

論 説

高齢者における腹膜透析の普及に向けた課題と展望

岡葵*¹ 虫明昌一*¹

要 約

本邦の透析患者数は増加の一途を辿り、その半数以上が65歳以上の高齢者である。超高齢社会の社会保障制度を維持するため、現在の病院中心の医療から地域で完結できる在宅医療を基盤に置いた医療への転換の必要性が叫ばれているが、9割以上の透析患者は施設透析を選択しており在宅透析はわずかである。そこで、在宅透析の普及策として assisted PD (介助者の支援による腹膜透析: assisted peritoneal dialysis) の活用が注目されている。assisted PD の普及には社会資源の利活用が重要であり、介護施設での腹膜透析患者の受け入れ状況に対して介護報酬の設定等の改正が必要である。また、専門医など専門知識のある職員が在籍する導入・管理病院が、地域のクリニックや施設に急変時の対応の仕方や感染対策などの教育的な研修を行い、患者が地域へ帰っても安定した透析管理が行うことができるような支援の充実が望まれる。さらに、急変時や退院などで施設間の移動がある際や多職種で高齢腹膜透析患者の治療にあたる際に、円滑な情報共有がしやすいように ICT を活用した医療機関・介護施設・家庭が相互の利用できるネットワークを構築することが必要である。

1. 緒言

本邦において、高齢社会に伴う介護・医療費などの社会保障費の増大、生産年齢人口の減少は懸念されている問題である¹⁾。とくに都市部における高齢者人口の急増が最大のポイントであり、地域ごとに必要な医療施設や介護施設を含むインフラのあり方も変化すると予想される。

これは、透析医療においても例外でなく、透析患者の高齢化は重要な課題である。2020年末の透析総患者数は347,671人にのぼり²⁾、そのうち65歳以上の高齢者が7割近くを占めている。高齢化が進展することによって、身体的、精神的な問題はもちろん、様々な疾患を併発している可能性が高まり、治療と合わせて介護と支援を必要とする透析患者も増加している。

そこで本稿では、透析医療の課題と在宅透析について整理し、高齢者における在宅透析を普及させる可能性について検討し、今後の展望を論じる。

2. 課題

2.1 透析医療の現状

本邦は世界屈指の透析大国であり、人口当たりの透析人口が世界で2番目に多い³⁾。表1は、2020年の

表1 新規透析導入患者の原疾患割合 (2020年末時点)

順位	病名	割合
1	糖尿病性腎症	40.7%
2	腎硬化症	17.5%
3	慢性糸球体腎炎	15.0%
4	不明	13.8%
5	多発性嚢胞腎	2.3%
6	急性進行性糸球体腎炎	1.6%
7	慢性腎盂腎炎, 間質性腎炎	0.6%
8	自己免疫性疾患に伴う腎炎	0.4%

(日本透析医学会統計調査委員会: 図説 わが国の慢性透析療法の現況 (2020年12月31日現在)²⁾より筆者がデータ加工し作成)

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉マネジメント学部 医療情報学科
(連絡先) 虫明昌一 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学
E-mail: m-mushiaki@mw.kawasaki-m.ac.jp

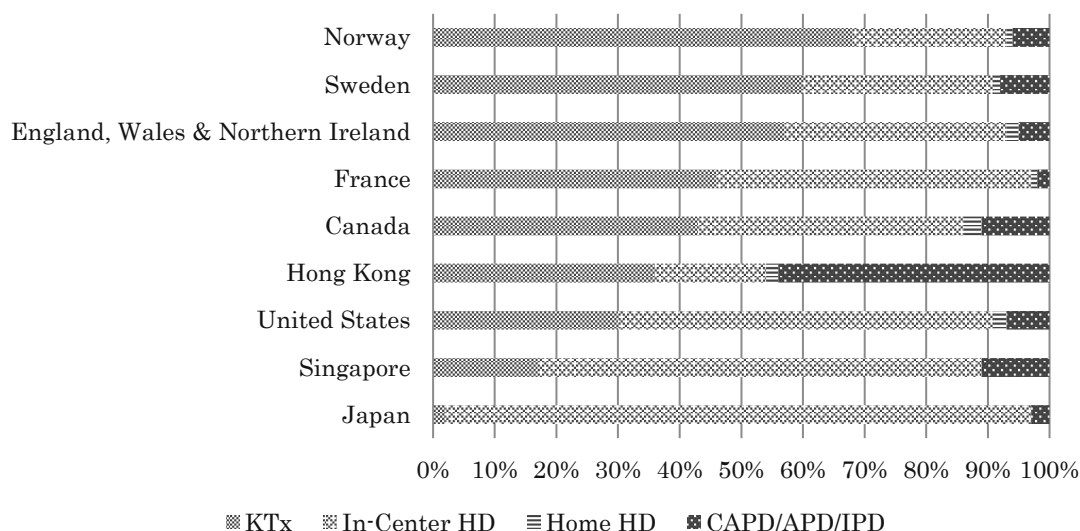


図1 ESRD 治療モダリティの割合分布 (国・地域別) 2019年 (United States Renal Data System. : 2021 USRDS annual data report: Epidemiology of kidney disease in the United States.³⁾ より筆者が一部抜粋)

新規透析導入患者の原疾患割合を示したものである²⁾。1980年代においては、慢性糸球体腎炎が最も多い割合であったが、1998年に慢性糸球体腎炎に代わって糖尿病性腎症が原疾患の第1位になって以来、一貫して増加傾向にあったが、近年はほぼ横ばいから減少傾向に転じている。一方、腎硬化症の割合が増加傾向にあり2019年には慢性糸球体腎炎に代わって第2位となっている。

図1は、国・地域別に末期腎疾患 (ESRD: end-stage renal disease) の治療モダリティを示したものである³⁾。諸外国に比べて本邦のほとんどの患者が末期腎疾患になった際に施設透析を選択しており、本邦の透析医療技術の高さ、社会保障制度の充実等が関係している⁴⁾。本邦の医療保険制度において、透析医療費にかかる自己負担額は抑えられており、身体障害者手帳や特定疾病療養受療証など様々な助成制度によって、約月1万円ほどである。そのため透析を選択したとしても高額な医療費が助成制度等で自己負担額を減らすことで、継続した治療が受けることができる。

しかし、公費医療費助成制度によっていつでも、どこでも、誰もが安心して透析を受けることができるようになったが、その費用は膨れ上がり、現在透析医療にかかる費用は年間1兆6,000億円に上ると推測され、総医療費の4%を占めている¹⁾。今後の社会情勢や医療環境は益々変化し続け、社会保障費の増大に伴う医療費削減の問題は医療の質の低下につながる懸念がある。

また、高齢の透析患者の自立通院が難しいことも

課題の一つである。前述した通り、患者の多くは高齢者であることに加え、透析患者の9割以上が週3回の通院を要する施設透析を実施している。高齢患者は介護タクシーや家族等の付き添いを必要とする場合もあり、結果として自己負担あるいは家族負担が増加する問題がある。そして、介護老人保健施設や介護老人福祉施設等の利用者の場合など要介護状態が重度になってくると、介助者にも大きな負担になる。

2.2 在宅透析について

近年、様々な場所で「在宅」の需要性が上がっており、透析医療にも在宅医療としての側面が注目されている¹⁾。在宅で行う透析方法は主に在宅血液透析 (HHD: Home hemodialysis) と腹膜透析 (PD: Peritoneal dialysis) の2種類ある。

HHDは自宅に透析装置を設置し、自分自身 (または介助者の協力のもと) で装置管理・操作、血管へ穿刺し血液透析 (HD: hemodialysis) を行う方法である。施設透析と同じ透析装置を使っているため除去効率が高く、在宅で行うことで透析回数の増加や透析時間の延長が可能であり、生命予後がよく合併症が激減し内服薬も少なくなるメリットがある。しかし、自己穿刺を要するためトレーニングが必須であり、自己管理能力の不足した患者に対しては向いていない。また、初回の導入の際は必ず介助者が必要であり、独居生活の場合は実施することができない。さらに、介助者も一緒にトレーニングを行ったり、在宅透析に対しての理解を深めたりするよう努める必要があり、介助者に負担がかかること、

介助者が行ってもよい作業の制限が厳しいことなどデメリットもある。また、装置を使って透析を行うため専用電源や給水・排水設備を確保するための改修工事が必要になる場合もあり、工事費用に対しての公的補助はまだ確立しておらず患者自らが負担することになる。

PDは腹膜を利用し、腹腔内にカテーテルを留置して液交換をする透析方法である。1日3、4回に分けて手動で透析をする持続携行式腹膜透析(CAPD: Continuous ambulatory peritoneal dialysis)と夜間就寝中に自動腹膜透析装置を用いて透析液交換を行う自動腹膜透析(APD: Automated peritoneal dialysis)の2種類がある。PDは腹腔内に透析液を入れ、腹膜内で連続的に除水と溶質除去を行うため長時間透析であり、除水が緩徐に行われるため循環動態が安定していると言われている。透析患者は脳出血のリスクが非透析患者よりも高いことが挙げられているが、台湾で行われた研究では、75歳を超えるとPD患者の脳出血リスクは非透析患者の脳出血のリスクと同等であり、PDの緩徐な除水が脳出血リスクの軽減に貢献した可能性について報告されている⁵⁾。これは循環機能が低下する高齢者にとって利点であると言える。また、血液透析に比べて残存腎機能維持に優れている特徴を生かして、透析の初期治療としてPDファーストという考え方もある⁶⁾。その一方で、PDはHDに比べて透析効率が低い。しかしながら高齢者は食事量が少ないことからPDの除去率でも十分であると考えられており、若年者では1日に4回程度の透析液の交換を必要とすることに対して、高齢者は1日に2回の交換で済む場合も少なくない⁷⁾。透析液の交換が少ないと自由度が上がり、生活の質(QOL: Quality of Life)の向上にもつながるだろう。また、PDは永続的にできる治療方法ではなく、長期にわたると腹膜が劣化していき最終的にはHDへ移行するようになる。しかし本邦では、PDのメリットを長期的に維持するためにHDと併用した治療選択ができ、保険適応が認められている。さらに、以前まではPDとHDを併用する場合、保険上同一医療機関でなくてはいけなかったが、通院などの問題もあり2020年の診療報酬改定では他医療機関でHDを併用した際も算定できるようになり、PDの選択肢が広がっている。

現在の医療体制が見直され、今後の診療体系は「在宅」へと変革していくことが期待されているが、前述のとおり在宅透析の実施率はわずか3%と低い数値である²⁾。そこで、2018年4月に行われた診療報酬改定では「Ⅱ. 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実」

の項目のトップの「1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実」として「適切な腎代替医療法の推進」が提示された。中でも注目されたのは「腹膜透析や腎移植に資する取り組みや実績等を評価」することを明確にした導入期加算である。これは、腎代替療法について患者に対して十分な説明を行うこと、またPDの指導管理実績や腎移植推進の取り組み実績等を要件として算定できるよう変更・新設されたものである。

2.3 透析医療費と診療報酬の変遷

本邦における透析関連診療報酬の変遷を確認しておきたい⁸⁾。HDの人工腎臓処置料は年々確実に低下している。特に2002年の診療報酬で行われた手技料や時間区分の廃止は大きな引き下げであった。そして2006年には赤血球造血刺激因子製剤(ESA: erythropoiesis stimulating agent)が包括化され、血液透析の収益性は一層減少した。その後の診療報酬改定においても人工腎臓処置料については減額されている。さらに、2018年の診療報酬改定ではこれまでの時間区分に加えて、施設の規模、すなわち透析用監視装置の台数、さらに監視装置台数に対する人工腎臓算定人数によって透析施設を3つに区分し診療報酬を別途規定した。特に、規模が大きく人工腎臓算定人数が多い施設での診療報酬は2016年の診療報酬点数よりも110点から125点の減点になった。それに対してPDは、2002年に紫外線殺菌器加算と自動腹膜灌流装置加算の減点があったものの、それ以外は増額が続いている。特に2006年にカテーテル留置手術に診療報酬点数が認められ、PD推進の大きなきっかけとなった。2010年には導入期加算が100点から500点に増額され、さらに2012年には在宅自己腹膜灌流指導管理料が3,800点から4,000点に200点増加した。また、2016年の改定では訪問看護管理療養費の算定日数の制限が緩和され、改定以前は月12回の算定を限度としていたが、重傷者管理加算としてPDでも訪問看護管理療養費の算定日数制限が緩和され、月13回以上の訪問看護を行ったとしても算定することができるようになった。そして2018年の診療報酬改定では、HDの導入期加算に2つの区分ができ、導入期加算2については「腎代替療法について患者に対して十分な説明を行うこと」に加えて、「在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間に12回以上算定」または「腎移植の相談・手続きを行った患者が過去2年間で1人以上」が要件に追加された。すなわちPDならびに腎移植に積極的に取り組んでいる施設に対して別途HD患者への加算が認められたものである。この流れは地域包括ケアによって在宅でのケアを前提としたPDを積極的に推奨しよう

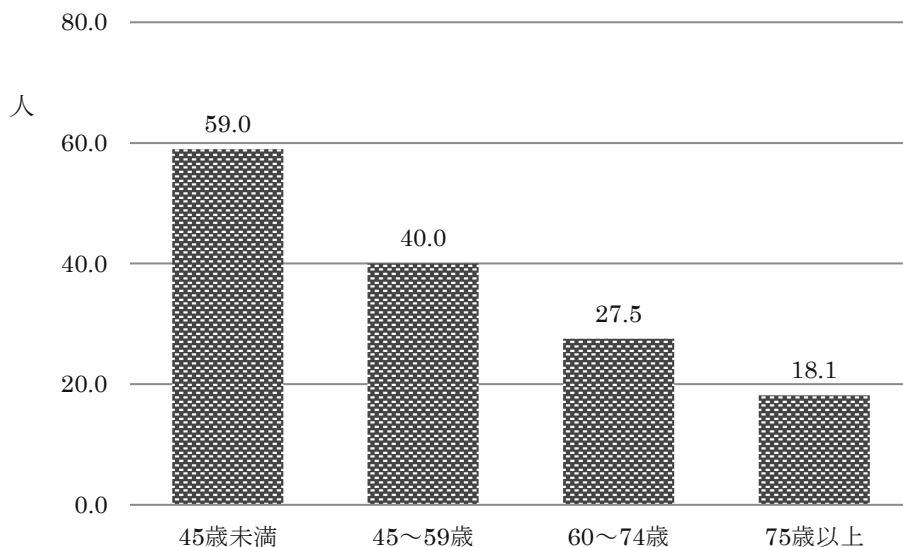


図2 年代別透析人口1,000人当たりのPD患者数(2018)(日本透析医学会統計調査委員会: 図説 わが国の慢性透析療法の現況(2018年12月31日現在)⁹⁾より筆者がデータ加工し作成)

とする厚生労働省の思惑が反映しているのだろう。今後はクリニックや地域の診療所でもPD患者への取り組みが推進される可能性が考えられる。

2.4 高齢者におけるPDの普及を妨げる要因

ここでは、在宅透析の中でも高齢者に有意的かつ診療報酬制度等の医療政策の一つとして推進されているPDに注目してみることにする。図2は、透析人口1,000人当たりのPD患者数を示したものである⁹⁾。高齢になるにつれPD患者数は下降しており、高齢の患者よりも働き世代などの活動力の高い年代に多い。

高齢PD患者が少ない理由として、PDの手技習得が高齢ゆえの困難さが挙げられる。手技の習得だけでなく日々の透析治療の記録が必要であり、管理能力がない患者には家族や医療従事者が代わりに記録しなければならないため、周囲の協力が不可欠になる。

PDは患者が自立していれば医療従事者や親族の手を煩わせず有用性の高い腎代替療法といえるが、高齢化に伴う認知症の進行や重篤な疾患の合併症があると本人以外の介助や支援を要することになる。また、日ノ下らの調査では、高齢者においては、PDの注排液を本人だけでは実施できていない患者が約10%いることが報告されている¹⁰⁾。また、透析患者以外の誰が介助を行っているかの問いに対して、配偶者が42.5%、次いで子供(嫁など義理の娘・息子を含む)が36.0%と続き、親や兄弟などを含む親族全体で80%になった。配偶者によるの介助が最も多いが、配偶者も高齢化してきており、今後は老々

介助で腹膜透析を円滑に実施できなくなることが問題視されている。また、PDを実施している施設の20%近くがいわゆる社会的入院を経験しており¹⁰⁾、家庭での介護負担が大きくレスパイトケアとして入院するケースもあると考える。

PDは設備を必要とせず在宅で治療ができることから、在宅医やクリニック、訪問看護ステーション、介護保険施設等での医療が可能である。しかしながら、そのような施設の職員は必ずしも腎臓や透析の専門的な知識を持った職員ではないため、PD患者の受け入れに積極的でない場合もある。日比野らが関東周辺で行った調査では、介護保健施設でPD患者の受け入れを実施しているのはわずか0.8%であり、HD患者の受け入れを行っている施設(9.6%)と合わせても、9割以上の施設が透析患者の受け入れを行っていないことが報告されている¹¹⁾。PD患者を受け入れづらい理由として急変時の対応に困ると答えた施設が最も多く、もしPD患者を自施設で受け入れる場合の条件にも急変時の受け入れ施設の確保が整っていることが挙げられており、緊急時の対応を不安とする施設が多かった。しかし、PD患者の急変時の受け入れについては管理病院が行うことが一般的になっているため、受け入れ体制に対しての不安よりも専門的な知識を擁した職員がおらず急変時の施設内での判断が難しいものとする。

3. 考察

各国の中でも質の高いサービスを提供している本邦の透析医療の継続性を保つためには、在宅透析の

認知度を高め、普及率を上げることが重要である。さらに、患者割合の高い高齢者の特徴を踏まえると、二つの在宅透析の手法の中で特にPDの普及が医療・介護・生活環境の観点からみても良いのではないだろうか。

前項において、高齢者におけるPDの普及を妨げる要因について述べてきたが、これらの解決策として、欧米ではassisted PD（介助者の支援による腹膜透析：assisted peritoneal dialysis）の活用が広がりを見せている。assisted PDとは、患者の自宅で家族や訪問看護師等の医療従事者の様々な人の助けによって提供されるPDであり、腹膜炎の発症リスクも低いことが報告されており^{12,13)}、本邦でも高齢者にPDを導入する際の支援として広がっている。また、この支援を利用することで、医療従事者が介入してサポートがとれるため患者家族の介護負担を軽減することが考えられる。しかしながら、assisted PDを在宅サービスの一環として利用するにしても、介護保険上では訪問看護に限定されており、他のサービスとの併用が困難な場合が多い。assisted PDの普及には社会資源の利活用が重要である。岡田らの調査によると、1年間デイサービスを利用してPDを施行した65歳以上の高齢者に関して、腹膜炎等の発症や入院の発生はなく安全にPDの管理が行うことができたことが報告されている¹⁴⁾。また、利用家族へのアンケートでは75%が満足していると答えており、デイサービスを利用することで有意義な支援ができることが見込まれる。しかし、PDの介助支援ができるのは主に看護師などの医療従事者であり、介護職は透析液のバッグの準備や付き添い・見守りや排液処理などの支援は可能だが、バッグ交換などの直接的な介助は制度下によって許可されていない。そのため現在の制度を見直し、支援職員の制限範囲を拡充することで人的資源の増加をさせることが必要であろう。PDはほかの透析に比べて操作方法は簡易であり、医療資格のない家族でも研修をすれば介助が可能であるため、研修をした介護職が介助に積極的に加わればデイサービス等福祉施設でも支援が円滑に行えるようになり、高齢者におけるPDの普及促進につながる。例えば、2011年の介護保険法等の改正により介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等は一定の条件下のもとに痰の吸引等の行為を実施できるようになったこともあり、PDも同様に一定の研修を受講することで介護職がバッグ交換に携われるよう改正をすべきである。また、現在の報酬制度では介護施設等でPDの介助を行う際の経済的なメリットがないため、介護施設でもPDの介助をした際の報酬点

数を設定するといったインセンティブを付与することが望まれる。そして、合併症を抱えた透析患者も多くいることから、医療と介護の連携を推進し、包括的なケアおよび報酬制度を整備することで介助にあたる職員が円滑に業務を遂行できるよう見直しが必要である。

前述した通りPDは、在宅や地域の中で治療ができる透析方法であるが、腎臓や透析の専門的な知識を持った職員が地域の医療機関にいない場合に高齢PD患者の支援が不十分になってしまう。地域のクリニックや介護施設等で積極的な受け入れができないと、高齢PD患者が地域に帰ることができず、療養病院へ入院したり血液透析へ切り替えたりするなど悪循環になってしまう。これではPDのメリットが十分に発揮できない。そのため管理病院の腎臓・透析専門医が地域の医療機関や介護施設等を支援し連携を強化することで、高齢のPD患者が退院後も円滑な治療を提供できると考える。

そこで、具体的な支援の仕方として二つのことを提示する。一つ目に、専門医などPDについて知識がある職員がいる導入または管理病院が、地域のクリニックや施設に急変時の対応の仕方や感染対策などの教育的な研修を行い、患者が地域へ帰っても安定した透析管理が行うことができるよう支援することである。PDを導入する際、以前の日常と変化なく生活できるのか不安を抱く患者も多くいるが、地域のバックアップ体制が整って入れば患者家族も安心してQOLの高い治療を受けることができる。しかしPD患者数は年々微増してきているものの、まだ透析治療のマイナー療法であるため、介護施設などの職員が実際にPD患者に触れる機会が少なく理解しづらいのが現状にある。そのため、PDを扱う公開講座の対象を医療従事者のみならず、介護職にも広げ多職種でPDに対する理解を呼びかけ参加してもらうことで、受け入れに対して積極性が上がるのではないだろうか。実際に看護小規模多機能型居宅介護施設で勤務する看護師、介護職に対し、医師や透析専門看護師、栄養士、医療ソーシャルワーカー等の透析専門職がPDに関する講習会を行った事例¹⁵⁾も報告されている。PDの未知の部分研修会等で学び、PDに対する理解を深めることで多職種が連携し、地域において高齢PD患者の支援が提供できると考える。

二つ目に、急変時や退院などで施設間の移動がある際や多職種で高齢PD患者の治療にあたる際に円滑な情報共有がしやすいよう情報通信技術（ICT：Information and Communication Technology）を活用した、医療機関・介護施設・家庭が相互の利用

できるネットワークを構築することである。鹿児島県では完全非公開型医療介護専用 SNS を用いて、日々の日常から治療状況などを医療従事者から介護職、また患者やその家族に共有することで患者の状態変化をタイムリーで確認できる事例もある¹⁶⁾。このように ICT の活用によってリアルタイムの情報が瞬時に共有できるようになれば、急変時の判断に適切に対応できる。タイムリーな情報を多職種が閲覧・提供するようなツールを用いることで高齢 PD 患者がどこにいても適切な治療が受けられるような体制を作っていくことが必要である。

現在、さまざまな医療連携システムは各地で展開されており、例えば、岡山県では県内を4つのネットワーク（岡山市内、倉敷市内、東備地域、岡山県北部）に分け、地域の特性に応じた CKD/CVD（Chronic Kidney Disease/Cardiovascular Disease）ネットワークが構築されており、円滑な紹介・逆紹介のための慢性腎臓病（CKD）に特化した病診連携体制として運用されている¹⁷⁻¹⁹⁾。また、地域医療介護総合確保基金及び地域医療再生基金を活用して構築した地域医療情報連携ネットワークと

して「晴れやかネット」が稼働しており²⁰⁾、両者を有機的に連結するなど各ネットワークを活用しデジタルな腹膜透析地域連携パスを作成し支援することが、高齢 PD 患者に安全な治療を提供し、PD の普及率向上にもつながると考える。

4. 結語

本邦では医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを日常生活圏域内において一体的に提供する「地域包括ケアシステム」が推進されており、在宅医療を基本とした透析スタイルには PD は欠かせない。しかし、現状において在宅医療に必要な支援体制が充実しているとは言い難い。また、高齢患者には身体機能の低下や合併症など様々な要素があり、自己管理が十分に行えず家族の負担になるケースも多い。そこで地域の医療機関や介護施設等の各施設の機能を活かし、多職種が連携をとることで患者や家族の意向にそった支援が実施できる。また現状の医療制度や報酬制度では、各施設機能を活かした治療や介護が上手く機能しておらず、上手に資源の活用ができるよう制度の見直しをしていくべきである。

利益相反

著者らのいずれも開示すべき COI はない。

文 献

- 1) 安藤亮一：「2025年問題」を抱えた透析医療の今後。臨床透析, 34, 1401-1408, 2018.
- 2) 日本透析医学会統計調査委員会：図説 わが国の慢性透析療法の実況（2020年12月31日現在）。<https://docs.jsdt.or.jp/overview/file/2020/pdf/01.pdf>, 2021. (2022.2.22確認)
- 3) United States Renal Data System : 2021 USRDS annual data report: Epidemiology of kidney disease in the United States. <https://adr.usrds.org/2021/>, 2021. (2022.2.24確認)
- 4) 太田圭洋：世界の眼からみた日本の透析と医療保険制度。日本透析医会雑誌, 34, 4-11, 2019.
- 5) Wang HH, Hang SY, Sung JM, Hung KY and Wang JD : Risk of stroke in long-term dialysis patients compared with the general population, *American Journal of Kidney Diseases*, 63, 604-611, 2014.
- 6) Chaudhary K, Sangha H and Khanna R : Peritoneal dialysis first : Rationale. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 6, 447-456, 2011.
- 7) J-CAST ニュース：高齢者にも優しい「低容量腹膜透析」1日1～2回、在宅でも可能。<https://www.j-cast.com/2012/08/12141873.html>, 2012. (2021.11.18確認)
- 8) 中元秀友：腹膜透析の普及に向けた診療報酬の変遷。日本医事新報, 5015, 32-41, 2020.
- 9) 日本透析医学会統計調査委員会：図説 わが国の慢性透析療法の実況（2018年12月31日現在）。<https://docs.jsdt.or.jp/overview/file/2018/pdf/01.pdf>, 2019. (2020.10.15確認)
- 10) 日ノ下文彦, 秋葉隆, 勝木俊, 戸村成男：高齢化する腹膜透析患者の透析実態に関するアンケート調査。日本透析医学会雑誌, 50, 139-146, 2017.
- 11) 日比野祐香, 神田英一郎, 鈴木梨江, 横部佳子, 樋口直美, 菅野義彦：介護保険施設における腹膜透析療法の受け入れに関する実態調査。日本透析医学会雑誌, 48, 525-528, 2015.
- 12) Duquenois S, Bechade C, Verger C, Fichoux M, Ryckelynck JP and Lobbedez T : Is peritonitis risk increased in elderly patients on peritoneal dialysis? Report from the French Language Peritoneal Dialysis Registry (RDPLF). *Peritoneal Dialysis International*, 36, 291-296, 2016.
- 13) 河田哲也, 山田幹二, 宇根良衛：透析医療 OVER-VIEW. 医療57, 639-646, 2003.

- 14) 岡田慶子, 矢部広樹, 由元由美, 水越俊博, 谷本一美, 伊藤裕紀子, 山下憲子, 奥村ひとみ, 城良治, ...春日弘毅: デイサービスを利用した高齢腹膜透析患者に対する assisted peritoneal dialysis(assisted PD) の有用性と問題点. 日本透析医学会雑誌, 52, 433-441, 2019.
- 15) 遠藤和子: 高齢者の腹膜透析における看護小規模多機能型居宅介護サービスの活用. 公益財団法人 在宅医療助成勇美記念財団2018年度(後期)一般公募「在宅医療研究への助成」完了報告書, http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data1_20200629083335.pdf, 2020. (2022.2.25確認)
- 16) 金田亜喜子: 腹膜透析×多職種連携で叶った「普段どおりの生活」(鹿児島). https://post.medicalcare-station.com/patient/1943/?_ga=2.85593689.1541782636.1636354830-1929510843.1636111602, 2020. (2021.11.6確認)
- 17) 内田治仁, 前島洋平, 杉山斉, 和田淳, 横野博史: CKD 対策の最新動向 CKD 診療体制・連携について. 日本腎臓学会誌, 61, 81-85, 2019.
- 18) 岡山県保健福祉部健康推進課: 令和元年度岡山県 CKD 診療連携構築モデル事業実績報告書. <https://www.mhlw.go.jp/content/000660597.pdf>, 2020. (2022.2.24確認)
- 19) 岡山県保健福祉部健康推進課: 令和2年度岡山県 CKD 診療連携構築モデル事業実績報告書. <https://www.mhlw.go.jp/content/000851748.pdf>, 2021. (2022.2.24確認)
- 20) 合地明, 秋山祐治, 難波義夫, 大前晋: 地域医療連携ネットワークの評価について—医療ネットワーク岡山協議会『晴れやかネット』—, 第35回医療情報学連合大会論文集, 110-111, 2015.

(2022年6月10日受理)

Challenges and Prospects for the Widespread Use of Peritoneal Dialysis in the Elderly

Aoi OKA and Masakazu MUSHIAKI

(Accepted Jun. 10, 2022)

Key words : peritoneal dialysis, assisted PD, elderly person, ICT

Abstract

The number of dialysis patients in Japan continues to increase, and more than half of them are aged 65 years or older. In order to maintain the social security system in a super-aged society, there is a need to shift from the current hospital-based medical care to home-based medical care that can be completed in the community. Therefore, the use of assisted peritoneal dialysis (assisted PD) has been attracting attention as a measure to promote home dialysis, and it is important to utilize social resources to spread assisted PD. Revision of the nursing care reimbursement system is necessary for the acceptance of patients in nursing care facilities. In addition, it is desirable for hospitals with specialist doctors and other knowledgeable staff to provide local clinics and facilities with educational training on how to respond to sudden changes and infection control measures, and to enhance support for stable dialysis management even after patients return to the community. Furthermore, it is necessary to establish a network that can be used mutually by medical institutions, nursing care facilities, and homes, utilizing ICT, to facilitate smooth information sharing when patients are transferred between facilities due to sudden changes or discharges, or when multiple professions treat elderly peritoneal dialysis patients.

Correspondence to : Masakazu MUSHIAKI

Department of Health Informatics

Faculty of Health and Welfare Services Administration

Kawasaki University of Medical Welfare

288 Matsushima, Kurashiki, 701-0193, Japan

E-mail : m-mushiaki@mw.kawasaki-m.ac.jp

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.32, No.1, 2022 13-19)