

高齢化社会における透析医療の諸問題

—厚労科研プロジェクト「腎機能障害者の高齢化に伴う
支援のあり方に関する研究」を踏まえて—

日ノ下文彦

国立国際医療研究センター病院腎臓内科

key words : 高齢化, 透析患者, アンケート, 医療, 介護

要旨

人口の高齢化に伴って認知症や様々な合併症、身体障害により、介助、介護、支援を要する高齢の透析患者が著増している。しかし、この問題に対する統括的な支援体制や医療体制、介護環境は必ずしも整っていない。そこで、筆者らは厚生労働科学研究プロジェクト「腎機能障害者の高齢化に伴う支援のあり方に関する研究」を企画し問題点を検討した。本稿では、様々な観点からプロジェクトで検討した内容と具体策について述べる。

はじめに

わが国は高齢化が進行した結果、末期腎不全に至り透析導入となる高齢者が年々増加している。2015年末の全国の透析患者数は324,986人であったが、そのうち70歳以上の高齢者は47.2%、80歳以上の高齢者だけで57,276人（全体の18.3%）と透析患者の超高齢化が進行している^{※1)}。

一般に、高齢の血液透析（hemodialysis; HD）患者、特に後期高齢者は重篤な合併症や認知症、身体の不自由により自立できておらず、介助、介護、支援を要するケースが多い。通院困難な要介護患者や高齢腎不全患者を在宅で面倒みるには、腹膜透析（peritoneal dialysis; PD）導入も有用な手段であるが、PDをつつがなく継続する医療環境がすべての地域で整っているわ

けではない。

そこで、筆者らは「腎機能障害者の高齢化に伴う支援のあり方に関する研究」という厚生労働科学研究（以下、厚労科研）プロジェクトを立ち上げ、まず透析患者のHD、PDに携わるすべての医療施設を対象に高齢化に関わる諸問題について尋ねるアンケート調査を全国規模で実施した^{1,2)}。その集計結果をもとに問題点を煮詰め、6大都市（東京、福岡、大阪、名古屋、仙台、札幌）でパネルディスカッションを開催した。そこで高齢HD、PD患者の送迎、長期入院療養、介助、介護の問題等を検討したうえで、プロジェクトの集大成としてコンセンサスミーティングを開催し、高齢透析患者の生活・医療支援のあり方を議論しまとめあげた。

本稿では、厚労科研プロジェクトの成果をもとに、超高齢化社会における高齢透析患者の支援のあり方を提示するとともに、今後の透析医療のあり方を考察する。

1 全国アンケート調査

全国の透析施設にアンケート（別紙）を送ったところ、1,530施設から回答（回収率40.2%）を得ることができた。アンケートの主だった結果を下に記す^{1~4)}。

- ① 送迎を行っているHD施設は54.6%と過半数を占め、送迎を負担に感じている施設はその約3/4に上った（図1）。

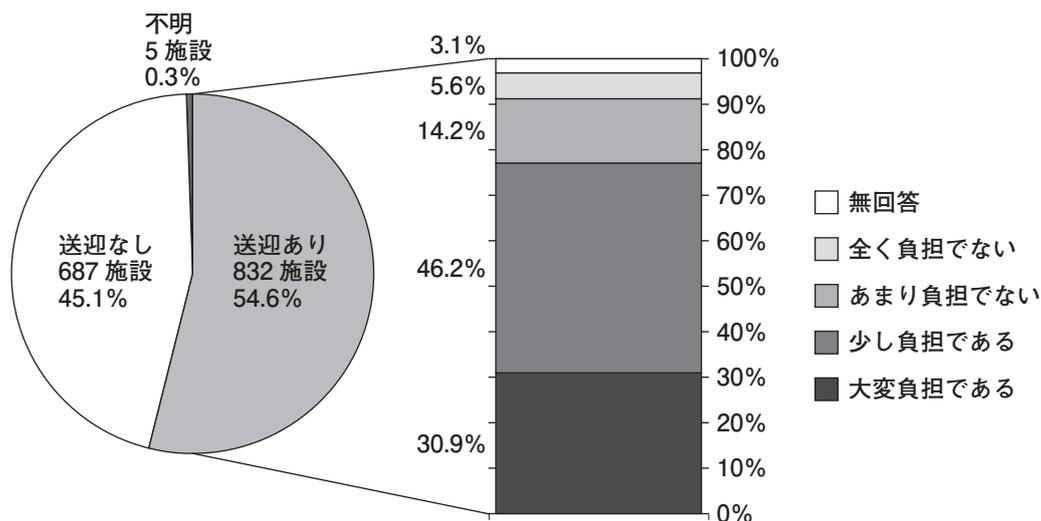


図1 患者送迎の負担感 (N=1,524 施設)

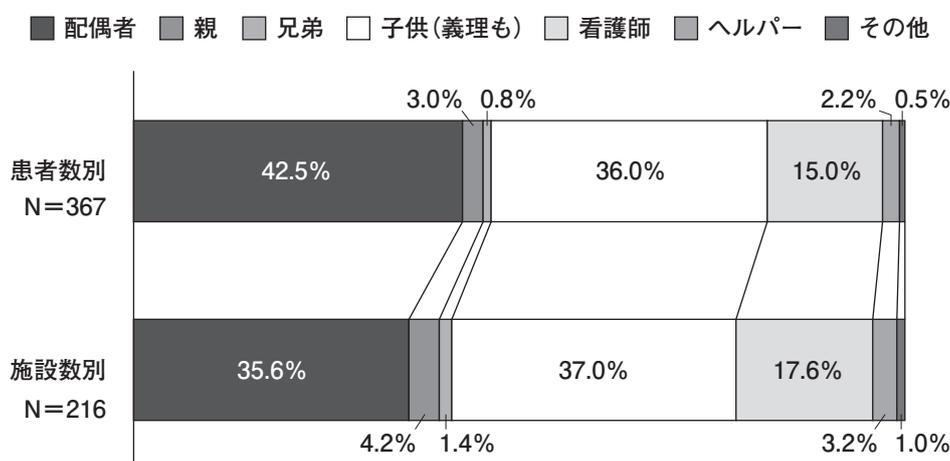


図2 PD 介助者の内訳

- ② 長期留置型カテーテルによる HD 患者がいる施設は全体の 33.2% で、おそらく全国には 2,000 人以上いるものと推計された。
- ③ 長期入院 HD 患者を受入れている施設は 36.1% で、その数は 1 万人を超えている可能性が高い。
- ④ HD 施設の 79.4% に少なくとも 1 人以上の要介護患者を認め、介護保険サービスに対する不満や改善を求める声も多かった。
- ⑤ 介護保険認定 HD 患者数は、正確な数を回答した 1,323 施設に限っても 21,550 人に上っており、アンケート回収率から単純計算すると約 6 万人以上 (全 HD 患者の約 1/5) が介護保険認定を受けているものと推計される。
- ⑥ 自ら PD の注排液をしていない患者は 9.7% で、介助の主体は配偶者 42.5%、子供 36.0%、看護師

15.0%、親 3.0%、ヘルパー 2.3% の順だった (図 2)。

- ⑦ 自宅や職場以外で注排液をしている場合、その実施場所は、病院/診療所 76.8%、グループホーム 5.3%、老健 2.1%、特養 1.1% であった。

2 パネルディスカッションと コンセンサスメETING

パネルディスカッションで話題となりコンセンサスメETINGで提言された課題、解決策について簡潔に述べる (表 1)⁵⁻⁷⁾。

2-1 HD における送迎と通院介助

現状では、透析施設による送迎は概ね肯定的であるが、送迎患者の選別は必須であり、自分で通院できる

表1 コンセンサスミーティングの主な提言

ジャンル	項目 (テーマ)	コンセンサス
送迎	・送迎の継続と患者の選択	大都市と地方を分けて考える必要がある 全国画一的なルール設定は困難かもしれない
		大都市では送迎が経営と直結しているため、今後も継続せざるをえない
		地域によっては、送迎に行政の支援も望まれる
		要介護認定で送迎の有無の線引きをしてはどうか (要介護1を目安としてはどうか)
	・自治体の応援	自治体の支援に関する法律の改正を検討する必要がある
		自治体が補助する巡回バスによる通院補助という手段も有効
	・ボランティア等の組織による送迎, NPOの活用	NPO法人や民間企業による送迎を地域によっては検討してもよい
		ボランティアをしたいという希望があっても責任や免許の問題があり注意が必要
	・PDへの誘導とこれからの過疎化対策	非都市部では若年者と高齢者との同居率も高く、PD継続にいい条件であることが多い
		認知症を有する高齢者にはPDが向いていないという先入観を捨て、成功モデルを広く示していくことが必要
		現場の知識不足の問題も多く、自治体も一体となって一般開業医やコメディカルを含めてPDの啓発が必要
		PD導入・維持の主体が中核病院以上の大病院となっていることが多く、PDが普及しない一因となっている
・診療報酬を下げずに各透析施設の経営を維持する	介護保険での通院補助はできないか	
	透析施設が経営を維持できるよう診療報酬を維持	
	透析医療機関が行う有償送迎に関して運送法のハードルは下げられないか	
長期入院透析	・有床診療所に対する維持透析管理加算	有床診療所に維持透析管理加算を付ける施策は急務
		合併症が多い透析患者の医療区分の見直しが必要 在宅医療の推進に積極的に取り組んでいる地域もあり、成功例を検討していくことも必要
	・大都市部で透析可能な療養病床の増設	透析可能な療養病床の増設が必要
	・HD導入の是非の見極めと予後の悪い合併症を抱えた高齢者に対する導入時の評価	非導入を検討する際にはスコアリングを用いた客観的な指標の使用を検討してもよい
		行政を含めて地域で終末期医療 (誤嚥性肺炎や透析を含め) に関する啓蒙が必要ではないか
		早期からの運動・栄養介入によってADL・QOLを維持する包括的腎臓リハビリテーションが必要
	・病院と特養, サテライト, 老健などの一体化	病院・特養・サテライト・老健の一体化が望ましいが現実としては困難が大きい (特に地方では、経営上困難)
		特定除外制度の復活が望まれる
		サ高住への家賃補助等に対する行政の支援も必要
	長期留置型カテーテル	・留置型カテーテル管理のコツ
カテーテルと透析回路の接続を徹底した無菌接続・無菌離断で行うことが重要		
カテーテル素材に応じた消毒法の選択が重要		
カテーテル刺入部皮膚に損傷を起こさないことも重要		
・留置型カテーテルのイノベーション		カテーテル感染時の抗菌薬ロック療法 ウロキナーゼコーティングカテーテル使用の検討
HDにおける介護保険サービス	・特養その他の活用	収入に応じて入所可能な施設を適切なタイミングで選択し手続きをしてくれるケースワーカーが必要
		特養への入居に関しては地域差が大きい。透析患者の特養入所を積極的に受入れる地域もあり他地域も追従すべき
		入所の基準や費用負担の決定に、客観的評価ができるようなスケールが必要ではないか

ジャンル	項目 (テーマ)	コンセンサス
	・ ケアマネージャーの活用 法	医療関係多職種、ケアマネージャー、患者、家族が一体となったチーム作りが重要
		HD 患者の介護保険の認定率や利用率を上げるべきである
		HD 患者が介護保険を利用しづらい制度上の問題を解決していく必要がある
		非透析日の生活まで考慮できるような透析医療に理解のあるケアマネージャーが望まれる
	・ 介護保険従事者に対する HD/PD の啓発活動	行政・医療機関が連携し、医療と介護の他職種連携についてのセミナーを定期開催している 先進的な例を見習うべきだ
		適切な介護保険利用のためには透析医療機関からの働きかけが必須
		特に PD に関してはヘルパーや訪問介護職種への啓発が未だ不十分
		身体介護には関心が大きくても医療には関心が少ない介護職者が多いので、改善が必要
		医療に関心を持ってもらうため医療機関側からの啓発だけでなく、介護スタッフが実際に医療に 触れる機会が増えるとよい
PD の改革	・ 地域包括ケアのためのネ ットワーク作り、PD の サポート体制	地域で顔の見える連携が必要
		腹膜透析液交換が介護職で可能とならないか
		複数のドクターで訪問診療を可能に (訪問診療+定期的な往診を認めてもらいたい)
		訪問看護師による採血・点滴を可能にする
		包括センターも関わり住環境の整備をはかる
	・ PD 方法の簡略化	特に高齢者の場合、低頻度のバッグ交換も十分に可能
		PD では高齢者における夜間のバックフリー、日中のイコデキストリン使用も有用
	・ PD 活用に関するイメ ージの転換	PD を保存期 CKD 5 の延長と捉えるとよいかもしい
		HD のように、サテライトでの維持期の PD 管理も課題
	・ 訪問看護ステーションの 活用と assisted PD (入 所者などに対する家族の 介入、デイサービス時の PD など)	訪問看護ステーションを中心とした体制作りを地域で進めることが重要
		訪問看護ステーションに教育や経験の場を与えるうえで基幹病院の十分なバックアップが課題 デイサービスを利用した PD も活用可
	・ 介護系職員の PD 支援	PD 継続のどのステップに障害があるか具体的に把握し、そこへサポートを入れることが必要
		PD 接続 (特に機械にキャップ・カテーテルをセットするのみといった場合) が医療行為であるのか見直しが求められる
		訪問看護ステーションを中心とした PD をサポートするためのサポート体制の整備が必要
	・ PD の在宅看取りや後方 支援施設	一般開業医、PD サポート医、後方支援病院間の連携が重要
		ケアマネージャー、訪問看護師、ショートステイ施設、開業医に PD の積極的な啓発活動、 サポートを行う (孤立させない)
		看取りは在宅、後方支援病院両方で可能であり、施設での看取りを教育・支援していく必要がある
		高齢者では、介護保険利用を前提に PD 療法を勧める
		医療機関、在宅以外での看取りに対するインセンティブの検討も必要
	・ PD 医療費の低減と PD 医療関係者へのインセン ティブ	PD の薬価が高価。収入の過半が PD 企業の収益になっているが、薬価を下げその分の医療費を他に 必要なインセンティブに回す戦略も検討の余地あり
APD を使用せず少ないバック交換で施行した場合、現行の薬価でも HD よりコストが低く抑えら れる点を忘れてはいけない		
PD に関わる医療者に対してインセンティブを与えるような保険給付体制の改革		
高齢者の入院透析を考えると HD でなければ採算が合わない		
デリバリーシステムの発達が PD の薬価に反映されず高額な薬価が維持されている		
PD 企業間の競争が乏しく市場価格が高額で維持されていることが問題		

ジャンル	項目 (テーマ)	コンセンサス
その他	・介護保険と医療保険間のシームレスな運用	特養では医療保険が使用されシームレスな運用ができる
		透析医療機関が行う送迎に介護保険の何らかの配慮 (サポート) が必要ではないか
		老健では「まるめ」の算定となってしまう, 医療保険の使用が制限されるため透析患者の受け入れは施設の持ち出しとなることが問題
	・介護保険意見書 (認定) とのミスマッチング (HD, PD とも)	介護点数を付ける際, 透析実施を介護度の重い判断材料にしてもらう必要がある
		医師側が積極的に介護認定に参加することで医療と介護保険側の連携を強固にしている地域があり, 見習うべき
	・テラーメイドの透析医療の推進	高齢者への HD 処方の見直し (患者 ADL に合わせて短時間 HD やある程度効率を落とした HD を容認してもよい)
高齢腎不全患者に対して, どこまで intensive に治療するか吟味が必要		

*網掛け太字は特に有力なコンセンサスである。文献7より改変。

患者まで送迎する必要はないと考えられた。また、過疎地や遠隔地、公共交通機関が乏しい地域、豪雪地帯などでは可能な限り地方自治体や行政による公的支援も考えていかねばならない。

地方では、高齢透析患者の送迎が、NPO やボランティアによって実施されている所もあり有用な手段だと思われるが、送迎に関わる責任の所在を明確にし、法規制との関係等にも目を向けておく必要がある。透析患者に対する介護度が不当に低くつけられやすく (ミスマッチング)、介護保険サービスを送迎に利用しづらいという声も多かった。後でも述べるが、介護保険の主治医意見書に記入する透析医、かかりつけ医、透析医学会などは介護認定審査会に働きかけて、週3回の通院の苦労も加味した介護認定がなされるようにし (ミスマッチングの回避)、介護保険サービスによる送迎を推進していきたい。

なお、今後の現実的な方策として、障害が重く通院困難な場合や近隣にサテライトがない場合、PD への積極的な誘導も視野に入れていく必要がある。

2-2 HD 患者の長期入院透析の問題

高齢者が多いわが国では、activities of daily living (ADL) の低下や重篤な合併症、住環境などの事情により、多くの高齢 HD 患者が長期入院療養の形を取らざるをえないのは致し方ないところである。幸い、診療報酬改定により療養病床で1日100点の慢性維持透析管理加算がついたが、有床診療所にも同様の慢性維持透析管理加算をつけるべきである。

自立できない高齢 HD 患者が、特別養護老人ホーム (特養) に入居しサテライトに通うのは一つの理想形

だが、HD や PD の患者を受入れる特養は稀である。新潟市などごく一部の地域では、HD 通院を前提にした特養が開設されている。また、地域によっては、病院と特養、透析施設を一体的に運営しているグループもあり、高齢 HD 患者サポートの一法としてうまく機能するかどうか見守っていく必要がある。ただ、障害を有する高齢透析患者ほど住み慣れた地域から離れるのを拒む傾向があるので、こうした試みはそれぞれの地域単位で考える必要があると思われる。同時に、自立できず通院困難な高齢 HD 患者が多い地域では、長期入院を受入れる療養病床の増設も考えなければならない。HD 可能な長期療養病床が乏しい地域では、PD への積極的な誘導も有力な選択肢である。

不毛な長期入院 HD を回避するには、不必要な HD 導入を避けるべきかもしれない。全身状態や合併症の重症度、認知症の程度、ADL、周囲のサポートの状況などを厳密に評価し、本人もしくは周囲の家族とよく相談して、患者の将来について予測、吟味したうえで HD 導入する姿勢が重要である。そういう意味では、透析医学会の「透析非導入と継続中止を検討するサブグループ」が提言した意思決定プロセスを尊重し、「維持血液透析の見合わせに関する事前指示書」の活用も視野に入れておくべきかもしれない⁸⁾。

2-3 HD における介護保険サービス

我々のアンケート結果でも示されたが、介護保険認定が必要な状況なのに認定を受けていない高齢 HD 患者がいまだに多い。HD 施設の医師や看護師、患者家族は、まず介護認定を受けさせるよう努める必要がある。

次に、ケアマネージャー（ケアマネ）やヘルパーなど介護保険従事者にHDのことをもっとよく理解してもらうため、透析医や透析看護師らが積極的に啓発する努力（在宅療養に関する多職種勉強会の開催など）が必要である。逆に、透析医療に携わっている多くの医師やコメディカルも介護保険サービスについてもっと勉強する必要もある。地域によっては、医療者と介護職、行政職らの多職種で定期的にセミナーを開催し円滑な連携ができてきているケースもあり、介護スタッフ啓発のためにも有用な方策である。各透析施設単位で試みるのが難しければ、地域の透析医会単位で考慮したらいいかもしれない。

なお前述したように、介護度の認定にHDあるいはPDを施行しているハンディがまったく反映されないケース（ミスマッチング）が多く、通院の困難さや重篤な認知症合併など漏れなく介護保険意見書に書き込んで介護度に反映させなければならない。

2-4 PD推進のあり方やその他の問題について

PDは自立していない高齢者にとってある意味とても優しい腎代替療法である。後期高齢者の場合、被嚢性腹膜硬化症（EPS）を発症しにくいとも言われており、バッグ交換を2,3回で済ませれば医療費も節約できるし周囲の労力も軽減できる。

地方によっては、デイサービスセンターで1日1回PDバッグ交換を試みている施設もあるようだが、欧米では在宅医療を支援するアシテッド（assisted）PDという考え方が確立しつつあり、わが国でもそのコンセプトを応用したPDを推進してもいいだろう。そのためには、地域ごとにPD導入する医師、PD導入後にケアするかかりつけ医、訪問看護師、ヘルパー、ケアマネ、行政職など多職種がチームを形成し、在宅医療としての高齢者PDを支援する環境を整備する必要がある。そうすれば、PD継続もひとりひとりの負担が減りPD患者に向き合いやすくなるはずである。

高齢の在宅PD患者をフォローする場合、訪問診療医や訪問看護師の果たす役割は大きい。ただ、PDに馴染みのある訪問看護師がまだ少ないので、そうした看護師の育成も重要な課題である。訪問看護師やかかりつけ医、家族の負担を減らすため、将来、PDの注排液をヘルパーに一部任せられるような道筋をつけることも必要であろう。

わが国でPDの普及が進まないのは、高いPD医療費が足かせになっているとする意見も多い。現在PD患者数が少ないだけにPDメーカーにとっては耳の痛い話であろうが、もう少しPDの薬価を下げ、浮いた医療費をPDに関わる医療者向けインセンティブにするという戦略も考えられる。PDに関わるかかりつけ医や訪問看護ステーション、介護系施設等にインセンティブがつけば、PD誘導への推進力となる可能性がある。

2-5 透析医療全般について

まず、高齢透析患者にまつわる社会的問題を解決するには、医療保険と介護保険がシームレスに運用されなければならない。透析医療現場において、医療保険と介護保険の垣根がないとはとても言える状況になく、医療者と介護保険関係者、行政の間でもっと風通しのいい連携が行われなければならない。高齢者対策において、介護なき医療もありえないし、医療なき介護もありえない。

高齢の透析患者が寝たきりになったり長期療養入院とならないために、「地域包括ケアシステム」は有用であろう。例えば、在宅の単身高齢者にPDを導入する場合、PDに理解のある多職種がサポートしないと安心してPDを継続することはできない。こういう環境が整った地域はまだ少ないと思われるので、医療関係者、介護保険関係者は地域行政も巻き込んで体制を整備する必要がある。

また、今回取り上げた透析患者の高齢化に伴う諸問題は全国共通の課題であると同時に、地域性の違いが如実に現れるテーマである。東京のような大都市圏と地方の過疎地とでは事情が異なる問題も多い。したがって、具体的実効策を考えたり地域包括ケアを推進したりする際、内容によってはそれぞれの地域特性を加味することも重要である。

高齢の透析患者比率は増える一方であるが、透析医療費を今まで以上に増額するわけにもいかないし、かといって医療現場の負担をこれ以上増やすわけにもいかない。これまでのHD、PDはとにかく優れた治療成績と予後だけを求めて理想的な方法を模索してきたように思うが、高齢患者が置かれた現状や周囲の負担、社会の変化、医療財政の逼迫を考えると、高齢者（とくに後期高齢者）では実状に合わせたテーラーメイド

の透析のあり方を考えていくべきではなかろうか。PDの改善策については前述したが、HDについても現役の中年患者同様に必ずしも週3回、4時間以上のHDで高いKt/Vを追求する必要はなかろう。高齢患者の場合、ADLや食事量、送迎の事情等に合わせ、短時間透析に変更したり透析処方を見直してもいいのかもしれない。

3 総括

最後に総括として、筆者らが厚労科研プロジェクト「腎機能障害者の高齢化に伴う支援のあり方に関する研究」総合研究報告書にまとめた政策提言・勧奨を引用する（一部改変）⁶⁾。特に、①～⑥は是非取り組むべき主要な課題である。

- ① 透析患者の高齢化に伴う諸問題を解決するため、地方自治体も透析医療者とともに問題解決に取り組むべきである。
- ② 冬期の気象条件が厳しい地域や公共交通機関が乏しい過疎地、離島などでは、HD患者の送迎に対し地方自治体も支援を考えるべきである。
- ③ 長期入院HD患者の療養を円滑に進めるため、HD実施可能な有床診療所にも慢性維持透析管理加算を認めるべきである。
- ④ 透析医療者や学会は、介護保険スタッフや地方行政の関係者に対して高齢化したHD、PD患者の窮状を訴えるとともに、透析に対する理解が得られるようもっと啓発を進めるべきである。
- ⑤ HDに対して薬価の割高感が強いPDの医療費を見直すべきである。
- ⑥ 透析に関わる医師は、従来のHD、PDの条件（方法）に縛られることなく、柔軟な姿勢でテーラーメイドの高齢者向け透析を進めるべきである。
- ⑦ HD施設による送迎が困難な場合、NPOや民間団体（患者団体も含む）による送迎もよいかもしれない。
- ⑧ 特養や老健でのHD、PD患者の受入れが進むよう、透析医や地方自治体はさらに努力していくことが好ましい。
- ⑨ 自立していない高齢HD患者の場合、送迎、介助によるHD施設への定期的通院の負担が大きいため、介護保険認定の際にはそのことも考慮した認定をするように働きかける必要がある。

- ⑩ HD用の長期留置型カテーテルの管理法は徹底されておらず、学会や医会でマニュアルを作成することが望まれるが、わが国で使える長期留置型カテーテルの製品数が少なく改良の余地がある。
- ⑪ PD治療において、訪問看護ステーションの役割は大きく、PD導入医や地方行政は訪問看護師のPDに対する理解や意欲が高まるよう努力すべきである。
- ⑫ PDをもっと普及させるには、保険給付の中でPDに関わるかかりつけ医や看護師、その他に対するインセンティブを考えたほうがよいかもしれない。

おわりに

わが国の社会政策すべてに言えることだが、医療や介護も超高齢化社会に適合した方向に舵を切るべき時にきている。従来、HDもPDも効率重視の理想的な透析を目指して一律の透析方法が実践されてきたが、わが国の医療環境や医療財政、高齢化の状況を考えるとき、それぞれの患者の合併症の程度や心機能、体力、気力、知力、ADL、家庭環境、経済力などを吟味し、患者の状況に合わせた各人各様（テーラーメイド）の透析医療、介護を実践すべきではなかろうか。透析現場の医師やコメディカル、行政、介護保険スタッフ、学会、透析医会によって「高齢化に伴う諸問題」が深く理解され、高齢透析患者に適した優しい透析医療と支援、および介助・介護環境の整備が進むことを祈りたい。

本研究は厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業「腎臓機能障害者の高齢化に伴う支援のあり方に関する研究」）により実施された。

文 献

- 1) 日ノ下文彦, 秋葉 隆, 勝木 俊, 他: 高齢化する血液透析患者の透析実態に関するアンケート調査. 透析会誌, 2015; 48: 341-350.
- 2) 日ノ下文彦, 戸村成男, 秋葉 隆, 他: II. 総括研究報告. 厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業. 平成25年度総括研究報告書「腎臓機能障害者の高齢化に伴う支援のあり方に関する研究」, 2014; 3-28.
- 3) 日ノ下文彦: 厚生労働省科学研究プロジェクト「腎臓機能障害者の高齢化に伴う支援のあり方に関する研究」からの報告

- 高齢透析患者の問題点とPDの活用—, Assisted PDの科学と実践, 腎と透析, 81別冊「腹膜透析2016」, 東京: 東京医学社, 2016: 47-48.
- 4) 日ノ下文彦, 秋葉 隆, 勝木 俊, 他: 高齢化する腹膜透析患者の透析実態に関するアンケート調査, 透析会誌, 2017 (印刷中).
 - 5) 日ノ下文彦, 戸村成男, 秋葉 隆, 他: D. 考察と今後の展望, 腎臓機能障害者の高齢化に伴う支援のあり方に関する研究—パネルディスカッションにより浮き彫りになった問題点—, 厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業, 平成26年度総括研究報告書「腎臓機能障害者の高齢化に伴う支援のあり方に関する研究」, 2015: 148-155.
 - 6) 日ノ下文彦, 戸村成男, 秋葉 隆, 他: D. 考察と今後の展望—本年度のパネルディスカッションを踏まえて, 厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業, 平成27年度総括研究報告書「腎臓機能障害者の高齢化に伴う支援のあり方に関する研究」, 2016: 88-94.
 - 7) 日ノ下文彦, 戸村成男, 秋葉 隆, 他: I. 総合研究報告, 厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業, 平成25~27年度総括研究報告書「腎臓機能障害者の高齢化に伴う支援のあり方に関する研究」, 2016: 5-42.
 - 8) 日本透析医学会血液透析療法ガイドライン作成ワーキンググループ, 透析非導入と継続中止を検討するサブグループ: 維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言, 透析会誌, 2014: 47: 269-285.

参考 URL

- ‡1) 一般社団法人日本透析医学会統計調査委員会「図説 わが国の慢性透析の現状」<http://docs.jsdt.or.jp/overview/>

障害透析患者の実態に関するアンケート調査（回答書）の抜粋

（2013年12月1日現在）

今後、高齢/障害透析患者に対する生活・医療支援および医療制度を検討していく上で参考とさせていただきますので、ご多忙中恐れ入りますが、以下の設問について、ご回答をお願い致します。なお、本アンケートは血液透析（HD, HDF etc）と腹膜透析（PD）の2つのパートから成り立っています。どちらかしか行っていない施設では、関わっている透析にだけお答え下さい。

I. 血液透析（HD, HDF etc）

1. 導入透析/維持透析のどちらに対応していますか。

- ①導入透析と維持透析の両方に対応（外来患者・入院患者の両方に対応）
 ②導入透析と維持透析の両方に対応（ただし維持透析は入院患者のみに対応）
 ③導入透析のみ対応
 ④維持透析のみ対応

2. 平成25年12月1日現在の、透析に関わる職員数を職種別・常勤/非常勤の別に記入願います。いない場合は、「0」を記入してください。

- | | | |
|------------|----------|-----------|
| ①医師 | 常勤_____人 | 非常勤_____人 |
| ②看護師 | 常勤_____人 | 非常勤_____人 |
| ③臨床工学技士 | 常勤_____人 | 非常勤_____人 |
| ④薬剤師（※） | 常勤_____人 | 非常勤_____人 |
| ⑤栄養士（※） | 常勤_____人 | 非常勤_____人 |
| ⑥介護職員（※） | 常勤_____人 | 非常勤_____人 |
| ⑦看護助手（※） | 常勤_____人 | 非常勤_____人 |
| ⑧送迎の運転手（※） | 常勤_____人 | 非常勤_____人 |

※ 血液透析に関わっている人数だけで結構です

☆非常勤職員は、週当たりの雇用時間数にかかわらず、雇用している人数（実人数）を記載してください。

3. 貴院（診療所）における透析患者数についてお尋ねします。

[（1）～（3）には、病室での出張透析、ICU等に設置した透析設備等による治療は含みません]

（1）同時透析数は、何人ですか。 _____人

※同時透析数：同時に施行可能な最大患者数（但し、PDを含まず）

（2）最大透析患者数は、何人ですか。 _____人

※最大透析患者数：同時透析患者数及びローテーション等から算出される治療可能な維持血液浄化患者最大数（1週間当たり）

（3）平成25年12月1日現在、何人の透析患者を扱っていますか。定期的に維持HDを行っている患者は週1回でも2回でもすべて含めて下さい。 _____人

- (4) 夜間透析を行っていますか。行っている場合は、その時間を記載してください。
- ①夜間透析を行っている 夜間の時間帯 _____ : _____ ~ _____ : _____
- ②夜間透析を行っていない。 (↑標準的な時間帯で結構です)
4. 貴施設では、透析患者の送迎を行っていますか。
- ①はい (⇒ 設問 5、6 へ)
- ②いいえ (⇒ 設問 8 へ)
5. 医療施設による送迎を利用している患者数は何人ですか (週 1 回でも利用している患者はすべて含めます) _____人
6. 送迎をしているスタッフはどの職種ですか (設問 2 の職種から選んで下さい。該当するものがなければ自由にご記入下さい)。 _____
7. 貴施設で透析通院の送迎をすることはどの程度負担になっているのでしょうか。
- ①大変負担である
- ②少し負担である
- ③あまり負担でない
- ④まったく負担とは思わない
8. 医療施設による送迎ではなく、家族または知人、ヘルパーらの介助により通院している患者は何人いますか。毎回でなくとも週 1 回以上介助を受けている患者はすべて計上して下さい。
- 家族によるもの ①配偶者 _____人 ②1 親等 (子供または親) _____人
- ③兄弟・姉妹 _____人 ④その他の親族 _____人
- 知人・友人によるもの _____人
- 透析仲間によるもの _____人
- ヘルパーによるもの _____人
9. 長期留置型カテーテルを利用した HD (HDF) の患者さんはいますか。
- いるとすれば何人ですか。現在、長期留置型カテーテルの最初の挿入からそれぞれ何ヶ月間使用できていますか。いる場合は、人数分だけご記入下さい。
- ①はい ⇒ _____人 1) _____ヶ月 5) _____ヶ月
- 2) _____ヶ月 6) _____ヶ月
- 3) _____ヶ月 7) _____ヶ月
- 4) _____ヶ月 8) _____ヶ月
- ②いいえ
10. 貴施設では、長期入院透析 (3 ヶ月間以上) の患者を受入れていますか。
- 受入れている場合、現在、何人の長期入院透析患者がいますか。
- ①はい ⇒ _____人
- ②いいえ

11. 現在、長期入院透析（3ヶ月間以上）の患者を受入れていない（10. の設問で ②いいえ と答えられた）病院または有床診療所にお尋ねします。今後、医療制度の変更などにより事情がゆるせば、長期入院透析患者を受入れますか。
- ①はい
 ②いいえ
 ③どちらとも言えない
12. 長期入院透析に関して、ご意見があればご自由にお書き下さい（受入れの有無、入院病床の有無に関わらず意見を書いて頂いて結構です）。
13. 貴施設で透析を受けている患者のうち、介護保険サービスを受けている方は何人いますか。
- ①はい ⇒ _____人 そのうち、 要支援 1 _____人
 要支援 2 _____人
 要介護 1 _____人
 要介護 2 _____人
 要介護 3 _____人
 要介護 4 _____人
 要介護 5 _____人
- ②いいえ
14. 貴施設で透析を受けている患者のうち、現在介護認定を受けていないものの介護保険サービスを受けた方がいいと思われる通院患者がいますか？ いる場合は、何人ですか。
- ①はい ⇒ _____人
 ②いいえ
15. 現在、介護保険サービスを受けている患者がいる（13. の設問で ①はい と答えられた）透析施設にお尋ねします。一般に、維持 HD を無事に続けていくうえで十分な介護（介助）を受けていると思いますか。
- ①はい
 ②いいえ
 ③どちらとも言えない
- この質問で②または③とお答えになった施設にお尋ねします。HD を続けるうえで介護保険サービスのどのような点が不十分なのでしょうか。
16. 透析医療において、医療保険による診療と介護保険によるサービスは、別々に運用されています。現場で障害患者や後期高齢患者を扱う皆様にとって、この問題に対するご意見はございませんか。もしもあるようでしたら、ご自由にお書き下さい。

II. 腹膜透析 (CAPD etc)

1. 腹膜透析を扱っている施設にお尋ねします。貴施設では、PD 導入をおこなっていますか。

- ①PD 導入とフォローアップの両方に対応
- ②PD 導入のみ行い、あとは他施設に任せている
- ③PD 導入後のフォローアップのみに対応

2. 平成 25 年 12 月 1 日現在の、PD に関わる職員数を職種別・常勤／非常勤の別に記入願います。いない場合は、「0」を記入してください。

- | | | |
|----------|----------|-----------|
| ①医師 | 常勤_____人 | 非常勤_____人 |
| ②看護師 | 常勤_____人 | 非常勤_____人 |
| ④薬剤師（※） | 常勤_____人 | 非常勤_____人 |
| ⑤栄養士（※） | 常勤_____人 | 非常勤_____人 |
| ⑥介護職員（※） | 常勤_____人 | 非常勤_____人 |
| ⑦看護助手（※） | 常勤_____人 | 非常勤_____人 |

※ PD に関わっている人数だけで結構です

☆非常勤職員は、週当たりの雇用時間数にかかわらず、雇用している人数（実人数）を記載してください。

3. 貴院（診療所）における PD 患者数についてお尋ねします。

PD 治療を受けている患者数は、全部で何人ですか。 _____人*

そのうち、HD (HDF) を併用している患者は何人ですか。 _____人

4. PD 治療を行っている患者*のうち、患者本人が注排液していない数は何人ですか。

計_____人

- ・主として家族が注排液している _____人
 家族の立場：配偶者_____人、親_____人、兄弟_____人、
 子供（義理も含む；お嫁さんなど）_____人、
- ・主として看護師が注排液している _____人
- ・主としてヘルパーなど介護者が注排液している _____人
- ・主として友人（知人）が注排液している _____人
- ・その他の人が注排液している _____人
 [_____] ←差し支えなければどのような立場の方ですか。

5. PD 治療を行っている患者*のうち、自宅または職場で注排液をしていない数は何人ですか。 計_____人

- ・病院または診療所 _____人
- ・グループホーム _____人
- ・老人健康保険施設 _____人
- ・特別養護老人ホーム _____人
- ・病院または診療所に付属した住居 _____人
- ・その他の場所 _____人
 [_____] ←差し支えなければどのような場所ですか。

6. 貴院（診療所）では、在宅 PD 患者に対する訪問診療・支援はしていますか。

- ①はい しているとすれば、どの職種ですか（複数回答可）。
- 医師 看護師 臨床工学技士 理学療法士
- 薬剤師 栄養士 介護職員 看護助手
- その他（ ）

②いいえ

7. 貴院（診療所）では、3ヶ月以上の長期入院PDを実施したことがありますか（HD併用した場合も含む）。ここでいう「長期入院PD」とは、腹膜炎等の疾患や合併症などの病気のために入院したもの以外をさします（社会的入院など）。

- ①はい
- ②いいえ

8. 自宅（または職場）以外におけるPDのあり方に関して、ご意見があればご自由にお書き下さい（在宅PDの有無に関わらず意見を書いて頂いて結構です）。

— ご協力ありがとうございました —