

介護保険サービスに対するコメントのまとめ (複数回答あり)

透析患者への送迎サービス不足	269
透析患者への院内介助、見守りの不足	76
在宅支援不足(保清、食事、服薬、飲水管理、リハビリ)	187
従量制で時間的制約が高いため、不十分	99
透析患者と介護度のミスマッチ	104
患者にとって経済的負担が高い	101
患者・家族のサービスの拒否	39
福祉施設との連携不足(透析への理解・認識不足)	53
透析患者受入れ福祉施設が少ない	42
事務所・介助者の質の問題、透析の知識不足	41
その他	100
総計	650

* PD のディスカッションのため再呈示

医療保険制度と介護保険制度の関係について (複数回答あり)

医療保険と介護保険を一括(包括)運用して欲しい	50
医療保険と介護保険は別々の運用で良い	35
介護と医療の境界線があり、シームレスな運用をして欲しい	45
患者・家族の受入れの問題(拒否感、金銭 負担)	19
制度が複雑で 使いにくい(申請時間、内容)	48
医療とケアマネ、介護施設との連携、啓発が必要	90
介護サービスの充実(送迎、リハビリ、院内介助等)	80
透析患者も応分の自己負担が必要	12
その他	85
総計	371

在宅 PD 患者に対する今後の支援のあり方
高齢/障害患者に対する今後の PD のあり方

- 1) 在宅 PD を続ける高齢/障害患者に対する支援はどうあるべきなのか?
- 2) 透析導入となる患者が高齢化しているが、そうした状況における PD の意義は? あり方は?
- 3) PD において、医療保険と介護保険はどのようにしてシームレスな運用を進めていくべきなのか?
- 4) 現状を踏まえた今後の PD のあり方は? PD の技術的な変革は必要ないのか?

C. 研究結果

1) 障害透析患者の透析実態に関するアンケート調査

I. 基本情報 (資料 5)

アンケートの回答は、1,530 施設から得られた(回収率 40.2%)。1,530 施設のうち、1,055 施設は HD (hemodiafiltration, 以下 HDF も含む) だけを扱っている施設、469 施設は HD も PD も扱っている施設、6 施設が PD だけを扱っている施設であった (図 1)。回答施設の種別は、国立大学 39 施設、

私立大学 38 施設、国立系病院 18 施設、県市町村立病院 128 施設、社会保険病院 16 施設、厚生連系病院 27 施設、その他の公的施設 142 施設、私立総合病院 91 施設、私立病院 322 施設、私立診療所 694 施設、不明 15 施設であり、概ね過去の全国アンケート調査時の分布と同等であった [秋葉隆ほか. 透析会誌 46:111-118, 2013] (図 2)。このうち、無床診療所 569 施設、有床診療所 193 施設、病院 767 施設であり、約半数が病院であった (表 1)。

資料 5

図 1 透析種類別回答施設数 (N=1530 施設)

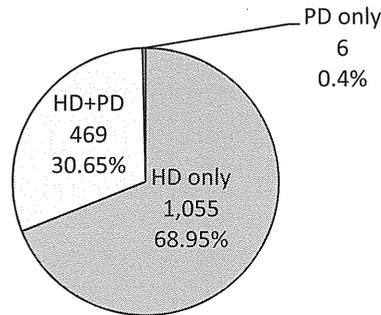


図 2 医療機関経営形態 (N=1530 施設)

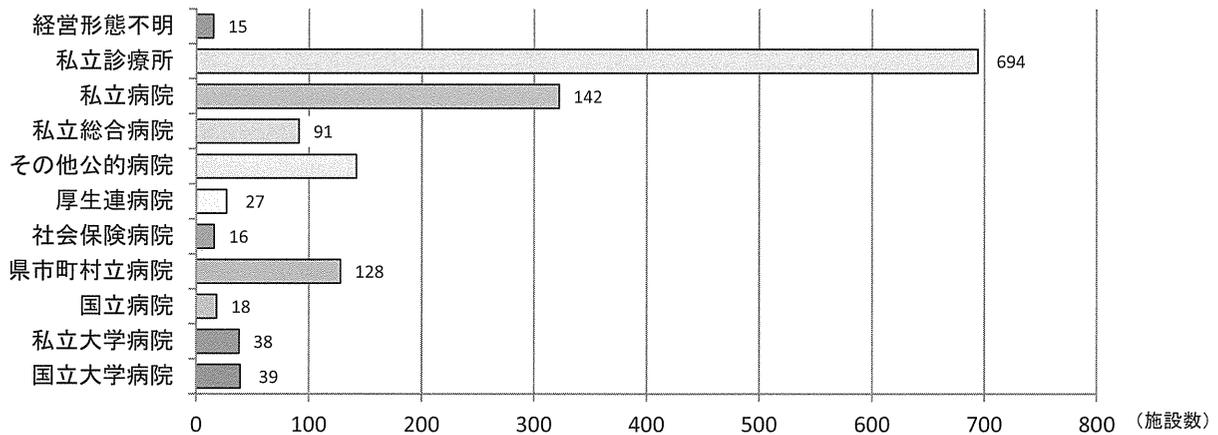


表 1 医療機関種別の医療経営形態 (施設数)

	無床診療所	有床診療所	病院 (<200床)	病院 (≥200床)	不明	総計
国立大学病院	3			36		39
私立大学病院			1	37		38
国立病院			1	17		18
県市町村立病院	3	1	38	86		128
社会保険病院		1	8	7		16
厚生連病院	1		4	22		27
その他公的病院	7	6	43	86		142
私立総合病院	5	1	22	63		91
私立病院	29	7	228	58		322
私立診療所	519	172	1	1	1	694
経営形態不明	2	5	6	2		15
全体	569	193	352	415	1	1530

II. 血液透析 (HD) に関する結果 (資料 6)

① HD 患者の送迎について

患者の送迎は 1,524 施設中 832 施設 (54.6%) が実施、687 施設 (45.1%) が未実施、5 施設 (0.3%) が不明であった (図 3)。各施設の規模 (総 HD 患者数) 毎に送迎の有無の分布を検討したところ (図 4)、総患者数が 40 人以下の比較的小規模施設では送迎をしていない施設が多かった。総患者数が 400 人以上の大規模施設で送迎を実施している施設が 8 施設あったものの、送迎を実施してい

ない施設も 3 施設あった。経営形態別に送迎実施の有無をみると、私立の診療所 (サテライト) が最も送迎が盛んであった。同じ病院でも私立の方が、公的病院よりも送迎に力を入れていた。また、国立病院や大学ではほとんど送迎を実施していなかった (図 5)。送迎を実施している 832 施設の中で医療機関種別に区分けすると、無床診療所が 423 (50.9%) 施設、有床診療所が 146 施設 (17.6%)、200 床未満の病院が 200 施設 (24.1%)、200 床以上の病院が 62 施設 (7.5%) であった (図 6)。さらに、

資料 6 図 3 透析患者の送迎実施について (N=1524 施設)

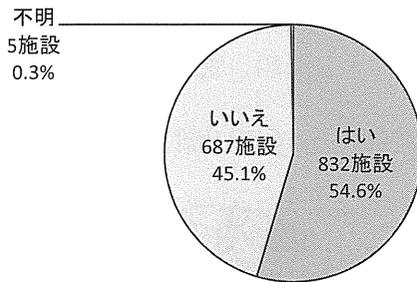


図 4 総患者数別送迎実施の有無 (N=1519 施設 (送迎の有無不明除く))

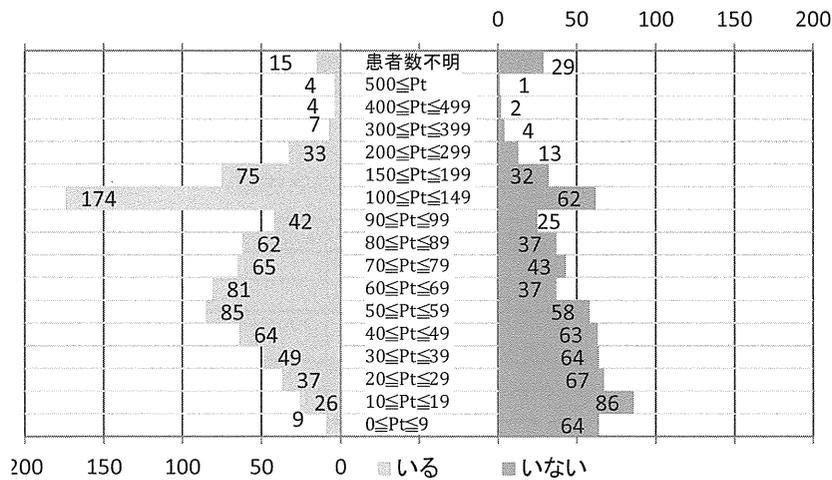
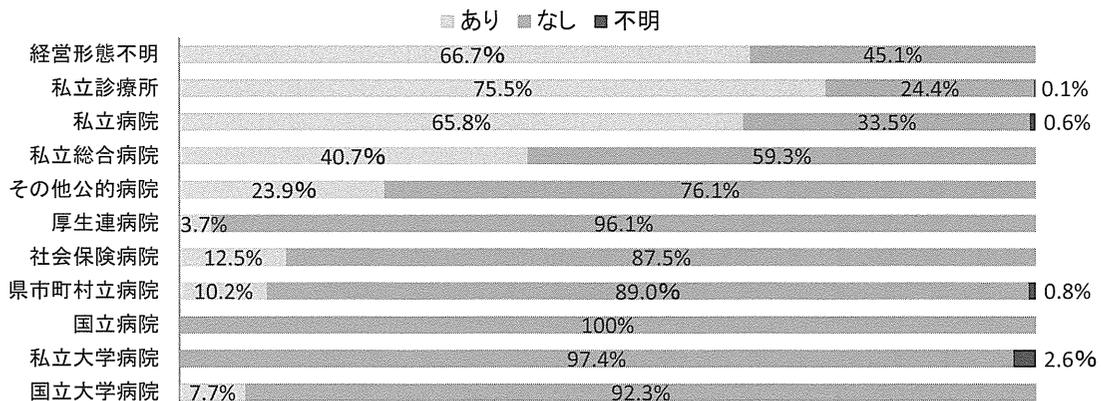


図 5 経営形態別送迎実施の有無 (N=1524 施設)



全 HD 施設で医療機関種別に送迎実施比率を調べてみると、無床・有床診療所の約 3/4 が送迎を実施していた。一方、200 床未満の比較的小規模の病院では 57.0% が送迎を実施していたが、200 床以上の中大規模病院では 14.9% しか送迎を実施していなかった。

送迎患者総数は、回答のあった 832 施設だけで 28,715 人であった。10 人以上 20 人未満の患者を送迎している施設が最も多く、次に 20 人以上 30 人未満の施設が続く、それ以上の患者数の送迎となると数が多くなるほど送迎実施施設数が減る傾向にあったが（表 2）、150 人以上送迎している施設は 7 施設もあった。総送迎患者数と送迎施設数を対比して示したのが図 7 である。

送迎実施職種は、専属運転手が 600 施設と圧倒的に多く、外部委託している施設が 96 施設と続き、以下、複数職種、事務を含めた多能職、事務職と続いた(表 3)。中には、看護師、臨床工学技士、介護職員、看護助手、ボランティア・シルバー人材が担当している施設もあった。

送迎に対する負担感を尋ねたところ、送迎を実施している 832 施設のうち 806 施設から回答があり、641 施設（送迎実施施設の 77.1%）が「大変負担である」または「少し負担である」と答えた。「あまり負担でない」と「全く負担でない」と答えた施設数は 165 施設（送迎実施施設の 19.8%）であり、送迎が負担になっていることが分かった（図 8）。総 HD 患者数によって施設を分類し送迎

資料 6 (承前)

図 6 医療機関種別 送迎実施の内訳 (N=832 施設)

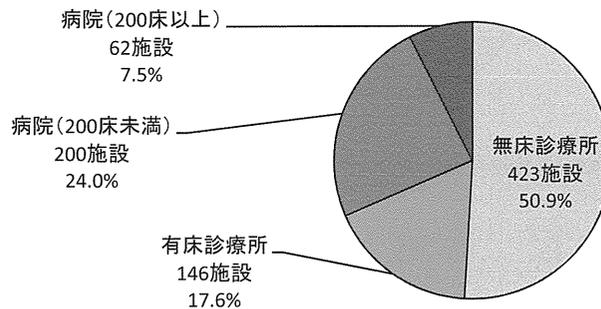
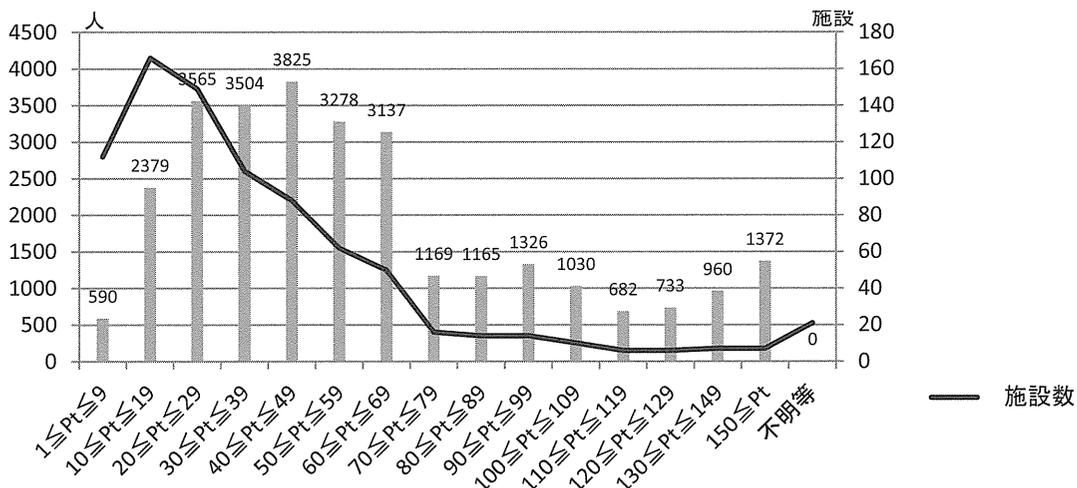


表 2 送迎患者数別の施設数 (送迎患者数の回答があった 832 施設)

1 ≤ Pt ≤ 9	10 ≤ Pt ≤ 19	20 ≤ Pt ≤ 29	30 ≤ Pt ≤ 39	40 ≤ Pt ≤ 49	50 ≤ Pt ≤ 59	60 ≤ Pt ≤ 69	70 ≤ Pt ≤ 79
112	166	149	104	88	62	50	16
590	2379	3565	3504	3825	3278	3137	1169
80 ≤ Pt ≤ 89	90 ≤ Pt ≤ 99	100 ≤ Pt ≤ 109	110 ≤ Pt ≤ 119	120 ≤ Pt ≤ 129	130 ≤ Pt ≤ 149	150 ≤ Pt	不明
14	14	10	6	6	7	7	21
1165	1326	1030	682	733	960	1372	

患者数分布
N=832 施設数
患者数
28,715

図 7 送迎患者数別の送迎施設数 (N=832 施設)



の負担をみた場合、総患者数が多い施設ほど送迎を負担に感じている施設が多い傾向があった(図9)。しかし、小規模施設でもある一定の負担感が認められ、規模の大小に関わらず送迎の負担が目立つ結果となった。

② HD 施設への通院介助について

施設以外の通院介助を受けている HD 患者は、判明しただけで17,269人に上った。通院介助者の内訳は、ヘルパーが最も多く、各施設の平均値で5.4人、中央値で2人であった(表4)。ヘルパーに頼っている患者数が160人に上る施設も

資料6(承前) 表3 送迎職種別の施設数(N=832施設)

医師	看護師	臨床工学技士	介護職員	看護助手	送迎の運転手	複数職種	運転手とX線技師
1	2	3	9	2	600	48	2
事務職	事務を含めた多能職	外部委託+職員	外部委託(タクシー・契約業者・派遣等)	ボランティア・シルバー人材	その他	不明	
19	22	9	96	3	7	9	

図8 患者送迎の負担感(N=1524施設)

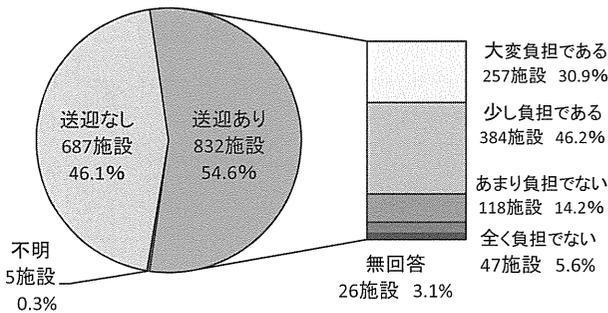


図9 総患者数別送迎の負担(N=832施設)

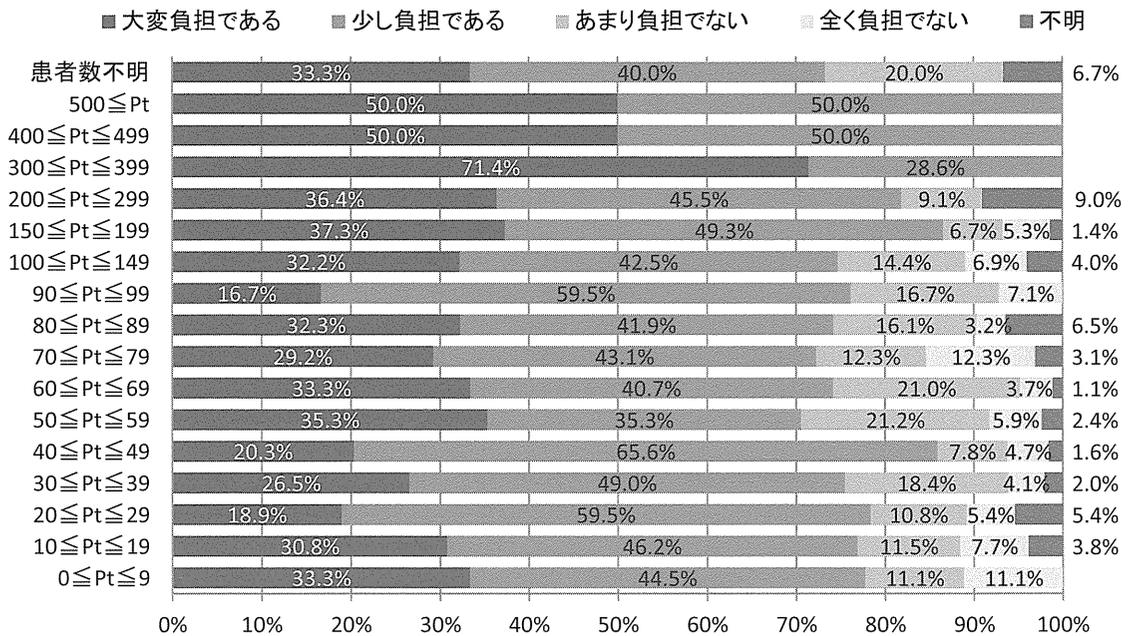


表4 HD 施設への通院介助者の内訳(N=1524)

	配偶者	一親等(子供・親)	兄弟・姉妹	その他の親族	知人/友人	透析仲間	ヘルパー	その他(介護タクシー、介護職員など)	総計
各施設の平均値	4.7	3.1	0.3	0.4	0.2	0.1	5.4	7.3	
各施設の中央値	3	2	0	0	0	0	2	1	
各施設の最大値	51	50	20	16	6	20	160	45	
各施設の最小値	0	0	0	0	0	0	0	1	
集計人数(合計)	5,402	3,829	422	471	224	129	6,675	117	17,269

あった。次に、配偶者に頼っている患者が多く、各施設の平均値で4.7人、中央値で3人であった。配偶者に頼っている患者数が51人に上る施設もあった。一親等の親族に通院介助されている患者も比較的多く、各施設の平均値で3.1人、中央値で2人であった。配偶者や一親等以外の親族に通院介助を受けている患者がいるほか、知人/友人、透析仲間に介助してもらっている患者もいた。通院介助者ごとのHD施設数分布をグラフ化してみると、家族やヘルパーに頼っている施設が多いことがわかる(図10)。

③長期留置型カテーテルについて

長期留置型カテーテルによるHDを実施している患者がいる施設は1,524施設中、506施設あり全体の約1/3に上ることがわかった(図11)。506施設の中で患者数を明示した500施設だけで、計1,174人の患者が長期留置型カテーテルによるHDを受けていた。長期留置型カテーテル使用患者がいる500施設でみると、長期留置型カテーテルHD患者数の平均は2.3人/施設であり、多いところでは1施設に27人も長期留置型カテーテル使用患者がいた。長期留置型カテーテル患者の有無をHD施設の総患者数別に調査し、その比率を図12に示した。総患者数

資料6(承前)

図10 通院介助者ごとのHD施設数分布(N=1524施設)

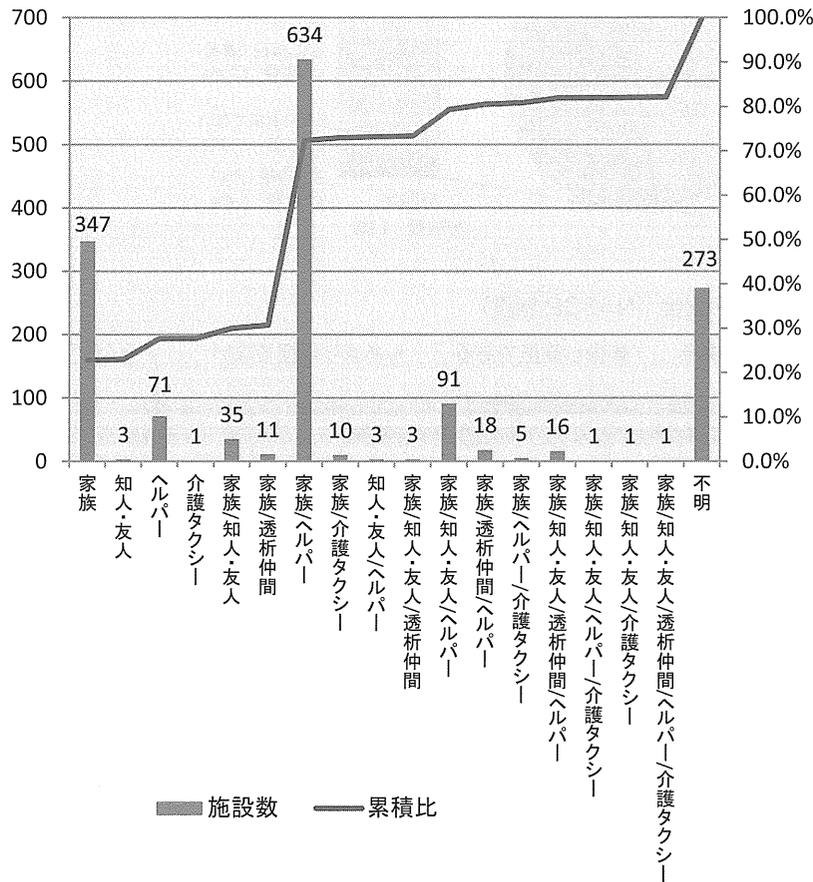
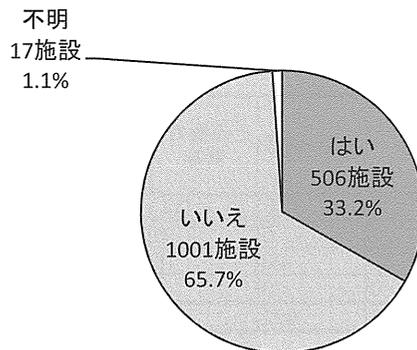


図11 長期留置型カテーテル患者の有無(N=1524施設)



が多い大規模施設ほど長期留置型カテーテルを使用した患者を受入れていることがわかる。

長期留置型カテーテル使用期間について調査してみると、半数近く(44.9%)が6ヶ月以内であり、約2/3(65.4%)が12ヶ月以内であった(図13)。しかし、長期留置型カテーテルの使用が60ヶ月(5年)以上に及ぶ患者が22人いた。本調査研究で回答のなかった施設分も考慮すると、諸外国に比

べ少ないと考えられていた長期留置型カテーテル使用患者が、わが国でも相当数実在していることが確認された。

④長期入院HDについて

急性期でない長期入院(3ヶ月間以上)HD患者がいる施設は、1,524施設中550施設(36.1%)であった(図14)。そのうち、長期入院HD患者数

資料6(承前) 図12 HD施設規模別長期留置型カテーテル患者の有無(N=1524施設)

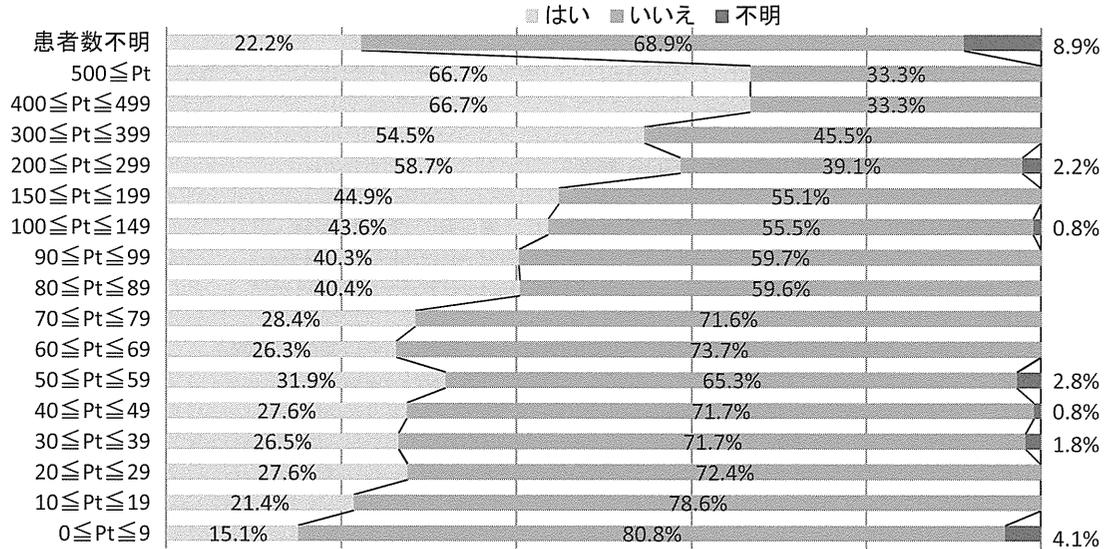


図13 長期留置型カテーテルの留置期間(N=506施設)

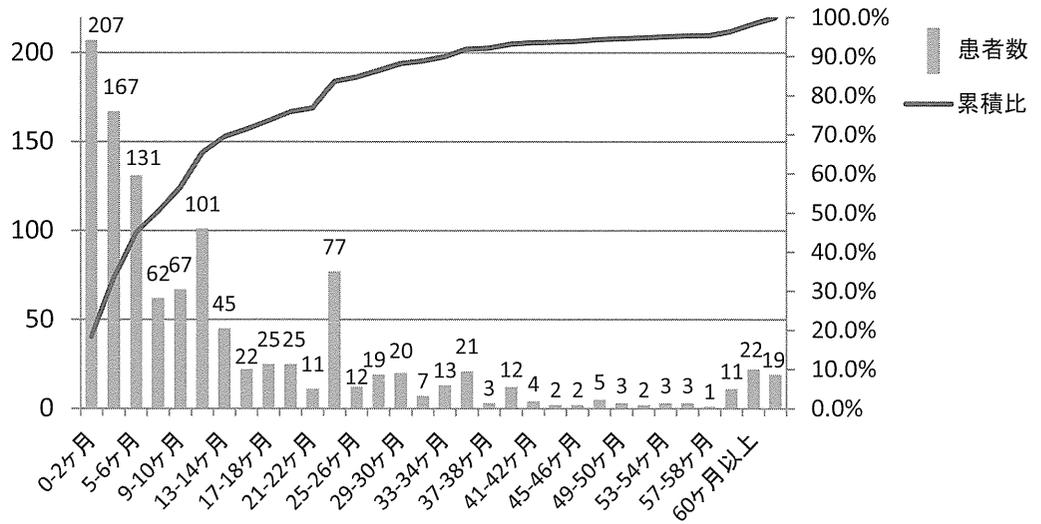
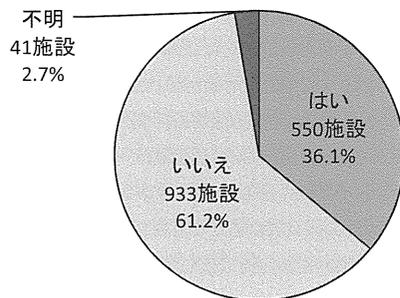


図14 長期入院HD患者の有無(N=1524施設)



を記入した施設は 522 施設であり、総数は 5,275 人となった。長期入院受入れ施設の患者数は平均値で 10.1 人、中央値で 5 人であった。最大値は 102 人であり、長期入院 HD の受入れに注力している病院が存在することがわかった (表 5)。長期入院 HD 患者受入れの有無を HD 施設の総患者数別に調査したところ、総患者数が多い大規模施設で長期入院 HD 患者を受入れている施設の比率がやや高かった (図 15)。

経営形態別に長期入院 HD 患者の受入れの有無を調べてみると、私立病院における受入れが最も多く、次いで私立総合病院、県や市町村立も含め

た公的病院の順となっている (図 16)。大学病院や私立診療所における長期入院 HD 患者の受入れは少ないが、その中では国立大学病院が比較的受入れが多い傾向にあった。医療機関種別に長期入院 HD 患者の受入れの有無を検討すると、200 床未満の病院や有床診療所における受入れが比較的多いことがわかる (図 17)。200 床以上の病院での受入れがやや少なく、大規模病院や急性期病院では長期入院 HD を回避する傾向があるものと思われた。

現在、長期入院 HD 患者を受入れていない 933 施設に対して、今後、医療事情が変わったら長期

資料 6 (承前)

表 5 長期入院 HD 患者数 (506 施設)

長期入院透析患者数	平均値	中央値	最大値	最小値
5,275	10.1	5	102	0

図 15 総患者数別の長期入院 HD 患者受入れの有無 (N=1524 施設)

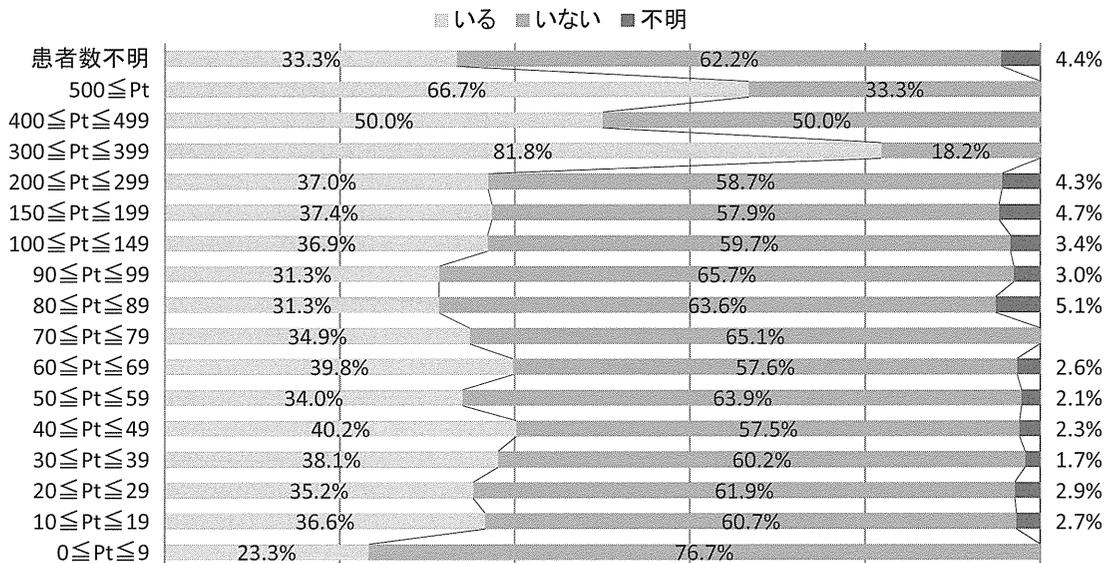
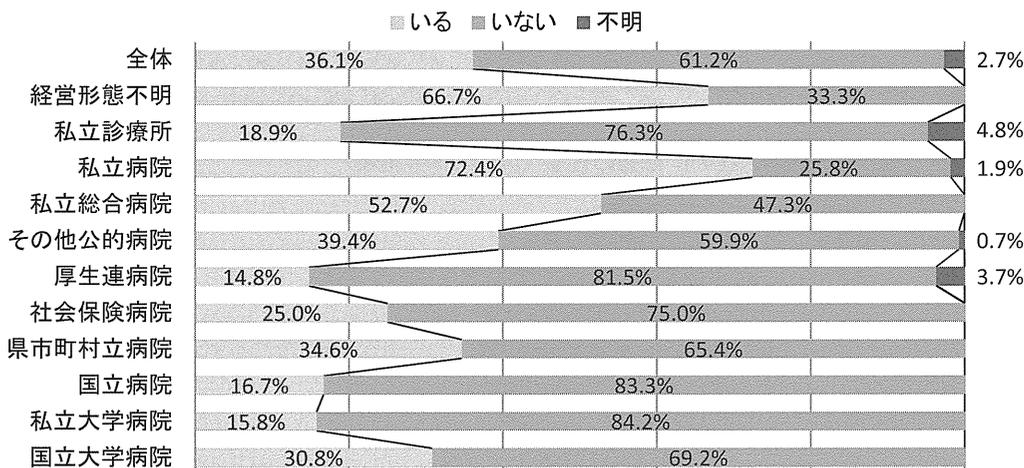


図 16 経営形態別長期入院患者受入れの有無 (N=1524 施設)



入院 HD 患者を受入れるかどうか尋ねたところ、657 施設から回答が得られた (図 18)。医療機関種別に検討したところ、200 床未満の病院や有床診療所において前向きな回答が多かった。今後、診療報酬制度の改定によって、こうした種別の医療機関における長期入院 HD 患者の増加が予想される。

長期入院 HD に関する自由コメントを整理して仕分けたものを表 6 に記した。長期入院 HD 施設が不足しており、今後はさらに必要だとする意見が最も多かった。次いで、医療法や診療報酬の改定が必要との積極的な意見も目立った。長期入院 HD 受入れは困難とする意見と必要な患者は受入れるという意見がほぼ同数であった。その他、HD 患者を受入れる社会福祉施設を要望する意見や社会的入院が増えているといった意見も認められた。

⑤介護保険サービスの受容について

介護保険認定を受けている患者がいる施設は 1,323 施設であり、回答が得られた 1,446 施設の 91.5% に相当した。介護保険認定を受けている患者がいないと答えた施設は 123 施設 (8.5%) であった (図 19)。実際、介護保険認定患者数を回答した 1,323 施設だけに限っても、介護保険認定 HD 患者数は 21,550 人に上った。本アンケートを発送した施設数から類推すると、単純計算で約 6 万人以上 (全 HD 患者の約 1/5) の HD 患者が介護保険認定を受けているものと推計される。

アンケートでは要支援度、要介護度別に患者数の記載を求めたが、詳しく記入されていない回答が多く、要支援度、要介護度別の分析は割愛した。

まだ介護保険認定を受けていないものの、今後介護保険サービスを受けた方がよいと思われる HD 患者がいるかどうか尋ねたところ、913 施設 (全施設数の 59.9%) で新たに介護保険認定が必要

資料 6 (承前)

図 17 医療機関種別の長期入院患者受入れの有無 (N=1524 施設)

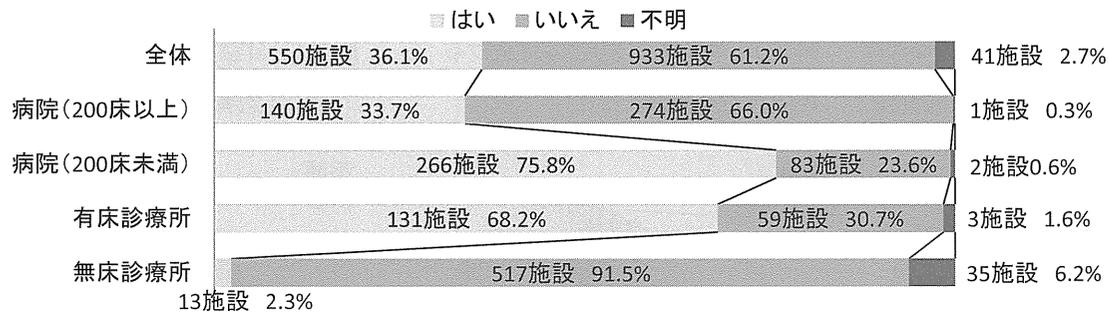


図 18 医療機関種別にみた今後の長期入院受入れ (N=933 {10 の設問で「いいえ」と答えた施設})

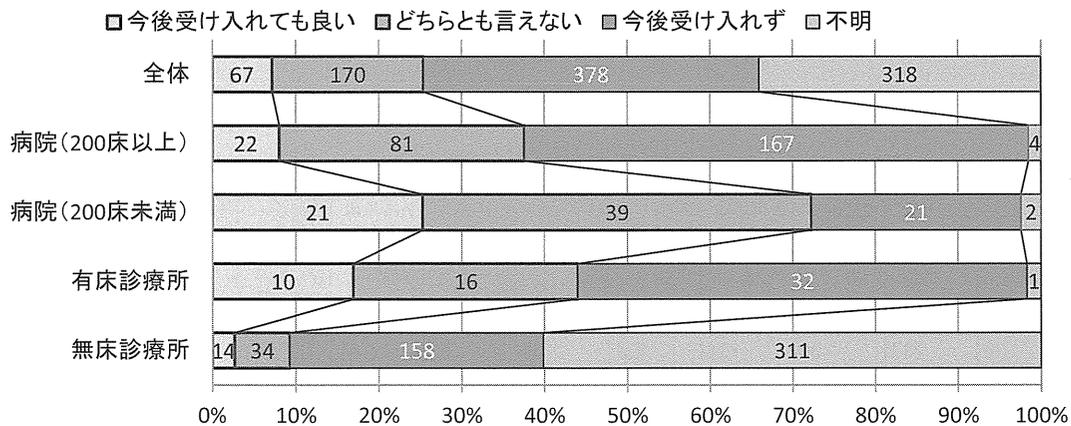


表 6 長期入院 HD に対する各施設のコメントのまとめ (複数回答あり)

長期入院は受入れ困難	必要な患者は受入れている	仕方なく受入れている	社会的入院患者が増えている	長期入院透析施設が不足。必要だと思う	透析患者受入れ福祉施設が増えて欲しい	医療法や診療報酬の改正が必要	その他	総計
62	61	26	43	157	49	62	65	389

な患者がいるとの回答であった（図 20）。6 割の施設で介護保険認定が必要な患者が存在していることになる。介護保険認定が必要な患者がいると答えた 913 施設の中で、その患者数を記した施設のデータを集計すると合計 5,012 人に達した。

介護保険認定を受けている患者がいる施設に介護保険サービスの満足度を尋ねたところ、満足していると答えた施設が 36.1%で、どちらともいえない施設が 33.9%と拮抗していた（図 21）。満足していない施設は 23.6%とやや少なく、介護保険サービスに多少の不備を感じているものの（表 7）、介護保険サービスの意義をある程度肯定している結果だと思われる。介護保険サービスの不十分な点についてコメントを記載してもらったところ、650 施設から回答が得られた（表 7）。HD 患者への送迎サービス不足を指摘するコメントが最も多く、次に保清や食事、服薬、飲水管理などの在宅支援の不足も数多く指摘された。透析患者の状況と介護度のミスマッチ、経済的負担の問題、介護保険サービスの時間的制約などに言及するコメン

トも数多く認められた。

⑥医療保険制度と介護保険制度の関係について

医療保険診療と介護保険サービスの相互の関係に関するコメントを求めたところ、さまざまな意見が寄せられた。コメントの内容を整理し仕分けたものを表 8 に記した。医療とケアマネジャー（ケアマネ）、施設との連携および啓発の重要性を指摘する意見が最も多かった。高齢 HD 患者の支援のため、今後、介護保険サービスも包含した地域包括ケアシステムの構築と全国への普及について、その必要性を強く感じさせる結果であった。次に、介護保健サービスのさらなる充実を求める意見が多かった。また、介護保険と医療保険を包括し、一括運用して欲しいとの意見も寄せられた。その他、制度が複雑で使いにくい（申請時間、内容など）とか、介護と医療の間に隔たりがありシームレスな運用が必要といった意見も提出された。一方、医療保険と介護保険は、別々な運用でよいとする現状に肯定的な意見もあった。

資料 6（承前）

図 19 HD 施設における介護保険患者の有無 (N=1446 {回答のあった施設数})

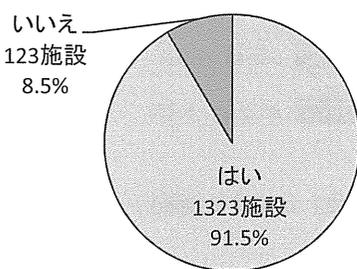


図 20 今後介護保険認定を受けべき患者の有無 (N=1524 施設)

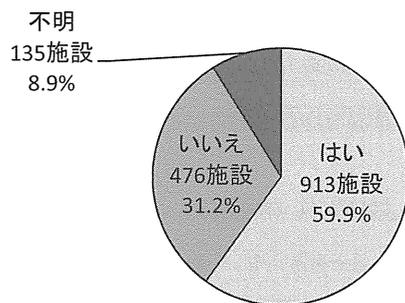


図 21 介護サービスの満足度 (N=1323 {介護保険を受けている患者がいる施設})

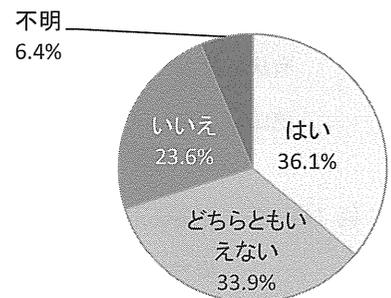


表 7 介護保険サービスに対するコメントのまとめ（複数回答あり）

透析患者への送迎サービス不足	透析患者への院内介助、見守りの不足	在宅支援不足水（保清、食事、服薬、飲水管理、リハビリ）	従量制で時間的制約が高いため、不十分	透析患者と介護度のミスマッチ	患者にとって経済的負担が高い	患者・家族のサービスの拒否	福祉施設との連携不足（透析への理解・認識不足）	透析患者受入れ福祉施設が少ない	事務所・介助者の質の問題、透析の知識不足	その他	総計
269	76	187	99	104	101	39	53	42	41	100	650

表 8 医療保険制度と介護保険制度の関係について（複数回答あり）

医療保険と介護保険を一括（包括）運用して欲しい	医療保険と介護保険は別々の運用で良い	介護と医療の境界線があり、シームレスな運用をし	患者・家族の問題（拒否感、金銭負担）	制度が複雑で使いにくい（申請時間、内容）	医療とケアマネ、施設との連携、啓蒙が必要	介護サービスの充実（送迎、リハビリ、院内介助等）	透析患者も応分の自己負担が必要	その他	総計
50	35	45	19	48	90	80	12	85	371

Ⅲ. 腹膜透析 (PD) に関する結果 (資料 7)

① PD 注排液の支援について

PD の注排液を本人だけで実施できていない患者を抱える施設は回答のあった 475 施設中 173 施設に及びその比率は 36.4%であった。(図 22)。PD の注排液を本人が実施できない患者総数は 474 人であり、約 10%の患者が注排液を本人以外の介助に頼っていることになる。この 173 施設中、自分で注排液を行っていない患者の平均値は 2.7 人、中央値、最小値とも 1 人であったが、最大値は 20 人であった (図 23)。

PD の注排液を本人だけで実施できない場合、どういう立場の人が注排液を介助しているか検討した (複数回答可)。回答のあった 367 人の PD 患者で検討すると、配偶者の比率が 4 割以上であった。次に子供 (嫁など義理の娘・息子も含む) が多く、親や兄弟などの親族すべて合わせると 80%以上となった。看護師が対応している患者比率は 15.0%であり、在宅や施設、病院で ADL の低下した PD 患者に対して看護師が深く関与している状況が浮き彫りとなった (図 24)。

資料 7

図 22 患者自身による注排液実施の有無

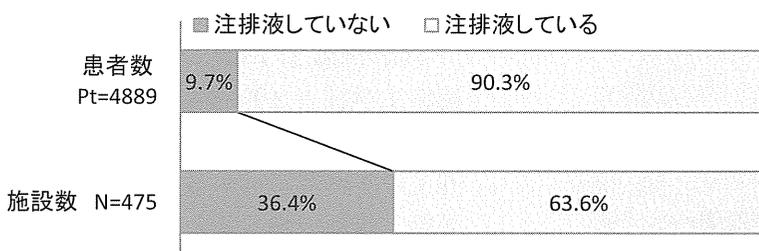


図 23 患者本人だけで注排液できていない患者数とその施設数の分布

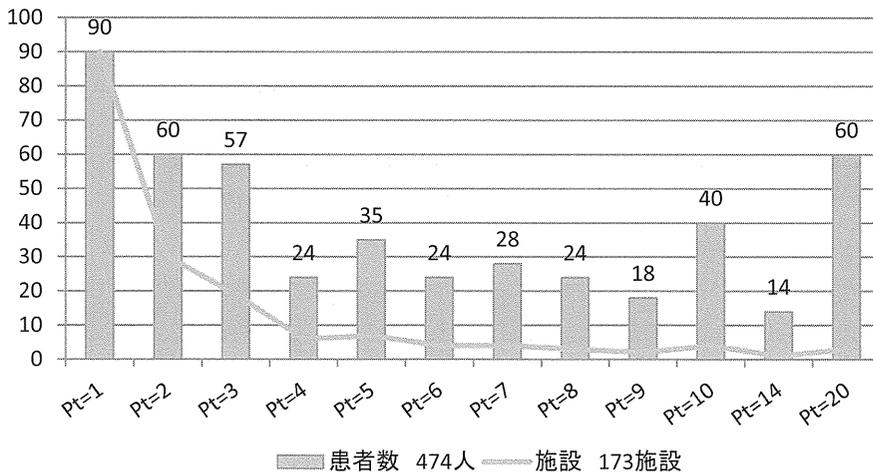
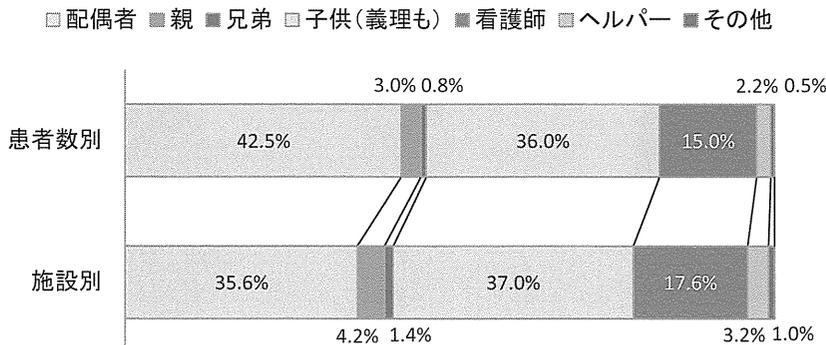


図 24 PD 介助者の内訳



②注排液の実施場所について

475 PD 施設のうち、自宅や職場以外で注排液を実施している患者がいる施設は64施設あり、そうした患者がいない施設は385施設、不明が26施設であった(図25)。つまり、PD施設の13.5%に自宅や職場以外で注排液を実施している患者がいることになる。自宅や職場以外で注排液を実施している患者数は64施設全体で151人であり、各施設の患者数は平均値で0.3人、最小値で0人、最大値で20人であった(表9)。自宅や職場以外の注排液場所について回答のあった58施設だけ

資料7(承前)

図25 自宅・職場以外での注排液実施患者の有無 (N=475施設)

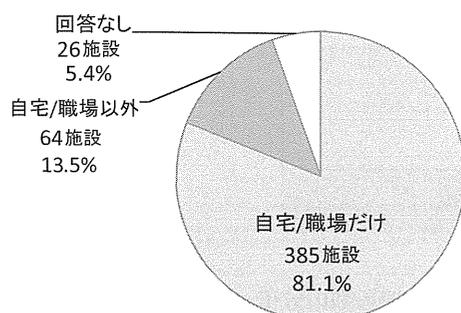


表9 自宅/職場以外で注排液をしているPD患者数

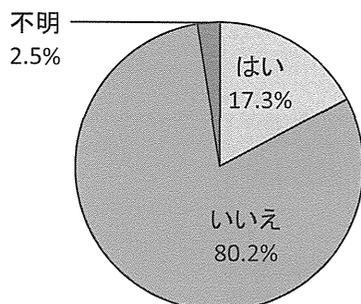
施設数	自宅/職場外での注排液患者数	平均値	中央値	最大値	最小値
64	151	0.3	1	30	1

表10 自宅/職場外での注排液の場所

施設	病院/診療所	グループホーム	老人健康保健施設	特別養護老人ホーム	病院付属住居	その他*	総計
人数	73	5	2	1	0	14	95
施設数	42	3	2	1	0	10	58

*デイケア、介護付き有料老人ホーム、旅行先ホテルと車内、短期療養所など

図26 在宅PD患者に対する訪問診療・支援の有無 (N=475施設)

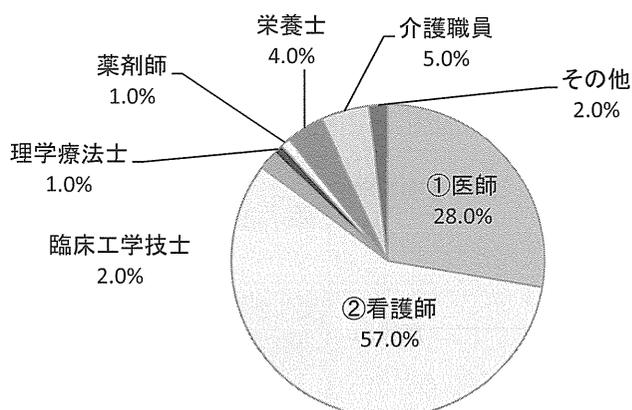


で集計すると、病院/診療所が42施設、73人の患者と最も多いパターンであった(表10)。次いで、グループホームが多かった。それ以外では、介護老人保健施設、特養などでPDの注排液を行っている患者がいたが、圧倒的に少数であった。その他、わずかではあるがデイケアや介護付き有料老人ホームなどで注排液を行っている患者もいた。

③在宅PD患者に対する訪問診療・支援について

475のPD施設に訪問診療・支援の有無について尋ねたところ、実施している施設が82施設、実施していない施設が381施設、不明が12施設であった(図26)。これは、全体の17.3%が訪問診療・支援を行っていることを意味する。訪問診療・支援を実施している施設にその担当職種を尋ねたところ(複数回答可)、看護師が最も多く57.4%、医師27.7%、介護職員5.0%、栄養士4.0%、臨床工学技士2.0%の順であった(図27)。理学療法士や薬剤師が訪問しているケースもあったが、在宅PD患者に対する訪問診療・支援の主体は看護師と医師であることがわかった。

図27 訪問診療・支援者の職種



④長期入院 PD について

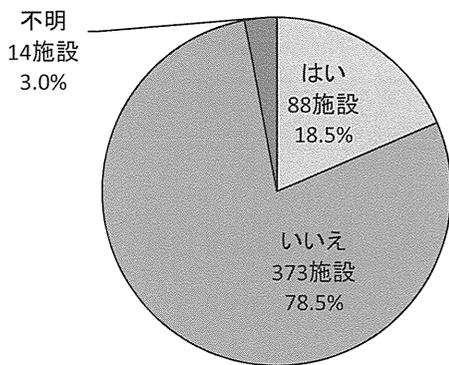
475 施設中 88 施設 (18.5%) が 3 ヶ月以上の長期入院 PD を経験しており、373 施設は経験がなく、14 施設が不明との回答であった (図 28)。ここでいう長期入院は、腹膜炎や心不全、急性の脳血管障害など器質的疾患による絶対的適応の入院ではないので、PD を実施している施設の 20% 近くが、社会的入院などを経験していることになる。

⑤自宅または職場以外における PD のあり方について

高齢者が増えている現状を踏まえ、PD 医療のあり方について得られたコメントの内容を整理し仕分けたものを表 11 に記した。在宅 PD 実施のためのサポート体制の整備・拡大を求めるものが最も多く、次に、PD 患者を受入れてくれる施設 (療養施設、ショートステイなど) が少ないとの指摘が多かった。介護職員も PD をきちんと実施できるよう法整備が必要だとする意見や PD の認知度をもっと向上させなければならないとする意見もあった。さらに、負担が多い病院への診療報酬改善や施設への保険点数加算などを要望する声もあった。PD に対応できる医師、スタッフ、病院が少ないという意見も見受けられた。

資料 7 (承前)

図 28 長期入院 PD 実施の有無 (N=475 施設)



2) パネルディスカッション

まず、6 回のパネルディスカッションを通じて言えることは、透析医療現場における透析患者の高齢化に伴う諸問題は待たなしの深刻な状況にあることである。患者送迎に関する困難や深刻な悩みなどはどの地方でも認められた大きなテーマであった。PD 普及のための様々なハードルも同じく共通の問題点である。しかしながら、全国共通の問題として最大公約数でくくれる問題と地域によって環境や条件が異なるため地域ごとのローカルな対策が必要なテーマもあった。例えば、送迎にまつわる問題と言っても、豪雪地帯では冬期の過酷な気象条件にも配慮せざるをえないし、離島や過疎地、山間部では交通事情の悪さも視野に入れておく必要がある。

また、長期留置型カテーテルや長期 PD 入院、PD 医療費の設定等々の問題に対して、それぞれの地域特性なのか、パネルの会場によって考え方が大きく異なっている問題もあった。

したがって、透析患者の高齢化に伴う医療上、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際、HD にしろ PD にしろテーマによっては、地域ごとの考え方や事情に合わせて検討する必要がある。そういう意味で、透析患者の高齢化に伴う諸問題を取り扱う際、地方行政も巻き込んで考えていく姿勢が重要であることを認識した。

パネルで議論した詳細は、26 年度および 27 年度の報告書にゆずるとして、パネルから抽出された主なテーマを資料 8 に示した。

表 11 自宅または職場以外における PD のあり方や現状について (複数回答あり)

PD 患者受入れ施設 (療養施設、ショートステイなど) が少ない	在宅 PD 実施のためのサポート体制の整備・拡大が必要	PD に対応できる医師、スタッフ、病院が少ない	介護職員も PD を実施できるよう法整備が必要	PD の認知度の向上が必要	自立できない PD 患者の問題	病院への診療報酬、施設への点数加算	その他	総計
34	44	9	18	18	8	14	15	110

3) コンセンサスマーケティング

コンセンサスマーケティングでは、パネルの総括で抽出されたテーマごとに担当者に問題点をまとめてもらい、具体策も提言してもらった。コン

センサスマーケティングで得られた結論を重要度および参加者の共通認識の度合いにより 3 段階のグレードに分類して表に示す（資料 8）。

資料 8

コンセンサスマーケティングの総括

()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、宣嶺、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			
湍生、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いないことも理解すべきだ	

① HD における送迎のあり方

送迎について、概ね透析施設その他による送迎に関して肯定的だが、自立できておらず送迎が必要な高齢患者がいる場合、地理的条件や気象条件によりサテライトに通いきれない場合、送迎は必須である。一部の地域では、自治体の協力により送迎が行われている場合もあるが、地域によっては新たに自治体の支援を要するケースもあり、場

合によっては法制の見直しも含め、スムーズに送迎ができる環境を整えたい。また、NPOによる送迎や民間団体による送迎、ボランティアの活動をもっと活用したいが、責任の所在や運送法による規制に関して行政も巻き込んだ調整が必要となる。また、透析患者に対する介護度をもう少し手厚くし、介護保険サービスを利用した送迎も推進したいところである。

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

②長期入院 HD のあり方

高齢患者の ADL や合併症、住環境などの事情によっては、長期入院 HD についてもやむをえないとする意見が多い。近年、慢性維持透析管理加算が認められ、療養病床での長期入院 HD を受入

れ易くなったものの、一部の病院に限られている。地方では、HD 可能な有床診療所が長期入院 HD 患者を引き受けていて、病院の肩代わりをしているケースもあり、是非、慢性維持透析管理加算を有床診療所にも適応すべきである。長期入院 HD

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、(舩越)、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 法	吉田、太田、宮崎 (隈)	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 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
	・介護保険従事者 に対する HD/PD の啓発活動	伊藤恭彦、太田 (隈)、宮崎	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 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いい
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	地域で顔の見える連携が必要 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 包括センターも関わり住環境の整備をはかる
	・PD 方法の簡略 化	横山、新藤	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 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	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

が、避けられるものなら避けたいが、地域ごとに在宅医療を進める環境を整備しておかなければ在宅での通院HDは難しくなる。長期入院HDを減らすには、在宅医療の環境整備に成功したモデル地区の実例をもっと勉強すべきかもしれない。

一方、都市部では核家族化が進み独居高齢者が増えている。したがって、都市部では親族も巻き込んだ在宅医療の実現は現実的でないため、不足しているHD可能な長期療養病床の増設も重要な課題とされた。

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、春日横山、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)
	・介護系職員のPD支援(注:排液、バッグの搬入・整理・ゴミ捨て等)	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
	・PDの在宅看取りや後方支援施設	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で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
その他①	・介護保険と医療保険間のシームレスな運用	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

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	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 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 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
	・テーラーメイドの透析医療の推進	秋葉、且ノ下、秋澤 横山	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と) 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 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 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 腎移植医療の充実 在宅血液透析療法の展開

③特養の活用

いわゆる特養に自立できない透析患者を収容してもらい、HD を維持するのは、医療保険も使用できるので、一つの理想形であるが、ごく一部の限られた地域、および病院、介護老人保健施設（以下、老健）、サテライトなども合わせてグループで一体化経営しているような場合を除いて、高齢 HD 患者を受入れる特養はほとんどない。新潟市内など一部の地域で実践された（前者の形）成果を見守っていきたい。

④予後不良 HD 導入患者の評価

長期的な予後が見込めない高齢の HD 導入患者が増えてくると、HD 導入自体の是非について評価が求められる。HD 非導入の問題は、本研究課題ではないが、不適切な長期入院 HD 患者を抑制するには患者の状況をスコアリングするなどして、客観的に評価する方法を取り入れてもいい。また、高齢者の HD 導入を見直すには、行政も含めた地域での終末期医療に関する啓発活動が積極的に行われるべきかもしれない。

⑤長期留置型カテーテル活用のあり方

長期留置型カテーテルについては、徹底した感染予防や血栓除去、透析回路との接続法などの工

夫により長期使用が可能となる。具体的には、カテーテル感染時の抗菌薬ロックやウロキナーゼコーティングカテーテル使用など技術的な対策を取り入れるべきだし、カテーテル素材に応じた消毒法の選択も重要である。

⑥介護保険サービス活用のあり方

介護保健に関して、高齢 HD 患者の介護保健認定率、介護保険サービス利用率は決して高くない現状があり、改善が必要である。介護保険サービスの不備を指摘する声も多いが、その前に、透析の医師やコメディカルが、介護保険スタッフやケースワーカーを十分活用しきれていない場合も多い。特養その他の介護保健施設への入所に対して、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などをもっと養成する必要がある。なるべく入院させずに高齢 HD 患者を在宅で診ていくためには、HD に理解のあるケアマネを育成し、ケアマネを軸に医療系の多職種スタッフや患者、家族が一体となったチームの形成が必要となる。医療者と行政、介護保険スタッフ間の連携は全般的にまだまだ不十分であり、医療と介護の多職種で定期的にセミナーを開催している地域もあり、介護スタッフの啓発のためにも模範とすべき試みである。

⑦ PD 推進のあり方

送迎の課題を克服し長期入院 HD を減らすためには、PD 導入は適切な選択肢となる。特に、非都市部では若年層と高齢者の同居率が高く、在宅で治療を続ける PD に適した地域と言えるので、もっと PD の良さを周知していくべきである。しかし、地域で高齢 PD 患者を支えていくには、医師や看護師など医療者だけではなく、介護保険スタッフの協力は不可欠なので、PD に関する啓発をもっと推進すべきであろう。また、PD 導入病院の医師、看護師だけが熱心でも無事に PD を継続できないので、地方行政やかかりつけ医、他のコメディカル等も一体化して取り組めるよう啓発が必要である。PD 患者を孤立させないためにも、また前線に立つ医療者や介護系職員を孤立させないためにも、PD 導入医、かかりつけ医、PD サポート医、後方支援病院、ケアマネージャー、ショートステイ施設間での連携を強固なものにし相互にサポートし合う環境を整備しておく必要がある。

⑧ PD 改革のあり方

高齢者向け PD については、管理の方法や PD の方法についても議論となった。まず医療現場の要望が強いのは、ヘルパーの PD 治療における積極的な介入である。身寄りもなく自立できていない高齢 PD 患者に対し、訪問看護師だけではなくヘルパーが注排液を担うようになれば、在宅での PD を継続しやすい。現在、法的な観点からヘルパーによる注排液は容認されていないが、呼吸障害患者に対する痰の吸引同様、一定のトレーニングを経て許諾されたら、ヘルパーも注排液ができる体制を構築すべきかもしれない。さもないと、ESRD に至った患者に対して、PD 導入は進展せず、引き続き送迎等で苦勞の多い HD の患者が増え続けるに違いない。ヘルパーが注排液すべてに関わらなくとも、オートチェンジャーにキャップやカテーテルをセットするだけなら医療行為と認識しなくてもいいかもしれないし、PD 用バッグの搬入や使用済みのバッグその他の廃棄の手伝いなどはヘルパーがもっと関わってもよい部分である。同時に、誰が注排液をやるにしても負担を軽減するために PD の注排液（バッグ交換）回数を 4 回とするのではなく、2 回か 3 回ですませる治療スタイルも積極的に取り入れていくべきである。高齢者では、夜間は

バッグフリーとしてもよいし、日中にイコデキストリン含有透析液を利用する形を取ってもよい。

多職種の医療者、介護者が地域で支えながら円滑に PD を継続するには、複数の医師による診療とその報酬を認めるべきだとの意見も強い。つまり、在宅の高齢 PD 患者に対し訪問診療以外に定期的往信も認め、それぞれに対して報酬を認める考え方である。

完全に自立していない PD 患者において、PD 治療のどのプロセスに不備があるのか具体的に評価する姿勢が欠けている場合がある。細かな観察で問題となっているプロセスが把握できる場合も多いので、PD に関わる医療者はもっと適格な観察も必要である。

⑨ 訪問看護ステーションの活用

PD に理解のある訪問看護ステーションが近くにあると、在宅での PD 継続がスムーズに進みやすい。そこで、訪問看護ステーションを中心とした PD のサポート体制の整備は極めて重要となる。訪問看護ステーションによるサポート強化のため、訪問看護師に対する PD 教育の場を増やして経験を積んでもらう必要がある。そのためには、やはり PD 導入を行っている基幹病院、大病院の十分なバックアップが課題となる。

⑩ PD コストの削減

一般に、PD の医療費は HD のように大きな機械設備や資本投資が不要な割に高いことが知られている。しかし、automated peritoneal dialysis (APD) を使用せず少ないバッグ交換（前述した 3 回以下）で施行した場合、現行の薬価でも HD よりはコストが低く抑えられるので、特に高齢患者ではこのことも意識すべきである。

但し、そうは言っても、PD の薬価が高過ぎであり、その相当な割合が PD 企業の収益になっているのは好ましくないとの意見は多い。もう少し PD の薬価を下げて、浮いた余剰分を PD に関わる医療者、スタッフ向けのインセンティブに回すという戦略も考えられる。PD に関わるかかりつけ医や訪問看護ステーション、介護系施設にインセンティブが付けば、PD 推進に導くポジティブドライブが充まるはずである。

⑪今後の透析医療全般のあり方

今後、わが国では益々高齢透析患者が増える。高齢化に伴う諸問題を徹底的に議論してきたが、今以上に莫大なコストをかけるわけにもいかないし、今以上に現場の負担を増やすわけにもいかない。そこで、高齢者の実状に合わせたテーラーメイドの透析のあり方も考えていくべきであろう。PDの方法に関する改革については前述したが、HDについても現役の中年患者同様に週3回4時間以上のHDで高いKt/Vを必ずしも追求する必要はなからう。高齢患者のADLや食事に合わせて、短時間透析に変更したり透析効率を少し落としても差し支えないのではなからうか。

§ 寒冷過疎地の現状（資料9）

北海道の道東地域は、寒冷過疎地における腎不全患者の高齢化対策を考えるうえで、とても参考になる地域だと思われる。治療対象地域が広いうえに、人口減少と高齢化が著しく、CKDの啓発が十分でない。こうした地域が抱える問題は、東京のような大都市圏では想像もつかないものも含まれており、核になる医師が中心になってPDや腎移植の推進、在宅での生活支援チームの形成、草の根レベルの熱心な啓発活動を継続しないと、とても現状を打破していけないことが報告された。

D. 考察と政策提言・勧奨

透析患者の高齢化が進行した結果、通院困難なHD患者が増加し、認知症や様々な合併症により、介助、介護、支援を要するHD患者、PD患者が著増している。ところが、障害を有する高齢透析患者や自立していない透析患者に対する系統的な支援体制や医療体制、後方支援体制、介護環境が必ずしも整っているとは言えず、抜本的な対策が打ち出されたこともなかった。そこで、我々は「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」を立ち上げ、3年間にわたって詳細な検討を加えてきた。

本研究計画時には、高齢透析患者の具体的支援モデルとして、1) 郊外型入院透析施設の拡充 2) 在宅サービスの活用 3) サテライト近隣での居住型HDの試行 4) HDの送迎に関する問題の改善 5) ボランティアやNPOの活用 6) 高齢者向けPDの促進とPDを扱う訪問医、訪問看護師、協力医療施設の充実 7) コストダウンを意識

したPD法の開発 8) 高齢者向けの簡便かつ先進的なPD、効率的なHDの開発 9) グループホームや老健、特養や各介護施設内におけるPDの推進などを挙げた。しかし、3年間の活動を総括してみると、具体的提案の中で有用なものとは現場で受入れづらいものと判別できることが分かった。

まず、「郊外型入院透析施設の拡充」はすなわち都心から離れた地域での長期入院HD療養病床の充実と書き換えることも可能であり、ほとんどの地方で求められている政策でもあった。幸い、行政・保健診療政策側は透析医会をはじめとした透析医療現場の声を汲み取り、本研究開始1年後には診療報酬改定で「慢性維持透析管理加算」を新たに設け、療養病床の採算を助ける形を打ち出した。これまでかなり施設の持ち出しとなっていた高齢者の入院HDが1日100点の加算により経営的に少しは楽になったらしいが、これは評価すべきことである。家族も支援者もいない自立していない高齢HD患者が多い地域で、合併症や認知症のために通院できないHD患者を受入れる療養病床が増えていくことが期待される。

「在宅サービスの活用」とは、言い換えると訪問看護だったり、介護保健サービスの十分な活用というわけだが、医療保険と介護保険の間に垣根が存在し、まだ相互にシームレスな運用ができていないとは言えない。HDの送迎においても、各地域におけるPDのサポートにおいても、医療と介護が相互にもっと交流を進めなければよい支援は不可能である。そのためには、医療者は介護保険スタッフや行政にもっと透析のことを理解してもらえよう働きかけたり啓発活動を盛んにしたりすべきであろう。と同時に、多くの透析医がまだまだ介護保険サービスのことを熟知していないことも問題だと思われた。一部の進んだ地域では実践されているが、医療者と介護保険スタッフ、地方行政などが一緒になって多職種勉強会を開催すべきであろう。

「サテライト近隣での居住型HD」というのはサ高住であったり、グループホームであったり、老健、特養の活用も視野に入る。サ高住は札幌など一部の地域では評価されているようであるが、多くの地域においては、患者や家族の経済的負担が多いということもあり、事前に考えていたほどには利用が進んでいない。今後は、自立できない独居高齢透析患者に対して、グループホームや老健、