

B. Cは4名あったがいずれも介護認定では要介護4あるいは5の判定を受けており、主治医意見書との大きな食い違いはなかった。これらの症例のうち医師意見書がC2で要介護5に認定された患者が現在までに死亡している。この患者は頸髄症のあるムチランス型のリウマチであった。受けている介護サービスは同居している家族構成に大きく影響されている。独居あるいは夫もしくは息子との同居の場合にはヘルパーによる家事援助を受けることが多く5名(29.4%)となっている。このうち1名は独居で、朝夕ヘルパーの支援を受けている。この他、デイ・サービスを利用している者4名(23.5%)、病院受診の介助あるいは輸送2名(11.8%)、訪問看護2名(11.8%)となっている。最も多くの介護保険利用者は訪問看護週1回、ヘルパーによる家事援助週2回、入浴などのデイ・サービス週1回の患者で、要介護5の認定を受けている。介護保険利用に要する費用はまちまちであるが、独居している患者で朝夕のヘルパーによる援助と週2回のデイ・サービスを受けている患者が月26,000円で最も多い負担をしている。介護保険の認定を受けたにも拘わらず全く利用していない者が3名(17.6%)あった。家族の援助で今の所足りているとの回答があった。全体的に見て盛岡地区の介護保険システ

ムはよく機能していると考えられる。

D. 考察

当院にはリウマチ・センターがあり、専門医が診療にあたっている。外来患者の通院所用時間は平均51.7分になっている。ところで通院が困難だと感じている患者が28.6%おり、この群では通院所要時間が自家用車や公共交通機関を利用して受診する群では長い傾向があり、特に自家用車に乗せられて来院する群では平均81.8分かかっている。通院に最も時間がかかる患者もこの群の中におり、240分かかっている。身体障害者手帳の所持率もやや高い傾向がある。このような通院の困難さを解消するためには病診連携、病病連携も可能性のある選択肢であるが、かかりつけ医のあるものは31.3%で、しかもリウマチ診療に協力的であるか未知の問題もある。

確実で効果のある方策は地方の病院にサテライトを作り、専門医療機関から専門医が出向いて診療することである。この考えに基づき、平成11年度は一関市の国立療養所にリウマチ外来を開設し、次第に登録患者数も増え、さらに当院での入院治療(手術も含めて)を行う患者も出てきていたが、病院の事情で中断

してしまったのは悔やまれる。平成12年度は三陸海岸地区の中核都市宮古市にある県立病院に医師を派遣し、サテライトとしての役割を担ってもらったが、わずかに2週間に1回のリウマチ外来ではあるが、リウマチ患者の受診状況も良好で、少ない専門医師の力を有効に利用できる非常に効果的な方策だと考えられる。病診連携、病病連携も言葉のようにスムーズに行かない可能性があり、サテライト構想によってリウマチ医療のネットワークの構築が効果的に行えるものと考えられる。昨今、公務員の院外活動がとかく経済活動の面からばかりとらえられ、非常に制約を受けて来ているが、専門的な知識を持つリウマチ専門医が有効活用される事は医療資源の有効利用の面から考慮されるべきである、院外に出てサテライトを作って診療することは公認されるべき事項であるとする。少なくとも専門医師、あるいは専門医療機関の乏しい地方では、そのようにすれば不自由な身で長時間、長距離の通院をしなくとも、リウマチに対する適正な治療を受けることが出来るようになる事が期待できる。特に患者団体であるリウマチ友の会からも専門医師に対してそのような要望が強く出されており、検討を要する問題だと考えられる。

平成12年4月から始まった介護保険制度はリウマチ患者にとっても有効に機能しているものと考えられる。一人暮らしの患者でも朝夕のヘルパーによる家事援助などにより、自立した生活を営むことが出来ることは評価してもよいのではないかと。今回調査したケースでは自己負担金の最高額は28,000円であった。経済的に恵まれないことの多いリウマチ患者の負担が増えないことを期待したい。

E. 結語

リウマチ専門医や専門医療機関が少ない中で、リウマチ患者に対して専門的な医療を適切に提供するためには、患者に専門病院を受診させるばかりではなく、専門医が患者側に出向いて院外にサテライトを作って診療するのがもっとも効率よく、効果的であると考えられる。介護保険はリウマチの、特に独り暮らしの患者にとっては自立して生活できる手段が出来たものとして評価出来る。

リウマチ医療における集学的医療提供体制の現状とその改善に関する研究
—東京地区におけるリウマチ医療の現状分析—

分担研究者氏名 齋藤輝信
東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風センター膠原病リウマチ内科教授

共同研究者氏名 山中 寿¹、田中栄一¹、松田祐子¹、浦野和子¹、中島 洋¹、岡本 完¹、
赤真秀人²、谷口敦夫³、岩谷征子³、鎌谷直之¹
東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風センター
膠原病リウマチ内科 教授¹、助教授²、講師³、助手¹

東京地区の代表として、当センターに通院中の RA 患者を対象にリウマチ医療の現状について分析した。はじめに、RA 患者のコントロール状況と治療薬剤との関連についての調査結果から、次の点を指摘した。RA の発症早期にリウマチ専門医が高度の医療を提供することによって、いかに患者に対して多大の恩恵をもたらすか、そしてその結果として医療の節減につながる可能性があると考えられた。

つぎに、在宅医療の現状調査から RA の終末期は本人はもとより家族にとってもいかに悲惨なものであるかを実感するとともに、この時期での行政支援は果たして適切か否かの疑問をいだかせた。

以上の調査結果から、少なくとも本症の病因が究明されるまでは、発病初期にこそリウマチ専門医が積極的に管理するとともに行政支援も全面的に施されるように提案したい。

また、現行のリウマチ医療システムを活性化し、その機能を十分に発揮させるためには、その基盤をなすリウマチ教育システムの確立とリウマチ専門医の養成が急務であることを指摘した。そしてこのような発想の転換をなくして 21 世紀のリウマチ医療の進展はありえないことを強調したい。

A 研究目的

本研究の目的は、本邦におけるリウマチ医療の現状を分析し、今後のリウマチ医療システムの構築に寄与することにある。本研究は現在各ブロック単位ですすめられており、当センターは東京地区におけるリウマチ医療の実態を調査し、その現状分析の任にある。

B 研究方法

(1) 通院 RA 患者のコントロール状況と使用薬剤との関連

通院期間が 1 年以上におよぶ RA 患者 2917 例を対象にアンケート調査を実施した。

その調査項目は、年齢、性別、コントロール状況、入院加療の適否、入院適応の理由、在宅医療導入の適否、薬物療法などである。今回はとくに薬物療法の実態について詳細に分析した。

(2) 在宅医療導入への適応 RA 患者の分析

通院期間が 1 年以上の RA 患者 2917 例中、各担当

医が在宅医療導入の適応と判定した 13 例について検討した。13 例中 1 例は連絡先不明のため 12 例に対し、平成 12 年 11 月～12 月にかけて電話による現状調査を実施した。調査内容は罹病期間、現在の病状、治療状況、合併症の有無、介護者の有無、身体障害者手帳の有無、手術歴など詳細に分析した。今回は訪問調査の同意が得られず、やむを得ず電話による調査を実施したが、これも地域性によるものと考えられた。

C 研究結果

(1) 通院 RA 患者のコントロール状況と使用薬剤との関連

通院期間が 1 年以上におよぶ RA 患者を対象に調査した結果、2917 例から回答がえられた。

患者背景では、年齢は平均 56,98±12,97 歳、性別では男 499 例 (17.1%)、女 2372 例 (81.3%)、不明 46 例 (1.6%) であった。コントロール状況では 6 カ月以上病勢がコントロールされているが 1906 例

(65.3%)を占め、コントロール不十分が1011例(34.7%)であった。また、担当医が入院加療の適応と判定したRA患者は97例(3.3%)にすぎなかったのに対し、入院加療の適応なしと判定されたRA患者は2820例(96.7%)を占めた。入院適応の理由としては117例中手術のためが82例(70.1%)で最も多く、ついで激しい炎症および他の療法のためがそれぞれ12例(10.3%)、合併症6例(5.1%)、副作用5例(4.3%)であった。

つぎに、薬物療法の状況では疾患修飾性抗リウマチ薬(DMARD)の併用ありが2917例中2599例(89.1%)、非併用318例(10.9%)で圧倒的に併用例が多かった。これに対し、経口ステロイド薬では併用例1368例(46.9%)、非併用例1549例(53.1%)で非併用例が若干多かったが、経口ステロイド薬の併用例も約半数を占めることが明らかとなった。なお、経口ステロイド薬の1日用量は平均 4.97 ± 2.73 mgであった。

さらにDMARD併用群について分析すると、単剤使用群2057例(79.15%)に対し、併用群は525例(20.2%)であり、その内訳では2剤併用群490例(18.9%)、3剤併用群32例(1.2%)、4剤併用群3例(0.1%)、その他17例(0.7%)であった。

RAのコントロール状況と使用DMARDとの関連

DMARD単剤使用群のうち、6ヵ月以上よくコントロールされている群1393例について種類別にみると、BUC370例(26.6%)、MTX356例(25.6%)、SSP241例(17.3%)、DPE167例(12.0%)、AUR104例(7.5%)、GST89例(6.4%)、ACT39例(2.8%)、MIZ19例(1.4%)、その他8例(0.6%)であった。

同様にDMARD単剤使用群のうち、6ヵ月以上よくコントロールされていない群664例について分析すると、MTX286例(43.1%)、BUC123例(18.5%)、SSP103例(15.5%)、DPE65例(9.8%)、AUR25例(3.8%)、GST

(3.5%)、ACT13例(2.0%)、MIZ12例(1.8%)、その他14例(2.1%)であった。

さらに、経口ステロイド薬使用の1368例のうち6ヵ月以上コントロールされている741例(54.2%)の内訳では、MTX単独との組み合わせ182例(24.6%)で最も多く、ついでBUC単独との組み合わせ118例(15.9%)、SSP単独との組み合わせ68例(9.2%)、DPE単独との組み合わせ62例(8.4%)の順であった。

一方、経口ステロイド薬使用にもかかわらず6ヵ月以上よくコントロールされていない627例(45.8%)の内訳では、MTX単独との組み合わせ198

例(31.6%)で最も多く、ついでBUC単独との組み合わせ55例(8.8%)、SSP単独との組み合わせ54例(8.6%)、DPE単独との組み合わせ39例(6.2%)の順であった。

RAのコントロール状況と経口ステロイド薬との関連

RAのコントロール状況を経口ステロイド薬の用量(プレドニゾン換算量/日)別にみると、5mg以下の低用量群では612例(58.9%)が6ヵ月以上コントロールされているのに対し、427例(41.1%)はコントロールされていない。しかしながら、5.5~10mg群および11~30mgの高用量群では、増量するにつれて6ヵ月以上コントロールされている群が113例(38.7%)から9例(31%)に減少、逆にコントロールされていない群が179例(61.3%)から20例(69.0%)と割合が増加していた(表1)。

同様に、現在(調査時)のコントロール状況について用量別にみると、5mg以下の低用量群では、コントロールされているが651例(62.7%)、コントロールされていないが388例(37.3%)であるのに対し、5.5~10mg群および11~30mgの高用量群では、増量に伴い、現在コントロールされている群が119例(40.8%)から11例(37.9%)、逆にコントロールされていない群が173例(59.2%)から18例(62.1%)となり割合がやや増加する傾向が認められた(表2)。

つぎに、経口ステロイド薬の用量別にDMARDの併用の有無との関連についてみると、5mg以下の低用量群では949例(91.3%)併用しているのに対し、5.5~10mg群および11~30mg群になるにつれて併用がそれぞれ257例(88.0%)、25例(86.2%)と、漸減する傾向が認められた(表3)。

(2) 在宅医療導入への適応RA患者の分析

通院期間が1年以上のRA患者2917例のうち、各担当医が在宅医療導入の段階と判定した13例(0.45%)(1例は連絡先不明)を対象として分析した。今回は訪問調査の同意が得られないため、やむを得ず電話による調査を実施した。

その結果、性別では男2例、女10例、平均年齢 71.25 ± 7.05 歳、平均罹病期間 18.83 ± 7.07 年であった。病状では良好2例、安定2例、ほぼ安定1例、不安定3例、当初から悪い1例、寝たり起きたり1例、寝たきり2例であった。主な治療薬剤は経口ステロイド薬の9例(75%)、MTX(58%)など強力な薬剤が選ばれている(表4)。

合併症では、胃潰瘍(術後1例を含む)、肺合併

症および高血圧症が各3例、腰椎圧迫骨折および腎疾患各2例など表に示すとおりである。関節手術は人工関節置換術など7例(58%)が受けており、そのうち5例は多関節手術であったのに対し、他の5例(42%)は受けていなかった。身体障害者手帳は1級2例(17%)、2級7例(58%)が所持しているのに対し、考慮中2例(17%)、保険行政上の理由で所持せずが1例であった。介護者は配偶者中心が7例(58%)、子供(長男)が1例(8%)、介護者なし4例(33%)であった。治療状況では、1ヵ月1回受信または、薬剤処方のみが9例(75%)、2週毎に薬剤処方のみが1例(8%)、入院または入、退院のくり返しが2例(17%)あった。その際の交通手段は福祉タクシー利用3例(25%)、バス利用1例(8%)マイカー1例(8%)、その他症状に合わせて交通手段を選ぶが4例(33%)などであった。福祉行政支援については表5に示すように老人医療保険8例(67%)中心に、医療費公費負担3例(25%)、家屋増改築費助成1例(8%)、ヘルパー制度3例(25%)福祉タクシー3例(5%)などの活用の実態が明らかとなった。

D 考察

リウマチ科の標榜に伴い、RA患者にとって多大の恩恵がもたらされたことは事実である。しかしながら、そのリウマチ医療の恩恵が有効に活用され、しかも均等に配分されているか否かは、極めて重大な研究テーマであり、現在進行中である国内各ブロック単位で実施されている大規模調査の成果が期待されている。

前回報告^{1),2),3)}したように、東京都の総人口は、平成10年10月1日現在1183万人である。RA患者の有病率を0.44%⁴⁾と設定すれば、東京都内のRA患者は52,052人と推定される。一方、当センターにおけるRA患者の通院状況から、対象外来患者2738例中東京都内在住患者は1640例(59.9%)であった。したがって、都内推定RA患者52052例のうちわずか1640例(3.2%)が主医療圏から通院していることを指摘した。

一方、東京都内在住RA患者(主医療圏)1640例の通院状況を区別に検討すると、杉並区、練馬区、世田谷区、中野区の順に多く、それぞれ8.7%、7.5%、7.3%、6.0%を占めていた。これらの地域は当センターの西部に位置し、交通の便にも比較的恵まれているばかりでなく、リウマチ医療体制の充実した大病院ないし専門病院に乏しいことが、その背景にあるものと考えられた。これに対して、当センターのある新宿区にはリウマチ医療を専門とする3大病

院を有することから、新宿区在住RA患者の当センター受診率はわずか91例(5.5%)と少ないことが理解される。したがって、少なくとも現段階では、リウマチ医療の恩恵が均等には配分されていない可能性が浮きぼりにされた。

つぎに、等センターに通院中のRA患者を分析すると「6ヵ月以上病勢がコントロールされている」が65.3%を占め、「コントロール不十分」が34.7%であった。さらに、通院時の要介護17.8%、通院手段はタクシーないしマイカー利用37.6%、身体障害者手帳有12.1%、手術歴有14.0%、入院加療の適応有3.3%、在宅医療導入への適応有0.45%、有職者38.5%、RAの病状が非常に良い・良い31.5%など前回の調査結果⁵⁾から、当センターに通院中のRA患者は概ね病態が軽症ないし病状が安定しているものと考えられた。

これに対し、2000年リウマチ白書⁶⁾によれば、通院手段はタクシーないしマイカーが86%、身体障害者手帳1・2級所持が70%、その41%が障害の進行による再申請中であり、手術歴有52.2%、有職者20.6%など対象RA患者の著しい相違がみられた。

つぎに、1ヵ月当たりの医療費(自己負担分)について検討すると、無料6.9%、5000円以下43.4%、5000円~10000円36.0%、10000円以上13.8%を占めた。これに対し、2000年リウマチ白書⁶⁾ではそれぞれ31.8%、34.6%、19.2%、9.8%で左側へシフトする傾向が認められた。すなわち、2000年リウマチ白書では全額公費負担で自己負担金0円(無料)が31.8%を示したことは、身体障害者手帳1、2級の重度障害者の医療費、県・市民税非課税世帯の医療費、生活保護受給者、悪性関節リウマチなどで特定疾患の重度認定を受けているRA患者などが多く含まれていることを意味している。このことは、国民総医療費に占めるRA医療費の推計額が、1.3~1.6%で毎年ほぼ同じ割合で推移している⁷⁾中でどのような比重をしめるかが極めて重大な課題であることを指摘したい。

すなわち、これまでの調査結果から指摘したように、当センターに通院中のRA患者のように概ね病態が軽症ないし病状が安定している時期に専門施設において高度な医療を提供する方が医療経済上有利なのか、あるいは、またリウマチ白書にみられるような(ADL)重度障害者、特定疾患、生活保護受給者などに対する全額公費負担で対応するのが医療経済上得策であるのかを真剣に検討する必要がある。つまり、長期的にみていずれが医療費節減に有利に作用するかの問題である。

しかしながら、RA 患者に対するリウマチ医療の真の恩恵とは、決して経済的政策ないし物質的支援などではなく、RA を一刻も早く診断し、あらゆる手段を講じつつ早急に治療を開始するといった、いわゆる早期発見・早期治療にあることはいうまでもない。それは RA 患者の一生を運命づける予後を支配するからであり、少なくとも寛解へ、できれば治癒にいたらしめることが、21 世紀のリウマチ医療の目標であり、自ずから医療費節減にも結びつくはずである。

今回の調査から明らかなように、当センターに通院している RA 患者の 11.2%が罹病期間 1~2 年という早期 RA が含まれている。その治療内容は RA 患者全体でみる限り、DMARD の併用 89.1%、経口ステロイド薬の併用 46.9%を占め、いかに RA の早期から積極的に治療⁷⁾を開始し、関節の破壊ないし進行の抑止につとめているか、その前向きな姿勢がうかがえる。

アメリカ・リウマチ学会の (ACR) の RA 治療ガイドライン⁸⁾によれば、治療に先だててまず診断確定が最優先されること、また治療開始後も専門医にコンサルテーションしながら治療の継続をはかることが推奨されている。

事実、RA の早期診断は専門医であっても決して簡単ではない。したがって、これを実地医家ないしかかりつけ医に現段階で求めることは困難である。と同時に RA 患者から指摘される諸問題、例えば誤診による治療の遅れ、適切な治療方針や治療内容に対する不満など、残念ながらその理由も理解できる。

以上のように、現在求められている緊急課題はリウマチ専門医の養成をはかることに尽きる。それには各大学医学部教育の中に必須科目としてリウマチ学の導入をはかる (卒前教育) ことから、卒後教育、生涯教育にいたるまで、一貫したリウマチ教育が急がれない限り解決は期待できない。同時にリウマチに関する啓蒙活動の促進をはかり、社会的認知を高揚させる努力も側面から支援されねばならない。これらの相加作用によって実地医家ないしかかりつけ医のリウマチ診療に対する関心と情熱を高め、診療技術の質的向上をきたし、RA 患者から信頼されるリウマチ専門医が養成されるものと考えられる。

現在、一般の診療所、医院では全患者の約 5%⁹⁾が RA 患者で占められるのに対し、リウマチ専門医がかかりつけ医の場合は約 15%¹⁰⁾¹¹⁾とされている。

RA 患者はいつの世でも良い医師を求めている。最近ではその権利があるとまで主張されている時代でもある。良い医師とはその定義が難しいが、高レ

ベルの診療技術を有しかつ疾患への情熱と人間愛とを兼ね備えた医師ということではなからうか。リウマチ医療システムの中で常にいわれることは、まずかかりつけ医を受診し、必要に応じて高次医療施設を受診するといったマニュアルを提示されるが、その背景に前述のような教育システムが完備していなければ、患者から選択されることはあり得ないのが当然ともいえる。

これまでの調査を通してリウマチ教育の重要性を強調してきたが、それを実現するためには現在存在する施設を活用しながら新しいリウマチ医療システム (図) の構築をはからねばならない。

ナショナルセンターは病因究明から遺伝子治療などの最先端医療の推進とともにリウマチ専門医のニーズに対応した研究、例えば臨床研究からヒントがあればその解明に向けた基礎的研究の指導・教育に当たるなどがその使命であると思われる。これに対して大学病院は医学全般にわたる基礎・臨床を含めた医学教育と医師の養成、リウマチ学の卒前教育などが主体で当大学のようなリウマチセンターがあることが望ましい。そして大学病院は常時関連病院と有機的に結合し、相互に活性化し合いながら診療・教育・臨床研究に当たる。これに対し、リウマチ専門病院は重装備を有する総合病院であり、地域の基幹病院としての使命を有する。リウマチ診療を中心としながらも複雑な病態の解明をはじめとする高レベルの臨床研究を行うとともに、学生、研修生を含めて臨床教育の場を提供し、とくにリウマチ専門医の養成、卒後ならびに生涯教育の一環としての使命を果たす。一方、このリウマチ専門病院を全面的にささえる施設としてリウマチケアセンターの設置が必要である。この施設は軽装備でよいが、ベテランのリウマチ専門医を配備し後方支援病院としての機能を有しながら、在宅医療の一端をも担う。とくに心のケア、長期入院患者のケア、リハビリテーションなど RA 全般にわたって卒前から卒後まで広範に質的レベルの高い指導・教育を担当する。診療所・医院などのかかりつけ医も連携を密に保ちながら研鑽を重ね日常診療に役立つように活用することができる。

最後に、患者は最初に受診する場合どの施設を選ぶかであるが、それは全く自由意志で決めてよい。リウマチ学の充実ならびにリウマチ医療システムが軌道にのり、両者相俟って機能する時点で患者はひとりでもかかりつけ医を訪れるものと考えられる。

前回および今回の大規模なリウマチ医療の現状

調査から、今後のリウマチ医療のあり方の1指針となることを願ってやまない。

E 結論

東京地区の代表として、当センターに通院中のRA患者を対象にリウマチ医療の現状について分析した。

その結果、RA患者のコントロール状況と治療薬剤との関連では、強力なDMARDの順に使用されている傾向がみられ、関節破壊ないし進行の抑止に向けていかに積極的に治療しているかが明らかとなった。

さらに、在宅医療導入への適応 RA患者の分析では、患者本人はもとより家族における想像以上の悲惨さが浮き彫りとなり、今後のリウマチ医療のあり方、その背景にあるリウマチ教育のあり方さらには行政支援のあり方などが改めて課題として残された。

文献

- 1) 齋藤輝信,山中 寿,田中栄一,ほか:リウマチ医療における集学的医療提供体制の現状評価とその改善に関する研究—東京地区におけるリウマチ患者の通院状況に関するアンケート調査成績.平成 11 年度厚生科学研究費補助金 感覚器障害及び免疫・アレルギー等研究事業(免疫・アレルギー部門) 研究抄録集, p171,2000
- 2) 齋藤輝信,山中 寿,田中栄一,ほか:東京地区におけるリウマチ医療の現状とその評価.平成 11 年度厚生科学研究費補助金 免疫・アレルギー等研究事業(免疫・アレルギー部門) 研究報告書, pp395-400,2000
- 3) 齋藤輝信,山中 寿,田中栄一,ほか:東京地区におけるリウマチ医療の現状分析.平成 12 年度厚生科学研究費補助金 感覚器障害及び免疫・アレルギー等研究事業(免疫・アレルギー部門) 研究抄録集, p30,2001
- 4) 西林保朗,ほか:リウマチ医療における集学的医療提供体制の現状評価とその改善に関する研究.平成 11 年度厚生科学研究費補助金 免疫・アレルギー等研究事業(免疫・アレルギー部門) 研究抄録集, p161-164,2000
- 5) 日本リウマチ友の会編:2000 年リウマチ白書—リウマチ患者の実態(啓発編)— 流 No.207,東京,2000
- 6) 居村茂明:疫学と患者実態 地域医療に関する研究総括報告書 平成 9 年度厚生省長期慢性疾患総合研究事業研究報告書 厚生省, pp107-112,1998
- 7) 柏崎禎夫,山中 寿,松田祐子:慢性関節リウマチの今日の治療戦略 リウマチ 36:791-802,1996
- 8) American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Clinical Guidelines : Arthritis Rheum.39 : 713-722,1996
- 9) 越智隆弘,狩野庄吾,堀木篤,ほか:リウマチの情報センターのあり方について RA&セラピー4 (No.2) : 11-28,1998
- 10) 西林保朗:リウマチ医療における集学的医療供給体制の現状評価とその改善に関する研究 厚生省厚生科学研究公開シンポジウム—リウマチ性疾患治療戦略の確立に向けて—,虎ノ門パストラル 東京 2001 年 1 月 29 日発表
- 11) 村澤章,居村茂明,松田剛正,ほか:リウマチ在宅ケアの患者・家族支援策提言のための患者実態調査 平成 9 年度厚生省長期慢性疾患総合研究事業研究報告書 pp119-125, 1998

表1 RAのコントロール状況と経口ステロイド薬 (6ヵ月以上)

経口ステロイド薬 用量(mg/日)	6ヵ月以上コントロール されている例(%)	6ヵ月以上コントロール されていない例(%)	計
0.5 ~ 5	812 (58.9)	427 (41.1)	1039
5.5 ~ 10	113 (38.7)	179 (81.3)	292
11 ~ 30	9 (31.0)	20 (89.0)	29
0	1165	384	1549
不明	7	1	8
計	1908	1011	2917

表2 RAのコントロール状況と経口ステロイド薬との関連 (現在)

経口ステロイド薬 用量(mg/日)	現在コントロール されている例(%)	現在コントロール されていない例(%)	計
0.5 ~ 5	851 (82.7)	388 (37.3)	1039
5.5 ~ 10	119 (40.8)	173 (59.2)	292
11 ~ 30	11 (37.9)	18 (82.1)	29
0	1231	318	1549
不明	7	1	8
計	2019	808	2917

表3 経口ステロイド薬とDMARD併用の有無との関連

経口ステロイド薬 用量(mg/日)	DMARD 併用例(%)	DMARD 非併用例(%)	計
0.5 ~ 5	940 (91.3)	80 (8.7)	1039
5.5 ~ 10	257 (88.0)	35 (12.0)	292
11 ~ 30	25 (88.2)	4 (13.8)	29
0	1362 (87.9)	187 (12.1)	1549
不明	8	2	8
計	2599	318	2917

表4 在宅医療の適応と判定された症例の内訳

症例	年齢 (歳)	性別	罹病期間 (年)	病状	主な治療薬剤
1) H.R.	79	女	19	安定	リウマトレックス
2) Y.S.	73	女	20	不安定	プレドニン、アザルフィジンEN
3) S.T.*	78	女	22	安定	プレドニン、アザルフィジンEN
4) M.T.	81	女	10	良好	MTX、シオゾール、リマチル
5) T.T.	61	男	11	なたりおきたり	プレドニン、60mg坐剤×2/日
6) N.K.	68	女	21	当初から悪い	プレドニン、リウマトレックス 50mg坐剤×2-3/日
7) M.K.	67	女	29	ほぼ安定	リウマトレックス、プレドニン
8) S.F.	69	女	10	不安定	プレドニン、アザルフィジンEN
9) A.H.*	80	女	21	なたきり	MTX、プレドニゾロン
10) K.R.	71	女	29	不安定、悪化	リウマトレックス
11) A.S.	69	女	24	良好	プレドニン、リウマトレックス
12) I.H.*	81	男	10	なたきり	プレドニン

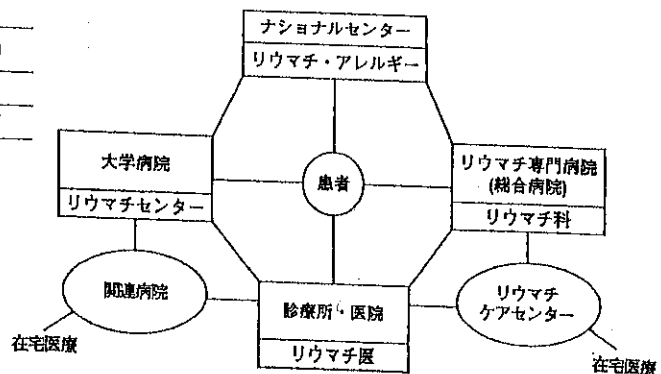
(平成11年11月22日～同年12月17日調査、*：家族より提供)

表5 在宅医療の適応と判定された症例の内訳

症例	合併症	医師手前歴	身体障害者 手帳	介護者	治療状況/薬/手段	居住状況/支援
1) H.R.	腎臓病	(-)	考慮中	良男	薬のみ(異例)/2	老親を子、老親
2) Y.S.	(-)	左TKA	2級	配偶者、娘	薬物/4、時に薬のみ(薬物)	老親を子、老親、老親、老親、老親
3) S.T.*	(-)	右TKA	考慮中	配偶者、娘	薬物/4	(-)
4) M.T.	肝障害	(-)	2級	配偶者、娘	薬物/4	(-)、老親
5) T.T.	関節アブレドギー	右TKA、左THA	2級	(-)	薬物/4	(-)
6) N.K.	腎臓病、高血圧症	両TKA、左THA	2級	配偶者、娘	薬物/4、タクシー	老親、(-)
7) M.K.	糖尿病、関節炎、関節痛	(-)	2級	配偶者	薬物/4、タクシー	老親、(-)
8) S.F.	腎臓病、糖尿病	右TKA、左TKA	2級	配偶者、娘	薬物/4、マイカー	老親
9) A.H.*	腎不全、肺動脈瘤、白内障(左全盲)、糖尿病(1/2/3)、高血圧症(下等肩マヒ)	(-)	2級	(-)	3ヶ月前入、薬物	老親
10) K.R.	糖尿病、高血圧症	左TKA、左THA、右TKA	1級	(-)	薬物/4、タクシー	老親、(-)
11) A.S.	肺結核症、高血圧症	左TKA、右TKA、両足関節置換術	1級	配偶者	薬物/4、バス	老親、(-)
12) I.H.*	左股関節骨折、胸・腰部圧迫骨折、肩関節(1/2/3)、高血圧症	(-)	(-)	配偶者	入院	(-)、老親

備考：居住状況/支援、(-)：なし、老親：老親が同居、老親：老人福祉施設、老親：老人福祉施設、老親：福祉サービス

図1 リウマチの医療機構



厚生科学研究費補助金（感覚器障害及び免疫・アレルギー等研究事業）
研究報告書

慢性関節リウマチ診療における連携医療の在り方に関する研究

分担研究者	當間重人	国立相模原病院リウマチ科医長
共同研究者	小澤義典	国立相模原病院リウマチ科
	杉井章二	国立相模原病院リウマチ科
	植田進一朗	国立相模原病院リウマチ科
	松井利浩	国立相模原病院リウマチ科
	中山久徳	国立相模原病院リウマチ科

研究要旨：慢性関節リウマチ診療における連携医療については、その推進が言われているものの、様々な理由により必ずしも十分機能していないのが現状である。本研究では国立相模原病院リウマチ科における病診連携の実状を調査し、問題点を明らかにするとともに今後の対策について考察した。

A. 研究目的

平成 12 年 10 月国立相模原病院に臨床研究センターが設置され、国立病院・療養所における免疫異常ネットワークの拠点施設としての役割が期待されている。免疫異常ネットワークで対応する疾患は、慢性関節リウマチをはじめとするリウマチ膠原病及びアレルギー性疾患である。本ネットワークの基本的活動は、①臨床、②臨床研究、③情報発信、④教育研修、を 4 本柱とするものであり、センターの整備充実に伴い達成されていくものと考えている。また、我が国におけるリウマチ性疾患診療の向上を考える時、リウマチ医療提供体制での特化した機能をも担うセンターとなることが求められ、先端的治療や基礎とより連携した臨床研究も課題となるであろう。本研究では、慢性関節リウマチ診療における連携医療推進を目的として、国立相模原病院リウマチ科との病診連携の現状及び改善策を検討した。このことにより、病診連携のひとつのモデルが考案され連携

医療推進に繋がることを期待しているからであり、本センターのひとつの重要な研究課題であると考えからである。

B. 研究方法

予備調査として、国立相模原病院リウマチ科に患者紹介を行なった診療所、医院等の関係医師（内科、整形外科、リウマチ科）と面談を行い、現状及び問題点について意見交換を行なった結果、以下のような問題点、意見が浮かび上がった。

- ① 紹介された患者の大部分は国立相模原病院での外来診療が継続されていた。
- ② 厚生省リウマチ研究班作成によるリウマチ診療指針はあまり利用されていなかった。
- ③ 現在の診療体制では、慢性関節リウマチ患者の外来診療を行なうのは困難であると考え施設が多かった。理由としては、「専門外である」「患者が望まない」「病診連携の在り方がよく見えない」「リハビリテーション機能が

ない」等であった。

④ 慢性関節リウマチ診療における病診連携については、その在り方がさらに議論されシステムが整備されれば、取り組むべきであるとの意見があった。

⑤ 診療所、医院に週1日でもリウマチ医の外来勤務が実現されれば、病診連携はすぐにでも可能との意見があった。

⑥ 連携診療を行なう際、患者データベース等の医療情報が簡便に共有利用できるシステムの構築が望ましいとの意見があった。

以上の問題点・意見を踏まえてアンケートによる連携医療の現状を調査した。

対象施設（医師）：平成12年10月現在までに国立相模原病院リウマチ科に慢性関節リウマチ患者紹介を行なった27医療施設に対し、アンケート用紙を送付しお答えをいただいた。

アンケート調査期間：平成12年12月～平成13年2月

C. 研究結果

① アンケート回収率：89% (24/27)

② 紹介患者については貴院（紹介元医療施設）で診療する予定であった：8% (2/24)

③ 現在の慢性関節リウマチの連携医療について

・慢性関節リウマチ患者診療において病診連携が必要である：67% (16/24)

・紹介元医療施設と国立相模原病院の双方で同一患者の診療にあたるのが望ましい：33% (8/24)

・現時点では、貴院（紹介元医療施設）で慢性関節リウマチの診療は困難である：83% (20/24)

④ 紹介元医療施設での慢性関節リウマチ診療が困難である理由

・専門でないから：90% (18/20)

・リウマチ専門医による外来診療がないから：90% (18/20)

・患者が望まないであろうと思うから

：95% (19/20)

リハビリテーション機能がないから：25% (5/20)

・その他：15% (3/20)

⑤ 厚生省リウマチ研究班による「リウマチ診療指針」について

・その存在を知っている：8% (2/24)

・利用したことがある：4% (1/24)

D. 考察

病診連携が言われて久しいが、慢性関節リウマチに関しては疾患の特殊性もあってか、殆ど実行されておらず、一方通行的な紹介が大部分であった。コントロール良好な症例など安定している症例では、診療所や医院での外来診療継続は十分可能と思われるが、実現できていない大きな理由として、①リウマチ医による外来診療体制が望まれていること、②病診連携の基本的システム構築がなされていないこと、が挙げられる。すなわち①に関しては、リウマチ医の適切な配置など人的交流が必須であり、すでに本研究班の平成11年度研究報告書で他分担研究者が指摘している。②に関しては、病診連携に関する医療スタッフの人的ネットワーク構築が最も重要であり、その上でハード・ソフト両面での効率的かつ利便性の高いシステムづくりが望まれていると考えられる。「リウマチ診療指針」の普及および利用が低率であったことは、病診連携が低調であることと関係しているかも知れない。あるいは病診連携体制の不備が「リウマチ診療指針」が利用されていない理由となっていることも考えられる。

今後の慢性関節リウマチにおける連携医療推進を考えるに際し、国立相模原病院リウマチ科における病診連携の現状が他地域でも同様ではないかと思われることから、改善策を検討している。連携医療を考える時、やはり人的交流が最も重要であろう。ここでいう人的交流とはリウマチサテライトと期

待される医院・診療所・クリニック等との連携医療体制に関する意見交換、及びそのサテライトにおける慢性関節リウマチ診療医の確保のことを意味する。各サテライトに慢性関節リウマチを診る医師がいない場合、他医療施設・団体等に医師の派遣をお願いすることも一案であろう。

病診連携支援システムのひとつとして病診共通カルテ、データベースの共有化システム等についても検討が必要である。これらが確立されれば連携医療の質及び効率は格段に向上するものと期待される。平成12年度は、国立相模原病院リウマチ科における病診連携の実状について調査した。平成13年度は国立相模原病院リウマチ科における、より具体的かつ実践的病診連携体制のモデルを構築してみたい。このことにより、さらなる問題点が明らかになることもあろうが、なにより病診連携のひとつのモデルが考案され連携医療推進に繋がることを期待している。

厚生科学研究費補助金（感覚器障害及び免疫・アレルギー等研究事業）
分担研究報告書

リウマチ患者の早期診断・早期治療の実態および経済調査
分担研究者 長岡章平 国家公務員共済組合連合会横浜南共済病院リウマチ科部長

研究要旨：2000年9月1日から30日までに当科を受診したRA患者322名に、リウマチの診断、治療および経済調査に関するアンケート調査をおこなった。有効アンケートは293名、91.0%から得られた。リウマチの初期診断および治療において一般整形外科医の果たす役割は重要であり、今後リウマチ診断・治療のマニュアル作成が急務であると考えられた。また45.4%の患者が経済的負担を感じ、本人あるいは配偶者の退職後から老人医療費受給までの期間が経済的に最も負担が大きいことが判明した。

A. 研究目的

慢性関節リウマチ（RA）患者の診断あるいは治療にいたるまでの経過および経済的負担を明らかにすること。

B. 研究方法

2000年9月1日から30日までの期間中、当科外来を受診し、6カ月以上定期的に通院しているRA患者を対象とし、無記名アンケート調査を行い、2000年10月31日を回収日切とし、調査結果を分析した。

C. 研究結果

322名のRA患者にアンケートを配布した。293名、91.0%の回答を得た。

【1】患者背景

男58例、女235例、平均年齢61.0±12.6歳、平均罹病期間11.8±11.2年、身体障害1級及び2級49名、16.7%、人工関節あるいは頸椎手術53名、18.1%、特定疾患受給者25名、8.5%、Class1 39名、2190名、356名、48名であった。

【2】早期診断および治療に関して

リウマチ症状が出現して初めて受診した科は整形外科215名、73.4%であった。これを罹病期間別、病院、開業医別にみると下表のようになる。

罹病期間(年)	1~4	5~9	10~19	20~
人数	105	56	59	73
整形外科 開業医	44	16	16	19
内科 開業医	11	6	9	14
上記以外 開業医	3	0	0	5
開業医合計	58	22	25	38
	55.2%	39.3%	42.4%	52.1%
整形外科病院	37	30	28	25
内科病院	5	4	5	10

リウマチ科病院	4	0	0	0
上記以外病院	1	4	1	0
整形外科合計	81	46	44	44
	77.1%	82.1%	74.6%	60.3%
内科合計	16	10	14	24
	15.2%	17.9%	23.7%	32.9%

リウマチ症状が出現してから初めに受診する科は、年度別においても整形外科が圧倒的に多く、内科は減少傾向であった。また開業医受診率においては一定の傾向を示さず、患者の病院指向性は少ないと考えられた。

確定診断にいたるまでの受診病院数を、下表に示すように減少傾向であり、罹病期間1~4年群と20年~群では $p < 0.1$ であった。

罹病期間(年)	1~4	5~9	10~19	20~
人数	105	56	59	73
病院数	2.0 ± 0.7	2.1 ± 1.3	2.1 ± 1.1	2.4 ± 1.5

リウマチの確定診断をした医師は下表に示すごとく、5年以上前では整形外科医が60%以上を占めたが、5年未満ではリウマチ専門医半数以上を占めた。

罹病期間(年)	1~4	5~9	10~19	20~
人数	105	56	59	73
一般 整形外科医	39	38	39	44
	37.1%	67.9%	66.1%	60.3%
一般内科医	9	4	9	17
	8.6%	7.1%	15.3%	23.3%
リウマチ専門医 (登録医)	57	14	10	12
	54.3%	25.0%	16.9%	16.4%
不明	0	0	1	0

リウマチの確定診断までに要する期間を下表に示す。RA の確定診断までに要する期間は、6 カ月以内が罹病期間 1~4 年群 74.3%、5~9 年群 71.4%、10~19 年群 61.0%、20 年以上群 52.1%であり、1~4 年群および 5~9 年群は 20 年以上群と比べ、 $p < 0.01$ 、 $p < 0.05$ と有意差が認められ、この 10 年間で診断に要する期間が短縮された。

罹病期間(年)	1~4	5~9	10~19	20~
人数	105	56	59	73
3ヶ月以内	50	32	28	29
4~6カ月	28	8	8	9
6カ月以内 合計	78 74.3%	40 71.4%	36 61.0%	38 52.1%
7~12カ月	7	0	0	2
1~2年	13	9	14	18
2~3年	4	0	1	2
3~5年	3	3	4	2
5年~	-	4	4	11
1年以上合計	20 19.0%	12 21.4%	19 32.2%	22 30.1%

リウマチの確定診断から抗リウマチ剤治療 (NSAID あるいはステロイド剤は含まず) 開始までの期間を下表に示す。診断から抗リウマチ剤治療までの期間は、3 カ月以内が 1~4 年群 76.2%、5~9 年群 58.9%、10~19 年群 28.8%、20 年以上群 37.0%であり、1~4 年群ではすべての群と比べ有意に高率であり、5~9 年群においても 10~19 年群および 20 年以上群とくらべて有意に高率であった。すなわち、5 年単位で抗リウマチ剤による治療開始が早くなっていることが判明した。

罹病期間(年)	1~4	5~9	10~19	20~
人数	105	56	59	73
3ヶ月以内	80 76.2%	33 58.9%	17 28.8%	27 37.0%
4~6カ月	13	9	14	12
7~12カ月	6	5	6	4
1~2年	4	3	3	4
2~9年	2	6	10	8
10年以上	-	-	6	18
治療なし	0	0	3	0
1年以上合計	6 5.7%	9 16.1%	22 37.3%	30 41.1%

これを医師別にみると下表のようになる。確定診断から抗リウマチ剤治療までの期間をみると、3 ヶ月以内がリウマチ専門医 82.8%、一般整形外科医 39.6%、一般内科医 35.9%であり有意にリウマチ専門医が高率であった。

医師	一般整形 外科医	一般 内科医	リウマチ 専門医
N	169	39	93
3カ月以内	67 39.6%	14 35.9%	77 82.8%
4~6カ月	19 11.2%	10 25.6%	6 6.5%
7~12カ月	18	3	2
1~2年	11	1	4
3~9年	33	5	3
10年以上	19 11.2%	6 15.4%	0
なし	2	0	1

リウマチの確定診断が 3 ヶ月以内かつ診断から治療までが 3 ヶ月以内の症例 89 名は、クラス 1.98±0.62、人工関節手術 12 名、13.5%であり、確定診断まで 3 カ月以上、診断から治療まで 3 カ月以上の症例 85 名、クラス 2.30±0.64、人工関節手術 25 名、29.4%と比較すると、有意差がみられ、早期診断、早期治療群において機能障害が少なく、人工関節手術症例も少ないことが示された。

[3] 経済調査

1 カ月にかかる交通費 (過去 3 カ月の平均) は平均 1823 円であり、中央値は 1000 円であった (下表参照)。

交通費 (円)	1000 未満	1000 ~ 3000	3001 ~ 5000	5001 ~ 9999	10000 以上
人数 (%)	136 46.4%	106 36.2%	27 9.2%	17 6.0%	7 2.4%

1 カ月に当科においてかかる診療費 (過去 3 カ月の平均) は平均 5509 円であり、中央値は 3500 円であった (次ページ表参照)。

診療費 (円)	1000 未満	1000 ～ 3000	3001 ～ 5000	5001 ～ 9999	10000 以上
人数 (%)	84 28.7%	57 19.5%	30 10.2%	61 20.8%	61 20.8%

交通費、診療費を含めた 1 カ月にかかる医療費は平均 7396 円であり、中央値は 5660 円であった (下表参照)。

医療費 (円)	1000 未満	1000 ～ 3000	3001 ～ 5000	5001 ～ 9999	10000 以上
人数 (%)	25 8.5%	63 21.5%	42 14.3%	81 27.6%	82 28.0%

RA 患者は複数科、複数病院に 165 名、56.3% 受診しており、平均医療費は 1 カ月 4127 円と高額であった。

家計費の総支出のうち医療費の占める割合 (上記すべての) は、下表のごとく 3% 以下が 58% を占めるが、10% 以上の患者も 12.6% 認められた。また医療費の占める比率が高くなるにつれ経済的負担を感じる割合が高いことが判明した。

医療費 の割合	1% 以下	1.1 ～ 3%	3.1 ～ 5%	5.1 ～ 9.9%	10% 以上
人数	93 31.7%	77 26.3%	60 20.5%	26 8.9%	37 12.6%
非常に 負担	0	2	6	2	16
やや 負担	15	28	29	19	16
負担で はない	78 83.9%	47 61.0%	25 41.7%	5 19.2%	5 13.5%

経済的に非常に負担であると回答した 26 名は、59 歳以下 9 名、60～69 歳 15 名、70 歳以上 2 名と 60～69 歳が 57.7% を占めた。

主たる収入源は、自分の給料 49 名、配偶者あるいは同居者の給料 95 名、両者 9 名、年金収入のみ 131 名、生活保護など 3 名であり、年金収入だけの患者が最も多かった。

次に年金収入だけの患者 131 名について、老人医療の適応となる 70 歳以上と適応とならない 69 歳以下の患者群に分けると、次の表のように 69 歳以下では 50% の患者が経済的負担を感じ、 $p < 0.01$ で有意差が認められ

た。

	N	非常に 負担	やや 負担	負担 ではない
70 歳以上	65	2 3.1%	15 23.1%	48 73.8%
69 歳以下	66	9 13.6%	24 36.4%	33 50.0%

D. 考察

RA の早期診断および治療は、骨関節壊の防止あるいは進行を抑制できるか否かについては現時点の治療においてはまだ議論のあるところではある。しかしながら骨破壊が進行する前のできるだけ早期に RA と診断し、有効な抗リウマチ剤 (DMARDs) を積極的に使用することが今日の主流であろう。

したがって関節症状出現開始から診断までに至る経過、すなわち初診医の果たす役割が極めて重要である。今回の調査結果では 73.4% の患者が整形外科をまず受診することが明らかになり、罹病期間別においてもその受診率はほとんど一定である。

確定診断に至るまでの病院数はこの 5 年未満は、20 年以上前と比べ減少傾向であった。RA の確定診断医はこの 5 年未満ではリウマチ専門医が半数以上を占め、リウマチ専門医の存在が少しずつ普及していることを裏づけている。また RA の診断に至るまでの期間もこの 10 年では 20 年以上前と比べ有意に短縮していることが明らかとなった。同様に抗リウマチ剤の使用開始も早期になっている。

一方、医師別に確定診断から抗リウマチ剤使用開始までの期間をみると、一般整形外科医あるいは一般内科医は、リウマチ専門医が 3 カ月以内 82.8% であるのと比較するとかなり低率であり、抗リウマチ剤開始が遅いことが明らかになった。また早期診断・早期治療された患者は機能障害が少なく、人工関節手術例も少ないことが判明し、早期診断・治療の重要性が改めて示唆された。

経済調査においては、昨年も当研究事業報告書において報告したが、約半数の患者が合併症を有していることもあり、45.4% の患者が経済的負担を感じていた。これに関しては他の慢性疾患との比較が必要であろうが、かなりの高率であると思われた。医療費に関しては、最近使用される抗リウマチ剤の薬価

が高いこと、免疫抑制剤使用のため検査回数が多い、合併症が多いことなどがあげられよう。

44.7%は年金収入だけの患者であり、特に老人医療費受給までの60～69歳までの年齢層でより経済的負担をしいられていることが判明した。

E, 結論

有効アンケートは293名から得られ、アンケート回収率は91.0%であった。RAの初期診断・治療において一般整形外科医の果たす役割は重要であり、今後RAの診断・治療のマニュアル作成が急務であると考えられた。

経済的には45.4%の患者が負担を訴えており、今後免疫系治療薬の開発とともに医療費の増加も予想されることより、医療経済面の考慮も必要であろう。

F, 研究発表

(学会発表)

長岡章平、大野美香子、西林保郎、他：慢性関節リウマチ患者における現リウマチ医療体制の評価。第15回日本臨床リウマチ学会総会、2000年12月、別府。

G. 知的所有権の取得状況

なし

分担研究者

村澤 章

新潟県立瀬波病院院長

研究要旨：リウマチ医療提供体制の改革案が示され、かかりつけ医を中心にしたリウマチ医療体制の整備の中で、地域リウマチ専門病院の役割を検討した。かかりつけ医制度確立のために、リウマチ医研修制度の充実とかかりつけ医の病診連携の強化、病病連携のためにサテライトクリニック設立、在宅ケアの支援のために医療保険と介護保険の理解と相互利用、医療制度改革の中でのリウマチ医療体制の整合性を図ることなど、地域リウマチ専門病院の積極的関与が必要とされた。

A. 研究目的

平成 10 年 4 月の「リウマチ医療提供体制の改革案」(図 1)の流れをふまえて、現実に即した本邦でのリウマチ医療体制の確立が急務となった。その基本はかかりつけ医を中心にすえたリウマチ医療体制の整備で、地域リウマチ専門病院は後方支援病院としての役割を担う。この新制度を確立するためには①リウマチ在宅ケア、②診療連携、③医療制度改革の中での整合性などの現状を把握する必要がある。

B. 研究方法

①在宅ケアの現状は平成 12 年 4 月より始まった介護保険の利用状況と、医療保険下での在宅医療を検討した。②診療連携では、当院との病診連携を行っているかかりつけ医でのリウマチ患者の実態、病病連携をとるために当院の医師が派遣されているサテライトクリニック 7 施設の状態を調査した。③医療制度の中で新しいリウマチ医療体制が直面する問題点をかかりつけ医の立場、専門病院の立場から検討した。

C. 研究結果

①在宅ケアと介護保険：外来患者 1788 名中認定を受けた 52 名 (3%) の要介護度は、要支援 2%、要介護 I・II 73%、III・IV 14%、V (寝たきり) 4%であった (表 1)。受けているサービスの内容は、ホームヘルプ 73%、デイサービス 25%、施設サービス 4%であった。②在宅ケアと医療保険：入院 378 名中訪問診療 0.8%、入所施設への診療情報提供 10%であった。③病診連携：当院開設以来 19 年間に研修を終えた医師 42 人 (内科 9、リハ 7；整形 26 人)中、リウマチ科を標榜したかかりつけ医は 6 人 (内科 2、整形外科 4 人)で、1 年間に扱うリウマチ患者は平均約 20~60 名であった。A 医院年間 58 名中当院への紹介は 4%であったが、他科 (専門外) への紹介は 30%となっていた。④病病連携：サテライトクリニックの平均 1 カ月の診察患者数は総計約 260 名 (各施設約 30~80 名)で、そのうち約 5%の重度

RA を当院に逆紹介した。⑤医療制度との整合性：診療報酬において難病外来指導管理料や慢性疾患生活指導料の対象疾患に一般 RA が含まれていない。一般病棟の入院では在院日数が 28 日を境に制限されている。当院での入院実績では、年間入院総数は平成 1 年 243 名が平成 11 年では 378 名に、うち重度 RA は 20%から 43%に増加している。また平均在院日数は平成 1 年・114 日 (一般 46) から平成 11 年・45 日 (一般 38) に減少している。

D. 考察

リウマチかかりつけ医制度の確立のためには、リウマチ研修を終えた専門医がリウマチ科を標榜し、リウマチ診療に加わってもらう必要がある。RA の進行型は 10%前後にすぎず、ほとんどの患者は早期であれば身近なかかりつけ医での加療が可能である。当院にかかりつけ医から紹介された進行性 RA の頻度は 4%にとどまっているが、かかりつけ医の立場ではリウマチ専門病院とともに他科 (専門外の内科・整形外科・皮膚科など) への紹介が約 30%となっており広い連携が行われている。病病連携は総合病院・地域中核病院でのリウマチ専門医の確保やリウマチ科標榜が進まない中、全国のリウマチ専門病院からサテライトクリニック構想が報告された。当院でも開院当初から大学病院などと医師の派遣で連携していたが、3 年前より全県下 7 カ所にサテライトクリニックを開設し (図 2)、症状の軽い一般 RA 患者の遠方専門病院への通院を解消し、重度 RA 患者の早期に高度専門医療を提供できる体制によって、リウマチ専門病院としての機能を高めている (図 3)。在宅ケアは、RA が炎症と障害の二面性をもった疾患であるため医療から切り離せない。介護保険のスタートによってリウマチ治療が在宅での障害に対する介助・支援にまで拡大された。ただこの制度がリウマチ治療に適合しているか否かの判定にはもう少し経過をみる必要がある。現在の医療制度下では、かかりつけ医の立場からみると診療報酬制度が一般

RA に対し経済的保障が少なく設定され、一方総合病院では在院日数などのしぼりがあるため RA 入院がなじまない。経済効率のみの医療制度改革では長期治療を要するリウマチ患者の医療体制は確立できない。

E. 結 論

新しいリウマチ医療提供体制の構築のために、かかりつけ医制度や診療連携・在宅ケアなどが、地域リウマチ専門病院の研修制度、サテライトクリニック設立、重度 RA の入院・在宅指導などの積極的関与によって定着しつつある。さらなる推進のためには、医療制度の中で経済的・環境的支援などの高いレベルでの改革が必要とされる。

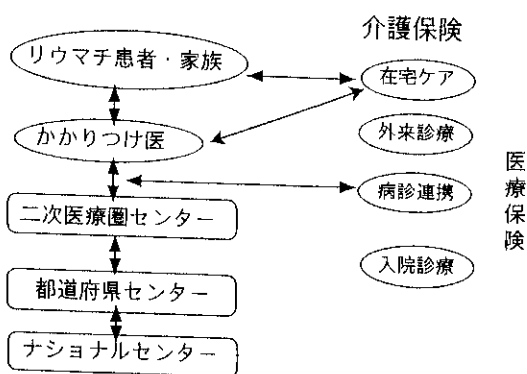


図1 リウマチ 医療提供体制

表1 リウマチ患者の要介護認定頻度

自立度	厚生省自立判定度	申請者	要介護度	認定者 (瀬波)
自立	1 バスに乗れる	4人	要支援 (社会的支援)	1人 (2)%
	2 近所へ行ける	8		
部分自立	1 介助で外出可	4	要介護 (部分的介護) 一部介助 (軽度の介護) 排泄、食事介助	16 (31)
	2 介助で外出不可	17		22 (42)
寝たきり	1 車椅子移動可	9	(中等度の介護) 一人で出来ない (重度の介護) ほとんど出来ない 排泄(-)	4 (8)
	2 車椅子移動不可	8		3 (6)
全介助	1 寝返りが打てる	2	(最重度の介護) 寝たきり 排泄(-)食事(-)	2 (4)
	2 寝返りが出来ない	0		0

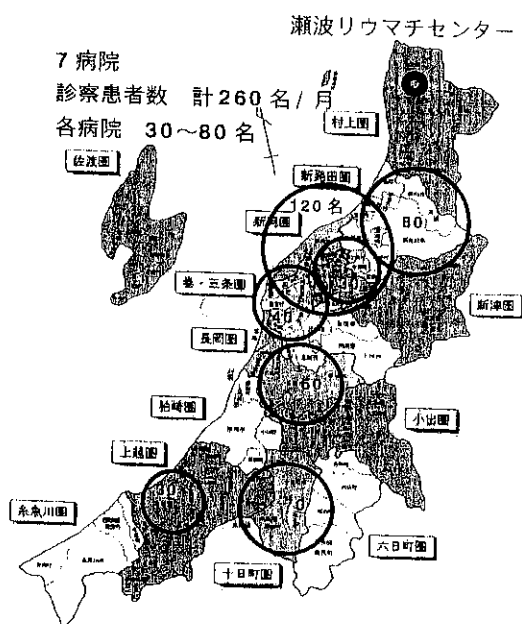


図2 サテライト病院(病診連携)

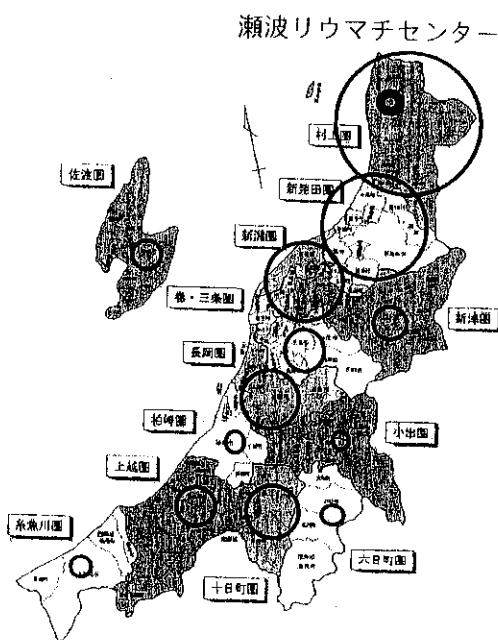


図3 患者の通院状況

リウマチ医療における集学的医療体制の現状評価とその改善に関する研究
2次医療圏リウマチセンター向かって

一リウマチにおけるリハビリテーション(リハ)治療システムの構築

勝部定信 静岡県厚生連中伊豆温泉病院院長 整形外科

石原義恕 同健康管理センター長

要旨 RAにおける治療体系での当院の役割はリハに対するEBMの確立と地域医療体制においてリハをどのように連携して実践するかの問題を整理し提言することにある。リハによってVASとFS、握力と歩行速度に有意に改善が認められた。RA患者のリハ施設整備とリハ効果を期待する声は大で、県より狭い地域でのRA専門の施設が要求され、本格的なリハ効果は1ヶ月程度の入院リハによって可能だとする考え方が支配的である。

A 目的 連携医療を要するRA患者の診療経過上必要となる内科・整形外科・リハ科などの広い分野の集学的医療体制は不十分である。平成11年度の本研究（過去2年間におけるRA入院患者441名の分析）において、RA医療体制における当院の役割は、現時点で、当院の持つリハ・システムに対する期待が大きいことが分かった。

結果、研究班での役割としてRAに対するリハの役割とそのあり方を検討することとなった。一般にRAに対するリハ医学のEBMは確立されていないと認識される。当院において入院リハを行った例でのEBMを検証すること・これらの症例をとおしてRAに対するリハとリハ施設のあり方について検討することが目的である。

B 方法ならびに対象 Ia. RA短期リハ入院（4週間のリハと教育）例で資料が整った73例の血液生化学検査・QOLを検討した。Ib. また、長期リハ入院の温泉運動浴効果について各20例の比較対照試験を行った。II. RA短期リハ入院231例を対象としてRAとリハについての認識・要望調査を行った。

C 結果 Ia. 血液検査ではCRPはやや悪化・ESRがやや亢進・RFはやや低下し、VASとFSは有意（ $P < 0.05$ ）に改善した。Ib. 3ヶ月以上入院して温泉運動浴を行った20例と何らかの理由で温泉運動浴ができなかった20例のROM・筋力・握力・10m歩行速度の比較では、握力と歩行速度に有意（ $P < 0.05$ ）に改善が認められた。

II. 認識・要望調査 アンケート調査231例中175例（76%）の回答結果から以下のことが分かった。リハは機

能回復・物理療法・運動浴を含むものと理解され、RA治療にとって診断のついた時点から必要（88%）である。疾患の理解にも有用で、病態の改善が見込まれるのでRAリハ医学のEBMの確立が期待される。また、集中的な入院リハによって在宅治療・在宅リハの方法が理解されるとし、RA登録医はRAリハについて研修を受け積極的に推奨すべきであるが、登録医からリハの必要性について指導・教育されることがないとするものは66%あった。しかし、RAの専門リハは開業登録医では困難とする一方で、入院してでも理解しておくべきことであるが、近くにRAの専門的なリハ施設はない（61%）とし、遠路であれば行かない（50%）とする意見もみられた。したがって、県より狭い地域での専門リハ施設を必要・希望するものが78%であった。本格的な病態改善を目的とするリハは4週間以上の入院で行われることが望ましく（72%）、維持リハも開業登録医では困難だが、そこでは少なくとも週1回の通院リハが対応されるべき（82%）で、本格的な再リハは1年以内に一回の入院で受けることが望ましい（72%）、などである。

D 考察と結論 RA患者はリハをRAの疾患理解や病態を改善させる方法として期待しており、RAリハのEBMを確立する必要がある、リハの免疫学的な検討も必要である。また、RA登録医にRAリハに対する知識と実践が要望され、本格的なリハは入院が必要で、県より狭い範囲で受けられるRAを専門とするリハ施設が期待されている。維持リハは開業登録医・かかりつけ医で行われることも期待される。最終年度では登録医との連携・2次医療圏RAセンターにおけるリハのあり方を答申する。

厚生科学研究費補助金（感覚器障害及び免疫・アレルギー等研究事業）
分担研究報告書

慢性関節リウマチ患者における介護保険利用の現状と問題点に関する研究

分担研究者 浅井富明
国立名古屋病院整形外科医長

研究要旨 RA 患者の介護保険利用の現状を外来患者全体と重症 RA 患者について調査し、問題点を検討した。外来患者 678 名のうち 85 名が介護保険認定を受け、そのうち実際に 56 名（全体の 8%）が利用していた。特定疾患患者に適応とされる 40 歳から 64 歳までの 401 名では介護認定を受けた患者が 32 名、実際に利用しているのは 20 名であった。重症 RA45 名では 27 名が認定を受け、実際に活用しているのは 19 名（重症 RA の 42%）であった。外来患者全体、重症 RA とともに利用サービスは訪問介護が最も多く、ついで訪問看護の順であった。医師側が判定する障害者の自立度と介護の認定度は比較的良好一致していた。介護保険は RA 患者の療養の大きな助けになっている反面、経済的負担の増加、ヘルパーの質の不均一、再審査までの期間が短いなどの問題点を有していた。

A.研究目的

慢性関節リウマチ（RA）患者に対する医療供給体制の検討には福祉面からのアプローチが欠かせない。2000 年 4 月から始まった介護保険制度では RA を特定疾病として位置づけており、本保険制度の適切な利用で RA 患者の生活レベルの向上が期待できる。しかし、介護保険制度は緒についたばかりであり、実際の利用場面では多少の混乱と問題点の出現が予想される。本研究の目的は RA 患者に対する介護保険の現状を調査して、問題点、改善点を明らかにすることである。

B.対象及び方法

RA 患者全体の介護保険受診状況は 2000 年 10 月 6 日から 2000 年 10 月 20 日までの 2 週間に RA 外来を受診した男 126 名、女 552 名、計 678 名（外来受診群）を対象とし、重症 RA 患者は昨年度、予備的に自立度、介護状況を調査した下肢 4 関節置換患者のうち死亡した 3 名を除く、男 7 名、女 38 名、計 45 名（重症 RA 群）を対象とした。平均年齢、平均罹病期間はそれぞれ 60.5 歳、62.0 歳と 14.3 年、25 年であった。各群の介護保険認定度、実際の利用状況、問題点などについて患者から直接聞き取り調査を行った。調査に際しては研究の主旨や個人情報保護について説明し、口頭で同意を得た。

C.結果

外来受診群 678 名のうち介護保険の認定を受けたのは 85 名で全体の 13%であった。認定

患者の Class 分類は Class3：65 名、4：20 名、認定度は要支援：5 名、要介護 1：27 名、2：23 名、3：8 名、4：12 名、5：10 名であった。認定を受けた 85 名のうち実際に介護保険を利用していたのは 56 名で、外来受診患者 678 名のうちの 8%であった。利用サービスは訪問介護が 22 名と最も多く、ついで訪問看護 13 名、デイサービス 8 名、訪問リハ 6 名、通所リハ 4 名など（重複あり）であった。福祉用具の利用をしていたのは 2 名であった。

対象を特定疾患患者に適応とされる 40 から 64 歳（平均 55.6 歳）までの 401 名（男 57 名、女 344 名）に絞ると、介護保険の認定を受けた患者は 32 名（男 1 名、女 31 名）であり、認定度は要支援：2 名、要介護 1：9 名、2：9 名、3：2 名、4：6 名、5：4 名であった。ところが、実際にサービスを利用していた患者は認定患者 32 名のうち 20 名のみで、40 から 64 歳までの患者の 5%に過ぎなかった。

重症 RA45 名では 27 名（60%）と半数以上が介護認定を受けており、認定度は要介護 1：2 名、2：11 名、3：1 名、4：6 名、5：7 名であった。独力で生活できる（3 名）、家族の助けがあり、介護保険を必要としない（15 名）などの理由で 8 名は認定を受けなかった。重症 RA 群で実際に介護保険を活用していたのは 22 名と半数であった。受けているサービス内容は訪問介護が 18 名と最も多く、ついで訪問看護 11 名、入浴サービス 2 名など（重複あり）であった。毎月の平均利用回数は約 15 回（4-

30回)、平均支払い金額は約7790円であった。介護サービスに関しては22名のうち14名と半数以上が満足、あるいはやや満足と回答していたが、残りの8名は何らかの問題点を指摘していた。具体的には負担料が高い(3名)、ヘルパーの質が低下した(2名)、再判定までの期間が半年では短すぎる(2名)、希望する介護が受けられなかった(1名)であった。

医師側が判定する障害者の自立度と介護度の判定は一部の症例を除き、比較的よく相関していた。準寝たきりの14名は要介護1:1名、2:9名、3:1名、4:2名、5:1名、寝たきりの8名は要介護4:3名、5:5名であった。

D. 考察及び結論

薬物療法、手術療法の進歩で、いわゆる寝たきりになる割合は減少しているものの、介助なしには生活が困難となることもしばしばである。

RA患者にとって介護保険制度は望ましいが、開始間もない時期であり、問題点も多い。高度障害患者の多くはこれまで福祉受給に対する経済的負担がほとんどなかっただけに、負担の増強感を訴えることがあり、十分な説明が必要である。また、曜日によってヘルパーが異なったり、能力に大きな差があるとの不満もあり、ヘルパーの質を一定以上にする研修制度の充実も望まれる。さらに、RAのように障害程度に季節変動、日内変動がある疾患では要介護度の判定には慎重さが求められる。障害の進行がなければ、再審査までの期間延長を望む声も多い。いずれにしても本制度が定着し、軌道に乗れば、RA患者にとって大きな福音となることが期待される。

E. 研究発表

第45回日本リウマチ学会総会で発表予定。

