

関節リウマチ患者の紹介状況から考える理想の地域連携

Key words: Treatment experience,
Newly referred patients,
Regional medical collaboration,
Reversely referred patients,
Rheumatoid arthritis

姫路赤十字病院 腎臓・膠原病内科
香川 英俊 山中 龍太郎
姫路赤十字病院 整形外科
玉城 雅史 青木 康彰

要 旨

【目的】地域の関節リウマチ（RA）診療/地域連携の現状を調査するとともに、患者の動き（方向/量）を規定する修正可能な因子を検討する。

【対象・方法】当院膠原病内科との勉強会参加メンバー 22施設23部門に2017年1年間のRA診療/病診連携についてアンケート調査を行い、13施設14部門（病院1：クリニック12，内科9：整形外科5，専門医4：非専門医10）より回答を得た（回収率61%）。患者を動かす3場面（発症時，悪化時，安定期）での各施設の診療方針（方向），紹介患者数（量）をアウトカムと定義して，これらを規定する因子を検討した。

【結果】回答の得られた施設全体での1年間のRA総患者数は1028人，前年からの継続832人，紹介初診130人，初発145人，逆紹介129人であった。専門施設にはRAの発症/悪化，非専門施設には患者の安定が主な紹介理由であった。初発患者の77%が専門施設で治療開始され，MTX/生物学的製剤が63%に使用されていた。非専門施設でもMTXが50%に使用されていた。専門医は3場面を自身で対応するのに対し，非専門医の診療方針（方向）は「経験患者数」が規定していた。経験患者数20人程度で，初発患者の初期治療にトライする傾向がみられ，50人程度で専門医に匹敵する治療が提供されていた。紹介患者数（量）は「逆紹介患者数」と強い相関がみられた。

【結論】逆紹介患者数を意識しながら，それぞれにふさわしい患者を紹介しあって経験患者数を増やすことは，地域全体のリウマチ診療の質を高め，地域格差を縮小させる可能性がある。具体的には，経験患者数20人以上を一緒に目指してくれる少人数の信頼できる非専門医と密に連携することが，特に専門医/専門施設の少ない地域では効率が良いと思われる。

背景・目的

最近の関節リウマチ（RA）治療は専門医でも追いつくのが大変なくらいのスピードで進歩し

ている¹⁾。患者にとって恩恵は大きいですが，一方で，かかりつけ医がRA診療に参加するハードルを上げているとも感じる。専門医/専門施設の多い地域では問題にならないのかも知れない

Ideal regional medical collaboration considering the rules of referral in patients with rheumatoid arthritis
Hidetoshi Kagawa¹⁾, Ryutaro Yamanaka¹⁾, Masashi Tamaki²⁾, Yasuaki Aoki²⁾.

¹⁾ Department of Internal Medicine, Japanese Red Cross Himeji Hospital, Himeji, Japan

²⁾ Department of Orthopedics, Japanese Red Cross Himeji Hospital, Himeji, Japan

DOI: 10.14961/cra.31.275

(2018. 12. 27 受付, 2019. 6. 17 受理)

が、本当に地域すべての患者が適切な時期に適切な治療を受けられているのだろうか。地域格差や施設間格差が危惧されているが、RAは登録制の疾患ではない上、患者の動きも大きいため、残念ながら地域全体の現状は把握できていない。

疫学は、行政や専門医/専門施設にとって、地域全体のマネジメントを考える上でとても重要である。RA患者は日本に60-80万人、人口53万人の姫路市には3000-4000人、年間150人が新規に発症していると予想される。実際の当院患者は、約3分の1が姫路市以外から(多い順に、たつの市、宍粟市、揖保郡、神崎郡、佐用郡)で、中播磨・西播磨を合わせた当院医療圏84万人には姫路市の1.5倍の患者が潜在する。全身性エリテマトーデス(SLE)はRAの15分の1で、一施設でもなんとか診療できるが、RAはそうはいかない。患者数だけではなく、治療期間、好発年齢と合併症を考えると、適切な地域連携が欠かせない。

2019年1月現在、姫路市の日本リウマチ学会専門医(以下、専門医)は18人、内科8人(5施設)、整形外科10人(9施設)である。しかし、専門医の約3分の1はRAに重点をおいた診療をしていないことや、姫路市以外の上記5地域に専門医は3人しかいないことを踏まえると、当地域は著しい専門医不足とまでは言えないが、多くのRA患者を対応するのが容易ではな

い中核都市である。実際の医療提供体制は、地域で実働している専門医(内科/整形外科)/専門施設の数と分布と連携/役割分担で決まる。現場の医師が努力できることは、連携/役割分担をいかに工夫するかどうかであろう。これまでも各地域の実情に応じた理想的な病診連携のあり方が模索されてきた²⁻⁸⁾。

2017年1年間の当院膠原病内科のRA患者数を図1に示す。単純合計では162人となるが、その内訳は、前年からの継続86人、1年間の紹介初診76人(53施設)の合計である。76人中には膠原病内科で治療開始した新規発症(初発)患者44人が含まれる。一方、治療にて安定した98人が逆紹介(43施設)されている。これら患者の動き一つ一つが地域連携であるため、患者の紹介状況をよく把握した上で理想の地域連携を検討すべきである。

理想のリウマチ地域連携とは、①すべての患者が適切な時期に適切な治療を受けられること、②特定の医師/医療機関に過剰な負担をかけない継続可能な体制であること、の2つを満たすことが条件だと思う。RA患者は発症からずっと一施設で診療されている訳ではない。専門施設とかかりつけ医は、それぞれが必要と感じたときに紹介/逆紹介を繰り返して患者を動かすが、紹介を必要とする閾値は医師/施設毎に異なるため、紹介の有無、時期、量は様々である。RA患者が動かされる時期は、①発症時

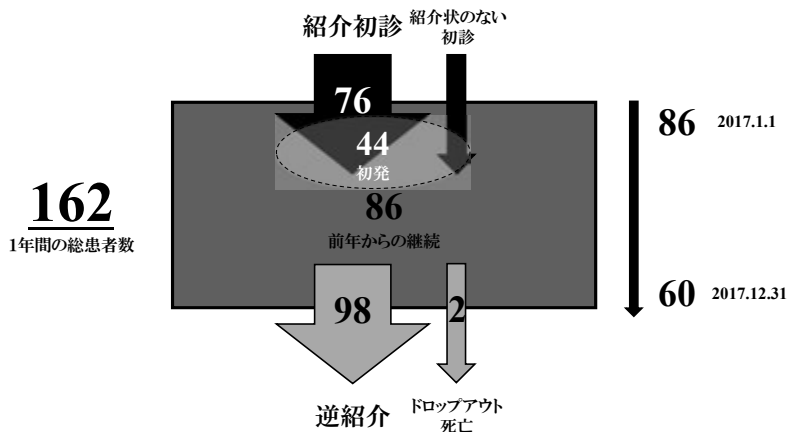


図1 紹介/逆紹介を踏まえた当院膠原病内科のRA患者数

の診断と初期治療, ②悪化時(難治性/再燃)の治療強化, ③安定期の維持治療, ④問題発生時(急なトラブル/合併症)の対応に集約され, 各時期における各医師/施設の診療方針が患者を動かしていると言える。

今回, 我々は当院膠原病内科との勉強会参加メンバーを対象にアンケート調査を行い, ①姫路におけるリウマチ診療および地域連携の現状を調査するとともに, ②患者を動かす方向と量を規定する因子を検討した。もし修正可能な因子が分かれば, その地域にふさわしい, 理想の連携を提案できる可能性がある。

対象・方法

当院は560床, 33診療科の総合病院, DPC 特定病院群病院で, RA は膠原病内科および整形外科の2部門(専門医3名)で診療している。当院膠原病内科では2012年より年2回程度で小規模な勉強会(膠原病地域連携カンファレンス)を続けている。①膠原病疑い患者の早期紹介, ②当院通院中のSLE/血管炎患者の高血圧や糖尿病など慢性合併症の併診, 感冒などの初期対応, ③シェーグレン症候群などに対する対症療法の依頼を目的とした膠原病勉強会として始まったが, 患者数の多いRAに対するニーズが高まり, 当院の医療圏(姫路市17施設, たつの市4施設, 揖保郡1施設), 専門性, 施設の分布, 過去の連携実績等を考慮して, 整形外科医を加えた現在のメンバーに参加を依頼した。

現在の参加メンバー22施設23部門(病院3:クリニック19, 内科17:整形外科6, 専門医5:非専門医18)に協力を得て, 2017年1月1日から12月31日までの1年間のリウマチ診療/地域連携についてアンケート調査を行った。当院は膠原病内科と整形外科の2部門から回答を得た。アンケート項目は以下のとおり。①RA患者数(総患者数, 他院から紹介された患者数と紹介理由, 前年より継続的に診療している患者数, 他院に紹介した患者数と紹介理由, 初発患者数), ②死亡患者数, ③患者年齢, ④薬物治療(初発患者/前年より継続的に診療している患者に対する治療, 最終観察時点でのCRP陰

性患者割合), ⑤活動性評価方法, ⑥副作用モニタリングの方法, ⑦薬物治療の問題(MTX/生物学的製剤を使用する上での支障), ⑧合併症対応の問題(慢性合併症/急なトラブルの対応), ⑨地域連携(困っていること, 紹介先の判断, 当院への期待, 理想の地域連携についての意見), ⑩RA患者を動かす3場面での診療方針(①発症時の診断と初期治療, ②悪化時(難治性/再燃)の治療強化, ③安定期の維持治療)。対象患者はリウマチ性疾患ではなくRAに限定した。重複を避けるため, 新規発症(初発)患者を自身で抗リウマチ薬治療を開始した患者と定義した。

当地域におけるRA診療と地域連携の現状と問題点を把握するとともに, 患者の動き(方向/量)を規定する因子を検討した。患者を動かす3場面での診療方針を地域連携方向アウトカムと定義し, 紹介するか自分で対応するかの方角性を決める因子を検討した。紹介患者数を地域連携量アウトカムと定義し, 紹介の量を定める因子を検討した。

2群の差は, 連続変数はスチューデントのt検定またはマン・ホイットニーのU検定で, カテゴリー変数はフィッシャーの正確確率検定を用いた。2群の相関は, スピアマンの順位相関係数を用いた。P<0.05を統計学的有意とした。統計ソフトはEZR ver1.38を用いた。

結果1(姫路におけるRA診療および地域連携の現状)

22施設23部門のうち, 事前調査では18施設19部門, 本調査では13施設14部門(病院1:クリニック12, 内科9:整形外科5, 専門医4:非専門医10)より回答(回収率61%)が得られた。回答の得られた施設全体での結果を以下に示す。

回答の得られた施設全体での1年間の総患者数は1028人, 前年からの継続832人, 紹介初診130人, 初発患者数145人, 逆紹介129人であった。専門施設にはRAの発症/悪化(84/116), 非専門施設には患者の安定(4/5)が主な紹介理由であった。

死亡5人で, 死因は感染症2人(肺炎/詳細不明), 悪性腫瘍2人(胃癌/詳細不明), 老衰

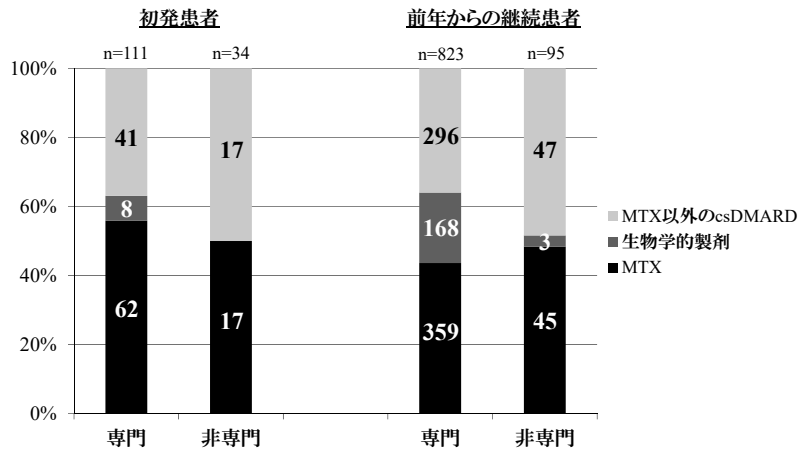


図2 地域における薬物治療の現状

1人であった。

患者年齢は39歳以下5%，40-59歳33%，60-79歳52%，80歳以上10%であった。60歳以上の高齢患者が全体の62%，非専門施設では74%であった。

地域における薬物治療の現状を図2に示す。初発患者145人のうち111人(77%)が専門施設で治療開始され、メトトレキサート(MTX)/生物学的製剤が63%に使用されていた。非専門施設で治療開始された34人のうち17人(50%)にMTXが使用されていた。前年から継続的に治療している患者823人のうち726人(87%)が専門施設で治療され、MTX/生物学的製剤が64%に使用されていた。非専門施設でもMTX/生物学的製剤が51%に使用されていた。

2017年の最終観察時点におけるCRP陰性患者は72%(専門施設75%，非専門施設61%)であった。専門/非専門施設における日常診療での活動性評価項目(%)は、疼痛関節数(75/50)、腫脹関節数(75/70)、CRP(100/100)、赤沈(75/30)、MMP-3(100/80)、リウマチ因子(100/70)、患者による全般的評価(10cm VAS)(75/10)、関節エコー(25/10)であった。CRPはすべての施設で毎回評価されていた一方、赤沈で差がみられた。副作用モニタリングの方法は、質問の意図が分かりにくかったようで回答なしが目立った。検査間隔は1-3ヵ月毎または診察毎

と回答された。

専門/非専門施設における薬物治療の問題点(%)として、MTXは、使用経験(0/33)、副作用管理(50/67)、手間(0/0)、コスト(0/0)、その他(0/0)、特に問題ない(50/33)、生物学的製剤は、使用経験(33/100)、副作用管理(50/78)、手間(0/0)、コスト(25/11)、その他(25/0)、特に問題ない(25/0)が挙げられた。その他として院内での生物学的製剤投与は保険点数が高くなるとの意見があった。

合併症対応の問題として、高血圧や糖尿病などの内科的慢性合併症は、内科医のうち6施設(67%)は自身で対応すると回答したが、対応していない/場合により対応すると回答した3施設(33%)はいずれも多くのRA患者を診療している施設だった。骨粗鬆症や変形性関節症などの整形外科的慢性合併症は、整形外科医は自身で対応、内科医は骨折のない骨粗鬆症に限って対応すると回答した。急なトラブルの対応を図3に示す。感冒など軽症トラブルは、場合によるも含めると自分で対応するケースが多いが、肺炎などの重篤な感染症や間質性肺炎悪化に対しては、決まった対応はみられなかった。実際に起こった事例は、肺炎3例、肺膿瘍1例、間質性肺炎2例とすべて呼吸器関連であった。内科医は自分で対応し、整形外科医は呼吸器内科に紹介、患者自ら内科を受診する等、全例で

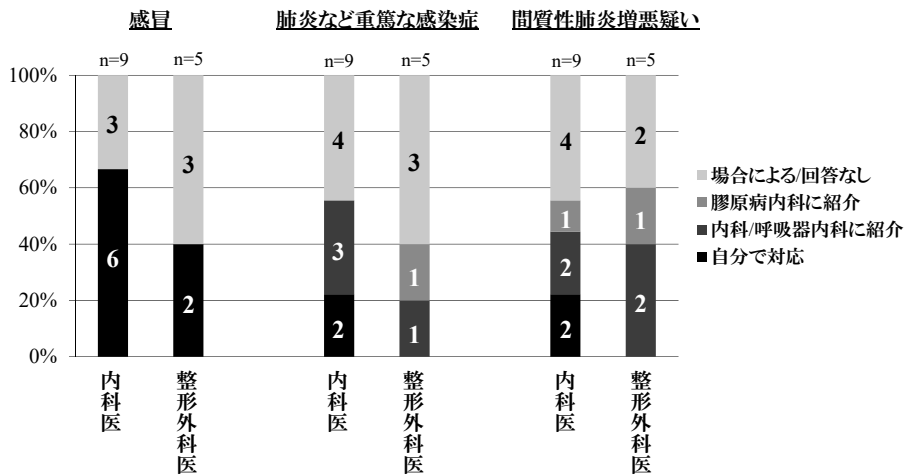


図3 急なトラブルの対応

トラブルなく対応されていた。

診療上の問題として、非専門施設では、経験の少なさ(2施設)、それに起因すると思われる診断の難しさ(2施設)、MTX 導入や用量調整方法(2施設)、潜在性結核患者の診療(1施設)等が挙げられた。かかりつけ内科のない整形外科患者の急なトラブルは双方の問題として挙げ

られた(2施設)。専門施設では、問題ないとの回答が多かったが(3施設)、紹介状のない患者(治療目的の転医/急なトラブルの対応)も問題となっていた(1施設)。

当院への期待、理想の地域連携に関する意見を表1に示す。専門医には、自信のない患者の診察、クリニックで対応できない患者の診療を

表1 当院への期待、理想の地域連携に関する意見

当院への期待	
総合	<ul style="list-style-type: none"> ●現状に満足している(3施設) ●クリニックで対応困難な時に助けてほしい ●自信のない患者の診察をお願いしたい ●生物学的製剤導入, 診断つかない人の対応, 急なトラブルの対応 ●予約をとりやすくしてほしい
整形外科	<ul style="list-style-type: none"> ●手術や処置をお願いしたい ●手術の範囲を拡げてほしい(手, 足)
膠原病内科	<ul style="list-style-type: none"> ●勉強会, 病診連携の会を継続してほしい ●これからも急患の受け入れをお願いしたい ●クリニックで発掘した患者の診断確定, 治療方針の確定, 指導
理想の地域連携に関する意見	
非専門医	<ul style="list-style-type: none"> ●勉強会の継続や、いつでも相談を受けることにより、非専門医が少しずつ経験を積んでいく病診連携 ●情報の管理と風通しの良さ ●非専門医で治療する患者は専門医で登録制にして各種スクリーニングをした上で治療方針を指導する ●高齢患者は合併症や急なトラブルも多く内科医がみたほうがよい
専門医	<ul style="list-style-type: none"> ●時々、顔をあわせて話し合えることがよい地域連携になると思う ●RAの病勢に合わせた治療を地域連携して行う ●患者ごとに紹介医のニーズ(①診断確定, ②検査と治療方針, ③寛解まで)にあわせて連携する ●専門医は患者の活動性を出来るだけコントロールしてから非専門医に送る

期待されていた(診断がつかない例, 難治例, 合併症のある例, 生物学的製剤導入, 急なトラブルの対応). 専門医は紹介医のニーズ/患者の病態にあわせた個別化連携を理想と考えていた. 非専門医からは, 丁寧な連携によって非専門医自身が少しずつ経験を積んでいく病診連携も提案された. 地域全体の患者マネジメントを考えた, 患者情報の一元管理, 共有の必要性も指摘された.

結果2 (RA患者を動かす方向と量を規定する因子)

診断未確定の初診患者(Q1), 悪化した自身のRA患者(Q2), 落ち着いたRA紹介患者(Q3)に対する各施設の診療方針を図4に示す. いずれも専門施設と非専門施設で方針に差がみられ, 非専門施設の中でも意見の分かれた項目がみられた.

診断未確定の初診患者に対する診療方針(Q1)は, 専門施設では, 自分で対応する, 初期治療が奏功しない場合に紹介するが半々であった. 非専門施設では, 診断してすぐに専門医に紹介(70%)と初期治療が奏功しない場合に紹介(30%)に分かれた.

悪化した自身のRA患者に対する診療方針(Q2)は, 専門施設では, 自分で対応する(100%)のに対して, 非専門施設では, 専門医に紹介(70%)と生物学的製剤が必要な場合に紹介

(30%)に分かれた.

落ち着いたRA紹介患者に対する診療方針(Q3)は, 専門施設では, 基本的に受け入れる(100%)のに対して, 非専門施設では, 治療内容をみて決める(90%)と基本的に断る(10%)に分かれた. 治療内容をみて決めると回答した非専門施設に, 対応可能な薬剤を質問した結果を図5に示す. 多くの非専門施設でブシラミン(BUC), サラゾスルファピリジン(SASP), MTXを使用可能との回答であった. 経験患者数(1年間のRA総患者数)50人程度の2施設の対応可能な薬剤は専門医に匹敵し, 悪化した自身の患者を生物学的製剤直前まで治療すると回答していた(Q2). 一方, 基本的に断ると回答した施設は経験患者0人であり, 治療経験がなければ, 落ち着いた患者であっても受け入れるハードルは高い. 経験患者数20人程度になると, 初発患者の初期治療にトライする傾向がみられた(Q1). 経験患者数に応じてRA診療への参加割合が増した.

患者を動かす量としてのRA紹介患者数, RA逆紹介患者数を図6に示す. 紹介患者数は専門施設, 総患者数の多い施設で多い傾向がみられたが, 特に逆紹介患者数と相関した($r = 0.97$). 逆紹介患者数は, 同一専門施設内でも差がみられることから(図6のAとB), 安定した患者を逆紹介するかどうかは主治医/部長の

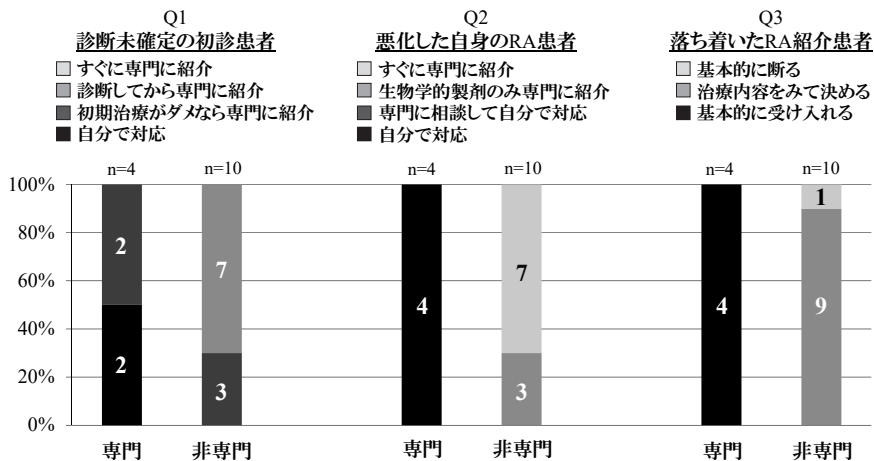


図4 RA患者を紹介する3場面での各施設の診療方針

Q1で「初期治療がダメなら専門紹介」と回答した3施設	ABT TCZ CZP GLM ADA ETN IFX IGU TAC MTX SASP BUC GST			MTX SASP BUC GST			TAC MTX SASP BUC GST			Q2で「生物学的製剤のみ専門紹介」と回答した3施設
	51	49	20	15	14	7	4	1	0	
総患者数	51	49	20	15	14	7	4	1	0	
	E 整形	F 整形	G 整形	H 内科	I 内科	J 内科	K 内科	L 内科	M 内科	

図5 安定したRA患者を受け入れる非専門施設での対応可能な薬剤

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
紹介	76	6	34	2	1	3	2	0	5	1	0	0	0	0
逆紹介	5	15	2	1	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0
初発	44	6	61	10	9	12	10	0	2	2	0	1	0	0
継続	86	350	240	50	40	37	8	11	2	5	3	0	0	0
総数	162	375	270	60	51	49	20	15	14	7	4	1	0	0
	専門医						非専門医							
	病院(当院)		クリニック											
	内科	整形	内科	整形	整形	整形	整形	内科	内科	内科	内科	内科	内科	内科

図6 RA紹介患者数

方針次第と考えられた。

初発患者は専門施設、総患者数の多い施設で多い傾向がみられたが、非専門施設では整形外科に多かった(31:5)。クリニックには紹介状を持たない初発患者も多かった(当院は0人)。

考 察

理想のリウマチ地域連携とは、①すべての患者が適切な時期に適切な治療を受けられること、②特定の医師/医療機関に過剰な負担をかけない継続可能な体制であること、の2つを満たすことが条件だと思う。適切な時期を、①発症時の診断と初期治療、②悪化時(難治性/再

燃)の治療強化、③安定期の維持治療、④問題発生時(急なトラブル/合併症)の対応と定義して、地域の現状を調査するとともに患者の動きの法則を検討した。

今回のアンケート調査の範囲内では、①は予想以上に上手く連携治療できていた。①初発患者は地域全体で予想される150人(最大1.5倍)に対して145人の患者が調査施設にて治療開始されていた。77%が専門施設にて治療開始され、非専門施設で治療開始された50%でMTXが使用されていた。初発患者の治療を地域全体で考えることは、長期予後改善に直結するため特に重要である。②悪化した患者の多くは専門

施設に紹介されて治療強化され、③安定した患者は、専門 / 非専門施設で継続治療されていた。④急なトラブルの対応には一定のルール等はないものの、大きなトラブルなく対応されていた。問題は②かもしれない。当科からの安定した患者の治療を受け入れる一方で、多くの初発患者、紹介状を持たない患者(初発 / 転医)の対応をしている施設がみられた(図6のC)。専門医の少ない地域では、RA 診療に参加する非専門医との連携 / 役割分担も重要になる。また、紹介状を持たずに動く患者を減らすには、患者との信頼関係を築くしかないと思われる。

今回のアンケート調査で分かったRA 患者の動きの法則は2つある。①非専門医が患者の動く場面で、紹介するか自分で対応するかの方向性は「経験患者数」によって決まり、②実際に患者が動く量を表す紹介患者数は「逆紹介患者数」によって決まる。「経験患者数」、「逆紹介患者数」とともに修正可能な因子である点が重要である。①は専門医を目指す若手医師の修練と似ていて分かりやすい。鑑別診断と治療にはコツがあり、勉強の場が必要である⁹⁾。BUC, SASP, MTX の3剤が出発点となる。②の逆紹介患者数と紹介患者数が相関する背景には、逆紹介してくれる専門施設に新たな紹介患者をお願いしたいという紹介する側の意向と、紹介患者数の多い施設では安定した患者を逆紹介しないと回らないという紹介される側の意向が同時に働いていると予想される。当院膠原病内科では、1年間に76人のRA 紹介初診と98人のRA 逆紹介があり、患者の出入りが大きい。逆紹介した98人のうち、紹介された施設と同じ施設への紹介が44人(32施設)、異なる施設への紹介が54人(19施設)で、45%が元の紹介医に戻っていた。

以上を踏まえて、理想のリウマチ地域連携を提案する。経験患者数20人以上を一緒に目指してくれる少人数の信頼できる非専門医と密に連携することが、特に専門医 / 専門施設の少ない地域では効率がよいと思われる。そのための勉強 / 親睦の場として、一例一例を丁寧に連携することを基本とし、勉強会は一人一人と顔をあわせて話し合える小規模な方が効率がよいと

思われる。

他の地域での連携例や整形外科を中心とした連携例と比較した²⁻⁸⁾。すべての報告に共通して、連携の中心となる病院には熱意と犠牲心が求められ、熱意の源は、①専門施設のみですべての患者に理想のRA 診療を提供することの限界、②地域全体でのRA 診療を臨床研究に発展させる意欲、に集約できた。大学病院や大規模なりウマチセンターが事務局を設置して連携の中心となる例が多い。急なトラブルは連携の中心となる病院が責任を持って対応するか、医療圏の広い地域では地元の総合病院(かけこみ寺病院)との密な連携で対応している。残念ながら、姫路には大学病院やリウマチセンターがない。当院膠原病内科は、SLE や血管炎では連携の中心として既に機能しているが、RA は冒頭の理由により躊躇されてきた。当院がRA で連携の中心となるには、リウマチ医 / 呼吸器内科医の増員、院内連携チームと事務局としての地域連携室の構築、臨床研究への意気込みが必須である。また、整形外科を中心とした連携では膠原病の鑑別、副作用対策や急なトラブルの対応などの安全管理が問題となりやすい。当院院内の内科-整形外科間のRA 診療連携は内科から整形外科への1例のみであったが、実際には医局での画像相談や意見交換で解決している例も多い。地域連携が外向きの連携であるのに対して、院内の連携はチーム医療として医療の質向上につながるため、当院のように2部門でRA 診療を行う利点は大きい¹⁰⁾。

いくつかの限界がある。初発患者の多くを捉えていたとは言え、勉強会参加メンバーでのアンケート調査であり、地域全体のRA 診療 / 地域連携の現状そのものではない。アンケート調査は回答項目数が多く、回答にカルテを参照する必要もあり、患者数の多い施設では回答に数時間~数日を要する大変な調査であった。参加22施設23部門のうち、簡易の事前アンケートには18施設19部門から回答あったが、本調査では13施設14部門と少なかった。その分、回答施設のデータには信憑性があるが、いくつかの数値に矛盾や無回答がみられた。十分な統計

解析を行うにはサンプル数が不足した。今回の調査では、紹介/逆紹介で動く患者のみを対象としたが、実際には紹介状を持たない患者も問題となっており、新たな検討課題が見つかった。

結 論

専門施設とかかりつけ医は、それぞれが必要と感じたときに紹介/逆紹介を繰り返して患者を動かすが、紹介を必要とする閾値は「経験患者数」によって変動する。「逆紹介患者数」を意識しながら、それぞれにふさわしい患者を紹介しあって「経験患者数」を増やすことは、地域全体のRA診療の質を高め、地域格差を縮小させる可能性がある。恩恵は専門医/専門施設の少ない地域に限らず、多い地域では施設間格差を解消させる可能性もある。

謝 辞

以下の勉強会参加施設および大変なアンケート調査にご協力いただいた先生方に深謝いたします。岡本内科(岡本英之先生)、貴志内科クリニック(貴志文俊先生)、きしの内科医院(岸野吉博先生)、木下病院(木下誠司先生)、木村医院(木村英嗣先生)、厚生病院(松下健次先生)、佐野内科ハートクリニック(佐野一成先生)、ささき整形外科(佐々木剛先生)、清水内科医院(清水映二先生)、空地内科院(空地顕一先生)、段医院(段秀和先生)、てらおクリニック(寺尾隆太先生)、日野整形外科(日野高陸先生)、深津内科医院(深津裕寿先生)、福本内科(福本淳先生)、船越内科クリニック(船越貴博先生)、三木医院(三木隆先生)、水野内科(水野修先生)、三和内科(三和秀輔先生)、桃井整形外科(桃井健仁先生)、山本内科医院(山本裕之先

生)。最後に、2名の査読者の先生方には、読者が理解しやすくなるように、多くの有益なアドバイスをいただき、厚く御礼申し上げます。

参 考 文 献

- 1) 竹内勤：関節リウマチ治療の最新の進歩と今後の課題. 日本内科学会雑誌, 104: 1773-1782, 2015.
- 2) 蓑田清次：地域差のない最新リウマチ治療の実践と医療安全のための病診連携(HHC)の構築とその維持(HHC: hospital and health-care clinic co-operation). Clin Rheumatol, 27: 296-301, 2015.
- 3) 山崎秀：リウマチネットワークの現状と課題. リウマチ科, 58: 334-339, 2017.
- 4) 伊藤聡：新潟県立リウマチセンターにおける関節リウマチ(RA)治療の地域連携について. 中部リウマチ, 46: 1-4, 2016.
- 5) 村澤章：関節リウマチ治療における地域連携と診療ネットワーク. 日本医師会雑誌, 142: 2245-2248, 2014.
- 6) 小川法良：リウマチにおける地域連携. Bone Joint Nerve, 6: 415-419, 2016.
- 7) 中村英樹：関節リウマチにおける循環型地域医療ネットワークシステムについて. 九州リウマチ, 32: 95-102, 2012.
- 8) 佐藤智太郎：循環型地域連携クリティカルパスを用いた関節リウマチ患者の治療. 日本医療マネジメント学会雑誌, 11: 24-30, 2010.
- 9) 香川英俊：膠原病の2ステップ診断法. 姫路赤十字病院誌, 36: 40-52, 2012.
- 10) 香川英俊：関節リウマチの不均一性の検討. 姫路赤十字病院誌, 34: 31-43, 2010.

ABSTRACT

Ideal regional medical collaboration considering the rules of referral
in patients with rheumatoid arthritis

Hidetoshi Kagawa¹⁾, Ryutaro Yamanaka¹⁾, Masashi Tamaki²⁾, Yasuaki Aoki²⁾

¹⁾Department of Internal Medicine, Japanese Red Cross Himeji Hospital, Himeji, Japan

²⁾Department of Orthopedics, Japanese Red Cross Himeji Hospital, Himeji, Japan

Objective: To investigate the current situation of regional rheumatology care/regional medical collaboration and clarify the modifiable factors regulating patient referral (direction/quantity).

Methods: We conducted a questionnaire survey with our collaborative meeting members. Questionnaire items with regard to the year 2017 were as follows: total number of patients, number of newly referred/reversely referred patients along with the reason, specific treatment for newly diagnosed/continuously visiting patients, and treatment policy of each facility in three situations (onset, deterioration, and stable phase) where patients may move.

Results: Among a total of 22 institutions/23 departments, 13/14 (1 hospital and 12 clinics; 9 internal departments and 5 orthopedic departments; 4 specialist centers and 10 non-specialist centers) answered the questionnaire. The total number of patients in 2017 was 1028. There were 832 continuously visiting patients from the previous year, 130 newly referred patients, 145 newly diagnosed patients, and 129 reversely referred patients. With regard to newly diagnosed patients, 77% of patients were treated at specialized facilities; of these patients, 63% received methotrexate (MTX)/biological products. Even in non-specialized facilities, 50% of patients received MTX. Specialists responded to the three situations by themselves; however, the medical policy of non-specialists was associated with the degree of treatment experience. The number of newly referred patients was strongly correlated with that of reversely referred patients.

Conclusions: Close medical collaboration with a small number of trustworthy non-specialists, who aim to treat more than 20 patients, should be more efficient, particularly in areas with few specialists/specialty facilities.