

高齢透析患者の ADL & QOL への一考察

—導入・非導入・継続・継続中止—

大平整爾

札幌北クリニック

key words: 高齢透析患者, 生活自立度, 生活・生命の質 (ADL & QOL), 満足度 (幸福感), 望ましい死

要 旨

- ① 国民標準値と比較して透析患者の身体的活動度 (PCS) と精神的活動度 (MCS) は共に低下している。しかし、通院血液透析が可能な患者では、日常生活全般への満足度が高い。日本を含め、どの国においても MCS>PCS である点は興味深い。
- ② 当然ながら加齢により、また透析歴の長期化で ADL は低下する。認知機能低下も一般的に不可避であり、その対策が今後一層重要となる。
- ③ しかし、全般的満足度は高齢者のほうが高い。
- ④ 前終末期または終末期に至って透析単科の施設から病院へ転院する場合、これまでの治療や人間関係が途絶するため、円滑で望ましい治療、ことに看取りが難しい。
- ⑤ 望ましい命の終焉に対する患者・家族の意思表示が必要であり、医療者による支援体制の樹立が必要となる。
- ⑥ 自己の確定的意見を明示しない傾向の強い日本では代理判断を要する事態が少なくないが、ここにおける曖昧さを払拭する方策が必須である。

1 透析療法の有用性

腎機能代替療法として透析治療が進行腎不全患者の延命に大きく寄与したことは、間違いのない事実である。私個人がこれを実感したのは、腎結核ですでに左腎摘出術を受けている壮年男性が、重度の腎外傷で摘

出を余儀なくされて無腎となり透析へ導入され、10年を生きたのを目の当たりにしたからである。透析の大きな力を感じ取った。本療法の手技と適用範囲は大幅に拡大して今日に至っている。経費を要する治療であるが、1967年に血液透析が、1984年に腹膜透析が保険適用となり患者増加に繋がった。

2 透析療法の対象患者

—その高齢化と基礎疾患の変貌

2-1 患者の高齢化と糖尿病腎症の急増

半世紀ほど前にわが国で透析が開始された当時、その対象は若年層が多くを占めた。腎機能以外には他の主要臓器に大きな障害がなく、本人も周囲も患者が若いだけに救命して社会復帰を目指すことになんの疑問もなかった。1994年以降、新規透析導入患者の平均年齢は60歳を超え、透析導入の原因疾患として1998年以降、糖尿病性腎症が最頻となった。つまり、透析医は主として高齢で腎障害だけではなく他臓器障害を合併している患者を診ることが多くなったのであった。

2015年の導入患者平均年齢は69.2歳で、年末患者のそれは67.9歳であり、これらは1983年(32年前)に比較すると、前者で17.3歳、後方で19.6歳と大幅に高齢化が進んでいることを知る。透析患者の高齢化が急速に進んだことが明らかである。そのうえでさらに考慮に入れておくべき事項は、①完全独居老人、②日中独居老人の増加である。社会的なコンタクトが少ないこの人々の日常生活をどう支えるかは、治療成績

にも大いに関わってくる。

2-2 透析療法の、ことに高齢腎不全患者への適応

透析の有用性は当該患者の腎機能だけではなく他臓器の障害度に依存する¹⁾。この療法を円滑に継続するためには、①透析を理解し制限ある生活と透析の持続を納得できるかのほかに、②患者の仕事・家庭生活への検討が追加的な重要項目となる。身体機能のうえでは今後高齢者の「プレフレイル・フレイル」が透析導入の判断にさいして大きな検討課題となるであろう。さらに認知機能の評価も重要であり、ある程度以上進んだ認知機能障害患者では、透析か保存療法かの判断は難しく、十二分の検討が必要となる^{2,3)}。

治療の開始は、医師による適切な説明の後に患者自身が最終決定することを原則とするのであり、認知機能が種々の程度に低下した患者の意思決定をどう捉えるのが妥当なのかは、透析に限らず医療界一般の大きな宿題であろう⁴⁾。医療の有意性は、①患者および家族の満足感、②医療者の達成感（有意義なことを行っている）、そして、③費用対効果（経済性）によって検討されるべきことを銘記しておきたい。

3 透析療法の意義の変化とスタッフの役向き

青少年・壮年患者に対しての「なんとでも生き抜いて（生き抜かせて）社会復帰を果たす（果たさせる）」という考え方とは別に、高齢患者に対しては「定年退職後の人生を透析とどう折り合いをつけて過ごしつつ、望む（望ましい）命の終焉を迎えるか（迎えさせるか）」という捉え方へ移行した。

その故に、透析スタッフには治療（①十分な透析、②適切な栄養、③適度の運動など）と共に、日常生活支援を行う必要が出てくるほかに、終末期医療・ケア、つまり人生の総仕上げへの援助において専門職と協働することが求められる⁵⁾。老人層患者の急増は明らかであり透析医療に限らないが、医療者は老年学へ関心を払うことが急務となった（図1）。

4 維持透析患者の日常活動度および介護度

4-1 日常活動度の比較

図2は透析導入前後の日常活動度を経年的に日本透析医学会が調査・比較したものである。年末平均年齢は漸増してきているが、「発病前と同様の活動」群と「軽度症状」群で70%超の満足度が報告されて療法の

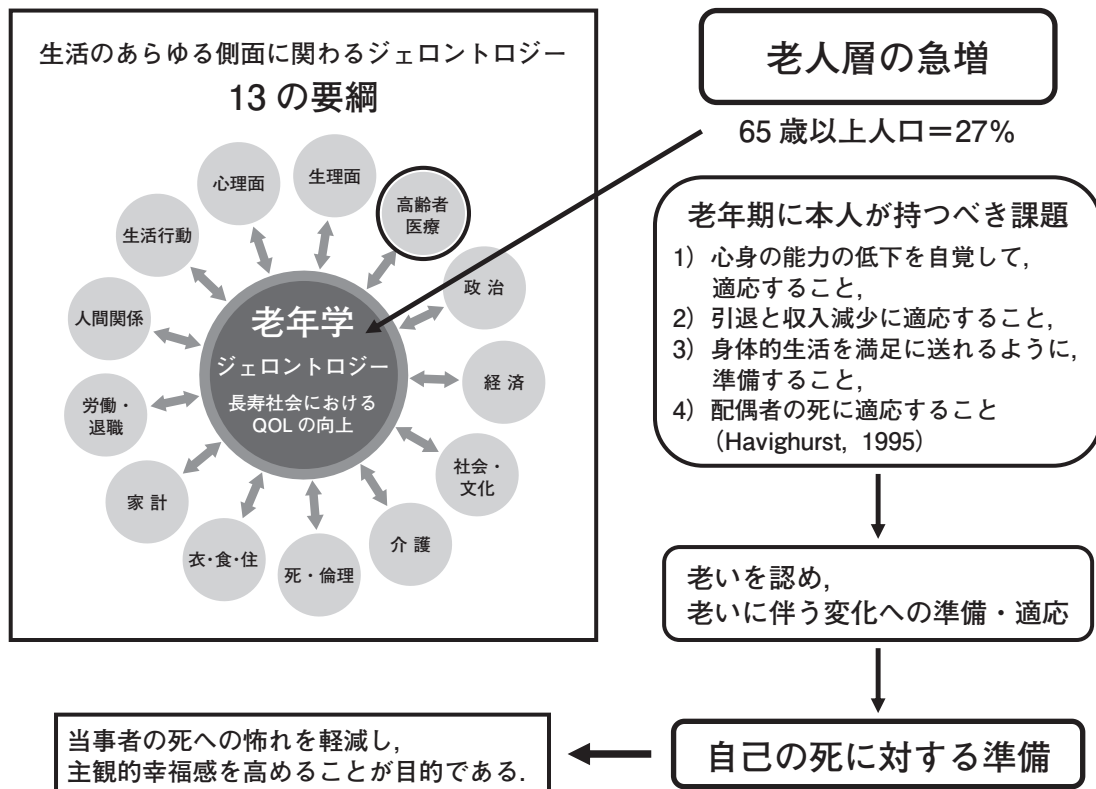


図1

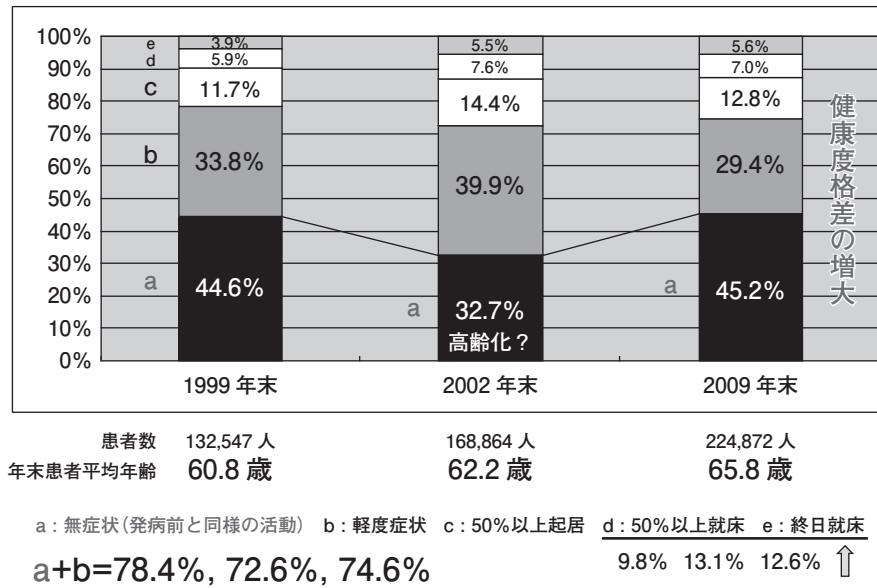


図2 維持透析患者の日常活動度
 (日本透析医学会・統計調査委員会, 2010年)

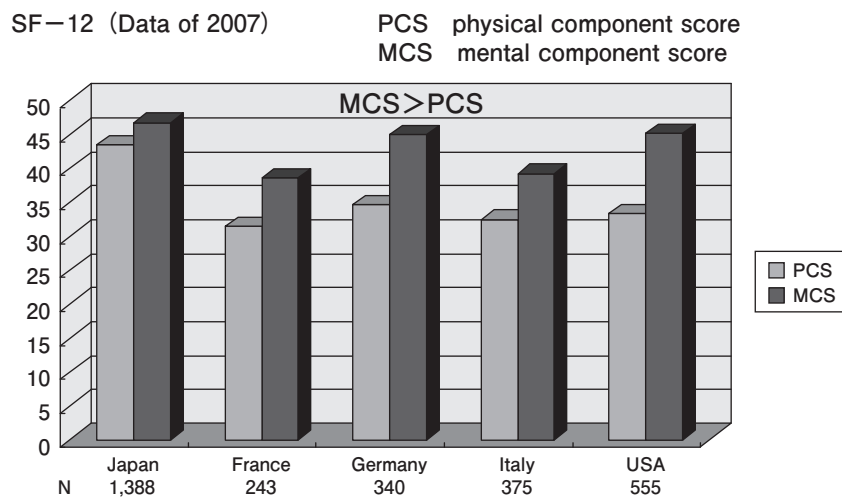
有用性を示している。ただし、「50%以上就床」群と「終日就床」群の合計は3時点で9.8%、13.1%、12.6%とあり、楽観はできない。透析患者の健康度に、年齢とは無関係な較差が生じているように感じられる。

腎障害患者は心身ともにその機能が障害されるのを常とするが、身体に比較して精神はその障害度がなんらかの理由で補完されているのかもしれない。

血液透析の国際比較 (DOPPS Annual Report 2012) として、PCSとMCSとがSF-12で測定されている(図3)^{‡1)}。国民標準値が「50」に設定されているので、透析患者のPCSとMCSは共に一般国民に較べて低値であることを知るが、いずれの国においてもMCS>

4-2 透析患者の介護度

長崎県の介護保険利用患者800名の報告⁶⁾の概要を表1に示した。自力歩行の不能者(要介護3以上)が介護保険利用者の27%であった。要介護5の透析患



PCS
 1) 身体機能, 2) 日常役割機能(身体), 3) 体の痛み, 4) 全体の健康観, 5) 活力
 MCS
 1) 全体的健康観, 2) 活力, 3) 社会生活機能, 4) 日常役割機能(精神), 5) 心の健康

図3 DOPPS Annual Report 2012 (国際比較)
 (参考URL ‡1より)

表1 透析患者の要介護状態（長崎県）

	人数	比率 (%)	起立・歩行	排泄・入浴	着衣	
全透析患者の7%	要介護1	171	21.4	不安定	部分的介助	
	要介護2	161	20.1	自力困難	一部・全介助	
	要介護3	112	14.0	自力不能	全介助	全介助
	要介護4	75	9.4	上記全て介助，日常生活能力の低下		
	要介護5	29	3.6	日常生活全般に全面的介助が必要となり，意思の伝達が困難		

介護保険利用患者 800 名で全体の 25.9%
 自力起立歩行が不能→介護保険利用者の 27.0% (n=800)
 (文献6より)

者が3.6% (29人)と少ないが，心身障害度の高い患者が透析を受けていることを知る。

5 認知症合併透析患者の日常生活自立度

5-1 日常生活自立度

北海道高齢者透析研究会実行委員会が，2016年3月末現在の道内透析患者で，認知症を伴う患者の日常生活自立度を調査したので，概要を提示したい。

調査対象は6,518人（道全体の透析患者数の約43%），男64%・女36%，外来患者5,78人（88%）・入院/入所2,083人（32%）であった。この数字からは，

回答患者が比較的元気な通院患者だと推測できる。さらに，自力歩行可能患者4,435人（68%），肩貸し・車椅子・ストレッチャー2,083人（32%）であったが，「歩けます」と回答していても，困難度（可能度）には差異があることに注意したい。入院率は11.3%（738人/6,518人）であり，終日就床患者は3.0%（196人/6,518人）であった（2009年の透析医学会調査では5.6%であった），認知症合併透析患者の日常生活自立度は表2に従って分析した。

図4に提示したように，認知症合併率はMCIを加えると16%に及ぶが，この群を除くと8.3%であった。

表2 認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが，日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても，誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか，買物や事務，金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない，電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ，介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え，食事，排便・排尿が上手にできない・時間がかかる。やたらに物を口に入れる，物を拾い集める，徘徊，失禁，大声・奇声を上げる，火の不始末，不潔行為，性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ，常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
V	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ，専門医療を必要とする。	せん妄，妄想，興奮，自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

(厚生労働省：2015年の高齢者介護)

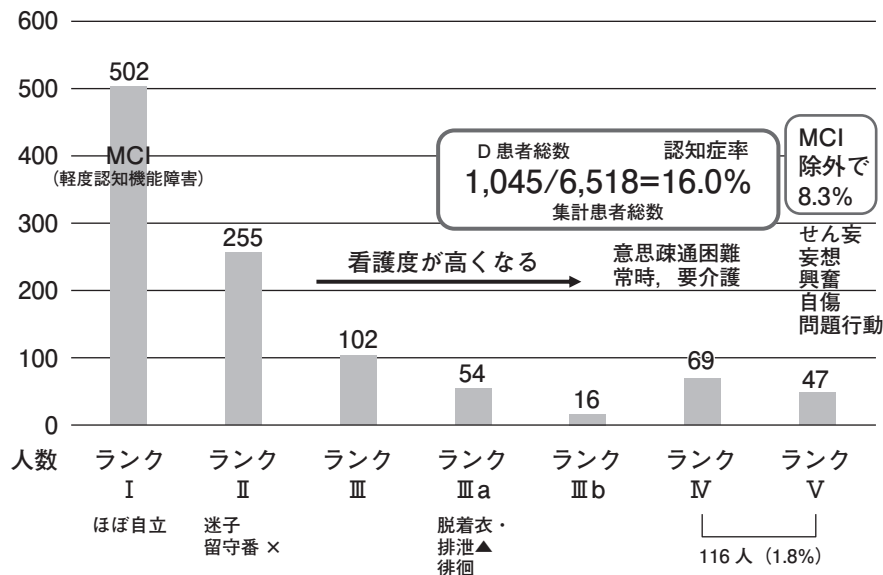


図4 認知症 HD 患者の日常生活自立度
(2016年北海道高齢者透析研究会・実行委員会調査)

ランク III 以上では看護度が高くなるが、その総数は 288 人で、今回の調査対象患者の 4.4% に相当した。ランク IV では、意思疎通困難で常時要介護となるが、IV と V の患者が 116 人 (1.8%) に存在した。脱着衣不能・排泄介助・徘徊などの問題行動が明らかな認知機能障害の進んだ患者に透析が継続されていることが明らかになった。

ランク III, IV の患者では、生命維持に全介護を必要とするために、介助者・医療者の苦勞が強く推測されるものであり、さらにはこうした患者の透析 (一種の延命措置) の有意性が問われる微妙な状況となり、当事者の苦悩はここにも存在する^{4,5)}。すなわち、「透析による延命の意義」や、さらに進んで「生きるに値する命」が論議の俎上に乗ることになる。従来の「延命至上主義」は再考されてきており、「人は己が生きるに値する命を生きる」とする「生命の質重視主義」の傾向が強くなってきている。これが正しく受容されるためには、日頃から家族・親しい知人・医療者などを交えて、繰り返し事前指示 (書) を超えた advanced care planning (ACP) が話し合われる土壌を作り出さなければならないであろう。

5-2 事前指示 (書) の有効性

重度認知症状態 (すなわち、永続的に自己・他者・時間・場所などの認識を欠如し、記憶障害・人格障害・見当識障害が明瞭) で透析を続けなければならな

いかという疑問や悩みが、家族や透析スタッフから出てきている。認知機能が正常か「軽度認知機能障害 (minimal cognitive impairment)」の段階で作成された事前指示 (書) (AD) は、有効であると考えられる。しかし、認知症はその発症から死亡まで 2 年から 16 年にも及ぶことがあるため、その取り扱いに注意を要するものである。つまり、AD 作成時の過去と現在 (認知症状態) の人格を同一視してよいかという問題である。「これまでの理性的な判断に従えばよいというものではない」(日本老年医学会) ということである。これに関する詳細は、文献 4 をご参照願いたい。

6 通院透析患者の日常生活自立度

6-1 日常生活自立度

通院中患者 429 人の日常生活自立度に関し、2016 年 12 月～2017 年 1 月に、表 3 を尺度として分析した (表 4-1, 4-2)。対象患者は、札幌北クリニック 134 人 (男 92 人, 女 42 人)・札幌北楡病院 230 人 (男 146 人, 女 84 人)・伊丹クリニック 65 人 (男 43 人, 女 22 人) である。通院患者を対象にしているのが当然ながら、ランク J (生活自立) は男 90% で女 73% と高率であった。ランク B (寝たきり, 座位可能) が 5 名いたが、熱心な家族の介助者の存在があった。透析期間 30 年以上の B ランク 1 人は札幌北クリニックの 58 歳の患者である。当クリニックにごく近接して住居があり、実母と姉のケアで生活していて入院を強く拒絶し、最

表 3 障害老人の日常生活自立度

ランク J (生活自立)	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で外出する。 1) 交通機関等を利用して外出する。 2) 隣近所なら外出する。
ランク A (準寝たきり)	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。 1) 日中はほとんどベッドから離れて生活する。 2) 日中も寝たり起きたりの生活をしている。
ランク B (寝たきり)	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ。 1) 介助なしで車椅子に移乗し、食事・排泄はベッドから離れて行う。 2) 介助により車椅子に移乗する。
ランク C (寝たきり)	一日中ベッドで過ごし、排泄・食事・着替えにおいて介助を要する。 1) 自力で寝返りをうつ。 2) 自力で寝返りもうたない。

平成3年11月18日 老健第102-2号 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知を改訂
公益財団法人 長寿科学振興財団

表 4-1 通院透析患者の日常生活自立度 (透析期間別)

	5年未満	5~10年	10~20年	20~30年	30年以上	合計
男性						
ランク J	113	53	42	34	11	253名
A	7	5	7	4	0	23
B	0	1	2	1	1	5
C	0	0	0	0	0	0
計	120	59	51	39	12	281
女性						
ランク J	27	25	33	16	7	108名
A	9	6	7	4	1	27
B	2	1	6	1	1	11
C	1	0	1	0	0	2
計	39	32	47	21	9	148

表 4-2 男女別日常生活自立度

	男性	女性
J:生活自立	90.0%	73.0%
A:屋内ほぼ自立(介助外出)	8.2	18.2
B:寝たきり(座位可能)	1.8	7.4
C:重度寝たきり	0.0	1.4

表 5-1 年齢とランク J の保有率

	50歳未	50~65歳	65~70歳	70~75歳	75歳以上	全体
男性	95.0	95.0	92.2	86.1	77.4	90.1%
女性	92.9	91.7	67.9	61.1	52.5	73.0%

札幌北クリニック：大平整爾，札幌北楡病院：久木田和丘，伊丹腎クリニック：伊丹儀友

表 5-2 透析期間とランク J の保有率

	5年未	5~10年	10~20年	20~30年	30年以上	全体
男性	94.2	89.3	82.3	87.2	91.7	90.1%
女性	79.2	78.1	70.2	76.2	77.8	73.0%

札幌北クリニック：大平整爾，札幌北楡病院：久木田和丘，伊丹腎クリニック：伊丹儀友

表6 手段的日常生活動作能力検査

項目	配点		評価
	1	0	
1 バスや電車を使って一人で外出ができますか	はい	いいえ	手段的 ADL
2 日用品の買い物ができますか	はい	いいえ	
3 自分で食事の用意ができますか	はい	いいえ	
4 請求書の支払ができますか	はい	いいえ	
5 銀行預金、郵便貯金の出し入れが自分でできますか	はい	いいえ	知的 ADL
6 年金などの書類が書けますか	はい	いいえ	
7 新聞などを読んでいますか	はい	いいえ	
8 本や雑誌を読んでいますか	はい	いいえ	
9 健康についての記事や番組に関心がありますか	はい	いいえ	社会的 ADL
10 友達の家を訪ねることがありますか	はい	いいえ	
11 家族や友達の相談にのることがありますか	はい	いいえ	
12 病人を見舞うことができますか	はい	いいえ	
13 若い人に自分から話しかけることがありますか	はい	いいえ	

注) 手段的 ADL スコア (5 点満点)、知的 ADL スコア (4 点満点)、社会的 ADL スコア (4 点満点) でそれぞれの ADL を評価する。総計を高次 ADL スコアとする。カットオフ値はない。(古谷野亘, 他: 日本公衆衛生雑誌 1987: 34: 109-114)

表7 透析患者の日常生活活動動作能力検査 (男性) (各項目満点率)

	50 歳未満	50~65 歳	65~70 歳	70~75 歳	75 歳以上
手段的 ADL					
施設 A	6/6 (100%)	11/12 (92%)	4/7 (57%)	6/10 (60%)	5/8 (63%)
施設 B	15/19 (79%)	51/58 (88%)	20/29 (69%)	8/15 (53%)	13/25 (52%)
施設 C	14/15 (93%)	28/32 (88%)	10/14 (71%)	7/11 (64%)	12/20 (60%)
知的 ADL					
施設 A	5/6 (83%)	9/12 (75%)	5/7 (71%)	8/10 (80%)	4/8 (50%)
施設 B	12/19 (63%)	46/58 (79%)	18/29 (62%)	12/15 (80%)	16/25 (64%)
施設 C	11/15 (73%)	25/32 (78%)	9/14 (64%)	8/11 (73%)	13/20 (65%)
社会的 ADL					
施設 A	4/6 (67%)	7/12 (58%)	3/7 (43%)	5/10 (50%)	3/8 (38%)
施設 B	12/19 (64%)	32/58 (55%)	13/29 (68%)	5/15 (33%)	9/25 (36%)
施設 C	10/15 (67%)	18/32 (56%)	9/14 (64%)	6/11 (55%)	8/20 (40%)

期まで (死ぬまで) ここで透析を続けると言い張っている。B ランクの他の 4 人も同様な環境と気持ちにあるのであろう。

このランク J と年齢および透析期間の関係を検討した (表 5-1, 5-2)。ランク J 保持率は男女ともに加齢と共に減少し、特に 75 歳以上の女性で低率であった。ランク J 保持率と透析期間の関連性をみると、明らかな減少は認められず、自立度の高い患者が通院透析を継続していると考えられた。表 6 に提示した手段的日常生活動作能力検査に従って、今回の 429 人のうち男性について検討した。手段的、知的および社会的 ADL で満点を採る患者の比率はいずれの施設でも加齢と共

に低下傾向を示した (表 7)。

6-2 通院手段

札幌北クリニック 134 人の透析患者 (2017 年 4 月末現在) は、自家用車 55 人 (41%)・クリニックによる送迎 28 人 (21%)・その他 (公共交通機関・家族による送迎・徒歩など) 51 人 (38%) で通院している。自家用車通院患者 55 人の内で 19 人 (35%) が 65 歳以上者である。昨年 65 歳以上患者で自動車通院を自分で止めた人が 1 名で、1 名は家族からの要請で車運転の中止を当該患者に要請して止めてもらった。高齢ドライバーによる事故が多発していることを考慮して

のことである。札幌市のような都会であれば代替交通手段を見出せるが、田舎ではそうはいかず高齢者の通院手段の確保は、今後、大きな課題となろう。

7 透析患者の「現在の生活全般に対する満足度」

2011年全国腎臓病協議会・日本透析医会・統計研究会による調査では（血液透析患者数7,784名）、「満足・まあ満足」と答えた患者は男性で73%・女性で78%と高かった。χ二乗検定後の残差分析によれば、年齢階級が高いほど満足度が高くなる傾向が窺われた（図5）。同様な満足度調査を札幌北クリニックで行った結果は、男女総計で「満足」と「ほぼ満足」で87%と大差はなかった⁷⁾。

これらのアンケート調査に現れた高い満足度が患者の本音を披瀝していることを望むが、「満足度」は患

者への心理・社会的介入、例えば社会支援や自尊感情への働きかけで大きく影響を受けるものであり⁸⁾、慎重な評価が必要となる。

8 透析患者の死因と死亡の場所

北海道の死亡透析患者を2013年と2014年でアンケート調査し、1,088人を集計した。

その死因は表8に示したが、日本透析医学会の統計結果と大差はなかった。透析の継続中止による死亡は25人報告されたが、これは全死亡の2.3%（25/1,088）に相当した。全例が患者の意思を基本に、家族と医療者の理解・承諾のもとで中止がなされ、25人中24人が7日以内に死に至っていた。透析中止死亡25人中20名（80%）が70歳以上の患者であった。

死亡の場所は表9に示したように病院死が圧倒的に

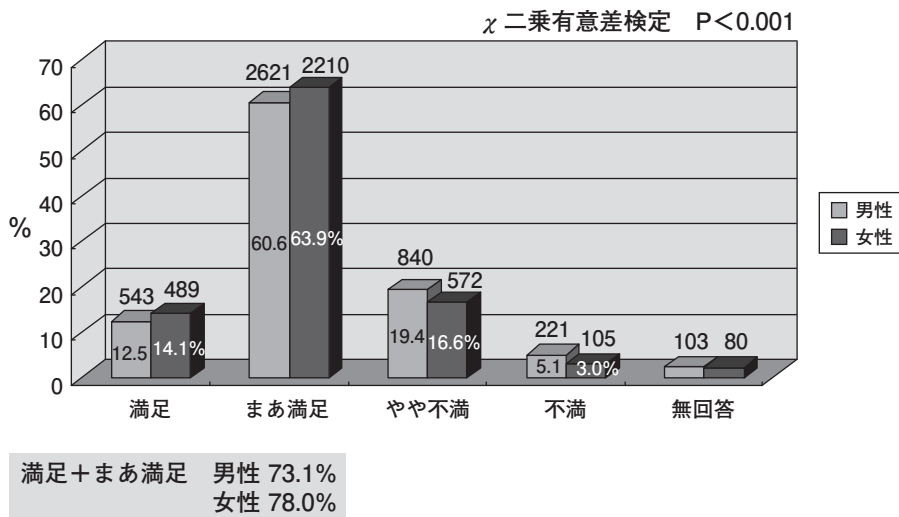


図5 維持血液透析患者における「現在の生活全般に対する満足度」(性別による分析) (2011年全腎協調査, (社)日本透析医会, (財)統計調査研究会, n=7,784)

表8 2013・2014年死亡透析患者の死亡原因

	JSDT統計 (2013年) 比率 (%)	アンケート結果	
		人数	比率 (%)
心不全	26.9	283	26.0
脳血管障害	7.2	63	5.8
感染症	20.8	185	17.0
心筋梗塞	4.3	60	5.5
悪性腫瘍	9.4	133	12.2
悪疫質 ^{†1}	4.2	165	15.2
消化管関連 ^{†2}	1.5	96	8.8
その他	8.8	103	9.5
計	100.0 (29,042人)	1,088	100.0

†1 悪疫質/尿毒症 悪疫質/栄養不良

†2 消化管出血 消化管出血・イレウス・腹膜炎など

(北海道高齢者透析研究会・実行委員会)

表9 透析患者の死亡場所（北海道高齢者透析研究会 2013/2014年の死亡者分析）

死亡場所	人数	比率 (%)
病院	1,023	94.02
自宅	20	1.84 [†]
介護施設	20	1.84 [†]
その他	25	2.30
合計	1,088	100.00

† 自宅や介護施設での死を望んだというのではなく、突然死かそれに近い死。

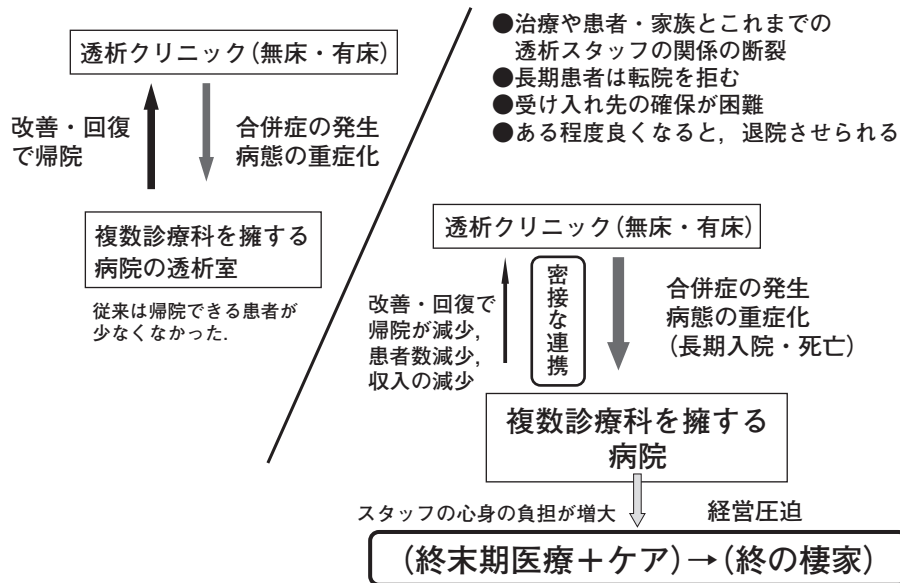


図6 透析患者の転院状況

多く、透析患者は透析のできる施設に強く拘束される（離れられない）ことを示唆している。透析の中止は一般的に1週間以内の死亡を意味するのであり、死を覚悟しない限り自宅へは戻れないのであろう。現代医療は患者の自己決定（権）に基づいて進行するものであり、透析継続の中止という微妙な事象の決定に関して、ガイドラインや提言などにより一層明確に方向性を示せと言う意見によく接するが、あくまでも患者・家族・医療者による「共同的意思決定」が根柢になければならないことを銘記したい。

維持透析患者の多くは透析単科のクリニックで加療されているが、病状が悪化した場合には入院可能で複数診療科を持ち、設備の充実した病院へ転入院治療を依頼することが通常である（図6）。こうした状況下で、従来は元のクリニックへ帰院できる患者が少なくなかった。しかし、近年では入院期間に対する保険診療の締め付けなどがあり転院先の確保は難しくなり、患者の高齢化と病状の重症化で帰院患者の率は確実に

減少してきている。受け入れ先病院透析スタッフが被る心身の負担増加は間違いなく増大しており、しかも経営を圧迫している事実を看過できない。患者や関係者が望む死を迎えるためには、看取りの場や治療法のあり方など予めプランを持つことが求められる⁵⁾。

2015年、北海道高齢者透析研究会で施行したアンケートでは「透析患者を見送って医療スタッフとして心残りの事柄」という自由記載欄に以下の記述があった。

- ① 疼痛の軽減を図ろうとすると、意識レベルが低下した。
- ② 疼痛は軽減できたが、強い倦怠感は依然残った。
- ③ 「死にたくない、死にたくない」と叫ぶ患者になにもしてあげられなかった。
- ④ 何か悩みを持っていそうだったが、言葉で表出してもらえなかった。
- ⑤ スピリチュアルな支援がまるでできなかった、力もなかった。
- ⑥ 何時死んでもおかしくないほどに重症であるの

に、家族がそれを理解していない。だから、こまごまと不平・不満を言われる。

- ⑦ 「死に目にあわせてもらえなかった」と詰られた。
- ⑧ 明確に血液透析の中止が決まっておらず、その日の状態によって施行することになっており、しかも開始してもすぐに中断となることが多く徒労を感じた。
- ⑨ 死を受容する人は、稀に思えた。
- ⑩ すべての家族に感謝されるわけでもなかった。

9 高齡透析患者の対応で透析スタッフおよび家族が困惑する事項

過去のアンケート調査⁹⁾を要約すると、以下のよう
な諸事項が浮き彫りになる。

- ① 送迎時の要介助
- ② 患者自身の理解力低下（やっても無駄だ、家族の努力が報われない）
- ③ 老老介護
- ④ 終日独居・日中独居老人の日常生活への不安
- ⑤ 入院先・入所先の相談
- ⑥ 前終末期・終末期の医療とケアのプランニング作成の困難性（患者・家族に意見・希望がない、あっても関係者間に意見の食い違いがあるなど）
- ⑦ 自宅の療養（内服・食事・排泄・日常動作・血圧測定・インスリンの自己注射など）の困難性
- ⑧ 自宅死亡時の対処
- ⑨ キーパーソンの欠如・交代制

いずれの事項も高齡透析患者の毎日の生活に直結する問題であり、一家族の努力ではすまされるわけはなく、官民協働の体制作りが早急に必要となる。

10 高齡透析患者が抱く不安

長年透析患者にベッドサイドで接してきたが、高齡透析患者では、ことに様々な不安を抱いていることに気づかされた。透析療法に直接関わる、例えばバスキューラーアクセス・透析アミロイドーシス・血管の石灰化などを除いて列記すると以下のようになる。

- ① 自分や配偶者の健康への不安（病気・介護）

- ② 経済的な不安（自立安定した生活の喪失）
- ③ 子供との別居、配偶者との死別
- ④ 社会からの疎外・疎外感・孤独感
- ⑤ 漠然と感じ取る「残された時間」の過ごし方
- ⑥ 家族などに迷惑をかける負担感（申し訳なさ）
- ⑦ 困ったときの相談相手
- ⑧ 「どのような死を迎えるのか」への不安

これらは透析患者に限らず高齡者一般に共通の不安であり、看過できない諸事項である。透析スタッフとして関与できる部分は限られているが、その他の部分についてはその分野の専門職との橋渡し役をしっかりと務める気概を持ちたい。適正な透析療法を継続しつつ、これらの要綱に心配りすることが、高齡透析患者の ADL・QOL を維持向上することに役立つものであろう。

文 献

- 1) Chandra SM, Da Silva-Gane M, Marshall C, et al. : Survival of elderly patients with stage 5 CKD : comparison of conservative management and renal replacement therapy. *Nephrol Dial Transplant* 2011; 26 : 1608-1614.
- 2) 椎貝達夫 : 非透析慢性腎臓病の保存療法 : 35 年間の経験. *お茶の水医学雑誌* 2014; 62 : 12-26.
- 3) Brown EA, Finkelstein FO, Iyasere OU, et al. : Peritoneal or hemodialysis for the frail elderly patient, the choice of 2 evils? *Kidney Int* 2017; 91 : 294-303.
- 4) 大平整爾 : 認知症時代の腎機能代替療法 : 透析医の備え. *日透医誌* 2017; 32 : 142-159.
- 5) 大平整爾 : 透析療法における終末期医療・ケアと望ましい死～豊かな生の総仕上げを目指して～. *透析会誌* 2015; 48 : 569-575.
- 6) 前田兼徳, 宮崎正信, 原田孝司 : 透析患者を支える医療連携の現状と今後の課題. *日透医誌* 2015; 30 : 219-224.
- 7) 大平整爾, 佐藤香織, 芦口美佐枝 : 維持血液透析患者の満足度調査 : 彼等は何を思い, 何を感じて過ごしているのか. *日透医誌* 2016; 31 : 152-160.
- 8) 杉澤秀博 : 透析患者にとって生活満足度指標が持つ意味. *臨牀透析* 2015; 31 : 1115-1121.
- 9) 杉崎弘章, 大平整爾 : 医療者と透析患者の家族との関係 : アンケート調査結果と分析. *日透医誌* 2010; 25 : 447-449.

参考 URL

- ‡ 1) 「DOPPS Annual Report 2012」 www.dopps.org/annualreport/