

高齢化社会における腹膜透析普及への課題

水口 潤

川島病院

key words : 腹膜透析, 高齢化社会, 腹膜透析普及, シンプル PD

要 旨

腹膜透析 (PD) は 24 時間連続で治療する比較的马イルドな透析療法であり, 社会復帰や在宅医療をメリットとして普及がはかられた。しかし, わが国では透析患者の大多数が施設での血液透析患者であり PD 患者はわずか 3.0% にすぎない。その普及率は極めて低い状況にあるが, その要因として若手医師に対する PD に関する教育不足や, 導入システムが整っていない施設が多いことがあげられる。さらに導入システムが整っていない施設では, PD に関する情報提供が十分に行われていないことも報告されている。今後は患者の高齢化や在宅医療の推進に伴い, PD の必要性が高まると考えられる。その普及のためには, それを妨げる要因の解決に加え, 患者ならびにそれを支える家族の負担軽減や, 透析を行っていない病院や施設での受け入れを目的として PD の簡素化が重要である。

われわれの施設では「複雑なものや特殊なものは普及しない」をモットーとし, PD をどこの施設でもできる治療とするために, PD の一般化と簡素化 (シンプル PD) に取り組んでいる。PD を特殊化しないために PD 専任看護師を置かず, PD を外来・病棟における日常業務としている。また PD 専門外来を廃止し, 腎臓内科外来で腎炎・慢性腎不全保存期の患者と一緒に診療を行うことにしている。一方, 簡素化に関しては, 出口部管理やバッグ交換などのマニュアルをすべて廃止し, 腹膜透析に対する複雑感の払拭に努めている。

1 末期腎不全医療の現況

日本透析医学会の統計調査によれば, わが国の人口は減少するなか透析患者数は年々増加し, 2020 年末の施設調査結果による透析患者数は 347,671 人に達し, 人口百万人あたりの患者数は 2,754 人であった。また, 2020 年の透析治療方法の全体に占める各透析治療形態の割合は, 血液透析 (hemodialysis; HD) は 49.3%, 血液透析濾過 (hemodiafiltration; HDF) は 47.1%, 血液濾過 (hemofiltration; HF) は 0.004%, 血液吸着透析は 0.4%, 在宅血液透析 (home hemodialysis; HHD) は 0.2%, 腹膜透析 (peritoneal dialysis; PD) は HD 併用を含めて 3.0% であった¹⁾。PD 患者数は 1990 年代から 9,000 人台が続いていたが, 2018 年 4 月に新設された診療報酬項目導入加算の効果もあり, 2020 年度には 10,338 人と前年の 9,920 人から増加し, 初めて 10,000 人を突破した。しかしながら, 諸外国と比較し HD 患者数の多さに比べ, PD や腎移植を受ける患者数が極端に少ないというアンバランスな状況は変わっていないのが現実である。わが国における PD 患者数は, ここ数年徐々に増加傾向であり, これまでの増加は全体の透析患者数の増加に伴うものと考えられていた。しかし, 今回の 2020 年 12 月 31 日時点の日本透析医学会統計調査報告での PD 患者数 4.2% への増加は, 全透析導入患者数の増加割合 0.9% と比較しても, これまでにない増加率であり, 腎代替療法選択における共同意思決定 (shared decision making; SDM) の推進や 2018 年から改定された診療報酬

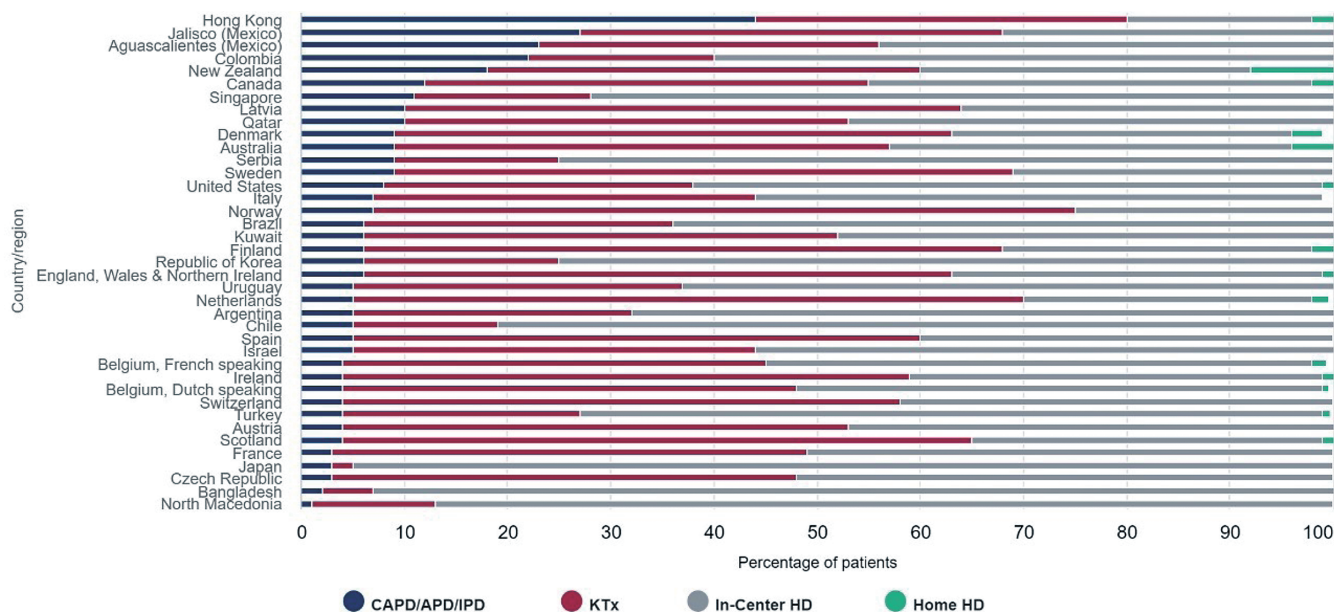


図1 国別にみた腹膜透析，腎移植，血液透析患者の比率
(出典 2021 United States Renal Data System Annual Data Report)

の影響は大きいと思われる。しかし、増加しているとはいえ、米国腎臓データシステム（United State Renal Data System; USRDS）によれば、日本の透析患者の有病率は台湾に次いで世界2位であるが、わが国の透析患者の特徴として、PD患者が極めて少ないことは既知の事実である。国別のPDの比率を見ると、メキシコが圧倒的に多く、PDが70%を越えており、次いでイギリス、インド、韓国が約20%と続くが、本邦

は5%未満と非常に低い（図1）。このような普及状況に差が生まれることについては、政府の政策や血液透析施設の普及状況も深く関係しているものと思われる。一方、その治療成績を見ると、PDOPPS研究でも明らかになっているが、わが国のPD患者は諸外国と比較し年齢や糖尿病などの合併症に大差はないものの、死亡率や腹膜炎発症率は低く、PD治療の質の良さがうかがえる（図2）。このように、わが国のPDの成績

PDOPPS Outcomes

| Country | Enrolled | Follow-up Time, Median years | Deaths, Per 100 pt-yrs | Hosp, Per 100 pt-yrs | Peritonitis Events Per 100 pt-yrs | Transfers to HD Per 100 pt-yrs |
|-------------|----------|------------------------------|------------------------|----------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| A/NZ | 650 | 1.05 | 9.6 | 750 | 53.6 | 18.5 |
| Canada | 1184 | 1.07 | 9.7 | 554 | 38.9 | 16.7 |
| Japan | 1408 | 1.33 | 5.4 | 546 | 39.7 | 13.2 |
| South Korea | 480 | 0 | | | | |
| Thailand | 2040 | 0.99 | 18.6 | 177 | 53.8 | 6.3 |
| UK | 678 | 0.75 | 12.8 | 752 | 56.0 | 13.5 |
| USA | 5218 | 0.67 | 10.2 | 184 | 36.0 | 13.6 |

図2 各国の治療成績

死亡およびHDへの移行については、フォローアップは死亡時に終了。
入院および腹膜炎については、フォローアップは再発事象が報告された最後の要約アンケートで終了。

(出典：PDOPPS Data as of March 2020)

は、PD 液の改良、腹膜炎予防や治療成績などの改善などによって明らかに向上していることが伺われる。わが国の慢性透析治療の要約では、2020 年末の都道府県別に見た普及率の上位は、1 位香川県 (6.7%)、2 位徳島県 (5.9%)、3 位滋賀県 (4.8%)、4 位鳥取県 (4.6%)、5 位福岡県 (4.5%) で、下位は、1 位高知県 (0.7%)、2 位茨城県 (1.0%)、3 位山梨県 (1.2%)、4 位宮崎県 (1.3%)、5 位群馬県 (1.4%) であり、血液透析と異なり都道府県によりその普及率に大きな差が認められる。

2 PD 普及への課題

本邦において PD は 1980 年より導入され、1983 年には保険収載され約 40 年が経過した。PD は 24 時間連続で治療する比較的マイルドな透析療法であり、社会復帰や在宅医療をメリットとして普及がはかられた。またシャント作製や体外循環が困難な高齢者や心血管合併症症例に対しても、シャントが不要でマイルドな透析である利点を生かし適応されている。PD は 1 日に 3~4 回バッグ交換するだけで尿毒症が改善する極めてシンプルな治療法である。しかし、わが国では透析患者の大多数が施設での HD 患者であり PD 患者はわずか 3.0% にすぎない。その普及率は極めて低い状況にあるが、その要因として PD カテーテル出口部感染やトンネル感染、腹膜炎、腹膜機能低下、被嚢性腹膜硬化症など未解決な部分が多い合併症に加え、若手医師に対する PD に関する教育不足や、導入システムが整っていない施設が多いことがあげられる。さらに導入システムが整っていない施設では、透析療法開始時に PD に関する情報提供が十分に行われていないことも報告されている。今後は患者の高齢化や在宅医療の推進に伴い、PD の必要性が高まると考えられる。その普及のためには普及を妨げる要因の解決に加え、患者ならびにそれを支える家族の負担軽減や、透析を行っていない病院や施設での受け入れを目的として、PD の簡素化が重要である。

2-1 医学生・若手医師への教育

PD を行っている施設に限られており、医学教育を担う大学病院であっても PD の症例数が少なく、適切な教育が十分に行われていない場合もある。実際に PD 患者の診療を経験しない医師にとっては、自信を

持って PD を勧めることは困難であり、医学生や若手医師への教育は極めて重要となる。しかし大学の医学教育において PD に充てられる講義時間は 1 時間にも満たないであろうと推察される。またわれわれの施設における病院実習でも、PD に関しては 2 時間程度であり、医学生にとって印象に残るとは考え難い。一方、研修医にとっては HD を行っている施設は全国で約 4,500 施設であるのに対し、PD では約 1,500 施設であり、診療を経験する機会は少なくなる。また PD を行っていたとしても、症例数が少なく実際に主治医となる機会は極めて限られることが予想される。少なくとも腎臓内科医を志す研修医に対しては、一定の症例数が経験可能な教育プログラムの作成が望まれる。

2-2 PD に関する情報提供

日本腎臓学会の CKD 診療ガイドには CKD 各ステージの診療計画が記されている。Stage 3 (e-GFR 60 mL/min 未満) 以降では腎代替療法 (透析療法や腎移植) に関する情報提供が必要であり、また Stage 4 (e-GFR 15~29 mL/min) では腎代替療法 (透析療法や腎移植) の準備をすると言われている。その現状に関しては、腎代替療法の情報提供の実態について 480 施設に対して調査した報告において、「十分満たす」あるいは「やや満たす」とした割合は HD 80.8%、PD 49.8%、腎移植 32.5% であった。腎代替療法に対する情報提供が不足している理由として、「施行していない」が PD 61.3%、腎移植 78.1% と最も多い結果であった²⁾。このことは施設の腎代替療法の治療背景と情報提供の状況に表れ、自施設で行われている治療に関しては説明が満たされ、行われていない治療に関しては説明が不足しているとの結果であった。学会の診療ガイドに明記されているにもかかわらず、このような結果であったことは、われわれ医療者としては大いに反省すべきことである。われわれ透析医や腎臓内科医はすべての末期腎不全患者に対し、HD・PD・腎移植という三つの治療法について同等に提示することが重要である。そしてどの治療法が最も適切であるかは個々の患者の医学的条件や社会的環境を考えたうえで、患者・家族と十分に相談し決定することに心がける必要がある。日本腎臓学会、日本透析医学会、日本腹膜透析医学会、日本移植学会、日本臨床腎移植学会の 5 学会の協力のもと、小冊子『腎不全 治療選択とその実際』を作成

しHD・PD・腎移植それぞれの治療経験の少ない医師やコメディカルスタッフにも各治療法の説明が可能となるよう、各医療機関に配布している。この小冊子は日本腎臓学会のホームページからもPDFでダウンロード可能である (https://jsn.or.jp/jsn_new/iryou/kaiin/free/primers/pdf/2020allpage.pdf)。

腎代替療法の情報提供を正確に行うとPDの選択状況がどのようになるか、腎代替療法選択外来の活動を行っている東邦大学医療センター大森病院、天理よろず相談所病院、川島病院の腎臓内科へアンケート調査を行った。腎代替療法選択外来を受診した患者数は243症例であり、そのうち56症例(23.0%)がPDを選択した。一方、日本透析医学会の統計調査では、2020年にPDを選択した症例は、透析療法を開始した40,744症例のうち2,418症例(5.9%)であり、情報提供を正確に行った場合の約1/4の導入率であった。この状況はPDを必要としている患者のうち、4人に1人にしかPDが適切に行われてわれていないこととなり、由々しき問題であることを認識すべきである。

2-3 正確なカテーテル留置術

PDが普及しない原因の一つとして、カテーテルトラブルがあげられる。PDを選択した患者にとって術後の合併症は、PDを中止しHDへの移行をもたらす。

何よりもまず正確なカテーテル留置術が重要であり、術後のカテーテル合併症を回避することがPD普及への第一歩となる。われわれは日本腹膜透析医学会のホームページに掲載されている方法(教育用Video内科医ができる腹膜透析カテーテル挿入術と注意点 <https://www.jspd.jp/video/>)で行っており、リークや位置異常の少ない推奨されるべき手術方法であると考ええる。この術式による、当院での若手医師のPDカテーテル挿入術の経験症例数と手術時間、合併症の関係を見てみると、手術時間は経験症例数を重ねるほどに短縮している(図3)。合併症は経験症例数が少ないほど多く、5症例ほど経験すると合併症発生は激減しているが、10症例経験した医師を修得群とすると、合併症の頻度は未修得群で31.5%、修得群では9.1%であった。術後の合併症は74.2%で認めなかったが、手術直後腹膜炎が12.9%、腹膜炎が4.3%、位置異常整復術が2.1%、その他リーク、横隔膜交通症、創部感染、出口部感染、出口部発赤、出口部出血が各々1.1%に認められた³⁾。特筆すべきは位置異常とリークの少なさであり、一方、手術直後腹膜炎が多く見られるが、これはすべて無菌性腹膜炎であり、経験の少ない術者がカテーテル先端をダグラス窩に正確に留置するのに手間取り、スタイレットで腹膜に外圧を加えるための腹膜刺激によるものと考えられる。この腹膜炎は

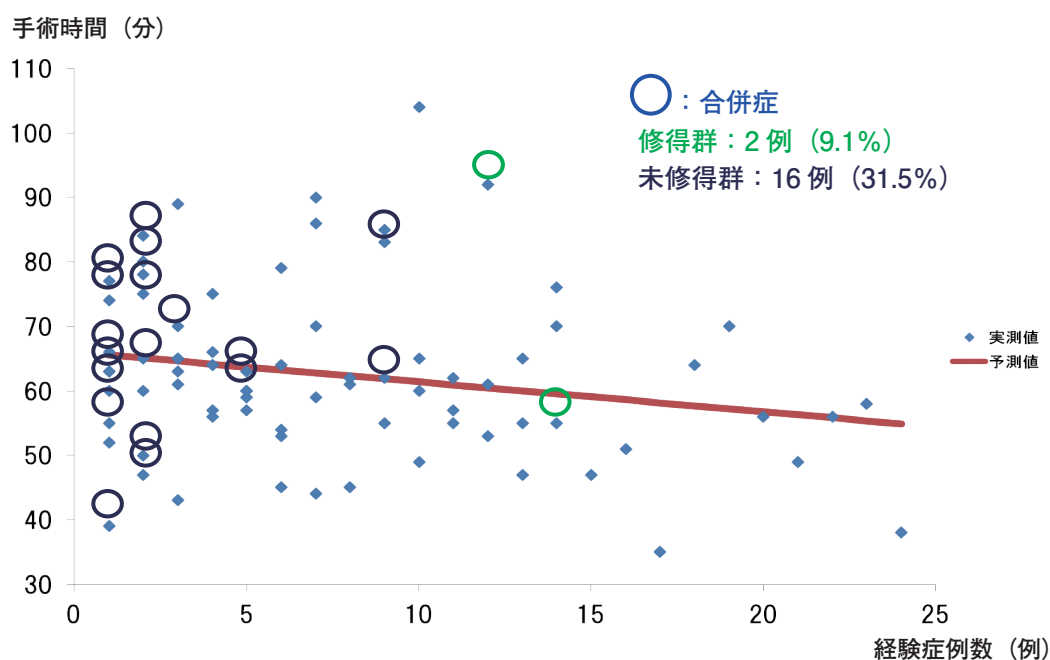


図3 研修医の手術時間、経験症例数と合併症
若手医師のPDカテーテル挿入術の経験症例数と手術時間、合併症の関係
(文献3より)

新人研修医が赴任して間近い春から夏に多発し、経験症例数を重ねる秋には発生しなくなる。なお当院ではPDカテーテル留置術当日より500 mLのPD液貯留を行い、術後3~4日後には透析液注入量をフルドースにしているが、われわれの術式ではすでに述べたようにリークは極めて稀(1.1%)である。

2-4 チーム医療・施設連携

PDはチーム医療であり、われわれの施設では医師(腎臓内科、泌尿器科)、外来・看護師(外来、病棟、透析室)、薬剤師、臨床工学技士、管理栄養士、クラーク、医事課職員などによりPD診療チームを組織している。この組織は病院の正式な組織である腹膜透析管理委員会とし、腎移植管理委員会とも連携し、腎代替療法選択外来をはじめ、各透析施設においても情報提供活動を行っている。個人の努力に依存するPD医療では、熱心な医師が転勤すると同時にPDの火が消えるとの現象が少なからず見受けられ、普及を妨げている一因でもあると思われる。このような事態を避けるためには、PDを個人の力に頼らないチーム医療とし、継続性を維持する必要がある。腹膜透析管理委員会は毎月開催され、年度の初めには委員会としての年度の業務改善計画、研究計画の作成、月ごとの導入数、離脱数、死亡症例数、腹膜炎の発症状況などの診療状況の報告のほか抄読会の開催や腎移植管理委員会と協力した腎代替療法の治療選択への関与などの活動を行い、診療の継続性に努めている。チームの中では看護師の活躍は目覚ましく、保存期、導入期、維持期(外来)、長期入院とさまざまな状況でクラークと連携のもと、PD業務に携わっている。

末期腎不全患者の患者層としては高齢者や糖尿病が多く、自立生活が難しいことが多い。末期腎不全患者を受け入れる透析基幹病院においては、HDのための入院ベッド数が十分でなく、入院でのHDを継続することは困難である。このような状況の解決策の一つとして、今後は基幹施設と地域医療機関との連携により、クリニックや一般病院でもPD患者の管理ができる体制をつくる必要がある。導入、コンディショニング、腹膜炎やトンネル感染などの合併症治療は基幹施設で、普段の医療は地域の医療機関で行うことにより、PDを必要としている患者に適切に提供でき、その普及につながるものと考え、徳島県では基幹病院とそれを

とりまく協力施設が一体となり、PD患者のケアを行う「徳島PDネットワーク」を立ち上げている。徳島大学、川島病院など5施設を基幹施設としてその近隣の高齢者施設、開業医、訪問看護ステーションなどを協力施設としている。また共通の勉強会を開催し、看護師やコメディカルの交流や研修を実施している。徳島PDネットワークによるセミナーでのアンケート調査によると、関連施設が基幹施設に希望するサポートは、①PDの手順・マニュアルがある、②基幹病院と連絡が取りやすい環境、③情報交換の場、機会が多い、④定期的なセミナーの開催、⑤緊急時の連絡体制の整備であった。こういった協力施設の要望に応えるべく、当院では転院先の状況に合わせた看護師の関わりを実践している。老人ホームや身体障害者自立支援施設などの介護施設に移る際、PDシステムの交換方法を施設看護師と相談して決定し、退院前に施設看護師との情報交換や手技説明を行っている。また施設看護師は夜間不在のため、夜勤帯での透析交換が難しいのが現状であり、その実情に応じた透析液の交換スケジュールや透析液の選択について検討している。施設内には医師が不在のため何かあればいつでも電話相談に応じることが伝え、異常時にはいつでも入院できる体制としている。

2-5 高齢化対策としてのPD

わが国は世界一の長寿国となり、透析医療の領域でも医療の進歩につれて高齢者の透析患者数は増加の一途をたどっている。日本透析医学会の統計調査による2020年末の平均年齢は69.67歳であり、年々高齢化が進んでいる。高齢者や合併症を有する患者の増加に伴い、自己管理や通院が困難な透析患者も増加している。高齢化する血液透析患者の透析実態に関するアンケート調査では、調査された施設全体(N=1,524施設)の54.6%で患者送迎が実施されており、特に有床診療所では75.6%、無床診療所では75.0%と実施率が高かった。また長期入院患者の受け入れの有無に関する調査では施設全体(N=1,524施設)の36.1%で受け入れが行われており、特に200床未満の病院では75.8%、有床診療所では68.2%と受け入れ率が高かった⁴⁾。透析患者の高齢化に伴う通院困難への対応については、既に行われている送迎システムをさらに充実させることが考えられるが、施設側にとっては費用の

負担が問題であり、すべての患者に自宅までの送迎を提供することも困難と思われる。次に透析室に隣接した高齢者住宅などを併設することにより、通院距離を限りなくゼロに短縮することであり、既に実施している透析施設も少なくないが、患者側の費用負担が問題である。最後に在宅医療としてのPDを普及させることであり、実施できれば高齢患者にとって種々のメリットがある。高齢で通院困難な患者にとって、①週3回の頻回通院が不要となり月に1~2回の外来通院で治療が可能となる、②訪問診療により今まで診てもらっていた担当医に継続して診察してもらうことができる、③医療と福祉が一体化となったナーシングホームに入所すれば、看護師によるバッグ交換によりPDが継続できる、④PDは家族と一緒に時間が多く取れるなどのメリットがある。在宅でPDを行うには患者の認知症が問題となるが、日本透析医学会の統計調査では、透析人口全体の認知症の割合は9.9%であるのに対しPDでは5.9%、そのうちサポート不要の症例も2.8%あり、多少のサポートさえあれば認知症があるからといって、必ずしもPDを行うことが不可能ではないことが示されている。したがって、高齢化社会における在宅透析としてPDがもっと普及して良いはずであるが、未だ普及しているといえない状況である。したがって高齢化社会にPDを普及させるためには、操作が容易なバッグ交換システム・デバイスの開発、高齢者にも可能となる手技の簡略化、アシストPDの普及（ナーシングホーム）など、バッグ交換をはじめとした手技の簡素化（シンプルPD）と高齢患者に対するサポート体制の整備が必要である。これらの工夫により、これならできる、誰もができると思えるPDとすることが普及へとつながると考える。

2-6 PDの日常業務化と簡素化（シンプルPD）

われわれの施設では「特殊なものや複雑なものは普及しない」をモットーとし、PDをどこの施設でもできる当たり前の治療とするために、PDの日常化と簡素化（シンプルPD）に取り組んでいる。したがってわれわれの施設ではPDは日常業務であり、PD専任看護師やPD専門外来は存在しない。新人やPD未経験看護師の指導や教育、日常業務の相談、患者指導の確認などは指導的立場にある看護師が行っている。したがって、PD液交換、患者観察、出口部ケア、接続

チューブ交換などはすべて受け持ち看護師が担当している。一方、外来診療は腎臓内科外来で腎炎、慢性腎不全保存期患者、腎移植患者と一緒に診察し、外来スタッフも患者指導、チューブ交換などは日常業務として対応している。外来待合には常にPD患者や腎移植患者がいる状況であり、治療選択時にはPD患者・腎移植患者からいつでも話を聞けるメリットも生まれている。

われわれは1990年代より来るべき高齢化社会に備え、高齢者でも可能となるPDを目標とした取り組みを行ってきた。患者に手渡すマニュアルの作成は行わず、マニュアルの必要が無い方法を考案することをモットーとし、出口部管理やバッグ交換などのマニュアルをすべて廃止とすることにより、複雑感の払拭に努めている。PDを簡素化することにより高齢者はもちろんであるが、一般患者、家族をはじめ医療スタッフにも受け入れやすくなり、PD療法の普及につながると考える。簡素化の内容は多岐にわたるが、主なものは下記のとおりである。

① 石鹸洗浄とシャワーによる出口部ケア

当院では出口部の消毒は一切せず、お風呂から出る際に石鹸で洗浄しシャワーできれいに洗い流すことを基本に、ガーゼ保護やチューブ固定も行っていない。そのため、皮膚トラブルなどを起こすことなく、綺麗な状態を保つことが可能である。また複雑なケアにはマニュアルが必要であるが、この方法ではマニュアルは不要となり、PD療法の煩雑さの払拭に役立っている。

② 注排液測定・PDノート記載の廃止

PD患者、特に高齢患者にとって、注排液測定やPDノートの記載は大きな負担であり、PD療法の煩雑さの一因となっている。われわれは一般的に使用されている注排液量の測定やPDノートの記載を廃止した。その代用として、当院で作成した体重と血圧を継続的に評価できる1月1枚の表を使用している（[図4](#)）。外来受診時には血圧・体重・浮腫などの身体所見を主とした診察により、適切な体重の指導を行っている。その後の調査では、PDノート廃止前後にて心不全などの合併症が増加するなどの不利益は生じていない⁵⁾。

③ アルコール消毒と素手によるチューブ交換

メーカー推奨の滅菌手袋を着用しポピドンヨード剤で消毒する交換方法を廃止し、速乾性ゲルを用いて手

| | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|----|-------------------------|----|--------------------------|-----------------------|--------------|--------------------------|--------------|
| 1 | | | | | 1 | 2 | 3 |
| 2 | | | | | 132/60 65 | / | / |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 5 | 140/70 65.5 | / | / | / | / | 126/68 65.5 | 130/65 66 |
| 6 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 7 | 140/66 66 | / | / | 135/60 66.5 | / | / | 135/50 66 |
| 8 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 9 | 140/60 65 | / | 138/46 65.5 バック宅配日 | / | / | 152/68 66 足がむくんでいる | / |
| 10 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | |
| 11 | 136/58 67 濃いバック使用 | / | / | 146/52 66.5 診察日 | / | 148/62 66 | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | |
| 31 | | | | | | | |

血圧と体重は少なくとも週3回の測定をお願いします!

曜日指定はありません☆

空欄はメモとして使用してくださいネ!

図4 体重・血圧記入表

当院で作成した体重と血圧を継続的に評価できる一月一枚の表
(川島病院資料より)

指消毒を行い、70% イソプロピルアルコールで消毒する方法へ変更した。これにより交換時間を短縮するとともに、交換器材の準備の手間とコストが削減された⁶⁾。腹膜炎などの感染性合併症はなく、多忙な外来業務の中での手間の削減と交換時間の短縮は、PD スタッフの負担軽減に大いに役立っている。

④ サイ클ラーによる長時間PD

高齢で寝たきりの患者に対して、サイクラーを用いた長時間PDを施行している。これは2日分のPD液をセットしサイクラーによる交換を行うもので、サイクラー交換に要する時間は2日間で4回、通常のPD交換では112分に対しサイクラー交換では22分まで短縮できた。またこの方法により2日に1度の訪問看護にてバック交換、サイクラーの設定を看護師が行い、在宅看護での家族の負担が軽減できた。

⑤ 術後4日目からオープンシャワー

術後4日目より創部を流水洗浄し、オープンシャワーとすることにより、「創部は消毒するもの」、「創部は濡らさないもの」との認識を払拭することができた。このことはその後の「石鹸洗浄とシャワーによる出口部ケア」に対する患者の安心感にもつながった。

まとめ

世界で最も急速に高齢化が進行しているわが国において、超高齢、重複障害、要支援、要介護患者に対し必要としている医療を適切に提供することは、われわれに課せられた大きな課題である。このような超高齢社会において、今後ますます高齢患者の在宅PD療法継続が重要視されると思われる。PD療法は在宅での治療として普及してきた透析療法であり、患者の生活に合わせた工夫ができることが大きなメリットといえる。高齢者にとっては透析効率よりもQOLを優先すべき状況もあり、柔軟な発想で在宅を支援することが求められる。今後の医療は、家族が支える時代から地域が支える社会へとシフトするため、PD療法においても多職種が連携し、それぞれが正確に機能する体制を早急に進め、高齢PD患者がその人らしく生活できる支援体制が望まれる。

利益相反自己申告：申告すべきものなし

文 献

- 1) 日本透析医学会：図説わが国の慢性透析患者の現況（2020

- 年12月31日現在), 透析会誌 2021; 54(12): 611-657.
- 2) 中野広文, 古賀祥嗣, 中元秀友, 他: 末期腎不全に対する腎代替療法の情報提供に関するアンケート調査. 日腎会誌 2006; 48: 658-663.
 - 3) 北村悠樹, 今井健二, 佐藤康之, 他: 川島病院におけるPDカテーテル挿入術の周術期における検討. 腎と透析 2012; 73(別冊 腹膜透析): 215-216.
 - 4) 日ノ下文彦, 秋葉 隆, 勝木 俊, 他: 高齢化する血液透析患者の透析実態に関するアンケート調査. 透析会誌 2015; 48(6): 341-350.
 - 5) 大下千鶴, 西分延代, 小倉加代子: 導入期の患者の思いと, シンプルなPD管理への取り組み. 腎と透析 2013; 75(別冊): 18-19.
 - 6) 大谷絃子, 小倉加代子, 西分延代, 他: 70% イソプロピルアルコールを用いるPD接続チューブ交換手技について—安全性と有用性の検討—. 透析会誌 2011; 44(3): 245-250.