

Japan Rheumatism Foundation News

日本リウマチ財団ニュース

no. 184

2024年5月号

令和6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)

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

184号の主な内容

- 令和6年度リウマチ月間リウマチ講演会 開催迫る
● 寄稿：リウマチ性疾患におけるclinical inertia 金子 祐子 氏
● 新進気鋭の開業医：第2回 クエストリウマチ膠原病内科クリニック 林 太智 氏
● リウマチケア看護師、リウマチ財団登録薬剤師のポスト 第16回 ながさき内科・リウマチ科病院

令和6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、3年前は全面Web方式で行われましたが、一昨年からは対面式とWeb方式を併用した「ハイブリッド方式」での開催となり、今年も一昨年と昨年に続きハイブリッド方式で開かれることになりました。本財団常務理事で、リウマチ講演会の実行委員会委員長、富田哲也氏に、ハイブリッド方式での開催が決まった理由と、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。

富田 哲也 氏 / 日本リウマチ財団 常務理事 森ノ宮医療大学大学院保健医療学 教授



一昨年と昨年的好评を受け 引き続き対面プラスWebで開催

「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か。

元々、リウマチ患者さん・ご家族と医療関係者を結ぶ、1年に1回の交流イベントとして始まったリウマチ講演会ですが、ご存知の通り、平成30年(2018年)からは、当財団が養成を支援するリウマチ医療専門職の教育研修としての役割を本講演会が併せて担うことになりました。そのため、本講演会の参加者は現在、リウマチ医療各専門職およびこれらの専門職を目指している方々が大きな割合を占めていますが、これらの方々を中心に、本講演会の開催方式について、「自宅から任意の時間に任意の演題を視聴できるので、とても便利」と、ハイブリッド方式を評価する声が多く寄せられています。現在、多くの学会や研究会が対面式・現地開催のみの、いわゆる「コロナ禍前」の形に戻っていますが、当財団では患者さんと医療者の交流の場というリウマチ講演会本来の趣旨と、多忙なリウマチ医療専門職の方々にとっての参加しやすさを同時に考慮して、引き続き対面式プラスWeb方式併用のハイブリッド方式を採用することにしました。このように、本講演会ではできるだけ多くの方々に気軽に参加いただけるように準備が整っていますから、当日、来場が困難な方、あるいは、まだ参加を検討中の方にも、ぜひ積極的な参加をお勧めしたいと思います。

リウマチ講演会は6月2日(日)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か。

6月は当財団の定める「リウマチ月間」に当たりますので、今回も昨年と同様、「患者様とご家族、医療関係者向け講演会」については、6月10日(月曜日)9時00分から6月30日(日曜日)17時

00分までオンデマンド配信を行います(式典・授賞式・リウマチ月間特別講演のみ)。また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」のうち、財団セミナー1~6については上と同じ期間にオンデマンド配信を行います。スポンサードセミナー1~6およびランチョンセミナー1~2は開催当日のライブ配信のみとなります。

リウマチ患者の治療環境をトータルに捉え 「多職種連携」をメインテーマに

今年のリウマチ講演会のテーマについて、設定の理由と企画の狙いをお聞かせください。

今回は「多職種連携チームで届ける最適なリウマチ医療」というテーマを掲げました。ご存知のように、関節リウマチ(RA)の薬物治療はこの20年間で大きな進歩を遂げましたが、今なお、RAの進展に伴い関節破壊が進んでしまった方や、RAの罹病期間が長くなったため新しい薬の恩恵を十分に受けられていない方が大勢いらっしゃるのも事実です。このような状況下で、私たちはどうすれば一人一人の患者さんに最適な医療を提供できるのか。こう考えるとき、最初に「多職種連携」「チーム医療」というキーワードが浮かび上がってきます。例えば薬物治療ひとつを考えてみても、今日の複雑化したリウマチ薬物治療は到底、医師一人の手に負えるものではありません。だとすれば、医師・薬剤師・看護師を中心とした多職種連携による医療チームが一丸となって一人の患者さんとかかわり合うほかに、どのような方法が可能か。およそそのような問題意識から、上記のテーマを考えました。

具体的なプログラムとしては、まず財団セミナー3を「多職種連携チームで届ける最適なリウマチ医療：患者支援の実践と課題」というテーマで実施し、薬剤師の立場から天理よろづ相談

所病院の雪矢良輔先生に、看護師の立場からピーエスクリニックの洲崎みどり先生に、それぞれの現場における実践の内容をご披露いただく予定です。

現場目線の講演テーマ設定 「災害時リウマチ医療」の特別枠も

そのほかの財団セミナーの内容と聞き所を教えてください。

今ご案内した財団セミナー3が主にリウマチの薬物療法をテーマとするのに対して、財団セミナー1では手術療法とリハビリを取り上げます(タイトル・演者名等はプログラムを参照)。薬物療法と同様に、手術療法もこの30年間に大きく進歩し治療成績が向上しました。ただし、これは外科手術そのものの進歩だけではなく、強力な薬物療法によるRAの疾患コントロールと、リハビリの力が相まって実現している側面があります。その意味で、本セミナーも、先ほどの財団セミナー3とともに、RA医療における多職種連携の意義を考える絶好の機会になるものと期待しています。

次に、本当はこれを最初に申し上げるべきでしたが、ご承知の通り、本年、年明け早々に能登半島で大きな地震と津波が発生しました。これを受けて今回

リウマチ講演会のプログラムに特別枠を設け、財団セミナー4を「災害時のリウマチ患者支援の実際：我々はどう備えるべきなのか」と題して行うことにしました。本セミナーでは、2011年3月の東日本大震災を経験された宮城県利府町のクリニックの先生と、2018年7月の西日本豪雨による倉敷市真備町の水害を経験された病院看護師の方に、それぞれの生々しい体験をお話いただく予定です。

通常プログラムに戻って、財団セミナー6ではリウマチ医療で利用できる社会福祉支援制度を取り上げます。昨今、リウマチ患者さんの高齢化

令和6年度 リウマチ月間リウマチ講演会 多職種連携チームで届ける最適なリウマチ医療
ハイブリッド開催
令和6年6月2日(日) 都市センターホテル
富田 哲也 実行委員長
患者様とご家族、医療関係者向け講演会
リウマチ月間講演会(リウマチ専門職教育研修会)
https://www.rheuma-net.or.jp/

が進むにつれて、ご家族の方から、患者さんの病気そのものだけでなく、闘病生活を経済面から支える社会福祉支援制度について相談を受けることが増えています。われわれ医師の多くはこの方面に不案内です。そこで、この分野の専門家である医療ソーシャルワーカーと、相談経験の豊富な看護師の方に基本知識を解説していただき、医療者の誰もが「この件の相談は、この役所・この機関の、この窓口へ」など最低限のご案内ができるようになるきっかけ作りをしたいと考えています。

財団セミナー2では、今触れた患者さんの高齢化に伴う問題を正面から取り扱います。RA患者さんの高齢化には、RAの発症年齢が高くなっている側面と、RA治療の進歩により患者さんの寿命が延伸している側面とがあり、高齢化に伴って、RAそのもののほかに、骨粗鬆症や、肺疾患・腎疾患などの合併症が生じてきます。本セミナーではこれらの問題をそれぞれの専門

の先生に詳しく解説していただきます。

財団セミナー5は、「クリニックにおけるリウマチ治療」というタイトルで企画しました。日本のリウマチ医療は大学病院や大規模な一般病院よりも、圧倒的に大きな割合を街のクリニックが担っており、そこでは、地域密着型の機関ならではのきめ細かな診療ノウハウや職種間連携のスキルが日々蓄積されていると想像されます。本セミナーではリウマチ専門クリニックの先生と看護師の方に講演いただき、地域リウマチ診療の「現場の知恵」を分かち合う場にしたいと考えています。

続いてスポンサードセミナーとランチョンセミナーについてご紹介ください。

例年にならって、今回もリウマチ医療界のホットな話題を取り上げています。まず疾患については、最近注目を浴びている脊椎関節炎という疾患群にスポットを当て、特にその中の

乾癬性関節炎を取り上げているのが今回の特徴です。新しい薬剤や医療機器に関しては、TNFα阻害薬のオゾラリズマブ、メトトレキサートの注射製剤のほか、関節エコーについての講演を予定しており、既存のIL-6阻害薬についても経験豊富な先生に解説をお願いします。そのほか、患者さんを主役とするチーム医療という観点からも重要なShared Decision Makingの話題についても2演題企画しました。以上、いずれもリウマチの日常診療にすぐに役立つ内容ばかりですから、当日お聞き逃しのないように計画の上、聴講されることをお勧めします。

最後になりましたが、患者様とご家族・医療関係者向けプログラムから「リウマチ月間特別講演」についてご紹介ください。

今回は、東京大学大学院医学系研究科整形外科学教授の田中栄先生に、「関節リウマチと

ロコモティブシンドローム」と題してご講演いただいた後、RA以外の複数のリウマチ性疾患の患者会の方々に、活動報告と今後の活動方針の発表をしていただく予定です。このうち田中先生の講演では、高齢のリウマチ患者さんで特に起こりやすいロコモティブシンドロームについて、一般の方々にもわかりやすいお話が聞けると思います。

なお、患者様とご家族・医療関係者向けプログラムの内容は、田中先生の講演も含め、当財団ホームページ上で6月末まで一般に公開していますので、リウマチ患者さんとご家族はもちろん、リウマチ医療や高齢者医療に関心をもつすべての方々にぜひご視聴いただきたいと

令和6年度リウマチ月間リウマチ講演会プログラム(令和6年4月9日時点)

多職種連携チームで届ける最適なリウマチ医療

主 催:公益財団法人日本リウマチ財団

実行委員長:富田 哲也(日本リウマチ財団常務理事/森ノ宮医療大学大学院保健医療学教授)

開催日:令和6年6月2日(日)

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6年度リウマチ月間リウマチ講演会実行委員会委員長 富田 哲也			
		9:30~10:30	【財団セミナー1】 関節機能はどこまで再建できるのか 一寛解導入が現実的になってきた時代の上肢外科的関節機能再建 (看)2-1・3-1・3-4 (薬)1-2・2-1・3-1 (理・作)2-1・2-3・3-1	座長:中川 夏子 兵庫県立加古川医療センター リウマチ膠原病センター長 演者:小田 良 京都府立医科大学整形外科 講師 演者:中村 めぐみ 森ノ宮医療大学 総合リハビリテーション学部 作業療法学科 講師	【財団セミナー3】 多職種連携チームで届ける最適なリウマチ医療 ~患者支援の実践と課題~ 1)薬剤師の立場から 2)看護師の立場から (看)1-2・2-4・3-2 (薬)1-2・3-1・3-3 (理・作)1-2・3-1・3-4	座長:房間 美恵 宝塚大学看護学部 准教授 1) 演者:雪矢 良輔 天理よろづ相談所病院薬剤部 2) 演者:洲崎 みどり ビーエスクリニック 係長
		10:30~11:30	【スポンサードセミナー1】 進化し続ける関節エコーと リウマチ診療の問題点 (看)1-2・2-2・2-3 (薬)2-1・2-2・3-3 (理・作)1-2・2-1・2-2 共催:プリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社	座長:池田 啓 獨協医科大学病院リウマチ・膠原病内科 診療部長 演者:岡野 匡志 大阪公立大学医学部附属病院 整形外科	【財団セミナー4】 災害時のリウマチ患者支援の実際 ~我々はどう備えるべきなのか~ (看)2-3・2-4・3-3 (薬)1-2・2-5・3-4 (理・作)2-4・2-5・3-3	座長:石井 智徳 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 演者:高橋 裕一 ゆうファミリークリニック 理事長 演者:竹本 美由紀 まび記念病院看護部 看護師長
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 日本リウマチ財団リウマチ医学賞 塩川美奈子・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	11:40~12:40	【ランチョンセミナー1】 脊椎関節炎のアンメットニーズと 新しい治療選択肢 (看)2-1・2-2・3-1 (薬)2-1・2-2・2-3 (理・作)2-1・2-2・3-1 共催:ユーシービージャパン株式会社	座長:門野 夕峰 埼玉医科大学整形外科 教授 演者:加藤 将 北海道大学病院 リウマチ・腎臓内科 講師 演者:井上 久 順天堂大学医学部附属順天堂医院 非常勤講師	【ランチョンセミナー2】 ライフステージに応じた関節リウマチ治療 (看)2-2・2-3・3-4 (薬)1-1・2-3・3-2 (理・作)1-1・2-2・3-1 共催:アッヴィ合同会社	座長:小嶋 俊久 国立病院機構名古屋医療センター 診療統括部 手術部長/整形外科医長 演者:西田 圭一郎 岡山大学病院運動器疼痛センター 教授
12:40~14:10	リウマチ月間特別講演 座長:富田 哲也 日本リウマチ財団常務理事 「関節リウマチとロコモティブシンドローム」 田中 栄 東京大学大学院医学系研究科整形外科学 教授 「リウマチ性疾患患者会について」 門永 登志栄 日本リウマチ友の会会長 添川 雅之 日本乾癬患者連合会会長 鹽野 敬彦 日本AS友の会会長 大竹清美 掌蹠膿疱症患者会PPPコミュニティ会長	13:10~14:10	【スポンサードセミナー2】 MTX治療を再考する ~MTX皮下注射製剤による患者貢献への 期待~ (看)2-1・2-3・3-1 (薬)2-2・2-3・3-2 (理・作)2-1・2-2・3-4 共催:エーザイ株式会社	座長:針谷 正祥 東京女子医科大学医学部 膠原病リウマチ内科 教授・基幹分野長 演者:岡田 正人 聖路加国際病院 Immuno-Rheumatology Center センター長	【スポンサードセミナー5】 関節リウマチ治療戦略における TNF阻害薬の果たす役割 ~多職種連携の重要性とオゾラリズマブへの 期待~ (看)1-2・2-1・2-3 (薬)2-1・2-2・2-3 (理・作)2-1・2-2・3-2 共催:大正製薬株式会社	座長:櫻庭 裕丈 弘前大学大学院医学研究科 消化器血液内科学講座 教授 演者:日高 利彦 宮崎善仁会病院リウマチセンター 所長
		14:10~15:10	【スポンサードセミナー3】 リウマチ診療における 真のShared Decision Makingの実践と IL-6阻害薬の意義 (看)1-1・1-2・3-3 (薬)1-2・2-3・3-2 (理・作)1-1・1-2・2-1 共催:旭化成ファーマ株式会社	座長:阿部 麻美 新潟県立リウマチセンター 診療部長 演者:林 太智 クエストリウマチ膠原病内科クリニック 院長	【スポンサードセミナー6】 リウマチチームにおけるSDM実践方法 (看)1-1・3-1・3-3 (薬)1-2・3-1・3-4 (理・作)1-1・1-2・3-1 共催:田辺三菱製薬株式会社	座長: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 演者:吉田 智彦 世田谷リウマチ膠原病クリニック 統括院長
		15:10~15:20	休憩			休憩
		15:20~16:20	【スポンサードセミナー4】 1) チーム医療を考える ~皮膚科医からみた乾癬性関節炎~ 2) 整形外科・リウマチ医が考える 脊椎関節炎の診療チームとは? (看)2-2・3-1・3-4 (薬)2-1・3-1・3-4 (理・作)2-1・3-1・3-4 共催:ノバルティス ファーマ株式会社	座長:金子 祐子 慶應義塾大学医学部 リウマチ・膠原病内科 教授 1) 演者:橋本 由起 東邦大学医学部皮膚科学講座 講師 2) 演者:辻 成佳 日本生命病院 リハビリテーション科・整形外科・ 乾癬センター	【財団セミナー5】 クリニックにおけるリウマチ治療 (看)2-2・2-3・3-1 (薬)2-3・2-5・3-1 (理・作)1-2・2-3・3-1	座長:松野 博明 松野リウマチ整形外科 院長 演者:三東 武司 みつかりリウマチクリニック 院長 演者:野口 郁代 おだ整形外科リウマチクリニック 看護師
		16:20~17:20	【財団セミナー2】 高齢化に伴うリウマチ診療における課題 1) 骨粗鬆症治療 2) 高齢化リウマチ患者の課題 (看)2-3・3-1・3-3 (薬)2-1・2-2・3-2 (理・作)1-1・2-2・3-2	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 1) 演者:宮腰 尚久 秋田大学大学院医学系研究科 整形外科学講座 教授 2) 演者:杉原 毅彦 東邦大学医療センター大森病院 膠原病科 准教授	【財団セミナー6】 リウマチ患者さんが利用できる 社会福祉支援制度 (看)2-2・2-4・3-1 (薬)1-1・2-4・3-1 (理・作)2-4・2-5・3-1	座長:川合 眞一 日本リウマチ財団 理事長 演者:新名 早希子 倉敷スイートホスピタル地域ケアセンター 医療ソーシャルワーカー 新井 由美子 あずまりリウマチ・内科クリニック 看護師
		17:20~17:23	閉会の辞 令和6年度リウマチ月間リウマチ講演会実行委員会委員長 富田 哲也			

*日本リウマチ財団リウマチ専門職制度研修カリキュラムコード番号 (看):看護師、(薬):薬剤師、(理・作):理学療法士・作業療法士

寄稿

リウマチ性疾患における clinical inertia

金子 祐子(かねこ・ゆうこ)氏

慶應義塾大学医学部リウマチ・膠原病内科 教授

Key Words

リウマチ性疾患

clinical inertia

治療の過大評価

治療強化からの逃避

治療目標達成に対する教育や体制の欠如

協働意思決定



Clinical inertiaとは

Clinical inertia(クリニカルイナーシャ)とは、「臨床的惰性」と訳され、将来の合併症を防ぐための治療ゴールが明確に定義および周知されているにもかかわらず、適切なタイミングで治療が開始されない、あるいは治療目標未達成のまま治療が強化されないことを指す。2001年に糖尿病、高血圧、脂質異常症などにおける診療課題として提唱されたが、近年その重要性が再注目されている。Clinical inertiaのタイプは大きく3つに分類され、治療の過大評価、軽微な理由による治療強化からの逃避、そして治療目標達成に対する教育や体制の欠如とされている¹⁾。

リウマチ性疾患における clinical inertia

リウマチ性疾患の領域でも同様の課題が生まれている。特に関節リウマチ(RA)においては、1990年代以降、疾患活動性の数値化、治療目標の定義、Treat-to-Target戦略に基づいた厳格な疾患管理の重要性が確立され、また同時に有効性および安全性のバランスに優れた治療薬が開発されて治療手段が豊富に存在することから²⁾、不十分な治療状況は抑制できず関節破壊や機能低下につながる可能性がある。今後は、リウマチ性疾患における clinical inertiaの弊害について議論し考察することが重要である。

一方で現在、関節リウマチでは、difficult-to-treat(D2T)RAとして、2剤以上の薬効機序の異なる生物学的製剤またはJAK阻害薬を使用しても中等度以上の疾患活動性にある場合、グルココルチコイドがプレドニゾン換算7.5mg/日以下に減量できない場合、そのほかにも複数の定義を満たす患者集団が、解決すべき臨床課題として議論されている³⁾。

Clinical inertiaの疫学

リウマチ性疾患において clinical inertiaのどの程度存在するかの情報は乏しい。2017年に慶應義塾大学病院に通院中で情報収集可能な1,709名の関節リウマチ患者の調査では、173名(10.1%)が中等度または高疾患活動性の状態であったD2T RAの定義を満たした^{4,5)}。このうち59名は多剤に治療抵抗性であったが、17名(1.0%)は合併症による治療強化困難、97名(5.7%)は治療費捻出困難や治療アドヒアランス不良、患者が治療強化を希望しないなどが理由であった。さらに、D2T RAの定義を満たさなかった患者1,536名のうち77名は中等度または高疾患活動性の状態にあり、27名(1.8%)は薬剤を変更されることなく同じ生物学的製剤またはJAK阻害薬が平均5.6年間使用され、10名(0.7%)はかつて生物学的製剤またはJAK阻害薬による治療歴があるものの平均6.3年間他の薬剤が開始されていなかった。これらの患者背景は合併症のために治療強化困難なD2T RA

患者と酷似しており安全性を重視した結果かもしれないが、clinical inertiaが原因かもしれない。全体を総合すると、多く見積もって1,709名中191名(11.2%)、少なくとも97名(5.7%)が clinical inertiaによる疾患活動性コントロール不十分の可能性があると(図1)。

Clinical inertiaの時相と原因

関節リウマチの診療アルゴリズムは世界的にはほぼ共通であり、診断後速やかにメトトレキサートを中心とする従来型合成抗リウマチ薬を開始、寛解または低疾患活動性を達成しなければ分子標的薬を追加、寛解または低疾患活動性を達成しなければ分子標的薬を変更の3段階で構成される(図2)⁶⁾。Clinical inertiaは、診断時、従来型合成抗リウマチ薬による治療開始時、分子標的薬開始時および変更時など、すべての段階で存在する。特に治療の際には、医療者や患者の認識不足に伴う鎮痛薬やグルココルチコイドのみの長期治療、失念または意図的な治療薬アドヒアランス低下、有害事象を過度に恐れ治療変更や強化が提案されないまたは患者が応じないなどが多いと考えられる。

協働意思決定における十分な対話の必要性

リウマチ性疾患の治療方針決定の際に、医療者と患者の間の協働意思決定プロセスは極めて重要である^{7,8)}。一方で、人間には何かを判断する局面で危険を避けて現状維持を選択する傾向がある。治療方針決定の際には、患者では高齢者やリテラシーが弱い場合に⁹⁾、医療者では16年目以上のベテラン専門医に¹⁰⁾、認められる傾向が強い。

リウマチ性疾患の治療薬は免疫抑制を薬効機序とするものが多く、感染症をはじめとする副作用が一定の頻度で発生しうることから、有害事象リスクの高い患者においてはどこまでが clinical inertiaでどこからがD2Tなのかの線引きが難しいことも多い。前述した慶應義塾大学病院における場合でも、治療強化しないことが妥当な判断であるケースもあるかもしれない。しかし、関節リウマチを含むリウマチ性疾患診療におけるTreat-to-Target strategyの重要性を再認識し¹¹⁾、協働意思決定プロセスでは十分なリスクベネフィット評価と医療者患者間のコミュニケーションを通じて、必要時には治療強化、治療変更を実施することが、より優れた診療と考えられる。

図2 日本リウマチ学会による関節リウマチ治療アルゴリズム(文献6より引用改変)

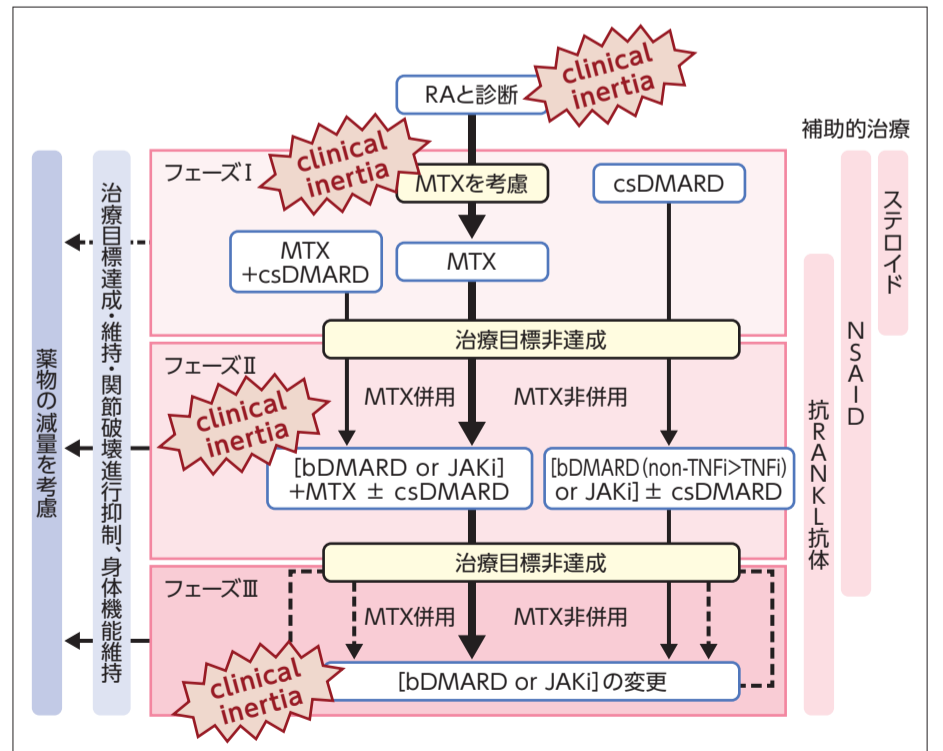
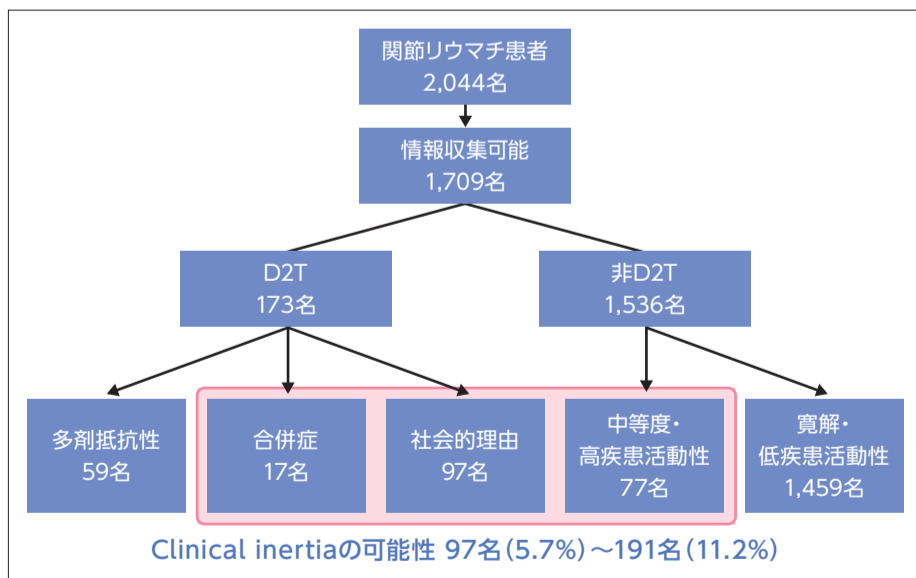


図1 慶應義塾大学病院における関節リウマチ患者の clinical inertia(文献4,5より作図)



文献

- 1) Phillips LS, Branch WT, Cook CB, et al.: Clinical inertia. Ann Intern Med. 135(9): 825-834, 2001
- 2) Gravalles EM, Firestein GS: Rheumatoid Arthritis - Common Origins, Divergent Mechanisms. N Engl J Med. 388(6): 529-542, 2023
- 3) Nagy G, Roodenrijs NM, Welsing PM, et al.: EULAR definition of difficult-to-treat rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis. 80(1): 31-35, 2021
- 4) Takahashi S, Kaneko Y, Takeuchi T: Characteristics of patients with difficult-to-treat rheumatoid arthritis in clinical practice. Rheumatology(Oxford). 60(11): 5247-5256, 2021
- 5) Takahashi S, Kaneko Y, Takeuchi T: Elderly patients with comorbidities in the definition of difficult-to-treat rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis. 80(11): 1491-1493, 2021
- 6) Raveendran AV, Ravindran V: Clinical inertia in rheumatology practice. J R Coll Physicians Edinb. 51(4): 402-406, 2021
- 7) Kawahito Y, Morinobu A, Kaneko Y, et al.: Drug treatment algorithm and recommendations from the 2020 update of the Japan College of Rheumatology clinical practice guidelines for the management of rheumatoid arthritis-secondary publication. Mod Rheumatol. 33(1): 21-35, 2023
- 8) Smolen JS, Landewé RBM, Bergstra SA, et al.: EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update. Ann Rheum Dis. 82(1): 3-18, 2023
- 9) Fraenkel L, Cunningham M, Peters E: Subjective numeracy and preference to stay with the status quo. Med Decis Making. 35(1): 6-11, 2015
- 10) Gottlieb SH: Clinical Inertia Disturbs the Harmonious Treatment of Heart Failure. JACC Heart Fail. 11(11): 1592-1594, 2023
- 11) Smolen JS, Breedveld FC, Burmester GR, et al.: Treating rheumatoid arthritis to target: 2014 update of the recommendations of an international task force. Ann Rheum Dis. 75(1): 3-15, 2016

新進気鋭の開業医

第2回

クエストリウマチ膠原病内科クリニック 院長 林 太智氏

聞き手:岡田 正人 編集員 聖路加国際病院 Immuno-Rheumatology Center

クエストリウマチ膠原病内科クリニックは「公共交通機関でかかれる所に末永く診ていけるクリニックを」と茨城県のJR水戸駅直結の複合施設に開業し、目の前の患者さんの「語り」に沿った繊細な医療を提供する。大学での基礎研究から臨床、ひたちなか総合病院リウマチ膠原病センターの開業を経てなお、林 太智氏のクリニック「クエスト」が意味する「探求」の道はまだまだ続いていく。新進気鋭の開業医を紹介するシリーズの2回目は、クエストリウマチ膠原病内科クリニックの林 太智氏(リウマチ財団登録医)と高橋幸宏氏(リウマチケア看護師)に本紙編集員の岡田正人氏がインタビューを行った。



クリニックの入り口(左)とクリニック内(右)

大学に従事して20年、そして開業へ 研究に没入した最初の10年

岡田: 本日はよろしくお願いいたします。まずは先生のご略歴と開業までの経緯について教えてください。よろしくお願いいたします。

林: 本日はよろしくお願いいたします。私は1998年に筑波大学を卒業、2006年に筑波大学大学院を経て臨床研修を終了し、1年余り水戸済生会総合病院に出たのですが、その後は2020年の開業まで20年近くずっと筑波大学教員の立場でリウマチ・膠原病に携わってきました。

岡田: 大学院での研究はどのようなテーマだったのですか。

林: 大学院では前教授の住田孝之先生の指示で、現教授の松本功先生のもと関節リウマチ(RA)における抗GPI抗体の橋渡し研究を行っていました。水戸済生会総合病院から大学に戻ってからは、自分自身の研究として新たに全身性エリテマトーデス(SLE)を対象に、IL-21と当時は存在が疑問視されていた末梢血濾胞ヘルパーT細胞(Tph)について研究していました。これらはSLEだけでなく、RAや乾癬性関節炎(PsA)など多くの病態に関与しているため、現在は自己免疫疾患全般の治療ターゲットとして注目されていますが、当時は、「いったい何の話をしているのだ?」という感じだったのが思い出されます。

岡田: 昨年(2023年)のアメリカリウマチ学会(ACR)でも中心的な話題になっていました。先生は最先端のことを研究されていたんですね。

林: 濾胞ヘルパーT細胞は、リンパ組織に局在したものという固定観念があったので、当時は「そのようなことはあり得ない」ことだったわけです。結構、先進的なことをやっていたなと思います。

岡田: ところで先生はリウマチ財団登録医の資格をもっていらっしゃいますね。いつごろ取得されたのですか。

林: 大学院修了後に出向した水戸済生会総合病院には上級医はおらず、ひとりでリウマチ診療を担当することが想定されました。その時点ではまだリウマチ学会専門医を取得できていなかったのですが、リウマチ財団登録医となることで、リウマチ膠原病診療が専門であることを表明できるとして取得しました。当時、生物学的製剤はインフリキシマブ、アダリムマブ、エタネルセプトの3剤だったのですが、その使用にあたって明文化はされていなかったと思いますが、「専門医かそれに準ずる資格」も求められていたと思います。

岡田: 若手でまだ専門医を取得する年限になっていない医師にとっては、財団の登録医資格を取れば、少なくとも患者さんに安心感を与えることができるので、非常に良い制度ですね。

林: はい、そう思います。財団の資格を取るための単位も不足しており、そのときに厚生労働省が関与した線維筋痛症学会の前身となる線維筋痛症の集中講座を受講することで取得できました。こういう機会がなければあまり勉強できなかったことは現在の診療に大きく役に立っていると実感しています。

ひたちなか総合病院リウマチ膠原病 センター開設に尽力した後半の10年

岡田: 先生がひたちなか総合病院へ行かれたのはいつごろですか。

林: 2011年からです。大学後半の10年間は、科研費を取得し研究もしていましたが、大学の講座と

してひたちなか総合病院で診療・教育することのウエイトが大きかったので、実質10年間はひたちなかにいた形になります。

岡田: ひたちなか総合病院で非常に精力的に先生が活躍されていたのを私も覚えています。

林: もともと茨城県においてリウマチを診る病院、入院診療のできる施設は少なく、県内に筑波大学がありますが、県央・県北のエリアはかなり手薄でした。筑波大学関連の施設はほとんどなくて、県内に入院診療できる施設を増やそうということで、ひたちなか総合病院に赴任することになりました。ですから、最初は患者さんもほとんどいなかったのですが、私自身が精力的になって、「あらゆる患者さんを断りません」「リウマチ膠原病の可能性が低くても先生方が疑うのであれば診ます」「リウマチ膠原病でなくても解決する、そうでなくても最低限度筋を立てます」というスタンスでやっていたら、患者さんがたくさん集まるようになりました。最初は、リウマチ医は私1人で、週2日間外来で診ていましたが、翌年からはもう1人増え、リウマチ膠原病センターを設立、最終的に4人体制にできたのではほぼ毎日外来ができるようになり、伸び率の高さから全国的にも注目される施設になったようです。

クリニック開業、新しい10年へ

岡田: ひたちなか総合病院で10年間ご活躍された後、開業しようとしたきっかけは何かあったのでしょうか。

林: はい。期せずして、臨床が非常に楽しくなったということです。患者さんとのコミュニケーションを改善することで患者さんをより良くすることができる。患者さんは、本当はもっと良く

なりたいたいと思っているので、医師と患者さんのコミュニケーションの齟齬やズレがなくなると、もっと良い診療ができるということに気付いたのです。これをきちんとブラッシュアップしていきたい、そしてそれを自ら示し、皆さんに伝えることで、もっともっと多くの患者さんを良くしてあげたいということで、2020年12月、クリニック開業に至りました。

開業がきっかけで 電子カルテの開発に取り組む

岡田: 開業準備を始めてから実際に開業するまでは、どのようなご苦労がありましたか。

林: 開業の準備を始めたのはちょうどコロナが始まる前で、準備の途中からコロナが始まったという感じです。時期的には不安が募る時期ではありましたが、社会がストップしていたことはむしろ良いように働き、じっくり構想を練ることができました。苦労した点は、開業サポートや電子カルテが、私が思い描いていたものとはだいぶ異なっていたことです。開業サポートは後ろ向きに経営だけを考えたものがほとんどで、型にはまった形式しか対応できないということです。より良いものを作るためにアレンジしたいのでそれにあったサポートをして欲しいと申し出ても「それはあり得ない」の一点張りだったので、最終的にはすべて自分たちで考えて話を進めました。電子カルテに関しても、アピールポイントが「診療時に咽頭の絵にチェックを入れます」「セット処方ができます」など、「一見」の患者診療に焦点が当てられたものがほとんどでした。過去に遡って診療内容やカルテ記載を比較するなどリウマチ膠原病診療で重要な長期マネジメントを意識したシステムが組み立てられず、適したシステムをみつけるのはひと苦労でした。その苦労もあって、実は今、長期的なマネジメントに適した電子カルテを共同開発しています。「DMエキスパート」(CSMソリューション社)という糖尿病の長期マネジメント用に作られた電子カルテがあるのですが、それをリウマチ膠原病に適した、いわば「RAエキスパート」に作り替えているところなんです。

岡田: 先生のクリニック独自のユニークな電子カルテシステムを作っていらっしゃるということですか。

林: そうです。患者さん向けに血液検査結果と並べて、DAS28、SDAI、CDAI、RAPID3などの疾患活動性指標の計算結果も経時的に表示できるようになっています。骨塩定量検査のYAM値は現時点では放射線技師による手入力ですが、これらと並列に表示でき、一目瞭然で、患者さんとのやりとりもその場でできるようになりました。

岡田: それは患者さんにも分かりやすく非常に良いですね。先生が使われているものは、将来的に他の先生方も購入して使えるようになるということですか。

林: そうですね。現在は、やや割高で未完成なところがありますが、もうすぐ解決できる見込みとなっており、かなりいいものをおすすめできると思っています。長期のマネジメントを意識しており、何よりリウマチに特化している部分が多いと思います。レセプト対策も売りの一つで、



林院長(中央)とクリニックのスタッフのみなさん

MMP-3やKL-6、デノスマブのタイミングをきちんとスケジューリング管理でき、4週毎のゴリムマブと1ヵ月毎のロモソズマブもきちんとスケジューリングできるので、タイミングを誤って査定されたり、投与漏れが生じたりすることを最低限に減らすことができます。

岡田:先生はもともとITなどにご興味のあるほうだったのですか。私だと「難しそうだな」と引いてしまいそうです。

林:ITと言われる部分には関与していませんし、必要に迫られてではあります。リウマチ用であったり、長期のマネジメントに適したりといった電子カルテがあまりなかったのが、一緒に作っていけるような柔軟性のあるシステムをもとに、柔軟性のあるメーカーと組んでやってみようということになったというところでしょうか。

Narrative RA Treatment: モットーは患者さんの語りに沿うこと

岡田:クリニックでの治療方針、コンセプトをお聞かせください。

林:コンセプトはクエスト「探求」ですが、私の診療は、結果として「患者さん中心」の形になっているのが特徴かもしれません。私自身がもともと子供のころは病弱で、都内の大学病院にも何回か入院した経験があり、患者さんの視点をもっているところがあるからだと思います。患者さんの気持ちを共有し、患者さんに合わせてコミュニケーションしていく、そして我々が提供できる医療をガイドラインに則った上で、かつ患者さん寄りの形にできるというのがベースになります。Shared Decision Making*、そしてNarrative RA Treatment**です。つまり定型的な“ストーリー”ではなくて、“語り(narrative)”のように柔軟に形を変えて、個々の患者さんに合った細やかな診療を行うということです。

かな診療を行うということです。

岡田:患者さんとShared Decisionしながら治療を構築して、かつNarrative RA Treatmentを実践する。

林:そうですね。

岡田:一般的には、最初はメトトレキサートをはじめとするcsDMARDから始めるとして、生物学的製剤やJAK阻害薬に関しても、患者さんに合わせたものを何でも使うようにされているのでしょうか。

林:例えば「メトトレキサート、またはそれに準じたcsDMARDでまず治療しなさい」となっていますが、職業的な理由があったり高度のADL低下があったり一刻も早く良くなる必要があるような患者さんであれば、csDMARDで長く引っぱらずに、早期に「将来的に不十分である」と判断できれば、すみやかに分子標的薬、生物学的製剤を開始します。ここでは適している薬剤を優先して使用するのでどの薬剤も登場します。フェーズIIのJAK阻害薬もありだと思っています。JAK阻害薬は、こわばりや倦怠感が強い患者さんに相性が良く、こうした症例では初めからしっかり使ってあげるべき薬剤ですので、現在の推奨に臆せず積極的に検討しています。

* Shared Decision Making (SDM, 共同意思決定): 医療者と患者がともに協力して最適と思われる治療選択肢を相談しながら決めていくこと。

** Narrative RA Treatment: もとはNarrative Based Medicine (物語りと対話に基づく医療)。患者が語る「物語り」から、病いの背景や患者の抱える問題などを全人的(身体的、精神的、社会的)にアプローチしていくという考え方。

リウマチ科は整形内科、 骨折予防には力を入れて

岡田:スクリーニング検査は院内で実施されていますか。

林:大学病院や総合病院と比べて遜色ないよう、



診療中の林氏

血液検査、生化学検査など、ひと通りの検査は院内で行っており、40分もすれば結果が出る体制です。骨粗鬆症には力を入れており、DXAはハイスベックなものを導入し、単純X線検査よりもDXAの件数のほうが多いぐらいです。超音波検査も関節評価のためもありますが、心エコーや腹部エコーも想定してハイスベックなものを選択しました。

岡田:私も本当に思うのですが、内科医、特にリウマチ医として社会貢献で一番大きいのは骨粗鬆症の治療をきちんと行う、ということですよ。

林:はい。骨折の件数は目に見えて少なくなったと肌で感じています。

岡田:やはり数値で見せてきちんと薬を飲んでもらわないとダメですよ。骨粗鬆症は薬を飲んだからといって症状が治まるわけではないので。

林:ある意味、内科系リウマチ科は整形内科であるべきと思っています。内科的な骨粗鬆症のアプローチは非常に大きいと思っています。先生のおっしゃるような目標をもった治療、それを実現するSDM、そしてリウマチとは対照的にその治療のメインが薬剤でなく、歩行、運動などの生活指導であることは診療全体における患者さんの意識づけに非常に良いと考えています。設備に関してはほかに、X線検査機器、低周波治療器、心電図検査機器、ABI測定機器などがあります。整形内科の意識ですが、現在は痛いという患者さんもほとんどいなくなり、低周波治療を受ける患者さんがなくなってしまっています。一方で、美容レーザーも導入していますが、こちらは予約がとれないほどの稼働率になっており、増設したぐらいです。

開業して4年目の今: 関節リウマチの患者さんは1,300人に

岡田:開業されてから、いろいろなりウマチ膠原病の患者さんを診られていると思います。現在、関節リウマチの患者さんは何人ぐらいいらっしゃいますか。

林:アクティブな患者さん、重複しない形で今ちょうど来られている方で1,300人ぐらいですので、開業してから約4倍に増えています。膠原病は各60~120人で、代表するSLEは100人程度、血管炎は各疾患8~9人で併せれば100人以上は診ており、全体としての総患者数は5倍ぐらいになっているようです。

岡田:入院が必要なきには、どの辺りの病院に紹介されるのですか。

林:隣駅(勝田駅)にあるひたちなか総合病院です。難しいときは筑波大学となりますが、水戸済生会総合病院にも筑波大学から新しく常勤医が赴任したので、よりニーズに合わせた紹介が可能となりました。大学と総合病院で長年やってきて、地域でもある程度立場もあるので、入院に関して特に困ることはない状況です。

岡田:それはすごいですね。実際の診療体制、看護師の方との診療上の連携などは、どのように行われていますか。

林:診療上、大切なことは明確に伝えますが、多くのことは「具体的にこうして欲しい」ということは言わないことで、自主性を重んじています。こうであつたらいいところはスタッフ同士で話し合っ「こうしていこう」と決めていくような形になっています。医師も疲れていると考えが停滞するときもありますが、皆が考える力をもつことで常に前進していけます。反対に自分が「ここをどんどんやっっていこう」というときは、それに合わせて皆が動いてくれるので爆発力もあるように感じています。

岡田:初診の患者さんがいらっしゃる場合は、まず先生がお話を聞かれますか。

林:基本的にはまず看護師が問診を取っています。

岡田:それから先生が診察されて、必要な血液検査、X線、再診するような感じですか。

林:初診時はもちろんそうですが、再診の場合はどちらかというと先にスケジューリングしていて、先に血液検査やX線検査をして結果をすぐに確認することがほとんどです。

岡田:再診の方の場合は採血後、どのタイミングでエコーはされていますか。待っている間、もしくは診察して必要と判断してからでしょうか。

林:最近は診察する前が多いです。そうすることで患者さんも関節炎をビジュアル的に見てから診察に入るので、診察の前に治療強化の覚悟ができたりして良いと思います。

岡田:採血をして、エコーをして、だいたい患者さんの状態が分かったところで診察されて、治療方針を決められるということですね。自己注射の指導などはどうされていますか。

林:院内には薬剤師もいますので、看護師と薬剤師が連携して指導しています。

岡田:患者さんの情報共有のためのミーティングなどはされるのですか。

林:特に情報共有のために工夫をしなくても、



超音波診断装置(左)と低周波+干渉電流型低周波装置(右)

病院と違って小さい組織ですので、皆が意識を高くもってさえいれば、情報共有は十分な形になっています。

岡田:看護師の方は常時、何人ぐらいクリニックにいらっしゃいますか。

林:看護師は7人、臨床検査技師、放射線技師、薬剤師、受付、事務を含めてスタッフは23人体制です。

これからもやるべきことを一つずつ

岡田:最後に、今後もっとこういうふうにしていきたい、またはご自身の抱負があればお聞かせください。

林:当初目標としていた「自主性を重んじて、自分で考えて一人一人が一つずつ良くしていこう」

という体制ができてきたところなので、これをサステナブルに続けていきたいということです。今後も改善すべき点の一つ一つ解決して、もっとも患者さんにとって、自分やスタッフにとって、良い施設にしていけたらと思っています。私は常に先を見るという意識をもっていますが、一方で、常にやるべきことをきちんとこなすことで今を作ってきたと思っています。先に「こうあるべき」というよりは、求められること、やるべきことをやることで、結果は自然とついてきて、そしてそれが先見の明があったという形になるものだと思います。

岡田:まずは目の前のことを一つ一つということですね。こちらの地域ではもともと、リウマチの患者さんをしっかり診てくださるクリニックがそれほど多くはないので、先生が開業されて患者さんは遠くまで行かなくてもすみますし、

逆に、遠くからいらっしゃる患者さんもきっと多いですよ。

林:県外から来る患者さんも少なくないですが、田舎なのでそれほど多くはないですよ。ただ、他の地域から来ても満足してもらえる診療は

しているつもりです。

岡田:素晴らしいですね。皆さんも喜ばれていると思います。本日はどうもありがとうございました。

林:ありがとうございました。



クリニックのロゴ

コラム リウマチケア看護師になって思うこと

クエストリウマチ膠原病内科クリニック リウマチケア看護師 高橋 幸宏 氏

岡田:リウマチケア看護師の資格を取るきっかけを教えてください。

高橋:以前、所属していたのは茨城県ひたちなか市にある「ひたちなか総合病院」で、まずリウマチ科に配属されました。そこで免疫関連の疾患に興味をもち、なにか専門的な資格を取りたいと思ったのです。リウマチ分野には認定看護師の資格はなかったのですが、日本リウマチ財団にはリウマチケア看護師という資格があると聞き取得しました。周りのほとんどの看護師さんもこの資格を持っているという状況でした。

岡田:高橋さんはエコーもされますよね。日本リウマチ学会のソノグラファーの資格には、確か50症例以上の実務経験が必要ですよ。

高橋:そうです。林先生に勧められて2019年ころに取得しました。私は病棟勤務だったのですが、毎週金曜日の午後だけ外来で学ばせていただき、実際に患者さんにエコーを当てていました。

岡田:病院からクリニックに移られて、患者さんへの接し方の違いや、仕事内容の違いなどはありますか。

高橋:自分がやれることも、患者さんと話す機会も、やはり病棟のときよりも現在のほうが断然、増えました。

岡田:「今後もっとこうしていきたい」「こういうことをして良かった、工夫をして良かった」ということがあれば教えてください。

高橋:関節エコーをする機会が多く、患者さんとのやり取りがいろいろできるようになりましたので、そこで得た情報を先生に伝えて診療に活かしていただくことです。そして何より、



エコー中の高橋看護師

エコーをもとに患者さんにさまざまな生活指導をさせていただくことが大きな経験となっています。

岡田:関節の使い方などは、指導が大事になってきますからね。今後の抱負としては、なにかありますか。

高橋:目標をみつけて、研究や学会発表ができればいいかなと思っています。

岡田:骨粗鬆症の資格もありますが興味はございますか。

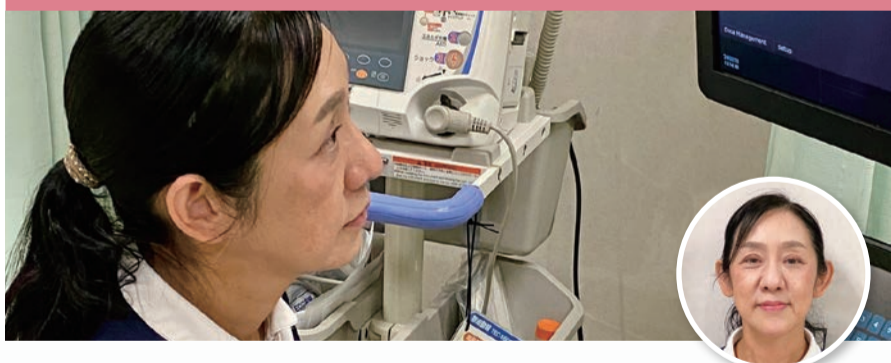
高橋:タイミングを見計らって、取得することを考えています。

岡田:これからも楽しみですね。本日はどうもありがとうございました。

X リウマチケア看護師、リウマチ財団登録薬剤師のポスト

第16回 ながさき内科・リウマチ科病院

看護師 岩永 淳子 氏



1. 私の仕事

外来の担当です。患者数は1日約100名、リウマチ・膠原病が8割、一般内科・骨粗鬆症外来、有熱外来、治験業務、CW業務、フットケアまで数多です。何といても皮下注が多い。bDMARDsのみならず、骨粗鬆症・腎性貧血・糖尿病薬等もあり、受付に向かう患者さんの顔を見たら薬剤部保冷庫に走り室温へ戻し始めます。受付後は問診しながらバイタルサイン、pVAS・HAQまでPADに入力し医師に引き継ぎます。

2. 資格を取るきっかけ

院長の勧めです。古い例えで「学位や資格なんて足の裏の米粒みたいなもの（取らなくてもよいが取らないと気持ちが悪いという意味だそう）だが、取得して維持するとなると、自分の知識や日々の業務の質を見直す良き縛りになる」とのこと。その通りでした。

3. こんな時資格が役立っています

HPを見ての受診者でもリウマチケア看護師資格の認知度は低いのが現状です。資格維持のための研修会で最新の知見や他施設の取り組みを学べること、何より資格保有者であることの自負が、資格の恩恵と思っています。

4. 今後の抱負

フットケアや患者さんの話を聞く時間を増やしたい。そして常に新しく確かな知識を根拠に、患者説明や指導が行えるよう努力したいと思っています。

薬剤師 小森 智久 氏



1. 私の仕事

病院薬剤師として外来での調剤や病棟での指導などが主な業務です。一通り全ての業務を行っていますが、特に外来はほぼ全て院内調剤なので大きなウェイトを占めています。外来から入院までシームレスにかかわることができるので、患者様に寄り添いながら業務を行うことができます。

2. 資格を取るきっかけ

当院の患者様の多くが関節リウマチやその他の自己免疫疾患をもっておられるため、必然的にそれらの疾患に対する知識や経験をアップデートしていく必要がありました。ちょうどそのころ、本資格が新設されるということを知ったので取得してみようと思いました。

3. こんな時資格が役立っています

患者様と話をするときに、色々疑問を聞かれることがありますが、今までの経験に加えて研修などで学んだデータ等を活用して具体的に指導をすることができるので役立っていると感じます。

4. 今後の抱負

リウマチ・膠原病において薬剤療法は治療の大きな柱になります。患者様それぞれのQOLを向上していくために、医師・看護師を始めさまざまな職種と連携しながら、今後もそれぞれの患者様に合った形でかかわっていけるように精進していきたいです。

港区版ふるさと納税(日本リウマチ財団応援寄付金)

東京都港区には、ふるさと納税制度により港区内の公益的活動団体を支援する「ふるさと納税制度(団体応援寄付金)」があります。この制度により日本リウマチ財団をご支援いただくことができます。

応援したい団体として「公益財団法人 日本リウマチ財団」を指定してご寄付いただくことで、寄付金の7割を上限とした補助金が日本リウマチ財団へ交付されます。また、寄付額のうち2,000円を超える部分が、所得税と個人住民税から控除されるため、寄付者の実質的な負担は2,000円となります(控除される金額には、収入や家族構成等に応じて一定の上限があります)。返礼品はありませんが、財団の活動に大切に活用させていただきます。



日本リウマチ財団リウマチ医学賞

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。なお本賞は、ノバルティス・リウマチ医学賞を継承するものです。

「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医学賞受賞者】

藤尾 圭史 / 東京大学大学院医学系研究科教授

「機能ゲノムコホート解析による自己免疫疾患の病態解明」

※所属・肩書は申請当時

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個人又は団体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】

馬渡 徳子 / 認定こども園ほのみこども園

※所属・肩書は申請当時

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

16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平成26年度に創設され第11回となります。

「リウマチ月間リウマチ講演会」で授賞式典及び記念講演を行います。

白柏 魅怜 / 京都大学医学部附属病院免疫膠原病内科特定病院助教

「ANCA関連血管炎を鼻腔細菌叢と免疫細胞で再分類する」

【リウマチ性疾患調査・研究助成受賞者】

坂本 祐真 / 川崎医科大学免疫学助教

「重症自己炎症性疾患VEXAS症候群に対する新規治療戦略の開発」

竹下 勝 / 慶應義塾大学医学部リウマチ・膠原病内科専任講師

「自己免疫疾患における自己反応性B細胞に関わる最適な治療標的の探索」

寺部 健哉 / 名古屋大学医学部附属病院整形外科病院助教

「高齢発症関節リウマチにおけるクローン性造血の役割の解明」

※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」で授賞式典及び記念講演を行います。

【表彰者】

看護師:横山 里子 / 青木内科クリニック

薬剤師:眞部 実穂 / 都きづ川病院

理学療法士:島原 範芳 / 道後温泉病院

※所属・肩書は申請当時

ご寄付いただいた方 1月

本田 シヅ子 様

日本リウマチ財団へご寄付のお願い

寄付の種類には、一般寄付金と用途を指定した寄付金があります。

当財団への寄付金には税法上の優遇措置が適用されます。

ご寄付のお願い



財団の主な活動



編集後記



著名な米国実業家のイーロン・マスク氏が、人間よりも賢いAI(人工知能)が2年以内に登場するだろうと予測したことが話題になっています。人間のように知識や能力をもち、独自に学習したり、問題解決ができたりするAIはAGI(汎用人工知能)と呼ばれています。マスク氏はこのAGI開発会社を設立されていますが、同時にその進化がもたらす危険性についても大きな懸念を表明されています。今後AGIの普及に伴いその規制に関する議論が活発になるものと思われま

医療においても急速にAIの導入が進んでいます。既に、一部の画像データや電子医療記録を用いた診断では、専門医を上回る速度と精度を有するに至ったケースも報告されています。また、慢性疾患では経時的に疾患発症および疾患状態に関するモニタリングデータが蓄積してくれば、発症・進行の理解や個別化医療の発展を促すことが期待されます。私の施設でも医療文書の作成や臨床研究の立案にChatGPTを利用している医師が増えてきました。AIと協働する医療モデルを早急に構築していく必要があるのではないのでしょうか。

本号では、慶應義塾大学の金子祐子先生に

治療決定にかかわるclinical inertia(臨床的惰性)について解説していただきました。また、『新進気鋭の開業医』ではクエストリウマチ膠原病内科クリニックを開業された林 太智先生のインタビュー記事が掲載されており、その中でモットーにされているナラティブセラピーについて語られています。いずれも患者と医療者の緊密なコミュニケーション(共同意思決定プロセス)の重要性が指摘されています。おそらく、この関係を築くのはAIでは難しいのではないのでしょうか。

さて、財団の最大行事である「リウマチ月間リウマチ講演会(富田哲也実行委員会委員長)」

は6月2日(日)、都市センターホテルにおいてハイブリッド方式で開催されます。今回のテーマは「多職種連携チームで届ける最適なリウマチ医療」とされ、講演会は医師、看護師、薬剤師、理学療法士・作業療法士など、リウマチ医療の連携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。ぜひともご参加いただきますようお願い申し上げます。

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

令和6年2月 企画運営委員会議事録

令和6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6年2月13日(火)18:30~19:25

【報告事項】

- 令和6年度リウマチ月間リウマチ講演会について
財団セミナー枠の進捗状況が報告された。
- 医療情報委員会(1月29日)について
日本リウマチ財団ニュース令和6年度について、継続企画「リウマチケア看護師、リウマチ財団登録薬剤師のポスト」、「リウマチ人」の取材先、持ち越しの企画や新規企画の採用及び災害とリウマチをテーマに特集を掲載する等が報告された。

【審議事項】

- 令和6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、審議の結果、承認された。
- 職員給与規程の改正(案)について
社会情勢に鑑み、国家公務員給与法に準じた見直し(案)について審議し承認。
- 令和5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。
- 令和6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承認した。
- 令和6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。

以上

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6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6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6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6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6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6年度申請書類は順次掲載します。

令和6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6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



※令和6年度申請書類は順次掲載します。

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。

