

慢性関節リウマチ患者と心理（第二報）慢性関節リウマチにみられた抑鬱傾向に関する研究

分担研究者 行岡 正雄 行岡病院院長

研究要旨. 慢性関節リウマチ(RA)患者の抑鬱傾向をZungのself-rating depression scale (SDS)を用いて調査し、287名中113名(約39%)に抑鬱傾向を呈していることが判明した。また、SDSはFace Scale($r=0.55198$, $p<0.0001$) 次いでVisual analog scale (VAS) ($r=0.40908$, $p<0.0001$)と相関しており、血沈、CRP、年齢とは相関していなかった。

A. 研究目的

1) RA発症に精神的、肉体的ストレスが関与しているか否か、またRAの経過中に発生したストレスがRAの活動性に影響を与えるか否かを調査する。

2) RAの疼痛、活動性、ADL、QOLと抑鬱尺度、不安尺度、神経症的尺度の関係について調査することを3年間の目的とした。今回不安尺度、神経症的尺度についてはその質問表を協同研究者の守田らが作成しているので除外し、RAの抑鬱尺度について検討を行ったので報告する。

B. 研究方法

当院入院及び外来通院中のRA287名を対象とした。調査時平均年齢は58歳(22歳～80歳)であった。これらRA患者についてZungのSDSを行い、抑鬱状態の出現頻度を調査し、またSDSと年齢、Face Scale、VAS、MHAQ、class分類、血沈、CRPとの相関関係を調査した。またステロイド投与の有無によって抑鬱状態の出現頻度に差が出るか否かも合わせて調査した。なお質問はインフォームドコンセントを得たうえで研究者(行岡)と2名の訓練された質問者により聞き取り調査として行った。血沈、CRPの測定はSDS調査前後2ヶ月間のものを用いて行った。

C. 結果

1) SDS40点以下を正常とし、SDS40～49点を軽度の抑鬱傾向あり、SDS50点以上を中程度の抑鬱傾向ありとした場合、SDS40～49点が79名(27.53%) SDS50点以上が34名(11.85%)で合わせて287名中113名(39%)に抑鬱傾向が認められた。

2) 調査時既に抗鬱剤を投与されていた症例は16例でその内訳はSDS40点以下11例(68.75%) SDS40～49点2例(12.5%) SDS50点以上3例(18.75%)で抗鬱剤投与群に抑鬱傾向が少ない傾向が認められた。

3) 調査時VASの平均は4.13cm(± 2.61 標準偏差)であった。これはSDS39点以下ではVAS平均3.23(± 2.42)、SDS40～49点 VAS平均5.62(± 2.47)、S

DS50点以上 VAS平均5.46(± 2.35)であった。MHAQの平均は6.41(± 6.1)であった。これはSDS39点以下ではMHAQ5.54(± 5.5)、SDS40～49点MHAQ平均7.27(± 6.0)、SDS50点以上MHAQ平均11.03(± 6.7)であった。Face Scaleの平均は6.68(± 6.1)であった。これはSDS39点以下ではFace Scale平均5.13(± 3.2)、SDS40～49点Face Scale平均8.24(± 4.5)、SDS50点以上Face Scale平均10.94(± 4.2)であった。

4) SDSと年齢、Face Scale、VAS、MHAQ、class、CRP、血沈との相関関係について調査した。SDSと相関を示したのはFace Scale($r=0.55198$ $p<0.0001$)、VAS($r=0.40908$ $p<0.0001$)であり、次いでMHAQ($r=0.36810$ $p<0.0001$)、class($r=0.29397$ $p<0.0001$)であった。年齢($r=0.07135$ $p=0.2298$)、CRP($r=0.10167$ $p=0.1685$)、血沈($r=0.02212$ $p=0.7864$)とは相関が認められなかった。またFace ScaleとVAS($r=0.44033$ $p<0.0001$)、classとMHAQ($r=0.66688$ $p<0.0001$)、血沈とCRP($r=0.54299$ $p<0.0001$)との間に相関が認められた。

5) ステロイドの有無による抑鬱傾向出現頻度：調査できた229例中ステロイド投与群は126例、非投与群は104例であった。ステロイド投与群のSDSは平均38.62(± 8.31)、非投与群のSDSの平均は36.00(± 8.07)でステロイド投与群にSDSの点数が高い傾向が認められた。これにt検定を行うと $t=2.4110$, $df=227.0$, $p=0.0167$ で有意差を認めた。

D. 考察および結論

Donna(1993)はAIMSの抑鬱尺度を用いてRAの36.8%に抑鬱傾向を認めたと述べている。またFredric(1993)はやはりAIMSの抑鬱尺度を用いてVAS、MHAQとの間に相関があると報告している。われわれの今回の調査ではSDSを用いて抑鬱尺度を判定したが同じ様な傾向が認められた。すなわち疼痛は抑鬱状態を惹起し、また抑鬱状態の簡便な判定方法としてはFace Scaleが適している。しかしRAの活動性とは別に鬱病の合併が疼痛を惹起してい

る場合もあると思われ、この場合はRAのコントロールとともに鬱病の治療が必要と思われる。また調査数が少なかったため、今回の報告からは除外したが、独居老人に抑鬱傾向が強い傾向があるように思われ、今後は独居を含めた生活環境、仕事等を含めて抑鬱状態を調査していく事が必要と思われた。抑鬱傾向はRA患者のQOLの低下を招くと思われるので、今後さらなる調査検討が必要なものと考えられる。

E. 研究発表

学会発表

第15回日本臨床リウマチ学会

平成12年12月8日 大分

分担研究報告書

リウマチ専門病院へのリウマチ患者の通院状況
-通院を中止したリウマチ患者の追跡と

サテライト・クリニックの現状と問題点-

分担研究者氏名：高杉 潔

所属施設名及び職名：道後温泉病院リウマチセンター・理事長

研究要旨：「リウマチ医療における集学的医療供給体制の現状を評価し、これの改善のための方策を提言する」目的で、当院における通院治療中止例を対象としたアンケート調査を施行した。その結果、「進行する関節機能低下のため車の運転が困難となった」等の搬送上の問題点を挙げたものが38%と最多を占めていたが、病気が軽快して自発的に通院中止(15%)、好転の徴候がなかった所以他院に転じた(10%)等と並んで、経済的な理由で通院不能となった(4%)ものがあり、注目された。この搬送上の問題を解決すべく、当院では1983年頃より中国・四国地方の四市においてサテライト・クリニックを開設し、毎月2~6回の出張診療を継続してきているが、毎年平均して約20~30名のリウマチ患者が各クリニックより母病院の方に入院し、精査・加療ときに観血的治療を受けた後にまた元のクリニックに帰るシステムが良く働いてきている。但し緊急時の対応になお若干の問題点が残っていること、病診連携の点でなお大きな障害の存していることを認めざるを得ない。

A. 研究目的

内科・整形外科・リハビリ科が一丸となって、総合的なリウマチ治療を施行してきている我々の医療供給体制に対する問題点を具体的に把握することを目的として、「リウマチ治療中断例」の現状を調査し、あわせて、我々が過去十数年にわたって運営維持してきた四力所のサテライト・クリニックの実情と問題点にも焦点を当てて、集学的医療供給体制の改善策を探ることとした。

B. 研究方法

1983年のリウマチセンター開設以来、当院に登録されてきたRA患者のチャートを縦覧して、通院治療中断の理由が「明白でない」と判断された339症例を抽出した。そ

して、これらの方々にアンケートに答えていただく方式で、また一部は私信のやりとりで治療継続中止の原因・理由を追跡した。また、サテライト・クリニックの現状については、各担当医ならびに担当事務の方々の協力を得て、同じくアンケート形式で回答を得た。

C. 研究結果

339名のうち179名(53%)の方から回答を得ている。その内18名は既に死亡されていたが、「宛先不明」で返送されてきたものが48名(14%)にのぼり、残りの112名(33%)からは未回答のままである。

当リウマチセンター受診の契機は「知人・友人からのすすめによる(35%)」が最多を占め、続いて「他のリウマチ患者か

らのすすめ（32%）」「主治医のすすめ（27%）」などとなっている。

当リウマチセンター受診の目的では「RAの炎症をコントロールする薬物療法を希望する（41%）」が断然トップを占め、これに「リハビリ・温泉治療を希望（20%）」「これまでの治療内容の評価（17%）」「関節手術施行のため（17%）」などが続いている。

有回答者179名中45名が「治療が一段落したためサテライト・クリニックや他のリウマチ専門医に“紹介”された」「軽快したため担当医より通院の要無しと言われた」などと既述しており、これらはチャート記載不備に基づく『紛れ込み群』であることが判明したため、本調査の最大の眼目である『自発的治療中断の事由』解析群からははずして、残り100名の有効回答例でこれを分析してみた。（関節の機能低下のため歩行や車の運転が困難となった、遠距離通院のための交通手段に問題があり連れてきて貰えなくなった）などの「搬送上の問題でやむなく転院した（38%）」ものが一番多く、続いて「治療が一段落したので（担当医に告げることなく）かかりつけ医

にもどった（33%）」「病気が軽快したので自発的に通院中止（15%）」「軽快の兆しがなかったので（黙って）他医に転じた（10%）」となっている。なお、「経済的な理由で治療継続が不可能となった」ものが4%あったことを付け加えておきたい。

全有回答者の現状をみても、「関節痛があるものの、何とか暮らせている（46%）」か、「関節痛が無く好調で何でも出来ている（29%）」ものが多数を占めており、「ひどい関節痛のため日常生活に不便大（18%）」で「殆どベッド上での生活（7%）」を強いられているものは全体の約1/4の数であった。しかるに、今日まで介護保険の認定を受けている人は僅か12%しか存在しておらず、この乖離は気がかりな点である。身体障害者手帳の所有者は39%、家屋を改造したものは23%、なんらかの抗リウマチ剤を使用してきているものは全体のほぼ半数にのぼることなども確認できた。

中国、四国地方の一円から受診されている方々のために、当院の医師達が地方の病院、診療所などに定期的に出張し、診療する「サテライト・システム」が動き始めて

道後温泉病院サテライト・クリニックの現状

存在場所：	<u>岡山市</u>	<u>今治市</u>	<u>高知市</u>	<u>広島市</u>
発足年度：	1983	1983	1986	1993
現在までの 登録患者数：	800	600	1200	1100
クリニックの 診療科目：	整形外科	5科以上	内科・外科	内科
RA外来の 頻度：	2日/月	4日/月	6日/月	4日/月
道後温泉病院リウマチセンターへの 年間平均紹介入院患者数：	22	26	22	32

ほぼ18年を経ており、クリニックの数も岡山市、今治市、高知市、広島市とすでに四つを数えるに至っている（表参照）。各クリニックにおけるこれまでの登録患者数は600～1,200の多くにあがっており、各月2～6日の外来頻度ながら月平均120～200名のRA症例のコントロールに寄与してきている。毎年平均して20～30名の方々が病勢の悪化時に「その軌道修正を目的として各施設より紹介されて道後温泉病院の方に入院し、精査・加療ときに観血的治療を受けた後に、また元のクリニックに戻る」というシステムが活潑に働いてきている。また、岡山、広島の両拠点ではクリニックの『患者会』が動いており、年に一度の医療講演会や啓蒙活動を展開してきている。但し、クリニックの母体病院の診療科が整形外科単科、内科単科、内科・外科、5科以上などとなっており、緊急時の対応がまちまちで、特に整形外科単科病院における内科的合併症への取り組みが問題となってきた。

D. 考察

今回のアンケートを主体とした調査で浮かび上がってきたことは、RAという病気の特徴に由来する「慢性進行性の機能障害」のために次第に物理的な搬送が困難となって、遂に『継続治療中止』に追い込まれていく患者の姿である。また、患者のみならず、介助者の高齢化による移動困難もこれの一因と見なされよう。サテライト・クリニックを設置していくことはこれに対する一つの答となりうるが、この方法で総てをカバーすることはもとより不可能なことであって、退院時や遠方からの通院が困難なすべての患者に、リウマチへの対応が可能な「かかりつけ医」の存することが何より望まれる所である。しかし、現実決して甘いものではなく、今回のアンケートの

「自由記入欄」も『かかりつけ医に戻っても関節を全く触って診て貰えない』『断り無く、紹介時とまったく異なった投薬内容

に変更された』『リハビリの指導も皆無でとても不安』等々の不満の声で一杯であった。たとえリウマチ認定医という肩書きを有していても、RAに対する対応能力に余りに差がありすぎることを、常日頃より痛感させられてきているだけに、リウマチ性疾患診療における『病診連携』が口先だけの画餅ものに終わってしまいそうな危機感をいつも覚えてきている。満足すべき医療を供給するためには、診察医のレベルアップが何よりも切望されるが、現実はお寒いかぎりである。日本の医育機関において「簡単な関節所見の取り方」一つでも指導できる教官がどのくらい存しているのだろうか？眼の前に座っている患者には眼もくれず、コンピューターの画面のみを眺めて、いたずらにCRPをはじめとする炎症指標のみに拘泥する事に終始して、手当を必要とする関節に全く『手を触れる』ことも出来ないのに、「リウマチ認定医」の額を麗々しく診察室に掲げているというケースのなんと多いことか！ RA患者をトータルに診察しうる臨床医の育成が何よりも求められており、これなくしては効果的な医療提供体制の話は一步も前に進める事が出来ないと考えている。

なお、サテライト・クリニックより専門施設への後送を必要とする患者群についてであるが、内科サイドでは肺線維症、血管炎、アミロイドーシスなどの関節外病変・合併症の出現ないし増悪時がこれにあたる。外科サイドでは、荷重関節の病変進行に伴う移動困難時などに関節外科的な処置を求めての紹介入院となろう。我々の四カ所のサテライト・クリニックからの年間平均紹介者数は大よ20～30名にのぼっており、上手く機能してきている証左ではないかと考えている。

E. 結論

道後温泉病院リウマチセンターにおける通院中止患者の実態調査を試みた。進行する関節の機能障害のため『物理的』に次第

に通院治療が不可能となったものが最多数を占めていたが、少数とはいえ『経済的』な事由をあげるものも存した。また、有回答者の約半数強のものが比較的良好な臨床経過を辿っている点が注目された。遠方からの受診者のために中国・四国地区の四都市に設置されているサテライト・クリニックは、母体病院との連携も極めて密でそれなりに機能し続けていると評価できるが、緊急時の対応などになお、幾つかの問題を残していると言わざるを得まい。

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

全国のリウマチ専門医療機関の現状調査とリウマチ医療提供体制の改革案による二次医療圏センター、都道府県センターの検討に関する研究

分担研究者氏名 松田剛正 鹿児島赤十字病院副院長

研究要旨：日本リウマチ学会教育認定施設 157 施設を対象として、リウマチ医療提供体制の改革案に基づいて作製したアンケートを作製し、アンケート調査を実施した。都道府県センター（カッコ内は二次医療圏センター）を目指す施設は、45（60）施設あり 14 都道府県（29.8%）には目指す施設がなかった。治療継続 RA 患者数 500 名以上が 48.9%（26.3%）と、患者集中がみられた。病診連携で協力して治療している RA 患者は 14.4%（7.0%）と低く、リウマチセンター機能をとるため 20% の病院が他病院と連携していた。在宅医療 31.1%（55%）で実施しており、リウマチセンター病床数は 49.4 床（33.4 床）と少なく、25 床以下が 26.7%（43.3%）であった。改革案の必要専門医、専門スタッフ条件を全て満たす施設はなく、専門医、スタッフの教育、育成の必要と、改革案の検討も必要であった。リウマチ専門施設よりの意見として、かかりつけ医のレベルアップの必要と、各専門医、パラメディカルスタッフの不足、特にリハビリテーションでのスタッフ不足が指摘された。リウマチ医療供給体制の改革案をたたき台にして、患者にとってよい提供体制の実現が重要であり、第一歩の二次医療圏センターの選定を具体化することが必要である。

A. 研究目的： 全国のリウマチ専門医療機関の現状調査し、リウマチ医療提供体制の改革案（以下改革案）による二次医療圏センター、都道府県センターを検討する。

B. 研究方法： 1999 年度の日本リウマチ学会教育認定施設（290 施設）にアンケート調査協力を依頼し、同意を得られた 157 施設に、診療体制、保健病診連携、母体病院、在宅医療、教育活動、研究活動、治験、今後の目指す方向に関するアンケート調査（表 1）を依頼し回収し分析した。

C. 結果： 調査対象施設の背景教育認定施設 290 施設の中 157 施設（54.1%）より研究協力をえて、アンケートを実施し回収した。全施設の治療しているリウマチ患者総数は、20.0 万人であった。地域別にみると、施設数は、北海道 6、東北 10、東京 17、関東 29、中部 25、北陸 8、近畿 18、中国 10、四国 5、九州 27 であり、47 都道府県の中、38 都道府県に分布していた。施設の母体病院を分類すると、大学 30.6%、国公立病院（厚生年金、赤十字、労災病院も含む）33.7%、民間病院 35.7%であった。目指す方向は、①都道府県センター 45 施設 そのうち 4 施設は、より広域のリウマチセンターを目指していた。②二次医療圏センター 60 施設、

③とくにセンターを目指さない 25 施設、④ その他 12 施設、⑤記入なし 15 施設であった（表 2）。つぎに、都道府県センター以上を目指す 45 施設と二次医療圏センターを目指す 60 施設について検討した。全国分布をみると、都道府県センターは、24 都道府県に、二次医療圏センターは 23 都道府県にあり、14 都道府県（29.8%）にはどちらのセンターもなかった（表 3）。次に、都道府県センター（45 施設）と二次医療圏センター（60 施設）に関する調査結果を示す。都道府県センター（以下カッコ内に二次医療圏センターを示す。）の母体病院は大学 42.2%（18.3%）国公立病院 40.0%（31.7%）、民間病院 17.8%（50.0%）であった。慢性関節リウマチ（以下 RA）の患者数をみると、年間の RA 新患者数 493.9 名（364.1 名）治療を継続している年間 RA 患者数 3090.6 名（456.1 名）であり、499 名以下 51.1%（73.7%）、500～999 名 17.8%（19.3%）1000 名以上 31.1%（7.0%）であった。都道府県センターと二次医療圏センターの方向性をめざす施設間には、治療継続 RA 患者数に大きな差がみられた。新患紹介率 45.9%（48.7%）、病診連携で協力して治療している RA 患者は他科への紹介率は、14.7%（16.4%）と低かった（表 4）。リウマチセンターとして機能するため他科との連携を検討すると母体病院は 80.0%（76.7%）が総

合病院であり、他病院との連携は15.6% (15.0%)であった(表5)。中間施設、在宅医療について、在宅医療は、二次医療圏センターの役割とされているが、長期療養型病床、老健施設の有無、在宅医療の実施を調査すると、長期療養型病床は8.9% (23.3%)、老健施設6.8% (23.7%)に見られた。在宅医療を各施設で31.1% (55.0%)実施しており、66.7% (43.3%)が未実施であった。リウマチセンターのベット数、病院全体のベット数は平均584.8床 (520.3床)であり、リウマチセンターの病床数は、平均49.4床 (33.4床)であり、病床数25床以下26.7% (43.3%)で、そのうち10床以下が4施設 (11施設)であった。スタッフ数、改革案をみると内科医療、整形外科医療のリウマチ専門医師を満たすのは、17.8% (30%)にすぎず(図1)、合併症専門内科医、整形外科関連専門医リハビリテーション医療で必要とされる全体の専門医師数は都道府県センターで14名以上、二次医療圏センターで6名以上であり、リハビリスタッフを合わせた基準を、全て満たす施設はなかった。内科系、整形外科系の専門医(学会認定医、または指導医)がそれぞれ1名以上で、内科医3名以上、整形外科医3名以上は15施設であった。二次医療圏センターで内科系、整形外科系の専門医1名以上がいる施設は46.7%で、どちらかしかない施設は26.7%に見られた。

リハ専門医不在は68.9% (33.3%)であり、PT不在は0% (5.0%)、OT不在は28.9% (18.3%)で、リハ専門医、OTなどリハスタッフの不足が著明であった。

リウマチ専門施設より見たかかりつけ医との連携かかりつけ医との連携について問題があると考ええる施設が40.0% (41.7%)あった。その問題内容を都道府県センター、二次医療圏センター合わせてみるとその問題の内容として、かかりつけ医側に問題ありとするものが23件あり、かかりつけ医のリウマチ診察の内容が十分でないと考え意見が12件と多く、かかりつけ医となってくれる医師が少ない4件であった。一方専門医側の問題点としては、専門医不足のため、忙しく、紹介状返書を書く負担が重すぎる意見が9件と多く、専任スタッフの養成、かかりつけ医を増す努力がそれぞれ3件であった(表6)。リウマチセンターの体制についてみると、内科系の問題点ありが53.3% (61.7%)で、その内容は、専門医不足13施設 (9施設)、他の専門分野との連携

3施設 (2施設)、他の専門医不在2施設 (7施設)、パラメディカルスタッフ不足0施設 (7施設)などあげられた(表7)。整形外科医療の問題点ありが33.3% (43.3%)で、その内容は、専門医不足として関節外科7施設 (6施設)、脊椎外科6施設 (5施設)があげられた。設備に問題あり、手術待ちが長い点も含めると5施設 (1施設)みられた。その他、手術スタッフ不足など3施設 (3施設)にみられた(表8)。リハビリ医療の問題点あり57.8% (43.3%)。その内容は、都道府県センター、二次医療圏センターの両群を合わせてみると、パラメディカルスタッフ不足15 (OT5、PT4)施設、リハ専門医不足11施設、リハ施設不十分5施設、健康保険の在院日数のしぼりがリハビリに問題をおこしている4施設が主なものであった(表9)。

かかりつけ医教育への参加、かかりつけ医のリウマチの教育研修に参加協力を、88.9% (65.0%)の施設で実施しており、リウマチ医の教育に一定方針があり55.6% (25%)、パラメディカルの教育を、55.6% (46.7%)が実施していた。研究会発表は、地域研究会100% (86.7%)、専門地方会93.3% (81.7%)、全国学会総会に95.6% (83.3%)、国際専門学会に62.2% (35.0%)発表をしていた。RAの疫学など地域の特性を生かした研究を、26.7% (16.7%)実施していた。

治験実施第2相治験を71.0% (55.0%)実施しており、その内容は、抗リウマチ剤71.1% (38.8%)、骨粗鬆剤17.8% (3.3%)、抗炎症剤48.9% (36.7%)であった。第3相治験を44.4% (56.7%)実施しており、抗リウマチ剤60.0% (48.3%)、骨粗鬆剤13.3% (6.7%)、抗炎症剤33.3% (23.3%)であった。

D. 考察： 回答のみられた157施設の治療しているリウマチ患者総数は20.0万人であり、全国の推定患者数50万人から考えると、全国のリウマチ専門施設を網羅しているものと考えられる。都道府県、二次医療圏センターをめざす施設がない県が14 (30.0%)あり、リウマチ医療供給体制を考える上で問題である。都道府県センターをめざす施設では、二次医療圏センターをめざす施設に比べRA患者が集中していた。病診連携をしている患者比率は少なく他科紹介も低かった。調査施設の80%は総合病院であり、15%が他の病院連携でリウマチセンター機能を実施していた。在宅医療は、両グループとも実施しており、役割

分担を明確にする必要を認めた。リウマチセンターのベット数が50床以下と少なく、リウマチ専門医の数が少なく、リハビリスタッフを合わせると、都道府県センターの基準をクリアする施設はなかった。改革案での基準となったスタッフ数が、医療経営的に適正なものかもう少し検討せねばならない。かかりつけ医との連携では、かかりつけ医のリウマチ診療へのレベルアップの必要性が指摘され、一方専門医も忙しく、連携のために紹介状を書く負担が重すぎると指摘された。リハビリ専門医、リハビリスタッフの不足が著しく、在宅日数のしぼりなど、リハビリ医療問題点が多い。患者の集中による専門医の負担のため、病診連携が阻害されていると考えられる。

E. 結論

リウマチ医療供給体制の改革案を、たたき台にして、提供体制の実現をはかることが重要であ

る。第一歩は、二次医療圏センターの選定を具体化することが必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

論文発表

1. 松田 剛正：リウマチ診療体制—地域とリウマチセンター、リウマチ科 25(3)印刷中 2001年

学会発表

1. 松田剛正、泉山朋正、磯 武信ほか：本邦におけるリウマチセンターの現状、第44回日本リウマチ学会総会、横浜市、2000

H. 知的財産権の出願、登録状況

なし

表1.アンケート調査表の内容

A. 保健、医療および福祉連携、病診連携の役割	E. 保健、病診連携
年間新患数、紹介状の有無	保険所
病診連携している患者数	かかりつけ医(スタッフ、設備、院内、その他)
継続治療患者数(RA, RA以外)	F. リウマチセンターの体制と問題点
B. リウマチセンター設立母体、病診連携	G. 在宅医療への対応
C. 長期療養型病床、老健施設の併設、在宅医療について	H. 教育
D. リウマチセンターの施設、スタッフ	かかりつけ医、
・ベット数	専門医をめぐす医師、
・常勤スタッフ(リウマチ専門医、内科系、外科系専門医など)	パラメディカル(Nr, HNr, PT, OT)
・設備(クリーンルーム、ICU, MRI)	I. 研究
・リハビリテーション医療(設備、リハ専門医, PT, OT施設基準)	J. 薬効治療
	K. リウマチ医療提供体制の改革案を実現するための問題点
	L. 改革案の構想より、貴院の目指す方向性について

表2.アンケート回答施設の方向性

目指す方向性	施設数
大学機能病院, 広域センター	4(2.5)
都道府県センター	41(26.1)
二次医療圏センター	60(38.2)
特に目指さず	25(15.9)
その他	12(7.6)
記入なし	15(9.6)

表3.センターの都道府県別分布

都道府県センター	24 都道府県(+)	} 33 都道府県(+)
二次医療圏センター	23 " (+)	
広域センター	3 " (+)	14 都道府県(-)

表4.リウマチ専門施設の背景:病診連携

	広域・都道府県センター	二次医療圏センター
新患紹介率(%)*	45.9±27.9 (0~100)	48.7±23.2 (4~100)
病診連携率(%)**	14.4±23.5 (0~98.0)	7.0±9.0 (0~40)
他科紹介率(%)***	14.7±14.3 (0~55.8)	16.4±14.8 (0~57.6)

* 新患の中での紹介状ありの比較
 ** 主な治療はかかりつけ医が行い、定期的に専門施設を受診する比率
 *** 他科への紹介率(紹介件数×100/フォローしている患者数)

表5.リウマチ専門施設の背景:母体病院

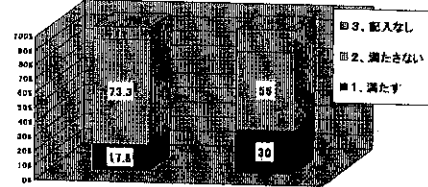
設立母体	広域・都道府県センター 二次医療圏センター	
	広域・都道府県センター	二次医療圏センター
A.大学病院	42.4%	18.3%
B.国公立病院※	40.0	31.7
C.私立病院	17.8	50.0
診療科よりみた母体		
A.総合病院	80.0	76.7
B.総合病院との連携	15.6	8.3

※赤十字,労災,厚生年金病院も含む

図1.医療スタッフの現状:リウマチ専門医師

広域・都道府県センター(45)		二次医療圏センター(60)	
専門内科	3名以上	専門内科医	2名以上
専門整形外科	3名以上	専門整形外科医※	4名以上

※関節外科医,脊椎外科,手の外科医を含む



広域・都道府県センター 二次医療圏センター

表6.かかりつけ医との病診連携:問題点

問題点あり 40.0%(県セ) 41.7%(二次セ)

1.かかりつけ医側 (23)	
・リウマチ診療が十分できない。	12
・かかりつけ医となってくれる医師が少ない。	4
・どちらが患者の診療の責任をもつか不明。(検査,処方)	1
・患者が希望しない。	4
・その他	2
2.専門医側 (15)	
・専門医不足,患者が多く紹介状,返書を書く負担が重すぎる。	9
・専任スタッフ不足,養成必要。(リハビリ,設備)	3
・かかりつけ医を増す努力。(ITの利用)	3

※広域・都道府県センター,二次医療圏センター

表7.リウマチセンターの問題点:内科

問題点あり	広域・都道府県センター 二次医療圏センター		計
	広域・都道府県センター	二次医療圏センター	
・専門医不足(内科医不足)	13	9	22
・他の専門分野との連携がうまく行かない	3	2	5
・合併症の専門医不足	2	7	9
・スタッフ不足	0	7	7
・リウマチ科,リウマチセンター体制がとれない(大学)	0	2	2
・外来が狭い,ベット不足,血漿交換ができない	3	0	3

表8.リウマチセンターの体制の問題点:整形外科

問題点あり	広域・都道府県センター 二次医療圏センター		計
	広域・都道府県センター	二次医療圏センター	
問題点あり	33.3%	43.3%	

[専門医不足]	関節外科	7	6	13
	脊椎外科	6	5	11
	手の外科	0	1	1
	麻酔科	1	1	2
[設備]	手術設備に限界	3	0	3
	手術待ちが長すぎる	1	0	1
	クリーンルーム必要	1	0	1
[その他]	他科との連携不十分	1	0	1
	手術スタッフ不足	1	1	2
	透析患者の手術ができない	0	1	1

表9.リウマチセンターの体制の問題点:リハビリテーション

問題点あり 57.8%(県セ) 43.3%(二次)

・リハ専門医不足	11
・リハ専門医との連携不十分(知識不足)	2
・パラメディカルスタッフ不足	16
OT(5) PT(4)	
・外来リハビリ不十分	2
・リハ施設の問題点	5
OT施設ない(1) 施設狭い(3) 水治療不可(1)	
・在宅日数のしぼりの影響	4
長期入院不可,後療法不十分	

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

著 者	論 文 タ イ ト ル 名	発 表 誌 名	巻 号	頁	出版年
久保仁志 西林保朗 居村茂明 佐浦隆一	在宅慢性関節リウマチ患者の実態に関する研究 ーリウマチ病外来通院を中止した患者の 現状調査ー	日本臨床リウマチ	12巻 4号	326 ～ 341	2000年
西林保朗	リウマチ 2000 ー慢性関節リウマチ病因・病態解明と 治療の最前線ー	最新医学	2000年 別 冊	191 ～ 205	2000年
永野 純 須藤信行	疾病親和的パーソナリティー特性評価のための 自記式質問票開発の試み	健康科学	23巻	41 ～ 52	2001年

20000607

以降のページは雑誌/図書等に掲載された論文となりますので、
「研究成果の刊行に関する一覧表」をご参照ください。