Japan Rheumatism Foundation News

日本リウマチ財団ニュース

2021年７月号　no. 167　令和３年７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）

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

167号の主な内容

● 座談会：リウマチ専門職制度導入以降のリウマチ医療の進化
● 対談：小児リウマチ 移行期医療を考える
● リウマチケア看護師、リウマチ財団登録薬剤師のツイート：第4回 宮崎善仁会病院
● 皮膚科・歯科とリウマチ性疾患 歯科 第1回

座談会

リウマチ専門職制度導入以降のリウマチ医療の進化

1996年に第1期登録を開始した日本リウマチ財団登録医を先駆けとして発展を遂げてきた日本リウマチ財団の専門職制度は、今日、医師、看護師、薬剤師、理学療法士・作業療法士の4分野5職種に対象を拡大し、リウマチのチーム医療を多方面から支える人財の育成に大きな役割を果たしています。本制度の創設にかかわった日本リウマチ財団の4氏に制度発足の背景や経緯を振り返っていただきながら、今後の課題や将来への展望を語り合っていただきました。（編集部）

司会：西岡 久寿樹 氏／日本リウマチ財団常務理事
出席：松本 美富士 氏／日本リウマチ財団リウマチ専門職委員会委員長
村澤　章 氏／日本リウマチ財団リウマチ専門職委員会看護師担当
川合 眞一 氏／日本リウマチ財団リウマチ専門職委員会薬剤師担当

他の疾患領域に類例をみない日本リウマチ財団の専門職制度

西岡　日本リウマチ財団が制定・運営する医師、看護師、薬剤師、理学療法士・作業療法士の4分野にわたる専門職制度が、リウマチ医療・ケアの高い知識・技能を備えた専門人財の育成と、リウマチのチーム医療体制の充実・強化に大きく寄与しつつあることは、先生方も既にご承知のとおりです。ちなみに現在、各専門職の登録状況は表1のとおりで、これだけの方々が今、全国のリウマチ医療の現場でご活躍されているわけです。

当財団のこの専門職制度は、特定の疾患領域にフォーカスしたものとしては日本で初めての専門職制度ではないかと思うのですが、先生方はどのようにお考えでしょうか。

松本　看護師を例にとると、当財団のリウマチケア看護師に似た制度、あるいは、先輩格に当たる制度として、まず日本看護協会の認定資格である「専門看護師」が浮かんできます。しかし、日本看護協会の制度が対象としているのは、「がん看護」「精神看護」「老人看護」などのように、それぞれが広範な内容を含む領域ないしは診療科単位であり、リウマチケア看護師のように特定の疾患領域を想定した制度でないのは明らかです（表2）。その意味では、西岡先生のおっしゃるとおりかと思います。

西岡　リウマチに関連した専門職制度を、職能団体でも学会でもなく、リウマチという特定の疾患分野に特化して活動する公益財団法人が維持している点もユニークであると思いますが、村澤先生はいかがでしょうか。

村澤　おっしゃるとおりですね。例えば日頃から複雑なケアを要するリウマチ患者を担当している看護師さんの中には、何か自分たちの専門性の証しになるものを得たいと願っている人が多いと思います。ところが、先ほど松本先生がおっしゃったように、日本看護協会の専門資格の中にはリウマチに特化したものがないため、代わりに当財団のリウマチケア看護師の制度がリウマチケアに熱意をもつ看護師さんたちの受け皿になっているのは確かなことです。

もう一つ重要なのは、チーム医療の視点からみた専門職制度の意義です。もともと日本では、多くの慢性疾患の治療がチーム医療の形で行われ、とりわけリウマチ診療の現場では早くからチーム医療が標準的な治療スタイルになっていました。当財団の専門職育成制度はリウマチ医療チームの有力なメンバーとなり得る専門職の育成を図って組み立てられたプログラムであり、その意味では、今日のリウマチ医療の現場の要求に応え得る内実を備えたものではないかと考えています。

西岡　実際、当財団が各専門職の単位認定のための講習を兼ねて毎年実施している「リウマチ月間リウマチ講演会」でも、看護師ばかりでなく薬剤師や理学療法士・作業療法士も加わって熱心に勉強している姿が目立ち、本制度の趣旨がよく理解されたうえで順調に稼働していることを実感します。ただし、このことの背景の一つに、近年のリウマチ薬物療法の高度化・複雑化に伴って、リウマチ医療が少なくとも医師・看護師・薬剤師の三者の足並みが揃わなくては一歩も進めることができなくなっているという現場の事情があることを見落としてはならないと思います。

職能団体との関係を保ちつつ順調に経過してきた専門職制度

西岡　当財団の専門職制度の意義と直近の稼働状況が確認できたところで、次に、これらの専門職制度の発足の背景と経緯を振り返り、また、特に各職能団体との関係についても振り返っておきたいと思います。

松本　制度発足の背景については、既に触れていただいたように、医療の高度化・複雑化に伴って、チーム医療の重要性への認識が深まり、同時に、チーム医療の担い手となる人財の必要性が痛感され、そうした諸事情を踏まえて、リウマチ性疾患のプライマリケアを担う医師の次には看護師について、今日みるような専門職制度を整備しようという流れになりました。なぜ看護師から始めたのかといえば、看護師は患者さん・家族から最も近い位置で、最も長い時間、接している医療職だから、というのが最大の理由でした。

制度づくりに当たっては、看護師の職能団体である日本看護協会との間で連絡を取り合いながら進めたほうが、われわれの制度の将来のためにも好ましいとの考えから、日本看護協会の本部を訪ね、計画中の制度の趣旨説明を行いました。看護協会側は、われわれの制度のうち資格認定の方法が試験方式ではなく単位集積方式であることから、質の担保にやや懸念を示していましたが、最終的には制度の発足をご理解いただきました。

制度発足後も、当財団の専門職委員会のメンバーに看護協会からご推薦いただいたり、また、あるときは当財団主催の看護師研修会で看護協会推薦の講師に講演をしていただいたり、日本看護協会とは今日までリウマチケア看護師制度に関して良好な関係を保ち続けています。

西岡　ありがとうございました。

次に、リウマチ登録薬剤師制度の背景と発足の経緯について、川合先生お願いします。

川合　日本リウマチ財団リウマチ登録薬剤師の第1期登録が始まったのは、リウマチケア看護師の制度発足から4年後の2014年のことでした。

リウマチ医療の現場に生物学的製剤が登場してから、ますます薬剤師の重要性が増してきたことは今さら言うまでもありませんが、改めて当時を振り返ってみますと、実は生物学的製剤以前の、いわゆる抗リウマチ薬（DMARDs）の時代から現場ではメトトレキサートのような服薬管理の難しい薬が日常的に使われ、リウマチ医療は「薬剤師がいなければうまく回らない」状態に置かれていたことが思い出されます。そう考えますと、登録薬剤師制度に対する潜在ニーズはそのころから既にあったと考えてよいかもしれません。

制度発足に当たっては、リウマチケア看護師の場合と同様に職能団体との話し合いが必要であると考えていましたので、日本薬剤師会と日本病院薬剤師会の二つの団体の本部をそれぞれ訪問し、われわれの制度の必要性について説明したところ、両団体からご協力をいただけることになり、各委員のご推薦を受けました。

西岡　続いて、村澤先生に登録理学療法士・作業療法士制度についてご紹介いただきたいと思います。

村澤　実は、理学療法士・作業療法士（PT・OT）それぞれの職能団体である日本理学療法士協会、日本作業療法士協会にはいずれも独自の専門認定制度があります。また、リハビリテーション医学の分野には日本リウマチリハビリ

表1 日本リウマチ財団の専門職制度

制度名	制度発足年月	登録者数（2021年3月現在）
日本リウマチ財団登録医	1986年2月	2,674名
日本リウマチ財団登録リウマチケア看護師	2010年4月	1,599名
日本リウマチ財団リウマチ登録薬剤師	2014年4月	558名
日本リウマチ財団登録理学療法士・作業療法士	2019年4月	233名

表2 日本看護協会の専門看護13分野

分野名	認定開始年月	分野名	認定開始年月
がん看護	1996年6月	急性・重症患者看護	2005年3月
精神看護	1996年6月	感染症看護	2006年11月
地域看護	1997年6月	家族支援	2008年11月
老人看護	2002年5月	在宅看護	2012年12月
小児看護	2002年5月	遺伝看護	2017年12月
母性看護	2003年3月	災害看護	2017年12月
慢性疾患看護	2004年3月		

日本看護協会ホームページより引用改変

テーション研究会（旧、日本RAのリハビリ研究会）という約四半世紀以上の歴史をもつ団体があり、この団体はPT・OTを中心とした会員が既に200名余り登録されていると聞いております。このような状況下で当財団が登録PT・OTの制度を作ったとしても、登録を希望する人が集まらないかもしれないという危惧を抱いていたのですが、実際には多くのPT・OTの方々に登録していただき、当初の心配は杞憂にすぎませんでした。

制度発展のために何が必要か？ 望まれる診療報酬上の評価

西岡　最後に、当財団の専門職制度の今後の課題、将来展望などを自由にお話しいただきたいと思います。

松本　専門職制度が今後さらに発展していくためには、各職種内での認知度のみならず、広く医療者全般、さらには一般社会における認知度を高めていく努力が財団に求められていると思います。それによって、このような資格をもつ専門職により提供される医療・ケアの価値が正当に認識され、評価され、やがて診療報酬の上にも反映されるようになることが望まれます。逆に言えば、このようなインセンティブがないと、本制度が健全に発展していくうえで、大きな障害になりかねないのではないかと思います。

もう一つは、メディカルスタッフが行う臨床研究に対して、医師に対して行っているのと同様に、財団がサポートすることも今後の課題として検討すべきだと思います。

川合　今、松本先生が主にリウマチケア看護師について言われたことは、リウマチ登録薬剤師についても同様で、今日の複雑化したリウマチ薬物治療の知識をもつ薬剤師の働きによって、例えば薬剤に関連した医療事故を大幅に減らせるのであれば、やはり彼らの働きに対して保険診療の中で何らかの位置付けが与えられることが重要だと思います。しかし、仮にそれがすぐには実現しなくても、当面はリウマチ医療の正しい知識を学ぶ機会を十分に提供することによって制度を発展させていくことが必要であり、これはPT・OTについても同じことが言えると思います。

村澤　専門職のうち、特にリウマチケア看護師は制度発足から10年余り経ていることもあり、登録更新の問題が出始めています。特に多いのが、登録を更新したくても直近のリウマチケアの実務経験が更新の要件に満たないため断念するというケースです。これに対しては、財団主催の教育研修会などを受講して20単位以上取得すれば実務経験に代えられることにしています。この救済措置に対し、「ハードルを下げすぎではないか？」との意見もあるのですが、できるだけ多くの方にリウマチケアの知識とスキルの向上を図っていただくという本制度の趣旨に照らせば、妥当な措置だと考えています。

西岡　ありがとうございました。さまざまな課題を示していただきましたが、特にインセンティブの問題については今、松本先生を中心に取り組みを進めていただいております。

まだ、ほかにも、他の職能団体との相互協力の問題など議論すべきテーマは多々ありますが、それはまた別の機会に譲りたいと思います。

先生方、本日は長時間にわたり、多くの貴重なお話と有意義な議論をいただき、誠にありがとうございました。

対談 小児リウマチ 移行期医療を考える

話し手：松井 利浩 氏（国立病院機構相模原病院リウマチ科 部長）

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

移行期医療の問題が多くのリウマチ医を悩ませています。成年に達した患者の適切な移行先を考える小児リウマチ医の苦悩も小さくありませんが、それ以上に大きいのが、小児科からの移行患者を受け入れる成人リウマチ医の困惑です。そこで、成人リウマチ医を対象として移行期医療に関する意識調査を実施した松井利浩氏にご登場いただき、小児リウマチ移行期医療に従事する成人リウマチ医の苦悩の様相を調査結果に即して語っていただきました。（編集部）

20歳代の患者が母親同伴で受診している！

小児リウマチ外来で見た衝撃的光景

後藤　松井先生は2018年に、「若年性特発性関節炎（JIA）患者の移行期医療に関する成人リウマチ医に対する意識調査」というタイトルの論文をModern Rheumatology誌上に発表されました[1]。きょうのテーマにぴたりと合致する論文なのですが、これを拝読して、私は、自分自身のこの問題に対する認識不足を改めて反省させられると同時に、「あ、私だけではなかったのだな」と、妙に安心したような気持ちにもなりました。

そこで、きょうはまず、この調査の実施に至った経緯や調査結果をご解説いただきながら、小児リウマチの移行期医療をめぐる問題の全体像を明らかにし、それから、個々の問題点について掘り下げるという順序でお話を進めていきたいと思います。

松井　わかりました。ただ、最初にお断りしておきたいのですが、私自身、この問題の専門家なのかといえば、必ずしもそういうわけではないのです。むしろ、このことを勉強し始めてからさほど久しいわけではないという意味では、まだ初心者ですし、また、成人リウマチ医の一人として、私も最近まで、小児科から移行してくるJIAの患者さんの受け入れに対して苦手意識のようなものをもっていたという点では、他の多くの成人リウマチ医の先生方と同じところに立っていました。

後藤　多くの成人リウマチ医が抱いている、そのような「苦手意識」の実態も、背景も、松井先生の調査研究によって明らかになったのではないかと思います。

先生がこの調査を計画・実施されたそもそものきっかけからお話しください。

松井　元々、成人のリウマチ診療を行っていましたが、2016年に、東京医科歯科大学の森雅亮教授（現、聖マリアンナ医科大学）が主宰される生涯免疫難病学講座に参画させていただくことになったのが発端です。

森先生の講座は、小児から移行期、成人を経て高齢者まで境目のないシームレスな膠原病・リウマチ性疾患の診療および研究体制を構築しようというコンセプトのもとに、これまでにない新たな取り組みを行っています。小児リウマチ外来でも勉強させていただいたのですが、外来初日にちょっとした衝撃を受けました。診察を受けていたのは20歳代も後半に差し掛かろうかと思われるJIA患者さんでしたが、そこに患者の母親が同席していたのです。普段は社会人としてふつうに勤務している方でしたが、母親に付き添われて、小児リウマチの専門外来を受診している状況というのは、とても驚きでした。

松井 利浩 氏

後藤 美賀子 氏

後藤　まさに小児リウマチ移行期医療の問題を象徴するような一場面に遭遇されたわけですね。

1) Matsui T, et al.: Mod Rheumatol. 28(6): 981-985, 2018

目立つ小児リウマチ専門医の不足と小児リウマチ移行期診療へのためらい

松井　ほかにも色々印象に残る経験がありましたが、その後、小児リウマチ医療に関連するさまざまなデータを調べていくうちに、問題の大まかな輪郭がだんだん見えてくるようになりました。

まず、身近なところで、当時、東京医科歯科大学の大学院生だった松本拓実先生が、同院の小児リウマチ外来に継続受診中の患者132人の年齢分布を調べてみたところ、全体の4割近い38%が18歳以上であることがわかりました（2018年8月末現在）。

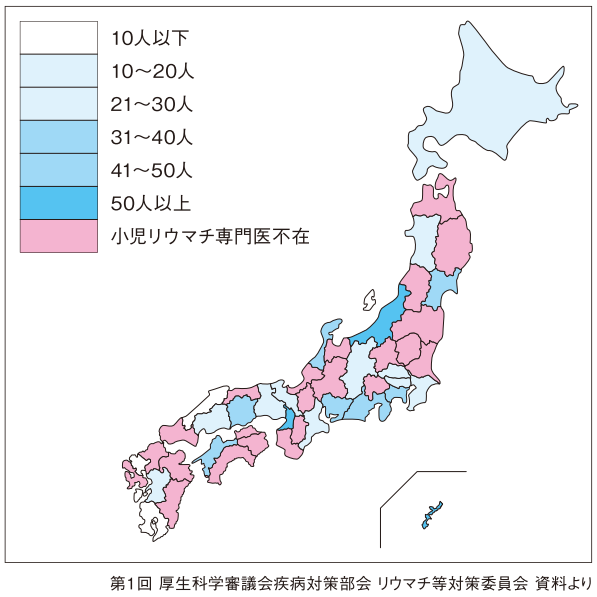
そのほかに、全国の小児リウマチ患者を迎える医療側の体制を調べてみました。実は現在、日本では「小児リウマチ専門医」という明確な資格が確立されておらず、小児科専門医を標榜し、かつリウマチ専門医でもある医師をそう呼んでいるのですが、その数が全国を合わせて80名に過ぎないことがわかりました。これは単に絶対数として少ないというだけでなく、全国の成人リウマチ専門医数の合計（約4,700名）と比べても不釣り合いに小さい数字といわざるを得ません。また、その都道府県別の分布を見ても、小児リウマチ専門医がいるのは24都道府県だけで、その他の23県には一人もいないという状態でした（図1）（以上2016年度のデータ）。

後藤　なるほど。移行期医療を云々する前に、そもそも18歳未満の「本来の」小児リウマチ患者に対する医療体制すら満足に整っていないのが現状だというわけですね。

松井　そうですね。同時にこれらのデータは、小児リウマチ患者を「移行させる側」と「受け入れる側」のどちらの環境も整っていないことを強く示唆するものであると思います。

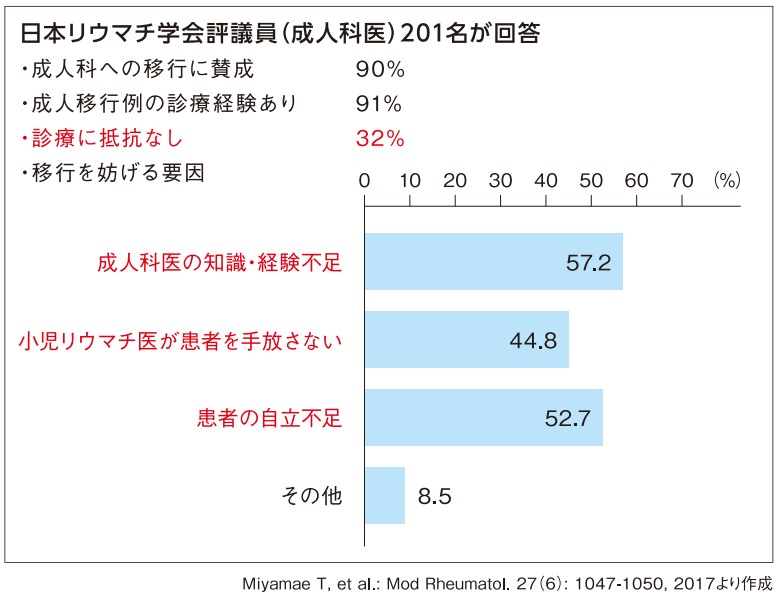
また、ちょうどそのころ、東京女子医科大学の宮前多佳子先生が日本リウマチ学会の評議員である成人リウマチ医を対象に、小児期発症リウマチ性疾患患者の移行期医療に関するアンケートを実施されました。その結果、成人の小児期発症リウマチ性疾患患者の診療に対してためらいを感じていない成人リウマチ医は約3割しかいないことがわかりました。また、診療をためらう理由として、成人リウマチ医側の知識・経験不足や、親や家族からの患者の自立不十分などを多くの先生が挙げていました（図2）。

図1 都道府県別の小児リウマチ専門医1人当たりのJIA患者数



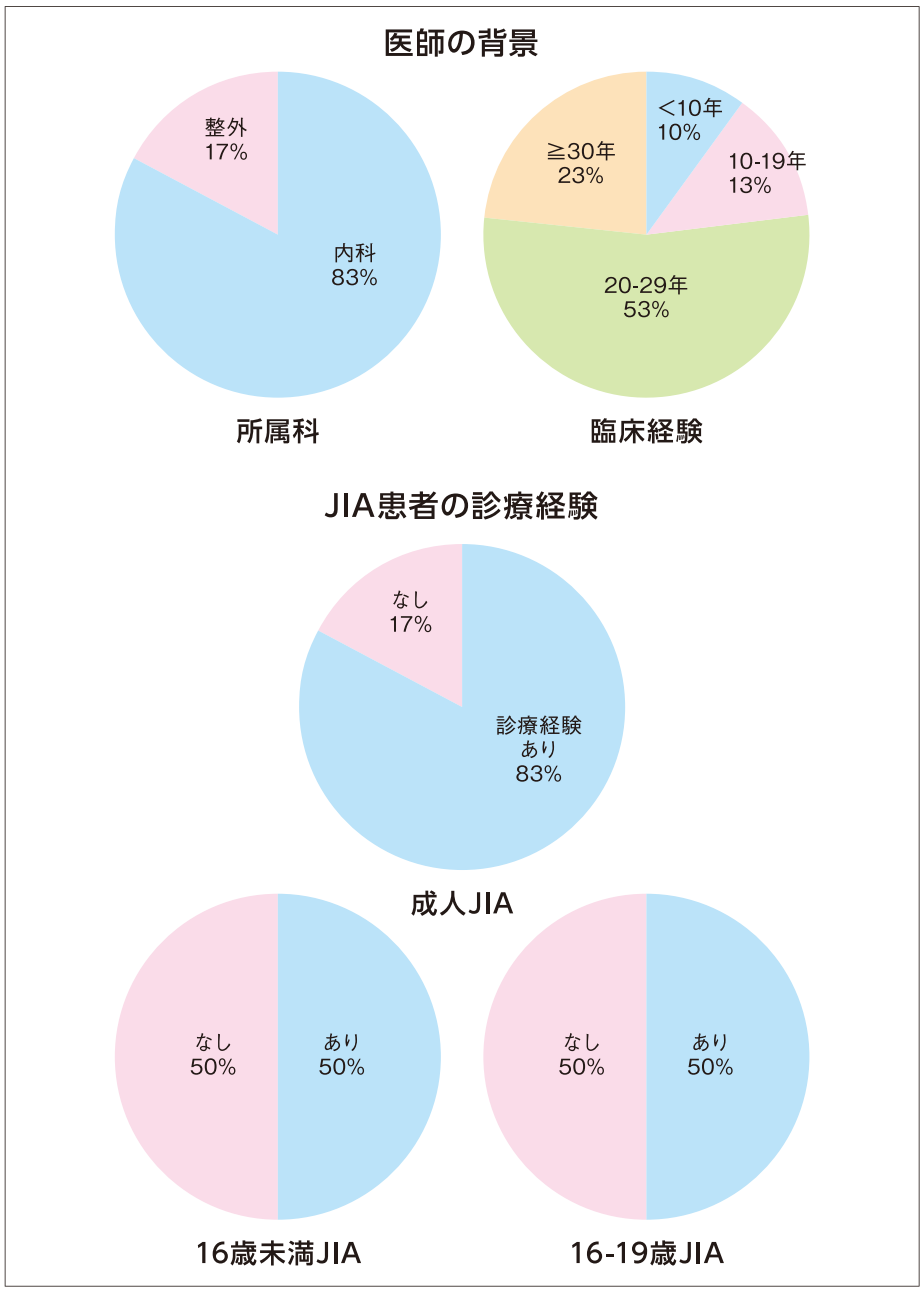
第1回 厚生科学審議会疾病対策部会 リウマチ等対策委員会 資料より

図2 リウマチ性疾患移行期医療に関する意識調査



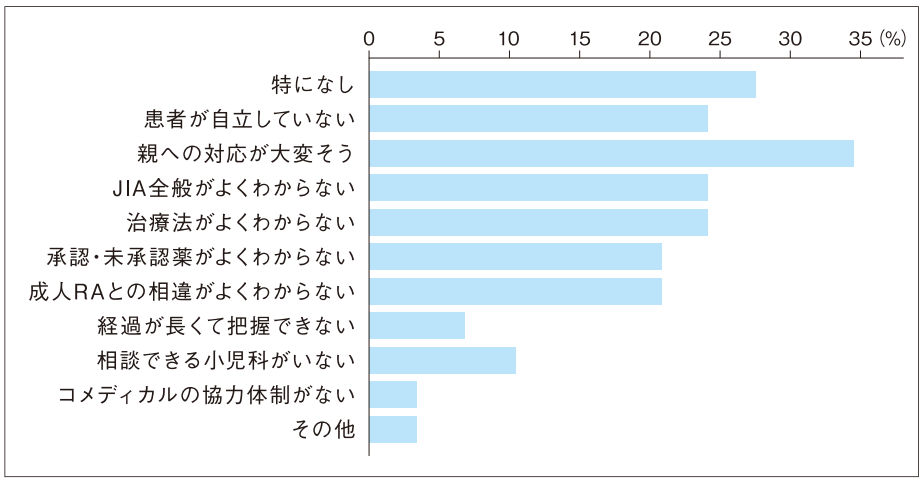
Miyamae T, et al.: Mod Rheumatol. 27(6): 1047-1050, 2017より作成

図3 回答者の背景



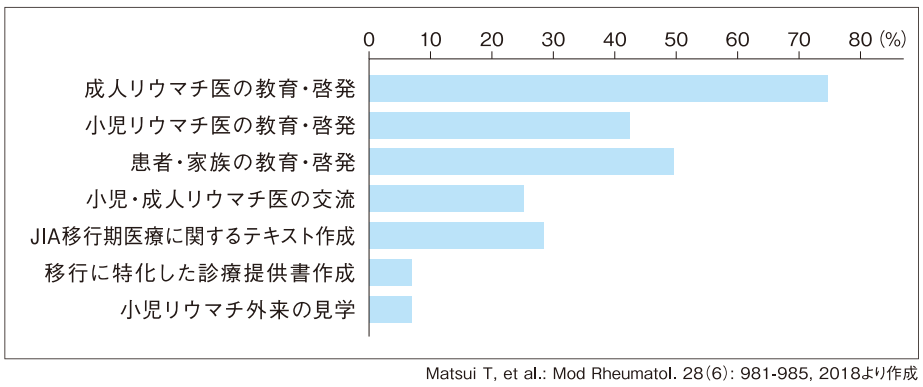
Matsui T, et al.: Mod Rheumatol. 28(6): 981-985, 2018より作成

図4 JIA患者診療に対する不安/抵抗



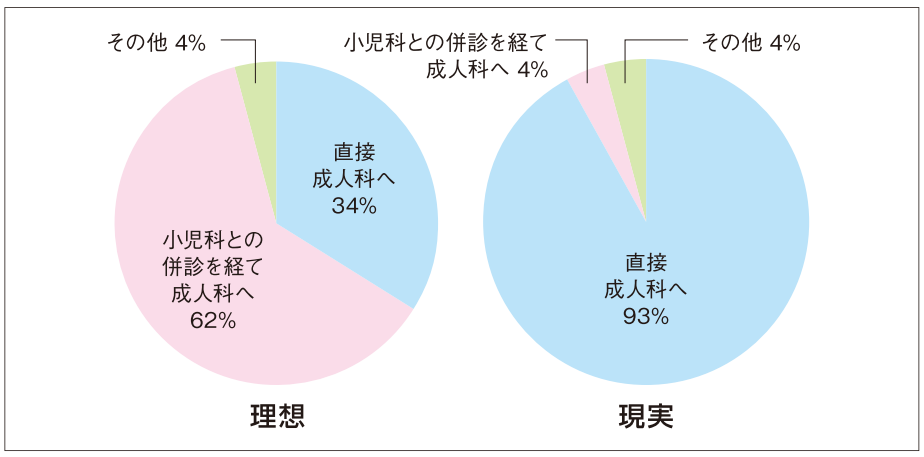
Matsui T, et al.: Mod Rheumatol. 28(6): 981-985, 2018より作成

図5 移行を円滑に進めるために必要なこと



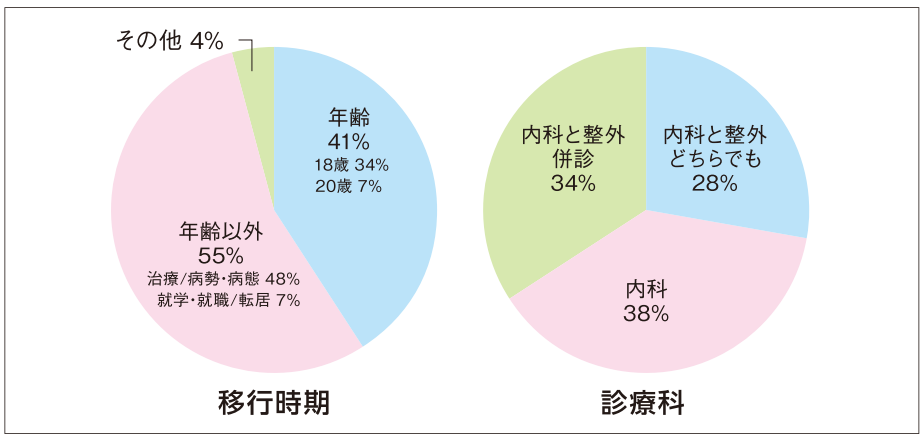
Matsui T, et al.: Mod Rheumatol. 28(6): 981-985, 2018より作成

図6 JIA患者の成人移行期診療：理想と現実



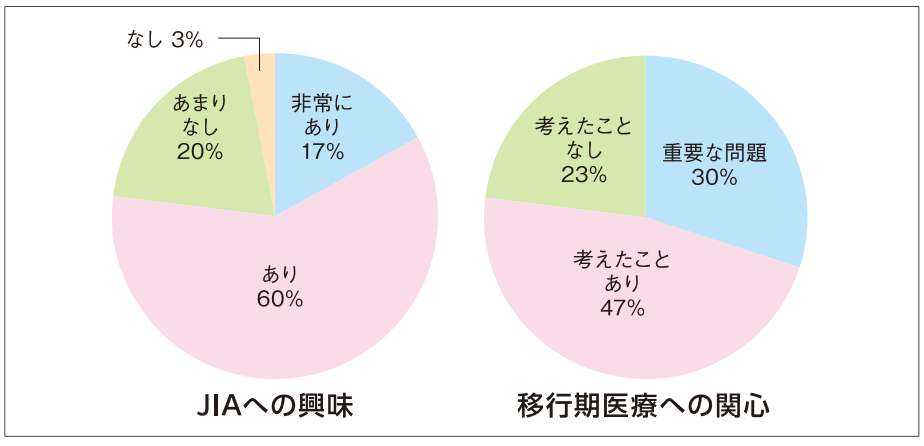
Matsui T, et al.: Mod Rheumatol. 28(6): 981-985, 2018より作成

図7 適切な移行時期/診療科



Matsui T, et al.: Mod Rheumatol. 28(6): 981-985, 2018より作成

図8 JIAへの関心



Matsui T, et al.: Mod Rheumatol. 28(6): 981-985, 2018より作成

「親への対応」
「患者の自立不十分」

成人リウマチ医が抱く不安

松井　さて、ここからは、本日取り上げていただいた私の論文の内容に移ります。今ご紹介した宮前先生のアンケート調査は、小児リウマチ性疾患全般に関するものでしたが、われわれは、成人の関節リウマチによく似た病態を呈する関節型JIAに対象疾患を絞り、調査を実施しました(図3)。早速、その結果をご紹介します。

まず、「小児科から移行後のJIA患者の診療に対して不安や抵抗があるか」という質問に対し、44%が「ある」と答えました。不安や抵抗の具体的な内容を尋ねたところ、最も多かったのが「親への対応が大変そう」というもので、そのほかに、「患者が自立していない」、「JIA全般がよくわからない」、「治療法がよくわからない」などの回答が比較的多く挙がってきました(図4)。

次に、JIA患者の成人科移行後の実態を聞いてみました。すると、その後も治療を継続しているケースが約6割、病勢が落ち着いて状態が安定し終診を迎えた例が13%ありましたが、残りの4分の1強の中には、自分で通院を中断してしまったケース(13%)や、紹介元に戻ったケース(7%)などもみられ、ここから、患者も医療側も互いに満足できる環境が不備であり、十分な移行期ケアが行われていない状況が推測されました。

では、このような状況の中で、より円滑に移行を進めるためには何が必要か。先生方の意見を聞いてみると、8割近い先生が「成人リウマチ医の教育・啓発」と答え、また、「患者・家族の教育・啓発」(50%)、「小児リウマチ医の教育・啓発」(40%強)がこれに続いて多く、先生方の多くはこれらの三つが揃わなければ移行期医療はうまくいかないと考えていることが伺われました(図5)。

「小児科との併診を経て成人科へ」が理想
現実は「直接、成人科へ」が圧倒的多数

松井　続いて、若年性特発性関節炎(JIA)患者の移行について、さらに先生方の考えを伺ってみました。まず、「JIA患者がどのようなステップを経て成人科へ移行するのが理想と考えるか」と聞いたところ、「小児科との併診を経て成人科へ移行する」のが理想と考える先生が6割強を占め、「直接、成人科へ移行する」のが理想という先生は前者の約半分の割合でした。ところが、現実はどうなっているかを見ると、先生方が担当したJIA患者のうち「小児科との併診を経て成人科へ移行」したケースはわずか数%にとどまる一方で、「直接成人科へ移行」してきたケースが全体の93%に上るというのが実態であり、このことから、多くの先生が理想と現実のギャップに戸惑っておられる様子が想像されました(図6)。

また、「何を基準として移行の時期を考えればよいか」を聞いたところ、41%の先生が「年齢」と答え、55%の先生が「年齢以外の要素」と答えました。このうち、「年齢」という回答(41%)の内訳は、「18歳」が34%、「20歳」が7%、「年齢以外の要素」(55%)の内訳は、「治療/病勢・病態」が48%、「就学・就職/転居」が7%でした。以上より、JIA患者の移行時期を考えるに当たっては、年齢よりも、受けている治療または患者の病勢・病態を考慮して決めるべきと考えている先生のほうが多いことがわかりました(図7)。

次に、「どの診療科に移行させるのが望ましいか」と尋ねたところ、38%が「内科」、34%が「内科と整形外科併診」、28%が「内科と整形外科どちらでも」と答え、「内科」がやや多い結果でした(図7)。

以上、この調査ではJIA移行期医療について、さまざまな角度から多くの質問に答えていただいた結果、この領域に特有の問題のいくつかを浮かび上がらせることができたのではないかと思います。そして、最後にまとめの意味で、先生方のJIA全般に対する関心のほどを問う質問を発してみました。その結果、図8のように、JIAに対しても、JIAの移行期医療に対しても、程度の差はあれ約8割の先生が切実な関心を寄せておられることがわかりました。

後藤　数多くの調査データを一つ一つ丁寧にご解説いただき、ありがとうございました。

親の過保護が子の移行を阻害する

後藤　ここまでのお話をお聞きしながら、小児リウマチ診療の領域は本当に困難な状況に置かれているのだと痛感し、また、「移行期医療を考える」と一口に言っても、考えるべき問題が山ほどあることも理解しました。

ここからは、今までお示しいただいた問題点からいくつかピックアップして、少し突っ込んだお話をお聞きしたいと思います。

まず、成人リウマチ医がJIA患者の診療をためらう主要な理由として、「知識・経験の不足」を示していただきましたが、これはどのように克服するべきでしょうか。

松井　それについては、知識や経験の量をどうこういうより、まず、「移行期医療とは何か」についての正しい考えをもつことが大切だと思います。多くの方が移行期医療を、単なる「転科」や「転医」、「転院」などと同義であると誤解しています。移行期医療にほぼ必ず「転科」が伴うのは確かですが、それは移行期医療という一連のプロセスの中の一つのイベントにすぎません。小児科学会は、移行期医療の本質は患者の自立支援にあることを理解した上で、患者が病態・合併症の年齢変化や身体的・人格的成熟に即した適切な医療を受けられるように、患者の自己決定を促していくべきだと提言しています。

幸い、わが国でも最近、日本小児リウマチ学会が患者の移行に際してのチェックリストを作成し、学会ホームページからダウンロード（http://www.praj.jp/activities/acrivities01.html）できるようになっていますから、これを活用するのも一案であると思います。

後藤　そのようなものが整うことによって医療側の認識が高まれば、小児リウマチ患者の成人科移行を積極的に受け入れようという気運が高まってくるかもしれません。

次に、移行期医療にかかわる患者・家族側の問題点として、「患者の自立不十分」や「親の過干渉」が挙がっていましたが、これに対してはどのような対策が考えられるでしょうか。

松井　小児発症疾患をもつ子どもの保護者は過干渉や過保護になりがちだとよくいわれます。子どもがまだ小さい時に発症したからというので責任を感じてしまい、つい過剰にかばったり守ったりしようとする親御さんの心情は理解できるのですが、保護者の過干渉、過保護が、患者と保護者の双方の移行準備の阻害因子になっていることを示すデータも出ています（図9）。そのようなデータを示して、患者さんにも親御さんにもご理解いただく必要があるのではないかと思います。

動き始めた移行期医療の体制整備 移行期医療実施に診療報酬加算も

後藤　先ほど、移行期医療の本質は患者の自立を支援することであるというお話がありました。そのような移行期医療を実現するために、今後どんな課題に取り組んでいくべきでしょうか。

松井　現状では、小児科側において、患者本人に対しても、家族に対しても、将来の移行に備える十分な教育が行われていないと考えられますので、まずは、この点から取り組んでいかなければなりません。また、その教育は医師一人が担うのではなく、自立支援という移行期医療の目的を考えるのであれば、より患者に近い位置にいる看護師をはじめ、薬剤師、作業療法士、理学療法士、メンタルヘルスの支え手としての心理療法士、さまざまな医療制度に精通したソーシャルワーカー、さらには就学・就労のサポーターまでが加わった医療チームによってトータルに行われるべきだろうと考えます。

後藤　現在、そのような移行期医療の積極的な取り組みを行っている施設としては、どんなところがありますか。

松井　首都圏では私の知る限り、東京医科歯科大学や聖マリアンナ医科大学、東京女子医科大学などの小児リウマチ中核施設が成人診療科と連携し、そのような取り組みを独自に始めています。

また、最近ようやく移行期医療の重要性が医療行政方面にも認識されるようになり、現在、国からの働きかけで全国の都道府県に「移行期医療支援センター」を設置する動きが進んでいます。

後藤　それによって、移行期医療の体制整備が全国的に満遍なく進むことを期待したいと思います。

松井　最後に一つ付け加えたいのですが、現在、移行期医療がなかなかうまく進まない理由の一つに、現場の多忙さが挙げられると思います。医師もメディカルスタッフも多忙を極める中で、移行期医療のために人員と場所と時間を確保するのは病院としても難しいというのが実情です。

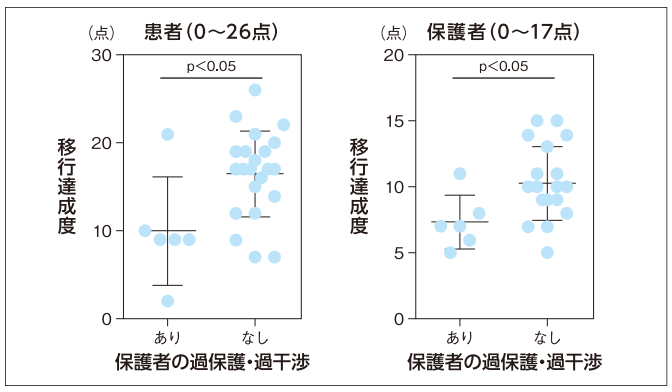
そのような状況の中でも、なお移行期医療の実施を望むとなれば、何らかのインセンティブを考えなければなりません。そこで今、「成人移行期患者共同管理料」の要望が高まっています。小児科から成人科への移行時に十分な診療情報の提供を行い、かつカンファレンスを実施するなどすれば、小児科と成人科の双方に診療報酬が加算されるというもので、これが実現すれば、全国の多くの病院で移行期医療実施の後押しをしてくれるものと期待しています（図10）。

後藤　そのような動きがあることは知りませんでした。先ほどの「移行期医療支援センター」とともに、ぜひ実現を期待したいと思います。

松井先生、きょうは貴重なお話をたくさんいただき、ありがとうございました。

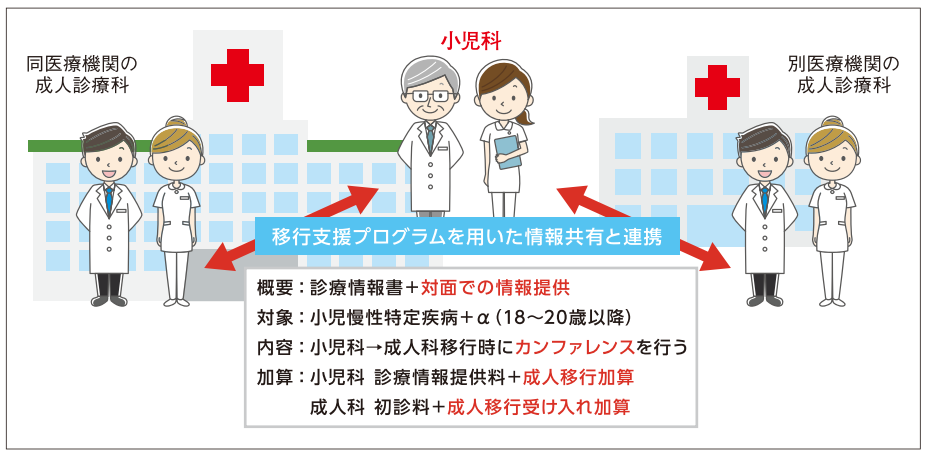
松井　こちらこそ、このような機会を設けていただき、ありがとうございました。

図9 小児リウマチ性疾患患者の成人移行達成度にかかわる因子調査



井上祐三朗ほか：小児リウマチ．9(1)：16-21, 2018より作成

図10 成人移行期患者共同管理料（案）



石崎優子：第121回日本小児科学会学術集会, 2018を参考に作成

リウマチケア看護師、リウマチ財団登録薬剤師のツイート

第4回 宮崎善仁会病院

看護師　芦澤 麻土香 氏

1．私の仕事

2020年12月までは内科病棟でしたが、2021年1月から整形外科病棟（地域包括病床含む）へ異動となり、手術をされる患者さんの看護業務をさせていただいています。生物学的製剤やMTX等を手術によって中断された際、フレアアップがないか感染予防等に注意しての観察を含め早期離床や他職種と連携し少しでも不安なく退院できるように支援をさせていただいています。

2．資格を取るきっかけ

関節リウマチ治療薬の進化とともに患者さん方が日々笑顔になるのをみられるのが嬉しく感じたと同時に、治療ができず泣いておられる患者さんもいらっしゃいました。その方も笑顔にしたいと感じ資格を取得しようと決意しました。

3．こんな時資格が役立っています

「リウマチケア看護師です」と患者さんへの声掛けにもっていくと患者さんの耳の傾け方が変わります。しかし、一番はリウマチケア看護師という肩書きがあることで患者さんの問題に直面した際に、「なぜ？」「どうして？」と日頃から問題意識をもって学習する習慣ができたことです。

4．今後の抱負

現在、在院日数の短縮化が進んでおり、入院中だけでは不安を払拭しきれていない現状もあり、個人によってその不安要因もさまざまです。そこで他職種の力も借りながら、患者さん一人ひとりに合わせ在宅でも自己管理が継続できる支援を実践していきたいです。

薬剤師　小村 大輔 氏

1．私の仕事

私の仕事は病院薬剤師です。普段は薬剤部と病棟を行き来して、通常の薬剤師業務（調剤、医薬品情報管理業務など）、治験管理者として治験薬の管理、主に入院での関節リウマチ患者さんへの服薬指導などに携わっています。

2．資格を取るきっかけ

当院リウマチ科では、センター長を中心としてチーム医療に長年取り組んでおり、それぞれの職種が自分たちのできることを模索しつつ活動してきました。生物学的製剤の登場で、関節リウマチ診療がどんどん進化していく中で、さまざまな場面でかかわらせていただき、関節リウマチ診療に携わる薬剤師のスペシャリストを目指すようになりました。

3．こんな時資格が役立っています

患者さんとかかわる時に、自信をもって「関節リウマチ専門の薬剤師です」とかかわれるようになりました。患者さんも、「関節リウマチ専門の薬剤師がいるのだ」と興味をもって話をしてくれるようになったと思います。

4．今後の抱負

今後は、リウマチ財団登録薬剤師としてチーム医療の中心を担い、関節リウマチ患者さんへよりよい治療を提供していければと思います。

また、スタッフにも患者さんにも「薬物療法にかかわることといえば薬剤師」と言ってもらえるように仕事をしていければと思います。

画像クイズ

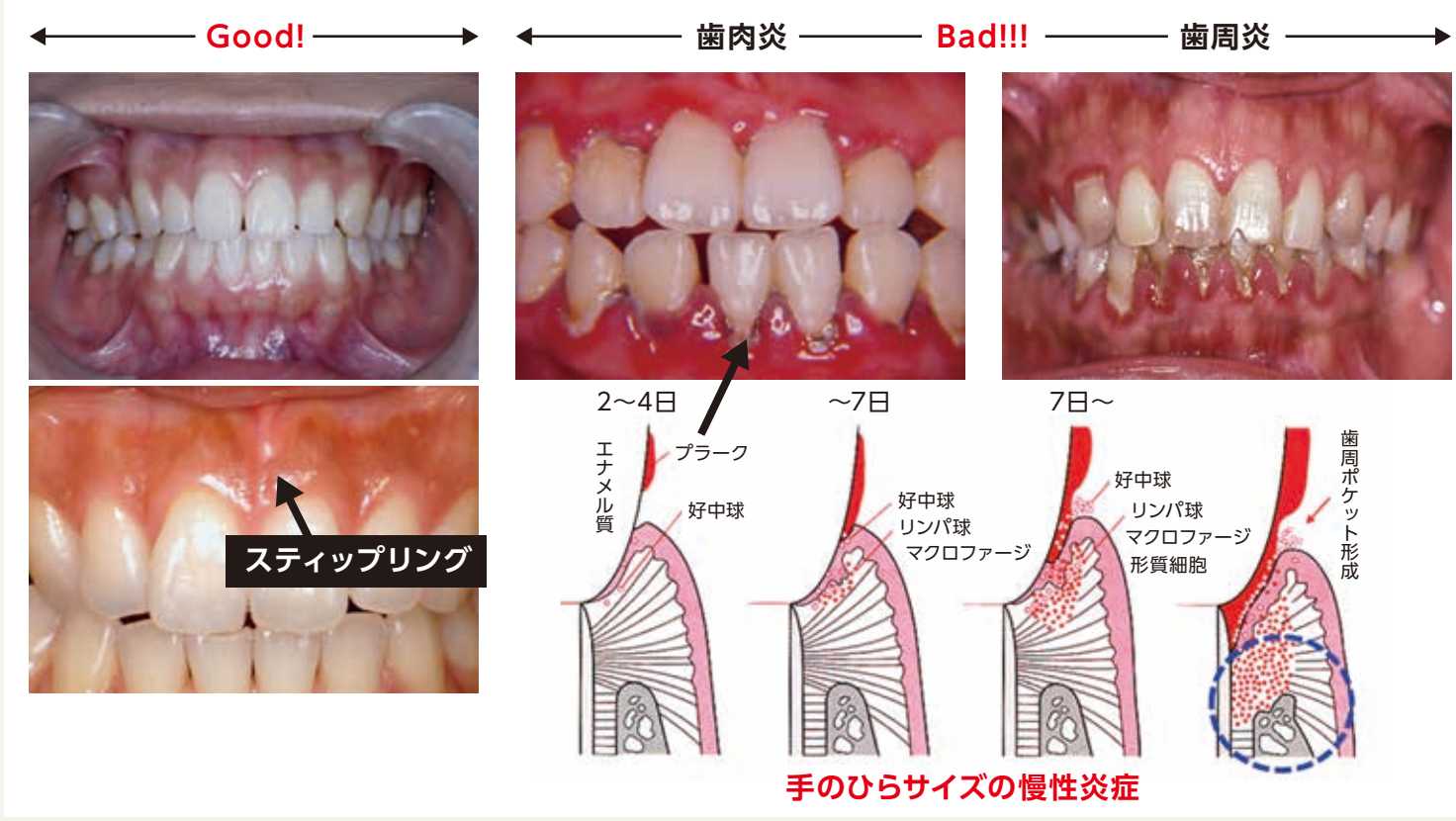
歯科
第1回

連載

皮膚科・歯科とリウマチ性疾患

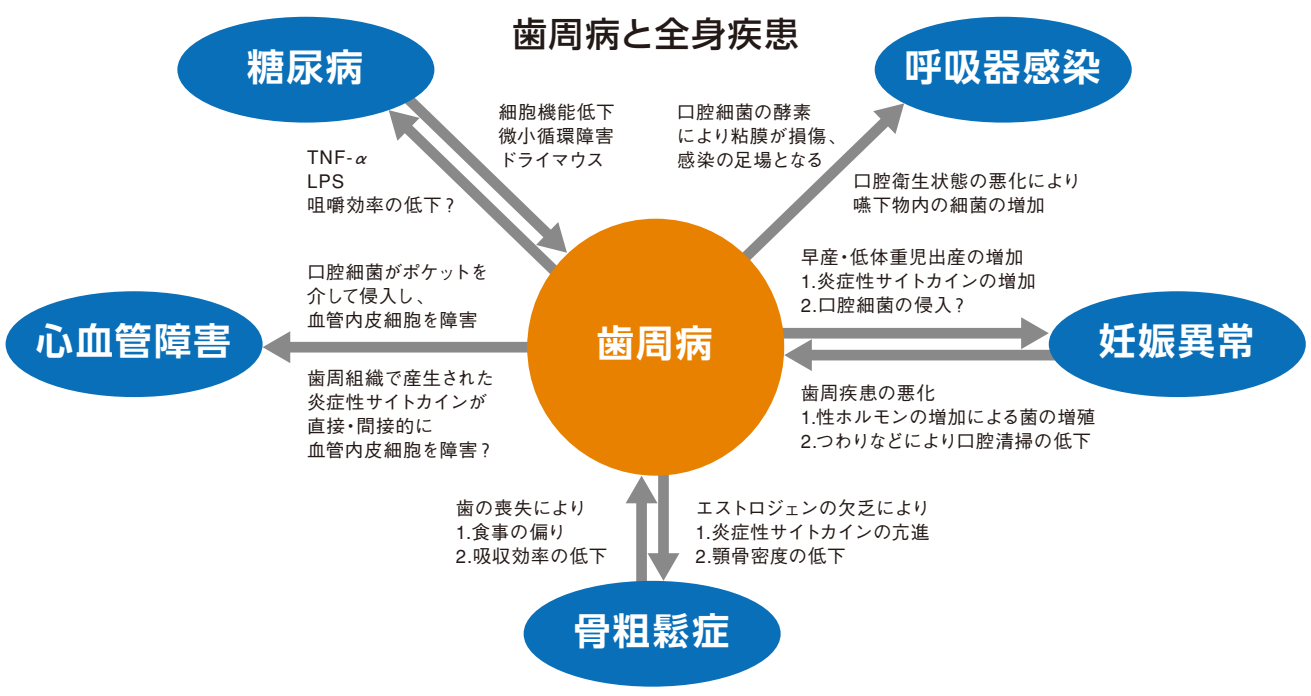
鶴見大学歯科部病理学講座教授　斎藤 一郎 氏

歯周病の発症とともに全身疾患との双方向的な病態の成立が認められる症例がある。



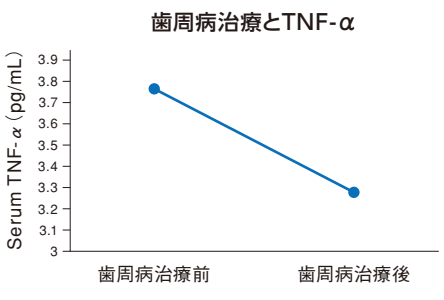
Q1. 歯周病と関連のある全身疾患は何か。

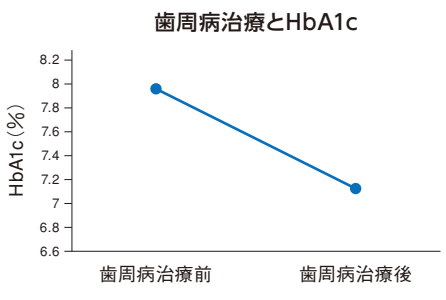
A1. 従来、歯周病は口腔内に限局した慢性炎症と捉えられてきたが、近年の報告から右の図のような全身疾患との関連を示す症例報告が数多く発表され本症と全身疾患との関連は定説となっている。特に最近では本症とリウマチ性疾患（J Autoimmun. 2015、PLoS One. 2015）やアルツハイマー型の認知症との関連も報告されている（Alzheimers Dement. 2012、J Neuroinflammation. 2011）。



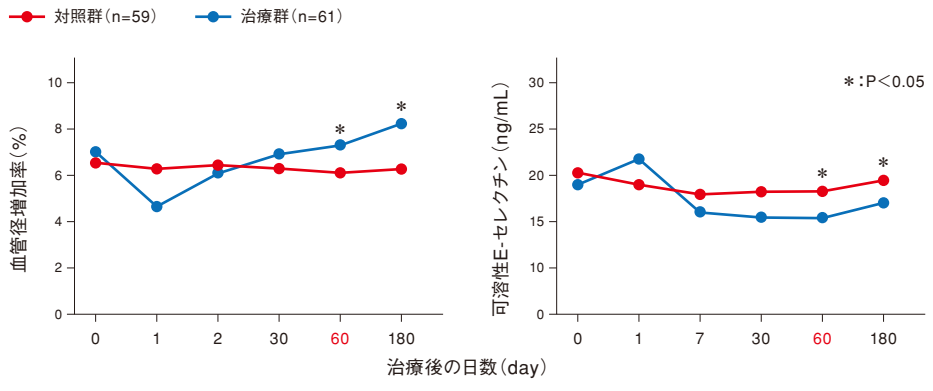
Q2. 歯周病と全身疾患の双方向的な病態の成立機序をどう説明するか。

A2. 2型糖尿病においては歯周組織の慢性炎症巣から産生されるTNF-αがその受容体に結合するとGLUT4が細胞膜に移動できなくなり糖の取り込み量が減少し、その結果インスリン抵抗性が生じるとされている。事実、歯周病治療の介入によりTNF-αとともにHbA1cが改善したとの報告がある（J Periodontol. 2001）。





さらに、本症は動脈硬化とも関連し歯周病治療により血管径の改善や血管炎の指標が低下したとの結果も示されている（N Engl J Med. 2007）。



加えて、リウマチ性疾患では関節リウマチ患者の血清や滑液から歯周病菌（P. gingivalis）が分離されたことや、歯周病治療によりリウマチの活動性の改善と歯周病菌血清抗体値の減少を認めたとする報告がある。関節痛患者72名の追跡調査では歯周病罹患関節痛患者は、非歯周病患者に比較して、その後に関節リウマチと診断され抗リウマチ治療を開始するリスクが約2.7倍高くなることも示されている。

一方、アルツハイマー型認知症患者の血清中には健常者と比較して歯周病菌の抗体価が有意に高かったとする報告がある。アルツハイマー型認知症で死亡した10名のうち4名の脳から歯周病菌が検出されたことから、その関連が強く示唆されており医科と歯科との連携によるこれらの対処が求められている。

事業報告、決算書

事業報告、決算書等は財団ホームページ「情報公開」に掲載します。

令和3年度リウマチ財団登録薬剤師

申請受付期間 令和3年7月1日～9月30日（消印有効）

■登録の有効期限　令和3年10月1日～令和8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年間において、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年間において
   (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。）→「COVID-19（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3年度資格更新該当者は、平成28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3年度リウマチケア看護師

申請受付期間 令和3年8月1日～10月31日（消印有効）

■登録の有効期限　令和3年11月1日～令和8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年間において、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年間において
   (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。）→「COVID-19（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3年度資格更新該当者は、平成23年度、平成28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3年度 海外派遣医

〈米国 2名〉

氏名	所属	専門科目
遠藤 友志郎	長崎大学病院 リウマチ膠原病内科 医員	リウマチ科
武井　裕史	東京医療センター 膠原病内科 医員	内科 リウマチ科

令和3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	11/21（日）	Web開催	札幌医科大学附属病院 免疫・リウマチ内科 髙橋　裕樹
関東・甲信越	10/24（日）	コープシティ花園 GARESSO （ハイブリッド開催）	新潟県立リウマチセンター リウマチ科 石川　肇
東海・北陸	12/5（日）	JPタワー名古屋 ホール＆カンファレンス （ハイブリッド開催）	海津市医師会病院 整形外科・リウマチ科 佐藤　正夫
近畿	11/14（日）	メルパルク京都 （ハイブリッド開催）	京都府立医科大学附属病院 膠原病・リウマチ・アレルギー科 川人　豊
中国・四国	令和4年2/6（日）	JRホテルクレメント高松 （ハイブリッド開催）	香川大学医学部附属病院 膠原病・リウマチ内科 土橋　浩章
九州・沖縄	11/28（日）	アクロス福岡 （ハイブリッド開催）	国家公務員共済組合連合会浜の町病院 リウマチ・膠原病内科 吉澤　誠司

令和3年5月 企画運営委員会議事録

令和3年5月開催企画運営委員会の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　西岡久寿樹
日　時：令和3年5月11日（火）18:00～19:00

【報告事項】

1. **令和3年度リウマチ月間リウマチ講演会について**
   開催案内ポスター、チラシを関係機関等に送付、ホームページを4月23日に運用開始、2週間で250人の申込があり順調に進行している。
2. **令和2年度リウマチの治療とケア教育研修会の報告について**
   6地区を予定していたが新型コロナウイルス感染症対応のため4地区の開催、2地区は来年度へ延期となった。Web開催となったため、4地区873名と多くの参加があった。
3. **令和3年度リウマチの治療とケア教育研修会について**
   6地区開催の予定で、開催日、開催場所・形態、世話人等が報告された。夏のオリンピック、パラリンピックの関係で、10月以降の開催となる。
4. **リウマチ病学テキスト改訂第3版の進捗状況について**
   全ての項目の執筆依頼が完了し、令和3年度の発行を目指している。
5. **法人賛助会員セミナーについて**
   令和2年度は新型コロナウイルス感染症対応のため開催出来なかったので、今年度はZoom配信による開催を検討する。
6. **寄付金の報告について**
   ご逝去された個人賛助会員の方のご意思により、3月末に寄付をいただいた。

【審議事項】

1. **令和2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3年度ノバルティス・リウマチ医学賞受賞者の承認について**
   学術助成委員会が厳重な審査の結果選出した1名について審議し、承認された。
3. **令和3年度海外派遣医の承認について**
   学術助成委員会が厳重な審査の結果選出した2名（米国希望）について審議し、承認された。

以　上

編集後記

COVID-19は第4波の峠は越えたが、重症患者数、さらに変異株によるリスクも加わって、東京や大阪などの緊急事態宣言は6月20日まで延長された。医療関係者へのワクチン接種に続き、65歳以上の高齢者への接種は加速化された。大学や企業内での職域接種も始まるようで、集団免疫で一日も早い日常を取り戻すべく頑張りましょう。

さて、今回の座談会では、4分野5職種に拡大したリウマチ専門職制度を取り上げた。リウマチ診療には、欠かすことができない多職種によるチーム医療の屋台骨であるが、このチーム医療には診療報酬が認められていないため、キーとなる看護師の配置転換が起こりうる。リウマチ研修施設においては、まず院内での地位の確立と絶えず次の人材の育成を怠ってはならない。その際に、連載中のリウマチケア看護師・薬剤師のツイートを、参考資料としてご活用ください。

対談“小児リウマチ 移行期医療を考える”で松井利浩先生は、小児リウマチ専門医という資格に相当する医師は全国で80名、24都道府県に偏在しており、受け入れに抵抗なしと回答した学会評議員（成人科医）は約3割という衝撃的な事実に基づいて、その要因を解説された。移行に際してはチェックリストをHPからダウンロードして活用し、各地に移行期医療支援センターの設置や成人移行期患者共同管理料の新設などの実現に向け、協力をお願いしたい。

連載：画像クイズの歯科編は鶴見大学・斎藤一郎教授にお願いした。第1回は「歯周病と全身疾患」で、歯周ポケット形成経過のシェーマは、患者さんの啓蒙にご利用ください。

羽生忠正
長岡赤十字病院 名誉リウマチセンター長

【日本リウマチ財団ニュース　編集員】
編集長：仲村一郎 JCHO 湯河原病院 診療統括部長
岡田正人 聖路加国際病院 Immuno-Rheumatology Center センター長
後藤美賀子 国立成育医療研究センター 妊娠と薬情報センター
羽生忠正 長岡赤十字病院 名誉リウマチセンター長
森本幾夫 順天堂大学大学院医学研究科免疫病・がん先端治療学講座 教授
山村昌弘 岡山済生会総合病院 特任副院長 / リウマチ・膠原病センター長