

ろでも、例えば、1日のPDの注排液量が例えば2リッターで2回やってみますと、大体ひと月に、これはPDメーカーさんに試算していただいたんですが、25万数千円ぐらいですね。これは明らかに血液透析よりは安上がりなんです。確かにPDは透析効率もHDに比べると落ちる面もありますし、また、10年、15年はなかなかやれないので、その辺りも意識しながら症例を選ばなきゃならないんですが、かなりのご高齢の方で、いろんな要件が整えば、多少認知能力が落ちている方でも、HDよりもPDのほうが好ましいというケースもあると思われまますので、その辺り、みんな理解も深めていかなければなりませんし、また、地域のかかりつけの先生方や訪問看護の看護師さんの方がた、あるいは介護保険関連のスタッフですね。ケアマネさんも含めて、もう少しPDに対する理解を深めなければならぬのかなというふうに感じました。他に何かこの問題に関して、どなたかフロアの先生の中でコメントもらえますか？

石津先生、何か？

石津 PDの敷居が高いのが一つやっぱり全国的な問題。私も経験はあるので、普通の人よりはPDを理解しているつもりなんですけど、それでもやっぱり普段やってないけどどうしてもちょっとやりづらくなってしまいうんですけど、その慣れって問題と、あとは合併症が多かったりして、全体で見ると結構やっぱり手間が掛かってしまう方が結構いらっしゃるということと、あとはもうかっているのが透析液のメーカーのほうで、医療現場じゃないんじゃないかっていうような声が聞かれたりってというのはご存じのとおりだと思うので、もしPDを進めていくのであれば、経済的なメリットが医療現場の人にあった方がいい。もうからなくてもいいんですけど、もう少し労力に見合うような。血液透析とPDを比べたら、どうしても血液透析やっている所は血液透析に流れやすくなっちゃってると思うんですね。そこを少し埋めていただいて、そんなにお金もうからなくてもいいんですけど、精神的にも採算が合うような形にしていっていただくような仕組みが必要じゃないかということと、あとは全体的にどういう患者が望ましいのかという問題ですね。特に、私も高齢者のPDというのは賛成で、やりたいと思ってるんですけど、どういう患者にやるとよかったとか、あとはどのぐらいの腎機能で導入すると実

はいいのかって、割とPDと血液透析、本当は違うはずなのに、分かってない部分があったりするので、そういうところをもうちょっと真実、それで全てを言い表さなくてもいいけれども、こういうふうにやればいいのかってようなガイドラインみたいな、分かりやすい、とっつきやすいものとかを整備していただくといいんじゃないかなというふうに今思ってるんです。

日ノ下 ありがとうございます。インクレメンタルなPDも含めて、ガイドラインを透析医学会で作られてはいましたけど。だけど、今、石津先生がご指摘になった部分というのは、PDを推進するためにはもう少し客観的な証拠だったり、あるいは適切な症例のモデルプランの提示であったりとか、それは学会のほうの仕事ということですね。

石津 そうですね。ガイドライン。

日ノ下 まさに秋葉先生とか横山先生とかに、また機会があったらそういうことも考えていただいでー。

石津 ガイドラインというか、マニュアルに近いようなイメージのものがあると、よりいいんじゃないかというつもりでお話しました。

日ノ下 PDについて、いろんな意味での敷居を下げられる。これは行政のほうにもお願いしたいことなのかもしれません。よろしくお願い致します。

今、ちょっとお話が出ました、PDは実は医療者、医者とか看護師さんにとっては手間が掛かる上、メリットは少ないというお話でしたけど、透析液のメーカーの方、いらっしゃいますか？ 腹膜透析液の。テルモさんかバクスターさん、来てますか？ じゃあ、ちょっと何かコメントがありましたら。

溝田 テルモ株式会社溝田と申します。ちょっと今の話の流れで非常にコメントしづらいのですが、確かにメーカーのほうの努力というのもまだまだ必要なとも思いますし、今、配送のサービスですとか、そういった部分も1社だけでは全部できない部分というのものもあるのも現実問題でございます。とは言いましても、PDの普及という面では日本においては非常に少ないということもありますので、こちら製品開発ですとか。今、訪問看護ステーションのフォローなんかも、われわれも非常に多くやらせていただいています。説明

会等ですね。そのときに、やっぱり関わっていらっしゃる訪問看護師の方、非常に熱心でして、中にはこういった患者、こういうケースがあれば紹介して欲しいというふうに言われるご施設も実際あるんですね。そういったところのフォローも通じながら、メーカーとしてもインフラの整備にご協力できればというふう考えておりますので、今後よろしくお願い致します。

日ノ下 ありがとうございます。今、重要なお指摘が一部あったわけですが、実はPDをやれる医療現場。地域に根差した訪問看護ステーションの看護師さん達からは、こういう人だったらやってもいい、試しにPDもちょっと経験したいと思ってるのが、それがPDの導入病院とか基幹病院側には伝わってこなかったりしている。その辺りの、何ていいますか、コミュニケーションの向上も必要かもしれませんね。そういうところで、介護保険サービスに関わっている方々はもちろんですが、場合によってはメーカーさんもPDの普及のために、そういう情報を適切にフィードバックしていただければもっとPDの啓発になるのかもしれない。よろしくお願い致します。

⑧総合討論（中山先生、中座にて不在）

日ノ下 最後の総合討論に移行していきたいと思えます。総合討論、今日、いろんな議題についてディスカッションしてまいりましたけれども、全て包括して、高齢患者あるいは今後増えると思われる障害のある、あるいは認知症のある患者に対する今後のHD、PDのあり方、および支援について。そして、透析医療における医療保険と介護保険の関係等について、今日の総括ですね。総括的なディスカッションをして終わりにしたいと思うんですが。そしたら、お一人、お一人伺っていきましょうか。まず、どなたからいきましょうか。パネリストの先生で、今日の高齢者、障害者の支援のあり方について最後にファイナルコメントとしてお一人ずつ伺いたいと思うんですが。じゃあ、須田先生から。

須田 5分いただいてもいいですか？ 以前、横浜で国際サイコネフロロジー学会というのがありました、そこに米国の精神科医が来まして、「よい死わるい死」という演題で講演したんです。ある靴磨きの少年が血液透析を必要になって、チャ

リティーのお金で透析を受けはじめました。1年たったときに自分の医療費が高額なことに気が付いて、「僕1人でこんなにお金を使うわけにいかないから、もういいよ僕は透析しない」って拒否したんですね。そしたら町中の人「きみはよく決断した、えらい」と。市長さんもお礼のあいさつに来たんです。で、そのまま死んでいった。これはよい死だということです。自分で決めた死であるからよいと。私、つい手を挙げて、「それは経済的な死だったのではないですか」って言ったから、とにかく本人が決断したんだからそれでいいんだと、そういうことでしたけれども、日本のやり方とちょっと違うなど。日本の場合、透析もうやめてもいいよっていうのは、周りの人に遠慮して言っているだろうということ、考えなければなりません。本当は続けたくても、みんなに悪いからということで決めるのが日本人です。本人が言っていることが、それが本音かどうかはわかりません。私が言いたいのは、透析するかしないかというように重要な判断には、本当に本人の意思で決められる環境が必要です。続けたらばみんなに迷惑が掛かるという状態ではなくて、そういう負担を考えないで自由に決められる状態であればやめてもいいし、導入しなくてもいいと思うんですが。生きようと思えば生きられる、そういう社会をこれから作っていく必要があるんじゃないかと思えます。安楽死も、本人の意識がなければ周りで決めてもしかたないでしょうけれど、意識があるうちに透析するかしないかということを相談するのは残酷ではないかな、そんな感じを持っています。

日ノ下 ありがとうございます。今の件についてちょっとお尋ねしますと、しっかりしている時期に、「私はこうこうこうなったらもう透析しないでくれ」という、いわゆるリビングウィルですね。正式なものがもしあったらそれに従って、その状況に達すればやめることもよしとするということ、いいですか？

須田 そうですね。ただ、そのリビングウィルが本当に、自分の意思で決められたものであれば、ですね。もう死んだと思ったのに生き返ってしまう人もありますので、本人が言ったからもう手を付けるなっていうのではなくて、やはり最小限の合理的なことはやった上で、それで駄目ならあきらめるということが必要ではな

いかなと思います。今、医療も介護も切り捨て、切り捨てに走っています。手を付けたら費用が掛かるからやめておくということでは、ちょっと寂しいなという感じを持っています。

日ノ下 杉崎先生はいかがでしょうか？

杉崎 話題がちょっと違っちゃうんですけども、今日、こういう先生方にお集まりいただいて、いろいろ聞かせてもらって、やっぱり最後は医療保険と介護保険の垣根を取っ払わなくちゃ、これにはちもさちも行かないなというのを感じました。それから、我々とする、例えばPDのことについて、在宅で医療者じゃないものがバッグ交換を介助するとき、親族だといいでしょうが、親族じゃない人が介助したときにどうなのっていうのは全く結論が出てない。法的な整備と、やはり医療保険と介護保険の境を少しでもシームレスにしたいなと思います。これは、在宅HDでも同じことが言えるんですね。在宅HDもどうして進まないかという、やはり自分で自己穿刺じゃないといけないよと。じゃあ、年を取って自己穿刺できるかっていうと、そんなことはないわけですよ。ここでもルールの問題がでてきます。さらに、介護保険を使っていればもう医療保険での訪問看護ができないわけですよ。ここら辺りが、全くと言っていいぐらい、我々が今日いろいろとお話しさせていただいた中で、常にこれが立ちほだかるんで、ここら辺りはやはり整理して、国のほうにお願いしたいなというふうに思います。

日ノ下 ありがとうございます。じゃあ、次に戸村先生、いかがでしょう。

戸村 今回のパネルディスカッションの話題にはならなかったのですが、やっぱり財源の問題は非常に大きいと思うのです。医療費も、それから介護に必要な費用も、毎年、兆円という規模で増加しているわけです。やはり医療費の全体あるいは介護費の全体の枠の中でサービスを考えるべく他はないのです。いろいろな制約がこれからますます出てくるのではないのでしょうか。介護保険本体の給付（予防給付）から、訪問介護と通所介護を外すのも、介護保険で負担する費用を減らす目的で出てきたのだと思います。今後、限られた全体の予算の中で、どういうふううまく医療や介護のサービスを配分していくか、ますます難しい時代に入ってくるのではないのでしょうか。

日ノ下 そういう意味で、今日話題に出た問題の

中で、明らかに経費の無駄っていうか、コスト削減できるところがございませうか？ 透析医療関連で？ 今すぐに思いつくようなことはないですか？ さっきタクシー券なんて話が少し出ましたけれども。タクシー券が必ずしも必要ない人に、地域によっては100回分渡ったりしている。それは適正とは言えないですよ。ありがとうございました。

じゃあ、次につくばセントラル病院の石津先生、お願いします。

石津 本日はどうもありがとうございました。私もいろいろ考えるところがあって、非常に、哲学的な言葉で言うと本当に深い問題だと思うんですけど、例えば無駄という意味で考えると、本当に透析をやめたいって言うおばあちゃんとかがいっぱいいるんですね。私はなんでこんなことを毎回されなきゃならないんだって言いながら透析を受けに来て、もうあっちに行かせてくれと。あそこに行かせてくれとかって言う方とかいっちゃって、その透析を、元気な方を透析やるっていうのはあれですけど、どこまで本人の意思でっていうのがありますけど、透析を続けるかっていう哲学的な問題って、他の胃瘻とかにもつながると思うんですけど、そういう高齢者の医療をどこまでやっていくかっていうことを、やっぱり国全体で真剣に、建前じゃなくて考えていかないといけない時期がもう来ているし、それがお金がないから追い込まれて、本当に必要な人までやめるっていうんじゃないかと、本人の尊厳とかを考えた上でどういう治療が望ましいかということ、例えば胃瘻をあんまりやらない国とかあるって聞いてますけど、そういった国全体のコンセンサスって何か考えていかなければならない問題も実はタブーにしてはいけないうんじやないかなというふうに思っております。あとは、現実的なところで申し上げますのは、他の医療費を減らす方法も必要で、その中で介護保険とか医療保険を柔軟にというか、上手に使って、国全体でうまい仕組みを考えていただくような方法が大事ななというふうに思っています。その2点です。

日ノ下 ありがとうございます。横山先生、お願いします。

横山 今日は本当にありがとうございます。2025年ぐらいまで東京では人口が減っていくということですけど、倍の人が亡くなる。でも病床数変わ

らないので、医療の現場というのは高齢者中心になって劇的に変わります。その中で、透析に掛けられる医療費は大きく増えないことが予想されます。透析医療費の分布を適正に変えなきゃいけません。送迎は、われわれは患者のために全部やってあげたいと思うわけですが、送迎はどこまで必要なのか。あるいは、どうやってその資金を捻出するのか。PDは全体的にどうやったらそういう医療費削減も含めた患者の幸せになっていくかという大きな透析医療としてのデザインのシフトが必要だと思うんです。勉強になったんですが、それをどういうふうな仕組みで持っていくかというのは逆に途方に暮れるところもあります。PDに携わっている医師の間では「血液透析で看護師さんとか医者が医療行為を患者がやっているの、それに対してインセンティブを出したほうが良い。」という意見があります。しかし、そういうことはなかなかできず、ずっと患者数は1万人ぐらい推移しています。今回は、高齢者透析医療の課題と現状を変える難しさというのを感じさせていただきました。どうもありがとうございます。

日ノ下 いろいろ問題点はある程度分かっていて、努力はそれぞれの医療者あるいは学会でもやってるんだけど、現実はなかなか改善できていないというお話でした。じゃあ、秋葉先生、いかがでしょう？

秋葉 今日は本当に勉強になりました。私、今年、臨床透析でも議論をやって、臨床透析の通年のテーマが透析医療の個別化っていうテーマでだったのです。何を個別化するかという、要するに透析医療って、これまではもう決まっていて、透析時間何時間で、カルシウムとリンとPTXが目標値このぐらい。これ、透析患者全員に対するスタンダードなんですね。ターゲットなんですね。本当にそんなことがあっていいのかというのが私の疑問で、やはりそうじゃないはずだと。例えば、例外的に書かれたのは、ヘモグロビンに関しては、人によって目標を高くしてもいいんじゃないかっていうことがガイドラインに1度だけ書かれたんですけど、それ以外は本当に画一的に、透析患者っていう一言で全員を管理できるというふうに誤解してたんじゃないかと。

今日のテーマですね、その中で高齢者の透析、そして腹膜透析という医療、こういうものがどうやって患者の幸せにつながっていくかという話だ

と思ったんです。ただ、私、この話を聞いている中で一番感じたのは、去年、透析学会が透析の差し止め、中止のガイドラインじゃなくて、提言というのを出しました。ガイドラインになるだけのサイエンティフィックな背景はないということ。提言ということになったんですけども、透析患者全員が全員、透析導入が必要なのか。いや、そうではないんじゃないか。何を患者が望んでいるかはしっかりと医療者は見極めた上で、その治療を選択していかなければいけないんじゃないかということが述べられて、作られてきたものなんです。今日のお話も、やはりそれは第一前提にしていかなきゃいけないんじゃないか。無論、患者が何を望んでいるかということ以外に大きなファクターとしては、日本の国家予算を医療費にどれだけ掛けられるか。それから、透析患者という一群を考えるんじゃないかと、日本の医療の全体のこと。その全体の中のバランスで考えていかなきゃいけないということもありましたけれども、それらを、今日、いろんな面でお話をしながら、なかなか一つのところにまとまらないな、難しいなと思いつつ、でもどこかに収束していかなきゃいけないなというふうに思いました。今後も勉強させて下さい。

日ノ下 ありがとうございます。じゃあ、最後に田中先生。

田中 本日はこのような機会にお招き下さいまして、日ノ下先生、ありがとうございます。また、関係の皆様にも心からお礼申し上げます。私自身も3年前からこの行政の仕事をしていますけれども、2年間は健康局疾病対策課という所でCKD対策をやっておりました。そのころからなぜPDがここまで日本では普及していないんだろうという疑問から始まって、様々な勉強会にもこれまで参加させていただいたんですけども、本日参加したことでまた新たな問題点がいろいろと、高齢者の問題も含めて明らかになったかと思えます。今、透析の方に非常にたくさん、月40万円かける30万人で、年間1兆4000億円以上の医療費がかかっているといわれていますけれども、今後高齢化が進む中で、限られた財源の中でいかに医療費を抑制しながら、医療、介護を受ける人、それから提供する人、どちらにも不利益がないようにしなければいけないというところですが、非常に難しい問題であるかと思えます。

先ほど患者の透析医療の個別化ですとか、選択制の話が出てきましたが、今回は話題にはなってなかったんですけども、もう少し若い方だと、HD、PD以外にも腎移植という選択肢もあるかと思えますので、そういった若い方には移植医療の推進ですとか、それから、本日はもう腎不全になった方のお話だったのですが、半数が糖尿病性腎症が原因ということですので、そういった生活習慣病の予防が重要であると思えます。健康であることを維持することがいかに大事か。また、CKDになってもいかに透析導入にいたらないようにするかということも非常に重要な観点かと思えました。

障害者の観点から、障害保健福祉部もそうですが、健康局、それから保険局、老健局など厚労省全体として一丸となって取り組まなければいけない非常に大きな問題ですので、私自身も省内で縦割りにならないように、医系技官の中でも、また医系技官ではない方にも少しずつ情報を提供しながら、この問題に取り組んでまいりたい所存です。今後ともどうぞよろしくお願い致します。
日ノ下 ありがとうございます。フロアのほうから最後に何かコメントしたい、あるいは何か、この点だけはこのパネルで主張しておきたいというようなことがございましたら、遠慮なく手を挙げていただいて。どんな施策もすぐに実践できるものは少ないんですけども、みんなが声を上げることで、また、2年、3年と掛ければ改革、改善できる部分もあると思えますので、どなたか？ ございませんか？

そしたら、定刻になりましたので、これでパネルディスカッションを終わらせていただこうと思うんですけども、本当に長時間にわたって（4時間ほど）休憩を挟んでやりましたけれども、皆さん、活発なご討議、そして良質なコメントをありがとうございました。今日のお話を全部伺っておりますと、やはりまだまだ高齢化社会を迎えた中でのHDのあり方、PDのあり方、あるいはそれぞれの支援のあり方、課題が多いことが分かりました。そして、この話し合いの中で、なかなか簡単には解決できないということもよく分かりました。また、中には例えばPDに対する啓蒙活動だったり、あるいはHDもそうですけれども、各地域単位で連携して、いろいろな職種が協力し合って、場合によっちゃあ違う医療施設同士で

らんどんネットワークを組んで対応してあげることで支援のあり方が向上するというような具体的な、まさに実行しやすいポイントも見つかったと思います。

それから、それ以外にPDもHDもそうなんですけど、今日の議論の中にあつたことは、やはり患者といってもそれぞれ経済的な環境、それから家族構成、それから病気の重症度、心機能、合併症、それぞれ違います。年齢ももちろん違いますので、それに合わせたテーラーメイドの治療ですね。例えば血液透析で言えばヘモグロビンだとか、あるいはカルシウム、リンやPTHの値、血液透析時間、その他、一律に考えるのではなくて、場合によっては、特に高齢者の方の場合、その方に見合ったものをもう一度見直して、適切な透析の条件でやる。あるいは、PDがいいのかHDがいいのかも含めて、もうちょっと柔軟に我々も考えていいのではないかというようなことをパネリストの先生方のご意見を聞きながら感じました。

今回、幸いにして厚労省の行政の方も来てくださったわけですが、議論の中で何度も出てまいりました。医療保険の問題と介護保険の問題がそれぞれ切り離されていて、それぞれが協力し合うようなシームレスな運用ができていない。今後それはまさしくこの透析医療における大きな問題点でもありますし、また最後に田中先生がおっしゃったように、本来、行政の中でも医療保険と介護保険、扱っている部局も違うとなかなか縦割りで協調しにくい部分があるんだそうでございますけれども、そこは何とかその省内の垣根のほうも打ち破っていただいて、医療コストも含めたよりよい透析医療のあり方を今後もみんなで協力して見つけていきたいと思えますし、また、今日ご出席いただきましたパネリストの先生方や、あるいは聞いてくださったフロアの医療スタッフの皆様も機会があれば今日のこのパネルを一つのきっかけにして、よりよい透析のあり方について、学会や研究会、その他、いろんな場で発言していただいて、日本のこの高齢者医療がさらによくなるようにご尽力いただければ、今日のパネルディスカッションを開催した意義もあったものと思えます。本当に今日は長い間ありがとうございました。お疲れさまでした。では、これでパネルを終わりたいと思います。

II. 第 2 回パネルディスカッション

(2014 年 11 月 1 日、福岡赤十字病院、福岡)

参加者 (発言順) (図 2、資料 2)

国立国際医療研究センター腎臓内科	日ノ下文彦 (モデレーター)
同	勝木 俊 (レポーター)
長崎腎病院	船越 哲 (パネリスト)
くまクリニック	隈 博政 (同)
福岡赤十字病院	満生 浩司 (同)
小倉記念病院	金井 英俊 (同)
九州大学病態機能内科学	鶴屋 和彦 (同)
宮崎内科クリニック	宮崎 正信 (同)
その他フロア参加者	

① HD における送迎と通院介助

日ノ下 まずは、血液透析施設への送迎、それから、通院介助の問題ですね。これもなかなか、送迎の患者さんが増えてきて、今ございましたように、それぞれの施設からすると、約 4 分の 3 が大なり小なり負担を感じてらっしゃるという状況でして、大きな問題だと思うんです。まず、パネリストの先生方のほうで、どなたかこの問題に関しましてご意見ございますでしょうか。隈先生、いかがですか。船越先生、お願い致します。

船越 長崎腎病院の船越と申します。私どもの血液透析患者は 430 人ほどで、長崎もかなり過疎が進んでおりますので、今のところ 60 名ほど送迎しております。少しずつ広げていって、最終的には 100 名ぐらいの送迎が必要な状況と考えます。もちろん全て持ち出しですので、経済的に負担は非常に大きいのですけれども、逆に送迎してあげないと、一人一人に送迎する方法により、途中で何かあったときのことまで患者さんと家族に負わせてしまうので、言い方悪いですが、こちらから入って、救い上げてきたほうが、最終的に見て労力と効率がよろしいかと思えます。

どういふ方を送迎するかっていうことに関して、線引きを我々はしております、自分で送迎の車の待ち合わせ場所まで歩いてくることができ、自分で乗り降りできる人に限っております。これまでももちろん、降り損ねてけがしたとかいう事故がございますけれども、交通事故に関しては保険に入っておりますし、そういう送迎に関するトラブルで患者さん家族ともめたことはございません。

日ノ下 ありがとうございます。今のお話の中で、

船越先生のところでも送迎を受けている人達はかなりの数いらっしゃる。

船越 約 60 名ぐらいですね。

日ノ下 ただ条件が付いていて、自分で乗り降りできる方。しかも、待ち合わせ場所まで来られる方という話でしたけども、施設によってはドアトドアでやっていらっしゃるって、もう少し障害のある方でも家の玄関開けるところまで付き添ったりしてるようなケースも、全国の中にはあるとは思いますが、皆さんどの程度までやってらっしゃるのですか。隈先生のところは送迎やってらっしゃるのですか。お願いします。

隈 くまクリニックの隈です。私のところも送迎を行っていますが、その条件として自分で乗り降りできることと、送迎してくれる家族がいないこと、もう一つは、介護保険を申請して、要介護と認定された方はケアタクシーなどを利用してもらうという条件は付けておりましたけれども、それも少しずつ崩れてきています。どういうことかといいますと、介護保険を使ってケアタクシーで通院する場合、1 割負担となります。それで、頑なに当院の送迎を利用させてくれと懇願してくる患者もいるので、やむなく数人の例外を認めている状況です。

それから、そういう患者さんの中に、明らかに集合場所に集まらない方もおられるわけですね。それで、送迎を担当する職員が近くの例えば小さな路地まで入っていけたら、やむなくそこまで行っているケースもあります。

日ノ下 船越先生の施設や隈先生の施設では、今のところ、経済的な問題も含めて、何とか続けられそうですか、今の形で。

船越 ええ。今の診療報酬と、あとは、その患者数だと続けられます。

日ノ下 ちなみに、専属の運転手さんとかそれぞれお雇いになっているのでしょうか。

船越 私どものところではそうです。

日ノ下 隈先生のところはいかがですか。

隈 専属の運転手も居ますし、それから、事務職員の一部もやってくれています。今抱えてる問題は運転手不足です。ハローワークなどに募集をかけても足りない。やむなく事務職員がそういう役目をしています。今日の発表にもありましたように、いろんな職種の方が送迎しておられます。恐らくそれはなかなか運転手を見つけれないからだろうと思います。

日ノ下 そういう現状はある程度、大きな病院の先生方も把握はされているとは思いますが、例えば、満生先生のところでは、送迎に関してはどのようなお考えをお持ちですかね。

満生 当院では送迎はしてないわけですが、私どもは年間に100人以上HD導入になるわけで、そうすると導入後に、次はどこに行きましようかっていうご相談をするときに、やはりそこに条件が出てくるのが非常に多いです。例えば、

地域で送迎のない近くのサテライトよりも、送迎のあるちょっと遠めのサテライトっていう選択になることが非常に多いようですね。ご家族が居て、例えば、同居してても若い世代。そうなってくると、昼間は普通に働いていて、当然送迎なんかには付き添えないという条件になってくると、当然我々としても、送迎付きのご施設に維持透析をお願いするという、自ずからどうしても維持透析の選択には、結構送迎のありなしという点で関わってくるようになってますね。

日ノ下 ありがとうございます。私ども、東京の新宿のど真ん中にある病院なのですけれど、東京でも同じことですね。同じ地域条件ですと、送迎があるほうを選ばれるということが多い。現時点で、例えば60代で自立していても、将来、例えば脳卒中起こして足が不自由になったりして、それでも通わなきゃならないといったときに、送迎していただいたほうが何かしら都合がいいというようなことで、送迎を選ぶことが増えてますね。北九州ではどうでしょうか、小倉記念病院の金井先生。

金井 小倉記念病院の金井でございます。非常に北九州地区は高齢者、しかも独居の方が多くござ

図2



いまして、65 歳以上の患者さんで、しかも独居の方は 3 分の 2 ぐらいですね。非常に心血管病のある患者さんが当院の関連ではおります。そうなりますと、先ほど満生先生が言われましたように、導入期に選択肢として、送迎のあるなしというのはオプションとして提示しなくちゃいけないのですがー。もう一点。経過中の脳血管障害、または骨折、大手術をされて、それまでは何とか通われてたのが、1 回センターで治療した後はもうとても動けないと、短期的にも長期的にも。その場合は、元の透析施設に帰れないという場合が発生しまして、その場合、施設の先生方とまた協議しながら、現状ではできる、できないという判断をしています。ソーシャルワーカーとかの調整が非常に難しいケースがままあって、やはり退院前の調整に多職種でのディスカッションが必要になってきている状況ですね。

日ノ下 ありがとうございます。福岡市も、北九州市も大都市ですから、比較的近くに透析施設があるのでしょうが、同じ九州でも、例えば、福岡県内でもひょっとしたら車で 10 分 20 分の所に透析施設がない患者さんもいらっしゃるという可能性があるのですが、そういう方はどうされてるんですかね。たとえ 1 時間かけても、サテライトの先生方、あるいは、送迎の運転手の方が実際に患者さまのお宅かその近くまでお迎えにいらっしゃるのですか。そういう遠方の地域の方の対応はどうなってるのでしょうか。どなたか、お願いします。

金井 福岡県透析医会のほうで調査させていただいた結果が最近出まして、福岡地区、それから北九州地区、これは都市型で、ある程度交通網があったりとか、競合する機関もそれなりにある地域と、あと、もう何も無い、いわゆる田舎型というふうにおっしゃってましたけれども、やはり送迎率は全然違うようですね。田舎型のほうでいくと、5 割以上、6 割近くが送迎をされていますし、都市型、福岡、北九州地区になってくると、やはり 3 割前後という形になってくるんで、確かに地域差があって、地域によっては需要がとても多い。だから、もう本当に送迎をやらなければ、いわゆる維持透析施設としてもお互いにやっていけないという形ということです。

日ノ下 ありがとうございます。鶴屋先生いかがですか。大学の先生のお立場から見て、送迎の課

題。

鶴屋 当院は大学病院であり、若い患者さんが多いと思っていたのですが、最近は高齢者が多く、特に重症の方が多くて、下肢の筋力が弱っている患者さんや、下肢の壊疽がある患者さんが多く、送迎のある施設に送る場合が多いですね。しかも、歩いて通院できそうな患者さんでも、送迎して欲しいと言われる方が多いです。僕らは、できれば送迎に頼らずに、歩いて通院した方が足腰が弱らなくていいですよ、と患者さんに歩行での通院を勧めるのですが、それでも送迎があったほうが安心と言われる方が多いです。どうしても最近は送迎がある施設に行きたがるという傾向が強いという印象です。

日ノ下 ありがとうございます。東京都内でも、結構人件費も高いですしね。ただども競って送迎をやるようになりつつあるんですね。今、ちょっと話題にされましたけれども、本来歩けるのじゃないかという患者、もっと極端な場合、40 代 50 代の患者が、何の不自由もないのに送迎を当たり前のように希望する。それはちょっとまずいんじゃないかとも思うのですが、一種のサービスみたいになっていて、サービスのいい送迎が付いてるサテライトにしましょう、あるいは、病院にしましょう、そういう発想が増えてますね。どうですかね。この送迎の問題について、なんか一言言いたいというフロアの医師の方、もしくは医療者の方いらっしゃいますか。どうぞ。所属とお名前をおっしゃってから発言をお願い致します。

重松 重松クリニックの重松と申します。有床の透析クリニックです。私どものところは、30 年以上前から送迎をしています。というのは、当時は透析施設があんまりなくて、かなり遠方の不便なところから患者さんが来ていましたので、送迎せざるを得ないような状況がありました。最近は、確かに高齢の方が非常に増えまして、例えば、特養とかに入所している方々はどうしても診療所のほうから送迎をしないと、なかなか特養から定期的に送迎してくれるというわけにはいきませんので、我々のところから特養に送迎をしています。

もう一つは、病院送迎ではありませんが、全腎協(全国腎臓病患者連絡協議会)が送迎サービスボランティア組織というのを作っています。福岡はステップ福岡、北九州すこやかと言いますが、透析の患者さんが運営している送迎システムで

す。福岡の場合は、実は私、この組織の立ち上げにずっと関わっていたものですから、よく存じておりますが、行政からの補助金もなく資金面ではなかなか厳しかったので、ボランティア組織ではあるけど、運営のための資金が足りないの、患者さんから数百円の送迎料いただいています。介護保険が始まってからは、ケアタクシーを利用されている患者さんもいますが、私どものところではごく少数です。

話がだいぶそれでしたが、そのようにいろんな送迎のシステムというのがあるのですけども、私どものところでは、田舎のほうは公共のバス路線がどんどん廃止になっていまして、田舎に住んでいられる患者さんは足がなくなる。通院の手段がなくなるということもあって、どうしても送迎をせざるを得ないということもあります。

それと、一つお尋ねしたいのですが、病院、診療所で送迎をしているところで、運賃を取っているところというのはあるのでしょうか。

日ノ下 ありがとうございます。いろんな貴重な意見いただきまして。今のご質問の、ポイントのところをまとめたいと思います。一つは、特に特養とか、介護系の施設に入られたときには、実質、送り迎えはしてくれない。あるいは、ご自分で来られないので、各透析施設、サテライトがそれをしてあげるしかないというお話が一つ。もう一つは、これも当然今後の形として私どもも考えたんですけど、NPOとか、あるいはボランティア系の活動をうまく活用して送迎をやっていただく。送迎を要する患者の全てに対して、サテライトや病院が送迎の経済的負担を負ってまでやらなくてもいいのかなという考え方もちろんあると思いますし、福岡県内におけるボランティア活動の一端として送迎が行われていたということはいいことだとは思いますが、ただ、それが今はあまり立ち行かなくなっているのでしょうか。

重松 地域の腎友会がNPOやその他の組織で作っている送迎ボランティア組織が全国的には、15年前には39ありましたが、現在は23ヶ所だそうです。北九州、福岡、佐賀、長崎は割合うまくいっているようですが、全国的には縮小気味です。それはなぜかと言うと、無料で送迎する病院・クリニックが増えたこと、それに対しNPOなどの組織で運営している送迎は有料だからではないかと私は思っています。

日ノ下 分かりました。最後の質問は、有料で送迎をしている施設があるかどうかですね。この中でお金を取って患者さんの送迎をやってらっしゃるといところございますか。もしございましたら手を挙げて下さい。隈先生、やっぱり、そういう施設はまずないと考えていいですか。要するに、サテライトで有料で送迎を実施していることはございますか。

隈 ないと思います。

日ノ下 そうですよ。サービスで、多少経済的に持ち出しになっても、無料で送迎をしてあげている施設ばかりである。そこで、私どもがこのプロジェクトを立ち上げたときに一つの案として、それぞれの地域の行政が何かしてあげるとか、あるいは、今おっしゃったボランティアとか、NPOで送迎の支援をしてあげられることがないものかなと考えておりました。今お話に出ましたボランティアもしくはNPOが、多少お金をもらっても送迎してあげる形が今後望ましいというふうにお考えの方いらっしゃいますか。あるいは、もっと別のお考えでもいいし。はい、先生、どうぞ。

重松 何度もすみません、重松です。もちろんこれは、全腎協が音頭をとってやっていることで、患者会の自発的なボランティア活動です。本来は元気な透析患者さんが通院できない患者さん（透析以外の難病の患者さんを含む）を送迎するという趣旨で始まったことなんですけど、なかなか実際には透析患者さんが送迎をしているというのは極めて少ないと聞いております。そういう送迎システムを立ち上げようとした趣旨は、透析患者が移植のための腎臓提供など社会に要求するばかりでは高額な医療費などで国民の理解が得られない、という思いから、何か社会に貢献することはないかということから考え出された運動です。以前には移植の腎臓をもらうのに、もらうばかりではいけないからということで、献眼運動（透析患者が死亡したときに眼球を提供して角膜移植に供する運動）というのをやっていました。最近、腎友会も高齢化が進み、社会にながしかの貢献をするというのも難しい状況にあり、送迎ボランティア組織も伸び悩みのようです。

日ノ下 ありがとうございます。どうですか。宮崎先生。

宮崎 宮崎です。今、日ノ下先生がおっしゃったように、血液透析患者さんは週3回通うという通

院の問題がありますが、多分、高齢者の通院の問題ってというのは、過疎化の問題が広がっていく以上、どこの病院でも起こりうる問題だと思います。過疎化、人口の減少が進むと、バス路線の廃止などのサービスを縮小せざるを得なくなり、行政としては、サービスの効率化を図るため、機能集約をしようというのが国の動きだと思います。そうすると、複数の過疎化の町村をどこかにまとめようとする動きがでてきています。これは、保険、福祉、医療など行政サービス全般に関連してきます。週に1回、あるいは月に1回通院している患者さんにとって、送迎の問題は低いにしても、今後大きな問題になってくると思っています。高齢化と過疎化が進み、近年は、消滅都市という言葉も使われるようになってきましたが、実は非常に大きな問題を、血液透析以外にも含んでいると思います。そういう背景で、在宅医療や保健師さんの役割が見直されてきているかと思っています。

日ノ下 今、過疎化の話とリンクしてご発言いただいたんですけども、確かに透析に限りませんよね。例えば、リハビリに通わなきゃならないとか。あと、ある程度重症の方で、在宅で何とかやっているけれども、バスに乗って1時間、1時間半かけて病院に行かなきゃならないとか。そういう方々への対策として、何か建設的な提案とか、こういうふうにしたらいいだろうとか、お知恵がございますか。どうでしょう。はい、先生。

満生 後半につながると思うんですけども、福岡ではあまり実感しなかったのですが、愛媛に行ったときとかは、例えば、HD/PDの選択に関してさまざまですね。瀬戸内海があるので離島の方が居たりとか、あと、すごく山間部で一番近くの透析施設に山を下りていくまでで3、4時間かかるっていう方。それでも透析せざるを得ないっていう方が当然出てくるわけで、そういう方はやっぱり先にPDをやるんですね。例えば、中国にPDの研修に行ったこともあって、その中国教授は世界地図を貼ってたんですよ。中国なんて、一番遠くは新疆ウイグル自治区から来てるよとかなんか自慢してたんですけども、やはり、非常にPDの一つの利点っていうのはそこにあるんですね。月1回。それから、資材は当然宅配できる、配送できると。高齢化のために自分で交換できない場合も、例えば、さっきの宮崎先生がおっしゃったように、保健師さんであったりと

か、いろんな介護サービスがもし今後利用できれば、在宅医療に持っていくための、PDっていうのは一つの選択肢なのかなと。どうしても送迎してもHDという発想が強くなるのですが、非常に過疎化が進んでくると、PDも一つの重要な選択肢になってくるといことも今は思っています。**日ノ下** ありがとうございます。PDは、まだ日本では3.2%と言われてますけれども、どうですか、血液透析に関わってらっしゃるドクターの方、あるいは医療者の方で、今お話にありましたように、近くの血液透析施設までが相当遠い場合とか、山間部、離島なんかだと、PDを選択せざるを得ない、あるいは、実際にもっとPDを推進してもいいぐらいだとか、ご意見、コメントなどございませんか。フロアの先生方、あるいは看護師さんとかで、ご意見は何かありますか、この問題に関して。よろしいですか。何か。じゃあ、鶴屋先生。

鶴屋 当院のPD患者さんで離島から通院している方が2人いました。その島には血液透析施設がなく、福岡の透析施設まで週3回の通院は困難で、そうすると転居しなければならなくなりますが、患者さんはどうしてもそこ（地元）に住みたいと言います。漁師や農家をしているため、島での生活を継続したいというのが一番の理由で、離島でPD治療を継続していました。ただ、PDがうまくいっていたかというのと、2人とも決して自己管理が良くなかったため、意識不明となってヘリで当院に搬送されたら低血糖であったということや、腹膜炎を起こした際にも来院までの時間がかかって対応が遅れたことなど、なかなかPDを継続するのは難しいと思っていました。結局、数年後にPDでの管理が困難となったためHDに移行して、福岡にいる娘さんのところから近くの透析施設に通院しています。今は離島の方は居なくなりましたが、離島にもプライマリーケアができるようなシステムが必要であることを痛感しました。

日ノ下 ありがとうございます。それも考えてもらわなきゃならない問題ですよ。離島とか遠隔地に住んでいる患者さんに、PDのほうがふさわしいんじゃないかということで、PD導入する。しかし、腹膜炎を起こさずに、スムーズに問題なくPDを続けることが難しいケースもある。それはよく分かります、東京でも経験することなので。例えば、それをサポートする看護師さんが離島には1人も居なかったり、保健婦さんも居なかった

りするんですか、そういうケースって。

鶴屋 ちゃんと診療所もあるし、ドクターも居るので、このくらいのプライマリーケアをしてもらいたいということ話し合い、きちんと連携していけば、もう少しうまくいくんじゃないかと思えます。

日ノ下 ありがとうございます。つまり、PDを推進するにしても、後で出てくる長崎の宮崎先生のお話とも関係してくる可能性が高いのですが、要は、HDで通院していただくのがいろんな意味で大変だったり、あまりにも遠過ぎて大変だったり。そういうときにPDも一つの便法なんですけれども、その場合はやはり、医療体制、環境がしっかりしてないと、続けるにいくし問題も多いだろうというところだと思います。またそれは、PDの話と絡みますので、後でディスカッションしたいと思えます。

今日の送迎に関する皆様のご意見をまとめますと、基本的にこれまでどおり、各施設、サテライト等、持ち出しであっても、現状では続けてあげる。しかし、中には送迎が不必要な患者さんが、送迎があるという理由だけでサテライトを選んだり、そういうのも問題ですし、また、特に遠隔地の方とか、離島の方とかですと、送迎をしてあげたくても、それもままならない。ならば、もう少しHD以上にPDを推進してもいいかなということかもしれません。ただし、PDに誘導する場合には、その地域の地域包括ケアといいますか、環境を整えてあげないと、なかなかうまくいかないことも多いだろうということが分かりました。

全体を通じてこの送迎の問題に関して、パネリストの方でも、フロアの方でも、ご意見、是非何かコメントしておきたいことがございましたら。じゃあ、金井先生。

金井 問題点の3番の所なんですけど、介護保険サービスを送迎に当てるということですが、一般的に、介護度にもよると思うんですけど、確かに血液透析は病院に行けば何とかなという治療法ではありますけども、うちに帰ったらいろんな、食事、入浴、清拭とか、介護法保険でカバーしなくちゃいけない項目があると思うんですけども、送迎にはあちらからバジェットというんですか、それだけの予算が、それはその中で厳しいことはないんでしょうか。それとも、さらにプラスアルファで何か付けることになるんでしょうか。

日ノ下 確かに現実的な問題として、使える枠組みというのは決まっていますので、他のことに使っちゃうと今度は、例えば、送迎のタクシー券はそんなにもらえなくなるとかということが現実にはあるんですね。その部分を、例えば、こういうディスカッションとか、あるいは透析医会とか、透析医学会のほうで、もうちょっと介護保険サービスを利用できないとか、あるいは利用して欲しいということで、その声が大きくなれば、行政へ上げて、介護保険の見直しということも考えられると思うんです。宮崎先生、いかがでしょうか。
宮崎 当院の近くも過疎化がひどくて、コミュニティで少しずつお金を出して、小さな車を走らせたらかどうかという案も出ていました。送迎と違いますが宮崎内科に来る患者さんもいるだろうし、ストアに買い物に行く人も居るでしょうし、巡回バスみたいなものを、その地域で走らせたらかどうかという意見もあったのですが、法律的に、タクシーとの違いは何なのか？というような問題があって実現しませんでした。HDの送迎だといいかもしれないけど、コミュニティでやろうとした場合には、困難なこともあるということをお伺いしました。

日ノ下 ありがとうございます。その点どうですか。例えば隈先生なんかどうお考えになりますか。
隈 なかなか地方のカラーがありますし、政治もどんどん変わっていくので、正直申し上げて、自分のところでやってしまったほうが簡単というところがあります。そういうお考えの方も多んじゃないかなと思います。

日ノ下 分かりました。ありがとうございました。重松先生からいろいろお話しいただいたんですが、患者さん同士で送迎するとか、あるいは、ボランティア、NPO、そういった活動を通じての送迎というのはいろいろと難しい。あるいは、行政が中心になって、半官半民のような形で何かしようという場合も、今お話がありましたように、それぞれでの地域の特性とか、政治的な事情とかがあって、思うようにいかない。その件に関して、新しい形をどうしても提言しなければならないということではないのでしょうか。今のところは、実際透析施設を運営されている隈先生、どうですか。このままでもしょうがないということでしょうか。

隈 先ほども少し申し上げましたけども、介護保

険で要介護の認定がなされた患者でも、ケアタクシーを使わない患者が居るところが一つの大きな問題だと思います。これは、本日、ひょっとしたら患者さんの会の方もおられるかもしれませんが、患者さん達も少し自己負担というか、一部負担というのは是非していただきたいと思います。

1割の負担を払いたくないために、介護保険を使わず施設の送迎を利用するときに、自分で乗り降りができないような介護度の重い方までケアタクシーを使わないという傾向があります。その辺りはやはり、私どもが足並みをそろえて患者さん達のほうに協力を仰ぐべき問題ではないかと思えます。

日ノ下 ありがとうございます。どなたか最後にコメントございませんか。はい、どうぞ。

中嶋 鯉田診療所の中嶋文行と申します。有床の診療所で、送迎もしております。隈先生が言われた話とかぶるのですが、一つは、実際問題として、民間の施設としては競争っていう意味もありますから、患者サービスをどうしてもするところがあるのですけれども、それをしなければ、例えば老老介護とか、老人の認知症の患者さんがどうなるかを考えたときには、やはり送迎サービスはどうしても必要だろうと思います。そのときに、無料のサービスでやっていますから、介護保険を認定されても1割払いたくない人はいっぱい居るわけです。だから、当然、私のところも条件付けて送迎をやっているのですけれども、運転手が一生懸命手と足を加勢しないと乗り降りできない患者さんが利用するのを、「あんた駄目よ」とは言えない。そのためには、私達みたいな施設がやっているところでも、1回いくらかとかいうお金を有料にすれば、介護タクシーの車いすまで乗り降りさせてくれるサービスを利用する人が増えるのじゃないかな、とは思っています。ただ、そうすると運送事業法かなんかの関係で、お金を絶対取れないのですよ。私達民間がやってもですね。だから、そここのところをもうちょっと何とかならないかなとは思いますが、無理だろうなと思って送迎を続けております。以上です。

日ノ下 ありがとうございます。なかなかいろんな事業の規制のはざままで、皆さん悩んでいらっしゃる、あるいは、苦しんでいらっしゃるがよく分かりました。ただ、本当に送迎をやってお

られる施設が増えたのですが、皆さん、善意で、患者さんのことを思って、あるいは、本来ならこれは介護保険でヘルパーさんも付いてやってくれるべきところかもしれないが、そこはいろんな事業で患者が介護保険のタクシーとかその他を利用なさらないときに、やむを得ず患者さんの立場になって皆さんがやっていらっしゃるがよく分かりました。また機会がございましたら、送迎のことについてもご意見を仰げればと思いますが、時間も押しておりますので次の議題に移りたいと思います。

② HD 患者の長期入院透析

日ノ下 特に透析導入病院ですね。基幹病院、それから、大学病院の先生方とかは、導入はしたもののこの後どうしよう。あるいは、いったん無事に通常のサテライトを紹介して、HDをやり始めても他の大きな病気が重なってまた入院してくる。今度はADLが非常に落ちてどうしよう。こういうような症例に遭遇するケースが非常に増えてるんですね。昔のように長期入院透析ができる環境を整えればいいなと思っていたのですが、このプロジェクトを立案したときには、是非行政を動かして何とかしようと思っていました。幸いといいますか、この3月の診療報酬改定で慢性維持透析管理加算を付けてくれたわけですが、しかし、それだけで解決できるかどうか、なかなか難しいところでもあります。その辺りについて皆さんで議論いただければと思っています。まずパネリストの先生のほうで、長期入院透析に関してご意見、ご感想のある方いらっしゃいますか。では、船越先生お願いします。

船越 長崎腎病院の船越です。先ほども申し上げましたけど、私どもは総透析患者が430人で、入院80人、老健30人、合計120人分の収容があって、長崎市だけの総透析患者が1,300人ですので、透析患者のためだけのベッドが120あれば十分だと思ったのですが、これがとんでもなく足りなくて。しかも、この状況はどんどん増えていきますので、透析患者さんのための長期入院ベッドを充足させようという考えは最初から無理なような気がします。となれば、当然、在宅、あるいは、他の老健施設との連携っていうことになるのですけれども。ちょっと話が飛んじやいますが、まず私どもは、病院を3年前に建てたんですけれども、

透析室があって、病棟があって、その上に、同じ建物の中に特養を作りました。大変申請するのに苦労したんですけれども、今後、こういう需要が増えてくると思うので、できる限りの収容能力は持っておいたほうがいいと思います。ペイするかどうかという、もう十分にペイ致します。結局、ギリギリまで通院していただいて入院される方って、残念ながら長く生きていただけないので、平均在院日数も、我々一般病床ですけど、40日ぐらいです。シャントトラブル入院とかもありますし、ペイは致します。しかし、根本的に通えない人に対して面倒をみる人もいないという事は、1病院だけでは解決できないというふうに考えます。

日ノ下 ありがとうございます。高齢化社会を迎えて、この問題にどう立ち向かうのかということで、例えば、病院と、今もお話がございました、同系列の老健、あるいは、場合によっては特養、そしてサ高住、そして、附属のサテライトも作ったりして、オールラウンドに対応するわけですね。例えば、サ高住に入って、通える人は通う。あるいは、かなりADLが悪いとか、不自由がひどくて、老健とか特養とか、もっと状態が悪い場合には入院とか。そうした方々にさまざまな形で対応してあげるように、総合的に考えて作られている施設があることはあるんですね。船越先生のところもそうですし、全国所々に最近できてまいりました。実は、私も東京の新宿区内にあるのですが、札幌にもそういう複合的施設がございまして。札幌からそういう入院透析とか、あるいは、単身者で家族が居ないから、移住してあちらの関連施設に住まいながら透析する形どうですかなんていう、勧誘のはがきが届いたりしています。逆に言いますと、そういうコングロマリットが存在している地域はまだ恵まれているんですね。そういう取組みがない地域もありまして、それも今後の課題ですね。ただ、今の船越先生の話ですと、オールラウンドにいろいろな方に対応できるような大きな施設を作ってもペイはするということですので、ひょっとしたら各県一つや二つはそういうのがあってもいいのかもしれないんですけど、その点についてはどうですか。鶴屋先生、満生先生、どんなお考えですか。

満生 非常にこれは切実です。特に我々のように急性期病院では。まず導入からいくと、以前は、

20年とか30年、最初のころは恐らく長期透析の方の問題っていうのがあったと思うんですね。透析歴が20年、30年、40年となる。そうしてだんだん弱ってこられた方をどうしようかっていうのがあったんですけども、もう今は、最初から皆さんADLの低下した方、QOLの悪い方を導入せざるを得ない状況がどんどん出てきています。だから、正直言うと、最初の頃は、社会的などうか、自立してなければ、非常にネガティブなインフォームド・コンセント(IC)をしたりとか、正直あるわけですよ。そういう自立性が非常に大事だよというようなことを強調しながらICしたりとかも実際にしたんですけど、今はそういうことがなかなかできない。ほとんどの導入の方が高齢者でいらっしゃるの、やはり皆さん、ある程度一律導入を当然やっていくわけですが、その後のことは、我々もそこまで考慮してできてないところが正直言っています。だから、維持透析をしていただける施設、入院にしろ、ケアの必要な方を診てくださる病院さんの存在っていうのはすごく有難いです。そういった施設の存在っていうのは非常に急性期病院としても一番の課題になっています。

あと、先ほどの金井先生のほうからありましたけど、合併症で入院されて、歩いてこられた方が寝たきりで、どっか行き先を探さなきゃいけないっていうのも非常に増えてまいりましたので、やはり長期入院が一番問題です。それから、ベッド数が増えるのはいいんですが、恐らく厳しいと思いますので、あらゆるサービスとかいろんなものをできるだけ使って、何とかやっていくしかないのかなっていうのは、正直、それくらいしか思いつかないんですけど。

日ノ下 ありがとうございます。先生、導入したはいけど、送り先がなくて困るっていうケースはないのですか。重症の方とか、認知症が進んでいる方とか。

満生 実際それで困ったという、いろいろ二転三転するとやはりありましたし、それから、いわゆる転院までとか、退院までの時間というか、在院日数、それはそれで以前よりは長くなっている状況です。

日ノ下 どこも同じだということが分かりました。うちも、入院透析でなければ続けられない患者はいます。入院透析受けてくださる施設がない

わけではありません。しかし、受けてもいいよっという病院は幾つかあっても、ある程度必要な経費を考えておかないといけません。生活保護とか、経済的に余裕のない方の場合は、なかなか適切な施設を見つけられなくて苦労してる人も多いですよね。その点どうですか、北九州地区では一、金井先生。

金井 やっぱり高齢者が多いと、導入期からギリギリの方ってというのが非常に多い。自宅から尿毒症で入院する人もいますけども、導入の時点で施設に入っているとか、導入の時点で長期入院してる人もいるので、どう考えても導入した後に即退院は難しいだろうなっていう症例がかなり多いです。うちの病院でやっているのは、入院前の段階で、療法選択の段階から、もし透析した場合に近くに何とか通うのか、それとも、近くに入院施設はないから、車で 30 分でも 1 時間でも、毎日見舞いに行けないけどそこでいいのか、もしくは、在宅で PD するかという、療法選択の段階から将来入院した場合の先を考えるというふうな手を打たないと、先ほど言いましたように DPC もありますし、在院日数から言うと、かなり病棟のほうは逼迫している状況にありますので、導入前から対応するようにしているのが現状でございます。

日ノ下 ありがとうございます。透析導入した後のことを考えて、先に透析導入前から今後のあり方を考えておいたほうがよかろうということですね。そういう意味では、私どものところもそうですが、そこまで先を見越して考えてない導入病院もまだまだ多いかと思います。貴重なご意見ありがとうございました。今後、意識しなければならぬですね。じゃあ、原田先生。

原田 長崎腎病院の原田ですけども、私が入院の担当を主にしてるものですから、船越理事長と私が努力していることをちょっと話したいと思うんですけど。うちは 15 対 1 なので、在院日数 60 日超えたら大変なことになるので、40 日までできるだけ短期間入院で帰ってもらって、また入院してもらおう。それから、例えば、糖尿病の人の CGM (Continuous Glucose Monitoring) を、3 日間の指示を短期間でやっていただくとか、そういう努力をしないと、すぐに 60 日超えてしまいます。現在、80 ベッドのうち、半分は 3 ヶ月以上入院されてます。ですから、そういう努力が必要だと思えます。

それと、できるだけ帰っていただくとして、いろいろな施設にお願いするんですけども、ここに、お話が出てくると思ったのですが、慢性維持透析管理加算が新設されましたけど、療養病棟入院で 100 点です。隈先生は透析医会の副会長されていて詳しいと思うんで、追加していただけたらいいと思うんですけど、実際、療養病棟で透析患者さんでない人と透析患者さんが入院したときの比較をすると、透析患者さんが非透析患者よりもお金が掛かっている。だから、1,000 円いただいても 1,300 円ぐらいかかるので、つまり 300 円は余計に掛かるということなんですね。したがって、療養病棟への入院は、今後難しいかもしれません。

そういうことが一つと、それから、実際施設にいろいろ移っていただくときにもう一つ問題があるのは、これは私達が介入できない問題があります。透析患者の経済的な背景をいろいろ調べた全腎協の報告がありますけれども、収入、それから年金収入のすごく少ない方がおられます。収入が 200 万円以下の人が約 3 割。年金が 200 万円以下の人が約 6 割で、100 万円以下の人が 3 割です。そういう方はどこにも入れないんですね。だから、実際うちには、こういう方々が行き先がなくてずっと入院しています。そういう経済的問題があるということですね。

日ノ下 ありがとうございます。今のお話は、慢性維持透析患者さんについては、多少療養病棟としては持ち出しになるけれども、先生、ゼロよりはいいってということなんですか。

原田 今後、療養病棟では長期入院が困難になると思えます。

日ノ下 患者さんの立場からすると、入院透析を続けていく上で、全く費用がゼロではない。経済的な面で立ち行かない患者も多くて、適切な病院が見つからず、同じ病院、例えば、今回のケースですと、長崎腎病院さんにやむなく長期入院になってるという方も多いということですよ。

その他、実際、入院透析に関してお困りの施設はございませんか。九大の鶴屋先生いかがでしょうか。

鶴屋 確かに入院透析が必要な人は非常に多く、ただ、近隣施設でどんな状態でも取っていただける施設がありますので、どうにかなっているような状況です。ただ、入院を診ていただけたところがたくさんあるわけではないので、そのような施

設に寝たきりの患者さんが集中し、状態の悪い患者さんばかりになってしまう可能性もあります。透析医療というのは本来、自立を目的とした治療法なので、寝たきりで意識もはっきりしないような状況の患者さんは、できるだけ透析を導入しないのが我々の仕事ではないかとも思っています。もちろん、透析非導入は簡単にできることではないので、しっかりとインフォームド・コンセントを取ることが重要で、家族と十分に話し合っているのですが、結局、本人は分からない、家族は決めきれず、面倒を見る気はないけど透析はやって欲しいとかいうことになり、導入せざるを得なくなる場合が多々あります。そういう形で導入した患者さんを、入院患者を診ていただける病院に押しつけるような感じになるのが非常に心苦しく思っています。数年前から日本透析医学会でもその辺りの問題を取り上げて提言を出していますが、将来的には法的な整備が必要になっていくものと思っています。

日ノ下 ありがとうございます。今のお話は、導入病院だったら大体抱えてる問題だと思うんですけども、例えば、狭心症、心筋梗塞を発症していて、さらに肺炎も起こした。そして、透析を導入しなければならぬ高齢者の患者さんが入院していたとしまして、心カテをしましょうとか、最悪の場合、レスピレーターにのっけて、人工呼吸器で管理しましょう。あと、透析に関してもクレアチニン値が8や9なので透析しましょうかっていった場合、透析だけはしてくれっていうケースが東京ではすごく多いんですね。心カテとか、その他のことは望まないけども、腎機能がどうしても立ち行かなくなったら、透析だけはお願いしましょうという患者や家族が割と多いんですね。ですから、超重症者の方でも透析は受けちゃう。血液透析には乗っけて、例えば、肺炎だったり心不全は乗り越えて、そのまま入院していれば何とかやっていけるというような方が増えるんですね。そういう方を次どうしよう。いつまでも大学病院や基幹病院、赤十字病院とかで続けて診るわけにいきませんので、その後どうしようかっていうので、悩んでいる先生も結構多いと思います。

それともう一つは、意識レベルがかなり低い方とか、ADLが極めて低く全く自立できないような方に対して、果たして透析導入をさせていたってもいいのか。あるいは、ご本人の何らかの形

でのコンセントがあればやらなくてもいいかもしれない。そういうふうな話をいただいたと思います。どなたかフロアの方で何かありますか。

重松 重松です。先ほど申しましたように、私どものところは有床診療所でございます。よく頼まれるのは、センター病院から、退院させるのは早いから、そちらでしばらくリハビリをさせて下さいというふうなことが多いんですね。考えてみますと、大学にしろ、センター病院にしろ、透析導入と重度の合併症の治療が主な役目なのでその患者さんの行く先までいろいろ考えるというのは非常に負担が重いだらうと思います。福岡市の場合は、例えば療養病床で入院透析を主にやっている病院というのはいくつもありますので、何とか今のところは連携がうまくいっています。私どものところでこの人は入院が長期になりそうだと思うと、そういう療養病床をお願いをする。リハビリで何とか在宅なり、あるいは介護施設なりに行ける人については、何とかリハビリで頑張って退院に持っていくというふうなことをやっております。私のところは現在、10人ほど入院しておりますけれど、両足切断の人が2人と、片足の人は何とかリハビリで在宅に帰せるとは思っておりますが、その他は介護施設から肺炎とかで入院して、帰せなくなった人ですね。介護施設はご存じのように、入院が3ヶ月になるともう席がなくなりますので、退所しなければなりませんから3ヶ月以内に何とかしないとイケないという縛りがありますけど、どうしても間に合わなかった人はずっと入院させないとしょうがないかなというふうなケースもあります。

もう一つ問題は、やはり金銭的なことだと思います。入院だと、食費の一部負担ぐらいで済みますけれど、在宅あるいは介護施設に入ると、それなりに十数万円のお金が掛かるというふうなことで、やはり帰らない退院しない患者さんが多いということが問題かなと思います。これは、介護報酬と診療報酬の考え方の違いなのかもしれませんが、診療報酬でも入院については、その居住費や食費の一部負担というのはこれから当然出てくるのではないかと思います。入院がどんどん増えるのは、それだけ患者さんのほうから言えば安いから入院して居たいというのが、偽らざる本音かなと私は思っております。

日ノ下 ありがとうございます。福岡県内の場

合、先ほど満生先生とか鶴屋先生のほうからお話がありましたように、何とか急性期病院からお願いして、次のステップ、有床診療所だったり、中小の病院に移して、そこで長期にある程度リハビリして退院。場合によっては、今お話がございましたように、経済的な側面から帰れずに、そのまま入院の形を取っていらっしゃる方もいる。ただ、それなりに何とかまだこなせているという状況のようですけど、どうですか。福岡県以外、他の県からいらっしゃる、どうぞ。

池井 池井病院の池井です。宮崎県的小林市という小さい町なんですけど、そこで、一般病床 28、医療療養型 26、介護療養 24、老健 50 っていう形でやっていますけれども、今のところ前にあったように、何とかできている状況なんですけれども、今後非常に不安に思っているのが、今回の病床機能報告制度で、一般病床と言われる急性期から帰す場合っていうのが在宅復帰っていうところで、在宅強化型の医療療養型であったり、老健でない在宅として認めないという縛りができていると。そういう状況になったときに、急性期を診ていただく病院が今の療養型であったり、老健に移しても在宅復帰にはつながらないという問題が出てくるんですよ。だから、今後どういうふうにしてそういう長期入院だったりとか、透析患者さんが急変して寝たきりになった状態を診ていこうかっていうことに、非常に今、頭を悩ませている状況なんで、その辺りについても何かご意見があったら聞かしていただきたいと思います。

日ノ下 どうですか。パネリストの先生でご意見ございます方は。じゃあ、船越先生。

船越 基幹病院の先生方から心苦しく思っているという言葉、本当に大変ありがたいと思いがら聞いておりました。ありがとうございます。我々、2007年に厚労省から終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインが出る前から終末期医療に取り組んでおまして、長崎市で言えば、どこの施設に行っても最後はうちの施設で亡くなるっていうのは大げさですけども、Aクリニック、Bクリニックで動けなくなったらうちに入院して亡くなることになります。これは、我々の意気というか、考えの持ちようだと思うんですけども、負担にはなっておりませんし、そういうところが大都市に一つ、あるいは二つできてくれるっていうのも今後の一つのモデルかと思えます。

もう一つは、先ほどの基幹病院の先生もおっしゃっていましたが、透析の非導入っていうのは、ちょっと今回の筋から離れますけども、非常に大きな問題と考えます。我々もできてないんですけども、患者さんに導入を説明するときには将来像を、つまり半年後にどうなって、そのときにはあなたの家族が、あなた達の生活がどうなって、患者さんはどういう状況で、最後にはこういうふうになるっていう、最終像まで具体的に示してあげて取り組んでいかなければならないというふうに考えます。

私どもでは、85歳以上の超高齢者の導入患者の統計を取って、今年発表したんですけども、平均生存期間が1年。半分は自宅に帰れますので、本当に判断は非常に難しいこととなりますけれども、個人個人のオーダーメイドになり、非導入という選択も我々はためらわずに話するだけにするようにしています。

日ノ下 ありがとうございます。先ほどの宮崎県の池井先生ですが、実際現場では在宅へつなぐのが難しいというお話しでしたが、こういうふうな仕組みを変えればうまくいくというような何かご提案はありますか。

池井 今は何とかやっていけるんですけども、今後、そういう形に制度が変わっていくので、今、病床機能の報告を行ってる段階。そうすると、そういう方向に病院の経営を転換していかないと、急性期をやっている病院も、送るにも送れないんですよね。急性期の病院は在宅復帰率を上げなくちゃいけないということになりますと、在宅強化型の療養型病床であったり老健でない、帰しても在宅復帰という形にならないので、急性期はやっぱり在宅復帰型の強化型の病院を探して送るということになる。そうするとそういうところは、またさらに在宅に何日以内に帰さなくちゃいけないという縛りが出てくるので、そこはまたそこでどこかの施設とか、そういうところを送らなくちゃいけないということで、今までの何とかやっていたものが、皆さんの努力でやってきた部分が崩れてくるんですよね。だから、それについての対策っていうのも何か考えなくちゃいけないんですけど、個人レベルでできる状況ではないので、何かいい知恵があったら教えていただきたいということです。

日ノ下 どうでしょう。隈先生なり金井先生、い

かがですか、何か。

隈 皆様よくご存じのように、現在の入院医療体制はワイングラス型の病床配置になっています。それを厚労省が一生懸命ヤクルトのボトルの形に持っていきたいということで、何年も取り組んでいます。ところが、逆に急性期型のいわゆる7対1のほうが増えています。これは、厚労省の目指した方向と逆に、医療機関はみんな生き残りをかけて、看護師を集めて7対1を申請して、高い入院料の病院経営で生き残ろうとしているわけですね。そこで、先ほど宮崎の先生がおっしゃったように、在宅復帰率、病床機能報告制度が出来たわけですね。そういう中で透析患者さんが急性期から慢性期の病床にスムーズに移っていくのが正しい方向だとは皆さん思っているのですが、先ほども言いましたように、ワイングラス型で真ん中が細くて、受け入れ先が少ないのが急性期型の施設の一番お困りの点だと思います。

一つの解決として「有床診療所の活用」があると思います。ただ、今回の改定で維持透析管理加算というのが新設されましたが、療養病棟にしか認められず有床診療所の療養病室では算定できません。療養病床では安い入院料に比べて看護職員や介護職員の人件費がかかり過ぎると非常に重たい問題があります。療養病棟の入院料は医療区分1、2、3とADL区分1、2、3の組み合わせで決められています。日本透析医会は透析患者の医療区分を2から3に上げてくれという陳情を何年も続けてやってきました。その結果、今回の診療報酬改定で、医療区分2が3に上がらない、いわゆる入院料を上げてくれなかった代わりに、わずかですけど、「維持透析管理加算」が付いたわけです。しかし、ふたを開けてみると、有床診療所の療養病室では算定できません。有床診療所は全国にまだたくさんあって急性期型の病院からの患者の受け入れ先として機能しているし、特に過疎の地域においては大病院や療養病棟がなくて、有床診療所がそういう任務を果たしている所がたくさんあります。そういうところが、今回、目の見なかつたわけですね。ですから、今後、日本透析医会は有床診療所における「維持透析管理加算」を強く主張していきたいと考えています。

宮崎県の池井先生のご質問に対する答えにはなっていないかもしれませんが、透析医療においても、なんでもかんでも大きな病院へという流れ

の中で、急性期病院の救急医療が崩壊しつつある。しかも、急性期を本当に担うべきじゃない病院まで7対1を維持して生き残ってるというアブノーマルな形は、国民の目から見ても、国から見ても直すべきなので、その方向性は変わらない。この方向性の中で池井先生がおっしゃったような病院がどう生き残るかという問題がありますけども、やはり全体の流れとしては、ピラミッド型あるいはヤクルトのボトル型の病床配置になりつつ、どの病院もちゃんと生き残れるという方向が望ましいと思います。

日ノ下 ありがとうございます。金井先生、何かございますか。

金井 当院の循環器で急性期の患者さんが非常に多く、脳血管障害や狭心症が多いんですけども、やはりさっきの7対1看護、そしてまたDPC、そしてまた退院のことについて勉強会が盛んにやられておまして、どうも病院の状況を見ると、今度はICU、CCUの重症度の加算の問題が入ってきて、ICU、CCUの患者さんが減っているんですね。だから、非常に重篤な患者さんを短期間しか診ないという傾向に、残念ながら救急病院としてなっていって、どうしても入院期間は短くて、早期に退院また転院になると。そうしますと、先生の今のご質問の答えになってないかもしれませんが、やっぱり私がやるべきことは、腎代替療養は継続するとして、よく言ってるのが一つの透析方法にこだわらないということですね。先ほど鶴屋先生からPDの話もありましたけど、場合によってはPDからHD、HDからPDに変更しても受けられるのであれば在宅とか、HDの機械はないけども、PDだったら誰かやるんだったら診れるという施設もあるわけで、実際それでお願いして、近隣の長期施設に入って家族がやるという、日本型のアシスタントPDって呼んでおりますけども、そういう補助してやるような透析療法も今後広めていかないと、なかなか在宅への復帰は望めないという感じですね。

日ノ下 ありがとうございます。PDの活用の話も出てきましたけれども、これはまたPDのパートがございまして、そのときに議論すると致しまして、取りあえずこの辺で時間が来ましたので、このセッションのテーマは終わりますけれども、まとめますと、いわゆる大規模病院、そして急性期病院、大学病院は、それぞれの置かれた立

場とか、あるいは、医療保険制度の中で決められたいろんなルールとか保険料の関係でなかなか縛りがございまして、生き残りをかけて必死になっている。決して患者さんをないがしろにしていたり、入院透析を十分にやりたくないわけじゃないけれども、なかなか難しい面があって、その次のステップ、セカンドステップが非常に大事になってくると。その中で地域によっては先ほどの長崎腎病院の例もございましたけれども、「よっしゃ、それはどんどん受けましょう」という恵まれた地域もなくなっているんですがー。東京も含めた一部の地域はなかなか経営上難しいので、長期入院透析を認めてくださる施設数が少なかったりします。それは別に東京に限らず、県によってはそういう所も確かにあるんだと思いますので、そこは透析入院もできる中小の病院をさらに手厚くするとか。あと有床診療所の活用の話が出ておりましたね。それは非常に建設的なご意見だと思います。長年、透析医会を中心に陳情をしても行政が乗ってくれなかったという話を聞きましたんで、場合によっては私どもも一役買って、中小の病院の維持、有床診療所で長期に入院したまま様子を見た場合に、管理加算が付いたりできるような方向でまた考えてまいりたいと思います。では、皆様この辺でよろしいでしょうか。

では次に移りたいと思います。

③ HD における長期留置型カテーテル使用

日ノ下 バスキュラーアクセスの問題ですね。先ほどもこの会が始まる前に福岡の病院の先生方と話していたんですけれども、15年20年前に比べると、いわゆる通常の内シャントの手術を1回だけして、すぐもう使えるようになって、何の問題もないねってような患者さんは減ってまいりまして、2回3回とシャントの手術をやる、あるいはグラフトに頼る。あるいはそれすらも難しく、血管がなくて、やむを得ず留置型カテーテルを設置する方が、かなり増えてきてます。これは、透析患者さんの高齢化が進んだこともございますし、もちろん、結果として入院透析との関係も出てくる問題ではございますが、この問題について、まずパネリストの先生の中でどなたか意見がいただければと思いますが。満生先生いかがですか。
満生 ここにご提示されているとおりになんですけど、特に私どもは先ほどあったように、非常に高

齢の方、重症の方の導入もそうですけれども、バスキュラーアクセスのトラブルケースを引き受けるわけで、それがPTAもしくはオペでリペアできない。それから、例えば、人工血管等にしたらできるだろうけれども、心不全症例で、恐らくこの方にとってはシャント自体が非常に不向きである。もしくは、そういったシャント管理ができないような、認知症とか、そういう意識状態の方とか、そういったもろもろの状況をかんがみて、やむを得ず長期留置カテを使うというケースが大体オペ件数の、年々増えてきて、現在、恐らく1割は超えているだろうと思います。そのうちおそらく2割ぐらいいたんではないかなという印象になっています。

率直に言って、例えば、他の病院の先生方からは安易にやり過ぎじゃないか、みたいな感じでお叱りをいただくというか、もうちょっと安直にカテに逃げずに、ちゃんとシャント作ること考えたらとか、そういうご指導とかをいただくこともあるんですけど、それでもそんなにやってるつもりはないんですけども、いろいろ嚴重に考えた上で、やはり長期留置カテに流れているケースが正直ほとんどですね。それが我々の現実です。

日ノ下 ありがとうございます。どの地域でも、東京もそうなんですけれども、昔に比べると長期留置型カテーテルに頼らざるを得ないケースが増えている状況ですけども、実際に現場の先生方はいかがですか。通院、もしくは、介助でお見えになっている維持透析患者さんで、長期留置型カテーテルでやったという方、そういう患者さんを診ている施設はどれぐらいございますかね。この中でそういう患者さん、維持透析施設なんだけれども、長期留置型カテーテルを使った透析をやっている患者さんが居るって施設どれぐらいいらっしゃるでしょうか。ちょっと手を挙げていただけますか。そこそこいらっしゃいますね。今手を挙げていただいた施設の中で、何か現場で問題点とか、あるいは、急性期病院というか導入病院に対してコメントのある方いらっしゃいますかね。もしありましたら、はい、どうぞ。

重松 重松です。私どものところでは長期留置型カテーテルで維持透析をしている患者さんは4名おりますけれども、2人は外来で自宅からの通院で、1人は入院で、1人は施設から通院しております。当初は出口部の感染や閉塞がもっと頻回に起こる

と書いていたのですが、意外と安定して使用できています。ここに平均6ヶ月と書いてあるんですけど、私はもっと長いんじゃないかと思っています。実は、6ヶ月ぐらいで入れ替えないといけないのかなと思っていましたら、そんな症例はないですね。大体2年ぐらいは十分持つような感じで、第一例は日赤病院から紹介されたんですけど、現在も使用中です。意外と長くもつんではないかという印象です。

日ノ下 ありがとうございます。内容的にはどうですか。今後、カテーテルの形式、スタイルを改良したほうがいいのか、そういった何かご要望はございますか。

重松 確かに取り扱いが透析開始時にやや煩雑になるので、ちょっと手は掛かる。これは細いカテーテルですから、仕方がないかなと思っています。特にどういうふうに変えたほうがいいのかというのは、技術的なことについては、閉塞防止のプライミングなど改良の余地はありそうですが、今のところ十分満足はしております。

日ノ下 思ったよりは長持ちするわけですね。

重松 そうですね。

日ノ下 ありがとうございます。スライドにもございましたように、この調査が長期留置カテが何ヶ月何年もつかという調査ではなかったんですね。去年の12月の時点で長期留置カテの療法を用いている患者さんが、そのカテーテルで何ヶ月透析をやっていたかという調査だけであって、ですから、現時点で例えば6ヶ月であっても、その後無事に使い続けていけば2年や3年になる可能性あるわけですし、カテーテルのサバイバルを見た調査ではないというところを誤解のないようによろしくお願いします。他にはどなたか。長期留置型のカテーテルを使って患者さんを透析されている施設の方で、ご意見、コメント、ございますか。じゃあ、金井先生どうぞ。

金井 北九州のほうはあんまりまだ進んでないですね。この統計見ましても、やっぱり透析患者数が60人とか80人とかって施設での長期留置カテーテルの使用経験が3割前後ってことを考えますと、今一番、維持のHDをみている施設では7割近くが長期留置カテーテルの患者が居ないということになりますので、僕達も、シャントがうまくいけばいいんですけど、うまくいなくて、作ってダブルルーメン・カテで帰す人も居るんですけど、

普通の一時的なカテーテルで。ただ、それと勘違いして、長期留置カテーテルもそれと違って対応される先生やスタッフもおられますので、その辺りの点についてクリニックでも長期留置に関しての啓発といいますか、勉強会みたいなものをしていただければいいなというのが一つでございます。**日ノ下** それと、もし長期留置カテーテルの患者をいっぱい診ておられるということで福岡はすごいなと思ったんですけども、開始と終了はスタッフがやられているんですか。ドクターが？どちらでしょうか？

金井 スタッフです。

日ノ下 今、ちょっとお話にあった点は重要な点だと思うのですが、十数年前までは長期留置型カテーテルで透析をやったことがない先生も多い。あるいは、維持透析施設に回ってくることも少なかったと思うんですけど、今後は明らかに増えそうなので、例えば、カテーテルそのもののイノベーションも必要かもしれませんし、それがどういうスタイルであって、どういう使い方をして、どういうことに気を付けなければいけないのか。あるいは、どうやって使うのかっていうハウツー (How To) ものが重要ですね。そういったことに関して、急性期病院や大学病院だけではなくて、中小の病院とか、あるいはサテライトの先生方や医療スタッフが、今後はもっと知っておかなければならない問題であることは明白ですね。ですから、そういったことについて、透析医会や透析医学会のほうでもご検討いただくように我々がお願いしていかなければいけないかなとは思いますが、何かフロアの先生方で。じゃ、どうぞ。

鶴屋 従来、まずは内シャント作成を目指し、どうしても内シャントができないときに長期留置カテーテルを選択するのが原則とは思っていますが、シャント流量を測ると1,000 mL/分も流れている場合があり、そのような症例ではシャント流が心拍出量の20%近くにも相当し、心臓の負担になっていると予想されます。最近、当科の症例で、心不全症状とむくみを主訴に腎移植患者さんが入院となりましたが、内シャントを持っていたため、症状に影響していることが疑われました。そこで、内シャントを閉鎖したところ、心不全やむくみの症状は速やかに改善しました。心負荷ということとを考慮すると、心機能に問題ない患者さんで、少ない流量の内シャントであれば問題ないとは思

ますが、心機能が悪い患者さんに対して人工血管にするか、留置カテにするかを選択する場合、心機能への影響を考慮して、比較的長持ちすること、穿刺しなくていいため痛みがないこと、などの理由で、長期留置カテを選択するのもいいように思います。カテーテル出口部感染の問題がありますが、腹膜透析の出口部に比べると随分きれいな印象があり、医療技術の進歩でもう少しデバイスが改良できれば、今後、さらに需要が増していくのではないかという感じがしています。

日ノ下 ありがとうございます。貴重なご意見だと思うのですが、従来、わが国では内シャントが主流で、何とか一回造ってはみたものの血流が悪いか、あるいは、その後閉塞してしまった場合、また切り上げ、切り上げで作り直さなければいけない、とやっている場合が多い。あるいは、それも難しければシャント再造設ということなのですが、この高齢化社会にあって心負荷のこととかその他考えると、患者さんによっては優先的に留置型カテーテルを最初からチョイスしてもいいのではないかというご提案だと思います。これもまた貴重なご意見で、今後考えていかなければならない課題です。他、どなたか。はい。隈先生。

隈 どなたでもいいですが教えていただきたい。長期留置型カテーテルが長く維持できる患者さんというのは、心疾患や脳血管疾患などがあって抗凝固剤や抗血小板薬を投与している患者さんに多いのでしょうか？そういうのは長期留置型カテの維持に関係ないような印象を受けますが。

日ノ下 満生先生か鶴屋先生になると思うのですが、どうですか。

満生 実際それは関係ないんです。ですから、我々も長期留置カテを入れたからといって、抗凝固薬、抗血小板薬とかを入れるかといったら、それは入れません。先生のおっしゃるとおり、やはりイノベーションというか、長期留置カテの一番の問題点は二つあると思います。一つは、これはもう出口部の感染の問題です。ですから、ひどい場合には全撤去になっていく症例がありますので、感染の問題だと思えますね。これに関してのイノベーションとしては、今どうも作られているようですけど、出口部はPDもそうですが、陥凹をしているわけですけども、むしろ凸型の完全に上皮とカテが一体化するような、ちょうどネズミのしっぽのようなかたちのカテがどうも開発中で

あると。確かにテクニカルには、革新が進んでいるんじゃないかと、それはちょっと期待したい部分があるんですけども、新たな出口部の形状ですね。それによって感染および、もう一つの問題はリークの問題が解決されるのじゃないか。というのは、QOLの面でも救われることが出てくるんじゃないかなという事は思います。

それともう一つはやはり血栓、閉塞の問題です。それはもう挿入部分の内頸静脈の問題もあれば、やはりカテ内血栓の問題もあります。主にカテ内の血栓だと思うんですけども、その抗血栓性については、やはりイノベーションが必要である。実際の現実的な対処としては、ウロキナーゼを注入して閉塞をきたさないというようなこととか、そういうことをしてますけれども、それができなければやはり入れ替えるということになってくるわけです。そうじゃなければ、感染とこの抗血栓性がクリアできれば、我々としてはどれぐらいの年数でとか、切らずに使用してますので、ほぼパーマメントに近いものになってくるかもしれないという事は期待してます。

日ノ下 ありがとうございます。今日のディスカッションで、長期留置型カテーテルの問題点と、それから、今後への期待についても聞けたと思います。ちょうど長年我々が使ってきたいわゆるテンポラリー、一時的なダブルルーメンカテーテル、あるいはトリプルルーメンのカテーテルがいろいろ工夫されたりしてますよね。ウロキナーゼをコーティングするとか。それと同じようなことを長期留置型カテーテルに対してもやっていかなきゃならない課題なのかなと感じました。ちょっと時間が押してますので、申し訳ありません、次のテーマに移らせていただきます。

④ HD における介護保険サービス

日ノ下 これまでのディスカッションの中で、介護保険サービスの活用の仕方とか問題点も多少出ておりましたけれども、実は実際アンケートを実施した私達からすると、やや意外な結果だったんですね。今スライドに出ています2番目の所。満足していますという施設は3分の1強ございまして、どちらとも言えないが3分の1で、満足していないが3分の1弱だったんですね。もうちょっと満足されてないのではないかと思ながら質問票を送らせていただいたわけですけども、思っ