

介護を要する透析患者の管理

— 終末期医療も含めて —

原田孝司*1 丸山裕子*1 船越 哲*1 橋口純一郎*2

*1 長崎腎病院 *2 長崎腎クリニック

key words : 高齢透析患者, 認知症, ADL 低下, 終末期医療, 事前指示書

要 旨

我が国の高齢化した透析医療における種々の問題点を取り上げ、それぞれの課題に関して、その現況と対策について解説した。認知症、種々の要因による ADL 低下、栄養障害、精神腎臓病学的問題、服薬アドヒアランス、通院困難に対する送迎、リハビリテーション、在宅療養困難に対する療養環境の確保、社会資源の活用など種々の課題がある。また、終末期医療として事前指示の取得が望まれる。

はじめに

日本の透析医療においては、世界に先駆け透析患者の高齢化が益々進んでおり、その結果、介護を要する透析患者の増加をきたしている。介護を必要とする要因には、認知症、ADL の低下、栄養障害、精神医学的問題、服薬アドヒアランス、通院困難などがあり、患者の QOL を上げ、生命予後を改善するためにはそれぞれの現状を把握し適切な対応が求められている。また、運動療法を含めたリハビリテーション、社会資源の活用、療養環境および経済的背景などの問題がある。さらに終末期を迎えた透析患者の尊厳死に関しては、事前指示書の取得が望まれる。以上の課題について解説する。

1 透析患者の高齢化

日本透析医学会の統計調査によると、透析患者の高齢化に関しては、2012 年末では全透析患者の平均年齢は 66.9 歳（男性で 66.1 歳、女性で 68.2 歳）であり、そのうち 65 歳以上の高齢者は 59.5% であった。導入患者においてはさらに高齢化しており、平均 68.4 歳（男性で 67.7 歳、女性で 70.1 歳）であり、特に 65 歳以上の高齢者は 79.1% 占めていた¹⁾。

長崎腎病院においては、長崎市内の透析患者の終末期医療を担っている関係からさらに高齢化しており、平成 24 年度は 70 歳以上の割合は 47.6% と過半数を占めており、80 歳以上の割合は 22.3% と全国の年齢分布を上回っていた (図 1)。導入患者の年齢では 85 歳代にピークがみられた (図 2)²⁾。

2 高齢透析患者で介護を要する要因

2-1 認知症

日本においては人口の高齢化で認知症が増加し、介護を要する人が増加しているが、透析患者においても重要な課題となっている。2010 年の日本透析医学会統計調査では、認知症が 9.9% に認められていた³⁾。当院における認知症を有する透析患者では、摂食障害や社会的入院による入院率が高く、認知症を有する透析患者の 5 年生存率は 10% と生存率が低かった (図 3)。また透析中止率も高いことが報告されている。

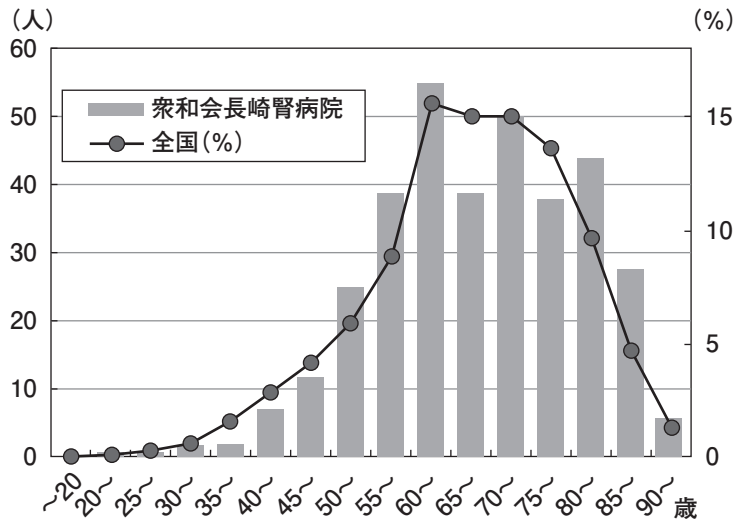


図1 平成24年度 透析患者年齢分布 (衆和会長崎腎病院)

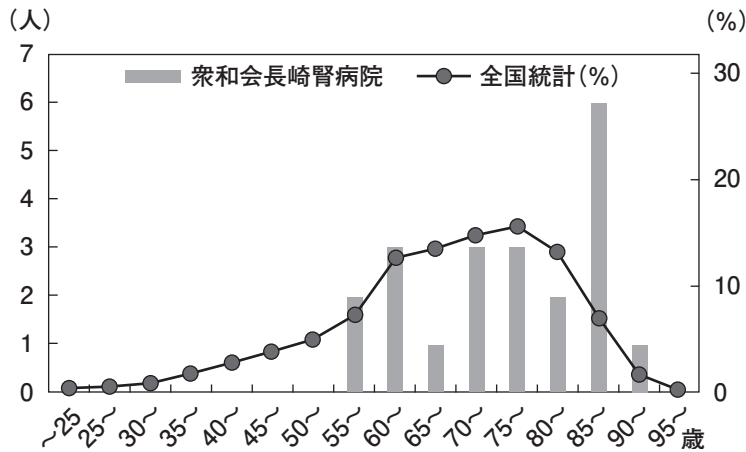


図2 衆和会長崎腎病院の透析患者の導入年齢 (2012年)

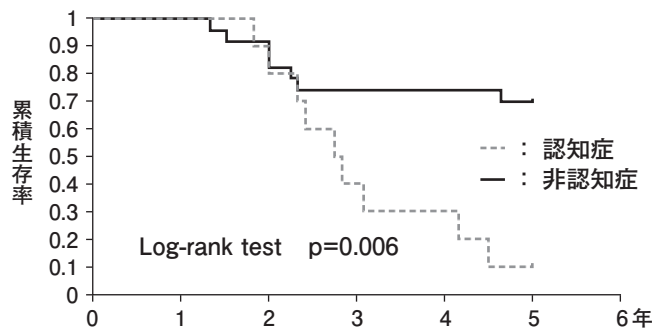


図3 認知症合併患者と非合併患者の生存曲線 (Kaplan-Meier)

要介護透析患者の中には認知症の中核症状のほか種々の周辺症状を呈する患者がいるために、介護に当たるとうえて精神科や診療内科を受診してもらい、適切な診断・薬物治療を行う必要がある。当院における透析患者の36名(9.6%)が精神科や心療内科を受診している。認知症の介護の基本は、患者の世界を理解しつつ、患者の気持ちを傷つけないような接し方で、残

っている機能を最大限に発揮できるような環境づくりを行い、家族の精神的、身体的負担を理解し、支援を行うことである⁴⁾。

2-2 ADLの低下をきたす要因

ADLの低下をきたす要因には認知症のほかに、脳血管障害、骨折、ASOによる下肢切断、サルコペニ

アなどがある。日本透析医学会の統計調査によると、高齢者になるに従って就床しており、75歳以上で20%以上、90歳以上では50%就床となっていた。さらに認知症を合併するとそれぞれ50%、70%と増加していた³⁾。

大腿骨頸部骨折は70歳以上の高齢になるに従い増加し、特に女性が男性の倍であった³⁾。ASOなどによる下肢切断は著明にADLを低下させるが、特に下肢切断後の生存率は、5年後で8.2%との報告がある⁵⁾。最近、筋肉量の減少および筋力の低下を特徴とし、ADLの悪化やQOLの低下および死亡リスクを伴う症候群としてサルコペニアが注目されているが、透析患者におけるサルコペニアの頻度は約80%に認められ、特に糖尿病患者では約90%であったとの報告がある⁶⁾。

2-3 栄養障害

高齢透析患者では栄養障害が生命予後に深くかかわっており、本院における栄養指標（GNRI）でみてみると、GNRIが90以上の正常者は19%しかおらず、多くが低値を示し、高齢者で顕著であった。GNRIが70以下の1年生存率は0%であった（図4）。

栄養障害の要因は摂食障害および嚥下障害であり、誤嚥性肺炎を併発し、高齢透析患者の感染症死の原因となっている²⁾。誤嚥の基礎疾患には器質的、機能的および心理的原因があるが⁷⁾、高齢透析患者では、認知症およびうつ病・抑うつ状態での摂食障害・誤嚥が多くなり、誤嚥性肺炎による感染症死が多くなっていた。したがって、嚥下リハビリテーションが必要である。そのような患者にはIVH、経管栄養、胃瘻増設、CVポート造設による栄養管理が必要となる。当院では

IVHと経管・胃瘻の生存日数の比較では、IVHが131日に対して経管・胃瘻は237日であった。栄養障害に慢性炎症、動脈硬化が混在した病態であるMIA症候群は生命予後に大きく関与すると考えられている⁸⁾。

2-4 サイコネフロロジー：精神腎臓病学

透析患者のうつ病の頻度に関しては、DOPPSの報告では、精神科医師がうつ病と診断した頻度は外国では多いのに比し、日本では少ないとなっていた⁹⁾。ただし、日本版精神健康調査による調査では、米国と同じ水準の24.6%であったとの報告もある¹⁰⁾。日本においては、抗うつ薬の処方をしている施設が少ないとのデータから、適切な診断がなされていないと指摘されている¹¹⁾。

当院で精神科・心療内科を受診している患者は12.1%（53名/436名）であり、高齢者のみならず非高齢者にもみられた。うつ状態がみられたら早期に精神医学的な診断と適切な薬物療法を開始できるように精神科・心療内科との連携が必要であり、また家族の支援とMSWの介入が必要である。このような問題を検討する研究会として、24年前から日本サイコネフロロジー研究会が毎年開催されている。

2-5 服薬アドヒアランス

高齢者の服薬に関しては、服薬コンプライアンスが低下しており、服薬が確実にできていない可能性が指摘されている。認知機能低下、視力・聴力低下、嚥下困難、抑うつ状態、自己判断など患者に関連したもの、透析患者は薬の種類が多く服薬回数が多く、服薬方法が複雑で剤型が多彩であるなど、処方・服薬に関連したもの、薬物・服薬方法の説明不足、認知機能の低下

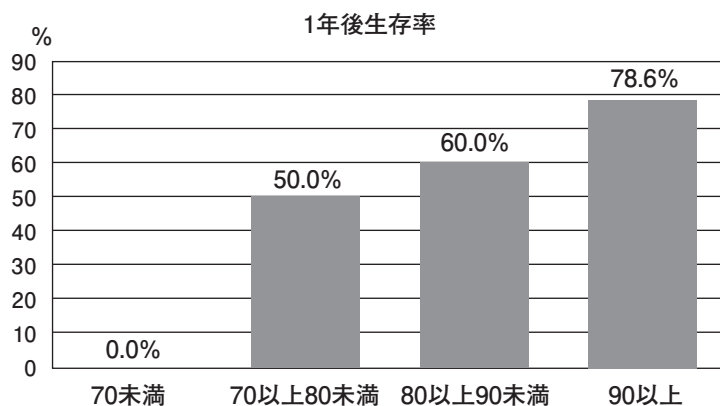


図4 GNRIから見た生命予後（長崎腎病院）

に関して医師・薬剤師の連携不足など医療関係者に関連するもの、介護者の服薬管理の知識不足などが考えられる。したがって、ワンドース処方での対応が必要となる。当院でのワンドース処方の割合は、外来で36%、入院で84%となっており、入院を要する高齢者はほとんどがワンドース処方であった。

2-6 通院困難：送迎

当院は、長崎市の南に位置したある透析施設が透析室を閉鎖する折の受け入れ病院となり、2010年に送迎を開始した。年ごとに送迎している患者は増加し、2013年には65名となった。基本的に自力で送迎車に昇降できる人としている関係上、全員が要介護2以下の患者である。したがって、介護タクシーを利用して透析に来る患者が58名である。

3 リハビリテーション

ADLが低下した透析患者にはリハビリテーションが必要であり、脳血管III、廃用、運動器II、消炎鎮痛などを対象疾患としてのリハビリテーションを開始したが、年ごとにリハビリを行っている患者が増加している。透析患者の運動療法の効果は、心機能の回復、心臓副交感神経の活性化、交感神経系過緊張の改善、MIA症候群の改善、貧血の改善、睡眠の質の改善、不安・うつ・QOLの改善、ADLの改善などの効果が報告されており¹²⁾、したがって死亡率の低下が期待される。実際、透析中にエアロバイクやチューブトレーニングなど集団運動療法が行われている¹³⁾。なお、3年前から腎臓リハビリテーション学会および透析運動療法研究会が設立され、それぞれ毎年学術大会が開催され、慢性腎臓病および透析患者の運動療法の必要性が認識されてきた。

4 社会資源の活用：社会保険・介護保険制度

介護が必要な透析患者には、要介護認定制度に基づく要介護認定申請を行うが、当院においては、表1のごとく376名の透析患者のうち188名が介護認定を受けている。要支援が37名、要介護が151名であり、介護度が高くなると施設入所および病院入院が多くなっている。

社会資源の活用として各種社会保険の活用が勧められている。特に、障害者自立支援による自立支援医療

表1 要介護認定患者 (2013年)

	在宅	施設入所	入院	合計
要支援1	7	—	—	7
要支援2	27	—	3	30
要介護1	31	—	4	35
要介護2	31	1	9	41
要介護3	9	4	13	26
要介護4	4	9	22	35
要介護5	—	4	10	14
合計	109	18	61	188

介護保険利用率：50% (長崎腎病院：376人)

制度で患者負担は軽減されている。しかし、MSWは介護を必要とする透析患者には種々の介護サービスを活用するように勧め、訪問看護師、ケアマネージャーおよびヘルパーとの協力支援体制をのみに、患者のQOLを高めるように努める必要がある¹⁴⁾。利用するのに制限があるも、介護タクシーを利用することにより、在宅または施設入所による外来通院維持透析が継続可能である。

5 療養環境

高齢者の療養場所は、年齢とともに施設入所および入院が増加し、特に認知症があると50%以上は入所か入院である³⁾。

療養環境に関しては、介護を要する高齢の透析患者は、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特別養護老人ホームなどに入所・入院することになるが、最近では高齢者用賃貸住宅やサービス付き高齢者向け住宅などに入所している患者もみられる^{9, 15, 16)}。自施設に特老や老健施設を有する施設は多くなく¹⁷⁾、介護施設に入所するにあたっては医療バックアップ体制の問題や診療報酬算定上の減額など課題がある¹⁸⁾。当院は入院79床で終末期の患者の受け入れを行っている関係から、特別養護老人ホーム(地域密着型介護老人福祉施設)を同じ建物の上に29室併設した。今後、このような施設の必要性が増してくるものと考えられる。特に平成24年の診療報酬改定で特定除外制度が廃止され、長期入院透析が困難になった¹⁹⁾。

6 透析患者の経済状態

透析患者の経済状態の調査が全腎協で行われているが、年金も含めた低収入の割合が増加しており、施設入所が経済的に困難な高齢透析患者が増加している。

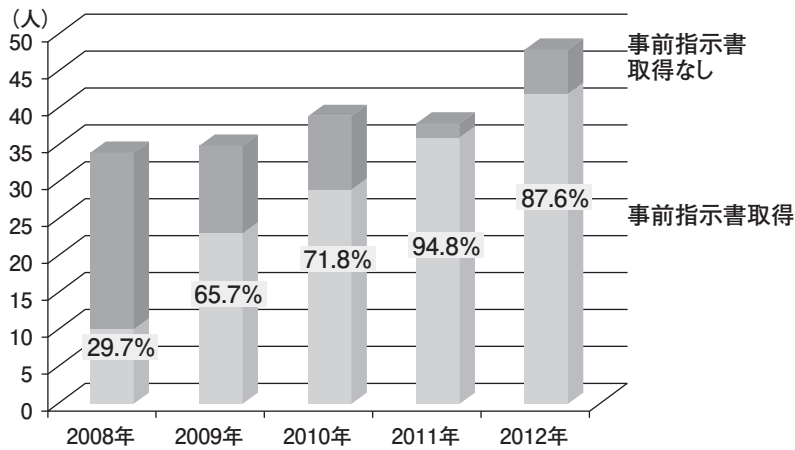


図5 入院死亡患者の事前指示書取得率 (2008～2012年：桜町病院～長崎腎病院)

なお生活保護受給者も増加しており、施設入所はさらに困難である²⁰⁾。

7 終末期医療：事前指示

当院では、終末期の透析患者も受けいれているために、年間約50人の透析患者が亡くなってゆく。そこで、5年前から患者全員から事前指示書（事前指定書）をもらうことを始めた。終末期医療の方針は2008年に提示された終末期医療の方針決定手続きに従い、患者の意思が確認できない場合には家族による代理判断となるが、家族がいない場合は外部委員を入れた医療チームによる倫理委員会により判断を行っている²¹⁾。

図5に入院死亡患者の事前指示書の取得率を示す。

事前指示の取得開始時に29.7%だった取得率は現在87.6%に増加している。事前指示書の署名を本人からとれたのは20%で、本人が認知症などで意思表

示できず家族の代理判断が80%であった。事前指示書の内訳を図6に示す。心臓マッサージの希望は39.6%、人工呼吸器装着希望は18.8%、透析の継続希望は47.9%であった。経年的には人工呼吸器装着希望は減少していた。なお、透析中止から死亡までの平均日数は6.1日であった。

終末期医療においては、患者・家族との信頼関係（特にキーパーソン）、経済的な支援、在宅環境の完備（地域連携医師との連携）、倫理問題への対応（倫理委員会）、透析中止の問題では医療機関側の法的保護確保、事前指示書取得、精神科医との連携などを考慮する必要がある。

おわりに

日本における透析患者の高齢化が抱える諸課題に関して、それぞれの現況とその対策に関して解説した。

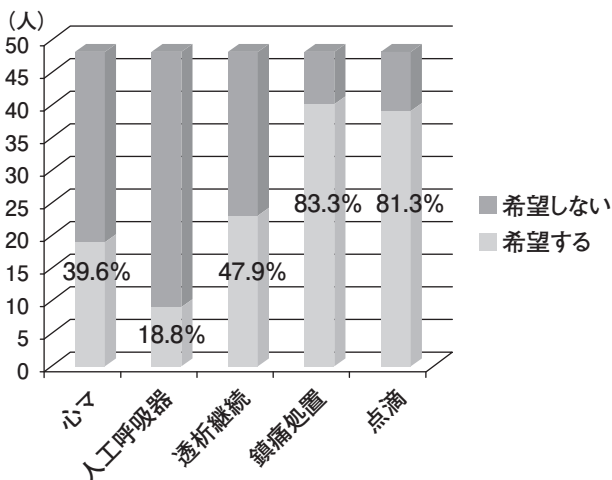


図6 2012年度死亡患者の事前指示書の内訳 (長崎腎病院)

文 献

- 1) 日本透析医学会統計調査委員会：我が国の慢性透析療法の現況 2011年12月31日現在，日本透析医学会，2012。
- 2) 原田孝司，船越 哲：透析患者の死因の上位を占める感染症の実態。日透医誌，28：374-379，2013。
- 3) 日本透析医学会統計調査委員会：我が国の慢性透析療法の現況 2009年12月31日現在，日本透析医学会，2010。
- 4) 大平整爾：維持透析患者の「認知症」に対する透析スタッフの備え。日透医誌，26：249-258，2011。
- 5) 今井 亮，小野利彦，岩本則幸：整形外科領域の感染症。日透医誌，27：478-483，2012。
- 6) 加藤明彦：透析患者におけるサルコペニア。日透医誌，27：484-490，2012。
- 7) 藤島一郎編：よくわかる嚥下障害；永井書店，2012。

- 8) 本田浩一, 秋澤忠男: MIA 症候群とは? 臨牀透析, 28: 13-18, 2013.
- 9) Lopes AA, Albert JM, Young EW, et al.: Screening for depression in hemodialysis patients: Association with diagnosis, treatment, and outcome in the DOPPS. *Kidney Int*, 66: 2047-2053, 2004.
- 10) 江崎真我, 南郷智香, 宮岡良卓, 他: 透析患者に対する日本版精神健康調査票短縮版(日本版 GHQ-28)を用いたうつ病のスクリーニング. *透析会誌*, 43: 487-491, 2010.
- 11) Fukuhara J, Green JA, et al.: Symptoms of depression, prescription of benzodiazepines, and the risk of death in hemodialysis patients in Japan
- 12) 上月正博編: 透析患者の運動療法. *腎臓リハビリテーション*; 234-246, 2012.
- 13) 松嶋哲哉, 大島 章, 山村晋史, 他: 外来患者に対する運動療法の工夫とその効果. *臨牀透析*, 27: 1319-1332, 2011.
- 14) 藤原久子, 林田めぐみ, 丸山裕子, 他: 透析医療における介護保険. *日透医誌*, 24: 230-236, 2009.
- 15) 伊丹儀友, 大平整爾, 久木田和丘, 他: 北海道における高齢透析患者の実態. *日透医誌*, 27: 126-132, 2012.
- 16) 鈴木正司: 高齢者の透析医療の実態. *日透医誌*, 27: 412-428, 2012.
- 17) 杉崎弘章, 太田圭洋, 山川智之, 他: 透析患者の高齢化・長期化による問題点と透析提供体制に関する将来予測. *日透医誌*, 28: 80-93, 2013.
- 18) 横山志郎: 高齢者対策: 透析施設と介護老人保健施設の併設の課題と今後の展望. *日透医誌*, 28: 43-51, 2013.
- 19) 太田圭洋, 杉崎弘章, 山川智之, 他: 特定除外制度の廃止方針に対するアンケート調査結果報告. *日透医誌*, 27: 468-477, 2012.
- 20) 大平整爾, 杉崎弘章: 全腎協 2011 年度血液透析患者・実態調査結果に対する医学的見地からの分析. *日透医誌*, 28: 67-79, 2013.
- 21) 日本医師会生命倫理委員会: 終末期に関するガイドライン, 2007.