

人工腎臓としての透析療法（原点への回帰）

友 雅司*

透析療法が末期の慢性腎不全に対する腎代替療法としての地位を確立してから40数年余となる。この間に透析療法は目を見張る進歩を遂げた。血液透析の面では透析器（透析膜）の改良，透析液の清浄化，モダリティーの多様ななどが挙げられる。腹膜透析療法においても透析液の生体適合性における進歩，バッグ交換関連機器の改良による腹膜炎発症の減少が挙げられる。

これら透析療法の進歩に加えて，腎不全患者の病態，合併症に大きく影響を与えたものとして，chronic kidney disease-mineral and bone disorder（CKD-MBD）に対するリン吸着剤，vitamin D，calcimimeticsや，腎性貧血に対するerythropoiesis stimulating agents（ESA）などの薬剤が挙げられる。これらの薬剤はまぎれもなく優れたものである。しかし，これらの薬剤は“現在の透析療法の限界”が前提となっている。

たとえば，施設血液透析では，週3回（1回4時間～5時間）の血液透析治療を“通常”または“標準”だとの認識のもとで，血液透析患者の食事制限（リン，カリウム，水分）や合併症対策が論じられてきた。リンやカリウム，水分制限などの食事に関する問題はhome-daily dialysisでは消失とはいかないまでも，かなりの部分が解決されることは間違いない。広く施行されている施設血液透析と症例が限定される在宅血液透析を，同一に論ずることは是非はともかくとして，ここで認識されなければならないのは，

* 大分大学医学部附属病院腎臓内科

週3回（1回4時間～5時間）の施設血液透析は人工腎として決して十分な治療ではないということである。透析治療の時間、頻度を増やすことにより解決する問題も少なくない。不十分な腎代替療法であるがゆえに、その不完全さを補完する薬剤が必要となり、開発されてきたことも事実である。決してこれらの薬剤の開発、存在意義を否定するものではないが、われわれが“通常”“標準”と錯覚してしまっている現状の透析療法は、腎代替療法として“不十分”“不完全”であることを認識すべきである。透析量や質の問題以外の quality of life などの面においても不十分、不完全であることは言うまでもない。

2010 年は“透析液水質確保加算”“オンライン HDF 装置の認可”“PD-HD 併用療法の保険請求が認可”と「透析療法そのもの」における大きな展開がみられた。これらの展開とても、完全なる人工腎、十分な腎代替療法に向けての行程の遅々たる一步にすぎないのかもしれない。

しかし、不完全、不十分な現状を“通常”または“標準”と錯覚することなく、「完全、十分な人工腎開発に向けての研究・開発を進めていくことを忘れてはならないのでは」と思われる。