

のリウマチに立ち向かって下さい。”と記した。

リウマチ病患者の回診と検討会を金曜午後3時半より行っており、地域支援病院として登録医に門戸を開いている。かかりつけ医との連携を密にするため、中越リウマチを診る会を開催し、症例検討を行っている。さらに生物学的製剤の地域連携のために、クリニカルパスと登録フォームを作成し、運用している。

Ⅲ. 当院リウマチ診療の問題点と改善対策

当院の糖尿病センターは他科の専門医も隣の診察室で診療にあたり、患者は同じ区内で集中的に診療を受けることができる。リウマチ病は前述したように同じ日に開設されてはいるが、患者は各々の外来を回らなければならない。平成9年に新築された病院ではあるが、医師数の増加や専門外来に対する展望がなく、後発のセンターに与える空きスペースがない。一方、現在のところ、リウマチ専門医の人数も不足、毎日外来を開設するには至っていない。自前の研修医を育て、地道に発展させていきたいと考える。行政側からもこのようなセンターが軌道に乗るように経済的にも助成をお願いしたい。

Ⅳ. 当院におけるリウマチ患者長期経過観察対策

オーダリングシステムは動いているが、電子カルテ化とはなっていない。そこで、リウマチ外来受診患者はマイクロソフトのアクセスで作成した“RAデータベース”に診察ごとに関節症状（人体図上に疼痛関節と腫脹関節部位）・mHAQデータ・検査データ・X線撮影部位とそのLarsen's grade・手術部位と術式を保存できるようにした。このファイルは診療システム上に乗せてあり、外来・病棟・医局からオンラインで操作できる。前述した患者さんに持たせている“リウマチ日記”の電子化で、これをもとに手術患者の術後成績調査や薬物療法の成績をACR改善率で調査することができる。一方、入院総括データベースとの互換性をよくしたいと考えている。

Ⅴ. その他

医者だけで予後調査をすることは困難である。患者側の自己評価（健康関連QOL）に関してはPTやOTによる定期的な診察時に調査票記入をサポートしてもらうことで100%にできるだけ近づけた予後調査をめざしている。

I. 当院でのリウマチ病診療状況

①現病院の概要

- ・一般病床136床（内科・リウマチ科46床、整形外科48床、回復期リハビリテーション病棟42床）
- ・総合リハビリテーション施設A
- ・手術の施設基準；人工関節置換術（年間150例）
- ・リウマチ内科医2名、リウマチ外科医3名、リハビリ医2名、研修医2名；計9名
- ・リウマチ指導医3名、リハビリ指導医1名
- ・RA入院延べ患者数；720名/年間
- ・RA外来通院実患者数；2500名/年間

②リウマチ専門病院としての経過

- ・昭和56年より新潟県下の県立リウマチ専門病院として診療、研究、研修、啓蒙活動を通し、実績をあげてきた。10年前より括弧付けであるがリウマチセンターの名称が許可され、平成18年度には新地に移転するかたちで県立リウマチセンター（正式名）として再出発予定である。

③外来

- ・内科、整形外科、リハビリテーション科それぞれにリウマチ専門外来を有し、月曜から金曜まで連日リウマチ病の診療にあたっている。
- ・検査は1時間以内に結果が判るよう至急扱いとして、炎症程度の把握、合併症対策を講じている。
- ・外来は看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士、作業療法士、医療相談員（MSW）などとチーム医療をおこなっている。
- ・患者の通院状況は主医療圏50%、その他の県内40%、県外10%となっている。
- ・リウマチコントロールの状況はコントロール下にあるものは60%、進行性でコントロール不十分は40%である。（一般病院と違い進行性、コントロール不十分例の紹介患者が多いことによるバイアス）

④入院

- ・内訳は手術患者、内科合併症患者、薬物コントロール不十分、検査・教育入院などに分かれる。
- ・入院期間をできるだけ短縮するために、亜急性期病室12床、回復期リハビリテーション病棟（42床）を有し活用している。

⑤啓蒙活動

- ・院内では月一回リウマチ講演、外来ではビデオ使用、看護師個別指導など。
- ・院外では県内3ヵ所において福祉保健部主催のリウマチ相談会開催。

Ⅱ. 当院リウマチ診療における診療連携の状況

①病診連携

- ・当院研修終了リウマチ専門医（48人）の中で診療所を開設した6ヵ所を中心に連携。その他の一般診療所からの紹介は10%となっている。

②病病連携

- ・大学病院リウマチ外来など、公的・私的病院7ヵ所に当院のリウマチ専門医が出張しコンサルトを行うサテライ形式をとり、紹介入院患者の30%がこれにあたる。

Ⅲ. 当院リウマチ診療の問題点と改善対策

①医療スタッフ不足

- ・医師数が医療法の80%しか満たされていない

②地理、アクセス不便

- ・県の最北端に位置し交通アクセスが悪い

③高度医療に対応不十分

- ・重篤な内科合併症、アミロイド症の腎透析、肺炎のICU、リスクの高い手術（麻酔医不在）などの対応が不十分

④小児リウマチ医療の対応不十分

- ・リウマチ病専門の小児科医の不在

*改善策

①単科病院であるため、循環器科、麻酔科、眼科、皮膚科、泌尿器科、ICU、透析などは他院に依頼中であるが限界のため、総合病院に隣接した独立リウマチセンターとして再構築（平成18年11月移転、独立、運用は共同）

②リウマチ研修施設として継続性のある研修プログラムを作成し、全国の研修希望者を公募し医師不足を解消する。

Ⅳ. 当院におけるリウマチ患者長期経過観察対策

①診療録の保存・整理

- ・医療法上診療録の保存は5年になっているが、すべての資料は永久保存とする。
- ・新病院では電子カルテを導入しデータの共有化、永久化を図る。

②X線フィルムの保存・デジタル化

- ・現在までのX線フィルムをデジタル化し、今後の電子カルテに取り込み時系列状

に使用可とする。

V. その他

- ①独立法人国立病院機構リウマチネットワーク（SACRA）に参入し、患者データ集積、治療法の普遍化、有害事象の対応、などリウマチ情報の共有化を図る。
- ②リウマチ医療提供体制改革案
 - ・平成10年に出された日本リウマチ学会、日本整形外科学会、日本リウマチ財団の代表による私的検討委員会が提案した「リウマチ医療提供体制の改革案」にしたがって、リウマチ病医療はかかりつけ医、二次医療圏センター、都道府県センター（当院はここに位置する）、ナショナルセンター（現相模原病院）に区分し、それぞれのリウマチ医療を分担する。この基本を政策医療として全国規模で早期実現させる。
- ③新・県立リウマチセンターの概要
 - ・集学的医療提供機能； 総合病院に併設することにより、人材面、施設、設備面での連携を図り、広い分野での集学的医療提供体制を充実させ、合併症や高度な手術に対応する。
 - ・情報センター機能； 患者や関連医療機関への情報センター機能として、リウマチに関する情報の集積、分析、発信体制を整備する。
 - ・臨床研究機能； 新潟大学、山形大学、東京女子医大などと連携し、リウマチの治療と臨床研究を行うセンター機能を確保する。
 - ・研修機関； 日本リウマチ学会専門医、日本リハビリテーション学会（運動器）専門医、後期臨床研修医などの研修施設としてスタッフ、施設の充実を図る。

国立病院機構大阪南医療センターにおけるリウマチ病診療

佐伯行彦

I. 当院でのリウマチ病診療状況

当院は大阪（南部）、奈良、和歌山のトライアングルの中心に位置し、1府2県に跨がる広域の診療圏における、リウマチ病医療の基幹施設として位置づけられている。また、政策医療においても、免疫疾患の基幹施設、骨／運動器の専門医療施設に指定され、この分野における高度先進医療を精力的に行っている。

当院でリウマチ病の診療を担当している主な診療科にはリウマチ科、アレルギー科があり、リウマチ科は主に関節リウマチとその類縁疾患、アレルギー科は気管支喘息を主としたアレルギー疾患と他の膠原病を担当している。また、当院のリウマチ科は、内科系（内科医）、外科系（整形外科医）の専任スタッフで構成され、内科系と外科系の融合した形で組織運営されている。

II. 当院リウマチ診療における診療連携の状況

リウマチ科においては、組織上も内科系（内科医）と外科系（整形外科医）で構成され、相互連携が円滑にできる体制となっている。また、リウマチ科、アレルギー科、さらに呼吸器科を加えた合同症例検討会／回診を毎週実施し、関連診療科間の診療連携を計っている。

III. 当院リウマチ診療の問題点と改善対策

現時点では当該分野における地域連携は十分とは言えない。主な原因は、近隣のリウマチ専門医が絶対的に少ないため、病状の安定したリウマチ性疾患患者をリウマチ診療のできるかかりつけ医へ逆紹介することがスムーズにできていない。リウマチ診療のできるかかりつけ医の教育／養成が必要と思われる。

IV. 当院におけるリウマチ患者長期経過観察対策

当院は国立病院機構が組織する政策医療免疫異常、骨／運動器疾患の基幹、専門医療施設であり、そのネットワーク施設となっている。とくに、関節リウマチについては、国立病院機構相模原病院を中心としたiR-netと呼ばれるネットワークが構築され、同病院にサーバーを設置し、各施設（当院を含む）からオンラインで患者登録を行い、登録患者について、毎年臨床データの追加、更新を行い、臨床データの蓄積を行っている。

V. その他

当院には臨床研究部が設置され、基礎研究も精力的に行われている。

I. 当院でのリウマチ病診療状況

日野病院は内科、消化器科、外科、整形外科、理学療法科、心療内科、皮膚科、眼科の診療科を持つ準総合病院である。日野病院リウマチ科は専門医（日本リウマチ学会指導医）である志水が医師としては一人で診療を担当しており外来診療が主体である。現在の外来患者の疾患別内訳は表-1の通りである。初診は原則として紹介患者に限っている。

関節リウマチ	298名
強皮症	27名
全身エリテマトーデス	26名
混合性結合組織病	20名
多発性筋炎・皮膚筋炎	18名
シェグレン症候群	7名
ネフローゼ症候群	4名
ベーチェット病	4名
その他	33名
合計	437名

表-1

なお日野病院は52床の回復期リハビリテーション病床を持ち理学療法科はPT12名OT17名を擁している。

II. 当院リウマチ診療における診療連携の状況

日野病院は日本リウマチ学会の教育病院の認定を受けておりリウマチ科専門施設として一般の診療所からの紹介を受けると同時に重症時の治療および手術（日野病院整形外科は関節リウマチに関する手術を行っていない）に関しては近隣の病院（大阪労災病院、国立大阪南医療センター、堺市民病院など）に紹介を行っている。

III. 当院リウマチ診療の問題点と改善対策

一般の診療所から患者の紹介を受ける専門施設でありながら、重症患者や手術を要する患者に関しては当院のみでは完結で出来ない事がひとつの問題点であるが日野病院の病床数や規模などの制約からリウマチ科の拡充は計画されていない。上述の近隣の病院との連携で対応しているが幸い連携はスムーズに行われている。

IV. 当院におけるリウマチ患者長期経過観察対策

一人の専門医がかかりつけ医として診療する形態のため約2/3の患者は長期的に受診を続けており。紹介を受けた診療所に戻っていただいた患者さんについても追跡調査が可能な状態を続けている。

V. その他

リウマチ科専門医が同時にかかりつけ医として少数の患者を長期に診療する形態は、重症化、手術、複雑な合併症の発生など必要に応じて高度医療を適用出来る条件が整っている限り、患者にとって満足度の高いものであると考えている。

大阪市 行岡病院におけるリウマチ（RA）病診療

行 岡 正 雄

I. 目的

行岡病院の立地条件、規模、機能について紹介し、そこに通院中のリウマチ患者の実態を調査するとともに今後のよりよいリウマチ治療のあり方を考察する。

またRA患者のデータ管理については当院副院長島岡康則のもとに積極的に進めようとしているので現在の状況及び彼の考える将来的な構想についても合わせて述べる。

II. 当病院の概要

1) 病院の形態および立地条件

当病院は医療法人（財団）の病院で、病床数349床を有し、そのうちわけは一般病床237床、回復期リハビリテーション病棟56床、療養病床56床である。大阪市北区に位置し、北区内には500床を越える大病院が3つと、その他5つの病院と当院を加えて計9つの病院が存在している。また、約1キロ程度はなれた都島区には大阪市立総合医療センター（1063床）があり、大病院の密集したところに位置している。北区の人口は91,952人（平成12年現在）で、大都市の性格上、昼間人口は多いが、居住者は少ない。地理的には大阪の中心地である梅田からタクシーでワンメーターの距離にあり、また、地下鉄天神橋筋六丁目駅から約200メートルと極めて交通の便のよいところに立地している。リウマチ治療に関しては、昭和50年代後半より大阪大学整形外科で手術後のRA患者の転院先としてRA患者のリハビリを中心に行っていたが、昭和61年よりリウマチクリニックを開設し、RA患者のリウマチ診療を大阪大学の指導協力のもと独自に開始した。

2) 病院機能

1) 標榜科目 ()内は非常勤医師により診療

内科、消化器科、リウマチ科、外科、整形外科、脳神経外科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、歯科・口腔外科、(婦人科、泌尿器科、皮膚科、放射線科)

2) RA患者の手術

肩関節、肘関節、股関節、膝関節、足関節など、全身のほとんどの関節への対応が可能である。しかしながら脊椎に関しては脳神経外科が行っており、RA患者の脊椎手術の経験は少ない。平成16年8月から平成17年7月までのRA患者に対する人工関節置換術症例数は70例（変形性関節症は除く）であった。

3) RAの治療

レミケード[®]46例、エンブレル[®]5例を平成17年8月時点で行っている。また、LCAP（白血球除去療法）を週一度曜日を決めて行っている。（8月1日時点で15例）

4) 消化器系

胃内視鏡や大腸ファイバー、ERCP等ほぼすべてに近い消化器の検査と手術を外科内科共同で行っている。

5) 呼吸器系の診断治療

気管支ファイバーや造影等の検査は専門医がいいため不可能であるが、ヘリカルCTにより生物学的製剤投与前に十分なスクリーニングを行っている。

6) RAの治療と院内の連携

リウマチクリニック通院中のRA患者診療のほとんどは5人の整形外科医によってなされている。入院後は全身管理とともに、レミケード[®]、エンブレル[®]の投与等、リウマチに関しても熟知した内科医との共同によって管理にされている。

7) 患者のデータ管理

1) 患者の長期経過観察に必要な診療情報の管理

現在当院定期通院している患者の臨床データは患者基本情報（住所、生年月日、性別）の他、

リウマチ発症年月日、罹患関節数、病型分類、stage, class, 身障等級

現在の状態（通院、当院入院、他院入院、治癒、死亡・・・）などの基礎情報の登録とともに、

1. 投薬（ステロイド、DMARD's、NSAID、生物学的製剤、また合併症に対するすべての投薬）
2. 合併症（消化器、腎疾患、循環器、呼吸器、アレルギー、内分泌、血液疾患。感染症、神経運動器、膠原病などに分類し、それぞれ小項目を設定）
3. 骨塩定量データ（手関節近位、腰椎、大腿骨頸部、踵骨、また動脈硬化検査値も含む）
4. 臨床検査データ
5. 関節手術（関節手術の全履歴）
6. 罹患関節（erosion以上の関節の表記）
7. 画像データ（代表的画像の登録）

8. リハビリ目標（患者ごとの運動器リハの目標設定）
9. 問題点
10. 研究データ（インフォームド・コンセントに基づく研究がなされた時の測定結果）の項目について、すべてデータベース化し、診療のかたわらで登録、参照できるように構築している。

これらは

1. 患者基本情報が瞬時に把握できること。
2. 患者スクリーニングがおこなえること。
 （例えば生物学的製剤の潜在的候補患者がどのくらいいるか、あるDMARD'sでの腎への影響がどの程度考えられるか、など複数条件での検索、スクリーニングが瞬時に行える。）
3. 治療計画を統一することと、複数医師の治療経過をお互いに検証できること。
4. データベースを院内LANに置くことによって全ての医師によってデータが共有できること。
 （ただし、医療従事者のレベルごとのID、パスワードによって、表示される項目を制限している。）
5. 研究データの臨床的背景や投薬の影響が即座に判断できること。
 を目的として構築されている。

以下にデータベースの一部の参照画面を示す。

The screenshot displays a medical database interface. At the top, it shows the hospital name '施設名 行徳病院' and navigation buttons. Below this is a patient information form with fields for '患者ID', '郵便番号 591-8023', '住所 大阪府', '患者氏名', '性別 F', '生年月日', '年齢 55', '電話', 'フリガナ', '発症 S55', '罹病年', '敬服回数 1', '病型 MFS', 'stage 4', 'class 2', '身長', '級', '入院日 2005.3.16', and '状態 外来通院'. Below the patient info is a section for '主科 リウマチ科' and '主治医(内科)'. A menu bar at the top of the main content area includes '投薬', '合併症', '管理定数', '検査データ', '関節手術', '罹患関節', '画像', 'リハ目標', and '研究データ'. The main content area features a human body diagram with labels for '右' (Right) and '左' (Left) sides, and various joints. A specific entry for '人工関節 2005.3.22' is highlighted. To the right of the diagram are fields for '新機手術' and '機手術'. At the bottom right, there is a '手術備考' section. The footer of the interface indicates '新機作成日 2005.2.25' and '修正日 2005.5.2'.

8) 研究

1. RAの骨髄からみた病態解明及び骨粗鬆症、疾患遺伝子の研究を、大阪大学ならびに国立相模原病院、塩野義研究所と共同で行っている。
2. ストレスのRA患者に対する影響ならびにストレス対処方法、RA患者の睡眠障害について臨床的研究を行っている。
3. RA患者のデータベース、手術検体等多くの研究施設に提供利用していただく準備がある。

Ⅲ. 患者の実態調査

1) 来院患者数

平成17年1月から平成17年7月までの間に当院リウマチクリニックを受診したRA患者は1309人（男性199名、女性1110名）であった。

受診時年齢は15歳から90歳、平均年齢59.81歳（±13.02）であった。

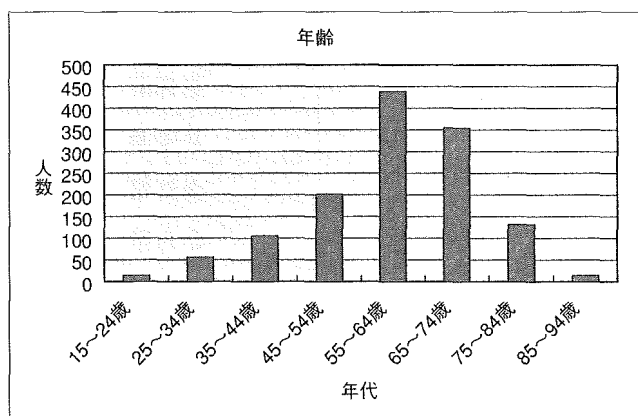


図1. 受診患者の年齢分布

2) 受診患者の年齢分布

結果は図1のとおりで、65歳以上の高齢者は498例38%、75歳以上の後期高齢者は142例10.8%であった。

3) 受診患者の居住地

これらのRA患者の居住地について調査した。大阪市内530例40.5%、大阪府内520例39.7%、県外259例19.8%である。（表1）また、府下からの来院患者は医療圏ごとにその来院患者数を分類したが、府下においてもかなりのRA患者が遠方の医療圏より来院している。（図2）

地域		人数		%
			内数	
大阪市内	大阪市二次医療圏	530	530	40.5%
大阪府内	三島二次医療圏	520	71	39.7%
	豊能二次医療圏		156	
	北河内二次医療圏		103	
	中河内二次医療圏		112	
	南河内二次医療圏		19	
	堺市二次医療圏		30	
	泉州二次医療圏		29	
他府県	京都府	259	25	19.8%
	兵庫県		118	
	滋賀県		8	
	奈良県		70	
	和歌山県		11	
	三重県		9	
	岡山県		6	
	広島県		2	
	山口県		1	
	鳥取県		2	
	徳島県		1	
	石川県		1	
	福井県		1	
	埼玉県		1	
	栃木県		1	
	愛知県		1	
熊本県	1			
合計			1,309	100.0%

表1. 受診患者の居住地

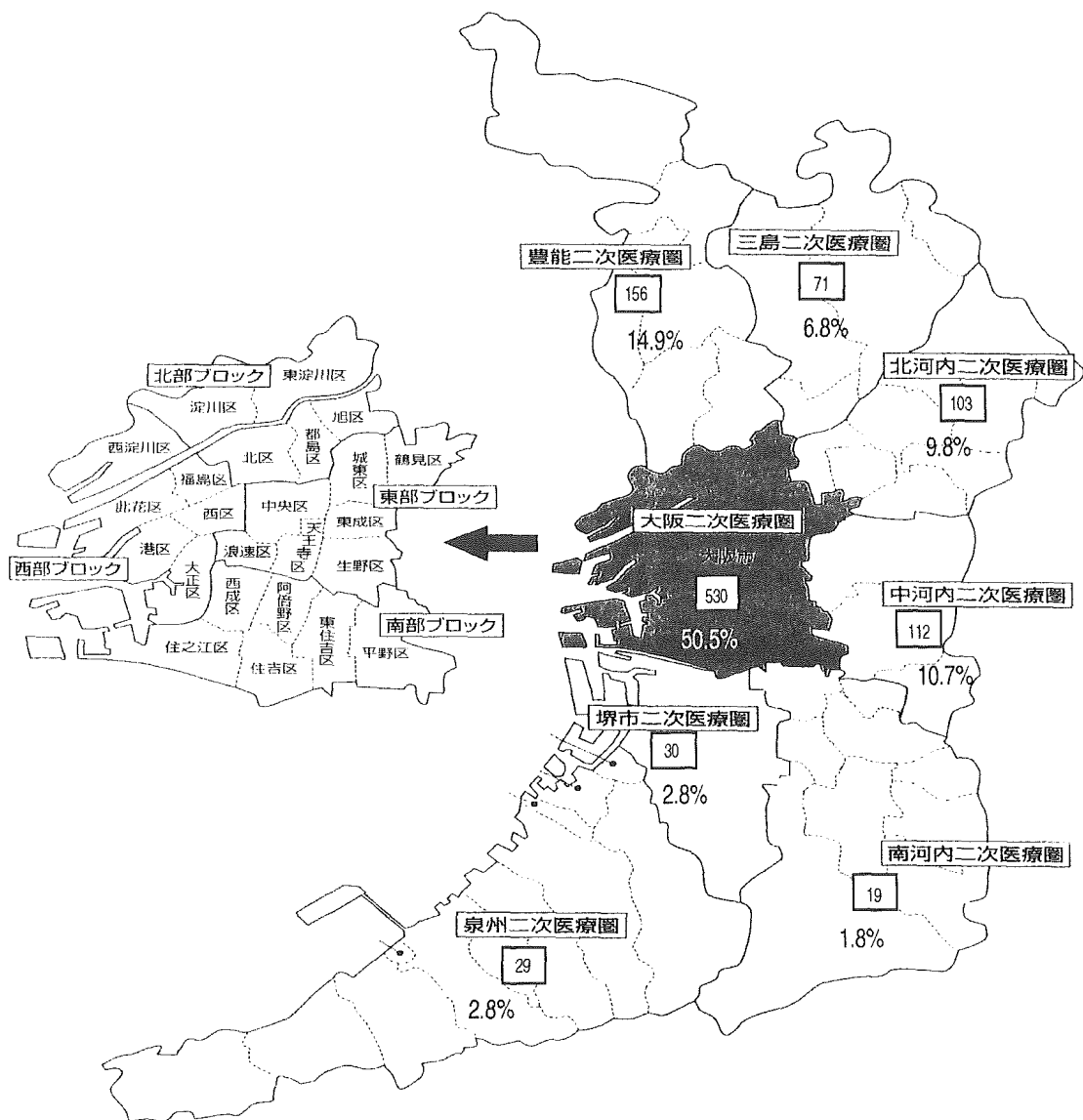


図2. 大阪府下より受診するRA患者1050名の内訳

IV. 所帯人数かかりつけ医の有無についてのアンケート調査

1) 平成17年7月第4週と8月第1週に当院外来通院を行ったRA患者にアンケート調査を実施し、以下の4項目について調査した。調査した307例のRA患者の平均年齢は59.9歳(±12.0)、そのうち65歳以上の高齢者は113例、75歳以上の後期高齢者は28例であった。

1. 独居の割合
2. 配偶者とのみの生活(配偶者との二人生活)
3. 配偶者以外の家族との生活(配偶者との同居も含む)
4. かかりつけ医の有無

なお、1～3の項目については240例のRA患者で施行し、4は307例全例に施行した。

2) 結果

1. 独居の患者はRA全体で27例11.3%であった。そのうち65歳以上の高齢者は18例20%であり、75歳以上4例18.2%と高齢になる程独居の割合が増加する傾向があった。
2. 配偶者と二人暮らしはRA全体で84例35%、65歳以上40例44.4%、75歳以上は6例27.3%であった。
3. 配偶者以外の家族との生活（配偶者を含む場合も算定した）はRA全体で129例53.8%、65歳以上32例35.6%、75歳以上12例54.5%であった。
4. かかりつけ医の有無についてはRA全体で165例53.7%が有、142例46.3%が無、65歳以上では73例64.6%が有、40例35.4%が無、75歳以上では21例75%が有、7例25%が無であった。かかりつけ医がない理由としては、「他に病気がないため」「必要がないため」「当院があるため」が多かった。

V. 考察

1) 院内の各科間での（内科、整形外科）連携の問題点について

当院では大部分のRA患者の診療を外来で整形外科医が行っている。ここでスクリーニングされ、生物学的製剤の投与が必要と考えられた場合には、内科医にて全身精査の後、生物学的製剤投与に関する投与プログラムが組まれる。RAの投薬等の指示は主治医（主として整形外科医）が行い、内科医は生物学的製剤投与や内科的合併症、全身状態の把握を行う事に役割分担し、より効率的な連携をとっていきたいと考える。また、患者のデータは内科医、整形外科医が主治医以外でもデータを共有しており、この分野でも連携がとれているものと思われる。今後カンファレンスを多くおこない、また医者同士の連絡を密にし、治療方針がさらに一定して患者に伝わるようシステムを向上させる予定である。

2) 病棟間連携について

重症の、あるいはADLの著しく障害されたRA患者においては長期間の入院が必要な事が多く、一般病棟での管理は在院日数の問題も含めて非常に困難である。当院には回復期リハビリテーション病棟および療養型病床群があり、このため一般の老人の入院に対しては比較的うまく対応できている。RA患者の場合、単関節が破壊され手術治療を必要とする場合などは、例えば膝人工関節置換術は、約6週間の入院日数で対応できるので、一般病棟の入院でもあまり問題にならない。しかしな

がら合併症の多い重症のRAや機能障害の著しいRAの場合は在院日数の問題からも一般病棟での対応は困難で、回復期リハビリテーション病棟や療養型病棟への移動が望ましいと思われるが、回復期病棟は在院日数3ヵ月間のしぼりがあり、また療養型病棟への移動では在院日数の問題は解決されるが、RA患者の場合は投薬や検査がかなり高額になることが多く、一日あたりの入院料が定額で低く定められている療養型病棟への移動はコストの面からも、またマンパワーの面からも困難である事が多い。長期入院が必要な重症のRA患者への対応は今後の大きな課題であると思われる。

3) 病病連携について

当院ではまだRA患者の脊椎手術症例が少ないため、とくに変化の強いRA脊椎の手術に関しては経験の豊富な大阪大学や国立南大阪医療センターに手術を依頼している。安定期に入ってリハビリが必要な場合、当院に転院のうえりハビリを行っているが、この場合も同様に長期入院が問題となる。

4) 病院および介護施設との連携

RA患者では加齢によるADL変化に加えて内科的な合併症やまたRA自体の治療の必要性から適当な介護施設への紹介が困難であることが多く、転院に難渋している状況である。後方病院や施設の充実等、国、都道府県レベルで推進していただければより専門医療に特化することも可能と考える。

5) 病診連携について

患者の半分近くがかかりつけ医をもっていない。この理由として、当院での医師と患者との良好なコミュニケーションがその原因かもしれない。RAの場合には生物学的な治療等最新の治療が登場しているにもかかわらず、現在まだ根治的な治療方法がなく、医者と患者との間の良好なコミュニケーションのにたった上での寛解や悪化をくりかえすRA患者への適切な日常生活の指導、教育、薬剤の投与等のトータルマネジメントが重要と思われる。個人的な見解であるが、このことから最低2ヶ月に1回程度の診察が必要なものと思われまた患者も希望する。ただ65歳以上の高齢者においてもかかりつけ医をもっていない傾向があることは、かなり憂慮される問題である。なぜならば高齢者は老化に伴う種々の疾患を誘発しやすく、特にこのように遠距離の患者が多い当院においては、ぜひ地域のかかりつけ医をもつことが全身管理や介護の面からも重要と思われる。またかかりつけ医との連携についての問題として、個人的なことではあるが、気心のしれた連絡を取りやすい先生の場合、投薬等をお願いして、半年から1年に1回程度のフォローをしている患者も

いるが、紹介もとに患者をかえす場合に、あまり紹介もとの先生がRAの治療に熱心でなかったり、あるいは薬のメーカーの違い（ジェネリックの使用）等で、薬の効果が異なったりして、なかなかうまくいかない現実を痛感している。これに対してはリウマチ学会でのリウマチ疾患の啓蒙やリウマチ登録医の増加が解決策になるものと思われる。

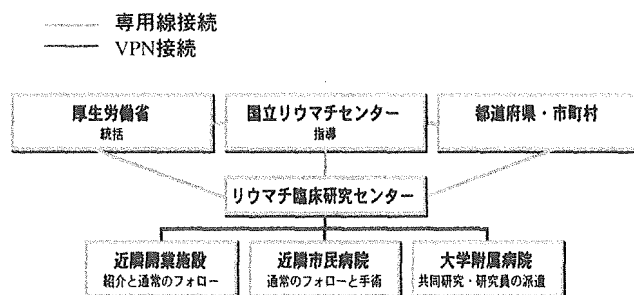
6) 行政と連携したRA患者への対応の必要性

今回の調査において当院外来の多く、113例36.8%が65歳以上の高齢者であることが判明した。またRA患者はかなり広域から来院していることも判明した。高齢RA患者の場合、RAそのものによる機能低下に加えて加齢の問題が加わってくる。また内科的合併症も多い。高齢者の施設として老健施設、特別養護老人ホームがあげられ、入院施設外では訪問看護、介護、デイケア等の在宅医療が存在する。これらの入所施設は現在、一般の高齢者でも入所が困難であり、とくに高齢とともに合併症や重症の機能低下を有するRA患者は受け入れを好まれない場合も多く、これらの面については高齢RA患者専門施設等の設置を含めた行政の対応が望まれる。また、独居や高齢者で配偶者とのみ生活しているRA患者が多い実態も今回の調査から判明した。この現象は一般の高齢者の介護で問題となっている、すなわち高齢者が高齢者を介護するような現状をあらわしているのかもしれないが、機能低下の著しいRA患者の場合はさらに深刻なものと思われる。このようなRA患者の在宅医療を行うためにはとくに地域の行政や診療所との連携が非常に重要になるものと思われる。

7) 行政・病診連携の将来像（データベース管理を中心として） 文責 島岡康則

将来的には医療専用ネットワークにて、1つのリウマチセンターで蓄積データが全ての医療機関で利用できることを目標としている。ただし、専用ネットワークを全国的に実施するには高額な予算が発生することを考えれば、現実的には厚生労働省、国立リウマチセンター等の公の機関とは専用ネットワークで接続し、大学附属病院、またより小規模な医療機関や個人的な医療機関とはVPNの技術を応用して接続するシステムを構築したい。すなわち行政(厚生労働省、国立リウマチセンター等の公の機関)では当院のデータベースがそのまま資料として観察、検証される(定点観測されたデータがそのまま利用される)。そして、より小規模の医療機関ではVPNを利用して、患者が当センターのIDカード(診察券)を提示した場合に限り、その患者についての当センターでのデータを参照できるシステムを構築したいと考えている。

以下にその模式図を示す。



このようなVPN接続を安全に行うためには患者IDカード（診察券）に「時間ごとに変動する暗証番号のロジック」を組み込んだICチップを貼付けるなどセキュリティーについて配慮を行う必要がある。ただしこの技術は企業などではすでに実用化されているものであり、これが医療ネットワークにおいても実現されるならば、IDカードをもった患者であれば、全国どこの医療機関に受診しても、即座にこの患者についてのデータベース（投薬内容、合併症、臨床検査、関節手術、罹患関節、画像、リハビリ、目標、問題点などのデータ）が参照され、患者が近医を受診、また不慮の事故、旅行中での急変や薬の紛失、あるいは災害などにより、他の医療機関を受診した場合でも、当センターに受診するのと同様の気軽さで蓄積されたデータ、診療内容を利用でき、その恩恵は計り知れないと考える。

また行政の側からも、どのような患者が、どのような投薬内容で治療されているかを医療専用ネットワークにて、より安全にリアルタイムで把握でき、なんらかの副作用状況の発生を観察することも、注意を促したり、あるいは医療指導を行うことも可能となると考えられる。

現在の当センターでのデータベースは院内では非常に有用に活用されておりますが、これが全国レベルで利用できるシステムとなるよう行政の指導をあおぎながら発展させていきたいと考える。

VI. 今後の当院の目標

大阪市には大病院が多く、人工関節の手術治療等はほとんどの病院で対応が可能なものと思われる。またエンブレル[®]やレミレケード[®]等の生物学的な製剤も多くの病院で対応が可能である。しかしながらRA患者の治療にはこのような積極的な治療のみならず患者さんの精神、身体、社会的要素を含めた総合的な治療およびケアが必要なものと思われ、これらを総合的に行う施設としてリウマチ専門病院の存在意義があるのではないかと考えそれを目標にしている。これを行うためには前述した如くRA患者のデータベースをさらに発展させ、病診、病院間、行政との間で共有できるような患者管理システム作りを行い、RA患者のおかれている現状を正確に把握し、これ

を活用しながら診療所との病診連携のみならず行政との連携の上にならったトータル的なマネジメントを行う事が重要である。また、大学病院や企業との連携を深め、臨床的研究を行っていくことが全く原因不明の難病であるRAには不可欠なものと考えられる。ただこれらを民間病院単独で行うのは困難で行政よりのなお一層の指導を仰ぐことが必要なものと思われる。

Ⅶ. 結論

人口高齢化に伴って高齢RA患者は今後ますます増加していくものと思われる。リウマチ専門病院は重症RA患者の最新の治療とともに高齢RA患者のケアを行政とともに考えていく必要があるものと思われる。

(財)甲南病院・加古川病院におけるリウマチ病診療

居 村 茂 明

I. 当院でのリウマチ病診療状況

1. 患者について

過去3箇月間の一日平均外来患者数	111.5	名
〃 一日平均入院患者数	76.9	名

2. 患者地域別 (H17年7月)

地元市・町	29.7	%
隣接市・町	33.7	%
県内	19.5	%
県外	17.1	%

3. 初診患者について

過去3箇月間の一日平均初診患者数	6.1	名
この内、診療情報持参患者の割合	43.0	%

4. 対応する専門医数 (外来)

内科	5	名
整形外科	5	名

(一日4～5名で対応)

5. 対応する理学・作業療法士

理学療法士	6	名
作業療法士	4	名

II. 当院リウマチ診療における診療連携の状況

上記のように、40数%の初診患者が診療情報を持参するが、病・診、病・病連携は、理想から遠い状態である。その理由は、

1. 情報提供医師が、当院の治療を依頼すること。
2. 患者が、当院での治療を希望すること。
*治療レベルの落差を、患者が感じてしまう。
3. 薬剤に対する反応が、判然とするまでの期間が長く、また効果不十分で、次々に他の薬剤を必要とする患者が多いこと。
*この間のやりとりの間に患者が疲れてしまう。
4. 最近の薬剤が、極めて微妙な専門性を要求すること。

当院では、免疫抑制剤使用中の患者が60～70%を占めるが、これら患者では副作用のチェックが外来当日になされる必要があるが、地域の診療所では必ずしも容易でない。

この他微妙な問題が少なくなく、患者の約10～15%においてのみ連携が成り立っているのが現状である。

Ⅲ. 当院リウマチ診療の問題点と改善対策

1. 前項にあげた4点は、すべてそのまま、当院での問題点となっており、常にマンパワーを不足させる主因となっている。当院の前身であった国立加古川病院時代、数年に亘って県内各地でリウマチ教室を巡業したが、リウマチ医療に手を挙げる医師は、さほど多くならなかった。(少しずつ増える傾向は見られる)
2. 最近の薬剤は、数はおおくないが、重大な合併症をおこす。当院では、前回の来院時に検査予約を行い、当日診察前に採血・尿を行い、診察時ある程度の結果が分かるようにしている。ただ、患者自身で注意していただく通常の感染症など、プリントを用意して十分に説明の上署名していただくようにしているが、それでも地域医療機関の救急外来を訪れ、時間的なロスを作ってしまうことが稀にある。

Ⅳ. 長期経過観察対策

特になし。近い将来電子カルテを採用する予定である。それにしても定期的に関節所見を採る必要があるが、通常外来での実行は仲々難しい。水銀血圧計による握力測定は、この目的に関して有意のものと考え実行している。検査結果における炎症指標の吟味は、患者ADLの実状を反映しない。