

# 透析医療と在宅医療・介護連携への方向性

石田 治

かわな病院

key words : 地域包括ケアシステム, 在宅医療, 在宅死

## 要 旨

「治す医療」から「支える医療」への転換が進んでいる。透析患者も地域の介護施設・在宅医療で、透析を受けている以外の時間も地域で支えて行かなければならない。厚生労働省は、2025年（令和7）を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築を推進している。高齢化の進展状況には大きな地域差が生じており、地域包括ケアシステムの構築は、各市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要とされている。透析医療も各地域で医療介護を取り巻く環境や事情が大きく異なるが、透析医療機関も積極的に地域包括ケアシステムの構築に参加し、高齢者透析患者に地域で「支える医療」を実践していくことが重要である。

## はじめに

日本は、世界でもトップクラスの長寿を実現したが、すでに人口の4人に1人が高齢者という「少子高齢社会」となっている。2060年には人口の5人に2人が高齢者となり、人口も9,000万人を割ると見込まれている（図1）。多くの高齢者は様々な疾患を抱えているのが現状である。高齢者が可能な限り、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられるように、医療や介護、生活支援などのサービスや住ま

いを一体的に提供できる体制、地域包括ケアシステムの構築が進められている。また、戦後、医学や医療の進歩および公衆衛生の向上などにより死亡の状況は急激に改善され、1966（昭和41）年には死亡数をもっとも少ない67万人となった。その後、人口の高齢化を反映して死亡数は緩やかな増加傾向に転じ、2003（平成15）年に100万人を超え、2015（平成27）では死亡数129万人となっている。将来の推移を見てみると、死亡数は2039年に167万人とピークを迎えた後、減少していくことが見込まれている。

透析患者も例外ではない。2017年末時点での透析患者321,516人について、男性は208,870人、女性は112,646人であった。平均年齢は68.43歳で、年々高齢化している。最も割合が高い年齢層は男女とも65～69歳であった。年齢別患者数の経年推移をみると、導入患者の高齢化を反映して65歳未満の患者数は2012年から減少している。つまり、我が国の慢性透析患者数の増加は、65歳以上の患者数の増加によるものであることがわかる。死亡数は32,532人であり、年々増加している。

先述のように、高齢化によって、さらに複数の慢性疾患を抱えながら地域で暮らす人が増加している。このような変化に対し、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が求められている。それと同時に、地域での生活を支えるためには、急性期後の長期ケアにかかわる医療、介護、生活支援等の各種の多様なサービスによって、住み慣れた地域での尊厳ある暮らしの継続を支援していくことが、高齢者個人の生活の質

○日本の人口は近年横ばいであり、人口減少局面を迎えている。2060年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は40%近い水準になると推計されている。

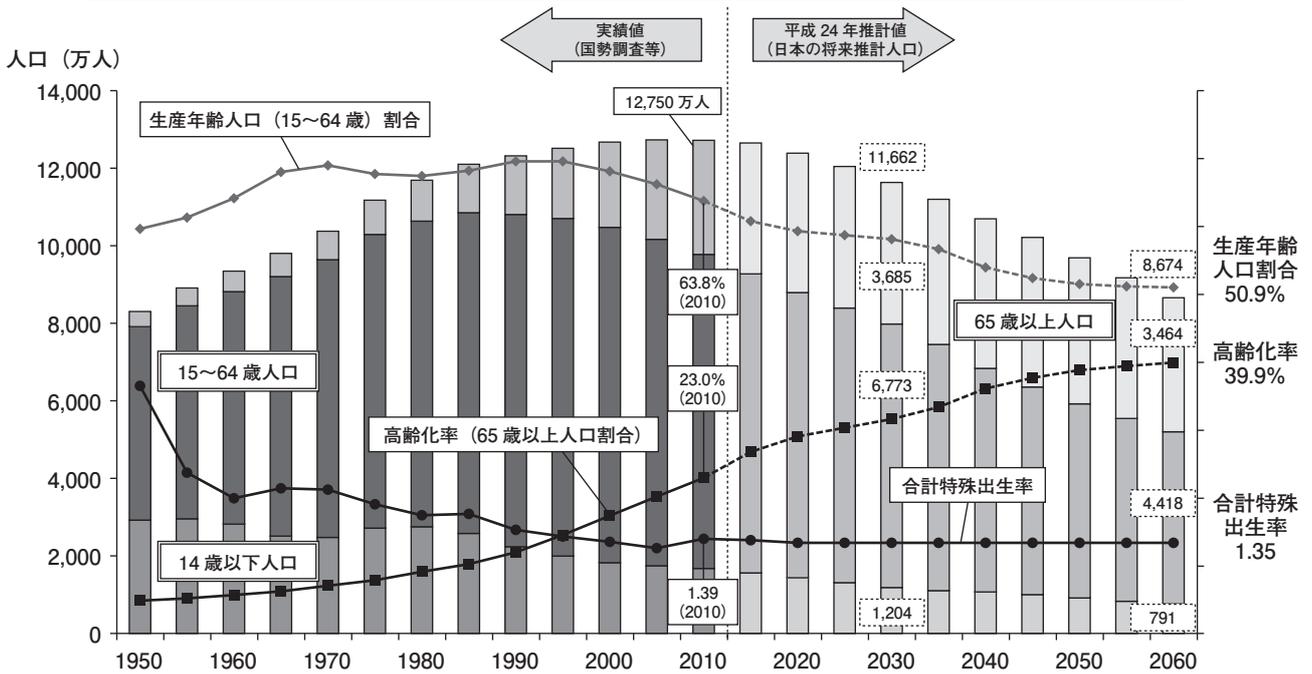


図1 日本の人口の推移

(総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)厚生労働省「人口動態統計」より)

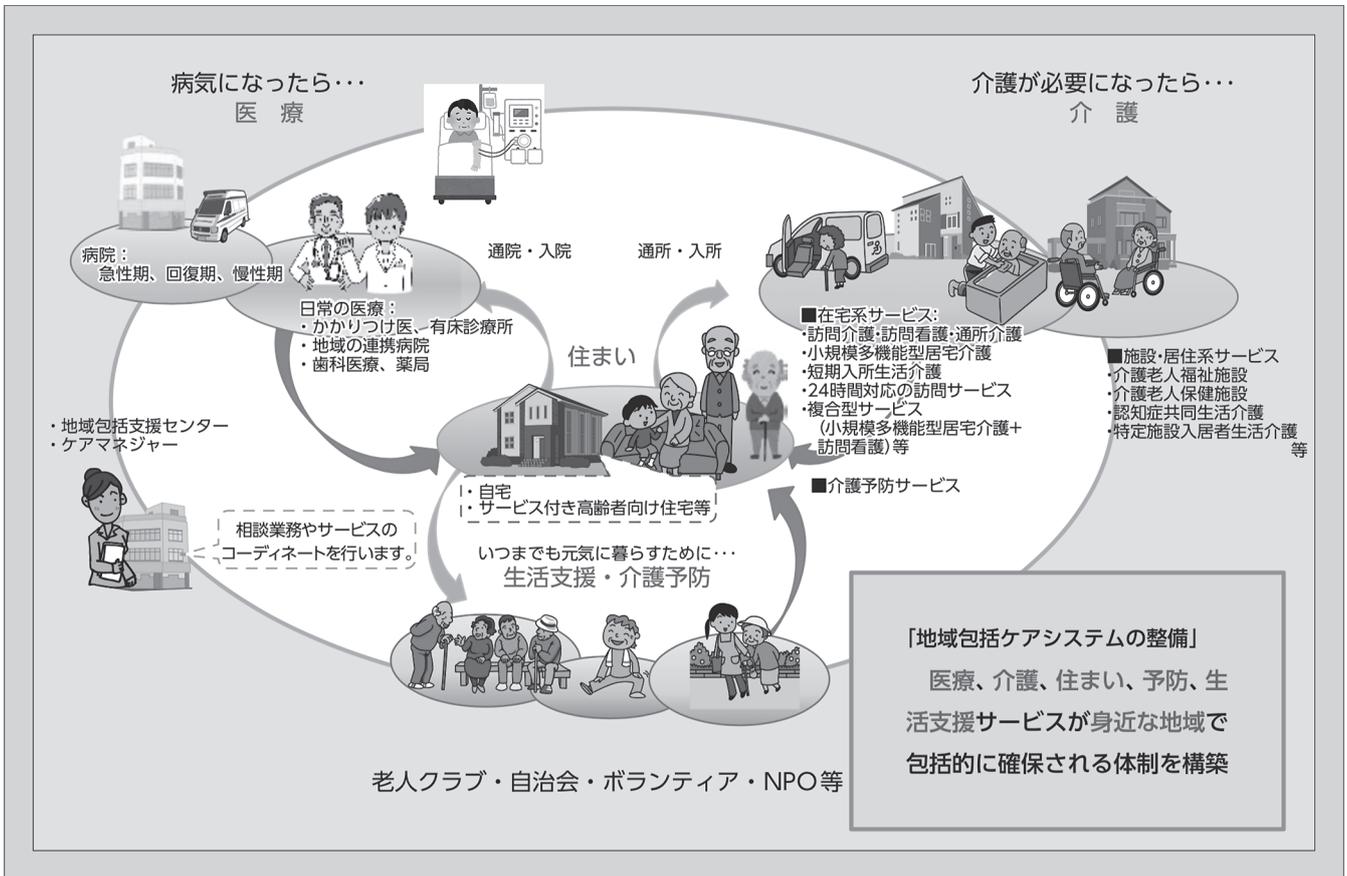


図2 地域包括ケアシステム

(出典：平成28年3月 地域包括ケア研究会報告書より)

の向上へとつながると考えられる。厚生労働省においては、2025（令和7）年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制、つまり地域包括ケアシステム（図2）の構築を推進している。

地域包括ケアシステムの定義は、2013（平成25）年12月に成立した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」で、「医療、介護、介護予防、住まい及び生活支援が包括的に提供されるネットワークを作る」ように規定された。社会保障制度を将来世代にしっかりと伝えるために、医療・介護分野については、「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」へ転換する。受け皿となる地域の医療・介護の基盤を充実させるとともに、地域ごとに医療、介護、予防に加え、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に生活支援サービスや住まいも提供されるネットワーク、すなわち「地域包括ケアシステム」の構築を目指すとしている。

## 1 病院病床機能の分化・連携、在宅医療の整備

— 地域包括ケアシステムとは

「治す医療」から「治し、支える医療」への転換を図るため、病院医療の機能分化を進めるとともに、かかりつけ医が参画した地域の在宅医療体制を整備する必要がある。病気を治すというよりも、誰もがなんらかの病気を抱えながら生活をするようになるなかで、そういった人をどのようにケアしていくかに問題は移行している。そのなかでも、急性期と連携した地域での在宅医療の果たす役割は非常に大きい。

在宅医療に求められている役割は次の四つの機能に分けられる。

- ① 入院医療機関と在宅医療機関との協働による「退院支援」
- ② 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、リハビリ職種等の多職種連携により、患者の疾患や重症度に応じて、患者や家族の生活を支える観点からの緩和ケアを含む医療の提供を行う「日常の療養生活の支援」
- ③ 在宅療養者の病状の急変時における緊急往診体制や、入院機能を有する病院・診療所との連携推

進による「急変時の対応」

- ④ 住み慣れた自宅や介護施設等の患者が望む場所での「看取りの実施」

このように、在宅医療は、患者が住み慣れた地域で暮らし続けるため、各段階における必要な医療を提供することが期待されており、地域包括ケアシステムの不可欠の構成要素と言える。

## 2 医療と介護の連携の推進

入院医療から在宅への円滑な復帰を可能とするためには、医療・介護関係職種による包括的なケアのための協働・連携の体制を整える必要がある。在宅医療と介護の連携については、それぞれを支える保険制度が異なることなどにより、多職種間の相互の理解や情報の共有が十分にできていないことなど、円滑に連携がなされていないという課題があった。

在宅医療・介護の連携推進については、これまで国の補助制度に基づき対応してきたが、2014（平成26）年の医療介護総合確保推進法による介護保険法の改正により、在宅医療・介護の連携推進を、介護保険制度の中で、市町村が地域の実情を踏まえて行う地域支援事業（包括的支援事業）として、恒久的な制度として位置付け、すべての市町村において取り組むこととした。これにより、地域における医療・介護の関係機関が連携し、多職種協働により、在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するために、市町村が主体となり、地域の医師会等と連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を図ることとなった。

## 3 在宅医療の体制の整備

制度としての在宅医療の提供体制の整備は、高齢化の進展や患者の受療行動の変化等を背景に、1992（平成4）年の第二次医療法改正において、「居宅」が医療提供の場として位置付けられたことから始まる。

2006（平成18）年の第五次医療法改正においては、医療計画の記載事項に在宅医療の確保に関する事項を追加し、また、同年の診療報酬改定では、在宅療養支援診療所を創設するなど、在宅医療に関わるサービス給付も段階的に拡充してきた。2014（平成26）年に、医療介護総合確保推進法に基づき、都道府県に「地域医療介護総合確保基金」を設置し、これを活用して、在宅患者の退院調整や急変時の入院受入整備等に資す

る病院との医療連携体制の運営支援、在宅医療関係者等で構成する多職種協働による「在宅医療推進協議会」の設置・運営、在宅医療に取り組む病院関係者への理解を深めるための「在宅医療導入研修」の実施等、在宅医療の推進に必要な事業の支援を行っている。

このような流れの中、2018（平成30）年度の診療報酬と介護報酬の同時改定などで、2025年を見据えた中長期の政策の流れの一環としての位置付けを踏まえ、地域包括ケアシステムや、効果的・効率的で質の高い医療提供体制の構築に向けた改定が行われた。

具体的には、かかりつけ医の普及を図るためさらなる要件緩和を行った。医師、看護師、社会福祉士等の多職種が連携して入院環境を整えたり、看護計画を作成する等、在宅医療や24時間対応等ができる医療機関に高い報酬をつけるというように、かかりつけ医の報酬を新設した。また、質の高い在宅医療・訪問看護の確保を図るために、医療機関の実績に応じた評価を行った。すなわち、十分な看取り実績を有する医療機関を評価、休日夜間往診への評価を充実する、重症度の高い患者に対する医学管理の評価などである。さらに、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、積極的な退院支援に対する評価を充実させるとともに、在宅復帰機能が低い医療機関への評価の見直し等を行った。

## 4 住まい

地域包括ケアシステムでは、必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力に照らして、高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住まいが確保されることが前提となる。この場合の住まいとは、実際に暮らす建物と、その建物を取り巻く地域の様々なつながりと一体となったものを指す。建物としては、一般住宅（持ち家・賃貸）の他に、家屋や家族の状況等の理由により一般住宅での生活が難しい高齢者が入所・入居する特別養護老人ホーム等の施設、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等も含まれる（図3）。

急速に進む高齢化とともに、高齢の単身者や夫婦のみで構成される世帯が増加しているが、高齢者がそれぞれの状態に応じて必要な生活支援、介護等のサービスを利用しながら生活できるよう、様々な住まいの確保が必要である。各施設でも透析患者の受け入れが可能であるが、各種施設、医療介護の関わりが違うので注意が必要である。医療保険は、すべて民間施設は在宅扱いであるが、公的施設では医療保険の扱いが施設によって異なっている。

### 4-1 サービス付き高齢者住宅

国土交通省と厚生労働省が所轄している高齢者向け

種類	月額費用の目安	受け入れ対象			看取り	
		自立	要支援	要介護		
民間施設	介護付き有料老人ホーム	約10～30万円	△	△	○	○
	住宅型有料老人ホーム	約10～30万円	○	○	△	○
	健康型有料老人ホーム	約8～30万円	○	△	×	×
	サービス付き高齢者向け住宅	約10～30万円	○	○	○	○
	グループホーム	約8～30万円	△	△	○	△
公的施設	特別養護老人ホーム（特養）	約5～15万円	×	×	○	○
	介護老人保健施設（老健）	約8～15万円	×	×	○	○
	介護医療院（旧介護療養型医療施設）	約8～15万円	×	×	○	○
	ケアハウス	約3～10万円	○	○	○	△

図3 老人ホーム・介護施設の種類と特徴

全ての施設で、透析患者の入所は可能。

（老人ホーム検索サイトみんなの介護（<https://www.minnanokaigo.com>）より）

の「住宅」である。民間事業者などによって運営される介護施設であり、「サ高住」と言われる。安否確認と生活相談のサービスが必須となっている。日中は、看護師や介護福祉士といった指定の資格を持った担当スタッフが常駐するが、夜間については、常駐は義務付けられていない。住宅型有料老人ホームではストレッチャー用エレベーター、スプリンクラー、汚物処理室などの設置が義務付けられているのに対し、サ高住では義務付けられていない。

#### 4-2 住宅型有料老人ホーム

老人福祉法第29条により厚生労働省が所轄している「介護施設」である。「入浴・排泄・食事の介護」「食事の提供」「家事（洗濯・掃除）」を提供し、提携する医療機関が主導する健康管理を行う。介護スタッフが常駐していないので、介護サービスは外にある事業者（訪問介護や通所介護等）に依頼している。

#### 4-3 介護老人保健施設

要介護高齢者にリハビリを提供し、在宅復帰を目指す施設をいう。入所定員100人あたり最低1人の医師が常駐し、利用者の医療ケアや健康管理、緊急時対応などを行うことが義務づけられている。さらに看護師も配置され、リハビリ・医療ケアが充実している。人員配置については、法令によりかなり細かな制限が運営者に課されている。医療保険利用に制限があり、透析患者では、内服・注射薬、一部の管理料は請求できない。

#### 4-4 特別養護老人ホーム

介護保険の適用を受けながら利用できる公的な介護施設で、「特養」という略称で呼ばれる。介護保険法においては「介護老人福祉施設」と表記されている。要介護3以上が対象で、一度入居すると最期まで入所し続けることが可能である。施設内での医療行為には制限があるが、透析医療も投薬、注射、管理料の請求は可能である。

### 5 在宅死

年々死亡者が増加することは先に述べたが、死亡場所の推移について見てみると、1951（昭和26）年の時点では「自宅」で死亡する者の割合は8割以上を占

めていた。その後「医療機関」で死亡する者の割合は年々増加し、1976（昭和51）年には「自宅」で死亡する者の割合を上回り、2014（平成26）年では、「医療機関」で死亡する者の割合が77.3%を占め、「自宅」で死亡する者の割合は12.8%にまで低下している。

しかし、厚生労働省の終末期医療に関する調査（「終末期医療に関する調査、高齢者の健康に関する意識調査」平成19年度内閣府）では、自宅で療養して必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、60%以上の国民が「自宅で療養したい」と書いていたとしており、また要介護状態になっても、自宅や子供・親戚の家で介護を希望する人が40%を超えている。このため、住みなれた環境でできるだけ長く過ごせるように、また望む人は自宅での看取りも選択肢になるように、在宅医療や訪問看護の提供体制の整備がすすめられている。年々高齢化している透析患者も住み慣れた自宅で死にたいと希望する人も増えてきている。

### 6 透析の見合わせ

日本透析医学会は2017年に、終末期患者への透析中止の決定プロセスなどを盛り込んだ「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」をまとめた。透析の「非開始」「継続中止」という言葉は避け、状況次第で開始や再開を検討するとの意味を込め「見合わせ」という表現を用いている。

提言は医療チームが見合わせを検討する状況として

- ① 透析を安全に行うことが困難で、患者の生命を著しく損なう危険性が高い場合
- ② 患者の全身状態がきわめて不良であり、なおかつ患者の意思が明示されている場合や、家族が患者の意思を推定できる場合

を提示し、医療チームが見合わせの方針決定を行うまでのプロセスを示している。日本透析医学会の考えとして「透析を行っている患者は終末期には含まないこと」を確認しているが、患者の状態は、透析に伴う合併症等を含めて個々に判断していく事が重要としている。2019年、公立福生病院における透析患者の透析中止についての報道後、福生病院から日本透析医学会に調査依頼があり、調査委員会が立ち上げられ議論がなされている。

厚生労働省は2018年に新たに「人生の最終段階に

における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を公表し、協働意思決定（shared decision making; SDM）や人生会議（advance care planning; ACP）の重要性を指摘した。これまでの経過とあわせて、日本透析医学会では提言にSDMとACP、および終末期でない患者の意思決定プロセスなどを追加して提言を改訂する時期にきていると判断している。提言ではなく、標準的なプロセスを示すことを目的として、意思決定プロセスを公表すべく、委員会「人生の最終段階における維持透析の開始と継続に関する意思決定プロセスに関するガイドライン（案）作成委員会」を立ち上げ、委員会では新たなガイドラインを2019年中に作成することを目標としている。

## 7 当院での症例提示

当院での症例を提示する。

95歳女性で腎硬化症から血液透析導入となり、透析歴は約10年。透析導入後に転倒し、左大腿骨転子部骨折受傷し、歩行困難、透析通院困難となり、介護老人保健施設入所していた。

施設入所後、徐々に認知症症状も出現していたが、常々「自宅に帰りたい」と話していた。狭心症、僧帽弁閉鎖不全症を合併し、1年前から透析時の血圧低下とともに胸部発作が頻発、さらに透析時に大声で叫んだりして、安静を保つことができなくなった。そのため4時間透析は困難となり、2時間透析が限界となった。食事量も低下、ADLは著明に低下し、左足には軽度の打撲から皮膚潰瘍を形成し、細菌感染を伴い褥瘡も形成された。

家族は、娘1人と特別養護老人ホームで介護職をしている孫と犬、猫であった。関連する医療チームで検討したうえで、家族に透析見合わせを提案した。本人の事前指示書などはなかったが、本人はしばしば自宅に帰りたがっていた。家族も以前から在宅でのみとりを希望された。認知症も高度となり、本人には判断能力がなかったため、家族の同意で中止を決めた。家族は、職場には介護休暇を申請し、退院前に看護師らが自宅を訪れ、家族に介護方法などを指導し、女性は自

宅に戻った。自宅に戻り、施設入所時には見られなかった安堵の表情で、家族やペットと過ごすことができた。当院から在宅診療と訪問看護を行い、痛みが出たときにはアセトアミノフェン座薬や塩酸モルヒネ処方し、酸素化低下に対しては在宅酸素を導入し苦痛を和らげた。最期は子どもや孫、ペットに見守られ、20日後に穏やかに永眠された。家族は透析見合わせをし在宅で看取ることができ大変満足していた。

## おわりに

「治す医療」から「支える医療」への転換が進んでいるなかで、透析患者も地域の介護施設・在宅医療で、透析を受けている以外の時間も地域で支えていかなければならない。しかし、一般の在宅療養支援診療所や各施設では透析患者の在宅医療、入所を引き受けられるところは多くない。そのために、透析クリニックが在宅療養支援診療所となり、在宅医療を行うことも必要になってくる。地域でそのような体制が取れば、患者の安心感、満足度は高いと思われる。透析クリニックには、診療報酬の増収も見込めるが、24時間体制の訪問診療、看護などで施設、医療スタッフの負担も大きい。

厚生労働省は、2025（令和7）年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築を推進している。高齢化の進展状況には大きな地域差が生じており、地域包括ケアシステムの構築は、各市町村や都道府県が地域の自主性や主体性に基つき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要とされている。透析医療も各地域で医療介護を取り巻く環境や事情が大きく異なるが、透析医療機関も積極的に地域包括ケアシステムの構築に参加し、高齢者透析患者に地域で「支える医療」を実践していくことが重要である。

利益相反：申告すべきものなし。