

# 巻末のあいさつ

黄 内 科  
黄 重 毅 先生

私は約20年前、栗林先生のご紹介で全臨糖に入会し、それ以来、ほぼ毎回集会に参加しております。

集会では、どのプログラムも非常に充実していますが、中でも初日17時30分から始まる「私はこうやっている」のセッションを、毎回楽しみにしております。発表される先生方が、自院をより良い糖尿病専門クリニックにするために、行っている工夫や実践内容を拝聴し、非常に参考になるとともに、大きな刺激を受けています。

院長の治療方針・考え方・方向性をはじめ、院内設計やブース配置、動線の工夫、スタッフと患者間の療養指導、スタッフ間および院長との連携、さらには地域医療との連携に至るまで、毎回感嘆しながら拝聴しております。どの工夫を自院に取り入れるか、どの点を改善・修正に活かすかを常に考えながら聴講しています。私と同様に感じておられる先生方も多いのではないのでしょうか。

また、「この点は自院も負けていない」と(僭越ながら)感じる場面もあり、それもまた大きな励みとなっております。いつもこのセッションから多くの「パワー」をいただいています。

このセッションは原則として新規入会の先生方がご登壇されますが、入会10年以上のベテランの先生方が再登場され、「その後の変化」についてご発表いただくのも非常に有意義ではないかと考えております。どのような点を「変更」し、現在の診療体制に至ったのかをご共有いただければ、きわめて参考になると思います。すでに会長の内田大学先生が昨年に「その後」をご発表されています。本セッションは大変すぐれた企画であり、今後ますますの発展を心よりお祈り申し上げます。

最近、私が新たに取り組んでいることは二つあります。一つ目は NT-proBNP です。

2023年4月に発表された「2023年版心不全診療ガイドライン」では、循環器専門医以外の医師にも心不全の「早期」診断および治療開始の重要性を広く認識させる目的に、BNP(NT-proBNP)測定が強く推奨されました。ステージBの基準値は、BNP > 35 pg/mL、NT-proBNP > 125 pg/mL と厳しく設定されています。これを受け、当院でも高リスク患者を中心に積極的に測定を開始しました。当初は BNP と NT-proBNP の使い分けに迷いましたが、簡便性と経過観察の一貫性を考慮し、NT-proBNP に統一しました。

虚血性心疾患、心房細動、弁膜症、心筋症の患者では高値を示す例が多く、その高頻度には驚かされました。特に eGFR 低下を伴う慢性腎臓病(CKD)患者では、1000~3000 pg/mL(偽性高値)を示す例も少なくありません。心エコーのみでは必ずしも正確な心不全評価はできず(特に拡張障害型)、循環器専門医への紹介を通じて、絶対値の高さだけでなく、数値の「推移」(特に CKD・DKD 合併例)が非常に重要であることを学びました。その結果、「Fantastic Four」を基本とした治療にも、より一層取り組むようになりました。

昨年4月にはさらに「2025年版心不全診療ガイドライン」が発表され、高リスク患者の範囲がさらに拡大し、BNP(NT-proBNP)測定の重要性が改めて強調されました。また、昨年5月の糖尿病学会総会では、循環器専門医による心不全シンポジウムが開催され、糖尿病学会においても心不全の早期診療・治療が重視されていることを実感しました。

集会では、非循環器専門医として積極的に NT-proBNP 測定を行い、診療に活用されている春日井市民病院糖尿病内科・岡田由紀子先生のランチョン講演(2題)も拝聴し、特に「糖尿病専門医が心不全患者にどう対応すべきか」という内容に大変感銘を受けました。

私自身もこの2年間、NT-proBNP 測定を中心に心不全患者の積極的なピックアップに取り組んできましたが、依然として診療上の課題(測定値の経過観察、頻度・間隔、高値と無症状との「ギャップ」、循環器専門医への適切な紹介タイミングなど)が多く、力不足を痛感しています。今後も継続的な学びが必要であると考えています。

糖尿病患者の中には、ステージB~Cの心不全患者が多数存在します。糖尿病関連腎臓病の「早期」発見・治療開始に eGFR や尿アルブミンの定期測定が不可欠であるのと同様に、心不全の早期発見・治療開始には NT-proBNP 測定も欠かせないと強く感じています。

学術担当の先生方をお願い申し上げます。Finerenone が心不全治療の新規適応を取得しました。この機会に、Meet the Professor セッションにおいて、心不全診療の専門家であり、NT-proBNP に造詣の深い循環器学教授にご講義いただければ幸いです。さらに、翌日午前のセッションにおいて、春日井市民病院糖尿病内科・岡田由紀子先生に、非循環器専門医による心不全に対する実践的な取り組みをご講演いただければ、非常に良い組み合わせ

わせになるかと存じます。ぜひご企画をお願い申し上げます。

もう一つ、約半年前から取り組んでいるのは、随時尿による「推定一日食塩摂取量(田中の式)」の測定です。

糖尿病患者は、高血圧症、CKD・DKD、心不全(ステージB～C)を合併することが非常に多くみられます。当院では、塩分制限の重要性を強調し、パンフレットや管理栄養士作成のポスターなどを用いて指導を行ってきました。しかし、実際にどの程度達成できているかを客観的に評価する指標は、これまでありませんでした。

田中の式に必要な項目は、身長、体重、年齢、尿 Na、尿 Cr です。ネット上には自動計算可能なサイトもありますが、電子カルテに記録が残らず、経過を追うことができません。当院では昨年7月から、データベース(RS-Base)上に結果を自動的計算・表示・保存し、経時的な追跡が

可能となりました。その結果、目標である 6 g/日以下の患者は非常に少なく、10 g/日以上 of 患者も多いことが判明しました。患者自身もその数値の高さに驚かれますが、これを教育・療養指導の好機と捉え、改めて減塩の重要性を伝えていきます。

厳密な正確性を保証するものではありませんが(例:利尿薬投与時)、臨床応用や患者の認識向上、モチベーションの喚起には非常に有用な簡便法であると考えています。一方で、高値が持続する患者も多く、食習慣の改善の難しさと、継続的な指導の重要性を改めて痛感しています。

すでに BNP(NT-proBNP)や推定一日食塩摂取量(田中の式)を活用されている先生方は多くいらっしゃるかと存じますが、まだ導入されていない先生方には、ぜひ積極的な導入をお勧め申し上げます。