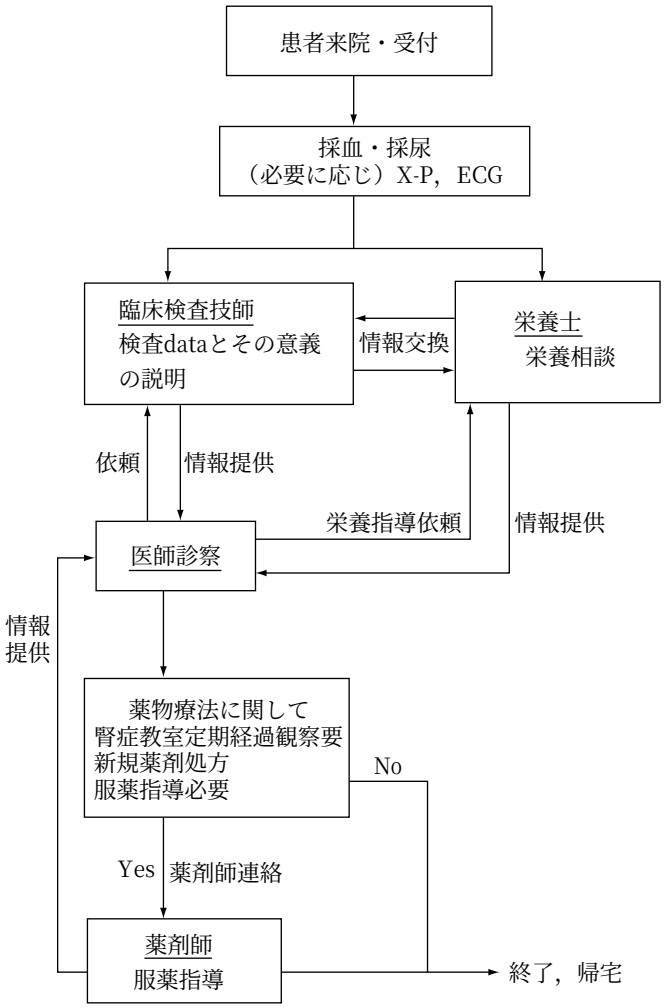
糖尿病性腎症こそチーム医療で―Time to Act―

北里大学医学部内分泌代謝内科　守屋　達美

顕性蛋白尿が出現すると非可逆的に腎機能が低下し，慢性腎不全に陥るといわれていた糖尿病性腎症（腎症）も，近年では，血糖コントロール，血圧管理，レニン・アンジオテンシン系阻害薬の使用などの集約的治療により，高率にremission（寛解）することが報告されています．腎症の病態，成因，増悪因子が徐々に明らかになり，それらに対する治療が集約的になされるようになってきたことが，その理由の一つと考えられます．

しかし，集約的治療の目標を達成するための臨床現場の努力は並み大抵のものではありません．合併症のない糖尿病の時期は血糖コントロールが治療の主眼ですが，微量アルブミン尿や蛋白尿が出現し，更には腎機能が低下するにつれて，食事療法の転換（糖尿病食から腎臓食へ），経口血糖降下薬からインスリン注射への変更，内服薬の種類や数の増加（降圧薬，利尿薬，アルカリ化薬など），気を配るべき検査数の増加（血糖コントロールだけでなく腎機能や貧血など），他の合併症を含めた身体状況に対する注意など，腎症病期の進行とともに，患者さんと医療スタッフが行うべきことは明らかに増加します．しかし，減塩や低蛋白食の実行が困難であったり，服薬アドヒアランスがよくなかったりする場合が多々あります．その背後にある心理状態も無視できません．以上を鑑みた腎症の病態や病期に応じた多角的な治療を行うためには，チーム医療が欠かせないと考えています．

図　糖尿病性腎症外来の流れ



私達は，腎症3B～4期の糖尿病患者に対し，腎症の集団指導（教室）とその後の外来経過観察（個別指導）を多職種が参加するチームで行い，腎症の病態と治療を理解していただき，腎機能低下の抑制と透析導入時期の遅延を図っています．教室は1課程2回で構成され，1回目は食事療法主体，2回目は薬物療法主体に行われ，昼食に糖尿病食との比較をしながら腎臓食の試食を行います．医師，看護師，栄養士，薬剤師，臨床検査技師はそれぞれの専門性を生かして，講義と実習を行います．外来では，24時間蓄尿を行い，定期的に各職種が面談をします．まず臨床検査技師による当日の検査値説明後，栄養指導，医師診察・処方，看護師の状況に応じた面談，その後薬物指導，帰宅という流れで外来を行っています（図）．その結果，蛋白摂取量や塩分摂取量，薬物アドヒアランスの改善がみられ，服薬回数および服薬時間などの誤りが修正され，検査値に対する意識が高まります．1年以上経過が追えた例の教室前後のGFRには，有意な改善がみられます．

腎症患者には，食事療法の変更や薬物療法の複雑化，検査項目の増加など，高い自己管理能力が要求されます．したがって，腎症患者の腎症に対する意識を高め，療養指導を効果的にすすめるためには，教室とその後の定期的な外来経過観察を各職種の特性を生かしたチーム医療により行うことが重要と考えています．