

精神疾患を有する患者に対する 腎代替療法等に関する調査研究 報告書

令和6年度 障害者総合支援事業費補助金
（障害者総合福祉推進事業）
令和7年（2025年）3月

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター

精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部

内容

1. 事業要旨	6
2. 事業概要	8
2.1. 事業の目的	8
2.2. 事業実施体制	8
2.3. 事業実施体制	9
2.4. 事業実施スケジュール	10
3. 患者調査を用いた実態調査	10
3.1. 概要	10
3.2. 方法	10
3.3. 結果	11
3.4. 補足	13
4. RRTを実施している精神科医療機関および医療ソーシャルワーカーへのヒアリング調査	16
4.1. 精神科病院を対象としたヒアリング調査	16
4.1.1. A 医療機関	17
4.1.2. B 医療機関	18
4.1.3. C 医療機関	20
4.1.4. D 医療機関	21
4.2. 医療ソーシャルワーカーを対象としたヒアリング調査	23
5. 調査票を用いた実態調査	25
5.1. 全国の精神科医療機関を対象とした RRT の実施に関する調査	25
5.1.1. 調査目的	25
5.1.2. 対象	25
5.1.3. 方法	25
5.1.4. 結果	25
5.2. 全国の精神保健福祉センター長を対象とした地域連携に関する調査	33
5.2.1. 目的	33
5.2.2. 方法	33

5.2.3.	結果.....	34
5.3.	精神科病床で血液透析を実施中の精神疾患患者に関する調査.....	36
5.3.1.	目的.....	36
5.3.2.	方法.....	36
5.3.3.	結果.....	36
6.	文献調査.....	43
6.1.	慢性腎臓病（CKD）と末期腎不全（ESRD）.....	43
6.2.	RRT の種類.....	44
6.3.	RRT の現状.....	46
6.4.	血液透析における意思決定.....	51
6.5.	精神疾患を有する患者に対する RRT の実態と課題.....	53
6.5.1.	疫学的実態.....	53
6.5.2.	PubMed による検索（主に英語論文について）.....	54
6.5.3.	CiNii による検索（主に日本語論文について）.....	55
6.5.4.	精神科医療機関の治療体制.....	56
6.6.	社会的出来事.....	56
6.6.1.	県立宮崎病院での透析受け入れ拒否事案（1991 年）.....	56
6.6.2.	福生病院での透析中止事案（2019 年）.....	58
6.7.	倫理的困難と課題.....	59
6.8.	向精神薬と血液透析.....	61
6.9.	地域連携.....	61
6.9.1.	精神科病院と腎臓医の連携体制.....	61
6.9.2.	国が定める指針など.....	61
	医療計画.....	61
	公的病院等.....	62
	精神障害にも対応した地域包括ケアシステム.....	63
6.10.	地域での公的体制整備.....	63
7.	有識者会議.....	64
7.1.	第1回.....	64
7.1.1.	開催概要.....	64
7.1.2.	議事概要.....	64

7.2.	第2回.....	67
7.2.1.	開催概要.....	67
7.2.2.	議事概要.....	68
7.3.	第3回.....	69
7.3.1.	開催概要.....	69
7.3.2.	議事概要.....	69
7.4.	第4回.....	71
7.4.1.	開催概要.....	71
8.	課題と提言.....	72
8.1.	腎代替療法を必要とする精神疾患患者の推計の必要性.....	72
8.2.	精神疾患患者への腎代替療法提供体制.....	72
8.2.1.	血液透析.....	72
8.2.2.	外来・在宅治療.....	73
8.2.3.	腹膜透析.....	74
8.2.4.	腎保護療法.....	74
8.3.	意思決定支援.....	75
8.4.	多職種協働.....	75
8.4.1.	医師.....	76
8.4.2.	看護師.....	76
8.4.3.	医師・看護師以外のコメディカル.....	76
8.4.4.	介護・福祉職.....	77
8.5.	国・地方公共団体における対応.....	77
8.5.1.	国の指針と公的病院の役割.....	77
8.5.2.	診療報酬や地方公共団体における対応の課題.....	78
8.6.	おわりに.....	79
9.	文献.....	80
10.	付録（調査票）.....	83
別添1	医療施設調査票.....	83
別添2	精神保健福祉センター長調査票.....	83
別添3	患者調査票.....	83

1. 事業要旨

本調査研究は、精神疾患を有する患者に対する腎代替療法（Renal Replacement Therapy: RRT）、特に血液透析の提供体制と課題を明らかにし、今後の医療・福祉政策に資する提言を行うことを目的として実施された。わが国では高齢化に伴い慢性腎臓病（CKD）および RRT を必要とする患者の増加が見込まれており、精神疾患を有する患者においても例外ではない。しかし、精神疾患患者に対する RRT の提供実態や支援体制についての系統的な調査は限られており、現場では個別対応に頼らざるを得ない状況が続いている。

本事業では、①患者調査を基にした精神疾患を有する CKD・透析患者数の推計、②精神病床において透析を実施している医療機関等へのヒアリング、③全国の精神科医療機関および精神保健福祉センター長を対象とした調査、④精神病床に入院中の透析患者の個別調査、⑤国内外の関連文献や制度のレビュー、⑥有識者会議の開催、という多層的なアプローチにより現状の把握と課題整理を行った。

その結果、精神科医療機関における透析導入や維持透析の実施は、主としていわゆる総合病院精神科に限定されており、単科精神科病院での実施は極めて困難であることが示された。特に維持透析については、通院や身体科医療機関での入院が困難な精神疾患患者に対して継続的治療を提供できる体制が乏しく、透析導入そのものが断念される場合もあるものと推察された。また、診療報酬制度上の課題や、付き添い・送迎等に係る人員確保の難しさも、精神科病院において透析を実施する上での障壁となっている。加えて、透析導入に際しては、精神症状の影響等による意思決定能力の変動や、情報提供体制の不足、臨床倫理支援体制の未整備などにより、患者本人の意思を尊重した治療選択が困難となる事例が少なからず存在すると考えられた。さらに、維持透析を必要とする精神疾患患者の居住先・通院先の確保が難しく、長期入院につながっている現状も示唆された。

以上を踏まえ、本報告書では、以下のような課題整理と提言を行った。

第一に、精神疾患患者の中で腎代替療法を必要とする者の数は正確に把握されておらず、今後の高齢化を踏まえれば、推計の精緻化が急務である。現行の統計調査では限界があることから、匿名医療保険等関連情報データベース（NDB）などを用いた包括的な実態把握が求められる。

第二に、医療提供体制に関しては、単科精神科病院では透析導入・維持ともに困難である状況が浮き彫りとなった。精神科医療機関と腎臓内科との連携体制を強化し、遠隔診療や往

診、訪問診療を含む多様な診療形態の活用を促進することが必要である。また、透析を必要とする精神疾患患者が地域生活を継続するためには、透析医療機関への送迎体制や精神症状再燃時の診療・支援体制、居住・介護支援との連携が不可欠であることが示唆された。

第三に、意思決定支援の必要性が示された。透析治療の開始・中止に関する判断は生命に直結し、かつ精神症状による意思能力の変動が生じうることを考慮すると、臨床倫理支援体制の整備や、精神疾患患者の身体疾患治療に関する意思決定支援のあり方を学際的に検討することが必要であると考えられた。加えて、精神科病院では RRT に関する適切な情報提供を行うこと自体が困難であることから、患者の自己決定を支える情報提供のあり方についても検討することが望まれる。

第四に、多職種による支援の必要性も明らかになった。身体疾患への対応力を持つ看護師の育成、精神保健福祉士・社会福祉士・薬剤師・公認心理師の活用、さらには介護・福祉職との協働が重要である。特に、精神身体合併症に対応可能な人材育成は中長期的な課題として検討を重ねていくことが求められる。

最後に、国および地方公共団体の役割に着目した。精神疾患患者への RRT 提供体制を整備するにあたり、個別の医療機関の努力に委ねるだけでは限界があることは、本調査研究より明らかである。今後「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」（厚生労働省告示第 65 号）において、精神科と身体科の連携を支援・促進する制度的枠組みの構築などについての指針を示すことが望ましいと考えられる。また、第 8 次医療計画の見直し、地域医療構想の検討の際にも、身体疾患に対する医療と精神疾患に対する医療の双方を必要とする患者への対応、特に継続的に高度な医療が必要とされるような状況について議論を深めるとともに、自治体主導による連携体制の確保や、透析受け入れ可能な精神病床の確保についても検討していくことが求められる。さらに、精神科病院における透析医療の実施が困難な要因の一つとして、診療報酬上の不利益が繰り返し指摘されていることを踏まえ、診療報酬の見直しについての検討も重要である。

本調査研究の成果は、精神疾患を有する患者に対する腎代替療法の提供体制整備という喫緊かつ重要な政策課題に対し、実態に即したエビデンスを提供するものである。本報告書で示された課題と提言が今後の体制整備等において活用され、実効性ある政策が推進されることを期待したい。

2. 事業概要

2.1. 事業の目的

慢性腎不全等を合併する精神疾患を有する入院患者数の推計は、平成 23(2011)年は約 4600 名であったが、令和 2 (2020) 年には約 6600 名まで増加している（出典：患者調査）。また、同外来患者数については公的なデータはないものの、精神疾患を有する外来患者数が増加傾向にあることから、同様であることが推測される。精神疾患を有する患者の高齢化が進む中、今後慢性腎不全を合併する精神疾患患者はさらに増えるものと予想され、慢性腎不全を有する精神疾患患者を地域で支える体制の整備、精神科病院における慢性腎不全の治療のあり方についての検討の必要性が高まってきている。

腎不全に対する腎代替療法（RRT）としては、腎移植、血液透析、腹膜透析が挙げられる。慢性腎不全を合併する精神疾患患者に対する治療内容は明らかになっていないが、欧州では腎移植が RRT の過半数を占める国が多いのに対し、日本では血液透析が RRT の約 95% を占めていることを考慮すると、RRT を必要とする精神疾患患者の多くが血液透析を受けているものと推察される。

精神疾患患者が RRT を必要とする状態となった場合、緊急対応や侵襲的処置を伴う療法に対し、本人の意思を尊重し、倫理的側面にも配慮しつつ行うことが求められるが、近年の RRT の進歩や、意思決定支援の重要性を考慮した知見は集約されていない。一方で、精神科病院や精神科診療所において、RRT を必要とする患者に対するケアの手法や、医療機関間の連携のあり方、行政機関との連携のあり方等、様々な課題が指摘されているところである。

このような背景を踏まえ、RRT を必要とする精神疾患患者の治療およびケアに関連する課題の整理とその対応策の検討を行うことを目的として、本事業を実施する。

2.2. 事業実施体制

本事業では、有識者の意見等を踏まえた上で、以下の調査を実施し、その結果を取りまとめた。

- 1) 患者調査を用いた実態調査
- 2) RRT を実施している精神科医療機関および医療ソーシャルワーカーへのヒアリング調査

3) 調査票を用いた実態調査

- ① 全国の精神科医療機関を対象とした RRT の実施に関する調査
- ② 全国の精神保健福祉センター長を対象とした地域連携に関する調査
- ③ 精神科病床で血液透析を実施中の精神疾患患者に関する調査

4) 文献調査

2.3. 事業実施体制

本事業は、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部を事務局として実施した。事務局の体制は下記のとおりである。

氏名	役職	役割
藤井 千代	地域精神保健・法制度研究部長	事業全体のとりまとめ 調査・ヒアリングの実施、分析 報告書作成
田中 裕記	客員研究員	調査・ヒアリングの実施、分析 文献調査
羽田 彩子	科研費研究員	調査の集計
一木 崇弘	リサーチフェロー	調査の集計
檜垣 早苗	科研費研究補助員	経理事務

本事業では、当事者、精神科病院の関係団体、精神障害者を支援する団体、腎臓内科および精神医学に関する有識者等から構成される有識者会議にて、調査設計に関する検討を行い、有識者意見を取りまとめた。座長には、神庭重信氏が選出された。

有識者一覧

氏名	所属
川口 真知子	井之頭病院, 公益社団法人日本精神保健福祉士協会
神庭 重信	九州大学 名誉教授
来住 由樹	岡山県精神科医療センター 院長, 一般社団法人日本公的病院精神科協会
桐原 尚之	全国「精神病」者集団 運営委員
佐久間 啓	あさかホスピタル 理事長・院長, 公益社団法人日本精神神経学会
丹野 眞紀子	大妻女子大学人間関係学部 教授, 公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会
戸倉 振一	一般社団法人全国腎臓病協議会 常務理事
中庭 良枝	一般社団法人日本精神科看護協会 本部長
松岡 龍雄	広島第一病院 院長, 公益社団法人日本精神科病院協会
三上 聡司	東香里病院 院長, 公益社団法人日本透析医会

(五十音順 敬称略)

2.4. 事業実施スケジュール

事業実施内容	令和6年6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	令和7年1月	2月	3月
有識者会議の開催	第1回 (東京)				第2回 (オンライン)				第3回 (オンライン)	第4回 (書面)
文献調査	文献調査の実施							文献調査まとめ		
患者調査による実態調査	オーダーメイド集計の使用相談			結果のまとめ						
入院患者に対するRRTの実施状況・地域連携状況に関する実態調査	調査項目の検討		倫理審査				調査の実施			
精神科病棟で人工透析を実施中の精神疾患患者に関する調査			調査項目の検討		倫理審査			調査の実施		
精神保健福祉センター長を対象とした調査					調査の実施					
血液透析を実施している精神科病院等を対象としたヒアリング		ヒアリングの実施								

3. 患者調査を用いた実態調査

3.1. 概要

患者数の推計の一つに、統計法に基づいて3年毎に実施される患者調査がある（厚生労働省, n.d.）。本調査事業では患者調査に関する既存の公開データ及び特別集計データを用いて、精神疾患を有する腎代替療法、特に維持透析が必要な患者数について推計した。

3.2. 方法

既存の公開データについては2024年10月時点で政府統計の総合窓口 e-Stat で公開されているデータを用いた。特別集計については、精神疾患（血管性および詳細不明の認知症、アルツハイマー病、精神作用物質使用による精神及び行動の障害、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害、気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害、その他の精神及び行動の障害、てんかん）を主傷病、慢性腎臓病（慢性腎不全等）を副傷病に有する患者に関して、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉

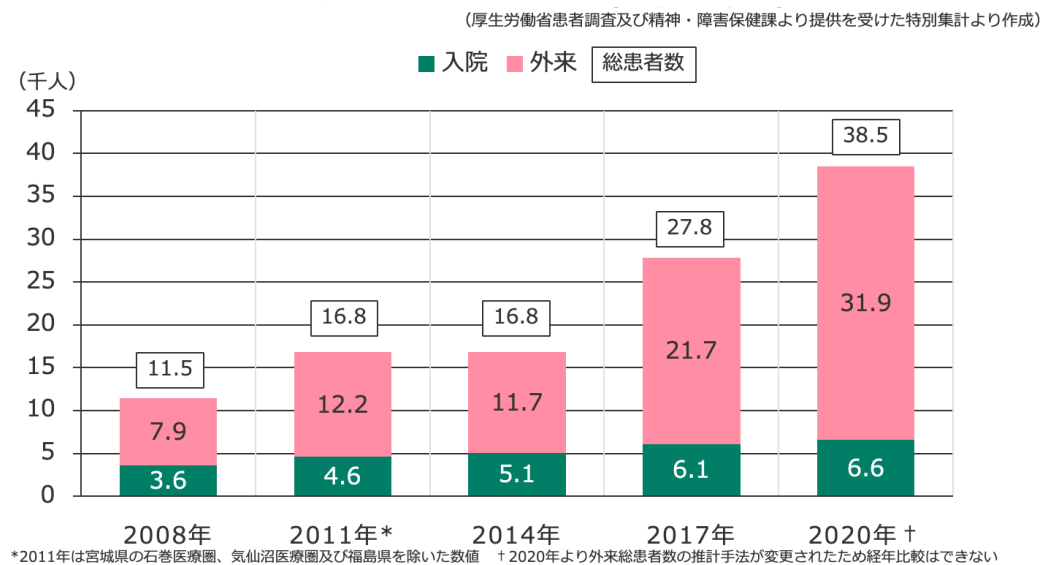
部精神・障害保健課より政策統括官付参事官付保健統計室に依頼して集計した平成 20(2008)年から令和 2(2020)年のデータを用いた。

精神疾患を有する慢性透析患者数の推計については、患者調査による慢性腎臓病患者総数と、日本透析医学会により提供されている慢性透析患者に関する集計〔日本透析医学会, 2024〕による慢性透析患者数を用いて、慢性腎臓病総患者数と慢性透析患者数より切片を 0 とする最小二乗法を用いて予測式を算出し、患者調査における慢性腎臓病を併存する精神疾患患者数より予測式を用いて、慢性透析を行う精神疾患患者数を予測した。

3.3. 結果

慢性腎臓病を併存する精神疾患総患者数について図 1 慢性腎臓病を併存する精神疾患総患者数（入院-外来）に示す。統計手法の変更から単純比較は困難であるが、入院・外来ともに患者数は増加傾向にある。

図 1 慢性腎臓病を併存する精神疾患総患者数（入院-外来）



慢性腎臓病を併存する精神疾患患者数について入院患者に関して図 2 に、外来患者に関して図 3 に示す。入院では認知症患者が全体の半数近くを占め、統合失調症の入院患者数は減少傾向にあるが、慢性腎臓病を併存する統合失調症入院患者は増加傾向にある。外来については、認知症患者が半数以上を占める。

図2 慢性腎臓病を併存する精神疾患患者数（入院：精神疾患の内訳別）

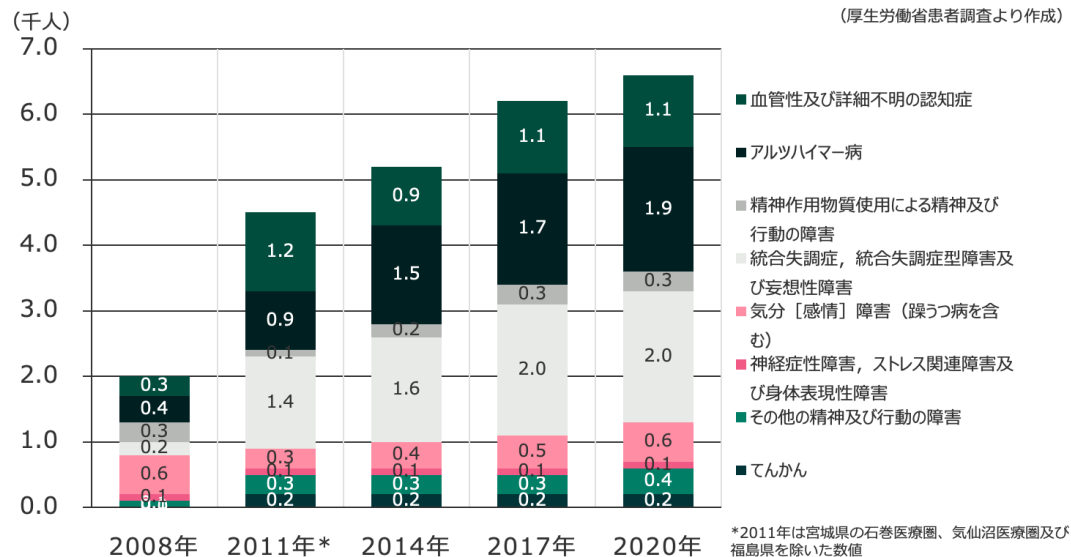
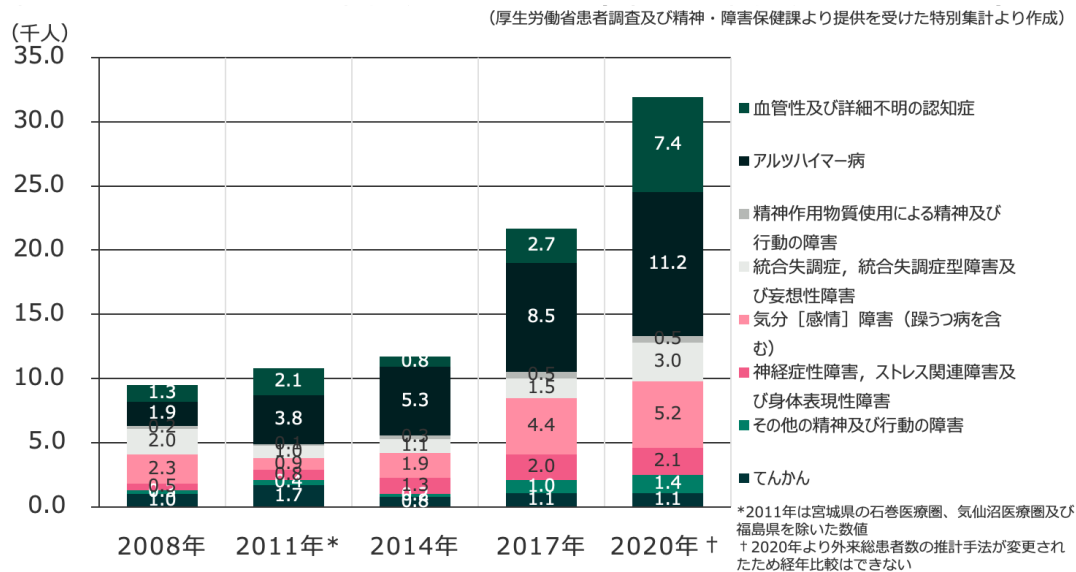


図3 慢性腎臓病を併存する精神疾患患者数（外来：精神疾患の内訳別）



慢性透析を行う精神疾患患者を推計するために、慢性腎臓病患者総数と慢性透析患者数を用いて次の推計式を算出した。

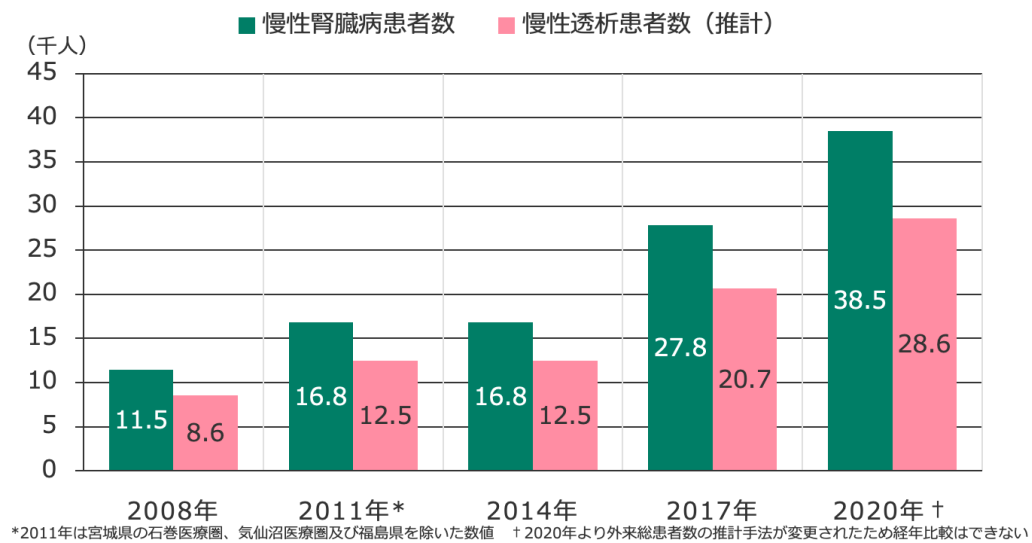
$$\text{慢性透析患者数} = 0.7439 \times \text{慢性腎臓病総患者数} \quad (R^2 = 0.94)$$

本推計式を用いて算出した精神疾患を有する慢性透析患者数について図4に示す。2020

年時点では、慢性腎臓病を併存する精神疾患患者は3万9千人、その中で慢性透析を本来必要とする者は2万9千人と推測された。ただし、本推計は疾病の特性や腎保護療法の進歩、透析へのアクセス、統計手法の変更などの要素は考慮されていないため、あくまでも参考値である。

図4 慢性腎臓病を併存する精神疾患患者数と慢性透析患者推計

（慢性腎臓病患者数は厚生労働省患者調査より作成）



3.4. 補足

以下に第2回有識者会議で提示した、本推計に用いたデータ資料を掲載する。

図5 精神障害を有する総患者数（入院-外来）

（厚生労働省患者調査より作成）

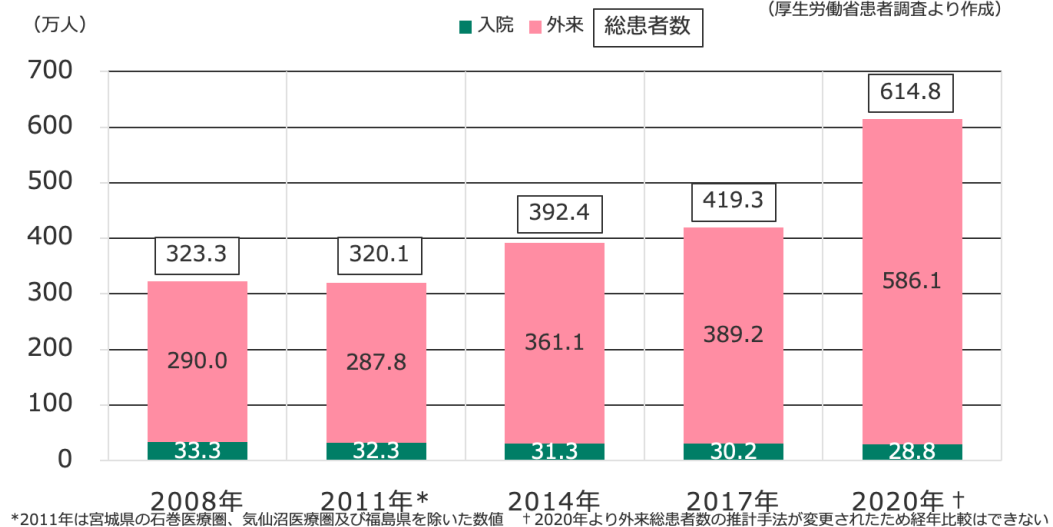


図 6 精神障害を有する入院患者数（精神疾患の内訳別）

（厚生労働省患者調査より作成）

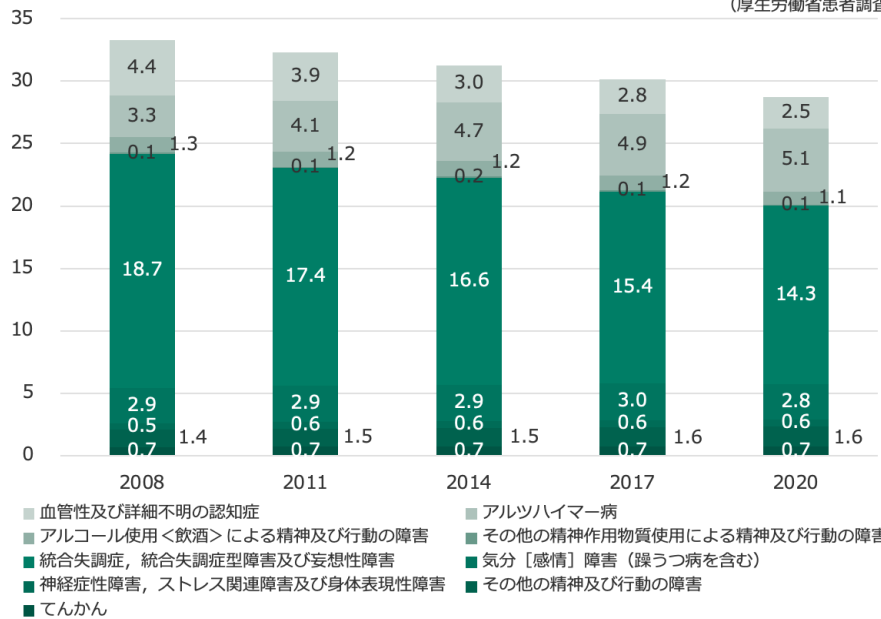


図 7 精神疾患を有する外来患者の疾病別割合（2020 年）

（厚生労働省患者調査より作成）

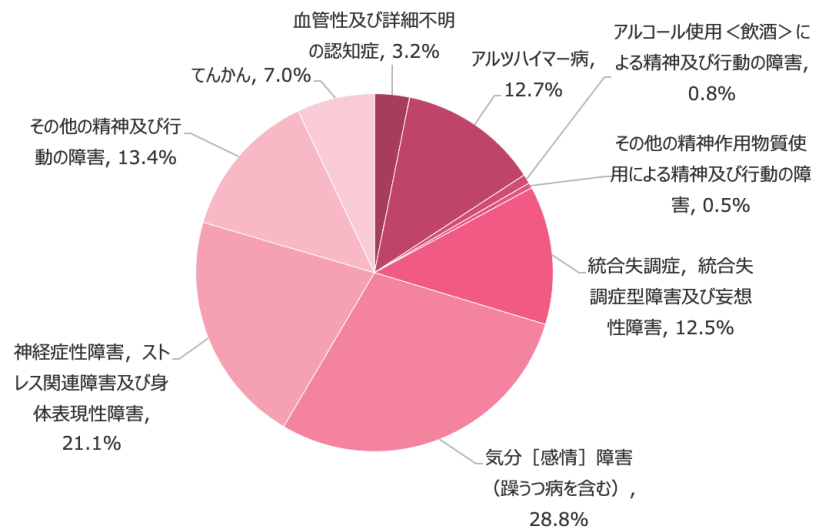
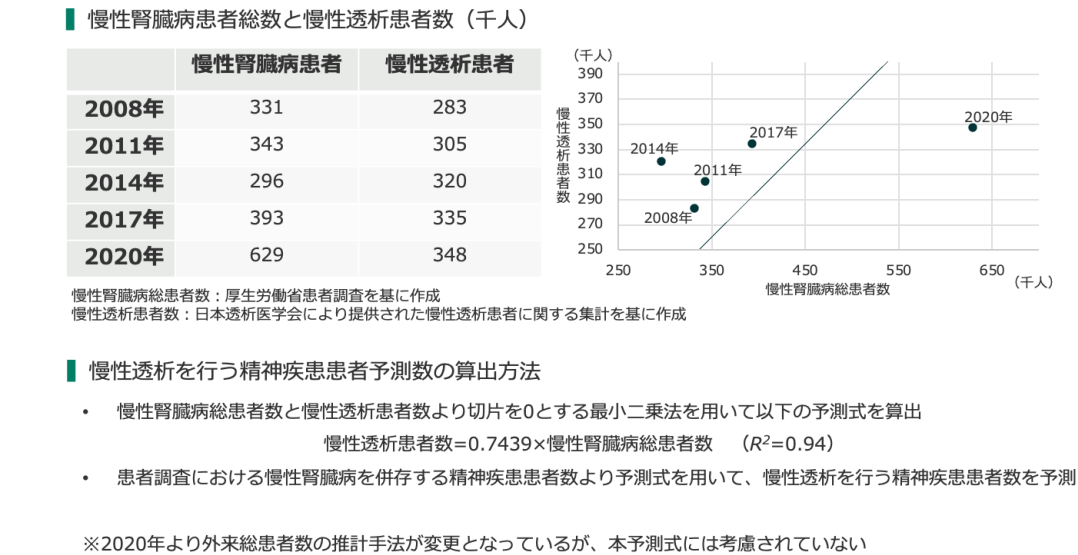


図 8 慢性腎臓病を併存する精神疾患患者数の表データ

慢性腎臓病を併存する精神疾患患者数（入院：精神疾患の内識別、千人）								
	血管性及び詳細不明の認知症	アルツハイマー病	精神作用物質使用による精神及び行動の障害	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	その他の精神及び行動の障害	てんかん
2008年	0.3	0.4	0.3	0.2	0.6	0.1	0.1	0.0
2011年	1.2	0.9	0.1	1.4	0.3	0.1	0.3	0.2
2014年	0.9	1.5	0.2	1.6	0.4	0.1	0.3	0.2
2017年	1.1	1.7	0.3	2.0	0.5	0.1	0.3	0.2
2020年	1.1	1.9	0.3	2.0	0.6	0.1	0.4	0.2

慢性腎臓病を併存する精神疾患患者数（外来：精神疾患の内識別、千人）								
	血管性及び詳細不明の認知症	アルツハイマー病	精神作用物質使用による精神及び行動の障害	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	その他の精神及び行動の障害	てんかん
2008年	1.3	1.9	0.2	2.0	2.3	0.5	0.3	1.0
2011年	2.1	3.8	0.1	1.0	0.9	0.8	0.4	1.7
2014年	0.8	5.3	0.3	1.1	1.9	1.3	0.2	0.8
2017年	2.7	8.5	0.5	1.5	4.4	2.0	1.0	1.1
2020年	7.4	11.2	0.5	3.0	5.2	2.1	1.4	1.1

図 9 慢性透析を行う精神疾患患者予測数の算出



4. RRT を実施している精神科医療機関および医療ソーシャルワーカーへのヒ

アリング調査

4.1. 精神科病院を対象としたヒアリング調査

本調査事業が目的とする実態の把握を行うため、主として下記の表に示した項目について、自院または通院により入院中の精神疾患患者に血液透析を実施している精神科医療機関へのヒアリングを行った。ヒアリング先については、有識者会議構成員を含めた機縁法での選定を行った。

表 1：精神科医療機関へのヒアリング項目

- ・ 血液透析（HD）を行うようになった経緯
- ・ 現在の貴院での HD 実施患者概数（入院/外来）
- ・ それぞれの患者の HD 導入のきっかけは何か（貴院通院中の患者、他の精神科病院からの紹介、精神科診療所からの紹介、内科からの紹介、行政機関からの紹介・相談など）
- ・ どこで HD が導入されたか。貴院で HD 導入することがあるか
- ・ （HD 導入されている場合）どのような治療方針決定プロセスで導入になるのか
- ・ （HD 導入されている場合）意思決定や倫理的困難はなかったか
- ・ 貴院入院中の HD 患者さんが、外来でなく、また、入院も身体科ではなく精神科が必要な理由は何か（例：精神症状が重篤、在宅での身体管理が困難、居住先を確保できない、など）
- ・ 外来透析中の方が精神科での透析が必要な理由は何か
- ・ 維持透析中の患者さんが透析を拒否した場合にはどのように対応されているか
- ・ 認知症の方とそれ以外の精神疾患（統合失調症など）の方とで、治療方針の決め方や処遇に違いはあるか、それぞれ留意すべきポイントはあるか
- ・ 維持透析差し控え・中断となった症例はあるか、その際の倫理的課題はなかったか
- ・ 入院中の方に HD をすることで病院側の不利益となることはあるか（例：診療報酬上の不利益、スタッフの負担など）
- ・ HD に関する地域連携で苦慮されていることはあるか
- ・ 精神疾患を有する透析が必要な方を地域で診ていくために必要なことは何か

以下に、各医療機関ごとのヒアリング結果について概要を示す。

4.1.1. A 医療機関

精神病床 400 床のみを有する単科精神科病院に内科が併設されており、透析ベッドは 50 床有する医療機関である。

血液透析を始めたきっかけ

近隣総合病院で透析を導入されても認知症や精神疾患を併存している患者の維持透析の受け皿がなく、近隣総合病院で急性期を受けられない状況となっていたため。

透析患者の内訳

入院患者 7 名（うち、認知症 5 名）。

外来患者 74 名（うち、精神疾患併存者 12 名）。

精神科病院で外来透析が必要な理由

- ・ 精神症状に応じて精神科医が対応できる。
- ・ 大声を出したりした際に小部屋での対応を考慮できる。

透析に精神科病院入院が必要な理由

- ・ 精神症状により精神科入院が必要。
- ・ 独居や ADL の低下などで自宅生活が困難。
- ・ 家族からのネグレクト。

精神科病院で透析を実施する医療機関側のメリット

- ・ 病床稼働率の上昇。

精神科病院で透析を実施する医療機関側のデメリット

- ・ 入院で実施すると慢性維持透析患者外来医学管理料、腎代替療法実績加算算定ができない。
- ・ 精神科救急病床では人工腎臓の算定ができない。
- ・ 正看護師でなければ透析への理解がなかなか難しい。
- ・ 精神面だけでなく身体も看られるスタッフ育成が必要。

精神科病院で透析実施の際の工夫

- ・ 針やチューブは α 固定・ラップで保護し、透析中は抑制を使用しない。
- ・ 精神状態が悪化した際にはすぐに精神科主治医に相談する。

透析導入・維持・差し控え・中断での倫理的課題

- ・ 身寄りがなく、腎臓内科医・精神科主治医・担当看護師を踏まえて何度も病状説明し、最終的に透析は行わず亡くなった事例。
- ・ 本人が透析を希望せず、家族も本人の意思を尊重するとの事で、CKM の方針となった事例。
- ・ 透析拒否や透析日朝に大声であばれたりしており、一時的な透析見合わせとなっていた事例。
- ・ 透析日の朝の精神状態をみながら、本人が希望された日のみ透析を行っていた事例。

透析に関して地域連携で苦慮している事柄

- ・ 高齢化が進み、ADL が低下している患者の外来通院体制確保が難しい。
- ・ 自宅で生活できず、入所できる施設も少ない。
- ・ 施設に対して透析に関する管理や教育をお願いしていても、知識には限りがあり、トラブルとなることがある。

精神疾患を有する透析患者を地域でみるための必要事項

- ・ 精神疾患を併存する維持透析患者の受け入れ医療機関・施設。
- ・ ADL 自立・精神症状が安定している透析患者が自宅で生活できるように訪問看護やヘルパーの充実。

精神疾患を有する透析患者における腹膜透析の可能性

- ・ 家族または 365 日サポートできるサービスが必要。
- ・ 精神状態悪化時にチューブ抜去の可能性があり危険。
- ・ トラブル対応ができる診療環境が必要。

4.1.2. B 医療機関

全 195 床（精神 95 床・一般 60 床・療養 40 床）を有し、内科や整形外科など総合病院規模の診療科を有す病院。透析ベッドは 53 床あり。

血液透析を始めたきっかけ

元々は耳鼻科や眼科、産科などもある総合病院で、保険適応になかった 40 年ほど前から血液透析を行っている。

透析患者の内訳

入院患者 72 名（うち、精神疾患併存者 30 名）。

外来患者 95 名（うち、精神疾患併存者 9 名）。

精神科病院で外来透析が必要な理由

- ・ 透析拒否時にクリニックでは説明や説得を行うことが難しい。
- ・ 大学病院などでは透析枠の都合から翌日にずらすといった運用ができないことが多い。

透析に精神科病院入院が必要な理由

- ・ 精神症状から保護室が必要な方は精神科入院が必要。
- ・ 認知症などで徘徊などがある際には一般病棟での対応は困難。

精神科病院で透析実施する医療機関側のメリット

- ・ 合併症を診ることで急性期医師配置加算が取得できる。

精神科病院で透析実施する医療機関側のデメリット

- ・ 出来高算定病棟なので基本的に診療報酬上の損はない。
- ・ 身体合併症を診ることについての社会的な意義を説明はするが、医局派遣の若い精神科医はやりがいがあるとは思っていない可能性がある。
- ・ 療養病床では透析で区分が上がるが、精神病床ではそのようなことはない。
- ・ 透析の人の在院日数を中和するために、2/3程度の患者さんは短い日数で退院するようにしている現状がある。
- ・ 合併症で入院同意が取れる場合には一般病床で入院する。
- ・ 精神病床では8割程度が医療保護入院であり、透析で長期入院となっている人の入院形態も医療保護入院が多い。
- ・ 体重管理が不良な場合には透析が定時で終わらず、病棟としてもやりくりがうまくいかないことがある。

精神科病院で透析を実施する際の工夫

- ・ 精神症状により透析実施の際の危険性が高い場合には、注意をそらす、刺入部位を隠すなどの対応を取ることで身体的拘束の最小化を図る。
- ・ 立ち上がるような方の場合には立ち上がっても問題にならないような刺入部の固定を行う。
- ・ 大声を出す場合には、透析室を分ける、ベッドを離す、透析時間・曜日をコントロールするなどに対応。

透析導入・維持・差し控え・中断での倫理的課題

- ・ 転院・受診相談の時点で、誰の判断なのか、誰の意思なのかということを確認している。
- ・ 本人が希望していなければ当院では受けていない。
- ・ 家族がおらず本人に判断能力がない場合は、転院元の倫理委員会などで検討してもらう。

透析に関して地域連携で苦慮している事柄

- ・ 長い人で 10 年以上入院している人もいる。
- ・ 結果的に透析のために当院の近隣に引っ越してくることもある。
- ・ PSW・MSW の人員不足。
- ・ 地域移行をどこまで家族が想定しているかが課題で、透析自体を把握できていない本人・家族には実情を説明すると愕然とすることもあるため、必要時は面談を先行させることもある。

精神疾患を有する透析患者を地域でみるための必要事項

- ・ 透析患者をケアすることのできるグループホームの整備。

精神疾患を有する透析患者における腹膜透析の可能性

- ・ 家族が管理できるものなので、単科精神科で看護師ができないわけではないと思う…コスト次第。
- ・ 腎臓医で腹膜透析に理解のある医師が少ない。

4.1.3. C 医療機関

200 床の単科精神科病院であり、内科常勤医師 2 名を有する。院内で血液透析ができる体制はなく、透析が必要な場合は近隣の透析クリニックに通院する。

透析を始めたきっかけ

県内で唯一、維持透析を要する精神疾患患者の入院を受け入れていた総合病院の精神科病床が閉鎖となり、以前 C 病院に入院していた患者を受け入れたこと。

透析患者の内訳

入院患者 2 名（統合失調症 1 名、双極性障害 1 名）。

精神科病院で外来透析が必要な理由

- ・ 身体管理、水分管理などで自宅生活が困難。
- ・ 併設のグループホームでも受け入れ困難であった。

透析に精神科病院入院が必要な理由

- ・ 精神症状から保護室が必要な方は精神科入院が必要。
- ・ 認知症などで徘徊などがある際には一般病棟での対応は困難。

透析クリニックとの連携状況

- ・ 送迎はクリニックが実施、病院からの付き添いは必要なし。

- ・ クリニックは精神疾患患者の受け入れは初めてであったが、何かあれば C 病院が対応するという信頼関係のうえで受け入れが実現。
- ・ 2 名とも精神症状は落ち着いているため問題は生じていない。
- ・ 受け入れ調整は精神保健福祉士が行うが、病状など細かな情報は看護師同士で情報共有をしている。

精神科病院で透析実施の際の課題

- ・ 病棟での身体管理（C 病院では、もともと透析以外の身体合併症（末期がん、骨折など）も受け入れているため、病棟スタッフが身体管理に慣れていた）。
- ・ ショントのトラブルなどが生じた場合、対応してくれる一般病院はあるが、スタッフの付き添いが必要となる。
- ・ 本来包括病棟で対応すべき患者を出来高病棟で対応せざるを得ないこと。
- ・ 精神科身体合併症管理加算は、急性期しか算定できないこと。

透析導入時の課題

- ・ 本人が透析導入をしないと決めていても、身体症状が厳しい状況になってから透析導入を希望すること。
- ・ 透析導入は一般病院で実施してくれるが、維持透析を受け入れることができる精神科病院は県内にないため、導入の検討自体がされていない可能性がある。

透析に関して地域連携で苦慮している事柄

- ・ 県の課長は熱心に対応してくれるが、民間病院については県の対応に限界があり、職能団体の一部の会員が中心となって動かざるを得ない。
- ・ 維持透析が必要な精神疾患患者を受け入れられる病院が県内に存在しない。

一般病院との連携状況

- ・ 精神科病院から定期的に、あるいは必要時に、一般病院に往診する仕組みがある（県内の一部の精神科病院で実施）。
- ・ 精神科病院から往診することで、精神科への偏見・誤解などの払拭につながり、精神科と連携する意義を認識してもらえる。
- ・ 一般病院と連携することにより、精神科で身体科治療が必要になったときに円滑に受診や入院につなげることができ、地域住民からの信頼も得られる。

4.1.4. D 医療機関

全 470 床の単科精神科病院（15 対 1、精神科救急、特殊疾患、療養、認知症、児童）、22

床の透析ベッドを有する。

透析を始めたきっかけ

透析が必要な入院患者を透析ができる病院に送迎していたが、スタッフの負担が大きかったため、自院で透析できるようにした。

透析患者の内訳

入院患者 22 名（D 病院以外（県内）より紹介）。

もともと外来通院していたが、在宅での療養が難しくなった。

入院期間は長いと 10 年程度、ほとんどが死亡退院となる。

身体科に入院していて、精神症状で身体科での入院継続が困難となった人もいる。

外来患者 3 名。

透析に精神科病院入院が必要な理由

- ・ 身体管理、水分管理など。
- ・ 高齢のため自宅生活が困難であるが、施設入所も困難。
- ・ 身体科では入院を受け入れてもらえない。

精神科病院で透析を実施するうえでの課題

- ・ 透析拒否はあるが、なんとか説得できることが多い。
- ・ 身体拘束は原則しないが、ごくまれに一時的に部分的な拘束をすることはある。
- ・ 細かい条件設定は、非常勤の腎臓専門医が対応。
- ・ 身体管理ができるスタッフが必要（D 病院では、身体科経験のある看護師が勤務しているが、代わりがいないことの心理的負担がある）。
- ・ 身体科経験のある看護師を確保することは容易ではなく、シャントトラブルなどに対応できる体制を新たにつくことも困難であると考えられるため、単科精神科病院が新たに透析を開始するのは難しいかもしれない。
- ・ 水分管理の難しさ。

透析の中止に関する課題

- ・ 透析困難となった場合は、家族に状況を丁寧に説明し、了解を得ている。
- ・ 透析困難以外で中止を希望されたことはない。

透析実施の際の工夫

- ・ 針やチューブは α 固定・ラップで保護し、透析中は抑制を使用しない。
- ・ 精神状態が悪化した際にはすぐに精神科主治医に相談する。

透析に関する地域連携

- ・ 精神保健福祉士と医療ソーシャルワーカー間の連携と、医師同士での連携。
- ・ 透析導入時に連絡がある。
- ・ 近隣病院との連携・協働ができています。
- ・ 県内の総合病院精神科は2つあり、導入は総合病院で実施している。
- ・ 他の病院から依頼があれば、ベッドの空きがある限り受ける。
- ・ これまでに県外からの患者も受け入れたこともある。
- ・ 維持透析ができないという理由で、透析をあきらめている人はいるかもしれない。

透析を実施することによるメリット

- ・ 受け入れることのできる患者の幅が広がる。
- ・ 出来高棟で、患者数が多ければ、経営的なデメリットはあまりない。

入院患者が通院で透析を受ける場合の課題

- ・ 送迎担当のマンパワーの確保。
- ・ 送迎については、入院先病院、透析医療機関、家族のいずれかの持ち出しになる。

4.2. 医療ソーシャルワーカーを対象としたヒアリング調査

精神疾患患者が透析を受ける場合の地域連携につき実態の把握を行うため、外来において精神疾患患者の血液透析を実施している一般病院の医療ソーシャルワーカー2名および透析クリニックの医療ソーシャルワーカー1名を対象として、グループインタビューを実施した。対象者については、有識者委員の紹介により依頼した。以下に結果を示す。

精神疾患患者の透析への対応状況

- ・ 統合失調症、認知症、発達障害、知的障害、DV被害者、アルコール依存症、うつ病などさまざま。
- ・ 認知症は増えているが、他の精神疾患は大きく変わらない。
- ・ 精神疾患を理由に透析を断ることはない。
- ・ 精神科での治療を受けてもらうことを条件にはある。
- ・ 認知症以外で、精神科病名がついている人は、全体の2-3%。
- ・ 精神症状悪化で入院し、退院後再度通院している人もいる。

精神疾患患者に透析を行う上での課題や困難

- ・ 透析中に安静が保てない場合。

- ・ スタッフへの暴言・暴力が認められる場合。
- ・ 抜針行為（布団の中で抜針すると気づくのが遅くなる）。
- ・ 継続的な精神科通院につながらないこと。
- ・ 精神症状があっても、精神科受診につながらないこと。
- ・ 数は少ないが、スタッフの労力を相当とられること。
- ・ 安静が保てない人がいると、周囲の患者も影響を受けること。
- ・ 自傷行為、暴力を認める場合は受け入れ困難。
- ・ 精神症状が安定していればよいが、悪化すると大変。

精神疾患患者に透析を行う上での工夫

- ・ 安静を保てない人は別エリアで透析する。
- ・ パーテーションで区切る、ベッドを離すなどの対応。
- ・ サテライトクリニックに勤務する精神科の非常勤医師との連携。
- ・ 本人の好きなもの（チョコレートとか）で気をそらす。
- ・ ミトンを使う。
- ・ 薬を使う（帰宅してから過鎮静となることが問題）。
- ・ 拘束はしない（拘束が必要な状況であれば入院）。
- ・ 精神科医療機関で受けてもらえず、医療ソーシャルワーカーが月1回本人と十分な時間をとって面談をすることにより、心理的なケアを行った。

外来での透析が困難となった場合の対応

- ・ 入院できる医療機関を探す。
- ・ 通院中の精神科が入院先を調整することは少ない。透析を行っている医療機関が入院先を探すことが多く、精神科につながっていない人もいる。

入院先を探す際の困難

- ・ そもそも入院可能な病院が極めて少ない。
- ・ アルコール依存、薬物依存、ギャンブル依存など、依存症関係はさらに受け入れ先がない。
- ・ 地域の評判がよくない場合であっても頼らざるを得ない現状がある。
- ・ 医師への確認に時間がかかる。
- ・ 入院したあとに不整脈があることがわかり退院となったことがあるなど、他の身体疾患があると受け入れがさらに困難となる。
- ・ 近隣の精神科病院に受け入れ相談したが、診療報酬上の理由で入院できなかったことがあった。

- ・ 地域で透析のことを課題として取り組んでいる様子がない。

精神疾患患者の透析についての改善策

- ・ 透析ができて、精神科の治療ができるところの情報がウェブにアップされているとよい（今は自分たちの情報の範囲でやりとりしている）。
- ・ 内科疾患を診ようという意気込みのある精神科が増えるとよい。
- ・ 精神科病院での内科医の安定的な確保。
- ・ 短期の入院ができるところが増えるとよい。
- ・ 訪問診療の充実。

その他

- ・ 外国人で精神的不調がある人への対応が難しい。
- ・ 精神科医がリエゾンで来てくれると、スタッフの安心・安定につながる。

5. 調査票を用いた実態調査

5.1. 全国の精神科医療機関を対象とした RRT の実施に関する調査

5.1.1. 調査目的

国の精神科病院における透析の実施状況、腎臓医との連携状況、地域の連携体制、検査の実施状況等を明らかにすること。

5.1.2. 対象

全国の精神科病床を有する病院（総合病院精神科を含む）1,467 件

5.1.3. 方法

対象施設に調査票を送付し、無記名での調査票（別添 1）への回答を依頼する。調査は、令和 6（2024）年 12 月～令和 7（2025）年 1 月に実施した。調査の実施につき、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得た。

5.1.4. 結果

有効回答数は、420 件であった（回答率 28.6%）。結果の概要は以下の通り。一部の設問については、精神病床が全病床の 50%未満の病院（N=110）と精神病床が全病床の 50%以上の病院（N=310）に分けて集計した。

表 2 病院属性

	N	%
国立	32	7.6
公立・公的・社会保険関係	58	13.8
医療法人・その他の法人	325	77.4
個人	2	0.5
不明	3	0.7

表 3 自院における透析の導入の必要性の判断の可否（精神病床が全病床の 50%未満の病院）

	N	%
できる	99	90.0
できない	8	7.3
場合による	3	2.7

表 4 自院における透析の導入の必要性の判断の可否（精神病床が全病床の 50%以上の病院）

	N	%
できる	36	11.6
できない	217	70.0
場合による	56	18.1

表 5 自院における透析導入の実施（精神病床が全病床の 50%未満の病院）

	N	%
行っている	91	82.7
行っていない	14	12.7
場合による	5	4.5

表 6 自院における透析導入の実施（精神病床が全病床の50%以上の病院）

	N	%
行っている	3	0.1
行っていない	302	97.4
場合による	5	1.6

表 7 自院における維持透析の実施（精神病床が全病床の50%未満の病院）

	N	%
行っている	73	66.4
行っていない	24	21.8
場合による	13	11.8

表 8 自院における維持透析の実施（精神病床が全病床の50%以上の病院）

	N	%
行っている	11	3.6
行っていない	298	96.4
場合による	0	0

表 9 自院における入院透析可能人数（最大）

	不可	5名まで	10名まで	20名まで	30名まで	40名まで	60名まで	70名まで	80名まで
N	272	19	10	19	5	6	2	1	1

受け入れ不可が65.1%を占めた。

表 10 院内で血液透析中の患者数

	なし	1名	2名	3名	5名	14名	21名	22名	24名	27名	28名	40名	57名	60名
N	351	12	8	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1

表 11 院外に通院し、血液透析を実施している患者数

	なし	1名	2名	4名	5名	10名
N	348	20	8	1	1	1

表 12 院内管理を行っている腹膜透析中の患者数

	なし	1 名
N	370	2

表 13 院外管理を行っている腹膜透析中の患者数

	なし	1 名
N	367	1

表 14 透析を実施する医療機関への送迎者

（院外に通院し、血液透析を実施している入院患者が1名以上いる場合 N = 31）

	N	%
透析実施医療機関が送迎する	11	35.5
貴院が送迎する	4	12.9
その他（家族、介護タクシー、行政）	16	51.6

表 15 付き添いの要否

（院外に通院し、血液透析を実施している入院患者が1名以上いる場合 N = 31）

	N	%
原則として付き添いが必要	4	12.9
原則として付き添いは不要	15	48.4
患者の病状によっては付き添いが必要	12	38.7

表 16 入院患者が外部の医療機関で透析を受けるにあたっての困難（複数回答）

（院外に通院し、血液透析を実施している入院患者が1名以上いる場合 N = 31）

	N	%
通院に関連するマンパワーの確保	26	83.9
精神症状や行動上の問題があり、通院が困難	23	74.2
診療報酬における入院中の患者の他医療機関受診の取扱い	26	83.9

「その他」として、「患者さんの費用負担」の回答あり（1件）

表 17 入院患者が院外に通院して血液透析を行う場合の自治体からの補助金の支給

（院外に通院し、血液透析を実施している入院患者が1名以上いる場合 N = 31）

	N	%
ある	4	12.9
ない	27	87.1

表 18 腎臓医との連携が必要となった場合、連携・相談は可能か

	精神病床が全病床の50%未満		精神病床が全病床の50%以上	
	N	%	N	%
院内に腎臓医がいる	94	85.5	12	3.9
院外に連携・相談できる腎臓医がいる	7	6.4	125	40.3
連携・相談できる腎臓医はいない	8	7.3	166	53.5
未回答	1	0.9	7	2.3

表 19 入院中の患者に透析の必要性が生じた場合の他医療機関との連携体制の有無

	N	%
ある	129	30.9
ない	199	47.6
わからない	82	19.6
未回答	8	1.9

表 20 精神科入院中の患者に透析の必要性が生じた場合、自治体からの協力や情報提供は得られるか

	N	%
精神科入院中の患者の透析の必要性が生じた場合の転院先 確保の仕組みがある	16	3.8
必要に応じて自治体の協力を得られる	60	14.4
自治体の協力は得られない	121	28.9
わからない	214	51.2
未回答	7	1.7

表 21 最近約 1 年間で、透析のための転院調整を行ったことがあったか

	N	%
ある	55	13.2
ない	359	85.9
未回答	4	0.9

表 22 転院できたか（転院調整を行ったことがある場合のみ N = 5 9）

	N	%
転院できた	49	83.1
転院できなかった	4	6.8
転院できた場合とできなかった場合があった	6	10.2

表 23 転院先の所在地（複数回答）（転院できた場合のみ N = 4 9）

	N	%
近隣	23	46.9
同一都道府県	28	57.1
隣接都道府県	8	6.1
隣接しない都道府県	1	2.0

表 24 転院できなかった患者の転帰（複数回答）
（転院できなかったことがある場合のみ N = 1 0）

	N	%
入院のまま、外部の医療機関に通院して透析	4	40.0
退院し、自宅または施設から外部の医療機関に通院して透析	7	70.0
死亡退院	4	40.0

自由記載：まだ導入の必要なしとのことで観察中、そのまま当院入院継続中、看取りを前提に入院継続、当院で透析を継続し退院、自院内で透析導入

表 25 以下の検査の定期的な実施に関する病院の方針（精神病床が全病床の50%未満の病院）

	病院の方針があり、定期的に実施		病院の方針はない（医師の裁量）	
	N	%	N	%
尿検査（定性）	11	10	96	87.3
尿検査（定量）	8	7.3	99	90.0
eGFR 測定	8	7.3	98	89.1

表 26 以下の検査の定期的な実施に関する病院の方針（精神病床が全病床の50%以上の病院）

	病院の方針があり、定期的に実施		病院の方針はない（医師の裁量）	
	N	%	N	%
尿検査（定性）	153	49.8	148	47.7
尿検査（定量）	52	16.9	247	79.7
eGFR 測定	83	27.0	215	69.4

重度の精神疾患患者に透析が必要となった場合の対応に関する意見（自由記載）

本調査における自由記載の分析から、重度の精神疾患を有する患者に対する透析の提供に関する課題が浮き彫りとなった。以下に、主な論点を整理する。

1. 受け入れ体制の不備と対応困難性

多くの回答者が、精神科病院における透析実施体制構築が困難であることを指摘している。特に、維持透析が可能な精神科病院が全国的に極めて少ないことが問題であるとされている。このため、精神症状が重篤であり、在宅療養が困難な者の場合、総合病院や大学病院等で透析導入を行うことができたとしても、維持透析を実施することができる入院先確保に難航することになる。このため透析の導入自体を差し控える場合もあるとの記載もあった。透析可能な設備と人員配置を検討したが、民間病院では収支に見合う投資とならないとの判断により、体制整備を断念したという病院もあった。

2. 診療報酬上の不利益等、経済的負担に関する課題

現状の診療報酬では、透析を実施する精神科病院への経済的不利益が大きく、現場のボランティア精神に頼りすぎていると指摘されている。入院患者が他医療機関を受診する場合には入院料の基本点数が減算されるが、精神科救急急性期医療入院料病棟などの、いわゆる

包括病棟に入院している患者においては減算の幅が大きく、経営上深刻な打撃となり得る。いわゆる出来高病棟であれば減算の幅が小さいものの、精神科の出来高病棟では人員配置が十分ではないため、患者の状態に応じた適切な医療を提供することが困難となる場合があるとの指摘や、精神科身体合併症管理加算が不十分であるとの意見もあった。このような診療報酬の建付けは、2012年に日本医師会病院委員会が「精神疾患であることが故に満足な身体的治療が受けられないという差別を内在しているという認識を持たねばならない」と批判した通り、精神科患者の他科受診の権利を奪い、生命をも脅かすものとなっているとの指摘もあった。また、外部の医療機関で透析を受ける場合、週3回の通院時に必要とされる送迎費用や、透析中の付き添い等に要する人員の確保は容易ではない。職員が付き添いのため病棟に不在となれば、人員基準を満たさなくなるとの判断をされる可能性があるが、そのような状況を想定して予め余剰人員を確保しておくことは現実的ではないとの意見があった。精神科病院に維持透析が可能な病床を確保し、補助金により経済的不利益を補うことが必要ではないかとの意見も得られた。

3. 行政の関与と公的医療機関の役割

多くの回答者が、精神疾患患者の透析に関しては、公的医療機関の責任において体制を整備することが適当であると述べている。自治体による連携体制の確保や、各都道府県の責任において透析受け入れ可能な病床の確保を進めるべきとの意見が多い。また、透析が必要となった場合に県をまたいでの転院を余儀なくされるケースが多い地域もあり、地域ごとの格差が顕著であるとの指摘もあった。

4. 精神症状と透析の適応

精神疾患に対する偏見から、精神疾患があることを理由に透析を受け入れてもらえない場合があるという意見があった。一方で、精神症状が不安定で、興奮や不穏な行動が著しい場合、透析中に必要な安静の保持が難しいことに加えて、他の透析中の患者への影響や器物破損などが生じうる懸念もあり、特に透析関連機器の破損による影響は他の患者の治療にも深刻な影響をおよぼすことなどから、医療機関側が受け入れを躊躇する要因となっているとの指摘もあった。また、透析導入時に患者の意思決定能力が問われるケースも多く、意思決定が困難な患者が医療からはじかれている状況であり、適切な意思決定支援が必要であるとの意見が得られた。精神科病院においては、腎臓内科を専門としない医師と家族だけで治療方針の決定を行わざるを得ない状況となりがちであるとの現状認識についても言及されている。加えて、日本は透析導入が過剰になっているのではないか、出口を見据えた透

析導入について、理念や方針を再検討すべきとの意見もあった。

5. 家族の役割と負担

透析治療の継続には、家族の送迎や付き添いが必要なケースが多く、家族の負担が極めて大きいことが明らかになった。特に、送迎手段が確保できない場合には、透析継続が困難となることがあり、社会的支援の不足が患者の治療継続に悪影響を与えている可能性がある。

5.2. 全国の精神保健福祉センター長を対象とした地域連携に関する調査

5.2.1. 目的

精神疾患患者の血液透析に関する精神保健福祉センターでの対応状況、課題認識等を把握すること。

5.2.2. 方法

令和 6（2024）年 10～11 月に、全国の精神保健福祉センター長（N=70）のメーリングリストに別添 2 の調査票を送付し、調査協力を依頼した。無記名のアンケート調査であり、個人情報収集しないこと、研究対象者および関係者に身体的・精神的・社会的・経済的負担やリスク、不利益が伴わないこと、社会的に特別な配慮を必要とする者・集団を対象としていないことから、倫理審査不要であることを確認している。

5.2.3. 結果

36 件の有効回答が得られた（回答率 51.4%）。表 27 に結果を示す。

表 27 精神疾患患者の血液透析等に関する自治体の制度・連携の現状

		あり (N)	あり (%)
1	精神疾患を有する方が身体的な救急状態に陥っている際に、搬送先・転院先の医療機関を調整する公的な事業や制度はあるか	6	16.7
2	精神疾患を有する方が血液透析の導入が必要となった際に、搬送先・転院先の医療機関を調整する公的な事業や制度はあるか	2	5.6
3	精神疾患を有する方が血液透析の維持が必要となった際に、通院先や入院先の医療機関を調整する公的な事業や制度はあるか	2	5.6
4	精神疾患を有する方が血液透析の導入や維持が必要となった際の対応に関して協議する場はあるか	1	2.8
5	直近 1 年間に、精神疾患を有する方の身体的な救急状態に関する相談をうけた経験	9	25.0
6	(5 で「あり」と回答した方のみ) 相談内容で回答や解決が困難と感じた事例の経験	8	88.9
7	直近 1 年間に、精神疾患を有する方の血液透析に関する相談の経験	5	13.9
8	(8 で「あり」と回答した方のみ) 相談内容で回答や解決が困難と感じた事例の経験	3	60.0
9	精神疾患を有する方の身体合併症への対応について困難さを感じる ことがあるか	12	33.3

身体合併症対応に関する意見（自由記載）

- ・ 精神科単科の医療機関では受け入れは難しいため医療機関が限られてしまい、入院調整が困難となる。
- ・ 受け入れ先の調整が困難な事例がある
- ・ 総合病院で精神科病棟を持つ病院が当県では大学病院以外にない。精神症状が軽症であれば総合病院でも対応してくれているが、精神症状、身体症状どちらも中等症以上だと受け入れ先を探すことが困難。県の精神科患者身体合併症医療事業があり、行き先がない場合は県立総合病院で対応することになるが、精神科病棟はないため対応困難例（興奮が激しい等）もある。県精神科救急医療体制連絡調整委員会の中に身体合併症専

門部会があり、MPU（身体合併症病棟）の整備に向けて検討中である。

- ・ 元々、高血圧と糖尿病があるうつ病の方が、脳梗塞を発症され、入院治療を受けた後も脳梗塞の再発リスクが高い状態にありながらセンターへの通院を希望されたケースで、当センターでは急変時の対応が難しいことを理解して頂くことの対応の困難さを感じた。
- ・ 慢性期の身体合併症について、身体症状の悪化がない場合に入院の受け入れ先の確保に苦慮する。
- ・ OD等救急隊が身体科の問題はないと判断していても、精神科の病院から身体科を診てもらってからでないと受け入れできないと言われてしまうこと。その場合診てくれる身体科の病院を探すのが非常に困難。
- ・ 精神疾患を有する方の身体合併症者に対応可能な医療機関は1機関のみのため、受入れが難しい場合がありうる。
- ・ 本人の精神症状が悪化して、内科の外来受診が困難になった場合、往診の必要性を説明しても同意が得られない。また、精神科の立場では身体科の治療が優先されると考えるが、身体科は精神科治療が先と受診を断られる場合がある。
- ・ 身体合併症を有する措置入院者を受入可能な病院が少ない。
- ・ 複数のケースで以下のような困難があった：外来患者に対し、身体疾患治療の必要から総合病院内科受診を指示し、予約・紹介状等を準備したものの、予約通りに病院受診を適切に行えるか・診察室で必要なやり取りができるか・医師の指示をきちんと理解できるか等に大きな心配がある。また、このような方の病院受診に際して、病院や主治医とのコミュニケーションを支援してくれる仕組みが乏しく、周到的な事前準備が必要になり、身体疾患の急性期等の対応には苦慮する。
- ・ 日中の受け入れ病院を探すことが困難な時がある。（夜間は、精神科救急で対応している）

血液透析に関する意見（自由記載）

- ・ 血液透析が必要で、措置入院が必要な者について、受入可能な病院が少なく病院探しに苦労することが多いので解決策があればと思う。
- ・ 透析も含め、重度の摂食障害、自殺企図等による外傷、妊婦、悪性腫瘍等、身体合併症対応の病床確保に向けて、県立総合病院、大学病院、医師会、県の担当課含めて検討中。当県では1精神科病院が透析可能だが、それだけでは不十分なので、透析に関わる病院から精神科医がコンサルを受ける体制等が必要かもしれない。

- ・ 以前、措置入院患者で透析が必要な方がおり、単科の精神科病院では対応できず、その都度、仮退院の手続きをとる対応で、透析を行ったことがある。強制的な入院になった患者などについて、透析を確保できる仕組みがあると良い。
- ・ 単科の精神科病院に入院中においても、透析を受けられるしくみ（診療報酬の加算など）を検討いただきたい。
- ・ 精神科救急において、身体合併症の問題については最後の課題である。各自治体任せではなく、もっと国に積極的にかかわっていただきたい。

5.3. 精神科病床で血液透析を実施中の精神疾患患者に関する調査

5.3.1. 目的

精神科病床に入院中で、血液透析を受けている患者の実態を把握することにより、血液透析を有する精神疾患患者の入院加療における課題を把握すること。

5.3.2. 方法

精神科病院（機縁法により 4 病院を選定）に入院中の血液透析中の精神疾患患者のうち、調査協力につき同意を得られた者を対象として、別添 3 の調査票を用いて調査を行った。調査期間は令和 7（2025）年 1 月～3 月であった。本調査は、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施した。

5.3.3. 結果

入院中の精神疾患患者に透析を実施している 4 医療機関より、62 名分のデータが得られた。以下に記述統計を示す。

図 10 対象者の年代

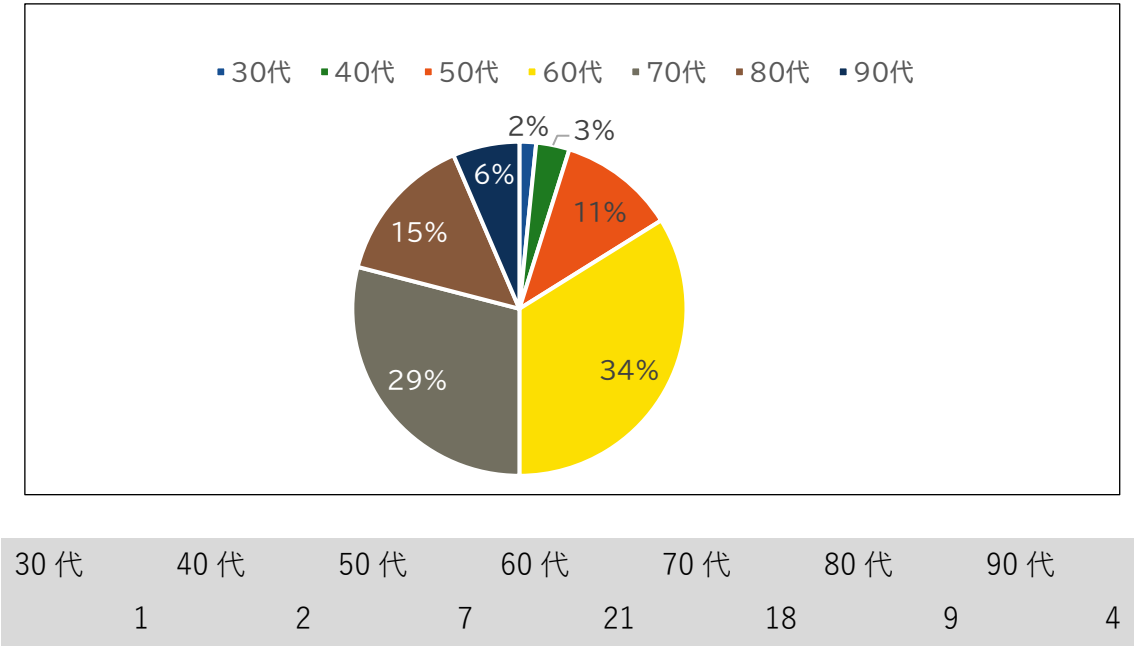


図 11 対象者の主診断

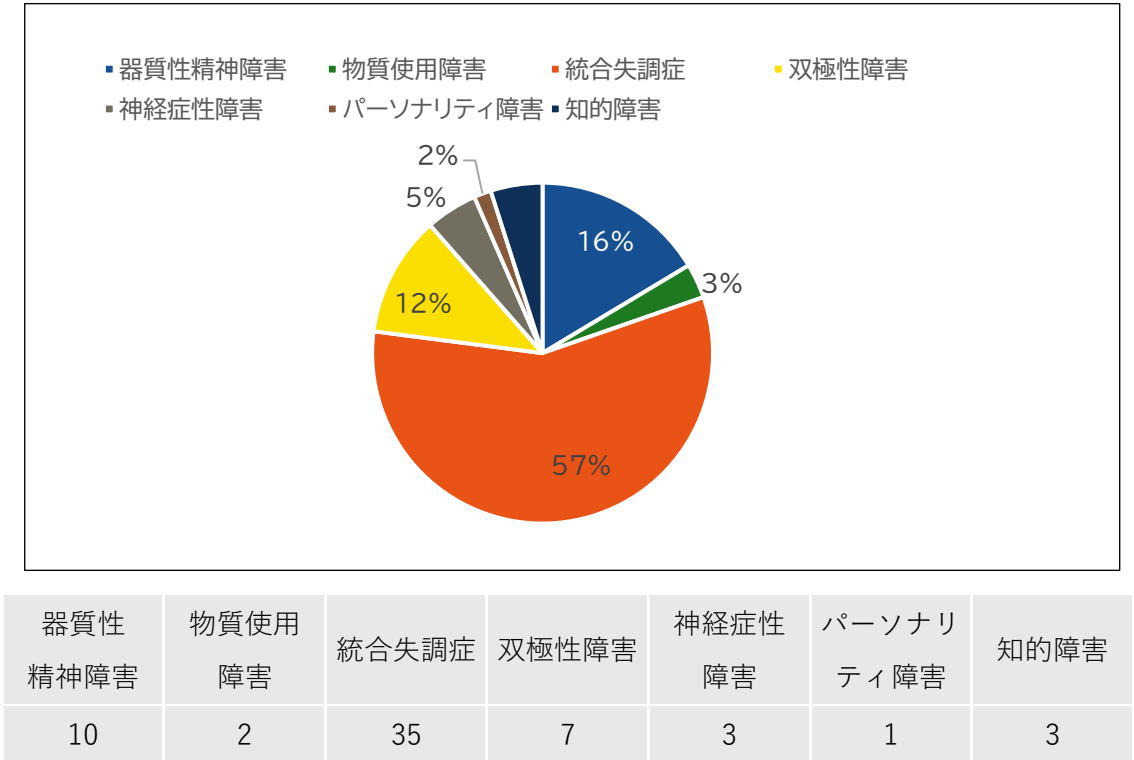


図 12 対象者の状態像（複数選択）

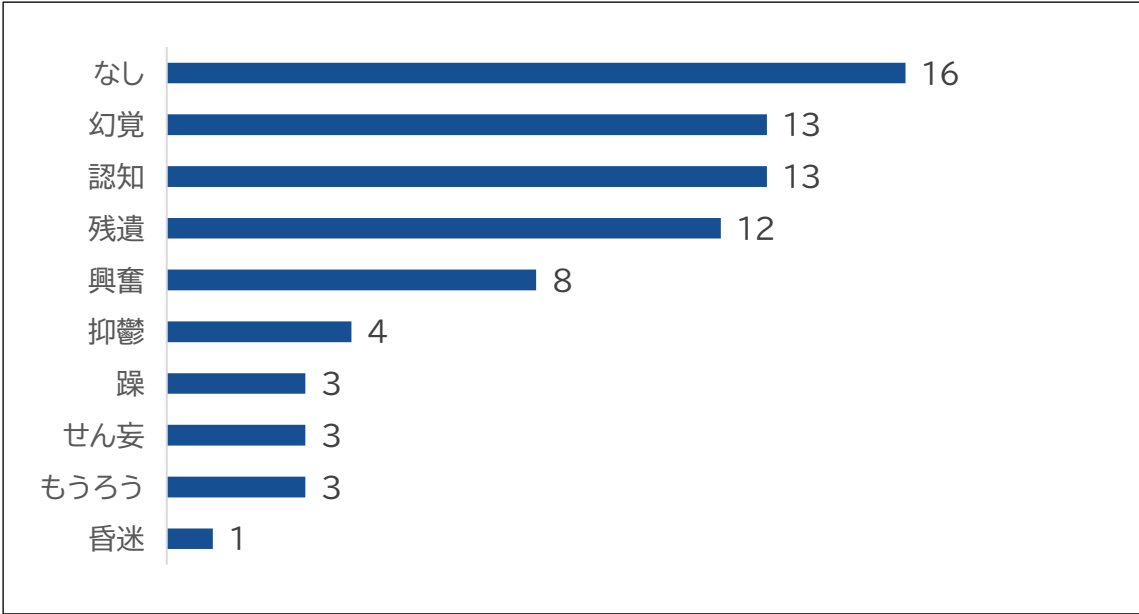


図 13 重複診断

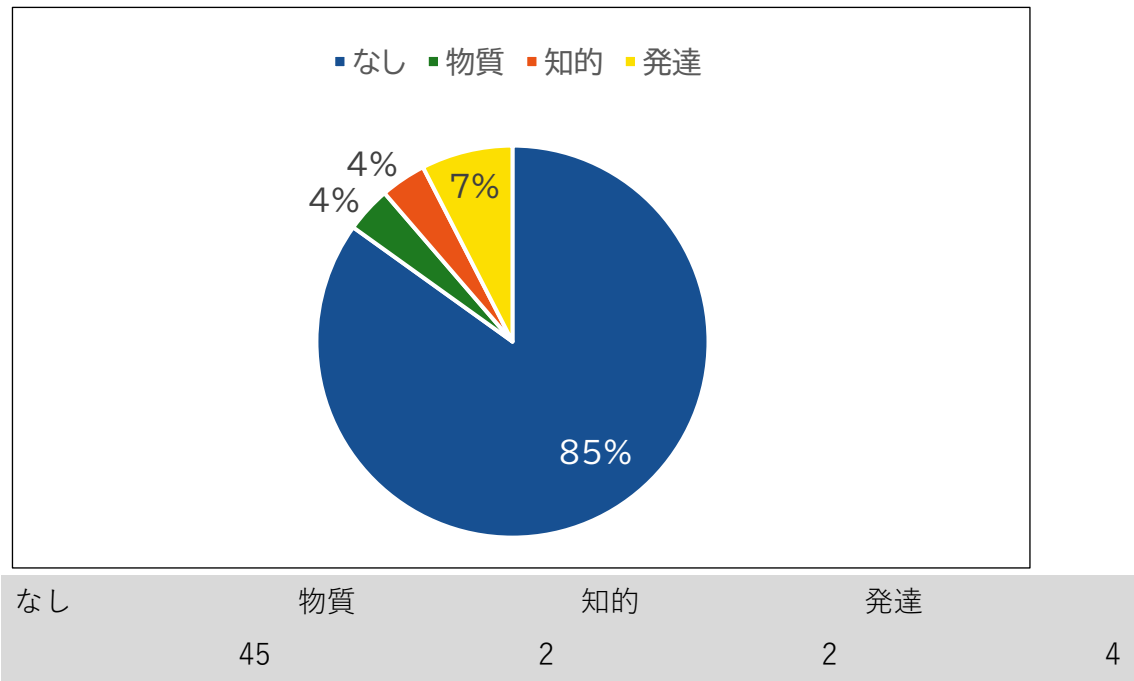


図 14 腎不全の原因疾患

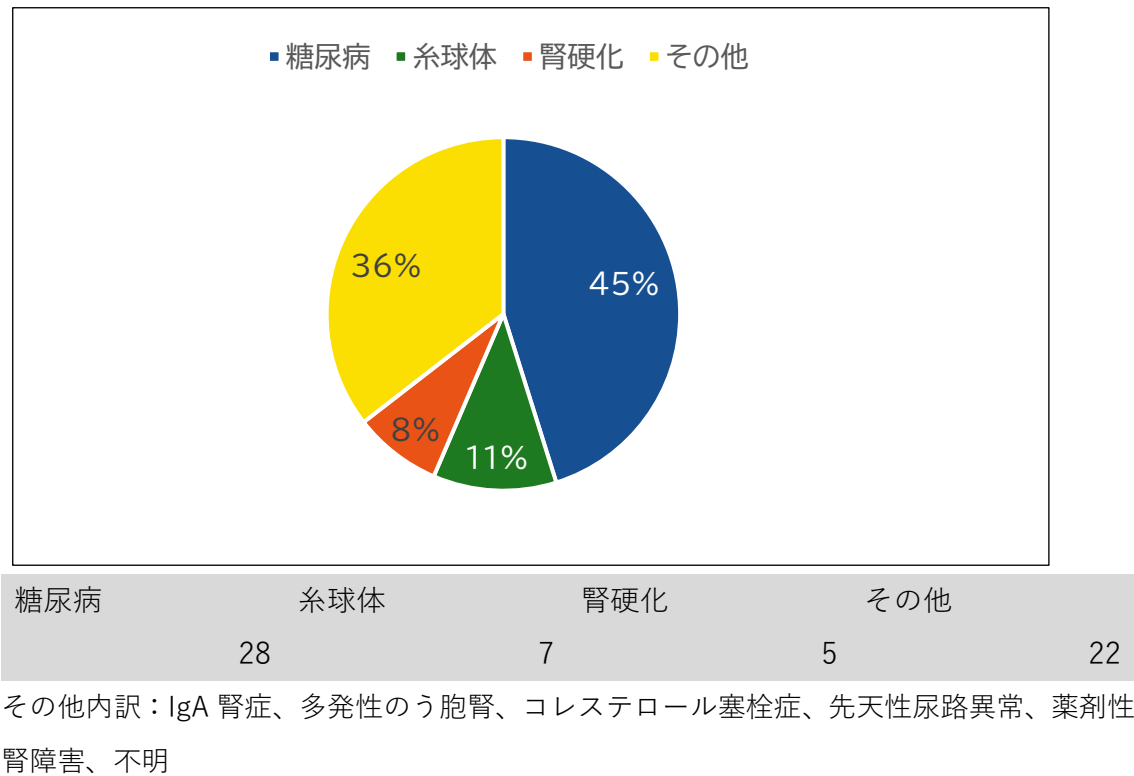
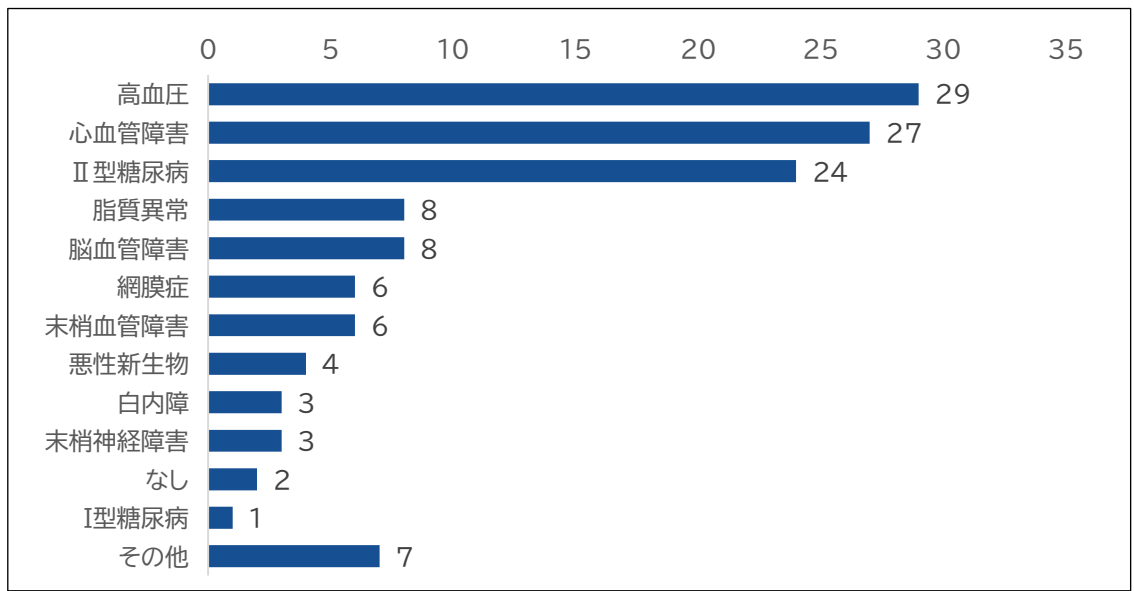


図 15 管理が必要な身体疾患



その他内訳：尿管結石、低血圧、脊柱管狭窄症、褥瘡、貧血、B 型肝炎、骨粗鬆症、頸部骨折(大腿部)

図 16 外来透析利用の可否

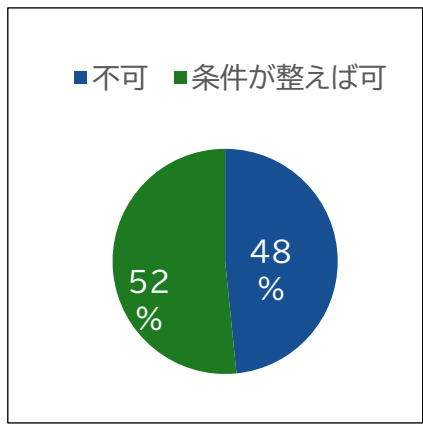
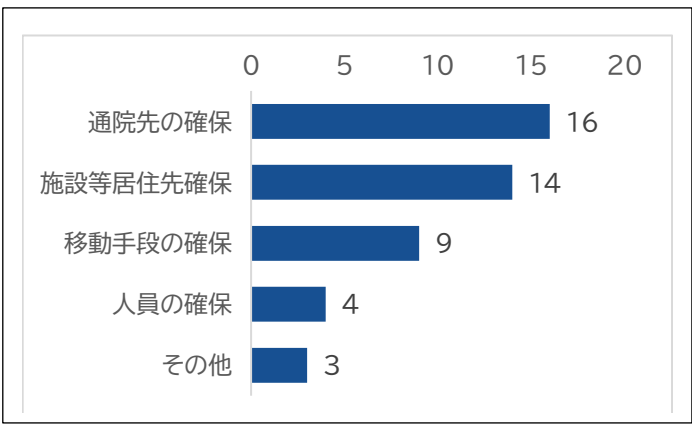
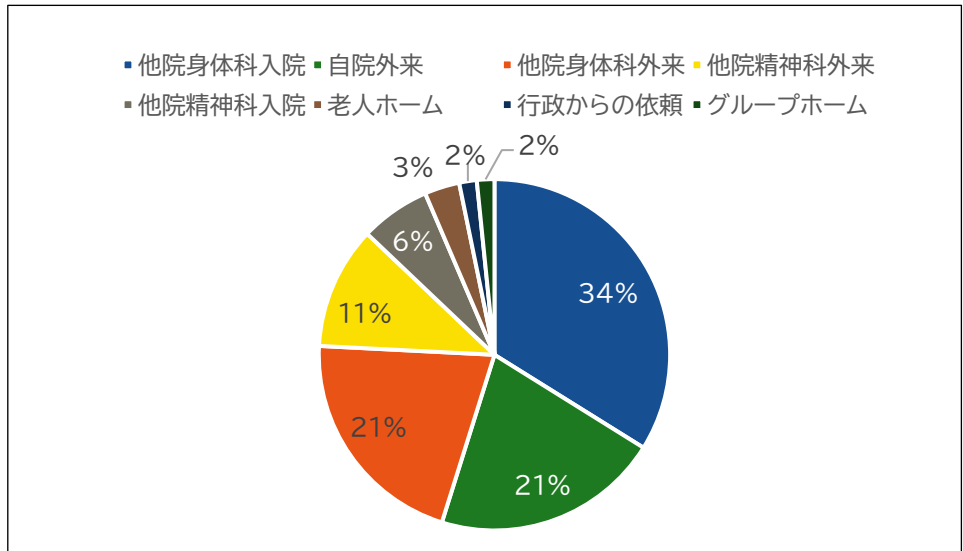


図 17 外来透析可となる条件



その他内訳：経済的事情、身体疾患治癒、家族の受け入れ

図 18 入院経路

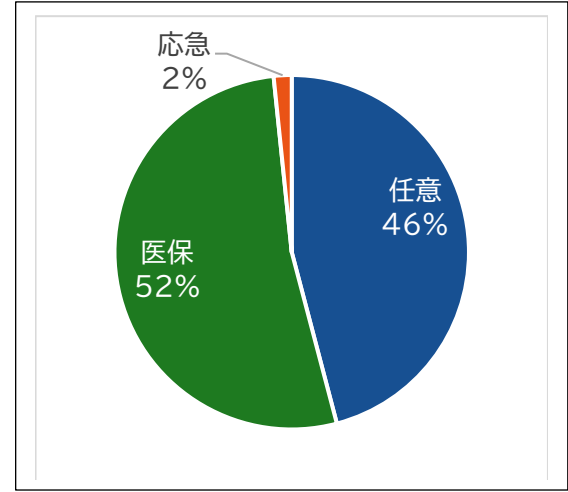


他院身体 科入院	自院 外来	他院身体 科外来	他院精神 科外来	他院精神 科入院	老人ホ ーム	行政から の依頼	グループ ホーム
21	13	13	7	4	2	1	1

※紹介元の施設の所在地は、近隣 74.5%、同一都道府県 29.7%、隣接する都道府県 2.7%で
あり、隣接しない都道府県からの紹介はなかった。

図 19 入院形態

入院時の入院形態



調査時点の入院形態

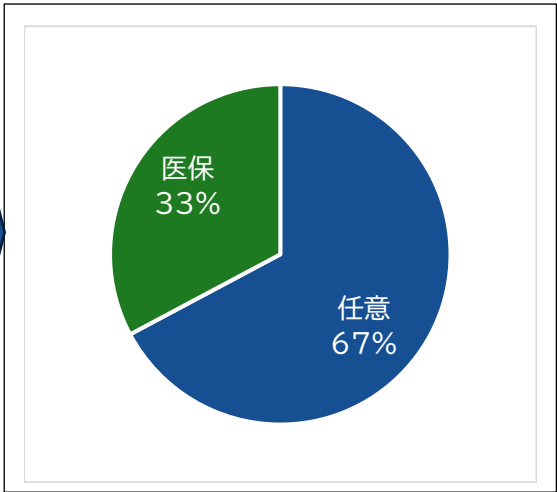


図 20 対象者の病棟で算定している入院料

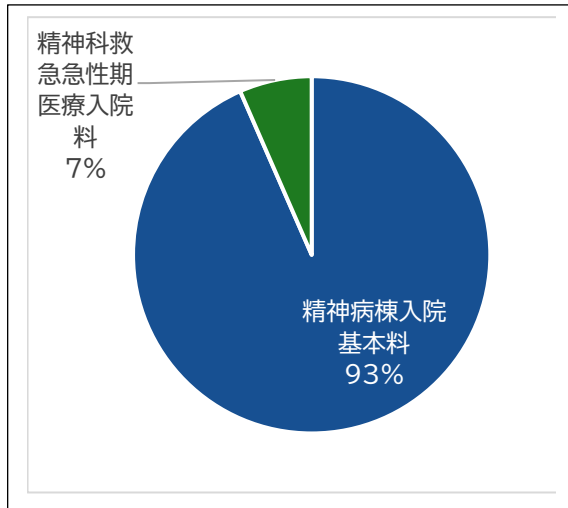


図 21 入院中の行動制限（1 か月以内）

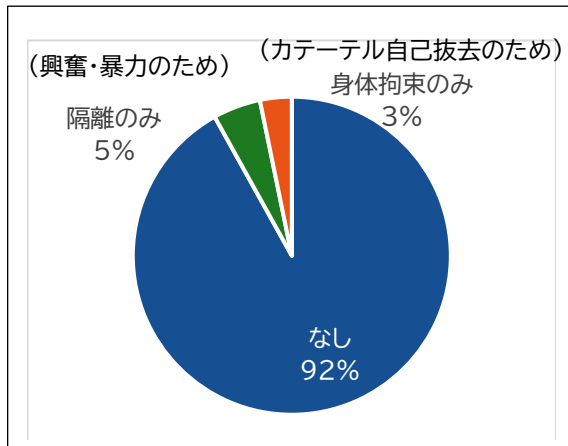


図 22 透析中の身体拘束（1 か月以内）

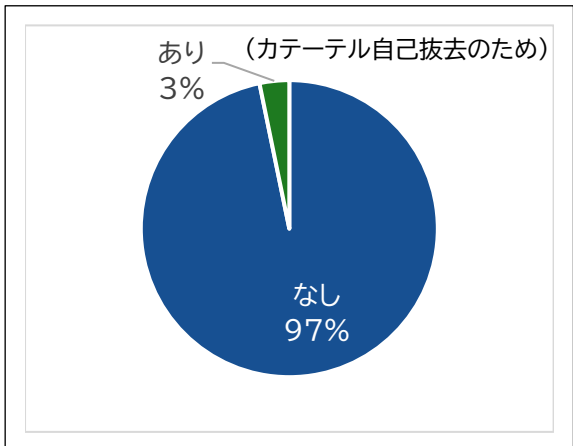
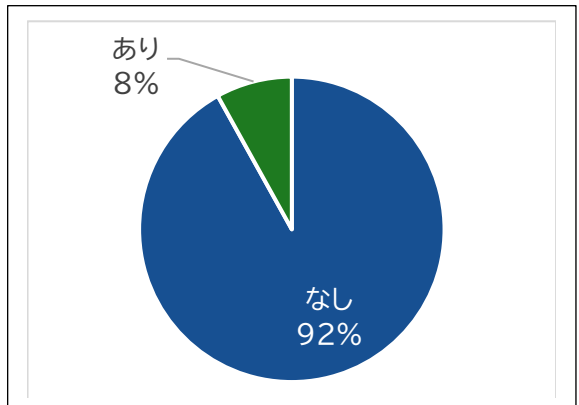
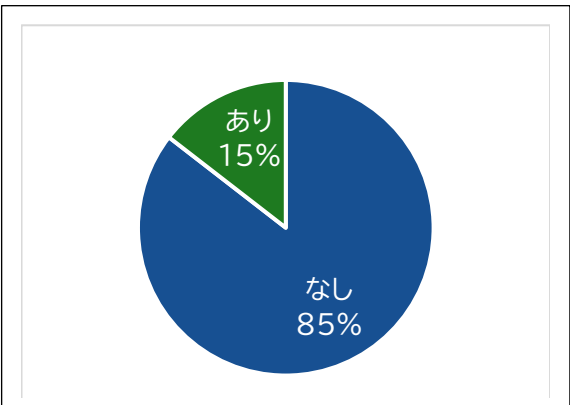


図 23 入院中の院内他科受診(透析関係以外)



診療科：整形外科（3）、皮膚科（2）

図 24 入院中の院外他科受診(透析関係以外)



診療科：眼科(4)、血管外科(1)、呼吸器科(1)、
皮膚科(1)、泌尿器科(1)、肝臓内科(1)、
血液内科(1)

図 25 退院予定

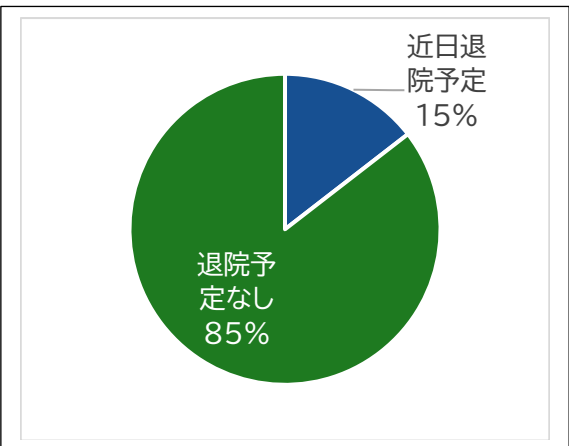


図 26 入院継続の理由

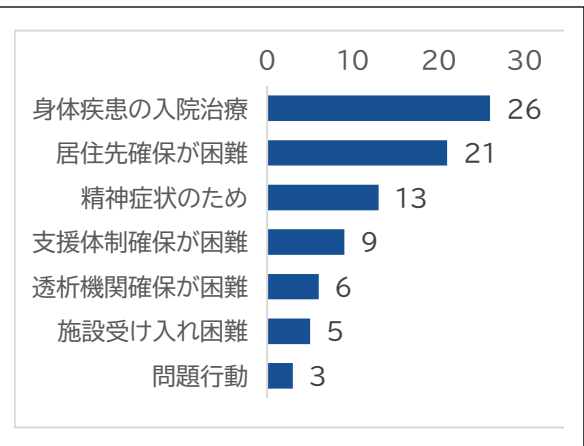
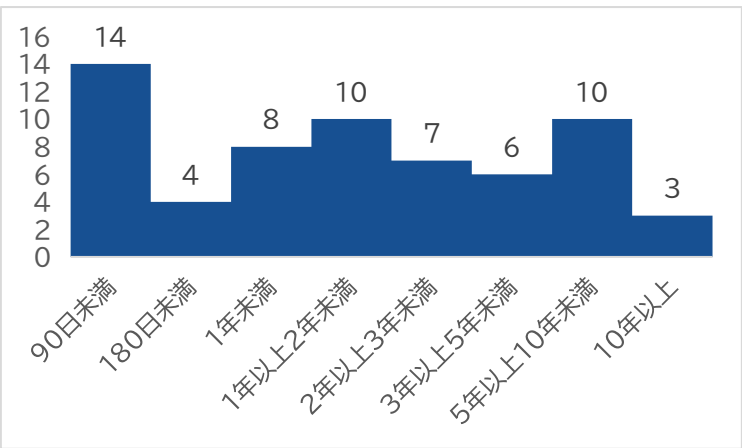


図 27 精神科入院期間（今回の入院のみ）

平均 1,047.2 日 中央値 568.0 日



- ・過去の精神科入院回数（今回の入院を除く）：平均 3.1 回
中央値 1.0 回
- ・透析期間：平均 102.8 月
中央値 78.0 月

6. 文献調査

文献調査では、透析の始め方、透析管理の基本と原則、透析の終わり方、意思決定支援のあり方等に関するレビューを実施した。本調査では、本邦の現状に鑑みて末期腎不全に対する血液透析を主として取り上げ、中毒診療における血液浄化療法などは取り扱わない。また、精神疾患と腎代替療法の関係として、「精神疾患を有する患者の腎代替療法に関する事項」と「腎疾患や腎代替療法により生じた精神疾患に関する事項」とに大別されるが、本調査では前者について主に検討した。

6.1. 慢性腎臓病（CKD）と末期腎不全（ESRD）

慢性腎臓病（chronic kidney disease: CKD）は腎機能が持続的に低下する疾患であり、CKD が進行すると末期腎不全（end-stage renal disease: ESRD）に至り、RRT が必要となる。令和 5（2023）年の患者調査 [厚生労働省, 2024]では CKD 総患者数は 66.6 万人とされているが、未受診の潜在的な者も含めると約 2,000 万人にのぼるとされている [日本腎臓学会, 2025]。

CKD の診断基準 [日本腎臓学会, 2023]を表 28 に示す。

表 28 CKD 診断基準：健康に影響を与える腎臓の構造や機能の異常（以下のいずれか）が 3 か月を越えて持続

腎障害の指標	蛋白尿（0.15g/24 時間以上；0.15g/gCr 以上） アルブミン尿（30mg/24 時間以上；30mg/gCr 以上） 尿沈渣の異常 尿細管障害による電解質異常やその他の異常 病理組織検査による異常、画像検査による形態異常 腎移植の既往
GFR の低下	GFR 60mL/分/1.73m ² 未満

CKD の重症度は原疾患（糖尿病関連腎臓病か高血圧性腎硬化症・腎炎・多発性嚢胞腎・移植腎・不明・その他かの 2 区分）と腎機能（推算糸球体濾過量: eGFR; estimated glomerular filtration rate による 6 区分）、尿蛋白もしくはアルブミン尿（3 区分）により 4 ステージに分類される（日本腎臓学会, 2023）。特に、GFR が 15mL/分/1.73m² 未満となると ESRD と

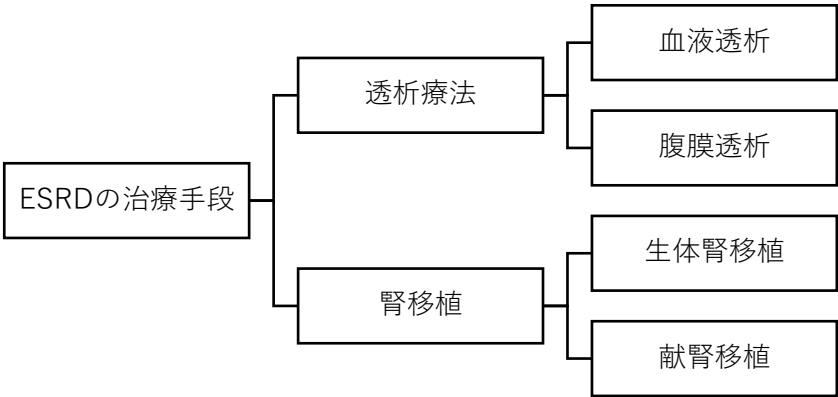
され、RRT を考慮する必要がある。

これらのことから、精神科臨床においても、GFR 及び試験紙法による尿蛋白検査、糖尿病関連腎臓病を考慮する必要がある、必要に応じて尿蛋白・アルブミン尿の定量検査を実施し、これらの検査値の経時変化に留意する必要がある。また、腎臓専門医や地域の専門医療機関へ適宜紹介する必要がある。

6.2. RRT の種類

RRT には大きく透析療法と腎移植療法があり、透析療法は血液透析（HD: Hemo Dialysis）と腹膜透析（PD: Peritoneal Dialysis）、腎移植は生体腎移植と献腎移植に分類される（図 28 RRT の種類）。

図 28 RRT の種類



RRT それぞれの特徴については「腎不全 治療選択とその実際」（日本腎臓学会等, 2024)にまとめられている。「腎不全 治療選択とその実際」及び他の文献（Chadban, et al., 2020）（Abramowicz, et al., 2015）（Virmani & Asch, 2020）（Lentine, et al., 2017）より RRT の種類と特徴について表 29 RRT の種類と特徴にまとめた。

表 29 RRT の種類と特徴

	HD	PD	腎移植
腎機能		悪いまま	正常に近い
必要な薬剤	透析によって回避できない慢性腎不全に伴う合併症や透 析自体の合併症に対する薬剤		免疫抑制剤とその副作用に 対する薬剤
生命予後		移植に比べて悪い	優れている
心血管疾患の合併		多い	少ない
食事・飲水制限	多い	やや多い	少ない
手術内容	バスキュラーアクセス造設 術(局所麻酔による小手術)	PD カテーテル挿入術(腰 椎麻酔または全身麻酔によ る中規模手術)	腎移植術(全身麻酔による 大規模手術)
通院回数	週3回	月 1-2 回	移植 1 年以降は月 1 回
旅行	制限多数(海外での施設選 択が困難など)	僅かな制限(薬液の配送等 が可能な場所はどこでも行 ける。腹膜炎などの対応に は施設受診が必要だがトラ ブルがなければ受診不要)	ほぼ制限なし(渡航先での 感染症や移植後合併症に 対応可能な施設の確認は 必要)
感染の注意	必要	やや必要	重要
入浴	透析後はシャワーが望ましい	PD カテーテルの保護が必要	問題ない
その他のメリット	高頻度に医学的ケアが提供 される。必要な透析内容の 設定が容易。自己管理が少 ない。	時間拘束が少ない。身体へ の負荷が小さい。専門医療 機関以外でも治療が可能。	透析による束縛からの精神 的・肉体的解放
その他のデメリット	頻回な通院が必要で時間 拘束も多い。身体への負担 が大きい(頻回の穿刺や体 外循環による心負荷な ど)。透析合併症の管理に 留意する必要がある。	腹部からカテーテルが出て いることによる社会的・心 理的制限がある。必要透析 量を確保できないことがあ る。腹膜炎などで腹膜透析 が継続できないことがあ る。	生体腎移植の場合に臓器 提供が可能な家族の心理 的負担がある(他の家族か らの強要や臓器提供後の自 身の健康不安など)。服薬 管理や感染症対策の負担 が大きい。ドナー・レシピエ ントともに移植腎喪失に対 する精神的負担がある。

6.3. RRT の現状

「わが国の慢性透析療法の現況」（日本透析医学会, 2024）によると、2023 年末時点での透析患者総数は約 34.4 万人であり、HD は約 33.3 万人、PD は HD 等との併用者も含めて約 1 万人となっている。2023 年の新規透析導入患者は 38,764 人、うち HD での導入は 36,414 人、PD での新規導入は 2,350 人となっている。一方、腎移植については、2022 年には 1,782 例実施されており、生体腎移植が 1,584 例、心停止下腎移植が 28 例、脳死下腎移植が 170 例であり、14,080 名が献腎移植を希望して日本臓器移植ネットワークに登録している（日本移植学会, 2023）。これらのことから、本邦では RRT としては透析療法、特に HD が多い状況にある（図 29 本邦における RRT の経年変化（人））。

国際的にみても（National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases 2024）、治療を受けている ESRD の本邦の有病率は 2,752.9 人（対人口 100 万人）で台湾について第 2 位であり（図 30 各国における治療を受けている ESRD の有病率（対人口 100 万人））、透析患者の有病率も 2,682.5 人（対人口 100 万人）同様である（図 31 各国における透析を受けている ESRD の有病率（対人口 100 万人））。また、各 RRT の割合については、病院における HD の割合が世界第 3 位となっている（図 32）。

図 29 本邦における RRT の経年変化（人）

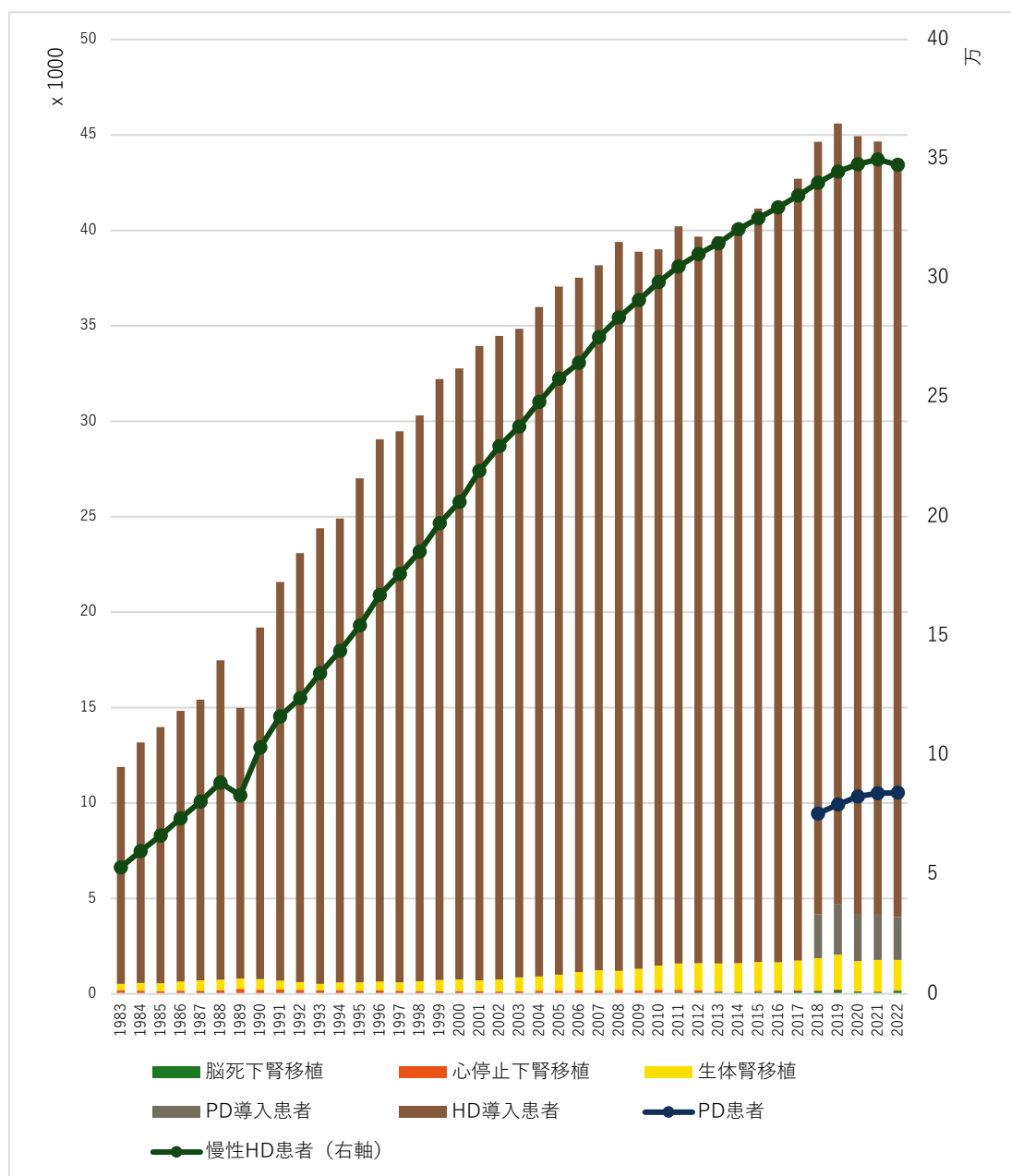


図 30 各国における治療を受けている ESRD の有病率（対人口 100 万人）

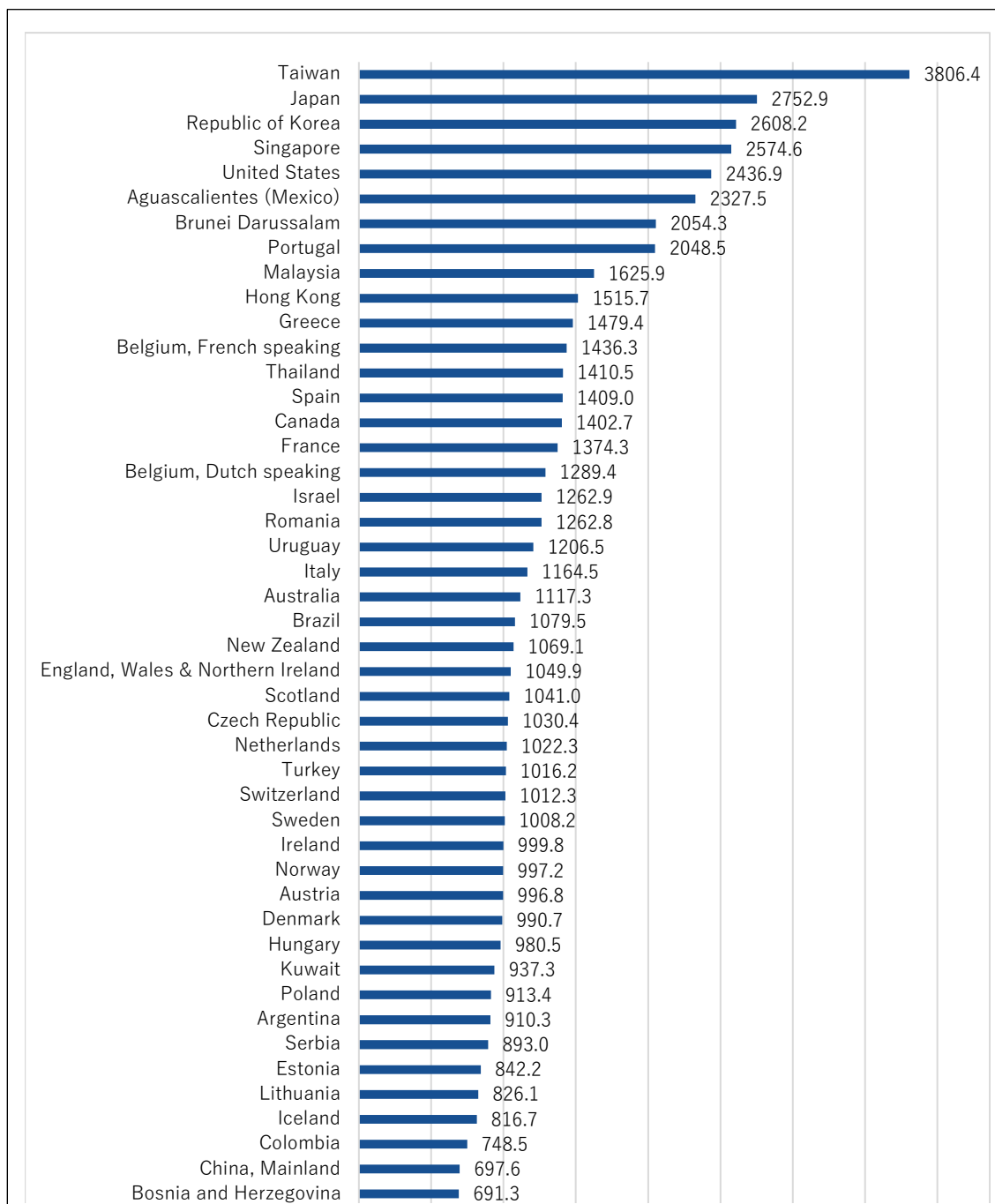


図 31 各国における透析を受けている ESRD の有病率（対人口 100 万人）

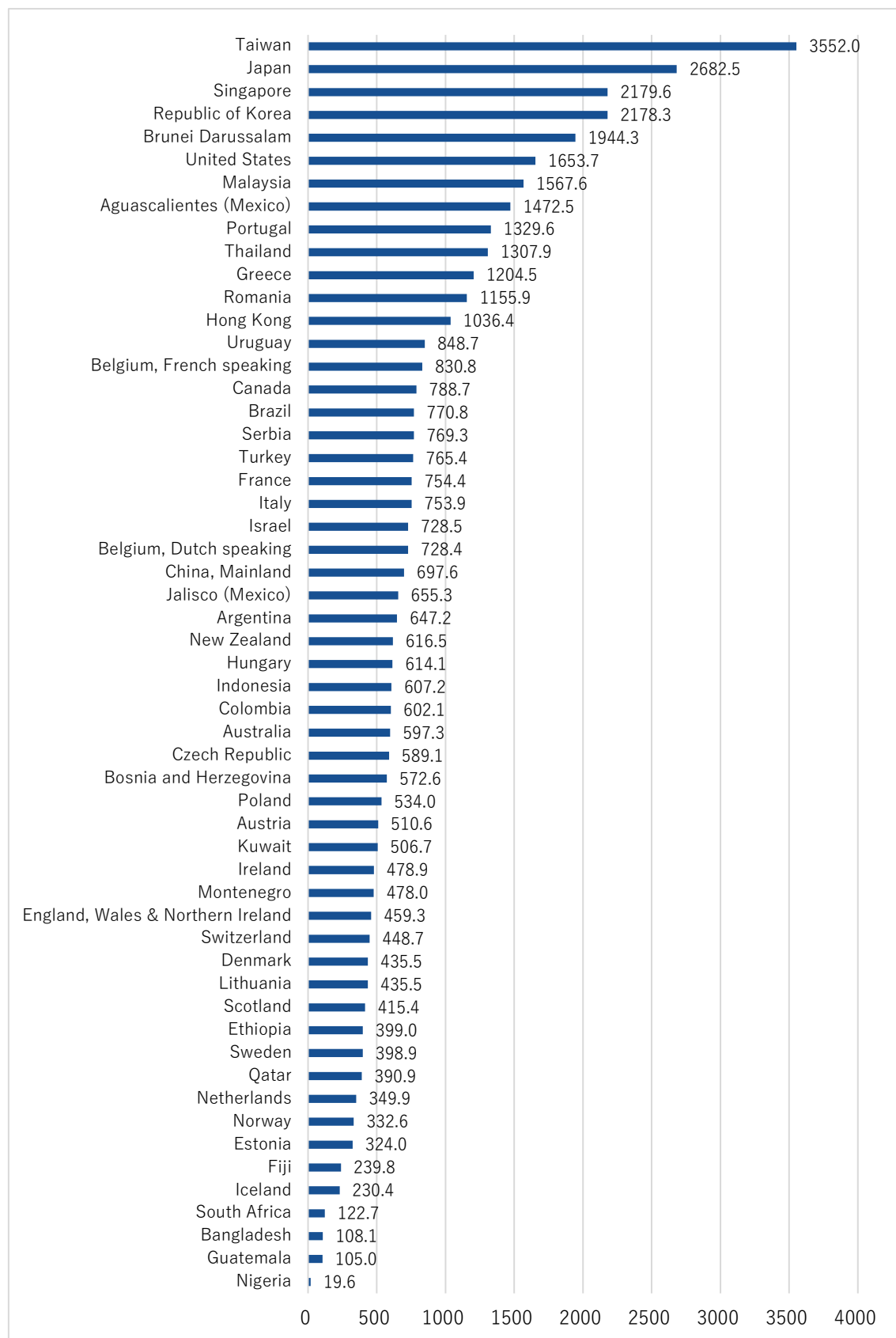
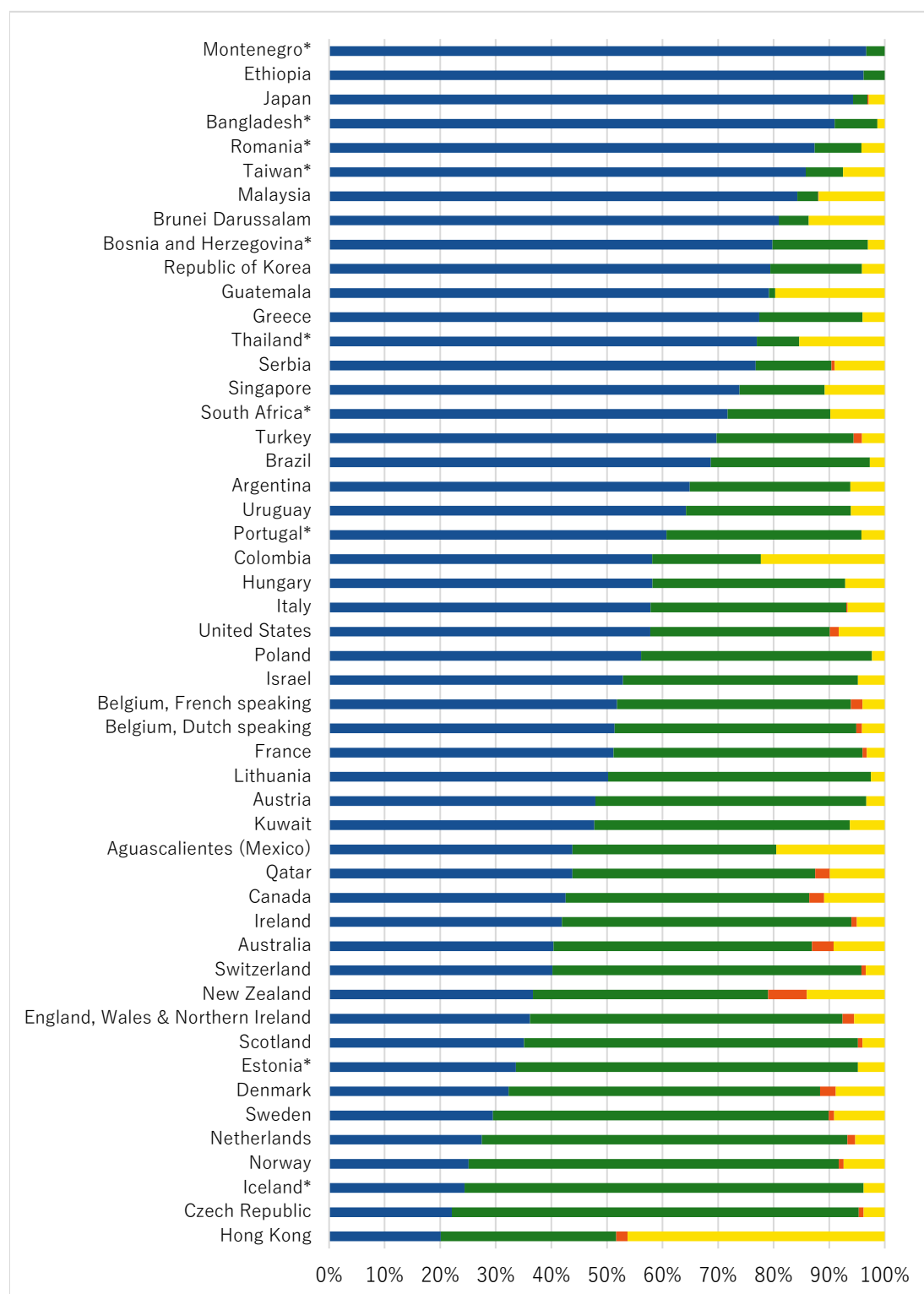


図 32 各国における ESRD に対する治療モダリティの分布



*在宅 HD または PD についてのデータなし

6.4. 血液透析における意思決定

ESRD となり RRT を検討しなければならない状態となった際には、患者自身に意思決定能力があるのかないのか、RRT を選択するのか保存的腎臓療法（conservative kidney management: CKM）を選択するのか、RRT を選択するのであればどのような種類の RRT をいつから開始するのか、どの時点で透析を見合わせるのかといった、意思決定プロセスを検討する必要がある（日本透析医学会, 2020）。

透析導入の際には、ESRD の自然経過を説明するとともに、RRT についてと CKM についての情報提供を行いながら、話し合いを繰り返して合意形成を行わなければならない。特に CKM と透析開始の利益と不利益については、理解できるまで話し合う必要がある。この観点について「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」〔日本透析医学会, 2020〕（以下、開始と継続の提言）より引用する。

医療チームは、患者の生活全体を把握し、患者が抱える不安や諸問題を理解し、患者・家族等との話し合いを通じて、患者の利益に資する方策を模索し、関係者全員が納得することが重要である。患者が精神的・社会的問題を抱えている場合には、これらの問題を解決するための介入を検討することも重要である。また、医療チームは専門家として、病状や正確な情報をわかりやすく説明し、患者がその人らしい人生を生きていくのに必要な方策を考えて提案し、必要であればそれを受け入れ支援するための話し合いを繰り返したうえで合意に至るプロセスが求められる。

透析の開始が必要な末期腎不全（end-stage kidney disease: ESKD）に至った時点で、RRT を選択していない患者は、その選択に直面する。RRT を開始するかどうか、開始するとしたらいつ、どの治療法（腎移植、腹膜透析、血液透析）を選択するか、RRT を選択しない場合にはどのような自然経過をたどるのか、これらの利益と不利益について説明する。患者が RRT を選択しないことを医療チームに申し出た場合には、医療チームは CKM についての情報を提供し、共同意思決定（shared decision making: SDM）のプロセスに基づいた話し合いを患者・家族等とすすめる。患者・家族等が CKM を選択して透析を見合わせた場合、尿毒症症状として呼吸困難、意識障害、肺水腫、不整脈等が起こり死亡する可能性、透析開始によりこれらの状況が回避できる可能性、透析に伴う苦痛が生じる可能性、緩和ケアで苦痛の軽減を図ることができる可能性、見合わせた透析の開始または継続を希望すれば実施すること、透析を実施しても死亡する可能性があること等を理解できるまで説明し、期間を限定した透析の開始についての情報も提供する。精神疾患等により意思決定能力に問題があると疑われる場合には、患者・家族等に専門医の受診を勧め

る。

意思決定プロセスに準じて患者が意思決定する過程を共有し、CKM を最終的に選択した場合、患者・家族等から透析の見合わせに関する確認書を必要に応じて取得する。医療チームは、すべての職種が医療とケアの選択に関連した患者・家族等との話し合いの内容を記録し、その内容を文書にまとめて、患者・家族等と共有することが重要である。確認書を取得しても、病状の変化に応じて、適宜患者から意思を確認することが重要である。一つの例として、その確認書を参考資料として示した。確認書は強制的に取得するのではなく、患者の意思を尊重し、取得しないこともある。なお、家族等に看取りとグリーフケア）も含んだ心理的ケアを行うことも重要である。

患者が CKM を最終的に選択した後も、定期的に通院している場合には、受診時に病状を確認し、必要とされる緩和ケアを提供するとともに、意思決定の変更について確認する。意思を変更し、透析の開始を申し出た場合には、口頭意思表示で透析を実施し、患者・家族等と今後の医療とケアの方針を再度話し合い、患者から撤回書を必要に応じて取得する。

なお、患者にはセカンド・オピニオンを求める権利があり、セカンド・オピニオンについて説明する。

透析非導入（差し控え）と継続中止を含んだ概念である透析見合わせに際しては、本人の意思表示があった場合はもちろんのこと、開始と継続の提言においては、医療チームは意思決定能力を有する患者、または意思決定能力を有さない患者の家族等に、表 30 に示した内容に基づいて、透析の見合わせ提案することや、CKM を選択して透析を見合わせた後も適切に緩和ケアを行うことが求められている。また、透析の見合わせ以外にも透析時間や回数の減少についての情報も提供することとされている。

表 30 透析の見合わせについて検討する状態〔日本透析医学会, 2020〕

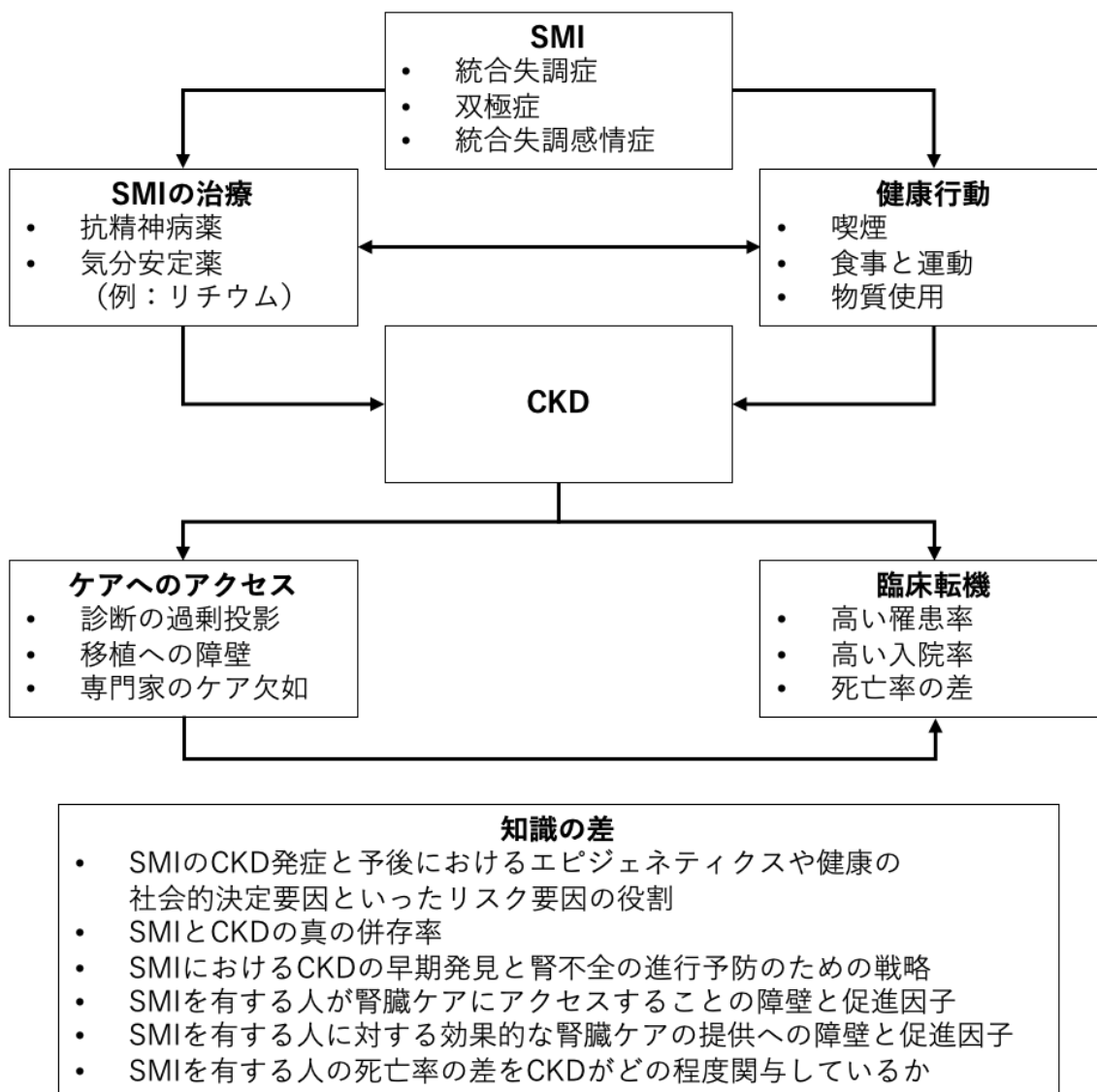
-
1. 透析を安全に施行することが困難であり、患者の生命を著しく損なう危険性が高い場合
 - ① 生命維持が極めて困難な循環・呼吸状態等の多臓器不全や持続低血圧等、透析実施がかえって生命に危険な状態
 - ② 透析実施のたびに、器具による抑制および薬物による鎮静をしなければ、安全に透析を実施できない状態
 2. 患者の全身状態が極めて不良であり、かつ透析の見合わせに関して患者自身の意思が明示されている場合、または、家族等が患者の意思を推定できる場合
 - ① 脳血管障害や頭部外傷の後遺症等、重篤な脳機能障害のために透析や療養生活に必要な理解が困難な状態
 - ② 悪性腫瘍等の完治不能な悪性疾患を合併しており、死が確実にせまっている状態
 - ③ 経口摂取が不能で、人工的水分栄養補給によって生命を維持する状態を脱することが長期的に難しい状態
-

6.5. 精神疾患を有する患者に対する RRT の実態と課題

6.5.1. 疫学的実態

統合失調症や双極症といった重度の精神疾患（SMI: severe mental illness）を有する患者は、喫煙や食生活、リチウムの使用等により CKD を発症するリスクが高いが、腎代替療法については十分な情報提供を受けておらず、適切な治療機会が提供されていない可能性があるとの報告がある（Cogley, Carswell, Bramham, & Chilcot, 2022）。Cogley et al. (2022) において報告されている SMI と CKD、臨床転帰の関連について図 33 に示す。

図 33 SMI と CKD、臨床転帰の関連（Cogley et al. (2022)を翻訳）



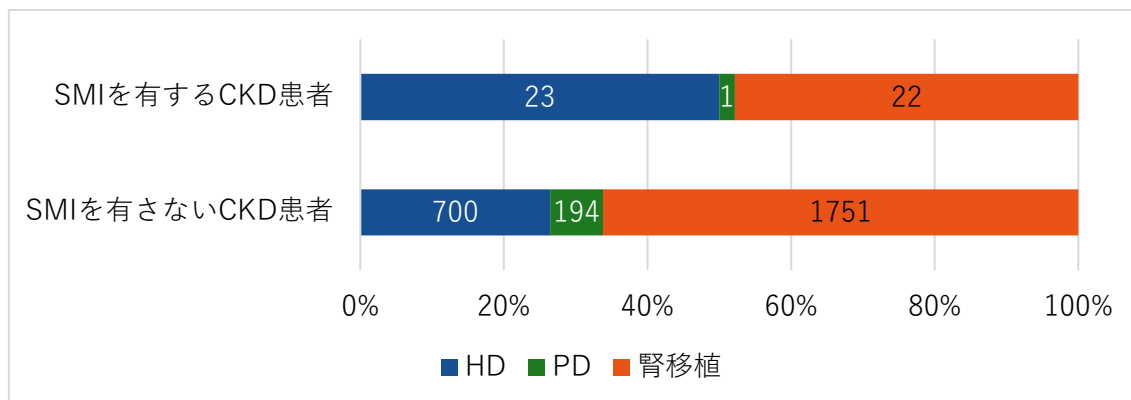
6.5.2. PubMed による検索（主に英語論文について）

精神疾患を有する患者に対する腎代替療法についての疫学的観点については、以下の検索式を用いて PubMed で検索したところ 1,040 件の結果となった。

("Mental Disorders"[MeSH Terms] OR (("mental"[tiab] OR "psychiatric"[tiab] OR "behavior"[tiab]) AND ("disorders"[tiab] OR "disorder"[tiab] OR "illness"[tiab] OR "illnesses"[tiab] OR "diagnosis"))) AND ("Renal Replacement Therapy"[MeSH Terms] OR ("renal"[tiab] AND "replacement"[tiab] AND "therapy"[tiab]) OR "renal replacement therapy"[tiab])) AND ("Epidemiology"[Mesh Terms] OR "epidemiology"[All Fields]) AND ("English"[la] OR "Japanese"[la])

本邦に関する報告は該当しなかったが、Iwagami, et al. (2018)においては、英国におけるSMIとCKD及びRRTのモダリティについて詳細に報告している。CKDの年齢-性調整オッズ比（OR）は、SMIのない患者と比較して、SMIでリチウム使用歴のある患者では7.13（95%信頼区間[CI]=6.47-7.85）、SMIでリチウム使用歴のない患者では1.69（CI=1.56-1.83）であった。経済状況、BMI（Body Mass Index）、喫煙、CKDに関連する慢性疾患について調整した後では、ORはSMIでリチウム使用歴のある患者では6.49（CI=5.84-7.21）およびSMIでリチウム使用歴のない患者では1.45（CI=1.34-1.58）に減少したが、依然として高いORであった。また、RRTのモダリティ毎の割合についてはSMIと非SMIでは異なり、SMIを有する患者ではHDを選択される傾向にあった（図34）。

図34 SMIと非SMIのCKDにおけるRRT別の患者数（Iwagami, et al. (2018)より作図）



6.5.3. CiNiiによる検索（主に日本語論文について）

以下の検索式を用いてCiNiiで検索をしたところ3件該当したが、いずれも該当する報告ではなかった。

(精神 AND (疾患 OR 障害)) AND (腎代替療法 OR 透析 OR 腎移植) AND 疫学

以上のことから、文献レビューでは本邦における精神疾患を有する患者に対するRRTの

疫学的実態について明らかにすることは困難であった。

6.5.4. 精神科医療機関の治療体制

令和 2（2020）年度の障害者総合福祉推進事業において、精神科医療機関の身体合併症に対する取組について調査がなされており〔日本精神科病院協会, 2021〕、その中で透析施設の有無についても調査がなされている。有効回答数 460 病院のうち、86 病院（全体の 18.7%）で透析施設を有していたが、精神病床が全体の 80%以上の 333 病院では 6 病院（1.8%）、20%未満の 127 病院では 80 病院（63.0%）が透析施設を有しているという結果であった。回答数に留意する必要があるものの、いわゆる精神科単科病院やそれに準ずる病院において透析を実施できる施設は極めて限られるものと考えられる。

6.6. 社会的出来事

精神疾患を有する患者に対する RRT について、特に HD の導入と中止に関する社会的出来事として、県立宮崎病院での出来事と、福生病院での出来事について概観する。

6.6.1. 県立宮崎病院での透析受け入れ拒否事案（1991 年）

本事案については藤野ら（2002）のまとめを以下に抜粋する（精神分裂病と表記されていた部分については統合失調症に改めた）。

この事例は、1991（平成 3）年に宮崎県で生じたもので、精神科治療と糖尿病性腎症の治療を必要としたケースである。精神科で入院治療を受けていた糖尿病性腎症の A 子（42 歳）が E 県立病院に人工透析療法を求めたところ、「人工透析療法のために日常の自己管理能力がない」との理由で断られ、まもなく死亡した。A 子の母親と妹らが治療を拒否した E 県立病院を相手どり、損害賠償請求を行った。

地裁判決は、日常の自己管理能力がないことを理由に人工透析を断ることは社会通念に著しく相当性を欠くとした。また、患者が興奮したり暴れて透析の施行自体が困難となったり、自己管理能力の欠如により透析をしても死亡する事態に近い将来に予想されるか、透析により腎不全状態が改善されても退院後日常生活を営みうる可能性がないなどの特段の事情がない限り、透析の適応のある場合には人工透析を導入すべき義務があるとされた。県は判決を不服として控訴したが、高裁においても原告が勝訴した。

原告及び病院側の主張

1) 母親ら原告の主張

- (1) A 子は、国立 B 病院で糖尿病を治療していたが精神科治療が必要となり、精神科と糖尿病の治療ができる C 病院へ転院し治療していた。しかし、糖尿病がさらに悪化し、尿路感染症や水腎症となり、泌尿器の専門治療のできる D 医院に転院した。医師の紹介により 1991 年 7 月、第三次救急医療機関の指定を受け、精神科ベッドがある県立 E 病院を受診した。透析担当医の診察があったが、血液検査などをしないまま C 病院へ返された。
- (2) その後も症状が改善せず、7 月 17 日に内科医が診察し、県立 E 病院へ入院した。しかし、透析担当医は血液透析の適応がないとして 19 日に C 病院に帰院させ、20 日に死亡した。
- (3) 腎不全の A 子の様体からすれば、県立 E 病院は血液透析を行うことが可能であったにもかかわらず、精神障害があることを理由に透析を行わず、医師としての注意義務を怠った。
- (4) A 子の死亡によって損害を被ったので、慰謝料を請求する。

2) 宮崎県の主張

- (1) 血液透析医には、回復の見込みのある急性腎不全に行う一時的な短期血液透析と、腎機能の回復の見込みのない慢性腎不全に行う長期血液透析がある。長期血液透析を実施するか否かは、①改善される病態があり、②患者がそれに耐えられ、③その結果が有意義である場合、が対象となる。
- (2) 長期血液透析は日常生活に制約を課し、極限までの忍耐を要求する。患者はそれに対する理解・了解と、苦痛に耐える自制心、自己管理能力、医師らへの協力が絶対必要である。A 子は D 医院で自己導尿教育拒否、水分摂取指導拒否などの態度があり、透析導入は困難である
- (3) 県立 E 病院の精神科医師が A 子を診察したところ、摂食障害、運動減退、衝動的な姿態などの症状があり、自分の置かれた状況や何のために病院に来院かを理解しておらず、統合失調症と診断された。透析担当医師は協議し、透析に対する必要性を了解する能力と自己管理能力、家族の協力が必要であるため、透析の適応対象でないと判断した。
- (4) 母親らからどうしても血液透析してほしいとの希望が表明されていなかった。

裁判所の判断

- (1) A 子は人工透析療法のための日常の自己管理能力がないとの理由で断られ、まもなく死亡したが、日常の自己管理能力がないことを理由として人工透析を断ることは社会通念に照らして著しく相当性を欠く。
- (2) 患者が興奮したり暴れて透析の施行自体が困難となったり、自己管理能力の欠如により透析をしても死亡する事態が近い将来に予想されるか、透析により腎不全状態が改善されても退院後日常生活を営みうる可能性がないなどの特段の事情がない限り、透析の適応のある場合には、人工透析を導入すべき義務がある。
- (3) 糖尿病性腎症の患者の逸失利益について、退院後日常生活を営みうる可能性が低いとして認められない。
- (4) 透析を導入すれば当面は生存が可能であり、その生存可能性が奪われた精神的苦痛に対する慰謝料として、患者の症状、透析が拒否されて死亡するまでの経費等諸般の事情を考慮して、本人分 500 万円分、両親分計 100 万円である。

6.6.2. 福生病院での透析中止事案（2019 年）

本事案の概要については後藤（2020）が詳細にまとめている。以下に引用する。（誤植と思われる部分は引用に際して下線付加の上修正した）

2019 年 8 月 9 日、長年、透析治療を受けていた病院からの紹介状を持って、公立福生病院（以下、福生病院とする）に、糖尿病性腎症や心筋梗塞などを起こし、腎臓病に罹患した女性（患者 A とする）が来院した。患者 A は前の病院で週 3 日の透析治療を受けていた。患者 A の福生病院への来院時、腎不全を患っており、腕の血管の分路（シャント）が閉塞し、それまでの方法での透析治療が困難な状態であり、「末期の腎不全」と診断された。

この病状に鑑み、福生病院における患者 A の担当医師（医師 X とする）は、患者 A に対して、「血液透析は治療ではない。腎不全による死期を遠ざけているにすぎない」「多くの犠牲もつきものであるため、最も大切なのは自己意思だ」と説明し、とり得る処置として、①首に管を入れる新たな手段で透析するか、または、②従来の透析を中止するか、という選択肢を提示した。

患者 A は同日中に、透析治療をやめる（提示されたふたつの手段のうちの②を選択）こ

とを決め、患者Aの家族（Aの夫）が同席する場で、医師Xから「透析を中止すれば、生命に関わる」、「透析をやめると2週間くらいで死に至る」と説明されたのち、透析治療から離脱するという趣旨の文章が記載された同意書（「透析離脱証明書」）にサインし、帰宅した。同10日も、看護師、内科医、ソーシャルワーカーが透析中止を患者Aと夫に確認したが、患者Aの意思は固かった。

同意書へのサインから5日後の同14日、患者Aは呼吸が苦しくなるなどの体調不良を訴え、福生病院に入院した。その後、容態が悪化した。死亡直前の同16日未明、患者Aは、パニック状態に陥っており、看護師に対して、「こんなに苦しいなら透析した方がいい。撤回する」、「苦しいので透析中止を撤回したい」と透析再開を求めた。Aの夫も「透析できるようにしてください。助けてください。」と医師Xに透析再開を訴えた。医師Xは、患者Aが落ち着いた同16日正午ごろ、手術して透析を受けるか、苦しみの症状を軽減するか意向を確認した。患者Aは多量の鎮静剤の投与による苦しみの症状の軽減を選択し、同16日午後5時過ぎに死亡した。このとき、Aの夫はストレス性の胃潰瘍のため、同病院にて手術を受けており、麻酔から醒めた時には既に患者Aは死亡していた。この選択に関して、医師Xは「正気の時の（治療中止という女性の）固い意思に重きを置いた」とした。

6.7. 倫理的困難と課題

精神病床に入院しながらの透析を要する状態は、精神疾患を有する患者における困難さと課題を示していると考えられる。新井ら（2012）の報告では、いわゆる総合病院（興生会相模台病院：精神科を含む全17科；総病床数306床、精神科開放病棟48床・閉鎖病棟69床、認知症治療病棟38床、泌尿器科病棟39床、内科系・小児科病棟46床、外科・整形外科系病棟66床；2012年時点）において、入院による血液透析を必要とした精神疾患を有する者の臨床的特徴をまとめている（表31）。「一般身体科病棟でも管理が困難な統合失調症患者的血液透析は、鎮静や薬物療法、血液透析時の不穏などへの対処などでも苦慮することが多く、この精神疾患の重症度次第で精神科病棟というハードが必要となり、結果として、精神科病棟を有し、かつ、血液透析が実施可能な病院の必要性が生じることが想定される。

表 31 新井ら（2012）による症例プロフィール（一部抜粋・改変、n=54）

入院時平均年齢（標準偏差）	
男性	63.4 (16.4)
女性	58.1 (12.4)
全体	60.0 (12.8)
ICD-10 による精神科診断（%）	
F0	17 (31.5)
F2	18 (33.3)
F3	9 (16.7)
F4	4 (7.4)
F5	2 (3.7)
F6	1 (1.9)
F7	1 (1.9)
G40	2 (3.7)
透析導入となった身体疾患（%）	
原因不明の慢性腎不全	23 (42.6)
糖尿病関連腎臓病	18 (33.3)
慢性糸球体腎炎	7 (13.0)
腎硬化症	2 (3.7)
妊娠中毒症	2 (3.7)
リチウム中毒	2 (3.7)
入院病棟（%）	
一般病棟	18 (33.3)
一般病棟から精神科病棟へ転棟	3 (5.6)
精神科病棟	33 (61.1)

また、精神疾患や向精神薬の内服と関連した多飲症や水中毒が CKD と合併し得るが、その状態での血液透析では様々な困難があることが症例報告されている（齋藤，向井，貴志，齋藤，& 齋藤，2020）。

精神疾患を有する患者に対する PD については、症例報告（大宮，et al., 2024）で腎臓医の立場からその有用性が述べられているが、「その実践には精神科との併診や社会資源の調整、家族の理解や協力が重要」とされ、日本全国での状況と課題については明らかでない。

6.8. 向精神薬と血液透析

透析患者においては、尿中排泄率の高い薬物が使用されており、大半の薬剤が尿中排泄率の高いものである。また、特に中枢系・心血管系に作用する薬剤では副作用が発現しやすく重篤となり、高カリウム血症など腎不全の病態と関連する薬剤の使用や、新薬を含む使い慣れていない薬物の使用、他院薬も含む情報のない投薬などで注意を要する [古久保, 2023]。向精神薬に関しては、炭酸リチウムが禁忌であることは言及するまでもないが、透析患者においてはパリペリドン、クロザピン、ベンラファキシン、デュロキセチンなどは禁忌である。特に注意を要する薬剤についての用量の調整などは、日本腎臓病薬物療学会の WEB サイトにまとめられている（日本腎臓病薬物療学会, 2024）。

6.9. 地域連携

6.9.1. 精神科病院と腎臓医の連携体制

以下の検索式を用いて CiNii で検索をしたところ 8 件該当したが、いずれも連携に該当する報告ではなかった。

((精神 AND (医療 OR 病院)) OR (精神科 AND (医療 OR 病院))) AND (腎臓医 OR 透析医 OR 腎臓内科医) AND 連携

疫学的実態でみたように、精神疾患を有する者においては ESRD のリスクは高く、本来であれば腎臓を専門とする医師と精神科医療との間での連携体制は必須と考えられるが、その観点をまとめた報告は本レビューでは存在しなかった。

6.9.2. 国が定める指針など

医療計画

本邦の医療提供体制は、医療法によって定められる医療計画によって方向づけられる。令和 6（2024）年度からは第 8 次医療計画が開始となっており、各都道府県は医療法第 30 条の 4 第 4 項の規定に基づいて、5 疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患）・6 事業（救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児救急医療を含む小児医療）及び在宅医療に係る医療連携体制に関する事項等を医療計画に定めることとされている [厚生労働省医政局長, 2023]。

精神疾患以外の 4 疾病では、血液透析は糖尿病の合併症の項目で必要に応じて透析導入

することや透析予防指導として言及されており、6 事業では災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療の項目で、体制確保について言及されているが、精神疾患との併存についての言及はない（厚生労働省医政局地域医療計画課長, 2023）。

精神疾患では、血液透析に対して直接的な言及はないが、身体合併症についての項目があり、医療提供体制に関する検討課題として次のように言及されている。

精神障害を有する方等及び地域住民の負担に配慮したアクセスのしやすさを確保する観点から、精神症状と身体症状を一元的に対応できる医療機関の整備を今後、推進していくことが重要であり、このような医療機関として、公的な病院、総合病院の精神科や精神科を有する特定機能病院が役割を担うことが考えられる。いずれの場合であっても、身体合併症対応については、地域の実情に応じ、精神科救急医療施設と他科の医療機関との連携により支援し合う仕組みの構築が求められる。

一方で、身体合併症について検討するにあたっては、精神科救急やそれに準ずるような、いわゆる急性期の医療に関する項目を指標にするようになっており、維持期の血液透析などについては検討がなされていない。

医療計画における地域医療構想については、これまで精神医療は対象外であったところ、令和 7（2025）年 3 月現在、第 217 回国会（令和 7 年常会）提出されている医療法等の一部を改正する法律案が成立すれば、精神医療もその対象とされることになる。法案提出に先立って厚生労働省が開催した「新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム」[厚生労働省, 2024]においては、精神医療が地域医療構想の対象として位置づけられることにより、身体疾患に対する医療と精神疾患に対する医療の双方を必要とする患者への対応等における精神医療と一般医療との連携等の推進が期待されている。具体的な連携のあり方については、改正法成立後に検討されることが想定されている。

公的病院等

公的病院については地域医療構想を踏まえて「公的医療機関等 2025 プラン」が各開設主体の長により定められている（厚生労働省医政局長, 2017）。また、公的病院の中でも、特に公立病院においては「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」[総務省自治財政局長, 2022]が定められ、それに基づいて各公立病院では運営にあたっている。後者のガイドラインでは身体合併症についての言及はあるものの、いずれも透析についての直接的な言及はない。

国立病院機構においては「国立病院機構（NHO ビジョン）」（独立行政法人国立病院機構、

2024)において、身体合併症医療を総合的に提供することとなっているが、透析についての言及はない。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（以下「にも包括」という。）とは、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保されたシステムであり、同システムは地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。「にも包括」の構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の有無や程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者等による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要であるとされている。

令和 2（2020）年 3 月から令和 3（2021）年 3 月にかけて開催された、厚生労働省の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」〔厚生労働省, 2021〕においては、精神障害を有する方等の身体疾患への対応について、精神科と精神科以外の診療科との連携強化が必要であるとされ、一般医療機関と精神科医療機関との連携による面的な体制整備の充実が想定されている。報告書においては、対診や訪問、電話等による具体的な支援を実現し、互いに支援し合える体制の構築を目指す必要があるとの記載がある。また、精神科救急医療体制における身体合併症対応の充実の必要性について述べられている。

6.10. 地域での公的体制整備

各地域における精神疾患を有する患者に対する腎代替療法に関する公的体制について網羅的に把握することは困難であった。一方、機縁的に得た情報にて、東京都において令和 6（2024）年度より実施されている「身体合併症（慢性維持透析）に係る医療提供体制の確保事業」について抜粋して紹介する（東京都福祉局障害者施策推進部精神保険医療課, 2024）。

事業の目的

精神障害により一般科医療機関での治療が難しい患者の慢性維持透析治療を、他の医療機関への外来受診により実施する精神病床を有する医療機関（以下「精神科病院」という。）を支援することにより、慢性維持透析が必要な精神疾患患者の医療提供体制を確保するこ

とを目的とする。

補助対象者

精神疾患の入院治療と併せ、慢性維持透析治療が必要な患者に対して、他の医療機関への外来受診により慢性維持透析治療を実施する都内の精神科病院

補助金交付基準

区分	基準額	対象経費
看護師	18, 200 円 (患者 1 名・1 日あたり)	慢性維持透析治療を他の医療機関での外来受診により実施する精神科病院の経費のうち、看護師の付き添いに係る人件費
事務補助員等	8, 760 円 (患者 1 名・1 日あたり)	慢性維持透析治療を他の医療機関での外来受診により実施する精神科病院の経費のうち、外来受診の際の送迎に係る人件費又は使用料及び賃借料等

※ 通院患者 1 名につき、付き添い職員（看護師、事務補助員）各々1 名までを対象とする。

※ 補助金の交付額は、補助金基準額と支出額のうち少ない方の額とする。

このように、精神科医療機関に入院している患者の慢性維持透析治療を外部の医療機関で実施する際の看護師や送迎を行う者の人件費を補填する事業である。本報告書作成時点で本事業は進行形であるため、本事業の利活用状況については注視する必要がある。

7. 有識者会議

7.1. 第 1 回

7.1.1. 開催概要

日時：2024 年 6 月 29 日（土）13:00-15:00

場所：八重洲倶楽部

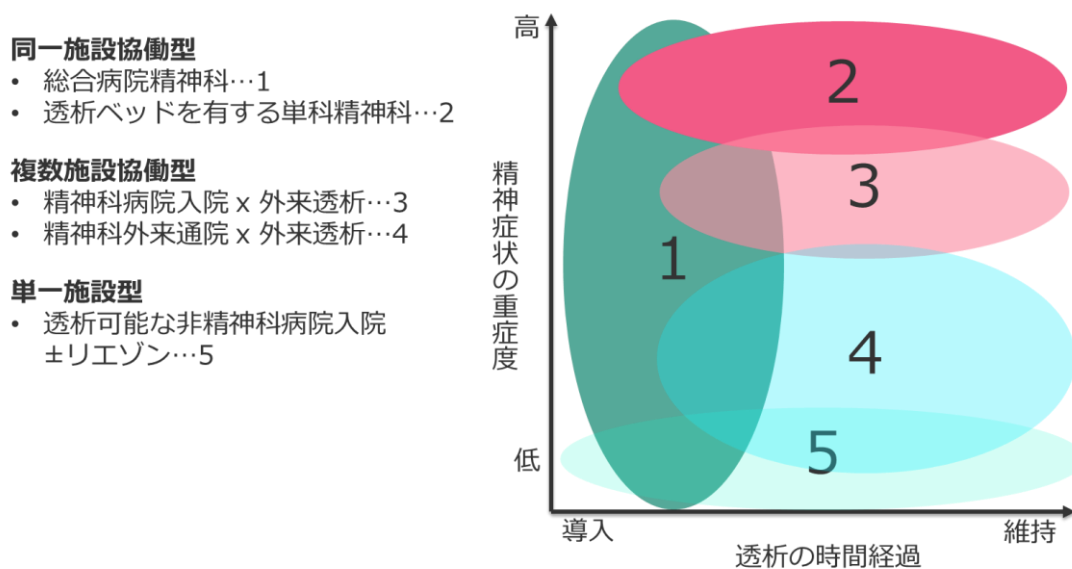
7.1.2. 議事概要

■ 身体合併症全般に関する課題

- 精神科病棟は身体疾患の治療を継続して行うことを前提としておらず、民間病院では費用面考えると対応が困難。
- 身体合併症医療を行う際の入院形態との兼ね合いが問題となることがある。
- 精神科病院では身体治療を経験していない看護師が身体的なケアにあたることがあ

- る。
- 「にも包括」では精神科・身体科分け隔てなく治療を提供することを目指しているが、実際には制度は分断されている。
 - 第8次医療計画での身体合併症は精神科の急性期かつ身体科の急性期を想定しており、維持透析のような慢性期は想定されていない。
 - 精神疾患を有する者の身体疾患について治療しないという意思表示に対して、どのようにとらえるか。

図 35 血液透析を要する精神疾患患者の医療の場の「一案」（第1回有識者会議資料より）



■ 腎代替療法に関する課題

- 透析導入以外の選択肢がないような説明をされている状態で紹介されてくることが多い。
- 維持透析の道筋が立っているのであれば透析導入は目処を立てやすい。
- 鑑定入院患者の透析で費用が出ないということがあった。
- 精神疾患を持っている人は、部屋を分けて透析する場合もある。
- 現場のケースで言えば、全腎協に問い合わせがあるくらい、透析受け入れ可能な施設がないのが実情。
- 透析に関わっているソーシャルワーカーが減っている。
- 地域として精神科の患者を受け入れる体制ができていないと難しい。

- 本来は透析導入に至る前で適切に評価・介入がなされる必要がある。
- 腎保護療法を適切に行うと本来は透析導入までかなりの時間を稼ぐことが可能。

■ 本調査事業の範囲

- 腎機能について精神科医療機関でどの程度気にされているかは不詳だが、それを全て拾い上げることも難しい。
- 精神科のみでなく身体科の側での課題感についても検討する必要があるのではないかと。
- 本来は透析導入の判断やその適否について、また、透析見合わせ検討する必要があるが、今回の調査期間では調査困難。

→本調査事業では、精神科病院における透析について、現状を調査する方針。

図 36 本事業で対象とする段階（第1回有識者会議を受けて改変、第2回有識者会議資料より）

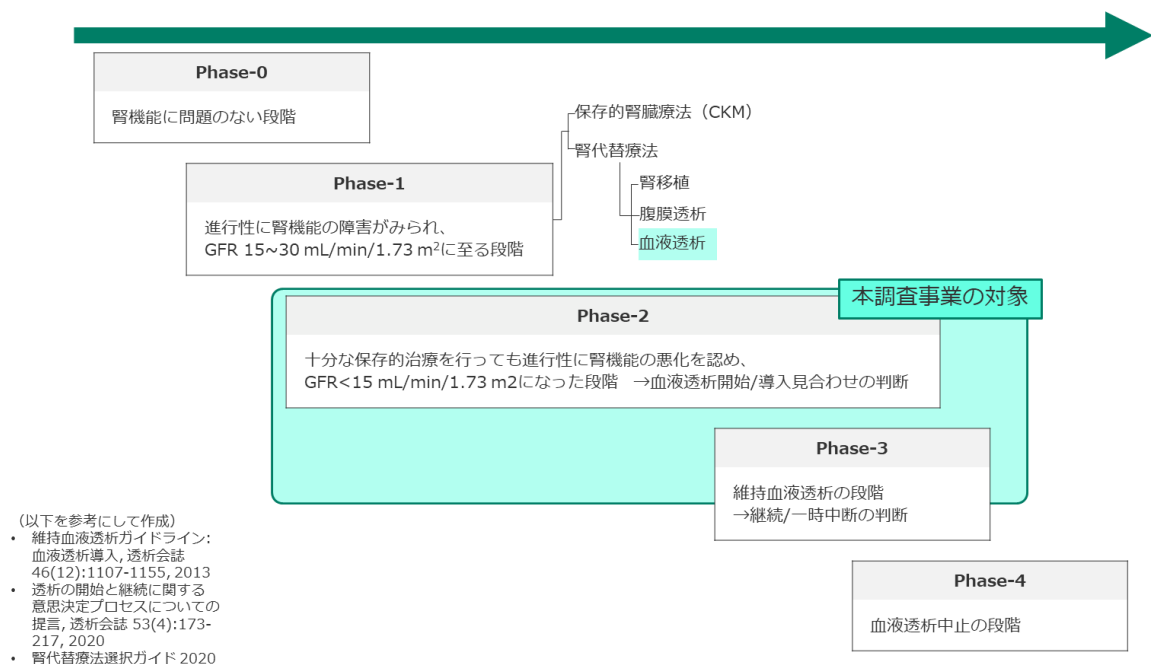
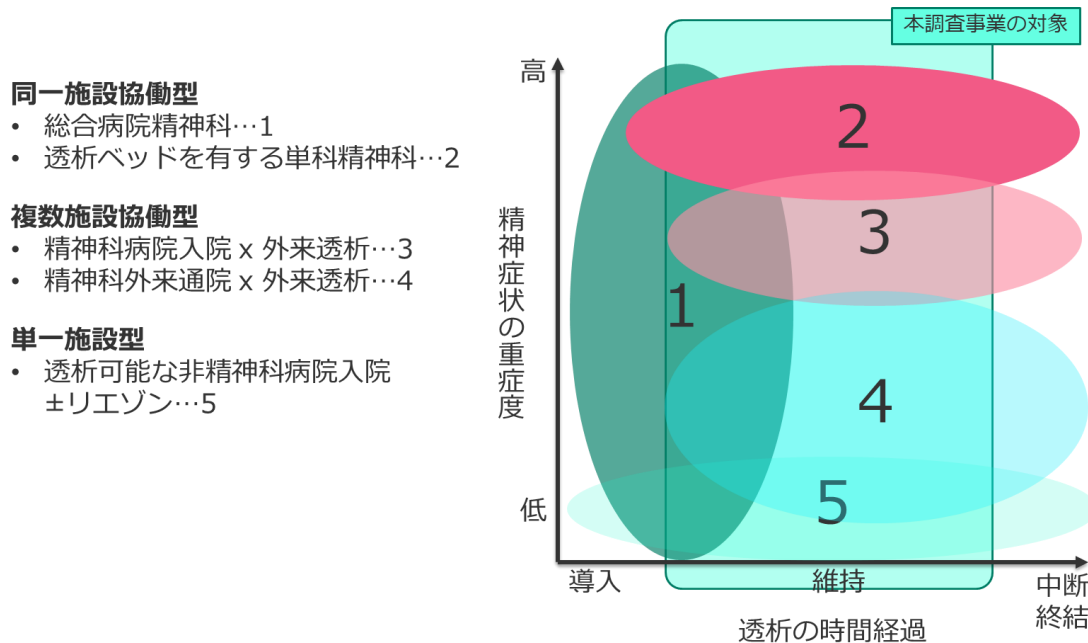


図 37 血液透析を要する精神疾患患者の医療の場の「一案」（第1回有識者会議を受けて
改変、第2回有識者会議資料より）



■ 本調査事業における調査

- 精神科医療機関全体に対して
 - 透析実施状況
 - 腎臓医との連携状況
 - 地域連携体制
 - 検査の実施状況 など
- 透析を実施している精神科医療機関に対して
 - 透析実施状況の詳細
(内容については三上委員とも検討)
- 透析を実施している医療機関へのヒアリング
 - プレ・ヒアリングを実施しながら内容については検討
- 他、必要に応じて調査対象を検討

7.2. 第2回

7.2.1. 開催概要

日時：2024年10月11日（金）18:30-20:30

場所：オンライン開催（座長・事務局：TKP 東京駅カンファレンスセンター）

7.2.2. 議事概要

■ 全国腎臓病協議会（全腎協）に寄せられる精神疾患患者の相談事例について

- 全腎協に寄せられる精神疾患患者に関連する相談は、①透析導入が目前にきた時の相談、②透析室での出来事に関わる相談、③透析を実施している精神科病院情報の3つに大別される。
- ①については、近い将来に透析導入が必要であることを知った精神疾患患者本人や家族からの不安や困惑の声が寄せられている。透析治療そのものに対する不安、患者本人との意思疎通が難しい場合に適切な治療を受けることの難しさについても言及されている。
- ②については、患者本人からは、透析時の医療スタッフからの不本意な対応などの相談があった。患者家族からは、透析中に奇声や大声を発するというが、どこに相談すればよいかわからないという相談が寄せられている。
- ③については、家族や医療ソーシャルワーカーのみならず、行政からも、透析患者が入院できる精神科病院の情報がほしいという問い合わせがある。
- いずれも全腎協で対応可能な範囲を超えた相談であり、現状では精神疾患を有する方の透析についての適切な相談先がないことが示唆される。

■ 身体合併症全般に関する課題

- 診療報酬上の諸問題についても検討を要する。
- 身体合併症に対してどういったところまで職能団体として検討する必要があるのか、本会議を受けて改めて検討したい。
- 腎不全を適切に診断できることが重要。
- 急性期はもちろんだが、慢性期の身体合併症をどこでどのように診るか、診療報酬含めた施策面で検討が必要。
- 精神科医療と一般医療の隔絶した医療をつなぎ直す必要がある。
- 向精神薬の影響で水中毒になり透析が必要になったうえで身体的拘束を要する状態になるなど、医原性に身体合併症が生じている場合もある。

■ 腎代替療法に関する課題

- ヒアリング対象として日本サイコネフロロジー学会や地域の研究会も考えられる。
- PD の可否については、診療報酬含めた制度上の課題もあるが、導入対象によっては危険性もあるという意見がある。他方、PD 導入を医学的に判断できている腎臓医が少なく、精神疾患を有することを実施しない理由の一つにされている可能性は

否定できない。PD は精神症状があると危険というのであれば HD も同様に危険であり、生命の危険になるような行動が HD よりも PD で起こりやすいという根拠はない。

- 本来であれば大学病院のような、診療科も揃っており、人的資源もある病院で診療されるべき性質のもの。

■ 精神保健福祉法との関連

- 精神疾患を有している場合の透析における入院形態について、本人の同意能力がない場合は精神症状が入院相当ではなくても医療保護入院となるのか。
- 身体的拘束などの行動制限が透析そのものではなく、多飲水などの問題で必要となることがある。

7.3. 第3回

7.3.1. 開催概要

日時：2025 年 2 月 15 日（土）13:00-15:00

場所：オンライン開催（座長・事務局：八重洲倶楽部）

7.3.2. 議事概要

■ 診療報酬と経済的課題

- 精神科病院における透析患者の受け入れが進まない背景には、診療報酬上の不利益がある。
- 現在、透析クリニックでは障害者等加算や慢性維持透析患者外来医学管理料を算定できるが、精神科病院に入院中の患者が透析を受ける場合、精神科病院側には十分な加算がない。
- 透析を受ける患者が外来通院する場合、送迎や精神科医の介入が必要となるケースが多いが、それに対する補助や診療報酬の枠組みも不十分である。
- 透析クリニックと精神科病院が連携しやすくなるような診療報酬の整備が求められる。

■ 精神科病院と透析医療機関の連携

- 精神科医と透析専門医の間で、「どちらの診療が優先されるべきか」という認識の違いが生じることがある。（透析医は、透析を受ける患者の精神症状が安定しなければ、透析治療が継続できないと考える一方、精神科医は、身体状態の安定が精神症状の改善にも寄与すると考えているなど。）
- 興奮や幻覚妄想を伴う患者に対する透析治療では、精神科医の関与が必要であるが、

透析クリニックでは精神科の診察があったとしても、週 1 回程度の外来受診にとどまることが多い。そのため、透析クリニックに精神科医が往診できる仕組みや、透析中に精神症状が出た際に対応できる体制の構築が求められる。

- 透析クリニックの医療スタッフに対して、精神疾患患者の対応に関する教育や研修を実施できることが望ましい。

■ 在宅医療の可能性

- 在宅で透析を行う場合、重度の精神疾患患者にとっては自己管理の負担が大きく、一定のスキルを要することから実現は困難となることが多い。
- 腹膜透析であれば比較的容易に実施可能であるが、感染リスク管理などの問題があるため、重度の精神疾患患者が在宅で実施することはかなりの困難が伴う。精神科病院内での実施が選択肢となる可能性があるが、病棟の看護体制による。
- 精神科病院と透析医療機関の協定を設け、非常勤の透析医を派遣することで、精神科病院内での透析実施を可能にする仕組みの整備も検討できるのではないかな。

■ 透析適応と意思決定

- 日本透析医学会が作成した「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」では、精神疾患患者への意思決定支援の視点が欠けていることが指摘された。
- 意思決定能力が不十分な精神疾患患者の透析導入判断をどのように行うべきかについて、現行の枠組みでは十分に対応できていない。
- 透析医療の現場では、患者の意向を尊重しながらも、医療側の判断に基づく適切な治療選択が求められるが、精神疾患患者においては、医療保護入院などの制度と透析導入の判断が絡み合い、法的・倫理的な問題が生じる可能性がある。
- 精神疾患患者の透析導入・継続・中止に関する意思決定支援モデルを確立できることが望ましい。

■ 公的役割に関する課題

- 精神疾患患者の透析受け入れが困難な理由の一つに、受け入れ可能な医療機関の不足がある。特に、公的医療機関において、精神科病棟を有し、かつ透析を実施できる病院が極めて少ないことが指摘された。
- 精神科病院に透析機能を持たせることは容易ではないが、最低限、各都道府県に 1 か所以上、精神疾患患者が透析を受けられる拠点病院を整備すべきとの意見が多数あった。また、行政の関与を強化し、精神疾患患者の透析受け入れ体制を公的病院が担う仕組みを構築すべきとの提言もなされた。

図 38 有床総合病院精神科×公的病院精神科の役割（田中, 2024）

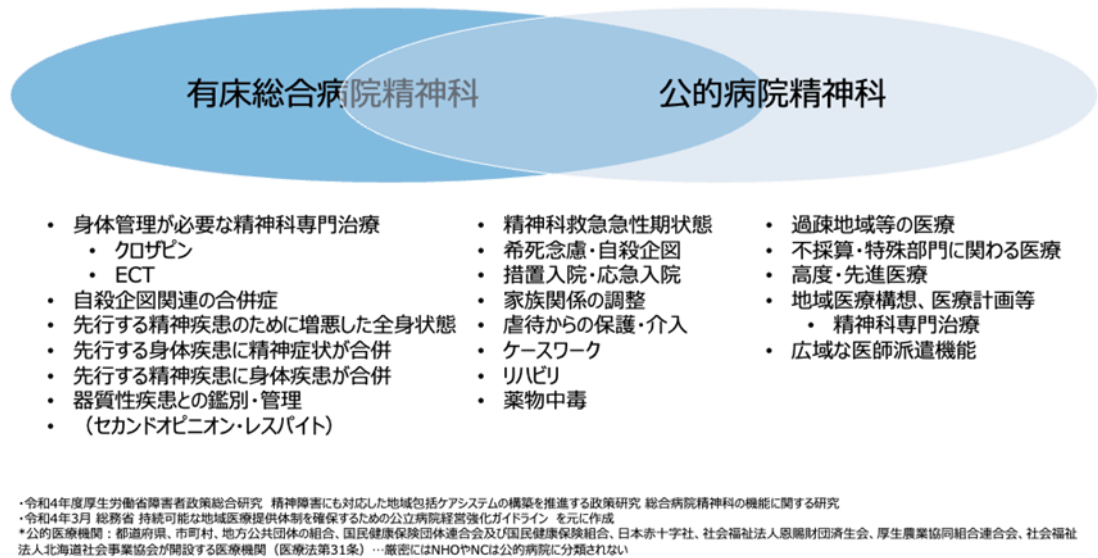
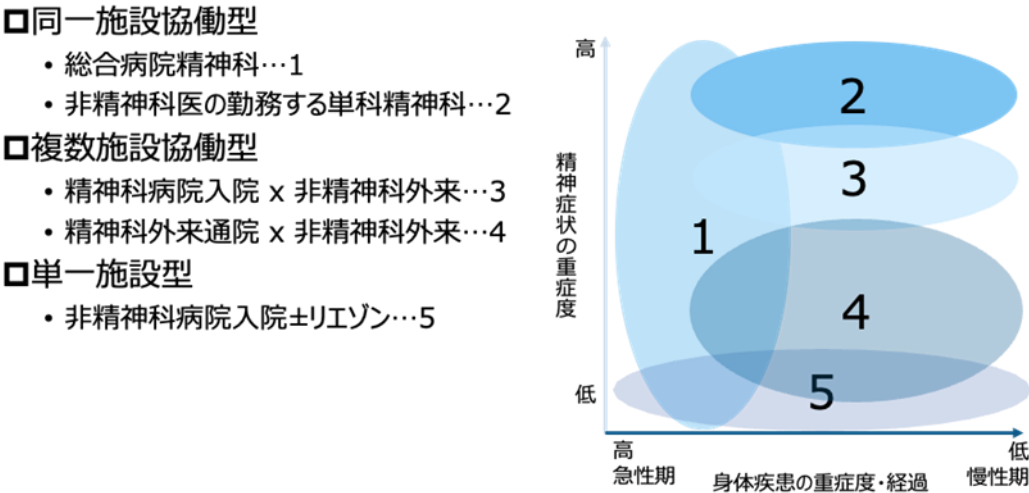


図 39 身体合併症をどこでみるかの類型（田中, 小児・周産期・精神科充実体制加算は「総合病院精神科を評価」しているのか, 2024）



7.4. 第4回

7.4.1. 開催概要

2025年3月17日～3月28日、メールにより報告書案に関する意見交換を行った。

8. 課題と提言

8.1. 腎代替療法を必要とする精神疾患患者の推計の必要性

本調査では精神疾患患者の慢性腎臓病（CKD）患者数や、透析導入を必要とする患者数の実態を十分に把握することが困難であることが示された。患者調査を用いた実態調査により、2020 年時点で慢性腎臓病を併存する精神疾患患者は 3 万 9 千人、その中で透析を必要とする者は 2 万 9 千人との推計を得たが、この推計では疾病の特性や腎保護療法の進歩、透析へのアクセス、統計手法の変更などの要素は考慮外であるため、あくまでも参考値である。慢性腎臓病の罹患率は高齢になるほど高くなることを踏まえると、今後我が国において透析を必要とする精神疾患患者は増加していくものと予想される。医療政策の立案や適正な資源配分を行うためには、精神疾患患者の中で腎代替療法（RRT）を必要とする者の推計をできる限り正確に行う必要がある。

現行の患者調査や医療機関調査では、精神疾患患者における RRT の実施状況を詳細に把握することが難しく、より包括的なデータ解析が求められる。例えば、NDB を活用したデータ解析により、精神疾患を有する慢性腎不全患者の全国的な実態を把握することができると考えられる。NDB を用いることで、精神疾患の診断を有する患者における RRT の導入率、精神科病院と一般病院での透析導入患者の分布、地域ごとの精神疾患患者の透析治療へのアクセス状況、精神科医療機関における腎機能評価の実施状況などの情報を抽出・分析できる可能性がある。

8.2. 精神疾患患者への腎代替療法提供体制

精神疾患患者に適切な RRT を提供するためには、精神科と腎臓内科の連携を強化し、受け入れ先の確保や治療継続のための体制を整備することが求められる。

8.2.1. 血液透析

■ 透析導入

全国調査の結果から、透析導入に関しては、精神病床が全病床の 50%未満の病院（いわゆる総合病院精神科）では、82.7%が可能と回答しているのに対し、精神病床が全病床の 50%以上を占める病院（主たる診療科が精神科である病院）では、透析導入はほぼ不可能であることが示された。また、いわゆる総合病院精神科では、90%が自院において透析導入の必要性の判断が可能と回答しているのに対し、主たる診療科が精神科である病院において

は、精神疾患患者の透析導入の必要性を判断できるとの回答は約 11%にとどまっている。さらに、主たる診療科が精神科である病院においては、約半数が連携・相談できる腎臓医はいないと回答しており、単科精神科病院では透析導入の必要性の判断自体が相当に困難な状況であると考えられる。遠隔診療の利用も含め、単科精神科病院と腎臓医との有効な連携のあり方を検討する必要がある。

■ 維持透析

維持透析に関しては、いわゆる総合病院精神科においても、実施可能な医療機関は約 66%であり、透析導入と比較してその割合が低くなっている。主たる診療科が精神科である病院においては、約 96%が実施不可能と回答している。ヒアリング調査や有識者会議の意見でも、維持透析が可能な医療機関を確保することは、透析導入以上に困難であることが示唆されており、この現状に鑑みて透析導入自体を断念するという状況もあることが推察される。

精神病床への入院が必要であり、自院で維持透析ができない場合は、病棟から透析医療機関に通院する方法が考えられるが、精神症状が重篤である場合は外来通院が困難なことが多い。また通院可能な場合においても、診療報酬上病院の不利益や通院のための人員確保が困難であることなどから、現行の診療報酬制度下では実施が極めて困難であるといえる。精神科病院においては身体疾患の管理や看護にかかるメディカルスタッフの負担が大きいことも、維持透析の実施を困難としている要因のひとつである。

8.2.2. 外来・在宅治療

精神科病床に入院中の透析患者 62 名を対象とした調査では、約 60%は入院期間が 1 年以上であり、5 年以上入院している者も約 20%を占めた。紹介経路を見ると、他院身体科入院からの受け入れが最多であり、入院治療が必要とされる理由としても、身体疾患の治療が最も多かった。約半数の患者は条件が整えば外来透析での対応が可能とされているものの、通院先の確保や居住先の確保が困難な状況であることが示された。これらの結果からは、精神科病床が、身体疾患を抱える精神疾患患者にとって、地域に十分な医療提供体制や支援体制が存在しないことに起因する長期療養の受け皿として機能していることが示唆される。入院環境下においては精神症状が安定しているにもかかわらず、通院透析への移行が困難な患者が少なからず存在していた。また、透析を必要とする精神疾患患者の多くが高齢者であり、地域において維持透析を継続するためには、透析医療機関への送迎体制や、精神症状が悪化した際に精神科医療による対応が適時可能な体制、さらに医療との連携を強化した居住支援や介護・福祉的支援などの整備が必要であると考えられる。

精神科外来に通院している精神疾患患者の維持透析については、継続的に精神症状が安定していれば、透析を提供できる医療機関の確保は可能であると考えられる。しかし、常時

精神疾患患者に透析を提供している医療機関においても、精神症状のため大声を出したり、自傷行為や他害行為が認められたりする場合、透析実施中に安静を保てない場合などでは、透析の実施が極めて困難となる。精神症状の悪化が認められた場合に、短期の精神病床への入院が可能であれば、精神症状が安定した後再度通院での透析が可能となるものと考えられるが、現状では短期の入院であっても受け入れ先を確保することは非常に困難であることが、調査やヒアリングから示唆されている。精神科医療機関と透析医療機関との連携体制（外来診療、往診、オンラインでの相談など）を構築することで、透析医療機関の精神疾患患者への対応能力を向上させる取り組みや、身体合併症をもつ精神疾患患者の地域生活を支えるための、精神科の外来・在宅診療体制の充実が求められる。

8.2.3. 腹膜透析

我が国では、腹膜透析の実施自体が他の先進諸国と比較してかなり少ないことが知られている。腹膜透析は、患者自身や家族が在宅で行うことが可能な腎代替療法であり、通院が困難な患者や精神症状が不安定な患者にとっては、血液透析に代わる有力な選択肢となりうる。特に、精神科病床に入院している患者においては、施設内で腹膜透析を継続できる可能性がある点で、地域移行や QOL 向上に寄与することが期待される。

一方で、本調査からは、精神科病院での腹膜透析導入にはさまざまな困難があることも示唆された。感染管理に関する懸念、自己管理の困難さ、腹膜透析の継続的なサポート体制を構築するためのスタッフの人員確保や教育体制の未整備などが挙げられる。さらに、腹膜透析に必要な手技に対するスタッフ側の心理的ハードルの高さが、導入を妨げる一因となっている可能性もある。手技自体は、医療系資格を持たない患者や家族でも習得可能なものであるが、精神科病院においては感染リスクやトラブル時の対応への懸念などから、腹膜透析の導入に踏み切れない状況も想定される。現在受け入れが十分できていない要因を検証したうえで体制整備のあり方を検討し、将来的には、精神科病院においても腹膜透析が現実的な選択肢のひとつとなることが望まれる。

8.2.4. 腎保護療法

腎機能低下を認めた場合には、腎保護療法の実施が重要である。しかし、精神疾患患者においては、腎機能低下の兆候が見落とされることが多く、治療導入が遅れる傾向にあることが懸念される。また、腎臓医との連携が困難な単科精神科病院において腎保護療法を実施すること自体、かなりの困難を伴うと考えられる。精神科医療機関での定期的な腎機能スクリーニングを推進し、腎機能低下が疑われた場合に早期に腎臓医に紹介できる体制を構築することが求められる。

8.3. 意思決定支援

精神疾患患者における透析の開始・中止に関する意思決定は、生命に直結する選択であり、精神症状の影響による意思決定能力の変動を踏まえた、丁寧な意思決定支援が不可欠である。このような意思決定を行う場面では、単なる医療的判断にとどまらず、倫理的配慮を要することが多い。そのため、臨床倫理支援体制の整備や、意思決定能力に関する評価指針の策定も含めた議論が求められる。また、適切な意思決定支援を行っても患者本人による意思決定ができない場合の対応についても検討しておく必要がある。

意思決定支援においては、適切な情報提供が必須であるが、単科精神科病院では腎臓医との連携が十分ではないことなどから、透析開始のメリット・デメリット、リスク、代替手段などについて適切な情報提供が行えない場合がある。特に、精神科医が腎代替療法の詳細な説明を行うことは難しく、このため患者が適切な判断を下すことができないケースがあるものと推察される。

一部の患者は、透析を開始・継続することへの不安や、治療の必要性の理解が困難であることなどから、透析を拒否する場合がある。精神病床に入院して治療を行う場合であって、透析等の医療を受けないことに伴う不利益が存在する場合において、精神保健福祉法に基づく入院となるかについてはコンセンサスが得られているとはいえず、今後さらなる検討が望まれる。

本人の意思決定能力が失われている場合、医療チームや家族の意向により、過剰な医療の提供や不適切な治療中止が行われることがないよう、「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」〔日本透析医学会, 2020〕や、「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」〔山縣然太郎, 2019〕等も参照しつつ、適切な治療方針決定を行うべきである。現状我が国では、精神疾患の特性に配慮した意思決定支援のあり方についての指針等は示されておらず、今後精神科医療関係者、透析医療関係者、当事者、家族等を含む学際的な研究により、精神疾患患者の透析に関する意思決定支援のあり方を検討することが望ましいと考えられる。

8.4. 多職種協働

本調査を通じて、人的・物的両面において既存のリソースをいかに活かすかという観点の重要性が浮き彫りとなった。以下、医師、看護師、医師・看護師以外のコメディカル、介護・福祉職という観点から、課題と提言をまとめる。

8.4.1. 医師

医師については、精神科医と腎臓医との壁やつながりのなさをいかに克服できるかが課題である。具体的には地域であれば開業医同士の連携について医師会など既存の職能集団の活用は有用な選択肢だろう。また、必要に応じて精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける協議の場を、行政が主体となって積極的に本観点で利用することも考えられる。

大学病院やいわゆる総合病院においては診療科の縦割りが問題となることがあるが、透析のみならず、精神身体合併症についてはその縦割りが患者の不利益に直結することがあり、病院長や診療科長によるイニシアチブが期待される。また、本観点において好事例を収集することもまた意味のあることであろう。

8.4.2. 看護師

「看護のできない患者はいない」と中井（2004）が述べているように、精神科領域において看護職はなくてはならない存在である。入院下では交代制ではあるが、24 時間患者の生活に寄り添い、地域では訪問看護や地域精神保健活動として患者の生活場面に直接かかり、外来診療では患者の機微な変化に気づきながらそれを適切に医師へ伝えることが求められている。

看護師の専門性としては、これまで専門看護師や認定看護師、特定行為の可能な看護師の養成が進んできており、身体面でのより高度な看護や医学的アセスメントが看護師により行われ始めている（厚生労働省, 2025）。精神科単科病院を想定すると、限られた検査機器や人員配置の中で、身体的な変化を的確にとらえ、アセスメントすることは大変高度な技術であることが想定される。よって、透析のみならず精神身体合併症の観点において、専門性の高い看護師の活用についても検討される必要がある。

また、看護師のキャリア・臨床経験としてのいわゆる総合病院精神科に目を向けると、病院や地域によって役割は大いに異なるものの、身体面と精神面の両面について知識や技術を有する看護師が必要にかられて養成される職業場面である。この観点において、看護師の卒後教育の要としての総合病院精神科は活用され得るものであるため、今後の調査研究が必要な領域であると考えられる。

8.4.3. 医師・看護師以外のコメディカル

精神身体合併症においては、地域との調整の観点において精神保健福祉士は必要不可欠である。また、精神保健福祉士を核として病院間や病院-診療所間のネットワークの構築があれば、それぞれの医療機関の役割に応じた相談が円滑に進むことは想像に難くない。

同観点においては、薬剤師についても要の存在である。なぜならば、精神身体合併症にお

いては身体疾患がマルチモビディティ状態となっていることが極めて多く、ポリファーマシーとなっていることが少なくない。よって、現時点で真に必要な薬剤の見極めや必要に応じた処方提案や疑義照会などにおける薬剤師の専門性は極めて重要である。

公認心理師の活用についても本分野では検討の余地があるところであり、特に精神科医療機関以外では、公認心理師が精神面について核となることが多い。また、意思決定の場面についても心理査定を含め公認心理師が負う側面は大きい。よって、精神身体合併症の観点において、公認心理師の活躍の現場や活用の場面については、今後検討の余地がある。

8.4.4. 介護・福祉職

本調査事業から判明したように、退院先があれば退院できる精神疾患を有した透析患者はある一定数存在すると考えられた。この観点からは、介護・福祉分野において透析を始めとした精神身体合併症に関するある程度の知識を有した従事者がいることが必要である。このため今後の精神身体合併症に関する介護・福祉分野での教育や研修機会の検討が求められる。

地域の医療機関や高齢者施設において、精神科への入院が必要と考えられる患者・入所者がいる場合、その相談および調整を担うのは医療ソーシャルワーカー（社会福祉士）の役割となる。このことを踏まえると、社会福祉士が精神科医療や透析等の医療に関する理解を深めるための取組みや、精神科病院の精神保健福祉士と透析医療機関の社会福祉士との連携促進も必要であると考えられる。

8.5. 国・地方公共団体における対応

8.5.1. 国の指針と公的病院の役割

現状においては、精神疾患患者に透析が必要となった際には、医療機関が個別の努力により入院先や通院先を探すことがほとんどであることが、本調査研究から明らかとなった。一部地域においては、連携のためのネットワーク構築が進みつつあるとの情報もあるが、多くの地域ではこの課題に対して行政の関与は認められない。

「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」（厚生労働省告示第65号）では、身体合併症への対応や身体科との連携の重要性が示されているものの、腎代替療法をはじめとする高度で継続的な身体的医療を必要とする精神疾患患者への対応については、十分に具体的な言及がされていない。本調査研究の結果を踏まえると、精神科と身体科の連携を支援・促進する制度的枠組みの構築など、高度医療を要する身体疾患への対応についての指針を示すことが望ましいと考えられる。また、身体疾患を有する精神疾患患

者の意思決定支援の必要性についても検討することが求められる。

第 8 次医療計画においては、身体合併症対応についての言及はあるものの、指標とされているのは精神科救急やそれに準ずるような急性期の医療に関する項目であり、維持期の血液透析といった、継続的に高度な医療が必要とされるような状況については検討がなされていない。これまで精神医療は対象外であった地域医療構想については、第 217 回国会（令和 7 年常会）提出されている医療法等の一部を改正する法律案が成立すれば、精神医療も対象とされることになり、これにより身体疾患に対する医療と精神疾患に対する医療の双方を必要とする患者への対応等における精神医療と一般医療との連携等が推進されることが期待される。

本事業で実施した調査やヒアリングにおいては、精神疾患患者の透析に関しては、公的医療機関の責任において体制を整備することが望まれている。自治体主導による連携体制の確保や、透析受け入れ可能な精神病床の確保について検討していくことが求められる。

8.5.2. 診療報酬や地方公共団体における対応の課題

本調査事業の結果、精神科病院における透析医療の実施が困難な要因の一つとして、診療報酬上の不利益が大きく影響していることが明らかとなった。精神科病院の入院患者が外部医療機関で透析を受ける場合、入院料が大幅に減算される。特に包括病棟においては減算幅が大きく、経営上の影響が大きい。出来高病棟では経営上の不利益は少ないものの、病棟の人員配置が不十分であり、患者の状態に適したケアを提供することが困難となり、退院支援が進まない要因ともなっていると考えられる。また透析を必要とする患者の身体管理のためには、相応のスキルが必要とされ、スタッフの負荷も大きいにもかかわらず、精神科身体合併症管理加算は急性期しか算定できないことも、透析患者の受け入れを躊躇する要因となっているという側面があることも示唆された。

精神科病院の入院患者が外部医療機関で透析を受ける場合のもう一つの大きな課題は、送迎や付き添いに係る人員の確保である。透析のために病棟スタッフが付き添う場合、病棟の人員配置基準を満たさなくなるため、あらかじめスタッフを加配しておく必要があるが、そのような余剰人員を常時確保するのは極めて困難である。東京都が令和 6(2024)年度から開始した「身体合併症（慢性維持透析）に係る医療提供体制の確保事業」がほとんど活用されていない背景のひとつには、人員確保の難しさがあるものと推察される。

RRT を必要とする精神疾患患者に早期に適切な治療を提供するためには、精神科医療機関と腎臓医、透析医療機関との連携が不可欠であり、これらの連携を促進させるための診療報酬上の対応や地方公共団体が行う事業等についても検討されることが望ましい。

8.6. おわりに

本報告書では、精神疾患を有する患者に対する RRT、特に血液透析の提供体制に焦点を当て、現状の課題と今後の対応について検討した。調査結果から、精神科医療機関と透析医との連携不足、意思決定支援の困難さ、診療報酬や医療計画上の課題など、多くの問題点が浮き彫りとなった。特に、維持透析を提供できる医療機関が極めて限られていることや、精神病床の割合が高い病院では透析導入の判断や腎臓医との連携が困難であることにより、透析治療の提供が制約されていることがうかがえた。

精神疾患患者の身体合併症への対応には、RRT にとどまらず、より広範な課題を内包している。腎不全に限らず、悪性腫瘍や心血管疾患など高度な医療を必要とする身体疾患をもつ精神疾患患者が適切な身体科治療を受けられない事例は少なくない。特に、近年の有床総合病院精神科の減少により、精神疾患と身体疾患の双方が重症である患者に対する治療の選択肢がますます狭まっていることは深刻な問題である。

現行の医療提供体制では、精神疾患を理由として適切な身体疾患治療を受けられない状況が発生していると言わざるを得ず、これは決して許容されるべきものではない。診療報酬上の課題や、精神科医療と身体科医療の連携の不十分さ等により、結果として患者の生命予後や生活の質（QOL）に悪影響を及ぼしていることが危惧される状況であり、急性期のみならず、慢性期の医療提供体制についても抜本的な見直しが必要であろう。

また、精神疾患患者における身体疾患管理の改善に向けては、医療計画および精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの中で精神医療と一般医療の連携を強化すること、遠隔医療や訪問診療の活用を推進すること、公的医療機関の役割を明確化し、行政が積極的に関与することなどが求められる。

本報告書が、精神疾患患者が適切な腎代替療法を受けられる環境を整える一助となることを願うとともに、今後も精神疾患患者の身体合併症対応に関する課題について、多職種・多機関が協力しながら検討を進めていくことが強く望まれる。

9. 文献

- AbramowiczD, PCochat, ClaasFH, HeemannU, PascualJ, DudleyC, . . . NaglerE. (2015). European Renal Best Practice Guideline on kidney donor and recipient evaluation and perioperative care. *Nephrol Dial Transplant*, 1790-7.
- ChadbanSJ, AhnC, AxelrodDA, FosterBJ, KasiskeBL, KherV, . . . KnollGA. (2020). KDIGO Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Management of Candidates for Kidney Transplantation. *Transplantation*, S11-S103.
- CogleyC, CarswellC, BramhamK, ChilcotJ. (2022 年 9 月). Chronic Kidney Disease and Severe Mental Illness: Addressing Disparities in Access to Health Care and Health Outcomes. *Clin J Am Soc Nephrol*, 17(9), 1413-1417.
- IwagamiM, MansfieldKE, HayesJF, WaltersK, OsbornDP, SmeethL, . . . TomlinsonLA. (2018 年 4 月). Severe mental illness and chronic kidney disease: a cross-sectional study in the United Kingdom. *Clin Epidemiol*, 16(10), 421-429.
- LentineKL, KasiskeBL, LeveyAS, AdamsPL, AlberúJ, BakrMA, . . . GargAX. (2017). KDIGO Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Care of Living Kidney Donors. *Transplantation*, S1-S109.
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2024). 2024 USRDS Annual Data Report: Epidemiology of kidney disease in the United States. 参照日: 2025 年 2 月 2 日, 参照先: <https://usrds-adr.niddk.nih.gov/2024>
- VirmaniS, AschWS. (2020). The Role of the General Nephrologist in Evaluating Patients for Kidney Transplantation: Core Curriculum 2020. *Am J Kidney Dis*, 567-579.
- 古久保拓. (2023 年 1 月 1 日). 透析患者と薬剤: 基本的な薬物動態と透析による影響. *Hospitalist*, 11(2), 510-517.
- 後藤有里. (2020). 消極的安楽死における終末期の定義と治療中止の正当化要件及び根拠- 福生病院透析中止事件をきっかけとして-. *法学ジャーナル*, 2020(98), 95-131.
- 厚生労働省. (2021). 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書—誰もが安心して自分らしく暮らすことができる地域共生社会の実現を目指して—. 参照日: 令和 7 年 3 月 12 日, 参照先: <https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000755200.pdf>
- 厚生労働省. (2024). 新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等について. 参照日: 令和 7 年 3 月 12 日, 参照先:

- <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/001344152.pdf>
- 厚生労働省. (2024 年 12 月 20 日). 令和 5 年患者調査, 総患者数, 性・年齢階級 (5 歳) × 傷病小分類別. 参照日: 2025 年 2 月 2 日, 参照先: https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?stat_infid=000040234426
- 厚生労働省. (2025 年 2 月 12 日). 特定行為に係る看護師の研修制度. 参照日: 2025 年 3 月 12 日, 参照先: <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077077.html>
- 厚生労働省. (日付不明). 患者調査 (基幹統計). 参照日: 2025 年 2 月 2 日, 参照先: https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20-tyousa_gaiyou.html#01
- 厚生労働省医政局地域医療計画課長. (2023 年 6 月 29 日). 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について. 参照日: 2025 年 2 月 2 日, 参照先: 医療計画: <https://www.mhlw.go.jp/content/001103126.pdf>
- 厚生労働省医政局長. (2017 年 8 月 4 日). 地域医療構想を踏まえた「公的医療機関等 2025 プラン」策定について. 参照日: 2025 年 2 月 2 日, 参照先: 第 12 回医療計画の見直し等に関する検討会: <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-lseikyoku-Soumuka/0000191733.pdf>
- 厚生労働省医政局長. (2023 年 6 月 15 日). 医療計画について. 参照日: 2025 年 2 月 2 日, 参照先: 医療計画: <https://www.mhlw.go.jp/content/001108169.pdf>
- 山縣然太郎. (2019). 身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン. 参照日: 2025 年 3 月 15 日, 参照先: <https://www.mhlw.go.jp/content/000516181.pdf>
- 新井久稔, 山本賢司, 井上勝夫, 丸香奈恵, 塚原敦子, 宮岡等. (2012 年 4 月 15 日). 入院による血液透析を必要とした精神障害者の臨床的特徴について. 精神医学, 54(4), 411-417.
- 総務省自治財政局長. (2022 年 3 月 29 日). 持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン. 参照日: 2025 年 2 月 2 日, 参照先: 総務省: https://www.soumu.go.jp/main_content/000803322.pdf
- 大宮千明, 古賀健一, 岩本修平, 石田裕貴, 村田幹, 山岡諭史, . . . 八幡兼成. (2024 年 7 月 28 日). Assisted peritoneal dialysis で透析導入した統合失調症患者の 1 例. 日本透析医学会雑誌, 57(7), 319-323.
- 中井久夫, 山口直彦. (2004). 看護のための精神医学.
- 東京都福祉局障害者施策推進部精神保険医療課. (2024 年 5 月 2 日). 身体合併症 (慢性維持

- 透析）に係る医療提供体制の確保事業．参照日：2025 年 2 月 2 日，参照先：
https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/shougai/shougai_shisaku/gappeisho_tou_seki
- 藤野国生，藤野ヤヨイ．(2003 年 12 月)．透析治療受け入れ拒否事件 身体合併症患者の受療の権利．精神科看護，30(12)，70-73．
- 独立行政法人国立病院機構．(2024 年 12 月 20 日)．国立病院機構（NHO）ビジョン．参照日：2025 年 2 月 2 日，参照先：国立病院機構（NHO）ビジョン：
<https://nho.hosp.go.jp/files/000225309.pdf>
- 日本移植学会．(2023)．2023 臓器移植ファクトブック．参照日：2025 年 2 月 2 日，参照先：
日本移植学会ファクトブック：
<https://www.asas.or.jp/jst/pdf/factbook/factbook2023.pdf?20241112>
- 日本腎臓学会．(2023)．エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2023．(CKD 診療ガイドライン改訂委員会，編) 東京，日本：東京医学社．
- 日本腎臓学会．(2025)．CKD 診療ガイド 2024．日本腎臓学会誌，67(1)，1-178．
- 日本腎臓学会等．(2024 年 6 月)．腎不全 治療選択とその実際 2024 年版．参照日：2025 年 2 月 2 日，参照先：日本腎臓学会：
https://jsn.or.jp/jsn_new/iryou/kaiin/free/primers/pdf/2024allpage.pdf
- 日本腎臓病薬物療法学会．(2024 年 4 月 1 日)．腎機能低下時に最も注意が必要な薬剤投与量一覧．参照日：2025 年 2 月 9 日，参照先：
<https://www.jsnp.org/ckd/yakuzaitoyoryo.php>
- 日本精神科病院協会．(2021)．精神病床で身体合併症管理を必要とする入院患者に対する取組の実態調査報告書．令和 2 年度 厚生労働科学研究補助金（障害者総合福祉推進事業）．
- 日本透析医学会．(2020)．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．日本透析医学会雑誌，53(4)，173-217．
- 日本透析医学会．(2024)．わが国の慢性透析療法の現況（2023 年 12 月 31 日現在）．日本透析医学会雑誌，57(12)，543-620．参照先：
<https://docs.jsdt.or.jp/overview/index.html>
- 齋藤友季子，向井賢司，貴志直哉，齋藤真一，齋藤純一．(2020)．精神科入院中に血液透析を導入した，水中毒の病歴を持つ統合失調症 3 例の検討．日本透析医学会雑誌，53(6)，329-332．

10. 付録（調査票）

別添 1 医療施設調査票

別添 2 精神保健福祉センター長調査票

別添 3 患者調査票

腎代替療法（血液透析等）に関する実態調査

* 選択回答式の問いにつきましては、あてはまる選択肢の□に✓を入れてください。

問1 貴院の所在地（都道府県） _____ 都 道 府 県

問2 貴院の全病床数 _____ 床

問3 うち精神病床数 _____ 床

問4 病院属性 ☐ 国立 ☐ 公立・公的・社会保険関係 ☐ 医療法人・その他の法人 ☐ 個人

問5 貴院における透析の実施状況につき伺います。

問5-1 貴院において透析の導入の必要性を判断することはできますか。

☐ できる ☐ できない ☐ 場合による

問5-2 貴院では透析の導入を行っていますか。

☐ 行っている ☐ 行っていない ☐ 場合による

問5-3 貴院では維持透析を行っていますか。

☐ 行っている ☐ 行っていない ☐ 場合による

問5-4 入院透析可能人数（最大）は何名ですか。 _____ 名

問5-5 現在精神病床入院中の患者のうち以下の人数につきお答えください。

☐ 院内で血液透析中の患者数 _____ 名

☐ 院外に通院し、血液透析を実施している患者数 _____ 名

☐ 院内管理を行っている腹膜透析中の患者数 _____ 名

☐ 院外管理を行っている腹膜透析中の患者数 _____ 名

問6 院内で血液透析中の精神病床入院患者が1名以上いる場合、以下の質問にお答えください。

いない場合は問7にお進みください。

院内で血液透析中の入院患者が入院している病棟で算定している入院料は何ですか。（複数回答可）

☐ 精神病棟入院基本料 ☐ 特定機能病院入院基本料 ☐ 精神科救急急性期医療入院料

☐ 精神科急性期治療病棟入院料 ☐ 精神科救急・合併症入院料 ☐ 精神療養病棟入院料

☐ 児童・思春期精神科入院医療管理料 ☐ 認知症治療病棟入院料 ☐ 精神科地域包括ケア病棟入院料

☐ 地域移行機能強化病棟入院料

問7 院外に通院し、血液透析を実施している入院患者が1名以上いる場合、以下の質問にお答えください。いない

場合は問8にお進みください。

問7-1 透析を実施する医療機関への送迎は誰が実施していますか。

☐ 透析実施医療機関が送迎する ☐ 貴院が送迎する ☐ その他（ _____ ）

問7-2 透析中の付き添いが必要ですか

☐ 原則として付き添いが必要 ☐ 原則として付き添いは不要 ☐ 患者の病状によっては付き添いが必要

問7-3 入院患者が外部の医療機関で透析を受けるにあたっての困難として、どのようなことがありますか。（複数回答可）

☐ 通院に関連するマンパワーの確保 ☐ 精神症状や行動上の問題があり、通院が困難

☐ 診療報酬における入院中の患者の他医療機関受診の取扱い

☐ その他（ _____ ）

裏面にお進みください

問7-4 入院患者が院外に通院して血液透析を行う場合、自治体からの補助金の支給はありますか。

☐ある ☐ない ☐わからない

問8 貴院では、腎臓医との連携が必要となった場合、連携・相談は可能ですか。

☐院内に腎臓医がいる ☐院外に連携・相談できる腎臓医がいる ☐連携・相談できる腎臓医はいない

問9 貴院精神科に入院中の患者に透析の必要性が生じた場合の他医療機関との連携体制がありますか。

☐ある ☐ない ☐わからない

問10 貴院の所在地である都道府県では、精神科入院中の患者に透析の必要性が生じた場合、自治体からの協力や情報提供は得られますか。

☐精神科入院中の患者の透析の必要性が生じた場合の転院先確保の仕組みがある

☐必要に応じて自治体の協力を得られる ☐自治体の協力は得られない ☐わからない

問11 最近約1年間で、透析のための転院調整を行ったことがありますか。

☐ある ⇒問12へ ☐ない ⇒問13へ

問12 転院調整を行ったことがある場合、以下の問いにお答えください。ない場合は問10にお進みください。

問12-1 転院できましたか。

☐転院できた ⇒問12-2へ

☐転院できなかった ⇒問12-3へ

☐転院できた場合とできなかった場合があった ⇒問12-2へ

問12-2 転院先の所在地はどこでしたか（複数回答可）

☐貴院の近隣（同一二次医療圏内など） ☐貴院と同じ都道府県内

☐隣接する都道府県 ☐隣接しない都道府県

問12-3 転院できなかった患者の転帰につきお答えください。（複数回答可）

☐貴院入院のまま、外部の医療機関に通院して透析することとなった

☐退院し、自宅または施設から外部の医療機関に通院して透析することとなった

☐死亡退院となった

☐その他（ ）

問13 貴院では、以下の検査の定期的な実施に関する病院の方針がありますか。

尿検査（定性）

☐病院の方針があり、定期的の実施している ☐病院の方針はない（医師の裁量により実施）

尿検査（定量）

☐病院の方針があり、定期的の実施している ☐病院の方針はない（医師の裁量により実施）

eGFR測定

☐病院の方針があり、定期的の実施している ☐病院の方針はない（医師の裁量により実施）

問14 重度の精神障害者に透析が必要となった場合の対応につき、ご意見があればご記入ください。

[]

ご協力ありがとうございました

精神疾患を有する方への血液透析に関するアンケート

※以下の質問について、プルダウンで「あり」「なし」を選択してください。

※自由記載の質問については、「回答」欄にそのまま回答をご入力ください。

	質問	回答
1	(自由記述)貴センターはどの地域を管轄していますか(〇〇県、〇〇市、など)。	
以下、貴センターの管轄している地域についてお答えください。		
2	精神疾患を有する方が身体的な救急状態に陥っている際に、搬送先・転院先の医療機関を調整する公的な事業や制度はありますか。	
3	精神疾患を有する方が血液透析の導入が必要となった際に、搬送先・転院先の医療機関を調整する公的な事業や制度はありますか。	
4	精神疾患を有する方が血液透析の維持が必要となった際に、通院先や入院先の医療機関を調整する公的な事業や制度はありますか。	
5	精神疾患を有する方が血液透析の導入や維持が必要となった際の対応に関して協議する場はありますか。	
6	(自由記述)5 で「あり」と回答した方にお尋ねします。 協議の場にはどのような立場の方が参加されますか。	
回答 (自由記述)		
7	直近 1 年間に、精神疾患を有する方の身体的な救急状態に関して、貴センターへ相談はありましたか。	
8	7 で「あり」と回答した方にお尋ねします。 相談内容で回答や解決が困難と感じた事例はありましたか。	
9	(自由記述)8 で「あり」と回答した方にお尋ねします。 その内容について個人が特定できない範囲で自由記載をお願いします(可能な範囲で構いませんし、skipしていただいても構いません)	
回答 (自由記述)		
10	直近 1 年間に、精神疾患を有する方の血液透析に関して、貴センターへの相談はありましたか。	
11	(自由記述)10 で「あり」と回答した方にお尋ねします。 相談内容で回答や解決が困難と感じた事例はありましたか。	

別添 2

12	(自由記述)11 で「あり」と回答した方にお尋ねします。 その内容について個人が特定できない範囲で自由記載をお願いします(可能な範囲で構いませんし、skipしていただいても構いません)	
回答 (自由記述)		
13	貴センターの業務の中で、精神疾患を有する方の身体合併症への対応について困難さを感じる ことがありますか。	
14	(自由記述)13 で「あり」と回答した方にお尋ねします。 その内容について個人が特定できない範囲で自由記載をお願いします(可能な範囲で構いませんし、skipしていただいても構いません)	
回答 (自由記述)		
15	精神疾患を有する方に他 k する血液透析について、30 分程度のヒアリングにご対応いただくことが できる場合、ご連絡先をご記入ください。	
ご連絡先 (メルアドな ど)		
16	(自由記述)血液透析が必要な精神疾患者の治療・ケアのあり方について、ご意見がありましたらご記入く ださい。	
回答 (自由記述)		

貴院精神病床に入院中で、血液透析を実施中の方について、あてはまる内容の□に✓をいれ、_____（下線部）に必要事項をご記入ください。

※ 口頭同意を取得 ☐ （チェックをお願いします）	
I. 現在の診断・状態	
1. 主診断名 （1つのみ選択）	☐ F0：器質性精神障害 ☐ F2：統合失調症 ☐ F30/F31：気分障害（躁病エピソード・双極性障害） ☐ F5：生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群 ☐ F7：知的障害 ☐ F9：小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害 ☐ F1：精神作用物質使用 ☐ F3(F30/F31 以外)：気分障害 ☐ F4：神経症性障害 ☐ F6：人格障害 ☐ F8：心理的発達の障害
2. 状態像(複数選択可)	☐ なし ☐ 幻覚妄想状態 ☐ 精神運動興奮状態 ☐ 昏迷状態 ☐ 統合失調症等残遺状態 ☐ 抑鬱状態 ☐ 躁状態 ☐ せん妄状態 ☐ もうろう状態 ☐ 認知症状態 ☐ その他(_____)
3. 重複診断(複数選択可)	☐ なし ☐ 精神作用物質使用 ☐ 知的障害 ☐ 発達障害
4. 直近の GAF 得点 _____ 点（評価日 _____ 年 _____ 月）	☐ 不明
5. 腎不全の原因疾患	☐ 糖尿病性腎症 ☐ 慢性糸球体腎炎 ☐ 腎硬化症 ☐ その他 (_____)
6. 5 以外で管理が必要な身体疾患 (複数選択可)	☐ なし ☐ 糖尿病（Ⅰ型） ☐ 糖尿病（Ⅱ型） ☐ 網膜症 ☐ 白内障 ☐ 脂質異常症 ☐ 高血圧症 ☐ 心血管系疾患 ☐ 脳血管系疾患 ☐ 末梢神経障害 ☐ 末梢血管障害 ☐ 免疫系疾患 ☐ 悪性新生物 ☐ その他 (_____)
7. 透析期間	_____ 年 _____ 月
8. 外来透析利用の可否 (複数選択可)	☐ 1) 不可 ☐ 2) 条件が整えば可（外来透析の条件： ☐ 通院先の確保 ☐ 移動手段の確保 ☐ 診療報酬上の不利益がないこと ☐ 付き添い等の人員の確保 ☐ その他 (_____)
II. 属性	
年齢： ☐ 10 代 ☐ 20 代 ☐ 30 代 ☐ 40 代 ☐ 50 代 ☐ 60 代 ☐ 70 代 ☐ 80 代 ☐ 90 代以上	
9. 今回の入院の経路： ☐ 1) 自院外来 ☐ 2) 他院（精神科・外来）から ☐ 3) 他院（精神科・入院）から ☐ 4) 他院（身体科・外来）から ☐ 5) 他院（身体科・入院）から ☐ 6) 老健から ☐ 7) 老人ホームから ☐ 8) 行政から ☐ 9) その他 (_____)	
10.（他院・老健・老人ホームからの紹介の場合）紹介先機関の所在地： ☐ 1) 貴院の近隣（同一二次医療圏内など） ☐ 2) 貴院と同じ都道府県内 ☐ 3) 隣接する都道府県 ☐ 4) 隣接しない都道府県	
11. 今回の入院期間 _____ 日	
12. 入院時の入院形態	☐ 任 ☐ 医保 ☐ 措 ☐ 緊措 ☐ 応
13. 現在の入院形態	☐ 任 ☐ 医保 ☐ 措
14. 算定する入院料	☐ 精神病棟入院基本料 ☐ 特定機能病院入院基本料 ☐ 精神科救急性期医療入院料 ☐ 精神科急性期治療病棟入院料 ☐ 精神科救急・合併症入院料 ☐ 精神療養病棟入院料 ☐ 児童・思春期精神科入院医療管理料 ☐ 認知症治療病棟入院料 ☐ 精神科地域包括ケア病棟入院料 ☐ 地域移行機能強化病棟入院料
15. 過去の精神科入院	過去の精神科入院回数の合計 _____ 回*今回の入院は除く
IV. 入院中の支援	
16. 入院中の行動制限（1 か月以内）： ☐ 0) なし ☐ 1) 隔離 ☐ 2) 身体的拘束（理由など補足あれば：_____）	
17. 透析中の身体的拘束（1 か月以内）： ☐ 0) なし ☐ 1) あり（理由など補足あれば：_____）	
18. 入院中の院内他科受診（透析関係以外）： ☐ 0) なし ☐ 1) あり（_____科）	
19. 入院中の院外他科受診（透析関係以外）： ☐ 0) なし ☐ 1) あり（_____科）	
20. 退院の予定 (複数選択可)	☐ 1) 近日退院予定 ☐ 2) 退院予定なし（入院継続の理由： ☐ 精神症状が改善していない ☐ 問題行動が継続している ☐ 透析実施医療機関の確保が困難 ☐ 身体疾患の入院治療が必要 ☐ 地域の支援体制の確保が困難 ☐ 居住先の確保が困難 ☐ その他 (_____)

令和 6 年度 障害者総合支援事業費補助金
(障害者総合福祉推進事業)

精神疾患を有する患者に対する腎代替療法等に関する調査研究 報告書

発 行 日 令和 7 年 (2025 年) 3 月

編集責任者 藤井 千代

発 行 者 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター
〒187-8551 東京都小平市小川東町 4-1-1

