

# 日本リウマチ財団ニュース

## Japan Rheumatism Foundation News



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  
日本リウマチ財団への交通のご案内 ●新橋駅(JR線、銀座線、都営浅草線)烏森口より 徒歩6分●御成門駅(都営三田線)A4出口より 徒歩7分  
※リウマチ財団ニュースはリウマチ登録医を対象に発行しています。本紙の購読料は、リウマチ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)

2016年1月号

平成28年1月1日発行

財団ホームページ リウマチ情報センター <http://www.rheuma-net.or.jp/>

### 新年のご挨拶



公益財団法人  
日本リウマチ財団  
代表理事  
**高久 史磨**

新年あけましておめでとうございます。  
平成 28 年の年頭にあたり、一言ご挨拶申し上げます。  
旧年中は、当財団のさまざまな事業に深い理解とご支援を賜わり有り難うございました。日本リウマチ財団を代表して心から御礼申し上げます。  
暮の新聞紙上では、平成 28 年度、国の予算案(一般会計)を政府が閣議決定、

その総額は 96 兆 7 千億円程度とする記事を目にしました。高齢化に伴い社会保障費が平成 27 年度歳出から平成 28 年度予算(案)では 32 兆円程度に膨らみ、来年度の政府予算額は総額で過去最大を更新するようです。しかしながら、財務省は歳出の約 3 割を占める社会保障費を抑制する方針を掲げています。  
財政健全化計画によって、歳出の 3 割を占める 5,000 億円弱の増加に抑制する政府の方針です。抑制方針は、医療費にも及びます。私たちの関心事である診療報酬は、8 年ぶりにマイナス改定として、社会保障費の抑制方針実現のめどが立ったとの記事も目にしました。これらの財政状況の中で、日本リウマチ財団が切望する平成 28 年度改定の診療報酬増につきましても、非常に厳しいものを感じます。  
さらに平成 29 年 4 月には消費税の 10%課税も大きな影響が想像できます。我が国の財政は平成 28 年度もさらに

厳しい状況となりますが、知恵を出し、リウマチ性疾患制圧にむけ、さらなる努力を続けたいと思います。  
我が国の財政が厳しさをます中で当財団は、調査研究及び助成、正しい知識の普及と啓発、教育研修、関連団体の協力援助、国際交流、目的達成のための諸事業と、6つの大きな柱を掲げ、これらの事業も順調に推移した1年でした。教育研修では、これまで医師を中心としたものから、新たにコメディカル職種を加えた研修として実施いたしました。お忙しい中、ご尽力を頂いた共催社、世話人、講師など、関係者の皆様のおかげです。その他ヨーロッパとの交流、外国への留学等の支援参加、各種医学賞の交付、関係団体への助成とともに、本年力を入れているのが、情報の電子化です。  
正しい知識の普及啓発は厚生労働省のリウマチ疾患対策では、ポイントになっ

ています。当財団も正しい知識の普及啓発をさらに強化するため、ホームページの内容を一新し、一般の方々や医療の専門家に、さらに見やすいものにいたしました。このことで、情報提供はさらに進み、その力を発揮すると思います。また、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の方々にも、専門的な情報等を届ける予定です。  
さらに、来年は日本リウマチ財団が法人認可を頂いてから、30年目を迎えます。昭和62年(1987年)当時の所管官庁によって認可後、平成23年度からは内閣府が認可する公益財団法人として、新たに認可、今日に至っております。  
今後の財団は、新たな改革を進めながらリウマチ性疾患制圧に向け、まい進する覚悟です。本年度の皆様のご協力に感謝し、年頭の挨拶といたします。  
平成 28 年 正月

## 自治医大発、リウマチ(非)専門・開業医ネットワーク ～リウマチネットワーク訪問企画を総括して～

話し手：箕田清次 氏 / 自治医科大学附属病院 アレルギー・リウマチ科 教授      聞き手：後藤 眞 編集委員長 / 練馬光が丘病院 リウマチ内科

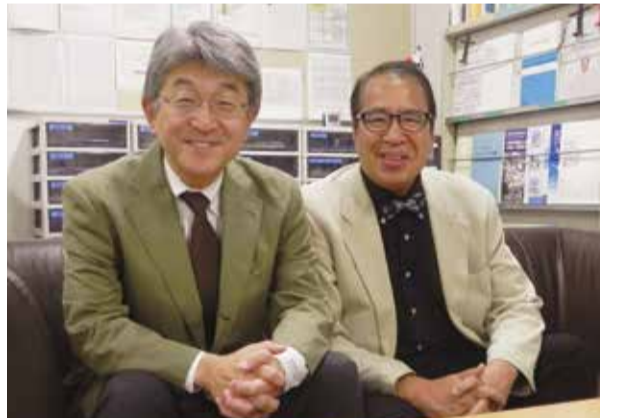
北海道、佐世保、秋田、新潟と本誌では全国のリウマチネットワークを訪問してきた。地域の事情はさまざまであり、中には1人の医師の献身のみによって成り立っているシステムもあった。もしあの医師がいなくなったら、あのネットワークは稼働し続けることができないかもしれない——明らかになってきた問題点を携え、今回は自治医科大学附属病院の箕田氏を訪れた。箕田氏が作り上げたのは、どの立場においてもメリットを生む無理のないネットワーク、そしてその鍵は、リウマチを専門としない自治医大周辺のクリニック群だった。

### 臨床研究と地域医療の互恵に着目

箕田：発想の起点は、2001年頃、ここは“大学”だと思ったことにあります。もし私が市中の病院に勤めていたら、リウマチネットワークを作ろうとは思わなかったでしょう。自分の診療枠の患者さん40人を診て、病棟を診て、1日が無事に過ぎることで義務は果たしていると考えたはず。ところが、大学というところは何かの研究をして、発表して、部下に学位を取らせなければいけません。そして、地域医療を引き受ける自治医科

大学が、他の大学と競いながら研究をするとなれば、多数の症例を集めた上での臨床研究しかありません。  
大学であるがゆえに研究、それも臨床研究を避けて通れないとなり、当時の私はこれまでより多く患者さんを集めることにしました。しかし医局員たちの時間は限られているため、大学周辺のクリニックの先生方に、自治医大アレルギー・リウマチ科の出張所のようなかたちで診療を手伝っていただくシステムを考案しました。それが、「栃木リウマチネットワーク」です。  
後藤：クリニックですか。過去に取材したリウマチネットワークの連携相手は、主に中小の病院でしたが。  
箕田：当時は自治医大駅から自治医大の玄関まで歩いて10分くらいでしたが、その間にクリニックが10軒もありました。これらのクリニックの開業医の先生方に診療を手伝ってもらえることができれば最高だと思っていました。ただ、当時の自治医大では他の診療科でも病診連携を行っていませんでしたので、どの先生にどのように声をかけたらいいのか悩みましたね。特にリウマチとなると、「そんなややこしい、治りもしない病気を診なくてもうちのクリニックは腰痛だけで間に合っ

います」というお考えの先生も多々いらっしゃいました。それで考えた方法が、1999年のメトトレキサートのリウマチ適応からこの数年の間に、同剤を1錠でも出している施設を調べて検討するというものです。結果、8つのクリニックが候補に上がりました。そして、栃木リウマチネットワークのスタートといえる、第1回の勉強会を行ったのが2003年1月23日。クリニックのお休みに合わせた木曜日です。集まってくれた8人の先生方には、「数年後には病診連携の時代が来ます。今から勉強しておきましょう」とご説明しました。



自治医科大学の医局にて。箕田氏(左)と後藤編集委員長(右)。

### 開業医の先生を参加させたある約束事

箕田：2003年に8施設から始まった栃木リウマチネットワークは現在、88施設に広がっています(図)。88施設すべてがすぐに受け入れてくれたかという、当然そんなわけはありません。リウマチは治療困難だとかつてのイメージがありますから。ですが、仮に自分が一般内科の医師でリウマチなど診たことがないという状況を想像し、リウマチ専門医から連携の話がきたときにどんな条件だったら受け入れてもいいだろうかと想像すると、おのずと答えが出てきました。  
私はまず、「責任はすべて大学で取る」ということを明確に述べました。治療方針は大学で定め、良くなっても悪くなっても責任は

自治医大が負う。万が一、副作用や合併症が起こった場合も、1年365日、1日24時間、英語で1週間単位という意味の24-7で大学が引き受けると約束したのです。  
後藤：それでは、あまりにも一方的ではありませんか？  
箕田：いいえ。開業医の先生はオールマイティというか総合医であるところに重点を置かれているので、ことリウマチの治療に関して大学がイニシアチブを取ることに反発はないのです。先生ご自身がリウマチ専門医であればまた話は変わってきますが、栃木リウマチネットワークは脳外科や婦人科、耳鼻科の先生まで幅広い診療科の先生が参加されています。問題はやはりリウマチを敬遠する意識です。  
そこで私の考えた連携先像としては、医師免許があって、皮下注射と点滴の経験が

(次ページに続きます)

### 134号の主な内容

- 自治医大発、リウマチ(非)専門・開業医ネットワーク
- いまさら聞けない慢性運動器疼痛第9回 痛みの新しい分類
- シリーズ リウマチ人 聖マリアンナ医科大学 客員教授 東威氏 後編



自治医大発、リウマチ（非）専門・  
開業医ネットワーク つづき

あれば十分ということにしました。「先生、医師免許はお持ちですか?」「皮下注射を打ったことはありますか?」「点滴を実施したことはありますか?」と聞くと、みなさん「はい」とおっしゃいます。「では、連携施設になってください」というのが私の殺し文句です。

**後藤:**なるほど。一応、クリニックの利益にもなりますからね。

**箕田:**経営面には貢献できています。リウマチの治療にはまだ少しは差益のある薬を使用しますし、思わぬところから患者さんが通うようになります。「リウマチ科」とさらに標榜を出した先生もいます。ある脳外科の先生が今、生物学的製剤（バイオ）を4人に使っていますが、彼は日本で一番リウマチを診ている脳外科医かもしれません。

**後藤:**そういった先生の中から、本格的にリウマチ診療を行ってみたいという方は出てこないのですか。一連のネットワーク取材では、連携先の先生を何とかリウマチのセミプロに育てたいということで、講習などを頻繁に行っている病院もありました。

**箕田:**セミプロになっていただかなくても稼働するシステムがベストです。先生方は、「箕田に頼まれたから仕方ないね」というスタンスですから。スタート時の8施設が88施設になるまで、私は1人1人に語って来ました。「こういう形でやっていきましょう。責任はすべて大学が取りますから」と繰り返し、繰り返し。何度も説得しないとだめでした。また、最初の頃は医局員から相当怒られました。「患者さんがどんどん入院して来たら、教授も病棟に来て点滴してくれるのでしょね」と。しかし振り返ってみてもそんな事態にはならなかったし、大風呂敷を広げて良かったと思っています。

**後藤:**クリニックに不利益はなかったということですね?

**箕田:**はい。むしろ平均単価が上がって個別指導が入ったクリニックもあったくらいです。痛くもない腹を探られると精神的なダメージを受けますから、今後はそういうクリニックが出ないよう、うまく患者さんを分散させることが課題でしょうか。先生たちの中には「何かあったら自治医大に行ってください」と玄関にリウマチ患者さん宛の貼り紙をして夏休

みを取った方もいるので、我々は信頼されているようです。

2人主治医制と  
患者さんのメリット

**箕田:**ここまでは、クリニックの先生の不安を払拭するためにどうしたかというお話でした。しかし、誰よりも不安なのは患者さんご自身です。

**後藤:**そうですね。

**箕田:**大学病院の経営という面では、おなじ患者さんが毎月受診して、それだけで診療枠が埋まっても構わないのです。しかし大学である以上は研究をしたいから、そのために多くの患者さんを診る必要がある。そこで、4ヵ月に1度の自治医大で行う診察以外は、連携先のクリニックを受診してもらっています。

このシステムを患者さんに納得してもらえた理由の1つは、最初から「主治医が2人になります」とお伝えしたことです。「私たちは症状に合わせて4ヵ月に1度または半年に1度の主治医ですが、ご自宅近くにもいつもの主治医でもいうべき月1回の点滴の主治医ができることになりまます」と。まるで主治医が2人いて幸運だというようなお話の仕方ですが、実際、患者さんのメリットもあります。遠くの大学まで通って、さらに2時間待たされて皮下注射するよりも、近くのクリニックで打ってもらう方が合理的なのです。「副作用であれば症状に出るから、すぐ大学で診ます」と説明すれば、患者さんも安心でしょう。

具体的には最初の4ヵ月は自治医大で毎回診察し、その後は、近くのクリニックで毎月、自治医大は4ヵ月に1回だけというサイクルに切り替えます。このとき、患者さんが「見捨てられた」と感じてしまうといけませんので、私たちは診察時、必ず4ヵ月後の予約を入れます。もちろん4ヵ月ごとに血液やDNAを採取したいという研究上の事情もあるのですが、何よりも自治医大が患者さんに対して責任を持ち続けるためです。今後も患者さんには、元気であっても“保険”のようなものだと思って、診察に来ていただきたいですね。

さらに患者さんを集めるために

**後藤:**今、どのくらいの症例が集まったので

すか?

**箕田:**「ARIGATO」の登録患者数で1,300人強です。「Arthritis registry in KitakanTO」をもじって「ARIGATO」という名のリウマチ患者さんだけのデータベースです。きちんと倫理委員会を通して登録を推進していますが、うち半数近くの方は、なんらかの形で自治医大が診ている患者さんです。

**後藤:**「ARIGATO」に登録していない患者さんのデータも、自治医大と連携先のクリニックで共有できるような栃木リウマチネットワーク独自のデータベースはないのですか? さらに研究が進みそうですか?

**箕田:**以前は年に1回、すべての連携施設の患者さんとドクターにアンケートを出して、VASなどを1,500人分ぐらい取っていました。ただ、それを年次応答のグラフにすると、やはり回収率が下がって来ていました。「こういう研究のために協力してもらっているですよ」と理解していただくために、先生方と共同でリウマチ学会に発表したこともありますが、やはり1,500人のデータを集め続けるのは困難でした。

**後藤:**最近行政が在宅医療を推進していますが、栃木リウマチネットワークも何か関係していますか?

**箕田:**今のところは、在宅にならないようにリウマチを良くすることを考えています。栃木リウマチネットワークでは、「患者相談会」という催しを平成19年から年に2回くらい行っています。栃木の中でも田舎である地域で開催しますが、毎回40~50人くらいの患者さんが集まります。栃木県の東半分の市町村には専門医が1人しかいないような状態なのです。患者さんもリウマチに関して昔のままの“治らない病気”というような認識でいますので、治療がされていない。それこそ在宅になりそうな人もある場所で啓発することは、重要ですね。私たちとしては、リウマチ治療が困難であった過去、医師がリウマチ患者さんに冷たかったであろうという懺悔も込めて、2人以上の相談希望者がいれば実行しようという意識でいます。

相談会に関するテクニックですが、自治医大が患者を奪いに来たと思われないように、地域の方々と一緒になって進めることが大切です。まずは行政や医師会長の元に挨拶に出向き、地域の医師会の先生にも講演をお願いします。相談会後、自治医大の受診を

希望される患者さんには、必ず地域の医師の紹介状を取ってもらい、了解の下に診察します。診察の際には、先程と同様、「初期治療が終わったら地域の先生のところに戻って、主治医が2人になるのですよ」という話をします。

**後藤:**つまり、自治医大は患者を奪いはいないけれど、ここでも研究のための症例を得るわけですね。良くできています。

三者のメリットと今後の課題

**後藤:**本日はかなり有益なお話を聞くことができました。栃木リウマチネットワークは大学、クリニック、患者さんの三者それぞれにメリットある関係になっていますね。

**箕田:**win-win-winの関係です。そうでないシステムは続かないのではないかと考えています。

**後藤:**箕田先生の退官は何年後ですか?

**箕田:**3年後です。

**後藤:**結局、ネットワークの問題というのはそこなのです。理想と構想を持った1人の先生が始めたが、果たして、その先生がいなくなったあとに続いていくシステムなのかどうか。取材してみると、リウマチネットワークのほとんどは個人的な情熱だけで動いているのです。

**箕田:**私たちの場合は、ここが大学である限り、研究という目的があるから続くと思います。すごいと思うのは、同様のネットワークを運営している市中病院があるということです。病院の先生は、患者さんのため、連携施設のためという気高い気持ちで尽力されているのだと思います。

**後藤:**お会いすると、皆さんとても高潔です。しかし、多忙な市中病院の先生がさらに身を削ってネットワークを支えている様子を見ると、長続きするだろうか心配になります。私が長崎県佐世保のリウマチネットワークを高く評価するのは、植木幸孝先生という創始者が現場を退いたあとに動いているからです。

**箕田:**そのモチベーションはどこから来るのですか?

**後藤:**植木先生が上手に教えたのでしょうか。あとを継いだ医師はもちろんですが、コメディカルや専務など医師以外の方たちがものすごく一生懸命です。

**箕田:**栃木リウマチネットワークも、最近はコメディカル教育に力を入れています。連携施設に必要な皮下注射や点滴には、看護師さんの協力が必要ですから。日本リウマチ財団の登録リウマチケア看護師と登録薬剤師にコメディカル部門を作って、自分たちで運営してもらっています。

**後藤:**連携先のクリニックにも、財団のケア看護師資格を持つ方がいるのですか?

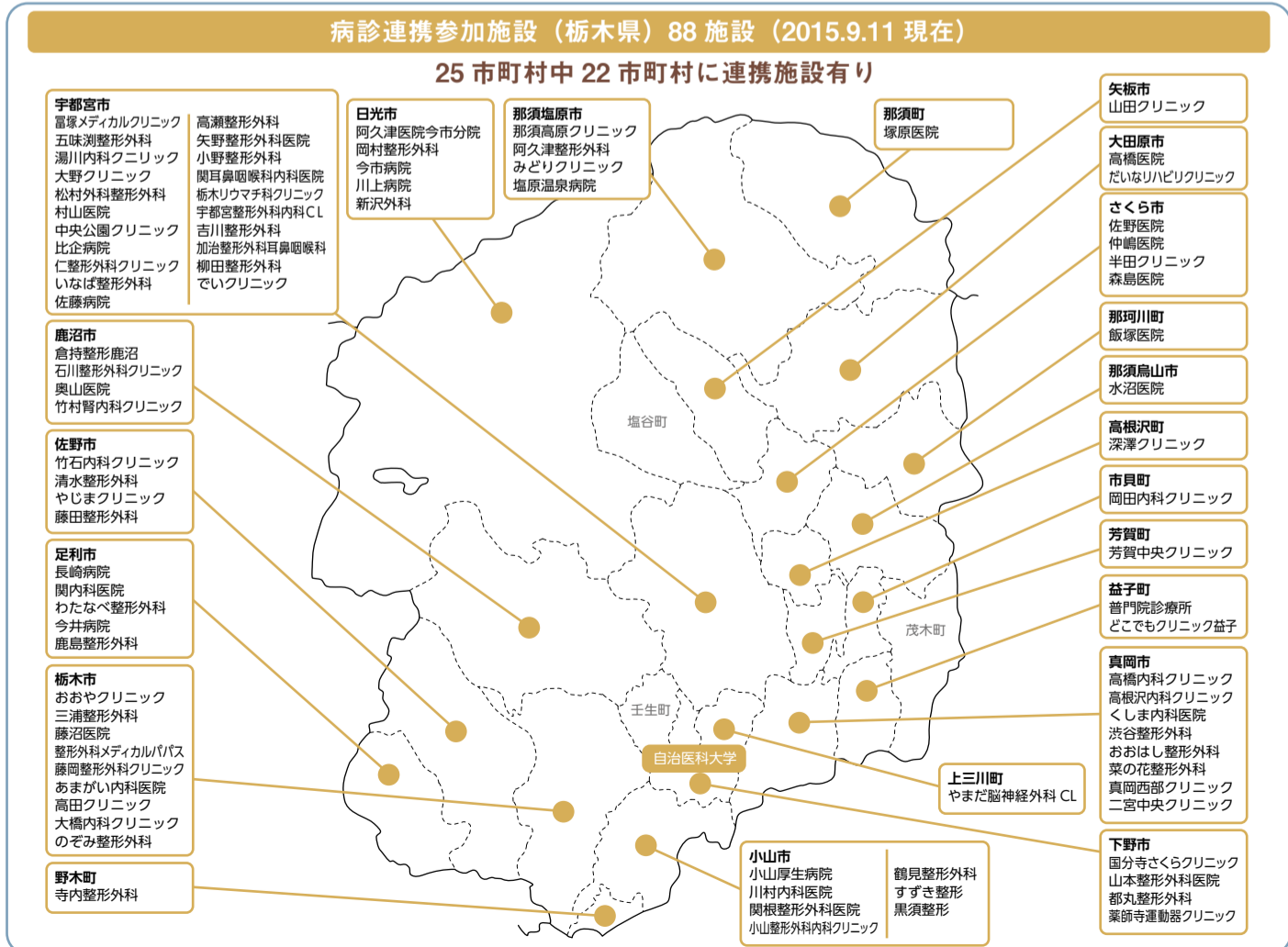
**箕田:**はい。1つのクリニックで2人以上が資格を持っている場合などは、そのうちの1人に世話人になってもらうなど、ネットワークの運営にも積極的に参加してもらっています。栃木ではある時5人しかいなかったケア看護師が、その次の登録年で35人に増えています。

**後藤:**それは驚きです。栃木リウマチネットワークは成功例といって良さそうですね。さらに大学に対しては汎用性もあります。

**箕田:**地域医療の核となりつつ、研究もして学会発表していかなくてはいけないという施設には応用できるでしょう。個人的には、山形など専門医の少ない東北地方で始めて欲しいと思っています。私は今、誰がいつ研究に使うかもしれないデータを日々集めていますが、それも教授の仕事なのです。親心といえますか。

**後藤:**実りある取材でした。本日はありがとうございました。

(文責編集部)





## 連載 リウマチとその痛み

## いまさら聞けない 慢性運動器疼痛

三木 健司 氏

大阪大学大学院医学系研究科疼痛医学 准教授  
早石病院 疼痛医療センター センター長

## 第9回

## 痛みの新しい分類

機能的疼痛・中枢機能障害性疼痛について

最近「痛み」は第5のバイタルサイン(体温・呼吸・脈拍・血圧)とされるようになり、医療現場で重要視されるようになった。特にリウマチ性疾患では「痛み」の評価は重要だと思われる。痛みはあくまで自覚症状であり、第三者がその評価を客観的に行うことは非常に困難である。痛みの評価を行う医療機器も市販されているが、最終的

には患者自体の「疼痛(顕示)行動」としての表現を示すに過ぎない。そのため、客観性がなく、また他人との比較もできない。「痛み」は必ずしも苦痛ではなく、例えばスポーツ選手、特にコンタクトスポーツでは「痛み」が喜びとなっている現実がある。そういった特性を医療者は知った上で治療や診断にあたる必要がある。

循環となると考えられている。IBSは病態の研究が進み、5-HT3受容体を阻害することで、消化管運動亢進に伴う便通異常を改善するとともに、大腸痛覚伝達を抑制するラモセトロン塩酸塩が使用されるようになり、医師の理解が進み身体科での診療がなされるようになった。

FSSの病態に深く関わる因子としては、脳内の神経伝達物質であり、不安や痛み、睡眠、食欲や呼吸など身体機能を司るセロトニンとの関与が示唆されている。中枢機能障害性疼痛として機能的疼痛症候群はその中で痛みを主訴とするものであり、線維筋痛症はその代表例と考えられている。

また同様の考え方に非特異的腰痛という概念がある。椎間板変性、ヘルニア、狭窄、骨棘のような画像における異常所見は、腰痛症状の有無にかかわらず一般集団によく見られる<sup>1)</sup>。最近のプライマリケア向けのガイドラインでは、「非特異的腰痛の患者に対しては、X線、CT、MRIなどの画像検査を慣例的に実施してはいけない」と勧告されている<sup>2)</sup>。重篤な基礎疾患のない腰痛患者に画像検査を行っても臨床転帰は改善しないことがメタ解析で明らかとなり、2009年にLancet誌で発表されている<sup>3)</sup>。

欧米では慢性疼痛治療の専門施設がセンター化されているところが多く、2004年のヨーロッパの慢性腰痛ガイドラインではレッドフラッグと呼ばれる健康に害を与える重篤な疾患を鑑別するまではさまざまな検査などを行うが、その後は経過観察や運動療法・認知行動療法を主体に行うとされている。レッドフラッグがない場合例外に該当する例はわずか0.04%とされている。慢性腰痛が長引く場合はイエローフラッグとされている心理・社会的背景の精査が必要とされている。これらのことから「痛み」の治療には医学的な問題だけでなく社会的な問題があることを医療者側が認識すべき

LondonのSimon Wesselyが提唱した機能的身体症候群(Functional Somatic Syndrome:FSS)という概念に含まれるものである(図2)。

FSSは諸検査で器質的あるいは特異的な病理所見を明らかにできない持続的な特異な身体愁訴を特徴とする症候群で、それを苦痛と感じて日常生活に支障を来している。そのためさまざまな診療科を受診する。愁訴としては「さまざまな部位の痛み」「種々の臓器系の機能障害」「倦怠や疲労困憊などを訴えるもの」が多く、代表例として過敏性腸症候群(IBS)、慢性疲労症候群、線維筋痛症、脳脊髄減少症、間質性膀胱炎、慢性骨盤痛などがあると考えられている。FSSの病態ははっきりとは解明されていないものが多い。

近年、機能的疼痛症候群の研究が進み、IBSは、器質的疾患を伴わず、腹痛・腹部不快感と便通異常(下痢、便秘)を主体とし、それらの消化器症状が長期間持続もしくは悪化・改善を繰り返す機能的疾患であることが分かった。IBSの便通異常や腹部症状は、ストレスをはじめとする種々の病因によって引き起こされ、脳腸相関により副腎皮質刺激ホルモン放出ホルモンなどによって惹起された腸管運動や腸管内圧の変化が中枢に影響を与え、ストレスの悪

## 機能的身体症候群という考え方

医師や患者にとって、「痛み」はいわゆる危険信号としての役割があり、何らかの器質的疾患が必ず存在するという考え方により診断、治療を開始すると思われる。しかし、運動器慢性疼痛疾患の中には器質的疾患が認められないにもかかわらず、「痛み」が長く続き、かつ患者のQOLを著しく低下させる病態が存在する。つまり痛みの原因として健康に影響がある疾患がなかったり、あっても痛みの程度に見合わないものも存在する。

## 機能的疼痛症候群を含めた痛みの分類について

通常、器質的「痛み」は侵害受容性疼痛と神経障害性疼痛に分類され、それ以外の器質的疼痛でないものは全てが心因性疼痛とされがちであるが、器質的疼痛でないものの中に機能的疼痛症候群、中枢機能障害性疼痛(central dysfunctional pain)などが存在すると考えられている(図1)。機能的疼痛症候群は、King's College

図1 痛みの機序による分類

## ● 器質的疼痛と非器質的疼痛 ●



## 侵害受容性疼痛

炎症や組織損傷によって生じた発痛物質が末梢の侵害受容体を刺激することによって生じる痛み

- ✓ 極めて限局的な痛み
- ✓ 内臓組織が関与している場合はより広範
- ✓ スパッと切れるような痛み

## 神経障害性疼痛

体性感覚神経に対する損傷や疾患によって引き起こされる痛み

- ✓ 持続的な痛み
- ✓ 灼けつくような痛み
- ✓ 電気ショックのような痛み

## 非器質的疼痛

機能的疼痛症候群や心因性疼痛が含まれる

説明しうる器質的病変がないにもかかわらず訴えられる痛みや、器質的病変は存在するが、それにより十分説明しえない痛み

〔三木健司、行岡正雄：機能的疼痛症候群と線維筋痛症、運動器慢性疼痛診療の手引き(日本整形外科学会運動器疼痛対策委員会編)、p.136, 2013, 南江堂〕より許諾を得て転載。

図2 機能的疼痛・中枢機能障害性疼痛の例

検査で大きな異常はないが痛みで生活に支障がある



三木健司：毎日新聞(2014年9月28日)より作成

であることが分かる。

## 線維筋痛症の診断

線維筋痛症は、1970年代半ばに欧米でその存在が確認され、1980年代に本邦でも確認された全身に耐えがたい痛みがある疾患で、この聞きなれない疾患は古くからリウマトロジーの中で結合組織炎症候群や七川欽次らが提唱した多発性付着部炎などを含め全身性慢性疼痛症候群として知られていた。

線維筋痛症は、多様な疼痛が主に頸部から肩甲骨周囲や背部に始まり、全身の筋、関節周囲など付着部痛を伴う疾患で女性に多く、アメリカリウマチ学会が1990年に発表した診断基準(図3)<sup>4)</sup>で、3ヵ月以上持続する全身にわたる痛みがあり、18ヵ所設定されている圧痛点のうち11ヵ所以上の圧痛点を確認できるものを線維筋痛症と診断する。基本的には「痛み」という自覚症状から診断する疾患であることを医療者は理解する必要がある。「痛み」は例えば血液検査で肝機能検査を行うように定量的なものではなく、本人のいわゆる「疼痛(顕示)行動」から推し量るものであり、医療者の対応にて患者さんの「痛み」は強くなったり、緩和されたりする。

本邦では2004年に厚労省線維筋痛症研究班が発足し、2007年に本邦で初めての医師向けのテキストが完成した。線維筋痛症は脊椎関節炎の初期像と類似し、疼痛部位の腫脹、皮膚疾患、付着部炎、関節の腫脹、仙腸関節などの炎症性変化、骨硬化変化などX線所見も精査するべきである<sup>5)</sup>。99mTc骨シンチグラフィーも有用である。線維筋痛症の中に椎関節炎が5%程度合併していたとの報告もある<sup>6)</sup>。線維筋痛症の病態が自覚症状である「疼痛」が主症状であることから精神科との共同診断、治療は重要である。身体科であるリウマチ科や整形外科が診断する前に精神疾患の1つの症状としての「痛み」を訴える場合があることを念頭に精神科的な診断を受けることが重要である<sup>7)</sup>。線維筋痛症に親和性のある精神科疾患として身体表現性疼痛障害、広汎性発達障害、解離性障害、パーソナリティ障害、気分障害、虚偽性障害、詐病などが挙げられており、これらの診断を身体科で行うことは困難である。線維筋痛症は身体科医師のみによって診療されることが多いが、精神科疾患の除外診断が適切でないことが多いので注意が必要である。

我々が慢性疼痛診療を行っている専門施設では『線維筋痛症診療ガイドライン2013』に記載されているような学際的診療を試みている。精神科専門医の診察を整形外科・リウマチ科医が診察する前に行い精神疾患の有無を精査している。身体科専門医が精神疾患の鑑別を適切に行うことができないのは精神科医が手術を行えないのと同様のことである。

以上の診断基準を基に診断することになるが、疼痛をきたすさまざまな疾患を除外することや精神科診断を正確に行うことが一般の医師にとっては最大の問題点と考えられる。単に痛みがあるというだけで線維筋痛症の診断に至ることは避けなければならない。

## 機能的疼痛・中枢機能障害性疼痛の治療

器質的な要因が明らかでない機能的疼痛・中枢機能障害性疼痛に対する治療が

(6ページに続きます)



### いまさら聞けない慢性運動器疼痛 続き

試みられている。65 歳以上の腰痛（明らかな下肢痛を含まないもの）で圧迫骨折の急性期など明らかな侵害受容性疼痛ではないものを対象にした我々の調査（平均年齢 75.7 歳、108 例）では、プレガバリンの開始投与量は平均 118.9mg であった。維持量は 98.7mg であったが、開始投与量が 1 日 150mg 以上の症例では 43 例中 17 例（39.5%）がふらつきや転倒、視視などの副作用にて中止や減量を余儀なくされていた。プレガバリン投与前の VAS スコア 5.14 ± 1.2 が投与後には 3.31 ± 1.41 と有意に改善した<sup>8)</sup>。

また適切に管理されている関節リウマチ患者 16 例にトラマドール塩酸塩・アセトアミノフェン配合錠を追加投与した我々の研究では、8 週間の疼痛治療のみにて、関節リウマチへの投薬は変更がないのにも関わらず、自覚的な「痛み」が下がることにより 8 週後には有意差をもって DAS-28、SDAI も改善した。関節リウマチの炎症と関連すると思われる関節腫脹数や圧痛数には変化がなかった。1 週間のトラマドール塩酸塩・アセトアミノフェン合剤の薬物治療にて関節リウマチ患者の痛みが改善したとの報告もある<sup>9)</sup>。

関節リウマチ患者に抗うつ薬(Dothiepin)を投与すると炎症反応は低下しないが、生活の不便さは改善し、朝のこわばりの時間も減少した<sup>10)</sup>。

これらのことから明らかな侵害受容性疼痛、神経障害性疼痛でない器質的疼痛・中枢機能障害性疼痛とも考えられる痛みに対してもある程度の薬剤治療が可能であり、患者の QOL、ADL を向上させる可能性が高い。

### 多科目連携治療アプローチ

「痛み」は自覚症状であり、患者が医師にそのように伝えただけで診断されるというのであれば、詐病や虚偽性障害の患者をそのように診断することになり、疾患の認知度が正しくなされないという問題に直面すると考えられる。診断基準を適切に診断するためには、複数の領域の各科専門医が合同で診療する多科目連携治療アプローチ(multidisciplinary approach)でしか、診断ができないと考えられる。膠原病専門医、神経内科専門医など身体科医師のみならず、精神科、心療内科専門医も関わらなければ適切な診断がなされないと考えられる。つまり慢性疼痛の診断、治療には学際的な多科目連携治療アプローチが必須であると考えられる(図4)。

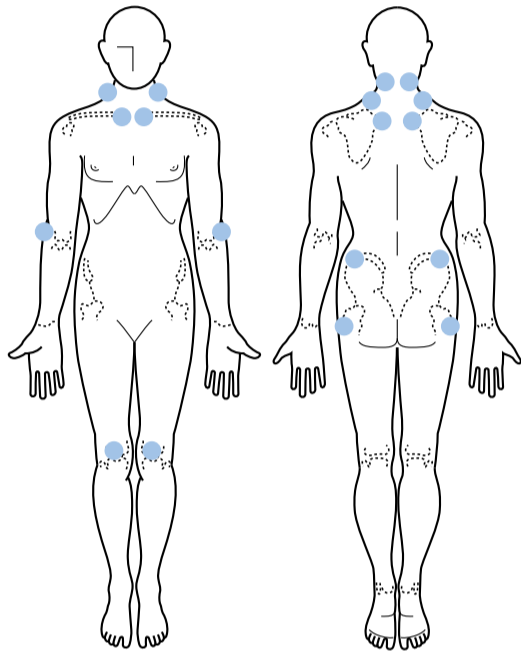
しかし、日本での現状は集学的な医療機関は全国に数カ所しか整備されていない。そういった現状を勘案すると線維筋痛症という正確な診断は、単独医師による診療が通常である一般医療機関では不可能という前提に立った上で、少しでも患者の苦痛を軽減するという点から医療体制を取るべきだと考えられる。慢性疼痛を患者が訴えた場合、レッドフラッグとされる危険な疾患を除いた後に診断が確定しない状態でも薬物治療や運動療法を行うことにより、患者の苦痛を軽減できると考えられている。もちろん診断が確定しない状態でもある程度治療を行うといった考え方は、より早期にまた近隣で治療を行うためである。正確さが要求される診断書発行のための病名や後遺障害認定など法的、行政的な書類作成の際にはきちんとした診断手順が必要である。

運動器慢性疼痛患者は国民の 10-20% 以

### 図3 アメリカリウマチ学会の線維筋痛症診断基準(1990年)

1. 広範囲にわたる疼痛の病歴(3ヵ月以上)  
上半身, 下半身を含めた対側性の広範囲の疼痛と、頸椎, 前胸部, 胸椎, 腰椎部の疼痛, いわゆる axial skeletal pain が存在
2. 18カ所の圧痛点のうち11カ所以上に疼痛を認める

後頭部	後頭骨下部筋付着部(左右)
下頸部	C5-C7における横突間帯の前部(左右)
僧帽筋	上側縁の中点(左右)
棘上筋	内側縁付近の肩甲棘の上(左右)
第二肋骨	第二肋骨軟骨接合部、接合部上面のすぐ脇(左右)
外側上顆	上顆から遠位2cm(左右)
臀部	外側に張り出した片側臀部を四分劃した上外側(左右)
大転子	転子窩突起の後部(左右)
膝	関節線近傍の内側脂肪体(左右)



Wolfe F et al. Arthritis Rheum 33(2): 160-172, 1990 より作成

上と非常に多いとされており、その全てに今まで日本で行っている診断・治療のやり方を行うことはできず、欧米型の体系を取らざるを得ないと考えられる。例えば線維筋痛症は生命予後は不良ではないが、重度の障害が発生し生活の質を下げる。少量の薬物治療と運動療法や認知行動療法など適切な治療にて症状の完全な解決は得られなくとも、著明な改善を得ることができる。

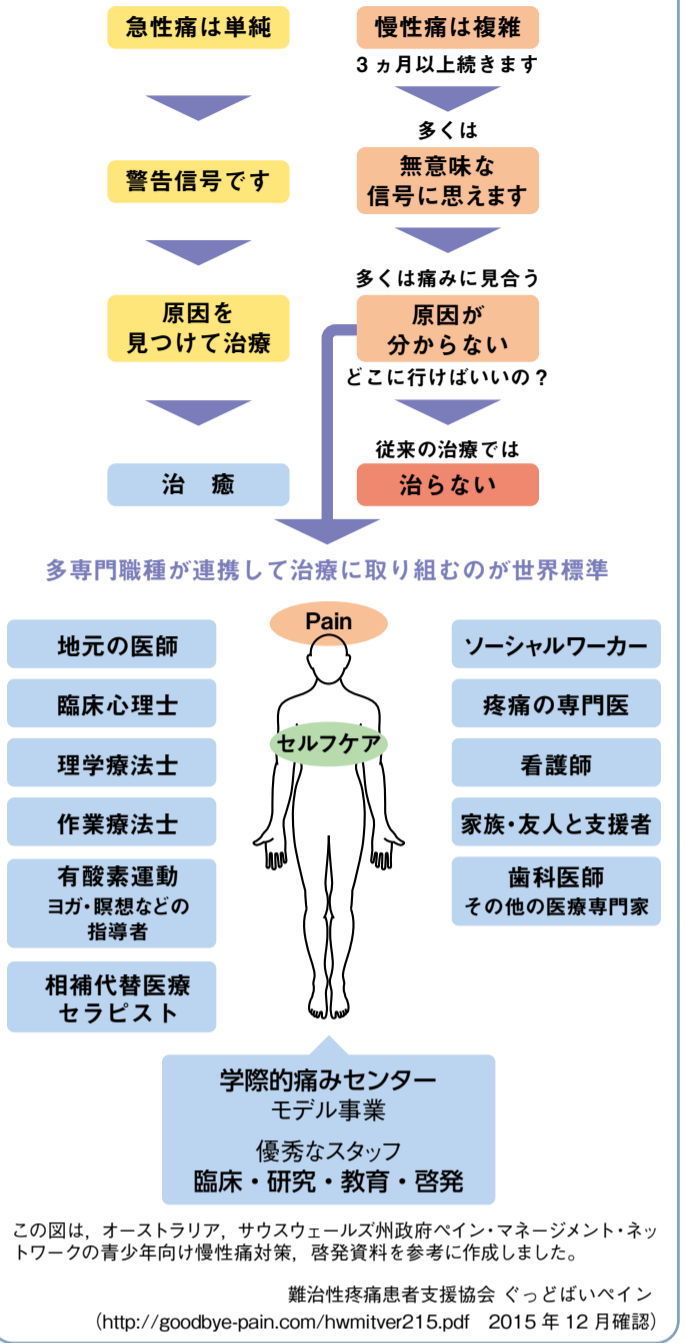
### 睡眠薬・抗不安薬の使用

睡眠薬・抗不安薬の使用については、我々の調査で運動器慢性疼痛患者の約半数が慢性疼痛専門外来の初診時に服薬しており、また WHO の報告でも日本でのベンゾジアゼピンの投与が非常に多いことが報告されている。転倒、骨折、認知症などの発症リスクが挙がることが示唆されており、一度内服を開始した患者が中止できないことも報告されている。欧米では 4 週以上連用は好ましくない、もしくは 65 歳以上は投与すべきではないなど制限されていることが多い。2014 年に行われた厚生労働科学研究「全国の中核医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」では、特にエチゾラム、フルニトラゼパム、トリアゾラム、ゾルピデム、バルピツレート含有剤は乱用されており、これらの薬剤の投与は極めて慎重にする必要があると考えられる。患者が「痛み」や「痛みによる不眠」を訴えた時に安易に抗不安薬や睡眠薬を出さずにその背景を探る必要がある。

### まとめ

「痛み」はあくまで患者の自覚症状であり、必ずしも危険な疾患を表しているものではない。またしびれや不随意運動、認知

### 図4 欧米で行われている学際的痛みセンターモデル



この図は、オーストラリア、サウスウェールズ州政府ペイン・マネージメント・ネットワークの青少年向け慢性痛対策、啓発資料を参考に作成しました。

難治性疼痛患者支援協会 ぐっどばいペイン  
(http://goodbye-pain.com/hwmitver215.pdf 2015年12月確認)

- ▶ 痛みの機序には器質的疼痛である「侵害受容性疼痛」「神経障害性疼痛」、非器質的疼痛である「中枢機能障害性疼痛(機能性疼痛症候群)」のように分類されるが、線維筋痛症も含めほとんどの難治性痛みはこれらが複雑に絡み合った混合性疼痛であると考えられる。
- ▶ 薬物のみでなく、運動療法、認知行動療法なども検討すべきである。
- ▶ 医師が治すものではなく、患者が自分で治っていくものである。

参考文献：  
1) Boden SD, et al: J Bone Joint Surg Am 72 (3) ; 403-408, 1990  
2) Chou R, et al: Ann Intern Med 147 (7) ; 478-491, 2007  
3) Chou R, et al: Lancet 373 (9662) ; 463-472, 2009  
4) Wolfe F, et al: Arthritis Rheum 33 (2) ; 160-172, 1990  
5) 浦野房三:『臨床医のための線維筋痛症』新興医学出版社, 2009  
6) 三木健司, 行岡正雄: Modern Physician 30 (12) ; 1561-1568, 2010  
7) 日本線維筋痛症学会(編):『線維筋痛症診療ガイドライン2011』日本医事新報社; 106-114, 2011  
8) 三木健司, 行岡正雄: 骨粗鬆治療 12 (1) ; 345-350, 2013  
9) Lee EY, et al: Clin Ther 28 (12) ; 2052-2060, 2006  
10) Ash G, et al: Rheumatology (Oxford) , 38 (10) ; 959-967, 1999

**今月の一言**

痛みは個人の主観的な感覚・体験であるため、他人と共有することが難しい症状で、特に運動器慢性疼痛では、「痛み」に見合う器質的疾患がないこともある。「痛み」を持った患者さんがどうしてわたしの前に来たか? ということを考えるだけでも、慢性疼痛を抱えた患者さんの解決になるかもしれない。先生方と会話をして安心を欲しいと来られている患者さんには、鎮痛薬は要らないかもしれない。





不定期連載「リウマチ人」、東威氏が語る後編である。日本リウマチ財団の柏崎リウマチ教育賞を受賞し（2006年）、教育者としても名高い東氏。前号では東氏がリウマチ学と出会った東京大学の物療内科が、広く内科を学ぶには最適の場であったという思い出話から始まり、日本の医学部教育には実技指導が不足しているという問題提起が行われた。引き続き、東氏の物療内科時代の後輩にあたる後藤眞編集委員長が聞く。

シリーズ「リウマチ人」は前号よりの続きです。

### 日本リウマチ財団の発展に貢献

後藤：東先生といえば、日本リウマチ財団の要職を歴任されていますね。

東：今は監事ですが、過去には「教育研修委員会」委員や「薬効検定委員会」の委員、委員長など、いくつかの役職も務めました。昭和30年代中頃、まだ財団が「リウマチ協会」だった時代に、「リウマチ血清反応検討会」に参加したこともあります。大阪

大学の七川欽次先生、九州大学温泉治療学研究所の延永正先生、慶應大学の本間光夫先生らと一緒にRAテストの感度や特異度を調べる会です。リウマチ領域では昔から、「施設の壁にとらわれないで、みんなで一緒にやろう」という雰囲気があったように思います。

薬効検定委員会の仕事は後輩医師の教育にも役立つので、積極的に取り組みました。薬効検定委員会は、医師が製薬会社の依頼を受けて主にNSAIDsの検定を行っていましたが、七川先生の提案で独自の自主検定も行いました。どの大学や病院のリウマ

チ関連科にもお金はなかったけれど、なんとか持ち出しで、早期リウマチにおける金注射、D-ペニシラミン、それらを使わないNSAIDs中心の治療を比較するというものでした。1年後には、NSAIDsのみの治療よりもDMARDs併用の方がリウマチの状態が良いという結果でした。資金面で苦しく、症例の収集やフォローアップも上手くいかなかったのですが、さらに続けていけば面白い研究になったのではないかと思います。

10年くらい経った頃でしょうか、参加した施設に問い合わせ、すでに症例数は少なくなっていました。フォローアップできている患者さんを調査したことがあります。その調査では、リウマトイド因子が陽性で、早い時期から関節にX線変化が出る患者さんは、10年後の予後があまり良くないということが分かりました。リウマチの予後を早い時期に判定する1つのメルクマールになると報告しました。

後藤：まさに今、言われていることですね。ところで、薬効検定委員会には私も参加しましたが、現在のイグラチモドなどのDMARDsを有望だと感じました。

東：検定委員会で行ったNSAIDsの中では、私はピロキシカムに比較的良い印象を持ちました。また委員長の時、レントゲンの読影の基本になっているSharp法のSharp先生や、QOLのAIMSを作ったMeenan先生らを招聘して、後藤先生たちと一緒に「薬効評価の新しい展開」というシンポジウムを開催したことも記憶に残っています。

### 東威の臨床姿勢

後藤：東先生がこれまで後輩を教育したり、リウマチ診療のあり方を追求したりしてきた中で、最も自信のあることと言えば、何になりますか？

東：患者さんの診察の仕方、特に関節の診方にはある程度自信があります。

後藤：先生は関節を触るだけで、リウマチかりウマチでないかが分かるのですか？

東：病歴を聞いていればほぼ分かります。そんなことを言っていると、今の時代には笑われてしまうかもしれないけれど。関節の炎症はMRIで診ることもできますが、その前に患者さんの関節を触って診察することは、診断だけではなく患者さんの信頼を得る上でもとても重要なことです。

後藤：今は、本当にすぐにMRI検査を行いますね。どれだけ関節を触ってもお金に

ならない医療制度が問題なのでしょうか。

東：制度にも問題があるのかもしれませんが、まずは我々の教育です。指導する側がそのように教えなければなりません。「日本リウマチ友の会」の調査によれば、一度も関節に触られたことのない患者さんがいます。検査結果や電子カルテの画面ばかりを見て、患者さんとの会話が減っているということであれば困ったことです。現在のT2T (treat to target) においても、患者さんと話し合いながら治療を進めていくことが重要とされており、一方的に治療を押し付けることにはいけません。

後藤：今、早期から生物学的製剤（以下、バイオ）でアグレッシブに治療する時代です。私のように薬のなかった時代から現在のバイオ時代までの両方を経験してきていると、安易にバイオを投与する風潮には警鐘を鳴らしたくなるのですが、東先生はいかがですか？

東：バイオ全盛の今、考えなくてはならないことが2つあります。

1つは、患者さんとの話し合いが減ってしまったことです。バイオを使うと、良くなる患者さんはすごく良くなるので、検査を行って少しリウマチ活動性が高いと十分な説明もなくバイオを投与するという例が見られます。しかし、副作用もありますからリスク・ベネフィットをよく説明し、患者さんの意見も聞いて治療を進める必要があります。

2つ目は経済的な問題です。バイオの費用は高額で、すべての患者さんが負担できるものではありません。また今後リウマチに限らずいろんな領域でバイオが開発されると、医療保険が破綻するのではないかと心配もあります。リウマチは早期にDMARDsまたはMTXを中心とした治療をすれば良くなる症例も少なくないので、医師は患者さんの負担軽減、医療費の抑制も考えて処方すべきです。

後藤：リウマチはすごく個人差のある疾患ですから、本当のテーラーメイドメディスンが必要ですね。ガイドラインに沿って患者さんをカテゴリー分けするのはなく個人として診ていったほうが、成績も上がるでしょうし、いろいろな意味で安上がりな医療となるような気はしますが、それを言うと診療を行う医師のハードルが上がりますからね。

東：物療内科時代の話に戻りますが、当時はとにかく薬に限られていました。それだけに、患者さんとの話し合いは今よりずっと密であったと思います。しゃれた言葉で言えば、患者さんの側に立って考えるというような医療です。そのような診療態度は、バイオの時代になった今もリウマチ治療の基本といえるでしょう。

### リウマチの病態解明を後輩に託す

東：後藤先生もご専門である遺伝子分野から、「この患者さんにはこのバイオが良い」というようなことがもう少し分かるように



東氏の著書。「リウマチ教室」は医師と患者で一緒に読めるというコンセプト。



**関節機能改善剤**  
(精製ヒアルロン酸ナトリウム関節内注射液)

処方箋医薬品 注意—医師等の処方箋により使用すること

**アルツ® 関節注25mg**

処方箋医薬品 注意—医師等の処方箋により使用すること

**アルツ® ディスポ 関節注25mg**

(製造販売元)  生化学工業株式会社



**抗NSAID潰瘍剤 (ミソプロストール錠)**

劇薬 処方箋医薬品 注意—医師等の処方箋により使用すること

**サイトテック®**

**錠 100/200**

(製造販売元)  ファイザー株式会社

- 各製品の効能・効果、用法・用量、禁忌、使用上の注意等については添付文書をご参照ください。
- 各製品共、薬価基準収載

発売元〔資料請求先〕  
 **科研製薬株式会社**

〒113-8650 東京都文京区本駒込2丁目28-8 医薬品情報サービス室 (2015年12月作成) 6F11P





後藤編集委員長(左)と東氏(右)。日本リウマチ財団事務所に。

なってきたら、バイオによる治療にも納得がいくのではないのでしょうか。

**後藤**：はい。多くの遺伝子研究が行われていますが、今はまだ無駄な治療が多すぎる状態ですから。東先生は、日本のリウマチ学に対する願いはありますか？

**東**：「早くリウマチの原因をはっきりさせてくれ」ということですね。

**後藤**：私は、今ある治療を組み合わせることで 95% 以上の人は寛解するのだから、

リウマチの原因が分からないままにリウマチは攻略されたと思うのですが……。

**東**：いいえ、まだですね。例えば、バイオで抑えてもなかなかバイオフリーまで持っていけないという点では、リウマチは未だやっかいな疾患です。

**後藤**：東先生ご自身は、関節リウマチをどういう疾患だと思っておられますか？

**東**：古くから言われていることですが遺伝的な要素、それから感染など、いろんなことが一緒になって起こっている多因子疾患だと思っています。バイオが 7 種類も開発されているのにどれも 6～7 割しか効かないということは、現在の治療戦略の限界を示しているのではないのでしょうか。もう自分では研究していないので何も貢献できませんが、ゲノム研究が進みリウマチにも個別化治療ができる時代、さらに未病の段階

から治療できる時が来ることを願っています。

### 卒業しても、医師は医師

**東**：80 歳になった 5 年前、私は患者さんの診療を止めました。誰でも頭の働きは段々と衰えてきます。新しい薬がどんどん開発されますが、副作用などのデータが頭に入っていないと患者さんに処方することはできません。綺麗な引き際を考えたわけではなく、昔から患者さんを何とか良くしたいという気持ちでやってきたのですが、その自信がなくなったということです。若い医師に関節の診方を教えるなどの指導はできるだけ続けますが、私としては臨床医師は卒業したと思っています。

**後藤**：でも、医療の世界には老医の役目というものもあって、患者の話をゆっくり聞くことは若い医師にはできないことです。

**東**：そうですね。現在は、江の島のスパ施設において、会員さんからの一般的な健康

相談に応じています。リウマチに限らず、悩んでいる患者さんは、医師に話すだけでも安心するので年を取ったら、そういう役目に徹することも良いのではないかと思います。

私は強い個性の持ち主ではありません。医師人生を振り返ってみると、先輩の導きであるとか、同僚と一緒にいった活動だとか、もちろん患者さんから教わることも多々あって、結局、自分自身が主体的に何をやっていこうという明確な意思はなく、周りに流されるままにリウマチに取り組んで来たというのが本当のところなんです。でも、そのときそのときに流れて来た役目を、少しだけ格好良く言うなら、東大の物療内科でも自衛隊病院でも聖マリアンナでも、どこへ行っても一生懸命やってきたつもりです。

**後藤**：リウマチの語源は、ギリシャ語の“rheuma”。つまり“流れ”ですからね。貴重なお話をありがとうございました。

(文責編集部)

## 日本リウマチ財団ホームページリニューアル

日本リウマチ財団ホームページ「リウマチ情報センター」は、必要な情報を探しやすい、見やすいサイト作りを心がけ、ページ構成やデザインを一新しました。

『日本リウマチ財団情報』を TOP ページにして、『患者さん、一般向け情報』、『医療関係者向け情報』に入口を分けました。

- ・『日本リウマチ財団情報』は、基本活動、事業実績等財団の取り組みを紹介していきます。
- ・『医療関係者向け情報』は、医療関係者全般、財団登録医、リウマチケア専門職情報に分け、目次をつけて目的の情報にたどりつきやすくするとともに、問い合わせが多くある研修会情報は掲載方法を工夫し、また助成等募集情報はコーナーを設け応募しやすくしました。
- ・『患者さん、一般向け情報』は、「リウマチを知ろう」「リウマチを学ぼう」「専門医療機関について」「災害時リウマチ患者支援」の見出しをつけて、患者さんが求める情報に、わかりやすくたどりつけるようなページ構成としました。



財団ホームページ リウマチ情報センター

<http://www.rheuma-net.or.jp/>

## 企画運営委員会の活動について

企画運営委員会の活動について

平成 27 年 10 月・11 月開催の企画運営委員会の審議概要を次の通り報告します。

企画運営委員会 委員長 西岡 久寿樹

●日時 平成 27 年 10 月 13 日 (火) 18:00 ~

《報告事項》

1. 研修会の開催終了及び開催予定等について専務理事が報告。

○開催終了の研修会

9 月 13 日に九州・沖縄地区、9 月 27 日に中国・四国地区、10 月 10 日に北海道・東北地区リウマチの治療とケア研修会を、10 月 12 日に北海道・東北リウマチ教育研修会を開催、合計 277 名が参加した。

2. 委員会の開催について

・9 月 29 日 日欧リウマチ外科交換派遣医選考委員会

平成 28 年度の受け入れは、平成 28 年 9 月 4 日から 2 週間を予定。

・10 月 7 日 医療情報委員会

ホームページを大幅に改定、特に医療関係者の窓、一般の方の窓と区別し全体を見やすくした。

3. 第 2 期リウマチ財団登録薬剤師申請状況 138 名 (1 期 185 名)

《審議事項》

1. 国際学会におけるリウマチ性疾患調査・研究発表助成審査結果

狩野委員長から報告。アメリカリウマチ学会に 3 人を助成選考。

2. 財団の重要な活動である、教育研修事業今後のありかた

○大分での実施医会は、医師 92 名、看護師 23 名等の参加で盛会だった。

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等のメリットにもなる。

※ 今後、財団の各種委員会も組織体制を改善して、今後の運営に資する。

●日時 平成 27 年 11 月 10 日 (火) 18:00 ~

《報告事項》

1. 研修会の開催終了及び開催予定等について専務理事が報告

○開催終了の研修会

10 月 18 日に東海・北陸地区、10 月 25 日に近畿地区リウマチの治療とケア研修会を、11 月 1 日に東海・北陸地区リウマチ教育研修会を開催、合計 251 名が参加した。

2. 第 6 期リウマチケア看護師の申請状況について

5 期は 69 名、6 期は 106 名の登録申請があった。

3. リウマチ病学テキスト (改訂第 2 版) の発刊、年末刊行

4. 平成 27 年度法人賛助会員打合せについて

12 月 8 日 (火) 16:00 ~ 18:00

《審議事項》

1. 平成 28 年度海外派遣研修医の推薦依頼について

推薦文書は日本リウマチ財団、日本リウマチ学会の評議員に依頼する。

2. 平成 28 年度診療報酬改定の要望書 (案) について

10 月 18 日 (日) 医療保険委員会を開催、次の 2 点を要望。

・1 点目は、在宅自己注射指導管理料の見直しの要望

・2 点目は、看護師の外来化学療法予算が算定可能となるよう要望。

今回は平成 28 年 4 月、年 2 回の開催を申しあわせた。

3. 平成 28 年度リウマチ月間講演会 (6 月 19 日開催) について

講演は、松波総合病院リウマチセンター 佐藤正夫先生に依頼。

4. 委員会再編成について・西岡委員長が説明

背景として、財団が設立されて 30 年になる。統廃合を図りスリム化を図る必要がある。

5. その他

・新ホームページに災害時の生物学的製剤の写真を掲載。

・ホームページに理事の顔写真を掲載することが PR 効果もあるとして、掲載の方向が決まった。

## 市民公開講座等、一般(患者さん等)向けの講演会を開催予定の登録医へ

リウマチ情報センター「患者さん向け講演会」のコーナーに、リウマチ財団登録医が主催、世話人、演者等で関係する患者さんやそのご家族に向けての公開講座、講習会等を掲載します。詳しくは財団ホームページをご覧ください。



