



CKDケアのための



多職種連携 マニュアル

監修 要 伸也

杏林大学医学部腎臓・リウマチ膠原病内科学

編集 厚生労働科学研究費補助金（腎疾患政策研究事業）

慢性腎臓病（CKD）患者に特有の健康課題に適合した多職種連携による生活・食事指導等の実証研究班



令和2-4年度厚生労働科学研究費補助金（腎疾患政策研究事業）

慢性腎臓病（CKD）患者に特有の健康課題に適合した
多職種連携による生活・食事指導等の実証研究

研究者一覧

要 伸也	杏林大学・医学部・教授
岡田 浩一	埼玉医科大学・医学部・教授
杉本 和仁	埼玉医科大学病院・看護部
川島 由起子	埼玉医科大学病院・看護部
成田 由姫子	埼玉医科大学病院・看護部
高城 慶衣子	埼玉医科大学病院・栄養部
阿部 雅紀	日本大学・医学部・教授
金崎 啓造	島根大学・医学部・教授
内田 明子	聖隷佐倉市民病院・看護管理室・総看護部長
石川 祐一	茨城キリスト教大学・生活科学部食物健康科学科・教授
坂本 杏子	札幌ふしこ内科・透析クリニック・栄養部部长
竹内 裕紀	東京医科大学・薬剤部・薬剤部長

はじめに

1,480万人以上にのぼる慢性腎臓病（CKD）患者の重症化を予防し、予後・QOLの改善を目指すには、早期から切れ目のないケアを継続していく必要があります。そのためには生活指導・栄養指導・服薬指導による生活習慣の改善が鍵になりますが、これを専門医だけで行うことはできず、かかりつけ医、看護師、管理栄養士、薬剤師、ソーシャルワーカーをはじめとする多職種が、各医療施設あるいは医療施設間において連携し、チーム医療を行っていくことが重要となります。

本マニュアルは、CKDケアにおける多職種連携の重要性とその方策についての現在の考え方をまとめたものです。CKDの基本知識や具体的な治療法・治療目標については触れていませんが、多職種連携によって、それらをどのように患者さんのセルフマネジメント・行動変容につなげるか、という視点で書かれており、他に類を見ないものとなっています。

最近、CKDおよび療養指導の基本知識と技能を有する医療スタッフ（看護職、管理栄養士、薬剤師）の専門資格である腎臓病療養指導士が誕生し、全国の各施設でチーム医療の中心として活躍しています。2021年、日本腎臓病協会から「腎臓病療養指導士のためのCKD指導ガイドブック」が発行されました。これは腎臓病療養指導士、あるいはこれを目指す医療スタッフのためのテキストであり、CKDと療養指導に関する幅広い基本知識が網羅されています。本マニュアルとあわせてご覧いただくと効果的です、参照いただければ幸いです。

なお、本マニュアルは、厚生労働科学研究費補助金（腎疾患政策研究事業）「慢性腎臓病（CKD）患者に特有の健康課題に適合した多職種連携による生活・食事指導等の実証研究」の構成メンバーが執筆を担当し、研究班の成果物として作成されたことを申し添えます。最後に、マニュアル作成を主導いただいた分担研究者の岡田浩一先生、編集作業にご尽力いただいた東京医学社の皆様に感謝申し上げます。

本書が、多職種連携の推進とCKD患者ケアの質向上に少しでも役立つことを祈念しております。

2023年3月

厚生労働科学研究費補助金（腎疾患政策研究事業）

「慢性腎臓病（CKD）患者に特有の健康課題に適合した多職種連携による生活・食事指導等の実証研究」

研究代表者 要 伸也

目次

研究者一覧	2
はじめに	3

1 腎臓病療養指導士制度

1-1 腎臓病療養指導士制度の概要	(要 伸也)	8
-------------------	--------	---

2 CKD ケアに関わる多職種役割

2-1 メディカルスタッフの重要性	(要 伸也)	12
2-2 看護師	(内田 明子)	14
2-3 管理栄養士	(石川 祐一)	17
2-4 薬剤師	(竹内 裕紀)	20

3 CKD 多職種連携を推進する取り組み

3-1 CKD 外来	(金崎 啓造)	26
3-2 CKD 検査教育入院	(阿部 雅紀)	32
3-3 腎臓病教室	(成田由姫子)	37
3-4 多職種ミーティング	(高城慶衣子)	42
3-5 多職種連携に役立つ連携ツール	(阿部 雅紀)	44
3-6 CKD 教育による効果の検証	(金崎 啓造)	52

4

病診連携で行うこれからのCKD診療

- | | | | |
|-----|-----------------|---------|----|
| 4-1 | なぜ病診連携体制が重要か | (岡田 浩一) | 58 |
| 4-2 | CKD病診連携体制の実際 | (岡田 浩一) | 60 |
| 4-3 | CKD病診連携体制の今後の課題 | (岡田 浩一) | 62 |

5

CKD診療と看護における「生活目標」の設定

- | | | | |
|-----|-----------------------------------|---------|----|
| 5-1 | 生活目標 (life targets) を活用したCKD診療と看護 | (杉本 和仁) | 66 |
| 5-2 | 生活目標 (life targets) とCKD多職種連携 | (杉本 和仁) | 70 |

6

腎代替療法意思決定支援

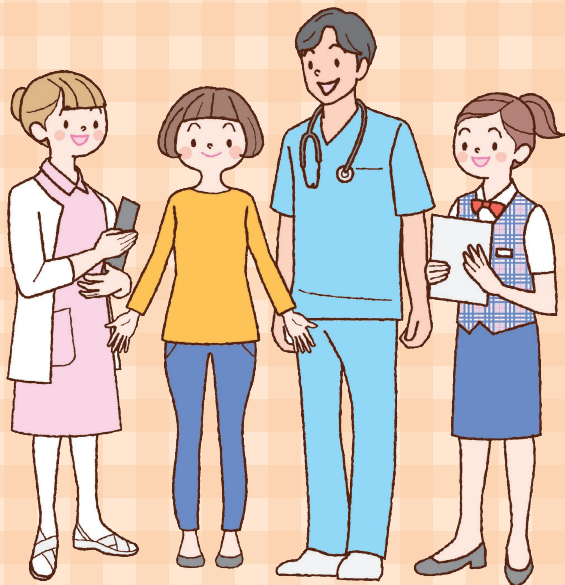
- | | | | |
|-------|--------------------|---------|----|
| 6-1 | 多職種による腎代替療法意思決定支援 | | |
| 6-1-1 | 看護師 | (内田 明子) | 78 |
| 6-1-2 | 管理栄養士 | (坂本 杏子) | 81 |
| 6-1-3 | 薬剤師 | (竹内 裕紀) | 83 |
| 6-2 | 効果的な腎代替療法意思決定支援の方法 | | |
| 6-2-1 | 共同意思決定 (SDM) | (川島由起子) | 85 |
| 6-2-2 | 意思決定支援サポートツール | (川島由起子) | 87 |
| 6-3 | 腎代替療法専門指導士制度 | (要 伸也) | 89 |

索引	91
----	----

COI一覧表	95
--------	----

第 1 章

腎臟病療養指導士制度



腎臓病療養指導士制度の概要

慢性腎臓病 (chronic kidney disease : CKD) 診療において重要なことは、チーム医療と医療連携を効果的に行い、CKD患者を総合的かつ継続的に療養指導していくことです。そのためには、これを担う人材とシステムが必要であり、人材育成は腎疾患対策の5本柱(普及啓発、地域における医療提供体制の整備、診療水準の向上、人材育成、研究開発の推進)のひとつとなっています。

現在、それぞれの職種ごとに、腎臓病を専門とした資格・制度があります。医師には腎臓専門医制度があり、現在5,000人以上の認定者がいます。看護職には、腎臓病看護に特化した慢性腎臓病療養指導看護師(旧：透析療法指導看護師)(日本腎不全看護学会)や透析看護認定看護師(日本看護協会)制度、薬剤師領域では、日本腎臓病薬物療法学会による専門・認定薬剤師の認定制度がそれぞれ整備されています。さらに、管理栄養士においても、腎臓病に関する栄養療法の専門知識を有する専門栄養士の養成が進んでいます。各職種における腎臓病専門のエキスパート養成はきわめて重要ですが、実際には認定される人数も限られ、これら一部の専門家で多数のCKD患者をカバーすることは難しいのが現実です。また、医師同様、地域ごとの偏りもあります。このような問題を解決するには、CKD患者の療養指導に精通したスタッフを増やすことが重要となりますが、同時に、自らの専門領域以外の指導内容に関して一定レベルの知識を有し、一人のCKD患者の療養指導を全般的に行うことのできる人材を養成することが解決策のひとつになると考えられます。

日本腎臓学会では、CKD診療の水準向上のために、これらCKD療養指導を担う人材を幅広く養成することが不可欠と考え、メディカルスタッ

フを対象とした腎臓病療養指導士(certified kidney disease educator: CKDE)制度の創設に向けた検討が進められました。賛同した日本腎不全看護学会、日本栄養士会、日本腎臓病薬物療法学会とともに、2016年より制度設計に関する議論を重ね、2017年度に初の募集を行い、2022年現在で1,935名の指導士が認定を受けています。職種別内訳は看護師58%、薬剤師22%、管理栄養士19%となっています。なお、CKDE制度の運営は、2018年からNPO法人日本腎臓病協会(JKA)に移行しており、認定証は日本腎臓病協会理事長名で発行されます。

CKDEとは、「CKDとその療養指導全般に関する標準的かつ正しい知識を持ち、保存期CKD患者に対し、一人ひとりの生活の質および生命予後の向上を目的として、腎臓専門医や慢性腎臓病に関わる医療チームの他のスタッフと連携をとりながら、CKDの進行抑制と合併症予防を目指した包括的な療養生活と自己管理法の指導を行い、かつ、腎代替治療への円滑な橋渡しを行うことのできる医療従事者」と定義されます。一言でいうと、CKD指導に関する職種横断的な知識・技能をもち、チーム医療と病診連携に精通した、保存期CKD療養指導のエキスパート、ということになります(図1-1)¹⁾。資格取得の具体的な要件は、「腎臓病療養指導

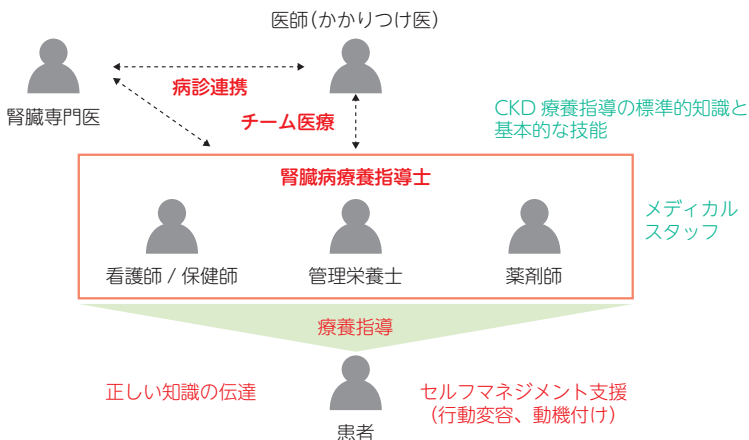


図1-1 CKDEの概要

(腎臓病療養指導士ホームページ)¹⁾

士のためのCKD指導ガイドブック」(2021年)²⁾や日本腎臓病協会ホームページ(<https://j-ka.or.jp/educator/>)¹⁾を参照してください。

本資格は、医療現場でCKD診療にあたっている方々だけでなく、多様なバックグラウンドの医療従事者が取得可能なものになっています。所属施設が一般病院・クリニックの場合には、特に腎臓専門医および非専門医へのサポートや、地域かかりつけ医と腎臓専門医との橋渡しなどが期待されます。また、腎臓専門医不在の地域における活動や病診連携の促進も重要となります。一方、CKD対策においては、医療施設に所属していない方々からの支援も必要です。特に保健師、訪問看護師、薬局薬剤師、栄養ケア・ステーションに属する管理栄養士、さらには行政の担当者などがこの資格を取得する場合、受診勧奨やCKD対策への後方支援が期待されます。現在は基幹病院や一般病院の所属が大多数を占めていますが、その他の施設に所属するCKDEも少しずつ増えつつあり、CKD診療の水準向上に対する貢献が期待されます。このように、多様なバックグラウンドをもつCKDEが、それぞれの医療現場において、地域の実情に見合った貢献が可能です。

要 伸也



- 1) 日本腎臓病協会：腎臓病療養指導士について <https://j-ka.or.jp/educator/> (2023年1月31日アクセス)
- 2) 日本腎臓病協会(監)、日本腎臓学会、日本腎不全看護学会、日本栄養士会、他(編)：腎臓病療養指導士のためのCKD指導ガイドブック。東京医学社、東京、2021

第 2 章

CKD ケアに関わる 多職種の役割



メディカルスタッフの重要性

CKD患者の診療における具体的な治療目標については、近年の診療ガイドやガイドラインの整備により、患者指導、薬物・栄養療法それぞれにおける具体的な目標や専門医への紹介基準などが示されています。CKD診療の水準向上は、これらの目標をCKD患者に対して正しく実践、運用し、エビデンス・プラクティスギャップを減らすことにかかっています。

腎臓専門医や腎臓病を診療する医師だけでは、CKD診療の水準向上は困難であり、メディカルスタッフがチームとして互いに協力しつつ、CKD患者の生活習慣を改善し、治療目標を達成できるようなセルフマネジメント支援を行っていくことが重要となります。すなわち、CKD対策

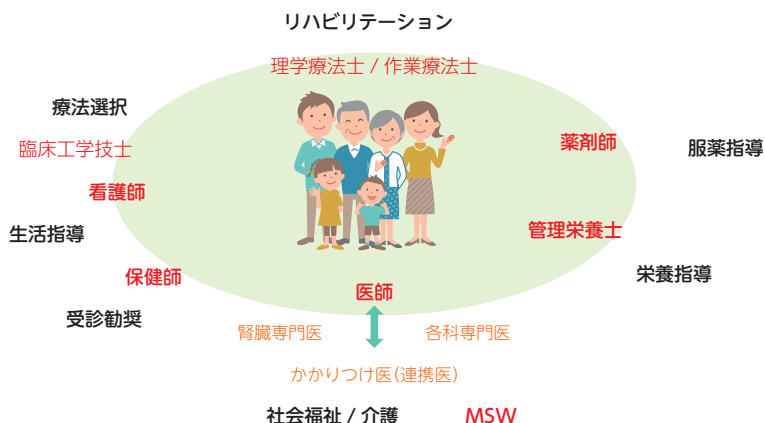


図 2-1 多職種によるCKDチーム医療

におけるキーワードは「多職種連携」(チーム医療)と「医療連携」と考えられます(図2-1)。CKD診療はさまざまな生活指導(セルフケア支援も含む)、食事療法、薬物療法を含むため、腎臓専門医だけでなく、かかりつけ医や非専門医、医師以外の看護師、管理栄養士、薬剤師をはじめとする多職種が、互いに連携をとりながら、それぞれの領域の知識と経験を生かした療養指導を継続していくことが重要です。わが国で行われた戦略研究(FROM-J)でもCKD領域におけるチーム医療の有用性が報告されたことから、多職種による介入はCKD患者の腎機能・予後を改善することがわかります。

チーム医療には、すでに示した職種に加え、リハビリテーションに携わる理学療法士、かかりつけ医や地域医療との橋渡しを行うメディカルソーシャルワーカー、移植に携わる移植コーディネーターの役割も重要であり、CKD患者の個別のニーズに対応して協力できる体制を構築していく必要があります。

要 伸也

看護師

1 看護師の役割

健康逸脱状態が長く続く慢性疾患患者には、治療を開始すると、治療的な意味合いをもつセルフケアが求められ、これまでとは異なる生活を再構築することが必要です。特にCKD患者にとっての食事療法は重要であり、治療の一部ともいえます。しかし、飲食は生命の維持だけでなく、味わうという楽しみやともに食事を摂る人とのコミュニケーションの場であったり、暮らしのなかの彩りという要素でもあり、その行動変容は容易ではありません。効果的な治療的セルフケア支援の第一歩は、患者に自分の病気や治療に関する医学的知識を付与するための教育的な関わりが中心となります。しかし、医学的な知識を付与しても、上記のような患者個々の暮らしに関わる要素が考慮されないと、多くの場合、行動変容は困難となります。一般的に治療の成果は数値によって表現されますが、人はエビデンスのある医学的に正しいことを常を選択するとは限りません。人間にとっての楽しみや生きがいなどを軽視せず、人間性の要素を取り入れた支援が、効果的な治療的セルフケアの確立には有用です。CKD療養指導において、看護師は療養生活の主体である患者を支えるパートナーとして、患者の病状や病期に合わせた、生活と治療の調和を実現するための重要な役割を担っています。

また、多職種によるCKD療養指導において、看護師は表2-1¹⁾に示すCKDの管理点の全項目に関する知識と広い視点を持ち、まず患者の背景

表 2-1 CKDの管理点

- 原疾患および合併疾患の治療・管理
- CKD進行のリスク因子の改善・回避(血圧管理、蛋白尿軽減など)
- 生活習慣の改善(禁煙、服薬管理、感染予防、適切な運動療法など)
- 食事管理
- 腎機能障害進行に伴い様々な併発症の予防と管理
 - ・貧血管理(+鉄管理)
 - ・リン・カルシウムの管理(骨・ミネラル代謝以上異常の管理)
 - ・カリウムの管理
 - ・アシドーシスの管理
 - ・体液異常の管理(溢水・脱水など)
 - ・その他の尿毒症症状の管理
- 適切な時期での最適な腎代替療法の準備

(日本腎臓病協会、2022)¹⁾

やささまざまな事情・気がりなどを含む個人的特性を把握します。そして点在しているCKD治療の要素をつなぎ、患者の療養生活支援に必要な多職種との連携をコーディネートする役割を担っています。

2

効果的なCKD療養指導のための看護と多職種連携

1 事前情報収集・初回介入時の情報収集

その時点における主治医の診療方針を確認し、共有しておきます。特にCKDという疾病に対する患者の受容の状況は重要な情報となります。

2 患者・家族などとの信頼関係の構築

看護師は患者や家族などに、よりよい療養生活・意思決定を行うための支援者として認識してもらうことが重要です。そのためには、まず、患者が落ち着いて話しやすい環境を整える必要があります。患者自身の思いを話してもらう空間となるので、プライバシーが守られ、時間に追われている印象や騒音を排除します。座る位置や聴く姿勢、話し方やトーンなどに十分配慮し、コーチングにおける傾聴・共感・承認などのコミュニケーションスキルを駆使して、療養の支援者としての信頼を得よう

にします。この際、今後の支援で連携が予定される他職種のメンバーの紹介もできるとよいでしょう。

3 療養生活に関連する日常生活の現状把握

まずは現状の暮らし・1日・1週間の過ごし方など、日常生活についての情報を得ます。また、これまでの療養生活の軌跡やエピソードも聴き、共有するなかで、患者と家族などとの関係性や、キーパーソン、暮らしのなかでの考え方や価値観・信条など患者の個人的特性を把握します。

4 患者・家族などの理解力の確認

医師による病状や治療に関する説明の場に同席し、理解力や認知機能障害の有無などを確認し、必要に応じて代弁したり、理解がより進むと思われる表現に変換してみるなど、説明を補足します。この理解力に関する情報は、それぞれの職種による効果的な支援の際にも配慮すべき点となるため、他職種と共有します。

5 患者のセルフケア能力の評価

疾患に対する受容の程度、病気に向き合うポジティブな気持ち、情緒の安定など、セルフケアを始める準備が患者自身に整っているかは、重要なポイントとなります。次にセルフケアを実践・継続する能力、支援が必要なポイント、家族の介護力や使用できる社会資源などの情報も必要です。在宅生活を継続するうえでは、ケアマネジャーやメディカルソーシャルワーカー（MSW）の同席にも配慮します。

6 支援チームでの共有

患者中心・患者にとっての最善という共通目標からずれていないか、患者の自己決定を支援しているかなど、チームメンバー全員が共有できているかを、時々点検しながら療養生活支援を進めていきます。

内田 明子

管理栄養士

厚生労働省2018年5月31日腎疾患対策検討会報告書²⁾ではCKD対策の人材育成策として、「関連学会等は、腎臓病療養指導士等のCKDに関する基本的な知識を有する看護師／保健師、管理栄養士、薬剤師等の医療従事者を育成する」ことを求めており、管理栄養士もCKDチーム医療の一員として活躍することが期待されています。さらに、エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018³⁾第3章栄養CQ1では「CKD患者診療に管理栄養士が介入することを推奨する」とされ、CKDチーム医療の一員として重要な役割を担っていることが示されています。

実際にCKD患者に対する食事療養は重要であり、慢性腎臓病に対する食事療法基準2014年版⁴⁾を参考に、患者のCKDステージに合わせた食塩制限、たんぱく質制限、カリウム制限、十分なエネルギーの摂取など、場合によっては難易度の高い食事療養を指導しなければなりません。また、管理栄養士は院内における入院、外来患者カンファレンスへの参加はもとより、入院栄養食事指導を行った患者の退院に際して、他の保険医療機関または介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、もしくは介護医療院などの医師または管理栄養士に対して、栄養・食事管理についての情報を提供した場合に「栄養情報提供加算」が算定できます。対象患者が入院中どのような食事指導を受けてきたのか、食事療養をどれくらい理解し実行できているのかを情報提供することで、継続的な栄養・食事管理が可能となります。

1

栄養・食事管理についての情報共有

CKD患者増加の背景には糖尿病、高血圧、肥満、脂質異常症など生活習慣病患者の増加があり、CKD治療の基本は食事内容や生活習慣を適正にすることにあります。食事指導を行う際には、食品成分表や腎臓病食品交換表、CKD診療ガイドライン2018など³⁾が指導の参考となります。食事療法の考え方については慢性腎臓病に対する食事療法基準2014年版⁴⁾の活用が基本となり、CKDステージに合わせ、エネルギー、たんぱく質、食塩、カリウムなどの摂取量を適正にすることが求められます。エネルギーや各栄養素の適正量は、合併する疾患(糖尿病、肥満など)のガイドラインなどを参照して病態に応じて調整することや、性別、年齢、身体活動度などにより異なることに注意します^{4, 5)}。そして患者指導を行う際には、なぜこのような食事療法を行わなければならないのか、その理由を多職種で共有し、連携して説明することが重要となります。

2

指導の優先順位を考慮した食事指導

国内で行われたCKD患者に対する介入研究であるFROM-J研究⁶⁾では、管理栄養士がチェックリスト(図2-2)を用い、患者に対する指導の優先順位を決定して継続した指導を行うことで、CKDステージG3の患者の推算糸球体濾過量(estimated glomerular filtration rate : eGFR)低下速度を改善する効果が認められました。

管理栄養士が行う食事指導は「エネルギー」「たんぱく質」「食塩」「カリウム」など多岐にわたりますが、指導内容を詰め込みすぎていることが患者の食事療法実践の阻害要因になることがあります。そこで、目の前の患者にとって食事を含めた生活習慣を改善するために優先すべき指導内

チェックリスト

指導日 平成 年 月 日 参加者ID: 管理栄養士ID:

服薬コンプライアンス
めったに飲み忘れない(服薬コンプライアンス良好) 処方無し
週に1回程度飲み忘れる 週に2~3回飲み忘れる 週に4~5回程度飲み忘れる

カテゴリ	達成度	備考
A. BMI管理	【BMI(kg/m ²)】 身長 cm 体重 kg BMI kg/m ² ← 28.0以上 28 25 18.5 18.5未満 → 4 3 0 2	A エネルギー制限へ
B. 血圧管理	【血圧(mmHg)】 160/110 150/100 140/90 130/80 ←160/110以上 ←150/100以上 ←140/90以上 ←131/81以上 130/80以下→ 4 3 2 1 0	<input type="checkbox"/> 65歳以上で診察室での収縮期血圧110未満→1点 <input type="checkbox"/> 血圧測定値無し <input type="checkbox"/> 血圧指導アルゴリズムへ
C. 血糖管理	【HbA1c(%)】 10.5 7.9 7.4 6.9 ← 10.5以上 ← 7.9以上 ← 7.4以上 ← 6.9以上 6.9未満 → 4 3 2 1 0	<input type="checkbox"/> 検査データ無し <input type="checkbox"/> 糖尿病でないため記載無し <input type="checkbox"/> 血糖指導アルゴリズムへ
D. 脂質管理	【LDL-C(mg/dL)】 200 160 140 120 ← 200以上 ← 160以上 ← 140以上 ← 120以上 120未満 → 4 3 2 1 0	<input type="checkbox"/> 検査データ無し <input type="checkbox"/> 食後採血のため算出せず <input type="checkbox"/> 脂質管理アルゴリズムへ
E. 食塩摂取状況	【塩分摂取量(g/日)】 12 6 3 ← 12以上 ← 6以上 ← 3以上6未満 3未満 → 3 2 0 1	<input type="checkbox"/> 食事記録持参せず <input type="checkbox"/> E 減塩指導へ
F. 禁煙	【一日の喫煙本数(本)】 30 20 10 1 0 ← 30以上 ← 20以上 ← 10以上 ← 1以上 吸わない 4 3 2 1 0	禁煙指導アルゴリズムへ
K. カリウム管理	【K(mEq/L)】 6.0 5.5 4.0 ← 6.0以上 ← 5.5以上 ← 4.0以上 4.0未満 → 5 4 0 2	<input type="checkbox"/> 検査データ無し <input type="checkbox"/> カリウム管理アルゴリズムへ
H. たんぱく質摂取量	【たんぱく質摂取量(g/kg)】 1.2 0.8 ← 1.2以上 ← 0.8より上 0.8以下 → 3 1 0	<input type="checkbox"/> CKDステージG1~G2のため評価せず <input type="checkbox"/> 食事記録持参せず <input type="checkbox"/> たんぱく質制限へ
J. 尿酸管理	【尿酸(mg/dL)】 10 9 8 7 ← 10.0以上 ← 9.0以上 ← 8.0以上 ← 7.1以上 7.0以下 → 4 3 2 1 0	<input type="checkbox"/> 検査データ無し <input type="checkbox"/> 尿酸管理アルゴリズムへ

2014.04 版

図2-2 CKD患者に対する食事指導チェックリスト

容は何かを、多職種が協力し合って抽出し、問題点を1つ1つ解決するように指導することで、患者の行動変容に結び付くことが期待されます。

石川 祐一

薬剤師

CKD患者には、CKDの原疾患に対する治療薬、CKD進行防止に使用する治療薬、および合併症に対する治療薬など、さまざまな薬が使用されます。薬剤師は、これらの薬が適正に使用されるように薬学的管理を担っています。腎臓が薬物を排泄する臓器であること、および薬物による障害を受けやすい臓器であることから、CKD患者の薬物投与には特別な配慮が必要とされます。薬剤師はCKDステージに応じた適正な投与量であるか処方薬を確認することで、過量投与による副作用を未然に防止しています。またCKD患者に薬剤性腎障害を起こしやすい薬が処方された場合は、急激に腎機能が悪化することがあるため、処方医に疑義照会を行い、中止や減量などをアドバイスし、使用する場合は注意深く腎機能をモニタリングすることを提案しています。さらに服薬指導により患者に服用意義を十分に理解してもらい、アドヒアランスを向上させることでノンコンプライアンスを防止し、CKDの進展抑制および合併症予防に努めています。

1

CKD 薬物療法における多職種連携

CKD患者の薬物療法の管理では医師、薬剤師、看護師、管理栄養士など多職種が連携し、腎臓病教室などの集団指導、CKD外来や教育入院における個別指導、多職種カンファレンスによる検討などを通して各専門職の専門性を生かしながら、どの医療職でも行える業務は多職種で実践していき、シームレスなCKD療法指導を実現していくことが重要とな

ります。

1 薬を扱う職種である医師、薬剤師、看護師の連携 およびスキルミックス

薬を扱う職種である医師、薬剤師、看護師の業務には各専門職でなければできない業務もありますが、薬剤投与や服薬指導、薬の管理などのうち、どの職種でも協力して実践できる業務もあり、スキルミックスを高めていくことが医師の働き方改革を実現していくために重要です(図2-3)。

2 管理栄養士との連携

食物、健康食品、サプリメントと薬は、相互に多様な影響を及ぼすものです。食事が薬の作用に影響することあれば、薬が患者の栄養状態に影響することもあります。薬が有効かつ安全に使用されるために、薬剤師は他職種と情報を共有し、連携することが重要です。中でもCKD進

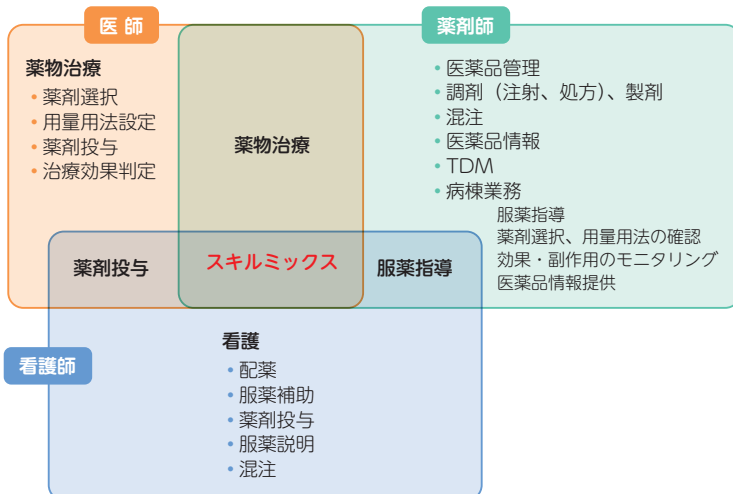


図2-3 主にくすりに関わる職種のスキルミックス

展抑制や合併症の防止には、塩分とたんぱく質の摂取制限や、リン、カリウム、プリン体などの食事管理が基本となるため、食事療法の情報が共有された上で、薬物療法の効果が評価され、適正化されなくてはなりません。そのためにも定期的な多職種によるカンファレンスが行われる必要があります。

3 病院薬剤師と薬局薬剤師の連携 (図2-4)

病院薬剤師は入院CKD患者に対する処方薬の確認、服薬指導、安全性・有効性のモニタリングなどの薬学的管理は多く実施していますが、現状では多くの施設で外来指導が実施できていません。外来においても個別指導が必要となる患者には、病院薬剤師が対応すべきと考えられます。今後、外来患者のCKD指導においては病院薬剤師と薬局薬剤師の効果

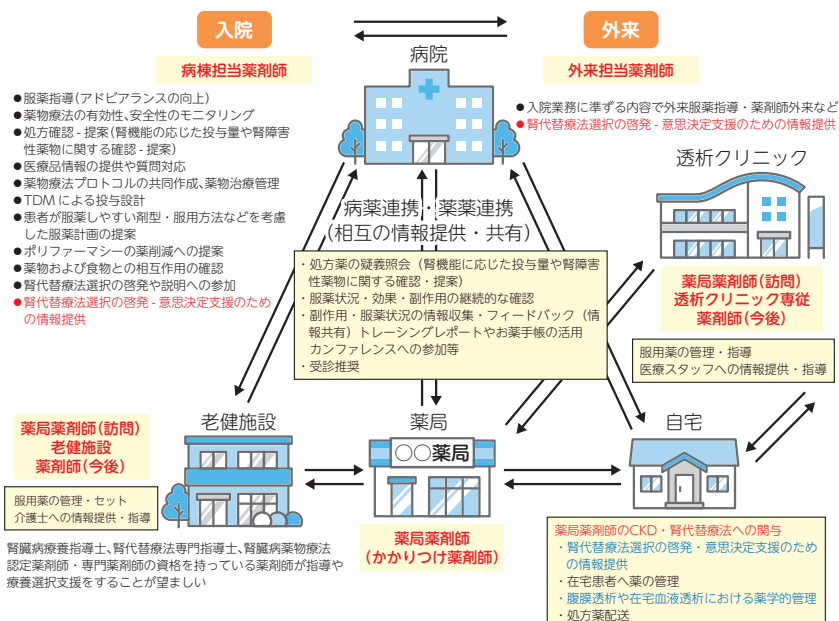


図2-4 CKD患者への薬剤師の関わり方と腎代替療法意思決定支援

的な役割分担と連携の構築が重要となります。

外来患者に対するCKDの薬物療法に関する療養指導では、病院と保険薬局が連携していくことが望まれます。患者がかかりつけ薬局をもつことで、他院からの処方薬との重複投与や相互作用などの確認もできます。OTC (over the counter) 薬やサプリメントなどを服用している場合もあり、その妥当性や相互作用などの確認、腎障害性薬物や腎機能に応じて減量すべき薬剤の確認も可能となります。サプリメントに関しては管理栄養士と薬剤師が連携して関与することが重要です。また、服薬状況の確認などは薬局薬剤師の義務となっており、必要な場合、薬局薬剤師は電話などにより患者に服薬状況を確認できます。お薬手帳やトレーシングレポートを活用して相互に情報交換をすることで、有用な情報が得られ、連携がスムーズとなります。トレーシングレポートの病院と保険薬局間のやりとりは病院薬剤部が仲介することが望ましく、医師の負担も減少します。将来的に電子処方箋が一般的になれば、さらに病院薬剤師と薬局薬剤師の連携が進み、高齢者を含む多くのCKD患者の療養指導が可能になると考えられます。

4 服用薬のアドヒアランスの向上

CKDでは薬の必要性を理解しないためにノンアドヒアランスとなり、CKDの進行を速めてしまったり、生命予後に影響を及ぼす心血管疾患 (cardiovascular disease : CVD) などの合併症を発症する患者がいます。患者に服薬の意義、必要性を適切に伝え、患者が理解し、納得して服用することがアドヒアランスを向上させるうえでは最も重要となります。ノンアドヒアランスについては多職種カンファレンスなどで患者に関する情報を集約・共有したうえで問題点を検討し、協力して改善していくことが重要となります。

竹内 裕紀

引用文献

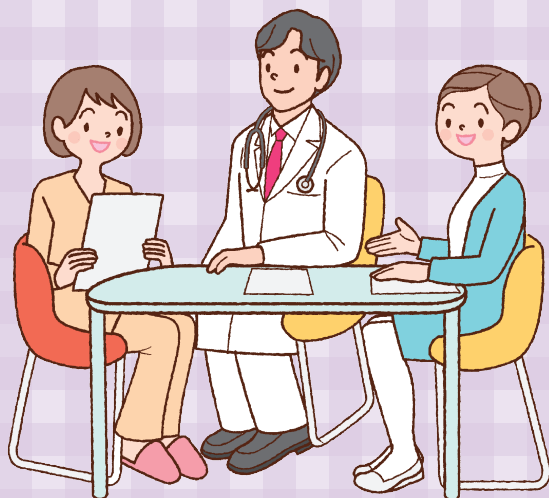
- 1) 日本腎臓病協会：看護師・管理栄養士・薬剤師対象 腎臓病療養指導士認定のための講習会テキスト2022, p30, 2022
- 2) 腎疾患対策検討会：腎疾患対策検討会報告書～腎疾患対策の更なる推進を目指して～, 平成30年7月 <https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000332759.pdf>(2023年1月31日アクセス)
- 3) 日本腎臓学会(編)：エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018. 東京医学社, 東京, 2018
- 4) 日本腎臓学会(編)：慢性腎臓病に対する食事療法基準2014年版. 日腎会誌 56(5)：553-599, 2014
- 5) 日本腎臓病協会(監), 日本腎臓学会, 日本腎不全看護学会, 日本栄養士会, 他(編)：日本腎臓病薬物療法学会腎臓病療養指導士のためのCKD指導ガイドブック. 東京医学社, 東京, 2021
- 6) Yamagata K, Makino H, Iseki K, et al : Effect of Behavior Modification on Outcome in Early- to Moderate-Stage Chronic Kidney Disease : A Cluster-Randomized Trial. PLoS One 11 : e0151422, 2016

参考文献

- ・厚生労働省：医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について, 平成22年4月30日 <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/05/dl/s0512-6h.pdf> (2023年1月31日アクセス)
- ・サルコベニア・フレイルを合併したCKDの食事療法検討ワーキンググループ：サルコベニア・フレイルを合併した保存期CKDの食事療法の提言. 日腎会誌61：525-556, 2019

第 3 章

CKD 多職種連携を 推進する取り組み



CKD 外来

1 CKD 外来の必要性

CKD 患者は日常生活において、病状の進展抑制や高カリウム血症予防のために、この疾患の患者特有のさまざまな制限を課せられ、それだけに多くはその他の慢性疾患患者と同様に、ストレスや不安を抱えています。そのため、一般外来とは別に CKD 外来を設け、医師のみならず多職種〔看護師、薬剤師、管理栄養士など（できれば CKDE が望ましい）〕が連携をとりながら、限られた時間内で患者がかかえる問題やニーズなど、状況を把握し、治療効果を最大化するように CKD 患者を支援することが求められます。医療機関によっては、CKD 患者の療養相談に応じるために CKD 看護外来を設けているところもあります。

2 CKD 外来における患者支援の実際

CKD と一言でいっても、血清クレアチニン値から推算糸球体濾過量 (estimated glomerular filtration rate : eGFR) に基づく、GFR ステージ (G1 ~ G5) で患者のリスクも療養の内容も大きく異なります。

1 CKD ステージ G1 および G2 (eGFR 60 mL/min/1.73 m²以上)

元々、腎疾患や糖尿病・膠原病などで通院している患者については、

主治医の方針をよく確認・共有することがとても重要です。そのような患者は、すでに腎疾患や原疾患の合併症としての腎臓病を認識している可能性が高いのですが、それ以外の患者でこのステージで紹介になるのは、恐らく健康診断や人間ドックなどで尿蛋白陽性などを指摘された場合と思われます。CKD外来に関わる多職種の専門家がそれぞれの患者背景を把握し、CKDと診断されたことに対する患者の思い・状況などを理解し、それぞれの患者の療養に必要なセルフマネジメントに関する知識の定着と実行のため支援を行います。

2 CKDステージG3a、b (eGFR 30～59 mL/min/1.73 m²)

CKDステージG3aは腎機能が軽度に低下、CKDステージG3bは中等度に低下していることを表しますが、このステージの患者はほぼ自覚症状を認めません。ただし、尿蛋白陽性患者とそうでない患者では、腎機能低下速度、心血管イベントリスクが大きく異なるため、主治医がどのようにリスクを評価し、今後の診療プランを考えているかを多職種で共有しておく必要があります。腎機能低下速度や原疾患の活動性にもよりますが、受診の継続はもちろん、食事療法や服薬の遵守といったことが重要となります。併存疾患のマネジメントにも十分に気をつけ、必要に応じて他科との連携も開始します。

CKDステージG3a、bの患者に対する支援は、以下の点に注意して行います。

- ① 患者の原疾患・これまでの経過・治療内容を十分に踏まえたうえで、患者自身の病状の捉え方から問題点を抽出します。
- ② 患者とのさりげない会話などからも患者のコミュニケーション能力を推察します。
- ③ 療養に必要なセルフマネジメントを困難にする要因(家庭環境、生活様式など)を把握し、患者自身が実行可能なセルフマネジメントプラン・改善目標などを設定します。
- ④ 体調変化で気をつける点、検査結果で注目する点を具体的に説明し、

行動を振り返るきっかけを患者とともに見つけます（血圧、体重、食事の記録など）。

- ⑤ CKDは慢性疾患であり基本的には緩徐に進行する場合が多いため、「CKDとともに生活する」こと、医療従事者に常に相談できることを患者とともに確認します。

3 CKDステージG4 (eGFR 15～29 mL/min/1.73 m²)

CKDステージG4は、腎機能が高度に低下していることを表します。貧血や高カリウム血症、高リン血症などの検査異常がみられ、血圧のマネジメントが困難となることもあります。しかし全く無症状の患者もいれば、心不全の合併や浮腫、消化器症状などがみられる場合もあり、個人差が大きくなります。無症状の場合、ステージG4ではあっても患者の病識が乏しいこともあります。患者がセルフマネジメントを実行できるよう支援すること、腎機能低下に伴う症状を理解すること、その変化を察知し医師に報告できるよう知識を整理すること、そして今後の腎代替療法の選択に際して患者自身が意思決定できるよう情報を提供すること、などが多職種に求められます。そのため、多職種の連携が特に重要となります。

CKDステージG4の患者に対する支援は、以下の点に注意して行います。

- ① 患者の診療が多科に及び場合、各主治医がどのように診療プランを立てているかを確認します。
- ② 併存疾患の治療に用いている薬剤に、患者の腎機能低下に応じた調整がなされているかの確認や、薬剤間相互作用に対する注意が重要となります。
- ③ 原疾患・心不全・CKDなどのそれぞれに対して薬剤が必要となり、ポリファーマシーにならざるを得ない場合が多くなります。それに対する患者の思いなども傾聴し、処方された薬剤の必要性を患者と共有します。また少しでも薬剤を減量できないか、各主治医との調整も必

要となります。

- ④ 腎機能低下に伴う体液量調節機能の低下のために、浮腫や呼吸困難、易感染性などのリスクが増加するので、日常生活上の注意点と症状出現時の連絡手段を確認しておきます。
- ⑤ 腎代替療法に関する患者・家族の思いを共有して、必要な情報提供を行いながら意思決定の支援を行っていきます。

4 CKDステージG5 (eGFR 15 mL/min/1.73 m²未満)

腎臓がほぼ機能しなくなり、末期腎不全となります。無症状の場合もありますが、尿毒症に伴う何らかの自覚・他覚症状を認めて、日常生活に影響が出ることも多くなります。ステージG5では患者自身が病態を理解し、腎代替療法の選択を行うことができ、それに対して身体的・精神的な準備をできることが目標となります。医療従事者は、腎代替療法の安全な導入に向けた調整、透析療法を拒否する患者への対応、透析療法を選択しない場合 (conservative kidney management : CKM) の診療プランの検討など重要な役割を担います。

CKDステージG5の患者に対する支援は、以下の点に注意して行います。

- ① 慢性腎不全の経過と腎代替療法に関する詳細な情報の提供、および腎代替療法の選択に際しての意思決定の支援を行います。
- ② 社会保障 (身体障害者認定) の申請・見直しの支援と、得られる社会サービスに関する情報の提供を行います。
- ③ 献腎移植を希望する患者に対する情報の提供と移植実施施設の決定と登録を行います。また移植実施施設と緊密に連携し、レシピエント、ドナーともに予防接種や必要な諸検査を行います。
- ④ 血液透析を選択する場合、バスキュラーアクセスの作成時期に関する主治医の判断を患者と共有し、注意点を確認します。また透析導入となる際には維持透析施設に関する情報提供、透析を受けるスケジュールと仕事・家庭環境の調整も重要です。

- ⑤ 腹膜透析を選択する場合、腹膜透析カテーテルの留置術や治療法の実際に関する情報の提供を行います。カテーテル留置時期に関する主治医の判断を患者と共有し、注意点を確認します。
- ⑥ 頑なに透析療法を拒否する患者に対しては、まずは患者の思いを再度傾聴します。そのなかで、問題点を抽出し、患者が医学的に正しい知識のもとに意思決定しているかを確認し、多職種で情報を共有する必要があります。
- ⑦ CKMを希望する患者に関しては、入院、入所もしくは在宅に応じた周囲環境を調整し、患者の精神的・社会的苦痛を最小限にしながら、身体的苦痛の低減の手段を一緒に考えます。



CKD患者の不安軽減に向けて： 医療従事者のパブリックスティグマの排除

ハイリスク・進行性のCKDでは末期腎不全、透析、移植という将来が具体化されるために、患者の不安は非常に大きくなります。その際、われわれは本当に患者に寄り添っているでしょうか？ 患者の背景・家庭環境に寄り添っているでしょうか？ 原疾患・患者の性格などによって選り好みをしていないでしょうか？ 医療従事者が少しでもパブリックスティグマ（周囲の人間が患者に対してもつ差別や偏見）をもってしまうと、患者個人がそのパブリックスティグマを認知し、同意・内在化することでセルフスティグマ（患者自身がかつ疾患への偏見や自分が偏見を受ける存在であるという意識）が形成されます。セルフスティグマが形成されてしまうと、セルフマネジメント意欲が低下し、療養が阻害され、最悪の場合には治療中断に至ります。すべての患者は、常に公平に重要な個人として扱われたいと願っています。CKD外来で可能な面談はごく短時間にすぎませんが、その短時間の中にCKD患者に対する適切な最先端医療を提供しつつ、患者の不安を取り除くことは容易ではありません。効果的なCKD外来の実施のためには、医療従事者が患者の医学的・背

景情報を共有することはもちろんですが、お互いにパブリックスティグマを排除できているか、1つ1つの言葉が適切であったか、患者の表情に曇りがなかったかなどに関しても、多職種が互いに自由に意見を交換し、常に向上を目指す空間である必要があります。

金崎 啓造

CKD 検査教育入院

CKD 検査教育入院の目的は、CKD の進行を抑制する、CKD 進行の要因を調べる、心血管合併症の早期発見、自己管理のために患者が正確な知識を習得すること、などが挙げられます。わが国の CKD 検査教育入院の期間は 7 日間が中央値とされており、1 週間の教育入院プログラムを実施している施設が多く、対象患者は CKD ステージ G3～G5 が中心です。

1

チーム医療としての CKD 教育検査入院

糖尿病患者を対象とした教育入院についてはすでに広く周知されていて、日本糖尿病対策推進会議が作成した「糖尿病治療のエッセンス (2017 年版)」のなかでも「糖尿病専門医に紹介が必要な場合」という項目のなかで「教育入院が必要と思われる場合」として明記されています¹⁾。また、「糖尿病治療ガイド 2022-2023」にはかかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準のひとつに「教育入院」が記載されており、食事療法・運動療法、服薬、インスリン注射、血糖自己測定などについて、外来で十分に指導ができない場合、教育入院が考慮されます²⁾。

しかし CKD に関しては、「エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2018」に腎臓専門医への紹介目的として「教育入院」は挙げられていません³⁾。ただし「腎障害の進展を抑制し、透析導入を遅延させるために CKD ステージ G3b 以降の患者に多職種による患者教育が推奨されるか？」というクリニカルクエスチョンがあり、「チーム医療は透析導入を遅延させる可能性があり、CKD ステージ G3b 以降の患者に対する多職

種によるチーム医療を行う」ことが提案されています³⁾。

CKD 検査教育入院はさまざまな検査や指導を行うだけでなく、医師をはじめとした多職種によるチームが、外来診察あるいは外来指導だけでは把握できない家族背景、経済状況、服薬管理やサプリメント使用の有無などの調査、予後に影響するようなさまざまな問題点を整理する貴重な機会となります。また、特定の期間で集中的にCKDに関する検査をした上で、多職種の医療従事者が交代でさまざまな生活指導を行い、最終日には検査結果を基に今後の療養生活の修正点、注意点、具体的な実施方法について説明をします。そのため入院した患者の満足度はきわめて高く、入院という時間的・経済的投資に相当した以上の結果を出そうという患者自身のモチベーションも高まります⁴⁾。自覚症状に乏しいものの、進行すると自身の生活が一変してしまう厄介な疾患に向き合う機会を作るためにも、CKD 検査教育入院は非常に有用と考えられます。

2

CKD 検査教育入院の適応

CKD検査教育入院の対象となる症例として、以下の4つが挙げられます。

- ① 外来にて一定期間、生活指導を実施しても効果が乏しい症例
- ② 高度蛋白尿や血圧コントロールが不良な症例、浮腫が認められる症例
- ③ 進行性腎障害の原因が外来検査では不明瞭な症例（腎生検適応ではない症例）
- ④ その他、医師や医療従事者が必要と考えた症例

3

CKD 検査教育入院の効果

CKD教育入院の有効性に関しては、わが国から2つの報告があり、いずれの報告でも糖尿病の有無に関わらず、検査教育入院によって腎機能

低下速度は改善していました (図3-1、3-2)^{4, 5)}。また多変量解析において、蛋白尿が少ない患者 (0.5 g/gCr未満) においてeGFR低下速度の改善効果がより顕著であったことから (図3-2)⁵⁾、高齢者の主たる原疾患である腎硬化症にCKD検査教育入院が有効である可能性が示されました。

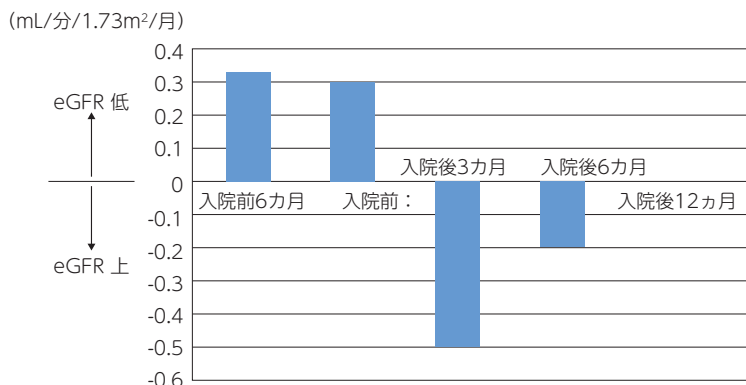


図3-1 入院前後のeGFR値の変化 (上野ら, 2013⁴⁾)

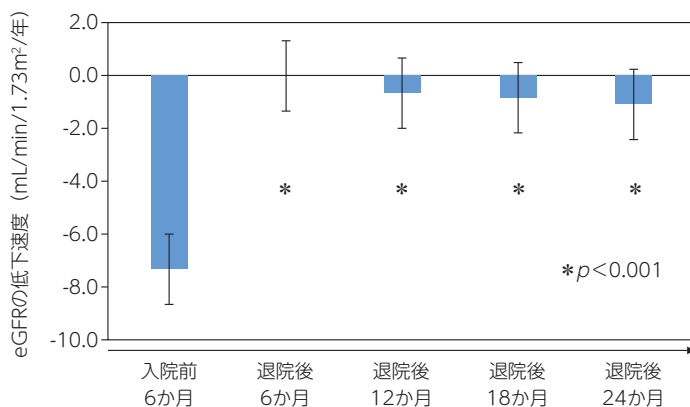


図3-2 入院前後のeGFR低下速度の変化 (Machidaら, 2019⁵⁾)



CKD 検査教育入院が腎代替療法導入期および導入後へ与える影響

CKD 検査教育入院による腎代替療法導入期および導入後の予後への効果がわが国から報告されています^{6,7)}。

CKD 検査教育入院歴あり患者群となし群とのCKDステージG5から透析導入に至るまでの期間を比較したところ⁶⁾、CKD 検査教育入院歴あり群では、透析導入までの期間が約3カ月間長く、導入時のバスキュラーアクセスあるいは腹膜透析カテーテルの保有率が有意に高く、導入時の入院期間が有意に短期間という結果でした。このことは医療費削減の観点からも、CKD 検査教育入院の有効性を示唆しています。

また透析導入後の5年生存率を比較した研究では⁷⁾、なし群に比較して、あり群で有意に生命予後が良好という結果でした(図3-3)⁷⁾。

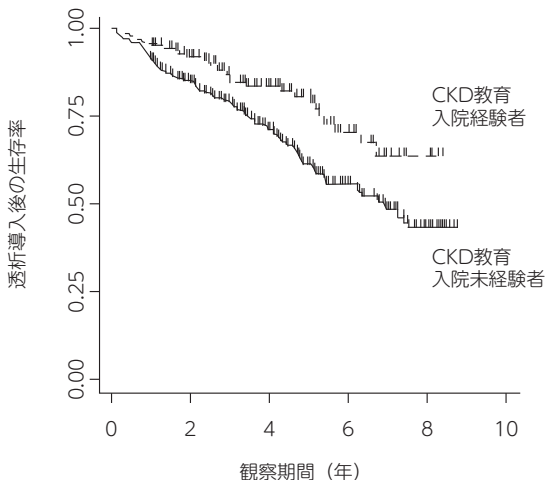


図3-3 CKD 教育入院の有無別の透析導入後の予後
(Yoshidaら、2022⁷⁾)

5

CKD 検査教育入院の成果と今後の課題

これまでのわが国からの報告では、CKD 検査教育入院により、① CKDの進行を長期的に抑制する効果、② CKDステージG5から透析導入までの期間を延長させる効果、③ 透析導入後の生命予後の改善効果が示されています。外来では薬剤師、理学療法士、ソーシャルワーカーがCKD患者に関わる機会は十分ではなく、一方、教育入院では十分な時間をかけることが可能となります。また、クリニカルパスの使用によって各職種のスタッフが協力して指導が行えることになり、患者の不安感が軽減しスタッフと信頼関係が増し、食事のコンプライアンス、服薬アドヒアランス、自己栄養計算評価の改善が認められることも報告されています⁸⁾。

CKD患者に対するチーム医療に関わる職種は、施設の事情によりさまざまです。看護師、管理栄養士、薬剤師が資格取得できるCKDEは3職種すべての領域を補完する能力をもっているため、腎臓専門医とCKDEの2名体制でもCKDチーム医療は可能です。外来より、入院でのチーム医療の効果が高いことが示唆されているため、今後、わが国においてさらなるCKD検査教育入院システムが普及することで、CKD患者のQOL、腎予後のみならず、生命予後の改善が期待できます。

阿部 雅紀

腎臓病教室

腎臓病教室は、複数の患者やその家族に向けて、CKDに関する正しい知識や情報を提供する教室です。CKDは生活習慣の改善が治療のひとつともいえ、前向きな取り組みができるような支援が重要となります。生活習慣のなかで、よかった点や修正が必要な点を振り返って考えることで、行動変容の動機づけにつながる機会を与える場でもあります。また、それぞれのCKD重症度分類に沿った情報を提供することで、最適な自己管理ができるよう支援し、腎代替療法が必要な場合にも、患者の人生目標に合うような意思決定が、余裕をもって行えるよう備えることが求められます。

1 目的

- ① 患者と家族がCKDの知識を深め、自己管理能力を高めることができる。
- ② ①を通して生活習慣が見直されることで、腎代替療法の導入までの期間が延びる。また緊急透析導入を回避できる。
- ③ ②を通して腎代替療法の選択に際し時間の余裕が生まれ、患者の人生目標に合った意思決定支援を行うことができる。
- ④ 同じCKDをもつ患者同士の仲間づくりの場を提供することができる。ピアラーニングとして、自分と同じ病気の仲間や同じような行動変容を必要とする仲間と学び合うことで、行動変容の動機づけになる。



2 運営の方法

1 プログラム内容の検討

CKDステージの進行に応じて受講したり、興味・関心のある内容を選択できるように、学習内容のシリーズ化やプログラム化が必要です。その際、療養生活と密着した内容は、患者の生活習慣の見直しに役立ちます。プログラム内容の策定には、多職種が広い視野に立ってかかわることが重要です(表3-1)。

表3-1 プログラムの例

腎臓病教室	日にち	内容	講師
第1回目	5月〇日(土)	腎臓の働き、腎臓を守る生活とは	医師、看護師
第2回目	6月〇日(土)	腎臓を守る食事とは	管理栄養士
第3回目	7月〇日(土)	腎臓の検査の見方と合併症	看護師、検査技師
第4回目	8月〇日(土)	腎代替療養法について	看護師、臨床心理士、臨床工学技士
第5回目	9月〇日(土)	慢性腎臓病の治療薬について	薬剤師
第6回目	10月〇日(土)	腎移植について	医師、看護師
第7回目	11月〇日(土)	腎代替療養法のお金について	看護師、医療事務
第8回目	12月〇日(土)	腎臓を守る生活、運動について	看護師、理学療法士

2 場所の設定

勉強会のプログラム内容に沿った定員数を設定し、予約制とします。また、使用する機材に応じて開催場所を決定し、適宜、少人数開催やオンラインを使用します (図3-4)。



図3-4 埼玉医科大学病院における腎臓病教室(新型コロナウイルス感染対策用に少人数で開催)

3 担当講師と開催時間

講師はそれぞれの専門性をもった多職種が担当することで、さまざまなニーズに応えられる体制とします。その際、腎代替療法専門指導士のようなCKDの療養生活の指導や介入、腎代替療法の自己選択支援の専門家が積極的に関与するとよいでしょう。勉強会の時間は1時間半から2時間程度とします。曜日は、患者家族に参加してもらえるように、平日だけではなく、年に数回は土曜日に開催するとよいでしょう。定員数を小規模に設定している場合には、同じテーマを複数回実施することで、受講できなかった患者や家族のフォローも可能となります。

4 腎臓病教室の参加募集

腎臓病教室の参加募集は、ポスターやリーフレットを作成し、外来や病棟などに掲示します。また、CKDの理解が不十分で、生活習慣の改善が必要な患者は腎臓病教室への参加が特に重要と考えられ、外来受診時に医師より受講するよう働きかけます。病院やクリニックなどのホームページも活用し、CKD患者と家族の参加を促しましょう(図3-5)。



図3-5 腎臓病教室の開催ポスター、ホームページ公告

5 腎臓病教室で使用する教材

腎臓病教室で使用するツールは、新たに資料を作成するか、既存のテキストやパンフレットを利用してもよいでしょう(図3-6)。また、ビデオやDVDの活用、食品サンプルや試食品の提供(図3-7)、腹膜透析のバッグ交換や運動療法を実際に行ってもらおう体験型の講義も、より深く学ぶためのよい方法です。クイズ形式や質問コーナーを設けるなど、次回の腎臓病教室にも参加したいと思わせるような工夫も必要となります。



図3-6 腎臓病教室で使用しているテキスト



図3-7 腎臓病教室で減塩やエネルギー補充のための食品サンプル

6 評価方法

参加した患者や家族に腎臓病教室の受講後にアンケートを行い、理解度や満足度を評価することが重要です。腎臓病教室に携わる多職種で集まり、アンケート結果をもとに、講義の内容や運営方法について振り返りましょう。そして、患者や家族が聞きたいと思うようなテーマを決めて、次年度のプログラムに取り込むようにしましょう。

また、腎臓病教室後のアンケート結果や講義中の写真を「腎臓病教室新聞」(図3-8)などを通して掲示することで、腎臓病教室に参加していない患者や家族、病院スタッフに腎臓病教室の必要性や目的を理解してもらうようにします。それによって、次回の腎臓病教室に参加したいと思う患者や家族、さらには協働を希望する病院スタッフが増加し、腎臓病教室を通じた保存期CKD患者の療養支援の拡大につながります。

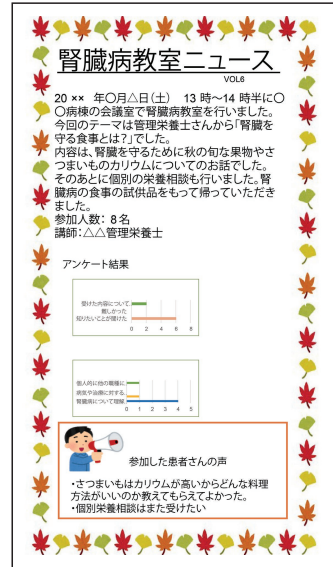


図3-8 腎臓病教室の成果を掲載したニュース

多職種ミーティング

チーム医療を行ううえで、情報共有の場である多職種ミーティングは定期的に行う必要があります。CKD療養には患者のセルフケアと同時に、患者・家族が療養生活を行ううえで、支援者となる医療従事者の関わり方も重要です。生活習慣の改善や食事管理、血圧の管理などを行うときに、患者・家族を取り巻く問題や治療に対する患者の意欲、理解度を医療従事者が共有することは、これらの課題解決のために適切に支援し、患者のセルフケアマネジメントを向上させるために必要となります。また、医療従事者が共通の方向性をもって患者支援にあたることは、患者の不安軽減にもつながります。多職種で行うカンファレンスやミーティングでは、各職種のCKD診療へのかかわり方や特性を活かして(表3-2)情報を共有するよう話し合いを進めます。限られた時間や参加職種で有用な話し合いを行うためには、事前の患者情報の聞き取りが必要です。

表3-2 多職種ミーティングにおける各職種の役割例

医師	CKDステージ、現病歴、既往歴、BMI、血圧・血糖・血清脂質など管理
看護師	患者の病状の理解や受け入れ、セルフケア(血圧測定、体重測定、感染予防、禁煙指導、飲酒指導)、身体活動(運動習慣、社会活動、趣味、睡眠・休養、排泄)、心理社会面(感情、意欲、認知、ストレス、社会性(家族、職場、自己効力))
薬剤師	服薬管理状況(自己管理・家族管理、訪問看護の介入など)、お薬手帳の確認、サプリメントや常用薬の使用状況、服薬アドヒアランス(アドヒアランス阻害の要因検討)、副作用の確認、ポリファーマシーの解消、調剤上の工夫(剤形、服薬支援)、残薬確認
管理栄養士	食事療法の理解と実施状況(塩分制限、エネルギー適正摂取、たんぱく質制限、カリウム制限、尿酸管理、水分管理)、食生活リズム、調理担当者、食材調達、咀嚼嚥下機能、消化器症状の有無

例えば、急に患者の血圧が高くなり始めた場合、怠業や食習慣の変化、生活リズムの変化などが原因である可能性も考えられるため、事前の詳細な聞き取りをしておくといでしょう。

入退院時カンファレンスでは、入院前後で変更した治療を継続して行えるように情報共有し、必要な支援（家族の支援、医療従事者の支援、社会的支援）が提供されるよう体制を整えるとよいでしょう。

高城 慶衣子

多職種連携に役立つ連携ツール

1 チーム医療に役立つ多職種連携ツール

多職種連携のためには、CKDチーム医療に関わる医師、看護師、管理栄養士、薬剤師などの間で、指導内容の統一を図る必要があります。指導内容は患者ごとに異なることも多く、それぞれの患者でどのようなことに重点を置かなどの意思統一を図り、情報を共有しておくことも必要です。多職種連携ツールとしては、現在では電子カルテ内で各職種がそれぞれの患者の情報を共有できる施設が多いと思われます。クリニカルパスを利用することも有用です。

クリニカルパスの内容について、検査は24時間蓄尿、24時間血圧測定など、腎機能に直接関わるものから、心電図検査、腹部（腎臓）超音波検査、頸動脈超音波検査など、心血管疾患や悪性腫瘍の早期発見を目的としたものまで多岐にわたります。施設によっては、味覚試験や睡眠時無呼吸症候群のスクリーニングまで行っていることもあります。

定期的にチームカンファレンスを開催して、患者ごとの治療方針、指導方針について全職種で確認することが重要です。医師は定期的にアウトカム評価を行い、データ集計の結果や身体状況の報告を行います。その際、腎機能の改善、アルブミン尿や蛋白尿の減少、血糖コントロールの改善などのチーム医療の効果が認められれば、チーム全体のモチベーションの維持にもつながります。また、指導困難なケースに関してはCKDEなどを中心に全職種で検討することで、お互いの指導のスキル向

上にもつなげることができます。

2 CKDチーム医療外来の実際

わが国の2施設におけるCKD外来指導プログラムの実際を紹介します^{9, 10)}。

1 日産厚生会玉川病院

糖尿病の合併の有無でプロトコルを分けて実施しています。糖尿病非合併CKD用のスケジュールを図3-9に、糖尿病性腎症用のスケジュールを図3-10に示します⁹⁾。いずれも4回を1クールとして運用し、それ

	第1回	第2回	第3回	第4回
医師	診察 検査結果の説明 処方	診察 検査結果の説明 処方	診察 検査結果の説明 処方	診察 検査結果の説明 処方
看護師	《透析室看護師》 ・問診(既往歴、日常生活など) ・血圧管理について ・体重管理について ・検査結果の説明 「あなたの腎臓を守るために」 ・腎臓の機能について ・自分の腎臓の状態について	《透析室看護師》 「あなたの腎臓を守るために」 ・検査について ・食事療法 ・薬物療法 ・日常生活の注意点 ・検査結果の説明	《透析室看護師》 「あなたの腎臓を守るために」 ・腎代替療法選択指導について ・血圧・体重測定の確認 ・検査結果の説明	《透析室看護師》 ・足のケアについて ・足病変の原因 ・予防 ・フットケア ・検査結果の説明 ・まとめ
栄養士	・腎臓食総論 ・食事調査からのアドバイス (塩分・タンパク質を控える)	・熱量、塩分、タンパク質、カリウム、リンについて ・献立作成・成分調整 食品の有効利用について	・美味しく食べるコツ (食品選択、調理法の工夫) ・間食、外食の選び方 ・献立表の提出	・献立内容の考察 ・検査値の確認 ・ストレスなく継続できる食事摂取
薬剤師		・現在内服している薬の確認 ・市販薬の使用について		

図3-9 CKDチーム医療外来のスケジュール：糖尿病非合併CKD用(日産厚生会玉川病院)

それぞれの回の指導内容に応じてツールを分けて使用しています。看護師は第1回目で「あなたの腎臓を守るために 知っておきたい5つのポイント (NPO法人腎臓サポート協会作成)」、第2回目で「腎不全 治療選択とその実際 (日本腎臓学会、日本透析医学会、日本移植学会、日本臨床腎移植学会、日本腹膜透析医学会作成)」などを利用しています。管理栄養士も同様に、毎回異なるツールを使い分けています。薬剤師は、4回中1回の介入ですが、なぜ患者にこの薬剤が必要なのか、作用機序を含めた説明、注意すべき副作用などを独自のパンフレットを用いて説明しています。また、市販薬やサプリメント、飲み忘れた場合の注意点などについても説明しています。

	第1回	第2回	第3回	第4回
医師	診察 検査結果の説明 処方	診察 検査結果の説明 処方	診察 検査結果の説明 処方	診察 検査結果の説明 処方
看護師	《透析室看護師》 ・問診(既往歴、日常生活など) ・DMCKD外来について 「あなたの腎臓を守るために」 ・腎臓の機能について ・自分の腎臓の状態について ・検査について ・食事療法 ・血圧管理について	《透析室看護師》 ・検査結果の説明 「あなたの腎臓を守るために」 ・薬物療法 ・日常生活の注意点 ・腎代替療法選択指導について	《透析室看護師》 ・足のケアについて ・足病変の原因 ・予防 ・フットケア ・検査結果の説明 ・まとめ	《内科看護師》 ・糖尿病の合併症を進行させないためには ・検査結果の説明 ・血圧管理について
栄養士	・腎臓食総論 ・食事調査からのアドバイス(塩分・タンパク質を控える)	・熱量、塩分、タンパク質、カリウム、リンについて ・献立作成・成分調整 食品の有効利用について	・美味しく食べるコツ(食品選択、調理法の工夫) ・間食、外食の選び方 ・献立表の提出	・献立内容の考察 ・検査値の確認 ・ストレスなく継続できる食事摂取
薬剤師		・現在内服している薬の確認 ・市販薬の使用について		

図3-10 CKDチーム医療外来のスケジュール：糖尿病性腎症用(日産厚生会玉川病院)

2 日本大学医学部附属板橋病院

保存期CKDチーム医療外来の対象はCKDステージG3～5の患者ですが、微量アルブミン尿が認められる糖尿病患者も対象としています。CKDチーム医療の目的として、① CKDおよび糖尿病性腎症の早期発見と早期治療介入、② 適切な治療選択（薬物療法、食事療法、運動療法、生活習慣の是正）、③ 合併症の早期発見と早期治療、④ 患者のセルフマネジメント支援と患者満足度の向上、⑤ 病院スタッフの教育、が掲げられています¹⁰⁾。チーム医療外来のフローチャートを図3-11に示します。初回は医師が最初に診察を行い、その後、看護師、管理栄養士という流れで指導を行います。2回目以降は初回の患者情報が各職種で共有さ

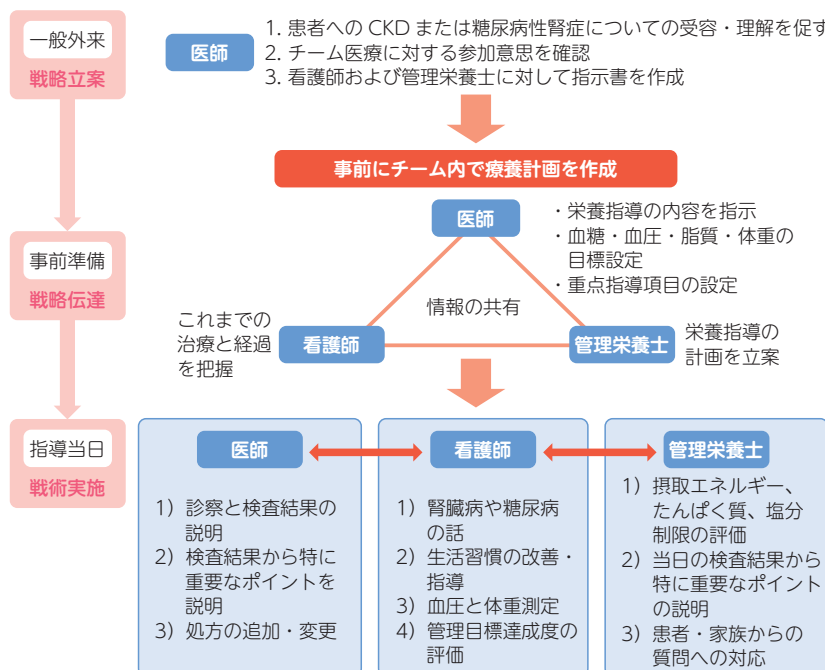


図3-11 CKDチーム医療外来の流れ(日本大学医学部附属板橋病院)

れ、指導方針が統一されていればその順番は特に固定していません。1名の患者に対し、複数の職種が同じ治療方針、指導方針をもって対応することが重要となるため、ときには医師と看護師、あるいは看護師と管理栄養士が同時に指導することも有用です。必要に応じて、ソーシャルワーカー、理学療法士、臨床心理士がチームに加わります。

3

CKD 検査教育入院の実際

わが国の2施設におけるCKD検査教育入院プログラムの実際を紹介します^{11, 12)}。

1 近江八幡市立総合医療センター

保存期CKD検査教育入院の対象は原則的にはCKDステージG3～5の患者ですが、尿蛋白量が1.0 g/gCr以上であるステージ1、2の糖尿病患者も対象としています¹¹⁾。

入院スケジュール(クリニカルパス)を図3-12に示します。1週間かけて、採血・採尿検査から心臓超音波検査、頸動脈超音波検査などを施行します。そこで患者それぞれのCKD増悪因子を解析し、それに応じた指導を行います。食事療法として、総エネルギー30 kcal/標準体重(kg)、食塩5 g/日とし、たんぱく質摂取量は蛋白尿の有無、eGFRにより0.6～1.0 g/標準体重(kg)内で調整しています。カリウムに関しては、基本的に2,000 mg/日としていますが、血清カリウム値やeGFRをみて調整しています。また、患者自身の自己管理能力を養う目的で集団講義を行っています。その際、医師からは腎不全の病態や治療に関する講義、管理栄養士からは食事療法の講義、看護師や臨床工学技士からは透析に関する講義が行われています。そして、最終日には入院を振り返り、患者それぞれに合わせた治療法や注意点などの説明を主治医から行い、管理栄養士も個人栄養指導を行っています。

保存期腎不全検査教育入院 様 入院計画表

日にち	／(水)	／(木)	／(金)	／(土)	／(日)	／(月)	／(火)
入院目的	①腎機能を悪化させて要因を明らかにする ②動脈硬化性疾患を早期に発見する ③慢性腎臓病と療養生活に関する知識を深める						
あなたの目標	腎不全の治療・合併症について学び、日常生活での注意点が理解できる						
安静度	病院内自由・または()					会計後、午前退院	
食事	腎臓食					朝食で終了	
飲水制限	なし、または()ml/日						
検査	○レントゲン(胸部) ○心電図 ○InBody® (体成分分析検査)	○採血 ○24時間血圧測定 ○睡眠時無呼吸 症候群の検査	○心臓超音波検査	土日外泊	○採血 ○脈波伝播速度 (血脈の硬さを調べる検査) ○頸動脈・ 腎動脈超音波		
医師からの説明	○腎不全とは(腎臓内科) 10時～カンファレンス室					○検査結果説明	
薬剤師からの説明			○服薬指導 (入院期間中に)				
栄養士からの説明	○集団指導 11時～カンファレンス室				外泊中の食事内容の記入	○個別指導 ※時間は木曜日にお知らせ	
病棟看護師からの説明	○入院オリエンテーション ○病棟案内 ○正しい血圧の測り方	○療法説明 15時～デイルーム	○日常生活の注意点 10時～デイルーム ○味覚試験 15時00分～デイルーム		○理解度 アンケート	○フリーディス カッション 14時～デイルーム ○退院後の 療養計画	
ご自身で行う事	○血圧測定(起床時・睡前) ○体重測定(起床時) ○蓄尿(入院中)					▶▶▶ ▶▶▶ ▶▶▶	
ビデオ学習	「慢性腎臓病って どんな病気？」	「腎不全の治療選択」	「腎臓の働き大研究」 「高血圧の真実」	「隠れ腎臓病、恐怖の連鎖」			

図3-12 CKD検査教育入院のクリニカルパス(近江八幡市立総合医療センター)

2 聖マリアンナ医科大学病院

主にCKDステージG3b以降の患者に対してCKD検査教育入院プログラムを導入しています¹²⁾。図3-13にその7日間プログラムを示します。まず、外来で対象となる患者にパンフレット(図3-14)を用いて、入院目的について簡単に説明します。若年者であれば患者自身が、高齢者であれば患者家族がCKDの状態や合併症、進行を抑制するための治療について理解すること、患者に合った食事療法を学ぶ(体験する)こと、そして進行したCKD患者では腎代替療法を知ることが主な目的です。これらを学び、体験し、退院後の生活に反映させることで腎予後あるいは生命予後の改善が期待されることを理解してもらうことが重要となります。


入院中には合併症の精査のためのさまざまな生理検査・画像検査や、医師によるCKDに関する講義、管理栄養士による栄養指導、看護師による日常生活の注意点に関する指導、薬剤師による服薬指導、理学療法士


	水	木	金	土	日	月	火
	入院						退院
検査	採血/採尿		採血			蓄尿	
	心電図、胸腹部レントゲン	胸腹部CT 上腹部超音波検査 生体電気バイオインピーダンス法	頸動脈超音波検査 24時間血圧測定			心臓超音波検査 ABI/CAVI	骨密度
指導	薬剤師による服薬指導	ソーシャルワーカーによる医療制度説明	栄養指導 透析室の見学			看護相談 臨床工学技士による血液透析の説明	医師によるCKD講義と検査結果説明
	理学療法士による筋力測定・運動指導						

図3-13 CKD検査教育入院のクリニカルパス（聖マリアンナ医科大学病院）

慢性腎臓病教育入院

Educational Program for Chronic Kidney Disease





St. Marianna University Hospital
**Kidney Disease
Integrated Care Center**

《教育入院の目的》

- ① 自分の体の状態を知る
腎臓病の原因は患者さんによってそれぞれ異なります。腎臓病の原因や合併症を再確認し知識を深めましょう。また、元気に過ごしていくために必要な運動機能(足腰の状態など)も確認していきましょう。
- ② 慢性腎臓病の食事を経験する
腎臓病の状態だけでなく、ご自身の年齢や運動機能などを考慮した、自分に適した食事の量や味を知りましょう。
- ③ 腎代替療法を知る
具体的には血液透析、腹膜透析、腎移植があります。それぞれの適応や利点欠点を勉強していきましょう。

図3-14 CKD検査教育入院パンフレット

による筋力測定や運動指導、ソーシャルワーカーによる医療制度の説明、臨床工学技士による血液透析の説明などが行われます。

4

CKD 多職種連携の標準化に向けて

現在、わが国では各施設により多職種連携の手段は異なり、チーム医療を外来で行う場合と入院で行う場合があります。また、回数や入院日数もどれくらいが適切なかは明らかではありません。わが国のCKD対策として、全国偏りなくCKD診療水準の向上が求められており、そのためには多職種連携の標準化が必要となります。今後、どのようなプロトコルやプログラムで、どのような職種が関与するとCKD患者の腎予後、生命予後、QOLの改善が期待できるのかを評価していく必要があります。

阿部 雅紀

3

CKD教育による効果の検証

1 CKD教育効果の検証項目

CKD外来における患者教育や、CKD教育入院の効果は、長期的な観察項目と短期的な観察項目に分けて検証します。現時点ではCKD患者の腎機能低下を完全に抑制することは難しく、低下速度を緩やかにすることが目標となります。その他にも、セルフマネジメントが実行できているか、患者の心理的影響、多職種間および地域医療体制との連携による効果を検証していくことも重要です。

1 eGFRの低下速度の変化

CKD教育の第一の目標はeGFRを指標としたCKDの進展抑制です。腎機能を表すeGFRは血清クレアチニン値の影響を受けて日々変動しますが、半年～1年の期間で見るとおおむね安定した傾向を示します。多くの40歳以上の日本人eGFRの低下速度 [Δ eGFR(mL/min/1.73 m²/年)] は平均-0.36で、70～79歳でも男性で平均-0.42、女性で平均-0.39となります。また、 Δ eGFRが $-1 < \Delta$ eGFR ≤ 1 の場合に比べて $-3 < \Delta$ eGFR ≤ -1 では、末期腎不全への到達危険度が1.9(95%信頼区間 1.2～2.9)、心血管合併症の増加危険度が1.2(95%信頼区間 1.0～1.5)となり、eGFRが悪化するに伴い、ともにリスクが増加します。したがってCKD教育の効果を検証するにあたって、介入前後の Δ eGFRの変化はとても大切な評価項目となります。実際に、CKD外来における多職

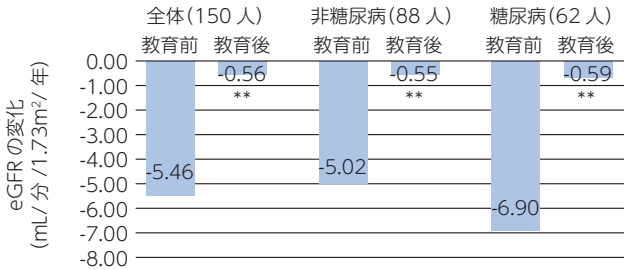


図3-15 多職種が介入するCKD教育によるeGFR低下速度の改善効果

多職種によるCKD教育前後のeGFR低下速度を示す。全体では66.7%の患者でeGFRの低下速度が改善した。

種による患者教育の Δ eGFR改善効果が報告されています(図3-15)。この Δ eGFRの変化が将来的な腎機能にもたらす効果に関して、患者にわかりやすく説明することが求められます。また多職種間で、ただ単にeGFRが「減った・増えた」という結果にとどまらず、腎臓を含めた心血管イベントとの相関などの医学的な情報共有も必要となります。

2 尿蛋白の変化

尿蛋白(尿アルブミンを含む)の増加がCKDの進展に関係することは広く知られており、eGFRとともに尿蛋白量の変化を観察することはCKD教育の効果を検証する際に重要です。ただし、尿蛋白の減少が常にCKDの進行抑制を示す介入効果の指標となるわけではなく、血圧やeGFRの変化と関連させて評価する必要があります。例えば薬剤・脱水などの影響で過剰な降圧が生じていると、eGFR、血圧、尿蛋白がすべて減少してしまうこともあるからです。そのため、多職種間で介入戦略とその効果をどのように解釈するかの情報共有が必要となります。

3 血圧・体液量の管理、塩分摂取・食事の確認

塩分制限やエネルギー制限の指標として血圧や体重の変化、浮腫の程度をモニタリングすることは、CKD教育による効果の検証として非常に

重要です。ただし塩分の摂取制限は、CKD教育入院時には実施可能であっても、外来で継続的に実行することは技術的・心理的にも患者の大きな負担となります。このような患者では、なぜ自宅ではできないのか？ 努力しているのになぜできないのか？ などと困惑している場合もあります。まず目標血圧値の設定、目標体液量の設定などを再確認したうえで、患者が自宅でも実行可能な塩分摂取量、食事の設定を適宜見直しながら、教育を継続していく必要があります。血圧管理にあたっては起立性低血圧の有無なども面談にて聴取し、食事介入にあたっては、たんぱく質制限食によりサルコペニアが進行していないか、患者が食事療法を順守しようとするばかりに栄養不全になっていないかを観察し、主治医とも情報を共有しながら必要に応じて目標を再設定します。

2

不安の解消と行動変容へ向けて

CKD患者は将来に対する不安が強く、特にCKDステージの進展に伴い、不安も増幅します。CKD教育入院など一度受け入れができた場合でも、患者は多彩な情報と実生活のなかでさまざまな葛藤に直面する場合があります。そこで、今までのCKD外来や教育入院などによる介入で、患者にどのようなセルフマネジメントに対する行動変容が現れているかについて、多職種間で情報共有し、問題点を見出し、介入を継続していきます。また患者に対しては①傾聴・②承認・③質問の姿勢を保ちつつ、指導という立場ではなく、生活上の問題点を共有し一緒に考えていく姿勢を維持することが重要です。

3

多職種介入のあり方に関する自己評価

多職種介入では、多彩な医療プロフェッショナルがそれぞれの特徴を

発揮して、CKD患者予後に貢献することが期待されます。医学は日進月歩であり昨日の常識は今日の、今日の常識は明日の常識ではありません。また医療はすべてを確実に実践することは不可能で、100%絶対に正しいことも存在しません。これらを克服するためには、主治医だけではなくすべての多職種が最先端知識をもつこと、よりよい介入は存在しないのか、効果の検証に関しても常に疑問をもつことが必要となります。多職種間でお互いの最先端知識を共有するミーティングなどにおいて、自分たちの取り組み方を再評価し、どこかに改善点はないかを検討する必要があります。そのためにも、全国学会・国際学会などでは多職種スタッフからの発表を積極的に推進することも重要となります。

金崎 啓造

文献

- 1) 日本糖尿病対策推進会議(編): 糖尿病治療のエッセンス2017年版 <https://www.med.or.jp/dl-med/tounyoubyou/essence2017.pdf> (2023年1月31日アクセス)
- 2) 日本糖尿病学会(編著): 糖尿病治療ガイド2022-2023. . 2022, 文光堂, 東京, 2022.
- 3) 日本腎臓学会(編): エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018. 東京医学社, 東京, 2018
- 4) 上野里紗, 八田 告, 川崎由佳, 他: 当院における保存期腎不全検査教育入院の効果. 日腎会誌 **55**: 956-965, 2013
- 5) Machida S, Shibagaki Y, Sakurada T: An inpatient educational program for chronic kidney disease. Clin Exp Nephrol **23**: 493-500, 2019
- 6) Takagi WH, Osako K, Machida S, et al: Inpatient educational program delays the need for dialysis in patients with chronic kidney disease stage G5. Clin Exp Nephrol **25**: 166-172, 2021
- 7) Yoshida K, Shimizu S, Kita Y, et al: Impact of inpatient educational programs on mortality after the start of dialysis therapy. Clin Exp Nephrol **26**: 819-826, 2022
- 8) 大倉誉暁, 増子えみ, 川村直人, 他: 腎不全医療におけるクリニカルパスの再考. 臨床透析 **21**: 295-301, 2005
- 9) Imamura Y, Takahashi Y, Hayashi T, et al: Usefulness of multidisciplinary care to prevent worsening renal function in chronic kidney disease. Clin Exp Nephrol **23**: 484-492, 2019
- 10) 海津嘉蔵(編): CKDチーム医療のテキスト. 日本医事新報社, 東京, 2014
- 11) 上野里紗, 八田 告, 川崎由佳, 他: 当院における保存期腎不全検査教育入院の効果. 日腎会誌 **55**: 956-965, 2013
- 12) Machida S, Shibagaki Y, Sakurada T: An inpatient educational program for chronic kidney disease. Clin Exp Nephrol **23**: 493-500, 2019

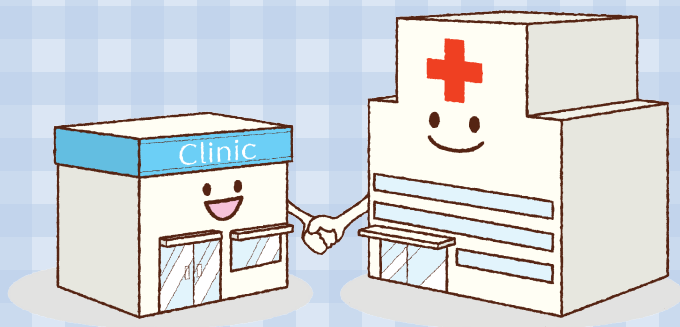



参考文献

- ・ 守田美奈子, 川上潤子(監): これからの腎不全看護 個別的なケアを実現するための意思決定支援, インターメディカ, 東京, 2020
- ・ 日本腎不全看護学会(編): 慢性腎臓病看護 第6版, 医学書院, 東京, 2021

第 4 章

病診連携で行う
これからのCKD診療



なぜ病診連携体制が重要か

日本のCKD患者数は推定で1,480万人を超え¹⁾、腎臓専門医の人数(約6,000人)に対して非常に多いため、CKD患者のすべての管理を専門医が担当することは不可能です。CKDの治療は原疾患を問わない一般的な治療と原疾患特異的な治療とに分けられ、CKD患者の一般的な治療や生活習慣病の管理についてはかかりつけ医に担ってもらわざるを得ません。そのための方策として、日本腎臓学会ではかかりつけ医に向けて「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018」を出版しています²⁾。ただしガイドラインに標準的な治療が記載されているとはいっても、個々のCKD患者に対する至適管理・治療の内容は、CKDの重症度区分の推移に応じて経時的に変化し、また原病や患者の年齢・身体状況によってもさまざまです。そこでかかりつけ医が適切な判断・選択をするための相談相手である、腎臓専門医との連携体制が重要となります。つまりかかりつけ医と腎臓専門医が一人のCKD患者の二人の主治医となり、普段はかかりつけ医が主体で診療を行い、定期的に、もしくは必要に応じて腎臓専門医が診療に関わるという二人主治医制をとることにより(図4-1)、限られた人数の腎臓専門医が多くのCKD患者の診療にかかわることが可能となります。また本ガイドブックのテーマである多職種連携によるチームケアが広く提供できるのも限られた専門医療機関となるため、やはりかかりつけ医と専門医療機関との病診連携のもとで効率的に利活用される必要があります。

また専門医療機関が担うべき難治性腎疾患(IgA腎症、多発性嚢胞腎、ネフローゼ症候群、急速進行性糸球体腎炎など)についても、健診や定期通院中のかかりつけ医における検尿異常、血清クレアチニン上昇や画



図4-1 二人主治医制のイメージ

像検査所見でたまたま発見されたり、倦怠感や発熱、浮腫などの非特異的な症状でかかりつけ医を受診した際に診断に結びつくことが多いと考えられます。そのため、適切な腎臓専門医・専門医療機関への紹介による早期診断・早期治療がいずれの難治性腎疾患においても予後の改善には重要です。そこで、このようなタイムリーな病診連携のためには、普段から顔の見える関係を構築し、紹介・逆紹介をスムーズに行っていることが望ましいのです。

岡田 浩一

CKD 病診連携体制の実際

適切なCKD病診連携がタイムリーに開始されるように、かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準がつけられています(表4-1)²⁾。この紹介基準が正しく機能するためには、かかりつけ医による血清クレアチニン測定によるeGFR、および尿蛋白と尿クレアチニン定量による尿蛋白・クレアチニン比の定期的なモニタリングが前提となります。かかりつけ医における尿蛋白定量検査の実施率は低く³⁾、さらなる普及啓発が必要ですが、この紹介基準には尿蛋白定性検査の基準も併記されていますので、試験紙法の結果でも利用することができます(表4-1)²⁾。この紹介基準を運用することで、より適切な患者が腎臓専門医に紹介・逆紹介されるようになり、地域の実情や患者の状態に応じた最適な二人主治医制による病診連携体制の構築が期待されます。ただし本基準を煩雑と感じるかかりつけ医もあり、また紹介対象となるCKD患者数の多さに対し、紹介先の腎臓専門医・専門医療機関の数が限られている地域においては、実際の運用が困難という問題が起こり得ます。そこで地域の実情に即して、より単純化した紹介基準を策定、運用して連携体制を構築している地域もあります。

かかりつけ医と腎臓専門医の連携、CKD患者の紹介と逆紹介のループが未広がりに継続されるためには、かかりつけ医とCKD患者にとって満足度の高い医療が提供される必要があります。実際、かかりつけ医へのアンケートでは、腎臓専門医へのCKD患者の紹介に際しての、診療アドバイスや患者への指導内容に関する報告の不備について、不満が多くみられました⁴⁾。そこで連携による診療の質を見える化する手段として、連携パスの運用が推奨されています。かかりつけ医にとってCKD患者を紹

表 4-1 かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量(mg/日)			正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
	尿アルブミン/Cr比(mg/gCr)			30未満	30～299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 その他	尿蛋白定量(g/日)			正常(-)	軽度蛋白尿(±)	高度蛋白尿(+～)
	尿蛋白/Cr比(g/gCr)			0.15未満	0.15～0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/ 1.73m ²)	G1	正常または 高値	≥ 90		血尿 + なら紹介、 蛋白尿のみならば生 活指導・診療継続	紹介
	G2	正常または 軽度低下	60～89		血尿 + なら紹介、 蛋白尿のみならば生 活指導・診療継続	紹介
	G3a	軽度～中 度低下	45～59	40歳未満は紹介、 40歳以上は生活 指導・診療継続	紹介	紹介
	G3b	中等度～高 度低下	30～44	紹介	紹介	紹介
	G4	高度低下	15～29	紹介	紹介	紹介
	G5	末期腎不全	<15	紹介	紹介	紹介

上記以外に、3カ月以内30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。
上記基準ならびに地域の状況などを考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と腎臓専門医・専門医療機関で逆紹介や併診などの受診形態を検討する。

(日本腎臓学会, 2018²⁾)

介しやすい紹介基準と定型紹介状を準備し、かかりつけ医の知りたい情報(患者への食事・生活指導内容、治療薬の変更や追加に関するアドバイス、今後の連携スタイルなど)が漏れなく記載される定型逆紹介状を作成、運用することは、腎臓専門医により提供される診療レベルの最低ラインが保証され、連携によってかかりつけ医とCKD患者が得ることのできる満足度が担保されることにつながるからです。

岡田 浩一

CKD 病診連携体制の今後の課題

CKD病診連携体制の構築状況は、地域の実情により大きく異なっています。例えば行政や県医師会からかかりつけ医までが全县を挙げて積極的に取り組む地域から、腎臓専門医と近隣のかかりつけ医との小さな連携体制が局在している地域まで、大きな地域差があります。そもそも腎臓専門医・専門医療機関がなく、病診連携体制を構築できない地域すらあります。そのため病診連携体制の理想的なモデルを用いて、トップダウンで推進することは難しいのです。そこで日本腎臓病協会の慢性腎臓病対策部会では全国を12ブロックに分けてブロック長をおき、さらにブロック内の都道府県にそれぞれリーダーをおいて、各地域の実情に即したCKD病診連携体制の構築に取り組んでいます。さらに厚生労働省CKD対策研究班では、各都道府県における病診連携体制の構築に関する取り組みを調査し、好事例の横展開を推進するため、情報を公開するホームページを準備しています。ここには紹介基準に則った腎臓専門医療機関への紹介率、およびかかりつけ医への逆紹介率、また地域におけるCKD診療を担うかかりつけ医の数などのデータについても、順次、公開する予定です。そして、さまざまなCKD対策の進捗と成果を見える化することで、CKD病診連携体制を充実・拡大させていくための支援を行っています。

岡田 浩一

文献

- 1) Nagai K, Asahi K, Iseki K, et al : Estimating the prevalence of definitive chronic

- kidney disease in the Japanese general population. Clin Exp Nephrol 25 : 885-892, 2021
- 2) 日本腎臓学会(編) : エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018. 東京医学社, 東京, 2018
 - 3) Sugiyama T, Imai K, Ihara-Sugiyama N, et al : Variation in process quality measures of diabetes care by region and institution in Japan during 2015-2016 : An observational study of nationwide claims data. Diabetes Res Clin Pract 155 : 107750, 2019
 - 4) 内藤毅郎, 大谷晴久, 小林一雄, 他 : わが国における慢性腎臓病診療と地域連携の現状と地域差一かかりつけ内科医を対象とした全国アンケート調査結果(第1報)一. 日腎会誌 55 : 1391-1400, 2013

第 5 章

CKD 診療と看護における 「生活目標」の設定



生活目標 (life targets) を活用したCKD診療と看護



CKD看護が目指すべき患者の姿 (active life)

わが国の保険医療のあり方は、高齢化に伴い「疾病を治癒し生命を維持する時代」から「慢性疾患を抱えながらよりよい生活を考える時代」となってきました。それは、CKD診療や看護においても同様です。

このような時代の変遷を経て、CKD看護は、患者がCKD治療や腎代替療法の適応となっても、身体的・精神的・社会的に今まで以上に積極的に生活できる状態＝active life (アクティブライフ) を目指し支援するようになりました。active life を目指す過程でポイントとなるのが、患者の“価値観”や“大切にしたいこと”に焦点を当てた「生活目標」の設定です。



生活目標 (life targets) と 5 steps model

1 生活目標 (life targets)

生活目標 (life targets) とは、腎臓病治療・腎代替療法に関連しない、患者の日常生活での評価可能な生きがい・夢・行いたいことを言語化し、それを目標として設定したもので、患者・家族・医療従事者・介護者・地域と共有した共通目標のことです。

2 5 steps model (ファイブステップモデル)

5 steps modelとは、腎臓病・腎代替療法〔血液透析、腹膜透析、腎移植、保存的腎臓療法 (CKM)〕を含む、CKD 保存期から終末期患者に対する医療と臨床看護の実践プロセスステップです。5 steps modelを図化したものを図5-1¹⁾に示します。

Step1：「安全・安楽・倫理・感染・平和」の段階です。ここでは、患者が医療・看護を受ける際に医療従事者から「安全・安楽・倫理・感染」について十分配慮された状態を目指す段階で、かつ医療・看護を提供する施設において災害や紛争がない「平和」な環境が提供されます。すなわち、5 stepsの根幹ともいうべき段階です。

Step2：Step1の環境が整ったのちに進むべき段階で、「腎臓病治療・腎代替療法およびそれらによってもたらされる合併症を管理する段階」となります。腎臓病治療と腎代替療法を質の高い知識と技術によって適切に提供をする段階で、疾患・治療による合併症の予防も充実させていくよ

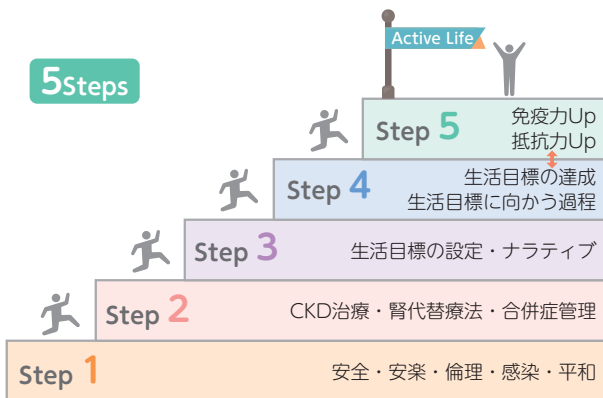


図5-1 腎臓病患者に対する医療と臨床看護の実践プロセスステップ
(徳田, 2022¹⁾)

うな、透析医療では、最も注力すべき段階です。

Step3：Step1とStep2が充実したのちに進むべき段階で、ここは「生活目標」を設定する段階となります。医療従事者が対話を通して、患者・家族の生活や人生において大切にしている事柄を「生活目標」として設定します。

Step4：「生活目標」の設定後に進む段階で、医療従事者と患者・家族が設定した生活目標を達成している状態、もしくは、生活目標を達成しようとする相互に影響し合う関わりが実現している段階です。すなわち、生活目標の達成に向けて多職種協働を目指す段階となります。

Step5：Step1～Step4が達成されることで身体的な免疫機能の向上が期待できる段階で、生活目標の達成、または達成しなくとも生活目標を設定し達成に向けた取り組みを行うことで、精神的な充実感や達成感などの影響を受けポジティブな感情が発生し、身体的に免疫力や抵抗力の向上が期待できる段階となります。

3 生活目標 (life targets) と 5 steps model の関係性

5 stepsの土台となるのがStep1とStep2であり、この2つは、「生活目標」を設定する前に達成しておく必要があります。

Step1が未達成の状態とは、安全管理や感染予防が守られていない状況といえます。安全管理や感染予防が守られなければ患者は適切な医療・看護を受けることが困難となります。そのため、Step1では、患者が適切な医療・看護を受けられるように最低限守られるべき項目が含まれています。さらに、倫理的な配慮もされていることが大前提であり、災害や紛争のない状態も求められます。

続いてStep2が未達成の状態とは、腎臓病治療や腎代替療法、合併症管理が適切に行われていない状況といえます。腎臓病治療や腎代替療法、

合併症管理が適切に行われなければ、患者は身体面の不調のみならず、精神的にも不安定な状態となります。精神的に不安定な状態では、目の前のことに一生懸命で、やりたいことや大切にしていきたいことを見失ってしまうことも多く、生活目標を設定するまでの療養意欲を保つことは容易ではありません。そのため、Step2 では、腎臓病治療、腎代替療法、合併症管理を適切に行い、身体面、精神面の両方を安定させる必要があります。

以上のことから、Step3 で生活目標を設定し、Step4、Step5 と進めるためには、土台となる Step1 と Step2 の管理が重要となります。

CKD 診療および看護に生活目標を活用する際は、身体面、精神面、社会面のいずれかに偏るのではなく、これらを統合して患者を捉える視点が必要です。

杉本 和仁

生活目標 (life targets) と CKD 多職種連携



多職種、連携施設と 生活目標 (life targets) を共有する意義

1 医療従事者の視点を生活へ向けることができる (図5-2) ²⁾

医療者の視線を患者の生活に向ける!!

透析を診て生活を考える!! 生活を診て透析を考える。

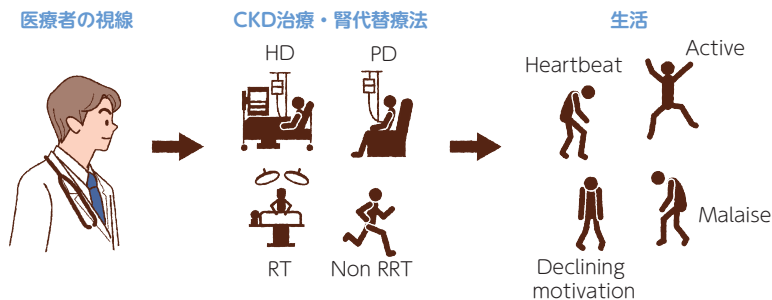


図5-2 多職種、連携施設と生活目標 (life targets) を共有する意義 1
(徳田, 2020²⁾)

「生活目標」を設定することで、「CKD 治療や腎代替療法、合併症に関するアセスメント」だけでなく、「患者の生活」に医療従事者の視線を向けることができるようになります。ここで、治療と患者の生活が相互にどのような影響を与えているのかという視点をもつことが大切です。

2 患者のニーズを捉えた目標の共有ができる (図5-3) ²⁾

患者の目標を「共有」できる!!

患者と医療者間の共通言語ができる!!

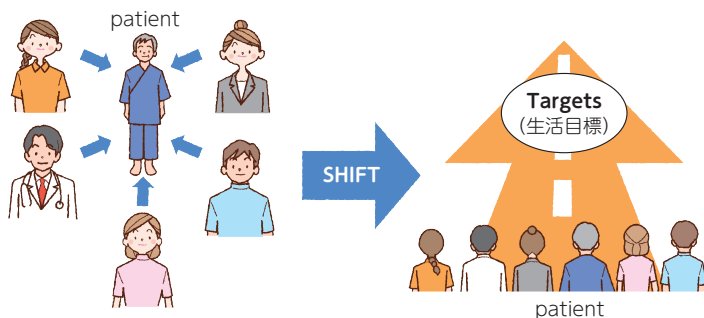


図5-3 多職種、連携施設と生活目標 (life targets) を共有する意義 ²⁾
(徳田, 2020²⁾)

「生活目標」を設定することで、患者・家族・医療従事者の間で、治療には関連しない患者自身のニーズ (やりたいことや大切にしたいこと) を捉えた目標を共有することができるようになります。これまでは、各職種がそれぞれの立場で患者の「治療目標」を立案していました。しかし、生活目標を設定することで、これまでの「治療目標」を生活目標を達成するための手段へと変換することができるようになります。その結果、各職種が患者ごとに取り組むべき課題が明確となり、それぞれの立場で生活目標の達成に向けた専門的な活動を行うことができるようになります。

3 カンファレンスが前向きになる (図5-4) ²⁾

カンファレンスが前向きになる!!

カンファレンスの視野が広がる

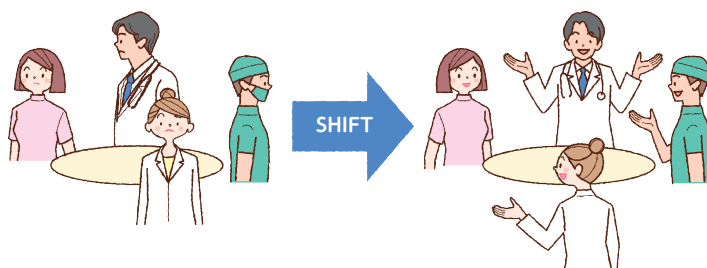


図5-4 多職種、連携施設と生活目標 (life targets) を共有する意義 3
(徳田, 2020²⁾)

「生活目標」が設定されていない場合、医療従事者の視点は治療に関連した目標 (治療結果) に向いてしまいがちです。その結果、カンファレンスでは“問題点”がテーマとなることが多くなります。しかし、生活目標を共有することでテーマの中心は常に「患者の生活」となり、カンファレンス参加者の意識も「どうすれば患者の生活がよりよくなるか」と前向きになることが期待されます。

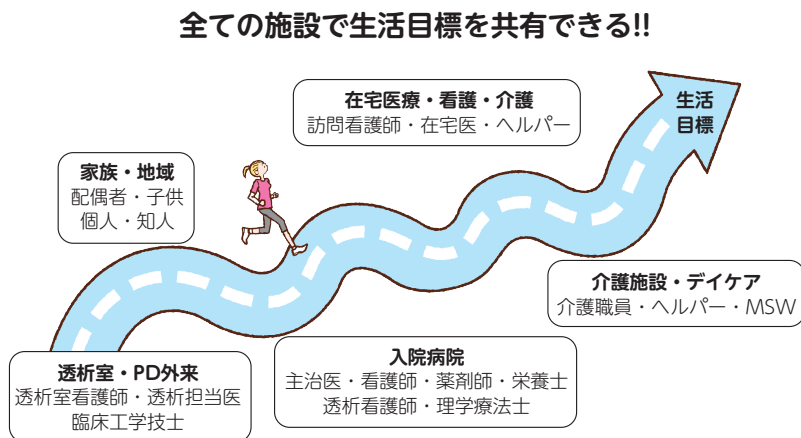
4 地域連携の強化につながる (図 5-5) ²⁾

図 5-5 多職種、連携施設と生活目標 (life targets) を共有する意義 4

(徳田, 2020²⁾)

「生活目標」は、保存期CKDの管理施設や透析施設だけで活用するわけではありません。CKD患者は、複数の施設に関わることが多く、各施設において患者に対して別々の目標設定を行っています。しかし、その目標が必ずしも同じ方向を向いているとは言いがたく、患者の希望や想いにつながるものではないのが現状です。また、施設ごとに異なる目標があると患者も混乱を招く危険性があります。そこで、患者が関わるすべての連携施設と生活目標を共有することで、各施設で設定した「治療目標」を生活目標を達成するための手段へと変換できるようになります。

2

生活目標 (life targets) 設定の実際

ここでは、実際の生活目標の例と、目標設定時と設定後の条件について説明します。

表5-1に、実際に設定されたCKD患者の生活目標を示します。

生活目標を設定するための詳細な条件は原則設けないこととし、各施設で自由に設定します。ただし、それでは行動に移しにくくなる可能性があるため、「誰がどこで設定するか」、「設定時の条件」と「設定後の条件」に分け、大まかな条件を提案するようにします。

1 誰がどこで設定するのか

① 誰が設定するか

前提として、「生活目標」の設定に際しては、患者・家族との信頼関係の構築が重要となります。そのため、患者と関わる機会が多い受け持ち看護師が患者と一緒に「生活目標」の設定を行います。

② どこで設定するか

看護師による介入が始まった部署（外来、病棟、透析室など）で「生活目標」の設定を行います。ただし、看護介入が始まる時期は患者によっ

表5-1 生活目標の例

生活目標	年齢
• 甲子園の応援に行ける	51歳
• 孫の結婚式に参加する	75歳
• ゴルフのスコアが上がる	66歳
• 週に1回釣りに行ける	64歳
• 週末夫婦で散歩に行ける	70歳

て異なるため、必ずしも「生活目標」の設定を行う部署をあらかじめ決めておく必要はありません。

2 設定時の3つの条件

① 治療に関係しない目標とする

目標の視点を患者・家族の生活に向けるための項目である「ゴルフのスコアが上がる」や「孫の結婚式に参加する」など、生活に関する目標にします。

② 最長1年以内の目標とする

目標に向かって実際に行動することに重きをおき、行動に移せずに終わることを防ぐための項目にします。

③ 評価可能な目標とする

「できた」「できなかった」あるいは「スコアが何点上がった」など、客観的に評価ができる目標にします。

3 設定後の3つの条件

① 家族・医療従事者・施設間で共有する

医療従事者と患者と一緒に設定した生活目標を周囲に発信し、組織的に共有します。家族に対しては、療養指導の場面や面会時に共有します。医療従事者には、多職種カンファレンスの場や個別でコミュニケーションを図り、共有します。施設間での共有には、各職種で作成する情報提供書を活用することができます。

② カンファレンス冒頭で生活目標を提示する

カンファレンス自体が医学的な話し合いに終始するのではなく、すべての検討内容で「生活目標を達成するために」という方向性を示すようにします。

③ 受け持ち看護師が中間評価の回数・日時を決定する

生活目標を設定して終わるのではなく、生活目標の達成のために行動できているかを意図的に評価することが重要です。そこで、患者を受け

持つ看護師が生活目標設定後の3～6カ月後の生活目標の評価を行う日時をあらかじめ決めておきます。そして、評価日に患者とともに生活目標の達成状況を確認します。確認するのは、受け持ち看護師でなくても構いません。そして、その結果をカルテなどに記録しておきます。ここで大切なことは、“生活目標を達成”することに意味があるのではなく、生活目標を設定し、達成に向けて行動する過程こそが重要であることです。

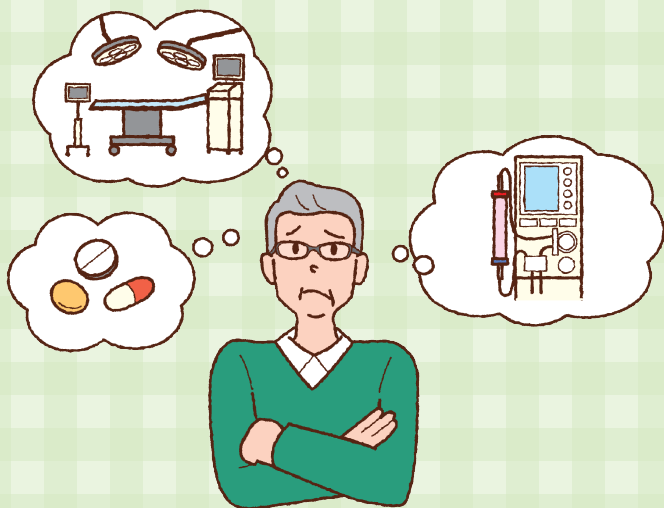
杉本 和仁



- 1) 徳田勝哉：認定看護師のキャリア形成と活躍—透析看護認定看護師の活動現状と課題。臨牀透析 38：1401-1405, 2022
- 2) 徳田勝哉：腎臓病・腎代替療法における5StepsとALOPに関する概論。医療法人原三信病院腎臓病センター, 2020, 12

第 6 章

腎代替療法 意思決定支援



多職種による腎代替療法 意思決定支援

6-1-1 看護師

1

腎代替療法意思決定支援に関わる 看護ポイント

腎代替療法意思決定に多職種で介入する際には、患者が自分自身の医療やケアを選択するときは本人の意思決定が最も尊重されるべきである、という認識を共有していなければなりません。特に看護師は、患者の自己決定の権利を擁護する立場となります。また、患者が自分自身で、家族などの大切な人とともに自分にとって最善の治療を決定するために、患者に必要な情報が偏ることなく提供されるよう、必要な職種との協働を調整する役割を担っています。看護師は、意思決定に大きく影響する暮らしや価値観など患者の個人的特性を常に意識しながら、患者・家族などと多職種が関わる医療チームによる共同意思決定 (SDM) のプロセスをていねいに繰り返し、本人の意思が表現された言葉、本人が真に望んでいること、本人の意思や気持ちの変化などの、重要な情報を記録に残し、多職種カンファレンスの開催などを通してチームで共有するようにします。

2

腎代替療法意思決定支援における 看護師介入の実際

1 連携への準備

患者に推奨する腎代替療法とその理由などを主治医に確認します。

検査データなども参照し、患者の意思決定支援に関わることができる、病状から推測する時間的余裕の程度や、身体状況で注意すべき点などを確認します。

2 連携の実際

① 医師との連携

主治医の推奨する腎代替療法を含め、すべての腎代替療法についての説明に同席し、その内容の把握と、患者や家族の理解の様子など、反応を確認し記録に残します。また、患者の理解力を確認しながら、必要に応じて説明を加えたり表現方法を変えるなど、より理解が進むよう配慮・調整します。

そして治療により変化する日常生活の注意点など、患者や家族の気がかりに焦点を当てていないに説明を加えます。

② 移植コーディネーターとの連携

腎移植については、移植コーディネーターによる具体的な説明が重要となるため、可能な限りその機会を提供すべきです。自院に移植コーディネーターが配置されていない場合は、近隣の移植を実施している医療機関や日本臓器移植ネットワークに相談しておきます。

③ 管理栄養士との連携

意思決定の際に重要な情報となる食事療法に関する説明を依頼します。各腎代替療法の食事療法について、患者の食事に関するこだわりや好みなどの個人的な特性を共有したうえで、そこに配慮した説明を依頼します。

④ 薬剤師との連携

現在の薬物療法の状況を把握し、患者の日常生活に合わせた服薬指導を改めて依頼します。特に、各腎代替療法の薬物療法について、これまでと異なる点や患者の日常生活に関する個人的な特性を共有したうえで、そこに配慮した説明を依頼します。

⑤ MSW・ケアマネジャーなどとの連携

患者の社会・経済的な状況を確認しつつ、安心して治療が選択できるように、治療に関わる経済的情報を具体的に説明してもらうよう依頼します。また、各腎代替療法を実施することにより、必要となることが予測され、なおかつ利用可能な在宅療養サービス・介護保険サービスの種類や費用などの説明を依頼します。

⑥ 臨床工学技士との連携

腹膜透析を選択した場合などに、自宅で使用する医療機器に関する情報提供やアドバイスを依頼します。

内田 明子

6-1-2 管理栄養士

1

腎代替療法選択時における 栄養指導のポイント

CKDと診断され、さまざまな集学的治療を行っていくなかで、進行を抑えられずに血液透析や腹膜透析、腎移植といった腎代替療法が必要となることがあります。腎代替療法導入後、選択した治療法によって食事管理は保存期と大きく変わります。透析や移植が必要となったとき、大きな不安を抱えながら、専門的な治療内容を理解して、患者が自分一人で今後の治療法を意思決定することは、容易ではありません。CKD患者が腎代替療法の検討を迫られた際に不安になることのひとつは、「難しい食生活になるのではないか」というものです。実際に腎代替療法を視野に入れ治療を行っていくなかで、多くの患者から「食事はどのように変わるのか?」という質問を受けます。そのため、患者が腎代替療法の選択について意思決定を求められるときに、管理栄養士がそれぞれの腎代替療法の食事管理について正確に理解し、わかりやすく患者に伝えることが重要になります。

2

食事指導と多職種連携

腎代替療法意思決定支援における管理栄養士の役割は、医師、看護師、薬剤師など多職種とともに、管理栄養士の専門性を活かして関わることです。

管理栄養士が患者との関わりのなかで、食を通じて知り得る情報は嗜好や生活状況、さらには経済状況など多岐にわたります。患者に最も適した栄養管理法を選択するためには、管理栄養士自身がその情報をしっ

かりと把握し、カンファレンスなどの機会を利用して医師や看護師、薬剤師など多職種チームで共有し、よく把握し理解することが重要です。

いまや管理栄養士はチーム医療において医師や看護師と対等な関係で専門的役割を担うとともに、病態別の栄養管理、生活環境や身体状況に応じた栄養管理、高齢者に対する栄養管理など、患者一人ひとりの栄養状態を踏まえたテーラーメイドの栄養管理方法について、具体的指導が求められています。特に腎代替療法導入患者は高齢化が進み¹⁾、食事療法は制限する指導から食べさせる指導へと変化しています。きちんと計算された食事であっても、残してしまっただけでは全く意味がないことを改めて理解し、制限のある食事をいかに美味しく、楽しみをもって食べさせることができるか、それが管理栄養士に求められる課題だと考えられます。

これらの課題を理解しつつ、腎代替療法を選択する患者に対し、正確かつ実践的な栄養管理を伝えることで、患者一人ひとりにあった最善の治療法の選択を支援していくことが重要となります。

坂本 杏子

6-1-3 薬剤師

現在、薬剤師が直接、患者に腎代替療法選択に関わる説明をする機会は多くはありませんが、今後は病院および薬局薬剤師においても積極的に腎代替療法選択の意思決定を支援するために、情報提供を行うことが必要になると考えられます。

各腎代替療法で使用される薬に関する情報の提供は、患者の意思決定に影響します。したがって、血液透析、腹膜透析、腎移植で使用する薬について患者に十分な説明を行い、腎代替療法開始時の患者の不安を軽減し、スムーズな意思決定ができるように支援していくことが重要です。各患者に適した腎代替療法を選択するために服用する可能性のある薬について説明をしておくことは、患者のライフサイクルに合わせた腎代替療法選択にも役立つと考えられます。

腎代替療法で使用する薬の情報提供については、外来で薬剤師による服薬指導を実践している施設は少ないですが、今後は腎代替療法選択のための説明に薬剤師も参加することが望ましいと考えられます。また、患者にはかかりつけ薬局をもつこと推奨し、保存期CKDの段階からかかりつけ薬局と連携を取り、主治医と相談しながら、透析導入や腎移植を行った場合に服用し得る薬をあらかじめ説明することも有用です。この際、病院薬剤部が窓口になり、トレーシングレポートなどによる病院・薬局間での情報共有を図ります(2-4参照)。

1 透析導入で使用する薬

透析療法では、すでに保存期腎不全においてCKDによるさまざまな合併症に対する薬が処方されているため、透析導入によって新たに処方される薬は限られており、特別な指導は必要としません。一方、透析療法で代用できるものは中止となります。例えば球状吸着炭は患者にとっては服用しづらく、食間服用で服用タイミングのわずらわしさもあり、服

用をしなくてよいことはメリットと考えられます。患者にとってメリットになる点を説明することは、少しでも透析療法の不安を取り除き、服用薬の面からも患者が前向きに透析療法を選択できるように支援することになります。

腹膜透析導入においては、腹膜透析液の配送や保管場所などについても療法選択の説明時には必要となり、積極的に薬剤師が関与することが望まれます。

2 腎移植で使用する薬

腎移植後に服用する免疫抑制薬については、副作用の心配から腎代替療法選択の意思決定に影響を与える可能性があり、特にその説明は重要となります。さらに免疫抑制薬の服薬アドヒアランスは移植腎の生着に影響するため、腎移植後、服薬を遵守できるか、患者の服薬管理能力を判断していくことも重要となります。家族などのサポートも服薬遵守には重要となるため、家族の協力体制や薬の理解度・管理能力も確認する必要があります。服薬管理能力が低い場合は、改善されなければ腎移植を行えないことも説明し、服薬指導を継続的に実施しながら、服用状況が改善されているか定期的に確認し、その情報は腎代替療法選択に関する多職種カンファレンスで共有します。

竹内 裕紀

効果的な腎代替療法 意思決定支援の方法

6-2-1 共同意思決定 (SDM)

CKD患者が末期腎不全になった場合、血液透析・腹膜透析・腎移植などの腎代替療法を開始するか、開始する場合にどの治療法を選択するか、患者・家族は選択を迫られます。これは、今後の療養生活や人生に影響する大きな意思決定となります。そのため、医療従事者は治療法を一方的に説明して、意思決定を誘導するのではなく、どの治療法が患者と家族にとって最善かを決めるための話し合いの場を設ける必要があります。その際、医療従事者は医学的なエビデンスを伝え、患者は自分にとって大切なこと、日々の生活スタイルやスケジュールなどを伝え、さらにそれらを考慮したうえでの医療従事者からの提案について、家族を含めて話し合いを進めていきます。このように、患者と家族、そして医療従事者が協力して意思決定を進めるプロセスを共同意思決定 (shared decision making : SDM) といいます。

腎代替療法に関する正確な情報を知らされないまま、漠然とした不安や恐怖を感じている患者が多く見受けられます。

腎代替療法に関する正しい情報を提供するとともに、患者からの情報を多角的に収集し、治療と患者の生活や価値観を関連づけて、わかりやすく具体的に話すことで、患者と家族が腎代替療法導入後の生活をイメージすることができるようになります。ここで、患者の生活目標や価値観に合わせた生活や腎代替療法を提案することが、心配や不安の解消、腎代替療法意思決定やその受け入れにつながっていきます (図6-1)。

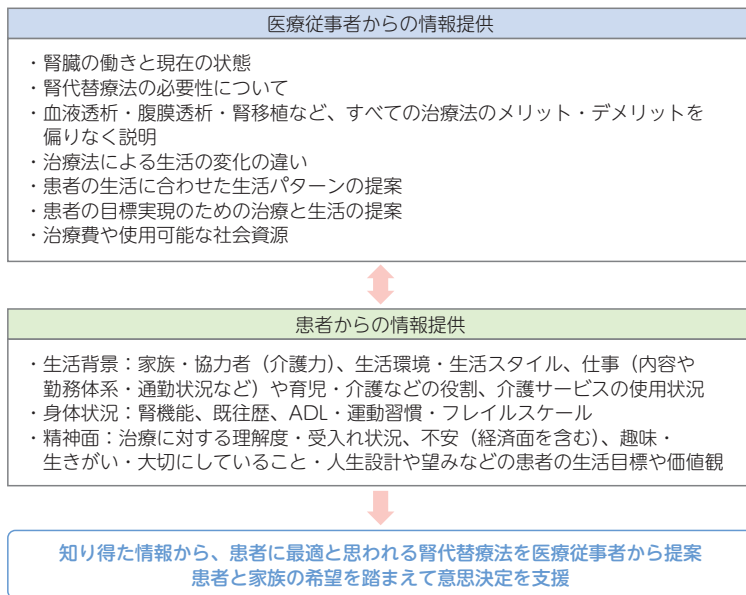


図6-1 共同意思決定の実際の手順

**説明の
Point**

- ・わかりやすい言葉で、具体的に説明する
- ・患者が話しやすい環境を提供
- ・患者からできるだけ多くの情報を聞き出し、気持ちを傾聴する。感情や理解力・判断力を確認し、患者の状況に合わせて進めていく。また、患者の気持ちに寄り添う
- ・患者本人だけでなく家族も一緒に
- ・説明は1回だけでなく、患者が理解し、納得できるまで繰り返すことも必要
- ・多職種でかかわる

川島 由起子

6-2-2 意思決定支援サポートツール

腎代替療法指導管理料を算定する際、「説明に当たっては、関連学会の作成した腎代替療法選択に係る資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき説明を行うこと」と通知されています。

図6-2、図6-3のような説明や意思決定支援に活用できるツールを活用すると、患者やその家族に腎代替療法に関する情報をわかりやすく伝えることができます。



図6-2 腎代替療法説明資料：「腎不全 治療選択と実際」パンフレット・DVD

図6-3 意思決定支援ツール：腎臓病SDM推進協会「腎臓病 あなたに合った治療法を選ぶために」



腎臓病DCM推進協会ホームページ： <https://www.ckdsdm.jp>

この他にも、各学会のホームページなどには、たくさんの資料があります。説明時や施設の特徴に合わせた資料作りを行う場合など、参考にしてください。

- ・ 日本腎臓学会 <https://www.jsn.or.jp>
- ・ 日本透析医学会 <https://www.jsdt.or.jp>
- ・ 日本臨床腎移植学会 <https://www.jsct.jp>
- ・ 日本小児腎臓病学会 <https://www.jspn.jp>
- ・ 日本移植学会 <https://www.asas.or.jp>
- ・ 日本臓器移植ネットワーク <https://www.jotnw.or.jp>
- ・ NPO法人腎臓サポート協会 <https://www.kidneydirections.ne.jp>
- ・ 日本年金機構：国民年金・厚生年金保険 障害認定基準 <https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/shougainenkin/ninteikijun/20140604.html>
- ・ バクスター：一緒に考える腎臓病 <https://jp.mykidneyjourney.com/ja>

川島 由起子

腎代替療法専門指導士制度

腎代替療法専門指導士とは、腎代替療法に関わる医師およびメディカルスタッフが取得できる資格で、2022年度よりスタートした新しい制度です。一般社団法人日本腎代替療法医療専門職推進協会が制度の運営を行っています(図6-4)。

腎代替療法専門指導士の認定へのプロセス

→各領域の専門資格の取得が前提

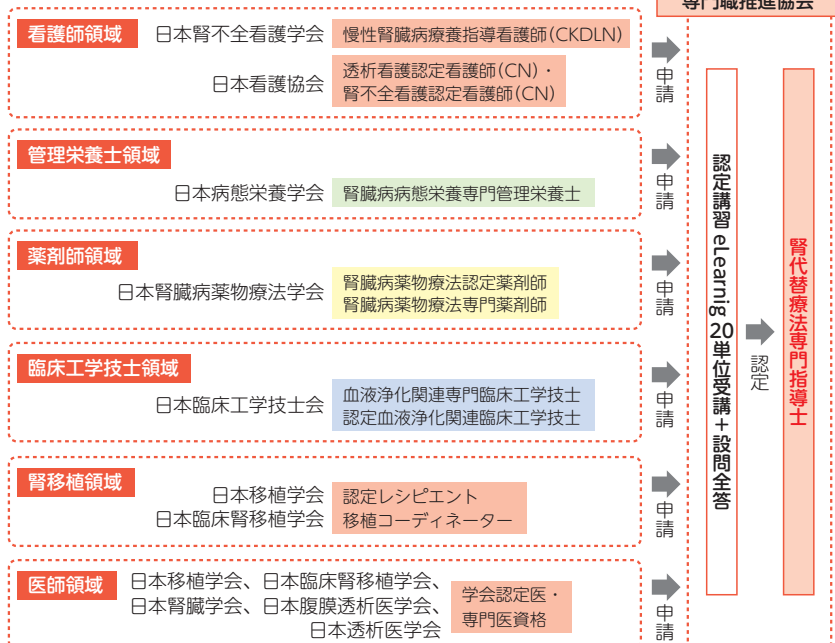


図6-4 腎代替療法専門指導士

適切な腎代替療法の提供と透析・腎移植患者の予後と生活の質 (ADL、QOL) の向上を目的として、とりわけ腎代替療法の在宅医療 (腹膜透析、在宅血液透析) と腎移植の推進を目指しています。すなわち、「腎代替療法専門指導士」は、職種横断的にCKDの腎代替療法の選択・療養指導に関する基本知識を有し、透析医療だけでなく、移植医療や保存的腎臓療法を推進していく医療従事者が取得する資格といえます。対象となる職種は、医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床工学技士、移植コーディネーターであり、それぞれの領域の専門資格を有していることが前提となります。

制度の詳細と要件については、日本腎代替療法医療専門職推進協会のホームページ (<https://jrta.org/about-sp/>) を参照してください。2024年度からは、人工腎臓導入期加算2の施設基準のなかに、本資格取得者が在籍することが要件となる見込みであり、腎代替療法指導管理料の施設基準も導入期加算2の基準に準ずるため、各施設において認定が進められているところです。

要 伸也



- 1) 花房規男, 阿部雅紀, 常喜信彦, 他: わが国の慢性透析療法の現況 (2021年12月31日現在). 透析会誌 55: 665-723, 2022

索引

和文

あ

アクティブライフ.....	66
アドヒアランス.....	23, 84
アンケート.....	41

い

意思決定支援サポートツール.....	87
意思統一.....	44
移植コーディネーター.....	79
医療連携.....	13

え

栄養・食事管理.....	17
塩分摂取.....	53

お

お薬手帳.....	23
-----------	----

か

外来指導.....	22
外来指導プログラム.....	45
かかりつけ薬局.....	23
看護師.....	14, 78
患者にとっての最善.....	16
カンファレンス.....	42, 72
管理栄養士.....	17, 21, 79, 81
管理点.....	15

き

逆紹介.....	60
教育効果の検証.....	52
教材.....	40
共同意思決定.....	78, 85
共有.....	16

く

クリニカルパス.....	44, 49, 50
--------------	------------

け

ケアマネジャー.....	80
血圧.....	53
検査教育入院.....	32, 48
現状把握.....	16

こ

行動変容.....	37, 54
個人的特性.....	16
コミュニケーションスキル.....	15

さ

サプリメント.....	23
参加募集.....	40

し

支援.....	27, 28, 29
支援者.....	15
資格取得.....	10
資格・制度.....	8
自己評価.....	54

指導の優先順位	18
受容	15
紹介	60
紹介基準	60
情報共有	18
情報収集	15
食事	53
食事指導	17, 81
食事指導チェックリスト	19
腎移植	84
腎障害性薬物	23
腎臓病教室	37
腎臓病教室新聞	41
腎臓病療養指導士	9
腎代替療法	29
腎代替療法意思決定支援	78, 85
腎代替療法専門指導士	89
腎代替療法導入期	35
信頼関係	15
診療の水準向上	12

す

推算糸球体濾過量	26
スキルミックス	21

せ

生活目標	66, 70, 74
セルフケア	14
セルフケア能力の評価	16
セルフスティグマ	30
セルフマネジメント	27

た

体液量	53
多職種ミーティング	42
多職種連携ツール	44

ち

地域連携	73
チーム医療	12
チーム医療外来	45
治療的セルフケア支援	14
治療目標	71

と

透析導入	83
トレーシングレポート	23

な

難治性腎疾患	58
--------------	----

に

入院栄養食事指導	17
尿蛋白	53

は

パブリックスティグマ	30
------------------	----

ひ

病院薬剤師	22
病識	28
標準化	51
病診連携体制	58, 60, 62

ふ

不安の解消	54
服薬指導	20, 83
二人主治医制	58
プログラム	38

ほ

ポリファーマシー	28
----------------	----

め

免疫抑制薬 84

や

薬剤師 20, 79, 83

薬局薬剤師 22

り

理解力の確認 16

療法選択 83

療養指導 8

臨床工学技士 80

れ

連携パス 60

欧 文

A

active life 66

C

CKD外来 26

CKD診療水準 51

CKDステージG1 26

CKDステージG2 26

CKDステージG3a 27

CKDステージG3b 27

CKDステージG4 28

CKDステージG5 29

CKDE 9

CKM 29

E

eGFR 26

eGFRの低下速度 52

G

GFRステージ 26

L

life targets 66, 70, 74

M

MSW 80

O

OTC薬 23

S

SDM 78, 85

数 字

5 steps model 66

CO1 一覧表

氏名	所属・職名	1. 企業の役員・顧問報酬 ①100万円 ②500万円 ③1000万円	2. 株式保有・利益 ①100万円 ②500万円 ③1000万円	3. 特許使用料 ①100万円 ②500万円 ③1000万円	4. 日当・講演料 ①50万円 ②100万円 ③200万円	5. 原簿料 ①50万円 ②100万円 ③200万円	6. 研究費・治験・共同研究・委託研究・その他 ①100万円 ②1000万円 ③2000万円	7. 奨学金付金 ①100万円 ②500万円 ③1000万円	8. 寄付講座	9. その他報酬 (旅行・贈答品など研究と無関係のもの) ①5万円 ②20万円
研究班班長 要伸也	杏林大学・医学部・教授	無	無	無	無	無	無	①旭化成ファーマ中外製薬、アグ、エーザイ	無	無
マニユアル作成委員 岡田 浩一	埼玉医科大学・医学部・教授	無	無	無	③アステラス、②協和キリン、②第一三共、②アストラゼネカ、②バイエル、①田辺三菱、①鳥居薬品、①小野薬品、①ペーリンガー	無	①協和キリン、①鳥居薬品、①キッセイ	①中外製薬、①協和キリン、①小野薬品、①バイエル薬品、①鳥居薬品	無	無
マニユアル作成委員 杉本 和仁	埼玉医科大学病院・看護部	無	無	無	無	無	無	無	無	無
マニユアル作成委員 川島 由起子	埼玉医科大学病院・看護部	無	無	無	無	無	無	無	無	無
マニユアル作成委員 成田 麻子	埼玉医科大学病院・看護部	無	無	無	無	無	無	無	無	無
マニユアル作成委員 高成 麗衣子	埼玉医科大学病院・栄養部	無	無	無	無	無	無	無	無	無
マニユアル作成委員 阿部 雅紀	日本大学・医学部・教授	無	無	無	①鳥居薬品、アステラス製薬、第一三共、②協和キリン、大塚製薬、ノバルティスファーマ、小野薬品工業、日本イレーザイリ、③アストラゼネカ、田辺三菱製薬、バイエル薬品	無	①SBIファーマ	①協和キリン、②ペーリンガー、②丸美、大塚製薬、第一三共	①ニプロ、②日産	無
マニユアル作成委員 金崎 啓造	鳥栖大学医学部内科学講座内科学第一	無	無	無	①リリー、ノボ、大正、興和、協和キリン、②田邊三菱、バイエル薬品、住友ファーマ、第一三共、⑤日本ペーリンガー、④インゲルハイム、アストラゼネカ	無	無	①日本ペーリンガー、①インゲルハイム、①Bechinger Ingelheim (Germany)、①Japan、①アボット、①シヤパン、①テルチ	無	無
マニユアル作成委員 内田 明子	聖隷佐倉市民病院・看護管理室・総看護部長	無	無	無	無	無	無	無	無	無
マニユアル作成委員 石川 祐一	茨城キリスト教大学・生活科学部食物健康科学科・教授	無	無	無	無	無	無	無	無	無
マニユアル作成委員 坂本 杏子	札幌ふじこ内科・透新クリニック・栄養部	無	無	無	無	無	無	無	無	無
マニユアル作成委員 竹内 裕紀	東京医科大学・薬学部・薬剤部長	無	無	無	無	無	無	無	無	無

CKDケアのための多職種連携マニュアル

令和2-4年度厚生労働科学研究費補助金（腎疾患政策研究事業）

慢性腎臓病（CKD）患者に特有の健康課題に適合した多職種連携による生活・食事指導等の実証研究

発行：2023年3月24日

監修：要 伸也 杏林大学医学部腎臓・リウマチ膠原病内科

編集：厚生労働科学研究費補助金（腎疾患政策研究事業）

慢性腎臓病（CKD）患者に特有の健康課題に適合した多職種連携による生活・食事指導等の実証研究班

制作：株式会社東京医学社

デザイン/イラスト：クニメディア株式会社, のじまゆみ(イラストの著作権は作成者に帰属します)

印刷：三報社印刷株式会社

〈非売品〉

