

面のベッドも空いてるときは、やっぱり HD のほうが明らかに収益性がいいってことです。透析のベッドもいっぱい、病棟のベッドが空いてるときは、空けて置くよりも PD の患者さんを入れたほうが、現在の分水嶺ということでしょうか。バクスターさんも見えますけども、日本の PD はやっぱりお金がかかる。香港なんかは PD が 80% っていうのは多分お金があまりかからないからだと思うんですけども、日本は PD のほうが皆さんご指摘のようにお金がかかると。本来ならば HD のほうが設備も機械もスタッフもつき込んでやってるのにお金かかってない。PD のほうは家族とか本人がバッグ交換してるのにお金かかってるというような問題があるんじゃないかと。今日のお話全て社会的な医療にまつわるお話ですので、どうしても費用とか制度とか常に関わる、行政がどう考えるのかなってというような、純粋に医学的なことだけでできないお話ばかりですので、国がどんなふうに医療もっていきたいと思ってるのかっていうのが、大きく関わってきますけど、我々も提言していかないといけないのかなとは考えました。

伊藤恭彦 1点だけ、療養型で PD 患者が入院すると持ち出しになりますか。それはない？

伊藤功 いや、マイナスにはならない。

日ノ下 高齢者対策、あるいは PD ラストとしての PD をもう少し推進してー。我々も実績を作りながら今後の医療保険制度、診療報酬に反映させていくというようなことも考えていかなきゃならないですし、その点については秋葉先生、伊藤恭彦先生にも今後検討していただいて、それをまた行政への働きかけや保険診療に反映させていただく、そんなことも必要だと思いますね。では、次の議題に移りましょう。

⑦在宅 PD と医療保険診療、介護保険サービス

日ノ下 このアジェンダはある程度今までも議論が出てきた部分だとは思いますが、今後在宅 PD を、高齢あるいは障害のある患者さんに対して続けていく場合に、どういう支援が見込まれるか。あるいはどういうところを改良していけばいいのかということですね。どなたかご意見ある方いらっしゃいますか。先ほどは入院のお話を中心だったわけですが、PD ラストという考え方もありますよね。それから秋葉先生、渡

邊先生もおっしゃってましたが、いわゆる終の医療としての PD。しかも、家族や、そして仮に単身者であったとしても、慣れ親しんだ地域の方の周辺で終末を迎える。そういう意味で、在宅 PD も意義があるかもしれないという話なんですけど、それがうまくいくようにするには、どうすべきかと。春日先生なんかどのようにお考えになりますか。

春日 ここまでのところで多分出てきてる議論にある程度今は集約されてるのかなというふうには思うんですけども。今の制度の中でも使える部分っていうのはいろいろあるんですが、PD の人とそうでない人の間の介護点数のミスマッチの問題とか、それぞれ PD という治療そのものを介護の中で支援しようと思うと、いわゆる今の介護点数で付く介護度と、その患者さんが実際に利用しようと思うときに必要とする介護度、言い換えれば利用点数というものになるんですけど、その間に明らかにミスマッチが生じてしまって、なかなか実際にはそういうサポートができないという問題が待ってるという。先ほど訪看の話も何度も出てきてましたけど、結局今は PD の患者さんの訪問看護でやろうというのは、医療保険を使おうと思ったら退院後の 2 週間だけであって、それ以降は使えない。あと使いたければ介護保険の中で使って下さいですけど、先ほどから話が出るように、介護保険で訪問看護を派遣しようと思うと、とてもじゃないけど点数が足りなくて実際は全然足りないという。ですから、今の制度のままですそれをやろうとしても、そもそもできないというのが現状としてありますから。そうすると、例えばですけども、PD の患者さんのそういう訪看の支援については、医療保険の方から使えるような形にしてもらえれば、現実には訪看さんが家に行って PD の操作をするということは、その後も続けてできるようになるっていうのはあるんです。それはただやっぱりお金がかかることなので、国がどう思うかっていうところは常に関わってくるころではありますけれども。

日ノ下 ありがとうございます。PD をサポートする上で、例えば介護保険の認定がミスマッチになっているということですね。HD でもそうなのかもしれませんが、透析の患者さんに対しては、透析をやっているだけで通常の介護保険の認定度からさらにワンランク、ツーランクアップし

てあげようというわけですね。そういうような発想で付けてくれば、ミスマッチが減るのかもしれないですが、なかなか現状ではそうはいってないですよ。伊藤先生、何かございます？

伊藤恭彦 先ほど春日先生もおっしゃいましたように、介護保険だけで、訪問看護資源をフルに使うというのは現状ではとても無理なことになっています。今、透析医療は第8という区分に入っていると思いますが、第7区分という重篤な疾患区分に入りますと、ここにはひどい神経疾患、アミトロとか、在宅人工呼吸やってる人とか、がん末期とか、そういう人達が介護保険と医療保険、両方フルに使えるというそういう区分のところですよ。そこに入れていただければ、介護保険と医療保険を両面で使うことができるようになります。医療経済的にどうなのかということですが、療養型病床に入ってPDを行っても、療養型に入ってHDを行っても、どちらと比較しても、とにかく在宅でやったほうがはるかに安いという試算ができるということになります。

日ノ下 まさに今おっしゃったことは、具体的な政策提言だろと思うんですが、区分を変えて、重篤な疾患や難病といわれているものと同じような扱いにしてもらえれば、それほど経営的に無理はなくなるんじゃないかと、こういうお話ですね。それについてはいかがでしょうか、太田先生、島野先生、何か新しいご意見はございますか。

島野 先ほどから諸先生方の意見を聞いていて、また変なこと言って怒られるかもしれませんが、在宅でのPDを増やすにはやっぱり絶対に介護ケアスタッフの医療行為を認可することと、それから開業医の先生達の協力、これでいくしかないと思うんですね。これだけ厚生労働省も医師会も、本当にできるのかなあと思って僕は見えますけど、地域包括ケアシステムっていうのを作ろうとしているわけですから。しかも賢い若い先生達がビジネスモデルとして在宅医療やっているのを追い出そうとしているぐらい、医師会の先生達も言ってますけど、本当にあのお父さん達動けるのかと思ってますけど。そういう地域包括ケアシステムも絶対利用しないと、いわゆる在宅でのPDっていうのはうまくいかないと思いますね。それからあともう1個は、ラストPDの問題でいうと、絶対老健でPDができて、ちゃんと老健がもうかるシステムにしないと、絶対うまくいかな

いと思います。なんでかっていうと、老健には日中は必ず看護師さん居るわけですよ。夜間も1人置いてる所もありますので、あそこはある意味では医療施設なので、老健でPDができるようになれば、きっと伊藤先生のお仕事もはかどるんじゃないかと、私はお祈り申し上げます。

日ノ下 ありがとうございます。老健は結構あちこちにございまして、なぜ老健がPDを扱ってくれないのかっていうのは気になる場所ですね。理由は推測できますが、いずれにしても進んでないですね。医療者側のグループの老健であれば、何らかの形でPDをやっている所もまれにはあるんですけども、基本的には先ほど見ていただいたように、老健や特養ではPDの面倒はみてない。それについて、ある意味では介護も絡んだ問題なので、老健に入っていて老健でPDをやると。それに対して管理料を取るような形ですかね、管理加算。そういったことも考えてはどうかというご提案ですが、その問題についてはいかがですか。他のパネリストの先生方。はい、太田先生。

太田 結構今具体的な話やなんか出ていたので、ちょっとご説明させて下さい。まず訪看の話、先生がおっしゃられた区分7と区分8（注：7医科点数表の別表7,8）の話なんですけど、高齢者の訪問看護は、介護保険が優先されて医療保険の訪看が自由に利用できるわけではなく、かなり制限されています。さっきの老健の話もそうなんですけども、とにかくなんらかの形で透析だけ特殊な扱いして下さいということのをのませなきゃいけないって話になるんですね。ということは、本来他のところはうまくいくんですけど、透析だけは何ともならないですわっていうのを先ほど言ったように、特殊性があるのでっていうのを納得していただくためのさまざまな工夫をしないといけない。これが厚労省もなかなか、毎回行くたびに言ってるんですけども分かってくれなくて、地区の医師会の先生方も全く知らない。地域包括ケアをやったらしゃる先生方も全然知らないっていう状況では制度は動かさないです。もう少し我々透析医っていうのは頑張るだけ頑張ってるんですけど、透析医療はとにかく特殊なもんだからなんとかしてもらわんと困るんだっていう、周りの認知を上げられないことには多分うまくいかんのかなというふうに思います。老健に関しても結局同じことが言えまして、今はもう国の位置付けでは老健っての

は完全に中間施設で、終の棲家ではないということになっていますので、多分今後、今回の介護保険どうだか分かりませんが、在宅復帰を進めていく加算を取れないところは、どんどん死に絶えるような形で絞られていく形になります。なので、老健でずっと長いこと透析が回せるだとか、PDが回せるっていうのは、それを認めさせようとする、先ほど言ったように、とにかく透析患者さんは他に行き場所がないもんだから、例外として認めてもらわんと困らなみたいな話で持ってかないと、大きな制度改革が動いてる中では、かなり結構ハードルの高い話になっていってるということは認識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。いろいろ太田先生がご勉強なさったのを教えていただきましたが、まさに渡邊先生から言わせると、バランスと公平性という話だと思うんですね。透析医療、特に今PDのお話してるわけですけど、PD医療の中で、こうやればPDももっと活発化する、あるいはうまく在宅でも対応できるようになるといいますが、その辺り透析医療だけ認めてもらうってのは、他とのバランスでなかなか国側、行政側としては難しかろうと。それをなんか乗り越えられるかどうかですが――。渡邊先生はどうでしょうか。

渡邊 なかなか難しい問題ですね。行政はもう在宅に行くことに特化しようとしてるのは明らかです。太田先生おっしゃるように、老健は、特に介護療養型に近い老健は少し、在宅復帰率の75パー以上目指すところは残すかもしれませんが、とにかく普通の老健もなくなりますので、そのなくなるところに、もしも攻撃できるとするならば、透析に特化した老健というのを一つ作ってもらって、そこで透析の移動費も請求できるようにすれば生き残る道は出てくるかもしれない。でもそんなこと夢のまた夢みたいな、絵に描いた餅で。ともかく、フランスみたいなリミテッドケアユニットみたいな、医者の管理しない安い透析になるのか、特養で在宅HDだとインチキを言って手抜き透析をやるのか。でも、赤字覚悟でもHDやPDをやっていくのか、それはもうこれから先、本当に我々に課せられた大きな命題で。ともかく技術料を確保しないと駄目だと言ってるのに、それにも関わらず、相変わらずいろんな効くか効か

ないかわからない薬を山ほど投薬して、保険診療費を上げている透析業界の先生方にはいつも辟易とするばかりです。透析の診療報酬の中で、技術料がどれだけあるか考えてますか。薬剤費が増えるだけなんですよ。だから結局PDだってさっき秋葉先生おっしゃったように、水が高いから高いだけで、原価安い物は安くすればいいんですよ。使わないようにしなきゃ駄目なんですよ。我々の透析技術を守っていくためには、インチキの在宅血液透析やLCUを認めてはいけないんですよ。技術料が大事なんですよ。技術料を守るためにどうするかという議論をしなきゃ、我々は生き残っていけないと思ってます。

日ノ下 ありがとうございます。なかなか透析に関わってる医者や医療者からすると、耳の痛いお話をいただいたわけですが、おっしゃる通りかもしれませんね。

⑧総合討論（稲熊先生、中座にて不在）

日ノ下 秋葉先生どうですか。全体を通じて、何かコメントございますか。

秋葉 今全体と言われましたけども、本当にこの問題難しいなっていうのはもう十分2時間で感じていただいたと思うんです。日ノ下先生が、このタイトルっていうか、この厚労科研の申請を出されたときに、在宅の患者さんの高齢化、この傾向をどのように克服するかというところを包括されて、研究しようというようになったときに、そりゃあ結果出ないよっていうのが私の最初の印象でした。それで、共同研究者に入れていただいたんですけども、いやあ、2年や3年でいい案が出て、こうなりましたなんていう結論なんてないんだろうなあと思いつきながら話をしてきましたけども、やはり出ないですね。でもすごくいろんな可能性が示されて、しかも高齢者の透析患者さんという一つのくくりでおっしゃられていた患者さんが、一つのくくりじゃなくてそれぞれ個性を持った個別的患者さんであるし、そしてそれぞれの患者さんがそれぞれの欲求を持って、医療ニーズの違って患者さんだということ。そして特に行政にお願いしたいことは、介護とそれから医療、どうバランスとっていくのか、どうシームレスにしていくのか、そしてどう役割分担をしていくのかと。最後に一番問題だったのは、日本の医療費がどんどん下がっていく中で、透析医療費を一体ど

うやって守っていくのかというところが、今後の私達の活動の中で大きな基盤となっていくんじゃないかというふうに思いました。まとめになっていませんけれども、日ノ下先生のご尽力に感謝します。

日ノ下 総括的な話に移ってきましたが、まさに今日前半の問題は HD 現場における高齢化対策、その他の諸問題や取り組みについて議論しました。そして、後半は PD における支援、あるいは今後の問題点でした。いろいろ議論し合ってきたわけですが、せっかくパネリストの方々にはこれだけ長い時間付き合っていたので、全体を通じてこの透析患者の高齢化問題に対して一言言っておきたいという方、どうぞ。

多和田 ラスト PD は賛成です。それが在宅にあくまでこだわるっていうのが、これは医療側のエゴじゃないかなと思う。独身単身で高齢者が果たしてうちに居ることが幸せかどうかというのが再度疑問に感じます。そうしたケースで療養型に入っていただく場合、療養型で僕は経営者なんですけども、経営的には確かに HD やったほうが本当もうかります。それよりも PD は、水を保管する場所をすごくとるんですよね。だから、あんまり病室で PD をやって欲しくないとは思っています。あと、透析の介護保険の件がさっき言いたかったんですけども、高齢の透析患者さんってのは、透析室行ってどれだけ若い看護師と話して喜んで帰られるか、週 15 時間ぐらい透析センターに居て生き生きしてうれしそうに手つないだりして、楽しんで見えますよね。それは、特別の介護なんて必要なくて、透析施設が介護もやってるわけです。お風呂は入れられないけど。ですから、透析の看護師に対して看護料を付けるっていうのはこれもう外来ですから無理だと思います。そういう要望もあったみたいですけども。介護保険をまた外来透析中に組み合わせたら、多少ちょっと患者さんの喜びになるのかなとも思います。これが理由なんでまた、伊藤先生考えて下さいね。

日ノ下 先生、ちなみに最初の部分で、PD ラストに関するお話がありましたですね。これは在宅で最期を迎える形とか、あるいはもういろいろな問題があって、合併症が悪くなって、やむを得ないから入院していただいて PD を続けながら看取るという形、その在宅と入院とをどのようにお考えですか。先生としては賛成できないのでしょうか。

多和田 いえ、僕の考え方は、昔からラスト PD ってありだと思ってます。ただ、それを在宅に押し付けるっていうのは、果たして患者さんの幸せに結びついてるのかなっていうのは常々思ってます。確かに療養型に血液透析患者さんが最後に入るっていうのも、療養型の病院を見ていただくと、本当にうれしそうに楽しそうに仲間とご飯食べたり、介護の人達と話して幸せそうにやってるんですよね。だから、あくまで在宅在宅っていうのはいかがかなと最近感じています。

日ノ下 ありがとうございます。後半でコメントされたことですが、おっしゃるように、このパネルの中でも一部の先生が、針灸だったりマッサージだって週 3 回通う人が居るんだっていう話ありましたけども、HD では医師、看護師、あるいは ME さんが、週 3 回も顔を合わせて、しかも 4 時間とか 5 時間とか毎回面談したり会話ができる。高齢者と直に接して、いろんな問題を肌で感じたり、あるいは場合によっては心理的なサポートも含めてやってあげる医療現場って、そうそうない。まさに透析は、高齢者の問題といつも向き合っている、そういう医療環境、医療現場だと思うんですね。それは我々もやっぱり意識して今後も高齢者対策、あるいは医療を考えなければならぬとはかねがね思っております。他にはどなたか、はい、どうぞ。

勢納 今日はありがとうございます。ラスト PD は、先ほど入院の透析患者さんについて、心不全がやっぱり 6 割超えてるって話をしたんですけども、テシオを使っても PD にしても、多少いろんな問題点があってもそういうものをクリアしながら、経営的なものと合わせて今後積極的に取り組みたいと思ってる所です。ただ、一番今回のディスカッションで気になったところは、介護保険に対する期待であります。これが、実は介護保険側も非常に呑気に期待している所でありまして、透析患者さんが週 3 回透析行ってくれるからそこは楽だよねという話であります。お互いに双方にもたれあってるような状況があって、相互理解がないと駄目な部分だと思います。前半部で鶴田先生が言っておられたように、私も実はケアマネさんに対するその他の勉強会を通じて、相互理解を進めるようにしてるんです。実は今問題なのは、要介護だけで、例えば老健行

くとか、特養行くとか、いろいろ言われてるんですけど、その方々の医療依存度というのを、全く無視していっちゃうケースがあって、無理でしょというケースですね。実際そこから緊急で入院になって、昨日もまさに2名ほどそういう方がいたんですけども、もうこの方今にも死にそうな、急性期病院に入院でしょというものだけれども、ちょっと老人ホームに行くから診断書を書いてくれて来て、診察したら全然違うという、誰がジャッジしてるのか。以前は病院で医師がジャッジしてたんですけど、今はケアマネさんとか、ケアが主体でそういうジャッジが出されてる。まさに地域包括ケアシステムなんていうのは、住み処がまずあって、生活があってでそういうシステムですから、こここのところの相互理解なくしてはうまくいかないんじゃないかなというふうに思っています。

日ノ下 今のお話は、医療保険側と介護保険側の、もう少し親密なコミュニケーション、タイアップが必要だろうと。そして、介護保険のケアマネさんも含めて、ケアマネさんもいろんなバラツキといますか、いろんな方がいらっしゃるようには感じておりますけれども、もう少し医学のこと、あるいは医療のことも知っていただかなければ、あるいは透析のことも、腎不全医療を知っていただかないと、いつも透析医療の側は、フラストレーションがたまるといところなのかなという気が致しました。もうHD、PDに限らず、今回の議論の中で言い残したこととか、どなたかご意見、コメント残したい方いらっしゃいますか、フロアで。ないようでしたら最後に、今日長らく付き合っていたいただきましたパネリストの先生に、一言ずつコメントを頂戴して終わりたいと思います。鶴田先生からお願い致します。

鶴田 今日はありがとうございました。むしろたくさん教えていただいたことのほうが多くて、非常に有意義な会だと思えます。私どもの施設は、とにかく患者さんを最期の看取りのところまでどのような形でいくのかを、やっぱり家族、それからスタッフ全員で見ていくという形で今までやってきましたし、これからもやっていこうと思えます。やっぱり、週3回の透析を行ってる施設というのは、患者さんの側に立って、例えば心臓病なら心臓医に紹介状を書くとか、ここの病院に行ったとか、これも全部把握してるのが、いわば医療

の部分の中でこういう施設はないんですね。雨の日も風の日も週3回来てくれるわけですから。ですので、そういうことで私どもクリニックサイドとしては、あらゆる社会的資源も含めて全部包括して、これからもスタッフ一同話し合いながら、患者さんによかれと思うことを続けていきたいなと考えてます。

日ノ下 ありがとうございます。春日先生、では順番に行きましょう。

春日 HDにせよPDにせよなんですけど、もとの立ち上がりってというのは、いわば昔は若い人を対象に、その人達が社会復帰するための医療制度として立ち上がってきて、その上にその医療システムが構築されて、それが今までずっと運用されてきたというのが現状で。ただ、もう既に透析患者さんの医療の世界というのはもうまさしく高齢者医療に既にもう変わっているわけで、昔のシステムのまま高齢者医療を見てるとというのが今の透析の現状で、その齟齬がやっぱり今日出てきた問題として、いろいろ吹き出てきてるんだと。ですから、その透析医療を、PDもHDも高齢者のための医療として、ある意味本当に再構築していかなければいけないだろうというふうには考えています。私どももさまざまな手だてを講じながら、またそういったところに貢献していければというふうに考えています。ありがとうございます。

日ノ下 ありがとうございます。この辺で、透析はある意味で高齢者医療なのだから、透析の現場、そして透析のあり方、仕組み、支援も変えていかなきゃなんないと。パラダイムシフトが必要なのかもしれないというお話でございました。次、伊藤先生いきましょう。

伊藤恭彦 私も全くの同感でありまして、やはり時代が変わったと感ずるべきだと思います。私が医者になったのは1982年ですが、当時血液透析患者さんは5万人にいなかったですね。しかも平均透析患者さんの年齢は、40歳代後半でした。それが今、何回も話が出てきますように、60歳代後半、間もなく70歳になるわけです。もうこの流れは絶対に戻ることはないということは、どなたも理解されていることだと思います。これは、さらにこの10年先はもっと進むという現実が待っているというふうに考えるべきだと思います。そこを考えたときにどうすべきかということ

で、今日は多くのことを私も教えていただきました。その中で、いい議論ができたかと思います。高齢化の中で、いかにその中でバランスを取りながら、それは PD というのも一つの方法として使う価値があるということとか、やはり医療経済的にも、別の面では経営的な面も含めて、さまざまな点でバランスを考えながら、今後どうあるべきかということをしっかり考える時期がまさに今だということで、日ノ下先生にはこのような機会をもっといただけたのは、大変重要だったというふうに感謝しております。どうもありがとうございます。

日ノ下 すみません、お礼の言葉をいただいてありがとうございます。

渡邊 今日は日ノ下先生ありがとうございました。多和田先生からも川上（透析導入施設）の問題は指摘されて、それは非常にぎくっときてましたけども。最近私は、今まで透析導入をする患者に、三つの治療のオプション、プラス HHD のことも講義しながら話してきましたが、最近はそれに加えてやらないっていう選択もあるんだよっていうことを言うようにしています。ともかく高齢の透析者に説明するときに、どれぐらいの負担がかかるのか、家族に。通院っていうことは、週 3 回で大変なんだよ。雨の日も雪の日も嵐の日も行くんだよ、それもちゃんと分かった上でやるということを選択するんだったら、協力はするけどね。自信がなきゃやらないっていう選択もあるよということ、最近はやりたいようにし始めました。先ほど伊藤先生が UK（英国）の話がありましたが、UK こそまさしく maximal conservative treatment、透析をやらないということ先頭立ってやっている国であります。本当にそういう時代が間近に来たのかなと思いつつ、今日は暗い話だったけども、いろんな話を聞いて少し参考になって、大変ありがとうございます。

日ノ下 どうもコメントありがとうございます。じゃあ、太田先生。

太田 結構私こう見えても若いんですが、なんでこんな若造がこんな話しゃってるかといいますと、私は 10 年前に日本透析医会に入らせていただいた 2006 年のときに、この高齢透析のアンケートさせられたんですね。その当時から私が行っていた透析室で、車いすが入り口にゴロゴロ転がっていて、これ今後どうなるんだろうって思った

のが最初です。それから 10 年たってるわけです。このまんま 2025 年まであと実を言うと 10 年しかございません。ここにいらっしゃる方々は、ほぼ 10 年後 2025 年どうなったかっていうのを、多分振り返ることができる方々です。多分多和田先生も長生きされると思いますし。今後も多分さまざまな取り組みがこれから皆さんされると思います。PD の話もありましたし、各施設でできるだけ ADL 維持するような働き、また政策的な働きかけっていうのもされていくと思います。うまくいけば、なんかいろいろ 10 年前に議論してたけど、なんとかなったよねっていう話で 2025 年を迎えられるのではないかとも思いますが、最悪の場合は、本当に、先ほどサ高住なかなか入れんよねって話ししてましたけど、金の切れ目で要介護透析、命の切れ目っていう時代が実際に来ちゃっているかもしれません。本当にお金のない人は今行き場所ない状況に段々できてきていますので、どういうふうになるかっていうのは、これから本当に皆様がいろいろとそれぞれが努力していただくしかないかと思えます。あともう一つ、最後に、高齢の問題と同時に、今後の日本の透析の話、スタッフ数の問題もぜひ皆様方に頑張ってもらいたいなというふうに思っています。透析患者さんは、どんどん手間暇かかる人増えてくると同時に、生産人口が年々減ってく中で、これからこの 10 年間我々はこの日本の透析を支えていかなければなりません。どこも、看護師さんから CE から奪い合いっこをしながら日本全体の医療っていうのは行われていきます。ぜひ皆様方、透析面白いよって、看護師さんだとか若い医者だとか引っ張り込んでいただいて、少なくとも我々の目の周りだけでも透析医療が人的不足で崩壊しないという状況にもしていただいて、2025 年を皆様で明るく迎えさせていただけたらというふうに思っております。どうも本当に、今日はありがとうございます。

日ノ下 どうもありがとうございます。今 2025 年問題が出ましたけれども、慢性医療の中で、高齢化問題と直面している、あるいはひしひしと日常で感じている現場ってのは、それこそリハビリの世界と透析の現場ぐらいじゃないかと思えます。まさに高齢化の問題といつも向き合っている現場ですので、高齢化対策に関しては、透析の世界が先頭を切って行って、他の分野にも逆に教えてあげるとか、ノウハウをまた伝授していくとか

いうことも必要なのかもしれませんがね。次、島野先生お願いします。

島野 ありがとうございます。全く私は太田先生と同学年で一緒ですけど、こんな立派なこと全然言えませんが、大所高所からいつも日本全体と透析のことをお考えでいらっしゃるっていつも偉いなと思って聞いてます。私好き勝手なこと言わしていただいて本当ありがとうございます。ただ言えることは、今日は日ノ下先生がこういう会を開いて下さったのは、常々分かりやすいつもりでたとえ話していますけども、国家試験を受ける時にも友達の居ないやつは落ちるんですね、いくら賢いやつでも。それはなぜかという、情報流通ができてないからだと思うんです。ですんで、こういう会を開いてとにかくいろんな意見が種々雑多飛んできましたけど、答えはないんですけども、こうやってみんな一堂に会して、いろんな情報を持ち寄って話をして勉強して帰るっていう会は、とても大事なと今日痛感しました。私の話は全く役に立ちませんでしたけども、多和田先生はお酒を飲まなくてもいい話をされる方です。全く同感で、在宅で孤独なのよりも、絶対療養病床で僕や伊藤先生達と死んだほうが幸せだと思いますので、そういうふうにやっていきたいと思えますし、老健を個室対応にしないといけないっていう厚生労働省の対応は全く間違っていて、欧米のほうが絶対正しいと思うんですけど、どうしてああいうふうに頭のいい人達が考えても、いいものがないのかいつも不思議です。今日はどうもありがとうございました。

日ノ下 ありがとうございます。本当にずっと忌憚りの無い中身の濃いお話をいただきまして、ありがとうございます。では、先ほどある程度まとめていただいたんですが、秋葉先生何かファイナルコメントございますか。パネリストの先生方がいろいろコメントをされた後で、何か感想とかございますか。

秋葉 言葉を重ねるとだんだん印象が減っていくというのが世の中の常ですので、あまり大きなことは言いませんけども、やはり私達の将来、自分達の将来も先取りする形で透析の高齢者の問題があるわけです。これを解決しなければ、自分達の将来もないというつもりで、やはり立ち向かっていきたいというふうに思います。以上です。

日ノ下 本当にいいお話ありがとうございました。

た。さきほど最初に秋葉先生が締めでコメントして下さったことは、すごく参考になるお話だったと思います。秋葉先生には東京のパネルにも出ていただいたんですけども、そのときに強調されたこととして、これまではPDもHDも若い人、あるいはミドルエージの方向けに、一律に一定の考え方で、そして一定の条件でこれだけ透析してあげればいだろうという画一的な方向性でやってきました。しかし、今後は高齢者でもいろいろな方がいらっしゃるし、65歳と90歳ではまた対応も違うし、家族関係や構成、経済的な状況もそれぞれ違うので、もっとテーラーメイドの対応も必要だろうということもおっしゃってました。確かにそのとおりで、もっと柔軟に我々も考えながら、個々の患者さんの状況に合わせて、渡邊先生おっしゃったように、no dialysis、つまり透析をやらないという方向ももちろん今後は有り得ると思えますし、そういうことも含めていろいろ今日話し合ったことを参考にさせていただいて、また今後の透析医療に役立て、あるいは今後の医療保険制度、場合によっては介護保険制度に対する対応、変革も含めて、ご検討いただければと思います。本日は長い間、このパネルディスカッションにご参加いただきありがとうございました。またパネリストの先生方、本当に長時間にわたりいろいろ有意義なご意見ご討議いただきましたこと、大変感謝申し上げます。ありがとうございます。ではこれでパネルディスカッションを終了します。

D. 考察と今後の展望

本研究におけるパネルディスカッションは、昨年実施した「障害透析患者の透析実態に関するアンケート調査」の結果をもとに、主だったポイントをスライドで提示したうえで、パネリストにコメントやご意見を伺う形で行われた。2014年9月23日の東京を皮切りに福岡、大阪、名古屋の4地域で開催した。パネリストは、大学研究者、基幹病院や地域病院の医師、維持透析施設（サテライト）の医師、行政官らであり、パネルに参加したオーディエンスからも意見を聴取した。なお、パネルディスカッションの記録はビデオやICレコーダーで録音したものを文章化して整理し直したものである。したがって、一部の発言者を特定できていないうえ、発言記録がごく一部で不正確になっている可能性があることをご了承いただきたい。但し、何度も確認・推敲して、100%近くは討議の内容を正確に記載できたものと考えている。

4回のパネルディスカッションを通じて、まず地域によって透析医療の実状や考え方、抱えている問題点が異なることを確認できた。例えば、送迎の問題にしても、各サテライトでなるべく送迎を行わないでおこうという取り決めがある地域もあれば、地域行政が送迎に協力している地域もある。長期留置型カテーテルもシャントやグラフトによるブラッドアクセスが得られない患者が多く、やむなく長期留置型カテーテルを頻用している地域もあれば、通常のブラッドアクセスで何とかしのいで、長期留置型カテーテルの利用が少ない地域もあった。つまり、HDにしるPDにしる、透析患者の高齢化に伴う諸問題は地域によって事情が異なるので、全国一律に考えていくのはなかなか難しい側面があることが理解できる。

また、それぞれの問題に対してパネリスト間で意見の一致が得られた方策が経済的なハードルや法制上の制約等々から現実的でないという結論に至ることも多かった。しかし、パネルディスカッションの中で、実行に値する現実的な方策や実現可能な提案がいくつか示されたのも事実である。また、ある地域や特定のある医療施設で常識となっている具体策が、他の地域や他の医療施設では知られていない場合もあった。つまり、患者の高齢化対策として有益な方法や考え方があるも、世に広く知られていないこともあると言える。

今年度の報告は、限られた一部の地域で議論した内容をもとにまとめたもので、最終的な提言は次年度の結果を踏まえてからでないとできない。しかし、本報告により読者は有益な方法、考え方を新たに知ることになる。単にヒントを得るだけではなく、実行可能なものはどんどん取り入れていただいて、高齢者透析医療の改善につながればと考えている。

以下、4回のパネルディスカッションで得られた重要なポイントを具体策も交えて項目ごとに整理し、提示することにする。なお、先述したように、4ヶ所で得られた内容を集約したものであり、地域性や各施設の事情の違いを考慮せずにまとめたので、その点にも注意していただきたい。

① HD における送迎と通院介助

1) 送迎患者の選別

送迎が不要な元気な患者や他に送迎手段（公共交通機関や自転車等）がある場合は、なるべく透析施設による送迎を実施しないように努める。また、高齢患者では特に体力、筋力を落とさず自立していただけるよう運動を促してQOLを上げ、不必要な送迎を回避させる。逆に、身体的障害があったりADLが低下した患者の送迎は推進する。さらに障害度が上がって、ストレッチャー通院や車いす通院が必要な場合には介護タクシーの利用なども促進する。こういう患者こそ、介護保険サービスや行政からの経済的支援を考えてもらう必要がある。このように、元気な患者への送迎負担を減らし、重篤な患者への手当を厚くすれば、医療経済上はプラスマイナス相殺され、総量としては、今後も増加が見込まれる送迎負担を抑制できる可能性はある。さらに、地域の透析医療施設、透析医会でもとまって送迎適否の指針を作成してみるのも一法である。いずれにしても、さらなる高齢化社会の到来に備え、経済的な意味で公正な費用配分を透析医療界や行政で考え直す時期に来ている。

2) 地域自治体、行政からの公的支援

自治体によって経済的余力に差はあるが、可能であれば公共交通機関の割引や自治体が発行するタクシー券などの積極的活用をもっと考えるべきかもしれない。実際、一部の大都市では地下鉄、市バスの無料サービス券の発行が行われており、手本にしてもいいかもしれない。

また、地域の自治体が送迎を支援しているケースもあり（岡山県高梁市）、経済的基盤が整っている所では、他の自治体（特に過疎地域や山間部など）でも必要に応じて同様の事業を展開してもいいのではないだろうか。

3) PD への誘導

障害が多く通院が困難な高齢患者では、在宅医療ができるよう積極的に PD へ誘導することも必要である。ただし、円滑かつ安心な PD 医療を推進するには、地域で医療ネットワークを構築し複数の医師、看護師、ヘルパーなどの介護職、栄養士、行政スタッフらが有機的に連携し、障害のある高齢 PD 患者をケアできる環境を整えておくことが望ましい。

4) 過疎化への対策

地方では過疎化の波が押し寄せ（消滅都市の問題）、行政サービスの効率化、経済性優先の合理化が進む可能性が高い。例えば、過疎地域では HD 患者が村から透析施設へバスで通っていたとしても、人口減少、利用客の低迷からバス路線が廃止されるケースが増加すると考えられる。そうした場合、どのようにして患者を救済するかは各医療施設だけではなく、地域自治体も熟慮すべき問題である。

5) 透析施設の経営上の問題

現在送迎を実施している透析施設は、さまざまな負担を背負いながらも、本当に送迎が必要な患者を自らの施設の責任で送迎することに肯定的であった。ただし、施設によっては赤字覚悟で実施しているところもあり、これ以上診療報酬を下げることは益々増加する高齢透析患者の首を絞めることになるので、避けなければならない。

② HD 患者の長期入院透析

1) 維持透析管理加算の適応

2014 年春季より、診療報酬改定により一部の療養病床で 1 日 100 点の慢性維持透析管理加算が付いた。これは、現場の医療者に聞くと必ずしも十分とは言えない額だそうだが、それでも透析に関わる医師からすると朗報であり、通院できない障害のある高齢 HD 患者を受け入れ易くなったと言える。しかし、各地のパネルで話題となったのは、本加算の対象が病院だけであって地方に多い有床診療所に適応できない点である。特に過疎地では、長期入院できる病院がなくその役割を有床

診療所が担っていることが多いので、例えば急性期疾患で近隣の大病院に入院した後、住居に近い有床診療所に転院して療養を続けざるをえないケースもあるが、そうした患者を引き受けても負担が多く赤字になる。通院できない HD 患者に対する療養という意味では、療病棟も有床診療所も同じであるから、維持透析管理加算に対する差別を撤廃しなければならないのだろう。

2) 入院透析と介護関連施設の関係

現状では、特別養護老人ホーム（特養）の拡充を抑制する方向にあるが、障害のある高齢 HD 患者にとっては、特養で生活し維持透析施設に通うのは一つの理想形である。可能であるなら、そうした患者が介護老人保健施設（老健）に入所して維持透析施設へ通うのも一つの方法である。実際、パネルに参加した施設の中には、病院と特養、透析室を一体的に運営し高齢 HD 患者に安心できる医療と介護を提供する工夫をしている施設もあった。また、全国の何ヶ所かには、入院病床、老健、サテライト、透析患者向けのサ高住や住居を同じ系列で一元的に経営している施設も見受けられる。これは、将来、益々増加する高齢 HD 患者の様々な医療ニーズに応えられるよう医療施設が先んじて対策を考えた結果とも解釈できる。残念ながら、月に 20 万円以上も生活費、医療費、住宅費にあてられない高齢 HD 患者が多く、地域によっては、特養や老健の活用、介護系施設とサテライト、透析病院の密な連携をもう少し推進していく必要がある。そして、今後は入院病床とサテライト、老健などの介護系施設を一体的運営し始めた施設の成績や活用状況を見極め、その有用性を評価していかねばならないだろう。

3) 大都市部における療養型病床の不足

パネルディスカッションを通じて、急性期病院や HD 導入病院と後方支援病院、長期療養型の病院の連携がうまくいって、合併症を患った高齢 HD 患者の入院後の受け渡しがスムーズで HD に関係する医師がほとんど苦勞を感じていない地域があることがわかった。しかしながら、東京に限らず一部の大都市圏では後方支援病院や長期療養型病床が少なく、障害の重篤な HD 患者やその家族のニーズに応えられていないことも明らかとなった。これは必ずしも地域内の連絡・連携が悪いというわけではなく、大都市部では HD ができる小さな療養型病院や有床診療所の絶対数が不足

していることに由来しているようである。その原因として、大都市部は地価や人件費が高く、そうした医療施設を運営すること自体が困難なこともある。また、東京の例でいうと、都心の大学病院や大規模な急性期病院で急性期の疾患を治療した後、リハビリや長期療養のため転院する先がなかなか見つからないことが多い。というのも、隣の田舎や郡部に医療条件が見合う病院が見つかって、ご家族や場合によってはご本人が馴染みのない遠隔地での療養を拒むからである。人口が集中する大都市部での長期入院 HD 施設の建設は、費用面で難しいものがあるが、大都市と言えどもいわゆる地域包括ケアの原則は貫かざるを得ず、今後、経済的に余裕があるサテライトによる有床診療所の開設なども具体策となるのかもしれない。

4) HD 導入の厳格な評価と各患者の病状・実状に合わせた将来設計

パネルでは、不必要な HD 導入や継続が話題となった。この問題は、制度改革や医療費、社会保障費の投入なく、透析医が責任を持って対応すれば改善できることなので、我々透析医は今すぐにでも実行に移していくべきであろう。

まず、不必要な HD 導入のパターンには 2 つあることがわかった。入院 HD を継続している患者の中には、わずかであるかもしれないが、急性期をしのいで尿量を確保できているにも関わらず、漫然と HD を続けている場合があるというのである。例えば、本来 CKD であった患者が急性心不全で溢水となったり薬剤腎毒性で腎機能が一時的に悪化したりして HD 導入したものの、その後、溢水や腎毒性が解除され、残腎機能が回復したケースなどが想定される。こうした患者を丁寧に観察し、回復すればいったん HD を中断してみることは長期入院を回避したり医療費の無駄使いをなくすうえで重要である。仮に HD なしで Cr が 4 ~ 5 mg/dL 程度であって、その後の腎機能障害の進行により何ヶ月後かに HD に戻るとしても、不要な長期入院 HD を減らす意義はある。同様に、いったん HD 導入しても本来週 2 回でやれるはずの高齢 HD 患者に週 3 回の HD を継続しているようなケースが散見されるとの声もパネルではあがった。

もう一つのパターンは、高齢患者の重篤な病状や ADL、認知機能、周囲の状況からして、必ず

しも HD 導入が望ましくない場合でも、担当医が熟考したり家族によく説明し十分な相談をせずに HD 導入し、やむなく長期入院 HD となっているケースである。最近、リビングウィルの概念が広まりつつあるが、終末期の人間の尊厳と関わる重要な問題とも言えよう。腎不全も含めて重篤な疾病をいくつか抱え、かつ ADL が落ち込んでしまった高齢患者に対して、HD 導入すれば当分腎不全で命を落とすことはないかもしれないが、莫大な医療費を費やし家族の様々な負担が増えることが多い。そうした負担や犠牲をおしてでも、生存を継続する意義があるのかどうかを担当医や家族、周囲の関係者がもっと深く考える必要があるのかもしれない。パネリストの中には、長期入院 HD を増やさないため、HD 導入期には高齢患者とその家族に将来（例えば、2 年後、数年後）の病像、生活像を示して終末期までの予想される臨床コースを説明しておく必要性を語る方もいた。例えば、寝たきりの脳血管障害後の高齢患者であれば、HD 導入しても医療費はかかるし家族による世話やその他の負担が続くうえ、本人にとっても週 2、3 回の HD が体の負担になるかもしれないということをよく説明したうえで、それでも HD 導入するかどうかを十分に検討していただくことが必要だということであろう。

③ HD における長期留置型カテーテル使用

1) 長期留置型カテーテルのサバイバルと管理

統計はないものの、長期留置型カテーテルで HD を継続している高齢者の生命予後についてはイメージ通り短いと感じている医師と意外と長持ちしていると感じている医師に分かれた。これは、一つには長期留置型カテーテルで HD を受けている患者の合併症や心機能がその予後に関係している可能性を否定できない。もっとも、パネルディスカッションのいくつかの会場でカテーテルを無事に継続使用するためには感染と血栓がキーワードであり、この 2 つの問題をうまくクリアできれば長期留置型カテーテルを長く使用することは可能だという議論となった。実際、HD 開始前の管理法として、生理食塩水を 5cc ほど入れた 20cc 注射シリンジでスナップを利かせて強く吸引すれば血栓をうまく除去できることが多いとの技術的アドバイスもパネリストから出た。また、脱血不良や内圧上昇が認められだした段階でウロ

キナーゼ充填を継続すると血栓傾向が回復するとの意見も提示された。感染については、早期発見のため透析室スタッフが出口部の発赤を丹念に観察することはもとより、カテーテル接合時にアルコール綿による十分な消毒を継続すれば重篤な感染を防げるとのアドバイスも提案された。さらに、カテーテル出口部が凸型になって上皮とカテーテルが一体化する形状へのイノベーションも考えられているとの情報が寄せられた。

2) 長期留置型カテーテルが必要な患者のPDへの誘導

通常、長期留置型カテーテルは内シャントやグラフトが造設できない（もしくは造設に行き詰った）患者に挿入されるが、そうした患者こそPD導入すべきだとの意見も多かった。長期留置型カテーテル使用を考慮する高齢患者は、大抵、心機能が弱かったり合併症を有していたりする。おまけに、長期留置型カテーテルを使ったHDだと感染管理や血栓の心配までしなければならぬので、PDにした方がよほど合理的で在宅で家族と過ごす時間も増えるから好ましいという発想である。確かに、長期留置型カテーテルを活用してまでHDを続けるべきかどうか迷った時に、PD導入を決断することを今後は考えていくべきかもしれない。

3) シャント造設の技術

長期留置型カテーテルの使用頻度をパネルの会場で尋ねると地域によって、差異があったのは事実である。昨年度に実施したアンケートでは都道府県別に使用頻度をチェックしたわけではないので、正確な地域差は不明であるが、透析導入病院でもほとんど長期留置型カテーテルを経験していない施設からは、シャント造設の技術力が高ければ、ヴァージンシャントが駄目になっても何とかシャントを作成してHDを継続していけるとの声も上がった。言い換えると、長期留置型カテーテル利用が多い地域では、シャント造設の専門家を増やしたりそのスキルを改善する努力が必要なかもしれない。しかし、地域ごとのHD患者に対するシャント造設の技術差を客観的に比較することは不可能であり、長期留置型カテーテル使用患者数の地域差の真の原因は今後の検討課題であろう。

④ HDにおける介護保険サービス

1) 介護保険サービスに望むこと

まず、介護を要する高齢HD患者の送迎をヘルパーがやってくれても、透析施設の入り口までで透析室内まで寄り添ってくれなかつたりする。まさに、医療と介護保険サービスがシームレスな運用となっていない。そうした垣根をなくすためには、ケアマネージャー（ケアマネ）やヘルパーなど介護保険従事者にHDのことをもっとよく理解してもらう必要がある。その為には、既に一部の地域で試みられているが、在宅療養に関する多職種勉強会なども有用であり、透析医や透析看護師らが積極的に啓発する努力も必要である。また、サテライトや病院自体がHDの知識を十分持ったケアマネを抱えているケースがあり、こうしたタイプの雇用が透析医療と介護の壁をなくし、スムーズな連携につながる可能性は高い。まだまだ十分に利用されていない在宅支援診療所の活用を促す意見もあった。

2) 特養の活用

高齢HD患者の介護保険サービスを考える際も、特養の有用性が話題となった。HD患者を入所させてくれる特養は稀であり、さきほども述べた透析施設と同じ経営母体の特養などに限られているのが現状である。さらに、特養そのものの縮小が考慮されている時期に特養の活用を声高に求めるのは難しいが、障害のある高齢HD患者が特養に入って透析施設に通う形を望む透析医が多いことも分かった。

3) HD医療における介護の重要性

まず、通常のHDは週3回継続的に行われており、介護を要する高齢患者は何がなんでも透析施設に来院せねばならず、これだけ長い時間患者と接する医学領域はないだろうとの意見が強かった。それだけに、HDの現場では介護・介助に対する関心も特異的に高いが、その割に行政側はHDにおける介護保険サービスに対する関心が少ないと感じている透析関係者も多かった。その一例として、介護度の認定にHDあるいはPDを施行していることが反映されないと嘆くパネリストもいた。実際、高齢HD患者では1年2年経つとADLが落ち認知症が目に見えて進む患者も多いので、そうしたことを見越して介護保険意見書に反映させておかねばならないという意見も出た。

4) 介護保険制度変更に対する危惧と希望

要支援1、2が実質的に介護保険から切り離さ

れて支援費用の削減が企図されており、介護保険サービスが低下するとさらに ADL が低下する高齢 HD 患者が増えるだろうという意見が強かった。要支援 1、2 の介護度が比較的軽度の患者に対する支援は、今後、地域支援事業として各自治体に委ねられるが、財政状況や裁量次第では、通院介助サービスその他の HD 患者支援に注力することも可能であり、透析医の期待も高い。

⑤ PD における注排液の問題

1) PD のさらなる普及と簡略化

わが国では様々な理由で PD の普及率が低い、まずは高齢患者でも PD は十分にやれるという医療者側の意識改革が必要である。HD のように穿刺作業がない、患者によっては在宅の形で看取することもでき、より自然な往生も可能であるなど利点に目をむけるべきかもしれない。特に、患者や家族の事情で APD 導入するのもさることながら、高齢 PD 患者ではバッグ交換は 2 回でもよいという具体案が呈示された。施設によっては、3 回を原則としている場合もあるようだが、何もフルに働いていて食事量が多い中年の患者並みに 4 回も 5 回もバッグ交換する必要はないという意識の改革が必要である。パネル参加者の一部からは、PD を HD 並みに捉えるのではなく、高齢者向けの CKD ステージ 5 の延長線上の治療法ぐらいの気楽な発想で早い段階から PD ファーストにしてもいいのではないかという意見も出された。また、一部のパネリストから、PD 継続期間を 8 年以内とか決めつけるのではなく、後期高齢者の場合には 10 年以上 PD を継続しても被嚢性腹膜硬化症 (EPS) がおこりにくく、それは病理組織学的にも確認されているので安心して PD を長期に継続してもいいという意見が出され、PD 継続のハードルの一つになっている EPS の懸念が払拭された。

このように、PD は心理的、労力的にハードルが高い腎代替療法に見えるが、その方法を簡略化し、後述する環境整備を進めれば決して医師や看護師など医療者にとって困難な治療法ではないという認識を新たにすることがある。

2) 各地域での多職種サポート体制

地域ごとに PD を導入する医師、かかりつけ医や訪問看護師、ヘルパーや行政職など様々な職種がチームを形成して、在宅医療としての高齢者 PD を支援する環境作りができると注排液、バッ

グ交換の問題も含めて問題がクリアされ、PD が普及しやすいという点でほとんどのパネル参加者で意見の一致をみた。例えば、名古屋では名古屋大学が中心となって訪問看護ステーションに働きかけ、区域ごとに拠点となる訪問看護ステーションを定め、在宅医療のかかりつけ医やヘルパー、その他のスタッフも巻き込んで勉強会を進め、自立できない高齢 PD を支援する体制を整備しつつある。同様に、長崎市内では長崎在宅 Dr ネットを核とする多職種の勉強会が定期的に行われ、自立できていない高齢 PD 患者をサポートする環境が整えられている。また、岡山では PD に理解あるかかりつけ医が多く、ネットワークの軽い訪問看護ステーションがいくつか存在することもあって、高齢の自立できない患者に PD 導入しても十分維持できるということであった。また、そのような地域特性から PD のままでも入院を受け入れる病院や有床診療所があるとのことで、他の地域にとっては羨ましいサポート体制が出来上がっているようである。ただ、いずれの具体例もやはり、PD 診療に熱心な軸となる医師や施設があって、複数年にわたって環境を整える努力を続けた結果出来上がったものであって、「掛け声」や「理屈」だけでは不可能であり、骨身を惜しんで PD の普及に邁進する医師がいないと実現しないものと思われた。

いずれにしろ、地域包括ケアの概念に従って高齢患者の PD を推進するには、地域ごとの多職種サポート体制を整備するしかないであろう。

3) 訪問看護ステーションとデイサービスセンターの活用

まず、患者本人や家族が PD の注排液をできない場合、在宅だと訪問診療医や特に訪問看護師の役割が大きくなるはずだが、PD を理解し扱える訪問看護師がまだ少ないという報告が多かった。高齢者 PD を促進するためには、まず PD 導入医や PD を管理するかかりつけ医がもっと教育をし、高齢 PD 患者の面倒をみてくれる訪問看護ステーションを増やす努力が必要である。実際、上述した地域ごとの多職種サポート体制を整備するうえでも、抵抗なく PD に対処してくれる訪問看護ステーションは必須である。但し、訪問看護ステーションが PD を扱ってくれたとしても、地域によっては毎日のように PD 患者を訪問してくれるとは限らず、医療保険で訪問看護を算

定できるのは65歳以下の高齢でない脳卒中患者のようなケースだけであり、この辺りの問題も今後、国や行政に腐心してもらいたいところである。

訪問看護ステーションなどから在宅患者のもとに行き、バッグ交換などのPD管理をするのはコスト的に割が合わないため、デイサービスセンターで1日1回PDのバッグ交換を実施する試みを始めた施設もある。これは一種の間歇的PD(IPD)であり、何らかの事情で自宅で十分な回数のバッグ交換ができない高齢患者にとっては有益な手段だと言える。デイサービスで他のPD患者との接触があれば、PDを継続するモチベーションも持続し、生き甲斐につながる可能性も高い。

4) ヘルパーなど介護系職員によるPD介助や労力の軽減

PD導入に踏み切る場合、患者本人が完全に自立していたり労を惜しまずにバッグ交換や出口部の消毒などケアをしてくれる家族がいればいいが、そうでない場合、バッグ交換などを誰がやるのかという必須の課題がいつも付いて回る。透析導入する医師の立場からすると、常にPD介助の候補にしたいのが、ヘルパーである。将来の介護職員となるべき学生は医療・治療に対する関心が薄く、最近認められた吸痰も含め医療行為をなるべく回避したいとも聞く。しかし、PD導入を推進したくても人手が不足していて難しい現実があり、素人の家族が実施できている作業を介護職員がやれないはずがないという議論もある。そこで、今後はPD導入を増やし学会など全国規模でバッグ交換や出口部ケアの手間、労力を正確に評価して、客観的データを積み上げたうえで、ガイドラインを作成したり厚労省に働きかける努力が必要かもしれない。こうした議論の中には、吸痰などもっとリスクを伴う医療処置よりPDの扱いの方がよほど危険性が少ないのに、行政が医療事故に対する責任を感じ過ぎているのではないかという指摘もあった。いずれにしろ、これだけの超高齢化社会を迎えているにも関わらず、看護職員も介護系職員も不足しているがゆえに生ずる議論ではないかと思われた。

なお、PDバッグを入れた段ボールのゴミ処理や1.5～2.0L(≒1.5～2.0kg)のバッグの上げ下げは、筋力がなかったり腰痛などを抱えた高齢PD患者では過酷な作業であり、介助する高齢配偶者にとっても大変なことが多い。こうした作業

の一部をヘルパーが担えるようにしたり、普段手伝っている家族がいる場合には、その負担を一時的に軽減する「レスパイト入院」などを活用したりすることも提案された。

⑥長期入院PD

1) 長期入院PDは是か非か

まず、入院PDは地域や病院によってかなりの温度差があることが分かった。PDの良さは在宅でやる治療なのだから、長期に入院してまでPDを継続するのはナンセンスだという考え方が一方で、PDは自然に近い形でお看取りが可能だから本人や家族が望んでいる場合はPDラストで入院もやむなしという考え方もある。ただ、病院側が実質的に赤字になる面もあり、少なくとも社会的PD入院はレスパイトを除き、避けた方がいいのかもしれない。

一方、一部の急性期病院の医師からは、入院PDになりかねない患者の場合、病院への長期入院を避け、介護施設や老人ホームなどに入所し家族がバッグ交換などに通う形もありうるという指摘があった。

2) 後方支援施設の不足

入院PDに理解がある地域では、PD患者が在宅で治療を続けられず問題を抱えたままであっても、入院して面倒をみる療養型病床や導入病院さえある。しかし、地域によってはいわゆる急性期病院や透析導入病院以外でPD患者の長期入院を許容する施設は極めて少ない。それは、経営上の問題であったり、PDをサポートするネットワークが出来上がっていないことが関係しているのかもしれないが、仮に高齢者向けのPDを促進し最期の看取りもPDのままで行うとするならば、急性期病院以外でPDを後方支援する病院が地域に存在しないとPDの衰退につながりかねないと感じた。入院の絶対適応がない病状だと、可能な限り何とか老健などに入所してPDを続けてもらいたいところだが、現状では受け入れてくれる介護保険施設はほとんどなく、今後、制度的にインセンティブを付与することも選択肢の一つである。ただし、後方支援が整っていない地域においては、本人や家族の手でPDを継続できなくなった場合や合併症が生じて長期入院の必要が生じた場合、実際にはHDに切り替えて入院を継続していることがほとんどだろうと思われた。

3) PD のコスト

入院 PD はもちろんのこと、自宅でやる PD でさえ進まない事情の一つに、わが国における PD 医療費が高過ぎるという意見が多かった。特に APD を導入すると明らかに HD よりもコストがかかるので、技術的には高齢者向けの PD はなるべく APD を避け、PD の液量もバッグの交換回数も減らすことが好ましいと思われた。

⑦在宅 PD と医療保険診療、介護保険サービス

1) PD 患者の終の棲家

高齢 PD 患者に対する医療や介護保険サービスを考える際、いったい終の棲家はどのような形が適切なのかという議論にもなった。特に身寄りのない認知症患者などでは、在宅で独居というわけにもいかず、目下、老健も特養も入所が難しい。そこで、グループホームのような人間としての温もりがある環境で PD を継続できればよいのではという意見が出た。実際、以前には経済的な余裕があればサービス付高齢者向け住宅（サ高住）もいいと思われていたが、東京だと食費や光熱費、外付け介護費用も合わせると毎月 20 数万円ほどかかるうえ、夜間の面倒をみる看護者や介助者はいないのが普通であり、必ずしも理想でないという。身寄りがなく認知症や合併症がある PD 患者で自らの住居を有する独居高齢者に対して、親切な訪問医や訪問看護師がこまめに訪れて対応しているケースがなくもないと聞かすが、大都市部では実現できそうにない。

2) 医療区分の見直し

特に合併症の多い在宅 PD 患者に対して医療区分を従来より格上げし、介護保険、医療保険を両方に使える制度上の変革も提言された。介護度が重い患者という条件付きで医療区分の見直しをはかることは、現実的な方法かもしれない。こうした意見が出る背景には、介護保険では PD 医療だけではなく、生活の介助や身辺介護などもあるため介護保険限度額の壁におちあたり訪問看護を頻繁にやれないとか、医療保険で訪問看護をしようとしても退院後 2 週間までという制約があるなど、高齢在宅 PD 患者に必要な訪問看護は事実上無料奉仕に近いので、積極的に推進できないという実情がある。

3) 介護度のミスマッチ

PD 医療における (HD 医療でも言えることだが)

介護の必要性を考えた時、透析医療の現場では介護度が実態よりも軽過ぎると感じる医師は多い。やはり、毎日、PD (HD) を続けなければ命を永らえられないという病状の特殊性や、特に配偶者や親族がいない単身患者においては PD (HD) の負担が大きいことも勘案して介護認定をするようにすべきであろう。

4) PD 医療者 (医師、看護師) へのインセンティブ

基本的に、自立した PD 患者の場合、PD の管理をする医療者の負担は少ないが、認知症など障害を有する高齢 PD 患者では、医療者の労力や手間が増えるうえ、入院させることになった場合の不利益が多い (既述事項) など、精神的・経済的負担が大きい。したがって、高齢者 PD をもっと普及させるには、メーカーに有利な保険点数を多少下げることがあったとしても、医療者に対する技術的なインセンティブを与えるのは一つの方法かもしれない。

⑧その他の包括的意見

高齢化する透析患者の問題を解決するのは簡単ではないが、パネルでよく話題になったのが医療保険と介護保険の垣根の問題である。相互関係における具体的な不備についての議論は上述したので反復しないが、両者が決して完全に切り分けられないことは透析医療の中でも自明であるので、シームレスな運用に向けて、行政や保険の関係者の方々にはもっとご検討いただきたい。高齢者対策においては、介護なき医療もあり得ないし、医療なき介護もあり得ないのである。

次に、高齢透析患者をなるべく寝たきりにしたり長期入院させないようにするには、在宅医療・介護を促進する必要があるが、患者にとって納得のいく透析医療を提供し続けるには、多職種ネットワークをはじめまさに「地域包括ケア」ができる環境を整備しておく必要がある。全国を見渡すと、そうした環境整備ができていない地域の方が圧倒的に多いと思われるので、医療関係者、介護関係者、地域行政などが一致協力して体制を整えていく必要がある。

従来、HD も PD も研究者や臨床医は一律の治療目標、一律の透析方法を是としてそのあり方を追究してきたきらいがあるが、わが国がおかれた医療環境や高齢化の進行を考えると、各個人の高

齢透析患者に合わせたテーラーメイドの透析や介護を検討すべき時代になってきたと言える。つまり、同じ80歳台のHD患者でも自立している場合もあれば、介助なしで外出・通院できない場合もある。外国語の勉強に励む頭脳明晰な患者もいれば、重度の認知症に陥っている患者もいる。大勢の家族と同居している患者もいれば、単身世帯で身寄りのない患者もいる。そうした様々な状況の患者を画一的に考えること自体に問題があるのであって、それぞれの状況に合わせて透析治療も患者対応も考えていくのが、これからの合理的な透析医療のあり方ではなからうか。

【参考 URL】

* 社会福祉法人高梁市社会福祉協議会

http://www.takahashi-shakyo.org/zaitaku/zaitaku_isou.html

E. 結語

昨年度に実施したアンケート調査結果をもとに計4回のパネルディスカッションを開催し、現場から様々な意見やコメント、提案をいただき、有意義かつ貴重な討議ができたと思う。次年度は、まだパネルを開催できていない一部地域の意見も聴取してそれらも合わせて集約し、適切な提言に結び付けられたらと考えている。

なお、本研究におけるパネルディスカッションの立案、パネルのモデレーターおよび研究総括は主として日ノ下が行い、研究内容の吟味・査読は秋葉、戸村、勝木も参画して行われた。秋葉、戸村はそれぞれ2回ずつパネリストとして参加し、勝木は毎回、問題点のレポーターとしてパネルディスカッションに加わった。

謝辞：パネルディスカッション開催に際し、日本透析医学会長の山崎親雄先生から多大なご協力を得たほか、福岡赤十字病院スタッフの皆様、国立病院機構大阪医療センタースタッフの皆様、愛知県透析医学会の太田圭洋先生やスタッフの皆様、医療法人光寿会の安田利通氏、国立国際医療研究センター腎臓内科スタッフをはじめ多くの方々からご支援いただいたことに対し深謝致します。

F. 研究発表

・日ノ下 文彦, 秋葉 隆, 勝木 俊, 戸村成男. 高齢化する血液透析患者の透析実態に関するアンケート調査. 日本透析医学会誌 2015, *in press*

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業
腎臓機能障害者の高齢化に伴う支援のあり方に関する研究
平成 26 年度 総括研究報告書

発行 平成 27 年 3 月

障害者対策総合研究事業
腎臓機能障害者の高齢化に伴う支援のあり方に関する研究
研究代表者 日ノ下文彦

国立研究開発法人国立国際医療研究センター 腎臓内科
〒162-8655 東京都新宿区戸山 1-21-1
TEL: 03-3202-7181 FAX: 03-3207-1038

