

当院の慢性腎臓病（CKD）体制と現況について

高松赤十字病院 看護部¹⁾ 腎不全外科²⁾

CKD 対策委員会

光宗 仁美¹⁾, 南原 愛子¹⁾, 山中 正人²⁾

要 旨

当院は2009年より慢性腎臓病（Chronic Kidney Disease, 以下、CKDと略す）進行抑制と緊急透析導入を回避するためにCKDチーム医療を推進している。CKD早期の段階よりCKD教育を開始し、腎不全期には腎臓専門医共診と患者の生活や意向に即した腎代替療法選択への介入が重要である。

2010年当初はCKDステージG5の透析導入準備期において50名程度の患者が各診療科に分散していたが、現在は透析療法を担う泌尿器科に集約されており、6年間のCKD院内体制整備の成果がみられている。CKD指導で看護介入を行っても透析を受容できず、受療行動の中断やかかりつけ医からの晩期紹介などによって、緊急透析導入は依然20%前後を推移している。意思決定支援（Shared Decision Making, 以下、SDMと略す）で患者が自分の病や治療を受容し、対処能力が向上し治療への自己決定を促進できるような看護介入が重要である。今後も院内CKD体制の構築、院外患者の病診連携によるCKD紹介への啓蒙活動を行っていききたい。

キーワード

CKD, CKD体制, SDM, 腎代替療法, 緊急透析導入

はじめに

香川県は2014年65歳以上（老年人口）が29.2%と全国より早い老齢化の進行と糖尿病、高血圧、虚血性心疾患、脳血管疾患など生活習慣病の罹患率が高い地域性があり、慢性疾患対策における医療機関の機能分化と連携が喫緊の課題であった。そこで当院は2009年よりCKDの概念の浸透とチーム医療を推進し、院内におけるCKD医療のシステム化に取り組んできた。患者が自己の腎機能を認知することにより、対処能力を向上させ、治療への自己決定を促進できることを目的に医療環境の整備をした。CKD進行抑制と緊急透析導入を回避するために医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・理学療法士・作業療法士・MSW・事務でCKDチーム医療の推進に取り組んできた。毎月CKD対策委員会で、透析導入や糖尿病透析予防、2か月ごとに診療科別に院

内の腎臓専門医共診とCKD指導状況などについて調査し討議を行っている。緊急透析導入は、死亡率、合併症発症率、短期留置型透析用カテーテル利用率、入院期間の長期化、医療費の高騰などの問題を孕んでいる。緊急透析導入の抑制に向けて、CKD対策委員会では、当院のホームページなどで院内体制の強化を各診療科へ発信し、院外の患者は病診連携を通じてCKD紹介の啓蒙などを行っている。しかし2015年もかかりつけ医からの晩期紹介による緊急透析導入が多く占めている。基幹病院である当院で計画的に透析準備と透析導入を行なうためには、かかりつけ医から早期の段階でCKD紹介がない限り未然に防ぐ手立てがなく、CKD対策委員会では大変苦慮している。緊急透析導入率の低減やかかりつけ医との病診連携のあり方などの打開策の検討を継続する必要がある。今回CKD対策委員会設立後6年が経過し、CKD患者の動向とCKD院内連携システム、

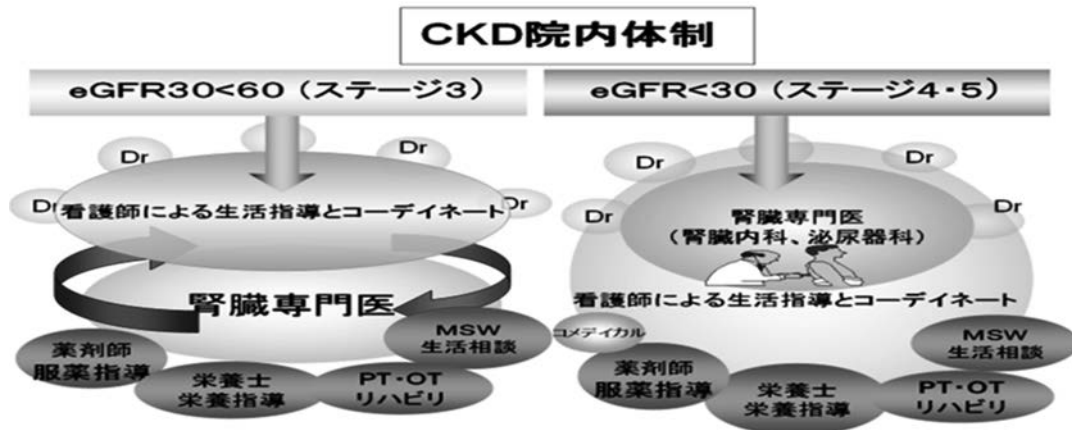


図1 院内CKD体制

CKD 指導の受講状況などについてまとめたので報告する。

当院の院内連携システムについて

当院の包括的腎不全ケアは腎不全外科と泌尿器科が一本化して携わっており、院内連携及び統計調査は泌尿器科で総括して行っている。2010年から緊急透析導入率低下をアウトカムとし、CKD 院内体制（図1）の運用を開始した。CKD 患者指導は、包括的に人間全体を見て、慢性腎臓病患者の生活史全体を捉え、患者の視点に立ったものであること、そして患者の病気の捉え方を知り、フィードバックを行っていくことが重要である。

- ・ステージ G3 (eGFR60>30)：各診療科医師によるモニタリングや治療、生活指導が必要な病期である。院内には2,000名前後の患者が各診療科に幅広く潜在している。そのため院内診療連携では、幅広く潜在するステージG3の患者に対して、腎センター看護師による生活指導や管理栄養士による栄養指導を実施するCKD 患者指導システムを稼働している。各診療科医師が指導依頼オーダーをたて、腎センター看護師がチームの中心となり、生活指導と必要に応じて腎臓専門医やMSW、薬剤師などのコメディカルとのコーディネートを行っている。生活指導では、患者が受診行動の意味づけを理解し、医療をうまく生活に取り込むための動機づけと日常生活の変容や食事療法・薬物療法などの自己管理について指導を行い、患者を支え、看護介入している。

- ・ステージ G4 (eGFR30>15)：腎臓移植・透析

療法を視野に入れた専門的治療の継続が必要な病期である。院内には200名前後の患者が多く、診療科に潜在している。腎代替療法選択期指導は、患者と家族やソーシャルサポート同席のもと、腎不全の進行による体調の変化、受容度などをふまえて、腎代替療法についてコーピング資源を最大限に使いながら、わかりやすく言葉をかみ砕いて指導を行い、正しい知識と情報の提供と患者の意思や価値観、生活スタイルをふまえて患者自身が自分に適した人生設計と腎代替療法を選択できることを目標としている。

- ・ステージ G5 (eGFR<15)：腎代替療法を決定し計画的透析導入に向けて準備を行う病期である。2010年当初は50名程度の患者がまだ各診療科に分散していたが、6年間のCKD 院内体制整備の成果により、透析療法を担う泌尿器科に集約されてきている。導入前指導は、透析導入までの患者の心理過程を受けとめること、そして自分で健康管理を行う心構えを持てるように指導を行う。計画的に腎代替療法を選択して準備を行うことで透析導入までの期間を自己管理や手技指導に取り組むことができる。

ステージG4・5については、各診療科医師が腎臓専門医（腎臓内科・泌尿器科）に紹介し、腎臓専門医がチームの中心となり、患者指導やチーム医療を展開させつつ、各診療科と共診して治療を継続している。腎臓移植・透析導入は泌尿器科が担当している。看護師は、腎臓専門医と協働して生活指導やコメディカルとのコーディネートを行っている。

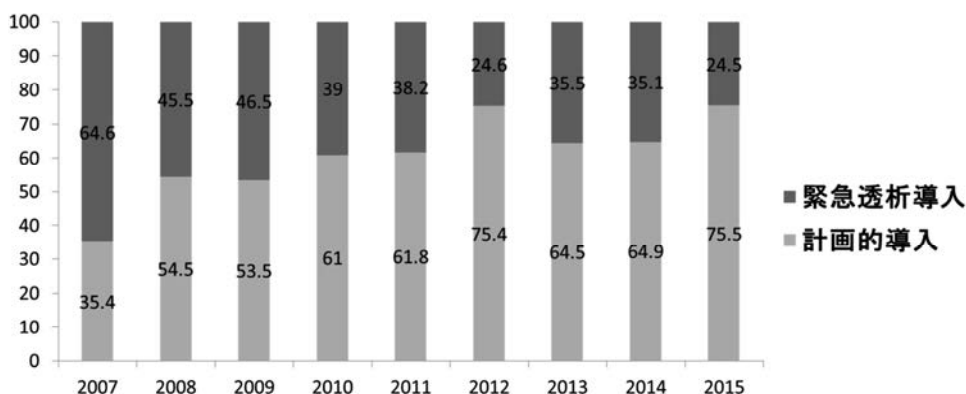


図2 当院の透析導入比率

当院の透析導入状況と緊急透析導入の推移

当院の透析導入比率（図2）は、2007年の緊急透析導入率が64.6%と非常に高かったが、2010年より院内CKD体制の整備後は、変動は見られるものの、徐々に緊急透析導入率は低減している。地域のかかりつけ医からの晩期紹介、院内の連携体制の問題や腎代替療法選択期指導を受講していない患者が緊急透析導入の危険性を孕んでいるため、緊急透析導入に至った経緯を調査した。

2015年の透析導入は、新規透析導入患者数53名のうち緊急透析導入13名（24.5%）であった。当院に通院している患者は、腎機能急性増悪1名と未知の治療である透析への脅威と病を受容できず逃避行動によって診療を自己中断した患者が2名であった。かかりつけ医に通院している患者9名は、当院への晩期紹介が原因であった。かかりつけ医のない患者1名は、金銭的問題で受診継続ができず通院中断していた。

このように緊急透析導入の背景には、地域のかかりつけ医から基幹病院への晩期紹介や疾病受容や逃避行動による通院の自己中断、ゆるやかな経過で安定していた患者の腎機能急性増悪への対応など、様々な要因が考えられた。このためCKD患者の地域のかかりつけ医の当院への受療状況と流れについて追加調査を実施し実態を明らかにした。

対象・方法

1. 期間 2016年7月～8月
2. 対象 当院を受診したCKDステージG4・5の261名

3. 方法

2ヶ月間の診療科別の人数と腎臓専門医共診と腎代替療法選択期指導の有無について追跡調査をした。複数の科を受診している場合、腎臓専門医が所属する泌尿器科・腎臓内科を受診している患者は、透析療法を担う泌尿器科を第1優先、腎臓内科を第2優先で診療科を選択した。電子カルテの指導記録で調査を行うため、高齢・終末期・透析希望なしなど、外来主治医の判断で腎臓専門医共診や指導を行っていない患者の個別的背景は除外して調査している。

結 果

1) 当院を受診した診療科別の人数（図3）

2016年7月から8月の2ヶ月間に当院を受診した診療科別の人数は、CKDステージG3は2,003名、ステージG4は227名、ステージG5は34名であった。ステージG3は各診療科に散在しているが、泌尿器科・腎臓内科以外には、循環器内科、内分泌代謝科、消化器内科に患者が多い。

2) CKDステージG4・5の腎臓専門医共診状況（図4）

緊急透析導入に至る危険性も高く、早急に専門医共診が望まれるため、CKDステージG4・5は、腎臓専門医との共診を院内体制で勧めている。しかし腎臓専門医の共診が行えていない患者は、ステージ4は227名中96名（42%）、ステージ5は34名中6名（18%）、ステージG4・5をあわせると261名中102名（39%）であった。

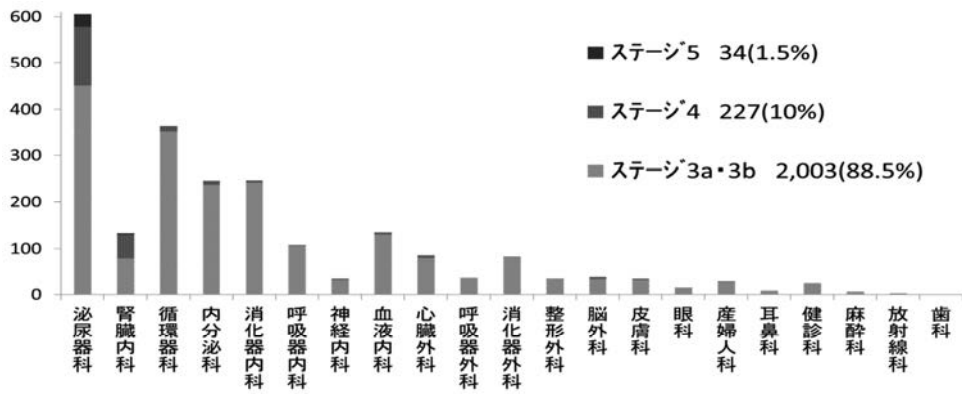
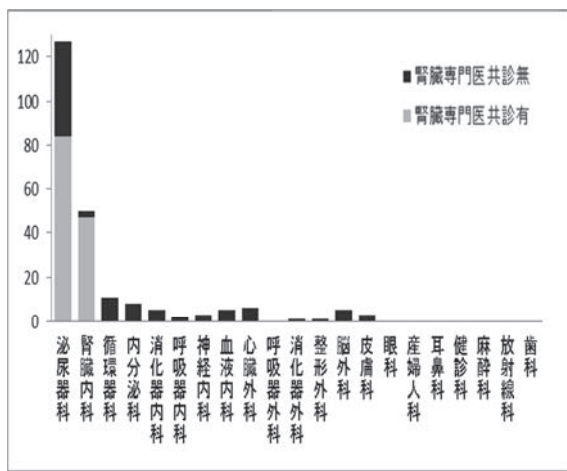
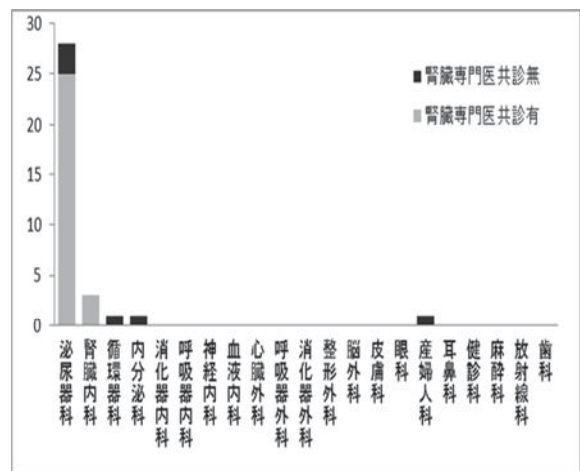


図3 当院を受診した診療科別の人数



CKD ステージ G4



CKD ステージ G5

図4 CKD ステージ G4・5の腎臓専門医共診状況

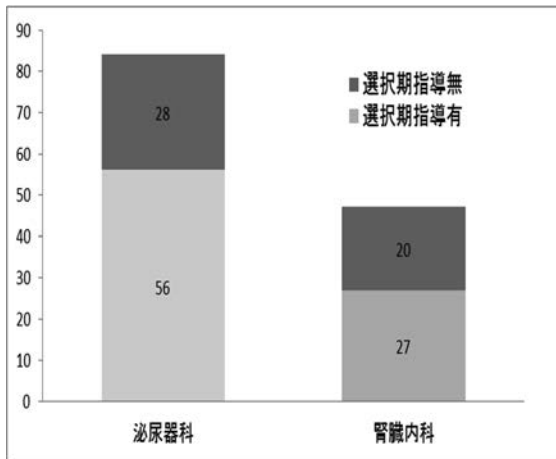
3) CKD ステージ G4・5の腎代替療法選択期指導受講状況 (図5)

ステージ G4・5で腎臓専門医が共診している患者 160 名のうち、腎代替療法選択期指導を受講していない患者は 49 名 (30.6%) であった。腎臓専門医による腎不全管理だけでなく、看護師は患者の生活や家族背景などをふまえた療養指導や腎代替療法選択期指導を行ない、透析導入期にスムーズに移行できるように看護介入が重要である。腎代替療法選択期に必要な情報や知識を得た患者は、導入期の衝撃にも立ち向かうことができ、病を受容し、余生を病と上手につきあいがらいきいきと生きていくことができる。

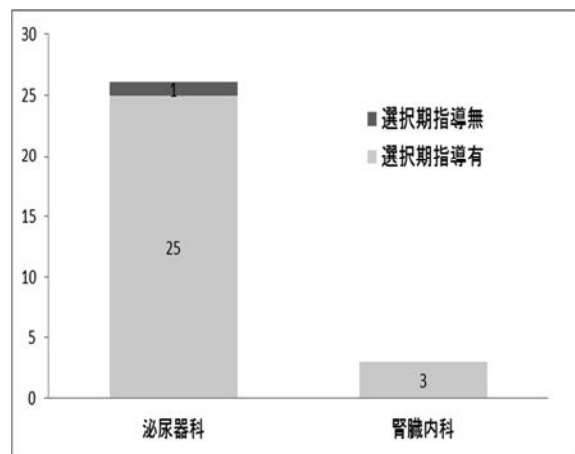
4) CKD ステージ G4・5の腎臓専門医共診及び腎代替療法選択期指導未指導の状況 (図6)

ステージ G4・5で腎臓専門医共診も腎代替療法選択期指導のどちらも受けていない患者は 86

名 (3.9%)。緊急透析導入の危険性のあるステージ G5に 3 名おり、診療科は循環器科、内分泌代謝科、産婦人科であった。循環器科は心臓カテーテル治療後の造影剤腎症による腎機能が増悪した患者で、治療後のフォローと配慮が不十分であった。内分泌代謝科は認知症を有した高齢患者で透析治療を希望していないことを事由に腎臓専門医と CKD 教育の介入を行っていない。「透析治療を選択しない、治療を差し控える」と選択する場合の医療者の倫理的問題とその対処方法については、診療科を超えたチーム医療が必須であり、今後の院内 CKD 体制の課題である。産婦人科は良性腫瘍の定期受診のみ当院に通院し、CKD は地域のかかりつけ医で加療を受けており、医療者の CKD への認識や理解不足による院内 CKD 体制の不備、基幹病院と地域のかかりつけ医の連携との双方の問題が明らかとなった。



CKD ステージ G4



CKD ステージ G5

図5 CKD ステージ G4・5の腎代替療法選択期指導受講状況

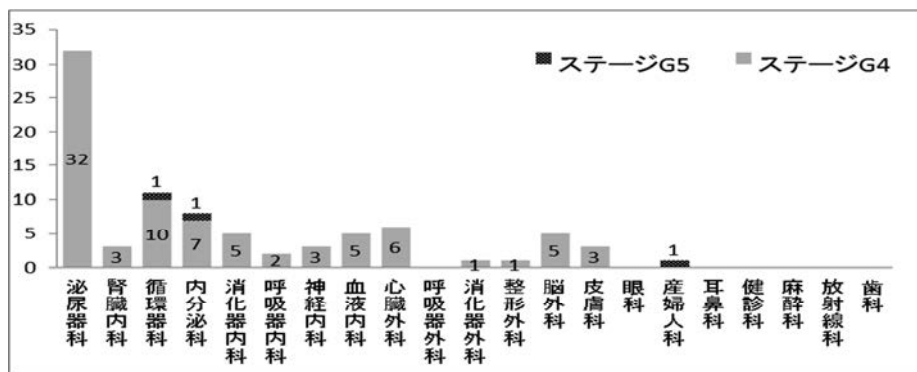


図6 CKD ステージ G4・5の腎臓専門医共診及び腎代替療法選択期指導未指導の状況

導入前の患者は、透析治療を受容しがたい否認や取り引き、抑うつなどの精神状態にあり、患者の自尊感情は低下している。導入前に心身ともに準備ができておらず緊急透析導入に至った患者は、心血管系合併症の進行と尿毒症症状などにより生命の存続の危機を彷徨い、身体的変化以外にもストレスがかかれば精神面にも強い衝撃とダメージを受ける。たとえ各診療科で腎不全の加療を行っていたとしても、計画的に透析導入を行うための腎代替療法選択と透析準備には腎臓専門医の加療が必須である。

5) 当院患者と地域のかかりつけ医の患者の腎代替療法選択期指導比較 (図7)

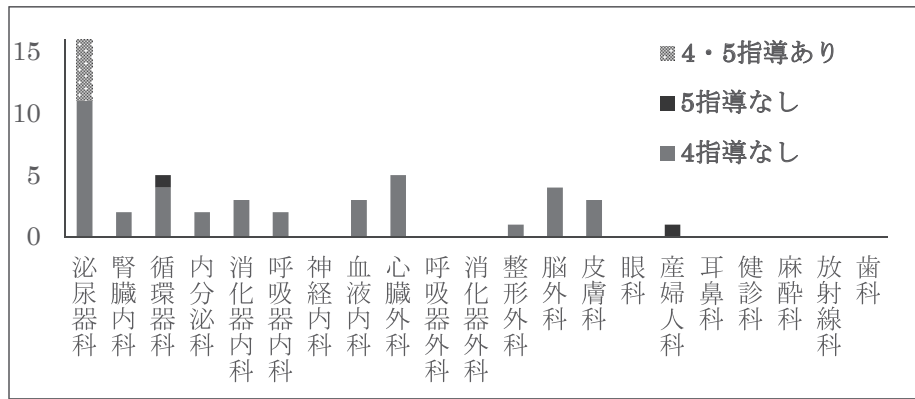
ステージ G4・5で腎臓専門医の共診を受けていない患者 102 名の腎代替療法選択期指導の受講状況について、CKD 加療先を当院と地域のかかりつけ医に分けて比較した。当院の患者 55 名は、指導あり 11 名 (20%)、地域のかかりつけ医の患

者 47 名は、指導あり 5 名 (11%) で地域のかかりつけ医で CKD 加療を受けている患者のほうが指導率が低いことが分かった。ただし今回の調査では、地域のかかりつけ医の患者が腎臓専門医のもとで CKD 加療や生活指導を受けているかどうかは調査できていない。

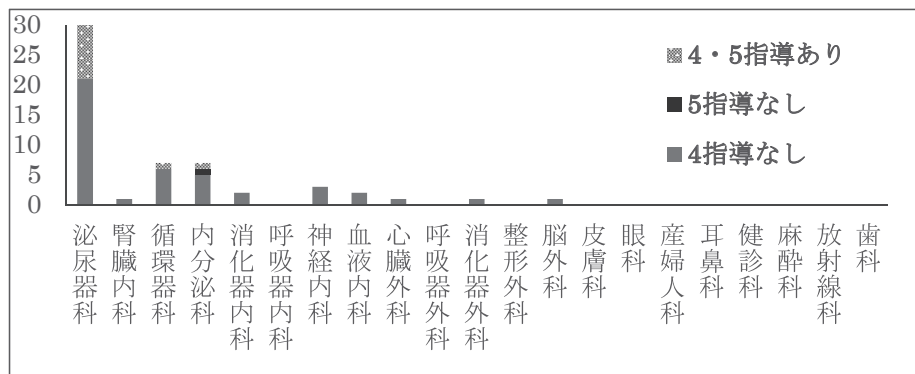
考 察

2010 年より 6 年間の CKD 対策委員会の活動によって緊急透析導入率も徐々に低減し、CKD チーム医療の推進と CKD 院内体制の成果が見られている。

小松¹⁾は「透析医療における意思決定プロセスは、治療法選択の際に医療者と患者の双方がお互いの情報を共有し意見を出し合って意思決定する SDM (Shared Decision Making) が提唱されており、SDM で患者の積極的参加を促し患者の知識の向上と患者の価値観を明瞭にし、患者の治療



当院



地域のかかりつけ医

図7 当院患者と地域のかかりつけ医の患者の腎代替療法選択期指導比較

選択における迷いを軽減でき満足度の高い治療法選択の意思決定が期待できる」と述べている。患者と家族の双方の立場から情報収集とアセスメントを行い、腎代替療法選択を患者と家族が自己決定し、心身の心構えができるような看護介入が重要である。下山²⁾は「慢性腎臓病者あるいは透析者とその家族がどのように病気とともに生活してきたのかを理解し、患者の立場に立ったアプローチ、さらには今後の方向性をその人自らが見いだせるように「病みの軌跡」をたどり、病みの行路の変化に伴って何度も折り合いをつけながら、個人の生活史上の課題をもう一度編み直していきけるように支援することが重要である」と述べている。私達はCKD対策チームが介入後も透析を拒否し続けた患者が透析導入後に「透析になったら人生終わりだと思っていたが違っていた」「こんなに身体が楽になるのなら早く透析を受けたら良かった」などの声をよく耳にする。しかし緊急透析導入患者のなかには、たとえCKD指導を受講しても透析を受容できず、受療行動の中断などの逃避行動をおこす患者も見受けられる。患者が疾

病や透析を受容していなければ、尿毒症症状など身体的苦痛が出現するまで当院受診や看護介入のとぎれという中絶的環境が起こる。透析に脅威や不安を抱く患者へのサポートは、コーピング資源と共に時間も必要であり、それには基幹病院だけでなく、かかりつけ医と当院の連携を基盤に情報提供や情緒的支援と治療への意思決定できる人的資源が重要と考える。杉田³⁾は「CKDのチーム医療のなかで看護師の役割は、患者がCKDの治療（受診・食事、服薬、症状管理など）を織り込んだ生活に変更・継続することによって生じるさまざまな生活上の問題に対し、具体的な支援を行う」と述べている。今後のCKD対策委員会のチーム医療における看護師の役割は、患者背景を捉えた療養生活の見直しや動機づけを継続して支援し、セルフケアの向上、QOLの維持・向上、腎代替療法選択の自己決定が行えるように支援することである。また、地域のかかりつけ医と共にCKD患者教育及び看護介入が行えるようなシステムの再構築が必要である。

おわりに

CKD 進行抑制と緊急透析導入を回避するために CKD チーム医療を推進し、腎臓専門医共診と CKD 早期の段階より患者の生活や意向に即した腎代替療法選択や CKD 教育によって緊急透析導入の低減など、CKD 院内体制整備の成果がみられている。今回の調査によって、各診療科と腎臓専門医の院内 CKD 体制、「透析治療を選択しない、治療を差し控える」といった選択肢への医療の倫理的問題、地域のかかりつけ医と基幹病院との連携の問題が明らかになった。今後は香川県の地域性をふまえて、診療科を超えた院内の連携の強化と基幹病院が地域のかかりつけ医と共に患者への適切な情報提供と CKD 患者教育及び看護介入が行えるように包括的腎不全ケアシステムを強化し、CKD チーム医療を推進していきたい。

●文献

- 1) 小松康宏：透析医療における意思決定プロセスと医療の質改善 第1章 CKD・透析医療と Shared Decision Making. Baxter PD Now & Next : 2, 2012.
- 2) 下山節子：病みの軌跡. 日本腎不全看護学会誌 vol.12 No.1 : 39, 2010.
- 3) 杉田和代：慢性腎臓病患者の看護. 腎不全看護 第5版 : 137, 2016.