

うのです。ですからPDが良いだとか、血液透析が良いだとか、それは後の話であって、その人にとってどの生活が良いかということを実際に考えることだと思うのです。PDの話が出ているのは、PDのほうが良いと思う人が多いのだけれども、実際そうっていないところがあるからみんなが言っているだけで、血液透析のほうが幸せな人もいますし、それはそのとき、そのときで考えれば良いと思います。送迎というのはとても大きな問題で、送迎で問題があるのであればPDが良いだろうし、送迎で問題なかったらと、みんなそうやって考えれば良いのではないかと思います。儲かる、儲からないの話なのですが、腹膜透析の外来は月に1回ぐらいなので、私たちの病院は結構遠くても足のない人は送迎をするのです。1人2人送迎しても、別に管理費を考えたらそれほど負担になることではないので、それをさせてもらっているということがあることと、それから先ほど先生がおっしゃったのですけれど、難しいというお話でしたが、特区を作ってしまうと、北海道は透析地域まで遠いのですから、やはりそれを支えるためには北海道は特区で介護のスタッフがやるのだと、北海道でやってうまくいっているのだから全国にと、そういう話でやっていかないときっと広がらないのだと思うので、特区が良いかなと思いました。

最後に一つこれお願いなのですが、エビデンスと言われているのですが、今DOPPSというHDではご存じだと思うのですけれど、PDのDOPPSが今年の6月から始まっています。それがJP-DPOPPSとあって、日本も参加していて、日本は日本の独自のデータを独自で発表して良いのだそうです。これはとても大事なことで、今年の6月から3年間の分の統計が集まります。それでお願いがあるのですが、北海道でうちの病院が選ばれたのは、高齢者がいるからだと思うのですが、この3年間に限って、できたら患者を、高齢者を中心に、送迎も致しますし、東区中心でも良いのですが、是非お手伝い願って、北海道からなるべくデータを多く出して、そしてそのエビデンスに参加して頂きたいと思います。私も年ですからずっとやるつもりはないので、この3年間は頑張りますので、3年間に限ってもしもよろしかったら、私たちの病院をご紹介下さい。それがDOPPSに載りまして、日本のエビデンスにつながります。そのときに、皆さん方が、私はこういう医療をしたいのだけどやってくれないか、と言ったら聞きますので、是非言っておきたいです。エビデンスを作ろうという努力をしますので、よろしく願います。

目ノ下 ありがとうございます。今の話は、新藤先生がおっしゃってましたが、ヘルパーが注排液にタッチしていたのにお達しが来てやらなくなった。まさになかなか正面きって注排液に携わって下さるヘルパーというのは全国を探してもあまりいないのですが、数は少ないですけれどエビデンスはあったわけですから、そういう数は少なくても、今特区という話が出ましたが、北海道ならではの地域性、気候風土の問題もございますので、その特殊性をアピールして特区として行政や政府側にさらにアピールしたり、訴えかけていけばどうでしょう。北海道を場合によっては取っかかりにして、突破口にして、例えばPDに対するヘルパーの参入、それを北海道は認めましょとなれば、いずれ西南部の離島などでも応用できると思います。是非北海道の先生方にも頑張ってもらいたいという気が致します。ありがとうございました。最後に、伊丹先生、コメントをお願い致します。

伊丹 非常に勉強になって、患者の立場で話を考えるということができて良かったと思います。ありがとうございます。今日抜けていたと思うことは、糖尿病が今43パーセント、透析の原因で、そういう問題について、PD業界は応えてないということがあるように思うのです。やはり糖尿病患者に対してPDをどうするかということ、DMに対して糖負荷となるPDはどうなのか、大丈夫なのかという1点だと思います。DMのPD患者の予後が悪いとの報告もあります。先生にお願いしたいのは、研修病院ではHDばかりではなくて、僕は必ずPDは3年以上研修しなければ駄目だというようにやれば、PDに関してみんな研修医も診ることになってPDを診ることができる医師が増える。というのは北海道の場合、大山先生にしても、札幌医大第二内科の先生方の多くは、帯広の西谷先生が頑張って指導したからこそPDを診ることができる医師が増えたという歴史があると思うからです。どうもありがとうございます。

目ノ下 ありがとうございます。それでは、長らく皆さんにお付き合い頂いたのですが、本来の予定の時間もオーバーしてしましまして申し訳ございません。これをもって、腎臓機能障害者の高齢化に伴う支援のあり方に関するパネルディスカッションは終了とさせて頂きたいと思います。今お話を伺っていますと、いろいろな課題もありますし、簡単に解決できない問題もありますが、しかしそれぞれの地域の先生方や医療者、みんなで声を上げて、あるいはエビデンスを通して訴えかけていけば、明らかに1歩も2歩も前進する。改革される、改良される

ということも多々あるかと思いますが、今回のこのパネルをご参考にして頂いて、それぞれお帰りになったら、この高齢化社会における HD、PD のあり方はどうあるべきなのか、そしてそれぞれの地域の行政や周りの先生方にどう訴えていくべきなのか、お考え頂ければありがたいと思います。また、北海道地区でいろいろ新しい良い試みも伺いまし

た。その良い方法、良い考え方を、是非機会があれば他の地域、東北や関東、中部、近畿、四国、中国、九州地方へも伝授してあげて、そして少しでも困っておられる透析患者の助けになるよう、ご支援頂ければと思います。本日は長い間どうもありがとうございました。

Ⅲ. コンセンサスミーティング (2016年1月24日、ソラシティーカンファランスセンター、東京) (図3)

厚労省コメンテーター： 障害保健福祉部企画課
健康局難病対策課

高山 研 課長補佐

福井 亮 課長補佐

研究班コメンテーター： 東京女子医科大学血液浄化センター
浦和大学総合福祉学部

秋葉 隆

戸村 成男

モデレーター： 国立国際医療研究センター

日ノ下 文彦

記録者： 同上

勝木 俊

指名発言者、担当者 (順不同)：

聡和会 秋澤 忠男

帝京大学腎臓高血圧内科 内田 俊也

福島県立医科大学腎臓・高血圧内科 中山 昌明

慈恵会医科大学腎臓・高血圧内科 横山 啓太郎

八王子東町クリニック 杉崎 弘章

須田クリニック 須田 昭夫

福岡赤十字病院血液浄化療法内科 満生 浩司

小倉記念病院腎臓内科 金井 英俊

宮崎内科医院 宮崎 正信

重松クリニック 重松 勝

長崎腎病院内科 船越 哲

くまクリニック 隈 博政

白鷺病院 山川 智之

岡山済生会総合病院 平松 信

にしがも透析クリニック 青木 正

片桐記念クリニック 伊藤 孝仁

名古屋大学腎不全総合医療学 伊藤 恭彦

名古屋第二赤十字病院腎臓内科 稲熊 大城

中京病院腎臓内科 佐藤 元美

名古屋記念財団 太田 圭洋

名古屋共立病院腎臓内科 春日 弘毅

五条川リハビリテーション病院 島野 泰暢

JCHO 仙台病院腎センター 佐藤 壽伸

新潟大学地域医療教育センター腎臓内科 飯野則昭

村上新町病院内科 村上 秀一

泉ヶ丘クリニック 山陰 敬

東苗穂病院 吉田 祐一

市立釧路病院泌尿器科 新藤 純理

東京女子医科大学血液浄化センター 秋葉 隆



図2

ミーティングで得られたコンセンサスを3段階にグレード分けして表に示す(表1)。

表1

コンセンサスマーティングの総括

()は欠席者

グレー枠・太字: 有力な考え
薄グレー枠: 次に有望な考え

ジャンル	項目 (テーマ)	発表者・担当者	コンセンサス
送迎	・送迎すべき患者の選択	杉崎、(船越)、太田	大都市と地方を分けて考える必要がある 全国画一的なルール設定は困難だろう
			大都市では送迎が経営と直結しているため、今後 も 継続せざるをえない
			地域によっては、送迎に行政の支援も望まれる
			要介護認定で、送迎の有無の線引きをしてはどうか (要介護1を目安としてはどうか)
			経営状況から逆算し今後送迎サービスを減らすこと も可能
			生命維持に通院が不可欠であるという透析患者の特 殊性を前提に考えていく必要がある
	・自治体の応援 (一部自治体の例 など)	佐藤壽伸、春日 (平松)、厚労省 (山川)	自治体の支援に関する法律の改正も検討いただきたい
			自治体の補助による巡回バスによる通院補助という手段 も有効
			現状では各自治体の財政状況、福祉に対する考え方 に依るところが大きい
	・ボランティア等 の組織による送 迎、NPO の活用 (他地域での実践 も含めて)	重松、(隈)	NPO法人による送迎、民間企業による送迎を地域によっ ては検討してもよい
			ボランティアをしたいという希望があっても責任や免許の 問題がある
	・PD への誘導と これからの過疎化 対策	新藤、宮崎、中山 太田	非都市部では若年と高齢者との同居率も高く、PD 継続 にいい条件であることが多い
PD 継続には他職種との連携が不可欠であり、医師側 は研修医時代から他職種との連携が望まれる			
満生、新藤 (船越)		認知症を有する高齢者には PD が向いていないという先 入観を捨て、成功モデルを広く示していくことが必要	
		現場の知識不足の問題も多く、自治体も一体となって一 般開業医やコメディカルを含めて PD の啓発が必要	
・診療報酬を下げ ないで、各透析施 設の経営を守る	太田、(山川) (隈)	介護保険での通院補助はできないだろうか	
		透析施設が経営を維持できるような診療報酬の維持を お願いしたい	
		総国民医療費に対する透析医療費の割合は2000年初 めからたいして増加してないことも理解すべきだ	

ジャンル	項目 (テーマ)	発表者・担当者	コンセンサス
長期入院透析	・有床診療所に対する維持透析管理加算	太田、重松、(隈) 日ノ下	有床診療所に維持透析管理加算を付ける施策を求めたい 経営環境が悪化すれば有床診療所が入院ベッドを廃止し、地方医療における小規模病院の役割を担えなくなる
	・合併症の多い透析患者(入院)の医療区分の見直し	太田、山川、(隈) 杉崎、須田	合併症が多い透析患者の医療区分の見直しやその働きかけが必要ではないか 在宅医療の推進に積極的に取り組んでいる地域もあり、成功例を検討していくことも必要 在宅医療への移行を押し進めるとことにより医療費の増大や社会的ロスに繋がる可能性もある 透析患者は心血管病変のハイリスク群であり、当然必要な医療費が高額となることを考慮すべきだ
	・大都市部での透析可能な療養病床の増設	杉崎、山陰、島野	透析可能な療養病床の増設が求められる 老健施設での透析の継続は実質的に困難
	・HD 導入の是非の見極め、予後の悪い合併症を抱えた高齢患者に対する導入時の対応	稲熊、佐藤元美 (船越)	非導入を検討する際にはスコアリングを用いた客観的な指標の使用を検討してもよい 行政を含めて地域で終末期医療(誤嚥性肺炎や透析を含め)に関する啓蒙が必要ではないか 早期からの運動・栄養介入によってADL・QOLを維持する包括的腎臓リハビリテーションが必要 臨床現場における透析に関する終末期医療(事前指示書を含む)への意識が浸透することが必要
	・病院と特養、サテライト、老健などの一体化	吉田、(船越) 太田	病院・特養・サテライト・老健の一体化が望ましいが現実としては困難が大きい(特に地方では、経営上 困難) 特定除外制度の復活が望まれる サ高住への家賃補助等の行政の支援も検討いただきたい
長期留置型カテーテル	・留置型カテーテル管理のコツ	須田、伊藤孝仁 満生	カテーテル内の血栓除去操作等の工夫で、入れ替えなしの長期使用(7年間程度)も可能ではないか カテーテルと透析回路の接続を徹底した無菌接続・無菌離断で行うことが重要 カテーテル素材に応じた消毒法を選択する カテーテル刺入部皮膚に損傷を起こさないことも重要
	・留置型カテーテルのイノベーション	満生	カテーテル感染時の抗菌薬ロック療法 ウロキナーゼコーティングカテーテル使用の検討

ジャンル	項目 (テーマ)	発表者・担当者	コンセンサス
HD における介護保険サービス	・特養その他の活用	青木、(船越)、飯野	収入に応じて入所可能な施設を、適切なタイミングで選択・入所手続きをしてくれるケースワーカーが必要
			特養への入居に関しては地域差も大きい。地域によっては、透析患者の入所を積極的に受入れる特養もある
			入所の基準や費用負担の決定に、客観的評価ができるようなスケールが必要ではないか
			病院・特養・サテライト・老健の一体化が理想であるが現実的には困難
	・ケアマネの活用	吉田、太田、宮崎(限)	医療関係多職種、ケアマネージャー、患者、家族が一体となったチーム作りが重要
			HD 患者の介護保険の認定率や利用率は決して高くない
			HD 患者が介護保険を利用しづらい制度上の問題を解決していく必要がある
	・介護保険従事者に対する HD/PD の啓発活動	伊藤恭彦、太田(限)、宮崎	非透析日の生活まで考慮できるような透析医療に理解のあるケアマネージャーが望まれる
			行政・医療機関が連携し、医療と介護の他職種連携についてのセミナーを定期開催している先進的な例もある
PD の改革①	・地域包括ケアのためのネットワーク作り、PD のサポート体制	宮崎、伊藤恭彦	適切な介護保険の利用のためには透析医療機関からの働きかけが必須
			特に PD に関してはヘルパーや訪問介護職種への啓発が未だ不十分
			身体介護には関心が大きくても医療には関心が少ない介護職者も多い
			医療に関心を持ってもらうため医療機関側からの啓発だけでなく、介護スタッフが実際に医療に触れる機会が増えるとよい
			地域で顔の見える連携が必要
	・PD 方法の簡略化	横山、新藤	透析液交換が介護で可能とならないか
			複数のドクターで訪問診療を可能に(訪問診療+定期的な往診を認めてもらいたい)
			訪問看護師による採血・点滴を可能にする
	・PD 活用に関するイメージの転換(CKD G5の延長線、10年以上も可)	内田、横山、日ノ下	包括センターも関わり住環境の整備をはかる
特に高齢者の場合、低頻度のバッグ交換も十分に可能			
機材の音声案内や操作のさらなる簡略化も求められる			
			PD を保存期 CKD5 の延長と捉える
			HD のようにサテライトでの維持期の PD 管理も課題
			コメディカルやクリニック等への啓発も重要

ジャンル	項目 (テーマ)	発表者・担当者	コンセンサス
PD の改革②	・訪問看護ステーションの活用と assisted PD (入所者などに対する家族の介入、デイサービス時の PD など)	伊藤恭彦、春且 横山、金井	訪問看護ステーションを中心とした体制作りを地域で進めることが重要 訪問看護ステーションへの教育の場や経験、基幹病院の十分なバックアップが課題 デイサービスを利用した PD も活用可 (モデルケース)
		宮崎、新藤 伊藤恭彦	PD 継続のどのステップに障害があるか把握をし、そこへサポートを入れることが必要 PD 接続(特に機械にキャップ・カテーテルをセットするのみといった場合)が医療行為であるのか見直しが求められる 訪問看護ステーションを中心とした PD をサポートするためのサポート体制の整備が必要
		宮崎、(平松) 伊藤孝仁、中山	一般開業医、PD サポート医、後方支援病院での連携が重要 ケアマネージャー、訪問看護師、ショートステイ施設、開業医に PD の積極的な啓発活動、サポートを行う(孤立させない) 看取りは在宅、後方支援病院両方で可能であり、施設での看取りも教育・支援していく必要がある 高齢者では、介護保険利用を前提に PD 療法を薦める 医療機関、在宅以外での看取りに対するインセンティブは検討できないか
・PD 医療費の低減と PD 医療関係者へのインセンティブ	秋葉、横山	PD の薬価が高価。収入の6割が PD 会社の収益になっているが、薬価を下げ、その分の医療費を他に必要なインセンティブに回すという戦略はどうか？ APD を使用せず少ないバック交換で施行した場合は現行の薬価でも HD よりコストが低く抑えられる点も重要 高齢者の入院透析を考えると HD でなければ採算が合わない デリバリーシステムの発達が PD の薬価に反映されず高額な薬価が維持されている PD 会社間の競争が乏しく市場価格が高額で維持されている 早期導入や PD+HD 併用が (必ずしも QOL 維持に寄与せず) より高額な医療費を生むケースもある	
		杉崎、山川、太田 重松、(隈)	特養では医療保険が使用されシームレスな運用ができる 透析医療機関が行う送迎に介護保険の何らかの配慮が得られないだろうか 透析医療機関が行う有償送迎に関して運送法のハードルは下げられないだろうか 老健では「まるめ」の算定となってしまう、医療保険の使用が制限されるため透析患者の受け入れは施設の持ち出しとなってしまう 基本的に無料送迎の禁止という方向はできないだろうか
		その他①	・介護保険と医療保険間のシームレスな運用

ジャンル	項目 (テーマ)	発表者・担当者	コンセンサス
その他②	・介護保険意見書 (認定)とのミス マッチング (HD, PD とも)	春日、村上	<p>介護点数を付ける際、透析実施を介護度の重い判断材料にしてもらえると助かる</p> <p>医師側が積極的に介護認定に参加することで医療と介護保険側の連携を強固にしている地域がある</p> <p>実際の透析患者の受け入れには困難な面もあるが、新設も含め特養利用の推進</p>
	・テーラーメイド の透析医療の推進	秋葉、且ノ下、秋澤 横山	<p>高齢者への HD 処方の見直し(患者 ADL に併せて短時間 HD やある程度 効率を落とした HD を容認してもよいのではないか)</p> <p>PD に関わる医療者に対してインセンティブを与えるような保険給付体制の改革</p> <p>PD では高齢者における夜間のバックフリー、日中のイコデキストリンの使用も可</p> <p>高齢腎不全患者に対して、どこまで intensive に治療するのか、よく吟味したい</p> <p>腎移植医療の充実</p> <p>在宅血液透析療法の展開</p>

D. 考察と今後の展望 — 本年度のパネルディスカッションを踏まえて

本研究におけるパネルディスカッションは、一昨年度に実施した「障害透析患者の透析実態に関するアンケート調査」の結果をもとに、主だったポイントをスライドで提示したうえで、パネリストにコメントや意見を伺う形で行われた。既に東京、福岡、大阪、名古屋の4地域で開催していたが、本年度はまだ開催していなかった東北、北海道で開催した。パネリストは、大学研究者、基幹病院や地域病院の医師、維持透析施設(サテライト)の医師らであり、パネルに参加した医師、コメディカル、メーカースタッフからも意見を聴取した。パネルディスカッションの記録はビデオやICレコーダーで録音したものを文章化して整理し直したものである。したがって、一部の発言者が特定されてないうえ、発言内容がごく一部で不正確になっている可能性があることをご了承頂きたい。

2回のパネルディスカッションを通じて、仙台や札幌などの大都市圏は首都圏と透析事情に大きな隔たりがないものの、過疎地や山間部では、交通事情の悪さや風雪などの気象条件が高齢者問題に対する対策や考え方に大きな影響を与えていることが確認できた。例えば、豪雪地帯では遠方からの通院HDが想像以上に困難であることが、現場の医師より直接確認することができた。また、PDの医療費が高く設定され過ぎだという意見が一般的であるが、北海道ではメーカーの立場を擁護する意見も出た。透析患者の高齢化に伴う医療上もしくは介護上の問題点や矛盾は透析医療の現場で幅広く認識されているものの、問題点を具体的に詰めていくと、HDにしるPDにしる、地域によって考え方や事情が異なり、必ずしも画一的に考えられないことがわかった。

以下に、仙台、札幌で開催した2回のパネルディスカッションで抽出されたポイントを整理し、昨年度に実施した関東以西の地域での議論との違いも意識しながら考察を行う。

①HDにおける送迎と通院介助

1) 送迎患者の選別

送迎が不要な元気な患者や他に送迎手段(公共交通機関や自転車、自動車等)がある場合、なるべく透析施設による送迎を実施しないように努めるべきである。但し、東日本、北日本では公共交通機関が発達していない地域や冬期に雪に閉ざされる地

域もあり、そうした地域では各透析施設や行政支援による送迎も是とする。障害度が重い透析患者では、リフトバスの利用や介護タクシーの利用なども促進する。こういう患者では、介護保険サービスの十分な活用や行政からの経済的支援が必要である。本来、元気な患者への送迎負担を減らし、重篤な患者への手当を厚くすれば、医療経済上はプラスマイナス相殺され、総量としては、今後も増加が見込まれる送迎負担を抑制できる可能性がある。しかし、冬期の豪雪地帯や数十km離れた過疎地からの通院介助、送迎については、想像以上の負担を強いられており、通いやすい都市圏とは事情がまったく異なることも理解しなければならない。すなわち、通院が極めて困難な北日本では、通院不能が維持HD継続の断念(生命の途絶)といった諦念にまで繋がってしまう側面があり、透析患者の命の重みが地域によってやや不平等のようにも思われた。

2) 地域自治体、行政からの公的支援

自治体によって経済力に差はあるが、可能であれば公共交通機関の割引や自治体が発行するタクシー券などの積極的活用をもっと考えるべきかもしれない。

地域の自治体が送迎を支援しているケースもあり(東北地方や北海道の一部自治体)、他の自治体(特に過疎地域や山間部、豪雪地帯など)でも必要に応じて同様の事業を展開するべきであろう。但し、東日本や北日本の自治体の中には財政に余裕が無い所も多く、県や道、国からの補助も視野に入れねばなるまい。

3) PDへの誘導

患者に障害が多く通院が困難な場合や通える範囲内にサテライトが無い場合、通院施設負担で送迎をしてくれるサテライトが無い地域では、在宅医療ができるようもっと積極的にPDへ誘導することが必要である。旭川市近辺では、透析患者の約10%がPDだということだが、北海道や東北地方の過疎地、遠隔地、豪雪地帯などにおいてHD通院(送迎)がどうしてもできないという理由だけで見殺しになりかねないのなら、PD導入をもっと推進すべきではなかろうか。そのためには、PDに対し理解のある医療者を増やす努力が必要だし、複数の医師、看護師、ヘルパーなど介護職、栄養士、行政スタッフらが有機的に連携して、まさに「地域包括ケア」の体制作りに取り組んでいかねばならない。

4) 過疎化への対策

東北地方の一部や北海道では、人口減少や利用客の低迷からバス路線が廃止されたり、鉄道の本数が激減しているケースが多い。もともと地域の広さの割に公共交通機関が乏しいいわき市のような例もある。そうした場合、どのようにして患者を救済するかは各医療施設だけではなく、地域自治体も本腰を入れて熟慮すべきである。

5) NPO の活用

おそらく他の地域でも自立できない透析患者の送迎に手を貸している NPO があるはずだが、北海道では患者同士あるいは関係者同士の相互補助として NPO が機能している地域が多いという印象であった。万一の事故の補償や運営費の問題が残るが、公的支援が得られないケースや送迎してくれるサテライトが近隣に無い所では、NPO による送迎は有力なツールであろう。

6) 介護問題に対処するスタッフの配置

障害を抱えた高齢者の多い維持透析施設では、施設規模にもよるが、送迎や介護の問題を考える専任スタッフを配置するのも一法である。

7) 透析施設の経営上の問題

東北地方や北海道では、札幌やいわき市などを除き、大都市圏に比して送迎に前向きな透析施設は少ないという印象であった。しかし、上述したように、地理的事情や気象条件のため、自立できない高齢患者に対して相当な労力とコストをかけて送迎している透析施設が存在しており、場合によっては地域行政からの補助なり何らかのインセンティブも必要であろう。少なくとも、診療報酬を一定ラインでキープし、そうした透析施設の経営を守り、不利な条件下にある地方の高齢透析患者を見殺しにしないようにしなければならない。

②HD 患者の長期入院透析

1) 維持透析管理加算の適応

2014 年春季より、診療報酬改定により一部の療養病床で 1 日 100 点の慢性維持透析管理加算が付いた。医療施設からすると、赤字になっていた長期入院 HD の助けにはなっているが、高額な薬剤を使用したりすると足が出る。それでも、無いよりはましで、通院できない障害のある高齢 HD 患者を受け入れ易くなっている。しかし、地域によっては長期入院できる病院がなくその役割を有床診療所が担っている場合もあるため、有床診療所にも等しく慢性維持透析管理加算を付けるのが望ましい。北海道で

は長期入院が必要な高齢患者を居住地域とはまったく違う大都市の療養病床に送る弊害が議論されたが、そうした問題点を改善するためにも有床診療所に慢性維持透析管理加算を付けてもいいのではなかろうか。

2) 入院透析と介護関連施設の関係

自立していない高齢 HD 患者にとって、特養で生活し維持透析施設に通うのは一つの理想形である。新潟市のように、透析患者の入所を目的とした特養が数施設でき、介護の問題とか ADL の問題で在宅にて通院できない患者の受け皿ができた地域もある。その他、病院と特養、透析室を一体的に運営し高齢 HD 患者に安心できる医療と介護を提供する工夫をしている施設もあった。今後、そうした取り組みが自立できない高齢 HD 患者の収容施設として機能するのか、運営がうまくいくかどうか、見極めていく必要がある。

3) 入院 HD 可能な療養病床の偏在と PD への誘導

わが国のような高齢化社会にあっては、やむをえず入院 HD の形を取らざるをえない患者が少なからずいるが、地域によっては都市部でもまったく長期入院 HD を受入れる病院が無い所もあった。前述したように、高齢患者は特に居住地からうんと離れた都市への転院を拒むため、後方支援病院が無い道東などの地域では、地域ぐるみで HD 可能な療養病床の造設も考えていかねばならないだろう。同時に、療養病床が欠乏もしくは不足している地域では、PD への積極的な誘導も視野に入れるべきだとの意見も根強かった。確かに、PD は高齢者に向けた治療であることをもっと認識すべきだし、こうした地域では PD ラストという発想も重要である。

4) HD 導入の厳格な評価

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

特に、仙台地域で提起されたように HD 導入時から長期入院が前提で HD を始めざるをえない患者が増えている。逆に言うと、全身状態や合併症、認知症の重症度からみて、HD を始める意義があるか、客観的にみて疑問符が付く患者もいるということであろう。入院 HD を前提にした HD 導入をすべて批難することはできないが、担当医は重篤な合併症や ADL の極端な低下、高度の認知症、周囲のサポ

ート不足などを慎重に吟味し、家族によく説明したうえで HD 導入の是非を考える姿勢も求められる。つまり、一定のクレアチニン値を超え透析医学会の HD 導入ガイドラインの条件に合致しても、やみくもに HD 導入に走るのではなく、立ち止まってよく考える姿勢が必要だと言える。最近、リビングウィルの概念が広まりつつあるが、終末期の人間の尊厳と関わる重要な問題である。確かに、腎不全も含めて重篤な疾病をいくつか抱え、かつ ADL が落ち込んでしまった高齢患者に対して、HD 導入すれば当分腎不全で命を落とすことはないかもしれないが、莫大な医療費を費やし家族や周囲の様々な負担が増えることが多い。そうした負担や犠牲をおしてでも生存を継続する意義があるのかどうか担当医や家族、周囲の関係者がもっと深く考える必要があるのかもしれない。

26 年度のパネルでは、長期入院 HD を増やさないために HD 導入期には高齢患者とその家族に将来（例えば、2 年後、数年後）の病像、生活像を示して終末期までの予想される臨床コースを説明しておく必要性を語るパネリストもいた。例えば、寝たきりの脳血管障害後の高齢腎不全患者の場合、HD 導入しても医療費はかかるし家族による世話や負担が続くうえ、本人にとっても週 2、3 回の HD が体の負担になるかもしれないということをよく説明したうえで、それでも HD 導入するかどうかを吟味する必要があるということであろう。

③HD における長期留置型カテーテル使用

1) 長期留置型カテーテルのサバイバルと管理

一般に長期留置型カテーテルで HD を継続している高齢者の生命予後は短いという印象であるが、2、3 年以上留置型カテーテルで HD を継続している患者も存在する。26 年度のパネルディスカッションでは、カテーテルを無事に継続使用するためには感染と血栓を予防することが最も重要で、この 2 つの問題をうまくクリアできれば長期留置型カテーテルを長く使用することは可能だということが確認されており、そのこと自体は東北でも北海道でもよく認識されていた。感染予防の一助として、透析回路とカテーテルを接合する部分に閉鎖式の Safe Access™ を使うと成績が向上するよう思うという技術的指摘もあった。さらに、現状の長期留置型カテーテルは硬過ぎて使いにくいとか、選択できるカテーテルの種類が少な過ぎるといったカテーテル自体のイノベーションを求める声が大きく、

臨床家や医療器材メーカーに突き付けられた今後の課題だと思われた。今後、欧米並みに長期留置型カテーテルの取り扱いや管理に関するマニュアルの作成も必須と思われた。

2) 長期留置型カテーテルが必要な患者の PD への誘導とカテーテル抜去

長期留置型カテーテルは内シャントやグラフトが造設できない（もしくは造設に行き詰った）患者に挿入されるが、26 年度のパネル同様、そうした患者こそ PD 導入すべきだとの意見も多かった。長期留置型カテーテル使用を考慮する高齢患者は、大抵、心機能が弱かったり合併症を有していたりする。それなら、PD 導入し在宅で家族と過ごした方が好ましいという考え方である。透析医療現場では、長期留置型カテーテル使用の患者が療養病床に入院したままであることも多く、長期留置型カテーテルを活用してまで HD を続けるべきかどうか迷った時に、PD 導入をもっと積極的に考えてもいいだろう。

心機能が低下している一部の患者では、グラフトを諦めて長期留置型カテーテルを選択するケースもあり、心機能の回復を待つてカテーテルを抜去し、シャント造設に切替えるべき症例があることも頭に入れておくべきである。

3) シャント造設の技術

長期留置型カテーテルは比較的によく使用されている地域（施設）とほとんど使用せずにシャントや動脈表在化でしのいでいる地域（施設）があり、これも 26 年度の他地域で得た印象と同じ結果であった。取り扱う患者の年齢層やナチュラルな血管の状態が一樣ではないため、断言はできないが、長期留置型カテーテル利用が多い地域では、シャント造設の専門家を増やしたりそのスキルを改善する努力が必要かもしれない。しかし、昨年も記したように、地域ごとの HD 患者に対するシャント造設の技術差を客観的に比較することは不可能であり、長期留置型カテーテル使用患者数の地域差（施設差）の真の原因は今後の検討課題であろう。

④HD における介護保険サービス

1) 介護保険サービスに望むこと

ケアマネージャー（ケアマネ）やヘルパーなど介護保険従事者に HD のことをもっとよく理解してもらい必要がある。そのためには、既に一部の地域で試みられているが、在宅療養に関する多職種勉強会なども有用であり、透析医や透析看護師らが積極

的に啓発する努力も必要である。また、サテライトや病院自体が HD の知識を十分持ったケアマネを抱えているケースがあるほか、看護師などの医療資格を持ったケアマネを育成すれば、透析医療と介護の壁がなくなり、シームレスな連携につながる可能性は高い。

2) 透析医療者および透析患者の介護サービスに対する無関心

逆に、透析医療に携わっている医師やコメディカルが介護保険サービスについて熟知していないために連携がうまくいかない場合もあるので医療者側はもっと勉強する必要がある。ケアマネからも情報提供してもらって、もっと交流を図るべきかもしれない。

本来、高齢 HD 患者では将来の認知症進行、ADL 低下や送迎介助に備えて、介護保険申請をしておき、いざとなったときにはすぐ使えるようにしておくべきとの意見が出たが、透析医療者も高齢 HD 患者自身も介護保険申請に積極的でないケースが多く、反省すべき点である。特に、身寄りのない一人暮らしの高齢 HD 患者では、様々な介助、介護、支援がいずれ必要になってくるので、介護保険認定は必須である。

3) 特養の活用

高齢 HD 患者の介護保険サービスを考える際、特養の利用は有用である。実際に HD 患者を入所させてくれる特養は稀であるが、新潟市内のように透析患者の入所を前提にした特養が設置され始めた地域もあり、その成果を見守るとともに、そうした形の特養が他の地域にも広がっていくことを期待したい。

4) HD 医療における介護の重要性

まず、通常の HD は週 3 回継続的に行われており、維持透析施設は介護を要する高齢患者にとっても長い時間接する医療施設である。それだけに、HD の現場では介護・介助に対する関心も特異的に高いが、行政側の HD における介護保険サービスに対する関心が少ないと感じている透析関係者も多かった。実際、介護度の認定に HD あるいは PD を施行しているハンディがまったく反映されないケースが多いので（ミスマッチング）、HD をやっていたら介護度を上げてもらえるよう、定期的通院の困難や認知症の合併などを介護保険意見書にしっかりと書き込む必要がある。同時に、高齢 HD 患者では 1 年 2 年経つと ADL が落ち認知症が目に見えて進む

患者も多いので、そうしたことを見越して介護保険意見書に反映させておくことも必要であろう。

HD 導入後何年か経て仕事を辞め加齢が進むと、ADL が下がる患者もいるので、介護保険サービスをうまく活用してショートステイやリハビリを取り入れ ADL を保つ工夫も必要である。

送迎に介護保険サービス多くを使うと、他の介護サービスが制限されてしまう。したがって、送迎に関する費用は透析患者に固有な問題なので、別個に扱って欲しいとの要望もあった。

5) 介護保険制度変更に対する危惧と希望

昨年度同様、要支援 1、2 が実質的に介護保険から切り離されて支援費用の削減が見込まれており、介護保険サービスが低下するとさらに ADL が低下する高齢 HD 患者が増えるだろうという危惧も強かった。

⑤ PD における注排液の問題

1) 自立できない高齢者向けの PD のあり方

北日本では PD の普及率が比較的高いようだが、それでも諸外国に比べればまだまだ普及していない。PD の医療現場で問題になったこととして、例えば自立して自分でバッグ交換ができていた患者でも、認知症が進行するとその手技があやふやになることである。配偶者がサポートしていたとしても、年を経るとまさに老々介護となり、PD 患者を支えきれなくなったりする。また、注排液の手技が稚拙になって来た時に、メーカーのサポートもその患者の苦手なプロセスがどこにあり、何に重点を置くべきカスタマイズされていなかったりする。こうした問題点を直視し改善していかないと高齢者における PD は敬遠されやすくなるだろう。

昨年度の報告書に記したように、患者や家族の事情によっては APD 導入するのも一つの対策であるし、高齢患者に対してバッグ交換を 2、3 回で済ませる考え方も浸透しつつある。また、昨年度のパネルでは、後期高齢者の場合、10 年以上 PD を継続しても被嚢性腹膜硬化症（EPS）が起りにくいという意見も提出されており、心臓への負担が少ないことやお看取りをし易いことも合わせ、PD は高齢者にとって非常に優しい腎代替療法だという認識を持つべきである。確かに、PD は心理的にも労力的にもハードルが高い方法に見えるが、そのやり方を簡略化し環境整備を進めれば決して医師や看護師など医療者にとって困難な治療法ではない。実際、欧米では訪問看護師が PD のバッグ交換をやって在

宅医療を支援するアシテッド (assisted) PD というシステムが確立しつつあり、わが国の環境に適したPDのスタイルを模索する必要がある。

HDを取り入れたハイブリッド法も周囲の負担を減らす形であり、HD併用によって腹膜を休ませる日を設ける方法の促進も今後の課題である。

2) 各地域での多職種サポート体制

地域ごとにPD導入する医師、かかりつけ医や訪問看護師、ヘルパー、行政職など様々な職種がチームを形成して、在宅医療としての高齢者PDを支援する環境作りが大事であることは昨年述べた。地域の基幹病院や専門医がそういう体制作りに熱心に取り組めば、東北でも北海道でもきっといい成果が生まれるものと考えられる。実際、北海道は土地柄のせい、一般に訪問看護ステーションは非常に協力的であるし、過疎地の看護師や保健師もとてもPDに対して熱心だという。しかし、強いて挙げると、かかりつけ医の多くはPDの面倒をみながらないし非協力的であるという。上述したように、PD患者が遠く離れた地域に住んでいる場合、PD導入した基幹病院の医師がいくら熱心でも、地元のかかりつけ医やコメディカル、介護職員らのサポートがなければ、とても高齢患者のPDをうまく継続できない。

人口過疎地で高齢者向けPDを普及させるには、多職種サポート体制を整備するしかないわけだが、そのためには訪問看護ステーションはもちろんのこと、かかりつけ医やその他のコメディカル、介護系職員に啓発活動を繰り返し、実手技を見てもらうしかないであろう。かかりつけ医も看護師もヘルパーも「見たことすらない」ことをやれと言っても不可能であり、実手技をデモする献身的な努力も必要である。

3) 訪問看護ステーションとデイサービスセンターの活用

患者本人や家族がPDの注排液をできない場合、在宅だと訪問診療医や特に訪問看護師の役割が大きくなるはずだが、地域によってはPDを理解し任せられる訪問看護師がまだまだ少ない。上述した地域ごとの多職種サポート体制を整備するうえでも、抵抗なくPDに対処してくれる訪問看護ステーションは必須である。

訪問看護ステーションなどから看護師が在宅患者の家に行きすべてのバッグ交換などPD管理するのは、実質的に無理がある。一部の地域では、デイサービスセンターで1日1回PDバッグ交換の実

施を試み始めた施設もある。これはある種のassisted PD だと言えるが、類似した方法を今後も考えていく必要がある。

4) ヘルパーなど介護系職員によるPD介助や労力の軽減

自立していない高齢PD患者に対し周囲の家族や訪問看護師がサポートしてやればよいが、身寄りのない独居の患者だと訪問看護師だけではすべてに対応できない。無論、地域のかかりつけ医やスタッフが一部代行したとしても毎日の注排液を管理することは今の医療制度では難しい。そこで、PD継続のため親族や医師、看護師以外で頼りにしたくなるのがヘルパーである。一般に、介護系職員は医療を熟知せず、医療行為に関わりたくない傾向にある(法制上、当然とも言える)と聞くと、北海道や一部の東北地方ではPD支援に前向きなヘルパーが多いということがわかった。患者の居住地がPD導入病院まで地理的に遠いことが関係しているであろうし、困った高齢患者に対する義侠心が強いのかかもしれない。昨年度の議論では、今後PD導入をもっと増やし学会など全国規模でバッグ交換や出口部ケアの手間、労力を正確に評価して、客観的データを積み上げ、介護系職員の参入が認められるよう行政に働きかける努力が必要だとのことであったが(トップダウンの発想)、最寄りのサテライトまで片道数十キロあって自立していない高齢患者にHD導入を勧められない一部の北海道地域(道東地域など)をいわゆる「医療特区」化し、医師、看護師だけでは対応しきれない高齢患者に対し、介護系職員の補助を試行してみるのも一法であろう。いわば、草の根から積み上げるボトムアップの発想である。PDはマンパワーと患者を支え続ける熱意さえあれば継続できる治療だと言えるので、PDをもっと普及するには人的資源のさらなる投入も必要だと思う。そのためには、地域ごとに理解を深めるための啓発活動を強化していかねばならないが、反面、HDのような道具立てや大きな先行投資が不要だというメリットをもっと認識すべきである。

PDバッグを入れた段ボールのゴミ処理や1.5~2.0L(≒1.5~2.0kg)のバッグの上げ下げは、高齢PD患者にとって過酷な作業であり、注排液の代行が難しくても、せめてこういう作業の一部をヘルパーが担えるようにしていくべきである。

本年度パネルを実施した地域でも、普段PDを支援する家族がいる場合、負担軽減のための「レスパイト入院」を実施している施設が多く、円滑にPD

を継続する有用な方法の一つである。

⑥長期入院 PD

1) 長期入院 PD は是非か

東北、北海道地域では原則的に長期入院 PD を肯定する意見は少なかった。その代わり、家族が高齢 PD 患者の面倒をみている場合、家族の負担を軽減する目的でレスパイト入院を実行している施設もあり、レスパイト入院については肯定的であった。

2) 長期入院 PD を回避する方法

長期入院 PD を是としないのであれば、一般的な有料老人ホームや介護系施設への入所を積極的に進められるよう努力が必要だ。デイサービスで PD 液のバッグ交換をしたり、入浴の際に出口部ケアをしてもらったりすることも地域によっては実践されていて、病院への入院ではなく、場合によってはショートステイとかでつなぎながら在宅 PD 治療を維持する方法も提案されている。さらに、介護系施設の理解が得られている地域では、専任看護師への働きかけで終末期患者を施設へ入所させ、施設で看取ってもらっている所さえある。

但し、介護系施設に協力を仰ぐ場合、やはりインセンティブを付けることを考えないといけない。さもないと、介護系施設はタダ働きに終わってしまうので、介護系施設や介護スタッフの支援は得にくくなる。

3) PD と HD の互換に対する柔軟な姿勢

PD では看取りの瞬間まで PD を継続できるという利点があり、家族にとっても医療者にとっても精神的ストレスが少ないという利点がある。患者によっては、お看取りに向けて HD から PD に切替える場合もあるが、その際、HD 用のシャントをそのままにしておいたり、PD からやむなく入院 HD に切替える際にもう一度 PD に戻ることも考えて PD カテーテルを残しておく施設もあるという。高齢透析患者の場合、ある時点の判断だけで PD か HD か白黒はっきりさせるのではなく、どちらも選択できる状況を作り、患者本人や家族、かかりつけ医に安心感を与えることも臨床的に意義がある方法だと思われる。

4) PD のコスト

わが国の PD 医療費は高過ぎるという意見が根強いが、イノベーションや技術開発のためのコストも含まれるので、地域によっては現状の PD 医療費を擁護する意見も出た。したがって、高齢患者に対して PD の注排液回数を減らしてコストダウンを図る

のは必要であるが、PD 全体の医療費の価格を裁量する時には利益率や研究開発費との兼ね合いを考えていくべきなのかもしれない。

⑦在宅 PD と医療保険診療、介護保険サービス

1) PD 患者の終の棲家

高齢 PD 患者の終の棲家として本人の自宅が望ましいが、親族がいない認知症患者などでは、それは難しい形である。そこで、前述したように有料老人ホームや介護系施設に入れるのは有用な選択肢だし、グループホームのような場所も候補にはなる。札幌周辺では、経済的余裕があればサービス付高齢者向け住宅（サ高住）が適切だとの意見もあった。在宅にてかろうじて PD が続けられたとしても、後方支援のあり方として介護系施設におけるショートステイは有用であり、今後は高齢 PD 患者を受けてくれる施設の開拓は重要になってこよう。こうした施設での受入れを促進するのは、簡単なことではないが、地域行政が動くともスムーズにことが運ぶことも多く、地域行政との連携は非常に重要である。

2) 介護度のミスマッチ

PD 医療における (HD 医療でも言えることだが) 介護の必要性を考えた時、透析医療の現場では介護度が実態よりも軽過ぎると感じることが多い。特に配偶者や親族がいない単身患者や認知症患者においては PD の負担が大きく、訪問看護やヘルパーの支援が相当求められるので、そのことも勘案して介護認定するべきであろう。

3) PD 医療者（医師、看護師）や介護施設へのインセンティブ

認知症など障害を有する高齢 PD 患者では、医療者の労力や手間が増えるので、そうした PD 患者を在宅で診ていく場合、医療者に対する技術的なインセンティブを与えるのは一つの方策である。

同様に、介護系施設が入所を引き受けた場合にも今後は何らかのインセンティブを付ける必要があるだろう。

⑧その他の包括的意見

どこのパネルディスカッションでも、高齢化する透析患者の問題を解決するうえで医療保険と介護保険の垣根が問題となった。両者が決して完全に切り分けられないことは透析医療の中でも自明であり、シームレスな運用に向けて、行政や医療保険・介護保険関係者の方々にはもっとご検討頂きたい。高齢者対策においては、介護なき医療もあり得ないし、

医療なき介護もあり得ないのである。

次に、高齢透析患者をなるべく寝たきりにしたり長期入院させないようにするには、多職種ネットワークをはじめまさに「地域包括ケア」ができる環境を整備しておく必要がある。特に PD では、PD をよく理解した多職種によるサポートがないと PD 導入患者を増やすことはできない。残念ながら、そうした環境整備ができていない地域はまだ少ないため、医療関係者、介護関係者、地域行政などが一致協力して体制を整えていく必要がある。一部のパネリストから意見が出されたように、医療者はもっと地域行政の支援を訴えるようにすべきであろう。

メーカーに対しても注文すべきことがある。長期留置型カテーテルはいわゆるクイントンカテーテルに比べ、まだまだ改良の余地がありそうだ。PD について言うと、わが国では PD は HD ほどの市民権を得ているとは言えない（末期腎不全に至った患者の 3%以下）。その理由として、各メーカーによって器具や方法が違うことが大きな問題だと考えられている。実際、普段面倒をみてなかった病院に高齢 PD 患者の入院を依頼する場合、異なるメーカーの PD しか経験がなければ、問題が起きやすいし、受ける側の医師や看護師にとってハードルが高くなるのは当然のことである。

最後に、高齢の透析患者がこれだけ増えているので、わが国の透析におけるパラダイムシフトが本当に必要になってきているのではないだろうか。つまり、HD も PD も研究者や臨床医は一律の治療目標、一律の透析方法を是として理想的な方法を追究してきたが、わが国が置かれた医療環境や高齢化の進行、医療費の赤字を考えると、各高齢透析患者に合わせたテーラーメイドの透析や介護を検討すべき時代になってきたと言える。つまり、同じ 80 歳台の HD 患者でも認知症の程度や合併症、心機能、体力、ADL、家庭環境、経済力がみな違うわけで、一律の対応を考えるのではなく、各人の状況に合わせた各人各様の透析医療、介護が求められている。

【参考 URL】

*社会福祉法人高梁市社会福祉協議会
http://www.takahashi-shakyo.org/zaitaku/zaitaku_isou.html

E. 結語

一昨年度に実施したアンケート調査結果をもとに 27 年度は計 2 回のパネルディスカッションを開

催し、現場から様々な意見やコメント、提案を頂いた。腎機能障害者の高齢化に伴う諸問題は全国共通の課題であると同時に、地域性の違いも如実に感じるテーマでもあった。したがって、具体的な実効策を考える際、内容によっては地域特性も加味した対策が求められる。

なお、本研究におけるパネルディスカッションの立案、パネルのモデレーター、コンセンサスミーティングの実施とモデレーターおよび研究総括は主として日ノ下が行い、研究内容の吟味・査読は秋葉、戸村、勝木も参画して行われた。秋葉、戸村はそれぞれ 1 回ずつパネリストとして参加したほか、コンセンサスミーティングのコメンテーターも務めた。勝木は毎回、問題点のレポーターとしてパネルディスカッションに加わった。

コンセンサスミーティングの結果も含めた総括的考察は、全年度の総合報告書に記載することにした。

謝辞：パネルディスカッション開催に際し、JCHO 仙台病院腎臓疾患臨床研究センター佐藤壽伸先生、北海道透析療法学会伊丹儀友先生、仁榆会病院前野七門先生から多大なご協力を得たほか、JCHO 仙台病院スタッフの皆様をはじめ多くの方々からご支援頂いたことに対し深謝致します。

F. 研究発表

- ・日ノ下文彦, 秋葉隆, 勝木俊, 戸村成男. 高齢化する血液透析患者の透析実態に関するアンケート調査. 日本透析医学会誌 48(6):341-350, 2015
- ・石井有理, 廣瀬由子, 浮田千絵里, 鈴木 茂, 立松栄次, 村上 淳, 金子 岩和, 大橋 信子, 木全直樹, 秋葉隆. 増加する超高齢、通院困難、低栄養、透析患者などの透析弱者をチームで救え!! 栄養士にできること、やるべきこと. 日本血液浄化技術学会誌 23(2): 270-272, 2015
- ・塚田三佐緒, 三和奈穂子, 木全直樹, 土谷健, 新田孝作, 秋葉隆. 当院における腹膜透析患者の外來透析導入指導の現況. 腎と透析 79 別冊 腹膜透析 2015:239-240, 2015
- ・勝木俊, 秋葉隆, 戸村成男, 日ノ下文彦. 腎機能障害者の高齢化に伴う支援のありかたに関する研究～パネルディスカッションにより浮き彫りになった問題点. 第 61 回日本透析医学会学術集会にて発表予定

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業
腎臓機能障害者の高齢化に伴う支援のあり方に関する研究
平成 27 年度 総括研究報告書

発行 平成 28 年 3 月

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

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

