

るとか本当に焼け石に水のようなPDですけども最期まで治療を中断しなかった、中止しなかったという選択はご家族とか医療者にとっての精神的なストレスを緩和するというか、軽くするという作用があると思います。どうしても透析をやめるときは医療者もストレスですし、ご家族もつらい思いをされますので、そこで最期まで続けられるということではPDのメリットはあるのではないかと思います。

日ノ下 PDの継続あるいはHDの継続にしても、もうちょっと柔軟な発想で対応したらいいのではないかと。だけど熊川先生からでしたか、血液透析のシャントを残しながらもPDをやったりとかで、そういう意見も出てましたですね。ですからPDもHDもどちらも両刀使いといいますか、どちらでも対応できるよというような考え方の中で、あまりブラック&ホワイトでない（白黒つけない）対応を図ってあげると、医療者側もストレスが減るし、ご家族としても納得した形での終末を迎えると、こういう話かなと思いました。それも確かに一つの考え方ですよね。そうした場面に直面した場合にはそういう考え方も取り入れて対応するのでもいいのかもしれない。ありがとうございました。次の話題にいきましょう。

⑦在宅PDと医療保険診療、介護保険サービス

日ノ下 今示して頂いた問題点はこれまで議論してきた話とオーバーラップするわけですけども、つい今しがた議論していた内容は基本的には入院PDをよしとするかどうか。そして、その延長線上のPD患者の終末期の迎え方、そういう議論だったわけですけども、今度は入院を要するPDのような方ではなくて、何かと障害があったり、支援を必要とする高齢のPD患者に対してその支援のあり方はどうあるべきか？といった話が中心なんですけれどもご意見のある方いらっしゃいますでしょうか。どうぞ。清野先生。

清野 特に高齢者で、バッグ交換とかそういうことを家族が支援している、それが長期になるとその支援している家族の疲弊というのが非常に目立ってきて、そこで患者じゃなくて家族の問題が出てきますので、そのときに家族が休むためのショートステイを利用するとか、そういうことをできないかなってことでうちの病院でも何年前前にショートステイを受けてくれる施設を探して、そこで腹膜透析とは何ぞやということとか、実際業者さんに行ってもらって特にAPDのやり方とかそういうものをシミュレーションしてもらったりとかして、患者を受け入れてもらえるような体制を作って、2人ほどお願いした時期がありました。PD患者を一次施設だけでなかなか見きれないっていう現状があったときには、そういうショートステイを受けてくれる施設を開拓するっていうのも非常に重要だったなと思いました。

日ノ下 ありがとうございます。確かに5年、10年、例えば息子さんとか娘さんとかあるいは配偶者の方とかあるいは場合によってはお嫁さんとかが透析を毎日のことですから、手伝い続けるというのは大変なことなんですね。2年、3年以上たつてくると疲弊してくると。そういうときにショートステイを活用したらどうかと。またショートステイに応じてくださるような施設を開拓することも必要だよと。例えばこれも以前のパネルで出たお話ですし、実際うちの病院でもたまに受け入れてるんですけども、いわゆるレスパイト入院ですね。ある意味では社会的入院で、社会的入院を是とされない先生方が多いし、どうかとも正直思いますけれども、ファミリーの負担を軽減するという意味でのレスパイト入院。これを主張される先生も過去のパネルの中にはいらっしゃったし、うちの病院でもたまにやっております。ということでPDを自立してできてない方に対して、ご家族の負担を軽減するためのショートステイもしくはレスパイト入院。これはありかなと思います。いかがでしょうか。菅野先生の所とかそういうような形でお受けになることがあります。レスパイト入院。

菅野 今のところはないですけど、やっぱりこれからそういったところは出てくる可能性あると思います。

日ノ下 伊東先生とかどうでしょう。

伊東 うちではしょっちゅうやっています。レスパイトは1週間とか10日とかって入院の前に決めてもらってその間はお預かりしますよということで。その間に腹膜機能検査をしたり、外来でなかなかできない検査をそのときにやってしまうというようなことで利用させてもらっています。あとはご家族との相談ですけども、レスパイトのときはなるべく個室に入って頂いて、差額を頂くというようなこともしています。

日ノ下 当院でもそうですね。どちらかというとは大体個室入院です。飯野先生の所どうですか。魚沼地域もしくは新潟市内では。

飯野 レスパイト入院は受けておまして、やはり伊東先生の所と同じような感じで、PD に関する特殊な検査をしたりとか、手技の確認をしたりとかという再教育の場として有効に使っているというところがございます。私自身、以前は新潟市にある新潟大学の付属病院におりましたがこの 6 月からは魚沼市という、雪深いところに新潟大学が地域の医療施設、3 病院あったんですけどその 3 病院を再編して、新たに 450 床の 3 次救急ができる病院を建てたんで赴任しております。その際にいろいろと今まで私どもは医療に関係のある職種の人としか話をしなかったんですけども、行政の人と話をしなければいけない場面が多々ありまして、そこで分かったことは何かものを動かすときに提言するだけではなくて実施する、行政の方々の力を借りると、意外とものごとが簡単に進むということがよく分かりまして、今後も密に連絡を取っていきたいと思います。私が連絡を取れるのは自分の住んでる県の職員であったり、市町村の担当者にとどまってしまうので、もっと日ノ下先生とかには、厚生労働省とか国と向かい合っていて、緊密に現状を伝えて何を我々が必要としているかっていうことを常に発信して頂きたいなと思っております。

日ノ下 ありがとうございます。要するに行政の方を動かせば、改善できる問題もいろいろあるよというこういうお話だと思うんですね。他には、どうでしょうね。熊川先生とかどのようにお考えになりますか。要するに普通の在宅 PD 患者に対する支援のあり方で、自立できてない方に対してこういう環境があればいいんじゃないかとか、こういう方法いいんじゃないかってもしご提案とかご意見ございましたら。

村上 さっきお話に出たレスパイト入院ってのは僕も前本院にいたときには結構使ってました。短期間であればもう在院日数のカウントも気にしなくていいかなという思いがあって、1 週間ならいいよという形で入院を受けてました。いわゆる期間決めてということですけど。他の病院とかの所が CAPD に関する拒否感っていうんですか、非常に強いんですね。HD 患者は受けるけど CAPD 患者受けない。なぜなんだと言うと「分からない」と。一緒に教えるからって言ってもなかなか乗ってこないということがあって、これはどうしたものかなど。確かにお医者さんもそういうお医者さんがいらっしゃるので、看護師さんだけ責めることはできないんですが、興味を持たせることをしなければなりま

せん。PD がこういう面でいいことなんだってことをもうちょっと宣伝っていうか、していかないとなかなかそういう拒否反応が少なくなっていくのかなという思いしています。

日ノ下 ありがとうございます。どこでパネルやっても出てくるご意見でして、PD に対する認識が少ないあるいは PD とはどのようなものかってことをあまり知らないですね。介護保険関係のスタッフだったり、あるいは行政の方だったり、場合によっては直接透析に関わったことのない、看護師さんとかドクターはそういう印象をお持ちの方が多いいですよ。やはり日本の場合 3 パーセント前後ぐらいしか PD の患者がいらっしゃらないわけですけども、諸外国に比べて少ない理由の一つとしてそういう啓発活動がまだまだ不足してるんじゃないかというのはよく出る意見でして、おっしゃるとおりですね。血液透析医療の矛盾とか問題点もあります、送迎のこととかですね。そういうので困ったときに PD ってのは一つの有益な手段だとは思いますが、やはり全体的に PD に関する知識不足は否めないもので、それぞれの地域や先生方のほうで、ある程度リーダーシップを取って頂いて、地域における関係者の皆さまへの勉強会とか啓発活動を進めて頂ければなおいいのかもしれないですね。簡単にできることではないんですけども。あといかがでしょう。中野先生。何かご意見ございますか。

中野 レスパイト入院のことですが、私のところでは入院は極力回避したいと考えております。介護上の問題が発生した場合には、まず介護保険でのショートステイの利用を検討します。施設の都合でどうしても利用が困難な場合に限ってレスパイト入院を行います。施設職員への啓発活動が地道に行われていれば PD 患者のショートステイ利用もそれほど難しくはないと思います。PD は究極のチーム医療です。医師、看護師、ヘルパー、ケアマネージャー等、多くの職種が機能的に連携すれば、PD ほど医師にかかわる負担の少ない医療はないと思います。ヨーロッパのアシステッド PD では看護師に大きな権限があり、成果を上げているようです。その辺を日本でも見習ったらよいと思います。

日ノ下 分かりました、ありがとうございます。一步踏み込んでアシステッド PD といいですか、ドクターはあまり関わらず他の医療職の方が中心で PD を推進していくと、そういう形がもっとあっていいんじゃないかなというこういうお話だと思います。

おっしゃるとおりかもしれませんので、また我々も考えていかなきゃならないですね。山陰先生、最後に何かございますか。

山陰 私どもではPDやってないので、あまり申し上げるような材料はないんですけども、PDが必要とされる患者はある程度の比率でおられると思いますので、私どもも前向きに考えていこうかなと思ったりした次第でございます。

日ノ下 ありがとうございます。PDに関する最後のテーマとして、PDにおける医療保険と介護保険の運用のあり方ですね。今の問題とも関わるんですけども。何か現場でそのシームレスな運用に関してこれはまずいとか困ったなっていう何かコメントございますかね。特にはないですか。ヘルパーさんとか、ケアマネジャーとの関係はうまくいってますか。伊東先生の所とかいかがですか。特に問題ないです。

伊東 そうですね。介護職の人たちと、当院外来の看護師が結構密にコミュニケーション取ってくれているので、そこに私は全然入ってないんですけど。情報交換をしてくれているというのが一つありがたいなと思います。あとはソーシャルワーカーもこれはPDに限らずなんですけれども、地域の訪問看護師さんたちを集めて定期的に勉強会をしているので、多少顔の見える関係というか、病院の看護師とソーシャルワーカーと訪問看護師さんたちの間が少しコミュニケーションが取りやすいような過環境をつくってくれているので、それが一つうまく働いているかなと思います。

日ノ下 ありがとうございます。いいヒントをくださったと思うんですけども、先ほど中野先生がおっしゃったようにPDはまさしく究極のチーム医療ですので、いくら1人だけ熱心なPD推進派のドクターがいてもうまくいかなかったり、特に元気で自立してる患者ならいいんですけども、いろいろ障害を抱えていたり、認知症だったり家族の支援が得られないようなケースではですね。サポートする看護師さんとかドクターとかあるいはソーシャルワーカーとかいろんな立場の方々にもよく理解して頂いて、みんなでサポートしていかないと進まないですよ。何かその辺の問題でご提案とかコメント、ご意見ございますか。清野先生、飯野先生特にはないですか。

清野 訪問看護っていうものをうまく利用できた患者がいたんですけども、病院に来るのが嫌いで、

定期的受診のときも来なかったりとか、あと医学的に脱水気味になって入院して点滴しなきゃいけないっていうときも嫌だっていうことで、そのときは訪問看護師さんに行ってもらって点滴を連日で何日間かやって。急場をしのいだっていうことがありましたので、いろんなチームを利用できればどんどん利用していきたいというのが本音です。

日ノ下 ありがとうございます。そしたらこのテーマの最後の技術的な問題ですけども、現状を踏まえた今後のPDのあり方をどういうふうにお考えになるのか、そしてPDの技術的な変革は必要ないのかどうかっていう話ですが、先ほどから出てますように、例えば後期高齢者の患者に関しては何もバッグ交換3回4回やる必要なくて、2回でもいいし。場合によっては週1、2回でもいいという意見もこのパネルで出ておりましたですね。エクストラニール®を貯留しっぱなしとか。その他透析液量も含めて、あるいはHDの併用なども含めて、今後のPDのあり方。高齢者に対するPDのあり方で、ご提案とかご意見ある先生いらっしゃいましたらよろしくお願い致します。どうぞ。飯野先生。

飯野 なかなか難しい問題なんですけど、こういう質問があったとき必ずお願いするようにしてるんですが、PDがいろんな医療職の中でも広まらないし、一部で嫌われてる理由っていうのは各メーカーによってやり方が違うということが大きな問題だなと常に思ってます。医療関係者で輸液の点滴のライン、輸液に接続して患者に付けられないなんて人はいないわけで、それはどのメーカーでもユニバーサルなので、できたらそういう根幹的な部分に関しては各メーカー同一なものができたらもっといろんな面でのハードルが下がるなと思っております。実数が増えないとこういうことは無理なんですけど、そういったところもぜひ考えて頂きたいなというふうに思ってます。

日ノ下 ありがとうございます。メーカーのシステム、あるいは製品の問題ですね。何社か日本にもございますけれども、共通のスタイルであればもう少しPDが促進されるかもしれない。あるいはそれを扱う患者ご本人や看護師さんとかご家族もやり易くなるかもしれないというふうにお話だろうと思います。他には何かご意見。秋葉先生どうぞ。

秋葉 本日のタイトルに「腎臓機能障害者の高齢化に伴う」という、高齢化というキーワードが一番大きな問題じゃないかと思うんですね。なぜかっていう

と腎不全患者の治療の目的が、生命予後の改善にあるのかなのかということをしかり捉え直さないこの問題については答えにくいというのは正直なところだと思います。例えば、アメリカにおいては長期カテーテルとそれからネクステージという非常に簡便な血液透析装置をやって、すごいアンダーダイアリシスをやりにながら在宅血液透析の数を増やしています。日本で在宅血液透析っていえば非常に効率のいい長生きをする治療ですけども、アメリカにおいてはカテーテルを入れてどんどん死んでいく治療なんです。でもそれでもアメリカにおいては移植という逃げ道もあることもあって、それ以外の人たちにとっては短命でも QOL が良けりゃいいやと、家に帰れりゃいいやという形でこれは選択されているわけです。ですから今回私達も腎機能不全障害者の高齢化に遭遇したとき、私たちがこれまで Kt/V どのこうのごちゃごちゃ言いながら生命予後を良くするって、いう目標でどんどん走ってきたけど、本当にそれだけでいいのか、もっと患者が求めるのは何って言いましたっけ、短命でもいいから最期まで健康で生きたいということ言葉がありましたよね。

日ノ下 太く短くですか。

秋葉 太く短くでもいいです。そういうことわざに示されるように、少々命短かったっていいじゃないの、透析回数減ったほうがいいや、週に 1 回の透析で済むならそれでいいやという気持ちをどうくみ取ってやるかというところも少し考えてあげないといけないのじゃないかなということ、私たち意識を変えなきゃいけないんじゃないというふうに思います。

日ノ下 ありがとうございます。また後で総括のお話を伺うとして、何か PD の技術的な問題で今後の高齢者 PD においてはどうかあるべきか、どういう技術的な革新が必要、あるいは考え方の変更が必要なのか。JCHO の佐藤先生とか何かご意見ございますか。無いですか、特に。他にはフロアの皆さまのほうで何か PD に関してこれは言っておきたいというご意見は、どうぞ。

伊東 飯野先生もおっしゃったんですけど、メーカーさんのデバイス、あれは非常にユーザーフレンドリーだと思います。各社がいろんないいシステムを作ってくださっているんだと思いますし、あるシステムは日本でしか使えませんが、海外の透析施設とか見に行くところなんでやってんだなという

のを見て本当に日本というのは恵まれてるなあというのを感じます。やはりそれがまたユーザーフレンドリーで進化しすぎたために、それを使い分けるのに多少の知識とか技術が必要になっているということも現状ですので、血液透析であればどのメーカーのダイアライザー、どのメーカーの回路も一つの機械で収まって使えるというところが PD の場合はそれができない。当院は日本で使える 4 社、全部のメーカーを使ってますけれども、例えばその患者が何か大きな病気をしてどっかの大きな病院にお願いしなければいけなくなったときに、そこが違うメーカーの PD しか使ってなかったとなった場合にいろんな問題が起きてくるということがあります。そういう緊急の場合だけでも少し互換性ができるようなものとかそういう工夫があればすごくいいのかなというふうに思います。今回せっかくメーカーの方いらっしゃるんで、何か言って頂けるといいかなと。

日ノ下 2 社ぐらい来ておられますかね。何かご意見ありますか、ドクターサイドのリクエストに対してどうですか。バクスターさん。テルモさん。何かありますか、コメントは。

玉城 テルモ株式会社、東北支店の玉城と申します。いつも大変伊東先生にお世話になっております。いつも言われていることなんですけども、少なくとも今互換性がある部分というのは、例えば、カテーテルの先のバクスターさんでいうチタニウムアダプター、そこまでは互換性があるんですね。そこから先がメーカー別になっていると。ここから先はなかなか、それぞれの思いがありまして。なかなか進んでいないというのが現状だと思います。

日ノ下 それぞれの滅菌の対応にしても売りの部分ですから難しいところだろうとは思いますが、血液透析もそうです、日本は一つの技術を獲得するとそれをとことん突き詰めて改良して、諸外国に負けないようなレベルのものを作りあげる、それが得意な国民性ですので、携帯電話とかパソコンなんか数年前よく言われましたよね、ガラパゴス化しちゃっていて、日本の機械は込み入りすぎて逆に諸外国では受け入れられなくて、競争に負けていく場面もあったと聞いております。今後少なくとも高齢者の透析医療に関しては、秋葉先生もちょっと触れられましたように、手を抜くって言うと言葉が悪いですけども、あり方を考え直すといいかもしれませんね。

若年者中年者とはまた違うので、その医療のあり方ですね、あるいは技術的な問題もそんな複雑多岐にわたるのではなくもっとシンプルにして。各社共通化したり、同じプラットフォームで対応できるとかー。場合によっては血液透析も腹膜透析ももう少し透析効率を落として、お互いに負担がかからない形を考えるとかそういうことも必要な時代に入ってきたのじゃないかなという気はいたします。最後にこの PD の話題はこの辺にいたしまして、総括の議論に入りたいと思います。長らく皆さまお付き合い頂きまして、ありがとうございました。きょうは「高齢化社会における今後の HD、PD のあり方」支援に関するいろんな討論をやってきたわけですが、自由に高齢化社会におけるその透析のあり方あるいは問題点について皆さまにご発言頂いて締めようと思っております。医療保険と介護保険の関係も含めて頂いても結構ですので、何かご意見あったのだけでも言い残したっていうような方、まずフロアでいらっしゃったら伺いたいと思います。どなたか、ご発言されたい先生、看護師さん、スタッフの方いらっしゃいますか。現場で悩んでいる問題とか直面している課題とかありましたらどうぞ。今までにほとんど出尽くしたですかね。どうぞ先生。

木田 福島寿光会病院の木田と申します。医師ですが透析専門医ではございません。地域で困っているとのことで、仕方なく透析を担当しております。いわゆる老人病院に勤務している立場で先生方のお話を聞いておりますと、違和感があります。つまり、すべて医療者側の意見と感じられることです。実は、医療を受ける側の患者やその家族には、大きな病院から見捨てられたという感覚を持っている方が少なくないということです。見捨てられたと思っている人たちは、その理由を理解して現状に満足しているのではなく、本当はもっと設備の揃った病院で治療を継続してもらいたいと思っているのです。その願いが医療的に正しくないのであれば、そのことを理解できるように国民の教育を行うべきであって、医療者側が一方的に決定して押し付けることではないと思っております。このお話は、皆様との論点とは違っているかもしれません。しかし、高齢者に対する医療の継続が正しいのか正しくないのか、PD か HD のいずれを選択すべきか、などの問題は、大きな病院から見捨てられた患者たちにとっては、全く論点が違うことなのです。その様な患者たちの多くは、最後までできる治療を可能な限り継

続してほしいと願っているのが現実であることをご理解頂きたい。皆様は論理的に正しい医療改革を行っているにしても、この患者たちの思いを考慮した穏やかな変革を行って頂きたいと願っております。

日ノ下 ありがとうございます。技術的な問題とか、PD、HD の適応あるいは入院の適応、そういう議論の前にいろいろ問題を抱えていたり入院が必要になった患者がいた場合、ご家族としては何はともあれ入院を継続して欲しいと。そういうご意見が多いということですね、先生が主張されているのは。ありがとうございます。日本は高齢化社会ではありまして、景気は多少落ち込んできたとはいってもまだまだリッチな福祉国家ですので、一時期 20 世紀の時代にはよく言われましたね「人の命は地球より重い」と。そういう観点からものごとを考える姿勢も重要だろうということですね。他にはどなたか。いらっしゃらないようでしたら最後に、各パネリストの先生からご意見を伺いながら簡単にディスカッションして終わりたいと思います。しばらくお話し頂いてない青森の村上新町病院の村上先生。いかがでしょうか。全体を通じてコメントを。

村上 ありがとうございます。このご高齢になりました患者の HD、PD ですね。先ほど申し上げましたように、いつも悩むのはうんとご高齢な方ですね。しかもご家族の希望もあり何とか HD やってくれ、PD やってくれと言われて、それが 80 歳代後半だったり、90 歳だったりすると。本当に私ども悩みます。ですから、実際にそれをお引き受けして導入し元気よく歩いて帰ったりすると、ほっとするんですけども、その辺の個人差といいますか、それが非常に問題となります。それからもう一つは先ほど申し上げました 40 代 50 代で始めて 20 年、30 年やった今 40 年過ぎてるのがうちにも何人かいます。そうしますと 80 歳 90 歳に近いですね。そうしますと ADL が下がって、デイケア、デイサービスやったりなんかしながら仕事はしっかりやっご定年を迎えて、しかもご家族おじいちゃん、おばあちゃんになってお孫さんまでも元気になって、そこで手を止めるわけにはいかないんで、さらに元気にしてやりたい、そう思いますし、その辺も非常にこれから医療費をどうのこうのと言われてる世の中では難しいことの一つじゃないかと思っております。ご意見をいろいろ頂きたいです。ありがとうございます。

日ノ下 ありがとうございます。今お話し頂いた

中には 80 歳代の高齢者、あるいは 90 歳代と言えどもそれぞれ体力それから病気の質、重篤度、あるいは認知症の程度も違うと。中には 1 回入院してもスタスタ元気で歩いてお帰りになる方もいれば、入院がきっかけでそのまま寝たきりになるような方もいらっしゃるし、いろいろだろうということですね。秋葉先生から以前のパネルで頂いた話なんですけれども、高齢者における透析医療というのは先ほどもそれに近いこと申し上げましたけれども、今後はテーラーメイドの治療であって欲しいなという話を秋葉教授はよくおっしゃってこられました。その通りだと思います、患者によって事情が違うので、それに合わせた対応を図っていかなくやなんないということかもしれませんね。次に順番で、熊川先生お話し頂いてよろしいでしょうか。

熊川 高齢者に限らず、よく患者満足度調査ってのがあるんですけども、家族の満足度調査っていうのとスタッフの満足度調査っていうのは少し足りないのかなと。医療者の満足度が結局は患者の満足度あるいは家族の満足度を高めていくんだらうなと思っています。PD、HD どちら選択するか大体決めるのは僕らよりは看護師さんのお話なのかな。ドクターが 2 ぐらいで、看護師さん決めてるのが 8 ぐらいなのかな、ドクターからの話よりも看護師さんが時間かけていろんな事情は知ってるので、その辺もうちょっと丁寧にやってくともうちょっと満足できる治療ができるのかなという思いはしています。

日ノ下 ありがとうございます。次に中野先生いかがでしょうか。

中野 高齢者の透析医療ということで、これまで国民医療費という観点からの話題がなかったのですが、そのことに関して話させて下さい。10 年ぐらい前ですが、高齢者の PD 医療費がどのくらいになるか調べたことがあります。PD 医療費の特徴は、使用するバッグの用量と使用数に大きく依存しています。若年者では 1 日 4 回連日でバッグを使用するのが一般的ですが、高齢者では 1 日の使用バッグ数は少なく、治療休日を設けることが多く医療費を削減することが可能です。今日、一例だけ調べてきましたが、高齢者の 1 日 3 回バッグ交換で週 1 回の休日を設けている患者では、一月の医療費は 28 万程度でした。同程度の年齢の血液透析の患者では、41 万程度の医療費でした。高齢者がインクリメンタル PD 法とかで PD を導入した場合、当初から大量のバッグを

使用する必要はなく医療費を削減することが可能です。さらに付け加えるならば、自動腹膜灌流装置や紫外線照射の接続機器とか様々なデバイスが発達していますが、そういった加算を取らなければ更に医療費は削減できるということです。CAPD が始まった頃は、シングルバッグしかありませんでした。それを使用すればバッグの医療費は半分まで削減できます。シンプル・イズ・ベストという言葉もあり、寝たきり患者ではバッグフリーにする必要はなく、ちょっとした工夫で医療費は削減できるのではないのでしょうか。

日ノ下 ありがとうございます。透析医療費の観点ですね。私も実はこのプロジェクトやるときに PD の医療費は調査しました。1 日 2 回のバッグ交換で、大体あるメーカーさんに調べてもらったら 25 万数千円というレベルで、今先生からご指摘のあった値段に近いですね。そういう形で PD をやれば、少なくとも HD よりは安上がりだというのはございます。だからそういう意味での PD の見直しというのも大事かもしれませんね。次に山陰先生お願いいたします。

山陰 このディスカッションで触れられてないところなんですけども、患者の栄養状態、栄養をどうするのかというのがちょっと今までの調査ではなかったように思うんです。私どもで長期入院の患者のうち、今まで 400 何人いると申し上げましたけど、大体驚くことに調べてみたら 3 分の 1 弱は胃瘻とか経管栄養せざるを得ないような状況になっているんです。それで、前に北海道の大平整爾先生が仙台に講演にいらしたときに、私がお前座を務めてうちの病院の状況をお話したんですけど、地域性もあるんでしょうが、大平先生は経管栄養やってまで透析やっているのかと、大変驚かれてたんですけど。私のほうは逆にそれやらないんですかということに驚いたんですね。そういうふうなことの、結局食べないことには長期生存もできないわけですから、そこら辺の。あと、PD の場合はかなり蛋白のロスも多いと思うので、食事のほうはどうなっているのか。私のほうでも結局アルブミンのロスの少ないダイアライザにどんどん変えていってやってるというのが現状です。食事の問題の調査も今後加えてやっていって頂ければいろんな参考になるんじゃないかと思いました。以上です。

日ノ下 ありがとうございます。高齢者の透析患者の場合に一般論として栄養状態が悪いと、アルブ

ミンも明らかに若い人より低いというデータが出てますよね。それに対するご指摘だろうと思いますけれども、透析の形はどうあるべきかということと同時に、栄養状態が予後にも関係してくるので、その問題もしっかり取り上げてみましょうというお話だろうと思います。次に JCHO 仙台病院の菅野先生お願いいたします。

菅野 私のほうからは、このテーマについて本日は十分に論議できなかったと思うんですけども、透析導入についてなんです。今年、当院では年間 250 から 300 トータルで導入するんですけども、超高齢者ですから 85 歳以上の導入患者、年間 8% ぐらいいます。6 年間で見ますと 130 人いらっしゃいます。その方々を調べたところ、導入時に寝たきりになっている人が 7 割なんです。そしてその 1 年予後を調べたら、4 割が 1 年以内に亡くなっています。その亡くなった方の半分は最初の 4 ヶ月で亡くなっているとの結果が出ました。その人の透析を始める意義っていうのをもう一回考え直さないといけないっていうのと、本人とご家族とその意向を踏んでその人にとっての透析のある人生って何かっていうのを考え直さなくてはならないと感じています。

日ノ下 ありがとうございます。それについて先生達は調査もされているんですが、何か対策というか寝たきりの人はなるべく透析を勧めないようにしているとか。あるいは家族に図った上で透析導入を選択しているっていうか、えり分けているとかそういうアクションは起こされてるんでしょうか。

菅野 今まで非導入、差し控えてほとんどなかったんですが、ここ 3 年ぐらい、ガイドラインにも示されてきてはいるのですが、ご本人の認知症がひどければ家族の強い意向ですとか、ご本人が寝たきりであってかつその意思表示できればその意図をくんでといったことで、透析導入の差し控えといったことは考えています。

日ノ下 ありがとうございます。特別にリビングウイルの活用とかそういうことはまだなさってないですか。ありがとうございます。この問題についてどうでしょう。高齢で、寝たきりもしくはそれに近い方でまだまだ日本は透析導入することが多いんですが、果たしてその意味はどうかということですよ。ご意見のある先生いらっしゃいますか。どうぞ。

清野 いわゆる透析療法に導入するかしないかっ

ていうことで、やはりご本人の意志と、これ高齢者であってもご本人の意志とご家族がそれを同意しているということで、透析療法を導入せずに看取ったという患者は、最近では以前よりもちょっと増えてるという印象があります。その一方で高齢であっても当初は先ほど言いましたけども、当初は透析導入を拒否してましたが苦しくなって、いざ受診したらば透析導入になったというそういう 90 歳の方もいるので。どこを判断の基準にするのかっていうのが非常に難しいんじゃないかなと思っていますので、多分今後はそういうケースが増えてくるのかなと思っています。

日ノ下 清野先生、そのことについて何か先生ご自身もしくは先生の病院におけるクライテリアはありますか。超高齢者の方で、90 歳前後の方でご本人は透析を望んでなかったとか、あるいは逆に拒否はしてたけどもいざとなるとやってくれて話になった、そういうケース実際私も経験してますけれども、何か基準みたいな設けておられますか。こういう場合には導入するけど、こういう場合には導入しないとか。この問題は、これからの課題だということですね。ありがとうございます。誰か手を挙げてらっしゃった。山陰先生お願いします。

山陰 先ほど JCHO の菅野先生が、導入の状況についてご説明になられ、私も調査にご協力申し上げたんですけど、確かに菅野先生がおっしゃるような状況になっているんだと思います。あと一つは結局、そういうご本人もさることながら患者のご家族ですよ。きちっと透析導入の時に話を、特に予後についてお話を頂くことが大事で、患者の家族によっては透析してればいつまでも生きてるんだという錯覚を持たれている方が大勢いらっしゃるんですよ、これは。それで透析やっていたらだんだんいろんな合併症も出てきて、いろんな状況が低下してくるということを私ども導入した患者お受けしてから搬入するときにお話をするんです。初めて聞いたような顔をしてびっくりされる方がいます。それであんまりトラブルになることもないんですけども、やはり高齢者の透析患者の場合はその予後があまり良くないというようなことは必ず触れて頂くようお願いをしたいと思っています。

日ノ下 ありがとうございます。ここにいらっしゃる先生がた、スタッフの皆さんはそのことはよく理解されたと思いますので、今後心掛けていきたいなと思います。では次に伊東先生いいですか。

伊東 高齢者の透析医療のアウトカムに何を求めればいいのかっていうのはすごく、先ほど秋葉先生もおっしゃってましたけど大きな問題かと思えます。生命予後ではないというのは皆さん共通の認識だとは思いますが、QOL をじゃあ何で測ればいいのかそのサロゲートになるものがあるのかっていうところは常に考えていかなければいけないかなというふうに思っています。先ほど菅野先生がおっしゃった件なんですけど、昨年だったか一昨年だったかの”New England Journal of Medicine”かなんかに確かアメリカだったか、アメリカかなんかのデータで高齢者が血液透析だったと思いますが導入すると3ヶ月ぐらいでADLが急激に低下するんだっていうようなデータを出したものがあったと思います。食事制限がある上にアミノ酸ロスがあつて、かつ週3回4時間運動できないということになりますので、明らかにサルコペニアといわゆるフレイルですか、そういう状態になってしまうのかなというふうに思います。

そういったことが本当に患者のためなのかどうかっていうのは僕らこうやって偉そうに言いますがけれどもそれは患者に聞いてみなきゃ分からないわけで、家族にしても患者にしても実は治療を受けているときは分かんないじゃないかなと思うんですね。なので、何かしらそれを、サロゲートになるようなものは見つけていかなければいけないかなというふうに思います。

あと先ほどアドバンスディレクティブの話が出ましたけれども、実はちょうど昨日 JCHO 千葉病院の室谷先生が6年から7年くらいかけてずっと透析の患者に将来自分が意志表示できなくなった場合にどうしますかっていうことをずっとデータを取られているということを講演を頂きました。当院もそれをまねてとかやってみようかということ今院内の意思を統一とかしているところがあります。透析をしない選択、中断する、やめるっていう選択があると思いますが例えばがん治療なんかでは手術をしないベストサポータティブケアなんて言い方をしますけど、もうちょっとそういうベストサポータティブケアみたいな前向きな捉え方で透析をしないっていうふうな考え方になるともう少し僕らも受け入れやすくなるのかなというふうに思いました、以上です。

日ノ下 ありがとうございます。いろいろ斬新なパースペクティブを与えて頂いて、参考になりました。ただ先ほど前段の New England Journal of

Medicine の話でいうと、アメリカと日本では事情が違う、予後も違う、血液透析に関しては技術レベルも違うところがありますし、こうやって議論を各地でさせて頂くと、透析のあり方から送迎も含め、地域によっても、日本国内の地域においてもまた違う、その辺でこの問題、一律に、あるいは画一的に考えがたくて難しい問題だなとは日々感じております。では飯野先生お願いします。

飯野 今日はいろいろとまた、問題点あることを再認識させて頂きました。また私も6月から魚沼というところの地に移ったんですが、そこは、非常に高齢化が進んだ地域で外来で診療していて80歳90歳が当たり前というような形で今後、透析導入されてくる方もそういった超高齢者も多々いるんだろうなというふうなことを今思いながら診療に当たっております。HDをするのかPDするのかどちらがいいとかそういうことに関しては十分な情報提供のもとにご家族を含め決めて頂ければそれでいいと思いますし、私としてはできれば患者に携わる全ての職種が自分の得意な分野で何らかのサポートしてくれながら何かいい方向に向けてもらえるような気持ちを持ちながら医療をしてもらえるような環境整備というのを考えて日々やっていたいなと思っております。本当に高齢者はまさに私にとって切実な問題ですが、そこを普通の患者と分けることなく普通に医療を続けていきたいというふうに思っております。

日ノ下 ありがとうございます。高齢者が多い病院のスタッフとしては、そういうサポートの体制づくり、あるいはスタッフのモチベーションを維持するような方向で今後考えていきたいという話だろうと思います。では次に清野先生お願いします。

清野 今日は本当にいろんなお話が聞けて勉強になりました、ありがとうございます。高齢者、高齢者というお話ですけども、最近長期透析患者、要するに40歳で始めた頃は元気だったんですけどもそれから30年、40年たって、70歳80歳になった、そういう透析の患者も確かに増えてきていますので、そういう方のいろんな合併症とかADLの問題とかそういうことがどんどん問題になってくるのかなと思っていました。当院でも85歳以上の透析患者が30名ほどいます。多分また増えると思います。ですからいわゆる長期透析に伴う高齢化っていう患者の問題点ということもぜひこれから取り上げて欲しいなと思いました。本日はありがとうございます

いました。

目ノ下 ありがとうございます。最後に秋葉先生、総括的なコメントを頂戴できれば。

秋葉 これだけの長いお話を総括するのはほとんど不可能に近いということで、勝手なことを言わせて頂きます。長期透析患者、そして高齢の患者。私たち毎日診療していて、2週に1回検査のデータ見ながら患者とちょこちょこ話を1人3分とか5分ですけども話をしていると、何となく患者の気持ちがかかった気になっているんですね。私たちの気持ちとしては当然この患者は長生きをしたい、それで心合併症や貧血やこういういろんなファクターを全部正常化したいんだらうと思って話はしちゃうんですよ。

だけど今日もいろんな話、先生方の聞いていると、やはり患者ってそれだけを目的にしているわけじゃないし、もっともっと大切なことをご自分でお持ちになっていると。それを私たちどこまで把握してあげて、患者の幸福につながる診療ができるかっていうと非常に心もとないんだなということをごく感じました。じゃあどうしたらそういう診療ができるのかっていう道筋がなかなか難しいし、生命を改善するという、医者の本能みたいな価値観はやっぱり大切にしなきゃいけないとは思いますが、患者の気持ちに沿った、診療をどうにか見つけ出してあげる努力、そしてそれに対する個人的な処方箋を提示してあげる努力を今後ともやってきたいなというふうに思います。きょうは目ノ下先生が、こういうテーマで厚労科研の研究費を取って頂けて、なかなかこういう話って、みんなで何時間もかけて話すってことはなかったんですよ。それをこれだけ何回も全国にわたって話ができただってことはそれをまたこういう報告書にまとめて頂けるということで有難く思います。

目ノ下 秋葉先生どうもありがとうございました。本当に長くにわたって議論して頂きましたフロアの皆さまには聴講して頂きありがとうございました。

秋葉先生のお話にもありましたように、これはいわゆる厚生労働省の科学研究費を頂いているプロジェクトでございます。ただ科学研究っていういわゆるサイエンス、あるいは技術的な問題というふうに普通はなりがちなんですが、実は冷静に考えてみますと今日のパネルディスカッションのテーマは、議論してまいりましたように、非常に人間的な問題あるいは社会福祉学的な問題、そして哲学的な問題でさえあるんですね。同時に技術的な問題も一部含まれております。

その人間的、哲学的、社会福祉学的な問題はやはり医療に携わる我々としては、メーカーさんも含めて決してヒューマンズを忘れてはならないし患者の福祉というものを考えながらあるいはご家族や周辺の方々のいろんな福祉だったり支援ということも考えながら医療は進めなきゃならないですね。同時に技術的に開発できる、あるいは改革できる問題も2、3、今回のパネルでも提案されたと思うんですね。パネリストの先生が随所にこういうやり方があるよとかこうやったらどうかとかこういう点で対応すると良くなるんじゃないかとか具体的な話も実際ございましたね。

是非ここにいらっしゃるパネリストの先生方そして聴講に来て頂きました先生方や医療スタッフ、関係メーカーさんの方々におかれましては今日のパネルの中で話し合われた意見、そしてその中で議論された改善点については普段のそれぞれの医療現場あるいはそれぞれのお仕事の中でもう一度思い起こして頂いて、いいヒントがありましたらそれを今後の改革につなげていって頂ければと思います。

本当に長い間4時間以上にわたってお付き合い頂きありがとうございました。だいぶ遅くなりましたのでどうかお気を付けてお帰りください。司会の不手際で10分以上遅れてしまい申し訳ございません。これでこのパネルディスカッションは閉会にしたいと思います。ありがとうございました。

II. 第6回パネルディスカッション (2015年12月5日、TKP ガーデンシティ札幌駅前、札幌)

参加者 (発言順) (図2)

国立国際医療研究センター腎臓内科

同

東苗穂病院

東室蘭サテライトクリニック

北彩都病院腎臓内科

市立釧路病院泌尿器科

五稜郭病院腎臓内科

北海道大学第2内科

札幌医科大学第2内科

旭川医科大学第1内科

浦和大学総合福祉学部

その他フロア参加者 (一部、発言者不詳)

日ノ下 文彦 (モデレーター)

勝木 俊 (レポーター)

吉田 祐一 (パネリスト)

伊丹 儀友 (以下、同上)

和田 篤志 (同)

新藤 純理 (同)

小原 史生 (同)

西尾 妙織 (同)

吉田 英昭 (同)

松木 孝樹 (同)

戸村 成男 (同)

①HD における送迎と通院介助

日ノ下 まず送迎の問題を取り上げてみたいと思います。東京などでも今半数以上の施設が送迎をやっておりまして、サービスの過当競争みたいになっている部分がございますけれども、北海道のほうの事情はいかがでしょうか。パネリストの先生方の中で、送迎を施設で実施されている先生方にご発言頂けますか。では先生からまず、今どのような現状かご説明頂ければと思います。

吉田祐一 東苗穂病院の吉田です。私たちの病院は約100名の透析患者がおりまして、通院の介助とそれから介護保険を組み合わせています。重い方は介護保険を使って個別対応しないと、長いところに時

間かかるのは大変なものですから、ある程度通院介助ができる人は積極的に介護保険を使っています。ですから、その区分けは結構できているのかなと思っています。

日ノ下 軽症者は施設で、比較的障害の強い方は介護保険が主体ですか。

吉田祐一 そのとおりです。比較的軽症者になると自分でも来られますのでー。ですから意外と百何人のうち何人と正確には言えないのですが、半分くらい以下までは送迎の患者が減るので、やはり重い人が介護保険に頼ったほうが送迎の負担がとて減るといえることがあるのかなと思っています。



図2

目ノ下 他のパネルで議論しますと、介護保険だけでも点数的にまかないきれない、その辺をどうしようかという矛盾があるのですが、先生のところは介護保険だけでもやれますか。

吉田祐一 ケアプランの中で考えていくので、ケアマネジャーと相談して、そのケアプランでどういうふうにするかということを考えていきます。ですから、重い人で介護度が高い人でないとまかないきれないということも当然あるわけですから、そういう面でやはり重い人というところはあるのかなと思っております。

目ノ下 先生だけに集中的に聞いて申し訳ないのですが、他の地域で問題になるのは、軽くて本来は自転車やバスあるいは独歩で行き来ができるのだけでも、送り迎えしてくれるのは楽だと、そういうサービスを受けておこうかという感じで、全く自立しているのに送り迎えになっているケースも都市部では多いのですけれども、先生のところはそういうことはございませんか。

吉田祐一 あるのですが、結局送迎でぐるぐる回ると順番だとか、元気な人はその順番に耐えられないのです。本当はすぐそばなのだけれど、ぐるっと回ったら後回しだと。やはり希望どおりにはいかないので、結局、元気な方は乗るのを嫌がるのです。その辺はうまくいっているような気が致します。

目ノ下 先生のところはうまくいっている。ありがとうございます。他の施設で送迎なさっているところはございませんか。伊丹先生、東室蘭や室蘭地域はどうですか。送迎をやっている施設はあまりないのですか。

伊丹 うちはやっていませんけれど、吉田先生が言ったように、一人一人のところで言ったら、そのバスはずっと回って、とても時間がかかって結構大変だということで嫌がるというところがあるみたいです。室蘭では昔、僕の患者がボランティアで「サポート室蘭」というものをつくって、ボランティアで車はもちろん実費で、ガソリン代を払ってやっている会があって、タクシーよりはるかに安いという、そういう支援システムがあるので、それを使って患者は透析のある日は運転して回ったりということをやって、患者の相互間でやっているみたいです。

目ノ下 つまり NPO 的なものですね。

伊丹 そうです。

目ノ下 それは今でも活動されているのですか。

伊丹 5年ぐらいやってます。

目ノ下 透析患者の一部はそういう形で送り迎え。

伊丹 はい。ですから4人ぐらい、小さな車ですから4人ぐらいしか乗れない、だから4人しか。でもバスになってしまうと、結局たくさん乗れるけれど、今吉田先生がおっしゃったとおり、とても動線が長くて、1時間ぐらい乗っていなければならないということで、つらくなってしまふということと、バスだと家の前に降ろして、そこから自分で歩かなければならないのですが、タクシーであれば家まで連れて行ってくれるということがあるので、結構良いみたいです。

目ノ下 ありがとうございます。その話は実は福岡で出ておまして、九州地域ではボランティア活動で NPO 的に患者の送迎をしようという動きはあったようです。他、名古屋や東京ではあまり聞かないのですけれども、先生、そのボランティアによる送迎というのは、現状の血液透析の医療現場の中で好ましい形と思われますか。どのように評価されますか。

伊丹 患者が、大体近くに一つにまとまってやるから、タクシーよりもはるかに安いということがあって、患者の負担が少ない。吉田先生が言ったように、介護度が3、4、5になってくると介護保険を結構使えるでしょうけれど、透析患者は多くの場合1、2ぐらいで、大体介護がついても認知症が入っていないと介護度がつきません。だから、認知症がひどい人でないとなかなか介護度が上がらないというところがありますから、ボランティアによる送迎というシステムはなかなかよろしいのかなと思っております。

目ノ下 ありがとうございます。そういうプランがあるということですが、会場の先生方の中で、透析施設による施設の送迎をなさっているところは手を挙げて頂いてよいですか。それから、今のようなボランティア活動もしくは NPO 的に患者同士で支え合っている、あるいは NPO の組織が支援してあげているというような形を使っている病院、サテライトはございますか。いらっしゃいますか。感想、ご意見を伺ってよいですか。

藤原 江別病院透析室の藤原です。江別市にある溪和会江別病院では、患者会が運営して送迎をやっています。

目ノ下 そうですか。患者のご意思でそういうものを設立されて。

藤原 はい。

目ノ下 うまくいっていますか。

藤原 はい。患者主体でやっていて、組織的にうまく経営できていると思います。

目ノ下 それは、若い方や元気な方が送ってあげるということではなく、運転手を雇うような形なのでしょうか。

藤原 そうです。運転手さんを雇っております。

目ノ下 運営資金は多少患者たちが出し合っているのでしょうか。

藤原 はい、そうです。患者会入会后、1乗車に付いくらという形で払っているようです。

目ノ下 ありがとうございます。どうでしょう、送迎の問題で結構悩んでいる、困っているという施設はございませんか。特に北海道は広いので、先ほどお話が出ていましたけれども、送ってあげるとしても1時間や1時間半かかる所もあるような気がするのですが、そういう悩みはございませんか。では、他の先生方に聞きましょう。北彩都病院の和田先生にお伺いしてよろしいでしょうか。先生のところは旭川地域でいらっしゃいますけれども、旭川地域、先生の病院ではやっていらっしゃらないようですが、送迎は盛んなのでしょうか。

和田 そうです。うちも本院と分院、サテライトのクリニックがあって、そちらは送迎をしています。本院は血液透析患者は350人ぐらいいるので、送迎も一時考えたのですが、やはりどの患者を送迎するかというのが、希望する人がいたら断る線を引くのがかなり難しいところもあって、現実的に難しいということで断念してしまったのです。うちの病院は遠くから通っている人も多くて、少し調べたら市外の方が32~33人です。遠い人は富良野や名寄、車で1時間以上かかるような所から来ています。やはりそういう人は高齢者は少なく、自分で車を運転したりして通って来られる方が多いです。それが困難な人は、結構通院が厳しくて、場合によっては近郊に引越して来なければいけない、そういう現状があります。

目ノ下 ありがとうございます。送迎がなかなか難しい、あるいは通院も困難だということで、住居を変えられる方もいらっしゃるというお話でしたけれども、他の病院はいかがでしょうか。市立釧路病院の新藤先生の地域はいかがでしょうか。

新藤 釧路の事情は、今和田先生が旭川のことでおっしゃられたのとかかなり似たような話がございませぬ。釧路市といっても阿寒湖や近隣の地域をかなり合併していったものですから、同じ釧路市内でも一

番離れた所になりますと75キロ離れています。そこから通って頂いている方もいらっしゃいます。当院での血液透析の患者は120名ほど、それから道東地区ということだと790人ぐらいいるのですけれども、データを取ってみたら、自力で通える透析患者は50パーセントいません。55パーセントぐらいの方は、ご家族が送り迎えしているか、介護タクシーを使っているということです。老々介護で支え合っている家族も多いし、独居老人もいるし、認知症もあります。道東地区は釧路を離れると結構いろいろ厳しいことがあって、転居されてくる方が結構多いです。転居されて来ると、老人下宿だとか、今度は治療食が出なくて、その人だけみそ汁食べられて、「どうして自分だけみそ汁飲んだら駄目なのか」とけんかになったことなど、そういう事情もあります。通院ということに関しては死活問題です。

目ノ下 ありがとうございます。遠い方は75キロ、75キロというと車でも1時間半以上かかると思いますが、一仕事ですね。そうすると、冬場などは市の中心部の近い所で下宿しようかという話になってしまいますね。

新藤 近隣の60キロぐらい離れた標茶町という所に透析施設がなくて、そこには透析患者が13人いるのです。吹雪になると完全に町が閉ざされますので、除雪車、パトカー、それから救急車で先導して近くの町まで運んで透析するのです。そういうことが日常よく行われています。

目ノ下 分かりました。はい、どうぞ。フロアの先生がご発言あるようです。

村上 足寄町国保病院の村上と申します。私のところはいわゆる国保病院なので、病院からの送迎はないのですけれども、もともとうちには透析がなくて、隣町の本別町という所で約30人の患者が透析をしていて、町のほうでバスを、若干の患者の負担がありつつ補助しているという形をとっておりました。ただ何人かでまとめて行かなければいけないということで、透析も自分が早く終わってもその後他の患者さんが終わるまで帰りを待たなくてははいけません。待っている間に調子悪くなってきて、足寄に戻る途中でさらに調子悪くなって病院に寄るといような状況でした。今は、町内では100円タクシーを設けています。重症度の高い方は介護保険を使って社協にお願いする形で対応しています。本町の北に陸別町という町があって、今そこから4人ほど通っているのですけれども、1人視力が悪い方がいて、自身で運転して来られていたのですけれども、1年通って事故を起こしまして、最近はその町で無料バ

スというのを出してくれることになりました。聞きたいのは、実際行政のほうでどれだけ関わってくれているのか？現状、町ではどうなのかなというのを聞きたくて、質問させて頂きました。

目ノ下 ありがとうございます。どうでしょうか。まだ全ての先生にお伺いしたわけではないのですが、小原先生、何か行政や公共施設が送迎を支援しているというのはありますか。

小原 函館五稜郭病院腎臓内科の小原と申します。よろしくお願ひします。当院は病院機能評価の Ver 6.0 認定施設でその病床数が 516 床の急性期病院ということでやっております。渡島（おしま）管内ということで、北は八雲、瀬棚から南は松前、福島まで含みます。渡島管内近郊で腎臓内科を標榜している唯一の施設なわけで、腎障害、CKD 患者、渡島管内全域から、取りあえず函館市内のほうに集中するという傾向があります。特に当院では、腎障害患者を管理して、主に導入までやっているような状況です。当院では、血液透析患者の送迎は行っておりませんで、通院困難な患者は市内か郊外の開業の透析医院のほうに紹介させて頂いて、透析を続けているという現状があります。行政の関わりは、当院のほうではやっていないのでなんとも言えないのですが、

目ノ下 分かりました。病院さんではそれはやっていらっしやらないし、周辺でも公共施設と申しますか、行政のほうで支援している例はあまり見かけない、それは釧路周辺の地域でも同じことですか。

新藤 釧路市内で、少なくとも自治体が協力して送迎しているという話は聞いていないのですけども、道東地区 36 万人がうちの対象の患者であって、その中で透析施設を持っていない市町村が四つあるのです。そこでは送迎に関しては全部自治体持ちだそうす。先ほど言いました標茶町という所では、とにかく除雪車を出して患者を送り迎えするところまで全部自治体でやると言っていました。それは、自分の所の病院に透析施設が作れないのだから、それぐらいの責任は取れという住民からの意見だそうで、そこはやはりくつがえせないです。透析患者 1 人増えるごとに、自治体は傾きそうになると言っていました。「それは内緒です」と言われていましたが、言ってしまいました。

目ノ下 和田先生、どうぞ。

和田 道北地区全部は知らないのですけれど、旭川の北のほうにある釧路町という農業の町ですが、人口 3,000 人ぐらいなのです。あそこは送迎バスを町で旭川まで出しています。透析患者は 5、6 人だと

思いますが、それをやっているみたいです。

目ノ下 ありがとうございます。今お話を伺っていますと、一つは、北海道は非常に地理的に広い地方である、かつ冬場は雪に閉ざされたり嵐があったりがございますので、その辺協力的な市町村も多いということでしょうか。かといって、先ほどの足寄のお話ございましたように、全ての市町村が協力的というわけではない。和田先生や新藤先生にお伺いしたいのですけれど、送迎は結構ばかにならない費用がかかると思うのですが、それも週 3 回、月 12 回もしくは 13 回、それは行政のほうの税金の収入からまかなわれると考えて良いのですか。

新藤 釧路市自体が結構強気で、来れるものなら来いという感じですから、近隣から結構人が集まってくる感じなのです。こちらは待っているのだから、そちらから来なさいという、釧路市の態度としてはそういうことになります。近隣の市町村からすると、それはそうは言っていられないでしょうということで、人の命が関わっていますから、自治体持ちなのだと思います。

目ノ下 はい、ありがとうございます。旭川の北の地域はいかがですか。

和田 さっきの釧路町も、多分町のほうの自治体、町が持っているのだと思います。

目ノ下 ありがとうございます。それについて、他の腎不全でない住民から文句が出たり、非難ということはなさそうですか。

和田 詳しく知らないですが、そういう話はなさそうな感じです。

目ノ下 ありがとうございます。本州のほうでは、大体各透析施設の持ち出しで送迎されるのが普通です。ただ、今お話がございましたように、患者の団体、あるいは NPO の施設が協力してあげる、支援してあげるというのも良い形だと思いますし、地域によっては今お話が出ましたように、行政がやっても良いのではないかと私もかねがねこのプロジェクトを始めるときから考えておりました。お話聞いていると、意外と北海道では具体的に支援して下さる行政がありそうですけども、本州ではなかなかなくて、大阪でパネルをやらせて頂いたときに、岡山の済生会総合病院の平松先生がコメントして下さったのですが、岡山の北のほうに高梁市がございいます。そこでは行政が送り迎えの支援をしているということで驚いたのですが、ホームページで確認しましたら、そのことは行政のページでもインターネットで公表されて書かれておりました*。そういう地域もあるのですが、北海道以外の地域ではそれ

は当たり前ではない、まして頼んでも協力して下さる行政は少ないのではないかと思います。その辺も課題だと思うのですが、その辺の問題について、例えば行政の協力について、導入病院であります大学病院の先生方はどのようにお考えになりますか。北大の西尾先生は、この問題はどのようにお考えになっていますか。

西尾 北大の西尾です。北大なので札幌なのですが、札幌はむしろ血液透析の人はかなり飽和してきているのかなという印象で、実際導入して患者にどこの施設で透析をしたいかをお尋ねすると、そこでやはりキーポイントになるのは送迎があるかないかということになります。あれを見ていると、送迎をなさっていない個人病院はやはり患者が集まりづらいような状況があるように見受けられますので、患者を獲得するためには、サービスの一環として送迎をするということが、施設の生き残りというわけではないですけど、患者をより多く受け入れるための手段としてなっているのかなという、それは、私が送っている立場なので違うかもしれませんが、そういう印象を受けます。恐らく病院としては負担になっているのではないかと思いますけれども、札幌市としてそこにあって介入するというようなことは、全く感じられないような状況です。

日ノ下 札幌市内のサテライトが、経営的な面で悲鳴を上げているような声はお聞きになりませんか。

西尾 むしろ送迎をしたほうが、患者が増えますので、そちらのほうのメリットが大きいように見えています。

日ノ下 ありがとうございます。今お話を伺っていると、やはり札幌は大都市ですので、まさに本州の東京や名古屋、大阪のような大都市型ですね。サービスの一環として送迎が盛んになる、逆に送迎をしないと患者からの人気も減って、当然患者数が集まらなくなり経営的にも逆に苦しくなるというお話ですね。ただそこでいつも議論になるのは、元気で歩いて来られるはずの方まで送迎するのかという議論があるのですが、先生はどのようにお考えになりますか。

西尾 元気な方は、札幌市内であってもやはりバスなどで送迎されているケースが多く、札幌市内なのに1時間かけて送迎をされることもありますので、そういう方の場合、ご自身の手段、歩くなりタクシーを使うなりされたほうが、終わってすぐ帰れますので、そのような手段を使っている方がやはり多く、待つてでも動けないからそれを使う、というよう

方がやはり送迎を使われていると思います。

日ノ下 はい、ありがとうございます。次に、同じく札幌地域ですが、吉田先生。

吉田祐一 他の地域は分からないのですが、札幌市は1級の身障者に56枚のタクシーチケットが出るのです。そのタクシーチケットを上手に利用することもできるものですから、全くしていないかという、そういうわけではなく、最低限度のものは援助が出ています。

日ノ下 はい、ありがとうございます。体調の悪いときはタクシーを利用するという話ですね。ありがとうございます。貴重な情報だと思うのですが、これも私もいろいろところでパネルをさせて頂いてよく分かったのですが、名古屋もそうです。名古屋も地下鉄かバスかに乗れる券があって、無料である程度配布されています。それは全てかという、そうでもないところが難しいところです。東京や大阪では、そのようなことはないと思います。次に札幌医大の吉田先生はいかがでしょう。

吉田英昭 札幌医大の吉田です。私のところも西尾先生と同じ状況でありまして、導入になって維持透析に行くときに、他の施設を紹介するのですが、自宅の近くをまず希望されますが、直線距離が短くても交通機関が十分使えないような場合には、例えば地下鉄沿線にして欲しい、バスの路線1本で行ける、そういうチョイスがあります。やはりニーズとしては、送迎があるかどうか、あるのであればそれを利用したいという声が非常に多いと思います。また、送迎付きであっても、例えば紹介できるクリニックが、患者によっては、我々が診ている患者は結構合併症が多いものですから、例えば心血管合併症があって弁膜症を持っている、弁置換術をした後など、いろいろそういった複合的な疾患を背景に持っている方を、通常の透析だけをやっているようなクリニックに紹介するとなると、患者管理という意味でも敬遠される場合があるもので、クリニックの側から敬遠されるという場合もあるものですから、そうするとかなり行って頂ける施設に限られてくるというのも現状です。そうした場合に、送迎というのはやはり病院の負担になってしまうということと、先ほどからお話ありますように、やはり巡回しますので、朝から透析のはずなのに、自宅に帰るのは夕方になってしまう、1日ばかりになってしまうというのが問題なのかなと思っています。

それから、ときどきパートに出るのですが、札幌市外の所に行ったときの話でありますけども、やはり通って来られなくなるときは透析をやめると言

ってくる患者ないしは家族がいるという事実と、それから透析効率を考えると1回の透析時間を増やしたいのですが、導入したときの3時間のままになっているという方も結構いらっしゃるって、4時間5時間と伸ばしたいところが、帰れなくなるのでやめて欲しい、あるいは週3回やっている人もいますが、週3回を何とか週2回に減らして欲しいなど、命を削って透析をするという、よく分からないような状況になってきているということを経験しています。

日ノ下 今吉田先生がお話し下さったのは、透析の送迎に関して、医学的な観点から見ると、なかなか深刻な問題も絡んでいるというお話だと思うのです。先生は、例えば透析効率などを考えると、3時間では少しまずいのに、1回の時間を考えるともう3時間で良いということで続けていく、あるいは週2回に減らしてしまう、そういう現状についてはどのように見ておられますか。

吉田英昭 やはり何らかのサポートをしてあげられるような環境がなければ、これは経済的な問題であるかもしれませんが、あるいは自治体なり、あるいは行政のほうでサポートしてあげられるような環境がないと、おそらくその方は本当にリンが7にも8にもなりますし、尿素窒素は100を超えたままになっていますし、カリウムはいつも6,7になっているというような状況ですので、いつ亡くなくてもおかしくないという状況ですから、本当に危険な状況なのだろうと思います。ですから、サポートしてあげながら続けると、本人の努力や家族の負担感は非常に強いものですので、経済事情からあるいはそういうサポートがないと、そういう方々は、正直申し上げてしまうと、早死にしているのが現状なのだろうと思います。次に行ったときは、確かにいなくなっている方も結構いらっしゃるって、ときどきそういう経験をするものですから、やはりそうなのかというようなことが一。

日ノ下 それは背に腹は代えられない問題ですね。そのギャップを埋めるのは何ですか。やはり行政がしっかりと送迎なりの対処してあげるのが良いと考えるのか、あるいはご本人、ご家族のご努力で、まさに道東地域のように、もう少しアクセスが良い所に移るなり何かして対応するなど、どういう形が望ましいとお考えになりますか。

吉田英昭 これはこの場で議論することではないのかもしれませんが、思っていることは、それぞれ抱えているといえますか、バックグラウンドが違いますので、そうすると選択なのだろうと思

います。自分の環境、置かれている環境で末期腎不全になって透析をする、導入して維持をしていくのかしていかないのかということについて、ここで十分だというように思われる方も中には出てきます。サポートしきれないということで、そこであきらめられる、つまりはもう透析の中断、ターミネーション、そういった事情になる方もある程度許容するとか、僕らも許容しなければいけないのかもしれない。住民の方、患者、その家族もそういった覚悟である程度考えて頂かなければいけないことなのかと思います。もし周りがそういったサポートが受けられない、できないという状況、環境であるのだとしたら、そういう選択も考えていかなければいけないというように思っています。

日ノ下 はい、ありがとうございます。また新しい視点を加えて頂いたように思います。同じく大学病院にお勤めの旭川医大松木先生、導入病院の立場から見て、送迎に関して何かお感じになっていることはございますか。

松木 旭川医大の松木といいます。よろしくお願ひします。旭川医大では、導入にあたって市内の施設をご紹介することが多いのですが、北大と同じように送迎施設のある所をご希望される方が多いかなと思います。ただ旭川市内に限っても送迎がある施設はそれほど多くないということと、旭川医大の場合は道北、道東のほうも一部患者がいらっしゃいますので、腎臓内科自体が少ない地域であります。我々の施設で診ることも多いのですが、その後旭川市内に限らず道北、道東、透析施設があまり多くない地域でもありますので、どこにご紹介するか、それから透析施設がない市町村から来られている方も結構多いですので、その場合、血液透析よりは少しネガティブな選択になってしまうかもしれないですけども腹膜透析を選択してお帰りになって頂くという場合もあります。送迎というのはやはり患者のその後のQOLを含めて、生活にどういう選択肢を与えていくかということにとって、送迎はかなり大きなウエイトを占めているのかなというように考えております。

日ノ下 はい、ありがとうございます。先ほど来、道東にお勤めの先生もいらっしゃるって、道東地域の話がかなり出ましたけれども、道北にも透析施設が少ない。そうしますと旭川医大にずっと通っていらっしゃるって、HDを導入しようかというときに、送迎問題がネックになることはあるわけですね。例えば先ほどお話がございました50キロ、75キロ通ってでもHD受けている方がいらっしゃるという道東の話がございましたが、自立されている方は

少々遠くてもやはり近隣の透析施設、30 キロ離れていても行かれるのでしょうか。

松木 そうですね。車をご自分で運転されて、ということが多いです。ただ距離的にかなり遠い方もいらっしゃると思いますので、冬期間に交通事故を起こされる方が毎年いらっしゃいます。そういう交通面の除雪も、なかなか大雪が降った日はできない日もありますので、来られないというときもあります。3 日間あくという場合も出てくるのがあって、透析管理の上でも不便な面が多いかと思っています。

日ノ下 そうすると、自立されていないくて、送迎が必要かもしれない方には、PD 導入という選択肢も増えてくる。ネガティブセレクションかもしれませんが、PD 導入の比率は先生の所では高いですか。

松木 旭川医大では、腹膜透析の導入はしていませんが、私、実は春から旭川医大におりまして、それまでは北彩都病院におりました。和田先生にお世話になっていたのですが、北彩都病院でかなり多くの腹膜透析の患者を扱っています。腹膜透析を選択せざるを得ないという方は、比率的にはやはり血液透析のほうが圧倒的に多いことは多いのですが、他の施設に比べれば少し多くなっているかなと思っています。

和田 旭川市は腹膜透析が多くて、全国では去年の年末統計で PD が全体の透析患者の 2.9 パーセントで 3 パーセントを切っているのですが、旭川市は 10 パーセントぐらいあるのです。それはやはり道北地区は病院が少なく、特に宗谷のほうなど北のほうはかなり少なく、そうせざるを得ない部分も多々あります。

日ノ下 ありがとうございます。それはやはり PD への導入を推進して解決されているわけですが、新しく HD の拠点をつくったほうが良いということではなく、PD でやっていくのが北海道の場合は好ましいということですか。和田先生いかがですか。

和田 北海道の旭川より北にもっと透析の病院ができてくれるのが本当に望ましいのですが、なかなかそういなくて、仕方なくやっている状況です。実際には絶対病院を増やして欲しいです。

日ノ下 ありがとうございます。送迎は北海道では特に 1 月 2 月雪に閉ざされる地域も多いということで、まさに大きな問題だろうと思うのですが、そろそろこの送迎問題を扱う時間が過ぎたので、全体を通じてこれは言っておきたいというコメント、ご意見がございましたらー。フロアの先生方でー。吉田先生、どうぞ。

吉田祐一 後で話があるのかもしれないですけど、サ高住の問題があって、やはり介護が難しくなるとサ高住に入るという方が増えてくる。サ高住も病院のそばにないと、最近札幌で増えてきたのですけれど、透析の施設に送迎しますという形でサ高住が入居者を集めているのです。ですから、新しいモデルとしてそういうものもあるのかなと思っています。

日ノ下 ありがとうございます。当然サ高住の活用やグループホーム、ご高齢で何らかの支障がある方ですと老健や特養の活用という話になってきて、それも実は他のパネルではだいたい議論いたしました。ただ東京などでは、例えば私が勤めている所の新宿区にサ高住を新たに設けた老舗の透析サテライトがあるのですが、やはり失敗だったというお話がありました。それはどういうことかということ、やはりサ高住に入居するには、それなりのお金がかかるので、経済的にかなり余裕がある方しか入っていただけない。それから、サ高住というのは仮に日中の介護のサポート体制を設けたとしても、医療者もしくは介護士はフルに夜間もいるわけではないということで、個別の部屋にもなりますし、高齢の方が人間のぬくもりを感じながら生活していく上では、果たしていかがなものかというご意見を出されたベテランの先生もいらっしゃいます。もちろんサ高住も一つの解決策だと思いますし、もっと老健が協力的で、血液透析の患者を入れてくれたりすると、なお良い面もあるのかもしれないですが、全体を通じて伊丹先生何か総括的なコメントはございますか。

伊丹 先ほど吉田先生とも話したのですが、やはり透析施設数を増やしたほうが良いと和田先生がおっしゃったのですが、透析室を作って、機械を入れて、医者を雇って看護師を、ということ、すごい投資ですから、やはり町村では結構負担がかかります。それだけ負担がかかるのであれば、住民のためにそれこそバスで送ったほうが安いという感じになっていると思うのです。ですから、そのところで、オーストラリアでフライングドクターがあるように、北彩都の補助をつけて、市から何か、そういうのをつかまえてやって、働く PD を見てやる等というようなシステムならできるでしょう。透析室を増やすというのは、なかなか各町村大変だと思います。やはり僻地にお医者さんは行かないし、その辺は大きな問題なのではないかと思っています。その点やはり PD を入れて問題があったらすぐ取ってやれるというようなシステムのほうが現実的かなと思います。

日ノ下 ありがとうございます。他にどなたかご意見ございますか。よろしいですか。はい、どうぞ。

某フロア参加者 私は4年間、浦河で勤めていました。あちらの状況は、4町で日赤病院1箇所。一番ひどい所は片道2時間という地域から、2人でバスに乗ってきて、帰りだけタクシーを通す。あの地区は完全に社会福祉協議会が動いていて、それで送迎をやっているのですが、それが土曜日が動けない、人手がないために、土曜日のシフトに入れられない。だからベッドが空いていても回せなかったというのがあります。もう一つは、患者が年配になってきて内科でHD導入したときに、家から通院させるのが難しいので、町の介護施設に入れたいと言ったら、看護師がいなくて診られません。病院側も確かに看護師がいなくてベッドの拡張もできなかったというのはあるのですが、それ以上に介護施設のほうの職員が足りない。ここを変えないと、受け入れ側がなくて、それで結局札幌に出る、子どものいる帯広に行かざるを得ないというケースがありました。

日ノ下 ありがとうございます。やはり地域性といえますか、北海道特有の問題もあると思いますし、かといってご高齢、あるいは障害があるからといって、見殺しにするわけにもいきませんので、先ほど伊丹先生がまとめて下さったように、近隣にHD施設がない場合は、もう少しPDを普及させて、しかもそれが円滑にできるような体制を造る、そのほうが現実的なものかもしれません。また良い知恵があれば、伊丹先生もしくは私どものほうにご連絡頂ければ、それも取り入れて考えていきたいと思えます。

では時間が過ぎましたので、次の議題に移りたいと思えます。

②HD患者の長期入院透析

日ノ下 次は長期入院透析の話です。特に、北海道地域では入院の問題というのは結構重要な課題だろうと思われるのですが、アンケート調査をしてみますと、全国で結構な比率で長期入院患者がいらっしゃるという病院が多くございました。おまけに、実数をお答え頂いた施設だけでも5,275名でして、ひょっとしたら常時わが国には1万人前後の入院透析の患者がいらっしゃるのではないかという試算も可能な状況でございます。大体HDの全体数が31~32万ですから、結構な割合だと思うのですが、この問題について実際にパネリストの先生でご経験になっている、あるいはいろいろな課題をお感じになっている先生はいらっしゃいますか。はい、どうぞ。

吉田祐一 東苗穂病院の吉田です。私どものところは二つのタイプの長期入院がしまして、回復リハビ

リ病棟がありまして、3カ月入院という定義であればそこも長期になるのですが、札幌市内には2カ所しか回復リハビリ病棟を持っている受け入れ施設がないので、リハビリを求めて来られます。そちらの方はまた元の施設に戻ったり、退院した後のことも考えなければいけないのですが、長期入院と違って、こちらの方は結構元気な方もいて、薬価が高くて、正直言って医療的には非常に厳しいのですが、薬価が高くて元気になるためのリハビリを考えると、受けざるを得ないというところが1点です。

それから、長期入院の方もいるのですが、基本的にはあまり多くは増やしたくはないのですが、施設でも高齢化が進んでくると、金銭的な問題でサ高住に入れなくて行き場がなくなってくる方もどうしても自分の所で受けなければいけない、それから地域限定なのですが、遠くに通っていても地元の人でご家族がこの所でという方を中心に診るので、経営的には決して良い状況ではないのですが、受けているという現実があります。

日ノ下 ありがとうございます。先ほど、皆さんにお示ししました入院透析の統計というのは、あくまで昨年の春に出ました慢性維持透析管理加算がつく前の調査でございますけれども、維持透析管理加算がつかいたらかなり助けにはなっていますか。

吉田祐一 少しです。でも薬価が高いお薬を皆さんどんどん出して下さるものですから、非常に板挟みで。

日ノ下 他の施設はいかがですか。長期入院透析、つまり急性期ではないけれども、何らかの事情で入院させざるを得なくて、3カ月以上面倒を見ているような患者が結構いらっしゃるという施設ございますか。北彩都病院はいかがですか。

和田 長期入院を積極的に受け入れてはいませんが、市内の大学も赤十字病院も結構透析患者が多いのですが、赤十字などは急性期病院で長く置けないので、骨折などで入院したときに、リハビリ目的にこちらに紹介ということが多く、どうしてもそういうので入院3カ月を超えてしまうというのがよくあることです。うちも平均在院日数が問題なので、どうしても厳しくなっています。90日を超えたら包括化にしてしまうようにしないといけないかなと、そういう感じを考えているところです。

日ノ下 急性期の次の段階の2次後継病院として機能している場合もあるけれども、その次の後方支援病院、送り先というのは、旭川市内ではなかなかないのでしょ

和田 旭川市内でも、施設で送迎してもらって、結構介護度が高い人でも、訪問看護なども利用しながらやっている方もいます。そういう人も今、うちの大体10パーセントぐらい、30人ぐらいはそういう形で施設から送迎で透析をやっている、旭川市内はまだそういうのができるほうだと思います。

目ノ下 ありがとうございます。小原先生、函館地域はいかがですか。

小原 まず、透析導入患者の数なのですが、昨年で大体血液透析90弱ぐらいで、腹膜透析も十数名導入しています。当院に通院して頂いているのは、実際の血液透析で70ぐらいで、腹膜透析のほうは50ぐらいなのですが、先ほどもありましたけども、当院は急性期病院ということでやっておりまして、導入目的で入院はして頂きますけども、外来通院可能になった段階で、早めに退院ということでやっています。立場としては、積極的に入院透析を受け入れるということではやっていない状況です。ただ、合併症があったりADLが落ちていたりで、導入して落ち着いた段階で自宅に帰れないような患者は、市内の長期入院、透析可能である程度リハビリもできるというような施設へ紹介させて頂いて、転院してもらって少し長めに長期入院して頂いているような状況でございます。

目ノ下 そうすると、合併症で簡単に自宅へは帰せない、あるいは社会的な事情も含めて、そういう長期入院を受けて下さる施設が、先生の所は急性期病院ではやっていらっしゃらないですが、函館周辺にはあるということですね。

小原 それほど数は多いわけではなくて、送るときも若干遅くなったり、時間置いたりで、結構長く入院される方もいるのですが、一応あることはあります。

目ノ下 ありがとうございます。新藤先生のところは公立ですから、長期入院はまずあり得ないと思うのですが、長期入院療養といいますか、透析を継続するという点に関して、道東地域で問題になっていることはございますか。あれば教えて頂きたいのですが。

新藤 自分の施設では血液透析120ぐらいと腹膜透析は20ぐらいで、先ほど来話が出ていますように、結構広域で患者を診ている場合、腹膜透析は外せないということです。この長期入院透析ということに関しましては、やはり急性期病床に乗っていないので、長く置いてあげることがなかなかできなく、かなり厳しくリビングウィルというか確認して、家族が「いや、もう結構です」と言った患者に関して

はHD打ち切りなど、結構決定しなければならないケースもございます。ただ、やはり入院での透析施設というのは道東地区には一つもないものですから、そこで治療地域を例えば札幌や旭川に変えて頂くということを迫らなければならない症例もあります。命を家族が決める、印籠を渡すということはなかなかできないことなので、PDラストということはやらせてもらっています。HDでやっていた方で療養も確保できない方に関して、腹膜透析カテーテルを入れて、ほとんど意識がなくて寝たきりの人でも在宅で行うということで、最期ご家族にケアして頂いて看取って頂くというような形で話は進んでいます。それほど多い数ではありません。

目ノ下 ありがとうございます。今までお話を伺っていますと、札幌には長期療養入院透析をしてもよいという施設はまだ多くはない、それから函館地域も少しだけけれどもある。しかし、今伺っている先生のところつまり道東ではそのような入院施設はないのですね。有床診療所も含めてないのですね。二つ伺いしなければならないと思うのですが、そういう地域の場合に、やはり長期入院透析ができるような病院ないし有床診療所を造るべきなのか、という質問が一つと、もう一つはPDラスト、それも非常に良い考え方だと思うのですが、そういうやり方は好ましいと考えていらっしゃるのか、その2点をお伺いしてよろしいでしょうか。

新藤 一つはやはりPDのあり方ということなのですけれども、PDファーストという考え方がやはり主流で、特に若い方ということで考えられる方が多いと思うのですが、僕はむしろお年寄りのほうが、合っているのではないかというように思っています。当然寝たきりの方の場合には、例えばAPDの機械に関しては48時間設定、1日に1パックしか交換しないなど、いろいろなやり方があるので、PDのいろいろな可能性ということにおいてはPDラスト、ご自宅でご家族と一緒に過ごす時間を確保し、最期まで自分たちはやりきったという充実感を持ってもらうという意味においては、それは道東地区に限らず、どこの地域にあってもPDラストという考え方はあるべきではないかと思っています。ただ残念なことに、道東地区では苦肉の策で、もうそれしかやりようがないということで、追い込まれているという状況なのです。当然のことながら、人の命がかかっていることですから、いろいろな選択肢はあるべきで、道東地区にはそういう長期の入院透析施設は僕はあるべきだと思います。残念ながら、それを設定して下さる方がいらっしゃらなくて、自治体としてもそこはあまり積極的ではないです。当

然、入院での透析施設はやはりあるべきだと僕は思います。

日ノ下 ありがとうございます。道東も釧路だけではなく、その周辺の市町村を合わせると、それなりに人口もいらっしゃるの、あっても良いように思いますね。実際あちこちでパネルをさせていただきますと、先ほどの吉田先生ではありませんが、長崎などでも長崎腎病院、船越先生、原田先生、お二人が中心で運営されている所ですが、そこはいざとなればどこも引き受けなければ入院させて面倒をみますと言っておられました。そういう所は採算を度外視してやっつけらっしゃるところもあって、ありがたいといえばありがたいし、また先生が前半でおっしゃいましたように、高齢者にはやはりPDが良いのではないかという考え方もあると思います。PDに対するアレルギーをもう少し払拭して、高齢者だからこそ、いろいろな事情があればこそPDをむしろ薦めてもいいですね。確かに看取りも在宅の看取りとなればHD以上にやりやすい面がございますし、PDを活用すべきという意見も各地のパネルでは聞こえてきました。先生のおっしゃるとおりだと思います。ありがとうございます。それからフロアのほうでおひとかたどうぞ。

熊谷 苫小牧日翔病院の熊谷と申します。苫小牧地域に600人ぐらい患者がいると思うのですが、うちの病院に大体300人ぐらい患者がいて、うちの病院自体は258床なのですが、そのうち超長期入院というか、年単位で入っている方が10名ほどいます。合併症で入院する方を含めると40人ぐらい透析患者で入院しています。うちでも導入もしているのですが、先ほどからの話をなるほどそのとおりだなと思って聞いていたのは、やはり在宅に持っていこうとしても、お金がない、面倒を見る人がいない、老々介護でどうしようもない、確かにどうしようもないのです。病院に入院していると、向こう側(患者側)から見るとお金があまりかからないのです。そこら辺を行政のほうで何らかの、送迎に関しても先ほどからなるほどお聞きしていたのですが、苫小牧近辺でも白老のほうから送迎してもらって、それも定員が満杯で、行政のある程度の枠を決めなければ、全部が一般急性期になりますけども、病棟を再編していけないと長期入院の方も受け入れていけない。在院日数の問題がありますので、限界に達していて、うちの近隣の病院も、うちに放り込めばどうにかなるとみんな思っているようで、どんどん患者を送ってくるのです。地元の人は受け入れるという哲学でやっていますので受け入れてはいますが、限界だなと既に感じております。

日ノ下 ありがとうございます。善意というか、半分慈善事業で、一部社会的な事情の方も多分いらっしゃると思いますが、身寄りもなくて、仮にPDをやろうとしても対応する人が誰もいないので入院させて、おまけに今の日本の医療保険制度では、入院して頂いたほうが経済的な負担が少ないという事情もありまして、そのように幅広く長期入院透析を受けて下さる病院がぼつぼつとあるのは、患者たちにとってはありがたいことだと思います。今日日翔病院の先生もおっしゃっていましたが、それが望ましいことなのかどうか？今何十人も超長期入院を抱えていらっしゃる現状に対して一番良い打開策、二、三お話の中に出てきていましたが、どのようにするのが一番望ましいと思われていますか。例えば苫小牧市が税金を使って何か対応する、あるいはPDをもっと活発にするための包括地域ケア推進の環境造りをするなど、どのようなものが一番良いと思われていますか。

熊谷 おっしゃったように、地域包括ケアや長期入院できるような、そういう施設を作って欲しいということ、それから認知症の方を何とか受け入れてもらおうとするのですが、患者が足りているものから、みんな断られるのです。行き場所が本当になくなってしまっていて、結局ずるずるうちの病院にいるというようなことが実はあちこちで現実起きていないか感じております。どうして良いのか私にもよく分かりません。

日ノ下 ありがとうございます。おっしゃるとおりですね。苫小牧地域もそれなりに人口がある、患者も多いというお話でしたので、先生のところだけで抱えられなければ、長期入院透析を受ける新しい施設があると良いと思うのですが、それだけ単独でやっても多分経営は成り立たないので、難しいところですね。何か良い知恵はございますか。伊丹先生いかがですか。大学の先生方、どうでしょうか。西尾先生、何かお考えありますか。

西尾 非常に難しい問題だと思います。大学で例えば循環器外科などで大きな手術をした後に、透析導入になってしまっていて、結局動けないし、どこにも行けないという方などは、札幌市内では今まで待ち時間が結構長かったのですが、短くなって受け入れてくれる施設が増えているというのは少し実感しています。逆に透析をしていないと入院をさせてもらえないので、微妙な急性腎不全で導入して、一時離脱できそうになったけれども、離脱すると長期入院できないので、苦しいけれど週2回ぐらいやっておくか、というようなことが現実起こっている場合も多くはないですが、現状でもあります。透析

をしていると長期入院が比較的受け入れてもらえる、透析をしていないと、それは全く 3 カ月のルールがあるということで、そのような透析をしている、していないでの長期入院の事情というのも違うのかなというのは非常に感じます。やはり入院していると費用が安いというのは、とても問題というか、家族の負担がやはりそういう施設に入ると入院では費用が違うので、どうしても入院を継続することを希望されて、何とか転院をとるようにされる方も多いため、そこは行政のほうも含めて考えていかなければいけない問題と思っています。

日ノ下 ありがとうございます。お話を伺っていますと、札幌は急性期病院も多々ありますし、それから吉田先生のような病院もございますし、またさらにそれ以外にも、長期療養を認めて下さる施設があって、恵まれているというか選択肢が多くございます。ただ、同じ北海道でも、中小の都市になると、あるいはもっと田舎になると、そうもいなくて、施設すらないという状況、なかなか厳しいものがあります。一つだけコメントさせていただきますと、今の西尾先生のお話の中で、例えば名古屋地域でのパネルでは、不必要なのに透析導入をしているのも多くて、それはいかがなものかという議論もありました。高齢者で、若い先生はクレアチニンが 5 や 6 でも腎不全が怖いからといって、不必要に早めに導入したりする。あるいはいったん腎不全を起こして透析が必要になったとしても、その後離脱できるのにそのまま続けている、これもいかがなものかという意見が、名古屋のパネルでは出ておりました。追加コメントです。他、どなたかフロアのほうで、長期入院の問題についてひとこと言いたいという方、あるいは建設的なご意見がございましたら挙げて頂きたいと思いますが。ちなみに、札幌医大の吉田先生はこの問題をどのようにお考えですか。

吉田英昭 西尾先生と同じ状況です。札幌市内にいますと、経営上のこともあるのでしようけれども、取りあえず受けてくれる、入院の透析でも受けてくれる。「でも」という言い方は問題があるかもしれませんが、そこからつながりを持って元気な維持透析の患者も引き受けたいというような意図もある場合がありますので、どちらかという頼みやすいといえますか、以前よりはずっと受け入れてくれる施設が増えたように思います。先ほど西尾先生もおっしゃっていましたが、ぎりぎりのような状況で、退院すると透析になりそうな、でも入院すると何とか管理できるというような人のケースは、なかなか難しい状況で、一つは家族の方が長期入院されていることで慣れてしまっ、経済的な問題も

あるのかもしれませんが、家に帰って来られても面倒みられないということで、放り投げてしまうような環境にある方もいらっしゃると思います。そうなったときの受け皿がないということで、家族の負担感も非常に強いというのが、若い人もそうですし、特に高齢者はそうなのかなと思います。そういったサポートできる何かシステムなりがあると、もう少しスムーズに行くのかなと思いますが、とても難しい問題だと思います。

日ノ下 はい、ありがとうございます。一つ伺いしておきたいのは、入院透析の受け入れが少し良くなった感じがするとおっしゃったのですが、それは慢性維持透析管理加算がついたのが関係していそうですか。

吉田英昭 もちろんそれはあると思います。受け入れやすくなったというのはあると思います。ただ、病院施設としてはうまく工夫をしないと、その患者だけでみると収支が取れていないとなる、そういうことだと思います。

日ノ下 ありがとうございます。吉田祐一先生。

吉田祐一 うちも療養病棟があるのですが、やはり医療度が 2 以上の人求められるとなると、今とても限定されてきて、療養病棟に入れる人の層というのはとても減ってきています。ですから、療養病棟が空くとなったら困るので入れるという所が増えてきていて、市内でも療養病棟を減らそうという動きでみんな動いているのです。ですから、今一時的に困っていて埋めているのですが、療養病棟をみんな減らし始めますので、そうするとまたどうなるのかなという気がします。

日ノ下 ありがとうございます。それからもう一つ、北大の西尾先生あるいは東苗穂病院の吉田先生にも伺ったのですが、あるいは和田先生ですが、東京などですと、ずっと生まれも育ちも、現在高齢に至るまで東京周辺で過ごしてきた、そういう方がいろいろな事情、あるいは身体的な合併症から、長期入院透析、療養型病院に入って頂くしかないということで、都内ではそれほど早く受け入れる施設は少ないものですから、近隣の神奈川県、茨城県、まさに 50 キロから 100 キロ離れた地域であると、いいですよ、どうぞというような病院があるわけですね。しかし、そちらに紹介しようとしても、ご本人とご家族が意外にそんな遠い所は駄目だ、それでは見舞いにも行けないから嫌だと言って転院を渋るようなケースが結構多くて苦勞するのです。住み慣れた所にずっといたいという気持ちが、高齢者の方ほど強かったりします。あるいはご家族がいても、