

RA におけるチーム医療と病診連携の構築

近藤リウマチ・整形外科クリニック

近藤 正一

(2014年 第15回博多リウマチセミナー)

我が国の関節リウマチ(RA)の薬物治療は2003年に生物学的製剤が登場し、さらに2011年にMTXが第一選択DMARDとして使用可能となり、投与量も16mg増量となった。この結果RA治療はおおいに進歩した。

1. RA治療における院内チーム医療と病診連携の必要性

生物学的製剤は2014年1月現在では7剤市用可能で投与例数も増加している。また、MTX投与例数も増し、その投与量も増加している。

図1に当クリニックにおける生物学的製剤投与例数の推移、図2にMTX投与量の推移を示す。

これらによりRA治療成績は向上したが注射製剤投与のための専任看護師が必要となり、生物学的製剤とMTX投与例に対するリスク管理が重要となる¹⁾。

従って、複雑化した現在のRA薬物治療を医師のみで行うのは大変となり看護師を含めた院内チーム医療の構築が必要となる。またリスク管理では感染症、肺障害、肝障害等の診断治療で病診連携(医療連携)が必要となり、入院を要する重篤な有害事象に対応するためにも病診連携が必要である。

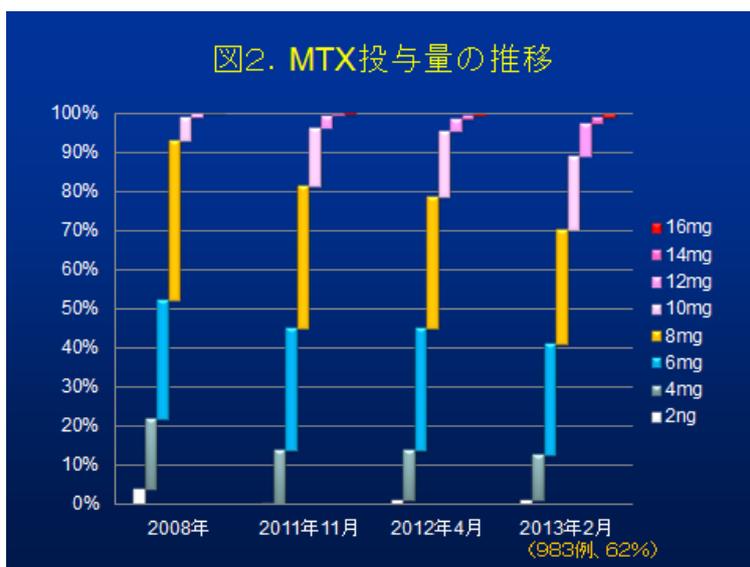
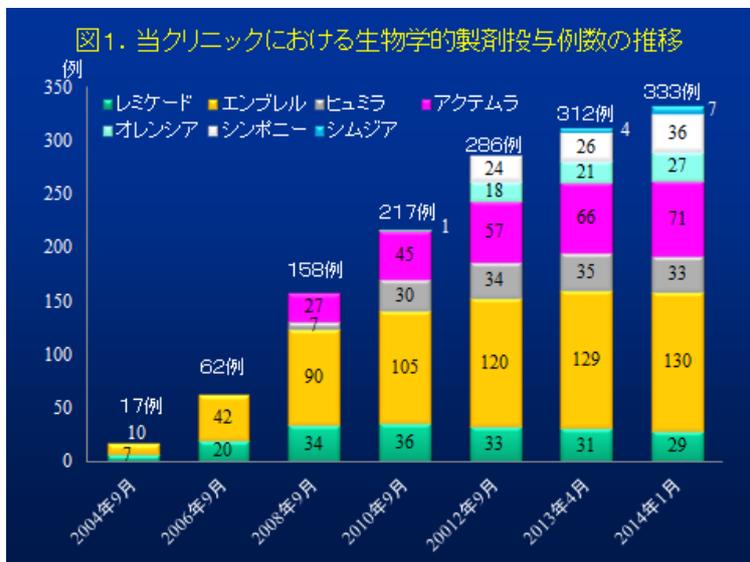
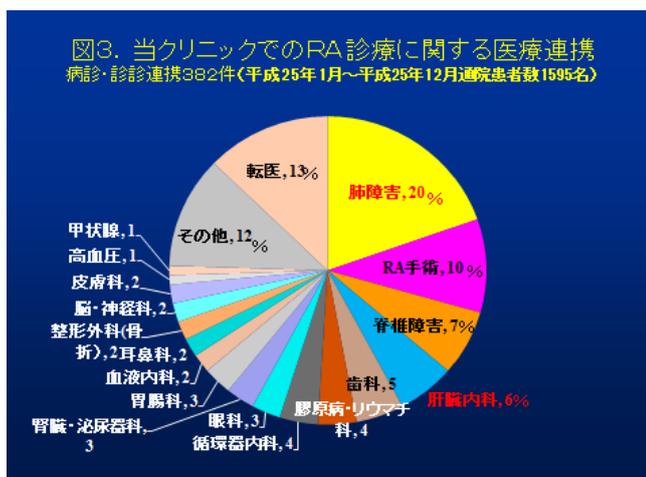


図3の如く2013年の当クリニックでの医療連携は肺障害 20%、RA手術 10%、脊椎障害 7%、肝臓障害 6%の順となっており、診療所での医療連携では呼吸器内科、肝臓内科との比重が増している。



2. 診療所における RA チーム医療

診療所では医師と患者を中心として看護師、医療事務、医療秘書等がチームに加わり、在宅では家族と症例に応じて介護保険構成メンバーがチームに加わる。図4に診療所における RA チーム医療の構成を示す。

チーム医療の中では特に RA 看護師の業務が重要となる。生物学的製剤投与においては表1に示す如く治療開始時の準備から実際の投与時までの役割があり、RA 専門看護師としての患者へのケアも求められる。

この RA 専門看護師を育成するためには 看護師の人数に生物学的製剤治療専任看護師を加える 医師の教育、特に医師の RA 診療と RA 患者への姿勢を示す 診療・治療のマニュアル化を進める(チェックシート等の作成) 先輩看護師による教育 日本リウマチ財団認定リウマチケア看護師の資格を取る 新薬治験、新薬市販後調査等の CRC 業務を行う 各種 RA またはケア研究会、学会等への出席・研究発表を行う 製薬メーカー共催の新薬適正使用研究会に参加する等がすすめられる。

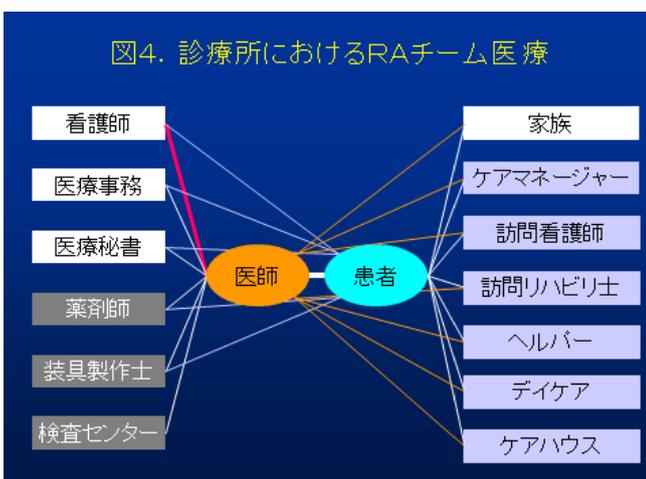


表1. 生物学的製剤投与における看護師の役割

治療開始の準備

- ・禁忌例、慎重投与例等の適応適格性を確認
- ・チェックシートの作成とその活用
- ・投与スケジュールの調整

投与時

- ・来院時および治療時の全身状態チェック(チェックシートの活用)
- ・救急時の医薬品、器具のチェック
- ・投与時反応出現時の適切な対応

患者への対応

- ・治療時の不快症状を訴えやすい環境づくり
- ・すぐに異常を知らせる必要性の指導
- ・帰宅後の遅発性投与時反応への注意と対応策
- ・日常生活での有害事象出現時の指導
- ・感染防止等の自己管理の指導
- ・生物学的製剤使用における身体的、経済的不安へ傾聴と支援

3. RA における医療連携

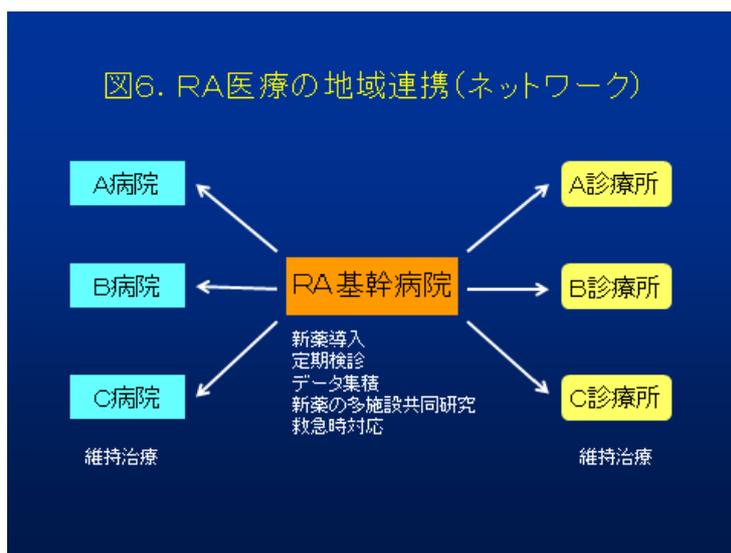
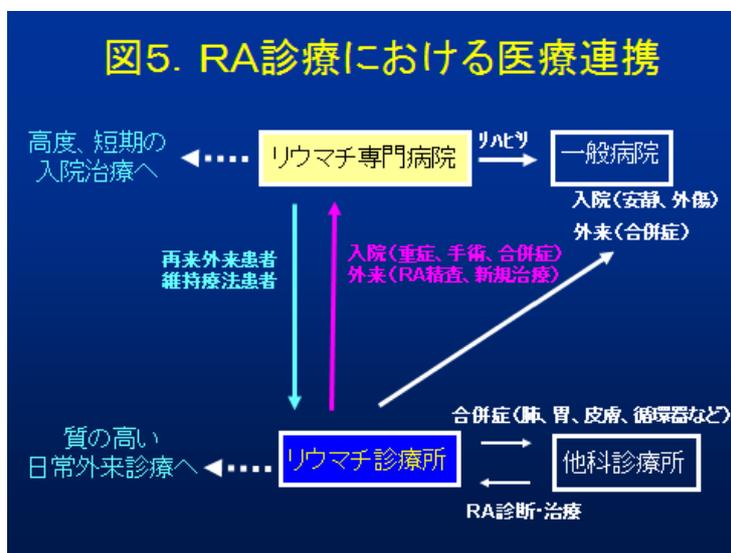
一般に病診連携というが、正確には医療連携である。医療連携には病診連携、病病連携、診診連携がある。これらは一つの医療機関同士の連携となるが、さらに連携を大きくし中核病院を中心とした地域連携（ネットワーク）が RA 医療に加わってきている。この RA 医療の地域連携の目的は地域の RA 診療の向上や、病診連携をスムーズにする事で、加えて生物学的製剤治療の多施設共同研究などが容易になる。既に日本各地でこのネットワークがつくられ活動している。栃木県²⁾（自治医科大学）、新潟県³⁾（新潟県立リウマチセンター）、長野県⁴⁾（丸の内病院リウマチセンター）、静岡県⁵⁾（浜松医科大学）、鹿児島県⁶⁾（鹿児島赤十字病院）、長崎市⁶⁾（長崎大学病院）等がある。図 5 に RA 診療における医療連携、図 6 に RA 医療の地域連携を示す。

RA 診療における医療連携の条件としては、診療所では MTX、生物学的製剤の維持療法が可能、連携病院関連の勉強会への参加、RA 新薬研究会への参加等を行い、病院医師との信頼関係構築や診療所医師、看護師の力量の向上に努める必要がある。

RA 病院の条件としては開放型病院であること、緊急の有害事象出現時は 24 時間、365 日体制で受け入れ可能なこと、可及的に患者をかかりつけ医に戻すこと、定期的に連携医師との勉強会の場を設定する等である。

診療所側から病診連携を構築するためには RA 専門病院の医師と個人的つながりを持つことが肝要である。このためには日頃から RA 専門病院へ患者を紹介し、病院主催の勉強会や研究会に積極的に参加

することである。また、RA 医師の他に、RA 治療に理解のある呼吸器内科医、肝臓内科医等を知っておくことも病診連携に必要である。



4. 病診連携を要した当クリニックのRA 症例

図7はMTXによるde novo B型肝炎例、表2はMTX及び生物学的製剤治療のためB型肝炎ウイルス感染治療依頼例、図8はMTXによる骨髄抑制例、図9、10はIFXによるPCP肺炎例である。

図7. MTXによるde novo B型肝炎とその後の経過



表2. 61歳、女性RA、stage IV、B型肝炎キャリアー

- 2007年8月 初診、リマチル著効
- 2012年11月 RA再燃、SASP併用するもコントロール不十分
- 2013年4月 HBs抗原検査しMTX4mg開始、HBs抗原(+)判明
 - 7月 HBV-DNA 2.7 log検出
 - 九州医療センター肝臓内科へB型肝炎ウイルス感染の治療依頼
 - 8月 バラクルード治療開始
 - 9月 MTX10mg増量するもRA悪化(CRP 6.42mg/dl, DAS-ESR 6.5)
 - 10月 アクテムラ皮下注射開始、肝機能一貫して正常値のまま
 - 11月 アクテムラ皮下注射効するが、肝機能障害出現(GOT 84, GPT 131)
 - 九州医療センター肝臓内科へコンサルトし、HBV-DNAは未検出なのでMTX中止とする
 - 12月 アクテムラ皮下注射のみでCRP 0.04mg/dl, DAS-ESR 2.1と良好
 - 肝機能もGOT 25, GPT 22と正常化する

図8. 75歳、女性RA、MTXによる骨髄抑制例
2012年よりMTX12mgに増量、白血球数5000以上で安定していた
2013年11/18再来時口内炎を訴える
11/19検査結果(白血球数1700)を見て電話でMTX中止と緊急再来指示
11/20系の町病院紹介

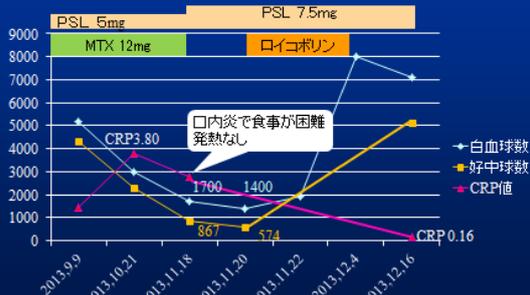


図9. 68歳、女性Y PCP肺炎例

平成23年 MTX12mg、ステロイドなしで治療するもコントロール不良となる。
平成24年2月 ミネケド開始
3/8 ミネケド3回目投与
4/3 発熱と咳出現
4/4 近医内科受診
体温39度、CRP 6.6mg/dl
WBC 8400、SpO2 93%
胸写異常にて当院へTEL



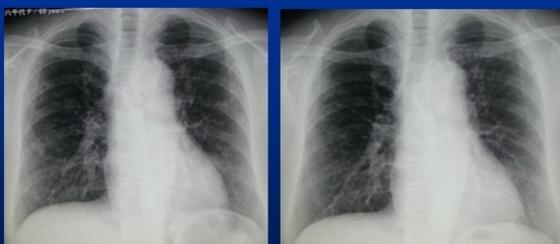
当院胸写にてPCP肺炎を疑う。九州医療センター膠原病内科に緊急入院治療を依頼する。

平成24年4月4日

図10. 68歳、女性Y PCP肺炎例

平成24年5月14日

平成24年10月3日



平成24年4/6九州医療センター入院、喀痰陰性だがβ-Dグルカン20.8と高値。PCP肺炎としてバクタとステロイドにて加療。5/14退院。退院後はPSL5mg、MTX8mg、バクタ1錠にて加療。その後MTX12mgに増量。

文献

- 1) 近藤正一． 関節リウマチ薬物治療の進歩とリスクマネジメント．日本医事新報 2012;4616:71-79
- 2) 蓑田清次． 病診連携のあるべき姿．Modern Physician 2010-8;30:1103-1106
- 3) 村澤章． 関節リウマチにおける地域連携と診療ネットワーク．日医雑誌 2014;42:2245-2248
- 4) 山崎秀ほか． 長野県におけるリウマチネットワークの活動状況と課題．Clin Rheumatol 2009;21:434-438
- 5) 小川法良ほか． 静岡リウマチネットワーク - 診療効率向上と標準治療の普及を目指して - ．臨床リウマチ 2009;21:427-433
- 6) 大坪秀雄ほか． 関節リウマチ診療における病診連携とかかりつけ医．Clin Rheumatol 2010;22:6-16
- 7) 中村英樹ほか． 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 2012;32:95-102