？

清水 そうです。まだ年齢的に。糖尿病性腎症のもう血管がもろくてどこにもないという人ですの

で、まだ年齢が比較的若いものですから、ご家族はもう是非生かして欲しいという、そういう強い希望があります。本人もそういう希望です。

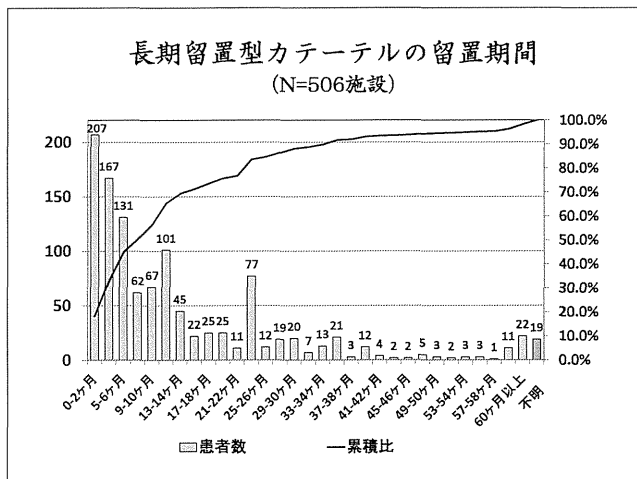
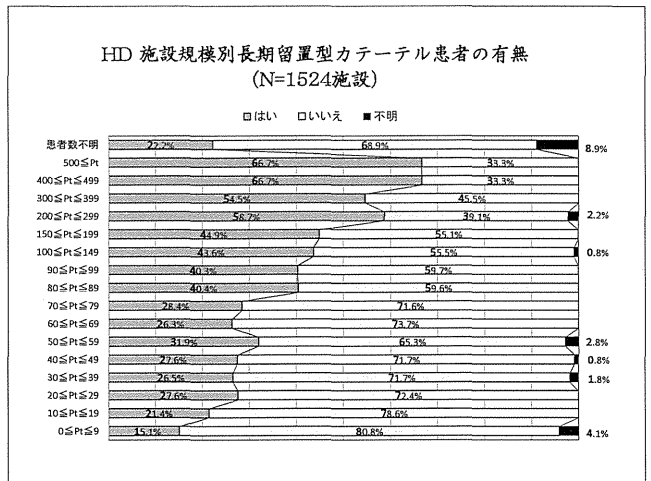
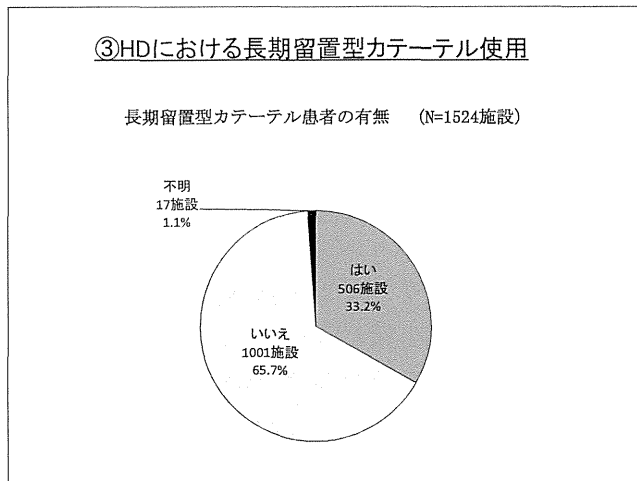
日ノ下 ありがとうございます。他にはどうですか？ 長期留置型カテーテルを使用した透析患者のご経験について、何か感想とか？

須田 よろしいですか？

日ノ下 どうぞ。

須田 長期留置型カテーテルは、結構長く使えます。ある患者さんは一本目が7年半で閉塞して、二本目は5年間使用中です。それだけ長く持つものだというのを、知って欲しいと思います。最初からその場しのぎのつもりで、短期間だけ使って、シャントトラブルが解決したら抜去するという使い方もあるでしょう。ですから、短いには短い理由があるのではないのでしょうか。カテーテルを長くもたせるコツは、血栓の除去ですね。20ccの注射器に生食を5ccほど入れておいて、カテーテルに接続してピストンをぐっと、できるだけスナップを利かせて強くひきます、中指でピストンをグット。力を入れすぎるとカテーテルを

資料 2-③



- ### # 長期留置型カテーテルなどブラッドアクセスについて
- 1) 長期留置型カテーテルによる維持透析を受けている患者は全体の 1/3 の施設 (506 施設) に認められた。そうした患者の数は、その中の 500 施設だけで計 1,174 人であった。これだけ多くなるとカテの取扱いや長期ケアについて抜本的な対策、さらにはカテ自体のイノベーションは必要ないか？
 - 2) 長期留置型カテ使用患者の殆どが、事実上、入院患者となっていないか？
 - 3) サバイバル調査ではないものの、長期留置型カテーテル使用期間は、44.9%が6ヶ月以内、65.4%が12ヶ月以内であった。稀だが、5年以上使用している患者もいた。1) と関連するが、どうすれば長期留置型カテを長く活かせるのであろうか？ シャント困難な症例に対する現実的な今後の対策はあるのか？

引き抜いてしまいそうになりますけれど、十分たるませておいてスナップを効かせてで引くと、血栓がスルッと出てきます。2ml だけ吸引するコップを覚えれば、カテーテル内のヘパリン液と血栓だけを抜き取ることも可能です。強く引くというのがこつじゃないかと思えます。

日ノ下 ありがとうございます。今のお話、技術的なお話ですけれども、それもスライドに書きましたように、一つの問題だと思いますね。要は、現場の先生方、皆さん感じていらっしゃるように、もう長期留置型カテーテルでやるしかない、他のブラッドアクセスはもう考えられない。そういった患者が増えてますよね。ただ、それが一部の患者の場合は感染を繰り返したり、あるいはいろんな事情でその後のサバイバルが悪いと言われているわけですが、最初に紹介致しましたように、5年以上長期留置型カテーテルで透析をやる方が居ないわけではないです。あるいは今、須田クリニックの先生がお示しになったように、実際、東京都区内でも5年以上続く方が何人もいらっしゃるというお話です。この辺りの問題、つまり長期留置型カテーテルの扱いとか、それからうまく透析を続けるためのこつとか、技術的なことを我々もっと勉強しなければならないかもしれない。これは場合によっては透析医学会か何かで今後の長期留置型カテーテルの扱いについてご検討いただければいいのかもしれないですけれども、何かそれに関してご意見はございますか？ 石津先生、何か？

石津 うちの病院、結構積極的というか、結果的に長期留置型カテーテル使用の患者が多くなってしまっていて、外来だけのクリニックでも130人中12人。あと病院のほうは210人中、入院含めてですけど28人で、340人ぐらいに対して40人長期留置の症例。大体の患者はうまくいっているというか、それほど問題ないですけど、やっぱり感染を繰り返す方とか、そういう方はある程度決まっていたり、あと、閉塞ですね。ですから、感染と閉塞をコントロールできれば、結構長持ちするという印象を持っています。あと、入れた理由ですね。バスキュラーアクセスが荒廃しているというのはもちろんあるんですけど、実際には導入のときから、心機能がすごく悪い方が増えていて、かといって表在化するには静脈が心もとない。やっぱり動脈がもともと細すぎたりっていう方が

多かったりするんで、血管自体よりも、今はやっぱり心機能とか、そっちのほうでなかなかもない。AVFに心臓が耐えられないっていう方がすごく多い印象がございます。若い方は治療によってシャント造れるような状態になる方も居るんですけど、ご高齢だとやっぱりちょっと心不全のまま。ただ、思ったよりもたくさんの症例で長期留置型カテーテルを扱っているとスタッフとかの理解も進んでくるので、出口部の発赤が本当に赤いのかどうかというのかなり真剣に見てくれるようになりますので、早めに治療できるので、だいぶ成績がよくなってきています。

日ノ下 そうすると、今先生がお示しになった約1割か1割強ですかね。留置型のカテーテルでやっていると患者は通院ということですね？ 先生の施設では、入院の留置型カテーテルの患者はあまりいない？

石津 通院もかなりいて、40人のうち30弱は外来の患者です。

日ノ下 そうですか。しかも、対応のしよによっては結構予後も悪くない。

石津 全員がいいというわけではないし、繰り返す方もいらっしゃるんですけど、全体から見ればうまくいっている方も結構多いので、心臓が悪いこととかを考えると、選択枝としてはありなんじゃないですか。

日ノ下 うまくその長期留置型カテーテルを使っていくこつとしては、感染と血栓なんかの対策。

石津 そうですね。カテーテルの中が血栓で詰まるということはないので、その出た所に血栓を作るといいますから、今、須田先生からいただいたように、血栓を取るとか、あとは短期間、状態がよくなかったらワルファリンを使う時期を作るとか、そういうことで血栓を乗り切ったり。あと、感染に関してはカテーテル感染を起こすとなかなか菌血症、敗血症を起こすとなかなか厳しくて、抗生剤使ったときはいいけど、切るとまた感染ってことが結構起こっちゃいますけどー。出口部ですと早めに治療すると結構コントロールできるので、スタッフが注意深く見てくれると、かなり予防できるというか、対応できるということで、トンネル感染全部、赤くなってから教えてもらうっていうことはあまりなくなります。

日ノ下 ありがとうございます。須田先生とか石津先生のお考えでは、やむない場合は長期留置型

のカテーテルも悪くない。しかも、カテーテルケアをちゃんと考えながらやっていけば、結構長持ちするかもしれないということで、その留置型カテーテルによる血液透析を肯定的にお考えになっているわけですね。杉崎先生の所とかではいらっしゃいますか？

杉崎 2名ほど居りますけれども、やっと1年を超えて、1年1ヶ月とか1年9ヶ月というようなことで、まだとても5年というのは考えられませんが、やはり留置する場合に基礎疾患の心疾患のほうで打ち取られちゃうんじゃないかなと。正直なところ。カテーテルよりもその基礎疾患のほうで打ち取られるような感じがしています。

日ノ下 ありがとうございます。現状はそういうことのですけれども、秋葉先生、どうです？

透析学会のときとか、今後、長期留置型カテーテルの問題は取り扱っていただけますか。

秋葉 今、130人ほど維持透析で通院していますが、うちの施設には居ませんけれども、大体月に2例ぐらい他院からの紹介で留置型カテーテル挿入の患者が来ます。それも再導入っていうか、閉塞での記録がほとんどないので、比較的安定して使用できてんじゃないかと思います。ただ、この年齢見てみましても、必ずしも高齢者とは言えないし、ほとんどが石津先生達がおっしゃったように、心臓疾患を抱えている患者も多いですので、そちらのほうで感染症よりは多いんじゃないかなというふうに思っています。

日ノ下 シャント作成困難な方が増えてきていますので、今後も長期留置型カテーテルを使用した維持透析患者が増えると思うんですけれども。

パネリスト(不詳) 先生、一ついいですか？ 今、僕、長期留置に対してネガティブセレクションのケースと、基礎疾患に対する対症療法的な使用が増えていて大変有効であるということはだいぶ経験されていて、そういった症例数が増えていると思うのですが、逆にちょっと僕、疑問に思うのは、なぜそのような患者に対して腹膜透析(PD)への変更というのはお考えにならないのか。医学的有利点からですね。また、腹膜透析がなかなかやれない背景があるのか、その辺りちょっとお聞きしたいんです。

日ノ下 それは病院の先生のほうがいいかもしれません。横山先生とかいかがですか？

横山 今、先生方のお話伺って、私達のその長期

留置型カテーテルというのは、最初申し上げたように、大体半年ぐらいの経過でおそらく亡くなる方ということで、かなりネガティブセレクションになります。そういう点でPDをそこで導入して残り半年を全うされるのかということをお考えたときに、そのハードルとしては長期留置型の方が低い。もともと血液透析をやっている土壌があってということが関係します。予後が1年とか1年半になると予想された場合、また選択が変わっていくと思います。PDの選択もあり得ると思います。

日ノ下 石津先生の所はどうですか？ 結構、長期留置型カテーテルに対し肯定的だと思いますけれども。PDという選択もあるのではないかと。

石津 一つは、導入の時期が結構高齢の方で心機能悪いと、どっちがより楽かと考えたときに、腹膜に入れるよりちょっと内頸静脈からカテーテルを入れるほうが侵襲が少ないんじゃないかということがあるのと、あと、心機能悪い方だと、結構週4回透析とかをやっていると、何か改善してくる方もいたりとかでー。透析量を増やすとかあるので、透析量の問題でおしっこが出ないような方だとどうしても腹膜透析よりも血液透析を選択してしまう傾向があります。あと、うちで結構長期留置型カテーテルが増えた中には、シャントを持っていて、耐えられなくなって表在化ないしカテに移行したという方が多いので、そういう方だと残腎機能がほとんどない方もいる。ちょっと今から、ご高齢だし、一般的には腹膜透析を考えづらい方が結構HDになっているというのがありますけど、意識としてもうちょっと確かに腹膜透析を考えるのもいい患者が居るかなというふうには思いました。

日ノ下 いかがですか、中山先生。今のお二方のご意見をうかがってー。

中山 そうですね。残腎機能が廃絶して、長期透析の方で心不全を併発している方というのは、これは非常に難渋。腹膜透析に単純に切り替えてもなかなか難しい側面があると思うのですが、導入初期から重篤な心不全を合併しているようなケースにおいては、例えば腹膜透析をやるっていうのは非常にQOL維持という観点からも、また、医療者の負担を取る、家族の負担を医療者にも求めないということでもいいんじゃないかと。もう少し検討してもいい余地があるかなと思いました。

日ノ下 そうすると、どうですかね。例えば血管が細いと。で、例えば糖尿病で、おそらくシャントもうまくいかない。そういった場合に、シャント造設をチャレンジするのではなくて、始めからPDをもう少し積極的に導入してもいいんじゃないかというお考えですかね。あるいは何か散々チャレンジして、何回かHDをやるんだけど、グラフトも駄目だし、もうどうしようもないからという時に、そこで留置カテーテルに走るのではなくてPDをやるという。どちらが適切ですかね？

某フロア参加者 患者の予後、例えば5年生存するのが非常に厳しく、生存が最長で5年未満ということ考えた場合。また、家族のアシストが期待できるケースであれば、最初からPDで、QOLをとにかく高く保つためというのは一ついい選択じゃないかなとは思っています。その辺り、介護者の環境がどれだけ期待できるかというのはすごく大きい。

日ノ下 ありがとうございます。先ほどから出ていますように、例えば心機能はかなり悪くて、かつブラッドアクセスも造設しづらくて、やむなく留置カテーテルというようなケースでは、そこであえてHDをやらずにPDに踏み切るということがもっとあってもいいのかもしれないけれども。今の議論に関して、何かフロアの先生方、もしくは医療者の方でご意見ございますか？ 今のような発想で対応していいのでしょうか？

日本は諸外国よりも明らかにPDの比率は低いんですけども、要は、長期留置型カテーテルになるような患者の場合、状況とか病状、それから将来の予後を評価して、もう少しPDに誘導してもいいのではないかなというお話ですね。それはそれでより合理的な発想だと思いますけれども。他に何か、長期留置型カテーテルにまつわることで、普段から困っていらっしゃる先生、あるいは何かご意見を持っていらっしゃる先生はいらっしゃいますか？ よろしいのでしょうか？

じゃあ、長期留置型カテーテルの話題はこの辺りに致しまして、次の話題に移ります。

④ HDにおける介護保険サービス

日ノ下 今度は血液透析現場における介護保険サービスのあり方についてちょっと議論をしたいと思うんですけども、要介護の認定を受けてい

る患者1人でもいらっしゃる施設は約8割に上っているわけですね。このアンケート調査では、実は要介護度の1から5まで何人ずついらっしゃるかとかもお尋ねしたんですが、ほとんどの施設がそこまではご回答いただけなかったの、要支援の方が居る、居ない、あるいは要介護の方が居る、居ない。それだけを集計してデータとしてお示したわけです。

さて、要介護度の高い患者も結構多いわけですが、実際、どうですかね、介護サービスについて、例えば、須田先生にお尋ねしていいのでしょうか？

今、現在の介護保険サービスに満足していらっしゃると思いますか？

須田 透析現場でのことですね？

日ノ下 そうです。

須田 ちょっと不満なのは、介護保険サービスで患者さんを送ってきた人が、院内に一步足を踏み入れると、ここから先は病院でやってくれといいます。ついだから透析室まで送ってくれたら、と思うんですけども。縦割り行政の弊害です。

日ノ下 まさに継ぎ目がある。シームレスうんぬんではないわけですね。杉崎先生、いかがですか？

杉崎 今、須田先生がおっしゃったように、本当に院内介助という問題はどうしても垣根があって、うまくいかないというようなことがございます。それから、あと、日中独居高齢者。これに対して何も介護ができないかなということが。これがケアマネジャーが認識することで、そこから辺りで、家族と住んでるんだけど日中独居になってしまうという患者も結構居るわけですよ。その人達をどうするという問題はケアマネジャーの裁量にもよるんですけど、それがなかなかうまくいかないという。お願いができない、お願いしていてもなかなか認めてくれないというのが現状だと思います。

日ノ下 他には何か疑問を感じていらっしゃる方？ 戸村先生、何か別な観点からこの介護保険サービス。透析現場における、あるいは透析医療における介護保険活用でご意見ございますか？

戸村 それでは質問をさせていただきます。先ほどスライドで要介護者の認定度別施設数が提示されましたが、実際に要支援と認定されている方の数や割合がわかりますでしょうか？ 要介護ではなくて、要支援の範疇に入る方です。あるいは各施設の先生方で、どれぐらいの割合で要支援を受

けている人がいるか分かりましたら教えてください。

日ノ下 どなたか、どうですか？ 須田先生。

須田 透析以外の場合ですと要支援 1、2 は、介護認定を受けた人の 3 分の 1 ぐらいだと思いますけど。

日ノ下 透析患者ではどうでしょうか。

須田 いえ、その数字は持っていないのでわかりません。

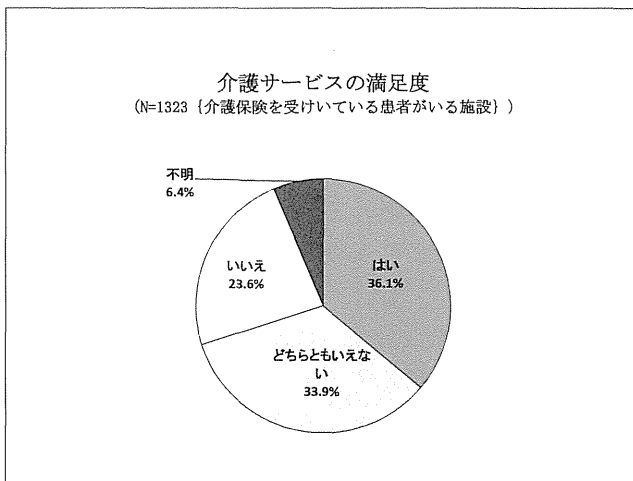
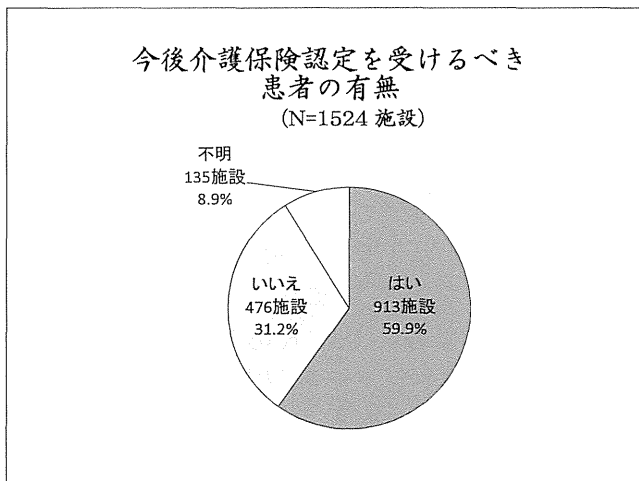
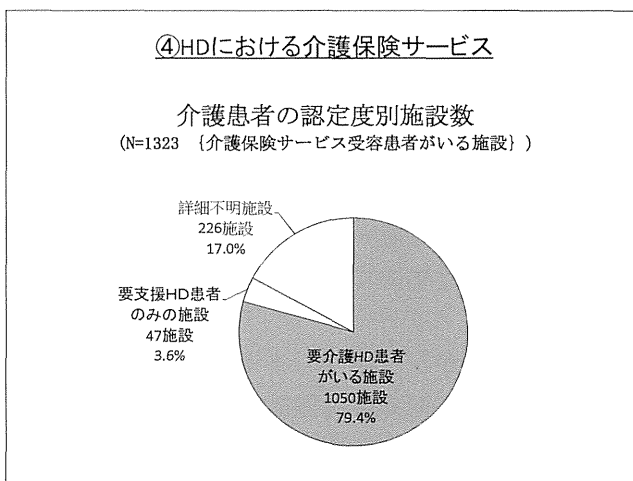
戸村 来年度から介護保険制度が改正されますが、特に要支援の方が改正の対象になります。要支援 1・2 がなくなるわけではないのですが、要支援 1・2 の軽度者について、訪問介護や通所介護が予防給付から外れて、地域支援事業として、市町村が独自の裁量でサービスに取り組むことになるわけです。先ほどの資料にもありましたように、通院介助などでは、ヘルパーさんが実際に介助するケースが多いようですが、介護保険制度が改正されるとまた事情が変わってくるかもしれません。市町村によっては、むしろ財政状況や力量によって通院介助サービスなどが利用しや

すくなる可能性もあるのではないのでしょうか。これに関連してご意見をお聞きしたいのですが。

須田 要支援 1、2 に対する中心的な話題は、介護保険からの切り離しと費用の半減になっています。それに伴って、介護従事者の半数は無資格者になるだろうと言われています。サービスが向上するかどうかは、かなり危ういところがあります。

日ノ下 今の戸村先生は、要支援に光を当てたお話だったと思うんですね。で、ちょっと私も手元

資料 2-④



介護保険サービスに対するコメントのまとめ (複数回答あり)

透析患者への送迎サービス不足	269
透析患者への院内介助、見守りの不足	76
在宅支援不足(保清、食事、服薬、飲水管理、リハビリ)	187
従量制で時間的制約が高いため、不十分	99
透析患者と介護度のミスマッチ	104
患者にとって経済的負担が高い	101
患者・家族のサービスの拒否	39
福祉施設との連携不足(透析への理解・認識不足)	53
透析患者受入れ福祉施設が少ない	42
事務所・介助者の質の問題、透析の知識不足	41
その他	100
総計	650

- ### # 血液透析における介護
- 1) 要介護認定を受けている患者がいる施設は、79.4%に及んだ。今後、介護認定を受けるべき患者がいる施設は 59.9% もあった。透析の現場では、介護を要する高齢者や障害者が相当多いと考えてもよいのか？
 - 2) 介護サービスに関して、満足している施設が 1/3 強、どちらとも言えない施設が 1/3、満足していない施設は 1/3 であったが、透析の現場では本当に現在の介護サービスに問題を感じていないのか？
 - 3) 送迎や在宅支援などにおいて、介護サービスは不足していないか？ 患者負担に関して経済的な問題は生じていないのか？ 要介護度の認定は本当に適切なケースばかりなのか？

に昨年度まとめた科研の報告書があるんですけども、実は先ほども最初にお断りしたように、要支援と要介護の患者の数を適切に書いてくださった施設が少なく、集計にならなかったんですね。ただ、言えることは、要支援、要介護を含めて、どなたか介護保険利用者、あるいは認定を受けている患者がいらっしゃるかという質問に対しては、1323施設、91.5%はいらっしゃるというお話。ただ、細かい内訳はちょっとそういう事情で分からないんですけども、多分、要支援の患者がいらっしゃる施設というのは、相当数はある。ただ、これは田中先生かあるいは厚労省のしかるべき部署の方にお尋ねしないとわからないんですけども、恐らく今度のその介護保険の改定というのは、今、須田先生がおっしゃったように、介護関係に要する費用を削減する。それが一番の目的であると思いますし、戸村先生は福祉が専門でいらっしゃるんですけど、要支援になってた方のサービスは相当減るだろうというふうになんともわれわれ医療者は考えてしまっている。杉崎先生、どうですか？ その要支援の患者に対するサービスが減るかもしれない。あるいは逆に地域に任せられるので、地域の助成を持ってやってくれるかもしれないという気もするんですが。

杉崎 要支援がなくなってしまった場合、やっぱり患者に何が起きるかという、ADLの低下が多分起こってくるだろうと。ここら辺りのところがどうも心配なのでー。また、ここら辺りの所は改正のときには是非お願いしに行かなくちゃいけないなというふうに考えています。

日ノ下 その辺り、どうですか？ 行政の立場で、田中先生？

田中 すみません、老健局に伝えておきます。

日ノ下 なかなか行政の部署が違うと、ご自身ではなかなか回答が難しいみたいですけども、何かこの問題、介護保険サービスの利用について。あるいは要介護の患者に対する対応とかでお困りのこと、ありますか？ こういう機会ですから。

須田 私、通院透析患者さんを130人ぐらい診ていますが、うちの看護師さんが把握している患者さんの活動能力と、介護を担当する人の感じ方、ケアマネジャーの判断、かなり違うんですね。それで、それをフィードバックする場がありません。介護度が上がった、下がったという結果が聞こえるだけです。在宅介護はケアマネが総指

揮者ですが、生活、身体、通院、リハビリなどのサービスのバランスを考えて欲しいと思うことがあります。通院の援助はできませんとか、リハビリは入りませんとか言われたり、あまり意味のない部分のマッサージをしていたりします。利用者さんにどんな支援が必要で、予算の範囲内で誰が何をできるのかを、総合的に考えていただくとありがたいですね。みんなで相談できるようになるといいな、と思っています。全責任を負わされた、ケアマネも大変だと思いますが。

日ノ下 ありがとうございます。確かに大学病院とか、あるいはわれわれのような基幹病院に居ますと、入院で透析導入した後、その後の、退院して通院のあり方を考えると、あるいは確かに要介護度を取ったような患者の支援について、ケアマネさんと一緒に考えて、それについてまた微調整するとか、そういう対応はしています。しかし、今出たお話は、通院の維持透析に入っちゃって、要介護支援1なり2なり、あるいは要介護度1なり2なり3なり取っておられる方が、実際、ケアマネさんとか介護保険側が認定しているレベルと、透析の現場の看護師さん達が実際に肌で感じるレベルが違っていたりギャップが大きかったりする。それはよく聞くお話ですよ。それが簡単には是正されないと。それはまさに医療者側と介護保険側のスタッフとの交流の場があまりない。だから、そういうのを、それぞれの言い分もあると思いますし、それぞれ見方も考え方も立場も違うので、何か突き合わせて一緒に、この人はこういうふうにして、あるいはこの人はちょっと介護度を変えてもいいんじゃないかというようなことを合議する場が、まだあまりないですよ、実際に。ですから、特に維持透析患者を扱っていらっしゃるサテライトの先生方はお困りのことだろうと思いますので、毎月とは言いませんが、半年にいっぺんとか1年にいっぺん、そういうのを検討する会があってもいいと。そういうことでよろしいでしょうか？ じゃあ、その辺りの問題については、また行政も含めて、この科研のプロジェクトの一つのタスクとして、こちらでも働きかけていこうと思います。よろしくお願い致します。他にこの問題に関して、いかがですか？ 中山先生、横山先生、ご意見ありますか？ 石津先生、何か？ 大丈夫ですか？

石津 さっきの話にもつながるんですけど、家に

居られない人というか、介護と医療と制度上分か
れちゃうんですけど、実際にはどこからとっか
かかっていくかを考えると非常に面倒くさいこと
が多い。その辺りで、ある程度長くなった患者を
一体的に見られるような仕組みみたいなものが
必要。さっきシームレスという言葉がありました
けど、特に長くなったような方はそういう切り
分け方で、仕組みとして何か長期に居られる
人を評価する仕組みを作っていくという方向性
が必要じゃないかなというふうに思っています。
そのほうが医療費もぶつからなくて、結局は
節約になると。

日ノ下 確かに、介護保険制度が成り立
った最初のころは、医療保健とは別なもの、
介護保険は別だよという、こういうスタンス
で始まったわけですけども、ただ、恐らく透
析医療の現場だけではない、違う領域もそう
なんでしょうけど、少なくとも透析に関して
はお話伺ってますと、介護は介護で動いて
いる。そして透析医療の現場では看護師さん
やドクターあるいは送迎も含めて独自に動
いている。けども、長期にそれぞれの患者の
ありようを考えていく上では、特に要介護、
あるいは要支援を受けておられるような方
の場合は、やはり介護保険側のスタッフと医
療保険側のスタッフがもう少し密に話し合
いをしたり、あり方を検討できるようなそ
ういうシステム、社会的なシステムが必要
だと、そういう話だろうと思います。それ
によってそれぞれの患者に合ったテーラー
メイドの医療、介護ができる。あるいは実
質的に無駄をなくして、医療保険あるいは
介護保険サービスによる出費を減らすこと
だって可能かもしれないので、その辺り
は今後の課題にさせていただきます。行政
のほうでもよろしくをお願いします。

それでは、血液透析における介護保険サ
ービスについての問題はよろしいでしょ
うか？ 他、何か今までの血液透析の問題
に関して、ちょっと言い残したとか、こ
れだけは言っておきたいというご意見あ
りますか？ あるいはコメントありましたら
。フロアの先生、ございますか？ あり
は壇上のパネリストの先生も何かあれば
。血液透析現場における支援のあり方
に関して。ございます？ じゃあ、時間
も来たようですので、前半の部はこれ
でいったん終了とさせていただきます。
皆様、ご協力ありがとうございました。

⑤ PD における注排液の問題

日ノ下 まず、PD は全透析患者の約 3%
です。年によって多少の変動がありますが、
3%強になる年もあるみたいですけども、
日本では諸外国に比べて PD の普及が少
ないわけですけども、ただ、PD の良さ
もいろいろとございます。また、この高
齢の慢性透析患者も増えている中で、先
ほどもちょっと議論がございましたけども
、PD をどう活用していくか。そして、
実際、そのいろいろと障害があったり、
あるいははかなりのご高齢であって、
かつ単身だったりした場合に、PD を自
分一人だけではできないケースもござ
いますので、そういうときに今後、どう
対応していくのか。どう行政のほうでも
考えなきゃいけないのか。そういった
ことについて議論を進めたいと思いま
す。

まず、前のスライドにもございますよ
うに、自分一人で注排液ができない患者
が居る透析施設というのは 3 割以上で
すね。3 分の 1 以上あるわけ
です。数字的には約 10% の患者が自
分で注排液をできていない。ご自分で
できない場合、大体配偶者の方がや
ってることが今までは多かったわけ
ですけども、ただ、それぞれご夫婦
がご高齢であったりすると、老々医
療介護みたいになってしまふ。あり
は、例えばご主人が PD 患者で奥
さんがそれまである程度はやって
あげていたとしても、奥さんも倒
れたり。あるいは奥さんも体力的
に 80 代になるとどうしてもでき
なくなってしまうというようなこと
が多々見受けられますので、訪問
看護のさらなる活用だったりとか。
私なんかはいろんな学会とか、知
り合いの先生からお聞きするところ
では、やはりヘルパーさんとかに
もっとやってもらってもいいじゃ
ないかというようなことも聞くわけ
でございますけれども、その辺り、
ちょっと皆さんと共にディスカ
ッションしてまいりたいと思いま
す。石津先生の所は今、どう
ですか？ PD の患者。

石津 今は扱っていません。前は
相当やっていて、よく診ました
けど、今はやってなくて、やは
りちょっと受け入れの問題とか、
あるいは自分自身の病院のマン
パワーとか意識の問題とかで、
今はやっておりません。やはり
老人が多いこととか、あと、
長期になってしまっていて、
結局 PD に慣れても血液透析
じゃないとなかなか施設が
受け入れなくなっちゃったり
とか、自分の所に置いておけな

かったりとかいうので、問題だなと思ったことがございます。

日ノ下 HD よりもかえってPDのほうがハードル高いですか？

石津 ハードル、特に茨城県の県南だと、一生懸命やっている病院が1個あって、あとは大学病院がそれなりにやって下さってるけど、他はあまり熱心じゃなくて、どこの病院も、どちらかというフェードアウト中みたいな所が多い。それ以外の地域だと多いような感じがあって、地域全体に対してそういうのを考えるっていう話もちょっと減ってはいます。

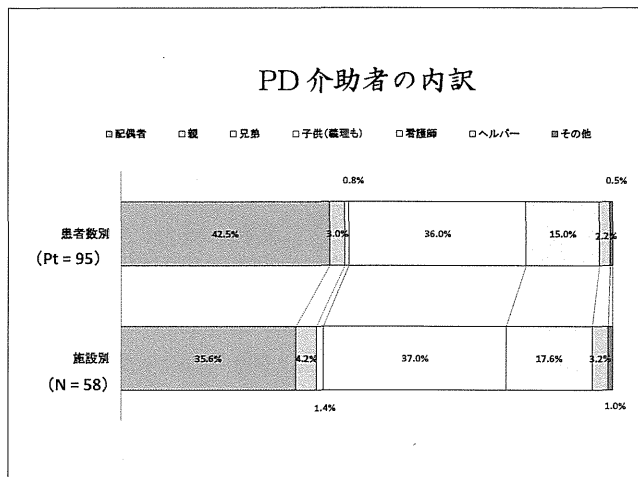
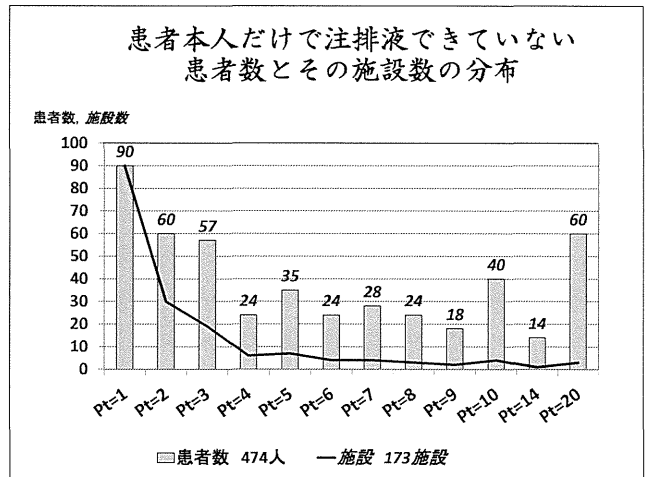
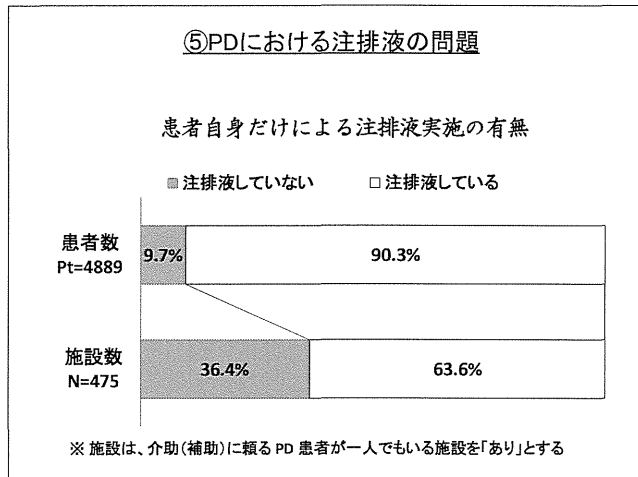
日ノ下 横山先生はPDもかなり積極的に対応してらっしゃるようですけども、先生はその辺り、何か、特に高齢者などのPDの継続において、医療現場で問題点を感じることは多いですか？

横山 私達が10年近く前から、透析導入時のバッグ交換数を少なくする試みをしています。通常4バッグ交換のPDバッグを、1バッグ交換、2バッグ交換でどのようにバッグ数が増やしていくことが適切かということを検討しています。その結果、

今ではほとんどの患者が2バッグぐらい交換してスタートしています。実際にそのPDの持続期間というのは、平均すると5年いかなくて、その前に血液透析との併用療法とか、あるいは血液透析完全移行になります。PDの人の半分以上は2バッグ交換でいけるということは、高齢者に関しては重要なポイントです。PDは通院しなくていいし、血液透析のように穿刺がないことは大きなアドバンテージです。私の患者でも84歳で導入して1バッグで5年ぐらい。89歳まで1バッグでずっとPDを続けている患者もいらっしゃいます。導入時から、1バッグが駄目なときに2バッグにするというような形で増やしていくことによって、かなりの患者層がPDを享受できるんじゃないかと考えます。

日ノ下 ありがとうございます。今のお話は、先ほどHDのパートでもありましたように、テーラーメイドというか、その患者に合わせた透析のあり方が必要なんじゃないか。こういう話だと思うんですね。紋切り型に、例えば血液透析であれば週3回ハイパフォーマンスのメンブレンで、各

資料 2-⑤



- ### # 注排液を自分でできないPD患者について
- 1) PDの注排液を自分でできない患者がいる施設は36.4%に上った。約10%の患者が自分で注排液できていない状況である。今後、配偶者や他の親族だけで支援していただけるのか？
 - 2) 単身高齢/障害PD患者が増加する中で、看護師はどのように支援していくべきなのか？他の医療者の今後の関わり方はどうあるべきなのか？
 - 3) 今後、ヘルパーなど介護職の支援を求めることはできないのか？

4時間以上絶対やるということではなくて、高齢の方に関しては違うあり方があっていいのではないとか、あるいは長期留置型カテーテルを使って血液透析やるぐらいだったら腹膜透析でもいいんじゃないかという話がありましたけれども、若年者とといいますか、比較的若い方、あるいは中年者の方と違って、高齢者の場合には必ずしもバッグの4回交換しなくても1回、2回でもいいんじゃないかという話でございますね。それは後でも出てくると思うんですけども、誰が注排液をやるか。あるいはAPDだとしても、いろんな条件の設定とかを誰が対応しているのか。それって、困ることはないですか？ 大体、先生の患者の場合にご自身もしくはご家族がちゃんと対応していらっしゃる？

横山 1バッグのうちはほとんど困らないんですけど、2バッグになったりすると、やはり日中、誰が交換するかっていうことが問題になります介護ステーションのスタッフが1回入っていただくと、随分そのPD療法をスムーズにできることになります。

日ノ下 そうすると、先生が扱っていらっしゃる患者の中には、ヘルパーさんが実質もう注排液の面倒を見ているケース、あるわけですね。

横山 ヘルパーさんは家族にアドバイスすることしかできず、交換はできないですね。ですから、ナースがやっている。

日ノ下 ナースですか。

横山 でも、介護ステーションのナースはほとんど教育すれば注排液できるようになっていますので、そういう点では訪問看護ステーションに一つ入ってもらって、日中1回やっていただいています。もしヘルパーさんができるようになれば、かなりその看護ステーションは助かるでしょう。

日ノ下 もう1点、突っ込んでお伺いしていいですか？ 先生としては、今後、将来、PDの普及のためにもヘルパーが注排液に手を出してもいいということについてはどうですか？ どのようにお考えですか？

横山 考えとしてはいいと思います。それをどうするかということに関して、例えば、先ほどの送迎でも、実際に社会の中でそれが一般化されると、それが容認される、追認されるという現象があるのと同じように、どういうふうにしてその法整備からやっていくと、これは田中先生のマターかもしれ

ませんが、難しいとも逆に思うんですが、例えば今のところ、お子さんとか奥さんは大丈夫。それが血縁であればどこまでいいのかとか、そういうことを突き詰めていくと、実はヘルパーでもかまわない手技ですので、そういうことの戦略ですかね。そういうことをどうやって認めていただくか。戦略に関してはわかりませんが。

日ノ下 ありがとうございます。他？ 秋葉先生の所でもPDは扱っていらっしゃる？

秋葉 もう10年弱やっています。3分の1が小児ですね。小児の場合は大体母親がやるので、これも本人ではないんですけどもー。それも大人になりますと、大体家族外はほとんどいらっしゃらないと思います。まだ介護ステーションのナースですと、定期的に訪問して、ほとんど毎日のように訪問していただくようなアシストもできなくて、週3回が限度です。結局は家族がほとんどの面倒を見ているというような状況です。

日ノ下 ありがとうございます。秋葉先生としてはどうですか、今、週3回というお話がありましたけれども、仮に1回か2回のバッグ交換だとしても毎日の話なので、その辺り、ヘルパーも含めてですけども、医療者もしくは介護者が毎日誰か行ってPDに携われるといったシステム、制度に変えたほうがベターだと思いますか？

秋葉 このまま家族の一辺倒でやってもらうというよりは、負担はできるだけ分散したほうがいいかなと。家族にとって、医療の負担が減りますから、素晴らしいことだと思います。ただ、小児に関しては、赤の他人にやってもらうのは、母親としては非常に抵抗がありますので、なかなか難しいところがあります。

日ノ下 この中で、PDに関わっていらっしゃる施設の方、いらっしゃいますか？ もしいらっしゃったら手を。結構いらっしゃいますね。今の問題ですけど、つまり、ご本人がしっかりされていけば、ご本人1人でもいいですよ。それから、場合によってはちょっと目が不自由だったり、心もとない患者の場合、配偶者がやっているケースも日本では多いですよ。場合によっては、私どものアンケートでも息子さんとか娘さん、あるいは義理のお嫁さんがやっているケースがあって、その辺りまでは従来のPD療法のコンセンサスの中では許される範囲。本人と配偶者と1親等。もしくはそれに近い立場の親族までは許され

る。あと、交換も経験を積んでいればオッケー。しかし、ヘルパーさんとか、あるいは友人であったりとか、遠い親戚の人は基本的には今まで注液の実施者、対象者にはならないというような発想で医療が行われてきたとは思いますが、先ほど、最初に申しあげましたように、ヘルパーさんもちよっと2、3日講習を受けたり、場合によっては試験を受けてその資格を取りさえすれば、例えば単身の高齢のPD患者の所へ行って、1日1回だけは換えるのを手伝ってあげるとか、そういうことが可能になってもいいんじゃないかという意見は根強いですね。そのことについて、何か今PDやってらっしゃって手を挙げられた施設の中でご意見ございますか？ どうでしょう？ 先生の所、いかがですか？ 先生、手を挙げられましたね、先ほど。

河原崎 稲城市立病院内科の河原崎といいます。うちら、PDちよっと始めたばかりで、今は2人だけなんですけども、こちらは高齢者ではありませんけれども、自分自身でできる方なので、そこら辺りは今のところは困っていないんですが、高齢者のPD導入に関して、説明するときにはやっぱり困るのは、誰がどうやっていくかという部分なので、かなり早い段階である程度PDの知識を家族含めてお話しして、今後こういう見通しなので、こういう形でPDやっていくのはどうかっていう展望をお話しつつ、PDに対する抵抗をなくしていく。この過程がなかなか難しく、うちでは結構「いや、やっぱり難しいです」といって、すぐ血液透析を決断される患者が多い状況なので、両方選択可能な段階で、ある程度、他の先生がお話しされたように、インクリメンタルで早めのPDを考える際には、やっぱり地域に密着してヘルパー、介護サービスとかを含めて、多職種含めて、社会全体でバックアップするのであって、こういう体制を多分見せてあげないと、高齢者でもPD導入というのはうまくいかないのかなという今感じを受けています。

日ノ下 ありがとうございます。今、お話があったのは、高齢者のPDをもっと促進するには、ご本人とご家族だけではなくて地域による包括的なケア、あるいは協力。ヘルパーや介護保険者側のサービスも含めて対応する必要があります。それをかなり熱心にやっている地域があることはあるようですね。11月1日に福岡でパネルディスカッショ

ン、やはり同じようにやらせていただくんですが、そこで長崎市の宮崎内科医院の宮崎先生は、大勢の他の開業医の先生と、看護師さんや何か複数で患者の面倒を見る。面倒見切れない場合には他の施設の先生や看護師さんがカバーしたりする。そういうネットワークをお作りになってるみたいなんですけど、そういう例は一部でして、全国どの地域でもそういう地域に根差した総合的なPDに対する介護というのはまだまだ不十分なところがありますので、その辺り、そういう成功したモデルケースを見ながら、われわれも考えていかなければならないとは思っていますけれども。他にはどうですか？ どうぞ。

内田 帝京大学の腎臓内科の内田と申します。私事の問題、大変重要ですけども、大変難しく感じていますけれども、私自身はもう少しPDの有用性を、やはりドクター自らが幅広く共有する必要を感じます。そして、ドクターの間の中にも少し偏見があるんじゃないかという気がするんです。それを取り除くところから始める必要があって、そのためには恐らく学問的な裏付けが必要かもしれませんけれども、最近は、後ろ向きのスタディーでも必ずしもコントロールトライアルでなくて、傾向スコアなんかを使って、そしてPDとHDと比較するというのも不可能ではなくなってきましたので、是非学会主導でそういったデータを出していただいてどうかというところを作っていくのが一つと、それから、私はCKDステージ5の延長として、PDを捉えようと思っているんです。ですから、できるだけ透析導入しないで、この場合の透析は狭義の意味でのHDになりますけども、しなくて済むように、家庭において腹膜透析を導入して、できるだけCKDステージ5を続けると。そのような形での啓発活動が重要なことというふうに思っています。

前のスライドにあります独居高齢者ですか。実は私の母も独居高齢で、今、クレアチニン(Cr)が2か3ぐらいあって、いずれ透析になるのではないかというふうに本人は戦々恐々としているというような状況で、決して珍しいケースではないだろうというふうに思うので、是非この問題、国民全員が真摯に向き合う問題ではないかというふうに思っている次第です。以上です。

日ノ下 ありがとうございます。ちなみに先生のご意見ですと、まだまだ医者が、医療者側がPD

に関して十分理解できていない、あるいは何か心理的な抵抗があるんじゃないかというお話でした。先生の所では結構積極的に PD を促進されています？

内田 そうですね。PD 促進の骨格を 10 年来作っています。10 年近く前ぐらいから積極的にそのような考えを若い人にも植え付けるようにしまして、どんどん増えてきて、現在では 35 名を突破するような数字になってきているんですけども、でもやはり患者を説得するときの煩わしさとか、なかなかそれを、何ていうんですか、合理化するのが難しいとか、そういうこともあったり、あと、患者のほうもすでに偏見ができあがっている部分もありますので、それを取り除くのも逆に難しいなというところも感じます。

日ノ下 あと、それに技術的な部分で、ご自分で注排液ができなくなってしまって、かといって配偶者や身寄りもない。誰がやるんだ、みたいなので困るようなケースというのは、30 何名もいらっしやったら経験されてないでしょうか？

内田 それもありましたですね。そういう場合は、仕方ないから HD にしていると思います。

日ノ下 それが、どうしても HD でなくてもいい場面も本当はあるんですよね。例えば、私どもも結構、今 80 代とか 90 歳代の方も 1 人最近 PD 導入しましたけれども、そういう方々は導入のときにはご本人がしっかりしていたり、あるいは家族が手伝うよと言ってくれても、何らかの事情で 2、3 年後には人手が手薄になってしまって、注排液が思うようにいかないというようなこともあるんですけども、そういうときにご本人が、そもそも PD は基本的に在宅治療ですから、在宅による透析を続けたい場合には、何か社会なり行政なりの支援が必要になる。先ほど稲城市立病院の先生からは、地域ぐるみでの取り組みが必要だという話がございましたけれども、そういう環境とか体制を作ってあげればもうちょっと PD も進むんじゃないかなという気が致しますけれども。他の方からご意見ありますか？ どうぞ。

齋藤 筑波大学腎臓内科の齋藤です。結局、高齢者の患者がその PD を安心して選ぶためには、訪問看護ステーションであるとかヘルパーさんであるとか、やはり家族以外の実際に介護者がいないと、家族がバーンアウトしてしまう事例もたくさん見えています。老老介護もありますし、あるいは

娘さん、息子さん達が仕事を少し犠牲にして PD の交換に立ち会わなきゃいけなかったりする事例があったりしました。やはりどなたも HD と同じくらいに PD も選べるような選択肢に上がってくるためには、そうした第三者の支援がないと難しいのかなと思います。今、日ノ下先生に挙げていただいたように、熱心にやっている地域があるのは非常に世界でも限られていて、日本全国、均等にそうしたシステムを利用できるような状況にはまだないと思います。たくさんの皆さんを診ている施設の周辺であれば、そういった訪問看護ステーションのスタッフも習熟できる機会がたくさんありますし、ヘルパーさんなどの指導も進むかもしれないのですが、1 施設でまだ数名ずつしかやっていない、しかもそういった施設がエリア的にも散漫しているようだとなかなか進まない。そういった地域で啓発しようと思っても、実際に症例としてそんなにないので、訪問看護ステーションがなかなか見つからないといったようなことがあると思うんです。

もちろん、ステーション化ということも一つの対策かと思うのですが、いわゆる基幹病院で始めた PD の患者を、かかりつけ医の先生方に一緒に診るような形にして、かかりつけ医の先生方は往診をされる先生も居られますので、そうした先生達と一緒にその在宅支援をコラボレーションしながらやっていくことによって、もう少し PD ができるエリアも広がってくるのではないかな。通常は、基幹病院だけで導入を頑張っていて、入院も何かあったときには診て、という形にはなりがちなんですけれども、通常の維持の腹膜透析をかかりつけ医の先生にもう少し診ていただく環境ができることが地域全体でできることで、もう少し訪問看護ステーション、ヘルパーさんなどの意欲も高まってくるのではないかな。あるいは出番も増えてくることによって、だんだんニーズが増えてきてという形ができてくるのではないかなと考えております。是非そういった地域での対策ができるような形を模索していきたいと考えております。

日ノ下 ありがとうございます。今のお話は何点かに分けて考えられると思うんですけども、まず一つはドクターのレベルで、PD に導入した基幹病院だけが対応する形ではなくて、かかりつけ医さん、あるいは訪問医といわれる方々も巻き込

んで、一緒に診ていく形にしておけばもう少し負担が減って楽になるんじゃないか。

それから、実際に介助したり、あるいは注排液を担う看護師さんのレベルでいいますと、訪問看護ステーションがもう少しPDに理解を示して、それぞれ各地域の訪問看護ステーションが進んで協力し合ってPDの患者の面倒を見てあげる。あるいは場合によっては、そこにヘルパーさんなり何なりが加担して、実際にPDに関われるようになれば、なおPDが進むような気が致しますけれども、そういった取り組みがないと、なかなか一部のかなり熱心に徒党を組んでやってる地域ほど効率的なPD対応はできない。こういう話だろうと思いますね。

ただ、私も全てを把握しているわけじゃないんですが、長崎の例にしても他にしても、やはり熱心な先生がいて、で、それに共鳴する先生方とか看護師さんが居て、かなり経済的にも、それからマンパワー的にも持ち出しでそういうPDの患者を支援する、あるいは守ってあげる。今のところ、そういう環境を作っているんだろうと思いますね。で、やはりそういった形を続けるのは大変ですし、地域によってはなかなか今おっしゃったように、PDに関心が深い、あるいは理解しているドクターが少なかったりして、そういった地域ぐるみでの対応がうまくいかないケースもあると思うので、それはやはりいわゆる介護保険のほうですよね。今後、介護だったり、ケアマネさんも含めてもう少し理解を深めていただいて、地域でみんなで助けてあげる、あるいは注排液の支援の方法を考えていく。そういうふうな流れに持っていけば、もう少しPDも盛んになるでしょうし、高齢者の受け入れもやりやすくなるんじゃないかなという気も致しますけれども。杉崎先生のところとか、須田先生とか、PDはやってらっしゃらないですか？

杉崎 私の所は5人ぐらい患者診ておりますけど、ハイブリッドで。それで、全員がまだ自分で交換できるので、この問題についてはコメントができないと。

日ノ下 ありがとうございます。私どもは結構、そういう意味では大変と言ったら大変なのですが、特に高齢の患者が多くて、70歳台、80歳台で身寄りがないとか、住む家さえもおぼつかない高齢者とか、そういう方を扱っていることが多い

病院ですので、やはり5年、10年先を考えると、PDをもう少しうまく活用するには今のままではなかなか大変だろうなというふうには痛感しております。したがって、今申し上げたように、あるいはフロアから出された意見のように、行政なり地域でシステムを作っていくと、結局、PDはやっぱりやめておこう、始めからHDで運用しておこうという方向に流されてしまう。仮にPD導入してもちょっと問題あったらすぐHDに戻して、必要があれば入院させて、「あとは療養型病院でHDね」という方向に流れかねないので、その辺り、行政の方とも相談しながらやろうと思うんですけど。

田中先生、どうですか？ PD、今までですとご本人か配偶者が中心で注排液。でも、それがなかなか回らないケースの受け入れ。例えば目も不自由になってきたり、脳卒中を起こして手が不自由になってやれなくなって、介助もたくさん必要になるのですけれども、そこへもう少し介護保険をうまく活用したり、あるいはヘルパーさんにもそういった、一部研修だけ受ければやってもいいというような形にして、ヘルパーさんの手も借りるといようなことは、実際、実現できそうですか？

田中 在宅、そういった独居の高齢者の方というのはこれからどんどん増える中で、PDが必要な方もどんどん増えていくかと思うんですが、まず帝京大の内田先生がおっしゃったように、PDがもう少し普及することがまず第一かと思います。どっちが先かというのもあるんですけども。PDの方がもう少し増えて、実際、そういった在宅で独居で交換に困っているという問題がもう少し大きくなってくると、介護職員が喀痰吸引ができるようになったように、法律の改正が必要ですので、是非そういった客観的なデータを、学会主導でも、科研費の研究班でも構いませんので、そういった客観的なデータを集めていただいて、介護職員がPDのバッグ交換できるように、是非行政のほうに働きかけていただければ。ちなみにこの法律は老健局の所掌になるかと思うのですが、まずは学会主導等のガイドライン等を作成いただき、講習を受けて、資格を持った方であれば、介護職員でもPDのバッグが交換できるような、そのように法改正ができればと、個人的には思います。

日ノ下 確かに、吸痰もできるようになりました

し。戸村先生、何かご意見ございますか？

戸村 今のヘルパーさんの問題ですが、多分、PD にヘルパーさんが係るということは非常に難しいと思います。というのは、私の浦和大学では、短期大学部で介護福祉士を養成しているのですが、そこで喀痰の吸引や経管栄養などの医療的ケアの教育が入ってきました。それで、学生にアンケート調査を行ったのですが、医療的ケアに対しては不安や困惑、抵抗感を示す人もいます。ですから医療現場で考えているように、スムーズに医療的ケアが受け入れるかということ、それは非常に難しいですね。介護福祉系の学生は、本来の自分達の業務ではないということで、医療に関連する仕事はしたくないという人もいます。喀痰の吸引に関しては、緊急時の対応としてやむを得ないと考えているのですが、PD のように緊急性のない医療的ケアに対しては、多分、協力を得るのは難しい感じがします。介護福祉士という介護の専門家の中で最も高いレベルの人でもそうですから、一般のヘルパーさんではもっと難しいでしょうね。

日ノ下 先生、そしたら、実際、ご自分では注排液できない、あるいは配偶者も居ない、1 親等のご親族も単身者で居ないとした場合に、ご自分がやるべき注排液をサポートする人としてはどういう立場の人が考えられますか？

戸村 サポートができるのは、看護師さん以外にはないのではないのでしょうか。PD に非常に熱心な看護師さんがいると思うのですが。介護福祉士の人に依頼するのは、現実的ではないと思います。

日ノ下 横山先生、どうですか、その点？

横山 福祉学の先生の感触ですので、現時点ではきっとそうなんじゃないかと思います。田中さんがおっしゃるように、そのニーズが世の中でどこまで起こるかということだと思います。「PD 患者数が 1 万人ぐらいしか居ないわけで、社会的ニーズが少ない」ということになれば、先生が教えてらっしゃる生徒のように感じられるのは当然のことだと思うんですね。ですから、高齢者では在宅がキーワードであることは間違いないので、それをどうやって浸透させていくか。例えば、訪問なら 80% が PD の患者なわけですね。ですから、例えば保険点数にしても、今、血液透析と同じですけど、PD の患者数が増えれば、労働力から考えて PD のほうが恐らく安く済むだろうと。そして、

PD を選んだ場合に確実に医療費の削減ができます。その削減された医療費を介護職員や家族に還元できれば学生さんの意識が変わってくる可能性はあります。

日ノ下 ありがとうございました。それぞれの立場から貴重なご意見をいろいろ伺えたと思うんです。またこれをもとに次年度、ご自分で注排液できない方に対する対策としてどういうものがあるか、また整理して考え直していきたいと思っています。

⑥長期入院 PD

日ノ下 先ほどからディスカッションにありましたように、ご自分で自立できていない患者における PD の注排液の問題。そこへもって、何か他の疾患、合併症が加わる。そういうようなケースでは、PD を続けるためには入院しているケースも多いのではないかと思います。それについてなんですが、果たして入院 PD というのは好ましいのか。そして、入院 PD 以外の形というものはわれわれ何か適切な方法を見つけられるのか。そういう課題でございます。それについて、横山先生のほうから、すみません、何かご意見ありますか？

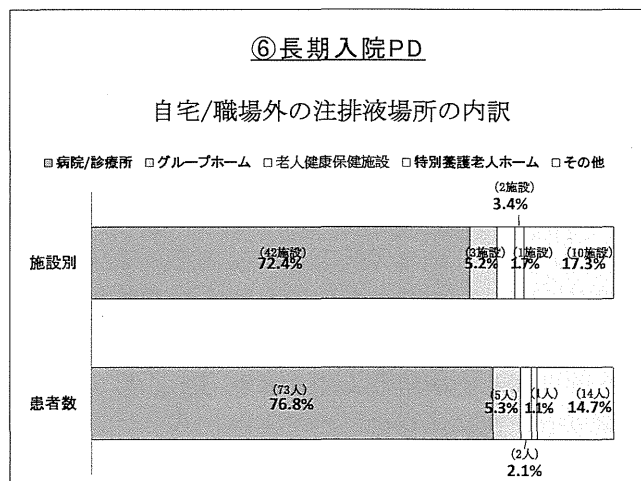
横山 入院 PD というものを前提で考えれば、恐らく私達の施設みたいに PD の患者がたくさん居ればスタッフも多いですし、PD 医療ということでバッファとして、その収益という点も問題ないかと思うんですが、先ほど斎藤先生のご意見もありましたけれども、現状、その PD の患者、入院患者を受け入れれば、いろいろな合併症のトレーニングを、より教育していかなきゃいけないということも含めて考えると、明らかに成立しない医療だと思うんですね。ですから、そういう点では入院 PD ということが成立するためには、もちろん PD の患者を増やすようなセンター化というのが一つあって、で、そういうことができないとすれば在宅での PD の生活支援を厚くすることになると思います。

日ノ下 ありがとうございました。在宅での PD の支援を厚くすることで、場合によっては入院 PD をも減らすことができるという話ですけども。どなたか。フロアの方で。じゃあ、お伺いしてよろしいでしょうか？ 長期の入院 PD を実施した、あるいはどこかへ入院してもらった経験のある医療施設はないでしょうか？ 何かコメントとか、この件に関してございますか？

某フロア参加者 1人だけなんですけれども、90代のご夫婦の方で、お二人とも透析を受けられていた方で、奥さんとかもすごい認知症で、旦那さんが介護してたんですけども、生活状態に関しても悪くなってきたので、何とかしなくちゃいけないというところで、アクセスを造設しました。HDの継続がなかなか厳しくなって、長期留置カテーテルを、先ほどもお話があったやつを入れた方で、いろいろトラブルはありながら、最終的にPDに落ち着いて、背中からカテーテル出して元気でしていらっしゃるんですけども、ちょっとPDは到底難しいだろうと。地域の受け皿は腹膜透析に関してはほとんどない状況ですので、そういう(入院)施設を探すことも難しいだろうと。やむを得ず、そんなに恐らく長く生きないでしょうし、旦那さまは週3回血液透析通って来られるので、面会も週3回ぐらいはお会いできるので、とりあえずやらざるを得なくてやっているような感じの患者が1人いらっしゃいます。あまり積極的にどんどんやろうというふうに全く思っていないんですけども、どうしようもない状況というの

あるのかなというところですよ。
 日ノ下 ありがとうございます。何かそういう患者を受けてくださるような受け皿があれば転院または転居みたいな形もある得るんでしょうけどね。なかなかないですよ、今のPDの現状はですね。その辺りは、いざ合併症が起こったり、あるいは社会的な要因で入院PDになるケースもある。そのときはもう正直、今の状況では、PDは血液透析以上になかなか医療者は大変。おまけにメリットもないと。ですから、難しいんだと思うんですけどもー。もうちょっとPDの患者を増やした場合、当然入院PDも増えてくると思うんですけど、それを肯定的に捉えるのか、あるいは入院PDは要らないでしょうと。不合理だから、血液透析でしのぐなりなんなり、違う形のほうがいいんじゃないかというご意見もあるのかもしれない。その辺り、いかがですか？ 鈴木先生の所はPDやってらっしゃいますか？ 現在、PDはやってらっしゃらなかったですかね。HDだけですか？
 鈴木(飯田橋鈴木内科) うちですか？ やって

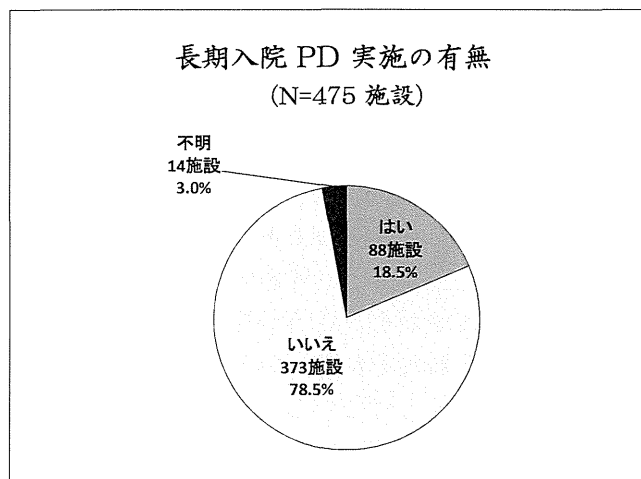
資料 2-⑥



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



- ### # 入院 PD について
- 1) 自宅や職場以外でPDの注排液を実施している患者がいる施設は全体の13.5%に上った。自宅や職場以外の注排液実施場所は、病院/診療所がトップで、次にグループホームが続いた。いわゆる老健や特養は、極めて少なかった。自立できず親族の支援も受けられないPD患者はどこでPDを継続すべきなのか？入院PDという形は好ましいのか？
 - 2) 長期入院PDを受けている施設が88施設(18.5%)あったが、採算はあっているのか？医療上もしくは介護上の問題はないのだろうか？

おりません。以前は PD と HD 併用の患者が 1 例居りましたが、移植で女子医大に入院されました。

日ノ下 杉崎先生はどうか？ 入院 PD に関して。どこかに入院させざるを得なかった例というのはいないですか？

杉崎 合併症で入院させたぐらいですか。

日ノ下 それはあくまでやむない急性期の問題ですね。

杉崎 そうです。

日ノ下 他に何か特別にありますか？ 横山先生なんかどうですか？ いろんな事情を総合して考えると、少なくとも社会的入院みたいな形で PD を続けるというのは、今後の日本の医療のあり方としては好ましくないのでしょうか。

横山 そうですね。うちは関連施設で 300 人入院患者を診ていますから、その一環として、もちろん入院患者も診ますけれど、社会的な入院というのはあまり PD 本来の姿ではないと思います。

日ノ下 そうですね。PD は基本的に在宅医療を主とする形ですからね。ちなみに、入所、入居の形の PD はいかがでしょう？ 身寄りがないとか、ご家族が対応できないようなケース。つまり、老健などはー。

横山 老健では私は経験がないですが、バッグ交換もやっていうことですね。

日ノ下 そうですね。ありがとうございます。そうすると、このテーマ、いわゆる入院の PD はできれば避けたほうがいいだろう。あるいは、何か医療制度とか診療報酬の内容を変えてまで入院 PD を増やすような形はむしろ避けたほうがいいだろうと。そういう皆さんのご意見だと理解してよろしいでしょうか？

某フロア参加者 よろしいですか？ ただ、最後にそれがあるという前提での PD を選択されないということも一方であると思うんですね。最期に入院が必要になったら HD だよって話になれば、PD を選択する方っていうのはいらっしやなくなるわけです。PD 患者の入院がたまたま長期になるってことはあるかもしれませんが、そういうセーフティーネットみたいな、先ほど家族以外にも交換できる人が必要だとか、そうなったら PD で入院できるっていうようなことがあります。例えば、開業医の先生が PD が診れるようになってとか、そういうことにつながることはいいこ

とだし、福島県いわき市でかしま病院の中野先生が、在宅 PD を高齢者中心にしていますけど、やはり最後の最後、PD ラストっていうことで PD で人生を全うするというようなスタイルを出しても、最期にやはり入院したいって患者が一定の割合でいらっしやる。そういうこともあるので、長期入院は悪いんですけど、本来の姿じゃないんですけど、セーフティーネットの形で最期に入院になるという形は当然用意してあげなきゃいけない医療だと思います。

日ノ下 ただ、現状では PD で長期入院になると、病院としてはメリットがないですね。赤字のはずなんです。しかし、そういう形だけは残しておいてあげないと、PD への導入は促進されないということですね。大体その辺りでよろしいでしょうか、結論はー。他に何か内田先生とかご意見ございますか？

内田 帝京大学の腎臓内科内田ですけれども、先ほど自分の母の例を出しましたけれども、私は何も説明しなかったのに、自ら、いわゆる独居高齢者でもう 90 歳になるんですけど、「透析に通わなくていい？ 腹膜透析っていうのがあるみたいだね」って向こうのほうから言い出したのでびっくりしたんですけど。一応、ですから、私も長期入院の PD はあまり成立しないのではないかというふうに思うんです。あくまでも、やっぱり QOL の継続、それから CKD のステージ 5 の継続ということに私は執着したいと思いますのでー。そういう意味で、もっともっと PD が認識されていいのではないかと思った次第で、おそらく透析になったら PD を選ぶのだろうなとそのときは感じた次第なんですけれども。ちょっと参考までにお話させていただきました。

日ノ下 分かりました。ありがとうございます。要するに、特に超高齢者でしょうね。80 歳あるいは 85 歳以上の方の場合には、いざ何か合併症が起こったり、誰も面倒見れなくなったときに、長期入院 PD にするのか、どうするんだというようなことまで考えずに、むしろ普段の生存中の QOL を考えて、CKD のステージ 5 の延長線上で PD を続けましょうというイメージで捉えた方がいいんじゃないかと、こういうお話だろうと思うんですね。それはそれでいいと思いますし、実際、先ほど来、申し上げているように、この半年以内で私ども、80 代後半の方 1 人と 90 歳の方 1 人導

入しております。PDの一つの欠点として、なかなか10年もやれない。7、8年で仕切ったほうがいいというお話があるんですけども、さすがに超高齢者になってくると、そういったことはあまり意識しないでPDに入れてあげるのも一つの考え方だろうかというふうに最近では感じております。他に何かこの入院PDに関するコメント、ご意見ございますか？ なければ次の議題に移ります。

⑦在宅PDと医療保険診療、介護保険サービス

日ノ下 先ほどのテーマとも関わってくるんですけども、在宅のPD患者に対して、入院PDはできることなら避けたい。あるいは、われわれ医療者としては必ずしも望ましい形だとは思えないというような結論でしたけれども、だとすれば、在宅PDを無事に長期に続けていくには今後の在宅支援、あるいは場合によって介護保険制度の活用が必要だということでございます。今後、在宅医療を続ける高齢者の方に対してどういう支援が必要でしょうか。まだまだ不足している部分もあると思うんですけども、どうですかね？ どなたかフロアの先生で、PDを、特に高齢者の方、何らかの問題を抱えてらっしゃる方のPDをうまく在宅で継続するコツ、あるいは必要な支援は何でしょうか。どうですか？

某フロア参加者 PDの大きな存在意義は、やはり家庭なり家族が共に暮らすというところにあるわけですね。それを全く無視して入院PDというのは、PDをやる意味がほとんどなくしてしまうように思います。ですから、PD患者が何かの合併症で入院するとかってというのは仕方がないわけですけども、入院PDを前提にPDを導入させるということはやっぱり考えにくいんじゃないかなというふうにー。

日ノ下 そうしますと。はい、どうぞ。

須田 私も、PDは在宅の可能性を高める技術だろーと思います。ところで、在宅でPDができれば、それは普通の人と同じ環境になると思われるので、これは老後の住まいの問題として考えることができるんじゃないかと思うんですね。どういう住まいで暮らすことが病気のある人、あるいは高齢者にとって幸せなのか。独居で暮らすのがいいのか、老老介護で暮らすのがいいのか。あるいは人との付き合いがあって、社会の一員として生

活するのがいいのか、考えなければなりません。先ほどグループホームで液交換をしているというお話があって驚いたんですけども、グループホームって素晴らしい環境かもしれないと思います。グループホームは1施設15人まで入居できて、認知症があるのが入所の条件なんですけれども、そこでは豊かな人間関係を構築することができる可能性があります。自宅で過ごしたい人はもちろん自宅でもいいんですけども、自宅以外で過ごせる道を作ってあげるのがこれからの社会の義務ではないかと思えます。楽しく社会性活おくり、人間関係を築ける環境が必要だと思います。特養や老健は大きくて立派に見えるんですけども、なにしろ人手が足りません。職員は忙しくて、とても手が回らない。入居者を訪問してみますと、「ここは待つことばかり」っていうんですね。職員の誘導を待って、エレベーターを待って、食堂にいけば食事が出てくるまで待っている。グループ全員が食べ終わるのを待って、こんどは部屋に戻る誘導を待つ、という具合で、とにかく待つことばかりで、お互いの会話は全くないんですね。たまたま来訪者が来たテーブルで話が盛り上がる時、みんながそこを振り返って、あそこに行きたいって言うんですね。人間関係という意味では少し貧しい感じがします。大きな施設なら安心と思われていますが、かならずしも100点満点ではありません。その点グループホームは狭くて設備が貧弱で、などと悪口を言われる施設なんですけれども、小さいだけに職員が目がよく行き届くんですね。それから、入居者はそんなに行動範囲が広くありませんから、大きな面積はあまり必要ないんですね。それよりも、目が行き届いて会話があって、顔見知りのスタッフに温かい言葉を掛けてもらえるという環境には、得難いものがあると思います。

実は都会の若者も同じ問題を持っているんですね。孤独で収入が少ない。出勤すれば長時間労働で、帰ったら寝るだけというような生活が蔓延しています。これを人生と言えるのかというような、そういう生活を若者も送っている。中年の人達も、長時間・重労働でなかなか家に帰れず、良好な家庭生活を築けない。そういうところで女性もなかなか社会に出ていけないです。みんなが孤立しやすい。これからの都市における住まいという問題は重要です。シェ

アハウスというのもあるでしょうし、グループホームもありますし、最近、若者も老人も誰でもいいよ、というコレクティブハウスというのできているようですが、そういうのも視野に入れて考えていいんじゃないかと思います。日ノ下 ありがとうございます。HD もそうなんでしょうけど、特に PD の場合は、先ほど来、議論がありましたように、基本的には在宅でやれる治療ということで、住まいが一つのキーワード。特にしっかりとした配偶者とか 1 親等の方、息子さん、娘さんとかがそばにいらっしゃるようなケースは別なんでしょうけども、単身で身寄りがなかったりとか、あるいは奥さまもしくはご主人が居ても老老介護で、片や認知症、片や自分は PD というようなケースもあるかと思っています。そういった場合に何が重要かという、住環境ですね。住む環境が適切でないと、生きている意義も少ないという話ですね。ですから、そういう意味では、場合によっては老健とか特養は PD の患者にとって好ましい姿ではないのかもしれないという須田先生のご意見ですね。そういう意味では

仲間がいるグループホームだったり、場合によっては、須田先生の所はサービス付き高齢者住宅(サ高住)も運営されていますけど、そういう所にもしある程度お金に余裕がある PD の患者が、単身で PD の対応してくださる人が誰も居ないのでサ高住に入るといのはどうでしょう？

須田 経済的な余裕があればなんですけども、サ高住が今しきりに話題になっていますね。ところがサ高住というのは、ただのアパートに近いんですね。基本的には賃貸住宅です。夜の介護が付いているサ高住は少ないようです。認知症の相談とか、身の回りの世話とか、ある程度のは付随しているんですけども、経済的な負担がやや大きめですね。10 坪ほどの部屋を借りて、見守りをうけながら住むだけで 15 万円プラス水道光熱費、食費がかかります。それから外付けで介護を頼めば介護保険の自己負担分が掛かりますので、大体月々 25 万円ぐらいかかります。それだけ払える人は少ないと思いますので、あまりいい方法じゃないと思っています。日ノ下 先生はサ高住で PD の介助はできます

資料 2-⑦

⑦在宅PDと医療保険診療、介護保険サービス

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

介護保険サービスに対するコメントのまとめ (複数回答あり)

透析患者への送迎サービス不足	269
透析患者への院内介助、見守りの不足	76
在宅支援不足(保清、食事、服薬、飲水管理、リハビリ)	187
従量制で時間的制約が高いため、不十分	99
透析患者と介護度のミスマッチ	104
患者にとって経済的負担が高い	101
患者・家族のサービスの拒否	39
福祉施設との連携不足(透析への理解・認識不足)	53
透析患者受入れ福祉施設が少ない	42
事務所・介助者の質の問題、透析の知識不足	41
その他	100
総計	650

* PD のディスカッションのため再呈示

医療保険制度と介護保険制度の関係について (複数回答あり)

医療保険と介護保険を一括 (包括)運用して欲しい	50
医療保険と介護保険は別々の運用が良い	35
介護と医療の境界線があり、シームレスな運用をして欲しい	45
患者・家族の受入れの問題 (拒否感、金銭 負担)	19
制度が複雑で 使いにくい(申請時間、内容)	48
医療とケアマネ、介護施設との連携、啓発が必要	90
介護サービスの充実(送迎、リハビリ、院内介助等)	80
透析患者も応分の自己負担が必要	12
その他	85
総計	371

在宅 PD 患者に対する今後の支援のあり方
高齢/障害患者に対する今後の PD のあり方

- 1) 在宅 PD を続ける高齢/障害患者に対する支援はどうあるべきなのか？
- 2) 透析導入となる患者が高齢化しているが、そうした状況における PD の意義は？ あり方は？
- 3) PD において、医療保険と介護保険はどのようにしてシームレスな運用を進めていくべきなのか？
- 4) 現状を踏まえた今後の PD のあり方は？ PD の技術的な変革は必要なのか？

か？それとも自分で注排液をする？ 自分で液交換する場合もあるでしょうし、サ高住によっては、日中は少なくとも看護師さんもしくは医療関係者が出入りすることもありますので、そういう時間帯を利用して注排液をしたらいいなといったイメージを抱いていたんです。

須田 入居者がやっぱり限られます、基本的に資産や所得の大きい人になりますね。サ高住でおこなうPDへの保険適応は、なかなか難しい面があると思うんですけど。ほぼ自立できる人はいいいのですが、介護サービスを受けるようになると、医療系の介護はやりにくくなります。無償奉仕だと割り切ってしまうのも一つの方法かと思えますけど。それだったらどこかもっと安い、家賃だけ払えばいい所に入居して、誰かにちょっと来てもらうぐらいでいいんじゃないかなと思います。

日ノ下 ただ、先ほど須田先生おっしゃったのは、やはり人と人の接点が欲しいからグループホーム。大勢の人と暮らせるような、あるいは大勢の人が居るような場所を提供してくれる形態という意味でどうでしょう。

須田 そうですね。自分一人では外に行けない、人間関係を築けないという人は、そういう所に集まって、ダイルームでみんなで過ごすというのはいいことじゃないかと思えます。

日ノ下 田中先生は行政の立場から見てどうお考えになりますか？

田中 今、話を聞いていて、障害保健福祉部では精神障害者で長期入院の方の地域移行について、先日検討会のとりまとめが行われたところですけども、それに通じるものも少しあるように思っています。とりまとめの中で、精神障害者もグループホームを活用するというのが一つの意見として出てきておりますので、PDの方にも活用できる可能性があるように思いました。複数のPDの方に集まっていたらと、処置等も1度で済むなど、そういったメリットもあるように思います。

日ノ下 仮にグループホームを活用した場合に、その介護保険、医療保険は一体どうなるのでしょうか？ 須田先生。

須田 ほとんどの人は介護保険の枠を使いきってしまうと思いますので、頻回の医療系介護は難しそうですね。介護認定を受けた患者さんの在宅サービスは、指揮をとるケアマネの承認が必要で

すが、介護事業所のサービスが優先されやすいでしょうね。

医師は在宅サービスの開始時、急変時、死亡時の3つの場合しか行けなくなったとまで言われることがあります。極端に言えばですが、それしか医者は手を出せないで、あとは全部介護がやるんですね。患者さんの経済的負担を考えれば、あながち誇張とも言えません。医師の往診は医療保険を利用できますが、在宅医療の往診は週3回までという制限がありまし、費用が高額になってしまいますので。在宅PDのための往診は問題視されるでしょう。

結局、医療機関が在宅PDを直接支援することは、かなり難しいのではないのでしょうか。費用持ち出しのサービスチームというのはあまり現実的ではないと思います。

日ノ下 かかりつけ医が居たとして。PDの面倒を見るうえで、いわゆるPDの指導の管理料は、これ恐らくー。

須田 指導・管理している施設が請求できると思います。

日ノ下 どうでしょうか？ 今のお話は、要はPDは在宅なので、それが理想だけれども、在宅で1人で対応できなくなった患者が居た場合に、どういう形が望ましいのか。入院PDはあまり好ましくないねっていう、先ほどの皆さんのご意見だったんですけども、例えばホームみたいな所で複数のPD患者、あるいはPDじゃなくてもご年配の方と一緒に過ごしながら在宅医療であるPDを続けると。それがいいのではないかというご意見が多いんですけども、横山先生とか戸村先生、どうお考えですか？

横山 後で話が出るかもしれませんが。やっぱり医療保険と介護保険の垣根が高いので、なかなか難しいということと、もう一方で、通院できるレベルの腹膜透析維持施設が少ないことの2点が問題です。腹膜透析患者は、大体基幹病院で管理していることが多いので、月1回来ていただいて、やっとその医療収入になるという縛りがある。これを維持できないような生活支援が必要な高齢者になった場合の医療体制が医師側もできていません。東京では船木先生という先生が王子地区で往診して、完全に在宅生活支援とPDを成立させています。先ほど、長崎の宮崎先生はそれこそ精力的にやってらして、その医療を成立させているわ

けですが、まず PD で本当に超高齢者を診るときには、そこは多分、縛りとなります。

戸村 今のご質問とは直接は関係ないのですが、学生を教えていて感じますのは、介護を目指す人は、医療的なケアにはあまり関心がないのですね。身体介護、それから生活介護の面では非常に熱心なのですが、医療的なケアとなると、何か、不安であるとか、自分の役割ではないとかで、手を出したくないと思っているようです。それから報酬が非常に低いですから、新しい仕事をやって欲しいと言っても、それだけの報酬の裏付けがないとなかなか難しいかと思えます。都市部で暮らす人が介護で生計を立てるのは非常に難しいかと思えます。地方ですと自宅から通いながら介護の仕事をして何とか生活できると思うのですが。新たな報酬でも支給されれば、また別なのでしょうけれど、現状ではなかなか医療的なケアを依頼するのは難しいと思えます。

日ノ下 在宅ですね。自宅であれ、先ほどちょっと提案があったグループホームであれ、そういった所で PD を継続するとき、ご本人が自立できていなくて、完全もしくはパーシャルに注排液を他人に頼らざるを得ないようなケースでは、看護師さんであれ、ヘルパーさんが将来的にその実施を認められたとしても、何かインセンティブが必要ということですかね。1 回の、1 日の注排液にたずさわると点数を付けてあげるとか、報酬をわずかでもいいから付ける。そういう形を考えてもいいかなという気が致しますが、フロアの先生方、いかがですか？ 例えば看護師さん、コメディカルの方もいらっしゃると思うんですけど。山田先生とか何かご意見ありますか？

山田(東京・四谷の山田クリニック) PD はちょっと今、患者が居ないんですけども、先ほど筑波の先生のお話もあったように、いろんな医療の効率化という面で、地域で見るという形を考えることが今の流れではないか。医療費の効率化の問題も含めて、それぞれと病院と診療所の機能をお互いに理解しながら。今、いわゆる病診連携だけで逆紹介がないといわれていますが、その中でお互いに、私達は随分、病院の先生方のことを新宿区内だと分かるようになりましたけども、病院の先生方は私達のことを皆目、一部の方しか分からない。だから、そういうのが分かるような、何ていいますか、名簿みたいなのを新宿区の医師会

でも作って、確か病院に配布しているところなんですけれども、もっともっとその地域の連携というものを密にしなきゃいけない。当然、それは高度医療だけじゃなくて、介護も含めて、パラメディカルも含めての効率のよい医療というものを総合的に考えていかなければいけないんじゃないかと思えます。ですから、確かに学生さんが今そういう意欲がないというお話があったんですが、それは果たして収入だけの問題なのか。それから、横山先生がおっしゃったように、そういう時代の流れの中で、環境が変わっていけばできていくんじゃないか。少し前向きに捉えていって進んでいかないと、今、これからの医療費全体のこと、それから効率化ということを考えたときに、地域の中での有機的な結びつきをもっともっと深めていけば、少しは改善できるのではないかなと。その辺りは、垣根や縛りがあるところを、行政もなかなか国と都と区と分かれていて、なかなか難しいところがいっぱいあるんですけども、やっぱり現場から声が出ていくような形でいくと、それを受けてくれるようなシステムがあると随分よくなると思えます。確かに学会だけでなく、もうちょっと地べたにくっ付いたような意見を上げていただくと、有機的な結びつきがもっと深まるんじゃないかと思えます。ですから、いろんな資格とか、講習とかいうようなお話がありますが、積極的に進めていければ、だんだんそれが認知されていくんじゃないかと考えます。

日ノ下 ありがとうございます。先ほど来、お話が出ていますように、PD は基本的には在宅医療ですよ。おまけに、メリットがなくはない。行政的な意味からもですね。横山先生のほうから PD の注排液、1 回か 2 回でやってる人も多いですよというお話がありましたけれども、注排液 2 回ですと、多分、血液透析の医療コストよりも低いですね。そういうことが分かっていますし、透析にまつわる医療費の抑制のためにも、PD をもう少し活用できたらいいかなと思えます。それから、高齢者で PD にふさわしい方も居るんですが、今いろんな先生方からお話が出ましたように、地域で包括的にケアをしてあげる環境がまだ整っていないとか、あるいは、人間らしい暮らしを続けるための住環境がまだ不十分だとかいうのがあって、いろんな事情で PD が進んでいかないという点がございまして。私が以前確認したとこ