

Japan Rheumatism Foundation News

日本リウマチ財団ニュース

no. 177

2023年3月号

令和5年3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)

177号の主な内容
● 追悼 高久史麿氏
● 寄稿: 掌跖膿疱症性骨関節炎 辻 成佳 氏
● アメリカリウマチ学会 (ACR) 2022学会速報
● コラム: リウマチ保険診療のピットフォール: 松野 博明 氏
● 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12回 丸の内病院

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【会場開催とWeb配信によるハイブリッド方式】
「患者さんに寄り添う専門職医療者を目指して」

日本リウマチ財団では普及啓発事業の一環として6月を「リウマチ月間」とし、毎年、一般の方々と医療関係者を対象にリウマチ性疾患の正しい知識の普及を目的とした講演会を開催してまいりました。近年、関節リウマチをはじめとするリウマチ性疾患の治療は医師だけでなく、専門のメディカルスタッフとの協働が必須です。そこで年に一度の「リウマチ月間」に、医療関係者及びリウマチ登録専門職対象の教育研修講演を併設し、リウマチ医療にかかわる全職種に向けた研修の一環として位置づけ、一昨年、昨年と多職種連携を今日のリウマチ医療における最重要課題ととらえた講演会を行いました。そして令和5年度のリウマチ月間リウマチ講演会は、メインテーマを「患者さんに寄り添う専門職医療者を目指して」として、視点をより患者さんに向け、リウマチ専門職のさらなるスキルアップを目指した講演の開催を、東京の会場から、およびWeb配信にて提供いたします。多くの皆様のご参加をお待ちしております。

開催日: 令和5年6月10日(土)
会場: 都市センターホテル(千代田区平河町2-4-1 東京メトロ「永田町」徒歩4分)
Web配信とのハイブリッド開催

【医療関係者対象】
都市センターホテル3階「コスモスホール」
開催時間 9:30~17:20
参加費(単位代金含む):
リウマチ財団登録医.....8,000円 リウマチ財団登録理学・作業療法士.....4,000円
リウマチケア看護師.....4,000円 一般医.....10,000円
リウマチ財団登録薬剤師.....4,000円 メディカルスタッフ.....5,000円
●事前参加登録必要
単位数: 受講実績により最大「9単位」

実行委員長: 川合 眞一(公益財団法人日本リウマチ財団 理事長・東邦大学 名誉教授)

【一般の方対象】
都市センターホテル5階「オリオン」
開催時間: 12:00~14:10
参加費: 無料
●事前参加登録必要なし
内容: 式典・授賞式、一般の方向けの講演

※プログラム、申込方法等は財団ホームページに掲載予定です。



日本リウマチ財団の第2代理事を務められた高久史麿氏が2022年(令和4年)3月24日、ご逝去されました。
本号では故人を偲ぶ特集をお送りいたします。



2002年の理事長就任後、本紙のインタビューで抱負を述べる高久氏。日本リウマチ財団ニュース59号(2002年秋号)に掲載

高久 史麿 氏 略歴

1931年(昭和6年) 2月11日 生誕
1954年(昭和29年) 東京大学医学部医学科 卒業
1972年(昭和47年) 自治医科大学内科 教授
1982年(昭和57年) 東京大学医学部第3内科 教授
1988年(昭和63年) 東京大学 医学部長
1990年(平成2年) 国立病院医療センター 院長
1990年(平成2年) 自治医科大学 副学長(非常勤) 兼任
1993年(平成5年) 国立国際医療センター 総長
1995年(平成7年) 東京大学 名誉教授
1996年(平成8年) 自治医科大学 学長
1996年(平成8年) 国立国際医療センター 名誉総長
1997年(平成9年) 公益社団法人地域医療振興協会 会長
2002年(平成14年) 公益財団法人日本リウマチ財団 理事長
2004年(平成16年) 日本医学会 会長

高久史麿前理事長を
偲んで

日本リウマチ財団 理事長
川合 眞一

昨年3月に高久史麿先生が理事長在任中にご逝去され、早いもので1年が経過いたしました。改めて哀悼の意を表したいと存じます。
高久先生は2002年に初代の故塩川優一先生より理事長を引き継がれ、それ以降当財団の

運営を担ってこられました。私は、長年わが国の医学会全体をも牽引されてきた偉大な高久先生の後任理事長としては甚だ微力ではございますが、先生から引き継いだ基本方針を守りつつ、この1年当財団の運営に当たって参りました。
高久先生は、東京大学にいらしたときから血液学の分野で大変ご高名でしたが、自治医科

大学開校時に血液内科教授に就任された際、アレルギー膠原病科の教授を併任されました。この経験も契機となり、塩川理事長が退任される際に、後任理事長に推挙されたと伺っております。
私が高久先生から当財団で直接ご指導いただくようになったのは、当財団の企画運営委員会の委員にいただいた2004年からでしたが、

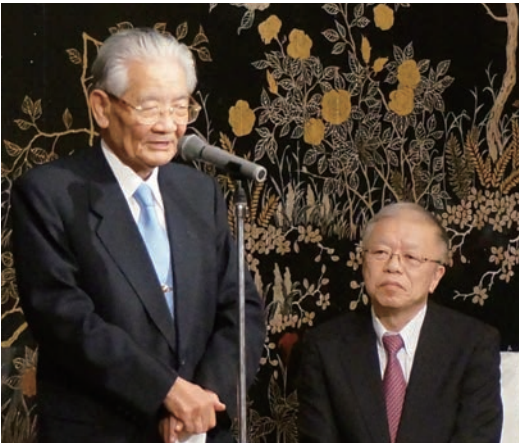
実はそれ以前にも高久先生と直接お会いする機会がございました。私が聖マリアンナ医科大学の講師であった1993年か94年頃でしたが、参加メンバーが偶然足りなくなったためでしょうか、当時の私の上司であった故水島裕教授に誘われて、高久先生や慶應大学薬理学教授の加藤隆一先生（現名誉教授）を交えて品川の室内コートでテニスを一緒にさせていただいたことがありました。皆様のテニスの腕前はあまり記憶にございませんが、高久先生は当時すでに60歳前後で、50歳を過ぎてからテニスを始められたとおっしゃっていたように思います。私は、その後、腰痛でテニスを止めてしまったこともあって、

高久先生と次にコートでお会いする機会はありませんでしたが、先生はその後も長年続けられていらしたようです。

高久先生は多方面の役職に就かれて大変お忙しかったにも関わらず、亡くられる数ヵ月前までは、当財団の企画運営委員会や理事会・評議員会など、またリウマチ月間講演会などの公的行事にはほぼ欠かさず出席され、その都度、適切なご指導やご提案をなさいました。記憶に残っているのは、例えば講演会で予定時間を守らない演者などには大変厳しく、司会席の私の机に「早く終わっていただくように」とメモを渡されたこともありました。一方で、個人的な

会にも気さくに参加されていたりして、2017年の私の東邦大学内科教授退任の会にもご出席いただき、温かいご挨拶をいただいたことは今でも大変光栄に存じております（写真）。ご病気が悪化し、当財団の会議へのご参加が叶わなくなった際に、進行役の代行としてご指名いただいたことが、現在の私の立場に繋がったものと存じております。

当財団はもとより、日本の医学会に大きなご貢献を果たされた高久先生のご冥福を心よりお祈り申し上げます。



日本リウマチ財団 副理事長
幸田 正孝

高久先生の知己を得て半世紀近くが経つ。東大教授の高久先生と厚生省の役人という関係が、このところ法人やNPOの代表と副代

表の関係に変わっていた。

高久先生は「知の人」と同時に「情の人」であった。

年齢が一つ違いだけでなく、先生は朝鮮半島の京城育ち、私は旧満州（中国東北部）のハイラルで過ごしたことがある等、似かよっ

た境遇もあったせいかウマがあった。

二人とも住居が都の西北方向であったので、よく地下鉄やタクシーで一緒にした。

相撲ファンの先生は、車中スマホを取り出し、その日の取組の結果に寸評されていたものであった。

お互い家庭の状況なども話し合い、奥様には苦勞のかけっぱなし等の情愛あふれるお話も伺ったりした。

「巨星墜つ」の感が深い。今はただご冥福を祈るのみである。

自治医科大学 名誉教授
狩野 庄吾

「若い優秀な人にチャンスを与えるために抜擢する」－若き日の高久先生がシカゴ大学留学中に感銘を受けた恩師の生き方であった。

1964年に東京大学医学部附属病院第三内科に入局した私は、先輩に誘われ高久先生が主宰する抄読会に参加して指導を受けた。

1972年に開学した自治医科大学の開校準備で、高久先生は中尾喜久学長を補佐して教員の

選任及び勧誘に尽力した。医学生の臨床教育を充実させるため内科を臓器別8講座に増やして教員を増員した。

附属病院が開院した1974年に米国留学から帰国した私もアレルギー膠原病科の助教授として参加した。高久先生は専門の血液科の他に消化器内科とアレルギー膠原病科の教授も兼任した。若い頃に順天堂大学膠原病内科の塩川優一教授の下で非常勤講師として血液学の講義を担当しており、リウマチ・膠原病についても理解が深かった。病棟の回診とアレルギー

膠原病科の外来も担当した。

1987年に創立された日本リウマチ財団の設立準備に塩川優一初代理事長の下で私が参加したのも高久先生の推薦によるだろう。

高久先生は東京大学教授として血液学に分子生物学的研究手法を取り入れたときも、若手研究者をその分野の第一人者の下に送って指導を受けさせ、画期的治療の導入に繋がった。

塩川優一初代理事長が後任として高久先生を推挙したのも優れた見識と指導力を認めた

からであろう。高久先生はすごい努力家で、大学帰りの電車内ですぐに英文原著論文を読み始め、会議を司会するときは予め内容を把握して短時間で結論をまとめ、余暇にはテニスで身体を鍛えるなど、エネルギッシュな生活習慣は最後まで衰えなかった。

日本リウマチ財団を公益財団法人とし、リウマチケア看護師、薬剤師、理学療法士・作業療法士など専門職制度を充実させた。

高久先生のご冥福をお祈りいたします。

寄稿

掌蹠膿疱症性骨関節炎

辻 成佳（つじ・しげよし）氏
日本生命病院 乾癬センター・整形外科・リハビリテーション科 部長

Key Words

- 掌蹠膿疱症性骨関節炎
- 改訂Sonozaki基準
- 病巣感染
- 前胸壁病変
- SAPHO症候群

はじめに

掌蹠膿疱症性骨関節炎は、園 壽秀吉氏が1979年に22症例を報告し¹⁾、1981年に掌蹠膿疱症性骨関節炎（pustulotic arthro-osteitis: PAO）²⁾の概念を世界に初めて提示した疾患で

ある。しかし、PAOとSAPHO症候群との違いについてよく分からないという意見がしばしば聞かれる。PubMedにおいてpustulotic arthro-osteitisを検索すると、2001年以後、数年間はPAOの論文は検索できずPAOの概念は忘れられていたことがわかる。このPAOの概念の消失現象は、1987年Chamotら³⁾のフランスからの

SAPHO症候群：“Syndrome Acne-Pustulosi-Hyperostosis-Osteitis”という新たな定義の報告から始まる。この論文の中ではSonozakiら⁴⁾によるPAOという概念は記載されず、さらに1988年には“SAPHO”の初めの“S”がSynovitis（滑膜炎）に変更され、慢性反復性多発性骨髓炎（Chronic Recurrent Multifocal Osteomyelitis: CRMO）をこの概念に追加するとともに血清反応陰性脊椎関節炎と関連した疾患概念であるとの考察を加えている。この時点でSAPHO症候群は、①重度の瘡瘍に伴う骨関節病変、②掌蹠膿疱症に伴う骨関節病変、③骨肥厚症、④CRMOの1つを満たす症候群と定義している。また③、④については皮膚病変を合併する必要はないとして、PAOよりも非常に広い範囲の疾患概念としたことにより、PAOはSAPHO症候群と言い換えられることとなる。1994年には膿疱症性乾癬や尋常性乾癬に伴う骨関節変化を認める場合（乾癬性関節炎）も“SAPHO症候群”の疾患範疇に加えることとなり、“SAPHO症候群”が拡大し続けることへの議論が生じ始めていく。この議論で大切なことは、“SAPHO症候群”とは疾患の原因が明らかにされた新しい疾患概念ではなく、

既知の疾患を集めて新しい線引きで疾患群を分類したということを理解することである。“症候群”が病名になる場合は、その疾患が“染色体または遺伝子に変化を伴う”必要がある。

つまり、PAOの疾患概念は、SAPHO症候群（SAPHO umbrella）における“真部分集合”にあたる最小単位の疾患として考えるとよい。

一方、皮膚科領域においても掌蹠膿疱症（PPP: palmoplantar pustulosis）にはType AとType Bという異なる2つの見解がある⁴⁾。本邦におけるPPPの考え方は、Andrewsが提唱したType A “pustular bacterid of the hands and feet”であり、膿疱症の一型として分類される。この膿疱は小水疱（vesicle）→ 膿疱化水疱（pustulo- vesicle）→膿疱（pustule）の順で形成されるが、始まりである小水疱は2010年村上正基氏ら⁵⁾によって水疱内にエクリン汗腺由来抗菌ペプチドであるhCAP-18およびdermcidinが同定され、エクリン汗腺が水疱の形成の場であることや、表皮内汗管を中心とした水疱形成の病理組織像の報告がなされたことから、PPPの水疱や膿疱は、エクリン汗腺から生じていることが明らかになった。しかし欧米では、Barberが報告したType B “pustular psoriasis of extremities”をPPPと考えることが多く、欧米の論文で用いられるPPP（あるいはPPPP）は、palmoplantar pustular psoriasisの略語として使われることが多く、acrodermatitis continua of Hallopeauとともにlocalized pustular psoriasis（膿疱性乾癬の限局型）として、“乾癬”の一型とみなされる傾向にある。そこで、掌蹠膿疱症性骨関節炎診療の手引き2022⁶⁾と時を同じくして、2022年9月日本皮膚科学会掌蹠膿疱症診療の手引き策定委員会から掌蹠膿疱症診療の手引き2022⁷⁾の中で、掌蹠膿疱症の定義と診断基準が発表されたことは大変意義深い。

本稿では、PAO診療の手引き2022の中に、早期診断・早期治療を目的に42年ぶりに改訂された“改訂PAO診断ガイドンス2022（改訂Sonozaki基準）”（表1）を中心に、PAOの診療および治療の考え方について解説する。

表1 改訂PAO診断ガイドンス2022⁶⁾

改訂PAO診断ガイドンス2022	
項目1を必須として、項目2または項目3を満たす場合	
項目1	現在または過去に 皮膚科専門医 により掌蹠膿疱症と診断されている
項目2	前胸壁部 （胸骨・鎖骨・第1～7肋軟骨・剣状突起）に非化膿性骨関節炎*1を示す以下の所見を認める 前胸壁部に ① 圧痛もしくは腫脹を認める かつ ② 画像異常所見（単純X線もしくはMRI）を認める 単純X線：骨硬化、骨肥厚、骨新生、骨びらん、靱帯棘、強直 MRI*2：骨髄浮腫・骨炎、骨構造変化*3
項目3	前胸壁部以外 *4の骨・関節・脊椎・仙腸関節に非化膿性骨関節炎を示す以下の所見を認める 圧痛・疼痛部位の画像異常所見（単純X線もしくはMRI）を認める 画像異常所見 単純X線：椎体終板変化、骨硬化、骨肥厚、骨新生、骨びらん、靱帯棘、強直 MRI*2：骨髄浮腫・骨炎、骨構造変化*3

鑑別を十分考慮すべき疾患

骨折（脆弱性骨折を含む）、変形性関節症、化膿性関節炎・骨髄炎、骨腫瘍、転移性骨腫瘍、強直性脊椎炎、X線基準を満たさない体軸性脊椎関節炎、乾癬性関節炎、重症さ瘡・化膿性汗腺炎に伴う骨関節炎、炎症性腸疾患に伴う脊椎関節炎、反応性関節炎、びまん性特発性骨増殖症、関節リウマチなど

（詳細説明）

*1 非化膿性骨関節炎もしくは無菌性骨炎（sterile bone inflammation）とは、細菌・真菌・ウイルス感染によらない骨関節炎・骨炎・骨髄炎を指す

*2 MRI異常所見とは
(1) “骨髄浮腫・骨炎の存在” ①～③を満たすこと
① STIR像もしくは脂肪抑制T2強調像にて高信号領域の存在、および骨炎後変化はfat infiltrationを含む
② 明白かつ典型的解剖学的部位（軟骨下骨）における変化を認める
しかし関節を越えての変化（kissing lesion）は認めなくともよい
③ 連続するスライスにおける異常信号の存在
(2) “骨構造変化の存在” ①、②を満たすこと
① T1強調像は、骨構造変化の検出に十分である
② 骨構造変化とは、骨硬化、骨肥厚、骨新生、骨びらん、靱帯棘、強直、椎体終板変化を指す

*3 “骨構造変化”についてCTを補助診断として用いる要件
① 単純X線にて、骨構造変化が明らかでない
② MRI撮像が何らかの理由で不可能な場合
①、②の要件を満たし、CT撮影が診断に有用と主治医が判断し、CT撮影時の被曝について患者さんに十分な説明・同意を得た場合はCTを補助診断に用いることが許容される
CTにおける異常像は、骨硬化、骨肥厚、骨新生、骨びらん、靱帯棘、強直、椎体終板変化が挙げられる

*4 前胸壁以外の骨関節とは、主に脊椎・頭蓋骨・大腿骨などを指す

定義・診断基準

改訂PAO診断ガイドンス2022⁶⁾の改訂ポイントは、
①PPPの診断(表2)は非常に判断が難しいことが多いため“皮膚科専門医”の診断を必須とした
②前胸壁部(胸骨・鎖骨・第1～肋軟骨・剣状突起)の解剖学的部位を明確にした
③前胸壁部以外の病変を基準に加えた
④早期診断が求められることから、画像については単純X線に加えて核磁気共鳴画像法(MRI)を組み入れたこと
⑤画像における異常所見を明確化した
⑥診断時に鑑別を十分に考慮すべき疾患を明示した
である。

疫学

掌蹠膿疱症は手掌・足蹠に、無菌性膿疱が多発する慢性炎症性疾患であり、本邦における有病率は0.12%(約15万人)であり、PAOはそのうちの4.2～30%(6,300～45,000人)と幅が広く十分なデータがないため、2023年度に厚労省研究班による全国疫学調査が予定されている。

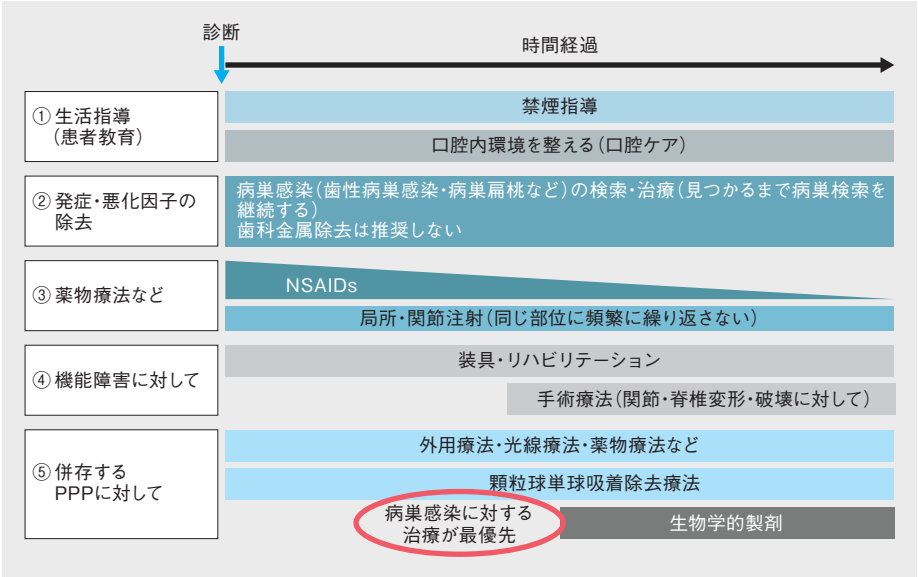
臨床症状

①前胸壁症状
約80～90%に前胸壁病変を伴う。前胸壁病変には鎖骨、胸骨、肋軟骨・剣状突起に骨炎・骨びらんおよび骨肥厚を認める。炎症部位に一致して疼痛があり、発赤、腫脹、圧痛を認めるが、視診や血液検査による異常所見は乏しいこともあり注意が必要である。
“前胸壁”は“前胸部”と異なり、乳房・胸筋を含まないことが重要である。
②脊椎・骨盤症状
PAOの脊椎・骨盤症状は約30%に認められ、病変は頸椎から骨盤まで全脊椎に起こりうる。脊椎・骨盤病変は椎体や骨盤の靱帯付着部炎、椎体炎、椎体終板炎・腸骨炎、坐骨炎、恥骨炎、仙腸関節炎、またそれらに伴う脊椎強直がある。

表2 PPP診断基準2022⁷⁾

PPPの定義と診断	
掌蹠膿疱症の定義	
掌蹠膿疱症(PPP)は、手掌と足底、あるいは、その何れかの部位に新旧の無菌性膿疱を多発する疾患である。膿疱に混じて水疱を同時期にみることがある。消長を繰り返しながら慢性的経過を辿る。	
診断のための主要項目	
1) 手掌と足底、あるいは、その何れかの部位に新旧の無菌性膿疱を多発する	
2) 病変を繰り返し、慢性的経過を辿る	
3) 乾癬、接触皮膚炎、汗疱・異汗性湿疹、手・足白癬、好酸球性膿疱性手包炎や菌状息肉症を除外できる	
参考となるその他の特徴	
・膿疱形成を繰り返すうちに、紅斑、鱗屑を伴う病変を形成する。爪病変や掌蹠外皮疹を伴うことがある	
・前胸壁の疼痛をはじめとする骨関節症状を伴うことがある(掌蹠膿疱症性骨関節炎)	
・多くの症例で病巣感染を有する	
・中年女性に好発し、喫煙者が多い	

図1 PAO治療の考え方⁶⁾



③関節・関節周囲症状

PAOの関節・関節周囲症状は約20～40%に認められる。肩・膝・足・手指・顎関節が多い。山本らの報告⁸⁾では、PAO 165例中34例に肩関節痛、14例に膝関節痛、9例に手指痛、9例に足関節痛、5例に肘関節痛、5例に手関節痛、2例に踵痛、1例に足底痛を認めたとしている。PAOの骨関節症状はときに、頭蓋骨や長管骨にも発症する。

臨床検査

特異的な血液生化学検査は認めない。
HLA B27発現率は低く、炎症マーカーであるCRP陽性率は59%、ESR陽性率は24%であり、ACPA陽性7.9%との報告がある。

発症要因・原因

(1)病巣感染
①PPPおよびPAOの発症原因は、“病巣感染”が重要である。“病巣感染”とは、身体のどこかに限局した慢性感染病巣(原病巣)があり、それ自体は無症状か軽微な症状を呈するに過ぎないがそのことが原因となり、原病巣とは直接関係のない身体的部位に障害を起こす病態のことをいう。
②病巣感染発症部位
2012年小林らによりPPPの病巣感染は約80%に存在しており、内訳は菌性病巣感染47%、病巣扁桃34%、副鼻腔炎1%、その他18%と報告されている⁹⁾。これより菌性病巣感染と病巣扁桃(扁桃病巣といわないこと、扁桃は扁桃腺ではない)が重要であることがわかる。
(i)菌性病巣感染
菌性病巣感染(菌性病巣ではない)は大きく辺縁性歯周炎と根尖性歯周炎に分類される。PAOにおける菌性病巣感染は18～36%である。
菌性病巣感染における発症機序については、PPP患者の口腔細菌叢(マイクロバイオーム)の解析が行われている。河野らは、PPP患者12例、健康人10例の唾液から得

られた口腔内細菌の16S遺伝子の可変領域を次世代シーケンサーで解析し、PPP患者で口腔内dysbiosisが認められたことと、さらに、PAO患者7例と関節症状のないPPP患者5例との比較で、PCoA解析においてPAO患者は関節症状のないPPP患者と異なる分布を示しており、PAO患者の口腔マイクロバイオームは関節症状のないPPP患者と異なっていることを報告している¹⁰⁾。今後さらなる研究が期待される。
(ii)病巣扁桃
病巣扁桃(扁桃病巣・扁桃腺病巣ではない)について、PPP患者の扁桃リンパ球は口腔内常在菌であるαレンサ球菌に対する免疫寛容の破綻によって過剰な免疫応答や活性化を引き起こし、掌蹠皮膚へとホーミングして浸潤することが分かっている。さらに扁桃組織あるいはαレンサ球菌と掌蹠皮膚の共通抗原に対する自己抗体が産生されることによって病巣を形成すると考えられている。
(2)喫煙

PPP患者の喫煙率は高く60～80%程度といわれる。喫煙量の増加に伴い皮膚症状および骨関節症状が悪化することから重要な悪化因子である。またPPP患者の掌蹠皮膚において小水疱が形成される表皮内汗管に一致してニコチン性アセチルコリン受容体の発現が亢進していることから喫煙がPPPの発症にかかわると推測されている。ニコチン性アセチルコリン受容体(nicotinic acetylcholine receptor: nAChR)は、神経系細胞のほか、免疫細胞や表皮、掌蹠に豊富なエクリン汗腺・エクリン汗管など広く発現する。表皮ではα7、α9、α3β2、α3β4などのサブタイプが発現するとされ、分化の程度に応じてサブタイプの発現パターンが変化していてα7nAChRは表皮上層、α3nAChRは表皮下層に発現し、それぞれ表皮の分化、増殖に関与するとされる。さらに、表皮における自然免疫反応に影響を与える発汗を誘導するアセチルコリンとタバコの主成分であるニコチンは、nAChRのアゴニストであることから、掌蹠が侵され、かつ喫煙によって悪化するPPPの病態にコリン作動性シグナル経路が関与する可能性があると考えられてきた。PPP患者、健常喫煙者、健常非喫煙者の掌蹠皮膚におけるnAChRの発現について、免疫染色による検討が行われ健常者ではα3nAChRとα7nAChRが、表皮顆粒層表面、表皮内汗管、エクリン汗管およびエクリン腺に発現するのに対し、PPPでは表皮内汗管とその周囲の表皮細胞でα7nAChRの発現が増強することが分かっている⁶⁾。

(3)金属アレルギー
発症要因としての歯科金属アレルギーは否定的である。
PPP/PAO治療のための歯科金属除去(ジルコニアなどに変更すること)は推奨しない(PAO診療の手引き2022より⁶⁾)。
2019年Masuiらの報告によると、PPP患者において歯科金属除去群および非除去群において治療成績に有意差が認められず、また単独での歯科金属除去での関連性が低いことが示されたことは重要である⁶⁾。

治療

①PAOの治療目標
PAO患者の治療目標は、骨・関節症状および

皮膚症状の改善、関節の構造的破壊の予防、身体機能および社会参加の正常化を通じて、健康に関するQOLを最大化することである。その目標達成のためにPAOを早期に診断して、早期に治療介入を行うことである。

②治療方針
治療には以下の5つの柱が存在する(図1)⁶⁾
(i)生活指導 禁煙指導・口腔内ケア(口腔内環境を整える)
(ii)発症・悪化因子の除去 病巣感染の検索・治療 歯科金属除去は推奨しない
(iii)薬物療法 NSAIDs 局所・関節注射
(iv)機能障害改善 装具・リハビリテーション・手術療法
(v)併存するPPPに対する治療 外用療法・光線療法・薬物療法など 顆粒球単球吸着除去療法 生物学的製剤(病巣感染に対する治療が最優先)
治療の原則は、PAOを診断した場合には、疼痛コントロールを行うとともに生活指導を行い、発症の原因となる病巣感染を、さまざまな診療科と協力して検索を行い、治療する。既に存在する機能障害については装具・リハビリテーションを行い進行予防・QOLの改善を目指す。併存するPPPに対しては、各種の治療を皮膚科医と相談の上、進めていく。ただし生物学的製剤の使用に当たっては、病巣感染の検索を十分にを行い、その治療を進めたいうえて判断することをお勧めする。病巣感染を確認することなく、安易に生物学的製剤を投与すべきではない。

PAOに対する治療経過時における注意点は、皮膚および骨関節症状の治療効果は、病巣感染治療を終了してから半年～2年程度要することがあり、患者さんへの説明はその点を踏まえて十分行っていく必要がある。歯科での根管治療・歯周病治療においては病巣への侵襲のため一時的に症状が悪化することがあり注意を要する。
PAO治療においては皮膚科・整形外科・リウマチ内科・耳鼻咽喉科・頭頸部外科・歯科・口腔外科など多くの診療科・診療部門との連携(チーム医療)が重要である。

患者会

PPPおよびPAO患者を中心に、疾患についての情報提供および共有、コミュニティとしての仲間をつなぐ機能、アドボカシー(疾患啓発)機能を目指して2020年本邦にPPPコミュニティ(掌蹠膿疱症患者コミュニティ)が発足した。

患者会サイト
https://ppp-community.com/



おわりに

“PAO診療の手引き2022”および“PPP診療の手引き2022”が同時期に発表されたことがPAOおよびPPP疾患の理解に役立ち、広く一般社会での認知の向上がなされるとともに、苦しむ患者さんに対してのより良い医療サポートにつながることを祈念いたします。

文献
1) Sonozaki H, et al.: Arch Orthop Trauma Surg. 95(1-2): 13-22, 1979
2) Sonozaki H, et al.: Ann Rheum Dis. 40(6): 547-553, 1981
3) Chamot AM, et al.: Rev Rhum Mal Osteoartic. 54(3): 187-196, 1987
4) Murakami M, et al.: J Dermatol Sci. 98(1): 13-19, 2020
5) Murakami M, et al.: J Invest Dermatol. 130(8): 2010-2016, 2010
6) 掌蹠膿疱症性骨関節炎診療の手引き2022: 日本脊椎関節炎学会, 厚生労働科学研究費補助金(難治性疾患政策研究事業)「強直性脊椎炎に代表される脊椎関節炎及び類縁疾患の医療水準ならびに患者QOL向上に資する大規模多施設研究」班編集, 文光堂, 2022
7) 掌蹠膿疱症診療の手引き2022: 照井正ら(日本皮膚科学会掌蹠膿疱症診療の手引き策定委員会), 日皮会誌. 132(9): 2055-2113, 2022
8) Yamamoto T, et al.: Int J Dermatol. 59(4): 441-444, 2020



はじめに

2022年11月10日から14日まで、ACR Convergence 2022がフィラデルフィアで開催された。前回並びに前々回は完全オンラインでの開催であったが、今回は現地とWebとのハイブリッドでの開催となった。セッションによって、オンラインのみ、現地のみ、あるいはハイブリッドと分かれていた。筆者は久々にアメリカの地を踏み、現地にて参加したが、さまざまな人との交流はやはりオンラインだけでは味わえないものであり、集まって行うことができることの嬉しさを感じた。ポスター発表はオンラインのみであったが、ポスターの前で、世界の大御所達と議論ができる日を楽しみにしている。

今回もいつものように筆者の独断と偏見で選んだ興味深い報告を紹介させていただく。

1. The Great Debate: 13S127: To Treat or Not? The Role of DMARDS in Subclinical Rheumatoid Arthritis

近年、血清反応陽性関節リウマチの発症機序が解明されるに従い、発症してから治療するというのではなく、予防することが可能かという議論がよく行われる。関節リウマチは遺伝的素因のある個人に環境因子が加わり、局所そして全身の自己免疫(リウマチ因子や抗CCP抗体にて測定される)の出現、潜在性関節炎(診察で関節炎がないが関節痛がある状況)、分類不能関節炎(関節炎はあるものの関節リウマチの分類基準を満たさない)、そして分類可能な関節リウマチ(関節リウマチの分類基準を満たす関節炎)へと進展していくとされる。臨床的には自己免疫が形成されている段階で、疲労、倦怠感などといった非関節症状が出現、その後、関節症状が出現するとされている。今回の議論ではDMARDSsで治療すべきという立場から、アメリカ・コロラド大学のMichael Holers医師とKevin Deane医師が、治療すべきでないという立場からカナダのマニトバ大学Hani El- Gabalawy医師とウェスタンオンタリオ大学Janet Pope医師が発表を行っていた。

治療すべきとの立場からは、以下のポイントが考慮すべきこととして挙げられた。

- 関節リウマチは発症すると大抵は永続的に持続する
- 現在の関節リウマチの治療の効果は限定的である
- 多くの人は関節リウマチになりたくない

表1 リスク因子

低リスク	中リスク	高リスク
抗ARS症候群	CADM	DM
特発性筋炎のオーバーラップ症候群/CTD関連筋炎	PM	抗TIF1-γ抗体陽性
抗SRP抗体陽性	IMNM	抗NXP2抗体陽性
抗Jo-1抗体陽性	抗SAE抗体陽性	筋炎発症時40歳を超える
非Jo-1 ARS抗体陽性	抗HMGR抗体陽性	免疫抑制療法にもかかわらず病勢が継続する
筋炎関連抗体陽性 (PM-Scl, Ku, RNP, Ro/La)	抗Mi-2抗体陽性	(中から高度の)嚥下障害
レイノー	抗MDA5抗体陽性	皮膚壊死
炎症性関節症	男性	
間質性肺炎		

- 関節リウマチになると個人のレベルでも集団レベルでもお金がかかる
 - 関節リウマチは健康や死亡率に悪影響を与える
 - 関節リウマチが予防できなくても、治療することでその後の関節リウマチがより軽症になる可能性がある
 - 関節の炎症のない段階で治療することで、痛みや倦怠感などの観点から利益があるかもしれない
- 現時点では有効で確立された治療法はないものの、自己免疫が起きてくるところから関節炎が発症するまでのそれぞれの段階の生物学的機序を解明し、それぞれの段階に応じた介入をすることで、上記に挙げられた関節リウマチを発症させないことによるメリットを説いていた。個人のレベルでさまざまな介入ポイントがあることが予想されるが、今後さらに科学的にこの分野を進展させる必要があるという未来へ向けたメッセージとなっていた。
- 治療すべきではないという立場からは、科学的に今後この領域は発展させていく必要があることに関しては同意するものの、2022年の段階では治療すべきではないという点に関して同じデータを違う角度からみた論点を展開していた。
- まずは、リウマチ医と患者の会話を示しながら、実際の会話の内容に加えて会話には出てこないが心の内を併記した内容で以下のポイントを示していた。
- CCP抗体陽性でも全員が関節リウマチを発症するというわけではない
 - 抗CCP抗体が陰性になってしまう人も一定の割合でいる
 - 現在ある薬物療法では予防ができることを示したものが無い
 - 生活習慣の変更やビタミンD内服などの介入で予防効果が期待できる
 - 患者側は副作用の出る可能性のある薬剤を始めるよりも、生活習慣改善などを望むことが多い
- また、自己免疫は介入しようとした時点ではもう不可逆的な段階に来てしまっている可能性、抗体陰性の関節リウマチが3~4割いる中で抗体による予測は多くの潜在的な関節リウマチを発症してくる患者を検知できない可能性があることなどを挙げていた。最後には、健康的な生活習慣で35%の関節リウマチのリスクを減らせるデータを示し、また抗CCP抗体高値陽性患者の5人に4人は次の年に発症しないことを考えると、治療することはその4人を無益な治療によるリスクに晒すことを示して議論を締めくくった。
- 二つの立場をみていくと、前者は基礎研究、トランスレーショナルリサーチをする立場からの

将来的な展望を見据えた議論であるというのに対して、後者は現実的な臨床の立場から現時点では有効な方法がない状況を示していた。今後、予防が可能になるための超えるべき研究の課題が明らかになるとても良い議論であったと感じた。

2. ACR Guidelines for Vaccination: 12S136

- SARS-CoV-2の流行に対してワクチン接種が行われるようになってから、ワクチンへの注目が高まっている。その中でもとりわけリウマチ科医の関心が高いこととして、免疫抑制剤内服者に有効にワクチン接種するための戦略が挙げられる。SARS-CoV-2以外のワクチンについてのガイドラインがACR 2022で発表された。全体の内容はWeb版で表にまとめるので参照していただきたい。アメリカでのガイドラインなので実際に日本では適用上難しいこともあること、日本での実際の運用は添付文書の範囲内で行うことをお勧めすること、並びに正式にまだ出版されていないことに注意いただきたい。このことを前提とし、3つに限定して気になるポイントを取り上げる。
- ① インフルエンザはタイミングを逃さずに、打てるときに打つ。メトトレキサートに関しては接種後2週間休む
 - メトトレキサートの休業に関しては、休業期間が1週間でも良いのではないかと発表が今回のACRであった。(Abstract 0936)
 - ② 65歳未満でも、免疫抑制剤を使用する患者では肺炎球菌ワクチンを打つ
 - 現在、日本ではPPSV23とPCV13が手に入るが、アメリカではPCV15やPCV20が手になるようになっており、PCV15の場合にはその後PPSV23の追加接種、PCV20の場合には単独の接種が勧められている。
 - リツキシマブ使用時には、PCV13をday 0と7に接種後、5ヵ月後にPPSV23を接種するというやり方が、PCV13をday 0に接種後、5ヵ月後にPPSV23を接種するというやり方より抗体のつきが良かったという発表があった。(Abstract L16)
 - ③ 母がTNF阻害薬を妊娠中に使用していた場合の、児に対するロタワクチンの接種は条件付き推奨されている
 - 児が子宮内で母の使用するTNF阻害薬に曝露された際に、児のBCGワクチン接種に伴い播種性BCGを発症したという症例報告がある¹⁾。このため、胎内でTNFに曝露した児に対して出生後6ヵ月は生ワクチンを避けるのが勧められてきた。ロタワクチンに関しては、3

表2 スクリーニング

基本スクリーニング(国や地域の年齢性別にあったスクリーニングに加えて)	強化スクリーニング
● 包括的な病歴聴取 ● 包括的な身体診察 ● 血算 ● 肝機能検査 ● 血沈 ● CRP ● 血清蛋白電気泳動 ● 尿検査 ● 単純X線	● CT(頸部、胸部、腹部、骨盤部) ● 子宮頸がんスクリーニング(例:塗抹試験など)* ● マンモグラフィー* ● PSA* ● CA-125 ● 卵巣癌の腹部/経膈超音波 ● 便潜血* *もし国や地域の年齢性別にあったスクリーニングになければ

つの観察研究で58名の児が生物学的製剤に曝露され、ロタワクチンでの有害事象は認めなかったという少数の報告に基づいている。

3. さまざまな研究の発表

- a. Cancer Screening in Inflammatory Myopathy (Abstract 0002)
- デルファイ法を用いた22ヵ国75名のエキスパートによる推奨である。4つのパートから成り立っており、①リスクファクター、②スクリーニング方法、③スクリーニング頻度、④追加推奨である。
- ① リスクファクター
 - 低リスク、中リスク、高リスクのリスクファクターが挙げられている。臨床表現系や抗体がリスクファクターとして取り上げられている(表1)。高リスクファクターが2つ以上あると高リスク、中リスクファクターが2つ以上あるいは高リスクファクターが1つある場合は中リスク、それ以外を低リスクと分類する。
 - ② ③ スクリーニング方法並びにスクリーニング頻度
 - 基本スクリーニングと強化スクリーニングの2種類があり(表2)、高リスク群では診断時並びに発症から1、2、3年目それぞれに基本スクリーニングを、また、強化スクリーニングを診断時に行うことが勧められている。中リスク群では診断時に基本スクリーニング並びに強化スクリーニングを、低リスク群では診断時に基本スクリーニングを行うことが勧められている。
 - ④ 追加推奨
 - 追加推奨としては、以下のような内容がある。
 - ハイリスクの患者では診断時に癌がスクリーニングでみつからなかった場合には、上部下部内視鏡並びに¹⁸F-FDG-PETを考慮すべきである
 - 抗TIF1-γ抗体陽性のDMで40歳以上発症かつ1つ以上の追加の抗リスクファクターがある場合には、¹⁸F-FDG-PETを唯一のスクリーニングとして考慮すべきである
 - 鼻咽頭癌のリスクが上昇している地域では、成人の炎症性筋疾患診断時に鼻の内視鏡を行うことを考慮すべきである
- b. Denosumab for OA (Abstract L05)
- 手のerosive OAは決定的な薬物療法を欠いているのが現況である。単施設の第2相二重盲検プラセボ比較試験にて手のerosive OAに対するデノスマブの効果が検証された。デノスマブは60mgを3ヵ月ごとに投与されている。主要評価項目は24週時点でのΔGUSSTTM(Ghent University Scoring System)でΔがプラスであればリモデリング、マイナスであればびらんの進行となる。10の変化以上あれば臨床的に意義があるとされる。プラセボ群に比べてデノスマブ群は24週で+8.9、48週では+14.3であり両者とも統計学的に有意に差がついた。ペインスケールに関しては、24週、48週の時点では特に差がなかった。48週以降に両群ともにデノスマブに移行するオープンラベル延長に入るが、96週時点ではペインスケールがデノスマブ群では2.4、プラセボ群では3.5で有意に最初の48週デノスマブを投与した群で低くなっているのは興味深い。OAの構造的進展を防げる可能性のある薬剤の候補としてデノスマブが挙がることとなった。

そのほかにも多くの興味深い発表があった。それらに関して全て紹介し切れないが、Web版でご紹介できればと思っている。

以上、紙面の都合上、限られた情報のみの紹介となってしまったが、より良いリウマチ膠原病疾患の治療を実現するためにとても有益な学会であった。

文献
1) Cheent K, et al.: J Crohns Colitis. 4(5): 603-605, 2010

コラム：リウマチ保険診療のピットフォール

第2回

保険診療上留意すべき関節リウマチの外来診療

日本リウマチ財団医療保険部会部会長／松野リウマチ整形外科 松野 博明 氏

レセプトのオンライン請求の普及により、レセプトの審査はAI、コンピュータによるチェックが行われるようになっていいる。理由としては、社会保険診療報酬支払基金に勤める職員数が削減されたことによる審査業務の効率化が必要になったことと、保険者からの審査結果の不合理な差異（地方独自基準による審査の差：いわゆるローカルルール）を解消し、審査の全国統一化を目指したことによる。現在はまだAIの活用はレセプトの振り分けにのみ用いられている（振り分けにより疑義のある査定については最終的に人による審査がなされている）。過去の類似レセプトが査定されているかどうかについてはMinHashというAIが、過去に類似レセプトがないものについてはXGBoostというAIにより振り分けられている。これにより提出するレセプトは今後より一層、保険診療上認められているものであり適応外診療は認められず、投与薬剤は添付文書に合致したものである必要がある。本稿では近年、全国から寄せられた返戻・査定にあった事項ならびに2022年の新しい点数について紹介するが、まだ100%のレセプトがICT審査によるものではないため地域によっては認められることがあることも注意していただきたい。

① 2022年の新しい診療報酬

今回の改定から導入されたものではマイナンバーカードの健康保険証（マイナ保険証）に伴う点数がある。マイナンバーカードを保険証として利用した場合（専用のカードリーダーが必要）、月1回、初診料21円・再診料12円が得られるようになった。またマイナ保険証が利用可能な医療機関においては従来の保険証の患者でも初診料で9円が徴取できるようになった。リフィル処方についてはまだ診療報酬がついていないが、この処方箋を使うことにより1回の処方箋の発行で最大30日分・3回の処方箋を出すことができるようになった。リモート診療についても診療報酬がつけられ、情報通信機器を用いた初診料は251点（対面初診料は288点）、再診料73点（対

面でも再診料は同じ73点）となった。在宅自己注射指導管理料についても情報通信機器を用いた場合も点数改正され、月27回以下の場合は、これまでの月1回100点が566点（対面650点）、月28回以上の場合は、100点が653点（対面750点）となった。後発医薬品使用推進の政策として、外来や院内処方の使用割合がこれまで85%以上の場合与えられていた5点が90%以上に改定され、同様に75%以上4点が85%以上に、70%以上2点が75%以上に改定された。

バイオ後続品導入初期加算はこれまでも皮下注射剤については認められてきたが、2022年からは点滴による外来化学療法にも適用されるようになった。点数は皮下注射と同じく、治療にバイオシミラーを導入した場合、最初の3月まで月150点を加算できるようになった。現在、関節リウマチ（RA）でこの適用となるのはインフリキシマブ（IFX）BSのみであるが、基本的にIFXは8週に1回の投与であるため対象となるのは一般的に2回となる。

② 施行間隔により査定されることの多い項目

医科点数表に明記されているわけではないが、検査によっては一定の間隔を開けていないと査定されるものがある（ただしローカルルールにより認められる場合もある）。基本的に3月の間隔を空けないと返戻されることの多い検査は、MMP-3（IL-6治療薬で治療中の場合CRPが効果判定の参考となりにくい等のコメントがあれば2月間隔を認めている地域もある）、KL-6（KL-6については同日の胸部XPの所見が求められる場合がある。なおKL-6についてはたとえ間質性肺炎の治療中であっても連月の検査は不可とする地域があり、その場合微少病変検出に優れるSP-Aや、治療効果判定に優れるSP-Dを組み合わせてすることで認められることもある）、シスタチンC（腎機能低下の病名必要）、関節エコー（ドップラー加算は認められない地域もある）、可溶性IL-2R（MTXに伴うリンパ増殖性疾

患の病名では6月に1回のみ可能とする地域がある）、RF（毎月～3月に1回までと地域格差が大きい）。なお生物学的製剤の期間短縮については保険診療上、短縮が明記されていない製剤については短縮で査定されることが多い（保険診療上、認められている製剤についても短縮した理由をコメント欄に記載しておくことが望まれる）。

③ 同日算定が認められていない項目

RFとCARF、ACPAとMMP-3（RFとMMP-3、RFとACPAは併算定を認める地域もある）、ACPAはRA疑い病名患者またはRA患者であっても治療方針決定のための理由であれば原則1回のみ算定できる。ACPA陰性の場合、3月後に1回算定できるが、ACPAを2回以上算定するには前の検査値をコメントに記載する必要があり、なぜ複数回検査したかの理由も明記すべきである。医科点数表に記載されていないが、初診時のACPAは不可で、RF陰性者のみ承認する地域もある。KL-6とSP-A、SP-Dの同日検査は不可である。初診時抗核抗体（ANA）と疾患標識抗体（DNA、SS-A、Scl-70等）の同日算定は不可である。膠原病の疾患標識抗体についてはANAの結果をもとに、特異的検査を絞り込んで検査するよう薦められている。ループスアンチコアグulantと抗カルジオリピンβ2グリコプロテイン複合体（aCLβ2GPI）の同日検査は不可で、経過観察はaCLβ2GPIのみ認められている。初診時のHBs抗原とHBs抗体・HBc抗体の同日算定は不可である。皮膚筋炎における抗ARS抗体（抗Jo-1抗体を含む）、抗MDA5抗体、抗TIF1-γ抗体、抗Mi-2抗体の同日算定は不可である。

④ 初診時からの投与が認められないもの

初診時からの投与が認められないRAの治療薬にはアダリムマブ、セルトリズマブベゴル以外のbDMARDsが挙げられる。bDMARDsの適応は、過去に適切な治療を行っても明らかな症状が残る場合に投与することとなっているため初診からの投与は不可であり（他剤無効例のみ）、例外として前医で治療が行われてきた既往が明らかな場合にはコメントにそのことを記載すれば初診時投与もできる。アダリムマブ、セル

トリズマブベゴルが初診時投与できる理由は、関節破壊の予防効果が認められているためであり、初診時から使用する場合は、関節の構造的損傷の進展が早いと予想される患者であるとのコメントを加えておくほうが望ましい。タクロリムスの適応は他剤無効の場合とあるため初診時からの投与はできない。JAK阻害薬についても他剤無効の縛りがあるため初診時からの投与はできない。しかし、アダリムマブ、セルトリズマブベゴル以外のbDMARDs同様、前医で治療が行われてきた既往が明らかな場合にはコメントにそのことを記載すれば初診時投与も可能である。弱オピオイドの適応は、慢性の疼痛であるため初診時から使う場合はその根拠が必要である。

⑤ その他

デノタスチュアブルは、ビタミンDとカルシウムの合剤であり骨粗鬆症には理にかなった治療薬であるが、適応はデノスマブ治療中症例のみに限られているため注意が必要である。IgG4関連疾患の診断基準には血清IgG4の値が135 mg/dL以上が含まれるが、血清IgG4測定には保険病名としてIgG4関連疾患のみでは認められない場合があり、Mikulicz病やIgG4関連肝障害、自己免疫性睪炎などの具体的病名が求められる場合がある。プロトンポンプ阻害薬を8週以上の長期処方する場合は、再発再燃性逆流性食道炎の病名とともにその根拠（Fスケールでも可）も必要とされることがある。JAK阻害薬の中で禁忌ではないがタクロリムス、ミゾリビンとの併用はしないこととされているのは、トファシチニブ、ウパダシチニブ、フィルゴチニブであり、5剤ある全てのJAK阻害薬を半量で使用するには、その根拠が必要で（腎機能障害や肝機能障害ならびにその程度など）、これらは各薬剤の添付文書に記載されているので根拠をコメントに記載したうえで半量処方することが望ましい。

⑥ さいごに

日本リウマチ財団医療保険部会では会員の先生方の保険診療に関する疑問点や要望について可能な限りお答えしていきたいと思っています。先生方からのご要望お待ちしております。お問い合わせ：inform@rheuma-net.or.jp



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12回 丸の内病院



看護師 小野澤 恵 氏



1. 私の仕事

治療開始時の説明、自己注射指導、電話相談対応、フットケア等を行いながら患者さんとコミュニケーションを図り、その患者さんに必要な看護を提供できるよう努めています。外来なので患者さんが安全のうえスムーズに検査や診察、治療に回っていただけるよう気配りや連携を取ることも大切と考えています。

2. 資格を取るきっかけ

私がリウマチ患者さんと出会ったころは、まだ病名が「慢性関節リウマチ」で、変形や機能障害の進んだ患者さんが多く存在していました。その後、治療法が大きく変化し、その背景とともに看護師の役割も増え、やりがいを強く感じたため取得しました。

3. こんな時資格が役立っています

治療導入時や変更時に、薬剤師とそれぞれの役割で患者さんに説明や指導を行い、安心・安全に患者さんが治療に臨めるよう支援しています。フットケアでは処置後「靴を履いて歩いても痛くなくなった」と患者さんに喜んでいただけると私自身も嬉しくなります。

4. 今後の抱負

同じ疾患でも症状や経過がさまざまであるため、個々の背景にも配慮した看護ができるよう、これからもリウマチ看護を通して学び、患者さんに安心を与えられる存在でいたいと思います。



薬剤師 徳武 正彦 氏



1. 私の仕事

病棟薬剤師として入院患者さんの服薬指導を行っています。また外来患者さんには、生物学的製剤やMTXなどの治療開始時に服薬指導を行っています。薬の正しい知識をもってもらい、安心して治療が継続できるように、リウマチチームの一員として他のスタッフと協力しながら支援を行っています。

2. 資格を取るきっかけ

保険薬局に勤務していた時に、リウマチ患者さんに携わる機会がたくさんありました。そのころはリウマチに対する知識がなく、痛みでつらそうにしている患者さんにどう声をかければいいのかかわからず、悩んだ時もありました。患者さんの不安な気持ちに寄り添うことができるようになりたいと思ったことが、資格を取るきっかけでした。

3. こんな時資格が役立っています

リウマチについて継続して学ぶことで得られた知識が、患者さんからの質問に答えたり指導を行ったりする時に活用できます。「薬剤師さんと話せてよかった」と言っていただけで、もっと頑張ろうという気持ちになります。

4. 今後の抱負

患者さんの治療支援において、まだまだ薬剤師のかかわりが少ないと感じています。治療開始時の指導だけでなく、継続した介入ができるよう、積極的に働きかけていきます。また、薬のことだけでなく、気軽になんでも相談できる薬剤師になれるよう自己研鑽に努めます。

訃報

去る令和4年11月17日、日本リウマチ財団評議員、理事、監事などの要職を務め、永年にわたり財団の事業運営にご尽力を賜りました東威氏をご逝去されました(享年91歳)。
東氏は自衛隊中央病院部長、聖マリアンナ医科大学教授などを歴任されました。
故人のご生前のご功績を偲び、かつ、ご功労に敬意を表しますとともに、心からご冥福をお祈り申し上げます。



令和5年度リウマチ財団登録医

■新規登録医募集

申請受付期間 令和5年3月1日～5月31日(当日消印有効)

資格(要件)

1. 申請時に3年以上の臨床経験が有り、現在に至るまで通算1年以上リウマチ性疾患の診療に関わっている。なお、平成16年以降医師資格取得者は初期臨床研修修了者であること。

2. 直近の5年間ににおいて

(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) 財団が主催し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(治験等教育研修単位に充当できる単位があります。)
→「COVID-19(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。
※申請を一部簡略化しました。詳しくは財団ホームページをご覧ください。
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

■資格再審査・更新手続き

申請受付期間 令和5年3月1日～5月31日(当日消印有効)

令和5年度資格更新該当者は、平成25、30年度にリウマチ財団登録医を取得された方です。



令和5年度リウマチ財団登録理学・作業療法士募集

申請受付期間 令和5年2月1日～4月30日(当日消印有効)

資格(要件)

1. 申請時に3年以上の理学・作業療法士実務経験が有り、直近5年間ににおいて通算1年以上リウマチ性疾患のリハビリテーションに従事した実績があること。

2. 直近の5年間ににおいて

(1) リウマチ性疾患リハビリ指導患者名簿……………10例*

(2) リウマチ性疾患リハビリ指導記録(上記名簿のうち)……………5例*

* 関節リウマチ症例を含むことが望ましい。

(3) 財団が主催又は認定する教育研修会に参加(発表)……………3回(経過措置)
→「COVID-19(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。
経過措置は、今回の新規申請までとなります。

原則、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



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

助成対象の調査・研究発表

海外及び国内における国際学会において発表する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

助成対象の国際学会

(1) ヨーロッパリウマチ学会(EULAR)

(2) アメリカリウマチ学会(ACR)

(3) アジア太平洋リウマチ学会(APLAR)

(4) その他リウマチ性疾患に関する国際学会で日本リウマチ財団が特に認める学会

助成対象者の推薦

リウマチ性疾患の調査・研究に意欲的に従事する若手の医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士である研究者等(学会発表時45歳以下)で、次の者の推薦を受けた者とし、次の推薦者は学会毎に各1名推薦するものとする。

(1) 大学の場合は学長(総合大学は学部長、あるいは研究所長)

(2) その他の機関の場合その代表者

(3) 当財団の評議員

※ 新型コロナウイルス感染症等の対応により、現地に赴くことが無くWeb等により発表する場合においては、登録費用等の実費について助成対象としています。

締め切り 学会発表の日の2ヵ月前



ご寄付いただいた方 11月、12月

家亦 良典 様 大田 富士子 様 大野 雅也 様 吉田 健太郎 様

各申請の詳細、申請書等は財団ホームページをご覧ください。

編集後記

今回の財団ニュースでは、PAOについてのまとめ記事は大変ありがたいと感じました。とい
いますのも、私の中で、PAO、SAPHO症候群は
いまさら聞けないシリーズに入っておりまして、
明確に理解しておりませんでした。辻先生には、
PAO診断ガイダンスを中心にご解説いただきま
した。PAO治療においては多くの科を分野横断
的に連携することが必要となることを再認識
いたしました。
松野先生のコラムは実践的で大変勉強になり
ます。レセプトのICT審査は全国での審査の均て
ん化に役立つものと思いますが、保険診療のルー
ルを守り適正な運用を行うことに一層、気をつけ
ていかねばならないと身が引き締まる思いです。
毎年のお楽しみとなった田巻先生、岡田先生
によるACR速報はWeb版もぜひご確認いた
だきたいです。私の職場でよく議論となるTNF阻
害薬に妊娠中に曝露した母から出生した児に
おける生ワクチンについて、ACRからのガイドラ
インが出たことは心強く感じています。

リウマチケア看護師、リウマチ財団登録薬剤
師のツイートではリウマチ患者さんへの熱い想
いを感じ、ともに歩んでいきましょう!という気
持ちは湧いて参ります。今後もこの企画を継続
して多くの方に登場していただきたいと思っ
ております。

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