

◎ 第1回リウマチ対策作業班での主な指摘事項

【骨子（案）等に関する指摘事項】

- 小児リウマチと一般的に言われるのは、若年性関節リウマチ、スティル病や他の免疫疾患を含んで考えられたり、診断時点でははっきりしていないリウマチ性疾患が含まれていたりしているので、本対策の対象範囲を明確にすべきである。

【各施策に関する指摘事項】

（医療等の提供）

- 専門医の偏在が、地域における診療レベルの格差に大きく影響しているので、地域における専門医を積極的に育成する必要がある。
- リウマチ患者が最初に受診する、慢性期の治療を外来で担う一般開業医（かかりつけ医）に対しては、必至な基本的診療技術の普及が重要であるので、ガイドラインもその様な目線で作成されたものも別途に考えても良いのではないか。
- 小児リウマチと成人リウマチでは、ガイドラインの整備状況や専門治療が可能な医師数（小児リウマチでは全国でも約60名）などで大きく違いがあるため、小児リウマチに対する対策も可能な限り、報告書に盛り込んで欲しい。
- リウマチ診療に特化した医師以外の医療従事者の育成が重要であり、例えばその看護師は、特定看護師を指すのか、別途の高度のケアを提供できる看護師を指すのか明確にすべきである。

（情報提供・相談体制）

- 患者が理解しやすい、患者の心理面もケアした医療情報を充実させて欲しい。
- 患者をいかに早期の段階で専門病院に集め、積極的に寛解導入療法を行えるかが、リウマチ診療の成否を決めるので、患者を効率的に集める方法を模索する必要がある。（World OO dayなどのシンポジウムも活用してはどうか）
- 国の相談員養成研修の充実はよいが、実際には相談業務についていない者が多く、有効活用されていない。

（研究開発等の推進）

- リウマチは寛解するとはいえ、なおその病態は不明であり根治するわけではないので今後も、研究の推進は引き続き重要である。

- 生物学的製剤の長期（数十年）安全性の確認や、治療成果や対策成果の観点でも日本独自の経年的なデータベースの構築に国の支援も必要ではないか。
- 小児リウマチに対しては生物学的製剤の適応はないし、適応拡大にハードルも高い。小児患者が、治験に早期から参加し、薬事承認とともに使用可能になるような取組や、小児疾患を対象とする医薬品には特例的な薬事承認の対応が欲しい。

【施策の評価等に関する指摘事項】

- 対策の評価は5年ごとではなく、せめて中間評価のようなものは必要である。