

地域包括ケアシステムを意識した透析医療の今後

——血液透析・アシストPDの現状と課題——

宮崎正信

宮崎内科医院

key words : 地域包括ケアシステム, アシストPD, アドバンス・ケア・プランニング, 高齢化

要 旨

世界にまれにみる超高齢化社会における生活の在り方として、地域の中での医療や介護を展開するという地域包括ケアシステムという概念が出された。高齢透析患者をみていくうえで、医療と介護の多職種連携の考え方を理解しないと、透析医療ができない時代とな

ってきている。ここでは、包括ケアシステムと透析医療との関わりを血液透析とアシストPDの面から論じて、今後の課題を考えてみたい。

はじめに

地域包括ケアシステムは、超高齢化社会をどう位置づけていくかという問題から出てきた概念である。こ

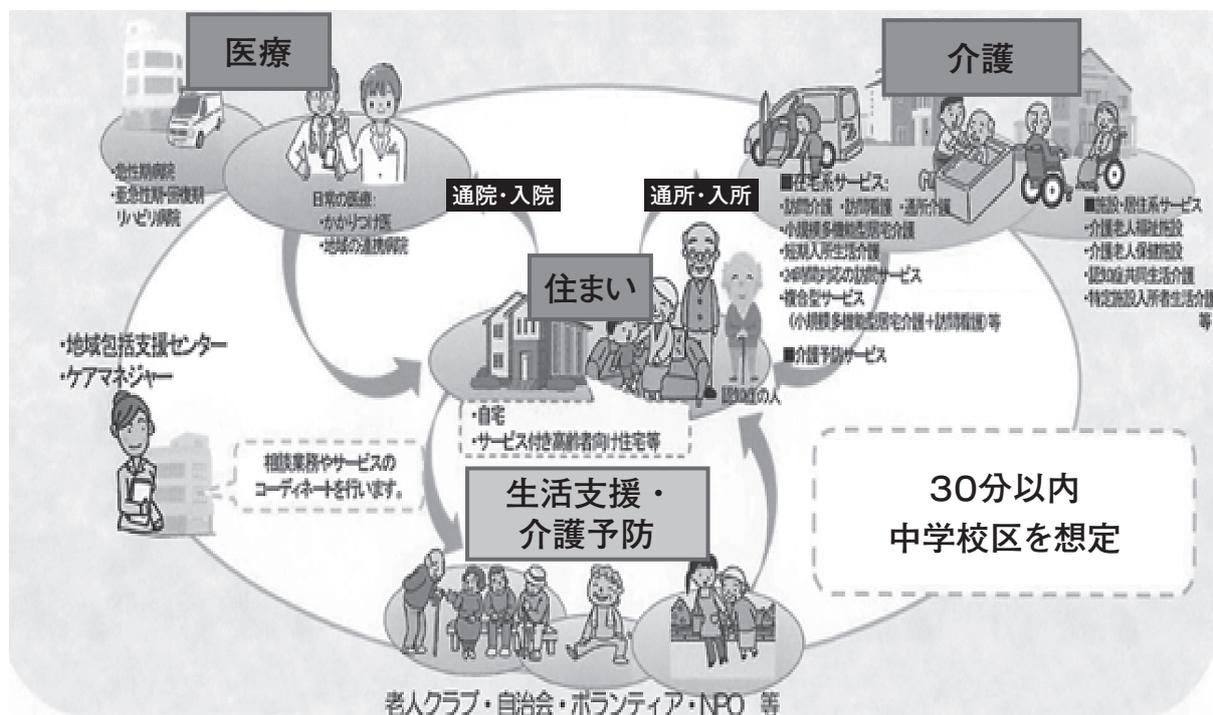


図1 地域包括ケアシステム

これまでの病院完結型から地域完結型へ変換をするため、病院・施設対在宅という対比概念から脱却し、病院、施設、在宅を一体として考えていくことで、おおむね在宅、時々施設・入院を実現しようとするものである。(厚生労働省: 在宅医療・介護あんしん2012, より改変)

表1 地域包括ケアシステムの内容・その重要性

1. 医療・介護・予防・住まい・生活支援を一体的に行う
2. 超高齢化の進行：団塊の世代が2025年に後期高齢者に
3. 住み慣れた地域で自分らしい生活を最後まで送れるように
4. 認知症患者の増加にも対応
5. 高齢化進展に大きな地域差があり、地域ごとの対策が必要：大都市は75歳以上が急増、人口減の地方
6. 保険者（市町村・都道府県）が、地域特性に応じて作り上げる

れまでの病院完結型から地域完結型にして、おおむね在宅、時々施設、病院という考えの実践を目指している。その概略を図1に示す。ここで言う“地域”とは、徒歩30分以内、中学校区を想定し、その中で医療、介護、生活支援、介護予防が一体的に機能することで、この地域内での在宅生活を可能にすることを目的としている。団塊の世代が2025年には後期高齢者になり、透析患者の高齢化は益々進むと予測されており、介護や地域を考えた透析医療は、患者ファーストの医療を目指すことにほかならず、地域包括ケアシステムをどう個々の患者に活かすが今後益々必要となってくるものと思われる。

表1に、地域包括ケアシステムの内容と重要性を示す。透析患者はもちろんのこと、高齢者は、認知症、フレイル、独居、心血管障害の合併などの多くの問題を抱えるため、これらにも包括的に対処できるシステムを目指している。ここで注意すべきは、高齢化進行程度の地域差は大きく、全国一律的なやり方では対処できない。2010年と比べて、2025年の75歳以上の人口増加率は、埼玉、千葉、神奈川、大阪で80%以上であるのに対し、山形、島根は15%程度であり、地域格差が大きい。各地域でその地域の実情に応じた包括ケアシステムを構築していかななくてはならない。平成30年度から、国保の保険者は、各市町村から都道府県に移行されたが、これは地域における対策の重要性を物語っている。

1 透析患者の超高齢化が意味すること

日本における維持透析患者数は2016年末現在、約33万人となり、65歳以上は6割を超すまでになった。前期と後期高齢者の割合は同じ程度となっているが、後期高齢・透析患者数は増え続ける傾向にある。高齢になると介護度が増していくが、特に75歳を超えると、要支援・要介護度は急速に増加していく。高齢透

析患者は、心不全、脳梗塞、認知症などの合併症の割合が高く、特に75歳以上でその頻度が増加するため、透析以外の医学的問題、生活および身体介護の必要性が増し、透析施設の医師、スタッフは多くの課題に直面することになる¹⁾。

透析患者の通院も大きな問題となっており、65歳から74歳までの全介助は6.4%だったのに対し、75歳から84歳では17.6%と急激に増加、85歳以上では19.0%となる²⁾。フレイルの高齢透析患者では、合併症が多く、状態が悪化すると救命医療から終末期医療の色合いが濃くなり、低血圧、呼吸苦、不整脈、経口摂取不能、意識障害が生じてくる³⁾。そして、透析中止の問題にも直面し、透析現場のスタッフは、患者や患者家族とともに、大きな悩みを抱えているのが現状である。入院透析が必要となる患者も多く、3カ月以上入院している透析患者のうち、75歳以上は54%を占め、入院している患者の約6割は全介助の状態となっており⁴⁾、行き場のない高齢透析患者が増えている。

2 在宅医療と訪問看護師

終末期の療養場所としてどこを希望するか、厚生労働省の調査によると、できるだけ自宅療養を希望している割合は約6割であり、おおむね在宅で過ごし、病気の時は病院でという地域包括ケアシステムの目的に一致する。多くの医学的合併症やフレイル、経済、独居、老々介護などの多くの問題を抱える高齢者が自宅で過ごすことに対応できるように、現在の保険制度は在宅医療重視に大きく舵を切っている。

在宅医療は、医師だけでは到底対応できず、ケアマネージャー、訪問看護師、ヘルパーステーション、訪問薬剤師、歯科医などが関わる多職種連携によるチーム医療で成り立っている。最近では、1人の医師、1診療所だけでは24時間の医療体制を構築することが困難であるため、医師同士、複数の診療所が連携してグループを形成し、対応できるような保険制度の整備も進んでいる。平成30年度からは、専門外の医師が副主治医として訪問診療ができるようにもなった。しかしながら、介護する家族の立場からみると、在宅医療は、言葉を換えれば、入院ぎりぎりの患者が在宅にいる時代の到来である。在宅医療は家族にとっては介護への参加を意味しており、介護の担い手は、約6割が配偶者、子供夫婦である。患者が高齢化しているとい

うことは家族の高齢化も進んでおり、介護者の7割は60歳以上、4割は70歳以上で、親子の老々介護となっている。

多職種による在宅チーム医療を支える中で訪問看護師の役割は重要である。その特徴としては、

- ① 医師以外で唯一医療行為が行える職種である
- ② 医師より訪問回数が多い
- ③ 24時間、365日体制を複数の看護師で支える

といったものがある。患者に最も寄り添える医療職であり、認知症の進行、食事摂取量の変化、誤嚥の有無などの異常を早期に見つけることができる。そして、タイムリーに患者の観察、評価、報告を医師のほか、その他の多職種に伝え、医療と介護のつなぎ役、翻訳者のような大切な役割を果たしてくれる。訪問看護師をどう活かすかによって、在宅限界点が決定され、在宅に戻せるかどうかが決まると言っても過言ではない。

保険制度では、訪問看護師は、介護保険と医療保険の両方の枠で患者宅を訪問できる。前者は、介護度の

程度で介護サービスの上限が設定され、その枠内で患者宅への訪問回数が決定される。すなわち、ヘルパー、デイケア、デイサービス、ショートステイ、そして看護師訪問の割合を、どのように設定するのか、ケアマネージャーが、患者や家人、そして担当医の希望や意見を元に患者の介護度の中で、決定する。医療保険では、脱水、肺炎などの患者急変時や、褥瘡、人工呼吸器、末期癌などに限定して訪問看護師が訪問できるようになっている。なお、腹膜透析も医療保険として訪問看護師が患者宅を訪問できるようになっているが、介護保険が優先されるなどの様々な制約がある。訪問看護師をどのような患者に使うかをまとめたのが表2である。いろいろな場面が想定されるが、患者が定期的、あるいは急変時に来院できず、その状況を医師が把握して治療を開始したいと判断したときは、いつでも訪問看護師を依頼できる。

一方、医療側も介護からの視点がどんなものであるかを理解することも重要である。医師は、看護師、ケアマネージャーにいろいろな指示を出す。しかし、その多くは医療的な観点からであり、生活を支える介護の視点からの情報が大切であるにもかかわらず、この視点に基づいた指示が少ないことを認識する必要がある。表3は、介護がどのような視点から患者を見ているかの21項目である。これらは生活に密着した情報であり、地域で生活していくには欠かせないものである。廣瀬が電子カルテから、大学病院の医師と他職種がどのようなことを問題点としてあげているかを調べた結果、医師の指示は、ほぼすべてが医療に関するこ

表2 訪問看護師はどんな患者に利用できるか

1. 在宅混乱期・在宅終末期
2. 老々介護に不安を持つ時
3. 入退院を繰り返す時
4. 排便コントロール困難時
5. 急変時対応（心・呼吸など）が必要な患者
6. 通院困難
7. 進行性疾患
8. 胃瘻・呼吸器など機器管理が必要な患者
導入タイミング：いつでも可能
中止のタイミング：不要ならいつでも中止可

表3 介護はどんな視点からみているか（分析項目）

基本情報（利用者等基本情報）	健康状態
生活状況	ADL
利用者の被保険者情報	IADL [†]
現在利用しているサービスの状況	認知
障害高齢者の日常生活自立度	コミュニケーション能力
認知症高齢者の日常生活自立度	社会との関わり
主訴	排尿・排便
認定情報	褥創・皮膚の問題
課題分析（アセスメント）理由	口腔衛生
	食事摂取
	問題行動
	介護力
	居住環境
	特別な状況

[†] IADL：instrumental activity of daily living. 電話、買い物、食事の準備、家事、洗濯などADLより一段階複雑な行動。

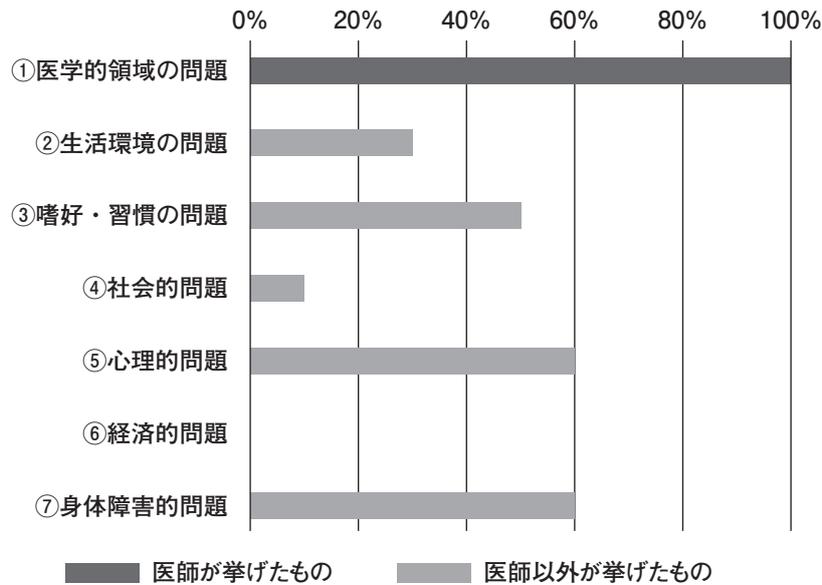


図2 医師と医師以外の職種でみられる患者に対する意識の差

カルテに記載してある内容から、どのような意識をもって患者に接しているかを調査したものの、医師は100%医学領域の問題を記載してあるのに対し、生活環境や心理的問題、経済的問題など、患者背景に関しては問題意識がないことが明らかとなった。地域包括ケアシステムを考えるうえで、患者背景にも関心を持つことが大切である。(文献5より一部改変)

とだったのに対し、他職種からの記載は、生活環境や嗜好習慣、社会的問題、心理的問題、身体障害の問題など、幅広い問題点をあげていた⁵⁾(図2)。全人的な立場から考えると、まさに多職種が協働することで、始めて患者や患者家族の持つ問題点全体を明らかにすることができるわけで、今一度“多職種連携”の意義を考えることが重要である。

3 血液透析患者と地域包括ケアシステムの関わり

血液透析患者は、週3回透析施設にて、1回につき4~5時間程度の透析を受けるが、1週間168時間のうち、透析施設で過ごすのは、週12~15時間、10%程度にすぎない。透析以外の生活をどう過ごしているのか、特にフレイル、サルコペニアの問題が重要となっている超高齢者においては、週の90%の過ごし方が特に重要ではないかと思われる。図1で示した地域包括ケアシステムの中で、医療というより介護や生活支援がフレイル予防では重要であるが、このような視点で考えている透析施設の医師、スタッフは必ずしも多くないのではないだろうか。

透析患者のフレイルがどのように進行したかを調べた報告によると⁶⁾(図3)、要介護度が2以上の高い患者群に比べ、要支援1, 2, および要介護1の患者群のほうが、2年後の介護度悪化率が高かった。これは、

介護度の軽症患者へのアプローチ、たとえば、体を動かしていかに足腰の筋力を維持するかが、ねたきり防止に重要であることを示唆している。介護度が低い場合には、介護保険でのデイケアの利用枠も限られているため、実際に廃用性筋萎縮防止のためのリハビリなどを行っている人は少ない。包括センターが行っている介護予防体操や栄養教室などへの積極的な参加を促し、地域の中に入って“元気になってもらう”ことが重要であり、透析施設と包括センター、ケアマネジャーとの連携が今後益々大切になってくると思われる。

長崎腎病院の舩越、原田、藤原らは、認知症透析患者への社会的支援を行い、積極的に介護サービスの利用に努めている⁷⁾。彼らによると、透析患者183名中、約55%の患者が介護サービスを利用しており、要介護度が上がるほど、また高齢者ほど介護サービスを利用していた。その内訳は、デイサービスやデイケア、そして訪問看護師利用が多かった。また、在宅専門医と連携を行うことで、透析を中止した患者を自宅で看取することも行っている。しかしながら、一般的に透析施設と介護は、お互いの理解が十分でないことも多いのではないだろうか？ 身体的、精神的、心理的な問題、経済的な問題など、共有すべき問題も多く存在し、透析施設と地域との連携をどのように行っていくかは、今後の重要な課題と思われる。

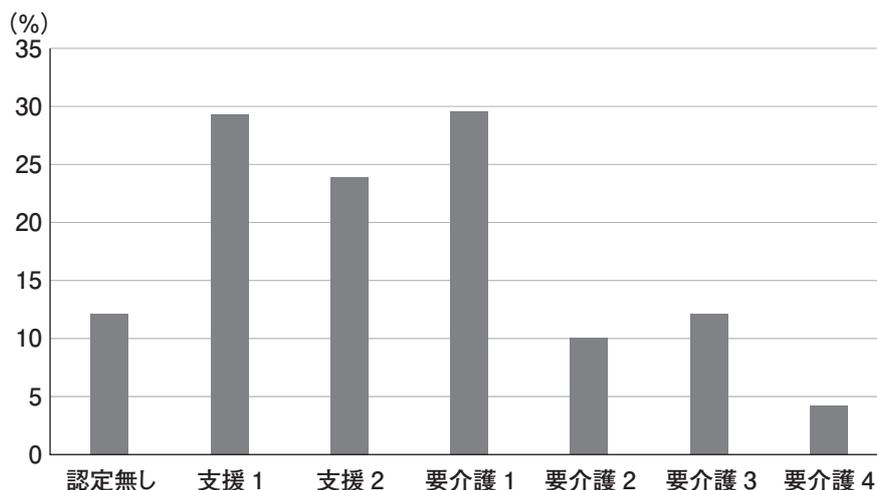


図3 血液透析患者の要介護度別の2年後の介護度悪化率

要介護度が2以上の高い患者群に比べ、要支援1, 2および要介護1の患者群のほうが、2年後の介護度悪化率が高かった。(文献6より)

血液透析患者の包括ケアシステムの具体的な利用としては、前述した介護予防のための体操や栄養教室への参加を始め、非透析日に十分な食事が摂れない時など、脱水に対する訪問看護師による点滴や状態観察、インスリン自己注射、自己血糖測定をサポート、デイケアやショートステイの利用による介護者の負担軽減、訪問リハビリテーション、残薬調整や服薬指導のための訪問薬剤師への依頼、ヘルパーによる買い物、炊事、清掃などの生活支援、電動ベッドやポータブルトイレ、手すり設置などの環境整備などがあげられる。

4 アシスト腹膜透析と地域包括ケアシステム

近年、腹膜透析患者の高齢化に伴い、患者自身で腹膜透析液交換を完全にできないことが多くなっており、医療や介護でサポートしてPD継続を可能にすることを、アシストPDと呼んでいる。ここでも、中心的役割を果たすのは訪問看護師である。

その仕事内容は、一般的な全身状態の把握、心不全、脳血管障害などの身体合併症の把握、採血などに加えて、PDを行う環境の評価と整備、PD交換手技の確認と指導、カテーテル出口部の観察などがあげられる。なによりも、アシストPDが必要となる患者は、心身、家族に多くの問題を抱えていることが多く、それらの問題を引き出し、その解決法を探ることが大切で、それが患者のみならず、家族のサポート、安心を支えることにつながる。在宅生活が成り立たないとPDもできなくなるため、まずは在宅生活維持の視点から、患者生活を見る・看ることが重要である。また、ヘルパ

ーもアシストPDでは重要な役割を果たす。訪問看護師の訪問時間は限られており、看護師は看護師しかできないことに集中すべきであり、それ以外のことはヘルパーができるかどうかを検討して依頼することで、腹膜透析液交換時に患者や家族にかかる負担を軽くする。透析液を加湿器に入れたり、使用時に出したりする操作、透析排液の処理、透析液が入っている段ボールの処理などは、高齢患者にとって負担となることが多い。また、排液に濁りがあるかどうか、最終的には医師が行うべきことであるが、通常と異なっているかどうかの報告はヘルパーでも可能である。

医療や介護システムの利用方法によって、アシストPDは次のように分けられる。

- ① PD患者の退院前後の病院看護師による自宅訪問指導
- ② 基幹病院が訪問看護師を利用する場合
- ③ デイケアを利用する場合
- ④ 病病・病診連携によるアシストPD

①の退院前は“退院前在宅療養指導管理料”として算定が可能である。また、退院後訪問指導は、病院看護師が退院後1カ月以内に、5回まで算定が可能となっている。ただし、これ以後は保険算定は認められていない。

②は基幹病院が訪問看護ステーションを持つ場合で、病院入院スタッフと訪問看護師とは異なる組織であるため、相互の関係作りが必要である。病院の規模が大きくなればなるほど、病院医師は訪問看護師が何をしているかを知らないことが多い。

③は患者がデイケアに行った時に、そこにいる看護師が透析液の交換を行うもので、患者は透析前後で生活パターンの変更なしに透析をすることができる特徴がある。しかしながら、デイケアへ行ける回数は、介護度によって規定されていること、デイケアにいる少数の看護師に負担となるなどの問題がある。また、デイケアに行かない時には、PD ホリデーとしたり、家人の協力が必要となる。デイケアでの交換は、せいぜい1日2回に規定されることなどの制限も多くなる。最近では、看護付き小規模多機能という介護施設もある。看護師がいるため、腹膜透析液の交換が可能であり、中長期滞在もできるため、非常に有用である。

④は基幹病院が、関連病院や診療所にPD管理や訪問診療を依頼する場合である。この場合は依頼されたところが訪問看護師を利用することが多い。実際に訪問診療する医師にどこまで依頼するのか、PDのことも依頼するのか、PD以外のことのみと限るのか、最期看取りをどこで行うかどうか、緊急時をどうするかなど、当初に決めておくべきことも多い。

在宅医療が広がる中、腹膜透析を知らない在宅診療医も増えているが、在宅医療からみれば、腹膜透析は特殊なものでなく、胃瘻や在宅酸素や人工呼吸器、中心静脈栄養などを行っている在宅患者の一つの形態にすぎず、受け入れは良好であることが多いので、在宅医療医との連携も、透析医から呼びかけていくことが今後の展開につながると思われる。

5 地域包括ケアシステムの課題

地域包括ケアシステムにおける一番の問題は、情報の共有である。一つの情報を複数の職種、複数の関係者にどのように伝えるかが問題となる。最近では、メーリングリストを利用したり、電子カルテをノートパソ

コンやiPadで利用することが可能となっており、多人数で情報を確認できるようになってきた。一部はラインや通常のメールなどを利用しているが、個人情報管理の面からは、必ずしも安全とはいえないものも多い。

長崎では、クローズ化したシステムで、安全度が高いあじさいネットを利用して、在宅医が病院での採血結果、レントゲン結果、熱計表などのカルテを閲覧することができる。また、メール機能を利用した意見交換、情報共有により病院から在宅へシームレスな医療を行うことが可能になっている。最近では訪問看護師も一部の情報を閲覧することが可能となり、写真を添付したメールを利用することで、より多くの在宅医療に関する情報を共有できるようになった。全国的にも、似たような医療情報共有システムが地域の医師会中心に展開されており、また、完全非公開型SNSのメディカルケアステーションも普及してきており、透析患者の地域包括ケアとの関わり合いに、利用していくことが期待される。

透析療法で地域包括ケアシステムをより理解するために必要な課題を表4にあげる。

表4の①について、透析を透析非専門の職種、地域の医師にもっと知ってもらう必要がある。例えば、透析患者の感冒は通常は特別なものでなく、薬物投与量の変更が必要な場合があるものの、通常の開業医でもその対応は可能である。遠くから通院している透析患者の感冒は近医で診てもらったほうが患者負担も少ない。医師を含めて、日頃から顔の見える多職種間の関係を築くことが大切である。

②に関しては、医療・介護保険制度は複雑で変化するものである。どのような制度を使うことができるのか、熟知しておかないと対応できない。実際には、在宅医療や介護保険制度に詳しい人に直接聞きながら、

表4 透析療法で地域包括ケアシステムをより理解するための課題

- | |
|---|
| ① 透析知識の普及：どこまで理解してもらうか？
地域・状況に応じて/勉強会/医看連携構築/顔の見える関係
透析をもっと知ってもらう必要 |
| ② 医療制度：介護保険と医療保険の理解
介護力が益々低下（老々介護）
PD 交換回数増減調整・フルサポート・APD 利用 |
| ③ 緊急時の連絡
バックアップ病院：いつでも、なんでも引き取ってくれることの安心 |
| ④ 関係者の成功体験の大切さ |
| ⑤ いつかは最期がくるという覚悟
人生の最期を考える・どこまでやるか・終末期医療としての透析 |

どのような制度を利用して患者をサポートしていくかを実践し、その都度学習していくしかない。わからなければケアマネージャーや地域包括センターに尋ねる、地域連携室がある病院ではそのスタッフが、地域との関係を作っていくことが大切である。

③の緊急時にどうするかについては、在宅は24時間、365日体制でなければ、患者や家族の心配は払拭できない。在宅を進めていく時の患者、家族の最大の不安は、“もしものときにどうするか？”である。透析患者はいろいろな合併症を起こしやすいため、想定内の事はもちろんのこと、想定外の事にも対応できるようにしておく必要がある。

④については、在宅を家族と共に、あるいは一人で過ごしていくことの満足感、成功体験を、患者、家族、そして関係したスタッフが経験することは、次の患者に対応する時のなによりのエネルギーとなる。特に若い医師にとって必要なことと感じている。

⑤は、以前の透析は生きるための透析療法であった。しかし、超高齢化社会の中の透析は、人生をどう終えるのかを意識せざるをえない。終末期医療としての透析という概念の下、患者にとってなにが必要なのか、なにが重要なのかを共に考えていくことが大切である。透析中止の問題が現場で大きな問題となっているが、事前指示書を取ることは一つの解決策と言える。最近では、アドバンス・ケア・プランニング (advanced care planning; ACP) という概念が広まっている。これは、もしもの時に備えて、最期に向けて大切なことについて話し合っておくというもので、事前指示書に比べて、より話し合うプロセスを重要視したものである。“人生最期を考える文化”が普及しないと、超高齢化社会には対応できない。これらプロセスを共

有することで、患者、家族、医療スタッフがより理解し合うことを目指したものである。

おわりに

超高齢化社会の到来で、延命期間の最大化より生活の質の最大化を目指すこと、高度専門医療の重視より生活機能を重視すること、対象は認知症、フレイル、在宅医療、看取りを含むものになりつつある。在宅が患者の生活の場であり、同時にそこは癒しの場でもある。医療なき介護はなく、介護なき医療もない時代となった。透析患者にとっても、どんな人生の最期を迎えるのか、迎えたいのか、最期までの人生をどう過ごすのか、どう選択していくのか、これらの問いは地域で生きることを意識して考える時代となったことを意味している。

文 献

- 1) 大平整爾：高齢者の透析開始の可否判断—導入か非導入か、何を基準として考えるか—。日透医誌 2012; 27: 402-411.
- 2) 鈴木正司：高齢者の透析医療の実態。日透医誌 2012; 27: 412-418.
- 3) 大平整爾，他：北海道における維持血液透析患者看取りの実態—アンケート調査の分析と小考察—。日透医誌 2015; 30: 468-477.
- 4) 太田圭洋，他：通院困難な透析患者への対応、及び長期入院透析患者の実態調査。日透医誌 2007; 22: 342-357.
- 5) 廣瀬弥幸：地域包括ケアを多職種で実現するためのプロブレムリスト。日本POS医療学会，2017.
- 6) 村石昭彦，下地英明，隈 博政，他：福岡県における高齢透析患者の介護関連実態調査報告（第3報）—2年間の予後および要介護度変化等に関する調査（2016年2月現在）—。日透医誌 2017; 32: 243-254.
- 7) 藤原久子，他：認知症透析患者の社会的支援と課題について。透析会誌 2017; 50(Supple1): 388.