

当院における入院透析患者の現状

寺邑朋子、高橋俊博^{*}、伊藤利子^{*}、佐々木 忍^{*}、三浦園子^{*}、
高橋美由紀^{*}、泉谷春義^{*}、守澤隆仁^{*}、青柳武志^{*}、鈴木寿文^{*}
医療法人あけぼの会 花園病院 内科、同 透析室^{*}

The present condition of hospitalized dialysis patients in Hanazono hospital

Tomoko Teramura, Toshihiro Takahashi, Toshiko Ito, Shinobu Sasaki, Sonoko Miura,
Miyuki Takahashi, Haruyoshi Izumiya, Takahito Morisawa, Takeshi Aoyagi, Hisanori Suzuki
Hanazono Hospital

<緒言>

透析患者の高齢化に伴い、ADL 低下や合併症のため通院困難となる透析患者が増加している。当院は療養病床を持つため長期入院透析患者を受け入れている。入院患者の現状とその増加に伴う問題点について検討した。

1. 当院透析室の概要

当院透析室は、同時透析数 23 (チェア 17 床、スケールベッド 6 床) で、午前・午後の 2 部透析を行っている。スタッフは専任医師 1 名、看護師 5 名 (うち 1 名は臨床工学技士の資格あり)、臨床工学技士 4 名 (うち 1 名は臨床検査技師の資格あり) で、75 名前後の透析患者の治療を行っている。当院は医療療養病床 50 床を有し、長期入院 (退院見込みのない) 透析患者が多いことが特徴である。入院透析患者は徐々に増加しており、2003 年には透析患者の 24% (79 名中 19 名) であったが、現在 2010 年 10 月現在 44.7% (76 名中 34 名) を占めている (図 1)。

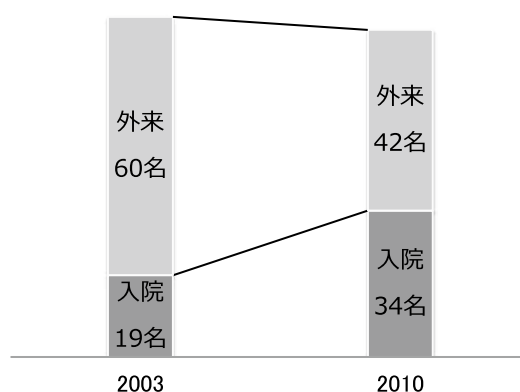


図 1. 当施設の外来および入院患者数の変化

2. 入院透析患者の特徴

当院入院患者の年齢は 46 歳～ 91 歳で平均 75.5 歳、透析期間は 3 ヶ月から 34.8 年、入院期間は 0 ヶ月～ 12.4 年で平均 25.7 ヶ月である。34 名中 15 名が近隣の総合病院からの紹介入院である。また、全体の 35% にあたる 12 名が外来透析を経ずに透析導入時から入院であった(表 1)。

表 1. 入院透析患者の背景

男女比	男性14名 女性20名
年 齢	75.5±10.2歳 (46歳～91歳)
原疾患	慢性腎炎 10名、糖尿病 6名、 腎硬化症 10名 嚢胞腎 2名、その他 6名
透析期間	94.3±104.8ヵ月 (3ヵ月～34.8年)
入院期間	25.7±31.0ヵ月 (0ヵ月～12.4年)
紹介元	当院 19名、他院15名(仙北組合 9名、 平鹿 総合 5名、市立角館 1名)
外来透析歴	あり 22名 なし 12名

3. 入院透析患者の問題

入院透析患者の増加は外来患者の増加とは質の異なる負担を我々スタッフにもたらしている。この原因として、① ADL が低下している、②バスキュラーアクセス不良、③全身状態不安定、という問題を抱える患者が多いことが考えられる。

① ADL 低下：日常生活自立度の B または C ランク、すなわち歩行不可能な車イスあるいはベッド上レベルが 34 名中 20 名で約 60% を占め(図 2)、7 名が車椅子、13 名がストレッチャーで透析室への送迎を行っている。当院では午前 11 時半頃から午後 1 時半頃までの約 2 時間で外来・入院すべての 1 部・2 部患者の入れ換えを行うため、この時間帯は特に多忙である。ADL の低下した入院患者の移送・移乗を安全・迅速に行うため、透析室と病棟スタッフの連携は欠かせない。

障害老人の日常生活自立度判定基準				
J	歩行可：独力で外出する			
A	歩行可：介助なしには外出できない			
B	歩行不可：車椅子レベル			
C	歩行不可：寝たきり・ベッド上レベル			
患者数	J	A	B	C
	2	12	5	15

図 2. 入院透析患者の日常生活自立度

② バスキュラーアクセス不良

高齢者や透析歴の長い患者が多く、内シャント閉塞・再建を繰り返した結果として、あるいは最初から適当な血管がなく自己血管による内シャントを造設できなかった、等の理由で、人工血管や上腕動脈表在化あるいはカテーテルを使用している割合が多い。中にはこれらも使用不可能となり、毎回大腿動脈を穿刺して脱血している患者もいる。このような患者では返血に使える皮静脈の確保も困難なことが多く難儀している（図3）。



図3. 外来患者と入院患者のバスキュラーアクセスの比較

③ 全身状態不安定

入院患者は脳血管障害や高度の認知症、心疾患を合併している場合が多い（表2）。また、外来患者と比較してヘモグロビン値や血清アルブミン値も有意に低値である（図4）。このため全身状態が不安定であり、感染症や心不全を起こしやすく、定期検査以外に臨時検査や処置を必要とすることが多い。

表2：入院患者の主な合併症

主な合併症	患者数
脳血管障害	11 (32.3%)
高度認知症	17 (50%)
心疾患	15 (44.1%)
悪性腫瘍	2 (5.9%)
肝硬変	1 (2.9%)

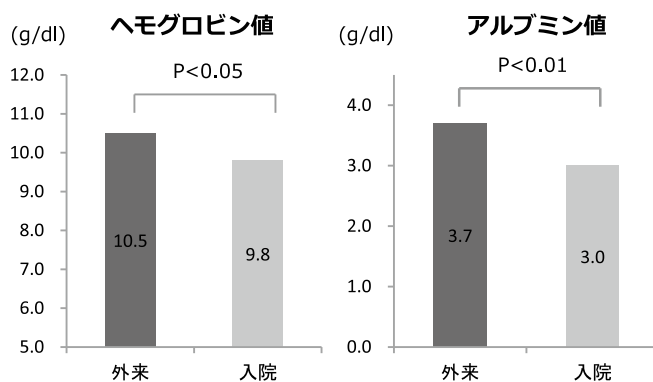


図4. 外来患者と入院患者のヘモグロビン値、血清アルブミン値の比較

4. 診療報酬上の問題

このように、入院透析患者の診療は決して安易なものではないが、診療報酬は厳しさを増している。療養病棟入院基本料は、医療の必要度（医療区分）と日常生活自立度（ADL 区分）の組み合わせで9つのランクに分類されている（表3）。透析患者であれば医療区分2以上である。平成22年4月の診療報酬改訂で療養病棟入院基本料の引き下げがあり、特に、医療レベルが高くてもADL区分の低い患者の点数が低くなった。このため、収入を維持するためには、よりADLが低く手間のかかる患者の割合を増やさなければいけない。人工腎臓の点数は外来透析と同じであるが、療養病棟では検査や病理診断、また単純X線撮影や簡単な処置は入院基本料に包括化されている。内服薬や注射についても抗がん剤と麻薬以外はすべて包括化となっており、別に算定することができない（ESA製剤は算定可だが、これは人工腎臓で包括化されている）（表4）。このため、高額な検査や高額な薬剤の使用はある程度制約せざるを得ない状況である。

表3. 療養病棟入院基本料 I

	ADL区分 3	ADL区分 2	ADL区分 1
	全介助	一部介助	自立・見守り
医療区分 3 (医療必要度 高)	A 1,758点	B 1,705点	C 1,424点
医療区分 2 (医療必要度 中)	D 1,369点	E 1,342点	F 1,191点
医療区分 1 (医療必要度 低)	G 934点	H 887点	I 785点

表4. 療養病棟入院基本料における検査・薬剤の包括化

・検査および病理診断は療養病棟入院基本料に含まれる
・画像診断と処置のうち療養病棟入院基本料に含まれるもの
単純X線撮影、創傷処置、喀痰吸引、摘便、酸素吸入、留置カテーテル設置、導尿、等
・療養病棟入院基本料に含まれない薬剤
抗悪性腫瘍剤及び疼痛コントロールのための医療用麻薬
・療養病棟入院基本料に含まれない注射薬
抗悪性腫瘍剤、エリスロポエチン、ダルベポエチン、疼痛コントロール目的の医療用麻薬 * エリスロポエチン、ダルベポエチンは人工腎臓に包括化されている

＜おわりに＞

透析患者の高齢化、長期透析患者や糖尿病患者の増加等により今後も様々な合併症のため通院困難となる透析患者の増加が予想される。しかし、長期療養可能な施設は非常に少ないのが現状である。当院ではこれまで入院患者を積極的に引き受けてきたが、診療報酬は療養病棟入院基本料、人工腎臓とも改訂のたびに引き下げられ、「労」ばかりが増している印象である。とはいえ、県南地域の患者が外来通院困難になっても安心して透析を続けていく場を提供するのが当院の役割と考えている。今後も様々な工夫をしながら入院患者の増加に対応していきたい。