

Ⅲ. 当院リウマチ診療の問題点と改善対策

前述したように生物学的製剤の導入により、リウマチ診療にますますマンパワーが必要になってきている。しかし当院では、経営効率を上げるためと思われるが、外来の看護師数が圧倒的に不足しており、生物学的製剤の使用には看護師はほとんど関与していないのが現状である。生物学的製剤の使用のみならず、診療圏のリウマチ医療を充実させるため、Rheumatologyを志す若い医師を確保する必要性がさらに増している。Rheumatologyの面白さ、やりがい、いかに社会に貢献できるかなどを、医学生、研修医に教育し、リウマチ医を目指す若者が増加するように努力しなければならない。

リウマチ登録医、リウマチ専門医取得が可能な年度の医師で、これらの資格を取得していない者がおり、早急に取得するよう指導している。これらの資格がないと使用できない製剤も登場しており、来年度には取得可能な年度の医師全員が資格を持っているようにしたい。

生物学的製剤はマンパワーを要するのみならず、副作用のリスクが大きく、そのチェックにも労力を要する。国に対しての要望としては、生物学的製剤管理料を設置していただきたい。また、生物学的製剤の有効性はほぼ認識されてきたが、価格があまりにも高価なので、さらに普及してきた場合には薬価の引き下げも検討していただきたい。

Ⅳ. 当院に於けるリウマチ患者長期経過観察対策

残念ながらオンライン管理などのシステムはない

Ⅴ. その他

医師の出身大学、専門分野のバックグラウンドなどが多様であるのが筑波大学膠原病リウマチアレルギー内科の特色であると考えている。回診、検討会でさまざまな意見が出てより高いレベルの診療が行われていると自負している。リウマチ医療のグループ内のメンバーが固定化しないことも重要なのではないかと考えている。また、当グループは充実した研究室を持っていることも特徴のひとつで、臨床材料を使用したBasic researchを積極的に行っている。また、小型MRIのリウマチ診療への導入など、理工系とのタイアップも積極的に行っている。

I. 当院でのリウマチ病診療状況

医師は整形外科医4名（内リウマチ指導医1名、リウマチ認定医1名）の常勤医と非常勤のリウマチ指導医1名で診療しています。診療日は、月曜から土曜まで午前9時から午後6時まで診療しています。入院患者のうち60%以上がRA患者で占められています。内科的合併症は、毎日1名の非常勤の内科医5名、放射線医1名と相談しています。内科的合併症で当院では治療できない場合は、独立行政法人国立病院機構高崎病院へ紹介しています。外科的治療として平成16年度人工関節置換術61件、滑膜切除術および腱移植術15件、切除関節形成術10件など行なっています。内科的治療として生物製剤・免疫抑制剤（レフルノミド・タクロリムスもふくむ）・白血球除去療法なども行なっています。

II. 当院リウマチ診療における診療連携の状況

当院のモットーはリウマチ患者のトータルケアで、系列の群馬リウマチクリニックと老人保健施設太陽があり、患者および家族の要望に応えるよう密接に連携しています。

往診診療・訪問看護も行なっています。

近隣の診療所および病院とはリウマチ患者紹介を受けることも多くあります

内科的合併症で当院で治療できない場合は、近くにある高崎病院へ紹介します。

III. 当院リウマチ診療の問題点と改善対策

整形外科系のリウマチ医だけの診療であり、関節リウマチ以外のリウマチ性疾患の治療の経験に乏しい。内科系のリウマチ医が非常勤で1名いるが、さらに増員を目指している。

IV. 当院に於けるリウマチ患者長期経過観察対策

リウマチ患者のカルテ・画像データはすべて永久保存にしています。

V. その他

I. 当院でのリウマチ診療状況

保健所には「内科・リウマチ科・アレルギー科」として届け出ている。リウマチ診療を柱にしているが、周辺疾患にも門戸を開けてある。「身体障害者福祉法指定医」の資格を有しており、身体障害認定も行っている。最新の生物製剤も使用している。また、治験もある程度こなすようにしている。

歩行障害、車椅子使用に対応して、道路から院内まで階段をなくしている。待合室の椅子も、個人用で、手すりをつかって立ち上がりやすいものを採用している。さらに、院内処方を採用して、移動に伴う身体的負担を軽減するべく努力をしている。

ホームページを開設している。このホームページを見て来院する患者さんもかなりの数にのぼる。

II. 当院リウマチ診療における診療連携の状況

手術を要する症例は主として都立墨東病院と連携している。

合併症の治療に関しては、順天堂大学、江東病院、東京臨海病院、東部地域病院などと連携している。

高齢者に関しては、順天堂江東高齢者医療センターと連携している。

東京都内という立地条件が診療連携を容易におこなえる環境をつくっている。

「日本リウマチ実地医会」を設立し、全国の開業しているリウマチ医と交流を深めている。患者さんの転勤の時などにおおいに役立つ。

III. 当院リウマチ診療の問題点と改善対策

IT化を進めたい。しかし、「互換性」の問題に突き当たってしまう。院内の機器との接続に関しても、問題点が出てくるのが現状である。

IV. 当院におけるリウマチ患者長期経過観察対策

ITを採用できていない。そのため、カルテ、フィルムをスチールボックスに保管し、紛失しないよう細心の注意を払っている。

V. その他

国家公務員と地方公務員との間の保険の格差はきわめて大きい。その他の保険も含めて、格差是正の努力をして欲しい。

生活保護患者の書類手続きの簡素化もお願いしたい。

I. 当院でのリウマチ診療の状況

- a ; 施設は約52坪でビルの2階である。診療は、外来のみで、入院や手術を行う施設はない。
- b ; リウマチ患者数は月に約1000から1200人である。スタッフは、受付医療事務は3人、リハビリ用員は3人、看護師は2名である。
- c ; 診療内容は主に薬物療法とリハビリである。薬物は金剤をはじめ、SH基剤、代謝拮抗剤、生物製剤と広く行っている。リハビリは関節稼動域と筋力強化の運動療法と日常生活動作の指導である。

II. 当院リウマチ診療における診療連携の状況

- a ; 送る対象は、重篤な合併症（主に呼吸器）と手術適応の症例である。年に約20～30例程度である。入院可能な病院と提携し実行している。

III. 当院リウマチ診療の問題点と改善対策

- a ; スタッフの充実と安定；特に看護師の知識と技術が問われる。そしてリウマチが慢性疾患のため看護師も長期に安定し勤務することが求められる。
- b ; 副作用のモニター；薬の効果を期待する一方で、副作用に過敏になっている。そこで検査項目と期間を決めてモニターを行っている。具体的な項目と期間について診療側と保険審査側でコンセンサスを得る必要を感じている。
- c ; 重度障害例は生活の保証（年金と介護制度）、リウマチの活動性が高い例は生物製剤など高額医療費の捻出が問題である。国や地方自治体の対応に期待するケースが多い。
- d ; 精神面のカウンセリング；機能障害や炎症の程度が高く治療に難渋する例は、身体的傷害のみでなく精神的なケアを要する例が多い。一般診療とは別枠でカウンセリングを予約制で行っている。

IV. 当院におけるリウマチ患者長期経過観察対策

- a ; 関節炎、臨床検査値、ADL、X線所見、副作用などを書き込める特殊チャートを採用している。このチャートを使用すれば、ランズバリー、ACR（米国リウマチ学会）スコア、DASスコアのいずれにも対応できる。

V. その他

東邦大学医療センター大学病院リウマチ膠原病センターにおけるリウマチ病診療

川 合 眞 一

I. 当院でのリウマチ診療状況

当院のリウマチ診療は、従来は整形外科を中心に行われてきたが、2004年4月より膠原病科が新設された。さらに、2005年7月になって、膠原病科の外来診療体制に整形外科の一部が参加する形でリウマチ膠原病センターが発足し、現在に至っている。

II. 当院リウマチ診療における診療連携の状況

当院では、関節リウマチ患者を含む多くのリウマチ性疾患患者を診療しており、患者の受診状況はさまざまだが、大森・蒲田・大田区各医師会に所属する病院または開業医からの紹介患者も少なくない。一方、症状が安定した患者の診療をこれらの施設にお願いするケースも同様である。当院が中心となって行っている勉強会、講演会、研究会などの情報は常に地域医師会に連絡しているが、これらに積極的に参加していただくことにより、相互の診療連携の円滑な運用を図っている。

III. 当院リウマチ診療の問題点と改善対策

2004年度からの医師臨床研修必修化によって、大学における研修医が医局に所属できなくなった。このことは、当院のような大学付属病院では、若手医師の人員確保という観点から大きな問題点となっている。また、将来的にもどれだけの医師が定着するかなどの不安も大きい。未だ新制度の評価を行うのに適切な時期ではないが、リウマチ診療の専門医育成が若干遅れることは必至である。さらに、当院では所謂研究生に頼ってきた従来の診療体制から、現在レジデントによる後期臨床研修体制へと移行しつつある。この成否は、人件費増額に対応できる十分な原資が確保できるか否かにかかっている。現在の健康保険診療体制下において、大学病院が十分な収入を確保できるような診療報酬体制への改革が必要である。

IV. 当院におけるリウマチ患者長期経過観察対策

当センターでは、いくつかの医療機関と連携して、リウマチ性疾患患者の大規模データベースを計画中であり、既にインターネットを利用した登録システムをほぼ構築した。この本来の目的は、全国的なデータベースによる大規模な観察研究により、リウマチ性疾患の長期予後などを明らかにするものである。しかし、地域の医療機関も参加できる形にすれば、観察研究のみならず、個々の患者に対する厳密な長期経過観察が可能であることから、現在検討を開始している。

東京大学医学部附属病院アレルギーリウマチ内科におけるリウマチ病診療

沢田哲治、山本一彦

I. 当院でのリウマチ病診療状況

外来診療は平日（月～金）午前5診察室、午後は4診察室を用いて診療を行っている（アレルギー疾患含め1ヶ月あたりの平均来院数は約2100名）。初診患者は随時受け付けており、1日の予約枠として7名（診療連携枠1名を含む）まで受け入れている。紹介率は約7割である。再診は原則として予約制としているが、次回来院までの間に体調が悪くなった患者のために当日予約枠を設けて対応している。リウマチ性疾患で関節破壊が高度な場合は手術療法が必要となるが、当院整形外科には関節診、脊椎診などの専門外来があり協力して診療を行っている。装具作成はリハビリテーション部に依頼することが多い。

生物学的製剤に関しては入院診療にて導入を行うケースもあるが、多くは外来で投与を行っている。レミケード（インフリキシマブ）は現在のところ隔日で診療枠を設定している。インフュージョン・リアクションに対応するため、点滴中は当科当番医師が外来処置室に待機するよう配慮している。エンブレル（エタネルセプト）については看護師と協力して自己注射指導を行っている。

当院内科の入院診療は総合内科体制により行われている。総合内科体制では各診療科によるコンサルテーションが重要である。当科は総合内科チーム（チーム管理医（講師クラス）・主治医（助手クラス）・担当医（医員や大学院生）・研修医からなる）にスタッフを配置するとともに、助手・医員・大学院生からなるコンサルトチームを組織して総合チームをサポートしている。当科の入院症例数は30名前後である。リウマチ膠原病患者の気管支鏡検査や腎生検は当科の専門グループが随時行っている。コンサルトチームは当科の入院患者以外の他科患者のコンサルトにも応じ、必要なら当該診療科との併科診療も行っている。患者診療方針の最終決定は週1回行われる全患者についてのチャートラウンドで行われるが、呼吸器合併症、腎合併症については、専門グループの検討会で方針が検討されている。

II. 当院リウマチ診療における診療連携（かかりつけ医と支援施設など）の状況

病院内に地域医療連携部が組織され、かかりつけ医との病診連携の推進を進めているところである（初診枠とは別に地域医療連携予約枠を設置するなど）。

III. 当院リウマチ診療の問題点と改善策

リウマチ病診療ではかかりつけ医との連携が重要であるが、現在のところ紹介患者の多くは当科で引き続き加療希望することが多く、その場合は希望に従って診療を行っていることが多い。従って、再診患者数増加のため予約制をとっているものの、

外来での待ち時間が長くなっている。また、リハビリテーション科はスタッフ数が限られており、リウマチ性疾患のリハビリテーションは積極的には行われていない状況である。最後に身体機能障害が進行したにもかかわらず家族のサポートが得られない状況の患者で複数の疾病を有するために医療依存度が高い場合、入所施設選択に苦慮することがある。ケースバイケースで対応しているが、医療ニーズの高い患者を受け入れる介護施設の整備を国や自治体レベルで検討する必要がある。

IV. 当院におけるリウマチ患者長期経過観察対策

当院では血液や尿の検査結果や画像データは電子化して管理されている。従って個々の症例の長期観察に必要な診療情報については、容易に時系列データを得ることができる。来年度には入院診療において（その後外来）、電子カルテが導入される予定であり、長期観察や病診連携推進に役立つと期待される。一方、腎生検台帳のような研究グループレベルの小規模データベースは以前から存在するが、当科全体のリウマチ病患者を対象にしたデータベースは作成していない。今後は臨床研究推進のためデータベースを作成することもあると思われる。しかし、オンラインを含めコンピューターを用いたデータベースでは個人情報の保護システムに十分配慮する必要がある。

V. その他

実地医家と大学病院をはじめとする専門医療機関との連携はさらに重要になると思われる。また、生物学的製剤をはじめ多くの薬剤が開発されつつあり、今後多くの医療機関が協力して医師主導型臨床試験や疫学調査を進めていく必要があると思われる。

I. 当院でのリウマチ病診療状況

水曜日午後、木曜日全日をリウマチ専門外来にあてているが、メインは水曜日午後である。1ヶ月の外来患者数は延べ300～400人で、これに対し専門医が水曜2人、木曜1人で対応している。疾患の内容はリウマチ性炎症疾患が殆どで変性性疾患は数%にとどまる。この理由は膝診や股関節診など他の専門外来に変性疾患患者はまわるためである。

当科は整形外科であるが、薬物療法と外科療法のバランスがリウマチ治療には重要であるとの視点から、薬物療法も積極的に行っている。両者の患者構成の比率は、薬物療法のみが50%、他院や院内からの紹介で手術療法のみ10%、薬物療法を受けかつ手術を受けている40%、である。一人にかかる時間は、診察をし、データをとり、レントゲン写真をチェックするなど最低10分は要する。したがって水曜日では2時～5時の予約診療制ではあるが、実際は正午から始め7時位までかかることになる。医師、患者双方ともかなりハードである。さらに年100人程度で外来患者数が増えている。つまりこの状況は悪化の傾向にある。

手術は金曜日に行い、人工関節手術が中心である。件数は年間40例程度であるが、これも外来患者の増加とともに漸増傾向にある。

II. 当院リウマチ診療における診療連携の状況

診療所など他施設からの紹介患者はリウマチ診患者の40%程度である。病診連携については処方や通常の診察は診療所で、3ヶ月ごとの定期チェックは病院で、を基本としている。ただしこの基本がうまくはたらいっているのは紹介患者の20%程度にすぎない。その理由は後述する。

III. 当院リウマチ診療の問題点と改善策

問題点を整理すると、患者数とそれに対する実働医師数のアンバランスにつきる。さらにこのことは教育にも影響を及ぼしかねない。大学病院という性格上、学生教育および研修医や若手医師の卒後教育が求められるが、診療におわれ十分に対応できないのである。そのために新たに戦力になる医師が育ちにくい土壌になっている。改善策としては、①医師を増やす、②患者数をしぼる、③診療の効率化 の3点である。

但し医師を増やすことについては、経営上の問題であり、さらに医師の増加は長期的に患者数の増加につながり抜本的な解決にはならない。次に患者数をしぼることに

ついてであるが、繰り返しになるが外科療法のみでなく薬物療法とのバランスを重視しているので患者数はある程度確保したい。そこで診療の効率化である。そのひとつの答えとして、内科と連携しセンター化することがあげられる。行政サイドとしては外科内科の枠組みにとらわれない長期戦略が求められる。

診療の効率化について、もうひとつの答えは病診連携の充実である。しかし前述のように病診連携の基本がうまくはたらいっているのは紹介患者の20%程度にすぎない。この理由は患者が診療所に戻らないからである。リウマチ治療が高度専門化している現状では、専門性があり密度の濃い診察になる大学での診察を不便でも希望することがどうしても多くなる。そしてこのことでさらに診療所との信頼関係が脆弱化することになる。

病診連携の別の問題点は、診療所からの紹介のタイミングが遅すぎる点である。今日のリウマチ治療では早期診断・早期治療の重要性が指摘されているが、実際はかなり経過して診療所では手に負えなくなり紹介されてくるケースがほとんどである。薬物療法対象の新患に限ると、紹介患者は約半数で、うち早期診断について紹介されるケースは5%未満にすぎない。さらに問題なのは紹介以外の残り50%をみると、患者が自らの判断で診療所には黙って受診されるケースが約半数あることである。早期診断・早期治療が図られれば、寛解率が上がり、長期的に効率のよい診療につながるようになる。

病診連携の問題点をまとめると、①患者が診療所に戻らない、②紹介のタイミングが遅すぎる、の2点である。対策として①については、患者が診療所に戻るための行政上のシステムの構築、すなわち患者が診療所に戻ることで患者自身に明確なメリットがでるような制度が必要である。②については、患者紹介のタイミングや治療に関して、医師教育を徹底して病診間の意識の共通化を図るべきであろう。結局、効率のよい診療をするためには病診連携の充実が必要で、そのためには診療に関する意識の共有化と行政のバックアップが鍵という論旨になる。

以上をふまえ、当科として当面できることは新戦力の育成と病診間の意識の共有化であり、いずれも鋭意努力を重ねている。現在、若手医師の教育については軌道に乗りつつあり、新戦力の確保のめどがついたところである。病診間の意識共有化に関しては地域の研究会などで啓蒙活動を行っている。しかしこれだけですぐに目に見える効果がでるとは思われず、行政レベルでの制度面の改革支援が望まれる。

ところでこの意識の共有化は医師同士のレベルにとどまるべきではない。リウマチは病院の専門医一人ではどうにもできないわけで結局、チーム医療につきる。たとえば手術後の地域におけるバックアップ体制がしっかりしていれば早期退院することができ、医療費の抑制につながることになる。そのためには看護師、ケアマネージャー、ヘルパー、理学療法士など、パラメディカルに対しての教育によって専門医との意識

の共有化を図ることが重要である。

しかし振り返って当科で地域のパラメディカルとそのような場を積極的にもっているかという、否である。その理由は“忙しい”という理由の他に、医師同士の研究会と比べ薬剤メーカーなどのスポンサーがつきにくいいためである。そこで機会は作りやすく、しかも人が集まりにくい状況に陥っている。したがって行政に望むことは、そのような場を提供しかつ人が集まるような財政面を含めた制度を確立することである。そしてさらに行政はこれらソフト面のバックアップの他に、ハードの充実も当然図るべきである。すなわち通所リハビリ施設など福祉面での施設の充実である。

話をさらにすすめると、この教育活動は医療、福祉レベルにとどまってはいけない。患者、そして国民レベルまで広げるべきである。たとえばメトトレキサートの報道である。マスコミは国民の幸福につなげるべき仕事のはずがいたずらに不安を煽っている結果になっており、このことで診療がスムーズに行かなくなったこともしばしばである。マスコミ問題は別の問題としても、不正確な情報に振り回されないような患者教育、国民教育の充実が必要であろう。当科では特別なことはしていないが、以前勤務していた病院（都立墨東病院リウマチ科）では数ヶ月に1回、患者・医師懇親会を開いていた。これを見ならい、今後そのような会を作ることを考えている。その場では患者教育ばかりでなく、交流を深めることで医師側の反省点などが同時にあぶり出されれば一層よいと考えている。

IV. 当院におけるリウマチ患者長期経過観察対策

データベース化を一時図ったが、インプットのマンパワーの問題で挫折した。現在特別な管理は行っていない。昔ながらの方法での管理である。すなわちリウマチ患者台帳、薬物ごとの台帳、手術台帳、術後定期チェックのためのチャートを使用している。おのずと診察机にはノートが複数積まれていることになる。定点観測としては薬物治療では3ヶ月ごとにACRコアセットをとって、カルテに記載している。手術後の患者については半年に1回手術成績に関するチャートを取り、その際レントゲン写真も取るようにしている。こうして台帳とカルテを使って長期成績などの調査を行っているのが現状である。

今後マンパワーの問題が解消されればデータベース化するかについては、現状では答えられない。他施設間とのデータの互換性の問題があるため、もう少し様子見か、が本音である。

V. その他

特にない。

I. 当院でのリウマチ診療状況

当院においては内科リウマチ膠原病外来と整形外科リウマチ診の2専門外来において関節リウマチ患者の診療を行っている。初診時にいずれの外来にかかるかは特に一定のルールはない。各々の科で必要と考えられた場合はお互いに紹介しあって、協力し合いながら診療を行っている。両方の外来を併診している患者もいる。

II. 当院リウマチ診療における診療連携の状況

当院病診連携室を介した紹介患者以外にも直接の紹介患者も診療を行っている。板橋区医師会や北区医師会のかかりつけ医からの紹介患者は、関節リウマチに関しては、当院でずっと継続診療する場合と、状態が安定したらかかりつけ医に逆紹介する場合に分けられるが、後者はそれほど多くはない。

III. 当院リウマチ診療の問題点と改善対策

内科も整形外科も常勤医の人数が少なく、診療に忙殺され、教育や研究に十分な時間が取れない。対策としては、少ない人数で効率よく診療を行うことができるよう、リウマチ科として分離独立することが考えられる。国あるいは地方自治体に対しては、リウマチ科を標榜することでのメリット（特に保険上の優遇措置や補助金の分配など）を増やす方策をとっていただきたい。

IV. 当院におけるリウマチ患者長期経過観察対策

当院のオンラインの情報は1年間しか保存されていないと言う致命的な欠陥があり、カルテによる管理に頼らざるを得ないのが現状である。近隣の他施設との協同で定期的にオンラインでデータベースを作成・更新するなどの対策が必要である。

V. その他

特になし

順天堂大学医学部附属順天堂医院におけるリウマチ病診療

山 路 健
金 井 美 紀
森 本 真 司

I. 当院でのリウマチ診療状況

平成16年度の外来患者数は月あたり約4,000名であり、そのうち初診患者数は月あたり約100名である。外来診療は月曜日から土曜日（第二土曜を除く）の午前、午後各4ブース（土曜午後は2ブース）で行っている。整形外科的診療が必要な場合は整形外科と連携し診療にあたっている。また、リウマチ短期入院という1週間の入院プログラムがあり、リウマチに関する医師による講義が毎日あり、検査として内視鏡等人間ドック的なものを行っている。また、生物学的製剤専門の外来をこの8月から設けた。

II. 当院リウマチ診療における診療連携の状況

当院では医療連携室の役割が確立されており、当科としても付属病院、関連病院および医局OBとの連携を行っている。また、かかりつけ医に関しては、患者の希望があれば近医のリウマチ専門医に紹介しかかりつけ医となっただけいでいる。支援施設として手術後やその他の理由でリハビリが必要な場合、中伊豆温泉病院と連携しリハビリ、患者教育を行っている。

III. 当院リウマチ診療の問題点と改善策

現在の問題点として、運動療法が必要である患者さんに対し行うスペースがなく、また理学療法士も極端に数が少ない。今後、そのような場所の確保と理学療法士もしくは作業療法士（リウマチを診られる）の育成が必要と考える。また、近隣にそのような施設がほとんどなく、国あるいは地方自治体に対する連携としてリハビリテーション施設の数的な充足と、リウマチ患者さんも診られる理学療法士の育成を望みたい。また、病院全体として待ち時間対策が問題となっており、当科として院外処方への切り替え、予約外来の増設、外来の専属医新設などの対策を行っている。

IV. 当院に於けるリウマチ患者長期経過観察対策

当院ではカルテはオンライン化されていない。しかし、過去3年に渡ってはデータがコンピュータで閲覧できる。長期のデータ、薬物治療といった診療情報に関してはカルテの記載を参照している。また、入院歴がある患者に関しては入院経過概要を参照している。

V. その他

当院の最寄り駅であるJR御茶ノ水駅がバリアフリーになっていないため、リウマチ患者にとって通院が容易ではない状況がある。

I. 当院でのリウマチ性疾患診療状況

当病院は日本大学医学部の附属病院で、昭和43年設立の現病院は約1000床のベッド数を持っている。外来患者は一日平均2500名程度である。リウマチ性疾患について関節リウマチは主として整形外科の「リウマチ外来」で診療し、その他の膠原病は膠原病内科で診療を行っている。整形外科の「リウマチ外来」は昭和35年頃より発足し、現在登録患者数は約1000名である。整形外科の医師は約20名おり、様々な分野の整形外科疾患の診療を行っている。そのうち、リウマチ患者を診療するリウマチ専門医は現在7名おり、うち5名はリウマチ学会専門医である。一般外来でリウマチと診断された患者が専門外来に送られ診療を行っている。週1回火曜日の午後の外来は予約制で、患者は1日平均約100名前後、医師は1人で約15人から20人のリウマチ患者を診療している。1人のリウマチ患者にかかる時間は15分から20分で、数カ所の関節内注射を行うために、30分以上かかる患者も少なくない。リウマチ患者の治療は薬物療法が中心だが膝関節や股関節の関節破壊が生じ、歩行障害が生じた場合や手指、手、肘、肩の関節障害にて日常生活動作に障害が生じる場合は手術の適応となり手術の予約を行う。整形外科の入院ベッド数は約60床で、このうち膝関節や股関節の人工関節置換術の患者が常に20人から30人入院している。人工膝関節置換術は年間約250関節でリウマチ患者は約75名（30%）で残りは変形性関節症患者である。また人工股関節置換術の手術は年間約100名程度でこのうちリウマチ患者は20名（20%）程度である。手術の症例はリウマチ外来の患者よりも他の医療機関からの紹介患者がほとんどである。リウマチ患者は月1回の受診で従って薬剤の処方4週間分処方する。手術を施行した患者は6カ月に一度受診し、手術した関節のX線検査を定期的に行っている。

II. 当院リウマチ診療における診療連携の状況

院内における他科との連携では、当院は、総合的な診療科をもつ大学病院であるため、整形外科の「リウマチ外来」では、他科との綿密な連携をはかっている。特に整形外科の「リウマチ外来」では、内科をはじめ、呼吸器科、循環器科、消化器科、腎臓内科、リハビリテーション科との連携をよく保っている。リウマチの薬物療法中に肝機能異常や腎機能異常が発見された場合には各科専門科に依頼し診察を行い今後の診療の相談を行っている。また、人工関節置換術などの手術を要する患者は高齢者が多いことよりも、外来にて心電図、呼吸機能、肝、腎機能などのチェックを行い、手術の1週間前に入院し、術前チェックで手術が可能か否かを十分検査して手術にのぞみ麻酔、手術による事故の防止を徹底している。

他の医療機関との病診連携はリウマチ外来ではリウマチの病勢のコントロールが出

来た段階で、東京以外の遠方の患者には紹介元の医療機関に逆紹介し、以後の経過観察を依頼するようにして連携を保っている。また、手術を依頼されたりウマチ患者についても手術が終了し、以後のリウマチの経過観察は紹介元あるいは、患者の住所の近くにあるリウマチ専門医のいる施設に紹介して病診連携を保っている。

Ⅲ. 当院リウマチ診療の問題点と改善

当院のリウマチ患者の診療の問題は、患者の数に対して診療する医師の数が不足している点で、各患者の診療時間が短くならざるを得ない現状である。そのため、月に1回の診療であるが、一人当たり15～20分間でせいぜい1名の医師が15名程度しか診察することができない。また予約制をとっているが、予約時間を大幅にはみ出してしまうこともしばしばあり、患者の待ち時間が大変長くなってしまっていることがある。

そのような多数の患者の中で、なるべくコントロールがうまくできる患者は、患者の住所に近い医療機関に紹介するようにして、なるべく患者の数を少なくし、問題点の改善に努めている。

その他の問題点として各科との連携を十分にとるために、以前は月1回、内科、小児科等と連携を取り、カンファレンスや症例検討などを行っていたが、診療に追われ、時間に余裕が無くなり、そのようなカンファレンスを行う機会が非常に少なくなってしまい、教育的、学術的な時間が制約される点も大きな問題である。前述したとおり今後は、患者を他の医療機関に紹介することで時間に幅をもたせ、そのようなカンファレンスを再度定期的に行えることを望んでいる。

Ⅳ. 当院におけるリウマチ患者長期経過観察対策（診療情報管理）

当院では全ての患者をコンピュータに登録し、各患者の薬物の使用状況、検査値、とくに赤沈、CRP、ヘモグロビン値などを定期的に保管しておく。そしてそれらを臨床研究の時に利用し、薬剤の効果、あるいは副作用の発生など、臨床研究に応用している。今後、その膨大な臨床研究データを管理することは、かなり難しくなると思われる。手術に関しても手術のデータは全て管理しており、患者名、機種名、術式、また術中の問題点などを長期的にfollowしている。さらに、手術を受けた患者は、必ず6ヶ月ごとに一度レントゲンを取り、病状の変化に対して早期に対処できるような方法をとっている。

長期治療の患者は、カルテが厚くなり、又X線フィルムの量が膨大となり、それらの資料を収納するスペースが十分とれない点が問題である。今後、電子カルテ等の利用が検討されている。

I. 当院でのリウマチ診療状況

当院は平成13年4月内科・リウマチ科を標榜して東京都江東区に開設された外来患者専門の診療所である。リウマチ患者診療に関しては40年の経験を有するリウマチ専門医1名、看護師1名、医療専門事務員2名をもって構成されている。また、院外処方に対応するためリウマチ疾患の研修を積んだ2名の薬剤師からなる調剤薬局が隣接して存在している。

開院当初から平成17年7月現在まで2～4週の間隔で完全にフォローされている膠原病患者数は92名である。地域別患者分布は江東区25名(27%)、墨田区14名(15%)、江戸川区12名(13%)、その他の都内在住者21名(22%)、千葉県9名(9%)、埼玉県8名(8%)、神奈川3名(3%)となっている。来院動機は友人紹介56%、医療関係紹介25%、インターネット10%、友の会、その他紹介9%である。疾患分布は関節リウマチ75名(81%)、SLE 8名(8%)、その他(皮膚筋炎、抗リン脂質抗体症候群、ベーチェット)である。

75名の関節リウマチ患者を分析すると早期、あるいは初期関節リウマチ患者13名(17%)、Stage II 23名(30%)、Stage III 16名(21%)、Stage IV 23名(30%)内3名は関節置換術を受けている。

性別は男性10名、女性65名、年齢分布は21～83才で平均63才であるが、80歳代6名(8%)、70歳代17名(22%)、60歳代24名(32%)と半数以上が高年齢層である。発病年齢が18～76才で平均48.3才で高年齢初発者も含まれているが、罹病期間がかなり長いことが目立っている。期間中死亡例は無かったが、心筋梗塞3名、関節置換手術2名、肺炎2名、転倒骨折1名の計8名が入院治療をしている。

合併症は高血圧症14名、間質性肺炎4名、胃、十二指腸潰瘍5名、心筋梗塞3名、乳ガン3名、糖尿病3名、B,C型肝炎2名、副作用にて薬剤変更10名、その他(骨折、肺炎ら)であった。

薬物治療内容を分析するとNSAIDsのみ4名、PSL単独6名、DMARDs単独1名、NSAIDs+PSL 7名、NSAIDs+MTX or DMARDs 9名、PSL+MTX or DMARDs 4名、NSAIDs+PSL+DMARDs 19名、NSAIDs+PSL+MTX 24名、NSAIDs+PSL+MTX+DMARDs 2名であった。その結果判定は平成17年7月の時点で改善38名(50%)、不変ないしはやや改善と判定出来る症例20名(26%)、悪化13名(17%)、観察期間不十分4名となっている。なおPSLの使用量はプレドニゾン換算1～5mg/日が原則であるが、急性増悪時には増量ないしは関節内注入をしている。

II. 診療連携の状況

都立墨東病院、順天堂江東区高齢者医療センター、藤崎病院、三宿病院、順天堂医院との連携関係がなされている。治療薬剤に伴う消化器病変、呼吸器病変などの早期のチェック体制や研究会らでの情報交換、関節手術の適応検討や実施依頼など目的に応じた連携がとれている。当院では抗TNF α 抗体製剤の治療経験は未だないが、患者の要望も高く、関連病院との共同プロジェクトの早期立ち上げを進める必要がある。

III. リウマチ診療の問題点と改善対策

診療所としての特徴を行かした十分な時間をかけた診察と会話によって、個々の症例にマッチした診療と教育により、患者とのコミュニケーションが出来、病状説明、さらには薬剤師との共同服薬指導が可能となった。問題点は当院の患者層の半数以上がかなりの高齢であり、関節破壊も進行している症例が当然のことながら多い。合併症、肝、腎、心、肺機能の低下例も増えるため、治療薬剤の選択肢も制限されることが多くなる。さらに高齢化が進んだ場合、いかにしてQOLを向上させるかが最終目的であるが、そのためには通院方法、家庭内介護、理学療法、服薬指導等々問題点は山積している。介護保険制度を利用する際にも、現在の重度判定基準からすると関節リウマチ患者は介護度が低く決定される傾向がある。理学療法にしても、個人で開業する理学療法士も多くなり、そのような施設を利用するのも選択肢となるが、残念ながら関節リウマチに対する知識、関心が充分とは言えない。いずれにしても、リウマチ財団、学会、友の会らの民間団体と現場の関係者からなる対策チームを立ち上げ、地方自治体、国に具体案を提示することが必要である。

IV. 長期経過観察対策

地域医療の利点を生かした、長期に渡るきめの細かいデータベースの作成が可能であり、有害事象の発生時にも速やかな対応ができる。経過観察は1) 薬物治療効果の判定、2) 薬物副作用のモニタリング、3) 合併症の評価を主体に行っている。特に早期リウマチ、Stage II～IIIまでの患者層に対しては効果判定基準としてACR20採用しているが、今後EULAR DAS28も検討してみたい。罹患関節、胸部レントゲン検査も定期的な評価項目として取り上げている。血液検査による副作用のチェックは、1～2ヶ月の間隔で実施しているが、選択薬剤によって異なる。これらの観察結果は患者に出来るだけ解りやすく説明し理解をもとめ、共有財産としている。観察対策のなかで、結果判定のみではなく経過予測も極めて重要であり、未だ評価項目として確立されたものはないが、CRP、MMP-3の変動は参考に行っている。最近目にするanti-CCP antibodiesにも興味を持っている。それらの数値の変動の分析が抗TNF α 抗体製剤の選択導入の参考になると考えている。

I. 当院でのリウマチ病診療状況

リウマチ病の診療は主に膠原病リウマチ感染内科と整形外科で行なっているが、一部は皮膚科、小児科、腎臓内科でも行われている。

膠原病リウマチ感染内科の診療について記す。

外来診療での患者数は、RA600名、SLE200名、強皮症150名、PM/DM100名、MCTD80名、その他の血管炎、HLAB27関連疾患、Still病などが治療されている。月曜日～土曜日まで午前中の初診外来と再診専門のリウマチ外来からなり、リウマチ外来では2～3人の医師が診療に当たっている。整形外科とも密接な関連をもって診療しており、現在は整形外科医が当科を1名ローテートしている。他科との連携による質の高い診療が当科の特徴となっている。

入院診療は24～25床で、80%が膠原病を含むリウマチ病である。SLE,強皮症、MCTD, PM/DMが多く、RA患者は少ない。RAの多くが合併症のために入院している。生物学的製剤による治療は外来で行なっている。

II. 病診連携は積極的に行なっている。特に相模原市医師会とは膠原病患者の病診連携ガイドラインを作成し、そのシステムの運用を試みている。これは紹介・逆紹介のシステムで、病状に応じた診療分担ができればと考えている。

しかし、病診連携では、急性期を乗り越えた患者、身体障害の程度が進行したRA患者の診療を分担する点に問題が多い。

III. 当院が大学病院、特定機能病院として十分に活動するためには、外来診療をスリムにし、長期に入院する患者を減らして急性期のリウマチ病に特化する必要があると考えている。しかし、患者の要望は大学病院での外来診療であり、入院でも最後まで大学病院で責任を持つべきであるとなっている。高齢化、運動および内臓機能障害の進展した患者をどのように診療するかが、重大な課題となっている。地域の診療所、病院との連携確立が急務である。特に入院診療では、療養型病院、介護施設、訪問看護センターとの連携がRA患者を含むリウマチ病診療では大切である。療養型病院では医療の手がかかる患者を受け入れない傾向があり、受け入れ病院確保が課題になっている。公的な支援が必要である。

IV. 長期間経過を観察している患者の診療情報の管理体制を現在構築中で、検討中である。

I. 当院でのリウマチ病診療状況

当院のリウマチ科外来ではリウマチ内科医、整形外科医が隣りあった診察室で一緒に診療しています。一般的な薬物療法はリウマチ内科医、整形外科医がともに行い、手術の必要が生じたら整形外科医が、また間質性肺炎や腎障害などの合併症が起こったらリウマチ内科医が診るというように、互いに得意分野で協力しあいながらリウマチ診療を行っています。リウマチ患者さんにとって安心して便利なばかりでなく、医師同士でもお互いの治療方針を知るのによい診療体制です。

II. 当院リウマチ診療における診療連携の状況

定期的にはリウマチ病診療連携勉強会を行うなど、地域の開業医の先生方と病診連携をしています。患者さんには身近で、通院に便利なかかりつけ医での治療を勧めています。紹介されて来院された患者さんには必要な治療を行い、安定した状態になった時点で改めて、元の医師あるいは自宅の近くの医療施設をお勧めしています。

III. 当院リウマチ診療の問題点と改善対策

- 1、当院リウマチ外来患者数は増加に辿る一方です。患者さんにはかかりつけ医を作ることを勧めています。専門病院志向、自宅の近くにリウマチを知る開業医がない、抗リウマチ剤の処方してもらえないなどの理由で、遠方から通院してくる患者さんがまだ多くみられます。地域でのリウマチ診療にかかわる医師の育成が必要と思われます。
- 2、当院整形外科は一般整形外科診療を行う一方、リウマチの診療、研究の役割を担っています。整形外科医師の活動は整形外科とリウマチ科両科にまたがり、病棟も一般整形外科とリウマチ整形外科病棟があることから、整形外科医師の負担は極めて大きなものとなっています。その改善対策として、整形外科医師の増員を要望していますが、なかなか実現できません。

IV. 当院におけるリウマチ患者長期経過観察対策

リウマチ患者さんは罹病期間が長期になりますと、全身関節機能障害が増し、また、内科合併症のため、通院困難となり、長期経過観察が困難となります。また、手術を当院で受けた遠方の患者さんに対しては年に一回受診催促、病状伺いの手紙を出しておりますが、返信される方が少なく長期経過観察が困難となっています。遠方患者さんの長期経過観察のため、遠隔地病診連携の実現をめざす必要があります。メールで病状、レントゲン画像などの情報交換が可能になればよいと思います。

I. 当院でのリウマチ病診療状況

当院は救急救命センターを併設した総合病院で臨床研修指定病院である。その中でリウマチ科は新潟県を4つに分けて中越地区のリウマチセンターという位置づけで以下のことを行っている。①リウマチ性疾患を専門分野とする整形外科の羽生忠正と内科の佐伯敬子の2人の日本リウマチ学会指導医が連携を密にし、さらに他科の多くの専門医の協力を得て、リウマチ類似疾患との鑑別や重症リウマチの炎症持続や合併症併発に対する医療を提供している（内科系：膠原病・RA 6～10名/日，整形外科：RA 5～9名/日）。②関節外科，脊椎外科および手の外科などの機能再建外科に熟知した5名の整形外科専門医が十分な設備を生かして，リウマチの手術療法を提供している（実績：人工関節施設基準適合施設，年間100～120例施行，手術室使用手術件数1000例）。③院内にリハビリセンターがあり，急性期リハを提供している。④ケースワーカーや病診連携室の職員により地域との密接な連携に努めている。⑤日本リウマチ学会のリウマチ教育施設として，研修医を受け入れている。また，生物学的製剤等の治験を担当している。

当院リウマチ科の特徴は，整形外科の羽生と内科の佐伯が同じ曜日（すなわち水・木曜）にリウマチ外来を開き，併診を容易にし，理学療法・作業療法士，看護師，ケースワーカーなどいろんな職種の方と力を合わせて，チーム医療を実現している点にある（実績：関節リウマチ通院患者：約800名，膠原病通院患者：約300名）。新患は紹介状が必要である。羽生（手術日は火・金曜）への紹介は月・木曜の午前中，佐伯への紹介はできれば水・木曜以外で，病診連携室を活用して予約をとって下さい。

II. 当院リウマチ診療における診療連携の状況

患者様にとってアクセスのよい，かかりつけ医（リウマチ診療に携わる医師）を持ち，定期的に指導医のいる2次医療圏リウマチセンターで治療方法の評価を受けながら療養するのが理想的な形である。

患者様とかかりつけ医，そして私たち指導医がデータを共有することが治療の要である。そこで当院では，病気のことを学び，自分の病状を記録することができる“リウマチ日記（RAの記録）”を渡し，診察日の疼痛関節部位，痛みや病気の全般評価（Visual analog scale），日常生活動作（mHAQ）を患者さん自身に記入してもらっている。診察医はその日の検査データを記載している。これをみればRAの活動性を経時的に把握することができる。なお，この日記の前文には“患者様自身にとって自分の病状を明確に知ることは大切ですが，反面不安が生じて来ることも事実です。しかし，自分のリウマチに対応することも1つの治療です。是非，勇気をもって，ご自分