

SDMの具体的な方法

藤本修平, 中山健夫

- 前章ではSDMについてCharlesらの¹⁾4要素, 「1. 少なくとも医療者と患者が関与する」「2. 両者が情報を共有する」「3. 両者が希望の治療について, 合意を形成するステップを踏む」「4. 実施する治療について合意に達する」を紹介した。本章ではその中から, 2と3に注目してSDMの具体的な方法を解説する。

1 SDMの9ステップ

- SDMは, 医療者と患者がそれぞれ持っている情報を, 両者が共有していくステップを踏むことで意思決定にたどり着くことをめざしている。Kristonら²⁾は表1に示すようにSDMの9ステップを提案している。

第1ステップ 「意思決定の必要性を認識する」

- 多くの臨床場面では, 医療者が患者の意向を確認することなく治療の方針決定を一方的に行ったり, 医療者の提案に対して患者が表面的に同意したりすることが少なくない。方針は医療者が決めると

表1 SDMの9ステップ

要素	内容
1	意思決定の必要性を認識する
2	意思決定の過程において、両者が対等なパートナーと認識する
3	可能なすべての選択肢を同等のものとして述べる
4	選択肢のメリット・デメリットの情報を交換する
5	医療者が患者の理解と期待を吟味する
6	意向・希望を提示する
7	選択肢と合意に向けて話し合う
8	意思決定を共有する
9	共有した意思決定のアウトカムを評価する時期を相談する

(文献2より引用)

いうパターンリズムとともに、「おまかせ医療」という言葉は、今でも根強く、医療者も患者もお互いその関係性を当然と認めていれば、それを変えるように意識することもないであろう。そのためSDMの実現に向けては、治療の意思決定に、医療者と患者が共に関わる必要性を共に認識することが第一歩となる。

第2ステップ

「意思決定の過程において、両者が対等なパートナーと認識する」

- 日本だけでなく欧米諸国においても、伝統的な医療者-患者関係はパターンリズムによる部分が多く、患者の意思にかかわらず、医療者が決めた治療法を行うことが通常であった。医師をはじめとする医療者が患者よりも強い立場であれば、患者は医療者に対する恐怖感や威圧感から、疾病自体や治療法のリスクについて、自身の希望や意向、疑問を表明したり、合理的な行動をとれなくなったりする懸念がある。近年では、両者の力関係に一部逆転がみられるようになり、医療者が患者の要求や反応に過剰に対応してしまうこともあ

り、それもまた望ましい状況ではない。SDMでは、医療者と患者の関係は上下・強弱ではなく、それぞれの不足点を補い合い、協力して意思決定と合意形成をめざす過程を歩むことになる。

第3ステップ

「可能なすべての選択肢を同等のものとして述べる」

- 一般的に医療者は、自分が良いと考える治療法(手技や投薬など)だけを患者に提示する傾向がある。もちろん、それが結果として良い選択となることもあるが、患者にとって真に望ましい選択肢であったのかどうかは、医療者の自省的な態度が必要となる。特に、選択肢の中には、「治療をしない」場合も含まれることを、医療者は常に留意する。第3ステップで医療者は、患者に「自分が良いと考える治療法」だけを提示して、そこに一方的に誘導しないように自制し、可能性のある治療法を幅広く挙げるように努める。

第4ステップ

「選択肢のメリット・デメリットの情報を交換する」

- メリット・デメリットは、海外の文献では、「益(効果)と害(リスク)」、または「望ましい効果」「望ましくない効果」のように表現される場合もある。このステップでは、第3ステップで挙げた複数の選択肢のメリット・デメリットを両者が共有する。第1章でも述べたように個人によって、そのメリットやデメリットのどこに価値を置くのかは異なり、医療者が大きなメリットと考えていても、患者が同じようには考えていない可能性もあるし、その反対もありうる。メリットとデメリットのトレードオフ(一方を追求すると他方が犠牲になるような関係)をどうとらえるかは、医療者と患者、場合によっては家族の間で大きく異なる場合も少なくない。医療者の基本的な価値観は「患者を(医学的に)良くする・救う」ことを最優

先すること、いわゆる救命原則であろう。患者が考える価値、たとえば社会的役割や自尊感情、アイデンティティなどへの配慮が十分であったか、一方的で一面的な情報の提供ではなかったか、医療者の振り返りが必要となる。

第5ステップ

「医療者が患者の理解と期待を吟味する」

- 医療者の説明に対し、患者の理解が一定程度でなければ、その後の同意や選択は十分な意味を持ってない。医療者と患者が「共に」悩んで治療を決めるといった過程を経る上では、医学的な状況を、患者がある程度理解できていることが必要となる。その理解を支援・促進する意味でも、ここに至るまでの過程が重要となる。
- 患者の期待については、Hoffmannらの系統的レビュー³⁾で「治療による益は大きく見積もり、治療による害は小さく見積もる」ことが報告されている (図1)。一方で、実際の頻度は稀であっても、治

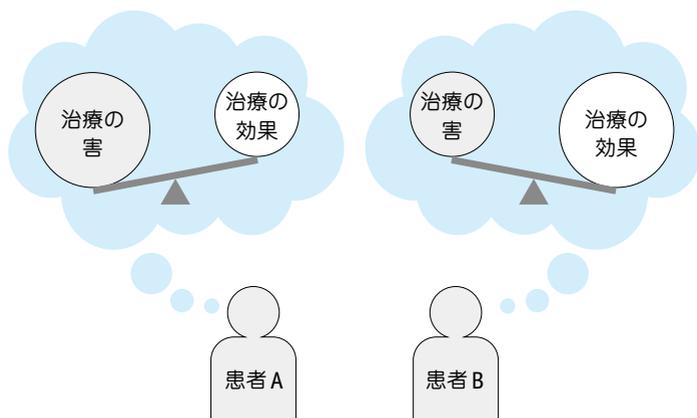


図1 患者の期待

同じ情報を見ても、益（効果）と害の見積もりは、患者によって異なる

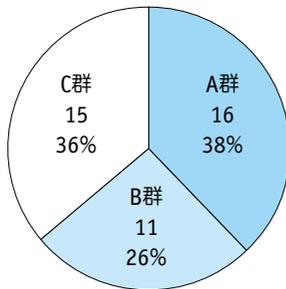


図6 トルバパタン開始後の口渇負担感

A群: 投与開始時よりほとんど負担に感じない

B群: 開始後自然に軽快する

C群: 増悪

運転手など)では、生活環境の中で服用が可能か検討する必要がある。一方、実際の患者の負担感には個人差があり、すべての患者が水利尿作用による多尿、頻尿を負担に感じるわけではない。筆者らの経験では約1/3の患者は投与開始よりまったく負担に感じず、約1/3の患者は開始後徐々に自然に負担に感じなくなる(図6)。したがって、薬剤の薬理作用が実際にどの程度の負担感を及ぼすのかについては、処方医が事前に決めつけられないことも必要である。またトルバパタンでは数%の患者に薬剤性肝障害を生じることもある。休薬することによって、正常化するものの、毎月の通院と血液検査が義務づけられている。

6 具体的な症例でのSDM

患者1 - 41歳, 男性

- 家族歴: 母(64歳); ADPKD 50歳から透析療法
- 生活歴: 会社員(デスクワーク)
- 現病歴: 30歳, 高血圧, ADPKDと診断

41歳, Cr 2.95mg/dL, eGFR 20.5mL/分/1.73m²
TKV 3,936cc, htTKV 2,151cc/m
年間のTKV増加率 11%/年

- **症状**: 腹部の膨満感と慢性的な腹部の鈍痛がある
- **腎臓MRI**: 両側に多数の腎嚢胞を認め、腎は著しく腫大している (図7)
- **遺伝子変異**: PKD1 Truncating mutation

医療者が伝えるエビデンス

- 35歳以下で高血圧を発症していることと、PKD1 Truncating mutationの遺伝子型は、腎不全へ進展するリスク因子である。身長補正腎容積と年齢に基づく病態進行予測のMayoクラス分類²²⁾では、患者は1E群に分類され、数年以内に腎代替療法を必要とする可能性がある (図8)。トルバプタンは疼痛を改善する可能性がある。eGFRはstage G4のため、トルバプタンが腎機能低下を遅らせることができるかは定かではない。

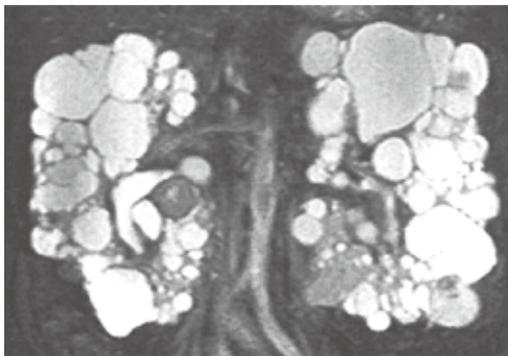
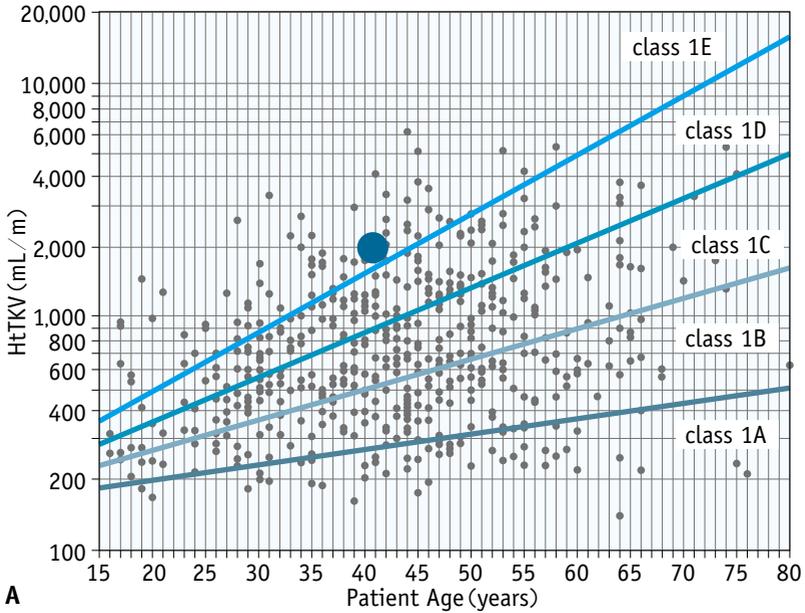
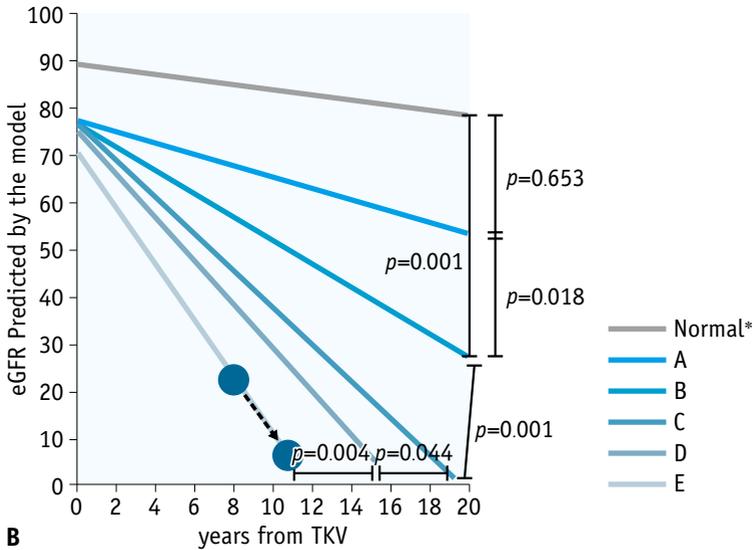


図7 腎臓MRI
両腎に多数の腎嚢胞を認め、腎は著しく腫大している



A



B

図8 Mayo分類によるeGFRの予想(患者1)²²⁾
 【患者1】41歳, htTKV 2151cc/m, eGFR 20.5mL/分/1.73m²

患者・家族の価値

- 母が透析療法をしており、時間的な制約が多いことをよくわかっている。できれば透析療法を先延ばしにしたい。

SDM

- **医療者**：既に腎機能の低下が著しく、トルバプタンを服薬してメリットがあるかどうかはわからない。飲水とトイレは職場ではどうですか？
- **患者**：エビデンスがないこと、副作用については了解した。仕事では飲水と排尿については、制約はなさそうなので、服薬を開始したい。疼痛が改善することも期待している。
- **経過**：少量から服用を開始したが、疼痛は軽快し腎機能は変化なく経過している。職場での飲水と排尿は問題なく、負担感も3カ月以降は減少した。患者は服薬開始後の経過に満足している。

患者2 - 40歳、女性

- **家族歴**：母(65歳)；ADPKDと診断されているが、eGFRは48mL/分、TKV 1,295ccとやや腹部膨満を感じているほかは日常生活に支障はない。
- **生活歴**：保育士(子ども2人)
- **現病歴**：30歳、スクリーニングでADPKDと診断
36歳、高血圧指摘
40歳、Cr 0.66mg/dL、eGFR 78.4mL/分/1.73m²
TKV 1,385cc、htTKV 905cc/m
年間のTKV増加率 8.6%/年
疼痛なし
たまにおなかが張るような気がするほかは日常生活に支