

渡辺 参考人資料

難病診療における 「TMDU型ネットワーク」 構築の提案

東京医科歯科大学

医学部附属病院副院長、難病治療部長
潰瘍性大腸炎・クローン病先端治療センター長
消化器病態学分野 / 消化器内科

渡辺 守

東京医科歯科大学医学部附属病院が実践する 高度な診療技術を集約した「難治疾患のトータルケア」を より多くの患者に届けたい！



東京医科歯科大学医学部附属病院

32診療科

膠原病内科

消化器内科

神経内科

整形外科

泌尿器科



25診療支援部門

手術部

理学療法部

看護部

薬剤部



高度な難病診療技術を有する専門医を各診療科に多数配置

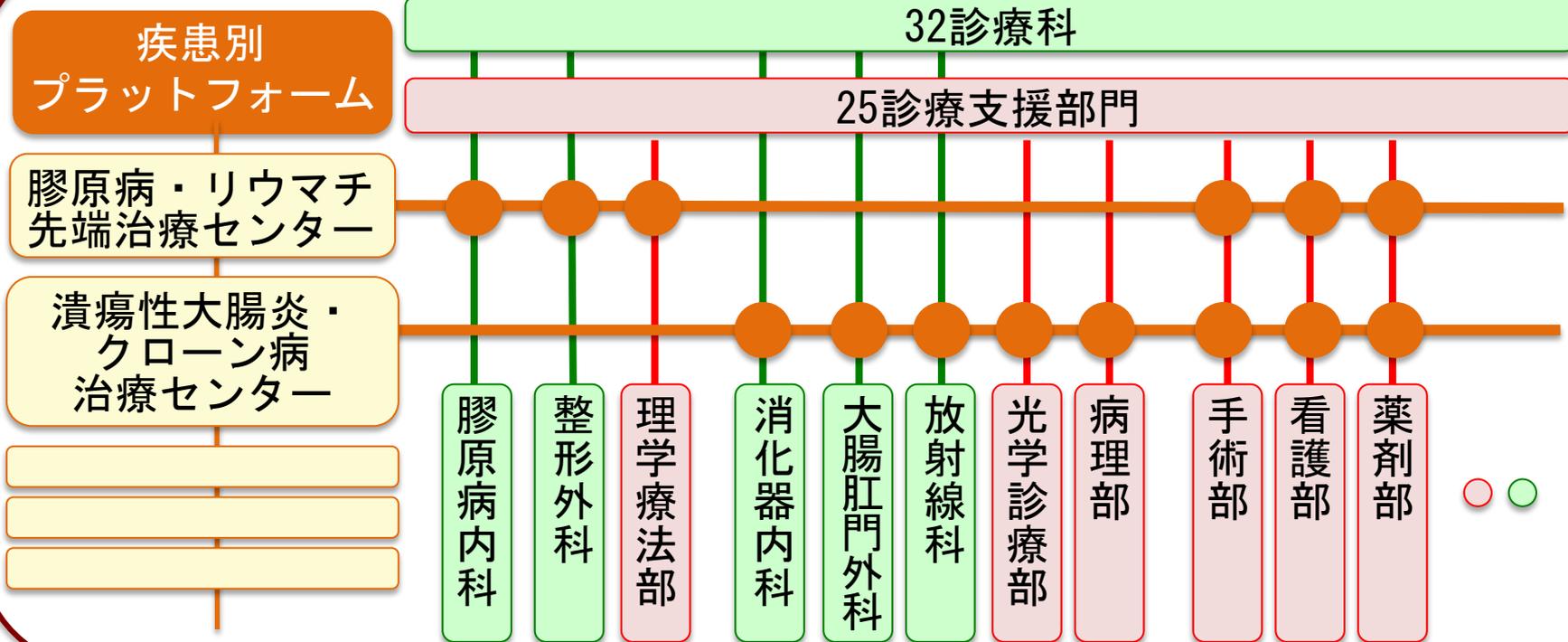
治療困難例に複数診療科による「分野横断的トータルケア」を実践

しかし患者からは「縦割り」の病院組織しか見えていない！

「横のつながり」を明確に打ち出し、患者が安心して受診できる体制を！

疾患別プラットフォームによる「センター方式診療」で患者にも分かりやすいトータルケアの実践を！

東京医科歯科大学医学部附属病院



患者がいつでも「トータルケア」を実感できる横断的診療体制の可視化

患者

正に連鎖

医療者

患者・家族のアクセスを容易に

難病診療の教育・研究の充実

「センター方式診療」で 更に質の高い難病診療の実現を！

難治疾患治療の全てのステージでわが国における最高水準の医療を提供

発症早期

進行期

高度難治例

早期診断・早期治療
の実践による
疾患の進行・難治化阻止

進行・合併症阻止
を目指し高度医療を集約
したトータルケアの提供

あらゆる既存治療に
抵抗性の患者に対する
フロンティア治療領域の
開発と実践

幅広い「難治疾患」で飛躍的な患者QOL向上の実現を！

病診連携による大学/関連施設/地域病診療施設の役割分担！

東京医科歯科大学医学部附属病院 「難病治療部」の創設（2012年4月）

- ・ 5つの「先端治療センター」を創設
- ・ 2012年4月より患者の受け入れを開始

厚生労働省「指定難病」を対象とするセンター

膠原病・リウマチ
先端治療センター

潰瘍性大腸炎・
クローン病
先端治療センター

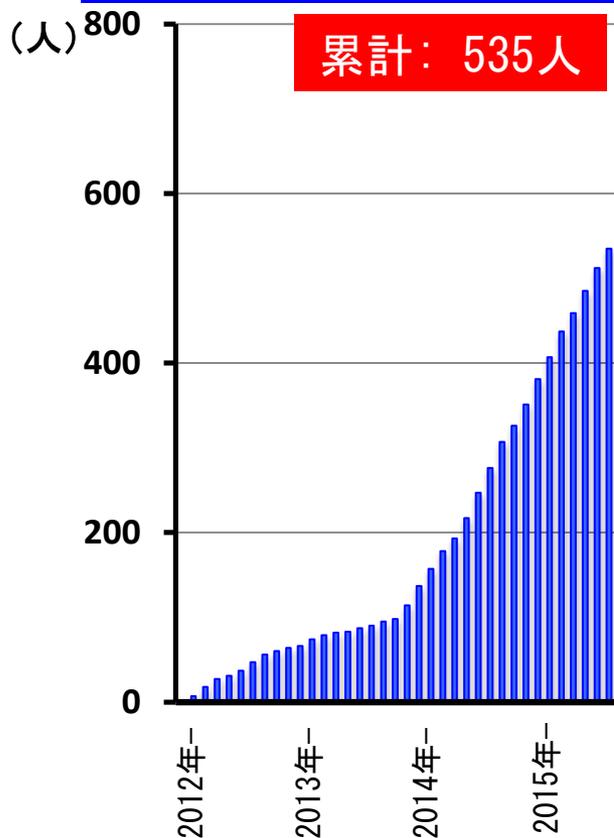
神経難病
先端治療センター

頭頸部・
頭蓋底腫瘍
先端治療センター

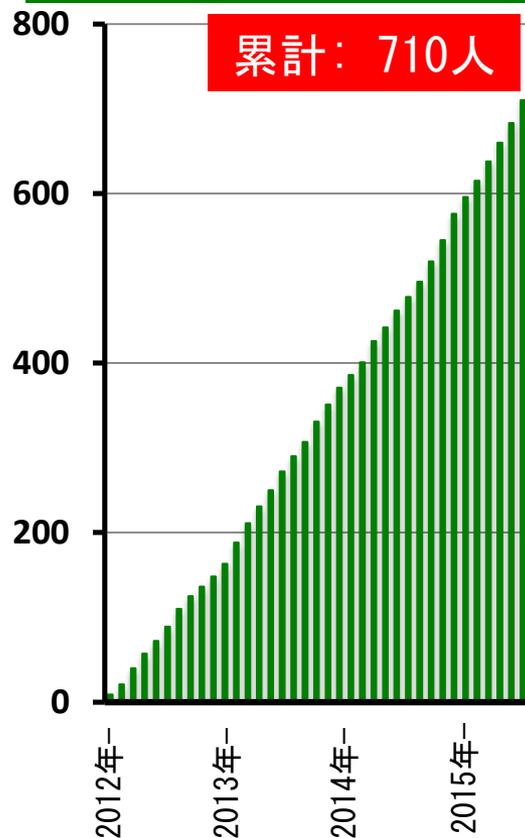
腎・膀胱がん・
前立腺がん
先端治療センター

「難病治療部」の創設により 新患「難病」患者の受け入れが急増！

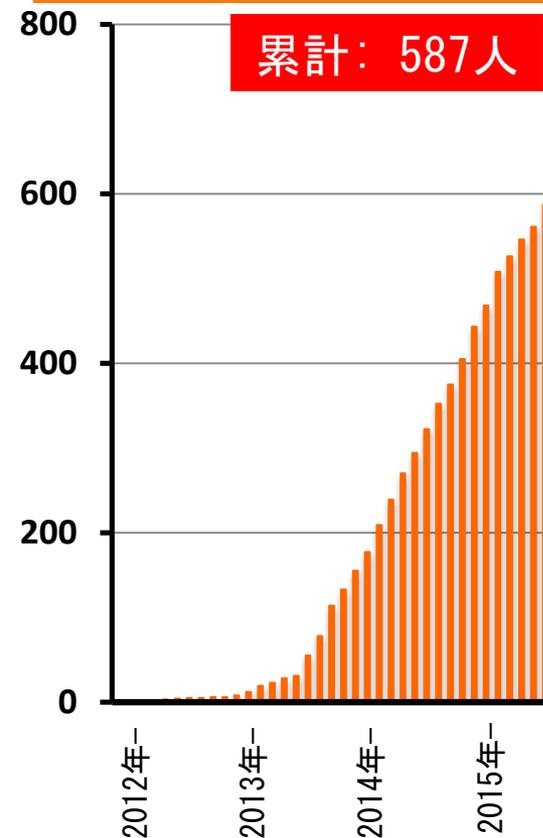
膠原病・リウマチ
先端治療センター



潰瘍性大腸炎・クローン病
先端治療センター



神経難病
先端治療センター



「難病」患者を広く受け入れる窓口として積極的に広報・活用

3つの先端治療センターで3年間に累計1832人の新患「難病」患者を受け入れ！

多くの難病患者を受け入れる体制が 「質の高い臨床研究」と 「画期的な新規治療法開発」に直結！

例：潰瘍性大腸炎・クローン病先端治療センター

「質の高い臨床研究」

クローン病患者を対象とした小腸内視鏡350例から得られた
我が国発の知見を世界に向けて発信

Comparison of Magnetic Resonance and Balloon Enteroscopic Examination of the Small Intestine in Patients with Crohn's Disease. (*Gastroenterology* 2014)

「画期的な新規治療法開発」

基礎研究における画期的なブレイクスルーを難病患者のベッドサイドへ
Functional engraftment of colonic epithelium expanded in vitro from a single adult Lgr5⁺ stem cell. (*Nat Med* 2012; *Cell Stem Cell* 2013; *Genes Dev* 2014)



2013年採択・AMED/JST事業・再生医療実現拠点ネットワークプログラム・拠点B
「培養腸上皮幹細胞を用いた炎症性腸疾患に対する粘膜再生治療の開発拠点」

「専門性の低い」診療施設に共通する 難病診療の問題点

診断における問題

「難病」を難病と診断できない→「難病」患者の重症化
「難病」ではない疾患を「難病」として治療→高額で不適切な治療の継続

治療における問題

適切な重症度の判定に基づく適切な治療の選択ができない

- 内科治療の限界を判断し外科治療へ受け渡すタイミングを逸する
→「難病」患者の重症化
- 軽症患者に高額かつ過剰な治療(生物学的製剤等)を選択
→高額で不適切な治療の継続

選択した治療が適切であっても十分な薬剤投与量・期間を判断できない

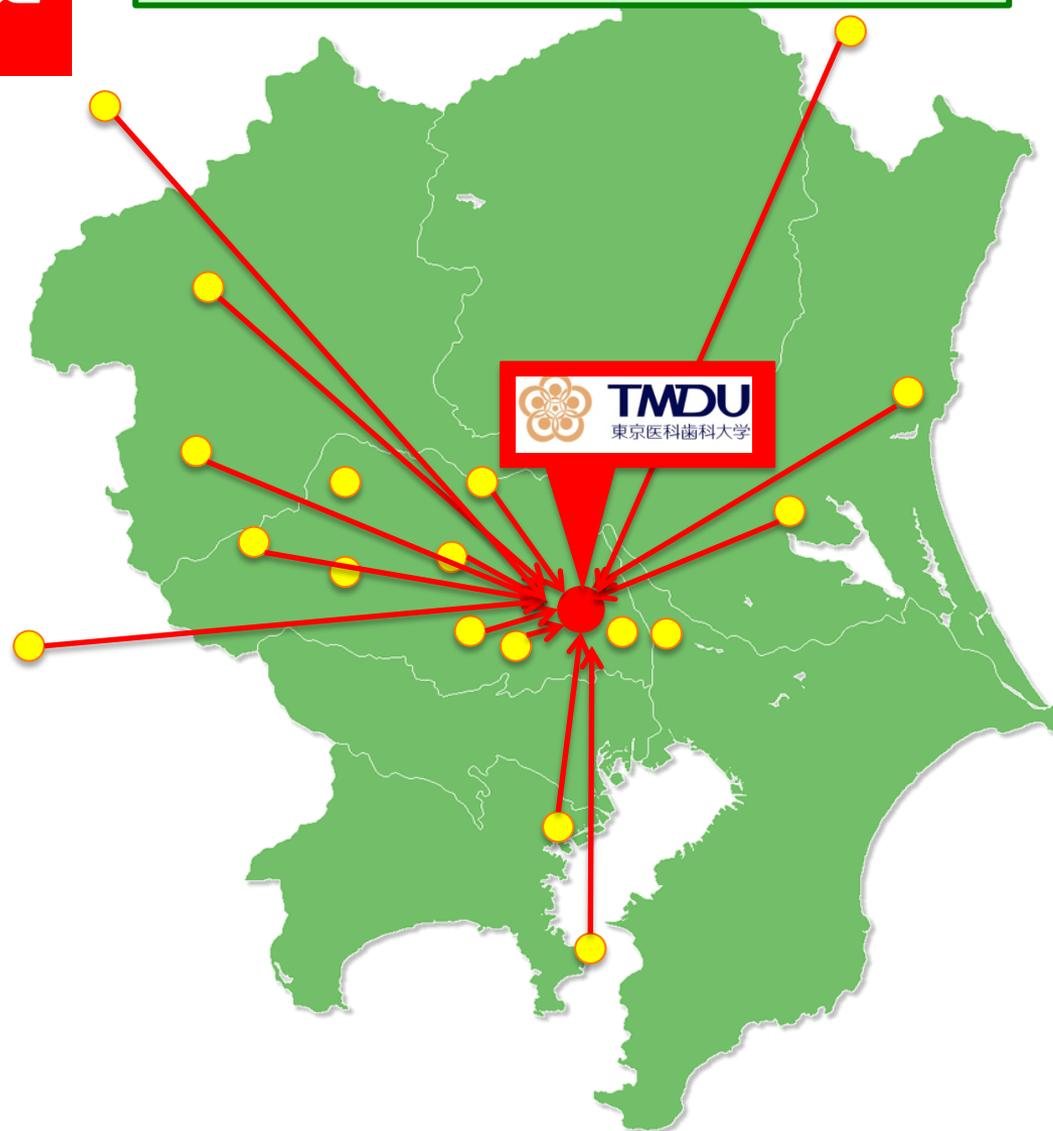
- 不十分な薬剤投与量を継続・不十分な投与期間で終了
→「難病」患者の重症化
- 不必要な投薬を継続
→高額で不適切な治療の継続

「専門性の低い」診療施設から 「難病治療部」への一極集中が加速の一途！

診療圏内外から患者の紹介が加速
→ 一極集中が進行

例：潰瘍性大腸炎・クローン病先端治療センター

武蔵野赤十字病院
柏市立病院
草加市立病院
青梅市立総合病院
都立大塚病院
土浦協同病院
横須賀共済病院
公立昭和病院
横浜みなと赤十字病院
東京共済病院
取手協同病院
多摩総合医療センター
都立墨東病院
中野総合病院
国際医療福祉大学三田病院
都立豊島病院
九段坂病院
多摩南部地域病院
埼玉医科大学病院



「難病治療部」への一極集中により生じた 診療上の諸問題

例：潰瘍性大腸炎・クローン病先端治療センター

専門医師診療の過剰な負担

→高度難治・重症例を含む500人超の患者を1人の医師が診療・管理

診療スペースの不足

→増加する患者に対応可能な外来ブース・病床の不足

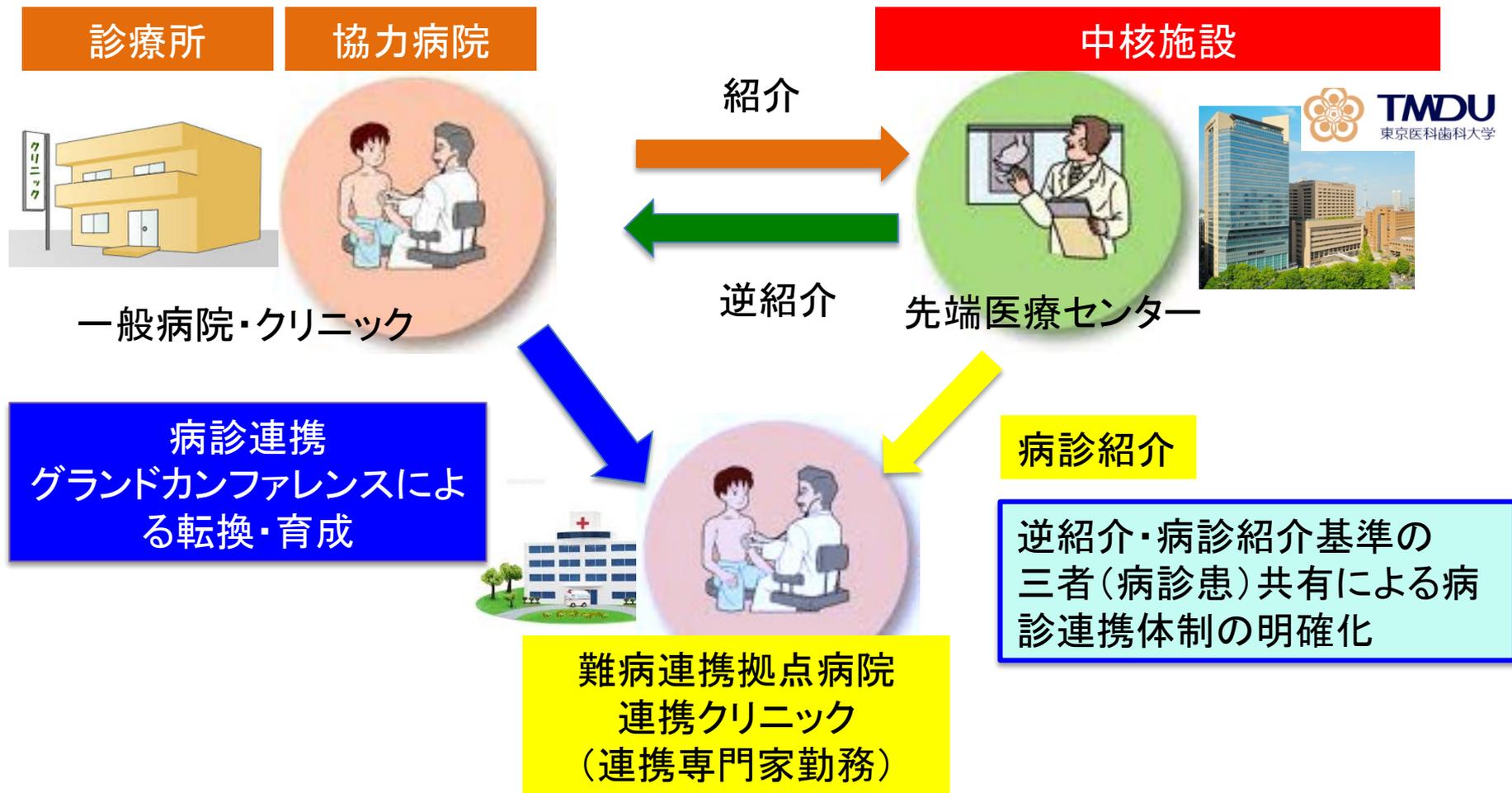
専門・特殊検査件数増加による施行医への過剰な負担

→専門性が高く、診療担当医が自ら施行

- 上部・下部消化管内視鏡検査の飛躍的増加
- 小腸バルーン内視鏡検査（年間300件）
- MRI（消化管に特化した特殊撮影法）

紹介された患者は地域の病院へ戻ることを希望しない！
「最後の砦」への遠距離通院・治療も受け入れてしまう！

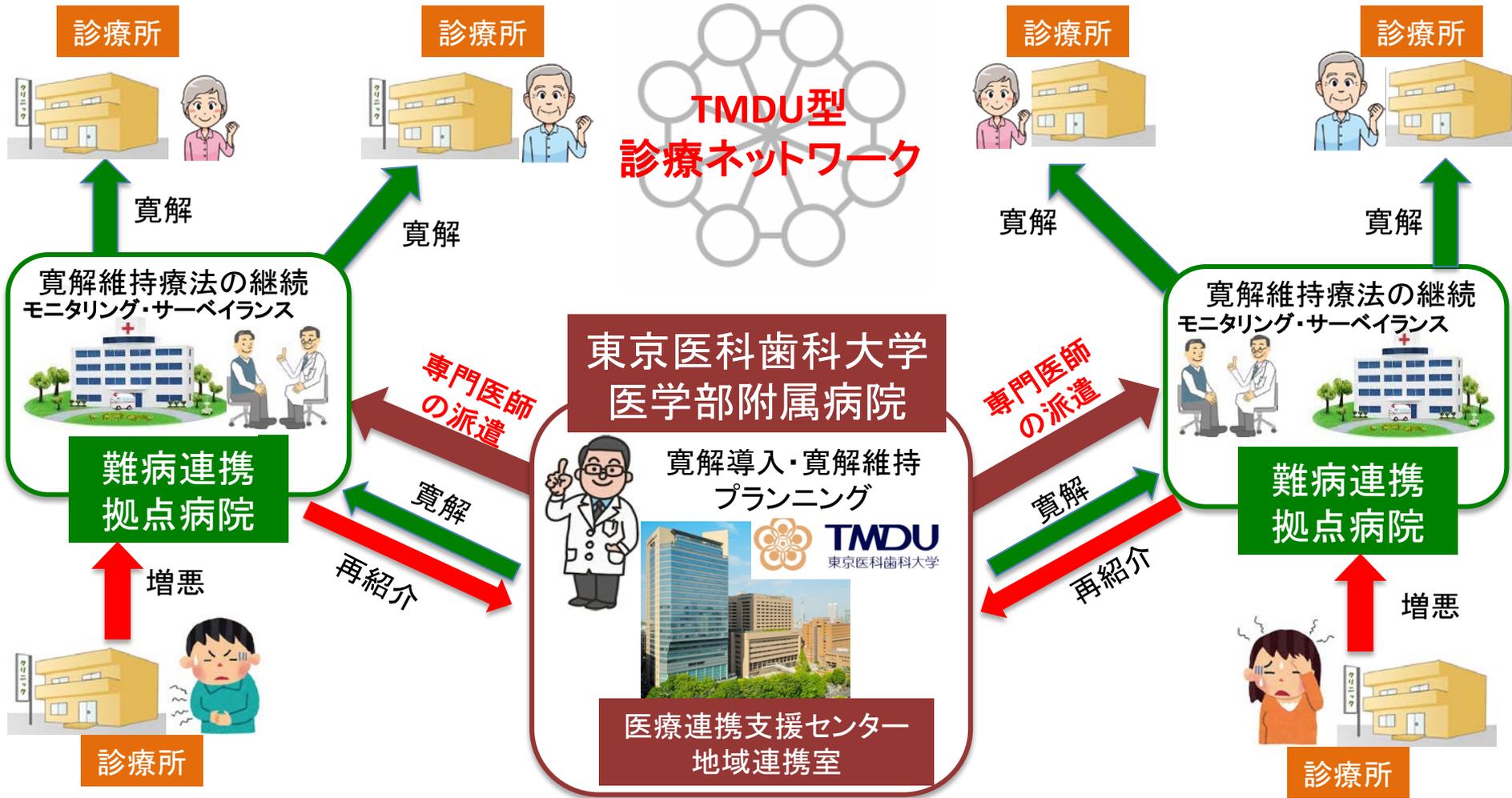
「病診連携」も発展型への転換を！



密度の高い病診連携により、意欲ある地域病院・クリニックを積極的に育成

より多くの地域拠点・クリニックで難病患者が安心して受診できる環境を！

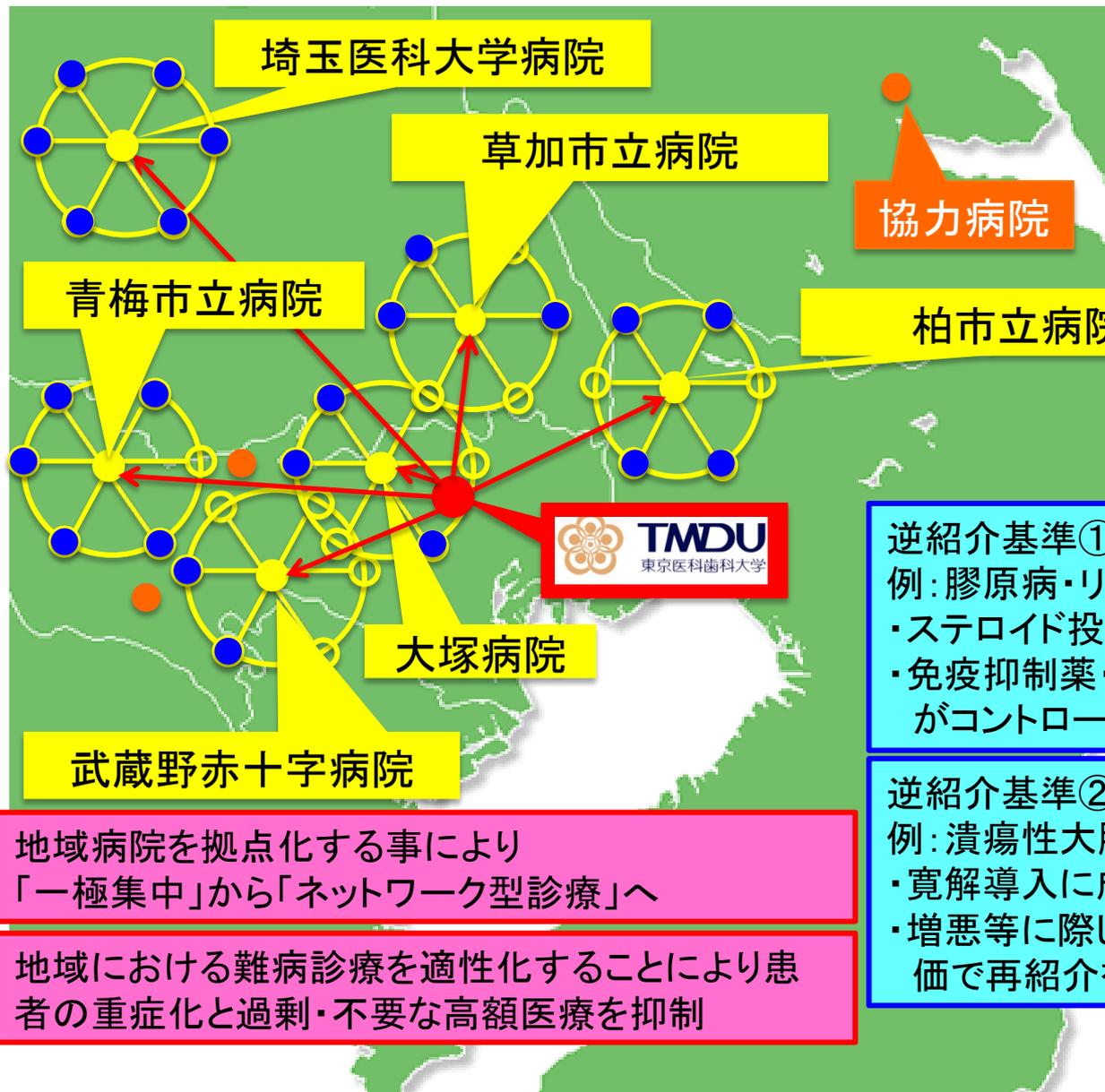
「TMDU型・難病診療ネットワーク」の構築



地域の拠点病院へ専門医師を定期的に派遣し、専門外来を開設

医学部附属病院・地域連携室を中心に拠点病院の病診連携体制をネットワーク化

「TMDU型・難病診療ネットワーク」の運用体制



中核施設: 地域拠点病院に
専門医師を派遣

地域拠点病院: 専門外来の
開設と病診連携支援



診療所: 一定の基準を 共
有し拠点病院と連携

逆紹介基準①
例: 膠原病・リウマチ
・ステロイド投与量が維持量
・免疫抑制薬・抗リウマチ薬が有効で副作用
がコントロールされていること

逆紹介基準②
例: 潰瘍性大腸炎・クローン病
・寛解導入に成功且つ適切な維持療法が確定
・増悪等に際しサーベイランスを含む画像評
価で再紹介を判断可能であること

地域病院を拠点化する事により
「一極集中」から「ネットワーク型診療」へ

地域における難病診療を適性化することにより患
者の重症化と過剰・不要な高額医療を抑制

「TMDU型・難病診療ネットワーク」の さらなる普及による難病診療の適性化を目指して

中核施設・拠点施設を担える専門医の育成

例:IBDクラークシップによる専門医育成

(TMDUにおける研修)

北海道大学、福島県立医科大学

山梨大学、岡山大学、広島大学

国立国際医療研究センター

地域診療施設・患者への適性医療の啓蒙

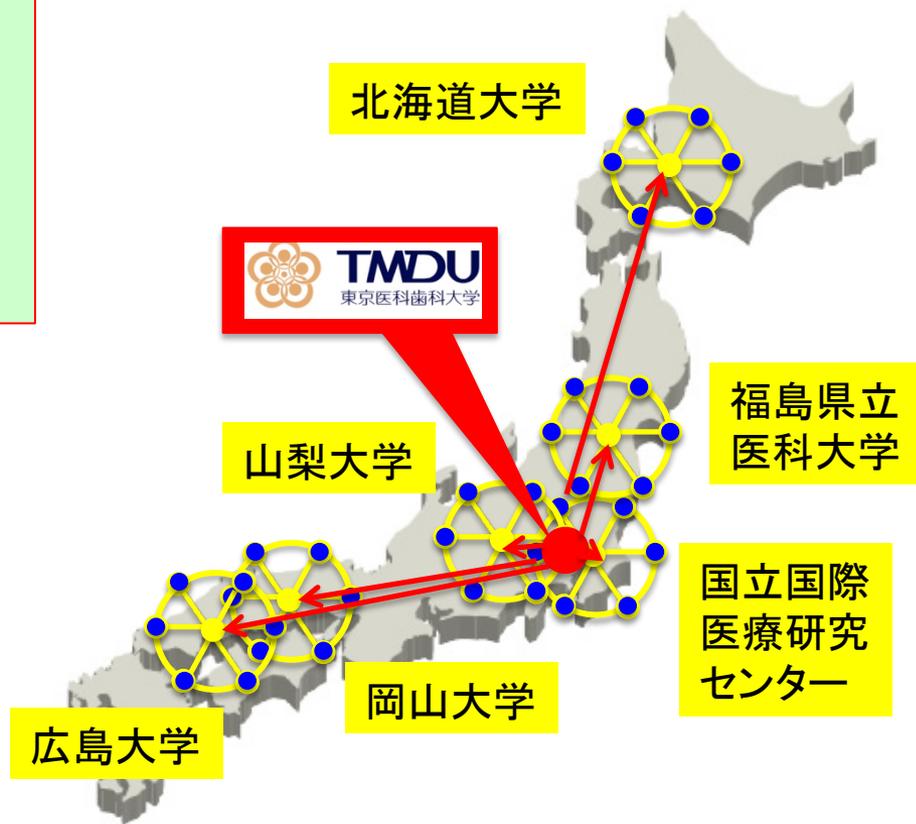
例:厚生労働省難病研究班による啓蒙

-患者向け冊子の発行

(診断・治療・妊娠)

-診断・治療ガイドラインの策定と公開

-Web上の教育コンテンツ公開



TMDU型ネットワークの普及により難病患者の「一極集中」を解消し
患者にやさしく適切な難病診療を提供できる体制の構築を実現したい！