

Japan Rheumatism Foundation News

日本リウマチ財団ニュース

no. 178

2023年5月号

令和5年5月1日発行

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)

178号の主な内容
● 令和5年度リウマチ月間リウマチ講演会 開催迫る
● リウマチ人:村澤 章 氏
● リウマチ性疾患治療中に生じたCOVID-19に関する研究の解析結果について
● リウマチ診療におけるShared Decision Making (SDM)

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

令和5年度リウマチ月間リウマチ講演会 開催迫る

本年も日本リウマチ財団最大のイベント「リウマチ月間リウマチ講演会」開催の日が近づいてきました。本講演会は、新型コロナウイルス感染拡大への配慮から、一昨年は全面Web方式で、昨年は対面式とWeb方式を併用した「ハイブリッド方式」で開催され、今年も昨年と同じハイブリッド方式で開かれることになりました。本財団理事長で、リウマチ講演会の実行委員会委員長、川合眞一氏に、今年のテーマ、聞き所などについて語っていただきました。



川合 眞一 氏／日本リウマチ財団 理事長 東邦大学名誉教授

昨年的好评を受け
引き続き対面とWebで実施

「リウマチ講演会」は今年もハイブリッド方式での開催となります。

最近3年間のリウマチ講演会を振り返ると、令和2年(2020年)はコロナ禍のために中止を余儀なくされ、その後、一昨年は全面Web方式、昨年は対面とWebを併せた「ハイブリッド方式」と、段階的にコロナ前の開催形式に近づけてきました。そして、ハイブリッド方式で開催した昨年のリウマチ講演会は、ご参加くださった皆さまから好評をいただきました。運営側の立場からみると、ハイブリッド方式は、費用が高くつく傾向があるのですが、それより、会場まで足を運ばなくても全国どこからでも参加できるメリットと、新型コロナウイルス感染拡大リスクを低く抑えられる点を重視して、今年もハイブリッド方式での開催が決まりました。

これにより、今回は昨年と同様、直接会場へ来られる方も、さまざまな理由で来場が困難な方または来場を躊躇されている方も、どなたでも参加いただける準備が整っていますから、ぜひ積極的に参加をご検討いただきたいと思います。

リウマチ講演会は6月10日(土)開催の予定ですが、翌日以降のオンデマンド配信も前回同様に行われます。

6月は当財団の定める「リウマチ月間」に当たりますので、前回と同様、「患者様とご家族、医療関係者向け講演会」は、6月16日9時00分～6月30日17時00分にオンデマンド配信を行います。医療関係者向けにリウマチ専門職教育研修会を兼ねて行われる「リウマチ月間講演会」についても同期間でオンデマンド配信を行います。また、財団セミナー1～4と財団シンポジウムのみで、スポンサードセミナー(全8演題)については開催当日のライブ配信のみとなります。

専門職研修の目標を意識して
「患者さん」を今回のテーマに

今年のリウマチ講演会のテーマについて教えてください。

今年は「患者さんに寄り添う専門職医療者を目指して」というテーマを設定しました。私自身、

リウマチ講演会の運営責任者であるとともに、当財団が推進するリウマチ専門職養成制度の運営にも深くかかわる身であることから、前々回と今回は特に本制度が目的とする「多職種連携」を本講演会のテーマとしましたが、今回は、

専門職研修の目指すターゲットは患者さんであるという点を意識して、このテーマを選びました。具体的なプログラムの上でも、例えば財団シンポジウムを「登録専門職による患者対応の実際と課題」というテーマで開催を予定しているほか、

財団セミナーやスポンサードセミナーの一部は患者さん視点を交えた内容のお話になる予定で、これらのプログラムを通じた学びが、患者さん中心のリウマチ多職種連携について考えを深めていただくきっかけになればと願っています。

令和5年度リウマチ月間リウマチ講演会プログラム

患者さんに寄り添う専門職医療者を目指して 主催：公益財団法人日本リウマチ財団 開催日：令和5年6月10日(土) 開催形態：ハイブリッド形式(都市センターホテル・Web開催の併用)

■第1会場(5階オリオン)		第2会場(3階コスモスホールⅠ)		第3会場(3階コスモスホールⅡ)	
対象者	患者様とご家族・医療関係者	対象者	医療関係者		
時間	演題・演者・座長	時間	演題・演者・座長		演題・演者・座長
		9:27～9:30	開会の辞 令和5年度リウマチ月間リウマチ講演会実行委員会委員長 川合 眞一		
		9:30～10:30	【財団セミナー1】 医療ネットワークを他領域から考える 座長：仲村 一郎 (日本リウマチ財団リウマチ専門職委員会 委員長) 演者：荻野 美恵子 (国際医療福祉大学医学部医学教育統括センター・脳神経内科 教授)	【財団セミナー2】 若年性特発性関節炎(JIA)の診断・治療・ケアのポイント 座長：村澤 章(新潟県立リウマチセンター 名誉院長) 演者：森 雅亮 (東京医科歯科大学大学生涯免疫難病学講座 寄附講座教授)	
		10:30～11:30	【スポンサードセミナー1】 患者さん視点の関節リウマチの診断と治療 ～新規TNF阻害薬「オゾラリスマブ」の役割を含めて～ 共催：大正製薬株式会社 座長：小寺 隆雄 (東北医科薬科大学医学部内科学第3(血液・リウマチ科) 准教授) 演者：土橋 浩章 (香川大学医学部附属病院膠原病・リウマチ内科 病院教授)	【財団セミナー3】 筋・骨格系の訴えからどう診断を進めるか？ 座長：高林 克己(千葉大学 名誉教授) 演者：亀田 秀人(東邦大学医学部内科学講座膠原病学分野 教授)	
11:30～12:00	開場	11:30～11:40	休憩		休憩
12:00～12:40	式典・授賞式 挨拶：日本リウマチ財団 理事長 川合 眞一 授賞式： ノバルティス・リウマチ医学賞 堀川美奈子・膠原病研究奨励賞 日本リウマチ財団リウマチ福祉賞 日本リウマチ財団リウマチ専門職表彰 日本リウマチ財団リウマチ専門職表彰 日本リウマチ財団リウマチ専門職表彰 日本リウマチ財団学術助成等受賞者記念講演 (オンデマンド配信のみ)	11:40～12:40	【スポンサードセミナー2】 これからの時代のリウマチ治療戦略を考える 一患者ニーズに応じた薬剤選択の重要性一 共催：田辺三菱製薬株式会社 座長：松野 博明 (松野リウマチ整形外科 院長) 演者：岸本 暢将 (杏林大学医学部腎臓・リウマチ膠原病内科学教室 准教授)	【スポンサードセミナー7】 1) 骨・筋肉から考える関節リウマチ治療 2) ライフステージを考慮した関節リウマチ治療 共催：ファイザー株式会社 座長：駒形 嘉紀(杏林大学医学部腎臓・膠原病内科 教授) 1) 演者：多田 昌弘 (大阪市立総合医療センターリウマチセンター 副センター長) 2) 演者：川畑 仁人 (聖マリアンナ医科大学リウマチ膠原病・アレルギー科 主任教授)	
		12:40～13:10	休憩		休憩
		13:10～14:10	【スポンサードセミナー3】 関節リウマチの疼痛コントロール 共催：日本臓器製薬株式会社 座長：田中 栄(東京大学大学院医学系研究科整形外科学 教授) 演者：舟久保 ゆう(埼玉医科大学リウマチ膠原病科 教授)	【財団セミナー4】 1) 専門病院のリウマチ診療 2) クリニックのリウマチ診療における取り組み 座長：川人 豊(京都府立医科大学大学院医学研究科免疫内科学 病院教授) 1) 演者：松原 司(松原メイフラワー病院 院長) 2) 演者：鈴木 美佐子(茅ヶ崎東海岸クリニック 院長)	
12:40～14:10	リウマチ月間特別講演 1) リウマチ性疾患の原因はどこまで分かっているのか 2) 医療・介護・ケア～社会保障・福祉制度の概要について 座長：川合 眞一 (日本リウマチ財団 理事長) 1) 演者：山本 一彦 (理化学研究所生命医科学研究センター センター長) 2) 演者：植竹 日奈 (ケ・セラ社会福祉士事務所 主任相談支援専門員)	14:10～15:10	【スポンサードセミナー4】 関節リウマチにおけるIL-6阻害療法を極める ～多職種連携の実践含め～ 共催：旭化成ファーマ株式会社 座長：山岡 邦宏(北里大学医学部膠原病・感染症内科学 主任教授) 演者：山前 正臣(新横浜山前クリニック 院長)	【スポンサードセミナー8】 メトトレキサート治療の新展開～多職種連携も含めて～ 共催：エーザイ株式会社 座長：岡田 正人 (聖路加国際病院 Immuno-Rheumatology Center センター長) 演者：日高 利彦(宮崎善仁会病院リウマチセンター 所長)	
		15:10～15:20	休憩		休憩
		15:20～16:20	【スポンサードセミナー5】 チームで取り組む脊椎関節炎診療 共催：ノバルティス ファーマ株式会社 座長：冨田 哲也(森ノ宮医療大学大学院保健医療学 教授) 演者：池田 啓(獨協医科大学病院リウマチ・膠原病内科 教授) 演者：門野 夕峰(埼玉医科大学整形外科学 教授)	【財団シンポジウム】 登録専門職による患者対応の実際と課題 座長：近藤 正一(近藤リウマチ・整形外科クリニック 医院長) 座長：元木 絵美(神戸女子大学看護学部 講師) シンポジスト：古谷 武文(若林医院 理事長) 中田 淳子 (おさふねクリニック 看護職副院長兼院長補佐) 宮崎 徹(厚生連高岡病院薬剤部 課長) 島原 範芳(道後温泉病院リウマチセンター リハビリテーション科 副科長兼係長)	
		16:20～17:20	【スポンサードセミナー6】 あなたならどうする？ 気道病変・NTM合併RA患者のマネジメント 共催：プリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社 小野薬品工業株式会社 座長：土橋 浩章 (香川大学医学部附属病院膠原病・リウマチ内科 病院教授) 演者：中野 和久 (川崎医科大学リウマチ・膠原病学 特任教授)		
		17:20～17:23	閉会の辞 令和5年度リウマチ月間リウマチ講演会実行委員会副委員長 冨田 哲也		

基本知識の習得と現場からの学び
双方向のニーズを満たすプログラム

今年注目のプログラムをご紹介します。

まず、「患者様とご家族、医療関係者向け講演会」の内容からご紹介します。一人目は、理化学研究所生命医科学研究センターの山本一彦先生にご講演をお願いしました。山本先生は東京大学アレルギー・リウマチ内科教授を定年退官後、現在も理研の要職にあって多くの研究を統括され、また東大時代から疾患関連遺伝子を中心に研究を続けてこられています。二人目は、医療ソーシャルワーカーとして長年患者さんに接してこられ、医療・介護・ケア分野の社会保障・福祉制度に精通されている、ケ・セラ社会福祉士事務所の植竹日奈先生にお願いしました。お二人ともそれぞれのテーマに最も適任の先生方で、患者さんやご家族にも分かりやすくご講演いただくようお願いしてあります。

医療関係者向けの「リウマチ月間講演会」のうち、財団セミナー1は、国際医療福祉大学教授の荻野美恵子先生にお願いしました。荻野先生は脳神経内科がご専門で、医療ネットワークに

も理解のある先生です。リウマチと異なる分野の医療ネットワークのあり方を知り、そこから学べるものをリウマチ・チーム医療にも役立てようとの考えでこれを企画しました。

財団セミナー2は、普段は成人を診ることが多い医療関係者にはなじみがない小児のリウマチ性疾患について、その診断・治療・ケアのポイントを東京医科歯科大学教授の森雅亮先生にお話しいただきます。

財団セミナー3は、筋・骨格系の症状からリウマチ性疾患の鑑別診断をどう進めていくかについて、そのアプローチの実際を東邦大学教授の亀田秀人先生にご講演いただきます。これはすべてのリウマチ専門職が知っておくべき基本知識なので、財団セミナー2とともに教育講演という位置づけで考えています。

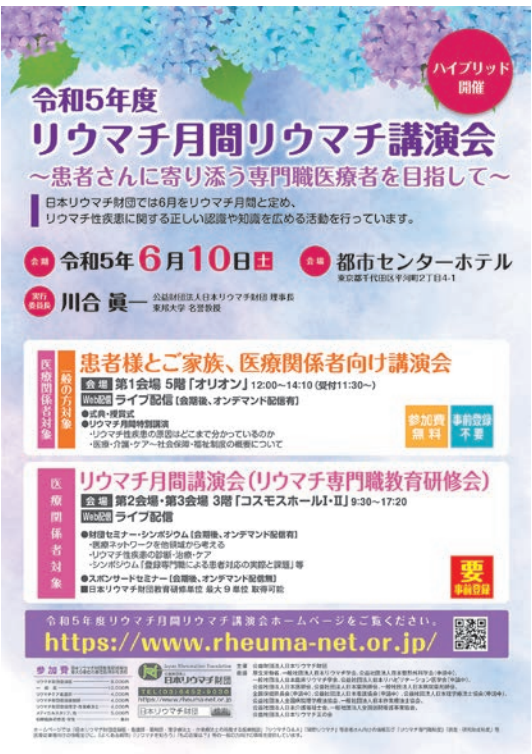
財団セミナー4は、松原メイフラワー病院の松原司先生と、茅ヶ崎東海岸クリニックの鈴木美佐子先生にお越しいたき、それぞれリウマチ専門病院・クリニックの立場から、リウマチ診療の現場の実態をお話しいただく予定です。

また、財団シンポジウムは、先ほどご紹介したように、患者さんにフォーカスしたテーマを設定しました。リウマチ財団登録医、リウマチケア

看護師、リウマチ財団登録薬剤師、リウマチ財団登録理学療法士の先生方、各1名にご登壇いただき、それぞれの現場における患者さん対応の実際をご披露いただくとともに、今後の課題についても議論いただく予定です。

最後にスポンサードセミナーについてもご紹介ください。

スポンサードセミナーで取り上げる話題は、どれもホットなもので、教育研修として相応しいものばかりです。脊椎関節炎は最近の医療現場で関心の高いテーマの一つです。また、感染症などの合併症、疼痛コントロール、患者さんに応じた治療戦略も重要な課題です。全体のテーマに関連しますが多職種連携、さらに新規の生物学的製剤やメトトレキサート注射製剤などもあり、うまくスケジュールを組んでいただければ、一日で広く知識を得ることができると思います。ぜひ多くの登録専門職の方々に聴講していただきたいと思います。



2006年(平成18年)開院の新潟県立リウマチセンター(新潟県新発田市)は、公立病院としてはわが国で唯一のリウマチ専門医療施設。そして村澤章氏は1980年代初頭から、同センターの前身に当たる新潟県立瀬波病院(新潟県村上市:院内呼称のリウマチセンター)と、現在の県立リウマチセンターを拠点に新潟県中・北部のリウマチ医療を牽引してきた中心人物である。今回の「リウマチ人」は、村澤氏を現地に訪ね、同センター草創期の苦労を分かち合った長岡赤十字病院名誉リウマチセンター長で本紙編集員の羽生忠正氏とともに、村澤氏の今日までの歩みと同地域のリウマチ医療発展史を振り返っていただいた。

3人兄弟の末っ子として育ち
親戚の医師の勧めで医学の道へ

羽生: きょうは、村澤先生が現在も名誉院長として勤務していらっしゃる新潟県立リウマチセンターにお邪魔しています。先生と私は、県立瀬波病院リウマチセンターの時代から数えて40年以上、新潟大学整形外科の時代から数えると半世紀近いお付き合いになりますが、今回はちょうど良い機会ですから、先生がリウマチセンターの立ち上げに参画された経緯や、設立当時とその後のご苦労などを改めてお聞きしたいと思います。はじめに、恒例により、先生が医師を志したきっかけをお話しくさいますか。
村澤: 私は両親とも教員という家庭に生まれ、男ばかり3人兄弟の末っ子として育ちました。上の兄は私より6歳年上、下の兄は5歳上で、二人とも大学は工学系に進み、私も兄たちにならっ

て工学部に行こうと考えていたのです。ところが、高校3年の春、長兄が突然、「おれたち兄弟3人揃って工学部というものもどんなものだろう。どうだ、章、おまえだけでも医学部を目指してみないか?」と言いつ出したのです。しかし、急にそう言われても、当時の私にとって医学は全く未知の世界であり、また、こういう大事なことは一人では決められないと思ったので、親類縁者の中でただ一人の医師であった義理の叔母の父に相談しました。すると、この親戚の医師は、「何を迷っているのだ。君の兄さんがいう通り、ぜひ医学の道を目指しなさい」と強い調子で医学部受験を勧めるので、私もついに決心して進路を医学部に定め、翌1966年(昭和41年)に新潟大学医学部に入学しました。
羽生: 高校3年になってから進路を変更し、そのまま現役で医学部に合格されたのだから、素晴らしいですね。

医学部卒業後、直ちに整形外科入局
田島教授の命令でリウマチ班を立ち上げ

羽生: 先生は1972年(昭和47年)に医学部を卒業後、整形外科に入局され、これまで一貫して整形外科医としてリウマチ診療に取り組んでこられたわけですが、特にリウマチにかかわるようになった最初のきっかけをお聞かせくださいますか。
村澤: まず、卒後に整形外科を選んだ理由ですが、一つは、医学生時代のポリクリ(臨床実習)で整形外科を回ったときに、他の医局に比べて、整形外科は若い先生が多く活気に溢れていると感じたことです。もう一つは、整形外科ではさまざまな器具を駆使して、他の科ではみられないような大胆な手術や処置を行っていることが、私には大変魅力的でした。口の悪い同期は「まるで大工仕事だ」と見下すようなことを言っていました。私自身はもとより彫刻や版画が好きで、刃物を使うことが得意でしたから、整形外科での実習が終わって次の科に移るころにはもう、「これこそ我が天職」と卒後の進路を決めていました。今でも、このときの判断は間違っていなかったと思います。
整形外科に入局後は、当時、新潟大学整形外科の目玉といわれていた「手の外科班」に所属しました。世間の評判も学内の人気も高い分野で訓練を積んでおけば後々つぶしが利きやすいだろう、という虫の良い考えで入門したのですが、そのころ、整形外科の中にリウマチを専門に扱う部門がなく、手の外科が外来診療時間の一部を割いてリウマチ患者さんを診ており、そこで私も少ばかりリウマチ外来の手伝いをさせてもらったことが、リウマチとかかわる最初の機会になりました。

羽生: 整形外科学教室にリウマチ班ができたのは、先生の入局より少し後のことでしたね。
村澤: そうです。1975年(昭和50年)のことでしたが、私より先輩で脊椎班に所属する東條猛先生に誘われて、慢性多発性骨髄炎で入退院を繰り返す5歳の男の子の検査をする機会がありました。細菌学教室の先生の指導を受けながら3日3晩、白血球培養を行った結果、慢性肉芽腫症を証明することができ、それを整形外科学教授の田島達也先生が高く評価してくださったのです。このことをきっかけとして、田島教授は東條先生と私に、各々脊椎班と手の外科班を離れて“リウマチ班”を立ち上げるように命じられ、これが、私が本業としてリウマチ医療の道へ踏み出す最初の一步となりました。

リウマチ班はその後、4人、5人と人数が増え、段々にぎやかになっていきました。私の同期の中村敬彦先生が仲間に加わり、羽生先生も大学院修了と同時にリウマチ班に来てくださいました。また、私の後任として県立リウマチセンターの院長を務めてくださった中園清先生(現在、名誉院長)が加わったのもこのころでした。
羽生: リウマチ班の最初期の成果として、金療法の新潟方式というものがありましたね。
村澤: あれば素晴らしい成果でした。当時は抗リウマチ薬というと、金製剤とかD-ペニシラミンといったものしかありませんでしたが、その中で金製剤(金チオリンゴ酸ナトリウム)はなかなかの優れたもので、週1回50mgを筋注で投与して、大体6割から7割の患者さんに有効でした。ただ、痛みなどの副作用の問題があったので、われわれのリウマチ班では、金製剤の用法・用量をさまざまに変えて、各々のケースで効果と副作用の現れ方がどのように変化するかを調べてみました。その結果、10mgから投与開始して最終的に50mgまで増量したケースでは副作用が抑えられるうえに、開始時から一貫して50mgを投与した場合と同等の効果が得られることが判明したのです。このデータを学会で発表したところ大きな反響を呼び、やがてこれが「新潟方式」として全国に普及し、ついには金療法のスタンダードとして定着するに至りました。

リウマチ専門施設の必要性を説いた
田島教授の先見の明

羽生: あのころは、リウマチ班の人数が増えるにつれて、患者さんも年々増えていきましたが、同時に入院患者さんや難治例も多くなりました。
村澤: そうでしたね。難治例としては、肺炎・アミロイドーシスなどを伴う関節リウマチ(RA)や、ムチランス型リウマチ、血管炎を伴うRA(悪性関節リウマチ:MRA)など、整形外科の守備範囲を超える症例の来院が増え、内科との連携



1983年(昭和58年)Vainio教授(ヘイノラ、リウマチ財団病院)をお招きして(Vainio教授の後ろが村澤氏)

なしには診療が立ち行かないケースも出てきました。ところが、幸いにもそこへ、膠原病に合併する間質性肺炎に興味をもたれた第二内科（現在の腎・膠原病内科）の野沢幸男先生が来てくださり、われわれの外来で合併症のあるRA患者さんを診てくださるようになりました。また、野沢先生のほかにも内科系の先生が何人も助っ人として来てくださり、これらの先生方の支援のお陰で、われわれは多種多様な疾患や合併症をもつ患者さんが集まるリウマチ外来を何とかやりくりすることができました。それでも、すべての患者さんに十分に対応できたわけではないことは認めざるを得ません。

これとは別に、RAの手術治療は当時から既に人工関節置換術が主流になり、より高度な麻酔や周術期管理が求められるようになっていましたが、大学病院の手術室の設備や人人体制は高度化する現場の要求に十分に比べ得るものではなく、また、手術をしたくても、手術患者さんのための病床が思うように確保できない現実もありました。

羽生: リウマチ班は、そのように多くの制約条件の中で出発したわけですが、整形外科の田島教授は、既存の大学病院におけるリウマチ医療の限界を早くから認識され、また実りあるリウマチ医療の実現のためには、リウマチに特化した診療科横断的・職種横断的なチーム医療の体制づくり、あるいは、そのような医療チームによって担われるリウマチ専門医療施設の設置こそ最重要課題であるとお考えだったのではないのでしょうか。

村澤: 恐らくその通りで、特に田島先生が世界のリウマチ医療のメッカと目されていたフィンランドのヘイノラにあるリウマチ財団病院を視察されてからは、一層その確信を深められたのだろうと思います。田島先生はフィンランドから帰国後、当時の新潟県知事を直接訪ねてリウマチ専門施設の必要性を力説されましたが、そのとき県知事への説得材料として持ち出したのも、ヘイノラの病院で見聞したリウマチのチーム医療の様子だったのではないかと勝手に推測しています。

瀬波病院リウマチセンターから 県立リウマチセンター設立への道

羽生: では、いよいよリウマチセンター立ち上げのお話に移りたいと思います。まず1981年（昭和56年）、県北部の村上市にあった県立瀬波病院を引き継ぐ形で同病院リウマチセンターが発足し、そこへリハビリテーション科医長の山岸豪先生、整形外科医長として村澤先生、整形外科医員として羽生、以上3名の医師が新潟大学から赴任しました。

村澤: つまり、最初はリハビリテーション科と整形外科の2科でスタートし、途中（1986年〔昭和61年〕）から内科が加わって3科体制のリウマチセンターになりました。なお、当時は「リウマチ科」の標榜が公式に認められていませんでしたから、「リウマチセンター」という名称も、屋外の看板や広告などに大きく掲げることはせず、もっぱら院内呼称としてのみ使用していました。

羽生: リウマチ科の標榜が認められたのは、やっと1996年（平成8年）になってからのことでしたからね。

村澤: センター発足1年後からは研修医の受け入れを開始しました。その第1期生として整形外科の若槻秀夫先生が、5年後の1986年（昭和61年）度には内科の中野正明先生が加わり、その後、リハビリテーション科、整形外科、内科の3科で研修医受け入れを制度化しました。研修医の先生方にはさまざまな研究に参加してもらうとともに学会発表なども積極的に行っていただき、これらの活動を通じて若いリウマチ人材を育て交流を盛んにすることができたことは、その後のリウマチセンターの活動の礎石となる重要な成果の一つであったと思います。

しかし一方、克服しなければならない問題点もありました。リウマチセンターの存在が県内外に知られるようになると、来院する患者さんが増え、患者さんが増えるにつれて難治例の来院も増えます。さらに、難治例が増えてくると相対的に医師不足に陥りやすくなり、疾患によっては、設備や機器を含む診療体制の不備も露わになります。実際に当時のリウマチセンターでは、麻酔専門医がいない、アミロイドーシス治療のための透析設備がない、小児リウマチを診られる医師がいないなどの理由によって、姑息的な治療で妥協したり、自院での対応を断念せざるを得なかったりなどの残念なケースが多発していました。

また、これとは別に、病院の立地の問題もありました。瀬波病院が建つ村上市は新潟県の最北端に位置しているので、広く県内全域からリウマチ患者さんに来ていただくにはアクセスが不便でした。

そこで私は、より高度なリウマチ医療が実施可能で、かつアクセスも便利な新病院の設立を求めて、地元自治体など各方面への働きかけを始めました。特に2001年（平成13年）に院長に就任してからはその動きを強め、とうとう新潟県知事に直接会って陳情を行うことになりました。

羽生: かつて田島教授がそうしたように、今度は村澤先生自身が県知事に直談判を申し込んだわけですね。

村澤: 新病院の建設が認められるまでには、紆余曲折がありました。特に立地は大きな問題でしたが、たまたま当時の県の事業計画の中で、新潟市と村上市の中間に位置する新発田市に救命救急機能をもった県立総合病院を新設する案が浮上し、この新しい総合病院の隣りの敷地に、2つの病院が設備の一部を共有することを前提に、抱き合わせのような格好でリウマチセンターを建設することが決まりました。

羽生: 県としては2つの病院を1ヵ所にまとめて同時に建てることで、多少とも建設費を節約できるわけですから、なかなかの妙案だったのではないのでしょうか。

村澤: そうですね。開院後も、例えば高額な医療機器を導入したい場合、2病院で1台購入して共有すればよいので、県の財布にもやさしいのではないかと思います。

ともあれ、ざっとこのような次第で、新潟県立瀬波病院リウマチセンターは2006年（平成18年）11月に村上市から新発田市へ拠点を移し、新潟県立リウマチセンターという名の日本で唯一の公立リウマチ専門病院として新たなスタートを切りました。

多くのリウマチ人材を生んだ研修医制度 全国で活躍する「村澤チルドレン」

羽生: 今さらですが、独立したリウマチ専門病院でリウマチ医療を行うことの最大のメリットは何だと思われますか。

村澤: やはり、リウマチ医療に必要な複数の診療科の医師や多職種のスタッフからなる医療チームが、リウマチ患者さんのために常時スタンバイしているということだと思います。よく言われるように、リウマチは多くの診療科が揃った大学病院のような施設で、各科が臨機応変に連携しながら患者さんを診ればよいのだと一般には思われていますが、難治の慢性疾患というリウマチの特性を考えると、常設の医療チームによる継続的な関与というのが正解だと思います。

また、専門病院のもう一つの長所は、ベッドの心配をしなくてもよいことです。大学病院では、この問題でさんざん苦しめられましたから。

羽生: 確かに、あのころは入院患者さんが出る度にベッドの確保で苦労しましたね。

ところで先生は、県立リウマチセンターができてから、医師確保の苦労から解放されたと、どこかでお話しておられましたか…。

村澤: 医師の確保については、瀬波病院で作った研修医制度をそのまま継承しているわけですが、今は、あのころのように、こちらから声をかけなくても、全国各地から研修医が集まってくてくれるようになりました。これまで当センターで研鑽を積んだ研修医は、現在在籍中の研修医も含めて合計約100名に上りますが、このうち約50名が新潟県外の出身者で、出身地は北海道から沖縄県まで全国に分散しています。また、当センターで研修後、各地の医療現場に赴いていった「村澤チルドレン」（と勝手に呼ばせてもらっていますが…）の活躍の場も同様に全国各地に広がっています。

リウマチ・チーム医療の普及に尽力 人工関節など医療機器開発の業績も

羽生: 先生は多忙なリウマチ診療の傍ら、日本のリウマチ医療で先導的な役割を担う各地の先生方と連絡を取り合いながら、リウマチのいわゆる「トータルマネジメント」「チーム医療」の普及・啓発にも尽力してこられました。

村澤: われわれが瀬波病院でリウマチ診療を始

めた1980年代という時代は、リウマチの高度集中医療の必要性が認識され始めた時代であり、日本で最初のリウマチセンターを設立した松山赤十字病院の山本純己先生がリウマチの「トータルマネジメント」「チーム医療」の概念を提唱されたのも、そのころでした。これを受けて1983年（昭和58年）に各地のリウマチセンター関係者が集まって、「リウマチセンター間連絡会」が発足し、これにわれわれのリウマチセンターもスタート時から2017年（平成29年）まで参加しました。また、これより少し遅れて、1993年（平成5年）に「全国リウマチのケア研究会」が、1996年（平成8年）に「RAトータルマネジメントフォーラム」が発足し、いずれも今日まで続いています。

このほかに私自身が立ち上げた会として、2012年（平成24年）から毎年、若手のリウマチ医を集めて開催している「Rheumadvance研究会」（Rheumadvanceは私の造語）があります。現在、会員の多くがセンター長や教授などを務め、リウマチ医療界のリーダーとして活躍されています。

羽生: 先生は今お話しいただいたほかにも、さまざまな学会の会長を務められ、リウマチ関連団体の評議員なども務めておられます。

また、研究者としても、数多くの臨床研究を主宰してこられたほか、人工肘関節（MNSK）、人工膝関節（IBIS）など医療機器の開発にも携わってこられました。本来ならそれらのの一つ一つの業績についてもお聞きしたいところですが、そろそろ紙面も尽きてきたようです。

チーム医療の進化の過程に要注目 新しい知識の獲得をためらうな

羽生: 最後に、リウマチ医療の将来展望と、若いリウマチ医への期待をお話してくださいませ。

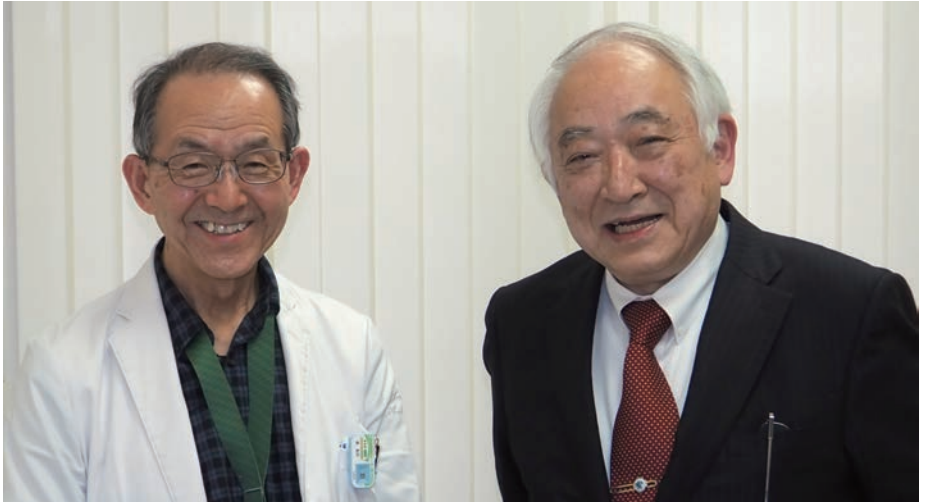
村澤: リウマチ医療の将来については、薬物療法の一層の進歩、関節温存手術の拡大、iPS細胞を用いた移植医療や再生医療に対する期待が高まる一方、長寿社会の到来に伴って高齢RA患者さんへの対応の問題、具体的には、ポリファーマシー、フレイル、骨折を伴う骨粗鬆症、加齢に伴う変形症などにどう対処するかが大きな課題となっています。今後、リウマチ医療の現場では、チーム医療の一層の推進と、高齢患者さんに対する福祉施策の充実、リハビリテーション・マインドの浸透などが求められるようになるでしょう。また、チーム医療のあり方が今後、医療チームが患者さんを取り囲む「患者中心



第1回RAトータルマネジメントフォーラムで顧問の塩川優一先生（左から2人目）とともに（右から2人目が村澤氏）



日本全国+ドイツの「村澤チルドレン」



取材を終えた村澤氏と羽生編集員。長時間お疲れ様でした

型」から、患者さんも対等な一員としてチームに加わる「患者参加型」へ進化してゆく過程にも注目する必要があります。

最後に、若いリウマチ医の先生方への提言として表の5項目を挙げたいと思います。

実は最近、学会や研究会に参加すると、自分の知らない用語が洪水のように溢れ、軽い恐怖すら覚えることがあります。年齢のせいだと自分に言い訳する反面、これではいけないという思いもありますから、5つ目は半ば自分に向けた言葉でもあります。若い先生方には、もし10個

の新しい言葉や概念に出合ったら、ためらわずに、最低1つは完全に理解して自分のものにしてしまうことをお勧めします。そうすると、必ずその5倍、10倍の新しいものがみえるようになり、今まで想像もしなかった新しい視界が開けてくるからです。
羽生: それは大変勇気づけられる言葉です。われわれもお互い、新潟のリウマチ医療の発展のためにまだまだ頑張らないといけませんね。
きょうは長時間のインタビューにお付き合いいただきありがとうございました。

表 若いリウマチ医に贈る5つの提言

- 1 リウマチ医療の過去を学び、現在を問い、未来を推察する
- 2 多くの職種、仲間とともにリウマチ・チーム医療に徹する
- 3 高齢RA患者さんには全人的に接し対応する
- 4 コロナ禍によりコミュニケーションが希薄になりがちな今、人と人との交流が治療に必須であることを再認識する
- 5 学問は日進月歩。やる気が失せれば前進はない。一つ覚えれば数倍の進歩が得られることを知り、患者さんの喜びのために苦勞を惜しまない

寄稿

リウマチ性疾患治療中に生じたCOVID-19に関する研究の解析結果について

柏戸 佑介(かしわど・ゆうすけ)氏／堀内 孝彦(ほりうち・たかひこ)氏
九州大学病院別府病院 免疫血液代謝内科

Key Words

リウマチ性疾患COVID-19JCR COVID-19 registry重症化率死亡率

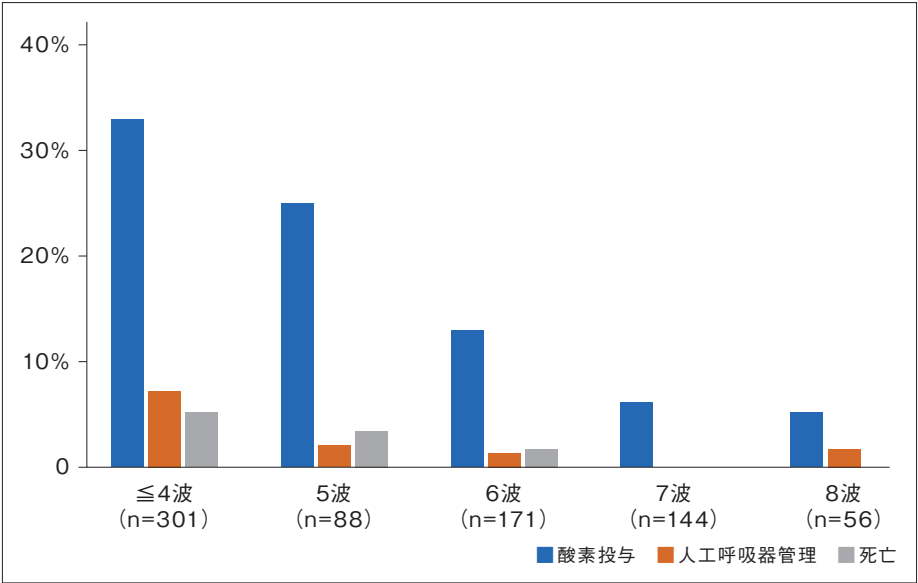
はじめに

2019年12月に武漢で発生した新型コロナウイルス(severe acute respiratory syndrome coronavirus 2: SARS-CoV-2)およびその感染症(Coronavirus Disease 2019: COVID-19)は、新興感染症として世界的な流行を引き起こした。本邦でも2020年1月14日に第1例目が神奈川県で診断されて以降、定期的な流行を繰り返し、2023年3月時点で累計3,330万例の罹患が報告されている¹⁾。全体的にはワクチンや治療法の開発、ウイルス自体の弱毒化によって予後は改善しており、2023年5月8日からは感染症法上の位置づけも「新型インフルエンザ等感染症」から「5類感染症」に変更予定である²⁾。

リウマチ性疾患患者においては、治療による免疫抑制や臓器合併症の多さから重症化率や死亡率が高いのではないか、という疑問が流行初期に提起された。その後、いくつかの疫学研究を経て、現在ではリウマチ性疾患の併存や治療薬自体は明らかな予後不良因子ではないと推定されている³⁾。このため、健常人と同様に、リウマチ性疾患患者におけるCOVID-19の予後も最近では改善していると予測され、リウマチ医の実感とも一致するところではあるが、これらを客観的に説明可能なデータは少ない。

今回、リウマチ財団のご厚意により、日本リウマチ学会のCOVID-19レジストリ研究からの情報を全国の患者、医師、コメディカルの皆様と共有する機会をいただいた。簡単ではあるが、要点を絞って解説する。

図 COVID-19の予後と時間的経過について



日本リウマチ学会のCOVID-19レジストリ研究：JCR COVID-19 registry

日本リウマチ学会では、2020年6月から「リウマチ性疾患患者に生じたCOVID-19に関する研究」として、全国のリウマチ医に呼びかけてCOVID-19のレジストリ研究を実施している。多くのリウマチ学会員のご協力のお陰で、2023年3月時点で全国から700例以上の症例が登録されている。

本紙における重症化の定義

COVID-19の重症度分類における重症の定義はICU入室および人工呼吸管理だが、高齢などその他の要因により実施されない場合もある。そのため、本紙では解析の都合上、酸素投与を実施されたもの(中等度Ⅱ以上)を重症化として扱う。

時間経過とワクチンの死亡率、重症化率への影響

本邦のリウマチ性疾患患者において、第4波まで(2021年6月以前)の重症化率は33%、死亡率は5%と非常に高率であった⁴⁾。以降、時間経過とともに明らかに重症化率、死亡率は減少し、直近の第8波(2022年10月以降)における重症化率は5%、死亡率は0%であった(図)。なお、本邦全体の報告されたCOVID-19患者における死亡

率は第4波までで2%、第8波では0.2%である(文献1より算出)。

ワクチン接種歴の有無で比較を行うと、第6波以降は明らかにワクチン接種者で重症化率が低い(表)。軽症例における治療が充実したため重症化率が低下したという仮説も考えられるが、非重症例におけるCOVID-19治療の実施率は第5波から第6波で44%、第7波から第8波で26%とむしろ減少しており、強い関与は否定的である。

これらから、時間経過によるウイルス株の弱毒化とワクチン接種が2大要因となり、経時的な軽症化を招いているものと考えられる。

それ以外の重症化と関連する因子

今回のレジストリ研究において、COVID-19が重症化しやすいリウマチ性疾患は特定されなかった。

一方で、年齢、性別(男性)、高度肥満(BMI ≥30kg/m²)という一般的なリスク因子は重症化と強い関連を認めた。また、肺疾患、心疾患、肝疾患といった臓器合併症は一定の関連性を認めた。

ステロイド投与量も重症化に強く関連していた。ステロイド以外のほぼ全ての抗リウマチ薬や免疫抑制剤については、投薬されている人のほうが重症化率は低いという結果だったが、サラゾスルファピリジンについては重症化と若干の関連を認めた。

サラゾスルファピリジンと重症化との関連については他の研究でも指摘されているが⁵⁾、その原因は不明である。また、ほかにもリツキシマブやミコフェノール酸は重症化と関連するとする報告があるが、しないという報告もあり、いずれの治療薬についても一定の見解は得られていない。現在ではこれらの治療を考慮しても死亡率は非常に低く、COVID-19の悪化を懸念して

の薬剤変更は個人的には推奨されないものと考えている。

死亡した症例について

第5波以降の登録症例のうち、10例(2%)が死亡していた。いずれも60歳以上で、75歳未満が3例、75歳以上が7例と非常に高齢だった。半数はワクチン接種歴が不明だったが、判明している者のうち4例はワクチン接種歴がなく、ワクチン接種歴があったのは1例のみだった。非死亡例と同様に治療中の疾患については半数が関節リウマチであり、それ以外にリウマチ性多発筋痛症、ANCA関連血管炎、巨細胞性動脈炎など高齢者に多いリウマチ性疾患を認めた。全例でリウマチ性疾患の治療としてのステロイド投与が行われていたが、ステロイドを投与していたために死亡しやすかったのか、高齢や合併症などで他の薬剤が使用しにくくステロイドを選択しなくてはなかったような人が複合的な要因で死亡しやすかったのかは不明である。

まとめ

記載の通り、本邦のリウマチ性疾患患者においても、幸いにしてCOVID-19は明らかに軽症化してきている。ただし、依然として季節性インフルエンザなどと比較すると酸素投与を要する割合は高く、60歳以上の高齢者では稀に死亡例も認める。高齢、男性、高度肥満、臓器合併症、ステロイド投与といった重症化の素因がある場合には、ワクチン未接種でかつCOVID-19未罹患であれば接種を推奨し、それらが重複するようであればCOVID-19罹患時に軽症例でも積極的な治療を検討すべきと考える。

文献
1) Our World In Data. Global Change Data Lab. <https://ourworldindata.org/coronavirus> (March 18, 2023, date last accessed)
2) 新型コロナウイルス感染症の“いま”に関する11の知識(2023年3月版). 厚生労働省HP. <https://www.mhlw.go.jp/content/000927280.pdf> (March 18, 2023, date last accessed)
3) Hamidi Z, et al.: Virol J. 20(1): 1, 2023
4) Oku K, et al.: Mod Rheumatol. Sep 6, 2022[Online ahead of print]
5) Kroon FPB, et al.: Ann Rheum Dis. 81(3): 422-432, 2022

表 ワクチン接種歴の有無での重症化率

	～第4波	第5波	第6波	第7波	第8波
ワクチン接種あり	33%	40%	11%	4%	4%
ワクチン接種なし	34%	25%	32%	16%	8%

寄稿

リウマチ診療における Shared Decision Making (SDM)

中山 健夫 (なかやま・たけお) 氏

京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻健康情報学分野 教授

Key Words

Shared Decision Making (SDM)

エビデンスに基づく医療 (EBM)

インフォームド・コンセント (IC)

患者

医療者



1. Shared Decision Making (SDM) とは何か？

医療において患者の価値観を尊重する社会的要請の高まりと、エビデンスに基づく医療 (Evidence-Based Medicine: EBM) の普及を背景に、臨床的な意思決定、そして患者と医療者の合意形成の手法として Shared Decision Making (SDM) が注目されている^{1,2)}。SDM は日本語で協働的意思決定、患者参加型医療、共有意思決定などとされるが定訳はまだなく、本稿ではSDMとして述べる。

臨床場面では、「患者は医師の指示に従えばよい」という伝統的な医療者の父権主義が根強く存在するのと同時に、「患者のことを最も知っているのは患者であり、決めるのは情報を得た患者自身である」という一種の消費者主義も力を得ている。SDMは両者の対立的な関係を解き、患者と医療者の協働と問題解決を目指す調和的アプローチと言える。

SDMは「患者が、医療における意思決定の分岐点で、利用可能なすべての治療の選択肢を見渡し、専門家とのやり取りを通して意思決定を行うプロセス」である。SDMの実践・研究は海外では2000年前後から活発化しており、近年では隣接する概念であるインフォームド・コンセント (Informed Consent: IC) の論文数を超えている (図)。関節リウマチ診療ガイドライン2020³⁾では、第1章「本診療ガイドラインについて：背景・特徴と使用上の注意」で「リウマチ専門医は、治療法の選択には患者と情報を共有し、利益と不利益、患者の価値観や意向、医療経済的視点も加えた上で、患者と協働的意思決定をしていかなければならない」旨が明記されている。

2. EBMからみたSDM

SDMを理解するためには、まずEBMへの誤解を解くことが大きな意味をもつ。EBMは、今日、ほとんどの医療関係者が知る言葉であるが、「EBMとは臨床家の勘や経験ではなく科学的

根拠を (最も) 重視して行う医療」と説明されることが多い。しかし、本来のEBMは、「よりよい患者ケアのための意思決定のために、『現時点の最良の臨床研究によるエビデンス (evidence)』、『医療者の熟練 (expertise)』、『患者の価値観 (values)』、そして『状況 (circumstances)』の4要素を統合すること」である⁴⁾。エビデンスを示す研究として、人間集団を対象とする疫学研究 (臨床試験を含む) が重視される。そしてEBMは医療者の経験を軽んぜず、その熟練による専門性も不可欠とし、量的データを中心とする疫学的なエビデンスに、質的といえる経験知を加える意義を強調している。そして「患者の価値観」を尊重する視点は、EBMの適切な理解が、自然な流れとしてSDMへ繋がる重要な接点となることを示している。第4の要因である「状況」は、患者の内側の状況である個々の状態 (性・年齢・社会的因子、疾病の重症度・合併症、複数疾患の併存など)、すなわち患者の多様性・個性性と、患者の外側の状況である医療機関の特性や医療の行われる場を考慮することが、意思決定に欠かせないことを意味している。

EBMの実践には、次元の異なるこの4要因を統合することが求められるが、研究論文によるエビデンスに偏るEBMへの誤解はいまだに根強い。Sackettらは「EBMとは個々の患者のケアに関する意思決定過程に、現在得られる最良の根拠 (current best evidence) を良心的 (conscientious)、明示的 (explicit)、かつ思慮深く (judicious) 用いること」と述べ⁵⁾、ランダム化比較試験の絶対視や、患者の多様性・個性性、その価値観を尊重しない医療者の態度に強く警鐘を鳴らしている。その後もHaynesらが“Evidence does not make decisions, people do”、すなわち研究によるエビデンスはあくまで一般論であり、決めるのは常に人間の総合判断であることを強調し、EBMのあるべき姿の再考を促している⁶⁾。

3. SDMなきEBMはエビデンスによる「圧政」に転ずる

EBMの実践では、治療の選択肢、益と害、

患者の価値観を共有して意思決定を行うSDMは本来切り離せない。しかしながら、医療者が自分の好み治療やそのエビデンスのみを一方的に患者に提示し、患者の理解や希望、それぞれの状況に配慮せず、提示した方針への了承を求めることも少なくない。上述の通りEBMにおいてエビデンスは「意思決定のための重要な一要素」であり、それ以外の要因も考慮した総合的な判断が本質と言える。一般論としてのエビデンスは、患者にとって (医療者にとってのエビデンス以上に)「選択のひとつの手がかり」に留まる場合もあるだろう。患者は、病状や臨床的アウトカムの限られた改善よりも、入院の必要性や副作用のリスク、医療費のように、その治療を受けることの負担や、自分自身の社会的な役割、自尊心、アイデンティティ、家族との関係を重視するかもしれない。

2014年にオーストラリアの臨床疫学者Hoffmannは「SDMがなければEBMはエビデンスによる圧政 (evidence tyranny) に転ずる」と警鐘を鳴らし、EBMと患者を尊重するコミュニケーションの合流点でSDMが行われ、それによって最適な患者ケアが実現するモデルを提示している⁷⁾。Hoffmannは作業療法士であり、欧米ではSDMが医師単独ではなく、多職種で共有し、取り組むべき重要な臨床課題であることの認識がうかがえる。

4. インフォームド・コンセントとSDM

ICは医療者が勧める治療に対し、適切な情報開示の上でなされる患者の自発的な受託とされる。しかし臨床現場で医療者に説明された治療に、患者が署名をするだけであれば、医療者の法的な免責の意味合いが増し、患者の意思

を尊重しようとする当初の目的から外れていくであろう。SDMは患者と医療者の間で選択される治療の決定過程を共有することを重視し、双方それぞれの意思決定と、両者の合意形成が並行して行われる点に大きな特徴がある。ICでは、医療者が最良と考える方法を提示し、(患者の納得が尊重されるにせよ)最終的にはそれに対する患者の「同意する・しない」が関心事となる。一方、SDMでは患者と医療者が解決策を協力して見つけ出そうとする点で、医療者の主導するICと大きく異なる。つまり「患者自身、そして医療者自身も、どうしたら良いか本当には分かっていないときに、協力して解決策を探す」取り組みがSDMと言える。

これからの医療者には、エビデンスの信頼性と限界を知り、患者の個々の状況に目を配り、ICとSDMのどちらが適切か、両方の可能性を考え、それを区別して患者とのコミュニケーションを進める能力が専門的技能 (expertise) の一つとして強く期待される。SDMの進め方はいくつかの提案があるが、表にKriston⁸⁾の示す9ステップを示す。

5. むすび

SDMでは固定された結果ではなく、患者と医療者が共有する過程それ自体と両者の関係性の構築が意味をもつ。どうして良いか分からないとき、どうしたら良いか？—そのようなときは、相談して、協力して、一緒に悩んで道を探していく。困難な問題に向き合ったとき、患者と医療者の意思決定と合意形成とともに進めるSDMは、患者と医療者が新しい可能性と価値を共創 (co-creation) し、医療を変えていく大きな力ともなっていくであろう。

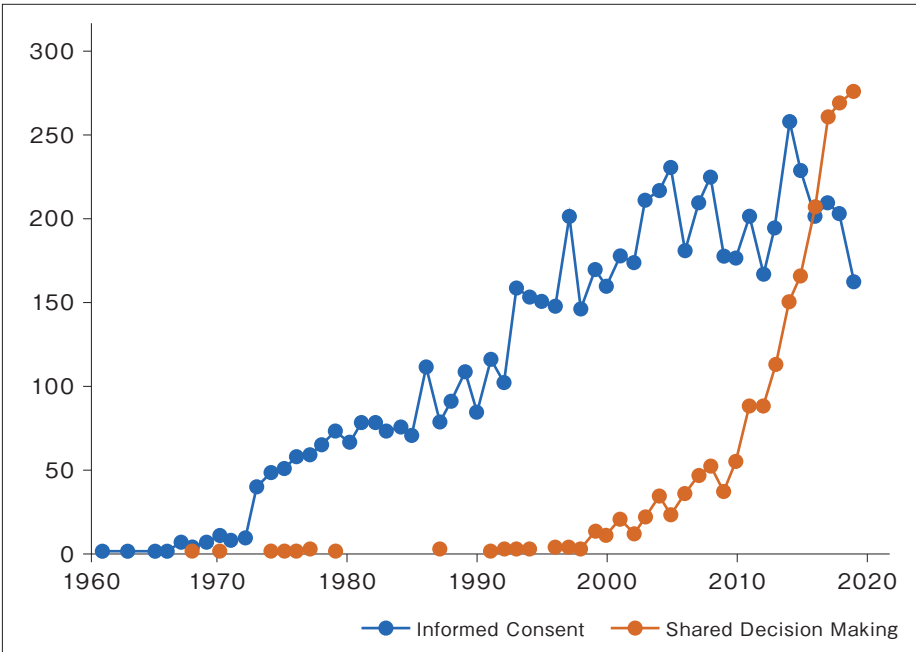
文献

- 1) Barry MJ, Edgman-Levitan S: N Engl J Med. 366(9): 780-781, 2012
- 2) 中山健夫 (編著). これから始める! シェアードディジションメイキング:新しい医療のコミュニケーション. 日本医事新報社:東京, 2017
- 3) 一般社団法人日本リウマチ学会 (編集). 関節リウマチ診療ガイドライン2020. 診断と治療社:東京, 2020
- 4) Straus SE, et al.: Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM, 5th ed. Elsevier, 2018
- 5) Sackett DL, et al.: BMJ. 312(7023): 71-72, 1996
- 6) Haynes RB, et al.: BMJ. 324(7350): 1350, 2002
- 7) Hoffmann TC, et al.: JAMA. 312(13): 1295-1296, 2014
- 8) Kriston L, et al.: Patient Educ Couns. 80(1): 94-99, 2010

表 SDM (共有意思決定) の9ステップ⁸⁾

1. 意思決定の必要性を認識すること
2. 意思決定の過程において、対等なパートナーであることを認識すること
3. 全ての選択肢を同等のものとして記述すること
4. 選択肢の良い点・悪い点の情報交換
5. 理解と期待の吟味
6. 希望・意向を特定すること
7. 選択肢と合意にむけて話し合うこと
8. 意思決定を共有すること
9. 共有した意思決定のアウトカムについて評価する時期を相談すること

図 Informed ConsentとShared Decision Making (タイトルを含む論文の経年推移)



ノバルティス・リウマチ医学賞

ノバルティス ファーマ社の協力により平成2年度から実施している制度で、リウマチ性疾患の病因、発生機序、あるいは画期的治療等に関する独創的な課題に取り組み、自然科学の発展に大きく寄与した研究を顕彰しています。
「リウマチ月間リウマチ講演会」で授賞式及び記念講演を行います。
【ノバルティス・リウマチ医学賞受賞者】
北海道大学遺伝子病制御研究所分子神経免疫学分野 教授
村上 正晃
「IL-6アンブとゲートウェイ反射によるリウマチ性疾患の制御機構の解明」

日本リウマチ財団リウマチ福祉賞

日本リウマチ財団リウマチ福祉賞は、長年にわたる医学的又は社会的救済活動を通じ、福祉向上に著しく貢献した人に贈られるものです。
「リウマチ月間リウマチ講演会」で授賞式及び記念講演を行います。
【日本リウマチ財団リウマチ福祉賞受賞者】
得丸 敬三/佛教大学保健医療技術学部理学療法学科 准教授

塩川美奈子・膠原病研究奨励賞、リウマチ性疾患調査・研究助成

15名の応募者の中から4名(塩川美奈子・膠原病研究奨励賞1名)が選ばれました。
【塩川美奈子・膠原病研究奨励賞受賞者】
本賞は、膠原病と闘い、膠原病に苦しみ、薬石効なく亡くなられた故塩川美奈子様ご本人およびご遺族の意向により創設されました。
「リウマチ月間リウマチ講演会」で授賞式及び記念講演を行います。
久保 智史/産業医科大学医学部分子標的治療内科学講座准教授
『全身性エリテマトーデスの遺伝素因の解明に基づく新規治療標的の創出』
【リウマチ性疾患調査・研究助成受賞者】
秋山 光浩/慶應義塾大学全身性免疫難病克服寄付研究講座特任助教
『脊椎関節炎における病原性CD8陽性T細胞の細胞代謝機構の解明とエフェクター機能発現への関与』
河部 剛史/東北大学大学院医学系研究科准教授
『新たな自己反応型CD4+ Tリンパ球による自己免疫疾患発症機構の解明』
鶴居 亮輔/九州大学整形外科大学院生・医員
『関節リウマチにおける末梢性ヘルパーT細胞の抗原非特異的分化機構』
※所属・肩書は申請当時

日本リウマチ財団リウマチ専門職表彰

リウマチ性疾患に関わるリウマチ専門職が継続的にリウマチ性疾患に対する医療・ケアの向上に大きく貢献した者を讃えるとともに、その功績を積極的に社会・国民に発信することを目的に発足しました。
「リウマチ月間リウマチ講演会」で授賞式及び記念講演を行います。
【表 彰 者】
看護師:新井 由美子/あずまりウマチ・内科クリニック
薬剤師:大音師 澄子/国家公務員共済組合連合会斗南病院
作業療法士:清水 兼悦/札幌山の上病院がん・リウマチ・神経難病リハビリテーションセンター

国際学会におけるリウマチ性疾患調査・研究発表に対する助成

※詳細については財団ホームページをご覧ください。

事業計画、予算書

財団ホームページ「情報公開」に掲載しています。

令和5年2月 企画運営委員会議事録

令和5年2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2月14日(火) 18:00~19:00
【報告事項】
1. 委員会等の開催について
・医療情報委員会<財団ニュース編集会議>(1月16日)
1)財団機関紙としての役割を果たすこと、2)リウマチ専門職に着目していくこと、3)国際学会の報告を迅速に掲載すること、を3本柱とする令和5年度編集方針を報告した。
・第7回医療保険部会(1月23日)
バイオシミラー普及による医療費の減額について、診療報酬改定に向けた要望書を提出する方針が報告された。
2. 令和5年度リウマチ月間リウマチ講演会について
全体プログラム(案)が示され、スポンサード枠及び財団枠(特別講演、財団セミナー、財団シンポジウム)の座長、演者が全て決まった旨の報告がされた。
【審議事項】
1. 令和5年度事業計画(案)及び収支予算(案)について
事業計画案、収支予算案について内容が説明され、協議の結果、承認された。
2. 財団ホームページリニューアルについて
財団ホームページのスマホ未対応のために生じている分析結果を踏まえて、パソコンやスマホ等の画面幅にあわせて表示を最適化及び目的の情報の速にたどりつけるようなシステムへのリニューアルが提案され、了承された。
3. 令和4年度リウマチ性疾患調査・研究助成及び塩川美奈子・膠原病研究奨励賞受賞者の選考について
学術助成委員会委員が選考した結果について審議し、4名(リウマチ性疾患調査・研究助成3名、塩川美奈子・膠原病研究奨励賞1名)に助成することを承認した。
4. 令和5年度リウマチ福祉賞受賞者の選考について
日本リウマチ友の会より推薦された候補者に授与することを決議した。
5. 令和5年度リウマチ専門職表彰の選考について
リウマチ専門職委員会委員が選考した結果について審議し、3名(看護師、薬剤師、作業療法士)の表彰を承認した。
6. リウマチ医療の診療報酬制度について(要望書案)
「関節リウマチにおけるバイオ後続品導入初期加算【150点】の継続的加算」要望書案を厚生労働省保険局医療課課長あてに提出することを了承。

令和5年度リウマチの治療とケア教育研修会開催日程

北海道・東北地区、関東・甲信越地区、東海・北陸地区、近畿地区、中国・四国地区、九州・沖縄地区の6地区で開催予定です。



令和5年度リウマチ財団登録医 新規募集・再審査(更新)申請

申請受付は令和5年5月31日までです。

新規申請について



再審査(更新)について



令和5年度リウマチ財団登録薬剤師 新規募集・再審査(更新)申請

申請受付期間 令和5年7月1日~9月30日

新規申請について



再審査(更新)について



令和5年度リウマチケア看護師 新規募集・再審査(更新)申請

申請受付期間 令和5年8月1日~10月31日

新規申請について



再審査(更新)について



編集後記



今、2022年11月に米国人工知能(AI)研究所であるOpenAIが公開したAIチャットボットの一種である「ChatGPT」が話題を集めています。チャットボットは人間との会話を自動化するシステムで、近年、必要な情報をAIが自ら収集して蓄積する能力が装備され、例外的な質問にも対応することが可能になり、活用できる場面が拡大しているようです。現在、回答の範囲や精度が格段に上昇しています。このAIによって収集された情報を使ってトレーニングされた自然言語処理モデルのことを大規模言語モデルといい、ChatGPT以外にも開発が進められている

ようです。現在、ChatGPTは詩、歌、エッセイ、短編応答、レポートなど、従来AIでは不可能と考えられていた文書を作成できるようになっています。これまで、AIの優れた画像認識により、エキスパートに劣らない速度と精度を合わせた診断が可能になってきています。今回のChatGPTなどの大規模言語モデルの普及は、医学、診療にさらなる進歩をもたらすことが期待されると同時に、新たな問題が提起されることが予測されています。しかし、ChatGPTの学習の教師は人間であり、利用する医療人が常に知識を更新し、臨床経験を蓄積し、また社会倫理感を高めることにより、この優れたツールを医療の発展に繋げることができると信じています。

そのためには、読者の皆様には日本リウマチ財団ニュースを通して、常に最近の話題に触れていただきたいと存じます。昨年に引き続き、令和5年度リウマチ月間リウマチ講演会(川合眞一理事長)が6月10日(土)にハイブリッド方式で開催されます。今回のテーマは「患者さんに寄り添う専門職医療者を目指して」ですが、講演もリウマチ医、看護師、薬剤師、理学・作業療法士など、リウマチ医療にかかわる全ての医療従事者を対象とした内容で企画されています。「リウマチ人」では新潟県立リウマチセンターの設立に尽力された村澤章先生にご登場いただきました。先生が多数の若手リウマチ医育成(村澤チルドレン)に成果をあげられたことは、特筆すべき業績と考えます。新型コロナウイルス感染症

(COVID-19)患者数は以前に比較すれば減少してきたとはいえ、いまだ感染は収束していません。日本リウマチ学会のCOVID-19レジストリ研究からの情報を九州大学病院別府病院の柏戸佑介先生・堀内孝彦先生にご報告していただきました。COVID-19流行前の生活への復帰を待ちたいと思います。

山村昌弘
岡山済生会総合病院 診療顧問
リウマチ・膠原病センター長

