

会 場：札幌コンベンションセンター（会場 大ホール／中ホール）
〒003-0006 札幌市白石区東札幌6条1丁目（TEL 011-817-1010）
アクセス：地下鉄東西線「東札幌」下車 徒歩10分
当番幹事：古井秀典、深澤佐和子、滝沢英毅
事務局：北海道透析療法学会
〒060-0001 札幌市中央区北1条西7丁目 おおわだビル2F
TEL 011-261-2033

推薦演題制度

北海道の透析医療の発展と、本学会の一層の活性化のため、コメディカルセッションに推薦演題制度を設けました。セッション毎に座長に推薦演題を選定して頂き、これを学会終了時に公表し、学会ホームページに掲載いたします。同一演題は発表できませんので、推薦を受けた演者はその演題の発展型を日本透析医学会に発表して頂く事を奨励するものです。後日表彰状を送付致します。これを契機に、一層質の高い演題の発表を期待します。

北海道透析療法学会のインターネットホームページには本会の関連情報ならびに関連学会、研究会などの案内が掲示されています。ご確認ください。

北海道透析療法学会ホームページ：<http://www.dotoseki.net>

参加者へのお願い

1. 参加費は500円です。参加証を胸に付けてください。
2. プログラムに制限がありますので当日ご持参ください。
3. 当学会参加による認定単位は下記に準じてください。
 - ・北海道医師会認定生涯教育講座／北海道医師会 5単位
 - ・地方学術集会参加／日本透析医学会 5単位
 - ・生涯教育プログラム聴講／日本透析医学会 5単位（秋の集会時は設定無し）
 - ・日本腎臓学会専門医／日本腎臓学会 1単位
（ただし1年間2単位、10年間10単位を上限とする）
 - ・透析技術認定士認定更新／医療機器センター（JAAME）5単位
 - ・透析療法指導看護師受験資格申請・更新資格申請
出席4単位、筆頭発表者2単位、共同発表者0単位、座長2単位当日の参加証、プログラムを各取得要綱に沿ってご利用ください（いずれも再発行や送付はいたしません）。詳しくは日本腎不全看護学会の規定にもとづき各自で申請してください。
4. 当日にて受講者名簿にお名前と医籍登録番号をご記入ください。ご記入いただきました個人情報は、本学会の実施報告作成のみに使用いたします。
5. クロークは設けておりません。PCセンターに衣紋掛けを用意してございます。自己責任でご使用ください。

ご 挨拶

北海道透析療法学会

会 長 伊丹 儀友

第 89 回北海道透析療法学会を無事開催できることを嬉しく思います。

最近 日本透析医学会 (JSDT) による腎性貧血治療のガイドラインが改訂されました。今回はより日本人によるデータと JSDT 統計調査委員会によるデータを積極的に採用しているのが特徴と言えます。より一層日本の現状にあったガイドラインとなっていると思われます。

中でも鉄の扱いは米国より慎重になっており、血清フェリチン 300ng/ml 以上とまらないようにするとされています。2011 年から 2014 年と平均血清フェリチン値が 800ng/ml を超えている米国と大きく異なっております (Am J Kidney Dis 67; 367-375, 2016)。米国のような過剰な鉄投与はヘモジデロシスを生じないのかまた酸化ストレスによる臓器障害を起こさないのかについては興味深いところです。

昨年 米国腎臓学会に私が参加し、腎性貧血について講演した Wish 博士に「君たち米国人はフェリチンレベルが高いことによる障害に危機感をもたないのか？」と質問しました。すると「君たち日本人は C 型肝炎が多いから 鉄剤を使えないのだろう」と切り替えられました。しかし、とっさのことで反論できませんでした。

日本の透析患者の C 型肝炎ウイルス (HCV) 感染透析患者は減少してきておりますが、約 10% はいると言われております。HCV 感染透析患者は HCV 非感染透析患者に比べて予後も不良とされています。そのため、私たちは日本透析医学会による「透析患者の C 型肝炎ウイルス治療ガイドライン」に準じて予防および治療に対応していくことが必要となります。このガイドラインでは抗ウイルス療法を勧めて インターフェロン療法を第一選択としております。インターフェロン療法の効果は透析患者では腎機能正常者と同等またそれ以上ですが、副作用頻度が高いことが認められていました。2014 年にウイルスが増殖する時に必要な酵素の働きを妨げる DAA (direct acting antivirals) が登場し今後も毎年新しい治療薬が開発されていくことから、治療法の進歩に注視していく必要があるとも言われています。このような治療法が成功し、日本から HCV 感染透析患者がいなくなることを望みたいと思います。医学は進歩していると思います。今回も皆さんにとって有意義な学びの機会であることを祈っております。

学 術 集 会

5月8日(日)札幌コンベンションセンター	
A会場(大ホールC)	B会場(中ホールB)
<p>8:55～ 9:00 開会の辞 伊丹腎クリニック 伊丹 儀友</p> <p>9:00～ 9:32 看護(I) 演題1～4 9:32～10:04 技士(I) 演題5～8 10:04～10:36 看護(II) 演題9～12</p> <p>10:45～11:45 特別講演 「透析医療の医療経済上の問題点」 埼玉医科大学 総合診療内科 中元 秀友</p>	<p>9:00～ 9:40 医師(I) 演題26～30 9:40～10:28 医師(II) 演題31～36</p>
<p>12:00～12:50 ランチョンセミナー 「CKD-MBD管理：シナカルセトの再考」 昭和大学藤が丘病院 腎臓内科 小岩 文彦</p> <p>12:55～13:15 総会 仁榆会病院 前野 七門</p> <p>13:20～14:00 看護(III) 演題13～17 14:00～14:32 看護(IV) 演題18～21 14:32～15:04 技士(III) 演題22～25</p> <p>閉会の辞 札幌西円山病院 浦 信行</p>	<p>13:20～14:00 技士(II) 演題37～41 14:00～14:40 医師(III) 演題42～46</p>

一般演題発表規定

- 1) 発表時間
口演は1演題8分（発表6分、討論2分）で厳守をお願いいたします。呼鈴を規定時間の終了1分前に1回、終了時に2回鳴らします。
- 2) 発表媒体
パソコンファイル（PowerPoint2010）のプロジェクター投影。
- 3) 進行
座長の指示に従って発表、討論をお願いいたします。
演者はセッション開始60分前までに受付を済ませ、発表開始10分前までに次演者席におつきください。
座長は、セッション開始15分前までに次座長席におつきください。
- 4) 質疑応答
質疑は、予め質問用マイクの近くでお待ちいただき、座長の指名を受けた後に所属と氏名を述べ、簡潔をお願いいたします。

PCデータでの発表予定の方へ

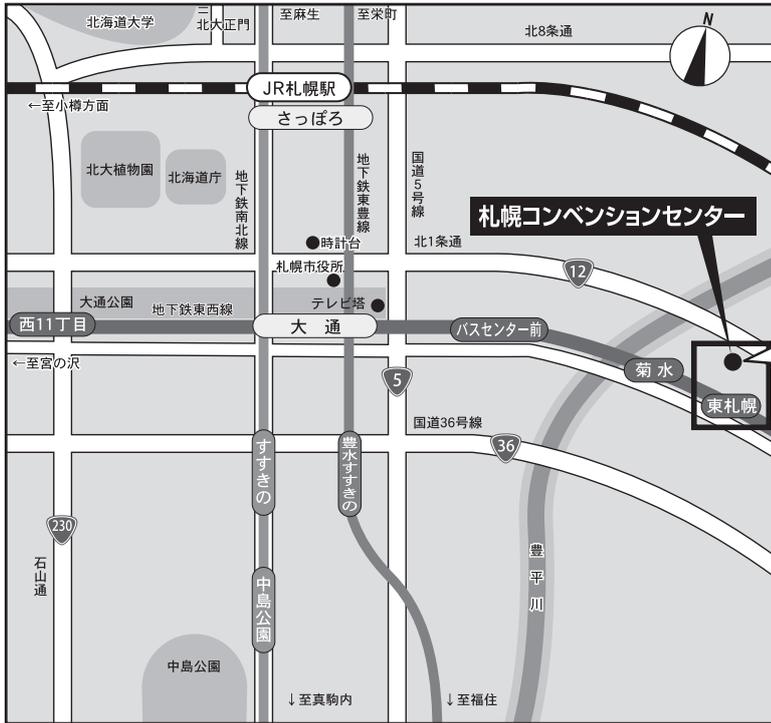
発表形式：原則会場で用意したPC（Windows 7）をご自身で操作して行っていただきます。ご持参のファイルが正常に作動しない場合のみ、バックアップとしてご持参いただいたPCでの発表といたします。

ファイル受付：データをUSBメモリースティックでセッション開始60分前までにご提出いただき、会場のPC（Windows 7）での正常な作動をご確認ください。

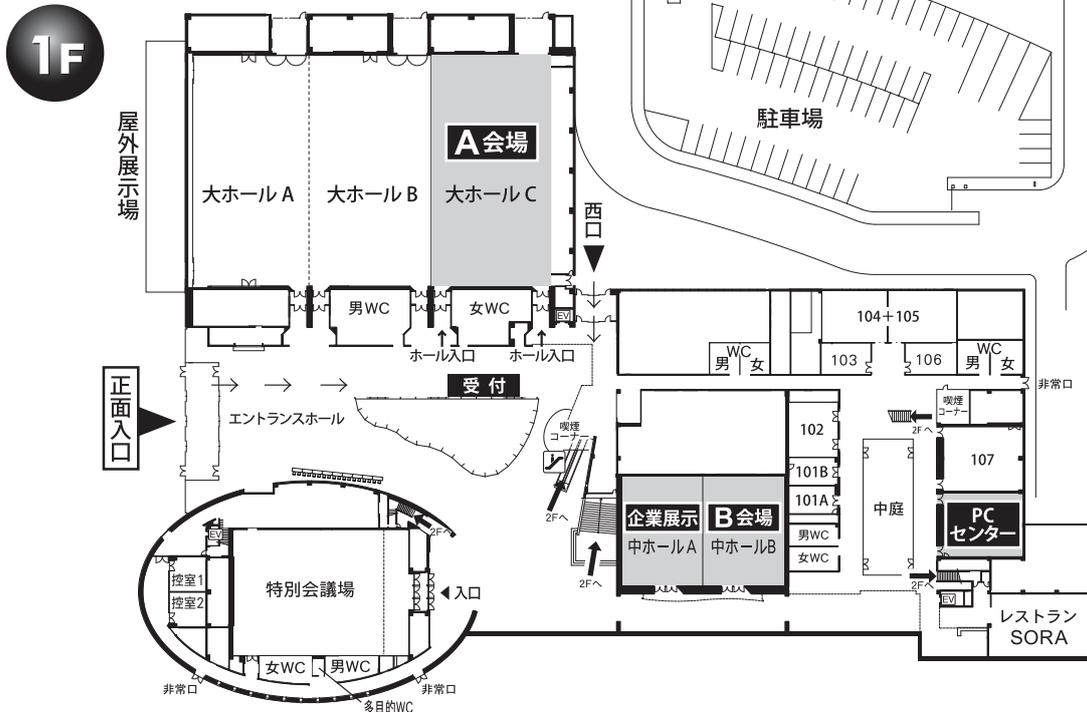
発表データ形式の注意点

- ・アプリケーションはWindows版Power Point 2003~2010と致します。
Powerpoint2013で製作した場合、ファイルの保存形式を2010等の旧バージョン形式で最終保存してください。その場合2013特有の機能は使用出来なくなりますので、必ずオートスライド形式で確認してください。
- ・発表ファイルが正常に作動することを、提出メディアに記録したデータでご確認ください。
- ・提出メディアはUSBメモリーのみです。CD-RW、MO、ZIP、FD等は受付いたしません。
- ・提出メディアには提出ファイルのみを入れてください。
- ・Windows 7で標準搭載されているフォントのみ使用可能です。
日本語：MSゴシック、MSPゴシック、MS明朝、MSP明朝
英語：Century、Century Gothic
- ・動画使用の場合はご自身のPCをご利用いただきます。（Power Pointのアニメーション機能は可）
- ・動作確認に問題ある場合はご自身のPC使用となります。バックアップ用としてご自身のPCを忘れずにご持参ください。また電源コードと外部プロジェクター用変換コネクタを忘れないでください。
- ・使用可能なPC側の映像出力端子はMini D-Sub15ピンです。お持ちのPCの外部画像出力端子がこの形状以外の場合は『変換コネクタ』が必要です。その場合、変換コネクタは各自ご用意ください。（会場では用意いたしません!!）
- ・詳しくは北海道透析療法学会ホームページ（<http://www.dotoseki.net/>）をご覧ください。

会場のご案内



札幌コンベンションセンター
 札幌市白石区東札幌6条1丁目
 (TEL. 011-817-1010)
 アクセス：地下鉄東西線
 「東札幌」下車
 徒歩 10分

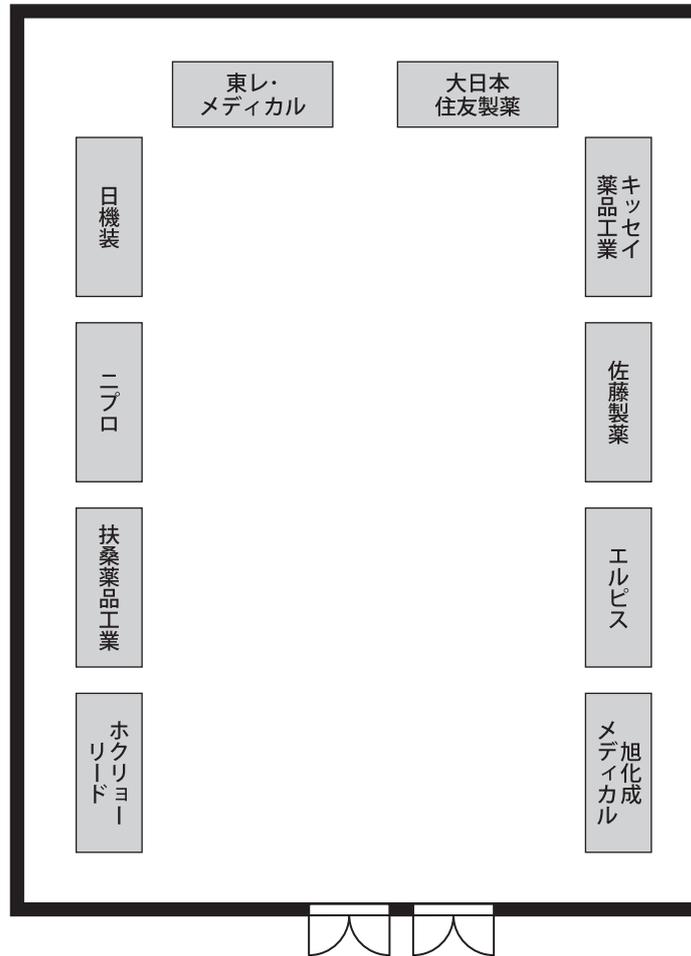


会場

- ・A会場 (大ホールC)
- ・B会場 (中ホールB)
- ・企業展示 (中ホールA)
- ・受付 (A会場前)
- ・演題受付 PCセンター (会議室 108)
- ・一般演題 (大ホールC/中ホールB)
- ・ランチョンセミナー (大ホールC)
- ・幹事会 (会議室 107)

企業展示

中ホールA



1	旭化成メディカル株式会社	ダイアライザー、透析用コンソール
2	エルピス株式会社	透析患者向けサプリメント、「エルピス」栄養ドリンク、コエンザイム粒
3	佐藤製薬株式会社	エムラクリーム（外用局所麻酔剤）、ヘパリンスプレー（保湿剤）
4	キッセイ薬品工業株式会社	エポエチンアルファ BS 注、ピートルチュアブル錠
5	大日本住友製薬株式会社	ファブリー病疾患啓発
6	東レ・メディカル株式会社	透析監視装置、ダイアライザ、カテーテル
7	日機装株式会社	DCS-100NX（多用途透析用監視装置）
8	ニプロ株式会社	HDF フィルター、ダイアライザ、透析針、輸液ポンプ、マイティサット、NCV-3
9	扶桑薬品工業株式会社	ダイアライザ、リクセル
10	株式会社ホクリョーリード	24 型液晶テレビ、テレビアーム、VOD システム（映画・インフォメーション表示システム）

第 89 回北海道透析療法学会 ランチョンセミナー

日 時 平成 28 年 5 月 8 日 (日)
12 : 00 ~ 12 : 50

会 場 札幌コンベンションセンター 《 1 階大ホール C 》
住所 札幌市白石区東札幌 6 条 1 丁目
電話 011-817-1010

座 長
旭川医科大学 名誉教授 菊池 健次郎 先生

講 演
『 CKD-MBD 管理 : シナカルセトの再考 』
昭和大学藤が丘病院 腎臓内科
准教授 小岩 文彦 先生

共 催

第 89 回北海道透析療法学会
協和発酵キリン株式会社

A会場（大ホールC）

8：55～9：00 開会の辞 伊丹腎クリニック 伊丹 儀友

9：00～9：32 看護（I） 座長 元町ひまわりクリニック 伊藤 友香子

1. 新たなリン吸着薬「スクロオキシ水酸化鉄」の使用経験

医療法人腎愛会 だてクリニック
○糸賀重雄、仁平智子、伊達敏行

2. 難治性潰瘍の改善を目的とした、心理変化を促す看護

医療法人 桑園中央病院 血液透析センター*、救肢・創傷センター**
○星ゆり子*、成田千里*、佐竹享子**、齋藤達弥**、松井 傑**

3. 糖尿病腎症の重症下肢虚血による創傷治癒遅延への関わり

医療法人 桑園中央病院 救肢・創傷治療センター¹⁾、血液透析センター²⁾
○兜 優子¹⁾、尾形江利子¹⁾、佐竹享子¹⁾、岡田久美子¹⁾、松井 傑^{1,2)}

4. 体重管理不良患者における認知機能評価

H・N・メディック 看護部¹⁾、H・N・メディック 医師部²⁾
○横山 恵¹⁾、田村朋美¹⁾、及川理香¹⁾、山下正剛¹⁾、橋本史生²⁾

9：32～10：04 技士（I） 座長 札幌医科大学付属病院 小川 輝之

5. グラフト患者のボタンホール(BH)穿刺に関する今後の方向性

医療法人腎愛会 だてクリニック
○岸田拓也、南 嘉継、東小野智、長谷川豊、山口 基、伊達敏行

6. 実血流量を用いた穿刺針 16GHF 針の検討

医療法人社団東桑会 札幌北クリニック
○佐々木遼、田中 慧、黒田 篤、増子佳弘、大平整爾

7. 当院でのシャント不全患者で経験した一例

市立釧路総合病院
○千葉知樹、原田由美子、門馬美鈴、小山内英程、種市和郎

8. 緊急離脱における血液逆流防止機能付穿刺針の有用性

医療法人社団腎誠会 さっぽろ内科・腎臓内科クリニック
○女澤佑生、松本侑也、三浦彩花、山下大輝、奥野友洋、武田克美、佐々木直美
安田卓二、深澤佐和子

9. 維持透析患者の水分・食事管理での知識と自己管理行動の調査

市立旭川病院 透析センター

○古賀香奈子、森峰美由紀、難波幸一、櫛引由美子

10. オーバーナイト透析導入前後の栄養状態の推移

医療法人社団 にれの杜クリニック 栄養科¹⁾、臨床工学科²⁾、看護部³⁾、腎臓内科⁴⁾
腎臓移植外科⁵⁾

○奥田絵美¹⁾、住田知規²⁾、宮腰麻矢³⁾、伊藤洋輔⁴⁾、玉置 透⁵⁾

11. 糖尿病性腎症の特性に対応した透析移行時の栄養指導について

医療法人腎愛会 だてクリニック 栄養科

○太田 彩、大里寿江、伊達敏行

12. Protein-energy wasting 診断における Body mass index 基準の検討

H・N・メディック北広島 栄養部¹⁾、H・N・メディック 栄養部²⁾

H・N・メディックさっぽろ東 栄養部³⁾、H・N・メディック 医師部⁴⁾

○橋本真里子¹⁾、山田 朋²⁾、門間志歩²⁾、坂本杏子³⁾、池江亮太⁴⁾、橋本史生⁴⁾

『透析医療の医療経済上の問題点』

埼玉医科大学 総合診療内科 教授 中元 秀友

『CKD-MBD 管理：シナカルセトの再考』

昭和大学藤が丘病院 腎臓内科 准教授 小岩 文彦

13. 再発事故に対する重大事故への未然防止に対する対策の取り組み

医療法人社団 札幌東クリニック

○土井さゆり、篠原隆之、赤澤美穂子、伊藤祐子、江端真一、水口 章、江端範名

14. エボラ出血熱に対する感染症病棟チームでの透析準備について市立札幌病院 透析室、臨床工学科¹⁾、感染管理推進室²⁾、感染症内科³⁾、腎臓内科⁴⁾○木村 剛、板坂 竜¹⁾、山本謙太郎²⁾、山出誓子、永坂 敦³⁾、城下弘一⁴⁾**15. 外来維持透析患者に対する定期的な生活環境評価の必要性
～1事例を通して見えてきたこと～**(医)仁友会 泌尿器科内科クリニック、(医)仁友会 北彩都病院¹⁾○谷野さつき、芝山小百合、吉川美菜、為井房子¹⁾、水永光博、石田裕則¹⁾**16. 貼付用局所麻酔剤変更に関するアンケート**

医療法人菊郷会 富丘腎クリニック

○西本洋子、寺島寿江、遠藤初枝、佐藤裕介、元道信孝、大窪 楓、金谷 樹
富所竜也**17. 翼付き透析留置針の使用経験**

社会医療法人北楡会 札幌北楡病院 人工臓器治療センター

○菊地健一、上田聰美、若林マリア、渡辺一成、高村昌枝、橋本みどり、飯田潤一
久木田和丘、目黒順一、米川元樹

18. FIX-S による on-lineHDF へ治療変更した患者の自覚症状への効果

医療法人讃生会 宮の森記念病院

○長内貴輝、田村嘉生、今井由香、御家瀬亮、谷口晋也、松橋尚生

19. 血液透析導入期患者のセルフケア確立への援助
～学習援助的アプローチを活用しての1症例～

(医)仁友会 北彩都病院 血液浄化療法センター 看護部¹⁾、内科²⁾、泌尿器科³⁾

○吉川早紀¹⁾、高橋亜侑美¹⁾、村上美幸¹⁾、柏倉亜里沙¹⁾、中瀬 篤¹⁾

高橋広美¹⁾、為井房子¹⁾、和田篤志²⁾、石田裕則³⁾

20. 指導看護師向けマニュアル活用の有効性

公益社団法人北海道勤労者医療協会 勤医協中央病院 血液浄化センター

○金田浩生、西本美恵子、湊瀬敬子、久保倉翼、原 舞子、半田佳奈子

21. 透析看護サービスの向上を目指して

～『不安』『不満』に関するアンケートの実施から見えてきたこと～

医療法人社団腎誠会 さっぽろ内科・腎臓内科クリニック

多田沙織、○田中雪絵、伏見めぐみ、庄司志都江、菅原佳子、小西恵子

佐々木直美、深澤佐和子

22. 透析アミロイド症に対するβ2-MG吸着器(リクセル)の有効性

医療法人社団東桑会 札幌北クリニック

○田中 慧、佐々木遼、高原善富、黒田 篤、増子佳弘、大平整爾

23. 急性腎障害を併発した小児成熟 B-ALL に対して血液浄化療法が有効であった1症例

社会医療法人北楡会 札幌北楡病院 臨床工学技術科¹⁾、外科²⁾、小児科³⁾

○横山純平¹⁾、土濃塚広樹¹⁾、久木田和丘²⁾、小林良二³⁾、鈴木大介³⁾

24. 電解水透析とレボカルニチン塩化物補充療法における ESA 減量効果の検討

社会医療法人 日鋼記念病院 臨床工学室¹⁾、東室蘭サテライトクリニック²⁾

○植村 進¹⁾、湊 千笑¹⁾、毛笠貴隆¹⁾、宮下直人¹⁾、高田譲二²⁾

25. 長期静注カルニチン補充療法における透析患者の LVEF への影響

社会医療法人孝仁会 星が浦病院 臨床工学科

社会医療法人孝仁会 釧路孝仁会記念病院 循環器内科*

○斎藤 寿、野地功章、石井勝実、熊倉徹哉、齋藤礼衣*

26. スクロオキシ水酸化鉄の使用経験

苫小牧日翔病院 血液浄化センター

○坂本和也、阿部正道、太田泰弘、山口慎太郎、櫛田隆久、熊谷文昭

27. 当院での高リン血症治療薬の現状と投与後早期の治療効果

社会医療法人北楡会 札幌北楡病院 外科¹⁾、同 薬剤部²⁾

○飯田潤一¹⁾、小野寺一彦¹⁾、佐々木集²⁾、小丹枝裕二¹⁾、佐藤正法¹⁾
土橋誠一郎¹⁾、服部優宏¹⁾、齋藤嘉津彦²⁾、堀江 卓¹⁾、久木田和丘¹⁾
目黒順一¹⁾、米川元樹¹⁾、川村明夫¹⁾

28. 副甲状腺全摘術(PTX)16年後に続発性副甲状腺機能亢進症(secHPT)を再発し
右上縦隔異所性副甲状腺腫が発覚した血液透析患者の一例

医療法人社団 手稲ネフロクリニック 腎臓内科*

医療法人萌生舎 琴似腎臓内科・泌尿器科 腎臓内科***

市立札幌病院 呼吸器外科**、腎臓内科

○向 博也*、柴潤一郎*、高田 珠***、櫻庭 幹**、田中明彦**、佐々木洋彰
島本真実子、石田貴之、城下弘一

29. HSA による Eldecalcitol 投与後の骨強度評価

腎臓内科めぐみクリニック¹⁾、同 臨床検査部²⁾、北郷整形外科³⁾

○佐藤 恵¹⁾、船戸佳津幸²⁾、高田潤一³⁾

30. 救肢戦略～下肢血管の石灰化は予防できるか？

医療法人 桑園中央病院 救肢・創傷治療センター

○松井 傑、坂入隆人、駒木 亨、齋藤達弥

31. レボカルニチン静注の栄養状態への影響

H・N・メディックさっぽろ東、H・N・メディック*、H・N・メディック北広島**
○角田政隆、遠藤陶子*、池江亮太**、橋本史夫*

32. 尿管閉塞に起因した腎後性腎不全症例の検討

芸術の森泌尿器科
○齊藤誠一

33. 北海道におけるファブリー病スクリーニング研究

旭川医科大学 循環・呼吸・神経病態内科
○中川直樹、丸山啓介、鹿原真樹、松木孝樹、佐藤伸之、長谷部直幸

34. 血液透析患者の総死亡に関連する因子の年齢による違い

H・N・メディック北広島 腎臓内科¹、H・N・メディック 内科²
H・N・メディックさっぽろ東³、H・N・メディック 腎臓内科⁴
○池江亮太¹、遠藤陶子²、角田政隆³、橋本史生⁴

35. 2型糖尿病透析患者に対するリラゲルチド投与1年間における効果の検討

医療法人 萬田記念病院 腎臓内科、同 内科*
○萩原誠也、中野玲奈、名和伴恭、萬田直紀*

36. 通院血液透析患者に対するエポエチンベータペゴル(CERA)と
ダルベポエチンアルファ(DA)の比較

(医)仁友会 泌尿器科内科クリニック、旭川医科大学 腎臓内科*
○水永光博、珍田純子、松木孝樹*、中川直樹*

37. ニプロ社製ヘモダイアフィルタ FIX-250S eco の循環動態への影響

函館五稜郭病院 臨床工学科

○佐々木雅敏、小澤鉄也、小原雄也、雲母公貴

38. 前希釈オンライン HDF と AN69 膜を併用した症例の皮膚灌流圧(SPP)の経過

医療法人 桑園中央病院 救肢・創傷治療センター 血液透析センター¹⁾医療法人 桑園中央病院 臨床工学部²⁾○谷藤貴也²⁾、石河文寛²⁾、藤田隆稔²⁾、林 知美²⁾、峯田清志²⁾、吉田雄太²⁾
合坪詳太²⁾、酒井征則²⁾、兵藤嵩志²⁾、樫木貴志²⁾、伊藤直樹²⁾、松井 傑¹⁾

39. 低血圧による透析困難症に対し前希釈オンライン HDF を導入した一例

医療法人北志会 札幌ライラック病院 臨床工学科、看護部 透析室*、内科**

○大江 祥、望月康香、若杉直樹、米田ますみ*、濱口 純**、新井雄一郎**
志田勇人**

40. 血液浄化装置 ACH-Σ のゼロバランス精度の基礎的検討

北海道大学病院 ME 機器管理センター

○土井みなみ、佐々木亮、千葉裕基、平子竜大、石川勝清、岡本花織、前野 幹
松本剛直、村田裕宣、加藤伸彦、寒河江磨、岩崎 毅、法邑まなみ、矢萩亮児
鵜田智久、山田拓弥、太田 稔

41. 濾過条件を変更すると TMP とアルブミン損失量にどのように影響を与えるのか

釧路泌尿器科クリニック

○大澤貞利、山本英博、斉藤辰巳、伊藤正峰、岡田恵一、佐野 洋、久島貞一

42. 大腸憩室を有する腎移植レシピエントの注意すべき合併症

北海道大学腎泌尿器外科

○樋口はるか、高田祐輔、佐々木元、岩見大基、森田 研、篠原信雄

43. 腎移植後患者に発症した急性大動脈解離の一例

市立札幌病院 腎臓移植外科

○和田吉生、福澤信之、原田 浩

44. 塩分過剰摂取によりうっ血性心不全、うっ血肝をきたした糖尿病性腎症の1例

医療法人 萬田記念病院¹⁾、NTT 東日本札幌病院²⁾

○中野玲奈¹⁾、萩原誠也¹⁾、名和伴恭¹⁾、眞岡知央²⁾、山本理恵²⁾、橋本整司²⁾

45. 蜂蜜による *Helicobacter.cinaedi* (*H.cinaedi*) 蜂巣炎が疑われた1例

JCHO 北海道病院 腎臓内科、宮崎大学獣医公衆衛生学講座*

○古川将太、澤田 修、山村 剛、河田哲也、三澤尚明*

46. 覚醒剤取締法違反の再犯で収監された覚醒剤依存症の血液透析患者の1例

苫小牧市立病院 泌尿器科

○石川修平、竹内一郎

『透析医療の医療経済上の問題点』

埼玉医科大学 総合診療内科
教授 中元 秀友

本邦の医療経済の実態

社会保障給付費は実際に使用された医療関連費用の総額である。2006年の社会保障給付費の総額は89.1兆円であり、そのうち年金に47.3兆円(53%)、医療費として28.1兆円(32%)、その他の福祉費用に13.7兆円(15%)が使用されている。特にこの福祉費用のうちの6.1兆円(7%)が介護費用としての支出であり、年金とあわせて53.4兆円(60%)は高齢者に関わる社会生活(介護費用を含む)のための費用である。対国民総所得比(対GNI: Gross National Income)では23.9%でありGNIの約1/4は高齢者の生活関連の費用として(年金、介護費用を含む)使用されている。実際の生活費としての年金は47.3兆円であり対GNI比で12.7%まで増加している(厚生労働省HP <http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2009/09/03.html>)。厚生労働省の最新の報告では2012年度の社会保障給付費の詳細が報告されている。それによれば総額は108.6兆円であり、医療費が34.6兆円(31.9%)、年金に54.0兆円(31.9%)、福祉その他に19.9兆円(18.4%)が使用されている。この108.6兆円の対GNI比では30.9%まで増加しており、国民総所得に対する割合は着実に増加している。また対国民総生産比(対GDP: Gross Domestic Product)では23.0%まで増加している。この社会保障費の年次推移は厚生労働省のホームページにも示されている。社会保障給付費としての年金、医療費、さらに福祉関係の費用はいずれも着実に増加している(厚生労働省HP <http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2009/09/03.html>)。

本邦の透析医療費の歴史と現況

本邦で透析医療に対して健康保険が適応されたのは、昭和42年(1967年)からである。初期には健康保険本人に対しては10割給付であったが、健康保険家族には7割給付、国民健康保険では7割給付に制限されていた。その後昭和48年から自己負担の限度額が設定されたものの、毎月15,000円から50,000円の支払いが必要であった。そのため、高額な医療費を支払う為に家売る、借金をする、生活保護を受ける為に離婚する、などの実態が明らかとなり、昭和46年に透析患者による全腎協が組織され医療費の控除にむけて積極的な活動を行った。その積極的な患者会の活動の結果、透析医療費に関しては月々20,000円を限度として国庫負担となった。現在では医療制度をきちんと利用すれば(身体障害者申請など)、ほとんどの患者は自己負担な

く平等に透析医療を受けることができる。このような制度は、世界でも類がなく極めて優れた医療保険制度と評価されている。その事実を表すデータとして、透析医療の世界比較データである DOPPS の結果が良く知られている (Young EW et al; Kidney Int . 2000; 57[S74] : S74-81)。本邦の透析患者の死亡率は、欧米と比べて圧倒的に低値である。本邦の透析患者の予後が欧米に比べて格段に優れているのは本邦の透析医療レベルが高い事に加え、この保険制度によってすべての透析患者が優れた透析医療を享受できるためと考えられる。

医療経済から見た透析医療費

このように本邦の優れた医療保険体制と医療者の努力は、日本国民の平均寿命を世界一に押し上げ、さらに透析患者の予後を世界一のレベルにした。しかしながら、医療費の面では大きな問題が生じている。先日発表された 2013 年度末の日本透析医学会統計調査委員会の報告によれば、透析患者はついに 314,180 人 (4,173 人増) と 31 万人を超え、透析施設も 4,264 施設となった。一方腹膜透析 (PD) 患者数は 9,245 人 (2.9%) と 9,510 人より 265 人減少しており、在宅血液透析患者数は 461 人 (0.1%) と増加したものの、際立って低い比率である。透析人口の増加に伴い透析に関わる年間医療費は一兆円を大きく超えており総医療費の約 4% を占めている。維持透析患者数はこの 30 年間で約 20 倍に増加した。現在でもなお年間 38,024 人が透析導入となったものの導入患者数は減少傾向にある。死亡患者数は 30,708 人と初めて減少に転じた。その差の 4,173 人の患者数の増加を認めている。(しかしながらこの増加数は着実に減少している)。1980 年に本邦の透析患者数は 3.6 万人であったが、30 年後の 2011 年には 30 万人 (8.3 倍) を超え、今後まだしばらくは増加する事が予想されている。

高齢者透析と医療費－在宅透析医療の推進－

もう一つのわが国の高齢者対策として重要な事、それは高齢者の社会復帰を前提とした在宅医療の推進がある。高齢者が長期入院することで ADL が悪化する事は良く知られている。そのためにも、本邦でも入院日数の抑制政策が積極的に勧められている。一方腹膜透析 (PD) は在宅医療として確立した重要な透析療法であり、高齢者において ADL の自立と痴呆予防に効果があることが報告されている。また透析施設にとっても人件費がかからないため、その収益性は決して HD に劣るものではない。厚生労働省も在宅透析として PD を普及させるため、PD の医療費を HD の医療費よりも優遇しており、在宅における介護保健の適応についても範囲を広げている。PD の利点は、満足度の高さと生活の自由度の高さにある。高齢者では少ない透析回数で十分な透析効率を得られる場合もあり、その生活の質 (QOL) への優位性も PD の注目すべき利点の一つと言える (Incremental PD 療法)。今後の高齢者において PD は推奨すべき透析方法の一つである。

おわりに

日本は世界で最も急速に高齢化が進行している医療先進国であり、その未来は世界の医療の未来を示すものと考えられている。今後本邦における高齢者の増加、それに伴う医療費の増加は避けられない。税金を負担する生産年齢人口は1998年以後すでに減少に転じている。本邦の透析医療は低額の自己負担で、優れた透析医療を全国民に平等に提供している。その基本となるのが、わが国の優れた医療保険制度であり、国民皆保険、現物給付制度、さらにフリーアクセスを特徴としている。そのために、すべての国民は少ない自己負担で優れた透析医療を受ける事ができる。その結果、わが国の透析患者の予後は世界で最も優れた成績である。このような優れた末期腎不全医療の状況を今後も維持して行く為に、我々は未来の透析医療に関して医療費の面からも考える必要がある。高齢者透析ではADLの維持、特に満足度の高い医療として在宅透析である腹膜透析(PD)は積極的に進めて行くべき在宅透析療法である。また透析にならないための予防医療、さらに透析の中止と非導入等に関しても国民の間で議論すべき時期に来ている。

CKD-MBD 管理：シナカルセトの再考

昭和大学藤が丘病院 腎臓内科
准教授 小岩 文彦

慢性腎臓病に伴う骨・ミネラル代謝異常 (CKD-MBD) の主要な合併症である二次性副甲状腺機能亢進症は P、Ca 管理不良や線維性骨炎の原因となり、進行すると QOL の低下や生命予後を悪化させる重篤な病態である。これまで活性型ビタミン D 製剤 (VDRA) を中心とした PTH 管理が行われてきたが、P、Ca 管理を優先した現在の治療では十分量の VDRA 投与が困難な場合も多い。本邦で 2008 年に登場したシナカルセトは血中 PTH のみならず Ca も低下させる薬理特性から、二次性副甲状腺機能亢進症の治療薬として広く認識され、CKD-MBD 診療ガイドラインでも PTH 高値における P、Ca 管理手段と位置付けられている。本セミナーでは副甲状腺機能を長期間維持するシナカルセトの投与方法や海外で実施された臨床試験の結果から、シナカルセトを用いた CKD-MBD 管理を再考する。