

太田 取りあえず、先ほど島野先生からのお話ありましたけども、慢性維持透析管理加算が付けていただいたってというのは、非常に大きかったらうなというふうに思います。前回の改定で13対1で、今回の改定でそれ以外でも特定除外制度っていうのがなくなっちゃったんですね。いわゆる急性期の病院やなんかに長期に透析患者さんを入院させることができたっていう制度が、今年の9月で猶予期間終わりましたので、本当になくなっていました。それに対して、4年ぐらい前から何度も厚生労働省に要望を繰り返し、その結果として今回の改定で、加算が付いたっていう形になります。今のところはその療養型に、なんとか透析患者さんのADLが低下した人が入っていたかどうかということしか、大きな受け入れというのに基本的にはなり得ないんだと思います。先ほど出ましたそのサ高住っていう所も、経済的な問題でなかなか入っていけない方が多い。制度的にはADLが低下した国民が本来利用すべき特養とか老健というものは、後で出るのかもしれませんが、透析患者さんがほとんど使えないような形の、診療報酬、介護報酬上の設定になっているところも問題があるかと思うのですが、透析患者さんの許容できる自己負担額っていうのは、経済的なアンケート見てもかなり限られています。そのため、なんらかの公的な枠組みの中で支えるような形の絵を描いていかないと、正直国が頑張っている有料老人ホームやサ高住で解決せえと言われても、なんともならないというのが実際のところかなと思います。あともう一つ付け加えますと、入院透析患者が1万人を超えている可能性すらあると指摘されましたが、これは間違いなく超えているというふうに私は認識しておりますし、推定をしたことがございます。本日のアンケートの一番最初のほうに、2010年のJSDTの、認知症になる人が何歳以上だとどれぐらい増えますよっていうのもありましたし、そういう方々のADLがどうなりますっていうような形のデータあったと思います。それと、今後の透析患者数およびその年齢構成っていうのを全部予測して叩き出しますと、どれぐらいの患者さんがほぼ寝たきりっていうADLに何年になる、どれぐらいの患者さんが、50%以上寝とらないかんってADLになるっていうのは、ある程度簡単に計算できるんですね。愛知県でいいますと、僕計算したところというと、

あと400ぐらい寝たきりの透析患者さんの受け入れ先を確保すると、なんとか2025年まではしのげるという計算になります。実際これは深刻な問題なんですけど、地域差が大きい問題でもあります。地域ごとに後何床ぐらい、島野先生の所は40ぐらい支えられるという話でしたけど、地域で足りるのか足りないのかっていうのをシミュレーションかけて、実際それで頭の中で受け入れ先あるかどうか考えてったほうが、多分早いのかなというふうに思います。以上です。

日ノ下 ありがとうございます。基本的に先生方のお話を伺っていると、長期療養型の入院透析はOKと。ただ現実問題に今後どうしていくか、あるいは受け皿どうやって作っていくか、そういう話だろうと思います。もちろんそのお話の中には、いわゆる透析継続中止、どういう基準で中止するかっていうテーマも含まれてくるのだとは思いますが、ただ今回のこの厚労科研プロジェクトでは、そういう問題は一応抜きにして考えておりますので、今回の議論から外すと致しまして。ただ島野先生と太田先生からいただいたお話の中で、やはり介護保険側の施設ですね。特養、老健が使えない。これはPDもほとんど同じことだと思っておりますが、これについて今後改善すべきかどうか。そして、これも島野先生の所はそうなのかもしれないんですが、老健でも、同じ医療グループがやってる所は、お互いサテライトと入院透析を組み合わせて、融通付け合いながらやってる組織もいくつかあるわけですね。そういうコングロマリットも増えてきているんですが、今後そういう形での対応ですね、つまり高齢化した透析患者さんの受け皿として、老健と病院とそれからサテライト等が一体化するような施設を増やすべきなのかどうか、その辺も含めて議論したいと思いますが、他にパネリストの先生でこの問題については、渡邊先生お願いします。

渡邊 日ノ下先生から老健といわれましたけど、老健と特養で透析治療ができないことは、保険制度上から分かりきっています。ただ、厚生労働省の方とも話したことがあるんですけども、特養とか大規模の集団施設で、集合住宅でやっている透析も在宅血液透析とみなすと言われてるんですね。通院という問題も考えていくのであれば、特養を併設して、部屋で透析をすることを在宅血液透析とするっていうことは可能であると思いま

すが、本当の在宅血液透析ではないと私は思っています。現実的に、埼玉県の方でそういうことをやっておられる方もあって聞いております。そこで隔日透析をすれば、15 回行った分のダイアライザーも請求できるわけですし、それによってかなり QOL がよくなったという報告も聞いてはいます。ただ、安全面で考えるときに、私が日本透析医学会の齋藤元理事長のもとで、在宅血液透析を考える委員会を立ち上げて、そのとき一番危惧したのがそのことだったんですね。そういう小規模のグループで、いわゆるプラティカルナースと CE だけが集まって、患者を 10 人 20 人集めてやる血液透析を、在宅血液透析と呼んでいいかどうか。ノーという答えを我々透析医学会として出したわけです。でも現実的に、厚生労働省も認めるということは、もうそういうのもありということだろうねえ。通院ということを考えるならば、やっぱり逃げ場ってというのはそういうのしか有り得ないことだから。サ高住は先生のおっしゃるように無理なんですよ。15 万円の金払える人居ないですよ。15 万円の金払えるんだったら、息子がそのおやじの年金食っちゃいますから、まずは入れないんですよ。そういうことから考えてくと、なんか抜け道はなかなかないような気が僕はしてる。

日ノ下 ちなみに先生は、その入院透析施設が増えることには反対ではないんですね。

渡邊 反対ではありませんが、そこまで新規にやっていただくような所ができるかどうかという、資本を投下して、回収ができるかどうか非常に不安です。不確実かなど。先ほど多和田先生からも意見があったんですが、透析導入施設の病院の医師からということでもちょっと話させてもらうと、最近の高齢者の中では、本当に透析が必要なかなっていう人たくさん居るんですよ。寝たきりでクレアチニンが低いというのはあるかもしれませんが。しかしながら、例えば今日最初のトップメニューのスライドにもあったように、週 2 回以下でも済むような透析でやられてる人、どうせ透析するならば、高齢者だから合併症がない間に早めに導入しようっていう考え一つあったかもしれないけども、どうして離脱を考えないのかっていう。急性期を過ぎて心不全が治ったら、透析やめてもいいじゃないですか。それをマンネリズムにただずっと透析やってるだけっていう患者が

いっぱいいるじゃない。それは我々医療者として、透析導入病院はもっと反省しなきゃいけないのかなと思っております。

日ノ下 ありがとうございます。いろんな問題点を提示していただきましたね。この長期入院透析に関しても、透析導入病院がもっとクリティカルなジャッジをすべきだというお話と、それから特養の活用の話もちよっとございますね。もっと特養を場合によっては活かして、在宅の形にもっていくのはどうかというお話だと思うんですが、他のパネリストの先生方でこの問題に関してご意見ございますか。はい、先生。

鶴田 民間の立場として、川下の立場になるんですけど。経験的なことしか申し上げられないのですが、やはり介護支援専門医とか、それから医療相談の方が非常に熱心にされるといいですね。私どももそうです。ですので、彼ら彼女達が、本当に孤軍奮闘しながら今の矛盾の状況の最前線におけるのは、むしろ今日もお見えになってる方も大勢おられると思うんですが、そういう方々と連絡を密にして、できるだけそういう方々に、うちの場合は協力していくという形で私どもはやってるんですね。例えば先ほどの話に戻るんですけども、秋葉先生もおっしゃられた、在宅の患者が送迎なくすと本当にもう入院になってしまうと。おっしゃる通りで、看護師、それから介護支援専門医、私ども医者もそうですが、これもう無理だという患者でも、いやなんとか頑張りますという形で、1 人だけナースが家まで付いてって、家族も一生懸命ありがたいと言いながら家で見ていくという気持ちで、じゃあ頑張ろうという形でいく施設もあるわけですね。そういう形でいくのですが、最終的に無理なケースの場合も 4 例から 5 例ありました。最終的に家族ももうとても無理だと言ったときに、今まで頑張ってきたけど無理だっていう場合、みんなもうそれは諦めて、そういう長期でみってくれる病院があるもんですから、それはやっぱり 20 年以上前から公営的にみつけてる施設がありまして、やはりもう先見の明がある施設があると思うんですけども、そこでみていただくんですね。その施設の方々もやはり長期の患者でやれることも限られてるけども、その中で医者と事務、介護支援の方、それから医療相談の方々とか、ナース、スタッフ、そうした多職種みんなと一緒に頑張って頑張ってるっていうのが現状です。

やはり今話聞いてると、言わせてもらおうと、サ高住は難しいし、特養もとても安全性の面で今おっしゃられたように、渡邊先生が定義されたけども、これは反面教師的に定義されてるんじゃないかと私は思ってるんですが、私にはちょっと難しいと思います。そういう療養型、もしくは一般病床での入院、もしくは、もちろん新しく透析施設を作るのは難しいかもしれませんが、そういうところでも最終的にはもう入院するという形が、なんとかまだ名古屋地区ではやれるのかなと考えております。

日ノ下 今のお話の前半部分で、やはり送迎と同じで、安易にとにかく入院させとけばいいだろうということではなくて、できるところまではなんとかみんなの力で、あるいはコメディカルの方々の支援も得て対応しても、やむを得ないときは島野先生のようなところへお願いするというようなことがいいのかなっていうお話だったと思います。稲熊先生とかどんなふうにお考えになりますか。

稲熊 私どもの施設は超急性期の病院なので、年間入院される患者さんは900人ぐらい入院の患者さんいらっしゃいます。ところが、例えば今日も午前中病院に行って調べてみると、昨年から入院してる人はもう1人しか居なくて、ほとんどは1週間ぐらいで退院、あるいは転院されるので、なかなかこういう適応の患者さんはいらっしゃいませんけども。我々の役割としては、やはり先ほど渡邊先生が触れられましたように、ある意味やっぱり透析を入れないということです。もうできるだけやはり保存療法でねばって、もちろんそれが手遅れになってはいけませんけども、できるだけ保存療法を長くすることによって、患者さんあるいは家族の負担とかも減らせるだろうという、そういう立ち位置に立たないといけません。確かに若い先生達の中で、保存療法がうまくいかないと、ときどき入院させたりとかして、簡単に言うと、患者さんに手が掛かるようになったんですね。そうすると、いろいろ言われたりするのでもまた面倒くさくなって、ある意味、透析入れちゃえば、きつともう週3回通って来るし、我々にとっても患者さんにとってもいいんじゃないかっていうちょっとした誤解といいますか、そういうのが、実は、多くの場合じゃないですけどちょっとあるんですね。ですから、そういうときにはいつ

も、できるだけのことを本当にやったのかと。我々が診てる患者さんはたくさん居るけれども、患者さんにとって透析をやるということはその家族にとっても大変なことであって、通院のことも含めて大変なことなので、もう少し本当に今導入すべきかどうかということを中心に振り返って、やれることはもっとないのかということ、最近では少し言うようにはしています。ですから、透析に入って、元気になれる患者さんもいらっしゃいますけど、それでいいのかどうか、その辺のところの役割が我々にあるのかなというふうに、今話を聞いていて思いました。

日ノ下 ありがとうございます。川上の病院というんですかね、導入病院の先生方のご意見では、不用意に透析に入らないように保存治療なるべく引き伸ばしてあげるとか、あと渡邊先生もさっきおっしゃっていましたが、例えば心不全が重なったためにやむを得ず透析を始めたけれども、本当に落ち着いてまだ自尿があるようだったらやめてみるというようなケースも実はあるんじゃないかと、そういうことも確かに大事なことだろうと思いますけれども。はい、どうぞ。

伊藤恭彦 渡邊先生、稲熊先生おっしゃられたことはごもっともなことだと思いますが、多くの透析導入病院というのは急性期病院であって、わずか1週間2週間で退院してしまうという、なかなか退院、転院時の透析量でその後継続することが適切かの判定をすることが、その時点では難しいことがあるのも事実だということにはちょっと知っておいていただければと思います。そうした形でサテライトに出してしまうことも結構あるわけですから、サテライトでもそういう目で見えていくということは非常に重要じゃないかというふうに私は思っております。あとのパネルのディスカッションでPDの話が出てきますけども、PDに関しては、高齢者の多くは腎硬化症でありまして、いったんバランスを崩すとぐっと悪くなって、体力がないから導入になる形が多いのですが、いったんバランスが戻ると、おしっこがよく出て、PDのバッグ数も非常に少なくて済む。症例によっては、1,000 cc ぐらいのバッグ交換が2回ぐらいで十分できているということもあって、高齢者の透析療法はいかにあるべきかということ、後でまたディスカッションになるかもしれませんが、考える必要があるかと考えます。

少し話が戻りますが、長期入院になっている患者さんの数がどのくらいかということで、1万人は超えているだろうと太田先生はおっしゃいました。その通りじゃないかと思います。私も透析医学会の統計調査のデータを見せてもらいました。2010年の末のデータで、50%以上就床している患者さんがどれだけ居るのかというものを見ましたが、実に13%くらいみえます。単純に計算しますと、4万人くらいが就床しているのではないかと思います。さらに、かなり介助が必要な方でも通院透析されてみえる場合も多いのではないかと考えます。通院支援でクリニックの経費がかさむかとは思いますが、なんとかその通院透析という形を続けていただきたいと考えます。先ほどからの議論で今感じた次第であります。

日ノ下 長期入院の形での血液透析患者数を、なるべく減らさなければならぬというところでは議論は一致してらんだらうと思います。また実際に入院患者数が1万人を超えてるといふご指摘が多いので、私もちょっとこれは100%のアンケート回収率じゃないので自信がなかったんですけど、確かに1万から1万数千くらいはいるんだらうと思います。確か東京のパネルと大阪のパネルでしたかね、やはりこの問題、長期入院の前の形の議論してるときに、PDでいけばいいんじゃないかという案が必ず出てくるんですね。これは重要な観点だろうと思います。他、春日先生、秋葉先生どうでしょうか、長期入院透析に関するコメントございますか。

秋葉 先ほどの他の先生の考えですけども、無料で在宅血液透析とみなすというのは私も初耳だったんですけど、もし青本でそれが載っているとすれば、意外と特養で透析が続けられるということになるんですけどもね。

渡邊 私の考えでは、特養自体は新規申請するだけでだいぶ難しいので、今ある特養の施設を利用して、その横にサテライトを作るとして併設でやるというやり方です。渡り廊下でつながっていて穿刺にだけ行って、看護師とドクターが刺しに行くと、在宅で部屋でやるとして、アラームを横で聞いといて、終わるときにまた行くという形。実際それでやられてるのを見ましたので、そういうのがあるんですね。でもそれを在宅血液透析と認めてるわけです、国が。そういうふうにして在宅へ持っていきこうっていうのが厚生労働省の

考え方であるとするならば、もう介護療養型は医療と保険が同一化されてるので駄目なんですけども、特養にすれば在宅ですから在宅血液透析指導料が技術料で入るわけですよ。ちゃんと処方料も取れるわけですよ。そうしたら生き残れるんじゃないかというふうに、そんなふうを考えるのはいけないでしょうかね。自治体病院の代表としては、実は僕も病院長として平均在院日数をよく見てみますけども、この会があるというのであわててうちの病院の調べてみましたけども、うちの病院は本当に短くすんでいて、後方に居る多和田先生達のおかげだと、川下の先生に心から感謝の意を呈したいと。

日ノ下 今日は川上（透析導入施設）と川下（維持透析施設、サテライト）のいろんなエール交換があって、いいことだと思いますけれども、春日先生いかがですか。

春日 我々のグループでは偕行会城西病院が、川下の長期受け入れの役割を担う施設となっています。確かに入院患者さんに関して、今回点数が付いたっていうのは我々にとっては非常にやはり大きなところではあったんですけど、正直申し上げるとやっぱり経営的に厳しいところもあり、実際は半分の病床を地域包括ケアに切り替えたんですね。ですから、半分の患者さんについては、必ず退院させるということを病院として義務化することになりました。その代わり、病棟からの収入は増加したため経営は安定化しやすくなりました。一方でそれらの患者さんの退院先をきちんと私達がまた確保するという努力が必要になっています。ですからそこでいろいろな選択肢を考えますが、経済的に余裕のある人であればサ高住であったり利用が可能ですが、実際の透析患者さんは経済的に非常に貧困な世帯が非常に多いので、なかなかそういったところには利用できません。ですから、同じグループ内の老健を利用するとか、そういった選択肢も考えざるを得ないといったこともあります。あと、それ以外のところでは、在宅療養の支援をより手厚くして、元の在宅通院透析へ戻していくような努力をする、そのため城西病院のなかできちんとリハビリをして帰れる体制を作る必要があります。グループ内の急性期病院も同様で、入院患者さんをできるだけ在宅へ戻すために、リハビリなどを含めた対応が必要です。ただ、完全な在宅療養は難しい方がいることも踏ま

えて、それこそ渡邊先生のおっしゃられていることも含めてなんですけれど、やっぱりなんらかの社会的受け皿がないと、限界というところがありますので、そこをどういうふうにケアしたらいいのかなというところが問題だと思います。

日ノ下 ありがとうございます。どなたかフロアのほうで、はい、どうぞ。

佐藤 中京病院の佐藤ですが、この長期入院というのを考えたときに、だいぶ前の質問に出たことですが、その原因をまずしっかり捉える必要があると思っています。絶対的な長期入院なのか相対的な長期入院なのか、あるいは自然経過に伴う長期入院なのかということを考えたとき、我々の施設は中途半端な急性期病院で、かなり透析患者の合併症を扱うことが多いので、脳出血や脳梗塞でちょっともう危ないとか寝たきりになっている状態のときには仕方ないですけれども、比較的軽い手術に伴ってADLが落ち寝たきりになったまま退院してしまうというケースが結構あり、結局、こういう病院にとっての役割というのは、多分、「長期化しない努力をする」というか「寝たきりにしない努力」をする必要がある、というのを実感しています。また、相対的長期入院への対応としては、回復期リハ病床とかを利用してまた通院ができる（連携）システムを作るとか、自然経過の（長期入院の）場合にはADLを落とさないような努力をするとか、多分そういうような対応があり各病院の役割ってというのがきちっと見合うことで、こういう長期入院というものはある程度減らせるのかなと考えております。名古屋共立病院での取り組みはそういう意味で言えば非常に参考になるのかなと感じて聞かさせていただきました。

日ノ下 要するに、長期入院透析にならなくても済む患者さんはきっと居るはずなので、急性期病院、あるいは大中規模の病院、基幹病院は、もうちょっと対応考え直さなければいけないというわけですね。それから、先ほど半分冗談交じりで川下とか川上って話が出てますけれども、川中といいますか、川中（二次受け）の急性期病院へ取りあえず転院をして、落ち着いたらリハ目的の真ん中にある病院に行って、可能であれば次にサテライトに移すと。そういう流れを明確化してもいいのではないかというお話だったようにも思います。他にどなたかご意見、はい。

小澤 砂田橋クリニックの小澤と言います。いつ

もお世話になってる川下の典型的なクリニックですが、私は以前公立病院に勤めていて、川上のほうで簡単に透析導入して短期入院後、サテライトに透析患者さんを紹介していたこともあって反省してるんですが、さっき稲熊先生が言ってくださったように、うちの患者さんを診てますと、本当に透析を3回やらなくっちゃいけないのかって、本当は2回でいいんじゃないかと思う症例があり、反対にこちらにみえてから川下の分際で恐縮ですが、3ヶ月間、透析をしたあとに離脱した人もみえるんですね。それで川上の病院に聞いたところ、循環器内科から紹介があって緊急透析を始めて、エコーや腹部CTなど撮って腎不全の原因を精査することなく、維持透析に移行してしまっているのです。幸いその方は当院で透析中、喘息発作があり、元の病院へ緊急入院されステロイドパルス療法を行って透析離脱されました。結果的には、心臓カテーテル時の造影剤使用が一因のコレステロール塞栓症だったようです。結果的に透析を離脱されたような方も中におられるので、川下の病院もいろいろと知識を得ていかなきゃいけないと思うんですけど、例えば私は腎臓内科医ですので、そういう知識はあったからいいんですが、本当にサテライトで専門外のアルバイトの先生で回しておられる所であったら、その患者さんは、もうずっと透析をやっていくことになっていたと思うんですね。そういうことで、川上と川下が両方の勉強を一生懸命やってかないと、やはり本当は透析をやらなくてもいいような方が、維持透析を行うことになりかねないと思います。

そういうことがあるので、また先生方にいろいろとご指導を受けて勉強をしながら、川下、川上も勉強していかなきゃいけないということを思いました。

日ノ下 不必要な透析患者を増やしているのではないか。そしてまたADLが低下しかかった患者さんでも、なんとかきちんと対応をして、長期入院透析の形にはしない努力が必要。それが多分この会場の皆さん一致した意見だろうと思いますが。もうひとかた、はいどうぞ。

勢納 城西病院の勢納です。私ども120床の療養型でありまして、半分が腎硬化症ということなんですけども。一応きっかり2年間で230名の長期入院の透析患者さんをご紹介いただきました。そ

のうち 111 名が在宅復帰してらっしゃる。もともとのクリニックに帰られたり病院に帰られたケースもある。あるいはサ高住へというケースもあります。現在でも入院中が 55 名だけで、そのうちには 3 年以上入院してらっしゃる両足アンプタの方ですとかいろいろいらっしゃいますけど、64 名が亡くなりました。もちろんこの長期入院のための患者さんの、そういう母集団ですと当然バイアスがあって、そのうち 38 名心不全死ということ。在宅復帰っていうことをやってまして、帰すので一番問題になりますのは、他の先生がおっしゃるように、つまり帰せないんですね、経済的な理由で。入院費のほうが安いわけなんです。一般の患者でもそうなんですけど、透析の患者ではさらに顕著であります。そういう問題があるということもございます。

日ノ下 ありがとうございます。時間がちょっと過ぎましたけれども、最後に秋葉先生、全体をまとめてコメントございますか。

秋葉 私どもの所も、合併症の患者さんたくさん来ていただいて、その後完全に治って帰っていただければいいんですけども、滞ってしまう患者さん必ずいらっしゃいます。その患者さんを紹介するのに、かなり軽度の入院から引き受けてくれる病院で、しかも紹介できる病院が非常に限られている、苦勞をしております。今のお話であったように、特に問題になるのは費用の問題ですね。入院している方に補助があって、通院の方にはない。入院であれば介護も要らないっていうことで、非常にご家族にとっては楽な生活が送れて。本人が戻って来ると大変なことになっちゃうっていうことがあって、もうモチベーションがわからないというのが、本当に一番問題になってることでございます。それを患者さんのほうに、ということは家族に働きかけて、とにかく帰すようにしてるってのが現状でございまして、これはもう本当に解決策としては根本的なものは全くないんですけども、そうやっているっていうことだけお話をし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。長期入院透析、あるいはその長期入院療養型の血液透析ができる病床を維持するっていうことが重要ではありますが、いろいろ問題点も多いですね。今回のパネルにご参加いただいた皆様にも今後の課題として、なるべく、長期入院透析を減らすべきだけれども、

そういう形で血液透析を続ける方の受け入れを増やす努力も必要だというお話だろうと思います。よろしく願います。では時間がきましたので、次の課題に移ります。

③ HD における長期留置型カテーテル使用

日ノ下 今度は長期留置型カテの患者さん、これも非常に増えてきてると思いますけど、少なくとも我々の周辺では以前に比して増加しております。それは糖尿病による腎不全が増えたこともあるでしょうし、患者さんが高齢化したことも関係してるんだろと思うんですが、いかがでしょうか。長期留置型カテーテルを生かした透析の患者さんを数多く診ていらっしゃる先生。太田先生。
太田 もちろん私はシャント外科医ではないですけど、シャント外科の先生にお願いして、どうしても必要な際は入れていただくんですが、まずこの留置期間のアンケート見てよく分からなかったのは、2ヶ月以内の症例が 207 で一番多くて、5、6ヶ月以内が 167 って、そもそもそんな長期留置型カテーテルを使う症例だったのかっていうふうに個人的には思うんですけどね。

日ノ下 取りあえず横断的な瞬間を捉えた調査だけなので。

太田 調査のタイミングでってことですかね。

日ノ下 カテーテルのサバイバル調査ではないのでー。

太田 なので、こと長期留置型っていうと、普通の単なるダブルルーメンではないってことは分かっているアンケートなんですよ。ちょっとこの問題難しいですけども。

日ノ下 島野先生いかがですか。

島野 当院はこの考察にある通りで 2 人だけ居ますけども、その 2 人とも長期療養入院の方です。実際問題 2 人とも糖尿病性腎症でもって、あと鼠径部にシャントを作るのはちょっと難しいんだけど、手にシャントをつくらなくなっちゃったっていう方ですけど、そう簡単にはできないので、この方は長期留置型カテーテルでねっていうことで 2 人みえますけど、留置型カテーテルで通院の方はみえません。あと太田先生がちょっとこだわっておられましたけども、短期間の方っていうのは、これはきっとその生命予後を考えてときに、もうあんまり頑張ってシャント作ってもしょうがないんじゃないって思った方も

みえるのかなという気がしますけども、いかがでしょうか。

日ノ下 現場のサテライトの先生でいらっしゃる鶴田先生の所とかどうですか。長期留置型カテーテルの通院患者さんっていらっしゃいますかね。

鶴田 実は、先ほど話した20代初期に入院介助を受けている長期留置型カテーテルの患者が数名おるんですけども、ただ外来で通院してる方も居まして驚いております。多分家族の方の通院支援がしっかりしているもんですから、長期留置型カテーテルを使用しながら通院してる方もいる施設もあります。私の所は今のところはないですかね。

日ノ下 長期留置型のカテーテルは特にいらっしゃるけれども、問題は感じていらっしゃらない。感染やなんかで苦労することもないですかね。

鶴田 ええ。結構長く持ってますし、やっぱり看護師のほうできちっと開始と終了の清潔操作をしています。通院でもいいですし、そういうことは普段のアクセスの一つかなというふうに考えて、作業を考えてきておるところです。

日ノ下 春日先生のところはどうか。

春日 名古屋共立病院ではシャントの手術も非常に多く受け入れています。ですからその中で年間多分数例ぐらい、やはり長期留置カテを入れる方が出てきています。ただ、入れた人はあちこちの施設に戻っていくので共立病院そのものでフォロー中の人はおらず、ほとんどが療養型病院の型だと思います。ただ、私が直接診ている通院のセントラルクリニックで、つい先日、通院で長期留置をやるということになった患者さんが初めて1人発生して、注意しながら経過を見始めたところです。今のところ特に問題はなくいってるんですけど、ただ海外の報告などを聞くと長期留置カテの予後はよくないと言われてますし、やっぱり私達透析を見るものとしては極力、正直長期留置カテーテルは入れたくないというのが本音というのはありますので。ですから、なんとか今あるシャントを少しでも長持ちさせられるようにと。それこそ留置カテーテルについてのイノベーションの話がありましたが、その前の例えばグラフトなどについてもイノベーションによってより長持ちするようになるなどすれば、カテーテルを入れなくても済むのではないかなと思ってしまいます。

日ノ下 これは、留置型カテーテルを考える以前に、グラフトとシャント、特にグラフトの改善が

もっとあってもいいんじゃないかというお話です。春日先生にお尋ねしたところによると、もはやその施設間でこの長期留置型カテーテルの受け入れている患者数が違うし、立場や見方も違うなどというのは分かったんですが、ただ一つ言えることは、全国調査した結果4割ほどの回答しかなかったんですが、500施設で1,174名もいらっしゃったというのが現状ですね。実際答えてくださったのは506施設中500で、これを単純に40%の回答率ということで2倍以上としますと、2,000人以上はいらっしゃるはずですね。確かに、地域によって多少の差があるのかもしれませんが。大阪の会場では、いやそんなに留置型カテーテル多くないよ、それはシャントを作る技術に問題があるんじゃないかといった意見さえ出てたんですけども。ただ、さらに透析患者さんが高齢化する、あるいは糖尿病患者さんの比率が増えるってことを考えると、今はほとんど居ない施設もあるかもしれませんが、やはり通院透析の患者さんの中に留置型カテーテルを利用する方がもっと増えていくだろうというのが私どもの予想です。それについて稲熊先生とかのご意見も。

稲熊 当院ではこういう長期留置型のカテーテルで通ってる人は居ないんですけども、先ほどの春日先生のお話にもありました、我々のような保存期をたくさん診てる施設に関しては、やはり保存期からその血管の温存をもっと徹底してやっていくということが大前提で、意外とそういうことがまだやられてないという患者さんも結構いるんですね。特に原疾患が糖尿病とか、それから腎硬化症が多いので、腎臓内科に来る前に代謝内分泌内科とか、循環器科、結構フォローしている場合が多いですから、そういう先生達にもちゃんと話をしていくということが一つと。あともう一つ問題点は、よく感じるのは、これはうちの施設の問題かもしれませんが、当院が導入して、渡邊先生の所もそうかもしれませんが、導入するともうほとんどの患者さんは出て行って、サテライトでお願いすると。ということはその後で、例えば出て行ったサテライトでシャントトラブルがあった場合に、今の私達の施設だと戻ってこないんですね。もうその出て行った先の所で工夫していただくか、さらにそれをシャント専門のクリニックに送ってそこで修理してもらおうとそういう流れなんで、我々の腎臓内科のドクターもそうだし、そ

れから透析室のいわゆる看護師というかメディカルスタッフも、このシャントの将来どうなっていくかっていうことを知らないんですね。そうすると、早く退院させたい転院させたいということになると彼らの要望は、できるだけ刺しやすい、それからちゃんと血流確保ができるというようなシャントを、やはり作って欲しいという要望は非常に強くなるんですね。そうすると、本来ならば AVF で少し発達を待っていただける患者さんでも、グラフトを入れるというような場面が今までしばしばあったんで、そこは今少しずつ意識改革しながら、自分達はこれ後は見ないんですけども、実は後で大変なことになっているっていうことがあるので、少々血流が取れなくてもそこは頑張って発達を待って、できるだけ AVF を続けることがこの患者さんにとって大事だろうということを、教育してるというのが今の現状です。確かに高齢者、それから糖尿病の患者さん、それから神経科の患者さん増えてきてるので、長期留置型が必要になってくるケースが多いと思いますけども、少しでも減らすという努力が、我々の施設では今のようなことで対応していけるかなというふうに考えました。

日ノ下 要するに保存期での対応が重要だと。その血管を傷めないようにする。そしてシャントを作るときの心構えが重要だと。なるべく長期留置型カテを減らそうということですね。はいどうぞ。
鶴田 追加発言です。長期留置型のカテーテルを利用している長期入院の症例が数名いるということですが、認知症の方が大体多いんですね。事後抜針のリスクが高い方があると、むしろ医療スタッフ側としては安心する。メリットとしてそういう点もあるのかなというふうに考えております。

日ノ下 時間も押しておりますので、その辺り渡邊先生いかがですか。長期留置型カテーテルの件で。

渡邊 レセプトを見てもそうですし思いますし、愛知県には多分この長期留置型カテーテルの頻度は非常に少ないんだと思います。シャントでやられる方が多いと思いますし、私達の病院ではもしもこうなりますと、PD の適応になってしまうと。それ以上診ないことはしないということになると思います。

日ノ下 伊藤先生はどんなようにお考えですか。

伊藤恭彦 大学病院も長期の患者さん診てないということもあって、このような長期留置型カテーテル使える頻度はほとんどないというのが現状であります。それと先ほどお話がありましたように、名古屋地区ではシャント専門医が増えているのが特徴です。やはり良いシャントができるということで、長期留置カテーテルの利用率がかなり低いというのが現状で理由だと思いますね。やはり全国的に増えるのであればシャントをいかに作成・維持するのか、それは先ほどの話にも出ましたグラフトの質の問題もあるかもしれません。そういうところに目を向けるというのが重要かと思えます。やはり海外、アメリカの対応を見ても、留置型カテによる感染症は非常に多くて、クリティカルな問題となり生命にも大きく影響すると言われています。やはりシャントをいかに良いものを作って、いかに長持ちさせるかという根本を考えることが重要じゃないかというふうに私は思います。

日ノ下 この中京地区では、留置型カテーテルに向かわないような努力をいろんな角度から、テクニカルな部分も含めて考えていくということですね。秋葉先生、すみません、よろしいでしょうか。地区によってもだいぶ違うようですね。うちの施設では年に数例以上は維持透析患者で留置型カテーテルを使う人がおりますがー。

秋葉 うちもですね、年に 5 例くらいは留置カテーテルですね。留置カテーテルは基本的にはもう使い尽くした人の行きつく先ですから、結局最初にいいシャントを作ればこういうふうにはならないということで、これどんどん減らしていても面倒だと思います。現状、少しずつ日本で増えているのは、やはり高齢者だとか、いろんな原疾患を持った人が増えているっていうことが反映されているんだろうというふうに、私は思っています。ただ、アメリカの例を見てみますと、一時留置カテーテル減ってるんですけども、最近また増える傾向があるんですね。何かって言うと、在宅血液透析です。在宅血液透析で留置カテーテルにすると、穿刺の苦勞全くありません。アメリカって広い国土ですので、結構在宅のニーズがあって、そしていい機械ってというか、在宅用の機械も満たされていて、利便性も高まっている。在宅血液透析が増えつつあるということで、いったん長期留置型のカテーテルが増えていって、結局は留置カ

テーテルによる合併症もまた増えるのではないかと心配しています。以上です。

日ノ下 ありがとうございます。長期留置型カテーテルでなければいけない患者さんも居るかもしれないというお話ですよ、在宅にはいいんだと。先ほど鶴田先生のご指摘もありましたように、認知症がひどい方だと、下手するとちょっと目を離れたすきにシャントの針を抜いてしまう。その可能性がある中ではかえっていい面もあるということも頭に入れておかなければならないかもしれませんね。それでは申し訳ありません、時間がオーバーしておりますので、次の介護保険サービスの話、いきましょう。

④ HD における介護保険サービス

日ノ下 時間もかなりオーバーしておりますので、かいつまんでご質問致します。要するに血液透析の現場において、介護保険サービスに問題はないか、あるいは何かご不満を感じていらっしゃるかっていうふうにお尋ねし直したいと思えますけれども、パネリストの先生方の中で、どなたかご意見ありますか。島野先生いかがですか。

島野 ありがとうございます。どうなんでしょう、よく分かりませんが、また変なふうに言って怒られそうですけど、クリニックの先生方や看護師さん達は、基本的に透析終わって帰ってしまえば、家での生活なんて別にあんまり興味ないでしょうから、そこで仕事が終わるわけで、実際のADLとかその介護保険の必要性とかっていうのについては、いわゆる通院困難というのについては、若干のいわゆる興味があったにしても、家はどうやって暮らしてるかなんてあんまり興味ないんじゃないかなって僕は思っちゃうんですけど。じゃないのかなって僕は透析の看護師さん達に言ってるんですけど、どうなんですかねっていうことがまず1点で、それを聞いてみたいっていうことですね。あとは、介護保険はうちの医療法人は医療だけでなく介護保険も通所リハビリのとかいっぱいありますので、ちょっとびっくりしてるんですけど、来年の春の介護保険の改定が2.2%なんて楽ちなこと言ってますけど、実はうそで、介護のケアのスタッフの給料を上げるっていうことを別だてで考えると、5%ぐらいの改定になるんですね、マイナス5%ぐらいの。介護保険も介護の社会化ということで始まりましたけども、お

金がないのでもう崩壊だなんていう気がしてて、最近の場合は通院のために介護保険使えないかとかって皆さん大真面目にお話しされてるんですけども、どうも残念ながら多分無駄だなんていう感じですけど、そんなことも考えていました。

日ノ下 ありがとうございます。太田先生いかがですか。介護保険に何か言いたいことございせんか。

太田 一番はやはり介護保険施設をもう少し透析患者さんが使えるような形の制度に対する改定ですね。通常の老健ほとんど入れない、ほとんど透析医療施設が関連施設として受け入れしてる老健しか入れてないっていう現実があります。老健ってというのは、注射とか検査だとか投薬が包括化されてるんですね。これ、知らない先生がいらっしゃるかもしれませんが、老健で入居していらっしゃる方をどっか別の所で透析すると、透析施設は、慢性維持透析管理加算を取れませんし、薬だとかそういうのも一切基本的に取れないって形になっています。大体、普通の透析患者さんと比べて4万円か5万円透析単価が安くなるそうです。そういう意味で老健に入れてそれで透析するってというのは、施設で頑張りますって所以外は実際にきてないのが実情です。先ほど特養の話がありましたけど、特養はもうどこも空いてないというのが実情ですし、とにかく特養に併設してるような形で透析施設を作っていただけ稀有な例ってというのが、一部全国的にはあるんです。そういう所に入れてる人ってというのは非常に幸せなんですけど、ほとんどそういうような施設ってというのは全国にございませぬ。新規にこれ作れるかといいますと、今唯一作れている特養は小規模特養だけです。それでさえも透析患者さん限定で入れるなんてのは難しい状況です。他のサービスの利用に関しては、やっぱり透析患者さんに対する理解不足ということで、なかなか使えてないということが介護保険サービスの実情です。透析患者さんも同じ介護保険料を払ってるわけですので、保険である以上、保険料を払った人には必要なサービスが受けれるって形でなければ、制度設計上もおかしいっていうことになりますので、その辺りの齟齬をなんとか取り払ってくような努力を、やっていこうかなというふうに思っております。以上です。

日ノ下 その齟齬を取り払う努力ってのは具体的

にはどんな形でしょうか。

太田 もう厚労省に言っていくしかないんですよ。今、国は、まさに先ほどから言われてる地域包括ケアというものを地域で構築することによって、この国の高齢化に対応しようと、さまざまな取り組みを介護との連携で進めています。しかし透析だけが特殊で、地域包括ケアシステムになじまないのです。他の疾患について僕もいろいろ考えたんですけど、開業医の先生が往診に行って、介護は外付けで入って、訪看が入って、ヘルパーが入ってで、なんとかその自宅だとかサ高住で生きていけるんですよ。透析患者さんは、とにかく週3回透析医療機関にアクセスしないと医療が完結しないんです。他の疾患でいろいろ考えてください。開業医の先生方の往診でなんとかしのげる疾患しかないんですよ、世の中。とにかく週3回なんらかの形で医療機関へのアクセスを保証しないと、医療が完結しない疾患ってこれしかないのです、この特殊性を厚労省含めていろんな所の人、医師会の先生方にも分かっていたかかないと、先ほどから問題になっている終の棲家の問題も、送迎の問題も、介護の問題も何一つ動かないっていうのがあります。約30万人いらっしゃるんですけど、日本全体の高齢化からすると非常にニッチな部分の話なので、国の政策から漏れてしまってる。ゆえに我々がこだけ今、口を酸っぱくしながらディスカッションしなきゃいけないテーマになってしまっているという状況を、ぜひご理解いただけたらなというふうに思います。

日ノ下 ありがとうございます。先ほど特養の活用とかをおっしゃってた渡邊先生いかがですか。

渡邊 太田先生、島野先生おっしゃる通りで、大体この介護サービスの満足度で、はいどちらとも言えないなんてそんなマジョリティーを示すなんて、本当に分かってんのかなあという感じがします。透析医療現場、はっきり言ってうちの急性期病院の看護師、透析室の看護師達が、その患者さんのADLのことを介護サービスでそこまで考えてるかという、絶対考えてないと恥ずかしながら思いますのでー。本当にその終の棲家、もう私もいろんな制度のことを考えていくと最後に特養しかないというふうに思った、もうそこしか医療費用が計算できる所がないわけだと思って。本当にどうすべきかっていう問題ですけど、どうすべきかっていうときに、必ず病院長になり

ますと思うのは、透析だけをしたい患者のことを考えるときに、どうして透析患者だけ？もうこれこそまさしく全腎協が、本当に意見があったら上げてくれないとか、これなんともならんのです。我々医療者が声を上げるだけではいけないという、日本透析医会に全部OBから全腎協まで情けないというかね。全腎協が真剣に考えるべき問題だと思います、私は。

日ノ下 ありがとうございます。はい、鶴田先生どうぞ。

鶴田 クリニックのスタッフが透析しないときは全く考えていないかっていうと真逆でありまして、恐らく皆さんの所もそうだと思うんですけども、自分の所ももう、私ども一生その患者さんと付き合っていかなきゃいけないという覚悟でおります。ですから、その方々のADLがどうなってるのか、一人暮らしなのか、金銭的な管理は誰がやってるのかとか、それからいわゆる配偶者が居るのかとか、全部調べてます。それで、いわゆる一人暮らしで、なおかつもう通院が難しいかどうか、だけでも介護保険でここに居ればなんとかなるだろうという、そういう勘定をして、そこで医療と介護と話し合う場を作ってるんですね。だから、本当に細かいところで特養、先ほどお話ししてんですけど、医療相談員の方とか看護師、それからケアマネの方とかみんな一緒になってその1人の患者さんの一生を面倒みる状態にして、例えばその透析患者の金銭を、息子がもうどんどん使って困るというケースも、なんとか全員で法的な支援をして裁判で打ち勝ってその息子は外したとか、まさにその人の生活まで我々が関与してやっております。それはやっぱり医療スタッフ全員で頑張っているということですし、なんとかそこに介護だけではもう大筋として無理だから、渡邊先生おっしゃった通りなんですけど、まだまだ細かいところで戦えるんじゃないかというふうに考えています。

日ノ下 ありがとうございます。最前線ではかなり介護が、あるいはケアマネさんも含めて、医療者の方々が頑張ってる高齢対策取り組んでいらっしゃるということですね。よその地域のパネルを既に3回やったんですけど、そこで出てきたいろんな意見を総合しますと、介護側と医療保険側、あるいは医療者、看護師といてもいいんですけども、医療者側との意思の疎通がまだ不十分な地域

があります。そういう意味では、中京地区は多分熱心でうまくいってるほうなんだろうと思うんですが、一般的には介護保険のケアマネさんとかにももっと透析のことを理解してもらわなきゃならないし、逆に医師、看護師さん側にもっとその介護保険の仕組みだとかを勉強する必要がある。また、どうやって介護保険スタッフを透析患者さんのいろいろな対応に巻き込んでいっていかっていうのも工夫しなきゃならないとか、啓発しなきゃならないとか、そういう話がこれまでのパネルでは多かったですね。前半の部がそろそろ終わりになるんですけど、春日先生、稲熊先生、どうぞ何か血液透析における介護保険サービスについて、ご意見コメントはございますか。あるいは秋葉先生、いかがでしょうか。

秋葉 今出てたところと同じようなことになるとは思いますけども、血液透析患者さんは、それこそ太田先生からは要はどこに居てもとにかく透析施設に来ないことには医療が完結しないと、終了しないっていう話がありました。もう1点、同様に皆さんよくご存じの通り、やっぱりずーっとすごく長い付き合いになる、週3回ずつ顔を合わせる、医療者と患者さんがこれだけ密接に関わってる領域っていうのはなかなか医療の分野にないってことなので、やっぱり患者さんの生活にどうしても私達に関わっていかざるを得ない。患者さんの側、あるいはそのご家族でも何かあれば、大体私達の所に相談に、こういうことで困ってるのでなんとかして欲しいってことで、よく実際言われるんですよ。ですから、それらを結局私達透析医師と介護職の人達と相談してなんとか解決しながら、日々の医療をしのいでいくといった感じのところが多いもんですから、やはり介護の人達との意思の疎通は大事ですね。それから、先ほどもいろいろ出ていたことについては、やっぱり私達も感じてるところですので、少しでも使える利便性の高い介護制度があるといいなというのは常々実感しております。

日ノ下 ありがとうございます。時間がきましたので、前半の部はこの辺で終わらせていただきたいとは思いますが、まだまだ介護保険サービス、あるいは介護保険の制度、仕組みそのものについても問題があって、透析医療現場の方、あるいは透析の療養病院の先生方にとって、言いたいこととかご意見があると思うんですが、また総合討論の

場でも話せるチャンスがあると思いますので、後半の部でご発言いただくとして、取りあえず前半の部はこれで終了とさせていただきます。

⑤ PD における注排液の問題

日ノ下 PD っていうのは基本的に、”Do it yourself policy” というんですか、自己完結型の治療で、在宅でやる透析なわけですけれども。ただ、今説明がありましたように、約10%の患者さんは、自分で注排液できないと。従来日本では、そういう患者さんに対して、配偶者の方とか、あるいは息子さん娘さんなど、1親等の方を中心に対応ができたんですが、そうした対応すらできない単身の高齢者も増えてます。そういった自立できないPD患者に対し、今後どう向き合っていくべきかと、こういう話題でございます。まず、伊藤先生、相当PDの患者さん診ていらっしゃるんですね。**伊藤恭彦** 名古屋大学関連病院では、松尾教授が包括的腎不全治療を推進しております。そのような背景もあって、愛知県は、移植は全国第2位、PDも患者数でいうと全国で第2位となり、HDを含めた三つをいかにうまく使って腎代替え療法を行うかという考えを持って進めております。その中で、特に高齢者は、在宅で、QOL、ADLを保ちながら治療を受けるということができるといふ点で、PDは非常に有用ではないかというふうに考えているところであります。関連病院の若い先生方と、2年ほど前から話し合いをもって、どうしたら推進できるかということをよく考えて、今取り組んでいるところです。その中で、現在の高齢者は、独居老人の老老介護の方がかなり多くて、その人達だけでやれというのは、先ほどの話じゃないですけど、やっぱり無理だということになります。PDを導入しようとしたとき、大学でも関連病院でもよく、この人は老老介護だから、独居老人だから在宅でPDを実施することは難しいという意見が、容易に出てきます。そういうことから、この地域で、どこかで患者さんが発生しても対応できるようなシステムを作ることが、非常に重要ではないのかというふうに考えております。海外ではアシステッドPD (Assited PD) という名前で、訪問看護師さんが在宅に行って、APDの機械をつないで朝外しに行くとか、そういうことがかなり積極的にやられるようになってきているようです。特にヨーロッパ、イギ

リス、デンマーク、フランスで行われています。近年、名古屋大学では、学生のうちにイギリスとか海外の大学で、3ヶ月とか6ヶ月間勉強できる機会を設けています。2年ほど前にメールをもらう機会がありました。英国の Warwick 大学という所だったと記憶していますが、そこでは腎臓内科医とジェネラルフィジシャン（一般医）がうまくタイアップしていて、在宅透析医療を Assited PD という形で広く進めていると報告してきました。

海外でも高齢化が進み、いかにして高齢者が在宅で QOL を保ちながら透析療法を受けることができるかということを考えて、様々な取り組みを行っているのが実情のようです。サイモン・デビビスという先生、この人は ISPD、国際腹膜透析学会の会長さんだった先生ですが、2年ほど前に名古屋大学に来ていただきお話をしてもらいました。英国における在宅 PD の対応を中心にお話していただきました。実は今年の日本腎臓学会が名古屋開催され松尾教授が会長を務められます。その時の話がプラクティカルで、すごくよかったということもあって、ゲストスピーカーの一人として呼びしています。“UK における CKD ステージ 4、5 の対応”ということでお話をさせていただく予定となっています。海外からも学びながら今名古屋で新しいシステムを作っているということになります。

具体的に何をやっているのかということですが、やはり家族がみることができない時には、訪問看護師さんに入ってもらってというのが、これはもう絶対的に必要であって、例えば、どこで PD 患者が発生したら、どの訪問看護ステーションさんが対応できるかということ、しっかりと区画しようという試みをしました。これが大体2年ほど前から取り組んで、今やっと“高齢者 PD 支援マップ”としてできました。この2月1日から当方のホームページに出しております。名古屋市には約 200 の訪問看護ステーションがあって、愛知県に約 400 あるそうですが、やれるといってもなかなかできないステーションがあるのも実情です。PD の対応可能な訪問看護ステーション、愛知県のみならず一部三重、岐阜まで入れて、約 70 施設紹介できるようになりました。一方的に訪問看護師さんにやってくれと言っても無理ですから、勉強会も行って、セミナーも年に2回3回

行っています。今年の1月のセミナーでは、看護師さん対象の半日のセミナーでしたが、約 220 名の参加者の中、80 名が訪問看護師さんでした。地域で対応ができるシステム作りが非常に大切と考え、このような取り組みをしていますと、春日井地区とか、様々な所で関連病院の先生方が、そこでまた訪問看護師さんとの勉強会を繰り返す形となって発展しています。それに伴って、高齢者の PD 患者さんを在宅で管理できるシステムが、次第にできつつあるというのが名古屋地区の現状です。

しかしながら、それだけでは不十分で、それは先程話が出ましたが、在宅療養支援診療所、開業医さんにも連携をとっていただき、ヘルパーさん、介護さんにも加わっていただくことが大切だと考えております。このように多職種で高齢の PD 患者さんの面倒を見るという形、システムを作ることが大切であると強く感じています。さらに高齢者ですから、調子が悪くなると入院が必要となる。1ヶ月とかそれ以上必要なことがあると、急性期病院だけでは対応が難しく、療養型病床の病院にお願いする必要もでてきます。まだ不十分ですが入院管理料も取れるようになってきましたので、療養型でも受けてくれる所をなんとか作っていく方向でお願いしています。それも、関連病院で引き受けてくれる所が出てきましたので、そういう連携で見ていくことができることを強く望んでいます。

その中で、在宅と病院という二つの間で、その中間のものも要るのではないかと。中間のものは、例えばデイケアみたいに、昼間だけ行ってやると。そういうような所も、隣の春日先生が、後でお話をしてくれると思いますが、出てきました。さっきも話が出ましたように、高齢者はフル透析やる必要は全くなくて、バランスが取れると残腎機能がすぐ戻ることもしばしばあります。尿は普通に出るようになる人も結構いる。だから、バランスさえ取れば、あとはもう1日 1000cc の注液 2 回程度でも、十分すぎるぐらいなことがよくあるわけです。春日先生があとしゃべられると思いますが、CAPD じゃなくて、間欠的な IPD ですね。デイサービスに行って、そこだけでやって、家ではやらないと。そのような様々なことを進めているのが、この地区の取り組みだということです。日ノ下 名古屋地区、あるいは名古屋を中心とし

た愛知県や、一部三重県、岐阜県も含めた地域で、高齢化PD患者さんに対する取り組みを、今のよう形でやり始めた。そしてその実が上がりつつあるというお話でございますけれども。確かに、まさしく地域包括ケアというんですか、地域ごとで取り組まないと、透析導入病院の医師だけで頑張っているでも多分成り立たないし、おっしゃるように訪看や、あるいは地域の在宅を扱っていらっしゃるドクター、あと介護保険サービスの活用も考えながらやっていくということが大事ですね。先生、ちなみにヘルパーさんのお話が出たんですが、それは今までのルールではバッグ交換とか、そういう治療には関われないということで、介護側はあまり手を出さないんですが、それはどういう形でヘルパーさんは関わっているのでしょうか。

伊藤恭彦 バッグ交換は、やはり法律の面からやはり介護士・ヘルパーさんにはまだ認められていませんので、そういうことはやっていただいております。生活のサポートという点で、身の回りのこと、買い物とか食事作るとか、そういう本当の介護ヘルパーの仕事をしていただくと、そういった点で在宅で行うサポートになると考えます。

日ノ下 今の先生の取り組みで、やっぱり高齢の患者さんに対してPD導入は進んできてますか。

伊藤恭彦 こういう話し合いを年に2回ほど関連病院の先生方、若い先生を含めて話をすると、多くの先生方が賛同をしてくれています。最近、関連病院の若い先生方が訪問看護師さんとの連携をどんどん進めて在宅で治療する試みをすすめてくれています。

日ノ下 ありがとうございます。春日先生は実際どうですか。先生の所ではデイサービスで間歇的なPDに対する対応もやっていらっしゃるという話ですが。

春日 うちの場合、実際PD治療していらっしゃる患者さんの年齢構成も、現実にはもう既にHDの患者さんの年齢構成とほとんど一緒で、やっぱりほとんどが70歳以上とか80歳代も珍しくないような状況になってまして。理想は確かに、それこそ患者さん本人が全て、PDの治療もできるのが理想なんですけど、現実には僕らの感覚からいくと、要は患者さんの家族を含めて、家で治療が彼らの間だけでできれば自立できてるというのが正直な印象というか。それができなく

なるところをいかにサポートするかっていうところが、今の大きな課題かなというところで、その一つの方法として、うちの場合はPDのためのデイサービスセンター施設を作ったということですね。先ほど伊藤先生のほうから、訪問看護師が患者さんの自宅に行って、PDの操作をするといった話もでていますが、今の医療制度とか介護制度では、実際に訪問看護師の派遣のみで十分なCAPDをやるコスト面を含めた体制になっておらず、現実には利用できない状態です。もう一つ問題点は、まだまだいわばこれ発展途上だからということもあるんでしょうけど、各訪看のステーションの実際の看護師さん達が、CAPDのことをまだまだよく知らないので、そういった患者さん達の訪看に、直接なかなかタッチしてくれる方がまだまだ実際人材不足という面がありまして。逆に患者さんがデイサービスに来てもらえれば、そこにPDのことを知っているナースを一定数配属させておけば、本当に効率の面から考えれば、患者さんの自宅を個々に訪問するよりも、より少ないスタッフの数で、PDの患者さんを確実にフォローしていくことができると考えています。超高齢の人で自尿がある程度出ていけば、週4日くらいのPDでもなんとか満足できる生活を維持するだけの透析は可能なので、平日しかやっていないデイサービスで受け入れることができます。それから、もう少し年齢が若くって毎日CAPDをやらなければいけない人にとっても、週に何日かそこへきてやっていただくと、その日は普段介護をしているご家族の休息できる日になります。そういった形で、患者さんの家族の介護負担を一つは軽減することができるということですね。あともう一つ、患者さんの側からいくと、そういった施設、これは実際他のデイサービスセンターを利用されてた患者さんから聞いたお話なんですけれども、やっぱりよそはいわゆる普通の、当然腹膜透析とかやってない人達の中にその人が混じってサービスを受けるわけですが、それと比べた時に、うちの「せせらぎ」という所なんですけど、そこに来てくれば、周りでやってる人達全てPDの人達ですから、同じ病気を持っている仲間として、安心して施設の中でも治療ができるし、お互いに同じことやってますから、悩みがあれば患者さん同士悩みを打ち明け合ったりとか、情報共有したりなんていう、僕ら正直言うと

想定してなかったようなメリットもあったっていうことになって、その辺もよかったのかなというふうには考えています。ただ、実際はそこでデイサービスをそれだけの回数利用しようとするのと、やっぱり一定の介護料ですね、今の介護制度上では必要になる。また患者さんの介護度とこのデイサービスを受けるために必要な介護度にギャップがあって、経営的に見るとまだまだ苦しい部分があって、いろいろと私達も試行錯誤してるんですけど、どうやったらその施設単体できちんとペイして施設運営ができていけるようになるのかというのを、今考えてる最中というところでして。そういったところについても、今後なんらかの形で、また制度の中に組み込んでもらえるとうれしいなあというところはあります。

日ノ下 ある意味ではうまく介護保険サービスを利用して、高齢患者さんのPDをやれているというお話だと思うんですが。ちなみに今の話にもありましたけれども、高齢のPD患者さんに関しては、若い人と同じ形じゃなくても、例えば1日2回のバッグ交換とか、あるいはAPDをもっとうまく活用するとかで、やっていけるのではないかって話も実際あるんですね。東京でパネルやったときも慈恵医大の横山先生は、患者さんによってはもう高齢者は2回のバッグ交換から始めて、そのままそれで続けているような方も結構多いですよっていうお話がありましたんですが、その辺はいかがでしょうか。はい、稲熊先生。

稲熊 それこそ20年近く前に、高齢者PD研究会っていうのがあって、そこでもいろいろ議論があった内容で、先生が今おっしゃったように、高齢者だと例えば1日2回でもいいし、あるいは週5回とかでも6回でもいいんじゃないかっていう意見もあって、確かにそういう方法もありかなというようなことがありました。ただ、今はもう春日先生とか伊藤先生のような施設と違って、うちはどっちかというPDに関してはあんまり進んでいなくて、なぜ進んでないかっていうのを考えてみると、この呈示されたスライドにもありますけども、配偶者や他の親族だけで支援していかなくていいということも疑問なわけですね。高齢者で支援ができなくなった場合に、社会資源をやはり使っていかなきゃいけないってことになるのと、システムがちゃんとできてるようなところだと、それはすんなりスムーズにいけると思うんですが、

うちみたいにあんまり経験がないし、それから訪問看護ステーションでそういうことに積極的に関わってくれる所とパイプがないと、やはりどうしても、そこまですごくエネルギーを使ってこの人にPDを導入しようというモチベーションにはならなくて、進まないということになると思うんですね。幸い我々の病院の周りだと、先ほどの送迎もありますけども、HDにしたほうが比較的簡単だというようなところもあって進まないの、やはりこれはもちろん医者だけじゃなくて、その病院のメディカルスタッフだけじゃなくて、社会全体で、伊藤先生言われたように、そういう気運が上がっていかないと、スポッティでどんどん入る所はあっても、全体としては増えていかないんじゃないかと思えます。むしろPDをそこまで頑張って入れなきゃいけないメリットを感じないまま、終わってしまうということがあるんじゃないかなというふうに感じます。

日ノ下 要は、高齢の自立できていないPD患者さんを増やすためには、それなりの地域包括ケアといいますか、地域ぐるみでPDをサポートできるような環境づくり、まず地ならしをやっておかないととても無理だと。それがやれない、あるいはまだやれてない病院側からすると、自立できない高齢患者はHDに入れてしまおうというお話だと思いますね。福岡でパネルやらしていただいたときに、長崎県の宮崎先生お呼びしたんですけども、長崎市内で、医者とか、訪問看護師とかヘルパーも含めて、地域ネットワークを作って、1人のかかりつけ医だけが面倒見るのではなくて、お互いサポートし合いながら対応できるような環境づくりを始めてるというお話がございまして、名古屋もそうなんですけど、そういう取り組みがちょこちょこ、一部の地域では行われ始めてるということですね。伊藤先生、何かありましたか。伊藤恭彦 そのような背景が、やはり高齢者の在宅PDができないという大きい理由だったと思います。PDを見てくれる訪問看護ステーションの確立と情報提供が必要と考えます。名古屋市全16区にPDを見てくれる訪問看護ステーションを、各区に二つぐらいずつ作ろうということで探して、お願いしてきました。名古屋市療養サービス事業団というグループがあって、すべての区に訪問看護ステーションを持っていて、私が行ってお話をいろいろしましたところ、全区を網羅して

おり、名古屋市内どこでも対応可能であるとのお話をいただきました。市内どこでもサポートを受けることができるという形が重要と考えております。

日ノ下 ありがとうございます。先生を始め、相当な努力でそういう環境づくりをしていかないと立ちいかない面があるということですよ。渡邊先生、何かございますか。

渡邊 うちの若い連中も、先生達の意見に沿って高齢者のPDだいたい始めてるようなんですけども、ちょっとご質問なんですけども、例えば在宅にしまして夜間だけAPDにつないで、夜と朝だけ交換に行くっていうことを訪問看護師がやるっていうことは、費用的に可能かどうかということと、先ほど多職種連携で、いろんな医師もかかりつけ医も巻き込んで言いましたけども、費用的に考えると病院側の取れるのは、CAPDの管理料が重症者は月2回取れるわけですね、2,000点が。それがかかりつけ医に行ってしまったら、それこそ特養でCAPDやるってことは全く、持ち出しになっちゃうんで、もしもかかりつけ医を入れるとしても、それは緊急時のときだけやるってことで、管理料は管理する所が取るということなのか。それから、春日先生の所のデイサービスを利用するとき、それはやっぱり看護師が交換をするっていうふうを考える。そうすると看護師と人件費は要るわけですよ。

伊藤恭彦 病院とかかりつけ医が両方でPDを診ることもありますが、どちらが管理料を取るかってことは、そこでの話し合いで決めるということになります。月に2回来てもらったり、2回訪問在宅で先生が診に行くということでやっていますけども、それは話し合いでやるということになるかと思えます、管理料という点に関しては。それと、最初の質問は先生何でしたか。

渡邊 例えば、在宅に持って行って、夜だけAPDつないで、昼はもう空っぽにしとくと。液貯留だけしてもいいし、昼間しないっていう、そういうやり方でいくとしても、在宅に訪問看護師が日に2回行くということが、月60回、これが介護保険で可能かどうかですね。無理ですよ。無理ですよ。

伊藤恭彦 夜、朝、この2回でつないでいったん外す、これはヨーロッパでやっている Assisted PD システムですが、私はその形式にこだわる必要は全くないと思っています。高齢者が、やるの

に際して、サポート、見守りがないとできない場合とかには、サポートを入れてあげれば、それでよいのではないかと考えております。それで、1日2回訪問看護師さんが行って、保険的に大丈夫かという件ですが、2回行くことは、医療保険で見ている場合は大丈夫です。うちでは、やっている人も居ます。その患者の場合は、介護士は入っていません。ですから全て医療保険でやっています。介護保険でいくと、先生ご存じのように介護度によって保険の上限がありますので、その中で訪問看護師が2回行くっていうのは多分駄目になるかと思えます。そこが、制度上の問題だと考えています。

渡邊 ありがとうございます。

日ノ下 鶴田先生、先ほどは手を挙げていらしたので。

鶴田 私の施設のすぐそばに成田記念病院という多くのPD患者を持ってる施設がありまして、今日こういうディスカッションがあるんだよって、そこの大林医師が頑張ってると思うんで聞いてみたんですね。そうすると、やはり伊藤先生おっしゃられるように、1名循環器の開業医さんですが、地域包括ケアに感動して、訪問に関心のあるお医者さまがおられる。そこで、在宅の管理料も全部そちらに渡すと。それで、バッグ交換も1日1回です。こういう形で診ていると。そして、何かPDに問題あれば自分達が診るよというバックアップ体制をとっているような症例がありますよということをお大林医師に言われましたので、報告させていただきました。

日ノ下 春日先生、どうぞ。

春日 PD患者さんの、今の話の中で、2種類あると思うんですけど、要は言葉悪いですけど、本当にもうすぐ亡くなれるだろうという高齢の人在宅でPDでいくっていう場合には、非常に限られたPDの量だけで多分オーケーで、場合によってはそれこそ今お話し出てるように、開業医の先生達にそのサポートをお願いするとかっていったところでいけるんじゃないかなというところありますが。逆にまだまだ自力、あるいはご家族だけのサポートでPDを継続するのは無理なんでしょうけども、でもちょっと余命的にはPDきちんとやればいけますよという人達も現実にはいらっしゃるわけで、そこを私達はサポートするシステムを作ろうと。だから、それなりの量のPD治

療を、きちんとした治療はできるよというのを前提でなんとかしようって考えてるもんですから、その中の一環で先ほど出たデイサービスでっていうところで。渡邊先生からご質問があったように、今ある医療制度とか、介護保険のあれでいくと、在宅に訪問看護師さんを派遣して CAPD を継続するのは、現実的にコストが合わないので、もう患者さんが自腹切って払ってもらうか、派遣する側が自腹切るかどっちかしかなくて、介護保険でも絶対払ってもらえないもんですから、現実にはできないということなんですよ。なんとかデイサービスに患者さんを集めれば、それだけの介護報酬は逆に言うと、今の患者さん達の介護度からいけばなんとか払う中で見合うことができる。現実には患者さん、そういった所を利用するような人っていうのは、要は PD だけやればいいってわけじゃなくて、ご自宅の生活にとっても介護保険を利用したサービスがやはり必要な部分がありますから、そちらのためにも介護保険の点数取っとなきゃいけないというふうになるので、私達だけで全部使っちゃうわけにはいかないものですから、その範囲の中でやれるシステムを考えないと、やっぱり絵に描いた餅ってことになっちゃいますので。あともう一つは、渡邊先生のご質問に出てきた、要はデイサービスセンターで提供している CAPD っていうのは、当然看護師が機械の操作をやってるということになります。やっぱりそのコストっていうのは非常に大きな負担で、一般のデイサービスセンターに比べると、人件費もやっぱり非常に高くつくっていう側面はありまして、ですから、いかに施設の中でちゃんとペイさせて、健全な経営ができるようになるかっていうところで、ですから PD の患者さんだけをに入れてると、やっぱり普通のデイサービスセンターに比べると、1 人の患者さんが占有する面積がどうしても機械の分だけ大きくなっちゃうっていう部分があって、結局 1 回で受けられる人数も減っちゃうんですね。ただ入ってくる収入については、1 人の患者さんでは、PD があろうとそうでなかろうと一緒だということがあるもんですから、そういった面での制約がありますから。結局、例えばもう少し今よりも大きな施設にして、よりコストのメリットを得るようにするとか、それから同じ施設の中に PD の患者さんと同時に、それ以外の患者さんも受け入れるような形を取っ

ていって、全体としてペイをさせるようなことも今実際考えてるとというのが現実でー。取りあえず、現実的に私達が利用できる制度の中でやれるところっていうと、あくまでもデイサービスセンターを利用した場合ということですが、その辺が現状でなんとかできるところだと思います。ただ、私達の要望からいけば、そういう介護面とかについても、なんらかの制度的な設計をもう少し考えていただくと助かるなと思うところは多々あります。

日ノ下 ありがとうございます。要は地域包括ケアのシステム、あるいは環境づくりにしても、それだけでは実際なかなかやりづらい部分があって、医療者側から、あるいは介護保険サービス側からすれば、経営的な面も考えていかないと、あまり発展しないかもしれない。こういうお話だろうと思うんですね。島野先生の所はいかがですか、PD を扱っていらっしゃる施設として。

島野 私が生寿会の中でいたときに 1 例やっただけですけども、五条川に移りましてからは 1 例もありませんので。ただ、先生方のお話し聞いていて思うんですけども、やっぱり本当はケアスタッフとか、いわゆる介護の方ですね。こんなこと言うとまた変な言い方になっちゃいますけど、素人である家族がやっていいのに、素人であるケアスタッフがやってはいけないっていう今の制度が間違ってるわけであって、一定の研修を受けて、一定のいわゆる医療処置をやってもいいという環境を整えば、非常に PD っていうのはいい治療の一つなのかなというふうに思っています。

日ノ下 私もこのプロジェクトを始めるときに、なぜ親族はやれて介護保険スタッフはできないのかと思いました。少なくとも 1 日 2 日のちゃんとした講習を受けて、お墨付きがあれば、例えばヘルパーさんとかが、1 日 1 回でも PD の対応をしてあげられるような仕組みに変えたほうがいいんじゃないかという持論を持っていたんですけども、ただこの厚労科研の共同研究者であります、浦和大学の総合福祉学部の教員でももとは腎臓内科の先生なんですけど、今福祉に関わっている戸村先生の意見では、いろんな壁があるそうです。一つには、まず介護保険サービスに関わっているスタッフ、あるいは実際その大学で教えている、今後ヘルパー、あるいはケアマネとして育っていくべき人達が、治療、医療にはあまり関心が

ない。あるいは、そういうことをやってくれと言われても、とても知識もなければ対応できないようなケースが多くて、なかなか介護保険サービス側にそういったことを求めるのは難しいというご意見だったんですね。実際、いろんな努力で吸痰だけは認められましたけれども、なかなかそういうのって相当ハードルが高く難しかったんですね。今島野先生がおっしゃったように、介護保険スタッフがPDに介入できればなおいいとは思っていますが、その辺りはまだまだ難しい面もあるということですけどもー。太田先生、何かご意見ないですか。

太田 今の問題に関していうと、基本的には極力ヘルパーさんが対応できるような形にしていかなければいけないのだと思います。ただ、規制緩和に関してはいろいろと政治的な駆け引きやなんかもあるんだろうなと。ただこのPDに関しては、私個人としてはやっぱり進めるべきだと思っています。先ほどから高齢の透析患者さんのADL低下の現実をどうするかという回答の中で、1個でこれっていう答えは多分作れない中だと思いますので、在宅でのPDというのは解決策の重要な一つだと思います。実際中国地方のほうは平松先生なんかにお会いしても、結構いろんな、もうすぐ要介護になりそうだなという人を急性期病院側でPD導入し、そこそこうまくいってる症例やなんかを聞かせていただいておりますし、今名古屋地区でも春日先生のお話にありましたけど、いろんな動きが出てきてます。これ、結局やっぱり必要に迫られないと動かないけど、徐々に我々必要に迫られてきちゃったなというところまで我々は追い込まれてきてるので、さまざまな取り組みが今動きつつあるということなのだと思います。なんとか在宅PDサポートの体制は一つの形にしていかなければならないと思います。今、日本の透析患者の高齢化が進んでるっていうのは皆さんご存じで、平均で言うと68か67歳ぐらいでしたっけ、透析患者さんて。導入年齢もそのぐらいなんですけど、導入年齢のピーク見てみますと、例えば女性だともう75から85なんですね。男性だと70から80ぐらいまで。皆様がたの施設で導入したりですとか、透析施設に送られてくる患者さんの年齢層っていうのは、もう既にそのレベルです。75から85のおばあちゃんだったら、PDで入れて本当に少ないバッグ交換でなんとかしのげるかなあ

というふうにも正直思う。それを全部HDに乗せてっていうのも正直ナンセンスで、なんらかの形のPDサポート体制を我々努力しながら作っていかないと、ADL低下HD患者で、どこかで施設もふんづまるという形になるんじゃないかなと思います。私としては積極的にこれ応援していきたいな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。PD導入をもっと進めるべきだろうというご意見になりますかね。何かフロアの先生で、あるいは医療者の方でご質問、あるいはご意見、コメントございますか。秋葉先生どうでしょうね、自立できてないPD患者さんにどう向き合っていくべきか。

秋葉 太田先生のおっしゃる通り、PDが大きな武器であることはもう認めざるを得ないと思っています。ただ、このデータを見たときに、看護師さんが15%関与してらっしゃるというようなデータですけども、これは身内も含めてではないんですかね。

日ノ下 長期入院だとか施設ではありうるんですね。

秋葉 ほとんど看護師さんは、在宅患者さんのPDバッグ交換をしてないんです。それで関与している訪問看護ステーションと、訪問の先生、訪問看護師には負担にならざるを得ない。ただ、お金はそんなに出ないということです。昨日、透析学会の元理事長である川口先生が講演されて、そこで私も初めて聞いた知識なんですけども、48時間に1回患者さん宅に訪問看護師が行くと。何をするか、CAPDを外してセットして、48時間分セットして帰る。48時間ごとに週に3回でいい。そうするとどうにかやれるんじゃないかということをお話になってました。そういうなんかしらの解決策が埋まってるんじゃないかなって形で、模索していくしかないかなっていう気持ちです。

日ノ下 ありがとうございます。秋葉先生のお話をまとめと致しまして、またこの問題は次のテーマとも関わってきますので、次の話に移らせていただきます。

⑥長期入院PD

日ノ下 我々の調査によりますと、自宅や職場以外でPDの注排液を実施してる患者さんが居る施設が全体の13.5%に上ったわけです。その実施場所は、病院、診療所がトップで、次にグループ

ホームということをございますけれども、病院、診療所ということから、もちろんご自分で操作できないのでやむを得ず診療所とかが行って、対応してもらってからまた自宅に戻るといった例もあるとは思いますが、基本的には病院や、有床の診療所、あるいはグループホームなどで、ずっと居ながら継続 PD をしているんじゃないかと思われます。入院 PD は是か非かということも含めて、ご議論いただければと思いますが、春日先生いかがでしょう。

春日 実はまだうちの所は長期入院の PD っていうのは実施していない状況でして、先ほど言ったような形で、できるだけやっぱりご自宅での生活の中で PD をやれるような形のサポートを、提供を目指してらっしゃる部分ありますので。逆にこれまでのところでいくと、そういう自宅におれなくなってしまった PD 患者さんは、本当に末期も末期みたいな患者さんなので、あんまり考えなくていいっていうか、もう入院したらあとはみとりが待ってるだけみたいな感じなんで、あまり問題にならなかったっていう部分はあるんですけども。ただ、やはり今後はより高齢の PD 患者さんがうちの所にも増えていくことは予測されますので、そこは考えなければいけないことで、先ほど HD の場合は城西病院が療養病床としての受け入れのところ担ってもらってるものですから、城西病院のほうでも PD の受け入れについては準備を進めてもらってると思いますから、取りあえずもともとの施設はうちの場合持ってるので、あとは内務的なところできちんとシステムさえ構築すれば、その受け入れ自体は可能だと思います。ただ、それがきちんとここでも出てるように、ちゃんとそれが経営上成り立つのかどうかとか、その辺のところの問題ってのはあります。それからもう一つ、恐らく他の先生も感じておられるんじゃないかと思うんですけど、HD の患者さんの場合は、逆に言うと受け入れてくれる施設が結構豊富で、それから病院も豊富で、あっちこっち何かあったらそこを急性期から慢性期まで含めてなんですけど、オーケーな所が多いんですけど、PD の患者さんの場合って、受け入れてもらえる病院そのものがなかなかないので、実は急性期で入院が必要な場合でも、受け入れ先が、この病気でこの病院で治療して欲しいんだけど、うち PD できないので駄目ですって言われちゃったような

ケースによく出くわしちゃうことも現実にあたりしますね。急性期の治療でさえ困ってしまうという現実があり、慢性期に至っては、ましてやっていう部分がありまして。ですから、施設にせよ病院にせよ PD 患者は受けられないというところを解決する必要があります。そのために、一つは PD をもっと馴染んでもらえるようにやっていかなきゃいけない部分もあるんですけども、逆に PD を受け入れてくれるような施設に対して、PD に習熟している私達のほうからなんらかのサポートとか、手を差し伸べて、そういったところを受け入れやすいような形に持っていく必要がやはりあるだろうというふうに思っています。

日ノ下 お話し伺っていても、中京地区の場合は HD に関しては長期入院、あるいは受け皿としての第 2 ステップとしての病院が数多くあつたりして、東京よりは恵まれてるなという印象あるんですが、こと PD に関してはやはり急性期の対応ができる病院も少ないし、また PD ラストで最後の看取りをするような病院も少ないという話だろうと思うんですね。伊藤先生、何かございますか。

伊藤恭彦 おっしゃる通りでありまして、やっぱり PD に対応できる施設が少ないのは否めないと思います。急性期病院も、やはり長期に患者さんが入院しているわけにはいきませんので、だったらやっぱり療養型との連携がないといけないわけです。うちの OB の先生の所で、療養型で診てくれる所が出てきましたので、そこをお願いしております。そこがどこまで見れるかという問題もありますので、そういう施設をいくつか作っていかねばいけないというのが課題だと思います。それと老健施設という話が出ましたが、老健施設の中でもある特殊なグループがありまして、そこでは看護師さんが朝 9 時から夜 6 時まで常駐していて、それは医療費無視でサポートできますということになっています。9 時から 6 時、365 日体制となっており、そこでは PD も受け入れますよと言ってくれております。そういうところうちのホームページで最近紹介するようにしています。さっき太田先生もおっしゃられましたけれども、さまざまな手を使っていかないと解決しないとのことでしたが、PD に関してもさまざまなモデルティを作っていくといった対策が必要で、今講じているところです。

日ノ下 PD の場合は HD と比べると、採算がな

かなか入院しちゃうと合わない面もありますよね。それはいかがですか。

伊藤恭彦 それはおっしゃる通りで、もう少し考えていただきたいという面はありますが、最近、病院における管理料として330点1日毎付くという形になってきて、少しずつは改善されてきている方向になってる感じかと思っております。

日ノ下 ありがとうございます。それから、今の議論は、場合によっては自立できなくなったとき、そしていろいろ合併症を抱えたり、急性期の問題が発生してもう入院やむなしとなったときに、病院に入院してPDを続けていてもいい、あるいはそのさらに先には、後継病院として長期療養型の病院でPDを続けるのもよしとすると、そういう発想の中でのコメントだったんですが、ただ、これ実は今まで3回やったパネルの中で、東京地区は割とそういう最後の受け皿として、長期にPDを入院してまで続けていくのはいかがなものかというご意見が大勢を占めました。福岡でやらせていただいたときは、例えば福岡県も長崎県でも、そういう患者さんが居たら受けますよと、あるいは受ける体制、赤字覚悟でも作りましょう、あるいはどんどんやっちゃいましょうという考え方があったんですがー。そうするとどうですかね、渡邊先生なんかどのようにお考えになりますか。

渡邊 それは先生、病院管理者としての質問ですか。それとも。

日ノ下 いや、先生個人の透析医としてのご意見は、今後どうあるべきか、PDの入院について。

渡邊 PDでなきゃいかんですかね。他の治療でも考えるんじゃないかと思えますけど。もうそれはそれでできるならHDにして、どっか拾ってくださる所を探すというふうに考えてないのかと思います。どうしてPDで長期、例えば特定条約90日超えまで我慢しなきゃいけない理由が分からない。他のモダリティがあるのであれば、そっちに流れるというのをやっぱり考えるべきではないのかというのが私の考えです。PDしかできない人であればそれは仕方ないでしょうね。

日ノ下 分かりました。またちょっと立場、ご意見が違うようですね。太田先生コメントございます？

太田 確かに、僕はPDラストはもう少し頑張ろうかなと今思いつつあるというのはあるんですが、実際今自分自身でこの問題考えてみて、あん

まり診療報酬制度含めて勉強できてないなという自分で思いました。PDの診療保険点数も3,800点って付いた後は、あんまり動いてないんです。何かって言いますと、ふと今思ったのは、日本透析医会って結構透析の診療報酬点数やいろいろなやるんですけど、PDの問題を、厚労省に持ってってないっていうところもあったかというふうに思います。実際、今お話があった、その入院している、特に長期の入院で、療養だったらどうなるんだらうとか、地域包括にPDの図式が入ってきてどう扱われるかっていうことすら、今実を言うと僕自身が頭の中で整理しきれてない状況なので、これもちょっと1回PDの診療報酬請求上の問題っていうのを、しっかりと勉強しなければいけないと思いました。うちは今僕1人しか個人的にはPDの患者さん診てないので、なおかつその方っていうのは普通に若く40ぐらいの女の方なので、直接の問題としてPDの長期入院を問題と感じてないんですが。しかし最後のほうになってきたときに、個人的にはやっぱり最期は家で見送るためのPDは選択枝の一つとしてあって欲しいなと思います。ただ、これから都市部では、単身独居の比率が35%とかで推移していきます。絶対数もむちゃくちゃ増えるんですが、PDを、家族が居なくて支えられない世帯(全世帯の3分の1)の方々に適応していこうとすると、本当にしっかりと社会資源やなんか使えるような体制を作ってかないと、現実的には本当に難しい、なかなかハードル高くいろいろと検討していかなくちゃいけない課題かなというふうには思いました。

日ノ下 フロアの先生方で、入院PD、あるいは自立できてない高齢患者さんに対するPDに関して、コメント、ご意見ある方。はい、どうぞ。

勢納 城西の勢納です。実は私ども積極的に在宅をやっております、81名のうちの49名が施設在宅で、重症者をやっているのですが、PDについても整備して必ずやりたいと思っています。先ほど他の先生が言われた経営的に成り立つということが非常に大事なことでありまして、赤字でもやるとかいう決意は、社会的な受け皿とはなり得ないところです。少なくとも病院単体として黒字経営にまず乗せて、その中でその部門が若干赤字でもやるとか、例えばモダリティについて言えば、入院中はカテーテル透析やるとか、そういう方法使っても在宅へPDで帰せるならいい

んじゃないとか、いろんなこと含めて、PD でなければならぬ人に対して、トータルで少なくとも黒字の経営が維持できるという体制でもって、受け皿になりたいというふうに考えております。

日ノ下 先生、それはPDに関してもう少しインセンティブを考えるとかそういうことではなくて、グループ全体として経営バランスを考えてればそれでいいというお話でしょうか。

勢納 いや、グループ全体もそうですけど、病院単体がそうです。結局、グループ全体だけで考えてますと、赤字になったときに立ち直れませんので、基本的には一つ一つの施設が黒字とか、とんとんとか、そういう感じのところで維持しながら、それであればいいという話であってー。例えば、社会制度として不備なものを、個別の医療機関が犠牲を払ってやるという話ではないと思います。

日ノ下 ありがとうございます。どうでしょうか、経営的な問題。

渡邊 やはり今勢納先生おっしゃるように、インセンティブをPDにも考えないと。例えば透析医会が努力して、長期療養型に100点付けたり、あのような努力をしないことには、やはり老健でPDはやれないんですよね。再診料から何か全部取れないですから、自己管理指導料も。そうすると全くの持ち出しになっちゃうんで、そんなことは有り得ないんですよね。だから、やっぱり何か考えないと。PDが日本の透析医学会の統計調査をみるように全然伸びてないというこの状況下で、やっぱり見捨てられてる部分があるので、それをもしてもPDラストっていうことで考えざるを得ないんだったら、インセンティブつけれるような、これは我々も努力しなきゃいけない部分だと思ってますね。赤字を大概出す医療をやっていかっていったらそれを認められないですよ、そんなことは。

日ノ下 ヘルパーの介入もそうですし、インセンティブを付けることもそうなんですけど、東京で議論をやったときに、厚労省障害保健福祉部企画課の田中先生がお見えになって、どうですかねって話を持ちかけたら、やはり今3%前後のPDの比率でしかない。これがもっと数も多くなって、高齢者でいろいろな問題があるということを実際エビデンスとして示して持ってきてもらわないと、行政側はなかなか動けないって話はされて

います。秋葉先生どうですか。

秋葉 PDに関してはあんまり触れてほしくないんですけども、まずPDが3%もってる理由ってのはなんだと思います？ 日本で。メーカーが、収益性がいいのもものすごく熱心に宣伝してるからですよ。もし、彼らが宣伝やめちゃったら、すぐPDの患者は減っちゃいます。ただ、本質的にPDはすごくいい治療です。在宅になって、家族とも一緒に暮らせて、そして食事も比較的楽で、人生の最期を迎えるのにふさわしい治療だとは思っています。ただ、コストがかかり過ぎです。APDやって機械借りていろいろやっていくと60万円超えちゃうんですよね。人の稼ぎが40万円って言ってる時に、倍近い値段を払ってやるような治療じゃないっていうのが私の考えです。ただ、無論それを解消していけば、どんどんやるべき治療だというふうに思います。すみません。

日ノ下 ありがとうございます。その分は前半にございましたように、バッグ交換の回数減らして、実質コストも下げていくといった考え方もありだと思んですが、この中でPDをやってらっしゃるメーカーさんの方いらっしゃいますかね。バクスターさん、どうですか。非公式にでも、個人的な見解でもいいですから。ご意見ありませんか。伊藤恭彦 一言だけ追加させていただきますと、APDで先生おっしゃられるように、大量の液を使ってやると確かに60万円ぐらいになります。3回ぐらいで、1.5リッターぐらい抜くと、大体月に23万24万とそれぐらいでいきます。ですから、それは治療内容によって、かかる額がすごく違うということになります。先生がおっしゃるように、APDはものすごく費用がかかります。ですから、APDを導入期から取り入れるのは、私は医療経済的に望ましくないに関連病院の先生にも言っています。APDは、よく治療適応ということを考えて欲しいと思います。開始時は、少量の透析量からといったインクレメンタルPDを取り入れながら適正な形を行う必要があるかと考えます。日ノ下 ありがとうございます。他、どなたかこの問題、よろしいですか。

伊藤恭彦 ちょっと伊藤功先生が見えますから、PDの収益面で、先生の所に療養型に入ったときに、どうなのかを教えていただけますか。大きい問題はないと以前伺っていますが。

伊藤功 そうですね。透析ベッドが空いてて、両