透析患者の下肢重症化予防
――「下肢末梢動脈疾患指導管理加算」の意義――

大浦紀彦　匂坂正信　関山琢也　森重侑樹

平成 29 年 2 月 19 日/東京都「第 45 回東京透析研究会」

この度，平成 28 年度診療報酬改定において，透析患者の「下肢末梢動脈疾患指導管理加算」100 点/月が新設された．日本下肢救済・足病学会が中心となって，日本透析医学会を含む 8 つの学会から「下肢足病治療の向上と重症化予防の対策，整備の要望書」を政府に提出したことがきっかけである．

この加算新設の背景にあるのは，透析患者の重症下肢虚血（CLI : chronic limb-threatening ischemia）患者の増加と手遅れの重症化症例の増加がある．足病が重症化して下腿・大腿が切断されるとどうなるのであろうか．杏林大学の 91 例の検討では 1 年生存率が 48%，5 年生存率が 11% であった．さらに，大切断されて義足をつけて歩行できる患者の割合は，10% であった．つまり，大切断は生命予後も QOL も悪く，できる限り避けなければならないことが明らかになった．

それでは重症化させないためにはどうしたらいいのであろうか．透析患者は CLI などの下肢末梢動脈疾患におけるハイリスク群である．透析によって起こる動脈の石灰化は CLI の血行再建も困難にする．CLI における切断や死亡に至るリスク因子として感染，透析と関係が深い低栄養や ADL 低下がある．このような透析の CLI においては，日ごろからフットケアを行い，足病変の早期発見・早期介入によって感染を回避し，重症化予防を行うことが重要である．

一方でこの加算は，足病変の血流評価と連携に対しての診療報酬でもある．初めて診療科間で連携することを算定することができるようになったのである．この制度では，血流評価においては ABI（ankle brachial index）と SPP（skin perfusion pressure）で評価することになっている．透析患者においては石灰化の影響から，ABI は高値となり false negative と評価されることも多いため，SPP の使用が推奨されている．

この加算にも課題がある．この加算によって CLI のスクリーニングとフットケアは加速すると予想されるが，CLI のリスク因子である低栄養や運動にまで踏み込んで言及していない点である．これらは，足だけではなく透析患者の自然予後にも関連する因子でもある．これらの因子は足病変の発見後に治療に関与する循環器，形成外科医などの専門病院では，患者がすでに食べられなくなり，歩行もできない状態であることが多いので対応できない．是非，足病変ができる前の比較的元気な時に，栄養と運動に基づく全身管理を透析専門医にお願いしたい．今後，腎臓リハビリテーション学会などとの連携強化も必要なのではなかろうか．

もう一つの問題点は，医政局に届出を行う連携先の専門病院（透析導入病院を含む）が下肢救済に尽力している病院とは限らないという点である．つまり厚生労働省の示した循環器内科，血管外科，形成外科（創傷外科）の 3 領域の診療科を包含する病院が，足病治療を積極的に取り組んでいない可能性がある．せっかく透析クリニックがスクリーニングをして重症化する前の患者を専門病院に送っても専門病院が適切な受け皿にならず，今までと同様に大切断などを容易に選択するケースが考えられる．したがって，透析クリニックも紹介した患者の転機や治療結果をよく把握して，専門病院を創傷治癒・血行再建の見地から適切に選択

杏林大学医学部形成外科

する必要がある．

今後も透析患者の下肢重症化の予防のために，是非，透析医学会とも連携を密にし，ひとりでも多くの透析患者の足を救済し，歩行維持に努めていきたい．

＊ ＊ ＊