

兵庫医科大学（リウマチ・膠原病科）におけるリウマチ病診療

佐野 統

I. 当院でのリウマチ性疾患診療状況

平成16年の当診療科の診療状況を以下に示す。年間新外来患者数784人、一日平均外来患者数50.1人、一日平均入院患者数19人、平均在院日数323.1日、臨床試験5件。平成14年にリウマチ・膠原病科が設立されて以来、外来患者数、入院患者数、紹介患者数は年々増加している。在院日数に関しては難治性、重症患者が多く長い傾向にある。

II. 当院リウマチ診療における診療連携の状況

阪神地区の一般開業医、病院からの紹介、リウマチ専門病院からの難治性疾患の紹介は年々増加している。しかし、リウマチ専門医が少ないために逆紹介が困難な状況である。

III. 当院リウマチ診療の問題点と改善対策

- 1) リウマチ患者増加に比べスタッフが足りない：入局医師の勧誘を精力的に行っている。
- 2) 在院日数の問題：ステロイド量が多い状態にて退院させる方向で検討中。
- 3) 外来処方薬種類の増加
- 4) 治験スタッフの確保
- 5) 診療連携機関のリウマチ専門医の確保：現在近隣3病院を中心に患者受け入れ体制を準備している。また、阪神地区でのリウマチ研究会を積極的に行い診療連携を取り入れている。

IV. 当院におけるリウマチ患者長期経過観察対策（診療情報管理）

本大学は電子カルテを準備中である。また、データベースを作成し経過観察する予定である。東邦大学大森病院、川合眞一教授を中心に数施設で行う予定である。

東広島記念病院リウマチ膠原病センターにおけるリウマチ病診療

山名 征三

I. リウマチ診療状況

当院は1994年、平成6年8月に開設されたリウマチ膠原病の専門病院です。当初より、広域医療を目的とし、広島県下全域はもとより、近隣県からも患者さんが多数来院しております。当初から、内科系のリウマチ専門医のみで診療を行う体制をとり、手術の必要な症例は連携している整形外科系の病院に紹介をしています。

年間外来患者数は、2003年度で、4万6000人。そのうちの60%余が関節リウマチ、20%が関節症、筋、腱関連、15%が膠原病、残り5%がその他という患者構成になっております。病床数は44床、常勤医師7名、非常勤3名、看護師34名、理学療法師1名、作業療法師1名となっております。外来診察は、午前中はすべて予約制で患者が医師を指名するというユニークな制度を採用しております。午後は予約をとっておりません。

リハビリは安静を中心とし、ROMの確保を目的としております。温熱療法は行わず、患者教育はリウマチを中心に内科全般のことを行っております。無菌ベット、挿管練習用の人体模型も備え、不測の事態にも対応できる態勢を整えております。

今日では、広島県を中心として中国地方西半分の内科系のリウマチセンター的な役割を担い得るまでになっております。将来的には、当院より10分の所にある県立リハビリテーションセンターとともに、広島県における関節リウマチのトータル機能を担えればと考えております。

II. リウマチ診療における病診連携

当院の外来受診患者の約30-40%は紹介状を携えて来院します。こちらが求めれば70%以上の紹介率も可能です。診断確定後治療方針が決まれば、紹介医に返すことを原則にしておりますが、患者自身が帰りがたらず、そのまま居続けるということがいまの大きな悩みです。当院は内科系の専門医による診療を行っており、手術が必要であれば整形外科系病院へ紹介をいたします。大部分の患者は手術した後、また、当院でのコントロールを希望するという流れが通常になっております。今後、生物製剤を使用する患者が増えるにしたがい、各地の内科系の病院ないしは診療所と連携関係をつくり、患者のフォローをしていく必要を感じております。

III. リウマチ診療の問題点

内科系のリウマチ医が診療活動を行っておりますが、リウマチ診療に必要な関節注射、あるいは諸々の処置は特段の不便を感じておりません。手術は出来ればこれに越したことは無いと考えておりますが私どもは内科系リウマチ医のみの診療体制をむし

るメリットととらえています。すなわち、手術の適応を公正に判断できると考えるからです。

メソトレキセートなどを使う関係上、間質性肺炎など不測の事態が生じた場合、時間を争ってステロイドパルス療法をするというのが当院の方針です。そのため、患者さんの把握をどうするかということが今後の課題と考えています。

現在最も判断に苦慮している点は生物製剤の適応です。メソトレキセートが十分効果しないから変えると単純に踏み切るには少し時間が要ります。長い治療計画をどのようにするか。患者さんの経済的負担をどのように軽減するか。また、副作用は重篤なものが多く、どのような対応をするか等などです。

IV. リウマチ患者、長期経過観察

可能な限り処方日数を長くすることに努めている。平均で1 - 2カ月に1度の来院で、患者さんには2週間に一度の検尿、咳き、喀痰のチェックを義務づけている。加えて、遠隔通院の患者さんの場合、地元医に定期検査を依頼し、FAXでデータを送ってもらい対応することになっている。安定してくれば、来院困難な患者さんは、地元のドクターへの紹介を行っている。ただし、年間2 - 3回の受診をしていただくようお願いをしている。

V. その他

ドイツでは生物製剤の使用を厳しく規制し、センター方式を採用していると聞く。したがって、生物製剤を扱う病院は患者が集中するため、入院期間を短縮し、ベッド数を増やして対応していると聞く。たとえば、日本によく来日するケコウ教授によると、2004年度から2005年度までに50床のリウマチ専門病床を80床に増やし、なおかつ、入院期間は平均で11日程度まで短縮し、入院待機者は30 - 40名いると話していた。これは政府の政策上の規制によると話していた。日本もこれから生物製剤を安全に、一定の管理下に使用するためには、そのようなセンター方式を採用することが望ましい。各県に人口100万当たり50ベッド確保すればいい。

アメリカのリウマチ専門医であるピーター シェン先生は生物製剤を主に外来で投与している。注射後、少し休ませて遠距離を帰らせることに不安を覚えるがアメリカの保険医療制度上やむをえないという。多くは近くのモーテルまたはホテルを利用していると聞く。私どもの病院に来られたことがあるが、外来、入院の様子を見て、これならば安心して生物製剤を扱うことができると話していたことが印象的でした。ちなみに、当院の関節リウマチ患者の平均入院日数は14日 - 18日です。さらに短縮可能です。

(医) 美摩病院 吉野川リウマチセンターにおけるリウマチ病診療

四 宮 文 男

I. 当院でのリウマチ診療状況

基礎療法を徹底するための患者教育、生物学的製剤も含めた薬物療法、およびリハビリテーションとケアを関節リウマチ（RA）治療の3本柱にしています。初診患者を対象としたリウマチ教室では医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、放射線技師、臨床検査技師、管理栄養士、医療ソーシャルワーカーがそれぞれの分野を担当して講義を行っています。それぞれの場面での日常生活動作指導も重視しています。新しいDMARDsや生物学的製剤の投与に際しては、DMARDs検討会で集団討議ののち、なによりも患者さんの同意と納得を重視して適応しています。生物学的製剤投与のための入院ではクリニカルパスを活用しています。

総合リハビリテーション施設があります。外来リハビリでは自宅でのリハビリ、とくにリウマチ体操の励行などを重視した指導を行っています。入院症例はリハビリ評価会議や歩行評価を定期的に行い、集団でリハビリ治療方針を確認しています。重度RAでは在宅ケアを重視し、訪問リハビリ、訪問看護、訪問介護の派遣、また通所可能な高齢RAでは通所リハビリテーションも積極的に活用しています。家庭での介護が困難になった症例は同一法人の老人保健施設や関連法人の特別養護老人ホームも利用することができます。

リウマチセンターを開設して、未だ10ヶ月程度ですが、徳島県全域や香川県、兵庫県からも受診があり、RAで500名の治療を担当しています。その他、RAが心配と来院される方、他の全身性結合組織病をはじめとしたリウマチ性疾患や以前から診療していた変形性関節症などを含めると1000例近いリウマチ性疾患の診療を担当していることとなります。

II. 当院リウマチ診療における診療連携の状況

外科的治療の準備がととのっていないため、人工関節置換術をはじめとした手術療法は徳島大学整形外科へ依頼しています。術後早期に帰院してもらい、回復期リハビリテーション病棟での治療を継続するのを原則としています。重度のリウマチ肺やアミロイドーシス、腎機能障害などは徳島大学呼吸器膠原病内科での診療を依頼しています。徳島大学とはリウマチ性疾患についての共同研究も行っています。リウマチ性疾患患者で急性救急治療が必要となった場合は近くにある総合病院麻植協同病院内科、整形外科、脳神経外科へ紹介、治療をお願いしています。

RAの診断治療目的で患者さんを紹介していただける医院、診療所、病院は40カ所を越えています。患者さんの同意がえられた症例では、定期的診察検査は3ヶ月に1回程度とし、投薬などは紹介元へ依頼することとしています。

リウマチ性疾患に関する講演会、研修会などは徳島県レベルで定期的で開催されていますが、リウマチ性疾患の県レベルでの研究会（徳島リウマチ懇話会）は中断しており、再開の準備中です。

Ⅲ. 当院リウマチ診療の問題点と改善対策

幸いコーメディカルスタッフがたくさん勤務しており、その協力に支えられて診療が成り立っているのが現状であります。リウマチ診療に携わっている医師はリウマチ医1名、整形外科医1.5名と少数であります。臓器病変などの重症病態に対応できる内科医の確保、養成が求められています。リウマチを中心とした病病連携、病診連携、ネットワークづくりもこれからの課題であります。

民間病院の中でリウマチセンターを開設、運営していますが、理想的にはナショナルセンターに対応して、県レベルで予算化し、公立のリウマチセンターが開設されることが望ましいと思われます。それができるまでの間は診療や診療連携、患者教育や住民への啓蒙さらには臨床研究のための経済的援助や人的援助が望まれます。

Ⅳ. 当院におけるリウマチ患者長期経過観察対策

カルテとは別にRA問診経過表を作成して使用しています。Lansbury指数のデータ、ACR core setのデータを記載し、定期的RA活動性の評価、1年1回はX線所見の評価を行っています。対応する欄に使用DMARD, NSAID, ステロイドや手術歴を記載しています。1～2年分のデータが1枚になり、張り重ねて行けば10年～20年の経過を追うことができます。カルテ番号とは別の患者番号を作成して、記録を残しており、手関節、膝関節Larsen gradeの変化や使用DMARD, 重篤な副作用、手術歴などは別にPCに入力してあります。

これらを作成するには膨大な労力が必要であります。将来導入される電子カルテとPCのデータを結合すれば、簡単に長期経過が保存、活用できるようになると思いますが、未だ具体化していません。PCソフトの開発も必要かと思えます。

I. 当院でのリウマチ病診療状況

i、開院当初より、リウマチセンター（リウマチ科）の名の下に、内科、整形外科、リハビリテーション科の各科が三位一体となった治療を行うことを目的として現在に至っている。患者を中心に据えながら、各科がそれぞれの問題点を提起し、全体で当たるという体制である。また、これらを実効あるものにするための支援機能を系統的に構築している。その中心をなすのが、「各科が情報を共有しながらコミュニケーションを図ること」であり、具体的には、まずカルテを統一し、医局を集中し、患者基本情報をデータベース化して提示し、他方で、全病院的・階層的なカンファレンスを定期的に行うことなどで実現している。

ii、入院部門は、内科・整形外科・リハ科それぞれに主治医制度を敷きながらも、個々の患者の治療に当たってはチーム体制を層状に組みこんでいる。

この1年間の入院患者の主な内訳を表1、2、3に示す。表1より、入院患者の3分の1以上は県外の方々であり、愛媛県内においてもその2分の1は松山市以外となっており、広域的な医療を余儀なくされていることが分かる。表2は、入院患者を疾患別にみているが、リウマチ性疾患の占める割合は89%に達しており、病院全体がリウマチセンターの様を呈している。表3は主な入院目的別集計であるが、RAの長期フォロー患者の蓄積もあって、その目的は多様化してきているのが現状である。

iii、外来部門は、内科と整形外科の別々の窓口を設けながらも、即座に連携が可能ないように配置している。現に、当院がかかりつけ医ではないものの定期的なフォローアップを続けている患者さんの場合、両科の同時受診はかなりの割合に達している。参考までに、当院外来において過去2年以上にわたってフォローアップしている、1464名のRA患者のこの1年間（2004年7月～2005年6月）の通院月回数／年（月に数回の受診もその月1回とする）を表4に示しているが、RA患者の当院への通院パターンが多様であることを読み取ることができる。

iv、リハビリテーション部門への患者の紹介は、入院患者はほぼ全員に、外来の定期フォローアップ群においてもかなりの割合で行っている。ここにエビデンスを示すことができないものの、病勢や病期に対応しつつ、QOLの維持向上に結びついたものとして機能しているとおもわれる。

II. 当院リウマチ診療における診療連携の状況

i、当院は、設立当初よりリウマチ専門病院として発足した関係もあって、診療圏が広域にわたっている。その結果、遠隔地より通院する患者さんおよびその家族の身体的・経済的負担は多大なものであった。患者会や有志による各地方への出張診療の強い要請が当初よりあったため、それに応える形で当院の医師による支援施設への出張診療（当院で言うところのサテライト診療）が開始され、順次拡張していったという経緯がある。現在の出張先は5県7箇所にかけている（表5）。

ii、上記支援施設を除く、かかりつけ医との関連で言えば、互いの情報交換は主に診療情報提供書のやり取りを中心に行っている。最近を受診形態も多様化し、患者自身はもとより、かかりつけ医からセカンドオピニオンを求められ、応えるということが多くなっている。

既述した表4は、当院で2年以上にわたるRAフォローアップ群の、この1年間の外来受診頻度を示したものであるが、その頻度が6回以下の受診者が2分の1近くに達していることが読み取れる。そのほとんどは、当院がかかりつけ医ではないものの、定期的にフォローアップを受けるために受診している。

iii、その他、広報誌の送付や個々具体的な紹介状による返事の徹底などを行っているが、これを一步進めて、支援医の研修や支援医に向けての積極的な情報提供や患者の協同管理に向けては踏み出せていないのが現状である。

ただ、各機関の要請による医学講演や患者会での医療講演・療養相談には可能な限り応じてきているところで、当センターに期待される部分の一部はまかなえているものと自負している。

iv、地域医療連携室の設置し連携施設との連携の強化

サテライトによる支援施設の形成やその維持には、マンパワーなどの面でも限界があり、また非効率な所もある。そこで、より系統的に地域医療連携に取り組み、内容の充実が求められているとの認識の下にその強化を図っている。

III. 当院リウマチ診療の問題点と改善対策

i、医療・保健・福祉の連携が問われて久しいものの、それぞれが縦割りの処理されていて、連携の実を得にくいという体制的なものによる壁があった。

ii、医療と福祉の間には、両者に深く関係する介護保険制度が施行され様相は一変した。この制度には、それぞれの機関が別個にその存続のための要件を満たす運

営を行っていけば、おのずと互いの連携を図っていかなければならないという仕組みがビルト・インされている（医療には、療養の継続性がとめられ、福祉の領域では医療側の意見や指示の下にそのサービスに当たる）。それぞれが相手方に対して情報の発信や問いかけを行うことによりその実現に向けた動きは加速している。ただ、これをより効果的に行うには、関係者によるもう一步の踏み出しが必要であるとおもわれる。

iii、問題は医療と保健との連携が制度的に図られていないことである。まず、国による後方支援（主に財政的な）が欠かせない。その上で、地方自治体がもっと積極的に調整機関として手を挙げ地域の特徴をふまえた対策や調整を行うべきである。都市と農村では大いにその内容が異なって然るべきである。現に効果を挙げている事例も散見される。

IV. 当院におけるリウマチ患者長期経過観察対策

i、リウマチ患者の「通院中止例」へのアンケート調査、アミロイドーシスの予後調査、頸椎固定患者の予後調査など、時々プロジェクトに付随した調査や観察、MTXなどの長期服用者に対する呼びかけなど一部での定点観測的な対応をおこなっているものの、多角的・継続的な観察調査にまではいたっていない。長期経過は、各医師の主観的な像のなかに留まっているというのが現状である。

ii、当院では、開院以来、RA患者登録、手術台帳の作成、RA患者の死亡登録などを実施してきている。これらは、データベース化し、医療の評価や各種の統計資料の作成、学会発表の基礎データなどとして利用してきている。最近では、退院時サマリーなどを入力しての症例データベースも構築している。

RA患者登録の内容は、氏名や生年月日などの情報をもとに、当院初診日、発症日、発症部位、誘因、閉経日、などの基本情報を入力することに始まる。

リウマチセンター開設以来22年余りが経過しているが、RAとして20年以上フォローアップしている患者の数は81名に達し、開設当時（1984年）のリウマチ登録患者525名の15%に達する。

iii、残念ながら、上記の項目以外のデータベース化には至っていない。RAの内科的側面にはバリエーションが多くて共通フォーマットを定め難く、また必要とは思いつつもその有用性を確認できない段階でのコスト負担に耐えられないという現状がある。

カルテの電子化が実現し、その運営が軌道に乗ると、状況は一変することにな

る。各々が、日常の診療活動を行い、その記録をとることが、多様・多角的な情報を入力そのものに直結する。これらは有効な検索に供される。並行してそれらが体系的にデータベース化されるならば、その下に検証が行うことができ、さまざまな分析に供され、将来の治療や計画につながっていくものになるからである。

V. その他

表1 入院患者住所 (2004年7月～2005年6月)

(県外)		(県内)	
愛媛県	409	松山市	214
広島県	70	今治市	58
高知県	52	西条市	28
徳島県	25	伊予郡	22
山口県	18	伊予市	13
鳥取県	18	新居浜市	12
岡山県	15	西予市	11
大阪府	8	八幡浜市	10
香川県	8	東温市	7
兵庫県	7	宇和島市	7
東京都	2	西宇和郡	7
三重県	2	上浮穴郡	6
大分県	2	北宇和郡	5
その他	4	大洲市	5
総計	640	その他	4
		総計	409

県内外比率	
県内	64%
県外	36%

表2 疾患別入院者数
(2004年7月～2005年6月)

疾患	人数
RA	481
SLE	7
強皮症	6
多発性筋炎	2
乾癬性関節炎	2
皮膚筋炎	2
ベーチェット病	2
成人発症ステイル病	1
オーバーラップ症候群	6
OA	61
その他	70
総計	640

表3 入院目的別
(2004年7月～2005年6月)

主な入院目的	入院数
コントロール	115
生物学的製剤 (含、治験)	61
リハビリテーション	56
合併症 (骨折、副作用など)	52
手術 (その他)	50
手術 (膝関節全置換術)	33
合併症 (Amyloidなど)	20
手術 (肘関節全置換術)	16
手術 (人工股関節全置換術)	12
定期的フォローアップ	24
その他	201
総計	640

表4 外来患者の通院月回数 (月に数回もその月に1回とする) (2004年7月～2005年6月)

通院月回数/年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
患者数	249	100	99	91	79	95	69	75	72	92	134	309

表5 サテライトクリニック (母病院、当院) の現状

場所	岡山市	今治市	高知市	広島市	中村市	香川県
発足年度	1983年	1983年	1986年	1993年	2002年	2003年
現在までの登録患者数	950	800	1500	1400	150	180
クリニックの診療科目	整形外科	5科以上	内科・外科	内科	整形外科など	内科など

松山赤十字病院リウマチセンターにおけるリウマチ病診療

仲 田 三 平

I. 当院でのリウマチ病診療状況

松山赤十字病院は急性期地域支援病院の認定を受けており、その中でリウマチセンター（リウマチ科）はリウマチ性疾患の診療を行っている。現在、医師は4人であり、すべてが整形外科出身である。外来は2診で、月曜日から金曜日まで毎日行っている。病棟は25病床あり、手術日は週2日である。入院の目的は、RAのコントロール、手術、合併症の精査、治療などである。平成16年度の統計を示すと、1日平均外来患者数は67.4人で、入院は1日平均23.8人である。疾患の内訳は約80%が関節リウマチ（RA）であり、残りは変形性関節症、他の膠原病などである。患者さんの地理的な分布は、松山近郊が主であり、県内全域と、他の四国3県、中国、九州からの患者さんも数は少ないが来ている。手術件数は159症例である。その内訳は人工膝関節置換術（TKA）が59例、81関節、人工股関節置換術（THA）が17例、17関節、人工肘関節置換術（TEA）3例、3関節、人工骨頭置換術4例、4関節、人工膝関節再置換術、4例、4関節、人工股関節再置換術5例、5関節、鏡視下膝滑膜切除術、4例、5関節、手関節の滑膜切除術、2例、2関節、手指の伸筋腱移行術、12例、足趾形成術8例、16足、その他は41例であり、大腿骨転子部骨折、大腿骨顆上骨折に対する骨接合術、感染などの手術である。

II. 当院リウマチ診療における診療連携の状況

松山赤十字病院は院内に地域診療連携室を発足させて、かかりつけ医からの紹介患者の窓口、院内診療科のスタッフとの診療情報交換の手助けをする部門として独立している。地域診療連携室は、病院スタッフと愛媛・松山医療圏のかかりつけ医による勉強会・講演会を定期的に行っており、かかりつけ医との情報交換の場となっている。リウマチ診療においては当院リウマチ科出身者が開業しており、その診療所と他のリウマチ診療を専門にしている病院との連携を図っている。

III. 当院リウマチ診療の問題点と改善対策

我が国のリウマチ専門医は、主に内科医と整形外科医からなっている。欧米ではリウマチ専門医は内科である。当院の医師は全員が整形外科出身である。RAの主な症状は関節症状であるが、全身性疾患であるため心臓、肺、腎臓、消化器、血液などの症状を呈することがある。また、最近では抗リウマチ剤にメソトレキサートを中心にした免疫抑制剤や生物製剤を使用することが多い。希にそれによる副作用として間質性肺炎や肺結核などを生じることがある。それに対する治療を行う場合、呼吸器科の専門医に依頼することになるが、呼吸器科とすれば、副作用の後始末をさせられて

いるという気持ちもあり、連携がうまくいかないこともある。他の専門医、たとえば循環器科、腎臓内科、胃腸科、血液内科などの連携も勿論必要となる。その改善対策として内科出身の専門医をスタッフに加えたいと考えている。院内ではまだ各診療科との横のつながりが出身大学などの壁があり、十分とは言えないので、その改善も必要である。

また、松山赤十字病院は急性期地域支援病院であり、在院日数が14日以下、一日の外来数は、入院患者：外来患者数は1：1.5以下、紹介率は何十%以上などの基準が設けられている。経営のためにはそれを達成することが最重要であり、病院側からはその値をクリアするように期待されている。リウマチ性疾患は慢性疾患であるので基本的には急性期地域支援病院にはむかない疾患である。国に望むこととしては慢性疾患に対する診療報酬の見直しと、医学教育の問題として、大学の医学部にリウマチ学の独立した分野を作ってほしい。

IV. 当院に於けるリウマチ患者長期経過観察対策

基本的には紙ベースの外来カルテ、入院カルテの長期保管である。特に外来カルテは長期になると分厚くなり保管が困難になる。ある一定の厚さになるとサマリーを書き、薄くしている。その余分のカルテは全部は保管できないので病院が業者に保管を頼んでいる。レントゲンの保存は、分量が多くなり過ぎて病院内にはできなくなった。しかたなく過去5年間分を保存するようにしてあとは廃棄している。最近はレントゲンのデジタル化が可能になりハードディスクに保存できるようになってきた。

将来的には、電子カルテとなり、テキスト、検査データ、画像データがデジタル化されれば長期保存が容易になると思われる。セキュリティの問題が解決されれば、各患者のテキストデータ、検査データ、画像データなどをデータベース化して各施設のサーバに保存する。そして各施設間をオンラインで結び、そのデータに自由にアクセスできれば、いろいろな調査、研究が可能になると思われる。

I. 当院でのリウマチ診療状況

毎月平均1,174名（平成16年）のリウマチ患者を再来診療している。新患リウマチ患者が平均53名含まれている。個人診療所にリウマチ患者が数多く集まる理由として、大病院における再来患者数の抑制もあるが、リウマチ患者自身が利便性のよい診療所を選択することや、リウマチ専門医を捜して受診することなどがあげられる。他方、近年の新規抗リウマチ薬の進歩により、リウマチ診療は単なる内服投与のみにとどまらず、生物学的製剤の注射投与や強力な免疫抑制剤が登場している。そしてこれら新規治療に対するリスクマネジメントが要求されている。当院でも長時間点滴用ベッド、救命機器を整備し、点滴責任看護師を確保して対応している。リスクマネジメントの基本はまず患者へのインフォームドコンセントであり、当院では副作用説明書を医師、患者ともにサインを行い各々が保管している。また、血液検査の結果は必ず翌日医師及び看護師が二重にチェックし、緊急時には直ちに患者に連絡を行う体制をとっている。

II. 当院リウマチ診療における病診連携の状況

個人診療所が全身性疾患であるリウマチを診療するためには病診連携、他科との診々連携は必須となる。平成16年の病診・診々連携は年間449件であった。病院へ紹介が58.8%、診療所へが41.2%と約半々である。紹介内容は他科への紹介では圧迫骨折などの脊椎疾患、間質性肺炎などの肺疾患、薬疹などの皮膚疾患が多く、その他脳、眼、心、腎、肝、糖尿病、高血圧と多岐の診療科に及ぶ。なおリウマチ自体による病診連携はRA手術の依頼、RA合併症、RA重症化による入院など449件中108件、24.1%であった。

個人診療所でも円滑な病診連携を行えばリウマチのトータルマネジメントは十分に可能である。

III. 当院リウマチ診療の問題点と改善対策

リウマチが慢性・進行性の疾患であることから、その診療では患者一人一人に時間を要することと、常に最新最良のリウマチ治療が要求される。

従って、十分な診療時間がかけられる保険診療体制、例えば慢性疾患指導料の認可が望まれる。また、生物学的製剤などの注射治療にはかなりの時間、人手とリスクマネジメントがかかることから制癌剤の化学療法に準じた保険点数が必要と考える。これらの保険診療体制が整備されることで、より専門性を高めたりウマチ医を目指す医師が増すと考えられる。加えて新規リウマチ治療が高額であることも問題である。

早期の活動性の高いリウマチ患者に対して一定期間の医療費補助が望まれる。

IV. 当院におけるリウマチ患者長期経過観察

当院では長年リウマチ診療用コンピューターソフトを利用して、リウマチ患者の病状管理を行っている。このソフトには炎症マーカー、DMARDs、ステロイド剤を経時的に入力し、グラフ化することでRAコントロール状況が瞬時に読み取れる。その他、X線所見、手術、骨塩量なども入力し、リウマチ診療の長期経過観察に対応可能となっている。

このソフトを利用すれば多数例の長期間のデータが容易に抽出可能で、個々のリウマチ患者の病状管理のみならず、統計的データが得られEBMに有用である。

これまでも同様のソフトが考えられてきたが、当院開発プログラムソフトの利点はデータのグラフ化対応でわかりやすいこと、入力項目を必要に応じて選択し簡略化でき、忙しい日常診療にも対応可能であることである。

V. その他

産業医科大学病院におけるリウマチ病診療

田 中 良 哉

I. 当院でのリウマチ病診療状況

1) 外来、入院担当の指導医・専門医・認定医

関節リウマチ・膠原病の診療において、軽症～最重症まで幅広く診療する。特に治療抵抗性症例、難治性病態（膠原病に起因する間質性肺炎、肺高血圧症、中枢神経症状、皮膚潰瘍など）の最新治療による克服や、リウマチ病治療における合併症（ステロイド性骨粗鬆症、大腿骨頭壊死、感染症など）の抑止に積極的に取り組んでいる。基本的治療指針はホームページにて公開するなど開かれたリウマチ病診療を目指している。

日本内科学会	認定医	田中良哉、齋藤和義、中山田真吾、山岡邦宏、澤向範文、辻村静代、鈴木克典、大田俊行、安部美穂子、中塚敬輔、藤井幸一、中野和久
	専門医	齋藤和義、山岡邦宏、安部美穂子、中塚敬輔
	指導医	田中良哉、齋藤和義、中山田真吾
日本リウマチ学会	専門医	田中良哉、齋藤和義、中山田真吾、山岡邦宏、佐久間深雪、大田俊行、安部美穂子、中塚敬輔、藤井幸一、中野和久
	指導医	田中良哉、齋藤和義、大田俊行
Infection Control Doctor		齋藤和義

2) 当科の入院・外来診療状況

下表のように、当科の入院患者延べ総数、1日平均入院患者数、退院患者数は常に右肩上がりに継続的に増加し、特筆すべきは病床利用率120%にいたる実績である。外来の診療実績に関しても、ほぼすべての評価項目において秀でた成績をあげている。特に特定機能病院として紹介率（医療法上紹介率は常時約90%）・逆紹介率は重要であるが、院内第一位の成績を維持している。

年 度	平成12	平成13	平成14	平成15	平成16
入院患者延数	15,701	15,689	16,523	16,762	17,872
1日平均入院患者数	43.0	43.0	45.3	45.8	49.0
平均在院日数	29.5	28.2	23.3	22.6	18.6
退院患者数	515	546	698	716	904
死亡退院患者数	28	24	24	26	26
剖検数	9	9	8	10	7
病床利用率	95.6	95.5	100.4	101.8	119.4
外来患者延数	36,023	31,937	31,355	29,262	30,012
1日平均外来患者数	147.6	130.4	128.0	119.4	124.0
外来初診患者数	1,632	1,493	1,580	1,550	1,782

3) 平成16年度 当科の入院患者疾患別： リウマチ病に限定

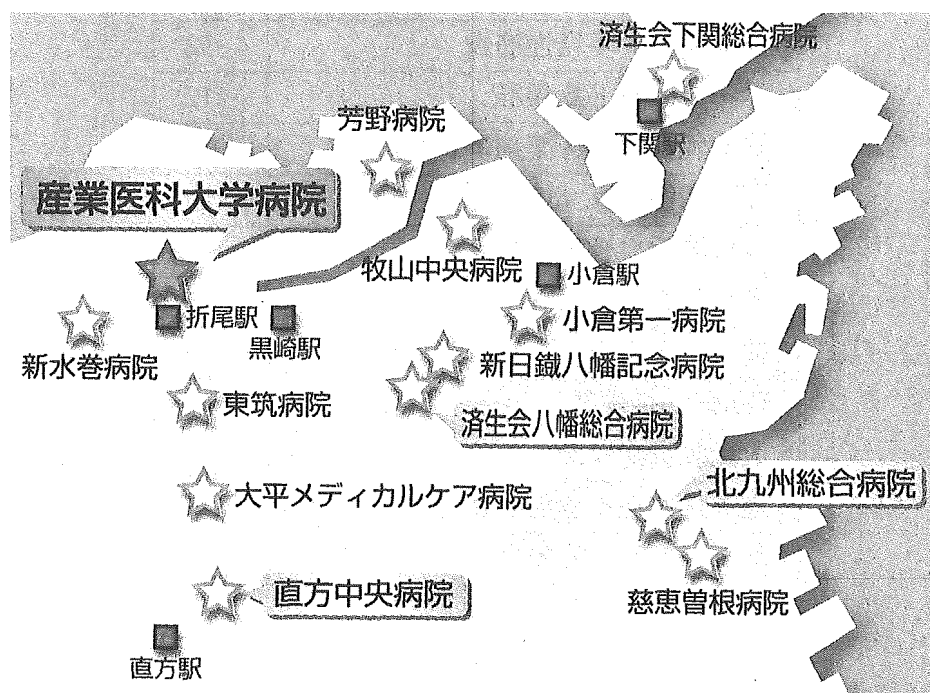
関節リウマチ	104
関節リウマチ（治験）	248
全身性エリテマトーデス	61
強皮症	16
混合性結合組織病	14
皮膚筋炎・多発性筋炎	12
ベーチェット症候群	12
過敏性血管炎・薬剤アレルギー	12
悪性関節リウマチ	10
顕微鏡的血管炎	8
多発性動脈炎	5
成人スチル病	5
Overlap症候群	4
大動脈炎症候群	4
後天性免疫不全症候群	4
シェーグレン症候群	3
サルコイドーシス	3
抗リン脂質抗体症候群	2
アレルギー性肉芽腫性血管炎	2
強直性脊椎炎	2
乾癬性関節炎	1
リウマチ性多発筋痛症	1
ウェーバークリスチャン症候群	1
側頭動脈炎	1
その他（感染症など）	14
計	549

II. 当院リウマチ診療に於ける診療連携の状況

リウマチ・膠原病疾患は長期にわたる継続治療の必要性があり、医療連携の構築が極めて重要な課題であった。平成12年、教授就任後から、北九州の各地区の基幹病院に膠原病・リウマチ外来の開設に奔走し、当科のリウマチ認定医、専門医の資格を有する医師が外勤として出向く膠原病・関節リウマチの出張外来制度を構築し、精査や特殊な治療を必要とする患者様は大学へ紹介し、治療方針が決定した患者様を自宅最

寄りの出張外来病院へと逆紹介するシステムができあがった。

その結果、例えば、本邦初の生物学的製剤である抗TNF α 抗体インフリキシマブ（商品名：レミケード）の当科における治療実績は、2位を大きく引き離して日本第1位であるが、このリウマチ・膠原病の出張外来制度の構築に成功したことが大きな要因である。このような先進医療が安全かつ適正に導入されるには、斯様な医療連携が肝要と考えられる。



Ⅲ. 当院リウマチ診療の問題点と改善対策

当院の特徴は、整形外科学講座との緊密な連携にある。リウマチ病（特に関節リウマチについては）、薬物療法を必要とする患者様は内科へ、手術療法を必要とする患者様は整形外科へと役割分担を明確にし、患者様方への真の医療サービスの追及に重点を置いている。その結果、整形外科に於けるリウマチ関連手術件数も大幅に増加している。生物学的製剤の台頭に伴い、関節リウマチの治療目標が、単なる病態改善から、長期寛解導入、及び、関節破壊の進展制御、更に、骨びらんの改善へと変遷しており、より高度な薬物療法と全身管理が求められると同時に、疾患制御に向けて大きく転換している。斯様な背景の下、薬物療法は内科、手術療法は整形外科という役割分担は欧米では当然のことであるが、本邦では旨くなされていない施設も多いとのことであり、国或いは地方自治体をはじめとする行政体制では、国民（患者様方）に真の医療サービスを提供するという観点からは、根本的見直しを考慮すべき問題点であると思われる。

IV. 当院に於けるリウマチ患者長期経過観察対策

疾患の特徴から長期にわたる継続治療の必要性があり、医療連携の構築が極めて重要な課題であった。前述のように、教授就任後5年間北九州の各地区の基幹病院に膠原病・リウマチ外来の開設に奔走した結果、当科のリウマチ認定医、専門医の資格を有する医師が外勤として出向く膠原病・関節リウマチの出張外来制度が構築された。これにより、精査や特殊な治療を必要とする患者様は大学へ紹介し、治療方針が決定した患者様を自宅最寄りの出張外来病院へと逆紹介するシステムができあがった。

V. その他

特になし。

I. 当院でのリウマチ病診療状況

1. 外来・入院（手術を含む）病診は、ほとんど全て当院で実施。
但し、専門医療を要する内科的合併症や特殊な手術はその分野のエキスペート医に随時依頼している。
2. 当院は19床の有床診。スタッフは常勤医1名、ナース12名、リハビリ5名、事務6名ほか、合計30名。
3. 平成16年の実績は、外来患者数1350名/月、関節リウマチ（以下RA）およびリウマチ辺縁疾患の患者数1210名/年、1日平均外来患者数150名（うちRA65名）。入院患者数220名/年、手術件数260件（うち人工関節66件）/年。
4. RAの診療状況
 - 1) 当院のモットー：(1)個々の患者さんの気持ちを大切にしたい心が通った医療、(2)あいまいさを排除した良質な医療。当院よりすぐれた医療が受けられる可能性があるならば、すすんで他院紹介、(3)手術は当院で十分なレベルに達しているものに限る。無理のない簡潔・迅速な、患者さんの体と心にやさしい、清潔な手術（当院の実情は人工膝40～50分、人工股55～70分、この10年間、人工関節500件以上に感染例なし）
 - 2) 迅速・確実・良質・適正・効率的医療を達成すべく、多くの診療マニュアルと患者さん用説明パンフレットを作成・利用して診療をシステム化している。
 - 3) 聞き取り（全身症状、投与薬剤の効果・副作用、疼痛部位、関節機能障害、ADL障害、療養上の患者さんの希望・質問・相談）
 - 4) 診療（全身所見、関節の腫脹・運動痛・変形・機能・ADL障害の評価）
 - 5) 検査（尿・血液、X線、MRI、肺機能、ECG、ホルター24時間ECG、ドップラー、SPO2）
 - 6) 治療(1)RA確定診断後に当院で作成した21ページの小冊子を用いて、患者さんに以下の点の概略を説明～①RAの病態・プロセス・アウトカムの多様性、②治療法～各種薬物治療の効果・副作用、リハビリ・自助具・装具、手術、療養上の注意点、ADL障害に対する対応策、④身障手帳申請、年金診断書、介護保険申請、その他の公的補助、など。
(2)各種抗リウマチ剤のパンフレットを用いた説明と患者さんの同意書取得、副作用チェック表と緊急時連絡先の手渡し。
(3)外来治療の実践（経口剤、注射剤投与、適応下の関注、トリガーポイントブロック、リハビリ、自助具・装具処方、必要時に身障手帳交付申請書・特定疾患診断書・年金診断書・介護保険意見書などの作成

(4)病状の現状，治療効果評価，今後の予測・対応策，療養上の注意事項の説明

II. 当院リウマチ診療における診療連携の状況

1. 合併症で当院での対応が困難な場合，当院から車で10分にある複数の専門病院に随時，診療依頼しており，特に問題ない。
2. 遠隔地からの患者さんで治療上，特に問題ない場合，患者さんが同意されれば，患者さんの近くのリウマチ医に診療依頼し，問題のあるとき，当院にコンサルトしてもらっている。

III. 当院リウマチ診療の問題点と改善対策

1. RAの診療内容は多岐にわたり，かつ複雑で患者さんも多数のため医師の負担が極めて大きい。改善対策の1つとして，RA診療エキスパートナーズが必要であり，国・地方自治体はRAエキスパートナーズの育成・助成に尽力してほしい。
2. RA診療には長年の経験を有する専門医，エキスパートナーズ，長時間の診療時間，データの整理・保持が不可欠で，労力とコストがかかるため，国に重度RA指導管理料を新設してほしい。
3. RAの活動性が強い患者さんは検査・治療費がかさみ慢性疾患でありながら頻回通院を要するため医療費が高額となり，専門医を求めて遠方から通院（当院では半数は市外から通院）するため交通費もかさむ。さらに就業が困難のみならず，生活していく上でも介助のコストも必要となり，収入が少なく，支出が多く経済的負担が極めて大きい。RA患者さんに対して，現状を上回る，さらなる財政的助成・支援を切に希望する。
4. 他の抗リウマチ剤で効果が得られない重度のRA患者さんに対する最近のリウマチ治療剤（生物学的製剤など）は効果は卓越しているものの，薬価が異常に高額で，その薬を使用したくても一般の患者さんには手がでない現状である。薬価を引き下げていただくか厳密な適応のもと，それらの薬剤使用には患者さんへの助成をしてほしい。
5. 開業医はレセプト点数が高値になると個別指導の対象となり，はがゆい，つらい思いを余儀なくされる。リウマチ診療は高価な抗リウマチ剤を使用するとどうしてもコスト高になるが，医師や病院が利益を上げているのではなく，薬剤費が高いのがその主因である。リウマチ科で高額な薬剤を厳密な適応のもとに使用している場合，レセプト請求点数の高さで，個別指導を行うことに関して再考してほしい。

IV. 当院におけるリウマチ患者長期経過観察対策

現状は病歴の重要事項，投薬歴とその効果・副作用，検査データ，X線所見，MRI所見などの長期経過に関する一覧表を作成して，日々の診療時に使用している。しかし，データが膨大となり，X線写真などは倉庫からその都度，持ち出してこなければならず，診療時にすぐに呼び出せ患者さんとともに一覧できるオンライン化は極めて有用で，なおかつ，診療連携時の利用や国内におけるオンライン化による集積したRAデータによる臨床研究にも有用と考える。オンライン化システムが確立すれば当院でも早急に利用したいと思う。

V. その他

今回は省略させていただきます。