

生。

**村上** 今のは非常に大事なことだと思って聞いており、私どもも同じく考えております。今国のほうで年寄り入院させるな、早くうちへ帰って殺せ殺せっていうふうにやっていますけども、あれはやはり、いいか悪いかわかりませんが、これからの流れだと思えます。ということは、透析の患者もこの通院だって、通院費がかかるとは言いますがでもこれ在宅医療なんですね。在宅医療を応援している形と申しますか、在宅医療の一つの形、そう思っております。ですから、今訪問看護なんか寝たきりでないと訪問看護してはいけないぞってまた話がおかしくなってきましたけども。これらも入れながらの在宅医療です、送り迎えもします、そんなことを声を大にして言わないとダメだと思います。そこら辺をきちんと相手に届くように何十万人の方々のお世話をやっていけばいいんじゃないか、そう思っています。よろしくお願ひします。

**日ノ下** 分かりました。ありがとうございます。つまり、中野先生と村上先生の話をもとめると、通院の補助と申しますか、支援はマストであると。やむなくやっていると、また在宅医療の延長線上でもあるので、各透析施設による通院介助、送迎に関しては必ずしも悪いことではないから、今後も必要に応じて残しておいて欲しいとのことですね。こういうお話だろうと思うんですね。フロアの先生方のほうで、何か送迎の問題、話がある方はいらっしやいませんか。時間がきてしまいましたけれども、ご親族、ご家族による通院介助も含めて、これだけは言っておきたいとかコメントのある方いらっしやいますか。秋葉先生どうぞ。

**秋葉** 村上先生のおっしゃることよく分かりますし、私いわきからの原発事故のときの避難ですね、あのときに立ち合わせていただいて、入院患者は入院、外来患者は外来で振り分けたんですね。その結果、何十人の方が東京へ来てから外来透析というふうに分けといたら、とってもしゃないけどそんなことできないと。これまで自宅のベッドから透析室のベッドまでちゃんと運んでもらいながら在宅で通院透析をしていた患者たちは、もう都内の、代々木のオリンピックセンターに入っても、とてもじゃないけど通院透析はできないということでした。いわき地区の通院透析の、非常に適応の広いことを見させていただきましたので、僕は感動したんですが、ただ先生、言葉として、在宅医療としての

通院透析という言葉はないというふうに思っています。やはり在宅の透析といえばCAPDなり、在宅の血液透析なりという形であって、通院は通院透析という範疇で、在宅医療ではないというふうにならなくとも厚生省の定義ではそういうふうになっていますので、ここをちょっとすり替えるといろんな問題が出てくるんじゃないかっていうふうに思っています。

**村上** その辺りについて今国立国際医療研究センターに行った厚労省の宇都宮課長の頃から強く言って「在宅医療だ在宅医療だ」って言っています。

**日ノ下** 分かりました。言葉のイメージに対するご意見が分かれたところですけども、秋葉先生がおっしゃったことは、私どもも東京都内で透析医療に関わっているので感じました。大勢の透析患者が東日本の大震災のときにあぶれてしまって、いわき市から東京へおみえになって、代々木のセンターで取りあえずステイされてたんですけども、福島県内で透析をやっているときは入院だったのか外来だったのかで仕分けたところ、外来通院されてたという方の中に相当数、東京ではとても面倒見きれなくて、結局は入院になった方がそこそこいらっしやったと、そういう話だったろうと思うんですね。逆に言うとかかなり重症度の高い方とか相当人手を要する方でも一生懸命介助する、あるいは送迎の工夫をする、リフトバスって話も出てましたが、そうすることによっていわゆる寝たきりの在宅者もしくは長期入院になってしまう方を減らしているという意味でそれは大変なご努力だし、評価できる部分なんじゃないかなというふうに感じました。他にどなたか、フロアの先生方で、佐藤先生どうぞ。

**佐藤** JCHO 仙台病院の佐藤でございます。本日は東北地方での開催ですが、東北地方の特殊性として、過疎地を抱えている自治体が多いことが挙げられます。透析患者に限らず過疎地に住んでるさまざまな疾患を抱えた患者の利便を考え、自治体が通院用と申しますか、通院を含めた地域内移動用のバスを用意している場合があります。これを送迎用のバスというふうに捉えれば自治体が患者送迎用のバスを用意している場合があるといえます。慢性疾患には様々なものがあるわけですがけれども、多くの場合、通院できない場合には在宅診療あるいは訪問診療に頼ることが可能です。しかし、過疎地の透析医療を在宅透析に頼ることはできない。なぜかというところ、老々介護ならぬ、老々医療で過疎地の在宅医療がか

ろうじて成り立っているような現状ですので、比較的高度な技術、知識を必要とする在宅透析を在宅で老々で行うことは難しいからです。だからこそ多くの慢性疾患のなかでも透析患者にとっては特に、取り立てて通院介助が重要であるってことを、日ノ下先生はじめ多く先生方にも訴えていただければありがたいなというふうに思います。よろしく願いいたします。

日ノ下 貴重なコメントありがとうございます。先生、ちょっと質問なんですけれども、地域コミュニティあるいは地域の行政による送迎の支援は、透析患者に限らないけれども例えばバスを出している場合もあるということですね。それは財政的には全く問題なくやれているんでしょうか。

佐藤 財政や費用の詳細は承知しておりませんが、宮城県の北部のある市では、医療機関を含めた地域間、地域内の巡回（送迎バス）を出しているところがあります。ただ自治体がそのような事を実施する過程においてはいろんな問題があるようです。例えば透析施設が民間による運営だった場合には、なぜ公費で民間の医療施設を回る交通機関を運用するんだというような問題が出てくるわけです。一方で、過疎地の中心部の狭い地域では、街中、多くは医療施設の近くにバスが止まれば特定の医療施設、特定の民間の医療施設に公費でサービスを提供するというような捉え方をされなくてもすむ場合もあるようです。

日ノ下 ありがとうございます。今日のテーマは、全てにわたってそうなんですけど、地域の行政とかが支援すればもっと何かうまくいくんじゃないかと思うんですけれども、私ども東京にいますと、例えば区だったり、市や市町村がそこまでやってくれないですね。ところが、例えば大阪でパネルやったときに私もびっくりしたんですが、岡山県済生会の平松先生からお話がありまして、岡山県内の高梁市では地域行政が応援して\*、予算もある程度配分して透析患者を送り迎えしているのを聞きました。そういうケースもあるってすごいなと思ったんですが、東北地方でも一部そういう活動が行われているということですね。

佐藤 それは別に医療に限ったことじゃなく、そういう地域に一つ。

日ノ下 マイク入ってないですね。すみません。

佐藤 そういった過疎地域になると、赤字路線が多くなり、民間のバス会社は撤退してきます。このた

め特に医療だから交通機関を用意するといったことではなく、公共交通の維持といった観点か自治体自体が移動手段を運営し、確保しないと地域住民の生活を確保維持できなくなるというより深刻な問題があるということですね。

日ノ下 ありがとうございます。よく分かりました。ただ高梁市の場合はそれをやっているらしいんですね。ホームページにも出ているので、ここにいらっしゃる先生方興味おありでしたら見てください。過疎地で人口減少により路線バスが廃止されると、都市消滅の問題なんて盛んに最近言われてますけれども、地方、過疎地域では本当に足がなくなる患者が増えると思います。今佐藤先生からもお話がございましたような、何かそれぞれの病院やサテライトでできなければ、地域行政の支援を受け、そういった公共機関による交通手段を利用するというのも今後もっと活発にしていっていいんじゃないかなと私は思っています。他にどなたかフロア内の先生方、あるいはパネリストの方で最後に送迎の問題でお話されたい方いらっしゃいますか。

では、時間も来ましたので次の話題に移ります。

## ②HD 患者の長期入院透析

日ノ下 実はこのプロジェクト 3 年前に考え始めたときに、今送迎の議論もございましたけれども、どうしても送迎もできない、入院せざるを得ないという患者が増えてくるだろうと思いました。しかしながら、行政のほうは 2、3 年前まではむしろ療養型病床を減らそうという動きでしたので、困ったな。なんかインセンティブを付けてでも入院透析をもっとやりやすい環境が生まれればいいなと思っていたら、後で聞きますと透析医会からのかなり強い働きかけもあり、昨年、慢性維持透析管理加算が付きました。1 日に 100 点ですかね。そういう状況ですが、長期入院血液透析に関してどのようにお考えなのか、我々の調査では少なくとも 36 パーセント前後の病院は長期入院を受け入れたことはある、あるいは現在受け入れていらっしゃるというようなご返答だったんですけども、どなたかパネリストの先生で、長期入院透析に関してご意見のある方いらっしゃいますか。はい、どうぞ。

山陰 泉ヶ丘クリニックの山陰です。私どもの病院は、先ほども申し上げましたように、外来通院患者よりも入院のほうが多いです。現在 91 人おります、大体 90 前後です。私どもの病院は一般病床 38 床、療養病床 60 床の認可で合わせて 98 床なんですけど

も。療養病床のほうが60床びっちり全部長期入院の患者です。今日いらっしゃる佐藤壽伸先生、菅野先生のJCHO仙台病院が一番の大口でありまして、いつもご紹介いただくわけですが、結局どうして入院せざるを得なくなるかっていうと、私が今の病院に前職の仙台市立病院から移りまして、10年目なんですけども、長期入院患者の受け入れは大体420名を超えました。私に来てからの患者しか分からないですけども。

それでどういう人が入院してるかっていうと、一番多いのが歩行困難なんですけども、歩行困難にも2種類ありまして、脳血管障害で片麻痺のほうが多いのかと思えばそうでもなくて。結局筋力が不足して歩けなくなったっていう方が一番多いんですね。糖尿病の方に多いですけども。これが半数近くになりますね。大体47パーセントぐらいになります。脳血管障害で、これももちろん動けないわけです、歩けないわけでこれは21パーセント。それからあと主なところでは、家族の介護力が不足して、これが大体18パーセント。認知症高度ってのも最近どんどん増えてまして、大体10パーセントぐらい。今までの傾向を見ると大体そういうことになっておりまして、結局その入院せざるを得ないような状況というのが結構多岐にわたっているんですけども、やはりこういう問題がありますとどうしても入院せざるを得ないんだなというふうな、入院させるほうも受け入れる私どももこれが納得するような症例が最近どんどん増えています。

それからあと最近の傾向なんでしょうけれども、今までは私どもの病院に来る前にいろんな外来のクリニックなどを經由して、いよいよ通院できなくなったからお願いしますという、2年なり3年なり導入後時間が経ってから入院する患者が多かったんですけども、最近とみに入院する直前に導入して、何ていいますか、もう動けないからすぐ引き取ってくれというような症例も結構あるんですね。佐藤先生の前じゃ申し上げにくいんですけどもね。だから導入するときのガイドライン（注：障害者やADLが落ちた患者に対するものを指していると思われる）はないわけですけども、正直言ってこんな人まで透析しなきゃいけないのかっていう患者もいるわけですよ。ここだけの話ですけどね。ですからそこら辺が何とかならないかというのが最近私の感じているところでございます。

日ノ下 ありがとうございます。今のお話をまとめ

たいと思うんですけども、山陰先生のご経験ではとにかく入院せざるを得ない患者が増えていると。それからJCHO仙台病院との関係のことも出てましたが、ある意味失礼な言い方かもしれませんが、後方病院として先生の所はかなり機能しているんだと思うんですね。JCHO仙台病院は、お立場上送迎もやってらっしゃらないし、相当数の患者がいらっしゃる大きな病院ですが、その中でADLがうんと悪い方とか、認知症があるとか、脳卒中後の後遺症が強いような方は先生のような所で受けて頂けるということで、仙台市内では本当に入院が必要な方を受ける病院っていうのは結構充実しているのでしょうか。先生の所に限らず多いんでしょうかね。東京なんかだとそういう病院は少ないんですね、実は。

山陰 たぶん私どもが一番受け入れていると思いますけど、あと二、三ございますね。ですから、東京などに比べると、まずは恵まれていると言ってもいいのかとは思いますが、まだ患者の増加には追いついてないかもしれません。どんどん患者が増加していると思います。私どもの病院でも大体は10人以上待機患者というか、紹介されても待たせていただいている患者が常にいるというのが現状でございます。

日ノ下 ありがとうございます。この長期入院透析の話題になるといつも問題になるのが、やっぱり患者の適応の話になるんですね。先ほどお話ししていると、47パーセントが糖尿病などによる筋力低下だったり、運動能力の低下によるものだと聞いたんですが、あともう一つは全く真逆で、こんな方にまで透析してわざわざやらなくてもいいんじゃないかというような例もあるよ、というようなことをちょっと匂わせておられました。まず一つは医療費の削減の問題もあって、先生の所は引き受けられてる患者の中に実は入院透析じゃなくてもやっていけるんじゃないかと、例えば筋力低下とか、足がやや不自由だとかいうのは何とかサポートがあれば通院できるのではないかという気もするんですが、長期入院透析を削減できる目途はありそうですか。

山陰 単に歩けないっていうだけというより、複合的な要因がございまして、さっき原因として挙げたのは単一してはそうだっていうだけでそれが二つ三つ重なってる患者がほとんどなんです。ですから、歩行困難があっても、おうちではどうにも面倒が見られない、認知症も進んできた、という3点

セットといますか、そういうふうな人が多いんで、現実問題としては。

日ノ下 絶対適応ですか。

山陰 どうしてもこれは入院じゃなきゃ駄目だろうなという方がどんどん増えているというのが現状だと思いますね。

日ノ下 お受けになる先生方の立場からしても、やむを得ないなという方ばかりだということですね。ありがとうございます。なにか、はい。

村上 先生、今一般ベッドが 60 のそれから療養って言いましたけど、一般ベッド 60 の看護体系は何になってますか。

山陰 15 対 1。

村上 15 対 1 ですか。7 対 1 じゃなしに。

山陰 そんなに看護婦さんがいれば本当にそうしたいぐらいなんですけれども、全然看護師の充足が。

村上 15 対 1 と療養ですね。

山陰 そうです。

村上 療養の看護体制はどのようになっていますか。療養の 1 ですか、2 ですか。

山陰 1 です。

村上 1 ですか。分かりました。だったら可能だと思いますね。でも、本当は 7 対 1 あたりを入れておいて少し稼がないと病院がづらいですけどね。

山陰 経営の話というか、先ほど出ている加算の問題ですね。あれがないと全くやっていけないと思います。先ほど日ノ下先生がおっしゃったようにどんどん透析医療報酬が低下しております。しかも、いろんなものが包括をされてきておまして、うんと苦しくなってきたところに 1 日 100 点が出たもんですから、その欠損が埋められたというにすぎないんですけどね。

日ノ下 ありがとうございます。

山陰 赤字を出さないで何とかやっているというところですよ。

日ノ下 ありがとうございます。

山陰 そのような状況でございます。その辺の話を一緒にしないと、長期入院のことはあまり話題にできないと思うんです。

日ノ下 そしたら次、中野先生でしたかね、手を挙げていらっしゃったのは一。

中野 すみません、つまらないことかもしれませんが、言葉の定義を再確認しておきたいのですが、長期入院とは、通院や介護上の問題で退院できないいわゆる社会的入院と理解してよろしいのでしょうか。

日ノ下 基本的にはそう思ったんですけど、アンケート調査を出した時点では 3 カ月以上の入院で急性期の入院でないものという定義になってます。例えば脳卒中起こしたとか、急性心不全とか心筋梗塞とか、骨折されたとかそういうもの以外の 3 カ月以上の入院を一応長期入院としました。

中野 入院が長くなった方で、先ほど申し上げたように通院の問題とかあるいは介護上の問題で入院治療が必要ないのに長期入院している人と、急性期疾患でなくとも入院治療が必要で入院が 3 ヶ月以上長引いた方では長期入院の中身が違ふと思います。その辺をゴチャゴチャ混同するとこのディスカッションの目的がそれだと思うので、僕ははっきりしといたほうが良いような気がします。

日ノ下 おっしゃるとおりなんですけど、アンケート調査上も質問を細かくしていくほどお答え頂けなくて回収率も落ちますので、それ以上の細かいところまで伺わなかったというのが実情です。

中野 失礼しました。

日ノ下 基本的には、通院ができなくて、あるいは身寄りがないとか通院負担が大変だから入院させてしまえという社会的な入院ですよ。それが中心といますか、課題だろうとは思いますが。

飯野 新潟大学の飯野です。新潟でもやはりそういった形で大学などで急性期の治療が終わった後、家に帰れない方を受け入れてくれる所が少なくて困ってるんですが、一つ新潟市の特徴としては、透析患者を入所させることを目的とした特別養護老人施設というのが 3、4 施設ぐらいでき始めて、そういった所に介護の問題とか ADL の問題で家に帰れない人をお願いするという道筋が一つできてきました。ただ、そこで一つ問題となっているのが、新潟県内の透析に関わるような医者はほぼ新潟大学の我々の科から供給されてるんですけども、十分な医師数がおられませんので、そのような新規の透析施設が立ち上がったときに、我々の同僚の医師を派遣することができないんです。その結果として、リタイアした血液内科の先生であるとか脳外科の

先生とか、そういったあまり今まで透析に触れたことがなかった先生方が責任者として来られていて、透析はもちろんやっているんですけども、その質はどうなってるのかなっていうのはちょっと疑問に思っています。ただいわゆる社会的な入院というところに関しては、そういった透析患者を積極的に受け入れる特別養護老人ホームの設立というのは、我々にとっては悩まされてた問題が一つ楽になったことであります。

日ノ下 ありがとうございます。いいご指摘だと思いますんですけども、あちこちの地域で議論させていただきますと、通院ができない、何らかの事情で入所もしくは入院させたい患者がいたときに、特養の活用というのは理想的だろうという話にはなるんです。ただ、たいがいの地域は特養が透析患者を受け入れていない、あるいは医療・介護関連の様々な形態の施設が一体化したコングロマリットっていったら失礼かもしれませんが、一体化した経営母体の中で特養を設けているような所だけは受けてるんですが、一般論として、ほとんどの特養は透析患者を受けません。新潟がそういう形ができたとしたらそれは素晴らしいことだし、実はどの地域でもそれが一番の理想形ではないかという議論はございます。どこでパネルやってもですね。

飯野 新潟でできたのは、広島に資本がある葵会ってところが全国規模で病院を持っているところの組織のようなんですが、本当に特別養護老人ホームの隣に透析施設を建てまして、透析している患者がストレッチャーで運ばれるのかもしれませんが、隣で行き来する形で透析は継続できるようにしています。急性期になった場合には大学病院をはじめとするいわゆる基幹病院に当然一時的には送られてくるのですが、ある程度医学的な治療が終わればまた戻れるということで、そういった基幹病院のベッドを社会的な理由で長期間に埋めるということが少し減ってきています。

日ノ下 ありがとうございます。患者にとっても医療者側にとってもある程度理想形だとは思いますが、ご承知のようにこの数年、むしろ特養を減らそうとか、特養に関わる費用を減額していこうという国の動きの中で、なかなか特養と血液透析とのタイアップというのは図りにくい状況だったんで、本当に新潟市の状況は素晴らしいと思います。その特養とか老健とかの兼ね合い（透析との連携）についてはどうでしょうか。他の先生方ご意見ありますか。

どうぞ。

清野 盛岡の三愛病院の清野ですが、私の病院は一般病床しか持っていませんので、ただいろんな合併症で急性期の後に患者が戻ってきた場合にやっぱり長期に、そういう形の長期入院っていう方は受け入れています。当然のことだと思いますけれども。その後どうするのかということで、受け入れてくれる施設とか、あるいは療養型のベッドを持っている病院といろいろ折衝するという時間が結構かかりますが、その辺の施設を見つけるとかそういう努力をして結構透析患者受け入れてくれる施設が広がってきているんじゃないかと思っています。ただ、今お話があった新潟の施設のようなところが岩手県にも広がってくれば非常にうれしいなと今感じました。

日ノ下 ありがとうございます。山形はいかがですか。伊東先生。

伊東 施設入所しながら通われているという方はいらっしゃいますね。確かにそういう施設に透析の患者を受け入れてもらうときにはかなり苦勞をするのは確かです。1人ならOKです、2人ならOKですっていうことはあります。その理由としては送迎の問題がやはり大きくて、そういう施設では透析の患者だけを送迎してるわけではなくて、ほとんどの患者がいろんな医療施設に通われているので、その合間を縫って透析時間に合わせて送迎をしているということがある。送迎とまた重なってしまうんですが、そういうことが一つ問題になっています。多分先生もご存じだと思いますけど、岐阜で有料老人ホームに透析施設を設置して、それで在宅血液透析としてやろうとしていた所があったんですが、透析医会のほうからそれはノーだっていうふうに言われたようなんです。それも一つ問題ではありますが、形としては必要なものになってくるのかなというふうには私は感じています。

日ノ下 特殊な在宅血液透析っていう形ですね。秋葉先生、その辺はいかがですか。

秋葉 今の在宅血液透析の特殊型ですけども、これに関しては設置する方とそれから透析医会の考え方が全く分かれていまして、それに対しては厚労省が最終的にどうなのかまだ決まっていらないように聞いておりますけども。注目しているところでございます。ただ、医学的に言えば在宅血液透析っていうのは、やはり患者自身がセットアップして自分の治療をするという考え方ですので、その概念からいう

と全く異なった適応だというふうに思っております。

日ノ下 そういうメールが我々の所にも流れてたりして、ちょっとは知っておりますが、学会側、医会側からすると、それを果たして在宅透析と考えていいのかってところでスムーズに運んでないわけですね。

秋葉 多分、在宅血液透析としては全く異質なものになってしまうので、そういうものを透析医療として認める、新しい報酬体系を作るのか、それは透析の質をどうやって担保するのかってという問題も出てくるので、非常に問題なんですけれども、なんかうまくそこを整理して、老人ホームで透析ができれば本当にみんな、患者にとってはこれほどプラスなことはないのかなとは思いますがー。

日ノ下 先生としては、そういう形は賛成であると。推進したらどうかというご意見ということですね。

秋葉 そうですね。何とかやれば良いとは思いますが、確かに診療報酬の問題とか透析の質を担保するって問題がかなりネックになるなと感じています。

日ノ下 ありがとうございます。あとまだ、この問題にお答えいただけてない熊川先生とかいかがですか。長期入院透析に、先生の所は入院ベッドはお持ちじゃないですけど、どのようにお考えになるか。

熊川 そういう患者必ず出てくると思います。やっぱり地域で機能別というか、そういう形でいくしかないのかなと。例えば、精神科で透析やっている所が1カ所あるんですね。ですから認知症がひどければそちらのほうで受けていただくというような形、それから長期入院での透析を要するに通院困難な方はそのような所が二つ施設があるので、そういう所に患者を送っています。ただ、その交渉を誰がやるかっていうことなんですけども、そういうときに介護福祉士とか、社会福祉士だとかそういう方が、いわゆる病診連携の中心になってやっていただくと。ですからその窓口を大きく開いていることというのが大事なのかなと。ドクターがいちいち交渉するということもなかなか難しいところもあるので、すぐはどうしても入れないので、どっかで待機しなくちゃいけないということはあるのですが、その辺はお互いに話し合って決めるしかないのかなと思っています。

日ノ下 受け入れ先を見つけるのに困るとい

とはないですか。

熊川 困ります。ですから、場合によっては隣町というような所で透析をやっている施設を家族が OK すればそちらにも紹介します。

日ノ下 そういう意味で先生、どうですかね。後方支援病院は郡山市周辺でももうちょっと増えたほうがいいですか、現状として。

熊川 採算の問題があるので、どうなのかなということがあります。

日ノ下 先ほど村上先生もコメントされましたけどもー。

熊川 ですから、全体として郡山市というのは、公的病院がないんですね。大きな病院が全部私立なので、経営というのがどうしても前面に出てきているので、経営的にうまくいけば、そういう所がどんどん増えてくるかもしれないので、この療養の点数をきちんと取って何とかやってけるという所があればいいのかなと考えております。

日ノ下 ありがとうございます。昨年、4カ所でパネルやらせていただいたんですけど、その中でこういう話が出てました。あくまで今回の慢性維持透析管理加算ってのは病院ですよ。長期療養型の病院に付いているだけで、地方では有床診療所の透析施設もあると。そういう所では今のところ慢性維持透析管理加算が付かないので、是非付けてあげたらどうかという意見が出ていて、それは私もいいことだなと思っています。科研費の報告書にはその提案として書いたんですけども、皆さんどのようにお考えになりますか。

熊川 僕もそうなければいいなと思って、考えています。やはりそういう入院施設、老人ホーム併設っていう形が今のところクリアしてるのかなという状況ですね。

日ノ下 ありがとうございます。他にどなたか、長期入院透析に関わる問題でご発言は。

村上 関連ですけども。今の診療所の慢性維持透析管理加算、100点のやつ。これは療養病床にしたクリニックでは可能でしょ。それから、在宅透析のこの言葉の整理をしないと駄目だと思うんです。さっき秋葉先生からもいただきましたけど、まず、外来透析ですよ。いわゆる通って透析をする。それから、入院透析。ご入院して透析をかける。それから今までの青本に載ってる在宅透析っていうのは、患者のご自宅で透析機器を入れて、管理する、

ドクターが管理しながら看護師さんがたまに行ったりなんかしながらお家の方が自宅でやるのを見届け、安全なことを管理する。これが在宅透析ですよ。ところが。

**秋葉** 介助を家族がやっていいという記載はないかと。

**村上** それで、今在宅透析で話題になっているのは、サ高住。サービス付き高齢者住宅、そこで部屋一つを透析室を作って、その介護士あるいは看護師あたりがそこにいて人に透析を実施するのを在宅透析と呼んでいいかどうかの問題なんです。これが一つの大きな問題になっています。なぜかという、厚労省の青本に関する在宅というのは、だんだん広がってございまして、ご自宅も在宅ですが、特養も老人保健施設もケアハウスも病院のベッド以外は全部在宅と呼ぶような形になって来ているんです。そこを混同しないでくれというふうに医療課には申し上げましたけども、それを混同されると大変なことになるんです。一応申し上げます。

**日ノ下** ありがとうございます。サ高住の問題もこれまでのパネルでいろいろディスカッションしてきたんですが、基本的にはサ高住、例えば東京の私どもの新宿区内にある病院の近くにもサ高住を設けたサテライトがございまして、その意見聞きましたけれども、結果的にはやっぱりサ高住ってあまり好ましくなかったと言ってました。いいと思って作ったけども、患者にとって果たしていいのかわか、実質管理費とか入居費、相当かかりますし、それから今お話が出ましたようにそのサ高住を利用した形の HD が果たしているいろんな意味で好ましい形かどうかという議論があるようですね。他、フロアのほうでどなたか。長期入院透析、こんなことで困ったとかあるいはこうして欲しいとかご意見ございますか。大体意見が出尽くしたようですので、お時間も押しております、次の話題へ移りましょう。

### ③HDにおける長期留置型カテーテル使用

**日ノ下** 長期留置型カテーテルですね。障害患者、あるいは高齢の患者が増えるにつれて目立ってきたと思うんですが、導入病院であります JCHO 仙台病院さんとかではやっぱり増えてますか。

**菅野** 我々の施設では、まずアクセスを作るのは基本的に自己血管内シャントであれば腎臓内科で、人工血管シャントをはじめとするアクセス造設に関しては外科の先生にお願いすることになります。血管外科の先生は本当に少人数であるため、極力腎臓

内科で最初に arteriovenous fistula (AVF) を作るということになっています。今アメリカで AVF ファーストなんて言いますが、基本的に日本では AVF ファーストになってまして、当院でももちろんそのようにしております、内科でどうしても患者の静脈が荒廃して作成し難い場合、もしくは心機能が相当に低下してる場合、認知症やそういった血管アクセス作成に問題がある場合について外科の先生にお願いして arteriovenous graft (AVG) にするか表在化にするかカテーテルを入れるかといったところの選択をおまかせすることになります。最終的にカテーテルに至る患者というのは内科ではできなくて、外科医の先生の判断でカテーテルを選択するという形になってます。

です。数的には多くなってるかどうかという、それほど多くはなっていないと思うんですね。

**日ノ下** 年に何例ぐらいの感じですか。大体感触で結構です。

**菅野** 私どもを通過して、外科の先生に送られる患者、もしくは通いの先生から直接行く患者というのは、後者のほうは十分に把握できてないですが、月に3例か4例ぐらいだと。

**日ノ下** その中で長期留置型カテを選ばれてるのはまたさらに少ないと。

**菅野** 月に3例か4例ぐらい長期留置型カテーテルになっていると思われます。

**日ノ下** そこそこ多いですね。ありがとうございます。他の病院はいかがでしょうか。矢吹病院とかがいかがですか。

**伊東** 長期留置カテーテルの人数は失念してしまいましたが、結構います。JCHO 仙台病院と同じで、心機能が悪い方、あとは自分の血管ではどうしてもバスキュラーアクセスが作れない方ということになります。高齢の方でどうも人工血管を入れるのもだいぶリスクが高いだろうという方もやっていますね。長期入院の方も実は当院いるんですけども、長期入院の方で長期留置型のカテーテルを入れてる方もいます。今のところ特に大きなトラブルはないんですが、使い方に気を付ければ非常に有用なツールかなと思ってやっています。

**日ノ下** ありがとうございます。新潟県いかがでしょうか。飯野先生。

**飯野** 新潟大学では大体、内シャントの手術が年間100例ぐらいありまして、腹膜透析関連が30件ぐらいあります。人工血管を入れる人は10例ぐらい

と同じぐらいの数で長期留置型カテを 10 例ぐらい入れてるとというのが最近のトレンドではないかというふうに思っています。最近、長期留置型カテーテルを当院では比較的長期に使えている方、2 年とか 3 年とか使えている方が多いんですけれども、その一つには透析回路とカテーテルを接合する部分で、閉鎖式の、製品名で言うとセーフアクセスとかってというのが使えるようになりました。以前はイソジンで消毒していて、なんか回路とカテーテルが取れなくなってアダプターの部分が壊れてしまうなんてトラブルもありましたが、そういったこともなくなりましたし、感染による離脱が非常に減ってきて、管理がしやすくなったという印象を持っています。

日ノ下 ありがとうございます。コネクションの問題について、イノベートされた器具を利用することで予後も改善できるのではないかというご指摘もありました。長期留置型カテは、新潟でも極めてまわってことはなさそうですね。病院施設ということで岩手の三愛病院、いかがですか。

清野 三愛病院の清野です。うちの病院では 450～460 人の透析患者いますが、1 名、これ小児で腹膜透析から血液透析に移行して将来移植までの橋渡しの血液透析のバスキュラーアクセスとしての長期留置型のカテーテルを今管理しているのが今 1 人いるだけで、他は全部今現在はいません。以前に入れざるを得ない人はいましたけれども、今は自分の静脈もしくはグラフト、もしくは動脈表在化、それで補えています。ただ今後血管がなくなってきた、そろそろ考えなきゃいけないかなってという患者が数名頭をよぎっています。

日ノ下 ありがとうございます。他の病院、近隣の病院でもあまり岩手県内で見かけないですかね。

清野 まず聞いてない、あまり多くないと思います。

日ノ下 ありがとうございます。次、福島県はいかがですか。中野先生の所はいかがでしょう。留置型カテでずっとやってらっしゃる方とか結構多いですか。

中野 現在外来 100 名、入院が 10 名弱ですけれども、今はいません。ただこれまで 3 名の方を経験しています。あまり積極的ではありません。なるべくそれ以外のアクセスを心掛けています。一例は 2 年ぐらい持ってお亡くなりになりました。一例は脱血不良で機能しなくなりました。もう一例は認知症を合併した通院患者で、自宅でカテーテルをはさみで切ってしまいました。それが丁度僕が学会で病院を

留守にしていた時で、救急車で搬送された時はほとんど心肺停止に近い状態だったのですが、その後、奇跡的に救命されました。それ以来、なるべく他のアクセス手段を取るようになっています。

日ノ下 ありがとうございます。山陰先生の所なんかいかがですか。いらっしゃいますか、そういう長期留置型カテの方。

山陰 長期留置型カテの患者は、入院患者の大体 10 パーセント前後で経過しています。一番古い方は 5 年以上。この方は宏人会の木町病院で、JCHO と宏人会でしか多分やってないですよ、長期カテの設置はですね。5 年以上もってる方が 1 人いらっしゃいます。大体はほぼそういう状態になると入院透析が必要ってことで、5 年くらい前に長期留置型カテが導入されたときに、JCHO とか宏人会さんが主催でいろんなサテライトその他の管理について研修をやりまして、扱い方はスタッフも十分勉強しておりますので、何とかなっている。ちなみに 10 月 20 日現在だと、今少なくなって 6 パーセントしかいないんですけど、私どもの所では大体 10 パーセント前後の患者が長期留置カテーテル、入院の中ではそうだということ、外来はおりません。

日ノ下 ありがとうございます。

山陰 ただ他の病院で外来でやっている長期型カテーテルの患者をどうしても通院できなくなったということで来週お引き取りする予定になってます。以上です。

日ノ下 ありがとうございます。そこそこ先生の所には留置型カテ利用の入院患者がいらっしゃるということですね。

山陰 常にいます。

日ノ下 地域によっても多少差があるなっているのは感じておまして、大阪なんかでは東京地区とか九州地区に比べれば長期留置型カテはあんまり使わないよということでした。国立病院機構の大阪医療センターではいるとおっしゃってましたけど、それ以外では白鷺病院の山川先生の所とかではいらないよ。シャントを造る技術的な問題なのではと言われても、それはともかくと致しまして、一部の地域を除いては以前よりも留置型カテを使わざるを得ない患者が増えていますね。あとこうやってそれぞれの地域の先生方に直に伺いますと、実は長期留置型カテってイメージとしては先が長くなくて、半年か 1 年で駄目だろうなというようなイ

メージの患者が多いんですけれども、よくよくお伺いすると「いや、4、5年ちゃんとやれてるよ」って方も多いようでして、先ほど飯野先生のほうからもイノベーションの話がございましたが、管理の仕方いかんではしっかりやっていると。5年や6年ぐらいはサバイブが見込めるというような話でございます。これまでのパネルで皆さん強調されたことは、感染と塞栓、閉塞の問題が大きいのでその二つを克服すれば結構使えるよという話でございました。その方法としては皆さまのお手元にお配りした報告書に書いてございますけれども、しっかり消毒の仕方をお考えとか、あるいは血栓予防の処置を取るとか、あるいは血栓が起りかかったときのウロキナーゼの注入とか、そういったいろんな提案が示されております。また後でご覧下さい。何か長期留置型カテについて困ったよというケースをご経験の先生いらっしゃいましたら。村上先生の所などはいかがですか。長期留置型カテを利用した透析の患者ってそこそこいらっしゃるのでしょうか。

村上 導入時や問題起こしたりなんかして、急きよやらないと駄目なときは使いますけども、そんなに長期間使いません。すぐシャントを作ります。

日ノ下 分かりました。フロアの皆さんのほうで何か、長期留置型カテーテルを使用した患者で困った症例があったとか、あるいは何か入院療養に関して、長期留置型カテがネックになったとかございますか。菅野先生お願いします。

菅野 ネックになったということじゃないんですけども、逆に心機能が悪くて、長期留置カテーテルにした場合には、その心機能のβブロッカーとかPCIするなり、虚血があった場合には徐々に改善する患者もいるんですね。ですから、長期留置カテでの透析がずっと必要という患者も、もちろんいらっしゃいますけども、心機能が原因である方の中にはその心機能が改善したらそれを抜く可能性も追求する必要があると。実際に年に2、3例そういった

(後日カテーテルが抜去可能となった)患者見たことありまして、それは患者にとっては福音かなと。

日ノ下 ありがとうございます。要するに入れたら入れっぱなしじゃなくて、将来利用しなくても済む場合もあるので、皆さんその辺はよく評価して心掛けておいて下さいというお話だと思いますけれども。

山陰 イジェクションフラクション (EF) 見なが

ら、持ち上げにやることもあるし、そのときそのときのヘルスとのバランスですね。

日ノ下 長期留置型カテーテルを使うケースは、今お話がございましたように心機能が低下しているような方も多いんですね。通常のAVFは作りにくい、動脈の表在化なんかも技術的な観点でなかなかやりにくいようなケースに長期留置型カテにしませんか、こういう話になると今までのパネルではそれだったらPDやったらどうかっていう意見が必ず出てたんですね。果たして長期留置型カテーテルを利用してまでもHDにするのか、あるいはそういうケースではむしろPD導入したほうがいいんじゃないかというようなご意見もあるんですが、パネルの先生方いかがですか。どなたご意見ある方いませんか、どうぞ。

発言者不明 非常に考え方としては筋が通っていると思います、特に心機能が悪い、あるいはアクセスができないっていう方にPDをっていうのは選択肢として常に頭に置いていますけれども、じゃあ患者側にとってどうかっていう、なかなか受け入れがたい面もあると思いますので、心機能を見て、あるいは患者も同意してもらえればPDっていうのは私は常に頭の中に置いています。

日ノ下 ありがとうございます。長期留置型カテを入れざるを得ない局面になったとき、PDも頭に入れておこうということですね。ただ後で議論になると思いますけど、PDはPDで患者の状況によってはサポートが大変だったり、環境が整ってないケースもあるんで、そこら辺がジレンマですよ。他にどなたか。大丈夫ですか。他何かご意見ある方いらっしゃいますか。なければ次の話題に移ります。

#### ④HDにおける介護保険サービス

日ノ下 このいわゆる介護保険サービスに対する問題でございますが、今までの議論の中でも一部すでに出てきておりましたけれども、付け加えておきますと、アンケート調査のときには介護度の認定を既に受けているとして介護度が1なのか5なのか2なのかと、それがそれぞれ何人いらっしゃるかってのは設問としては設けておいたんですが、そこまではお答え頂けない施設が多くて、それ以上詳しい解析はできておりません。あくまで要介護患者がいたかどうか、要支援患者がいたかどうかにとどまりました。その点、申し添えておきます。さて、介護サービス、当然、今血液透析の現場で抱えてる問題を突き詰めていきますと、介護保険サービスのこの部

分がどうあるべきかなのか、あるいは医療保険制度と介護保険サービスの兼ね合いについてどう考えるべきなのか、突き当たる問題なんですけども、その辺については皆さんどのようにお考えになりますでしょうか。どうぞ。

**清野** 介護の点は得意じゃないしよく分かりませんが、うちの透析患者の65歳以上の約220名の通院の状況を前に調べたんですが自分の足で、自力で透析室に入室しているのが3分の2ですね。残りの3分の1、約70名は車いすとか何らかの形で誰かに支えられてベッドサイドまで行っているという状況が分かったんです。これが全て介護保険サービスを使ってるかどうか、あるいは家族に頼ってるかどうか分からないですけども、今後そういう患者が間違いなく増えていくっていうことが明らかですので、今後こういった介護とかあるいはそういうものがどうなっていくのかなっていうのが我々医師はもっともっと知らなきゃいけないんじゃないかなと思ってます。ここにうちの透析室の師長がいるんですけども、どういう状況か、高橋師長、ちょっとしゃべってみてください。

**目ノ下** よろしくお願ひします。三愛病院の高橋師長さんですね。

**高橋** 三愛病院の透析患者の介護申請している方たちって私も詳しくは調べてはないので、正確な数字は言えないですけども、申請している方たちはなんか少ないような気がします。透析に入ったときにこれから透析通うためにどういったことが必要になるかっていったあたりを、もっと患者とか家族とかにこちらのほうからいろんな情報提供をして今後こういうことが出てくるから、介護申請をしておいて、いざとなったときにはすぐ使えるような状態にしておかなきゃいけないんじゃないかなとといった情報提供は必要かなと思ってました。なぜかという、使いたって言ったときにすぐに使えないですよ。認定調査1ヶ月ぐらいかかって、その結果が出ないと使えないようなこともありますので、高齢の患者たちが導入するときにはそういった情報提供は必要かなと思ってます。

**目ノ下** ありがとうございます。つまり、かなり障害があったり認知症が多少あったりしても、介護保険認定を受けていらっしゃる方も結構いると。それも重要な話ですよ。ですから、なるべく医療現場では必要かなと思ったときに前もって介護認定を受けておく必要があると。あるいはそれを促す

ように努力する必要があると思うんですけども、これまでのパネルでは介護認定の話で血液透析やPDもそうなんですけども、透析の患者に対して付いてくる介護度の認定が実際のグレードよりも低く付けられちゃって、例えば要介護度の2だと思っても1とか、要支援ぐらいしか付けられないと、介護サービスがそれだけ受けられないので、透析っていうハンディを背負ってる、あるいは血液透析ですと通院しなきゃ、あるいは人に介助してもらって送迎してもらわなきゃならない、そういうハンディも加味して介護度を強く付けて頂きたいという意見が出てたんですが、そのようなこと現場でお感じになることありますか。村上先生どうぞ。

**村上** うちの県では、HDやっていたら1ランク上げます。それから透析患者の介護ですが二つに分けて考えてください。一つはご高齢な方が導入した場合。もう一つは今時期的に20年30年同じ医療機関で透析をやりながら暮らしている患者方がいらっしゃるわけ。そうすると40代、50代で透析をして20年たって、お仕事を辞めてそしてADLが下がったという方いらっしゃるんで、そういう方々はADLを下げないために、例えばいろんなショートステイはもちろんです、いろんなリハビリをやる、ADLを下げないためのそういう介護をお手伝いいただければありがたいと思っています、よろしくお願ひします。

**目ノ下** ありがとうございます。村上先生の周辺ではそんなに介護度は低く付けられることはなくて、ミスマッチが少ないということでしたけれども、地域によっては、これは結構介護度が低く付けられちゃって、もうちょっと上に上げてほしいなという症例が多いんだそうです。東北地方でも他の県では事情が違うかもしれないんで、参考にして頂ければと思いますが、それと同時に介護とか介助の話になると、今お話がありましたように、例えば通院にしても、本当はそれなりに訓練する、あるいはリハビリをすれば通院も不可能ではない、あるいはご家族の補助がちょっとあれば通院できるんだけれども、結局全くの送迎になっちゃう、あるいはそれもできなくて入院透析になっちゃうという方もいるんじゃないかというご意見も必ず出てくるんですね。明らかに日本では高齢者が増えてますし、体力的にも筋力的にも弱っていく方が多いんですけども、その劣化を防ぐといたしますか、筋力体力、場合によっては知力低下も防ぐような努力っていうのも透析現場では

必要ではなかろうかと。そのためか、透析医学会の発表を見てましても、この十数年は透析中のリハビリとか筋トレとかっていう話も実際発表されておりますが、それはそういった努力をしなきゃならないということの表れかもしれませんね。何かこの介護保険サービスに関して他の先生のほうでご意見ございますか。熊川先生とかいかがですか。

熊川 当院の透析患者今 144 人います。一人暮らしの透析患者、こういう方が 12 人いらして、昨日介護タクシーで送迎受けてる患者が来ないと思ってたら、介護タクシーの運転手さんが自宅に行って呼んで出ていらっしやらないので、近くにいるご親族の方に電話して来てもらったら亡くなっていたということがありました。一人暮らしの方はぜひ何かのコミュニケーションの取り方を考えていかないと、まずいのかなという思いがしました。その一つとして介護タクシーの運転手さんに生きてるか生きてないかの確認ができるのかなということ。あと、電話をしても出ないとき、どうしても出ないので僕らのほうで行って、自宅まで行ってみたら大腿骨折で動けなかったとか。そういう一人暮らしの方は、どうしてもいらっしやるので、介護保険をうまく利用できないのかなと考えてます。できれば一人暮らしの方は介護認定を必ず受けるように勧めています。

日ノ下 ありがとうございます。東京でもそうなんですね、たまにいらっしやいますね。午前透析のはずが午後になっても来ない、透析施設のスタッフが電話をかけても出ない。どうしてなのかって、時間的、人的な余裕があれば見についてあげる、今先生の所がなされたようにですね。そういうケースを聞きます。これは大都市圏であろうが、地方であろうが同じことだと思いますし、そういった孤独死っていうんでしょうか、死に至ってなかったとしても、大障害が思いがけず起こったときのサポートといえますか、アシストという意味で先生は介護保険サービスってのはある程度評価されていると考えてよろしいですか。

熊川 介護認定の書類を書くときに、ぜひ通院が必要なので、介護度、認定度を下さい(重症度を高く)と記載してます。

日ノ下 ありがとうございます。他どうでしょう。中野先生あたりいかがですか。介護保険サービスに関して強くお感じになっている問題とかありますか。

中野 うちの多分多いと思いますが、現在 100 名中

36 名が介護認定を受けております。特に要介護 4、5 が各 4 名います。一番多いところは要介護 2 です。介護保険サービスと言ってもいろいろなサービスがあります、先ほど申し上げたように、長期入院を避けるためには施設利用と送迎に関するサービスの利用が重要だと思います。施設へは特養 3 名、有料老人ホーム 4 名、ケアハウス 1 名がそれぞれ入所されています。うちの病院にも療養型病床はありますが、療養病床区分が 2 のために透析の加算が取れません。一般病院なので療養型に入ったとしてもなるべく早く退院させようという思いがあります。早期退院を推進するためにはやはり施設の利用を積極的に促しています。問題なのは送迎に介護保険サービスの多くを使われてしまうと、他のサービスが制限されてしまうことです。できれば送迎に関する費用は透析患者に固有な問題なので、別個に扱っていただければ良いと思います。

日ノ下 ありがとうございます。今皆さんにお尋ねしようと思ってたんですが、まさに介護保険サービスに望むこととして、透析の場合は週 3 回の送迎があるのでその部分だけでも点数から外して考えてほしいと、そういうご意見だと思うんです。他に何か介護保険サービスに今後改善して欲しいこととか、ご要望ございますか。透析医療の現場の立場から。山陰先生とか何かございますか。特にないですか。

山陰 私どもの病院でも、なるだけ介護認定を受けるようにってことは言っておりますけれども、一つは介護タクシーを使ってもそれほどメリットがありません。介護タクシーを使ってしまうと他の問題も生ずるってことで、ほとんど介護タクシーを利用している人がおりませんで、たった 1 人だけなんです。そういうふうな問題は今後もあるだろうと思いますし、あと何かこれは私の個人的な意見ですけども、介護保険とこの透析医療とがかみ合っていないとか、そういうふうな感じがしているんですけども。漠然とした感じですけどね。介護側が透析医療のこの理解が進んでないような印象を受けております。

日ノ下 ありがとうございます。他のパネルでもよく出てくるご意見です。要するにケアマネジャーとかヘルパーとか、介護保険側のスタッフの方々があまり血液透析のことよく知らない、また関わろうともされないと。それから PD なんかなおそうですね。在宅医療ですので、本当はもうちょっと知ってほし

いんだけど、それほど知識もなかったりする。そういうところで、医療者側といいますか、透析現場に立ってるドクターとか看護師さん、技師さんがもう少し介護保険サービスに携わるスタッフの方々にいろいろ透析のことを教えてあげたり、あるいは一緒に勉強会を持ったりとか、そういう努力は必要じゃないかという意見はよく出てくるお話でございます。他にどうでしょうか、病院の先生方で、何か介護保険サービスに関して気になっていることとか、どうぞ。

熊川 寿泉堂クリニックの熊川です。たまたまこの間がんの末期を合併した透析患者がいて、在宅で看取りしようという話が出たときに、訪問看護を医療保険でやるのか介護保険でやるのか、介護保険使っちゃうとなかなか他のサービスが使えないってことがあるので、その辺のところをケアマネジャーさんっていうのはそういうプロなので、そういう人たちのアドバイスを受けました。最終的には急変しちゃったのでそのまま病院で亡くなったんですけども、看取りしようということで、家族とも話し合っただけで訪問看護師さんが結構行っていたということがあります。その後でデスクカンファレンスってのを開いたんですけども、その方々と。僕ら透析ばかりやってるので、透析の看護婦さんはそういう訪問看護とか、そういうことをあまり知らないですね、どういうことやってるのか。だからそういう意味ではコミュニケーションがもっと必要で、そういう医療サービス使える、医療保険だろうが介護保険だろうが使えるサービスは使うという方向で考えたほうがいいのかとそのときに感じました。

日ノ下 ありがとうございます。今のお話は、透析医療に携わっている側のスタッフあるいはドクターが介護保険サービスについてもっと知る必要がある、あるいはケアマネジャーから情報提供して頂いて交流を図るべきだと。先ほどの逆ですね。介護保険側から教えてもらうことも多いんじゃないかというお話です。それに関連してですけども、福岡市にあります隈クリニックでは、ケアマネジャーそのものが1人いらっしゃるそうなんですよね。透析のことを知ったケアマネジャーさんがいろいろ配慮してあげるの、現状に即した介護保険サービスを推進できると。こういうお話がございました。他にどなたか。秋葉先生、いかがですか。これで前半の締めをしたいと思いますがー。

秋葉 私、一言で言うと、介護保険のこと知らな過ぎるというのが正直なところで、実際介護保険でこの患者がどういう認定を受けていてケアマネジャーとどういう話をして、どういうことで今の介護の給付を受けてるのかってことを把握なかなかできないんですね。患者がかなり高齢の方が多くって、言うことも本当にまちまちで、信じていいのかわからない状況の中で、どうやって介護保険と透析医療をマッチングとかバランスをうまく取っていくかというのは非常に大きな課題だし、その情報提供をどうにかうまくやれる方法がないかなというふうに探っているところです。

日ノ下 介護保険サービスと透析医療者側との系統だったコミュニケーションを図る場っていうのはなかなかないですからね。そういう努力をされている地域もあることはあるんですけども、新潟なんかどうですか。飯野先生なんか、そういう場面ってございますか。

飯野 新潟だけではないと思いますが、介護保険使うときの指示書というものが例えば3カ月なり1カ月とかっていう期間を設けて重点的に見てもらいたいところとかやってもらいたいところと違って要望を出しておきまして、それに対して訪問した際の観察記録などが定期的に戻ってくるというやりとりはあると認識しております。ですので、そういったものを使うのが一つ認識する方法かなと思うんです。あと関係ないところですが、透析患者の場合は身体障害者ですとか特定疾病だとかかなり医療費の面で優遇されてるところがあって、そういう方が入院していてもあまり長期になろうが短期だろうが負担額が変わらないというところもあって、いったんある程度退院が可能になった場合にも逆に退院したほうが、つまり介護保険を使ってサービスを受けたほうが、金銭的にも介護の面でも苦勞するなんて面が、そういうギャップもあるように思いますので、何とかそういうところがシームレスにいけるような提言というのもして頂ければというふうに思っています。

日ノ下 どうぞ。

村上 介護保険を使うときに、先ほどからいろいろ、ケアマネジャーの話が出てます。青森県もできるだけ医療職のケアマネジャーを今作ってる最中です。介護保険をお願いするとき、確認してください。いわゆるケアマネジャーが来て、非常によくやってくれる、ありがたい、そこまではいいんですけども、

この本体は看護師なのか社会福祉士なのかあるいはただの介護士なのか。その辺で能力が全然違います。そこを分かりながらご指示頂ければありがたいと思います。よろしくをお願いします。

日ノ下 ありがとうございます。他にはフロアの先生方あるいはスタッフの方々と、ご意見ございますか。なければ申し訳ございません、司会の不手際で10分ほど遅れておりますので、前半の部を終了して、休憩時間に入ります。予定を変更致しまして、3時25分から後半の部始めたいと思います。しばらく中断させていただきます。よろしくお願い致します。

#### ⑤PDにおける注排液の問題

日ノ下 日ノ下 お待たせしました。お約束の時間がまいましたので、後半の部を開催したいと思います。早速ですが時間が予定よりも遅れておりますので、後半の部、腹膜透析を中心としたセッション、一番最初のテーマは、要するに自立できていないPD患者にどう対応していくかって話なんですけど、我々の調査では約10パーセントの患者がご自分では注排液をケアできていない。全くご親族もしくは看護師さん、あるいは場合によっては一部ヘルパーさんに頼っているような方がそこそこの数いらっしゃるわけですけども、どうですかね、自立できてないPD患者でお困りになったことはパネリストの先生方の中で、いらっしゃるんですか。どなたか、ご意見のある方。はい、伊東先生から。

伊東 矢吹病院の伊東です。当院は高齢の方に腹膜透析をやっているという特徴がありまして、年齢別にバッグ交換の自立度を見てみると、70歳代ぐらいまではほぼ100パーセントの方が自立してるんですけど、80歳以上になってくると半分ぐらいがサポートを必要にして90歳以上になるとほぼ全例がサポートを必要にするというところなんです。誰がサポートしているかっていうのを見ると、息子さんとか孫さんがやってるって方はまだいいんですけど、半分の方は配偶者の方がやっているということです。ということは、90歳の人の配偶者なので90近い人がサポートをしているということになります。こないだ1件あったのは、96歳の患者のサポートをしてる88歳のおばあちゃんが骨折しまして、それでバッグ交換ができなくなったということで入院を余儀なくされたというケースがありましたので、老々介護の患者が増えてる中で、サポートをする方が高齢であるということが一つ問題にはなっています。

日ノ下 ありがとうございます。今のお話は、PD医療も老々介護が増えていると。昔から日本ではご自分で注排液できない場合、配偶者と相場が決まっています、いまだにそれが多いんですけども、なんか清野先生も手を挙げてらっしゃいましたかね。

清野 高齢になりますと、バッグ交換するのは家族であるというケースが多いたんですが、最近困って結局血液透析に移行せざるを得なかった高齢の患者なんですけど、導入当初は何ら問題なく自分でバッグ交換ができて非常に元気に継続してたんですけども、今年になって腹膜炎が非常に短期間で繰り返すので、手技を確認すると、どうやら認知症のためにあやふやになっていたってことでした。3回目の腹膜炎のときにはその前に血液透析に次移行しましょうねっていうことで、同意を得ていたんですけども、ご本人は認知症という認識はあまりありません。配偶者も実はひどい認知症で、なんでこんなことになったんだってことでご腹立たされて、そういう面で導入当初は問題がなかったけれども認知症が起こってきたときのバッグ交換の手技のあやふやさっていうのが問題になったなというケースがありました。

日ノ下 よくある話ですね。70代、80代で導入したときは問題なく家でやれるだろうと、ご自分が自立されている、もしくはしっかりとした介助者が、家族にいる。ところが、ご家族が倒れてしまったり、ご本人が認知症になったり、あるいは脳卒中で不自由になられるたような場合そういうときに誰がどうするかっていう話だと思いますね。よく問題になるケースですけども。ただ、一つ情報提供と致しまして、高齢者のPDを熱心にやってこられた岡山済生会の平松先生がおっしゃったところでは、実は80歳以上ぐらいの高齢者になると、腹膜透析を10年以上続けても平気だと。encapsulating peritoneal sclerosis (EPS) は起こらない、あるいは起こりにくいと。その件に関して、東京の慈恵医大でしたか、病理の先生とタイアップして組織学的にも検討したところ、どうやら大丈夫らしいと言っておられました。

だから、特に高齢者の場合は将来のこと、7~8年でもうピリオドを打たざるを得ないなんてことはあまり意識しないで、PDを始めてもいいという意見をおっしゃっていただきました。一応、情報提供までですけども。他、PD扱ってらっしゃる、飯野先生どうぞ。

飯野 我々の所でも、多い時には 50 名近く PD の患者を管理していたんですが、その中でやはり 70 歳、80 歳という方が結構な割合を占めていました。やはりその中の一部の人には退院後すぐに腹膜炎などの何らかの問題で離脱せざるを得ない方がいる一方で、しっかりと教育をして本当に手技が自分のものになってる人は全くトラブルを起こさないので天寿を全うされるなんていう方もおられましたので、いかにうまく我々がしっかり PD にとって重要なところを教育できるか、そしてそれがしっかりその人が要求するところに到達しているかっていうところをきちんと図らないといけないのかなというふうに思っていました。そういう意味では、各種メーカーがございしますが、その基本的なバッグ交換のところを分かりやすい資料作ってくれたりとか、そういうようなサポートをして下さったりもしていますので、是非ともそれは画一的なものだとうもうまくいかないみたいで、その人の苦手なところに重点が置かれるように個々にカスタマイズが必要なものになるので、なかなか大変な作業なんですけれども、そういったいろんな方に対するサポートがあると高齢者であっても問題なくやれる方も結構いるなという印象は受けています。

目ノ下 ありがとうございます。ちなみに清野先生がおっしゃったように、認知症がひどくてとても腹膜透析継続できないなというような状況になったときにその患者に対してやはりすぐ HD に転向することが多いんでしょうか。どういう形にするのか、例えば清野先生のケースだとどうされますか。

清野 私としてはできれば腹膜透析を継続したほうがこの患者は望ましいなと思っていました。患者自身も多分それを望んでいたと思います。ただ腹膜炎が短期間で起きて、確かに EPS の問題だけではないんですけれども感染症の問題である意味泣く泣く血液透析に移行せざるを得なかったっていう感じでしたので。全てが全て問題があるから移行するっていうスタンスではありません。

目ノ下 ありがとうございます。他、病院の先生で、PD に携わっていらっしゃる方はいらっしゃいますか。中野先生お願いします。

中野 東北ではおそらく高齢者の PD に力を入れている施設が多いと思います。本来 PD は大先輩である川口先生がおっしゃっていたように比較的若年者を対象として発展してきました。しかし、透析医療の高齢化に伴って、高齢者にも非常にやさしい透

析法ではないかと認識するようになってきました。高齢者に PD を導入した場合、私は看取りに至るまで PD を継続するつもりなので、導入当初から先々の支援体制作りに気を配ってきました。現在、当院の PD 患者は、バッグ交換手技に関して自立が 5 名、介助を必要とする患者が 6 名です。内訳は妻が 2 名、娘さんが 3 名、施設のスタッフが 1 名です。施設のスタッフは入所先の看護師さんです。それでも不足の時は、訪問看護師が出向きますが、介護保険サービスの限度額がオーバーした場合には、先ほど申し上げた院内の専任看護師が支援に回っております。

目ノ下 ありがとうございます。今話が出たのも、PD の問題点というか、課題だと思うんですけども、基本的にはもちろん在宅医療ですよ。トラブルがあったりあるいは先ほどお話が出ましたように、PD の手技自体に問題があって、果たして続けていかどうかということになったとき、HD に転向して長期入院の形を取るのか、あるいは PD するのはあくまで在宅医療なんだから、何とか訪問看護とか、あるいはかかりつけの先生の頻繁な診察とか、そういった力を借りながら、継続して終の医療としての PD の形に持っていくのか。その辺りは、根源的な問題だとは思いますが、地域で高齢者に対して PD を推進したい先生方から言わせると、在宅の医療なんだからどんなに重症化したり老衰を迎えても入院させたり、入院の形の HD を取らずに看取る、在宅で看取ってあげると。それも意味では天寿を全うする形で、理想形ではないかという意見も結構あちこちのパネルで聞いてまいりました。その辺の考え方についてはどのようにお考えになりますでしょうか。伊東先生とか、菅野先生いかがでしょう。

菅野 当院では PD 患者が 30 人ぐらいいて、特に高齢者に限ってとかそういった感じではなくて、導入病院として PD を始めているんですけども、実際に自宅で自分でバッグ交換できなくなったなんていう方は病院ではフォローしてなくて、数少ない。いわゆるラスト PD 的な患者を開業医の先生にお願いして、ここ 2、3 年で 2 名ぐらいでしょうかね。お願いしているような患者おりますけれども。実際病院としては自分で注排液できないような患者フォローしてはいないのが現状です。

目ノ下 ありがとうございます。そうしますと考え方としては、ラスト PD で、かかりつけ医さんが面倒見てくれるならそのまま在宅でも病状が進んで

しまえば看取ってもらおうと。それも良しかなというお考えですよ。伊東先生の所はいかがですか。

**伊東** PD ラストができれば、本当これほど素晴らしいことはないかなと思います。ただ実際は、例えば開業医の先生に腹膜透析の患者診て頂けませんかってお願いしたときに、受けてもらえる先生もいますし、とても診れませんという方もいるのが現状です。それから、訪問看護もしくは介護施設であっても看護師さんがPDを診れるかっていうのを当院の看護師がアンケートを採ってくれたことがあるんですが、大体半分ぐらいの施設はOKだということなんですが、半分ぐらいはやはり難しいという回答があります。欧米ではアシステッド (assisted) PD といって、訪問看護師が腹膜透析のバッグ交換をやって在宅でPDを施行して、最後まで看るというシステムが出来上がっているようです。日本で実際にそれをやろうとすると、介護保険を使って訪問看護師に全てのバッグ交換をしてもらおうとすれば負担がかなりの額になってしまう。医療保険を使ってやるという裏わざもありますけれども、それでやると介護保険が使えなくなるというデメリットはある。なかなか実現が難しいから、バッグ交換の回数を減らしたりとかいろいろ考えてはいます。去年ちょうど日本腹膜透析学会の研究会でアシステッドPDのシンポジウムを開いたんですが、そこで介護職の、介護士さんですか、看護師さんではなくて、ヘルパーさんですね。いわゆるヘルパーさんがバッグ交換ができないかというようなことも議題に挙がったんですが、やはりそれは診療体系の問題も出てくるので、早急過ぎるのではないかというような意見が出たといういきさつがあります。そんなときは看護師がやるべきではないかとかいう意見だったんですが、現状ではそれをどうやって整理して、どういう人的資源を使っていくのかということにはまだまだハードルが高いのかなというふうに感じました。

**日ノ下** ありがとうございます。私も高齢者の透析のあり方として、PDをもうちょっと推進してもいいのかなという気持ちに正直なってきましたが、ご承知のように慈恵医大の横山先生とかは、高齢者ではBUNやクレアチニンの上がりも悪いし、食事量も少ないし、必ずしも1日4回のバッグ交換ではなくても、1回か2回で十分だというようなことをよく言っておられまして、パネルにも出て頂いたんですが、そのようなことを強調されました。そういう形で周りのあるいはご家族の負担を減

らすことで何とかいろいろ障害を持ったPD患者もHDに転向したりしないでやれる形もありなのかなとは思っています。それから、今お話にございましたヘルパーの活用ですよ。これは、正直私もこのプロジェクトを立ち上げたときに一つの案として実現させたいとは思っていたんですね。去年の4回のパネルの中でもいろいろ提案してみました。賛否両論あるんですが、基本的にドクターのほとんどが、医療職でないご家族、それも配偶者とか息子さんとか1親等でない方が注排液をやっていることもありますので、本音の部分では家族ができてなんでヘルパーさんがやっちゃいけないのっていう話がございますね。あくまでこれは私の意見、私見ですけども、2、3日の講習さえ受けてもらえば、ヘルパーがバッグ交換に手を出してもいいというようなルールに変更してもらえないかなあという気持ちは正直ございます。ただし、そういう話をしますと、福祉学関係の先生からはそれは事実上無理だと言われます。基本的に介護職の人間は医療、治療には手を下せないし、そのハードルを乗り越えるのは非常に難しいと。おまけに介護士を養成する大学にいる戸村先生という研究班の先生、もともと腎臓内科やっておられた先生ですけども、その先生にもパネリストになって頂き意見を聞きますと、実際に介護士を目指している学生さん、今教育しておられるそうなんですが、そういう方々ってのは医療にはあまり興味もない、知識もない、あるいは手を出そうともされないんだそうです。確かに吸痰、痰の吸引に関しては国が認めたわけですけども、PDバッグの交換までは介護側の視点からいうとなかなかハードルが高くて難しいと。いわゆる医療、治療に手を出すにはそれなりのメディカルバックグラウンドがもうちょっと必要だということのようです。全体的に医療知識や医学のことは分かってない、そういうスタッフには無理なんじゃないかっていう反対意見もございまして、なかなか難しいなと思っています。ただ、情報提供致しますと、パネルの会場の中には、バッグ交換は無理でも例えば1.5リッター、2リッターの透析液を家に搬入したり積むだけでも80代、90歳代の方には大変なことなんで、そういったことぐらい、要するにバッグを入れてあげるとか積んでおくとか、それだけでももうちょっとヘルパーさんとかが手伝ってあげられる環境ができればいいなという意見は出ておりました。何かPDに関してどうですか、熊川先生とかご意見ありますか。

熊川 私、今クリニック所属ですけども、本院のほうで PD 外来を担当しています。80 歳以上の高齢者 2 人おまして、1 人は息子さんが出てたんですけども、最終的には肺炎で亡くなったんです。この方も具合悪くなったときに息子さんと話し合ってお家で看取りましようねってことで近くの先生に紹介したんです。看取りだけならやってあげるよということだったんですけど、状態が悪くなったので入院されてお亡くなりになりました。やっぱり家族の誰か一体いわゆるキーパーソンなのかと。キーパーソンと患者の気持ちと我々が話し合ってまとまる方向でいけばいいのかなと思いました。もう一人の方は今老々でやってらっしゃるんですけど、息子さんが手伝ってバッグの運びはやってくれます。交換はまだ本人ができる。除水が不足しても、シャントは作ってあるのでいつでも HD できるから安心してやりなさいとお話ししました。シャントがあることが本人にとってもあんまり具合が悪くなったらやれるんだってということも、実際透析やらなくともですね。そのような安心感で全員シャントを作るわけではないですけども、その方はたまたまシャントを作られてた方なので、そういうふうに安心感を与えれば在宅でも安心してできるのかなという思いはしています。基本的に PD は若い人というイメージですけども、要するに社会復帰が目的だと思います、僕自身はですね。あとはいわゆる PD ラストという意味では通院ができなくなった患者に対してという二通りの考え方があると思います。最初導入するときには若い人で選びますと。どうしても通院が大変だということには先ほどお話ししたように家族が、援助をきちんとやってくれる方がいる方を選択します。以上です。

目ノ下 ありがとうございます。先ほどパネル前半部で、HD の送迎のことを議論したわけですけども、地理的な問題とか通院の関係で PD を選んでいるとそのような患者をお持ちの先生いらっしゃいますか。どうぞ。

清野 岩手県の盛岡市ですけど、盛岡の県北の方でとても通院はできない、けれども透析はどうしようか、当初は透析、血液透析、腹膜透析どちらも導入せずに見守るっていう意志を表示していた 90 歳の方ですけども、具合が悪くなって、緊急的に入院になって、そしてカテーテルで血液透析に導入した後にじゃあ維持透析どうしましょうかってことで、通院の関係で腹膜透析を希望されました。その方は誰

がバッグ交換するかっていうと、息子さん夫婦しかやりようがなかったんで、息子さん夫婦に手技を教えまして、あと特に高齢ですから先ほど 1 日 2 バッグでも大丈夫だってお話をしてみましたけれども、実際 1 日 2 バッグで今管理していて、そこそこ元気になっていますので、高齢者あと岩手県のように県土が広い地域では通院の問題もあって PD を選択するという事は十分あると思っています。

目ノ下 ありがとうございます。そういう地理的な問題で PD、高齢者に対して PD やむを得ない場合もあるだろうというお話でございますが、他に、例えばバッグ交換に関しこういう意見も出てました。名古屋ですか、名古屋共立病院の春日先生でしたか、試みとしてやってるんでしょうけれども、介護保険サービスを受けていて、デイケアセンターへ行く患者に関しては同じ医療グループのデイケアセンターへ行ったときに 1 回バッグ交換をします。そうすると、例えば 1 日 2 回だとしても 1 回そこでやってもらえるので、ご家族なりご自分の負担が減って、ちょっとは有利なんではないかと。こういうやり方もあるよという提案がございました。他に何か、フロアの先生方、あるいはスタッフの方々に、PD の注排液の問題、ご意見ある方いらっしゃいますか。PD のメーカーさんとかおみえになってますか。コメントございますか、何か。あと PD はやっている内容に対して医療費が高いという意見も出てます、Automated PD (APD) なんかにして 4 回交換とかにするとかえって血液透析より高かったりっていう話もあるんですけども。この問題は、次のテーマとかその次のテーマとも関わってきますので、他にご意見がなければ次のテーマに移りながら議論していきましょう。次お願いします。

#### ⑥長期入院 PD

目ノ下 自立できてない PD 患者の対応についてですね。入院 PD という形もなくはないですね。採算が合う、合わないはともかくと致しまして。その辺に関して、例えばいわき市の中野先生とかどのようにお考えになりますか。入院 PD を是とする先生が多い地域と、そうでない先生が多い地域と過去のパネルで意見が分かれたんですけど。

中野 これは HD も同じ考え方ですけど、やむを得ない場合を除き積極的な入院 PD は回避します。基本的には自宅あるいは施設を検討します。当然、自宅の場合は先ほどいろいろ議論がありましたように、老々介護等の問題があります。どうしても無

理な場合は施設を探します。施設にはそれぞれの事情があり、特老の場合は主に看護体制が問題になります。夜間になるとヘルパーさんのみで看護師さんがいなくなる。老健の場合は診療報酬上の問題です。在宅自己腹膜灌流指導管理料が算定できません。そこで、一般的な有料老人ホームへの入所を検討します。専任看護師の積極的な働きかけでこれまで数名の終末期患者を施設へ入所させ、施設で看取ってきました。

日ノ下 ありがとうございます。そうすると何かPDを続けていて、重篤な脳卒中を起こしてしまったとか、心筋梗塞を起こしたとかそんな話でないかぎり基本的には入院PDはなしと。なるべく施設を探してらっしゃるということですよ。そう理解してよろしいですか。あと、そういう議論の中で老健、医療者側からすると老健を活用したくなるんですけど、今のところほとんど受け入れはないですよ。あくまで老健も一括して経営しているような医療グループがやってる場合は別ですが、それはごく一部でございますね。たいがいは、老健はまずシャットアウトされる。それだったらそれでルールを変えちゃって介護保険施設に対してインセンティブを与えるような形はいかなものかというような意見が出てくるんですけど、それについてはどうですかね、管理料みたいなを一部渡すとか。中野先生どうお考えになりますか。

中野 一般論として、インセンティブを付けることでPD患者の施設利用を促すことには賛成です。具体的方法論としてどうしたら良いかは分かりません。PD患者の施設利用はスタッフのボランティアに近い努力によって支えられているのが現状だと思います。

日ノ下 それでも受けて下さる施設があるわけですね。ありがとうございます。病院の先生でいかがですか。飯野先生の所とか、伊東先生のところは。

飯野 新潟だと、腹膜透析の医療自体を推進してきたのがここ10年ぐらい、大学病院を中心として県内に広めてきたところがありまして、若手が育ってはきたんですが、そういう方が赴任してってくれる病院っていうのは急性期の病院で、いわゆる長期入院を認められないようなところにPDができる医者がいるという状況です。それで、新潟市ですと我々の先輩で開業した先生が、いわゆる老健施設のような所を持っていて、そこでは入所させてPDも診てくれるんですけども、ただ月に40万円ぐらい

の費用がかかるとかですね。ですので、お金がないとそういった所へもとても行けないという状況があって、新潟市内だと1施設か2施設ぐらい、いわゆる急性期ではなくてももう一歩下がったような中小規模の病院がございまして、そこに1症例か2症例は社会的に家で介護ができなくて、ただ重篤な病気があるわけじゃないっていう人を受け入れて頂いている状況があります。ということで、結局のところ、新潟では大学病院でPDの患者に関しては家に帰れない方はずっと診ているというような状況がありまして、病棟管理者としては非常に不愉快だと思うんです。ただ一方で50人とかかなりの数を診ておりますので、病院にもそれなりの収入が入っておりますのでそこは相殺されて目をつぶってもらっている状況でやっております。ですので、何らかの施設なりに見てもらえるような勉強会とか働きかけはしているんですけども、残念ながら実際はそうではなくて最期は大学でというようなが一番多いのかなというのが新潟の現状です。

日ノ下 新潟では新潟大学病院で長期入院でやむなく面倒みてあげてるケースがあるということですね。伊東先生の所どうですか。

伊東 山形でもやはり長期にPD患者が入院するというケースがありました。あとは施設入所は難しいんですが、自分でバッグ交換ができればもちろん施設に入ってPDを行うことができる。一例かなりグレーな状態だったと思うんですけど、施設の職員、看護職じゃない職員が実際はPDをやっちゃってるんですけども、外から手を添えるようなサポートをしてバッグ交換を実際にやってるのは本人だ、みたいな感じでバッグ交換をやってくださったというケースは一例ありました。あと、ショートステイで1週間とか患者を受け入れて頂いて、そこでは看護師さんがバッグ交換をやってくださっているというケースは何例か経験しています。あとはデイサービスですね。デイサービスでバッグ交換をしたりとか、あと入浴の際の出口部ケアをしてくれるという所は確保してますので、今のところ長期は難しいけれども、そういうショートステイとかでつなぎながら在宅をつなげているというのが現状です。

日ノ下 ありがとうございます。今の話は、結局、介護保険サービスも一部利用しながら、活用してってということですよ。介護保険側の施設を利用したり、面倒も少しはみてもらって、何とかやれてると。今思い出したんですけど、福岡でパネルをやったと

きに小倉記念病院の金井先生は老健に入所して頂いて PD をやるんだけど、老健の職員は基本的にはやってくれないので、家族が行って、その時間になったら行って交換するのもありだよと。そういう例も実際診ているのでそういう形も一つ提案しますというお話は出ておりました。どうぞ、先生。

**村上** 村上でございます。そのような場合、介護保険施設にも特養とかあるいはグループホームとかいろいろありますけれども一。老健というのは介護保険施設の中でも医療機関になります。そのため具体的な医療行為に対して費用は支払われないのです。もし老健入所者が外の医療機関で、いわゆる一般的な診療を受ければそれを老健が負担しなければなりません。老健は、そこが問題になっているのです。施設の中で出せる薬も少しはありますが、縛りがあるのが老健だけなのです。特養など他のところはできるのです。いわゆるさっき言った「在宅」という形でできるのです。以上です。

**日ノ下** ありがとうございます。老健ももう少し活用したい施設ではあるんですが、透析医療に関わっている我々からすると、先ほども議論があったように HD もそうですし、今お話がございました PD もなかなかうまく活用しにくい場所ではありますよね。ただ地域によっては、あるいは老健によっては、今お話がございましたように協力的な施設も一部あるようでして、先ほど言ったように名古屋地域の一部では春日先生の所のようにデイケアサービスのときにバッグ交換のお手伝いをしてくれるとか、それはもちろん同じグループだからですけども、そういった活用をされてる地域もございますね。あと清野先生とか菅野先生何かご意見ございますか。

**清野** うちの場合は長期の入院を受けざるを得ないことはあります、やはり。そのときには施設がら受けることもありますし、岩手県がそうなのかどうか分かりませんが死を迎えるのは自宅っていうよりも病院でという終末期、PD の患者も終末期は入院を希望するという方がどうしても多いので、終末期を見る関係上、結果的に長くなってしまったっていうケースも、特に高齢者の場合はあります。

**日ノ下** ありがとうございます。JCHO 仙台病院いかがでしょうか。

**菅野** 長期の入院の PD 患者というのは特におりませんで、ただ今先生がたがおっしゃっていたような状況を想定しますと、もうちょっと介護とのハードルを下げて、タイアップできるような環境にしたほ

うが、PD って医療者もしくは多くの人の目が入っていたほうがいろいろ合併症も防げるところが多々ありますので、介護の方でその腹膜炎に対してちょっと理解進めて頂いて、ケアなんてお手伝いして頂けるような環境になればいいかなと思われま

**日ノ下** ありがとうございます。今お話があった菅野先生のコメントですけれども、それに関連して地域包括ケアといいますか、これが整ってないと「ゆりかごから墓場まで」というような言葉がございますけれども、PD のスタートから最期の看取りまではうまくいかないかなというふうには感じております。名古屋大学の伊藤先生とかが、この 2~3 年名古屋市内をブロック化して、訪問看護ステーションをもっと活性化したり PD の支援ができるような体制を作りつつある。それから長崎で言うと、長崎市内の医療ネットワークを宮崎先生とかが中心で組織されて対応を図ろうとしてるとか、それから大阪のパネルでお話し頂いた中で、平松先生が岡山県内では最初から PD、そしてその後トラブルがあって大病院に入院されてもあるいは導入病院で入院されても、その後の後方支援もうまくいくと。それはどういうことかという、後方支援をする中小の病院があって、長期入院でも PD の面倒をみてくれる、最期の看取りも場合によってはすると。場合によっては、PD に対する十分な知識とモチベーションを持ったかかりつけ医さんが、かなり状態が悪い方でも在宅で看取ったりをしてくれると。つまり最初から最期まで PD オンリーで通してもやれる環境は作れるし、基本的には在宅医療なんだからそういう環境づくりは不可能ではないというような意見を持った先生方も全国には何人かはいらっしやるんですね。ただ私も何回かパネルさせて頂いて感じるのは、例えば東京地域は大体そうなんですけど、PD はあくまで在宅医療なんだから、急性期病院に何か大きな問題があって入院するのはいいとしても、長期に大病院、もしくは中小の病院で PD を続けるぐらいだったらむしろ HD のほうがいい、あるいは無理に PD に固執することもないという考え方の先生が多い地域もあるんですね。その辺をどう考えるかですけども、PD についていかがでしょうか。秋葉先生なんかどのようにお考えになられますか。

**秋葉** 振られて、一言で言うと「困ったな」というのが正直なところですけども。まず、看取りを PD でって話は、じゃあ血液透析の患者の看取りを

在宅でっていうのは今日本で非常にやりにくいんですね。なぜかっていうと、血液透析やってる患者の血液透析やめて死亡に至らしめるという過程を我々はほとんど選択できない。血液透析はずっと持続しなきゃいけない。ということは血液透析のまま看取することはできないんですね。だから腎不全患者が在宅で死を迎えたいとすれば、腹膜透析しか選択肢がない。そういう中で PD で在宅で死亡したいという患者の希望があったときにそれにどうやって答えてあげようかっていう話になってきて、今の話があるんだろうと思います。基本的には血液透析であっても、この患者は終末期でもう先がないという判断あってもう看取ってあげようと思ったら、在宅のまま血液透析を中止して、そのまま腎不全で死ぬという選択肢を私達がちゃんと確立してあげれば、こういう話はしなくて済むんじゃないかなというふうに思います。

目ノ下 ありがとうございます。透析医学会もその辺の問題はかなり関心が深くて、いろんな先生がこれまで意見を述べてこられて、おまけにワーキンググループができて提言ですか、一昨年ぐらいにまとめられたのが出ましたけれども、いわゆる血液透析の中断あるいは看取りといいますか、中止、終焉の方向をどうするのかという、こういう話だと思います。まだなかなか人権問題とかあるいは血液透析医療に関わってきた我々の慣習からか、簡単には透析中止の話ってのは結論が出にくいようですね。あくまで、あれも提言であって、学会が出したのはガイドラインとかマニュアルというわけではないので。その辺っていいですか、最終的にこういう条件を満たしたら中止してもいいとか、あるいは PD に切り替えて看取りなさいと、かなり重いテーマなので決めにくいかなというふうに感じてるんですけども――。PD に関わってらっしゃらない先生もパネリストの中にはいらっしゃると思うんですが、どうですか、高齢者の透析医療として PD を続けることは望ましいのか、そして最終的に後方支援病院を設けて入院 PD もあり、あるいはかかりつけの先生に頼んで在宅で PD で看取る、そういう形はあったほうがいいと考えるのか、いやそれはやっぱり変だろうというふうに考えるのか、どのようにお考えになりますか。ご発言あまり頂いてないので、山陰先生とかどうですか。

山陰 私どもの病院は PD をやっておりませんので、先生方のお話を伺って勉強してるところなんです

けれども、私ども HD の終末期の患者は本当にいつでもいるような状況で、看取りもしてるわけですけども、やっぱり慣れ親しんだ自宅で最期を迎えたいっていう腎不全の患者は一定数はおられると思いますので、そういうのを全うさせてあげられれば一番いいんだと思います。しかし入院の PD というのは何となく私は違和感があるので、いかがなものかなと懐疑的ではあるんですけど。そういったところですよ。

目ノ下 ありがとうございます。順番にいきましょうか。中野先生はどのようにお考えになりますか。PD ラストについて。

中野 秋葉先生のほうから HD 患者の在宅での看取りは透析中断という過程を辿らなければならないので難しいという話がでました。確かにそうだと思います。岡山の平松先生が高齢者の PD でよくおっしゃることは、PD 患者は亡くなる瞬間まで PD を継続できるため自然な看取りができると強調されておりました。確かにそうだと思います。医療者にとって死期が迫っているとはいっても、HD を中断することにはかなりの精神的ストレスがかかります。実際に HD 患者がどうやって看取られるかというと、なかなか家族のほうからもう透析をやめて自宅で看取って欲しいということは稀です。一般的には透析中止時期を判断することは非常に難しいと思います。私の場合、病態の悪化、あるいは衰弱の進行で透析を行うこと自体が死期を早めるのではないかと判断される時期になって透析の継続は難しいと申し出ることが多いです。この場合でも透析を中断した時期が適切であったか悩むことはよくあります。この点、PD では看取りの瞬間まで PD を継続できるので家族にとっても我々医療者にもストレスが少ないという利点があります。PD はよく HD と保存期の中間的な治療といわれることがあります。PD はお年寄りにとってこうした優しい一面があるので、高齢者に PD をお勧めしています。すみません、論点が少しずれてしまったかもしれませんが。

目ノ下 ずれてないと思います。ありがとうございます。要するに PD をお勧めして患者も受け入れて PD 入った方は最期まで PD でやって、ある意味では自然なステルペンの形を取れるので、PD ラストでもいいんじゃないかというご意見だと思います。次に熊川先生いかがですか。入院 PD と PD ラストっていう考え方。

熊川 PD 単独でいくのか、あとは HD も加味して考えてくのか、いろいろ考え方はあると思います。PD 単独で長期入院で亡くなるまでやるかという、入院した原因にもよると思います。ただ、社会的入院のような人をずっとやっていることは病院としては受け入れられないという所のほうが多いと思います。実際、訪問看護で看護婦さんが行ってバッグ交換するののかという、多分毎日難しいし、APD にしたとしても毎日やるかどうかと。もし僕が今、高齢でクレアチニンレベルがもうちょっと低めで導入して、尿量を確保できれば毎日しなくてもいいのかなと。毎日しないって言われるんだったら 1 日置きぐらいに訪問し、エクストラニール®を 2 日ぐらい入れっぱなしにしといてやるぐらいのであれば何とか在宅で、訪問看護師さんが興味を持ってしかも診療報酬取りながらひよっとしたらやれるのかなというふうな考えはあります。しかし、現実的にやったことはないので、在宅 PD 患者は今のところ家族が中心にいくしかないのかなという思いです。あと訪問看護というよりは、退院するとき一緒に看護師さんが自宅に行って自宅の状況を確認。家族の状況とか、犬猫がいるとかいないとか、そういうようなことを確認して、どういう方向でいったらいいのかということを書いて考える。そのとき結論出さなくてもいいんですけども、最終的に PD で看取るかどうかということでは、「やめちゃおう」というふうな方もいらっしゃるのかなという気もします。なぜ高齢者が PD を受けてたり HD を受けてたりするんだという理由の一つに家族が希望するからという答えがあるんじゃないかなと。家族が希望しなければ、そのまま自然な状態で亡くなるということを目指す高齢者の方もいらっしゃるのかなということ。なかなかその部分を引き出せないのかなという思いはあります。以上です。

目ノ下 ありがとうございます。過去のパネルの中で、特に高齢者で状態が悪い患者の場合に HD にしろ PD にしろ導入するときにはどれだけ大変なのか、それから長期入院血液透析になった場合、あるいは PD を選んだ場合のいろいろ周囲の方々の苦労とか、注排液の介助とかそういうのを話した上で将来像をある程度示して、例えば慢性腎不全プラスある程度重篤な脳卒中があって寝たきりもしくはそれに近いような状態の方に対しては、今後これをやった場合どれぐらい苦労があって、そして何年以内ぐらいにはちょっと厳しいよとか、1 年持つかどうか、そういう未来像もちゃんと提示した上での HD な

り PD の導入、それをもう少し徹底すべきではないかというような意見も出ておりました。今のお話と直接関係するかどうか分かりませんが。そういうわけで本当に PD を続ける必要があるかどうかをよく検討する必要があるというご意見だろうと思います。村上先生はいかがですか。なんかコメントありますか。

村上 僕も熊川先生と同じような意見を持っています。というのはご高齢でかなりいろんな合併症なんかもあり、頭や心臓やあるいはいろんな所にいろんな問題を起こして、それで PD をやる、HD をやる、ご家族と十分相談しながらね。HD や PD をやって良くなるんだったらいいけども、目の前でやってお苦しみになるような患者がいるんだったらそこは手を止めて静かに眠らせてあげたりするのも一つの方法じゃないでしょうか。以上です。

目ノ下 ありがとうございます。他に病院の先生方で何か入院 PD と PD ラスト、在宅お看取りという形での PD についてご意見のある方コメントのある方いらっしゃいますか。大丈夫ですか。どうぞ先生。

伊東 矢吹病院の伊東です。透析を受けながら在宅で看取るってことを考えればやはり PD しかないと思います。PD をやりながら在宅で看取ったというケースももちろんありますので、それはご家族がどういう医療を望まれるか、ご本人がどういう医療を望まれるかっていうことでそのオプションとして PD というものは一つ重要なのではないかなというふうに思います。入院をしながら PD をやることの是非については、これは経営上の問題も出てきますし、その患者の尊厳の問題というのも出てくるので、一概にいい悪いというのはなかなか言えないところなんです。実際、血液透析をしながら長期入院をしているという方もいることを考えれば、PD だから駄目ってことはないのかなというふうに思います。PD ラストってことに関しては、最初腹膜透析で導入して、例えば認知症がひどくなって PD が続けられなくなって血液透析に変えたという症例を何例も経験してるんですが、私の施設ではそのときに PD カテーテルを抜かないという選択をする方が何例かいます。カテーテルを抜かないで、またおなかの皮下に埋め込んでおいて、もしまたバスキュラーアクセスが取れないとか、血液透析がどうしても難しい場合にご家族と相談してもう一度カテーテルを引っ張りだして PD をやると。その際もフルドーズの PD ではなくて、週に 3 日 1 バックだけ入れ