

昨今のガイドラインに対する私見

世の中は診療ガイドライン（ガイドライン）に満ちている。確かにガイドラインの80%は真実を語っているが、改訂が常に必要である。ゆえに時のガイドラインは100%でなく、最新知見や、社会情勢、医療経済にも影響されうる。われわれの腎臓領域の腎性貧血の場合であるが、透析量をさらに多くすれば、はたまた貧血をより正常値に近づければ、生存率は高くなるであろう、生活の質（quality of life: QOL）は向上されるであろうなどという、誰もが考える常識的仮説は結果的に否定され、医療費の抑制傾向もこれに追い打ちをかける。なぜなら慢性腎臓病患者においては正常値までの貧血改善は心血管系リスクになるとの知見が主流だからである。

もう少し、専門領域の話をしたい。昔の話になるが、1980年代後半、すなわち私が本学を卒業したころの話である。当時はエリスロポエチン（erythropoiesis stimulating agent: ESA）が導入される以前であり、約15%の透析患者が輸血を受けており、ヘモグロビン値で8 g/dl前後の貧血状態が透析患者の常であった。ESAの出現は、当時夢のようであり、透析患者が輸血から解放され、ウイルス性肝炎や鉄過剰への懸念も払しょくされ“QOL改善”を誰もが期待した。その後4半世紀、ESAは明らかに輸血回数を減少させ、透析患者の生存率向上に大きな効果をもたらした。しかし、全ての透析患者にESAが必要なわけではない。鉄剤のみで経過を見ることが出来る患者も存在する。あるいは造血を障害する他因子の是正こそ必要な場合もある。現在、約95%の患者がESA治療を受けている。ESA使用という近年の普遍的な腎性貧血治療形態は、患者個々のアセスメントの効率化を可能としたが、このアセスメントのアプローチ（どのように治療を組み立てていくか）こそが本来のガイドラインの役目であると考えられる。

さてガイドラインというと、どうしても数値目標にとらわれがちになる。われわれも医師同志でdiscussionすると、必ず数値目標が話題の中心になる。ガイドラインに書かれ

ていないこと、あるいは否定されていることは、まるでガイドラインが金科玉条のごとく、そして禁忌肢を踏むのごとく批判される。しかしガイドライン策定は多くの文献を読み込むところから始まるのであり、完成されたガイドラインに精通していることだけでは立派な臨床医とはいえないことは自明である。ガイドラインのstatementに習熟することは、勉強をしないで済むstateに甘んじるに過ぎない。治療方針の決定に臨床判断よりも検査結果を重視するようにガイドラインが強いるものであるならば、“誰でも”医師になりうる。本来は個人差（individualization）こそが医療であり、われわれの存在理由でもある。ESA製剤のない頃は、まさしく個人差がもたらす貧血治療が透析医療であった。なぜ貧血なのか、そこから始まるclinical question（CQ）こそが大切なのである。

米国同様、わが国の透析医療も税金で成り立っているプログラムである。37兆円の国民医療費のうち、1兆円以上が透析医療に費やされている。医療経済は医療施設に多くの行政上の問題をもたらすことは避けられない。しかし、ガイドライン策定には薬剤使用に供する企業バイアスがかかってはならないのと同様に、医療経済によって医療施設などが負の影響を与えられてはならないと思う。またガイドラインは医事紛争に利用されるべきではないと主張しても、実際は引用されてしまう。その使用目的のend userは患者自身であり、われわれ腎臓専門医ではないのだ。だからこそ、患者個人の状況に応じ（individualization）、治療を組み立て、一律目標値で全体をくくりつけることなく診ていくという、ある意味、“昔からある臨床行動形態”に戻っていく形にガイドラインは変化していくべきなのである。

“医師はガイドラインより論文を、医学生諸君は安易な参考書より成書を”と望みたい。

（腎臓学講座（大森）教授：酒井 謙）