

社団法人 日本透析医会

創立10周年記念シンポジウム 21世紀への提言—長期生存とQOL—

日時 平成9年11月16日(日曜日)

場所 全共連ビル 本館大会議室

開会の挨拶

社団法人 日本透析医会会長

平澤 由平



お忙しいところをご出席賜りありがとうございます。日本透析医会も社団法人として出発いたしましたし、お蔭さまで10周年を迎えることができました。皆さま方のご鞭撻、ご協力によりまして、10周年をめでたく迎えることができましたことに、本当に心からお礼を申し上げます。

ちょっと振り返ってみますと、都道府県透析医会連合会として出発したのが昭和52年でありました。当時、あるいはもう少し前から、透析医療と経済的、社会的なかわりというのが、いろんな問題になりつつありました。ほったらかしておいたら、透析医療そのものが崩壊してしまう可能性を秘めているのではないかとこのように考えまして、有志の方々と、現場で医療をやっていく立場から何とかいい方策を探って、これを守らねばならないだろうというのが出発

点でございます。

その後もだんだんいろんな問題が提出されてきましたのですが、任意団体ですと、どうしても活動が著しく制限される場所がありまして、やはり公益法人としての資格がないと、本当に建設的な意見も採用されずに過ぎてしまうということが、深刻な課題になってまいりまして、昭和58年に社団法人として出発できるように体制を整えようというようなことになりました。

昭和58年稲生先生にお出ましをお願いしまして、会長として就任していただきまして、他方、お亡くなりになりましたのですが、翁久次郎先生とか、それから名古屋の太田裕祥先生のお力添えも、本当に大きくいただきまして、それから長年理事をやってくださいました山川先生も大きな力を貸してくださいまして、昭和62

年に法人としての出発をすることができるようになりました。稲生先生はじめ、いままでいろいろご尽力いただきました先生方に本当に心から感謝申し上げたいと思います。

以来10年になりました。この10年間、これは当初予想したとおりに医療経済的な、あるいは社会的な問題と、透析医療の医学的な進歩とを、それをどう調和していくかという問題が次々に提出されました。われわれはわれわれの立場で、その整合性をうまく図って、透析医療の進歩を失わずにいかなければならないということで、本当にいろんな局面に遭遇してまいりました。極端に言えば毎年1回ぐらいは、大きな課題があったということが言えると思います。

医会の、それこそ本当に多くの先生方が、自分の時間の大半を割いて、それぞれの問題に取り組んでくださいました。厚生省当局にもいろんなお願いをいたしました。かなりの点は私どもの集約された要望を採用していただいたというように思います。欲を言えば切りがないのですが、いままでの活動が、現在の透析医療の大変優れた成績をおさめる上で、寄与するところもかなり大きかったというように、自画自賛しているところもごさいます。

しかしながら、昨今の医療経済的な、あるいは社会的な厳しさというのは一段とすごさを増

してきていると思います。21世紀の医療、これからの透析医療を考えると、透析医会がまさしく正念場を迎えているのではないかという思いが深刻にごさいます。

一方では進歩する医療、医学を取り入れて、現場に生かしていくということをさぼってはいかんという課題があります。他方では医療費の節約というのは、これは命題であります。その間でいかに調整をうまくやっていくか、という大変難しい局面がこれから沢山出てくるのではないかと思います。

考えてみれば、それは慢性疾患における医療の進歩そのものがもたらす避けられない命題だろうと思うのです。これをうまくクリアしていかなければ、いい慢性疾患治療というのはできないということだろうというように認識いたします。

そんなことで、この10年の節目にこれからの透析医療はどんな問題を抱えているか、そしてその中で本当に透析医療の内容を高めながら、社会あるいは経済界が要望するような透析医療の在り方、それを探らなければならないというように思いまして、本日は10周年記念をチャンスというように考えて、ぜひそういった事柄について、皆さんとともに考えてみたいというようなことで、今日の集まりを計画したわけでご



う、総論的な提言をしていただこうと考えております。

前置きが長くなりましたけれども、シンポジウムに入りたいと思います。まず、予め6人の方々にそれぞれ20分ずつお話をいただきまして、途中休憩をはさみまして、後ほど壇上で総合ディスカッションという形にしたいと思えます。ぜひ、皆さま方のところでの問題であるとか、あるいは各施設のご経験などをそのときに合わせて、ご披露いただければ幸いです。もしご質問がありましたら、その場と言

ますか、総合討論のときでも聞くことができますと思いますけれども、時間などを考えますと、予め途中のお休みのときにでも、受付のほうに質問用紙を用意しておきますので、そちらのほうで質問用紙のほうに記入しておいていただいで、総合討論の中で使わせていただければと考えております。

それではさっそく第1席、「臨床経験から見た長期生存について」ということで、信楽園病院の鈴木正司先生からご発表いただきたいと思えます。よろしく願いいたします。

1) 臨床経験から見た長期生存

信楽園病院

鈴木 正司

ご紹介いただきました信楽園病院の鈴木でございます。私どものところには、25年を超える患者さんが31名おられますので、そういう超長期というような患者さんの背景をお話して、それから私どもの体制と言いますか、いままでやってきたこと、あるいはこれまで不十分だった点をどうしていくかということについて、お話ししてみたいと思います。

これがいま言いました31名の、25年以上の長期透析で、現在生活されている患者さんでございます。男の方のほうがこの場合多いのですが、年齢は現在の年齢で平均で53歳ですから、25年引けば平均28歳ぐらいではじまったということになるかと思えます。残念なことにやはり、糖尿病の患者さんはもうすでにこの中に入っておりません。慢性腎炎、慢性腎盂腎炎、SLE、その他です。

現在どういう治療でやられているかと言いますと、ほとんどが高機能膜と言われる膜での透析、あるいはHDF、一部はプッシュ・プルHDFです。これはみんな高機能膜を使う治療ですけども、そのほかには β_2 マイクログロブリンの吸着筒を使用している方が1名います。それからシャントがうまく取れなくなって、CAPDでつないでいるという方もおられます(表1)。

その中でいちばん長い患者さんは、おそらく日本でいちばん透析歴としては長い患者さんで、ということは、おそらく世界でいちばん長い患者さんになろうかと思えますけれど、昭和24年生まれの男性です。慢性腎炎なのですが、最初IPDではじめたのが昭和41年の11月の17日ですから、今日が16日ですから、あしたで実は32

表1 透析歴25年以上の超長期透析者の概要

患者数	31名 男22, 女9
透析歴	26.2±1.3年 (25.1-30.4)
年齢	53.1±8.1歳 (37.4-76.6)
原疾患	CGN25, CPN3, SLE2, 他1
治療モード	HPM-HD21, HDF5, P/PHDF2, B2M吸着筒1, CAPD2.

表2 Case : Y.H.(CRF due to CGN)

- ・ Birth : S.24.10.10
- ・ IPD : S.41.11.17 (17y.o)
- ・ HD : S.41.12.30
- ・ HF : S.61. 3.12
- ・ HDF : H. 4. 4.13

年目に入るということになります。短期間のIPDからHDに入って、途中HFをやった期間がございしますが、最近では平成4年からはHDFという治療をずーっと継続しております(表2)。

この患者さんのいちばん最近のデータだけざっとお見せいたしますが、身長は175で、体重はドライウエイトで54.5ですから、ボディマス・インデックスにしますと17.8で、正常を20から24とすれば、やせであります。CTRは55%、血圧は降圧剤なしでも非常によく安定しております。心電図では左室肥大、それによる二次的なST・T変化がありますが、時に心房細動が出現いたします。非常にいいと思われるのは、体重の管理ということです。平均2.1キロであって、ドライウエイトに対しては、3.8%

表3 Present Status (1)

Body Length	: 175.7cm
Body Weight	: 54.5kg
Body Mass Index	: 17.8(N=20-24)
CTR	: 55.0%
BP	: 140-110 / 70-50 mmHg
ECG	: LVH Secondary ST-T change Transient Af
△ BW	: 2.1 ± 0.3kg
△ BW/BW	: 3.8%

表4 Present Status (2)

HB-Ag	:(-)
HB-Ab	:(-)
HCV-Ab	:(+)

Past History of Blood Transfusion : (+++)

の増え方でありますので、患者さんの自己管理もあるのですが、治療は非常にやりやすい状況にあります(表3)。

昔導入時期は大量の輸血、ほとんど毎回輸血をしておりますが、HB抗原、HB抗体ともこの患者さんはマイナスですが、HCV抗体は案の定プラスでございます(表4)。

ナトリウム、カリウム、クロールなんかの通常の値は非常によろしい。トータルプロテインもよろしい。アルブミンも4gを切っていますが、3.7gです。カルシウム、燐ですが、燐のコントロールはこのくらいで許されるのかなという気はいたします。HCVが陽性ですけれども、GOT、GPT、LDHはこのようなほほまともな値を示しておりますが、ALPが368で、これはあとでお見せしますが、PTHが少し高いということがあります(表5)。

現在ヘマトクリットは27%ぐらいなのですが、ちょっと上がり過ぎた時期があって、現在はエリスロポエチンを使ってないということがあって、使えばもっと上げることができます。血清鉄、UIBCなどはこのくらいですが、飽和率としては22%です。フェリチンは数字としては

表5 Present Status (3)

Na 141 mEq/L.	K 5.7 mEq/L.	Cl 108 mEq/L
T.P 6.7 g/dl.	Alb 3.7 g/dl.	
Ca 10.0 mg/dl.	P 7.0 mg/dl.	Mg 3.0 mEq/L
GOT 12 IU/L.	GPT 12 IU/L.	LDH 270 IU/L.
ALP 368 IU/L.		

表6 Present Status (4)

Ht 26.7%(EPO投与休薬中)
Fe 67 _μ g/dl . UIBC 231 _μ g/dl .
Fe/TIBC 22%
Ferritin 17 ng/ml

あまり高い数字ではありませんが、飽和率は十分あるということですので(表6)。

先ほどALPのお話が出ましたが、現在ビタミンD剤はちょっと休薬中で、626pg/mlと、インタクトPTHとしてはちょっと高めの数字が出ております。骨吸収像は見られておりません。アルミニウムが若干高い数字が出ておりますが、これはおそらく内服している薬の、胃腸薬の関係が少しあろうかと思っております(表7)。

現在の内服でございますが、高血圧ないしは低血圧に対する治療は、まったく必要としておりません。透析中もグリセロールの点滴なんかも必要としておりませんから、非常に血圧の管理としてはよろしい。

それから、先ほどちょっと申しましたAfが時々出るということで、毎治療ごとにジゴキシンを少量だけ投与されております。それから、ご他聞に洩れず透析関節症があって、プレドニゾロンが5mg、これは毎日行っております。そのほかには夜寝る前の安定剤とか、お腹の薬、特にこの方は合併症のところでお話し申し上げますが、イレウスなんかの症状がちょっと出ておりますので整腸剤を、便秘をさせないようにということをやっております。EPOは先ほど申

表7 Present Status (5)

Intact PTH 626 pg/ml
 Aluminium $30 \mu\text{g/l}$
 Subperiosteal Resorption on X-P : (-)

表8 Prescriptions

Drugs for Hyper / Hypotension : No
 Digoxin : 0.125mg / HDF
 Prednisolone : 5 mg / day
 鎮静剤, 整腸剤, 葉酸, Vit B12
 EPO : 休薬中

しましたように、現在は休薬中です(表8)。

この患者さんの30年間にわたるKt/Vですが、これは除水の補正をまったくかけない、透析前後のウレアの値からだけで計算しているもので、除水を考慮すれば、もう少し高めの数値が出ると思いますけれど、結局Kt/Vはここ20年ぐらまでは、なかなか1まで行っておりません。最初のころは特に低いのですが、ちょっと一時期HFをやりました時期は、やはり大分子量、ないしは小分子量蛋白の抜けはかなり良く行われるのですが、拡散を使わないということで、どうしても小分子、特にウレアの面から見れば、Kt/Vは低くこの時期は出ております。その後のHDFは最初は10ℓですが、現在は20ℓのHDFをやって、非常に高いKt/Vが取れております(図1)。

これはうちの患者さんの平均のKt/Vを、過去にさかのぼってずっと経過を見たものです。この下のほうで出ているのが、ウレアの前後値だけで計算すると、こういうやや低い値が出ますが、除水量を加味するとこういう値が、少し高めの値、1.1ないし1.2ぐらいの数値が出ようかと思います。そのぐらいの数値が出て、大多数の患者さんはKt/Vでは、ウレアの除去に関しては十分な透析が行われているだろうと思われ(図2)。

透析患者さんで亡くなっていく患者さんは沢山いたわけですが、死亡の危険因子として年齢、あるいは原疾患、合併症というのが一つあります。それから、われわれが調節できる部分としては透析量、あるいは透析膜、透析液の問題があります。それから、われわれがいくらやってもなかなか患者さん側でしか対応できないような問題というのがあります。それは食べてもらえないとか、水を沢山取り過ぎるとかという問題があります。そのうちの一部についてちょっと見てみたいと思います(表9)。

これはうちの甲田先生が分析されたもので、そのスライドをお借りしているのですが、非常に長く生存している、25年以上の生存例、ここは31になるのじゃないかと思いますが、それとあまり長く生存しなかった例、10年から15年、15年から20年ですか、その年齢を見ますと、非常にはっきりしているのは、長く生存した方というのは、若く透析をはじめていたという、一つ特徴があります。それから、糖尿病が含まれていないというところに、長期生存の一つの特徴的なパターンがあります(表10)。

これも甲田先生がコックス比例ハザードモデルを用いて、いろいろ分析されたスライドです。男と女の生存で言いますと、女のほうが、男を1としますと、危険率は0.65ですか、危険率は女の人のほうが少ない。それから糖尿病では、もちろん糖尿病を持っている患者さんのほうが

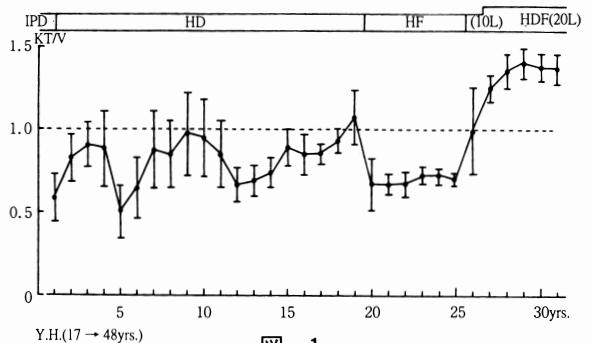


図 1

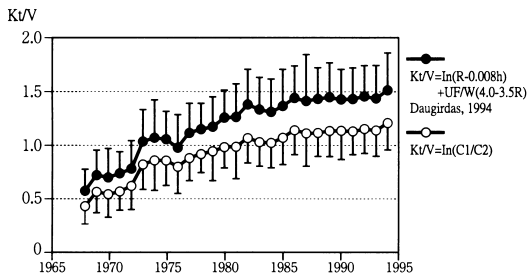


図2 Change of KT/V in the last 28 years (Shinrakuen Hosp.1994)

危険率は明らかに高いわけです。それから、年齢が1歳増すごとに危険率は若干ずつ増えていくということになります。

それから、このところはちょっとはずれるのですが、これは治療モードと言いますか、治療法で高機能膜を使わなかった状態に、使った群に切り替えてやっておきますと、危険率は0.6倍になるということです(図3)。

われわれが手が付けられる部分というのは、透析の水の問題です。最初は、水の問題に手が付けられるというよりも、その余裕がなかった。それがROで水処理ができるようになってから、私どもはこの時期からROが入っておりますが、当然その後透析液が酢酸透析液から重曹透析液に切り替わる時期がありました。最近になりますと、今度はROだけじゃなくて、エンドトキシン除去をしなければならぬというところまで、観点が移ってきて、現在ではエンドトキシン除去フィルターをかけ、それからB液タンクの洗浄を徹底してエンドトキシンの発生その

表9 透析患者の死亡リスクファクター

●既存因子	●透析関連因子	●患者因子
年齢	透析量	低栄養
原疾患	透析膜	低クレアチニン産生量
合併症	生体適合性	高除水率(5~6%)
	透過性能	高血圧、低血圧
	透析液	貧血
		身体的、精神的な不活動

表10 Patient's Demography

	Average (5-10 yrs)	Long-term (15-20)	Very long-term (25-35)	P-value
N=	38	15	28	
Age	60.3 ± 12.5	45.5 ± 13.4	26.4 ± 8.4	<.01
Gender M	26	9	19	NS
F	12	6	9	
DM Yes	10	3	0	<.01
No	28	12	31	

ものを抑えようというところまで、やれることはやっています(図4)。

現在超長期、長くやっている患者さんと、まだ5年未満の患者さんと、どこが違うかというのを、合併症と言うか、体の調子で見えますと、一つ単純にわかることは、心電図異常が長い患者さんではやはり当然多くなっています。人工血管を使う頻度も圧倒的に多くなっています。これは自分の血管が使える血管がなくなってきたということが多くなっています(図5)。

それから、もっとも特徴的なことは、透析関連アミロイド骨関節症というのが圧倒的に多くなっているということです。ほとんど5年未満の患者さんではないわけですが、手根管症候群、関節痛のために、先ほど紹介した患者さんもそうなのですが、プレドニンを内服するという方がほぼ半数近くいる。それから、レン

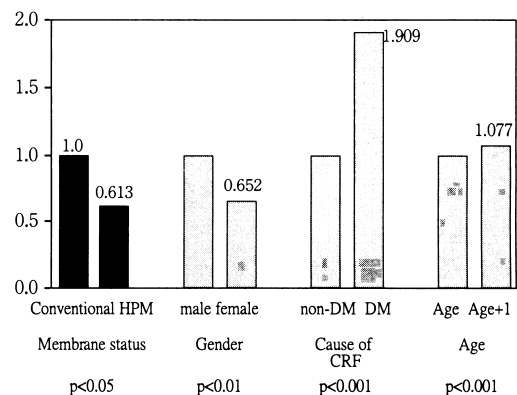


図3 Relative risk of mortality

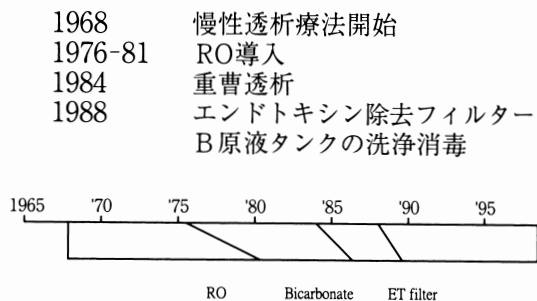


図4 信楽園病院の透析液浄化

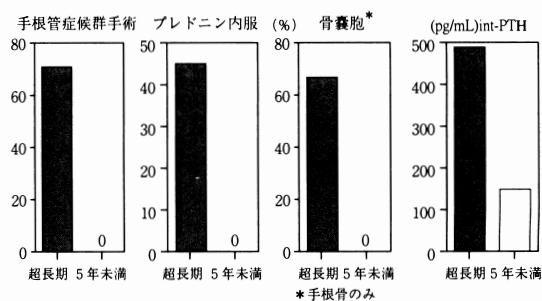


図6 透析アミロイド・骨合併症

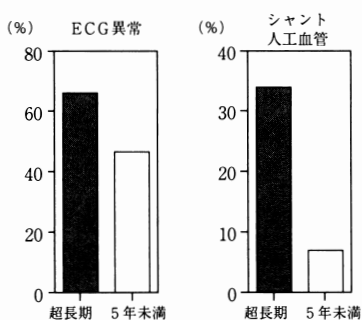


図5 動脈硬化

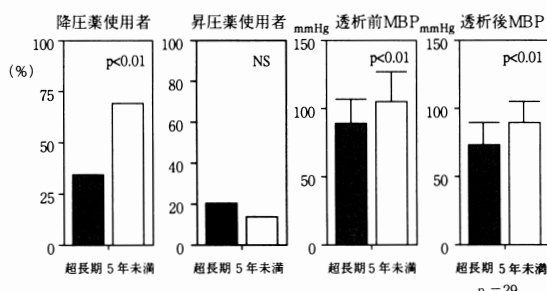


図7 降圧薬・血圧について

トゲンで骨嚢胞が見つかる。また、PTHが高いということもあります(図6)。

次に降圧剤、あるいは昇圧剤の使用状況ですけれども、長い患者さんのほうは降圧剤の使用例が減ってきて、逆に昇圧剤を使用するケースが若干増えてくる。それから透析中、透析前の血圧も低いし、あとの血圧も低いという傾向があります。一般に低血圧気味になってくるということ(図7)。

貧血の問題でいきますと、特徴的なのは長い患者さんは、エリスロポエチンを使用する割合が減ってくるということです。使用頻度は低いのですがヘマトクリットは差がないという状況です(図8)。

それから、栄養状態をちょっと見てみますと、よくアルブミンが下がってくると生命の予後に良くないということが言われているのですが、これを見ますと長期の人も、少なくともアルブミンでは差がありませんでした。ただ、クレア

チニンが若干低い。それからボディマス・インデックス、これは体重を身長²の自乗で割るといって、一つの栄養上の指標になっておりますが、これがやはり低い。これは20から24ぐらいが正常範囲ですが、それを下回ってしまう。これは透析の短い時期では割り合い20を超える患者さんが多いわけです。そのほかに体脂肪率も減っております。

以上の諸事実に加えてクレアチニンが若干低いということをお考えすると、筋肉量が減っている、やせている、脂肪も少ないということで、どうしてもやせ、あるいは瘠瘦ということが少し想定される患者像ではないかなと思います(図9)。

私共は透析の患者さんを長期に管理してまいりました。彼等をどうやって治療しているかと言いますと、まず主治医がおります。それから透析室の看護婦が、これは受持ナース制を取っておりますが、そして病棟の看護婦さんが入院

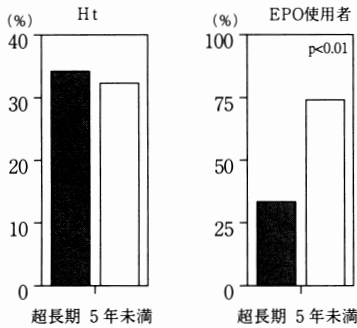


図8 Ht, EPO

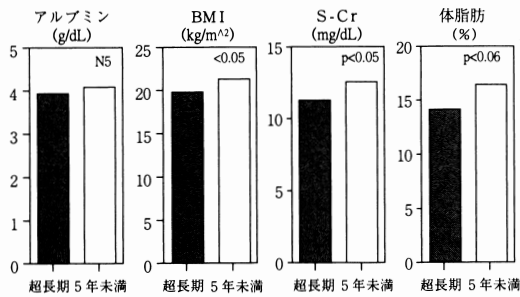


図9 栄養指標

の患者についてはいるわけです。そのほかに臨床工学技師、それからケースワーカーがいて、栄養士がいる。こういう形で取り巻いてやってきたということになります(図10)。

患者さんには、最近では導入時に自己管理講習ということ、いろいろなことについて教育、あるいは指導という形を取るわけです。それは当然、透析医、私どもの場合は内科医ですけれども、それから先ほどの透析看護婦、ないしは看護士、あるいは臨床工学技師、栄養士、ケースワーカー、これらが全部それぞれの分野を担当して数回の講義で、(昔はもっといっぱいやったのですが、)全部これをやってしまうということをやっております(表11)。

ひるがえって先ほどの透析歴32年の患者さんで、過去の重大な合併症だけをちょっと拾い出してみました。これは導入時にすでに網膜剝離を起こして失明状態になっています。また捻挫しただけで足の指の骨が折れている。ここで

は痔の手術をなさった。それから、当然長くなってきて手根管症候群の手術をしている。これも典型的なのですが、腎癌が発生してきて、右腎の摘出を受けております。それから、この手術に関係して、手術後のところから後腹膜に膿腫が発生してきて、これがだんだん大きくなってきて、腫瘤状になってきて、開腹手術を受けております。そのとき胆嚢結石もわかって、いっしょに手術を受けております。それから、これらの手術の影響が、今度ここに出てまいりまして、癒着性イレウスということで、これは保存療法で一応おさめております(表12)。

そういうような経過を単純に見ましても、私たちは内科医で管理をしておりますが、少なくともまずお腹の手術を2回受けている。それから手根管の手術を受けている。失明の状態がある。それからAfがありますので、循環器のコンサルトを受けております。さらに消化器のコンサルトを受けております。また、しょっちゅうかゆい、乾燥するという、皮膚の問題が常にあります。それからシャントの問題があります。腎癌があります。さらに、筋萎縮などがあって、

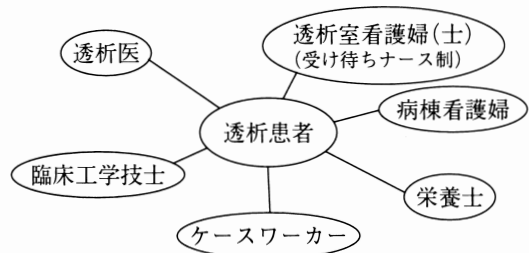


図10

表11 自己管理講習会

- ・透析医
- ・透析看護婦(士)
- ・臨床工学技士
- ・栄養士
- ・MSW

表 12 主要な合併症

・ S .41.11	網膜剥離→失明
・ S .58.5	左第 5 中足骨骨折
・ S .61.5	Hemorrhoid の手術
・ S .63.11	右 CTS の手術
・ H .2.11	腎癌(右 ACDK)→右腎摘出手術
・ H .9.1	後腹膜のう腫・胆のう結石→手術
・ H .9.4	癒着性イレウス→保存療法

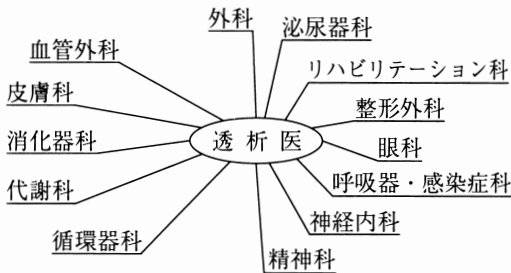


図 11

神経内科のコンサルトも受けております。ずいぶん以前には不眠、いらいらということもあって、精神科のコンサルトも受けたということで、つまり私ども内科、あるいは外科の透析医だけでは、こういう 25 年、あるいは 30 年という患者の管理はできないということを、まさに実感させる症例であったわけです(図 11)。

私どもはたまたまこういう、言うならばセンター的な病院でいま患者さんを診ておりますが、実際にはサテライト、外来患者さんを主に診る施設の何か所かと関連しているところがあります。そういうところで起こってくる合併症の患者さんは、私どものところに紹介されて来ますが、私どもが持っている能力で、なお対応仕切れない部分は新潟大学病院にお願いしております。私どもの病院では産科の対応はできませんので、出産の問題はまったく私どもではできません。それから眼科の手術ができないということもあって、こういう高機能病院に頼らざるを得ない。でも、実際にはこういう形がうまく成

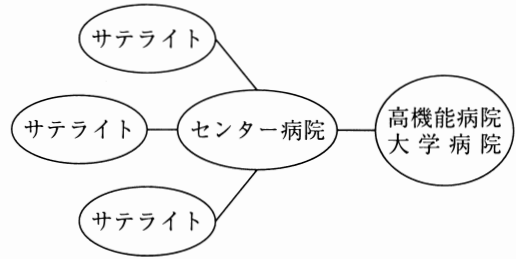


図 12

表 13 長期透析患者の管理は

- ・ 全身的な総合医学管理
- ・ 関連職種のチームワーク

立していないと、30 年治療というのは実際にはうまくいかないだろうと思っております(図 12)。

結論を申し上げますと、長期透析患者をうまく管理するということは、全身的な総合的な医学管理が求められるということになります。それから透析医だけでは駄目なので、看護婦、臨床工学技師、ケースワーカー、栄養士を含めて、関連職種のチームワークが成り立たないと、こういう長期治療はまったくうまくいかないということを申し上げて、結論にしたいと思います(表 13)。

ご清聴ありがとうございました。(拍手)

座長 ありがとうございました。

それでは予めお話ししましたように、引き続きシンポジストに登場していただきます。

第 2 席目は「長期生存の条件」ということで、東京医科歯科大学の秋葉先生にお願いいたします。

2) 長期生存の条件

東京医科歯科大学医学部付属病院・血液浄化療法部

秋葉 隆

本日は発表の機会を与えていただきまして、ありがとうございます。私に与えられたテーマは「長期生存の条件」ということでございます。副題として「日本透析医学会の統計調査の成績、United State Renal Data System (USRDS) の成績、それからヨーロッパの EDTA の成績等々、本邦、諸外国のいろいろな成績を基にして、どんな透析をしたらいいか考えてみよ」という、ご指示でございました。

もう先生方はすでに十分いろいろな機会に、ご覧になっていると思いますけれども、透析患者さんの平均年齢は、この13年間で導入年齢で約10歳、いま透析を継続されている患者さんの平均年齢でも約10歳高齢化しています。しかも原疾患が糖尿病性腎症の患者さんが1983年には約20%だったものが、最近では40%になろうとしているという傾向で、疾病構造は高齢化と糖尿病の増加という、非常に重症化をたどっているわけです(図1)。

それでは透析医療はこれにどのくらい対応できているかと考えてみます。最初に粗死亡率を

見てみました。粗死亡率は1983年当初はだいたい7.5%から8%のレベルを前後する状況でしたが、次第に増加して、最近では9.5%に達しようとしております。そして、こういう疾病構造の変化になかなか、診療の進歩が追いついていない。やはり死んで行く人が増えているということです。それではどういう人たちが亡くなっているかを、1年生存率、5年生存率、10年生存率で見ました。1年生存率は微増ではありますが、少しずつ改善の傾向がある。しかしながら5年、10年生存率は決して改善していない。この長期の成績を上げることが、われわれの透析の医療の成績を上げることにつながってくるのではないかとということです(図2)。

次に1983年の1年生存の死亡のリスクを基準として、その後どれだけ死亡のリスクが改善してきたかを見ました(図3左)。全体、それからこの三角で示します糖尿病のリスクに分けて示しています。糖尿病のリスクは1983年を1としますと、その後だんだん改善して、最近では0.4まで、要するに糖尿病の患者さんの1年間で死

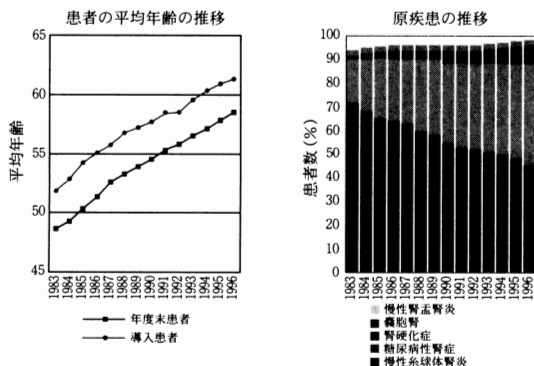


図1 透析患者の高齢化と原疾患の変化

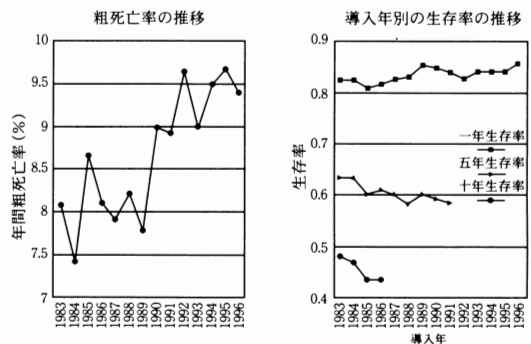


図2 透析患者の粗死亡率と生存率の推移

ぬ率は1/2.5まで下がってきたということで、糖尿病に対する治療は非常に良くなってきているということが言えます。ほかの原疾患でも、だいたい7割程度まで改善しています。

しかしながら、増加している高齢者に対する治療はどうでしょうか。30歳から15歳刻みで3世代に分けて検討しました(図3右)。ご覧いただけますように、3世代ともその死亡率の改善は同程度であって、増えている高齢者に対する治療の改善がどんどん進んでいるというわけではない。当然のことですが、この83年当初の基準を1と取ったときの改善ですから、無論高齢者のほうが絶対数としては、危険が高いわけですけれども、その改善の具合いはほぼ年代別で変わりはないということです。高齢者が増えた分だけどんどん粗死亡率が増えているという形になっているわけです。

それではこのような日本の死亡の内訳というのは、欧米と比べてどうでしょうか。少し古い1980年代の前半の話になりますが、アメリカのUSRDS、これは合衆国の透析患者および末期腎不全患者さんの統計調査機関ですが、そちらのHeldさんからお借りしたスライドです。1984年当初透析患者の100人当たりの1年間の死亡は、何と35名でした。このとき日本ではだいたい8%、即ち8人でしたので、約4倍アメリカの患者さんは死んでいた。この事実で愕然としてアメリカの先生方は、非常な努力を払われまし

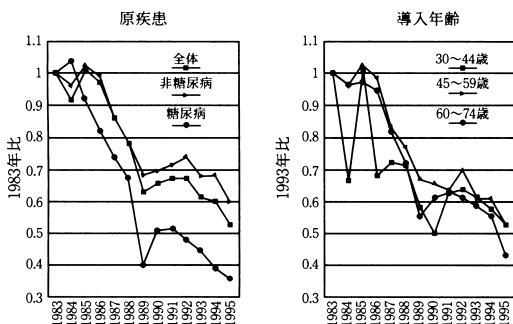


図3 一年生存のリスクに与える影響の導入年別推移

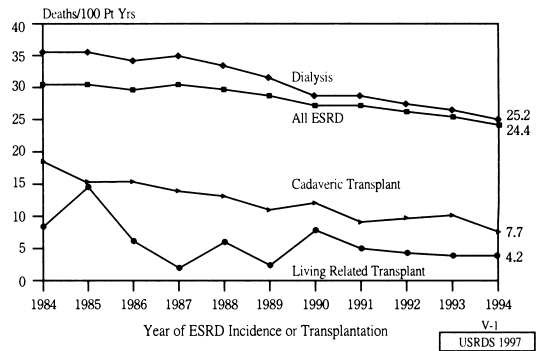


図4 Treatment Modality and Year of Incidence, 1984-94

た(図4)。

表1は1983年にNIHが主催しまして、専門家を集めたコンセンサス・カンファレンスで、いかにして透析患者さんをこんなに早く死なないようにするか、こんなに沢山死なないようにするかということを考えようという、専門家の会議で出た結論です。

先ほど鈴木正司先生からもお話があったように、まず腎疾患について医療チームをつくるということ、その医療チームに早期に家庭医から紹介していただくようにするということが大切である。それから、早期導入に備えて、血管アクセス、腹膜アクセスを早めにつくる必要がある。こういう日本でも共通に考えられるような結論のほかに、アメリカ合衆国における患者さんは、欧米や日本に比べて、十分透析されてない、透析量が不足であるということ、1983年当初専門家は見通したわけです。さらにその原因としてアクセス不全と、患者さんが透析に来ないことを挙げています。日本では非常に考えにくいことですが、アメリカでは透析患者さんの2、3割はスケジュール日に顔を現さない。自分の都合で勝手に延期することがあるそうです。それから医師が十分な透析量を処方しない。こういうことが原因である。更に、合併症に対する治療、栄養の改善が必要であろうということ、このコンセンサス・レポートとし

表1 Morbidity and Mortality

NIH CONFERENCE REPORT 11(2):1-33,1993

- 家庭医は透析導入以前の早期に腎疾患治療チームを紹介を。
- 多分野の訓練を受けた腎医療チームは社会的・精神的な幸福とQOLを改善できる。
- あらかじめ血液・腹膜アクセスを造設して透析開始に備える必要。
- 合衆国の透析患者は充分透析されておらず予後が悪い。
- 透析不足の原因はアクセス不全、患者のスケジュール遵守不良、医師の処方不足である。
- 心血管死が約50%あり、高血圧・喫煙・慢性貧血など危険因子は腎不全早期から治療する必要がある。
- 栄養不良の早期診断と治療が必要。
- 当面、血液透析でKt/V1.2以上、腹膜で週Kt/V1.7以上を勧告。

て出しているわけです。

これは1983年に発表されていますから、研究による事実というよりは、臨床的な勘と経験から得た推測です。われわれがいま振り返って見ますのに、その後得られた研究の成果と非常によく一致しております。

鈴木先生からもご紹介がありましたように、予後を左右する因子というのは非常に沢山あります。そのうち年齢や性別、原疾患というのは、動かすことは基本的にできない。そういう患者さんに対してわれわれはどういうふうに治療するかという形になります。そこでわれわれが処方し得る、変更可能な因子を考えてみました(表2)。

透析法としては腹膜透析から濾過透析までの選択があります。透析器としては面積、膜質、滅菌法、再使用の有無、透析液としては水処理の程度、アルカリ濃度、抗凝固薬としてヘパリン、フサン、低分子ヘパリン、時間としては平均的な週3回、1回4時間から、週5、6、7回、1回3時間から8時間という治療まで、選択肢が一応はあります。アクセスとしまして、皮下動静脈瘻、人工血管、そして再循環をどうコントロールするかという問題です。高血圧、貧血、悪液質などの、いわゆる合併症の治療をどこまできちっとやれるのかという問題がございます。

これらの問題につきまして従来の、ここ10年

表2 予後を左右する可能性のある透析処方項目

- 透析法—腹膜透析・血液透析・血液濾過・濾過透析
- 透析器—膜質・膜面積・滅菌法・再使用(有無・方法)
- 透析液—水処理・アルカリ化薬
- 抗凝固薬—ヘパリン・低分子量ヘパリン・フサン・無ヘパリン
- 透析時間と頻度—週3-7回・一回3-8時間
- 血液アクセス—皮下動静脈瘻・人工血管・再循環
- 合併症管理—高血圧・貧血・悪液質・カルシウム代謝

間の得られました統計的な成績から、どういう透析がいいのか考えてみたいと思います。日本の透析患者さんは約9割が血液透析ですので、腹膜透析については、本日は割愛させていただきます。

まず最初に日本透析医学会が毎年出している統計調査委員会の報告、名古屋大学の中井先生・前田先生を中心にまとめていらっしゃいます。その成績から見た「良い透析」、「患者さんの1年生存に与えるリスクの少ない、言い替えれば死なない透析」というものがどんな透析か探ってみました。

Kt/Vは1.0から1.2をコントロールとしますと、増加するほど危険率は低下してきます(図5)。即ち1.4から1.6程度、このへんまでが有意に透析患者さんの1年生存を改善するいい透析である。それからPCRにつきましては、1.7以上で増加が見られますけれども、比較的多いほどいいのだということです。透析時間につきましては、4時間から5時間群のものは有意に成績がよろしい。それからKt/Vをt(時間)で割った時間当たりの効率に関しては、0.3から0.45のところがいちばんいい。透析効率の悪いのは当然悪いし、透析効率を、時間当たりの透析量を、どんどん増加するだけいいというものでもないということが示されました。

心胸比に関しましては、生命予後は50%までがよろしい(図6)。平均血圧に関しましては、

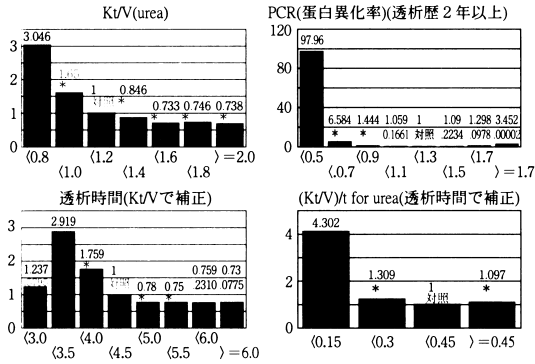


図5 透析患者の一年生存に与えるリスク

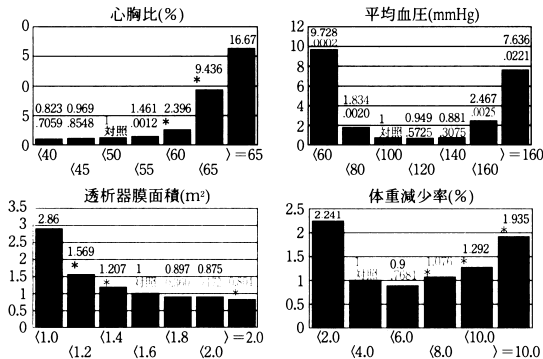


図6 透析患者の一年生存に与えるリスク

比較的広く 80 から 140mmHg までが比較的风险が少ない。膜面積に関しましても広ければ広いほどいいようである。透析中の体重減少につきましては 4% から 6%、このところがいちばん生命のリスクが少なくなるということが、この横断的な多数例の成績から見つけられた事実です。

透析医学会では、同時に社会復帰についても、同様に調べています。すべてについてこういう図があるわけですが、煩雑になりますので表にまとめさせていただきました(表 3, 4, 5)。

社会復帰に関しましては、男性と女性で社会参加の形が大きく違ってまいりますので、一応男性と女性に分けて検討させていただきます。

先ほどすでに述べた死亡のリスクについても記載してありますが、Kt/V に関しましては 1.4 以下と低いと悪くなる。やはり高いほど良くな

る。それから透析時間は男性では関係ない。女性では長いほど社会復帰が良くなる。透析時間が長くなると、当拘束時間が長くなるため社会復帰が、悪くなる可能性があったわけですが、女性では良くなるという成績を得ています。PCR は低くなると社会復帰がしにくくなる。体重減少も食事がとれないと思われるような低い症例、非常に大幅に増加する症例では、非常に社会復帰が悪いということで、生命予後と同じ傾向を示しています(表 3)。

同じ構成で表は続いていきます。アルブミンは低いほど悪い。クレアチニンも低いほど悪い。β₂ ミクロについては 40 mg / dl 以上が生命予後、社会復帰ともに悪い。磷は生命予後は 3 mg / dl 以下が悪い。さらに社会復帰につきましては 4 mg / dl 以下の低い群、それから男性で 6 mg / dl 以上、女性で 7 mg / dl 以上の高い群も社会復帰が悪い(表 4)。

ヘマトクリットは、30% から 40% が非常に生命予後いい成績で、社会復帰では 25% 未満が社会復帰不良である。エリスロポエチンの投与量は、9000 単位以上の大量投与を必要とする、反応不良群では非常に悪いという成績が示されました。血圧に関しては高血圧症例が社会復帰が不良である。心胸比は有意差は出ませんでした。が 45 以下、55 以上は不良である。膜面積に関しましてはやはり広いほどいいのだという形で示されました(表 5)。

表 3 血液透析患者の死亡と社会復帰のリスクに関わる因子 (1)

	死亡	社会復帰(男) (非常勤まで)	社会復帰(女) (家事まで)
Kt/V for urea	1.4まで改善	1.4以下で悪化	高い程改善
透析時間 (Kt/V)tで 補正	5.5時間まで 改善	無	長い程改善
PCR	0.9—1.7	1.1以下不良	無
体重減少率	4.0—6.0	2%以下不良 (6%以上不良)	8%以上不良

(): P > 0.05

これらの成績は非常に詳細に検討された多数例の結果で、この成績から日常の透析医療に役立つ指標が出てくるでしょうか。いまお話ししましたように、これらの成績はこういう治療をやっていた患者さんがどれだけ1年間で亡くなっていったか、社会復帰したかという成績であって、この治療に変えてあげたら、成績が良くなったということは、必ずしも意味しておりません。すなわちレトロスペクティブな観察であるということ、それから背景因子が揃っていません。背景因子の違いをロジスティック解析分析、いわゆる統計的な手法を駆使して、因子の影響をなくすという作業をやっているわけです。背景因子間に相関がある場合には、消しきれないということがわかっております。

ということで、こういう多数例の観察的なデータ以外にやはり多数例、多施設において、無作為化された介入的な研究が必要であろうと

表4 血液透析患者の死亡と社会復帰のリスクに関わる因子 (2)

透析前	死亡	社会復帰(男) (非常勤まで)	社会復帰(女) (家事まで)
アルブミン (g/dl)	4.5g未満は 低い程悪化	(3.0以下悪化)	(3.5以下悪化)
β_2 ミクログロブリン (mg/dl)	40以上悪化	(30以上悪化)	(20以上悪化)
クレアチニン (mg/dl)	低い程悪化	低い程悪化	低い程悪化
リン (mg/dl)	3未満悪化	(4未満, 6以上 悪化)	(4未満, 7以上 悪化)

(): P > 0.05

表5 血液透析患者の死亡と社会復帰のリスクに関わる因子 (3)

透析前	死亡	社会復帰(男) (非常勤まで)	社会復帰(女) (家事まで)
Hct(%)	30—40が 良好	25%未満不良	25%未満不良 (30%以上不良)
EPO(U/週)	1500—4500 が良好	3000未満良好 (9000以上悪化)	9000以上悪化
平均血圧 (mmHg)	80—140が 良好	(140以上悪化)	140以上悪化 (60以下良)
心胸比(%)	50以下が 良好	(45以下, 55以 上悪化)	(40以下, 50以 上悪化)
膜面積 (m ²)	広い程良好	狭いと不良	狭いと不良

(): P > 0.05

いうふうな反省があるわけです(表6)。

そこでこれらの項目につきまして、最近の進歩についてレビューさせていただきます。

透析膜に関しましては、キュプロファンに対して合成高分子膜、いわゆるハイパフォーマン膜が非常にいいのだということは、フランスのシャラなど、多くの人たちが主張されているわけです。この図は信楽園病院の甲田先生の成績です。先ほど鈴木先生からご紹介がありましたように、最新号のキドニー・インターナショナルに発表された成績です。高分子膜を使うと手根管症候群の発症が半分になる。それから、死亡のリスクが6割まで下がるということを示されました。即ち介入的研究により合成高分子膜が生存率と罹患率の両方にわたっていいことが示されたわけです。

滅菌法を EOG から高圧蒸気滅菌、 γ 線滅菌に変更された場合、好酸球増多症が減少するとか、臨床的な症状的な改善は得られていますが、必ずしも死亡率につながるようなものは、得られていません。

透析器再使用に関しましては、本邦では現在まったく行われていないので、欧米の成績を引用させていただきます。ホルマリン消毒で再使用した患者群は、生命の危険はほとんど増えない。有意差がない。グルタル・アルデヒド、それからレナミンを消毒薬に使った群では、死

表6 小括 (1)

長期生存の条件—透析療法の選択が 長期生存を決めるか

- 最近の研究により、透析患者の罹患率と予後を決定する可能性のある透析処方因子が明らかになった。
- その限界は：
 - ▶ ほとんどは、遡及的(retrospective)な観察的研究による結論である。
 - ▶ ロジスティック回帰分析などの統計的手法を駆使しても、背景因子の違いを完全には排除出来ない。
 - ▶ より確実な結論を得るには、多施設・多数例の無作為化され対照群をおいた介入的研究が必要である。

亡のリスクが、1.17、1.13と有意に増える。これらの消毒薬を使った再使用は避けなければならないということが、このレトロスペクティブな研究から結論されています(図7)。

次に透析膜の種類による影響を見た成績を紹介します(図8)。これは高分子膜としてPMMA、従来膜としてセロファン膜を用いています。高分子膜に変えた症例では食欲が亢進して、体重が増加する。体重増加幅ではなくて、筋肉と脂肪が付いて体重自体が増加してくる。それから、血清のアルブミンが増加する。そして、検査上、IGF-1が増加して、患者さんの栄養状態が非常に良くなるのだということを示しています。

これら短期間の研究の範囲では、まだ生存率が良くなるということまでは示していませんけれども、これらの事実、アルブミンとIGF-1、体重的ないし瘠瘦は予後に非常に関係する因子なので、これら透析膜の高分子膜へ変更が患者さんの予後を良くしてくれるのではないかと期待されるわけです(図8)。

透析液の質についてです。透析液の正常成分

につきましては、いろんな問題があり、あとでカルシウムについて述べさせていただきます。異常な成分に汚染された透析液を使った場合、即ちアルミニウムに汚染された透析液、残留塩素であるクロラミンに汚染された透析液では、貧血、骨障害、脳症に至り、死に至ることがあることは、よく知られています。

では、エンドトキシンについてはどうでしょうか。本邦では九州の先生方が非常に活発に、HDFを視野に入れて、透析液の質についてデータを出されています。これは欧米ではまだ透析液の質について言及されたものが少ないのですが、今年のアメリカ腎臓学会におきまして、ウルトラピュア・ウオーター、即ちエンドトキシンを含まない透析に変更したら、何が良くなったか検討した成績を出されました(表7)。

それによれば、まず当然透析後の血中エンドトキシンのレベルが下がります。それから血清IL-6濃度も下がる。それからC3a濃度も、透析前と透析後ともに下がってくる。それから白血球のTNF- α のmRNA発現も下がってくる

■ 透析膜・透析膜表面修飾

- ▶ Cuprophane: 補体活性化、白血球・血小板凝集、サイトカインカスケード 中分子量除去能低値 > 低酸素血症、残腎機能低下、アミロイドーシス(Koda 1997)
- ▶ 合成高分子膜

■ 滅菌法

- ▶ EOG滅菌: 好酸球増多症
- ▶ 高圧蒸気滅菌・ γ 線滅菌

■ 透析器再使用(Held 1994)

- ▶ Formalin
- ▶ Glutaraldehyde
- ▶ Peracetic Acid Mixture

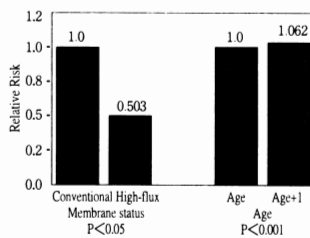


Fig. 2. Significant covariates and relative risks for carpal tunnel syndrome.

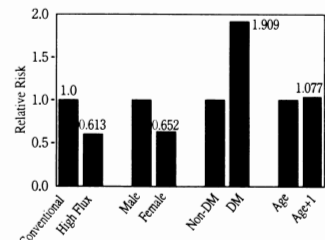


Fig. 3. Significant covariates and relative risks for mortality. Membrane status P < 0.05, Gender P < 0.01, Cause of CRF P < 0.001, Age P < 0.001.

	N	RR	Dialysis Unit Model	P
▶ Formalin	29,962	1.06	1.06 (0.99-1.14)	0.088
▶ Glutaraldehyde	2,970	1.16	1.17 (1.04-1.31)	0.010
▶ Peracetic Acid Mixture	20,702	1.12	1.13 (1.06-1.21)	< 0.001

■ Prospective randomized study, PMMA(Toray) or cellulose (Terumo) dialyzers, 159 patients for 18 months

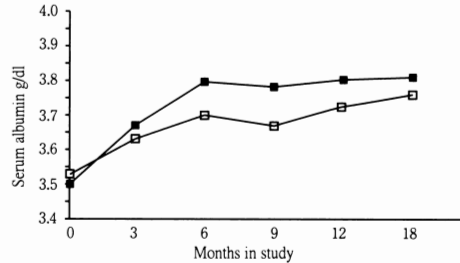
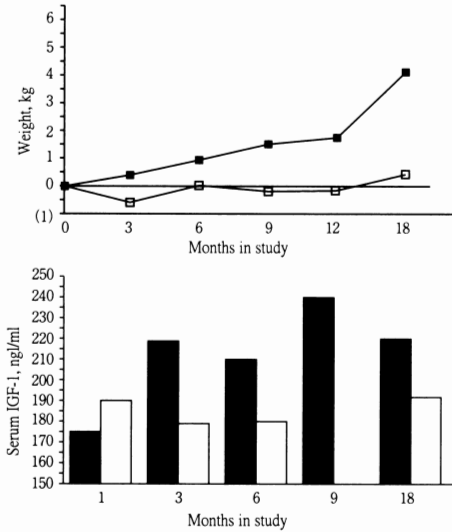


Fig.1. Average changes in estimated dry weights at months 1,3,6,9,12, and 18 of study patients randomized to different dialyzers: biocompatible (■) and bioincompatible (□); P<0.05 at months 12 and 18 for biocompatible group.

Fig.2. Average serum albumin levels at months 1,3,6,9,12, and 18 of study patients randomized to different dialyzers: biocompatible (■) and bioincompatible (□).

Fig.3. Average serum insulin-like growth factor-1 levels at months 1,3,6,9, and 18 of study patients randomized to different dialyzers: biocompatible (■) and bioincompatible (□).

図8 血液透析患者の栄養に対する透析膜生体適合性の影響 (Parker 1996)

いうことです。これらの成績から患者さんの炎症反応が長期的にも短期的にも下がってくる。即ち、将来的にアミロイドーシスなどの発生が抑えられる可能性を示唆しています(表7)。

次に低カルシウム血症についての成績を紹介します。患者さんの低カルシウム血症は、導入初期などはよく見られる所見で、戻りが悪いと、この患者さんはちょっと予後が悪いなということは、臨床医としてよく感じるのですが、これは6か月以上生存した患者さんについてプロスペクティブに検討しています。

その結果血清総カルシウム濃度が8.8 mg / dl以下の患者さんは、8.8 mg / dl以上の患者さんの2.10倍の死亡の危険がある。それから心筋梗塞などの虚血性心疾患の危険も4.33倍、心不全の危険も2.43倍あるということで、トータルカルシウム値は、予後判定の一つの因子であると示されています。それはカルシウム自体が予後を決めているのか、補正カルシウム濃度に示されたように、総カルシウム値はアルブミンの濃度

表7 透析液

■透析液成分

- ▶ナトリウム、カリウム、カルシウム、糖、アルカリ化薬

■透析液の質

- ▶クロラミン、アルミニウム
- ▶エンドトキシン

—Arukum RAE Improvement of chronic inflammatory state in hemodialysis patients by the use of ultrapure water for dialysis, Abstract A 1043 30thASN Nov 3, 1997

- decreases in the post-dialytic endotoxin levels
- decline in IL-6 levels
- decreases in C3a levels before and after HD
- decreased expression of PBMC's mRNA of TNF-alpha

に左右されますので、アルブミンを介している部分がどのくらいあるかということが、この研究ではわかりませんが、血清カルシウム濃度は一つの新しい指標ではないかと思われま

す(表8)。透析量についてです。すでにNCDSが1981年から83年にかけて膨大なデータを出して、Kt/Vが高いほど成績がいいのだ、その増加は、境値のない連続的な増加で、上げれば上げるほどいいんだということを、言っているわけです。そ

れにしたがって、Hakim らは透析量を1988年から毎年頑張って増やして行った。Kt/V の平均値を0.89から1.125まで増加させた。これは当然医師が頑張って処方の内容も変えたことであり、患者さんに協力を得て、きちっと透析に来ていただいたということです。そのような努力をした結果、入院の日数は年間15.2日から10.3日、2/3に減少し、しかも死亡率も22.8%と、アメリカとしては比較的いいほうだったわけですけれども、さらに9.1%と半分以下まで改善している。このKt/Vの増加は、死亡の減少に非常に役に立つのだということを、プロスペクティブに示しています(表9)。

図9 Kt/V と生存率の関係です。コリンズらがある地域でプロスペクティブにKt/Vを変化させていったときに、Kt/Vが1.4以上の群が生存が良好であるということを示しています(図9)。

次に貧血に関する影響ですが、先ほどヘマトクリット40%ぐらいまでがいいのだということで、お話ししました。これはプロスペクティブに患者さんをヘモグロビン8.8 g/dl以上と8.8 g/dl未満の群にランダム化して検討した結果です。左が心不全が起こるまでの期間、

右が死亡までの期間です。有意に貧血の軽い群、8.8 g/dl以上の群が心不全が起こる率も少ないですし、生存率も高いということが示されました(図10)。

これはCANUSUS STUDYという腹膜透析のKt/Vと生存率です。Kt/Vを週当たり1.5から2.3まで増加していくと、生存率はどんどん良くなっていく。彼らはCANUSUS STUDYからアメリカ、カナダにおける、特にアメリカにおけるCAPD患者さんはアンダーダイアリシスであったから、今後Kt/Vを上げなければ、腹膜透析の死亡のリスクは改善できないということを示しました。アメリカの腹膜透析はこのスタディ以来大きく変わりました。

Kt/Vを0.1上げてやれば、死亡のリスクは5%下がっていくということが計算上出てきます(図11)。

以上のこういう介入的研究から徐々にではありますけれども、透析量、透析膜、それから今回は示しませんでしたが、副甲状腺ホルモンないしはカルシウム値など、それから栄養状態などにつきましては、これらを処方の変更によって改善すると、生命予後を改善できると

表8 末期腎不全患者の低カルシウム血症と死亡率と罹患率 (Foley 1996)

■ Prospective cohort study, 518 patients, survive > 6 months, echocardiography.

Table 4. Mortality: association of mean serum calcium, inorganic phosphorus and alkaline phosphatase levels with mortality

Variable	Unadjusted		adjusted ^a	
	RR	p	RR	p
All patients (150 deaths/423 at risk)				
Total calcium ≤8.8 mg/dl	2.90	<10 ⁻⁴	2.10	0.006
Adjusted calcium ≤8.8 mg/dl	1.74	0.14	2.31	0.046
Phosphorus >6.0 mg/dl	0.96	0.81	NA	>0.10
Alkaline phosphatase >120U/l	1.63	0.004	1.55	0.02

Table 5. Morbidity: association of mean serum calcium, unadjusted and adjusted for mean serum albumin level, with admission for de novo ischemic heart disease (40 of 329 at risk), recurrent ischemic heart disease (45 of 93 at risk), de novo cardiac failure (71 of 290 at risk), and recurrent heart failure (71 of 132 risk)^a

	Unadjusted Ca ≤8.8 mg/dl		Adjusted Ca ≤8.8 mg/dl	
	RR ^b	p	RR ^b	p
Ischemic heart disease				
De novo (40/329)	5.23	<10 ⁻⁴	4.33	0.001
Recurrent (45/93)	2.46	0.006	7.05	<10 ⁻⁴
Cardiac failure				
De novo (71/291)	2.64	<10 ⁻⁴	2.43	0.068
Recurrent (71/132)	3.30	<10 ⁻⁴	2.66	0.008

表9 透 析 量

- 透析時間
- 透析頻度
- 透析膜面積
- 血流量
- 透析液流量
- Kt/V (NCDS 1981, 1983) (Hakim 1994)

Table 5. Morbidity of Vanderbilt University Medical Center Dialysis Patients

	No. of Patients	No. of Hospital Days	Hospital Days/Patients/Yr
1988	92	1,399	15.2
1989	114	1,319	14.7
1990	128	1,379	11.6
1991	130	1,345	10.3

Table 2. Average Dialysis Time, Kt/V, and Dialyzer Clearance and Distribution of Doses of Dialysis From 1988 to 1991

	Average Dialysis Time (min)	Kt/V				In Vivo Whole Blood Dialyzer Clearance (mL/min)		
		Mean ± SD	Median	<0.8(%)	0.8-1.0(%)		>1.0(%)	>1.4(%)+
1988	195	0.82 ± 0.32	0.89	33	42	25	4	170 ± 27
1989	196	0.955 ± 0.28	0.91	28	39	33	8	184 ± 17
1990	202	1.012 ± 0.40	0.965	20	32	48	13	196 ± 14
1991	212	1.18 ± 0.41	1.125	17	18	65	27	220 ± 20

Table 3. Gross Mortality and Standardized Mortality Ratio of Dialysis Patients

	No. of Patients	Mortality (%)	Observed	Expected	SMR	X ²	Probability Value
1988	92	22.8	17	16.5	1.030	0.01	>0.100
1989	114	17.8	14	19.9	0.703	1.76	>0.100
1990	128	15.6	17	21.6	0.785	1.00	>0.100
1991	130	9.1	14	22.9	0.611	3.46	<0.100

■Regional Kidney Disease Program 1966-1991

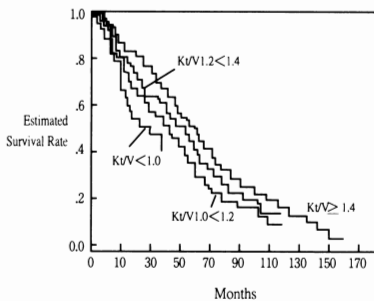


Fig.4. The impact of Kt/V on survival in nondiabetic, no-risk patients aged 46 to 60 years. The estimated survival function is determined from the Cox regression analysis of the nondiabetic patients from 1976 to 1989, followed through September 15, 1991.

図9 血液透析患者の生存に関する Urea Index と他の予測因子 (Collins 1994)

ということがプロスペクティブに示されています (表10)。

では、少し逆説的になりますけれども、これだけの情報ですべての処方内容を決めることができるのでしょうか。

最近 QOL を新しい臨床的な指標として使って、QOL を良くすることを治療の善し悪しを決定するファクターにしようと提唱されています。ただ、ここで注意していただきたいのは、これまでの QOL の導入に関しましては、生存率では

■Prospective observation, 261 HD and 171 PD patients, 1982-1991 for 41 months

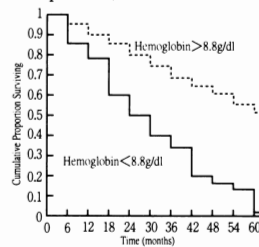


Fig 1. Time to cardiac failure, according to mean hemoglobin level, after adjusting for age, diabetes, ischemic heart disease, mean arterial blood pressure, and serum albumin level (P = 0.0001).

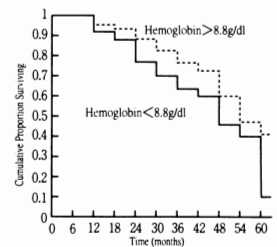


Fig 2. Time to death, according to mean hemoglobin level, after adjusting for age, diabetes, ischemic heart disease, mean arterial blood pressure, and serum albumin level (P = 0.03).

図10 貧血が末期腎不全患者の心筋症・罹患率・死亡率に与える影響 Foley RN 1996

ほとんど有意差のない複数の治療法から、いい治療法を選ぶという場合によく採用される指標であるということです。もし血液透析において十分な生存が得られているときに、QOL が問題となるのであれば、それはそれで非常にいいことだと思ふのです。まだまだ生存率は非常に悪い。そのときに QOL を持ち出すことがどれだけの意義があるかということは、少しまわりを良く見て動く必要があるのではないかと (表11)。

図12 はヘマトクリットとバイタリティ、患者

さんの元気の良さを示す指標の関係です。たしかにヘマトクリットをどんどん上げて行って、45%までのところまでは、直線的にバイタリティは良くなっていくということで、患者さんは元気になってくる。こういう指標を使いますと、ヘマトクリットはじゃ45%がいいのだという結論になってしまいますけれども、こういうような単純な発想だけでは絶対に透析の最終的な処方を決める判断にはなりません。

以上をまとめますと、こういう横断的なスタディから得た統計的な事実、そして縦断的なスタディから得た介入的研究、そして患者さんには「いったい何がいちばん必要なのか」、QOLも含めて、これからの最適な透析指標を探して

いかなければいけないということです(表12、13)。ありがとうございました。時間を超過しまして申し訳ございませんでした。(拍手)

座長(平澤) ありがとうございました。

お二方に長期生存についてのお話をしていただきました。それでは引き続きまして、少し透析のほうの社会的問題について、これからきっとそれぞれの地方で、あるいは各施設で問題になってくるだろうと思いますので、これらにつきましてご報告いただこうと思います。

「透析施設から見た介護問題」ということで、桃仁会病院の小野先生をお願いいたします。

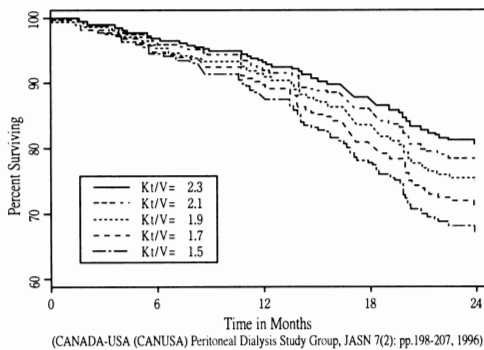


図11 Kt/V からみた生存率の推移

表10 CANUSA STUDY — 相対危険度 (Cox Proportional Hazards Model)

Variables	Relative Risk
age (+1yr)	1.03
IDDM	1.52
CVD	1.98
Serum Albumin (+0.1g/dl)	0.92
Kt/V (+0.1/week)	0.95
Ccr (+5L/week/1.73m ²)	0.93
SGA (+1unit)	0.79

(K. D. Nolph, '95 ISPD)

表11 小括(2)

- 対照群をおいた介入的研究は、徐々にではあるが、統計的検討から得られた成果を確認しつつある。
 - ▶ 透析量
 - ▶ 透析膜
 - ▶ 副甲状腺ホルモン
 - ▶ 栄養状態など
- しかし、primary end pointを予後・罹患率とした対照群をおいた介入的研究から、治療方の根拠のすべてを得ることはできない。

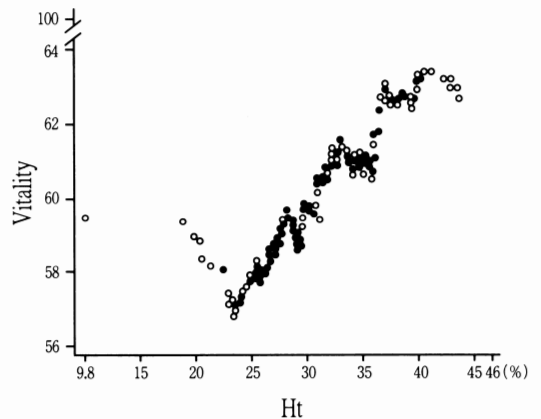


図12 Correlation between Ht and SF36 score

表 12 QOL 評価の目的 (永田 1992)

- (1) 分析的アプローチ単独では治療評価が不十分である場合
- (2) 生存率ではほとんど有意差のない複数の治療方法から一つを選択する場合
- (3) 予後の良好な疾患の治療に際し、死亡率などが治療効果のよい指標になり得ない場合
- (4) 治癒は望めず、ケア中心にならざるおえない予後不良な疾患の治療にあたる時
- (5) その他

表 13 総 括

- 透析患者の予後と罹患率を左右する透析処方因子に関する研究成果を振り返った。
 - ▶ 多施設多数例の遡及的統計的検討の成果
 - ▶ 対照をおいた介入的研究の成果
- それぞれの結論は妥当でも、治療方針を引き出すには不十分な情報しかない。
- 日常診療においては、当面これらの成績と、患者のQOLや社会経済的な背景を参考に、透析処方を決定する必要がある。

3) 透析施設からみた介護問題

桃仁会病院
小野 利彦

透析患者の介護問題と言いますのは、一般の高齢者と違ひまして、血液浄化療法とセットとして考えないといけませんので、異なる面があると思います。本日はわれわれの病院での要介護患者の現況と、それから不十分ではありますが、幾つかの対策をいま取っておりますので、それをご紹介します。あと今後の取り得る方法を、と言っても限られるわけですが、少し考えてみたいと思います。

介護患者の状況については、昨年全腎協が調査をして、非常によくまとまった成績を出していただいておりますので、お許しを得まして、その方法を使わせていただきました。また、その結果も一部参考にさせていただいておりますので、この席を借りてお礼申し上げます。

まず年齢分布ですが、これは全国集計とわれわれの施設の比較ですけれど、あまり差はありません。若年者が少し少ない、それから80歳以上高齢者が多いということぐらいかと思ひます。それから、50代で男女とも比較的多いのですが、これはやはり長期生存のグループが、先ほどのご発表にもありましたように、この年齢になっておりますので、その影響があるのかなと思ひます(図1)。

年間の粗死亡率ですが、2.9ぐらいから5.5%、平均で4.4%ぐらいで、全国平均の約半分以下には抑えられると思ひます(表1)。

それから、累積生存率ですが10年で約75%、20年生存が50%で、現在20年を超えた患者さんが67名おられます。糖尿病はさすがに成績が不良でして、10年で55%、15年以上というともう1例しかおらず、この患者さんは20

年を超えておりますが、いま現在では下肢のネクローゼなんかがあつて、状況としてはあまり良くありません。一応、十分とは言えませんが、まあまあいい成績ではないかと考へているわけですけれども、こういうことが介護という面からいくと、また複雑な問題を提供する原因になってしまつていないかということ、若干複雑な心境にあるわけです(図2)。

入院率ですが、われわれの施設ではベッド数が43しかありません。そしてトータルの患者数が550弱ですので、入ろうと思つても入れないわけで、7%ぐらいです。またあとで申し上げますが、プライベートな宿泊設備を持っていますが、そこに20名ほど、それで合計で11%ぐらい、もっと本当は入院させる必要のある患者

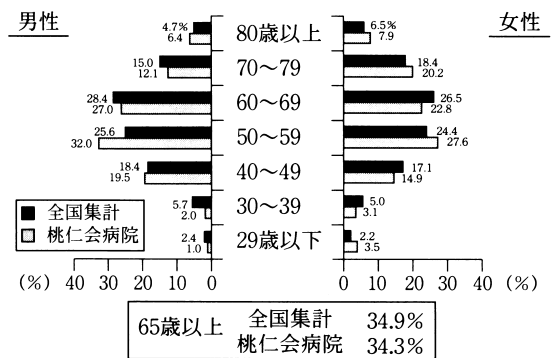


図1 年齢階級別分布 (全国統計との比較)

表1 年間粗死亡率

年度	'88	'89	'90	'91	'92	'93	'94	'95	'96	平均
全国統計	8.2	7.8	9.0	8.9	9.7	9.4	9.5	9.7	9.8	9.1%
桃仁会病院	2.9	5.5	4.6	4.1	5.0	5.0	2.9	4.3	4.9	4.4%

さんもあるわけですがけれども、実際は入れない。設備の合計の比率からいうと半分ぐらいということになっております(表2)。

病床利用率ですがけれども、当然ですがほとんど100%です。この1988年というのは途中から開院した年ですので、ここは少なかったのですが、ほとんどいっぱい入っています。在院日数は非常に長期になって、平均で49日ということですので、回転率は非常に悪いという状況です(表3)。

入院患者の状況を申しますと、43床のうち社会的入院が18名、半分ぐらいは社会的入院です。本当のと言いますか、疾患で入院しているのが22名、半分です。年齢は社会的入院のほうが66歳に対して、74歳ということで、やはり高齢ですし、在院期間は圧倒的に長い。ほとんど帰らない。ずーっと居座っているという状況です。

社会的入院の理由としては歩行障害、視力障害、老人性痴呆、あるいはそのコンビネーションという格好で、なかなか在宅では管理ができない、あるいは通院ができないという患者さんが、半数を占めているのが現状です(表4)。

家族形態を調べてみますと、1人暮らしの人が各年代ともだいたい15%ぐらい、70代では25%ぐらい、トータルで15.2%、80名の患者さんが1人暮らしです。それから、夫婦のみという家庭が、若年者では少ないのですが、50歳以上になりますと25%から30%ぐらいは、夫婦だけの家庭で、トータル131名、高齢者が多いということで、非常に問題があります(図3)。

配偶者がいないという率は、若年者と高齢の女性に多いわけですが、このへんは透析患者の結婚が非常に厳しくて、そういうチャンスがないということもありますし、それから高齢者で

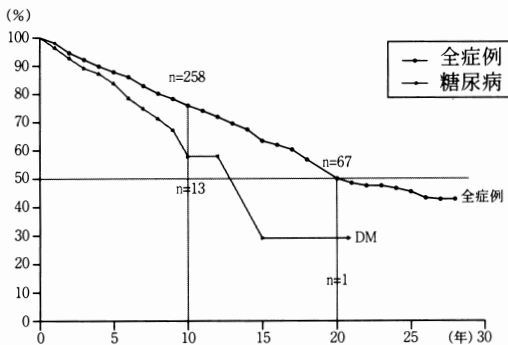


図2 累積生存率 (桃仁会病院)

表2 受療形態

	入院	入院率
全国合計		18.1%
私立病院合計		21.9%
<hr/>		
桃仁会病院	入院	7.2%
	やすらぎ寮	3.8%
	合計	11.0%

表3 在院日数及び病床利用率 (43床)

	在院患者数	在院日数	病床利用率	病床回転率
1988	26.0	63.3	60.5	5.8
1989	39.3	63.9	91.3	5.7
1990	44.7	56.8	104.0	6.4
1991	47.0	51.9	109.4	7.0
1992	45.0	47.2	104.6	7.7
1993	43.4	39.1	100.9	9.3
1994	42.5	38.4	98.8	9.5
1995	42.8	40.4	99.5	9.0
1996	42.2	42.5	98.1	8.6
平均	41.4	49.2	96.3	7.6

表4 入院患者の状況と社会的入院の理由

入院患者の状況			
	HD歴(年)	年齢	在院日数
社会的入院	6.5年	73.6歳	840日
男性: 9人	(0~21年)	(47~92歳)	(54~2457日)
女性: 9人			
疾病入院	7.8年	65.9歳	306日
男性: 9人	(0~26年)	(23~88歳)	(1~1643日)
女性: 13人			
全体	7.3年	69.2歳	533日
男性: 18人			
女性: 22人			
社会的入院の理由			
歩行障害			6人
歩行障害+視力障害			2人
歩行障害+知的障害			4人
歩行障害+老人性痴呆			4人
歩行障害+視力障害+老人性痴呆			1人
老人性痴呆			1人
合計			18人

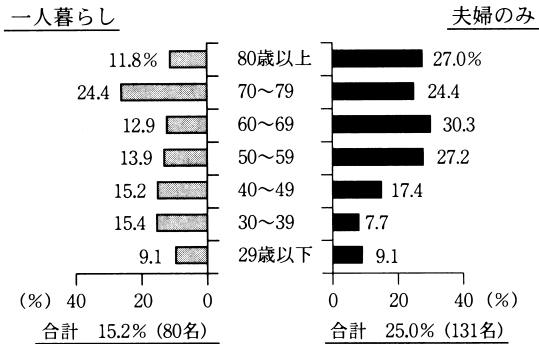


図3 家族形態

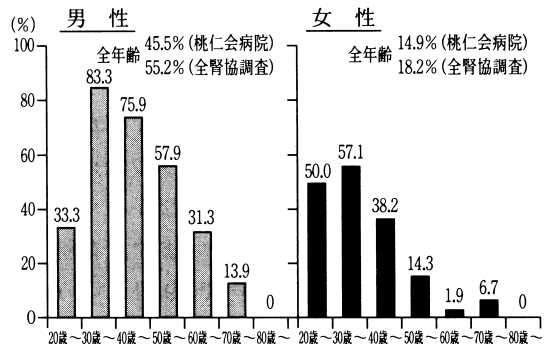


図5 収入のある仕事をしている

は、男性が早く亡くなってしまふので、女性で連れ合いを亡くしているという人が非常に多い。70代では70%、80代では80%ぐらいがお婆さんだけの生活ということになるわけです(図4)。

それから、仕事のことですけれども、収入のある仕事、これはどの程度かという細かいことは調べておりませんが、若年者、30代、40代で7、80%あるわけですがすけれども、逆に言うと、15%から25%の人が働いてないというか、仕事がない、あるいは働けないという状況にあるわけです。それに比べて女性のほうは、若いですと約半分ぐらい働いて、収入のある仕事をしているということで、結構働いているかなという印象があります。全年齢で比較しますと、全腎協の調査では55%ですが、われわれのところでは45.5%と、10%ぐらい仕事をしてない人が多い。

女性でも18.2に対して14.9ということで、5%ぐらい仕事をしてない人が多いという結果になりました(図5)。

それから、日常の動作で不自由なことですがすけれども、全腎協の調査は60歳以上の人を対象にしました。われわれは全患者で調べたのですが、ほとんど差がありません。やはり歩行については8%ないし9%、入浴が1人でできないという人が7%ぐらいおられます。これは手根管その他の影響があるわけですが、手先のことができないという人が1割ぐらいいます(図6)。

いざそういう状態になったときに、誰か助けてくれる人がいるだろうかということなのですが、このへんはいま緊急に問題になるわけではありませんけれども、30%前後の人が誰も助けてくれない。50歳台では10%ぐらい、トータル

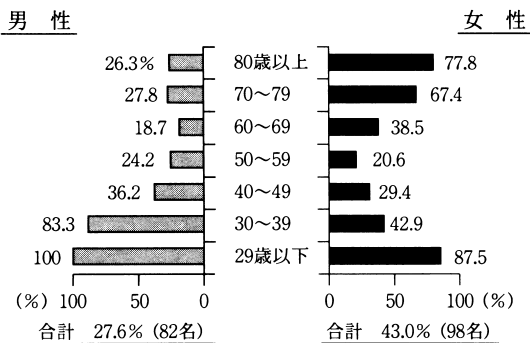


図4 配偶者なしの比率

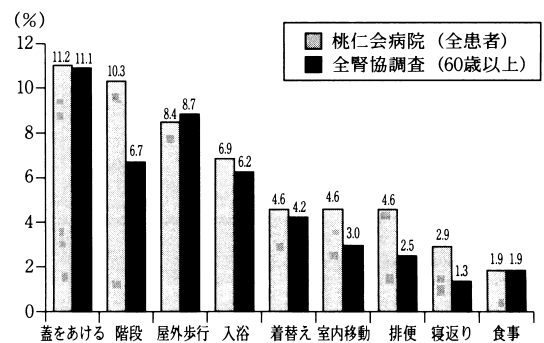


図6 手助けを必要とする日常動作

としまして12%ぐらいの人が、将来助けてくれる人がいない。このへんは大きな問題になろうかと思えます。全腎協の調査に比べますと、かなりこの比率が高いのです。京都は昔から人間が冷たいところだと言われておりますので、そういう影響があるのかもしれませんが(図7)。

先ほどは男性ですが、これは女性の場合です。女性の場合は男性よりも旦那さんがいなかったりする人が多いですから、全体的にはやはり将来不安を感じている人が多いわけで、トータルにしますと15%ぐらいの人が将来とも介助者がいないという状況です(図8)。

次に通院の問題と通院の援助のことを考えてみたいと思うのですが、われわれの施設での患者分布ですけれども、私どものところは京都市のいちばん南の端にあります。それでだいたい

大半の人は、距離にして半径10キロぐらいのところから通っておられるのですが、南のほう、京都府の南部ですが、奈良県との境まで、このへんには透析施設が比較的少ないものですから、このへんからの通院患者が多い。ここには近鉄が走っておりますので、通院に便利だということもあります。それから、京都府の亀岡市近辺から通っている方もありますし、ごく少数ですが、滋賀県、大阪府あたりからも来られています(図9)。

通院の方法と時間ですけれども、電車、バス、あるいは自家用車で通っている人が75%ぐらいで、大半を占めます。タクシーが約1割、病院の送迎を使っている人が8%ぐらいです。通院の時間としては30分までが32、1時間までが42、両方合わせると75%ぐらいの人は、まあ1時間以内で来れる。しかし、1時間以上かかる人、あるいは2時間以上かかる人が1割強おられます(図10)。

通院に付き添いを必要としている人というのは、そんなに多くないのですが、だいたい10%強ぐらいです。高齢になると当然増えてまいります。トータルとしましては13%ぐらいの人が常に付き添いを必要とする。しばしばという人も合わせますと14%ぐらいになります(図11)。

いま現在は1人で通っているのですが、将来体が不自由になって誰か送り迎えをしてくれる

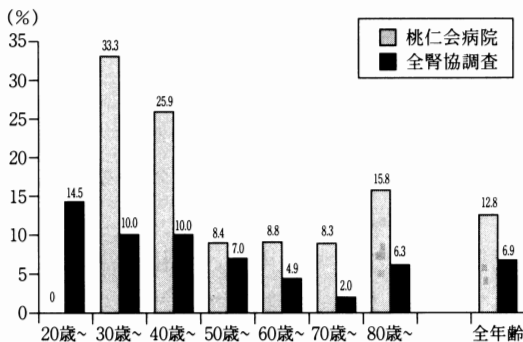


図7 体が不自由になったとき世話を頼める人がいない(男性)

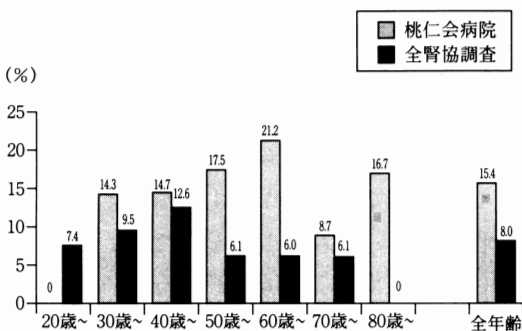


図8 体が不自由になったとき世話を頼める人がいない(女性)

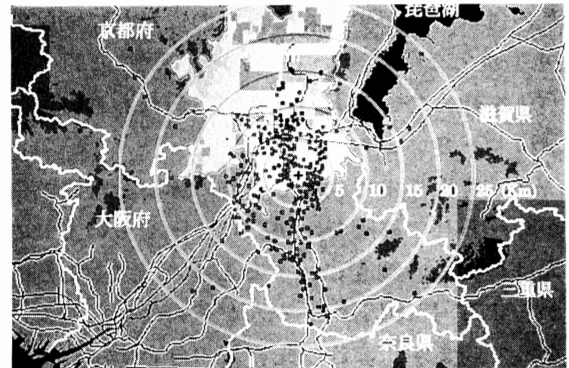


図9

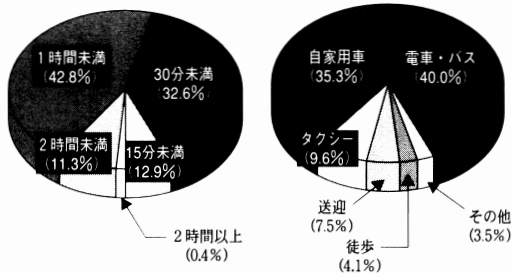


図10 通院時間・通院方法

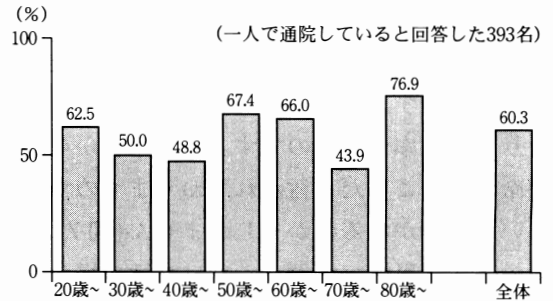


図12 通院の介助をあてに出来る人がいる

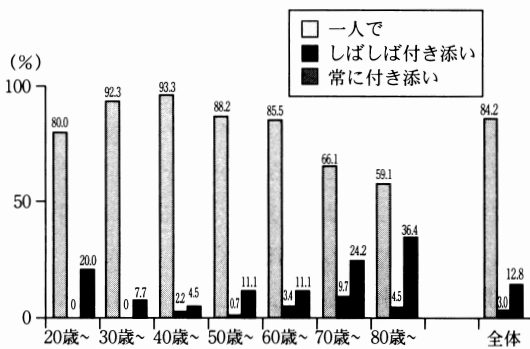


図11 通院に付き添いを要しているか

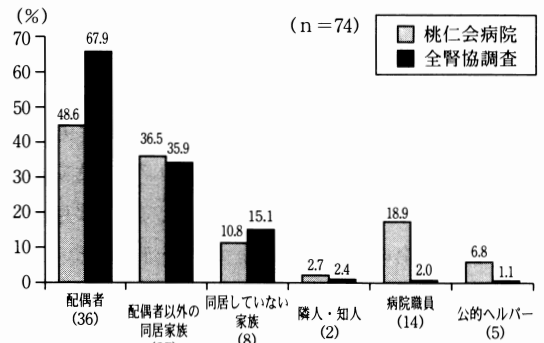


図13 通院介助者

だろうかということに関しましては、5割から6割の人は何とかできていると考えているわけですが、残りの40%は困ってしまうという状況にあります(図12)。

いま現在の通院介助者ですけれども、配偶者かあるいは家族、同居あるいは同居してない家族、これでほとんどです。全腎協の調査に比べますと、このへんは変わらないのですが、配偶者の付き添いが少なく、その代わりに病院の送り迎えを受けている人、それから公的ヘルパーを頼んでいる人の比率が、われわれの施設では若干多いようです(図13)。

通院費用ですけれども、この赤が全腎協で白がわれわれの施設ですが、5000円ぐらいまでの人は全腎協の調査に比べると少なく、1万円から2万円と沢山かかる人が多いという結果になっています。これは先ほどの分布で示しましたように、ちょっと遠方から通っている人が多

いので、その影響が出ているかと思えます。費用的にはちょっと負担が大きいのかなという感じがします(図14)。

通院する上で遠くて困る、費用が高い、疲れるというようなことを調べてみましたが、遠いというのは30分から1時間ぐらいの人は、7割ぐらいの人が遠いと、それから1時間以上かかる人は全員が遠いと感じています。理想的に言うと30分以内で来れるところじゃないと具合が悪いのかなという感じがいたします。

それから、費用に関しては、タクシーで通っている人はやはり7割ぐらいが困る、電車とかバスの公共交通機関でも3割強の人が高いというふうに感じているようです。歩いて来る人、送り迎えしている人は当然ゼロです。自家用車が21.2%ですが、これは回答する人の考え方がちょっとばらばらなのです。費用がかからないと言う人もいるし、2万円ぐらいかかると言う

人もいるので、車の償却費とか、ガソリン代とか、いろいろ考えてのことだろうと思うのですが、ばらばらです。

それから、若年者では30%、高齢者では40%ぐらいの人が通院は辛いということを訴えておられます(表5)。

これはちょっと介護と離れるかもしれませんが、透析でも非常に手のかかる患者さんが増えていて、入院患者ですと80%ぐらいは自分では来れない、車椅子とか、付き添いとか、ストレッチャーとかが必要ですし、通院でも17名の方は車椅子、18名の方は1人では歩けなくて、誰かが手伝ってやらないといけない。それから、止血も自分でできない人が多いので、これはスタッフの手を非常に取る問題になっているわけですが、入院患者では8割ぐらいの人が自分ではちゃんとできない。通院患者でもかなり多くの方が自分で止血ができないという状況にあります(表6)。

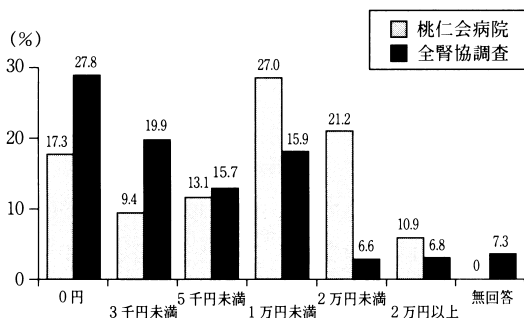


図14 通院費用

表5 通院する上での困難

自宅や職場から遠い 243人 (52.0%)	通院費用が高い 134人 (28.7%)	くたびれる 149人 (31.9%)
通院時間	通院方法	年 齢
15分未満 3.3%	徒歩のみ 0%	20～29才 20.0%
30分未満 30.3%	自転車、バイク 9.1%	30～39才 30.8%
1時間未満 72.0%	自家用車 21.2%	40～49才 26.7%
2時間未満 90.6%	タクシー 73.3%	50～59才 26.8%
2時間以上 100.0%	電車、バス 34.8%	60～69才 40.2%
	病院の送迎 0%	70～79才 37.1%
	その他 20.0%	80才以上 36.4%

いままでの患者さんの状況から見て、問題となるようなことが幾つかあるわけですが、60歳以上の1人暮らしの人が41名、夫婦だけで暮らしている人が70名おられる。それから1人では歩けないという人が70名、入浴ができない人が60名、食事ができない人が14名おられるということです。その上で将来、60歳以上で身の回りの世話が期待できないという人が31名、通院が困難になったときに誰も助けてくれないという人が58名おられます。こういう患者さんをこれから将来どういうふうの手助けをしていくかということが、大きな問題になると考えています(表7)。

いま私どものところでやっております送迎で

表6 透析室での介助

1.入退室の介助		
	入院	通院
ストレッチャー	2.4% (1)	—
車椅子	65.9% (27)	3.4% (17)
歩行介助	9.6% (4)	4.0% (18)
計	78.0%	7.4%

2.止血介助		
	入院	通院
スタッフによる全面介助	56.0% (23)	5.3% (21)
家人による全面介助	2.4% (1)	1.3% (5)
タイマー設置、止血確認	17.0% (7)	6.7% (26)
止血確認	4.9% (2)	20.2% (80)
計	80.4%	33.3%

表7 将来問題となる患者状況

1. 60歳以上の一人暮らし	41名 (7.8%)
" 夫婦のみ	70名 (13.3%)
2. 介助を要する日常動作	
・歩 行	70名 (13.3%)
・入 浴	59名 (11.2%)
・食 事	14名 (2.7%)
3. 身の回りの世話が期待できない (60歳以上)	31名 (5.9%)
4. 通院の介助が期待できない (60歳以上)	58名 (11.0%)

すけれども、病院から5キロぐらいのところに、私鉄の駅がありまして、そこは二つの私鉄の接続駅で、急行が止まるものですから、そこから病院までシャトルバスを運行していますが、中型バス1台と、マイクロバス3台で、1日9往復で、1日平均107人ぐらいの人が利用されていますので、年間3万3000人ぐらいは運んでいる格好になります。

それから、もう自分ではどうしようもないという人がおりますので、介助者もいませんので、自宅から運んでいる人が、寝台車1台と、車椅子専用車を2台使って、1日これは6、7人ですけれども、年間1236人ぐらいの方を送り迎えをしております(表8)。

その費用の概算ですが、車代が年間で439万、維持費が212万、人件費が3120万です。この人件費の算定が難しいのですけれども、保安係というのが13名いて、この人たちは夜間の当直ですとか、ハウスキーピングとか、いろんな雑用をしておりますので、そのうち40%ぐらいを送迎のスタッフとして勘定したのがこれで、合計で年間3700万ぐらいかかります。そうしますと1回当たり1000円強なので、結構高いかなという感じがします。全患者さん1人当たりになりますと、月に5700円ぐらいかかっていることになります。

それから、これはちょっと話は違いますが、患者さん専用の駐車場として、50台分ありますが、これの費用も年間1000万、患者さん1名当

表8 送迎車稼動状況(年間)

	稼働日数	乗車人員	走行距離
駅 ⇄ 病院 (中型バス : 1台 マイクロバス : 3台)	1,255日	33,574人 (107人/日)	59,729km
自宅 ⇄ 病院 (寝台車 : 1台 車イス車 : 2台)	371日	1,236人 (6.4人/日)	5,476km

表 9

送迎費用概算

・車輛代(7台) (減価償却費及びリース料)	4,392/年(単位千円)
・維持費 (燃料費、修繕費、保険料)	2,120
・人件費 (保安要員13名×40%)	31,200
	<u>総計 37,700</u>

乗車1回当たり	1,083円
患者1名当たり	5,723円/月

患者専用駐車場費用概算
(50台分)

・駐車場賃借料	5,400/年(単位千円)
・駐車設備リース料	4,848
	<u>総計 10,248</u>

患者1名当たり 1,553円/月

たりにして1500円ぐらいの負担になります(表9)。

先ほど申しましたように、われわれのところでは入院ベッドが非常に少ないので、とても必要な数を賄うことができません。それと社会的入院をできるだけ減らしたいということで、これは職員用の厚生施設で、食堂なんかがある建物なのですが、そのワンフロアを宿泊設備として使っております(図15)。

地下1階というのが、傾斜地になっておりますので実際は1階なのですが、ここがガレージで、その上が保育所、それから患者さん用の食堂、それから2階の部分が宿泊施設で5部屋あります。3階、いちばん上が職員用の食堂とラウンジです。この下にB2階というのがあって、そこは職員用のロッカールームです(図16)。

これが宿泊施設でして、畳の間があって、この両側にベッドが四つあって1部屋4名、5部屋で合計20名ということです(図17)。

これは患者さん用の食堂と談話室です(図18)。

これは患者さん専用のカラオケルームです(図19)。

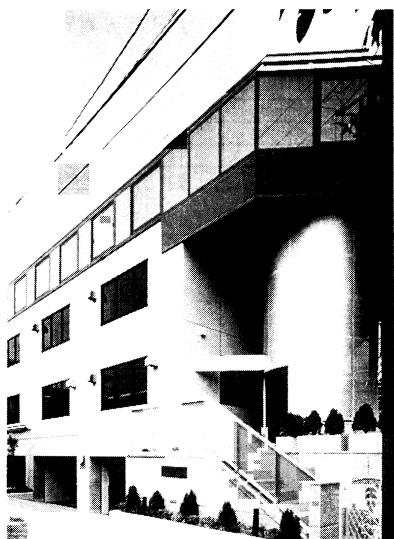


図 15



図 18

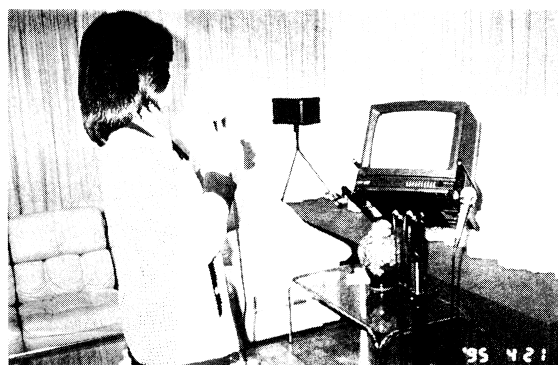


図 19

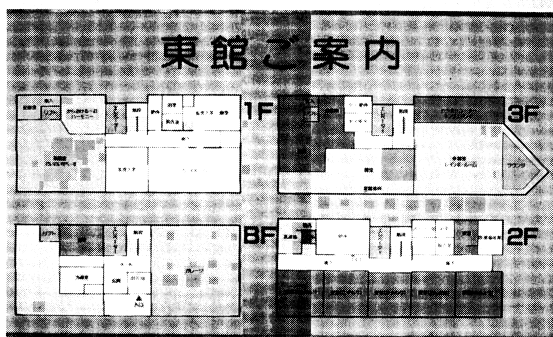


図 16

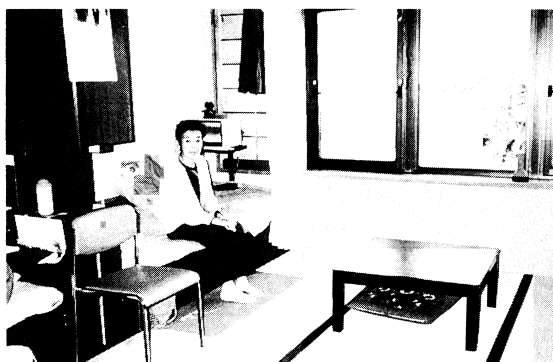


図 17

これは今年の9月の段階で調べたのですが、20人に対してだいたい17、8名いつも入っております。費用としては1か月に6万円徴収して

いるのですが、中には払えないというか、払いたくないという人もいますので、そういう人は免除しております。この時点では一応全員払っていただいているということです。

当初は自分で身の回りの世話ができて、こちらで世話をしなくていい人だけ入ってもらおうということだったのですが、だんだんいろんな身体の不自由な人が増えてきますので、いま現在ではケースワーカーと看護助手が1日合計2人ぐらい勤務をして、いろんな世話をしている。それでも足りませんので、ヘルパーを雇って入浴介助をしてもらうとか、それから家族でできる人には、少し手伝ってもらうとか、そういうことをやっております(表10)。

ほとんどの患者さんが家庭では生活ができない、面倒を見る人がいないということで、ここで何年も生活をする。そして病院との間の往復

表 10 やすらぎ寮について

利用者	17.1人 (96年9月～97年8月平均)
利用率	17.1人/20人 (85.5%)
入寮費の負担状況	全額負担 18人 (97年8月現在)
スタッフ	
生活介助	・看護助手 1.5人+ケースワーカー-0.5人 (計2人/1日当り) ・ヘルパー 97.8より入浴介助の為2回/週の派遣を受けている。 ・家族 透析後の迎え 2人 入浴の介助 2人 身の回りの世話 4人 それぞれ1回/週担当
食事担当	・配膳 0.5人+調理1人 (計1.5人/1日当り)
運営方法	
入寮の手続き	医師やナースより患者に簡単な説明を実施した後、寮業務兼任のケースワーカーに連絡をとり、患者及び家族へ詳細を説明し、申込手続きを済ませ短期又は3ヶ月毎に契約をかわす。
日々の運営	ケースワーカー、看護部(透析室)及び栄養部で相互連絡をとりながら、個人対応をする。食事管理は、原則として自己管理であるが、目だった管理不良者には制限を設ける場合もある。

だけで、非常に楽しみが少ないものですから、月に1,2回はいろいろなことで気を紛らわすような行事をやっておりますが、その費用は1人当たり1回2000円程度は必要です(表11)。

現在入っている人の状況ですけれども、透析歴は6年ぐらいの患者さん、年齢は54歳から88歳で、平均73歳ぐらいです。若い人もいるのですが、これはほとんど脳卒中の後遺症とか、そういうことで本当の身体障害者という感じの人です。

入っている理由ですけれども、介護者がいない、それからこちらの都合ですが、入院させた

表 11 やすらぎ寮年間行事及びその費用

	行事及び催し	行事食その他
1月		おせち料理・鏡開き
2月		鍋料理
3月		節分料理
4月	バスにて花見会	ひなまつり
5月		お花見弁当
6月		子どもの日
7月		ごちそう日
		寮の開院記念日
8月		七夕まつり
9月	敬老祝賀会	ごちそう日
		ごちそう日
10月		懐石料理
		ごちそう日
		地域のお祭
11月		ごちそう日
12月	クリスマス会	クリスマス料理
		鍋料理

・毎月1回以上、何らかの名目で「ご馳走の日」を設ける。
・毎月第1日曜日に「お誕生会」、毎週火曜日に「手作りおやつ」の日を設ける。

年間食料費

・一人当たり ¥333,473 (月額¥27,789)

行事食

・敬老会 一人当たり ¥2,400
・誕生会 一人当たり ¥1,000～¥1,500
・鍋料理 一人当たり ¥1,500～¥2,000

表 12 入寮者の状況と入寮理由

入寮者の状況	
入寮者	19名 (男性7人、女性12人)
透析歴(年)	6.3年 (0～25年)
透析歴(月)	81.1月 (4～309月)
年齢	72.7歳 (54～88歳)
寮費の支払い	全員全額負担
入寮の理由 (重複を含む)	
介護者がいない	7人
入院ベッドがない	1人
経済的理由 (住居費、通院費、食費など)	1人
通院に時間がかかる	5人
介護者がいない+入院ベッドがない	3人
介護者がいない+通院に時間がかかる	1人
入院ベッドがない+通院に時間がかかる	1人

いのだけれど、ベッドがないのでちょっと入っ
ていてくれという人もおります。それから、通
院に時間がかかって、遠くてどうしようもない、
あるいはその複合の理由ということが入寮の理
由です(表12)。

身体状況、介護状況ですけれども、歩けない、
目が見えない、あるいは老人性痴呆、あるいは
そのコンビネーションの人が大部分で、自分で
生活ができる人というのは1/3ぐらいで、残
りの人は洗面、排便、入浴、歩行に何らかの介
助が必要です(表13)。

ここは原則として3か月ごとに契約をする
ということになっているのですが、現実にはもう
数年間そのままそこで生活しているという人が
大部分ですけれども、いろいろな理由で短期間利
用される方もいます。いちばん多いのはわれわ
れのほうの都合で、入院ベッドがないからこ

表 13 入寮者の身体状況と介護状況

身体状況 (入寮者)	
歩行が不自由	9人
歩行が不自由+視力障害	6人
歩行が不自由+視力障害+老人性痴呆	2人
歩行が不自由+知的障害	1人
視力障害	1人
介護の状況 (入寮者)	
ほとんど自分でできて介助不要	6人
視力障害のため薬の仕訳	1人
洗面・排便介助のみ	1人
入浴介助のみ	3人
洗面、排便介護、歩行(案内)時介護、 食事介護、入浴介護	1人
歩行(通院)時介護	1人
歩行(通院)時介護、入浴介護	6人

でちょっと術後の経過を見させて欲しいという人が、結構多いのですけれども、そのほかに家族が旅行するので、1人になるから面倒を見て欲しいとか、離婚のトラブルがあって、ちょっと逃げて来たいのかくまってくれとか、いろんなケースがあります(表14)。

この設備の費用ですけれども、人件費が年間1000万ぐらい、それから水道光熱費が200万、給食材料費が800万ぐらい、減価償却費が500万ぐらい、合計で年間2500万円ぐらいかかります。1人月額で6万円いただいています、それは1300万円ぐらいになりますので、半分ぐらいは持ち出しということになります。これを患者さんの費用1人当たりで計算しますと、2000円ぐらいかかっていることになります(表15)。

そういういろんないま現在行っているサービスと言いますか、介護にかかる費用が患者さん1名当たりについて約月に9000円ぐらいになります。小規模の施設ではどうして実行は不可能だと思われまして、われわれのところでも今後続けてやっていけるかどうかというのは、非常に疑問なわけです。

そういう問題の解決策の一つとして、老健をつくってそこに入ってもらったらどうかということはあるわけです。ただし京都府の場合は12施設、このあとで二つぐらい増えているのですが、まだ1200名ぐらいで、非常に収容能力が低

表14 短期入寮者の状況

1996.9~1997.8	
19名：延べ25回	
入寮期間	3~120日(平均28日)
入寮の理由	
術後の経過観察	4回
シャントトラブル	4
外傷後の経過観察、通院困難	3
導入後の経過観察	2
家族の旅行、慶弔	7
離婚、家庭内トラブル	3
精神的落ちこみ(独居)	1
住宅の改造	1

いものですから、いま現実にはこういうところで預かってもらうということは、まずできません(表16)。

自前でそういう設備をつくりたいということで、いまいろいろ検討しているのですが、医療事業団から借入れをしないといけないわけですが、そこで聞いてみますと、定員100名の施

表15 やすらぎ寮(通院困難者用援助施設)

年間経費概算	
1 人件費	
ケースワーカー(0.5人)	3,400(単位千円)
看護助手(1.5人)	6,000
ヘルパー派遣費	680
小計	10,080
2 水道光熱費	
	8,870×25%
小計	2,217
3 給食材料費	
	447×18,259食
小計	8,161
4 固定資産減価償却費	
	25,381×20%
小計	5,076
総計	25,534
5 入寮費	
	720×18名
小計	12,960
総計	△12,574
患者一人当たり	1,908円/日

表16 老人保健施設の開設計画について

高齢者保健福祉推進計画(いわゆる新ゴールドプラン)が平成11年度を目標に進行中で高齢者サービス基盤の整備目標は、次の通りとなっている。

在宅サービス		
ホームヘルパー	17万人	
ショートステイ	6万人分	
デイサービス/デイケア	1.7万ヶ所	
在宅介護支援センター	1.7万ヶ所	
老人訪問看護ステーション	5,000ヶ所	
施設サービス		
特別養護老人ホーム	29万人分	
老人保健施設	28万人分	
高齢者生活福祉センター	400ヶ所	
ケアハウス	10万人分	

老健施設の平成9年3月現在の都道府県別開設状況は、下記の通り。

県別	施設数	入所定員	県別	施設数	入所定員
総数	1,617	141,322	三	27	2,593
北海道	75	6,854	滋賀	9	789
青森	45	4,244	京都	12	1,168
岩手	31	2,728	大阪	47	4,222
宮城	22	2,026	兵庫	46	4,104
秋田	33	3,312	奈良	10	972
山形	20	1,792	和歌山	24	1,940
福島	28	2,648	鳥取	18	1,331
茨城	44	4,009	徳島	20	1,265
栃木	33	3,010	岡山	49	4,136
群馬	38	2,860	広島	45	3,748
埼玉	33	3,175	山口	36	2,705
千葉	39	3,526	徳島	40	3,161
東京	34	3,110	香川	23	1,815
神奈川	25	2,191	愛媛	35	2,693
新潟	42	4,172	愛知	23	1,523
富山	31	2,677	福岡	106	9,756
石川	30	3,010	佐賀	25	1,923
福井	19	1,679	長崎	34	3,235
山梨	18	1,659	熊本	57	4,124
長野	35	2,642	大分	36	2,875
岐阜	29	2,566	宮崎	29	1,980
静岡	31	3,344	鹿児島	46	3,435
愛知	55	5,623	沖縄	30	2,972

設で11億以上かけちゃいけない。それ以上ではやっていけませんよということなのです。そうしますと建設費とかその他いろいろ考えて、土地代としては3億5000万ぐらいが限度なわけですが、だいたい1000坪ぐらいの土地が必要なのですが、京都市では1000坪を3億5000万で手に入れるということは、ちょっと不可能に近い。それでいまのところまだ実現できるかどうかはわからないというのが現状です(表17)。

老健施設に透析患者さんに入ってもらった場合に、保険請求上の問題というのが出てくるわけです。再診料、指導料、在宅、投薬、注射というのは、原則として請求してはいけないということになっておるようですので、通常4万4000点ぐらいということで計算してみますと、注射ではエボがいちばん大きな比率を占めるわけですが、それも全部請求できないということになると、20%以上ダウンになる。それを処置料で請求して認めていただいたら、10%強ぐらいのマイナスになるということのようです(表18)。

もう一つの方法としては、そういう施設でのCAPDというのが考えられるわけで、これはジョン・ホプキンスでやっているペーパーを引用したのですが、ネフロロジストが週1回、あるいは月1回診察をする。それから老人病の専

門医がフォローする。実際のバッグ交換はPDナースが朝とお昼の交換をやる。夕方と夜間の交換、あるいは土日のウイークエンドはナース・ホームのスタッフをトレーニングしてやらすということで、実施しているようです。

これは一つの解決策であろうとは思いますが、日本の法律ではこの場合に在宅の指導料は算定してはいけないということになりますので、こういう人件費をどこから引っ張ってくるかというのが問題になりますので、現実には薬代、材料費は請求できるのですが、施設としては非常に困りますので、実現はちょっと難しいのかなという感じがいたします(表19)。

これで最後ですが、血液浄化療法というのは、必ずセットで考えないといけない。施設に入れても通院援助をどうするかということがありますし、在宅施設でCAPDをやるにしても、その人件費、スタッフに対する費用をどうするかという、保険請求上の問題がありますので、このへんの解決をしていかないと、有効な手段が取れないかなという感じがいたします(図20)。

ご清聴ありがとうございました。(拍手)

表17 老人保健施設計画概要(案)

1 施設概要

名称：
 開設者：医療法人桃仁会
 計画地：
 用地面積：3,000m²
 建物面積：4,000m² (1床当たり40m²)
 入所定員：100名 (内痴呆20) 通所 20名

2 事業費及び資金計画

(単位：千円)

事業予算		資金計画	
建設費	700,000	国庫・市補助	193,000
用地取得費	350,000	医療事業団借入	740,000
機器・備品	50,000	自己資金	167,000
合計	1,100,000	合計	1,100,000

表18 老人保健施設からの通院患者の保険請求上の問題点

請求不可

⑫ 再診	再診料	
	59×13回	767点
⑬ 指導	外来医学管理料	2,500点
⑭ 在宅		
⑳ 投薬	内服、外用、調剤	1,472点
㉑ 注射	ERO、ノイロトロピン	5,126点

請求合計点

通常の通院透析	44,216点
老健からの通院透析(注射を含む)*	39,477点(-11%)
老健からの通院透析(注射を含まない)	34,351点(-22%)

* 回路よりの注入で㉑ 処置費請求

表 19

TEN YEARS EXPERIENCE WITH CAPD IN A NURSING HOME SETTING
<p>John E. Anderson Division of Renal Medicine, Johns Hopkins Bayview Medical Center, Johns Hopkins University School of Medicine.</p> <p>Most patients were admitted to a single floor where a <u>trained PD nurse</u> evaluated them 5 days per week, performed morning and noontime CAPD exchanges using an exchange device (UVXD, or UV Flash, Baxter Health Care, McGaw Park, IL, U.S.A.), maintained dialysis records, and <u>trained nursing home nursing staff</u> to perform afternoon, evening, and weekend exchanges. All patients had 4, 2-liter exchanges performed daily. Geriatric attending physicians, fellows, residents, and physician extenders provided primary care. Initial nephrology evaluation and 1-to 4-weeks follow-up were provided by a single nephrologist (JEA).</p> <p>→施設入所者自己腹膜灌流薬剤・材料料</p> <p>1 施設入所者自己腹膜灌流薬剤・材料料は、施設入所者が、自己連続携帯式腹膜灌流を行っている場合に、その薬剤及び特定保健医療材料の費用を算定する。</p> <p>2 在宅自己腹膜灌流指導管理料の算定はできない。</p> <p>3 1及び2のほか、健康保険の算定方法の例による。 (平成8. 3. 8 老健71)</p>

座長 ありがとうございます。

3題シンポジストのほうから講演いただきました。予定で休憩になっております。時間が長くなりましたので、5分だけ休憩させていただきます。そうしますと40分から改めてはじめてさせていただきます。もし、いままでのところでご質問などがありましたら、先ほど言いましたように、受付のほうへ質問状を出しておいていただくとありがたいと思います。じゃ、5分間休憩いたします。

(休憩)

座長 それではシンポジウムを続けたいと思います。

「透析患者の社会復帰」ということで、宏人会中央病院の関野先生をお願いいたします。

血液浄化療法が必須である

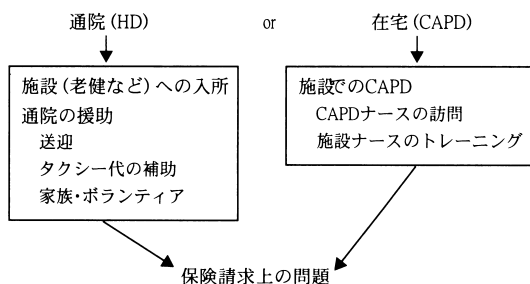


図 20 要介護透析患者の対策

4) 透析患者の社会復帰

宏人会中央病院

関野 宏

ご紹介いただきました宏人会の関野でございます。私が与えられたテーマは「透析患者の社会復帰」ということではございますが、いま小野先生からもお話がありましたように、透析患者の要介護患者と申しますか、そういう方たちの社会復帰をからめた対策というのは、もう何年も皆さまはご苦労なさっているところだと思います。そういうことにつきまして、その副題として「透析医療と福祉の連携、統合を目指して」という、そういうタイトルで、社会復帰そのものよりも、要介護透析患者をどういう施設に展開したらいいかというようなお話を、簡単にしたいと思います。

実は数年前から皆さんが苦労なさっている、患者さんを受容すると申しますか、そういう仕掛けがないものかということで、いろいろ模索しておりましたら、やはり福祉関係の方のアドバイスで、たとえば透析医療をからめた、透析患者というのは透析という医療がからみますので、ただの特別養護老人ホームとか、そういうものに入れただけではなかなか大変だと、通院がからんでしまうということがあって、やっぱり療護施設だろうということになりました。療護施設というのはこれからご説明を、これは私もよくわかってないのですけれども、したいと思っておりますが、要するに身体障害者を、つまり身体障害者手帳を持っている方ということですね、透析患者に限らず、そういう身体障害者を入居させて生活させる、そして介護、医療付きというものです。医療ということで、医療法第1条第2項にある、われわれがやっている病院、診療所に相当するものを開設できるという、し

たがって保健所認可を得ればレセプト請求ができるという、そういう仕掛けだそうです。まだ私は十二分に理解してないのですが、そういうものの建設を目指して、いろいろお願いしてまいりました。

そのためには、社会福祉法人を設立しないといけません。これもなかなか一言で言いましても、土地の提供やら、資産の提供やらという問題がいろいろあって、私はそういう準備がありませんでしたから、大変困っておりましたところ、そういう方面に非常に興味をお持ちの仙台市内の農家の方がいらっしゃいまして、田んぼではありませんが、畑地ですが、それをそういうものに提供しようという、非常に奇特な方がいらっしゃいました。その方の提供を受けて、社会福祉法人の認可をお願いしたわけです。そうしたら2年ぐらいかかりましたか、社会福祉法人の認可はされたのですが、私が最初に期待しておりました、療護施設というのはなかなか例が少ないようで、授産施設と申しまして、いまは就労センターと言って、身体障害者の訓練センターみたいなものですが、そういうものの認可を受けました。

それを3年ほどやりながら、その福祉方面の勉強というか、ノウハウをいろいろ勉強させてもらっておって、まだ決定的ではないのですが、ようやくその実績とか、評価とか、応援を仙台市のほうからいただきまして、療護施設建設よからうというようなお話になっていて、いま本省のほうにお願いしている最中だそうです。うまくいきますと、最初に期待しましたそういう施設ができる。そうすると、小野先生が先ほど

のお話のように苦勞していらしたようなことも、ある程度そういう方法で時間さえかければ解決できるのじゃないかということで、お話ししたいと思います。

これは透析医学会の社会復帰状況です。社会復帰がテーマですので、一応ここからお話しします。概略ですが、要するに55%ぐらいは社会復帰しているでしょう、と。休業、退職、それから休学などを混ぜまして、それと入院中はもちろん社会復帰ではないわけですから、それを足して、全国で16.7%ぐらいですか。不明というの也有りますが。これの分母が5万いくらですが、このぐらいの分母があればあらかたその表現はできているのじゃないかと思ひます。全国的にこんなものだと思うのです(図1)。

これは宮城県の同じようなものです。やはり実際に社会復帰なさっている方は55点何%です。これはちょっと全国統計と意味合いが違ひますが、非社会復帰群というのは、仕事はしたくても仕事をするところがないということではなくて、年金生活をしていて、もう仕事をしなくてもいいやとか、そういう方たちが体調不十分ということではなくて、仕事をしたくない、仕事をする必要がないという方もいっぱいいらっしゃるわけですから。社会復帰という概念でもって、この人たちを考えていいのかということで、これは社会復帰の定義の問題になるので

資料：「わが国の慢性透析療法の現況」日本透析医学会
(1996年12月31日現在)

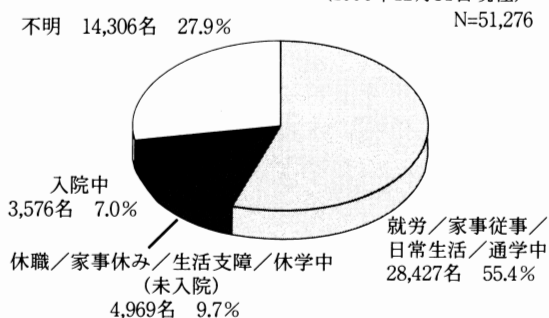


図1 社会復帰状況(透析患者全体)

すが、まず一つ壁があります(図2)。

私としては社会復帰を広義に広げて、たとえばこの間前田貞亮先生にうかがったところが、65歳から75歳はまだヤングオールドだということであって、そんなヤングオールドの方たちが主な対象になると思うのですが、その方たちが社会復帰というよりは、何と申し上げましようかね、社会参加と申しますか、そんなような場がもし得られたら、それは立派な社会復帰にもなるのではないかというようなことを考えまして、先ほど申し上げました授産施設というのは、非常にそれに有効ではないかと思ひております。これはのちほど説明いたします。

これはどうでもいいのですが、透析医学会の統計で、60歳未満の就労年齢と称する方たちの、要するに社会復帰率です。このグラフの就職せずという人の社会復帰しないのが何%という、この意味がちょっとわからないので、あとで山崎先生に説明していただきたいと思ひます(図3)。

これは60歳以上で当然学生さんはおりません。同じような感じで、60歳以上になるとこの赤い休職だとか、仕事をしていないというが増えてまいります。入院率も増えてまいります(図4)。

これは宮城県の場合ですが、入院の全体は、宮城県はだいたい分母は3000人未満ですけれども、10%ぐらいです。だいたいこんな数字で

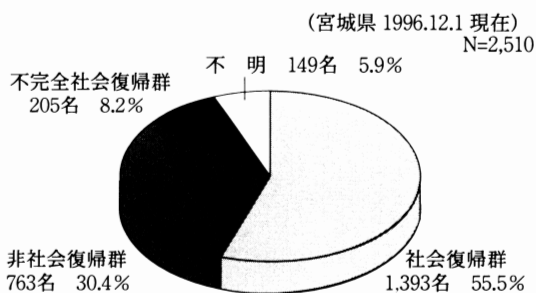


図2 社会復帰状況別患者数

おります (図5)。

その理由ですが、いろいろあります。われわれが非常に問題にしているのは、この社会的入院で、先ほどの小野先生のところでも非常に頭を痛めておりましたが、この問題です。これが23.9%ですが、全国的な数字に合っているかどうかちょっとわからないのですけれども、入院している人間の1/4が社会的入院というのは、

資料：「わが国の慢性透析療法の現況」日本透析医学会 (1996年12月31日 現在) N=20,408

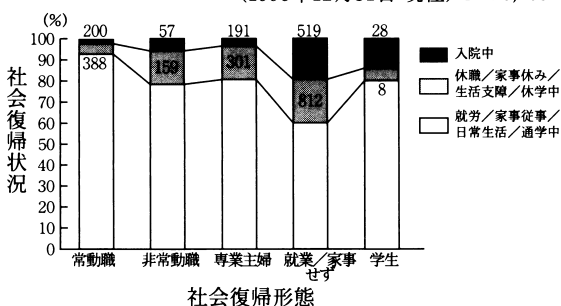


図3 就労年齢(60歳未満)の社会復帰状況

資料：「わが国の慢性透析療法の現況」日本透析医学会 (1996年12月31日 現在) N=16,562

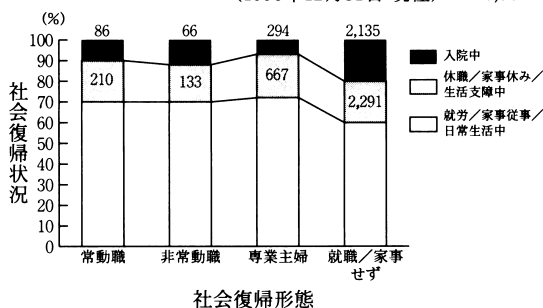


図4 定年退職後(60歳以上)の社会復帰状況

(宮城県 1996年12月31日 現在) N=2,783

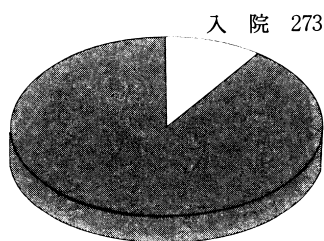


図5 入院・外来別患者数

こんなものでしょうか (図6)。

全国統計では社会的入院は5%です。ずいぶん数字が違うので、このへんの解析も統計委員会のほうからご説明をあとで頂きたいと思えます。ちょっと意味がわかりません。こんなに少ないのかもしれませんが (図7)。

これは宮城県です。要するに通院に介助を要する患者の割合はやっぱり10%です。入院患者と別に通院はしている中で、介助、ヘルプさんらの、家族などの介助が絶対に必要な人というのは、約1割です。この方たちが大変問題になっているわけです (図8)。

社会的入院または在宅生活で問題を生じている事例について具体的に申しますと、たとえばこの79歳の女性はDMですけれども、目が見えない。入院して生活保護を受給中ですが、長期にわたって住まいを引き払わなければならない事態になって、もう帰るところがない。特養

(宮城県 1996年12月31日 現在) N=273

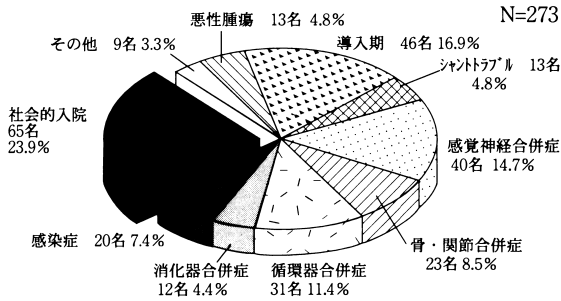


図6 入院理由別患者数

資料：「わが国の慢性透析療法の現況」日本透析医学会 (1996年12月31日 現在) N=16,076

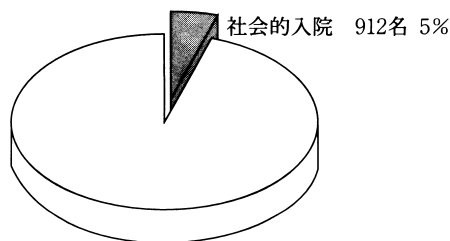
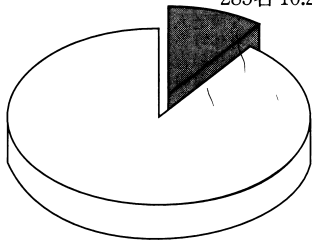


図7 社会的入院の割合 (透析患者全体)

(宮城県 1996年12月31日 現在)
N=2,510
通院に介助を要する患者
285名 10.2%



自力で通院可能な患者
2,225名 89.8%

図8 通院に介助を要する患者の割合

の老人ホームの申請中で、しかも透析患者ですから、特養の老人ホームに入ればいいという問題でもないという、大問題が発生している。

こういう例が、この人のように全盲で云々とか、家族がぜんぜん面倒を見ない、見れない、通院が不可能である、こういう人たちが実際には、社会的入院を余儀なくさせられている方たちなわけです。

そこで皆さまが、実地の先生方が、いままで散々経験され、苦勞されているところだと思っております(表1)。

要するに、社会復帰というのは、先ほどちょっと私が申し上げましたように、社会参加ということも含めて、とにかく受け皿がなければどうしようもない。その地域に、近くにですね。受

け皿と言っても自前でと申しますか、そういう組織を自分で私的につくりますと、小野先生の苦勞されているように、常に赤字の負担になるという、大変な苦勞をなさるだけです。これはやはり行政、福祉の協力、とにかく医療と福祉がいっしょになって、統合と言うと変ですが、融合でしょうか、融合して、そういう受け皿となるべく、いいものをつくらなければいけないという、そういう渦中に常にあるということが言えると思います(図9)。

そこで医療と福祉というのは、私はもともと軽く考えまして、同じようなものだ、医療も福祉の一種だから、一心同体だぐらいのことを考えておったのですが、実際に福祉の世界でやってみますと、まるっきりこれが、当たり前のことなのですけれども、まったく違うものなのです。それで少し勉強をしてみました。

福祉6法というのが基本的にありますが、最近では8法と言われています。橙色のが福祉6法で、こういう年度順にいろんな複雑な対応をするような法律が出来上がってきたのですが、私

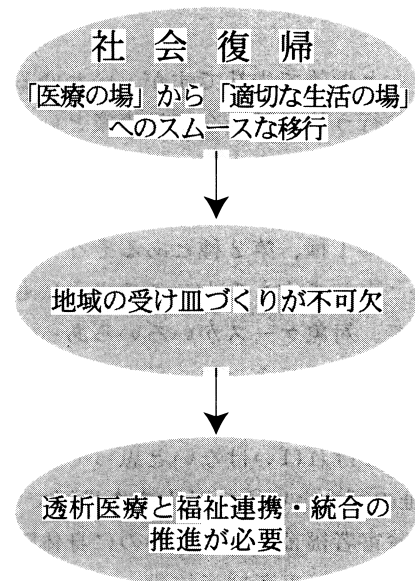


図 9

表1 社会的入院または在宅生活に困難を生じている事例

性別	年齢	透析歴	現疾患	状 況
女性	53	6	DM	夫は死亡、娘2人、息子1人がいるが、家族関係は殆ど破綻している。DMのため視力障害あり。歩行もおぼつかなく、自力での通院は全く不可能である。
女性	49	19	不詳	脳内出血の後遺症あり。歩行困難で車椅子を使用。夫は仕事のため、患者を自宅で介護できない。
男性	53	0	腎硬化症疑い	脳内出血の後遺症で半身麻痺。歩行はおぼつかない。妻と娘が生活のために働いているので、患者を自宅で介護したり通院の介助をすることができない。
女性	79	1	DM	独り暮らしだったが、通院困難となり入院。生活保護を受給中。入院が長期にわたるため、住まいを引き払わざるを得なくなり、退院後に帰る場所がなくなった。特別養護老人ホームの入所を検討中。
男性	50	1	DM	単身で全盲。知人と共同生活をしているが知人は患者の介護に関与しない。通院や日常生活に公的ヘルパーの援助をうけている。ヘルパー側からは、在宅生活は限界ではないかという意見が出ている。

表2 福祉関係8法

制 定	名 称
1946 (昭和21) 年:旧法 1950 (昭和25) 年:新法	生活保護法
1947 (昭和22) 年	児童福祉法
1949 (昭和24) 年	身体障害者福祉法
1951 (昭和26) 年	社会福祉事業法
1960 (昭和35) 年	精神薄弱者福祉法
1963 (昭和38) 年	老人福祉法
1964 (昭和39) 年	母子及び寡婦福祉法
1984 (昭和59) 年	社会福祉・医療事業団法

表3 社会福祉法人とは

社会福祉事業を行うことを目的として社会福祉事業法の定めるところにより設立された特別法人である。

がいま関係しているのは、身体障害者福祉法による療護施設、あるいは授産施設、それから特養が代表するような老人を対象とした施設で、これはいろいろあります(表2)。

こういう社会福祉事業を行うために設立した特別法人を社会福祉法人と言って、いちばん最初に申しあげましたように、いろいろ条件が難しく、かなりの資産の提供も必要とされます(表3)。

ちょっと煩雑で失礼ですが、いわゆる社会福祉法人の行う第1種社会福祉事業というものの中にいろいろありますが、身体障害者のものとか、こういう授産施設だとか、いろんな事業がある。第1種、第2種とあるそうですが、福祉事業と申しますものも、このようにものすごく複雑で、対象ケースがいろいろあって、一目ではとても理解できない。私も実際にこのへん界限しかわからないというのが現実で、さらに勉強をしなければいけないと思っているのですが、福祉の行政というのは大変な世界です(表4)。

身体障害者福祉事業というのに身体障害者厚生施設、身体障害者授産施設、身体障害者療護施設、それから障害者福祉ホームという代表的

表 4

第1種社会福祉事業

- ①生活保護事業 救護施設、更生施設等
- ②児童福祉事業 乳児院、養護施設、精神薄弱児施設等
- ③老人福祉事業 養護老人、特別養護老人、軽費老人ホーム
- ④身体障害者福祉事業 身体障害者更生施設、身体障害者療護施設、身体障害者授産施設、身体障害者福祉ホーム
- ⑤精神薄弱者福祉事業 精神薄弱者更生施設、精神薄弱者授産施設
- ⑥婦人保護事業
- ⑦経済保護事業

第2種社会福祉事業

- ①生活保護事業 生活困難者に衣食、日常必需品を与え、また、生活相談に応じる事業
- ②児童福祉事業 保育所、助産施設、児童更生施設、児童短期入所事業等
- ③母子福祉事業 母子家庭住宅介護事業、母子福祉施設等
- ④老人福祉事業 老人居宅介護事業、老人デイサービス事業、老人短期入所事業、老人福祉センター等
- ⑤身体障害者福祉事業 身体障害者デイサービス事業、身体障害者短期入所事業、身体障害者福祉センター、補装具製作施設等
- ⑥精神薄弱者福祉事業 精神薄弱者居宅介護等事業、精神薄弱者短所入所事業
- ⑦精神障害者社会復帰施設を経営する事業
- ⑧経済保護事業
- ⑨無料定額診療事業
- ⑩無料定額老人保険施設利用事業
- ⑪隣保事業
- ⑫連絡又は助成を行う事業

表5 身体障害者福祉事業

- 身体障害者更生施設
身体障害者を入所させて、その更生に必要な治療又は指導を行い、その更生に必要な訓練を行う施設。
- 身体障害者授産施設
身体障害者で雇用されることの困難な者又は生活に困窮する者等を入所させて、必要な訓練を行い、かつ、職業を与え、自活させる施設。
- 身体障害者療護施設
身体障害者であって常時の介護を必要とする者を入所させて、治療及び養護を行う施設。
- 身体障害者福祉ホーム
低額な料金で、身体上の障害のため家庭において日常生活に支障のある身体障害者に対し、その日常生活に適するような居宅その他の設備を利用させるとともに日常生活に必要な便宜を供与する施設。

なものがあります。

授産施設というのは、入所と通所とありますが、要するに必要な訓練を行い、かつ職業を与え、自活させる。つまり昔で言う職業訓練センターみたいなのなのですが、これはあとでまた具体的にお話しします。実際はかなりの身体障害のきつい方を扱っておりますので、卒業生が年に1人か2人、つまり立派に就職できるように教育ができる方は、実際的には1人か2人というような数です。でも、いろんなことを楽しく訓練するという、いわゆる社会に参加する意識、あるいは気分を持ってもらうためには、非常に適切な施設じゃないかと思います。療護

施設はあとで説明します(表5)。

老人福祉事業というのはちょっと別のもので……(表6)。

これはいま私どものやっております授産施設ですが、敷地面積300㎡ぐらいのものを、お国に寄付しました。さらに別に2000坪ほどの、私に協力してくれた農家の方の畑を持ってあります。そして施設自体はこんなもので、何をやっているかと言いますと、授産科目として農園芸、木工、陶芸、焼き物ですね、それからコンピューターでスライドづくり。実はこのスライドはこの施設でつくったスライドなのです。素人から訓練して、立派なものがつくれるようになったと思います。それを施設長1人、いろいろな事務員1人と、非常に少人数でやっています。なお、この施設は30人が定員です。

なお、工賃というのがあります。たとえば園芸部で花をつくったり、野菜をつくったりして

表6 老人福祉事業

養護老人ホーム	65歳以上の者で、身体上若しくは精神上又は環境上の理由及び経済的理由により居宅において養護を受けることが困難な者を入所させ、養護する施設。
特別養護老人ホーム	65歳以上の者で、身体上又は精神上著しい欠陥があるために常時の介護を必要とし、居宅において介護を受けることが困難な者を入所させ、養護する施設。
軽費老人ホーム	無料又は定額な料金で老人を入所させ、給食その他日常生活に必要な便宜を供与する施設。

表7 身体障害者通所授産施設

敷地面積	約3,000㎡(約900坪)・約2,000㎡(約600坪)
建築面積	施設759㎡(230坪)鉄骨2階建 温室300㎡(約100坪)
定員	30人
入所者要件	身体障害者手帳の交付を受けた者
利用者の処遇	①通所時間：月～金(祝祭日は休)8時30分～17時 ②送迎：マイクロバス(車椅子用リフト付)で送迎 ③給食：昼食提供 ④工賃：支給(若干円)
授産科目	①農園芸部 ②木工部 ③陶芸部 ④コンピューター部
職員	施設長1人、事務員1人、医師1人(1)、指導員4人(1)、調理員2人(1)



図10

いて、これを市場に売ります。木工部で机をつくったり、すのこをつくったり、いろいろな工芸品をつくっていますが、これは身体障害者の方に大工さん出身の方が2人ぐらいいらっしゃって、その人が指導してやってる。それからコンピューターですが、いま申しましたコンピューターのスライドづくりはなかなか付加価値があるのです。こういうものから得たものを、制限はありますが、障害者の方たちに工賃としてある程度支給して、励みにしていただくことができるという仕掛けになっています(表7)。

こういう立派なコンピューター制御付き水耕栽培の温室をつくっていただきました。これはガーベラか何かなのですが、いまはミニトマトをやっているはずですが、農園芸の一部です。このほかに外の畑で小さいビニールハウスで野菜づくりをやっています(図10)。

これは木工部です。非常に大きな、この部屋よりも大きいぐらいの施設なのですが、プロの世界で使うような大きい鋸やら何やらが、いっぱいあって、本当に商売になるような、そんな物がここのでつくられています(図11)。

これは陶芸です。外にちゃんと焼ける窯まで買っていただきました。そこでもって本格的に焼き物をやっている(図12)。

これはコンピューターです。マックがだいたい20台入っています。それでもってみんなを訓



図 11



図 12

練して、頑張ってる(図13)。

この30人の施設の中に、私はもともと透析患者さんのために考えたのですが、福祉事務所はそうはいきませんで、入って来る人選というのは、みんな福祉事務所に決定権があるのですが、むりやり7人ぐらいは透析患者さんを入れていただきました。だいたいこの方たちは仕事をしたくても、仕事がないという方たちですが、何とかこの就労センターでもって、こういういろんな技術を身に付けて、できれば本当の意味での社会復帰をしたいということを期待しながら、いま頑張っている最中です。

これが、授産施設のだいたいの概要です。

療護施設ですが、これはやはり身体障害者福祉法に基づき、身体障害者厚生援護施設の1種であるわけですが、こんなことではわけがわかりませんけれど、常時の介護を必要とする身体障害者を入所させて治療および養護を行う。で

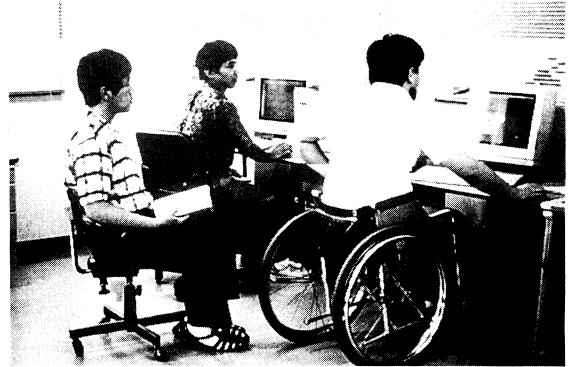


図 13

表 8 身体障害者療護施設とは

- ① 身体障害者福祉法にもとづき設置される身体障害者更生援護施設の一つ。
- ② 身体障害者手帳の交付を受けた身体障害者であって、常時の介護を必要とする者を入所させて、治療及び養護を行う施設。
- ③ 医師・生活指導員・理学療法士・看護婦・寮母が配置され重度身体障害者に対する健康管理、衛生管理、生活指導、医療、介護等が行われる。

すから、これは病院が、診療所でもいいのですが、付属していなければならない。それで施設長以下医師や生活指導員、それから看護婦の数は病院に比べて少ないのですが、看護婦もいなければならない。そういう普通の病院に近いような医療指導、医療介護が行われるところが、いわゆる療護施設です(表8)。

この医務室というのは、つまり診療所をつくれということですが、今回私が計画しているのは、透析室をつくって、透析患者を入所させながら養護ホームみたいな、老人ではないのですが、それと合体したような感じのものができるのじゃないかと、非常に期待しているわけです(表9)。

これはこの間出ただいたいの図面なのです。透析室付きの、リハビリのとか、何のかんのあるのですが、ここに保育室と書いてあります。保育園か保育室と。これは実は事情があって、市から土地をお借りすることになるわけですが、

表9 身体障害者療護施設

入所者要件	身体障害者手帳の交付を受けた者であって、常時の介護を必要とする者
建物設備	事務室、居室、医務室、能回復訓練室、相談室、寮母室、看護室、集会室、食堂、浴室、調理室等
医務室	1. 医務室は、医療法第1条第2項に規定する診療所であること。 2. 医務室は、入所者を診療するため必要な医薬品衛生材料及び医療機械器具を備えるほか、必要に応じて臨床検査設備を設けること。
医療	1. 一般診療所として、医療保険の適用となる。 2. 入院治療を必要とする入所者のために、あらかじめ協力病院を定めておくこと。
職員	(入所定員70名に対し) 施設長1名、医師1名、主任指導員1名、理学療法士1名、看護婦4名、栄養士1名、寮母28名、介助員1名、調理員等4名(1)

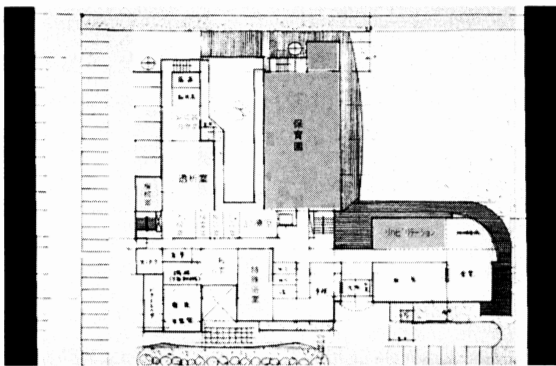


図14 身体障害者療護施設 (1階平面図)

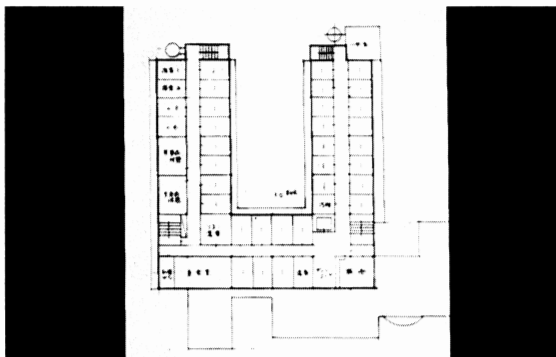


図15 身体障害者療護施設 (2、3階平面図)

その市の土地の管理が実は保育課の管理で福祉課の管理ではなかったのです。それで、福祉課が保育課と共同してくれまして、保育課の方が福祉施設をつくってもいいが、同時に保育所もつくってくれというのが条件でした。よくよく考えてみますと、こういうところに保育所があつていいのかどうかという問題になりますが、むしろこれはプラスではないか、と。だいたい0歳児から5歳児まで預かるそうですけれども、0歳児はともかくとして、施設は分離はしていますが、身体障害者の方の施設の近くに、あるいはその中に、小さな子供のさざめきがあるのもなかなかいいものじゃないかと思直しまして、保育所もぜひお願いしたいということでやっております(図14)。

これは2階、3階とあるのですが、こういう部屋がこの施設は50から70ぐらいになるのじゃないかなと思っております(図15)。

ちょっととりとめなくなりましたが、そういうわけで、一つの広い意味での透析患者さんの社会復帰、あるいは高齢透析患者さんの社会参加というものに対する、アプローチの一法として、ここにお話しいたしました。どうもありがとうございました。(拍手)

座長(山崎) ありがとうございました。

それでは引き続きまして、第5席に入ろうと思います。「患者会から見た社会的問題」ということで、全腎協の副会長の小関さんのほうからお願いいたします。

5) 患者会から見た社会的問題

(社)全国腎臓病協議会副会長

小関 修

創立10周年おめでとうございます。

昨年全国の透析施設にご協力をお願いしまして、透析医会とともに実施しました患者実態調査、これは抽出調査ですが、私どもの会員の約1割、8,281人について行った調査です。

調査対象者の性別の内訳は男が56.4%で、95年末の学会の調べの数字に比べ、やや男性が少なく、女性が多いという結果でした。平均年齢につきましても男で55.7歳、女性で54.2歳ということで、やや若い層になっています。さらに60歳未満が63.4%ということで、学会統計よりも多い。若い層にやや傾いているということが特徴でした。

続いて入院と通院の内訳は、入院が2.8%ということで、学会統計は18.2%ですので、非常に少数でした。通院が96.5%ということで、通院患者に片寄った内容ではありますが、そこを

表1 血液透析患者実態調査の概要

調査対象：全国の患者会加盟の血液透析患者
8,281人

調査日時：1996年10月1日

有効回答：6,905人（回答率83.3%）

回答者の内訳

	人数	割合
男	3,891人	56.4% (59.2%)
女	3,014人	43.6% (40.8%)

平均年齢		
55.7歳±11.6歳	(57.38歳±13.23歳)	
54.2歳±11.6歳	(58.80歳±13.65歳)	

60歳未満	4,375人	63.4% (52.6%)
60歳以上	2,530人	36.6% (47.2%)

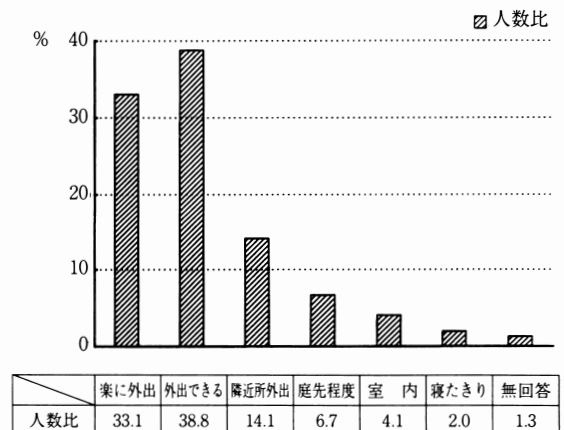
入院	195人	2.8% (18.2%)
通院	6,661人	96.5%

()書きは1995年学会調べ
1996年度血液透析患者実態調査

考慮した上で有益な結果が得られましたので、以下に説明をいたします(表1)。

まず、調査対象となった全患者6,900人あまりのうちの、日常生活動作能力について調べたところ、楽に1人で外出できるというのが33.1%、1人で何とか外出できるというのが38.8%ということで、大部分の患者は高いADLを持っているということが、これでわかりました。いわゆる寝たきりという感覚でとらえられる全面介護という方は、寝たきりの方が2%程度、室内だけに活動がとどまるという方が4%あまりということで、全体としては透析患者の日常生活能力は高いということ、これを前提に次の要介護問題を考えていきたいと思っております(図1)。

まず、60歳以上の高齢者2,530人についての、手助けを必要としている日常生活動作は、先ほど小野先生から全体状況についてご説明いただきましたので、説明は省きますけれども、手根



1996年度血液透析患者実態調査
全国腎臓病協議会・日本透析医会調べ

図1 日常生活動作能力(全患者6,905人)

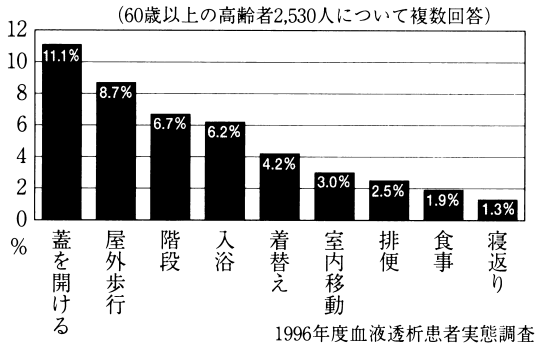


図2 手助けを必要としている日常動作

管の関係で手先の問題が1割を超えています。次にいわゆる高齢者の要介護問題として言われている、排便、食事、寝返り、このへんはだいたい1%から2%程度ということで、先ほどの高いADLを、要介護問題についても反映した内容となっています。特徴的なのは、やはり歩行です。体を移動させる屋外歩行、階段というところが、高い要介護率でした(図2)。

そのうち通院患者について介護問題を見たわけです。通院介護を受けている人の割合、これは全通院患者6,000人あまりについてですが、10歳刻みの年齢別で調べたところ、やはり60歳代、70歳代が17%、27%、80歳代ですと48%、約半数の方が通院介護を受けています。この中には「常時介護を受けている」と、「時々、しばしば」が入るのですが、こういう高齢者が圧倒的に介護を受けているということがわかりました。

ただ、問題なのはいわゆる国の高齢者施策に含まれない、50歳代が10.3%いるということで、全年齢での平均は12.5%でしたが、50歳代でもすでに1割を超える方が、通院介護を受けているという点が透析患者の要介護問題の一つの際立つ特徴かと思えます。20歳未満は非常に少数の、10人前後の事例ですので、参考数字ということで、お考えいただければと思います(図3)。

その通院の付添人について調べましたところ、これは先ほどの通院介護を受けている12%は

どの通院患者、800人あまりについてのデータですが、やはりこれも先ほど小野先生からご報告がありましたように、7割近い方が配偶者で、35%が他の同居家族ということです。あと、私どもが本命と思っています公的なシステム、公的ヘルパーによる介助を受けているという方が、現実には1%です。ですから8人ちょっとということでしょうか。それから、意外にと言うか、実際に役に立っているところでは、やはり透析施設による送迎です。ここでは2%で、非常に少ないのですが、要介護通院患者にとっては非常に有効ですが、実際にはいまのところは2%程度にとどまっているという状況でした(図4)。

続いて、通院手段としては、1位が自家用車での送迎、あるいは「自分で車を運転して」ということが多いのですが、2位がバスや電車で、3番目がタクシーということでした。この中で

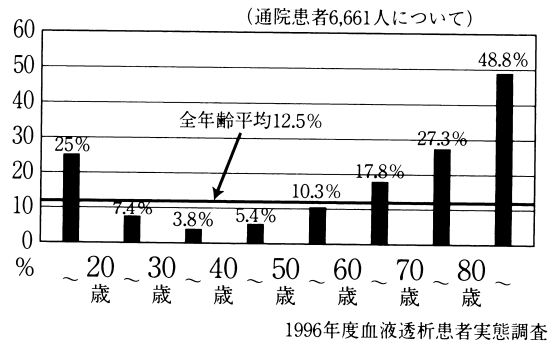


図3 通院介護を受けている人の割合

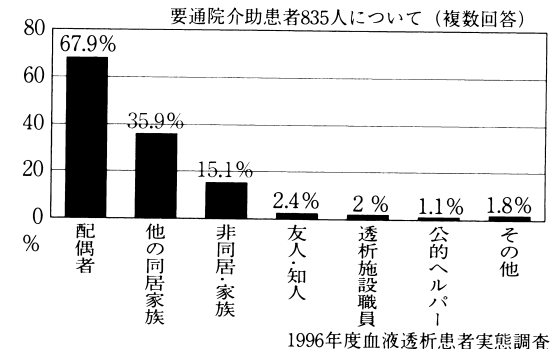


図4 通院の付き添い人

直接費用負担が大きいのはタクシーと電車、バスで、それぞれ500人、1,200人ほどですが、この方々の1か月の通院費用について調べました。なお、これは全通院患者についてですから、要介護患者だけではありません。

やはりタクシー通院というのは、非常に額が高く、1か月に通院費用2万円というのが半数近くあって、非常に高い。2番目が1万円から2万円というところで、タクシー通院の場合に非常に費用がかかることが、問題になるということがはっきりしています。

それと比較して電車、バスについては、ゼロ円というのも多いのですが、このへんは市町村の通院交通費の助成制度などもあるかもしれませんし、若干の誤った回答もあるかもしれません。1万円未満というところに最大の峰があって、以下5,000円未満、3,000円未満と続きます。この程度の金額ならば障害基礎年金の6万5,000円程度の金額に比べ、何とかぎりぎりやれる金額かなと思います。電車、バスに比べて、タクシー料金の費用負担が大きいということが、鮮明になっていると思います(図5)。

続きまして、先ほどは全国実態調査による通院患者にいわば重点を置いた調査結果でしたが、たまたま私どもは一昨年、1995年12月に要介護

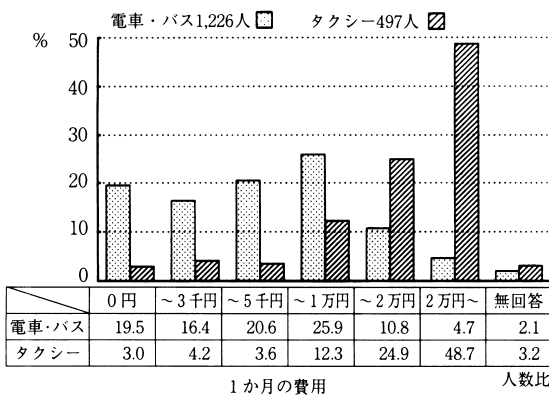
者問題で全国の施設の方々をお願いして実態調査を行いました。学会加盟2,500あまりの施設のうち、2,000施設ほどから回答をいただきまして、大変感謝しております。その中で施設としては病院が60%、有床診療所が18%あまり、無床診療所が19%あまりの比率でご回答いただきました。

その中で調査対象になった維持透析患者数、これは導入後1か月以上透析をしているという方に絞って、この方々を維持透析患者数としまして11万5,000人あまり。全透析患者数ですと15万4,000人ですから、1か月以上透析している方と言いますと11万5,000人というのは、8割程度の数字になっているかなと思うのですが、その中で入院患者数が1万2,000人あまり、10.9%です。学会統計ですと18.2%でしたが、とにかく1割の方が入院していました。その入院患者数のうち65歳以上の方は7,000人あまりで、57%あまりが65歳以上の高齢者ということですから。また通院患者数は10万2,000人あまりで9割弱、そのうち65歳以上の方が3万人あまりで、29.5%という結果でした(表2)。

この中で入院について考えてみます。3か月以上の長期入院患者の割合というのは、約1万2,000人の入院患者数中51%で、半数以上が3か月以上の長期入院患者ということでした(図6)。

その3か月以上の長期入院患者6,000人あまりのうちに、病院でも介護を受けている方の59%が介護を受けているという結果でした(図7)。

また入院患者全体に戻って、入院患者全体のうちに治療目的以外の、いわゆる社会的入院とされている方が、18.6%ということでした。こういうところから見られるように、入院患者の中ではやはり長期入院患者が非常に多いということと、治療目的以外の社会的入院が2割近くいるということでした。さらに長期入院患者と言っても、必ずしもすべてが社会的入院じゃな



1996年度血液透析患者実態調査

図5 通院費用(電車・バスとタクシーの比較)

ということがわかるかと思えます。治療目的のだけでも、3か月以上入院せざるを得ないというのも事実です(図8)。

次に通院介護の方策について述べます。最初の全国実態調査で通院患者の状況は、12.5%ほどの要介護患者が通院患者に在るということでした。私どもは通院問題の解決として、ホームヘルパーを中心とした公的な介助制度、それから通院費用の軽減として、いわゆる福祉タクシー制度や通院交通費の補助などを主張しています。経済的負担を軽減することで、通院できる患者がとて多くなると思っています。

表2 要介護透析患者実態調査の概要

調査対象：全国の日本透析医学会加盟の透析施設 2,522 施設
 調査日時：1995年12月1日
 有効回答：2,014施設 (回答率79.8%)
 回答施設の内訳

	施設数	割合
病院	1,257 施設	62.4%
有床診療所	371 施設	18.4%
無床診療所	386 施設	19.2%

調査対象となった維持透析患者数		
115,197 人 (全透析患者 154,413 人)		
入院患者数	12,607 人	10.9% (18.2%)
内65歳以上	7,232 人	57.4%
通院患者数	102,578 人	89.0%
内65歳以上	30,297 人	29.5%

※入院患者数と通院患者数の和は全維持透析患者数にならない。
 () 内は 1996 年末の日本透析医学会調べ。

1995年要介護透析患者実態調査
 全国腎臓病患者連絡協議会調べ

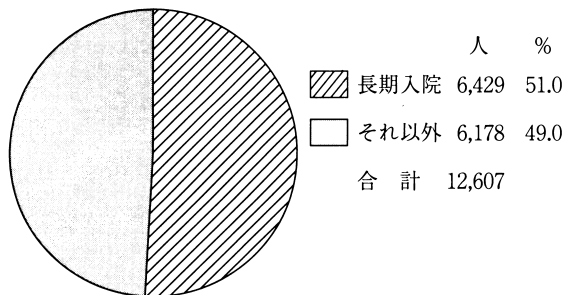


図6 3か月以上の長期入院患者の割合(入院患者12,607人)

1995年要介護透析患者実態調査
 全国腎臓病患者連絡協議会調べ

ですから、そのへんのところをぜひ社会施策として国や地方自治体をお願いしたいところで。しかし、それだけでも必ずしも十分ではなく、全腎協、患者会の方針として、患者会でできる通院介護事業に取り組みうということ、数年前に提起しました。その最初の試みが北九州市腎友会で、1996年の9月に発足し、10月からはじまりました。この通院介護の支援事業の協力者にはボランティアも、透析患者自身も、移植者もいます。あるいは透析患者の家族もいます。一応ボランティア登録では24人がいて、北九州市内に住むこれらの方が、それぞれの施設別に登録している患者、合計39人の方に利用していただきました。昨年10月から今年8月までのデータが手に入りましたので、ご報告します。24人のボランティアで39人の方の送迎を

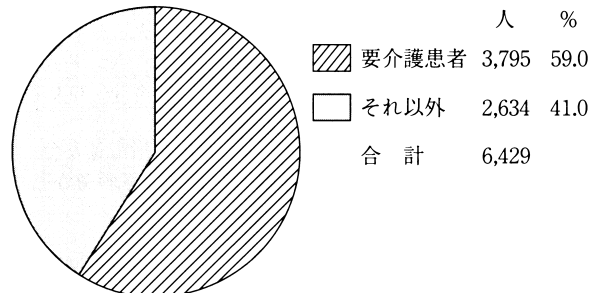


図7 長期入院患者中の要介護患者の割合
 (3か月以上の長期入院患者6,429人)

1995年要介護透析患者実態調査
 全国腎臓病患者連絡協議会調べ

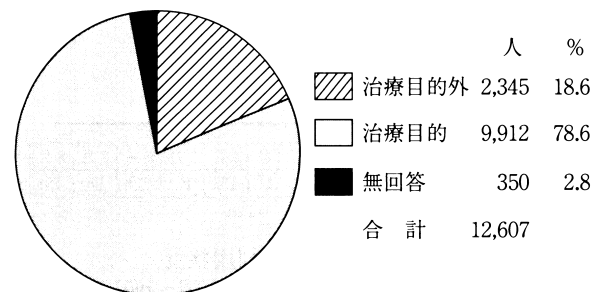


図8 治療目的以外の入院患者数の割合(入院患者12,607人)

1995年要介護透析患者実態調査
 全国腎臓病患者連絡協議会調べ

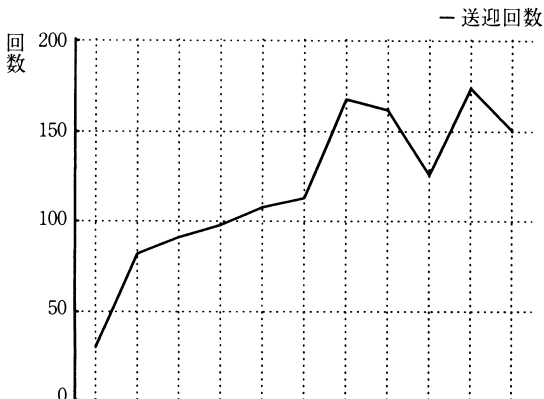
行っています(表3)。

その実績は昨年10月から統計を取って、10月が約30回、それからどんどん急増して、一時落ち込みなどありましたけれども、今年の7月には1か月174回、8月でも151回と、こういうようにたった1年足らずの間に、数倍に利用状況が広がっています。しかもこれは北九州市内にある約15ほどの施設の方が少しずつ利用しているということですが、回数的には非常に伸びていることがわかります(図9)。

表3 通院介護の利用状況
利用期間：1996年10月～1997年8月

施設別利用者			
済生会八幡総合病院	7人	阿部クリニック	1人
小倉第一病院	4	八幡クリニック	2
門司クリニック	3	船場クリニック	3
王子病院	4	産業医大病院	1
記念病院	1	今村クリニック	3
大手町病院	2	かわいクリニック	1
八幡製鉄所病院	4	難病連	3
			合計 39人

※ボランティア(患者・家族)24人
北九州市腎友会
通院介護センター「さわやか」



	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月
送迎回数	30	82	91	98	108	113	168	162	126	174	151

※ボランティア(患者・家族)24人

図9 通院介護の利用状況
利用期間：1996年10月～1997年8月

北九州市腎友会
通院介護センター「さわやか」

その状況を写真に撮りましたけれども、こういうふうには患者のお宅にボランティアの方が行きます。この場合は腎臓を移植した方かと思えます。この方は透析患者の家族だったかと思えます。患者のお宅の玄関まで行って、こういうふうには家族が介助しながら降りて来まして……(図10)。

いまのところボランティアの方のお持ちの車で、最近では自動車会社から、メーカーから寄付もいただきましたけれども、こういうふうには介助して、病院に連れて行っています(図11)。

帰日も、病院で透析を終わった方が、こういうふうに乗せていただいて、先ほどと同じですが、患者のお宅まで、玄関口まで送って行く。こういうような支援事業を行っています(図12)。

最後に、透析患者のQOL維持のための方策を、以上の調査結果などから提言したいと思えます。一つにはやっぱり通院介護ですね。これは先ほど言いましたように、交通手段、介助者、費用、このへんのところを援助できるならば、相当に通院が可能だと思えます。最初に挙げましたように、本当に自宅の室内程度にしかADLの限られた患者というのは5、6%ですから、これから患者数がどんどんどんどん増えて行っても、決してこの数字は2割、3割に上がるとは思えないのです。やはりほんのちょっとした介護の援助があれば、いわゆる社会的入院にいたらず、でき



図10

るだけ通院を続けることができるわけです。そのために行政機関などの援助体系、その施策を必要としていますし、また私たち患者会もできる範囲で、通院介護支援事業を全国で起こしていくよう、いま運動を続けています。けれども、それは100%の全国の地域でつくることはできません。やっぱり自治体や、それから透析施設でやる介護支援事業があれば、患者会の活動に援助いただくことで、いっそう介護支援事業をスムーズに行えるという意味でも、ご協力が不可欠だと思います。

それともう一つは、たとえどんなに通院介護支援事業が全国の幅広い地域で行われるにしても、やはり先ほどから先生方のご報告にもありましたように、どうしても入院、あるいは生活施設というものに入所することが必要な方は必ずいらっしゃいます。そのために現在せっかく

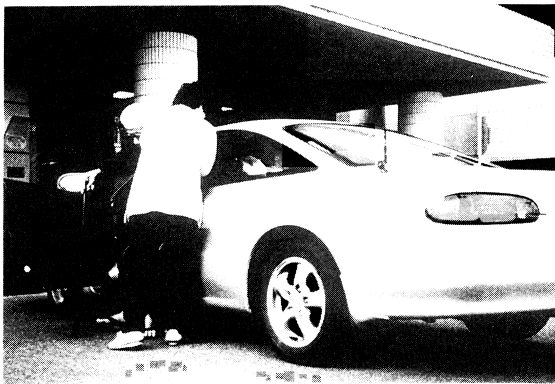


図 11



図 12

福祉施設や老人保健施設、そういうものがありますので、それらにぜひ透析患者が入居できるような施策の改善をお願いしたいと思います。

特に福祉施設の場合、老人福祉施設と障害者福祉施設ということで、高齢者が介護を受けているということは、先ほどの結果でも非常に多数で明らかなのですが、いわゆる50歳代の老人福祉の施策にかからない方たちの介護問題というのは、これからもどんどん増えていくことと思います。そういう方たちに対する障害者福祉施設としては、一つには先ほど関野先生のおっしゃられた身体障害者療護施設も非常に重要な施策ですし、あるいは公的なものがどうしても得られない場合に、病院のご努力などで行われる生活施設、病院に付属した、透析施設と連携した生活施設の設置などがやはり、非常に有力な施策になると思われます。

もう一つ最後に強調しておきたいのですが、先ほどの入院患者の実態分析の報告でもありましたように、必ずしも社会的入院だけが長期入院の原因ではありません。やはり透析患者のなかなか合併症が治りにくいという特性から、どうしても治療目的で、かつ長期入院、かつ介護が必要という方は現実に必ず一定数はあると思います。そういう意味で、ただただ長期入院は社会的入院でこれは無駄なものだとか、本来いってはいけない患者だというふうな見方をしないで、ぜひこの長期入院を保障する、長期入院に対応する施策も今後整備していただくよう、お願いしたいと思います。

以上で報告を終わります。(拍手)

座長(平澤) ありがとうございます。

それでは最後のシンポジストになりますが、われわれの日本透析医会が社団法人になりますに際しまして、管轄いただいておりますのが保健医療局エイズ疾病対策課になっております。その課長の中谷さんをお願いしようと思いま

す。疾病対策課は昭和 40 年代のはじめから腎不全対策に関しまして、ずいぶんと力を入れてこられたところであります。

では先生に「転換期の社会保障と慢性疾患対策」ということで、よろしく願いいたします。

6) 転換期の社会保障と慢性疾患対策

厚生省保健医療局エイズ疾病対策課長

中谷 比呂樹

ただいまご紹介にあずかりました、厚生省のエイズ・疾病対策課長の中谷でございます。今日お時間をいただきまして、20分ほどお話しさせていただきますけれども、肩のこった話ではできませんので、非常に率直なことを申し上げまして、役目を果たしたいと思っております。

まず最初に10周年、まことにおめでとうございます。透析医療の普及を通しまして、国民の医療向上に大きな貢献をされてこられました先生方に、本当にそのご苦勞に敬意を表したいと思えます。また平澤会長の下、ますます会が発展されますよう、ご祈念を申し上げます。

そこで今日私ができますことは、二つございます。透析医療を取り巻く医療環境、あるいは社会保障の環境という、マクロのお話をするというのが第1でございます。それから第2にできることがあります、これはあとで申し上げます。

さて、いまわれわれ厚生省が大変困っているということは、急速な少子、高齢化の進展や、それからさまざまな制度の前提として、右肩上がりで経済が向上していくというこういう前提があったわけですが、それが望めないというのが現在の国民経済の現実であるということでございます。そうしましたときに、21世紀の社会保障の制度をどのように維持していくのか、また質的な向上を図っていくのか、これが大変われわれの大きな課題であります。

一方、そのためには何らかの形の改革が必要であるわけですが、中長期的には必ず国民の総体としてのメリットが出るように、私たちは一生懸命考えていますけれども、どうして

も短期的には、個人のご負担が多くなるという場面も否定できません。

戦後国民全体としてのメリットということを意識的に避けて、個人のメリットということを最重要視した。このような体質が身に付いておられるわれわれにとってみれば、なかなかこういうご負担をお願いしていくというのは、難しいところでございます。そこで私たちはよりいっそう情報公開をして、選択肢を示しながら、ご理解を求めていかざるを得ないというふうに思っております。

一口に社会保障と言いましても、大きく分けて医療と、福祉と、年金というものがあるわけでありまして、幾つか問題点を言うのであれば、一口に医療と言いましても、現在の医療と言いますのは、急性疾患を中心とした体系でありますので、慢性病が多くなっただけの医療ニーズに十分、かつ効率的に対応できていないというのが問題であります。これにつきましてはたぶん慢性疾患である腎不全の患者さんを扱っておられる先生方は、大変問題意識が強い分野だというふうに思います。

また福祉について申し上げますと、国民の多くが何らかの障害を持って、地域で生きていくという、このような事態を前にして、救貧的など言いますか、貧しい人に篤志家の方が手を差し伸べるという、このような福祉の考え方では、なかなかうまくいかなかったのではないかと思います。先ほどのご報告でもありましたように、いまは民間の篤志家の方が私財を全部国なり、公共に差し上げて、そして公費でいろんな措置費をもらうという、このようないわゆる民

設、公営というような形の福祉の姿であります。果してこれがいいのかどうか。福祉のボリュームを拡大する上で、やはり考えざるを得ないと思っております。

また年金について申せば、支える世代と、支えられる世代の比率というのが、非常に均衡してまいりまして、年金受給者のほうが平均をすれば、勤労世代よりもリッチであるという、このような状況になってきました。こういうことで世代間の緊張が高まらないかどうかという、こういう問題がございます。

このようなさまざまな問題がありますので、前置きが少し長くなりましたけれど、きょうは第一に超高齢、少子社会、少産・多死への移行、その意味するものということで、私たちの問題意識を申し上げます。それから、その対応としていま考えております社会保障の改革の方向性ということをお話をいたします。そして最後に慢性疾患の今後の方向について、腎不全対策を中心に若干述べてみたいと思っております。

時間の関係で意を尽くせないところは、後ほどの総合討論のところでお聞きいただければと思っております。

まず、超高齢、少産・多死への移行でございますけれども、これについてはもう皆さまご承知のとおり、日本の人口というのは、2007年に1億3,000万程度で、これをピークに下がってまいります。2050年、これが高齢化のピークで、高齢比率32.3%、人口で言えば1億人ぐらいでございます。その後も人口は低下していきまして、2100年の予想人口は約6,000万人でございます。このときはタイ、フィリピン、韓国、こういう国よりも人口規模が小さくなる予定でございます。それが2100年には6,000万人、2200年を計算しますと1,800万人、いまの東京都プラス埼玉県の人口になります。さらに延ばしまして2300年、これをコンピューターで計算しますと、だいたい50人から100人。日本の人口は

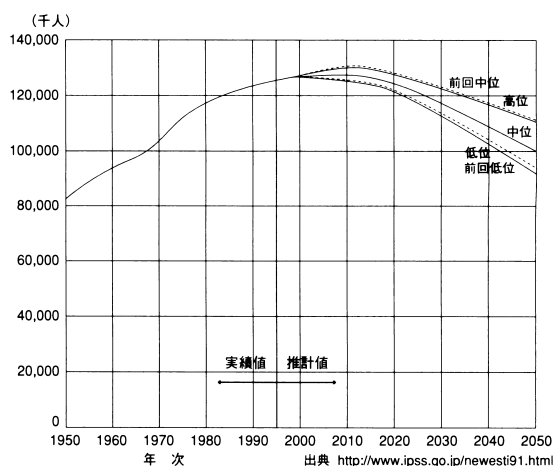


図1 総人口の推移：高位・中位・低位

50人というので、だいたいいまのトキの生存数と同じでございますから、日本人はアジアのトキとして保護されるというのが、だいたい2300年の姿であります（図1）。

果してこうなったときに、どういう影響があるのだろうかということ、幾つか申し上げますと、高齢者の方が増えておりますから、死亡者の数もいまどんどん増えております。現在死亡される方は年間だいたい90万人でありますけれども、2010年にはだいたい130万人、このくらいに死亡者が非常に増えていくというのが現実でございます。こういう死亡者の方をどこでどう面倒を見るのか。またその費用をどうするのかというのが大変な課題でございます。

それから2020年になりますと、75歳以上のいわゆる後期高齢者の数が、15歳以下の年少人口を上回ります。このような状況なのであります。こうしますと、生活習慣病と言いますか、高齢化に伴う病気が増えてまいります。そして、この高齢化によりましてさまざまな病気を持った方が増え、また介護の質も量も多くなってまいります（図2）。

かつて大正時代の姿を見てもみますと、だいたい55歳で男は退職をして、それから平均寿命は60歳。5年ぐらいで死んでしまったというのが、

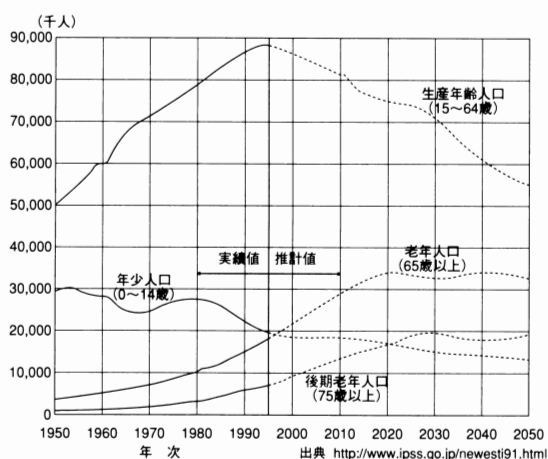


図2 年齢3区分別人口の推移：中位推計の結果

いまは60歳か65歳で退職をし、そして男性であれば77、8歳まで生き、女性はさらに生きていくということで、昔であればまさに子供が親の面倒を見る時代というのは5、6年だったわけですが、それが現在は20年ぐらいになっています。しかも、昔は子供が多かったですから、ご両親の面倒を見る子供さんの数も多かったです。いまは夫婦で自分たちの両親を見ていく。その期間が非常に長くかかる。これが介護問題の背景の第1でございます。

それから、介護問題の第2の深刻さと言いますのは、昔介護と言うと温泉に連れて行ってあげるねとか、あるいはお金をあげるねというような形で、非常にポジティブな感じの介護問題でありました。それがいまは年金が非常に良くなってまいりましたから、お金の問題ではなくて、むしろ介護の肉体的なサービスを子供が提供しなければならない。こういうことが非常に大きな負担感になっていると思います。

そこでいま、本格的な高齢、少子化に向かって、どういうふうに社会保障を再構築していったらいいのかというのが、われわれの課題なのでございます。

そこでいまわれわれは、どんなことをしようとしているかというのと、一つは、皆さま方ご承

知の介護保険の制定でございます。この介護保険につきましてはたぶん皆さま方は大変ご関心の深い分野なので、若干中味に触れさせていただきます。基本はいまのさまざまな介護サービスを統合しよう、そして財源の面では、いままで全額公費でやっていたものを、保険料という形で、半分保険料を組み込もうというような考え方で、少し財源のパイを増やそう。それからあといままでの考え方ですと、いわゆる福祉の世界でありますから、措置費と言って、お役所がこの人は介護が必要だ、そして介護が必要だと考えたならば、Aという特別養護老人ホームに入りなさいという、このようなまったく最後に残された硬直主義というような姿でやっておったわけです。それをもう少し、いまの医療と同じように、患者さんの、あるいはクライアントの希望にのっとったサービスができるようにしようじゃないか、そしていまの医療と同じように、それについてはちゃんと保険でファンディングを保障していこうじゃないかという、こういう考え方でございます。

これに対しての問題点というのは、そういう要介護というのは、純科学的に割り切れないところが沢山あります。その部分をどこまで面倒を見るのか。誰がそういう介護の総量の判定をするのか。また介護サービスが日本の全国各地どこでもできるのかという、このようなさまざまな問題点があります。

しかし、思い起こしてみれば、昭和34年ぐらいの状況を見てみれば、そのときは国民皆保険をやるかどうか、大変分かれておりました。しかし国民皆保険ができたからこそ、いまだこの町々でも、あるいは地方の市町村でも、国民健康保険の直診病院があったり、あるいは開業の先生がおられたり、そういうことで医療が確保されるようになっております。そのときを思い起こせば、やはり大きく踏み込んで、いま介護保険をつくらなければならないじゃないかとい

うのが、厚生省の考え方でございます。

それで、介護保険ができるとなれば、やはり医療と介護というのは、密接に関係した部分がございます。その仕切りをどうしていくのかということが、医療保険改革の大きな要因になっています。ですから、平成12年に介護保険の導入を考えておりますけれども、それに合わせて、医療保険の改革もなされなければならないという動きでございます。

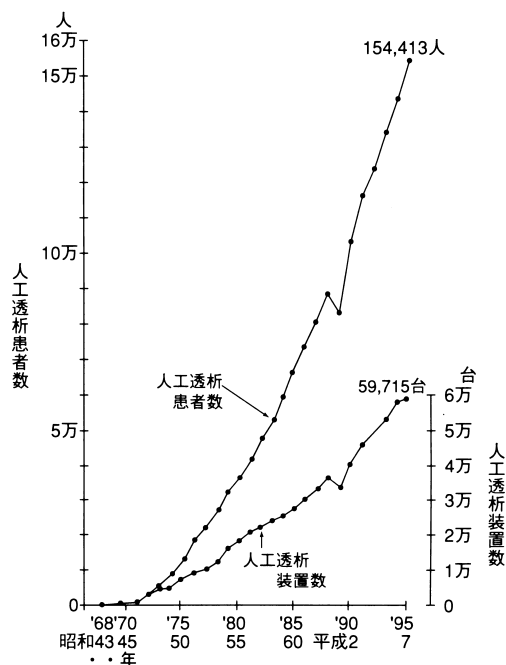
そうして見た場合、果してこのような一般的な制度に上乘せをして、特に行政的な手厚い措置を行っているもの、たとえばいまは腎透析の方の場合には、自己負担が毎月1万円が限度でございますが、こういうことをどうするのかという検討がなされるのではないかというふうに思います。ただしこのとき私たちの視点というのは、いままでの疾患対策というのは急性疾患対策でしたから、慢性疾患のように長期にわたって療養される、あるいは医療を受けられる方の対策というのは、また違った面から見られなければならないというふうに思っております。このときにはやはり政策的な意味合い、あるいは科学的な配慮、あるいはさらに社会的な公正論、なぜ腎透析の患者の方々がこのように手厚い保護措置がなされなければならないかという、このような社会的な公正論というものも含めて、さまざまな論議があって、対策が決められていくものというふうに思っております。

そして最後に、慢性疾患の今後の方向ということで少し申し上げますと、いままでの疾患対策と言いますと、医療供給サイドへの対策としては医療の確保ですとか、研究の推進ということを考えておりましたし、患者サイドの方々へは医療費の公的扶助による負担感の軽減というものが、オーソドックスな対応だったわけでありまして。しかし慢性疾患、あるいは生活習慣病の時代を迎えて、われわれはもう少し予防とい

うことを考えなければいけないのじゃないかと思っております。

腎透析のことを申し上げますと、患者さんの数は16万人でございますし、それから毎年新規で2万5,000人ぐらいの増加があるというふうに承知しております。また医療費について見れば、入院で900万、通院で500万、移植をしても初年度は600万、次年度以降は200万、こういうような医療費の観点からも、きわめて重要な疾患であると思っております（図3、4）。

現在だいたい9,000億円ぐらいの医療費が腎透析分野に投じられていると思っておりますけれども、これは全体の医療費で言えば4%、それからほかの疾患で言えばだいたい癌とか、脳血管障害、こういうような主ないわゆる成人病の半分ぐらいの感じの医療費だと思います。こういうような医療費の伸びを抑制していけるような予防的な対策、これが実は必要なんじゃないかと思っております。



注 平成元年は、調査の回収率が悪かったため前年の数を下回ったものと思われる。
資料：日本透析療法学会調べ
出典：1997年国民衛生の動向

図3 人工透析患者数及び透析装置数の推移

表1 腎臓移植実施件数

	腎不全による 透析患者 (各年末)	腎移植件数	
		(年間)	うち死体腎 移植(年間)
昭和59年('84)以前	—	3,581	888
60 ('85)	66,310	560	143
61 ('86)	73,537	644	174
62 ('87)	80,553	712	163
63 ('88)	88,534	732	198
平成元年('89)	83,221	808	261
2 ('90)	103,296	771	220
3 ('91)	116,303	697	234
4 ('92)	123,926	609	207
5 ('93)	134,298	520	197
6 ('94)	143,709	550	184
7 ('95)	154,413	563	159

資料：日本透析医学会

出典：1997年国民衛生の動向

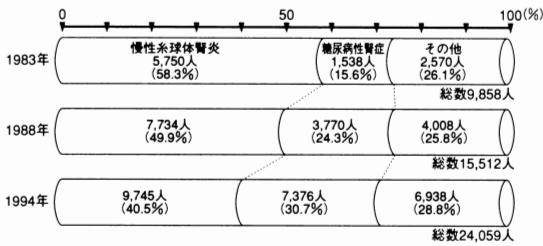
資料：日本透析医学会 統計調査委員会より
出典：1997年生活習慣病のしおり

図4 新規透析導入患者の原疾患(1983~1994年)

先ほど来糖尿病により腎症の問題が、各先生からご指摘がありましたけれども、やはり生活習慣病対策と連携をして、腎疾患対策が必要なのではないかというふうに思っています。また根本的な解決策として、ぜひ腎移植の推進というものはかかっていきたいと思っております。臓器移植法が成立しておりますので、その円滑な定着と、その推進を図っていきたく思っています(表1)。

それからもう一つの視点は、これはなかなか難しいことなのですが、先ほど福祉のことを大変制度が難しい、複雑だというお話がございました。私も前職が広島県の福祉保健部長をしておりまして、福祉の制度の複雑怪奇さというのは、散々身に沁みたく思っています。ですから、何かそういうシンプルさと言いますか、単純明快さということを求めなければなりませんし、またこれは保険の点数におきまして、現在保険の点数表が電話帳化しているというご指摘がされて長いわけがございます。もっと簡単明瞭、かつ透明性の高い制度ということが必要であろうと思っております。

以上腎透析を取り巻く状況と、それを踏まえて、今後行政として取り組んでいかなければならないということについて、短時間に申し上げましたけれども、今後透析医療を考える際に、

何らかの参考にしていただけたら幸いです。

それで、冒頭二つできることがあると申し上げました。一つはいままでお話を縷々申し上げたこととございます。もう一つは、早くこれを終わって、ちゃんと時間どおりに会が終わるよう、協力を申し上げることです。(笑い)

ありがとうございました。(拍手)

座長 恐れ入りました。ありがとうございました。

それでは5分ほど、申し訳ありませんけれども、お休みをいただきまして、ちょっと準備をさせていただいて、総合討論に入りたいと思います。本当は総合討論はきょうは1時間を予定しておりましたが、30分ぐらいのつもりで、4時20分には必ず終わらせていただきますので、5分間の休憩の上、4時20分までの討論にご参加ください。よろしくお願いたします。

総合討論

座長（平澤） スピーカーの先生方、ちょっと前のほうにおいでいただけますか。

時間が予定したよりも少ししかないようになってしまいましたものですから、エッセンスをよくまとめて先生方にお話し願えればと思います。

まず、これからの透析医療が現場でもっと質的な向上を旨として、急性合併症あるいは慢性合併症と言ってもいいと思いますが、できるだけこれを予防していくということが、重要なことだと思うのです。そういう意味で質的な向上を図っていくための条件ということで、ずーっと先はちょっとわからないにしても、当面要求されていることはどんなことだろうかというようなことに、少し観点を絞って、先生方にもう一度ちょっとお話しただければと思うのです。

鈴木先生いかがでしょうか。

鈴木 一言で申しますと、私たち医療者側がどうのこうのできる部分と、できない部分と、はっきり出ているのですね。統計的にはっきり出てきているのは、まず男と女に生存に差があるのは、これは男、女にわれわれは手を付けることはできませんし、それから疾患が糖尿病であるか、糖尿病でないかというのも、これもわれわれは手を付けることはできない問題なのです。

ですから、われわれができることで何かと言って、はっきりとわかってくることは、一つは透析のやり方で歴然と差が出てくるのは、いわゆる高機能膜を使ったときに、危険率が0.6ぐらいに下がるということで、これははっきりとしているわけです。あと、いろんな統計から出てくることは、栄養状態を良くしておくことであろうと思います。そういうことになれば、

血液のアルブミン濃度が下がらないような状態、それと、いま方法としては残されていますけれども、貧血状態を非常に良くしておくとかというようなことぐらいしか、ちょっと残された方法はないのではないかと。

あと透析の量、Kt/V という一つの指標がありますけれども、Kt/V なら Kt/V で必要とされる量を、最低1.2、あるいは1.5ぐらいの量を確保するような透析の量をやって、維持するということが、私らのできることではないかと思えます。

もう一つ申し上げておきたいのは、いちばん最後のスライドでお示ししたのですが、透析医療と言っても、いわゆる透析医による医療でなくて、包括的な医療なのですね。眼科が入ってきて、循環器が入ってきて、整形外科が入ってきて、外科が入ってという形で。ですからそういう医療体制で、サテライトではもちろんやる部分は決まっているわけですが、サテライトでやる域を越えた時点では、センター病院なり、高機能病院で、それなりのスタッフを擁しているところで、それなりの対応を、機を失わずにやるということが、やっぱり延命にいちばんつながるのじゃないかということです。

座長 ありがとうございます。

秋葉先生、何か付け加えることはございませんでしょうか。

秋葉 多くの処方できる透析項目に関して、こういう値にしたら患者さんが死ななくてすむ、結局長生きに通じるということを、きょうお話しさせていただいたわけです。ただ、ここで考えなくてはいけないのは、やはりその処方ということ。たとえば、透析時間を延ばしていけば、ある程度までは患者さんは耐えてくださる

かもしれないけれども、あまり長くなれば、特に働いている患者さんでは、夜間透析という形ができなくなりますから、社会復帰に影響してくる。それから、透析施設に取っても、2交替、3交替ができなくなりますから、厳しくなるということで、制約があります。

その制約と、患者さんが望んでいるもの、要するにより健康でいたい、より長生きしたいというものの、やはりどっかでバランスを取る必要が出てくる。そのバランスをどこで取るか。それを決めるのは患者さんの主治医になっている先生方の、全体をとらえる診療だろうと思っています。

座長 ありがとうございます。

フロアのほうから、いまの問題以外でもよろしくございますが、お2人の先生にご質問がありましたら、いかがでございましょうか。

前田(前田記念腎研究所) いろいろお話をありがとうございます。鈴木先生が苦勞されておられた患者さんで、糖尿病の人は1人もいないのかということなのです。特に透析の場合シャントが非常に大事だと思います。糖尿病が増えればシャントの問題が出てくると思うのですが、25年以上の長期の透析者の中に、一度もシャント・トラブルがなかったという人があるのですか。

鈴木 現実にはございませんですね。何回かの手術はやっています。そして最終的にシャントが取れない、それから低血圧がひどいということで、CAPDで逃げているというのが、2人含まれておりますね。

座長 お2人とも長期生存にとってハイパフォーマンス膜が大事であるというお話でした。現在それこそ中医協の中でダイアライザーの問題だとか、そういった問題が取り上げられているのは、ご存じのとおりだと思うのですけれども、たとえば日本透析医学会は調査の中で、膜の質まで調査をされているのです。今回秋葉先

生が示されましたのは、膜の面積でもって示されておられるのですが、現実的にそういったハイパフォーマンス・メンブレンというので、集約されるものの中でも、ずいぶん差が出てくる可能性があるものなのかどうなのか。同じ高分子膜の中にも、良いものと悪いものと言うのはおかしいですが、長期生存にとって差があるものなのかどうかという点ではいかがでしょうか。

と言いますのは、もし本当にそういうことが起こり得るということであるならば、透析医学会の統計調査の中で、今後の生存のためのパラメーターを示すに際して、面積だけじゃなくて、膜質差による生存に関する危険因子を出さなければいけないのじゃないかなと考えているのですが、いかがでしょうか。

鈴木 その問題は甲田先生がかなり詳しくいろいろ文献を読まれたので、甲田先生にそのへん、ポリスロフォンでの危険率とか……。われわれの場合は全部高機能膜という形で、十把ひとからげで危険率を出していますが。それで幾つかの報告がございましたね、アメリカの腎臓学会の報告なんか。そのへんのところ先生どうですか。

甲田(信楽園病院) 私どもが検討いたしましたのは、いま高機能膜と十把ひとからげというふうに言われたのですが、高機能膜の条件として私どもは、 β_2 -ミクログロブリンを除去できる透析膜ということですから、ある程度有意な差をもって透析終了後 β_2 -ミクログロブリンが除去できる、つまり従来膜では除去できないより大きなエンドトキシンを除去できる膜ということで定義してやりました。したがって合成高分子膜だけではなくて、セルロース・トリアセート膜のようなものも含まれております。

そういうことで、ハイパフォーマンス膜研究会などでも、斉藤先生などは1980年代からそういう大分子のもの除去ということ、非常に

重要視されてきたわけで、そういったものつながりから、ある程度そういうことを念頭に置いて検討したものであるわけです。

いろいろな種類によってリスクを検討はしてございませんので、それはいまは答えはできないのでありますが、たとえば昨年発表されました検討では、従来膜と合成膜、それから半合成膜と言いますか、セミシンセティックというような膜、この三つを比べますと、やはり補体活性化やら、そういった生体適合性のある程度優れている膜、つまりセミシンセティックなどで、いろいろな要素を補正しても、死亡率に有意な差をもって、より従来膜よりもいい結果が出ているというような報告がありますので、ある程度差は出てくるのじゃないかというふうに考えていると思っています。

座長 ありがとうございます。

透析医学会の統計によりますと、ご存じのとおり1987年、おそらくそのもっとずーっと前も、そういう段階を経てきているのだらうと思いますが、目立つのは1987年、10年前から死亡リスクが、これは1年生存に関する死亡リスクですけれども、それが漸減している。しかもだんだんだんだん低下しているというような、非常に際立った統計であります。

それに寄与しているファクターはいったい何だろうか。たぶんダイアライザーの質的、機能的なものをもっとも大きいのではないか。それに伴っておそらく水処理も改良されてきている、と。そして、それよりも若干遅れて、エリスロポエチンの使用が加わってきているというような、幾つかの要素が関係していると思いますね。エリスロポエチンを使用することによって、また栄養状態の改善も得られているかもわからない。

そんなことで、その減少は非常に際立っておりますので、将来ともそれに寄与しているファクターの分析はぜひ進めていただいて、それを

失うことのない保険体制が万全に取れるように、これからはしっかり考えなければならないというように思っております。それがこれから先の一つの重要な要件であらうというように思っているところなのです。

この点に関してはもっと討論を本当はしていくべきであらうと思いますけれども、ちょっと時間の制約もありますので、この問題はこのへんにして、次は要介護者の対応ということで、問題を移してみたいと思うのです。

座長(山崎) それでは引き続きまして、2番目の問題に入っていこうと思います。その前に、最初に発表されました小野先生のところで、年間の粗死亡率が4.4%と、実に見事な数字が出ていました。これはいまの長期生存の問題とからめまして、たとえば先生のところは透析導入の患者さんもずいぶん沢山おられますでしょう。4.4%というのはなかなかの数字だと思うのですが、いかがですかね、これは。

小野 1年生存率は96.7%ですから、導入患者さんも30名ぐらいおるのですが、まあまあいい成績かなと思っておりますけれど。

座長 何か特別なこと、それこそいままでのお二方のと……。

小野 私のところは経営効率ということを考えないといけませんので、2/3ぐらいの患者は、1日3交替の透析をしておりますので、透析時間としては4時間です。特に体重の大きい患者さんと、クレアチニンが非常に高い人だけは5時間していますが、主力は4時間です。ただし4時間は1分も切らない。それから、ダイアライザーは面積は全患者が1.8か1.9です。血流量は250ないし300、シャントの条件が良ければ、年齢、体重に関係なしに、全部300行きます。それからHPMの使用率は半分ぐらいなのですが、

座長 50%ぐらいですか。

小野 はい。高齢者の場合はセルロースでい

いのじゃないか。若い人は全部 HPM です。最近 PS がやっぱり多くなっていると思います。 β_2 の下がり方を見ると、いちばん PS がいいですね。かつては PMMA が主力だったのですが、最近 PS です。

座長 ありがとうございます。

アメリカの移植施設などですと、施設別の移植の成績などというのが出されるようになっております。いつの日かわが国でも移植に関しましても、透析に関しましても、それぞれ施設別のそういったものが出されて、それを患者さんが選択するという時代が来るときがあるのかなというふうにも思っております。

さて、介護の問題なのですけれども、もう小野先生も、関野先生も、それから全腎協の小関さんのほうからも、もちろん先生方の施設の中でも、大変要介護の問題、あるいは社会的入院の問題というのが増えてきています。どなたもが口を揃えて大変問題意識は感じてはいるのですが、なかなか解決ができない。その中で送迎であるだとか、あるいは関野先生がやられましたような、福祉に関係した身体障害者療護施設ですか、小野先生がやっておられます、言ってみればプライベート・ケアハウスのような工夫、あるいはたぶん先生方の中で老健施設を持って、そこに入所しながらという、併設型の老健施設などもきつとやっておられると思うのですけれども、この問題に関しましては、どなたかフロアの方で、もしご発言がございましたらどうぞ。

菅野（静岡） 私のところでも開設当初から、患者さんの送迎はずっと行っております。いまでも救急車が1台に、3台ばかり車を揃えて、運転手が現在4人いるのです。ただ、これは患者さん1人1人の玄関先までの送迎というのは、物理的にできません。ただ、私のところはちょっと郊外なものですから、交通機関がバスはありますが、バスの乗り継ぎのところまではお送りしましょうとか、あるいは JR とか、私鉄の駅が

ありますので、そういうところへはお送りしましょう、と。それである程度まとまった患者さんを送迎しているのですが、これはあまり、何と言うのですか、車で玄関まで横付けしてしまうと、歩行する機会があまりないから、かえって社会復帰ができないだろうということで、協力できるところは協力してくださいという、そういうことでずっとやってきたのですが、最近糖尿病のせいもございまして、脳血管障害や何かで透析をやりながら、歩行障害だという人がだいぶ増えてきたのです。

それで、そういう方々は10%ぐらい自宅まで送迎しているのですけれども、その場合、車を止めたときの乗り降りまで介護がいるようになる。こうなると、ちょっと運転手、あるいはヘルパーぐらい養成しなければならないかなということで、最近はそのような人の送迎に関しては、お迎えに行く時間を見計って、病院のほうから車で車載の無線があるものですから、無線で連絡して、もうそろそろ着きますから、外に出ててください、あるいは近くにいてくださいと言って、そして迎えに行くと、病院に着くときには、車椅子を用意しておく。また透析が終わってお送りするときには、いま申したような無線で連絡を取りながら、もうそろそろ着きますからあれしてくださいとやっているのです。

そういうようなことで、医療機関サイドだけでは、どうにも対処できないような事態がだんだん多くなってまいりましたので、そういうことについて行政のほうのボランティアとか、しかるべきそういうようなものができればいいなと思っているのです。先ほどの北九州の送迎のお話も大変いいことだなと思って拝聴しておりました。ひとつまたいろいろよろしく願います。

座長 ありがとうございます。

出ましたついでに、北九州で全腎協がバックアップして行っております、ボランティアによ

る送迎というのは、これから各地で広げていかれる予定ではおられるのですか。

小関 現在私どもの提起と関係なく、神奈川県の平塚市では透析施設のソーシャル・ワーカーの方が中心となって、社会福祉協議会を基盤として、ずーっと何年もやっておりますし、今年の8月ぐらいからでしたか、兵庫県腎友会の阪神支部が支部の事務局を事務所にして、送迎をはじめたということも報告として受けています。

そういうことで、各地でやりたいけれどもどうしたらいいかという問い合わせは、どんどん全腎協のほうに来ております。

座長 そういうものに関して全腎協としては、各支部にできる限り応えるという形で、お話をされていますか。

小関 そうですね。条件のあるところではやって欲しいということで、北九州市の典型例をマニュアル化して今後広めていきたいと思っております。

浅野(自治医大腎臓内科) いまのことにに関して、先ほど北九州市のお話が出ましたけれども、スライドをちょっと拝見していて、39人の患者さんに24人のボランティアで、月にだいたい150から170と書いてあったので、おそらく1人当たりにすると週1回かなと思って拝見したのですが、ほかのときというのは、ご自分でタクシーに乗るとか、そういうことなのでしょうか。

小関 これは必ずしも往復ともに介護送迎を受けているのではなくて、家族の方が都合がつく場合には、朝だけやるとか、あるいは帰りは家族が来るとか、そういうことで必ずしも週3回全部やっているということではありません。

浅野 たぶん39人の患者さんを全部カバーするとすると、かなりのボランティアがいるだろうと思います。

それから、さっき中谷先生がおっしゃったよ

うに、日本人の中にはお年寄りで割りとは暇があって、お金がある方もいらっしゃるし、そういう方というのは、何か手助けをしたいという気持ちの人が沢山いらっしゃるわけです。結局これは誰が音頭を取るかということになると思うのです。たとえば、私どもの大学でもボランティアを入れるということを、1、2年前から少しずつ考えまして、やってきましたけれども、そろそろはじまるのですが、大学みたいなところはまだやりやすいのですけれども、おそらく民間の透析のセンターの方たちが、ボランティアを募集します、何とかしませんかと言うと、別な見方をされる恐れというのが非常にあると思うのです。ですから、そういったことを防ぐには、どこが音頭をとるかということになる。たとえば患者会が音頭を取ったり、あるいは行政が音頭を取ってくれるということが、非常に重要じゃないかと思うのです。われわれ医師はいちばん助かる面はあるのだけれど、逆に音頭を取りにくいところがあるのじゃないかと思うので、ぜひそのへんは行政なり、患者会が音頭を取っていただければ、われわれはそれを援助する、応援するということは、いろんな意味でできると思うのです。ぜひそのへんをお考えをいただきたいと思います。

鈴木 先ほどのボランティアで通院のサポートをするというときに、私どもの病院でも考えなかったわけではないのですが、立ち消えになった一つの理由には、何か事故があったときどうなるのかということがあったのです。車の送迎ですから、いちばんは交通事故ですけれども、そのときの責任をもし問われたとき、どうしようかという問題が、常に頭の中に出てくるのですが、実際にはどういう形で……。起こらない限りはそれは問題にならないのかもしれませんが、そういう配慮というのはあるのでしょうか。

小関 これは車も介助者も全部いまのところ

は個人のボランティアで、持ち出しで、ほんのわずか経費をセンターとしてお支払いしていますし、1回当たりの使用料も患者から取ってはいるのですが、保険関係は患者の自動車保険、そのへんにいまは頼っているのが実情です。

座長 関野先生のとられている療護施設を、非常に興味深く聞かせていただいたのですが、あれは入所期限というのは、そういう年限はあるのですか。

関野 療護施設は入所期限はございません。半永久的です。

座長 全国的には同じようなものが、透析では少ないでしょうけれど、ほかのものというのは沢山あるのですか。

関野 ありますね。僕はあまり詳しくはないですけども、これは中谷先生のほうがご存じだと思いますが、透析施設兼用のものはほとんどないと思います。新生会のものはどうだったでしょうかね。

座長 新生会のものは社会福祉法人が、保険医療ができるような診療所の申請をして通ったと思います。

関野 それは即ち療護施設だと思うのです。

座長 あれがそうですか。そうしますと、僕の聞いているところによると、戦後はじめてだというふうに聞いていますけれども。

関野 そんな感じで僕も不思議に思っていたところが、やっぱりそういう制度があったのですね。

座長 中谷先生、この点はご存じですか。

中谷 あまりよく知りませんが、たぶん療護施設というのは重症心身障害児とか、そういうような方々を収容する施設じゃないかと思うのですが、違いますか。

ただしそうした場合に、いまは割りと身体障害者の方々が数としては、長生きをされるようになったのですけれども、絶対数としては、そうそう増えてないというので、少し空いたところ

があるんじゃないかというような形で、われわれはむしろ難病患者の方々の収容ができないだろうかという、こんなような期待も持っています。

それから、ちょっとうかがいたいのは、割りと、福祉の施設を新たにつくってというようなお話が出たわけなのですけれども、ものすごく自然に考えれば医療の中で、たとえば療養型病床群で見ると、あるいは今後有床診療所も療養型病床群を認めるといって、こういう方向でありますから、福祉施設をつくるメリットというようなところは、どうお考えなのかお聞かせいただけたらと思うのですが。

菅原（北海道・滝川市） ちょっと話は違うのですが、私の隣の町に北海道立の身体障害者の職業訓練校があるのです。いまは能力開発校という名前に変わっていますが、これは元々透析患者なんかまったく受け付けてくれなかったのです。それが平成元年に、私たちがかなり運動しまして、透析患者を受け入れていただきました。いろんな科があります。1年から2年間の職業訓練をやって、外に出してくれるのです。夜間透析をしてくれれば、受け入れてもいいということで、全道各地からかなり集まって来るわけです。

それで、まったく就労してなかった連中が行って、そこで勉強して、いろんな団体生活をしながらやれば、その専門の科目に沿った就職はできないにしても、かなり就労率が高くなるというようなことがはっきり出てきているので、非常にいい施設だなと感じております。

座長 ありがとうございます。

もう時間がなくなりました。これ以上遅れますと、また中谷先生に叱られるといけません。そこで最後に、いま中谷先生のほうから出されました問題に、関野先生と小野先生に答えていただこうと思います。福祉だとか、プライベート・ケアハウスを考えるのですけれども、もっ

と広い意味で、そういう患者さんの収容というのは、有床診療所の長期療養型病床群だとか、あるいは病院の長期療養型病床群のほうが、たしかに自然かなというふうに思うのですけれども、この点に関してお二方一言ずつお願いいたします。

小野 まず増床は認められませんのでできない。

座長 既存のものを使わなければいけなくなるわけですね。

小野 はい。それと有床診療所でも京都の場合は、9床しか認めないということですので、とても採算に合わない。老健がうまく活用できればというのは、一つはやっぱり1億9000万ぐらいですが、補助金がいただけるので、少し実現の可能性があるかなということです。

座長 関野先生いかがでしょうか。

関野 同じことなのですが、結局福祉施設というか、療護施設のいいところ、メリットのあるところというのは、難しいところは申しあげましたように、相当な資産を提供しなければならないということです。まず法人を設立する段階ですね、そういうことはありますが、いったん設立後は、いろんな施設、つまり療護施設だけじゃなくて、いろんな施設をつくれる可能性があるわけです。いろいろ流動的なものが。それもしか、特に政令指定都市は有利なのですけれども、措置費や設備費が95%ですか、賄っていただける。ですから、いったん福祉の世界にうまく乗れば、非常に医療と結び付くのに、経済的な意味でもって、簡単に言えば節約

できるということは言えると思うのです。

ですから、最初に大変な努力というか、それと資産ですか、そういうものを考慮していただければ、あとは福祉社会、福祉行政もやっぱり、医療行政というか、医療の実社会と共に仕事をしたいという、そういう雰囲気は非常に強いと思うのです。そういう点で、両方で歩み寄って、協力して、福祉と医療がうまく統合できれば、お互いに非常にいい世界ができるのじゃないかと思っているわけです。

座長 ありがとうございます。まだディスカッションは尽きないとは思いますが、しかしながら時間が過ぎておりますので、これもちまして、創立10周年のシンポジウムを終わらせていただきます。ただ、ずいぶん沢山の問題がまだ残っておりますし、今後とも日本透析医会のほうとしましては、こういった問題について、新しい考え方、あるいは新しい提案をしていきたいと思っております。

本日はシンポジウムにご参加の方々、どうもありがとうございます。これでシンポジウムを終わらせていただきます。

引き続きまして、4時半からになりますが、記念パーティが開かれますので、どうぞそちらのほうにご参加ください。(拍手)

進行係 座長の平澤先生、山崎先生ありがとうございました。

引き続きまして社団法人日本透析医会副会長今忠正より、閉会の挨拶を申し上げます。

閉会の挨拶

社団法人 日本透析医会副会長
今 忠正

本日はこのシンポジウムに最後までご参加いただきまして、誠にありがとうございます。またシンポジストの先生方には大変示唆の多いお話をしていただきまして、ここに感謝申し上げます。

21世紀を見据えて、わが国のあらゆる分野でいまより合理的な、効率的な方向へと変革が迫られております。医療保険制度もすでにその方向に動き出しております。それに伴いまして、透析医療におきましても、いろいろな課題が生じてくると思います。しかし、世界一と評価されている日本の透析医療の質を堅持していくことはもちろん、さらに向上させる努力をわれわれは責務として持っていかねばならないというふうに考えております。

いろいろ困難な問題に直面すると思いますが、多くの英知を結集いたしまして、これに今後透析医会は対処していく所存でございます。従来いただいておりますご理解、ご指導を今後もお願いいたしまして、このシンポジウムを閉じることにご挨拶に代えさせていただきます。

本日はありがとうございました。(拍手)

進行係 以上をもちまして、社団法人日本透析医会創立10周年記念シンポジウムを終了いたします。

なおこのあと、16時30分より記念パーティがございます。多数のご参加をお待ち申し上げます。