

## 透析医のひとりごと

### 「腎臓医となって46年を振り返って ——何故、チーム医療による腎機能改善外来を始めたのか？——」 海津嘉蔵

私は、昭和47年日本大学医学部、昭和51年同大学大学院を卒業し、同大学第2内科（当時大島研三教授）で腎臓病学の臨床と研究を始め、現在、なお現場に身をおいております。早いもので、卒業後46年目になります。私の腎臓医としての、この46年を振り返り、“ひとりごと”を語ってみたいと思います。

従来、腎臓病は心臓病や消化器疾患のように、それほど注目される病気でも、そして派手な病気でもありませんでした。有病率も低い疾患でした。当時、米国には nephrologist という存在はあったものの、我国では認知されておらず、診療科としても内科の中の一部の存在でした。その腎臓病が我国で、そして、世界でも大きく注目されるようになったのは何故でしょうか？ それは腎臓病学に素晴らしい発見があったわけでもなければ、治療法の開発でもありません。その主な理由は、慢性腎不全患者数とそれに伴い医療費が急増しているからです。しかも、原疾患の糖尿病性腎臓病と高血圧性腎臓病患者が増加しているので、今後も、腎不全患者がなお増え続け、医療費がかかり、財政が圧迫されるようになると予想されるからです。

患者数と医療費の増加、確かにこれは重要な事で看過できません。日本腎臓学会はCKDという名称を採用し、eGFRを導入しました。国や自治体は特定健診にCKDを入れ、早期発見のシステムを作りました。また、保健師による受診勧奨を始めています。

では、それだけで腎不全患者は減るのでしょうか？ 多くの腎臓病治療薬、ESA、活性型VD<sub>3</sub>、ACE-I、ARB、リン吸着薬、糖尿病治療薬等、多くの有力な治療薬が登場したにもかかわらず、一向に腎不全の患者が減少しないのは何故でしょうか？

上述の疑問を以前から持ち続けていた私は、2004年、“腎臓医が十分にCKDを治療できていないから、腎不全患者が減らない”という仮説を立て、自分の腎臓医としての力量を検証するという意味も含めて、当時、社会保険横浜中央病院において腎機能改善外来を開設しました。チーム医療という手法を導入し、治療目標を立て、安全かつ厳格に目標を達成する事を目指しました。可能な限り24時間蓄尿してもらい、24h Ccr・1日尿蛋白量・食塩摂取量・蛋白質摂取量等を参考に、家庭血圧や服薬記録をみて、医師が指示を出し、看護師・栄養士・薬剤師等がチーム医療で患者と家族を指導し、患者自らを自分の主治医にするという外来（腎機能改善外来）であり、診療を開始したのです。

恐らく日本で初めてCKD診療にチーム医療を取り入れた外来であり、この考えは2008年に創立された第

1 回日本 CKD チーム医療研究会（於：品川プリンスホテル）として松尾清一先生（当時日本腎臓学会理事長）の協力のもと具体化され、現在も続いています。

横浜での9年間の腎機能改善外来の治療成績を第56回日本腎臓学会シンポジウムで発表しました。血清クレアチニンが8 mg/dl に到達するまでの期間を非糖尿病性 CKD は8年11カ月、糖尿病性 CKD では2年6カ月遅延させると推定されました。この結果は、少なくとも私自身の今までの CKD の外来治療が充分でなかった事を示しています。この研究は RCT ではありませんし、患者数も限られていますので、単に1施設の1人の医師の介入成績にすぎません。学術的エビデンスレベルとしても低いのです。しかし、この小さな試みから得られた結果は、腎臓医が、今以上に厳格な治療を行えば、CKD の進行を阻止できることを示しています。そして、それを達成するには、①患者の自己管理力向上とチーム医療の必要性、②保存期 CKD の治療をする腎臓医と患者指導力をもったスタッフの存在、③通常の CKD 外来診療の構造的改革が必要であることが読み取れると思います。

かかる診療方式は大病院よりも、むしろ、小さなクリニックのほうがよいと考え、平成28年、定年を契機に CKD 外来診療専門クリニックを開業しました。この施設は、チーム医療を実施するために設計し、集団指導のための講堂も備えています。まだ、充分、機能しているとは言えませんが、治療成績の結果を出すべく、スタッフと一緒に頑張っているところです。このような外来は経費がかかり、経営的には採算がとれません。国は CKD 進行阻止の目標達成に最も核心の部分に十分な支援を考えてみるべきでしょう。

さて、腎臓医となって46年を経た今、CKD 診療についての思いをまとめると、それは盆栽作りに似ていると思えてまいりました。盆栽作りは、毎日の天気を肌で感じつつ、木の状態を観察し、木の意思と我思いとの折り合いをつけながら、長期にわたり枝葉を丹念に手入れして、ある形を作り上げます。CKD ガイドラインがあれば誰でも治療できるわけではありません。ガイドラインを参考に、個々の症例で異なった対応が必要となる。すなわち、盆栽作りと同様、各々、細やかな観察と折り合いをつけた加療が必要です。諦めて手を抜けば、たちまち枯れてしまう（透析になってしまう）といえます。

私は、CKD 治療は内科医らしい治療と思っています。CKD は全身性疾患であり、内科の知識と診療力が必要とされます。そして、患者との信頼関係を基礎として成立するものであります。

そして、透析予防に最も大切な事、今、喫緊に求められている事は腎臓医の CKD 診療のあり方を抜本的に見直し、メディカルスタッフとチーム医療を組む体制を構築する事であると確信しています。

こんなに長い年月を経てやっとわかってきた自身の非力さを実感しつつ、オフタイムなく働いている毎日です。

透析医ならぬ腎臓医の46年を振り返ってのつぶやきでした。今後とも宜しく御指導ください。

新北九州腎臓クリニック（福岡県）