

それを支える息子さんや娘さんは、対応するには近場のほうが良いだろうということで、あまり遠い所は好まれなかったりするのです。そのようなご経験は北海道ではあまりないでしょうか。つまり、例えば札幌ですと、札幌の大きな病院に通ってきていて透析した、身体的な合併症その他で療養型病院に移って頂くのだけれども、札幌市内ではなかなか見つからなくて、遠い所をご紹介せざるを得ないというようなことはないでしょうか。札幌地域ではあまりないですか。はい、西尾先生。

**西尾** 私が週1回行っている某病院は、全道だけではなく、東北のほうからもたくさん、ずっとおうちにはいられないような、入院しなければいけないような方を受け入れている病院がありまして、ほぼいろいろな地域から、稚内であったり浦河だったりということで、ご家族もほとんど来ないですし、とにかくそこにずっと入院して透析をし続けている、住所が札幌の病院に移ってしまったような患者が多く見受けられます。それは、患者がその地元でいたいという意思よりも、面倒を見られなくて、札幌にしか施設がないからということで来られているような印象を受けますので、札幌はそういう受け皿になっていて、行政的にもかなりその負担が増えているというのを聞いています。

**日ノ下** ありがとうございます。確かに東京にも、長期入院透析できますというご案内が札幌からうちの施設などにも来ていたりするのです。二、三あるのは承知しています。それ以外にも、例えば最近その手の施設が増えてきています。湘南地域にも二、三できたようです。血液透析に通って頂くのも大変、あるいは長期入院透析病院がなくて困っているという道北、道東地域の先生からすると、そういう形はいかがでしょうか。住み慣れた地域と全然違う遠い所なら引き受けて下さるので、そちらへ移って頂く、そういうことはよくあるのですか。新藤先生いかがですか。

**新藤** 道東地区の患者は、道東地区から出て行かないのです。がんの治療など基本的に97パーセントぐらいまでは自分たちの地域で完了してしまっていて、ご本人の意思を聞くと、やはり他の地域には行きたくないとはっきりおっしゃいます。ただ、先ほど西尾先生からありましたように、ご本人の意思はもうなくなってしまっていて、家族に透析の続行ということを知ったときに、やはり自分では引導を渡せない、別の地域で面倒を見てくれる所があったら、そこに期待をかけたということをおっしゃられる方は結構いらっしゃいます。ですから、旭川や札幌で治療地域を変えるということをご判断頂けない

でしょうか、ということをご家族に聞くというケースはございます。ただ、ご本人の意思はどうかというと、ほとんどの方がノー（No）です。

**日ノ下** 東京でもそうなのですけど、ありがとうございます。なかなかクリアしづらいです。札幌医大の吉田先生。

**吉田英昭** 以前、北海道立心身障害者総合相談所というところにいまして、心身症の認定、疑義があったものを取り扱っていましたが、気付いたことは、現住所と透析施設が明らかに違うケースが結構ありまして、地元で透析をされていない高齢者の方が散見されます。具体的な数字は挙げられませんが、その方々が入院しているかどうかまではフォローできておりませんが、恐らく親族ないしはお子さんの所に引っ越しをして、そこにいながら透析を続けているというような方が結構いたのだと思います。これは10年ぐらい前の話なのですが、長期入院になってくると、行政というものは管轄が違ってくるものですから、どのくらいいるかというのは分からないのですが、そういう経験があります。

**日ノ下** ありがとうございます。なかなか難しい問題です。室蘭地域はいかがですか。伊丹先生、長期入院透析の問題はございますか。

**伊丹** 室蘭の三大病院はみんな急性期ですから、やはり長く居づらいというところがあって、とても長くなってしまった人というのは小樽や札幌、最近では洞爺にそういう病院があるのですが、一番問題になっているのは家族が行かない、患者さんから寂しいと電話をもらうことがあります。長期入院で、場所を変えるということは、何となく個人的な感じで姥捨てみたいになっていて、寂しいと言っている人は結構寿命が短いような感じがしています。「とても混んでいて、なかなか取れませんから待っていて下さい」というのが、最近では、「いいですよ」というようなことになってくるから、やはり人間が先ほど言ったように非常に精神的な要素も大きくて寿命も短くなってしまふ。それはそれで良いのかなと思うけれど、少し寂しい感じがします。

**日ノ下** そうしますと、高齢者を扱うときには、やはりそれぞれの生活環境、地域性というものを考えて配置してあげるのが一番良いのだろうという、社会的倫理的な観点からのご意見ですね。戸村先生どうですか、この問題、社会福祉学的な見地から、どのような感想をお持ちになりますか。

**戸村** 直接今のご質問とは関係ないかと思うのですが、パネルに東京と大阪と、そして今回出席させ

て頂きました。やはり各地域で送迎の問題も含めて差がある、それは地域で事情が違うから当然かと思うのですが、随分地域差が大きいのだなあというのが、一番印象に残ったことです。例えば、タクシーチケットにしても、札幌ですか、年間に 56 枚出しているとのことですが、東京の場合は、それほど出している所はなく、とても福祉タクシーを利用するには足りないと聞いていますので、驚いています。それから地域の特性かと思うのですが、自治体でいろいろな費用を負担しているというのを聞いて驚いたのですが、東京や都市部ですとまずそういうことは考えられません。ある意味でやり方によって随分透析医療はいろいろな方法があるのだなと感じました。NPO や患者会が主催しているような送迎の仕方もあるとのこと、これもあまり東京地域では聞かないことです。そういう方法もあるのかと思って、非常に感銘を受けたところです。

日ノ下 ありがとうございます。今までの議論を横から眺めて頂いて、他の地域との比較でお話し頂きました。ある意味で非常に重要な点を指摘されたのだと思います。日本の血液透析、あるいは PD の医療にしても、ある程度日本は情報が行き渡っていますし、方法にしても条件設定にしても何にしても、大体確立されたものがあって、しかもガイドラインももちろんあって、それに準じてやっているつもりでも、こと細かに社会学的な側面から眺めると、地域によってだいぶ特性が違う。あるいはとても良いアイデアで工夫されている対応、対策もあったりする。それをこういうパネルをやることで、名古屋はこういう良いところがある、札幌はこういうことをされている、それをお互いに知って、そういうやり方をそれぞれの地域が逆に今度は取り入れていく、これこそがこのパネルをやらせて頂いているメリットかもしれないので、ここで出た良い意見をそれぞれ、北海道も広いのです、札幌に限らず、釧路でも旭川でも函館でも持ち帰って頂いて、また今後の入院透析、あるいは送迎の問題に生かして頂ければと思います。ありがとうございます。他に入院透析のことで、是非ともご発言されたい先生いらっしゃいますか。なければ次に行きましょう。

### ③HD における長期留置型カテーテル使用

日ノ下 次は長期留置型カテーテルの問題です。少なくとも当院、国立国際医療研究センター病院では、明らかに 10 年前に比べて、現在はやむを得ず留置型カテーテルにして血液透析を続けることにした患者が増えてきております。ちなみに、先ほどお話を伺えなかった旭川医大の松木先生のところはどうか。周辺で、他のブラッドアクセスではなく、

やむなく留置型カテーテルを使う患者は増えていきますか。

松木 旭川医大では、長期留置カテーテルで管理している患者はいらっしゃるのですが、私の個人的な経験で言うと、浅い経験ではありますが、少し増えてきているという印象はあります。ただやはり、患者の抵抗感、管理が難しいという点もありますし、入っているとそれだけで入院しなければ駄目だというようなことを言われることも多いです。なかなか浸透していくには、まだまだ問題点が多いのかなと思っています。

日ノ下 ありがとうございます。伊丹先生いかがですか。経験が豊富でいらっしゃいますけれども、留置型カテーテルについてどのようにお考えですか。

伊丹 やはり動脈硬化が進んで、年寄りが増えてきているから、僕も 1 例だけやって、3 年ぐらいやった、全部血管 **access failure** になって作れないということになった患者でした。それは外来で診ていくことは可能で、あまり感染症もなかったのですが、カテーテル管理のマニュアルというのが、今ヨーロッパもアメリカもそういうカテーテルの扱いについてのガイドラインができてきているので、日本でもやはりそういうようなことをきっちりやって、そして培養するときはどうするということをやっていくことが必要かなと思います。それと、やはり菌血症になったときに、弁膜症や骨髄炎になってしまうという怖さがあるので、その辺のところはどうなのかという問題があると思います。本当であれば PD を入れたほうが良かったのかなという感じがして、適宜直接穿刺で困ったときにやったほうがもっと良かったのかなという経験もしたことがあります。

日ノ下 ありがとうございます。重要なご指摘をいくつか頂きましたけれども、まず一つは、動脈の表在化だったり、自己血管による AV fistula を何回か繰り返してみる、あるいはグラフトを入れてみる、そういった形ができなくて、留置カテーテルを入れようかと思ったときに、PD を選ぶというのも常に議論として出てくるところでして、それも一つの考え方だと思うのです。ただ、とにかく糖尿病による腎不全が増えているし、圧倒的に透析患者が増えている状況の中で、ブラッドアクセスがなかなか難しい方が増えてきているのは事実でございます。私もこのプロジェクトをやらせて頂いて気付いたのは、留置型カテーテルは欧米の専売特許であって、日本ではまだまだだというようなイメージもありまして、マニュアルや対応法などがあまり整備されてい

ない、あるいはよくご存じの先生がいても、そのスキルが周知されていないという状況は確かにありますので、この辺はまた伊丹先生や透析医学会の先生方に、そういった留置カテーテル対策のマニュアル作りなども考えて頂いても良いのかもかもしれません。ただ、幸いこうやってパネルをさせて頂きますと、まさに先ほど申しましたように、いろいろな良い意見が出てきております。

留置型カテーテルの大きな問題点は二つです。まず血栓ができて使えなくなったり詰まってしまう、それからもう一つは感染症対策です。血栓に関しては、皆さまのお手元にお渡しいたしました昨年度の報告書で東京のパネルで須田先生が、まずは大きなシリンジで陰圧をかければ抜けるようなことも多い、それから消毒の仕方一つ取りましても、大阪医療センターの伊藤先生、あるいは福岡のパネルでは福岡赤十字の満生先生などが触れていらっしゃるのです、そういった良いやり方を踏襲することで、今申し上げました血栓と感染症という問題もある程度はクリアできるかも知れません。それから、中にはこの留置型カテーテルというのは通常のシャントも作れないぐらいですから、その他の合併症も多く、どうせサバイバルが悪いのかなと思う患者が多いと思うのですが、しかしそのイメージとは違って、5年以上留置型カテーテルでやり続けることも不可能ではない、実際そういう患者もいらっしゃるという施設もありますので、今後、我々は留置型カテーテルの適用に関して、もっと勉強していかなければならないと感じております。何か留置型カテーテルに関して、パネリストの先生方でご意見、ご感想をお持ちの方、はい、どうぞ。新藤先生お願いします。

新藤 どうしてもネイチャーのシャントを造ろうとするときに、それから自己血管にアクセスを形成しようとするときに、まずやはり動脈がしっかりしているということが前提だと思のです。どのように頑張って取っても、動脈がどうにも血流が悪くてということで、自分が管理している患者でも、長期留置型カテーテル使用者は、やはり片手ぐらいは常にいるのです。それで、ここにカテーテル自体のイノベーションが必要なのかと、これ非常に重要な問題を提起して頂いていると感じたのです。やはりカテーテルがまだ硬いのです。右の首から入れたときには真っすぐ入るのですが、左側から入れたものは静脈の壁に当たって全滅なのです。フレキシブルタイプのもので、動脈と静脈を別々に差すタイプがあつて、それは1本入れただけの通常のタイプであれば、動脈と静脈の形がそれぞれかまぼこ形をし

ているのです。でも別々に刺すものは正円形で、それも結構フレキシブルタイプで、それを鼠径部から入れて3年維持したという症例はあったのです。それはぐたつとしていて頼りない感じなのですが、意外とそれが血管の壁に沿うように入っていて良かったということがあるのです。いろいろなものを選択しようにも、あまりにも種類が少な過ぎて、困ってしまうことがあるという感じなので、このカテーテルに関してイノベーションが必要なのか、是非検討頂きたい課題だと考えております。

目ノ下 ありがとうございます。今、長期留置型カテーテルの技術的な側面から、優れたコメントを頂いたと思うのですが、他のパネルの会場でも多少議論にはなりました。確かにクイントンのカテーテルに比べ余りにも選択肢が少なく、まだ工夫する余地があるのかなと思うようなタイプが多いのは事実だと思います。その背景には、日本では留置型カテーテルの患者が少ない、今後増えないだろう、あるいは留置型カテーテルを使ってまで血液透析するぐらいなら、それはもう事実上アウトだというようなイメージがあったのも事実だと思います。それで医者側も、それから医療器材メーカー側もあまりこの問題に関して積極的に対応してこなかった。ただ、私としては、お話をいろいろさせて頂いている中で、やはりイノベーションは必要だし、入口部の形状の問題に触れた先生も他のパネルでいらっしゃるしまして、1月24日のコンセンサスミーティングではそのことも取り上げて頂く予定になっています。他にどなたか、留置型カテーテル使用経験のある先生で何かコメントがある先生は、和田先生。

和田 うちも長期留置カテーテル利用者が数例いるのですが、市内の施設では長期留置カテーテル入っていても受けてくれるところも多くて、うちでは透析のない日のフラッシュはしなくて良いことにして、透析の日だけ処置して、普段は何もいじらなくて良いということにすると、かなり見てくれる施設が増えるのです。慣れない人がフラッシュをやると、かえって詰まる原因にもなると思うので、そういう方法がどうかと、全国的にどうなのか分からないのですが。

目ノ下 ありがとうございます。それで割とうまくいっているということですね。サテライトに回しても、うまくそれで維持透析ができています。他、大学の先生方で何かコメントございますか。長期留置型カテーテルの経験のある先生。西尾先生ありますか、どうぞお願いします。

西尾 シヤントを専門に造って下さる施設が札幌にはいくつかありまして、こんなものが造れるのかというのも作って頂いているのが現状で、シヤントトラブルというのは私たちの所にはなくて、むしろ先天性表皮水疱症だったり、医学的にシヤントが造れないような病気の方でやっているということのほうが多いのが現状です。

日ノ下 はい、ありがとうございます。それも大事な議論だと思います。実は昨年大阪でパネルをやりましたときに、東京では留置型カテーテルが増えていて、私どもでも増えていますし、女子医大の秋葉先生の所でさえ結構多いというお話が出ていまして、それに対して大阪地域の先生方から、「本当にそんなに多いの？シヤントをつくる技術はどうなの？」くらいのコメントを頂戴しました。「東京には良いバスキュラーセンターがないの？」といったような話まで出たのですが、もしかしたら今西尾先生から頂いたコメントは、シヤント造設のスキル、技術の良し悪しの問題かもしれません。もちろん留置型カテーテルは、ブラッドアクセスを使用したHDのあり方の中では最終手段ですので、この地域ではうまくいかなかったけれど、北海道札幌で頼んでみるか、というようなことがあっても良いのかもしれません。他にはどなたか。なければ時間が押ししておりますので、留置型カテーテルの話はこの辺にさせていただきます。

#### ④HDにおける介護保険サービス

日ノ下 血液透析の現場というのは、週3回患者と向き合っていて、おまけにその患者の年齢層が上がって高齢者が多いということで、まさに介護と向き合う最たる医療現場ではないかと私は考えております。他の領域ではなかなかないです。入院ならともかく外来だと、リハビリぐらいですか。透析医療に携わる先生方は、常に介護と関わる立場にあると思うのですが、介護保険サービスについて何か強いご意見をお持ちの方、パネリストの先生でいらっしゃいますか。和田先生はいかがでしょう。介護保険について何か矛盾を感じていらっしゃいませんか。

和田 難しい質問です。この施設で得しているかどうかというのは、どのレベルで満足を決める敷居がどこになるかというだけの問題だと思うのですが、完全に満足は絶対無理だと思うのです。先ほどの送迎の問題もいろいろあるし、うちでも介護認定を受けている患者はかなり大勢いて、それに応じている介護サービスを利用しながら何とかやっている段階ではありますけれど、一つは要介護度

を申請してから下りるまで時間がかかって、入院中に申請した場合、それが決まって退院できる体制になるまで結構時間がかかってしまうというのも一つ問題かなと思っています。

日ノ下 よく現場で聞こえてくる声は、実態と介護認定の要介護度のミスマッチです。これはよく伺います。おまけに先ほどのところで東苗穂病院の吉田先生がおっしゃっていましたが、介護保険サービスを利用した送迎、しかし介護保険サービスというのは、透析の送迎だけではありませんので、それで点数を使ってしまうと他のことに回せないなど、いろいろあります。ですから、透析患者ではなるべく介護度をもう1段上げてつけて欲しいという意見もよく出るのです。東北地域などでは、青森県の村上先生がそういう介護の認定に強く関わっていらっしゃる先生らしく、介護度を上げるように認定していますと言っていました。

吉田祐一 私たちの工夫なのですが、ケアプランにも口を出しますし、それからこの方にはこういうケアプランが必要だということを介護保険の意見書に書くのです。具体的には、送迎でこのぐらいやって、普段でこのぐらいの生活をしてこういうことをする、これだけのことがないと、この方は在宅で支えられない、入院透析になってしまいます、というような書き方をしてお話をさせてもらいます。認定の対象たちは、漠然としたものではなくて、はっきりとしたケア目標が分かるものであれば、それに近づくような形で、全部はできないにしても、やりたいと言ってくださっているのです。具体的なそこところを書いたほうが私は絶対良いのかなと思っています。

日ノ下 いわゆる介護保険の事務処理、あるいは主治医意見書の書き方の問題でもあると思うのですが、そういう技術も非常に重要ですね。ありがとうございます。

吉田英昭 よろしいでしょうか。日ノ下先生がおっしゃっていたように、実際の介護の認定度と実態が合っていないかなということを感じています。以前透析施設に協力して頂いて、200組の透析患者とそれを介護していると思われる家族にアンケート調査をしたことがあるのです。大体200組ぐらいで、それは在宅介護負担度尺度だったか、内容は忘れちゃったけども、介護負担増を日本のバージョンに変えたものです。透析の患者であるということだけで、他のいろいろな介護負担増を調査したのから見ると、負担感は非常に強いということがあります。面白いのは、60代後半の患者ではあるのですが、

誰が介護しているかというところで、男性の場合は配偶者が多く、女性の場合は兄弟か親で、70 前後の人の介護を親がやっているというのも驚くのですが、結構な割合でいました。ということは、もう既に配偶者なり親や兄弟という方々自体も、もう介護が必要な状況になりかかっているということが実態としてあります。それが透析の患者であるということ自体で、とても負担感を強く感じていらっしゃるというところもあります。書類には表れてこないような負担感があるものですから、それは透析患者であるということで 1 ランク上げてもらうような操作、そういうものがやはり必要なのかと思って今お話を伺っています。

日ノ下 ありがとうございます。

吉田祐一 もう一つだけ、認定調査は、透析と透析の間に行われることがあって、透析日と透析後は違うのだということを必ず書くのです。ですから、認定調査のときと現実が違うのが、やはり介護度の乖離なのかと思っております。

日ノ下 ありがとうございます。そういうことも大事ですね。当然、非透析日と透析が終わってぐたとされているときとは全然イキも違うし、身体能力や血圧の変動に対しても違うと思われまので、ご指摘のとおりだと思います。でもそれがよく理解できていなくて、十分に書き込めていない、あるいは伝えられていない地域も多いと思いますので、またそういったこともそれぞれ持ち帰って、各地域で実践しなければならぬことかなと思います。話を元に戻しまして、札幌医大の吉田先生のコメントですけれども、いわゆる老々介護のお話でもあります。透析の送迎だけでも大変なのに、ご家族なり周辺の方がその他のことも面倒みていらっしゃるって、それに対する対応として介護度を 1 段階上げて良いのではないかということでした。単に介護度を上げてもらうように、その記述の仕方や知らせ方については、今東苗穂の吉田先生からご指摘頂いたのですが、それ以外に何か対策はございますか。札幌医大の吉田先生。

吉田英昭 なかなか難しいからこういうパネルになっているのだと思うのですが、やはり誰が負担をするのかといったところなのだろうと思います。理想的にはその家族ないしはその地域ぐるみといいますか、社会的なバックアップができる環境があると、多分よろしいということなのでしょうけれども、最近はそのような個別化というか、地域のつながりは非常に薄くなっている現代でいうと、なかなか元に戻っていくとか、昔に戻っていくとい

うのは非常に難しいのかなというように思っています。こうしたら良いというのは、今は思いつくことがなくて、もしあれば本当に教えて頂きたいと思えます。

日ノ下 ありがとうございます。私は正直言って今回のアンケート調査で、介護保険サービスに対し思ったよりは満足されているなど、もっと不満が多いのだらうと思っていたのですが、「満足している。まあまあ良い」というお考えの方が 3 分の 2 以上で驚いたのですが、そうはいつでも、先ほど和田先生がおっしゃったように、細かい点を具体的に見ていきますと、もっと我々医療者側は介護保険サービスに期待したいところは多々ありますよね。それについて何か、戸村先生ご意見ございますか。

戸村 一つ確認させて頂きたいのですが、透析患者さんの場合に、要支援の人は割合少ない、要介護 1 や 2 の人が多いというように聞いています。北海道ではいかがでしょうか。

日ノ下 まず一つお断りしておかなければならないのは、2 年前にやりましたアンケート調査で、要介護度 1 から 5 までありますけれども、そのグレードと要支援のグレードもお尋ねしたのですが、そこまで細かい回答をして頂く施設はほとんどなかったもので、私どものアンケート調査の集計では、その点は飛んでしまった、スキップしております。ただ、大阪のパネルでしたか、山川先生がお示しになったものでは、戸村先生がおっしゃったように、要介護度の 1 と 2 が多かったというご報告を頂きました。どうでしょうか、その辺の事情をご存じの先生いらっしゃいますか。北海道では介護認定、分からないですか。伊丹先生いかがですか。

伊丹 やはり認知があればまじめに通って来られないから、通って来られる人は大体要支援だと思います。だからなかなか使えないということ。

吉田祐一 その施設の年齢層によるのではないですか。

伊丹 介護認定審査会の委員長をやっています。そういう患者は、僕の所に来ないですけど見たりしているわけです。それで、やはり認知が重要ですね。要介護度が上がるためには、認知症がないと支援になってしまうので、なかなか上がらないのです。今、先生が言ったようにギャップがあるのではないかと、そういうものは認知症のところを調査員が把握していなかったりするとアウトなのです。

日ノ下 そうすると、透析に通うこと自体が、いろいろな意味で負担だと、身体的にも負担が大きいというようなことを書いても、要介護度は上がりそ

うにないということですか。

伊丹 認知症の具体的な大変さが介護度に反映してくる。

目ノ下 なるほど。そうすると、その介護認定に詳しい伊丹先生の立場からすると、より良い介護保険サービスを受けるにはどうすれば良いのですか。

伊丹 だから認知度のところを見つけて、しっかり書くということと。

目ノ下 東苗穂の吉田先生がおっしゃった形で、なるべく書いていくということですね。

戸村 要支援が多いとなると、本年度から介護保険の改正が始まっていますので、非常に影響が大きくなるかと思うのです。訪問介護や通所介護が給付のほうから外れて、地域支援事業に入るわけですから、そういう人は影響が大きいかと思います。ですから、市町村の裁量によって随分事情が変わってきてしまう、通院介助なども含めて随分変わってきてしまうと思うのです。いかがでしょうか。介護保険の改正が 2015 年度から始まっているということで、その辺の対応は何か考えていらっしゃる先生方はいらっしゃいますか。

目ノ下 要するに、介護保険サービスが希薄になっていないかということですね。

戸村 要支援の人はますます、サービスが少なくなってしまうのではないかと危惧しています。

吉田祐一 もちろんそれもあるのですが、もう一つ困っているのは、2 割負担の人が増えてきて、今まで受けてもらっていた負担を、ご本人がもう受けたくないというケースが出てきていて、実はそちらのほうが非常に困っています。うちはどちらかという高齢者が多いので、介護 1、2 は結構多いのです。3 も結構います。ですから、やはりそういうことを考えると、負担が増えるから減らすという人の問題が実は私どもにとって非常に深刻な問題になっております。

戸村 今の問題に関連するのですが、埼玉や東京の地域ですと、例えば、特養などでも、ベッドはあるのだけど活用されていないとのこと。それは、一つは介護職員が不足しているということと、もう一つはユニット型で費用がかかるので、入所していても退所してしまう、そういう事情で結構空いているベッドをかかえた施設があると聞いています。「特養の何年待ち」ということが言われていますが、実際は随分ベッドが空いているということを知っていて、費用の問題は非常に大きいと思います。

目ノ下 はい、ありがとうございます。介護保険サ

ービスは、受益者にとっては一見ありがたいようだけれども、今、問題点が垣間見えました。経済的な負担があつて、思うように保険サービスを受けられない、あるいは受けたくないということですね。でも、なかなか政府側を突いても、恐らく自己負担 2 割という話が出ましたが、これは 1 割とは言いませんけれど 1.5 割にして頂くなど、なかなか難しいだろうと思います。介護に関わる支出そのものも、政府は今抑えようとしています。なかなか難しいのですが、我々ができることは、いろいろ送迎が大変な方や、合併症が多くて周りのサポートをかなり要するような方に関しては、なるべく介護度を上げる努力をする、そのスキルについては先ほど東苗穂の吉田先生からも教えて頂きましたので、そういったところを活用しながら考えていくということでしょうか。他どなたかご発言なさっていないパネリストの先生で、介護保険サービスに対して何かひとつ言いたいという方いらっしゃいますか。あるいはフロアの先生方で、ご意見のおありになる方いらっしゃいますか。

村上 足寄町国民健康保険病院の村上と申します。80 代過ぎの高齢者で、介護サービスを使って透析を受けられる方がいますけれど、実際、介護サービス等を利用する患者の方で一番問題になるのは、ケアマネジャーやヘルパーさんが透析患者にどう対応して良いのか分からないということが挙げられます。ヘルパーさんであれば食事をどうしたら良いか、ある程度こういうことをして欲しいと利用者が伝えたとしても、なかなか実践できず、送迎も時間の都合でできない、透析のトラブル、シャントの感染、または骨折というような例に対してもどう対応して良いのかわからず、なかなかうまく対応できていないという部分があるのかなという印象を受けています。透析の患者は少し特殊だよ、こういう部分をもっと気を付けて欲しいのだよ、という点をサービスする側だけの教育というか、啓発というか、そういうことをもっとやって頂けると、スムーズな導入ができるのではないかと考えています。

目ノ下 ありがとうございます。重要なコメントだと思います。他のパネルの会場でも出ていましたし、お手元にお配りした報告書の中の考察にも多分書いたと思うのですが、要するに介護者側は、あるいは介護保険サービスに関わる方々は、医療のことをよくご存じない、特に透析のことをご存じなくて、透析の患者だというだけで引いてしまう。あるいは熱心にやるにもやりようがない、万歳されてしまう。そういうところは確かにありまして、後半の部分の議論でも出てくるかもしれませんけれど

も、HDにしるPDにしる、もっと介護保険サービスの方々に対して、透析医療に関わる医療者、医師や看護師などがもっと透析の知識を介護保険サービス側のスタッフに伝えて、ケアマネジャーやヘルパーに、教育といったら悪いですが、啓発していかないと、なかなか透析患者に対する良い介護保険サービスも出てこないのではないかと、そういう議論はございます。実際そのとおりだと思います。我々はそういったことにもっと力を入れていかなければならない。しかしそれは全国展開というよりも、各地域でやっていくしかないのだから、それぞれ持ち帰って頂いて、各地域でそういったことを考えることで、我々透析医療者側が困っている介護に関わる問題も少しは改善されるかもしれません。それからもう一つ、技術といいますか、お伝えしておきますと、その辺を埋め合わせるために、例えば九州は福岡市のくまクリニック、隈先生のところでは、透析施設側がケアマネジャーを抱え込んでいて、透析の分かるケアマネジャーが、例えば骨折のある方や不自由の多い方に対するケアプランを考えたり、対応するようにはしているとおっしゃっていて、それはうまくいっていますという話は出ていました。一応情報としてお伝えしておきます。他にはどなたか。

ではなければ、だいぶ時間が押してしまいました。申し訳ございません。休憩に入りたいと思います。

#### ⑤PDにおける注排液の問題

日ノ下 今度の問題は、PDというのは基本的に Do it yourself セラピーだと思います。本来はご自宅で自分もしくは近い親族の方が腹膜透析液を出し入れする。たまに病院に通うにしても、普段は自分たちで完結してしまう、そういう治療だと思うのですが、それができない、自立できない患者のPDについてです。これについては何かパネリストの先生の中で、最近、問題を抱えていらっしゃる先生いらっしゃいませんか。大学の先生はどうですか。PD導入したのはよいけれど、その後どうしようと困る症例は、あまり経験されませんか。西尾先生お願いします。

西尾 PDを導入するときに、ご家族が全く関与できないということになると、やはり導入ができないということになります。一つは入院をしたい、要するに社会的な入院も含めて入院したい、あるいはショートステイに行きたい、あるいはヘルパーさんや訪問看護を受けたいというときに、PD患者であるというだけで、そういうのが断られてしまうという、とても悲しい現実があります。東苗穂の先生たちのところは、かなり訪問看護なども盛んにやられているので、札幌市内においてであってまかなり地域差

がありまして、いわゆるショートステイに行けないような状況なのであれば、もう血液透析にして下さいというようなことが起こっています。ご高齢の方は食事もそれほど摂られないですし、ご自宅にいて介護さえあればできるということで、非常に良い治療だと思えるのですけれども、そこが非常に問題になっていると思います。

吉田祐一 本当にそのとおりで、札幌東区が良くなったのは、1人ショートステイをしたい、それからデイサービスに通いたいという患者がいたときに、受け入れが可能かどうかと東区に聞いたのですけれど、1カ所は勉強したい、残りは全滅だったのです。一番悲しかったのは、私たちの関連施設が全滅だったのです。ですから、私たちの関連施設からまず説得して、もう1カ所のところも説得して、もう1カ所受けそうになったのです。向こうが受けるのに何でこちらは受けないのかという話をしたら、一つやっけていくとあつという間に広がって、東区は今半分ぐらいの所は受けてくれるという形になっています。特にデイサービスは、看護師がいる所しか駄目なのですけれど、受けてくれます。その所で入浴や、場所によってはバッグ交換まで日中もしてくれます。一方で、困るのは、ある程度自立していなければいけないので、全面依存ということではできないので、ですからそこはやはり限定されるのかなと思います。訪問看護に関しては、僕は全道いろいろなところをお願いするのですが、襟裳であろうが上湧別であろうが、どこの看護師も、地域によっては保健師が出てきてくれてお手伝いしてくれます。その意識は、一緒に勉強しようという姿勢をすると、とても高いのではないかと感じております。

日ノ下 はい、ありがとうございます。まず北大の西尾先生がご提起されたのは、全国どこでも抱えている問題だと思います。基本的に、PD導入してご自分で注排液ができる場合、あるいはできない場合でも、できない場合なおさらですけども、特養であろうが老健であろうが、デイサービスであろうが何であろうが、PDをやっているというだけで拒否反応が出てしまって、面倒みたくない、あるいは面倒みられませんと、こういう話は全国どこでも多い話でございます。ただ、一部例外もございまして、今東苗穂の吉田先生がおっしゃったように、グループ全体で取り組んで介護サービスのときにPD患者に対応してあげるなど、それから名古屋地域でも実はあったのですが、名古屋共立病院の春日先生のところでは、やはりアシステッドPDのような形です。つまり、デイサービスに行く介護認定患者がいらっ

しゃった場合、デイサービスの合間に1回注排液をする、それによってご本人もしくは周辺のご家族などの負担が減るというのもありまして、そういうやり方も一つ提案されていました。一般的には、介護保険サービス側がPDだというだけでアレルギーを起こしてしまって面倒をみてくれないことが多いのも事実なのです。どなたかフロアの先生でお手を上げられた方いなかったですか。PDに関しては釧路の状況はどうですか。

**新藤** 先ほども少しご説明させてもらったのですが、道東地区、東京都の広さの約6倍をエリアとしていまして、対象人口は32~33万です。一番遠い羅臼、知床の羅臼まで165キロということで、やはり結構広域をカバーするのに絶対PDは欠かせない。それで、PDを使用させてもらうときには、ご自身が自立しているからやるということが前提だと考えていますけれども、最高齢で92歳の方がいらっしやいます。ご家族がとにかくサポートして下さるということを前提に、APDだけの治療ということで、大体患者の8割方はAPDでやっています。だからご家族の方がお仕事に行かれる前に外して、帰って来たらまた付けるというようなことで、その介助者がしっかりしているという条件でもって導入している、そういうことをやっているわけです。

訪問看護ステーションに働きかけると非常に協力的です。一生懸命やって下さいます。ただ、非常に困るのはドクターの認識で、やはりPDに手を出そうという人はあまりいないのです。一番困りますことは、腹膜透析でだんだん腹膜機能が低下してきますから、ハイブリッドに持ち込もうというので、1週間に1回血液透析を持ち込んでいくときに、それこそ70キロ80キロ離れた所から釧路に腹膜透析で2カ月に1回通っている人が、いよいよハイブリッドにしようとしたときに、その近隣のところに急性期の透析を求めたときに、血液透析する所と腹膜透析を管理する所が別だとやはりいけないということで、血液透析併用というのは認められない、どちらかを選択して下さいという形になります。ハイブリッドの形に持ち込むときには、何が何でも70キロ80キロを超えて、1週間に1回は釧路に来させなければいけないという現状がありまして、それは困った状況かなと思っています。

それからもう一つには、ヘルパーさんが相当熱心な方たちが多くて、PD講習を結構して、できる人が増えたので、何でも任せて下さいという人が多く出たのですが、ストップがかかったのです。介護者がそういうことをやってはいけませんというスト

ップがかかって、釧路市内で相当できるヘルパーさんが実はいるのですが、透析液をその人の近くまで運ぶだけ、それ以上機械に装着したりしてはいけませんというお達しが出てしまって、相当盛り上がる機運に水を差されたということがありました。それは、ここにも、訪問ヘルパーなど支援を求めることはできないのか、という僕は非常に大きな問題かなと思います。

**目ノ下** ありがとうございます。このテーマのツボの所を全部話して頂いたような気が致します。まず一つは、最初ハイブリッドの形です。HDとPDの併用のご説明を頂きました。管理加算をどこで取るかという話もあるでしょう。先生、今後どうですか。ハイブリッドの形も推奨されている中で、PDを管理している施設と、たまにHDをやって頂く施設が異なると、いろいろと経済的問題が出てくるわけですが、何かこのように改善して欲しい、こうやり変えたら良いのではないかなど、ご意見ございますか。

**新藤** 一番理想だと思われるのは、どこの施設に行っても同じようなサポートを受けられる、特にPDに関しては、かなりそこら辺は大きな投資をしなくても見て頂ける医療だと僕は思うので、そこに関してはもっと地域的な啓発も必要なかなといつも思っていたのです。やはり残念なことに、訪問看護ステーションの看護師達がとても意識が高く、持って来てくれるのですが、ドクターに声をかけたりすると、それはねと言ってなかなか協力頂けなかったというのが現実かなというのがあります。

**目ノ下** ありがとうございます。今のお話に少し追加致しますと、訪問看護ステーションの看護師、あるいはヘルパーもかなり熱心で、それは先生をはじめ、その地域の透析医がかなり啓発をしっかりされて、皆さんの協力を仰ぐための努力をされた結果かもしれないとは思いますが。PDはご承知のように、特に自立できていないPD患者の場合は、その地域でドクターに限らず、看護師やあるいは訪問看護師、ヘルパー、ケアマネジャーなどのご理解がないとなかなか思うように進みません。いろいろな所でパネルをさせて頂きまして、そういう環境すらない地域が結構多くて、そのモデルケースが例えば長崎県の長崎市、宮崎先生を中心に多職種で勉強会をして支え合う形を作っていたら、名古屋大学がこの2年ほど特任の伊藤教授が中心になって、名古屋市内をグループ化して訪問看護ステーションを巻き込んで教育指導もして、自立できていないPD患者が出てきても、それぞれの地域で対応できるような環境づくりをしようと努力されております。しかし今聞くと、コメディカルや介護職側は、道東地域で

は結構皆さん熱心で、PDをやっても良いという環境作りが既にできているのかなあという気が致します。

あとは、ドクターがなかなかPDに踏み込まない方も多いので、それが一つ問題ですね。あと一つの問題点としては、ヘルパーですね。ヘルパーのPD参入の話です。実はこのプロジェクトを始める前に、PDを推進するにはヘルパーを活用したほうが良いだろうと、ご本人はおろか、おいっ子やめいっ子でさえファミリーであれば注排液に携わって良いのに、どうして介護職の方ができないのか、これがネックになっていると思っていました。私の個人的な見解としては、ヘルパーの注排液を認めても良いのではないかという意見ではあったのですが、それを実際にやるとルール違反であるということで釧路地域ではお達しが出してしまったのですね。その議論はあちこちの地域でありました。つまり、PDを推進したい先生方としては、ヘルパーの参入をよしとしよう、あるいは注排液が無理でもせめて重いPDのバッグを運び入れたり、やりやすい所まで置いておいてあげたり、それぐらいの介助はヘルパーからして頂いても良いのではないかなというご意見が強くございましたが、なかなか実際は難しい。例えば1日2日の講習を受ければ、ヘルパーさんが注排液に手を出しても良いなど、ちょうど吸引で痰を取る方法が介護職にも認められたように、PDの注排液をヘルパーがやっても良いのかなという気がしているのですが、なかなか難しい点がいろいろあるようでございます。その辺は、福祉学にも強い戸村先生からいつもご意見を頂いているのですが、戸村先生、介護保健者側は医学の知識もないし、進んでその行為に関わることは避けたいという傾向なのですよね。

戸村 はい。一般的にはそうだと思うのですが、今釧路地域の事情を聞いて、感銘を受けました。ヘルパーさんが非常に熱心にPDに取り組んでいるということですね。法律的には、多分これは自己注射と同じようになるので、本人あるいは家族しかやれないということで、法律違反になってしまうと思うのです。ただ、現在介護福祉士にも認められている医療行為として、緊急時の喀痰の吸引と経管栄養がありますので、法律を改正すればPDの操作も介護職員が介助できるようになるのではないかと思います。是非学会などを中心に全体で取り組んで頂いて厚労省などに働きかけてください。熱心に取り組んでいるヘルパーさんがいるということは非常に心強いですね。事実としてこういう例があるのだということで、これを推進して頂ければ良いのではない

かと思います。

目ノ下 ありがとうございます。戸村先生、去年と少しご意見が変わってきたような気がするのですが。

戸村 浦和大学の短期大学部、これは介護福祉士を養成している所なのですが、私はそこの教育にもあたっています。医療的ケアについては、どちらかというと拒否的な考えを持っている学生さんがかなりいるようです。ただ、これは教育だと思います。やはり医療が介護の中でも非常に大事なのだということを経験することによって、そういうことは解決していくのではないかなと思うのです。ただ、何となく医療というのは危険で恐ろしいことなのでやりたくないという、漠然とした考え方がありますので、教育してこういう考えを正していけば、また特定の医療行為を行えば人の命が助かるということを経験していけば、多分これは解消できると思います。ただ、もともと彼ら、彼女たちの考え方は、医療的ケアについては、できれば避けて通りたい、本来の介護に専念したいというのが本音のようです。そこは全て教育で解決できると思います。

目ノ下 ヘルパーのPD作業に関する介入がいろいろな意味で難しいのではないかと戸村先生はよくおっしゃっていたので、今日のコメントは非常にありがたいというわけですが、他の先生方、どうですか。具体的に今議論になりましたヘルパーが注排液をやることに関して賛成か反対か、PDを扱っていらっしゃる先生にお伺いしてよろしいでしょうか。パネリストの先生方でいかがですか。札幌医大の吉田先生はいかがですか。

吉田英昭 よろしいのではないかと思います。やはり法的な問題のクリアと衛生の担保ということをしていかにかということを経験すれば、きつとうまく活用できるというか、手が増えるということになりますので、家族の方の負担の程度も軽くなるでしょうし、何とかそういったところをクリアしてもらえると、むしろ前向きに進めていってもらうのが現場としてはよろしいのではないかと思います。

目ノ下 そうしますと、先生のお考えでは、PDの注排液は恐らく教育だけすれば、ヘルパーにやってももらってもよい作業であると。

吉田英昭 そうだと思います。もちろんトラブルシューティング、こうなったときには緊急に連絡するなど、そういったアクセスさえしっかりできていれば、対応は十分可能ではないかと思います。

目ノ下 ありがとうございます。他はどうでしょう。

某フロア発言者 うちもヘルパーや職員などが関わりたいと言っています。でもやはり所属する職員などから、それは駄目だと。何が問題かという、何か起こったときの責任はどうなるのかというのが問われるということなのです。例えばヘルパーも定期的な講習をする、何か継続した資格を取るような形でナース倫理を何回か受ける、そしてきちんと受けた人は何か起きてもその責任を、保証はどんな形が良いか僕はわかりませんが、それが保証されるということであれば、もっとヘルパーの補助が広がるのではないかと思います。それから、教育もとても大事だと思うのですが、そういうバックアップということも両方考えていかないと、なかなか法律も、誰にどう言えば変えられるのか分かりませんが、うまくいかないのかなという感じがします。

日ノ下 ありがとうございます。そうしますと、介護保健スタッフ側が、それなりに教育も受けて、かつ医学的な責任についてあまり負担にならない環境を作ってあげれば、先生としてはやはりヘルパーの参入もよしということですか。今日はだいぶ進歩があったと思います。長崎県の宮崎先生なども、是非ヘルパーさんには注排液をやるようにして欲しいということをおっしゃっていて、彼は長崎市内で PD 患者を支えるネットワークを作っているのですけれど、やはり一人暮らしの高齢の方や認知症の方、あるいは障害を持った自立できていない高齢者の PD 患者に対して、介護スタッフが関わって頂くとありがたいというご意見でございます。そういう方が、少なくともドクターには多いように思われるのですけれども、お待たせしました、東苗穂病院の吉田先生。

吉田祐一 私も大賛成なのですが、一つ分かっているのは、見たことがない人は分からないのです。ですから、先生がおっしゃったように、ただ教育でやろうといっても駄目なのは、見ていないからだと思うのです。私たちのスタッフも、実際介護に入っていくと、何でこのようなことができないのだろうかという、その驚きから自分たちでやりたいという話になってくるのです。ですから、資格制度を作って、現場で見たいという人があったら、という形でずっと増えていくと思います。それからもう一つは、そのときにマニュアルや機械があるのですけれど、機械つまりオートチェンジャーのほうに限定して、オートチェンジャーには必ず電話番号が書いてありますので、そこは 24 時間各メーカーが対応してくれますので、その 24 時間できるということをお話してやって頂いたら僕は良いと思っています。それがそもそも論から始まって、全体を教育しなけ

ればいけないというところから始まると、いつまでたっても進展はしないのではないかと感じております。

日ノ下 ありがとうございます。それも貴重な意見だと思います。要するに、ヘルパー全体に資格を与えてしまうのではなくて、PD に関わっても良い、あるいは熱心に取り扱いたいとおっしゃる方に対して、半分資格制度のような感じで PD 注排液の技術、それを付与する、そういう形が良いのではないかとのお話だと思います。はい、どうぞ。所属とお名前をお願いします。

大江 仁楡会病院の大江と申します。私自身は PD 手術と管理を 15 年前に 2 年間やっただけなのですが、医療の現場にいて、助手さんと看護師さんと医者、縦関係の中で、ヘルパー達にそういうものをどんどん与えたとき、逆に看護師側から自分達はどういう立場で動けば良いのかというのが必ず過去に出ていたような気がするのです。立場を逆にしてみれば、自分たちの頭ごなしにヘルパーさんがドクターとマンツーマンでやっているなど、そういう形になればやはり間にいる看護師が良い思いはしないのだと思います。その中で、例えばヘルパー達にどの先生に限って話をできる、その周囲の看護師もその人を認めてくれる、やはり透析室の中でもヒエラルキーは常に存在するので、その辺りをうまく、看護師の立場を崩さないような動き方をしないとうまくいかないのではないかと気がします。

日ノ下 ありがとうございます。自立していない PD 患者に対するヘルパーの対応に限らずですけれども、PD という作業はたいがいの場合、看護師が非常に重要な役割を担っていらっしゃるのです、看護師のお気持ちを損なう、プライドを傷つけるようなことがあってはなかなかうまくいかないかもしれませんね。それに対する答えとして、いろいろ各地でパネルをさせて頂くと、先ほども少し申しましたように、PD に熱心な所や自立できていない PD 患者をサポートしていこうという地域では、多職種の勉強会をやったり、そういう環境づくりを熱心にやられているグループがある、あるいは少なくとも 1 人や 2 人熱心な先生がいらっしゃるのです。もし将来法律を改正して、ヘルパーに注排液の権限を付与するとした場合、同時にドクターとヘルパーだけの取り決めにするのではなく、看護師や地域のかかりつけ医、あるいは行政の福祉に関係する方、ケアマネジャー、そういった方々も巻き込んだ形で、自立できていない患者を見守ったりサポートする環境を作っていく、まさに地域包括ケアなのですけれど、そういった環境作りも合わせて同時に並行して行

わないうまくいかないのかなと思いました。他にはどなたかこの自立できていないPD患者に関する事で、何か問題、あるいは危機意識を感じていらっしゃる先生、パネリストの中でいらっしゃいますか。

伊丹 ヘルパーに交換してもらおうとしても、やはりそれにお金がかかると、ただリスクだけ負ってというところ、そこのところは保険であるとか、例えばアシテッドPDをフランスでやったのは国で出したから。そこのところをやらないと、ただリスクだけを負わして。

目ノ下 インセンティブを多少つけるべきだと。

伊丹 そうです。お金もちゃんと付けてあげるシステムにしていかないと駄目ではないかと思えます。

目ノ下 ありがとうございます。今フランスの例を出されましたけれど、日本とは多少やり方も違うとは思いますが、そういうアシテッドPDの先進国のことを我々ももっとよく勉強して、日本に合った形はどういうものかということを検討しなければなりません。ありがとうございます。他にはどなたか。はい、和田先生どうぞ。

和田 先ほども言ったように、旭川市ではPD患者が多いのもあって、うちの訪問看護ステーションでも市内の施設でPDやれるようにいろいろ勉強、手技を広めたりして、今市内で受け入れてくれる施設が9カ所ぐらいあるのですけれど、うちの病院はPDの手技を紙芝居的にパネルに書いてはぐりながら一つずつ丁寧にやっていくようなタイプのものを作って、あまり慣れていない人でもそれを見ながらやっていくようにという感じで、他の施設の看護師もできるようにという感じでやっているのです。それで結構みんなやってくれるようになっているのですけれど、やはりその施設でもPD患者がしばらく途絶えたりすると、忘れてできなくなってしまうので、コンスタントにやっていくのが大事かと思うのです。やはりヘルパーは是非やれるようにしたいし、施設によっても午後5時になったら看護師がいなくなって、APDをやりたいといっても人がいないからできないということになるので、先ほどの伊丹先生のそういう問題をクリアできれば良いと考えています。

目ノ下 ありがとうございます。PDに関わっておられる先生方や看護師からすると、介護保健スタッフの参入、PD作業に対する参入はよしと、反対意見はあまりないということで、今日はかなり力を得ましたので、今後コンセンサスミーティングその他で厚労省側に強く申し入れていきたいと思えます。

また、伊丹先生をはじめ学会の先生方にも事あるごとにそういった機運を盛り上げて頂ければありがたいと思います。それから、今もお話ございましたけれども、やはり旭川地域でPDの患者が比較的多いのは、地理的な問題も最初出ていましたけれど、地理的に遠い患者が多いこともあるのでしょうか、やはり先生方がPD普及のためにかなり熱心に指導なり教育を続けてこられた結果かなというふうにも思いました。釧路周辺地域もそうです。そういう核になる病院や先生方が熱心にやれば、その地域にはPDが結構普及するし、多少障害がある方でもPDがどんどん進むのかなという気がいたしました。他にか小原先生、コメントやご意見感想ございますか。もしあれば。

小原 当院PD患者が結構多くて、年間導入も十数名してしまっていて、今管理している患者も50名弱おられます。やはり問題になっている、実際に自力で注排液できないというのは、いろいろな理由で自分ではできないという患者もいて、さらに配偶者も高齢で、お子さんも同居されていないということで、どうにもならない状況の方もいるわけです。そういう方は従来どうしていたかといいますと、結局やはり入院透析という形で見て頂いていることがどうしてもあったのですが、最近は医療保険の他に介護保険を利用して、訪問看護師も積極的に関わって頂いて、国のほうでそういったAPDのシステムをつくってもらったり、注排液の手伝いをして頂いたりということで、何とか在宅で頑張っているという人が最近出てきています。ヘルパーなどの介護者に注排液できるようにというのは、それはまたどういふふうに扱えることかなあと思えます。

目ノ下 ありがとうございます。それでは時間が来ましたので、次の話題に行きましょう。勝木先生お願いします。

## ⑥長期入院PD

目ノ下 次は長期入院、もしくは入所PDの問題でございます。要は、まず自立できていない、かつ何らかの事情で在宅でPDを継続できない場合に、医療施設に入って入院する形でPDを続けている方もいなくはない。それから場合によっては軽症の方であれば老健や特養などに入って頂きながら、利用を続けるのが望ましい場合もあるのですが、たいがいの地域ではまず特養などはPDを受けませんので、自宅でPDを続けられない場合にどう考えるべきかというお話でございます。その辺はどうですか。どなたかパネリストの先生方でご意見がある方いらっしゃいますか。新藤先生いかがでしょうか。実際

に入院したまま PD を続けているような方は経験されていますか。

**新藤** 先ほどお話しさせてもらったように、むしろ PD ラストということで、血液透析から PD に切り替えて、何とか在宅に向けてということで取り組みをさせてもらった患者はたくさんいらっしゃるのですが、釧路の中で 1 施設だけ HD の患者は受けられないけれども PD の患者は受けるという施設があります。そこで 2 症例お世話になりました。ただ、そこもしばらく患者が切れると、スタッフがかわってしまうようで、そのときそろっていたスタッフがなくなったので、今度は駄目だと言われたような気もするのです。PD であれば長期で診ると言っていてくれていた施設が 1 カ所あります。先ほどの和田先生のお話にもあったように、HD もそうでしょうけれども、PD の継続性というか、その施設が維持してもらえるように、何らかの形でつないでいくというか、そこのスタッフが切れないようにして頂くというのが重要なことかなというのは認識しています。

**日ノ下** おっしゃるとおりですね。ありがとうございます。今のご指摘は、しばらく PD を経験していないと、怖くてやれない、感染してしまうかもしれないし、受けてもらえないということですね。おまけに HD よりも PD 入院のほうがもっと経済的、経営的メリットがないというか、赤字だと思われるので、2 人でも受けて下さったというのはすごいと思います。その辺は、いろいろな形の医療施設を伴っていらっしゃる東苗穂病院ではいかがですか。どのようにお考えになりますか。

**吉田祐一** 非常に難しいところで、長期入院 PD はやはり 1 人はできるけれど全員はできることではないので、基本的にはしないことにしています。事情によって長くなった人はいるのですが、それは特殊な事情だけです。ではどうするかというと、選択肢は三つしかなくて、一つは病院のすぐ横にサ高住でそこには 24 時間看護師が対応できる施設を作って、今そこに 2 人入っています。それはお金が負担できる方で、どうしても負担ができない、長期になって寝たきりになったときに関しては、二つというのはそのまま PD をやめて、そのまま最期を迎えるのか、それとも血液透析に移行して血液透析で入院するかという選択を聞きます。その中で結論を出しているのが現実です。1 人がずっといるのは良いのですが、長期間いるような入院というのは、今の医療制度では難しいと思っております。

**日ノ下** ありがとうございます。なかなか経営的に

も難しいですし、今言われたように、いろいろな事情で扱いにくいというのがあると思うのですが、PD を導入したり、あるいは合併症をご覧になる大学病院の立場で、3 人の大学病院の先生に来て頂いているのですが、入院してまで PD を続けるべきなのかどうなのか、言い換えるところいう話ですね。入院が必要になったらもう見送ってしまうのか、あるいは入院させて HD に切り替えるのか、その辺り実際 PD 入院の選択について、現場でお悩みになった症例などありましたでしょうか。

**西尾** 基本的にやはり PD は在宅できるところにメリットがある透析だと思いますので、ご家族もそれを選択しているということから、入院して長期の PD というのは、やはりもともとの PD の持っている意義をかなり損ねるといえるのか、PD は自宅でやっとなんぼかなあというようなことを強く感じています。なので、PD ができなくなったときは、やはりその方がもうそういう時期なのかなあというのを感じますので、私としては長期の PD 入院というのは、個人的な意見としてはどうなのかなあというように感じます。

**日ノ下** ありがとうございます。自立できていなくて、自宅で在宅 PD ができなくなったケースで、例えば老健や特養のような施設、あるいはサ高住の話が先ほど出ていましたけれども、そういう所なら何とかできる、そういう形はありますか。あるいはやはりそれも PD の本来の。

**西尾** それは、是非周りの環境を整えて、きちんと介護のサポートあるいは訪問看護であるとか、そういう住居に入れて頂いて、支援を受けるといったのはありだと思います。実際、JCHO 北海道病院の先生が今一生懸命 PD を入れて頂いていて、ついに特養で 1 人 PD を無理やり始めさせてもらったりということもやっておりますので、そこは人の命なので簡単に死んで良いわけではないので、入院ではなく PD を続けていける環境、ということを進めていくのが筋かなあと感じます。

**日ノ下** 地域によってはほとんどもう老健や特養は全く PD の患者をシャットアウトされる場所も多いのですが、北海道では現状どうなっていますか。今 1 名特養で認めてもらえたということなのですが、全般的にはまだまだやはり特養や老健は、PD 患者はお断りという状況ですか。

**西尾** 難しいと思います。ただ、私がいつも言うのは、大学の看護師でさえ病棟が違えば、PD を見たことがない病棟でお願いすると、勉強もしていないのにやれないと言うのですが、最近、私は、素人が

家でできるのに、あなたたちができないわけがないというのを必ず言うようにして、何の医学的知識がない患者や家族ができるのに、看護師ができないわけがないのだから、と言うと仕方なくやってくれたりしているの、何かしら意識を変えていかないといけないというのは強く感じています。

目ノ下 分かりました。ありがとうございます。あちこちでパネルをさせて頂いて、やはり入院 PD はおかしいだろうというのは東京もそうでした。仮に終末期を迎えて、長期の入院をしながら PD というのは、何か PD の本質に合わない、東京ではそう考える先生が多かったです。九州地域はまたお考えが違って、名古屋も違いました。PD の後方支援病院のような所があるらしいのです。九州地域も福岡や長崎などでは、最悪面倒見ます、最後のところの3カ月、1年になっても面倒を見ますという所もございました。ただ、本質論からすると、西尾先生がおっしゃるとおりで、PD は基本的に在宅の医療ですから、入院で1年も2年も3年も入院しながら PD を続けるというのは変な話かもしれません。ただ、今ご指摘がございましたように、特養や老健で PD をもっと受け入れる形を作りたいが、先ほどの伊丹先生のお話もございましたように、インセンティブがないのです。それもあると思います。単に感染が怖い、慣れていない、特殊な医療に関わりたくない、そういう感情もあると思いますし、同時にインセンティブがないので、もう少し PD の患者を増やすためにインセンティブをつけて、老健や特養で受け入れてもらえる形を推進すべきなのかどうか、その辺についてはどのようにお考えになりますか。皆さんいかがですか。他の先生でも結構です。

吉田英昭 PD ファースト、PD ラストという考え方からすると、やはり入院というのは多分コンセプトとしてはないのだろうと思います。事情があれば仕方ないというのはありますが、その代わり特養などそういった他の施設で診てもらおうようなことでは、やはりコストがかかりますので、それを誰が負担するのかという問題にもなります。また、お金がかかる医療でもあるわけですので、多分支えきれないというのが現実問題なのだろうと思います。そういったところの考え方をどのようにしていくかというところ、そもそも論になってしまうかもしれませんが、ですから PD ファースト、PD ラストという考え方、ファーストの人は HD に行くなり移植に行くなり、ラストの人は、自立できなくなったときには介護してくれる人がいないような状況になったときに、腎臓が悪くない人と同じような考え方でそういう施設の利用をしていって良い

ものだろうかといったところも、いろいろな意見が出るのだろうと思います。これは決められないのではないかと思います。これはこうだからこうしましょう、ではないのではないのでしょうか。そういう考えです。

目ノ下 ありがとうございます。それらに関連したコメントといたしまして、過去のパネルで、例えば岡山済生会の平松先生は、高齢者 PD を相当たくさんやっていたらっしゃいます。平松先生に言わせると、後期高齢者の PD は10年以上やってもまず EPS にならないので安心して下さい、ということもおっしゃっていました。基本的には社会的入院、もしくは多少の身体障害のために長期に入院してまで PD をするのは本来の姿とは違うので、あまり積極的に推進するべきではないだろうと。ただ、特養や老健など、介護保健側の施設に入所したまま PD を続けてもらうのはあってもよいし、何らかの方策を今後考えていかなければならないだろう、こういう結論だろうと思います。それでよろしいでしょうか。フロアの皆さん、どなたかご意見ありますか。なければ次に行きましょう。

#### ⑦在宅 PD と医療保険診療、介護保険サービス

目ノ下 次のテーマは、在宅 PD 患者に対する今後の支援のあり方、あるいは高齢者、あるいは障害を持った患者に対する今後の PD のあり方です。今まで議論してきた話の延長線上とも言えるテーマではございますけれども、追加でどなたかコメントございますか。先ほど、言い忘れたことを付け加えると、まず平松先生のほうから、高齢者も意外と PD ができていて75歳、80歳になってからの PD もこれからはありだと。おまけに通常ガイドラインなどでうたわれている7、8年という線ではなくて、10年以上やっても EPS は生じにくい、それは実際、慈恵医大病理の先生とタイアップして、腹膜組織をチェックしたりした上でのご検討の結果だそうでございます。そのようなことを考えると、80歳から PD をしても天寿を全うできる、そういう話でした。それから、もう一ついい忘れていたのは、この議論にも関わりますが、PD の今の医療費がとても高いです。APD をやると HD よりも高くなります。これに関しては、例えば秋葉先生などは、他のパネルで PD の医療コストを下げることで PD の敷居も下がって、PD を導入する患者がもっと増えるかもしれないという意見を頂いております。コメントとして付け加えておきます。それらの議論を踏まえてどうでしょうか。PD を熱心にやっていたらっしゃる先生、和田先生、今後の PD のあり方がどうですか。

**和田** 全国的にも北海道でもPD患者が減少傾向にあるので、やはり患者が少ないとそういう施設で診るのも広がらないし、PDの数をもう少し増やさない、という気はします。

**日ノ下** また後で、何かございましたらコメントお願いします。次に新藤先生、お願いしてよろしいですか。

**新藤** どちらもそうなのだと思いますが、やはり一定の患者の数がいないと忘れてしまう、技術が向上していかないということで、腹膜透析を一つの病院で3人から5人ぐらい維持するというのには一番苦しい状況ではないかと、今までいろいろ研修してきた病院で感じたことです。2桁に突入すると、10人診るのも50人診るのもほとんど変わらないというか、ある程度スタッフが育ってしまうと、自動的に勝手にチューブを交換してくれたり、外来peritoneal equilibration test(PET)検査してくれたりなど、結構看護師がやってくれていて、「どうですか」とどんどん言ってくれます。自動的に動いていけば良いかというような状況になると、かなりもうスタッフが育っているので、今大体40人ぐらいなのですが、もう少し増やしても平気です。さらにそれが3桁にいくとなると事情が変わってくると思いますが。ある一定の数の患者を維持するというのがとても大切です。やはり高齢の方への支援ということになると、CAPDなら4回交換、APDなら7リットル、8リットルと考えがちなのですが、意外とやり過ぎて蛋白が抜けて低アルブミン血症でどんどん状態が悪くなっていく人もいますので、実は1日1回交換にしたらとても元気になった人というのもしあって、あまり型にはまった形ではやらないということです。それから、ハイブリッドの考え方というの、いよいよ腹膜機能が落ちてからやるという考え方もありますが、導入のときから腹膜の休憩日をとにかく設けるという考え方から、そうすればやはり腹膜機能も維持できるので、ハイブリッドということに関しても非常に柔軟にものを考えるというのは大切だと思います。このPDの技術的変革ということに関しては、3年一昔というか、どんどん機械も良くなってきているし、機械が教えてくれてそのとおりにやればできてしまう機械も今できているので、そういう意味では、それから中性液がとにかく中心になっているということです。そういう方向性も決して方向性としては間違っていないだろうと思っています。

**日ノ下** ありがとうございます。豊富な経験からいろいろ技術的なことについて話し頂いたわけですが、まず一つは、PDの導入を考えたとき

に、PDだけに固執するのではなくて、ケースによってはハイブリッドで初めから考えていくということも必要だろうし、それからPDをやり過ぎの場合もあるのではないかと。そういうご意見は本当に多いです。PDをやり過ぎというのは、1人の患者に対して、必要以上に注排液をやり過ぎているのではないかと。つまり、オーバーダイヤライシスですね。それはよく指摘されていることでして、パネルでもそういうご意見はありました。

特に高齢患者は、例えば40代50代の人と80歳代の方を比べると、食事も違いますし、まだ特に残尿が、というか自尿がある方の場合、慈恵医大の横山先生も言っておられましたけれども、導入時に注排液は1回だけ、あるいは2回だけ、それで十分な場合も多いようです。新藤先生もそういったことを経験されたということですので、HDも実はそうなのですが、Kt/Vはどれぐらいなければいけない、週3回4時間から5時間はやらなければいけないなど、そういう型にはまった、従来の型にはまった考え方から脱却して、PDについても特に高齢の食事も、活動量、運動量が少ない患者に関しては、従来よりはPDの効率を落として注排液回数を減らせば、一つはそれに関わる看護師なりご家族の方の労力も減りますので、今後我々はそういったPDの合理化も熱心にやっていかなければならないと思います。新藤先生のおっしゃるとおりだと思いますけれども、他にどなたか技術的な問題などでご意見のある方いらっしゃいますか。

**吉田英昭** 患者に、導入のときに四つのパターンをお話しします。血液透析、腹膜透析、移植と、それから何もしないというお話をして、PDのお話をすると、高齢者の患者は大体敬遠される方が結構いらっしゃるって、やはり毎日自分で何かしなければいけないというところに抵抗感があるようです。もちろんアプローチの仕方がまずいというものもあるのかもしれませんが、それで血液透析をお任せしますというような感じで来る方がいらっしゃいます。その中で、何人かの患者とお話しして、PDは毎日なのですかと、週3回で何とかありませんかと、それだと何とか手伝えもすることもできそうだしと、隣に住んでいる娘夫婦に手伝ってもらおうというような、そのように言ってきた方もいらっしゃるの、毎日ではなくて、休みの日を設けられないかどうかといったような技術革新のようなことがあると、もう少し患者の負担が減るのかなと、夢のような話を思いました。

**日ノ下** ありがとうございます。そういったことについては、PDメーカーの社員の方もいらっしゃっ

ていると思いますので、またご検討頂ければと思いますけれども、少なくとも毎日4回チェンジするという事に固執するのではなくて、状況次第では1回か2回でもやれる、そういう例もあるということをお我々は承知して、柔軟に対応していかなければならないだろうと思います。伊丹先生、何か今後のPDのあり方について、何でも結構です、ご意見ございましたらよろしくお願ひします。

伊丹 今言われたとおり、4回でなくても、2回でも3回でも、なぜかという、香港は3回でやっているのです。4回でやっているというのは、アメリカのスタンダードで、アメリカ人の体表面積が1.73だから、日本人や中国人では多分年取った人は小さくて、体表面積が1.48ぐらいだから、1.48割る1.73だと大体6リッターぐらいで、5.6ぐらいになる、結構残腎機能があればできる。そして高齢者では腎硬化症だっとなかなか腎機能が脱水さえしなければ結構自尿が続くということがあるし、今言われたように4回でなくて3回で良い、また先ほど言われたのは、残腎機能があれば週3回で済む。PDをやって、8時間やって、そして朝外して普段しないというようなことも実際問題試みられているので、やはりもっとバリエーションがあつて、駄目ならHDをやれば、ハイブリッドをやれば良いという、もう少し柔軟な姿勢でやってあげれば良いのではないかと思うのです。

目ノ下 ありがとうございます。札幌医大の吉田先生のコメントの中で、自分で毎日やるのですかという感想を述べられた患者がいたという話なのですが、その辺どうやってPDの大変さ、心理的抵抗を払拭していくかというのも問題です。PDかHDかというのは、私の個人的な見解としては、その国の国民性にも関係していると思うのです。基本的にPDは自立していないとできない、あるいは自己完結型の治療ですけれども、日本人はそれぞれのHD医療施設がしっかりしていて、スタッフも技術的にレベルが高いので、もうあなた任せです。その施設へ行って寝て、手を差し出すだけで穿刺してくれて、それでHDが終わってしまう。こういう甘えの構造といいますか、そういうのは精神的には向いていて、それでなかなかPDを積極的に選ぶ方が少ない面もあるのかなあと思うのですけれども、ただHDの矛盾や送迎に関する問題点も先ほど来随分議論いたしましたので、そういうことを考えると、患者によってはもう少しPDを積極的に進めて、PDの数を増やしても良いのかなと思います。したがって、もっと柔軟にPDのやり方、方法論についても変えていくべきかという気は致します。他にはどなたか、

はいどうぞ。新藤先生お願いします。

新藤 やはり知らないことは恐ろしいというか、踏み切れない、踏み込めないというのは患者と話していていつもそれは感じる事です。今、釧路市立病院での腎臓外来として、泌尿器科外来からは離れて腎臓外来で腎臓移植も担当させてもらっているのですから、保存期腎不全の方が300人ぐらい来ているのですけれども、腎臓移植を考えている方は腎臓移植の方、それから腹膜透析をやっている方、それから血液透析をしているけれどもシャントの状態があまり良くなって、というような方を一括して管理している外来があるのです。それが透析室の隣にあるのです。だから、腎臓外来の看護師は透析室の看護師で、今までいろいろな病院にいて、例えば腎臓移植のことは、私は一生懸命やるけれど血液透析のことは知らない、血液透析のことは一生懸命やるけれど腹膜透析は見たことない、というようなことが実際に釧路でもあります。そういう外来を持つまでは分からなかったことですが、そういう話はいろいろな場面でありました。

一括管理の外来を持てば、看護師の意識が変わったのです。腎不全で来たら私たちに任せて下さい、という感じになりました。患者にお話をするとき、腹膜透析の話をしたときに、「管をおなかに入れるなんておっかないですよ、そんな自分でやるなんて、ばい菌が入ったら死んじゃいますよ」と患者はおっしゃいます。そこで「今、待合室で患者がいるから話聞かないか？」と言ったら、是非話を聞かせて下さいと。それで、その話を聞く。例えば腎臓移植の話を聞く。そうしたら、腎臓移植の話をしてどうなのか、腎臓一つ取ったら体完全に傾くのではないかと思っている人もいて、「別に腎臓一つ取ったって傾かないよ。今外にいるから、あの人見ておいでよ」と、「傾いていないから」と、実際に見ると安心する。そこでとても元気に生きている、日々元気に生きている人がいるのだということが分かると、自分もその方向で頑張ってみようかということなんです。この話からそれてしまうのかもしれませんが、腎不全医療というものをしっかりと包括して、今日はHD、PDという話なのですが、やはりPDが進まない理由と移植が進まない理由はかなり似ているようなところがあつて、そこはやはり言わないと駄目なのではないかと思います。

目ノ下 ありがとうございます。移植にもPDにもHDにも関わっていらっしゃる先生ならではのコメントで、看護師やドクターを支えるメディカルの方々も、それぞれの代替療法について知識があつたりなじみがないと、医療がうまくいかないというお

話だろうと思います。せっかくこれだけ大勢の先生方にお集まり頂いていますので、一つだけ技術論のところでお尋ねせざるを得ない問題がございますので、お時間を頂きたいと思います。それは、先ほどPDの簡略化というお話がございまして、いろいろな方から意見を頂いたのですが、実はPDの診療点数は結構高くて、通常の処方量で4回透析、おまけにAPDまでやると、私もこのプロジェクトをやるときに専門家に頼んで試算してもらったのですが、HDよりも絶対にお金がかかる仕組みになっております。PDの患者数を増やすためには、HDよりもさらにお金がかかるとなると、なおのこと行政、政府側はそういうのはまずいということで、ネガティブになる可能性が高く、PDの医療コストを下げたほうが良いのではないかという意見も多いのです。その点について、皆さんどのようにお考えになるか聞いておきたいのですけれども、いかがでしょうか。

吉田祐一 先ほどから皆さんがおっしゃったように、高齢者と若い人で、血液透析も同じように腹膜透析も違うわけですから、高齢者モデルの点数を出すべきだと思うのです。例えば1日に2回から3回が標準だとしたら、かなり点数は下がるではないですか。ですから、今全部まとめた点数なのですが、そこを分けて、高齢者の標準はこのくらいの点数と。もう一つ、透析の方が入院してしまったら、入院透析のコストというのはプラスアルファではないですか。腹膜透析をやっていくと、その入院のところのコストも要らなくなるものですから、その差も出ますという、その2点から追っていくことが必要だと思うのです。実際、高齢者のPDは多いわけですから、別に今の点数を下げなくても、高齢者は下がっているのです。

日ノ下 分かりました。他にはどうですか。何かご意見はありますか。大学病院の先生方、いかがですか。松木先生何かご意見ございますか。

松木 大学病院で、もちろん旭川医大で経営不振というものもありますけれど、PDのコストについてということに関しては知識がないのですが、今の全般のお話を聞かせて頂いて、常に思っているのは、PDをされている施設とPDをしていない施設の温度差が結構あるところなのです。PDをやっている施設はもちろん積極的にされていると思うのですが、PDをしていない施設、先ほど西尾先生もおっしゃっていましたが、全く触れたこともないし見たこともない、全くできない、救急で旭川の場合は北彩都病院と旭川日赤でどんどんPDの方を診られていますけれども、PDの方が急変だとか何

か大きな合併症を起こされたときに、大学に来ることもあるのですが、そのときにやはり管理をどうするかというのが非常に難しい場面が多く、されている施設とされていない施設での温度差というのは実感しているところです。医療者の中でもそういう認識の差があるということは、やはり行政のほうや、それに関わる他のヘルパーも含めて、利用者全般でそのようにPDはなかなか難しいと思っている方がたくさんいらっしゃるというのが、やはり現実なのではないかと思います。実際PDの方が今3パーセントを切っている状況で、病院でも、透析施設でも扱っている所がやはり少ないという状況で、そういう日本の状況の中で、行政もPDに対するインセンティブを上げていくというのには、なかなか機運が向いてこないのは、そういうところにあるのかなと考えております。

日ノ下 はい、ありがとうございます。それもおっしゃるとおりでして、このパネルディスカッション去年の9月23日に第1回を東京でやらせて頂きまして、そのときに女性の先生だったのですが、医師で技官の厚労省の田中先生という方に来て頂きました。その先生がおっしゃるには、PDの改革それから革新につなげるには、余りにも患者数が少なく、今後のPDのあり方をどうしようと考えたときに、やはり行政側はある程度の患者の数で調査をして、エビデンスを突き付けてもらわないと動けない、こういう話をよくされておりました。今、松木先生がおっしゃるとおりで、PDをもう少し推進したければ、PDの患者数も増やすべきであるし、あるいはPDで例えば先ほど来議論されていますように、4回のチェンジなのか、2、3回で良いのかという、その辺のデータも出しておられる施設もなくはないのですが、まだまだ不足しているというところで、我々医療者あるいは学会側は、エビデンスをつくって行政側に訴え、そしてPDの改善につなげていくというようなこともやらなければならない作業なのかと思います。では先生どうぞ、お待たせしました。

某フロア発言者 私、札幌で無床診療所をやっております医師です。PDのコストのことでコメントがございまして、確かにAPDをしますとHDより高くて、HDと違いますのは、何でもそうですが。技術料、管理料も含めまして、PD液と、それから機械のレンタルも含めたコスト、そちら側の比率が結構やはり多いというのが、他の医療に比べて特徴的な部分だと思います。病院側は差益というと秘密の部分もありますけれども、それはどのくらいか分かりませんが、かなりの部分が業者のほうに流れいくと

というのが特殊な構造だと思うのです。ですから、PDが増えればもちろんコストがボリュームに依存して下がってくる、これは望めますし、財務省のほうもそうすれば、先ほど出ていたようなヘルパーさんへのインセンティブなどを増すこともできるかもしれません。なかなか急に数は増えませんが、材料のコストが適切かどうかという検討は、是非今から進めて行って欲しいという意見です。

日ノ下 はい、ありがとうございます。西尾先生、何かご意見を。

西尾 北大は十数名、20名弱のPDがいるのですが、外来の日常診療をしながら、PD患者を同時に見ていて非常に負担があって、PDナースの導入を常に病院にお願いしている中で、全然受け入れてもらえなかったのですけれど、PD患者が十数名いるだけで、どれだけもうかっているかを、汚い言葉で申し訳ないのですけれど、突きついたら病院も気付いていなくて、何とPDが1人いるとこれほど収益があるのかということを知って、そうするとPD患者が何人増えると病院にいくら入るという試算の下に、PDナースを入れて頂ける方向で今動いているのです。以前、釧路で講演させて頂いたときに、釧路も本当にHDの施設に限られていて、PDをしないとHD患者が溢れているという状況で、そういう意味でもPDは必須な状況なのですけれども、開業医さんに在宅支援、医者への訪問診療をお願いしたときに、随分抵抗感があったのですが、もうかると言ったら結構乗り気になって頂いた所もありました。ある程度病院にもメリットがないと広がらないというところはあると思うのです。やみくもにコストを下げることが、PDの広がりにつながるかどうかとと思って発言させて頂きました。

日ノ下 ありがとうございます。メーカーさんがいらっしゃるかもしれませんが、材料費はもう少し下げても良いのではないかなと思うのですが、伊丹先生どうですか。

伊丹 もちろん材料費が高いと言われるが、PDはどこでも安い、HDより世界を見るとみんなそうなのだけれど、日本のPDが高いのは確かなのだけれど、大体世界でPDを持っているのはバクスターとフレゼニウスが握っていて、日本だとやっぱりテルモさんとかJMSさんが頑張っている、今のコストを下げてしまったら、日本のメーカーがいなくなってしまう、国際メーカーのみになってしまう可能性もあるから、なかなか痛しかゆしかなあと。

なぜかという、中性PD液を入れたのはテルモで、バクスターさんはやっとなとになってです。昔

テルモが頑張ったというところがあって入ってきたところがあるから、日本の患者に必要なものが国際メーカーが即対応してくれるかという疑問があり、そのところがなかなか難しいですね。確かに、材料費の問題はあるのだけれど、日本の場合、多分宅配費も入っている。僕、香港の人に聞いたのですが、香港は患者がみんなバックを自分で自宅へ持っていくと言うのです。日本の場合はクロネコヤマトなどの宅急便でPD液などを持ってきてやってくれますから、日本の場合恵まれている。それも考えながらPD材料費を少し下げるということも考えてやって欲しいと思います。話ずれてもいいですか。

日ノ下 はい、いいですよ。

伊丹 僕、カルニチンの必要性について講演したときがあるのですが、カルニチンの注射液はメイドインイタリア（made in Italy）なのです。ところが、メイドインイタリアのアンプルは非常に悪くて、日本のアンプルはポンといけるのに、あそこのアンプルは、キコキコと昔のように削ってやらないと駄目なのです。それで、そのことをイタリア人に言ったら、そんなことを言っているのはお前の国だけだと、日本人だけだと言うのです。国際化単一のみになると日本人に合ったものが簡単に手に入らなくなるリスクも考えないといけなかなと思います。

日ノ下 ありがとうございます。コスト改革の中で自国の企業を守るという観点も必要だと。確かに私も話がそれてしまいましたが、中曽根さんが首相だった頃にレーガンさんが来て、ロンヤス会談で結構マスコミは盛り上がりましたが、あのときに確かスーパーコンピューターとそれからバクスターのPDの普及、日本でそれをかなり強く懇願されて、それもあってバクスターのPDがかなり根付いたところも実際ありました。そういった歴史を思い出しました。バクスターもこの中にいらっしゃいますかね。いらっしゃるかもしれないですが、バクスターもちろんテルモも、どこも潰れて欲しくないわけですけれども、PDメーカーさんから何か今の製品コストに関するコメントなどございますか。あればこういふときだからこそ本音の話を聞いておきたいのですが。まずバクスターからいきますか。コメント、感想ございますか。

大橋 テルモの大橋と申します。透析事業を担当しております。やはり患者が増えないと量産を進めることができなくて、投資ができないというのが率直なところなんです。できるだけ良い透析液を作りたいということで中性化を進めましたけれども、残念ながらそれに見合った患者数が増えてこないの、コス

トダウンと投資が進まないというのが率直なところ。2年に1回必ず薬価改定がありますので、その中で必ず3パーセント4パーセント下がっていくわけです。この何年かで10パーセントぐらい下がっていますが、やはり患者の数が増えないので、企業としては非常に苦しいというのが率直なところ。それでも何とか開発費を出したい、良いものを出したいということでやっておりますけども、何とか先生方の力で普及をさせて頂ければ、新しい液や新しいものも開発もできますし、コストも抑えていけるというのは企業側の本音のところ。す。

目ノ下 はい、ありがとうございます。他のメーカーさんもいらっしゃいますか。はい、どうぞ。

鷺見 バクスターの鷺見(すみ)と申します。テルモが言われたのと全く同じでございまして、コストが下がれば増えるという議論は、企業内でも現場を回っているMRからも、もっと下げればたくさんの方がPDを選んで下さるのではないかという議論もあるのですけれども、言われたように薬価としては下がってきておりますし、先ほどご説明があった宅配の部分、これは変動費になりますので、年々コールセンターや宅配に占めるコストというのが非常に上がってきているという状況で、非常に厳しい状況であります。是非PDも、全員ではないと思うのですが、きつともう少しPDの良さを受けて下さる方はいらっしゃると思うので、啓発のほうをメーカーの立場でやっていきたいと思っております。よろしくお願い致します。

目ノ下 ありがとうございます。PDを熱心に推進されているメーカーさんとしては、この患者の数が3パーセントも切ってしまったという状況は本当に苦しいところだろうと思っておりますし、むしろ4パーセント5パーセントに何で上がらないのかという思いは強いのだと思っております。いろいろメーカーさんに本音の胸の内をお聞きできて良かったと思っております。突然ご指名してしまいましてすみません。それでは、もう時間も押し迫っておりますので、前半のHDを中心とした議論、それからこの1時間数十分やってきましたPDの議論も合わせてですが、高齢者が非常に増えていて、自立できていなかったり、身体障害をいろいろお持ちで何かと支援しなければならない、対応しなければならないこの透析現場で、今後のHD、PDのあり方がどうあるべきか。そして介護も含めた社会福祉政策を今後どのように改革すべきなのか、あるいはこのままでもいいのか、その辺について総合的に総括的議論をして終わらせて頂くと思っています。

## ⑧総合討論

まずフロアの先生方で、今日のテーマ全体を通じて、何かこれだけは言っておきたい、これだけは具体策として提言しておきたいなど、コメントしておきたい先生いらっしゃいましたら挙手をお願い致します。ありませんか。そうしたら、パネリストの先生方に、今日のこの午後からの半日の議論を通じてお感じになったこと、あるいは言い忘れたこと、それから具体的に提言しておきたいことなどございましたら、コメントを頂戴したいと思っておりますが、まずは左側のほうから、旭川医科大学の松木先生、何でも結構でございます。

松木 今日は貴重な討論の場に参加させて頂き、ありがとうございます。腎不全医療というのはなかなか我々だけで話を進められるものではなく、家族、それから患者本人のご希望というのが一番大事と常日頃思っています。医療費の観点、医療マンパワーという観点でものを語るのも、もちろん必要なことではあるのですが、やはり最終的には患者ご本人のご希望、お気持ちを尊重しながら、何が最善なのか、もしくはどのような透析方法が、移植も含めて患者に最善なのかということ念頭に置きながら考えていくのが一番重要と思うのですが、そうはいってもやはりいろいろな制限もあります。いろいろな枠の中で、どのように最善に取り組んでいくか、その上でこういう保険の問題、いろいろな問題を議論していくことが重要と思っております。ありがとうございました。

目ノ下 はい、ありがとうございます。今回扱ったテーマに関しては、患者や医療者だけではなく、家族の立場からも議論すべきだし、行政やその他いろいろな角度から多角的に対応しないと改善は認められないのだろうというお話だろうと思っております。ありがとうございます。次に札幌医大の吉田先生、お願いして良いでしょうか。

吉田英昭 末期腎不全に至りました高齢者の方のケアといいますか、その後についてあらためて考えたいと思いますか見つめ直す貴重な機会を頂いたことで、非常に感謝しております。本当に今日はどうもありがとうございました。

目ノ下 それで結構ですか。何か具体策や、これは言い残したということはございませんか。大丈夫ですか。はい、では次に北大の西尾先生お願いします。

西尾 一つだけ、ハイブリッドの話が先ほど途中で終わってしまったような感じですが、それに関しては是非二つのPD施設とHD施設がお互いに損をしないようにして頂かないと、ハイブリッドができない

いでHDに移行せざるを得ない状況も、特に北海道は遠方からPDで通ってHDは地元でということのニーズが非常にありますので、是非このコストの面に関しては、是非解決をして頂きたいとずっと思っているものですから、よろしくお願いします。

日ノ下 先生、何か良い提案ありますか。行政対応としてこのようにしたら良いのではないかと。

西尾 PDをやっている、管理料が取れないと病院としては非常に困りますから、そこは取らせて頂きたいです。HDは全てに、PDは算定し、プラスアルファぐらいの損しない程度のコストを、やった分だけ出来高で取れるような感じでも良いので、やって頂けると、透析施設もその人がいることでマイナスになるようなことはないと思うので、是非そのような方向で解決策をして頂けたら、もう少しHDにいかないでPDを続けられる患者が増えるのかなあと思っています。是非この件、自分も含めてやっていかなければいけないのかもしれませんが、是非学会を通してでもお願いしたいと思っています。

日ノ下 はい、ありがとうございます。その施策に関しては、1月24日に東京でコンセンサスミーティング、いわゆるこのパネルディスカッション総括の議論、提案をする会を設けるのですけれども、今西尾先生がおっしゃった案については、あまり深く私も突っ込んでいなくて、メインの議論の対象にはなっていなかったように思います。西尾先生も含めてもしご意見がある方がいらっしゃれば、1月24日の9時半から東京御茶ノ水のソラシティでやりますので、少なくともパネリストの先生やフロアで発言された先生にはそのご案内は送りますので、もしよろしければ来て頂いて、ご意見を頂ければと思います。それでは次に大学の先生の続きで、戸村先生お願いしてもよろしいでしょうか。

戸村 札幌のパネルに出席させて頂きまして、大変有益ないろいろな情報を得ました。北海道では、他の地域ではやっていないような素晴らしい試みが行われているということで感銘いたしました。そして、高齢者のPDなども含めて、やはり学会が主導する形になると思うのですけれども、エビデンスをもっと出して頂くということと、これは厚労省の老健局に関係したことだと思うのですけれども、診療報酬からの誘導というのは医療の場合非常にインパクトがあると思います。私も筑波大学に勤務しているときに厚労省のお役人出身の先生と何人かお付き合いさせて頂いたのですけれども、診療報酬を改正するとき、ある人が中心になって考えるわけでしょうけれど、その年にやったことがうまくいかない、

試算と合わないようなこともよくあるようです。ですから、1回だけではなく、何回もしつこくPDの診療報酬からPDが進むような誘導をして頂ければと思うのです。

それから、先ほどのヘルパーさんのバッグ交換ですけれども、かなり難しいのではないかと思います。喀痰の吸引の場合は緊急性ということで、やむを得なく介護職員が関与しますが、PDですと緊急性がなく、命に直接関わることはないので、介護職員がPDに参加できるように法改正をするのは難しいかと感じました。以上です。

日ノ下 ありがとうございます。最後にコメントされたヘルパーのPDの注排液の参入に関して、先ほどよりは少しトーンダウンしたような気がしますが、1時間でまたご意見が変わったのかもしれませんが。

戸村 喀痰の吸引とは状況が違うので難しいかもしれません。

日ノ下 いざとなると法改正に持っていくのは難しいかもしれないということですね。

戸村 例数も少ないし、やはり例数を増やさないとはいまどうしようもならないのではないのでしょうか。3パーセントを切っているというような状況では、かなり難しいと思います。

日ノ下 ありがとうございます。それから、戸村先生は行政側の状況についてもコメント頂いたわけですが、確かに行政を通じた働きかけでPDの現状を改善できる部分もあると思います。戸村先生は老健局が深く関わる可能性があるということでしたので、もしお知り合いの行政官の方などいらっしゃいましたら、今度のコンセンサスミーティングのときも是非紹介して頂いたり、あるいはそのとき以外でも働きかけにご協力頂ければありがたいと思いました。次は右側の壇上に移りまして、一番右側にいらっしゃる函館五稜郭病院の小原先生にコメント頂いてよろしいでしょうか。

小原 わが国の特殊性といえますか、やはり欧米と比較しまして、PD患者が極端に少ないというのがあります。やはりそこは移植との関係があると思います。それで、患者に言うときも、今後わが国も腎移植が少しずつ増えてくると思うので、残腎機能を維持する上でも、どちらかという最初は腹膜透析のほうが良いかというようなお話をしています。それで、今後やはり移植が増えて、PD患者も増えるというののかなということも期待しています。国の方針の大前提としては、入院診療よりはどちらかという外来に持っていきましょ、入院患者を減らし

て外来で何とか管理する方法ができないかということで、前の診療報酬改定でもどちらかという外来血液透析の患者は薄くして、在宅の血液透析と腹膜透析のほうは点数が上がっていますので、先ほどの西尾先生のお話にもありましたけど、腹膜透析をやると儲かる、血液透析はもろもろの設備投資、薬価の問題もありますが、腹膜透析のほうは何も要らないので、かなり儲かると思うのですが、やはり PD 患者が爆発的に増えたというお話はまだないので、今後の支援のあり方としては訪問診療、訪問看護や介護保険のほうの報酬というところを厚くして、周りからサポートする体制というのを考えてあげたほうが良いという気がしました。はせがわ内科クリニックの長谷川先生がコメントを。

長谷川 小原先生、ありがとうございます。札幌市豊平区で開業している「はせがわ内科クリニック」の長谷川浩一と申します。僕は函館五稜郭病院にいるときに小原先生と一緒に PD の患者を診させて頂いた経験があり、超高齢者の腎不全患者に週 3 回針を刺して HD を行うのは何とも忍びないと、日常臨床の場で良く感じておりました。かといって何もしないのは気の毒なわけで、そこで「PD ラスト」という考え方をもっと広めて、在宅治療のお手本として「PD をさらに推進できないか、何かヒントがあれば」と思い今日参加させて頂きました。PD の第一人者の一人でいらっしゃる新百合ヶ丘総合病院・腎臓内科部長の篠崎先生からは、「つべこべ言わずまず始めろ」とよく言われます。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。では次に市立釧路総合病院の新藤先生お願いします。

新藤 今日は非常に有意義なディスカッションに加えて頂きまして、どうもありがとうございました。腹膜透析のことなのですが、川島病院の水口先生がよくおっしゃっていたのですが、腹膜透析が普及しないのは面倒くさいからだとおっしゃるのです。とにかく手を抜きなさいと。延長チューブの交換も酒精綿でよいと。実際にそうして延長チューブを交換している。それから腹膜透析の記録の手帳を書かせないのです。体重と血圧だけ測ってそれだけ教える。それを外来でチェックする。手抜きの PD にしていかないと PD は増えないのだという話を聞いたときに、これは結構神髄を突いているのかなというように僕は思いました。

先ほど来コストダウンの話がありましたけれども、実は数年前の腹膜透析の学会に行ったときに、これだけ腹膜透析でお金が取れるのだから、クリニックの皆さんもっと協力して下さいというキャン

ペーンをはっていたのです。だから、むしろこれだけお金が取れるということは、腹膜透析を推進するために売りにしているのだなと僕は思っていたのです。それはコストがかかるということは、国が困ると思うのだけれども、患者の選択のときにコスト、支払いは変わらないはずだから、そこで腹膜透析を患者が選択しなくなるということは、僕は違うような気がします。ただ国家財政のことを考えれば、それはやはりコストダウンを図るべきだと思うのですが、実際腹膜透析の学会ではそれをキャンペーンでやっていたということは事実でした。僕はなるべく高齢者にはあまり透析回数を増やさないというやり方、フレキシブルなやり方でいいと思うし、川島病院の水口先生はそういうことを含めて、とにかく手抜きの腹膜透析ということをおっしゃっていました。いろいろな、技術的な面においても、より簡略化していかないと、それはやはり誰からも見向きされない医療ではないかとおっしゃっています。それが神髄かなと思いました。

日ノ下 ありがとうございます。次に和田先生、PD に限らず全体を通じて、透析医療に関して。

和田 今日は大変勉強になりました。どうもありがとうございます。新藤先生が言うように、やはり PD も簡単にやれるような形になれば良いと思いました。酒精綿はどうかと思いますけど透析患者も、導入年齢も、毎年 1 歳ぐらいずつ上がって、去年の年末では平均年齢 69 歳、今年は 70 歳ぐらいになるかもしれないので、もう今や導入患者はほとんど高齢者という形になると思うのです。昔の透析とはだいぶ違うので、HD と PD の選択もそういうのを考えて、PD も昔は若い人の透析だったけれども、今は在宅透析に向いている方法という感じで、そういうのに向いた方法で増やしていければと思うのです。PD が増えないのは、メーカーの宣伝不足ではないと思うのですが、コストもそれほど関係はしていないかなあと。やはり先ほどの、やっている施設が増えてこないとやはり増えないし、ヘルパーがやってくれるかどうかというのも、今家族ならいいというのは、高齢者の配偶者なんてかなり手技的に怪しい人ですから、ヘルパーのほうはずっとちゃんとできるのに、家族なら間違っても良いという法律はおかしいという気がします。そこを何とか皆さん頑張ってもらって、ということで終わりです。

日ノ下 はい、ありがとうございます。その次に東苗穂病院の吉田先生お願いします。

吉田祐一 今日はどうもありがとうございました。基本的な話は、高齢者が増えてきて、高齢者の生活を支えながら透析をどうするかということだと思