Japan Rheumatism Foundation News

日本リウマチ財団ニュース

2018 年 11 月号　no. 151　平成 30 年 11 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　http: //www.rheuma-net.or.jp/

151号の主な内容

● RAチーム医療の先駆け、初代ケアナースが今後を語る。
● 実地リウマチ医のための簡便ですぐ役に立つ手引き リウマチ肘手術のタイミング
● 皮膚科・歯科とリウマチ性疾患 第4回
● 女性リウマチ医のひとりごと 第8回 髙井千夏氏

RAチーム医療の先駆け、初代ケアナースが今後を語る。

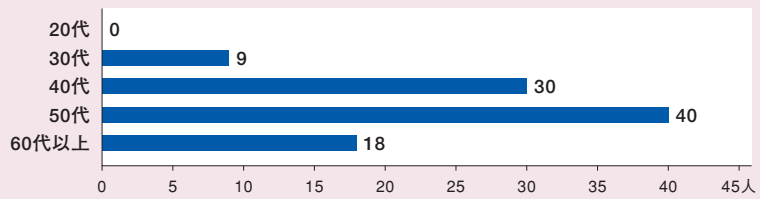
《前編》リウマチケア看護師一期生アンケート 集計結果発表

監修：仲村 一郎 編集長／帝京平成大学健康メディカル学部 教授・JCHO湯河原病院リウマチ科

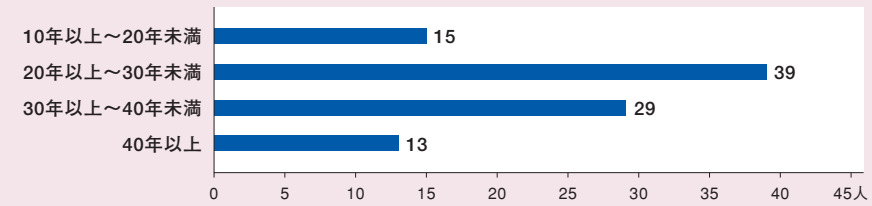
平成22年度に発足した「公益財団法人日本リウマチ財団登録リウマチケア看護師制度」は、現在8年目を迎えています。日本リウマチ財団では、本制度をよりよいものに発展させていくため、本年8月、リウマチケア看護師一期生の皆様を対象としたアンケート調査を行いました。アンケートは郵送にて実施し、248名中99名（女性98名、男性1名）のリウマチケア看護師より回答をいただきました（回収率39.9%）。今号ではその集計結果と自由記載欄に寄せられたご意見の一部を発表いたします。

Part 1 回答者情報（抜粋）

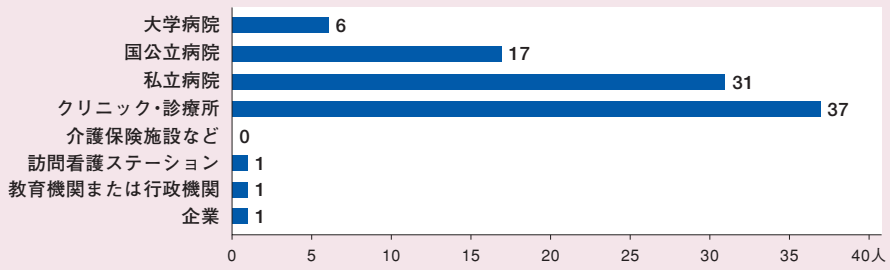
現在の年齢



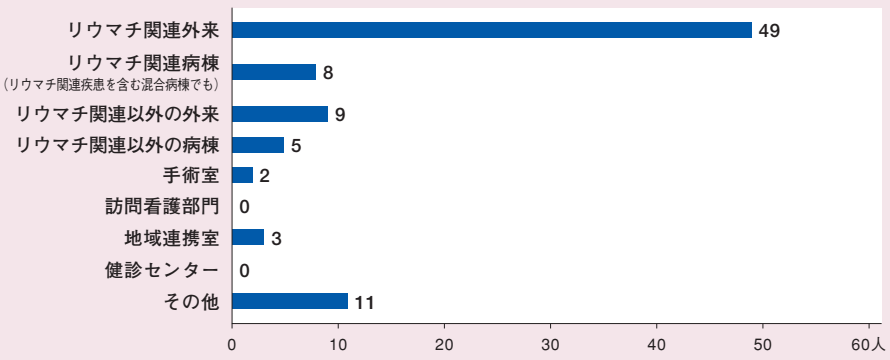
看護師 経験年数



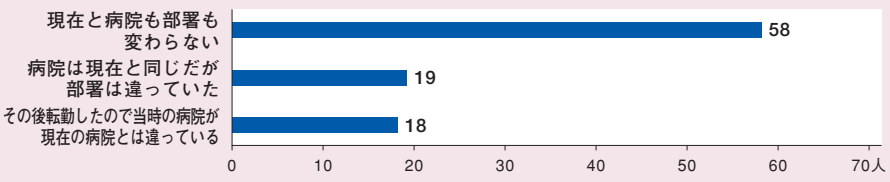
現在の勤務先



現在の所属部署

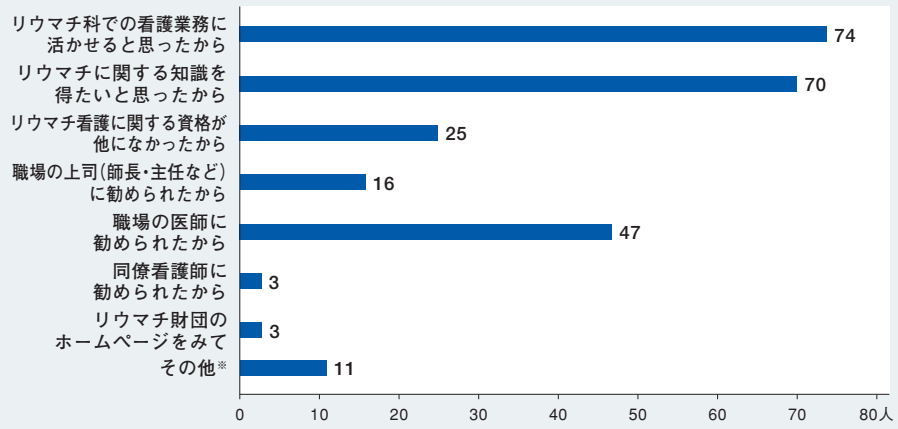


資格を取得した時と現在の変化



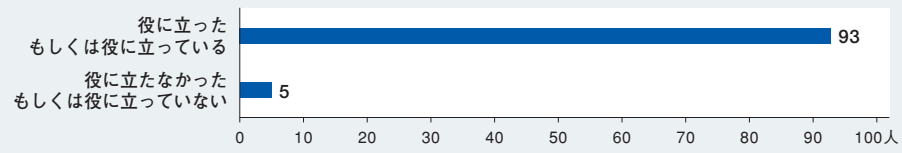
Part 2 質問と回答

Q1 どうしてリウマチケア看護師の資格をとろうと思いましたか？当てはまるものに○をつけてください（複数回答可）

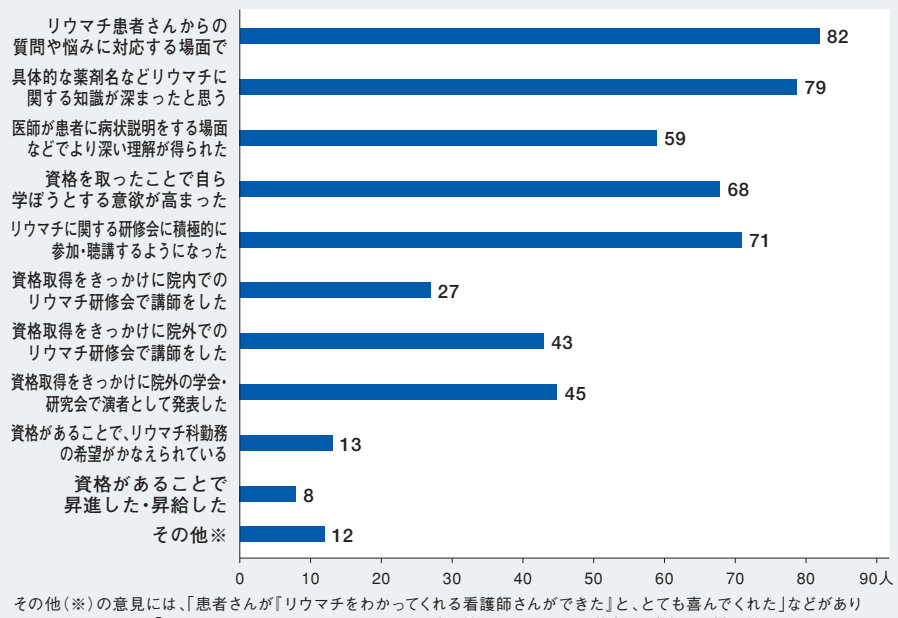


その他（※）11名のうち4名の記載は、「リウマチもしくは何らかの資格をとりたかったから」という内容でした。
また、さらに「このうち1つ選ぶとしたらどれですか？」と質問しましたが、上位（1～3位）は同様の結果となりました。

Q2 資格をとったことは、看護師として勤務するうえで役に立ちましたか？もしくは役に立っていますか？

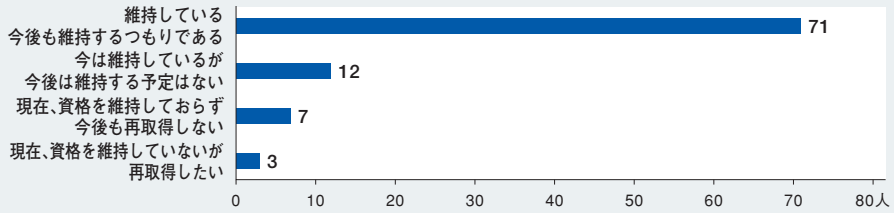


Q3 資格をとったことが看護師として勤務するうえで「役に立った」とご回答された方へうかがいます。どんな場面でそう感じたか、当てはまるものに○をつけてください（複数回答可）。

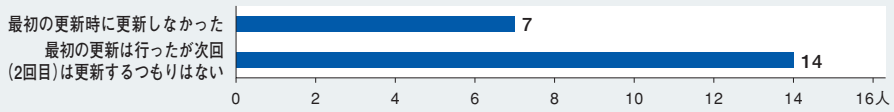


その他（※）の意見には、「患者さんが『リウマチをわかってくれる看護師さんができた』と、とても喜んでくれた」などがありました。また、さらに「このうち1つ選ぶとしたらどれですか？」と質問しましたが、上位（1～4位）は同様の結果となりました。

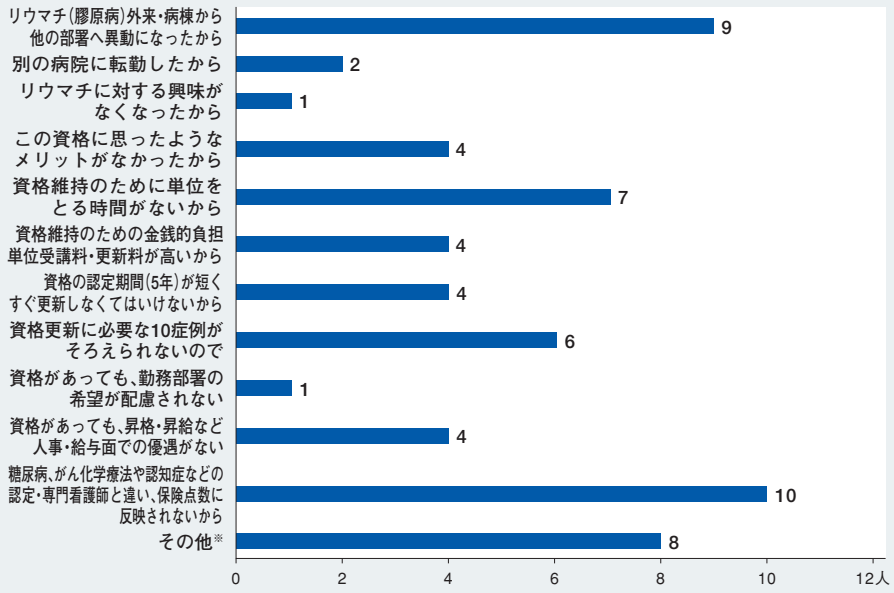
Q4 現在もリウマチケア看護師の資格を継続・維持していますか？



Q5 資格更新をやめた（やめる）時期はいつですか？

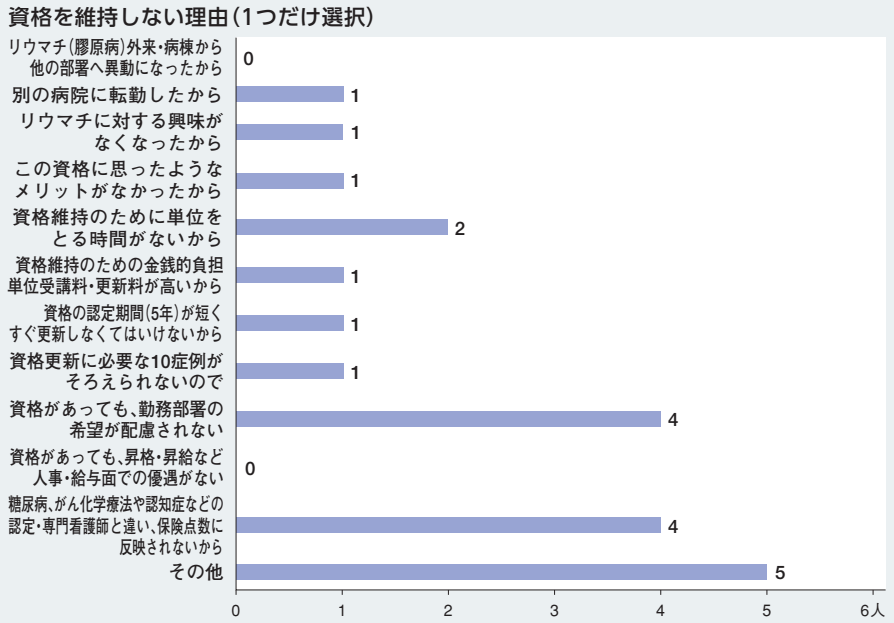


Q6 資格を維持しなかった、今後は維持するつもりはないとご回答下さった方におうかがいします。その理由はどんなものでしょうか？

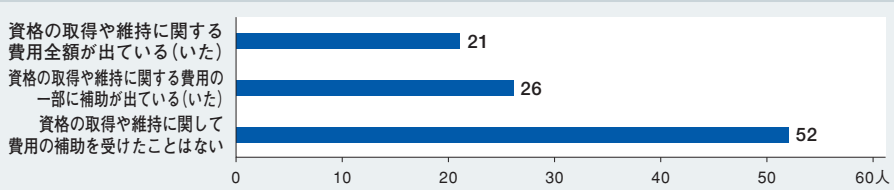


その他（※）8名のうち5名の記載で、「定年」が維持しない理由となっていました。
また、さらに「このうち1つ選ぶとしたらどれですか？」と質問したところ、次のグラフのようになりました。

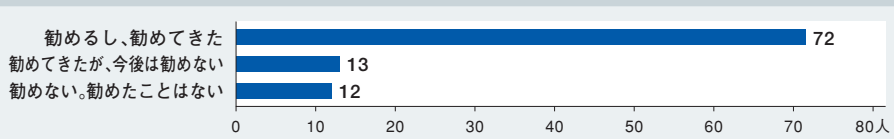
資格を維持しない理由（1つだけ選択）



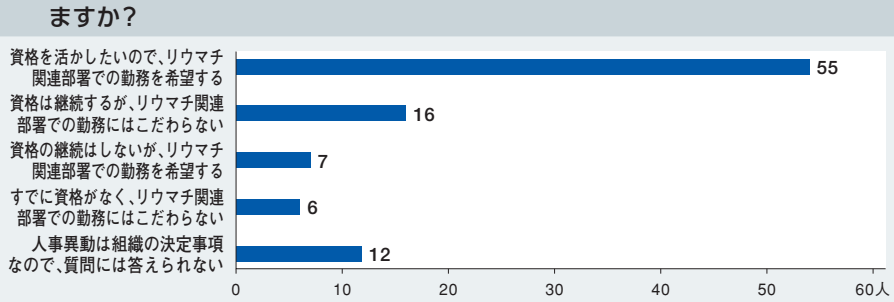
Q7 勤務している病院から、リウマチケア看護師の資格取得・維持に関して金銭的な補助が出ていますか？　出ていましたか？



Q8 後輩や同僚たちに、「リウマチケア看護師の資格をとってみては」と勧めますか？もしくはこれまで勧めてきましたか？



Q9 今後、資格の有無に関わらずリウマチ関連の部署で勤務されることを希望されますか？



Part 3　自由記載欄より皆様のご意見

リウマチ患者のケアにおける加算などが取れることにより活動が明確になるのではないかと思います。CDE（公益社団法人日本糖尿病協会）のフットケアの様に、リウマチフットケアにおける加算があれば、やりがいにもつながるのでは。（60代 病院勤務）

将来的には、リウマチケア看護師を有する病院・診療所において必要数のリウマチケア看護師を有していれば、保険点数に反映できる様にならなければ。それには質の高いケアが必須となるので、財団やわたしたちがリウマチケア看護師の教育にも力を入れていかなければいけないと思います。（60代 病院勤務）

リウマチケア看護師が発足されたことにより、リウマチ・膠原病に対しての知識をさらに深めたいと意欲が沸き、患者様のサポートとなりたいという気持ちが強まりました。（30代 病院勤務）

資格更新でバッヂ等のランクアップがあれば更に継続意欲が高まるのではないでしょうか。糖尿病療養指導士は、更新で銀→金（ゴールド）へ変わります。（40代 病院勤務）

更新したかったが、更新の仕方が解りづらかった。最初という事もあり相談できる相手もいなかった。症例も10例あり、講習会に参加し単位も持っていたのに残念でした。（50代 病院勤務）

研修会などに参加することで、他の病院やクリニックの看護師さんと知り合いになり、情報を共有したり、知識を深めることができた。（50代 クリニック勤務）

単位申請の研修会は医師向けの内容が多い。看護やそれに関する職種の取り組み、研究発表に単位が多くつくと実践の場に生かせると思う。（60代 病院勤務）

資格を取っても他部署への異動で全く活かされていない。リウマチに所属していた時の業績が評価されていない。看護協会の認定資格の様に評価されるよう、今後に期待します。（50代 病院勤務）

クリニックで勤務していると、リウマチに関する新しい情報は、外部での研修会参加やインターネットでの検索となってきます。今後も新しい情報が取得できるよう研修会開催など願います。（40代 クリニック勤務）

当大学病院ではリウマチ患者は合併症入院が多く、生物学的製剤の自己注射などの指導にたずさわれる機会が少なく、資格を生かせなかった。勤務するICUでは重症化したケースの入室が度々あり、資格取得をきっかけに勉強にはなった。（30代 病院勤務）

リウマチケア看護師の資格を取得しているという事でリウマチ患者さんからの信頼度が高く、様々な悩みや相談を申し出てくれるようになったという印象があります。その結果、治療がスムーズになりトラブルがなく経過できたと感じました。（40代 病院勤務）

《予告》この結果について話し合うために、近々の号で「《後編》リウマチケア看護師一期生座談会」を開催します。ご期待ください。

ARTZ®
ARTZ Dispo®

関節機能改善剤

処方箋医薬品　注意－医師等の処方箋により使用すること
日本薬局方 精製ヒアルロン酸ナトリウム注射液
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
日本薬局方 精製ヒアルロン酸ナトリウム注射液
アルツディスポ®関節注25mg

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。
●薬価基準収載

〔製造販売元〕生化学工業株式会社 東京都千代田区丸の内一丁目6-1

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

ARZ04QK
（2016年9月作成）

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　処方箋医薬品*
*注意－医師等の処方箋により使用すること

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。

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

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
大阪市中央区道修町3-2-10

© Janssen Pharmaceutical K.K.2015

2015年6月作成

実地リウマチ医のための簡便ですぐ役に立つ手引き

リウマチ肘手術のタイミング

《話し手》
西田 圭一郎 氏　岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 生体機能再生・再建学講座 整形外科 准教授
《聞き手》
山村 昌弘 編集員　岡山済生会総合病院 特任副院長／リウマチ・膠原病センター長

「足の手術のタイミング」、「手の手術のタイミング」、「頚椎手術のタイミング」と続いてきたこのシリーズ。今回は岡山大学整形外科の西田圭一郎氏に、「肘手術のタイミング」についてうかがいます。聞き手の山村昌弘編集員はおなじ岡山大学のリウマチ・膠原病内科のご出身で、実際に西田氏に患者さんの手術を託すこともある“連携関係”です。肘こそADLの要だというお話から、「岡大式（人工肘関節）が動くとすごいんです！」という虎の子の紹介まで、盛りだくさんの内容でお届けします。

肘とリウマチ患者

山村：医療が非常に細分化されて、整形外科でも手の専門、股関節の専門というように特定の部位に特化して診療される医師も多いなか、西田先生は全身の関節を総合的に評価して、そのうえで肘をはじめ各部位の手術方針を決めておられます。託す側の内科医としては、患者さん本位の手術をしてくれるという点で、信頼のおける外科医です。本日は、リウマチ肘の病理や治療方針の考え方についてお話をうかがっていきたいと思います。まずは疫学的な話題からお願いします。

西田：リウマチ患者さんのうち肘に病変をもつ人の割合は、文献によってバラつきはありますが、20～65%とされています。最後まで肘関節のみに病変が限定される患者さんは5%にとどまっており、多くは肘以外の関節にも病変がみられるということです。そして、これは意外な落とし穴だと思うのですが、肘の病変からリウマチが始まる患者さんが3%ほどいます。大関節で単関節の炎症がリウマチとして現れるという、診断の難しいパターンだといえます。

肘は上肢の関節なので体重による荷重はかかりませんが、たとえば手をついて立ち上がる、物を持ち上げる、杖をつくなど、日常生活の様々なシーンで荷重がかかっていて、大きいときには体重の2分の1ほどにもなると言われています。

また、肘は手を空間のあるところへ動かす――たとえば何かを手に取って、それを口に運ぶといった動作において非常に大切な役割を果たしていますが、日常生活において必要とされる可動域は30～120°とされています。

肘の動きは肩や手首の動きに強く影響を受けます。手首や肩の動きが障害されれば肘に大きな負担がかかりますし、逆に肘が十分に動く状態であれば手首や肩の動きを代償することができます。でも肘が障害された場合には、肩や手首による代償は期待できません。肘が90°ぐらいまでしか曲がらなければ、自分の頭にも触れなくなりますし、食べ物を口に運びにくくなります。女性なら化粧をするのも難しくなるでしょう。

山村：肘関節はADLにとって非常に重要な関節だということですね。

肘の変形はどのようにして起こるのか：破壊の様式

山村：肘関節に障害のあるリウマチ患者さんは、レントゲン所見もかなり進行した人が多いという印象があります。肘関節の変形・破壊はどのようにして起こってくるのでしょうか。

西田：リウマチ患者さんの肘関節の変形に関する文献はそれほど多くはないのですが、肘リウマチの関節破壊は上腕骨滑車の橈側から生じ、進展するという研究報告があります[1]。

また、リウマチ肘をレントゲン所見により4つのタイプに分類し、それぞれの破壊様式を評価した研究報告[2]があります。内科医の先生方も経験的に感じておられると思いますが、リウマチ肘は、硬直して動きが悪くなるstableタイプと骨破壊・吸収が強く安定性を失うunstableタイプに大別できます。それぞれをさらに2分類した4つのタイプ（図1）について、2つのパラメータ（①上腕骨の高さの比=上腕骨の減少度、②尺骨の関節面の高さの比=尺骨の減少度；図2）を計測して年次推移をみていったところ、上腕骨の減少度はstableタイプとunstableタイプで有意に異なり、予後推定のためのパラメータになりうることがわかりました。上腕骨と尺骨の変化はほぼパラレルで、unstableタイプはいずれも骨吸収が認められるのに対して、stableタイプでは骨吸収はみられません。また、尺骨よりも上腕骨のほうがより強く破壊が進行することも示されています。

山村：ある程度肘関節の破壊が進んだ患者さんでは、薬物療法で炎症を抑えても荷重がかかればさらに破壊は進行すると考えられますか。

西田：ええ。たとえば農作業をしたり重い荷物を運んだりするなど、毎日のように大きな負担がかかれば関節破壊は進むと予測されます。特に軟骨は破壊されて消失し痛みが強くなって、手術を検討することになるでしょう。

肘病変を見逃さないために：注目すべき症状

山村：肘関節の破壊には、強い骨吸収をきたすものがある一方で、軟骨破壊にとどまるなど、いろいろなタイプがあることをうかがいました。では次に、こうした肘の病変を見逃さないために、注意が必要な症状についてお聞かせください。

西田：まず「疼痛」ですね。それから「腫れ」。肘の腫れを診るときは、後外側のくぼみ（図3）を触ってみることが大切です。ここで滑膜が増殖するので、触れるとぷよぷよしているのがわかります。また、痛みがあってもなくても、関節内に障害をきたしていると肘関節は伸びきらなくなるので、少し伸びなくなっている（5～10°くらい）患者さんでは必ず後外側を触れてみてください。このとき、肘は少し曲げた状態で触れるのがポイントです。

エコーによる滑膜炎の確認も必要です。滑膜炎は後外側に生じやすく、そこで激しい炎症が持続しやすいので、このあたりを見ればおおよそのことがわかります。

それから、後の状態と比較するためにも単純X線を正面と側面の2方向から必ず撮影しておきます。先ほど紹介した2つのパラメータの変化を見ていくときにも役立ちますし、画像を比較するだけでも微細な変化を確認できますので、患者さんへの説明時にも有用です。

山村：手と足は小さな関節で変化が起こりやすいので、できるだけ毎年X線写真を撮るようにしていますが、肘関節の撮影頻度についてはいかがでしょうか。

西田：内科の先生が診ていかれる場合には、肘の愁訴があれば1－2年に1回撮るということでよいと思います。

疼痛のほかに「関節の不安定性」、「強直に伴う可動域の低下・消失」は、リウマチ肘関節の治療方針（表）を検討するうえで非常に大切な症状になります。

手術の前にできること：装具と日常生活の工夫

山村：症状の強さや薬物療法など保存的な治療に対する反応をみながら手術を検討することになると思いますが、なるべく肘関節に負担がかからないように日常生活を工夫することも大切ですね。

西田：そうですね。具体的には、患側上肢で重

図1　単純X線所見によるリウマチ肘の分類

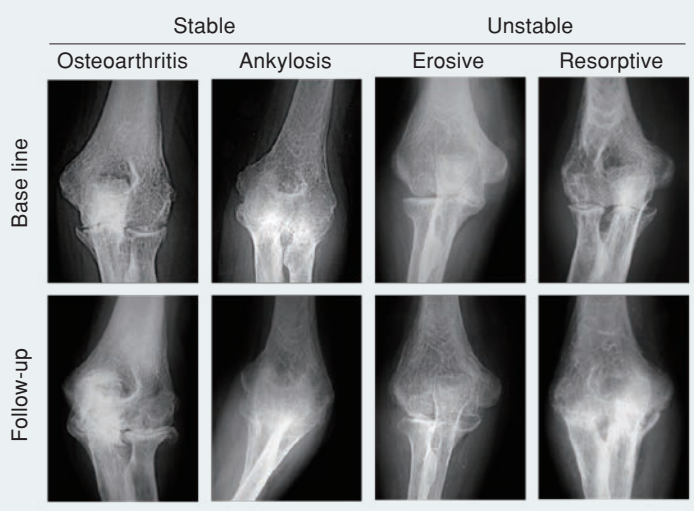


図2　上腕骨・尺骨の関節破壊を評価する2つのパラメータ

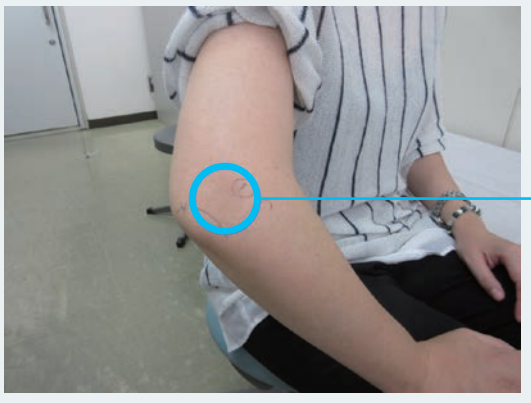
Humeral surface Height Ratio（HHR）=A/B

A: height of trochlea
B: distance between the center of olecranon fossa and its lower line
C: distance between the center of olecranon fossa and joint surface

Ulnar surface Height Ratio（UHR）=C/D

C: distance between ulnar joint surface and dorsal cortex perpendicular to dorsal tangential line of ulnar shaft
D: diameter of ulnar shaft

図3　後外側のくぼみ



ここが「ぷよぷよ」していれば、滑膜が増殖している。

表　リウマチ肘の一般的治療方針

病態	症状	治療介入（保存的）	→	治療介入（外科的）
滑膜炎	疼痛・可動域制限	薬物治療の強化・見直し 関節内ステロイド注入 ＋/－ 装具療法	効果不十分 ・症状の持続 ・日常生活動作の改善なし	Grade I-II 鏡視下滑膜切除 ＋/－ 橈骨頭切除 Grade III-IV 人工肘関節全置換術
骨破壊,骨吸収				
軟部組織の弛緩・靱帯断裂	関節不安定性	装具療法		
強直（骨性・線維性）	可動域低下・消失	自助具の使用	両側性 患者の強い希望	Grade V 人工肘関節全置換術

Enbrel® etanercept

完全ヒト型可溶性TNFα/LTαレセプター製剤　薬価基準収載

エンブレル®

皮下注50mgペン1.0mL/皮下注25mgペン0.5mL
皮下注50mgシリンジ1.0mL/皮下注25mgシリンジ0.5mL
皮下注用25mg/皮下注用10mg

エタネルセプト（遺伝子組換え）製剤　生物由来製品　劇薬　処方箋医薬品注）　注）注意―医師等の処方箋により使用すること

ヤヌスキナーゼ（JAK）阻害剤　薬価基準収載

ゼルヤンツ®錠5mg

XELJANZ® 5mg Tablets　トファシチニブクエン酸塩錠

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

抗リウマチ剤　薬価基準収載

Rheumatrex® methotrexate

リウマトレックス®カプセル2mg

日本薬局方 メトトレキサートカプセル　劇薬　処方箋医薬品注）　注）注意―医師等の処方箋により使用すること

製造販売元

Pfizer ファイザー株式会社

〒151-8589
東京都渋谷区代々木3-22-7
http://www.pfizer.co.jp/
資料請求先：製品情報センター

●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添付文書をご参照ください。

XEL72F001C　　2018年7月作成

いものを持たない・持ち上げない、農作業など肘に負担のかかる動作をしない、患側上肢や肘をついて立ち上がらない、疼痛のあるときは安静にする、などが挙げられます。患者さんの生活に合った指導が必要になるでしょう。また、炎症が強いときには関節内ステロイド注射、不安定肘には装具療法（図4）など、状況に応じた治療介入を検討します。

装具療法の目的は、痛みの軽減と不安定性の改善にあります。可動域は若干損なわれるかもしれませんが、痛みが軽減し、安定が得られることでADLも改善されますし、関節保護にも効果的です。いずれ手術を考えなければならないような患者さんには農作業や重いものを持つようなときは必ず装具をつけてもらうようにすることで、手術までの時間を延長することができると思われます。また、関節内注射をした後の肘に負担がかからないよう装具で保護することで治療効果も違ってきます。

「重いから」と装具を敬遠して手術を希望する患者さんがいる一方で、肘がかなり不安定になって痛みも強いのに「手術は絶対にしたくない」と拒絶される患者さんもいます。どうしても手術を受け入れられない患者さんにも、装具療法はよい適応になると思います。

山村：内科医にとっては、装具療法はまったく未知の領域です。

西田：それぞれの関節について、どのような装具が使われているか2～3種類ずつ知っておいていただければよいと思います。サポーターでもある程度の安定性は得られますが、それほど強くありません。肘をしっかり安定させ、痛みを軽減させるには「両側に支柱がついていて、曲がる」装具をオーダーしていただければよいと思います。

肘手術のタイミング—どのような状態になったら外科医に相談すべきか

山村：手術のタイミングを逃さないために、内科医から整形外科医に相談するタイミングについて具体的にお聞かせください。

西田：一般的な治療方針（表）にまとめたように、保存的治療介入で十分な効果が得られない場合には外科的な治療介入が必要になります。その見極めの基準の1つとなるのがMorreyのグレード分類（図5）です。関節破壊が認められないGrade I～IIであれば滑膜切除術の対象になりますが、近年は薬物療法の進歩もあって頻度は減少しています。骨性構築の変化や関節破壊が認められるGrade Ⅲ以上、あるいは患者さんからの希望がある場合には人工肘関節置換手術（TEA）の適応になります。

手術を拒絶する患者さん、あるいは比較的若い男性で活動性が高い患者さんで人工関節は避けたいような患者さんには、中間膜挿入術による関節形成術があります。ただし、こうした手術を行う施設はごく限られているのが現状です。

山村：岡山大学で開発された人工肘関節をご紹介いただけますか。

西田：図6の左側が従来型のJACE型[3]、右側は2007年より臨床応用を開始したPROSNAP型[4]です。JACE型を用いたリウマチ患者の肘関節再建術について、5年以上経過観察をした87肘について平均約9年の臨床成績を解析したところ、国際的な基準（Mayo Elbow Performance Index：MEPI）で疼痛、可動域、安定性、機能のすべての項目で術後のスコアが改善され、全体のスコアは術前の39点から術後94点まで改善していました。合併症は10例10肘（11%）で認められ、その内訳は、患者さん側のトラブルによる術中・術後の骨折が2肘ずつ、尺骨神経障害3肘、感染1肘、人工関節の取り出しが1肘、一過性の橈骨神経障害が1肘でした。この手術による14年生存率は、人工関節を取り外した人をendpointにすると99.2%、神経剥離など何らかの手術が必要だった人をendpointにすると93%という好成績が得られています。

岡山大学の人工肘関節は、内側の側副靱帯と外側の側副靱帯を切らずに残して手術するので、術後は肘を十分に伸ばせるようになるのが大きな特徴の1つです。“岡大式”が動くとすごいんです（図7）。

山村：PROSNAP型は、どのような患者さんに使われるのでしょうか。

西田：Morrey分類Grade IVに相当する、骨吸収が非常に強い重症の関節破壊や骨性に強直して動かなくなった関節、再置換などの難治症例に主に用いています。JACE型は滑車部分がセラミック製ですが、こちらは金属製で、靭帯組織が破綻した関節でも再建が可能な構造になっています。実際の手術例を紹介します（図8）。人工肘関節が外れてしまった患者さんで、骨を一部開窓して取り出した後に新しい人工肘関節を入れる難しい手術でした。

今後のリウマチ肘治療の展望

山村：生物学的製剤の登場によりリウマチ治療の薬物療法は飛躍的に進歩しましたが、今後リウマチ肘治療も変わっていくとお考えでしょうか。

西田：国内外の疫学研究報告からは、手術を必要とするリウマチ患者さんの減少傾向がうかがえます。私自身、TEAが必要な関節破壊をきたす例は減少していると感じています。特に鏡視下滑膜切除術が回避される例はよくみられます。ただ、生物学的製剤の恩恵にあずかれない患者さんはいまだに多くいます。薬価の問題、二次無効、合併症などで十分な治療が受けられない例はなくならないと思います。また、リウマチ専門医にかからず、適切な治療を受けていなかったり、手術のタイミングを逃したりしたことで、末期になってから手術を希望するケースもなくなってはいません。

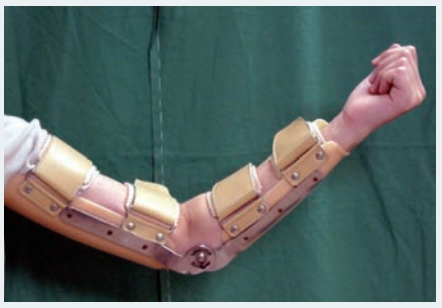
薬物療法が進歩して寛解例が増えているものの、リウマチは完全に克服されたわけではありません。高齢での発症例が増えていることを考えれば、患者数はむしろ増加することも予測されます。リウマチ専門医の育成、そして患者教育や啓発は引き続き必須の課題だと思います。

薬物療法の進歩を追いきれない主治医、患者さんがいる限り、整形外科医はメスを研いで、いつでも患者さんの期待に添えるよう準備をしておきたいと思っています。

山村：西田先生がご指摘されたように、薬物療法の恩恵を受けている患者さんはまだ限られていると私も感じています。そうしたなかで、失われた関節機能を回復させるには、やはり手術が必要です。西田先生のお話をうかがって、改めてリウマチ関節に対する整形外科的なアプローチの奥深さを認識し、内科医としては手術のタイミングを逃さないためにも、ためらうことなく率直に相談することが大切だと改めて感じています。本日はどうもありがとうございました。

文献
1) Kitamura T, et al. Clin Rheumatol 26(4): 515-519, 2007
2) Hashizume K, et al. Clin Rheumatol 29(6): 632-643, 2010
3) Nishida K, et al. Bone Joint J 100-B(8): 1066-1073, 2018
4) Nishida K, et al. J Shoulder Elbow Surg 23(6): 837-842, 2014

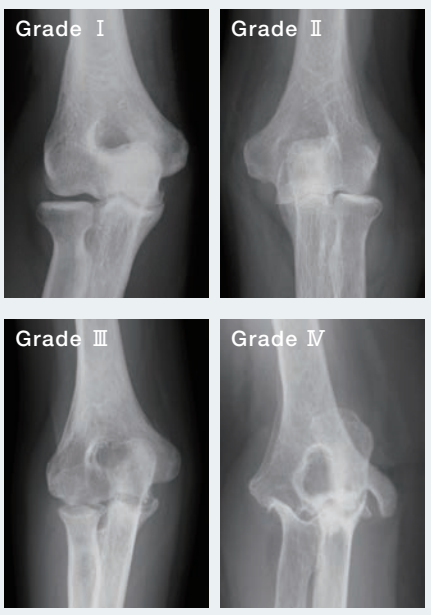
図4　肘の装具


両側支柱付き肘装具

岡山大学式肘装具

図5　リウマチ肘のMorreyのグレード分類

Grade	Findings（specific to elbow）
I	Osteoporosis
II	Joint space narrowing
III	Architectural changes of bones
IV	Gross destruction and instability



I　：軟部組織腫脹と傍関節骨粗鬆症
II　：関節裂隙狭小化とエロージョンを認めるが、関節面全体の変化は軽度で不安定性なし。
III：骨性構築の変化，不安定性が出現
IV：強い関節破壊の進行と不安定性、あるいは強直。

Morrey BF, Adams. J Bone Joint Surg,74-A：479-490, 1992
Kauttman JI, J AM ACAD ORTHOP SUR, 11(2): 100-108, 2003

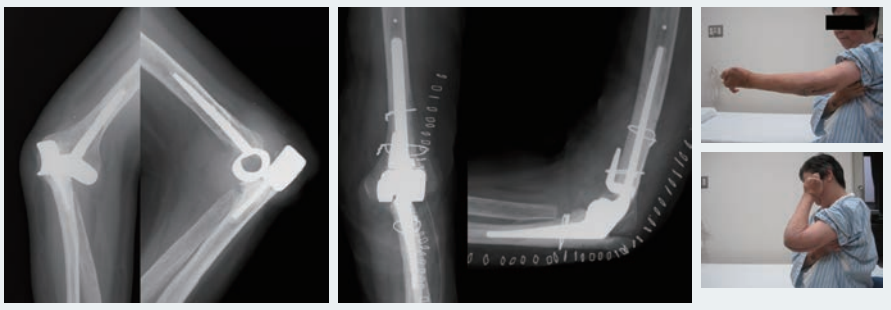
図6　岡山大学式人工肘関節

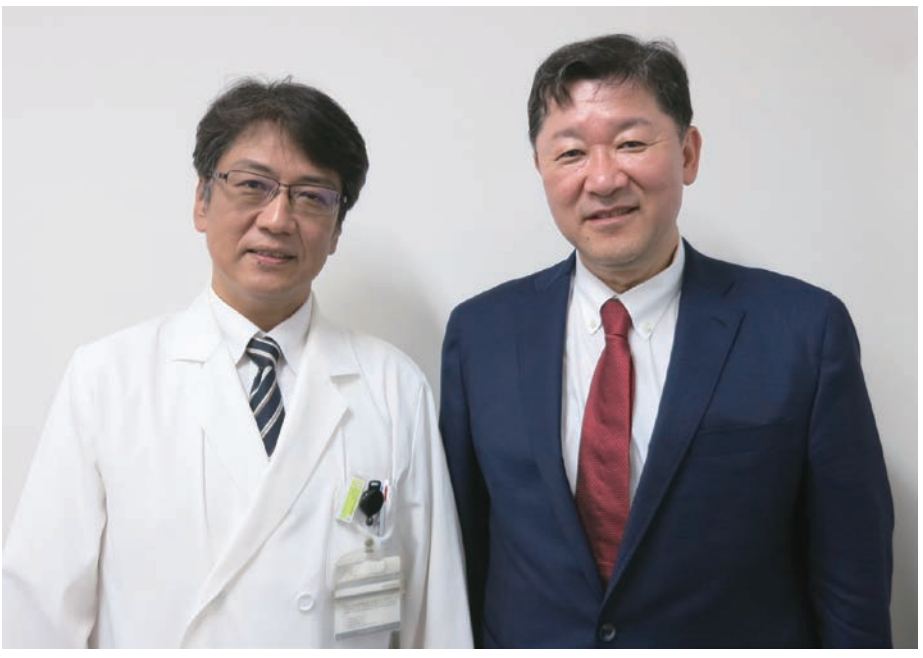
JACE型

PROSNAP型

図7　岡山大学式人工肘関節の動き

図8　人工関節再置換術症例


術前 25点（MEPI）　術後 80点（MEPI）


西田氏（左）と山村編集員（右）。岡山大学の整形外科准教授室にて。

画像クイズ

連載

皮膚科・歯科とリウマチ性疾患

皮膚科 第4回

社会医療法人厚生会 木沢記念病院 名誉病院長／岐阜大学 名誉教授　北島 康雄 氏

症例aは20才代、症例bは30才代、症例cは40才代、症例dは30才代の女性である。4人共に約2ヶ月前からそれぞれ両手の全部の指がほぼ同様に紅くなり、湿疹が出来たと訴えている。また、全身性の自覚症状はなく、さらに手の痒みもほとんどないが、dの30才代女性は手指が時々かゆくなるとのことである。

Q1. 両者の手の紅斑の違い（視診所見）をどう説明するか。
Q2. この患者の手の皮疹から皮膚で何が起きている（病態）か、その結果から判断すると鑑別疾患名は何が挙がるか。

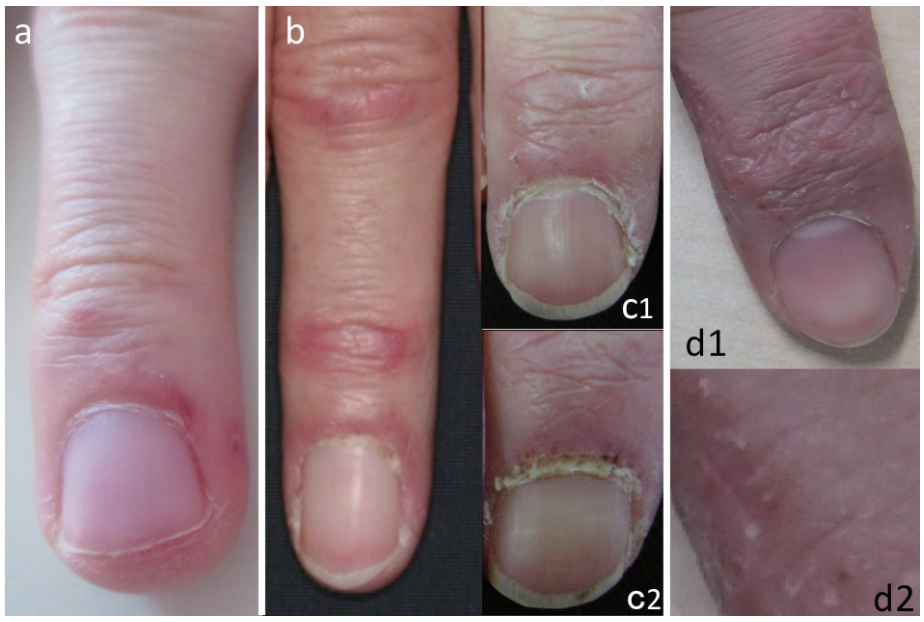
A1. 図1に示す。まず、紅斑については、症例a, b, c共に紅斑の上に痂皮や鱗屑がなく、かつ、皮膚表面の肌理が消失しているが、症例dでは直径1mm以下の点状の痂皮や白く細かい鱗屑が着いている。特に図d1では①軽い紅斑を伴った直径1mm以下の小水疱～漿液性丘疹があり、②その丘疹に着いた鱗屑やそれを取り巻く環状の鱗屑が見られる。

次に、症例b, cでは白矢印が示す様に爪隔に白く角質が見られ角化異常が見られるが（特に爪上皮では顕著）、症例a, dではこれらの所見は見られない。また、症例cでは図c2の白二重矢印に示す様に爪上皮に点状出血が黒赤調にみられる。

A2. 図2に示す。症例a, b, cでは全て同様に、紅斑の上に鱗屑がない、痂皮がないと言う所見は表皮に異常がなく（表皮内に湿疹特異的な浮腫/海綿状態がない）、真皮上層の毛細血管周囲の炎症性細胞の浸潤による紅斑を示している。肌理が消失しているのは基底細胞の液状変性により表皮のターンオーバー時間が延長し、角層がコンパクトになり剥がれなくなっているためである。（北島康雄、Visual Dermatology 9. No. 12,2010参照）。すなわち、血行性に起炎性の因子が真皮上層に達したことを示唆する、内因性の疾患である。膠原病、薬疹、ウイルス感染などが考えられるが、薬疹やウイルス感染症に伴う紅斑は数日単位で出没するが、膠原病では週単位になるので症例a, b, cでは膠原病が疑われる。

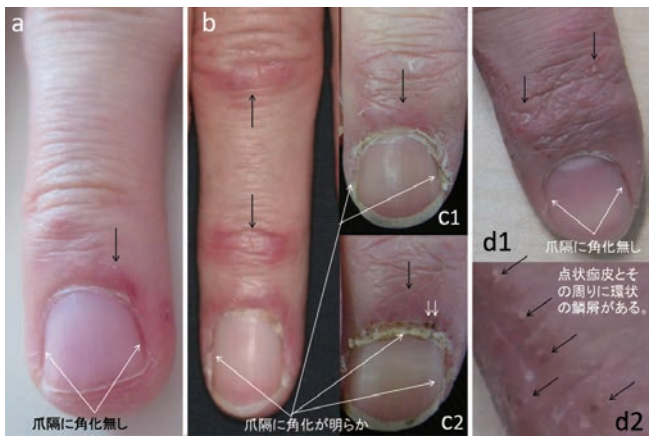
次に、症例b, cでは白矢印が示す様に爪隔に白く角質が見られ角化異常が見られると言う所見は次のことを示唆する。すなわち、爪隔では常に断続的に外力が加わるが、基底細胞の液状変性があると表皮のターンオーバー時間が延長し、角層が肥厚、陳旧化して角層疲労を生じ、外力に耐えられなくなり白く壊れるためにこの様な爪隔の角化所見が生じる。この所見は基底細胞の液状変性が強い皮膚筋炎に見られるので、症例b, cは皮膚筋炎である。症例aはＳＬＥと言うことになる。図ｂの黒矢印に示す紅斑は指関節の背面にあり皮膚筋炎のゴットロン兆候という。さらに図cの白二本矢印が示す黒赤調の多数の点は爪上皮下の点状出血で、皮膚筋炎や強皮症で見られる。症例a, dではこれらの所見は見られない。

症例dでは1）軽い紅斑を伴った直径1mm以下の小水疱～漿液性丘疹があり、2）その丘疹に着いた鱗屑やそれを取り巻く環状の鱗屑が見られる。これらは表皮内に点状浮腫すなわち点状の海綿状態があることを示しており、表皮内にⅣ型アレルギー反応があることを示す。以上から、症例dはアレルギー性接触皮膚炎である（皮疹の因数分解・ロジック診断、北島康雄著、秀潤社、2018/10/26発行予定参照）。



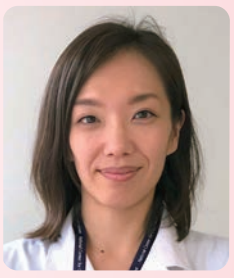
▲図1

図2▶



リレー連載

女性リウマチ医のひとりごと



第8回

国立成育医療研究センター 妊娠と薬情報センター
臨床研究員　髙井 千夏 氏

（編集部より）当連載は、執筆担当者が次の担当者を指名する、数珠つなぎのリレーコラムです。今号は阿部麻美氏（新潟県立リウマチセンター リウマチ科）からバトンを受けた髙井千夏氏の登場です。

●リウマチ医になったわけ

リウマチ医ならば誰でも知っているご高名な先生方でつながれてきたこのバトン、半人前にも満たない私が受け取ってしまい恐縮です。私は卒後、新潟大学の腎・膠原病内科で指導をいただき、大学院はわがままを言って筑波大学へ出向、松本功先生グループでお世話になりました。結婚を機に東京へ転居し今に至ります。入局を決めたのは研修医2年目、長谷川尚先生のご指導の下、全身を診、小さな病態変化を見逃さない繊細な診療に憧れを抱きました。bDMARDsが広まりつつあった当時、普段は寡黙な長谷川先生がその劇的な効果を熱く説いて下さったことが強く印象に残っています。いつか私も使いこなせるようになりたいなと思ったものです。また、大きな決め手となったのは当時出会った若い女性患者さんたちの存在です。就職したばかりのKさん、結婚を間近に控えたOさん。まさに人生これから、女性たちが膠原病を発症し入院を余儀なくされる姿に触れ、力になりたいと思いました。患者さんとは同年代の女子同士ですので会話が弾むのですが、妊娠や出産についてはなんと伝えていいかわからず、核心に迫れない自分がいました。あのときのもどかしい思いが、今の成育医療研究センターでの研修につながっています。（村島温子先生のメールアドレスを教えて下さったのも阿部先生でしたね!）

●女性医師でよかったこと

診療、研究に励む女性の先生やスタッフから女性としての様々なライフスタイルの在り方を学べること。私の一番身近な女医である母は、家事や育児は祖母に託し、周囲からブルドーザーと呼ばれるくらい（本人はたぶん気付いていない）純真無垢な仕事人間でしたので、尊敬はしてはいますがあまり参考にはなりません。リウマチ医界には各々のスタイルでバリバリ仕事をこなす素敵な先生方がたくさんいらっしゃって、（やはり私には真似できないかもしれませんが）大変刺激を受けております。

チームワークの秘訣、お誕生会での1枚。左から、水戸氏、河野氏、後藤氏、喜納氏、鬼頭氏、村島氏、金子氏、髙井氏。企画・撮影は秘書の髙貝氏。

●ひとりごと

新潟と東京ではリウマチ患者さんの生活背景がまるで違います。新潟県立リウマチセンターは北部の新発田市にあり、農業が盛んで春に田植え、秋に稲刈りが終わったら冬は雪かきに追われる、リウマチ患者さんにとっては厳しい土地柄です。とある男性患者さんは真冬にぱんぱんに手を腫らしてやって来ました。聞けば“オータムポエム”の収穫で悪化したとのこと。オータムポエムとは、新発田の名産品で別名アスパラ菜、なんと真冬が最盛期だというのです。即刻バイオをスイッチすることにしましたが、その日はスーパーでオータムポエムを買って帰り、真っ赤な働き者の手を思いながら味わいました。一方、世田谷区では育児と仕事の両立真っ最中の女性や多忙なキャリアウーマンが多いのですが、やはりがんばりすぎて手を腫らしてやって来ます。当初は患者さんの層が全く違うことに戸惑いましたが、患者さんの生活に寄り添ってベストを施すことに変わりはなく、患者さんと人生の苦楽を共にすることにリウマチ医のやりがいがあるのだなと改めて感じています。AIに診療を取って代わられる日が近いのかもしれませんが、そこまではまだ学習できないはず、と思いたいです。

●バトンタッチ

リウマチセンターでは入れ違いになってしまいましたが、お酒の席でご一緒させていただいたとき、先生の放つ唯一無二の魅力に心奪われました。群馬でご活躍の大倉千幸先生、どうぞよろしくお願い致します！

◎次号の担当医師は、大倉千幸氏（群馬大学医学部附属病院 整形外科）です。

平成31年度 リウマチ財団登録医資格再審査・更新手続き

規則及び申請方法につきましてはホームページをご覧ください。

申請受付期間 平成31年3月1日～5月31日

下記年度にリウマチ財団登録医になられた方は平成31年度資格更新者に該当いたしますのでご留意ください。

昭和63年度、平成3、6、9、12、15、18、21、26年度

登録医資格再審査・更新手続き（リウマチ財団登録医規則による）

・登録の有効期間は5年です。
・更新の要件は以下のように分かれます。

登録医資格の再審査（更新）

要　件

引き続きリウマチ性疾患の診療に従事しているリウマチ財団登録医であって、診療患者名簿10例を有し、下記のいずれかを満たす者。
1. 教育研修会、eラーニングで20単位以上
2. 教員研修会に5回以上出席し、eラーニングを含む教育研修単位10単位以上

手続き

1. 登録資格更新申請書
2. 要件を満たすことを証する書類

登録医資格再審査（更新）特例

要　件

次の者は更新資格要件不要
1. 65歳以上の者で10年以上継続して登録医
2. 15年以上継続して登録医
3. 日本リウマチ学会リウマチ専門医
4. 日本整形外科学会認定リウマチ医

手続き

登録資格更新申請書

更新料　2万円
但し、日本リウマチ学会リウマチ専門医及び日本整形外科学会認定リウマチ医は1万円

注）1. 教育研修会とは、財団が主催する教育研修会、又は認定する教育研修会をいう。
2. 研修単位は財団証明書によるもの。
3. 研修会出席回数は、同一学術集会において複数の研修講演に出席しても1回である。
4. 単位証明書及び研修会出席の有効期間は、直近5年以内。

平成30年9月 企画運営委員会 議事録

平成30年9月開催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

議　題

【報告事項】

1. 委員会等の開催について
　① 第2回登録理学療法士・作業療法士制度検討部会（7月19日）
　　検討部会で審議した結果、下記のとおり決まった。
　　・制度の名称は「日本リウマチ財団登録理学療法士・作業療法士」とする。
　②第2回医療保険部会（9月9日）
　　・平成30年度診療報酬改定の検証及び平成32年度改定について。
2. 研修会の報告について
　今年度から「リウマチの治療とケア教育研修会」に統合し、6地区8会場で実施。参加者数は、北海道・東北地区（山形）67名、関東・甲信越地区（東京）169名、近畿地区（大津）127名。
3. 日本リウマチ財団委員会委員（平成30年～平成31年）の任命について
4. 平成31年度リウマチ月間リウマチ講演会及び実行委員会について
　来年は6月23日（日）に「大手町サンケイプラザ」で実施することが決まった。
5. 財団創立30周年記念誌について
　記念誌(データ)がほぼ出来上がり、近日中に財団HPに掲載予定とした。

【審議事項】

1. 国際学会におけるリウマチ性疾患調査・研究発表助成者の選考について
　アジア太平洋リウマチ学会2018　1名　、アメリカリウマチ学会2018　1名
2. 平成30年度法人賛助会員セミナーについて
　11月13日（火）16:00～18:00開催予定。演者「田中栄」先生、「岡本一男」先生。
3. 平成31年度以降の教育研修会について
　平成31年度については従来通りのやり方で行い、6会場で進めるとした。
4. 教育研修単位認定申請の見直しについて
　平成31年度から改正することで、委員会で検討して進めることとした。
5. 「関節リウマチのトータルマネジメント」改訂第2版の発刊に関して
　作成する方向とし、出版社等と調整する。
6. 財政状況（正味財産増減計算書）について
7. 災害時の財団対応について
　「災害時リウマチ患者支援事業」について見直しの方向で進めるとした。

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者報告書（EULAR 2018）

日和 良介 氏／京都大学医学部附属病院 免疫・膠原病内科

6月15日にポスター発表を行った。演題名は、“Trough concentration of mycophenolic acid correlates with renal function and serum albumin level in Japanese patients with SLE”である。ミコフェノール酸モフェチル（MMF）はリンパ球増殖を抑制する免疫抑制薬で、本邦では2016年にループス腎炎に適応となった。MMFは内服後、速やかに加水分解され活性代謝物であるミコフェノール酸（MPA）になる。移植領域では以前から血中濃度モニタリング（TDM）が行われてきたが、ループス腎炎におけるTDMの有用性は明らかではない。そこで、日本人のSLE患者において、MPAの血中濃度に影響を与える因子について調べることを目的として研究を行った。

京都大学医学部附属病院でMPAのトラフ濃度を測定したSLE症例を集め、線形回帰分析を行って血中濃度に影響を与える因子を検討した。20例の血中濃度データを用いて解析を行い、単変量解析ではMPA血中濃度とMMF投与量、血清アルブミンの間に正の相関を、クレアチニンクリアランスの間に負の相関を認めた。多変量解析によって、血清アルブミンとクレアチニンクリアランスが独立した因子であることが示された。つまり、アルブミンが低いほどMPA血中濃度は低下し、腎機能が悪いほどMPA血中濃度が上昇する、という関係が明らかになった。ループス腎炎では低アルブミン血症と腎機能低下が起こりうるので、至適血中濃度を得るにはTDMが重要であると考察した。

様々な国のrheumatologistにポスターを見ていただき、数名の方からは興味深い内容だと言っていただいた。質疑応答では、血中濃度の測定方法や、対象とするべき症例について興味深い示唆をいただいた。後方視的検討の限界も改めて感じた。今後、MPA血中濃度と有効性や副作用との関連についても研究していきたいと考えている。

学会を通して、基礎、臨床あるいは両方にまたがるリウマチ学についての様々な発表を聴き、勉強になるとともに非常に刺激を受けた。また、治験が進行しているSLEや血管炎の新規治療についての発表を聴いたり、SLEの新たな分類基準とその背景についてのプレゼンテーションを聴いたりと、明日からの診療につながる知見を得ることができた。

平成31年度 リウマチ財団新規登録医募集

リウマチ財団登録医を募集しています。

申請受付期間 平成31年3月1日～5月31日

資　格 ≪要件≫
1. 通算1年以上リウマチ性疾患の診療に従事している医師
2. 直近の5年間において
　（1）リウマチ性疾患診療患者名簿 …… 10例
　（2）リウマチ性疾患診療記録（上記名簿のうち）…… 5例
　（3）財団主催・認定の教育研修会，eラーニング修得による教育研修単位 20単位以上
　　審査料（申請時）……1万円
　　登録料（審査に合格後）……2万円
　　登録有効期間……5年間

※規則及び申請書類一式は財団ホームページよりダウンロードできます。

平成30年度 リウマチの治療とケア教育研修会

リウマチ教育研修会とリウマチの治療とケア研修会をひとつにまとめ、「リウマチの治療とケア教育研修会」となりました。

開催地区	開催日	開催場所	世話人
関東・甲信越	11/17（土）	TKPガーデンシティ横浜	東海大学医学部医学科内科学系 リウマチ内科学 教授　佐藤 慎二
東海・北陸	12/2（日）	金沢ニューグランドホテル	金沢大学附属病院 リウマチ・膠原病内科 科長　川野 充弘
近畿	H31 2/3（日）	ホテルメルパルク大阪	大阪大学大学院医学系研究科 准教授　冨田 哲也

プログラム、申込方法、取得単位等詳細につきましては、財団ホームページをご覧ください。

日本リウマチ財団ホームページ

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

リウマチ財団　検索

編集後記

日本リウマチ財団登録リウマチケア看護師制度が発足して8年目を迎えるが、本号に第1期生のアンケート調査結果が発表されている。

リウマチケアの質の向上のため、リウマチケア看護師の皆さんがいかに熱意を持ってリウマチ医療に取り組んでいるのかが伝わるとともに、本制度の維持及び発展のためにさまざまな問題が存在することも明らかになった。

リウマチ専門クリニック、診療所での勤務は別として、特に病院勤務の看護師の場合はせっかく資格を持っていても別の部署に配置換えがあること。糖尿病・がん化学療法などの認定看護師と違い保険点数に反映されない。半数以上が資格取得・維持のための金銭的なサポートが得られていない。インセンティブとして給料面に反映されない。他部署に異動した時のリウマチケア資格への評価システムの構築の必要性などがあげられよう。

どうか財団、学会の諸先生方で力を合わせてぜひ問題解決に取り組んでいただきたい。

他の注目記事として岡山大学西田准教授と山村編集員との対談による「リウマチ肘手術のタイミング」があげられる。

肘関節のADLの大切さ、肘の変形機序、肘病変を見逃さないためのポイント、肘関節の手術へ至る前の患者への生活指導や関節装具などについて図表、写真などを示され、わかりやすく具体的に説明されている。最後には手術のタイミングを逃さないために関節外科専門医への相談の大切さも教えていただいた。特に私ども内科系バックの医師にはとても勉強になり、内容の深い記事であるといえよう。

この記事が皆様にとどく頃は秋も深まり、本年も残り少なくなってきたと思う季節です。忙しい年末を前にお体には充分留意下さい。

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

【日本リウマチ財団ニュース　編集員】
編集長：仲村一郎 帝京平成大学健康メディカル学部 教授・JCHO 湯河原病院リウマチ科
岡田正人 聖路加国際病院 Immuno-Rheumatology Center センター長
後藤美賀子 国立成育医療研究センター 妊娠と薬情報センター
羽生忠正 長岡赤十字病院 リウマチ科 センター長
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 特任副院長 / リウマチ・膠原病センター長