

人工臓器における Shared Decision Making (SDM) —人工腎臓の療法選択における看護師の関わりから—

岩手医科大学附属病院血液浄化療法部

金子 真理子

Mariko KANEKO



1. はじめに

人工臓器の発展は治療の選択肢を増やすのみならず、より重症度の高い患者も対象可能とした。その一方、生死に関わる治療法を選択すること、治療選択後の生活に様々な増悪因子が関与すること、常に死を意識するため精神的に不安定となることなど、患者は非常に難しい意思決定を強いられているのも事実である。そのため、人工臓器の分野においては医学的情報の提供のみならず、患者の生活背景や人生観を含めた考え方など多方面からの検討が必要である。

近年、療法選択における患者の意思決定において、Shared Decision Making (SDM) が注目されている。SDMは、すべての選択肢と各選択肢の利益と不利益について話し合い、患者の価値観や状況を考慮した上で、医療者と患者が共同で治療に関する意思決定に参加するプロセスである¹⁾。

2007年に厚生労働省より「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」が通知²⁾された。その中で「医師の治療方針の決定や病状の説明等の前後に、看護師等の医療関係職が、患者との診察前の事前の面談による情報収集や補足的な説明を行うとともに、患者、家族等の要望を傾聴し、医師と患者、家族等が十分な意思疎通をとれるよう調整を行うことで、医師、看護師等の医療関係職と患者、家族等との信頼関係を深めることが可能となるとともに、医師の負担の軽減が可能となる」とされており、SDMにおいて看護師の役割は重要であるといえる。また、医療政策や医療の現場で重要視されている「患者参加型医療」の大前提となるのがSDMである。

■ 著者連絡先

岩手医科大学附属病院血液浄化療法部
(〒028-3695 岩手県紫波郡矢巾町医大通2-1-1)
E-mail. mariko654kaneko019jp@gmail.com

様々な分野でSDMが行われているが、2017年に「腎臓病SDM推進協会」が発足するなど、末期腎不全における腎代替療法の選択においてSDMへの取り組みが拡充している。

本稿では、末期腎不全患者に対するSDMを中心に、人工臓器が適応となる患者全般にSDMが活用されるように、SDMの基礎について看護師の立場から述べる。

2. 患者の意思決定プロセスの変遷

患者意思決定プロセスは、従来の「パターンリズム」から、「インフォームドコンセント (informed consent, IC)」を経て「SDM」に変化しつつある(表1)³⁾。

パターンリズムでは、医師の考えに基づき、医師が一方向的に治療法を決定する。そのため、患者本人の意思や自主的判断が無視され、人権を侵害するとして批判されるようになった。そこで登場したのがICである。ICはパターンリズム同様に情報は医療者から患者への一方向に提供され、内容は医学情報が中心となる。医療者は最善のエビデンスと経験に基づいて選択肢とその利益・不利益を提示し、患者が意思決定を行う。そのため患者の自己決定権は保証されるが、選択した治療法が患者にとって最善かどうかは保証されないという問題点がある。SDMは選択肢の種類と各選択肢の利益・不利益について話し合い、価値観や生活背景などの患者情報を考慮した上で医療者と患者が共同で意思決定に参加するプロセスである¹⁾。SDMでは個々の患者ニーズに基づき話し合いを重ね、協働で意思決定するため、個別性に合わせた結論が導かれる。

3. 腎代替療法の療法選択におけるSDMの現状

SDMは完治が望めない患者において、人生の最後をどのように過ごすかといったアドバンス・ケア・プランニングにおいて発展してきた。慢性腎臓病 (chronic kidney

表1 意思決定プロセスの比較³⁾

| | パターンリズム | IC | SDM | |
|------|---------|--------------------------|----------------------------------|---|
| 情報 | 方向 | 一方向(医師→患者) | 一方向(医師→患者) | 双方向(医師↔患者) |
| | 内容 | 医学情報 | 医学情報 | 医学情報+患者情報 (価値観, 生活状況など) |
| | 情報量 | 最低限 | 意思決定に関するすべて | 意思決定に関するすべて |
| 検討者 | | 医師のみ | 医療者と患者(家族, 他) | 医療者と患者(家族, 他) |
| 最終決定 | | 医師 | 患者 | 医療者と患者 |
| 問題点 | | ・情報の正確さ ・患者の自己決定権を損なう | ・選択した治療法が患者にとって 最善かどうかは保証されない | ・医師および患者側因子環境因子に 問題点が存在 ・医学的に正しいかどうかは不明 |

disease, CKD)において、前述の腎臓病SDM推進協会が発足し、「慢性腎臓病患者とともにすすめるSDMテキスト」⁴⁾を発刊するなど、SDMへの取り組みが進んでいる。

末期CKD患者に対する腎代替療法(renal replacement therapy, RRT)は、一生に関わる重要な問題である。現在、選択されるRRTのほとんどが血液透析である。2019年に「腎臓サポート協会」が実施した透析患者へのアンケート調査⁵⁾によると、治療法の選択理由で最も多いのは「医師に勧められたから」であった。また83.9%の患者が「透析治療によって日常生活がどのように変わるのか」と不安を感じていた。さらに55.5%が「医療従事者と相談をして、一緒に決めたい」と答えており、治療選択に患者自身も関わりたいという思いが強くなる。以上のことから、RRTの選択においてSDMは必要不可欠な手段と考えられる。

SDMを行う際は、医師による診察時の緊張感を緩和し、和やかな雰囲気の中で患者の日常生活や趣味・価値観などについてゆっくり話せるようにプライバシーに配慮した個室を選択するなど、環境づくりが重要である。また、使用する資料(decision aid, DA)として、腎臓病SDM推進協会が作成した「腎臓病 あなたに合った治療法を選ぶために」や腎臓サポート協会が作成した「腎不全とその治療法」などを用い、より具体的にRRTをイメージできるよう、家族を含め納得できるまで希望があれば何度でも説明し話し合うことも重要である。

療法選択後も患者には、様々な疑問や不安が終生にわたり生じる。その解消のためには、多職種で患者を支え、患者が納得し前向きに治療を受けられる体制と良好な関係づくりが重要である。

なお、CKD患者において外来でSDMを行うことにより、「導入期加算」や「腎代替療法指導管理料」の算定をで

きるなど、診療報酬に反映されている(請求に関しては、個々の条件を確認)。

4. 末期CKD患者に対するSDMの実際

確実なエビデンスのある治療法が1つしかない場合には、ICが適している。しかし、数多くの選択肢があり、各選択肢のエビデンスがはっきりしておらず、どの選択肢がよいのか本当にはわからない場合にはSDMが適している。そのため、SDMにより得られた見解は必ずしも医学的に最適な選択とは限らないが、患者の満足度向上に寄与する可能性がある。

SDMの実践は、①少なくとも医療者と患者の2人が参加し、意思決定の過程において両者が対等なパートナーとして認識し合うとともに、意思決定の必要性を認識する、②すべての選択肢を同等のものとして提示し、また各選択肢の利益・不利益の情報を両者が共有する、③医療者は患者の理解度、考え方、患者背景を聞き出し、それに基づいた選択肢を提示し、両者が希望の治療について合意を形成できるように繰り返し話し合いを行う、④患者の理解度と何を重視して決定しているかを反映した上で、その患者にとって最善と思われる治療法を決定し、その内容を共有する。また、その意思決定についてのアウトカムを評価する時期を相談するといった4つのステップを経て形成される⁶⁾。

また、患者の価値観と一致した治療法を選択するのを助けるため、具体的な選択肢についてそれぞれの利益・不利益などの情報を提供する必要がある。SDMの形成において、意思決定を支援するためのDAの作成、利用が有効である。疾患によりDAの内容は異なるが、特定の疾患に限らず幅広く活用できるDAとして「オタワ意思決定ガイド(Ottawa Personal Decision Guide)」がある⁷⁾。

表2 LEARNアプローチ¹⁰⁾

| 項目 | 内容 |
|---------------------|--|
| Listen (傾聴) | 患者の言い分を傾聴する ・不安や疑問に思っていること、生活の中で大切にしていることや希望 ・患者の生活のスタイルの確認する |
| Explain (説明) | 傾聴したうえで医療者が説明する ・医学的見地から治療法を説明する ・その治療法を選択した場合の生活の変化を説明する |
| Acknowledge (相違の説明) | 双方の立場や考え方の違いについて明らかにする ・治療法を選択した結果を想像し、発生する問題点について話し合い、解決策を検討する |
| Recommend (推奨) | 医療側は経験に基づいて最善と思われる治療法を推奨する ・医療側から過去の同様な症例経験などを通して、最善と思われる治療法を推奨する |
| Negotiate (交渉) | 最終的に進むべき道を互いに交渉し合う ・最終的に患者にとって最善と思われる治療法を共同で決定する |

5. 看護師が行うRRT選択支援の実際

医師は、患者の病状や病期からRRTについて説明する時期を決め、看護師にその方針を伝える。患者にはRRT選択支援を伝え、次回受診時はキーパーソンとなる家族とともに受診することを勧める。特に、初回面談は主治医と看護師が同席して行うことが望ましい。

SDMのアプローチ法は、基本の9要素⁸⁾、SHARE〔米国医療研究品質局(AHRQ)]⁹⁾などがあるが、患者に行動変容を促すための行動科学に基づいた、次のようなLEARNのアプローチが効果的である(表2)¹⁰⁾。

1) 「L: Listen (傾聴)」

医療者は患者・家族などの緊張や不安感などに共感する言葉かけと態度で接し、治療に対する不安や疑問に思っていること、生活の中で大切にしていることや希望について聴取し、患者の生活スタイルを確認する。

2) 「E: Explain (説明)」

医師は現在の病状、導入までの猶予期間の予測など患者の恐怖心を増強させない配慮を持ち、医学的見地から説明する。そして、選択できる治療法(血液透析、腹膜透析、腎移植)についてわかりやすく説明する。

3) 「A: Acknowledge (相違の説明)」

看護師は患者・家族などの表情や反応を観察しながら、医師の医学的説明を患者が理解できるようにわかりやすい言葉で補足説明する。また、患者の生活における気配りな点や、大切にしている(したい)ことなどを慎重に傾聴する。この際、高齢者においては保存的腎臓療法(conservative kidney management, CKM)の説明も必要になる可能性があるため、準備しておく。多くのCKD患者は、長い療養生

活を経験し現在に至っているため、これまでの制限や努力に対し、評価し労いの言葉をかけることを忘れてはならない。その上でそれぞれの治療法を選択した生活をイメージし、考えられる問題点について話し合い、解決策を検討する。

4) 「R: Recommend (推奨)」

医療者間で初回面談の内容を共有し、家族構成や生活の状況、価値観、理解力などを話し合う。次回以降の面談では、患者や家族が興味を持った治療法に応じて対応する。血液透析であれば透析室見学などを含めた実際の様子を、腹膜透析であれば腹膜カテーテル管理や機器等に触れるなど生活の中での治療の流れを説明し、具体的にメリット・デメリットを含め最善と思われる治療法を検討し、推奨する。

5) 「N: Negotiate (交渉)」

RRTの意思決定は、患者・家族などの暮らしに生涯関わる重要な決定であるため、個別的な事項を考慮し、様々な職種の支援が必要となる。自施設に必要な職種がそろっていない場合は、地域包括ケアシステムとの連携が必要となる。多職種が関与し患者・家族が納得し、不安なく、最善と思われる治療法を選択し決定する。

選択した治療は生涯継続されるため、多職種でSDMを行い、情報を共有することにより顔の見える関係性の継続が必要である。

SDMの実践は、患者および家族が治療に参加するため自己管理に対する認識が向上すること、医療スタッフとの信頼関係が構築されることにより安心感が増すこと、受診控えが少なくなり重症化を予防できることなどが患者のメリットとしてあげられる。また、チーム医療の充実によるスタッフの意識向上、良好な信頼関係の構築により不要な

表3 SDMの問題点¹¹⁾

| |
|--|
| <p><医師側因子></p> <ul style="list-style-type: none"> ・説明の時間が限られている ・個々の経験・知識などにより治療法の説明にバイアスが生じる可能性 ・SDMに対する理解不足 ・過度な専門化 <p><患者因子></p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神的に依存することが多い(医療者に伝える安心感) ・高齢者が多く、認知機能が低下している ・自分の考えを明確に表現しない ・権威に従順である ・医師に頼りすぎる(受け身) ・治療法をその種類に関する知識がない(収集した知識の質の担保) <p><環境因子></p> <ul style="list-style-type: none"> ・診察時騒がしく、プライバシーが保てない ・医師と患者とが親しくない ・患者は医師を選べない ・対応できる医療スタッフが少ない(認識・教育不足) |
|--|

トラブルの回避、アドヒアランスの向上による治療継続の向上、急性増悪する前に受診しやすくなり救急受診が減少するなどが、医療者のメリットとしてあげられる。

SDMを行う上で、医師側因子、患者側因子、環境因子の問題点がそれぞれ存在する(表3)¹¹⁾。医師側因子としてSDMに時間がとられること、また治療法に対する経験や知識から説明にバイアスがかかるおそれがあることなどがあげられる。患者側因子としては精神的に依存することが多い、高齢者が多く認知機能が低下している、自分の考えを明確に表現しない、権威に従順である、医師に頼りすぎる(受け身)、治療法とその種類に関する知識がないなどがあげられる。また環境因子として診察時騒がしく、ゆっくり話ができない、プライバシーが保てない、医師と患者とが親しくない、患者は医師を選べないなどがあげられる。また、SDMのアウトカムを評価する時期・方法が確立されていないことも問題点としてあげられる。

6. 人工臓器とSDM

人工臓器の選択とは、生死に関わる治療法の選択をすることである。また、治療選択後も様々な増悪因子が存在することや、常に合併症や死を意識するなど精神的に不安定な状態が継続する。患者本人の意向に沿った、本人らしい医療・ケアを実現するためにSDMを積極的に取り入れ、多職種が治療法選択のみならず人工臓器使用開始後の生活にも積極的に関与するべきである。実際、CKDに対する人工腎臓のみならず、重症心不全¹²⁾においてもSDMが取り

入れられるなど今後の発展が期待される。そのためにも腎臓病SDM推進協会のようなサポート体制の確立が望ましいと考える。

7. おわりに

人工臓器を用いた生死に関わる治療法を検討する際は、SDMを積極的に行うことにより医学的な判断のみならず、患者および家族の思いに応える必要がある。

SDMは療養生活を支援する専門職として、看護師が本来担うべき役割であり、多職種で連携し、患者・家族が適切な決定を行えるよう支援する体制の構築が重要であると考える。

本稿の著者には規定されたCOIはない。

文 献

- 1) Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C: The connection between evidence-based medicine and shared decision making. *JAMA* **312**: 1295-6 2014
- 2) 厚生労働省：医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について(通知)。医政発第1228001号。平成19年12月28日
- 3) Charles C, Gafni A, Whelan T: Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med* **49**: 651-61. 1999
- 4) 腎臓病SDM推進協会：慢性腎臓病患者とともにすすめるSDM実践テキスト－患者参加型医療と共同意思決定－第1版。p127. 医学書院, 東京, 2020
- 5) NPO法人腎臓サポート協会 2019年会員アンケート結果報告。 https://www.kidneydirections.ne.jp/wp-content/themes/kidney-web/pdf/report/report_result_2019.pdf Accessed 5 Feb 2022
- 6) Charles C, Gafni A, Whelan T: Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* **44**: 681-92. 1997
- 7) オタワ意思決定ガイド(個人用)。 https://decisionaid.ohri.ca/docs/das/OPDG_Japanese.pdf Accessed 30 Jan 2022
- 8) Makoul G, Clayman ML: An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns* **60**: 301-12, 2006
- 9) Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) :The SHARE approach. <https://www.ahrq.gov/health-literacy/curriculum-tools/shareddecisionmaking/tools/tool-2/index.html> Accessed 6 Feb 2022
- 10) Berlin EA, Fowkes WC Jr.: A teaching framework for cross-cultural health care. Application in family practice. *West J Med* **139**: 934-8, 1983
- 11) Robinski M, Mau W, Wienke A, et al: Shared decision-making in chronic kidney disease: A retrospective of recently initiated dialysis patients in Germany. *Patient Educ Couns* **99**: 562-70. 2016
- 12) 稲垣範子：重症心不全患者の治療選択におけるシェアード・デシジョンメイキングへの看護師参画に対する急性・重症患者看護専門看護師の認識。 *日看科会誌* **40**: 544-52, 2020