

2 腎代替療法選択外来支援の現況と成果

稲葉 友花

Yuka Inaba

柳 麻衣

Mai Yanagi

笠原 千晶

Chiaki Kasahara

後藤 直

Nao Goto

星野 絵理奈

Erina Hoshino

浦手 進吾

Shingo Urate

衣笠 哲史

Satoshi Kinugasa

石橋 由孝

Yoshitaka Ishibashi

日本赤十字社医療センター腎臓内科
(東京都渋谷区)

日本の透析医療

日本透析医学会が報告した「わが国の慢性透析療法の現況 (2022年12月31日現在)」¹⁾によると、約34万人の維持透析患者のうち、腹膜透析 (PD) 患者は3%にあたる1万人程度で、約97%が血液透析 (HD) を受けている。海外と比べてもその偏りは顕著であり、本邦における腎代替療法選択のあり方が見直されている。腎代替療法選択の課題を適正化するため、厚生労働省は2020年度の診療報酬改定で腎代替療法指導管理料を新設し、療法選択外来の実施を重視するようになった。

療法選択外来は、患者・支援者にとって相応しい時期に行い、血液透析・腹膜透析・腎移植の腎代替療法について十分な情報提供をしながら、共同意思決定 (SDM: Shared Decision Making)²⁾ を行う場である。また、一人ひとりの人生に寄り添った決定のために患者自身がどうありたいかという「価値」を共有することもその役割の1つといえる。

SDM

SDMは最善の診療選択を目指すための概念であり、①エビデンス、②患者の意向や価値観、③患者の病状や周囲の環境—の3つの要素に加えて、医療者の臨床経験も補足しながら行われる。

多職種が患者と対話を繰り返し、それを共有した結果として、通常の外来では知り得なかった患者の思いに近づくことが可能となるかもしれない。透析導入患者の高齢化が進み、腎代替療法選択に際しては、生活の場や死生観について医療者はじっくりと対話を重ね、患者とともに考えていくことが大事なことであろう。

療法選択外来の介入

前述の通り、療法選択外来の開始はその介入時期が適切でなければならない。移行期において患者とその支援者の疾患に対する思い、そして腎代替療法

Key words : 腎代替療法, 移行期, SDM, NBM

に対する考え方は変化しうる。

慢性疾患患者の受容段階³⁾は、①喪失、②拒絶、③闘争、④折り合い、⑤受容（価値）という5つの段階を行き来しながら進むという考え方がある。腎機能廃絶を受け入れられていない拒絶の段階にある患者に腎代替療法について説明しても、さらに拒絶感が強くなり逆効果となる可能性がある。受容段階を含めた患者の内面の理解には、患者のこれまでの人生の歩みに焦点を当てた対話が不可欠だ。

Narrative Based Medicine (NBM) は患者自身の『病の語り』を重視した全人的医療であり、患者の腎不全への向き合い方とその背景を理解することで、受容段階を進めるための支援に繋がることがある。周囲とどのようななかかわりのなかで生まれ育ったのか、また人生の生きがいを見出してきたのか、どのような理由でその療法選択に至ったのかを言葉にしていく過程で、その方が命の根源に向かわれていくことがあり、そのことは腎代替療法選択と関係が深い。保存期から身体をよい状態に維持するための知識の提供と生活で実践に結びつける支援は、最終的に患者の生活の質（QOL）や予後の改善に繋がりがうる⁴⁾と考えられる。

腎代替療法を多職種で取り組む多職種外来では、テクニカルな議論も重要になる。例えばHDでは、併存疾患や生命予後を考慮したアクセス選択が検討されるが、終末期における透析針穿刺の苦痛軽減の点で長期留置カテーテルの存在意義⁵⁾が示された報告もある。

PDは在宅医療として幅広い可能性を有するものの、対応可能な医療機関や医療スタッフの不足など課題は多い。腹膜透析液のブドウ糖分解産物の低減と中性化の両立を経て被嚢性腹膜硬化症（EPS）が減少した現在においても、PDの選択率はHDと比較し極めて低いままである。

腎移植は献腎移植登録の紹介のほか、生体腎移植希望者であればドナー選定の段階から腎臓内科医による適切なアプローチが必要だが、腎移植診療の経験を有する腎臓内科医は少なく、PD同様、本邦において腎移植件数が少ない要因となっている。

また、いずれの腎代替療法においても自己管理は重要であるが、特にPDでは食塩制限・体液管理などが透析の質を決める要因として知られ、腎移植では免疫抑制剤の確実な服薬アドヒアランスが大前提となる。昨今、腎不全患者の高齢化によって保存的腎臓療法（CKM）⁶⁾が議論されているが、医学生や医師にとっても分野横断的な学びが必要であろう。

なお、療法選択の場合は診察室に限らない。必要に応じて患者に透析室を見学してもらい、実際にPD関連の機器を手に取りながら説明を行うことで具体的なイメージに繋げることも重要だ。場合によっては、すでに腎代替療法を導入した患者やその家族から情報を得るピアラーニングも有効である。

移行期という人生のイベント

PDは、①PD first、②PD last、③incremental PD、④decremental PD、⑤PDとHDの併用など、さまざまな治療パターンがあり、患者の状態にあわせて選択できる。HDでは、合併症であるアクセス不全（シャント狭窄閉塞、過大シャントなど）や透析困難症の発生、または通院困難になるといった場面がPDへの切り替えタイミングになり、再度腎代替療法を選択する機会となる。または、腎移植で透析離脱した後に再導入となる可能性もある。

腎代替療法選択は、患者の身体的・精神的・社会的な背景に応じた検討の繰り返しが望ましく、腎代替療法選択外来は透析導入後においても存在し続ける概念といえる。つまり「腎代替療法の移行期」が、患者の人生にとって一度だけでなく何度か訪れるイベントになれば、より個別化された医療が実現できているといえる。

当科の取り組みとしては、医師3～4名、看護師2名、運動療法士1名で構成されるチームで腎不全外来を行っている。朝と夕のカンファレンスを通じて、その日の診療の目標とアウトプットを共有することで患者への深い理解を目指している。

ある日の診察室で、1人の患者が「ここまでさまざまな人に助けてもらって生きてきたのだから、これからも同じことよね」と述べられた。まさにこう

した発言の引き出しを基盤として、腎不全外来というチーム医療の場を作り出し、生活の場と結びつけていくことが腎臓内科医の役割ではないだろうか。

文 献

- 1) 日本透析医学会. わが国の慢性透析療法の現況 (2022年12月31日現在) II. 2022年日本透析医学会統計調査報告書 調査結果と考察. <https://docs.jsdt.or.jp/overview/file/2022/pdf/01.pdf> (閲覧: 2025-02-17)
- 2) Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C. The connection between evidence-based medicine and shared decision making. JAMA. 2014; **312**: 1295-6.
- 3) 石橋由孝, 他. 絶対成功する腎不全・PD診療 TRC (Total Renal Care). 中外医学社. 2019.
- 4) Devins GM, Mendelssohn DC, Barré PE, et al. Predialysis psychoeducational intervention extends survival in CKD: a 20-year follow-up. Am J Kidney Dis. 2005; **46**: 1088-98.
- 5) 高橋 公太. さらばシャント, されどシャント - 患者視点からの透析療法 -. 日本医事新報 (5182). 2023-08-19; 34-41.
- 6) Davison SN, Levin A, Moss AH, et al. Executive summary of the KDIGO Controversies Conference on Supportive Care in Chronic Kidney Disease: developing a roadmap to improving quality care. Kidney Int. 2015; **88**: 447-59.