

とのやり取りが実際ありました。ただ、一方で、吸引と経管栄養が介護職に解放されたっていうことはとても大きなことでしたし、それがなかなかまだ地域、在宅の中で浸透しているという実感は京都ではないんですけども、一部やっぱり吸引の患者さんを受けたヘルパーさんが、毎日対応していくっていうふうなことが事例としては出てきています。

それは、やっぱり地域のヘルパーさんを動かしていくことが患者さんにとって必要なことなんだ。生活の質がそれで高まっていくんだっていうふうな、患者さんのためにそれが必要だから頑張ってるっていうふうなチームができたときに、それもやっぱりお互いの信頼関係があってできたときに、成立してるなというふうに思います。

PDについてはまだまだ一般市民的にも介護の世界の中でも、十分に理解をされているとはちょっと言いにくいなと思っていて、是非いろんな形で啓蒙の上、患者さんにとって、それがとても生活を高めるいい治療なんだ、だから協力をお互いしていきませんかというふうな、そんなチームや地域になれたらいいなというふうにお聞きして思いました。すいません。ありがとうございます。

日ノ下 はい、ありがとうございます。

山川 よろしいですか。

日ノ下 はい、どうぞ。

山川 ちょっと今の議論の中で私も戸村先生にちょっとご質問したいんですけども、今話があった、喀痰吸引であるとか、経管栄養、医療行為でいわゆる介護者に認められた行為ってことがあり、これも、実際本音の部分では、結構現場では抵抗があるという、そういう理解をしてよろしいでしょうか。

戸村 浦和大学短期大学部のアンケート調査では、大体6割ぐらいの学生さんが喀痰吸引や経管栄養などの医療的ケアの履修を希望しています。しかし、実際に現場で働いている介護職の方では事情が違うと思います。それなりに介護現場の怖さを経験するということ、5年以上の経験のある介護職の方ですと、医療的ケアに対する不安が蓄積し、その履修を希望する割合は違ってくると思います。あくまで短期大学部の1、2年の学生さんで調査したときは、6割ぐらいは希望す

るということです。しかも、積極的な人は3割ぐらいで、あとは教育の内容が変わったから仕方ない、やりましょうという。そのぐらいの意欲だと思います。

山川 ということは、制度とか教育のあり方によっては変わってくる可能性はあるというのは理解していいわけですか。

戸村 はい、十分あると思われれます。

山川 ありがとうございます。

日ノ下 ありがとうございます。ちょっと光が見えたような気がしますね。時間も押してますので、このテーマはこの辺りにいたしますけれども、今の話を全てまとめますと、特に高齢者でいろいろ問題があったり、障害があったり、自立できない方でPDを続ける上で、一番いいのは平松先生がお示しになったように、病院と、後方支援病院と、介護士さんや訪問看護ステーションが、かなり緊密な連携が取れていて、みんな親切に、よく熱心にやってくれる。そういう環境下であれば、高齢者のPDも非常にやりやすいんですが、必ずしも地域によってはそうもいかない場合もある。あと、患者さんによっては、ネガティブセクションでPDしかないんだけど、PD導入した後どうしようねということもあり得ます。

それを打破する方法としては、フロアのソーシャルワーカーの方からもお話がございましたけれども、やはりPDに熱心に取り組んでいらっしゃる、例えば平松先生だったり、他何人も全国にはいらっしゃる。また、九州でも東京でも基幹病院の先生で、かなり熱心にPD導入される方もいます。そうした先生方が、高齢者におけるPDの良さをもっとアピールして、そして一般の方や、介護福祉関係の方にも啓発して、高齢者におけるPDの良さ、そしてPDの必要性をもっと認識していただいて、社会的に認知度が高まる。あるいは、PDに対する介助、介護、支援が必要だというニーズが高まる方向になれば、世の中の理解も得られて、例えば介護福祉士のカリキュラムにそういったものを入れるとか、あるいは、この医療に、もう少し深く関わるような形、グレードアップを図って、およそ1年後にというのは難しいですが、ゆくゆく数年後にはそういう形が作れるようになると思います。特にPDを熱心に勧めていらっしゃる医療施設とか先生達が中心になって考えて下さるのがいいのかなと思います。

取りあえず、そういったことで総括とさせていただきます。次のテーマにいきましょう。

⑥長期入院 PD

日ノ下 この問題点も、まず先ほどの議論の延長線上にあると思いますし、またこれも地域によって違うってことがだんだん分かってまいりましたけれども、まず PD ってというのは“Do it yourself policy”で、基本的には自分でやる治療だということ。従いまして、在宅でやるのが基本なんですけれども、必ずしも自宅や職場だけではなくて、違う場所で、例えば病院や診療所に入院したまま透析を続けてらっしゃる方もいますし、グループホームはあるんですけれども、老健や特養は少なくとも都会では、東京なんかはまず引き受けてくれる施設、PD 患者さんを入所させてくれるような施設はまずないんですね。そういうわけで、我々の調査でも特養や老健にしながら、PD を続けてる患者さんっていうのは極めて少ないことが分かったんですけれども、まずこの問題に関して PD 導入という立場から、伊藤先生か山川先生なんかご意見ございますか。

山川 導入は椿原先生のほうがいいんじゃないですか。

伊藤 PD は後方支援が非常に少なく、PD をしている状態で、入院が必要で受けていただける施設は非常に少ないですね。PD を導入するとき、なかなか困難な選択になるという、一つの大きな理由になっています。ですので、どうしても元気な若い人にセレクションがいつてしまうということなんです。

日ノ下先生の所、HIV 患者の透析なんかでも苦労しておられますけれども、テクニカルにハードルが高いわけではなくて、精神的なバリアーが非常に高いということで、PD もテクニカルにハードルが高いのではなくて、やはりイメージというか、そういう所でのハードルが高いんだと思います。

透析感患者そのものがマイノリティーですけど、PD 患者は輪をかけてマイノリティーですから、PD という治療とか、あるいはその中身をもっと知ってもらうことが、まず必要です。その次に点数上の配分が付いてくればと私個人は思っております。

日ノ下 椿原先生いかがでしょうか。

椿原 先ほども申し上げたように、大阪で PD 導入に最も積極的な施設である大阪府立急性期総合医療センターですら、導入率は非常に低いのが実態です。その理由は、先ほど申し上げた通り、在宅の HD 患者の送迎が充実している事です。在宅に戻れない患者に関しては、今伊藤先生がおっしゃったようなことが大きいだろうと思います。

日ノ下 これもいろいろお立場とか環境とか考え方によっていろいろだと思うんですが、パネリストの先生に全員にお尋ねしたいんですけども、PD は先ほど平松先生のお話にもございましたように、後期高齢者なんかでやる場合は、必ずしも注排液を 4 回も考えなくても、2 回で十分。それは例えば、私も最近経験しましたけれども、エクストラニール 1 回夜間だけ注入してやってるような 90 歳前後の方とかいるんですけど、慈恵医大の横山先生もそういう考え方で、PD ファーストで取りあえず 1 回か 2 回の注排液だけでやってる人もあるよなんて言っておられました。基本的に 70 歳以上、もしくは 75 歳以上の後期高齢者の方々に対して、もう少し PD 導入を推進したほうが、経済的にもあるいは医療的にもいいとお考えなのか、あるいはそうでもないよとお考えになるのか。確かに HD のほうがいろんな面で逆に楽な面もございまして、それも含めて、PD はあんまりやってらっしゃらない施設の先生もいらっしゃるんですが、どのようにお考えか、ちょっと聞いてみましょうかね。まずどなたからいきましょうか。戸村先生なんかどうですか。

戸村 基本的には高齢者の場合、やはり PD が適していると思います。その一つの理由は、高齢者の場合は、透析の原疾患が良性腎硬化症であることが多く、一般に腎機能がゆっくりと低下します。そうしますと、長期間、尿量が保持され、ホメオスタシスが維持される可能性がありますので、PD で導入するのが望ましいと思われれます。実際、PD で導入する施設も関東地方にもありますし、割合に成績もいいようです。ただ、そのためには全体の環境づくりといえますか、PD がこんないい医療であるというエビデンスを示し、PD を行うサポートチームを作らないと難しいかと思うのです。やはり、PD を広めていくような雰囲気は是非作っていただきたいと思います。

日ノ下 平松先生は推進派ですよ。どうでしょうか。高齢者の PD は現状よりもっと推進すべ

きですか。

平松 もっと推進するべきと考えていますけれど、伊藤先生のお話、そして先ほどの青木先生の西陣病院のお話にもありましたように、一般的にはまだ認知度が低いのが現状です。医療施設のみならず、老人施設における看護、介護のところでもPDの認知度が低いようです。ですから私どもの看護師長や専門看護師は、出前の講義と言いますか、ケアマネジャーさんの会に行つてPDを説明したり、訪問看護ステーションの会に行つてPDを講義したり、必要があればPDのシステムを持参して実技指導をするとか、あるいは病院見学に来てもらうとか、いろんな方法で根気強いPR作戦をしています。そうすると段々と当院以外の所でPDを全然やらない医療施設の、透析を知らない職員さんの所でも、PD患者のショートステイが受け入れられるようになっていきます。透析に関係のない他の老人施設でも受け入れてもらっているのだから、済生会でもやりましょうということ、当院の老人施設へ行ってPDの講習をすると、予想以上の看護師さんや介護の人が集まってくれて、今までは知識がないのでPD患者は拒んでいたけれど、実際説明を受けてみると自分達でも出来そうとなり、受け入れてくれるようになりました。

やはり、PDを広める努力をする必要があると思います。知らないものをしようと言われたら、少ないスタッフで運営している老人施設は心配になります。その努力を基幹病院の私達がすることが必要だと思います。

それから、当院で高齢者は3分の1がPDを導入していると言いましたけども、椿原先生が委員長をされていた日本透析医学会の統計調査だと、今全国で年間約3万8000人が導入されているわけですね。計算しやすいように3万6,000人としますと、その中の高齢者は2万4,000人ぐらいが高齢者かと思えます。そうすると、その中の3分の1というと、年間8,000人になります。高齢者の中の3分の1がPDを導入することになれば、自立できない方、一人暮らしの方、その他いろんな条件で希望されなかった方を除いたとしても、3分の1の高齢者がPDを選択すると、高齢者だけで年間8,000人がPD患者になります。

こうなると、国としても、多くのPD患者の抱える課題を克服するためにいろいろな手を打たな

ければならなくなります。今はわずかな人数ですから、厚生労働省の課長さんにお会いしても、高齢者PDは良さそうだとすることは理解していただきますが、現在の高齢PD患者数では、あまりにも社会的な課題が小さすぎるわけですね。将来、これだけの多くの高齢PD患者さんがこんな問題を抱えているとなったら、先ほどのヘルパーさんの役割のことにしても、吸痰よりもずっと安全な処置ですので、PDの介助が可能になるように思います。

入浴のこともお話に出ましたけど、入浴したから腹膜炎起こしたとかいうことになったら責任が持てないから嫌ということになるでしょうけれども、PD管理上の責任は私達にありますので、病院がちゃんと責任を持ってしますから大丈夫です。入浴してもいいという判断をPD担当看護師さんと一緒に医師がしているわけです。たとえば、入浴は駄目だけどオープンシャワーはいいですという判断はあくまでもこちらでしますから、現場の方々の責任ではありませんよと言っています。その辺は家族や本人にきちんと説明しておくことにしています。腹膜炎や出口部感染を起こしたのは誰かがこうしたからというようなことでは、在宅医療は前に進みません。みんなでその患者さんのために一番いいことをしているという認識でいくと、逆に前に進んでいけます。中には理解が難しいご家族の場合は、やはりPD導入ができないこともありますし、導入しても早めに撤退(HDに変更)することになりますけれども、できれば多くの高齢者にそのチャンスを与えてあげたい。そうしないとこれから高齢透析患者がどんどん増えれば、透析医療は、やはり難易度ばかり高くて、光明が少ないことになってしまうと危惧しています。

日ノ下 青木先生はいかがですか。高齢者、特に後期高齢者のPDはもうちょっと推進してもいいっていか比率が上がってもいいんじゃないか。あるいは現状のままでもいいかということに関して。

青木 機会があれば是非やってみたいということをおもっています。前の施設にいるときに自分自身で経験したことがありますので、機会があれば是非と思っています。特養とクリニック開設して5年目になるんですけど、開設するとき、やっぱり特養のスタッフの人は、透析そのものに対する非常

にハードルが高かったですけど、何年かして聞いてみると、思ったよりも他の人と変わらないと。認知症の程度はそんなに変わらないし、ADL もむしろいいぐらいだから、いろいろと分かって来てくれて、今はごく普通のこととしてやってくれるように思いますので、腹膜透析も多分時々勉強会もしたりということで、西陣で透析経験したスタッフは、特養にも勤務してる方おられますので、そういう人をキーパーソンにして、少しずつ広げていきたいなというふうに思います。

さっきやった、4回変えなくてもいいと、1回でも2回でもいいよという話になれば、随分肩の荷は降りると思いますし、場合によたらクリニックからサポートにすぐ行けますので、機会があれば是非というふうに考えております。

日ノ下 ちなみに先生の所の特養とか関連老健とかだと、今後PDで入所もしくは入院が必要な方が出てきた場合には受けてくれそうですかね。

青木 一応受けるということで話はしてありますけど。

日ノ下 平林先生の所は血液透析主体なんですけど、全体論として今後の透析医療にとってPDをもうちょっと推進すべきなのか、いろいろお話し伺っていると、このままでもいいんじゃないかというお考えか、どうお考えですか。

平林 先程から平松先生のお話を伺っていますと、高齢者の方にはPDも良いのかなと、私もそういう気がしてきました。但し、兵庫県ではPDの基幹病院が少ないのが気になる所です。

日ノ下 伊藤先生はどうですか。今の現状以上に、PDを高齢者の透析患者さんへ勧めるべきなのか、いろいろ事情考えるとこのままでも構わないとお考えなのか、いかがですか。

伊藤 今日の話に含まれてなかったんですが、高齢者の透析患者だと、栄養状態が大きな問題になると思います。透析量が不足している話がずっとありましたけど、今はむしろ高齢者で低栄養の人が問題になってきている。手術をするのに耐術能とか術後の回復でも大きな問題になります。

食べられない人に血液透析をやりますと、低栄養が助長されかねない。尿毒症症状や心不全への対策は必要だけれども、透析量としてはそれなりでいいですよという層がおられますから、1日1バッグとか1日2バッグの腹膜透析というのは、理にかなうし、快適ではないでしょうか。そうい

う意味で、もっと増やす余地があり、進めることが正しいと考えます。

日ノ下 はい、ありがとうございます。山川先生、いかがでしょう。

山川 私自身もPDにかかわって、実際見て思うのは、PDは、これ患者さんを選ぶ治療であるという認識は、やっぱり持っとかないといけなないので、具体的には食事、PDで追いつかないぐらいの食事をする人であるとか、透析量が追いつかない。あるいは塩分制限ですね。食事の部分で、全然ちゃんとできない。あるいはかなりグラマーな人っていうのは、やっぱり相対的にPDに向かない。

ただ、高齢者になればなるほど、そういう方、要するに向かない人は減ってくるっていうのは事実だと思いますんで、そういう患者を選ぶという前提で、やはりPDを推進してくという方針には、私は賛成します。

実際、じゃあそのためにはという話になりますと、やはりモデルっていうのが必要だと思うんですね。今まだ入院のセッションだと思うんですけど、その何か腹膜炎であるとか、入院治療が必要であるケースじゃなくて、単に維持透析のために入院PDを行うっていうことは、やはり現状では難しいと。慢性維持透析の加算付きましたし、慢性療養病床者としては今後許されるという考えが出てくるかもしれないですけど。

ですから、今後必要なことは、サ高住であるとか、老人ホーム。既にいわゆる高齢者住宅において、そのPD患者を見ていくってやっぱりモデルを作っていく、いろいろな制度上の支障があればそこを解決していくと。やっぱりそういう方向性っていうのは必要じゃないか。単に医療者の熱意だけでは解決しないので、制度の部分も考えていかないといけない問題でないかなと思っております。

日ノ下 はい、ありがとうございます。椿原先生、いかがでしょうか。

椿原 私は昔からPD推進派で、30年近く大阪CAPD研究会の会長を拝命して普及活動を行ってきました。是非ホームページも見て下さい。実際大阪のPDは全国的にも早くから普及しています。1985年のデータでは、全国のPD患者の割合が2.47%に対し、大阪は3.28%です。ちなみに東京は2.82%、岡山は1.69%でした。しかしEPSが

多発し、1995年のデータでは、全国が5.33%に対し大阪は3.70%で、東京の4.63%、岡山の7.85%を大きく下回る結果となりました。さらに2013年末のデータでは、全国が2.99%に低下し、大阪も2.52%と著しく低下しています。東京は3.82%、岡山が4.24%と地域差が有りますが、全国的に低下しているのは事実です。

大阪CAPD研究会も、年に1回の例会を開催していますが、集まる施設が決まっており、新規に参入する施設は皆無と言って良い状況です。伊藤先生も多分来られたことが無いと思います。

日ノ下 はい、ありがとうございます。そういう意味では府立成人病センターではかなりPD導入があるようですから、是非また臨床的な結果をまとめて、高齢者にこんなによいよってというような成績をアウトプットしていただくことで、また社会が動いていくのかもしれないですね。よろしくお願い致します。

どうもお話を伺ってますと、ここにいらっしゃる先生、今後は後期高齢者に関しては、PDをもうちょっと進めてもいいんじゃないかというお考えの先生が多いようですね。それを前提としてお伺いしたいんですが、現在のテーマは入院PDなんですけど、要するに、高齢者にPDを導入しても、その後、例えば心不全がさらに悪化してきたとか、あるいは脳卒中を起こして、ご本人はできない、あるいは配偶者もかなりのご高齢なので、老老介護でとても注排液が自宅ではできないというようなケースも、そろそろ増えてくるのは事実です。平松先生の所、岡山県ではそういうことはあんまり問題がなくて、何とかやれてるよって話でしたけど、地域によっては実はなかなかそううまくいかないこともありますので、じゃあ高齢者のPDを促進したときに、どうしても入院が必要な状況に陥る患者が増える。あるいは、社会的な入院も含めてですけど、長期入院、もしくは入所が増えかねないですね。

青木先生の所は、同じ系列の特養なので連携はしやすいと思うんですが、なかなかそうはいかないケースも実際にはあります。したがって、高齢者のPDを推進したときに、じゃあ入院が必要だったらどうするのか。それはHDのままなら何とか、今度加算も付きましたし、まだ採算も合うのかもしれないんですけど、PDはなかなか採算が合わない面もありますので、その場合にやはり

HDに移行させるのか、あるいはPDに執着して、何か別な解決策を考えるのか。その辺りも課題だろうと思います。東京では実際課題になってるんですけども、その辺りどうお考えになりますかね。伊藤先生とかいかがですか。ではまず、平松先生にお伺いしましょうか。

平松 あくまでもPDでやるっていうことではなくて、PDがいいのなら続ける努力をして、それでも駄目なときには、もうHDに変更していただきます。その時には、当院でHDに変えてみることもあります。PDのカテーテルを残しておいて、その方が本当にHDでちゃんと管理できるようになるかどうかを見届けてから、PDからHDに移行するようにしています。

PDを止めた後でHDではなかなか大変だった、シャントは作成困難で、体外循環も難しかった、じゃかわいそうです。一方で、どちらもできるということであれば、無理をしないということも、私達スタッフの合意の一つです。あまり無理をすると長続きしませんので、必要な場合は、患者さんご家族の理解のもとにHDに変えていただいています。HDに変えたけれども、シャント等の維持が難しそうだから、やはりPDでいこうという場合もあります。だから、PDとHDは両方患者さんが選択できるという形にしておく方がいいと思います。

日ノ下 パネリストの先生が話しづらいところもあるようなので、追加でコメントしますと、実は入院PDどうでしょうか、今後ありですか、なしですか、あるいは制度を変えるべきですか、あるいはインセンティブか何か付けるべきですかというようなご質問を東京のパネルでもいたしましたし、福岡でもいたしました。東京と福岡では全然反応が違ったんですね。

東京では、基本的にPDをやってる患者さんが、にっちもさっちもいなくなって、例えば一人暮らしで、身寄りもない、支援者もない、かといって毎日のように診に来てくれるかかりつけ医や訪問看護ステーションもない、あるいはそういう方も見つからない場合。そういうときには、基本的にはPDは自分でやる治療なんだから、それができなくなったら、もうPDは「止めましょう」という意見が大半を占めました。そういうものかなと思って、次に11月1日、福岡でやはり同じような議題でパネルディスカッションをさせていた

だきましたところ、反応が全然違いまして、にっちもさっちもいかなくなくても、それは基幹病院、もしくは中小の病院で何とか入院させて、「赤字覚悟で対応する」と。あるいは入所の施設も考えるというようなご意見が多かったの、それに関してもやっぱり地域差があるなと感じたわけでございますけれども、山川先生。

山川 あまり皆さんしゃべらないんで私がしゃべりますけど、これよく聞く話なんですけど、これ HD、PD 限らずですけども、介護施設で、透析患者が避けられるという現状があるんですね。実際透析をやっている医療機関の持ってる介護施設とかも、先生の話の聞くと、多分これ一般論として正しいと思うんですが、やっぱりなんだかんだ言っても透析患者さんは手がかかると。ですから、今の制度なり人員配置なりでは、やっぱり老健なり特養なり、ちょっとしんどいという認識を持っておられるんですね。ちょっとあんまりいろんな人に聞いたわけではないんで、一般論かどうか分からないんですけど、恐らくそれほど外れてはいないかなと。ですから、言ってみれば透析患者さんが制度と現状のはざまにいるような部分はあるだろうと。

じゃあ先ほど一般病床であるとか、いわゆる医療がかなり高いレベルでの医療が必要なときには、なかなかもはや今の医療制度からしてはそれは許されないだろうと。じゃあ療養病床、ある意味透析患者さんは長期入院を入れてもいいよとお墨付きをいただいたようなものだと思うんですけど、そこに PD 患者が入れるかどうかということですね。PD は今までずっと在宅医療という建前で行政も育ててきたという認識があって、いやいや、ちょっと在宅では厳しいよということを示せるかどうかだと思いますね。

実際、じゃあ老健であるとか特養などの介護施設でちょっと苦しいということ、ちゃんと証明できるかどうかと、そこにかかっているのじゃないかなというふうに思う。それが無理だったら、やはり別のモデルを考えていかないといけないと思います。

日ノ下 はい、ありがとうございます。今のは制度上の問題ですね。今のお話を伺っていて、おっしゃるとおりで、先生がおっしゃられたことはもちろん一般性高いと思います。東京ではいつも経験しておりまして、介護施設ですね、老健とか特

養のほとんど、HD の患者さんすら引き受けられません。透析施設へ送り迎え、例えば血液透析の方ですと、めんどくさいし、その間になんか転んで骨折したり、なんやかんやあると嫌だと。食事その方のためにもいろんなこと考えなきゃならない。もうめんどくさい、あるいは怖いから嫌だと。特養、老健は特にそうですね。PD にいたっては、本当に老健だと看護師さんいますけれども、その 1 人の患者さんのために PD の注排液をやるのはとても嫌だということで、大体敬遠されてるのが実情ですね。たまたま同じグループが経営している場合に限り、機能してることはありうんですが、全然関係のない特養や老健は、まず HD の患者さんも PD の患者さんもすごく嫌がる。拒んでいるといった状況です。

インセンティブでも与えてあげれば受け入れが進むのかもしれないですが、そのためには今おっしゃった制度上の問題がある。そして実績を示す必要があるという話でございますので、例えば、まさに全国調査でもして、在宅の PD でいろいろ問題が多過ぎて困っていて、これだけ苦勞してるっていう症状をピックアップして、何十人か、あるいは何百人もいたらなおいいんですけど、そういうのを行政側に示して、改革のほうへ進めていただくとか、そういうことも考えなきゃいけないなと思いながら聞いておりました。伊藤先生いかがですか。PD の長期入院のこと、あるいは入所に関して。

伊藤 入所に関しては私もあまりよく分かりません。心不全が顕在化してきた場合は、PD も HD に切り替えるしかありませんが、そうでない場合にどうするかというのは、難しいです。透析をいつまで続けるのかという問題も出てくるとは思うんですけど、他に大きな問題がなくて、ただ PD の手間がかかるからというだけで、老健が見たくないというのであれば、我々の啓蒙活動とかの努力で今よりは改善できる点もあるのかなと思うんですが。

合併症が多い場合にどこが受け入れるのかという点は、今の時点では答えはどこにもないであろうし、今後も難しいでしょう。

日ノ下 そういう合併症だらけで困ったからってということで、先生とこに返送されてきて、入院させて面倒みてるってことはあったんですか。

伊藤 あります。でもそういう場合はやはり後方

支援病院がPDのままでは見つかりませんので、HDで次を探すということしか話さなかったですね。

日ノ下 いろいろお話を伺っておりますと、PDの現状は厳しいですね。だけでも、ちょっと我々もパラダイムシフトというか、従来の考え方を変えないといけないのかもしれないですね。後期高齢者に関しては、少なくともPDが向いてる面もあるし、何もPDの注排液4回毎日やらなくても、1回や2回で済む場合も実際ございますし、思ったよりは困難を伴わないケースもありますので、そういう方々にはもっと積極的にPDを推進していくと。

ただ、周辺の問題に関して、例えば今お話が出ました、いざというときに老健、特養引き受けてくれるのかとか、その他の施設に入ったときに、患者さん嫌がられてなかなか受けてもらえないというような状況をどう打破していくか。まだまだ課題ございますが、このパネルで話し合われたことをもとに、またみんなで考え、学会や透析医会のほうでも考えていただければと思います。じゃあその次、最後のテーマをお願いします。

⑦在宅PDと医療保険診療、介護保険サービス

日ノ下 PDに関しては最後の課題なんですけれども、この議題は既にこれまでの二つの議題の中に含まれていて、ある程度はもう議論されたことでございますけれども、PDをどう位置づけるか、そして技術的に2、3の先生からもお話が出ましたように、今ですと、例えばPDファーストという考えもございますし、また、始めからインテンスにPDをやるのではなくて、状況によっては注排液を1日に1回、もしくは2回で済ませても何とか高齢者の場合だとやれることもある。そういうことで、従来のオーソドックスなやり方以外も含めて、今後PDもさらにイノベートしていく必要があるだろうとは思いますが、全体を通じてPDのあり方に関して、まずフロアの先生方、あるいは医療者の方々でご意見やコメントございますか。バクスターの方もお見えになってますね。バクスターさん、何かメーカーさんの立場からご意見ありますか。あるいは高齢者のPDに関して、こういうことがはやってるよということございますか。特にご意見ないですか。

じゃあフロアの中で、PDの患者さん、数多く

抱えていらっしゃる、5、6名以上面倒見ておられる施設の方、手挙げていただけますか。後ろのその女性の方、どんなことでも結構です。今までの議論を踏まえて、これからの高齢者向けのPDに関して、何か改善点とか、普段困ってる点とか、あるいはご意見とかございましたら。

小沢 白鷺病院の看護師の小沢と申します。PDを専属に見させていただいてるんですけども、高齢の患者さんにとって、PDっていうのは、平松先生もおっしゃるように、QOLも高いですし、身体的な負担も少ないですし、とってもいい治療法だと私は思ってるんですね。ただ、進まない現状には、うちの理事長のほうが言いました、いわゆる家族の負担もありますし、それから何かトラブルが起こったときに、やはり独居の方でしたら自己判断とかそういう所も難しいというような現状もありまして、人数的には増加していないのが現状なんですけれども、今後は高齢者のPDを考えるときに、私達医療者が高齢患者さんの現場に出掛けて行って、訪問看護施設とかと連携を取りながら、フォローアップしていくような体制をきちんと作るべきではないかというふうに私は考えております。

ですので、病院に来ていただくというより、私達医療者が出掛けて行く。そういう考え方でいくべきではないかというふうに思います。

日ノ下 ありがとうございます。導入病院の看護師さんでいらっしゃるわけですね。でも病院からスタッフが実際行ったり、あるいは末期腎不全で導入直前になりそうな患者さんに、もっとアプローチして説明したりと、そういうことでもっとPDの認識を広げる。あるいはPDが始まってからも、サポート十分してあげるような、そういう環境が必要であるということでございますね。他にはどなたかご意見ありますか。椿原先生いかがですか。全体を通じてPDに関して何か、今後のあり方として、先生のご意見は。

椿原 なかなか難しいですね。大阪CAPD研究会会長として申し上げにくいのですが、私自身が透析を選択する立場になったら、多分PDでなく、在宅HDを選ぶと思います。何年か前の日本腹膜透析医学会のシンポジウムだったと思いますが、PDを積極的に行っているシンポジストの全員が、自分自身ではPDを選択しないと言う結果でした。我が国では、PDのコストベネフィットも無い。

PD を存続させるのなら、PD 関連の詳細な調査を行っている日本透析医学会の統計調査のデータから、PD 有利と言うエビデンスを出す必要が有ると思っています。

日ノ下 はい、ありがとうございます。特に後期高齢者、平松先生の表現を借りたら、70 歳以上ぐらいの方にはちょうど向いた治療だということでしたので、しかも全員のご意見を伺った所、高齢者ではもう少し PD を促進してもやっぱりいいのではないかということでした。

また、医療経済上も少なくとも、私も厚労省に話を持っていったときに試算したんですけど、少なくともバッグ交換 1 回、2 回だと、絶対 HD よりは経済的にもコストダウンです。ですから、経済的に有利な面もございますので、患者さんを選択しなければならぬかもしれないかもしれませんが、もうちょっと PD は推進してもいいんでしょうし、是非また学会のほうでも推進を考えてもらうようにしましょう。一時期よりもちょっと下火になっているのは事実で、全国的に見ると。

そして、PD が進まない原因が、単に認識が不足してたり、医療者側の働きかけや熱意あるいは啓発活動が足りないのか、どういうふうに理解されているのか等ちゃんと分析して、対応を考えていかなければならぬかなと思います。何か戸村先生のほうで、PD に関して HD と比較してご意見とかありますか。特にはないようでしたら、総括に入りたいと思います。

⑧総合討論

日ノ下 この後は、今日の全般の HD の話、PD の話も含めて、高齢化社会における透析のいろいろな問題、なかなか解決し難い問題が増えてきたわけですが、いろいろな議論をさせていただきました。送迎の問題、あるいは入院血液透析の問題、あるいは介護保険との関わり方、さらには PD の注排液の問題や、PD の入院透析、そして PD はどうあるべきか、そして PD はもっと推進すべきかどうかというような議論をさせていただいてまいりましたけれども、全体を通じて、今後の 21 世紀の、まさに高齢化社会における透析の支援のあり方について、皆様から最後に総括的なご意見を頂戴したいと思います。

どうですか、フロアの先生方、あるいはスタッフの方々に、是非この点は今後大きな課題にして

欲しい。あるいは政策として考えて欲しいっていうようなことございますか。ありましたら遠慮なく手を挙げて、この際ですから是非一言ご発言いただきたいと思います。ないようでしたら、パネリストの先生方から、全体を通じて、このパネルにおける感想、あるいは今後の政策提言でもよろしゅうございます。端っここのほうから、高齢化社会における血液透析、あるいは腹膜透析のあり方について、あるいは支援のあり方について、是非コメントしておきたいという点についてご意見を頂戴できればと思います。恐縮ですがけれども、平林先生からでもよろしいですか。よろしくお願ひします。

平林 やはり医療経済の面から考えますと、入院するよりは在宅医療の方が、医療経済的には有利だと思いますので、そうするには、やっぱり送迎も必要でしょうし、色々な問題がありますが、今後も在宅医療を充実させていくべきだと思います。

日ノ下 在宅を推進すると。そのためには、どうですかね。まだ医療者側の働き方とか、考え方がまだついていない部分もございませぬかね。例えば、送迎で言えば、本来は全く歩いて、若くて、お元気なのに、サービスで送迎してるようなケースも実際あるんですね、都会では。節度も必要かもしれません。そういったことはもう止めて、自立できる方はどんどん、元気なうちは歩いて通ってきなさいよという認識で、長期に在宅で過ごせるように、プロモートしていく必要もあろうかと思いますが、その辺はいかがでしょう。

平林 確かに先生がおっしゃるように、都市部では患者さんを集めるために送迎をしている医療機関もあります。もちろん、患者さんの健康維持のためには歩いたほうが良いと思います。三田市では私の診療所しか送迎をしていませんので、患者さん達には本当に必要な場合だけしか送迎をしませんよということを申し上げています。

ただ、今後、透析の診療報酬が下げられるとすると、なかなか送迎を実施しにくい環境になって行くのではないかなと心配しています。

日ノ下 下げられないようにしなきゃならないですね。じゃあ次に青木先生、全体を通じて。

青木 いろいろ大変勉強になって、ありがたい機会だと思っております。特に、在宅医療、在宅訪問看護や在宅医の先生達を含めて、医療と介護連

携をそろそろしっかりやっていかなくちやということがあったので、もう私はそれでいいです。

ただ、介護保険のほうはだいぶ利益を内部留保しているんじゃないか。次の機会にはまた下げるよという話も聞きますし、片方では、医療と介護の連携について考える政策課ってというのが新しくできたという話も聞きますので、山川先生も椿原先生も、そういう方面でまた是非アプローチしていただいて、やりやすい環境を整えていただければという次第です。

日ノ下 ありがとうございます。じゃあ次、平松先生、いかがですか。

平松 平成12年でしたか、日本透析医学会のランチョンセミナーで、東北大学の濃沼教授と私が半分ずつランチョンセミナーを担当させていただいた時に、濃沼教授は以前厚労省のお役人でいらしたのですが、先生がおっしゃるには、わが国の医療の信頼性の向上のためには二つのキーワードがあると。一つは「情報の公開」です。その当時ですから、まだまだ情報の公開ができてなかった頃です。もう一つは「在宅医療」だと。私もなるほどと思って、何かあるごとにお話していますが、情報公開はだいぶ進んできましたけど、在宅医療は国が一生懸命やっても普及はまだまだです。それはやはり一つには、在宅医療は開業の先生方の領域だといっても、開業医だけでは24時間、365日負担を背負うのはなかなか大変になります。

患者さんも、当院のような基幹病院から在宅へ移行して、開業の先生と介護の方に支援してもらいながら自宅で療養してくださいと言うと、病院から突き放されたような気持ちになり、不安になります。開業の先生も患者さんも両方が負担と不安を感じていると、在宅医療には繋がりません。当院の開放病床は登録医が150～160人ほどいますが、昨年の運営会議で、“これは病院の開放病床の会議ですが、これからは在宅を病院に開放してください”と提案しました。病院の担当医が在宅医療を勧めることで、患者さんに安心して自宅に帰ってもらえますし、私達も必要な専門領域のことについては、在宅医療を応援しますと、そういうお話をしました。そうすると、当院の副院長から、開業の先生の患者さんをとることにならないかと反対する意見もありました。そうではなく、在宅医療の患者さんを増やすことになるこ

とを説明しましたら、参加していた医師会長が大喜びで、在宅を開放してはと病院の医師が提案したことは、今年1番インパクトの強い発言だと賛同していただきました。それで平成26年4月に、当院の地域医療支援センターの中に在宅医療支援室を新設いたしました。これは、患者さん、たとえば透析患者さんが在宅医療をしている時に、何か在宅専門の先生方では対応できないことがあれば、病院からも専門医が看護師とともにいきますよという話です。そういう意味では、先ほど発言された白鷺病院の看護師さん、山川先生の病院には良いスタッフがおられますね。ああいう方と一緒に行こうということです。当院の看護師さんが、PD導入患者さんの退院前訪問指導(外泊時)とか、あるいは退院時共同指導をしていることの続きとなります。

在宅へ私達が行くことで、できるだけ入院を短くして自宅に帰っていただけます。PDの自己管理の習得についても、完全に覚えなくても在宅で覚えてもらったらいいいということです。高齢者は入院が長くなると、それだけで認知症も進むこともありますので、できるだけ在宅で指導するのがよいと思います。これから患者さんがPDをしながら生きていくその場で、すなわち自宅で教えてあげよう、あるいは問題点を解決していこうとしています。やはり在宅医療は先生方も言われていますように、これからは気が付いてみたら、みんなで支えていく、みんなで作り上げていく医療でないかと考えております。

日ノ下 やはり今後は在宅医療がキーワードで、なるべく在宅で続けられる人は、PDであろうがHDであろうが続けて、それをサポートできる環境づくり、そして地域医療体制があればいいというお話だと思います。じゃあ次、戸村先生お願いします。

戸村 はい、大変勉強させていただきました、どうもありがとうございます。このパネルに参加する前は、正直ちょっと偉い先生のいる所に私が出て行って、何かしゃべることあるのかなということで、もう一つは女子医大の秋葉先生も所用で参加されないということで、不安な気持ちでこちらに参ったのですが、非常に勉強になりました。東京で行われたパネルにも参加させていただきましたが、やはり透析医療には地域差が随分あるのだなというのが、今日の1番の感想です。

それから医療保険と介護保険は別個であるよりは、両者が連携してサービスを提供することが、だんだん必要になってくると思うのです。先ほど厚労省にも、こういうリエゾンの担当課ができそうだということ伺いましたので、その方向で推進していただくように働きかけていただきたいと思います。

また、財政の関係だと思っておりますけど、予防給付が縮小され、今後、地域支援事業という形で、いろいろなサービスを提供しようという計画があるかと思えます。このような状況の変化に伴って、行政の対応の仕方も変化し、地域の医師会の先生方や透析の関係者が行政に働きかける機会も増してくると思うのです。ぜひ透析に関するしっかりとしたエビデンス示して、十分な働きかけを行政にもしていただきたいと思います。

日ノ下 ありがとうございます。最後にあった話というのは、今後介護保険に入れられていた資金の一部が地域に入る。市町村の行政が、地域の包括ケアを考えていく。そういう流れになりつつありますので、例えばこのパネルで話し合われたいろいろな課題とか、克服すべき問題とかを、上手にそれぞれの地域の行政に働きかけて、今後の対策を見つけていくと。

岡山県の高梁市、既に行政がHDの送迎なんかに関与して下さってる所もあるようですけれども、なかなかそうもいなくて、PDやHDをやられる先生方は困っていらっしゃる地域もあると思えますので、今後はそういった働きかけも重要だろうというお話だと思います。それでは次はどうしましょう。伊藤先生にお願いしていいですか。

伊藤 本日は勉強させていただき、ありがとうございました。患者が高齢化している中で、どうやって透析患者の最後に向かっていくのかという所は大きな問題であると、常々思っています。我々はそれに対して、患者に理想像を提示できる段階にないと思うのです。我々も今迷っている。

低栄養をいかに予防するかということと、最近frailtyと言いますが、サルコペニア、筋肉の萎縮や筋力低下をどうするかですね。低栄養をできるだけ起こさないようにすることと、高い運動能力あるいは筋肉量をいかに維持するかということが、HDにしるPDにしる大きな問題です。送迎はそこと切り離せない。患者の運動機会を奪うことにもつながってますし、医療技術の正しい、

間違いではなく、考え方や人生観を我々も勉強しないといけない。もっと違った世界の人を巻き込んでいかないといけないだろうなと思っております。

日ノ下 ありがとうございます。今日取り上げているテーマというのが、場合によっては終末期医療、あるいは最近議論がよく行われております、透析導入、非導入、あるいは透析の継続中止という課題とも関連するわけでございますけれども、ただ、今後この厚労科研プロジェクトでは、そこまでやると、まさに宗教家とか、他の分野の方もいっぱい巻き込んで、幅広く考えなければならぬ。なかなか難しいテーマですので、今回のパネルのテーマとしては取り上げてはいないんですけども、今後そういったことも含めて、各透析医療関係者、考えていかなきゃならないことだろうと思います。じゃあ、次に山川先生お願いします。山川 全般的なことはいろいろな所で、私発言させていただきまして、もう折り返しになりますので、ちょっと1点今後議論になるかもしれないというトピック的なのをちょっとお話させていただこうと思うんですけども、在宅血液透析というのがありまして、これ歴史的にはもう1970年前後からあるんですが、ずっと全国で100人ぐらいの患者さんでやっていましたが、最近海外の報告とかもありまして、保健所の回数制限はないということ、夜中にあれば、長時間頻回もできるということで、特に若い方を中心に広がってきまして、昨年末の数字で460人ぐらいでしたかね。10年前の5倍近くなると。

この一方で、この過程で在宅血液透析が指導料との引き上げてとなったんですが、一方でサ高住とか、老人ホームで在宅血液透析を称してやると、あえて言わしていただきますが、やるという動きが出てきてますね。日本透析医会がガイドライン作りまして、自分でちゃんと責任を持てる人という条件でガイドラインを作りまして、いわゆる通院できない人が、サ高住や老人ホーム等で近隣の透析施設のスタッフが制止にいったみたいなそういう形でやられてるのは、大変危険でもあるし、責任の所在がはっきりしないということで、医会、あるいは私個人としてもかなり問題提起はしてきたんですけども、現状としましては、行政自身が、その辺り必ずしも安全ではないということ、どうも理解されてる節はあるんですけど、

ただ、今後の透析のあり方の一つの可能性として考えてる節があるんですね。ちょっとそこら辺、今後どういう形になるか分からないんですけども、日本の透析、非常に海外と比べても成績はいいですし、一方で非常に透析医療、本当に数が増えているという、そういう問題の中で、ある程度行政の意向であるとか、そこら辺も踏まえた形というのを、我々の教訓として、責任を持って提案をするということが、必要になってくるかもしれないということで。一つのトピックスとしてご紹介させていただきます。

日ノ下 高齢化社会ですので、いろんな形があっていいだろうと、そういうわけで、新しいことが行われつつあるというお話でございます。最後に椿原先生、お願い致します。

椿原 もう少し勉強してきたら良かったと、後悔しています。私は本年6月で統計調査委員長を定年退職しました。統計調査の予測では、早ければ2017年、遅くても2021年ぐらいから減少すると推測されています。この様な状況で、PD患者が増加するとは考えられません。もちろん透析医療の現状が、根本的に変われば別ですが。例えば、PD患者の医療費が大幅にアップされるような変革があれば別ですが、これは不可能でしょう。

日ノ下 ありがとうございます。なかなかエビデンスがないと厚労省も動いてくれないということで、例えばPDに対するご本人、1親等、配偶者以外の方の参入、例えばヘルパーさんだったり、そういう問題を改善、解決していくには、エビデンスの積み重ねも必要だというお話だろうと思います。またその辺りは透析医学会や透析医会で検討していただく、あるいは透析医学会の調査委員会でまとめられておりますデータを活用したりして、今後新たな調査を進めていただいたりしながら、より良いPDあるいはHDのあり方を模索し、そしてより良い透析医療へ改善できればと思います。

本当にHDから始まりまして、もう午後5時回りしましたがけれども、長い間、皆様熱心にご討議いただきましてありがとうございました。パネリストの先生方、本当にお忙しい中、長らくディスカッションいただきましてありがとうございました。それではこの辺りで、このパネルディスカッションは終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

IV. 第 4 回パネルディスカッション

(2015 年 2 月 7 日、TKP 名古屋栄カンファレンスセンター、名古屋)

参加者 (発言順) (図 4、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)
名古屋記念財団	太田 圭洋 (パネリスト)
明陽クリニック	鶴田 良成 (同)
名古屋共立病院	春日 弘樹 (同)
五条川リハビリテーション病院	島野 泰暢 (同)
名古屋第二赤十字病院	稲熊 大城 (同)
春日井市民病院	渡邊 有三 (同)
名古屋大学腎不全総合医療学	伊藤 恭彦 (同)
東京女子医科大学血液浄化センター	秋葉 隆 (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 パネリストの先生方に同じスライドのハンドノートをお手元にお配りしておりますので、ハンドノートをご覧になりながら聞いていただければと思います。まずは送迎の問題ですね。これも地域によって多少送迎の比率は違うようですけども、しかし数多くの施設が送迎に力を入れていることは事実でございます。またお尋ねしたところでは、約 3/4 の施設が送迎を負担に感じているということでございますけれども。この送迎に関して現状のままでいいのか、また多くの施設は、ご存じのように、それぞれの施設の自己負担でいらっしゃるんですけど、果たしてそういう形でこのままだっていいのかと。あるいは現場の先生方はどういうふうにお考えになっているのかお尋ねしたいんですけども、どなたかコメントありますかね。実際に送迎を手掛けていらっしゃる先生いかがですか。そしたらまずは太田先生から伺いましょうか。先生はどういうふうにお考えですか、送迎について。

太田 まずは先にちょっとだけ補足をさせていただきます。大体どのぐらいコストがかかっているか。このアンケートではないんですが、一応この現場に来ている方々には感覚持っていただきたいなと思います。一応、透析医会のほうでいろいろアンケートしたこともありまして、1 人当たりの大体送迎コスト、通常のバスや何かに自力で乗れる方ですね、送迎バス。ほとんどの場合そうだと思うのですが、そういう方お一人当たりの送迎コスト、大体 1 人当たり月 2 万円かかってご

ざいます。決してそんなに安い形になってないと思います。車いす送迎をされていらっしゃるような方の施設になりますと、そういう方のコスト 1 人当たりで 5 万円ぐらいというふうに言われております。今 1 人当たりの透析患者さんの月額のリセプトって大体 4 万点、40 万円っていうことを考えますと、2 万円ですとか 5 万円っていうのはかなりの金額になっているということはまずご認識いただきたいなと思います。あと介護保険のほうですけども、介護保険使って来られる方、いわゆる介護タクシーですとかいろいろありますが、これも誤解していらっしゃる方いらっしゃるのですが、介護保険は 1 割負担で使用できる制度なんですけども、通院乗降介助ですとか身体介助というのをを使って送迎タクシーを利用します。その部分は 1 割負担になるのですが、タクシー代は別になります。ですので、送迎タクシーですとかそういうもので来る方っていうのは、介護保険の部分は 1 割負担だけど、実際のタクシーのコストっていうのは発生するので、もちろんその距離にもよりますが、大体患者さんご家族の負担っていうのも、月額 2 万円台ぐらいにのぼるといのが今の送迎の状況になります。施設側の負担感がないかっていうとそうではないので、多くの施設では患者さんがなんらかの自力、または公的な介護保険ですとか、そういうもので通院していただくような形に移行できるならしたいと考えていますが、現実的には全施設がバーンと止めてっていう形でもなければ、特に都市部の場合、どうしても患者獲得のためにという意味合いも含めてやっ

てらっしゃる施設がありますので、なかなかこの送迎の問題っていうのは解決をするのが難しい状態なのかなというふうに認識しています。

日ノ下 いろいろ貴重な情報も含めて教えていただきましてありがとうございます。東京でパネルをやったときには、中規模のサテライトで、大体具体的に90万ぐらいは持ち出しだとおっしゃってる施設もございました。市中のサテライトさんですけれども、じゃあ明陽クリニック鶴田先生の所は送迎についてどうお考えですか。

鶴田 明陽クリニック鶴田です。私の所は無床の民間の、愛知県の東のほうにある三河地区の診療所というところで、代表してしゃべるといことだと思いますが、やはり同じように送迎で行ってます。やはり負担になっております。これはどこの施設も同じでしょうが、出血で遅れたりとか、それでも順番がばらばらに崩れたりするときにも、待たされる患者が怒るし、次の車に回された患者も怒るしということ。それに対して委託で行っております。それで、一応その運転手の問題もあって交代したこともあります。それでもいっぱいあるんですよ、問題が。それから、やはり患者をどのように地域ごとに順番に送るかという問題に対して、やはり職員側がきちっと事務員レベルで把握しなきゃいけないってことで、やっぱりそういう人出がとられるってことです。委託しても。それからあと、やはり送迎はドアトウドアということで、とにかく車に乗せるまでに看護助手とか看護師が介助をする、そういう人手もかかります。ということで、なおかつ今320人ほどの通院患者がおりますが、そのうちの約130名ぐらいが送迎しております。できるだけ基準を設けて、年齢制限とか設けるとんですが、それでもやっぱり高齢化ということでそこら辺の比率を占めておまして、これからも増えてくるということが今の大きな問題点になってますよね。もし何か解決策があれば教えてもらいたいです。以上です。

日ノ下 今ちょっと太田先生も鶴田先生もお示しになりましたけれども、送迎やっている患者さんは、かなり多いと。おまけに東京でパネルを開催した時も話題になりましたけれども、必ずしも送迎が必要ない患者さんに対して、介護サービスだったり施設間の競合により、仕方なしに「やってくれよ」って言われたら、「じゃあ乗っけましょ

う」といったやり取りもあったりするという話で、いろいろ問題を抱えてるわけですが、春日先生の所も送迎をやってらっしゃるわけですが、いかがですか？

春日 お二方の先生とうちも同じような感じなんですけども、送迎に関しては今出ていた通り、やはり両方の側面があって、うちのグループのいわゆる患者サービスの一環としてやってる部分是否定できないところもありまして。うちの病院は導入も一応維持透析も両方やってるんですけど、やはり高齢の方であればあるほど、要は今後血液透析が必要になりますよって言ったときに、週3回の通院どうしようっていうのをやっぱり聞かれることが非常に多いんですよ。「うちは送迎がありますから大丈夫ですよ」と言うと、「それなら安心して透析もやれますわ」てなことをおっしゃるっていうのは現実として確かにあるんですよ。ですから、患者さんからのニーズは当然のことのように非常に多い。特に高齢の人では、自分では車を運転できないっていう人達がほとんどになってきてますから、なんらかの形の通院の手だてを講じないことには、治療するのが確かに成り立たないっていう現実があります。ただ、実際うちでも利用している患者さん、多少施設によってばらつきはありますけれど、各施設の患者さんの6割から、多い所ではもう7割ぐらいの患者さんが、実は送迎に依存してるっていうような現実があります。ですから、うちもそれを利用するコストっていうのは非常に大きなものになって、正直言ってしまえば、国から支払われる透析医療の額っていうのは年々削られていく中で、でもその通院のためのコストは確保しなければいけないということもあって、非常に悩ましい問題になっています。実際にまだ具体的な話はまだできないんですけども、例えば、これもあくまで名古屋市内の例外の話ですけど、名古屋市の障害の患者さんと、地下鉄とか市バスとかで無料サービス券が発行されるとか、もしくはその代わりに、月限定ですけども、タクシー券が障害給付者には配布されるなんていう制度もあって、なんらかの形でそういうのも私達が提供している、そういう透析も送迎のところに利用できないかなんてことも正直言うと考えたりすることも実はあるんです。それぐらい負担感を覚えてるっていうのは実際です。

目ノ下 ありがとうございます。今お話にあった中で、地下鉄とか市バスの無料券ですね。名古屋市現状はよく分からないんですけど、名古屋市内のクリニックでは患者さんは、それぞれ無料券をゲットできるんでしょうか。

春日 確か障害者手帳 3 級以上を持っている方ですと、名古屋市内の在住の方であれば、名古屋市営の地下鉄と市バス、両方無料で乗れるパスが毎年必ず支給されることになってますね。それを利用しないで返上される方は、選択肢があって、タクシー券を利用することが可能です。ただし、月何枚っていう枚数制限があります。

太田 120 枚、年間。

春日 タクシー券をその代わりに選択するか、どちらかを提供しますっていう制度があって、ですからそれらを患者さんは利用できる立場にはあるんですけども。ただ必ずしも交通の便のいい所にはないという現状もあるので、そのサービスがあるから通院透析ができるかという、必ずしもできないなんていう側面もあったりしまして、非常に難しいです。

目ノ下 12 月に大阪で同じようなパネルやらせていただいたときに、岡山済生会病院の平松先生がパネリストとしておみえになっていました。岡山県内では一部、高梁市ですかね。行政が透析患者さんの送迎に介入してくれて、対応しているという話でございました。そういう地域さえあるということをおもひ知らなかったの、参考になったんですけども。これも地域の行政側の取り組みとか、あるいは考え方によって多少変わってくるようございますね。島野先生いかがでしょうか。

島野 私の所の施設はかなり高齢の方が多くて、どれくらい送迎の方がいらっしゃるのかということをおもひをちょっと調べてみたんですけど、通院透析の方が 120 名中 70 名おみえで、半分だけだったんですね。もっと多いのかなと思ったんですけども、一応先生方と一緒に、基本的には運転手さんを雇いまして、手伝いはしますけれども、玄関から送迎車まで自力で歩いて来れる、もしくは家族が送って来れる、自分で乗り降りできるっていうことで、通院の方に送迎を提供していますけども。もっと 7 割 8 割の方がそうなのかなと思ったのが、実は半分ぐらいだったんで、ちょっと逆に驚いたんですけども。うちは名古屋市内ではあり

ません、タクシーチケットも何もありませんので、せいぜい 100 円で乗れるバスみたいなのが走るのがせいぜいですので、自動車以外では、なかなか自身で通って来られるのは難しいと思いますけれども。今は半分ですけど、恐らくは徐々に高齢化が進むとともに増えてくるだろうと予測しているところでございます。

目ノ下 問題点が整理されてきたように思うんですけども、皆さん苦しい台所事情ながらも、外来維持透析施設ではそれなりの数の送迎はなさっている。送迎は今後も続けるんだけれども、ただ今ちょっとお話がございましたように、基本的には送迎車、あるいはバスが家の近くまで行くけれども、そのマイクロバスなり車に乗せるところまでは家族がすると。それができない方に関して、例えば車いす移動とか相当な介護を要するような方に関して、そこまでの対応するのは難しいわけですね。あるいはそこまでの面倒をみる施設が本当にあるのかっていう問題が一つ。あとは、やはり先ほどもちょっとお話にありましたように、行政なりその他公的な支援ができるのか、あるいは今後もっとそうしつあ公的支援も必要とするのではないかと、我々要求すべきだという話だったと思いますけど、その辺についてどなたにお聞きしましょうか。稲熊先生なんかどうお考えになりますか。

稲熊 うちの病院は、維持透析の患者さんが 120 名ぐらいいらっしゃるやまして、夜間も実は月水金、火木土両方普通通りに、夜間の患者さんで、合計 50 名ぐらいいらっしゃいます。ただ、今までの議論の中で、いろいろコストに関する施設の負担だとかありますけど、正直申し上げて私その辺りは非常にうとくって。と申し上げるのは、当院は半分公的な病院なので、当然送迎のサービスは無料でできないという状況になっています。じゃあ、通ってらっしゃる人はどういう状況かといいますと、当然自立して自分で来られる人か、あるいは家族がちゃんとサポートしている、あるいは介護タクシーなんかを使って、透析室まで運んでくれるような方で、それ以上のなんらかのサポートが必要になると、もうその時点で、特にコメディカルのほうが、僕ら面倒みれないかなっていうことで、転院をすぐに進めていくという状況になります。幸い名古屋市内は、非常にそうした受け入れといいますか、積極的にとっていただける所が多

いので。ですから今の先生のご質問に対する答えになるような患者さん、実はほとんどいらっしゃらないという現状なんですけども、そこはある意味連携がうまくいってるのかなあというような印象でございます。すいません、全然答えになってなくて。

日ノ下 いえ、貴重なご意見ありがとうございます。例えば先生の所は公的病院なので、基本的に送迎はやってない。なんとか自立してご自身で来られる、もしくはご家族なり誰かが支援しながら通院されるということですね。もうそれができなくなった方に関しては、転院というお話がございましたが、それは送迎ができるクリニックへ移すのか、あるいは療養型の病床に入院させるという結論でしょうか。

稲熊 もちろん、何か例えば脳血管障害ですとか、心臓になんらかの問題を起こしてADLが、がくつと落ちてしまった場合には、入院という状況を経て、例えば療養型の複合病床に移るっていう方も多んですけども、徐々に悪くなっていったっていう方に関しては、ある程度の所で患者さんに話をして、送迎のある施設をご紹介するという事なので、我々としては、送迎が付いてたほうが当然家族も楽ですよというようなことを勝手に実は

話をして、そういう所を探さしていただいといるところが現状です。どちらが多いかというと、やはり徐々に悪くなっていくというより、やはりなんらかのイベントを起こして、透析歴も長くなってきてイベントを起こして、入院を経て転院という形を取るっていう場合が、多分8割ぐらいというふうな印象を持っています。

日ノ下 ありがとうございます。同じく公的病院であります、春日井市民病院の渡邊先生の所はいかがでしょうか、送迎問題は。

渡邊 当院は年間100名ほどの新規導入患者があり、PDが20名ほどいる病院です。透析ベッドは25床しかありませんので、安定した患者は直ちに後方のサテライトをお願いをするという病院です。転院の際に当院のケースワーカー達が努力することは、どこに送るかということで、患者の状況によって送迎サービスがあるような所を探しまくると。あるいは、車いすで移動するような人の場合には、療養型病床のある透析施設を紹介するという事で努力するわけなんですけども。この今日の先生の資料を見てびっくりしたのは、県市町村立病院で10%送迎している所があるということに驚きを禁じ得ない。というのは、この場合地域性があると思いますが、通常自治体病院と



図4

いうのは公益性のもので、ある一つの種類の病気の患者に対してのみサービスを過剰に提供するという事は、住民の公平性の観点からできないわけですよ。例えばうちの病院の正面玄関に、ハンディキャップ用の駐車場が10台置いてあります。そこに透析患者が止めると必ずクレームが来ます。彼らは内部身体障害であって外部身体障害ではないから、普通の患者から見ると、何もないのがハンディキャップ向け駐車場に止めてるといって問題になるわけなんですよ。そんな状況なので、どうやってその岡山の平松先生の言うところの行政が、どうやってそういうサービスができるのか、そんなダブルスタンダードがどうしてできるのか、かえって教えてもらいたい。僕は行政に非常に近い立場でありますので、行政の立場ですと、やはり地域住民の公平性ということを考えなければなりませんので、透析患者だからどうしてという疑問が最初にわきます。送迎問題を考えていて思うことは、先ほど春日さんもおっしゃったように、ある程度は患者へのサービスということで始まったわけですよ。このことを含めて行政の側は非常に冷めた目で見えています。それだけのサービスができるのなら、まだ経営に余裕があるのでしょうか。出せるからいいじゃないですか。この点に、どうやって反論するかということが非常に大きな問題。透析医療機関がすごい負担を、1人あたり2万円を使ってやっている。40万のレセプトで2万ですから、消費税が上がる時代に、もうこれはとても内部でコストカットできるものはないと思いますけども、しかし第三者の目はそういう冷たい目だということ、ぜひ感じていただきたいというふうに思います。

日ノ下 ありがとうございます。要するに、今、渡邊先生がご指摘になったのは、透析の世界だけ過剰サービスが行われているかもしれない、他の医療分野に比べて。それも送迎する側からすると意識はしておかなければならないだろうというお話だと思います。東京もそうなんです、地域によってはかなり競争が激しいので、患者さんは似たような近隣クリニックを次の維持透析施設として候補に出すと、送迎して下さるほうを取ったりするのが実際多いわけなんです、ちなみに先生のようなお立場、公的病院の長として、そういう送迎に各サテライトや民間の中小病院が力を入れるということについて、先生はどういうふうにお

考えになりますか。

渡邊 やはりこれは一種の医療現場以外のサービスですので、それはある程度企業努力するのは仕方がないのではないかと、今の段階で。ただ、我々公的病院に勤める者としては、後方病院に送るとき確かにそういう利便性のことは考えますけれども、患者の住居に最も近い所に振り分けるといってもこれまた公的病院の使命だと思っています。例えばサービスがあるからそこに優先的に送るといことは、ケースワーカーを始めそれなりに教育してありますから、していないというふうに断言できると。一応それを言わないと、公共性が保てないし、いざというとき本当にどこにも頼めなくなってしまう。どこかと結託するという事は、我々はやらない。そのサービスをやっていることについては企業努力だと思って感謝している、現時点では。

日ノ下 公的病院のお立場からご発言いただきました。公平性も重要だし、また患者さんを透析導入した後、振り分ける際の偏りがないように、患者さんの住まい、地域性とかを中心に考慮して平等に紹介する形を取られるということですけども、どなたか今の議論に関して、送迎の問題に関してご意見ございますか。はい、どうぞ。

佐藤 中京病院の佐藤と申します。私達の施設も一応 HD 導入が主体で、だから、通院患者さんは40名ぐらいという状況です。通院や送迎を考えると最近常々思うのは、やはり相対的な適応なのか絶対的な適応なのかというのをきちんと評価した上で送迎を考えなければいけないかなということと、もしそういう患者さんが歩ける余地とか動ける余地があるのであればむしろ動いてもらうべきであり、それらをやることによって送迎の数が減らせるのかなということです。実際、看護師さんや技士さんは透析患者の運動療法とかいろいろと考えながら患者さんのクオリティオブライフ (QOL) を上げようと努力していますが、逆に施設そのものが送迎を重視してあまり患者さんを動かさないという現状がある中で、根本的な解決に向けどう取り組むかというのがすごく重要なかなと感じております。その辺りはいかがでしょうか。

日ノ下 最近では透析医学会の学会発表演題とか見ていると、透析中の運動療法とか、筋力アップとか、ADL アップのためのいろんな方策を発表さ

れてる施設も増えてきましたが、まさにそれもある意味での高齢化対策なんだろうと思いますね。今のお話は、やはり安易に送迎に走るのではなくて、患者さんをきちんと選択すべきだろうと。例えば、一種のガイドラインといいますか、こういう人なら送迎してもいい、送迎すべきだというような、そういうコンセンサスがあってもいいんじゃないかと。そういうことかもしれませんね。他にはどなたか。はい、どうぞ。

多和田 光寿会多和田医院の多和田と申します。私どもの所は送迎もかなりやってるわけなんですけど、最近見ると川上（透析導入施設）の病院の医者が、送迎してもらえらるからそこへ行きなさいって紹介の仕方が結構あるんです。これはADLが当然びんびんしてる人でも送迎してもらえらるなんて来ますよねえ。それを断ることもできない、来て歩けるじゃないのって、自分で来なさいっていうことは、なかなか下請け業としてはできないってところがあまして、最近やっぱり川上の病院の腎臓内科医が、その辺りをよく把握してもらって、これは愛知県の透析医会に対する要望でもあるんですけども、是非そういうことで、ADLを落とさないためにも送迎が必要ない人は自分で通いなさいってことを川上の医者が言ってもらえたら助かるなど。大体、川下ではそういう意見は言いませんので、またよろしくお願いします。

日ノ下 ありがとうございます。はい、どうぞ。
伊藤恭彦 川上のお医者さんって部類の名大病院の伊藤です。大学病院ではHD患者導入は、年間50名ほどだと思いますが、多くは1週間ほどで退院してサテライトの先生方をお願いする形になります。どの患者さんもサテライトの選択にはいろいろな条件があるわけですが、近いということと、その患者さんの病気にあった状態、通院が可能という、そういう大前提で進むことが多いと思います。今ちょっといろいろ話題になりましたように、「やはり通院のバス送迎の助けがありき」という背景があるのは確かに事実だと思います。これは歴史的に、そのような考え方がずっと植えついてしまったということがあると思います。ほとんどが、通院をサポートするシステムが、どこのサテライトも持っているんで、そこに乗かって、我々のような川上の病院がお願いしているというところがあると思います。今時代が変わって、高齢

化によって血液透析の患者さんの通院も大変となり、車いすの方は特に費用がかかる状況になっているのではないかと考えます。このような背景がある以上、今、多和田先生がおっしゃいましたように、考え方を少し考えていく必要があるのではないかと思います。その辺りは、透析医会と、行政もどこまで加わっていただけるのか話し合いが必要かと考えますが、その点をしっかりと話し合っ、一応ガイドラインとはいいませんけども、指針みたいなものを愛知県で持っていく必要が、今のご意見を考えますと、あるのではないかと思います。やはりできることは自分でやるという形にもっていかないと、これだけさまざまところで費用がかかってしまうということですから、その点は考え直していく必要がある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。透析の患者さんの側に立ちますと、例えば歩いて行けるとか、電車で行けるとか、そういう本当に近くにあれば別ですけども、地下鉄とかJRとか、あるいはバスに乗って行かなきゃならない場合に、送迎してもらえらるまことに交通費だけでもだいぶ浮くわけですよ。そういう経済的メリットも実際あるわけで、楽な方に乗っちゃおうという面があると思うんですけども。伊藤先生が今ご提案されてましたように、川上の病院（透析導入施設）の先生方も、じゃあどこへ送るのか、あるいは地域ごとで多少需要が違いますので、この名古屋ですと、名古屋、あるいは愛知県の透析医会でどのように考えていくのか。そういうコンセンサスといいますかガイドラインといいますか、よく考えていくってことが必要かもしれませんね。大学の先生の立場から、秋葉先生いかがでしょうか。

秋葉 送迎の適応についてですけども、私どもこないだの東北大震災のときに、いわき市から300人からの患者さんを診ました。そのときに、患者さんの情報を調べて送ってもらったときに、通院できてるか、それから、入院してるかで分けて、入院先（入院透析）と外来透析だけを分けました。大失敗でした。通院透析の3分の1弱が送迎をされていて、その半分くらいがベッドトゥベッドの送迎なんですよ。ということは、いくら足のいい代々木のスポーツセンターに入れても、本当に動けないという方が結構出てきちゃって、

その方は外来透析から入院透析にして、入院場所を確保するというをやりました。だから、もしいわき市が送迎をやめてしまったら、それだけの患者さんが介護病棟で入院しなきゃいけないということなんです。ですから、この送迎をやることによって、別途、介護病棟に入院しないで済んでいる。そして別途、在宅で家族と一緒に暮らせるっていう事実が、ある程度できていることは確かなんです。だから、必要だってことは確かなんです。それからもう一つ、公平性の問題ですけども、確かに今はバスよりかは近くまで来てくれて便利だっていう理由で送迎を選ぶ人がたくさんいらっしゃる。これは、例えば駅からちょっと離れた病院が、駅から無料バスを出しているのと同じなんです。なんで無料バスを出さなきゃいけないの、公的機関のバスもあるのによって。それから、通院頻度が多いからという透析の理由を持ち出してきても、じゃあ通院頻度、例えばリハビリの先生方の所に、週に3回も行って人もいっぱい居る。そういう人にも通院介助するのかということになってくるんですね。この辺の議論はかなりややこしいことになっている。だから、別途、介護保険を使って介護をやるっていうのが筋で、基本的には通院のための費用、通院のための介護は、介護保険の持ち分だろっていうのが行政上の振り分けですから。介護保険の範囲でやるようにして、介護保険の適用の仕方を、どうか公明正大な所で概ね決めていただくっていうような解決策になるのかなっていうふうに思いますが、それはそう簡単にはいかない。なぜかという、透析以外の患者さんと介護も通院も国がみなくちゃいけないということになりますから、また膨大な金がかかってくる。それから、今批判がありましたけど、透析が今は儲かっているじゃないか、じゃあその分吐き出せよという議論がまた出てくるということになってしまっていて、なかなか難しいんだっていうのはありましたね。以上です。

目ノ下 いわゆる ADL の低下に対する対応というのが、今のところ政策上は介護保険だということなので、介護保険サービスをもっと活用してもいいんじゃないかというお話も含めてありましたけれども。ただ、次世代のというか、もうまさに次の介護保険の制度が、既にオープンになりましたよね。ますます介護保険サービスが削られると

というような方向が見えている中で、後で議論になるとは思いますが、特に血液透析の医療の中で、介護保険サービスをどのようにうまく利用するのか、あるいは介護保険サービスと医療との関係をどういうふうに考えていくか、整理していかなければならない問題だろうと思います。いろいろご意見が出て、問題点が明確になってきたと思うんですが、時間も限られておりますので、今後の送迎問題について、じゃあどうするのが一番適切なのか。少なくともその地域ごとに多少違うっていうのは、私もあちこちでパネルをやらせていただいて分かってきたんですけども、愛知県とか中京地区ではどうあるべきか。何か積極的な提言とか、政策提言ございますか。パネリストの先生方、あるいは会場の方でも、どなたか。今後、2025 年問題というのがありますね。まさに今の団塊の世代の方々が、全員もう 65 歳以上になってしまって、さらに高齢化、先ほど私どももスライドで提示しましたが、ますます高齢者の比率が増える時代を迎えて、今後の送迎のあり方、どうあるべきか。どなたか。太田先生、どうぞ。太田 これはパネルの方々からもなかなか結論が出ない、この問題は解決が難しいのです。一つは、やはりその適応というのがどういうものかを真剣に考えて、なんらかの形で決めるべきだろうと思います。送迎はコストがかかっているのだから診療報酬上ですとか、考えていただけないかっていう話はいつもあるんですよ。しかし本当のサービスと、実際に通院をしなきゃいけない方を支えるためのサービスとが、やっぱり混在している部分があって、どうしてもその切り分けができないというところが難しいのです。うちの施設もそうですけども、自力でなんとか送迎バスに乗って降りられる人を対象にしていて、それより ADL が悪くなる患者さんに関しては、介護保険を使っていただくという施設が多い。他から見ると、結局サービスでしょっていう話になってしまっている現実がある。先ほど多和田先生からご指摘を、患者さんの ADL を保つためにも極力しっかりと自力で送迎なしに通院をする方がいいんだっていう、患者さんに対する教育ですとか、文化っていうのを少しずつ醸成しながら、その中で、いわゆる施設への簡単な送迎の使用っていうのを少しずつ減らしてくっていく形の努力しか方法がないのではないかと思います。そうじゃなければ、

もう全施設いっぺんにやめるっていうラジカルな提案が一部の先生からありましたけども、それぐらいのことをやらない限り、変わらないんじゃないかなというふうに思っております。

日ノ下 送迎に関しては、是非とも必要な方はこれまで通り送迎してあげてもいいけれども、ちょっと微妙な送迎だったり、これ果たしてやる必要があるのかなという送迎もありますよね。単なる患者サービスからやってる分だと、それを切り分けて、場合によっては透析医会とか透析医学会で、なんかそういう切り分けの働きかけも必要だろうということですかね。特に透析導入施設は、今後は心して、単に送迎があるからこっこのクリニックどうでしょうかみたいな紹介の仕方は避けて、もっとあなたは歩けるんだから、あるいは杖を使えば行けるんだから、送迎なんてことに走らずに、ADLを保てるよう自力でサテライトへ行ったらどうですかみたいなですね。HD導入患者に対してそういう働きかけがもっと必要かなと。そんなところでよろしいでしょうか。他どなたか、こういったことを考えておいたほうがいいとかー。はい、どうぞ。

勢納 城西病院の勢納です。送迎に対して診療報酬使ったほうがいいんじゃないかという意見がありましたけれども、恐らくその方が送迎の基準を導入することも簡単になると思うんですね。そうでなければ、病院側がサービスするかしないかの押し問答になってしまうと思うんです。ですから、例えば診療報酬上に少し、こういう基準の人を送迎してもいいよと決めれば、「基準に当てはまらないから送迎できません」とか、そういうことができると思うんです。

あともう一つ問題あるのは、ケアマネジャーの存在です。高齢化の問題なんですけど、「ここへ行ったらただです」と教えてくれるとか、介護サービスの有料サービスを使わないために無料を使うとか、そういう話しになってしまいますので、やはり診療報酬上で少しでもいいから出るようになると、基準っていうのも必要ではないかと思えます。日ノ下 今のご提案は、診療報酬で送迎に点数を付けるということで、かなりこの基準を厳しくして、こういう方だけに送迎してもいいよということにすれば、不用意な、あるいは不必要な送迎サービスはなくなると、こういう話ですね。ただどうでしょうね、行政側は点数を付けることには

なかなか、うんとは言ってくれないような気も致しますけど、どなたかパネリストの先生で、今のご意見に関してコメントございますか。はい、どうぞ島野先生。

島野 私、悪口大好きな人間なんでちょっと言わせてもらいますが、行政がまずそういう透析患者さんだけの通院の手段に対して、点数を付けるということはあり得ないと思いますね。それから、先ほど勢納先生おっしゃいましたけど、基準を導入したらっておっしゃいますが、民間医療法人は絶対に、太田先生が言うように、みんな一斉にやめるかっていうこと以外に、どっかが絶対に抜け駆けするに決まってるんですよ、そんなものは。実は、うちの法人、医療法人生寿会が一番最初に愛知県の中で送迎した医療法人なんです。実際、今日お見えになってませんが、山崎先生からかなりご批判を受けたそうです、先代の創業者達は。僕はそんなこと知りませんが。だけど実際に山崎先生も今送迎してるわけです、増子記念病院で。だけど、さっき秋葉先生がおっしゃった通りで、それやめちゃうと、長期療養型病院も、病床は絶対足りなくなるわけです。透析患者さんで埋まっちゃって。うちの病院も120人の透析患者が居るうちの50人が入院してるわけで、120人しか居ないのに70人が通院だけで50人が入院しててずっとそこに居るわけですから。うちでいうと、あとベッド数では10床か15床空いてますけども、勢納先生のところは経営上手だから満床ですけど（笑い）、うちでは空いてるんですよ。そこで、うちの施設で面倒をみたとしても、後10人か15人しか面倒見れないわけですよ。そうやって考えていくと、その送迎をやらないって言ったって、愛知県透析医会基準作れって言ったって、絶対抜け駆けするところがあるわけであって、そこにじゃあ何か罰則がつけられるのだったらそんなわけないですもんね。愛知県透析医会にそんないわゆる強制力はないわけであって、紳士協定しかできないわけですから、そんなもんはある意味絵に描いた餅といえますか、皆さんおっしゃりたいことよくわかりますけども、そんなことは作れないです、ルールは。なので、必要に応じてやるしかないと思いますし、でも秋葉先生が言った通り、これやらないと、通院困難者があふれかえってきて、ベッド数が足りなくなるのは目に見えてることなんであって、そこをどう

いうふうに分けていくかっていうのは、太田先生
よろしくお願ひします。

日ノ下 ありがとうございます。では、時間もき
ましたので、次の話題に移りますけれども、今、
島野先生からいただいたお話の中で、実は名古屋
周辺地域、あるいは名古屋市内では、透析ができ
る療養型病床は比較的恵まれていて、いざとなれ
ばそこへ入院してもらえばいいんだということが
あるようですね。これからの議題にも出てきます
ので、その件は後で扱うようにするとして、なか
なか送迎の問題は難しいということが分かりまし
た。次の議題に移りましょう。

② HD 患者の長期入院透析

日ノ下 先ほどの議題の中で、どうやらその名古屋
市、もしくはその辺の地域は、割と長期療養型
の入院透析受け入れの施設が多いということでした。
しかし、地域によってはこれはなかなか大変
な問題でして、例えば東京の新宿区内に在住の方
が、脳卒中でお身体が不自由になった。それから
ご家族も送り迎えなど面倒みれる人が居ない、あ
るいはまったく単身の高齢者の方とか実は多いん
ですね。どっか近くの長期入院の病院を探そうと
しても、なかなか見つからない。周辺部の埼玉
県とか神奈川県とか茨城県とか、そういうちょっ
と離れた地域でなら割と見つけやすいんで、そ
ちらへ行くかっていうと、やはり慣れ親しんだ地
域から離れられないというケースが多いんですけ
どー。その点、中京地区は比較的恵まれてると
いいですか、長期療養型の患者を受け入れてくだ
さる施設が多そうですね。実際、去年の春の診療
報酬改定で、慢性時透析管理加算付きましたけれ
ども、この加算が付いたことでどうでしょう、島
野先生。何か変わった点とかございますか。

島野 太田先生のご尽力によりまして、入院患者
さんの透析患者さんに加算が付きました。これは
大変ありがたいことでして、そのいわゆる長期入
院している透析患者さんが、どれだけそのいわゆる
医療度が高いかっていう、どれぐらいお金がか
かるのか、要するに内服治療も大変たくさんお金
がかかりますし、注射と内服は、透析をやってる
方は、基本的に丸めですので、それについてどれ
ぐらい経営を圧迫してるのか、もしくはその診療
報酬がどれほど無慈悲に安いのかということにつ
いて、いろいろ探りましたが、ちゃんと加算

が付いた点で、若干の緩和がされたということが
実情です。かと言って、これは長期療養入院の透
析患者さんを取ろうというインセンティブが働く
ほどの威力はないと思います。それでは全然コス
トが合わないと思いますので。というのはまず1
点は、透析医療にはまずインフラが確実に必要で
すので、まずは透析医療をやるための水回り、そ
れからコンソールを導入するだけのコスト、全然
それが見合わないということです。もともとうち
のようにやっている所については、大変ありがた
いご慈悲ですけども、新たに透析患者さんを受け
入れようというインセンティブは絶対働かないと
思います。ですので、これから多分通院透析が困
難になる方というのは増えるということで、こ
ないだ山崎先生にもちらっと聞かれましたけども、
「あなたの医療法人であとどれぐらいあと患者診
れる？」って言われたときに、ざっくりうちの法
人全体で言うと、老健、五条川、かわな病院、そ
の他の所で診れる患者さんが、あと、ざっくりだ
けど40～50は診れると思いますけれども、多分
それ以上無理ですので、当法人内の患者さんで多
分いっぱいになっちゃうだろうという見込みを話
したところ、そうだよねっていうお話で、じゃあ
どうやって在宅に持っていくんだらうねっていう
話を、いわゆるそのサ高住、有料老人ホーム、そ
の他の形態を山崎先生はお悩みになっておられる
ようでした。私もそう思いますし、さっきのその
加算については大変ありがたいですけど、新しい
ところへのインセンティブには働かないと思いま
す。

日ノ下 実は東京でパネルに参加していただいた
サテライトなんですが、そこの先生がサ高住をお
造りになったんですね。東京の地価の高い所で、
自分の施設のすぐそばにお造りになった。そのこ
とは凄いなと思うんですが、その先生はかなり熱心
にいろいろ取り組んでいらっしゃる優しい先生で
すけどれども、その先生がおっしゃっていたのは、
「いや、サ高住はやっぱり駄目だね」いう話です。
人との接点がありません、それから、もちろんあ
る程度の資金がある方しかお使いになれないとい
うことで、やはりやってみたら芳しくないとおっ
しゃっていました。さて、他に長期療養の血液透
析やってらっしゃる病院、太田先生の所ですかね。
太田先生ちょっとどうですかね。どのようにお考
えですか。