

発行 公益財団法人 日本リウマチ財団  
〒105-0004 東京都港区新橋5丁目8番11号 新橋エンタービル11階  
TEL.03-6452-9030 FAX.03-6452-9031

※リウマチ財団ニュースは財団登録医を対象に発行しています。本紙の購読料は、財団登録医の登録料に含まれています。  
編集・制作 株式会社ファーマ インターナショナル (担当 遠藤昭範・森れいこ)

日本リウマチ財団ホームページ <https://www.rheuma-net.or.jp/>

179号の主な内容

- 寄稿: 肺合併症を伴うリウマチ患者に対する薬剤選択
- リウマチ人: 山前 邦臣 氏
- 新進気鋭の開業医: 第1回 築地リウマチ膠原病クリニック 清水 久徳 氏

寄稿

## 肺合併症を伴うリウマチ患者に対する薬剤選択

榎野 茂樹 (まきの・しげき) 氏 大阪医科薬科大学 リウマチ膠原病内科 功労教授

### Key Words

- 肺合併症
- 関節リウマチ (RA)
- RA治療薬
- 間質性肺疾患 (ILD)
- 免疫抑制薬



### 1 関節リウマチ (RA) の肺合併症

RAによる肺合併症は気道、胸膜、肺間質など肺を構成する全ての要素を冒しかつ多彩である。RAによらない肺合併症も種々あり、中にはRA治療に起因するものもある。表1に肺合併症を列挙する。急性/亜急性のものとは慢性のものがある。前者は合併症への対応のみが問題となるが、後者ではRA本体の治療へ影響もあり抗RA薬に制約がかかる。制約に関して重要な肺合併症は気道病変・慢性型間質性肺疾患 (ILD)・慢性肺感染症 (特に肺結核症と非結核性抗酸菌症)・薬剤性肺炎などが挙げられる。肺感染症の

多くは急性/亜急性で、細菌性肺炎、ニューモシスチス肺炎 (PCP)、レジオネラ肺炎など種々のものがあり、治療対応はそれぞれ異なる。高齢者では入院率・致死率が高く警戒が必要である<sup>1)</sup>。

### 2 RA治療薬とその性質

肺感染症の発現はRA患者の予後・状態に大きな影響を与える。そのため易感染性がRA治療に大きな制約を与える。この観点からRA治療薬は免疫抑制性のないものとあるものに大別される。ないものは非ステロイド抗炎症薬 (NSAID)、メトトレキサート (MTX) 等以

外の従来型合成疾患修飾性抗リウマチ薬 (csDMARDs) である。肺合併症があっても使用に特に制限はない。免疫抑制性のあるもの (IS薬) はcsDMARDs ではMTX・レフルノミド (LEF)・タクロリムス (Tac)、ほかに生物学的製剤 (bDMARDs)・分子標的型合成疾患修飾性抗リウマチ薬 (tsDMARDs) (JAK阻害薬)、それ以外にステロイド薬が挙げられる。薬剤性肺炎の起こり易さは肺合併症・薬剤により異なる。表2にこれら抗RA薬の性質を示す。

### 3 慢性肺合併症を有するRAの治療

ILD、気道病変・慢性感染症・肺腫瘍などがRA治療に大きな制約を与える。この項ではILD以外の話をする。気道病変で代表的なものは、慢性細気管支炎である。ほかに種々の病型があり分類にも議論があるが、進行すれば構造破壊を来し気管支拡張症を呈する。こうなると易感染性となりIS薬は使用を制限する必要がある。しかし、気道病変は高齢、女性優位、罹病期間長期、関節破壊進行のRAに多いという報告があり<sup>2)</sup>、RAの病勢そのものと並行する可能性が高く、近年の良好なRA管理下では重篤な気道病変は減少している。気管支拡張に至らない状態ではRA本体に対する治療に制限は必要ないと考える。慢性感染症では結核症、非結核性抗酸菌症 (NTM症) が重要である。どちらも肉芽腫の形成が感染防御の要のためIS薬 (特に抗TNF薬) は使い難い。結核では無治療または既治療でも肺の構造破壊が強い場合はIS薬の使用に制限が加わる。しかし、構造破壊軽度で治療後なら慎重さは必要であるがIS薬の使用は可能と考える。NTM症ではMAC (*Mycobacterium avium* complex) 症が約9割を占めるが一部難治の菌種の感染もある。肺NTM症で主要な病型は軽症の結節・気管支拡張型 (NB型) と重症の線維空洞型 (FC型) で後者の予後は不良である<sup>3)</sup>。肺NTM症合併RAではIS薬の使用は慎重さが必要である。MTX・ステロイドに関しては使用は可能であるが問題はありと考える。ステロイドが抗TNF- $\alpha$ 薬より予後を悪化させるとのデータもある<sup>3)</sup>。bDMARDs、特に抗TNF薬は禁忌で実際使用例はNTM症を発症しやすいとされる<sup>4)</sup>。しかし、bDMARDsをNTM症合併RAに使用して必ずしも悪化しないというデータもある<sup>5)</sup>。このような状況に対し、日本呼吸器学会は2014

年に手引きを示し、菌種がMACで病型がNB型であり必要性が高く全身状態が良ければ抗TNF薬による治療もケースにより認めうという見解を示した<sup>6)</sup>。この見解により条件を満たした症例ではbDMARDsの使用はトライしようとする。肺腫瘍に関しては、抗TNF- $\alpha$ 薬の使用は避けることが求められている。また使用する抗癌剤は特殊であり、抗RA薬との相互作用は不明な点があり各例ごとに治療する呼吸器科との相談が必要である。特に免疫チェックポイント阻害剤に対してはIS薬は反対方向の作用をもつ薬剤であり配慮が必要である。ほかに胸膜炎では胸水にMTXが移行し貯留するためMTXの投与は危険である。

### 4 ILD合併RAの治療・管理

ILDはRAの予後に重大な影響を与える合併症である<sup>7)</sup>。RAのILDは他膠原病と同様に特発性間質性肺炎の分類に準じて分類されているが<sup>8)</sup>、急性、慢性を問わずほぼ全てのタイプの病変を認める。分類不能なものも多数存在する。RAの病勢とILDの病勢に関しては関連するという意見もあるが並行しないことも多くあるため、それぞれの病勢を別個に判定する必要がある<sup>9,10)</sup>。慢性ILDで代表的な通常型間質性肺炎 (UIP)、非特異性間質性肺炎 (NSIP) はともにかなりの頻度で合併する。予後はUIPのほうが不良とするものが多い<sup>11,12)</sup>。慢性ILDの治療には種々の免疫抑制薬が試みられている。欧米ではミコフェノール酸モフェチル (MMF) が、日本では保険適用の関係もありTacがよく使われている。また、抗RA薬の中ではアバセプト、抗IL-6薬に期待がかけられているが、いずれも評価途上である。JAK阻害薬はこれからのトライとなりそうである<sup>9,10)</sup>。抗線維化薬ではニンテグニブの有用性が確認されている<sup>13)</sup>。進行速度の速い例のみ保険適用なので注意が必要である。今後は免疫抑制薬と抗線維化薬をどう使うかが問題となりそうである。最近、急性/亜急性では鑑別を重視し (感染症・薬剤性肺炎の鑑別除外も重要)、慢性では免疫抑制薬と抗線維化薬を中心とした治療体系が提唱されていて有用性はあると考える<sup>14)</sup>。慢性ILD合併RAの管理にはいろいろ制限がある。ILDが進行し構造破壊を来せば易感染性となり免疫抑制薬の使用に制限が加わる。抗RA薬は薬剤性肺炎を起こし易く、特にMTX、LEFが

表1 RAの肺合併症

肺の構成要素	原因別	
	RAによるもの	RAによらないもの
肺間質	間質性肺疾患 急性/亜急性 OP、DADなど 慢性 UIP、NSIP、UCIPなど 肺胞出血 Caplan症候群	薬剤性肺炎 (RA治療関連) 一部感染症 (PCP、ウイルス肺炎)
肺実質	肺胞出血	肺炎 肺炎球菌肺炎、レジオネラ肺炎 PCP、ウイルス肺炎
(腫瘍)	リウマトイド結節 Caplan症候群	肺結核・肺真菌症 肺癌
気道	細気管支炎 慢性細気管支炎など	肺結核・肺真菌症 非結核性抗酸菌症
胸膜	胸膜炎 (胸水)	癌性胸膜炎・結核性胸膜炎 肺真菌症
肺血管	肺高血圧症 肺血栓塞栓症 肺胞出血	

OP: 器質性肺炎 DAD: びまん性肺胞障害 UCIP: 非分類間質性肺炎

表2 抗RA薬の性質

抗RA薬	免疫抑制		薬剤性肺炎リスク	特記事項
	有無	強さ		
NSAID	×		W	
ステロイド (dose幅大)	○	W-S	-	ILD治療に使う
csDMARDs				
MTX (dose幅中)	○	W-M	M-S	胸水に貯留 ILD治療に使う
Tac	○	W-M	W	
LEF	○	W-M	M-S	
SASP	×		W	
Buc	×		W	
Igu	×		W	
bDMARDs				
抗TNF薬 (ETN以外)	○	M	W	肉芽腫形成阻害強
ETN (抗TNF薬)	○	W-M	W	
抗IL-6薬	○	M	W	
Aba	○	W	W	
tsDMARDs				
JAK阻害薬	○	W-S	?	ILDに有効?

免疫抑制の強さの記号 S: 強、M: 中、W: 弱  
薬剤性肺炎リスクの強さの記号 S: 強、M: 中、W: 弱、?: 不明  
SASP: サラズルファピリジン Buc: ブシラミン Igu: イグラチモド ETN: エタネルセプト Aba: アバセプト



宮病院を回ったときは、病院が提供する職員宿舎ではなく、自分で一軒家を借りて住みました。

**森本:** 専攻分野を決めたのは、関連病院の2年間で終わってからのことか。

**山前:** そうです。1970年(昭和45年)に宇都宮から慶應病院に戻ってきたところで決めました。自分が希望する専門分野や研究テーマに合致する先生のところにつく形でしたが、そのころ、私はリウマチに興味をもち始めていましたので、医学部生時代にリウマチ学の授業を受けた本間光夫先生の研究室を訪ねました。

**森本:** 慶應のリウマチ内科が分離したのはごく最近のこと、あのころは「血液感染症リウマチ内科」という名称でしたね。

**山前:** そう。通称「ケツカンリ内科」といって、血液のチーフは長谷川弥生先生、感染症が五味二郎先生で、リウマチ・膠原病内科が本間先生という時代でした。

**森本:** その後ずっと本間先生の指導の下でご自分の研究を進められたわけですか。

**山前:** それで、そうではなく、私が慶應病院に戻ったのが、たまたま安倍達先生の米国留学からの帰国とはほぼ同時期だったという事情もあり、安倍先生と一緒に研究をすることになりました。

この時期に取り組んだ最大のテーマは、各種の膠原病におけるクリオグロブリンの特性に関するもので、これが後に私の博士論文になり、1973年(昭和48年)に医学博士号を取得しました。

## 米国テキサス大学で過ごした臨床と研究の2年7か月

**森本:** その後、1974年(昭和49年)1月から1976年(昭和51年)7月にかけて米国ダラスのテキサス大学(以下、UT)へ留学されましたが、きっかけになったのは、どんなことでしたか。

**山前:** 当時、米国でリウマチ関係の論文を最も盛んに発表していたのが、UTサウスウエスタン医科大学(現、UTサウスウエスタンメディカルセンター)のMorris Ziff教授のグループでしたから、私は前もってZiff教授に、「ぜひ先生のところで勉強させてもらいたい」という手紙を送ったのです。すると、教授から、「今度、京都で国際リウマチ学会があるから、そこで会おう」というお返事があったので、会いに行ってみると、とても感じの良い先生で、「ダラスには日本のドクターも大勢来ている。きみと同じ神戸出身者もいるよ」と言って、早くも歓迎の気持ちを表してくださいました。

話は順調に進み、現地への移動の都合もあって、1973年(昭和48年)の12月中旬に家族ともどもダラスに引っ越しました。

**森本:** 先生はダラスで、臨床と研究の両方に従事されたということですが、実際にはどのように過ごされたのでしょうか。

**山前:** まず臨床については、私がECFMGもっているからということで、現地入り直後からUTサウスウエスタン医科大学の附属病院的な位置づけのパークランド記念病院\*で週1回、午前部のリウマチ外来を担当しました。毎週、病院から個々の医師に渡される担当患者の一覧表に従って患者を診ていく仕組みで、私の担当患者は初めのうち2~3人ということもありましたが、慣れてくるに従って段々人数が増えていきました。

研究のほうは、慶應の内科医局員のときに習い覚えた多形核白血球とリンパ球を分離する

技術を用いてリウマチ患者からリンパ球を取り出し、リウマチ患者において変性IgGを抗原とする抗体産生が亢進していることを明らかにしました。その成果はZiff教授との共著の形で論文になり、私の帰国後にArthritis and Rheumatismの1977年3月号に掲載されました。

そして、留学生活を終えて帰国したのは1976年(昭和51年)の7月でした。

**森本:** すると、大体2年半強の留学生活だったわけですね。研究が一段落した時点で、このまま米国に留まるか、それとも帰国するかで迷ったことはありましたか。

**山前:** それはありました。まず、ダラスでは、私のような一介の研究員のためにも立派な実験設備と十分な資金が用意され、思うままに研究に打ち込める環境がありました。また、ダラスにわれわれの生活の様子を見にやって来た妻の父親(内科医)も米国残留を勧めていました。さらに別の知人のドクターは、ダラスの次の留学先の話をもってきてくれましたので、私も一時は米国残留に大きく気持ちが傾いていました。しかし、その後、「子どもが米国の生活に慣れてしまうと、日本に帰ってから、切符も買えなくて一人で電車にも乗れない子どもになってしまう」といった話を聞いて、気持ちが揺らぎました。当時、既に子どもが2人おり、上が小学1年生、下が幼稚園年長組に編入予定でしたから他人事ではなかったのです。その後も段々帰国する方向に心が傾き、ある時ついに、「この辺で切り上げよう」と決心がつかしました。

**森本:** お子さんの教育を第一に考えて、そろそろ潮時かなと感じられたわけですね。

\* 1894年(明治27年)開院。1963年(昭和38年)にダラスで暗殺されたジョン・F・ケネディ米大統領が銃撃後に搬送され死亡宣告を受けた病院としても有名。

## 研究者から実地リウマチ医に転身 RA早期診断・治療の必要性を痛感

**森本:** 先生は米国から帰国後に、一時、伊勢慶應病院(現、伊勢ひかり病院)へ赴任されていましたね。

**山前:** そうです。半年ほど派遣されて行っていました。

**森本:** そして、伊勢から戻られた後、間もなく新横浜で開業されました。

あのころ、海外留学を経験された方は、帰国後もしばらく母校で研究を続けるケースが多かったと思いますが、その点、山前先生は転身の決断が早かったように感じます。

**山前:** そうかもしれません。テキサス大学の恵まれた研究環境の中で過ごした経験から、日米の研究環境の落差を痛感し、日本で研究を続けることに限界を感じていたと思います。

**森本:** だから、大学病院に残るよりも、クリニックを開業して多くの患者さんを治療し、患者さんから学び、その成果を再び患者さんに還元することが、むしろ日本のリウマチ医療の向上に資する最短の道だと考えられたわけですね。

実際に開業されて、最初はどんなことを感じられましたか。

**山前:** まず、各地から来院するさまざまな患者さんの中に、それまで関節リウマチ(RA)と診断されず、RAの治療もされないまま関節変形が進んでしまっている患者さんが少なからず存在する現状があり、これはどうにかしなければならぬ問題だと思いました。

**森本:** なぜ、もっと早く診断をつけ、適切な治療を開始しなかったのか。もし、そうしていれば、ここまで悪化しなかったはずではなかったか、と?

**山前:** そうです。そして、早期診断・早期治療を出発点とする正しいRA診療の普及のためには内科と、整形外科と、リハビリテーション科のリウマチ医が互いに手を結んで切磋琢磨し、情報を共有しながらRA診療を進めるのではありませんかと考えました。そのような思いを共有する実地医家の交流と研鑽の場として1983年(昭和58年)に発足したのが、「神奈川リウマチ医会」という会でした。

**森本:** 一時期、全国各地でリウマチ医の会を立ち上げる動きが盛んでしたが、神奈川県はその草分けで、そこから全国に波及していったということなのですね。

**山前:** そうです。当初からそのように願って神奈川の会を立ち上げました。その思いを貫いて、2002年(平成14年)には、順天堂大学出身で東京・葛飾区で開業しておられる安倍千之先生らと一緒に全国のリウマチ医に呼びかけ、「日本リウマチ実地医会」を発足させました。

## 早期RA診断基準試案で 発症2カ月以内の診断能も向上

**森本:** 先生は、1993年(平成5年)の厚生省(当時)「早期関節リウマチ診断基準」の制定から5年遡る1988年(昭和63年)に、同診断基準の「試案」を作成されました。その経緯を簡単にご紹介ください。

**山前:** 実は、あの試案の公表に先立って、一つの検討を行いました。何かというと、米国リウマチ学会(ACR:旧称ARA)の関節リウマチ診断基準が1987年(昭和62年)に改訂されたのを受けて、この新しい診断基準(以下、ACR新基準)が発症後1年以内の早期RAの検出にどの程度有効であるかを検証してみたのです。具体的には、当時、当院に通院中だったRA患者さん351例のうち、過去1年6か月の間に当院を受診し、かつ推定発症時から1年以内に当院を初診で受診した26例について、初診時にACR新基準を充足していたか(=診断基準7項目のうち4項目以上を満たしていたか)を個々に算定してみました。その結果、初診時にACR新基準を充足していたのは26例中12例(46%)だけでした。

**森本:** つまり、1987年(昭和62年)のACR新基準では、発症から1年以内の早期RAのうち半分もRAと診断できなかったわけですね。

**山前:** そうなのです。特に、発症から2カ月以内の14例に限ってみると、ACR新基準でRAと診断できたのは3例(21%)に過ぎませんでした。

ところが、ACR新基準を当院におけるRA診療の実態に合わせて修正し、これに従って、上と同じRA 14例について検討したところ、9例(64%)をRAと診断することができました。また、全体では26例中21例(81%)がRAと診断されました。つまり、ACR新基準から当院独自の診断基準に切り替えることによって、発症から2カ月以内のRA症例で感度が21%から64%に上昇し、全体では46%から81%に上昇したのです。

**森本:** その検討で用いた先生独自の診断基準が、1988年(昭和63年)の「早期関節リウマチ診断基準試案」にほかならず、また、この試案が5年後に厚生省(当時)の診断基準にも踏襲されたわけですね。

それにしても、この試案は反響も大きかったのではないのでしょうか。

**山前:** 特に、1993年(平成5年)に公表されてからは一般にも広く関心を呼ぶようになり、読売新聞が「医療ルネサンス」のコーナーに取り上げて連載してくれたこともあり。おかげで、当院では患者さんが増えて、ますます忙しくなっていました(笑)。

## 薬物療法は副作用との闘い 臨床研究にも基礎と同等の力を

**森本:** 先生にはこのほかにも、マンモグラフィの原理を応用したRA画像診断法を提唱されたことや、さまざまなツールを用いた患者さん教育のことなど、お聞きしたいことはまだまだありますが、そろそろ紙面も尽きてきましたので、まとめに入りたいと思います。

まず、さまざまな生物学的製剤やJAK阻害薬などによるRA薬物療法が発達した今日であっても、なお忘れてはならないリウマチ診療の急所は何だと思われますか。

**山前:** 確かに生物学的製剤の登場以来、だれの目から見てもリウマチ医療の質は向上しましたが、診断が遅れ、治療の開始が遅れると良好な経過が期待できなくなるというリウマチの特性が変わりはありません。そこで、国民一般の知識の普及が大切になりますが、同時に医師の側にも、関節の痛みを訴えて来院した患者さんを目で見、手で触れ、検査データのみにとらわれず、丁寧に、時間をかけて診る姿勢がぜひとも必要です。

また、生物学的製剤やDMARDsを含め、すべての薬物療法は副作用との闘いです。特に従来型の抗リウマチ薬や初期のDMARDsの中には腎機能障害を起こしやすいものもあるので、常に検尿を中心に腎機能モニターを怠らず、異常を認めた場合にはきちんとした対応をすべきです。

**森本:** つまりは、患者さんをよく診なさいという一点に尽きるでしょうか。

最後に、将来リウマチ医を目指す若い医師に対するメッセージをお願いします。最近、特に生物学的製剤の登場以後、リウマチは薬で治るのだから、医師が頑張って勉強などしなくてもいいのだという安易な風潮が広がっているとも聞きますので、それに対する戒めも含めて、ぜひ…。

**山前:** 確かに、今は良い薬があるのだからリウマチはだれにでも治せるという受け止め方がされているようですが、もちろん、そんなことはありません。どんなに優れた生物学的製剤も、効果と副作用の知識を踏まえて使わなければ患者さんは決して良くなりません。

今、研究熱心な臨床医が求められています。リンパ球を操作したりサイトカインの働きを解明したりする基礎研究と同じぐらい、患者さんの治療経過や薬の副作用の現れ方を調べる臨床研究も大切です。地道で真摯な臨床研究の積み重ねが、しばしば治療の行く手に大きな光明をもたらすことを若い先生方にぜひ知っていただきたいと思います。

**森本:** 臨床研究の大切さは、山前先生ご自身がこれまで身をもって示されてきたことだと思います。

本日は長時間にわたる数々の貴重なお話をいただきありがとうございました。



留学から帰国する前にZiff教授と



地元医師会の学術活動にも力を入れ、日医最高優功賞を受賞する山前氏(中央右)



取材を終えた山前氏と森本編集員。長時間お疲れ様でした

# 新進気鋭の開業医

第1回

築地リウマチ膠原病クリニック 院長 清水 久徳 氏

聞き手：後藤 美賀子 編集員 国立成育医療研究センター 妊娠と薬情報センター

築地リウマチ膠原病クリニックは聖路加国際病院のほど近く、緑溢れる好立地に構想から4年の歳月をかけて2020年に開業。リウマチ膠原病に関連する多彩な専門外来と専門看護師によるチーム医療を実践する。日本一、世界一のクリニックにするため、より質の高い誠実な医療を目指して、たゆまず努力し続ける。新進気鋭の開業医を紹介する新シリーズの1回目は、築地リウマチ膠原病クリニックを本紙編集員の後藤美賀子氏が訪ね、リウマチ財団登録医の清水久徳氏と3名のリウマチケア看護師(上野まき子氏・古川沙弥佳氏・清水知佳氏)からお話を伺った。



## 膠原病を志した聖路加と連携を取り、win-winな関係を構築

**後藤**：本日はよろしくお願ひいたします。まず、先生のご略歴と開業されるまでの経過をお話しいただければと思います。

**清水**：よろしくお願ひいたします。私は2005年に北海道大学を卒業して、聖路加国際病院(以下、聖路加)に内科初期研修医として入職しました。そして、私が内科研修中の2006年に岡田正人先生(本紙編集員)が聖路加に来られました。私は2008年にローテーションで回り始めて、そのまま岡田先生の下で膠原病をやろうと決め、それから10年以上ずっと膠原病を専門に診療にあたってきました。

**後藤**：内科研修に入られたときにはすでに、膠原病をと決めていらっしゃったのですか。

**清水**：最初は循環器か膠原病かの2択で決めかねていました。医師としての長い人生を考えて、膠原病のほうがより好きだったのと、ちょうどそのころ、岡田先生の下で膠原病の業績発表をしたのが決め手で、「やはり膠原病がやりたい」と思い正式に膠原病を選びました。その際に、岡田先生がリウマチ財団にかかわっていらっしゃったので「財団の登録医も取っておくといいいよ」という勧めもあり、リウマチ財団登録医として申請させていただきました。

**後藤**：聖路加のリウマチ膠原病センターはまさにトップランナーですね。そこでバリバリやっていらっしゃって、なぜ開業したのかと興味深く思っています。

**清水**：聖路加ではポジションも限られており、かといってほかに行くこともピンとこず、勤務医として今後の身の振り方をいろいろ悩んでいるとき、岡田先生に「それなら開業するのはどう？」と聞いていただいたのです。ただ、「開業するとしても聖路加と連携ができるこの場所以外はイメージがわかず、エリア的に競合することになってしまいかもしれません…」とお話したのですが、先生は「それでもいいよ」と言ってくださいました。聖路加と競合するのではなく、当院で増えた外来患者さんの中で比較的重症度の高い方や入院が必要な方を聖路加に送り、聖路加からも当院にというwin-winな関係の連携が取ればと、開業に踏み切りました。岡田先生には開業当初から当院の顧問医としてお世話になっており、結果的には聖路加の患者さんは減らず、今も増え続けており、当院も順調に増えて、聖路加へ入院患者さんを送れますし、良かったと思っています。

**後藤**：開業されたときは、ちょうどコロナ禍だったと思うのですが。

**清水**：やはり免疫抑制薬を多く使っていますので、患者さんに安心してご来院いただくためにも同じ空間でコロナ対応はできないと考え、地域医療に貢献ができないことを心苦しく思いましたが、発熱外来はしませんでした。逆に混み合う病院で咳をしている人の中に1時間も2時間も待たされたくないという患者さんがかなり来られました。リウマチ膠原病だったら単科のところに行きたいという需要も一定数ありましたので、当院に関して言えばそれほどコロナの影響は大きくなかったです。

**後藤**：こちらの場所は、緑も多くて本当に良いですね。

**清水**：この場所にはすごくこだわりがあって、最初に開業しようと思ったときから実際に開業するまで4年くらいかかりました。なかなか交渉がまとまらず、2020年ようやく当地で開業にこぎつけることができました。一般的なテナント開業の準備期間は1年、長くても2年くらいだと思うので、その倍近い時間を開業に関する幅広いジャンルの勉強に使い、自分の目指すクリニック像を構築していききました。開業医の先輩方数名にもお話を伺うことができ、大変参考になりました。今でも心から感謝しています。

## 日本一、世界一のクリニックにするために

**後藤**：ホームページを拝見したのですが、こちらのクリニックはいろいろな専門外来があり、一般的なリウマチのクリニックと大きく違うなと思いました。そして患者さんが診察を受けやすい体制が整っていらっしゃるなと思いました。「このようなクリニックにしよう」と信念をもたれたことだと思います。

**清水**：クリニックを開くに当たって心に秘めていたのは、「どうせやるなら日本一、世界一のクリニックを作りたい」との思いです。「聖路加はいい病院だな」とは自分でも働いていて思っていましたし、周りの評価としても何がいのだろうと考えたとき、その基準となるのが「自分の大切な家族や友人が病気になったときに聖路加に入院させてあげたい」ということでした。働いているスタッフが自分の身内や仲のいい人を入院させてあげたいと思える病院、そして自分自身が入院したいと思う病院、それが一つの良い病院の基準ではないかなと思いました。それと同じで日本一、世界一のクリニックとは、自分の大事な人に行かせたい、自分が行きたいと思えるクリニックではないかなと思いました。それには何をすべきかと考え抜いてたどり着いた結論が、クリニックのブランディング、差別化でした。自分が患者さんだったら「こういうところがしっかりしていればいいな」と思う基準を自分なりに考えました。もちろん病気を治すというのが一番大事です。高度先端医療とか大病院の特殊な医療は除いて、標準的な診療をしっかりとする前提でより質の高い医療をしながら、あとは医師だけではなく看護師の看護力はもちろん、受付での接遇、全ての雰囲気において患者さんが行きたいと思える、元気が出るようなクリニックを作りたい。それを実現するためにどうしていったらいいだろうと一つひとつ考えながら準備をし、開業後もスタッフ皆で意見を出し合い、日々改善に努めています。

## スタッフ一同、同じ目標をもって診療に取り組む

**後藤**：こちらでは看護師さんたちが積極的にリウマチケア看護師の資格を取っていらっしゃいますね(P6 コラム参照)。知識のしっかりある専門の看護師さんが対応することで、患者さんの安心感がすごく違うのではないかなと感じました。

**清水**：「看護の質を高めていく」という意味では、リウマチケア看護師が日本にあるリウマチ膠原病領域の資格として唯一のものですし、目標と

して設定しやすいのではないかなと思いました。ですので特に看護師は勉強に前向きで積極的に資格を取ってもらえるような方を採用しています。医師として患者さんに全力で向き合ったとしてもそこは限界があって、違う場所で違う役割の人に違う言葉で言われたときのほうが響くことがあります。私自身がアプローチしてもうまくいかないとき、看護師さんが言ったらうまくいったという経験があったので、やはりチームでやっていくのが大事だなと思います。それと、看護師だけではなく受付スタッフも含め、患者さんに寄り添ってくれる人たちに集まってほしいと思いました。

**後藤**：先生のところは働きやすそうですね。

**清水**：私は患者さんの病気や不安な気持ちをしっかり受け止め、心身ともよくなって、幸せになってほしいと思っています。一緒に働くスタッフみんなにも幸せになってほしいと常に思っていますし、自分がそう思える人を採用しています。そもそも人は自分自身がつかったり不満を抱えたりしていると相手に優しくするのは難しいので、自分自身が良い状態でないといけません。だからスタッフが幸せな状態で働ける環境がなにより重要だと考えました。「まずは職場で足りないもの・よくないものは全部補充・改善してより良い環境を作っていくから、満たされた気持ちで患者さんに寄り添って接してほしい」、その思いを胸に全力でやってきました。今でもほぼ毎週のようにスタッフたちと「ほかになにか必要なものか改善してほしいところない?」「もう十分です、お腹いっぱいです」みたいなやりとりをしています。スタッフたちも皆、患者さんをよくしたい・幸せにしたいという気持ちで私の想定以上に主体的に動いてくれており、日々感謝しています。

また、看護師兼事務長の妻が女性ならではの細かい気配りで、私からは見えない看護師業務や受付業務の問題点を把握し、スタッフの働きやすい環境作りに貢献してくれているのも大きいです。同時に院長の振る舞いや気配りの足りない部分に厳しい指摘をしてくれるので、裸の王様にならずにスタッフと仲良くできていると思います(笑)。

こういった積み重ねにより今、一つのチームとして皆が同じ方向を向き、患者さんのために切磋琢磨しながらより質の高い医療を実践していけるような環境が整ってきていると思います。

## 一つひとつ考えて、増えていった専門外来

**後藤**：女性外来、マインドフルネス\*1外来などもあるんですね。



清水院長(中央)、古川氏(左)、上野氏(右)

**清水**：開業するにあたり、リウマチ膠原病クリニックのブランディングになる特徴的な外来があったらいいなと思いました。

### ・漢方外来

当院のロゴマークの由来は西洋医学と東洋医学の融合です。

まだ開業を考える前ですが、リウマチ膠原病とともに漢方が専門の津田篤太郎先生(新潟医療福祉大学教授)が聖路加に在籍されていたとき、先生のもとで漢方医学を学んでいました。リウマチ膠原病は診られるけど、それから外れた他の症状は「うちではないので、ごめんなさい」と言うのが心苦しくて、なるべく範囲を広げて受け止められる症状を広くしたいなと思い、いろいろ勉強している時期でした。その後、漢方専門医の資格も取ることができました。そして開業に際し、何か特徴が出せないかと考えたところ、クリニックで幅広く患者さんを受け止めるためには西洋医学では対応しきれない隙間の症状を漢方薬でフォローできるのではないかなと思いましたし、津田先生と一緒に働いてくださることになったので、まずは漢方外来を立ち上げました。

### ・血管炎外来、骨粗鬆症外来

血管炎の症状が気になっている患者さんもやはり一定数いらっしゃいます。いきなり病院に行くのはちょっと敷居が高いし、なかなか受け入れてもらえないというときに、クリニックなら来やすいだろうと思い、血管炎を専門にされている同期の田巻弘道先生(聖路加)にお願いしました。また、田巻先生は骨粗鬆症も専門にされており、私自身も骨粗鬆症認定医ですので、田巻先生と一緒に骨粗鬆症外来も診ています。

### ・脊椎関節炎外来

脊椎関節炎領域がご専門である顧問の岸本暢将先生(杏林大学准教授)のもと、同じく脊椎



関節炎を専門にしておられる川合聡史先生(聖路加)による外来もぜひと思い、専門外来を開始しました。

#### ・ハイドロリリース\*2外来(自費診療)

聖路加と一緒に働いていた須田万勢先生(諏訪中央病院医長)は数少ないハイドロリリースの専門家です。疼痛の訴えが多いリウマチ膠原病診療において重要で魅力的な手技だと感じた私も当時ハイドロリリースを学び始めたのですが、須田先生の圧倒的な腕前を目の当たりにし、これはもう自分ではかなわないと思い、彼に任せて担当してもらっています。

#### ・マインドフルネス外来(自費診療)

前述の川合先生はマインドフルネスにも精通している数少ない医師の一人です。痛みを伴うことの多いリウマチ膠原病診療において、欧州リウマチ学会では2015年よりマインドフルネスを治療に併用することを推奨している背景もあり、米国でマインドフルネスの研修を受けておられる川合先生にぜひやっていただこうと思いました。

#### ・禁煙外来、女性外来

リウマチ膠原病患者さんにとって禁煙治療は重要な医療行為だと思い、私自身が禁煙の認定医を取りました。女性外来は私と女性の大原由利先生(聖路加)であっています。「ここは母性内科を意識している先生なのだ」というのがわかりやすいように、今後は母性内科のプロバイダー取得も目指していきたいと思っています。

医療の質を高めていくという意味で、自分ができる限りのことは全力でしようと思います。

また、これらの特徴的な外来の基礎として、リウマチ膠原病外来を私、津田先生、田巻先生、陶山恭博先生(NTT東日本関東病院医長)、大原先生、川合先生の6名で行っています。

後藤:ありがとうございます。リウマチが心配される症状で受診されたけれども膠原病以外であった場合への対応や、とらえどころのない不定愁訴など西洋の薬物療法では難しく漢方を上手に使うほうが良い例がありますね。先生のクリニックではそのあたりを全部網羅されていて、かつ片手間ではなくて突き詰めていらっ

しゃる。そうそうたる専門の先生方とのコネクションもありますね。

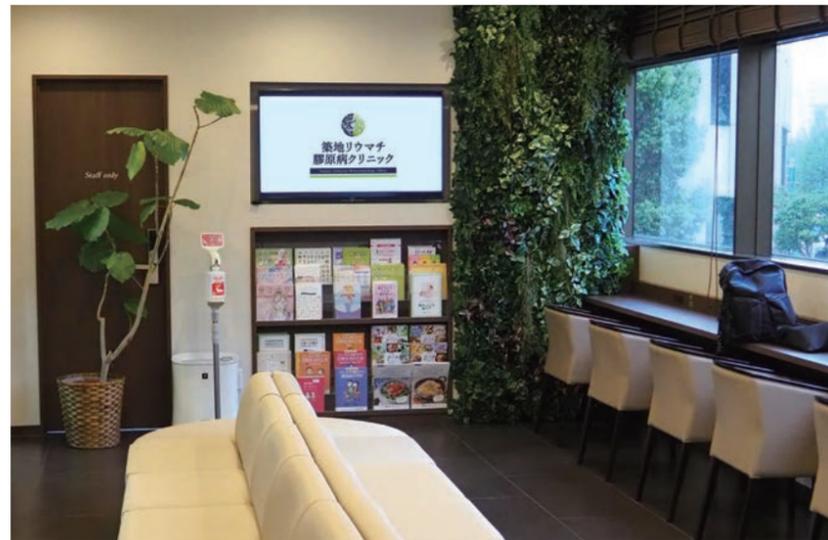
清水:そこも運がいいというかご縁があって、快く引き受けていただくことができました。あとは顧問の岡田先生に後ろにドンと控えていただいています。「何かあったらいつでも言ってくれていいよ」という後ろ盾がやはり心強いです。

\*1: 定義は「意図的に、価値判断にとらわれることなく、特定のやり方で今この瞬間に注意を向けること」。慢性的な痛みやストレスを抱える方への治療として世界中の病院やクリニックで利用されている。

\*2: どうしてもとれない肩こりや腰痛など、筋膜炎疼痛症候群(Myofascial Pain Syndrome: MPS)に対して筋膜炎の癒着を剥がし疼痛を解消する治療。

#### 待ち時間を短く、 待ち時間の質を上げる

清水:患者さんの不満の原因として重要なものに、長い退屈待ち時間が挙げられます。人間はただ待つというのは苦痛なのです。そのときにできることは二つあって、純粋に待ち時間を短くできるシステムを構築することと、あとは待っている時間の質を上げる、苦にならないようにすることです。当院では待ち時間を純粋に短くする一つの方法として、再診の患者さんは受付後すぐに血液検査や尿検査を先に行い、ほかにも受付・看護師・医師がスムーズに連携して無駄な時間をできる限り減らす工夫をしています。



開放的な空間が広がる院内

後藤:滞在時間とは、受付してから会計を終えるまでの時間ですね。

清水:そうです。当院に入ってきてから出ていくまでの時間ですが、今、平均滞在時間は再診のみの患者さんは30分、当日結果のわかる生化学検査を含めた迅速血液検査・尿検査ありの患者さんでも1時間前後となっています。外来中もカルテに滞在時間が表示されるので「この患者さんは今、何分滞在して、どんな状態なのだろう」というのを自分自身で把握して、予約時間と検査の有無も意識しながら診療しています。あとは待ち時間の質を上げるために、待合室はなるべく広めにとって窓から外も見られるように配置し、室内の緑(植物)も意識して多く配置しています。Wi-Fiも使えるようにし、スマホを充電できるようコンセントも多く配置しました。クリニックや病気の情報を載せた院内サイネージも自分とスタッフで作し、飽きないように流しています。また、医療や暮らしに関連するパンフレットを80種類ほど展示し、人気度をモニタリングしながら常に入れ替えています。

後藤:確かに開放的な窓がいいですね。閉鎖空間でずっと待っていると、「いつ呼ばれるのだろう」とみたくない気持ちになってしまいます。

清水:「待ち時間はそれほど苦ではなかった」と言っていたような場所にしながら、かつ待ち時間を少なくしていく。たぶん、ここが一番不満につながる部分なのでとても大切だと思います。当院では事前に「このくらい滞在時間が

かかりますよ」とホームページで2ヵ月ごとに更新して開示していますので、患者さんも「これくらいは待つのだな」という心構えができている方が多いです。また混み合っていて予約時刻よりかなり遅くなる場合には事前に何番目で呼ばれるかをお伝えするようにしているため、待ち時間に関するクレームは多くない印象です。

#### できることは全力で取り組んでいく

後藤:最後に改めて、今後の抱負をお聞かせください。

清水:「もう1回来たい」「自分の大事な人はここに紹介したい」と思っていたらいいように、なるべく改善できることは全部していきたいと思っています。スタッフにも「ここで働けてよかった」と思いながら楽しく働き続けてもらえるようにしていきたいと思っています。当院の理念・行動規範にもしていますが、「より質の高い誠実な医療を目指して」「よい方向に導いて、ときには立ち止まって考えて、できる限り寄り添って」、全力で励んでいきたいと思っています。

後藤:本日はお忙しいところ、ありがとうございました。

清水:こちらこそ、ありがとうございました。



長時間の取材、お疲れ様でした。後藤編集員(左)と

## コラム リウマチケア看護師になって思うこと

### 上野 まき子 氏

私がリウマチケア看護師の資格を取得したのは当院に来てからです。聖路加国際病院で約20年看護師を務めた後、大学の教員をしていました。保健師育成および地域看護、訪問看護などが中心だったので、当院に勤務することになってから膠原病について勉強しはじめました。聖路加の病棟にいたころは、バイオをはじめ治療の選択肢はこんなになかったので、どんどん新しい薬ができていたのだと実感しているところです。資格取得後に受けられる財団主催の講演会では、患者指導など教育的なかわりを含めた支援をテーマにした内容が参考になると思いました。自己注射の指導や治療と副作用についてどう伝えるかといった内容は、別のフィールドで患者さんとかかわるときにも役立つと思います。当院でも訪問看護を受けながら通院している方がいらっしゃいますし、これからはさまざまな療養スタイルが増えてくると思います。地域とどう連携していくかという視点ももってかかわっていきたくと思っています。

### 古川 沙弥佳 氏

私は前職の聖路加国際病院時代に資格を取りました。当院では院内採血をしたら20~30分くらいで結果が出ますので、その日の診療で結果をお伝えすることができます。採血時に患者さんとお話をする機会があるので、その際に最近の調子を伺い、新しく薬を始めた方やリウマチの診断がついたばかりの方には、服薬状況や副作用のことなどを注意深く問診しています。診察の後には、新たに開始する薬のパンフレットを用いて再度、説明を行ったり、確定診断がついた方に「関節リウマチはどういうものなのか」というところを再度お話ししたりという機会もあります。患者さんに説明しながら、私もわからない部分は医師に確認しつつ、日々学びを深めている真っただ中です。リウマチケア看護師の資格をもっているとMRさんから直接勉強会のお誘いをいただくこともたびたびあり、勉強会で他施設のリウマチケア看護師の方と知り合うことができます。リウマチケアで工夫していることや実践している取り組みを教えていただくと勉強になりますし、モチベーションが上がります。

### 清水 知佳 氏(兼事務長)

当院の開業前から少しずつリウマチ膠原病の勉強を始め、開業後に資格を取得しました。

資格取得のためのレポートを書くには、当然ながらリウマチ膠原病の病態や治療を理解した上で患者さんの状態をアセスメントでき、患者さんに必要な看護を提供できなければいけません。資格を取得する過程でリウマチ看護の基本を学ぶことができました。資格の取得後は、患者さんに病気やお薬の説明をする際も自信をもって説明できるようになり、リウマチケア看護師の資格は、一定の質を保証するものであるということを実感しました。

当院には非常勤の医師が何人いらっしゃっていますが、看護師はほとんどがリウマチケア看護師であることをお知らせした上で、「病気や薬の説明、自己注射指導が必要な患者さんがいらっしゃいましたら看護師にお声掛けください」とお伝えしています。資格があることで、医師からも信頼され「じゃあ、お願いしようかな」という気持ちになっていただけていると思います。

### 事業報告、決算書等

財団ホームページ「情報公開」に掲載しています。



### 令和5年度リウマチの治療とケア教育研修会開催予定



開催地区	開催日	開催場所／開催形態	世話人
北海道・東北	11月5日(日)	TKPガーデンシティ PREMIUM仙台西口 (ハイブリッド開催)	東北大学病院 臨床研究推進センター 臨床研究実施部門 特任教授 石井 智徳
関東・甲信越	9月10日(日)	ステーションコンファレンス東京 (ハイブリッド開催)	千葉県済生会習志野病院 リウマチ膠原病センター長 縄田 泰史
東海・北陸	11月26日(日)	イオンコンパス名古屋駅前・桜通口会議室 (ハイブリッド開催)	博恵会草薙整形外科 リウマチクリニック 理事長 桃原 茂樹
近畿	10月29日(日)	奈良県コンベンションセンター	香芝旭ヶ丘病院 リウマチ科 藤本 隆
中国・四国	10月9日(月・祝)	Web開催	徳島大学大学院医歯薬学研究部 地域リウマチ・総合内科学分野 特任准教授 河野 弘
九州・沖縄	12月10日(日)	ホテルニューオータニ博多 (ハイブリッド開催)	国立病院機構別府医療センター 副院長 末永 康夫

開催情報、詳細等は財団ホームページをご覧ください。

※近畿地区は現地での開催のみとなりました。

### 令和5年5月 企画運営委員会議事録

令和5年5月開催の企画運営委員会審議概要を下記のとおり報告します。

企画運営委員会委員長 川合 眞一

日時:令和5年5月9日(火)18:00~19:30

#### 【報告事項】

1. 医療情報委員会(4月18日)について  
関節リウマチ等の内容を更新したこと、アクセス数が減少傾向にあるため、令和5年度の事業計画はレスポンス対応への全面的なリニューアルとした。リニューアルについては、制作会社が決まり、医療情報委員会委員と確認しながら構築していくことが報告された。
2. 令和4年度リウマチの治療とケア教育研修会について  
令和4年度5地区で開催されたリウマチの治療とケア教育研修会の参加者数は、630名であったことが報告された。全体を通して、多くの参加者を得られたこと、現地参加者が増えてきた現状に今後の期待を寄せて締めくくった。

#### 【審議事項】

1. 令和3年度事業報告及び収支決算について  
事業報告(案)並びに収支決算(案)について審議し承認された。
2. 令和5年度海外派遣医の承認について  
学術助成委員会が厳正な審査の結果選出した3名(米国、カナダ、ドイツ希望)について審議し、承認された。
3. 国際学会(EULAR2023)におけるリウマチ性疾患調査・研究発表助成者の承認について  
2名の助成金交付者が承認された。
4. 令和6年度リウマチ月間リウマチ講演会について  
開催の概要が決まり、企業への趣意書(案)が承認された。  
実行委員会委員長:富田 哲也  
メインテマ:多職種連携チームで届ける最適なリウマチ医療  
開催方式:会場開催並びにWeb配信によるハイブリッド形式 等

## 編集後記



本号では、横野茂樹先生から「肺合併症を伴うリウマチ患者に対する薬剤選択」というタイトルで原稿をいただいた。肺合併症はRA本体の治療への影響もあり、抗RA薬の使用に制約がかかる。慢性型間質性肺炎患・非結核性抗酸菌症・薬剤性肺炎などを中心に、薬剤によるリスクや制約の強さを表にまとめてあるので、注意すべき点を整理する上でご活用いただきたい。

対談「リウマチ人」では、新横浜山前クリニッ

クを開設し、長く実地医家の道を歩んで来られた山前邦臣先生にご登場いただいた。先生は研究者から実地リウマチ医転身後、「早期RA診断基準試案」を作成され、早期診断を推進された。先生は「研究熱心な臨床医であれ」と力説された。

また、新企画の「新進気鋭の開業医」が掲載された。1回目は、2020年7月に開院された築地リウマチ膠原病クリニックが選ばれた。「日本一、世界一のクリニックにするために、たゆまぬ努力を・・・」。そこで、私はホームページを開けてみた。院長と2人の顧問医、6人の非常勤専門医、リウマチケア看護師が対応し、「マインドフル

ネス」や「ハイドロリリース」外来など聞きなれない多彩な専門外来への誘い、そして院内滞在時間の毎月調査と患者推奨度の結果が公表されていた。スタッフ全員がリウマチ膠原病センター(聖路加国際病院)で勤務経験のある専門医集団で病診連携もスムーズに対応してもらえる点が最大の強みであろう。

さて、2023年5月8日からCOVID-19は、感染症法上の位置づけが「2類相当」から「5類」へ変更された。医療提供体制は、基本的に季節性インフルエンザ等の他の感染症と同様になり、感染防止対策は、個人や事業者の判断、自主的な取組が基本となった。外出は増え、新規の

患者発生は高めで推移しているが、集団免疫の獲得には至っていない。感染時の重症化対策として、引き続き年2回のワクチン接種は必要のようだ。



羽生忠正 長岡赤十字病院 名誉リウマチセンター長

### 令和5年度リウマチ財団登録薬剤師

申請受付期間 令和5年7月1日~9月30日(消印有効)

登録の有効期限 令和5年10月1日~令和10年9月30日

#### ◇新規募集資格(要件)

1. 申請時に3年以上の薬剤師実務経験が有り、直近5年間に於いて、通算1年以上リウマチ性疾患の薬学的管理指導に従事した実績があること。
2. 直近の5年間に於いて
  - (1) リウマチ性疾患薬学的管理指導患者名簿の提出……………10例\*
  - (2) リウマチ性疾患薬学的管理指導記録の提出(上記名簿のうち)……………5例\*
  - (3) 財団が主催又は認定する教育研修会に出席し、教育研修単位20単位以上を取得(治験等教育研修単位に充当できる単位があります。)\*→「新型コロナウイルス感染症による申請単位不足に関する特例措置について」財団ホームページをご覧ください。

\*抗リウマチ薬の調剤3例以上含むこと。

◎原則、日本リウマチ財団登録医、日本リウマチ学会リウマチ専門医、日本整形外科学会認定リウマチ医のいずれか1名の推薦を受けていること。

◎審査料(申請時)……………1万円  
登録料(審査に合格後)……………5千円

#### ◇資格再審査・更新手続き

令和5年度資格更新該当者は、平成30年度にリウマチ財団登録薬剤師を取得された方です。

◎更新料……………1万円

申請方法、申請書等詳細及び教員の申請につきましては財団ホームページをご覧ください。



### 令和5年度リウマチケア看護師

申請受付期間 令和5年8月1日~10月31日(消印有効)

登録の有効期限 令和5年11月1日~令和10年10月31日

#### ◇新規募集資格(要件)

1. 申請時に3年以上の看護師実務経験が有り、直近5年間に於いて、通算1年以上リウマチケアに従事した実績があること。
2. 直近の5年間に於いて
  - (1) リウマチ性疾患ケア指導患者名簿の提出……………10例\*
  - (2) リウマチ性疾患ケア指導記録の提出(上記名簿のうち)……………5例\*
  - (3) 財団が主催又は認定する教育研修会に出席し、教育研修単位20単位以上を取得(治験等教育研修単位に充当できる単位があります。)\*→「新型コロナウイルス感染症による申請単位不足に関する特例措置について」財団ホームページをご覧ください。

\*関節リウマチ3例以上含むこと。

◎原則、日本リウマチ財団登録医、日本リウマチ学会リウマチ専門医、日本整形外科学会認定リウマチ医のいずれか1名の推薦を受けていること。

◎審査料(申請時)……………1万円  
登録料(審査に合格後)……………5千円

#### ◇資格再審査・更新手続き

令和5年度資格更新該当者は、平成22年度、平成25年度、平成30年度にリウマチケア看護師を取得された方です。

◎更新料……………1万円

申請方法、申請書等詳細及び教員、保健所等の看護師の申請につきましては財団ホームページをご覧ください。



### 令和5年度 海外派遣医

派遣先	氏名	所属	専門科目
北米	阿部 靖矢	北海道大学大学院医学研究院 免疫・代謝内科学教室 客員研究員	内科 リウマチ科 基礎
	浅野 洋介	岡山大学病院 腎臓・糖尿病・内分泌内科 医員	内科 リウマチ科
欧州	片桐 翔治	東邦大学医学部 内科学講座膠原病学分野(大橋) 助教	リウマチ科

※所属・肩書は申請当時