日本リウマチ財団ニュース

Japan Rheumatism Foundation News

NO. 113 年6回発行

2012年7月号

2012年7月1日発行

発行 公益財団法人 日本リウマチ財団 〒170-0005　東京都豊島区南大塚2丁目39番7号 ヤマモト大塚ビル5階　TEL.03-3946-3551 FAX.03-3946-7500
日本リウマチ財団への交通のご案内 ●JR山手線大塚駅・南口より徒歩3分 ●地下鉄丸の内線新大塚駅より徒歩6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, Gavin Buffett）

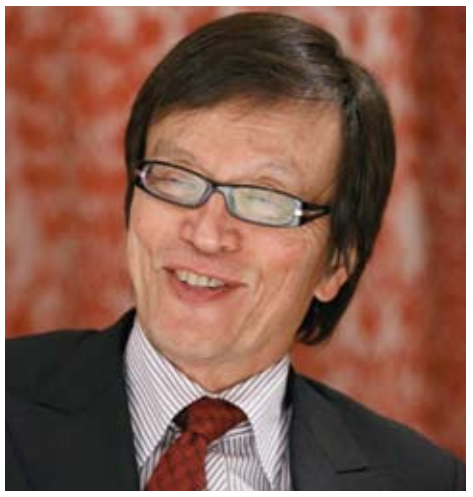
リウマチ情報センターホームページアドレス　http://www.rheuma-net.or.jp/

座談会　地域基盤型リウマチ医療体制の確立に向けたリウマチ財団登録医の新しい任務

参加者　**松原　司** 氏／松原メイフラワー病院 院長
西本　憲弘 氏／和歌山県立医科大学　免疫制御学講座 教授
岡田　正人／編集委員，聖路加国際病院アレルギー膠原病科（SLE，関節リウマチ，小児リウマチ）

司　会　**西岡久寿樹**／公益財団法人日本リウマチ財団 常務理事，東京医科大学 教授・医学総合研究所　所長

日本リウマチ財団が設立されてから 25 年以上。設立当時患者団体から強い要請を受け，日本リウマチ財団では前理事長が厚生労働省の政策医療の一環として強い支援を受け，標榜科も専門医もない時代に，関節リウマチ診療の向上を目指す目的から「リウマチ登録医制度」が設けられた。それから 25 年，リウマチ診療体制は標榜科が実現し，日本リウマチ学会には「専門医制度」が設けられるなど大きな変貌が見られた。本座談会では，こういった状況に対応するべく，日本リウマチ財団の登録医の在り方，特に地域間格差，施設間格差を払拭する医療体制の確立に向けた課題，また，看護師，薬剤師といったコメディカルの研修システムの方向性，そして，リウマチ性疾患の診療に関わる診療報酬制度などについて討論した。


西岡 久寿樹（公益財団法人日本リウマチ財団 常務理事，東京医科大学 教授・医学総合研究所 所長）

関節リウマチ治療はどのように現在変貌を遂げているかについて

西岡：これからの日本リウマチ財団の使命は，実地医家の先生方と研究者の間，そして行政との間に立って，その狭間に横たわるさまざまな問題点を解決していくことだと思っています。その背景を踏まえて，皆さんの現況理解を識るためにも，リウマチ治療がどのように変貌を遂げてきたかについて，先生方のご見解を伺いたいと思います。

西本：私は 1980 年代の後半から関節リウマチ診療を始めましたが，当時は治療薬がほとんどありませんでした。90 年代に入り，適応外でしたがサラゾスルファピリジン,メトトレキサート（MTX）を使い始めました。日本でMTXが関節リウマチに対して保険適応になったのは 90 年代の終わりですが，しかも，最大用量は 8 ㎎ / 週でした。その頃，海外ではすでに生物学的製剤が承認されていました。

私自身は 90 年代の初めに IL-6 阻害薬の研究を始めていました。92 年に大阪大学で，骨髄腫の治療薬として，ヒト化抗 IL-6 受容体抗体の基礎研究を開始し，94 年には関節リウマチを視野に入れた研究，特にトランスレーショナル・リサーチに携わりました。ちょうど，海外で Feldmann 先生，Maini 先生が TNF 阻害剤を開発されていたのとほぼ並行する形で，IL-6 阻害剤の研究を進めていました。しかし，日本では，臨床開発時間がかかり，トシリズマブが承認されたのは約 10 年遅れてのことでした。

こうした研究開発の経緯は，関節リウマチ診療の変化そのものであったと思います。抗リウマチ薬（DMARDs）が使えるようになり，次に生物学的製剤が使えるようになり，それに伴って患者さんの QOL が改善されるようになったことをはっきりと実感しました。10 年前に私が診ていた患者さんに現在の治療薬が使えていれば，多くの方に機能障害が残らないようにできたと思います。

岡田：生物学的製剤以外の治療薬は私が関節リウマチ診療に携わり始めた 1989 年からあまり変わっていませんが，使い方に変化が生じています。欧州でも同様ですが，2000 年に生物学的製剤が登場した年の使用率はわずか 2% でしたが，DAS 寛解率や，逆に DAS 5.1 以上の高疾患活動性の率がいきなり約 15%改善しました。これは生物学的製剤の登場によって，「関節リウマチは完全に抑えられる。炎症を抑制してさらに高い治療目標に向かっていきましょう」という意識を持つようになったからかもしれません。MTX もかつては 2.5mg ずつ毎月増量していましたが，現在では早期に増量するようになり，8 週間で最大量に達するように増量されています。また，一剤で効果不十分であれば 3 剤まで DMARDs を追加する

（次ページに続きます）

座談会　「関節リウマチと肺疾患」前編

ゲスト　猪熊 茂子 氏（日本赤十字社医療センター アレルギー・リウマチ科部長 リウマチセンター長）
司　会　森本 幾夫 編集委員　　コメンテーター　仲村 一郎 編集委員

関節リウマチと合併症をとり上げる座談会シリーズ。今回は最近の関節リウマチ薬物治療とは切っても切れない疾患として，間質性肺炎（interstitial pneumonia：IP）を中心とした肺疾患をテーマに，関節リウマチの専門家でもあり膠原病領域のエキスパートとして著名な猪熊茂子 氏をお迎えして，現代における同疾患に対するリウマチ登録医がとるべき治療戦略を鋭く追及した。

113 号の主な内容

- 座談会　地域基盤型リウマチ医療体制の確立に向けたリウマチ財団登録医の新しい任務
- 「関節リウマチと肺疾患」座談会　前編
- 速報 EULAR2012
- アナウンスメント
- 画像 Quiz 第 9 回

森本：現在，関節リウマチ（RA）では，生物学的製剤が多く用いられ，臨床的寛解の導入・維持を目指し，さらにドラッグフリー寛解も視野に入れた治療目標が提言されています。一方，結核，日和見感染症などの肺疾患や，MTX などによる間質性肺炎（IP）は今後さらに増加する可能性があると思われます。そこで本日は「RA と肺疾患」について，日本赤十字医療センターの猪熊先生をお招きし，整形外科からは仲村委員にもご参加いただいて，お話いただきたいと思います。

RA の肺疾患は予後を左右し得る ～ RA 肺に興味をもったきっかけ～

森本：猪熊先生は膠原病，RA の肺疾患というご専門ですが，どのようなきっかけで肺疾患に興味を持たれたのでしょうか。

猪熊茂子 氏（日本赤十字社医療センター アレルギー・リウマチ科部長 リウマチセンター長）

猪熊：私ははじめ物療内科（東京大学）におり，アレルギーを中心に研究していました。アレルギーと膠原病や RA はつながっており，アレルギーの研究をすると肺は避けて通れない場所ですので，肺の勉強をするようになっていきました。その後，都立駒込病院のアレルギー膠原病科では，アレルギー，膠原病，RA のいずれも診療しました。臨床家はまず予後を良くしなければいけないのですが，シビアな病態の中で予後を左右し得るのが肺だったのです。

RA とそれ以外の膠原病では合併する IP に違いはあるのか ～アルプスをイメージしよう～

森本：膠原病では IP を合併し易いですが，RA に合併する場合と，皮膚筋炎（DM）や多発性筋炎（PM），それ以外の膠原病で合併する場合とでは本質的に何か違いはあるのですか。

猪熊：膠原病，RA，アレルギーはいずれも慢性の全臓器疾患です。慢性の炎症が多臓器に起き，免疫異常を伴うものは広義の膠原病と言うことができ，この中に RA も狭義の膠原病も入るのです。膠原病という広い病気を考える際は，山が連なる中央アルプスの山並みをイメージしてください。

森本 幾夫 編集委員

（5 ページに続きます）

西本 憲弘 氏（和歌山県立医科大学 免疫制御学講座 教授）

ケースが増えています。イギリスでは，9年前は併用療法が占める割合は2～3%でしたが，2009年には3剤併用が3分の1を占め，「炎症を早く抑える」ようにアグレッシブな治療が実施されています。日本では，用量の問題などもありますが，現在では欧米とほとんど同じように治療薬が使えますので，より積極的に攻めていく先生が増え，患者さんのQOLが向上しているのではないでしょうか。

松原：関節リウマチ治療において最も大きな変貌は，ご承知のように生物学的製剤が登場したことです。欧米では日本より早く適応を取得し，治療のアウトカムが変わりました。そのため，治療アウトカムをベースとして，それに適合するような診断や評価の方法に見直され，目標達成に向けたT2T（treat to target）の概念などが出てきました。そういう意味では，この生物学的製剤の誕生によって，かなり大きな治療アウトカムの改善が生じたというのが，この10年間の変化ではないかと思います。

ただし，その反面，寛解を目標とする治療の概念が全て，日本の医療の中で生かされているかといえば，それはやはり別問題で，今後，クリアしなければならない課題は多いと思います。

西本：生物学的製剤が登場したことで，リウマチ学そのものが格段に進歩したと思います。生物学的製剤が臨床で使用されていく中で，新たな発見を得たり，今までの概念が変わってきています。生物学的製剤により関節破壊を抑制し，構造的な寛解を達成することも可能になったことで，新しい分類基準，あるいは寛解基準が出てきたと思います。

地域間格差，施設間格差の現状

西岡：新たな治療の武器を手に入れて，リウマチ診療は飛躍的に進歩しましたが，専門医のいない地域や情報提供が不十分な医療施設などでは，こういった治療法が導入されず，従来の診療が続けられている場合が多く見られます。こう言った地域間格差，施設間格差の問題について，先生方のお考えをお聞かせください。

西本：それは深刻な問題だと思います。最新の治療方針を取り入れて，寛解率が高まっている施設もあれば，金製剤をいまだに処方しているなど，従来の治療法が続いている施設もあり，地域間，施設間格差が存在しているのが現状だと思います。こうした実態は，我々に，地域に密着した関節リウマチ医療をどのように確立していけばいいのか，という大きな課題を投げ掛けていると思います。地域間，施設間の格差を改善することが，関節リウマチ診療にかかわる全ての者の使命だと思います。

松原：実際に，地域間格差，施設間格差の存在は否定できません。兵庫県を例にとってみても，専門の医療機関で治療を受けている患者さんは約4割で，5～6割の患者さんは，一般の整形外科や内科を受診されています。専門の医療機関では，評価法やT2Tなどの概念に精通している先生が診療されており，非常にアウトカムが良くなっています。一方，非専門医を受診している関節リウマチ患者さんは，従来のDMARDsですら十分に使いこなせていない先生が診ている場合があり，専門医と異なる概念で治療されているケース，治療経過に差が出ているのが現状です。

しかし，専門医が全ての関節リウマチ患者さんを診療するのは，現実的な問題として難しいため，地域医療をベースに，総合的に関節リウマチをコントロールして，格差を少なくしていくような体制を整える必要があると考えます。

西本：地域間格差，施設間格差が生じた原因の1つは，最新の治療の情報を得る手段がないことだと思います。リウマチ学会等に積極的に参加されている先生方，あるいはリウマチの専門医として，最新情報を得て学習し，それを実臨床に生かしている先生方は，最新の医療を行えますが，地域に密着し，実臨床に携わっている実地医の多くの先生方は，学会や研究会への参加が難しく，治療経験も少ないため，最新の治療法を施行するというハードルをなかなか越えることができません。そのため，専門医と非専門医の差が大きく開いてしまったのだと思います。ですから，日本リウマチ学会のリウマチ専門医制度は，最新の専門知識を得て，エキスパートを育てるという意味では非常によいのですが，地域に密着して患者さんを診ている先生方に対して情報発信をしたり，相談を受けたりできる体制を整えることには大きなハードルがあります。地域密着型のリウマチ医療を改めて考えなければいけません。

岡田：最近は，テレビや新聞から多くの情報を得ることができるので，生物学的製剤に関してもご存じの患者さんがほとんどです。確かに，早期の関節リウマチの患者に生物学的製剤を使ったスタディの結果は素晴らしい効果を示していますが，経口DMARDs，特に最近の積極的な併用療法では大多数の患者さんで臨床的に有意な骨破壊は認められていません。また，生物学的製剤は経済的に使用が困難な患者さんがいることも確かです。

従って，まずはDMARDsの使い方を適正化しないと格差が縮まらないと思います。わが国での生物学的製剤の使用率は最近の統計でも3割以下であり，残り7割の患者さんの治療薬はDMARDsですから，まずはDMARDsをしっかりと使っていくことが重要です。

まず，多くの患者さんでは早期からMTX併用療法を開始することも重要です。これまで以上に積極的に使用していこうというときには，個々の患者さんの病状によりながらもシステマティックなモニタリングと増量の仕方をある程度は決めておくことが，より良い効果と安全につながると思います。当科でも新しく入った若い先生用に投与法や留意点などのポイントをまとめて共有していますが，登録医になっていただいた先生方にもDMARDsに関する日々の臨床に必要なことだけを1枚のカードにまとめたようなツールをお配りすることで安心して標準的な治療を行っていただくことにつながるのではないでしょうか。実臨床でリウマチを診ている先生方に大きな本を送っても，実際の診療では使いづらいので，診察室に置いて実臨床ですぐに確認できるような形態である必要があります。MTX使用時の胸部単純X線写真や血液検査のタイミングなど一覧にできるとよいと思います。適切なDMARDsの使用が，結局は適切な生物学的製剤の使用につながるのではないでしょうか。

西岡：生物学的製剤を開始する際のポイントはなんですか。

岡田：まずはどのような患者さんであれば安全に使用できるかを知ってもらうことです。65歳以下，リウマチ肺がなく，糖尿病もない患者さんでは，特に安全に使用できます。生物学的製剤を使用し始めたころに，ハイリスクであるリウマチ肺を伴った高齢者などに生物学的製剤を投与し，肺炎が起こるとその後は積極的には使いづらくなってしまうかもしれません。生物学的製剤を安全に使用するためには，使用前に悪性腫瘍のスクリーニングをして，肺炎球菌ワクチンを打って，結核のスクリーニングと予防を確実に行い，開始後も最初の6ヵ月は少し慎重に胸部X線なども撮って，効果だけでなく定期的に安全性のチェックも必要になります。当院では，後期研修医の先生がチェックシートを用いて確認してくれていますが，開業施設でもリウマチケアナースなども含めたチーム医療でシステム化するのが良いのではないでしょうか。

また，生物学的製剤をまだ使用していない先生と連携して患者さんを診療することもあります。感染症のリスクが高いのは投与開始後の半年間ですから，最初の半年は当院を受診してもらいリスクが低下するころに患者さんをお返しすることもあります。リウマチ診療に関わる全ての先生方に，生物学的製剤に関しても理解していただければと思います。

西本：日常診療に時間を取られていて，DMARDsや生物学的製剤などの情報が少ない先生方に，情報を得る機会を提供していくことが我々の役割になりますね。

西岡：『日本リウマチ財団登録医制度』は大きく改正し，今後，リウマチ専門医以外にも小児科や家庭医療を担う総合診療科の先生方にも広くご参加いただいて，実地医が参加しやすい研修を企画して，情報を共有できる仕組みを開始しました。

まずはMTXの使用法について，きちんと習熟することから始めていき，地域格差をなくすことを目指していきたいです。その意味でも情報をどのように地域の第一線の先生方に伝えていくかが課題になります。

松原：格差を埋めていくには，病診連携あるいは診診連携等が必要だと考えます。例えば，リウマチ専門施設がプライマリケア医に積極的に働きかけて病診連携を行い，その過程で啓発活動を進め，情報を伝えていくことが理想だと思います。

西岡：地域の実地医の先生方が適切な治療法を知っていれば，より多くの患者さんを良好にコントロールできるようになります。早期の関節リウマチであれば，一定量のMTXと少量のステロイドだけで十分コントロールできますし，適正量のDMARDsで治療すれば何ら問題のない症例がたくさんいます。加えて生物学的製剤の投与が可能であれば，寛解率は著しく高まると思います。

実現するのは易しくはないかもしれませんが，コアとなる施設をつくり，地域のネットワークを広げていくことが重要です。地域基盤型の関節リウマチの医療体制を確立するという意味でも，今後の新しい制度に基づく登録医が担う役割は極めて大きいと思います。

松原：病診連携のネットワークづくりで非常に難しいところは，パスを使っても問題が生じたときに，「病院で患者さんを受け入れてくれる」という保証がないと，なかなか続いていかないことです。例えば，「スクリーニングだけやりますから，その後の治療はお願いします」という形でやろうとしたら，なかなかうまくいきません。このようなことは当院でも経験がありまして，病診連携を進めていこうと思ったら，コアとなる施設が患者さんに対する責任を受け持つようにしないと，なかなか真の意味での病診連携は広まらないという印象です。

岡田：そのとおりだと思います。連携診療は病院と開業施設の両方である程度の役割を確認し相互に助け合う体制でないとなかなか続けることは困難です。病院側に再度の受け入れが求められる事態の多くは，感染症や副作用などで緊急性を要する場合です。重症化することもありますから，病診連携を担う病院に勤務する医師にとって大きな負担となりえます。ですから，連携施設とも治療や検査のシステムを共有し，そのような事態になるリスクを軽減しておくことが大切ですし，また問題が起こった場合もあまり重症化しないうちに送っていただくような体制が必要だと思います。逆にある程度コントロールできたら，地域のクリニックの先生に普段の診療をお願いすることで，病院の負担を減らすような体制が取れれば，相互のメリットになるのではないでしょうか。

松原：実際に，病院側が負担を感じるような重度例を受け入れるケースはどのくらいありますか。

岡田：実際には，ほとんどありません。

松原：年間で数件と，多いわけではないので，基幹施設が責任を持つようにして，積極的に病診連携を進めていくという姿勢でいけば，十分成立すると思います。

岡田：治療開始前のスクリーニングをきちんと行い，定期的な検査について知ってもらって，連携を進めていけば，重症例の出現などの問題はほとんど生じないと思います。また，開業医の先生方は，多忙な業務に追われていると思いますので，優秀なリウマチケア看護師がふえることは患者教育や安全な治療継続にとても重要だと思います。

リウマチ性疾患ケア「コメディカルの教育研修システムの構築」

西岡：関節リウマチ医療では，コメディカルとの連携も重要で，とくに看護師のレベルが上がれば治療の質を高めることができると思います。現在，財団の登録リウマチケア看護師制度には，600人の看護師が登録しています。財団では，これからは実地医のもとでリウマチ治療の第一線に従事しているコメディカルの教育研修システムの構築も重要な役割と考えています。

岡田：リウマチケア看護師には実臨床に繋がる知識を優先して習得していただくのがよいと思います。例えば，実臨床で活用できる知識をまとめた10ページくらいの冊子を作り，まずはそれだけは完全にマスターしていただき，資格の維持にはそのような内容を常にUpdateして身に着けていただいているかを確認する工程があるのがよいのではないでしょうか。

西岡：その後で，臨床の現場での教育は，経験のある登録医等リウマチ専門医が教えていければよいと思います。当然，副作用の発現予防についても指導していけるでしょう。

松原：クリニカルパスをつくるのもよいと思います。クリニカルパスのメリットの1つは，いつも同じ診療を繰り返しますから，もしパスから逸脱するようなことが起こった時に，看護師がおかしいと気づけるようになることです。そういう意味でもクリニカルパスの意義はあります。経験を積み，看護師としてエキスパートになってきたら，異常をすぐに察して，副作用の発現を未然に防げることもよくあります。

西本：医師の診療時間を確保するためには，

岡田 正人 編集委員

ヒト型抗ヒトTNFαモノクローナル抗体製剤　薬価基準収載

シンポニー®　皮下注50mgシリンジ

ゴリムマブ（遺伝子組換え）製剤
Simponi® Subcutaneous Injection

生物由来製品　劇薬　処方せん医薬品*
*注意－医師等の処方せんにより使用すること

新発売

効能・効果、用法・用量、警告、禁忌を含む使用上の注意等については、
製品添付文書をご参照ください。

製造販売元（資料請求先）
ヤンセンファーマ株式会社
〒101-0065 東京都千代田区西神田 3-5-2
URL:http://www.janssen.co.jp

発売元（資料請求先）
田辺三菱製薬株式会社
大阪市中央区北浜2丁目6番18号

ⓒ Janssen Pharmaceutical K.K.2011

2012年6月作成

看護師の力を借りる必要があると思います。治療の安全性も高まりますし，医師よりも看護師の方が患者さんの声を吸い上げる能力に優れています。患者さんも医師が忙しいことがわかっており，相談しにくいようですが，看護師には話せることもよくあります。ちょっとしたことでも患者さんのことを聞き取ってもらえる意味は大きいです。

西岡：今後，財団では海外のリウマチケアチームの看護師等と，日本の看護師が交流する場所を設けていくつもりですが，このような交流をきっかけにモチベーションを高めていくことが大事です。この件については海外の経験の豊富な岡田先生を中心として推進して頂くことになりましたが，どのような型をお考えですか。

岡田：交流会で双方の意見交換ができるよう，日本の看護師の取り組みをモニタリングし，関節リウマチ医療をどのように進めているのか，現状を示すデータを作っておく必要があると思います。例えばEULARのケアチームと交流する機会を迎える前に，早急に日本の現状がわかる資料を作成し，プロトタイプを用意しておけば，情報交換はよりスムーズにできると思います。

西本：ヨーロッパの看護師の仕事は，日本とは異なるのでしょうか。

岡田：イギリスを除くと，日本とほとんど変わりません。イギリスでは看護師がDMARDsを処方しますし，検査も含めて生物学的製剤の処方以外は医者と同じことをやっていますが，その他のヨーロッパの看護師の役割は主にモニタリングや患者さんへの説明などですから，日本の看護師が担う役割を示し，医師との連携体制をきちんと構築してやっていますよということを提示できれば，よいコミュニケーションができると思います。

西岡：総合病院では看護師は配置転換が頻繁にあり，習熟する前に移動という声を耳にしますが…。

岡田：病棟は配置転換が多いのですが，幸い関節リウマチを診る看護師は外来を担当しており，配置転換は必ずしも総合病院では多くないのではないでしょうか。ただ，日本の大学附属病院ではかなり異動が激しいようです。

西岡：看護師には最低3年は続けて勤務していわゆるケア看護師の資格を取得してほしいですね。看護師の教育をしっかりできれば実地臨床は非常にうまく行きます。こういった問題について，松原先生のご施設ではどのようにされていますか。

松原：当院では，全てのものにパスを作っています。例えば，自己注射を導入するためのパスを作っており，新しい看護師が入ってきた際には，ベテランの看護師と同伴して，パス通りに同じことを繰り返し行っています。繰り返し行うことで，看護師のレベルが向上することがパスの意義だと思います。

西岡：看護師のレベルが上がれば，医師は負担を感じずに治療していけますね。そのうえ，地域間格差や施設間格差を埋める観点からも，登録リウマチケア看護師が大きな役割を担うと思います。

岡田：伝統のある看護大学もあることから，当院の看護師は欧米と比してもしっかりしているという印象です。細かいマニュアルを作成してとてもシステマティックな看護をされています。過去5年間に積み重ねた経験を基に，生物学的製剤の説明から自己注射や点滴の方法など，全てにマニュアルを作っています。財団でも公認マニュアルを出して，いろいろな施設の意見を取り入れてテキストを作るのが良いのではないかと思います。

西岡：それは非常に良いアイディアだと思います。次に，薬剤師への啓発・教育について，現状の問題点，課題を話し合いたいと思います。私が困惑するのは，遠方から通院されている患者さんが，リウマチ治療薬の処方経験が少ないかかりつけの調剤薬局に処方箋を出したときに，薬剤師が医師と異なる説明をする可能性があることです。特に副作用については，調剤薬局の薬剤師と医療機関がコミュニケーションを取っておかないといけませんね。

松原：当クリニックは，リウマチ患者さんが占める割合が高いですから，周囲の調剤薬局とは比較的,意思の疎通ができていると思いますが，関節リウマチ患者が少ない地域の調剤薬局では，西岡先生がご指摘された様なことが起こると思います。

西岡：関節リウマチ診療に関する薬剤師向けの情報ツールはいろいろありますから，多くの薬剤師に登録してもらい，情報を得ることができるシステムを作ったり，研修を進めたいと思っています。また，現在，財団の評議員に日本薬剤師協会や日本看護協会の方も加入して頂いています。このような方々の協力を得て体制を大きく刷新しようと思っています。関節リウマチ治療に精通したコメディカルの養成が，いま最も求められているのではないかと考えます。

西本：リウマチケア看護師は，専門医がいる施設で活躍されていると思いますが，数名の関節リウマチ患者さんは診ているけれども，専門に診ているわけではないという施設にもリウマチケア看護師が必要だと思います。

薬剤師の問題については，確かに関節リウマチの専門医がいるクリニック周辺の調剤薬局であれば，医師も薬剤師もリウマチ薬に精通していて，何の問題はありませんが，遠方から通院されている患者さんが，地元の薬局に行ったときに混乱が生じる可能性があります。患者さんにMTXを投与する場合など，調剤薬局からの問い合わせが時々あります。患者さんは薬剤師と医師の説明に乖離があると不信感を抱きますし，コンプライアンスの低下が懸念されます。

松原：薬剤師の方は古い添付文書をみたのかもしれませんね。

西本：そうなのです。私は消化器症状などが出なければ，朝1回の方が服薬を忘れないのでよいと思って処方したのですが，古いパンフレットの裏にある添付文書をみたのかもしれません。また，関節リウマチ治療におけるMTX診療ガイドラインでは「8mg/週を超えて投与する時は，分割投与が望ましい」と書いてありますから，薬剤師が心配になったのだと思います。MTXを置いてない薬局もありますし。

岡田：薬剤師の場合，病院の近くだけでなく，地方の調剤薬局まで，広範囲の薬剤師が関節リウマチ診療にかかわることになりますから，啓発・教育はより難しいですね。看護師でしたら，登録医の先生方にナースの手引きをお送りして，一緒に知識を共有していただくということもできますが。

西岡：その場合，製薬会社のMRの役割が重要になってくるので，MR啓発も必要になってくると思います。製薬会社のMR，薬剤師をきちんと教育することは，地域基盤型のリウマチ医療体制の確立に向けて必須だと思います。ただし，かなりきめ細かくやっていかないと，地域間格差や施設間格差はなかなか縮まらないと思います。

診療報酬上の問題点

西岡：財団の大きな役割の1つに診療報酬の改正に向けた提言があります。特に，私達が度々指摘しているように関節リウマチ診療において，その問題はかなり深刻です。2つ問題があります。その1つは，治療費が高額で支払えないという患者さん，いわゆる受益者負担をどうするかという問題です。生物学的製剤を使えばすぐに良くなると思われる患者さんでも，経済的負担が大きいことが障害になって，治療を開始できないことがあります。癌の化学療法とは違い命に別状がない病気に関しては，年金生活者などにとって生物学的製剤を選択するのは経済的に大きな負担になり，家族の理解も得にくいと思います。

第2に，医療機関側の問題として，高額な薬剤を皮下注射しても，ビタミン剤注射と同じ技術料しか取れませんから，医療機関は経営上大きなリスクを受けることになります。ご存じのように，癌の外来化学療法や糖尿病の在宅自己注射指導管理料は，診療報酬の加算対象となっています。が，いずれも不備で関節リウマチ診療においても，生物学的製剤の療養加算をどのようにするかは重大な問題点と考えます。

松原：自己注射指導管理料についても矛盾する問題があると思います。例えばインスリン療法を受けている患者さんが同時期に違う施設で骨粗鬆症治療薬を在宅自己注射するとします。在宅自己注射管理加算は，一人の患者について月に1回しか算定できませんから，Aという施設でインスリンの在宅自己注射管理加算が取れても，Bという施設では骨粗鬆症治療薬に対する加算はできなくなります。現在，医療費の算定は電算化されていますので，重複していることがすぐにわかります。治療する疾病が違っても，別の施設で在宅自己注射管理料を請求することはできません。これはものすごい矛盾です。加算が重複しているのがわかると，面倒な問題が出てきます。

岡田：私がもう1点問題と考えていることは，診療報酬が薬剤選択に影響することです。例えば大きな専門病院で化学療法室があれば化学療法加算もありますが，簡易加算を取った場合と在宅管理指導料で請求した場合では請求できる金額に差があります。施設によっては，経営的に点滴をするより自己注射の方がスペースや時間もかかりませんし，しかも在宅管理指導料の方が高額になりますから，自己注射が可能な生物学的製剤を効果や安全性ではなく投与方法で選びやすくなるということも起こりえます。

松原：同感です。月1回に限られた在宅自己注射管理料加算は取れませんので，選択したくないとすると，2週間に1回で，在宅医療管理指導料が取れる生物学的製剤を第一選択にしようと考えます。また，生物学的製剤でも化学療法加算が取れない薬剤を導入するのは難しいという医療機関も少なくありません。つまり，加算のコンプライアンスの差によって，生物学的製剤を選択する基準が大きく左右されてしまいます。ですから，どの生物学的製剤を使っても同じように請求できる，いわば生物学的製剤の管理加算料のようなシステムを作っていくべきではないでしょうか。

西岡：日本リウマチ財団登録医等の要望をくみ上げ，行政や立法府に働き掛け，政策として実行させることも大きな任務の1つです。従って，診療報酬上の問題にはまさに緊急の課題として取り組んでいく必要があります。また，日本リウマチ財団では2年後の医療費の改定を目指して，適正な生物学的製剤の技術料加算を関連学会と協同して今デザインしているところです。具体的には，注射でも点滴でも，関節リウマチに対して生物学的製剤を使えば一定の加算をするとしています。診療報酬上の問題は，総合病院では複数の診療科があり大きな問題にはなっていませんが，地域で関節リウマチ診療を行う医療機関にとっては死活問題です。

医療費に関する問題は，今後改善していかなければいけないと思います。薬価改定で，トシリズマブの価格が25％下がったことには，患者さんがすごく喜んでいますから，患者さんの立場からみても薬剤費は重要な問題です。

岡田：毎月4万円の薬剤費が3万円になりましたから，喜ぶ患者さんも多いのではないでしょうか。

西岡：ただし，なぜ「日本発」の薬だけ，25%もディスカウントしなければいけないのかはよくわかりません。

西本：薬価改定には二面性があって，薬価を

松原 司 氏（松原メイフラワー病院院長）

下げることで患者さんは喜びますが，国内での新薬開発の意欲が衰えてしまって，企業にとってはものすごいマイナスになります。今回の薬価改定は，国内で生産しているから価格を下げても採算は合うでしょうということだと思いますが。

西岡：そのジレンマに，私たちはいつも立たされるわけです。ですから，公的な補助を受けられる体制を作る必要があると思います。その一方で，生活保護を受けている人が，関節リウマチ治療が無料になっているというのは大きな矛盾を感じますが。ある県では，身体障害者の3級以上であれば無料である場合もあれば，一定額を負担するなどといった所得に応じて対応しているなどの大きな地域格差があります。

松原：アメリカでは，企業と連携して自己負担額を企業がキックバックするようなシステがあるようです。そのことを考えると，世界の中でも日本の患者さんは関節リウマチ医療に対してかなり大きな経済的負担を抱えていることになります。

西岡：日本はバイオ製剤の世界第2位のマーケットですが，言葉を変えると，現状，外資系製薬企業にほとんど支配されているマーケットだとも言えます。しかも，トシリズマブのような国産品は値下げを強いられる。憤りすら感じてしまいます。それでも，患者さんのうれしそうな顔を見ると，心は揺れてしまいますが。

岡田：韓国では，数年前までは30%だった患者負担を，患者会の働きで10%に下げていますから，患者さんからの働き掛けも重要です。ただ，施設によって使用基準や使用率にばらつきがありますから，経済的に使用できる患者さんが増える場合には，医療費全体のことも考えてヨーロッパ的な基準やルールもある程度必要になってくるかもしれません。

西本：オランダでは，専門医の数が全国で200人程度しかいないのですが，専門医が生物学的製剤を使った場合，専門医が必要と認定すれば，ほとんど無料に近い費用負担で生物学的製剤を使えます。ですから，日本でも専門医が，本当に使う必要があると認定した場合に，3割負担ではなくて補助を受けるようにしてはどうでしょうか。

岡田：ヨーロッパの先進国では生物学的製剤のような高額医療はほぼ無料です。制度としては何を処方しても医師の収入は変わりません。処方箋代も変わりませんし，どんな検査をしても，自分がもらうのは診察料だけで，生物学的製剤を処方して収入が増えるわけではありません。医師は治療を選択する場合には経済的なインセンティブなしに効果と安全性で選択することになります。とはいえ，検査や手間のかかる治療を行っても同じというのは不公平な場合もあり，どの制度も良い点悪い点があるのではないでしょうか。

西岡：医療費に関する課題は，患者さんにとってリーズナブルな診療コストの在り方を考えること，もう1つは医療機関が高額な薬剤費が原因で支払い超過となり，経営上のリスク問題をどう解決するかということです。

松原：診療報酬に関して今一番問題になって

いるのが，個別指導の対象になってしまうということです。開業医が注射した場合，例えばゴリムマブは 1 本 15 万円くらいです。すると，皮下注射で 18 点 180 円をもらって，月に 15 万の経費を抱え込むことになります。そして，それだけではなくて，クリニックのレセプトの単価が上がることによって，自動的に上位 8% が集団的個別指導の対象となってしまいます。一方，調剤薬局に自己注射で処方した場合，クリニックのレセプトは上がりませんが，調剤薬局のレセプトが高額診療になって，集団的個別指導の対象になるのはいかがなものでしょうか。

西岡：肝炎治療の場合，インターフェロン製剤等高額な薬剤を除外した値段で計算していますが，生物学的製剤も同じような制度にすることはできないのでしょうか。

松原：そうすべきだと思います。日本リウマチ学会や財団などが協同して当局に現状を認識して頂き，レセプト単価から生物学的製剤の費用を除外して考えないと，クリニックの場合は行政指導のリスクは避けることができないと思います。

西本：特に，クリニックで点滴を行う場合には，薬剤費の割合がかなり高くなりますね。

西岡：どこのクリニックでも，仕方がないと泣いているのが現状だと思います。患者さんが痛みから解放されて喜んでいる姿をみると，やってあげてよかったと思います。ですから，財団は，診療報酬上の問題を解決していくよう働きかけなければいけないと思います。

リウマチ登録制度の改革と日本リウマチ財団のこれからの役割（期待すること等）

西岡：最後に，先生方から，登録医制度を含めて，今後日本リウマチ財団のあるべき姿について，ご意見をいただきたいと思います。

西本：日本リウマチ学会の専門医制度とは違った任務が，財団の登録医制度には当然あると思います。学会の専門医制度の対象は関節リウマチあるいは膠原病などを専門に診ている先生方でよいのですが，財団の登録医制度では，非専門医の先生方にも裾野を拡げ，登録医になってもらい，地域支援をしていくことが重要だと思います。

西岡：リウマチ医が診る疾患は，関節リウマチだけでなく，膠原病や希少難病やリウマチ性多発筋痛症など，もっと広く言えば変形性関節症や骨粗鬆症なども含めて守備範囲がものすごく広いわけです。ところが，生物学的製剤が登場して，みんなの目が関節リウマチの方に向いてしまって，ループス腎炎や進行性全身性硬化症（PSS），血管炎，線維筋痛症など多くのリウマチ性疾患にも「光」をあてる必要があり，取り残されていると感じます。

西本：私はそれらの疾患に対しても対策が必要だと思います。

西岡：専門医はそうではないのですが，非専門医のなかでは，関節リウマチ以外の疾患に関する知識について，地域間格差，施設間格差がさらに広いのです。その点，岡田先生のお考えはいかがですか。

岡田：日本リウマチ学会はそれらの疾患の研究を深く展開してはどうでしょうか。財団は当面関節リウマチ及び周辺疾患の実地医療を中心に充実を図るべきだと思います。財団の登録医が up-to-date の知識を常に持てるようするには，毎月，診療に必要な情報を提供していくことが求められます。フランスでは，登録医にはガイドラインの小さな冊子が毎月無料で何冊も送付されてきました。『日本リウマチ財団ニュース』でもいいのですが，大きすぎて診療の場には置いておけませんから，サイズを小さくし，5 分で読めるようなポイントをまとめた冊子を登録医の先生方に毎月送付できるとよいと思います。また，ファイリングして診療室に置いてもらえれば，スタッフも含めて閲覧し，情報共有することができます。こうして，登録医が関節リウマチ診療に関して一定レベルの知識を持てるようになれば，臨床のレベルが上がり，登録医制度の意義が高まると思います。

西岡：コンパクトにまとめた情報ツールを活用することが重要ですね。看護師も読んで知識を高めることができますし，この点は，今後，財団が取り組む課題になると思います。

岡田：診断，治療，フォローのような感じで，エッセンスだけを記載したものでいいと思いますから，登録医の先生方に定期的にお配りするなどでしょうか。

松原：必ずしもリウマチの専門ではないけれど，ある地域の診療ネットワークの中である程度診ている先生が登録医の対象になってきます。登録医の先生方に対しての情報提供，そして，専門医と結び付ける病診連携のシステム作りに，財団は取り組んでいく必要があると思います。また，患者会とのつながりを作るきっかけになることも期待しています。登録医になることで，関節リウマチの患者の会とも連携ができれば，患者さんを増やすことにつながりますし，そうなれば治療について勉強する意欲も高まっていくと思います。

西岡：実際には，プライマリケア，あるいは総合診療科の医者として，登録医が診なければいけないリウマチ性疾患は，関節リウマチだけではなくて，もう少し幅広くあると思います。

岡田：そうですね。コモンディジーズで，関節リウマチと似たような症状で来るようなこともありますから，痛風やリウマチ性多発筋痛症などのリウマチ性疾患の知識を保てるようにすることも登録医の先生にはメリットとなると思います。診療の幅も広がるのではないでしょうか。

西岡：今後，日本リウマチ財団にリウマチのみならず，関連分野の先生方にどんどん登録していただき，研修制度の充実と多くの実地制度の充実と多くの実地医の方々の種々の要望にお応えすることが私たちの責務だと考えます。また，登録医が看護師や薬剤師に対しても，ケア看護師制度の充実を企てる研修をしていくシステムを作っていくことが課題だと思います。先生方には，関節リウマチ治療の質の統一，関節リウマチ患者さんの QOL 向上のために，今後ともその強力な推進役となって頂くことをお願いし，本日の極めて有意義な座談会を終わりにしたいと思います。ご多忙のところ本日は，活発なご討論をありがとうございました。

（文責編集部）

（「関節リウマチと肺疾患」座談会つづき）

その中で，急峻な山は RA です。RA を含めた広い山野に広がった Sjögren 症候群が，その向こう側に SLE（全身性エリテマトーデス）というちょっと広めの山が，さらにその向こう側には混合性結合組織病を介して全身性硬化症があり，そのこちら側に PM がある。この位置関係では RA と PM は非常に遠いので，併発することはないとイメージします（図）。このように患者さんがどこの座標にいるかをイメージすれば，診断基準を覚えなくても診断・治療に結びつくのです。

各山には，放置すればその方向へ向かうというコア（中核）の病態があります。例えば RA のコアの病態は，破壊を来す慢性の多発性関節炎です。これらのコアの病態の中に，肺病変が含まれない膠原病はあまりないのです。DM の IP と RA の IP はどう違うかというと，DM に伴う IP は，まず拠ってきたる元が違う。必ず血管障害を持っているという元が異なり，それをコントロールできないと縦隔気腫を起こす，びまん性肺胞障害を起こす，そして死に至る。これが DM の肺です。

森本：薬剤性は別として，RA そのものに合併する IP は DM に比べ死に至ることは極めてまれということですね。生命に直結するのは，DM による IP ですね。

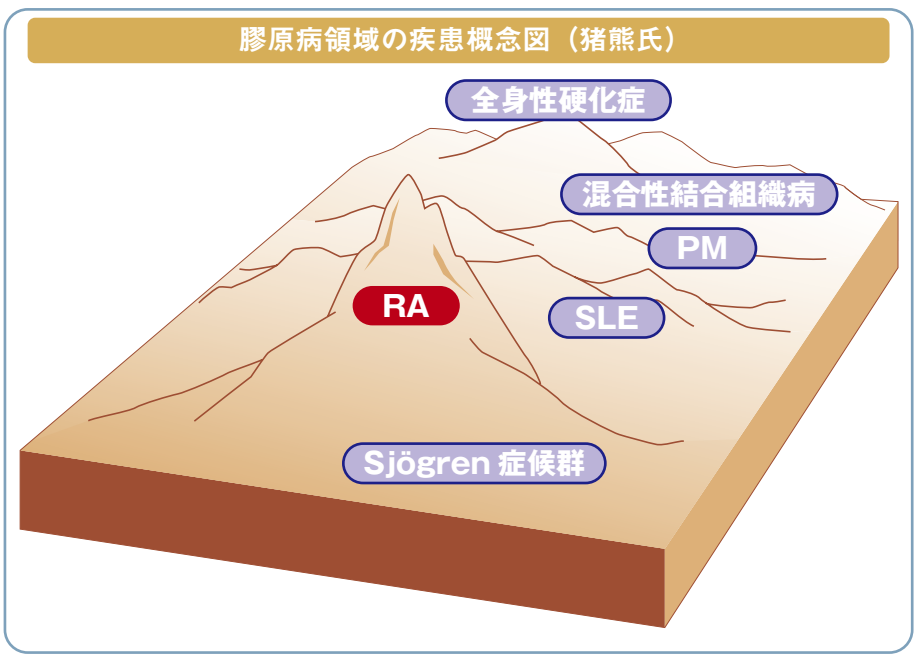
猪熊：そうです。RA は全国に 70 万～80 万人いますが，RA 自体による IP で生命予後が悪い例はほとんどないはずです。しかしいまだに RA がベースにあると，IP は RA 自体によるものかもしれないという議論があるのです。それはもっと検証すべきだと思います。

森本：RA には器質化肺炎（BOOP）も合併しますよね。BOOP はステロイド薬によく反応しますが，見逃すと死に至る場合はありますか。または自然寛解のような形になるのでしょうか。

猪熊：死に至るようなことはないでしょう。DM における肺障害のようにはならないと思います。

（次号に続きます）

仲村一郎 編集委員



2012 年 6 月 5 日から 9 日までドイツの首都ベルリンにて第 13 回ヨーロッパリウマチ学会年次総会（EULAR 2012）が開催された。100 ヵ国以上から 15,000 人以上の参加者があった。近年の EULAR は世界最大のリウマチ膠原病の学会となっており，約 150 のプログラムセッションがありポスター発表も 1,200 と，とてもすべては見て回れない規模となってしまっている。今年から多くの参加者である実地臨床医のニーズに応えて，関節リウマチ，各膠原病，変形性関節症などの疾患ごとに WIN（What is new) ということ 1 年の重要な論文をレビューするセッションと HOT（How to treat/manage) という各疾患のスタンダード治療に関する講演も設けられた。サイエンティフィックなセッションとともに，4 日間の開催中は朝から夜まで休む間もないほどの忙しさになるが，ヨーロッパ内での移動を考えて，1 日目の午前中と最終日の午後はセッションがないのでベルリンの街を見て回る時間も持つことができた。学会中には発表されたものをまとめた新聞が無料で配布されており，EULAR のホームページでも無料で閲覧できるので興味のある先生は閲覧していただくと今回の学会の熱い雰囲気を感じていただけると思う（http://www.eularcongressnews.eu/）

関節リウマチ（RA）

まず診断に関して，既に治療が開始されていて活動性が抑えられているので，現在は新分類基準を満たさず過去の記録がない患者を RA と分類（診断）するための典型的な骨びらんに関しての定義が発表された。形や分布ではなくオランダとフランスの早期 RA コホートのデータから「3 関節以上での」RA に一致する骨びらんとなった。これは，感度よりも特異度を重視し，特異度が 90%以上になる境界線として決定されたとのことで，1 関節の骨びらんは特異度が約 70%しかないというデータであった。

治療に関しては，WIN セッションで Dr. Smolen が MTX とステロイドで治療を開始し（**写真**），十分量の MTX においても高活動性の抗 CCP 抗体 / リウマトイド因子陽性例では，MTX+ 生物学的製剤，それ以外は他の DMARDs の併用などをステロイドとともに試みてから MTX+ 生物学的製剤という，簡潔な推奨を示していた。抗 CCP 抗体陽性の患者は関節破壊リスクが高いというデータに基づいているが，今回抗 CCP 抗体陰性患者の 16%において抗 Carbamyalted Protein 抗体が陽性であり，これが陽性の患者では抗 CCP 抗体が陰性であっても関節破壊リスクが高いことが示された。

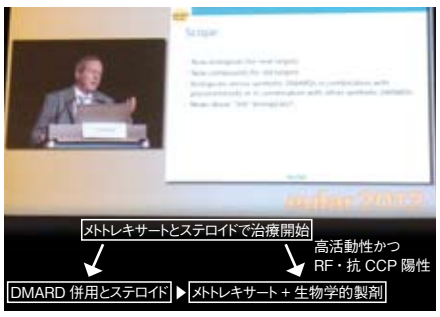


写真　WIN セッションで解説する Dr. Smolen

治療に関しては，TNF 阻害薬（TNFI）と他の製剤の比較に関する発表も多く，MTX 不耐の患者における単剤ではトシリズマブが TNFI よりも有効性が高いという ADACTA 試験の結果，バイオナイーブの患者においては MTX との併用でアバタセプトが TNFI と同程度の効果という AMPLE 試験の結果が発表された。また，細胞内シグナル伝達を阻害する JAK 阻害薬の発売が近いとされているが，選択性が低く JAK1,2,3 を阻害する開発の進んでいる製剤よりも，成長因子や造血関連因子に重要な JAK2 を抑えない JAK1 選択的がより効果的で副作用が少ない可能性が報告された。また,寛解の指標として腫脹関節，圧痛関節，CRP，患者 VAS のすべてが 1 以下を使った場合と，患者 VAS を除いた前者 3 項目のみを用いた場合では寛解（3 項目では near remission と表現される）にあてはまる患者が約 3 倍に増えるが，3 年後の画像的寛解達成率には変化がないことが報告された。結論としては，画像的寛解に影響が強いのは腫脹関節と CRP ということであった。関節手術の感染リスクに関しては，TNFI は有意なリスクではなく，ステロイドが問題であり 15 ㎎以上では 23 倍，15 ㎎未満でも 2 倍の感染がみられたという報告があった。

血管炎

1994 年の Chapel Hill 分類が更新され，2012 Chapel Hill 分類として発表された（**図 1, 2**）。小血管炎を大きく ANCA 関連血管炎と免疫複合体性血管炎の 2 つに分けた。これは，ANCA 陰性の ANCA 関連血管炎において，病理組織で免疫複合体の沈着が認められない血管炎が診断の根拠になりうることから理にかなった分類と考えられる。

ループス腎炎

ACR からも 2012 年の治療推奨が出されているが，EULAR はより細かな治療の選択肢や治療薬の量にも言及したガイドラインを発表した。ステロイドパルスが推奨されていること，4 − 6 ヵ月でステロイドを 10 ㎎以下に減量するという指標，免疫抑制薬は最低 3 年は継続するなど実地臨床で参考になるものとなっている（**表**）。

全身性硬化症

難治性進行性の患者に対して幹細胞移植とシクロホスファミドのランダム化比較試験が発表され，治療効果が期待される結果であった。また，肺動脈性高血圧症の早期診断につながる有効なスクリーニングを確立するために，500 人の全身性硬化症患者において肺高血圧症の症状の有無にかかわらず，右心カテーテル検査，心エコー，肺機能検査における拡散能,BNP,6分間歩行距離などの検査を行い，確定検査である右心カテーテルとその他の非侵襲的検査の相関を解析する DETECT 試験が進行中であり,今のところ現在のスタンダードとなってきている心エコーのみでなく拡散能を組み合わせたスクリーニングの有効性が予想される結果であるとのことであった。

脊椎関節炎

NSAID を定期服用した場合は，頓用で使用した際よりも骨棘形成抑制作用が認められ，TNFI は臨床的な活動性と日常機能の改善に有効であることが示されているが，これは CRP が上昇している患者においてより顕著であることが示された。また，TNFI も長期に使用した場合には骨棘形成抑制作用が示され，5 年から 8 年の間で非使用群と有意な差が認められた。これは，脂肪変性が起きたのちでは TNFI を使用してもその後の骨棘形成は抑制できないという機序が提示されていた。

あっという間の 4 日間であったが，最終日の午後は早く学会も終わったため Virchow 通りにある医学博物館を訪れた。世界をリードしていたドイツ医学の伝統の紹介だけでなく，一般の方のガイドツアーには少し生々しすぎると感じる何千という標本が展示されており，この国の医学における基礎の確固さを感じさせられた。来年の学会は最近経済的な面で話題に上ることの多いスペインの首都マドリッドで開催される。「学会はさらに大きく，治療薬はさらに小さく」という時代の幕開けになるのではと予想される。　（岡田 正人 編集委員）

図 1　2012　Chapel Hill 血管炎分類基準

大血管炎
- 巨細胞性血管炎
- 高安動脈炎

中血管炎
- 結節性多発動脈炎
- 川崎病

小血管炎
- ANCA 関連血管炎
  - GPA(Wegener)
  - MPA
  - eGPA(Churg-Strauss)
- 免疫複合体性血管炎
  - 抗 GBM 抗体関連疾患
  - IgA 血管炎
  - クリオグロブリン血管炎
  - 低補体蕁麻疹様血管炎

多彩血管血管炎
- Cogan 症候群
- ベーチェット病など

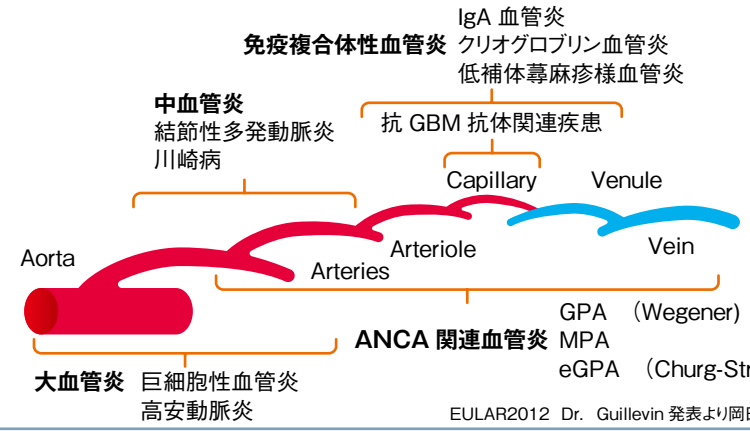
単臓器血管炎
- PACNS（原発性中枢神経系血管炎）
- 皮膚限局など

全身疾患関連血管炎
- SLE，RA，サルコイドなど

病因判明血管炎
- HBV,HCV, 薬剤 , 腫瘍など

EULAR2012　Dr.　Guillevin 発表より岡田氏翻訳作成

図 2　2012　CHCC　Vasculitis　Nomenclature



EULAR2012　Dr.　Guillevin 発表より岡田氏翻訳作成

表　EULAR2012　ループス腎炎ガイドライン（岡田氏翻訳作成）

腎生検の適応	腎障害のどのような所見でも腎生検の適応はありとくに蓄尿で 0.5g/ 日以上
免疫抑制療法の適応	クラスⅢ（A/C）もしくはⅣ（A/C）（± Ⅴ）のループス腎炎 クラスⅤで ACEI/ARB の治療後も 1g/day 以上であれば免疫抑制療法 クラスⅡで 1g/ 日以上，微小変化型，間質性腎炎があるときも治療を考慮
ループス腎炎の治療の目標	**治療の目標は** **完全寛解（12 ヵ月までに）** **蛋白尿 0.5g/ 日未満** **GFR 正常，もしくは治療開始時に GFR 低下があれば正常の 10%減以内** **部分的寛解（6 − 12 ヵ月未満では許容範囲）** **50% 以上の蛋白尿の改善かつネフローゼレベル以下** **GFR 正常，もしくは治療開始時に GFR 低下があれば正常の 10%減以内**
ループス腎炎クラスⅢ / Ⅳの治療薬	MMF3g/ 日 もしくは IVCY500 ㎎ q2wk × 6 急速な GFR 低下または半月体形成またはフィブリノイド壊死があれば IVCY(0.75-1g/m^2 q4wk × 6 または　POCY（2 − 2.5mg/kg/ 日） **ステロイド IVMP　500-750mg/ 日 × 3 の後に，0.5mg/kg/ 日 × 4 週間，その後 4 − 6 ヵ月以内に 10mg 以下に減量** Severe な腎症，IV-MP 不可症例では PSL　0.7-1mg/kg/ 日から開始
Ⅴ型の治療	ネフローゼレベルの蛋白尿のある純粋なクラスⅤ MMF ＋経口 PSL が最初の治療となる その他のオプション　IVCY，カルシニューリン阻害薬，RTX
維持療法	MMF で導入では MMF(2g), IVCY では MMF or AZA(2mg/kg) を **3 年以上少量 PSL5 − 7.5mg を併用** **まず，PSL を減量中止。その後，免疫抑制薬を減量中止**そのあとで減量中止 （妊娠が計画されていれば AZA に変更，カルシニューリン阻害薬も考慮可
治療変更	a）3 − 4 ヵ月で改善なし b）6 − 12 ヵ月までに部分的寛解なし c）**治療して 2 年以内に完全寛解なし** **では，治療の変更** MMF から IVCY, IVCY から MMF, もしくは RTX 再発性 LN でのオプション　カルシニューリン阻害薬，IVIG，血漿交換（急速進行性の糸球体腎炎），免疫吸着
補助的治療	**0.5g/gCr 以上もしくは高血圧では ACEI/ARB** **持続する高脂血症にはスタチン** HCQ　腎症再発予防，腎や心血管障害のリスク軽減 APS ではアセチルサリチル酸　カルシウムと VitD（C） 生ワクチン以外の予防接種 抗凝固療法　ネフローゼで血清アルブミン 2g/dL 以下が続くとき，もしくは APS
モニタリング	毎回　Wt/BP CBC　血清 Cr と eGFR　血清 alb　C3/C4. 抗 dsDNA　蛋白尿　尿沈査　抗リン脂質抗体と脂質　ベースラインと定期的に再検 **治療変更を考慮する際は 12 − 24 時間蓄尿，通常はスポット UPCR**
妊娠	6 ヵ月間安定しており，蛋白尿 0.5g/日以下，理想的には GFR50ml/min 以上 妊娠予定時には治療薬の減量は推奨されない 使用可能薬剤として HCQ, 低用量 PSL，AZA，カルシニューリン阻害薬 低用量アスピリンを子癇予防として考慮
小児ループス腎炎	成人に比して重症例，不可逆的変化の認められる症例が多い ステロイドの副作用が成長障害など大きな問題となる

Announcement

[登録医研修単位認定講演 (H24.8 ～H24.10)]

この研修会は医師のみを対象に開かれています。

※ お問い合わせは連絡先または財団へ，時間は認定講演開始時間。

財団主催の教育研修会および単位認定講演については，
リウマチ情報センターのサイト
(http://www.rheuma-net.or.jp/) で見ることができます。
問い合わせ先：日本リウマチ財団　TEL.03-3946-3551

北海道・東北

8/4(土) 17:20　1単位　東京
第19回 臨海リウマチ性疾患談話会
武田薬品工業㈱
山本 浩平
Tel.03-5759-5636

8/6(月) 19:15　1単位　埼玉
第7回 関節リウマチの診療を考える会
武田薬品工業㈱
白本 敦史
Tel.048-641-3025

8/11(土) 19:00　2単位　群馬
群馬リウマチアカデミー
武田薬品工業㈱
古橋 孝太
Tel.027-230-8081

8/25(土) 19:30　1単位　栃木
栃木リウマチネットワーク講演会(平成24年度 第2回)
自治医科大学 アレルギー・リウマチ科
簑田 清次　Tel.0285-58-7358

8/25(土) 12:00　2単位　東京
第41回 リウマチの外科研究会
㈱ADKメディカル事業室
武藤 圭子
Tel.03-3547-2533

8/28(火) 19:00　1単位　東京
関節診研究会
エーザイ㈱
草野 修一
Tel.03-5325-0167

8/28(火) 19:30　2単位　埼玉
第8回 リウマチ関連疾患研究会
ファイザー㈱
藤岡 智美
Tel.048-649-2777

8/31(金) 19:45　1単位　新潟
新潟疼痛フォーラム2012
新潟大学医学部整形外科学教室
遠藤 直人
Tel.025-227-2272

9/1(土) 17:00　1単位　東京
第9回 東京抗サイトカイン療法研究会
田辺三菱製薬㈱
小林 和幸
Tel.03-3815-0301

9/14(金) 19:15　1単位　新潟
第54回 新潟リウマチ研究会
新潟大学医学部整形外科学教室
遠藤 直人
Tel.025-227-2272

関東・甲信越

9/20(木) 19:45　1単位　埼玉
第9回 埼玉西部リウマチ性疾患研究会
埼玉医科大学リウマチ膠原病科
三村 俊英
Tel.049-276-1462

10/20(土) 17:00　2単位　茨城
第18回 茨城リウマチ
旭化成ファーマ㈱
大柿 友彦
Tel.029-855-1988

10/20(土) 15:55　1単位　東京
第8回「リウマチと感染症」研究会
大正富山医薬品㈱
石黒 一彦
Tel.03-3985-1144

10/20(土) 18:00　1単位　長野
第53回 信州リウマチ膠原病懇話会
抱生会丸の内病院 リウマチ科
山崎 秀
Tel.0263-28-3003

10/27(土) 18:15　1単位　東京
第17回 城東RAカンファレンス
田辺三菱製薬㈱
工藤 謙治
Tel.03-3815-0301

東海・北陸

8/4(土) 16:00　2単位　静岡
静岡リウマチネットワーク学術講演会
中外製薬㈱
長縄 誠一
Tel.053-452-1161

8/4(土) 17:40　1単位　愛知
第31回 東三河リウマチ研究会
田辺三菱製薬㈱
嶋田 嘉典
Tel.0564-66-0082

8/18(土) 18:30　1単位　愛知
第7回 東海小児リウマチ・膠原病研究会
中外製薬㈱
平塚 真吾
Tel.052-961-9937

8/25(土) 18:00　1単位　静岡
浜松整形外科医会 夏季研修会
田辺三菱製薬㈱
荒木 健治
Tel.053-455-1231

8/26(日) 11:20　1単位　福井
第19回 福井県リウマチケア研究会
福井総合病院
林 正岳
Tel.0776-59-1300

8/31(金) 19:15　1単位　愛知
斬整会骨粗鬆症特別研究会
名古屋市立大学大学院医学研究科
水谷 潤(秘書 田中)
Tel.052-853-8236

9/6(木) 19:15　1単位　三重
第3回 三重リウマチ合併症フォーラム
鈴鹿医療科学大学
細井 哲
Tel.059-383-9591

9/8(土) 18:00　1単位　静岡
第20回 静岡リウマチ治療研究会
ファイザー㈱
黒瀬 直樹
Tel.053-451-5375

9/8(土) 15:00　17:10　各1単位 愛知
運動器疾患/骨・関節フォーラム 名古屋会場
㈱メジカルビュー社
横田 秀夫　Tel.03-5228-2089

9/14(金) 19:15　1単位　富山
第三回 富山MTXエキスパートセミナー
富山大学医学部整形外科
松下 功
Tel.076-434-7353

9/15(土) 17:30　1単位　愛知
第11回 尾張整形外科医療連携を考える会
森川整形外科医院
森川 圭造
Tel.0568-77-1739

9/18(土) 16:05　2単位　北海道
第11回 北海道リウマチ医の会
参天製薬㈱
古田 泰則
Tel.011-219-3420

8/31(金) 18:30　1単位　北海道
釧路リウマチまなぼう会
エーザイ㈱
永原 拓治
Tel.0154-22-2605

9/5(水) 19:10　1単位　山形
第25回 山形リウマチ研究会
旭化成ファーマ㈱
千田 耕生
Tel.023-624-3762

9/15(土) 17:45　2単位　岩手
第10回 岩手臨床リウマチ研究会
岩手医科大学整形外科学教室
西田 淳
Tel.019-651-5111

9/20(木) 19:20　1単位　三重
第13回 骨・関節免疫研究会
武田薬品工業㈱
藤井 良章
Tel.059-226-1505

9/29(土) 17:00　1単位　愛知
第9回 関節リウマチ合併症研究会
武田薬品工業㈱
武内 清和
Tel.0564-25-2400

近畿

8/4(土) 16:50　2単位　兵庫
第18回 播磨リウマチ膠原病研究会
ファイザー㈱
横山 明彦
Tel.078-361-6171

8/9(木) 19:00　1単位　兵庫
第1回 東播リウマチ診療連携研究会
武田薬品工業㈱
石本 憲司
Tel.079-288-3955

8/11(土) 14:45　2単位　大阪
第26回 大阪リウマチカンファレンス
参天製薬㈱
小池 正道
Tel.06-6321-7382

8/18(土) 17:00　1単位　大阪
第43回 大阪整形外科症例検討会
参天製薬㈱
多田 正則
Tel.06-6321-7382

8/18(土) 19:00　1単位　大阪
第7回 関西リウマトロジー研究会
エーザイ㈱
井上 一三
Tel.06-6831-5222

8/25(土) 17:10　1単位　京都
第9回 KZ-RA Update 研究会
ファイザー㈱
原田 和彦
Tel.075-315-5721

8/25(土) 16:30　1単位　大阪
第20回 なにわリウマチフォーラム
参天製薬㈱
多田 正則
Tel.06-6321-7382

8/25(土) 16:35　2単位　大阪
第12回 阪和リウマチ研究会
田辺三菱製薬㈱
池添 彰人
Tel.072-254-3276

9/5(水) 19:30　1単位　大阪
第14回 大阪リウマチ関節外科セミナール
大阪大学 医学部 整形外科
竹内 彩子
Tel.06-6879-3552

9/5(水) 20:00　1単位　大阪
第21回 南大阪リウマチ研究会
大阪労災病院
南平 昭豪
Tel.072-252-3561

9/15(土) 17:00　1単位　大阪
第14回 膠原病症例検討会
参天製薬㈱
多田 正則
Tel.06-6321-7382

9/29(土) 19:00　1単位　兵庫
第7回 神戸西リウマチ性疾患連携の会
神戸大学病院 リウマチセンター
柱本 照
Tel.078-382-5680

10/20(土) 16:30　1単位　京都
第10回 中丹リウマチ研究会
牧整形外科医院
牧 陽一
Tel.0773-23-4881

中国・四国

8/1(水) 18:30　2単位　広島
第3回 広島RAトータルケアフォーラム
アボットジャパン㈱
龍光寺 亮
Tel.082-261-3040

8/9(木) 19:30　1単位　山口
第6回 周南Biologics Meeting
田辺三菱製薬㈱
畑中 正典
Tel.083-972-9830

8/18(土) 18:30　1単位　広島
第179回 広島県臨床整形外科医会研修講演会
原田リハビリ整形外科
原田 英男　Tel.082-870-5555

9/8(土) 18:30　1単位　広島
第180回 広島県臨床整形外科医会研修講演会
原田リハビリ整形外科
原田 英男　Tel.082-870-5555

9/21(金) 19:20　1単位　広島
第4回 呉リウマチ地域連携ネットワーク講演会
(医) エム・エム会 マッターホルンリハビリテーション病院
白川 泰山　Tel.0823-22-6868

9/29(土) 19:00　1単位　岡山
第2回 岡山TKAフォーラム
科研製薬㈱ 岡山営業所
福田 幸弘
Tel.086-246-3232

九州・沖縄

8/6(月) 19:30　2単位　沖縄
第16回 沖縄リウマチ医の会
参天製薬㈱
竹市 浩司
Tel.092-411-0119

8/11(土) 15:30 16:30 17:40 各1単位 福岡
第18回 福岡県リウマチ医の会
参天製薬㈱
平尾 拓人
Tel.092-411-0119

8/20(月) 19:50　1単位　福岡
第9回 筑後Biologics Meeting
田辺三菱製薬㈱
大墨 伴来
Tel.0942-36-2570

8/28(火) 19:30　1単位　宮崎
第31回 宮崎整形外科セミナー
獅子目整形外科病院
獅子目 賢一郎
Tel.0985-39-1052

8/31(金) 20:00　1単位　福岡
第93回 福岡リウマチ懇話会
近藤リウマチ・整形外科クリニック
近藤 正一
Tel.092-762-2380

9/1(土) 17:00　2単位　福岡
骨粗鬆症クリニカルセミナー 福岡会場
㈱メジカルビュー社
横田 秀夫
Tel.03-5228-2089

9/1(土) 17:00　2単位　鹿児島
第25回 鹿児島リウマチ医療の会
参天製薬㈱
中西 幸一
Tel.092-411-0119

9/5(水) 19:45　1単位　福岡
福岡RA生物学的製剤治療研究会(第1回 ゴリムマブのRA適正使用研究会)
医療法人 近藤リウマチ・整形外科クリニック
近藤 正一　Tel.092-762-2380

9/8(土) 17:55　2単位　沖縄
第1回 沖縄リウマチ・膠原病診療フォーラム
田辺三菱製薬㈱
田中 忠　Tel.098-869-5515

9/14(金) 19:00　1単位　大分
第6回 二豊リウマチフォーラム
川嶌整形外科病院
川嶌 眞之
Tel.0979-24-0464

10/12(金) 19:00　2単位　熊本
第23回 熊本リウマチセミナー
熊本整形外科病院
本田 五男
Tel.096-366-3666

レフルノミドの安全対策にかかる用法及び用量等の変更について

本年5月31日付けの文書を以って，厚生労働省医薬食品局審査管理課長，同局安全対策課長より，次の通り周知方依頼がありましたので御留意下さるようお知らせいたします。

記

1. レフルノミドの用法及び用量等の変更内容について

【用法及び用量】

通常，成人にはレフルノミドとして1日1回 100mg 錠1錠の3日間経口投与から開始し，その後，維持量として1日1回 20mg を経口投与する。また，1日1回 20mg の経口投与から開始することもできる。なお，維持量は，症状，体重により適宜1日1回 10mg に減量する。

<用法及び用量に関連する使用上の注意>

1. 100mg 錠の投与にあたっては，初期投与としてのみ使用すること。なお，本剤1日 100mg の初期投与を行った患者では，行わない患者よりも副作用の発現率が高かったとする報告があるため，特に注意すること。[「臨床成績」3，4 の項参照]
2. ～ 5. 略

2. 承認事項一部変更承認申請について

1の変更について，レフルノミドの製造販売業者は，速やかに独立行政法人医薬品医療機器総合機構に承認事項一部変更承認申請を行うこと。なお，申請については，申請区分（10の3）その他の医薬品（再審査期間中でないもの）（「医薬品の承認申請について」平成17年3月31日付け薬食発第 0331015 号）によるものとし，申請書備考欄に本通知番号及び発出年月日等を記載し，当該申請が本通知に基づく申請であることを明記すること。この場合において，添付資料は省略できるものであること。

公益財団法人日本リウマチ財団
医療保険委員会
医療情報委員会

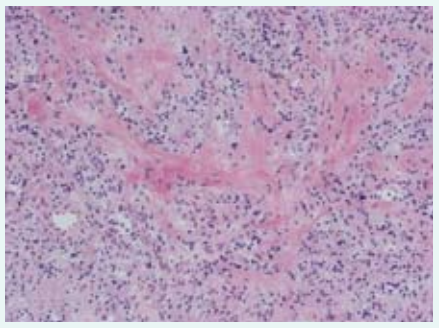
平成 24 年度海外派遣研修医

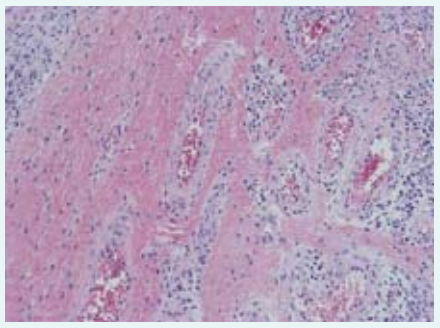
平成 24 年度の海外派遣研修医 6 名が決定しました。当財団では昭和 62 年度からリウマチ性疾患の調査・研究のため海外に研修医を派遣しています。

研修国	氏名	所属機関	専門科目
米　国	溝口 史高	東京医科歯科大学大学院 膠原病・リウマチ内科学 助授	内科 リウマチ科
	玉木 康信	済生会山形済生病院 整形外科	整形外科 リウマチ科
英　国	古田 俊介	千葉大学医学部附属病院 アレルギー・膠原病内科（遺伝子制御学講座）特別研究員	内科
	高瀬 薫	横浜市立大学附属病院 リウマチ・血液・感染症内科 指導診療医	リウマチ科
スイス	加藤 将	北海道大学大学院医学研究科第二内科 医員	内科 リウマチ・膠原病
	梅北 邦彦	宮崎大学医学部附属病院 膠原病感染症内科 / 卒後臨床研修センター 助教	内科 リウマチ科

#9 画像 QUIZ

画像クイズ



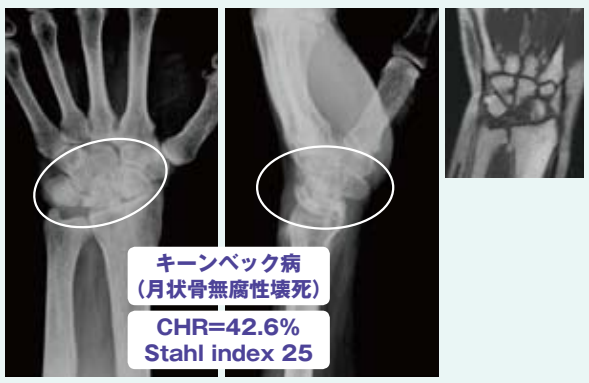


問題
この滑膜所見から何がみてとれるか。

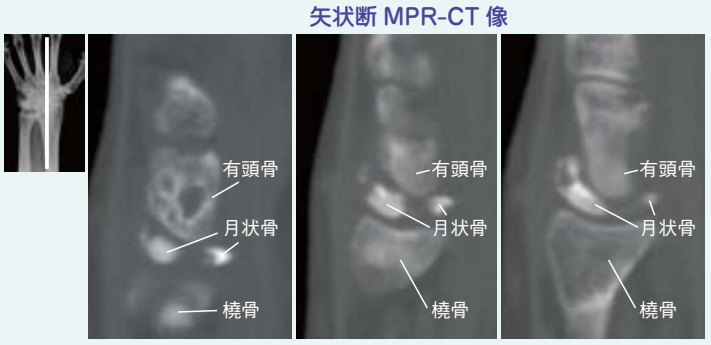
49 歳，男性，関節リウマチ stage II, class II
右足関節痛から始まり両膝，両手関節，両肩関節痛，腫脹ありプレドニン 5mg 開始した。
1 年後に MTX 6mg 開始するも症状改善せず右膝関節鏡視下膜切除術を施行した。
その後，インフリキシマブを投与開始（左図）して投与 4 回目にて右図のような滑膜組織となった。

出題：神戸克明 氏（東京女子医科大学東医療センター 整形外科・リウマチ科 准教授）　協力：リウマチセンター間連絡会

112 号解答：診断：キーンベック病（月状骨無腐性壊死）



矢状断 MPR-CT 像



3D-CT

骨条件　軟部（腱）条件

レントゲンでは月状骨の扁平化，分節化を認め，キーンベック病と診断しました.
舟状骨の掌側回転，軽度の関節症変化を認め Lichtman StageIV と考えました。

矢状断 CT です。月状骨主骨片は背側に移動していますが，分節化した小さい骨片が掌側にあります。

矢状断 CT です。月状骨主骨片は背側に移動していますが，分節化した小さい骨片が掌側にあります。

解説：吉原由樹 氏
（倉敷成人病センター 整形外科部長）
協力：リウマチセンター間連絡会

登録リウマチケア看護師を目指す看護師さん

日本リウマチ財団 登録リウマチケア看護師を目指す皆さんのために本年も研修会を開催いたします。
経過措置による登録資格取得のため特に開催する研修会です。

参加実績 2 回（経過措置期間），5 単位の取得が可能です。

（公財）日本リウマチ財団登録リウマチケア看護師研修会

［開催日時］平成 24 年 8 月 5 日（日）10：00 ～ 16：00　［開場時間］9：15
［開催場所］ザ グランドホール品川（東京都港区：品川駅港南口）
東京都港区港南 2-16-4　品川グランドセントラルタワー 3F
［受 講 料］5,000 円　［単位取得証明書料］1,000 円（5 単位取得）

プログラム

10:00-10:05	開会の挨拶 松本 美富士 （日本リウマチ財団リウマチケア専門職制度検討会　委員長）
10:05-10:30	座長：岡　寛 （東京医科大学八王子医療センターリウマチ性疾患治療センター 教授）
	①「リウマチケア専門職制度の概要とリウマチ性疾患とは」 松本 美富士 （桑名市総合医療センター・桑名東医療センター内科・リウマチ科 顧問）
10:30-11:20	座長：元木　絵美（甲南加古川病院看護支援センター　慢性疾患看護専門看護師）
	②「看護職の生涯教育について」 友竹 千恵（日本看護協会看護研修学校教育研究部 継続教育係）
11:20-12:10	座長：澁谷　美雪（霞が関リウマチ治療研究所 看護ケア主任研究員）
	③「患者会の紹介：全国膠原病友の会の活動」 森 幸子（全国膠原病友の会 会長）
12:10-12:20	～休　憩～
12:20-13:20	④ランチョンセミナー
	座長：松原　司（松原メイフラワー病院 院長）
	「リウマチケア看護師の活動の紹介」 吉川 朋（新潟県立リウマチセンター 看護師） 「リウマチケア看護師に期待されている役割」 元木 絵美（甲南加古川病院看護支援センター 慢性疾患看護専門看護師）
13:20-13:35	～休　憩～
13:35-14:20	座長：村澤　章（新潟県立リウマチセンター 院長）
	⑤「リウマチのリハビリテーション指導」 佐浦 隆一（大阪医科大学リハビリテーション医学教室 教授）
14:20-15:10	⑥「関節リウマチの治療戦略」 近藤 正一（近藤リウマチ・整形外科クリニック 院長）
15:10-15:20	～ 休　憩 ～
15:20-16:00	座長：岡本　連三（大口東総合病院 顧問）
	⑦「関節リウマチの生物学的製剤による治療」 亀田 秀人（慶應義塾大学医学部リウマチ内科 講師）

主催：公益財団法人日本リウマチ財団　共催：ヤンセンファーマ株式会社
後援：社団法人日本医師会，一般社団法人日本リウマチ学会，公益社団法人日本整形外科学会，一般社団法人日本臨床リウマチ学会，公益社団法人日本リウマチ友の会

申込方法等は財団ホームページをご覧ください。http://www.rheuma-net.or.jp/rheuma/
日本リウマチ財団：03-3946-3551

平成 24 年度リウマチ教育研修会　開催予定

医師を対象にリウマチ教育研修会を下記のように開催する予定です。

受講料：登録医　7,000 円／一般医　10,000 円
研修会に参加ご希望の方は，事前申込が必要です（但し申込は 2 カ月前を目安に受付けます）。

地区名	開催日	登録医単位	開催場所	世話人
北海道	9/17（月祝）	6	札幌市教育文化会館	NTT東日本札幌病院 小池 隆夫 院長
関　東 甲信越	10/14（日）	6	栃木県 ホテル東日本宇都宮	自治医科大学 アレルギー・リウマチ科 簑田 清次 教授
岐　阜	10/21（日）	6	岐阜都ホテル	岐阜大学大学院医学系研究科 総合病態内科学分野 石塚 達夫 教授
大　阪	11/18（日）	未定	北浜フォーラム	行岡病院 リウマチ科 村田 紀和 臨床リウマチ研究室長
鳥　取	8/19（日）	6	米子コンベンションセンター	鳥取大学 整形外科 豊島 良太 教授
宮　崎	9/23（日）	6	宮日会館	宮崎大学医学部附属病院 帖佐 悦男 副院長（整形外科教授）

「○○地区リウマチ教育研修会申込」と記載し，①氏名 ②勤務先・科名 ③連絡先住所　④電話番号 ⑤ Fax 番号 ⑥ E-mail ⑦登録医は登録医番号をご記入の上，日本リウマチ財団へ E-mail または Fax にてお申込みください。
取得単位：日本リウマチ財団登録医研修単位は上記に掲載しています。
日本リウマチ学会専門医研修単位及び日本整形外科学会研修単位，医師会生涯教育単位については，各地区申請を予定しています。
また，日本リハビリテーション医学会の単位については，プログラムにより申請を予定しています。

平成 24 年度リウマチの治療とケア研修会　開催予定

医師をはじめ，看護師，薬剤師，その他保健，医療，福祉，介護，行政等に従事する方ならどなたでも受講できます。
受講料：無料　※単位をご希望の方は別途単位料が必要です。
研修会に参加ご希望の方は，事前申込が必要です（但し申込は 2 カ月前を目安に受付けます）。

地区名	開催日	単位		開催場所	世話人
		医師	看護師		
北海道・東北	7/28（土）	4	4	北海道 ホテルさっぽろ芸文館	佐川昭リウマチクリニック 佐川　昭 院長
関東・甲信越	8/26（日）	3	3.5	長野県 JA 長野県ビル アクティーホール	長野赤十字病院 リウマチ科（整形外科） 金物 壽久 副院長 兼リウマチ科部長
東海・北陸	9/30（日）	3	3.5	三重県 ホテルグリーンパーク津	鈴鹿医療科学大学 細井　哲 保健衛生学学部長 理学療法学科教授
近　畿	10/7（日）	3	3.5	京都府 メルパルク京都	滋賀医科大学 整形外科 松末 吉隆 教授
中国・四国	9/9（日）	未定	未定	岡山県 アークホテル岡山	岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 人体構成学 西田 圭一郎 准教授
九　州	10/28（日）	3	3.5	宮崎県 MRT micc	国立病院機構都城病院 整形外科・リウマチ科 税所 幸一郎 統括診療部長

「○○地区リウマチの治療とケア研修会申込」と記載し，①氏名 ②勤務先・科名または部署名 ③職種 ④所在地　⑤電話番号　⑥ Fax 番号 ⑦ E-Mail をご記入の上，日本リウマチ財団へ E-mail または Fax にてお申込みください。
取得単位:日本リウマチ財団登録医及び登録リウマチケア看護師教育研修単位は上記に掲載しています。
日本リウマチ学会専門医研修単位及び日本整形外科学会研修単位については，各地区申請を予定しています。日本理学療法士協会履修ポイント基準 -10 ポイント、日本作業療法士協会生涯教育制度基礎ポイント対象。
また、日本リハビリテーション医学会の単位については、プログラムにより申請を予定しています。

研修会申込方法：財団ホームページ“リウマチ情報センター”
http://www.rheuma-net.or.jp/rheuma/index.html ／ E-mail：kenshukai@rheuma-net.or.jp ／ Fax：03-3946-7500

平成 24 年度　新規リウマチ財団登録医一覧

北海道	長嶋 俊介	静岡県	大古田 良子
岩手県	鈴木 道博		大原 徹也
茨城県	茂木 誠司		田口 雄一郎
埼玉県	山田 晴康	愛知県	貝沼 慎悟
千葉県	中村 順一		小寺 雅也
東京都	鏑木　誠	三重県	若林 弘樹
	菊地 英豪	大阪府	入交 重雄
	髙橋 英吾		岩本 直美
	西脇 農真		楢崎 雅司
	野田 健太郎	兵庫県	森　亮一
	平井 健一郎	和歌山県	山﨑　悟
神奈川県	井上　誠	山口県	民本 泰浩
	安田 知弘	長崎県	宮下 賜一郎
	吉見 竜介	大分県	川嶌 眞之
岐阜県	佐多 和仁		

登録リウマチケア看護師募集

財団では，平成 24 年度登録リウマチケア看護師を募集しています。申請書類をご希望の方はメールまたは FAX でお知らせください。
詳しくは財団ホームページをご覧ください。

申請受付期間：平成 24 年 8 月 1 日より 10 月 31 日

FAX:03-3946-7500
申請書申込専用メール：nursejrf@rheuma-net.or.jp

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について

海外及び国内における国際学会において、リウマチ性疾患の病因、治療、予防、疫学等に関する調査・研究の発表者に対し、登録費用及び旅費、宿泊費用を対象とした助成を行っております。
募集要項等詳細は財団ホームページをご覧ください。

編集後記

生物学的製剤（BIO）が登場して関節リウマチ（RA）の治療は，大きく様がわりし，リウマチ専門医でないと難しくなったと感じている医師が増えてきている。患者さんも専門医の治療を希望し，専門外来のある大病院に集中する。専門医は紹介状を持参した患者さんを診断し，教育し，治療法を決めてお返ししたい。しかし，逆紹介するためには，いくつものハードルがあることが，座談会の地域間格差，施設間格差の現状のところで述べられている。メトトレキサート（MTX）の使い方は厄介だし，BIO となるとどうして良いかわからない。地域密着型のリウマチ医療を推し進めるためには，MTX が正しく使える医師を増やさなければならない。とにかく一人でも多く味方を作るべく，当院では研修医対象の実地研修会にこれらの先生をお誘いする。恥をかくのは研修医で，それを取り巻くように参加した先生方も関節の診かた・X 線の読み方・診断の過程を体験していく。実際の患者さんを送り返して，MTX の副作用の見分け方のマニュアルに沿って慣れてもらう地道な啓発活動が必要である。その次に，BIO の患者さんの連携をお願いする。

専門医もゆっくり時間かけて RA 新患を教育する時間はなくなっており，チーム医療を押し進めている。当院でも登録リウマチケア看護師に患者さんによる疼痛や全般的評価のアナログスケールあるいは身体機能評価（HAQ）の記載の仕方，MTX や BIO の話をしてもらい，理解度の再確認，さらには，家庭環境や経済的な問題など立ち入ってもらっている。自己注射の指導は薬剤師が担当しており，看護師の負担軽減につながり，その後のアフターケアの時間がもてる。専門外来のあるところで，BIO の導入率は 30 から 35％程度である。早期診断と MTX と BIO を駆使した早期治療は，構造的さらには機能的寛解をもたらすが，高い自己負担額を聞き，使用困難という方が多い。世界中で最も高い負担を強いられている現状をどうやって解決していくか難問である。

これらの強力な免疫抑制薬の使用で，新たな問題が。HBs 抗体が陽性であれば，B 型肝炎は治ったと思っていたが，既感染者のウイルス再活性化による激症肝炎での死亡が報告された。ステロイド薬も含めて HBs 抗体(+)and/or HBc 抗体(+)の場合は HBV－DNA 定量を毎月行うべきとするガイドラインが発表された。この陽性率には地域差はあるが，少なくとも 20％存在し，この診察を肝臓専門医にすべてお願いしたら，彼らが疲弊してしまうだろう。HBs 抗原（+）例はともかくとして，既感染者の HBV－DNA が抗ウイルス薬治療で再び検出感度以下になったら，新たな連携を作らなければならない。

（長岡赤十字病院 副院長 羽生忠正）

【日本リウマチ財団ニュース　編集委員】　委員長：後藤　眞　桐蔭横浜大学医用工学部生命・医工学科不老科学・加齢制御学部門 教授
岡田正人　聖路加国際病院アレルギー膠原病科（SLE，関節リウマチ，小児リウマチ）
仲村一郎　湯河原厚生年金病院リウマチ科 部長
村島温子　（独）国立成育医療研究センター 母性医療診療部部長
羽生忠正　長岡赤十字病院 副院長
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内科診療部長／リウマチ・膠原病センター長

Bristol-Myers Squibb

T細胞選択的共刺激調節剤　薬価基準収載

オレンシア® 点滴静注用250mg

生物由来製品　劇薬　処方せん医薬品　注意—医師等の処方せんにより使用すること

一般名：アバタセプト（遺伝子組換え）　ORENCIA®

「効能又は効果」、「用法及び用量」、「警告・禁忌を含む使用上の注意」等の詳細は、添付文書をご覧ください。

ブリストル・マイヤーズ株式会社
〒163-1328 東京都新宿区西新宿 6-5-1

2012年4月作成