

Japan Rheumatism Foundation News

日本リウマチ財団ニュース

no. 180

2023年9月号

令和5年9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)

180号の主な内容

● 令和5年度 リウマチ月間リウマチ講演会

● 欧州リウマチ学会 (EULAR) 2023学会速報

● リウマチケア看護師、リウマチ財団登録薬剤師のツイート:第13回 やわたメディカルセンター

日本リウマチ財団ホームページ <https://www.rheuma-net.or.jp/>

令和5年度 リウマチ月間リウマチ講演会 昨年につきハイブリッド方式で開催

公益財団法人 日本リウマチ財団の「リウマチ月間」にちなむ恒例のイベント「リウマチ講演会」が6月10日(土)、東京・平河町の都市センターホテルで開催されました。本講演会は、コロナ禍のため開催中止となった3年前や、全面Web配信で再開された一昨年と変わって、昨年からは、会場開催と併せて全国にWeb配信を行う「ハイブリッド方式」での開催となり、昨年の好評を受けて、本年も引き続き対面・Web配信のハイブリッド方式で行われました。

講演会は、慣例に従って、式典・授賞式・特別講演などの「患者様とご家族・医療関係者対象プログラム」と、当財団が推進するリウマチ専門職制度の講習を兼ねたセミナー・シンポジウムから成る「医療関係者対象プログラム」の2部構成で開催されました。いずれのプログラムも、会場開催と並行してライブ配信が行われたほか、開催後の6月16日から30日までの約2週間にわたりオンデマンド配信され(医療関係者対象プログラムの一部はライブ配信のみ)、開催当日およびオンデマンド配信期間中とも、患者さんやご家族のほか、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、リウマチ財団登録理学・作業療法士の各専門職を中心に、多くの医療関係者からアクセスが集中しました。

一般・患者さんを含めた全体の参加者は約700名となり、今回のリウマチ講演会も盛況のうちに終了しました。

リウマチ医療の行方を探る特別講演

医療関係者向けも多様な内容と顔ぶれで

患者様とご家族・医療関係者対象プログラムでは、挨拶と祝辞に続いて、リウマチ性疾患に関する調査研究と福祉の功労者に当財団から贈られる3つの賞(ノバルティス・リウマチ医学賞、塩川美奈子・膠原病研究奨励賞、日本リウマチ財団リウマチ福祉賞)の授賞式が行われました。また、日本リウマチ財団リウマチ専門職

表彰の第4回表彰式が行われ、看護師の新井由美子氏(あずまリウマチ・内科クリニック)、薬剤師の大音節澄子氏(国家公務員共済組合連合会斗南病院)、作業療法士の清水兼悦氏(札幌山の上病院)の3名に表彰状が渡されました。

また、「リウマチ月間特別講演」として、理化学研究所生命医科学研究センター センター

長の山本一彦氏が「リウマチ性疾患の原因はどこまで分かっているのか」の演題で、続いて、ケ・セラ社会福祉士事務所主任相談支援専門員の植竹日奈氏が「医療・介護・ケア～社会保障・福祉制度の概要について」の演題で講演を行いました。それぞれ、リウマチ医学の基礎研究、リウマチ患者さんの闘病を支える社会保障・福祉制度と、2つの全く異なる視点からの講演であり、リウマチ医療の行方を探る興味深い講演となりました。

そのほか、医療関係者対象プログラムとして、12題のセミナー(うち8題は賛助会員企業との共催)と1つのシンポジウムが、本講演会のメインテーマである「患者さんに寄り添うリウマチ専門職医療者」を中心に、多様なテーマをめぐるて実施されました。

以下、医療関係者対象プログラムのうち当財団企画により行われたセミナー、シンポジウムの内容を抜粋・要約してお伝えします。



※ 以下、コメントはすべて編集長・仲村 一郎 氏

日本リウマチ財団セミナー1

医療ネットワークを他領域から考える

座長: 仲村 一郎 氏
日本リウマチ財団リウマチ専門職委員会 委員長

演者: 荻野 美恵子 氏
国際医療福祉大学医学部医学教育統括センター・脳神経内科 教授

神経難病を中心とする、いわゆる「難病」は一般に希少疾患であり、治療が困難で、進行性の身体障害を来すことが多い。そのため、医療のみならず患者の生活全般を支えるネットワークが必要であり、この点が関節リウマチと共通している。

難病患者の支援ネットワークは、おおよそ縦(時間軸)、横(チーム医療)、斜め(地域)の3つの相で捉えることができ、それぞれに多くの困難な課題がある。

病院で多数の職種が働いているのと同じように、地域にも多職種のワーカーが存在している。

前者では多職種が互いに連携することは容易だが、後者ではそう簡単ではない。一方、地域の多職種ワーカーの大部分は病院医療の経験者だが、病院のワーカーは地域で働いた経験がなく、従って彼らの地域での働きを理解していない場合が多い。そのため、有効な支援ネットワーク構築のためには、日頃から病院・地域双方のワーカーが連絡を取り合ってギャップの解消に努め、患者の退院などに際しては、退院前の早い時期

に双方の多職種ワーカーが集まって退院カンファレンスを開く必要がある。

災害対策は、患者支援ネットワークの重要なテーマである。身体障害を抱えた在宅患者が災害発生時に直面する困難は想像に難くない。平常時から避難所の場所を確認しておき、避難訓練を実施し、また停電に備えてバッテリー・自家発電機などを準備しておくよう勧めることも重要な患者サポートの一環である。

コメント

荻野先生のお話を伺って、疾患が神経難病であっても関節リウマチであっても、多職種連携の意義は変わらないことを痛感した。先生が大学勤務と並行して、神経難病の在宅支援の最前線に身を置いてこられたからこそその「現場の生の声」を聴かせていただいた。

日本リウマチ財団セミナー2

若年性特発性関節炎(JIA)の診断・治療・ケアのポイント

座長: 村澤 章 氏
新潟県立リウマチセンター 名誉院長

演者: 森 雅亮 氏
東京医科歯科大学生涯免疫難病学講座 寄附講座教授

若年性特発性関節炎(juvenile idiopathic arthritis: JIA)は、小児人口10万人当たり患者10人程度の希少な疾患である。16歳未満に発症した関節炎のうち、原因が分からず、6週間以上続くものと定義され、7つの病型に分けられている。このうちJIA全体の41.7%を占める全身型は、

関節炎を伴って2週間以上続く発熱を特徴とし、紅斑、全身のリンパ節腫脹、肝腫大または脾腫大、漿膜炎のうち1つ以上を伴う。そのほかに重大な合併症としてMAS(マクロファージ活性化症候群)があり、死亡率は10～30%と高い。

JIAは2015年に全身型が、2017年に少関節炎

など3つの病型が厚生労働省の指定難病に認定された。JIAに対して認可されている生物学的製剤は現在5種類のみで、JAK阻害薬はまだ1つもない。全身型JIAにはステロイド剤が著効を示すが、長期大量投与により骨粗鬆症、耐糖能異常、易感染性などの副作用を来すため、投与終期にはステロイド離脱が治療の目標となる。また、ステロイド不応例に対してはトシリズマブが考慮される。

JIA患者の小児科から成人リウマチ科等への移行に際しては、JIAと関節リウマチ(RA)の違い、JIAとRAに適用のある治療薬の違い、適用される医療費助成制度の違いなどのさまざまな点に注意を払い、また、転院・転科前後の双方の担当医・スタッフが情報を交換し、患者の自立の程度を見極めながら慎重に移行を進める必要がある。

コメント

森先生にはJIAの基礎知識をわかりやすくお話しいただいた。患者の成長に伴い、担当科が小児科から成人リウマチ科に移行するが、この際、切れ目なく治療を継続する必要がある。そのためには科の垣根を越えた多職種連携が重要であることが説かれた。

日本リウマチ財団セミナー3

筋・骨格系の訴えからどう診断を進めるか？

座長：高林 克己 氏
千葉大学 名誉教授

演者：亀田 秀人 氏

東邦大学医学部内科学講座膠原病学分野 教授

筋・骨格系の疼痛を訴える患者の診断には、問診のポイントとして、現在の痛みが確かに関節痛か、関節痛ならどの部位か、に始まり、家族歴の有無、日常的な関節負荷の有無、急性か慢性か、体軸が末梢か、などが重要であり、また、どんなときに痛みが増すか、または軽減するか、どんな随伴症状(腫脹や発赤、朝のこ

わばり、発熱・皮疹等)があるかも診断のために極めて重要である。これに加えて、患者が診察の待ち時間に記入する問診票も非常に有用な情報源となる。

診察では、腫脹や萎縮、圧痛や運動痛の有無、可動域などを部位ごとに確認し、病変の主座がどこにあるかを慎重に見極めることが重要である。例えばアキレス腱に圧痛を認めた場合、腱の痛みか付着部炎によるものかを確かめるため

に、腱付着部に正確に触れる必要がある。また肘関節等の場合は、圧痛が付着部炎によるものか関節滑膜炎かをエコーで確認する。そのほか、診察で圧痛を認めず、患者が自覚症状のみ訴えている部位に対してエコーを実施したところ炎症所見を認めた等のケースが少なくないことも忘れてはならない。これは最初に述べた3方向からの評価が診断に不可欠であることを示すケースである。

コメント

亀田先生にはリウマチ診断学の基礎を丁寧にご解説いただいた。問診、診察、検査の3方向から評価を行い、関節リウマチを見逃さないこと、関節リウマチと決めつけないことの大切さを再確認できた。

ルーチン化が可能になり、生物学的製剤の使用に際しても、副反応や不応例をいち早く検知し対応することが可能になった。

しかしながら、生物学的製剤やJAK阻害薬により治療成績は著しく向上したものの、治療費の高騰や患者の心理的負担などの問題が残された。当院ではそれらの問題の解決を「社会的

寛解」「心理的寛解」という治療目標として位置づけ、その達成を目指している。

治療費の軽減に関しては、バイオシミラーや投与間隔の最適化などベストな治療選択に努めている。専門病院だからといってハード面に傾きすぎず、患者を取りまく人間関係などソフト面との両立こそ重要と考えている。

コメント

松原先生は長年にわたり我が国のリウマチ治療を牽引してこられたトップランナーである。自らが立ち上げたリウマチ病院での実践の数々はそれだけで説得力が際立っている。「社会的寛解」「心理的寛解」という言葉も印象に残った。

手術の依頼などを行っている。
クリニックはリウマチ診療の専門性ととも、かかりつけ医としての役割も担い、特に今日の超高齢社会においては、患者のADLや認知機

能、家族背景などを考慮した対応を求められる。リウマチ患者の人生の伴走者として完走に導くことを使命と心得て、スタッフと一丸となって日々の診療に取り組んでいる。

コメント

鈴木先生にはリウマチクリニックでの16年のご経験をお話しいただいた。病診連携の構築の仕方、患者さんとの向き合い方には先生のお人柄がにじみ出ていた。クリニックのスタッフが16年間誰一人変わっていない(!)ということも納得できた。また地域の医師会の取りまとめ役として新型コロナをいかに乗り切ったかというお話も印象に残った。

日本リウマチ財団シンポジウム

登録専門職による患者対応の実際と課題

座長：近藤 正一 氏 近藤リウマチ・整形外科クリニック 院長
元木 絵美 氏 神戸女子大学看護学部 講師

RA患者のQOL向上を目指したリハビリテーション治療、その実際と課題

演者：島原 範芳 氏 道後温泉病院リウマチセンターリハビリテーション科 副科長兼係長

リウマチ治療の進歩により寛解達成が可能になった今日、患者への対応は機能・能力向上の結果としてのQOL向上から、QOL向上のための機能・能力向上へと視点を転換する必要がある。当院で実施した患者満足度調査の結果から、満足度低下の理由として、痛みや関節の動きにくさによる家庭内役割の制限、社会参加の制限、ADLの制限などがあることがわかった。

これらに対する支援と対応として、われわれはphysical activity促進支援プログラムを開発し、その運用により、運動に対する不安の解消、自信の向上による身体的、精神的QOLの改善

がみられている。
今後われわれは量的な問題から質的な問題へと視点を移し、患者のニーズを多職種で対応して引き出し、患者とつながる力が必要と考える。

UNSUNGな薬剤師の挑戦

演者：宮崎 徹 氏 厚生連高岡病院薬剤部 課長

リウマチ登録薬剤師の役割は安全な薬物治療の継続であり、それを達成する方法として調剤と服薬指導、有害事象の早期発見と回避、多職種での情報共有と連携がある。服薬指導は調剤時のみならず、さまざまな機会をとらえて継続的かつ的確に行うことが

必要であり、特にメトトレキサートのような薬剤の場合、副作用発生時には危険回避のために迅速な対応が重要である。

患者への説明の際は、医療スタッフが使用する用語、検査、薬の名前などを統一し、理解しやすくする配慮が必要である。当院では点

滴型bDMARDsのパスなどを作成し、医療スタッフ間の情報共有を図っている。
全職種が患者の治療を支える中で、薬剤師は特に薬物治療で起こり得る問題点を熟知した上、副作用の危険から患者を守り支える存在とならなくてはならない。

演者：中田 淳子 氏 おさふねクリニック 看護職副院長兼院長補佐

当院は年間来院患者数8,000名超で、医師3名(内科・リウマチ科2名)と、看護師11名(リウマチケア看護師2名)、理学療法士2名(日本リウマチ財団登録理学療法士1名)ほか計40名のスタッフで診療を行っている。リウマチケア看護師の活動場面は、初めて関節リウマチ(RA)と診断された患者に対する指導、薬物治療導入時や治療変更時の説明、

シックデイや急性合併症への対応など幅広い。これには2名のリウマチケア看護師だけでは足りず、他の看護師の協力が必要である。このためリウマチケア看護師は日ごろから他の看護師に対するリウマチ知識の啓発教育も行っている。

現状では患者への説明・指導の体制は整いつつあるものの、患者の理解度の確認が不十分、患者の高齢化による合併症の増加でRA以外の幅広い領域の知識・経験が要求されるなど、多くの点が課題として残されている。

骨粗鬆症対策を中心に

演者：古谷 武文 氏 若林医院 理事長

リウマチ患者の骨粗鬆症対策について、最新知見に触れつつ重要ポイントを示したい。近年のリウマチ薬物療法の進歩により寛解を達成する患者が増えたとはいえ、RA患者の骨折リスクが非RA患者に比べて依然高いことはデータからも明らかである。それにもかか

わらず、わが国では骨粗鬆症の治療を受けているRA患者が半数にも満たないというデータが示されている。

RA患者の骨折を部位別にみると非椎体骨折が7割以上を占め、非椎体骨折の原因は転倒が最多である。従って、RA患者の骨折予防

には転倒予防が有効である。また、転倒予防には生活環境の改善(室内の段差の解消など)が有効な手段の一つと考えられる。
そのほか、日本人に不足しがちなビタミンDを補うには日光浴(冬30分、夏5分)と、ビタミンDを多く含む食品摂取が勧められる。

コメント

RAのトータルマネジメントには多職種連携が欠かせない。このシンポジウムでは臨床の第一線でご活躍の4名の先生方に理学療法士、薬剤師、看護師、医師のそれぞれの立場で

ご登壇いただいた。
島原先生(理学療法士)は、患者満足度調査の結果をもとに開発された支援プログラムの実践についてお話しいただいた。宮崎先生(薬剤師)のお話には「リウマチ患者を副作用の危険から守り支える」毅然とした使命感がにじみ

出ていた。中田先生(看護師)には非常に多くの患者さんと接する中でも行っているきめ細かいRA看護・ケア、他のスタッフへの啓発・教育についてご講演いただいた。最後に、古谷先生(医師)には一貫して取り組んでおられるリウマチ患者の骨粗鬆症についてお話しいた

だいた。ご開業されても飽くなき探求を続けておられる姿勢に感銘を受けた。
司会の近藤、元木両先生を交えての総合討論も盛り上がり、有意義なシンポジウムとなった。

欧州リウマチ学会 (EULAR) 2023学会速報

田巻 弘道 氏／聖路加国際病院Immuno-Rheumatology Center医長 責任編集:岡田 正人 編集員／聖路加国際病院Immuno-Rheumatology Center

EULAR 2023はイタリアのミラノで行われた。本格的に現地開催に戻った学会であり、多くの人が参加した会であった。会場から人が溢れてしまうようなこともあり、非常に熱気に包まれた会でもあった(写真)。Meet the Expertやclinical practice skillのセッションは少人数制で早い者勝ちであったので長蛇の列ができていた。ポスターセッションも各モニターの上に表示されたポスターの前に演者が立ち直接face to faceで議論が行われていた。残念ながら通路が狭く、混み合い過ぎていてなかなか目的のポスターにたどり着けないこともあったが、ポスターの演者に質問をすると、演者からEULARコイン(写真)を貰え、それをジェラートと引き換えることができるという仕組みがあり、face to faceの議論を盛り上げていこうという雰囲気が伝わってきた。また、ポスターツアーは、ポスターが電子化されているということもあり、小さなブースでの集合形式でポスターの発表者の話を聞くというスタイルとなっていた。このように現地開催で盛り上がった学会であったが、今回のEULARの発表の中から、筆者が独断と偏見で興味深いと感じた内容をいくつか取り上げる。



1. EULARの推奨

今回のEULARでは数多くの推奨が発表された。列挙するだけでも下記ようになる。

- EULAR/PRES recommendations for the diagnosis and management of systemic juvenile idiopathic arthritis (sJIA) and adult-onset Still’s disease (AOSD)
- EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis: 2023 update
- 2023 EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus
- 2023 Update of EULAR recommendations for the treatment of systemic sclerosis
- EULAR points to consider on the initiation of targeted therapies in patients with inflammatory arthritis and history of cancer
- 2023 EULAR recommendations for the use of imaging in crystal-induced arthropathies in clinical practice
- EULAR recommendations for the use of imaging in large vessel vasculitis in clinical practice: 2023 update
- EULAR points to consider for the definition of clinical and imaging features suspicious for progression from psoriasis to psoriatic arthritis
- EULAR recommendations for the management of fatigue in people with I-RMDs

紙面の都合もあるので、全ての推奨を紹介することはできないが、ここでは2つ紹介することとする。その他の推奨に関してお知りになりたい方はWeb版を参照していただければと思う。

まずは、全身型JIAと成人スチル病の推奨である(表1)。これらの疾患の推奨が出るのは初めてである。疾患概念、診断、治療目標、治療方法にまで踏み込んだ包括的な推奨となっている。疾患概念については、全身型JIAと成人スチル病は同一の疾患概念であり、スチル病という名前前で統一することが記載されている。診断においては、典型的な症状などに加えて、IL-18やS-100蛋白の著明な上昇が診断を支持することが記載され、測定が可能であれば行うことが勧められている。T2Tに基づいての治療を掲げ、最終的な目標は薬剤なしでの寛解状態である。治療においては、臨床症状がなくCRPやESRが正常である状態を非活動性と定義し、非活動性が6ヵ月続くことが寛解と定義された。治療の間目標として、具体的な数値が示されており、6ヵ月目にはグルコルチコイド中止の状態にすることが記載されている。治療薬としてはグルコルチコイドの長期使用は避けるべきことや、IL-1やIL-6の阻害薬を診断が確立次第速やかに開始することが述べられている。bDMARDの減量はグルコルチコイドなしでの寛解が3～6ヵ月程度続いてから考慮する。合併症に関しても述べられており、マクロファージ活性化症候群の治療薬には、アナキンラ、シクロスポリン、インターフェロンγ阻害薬などが挙げられている。

もう一つ取り上げるのは、推奨ではなくpoints to considerであるが、がんの既往がある患者に標的療法を開始するときに考慮すべき点である(表2)。これ自体は推奨ではなく、points to considerではあるが、悪性腫瘍の既往のある関節炎の患者の治療に対しての一定の指針を示してくれている。日本では、日本リウマチ学会が

作成している関節リウマチに対する各生物学的製剤やトファシチニブの使用の手引きや、その他のJAK阻害薬の適正使用ガイドなどで悪性腫瘍をもつ患者に対しては「慎重に検討すべき」、「投与は避けるのが望ましい」、「投与禁忌」といった形でそれぞれの薬剤で示されている。

今回のpoints to considerでは悪性腫瘍の既往のある患者に関しての治療の指針となりうるポイントが記載されている。全文に関しては表2を参考にいただければと思うが、いくつかのポイントをここでは取り上げる。まず、がんが落ち着いているような場合には、標的治療が適切な場合には遅れなく導入することが勧められている。そして、固形癌の場合には、抗サイトカインの生物学的製剤が、リンパ腫の場合には、B細胞枯渇療法が他のものよりも好まれているとのことであった。また、がんの既往がある場合にはアバタセプトとJAK阻害薬は他の選択薬のオプションがない場合に注意深く使用することとされている。

他の推奨に関して興味がある方は、Web版のページをご参照いただきたい。

2. 個人的に興味を惹かれた発表や研究結果

OP0130:APIPPRA study

ここ最近、関節リウマチの発症の高リスクの患者に対しての介入試験の結果が多く発表されている。APIPPRA試験もそのうちの一つであり、関節痛のある抗体陽性の患者に対してアバタセプトを使用する多施設ランダム化プラセボ比較二重盲検試験である。対象となっている患者は、炎症性と思われる関節痛があり、リウマチ因子とACPA両方陽性あるいはACPAが高値陽性であり、臨床的な関節炎がなく、治療歴もないものが対象となる。1対1でアバタセプト125mg皮下注射毎週投与の群とプラセボ群に割り付けられ、薬剤の投与期間は52週間、その後52週間フォローアップされる。両群とも超音波では60%程度がgray scaleで0か1、パワードップラーも70%程度がgrade 0であった。主要評価項目は、少なくとも3関節に臨床的にはっきりとした関節炎が出る、あるいは、2010ACR/EULARの関節リウマチの分類基準を満たすかのどちらかまでの時間となっている。52週の段階ではアバタセプト群で6.4%、プラセボ群で29.1%が、104週の段階ではアバタセプト群で24.5%が、プラセボ群で36.9%が主要評価項目を満たし、

統計学的に有意にアバタセプト群における主要評価項目を満たすまでの時間が長かったことが示された。さらにサブ解析では、ACPAの抗体価がとて高い場合や、IgGのACPAのみならず、IgA ACPA、anti-carbamylated protein antibody、anti-acetylated peptide antibodyとリウマチ因子が陽性の場合などではより進展を防ぐことができる率が高そうであった。

OP0225: JAK阻害薬使用中の不活化帯状疱疹ワクチン

JAK阻害薬使用中に帯状疱疹が増えることはよく知られている。最近、日本でも18歳以上で使用できるようになった不活化帯状疱疹ワクチンが関節リウマチ患者でメトトレキサートとウバダシチニブを使用している患者でどれくらい効果があるのかをみた試験である。SELECT-COMPARE試験のオープンラベル延長試験のsub-studyとして行われ、不活化帯状疱疹ワクチンをベースラインと12週目に接種し、主要評価項目は16週目で抗gE抗体がベースラインより4倍以上を達成できた患者の割合である。95名の患者が組み込まれ、ウバダシチニブは15mg/日、中央値で3.9年投与されており、メトトレキサートの投与量の中央値は15mg/週、プレドニゾンは中央値で5mg/日、50%の患者に投与されていた。主要評価項目は88%の患者が満たした。第Ⅲ相試験の免疫不全のない一般人口では98%がこの指標を達成していたということもあるので、若干効果が落ちる可能性があると考えられる。ベースラインでの年齢(50歳以上65歳未満: 65歳以上=85%:94%)やグルコルチコイドの使用(あり:なし=87%:89%)は特に主要評価項目の達成率に影響を与えなかった。細胞性免疫に関しては、66%で反応があったと判定されているが、これも一般人口より低めの数字となった。有害事象としては、重症のものが1例あり、過敏反応であった。JAK阻害薬使用中でも、一定の効果を認めるとのデータであり、今後は実際の帯状疱疹がどれくらい防げるのかというデータが集まることが期待される。

以上、限られたスペースの中での報告となったが、日々の臨床に役立つ情報が満載されていた会議であった。さらなる情報は、Web版で報告するので、ご興味のある方はご覧いただけると幸いである。

この記事のロングバージョンを、財団ホームページで読むことができます。

表1 EULAR/PRES全身型JIAとAOSDの診断とマネジメントの推奨

包括的原则	LoE	Strength	Agreement	LoA
1. sJIAとAOSDは同一疾患であり、同一の同じ名前を与えられるべきであり、スチル病(以前のsJIA/AOSD)と呼ぶ。	2a	B	100%	9.7
2. 治療のターゲットや治療方針は両親/患者と治療チームの間での共有意思決定であるべきである。定期的に疾患活動性を評価しそれに応じて治療を適応するTreat to Target(T2T)は重要である。究極の目標は薬なしでの寛解である。	2b	C	96%	9.9
3. MASは迅速に察知され、迅速に治療をすべきである。	2b	D	100%	10
推奨	LoE	Strength	Agreement	LoA
推奨文:診断				
1. 迅速な診断と早期の治療を開始するために、スチル病の患者の同定に操作的定義を用いるべきである ・熱は典型的には最低でも7日間続く39℃以上のスパイクする熱である ・皮疹は体幹部に起きやすい熱のスパイクとともに起こる一過性のものである。典型的には赤(サーモンピンク)であるが、その他の皮疹(例:蕁麻疹様)も診断と合致する ・筋骨格系の症状は通常、関節痛/筋肉痛として現れる。明らかな関節炎は診断を支持するが診断に必須ではなく、後々に現れることもある ・高いレベルでの炎症は典型的であり、好中球性の白血球増多、CRPとフェリチンの上昇で同定される	2a	B	94%	9.6
2. IL-18やS100蛋白(例:プロカルシトニン)の著明な上昇は診断を強く支持し、測定できるのであれば測定すべきである	4	C	90%	8.9
3. 悪性腫瘍、感染症、他の免疫介在性炎症性疾患や単遺伝子性自己炎症性疾患などの代替の診断を注意深く考慮すべきである	5	D	83%	9.8
推奨文:ターゲットとタイミング				
4. 臨床的に非活動性であるとはスチル病の疾患関連の症状がなく、CRPやESRが正常である状態と定義される寛解は、臨床的に非活動性である状態が最低でも6ヵ月あることと定義する	5	D	85%	9.4
5. 最終的な目標(薬物なしの寛解)を達成するために、以下の中間目標が推奨される ・第7病日には発熱の消失、CRPの50%を超える減少 ・4週目には、発熱なく、活動性(または腫脹)関節の数が50%を超えて減少、正常のCRP、そして0-100のVASで医師と患者/両親の全般評価が20未満 ・3ヵ月目には、臨床的に非活動性で糖質グルコルチコイドが0.1または0.2mg/kg/日未満になっている ・6ヵ月目には、グルコルチコイドなしで臨床的に非活動	5	D	86%	9.0
推奨文:治療				
6. NSAIDsは対症療法であり、精査中にbridging therapyとして用いることが可能である。GCは効果的であるが、治療目標達成のために長期の全身性GCを使用することは避けるべきである。IL-1とIL-6阻害薬の効果は高レベルのエビデンスで支持されており、従ってその使用は優先されるべきである	1b	A	96%	9.8
7. IL-1やIL-6の阻害薬は診断が確立したときに可能な限り早期に開始すべきである	2b	B	96%	9.4
8. bDMARDの減量を考慮する前に、糖質グルコルチコイドなしでの臨床的な非活動状態を3から6ヵ月維持すべきである	5	D	96%	9.2
推奨文:合併症				
9. マクロファージ活性化症候群や肺疾患など、重篤/生命の脅威となる合併症は病気のどの段階でも起こる可能性がある。患者はスクリーニングやモニタリングされるべきである	2a	B	100%	9.9
10. 継続的な発熱、脾腫、高いあるいは上昇傾向にあるフェリチン、不適切に低い血球数、LFT異常、凝固の血管内活性、高いトリグリセリドや上昇傾向などがある患者ではMASを考慮すべきである。MASの診断を促進するためには、スコアリング(MまたはHスコア)や分類基準(MAS2016基準)などを使うことができる	2a	B	100%	9.9
11. MASの治療は高用量のグルコルチコイドを含まなければならない。さらに、アナキンラ、シクロスポリン、IFN-γ阻害薬は初期の治療の一部として考慮されるべきである	2b	B	100%	9.8
推奨文:肺疾患				
12. 肺疾患は、臨床症状(例:パチ指、継続する咳、呼吸苦)や肺機能検査(パルスオキシメーター、DLCO測定)などの方法で能動的にスクリーニングすべきである。HR-CTは臨床的懸念のあるどの患者にも行うべきである	2b	B	98%	9.7
13. 第一選択であるIL-1やIL-6阻害薬を新規発症スチル病の肺疾患のリスク因子のある患者で開始しないという十分なエビデンスはない。スチル病の肺疾患を発症している患者からIL-1やIL-6阻害薬を中止するという十分なエビデンスはない。現時点での病態の理解では、スチル病の肺疾患を発症した場合には、T細胞を標的とした治療を考慮してもよいかもしれない	2b	B	96%	9.4
14. 治療困難な患者、重篤なMASの患者、肺疾患のある患者はスチル病の専門センターと協力してマネジメントすべきである	2b	B	96%	9.4

表2 EULARによる標的療法を炎症性関節症とがんの既往がある患者に始める際に考慮すべき点(points to consider)

包括的原则	LoA Mean(SD)
1. これらの考慮すべき点(points to consider)は、炎症性関節症(例:RA, SpA)のマネジメントのEULAR推奨を支えるものである	9.6(0.7)
2. 新たながん、あるいは、がんの再発はがんの既往のある炎症性関節症の患者に起こりうる	9.9(0.2)
3. がん再発の個別のリスクを、患者、がん、そして炎症性関節症の特徴に基づいて評価する必要がある	9.8(0.6)
4. リウマチ医には炎症性関節症とがんの既往がある患者をマネジメントする責任がある	9.7(0.7)
5. 炎症性関節症とがんの既往のある患者の治療は、最適なアウトカムも目標とし、患者とリウマチ医の共同意思決定に基づくべきである	9.81(0.51)
Points to consider	LoA Mean(SD)
1. 炎症性関節症とがんの既往がある患者を効果的に治療することが、潜在的な関連する悪性腫瘍のリスクを減らすのに重要である	8.9(2.1)
2. 不十分な炎症活動の治療に関連する合併症のリスクと、がん再燃に関連する標的抗リウマチ薬の潜在的なリスクとのバランスをとるようすべきである	9.8(0.5)
3. 炎症性関節症とがんの既往がある患者を共同マネジメントするために、がんをケアしている他の専門家とともにリウマチ医も参加すべきである	9.5(1.1)
4. がんが寛解にある際には、適切な標的抗リウマチ薬は遅れなく開始することができる	9.4(0.9)
5. がんの既往のある患者では、JAK阻害薬とアバタセプトは他の治療の代替となるものがないときに限り注意深く使用してもよいかもしれない	8.9(1.1)
6. 固形癌の既往のある患者に標的抗リウマチ薬が適用となる場合は、抗サイトカインbDMARDsが他の選択肢より好まれるかもしれない	9.3(1.0)
7. 標的抗リウマチ薬がリンパ腫の既往のある患者に適用となる場合は、B細胞枯渇療法が他の治療選択肢より好まれるかもしれない	9.3(1.1)
8. 悪性腫瘍が寛解になっておらず、活動性の炎症性関節症がある患者では、標的抗リウマチ薬を開始する決断は、患者、がんをケアする専門家、リウマチ医の間の共同意思決定に基づくべきである	9.8(0.5)

第38回日本臨床リウマチ学会の開催近づく

日本臨床リウマチ学会は、1978年に立ち上げられた「近畿リウマチ研究会」を母体とする伝統ある学会です。学術集会には内科、整形外科、リハビリテーション科などの医師とともに、日々現場で患者さんの治療にあたる看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士などのメディカルスタッフの方々、そして治療薬開発に取り組んでいる製薬企業の方々などにも多数ご参加・ご発表いただき、毎年活気のある討論が行われています。

本年の学術集会は「心をこめて...」のテーマのもと、全面現地開催にて実施されます。

多くの皆様のご参加をお待ちしております。

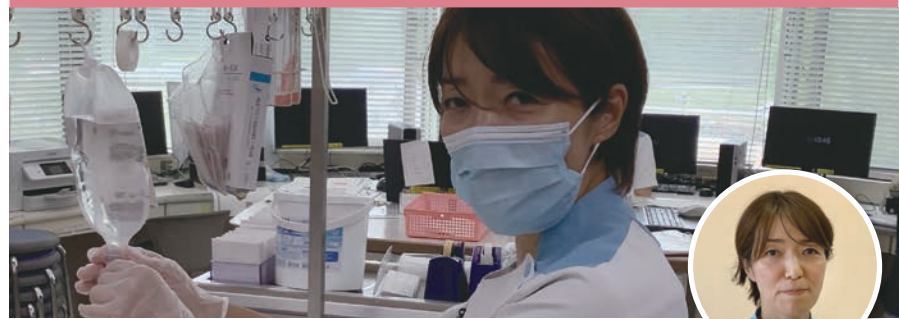
※第38回日本臨床リウマチ学会と日本リウマチ財団は、シンポジウム「日本リウマチ財団登録専門職の取り組み」を、合同開催いたします。http://icongroup.co.jp/jcra2023/

【開催概要】
学会名：第38回日本臨床リウマチ学会
テーマ：心をこめて...
会期：2023年11月18日(土)～19日(日)
会場：北九州国際会議場 他
〒802-0001 北九州市小倉北区浅野3-9-30
会長：田中良哉
日本臨床リウマチ学会 副理事長
産業医科大学医学部 第1内科学講座 教授

会長メッセージ
第38回日本臨床リウマチ学会では、日本リウマチ財団とも緊密に連携し、アカデミアに加えて、実地臨床医、専門的メディカルスタッフ、製薬企業等とともに、「心をこめた」リウマチ医療を追求できるようなプログラム構成も考えています。「心をこめた」取り組みは多くの課題の克服のみならず、治療薬をはじめとしたリウマチ学の新たな発展、リウマチ医療の進歩、疾患治癒への道筋に通じるものと期待しています。海や山野の幸の豊富な11月の北九州小倉で皆様をお待ちしています。

リウマチケア看護師、リウマチ財団登録薬剤師のツイート
第13回 やわたメディカルセンター

看護師 源田 俊子 氏



1. 私の仕事

前年度までは外来化学療法室で、今年の2月からは整形外科病棟で勤務しており、生物学的製剤の投与時の管理やリウマチの急性増悪の患者さんとのかわりが主な仕事です。電子カルテ上のツールを使用して他職種と協働し、患者さんが安心して治療、看護を受けることができるように心がけています。

2. 資格を取るきっかけ

私が整形外科の外来に所属となったころは、まだ関節の痛みや変形で日常生活や仕事の継続が困難な患者さんが多くいらっしゃいました。リウマチケア看護師の資格ができたタイミングが当院で生物学的製剤の導入が始まった時期であり、治療、日常生活、経済的なこと、妊娠や出産の相談など患者さんとかかわる時間が多い看護師だからこそできることがあるのではないかと、他職種との連携においてマネジメントをできる存在になれたらいいなと思ったことがきっかけです。

3. こんな時資格が役立っています

資格取得後に外来、化学療法室、病棟と経験する中で、状況に合わせた対応をすることで、患者さんからリウマチのことだけではなく、こんなことまで聞いてもいいのかなといった些細なことでも相談できる関係性を築くことができるのがメリットだと考えています。

4. 今後の抱負

他職種と情報を共有し継続したかわりをもつことで、患者さんと一緒に治療に向き合える支援をしていきたいと思っています。

薬剤師 中出 奈津子 氏



1. 私の仕事

主に調剤室内で調剤業務、採用薬のマスター登録などを行っています。リウマチ外来患者さんには、生物学的製剤の治療開始時にパンフレットを用いて効果、投与方法、副作用などの指導を行います。生物学的製剤のうち、皮下注製剤を使用の患者さんには、毎回、院内の薬局窓口にて直接お薬を手渡し、服用状況やきちんと注射できているか確認を行います。

2. 資格を取るきっかけ

転職してきた所が石川県南加賀地区で最もリウマチ患者を診ている病院だったことと、転職のタイミングでリウマチ財団登録薬剤師の資格の募集が新たに開始されたので、取得しようと思いました。

3. こんな時資格が役立っています

資格取得を契機として、リウマチの勉強会で発表する機会が増えました。治療に携わるさまざまな職種の方と情報交換ができ、よい刺激を受けています。最近はリモートが多かったのですが、少しずつ現地開催も増えたので他の病院の方々と交流ができるといいなと思います。

4. 今後の抱負

今後も個々の患者さんに応じて継続してかわっていききたいと思っています。リウマチ治療はチーム医療が大切なので、院内のリウマチ治療にかかわるメンバーとのコミュニケーションを良好にし、チーム力を高めていきたいです。また薬剤師としても、薬物治療についての知識をアップデートしたいです。

令和5年7月 企画運営委員会議事録

令和5年7月開催の企画運営委員会審議概要を下記のとおり報告します。
企画運営委員会委員長 川合 真一
日 時：令和5年7月11日(火)18:30～19:30

【報告事項】

- 第12回リウマチ専門職委員会(7月2日)について
リウマチ財団登録医の新規申請及び更新申請、リウマチ財団登録理学・作業療法士の新規申請について審査を実施。
- 令和5年度リウマチ月間リウマチ講演会の報告について
今年度の報告と来年度へ向けて検討すべき課題を提起。
- 令和6年度リウマチ月間リウマチ講演会の開催について
実行委員会委員長：富田 哲也
メインテーマ：多職種連携チームで届ける最適なリウマチ医療
開催日：令和6年6月2日(日)
開催場所：都市センターホテル(東京都千代田区)
開催方式：会場開催並びにWeb配信によるハイブリッド形式
- 日本リウマチ財団リウマチ医学賞の創設について
本年度をもって終了するノバルティス・リウマチ医学賞に代わり、新しく創設する賞の概要について説明された。名称は「日本リウマチ財団リウマチ医学賞」とした。
- 塩川美奈子・膠原病研究奨励賞の継続について
本賞は、平成26年より10年間行われてきたが、ご遺族からの寄付金とご意向を受け、更に10年間継続されることが報告された。
- 寄付金の報告について
使途を指定した寄付金として2件の寄付をいただいたことが報告された。

【審議事項】

- 令和6年度日本リウマチ財団リウマチ医学賞の募集について
8月1日より募集を開始することが決定した。
- 令和5年度リウマチ性疾患調査・研究助成(第11回塩川美奈子・膠原病研究奨励賞)の募集について
8月1日より募集を開始することが決定した。
- 令和5年度リウマチ財団登録医及びリウマチ財団登録理学・作業療法士の登録申請について
リウマチ専門職委員会で審査したリウマチ財団登録医新規31名、更新53名、リウマチ財団登録理学・作業療法士新規40名について、登録を承認した。等

令和5年度リウマチの治療とケア教育研修会
開催予定



開催地区	開催日	開催場所／開催形態	世話人
北海道・東北	11月5日(日)	TKPガーデンシティ PREMIUM仙台西口(ハイブリッド開催)	東北大学病院 臨床研究推進センター 臨床研究実施部門 特任教授 石井 智徳
関東・甲信越	9月10日(日)	ステーションコンファレンス東京(ハイブリッド開催)	千葉県済生会習志野病院 リウマチ膠原病センター センター長 縄田 泰史
東海・北陸	11月26日(日)	イオンコンパス名古屋駅前・桜通口会議室(ハイブリッド開催)	博恵会草薺整形外科 リウマチクリニック 理事長 桃原 茂樹
近畿	10月29日(日)	奈良県コンベンションセンター	香芝旭ヶ丘病院 リウマチ科 藤本 隆
中国・四国	10月9日(月・祝)	Web開催	徳島大学大学院医歯薬学研究部 地域リウマチ・総合内科学分野 特任准教授 河野 弘
九州・沖縄	12月10日(日)	ホテルニューオータニ博多(ハイブリッド開催)	国立病院機構別府医療センター 副院長 末永 康夫

開催情報、詳細等は財団ホームページをご覧ください。

ご寄付いただいた方 6月

塩川 芳昭 様 故 角田 泰造 様

令和5年度リウマチ財団登録薬剤師

申請受付期間 令和5年7月1日～9月30日(消印有効)

■登録の有効期限 令和5年10月1日～令和10年9月30日

◇新規募集資格(要件)

- 1. 申請時に3年以上の薬剤師実務経験が有り、直近5年間に於いて、通算1年以上リウマチ性疾患の薬学的管理指導に従事した実績があること。
- 2. 直近の5年間に於いて
 - (1) リウマチ性疾患薬学的管理指導患者名簿の提出…………… 10例*
 - (2) リウマチ性疾患薬学的管理指導記録の提出(上記名簿のうち) …… 5例*
 - (3) 財団が主催又は認定する教育研修会に出席し、教育研修単位20単位以上を取得(治験等教育研修単位に充当できる単位があります。)*→「新型コロナウイルス感染症による申請単位不足に関する特例措置について」財団ホームページをご覧ください。

*抗リウマチ薬の調剤3例以上含むこと。

◎原則、日本リウマチ財団登録医、日本リウマチ学会リウマチ専門医、日本整形外科学会認定リウマチ医のいずれか1名の推薦を受けていること。

◎審査料(申請時)…………… 1万円
登録料(審査に合格後) …… 5千円

◇資格再審査・更新手続き

令和5年度資格更新該当者は、平成30年度にリウマチ財団登録薬剤師を取得された方です。

◎更新料 …… 1万円

申請方法、申請書等詳細及び教員の申請につきましては財団ホームページをご覧ください。



令和5年度リウマチケア看護師

申請受付期間 令和5年8月1日～10月31日(消印有効)

■登録の有効期限 令和5年11月1日～令和10年10月31日

◇新規募集資格(要件)

- 1. 申請時に3年以上の看護師実務経験が有り、直近5年間に於いて、通算1年以上リウマチケアに従事した実績があること。
- 2. 直近の5年間に於いて
 - (1) リウマチ性疾患ケア指導患者名簿の提出…………… 10例*
 - (2) リウマチ性疾患ケア指導記録の提出(上記名簿のうち) …… 5例*
 - (3) 財団が主催又は認定する教育研修会に出席し、教育研修単位20単位以上を取得(治験等教育研修単位に充当できる単位があります。)*→「新型コロナウイルス感染症による申請単位不足に関する特例措置について」財団ホームページをご覧ください。

*関節リウマチ3例以上含むこと。

◎原則、日本リウマチ財団登録医、日本リウマチ学会リウマチ専門医、日本整形外科学会認定リウマチ医のいずれか1名の推薦を受けていること。

◎審査料(申請時)…………… 1万円
登録料(審査に合格後) …… 5千円

◇資格再審査・更新手続き

令和5年度資格更新該当者は、平成22年度、平成25年度、平成30年度にリウマチケア看護師を取得された方です。

◎更新料 …… 1万円

申請方法、申請書等詳細及び教員、保健所等の看護師の申請につきましては財団ホームページをご覧ください。



令和5年度 新規リウマチ財団登録医一覧

北海道	渥美 達也 小山内 俊久
青森県	村井 康久
茨城県	深谷 進司
埼玉県	天野 宏一 富田 謙吾
栃木県	池田 啓

東京都	金子 祐子 亀田 秀人 神田 浩子 田中 榮一 秋山 光浩 塚本 裕之 松本 拓実
神奈川県	山岡 邦宏
静岡県	雪嶋 俊孝 米澤 春花
愛知県	三井 裕人
大阪府	大島 至郎

兵庫県	福田 康治 忍頂寺 毅史
岡山県	中野 和久 西田 圭一郎
山口県	中島 大介
香川県	土橋 浩章
高知県	谷口 義典
福岡県	久保 智史 田中 絵美 鶴居 亮輔 前崎 哲宏
熊本県	宮本 健史

編集後記



6月にはEULARがオンライン開催となり、参加された先生のポスターツアーの参加報告、実際の学会でのハイライトをまとめた記事などが掲載されています。昨年までのハイブリッド開催でもQ&Aなどには参加できましたが、実際に熱意に溢れた若い先生のポスター解説を聞きディスカッションをするということ

の利点も再認識します。7月には乾癬性関節炎関連の学会であるGRAPPAがアイルランドのダブリンで開催されました。こちらも20周年ということもあり、ガイドライン作成の話し合いやスモールグループでのディスカッション、若手メンバーの教育セッションなどオンラインならではの活気もあり大変有意義でした。昨年の米国ニューヨークでの開催のときには帰国前のPCR検査が必要であったことはもうだいぶ昔のことのような気がしますが、たった1年

前のことです。私がフランスの病院に移った1997年頃のダブリンはまだ北アイルランド闘争が終結しておらず危険地域という印象でしたが、今ではギネスビール発祥の地として街中のレストランやバーでも平和な雰囲気漂っていました。9月にはリウマチ疾患合併妊娠学会が闘争の相手国であった英国ロンドンで行われます。これらの学会報告も掲載予定ですのでご期待ください。そして、今まさに紛争の起きている地域も数年、数十年後には平穏な暮

らしを取り戻し学会が開かれるようになることを心から願います。



岡田正人
聖路加国際病院
Immuno-Rheumatology Center

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 2023)

吉原 理紗／東京大学大学院医学系研究科 アレルギー・リウマチ学

今回、イタリア・ミラノで行われたEULAR 2023に参加し、“Investigating the synovial pathology related to treatment resistance in Japanese rheumatoid arthritis patients using single-cell analysis”という演題でポスター発表を行いました。関節リウマチ(RA)は、生物学的製剤を始めとした抗リウマチ薬の登場により治療が発展した一方、いまだ薬剤選択は試行錯誤的です。寛解に至る患者は約半数に過ぎず、治療反応性が不十分なままDifficult-to-Treat RA(D2T RA)に至る患者も一定数存在します。そうした治療困難な滑膜炎に至る分子生物学的環境を明らかにすべく、我々は日本人RA患者における滑膜生検検体を用いたtranslational researchを進めております。今回の発表では、中～高疾患活動性のRA患者から滑膜生検により滑膜を採取し、滑膜情報と臨床情報の統合解析を行いました。滑膜のフローサイトメトリー解析を用いた多変量解析の結果、生物学的製剤等による治療下でも疾患活動性が残存する患者では、滑膜線維芽細胞(SF)の比率が多い傾向がみられました。このことから、SFは既存の治療薬により抑制されにくい細胞種であることが示唆されました。そこで、滑膜のsingle cell RNA sequencing(scRNA-seq)解析によるSFの詳細なクラスタリングを実施しました。その結果、THY1^{low} sublining fibroblastの一部は、炎症性サイトカイン刺激により誘導されるシグネチャーやTNF阻害剤およびJAK阻害剤により抑制されるシグネチャーの発現が乏しい亜集団として特徴づけられました。また、生検時にそのSF亜集団の比率が多い患者では、生検後に使用したIL-6阻害剤やTNF阻害剤に対する治療反応性が悪い傾向を認めました。現在、このSF亜集団が、日本人RA患者の治療抵抗性に寄与する可能性を考え、*in vitro*実験によりその機能解析を進めています。

ポスター発表では、特に北欧のRA研究に携わる研究者とオンラインで活発な議論を行うことができました。本研究に関して、今後の検討課題について考察を深めることができ、大変有意義な時間でした。また、他のセッションでも世界各国から集まった臨床医・研究者によるcutting-edgeな発表を聴講し、視野が広がるとともに、研究活動のモチベーションをさらに高めることができました。

このような貴重な機会に関しまして、日本リウマチ財団より温かいご支援をいただいたことに、心より御礼申し上げます。

平野 愛子／京都府立医科大学免疫内科学

私はこの度、『欧州リウマチ学会2023におけるリウマチ性疾患調査・研究発表助成』を受け、欧州リウマチ学会2023に参加・研修する機会をいただき、貴重な経験をさせていただきました。心より感謝しております。

私は6月2日のPoster Tour、“Pathogenic pathways in Systemic Sclerosis and Myositis”のセッションで発表する機会に恵まれ、“Single-cell RNA sequencing of bronchoalveolar lavage fluid and blood reveals disease-specific characteristics of immune cells in connective tissue disease-associated interstitial lung disease patients”という題で発表いたしました。本研究は、新規に間質性肺炎を合併した膠原病の患者さまの、気管支肺胞洗浄液(BALF)と血液を用いてシングルセル解析を行い、疾患毎の特徴を明らかにすることを目的としております。今回のポスターでは、Sjögren症候群と皮膚筋炎に注目し発表いたしました。質疑応答では、本研究で得られた結果を、遺伝子レベルではなく、臨床的に評価可能な蛋白レベルで知ることにはできるのかというご質問をいただき、本研究では、BALF中のケモカインや補体の値にも疾患毎の違いがみられたことを伝えましたが、本研究で示唆された、疾患毎の遺伝子発現の差異の中で、どの経路が鍵となり重要であるのか、臨床にどう生かしていくのかについては、さらに研究を進め明確にする必要があると改めて感じました。Poster Tourでは、他の発表者の発表内容だけでなく、誰一人としてメモを参照することもなく、(まるで新製品のプロモーションのようによどみなく)堂々とプレゼンテーションをされた姿勢に圧倒されました。さらに、聞き手も、短い時間の中で、一つ一つの研究発表を、みんなで盛り上げ、新しい知見を共有しようと積極的だったのが印象的でした。刺激的で、貴重な時間を過ごさせていただけたことに感謝しております。

さまざまなセッションに参加しましたが、Sjögren症候群に合併する間質性肺炎について調べたこともあり、Sjögren症候群のセッションにも参加しました。そこでは、インターフェロン(特にType I)がSjögren症候群の病態に重要であることや、CD40やBAFF受容体に対する抗体治療などさまざまな治験が進んでいること、幹細胞治療も試されていることを知りました。今は、Sjögren症候群の一般的な治療は、活動性の腺外症状がなければ、乾燥症状への対症療法となるかと存じますが、こうして治療が進んでいくことに希望を感じました。また、新しい情報を知り、常に治療をアップデートする責任を感じました。

今回のEULARは、COVID-19感染症のパンデミックを経て、久しぶりにオンラインで開催されたためか、そこかしこで再会を喜びハグし合う姿がみられました。学会は、直接会い、意見を交わし、新たな課題に協力して取り組むきっかけとなる大事な場であるのだと実感し、そのような場に、今後も積極的に参加していきたいと感じました。貴重な機会を与えていただき、本当に、ありがとうございました。