

17 療法選択に対する意識調査

長野医療生活協同組合 長野中央病院 血液浄化療法センター

○ 辰野晃子 山本秀子 CAPD 担当者一同

I : はじめに

近年の飛躍的な医学の進歩と医療内容の複雑化に伴いインフォームド・コンセント(IC)という概念が重要視されている。ICの根幹をなす「選択しうる治療内容すべてに関する十分かつ適切な情報提供」は腎代替療法の療法選択をする時期にも行われなければならない。

療法選択にあたり、透析導入後最も接する機会の多い血液浄化療法センター(当センター)が関与することが有効と考えている。当院の現状のままでどのような関わりが可能なのか、導入患者、関連職場、当センタースタッフに意識調査を実施した。その調査を基に患者5名の療法選択に介入した結果を合わせて報告する。

II : 研究方法

- 1)調査方法 アンケート調査 聞き取り調査
- 2)調査期間 平成20年7月28日～
9月17日
- 3)調査対象 平成18年度～現在までに
当院で維持透析導入となり
意思疎通可能な患者9名
関連病棟看護師29名
血液浄化療法センタースタッフ
21名

III : 結果及び考察

腎代替療法の3本柱は血液透析(HD)、腹膜透析(CAPD)、腎移植であることは広く知られている。腎不全は不可逆的な疾患であるため透析への導入が決定した場合、患者は療法選択をしなければならない。その最終決定を行うのは患者自身だが、それに対して助言をし、最終決定に導くために医療サイドは重要な役割を担ってくる。1)

辰野晃子 長野中央病院 血液浄化療法センター
〒380-0814 長野市西鶴賀 1570 026-234-3584

2006年度末の日本透析医学会の統計調査によれば、新規透析導入患者数は約3万人であり、ここ数年1万人ずつの透析患者が増加しており、現在26万人が維持透析を行っている。

CAPDはHDと比較して残存腎機能に優れ、心血管系への影響が少なく、QOLも高いことが認識され始めているが、なぜCAPDが増加の兆しを見せないのか、その原因について考えてみると、第1には腹膜機能の経年的低下と被嚢性腹膜硬化症(EPS)の歴史的経緯がある。腎移植が盛んな欧米では、CAPD期間が短いためEPSの発生は少なく、腎移植が少ないため長期CAPDを行っているわが国とは透析事情が大きく異なり、EPSは日本にとって切実な問題である。

その他の理由として患者側の自己管理の問題や社会的にCAPDの認識が不十分であり、情報が少ないことなどの理由が推測される。その中でも重要な問題として考えられることは、2006年度3534透析施設中CAPD実施病院は1555施設であり圧倒的にHD施設が多いことである。CAPD未実施の施設においてはCAPDに関する専門性が不十分であることから、患者にも十分なCAPDの説明がなされないため必然的にHDを選択せざるを得ない。

アメリカ・ミズーリ州で1983年に始まった慢性腎不全患者支援プログラムでは、患者にすべての腎機能代行療法を説明し、血液透析かCAPDかを厳密に選択することを医療側および患者側に保険給付上で義務づけており、これにより、CAPD選択例が増加したといわれている。3)

次に腎移植であるが、透析療法は生体内に蓄積された尿毒素や水分を除去することしかできないが、腎移植することにより造血・骨代謝・血圧調節などに関連した内分泌作用を補うことができるため理想的な治療である。日本透析医学会2006年度末の統計調査によると、透析患者の5年およ

び10年生存率はそれぞれ約60%、約40%である。これに対し、移植患者の同生存率は約90%、約80%である。移植を受ける患者は一般の透析患者より、より若く健康な者が多いので単純な比較は難しいなどの点を考慮したとしても、非常に高い実績を残している。4)

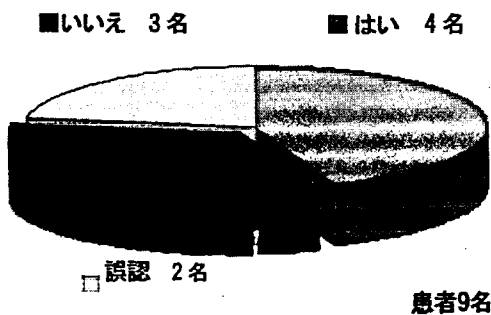
しかし2006年日本臓器移植ネットワークに死体腎移植を希望して登録している患者は11,564人いるが2008年に160例行われたのみである。この移植率の低さの原因としてまずは死体腎移植を希望しても提供者が少ないことが挙げられる。また移植を行ったとしても生着率は10年で約50%程度まで減少してしまうため透析再導入となる患者もいるのが現実である。

古賀氏は「血液透析をすでに受けた患者にアンケート調査を行った結果によれば、そのうちの80%以上の患者が十分な腎移植の説明を透析導入前に腎臓専門医より受けていなかった。」と述べている。これも腎移植が優れた治療方法であるにも関わらず日本において腎移植が少ない原因の一つであるといえる。

寺脇氏は「ICの要は適切な医療情報の提供であるが、情報を受け取った患者が1回の情報提供のみで、治療への同意ないし治療内容の選択を行えるとは限らない。緊急性の高い場合を除き、医療情報の提供から患者意思決定までには十分な時間を確保することが望ましい。また、必要に応じて不足の医療情報を提供できるような、心理面にも配慮した細やかなフォローアップが望まれる。」5)と述べている。

ICというプロセスを考えると十分時間をかけ慎重に取り組むべき重要な業務であると考える。

図1: 血液透析・腹膜透析・腎移植の治療方法説明を受けましたか?



そこで今回9名の導入患者が療法選択を行なった経緯を調査し、関連職場・当センタースタッフは当院の現状をどう捉えているのか意識調査により把握した。

その結果、HD・CAPD・腎移植全ての詳細な説明を受けたと感じている患者は44.4%であった。2名の患者においては生涯継続する治療であることも理解していなかった。(図1)

全国腎臓病協議会の報告では、「特定の治療法に偏りなく詳細な説明を受けた」と感じている透析患者はわずか21.8%しかいない。6) 当院の結果は調査対象が少ないこともあるが、全国レベルを上回っているもののやはり半数に満たっていない。このことから、やはりDrからのIC後看護師のフォローは必要であると考ええる。しかし、関連病棟のアンケート結果からでは患者から質問がなければフォロー説明を行っていないと答えた看護師が56%であり、フォローが十分であるとは言えない結果であった。(図2)

また療法選択に介入していく必要性については関連職場も当センタースタッフも皆一致していた。(図3)

図2: Drからの療法選択説明後フォローをしていますか?

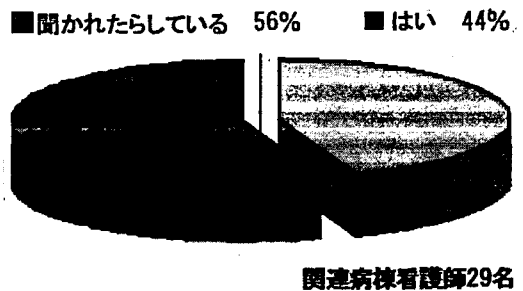
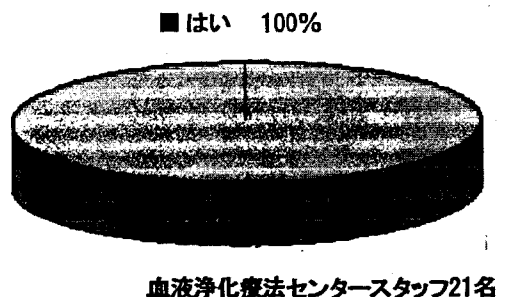


図3: 当センターが療法選択に関わることは必要だと思いますか?



この結果から当院でもDrのIC後に看護師も参画していく必要性を見いだせた。

多くの病院では療法選択に関する情報提供を充実させるために、療法選択外来を設立している。しかし現在の診療報酬では療法選択外来を受診してもそれだけでは点数に繋がらないうえに、外来運営のための職員・設置場所の確保など多くの課題が発生する。そしてその課題を解決させるために数年を要するであろう。当センターではそれら課題を解決させるために時間を費やすのではなく即座に療法選択に関わることを患者にとって賢明ではないかと考えた。当院は当面療法選択外来設立の予定はないため、当センターの考えをどのように実現させるかが課題となった。療法選択への関わり方を検討したところDrより教育入院中患者に介入依頼があった。

実際介入した5名の患者への説明を振り返ると2名の患者が療法選択を自己決定出来た。(図4)

図4：介入結果

【療法選択介入結果】

- ① 42歳男性 Cr8.8 CAPD 選択
- ② 72歳女性 Cr3.6 保存期維持
- ③ 53歳男性 Cr6.0 保存期維持
- ④ 35歳女性 Cr6.3 HD 選択
- ⑤ 61歳男性 Cr3.6 保存期維持

【患者の反応】

- ・Drの説明だけではわからなかったことも聞いてよかった
- ・実際に見て話を聞いたことがよかった
- ・見学したことでCAPDに決めた
- ・保存期を延長させるため今後更に食事管理に気を付けようと思った

療法選択説明後の患者の反応からもDrのICに、看護師から補足説明をすることで透析治療に関する理解度が高まったと考えられる。

説明に携わった担当者はHD業務と兼任であるが、HD業務で忙しい時間帯を避けて行ったため通常業務に支障をきたすこともなかった。新たな職員の配置や業務改善、場所の設置なども不要であったことから、当センターの考えであった療法選択外来を設立せずと同じ効果が得られた結果だと考える。

佐藤薫氏は「患者と家族、看護師で透析療法の特性や生活背景等を十分話し合い、療法を決定する。一方、導入後の指導の段階で、患者が透析療法の期待感の喪失を体験することもある。このように、透析導入時のインフォームド・コンセントは、導入時指導の全経過を通じ行う必要があり、その時点での看護師の役割は大きい。」⁷⁾と述べている。はじめにでも述べたように、透析導入後の喪失感など特徴的である心理面を考慮すると、療法選択への介入を行うのは導入後最も接する機会の多い当センタースタッフが望ましく、その関わりこそが安定した維持透析へ継続させることが出来ると考える。

CKDのガイドラインから考えると療法選択に介入すべき対象患者は外来受診者の中に数多くいる。現時点で当院は外来患者ではなく教育入院中患者を対象とした。療法選択外来は患者が自主的に受診予約をとらないと1回の説明で終了してしまう。療法選択への介入は、透析治療を受容するまでに時間がかかることや、透析導入後への関わり方の継続性という意味から考えても、1回だけの関わりでは不足である。しかし教育入院中患者であれば約1週間の入院期間があるため、療法選択説明後意思決定に必要な時間を確保し、後日病棟を訪問することでフォローが確実にできる。患者の状況に応じて訪問回数を増減することも可能であるため、精神的援助の面でも、提供した情報を正確に理解出来たか確認する意味でも、関わりを持った当センタースタッフが病棟訪問することは効果的である。

今後腎不全医療に携わる者として、高い技術や知識を身に付けると同時にあらゆる可能性を考慮し、腎代替療法に関する全ての情報提供を行っていくことが重要ではないかと考える。

IV：まとめ

- ① 患者、関連病棟、当センタースタッフに療法選択に関する意識調査を実施した
- ② 腎代替療法に関する全ての説明を受けたと認識している患者は半数以下であった
- ③ DrからのIC後看護師のフォローは必要である
- ④ 意識調査を基に介入方法を構築することができた

引用参考文献

- 1) 臨床透析 日本メディカルセンター
2008.4 VOL.24 NO4
- 2・4) 徳洲会における腎不全医療のあるべき
姿 古賀祥嗣 東京西徳洲会病院
- 3) 臨床透析 日本メディカルセンタ
2004. 6月増刊号 VOL.20 NO7
- 5) 臨床看護 慢性腎臓病(CKD)寺脇 博之
- 6) 全国腎臓病協議会アンケート
- 7) 腹膜透析 2007 末期腎不全患者の治療
選択と満足度 佐藤 薫
臨床透析 日本メディカルセンター
2008.2 VOL.24 NO2
日本透析医学会 わが国の慢性透析療法の
現況 2006年12月31日現在