

# 日本リウマチ財団認定専門職の広がり (医師・看護師・薬剤師・PT/OT)

国立障害者リハビリテーションセンター病院 病院長  
仲村 一郎  
(2025年 第24回博多リウマチセミナー)

関節リウマチ (rheumatoid arthritis, RA) 診療におけるトータルマネジメントの重要性は論を待たない。また、そのためには医師のみならず、看護師、薬剤師、リハビリテーションを担当する訓練士等による多職種連携が大切となる。日本リウマチ財団ではリウマチ性疾患を征圧するため、当たり前のリウマチ医療を地域の差なく当たり前に受けられる未来のための活動を行っている。その活動の一環として、すべての医療従事者および患者の皆さまに対する教育・啓発活動を行い、RAトータルマネジメントの実践に邁進してきた。

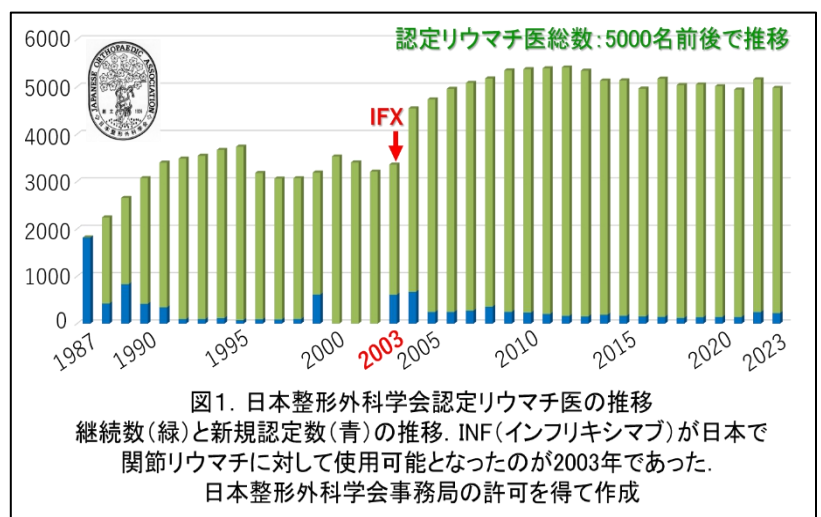
本稿では、日本リウマチ財団認定専門職の広がりを紹介するとともに、近年、減少傾向にある整形外科系リウマチ医についても言及したい。

## 1. 「リウマチが専門です」と名乗るために

医師が「わたしは〇〇〇が専門です」と名乗るためには何が必要であろうか？一般的には、日本専門医機構や学会が認定する専門医を取得することだろう。

所属する日本整形外科学会（日整会）では、関節リウマチを整形外科領域における重要な疾患群の一つであると位置づけ、1987年にリウマチ性疾患の診療の質的向上を図る目的で日整会認定リウマチ医制度を設けた。そして、今日までその目的達成のためにリウマチ性疾患全般について恒常的な研修を実施し、この認定医制度を維持・発展させてきた。2023年3月末時点での日整会認定リウマチ医の総数は4977名であり、最近10年間にわたって約5000名を維持している（図1）。ただこれはあくまで整形外科におけるサブスペシャリティがリウマチ性疾患であることを担保するものである。

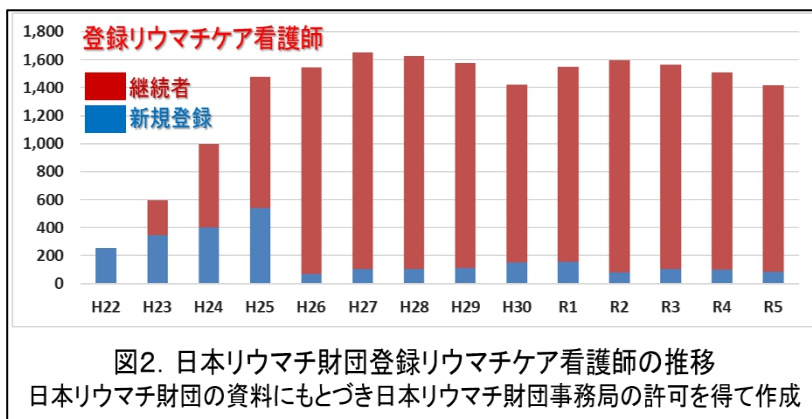
一方、関節リウマチの治療においては、薬物療法の占めるところは大きいし、その病態生理を理解することも外科的治療を行う上で大切である。日本リウマチ学会のリウマチ専門医は内科医・整形外科医・基礎研究者が互いに交流するために有意義な資格であり、医師としての専門がリウマチ性疾患であることを担保している。ただし2022年7月から、それまでのリウマチ専門医制度が改変され、日本専門医機構が認定するリウマチ専門医（正確には膠原病・リウマチ内科領域専門医）を取得するためには、日本内科学会の内科専門医の取得が前提となった。そのため、整形外科



科領域専門医)を取得するためには、日本内科学会の内科専門医の取得が前提となった。そのため、整形外科

医など内科以外の医師が取得できるリウマチ専門医は日本リウマチ学会が認定するリウマチ専門医となった。

一方、リウマチ診療におけるRAトータルマネジメントを実践するためには医師のみならず、看護師、薬剤師、訓練士等による多職種連携が必須である。日本リウマチ財団では、その点に早くから着目し様々な活動を行ってきた。財団登録医（昭和61年に開始）に加えて、看護師（平成22年）、薬剤師（平成26年）、理学療法士・作業療法士（令和1年）の登録制度を開始した。その目的はリウマチ性疾患のケアに関する優れた医療従事者を育成し、財団登録医ら多職種と連携・協働して医療技術の進歩と医療水準の向上を図り、系統的治療・ケアにより、国民の健康と福祉に貢献することである。日本看護協会や薬剤師の団体、そして日本理学療法士協会・作業療法士協会にリウマチ性疾患に関する認定制度がないことも追い風となり、現在では多くの看護師（令和5年1416名）（図2）、薬剤師（令和5年615名）、理学・作業療法訓練士（令和6年289名）の方々が、この登録制度を利用して「わたしはリウマチが専門です」と名乗れるようになっている。



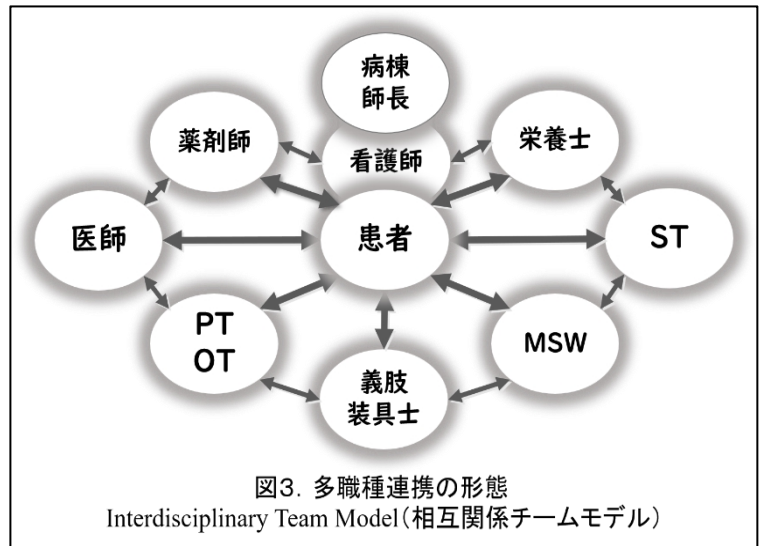
## 2. RAトータルマネジメントにおける共奏

RAトータルマネジメントには多職種による共奏が欠かせない。多職種連携は異なる職歴を持つ多数の医療従事者が質の高いケアを提供するために患者、家族、介護者、地域社会と共に働くことと定義される。つまり多職種が一つのチームを作るわけであるが、チームアプローチには3つの形態がある。もっとも単純なものは多職種チームモデル（Multidisciplinary Team Model）である。これは患者を中心に位置付け、それぞれの専門職が自分の領域の技術・情報を医師に提供し、最終責任は医師がとるものである。運営は一見、効率的であるが、他職種間の意見交換は少ない。2つ目のチームアプローチは相互関係チームモデル（Interdisciplinary Team Model）で、多職種カンファランスで情報を共有し、職種間で定期的な意思疎通をはかる。最終責任はチーム全体でとるというものである。3つ目は相互乗り入れチームモデル（Transdisciplinary Team Model）で、意見交換だけでなく職種横断的に自己の専門領域を超えて積極的にカバーし合うものである。たとえば、摂食嚥下障害に対しては嚥下造影などの評価を基に、食形態、体位、頸部姿位などの工夫をするのであるが、まず言語聴覚士（ST）が注意深く直接的嚥下訓練を行い、安定した時点で看護師に伝達する。逆に、段階的経口摂取訓練で大丈夫と思われた患者でも、病棟看護師の注意深い観察の結果、精査が必要な者が見つかることがある。この情報は看護師からST・栄養士に伝達される。ただし、意思疎通がうまくいかなければトラブルにもなる「日々、食事介助をしているのは看護師です。なぜSTは私たちの意見を取り入れないのですか」「嚥下機能訓練はSTの仕事です。口出ししないで指示に従ってほしい。栄養部も食形態の変更をもっと迅速に対

応してほしい」など稀ではあるが遭遇する場面である。現実的には、相互関係チームモデルを基本として、最も患者に寄り添う存在は看護師リーダーは師長、最終責任は医師がとるというチームアプローチをとっている医療機関が多いのではないかと(図3)。

大切なことは、みんなですべてアンサンブルを奏でていると考えることではないか。メンバー(多職種)をまとめ上げ、どんな音楽(医療)を観衆(患者)に聴かせる(提供する)ことができるのか、師長・医師の腕の見せ所である。

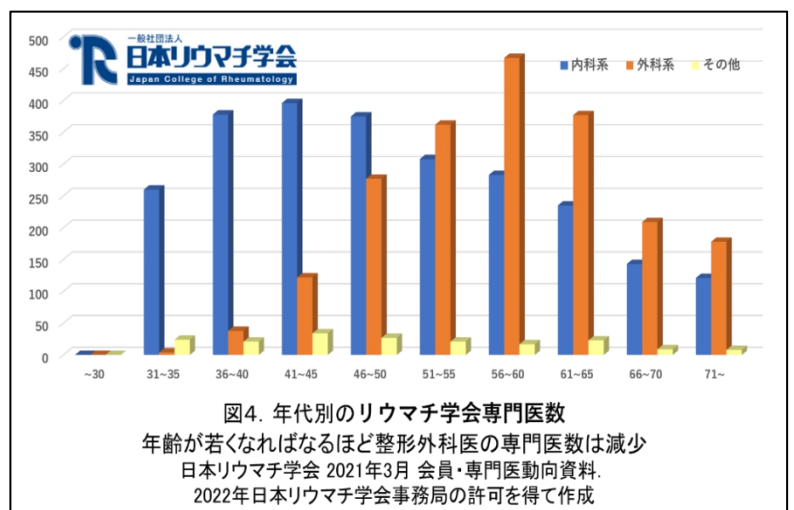
サッカーに例えてもよいだろう。「1人じゃ歴史は変えられない。みんな同じ攻撃スタイル。みんな同じ守備スタイル。それを私たちはチームワークとは呼ばない。11通りの攻め。11通りの守り。11通りの発想。恐ろしく個性的な11人が揃いながら、それでも1つの目的のために1つになる。チームは決して単色ではない。選手の数だけのブルーがある。すべての個性がひとつになるとき、日本が新たな時代を築きあげる」(Adidas Japan KKのHPより)。難しい話はさておき、多職種連携はこれに尽きる。



### 3. 整形外科系リウマチ医は減少している

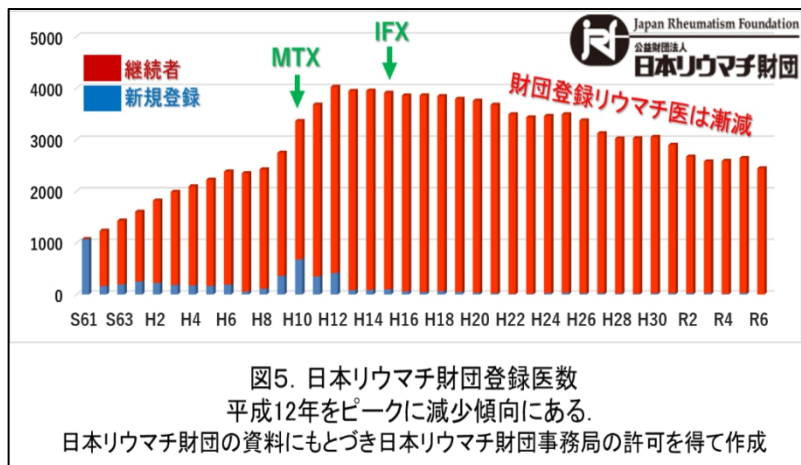
2003年から登場した生物学的製剤や分子標的薬は、従来の経口治療薬に比べ有効性が高く、RA治療にパラダイムシフトをもたらせた。早期診断・早期の治療介入とtreat to targetの重要性が謳われた結果、リウマチ外科手術、とりわけ膝・股関節の人工関節置換術は半減した(1)。もはや手術療法はRA治療の選択肢の一つではなく、薬物治療がきちんと進まなかった帰結と捉えられる傾向すらある。この20年のリウマチ外科手術数の減少に加えて、生物学的製剤や分子標的薬の選択肢が矢継ぎ早に増えたこと、さらにこれらの恩恵の陰に潜む感染症をはじめとする重篤な合併症が、整形外科医にとってのRA診療のハードルを上げ、特に若い整形外科医に「リウマチ離れ」を引き起こしたことは否定できない。

事実、日整会認定リウマチ医の総数はこの10年間ほぼ5000名を保持しているものの、日整会の会員総数に占める割合は平成21年の24.1%をピークに漸減し、令和5年には19.2%と20%を下回った。この減少傾向は日本リウマチ学会の専門医数を年代別、内科系か外科系かで見直してみるとさらにはっきりする。50歳以上の世代では外科系のリウマチ専門医数は内科系専門医数を上回っているのだが、50歳未満では逆に内科系専門医の数が多くなる(図4)。特に30歳代で



は外科系専門医の数は内科系の10分の1程度になっている。整形外科系リウマチ医はまさに絶滅危惧種となっている。チーム・リウマチの世代交代と言われればそれまでだが、個性的なプレーヤーである整形外科医の欠けたチームでは決して新しい歴史は作れないだろう。

この影響もあってか、日本リウマチ財団の登録医数も平成12年の4024名をピークに減少を続け、令和6年には2488名と2500名を下回った(図5)。多職種連携におけるチーム・リーダーたるリウマチ医の減少は決して見過ごすことのできない問題なのである。



#### 4. 若き整形外科医をリウマチに誘うために

整形外科医が担当する手術療法は、薬物療法、リハビリテーション療法、ケアとともにRAトータルマネジメントを支える一角を占めてきた。また、我が国においては、関節痛を訴えるリウマチ患者が「骨・関節の専門家」である整形外科を受診することは多く、実際、外科系でありながらも薬物治療も担当している。

整形外科医が手術だけでなく薬物療法をも行ってきたことで生まれた手術術式を紹介する。長岡赤十字病院の羽生忠正先生が1997年に発表したRAに対するshortening oblique osteotomy(斜め短縮骨切り術)という関節温存型の足趾形成術である(2)。先生がこの術式に思い至った1990年頃は、まだ生物学的製剤が登場するはるか前であり、足趾変形に対する足趾形成術としては関節切除術が行われていた。いずれ破壊される関節を温存する意味はないと考えられていたからである。しかし羽生先生は、いずれ薬物治療が飛躍的な進歩を遂げることを確信してこの術式を開発した。薬物治療にも携わっている整形外科医だからこそ関節温存の足趾形成術の開発に世界に先駆けて成功したのである。

さらにRAにおける骨・関節破壊のメカニズムを解明すべく、整形外科医が骨代謝基礎研究に残してきた足跡も小さなものではない。東京大学整形外科の田中栄先生の破骨細胞の機能発現に関するNature論文を含めた一連の研究(3)、大分医科大学整形外科(当時)の藤川陽祐先生がin vitroで骨吸収能を有するヒトの破骨細胞の分化・形成に世界で初めて成功した研究(4)、東京大学整形外科(当時)の高柳宏先生のRAの関節滑膜にRANKL ligandが発現していることを見出した研究など枚挙にいとまがない(5)。

そもそも「好きなところに好きな時に移動したい」という人間の本質的な欲求をかなえるためには、運動器の専門家である整形外科医の存在は欠くことはできない。Z世代の若き整形外科医には、手術をして前十字靭帯やアキレス腱を千本つなぐことも大切であろうが、多様性の時代に、手術、薬物治療、リハビリテーション、基礎研究という様々な選択肢を持つリウマチ学にぜひ興味を持って、仲間に加わって頂きたいと願っている。バイオの時代にも整形外科医が果たす役割は必ずある。その魅力をいかに次世代へ伝えるか、それは我々の責務である

## 文献

- 1) Matsumoto T, Nishino J, Izawa N et al. Trends in Treatment, Outcomes, and Incidence of Orthopedic Surgery in Patients with Rheumatoid Arthritis: An Observational Cohort Study Using the Japanese National Database of Rheumatic Diseases. *J Rheumatol* 2017; 44: 1575-1582.
- 2) Hanyu T, Yamazaki H, Murasawa A et al. Arthroplasty for rheumatoid forefoot deformities by a shortening oblique osteotomy. *Clin Orthop Relat Res* 1997; 338: 131-138.
- 3) Tanaka S, Amling M, Neff L et al. c-Cbl is downstream of c-Src in a signalling pathway necessary for bone resorption. *Nature* 1996; 383: 528-531.
- 4) Fujikawa Y, Sabokbar A, Neale S et al. Human osteoclast formation and bone resorption by monocytes and synovial macrophages in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 1996; 55: 816-822.
- 5) Takayanagi H, Iizuka H, Juji T et al. Involvement of receptor activator of nuclear factor kappa B ligand/osteoclast differentiation factor in osteoclastogenesis from synoviocytes in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2000; 43: 259-269.