

これからの透析医療

岡田 浩一*

わが国において末期腎不全患者に HD が導入されるようになって 50 年が過ぎ、透析患者数は 30 万人を超えるに至った。初期には延命の意味が強かった HD は、いつしか患者の QOL が問われる治療へと進歩し、その技術的なレベルは完成の域に達しているといっても過言ではない。その一つの証拠は、日本の維持 HD 患者の寿命が世界第 1 位にあるという事実である。ただ、現在の HD を取り巻く状況は、HD 患者の高齢化と合併症の多様化で特徴づけられる。HD 患者の高齢化は維持 HD 患者の寿命が延長したのみならず、CKD 診療が向上した結果、保存期腎不全の期間が延長して HD 導入期の高齢化をきたしている点も関与している。また HD 導入基準は示されているものの非導入や中止の基準はないという状況や、患者負担が実質的にゼロである保険制度もその傾向に拍車をかけている。その結果、透析関連の医療費は年間 1 兆 5 千億円を超えるという膨大な額に達しており、数年来の傾向から診療・介護報酬のダブル改定の年となる 2018 年には、医療者や企業にとってかなりの逆風が想定される。

超高齢社会を迎え、医療費の需要と供給のバランスが崩れたわが国では、その費用対効果を熟慮したうえでの有効利用が喫緊の課題であり、HD 医療における透析量の適正化は一つの解答であろう。介護保険の適用となるような高齢者の末期腎不全患者においては、HD の透析液量や時間・回数を減らすことも可能な場合があり、従来の画一的

* 埼玉医科大学医学部腎臓内科

な治療から個別化・適正化に進むべきと考えられる。その延長線上では HD 導入をしない、もしくは HD を中止する患者権利も認められると想定される。

一方、若年から壮年にかけての末期腎不全患者においては、透析量を増加させることで長期透析による合併症を克服し、健常者との生活格差を縮小して、その生産性を維持することが重要となる。そのためにはまず、現在の基本的な HD システムのソフト面を改良することで、日常生活における活動性が高い患者に合わせて透析量を増やすという選択肢がある。たとえば施設において長時間 HD を行う夜間 HD は、現状の HD システムをそのまま流用して透析量を増やすことが可能であり、各施設で患者数が一定数に達すれば十分に継続可能な HD モダリティである。夜間 HD に関しては、心血管病や尿毒症に関連した合併症を軽減し、また薬剤使用量を減少させ、栄養状態や QOL の維持にも優れており、今後の普及が期待される。

このように HD 診療の関係者には、透析量だけではなく経済性にも配慮した難しいかじ取りが要求される時代が来ようとしている。これまでの 50 年が HD の成長から完成の時代ならば、これからの 50 年がその成熟の時代となるよう祈念している。