

問題ってということで、随分考えては来ているのですが、なかなか解決策がないというのが現状である。

先ほど自治体でって話もありますけど、豊かな自治体はいいです。先ほど言ったような、月2万円なり3万円の患者さん送迎を、それだけのお金を出せるとい自治体がどれくらいあるのかっていうのがちょっと、その辺りは地域差のある話じゃないかなというような気がしております。すいません。長々としゃべりました。

日ノ下 いえ、どうもありがとうございます。まさに透析医会、こういう問題は、近年、相当お考えになったり、調査をされたり、実質的に問題を煮詰めていらっしゃるの承知しています。また、東京のほうの杉崎先生が透析医会誌に載せていらっしゃいましたね。

今のお話では、結局都心部では、競争も激しいし、場合によっては患者さんへのサービスの一環の部分も含めて、費用負担が結構かかるんだけれども、やらざるを得なくなっている施設が多いだろう。かといって、じゃあその負担額があまりに大きいので、医療保険、もしくは場合によっては介護保険の利用を考えても、少なくとも行政のほう、厚労省側、保険支払い側のほうでは肩代わりをしてくれる様子はないし、このことはなかなか難しい課題であるということでございますけれども、その辺に関しては、どうでしょうか。大阪の病院にお勤めの椿原先生、伊藤先生はどのようにお考えになりますか。じゃあ椿原先生、よろしくお願い致します。

椿原 非常に重要な問題ですが、私の立場からはあまり関心有りません。我々の病院は導入病院であり、全て入院患者ですので送迎は無関係です。但し患者さんに維持透析施設の選択の説明をする時には非常に大きな要因です。最近の導入患者の大半が高齢者で、大阪市内では選択基準の第一が送迎の有無です。通院可能な患者まで、将来を考えて送迎有りの施設を選択します。

日ノ下 ありがとうございます。伊藤先生はどうですか。やはり導入病院で、患者さんも数多くHD導入されていると思うんですが。

伊藤 大阪医療センターの伊藤です。やはり我々導入病院は、おっしゃられたように通院透析はしておりません。導入して退院のときに、昔は私どものほうから割と指定というか、ここがいいよと

というような形をしておりましたが、最近はそのようなわけにいかないで、いくつか自宅に近いところで提示をさせていただいて、あとは患者さんに選んでいただきます。

そのときに、患者さんが選ぶ基準は、分かりやすく言うと、新しい施設を好む。それから院長先生の人柄。あの先生とは合いそうだというようなことも、もちろんよく言われます。送迎のあるなしに関しては、今、高齢者ということで議論しますけれども、若くて、自分で歩ける、自転車に乗れる、車運転できる、公共交通機関使える、そういう人でも送迎があるほうがいいと言われるすね。そこが大きな一つの問題ではないかなと思います。

それから、送迎があるということは、透析時間に合わせたドアトゥドアというのが前提のようになってます。大阪とまた離れた所で事情は違うと思うんですが、ドアトゥドアが必ず必要なのかどうかということも、大きな問題だと思います。送迎をどこまでの範囲で、制限をかけるのか。患者が望めば全部受け入れるのかという点を交通整理できれば、少し負担は和らぐかもしれないと思います。私どもの施設は送迎しておりませんので、あくまでも導入病院側からの意見ということで失礼します。

日ノ下 はい、ありがとうございます。今あったお話は、サテライトにお勤めの先生方とかスタッフにとっては、まさに導入病院の本音が聞けたと思うんですが、患者さんが新たに導入されてサテライトにお移りになる際には、例えば施設がきれいかどうかとか、そこの院長先生の人柄とか、あとは、送迎しているかしてないかとなれば、してる所をお選びになると、そういう特徴があるということを普段日々痛感されてるから、多分こういうコメントになったのだと思うんですが。

送迎の問題に絞って考えますと、確かに元気な人は、足代わり、あるいはタクシー代わりに、いちいち自転車に乗って行くのが大変とか、バスでわざわざ乗ったり降りたり、バス待つ時間も鬱陶しいということで、送迎に安易に走ってしまいます。これは、よその地域のパネルの会場でも同意見が出ていて、やはり考えなきゃならない問題かもしれないですね。

過剰な奉仕といいますか、サービス。いろいろお話を伺ってますと、こういった問題は、どなた

を送迎するのか、あるいは送迎すべきでないのかということは、今後、やはり規範のようなものを見いだしていく必要があるだろうとは思いますがね。こういう条件なら送迎する。なんでもかんでも元気な人、20代、30代、歩ける方まで送迎する必要はないのかもしれませんが、それから、あとは伊藤先生お話になった内容に関して、何かフロアの方でご意見ございますか。一通り皆さんに、戸村先生以外にはコメントいただいたわけですが、フロアの先生方、スタッフの方々と、送迎をなさってる方々、ちょっと手を挙げていただけますか。それで、普段困っておられる問題とか、矛盾に感じておられることがあったら、お話しただければと思いますが、どなたか。はい、どうぞ。

某フロア参加者 送迎してるんですけども、送迎の患者さんで、うちではほとんどが高齢者が多いんですが、その中でも、介助の必要な患者さんとか、自分で動けるんですけど、長距離はちょっと難しいんでっていうことで、送迎はしています。うちでは車いすであったり、ちょっと1人では歩けないというような方に関しては、もう送迎はちょっと難しいので、介護タクシーを使っていたくというようなことをしてるんですけど、やはり皆様の所では、送迎に対しての基準、患者さん選択の基準というのは、何か設けておられたりするのかな、ちょっと聞いてみたいんですけど。

日ノ下 はい、ありがとうございます。送迎をやってらっしゃる平林先生のこととか、何か明確な基準とか決めていらっしゃるでしょうか。

平林 明確な基準は設けてはいませんけれども、私の診療所がある三田市は、ちょっと田舎の方なので、送迎がないと、公共交通機関であるバスも朝と夕方しか動いてないとか、そういう地域も結構ありますので、送迎をしてあげないと、本当に入院しないと仕方がないという患者さんも結構いらっしゃる。それと、日常、車いすで移動しているという人にも、ちょっと送迎車の工夫をして、そういう方も何人かは乗せております。その結果、入院せずに送迎で何とか通院できていますので、そういう意味では、入院費用の分が少なくなりますから、随分医療費の減額には貢献しているのではないかと私は思っています。

だから、その送迎費用を医療保険で負担をしてくれたら良いのですが、なかなか難しいので、言えることは、今の透析の診療報酬をこれ以上上げ

ないで欲しいと思います。今のままだと、なんとかやっけて行けます。対象患者さんは、原則的には家族が送迎できない人だけです。

日ノ下 はい、ありがとうございます。先ほどちょっとコメントしようかと思ったんですけど、送迎と一口に言っても、全くお元気で、若くて自立している方が、便利だからという理由だけで使ってらっしゃる場合もあるし、かなりのご高齢でちょっと足元がおぼつかない、だから送迎して欲しいっていう方もいるしー。今お話聞いてますと、もう1歩グレードの高い、車いすだったり、あるいはかなり不自由で、場合によっては長期療養型の入院の形でもいいのかなと思う方も、何とかやれる場合は、そういう方も送迎で対応しておられるということでしたね。

患者さんのADLにもよると思うんですけども、さきほどのフロアの先生、今の答え参考になりましたでしょうか。

某フロア参加者 ありがとうございます。あと、その送迎の車の運転している人と、そういうような身体的な障害、ちょっと不自由なであったりとかっていう方の場合、看護師とかがいないと、どうしても僕らの所では、ちょっとそれは何かあったときに責任が持てないので、もう介護タクシーを使っていたくような形にはしているんですがー。その辺の所は何か、もう先に同意書か何かを作っておられて、何かあったときは、こうだっというふうな感じで決められているんでしょうか。

平林 同意書は一応取っております。それと、先生がおっしゃるように、看護師がついてないと、危なそうな人は、私の所も介護タクシーを使っています。それができなければ、入所を考えていただいています。

日ノ下 他にフロアの先生で送迎の問題、困っておられることとか、これだけは議論しておきたいっていうことございますか。先ほどちょっと言い忘れたんですが、伊藤先生がお話になった、ドアトッドアでの送迎の話、これが、実は東京でやったパネルでは確か話題になりました。どういうことかと言いますと、かなり重症の方の場合、透析室側は、例えば介護でヘルパーさんに月に何回かはついて来てもらったとしても、まさに施設の、例えばビル診であれば、ビルの前で止まって、それ以上は連れてきてくれない。透析室内まで運ん

で来てくれて、ベッドによっころしよと手伝って寝かせる所まで絶対してくれないんだそうですね。そういうまさに医療者側と介護保険の介護のはざまみたいなことを指摘する先生も多かったのですが、パネリストの先生のほうでそういった問題にお気づきになった方いらっしゃいますか。山川先生の所はどうですか。

山川 ドアトゥドアに関しては、どこまで介護者が来てもらうかって話ですか。

日ノ下 そうです。

山川 そこは確かに問題ですけど、今うちですと、必要に応じてやっぱり玄関までは来て、看護助手が来てますかね。最近ですと大阪市内だけじゃないかもしれないですけど、車いすの送迎も無料でやろうという施設が出てきてますね。これ制度としてはやはり介護保険を使うべきだという考え方で、うちは今後やるつもりないのですけど、ただこれまた患者側から、例えばそれぐらいの要介護度が高い方とか、いろいろ合併症も考えてって、その介護の必要度も高いんで、そこは節約できるとありがたいということで、やっぱりそういう施設に行く患者さんもいるという。私に言わしたらというと、いわゆる患者のモラル、その辺りのしわよせが施設に来てるなっていう。

日ノ下 はい、ありがとうございます。最近送迎を専門にしている会社もあるようですね。透析学会で展示なんかありましたけれども、場合によっては、車いすでもそのまま乗せられるような特殊な車を利用できるようにしておいて、その代わり、もちろんその送迎費用に関しては、それぞれの病院やサテライトから落とすという形ですね。そういう業者まで今、できてはいるようですけど。何か福祉学的な立場から戸村先生、コメントございますか。この送迎の問題。

戸村 はい、浦和大学の戸村と申します。送迎費用を介護保険で賄うという考えがあるかと思うのですけど、これはかなり難しいのではないかと思います。特に、現在、介護保険における予防給付の見直しが行われており、訪問介護と通所介護、これが予防給付から外れて、地域支援事業という枠組みに入る予定です。そうしますと、介護保険の給付が通院の介助になる費用の財源になるかと思うのんですけど、そこの給付から外れてしまいますので、要支援の方では余計難しい状態になることが考えられます。

自治体独自の判断で行う地域支援事業ですから、財政的に豊かな市町村でしたら、独自に通院介助に補助金を出すことがありえるかと思えますけれど、全般的に見ると、ますます難しい状態になるのではないかという気がします。

日ノ下 先生としてはどうですか。いろんな現場の事情とか、やり方を見て、取りあえず現状ではどういう形が望ましいと思われませんか、送迎に関して。

戸村 現状では、やはり各施設の判断で通院の費用をなんか捻出してやる以外に方法はないのではないのでしょうか。公的な補助というのは、期待が薄いように思えます。

日ノ下 ありがとうございます、最後に。どうぞ。

椿原 この1枚前のスライドは患者数ですか、それとも施設数ですか？

勝木 通院介助を受けていらしてる患者さんの数です。

椿原 では、この約1,500施設で、今回調査された総患者数は何名で、送迎を受けている患者数は何名ですか？

勝木 送迎を受けてらっしゃる患者さんが、この1万7269人ですね。

椿原 と言う事は、家族や施設が送迎している患者数は含まれていないのですかね？

勝木 はい、入ってないです。

椿原 その患者数はどれぐらいですか？

日ノ下 今、手元に報告書がございますけれども、患者数を正確に書いてくださった832施設で2万8715名です。大体ですから半分ぐらいの施設で回答があったんですが、それだけで2万人以上ですね。アンケートの回収率が40%ぐらいだったので、この施設数から換算しますと、5万数千人は送迎してたことになりそうです。もう一度申し上げますね。回答のあった832施設だけで、送迎患者数は2万8715名です。

椿原 全国の施設に当てはめると非常に多い数ですね？

日ノ下 そうです。相当数ですね。ですから単純に全国4,000施設だとすると、この約5倍ということになって、14～15万人ということになりますけれども、そこまでは多くないですけど、10万人は、居るかもしれない。ですから、この送迎の問題っていうのは、岡山県の場合は送迎なさってない。他に愛知県でもそういう協定があっ

て、基本的には送迎してないって伺ってるんですが――。

山川 愛知は、私が知る限りでは、ひょっとしたら昔は協定があったのかもしれませんが、その後、現状普通に送迎してる施設がございますんで。

日ノ下 他に、2、3そういうところもあるみたいですね。岡山は基本的には今の所、表向きは、送迎しないようにしようという取り決めになっているんですね。

平松 そうですね。やむを得ない場合を除いてですね。

日ノ下 時間もきましたので、最後に今の議論とか実情をお聞きになっていて、今後送迎に関してはどうあるべきか。パネリストの先生でご意見があれば、お話しただければと思います。いろんな形があるわけですよ。送迎してない地域もあれば、市によっては市の支援で送迎やってあげる所さえある。それから、車いすだとか、かなり手がかかるところまで送迎を親切にやっておられる施設もあるし、本当に一部の患者さんに限ってしかやらないというような施設もあるようですし、いろいろなんですけれども。

今後やはり戸村先生おっしゃるように、各病院、施設の持ち出しで、それぞれの判断、あるいはそれぞれの基準で、このままやっていいのか、あるいは、行政に働きかけてでも、経済的支援を受けるようにすべきなのか。あるいはこのままのスタイルでやるとしても、一つの足かせというか条件というのをしっかり決めて、こういう方だけには送迎をして、こういう方は送迎をしなくてもいいんじゃないかというようなコンセンサスを作ったほうがいいのかどうか。その辺は、伊藤先生とかどのようにお考えなんですか。

伊藤 送迎しない施設が言っても何言ってるのかとなるかもしれませんが、一つ問題になっているのは、送迎することが患者の運動の機会を奪っていて、ますます運動能力を落としていくことにつながっているのではないかとことです。頑張ることのメリットを自覚できる何かがないと、患者側から見れば、楽なほうに流れていくのは当然で、自力で動くことで、元気に行ける一つの礎になるのだと、はっきり言えるようにすることが、医療者側として必要だと思います。

もう一つは、やはり今送迎していない施設と言っても、年々患者が高齢化していく中で、透析

には来たけれども、しんどくて帰れないよという患者が増えてくれば、施設側で連れて帰るしかなくなるであろうし、患者を搬送する手段というのは、やはり持たざるを得なくなっていくのではないのでしょうか。その費用や支えをどうするかは、今の所申し上げられる立場ではないかなと思います。

日ノ下 はい、ありがとうございます。そうしますと、各施設によって事情も違う、考え方も違う。それから場合によっては地域によっても、だいぶ事情が違うということがよく分かりました。

ただ、送迎そのものは、是認するとしても、今お話がございましたように、誰でも彼でもただ単にサービスであるいは、サテライト間の競争の結果として、送迎を自動的にさせられるのはいかなものかと。今後、元気な高齢者を増やすためにも、自立して自分で通っていただける方にはなるべく送迎サービスを提供せず、日常何とか自力で通っていただける形にしていくのが望ましいのかもしれないと、そんな結論なのかなと思いますが、他に。

山川 まず、いろいろとご意見ありましたけれども、戸村先生がおっしゃられるように、制度では、他のどこからも出ないというの、これ現実的にそうなのですね。ただ、施設として、今後も将来的に、じゃあこの金額を出すのが当たり前という状況が続けられるのかという問題なのですね。

私が最初の発言でも言いましたように、厚生労働省は、送迎できるぐらい透析施設はまだ余裕があるのですねということ、はっきり我々に言っておられます。その分は恐らく削って、今の保険財政とか国家財政とかを考えれば、やっぱりそういう方法になる。もちろんそれは何なりと抵抗するのですけれども、やはりそういう方向に行かざるを得ないと。ここの部分はまだ余裕があるというふうに思われているのは歴然たる事実です。

ですから、そこをどんどん削られたときにどうするか。本当にそれ現状として、未来永劫とは言わないまでも、5年10年後にもそういう状況が続くかといえば、私は疑問に思っています。

ただ、規制で何とかなるかといえば、そうではないので。多分次のセッションの話になるかもしれませんが、ある程度、もちろん通える人は通って下さいという話なのですが、ただ、2020年には60歳未満の患者さんが10%強に減ってしまう

のですね。だから、ほぼみんな高齢者と。そうなった場合じゃあどうなるかと言えば、入院施設に入院して下さい。あるいは、透析施設の横に65歳まではサ高住なりに住んで下さいと、そういう未来になってしまうのじゃないかなというふうに、私は身も蓋もないですけど、そんなふうな未来をちょっと描いています。以上です。

日ノ下 はい、ありがとうございます。今ご指摘いただいたのは、結局各施設で送迎を続けるとしても、財政的な問題ですよ。さらに、元気な方は通っていただいてもいいという意見も多かったわけですが、にっちもさっちもいかない後期高齢者、全く自立できないような方も増えてきて、それを今まで通り各施設の持ち出しでやっていた場合に、成り立たないと、経営が赤字になったりしかねない。

厚労省、行政側は、まだ送迎もできるぐらい余裕があるんだから、点数を下げましょうかなんていうことで、ますます窮屈になりかねないので、その辺りは、透析医、あるいは透析の医療者、あるいは透析医学会側が、そういったことにならないように歯止めをかけなきゃならないと、こういう話かもしれないですね。

ただ、お話を伺っていると、どうやら施設ごとで違いまして、送迎を、例えば半数以上の方々の送迎なんて、とても経営的に無理だからやめとこうとか、あるいは、ほとんど自立者向けの送迎はやってないよって所もありますので、決してサテライトや通院維持透析をやってらっしゃる病院が、十二分な経済的余裕があるわけではないと思います。その辺も今後、行政や厚労省には伝えていきたいとは思っています。よろしく願います。では、ちょっと時間がオーバーしましたが、次の話題にいきましょう。

② HD 患者の長期入院透析

日ノ下 はい、今度の話題は長期入院ということですね。この厚労科研プロジェクトを考えた一昨年の時点では、とにかく、例えば東京ではどうしても入院透析を続けざるを得ない患者さんを導入致しましても、それを受け入れる先が少なく、かつ、ご本人さまの住居の近い所を望む方が多いので、隣県とか、あるいは東京都心部に住んでいたのに、八王子のほうのかなり西のほうの地域の施設とか、示唆しても行かれないことが多い、あ

るいは希望されないとか。にっちもさっちもいなくて困るような患者さんが非常に多かったんです。

かつ、ご承知のように、これまでの政策は、長期療養型の病院を減らしていこうということでしたので、何とか長期入院透析のインセンティブを付けていただければありがたいなと思いつつ、こういうプロジェクトを組んでいたら、むしろ行政側が、先取りして、慢性維持管理加算ですか、1日100点を付けてくれたわけなんですけれども。ちょっとはそういうわけで一歩前進で、私どもももくろんでいたことも、既に先取りしてやってくれたわけではありますけれども、それでもまだまだ長期入院、どう考えるのか、問題点いろいろあるかと思えます。その辺について、いかがですか。

山川 すいません。私ばかりでしゃばってばかりで申し訳ありません。この件、特に慢性維持透析管理加算に関しましては、日本透析医会が直接かかわって実現した仕事ですんで、この辺りのいきさつを私のほうが説明させていただいてよろしいでしょうか。

ご存じの方も多いと思うのですが、特定除外制度っていうのがありまして、透析患者さんに関しては、在院日数の計算から除外するという制度が、かなり昔からあったのですが、ここ昨今、病棟のいわゆる機能分化ということがかなり言われて、具体的には一般病棟、7対1、10対1、13対1、15対1と、4段階に分けられてるんですが、厚労省の思惑としては、ピラミッド型の構成を考えたのですが、点数の多い7対1、10対1がかなり当たってると。これは具合が悪いということで、その流れの中で、特定除外制度を廃止しようという動きが、兼ねてから出ております。13対1、15対1に関しましては、平成24年になくなった。

もともとそこまで病棟自体の数が少ないということもありましたので、あんまり大きな影響は確かにならなかったのですが、この時点で恐らく7対1、10対1が廃止になるのだろうということを、透析医会としても想定してしましたら、案の定廃止しますと。実際これ中医協のアンケート調査で分かってることですが、さすがに7対1で透析患者であることを理由に、長期入院されている方、数%に留まったのですが、10対1の一般病棟では特定除外の適用の患者さんの実に3分の1が、透析

患者さんだったのですね。

この件に関しましては、日本透析医会から正式に、ちょっとあんまり急速な制度変更というのは、いわゆる患者の維持基盤をなくすのじゃないですかということを申し上げました。具体的な要望としましては、じゃあその受け皿として、療養病床というものが一つある。と言いますのは、今の厚労省の方針というは、在宅に帰すということですから、透析患者も在宅に帰せみたいな、むちゃなことを言われても正直困るなっていうのがありましたので、慢性期病床を受け皿とする考えで、慢性期病床に点数を上げて下さいというのを正式に出しました。医療区分2を3にしてくれというのが正式な要望でした。ちょっとそれは虫がいいという話で、最終的にこの1日100点、1,000円という点数が付いたと。これが大まかな経緯です。日本透析医会はこれに関してはしっかり仕事させていただきました。以上です。

日ノ下 はい、ありがとうございます。日本透析医会のいろいろな努力が実を結んで、こういう形になったということなんですが、それでもそれなりに問題は残ってるかなという気はしております。いかがですかね、青木先生とか、どのようにお考えですか。透析患者さんの長期入院について。青木 西陣病院のほうでもう一度確認してみたいんですけども、370か380人近くの患者さんのうち、長期入院が意外と少なく、6名ばかりでした。病棟に関しては、急性期にそのままおられる方は2名、それから急性期の病棟の処置室にあたる所に、透析の機械を置いて、透析室へ下ろさずに、そこで対応しようということやってると、障害者病棟がありますので、そちらへ4名の方移っていただいて、そこで対応しているのが現状です。無理やりよその病院へ変わって下さいっていうことはせずに、医局のほうも関わってもらってんですけども、どっちかっていうと、ソーシャルワーカーがいろいろと1番目の所みたい在宅支援のほうに力を入れて、そちらで何とか通院できるようにサポートしてもらって、長期入院にならないようにしているというのが実際かと思えます。

日ノ下 はい、ありがとうございます。平松先生の所、もしくはその周辺の病院いかがですか。

平松 私のところは総合病院ですので、透析導入患者が多く年間80名程度あり、倉敷中央病院と

合わせると、県内の透析導入患者のかなりの割合を占めています。長期入院は基幹病院の役割としてやむを得ない症例、すなわち医学的に重症化して、他の施設へ送れない患者さんについては、長期間の入院を継続しています。症状が安定すれば、透析クリニックや民間の透析専門病院が受け取れるようになりますので、透析をしていない長期入院を必要とする高齢患者さんよりは、かえって後方支援病院を見つけやすいという状況がございます。その辺についても恵まれていると思っております。透析導入病院と、次の受け入れ病院が役割分担できていて、透析クリニックでも入院ベッドのある施設は患者を受け入れていただいています。そこでまた病状が悪くなれば、総合病院へ戻ってくるという予定になっております。

日ノ下 東京なんかですと、私もも導入病院なんですけど、導入した後、どうしても自立できない、あるいは在宅で通院できないっていう方に対して、先ほどもちょっと申し上げましたように、長期療養型の病院へ移りたいんですけど、なかなか見つからないということが実際多いんです。私もだけじゃなくて、皆さんそうおっしゃってるのですが、岡山ではそういうことあまりないと。大規模な基幹病院と、その後方支援、あるいは長期療養型の病院とがうまく連携できていて、大体苦勞することはないんですか。次に送るべき施設の選択に。

平松 はい。むしろ血液透析している患者さんであれば、受けていただきやすいということですよ。患者さん、ご家族のご希望を聞いて、岡山市内が良ければ岡山市内の透析施設、倉敷辺りが良ければ倉敷方面の病院へ紹介するというようになります。クリニックの場合は、少し重症化しますとまた当院へ紹介されて戻って来られます。紹介先が病院の場合は、最後までそこで診ていただくこととなりますが、そういう透析施設間の連携がよくできていると思っております。

日ノ下 お話を伺ってますと、岡山は恵まれてますね。地域連携がうまくいってるというか。

平松 はい。岡山県の透析のベッド自体は90%程度しか稼働してなくて余っています。ですが、岡山県全体では、血液透析の患者さんは年々増えております。その分、透析施設も増えていきます。

日ノ下 他府県と違う、そういう意味では利用しやすいというか、透析患者さんを扱いやすい環境

になってる、何か理由とか、一番の利点とかございますか。

平松 岡山市は地方都市ですし、岡山県自体がカエデの葉っぱみたいな、丸い形をしていますし、ほとんどの透析の医療機関の経営者と言いますか、ドクター、看護師の顔が分かっています。透析医療に従事するスタッフが研究会等で互いに勉強し合っておりますので、そういう意味では、さほど大きくない中堅どころの地方都市だからこそ、連携をとりやすいのかなと思います。もちろん県北のほうは、かなり過疎地域になりますので、その地域の患者さんの場合は大変だと思います。

日ノ下 後方支援病院は、長期療養型の透析患者さんを受け入れても、それほど経営的な部分も含めて困らないですか。

平松 そういう病院はかなり大きな透析規模を持っている病院ですし、あるいは個人の透析クリニックの先生であっても、透析だけで医院経営に依存しているわけではなく、一般内科医としても、幅広く診療や施設運営をしている先生が多いものですから、受けてもらえます。患者さんをどこへ紹介したらいいかというのは、いつもスタッフは考えています。この患者さんは、ある程度高度な医学的な治療ができる病院がいいだろう、あるいはこの患者さんは何かあったら当院に戻ってほしいので、このクリニックの方に紹介を薦めようなど、患者さんのために、どこへお願いしたら一番いいかについて考えています。

日ノ下 そういう意味では、新たに急性期病床を減らして、高度医療にかかる医療費を削減していくという流れに沿っていますね。そして、地域の包括ケアをもう少し活性化しようとするのですね。診療報酬改訂のビジョンにのっとりた地域で、うまくいってるなというのは痛感するんですけど、大阪はどうでしょうね。椿原先生、あるいは伊藤先生。導入した後の後方支援ってというのは、うまくいってますか。

椿原 平松先生の施設とほぼ同じで、入院を続けて積極的な治療の対象となる患者は非常に少ない様に思います。大半は在宅管理は困難だけれど、病院である必要の無い患者であり、大阪府下ではこの様な患者に対応してくれる施設が増えており、あまり不自由はしていません。

日ノ下 大阪医療センターも同じような感じですかね、導入された後のことについて。

伊藤 最近は医療レベルも上がって、透析患者だから血管がだめですぐ死んじゃうということはなく、心筋梗塞は、まず問題にならない。結局死因として増えてきているのは癌で、そしてストロークかという感じです。

合併症で入ってこられて、治療もして、その後どうなるかというのは一番大きな問題であります。レスピレーター付いた条件で引き取っていただけの施設というのは、非常に少ないです。これが今でも苦勞しています。それ以外の場合は、今の所、それなりに道筋を見つけれられているという印象です。多分この辺りは東京が一番大変になっていくのではないかと思います。

日ノ下 山川先生も同じ考えですか。あんまり大阪ではそういった連携で苦勞することは少ないですか。

山川 連携と言っていていいかどうか分からないんですけど、大阪は、比較的透析を受けてくれる慢性期病床がそこそこあるという実情。ただ、患者さんが病院によってはちょっとここは汚いから嫌だとか、そんなんで帰って来る患者さんはおられますけど、病床自体はそこそこあるのかなという印象はあります。

ですから、そこは大阪に関してそれなりなのかな。特に今回も具体的な状況というか数字は私も十分把握してないのですが、特に慢性型療養病床持ってる病院の先生方が、やっぱり透析、この点数だったらやってみようかなみたいな話はチラホラ出てるような話は聞きます。

ですから、特に地方、事実上例えばその地域に、いわゆる公的な市民病院であるとか、赤十字系とか共済系とかの病院がドーンとあって、あと入院する施設がほとんどない、あとはクリニックしかないみたいな、そういう施設で、少し点数が上がってくれたらいいかなと。ちょっとそれは、実際そんな事例があったということは、私自身は把握しておりません。

日ノ下 そうしますと、少なくとも岡山だとか、大阪府内では、透析患者さんが重症化されたり、合併症が起こって、何か入院、もしくは入所させようとしたときに、移転先、あるいは移送先、あるいは後方支援で困ることは比較的少ないと、うまく回っていると。

まして、慢性維持透析管理加算が付いたので、今後はもう少し余裕をもって対応できるのではな

いかと、こういうお話かもしれませんね。兵庫県はいかがですか、平林先生。サテライトの立場から。

平林 兵庫県でも今の所はうまくいっているのですけれども、病院の院長、数人に聞いてみましたが、加算が付いたおかげで、安定した状態で継続するのだったら、採算が合うでしょうという話でした。それと、兵庫県では、適切な医療レベルの医療法人が、そのような入院患者が増えていくだろうという予測で、新しく施設を作られたりしています。それは良いのですが、全く専門医も専属医ですら居ないというような施設が開設されています。そして、そこは看護師や臨床工学士任せで、透析のことを知らない先生方まに回診するというような施設が散見されていまして問題になっています。

日ノ下 椿原先生、その件に関しては確か透析医学会としても、透析の心得がある人、あるいは透析の専門医が必ずいる方向にしていこうという動きが確かございましたよね。

椿原 日本透析医学会も専門医制度の生き残りを掛けて努力しています。その一環として、全ての透析施設において、透析専門医の目の届くような仕組みにしようという流れがあります。実際に患者さんのための仕組みにしようと言うのが目的ですが、専門医制度を維持すると言うのも大きな目的です。

日ノ下 いずれにしても学会はそういう形で、透析を熟知した、あるいは経験の豊かな先生が対応できる環境には整えられていくんだろうとは思いますが、

大体関西圏は比較的この問題はあまりお困りでもないし、うまく回ってるという感じですね。九州ではそうでもなくて、例えば長崎県は、長崎市にある長崎腎総合病院、原田先生の所は、昔からのポリシーで赤字なんていうのは度外視で、誰でも困ったら受けてあげるということで、どんどん引き受けてくれるらしいんですけど、福岡県内ではそうもいかないってこともあって、今後どうしようねって話が出てます。まして東京都内はなかなか大きな課題とはなっておりますけれども、地域によってかなり事情が違うということも分かりました。

逆に言うと、地域のいろいろな階層の基幹病院、大病院、大学病院と、中小の病院。あるいは、有

床の診療所、サテライト、その連携が密である。あるいは、コミュニケーションが十分図られていて、そういった患者さんの受け渡しが比較的スムーズにいったるなという印象を受けました。

山川 先ほど地方の話しましたが、地方で結構受け皿になってるの、有床診療所ですね、透析に関しては。一つ問題がありまして、ぜひその辺り、もし可能であれば、ご助力いただきたいのですけれども、有床診療所では、実はこの慢性維持透析加算取れないのですよ。ですから、ここは何とかしたほうがいいかなという声は透析医会の中では上がってますので、ぜひ、ちょっとその辺りもお願いします。

日ノ下 分かりました。その辺りもこういったパネルでの記録として残して、また行政へ上げる問題点として考えていきたいと思えます。おっしゃるとおりですね。特に、いわゆる田舎というか、地方では、有床診療所が、かなりの比率、長期入院患者さんを見てるという面もありまして、今回の改正の恩恵を受けてないという部分もあるようですので、それを課題にしたいと思えます。

フロアの先生方からこのテーマに関してご意見いただいてなかったですね。何かコメント、ご意見のある方、いらっしゃいますか。お困りになっている先生方いらっしゃいますか。あるいは医療スタッフの方々からコメントございますか。大丈夫ですか。はい、じゃあこの問題はこの辺りにさせていただきまして、次、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 高齢化に伴い、通常のナチュラルシャントができない、あるいはグラフトもなかなか難しい、やり直してもなかなかうまくいかなくて、長期留置型のカテーテルになってしまう方も、少しずつ増えていると思えますね。

それから調査してみますと、維持透析を受けている患者さんの、3分の1の施設で、長期留置型カテーテルを利用している患者さんがいらっしゃるということでございます。その数が、500施設だけで1,174名もいらっしゃるということなんで、恐らく全国的には2,000～3,000ぐらいいらっしゃるかもしれないということですが、何かパネリストの先生で、長期留置型カテに関してご意見、コメントのある方いらっしゃいますか。

伊藤 長期入院透析でカテーテル透析をしている方ってというのは、かなり高い頻度でおられます。カテーテルを長持ちさせるという意味では、カテーテル由来の感染が大きな、特に血流を介しての感染というのがやはり大きな問題です。それを引き起こす大きな要因というのは、やはり回路を接続するとき、あるいは外すときの汚染だというふうに思います。

医療コスト削減と患者の安全のためという視点から、昨年に、カテーテル感染を減らす工夫をしました。もう少しすると、比較のための集計データ出るんですが、何をやったかと言いますと、カテーテルをつなぐときにまずキャップの上から15秒間新しいアルコール綿でこすり、キャップを外してさらに15秒新しいアルコール綿でこすり、そして接続するのです。外すときも同じ操作をするのですが、これをやるだけで、印象としてかなりカテーテルは長持ちし、カテーテル関連の発熱も減る印象があります。

長期留置カテーテルを使わざるを得ない人はおられますので、長持ちさせるために、やはりスタッフのカテーテル取り扱いを管理することが大きな要素だというふうに思っております。

日ノ下 はい、ありがとうございます。今のご発言は、通常の短期的なカテーテルもそうだし、長期留置カテーテルを扱うときも、その取り扱い、消毒を十二分にやれば、感染の確率は減って、長持ちもするんじゃないかと、そういうことも気をつけましょうというお話だろうと思います。

実際、既にパネルディスカッションを東京と福岡で各1回ずつやりましたときに、長期留置型カテーテルに関しては、結局課題は感染と血栓だろうという話が出ておりました。それを克服できれば、意外と長期留置カテーテルも、思った以上に、無事に長く使えるんじゃないかという意見が、これまでのパネルでは多かったように思われます。他には何か長期留置カテーテルの問題についてご意見がある方いらっしゃいますか、パネリストの方。山川先生のほういかがですか。

山川 うち結構シャントのことはたくさんやってるんですけども、ある程度シャントで何とかなってしまうという部分はあるのですが、それを差し引いてもあんまりやらないですよ、長期留置カテーテルは最終手段というぐらいのつもりで、あんまり選択はしないですね。もちろん感染も怖

いのですが、やっぱり数ヶ月単位で詰まったり、脱血困難になって、手を入れないといけないっていうのは、やはりかなり、もちろん処置するほうの問題はありますが、やっぱり透析スタッフにとって負担なのですね。

ですから、やっぱりスムーズにやらないとできないと。治療に差し支えますし、スタッフのストレスもたまるといことで、あんまりやはり積極的にやらないというのはうちの施設の認知です。日ノ下 ありがとうございます。どうですか、京都、兵庫県では。青木先生いかがですか。先生の所増えていますか、留置型カテーテルによる透析は。

青木 長期留置型カテーテルを、今検討中は1人ですけど、西陣病院のほうは原則自分の血管でいこうということで、頑張って対応する所ですけども。

人工血管を使っている方が20名おられるし、表在化している方も数名おられるんですけど、いろいろ伊藤先生のお話聞いていると、長期留置型カテも大丈夫という、上手に管理すればいけるというお話なんで、必要な症例があれば、きちんと管理を、感染と血栓に気をつけてやっていかなくちゃいけないなっていうふうに思ってるんですけど。もし、そういうもののガイドライン的なものがあれば、是非参考にさせていただきたいと考えております。

日ノ下 はい、ありがとうございます。椿原先生、これ長期留置型カテーテルのガイドラインっていいはないですよ、今のところはー。学会のほうでは、長期留置型カテに特定しなければあるのでしたかね。

椿原 日本透析医学会が2011年に作成したバスキュラーアクセスのガイドラインに記載が有りますが、常識的な話のみです。逆にお伺いしたいのですが、長期留置型カテーテル患者数は増えているのですか？

日ノ下 はい、増えていると思います。これまでの議論から伺えるんですけど、その施設施設の技術的な差も、多分あるかもしれません。施設によっては、やむを得ず長期留置型カテーテルを選ばざるを得ないという患者さんが、少しずつ増えているのは間違いないと思います。

東京都内ですと、維持透析施設に聞いても、2人や3人はいるけれども何とかやれてるよという

ような所が多くなっています。私どもが直接知らない施設でも、今後は増えていくと思われま
す。ちょっと先ほどもデータでお示ししましたが、
横断的な調査なので、予後調査ではないです
から詳しく分からないですけれども、中には、
確かに長期留置型カテーテルを選ばざるを得
ない患者が各地域におられます。おそらく、
1年以内にお亡くなりになっているケースが
多いんですが、中には5年以上もってる場
合もありますので、伊藤先生からもさきほ
ど技術的なことを教えていただいたんですが、
やはり対策をきちっとすることによって、
長期留置型カテーテルを利用した患者さん
の予後も改善できるのではないかと考えられ
ます。

これまた、今後の透析医会なり、医学会なり、
我々医療者の課題かなというふうには、思っ
ております。平松先生、何かご意見ありませ
るか。

平松 私の施設でも山川先生と同じで、もう最後
の手段ということで考えておまして、まずこ
ういう患者さんには腹膜透析に変更をお勧め
するようにしています。そう数は多くありませ
んけども、スタッフも腹膜透析に変えたらどう
だろうという考え方をするようになっていま
す。

東京迎いで、恐らく長期留置型カテーテルで
HDをされている施設は、PDをされない施設
も多いのではないかと、全く想像で申し訳な
いですけど考えています。ですから、透析患
者さんを抱えておられる施設は、どこでも
PDができるようになればと願っています。そ
んなに難しい技術じゃありませんので、そ
ういような変革が、その施設の経営にとつ
ても、患者さんにとつても良い方向になっ
ていくのではないかと考えております。

日ノ下 ありがとうございます。伊藤先生、何か
ご意見ありますか。

伊藤 先ほど感染ともう一つ、血栓という話にな
りましたけど、血栓も脱血不良であるとか、
動脈圧上昇の段階で、ウロキナーゼ充填をし
ばらく続けると、大体回復します。私ども
の施設にカテーテルトラブル入院していただ
く場合も、1週間ほど対応すれば、大体問
題なくなります。低心機能の場合は、やは
りどうしてもカテーテルに頼らざるを得
ない症例がありますから、そんなに嫌がら
なくてもいいのではというのが私の印象
です。

日ノ下 はい、ありがとうございます。シャント

に関しグラフトも含めて、シャント造設技
術が高くてもうまくいって施設ではなるべく
内シャントもしくはグラフトで何とか乗り
切る。それでも難しく、留置型カテーテル
を使わざるを得ないようなケースは、むしろ
PDを選択してもいいのではないかと、こ
ういふご意見だったと思いますし、そのこ
とは東京のパネルでも議論がございました。

その辺はPDに対する積極性とか、認識によ
ってまた変わってくると思うんですけども、
ただ、究極の患者さん、心臓の機能も弱い、
シャントをいろいろ造ってもDMでなかなか
うまくいなくて血流が得られない、グラフト
も駄目というときに、PDにするのか、長
期留置型カテーテルを選ぶのか。今後そ
ういふ場面が、おそらくこれまであまり
経験されてなかった地域とか病院でも、
増えてくることは間違いないと思います
ので、また皆さんのほうでそれぞれ持ち
帰っていただいて、考えていただければ
と思います。

他には、フロアの先生方で、どうですか。
長期留置型カテーテルの患者さんを、維
持透析で見たい施設。いかがでしょうか、
どなたか。そんなにお困りになってない
ですかね、長期留置型カテーテルの面倒
見るのは、どうでしょう。最前列の先生、
いかがですか。特に問題ないですか。
某フロア参加者 時々やっぱり詰まる場
合があるのですが、感染症に関してはあん
まり問題ないと思います。

日ノ下 長期予後も、結構見込めるだ
ろうという感じですかね、皆さん。長
期的に何年も維持HDを続けられそう
ですかね。

某フロア参加者 カテーテルじゃなくて、
元の病気が悪くなったりとかして、そ
ちの方が問題。そうするとシャントも
作れないし、どんどん悪くなる。そ
ういふ状態がベースにあると、そ
ちらのほう駄目になる要因になっ
て、カテーテルとかが要因になる
ことはないというふうに思っています。

日ノ下 ありがとうございます。他は
どうですかね、他の施設さん。そ
ちらいかがですか。はい、そ
この女性の方。

別の某フロア参加者 ありがとうございます。
うちの施設では、小児の障害者の子
でカテーテルを使っています。阪大
のほうからの紹介で引き受けて
るんですけども、先ほど伊藤先生が
言われた

ように、その消毒に関してっていうのは、アルコール綿をかなり使いますが、時間的なものは今すごく勉強になりました。枚数も少し多めに使って、一度キャップ取って、拭いて、またもう一度注入するときには拭いて、接続するときには拭いてという形で、かなりアルコール綿での消毒を重視していて、今1年半ぐらい経ちましたが、感染のほかもなく、経過しているような状態です。

血栓のほうは、先ほど先生が言われたように、トラブルが起きれば、すぐ基幹病院に診ていただくっていう方法をとっています。

日ノ下 はい、ありがとうございます。そうすると、少なくともこの大阪地域においては、長期留置型カテーテルに対して、管理、それから感染予防なんかもうまくいって、あまり問題を感じていらっしゃらない。もし、何か大きなトラブルにつながるとすると、それはその他の、カテーテルにまつわる問題ではなくて、他の重篤な合併症とかで、調子悪くなる。あるいは、生命にかかわりかねない状況に陥ってしまうということなんだろうね。

特別何か現在の長期留置型カテーテルのインベションと言いますか、こういうふうに入れたほうがいいのか、形状をこう変えたほうがいいのか、そういった技術的なご意見やコメントをお持ちの方いらっしゃいますか。特に今の形でもよろしいでしょうかね。何かパネリストの先生でどなたかご意見ございますか。平林先生はこの件に関してまだお尋ねしてなかったように思うんですが、先生の所はどうですか。サテライトとして、長期留置型カテーテルを利用した患者さんはいらっしゃいますか。

平林 10年以上前に1人だけ居ましたが、シャント専門の外科の先生にグラフト入れていただいて、それは必要なくなりました。透析専門病院の先生とか、総合病院の先生にもお伺いしてきましたけれども、皆さんシャントを何とか作る方向で対応できており、あまり長期留置型のカテーテルは入れていませんというお話でした。

日ノ下 はい、ありがとうございます。何とか、その辺は高い技術力でカバーして、長期留置型カテーテルは避けるということのようですね、関西地域では。仮にそういう手段を考えざるを得ない場合であっても、導入時にPDを考慮するのもいいのではないかという意見もございました

し、また、長期留置型カテーテルでやらざるを得ない方に対するケアのあり方ですね。これ伊藤先生中心にいろいろ教えていただきました。皆さんも参考になったと思いますので、今後の長期留置型カテーテルの透析について、ここで話し合われたことを、またフィードバックしていただけるかと思います。

よろしいでしょうか。他にこの留置型カテーテルの件で、コメントをされたい先生いらっしゃいますか。どうぞ、椿原先生。

椿原 大阪ではバスキュラーアクセス作成を専門にした施設がいくつかあります。山川先生の白鷺病院グループにも有りますが、そういう所をお願いすると、比較的難しいアクセスでも作っていただけるんですね。大阪府立急性期・総合医療センターで35年以上勤めましたが、ほとんどが自己血管なりグラフト作成が可能で、カテーテルから離脱して転院しています。東京や名古屋でもその様な施設の有ることは知っていますが、紹介されないのでしょうか？大阪では長期留置カテーテルが増えている印象はないのですが。

日ノ下 少なくとも東京では増えているんです。それで、それはいろんな事情があると思うんですね。まさに端的に言ってしまうと、技術力の差なのかもしれないんですが。大学で、シャントを専門にしている先生がいらっしゃる大学もあれば、そういう先生がいらっしゃらない所もありますし、大きな病院でも皮膚科系の先生や一般外科の先生、あるいは心臓血管外科の先生がやってる所もあります。

ただ、おっしゃるように、シャントを専門にしている、いわゆるバスキュラーアクセスセンターがないかという、それはございますね。例えば、先生も名前ご存じだと思うんですけど、元々女子医大にいらっしゃった専門の某先生が、シャント作成だけで診療されているクリニックなんですけど、そういう所もいくつかはございます。ただ、そういう所をお願いしても、うまくいかないときもありまして、全国的に見て、まだまだこういう長期留置型カテーテルは、少しずつは増えていくんじゃないかなとは予想しているんです。これは今お話伺っていると、やはり技術力の問題かもしれないので、どうなるか分かりませんが。ただ言えることは、当国立国際医療研究センターは東京の新宿区内にございますけれども、生保の方

とか、ホームレスの方とかも受け入れてるような病院でして、かつ糖尿病も多くて、しかも年齢層が比較的高くて、ある意味では 10 年後 20 年後の高齢化社会の流れの最先端をいってる面（10 年後 20 年後の地域医療の姿）もあるんですね。先を走っているという語弊がありますが、皆さんの 10 年 20 年先をいってるのかなと思うところが実際ございます。現在は何とかシャントを作成できていたとしても、高い技術力の先生でも手に負えないような症例が、おそらく将来は増えてくるかなという気はしております。

東京はそういう意味では、椿原先生からお話しがありましたように、バスキュラーアクセスセンターをもっと充実しなければならぬのかもしれないし、今後考えていかなければならない問題かもしれないですね。これは先ほどの長期入院透析と同じで、やっぱり多少の地域差があるんでしょうね。それは東京に限らないことだと思います。他どなたか、コメント、ご質問、ご意見ありますか。

椿原 最近、心不全の治療が良くなってなかなか亡くなくなる代わりに、腎不全が進行して透析が必要となるケースも増えています。この様な高度の心不全を併発する透析患者では、シャントやグラフト作成が困難で、カテーテルしか選択肢のない症例はあります。

山川 うちの場合ですと、まず前段階でやっぱり動脈表在化を一つ選択するのですよね。もちろんグラフト入れられないケースはそうなります。ただ、もう皆さんご存じのように表在化できないケースもありますけど、表在化すると、返す血管がないっていうケースが相当あるのですよね。やっぱり非常に血管の悪い方。そういう場合は絶対的な適用だと思います。ただ、多分地域によって、適用の範囲が大きかったり小さかったりするのかなという印象としてあります。

日ノ下 ありがとうございます。これも病院によっても違いますし、同じ大阪府内でも地域によって違うかもしれませんし、またお話し伺っていると、伊藤先生の所ではかなり長期留置型カテの患者さんを診ていらっしゃる、あるいはその対応を考えていらっしゃるようで、ある意味で同じ国立系の医療センターとして、似たような患者さんが多いのかなという気もいたしました。

こういった問題は、病院によっても、地域によっ

ても、またドクターのいろんな技術力とかによっても事情が違いますので、それを踏まえての議論も必要なのかなと思いました。ありがとうございました。では、次いきましょう。

④ HD における介護保険サービス

日ノ下 今度は血液透析における介護、あるいは介護保険サービスの問題なんですけれども、昨年アンケート調査をやってみて、意外だったのは、介護保険サービスに関して満足している施設が 3 分の 1 強、どちらとも言えないが 3 分の 1 で、満足していない施設が 3 分の 1 弱と。思ったよりは皆さんほどほどに介護保険に関して理解を示していって、満足しておられるなっていう印象ではありました。そうは言っても、要介護認定を受けている患者さんがいらっしゃる施設は約 8 割ですし、透析と言えば、原則週 3 回ですから、そういう介護を要する方、あるいは障害の多い方、あるいは認知症を伴ってる高齢者なんかに透析現場っていうのは日々向き合う所だと思いますので、いろいろ悩みや問題をいつも抱えてらっしゃると思うんですけれども、これに関して、青木先生どうでしょうか。介護に関して何かコメント、ご意見ございますか。

青木 先ほども出てましたけど、通院の時に、在宅から病院へは介護保険使えるんですけど、病院から病院へ行くときは使えないという、そういう制約のあることとかありますので、やはりいろいろとまた、戸村先生、介護方針は特養への入所は要介護 3 で厳しくなるという話でしたけども、やっぱり改めて欲しい所もあるんじゃないかと思っています。

それから、特養を併設するクリニックでは、初診料とか再診料とか、いろんなものが算定できないという制約がありますので、医療と介護はやっぱり別の部分もありますので、重複しない部分に関しては、診療所の側からも算定できるように何とかならないかなというふうには、現場で強く感じてるんですけど。

日ノ下 要するに介護保険サービスに矛盾があって、医療現場で困るところだと思うんですが、戸村先生いかがですか。血液透析患者さんにおける介護サービスって。

戸村 前に透析患者さんの介護度がどのくらいかを伺ったときに、確か要介護 1 とか 2 の人が多いっ

ていうふうに伺ったのですが、大体、透析患者さんの介護度はそんなものでしょうか。

日ノ下 それは透析医会さんのほうでお持ちですか、山川先生。我々のアンケートでは、そこまで尋ねたのですが、細かい要介護度何度っていうのにチェックが入っている施設は少なく、統計にならなかったんですね。

山川 いくつか資料はあったんですけどね。ちょっとごめんなさい、探しておきます。

日ノ下 もちろん要介護1とか2が多いのは事実ですけども、ただ、正確な数字はそういうわけで、今把握してないということです。

戸村 東京で行われたパネルで伺ったときには、確か要介護1あるいは2の人が多く聞きました。それで、実際に利用しているサービスとしては在宅支援とか、通院介助とかが多かったのですかね。サービス内容はどのようなのでしょうか。スライドには出てないのですけれど。

日ノ下 すみません。介護保険サービスの中身についてのアンケートはしておりませんが、逆に後にも出てくるかもしれませんね。コメントとして、勝木先生、どっかにありましたかね。例えば、保清だとか、在宅における自宅内での対応が不十分、こういった意見が多かったようですね。今ちょっと後ろにスライド出てますけれども、介護保険サービスに対するコメントの中で一番多かったのが、送迎サービスに今後参入して欲しい、あるいは介護保険を使えるようにというコメントです。それから2番目が、在宅支援不足ですね。保清とか食事の介助と、あと沐浴、飲水管理、リハビリ、これに関するが多かったです。それから、透析患者さんと介護度のミスマッチ、それから実際介護保険を利用するとしても、患者さんにとって経済的負担が高いのは困ると、その辺が特に多かったご意見でございます。じゃあ山川先生。

山川 いいですか。ちょっとパソコンから資料が。これ確か2、3年ぐらい前のデータだと思うんですが、透析ソーシャルワーク研究会という所が透析患者の介護度を調べておりました。その他が15%なんですけど、それを含めて、一番多いのが要介護2で31.8%、要介護3が16.7%、その次が要介護の1が12.3%、あと省略しますけれども、要介護2をピークにして、なだらかに山型になっていると、そういう分布ですということが、今私が持っている資料です。

日ノ下 貴重なご意見ありがとうございます。もう一度お伝えしますと、要介護2の方が一番多くて、31.8%、要介護3が次に多くて16.7%、それから要介護1が12.3%というデータを山川先生が出して下さいました。ありがとうございます。それを踏まえて、戸村先生何かございますか。

戸村 本当は医療から介護につながるシームレスなケアが必要なのだと思うのですが、介護保険と医療保険の二つの制度は本来独立した制度として成立したわけです。医療から介護を分けるとというのが、発足した時点での本来の考え方と思うので、厚労省でも、この二つの制度を独立したものとして、それぞれの部局で担当していますので、医療と介護をシームレスな感じでつなげるというのは難しいことだと思います。前に東京で行われたパネルで厚労省の先生のお話をお聞しても難しいような気がいたしました。

日ノ下 はい、ありがとうございました。その辺については、今度は地域による包括ケアというような考え方もあって、一部資金が移転するという話もあります。したがって、その辺は地域行政のほうで考えていくべきなのかなっていうのも一つの考え方だろうとは思いますが、先ほど、岡山県高梁市の例もありましたけれども、介護保険サービスに透析現場でやって欲しい部分を、何かうまい形で地域行政が支援するとか対応するとか、そういったことはあるんでしょうか、送迎以外に。

平松 そうですね。ご存じのように介護保険の介護度っていうのは、透析患者であるということはほとんど反映されません。そして、認定調査員が透析患者を調査する場合の時期が問題になります。患者さんは、透析後は調子が悪いし、ケアマネジャーが面接するときは調子がいい時に実施しているのしょうから、主治医の意見書を書くときに、できるだけ透析患者さんの悪い状態を書くようにしています。何とかそれが伝わって、思ったより介護度が高かったなということもあります。主治医として、書類に記載するときは、できるだけ将来、あるいは半年先にはグッと介護度が進むことがあるでしょうから、その予測も書いて、介護認定審査の評価結果、介護度の判定に少しでも考慮してもらえるようにしています。認定される先生方は、透析を詳細にはご存知ないことが多いものですから、透析患者であるということの大変さを理解していただくように努力しています。

日ノ下 ありがとうございます。要は、実際の患者さんの障害度と、介護保険の認定の中身がミスマッチと、これはよく聞く意見でして、こんな患者さんが何で要介護の1なんだろうとか、要支援で留まったんだろうとか、これは現場ではよく耳にする声なんです。平林先生の所などいかがですか、介護認定されてる患者さん、結構いらっっしゃいますか。ミスマッチとかありますか。

平林 かなり高齢者が多いので、介護認定されている方は大勢居ますが、ミスマッチみたいなことは、あんまり感じておりません。

日ノ下 ちなみに要介護の高い、要介護度2度とか3度、4度の方とかいらっっしゃいますか。

平林 数人いらっっしゃいます。

日ノ下 ありがとうございます。いかがでしょうか、その辺は。伊藤先生、病院のドクターとしての立場で、何か透析の領域における介護保険サービスで、コメントされたいことございますか。

伊藤 いや、私どもは関わっていることが、むしろ少なく。ただ、合併症入院されて退院するときに、介護支援をこの状態で申請しなかったのかと気づかされる方が多い印象はあります。サービスを受けることを患者さん側が嫌がるケースもそれなりにあって、イメージとして理解してもらえていないということがあるのかもしれない。

山川 非常に大ざっぱな話になってしまうんですけど、これに限らず、介護保険の垣根に限らないんですが、正直今は厚労省なり国の医療の大方針がありますよね、いわゆる医療と介護の連携と機能分化であるとか、在宅推進とか。透析医療っていうのは、全然そこに当てはまらないと。いくつか事業包括ケアとか、いくつかのモデルから出てきた制度に落とし込むというような形が、いくつも出てきてるんですけども、今大きな問題が起こってないから、まずいいんじゃないかと。正直医療制度側は、あまり医療と介護の連携であるとか、そういう問題意識がないとかそういうことなんです。

理想論で、実際じゃあ私達何ができるかっていうのがあるんですけど、やはり理想を言えば、我々の側から、きちんと例えばこういうやり方をすれば、介護料も、いわゆる介護のニーズも下がって、うまくいくよというような、そういうようなモデルをこちらから提言するというのが、理想は理想だと思いますけど、なかなかハードルの高い

話じゃないかな。

ただ、あまり正直透析医療における介護保険の問題で、行政側にはあんまりそういう問題意識が、私にはちょっとあまり高くないというのは実感しております。

日ノ下 確か東京でやったパネルでも、シームレスな運用というのは話題になったんですけども、そのパネルの後で来ていただいてた厚労省の技官の方から、最近医療保険と介護保険の両方合わせようとする課だか、係だかできるという話は聞いております。それはつい最近のことですので、どの程度今後機能するか分かりませんが、そういう所に透析の現場としては、介護保険利用のあり方、モデルというものを提言していかなくちゃならないのかもしれない。

ただ、お話を伺っていて思いましたのは、まず一つ、高齢化社会を迎えて、要介護の患者さんが透析の現場でも増えている。したがって、なるべく問題点を克明に書いて、介護保険認定の認定度を上げていただく。さらに、その認定すら、なぜか忘れられている患者さんも多いので、取りあえず介護保険の認定申請だけでも、忘れずに努めなければならないのかなと思いました。どなたか他に、フロアでご意見ありますか。介護保険、あるいは介護保険サービスに関して一言言いたいという先生方、あるいはスタッフの皆さん、いかがでしょうか。大丈夫ですか。はい、どうぞ青木先生。

青木 この間、新聞を見てましたら、要介護認定の期間が、市町村の負担を軽減するために、今年になってるやつ、認定期間を2年にするような話を書いてありましたので、透析の患者さん、病状変化することも結構あるかと思えますから、そこは特養の人とも話ししてあるんですけども、これは今度のときには再申請をしなくてはいけないということ、強く思いました。

日ノ下 はい、ありがとうございます。多分戸村先生がこの件に関して一番詳しいんだと思うのですが、介護保険サービスもやや縮小気味で、事務手続きや手間も省こうというような流れになってる所だと思うんですけどね。確かにおっしゃるとおりで、患者さんにとっては1年で大きく変わる場合もありますからね、その辺も改善点かもしれませんが、何か全体を通じて、総合的に、戸村先生、コメントございますか。大丈夫ですか。はい、それでは時間がちょっと押しましたが、前半

の部はこれで終了とします。

⑤ PD における注排液の問題

日ノ下 血液透析の前半の部でいろいろ議論したりお話を伺っていますと、先ほど休憩時間のときも話が出てたんですけど、どうやら透析現場における患者さんの高齢化の問題っていうのは、かなり地域差もあるし、地域によって事情が違うんだということもよく分かってまいりました。

そういったことも踏まえて、各地域でどうあるべきかっていうのを考えていただかなきゃならないんだろうなというふうに痛感をしておる所でございますが、前置きはその辺にいたしまして、じゃあ腹膜透析 (PD) の最初のテーマにまいりましょう。PD のお話でございますけれども、注排液を自分でできない患者さんが増えている。約 10% はご自分でできないというアンケート調査の結果です。従来からご自分で PD 導入の時点から注排液ができない方は、まあまあいらっしゃるんですが、その場合は大体配偶者の方が、代わりにやってくれてるか、あるいは場合によっては 1 親等の息子さん、もしくは娘さんがやってくらっしゃるといようなケースが多かったと思います。PD をご希望になるかネガティブセレクションで PD になってしまったとして、それをご自分ではなかなかできない。あるいは、無事に継続してやれるかどうか、心もとないという患者さんが増えている、その問題をどうするかというお話でございます。

この件に関しては、平松先生はずっと長く扱って来られたんで、先生のご意見とかコメントいただいてもよろしいでしょうか。

平松 はい。ご質問にお答えする前に、私どもの施設についてお話させていただきます。この 23 年で 459 名の腹膜透析患者さんを導入しております。それは、全導入患者さんの 38.3% です。それから、導入年齢のグラフの山型というのは、わが国の透析患者さんの導入の山型と同じです。わが国の透析導入年齢は 75 から 80 歳が一番のピークです。それと同じように当院では、70 歳から 80 歳 (10 歳刻みになりますけど)、そこがピークです。わが国の透析導入患者さんの山型と同じカーブで、当院の PD 導入患者さんの年齢層があるということで、これまで 65 歳以上の高齢者の 34.2%、3 人に 1 人が腹膜透析を導入しています。

これが多いか少ないか分かりませんが、私が 1 人で透析導入を担当している時は、50% ぐらいが PD 導入率でした。現在、医師が今 7、8 人 (後期研修医まで入れますと 9 人) いますが、医師が増えるに従って、逆に高齢者に PD を薦める率が下がってくるという、ちょっと残念な結果になっています。今もなお高齢者に PD を薦めているのは、それを少なくとも患者自身とその家族、そしてスタッフが、高齢者の PD を嫌がってないというか、高齢者にこそ腹膜透析が適応になるということの共通の認識を持っているからだと思います。

それで、今のご質問ですけれども、最初からできない方の場合にも、例えば、家族に APD でやったらどうでしょうかとか、あるいは、PD に関して少しはできるけども、これはできないということがあります。多くの場合は、バッグ交換はできるけども、出口部ケアをどうしようかという方が多くいます。それから、PD をやっていて、だんだんできなくなる方もおられます。それはまさに、段階的に失われる能力に対しては、段階的にサポートしてあげればいいということになります。これは看護師がよく見てくれていますので、そろそろ 1 人じゃ無理になってきたという話を医師に伝えてくれます。私も 65 歳になりましたので、少しずつ彼女達のサポートを得ながら、PD 外来を担当できているような状態です。傍目には全く普通ですけど、私の外来には、いつも看護師さんとアシスタントが付いてくれて、もう一つのコンピュータ (電子カルテ) で見てくれています。PD 患者さんの処方になかったとか、次の検査オーダーがなかったとか教えてくれています。私が一番感謝しているのは、“先生それ前の人カルテですよ” と言ってくれる時です。それでも若い医師よりは、高齢者の方の PD 外来としては、同じ高齢者である私の方が向いていると思っています。要は、高齢者には PD が向いているということで、高齢者に薦めてみると、本人ができなくなれば家族がしていきますが、本人が本当にできないのかどうか、できるやり方はどんな PD 療法なのだろうかと、スタッフ全員で考えています。まずは高齢者に PD を導入してもらおうというか、患者さんに選んでいただくということが、一番大きなことかなと思います。高齢者が持っている残存能力は、いずれは失われていく能力ですか

ら、PDに関してもサポートが必要になってきます。その時には、その時で一番いいことを段階的に提供すればいいと考えています。

バッグ交換、出口部ケアなどの腹膜透析に関して自立ができないという可能性があっても、当院では、PDを導入してみたらどうなるだろうか考えます。あるいは導入時には尿毒症性の認知障害があり、少し理解力が乏しかったけど、導入してみたら認知障害が改善され、“これだったら自分でもやれるよ”と言って、PD継続できた例もありますので、最初から思い込んでしまわないことがいいかもしれません。

もちろん寝たきりとか、どうしても自立できないという患者さんにPDを導入する場合があります。日本透析医学会の統計調査によるPD導入割合は、加齢とともに低下していますが、90歳以上では少し割合が上がっています。90歳過ぎた方は、家族の支援がある、余命が短い、心循環器系の負担が少ない、内シャント作成困難などを考慮された結果ですが、まずは高齢者にやって欲しいということが高齢者PDのポイントかなと思っています。

日ノ下 はい、ありがとうございます。今、平松先生からコメントいただいた内容は、まだまだ施設によってはPDに対する理解が少ないかもしれない。70歳代、あるいは80歳前後の方でPDふさわしい方も多いので、まずはPDをお勧めして、そしてそれをドクター、あるいは、それだけではなく、看護師さんもサポートする。あるいはご自分で注排液を完璧にできない場合は、ご家族や周りの方の支援を得ながら、もっと推進していくべきではないかと。こういうお話だったらと思うのですが、その点については、どなたか。大阪府内の先生、いかがですかね。伊藤先生なんか、どのようにお考えですか。

伊藤 私どもは年間1、2例程度しかPD導入してませんので、あまり大それたことは言えません。PDの説明はしますけれども、患者さん側から、やはり「自分でやるのは、あるいは家族がやるのはちょっとー」と言われることが多いです。平松先生には我々の熱意が足りないからと言われるかもしれませんが、どうしてもそこはハードルになってると感じます。

日ノ下 ありがとうございます。平松先生、じゃあ先生の所では、導入はしたものの、あと本当に

どうしていいか困ると、1年後に例えば手術をされて、その患者さんがご自分でできなくなったりして、急遽HDにシフトするというようなこととかあまりないですか。何とかそれは乗り切れてますか。

平松 もちろん脳卒中などの合併症を起こされる方もおられますので、そういう方は入院透析になります。本来であれば、血液透析に変えるなら受けるという医療施設もあるかもしれませんが、先ほど申しましたように、岡山県ではPDのままでも受けてもらえる病院、診療所がありますから、スタッフもできるだけPDが合っている場合は透析療法を変えたくないという熱意で次の透析施設にお願いしています。ただ、知らない間に血液透析に変わっている場合もありますが、できるだけそういうふうにならないように努力しております。

無理をしてPDをやり通すわけじゃなくて、その患者さんにとってみて、良い状態のものを受け入れ側の都合でHDに変えるのは辛いという思いでいます。

日ノ下 分かりました。ありがとうございます。そうすると、PDを選択したけれども、その後のフォローが大変になるというようなことは、まず少なくて、後方支援病院もあるし、何とかなるということですね。

平松 在宅の場合はやはり大変になることがあります。現在、多くの高齢PD患者は、介護保険を利用して訪問看護ステーションのサポートを得ながらやっていますので、訪問看護師がかなり積極的に動いてくれています。たとえば、カテーテル出口部をチェックして、“抗生剤が必要だと思うから処方しておいてくれれば取りに行きます”と言ってくれるようなフットワークが軽く頼もしい訪問看護ステーションがありますので助かっています。実際訪問看護の支援を受けても、24時間難儀する症例があります。そういう時には、医師だけでは無理ですから、スタッフとケアマネジャーを含めて、どうしたらいいのか、みんなで考えます。彼女達の方から、“先生、患者さんのことでミーティングがありますから出てきてください”ということになります。そこに多くの課題が出てきますが、それらの課題はPD患者に特異的なものではなく、一般の高齢者でも起こる問題かと思えます。その課題はPDだからということではなくて、

PDだからいい面もあるはずですよ。先ほど話があったHDの通院の問題なんかは、PDの方が緩いです。ですから、血液透析の今までお話にあった問題を解決する一つ的手段としては、PDの良さを活かして、これから増える高齢者、とくに後期高齢者にPDを選んでいただくことにより、そのまま天寿を全うしていただく方も多くなります。

昨年2人のPD患者さんが、93歳と94歳になって亡くなりました。1人の方は男性で13年、1人の方は女性で14年。どちらも入院は、男性の方は蓄膿症で、女性の方は骨粗鬆症の腰椎圧迫骨折で、それぐらいしか13～14年間に入院されていません。男性は最後にはもう通えなくなり、往診専門の先生に頼むことになりました。それから数ヶ月後に亡くなられましたけれども、スタッフや私が嬉しかったのは、「死亡診断書は老衰としました」と書いてあったことです。ですから、より自然な生き方をして、より自然な死に方ができる選択を高齢者にしていただく、あるいはご家族に選んでいただきたいのです。そのような療法選択のための情報提供の努力は、私達の責任かなと思います。しかし、選ぶのは最終的には患者さんご家族ですから、私がいくらこのようなお話をしても、血液透析を選ばれましたら、それ以上は何も言わずに、HDで最善を尽くします。

日ノ下 はい、どうぞ、山川先生。

山川 確かに僕からしたら平松先生にご指導受けてるってということもありまして、高齢者にこそ腹膜透析に可能性があるかと、私自身も10年ぐらい前からずっと言い続けてきまして、この間に、でも高齢者時代になりまして、実際そういう状況になったなということも言ってるんですけども。ただ、平松先生のお話にも少しありましたが、何で進まないかということの一つに、やっぱり家族がHDの方が楽だからって理由が一つあるんですね。特に本人がちゃんとできなくて、家族が例えば奥さんが自分で操作できなくて、旦那さんが1人でやっている。これ基本的にはあまり出しにくいし、やり方としてもものすごく家族に負担がかかるんですね。逆にHDのほうは、週3回、たかだか3時間4時間とはいうものの、かなり家族に負担をかけてるケースであれば負担を軽減することが可能となる、つまり施設で透析をしている間、結構自由になれるわけですね、家族も。ですから、家族が楽だからHDを選ぶっていう要素は、極め

て大きい要素なのかなと。

ちょっと先回りした話になるのかもしれませんが、このヘルパーの支援って話は、あとからありますか。今していいですか。私自身も、PDの交換に関してヘルパーをっていう話、これもかなり前から言ってるんですが、実際、今、例えば気管切開の気管吸入なんかをヘルパーで認めるっていうような動きになってますし、先ほど財源の問題って話があったんですけど、これ、認めるか認めないかっていうのは、財源の話じゃないんですね。ちゃんと安全性を担保できるかっていう問題がほとんどということです。

ですから、これ実際、この件に関して透析医学会の役員の方とかお話しましたが、学会のほうではちょっとこれに出そうかという話が出てるといいます。実際出るかどうかちょっと分からないですけども、そういう話が出ていると聞いております。あくまで学術団体が大丈夫だと、お墨付きを行政のほうで出せば、基本的には通る可能性が高い。割と筋のいい話ではないかなと私は思っております。やはり医会がっていうよりも医学会が率先してそういうことをしていくだろうということ、私は期待しております。

日ノ下 その辺は椿原先生いかがでしょう。

椿原 話が少し逸れるのですがPDの選択率もかなり地域差がありまして、日本透析医学会の統計調査データでは、大阪が非常に低いんですね。全体の2.57%で、日本全体の2.9%に比べて低い。東京が3.67%、岡山は平松先生が頑張っておられるからか4.54%と、PD患者が全体の透析患者に占める割合には地域差があります。

PD導入に非常に積極的な大阪府立急性期・総合医療センターでも、全導入患者の13%程度です。原因はHD患者の送迎の普及です。家族の方も、週3回、4～5時間迎えに来てくれて預かってくれる方が良いと思うのは至極当然の結果だと思います。

日ノ下 はい、ありがとうございます。HDに傾くのか、あるいはPDを積極的にすべきかって、見方によっていろいろ変わるとは思うんですけども、先ほどちょっと平松先生に聞き忘れたことが2点ございまして、一つは93～94歳で亡くなられた方2人いらっしゃるとうかがいました。それも10年以上PDをやってたってことなんですけど、学会の基準からいきますと、7、8年が限度

で、あとは被嚢性腹膜硬化症 (EPS) などが起こるから、それ以上継続しないほうがいいというようなインフォメーションも出てるんですが、その点は大丈夫だったんでしょうか。

平松 どちらも 80 歳ぐらいで導入した方ですので、これは高齢者の PD をしていただいた施設はよく分かれると思いますけど、高齢者、特に後期高齢者、超高齢者の方には被嚢性腹膜硬化症 (EPS) は起きにくいのです。これは慈恵医大におられた病理の河上牧夫先生が、高齢者には高齢者になりやすい病気があり、逆になりにくい病気もあることから、高齢者に EPS が起きにくいのは、病理学的にも理解できると言われています。私自身の経験では、実際、高齢者は原疾患として腎硬化症の方が多く、若年者と比べて尿量が保持される傾向にあります。保持できるように PD を処方するということが大切になります。導入当初は 1 日 4 回交換を、指導の場合は回数が多い方が覚えやすいですから、1 日 4 回の透析液のバッグ交換をします。しかし退院のときには、あるいは外来になると、イコデキストリン透析液を朝から晩まで昼間に使って、夕方 1 回 1.5% ブドウ糖液を使って夜間は透析液を腹腔に入れてない (夜間バッグフリー、あるいはドライナイト) 場合は、ほぼ半日が腹膜休息になっています。

イコデキストリン透析液を朝から晩まで昼間に使うと、夜間に除水をしなくてよいため、除水過多による脳梗塞とかそういう危険性も少なくなります。通常は、長時間貯留用透析液のイコデキストリン透析液を夜間に使うことが多いです。24 時間持続して透析液を注入する場合は、イコデキストリン透析液を夜間に使う方が効率的にはいいわけですがけれども、尿量が保持されている高齢者の場合 1 日 2 バッグぐらいでよいということであれば、朝から晩まで、昼から寝るまでイコデキストリン透析液を使用します。高齢者が好む時間帯にこの透析液を使います。ご家族にとっても、昼間にバッグ交換しなくてよければ安心ですし、負担が軽くなります。そうしますと、15 年たっても、若い人達に比べてみたら、半分ぐらいしか透析してないわけです。その 2 人の高齢者は、ともに尿量は最後まで 1,000cc 以上出ていました。ですから、食事制限も軽く、ほとんど高齢者に食べるものを摂取されていました。96 歳から 100 歳まで、あるいは 91 歳から 97 歳まで PD をしながら天寿

を全うされた方もいますので、年齢にかかわらず、高齢者には PD がよいということです。

そして、高齢者の腹膜透析は、透析液量をあまり使わない分、コストが安くなります。実際に医療費に計算しましたら、当院では高齢者の場合の透析液使用量が少なく、また、透析関連の合併症治療薬の費用も少なく、全体の医療費が安くなっていて、医療経済的には良好な結果でした。

日ノ下 ありがとうございます。もう 1 点は、やはりいざ入院が必要になった、あるいは長期療養が必要になった場合に、受け皿としての後方支援病院とかまだあって、何とかなると。やはりその辺は地域連携がうまくいっていて、羨ましいなと思ったんですけども、在宅に関してはそうはいかなくて、大変な部分もあるよということでした。ただ、訪問看護ステーションの看護師さんとかが、毎日のように対応してくれるというお話がございました。

ところが、例えば東京なんかでは、在宅支援のかかりつけ医さんがいらっしゃることはいらっしゃるんですけども、そこまで毎日のように行ったりはしてもらえないので、じゃあ誰が見るの？というところで問題になって、宙に浮いちゃうんですね。その辺りで先生がお困りになることはない。何とか単身の高齢の方で、同居で在宅の PD でも、何とか周りでカバーしたり、看護ステーションの看護師さんが対応してやりきれるといえるのでしょうか。

平松 私は、高齢で独居の場合は PD の適応でないということではなくて、むしろ適応かなと思っています。独居の方はそれだけ自立している方ですから、むしろ依存心もないし、頑張れるからいいかなと。独居であれば何かあった時にどうするかと心配されます。すぐに誰かいないということは、私の 93 歳の母親も一人暮らしていますから、透析していなくても同じ条件です。何かあってもかまわないから、自宅で余生を過ごしたいと願っています。祝日を除いて毎日 1 回は、訪問看護ステーションの看護師、またはヘルパーが行ってくれますから、何日も倒れたままになっているということはないわけです。本人も「それでいいな？」と聞くと、「それでいい」と言うから、住み慣れた自宅で過ごしていただけるのです。

そして、高齢者の場合は一般に 4 分の 3 (75%) の方が自立しています。あとの 4 分の 1 (25%) が

要介護、そのうち施設入所は5%程度です。ですから、私達の前に透析が必要だということで外来に紹介されて来られる高齢者は、自立している方が多いので、その人達の持っている能力を信じてあげることで、かなり導入が進展すると考えます。ただ、自立している方もしだいに要介護になってきますので、段階的支援が重要になります。

日ノ下 ありがとうございます。ちょっと他の地域の先生方にも意見聞いてみましょうか。青木先生とか平林先生、血液透析中心だとは思いますが、青木先生の所、西陣病院等では、今の自立できないPD患者さんの問題っていうのは、あまり苦労していらっしゃるのですかね。

青木 担当の先生に聞いてみたんですけど、腹膜透析15名で、70歳以上が1人、80歳で3人、90歳で1人で、バッグ交換は80歳以上は3回交換で一応いって、入院せずに、配偶者の方とか、子どもさんがバッグ交換をしているケースが1、2名おりましたけど。西陣織関係の仕事されてる方は割と手先が器用だと思うんで、自立できてるという説明でした。

日ノ下 ありがとうございます。山川先生とか伊藤先生とかはどうですか。PD患者さんで、ご高齢で、注排液を自分ではできない、かといって配偶者は高齢化していてやってもらえないケースとか。

山川 先ほど説明した状況なんですけど、いけるなと思うケースがあって、例えば家族が複数関わっているケース。よってたかってやってもらえるっていうケースは、割と相当高齢者、本人が何もできないというケースでも、比較的うまくいくことがあります。地域差の話がありましたが、ちょっとこれは違ってたらご指摘いただきたいので、やっぱりいわゆる大阪みたいな都市部で、核家族化が進んでる地域と、ちゃんと3世代いるとかそういう地域では、だいぶ状況が違うのかなと。

もちろん椿原先生が言われたように、大阪はHDの送迎があって、もちろんそれは大きな要素だと思うんですけど、家族の状況とか、その辺りが結構影響してる可能性もあるのかなっていうのは私は一緒だったと思います。

日ノ下 はい、ありがとうございます。大阪でPDの注排液がご自分できなくて苦労する機会が思ったよりは少ない理由として、逆に核家族化が進んでるので、PDを選ばずにHDの比率が比

較的高い。したがって、独居で身寄りがないようなPDの方で苦労することもないと。逆に言うと、独居でPDをやってらっしゃるような方は、かなりしっかりされていて、サポートもあまり要さないような方を選んでやってらっしゃるということかもしれませんね。本当に地域差っていうのは感じますね。平林先生とか、血液透析だけだろうとは思いますが、何かPDに関してコメントございますか。

平林 私の診療所はHDですけど、他院でPDが難しくなってHDに切り替えて来られる患者さんはたくさん診ています。兵庫県ではPDに熱心な先生が限られていて、一時熱心でも、途中で色々な事情があるのでしょうか、徐々に消極的になってきて、患者さんが減っていく施設も結構見られます。

実際にPDを管理している医師に聞いてみましたが、家族が注排液を実施できなければ、HDに変えざるを得ないというお返事でした。

日ノ下 じゃあ最後に、時間がもう迫ってますので、山川先生のほうから話が出てましたヘルパーさんの介入の件ですね。私もご本人が注排液を十分にできない、あるいは配偶者の方とか、1親等の方がお手伝いもできないようなケースで、場合によっては介護保険者スタッフ、ヘルパーさんとか、そこに参入して、資格みたいなものを付与した上でですけども、という考えもなくはないんですね。

それから、他のパネルでお話していても、九州地域で、例えば長崎県の宮崎内科クリニックの宮崎先生とか、秋葉先生もそうですし、必ずしも看護師さんやドクターだけがPDに介入できるということではなくて、他の介護保険者側の方も手伝っていただけるとありがたいという意見は、根強いと思うんですね。その辺、戸村先生、やっぱり制度上、あるいは技術的に難しいですかね。先生はなんかそういうご意見でしたよね。

戸村 私は介護に関するプロである介護福祉士を養成する浦和大学短期大学部の教育も担当しています。介護に関する最も上位の国家資格は介護福祉士です。短期大学部では2年間の教育を受けて卒業すると、現在は介護福祉士の資格を取得することができます。介護福祉士の資格を取得するのに国家試験を行おうという考えもあるのですが、今の所は実現していません。それは、国家試験を

実施すると、ますます介護を希望する学生さんが減る可能性が高いということが一番の原因かと思えます。

今、医療的ケア、すなわち喀痰の吸引と、もう一つは経管栄養ですね、この二つに関する医療的ケアの教育が導入されました。医療的ケアの中に、PDの排液とか注液とか、そういうものを入れることができるかという、直接、学生に接して感じますのは、彼ら是要介護者の生活支援に関心が高いようです。そして、医療に関することはあまり興味がないというか、むしろ避けて通りたいと思っているのが本音だと思うのです。私達の短期大学部学生に対して、医療的ケアに関する履修意志についてアンケート調査を実施した結果では、1年生と2年生で在学中に医療的ケアの履修を希望する学生は全体の64.4%でした。そして、新たな教育が導入されたから、やはり勉強しないといけないという、そういう考え方の人が多いようで、積極的に医療的ケアを希望する人は少ないように思われます。ですから、喀痰吸引のような直接生命にかかわり、緊急性が求められるケアを看護師さんが足りないから、どうしても介護福祉士の方が代わりにやるという、そういうことでしたら別なのですけれど、直接命にかかわらないケアになると、実施は難しいのではないかと思うのが、私の学生に接しての正直な意見です。

日ノ下 ありがとうございます。戸村先生は、もともと腎臓学をやっていたらしゃって、血液透析にも関わりがあり、今は社会福祉、あるいは介護に関係したことを研究されたり、仕事をされているわけで、両方の世界を知っておられます。そういう先生の立場からみて、ヘルパーさんとかには今後も対応していただけない、あるいはシステムとしてどうしても実現は難しいということになった場合、自立できてないPDの患者さんは、どうあるべきか。

つまり、そういう人はできればHDにすぐシフトさせて、場合によっては長期療養型の入院血液透析を続けるとか、どういう対応策が望ましいとお考えになりますか、先生。

戸村 介護福祉士をはじめとする介護にかかわる人もPDに関与しましょうという制度の変革がまずできるかどうか、非常に難しい面があると思うのですね。というのは、やはり生命に直接関係のある医療的ケアでしたら、それなりに理由はある

わけですけれど、PDのように緊急性がなく、しかも、生活支援という本来の介護職の仕事とはかけ離れているような医療行為を実施させるには、説得力がちょっと不足しているような気がいたしますが、いかがでしょうか。

日ノ下 そうすると、介護職の方にも手伝ってもらえないような状況になって、かといって訪問看護も不十分な地域であった場合は、HDをするか、人生のピリオドを考える形にするといった方向のほうか、まだ現実的だということですかね。

戸村 全国レベルで介護職が透析医療に参加するのは非常に難しいような気がするのですが、どなたかご意見をお聞かせください。

日ノ下 じゃあ伊藤先生。

伊藤 戸村先生、医療の方向として、だんだん家に帰そう、在宅に戻そうという行政の大まかな意思表示があると思うんですが、家に帰すときの受け皿の担い手、協力する専門職として、介護支援のスタッフは、計算の中に入っていないということですか。

戸村 現状では、そのような気がいたします。でも、医療への協力の仕方の変化、あるいは社会状況の変化によって、どうしても介護職も医療に参加しないと、わが国の医療が成り立たない、また、国全体で、あるいは地域全体で医療を考えるとというような状況の変化によっては事情が変わってくるかと思うのですが、現状では、非常に難しいような気がいたします。

日ノ下 なかなか課題も多いんですけど、この問題に関して、フロアのほうでご意見ございますか。はい、どうぞ。ご施設名もお願いします。

新保 すいません。京都の西陣病院の、ソーシャルワーカーの新保です。今日はありがとうございます。当院のPDの内容については、先ほど青木先生のほうにご紹介を下さったんですけども、私ソーシャルワーカーをしていて、本当に先ほどパネリストの先生がおっしゃった、地域に医療の内容をどんなふうを広げていっていかってことを日々やっています、PD、なかなかヘルパーさん達に手伝っていただくのは難しいなというような実感は持っています。

先日も、ある訪問介護の、ヘルパーさんの事業所から、PDの患者さんは、お風呂の入浴介助はちょっと断りたいっていうふうに言われて、いやいや、そんなことはないんですけどっていうふうなこ