

透析診療所の崩壊の危機

(公社) 日本透析医会

常務理事 戸澤修平

私が透析療法に従事しはじめた昭和 46 年頃は週 2 回の透析しか認められず、患者さんのヘマトクリットをいかに工夫しても 17% 前後を保つのがやっとであり、20% 以上の目標は夢であった。また、当時は外シャントが主流で血栓除去にも苦勞していた。さらに、酢酸透析液の使用で透析開始後の嘔吐、血圧低下は当たり前だった。ダイアライザーはキール型でセロハンの膜張技術の習得に明け暮れ、その後のディスポーザブルダイアライザーはコイル型が主となり、フォローファイバー型は北海道では大学病院でさえ 1 カ月に 1 ダース、12 本しか入荷しなかった。ダイアライザーの除水効率が悪く、2L 除水するのに 6~10 時間も必要であり、リークして灌流液が真っ赤になることも日常茶飯事であった。また、水透析やエアーの混入、機器の不十分な消毒による患者さんの発熱などの様々な事故が報告されていた時代であった。後に、活性型ビタミン D₃ 製剤が発売された時は、骨の問題はもう解決されたと、はしゃいでいたことなどが思い出される。さらに、糖尿病や免疫不全の SLE 患者さんのように、合併症を有する患者さんの透析適応はまだ認知されていなかった当時に、なんとか救命できないかと奔走していた時期でもあり、またいかに社会復帰させるか、そのためにサテライトセンターと呼ばれた中小規模の外来透析診療所ができ、外来夜間透析も普及しはじめた時代であった。

その後の透析技術の進歩、機器の改良や重炭酸透析液が使用されはじめ、エリスロポエチン製剤が市場に出てくるようになった頃から透析患者さんの QOL が急速に改善した。そもそもこの透析療法は、戦時におけるクラッシュシンドロームを呈した兵士の救命や手術後の急性腎不全患者の救命に重きを置いた療法であったものを、慢性腎不全の患者に応用できないかというところから発展したため、色々な選択肢がある現在のような慢性維持透析技術の長足の進歩は予想もつかないことであった。

現在、当院の最長透析患者さんは今年の 8 月で 40 年目を迎える方で、今なお現役のタクシードライバーであり、休日には息子と共に 1,300 cc の自動二輪 2 台で元気にツーリングを楽しんでおり、現在の透析療法の恩恵を一身に受けております。しかしながら、このように若い頃から導入され、色々な問題を乗り越えて頑張ってきた元気な長期透析患者さんにお目にかかることも今後非常に少なくなることは確実である。

2012 年の慢性透析患者数は 310,007 名であるが、「わが国の慢性維持透析人口将来推計の試み」(透析会誌, 45(7): 599~613, 2012) によれば、透析人口は 2021 年ころにピークを迎え、その後は減少に転ずることを予想している。年間新規導入患者数は 2008 年をピークとしてすでに減少に転じており、さらに年間死亡数は一貫して増加し続けているうえ、CKD に対する治療の向上で透析患者数の減少は確かである。また、「わが国の慢性透析療法の現況 (2012 年 12 月 31 日現在)」

によれば、新規導入患者の平均年齢は68.5歳で、40歳未満の導入患者数は1,191名（4,238透析施設）と少なく、それは年間導入患者さんのわずか3%である。さらに導入患者さんの平均年齢が高齢で、導入後の累積生存率の15年生存が23%弱であることを考えると、若い透析患者さんを診る機会はほとんどなくなってくるのが現状である。これは高齢化社会を迎え、社会学者が問題にしている65歳以上の高齢者が地方自治体総人口の過半数を占める状態の「限界自治体（限界集落）」がやがて「消滅集落」へと向かう状態に似ており、現在20~30年と長期維持透析を受けている患者数も急速に減少することは間違いない。

一方、医療施設、特に一般診療所においても、レセコンによる診療報酬の請求やプリンター設置の義務化が実施されれば廃院やむなしと考えている医療機関も多い。それに加えて透析医療施設では透析専門医の高齢化、透析医療機器の更新は必須であり、診療報酬の2年ごとの減額、さらに透析施設は一般の診療所より消費税による税負担が重いことなど、現在まで知恵を絞って透析医療を支えてきた患者数が30~60名程度の中核の個人中小規模の透析診療所は、患者数の減少と相まって現状での透析診療所の存続が危ぶまれる。

我々は、維持透析療法を必要とする患者さんがいる限り、透析医療を放棄することはできない。しかしながら、今までと同様な経営では行き詰まることは明らかで、この節目をどう乗り切るかであるが、その一つは患者数の確保である。しかし高齢患者さんを確保できても、これからは昭和40年代から始まった「長期維持透析療法」を目指すのではなく、10年前後を安全・安心に過ごせる「のんびり余生を楽しむ透析医療」を考えるほうがよいと思われる。高齢患者さんは認知症、心疾患、脳血管障害、運動障害が多く、当然介護が必要な患者数は増加するが、透析患者さんも同様の傾向にあり、通院困難者は増加し、やむなく送迎を必要とするかもしれない。あるいはサ高住に居を構え、介護を受けながらの通院透析をする方も増加すると思われる。さらにこの傾向は地方の過疎地区と都会では大きな違いがあり、地方では透析難民の発生など新たな問題発生も懸念される。

医会はこの高齢透析社会を迎え、中小規模の外来透析診療所がどう生き残るか方策を模索中である。一方行政は送迎している施設がある事実をとらえて、まだ透析施設は経済的余力があると錯覚して診療報酬の減額の材料に利用したり、サ高住での透析が話題になると医療経済上費用が安価になると思えば静観するような態度は改めてもらわなければならない。また、いずれ問題となる医療費の自己負担や、現在の医療資源で透析患者さんをどこまで担保してもらえるかなど問題は山積である。

これらの状況の中でも中小透析医療施設をはじめ、すべての透析医療施設が透析患者さんに十分な医療サービスが継続して行えるように、我々医会は益々組織力を高め団結して、この現状を執拗に行政に訴え続け理解してもらわなければ、中小の透析医療施設は崩壊の危機にさらされる。