

腹膜透析の患者数は、なぜ、40 年ほど前の開始当時から 3 %程度にとどまっているのか

原田 健司* 金井 英俊*

はじめに

本邦において腹膜透析（peritoneal dialysis ; PD）の割合は 3 %にすぎない。2022 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、腹膜透析は 3.0 %程度であった¹⁾。

2016 年の診療報酬改定以降は国が推進する在宅透析が増加する兆しを見せた。しかし、2018 年の統計調査で PD 普及率 3 %を超えてから 6 年経過するが、3 %を若干超える程度と PD が普及しているとは言い難い。海外を見てみると、香港などは国策として PD first を掲げており PD 率は 70 %以上となっている。メキシコ、ニュージーランドは 30 %前後、欧州、カナダにおいても 20～30 %、米国 10 %前後と比較して本邦の PD 普及率 3 %がいかに低いかがわかる。それではなぜ本邦の PD 割合が 3 %に留まっているか考えていきたい。

1. 医療者側・患者側の要因

一方向でなく患者、家族と共に十分に情報を共有し治療選択の意思決定を行うことを SDM（shared decision making）という²⁾。CKD、腎代替療法（RRT ; renal replacement therapy）に対して十分な教育を受けている患者は PD 選択率が最大 4 倍になる、とする報告もある³⁾。また、通院回数が少ない、心血管系への影響が少ないなど、高齢者の RRT に関しても PD を選択することのメリットが多数ある。

2. PD 継続期間が伸びない

本邦の PD 患者の被嚢性腹膜硬化症（EPS）は 1 %程度といわれている⁴⁾。PD 期間のみでなく腹膜炎の罹病期間が影響すると推定されている。PD 選択率は上昇傾向であるが、PD 継続率が低いため血液透析（HD）移行

* 小倉記念病院腎臓内科

症例が増加し、結果的に普及率が3%に留まっている。PDからHDへ移行する原因としては体液管理不良、腹膜炎が2大要因となっている。合併症対策をすることでPDの離脱を減らし、継続率を上げる取り組みが必要である。

3. 透析医療のインフラ環境

本邦においてHD施設にアクセスしやすく、交通インフラが整っていることは通院HDを選択することに対して障壁となりにくい。一方でPD導入、PD管理可能な施設は少ない。一朝一夕には難しいがどこの地域、施設においてもPD管理可能な環境整備が喫緊の課題である。

4. 保険制度の問題

RRTの医療費に関して見るとドナーがいれば腎移植が最も医療費を抑制できる(2~3年以上生存した場合)。したがって、腎移植>PD>HDという順番に医療費負担を軽減する。今後、高齢者の社会保障費がさらに財源を圧迫してくることが予想される。患者側・医療者側共に透析医療のコストという側面に対しても考える時期がきている。

おわりに

国が目指す在宅医療の拡大を実現するPDの普及率を向上させるためには、医療者・患者側の透析療法に対する認識、透析環境のインフラ整備・介護保険制度の見直しなどが必要と考える。末期腎不全に至りPDを受けることでメリットを享受する患者、家族は多くいるので、患者視点のSDM、RRTを提供できる環境が整うことを期待する。

文 献

- 1) 日本透析医学会統計調査委員会：わが国の慢性透析療法の現況（2022年12月31日現在）
- 2) Légaré F and Thompson-Leduc P : Twelve myths about shared decision making. Patient Educ Couns 2014 ; 96 : 281-286
- 3) Devoe DJ, Wong B, James MT, et al : Patient education and peritoneal dialysis modality selection : A systematic review and meta-analysis. Am J Kidney Dis 2016 ; 68 : 422-433
- 4) Nakayama M, Miyazaki M, Honda K, et al : Encapsulating peritoneal sclerosis in the era of a multi-disciplinary approach based on biocompatible solutions : the NEXT-PD study. Perit Dial Int 2014 ; 34 : 766-774