

Japan Rheumatism Foundation News

日本リウマチ財団ニュース

no. 182

2024年1月号

令和6年1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)

182号の主な内容

- 新年の挨拶
- 妊娠とリウマチの学会 (RheumaPreg 2023) 学会速報
- 「第6回法人賛助会員セミナー」開催される
- リウマチ人: 井上 博 氏
- リウマチケア看護師、リウマチ財団登録薬剤師のポスト: 第15回 木村健一 糖尿病・内分泌クリニック

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

新年の挨拶

公益財団法人 日本リウマチ財団 理事長
川合 眞一

新年あけましておめでとうございます。令和6年の年頭にあたり、一言ご挨拶申し上げます。早いもので理事長に就任して2回目の新年のご挨拶となりました。昨年6月は日本リウマチ財団役員の改選期でございました。新たに理事・監事・評議員にご就任いただいた皆様および重任の役員の皆様のご協力の下、本年も当財団の発展に尽力させていただきたいと思っております。どうぞ宜しくお願い申し上げます。

昨年は新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) がようやく落ち着いておりましたところ、インフルエンザの蔓延や特に小児では他の感染症の流行も加わって、つくづく感染症対策が重要だと思われ知らされた一年であったと思っております。当財団が対象としており

ますリウマチ性疾患の治療は大きく進歩しておりますが、基本は免疫抑制療法でございますので、その意味でも感染症に大きく影響いたします。今後とも当財団として、こうした関連領域を含めまして、研究支援や正しい知識の普及活動により、少しでも患者福祉に貢献できればと願っております。

当財団の活動の現状ですが、昨年6月のリウマチ月間リウマチ講演会や、12月の九州・沖縄地区で終了した各地区におけるリウマチの治療とケア教育研修会などの研修会を開催することにより、登録専門職制度の運営にあたってまいりました。また、現在応募中のリウマチ性疾患に関わる研究などに対する令和6年度の各種研究助成、関連団体への協力事業についても例年と同様に進めており

ます。なお、当財団発足の頃より行ってまいりましたノバルティス・リウマチ医学賞は、今年からは日本リウマチ財団リウマチ医学賞として継承いたします。

当財団は、今年もこれまで以上に日本リウマチ学会や日本臨床リウマチ学会、さらに日本リウマチ友の会などとの連携を深め、以上述べてまいりました当財団の事業を円滑に進めたいと思っております。

最後になりましたが、皆様にとりまして本年がより良い年になることを祈念いたしまして、私からの年頭の挨拶とさせていただきます。

令和6年 正月

妊娠とリウマチの学会 (RheumaPreg 2023)

12th International Conference on Reproduction, Pregnancy and Rheumatic diseases

学会速報

小澤 廣記 氏 / 聖路加国際病院 Immuno-Rheumatology Center

責任監修: 岡田 正人 編集員 / 聖路加国際病院 Immuno-Rheumatology Center

序文

膠原病患者での生殖・妊娠についての国際学会である12th International Conference on Reproduction, Pregnancy and Rheumatic diseases (通称RheumaPreg 2023) が2023年9月8日から10日までの日程で英国ロンドンにおいて開催された。前回2021年のCOVID-19パンデミック下のバーチャル開催から一転し、今回は現地での盛況ぶりをみせ、39か国から391名のエキスパートが参集した。参加者は欧州から73.5%を占め最多で、アジアが13%、北米が9.5%と続いた。

会期中は膠原病と妊娠に関するレクチャー、研究発表、ディベートセッション、症例検討会、シンポジウム、ポスターセッションが行われた。膠原病科医、産婦人科医、小児科医、患者代表など多様なバックグラウンドをもつ参加者のあいだで活発な意見交換が行われた。個々の発言からは妊婦や子どもの健康を深く願う気持ちを感じられ、心温まる学会であった。

ポスター発表は全120題あり、日本からも6題の発表があった。自施設 (聖路加国際病院) では膠原病合併妊娠の診療連携を深めるための、産科と膠原病科の月例ミーティングを行っており、

診療と研究活動に力を入れている。本学会でもこのミーティングから得られた知見を含めた3題の発表を行った。

本稿では、多岐にわたるセッションから特に注目されたトピックを選び、その内容を報告する。今回は2025年にオーストリア・ウィーンでの開催が予定されており、膠原病合併妊娠のさらなる理解とより良い管理に向け、日本からの参加者・発信がさらに増えることを期待したい。

米国の妊娠中絶法とそれをめぐる対応
IMPLICATIONS OF OVERTURNING
ROE VS WADE

冒頭のセッションでは米国の妊娠中絶法の変遷とその影響、膠原病患者に対する治療薬の使用にかかわる問題、避妊に関する現状と課題に焦点が当てられた。

米国では妊娠中絶の権利に関して、法律や規制が大きく変わりつつある。「Roe対Wade判決」により、胎児の生存可能性が確立する前の中絶権が認められていたが、2022年のDobbs対Jackson Women's Health Organization事件は、これまでの妊娠中絶権が制限される可能性が示された。この変化は、女性にとって、

選択の自由や医療へのアクセスを難しくする恐れがある。

各州によって中絶法は異なり、現在、16州が中絶を事実上禁止している。オレゴン州のように制限なく中絶の権利を保護している州もあれば、ノースカロライナ州やアイオワ州のように厳しい制限を設けている州もある。このため、人工妊娠中絶を希望する妊婦が、州を移動しなければならぬ事態も生じている。

メトトレキサート (MTX) は、異所性妊娠に対して妊娠中絶薬として使用されることがある。その処方が法的な影響を受ける懸念が生じているため、薬理が改めて検討されていた。MTXの効果は用量に依存し、通常、異所性妊娠の治療には50mg/m²から約90mgの範囲で使用される²⁾。低用量では流産や先天異常のリスクが高まるものの³⁾、妊娠中絶薬としての有効性は乏しい。結論として、妊娠中絶法の変更を受けて、低用量MTXの使用を控えることは科学的、倫理的に正当化されないと強調されていた。なお、MTXの中止から妊娠までの「ウォッシュアウト」期間は添付文書によって3~6ヵ月とされているが、英国リウマチ学会 (BSR) のガイドラインでは1ヵ月以上となっている。

膠原病患者に関しては、疾患活動性が高い

場合や催奇形性がある薬を服用している場合には、妊娠を避けるべきである。しかし、SLEや関節リウマチ (RA) の患者において適切な避妊が行われていないことも明らかになっている。データベース研究によると、SLE患者の約21.7%、RA患者の20%しか避妊薬の処方を受けていない。前述の米国の状況では、適切な避妊を行うことの重要性が増しており、これまで以上に意思決定の共有と記録が重要になっている。避妊計画のカルテ記載率についての質改善の取り組みもC. Siegel (New York, USA) により報告されており、興味深かった。

米国の状況は日本とは大きく異なるが、妊娠と膠原病の管理における法的、社会的、医学的課題は日本でも参考となるものであった。特に家族計画・避妊に関する話題を日々の診療で取り上げ、適切な対策を行うことは重要である。

妊娠と薬
(各国ガイドラインのアップデート)
DRUGS IN PREGNANCY (GUIDELINES UPDATES)

妊娠と薬剤について、膠原病合併妊娠に関する主要なガイドラインとして、米国リウマチ学会 (ACR 2020)⁴⁾、英国リウマチ学会 (BSR 2022)⁵⁾、

欧州リウマチ学会(EULAR point to consider)⁶⁾の立場からのプレゼンテーションが行われた。ACRからはB. Bermas (Dallas, USA)により今回のアップデート内容が紹介された(表)。

妊娠中のヒドロキシクロロキン(HCQ)曝露と先天異常の関連については、少ないながらも先天異常が増加する(相対リスク1.51[95%信頼区間1.27-1.81])という近年の報告があり⁷⁾、欧州医薬品庁(EMA)はHCQの製品情報で妊娠中の使用を制限する記載に変更した。これまでの妊娠中のHCQ使用は安全であり、患者に対するメリットも大きいという通説に反するもので、先日のEULAR 2023から引き続き大きな話題となった。EMAの記述の変更を求めるコメントも発表されており⁸⁾、慎重に今後の議論を追う必要がある。

次に紹介されたBSRガイドラインはカバーしている薬剤が広いことが特色である。新規の生物学的製剤や分子標的合成抗リウマチ薬(tsDMARDs)に加えて、合併症の治療薬(コルヒチン、ジアフェニルスルホン、DOACsなど)についての評価もされている。NSAIDsは30週までに中止することとされている。コルヒチン、ジアフェニルスルホンは妊娠・授乳を通して使用可能で、男性不妊のリスクも低い。HCQについては400mg以下で使用することが推奨されている。

男性の生殖機能に関するアウトカムも収集しており、例えばフィルゴチニブは精液のパラメーターに対して測定可能な影響はみられなかった⁹⁾。

授乳に関するデータ・推奨も多く掲載されている。新しいエビデンスとしては授乳中のリツキシマブ(RTX)に関するものが紹介された。RTXは母乳への移行は限定的で、胎児の血清にはRTXの濃度は測定されなかった。胎児のB細胞数にも影響を認めなかった¹⁰⁾。

研究発表ではタクロリムスのループス腎炎の妊娠女性に対する白人女性での有効性と安全性の検討がA. Gamba (Padua, Italy)により報告された。本演題は学会を通じての最優秀演題賞を受賞していた。タクロリムスに関しては日本を筆頭にアジアからの報告が主体であったが、



会場となったHilton London Paddington

表 ACRの次回改訂ガイドラインの新規トピック

避妊の新規選択肢

人工妊娠中絶の安全性

産科的APSの新基準

産科的APSの新規治療薬の候補

アスピリンの用量(81mg vs. 162mg)

voclosporinおよびbelimumab

先天性完全房室ブロックのモニタリング

白人女性を研究対象としたことに新規性があった。8例のループス腎炎の妊婦についての記述研究で、妊娠中にタクロリムス治療を受けていた患者が対象で、1例だけが効果不十分で中止となった。副作用は上気道炎のみであった。

男性不妊をめぐる NEGLECTED TOPICS IN PREGNANCY RHEUMATOLOGY - The male perspective

男性の膠原病患者の不妊を問題としたセッションが設けられていたことも、本学会の多様性を象徴していた。男性の膠原病患者は、炎症性関節炎による性的健康への影響や、生殖能力に対する薬剤の副作用が懸念される。実際に生涯での出生数が少ないことも報告されている^{11,12)}。

この問題には膠原病の診断後の不妊治療の検討が必要で、まず患者と医師間でのコミュニケーションが重要である。治療の副作用や病気が生殖能力に与える影響について情報を共有し、患者の性生活や不妊の問題について話し合うことが推奨される。また、パートナーの支援も不可欠である。「自分(患者)は父親になれるのか」という疑問に関して、医師がイニシアティブをとって会話を切り出し、患者の意向をよく聞き、適切なアドバイスを提供するのが望ましい。

また、MTXと精子の質に関連する基礎研究結果も報告された(L. F. Perez)。既報ではMTXは精子の質の低下をきたさないとされている¹³⁾。精子では生理活性型のMTX(MTX-



ロンドンのシンボル、ビッグベン



ポスター会場の一隅。非常に活気のある議論が続いていた

PG)はほとんど検出されなかったが、これは、精子のフォルリポリグルタミン酸合成酵素(FGPS)活性が非常に低く、したがってMTX-PGを形成する能力が欠如しているという事実に関連している。FGPSの欠如とMTXのポリグルタミル化の低下が、MTXが精子の質を低下させない要因として提示されていた¹⁴⁾。父親になりたい男性にMTXが安全に使用できるというさらなるエビデンスとなる。

抗Ro抗体陽性の母親のサーベイランスと マネジメント(ディベートセッション) DEBATE: Anti Ro positive mother: surveillance and management

本セッションは最終日のハイライトで、抗Ro/SS-A抗体陽性の母親に対して先天性心ブロック(Congenital Heart Block: CHB)のサーベイランスをどのように行うべきか、J. Buyon (New York, USA)とN. Costedoat-Chalumeau (Paris, France)の両氏により、互いへのリスペクトにあふれ、かつ鋭いディベートが行われた。

議論の中心は、胎盤を通過するフッ化ステロイド(例えば、ベタメタゾンやデキサメタゾン)の使用がCHBの治療に有効かどうかと、CHBの検出のためのモニタリングをどのように行うかであった。

複数の研究から、CHBをきたした児の生後1ヶ月の生存率にステロイドが利益をもたらさないこと、治療せずとも生存率は高いことが示さ

れている¹⁵⁻¹⁷⁾。また、治療が一時的にCHBを改善しても再発する可能性があり、心臓ペースメーカーの必要性を減らしたり、CHBの度合いを減らしたりする明確な証拠はない^{18,19)}。ステロイドの使用による副作用があり、母親にもリスクが伴うことが議論されており、「まず害するなかれ」の原則に基づいて慎重な対応が必要である。

胎児の心エコーのルーチンの実行は推奨されていないが、抗SS-A抗体陽性の妊婦では、16週目から28週目までの1~2週ごとの評価が推奨されている^{20,21)}。また、研究の文脈では家庭での心拍モニタリングが有用であるとされている。

このように、早期にCHBを発見しても治療に結びつかないこと、多数(1例のCHBの検出のために100名の抗SS-A抗体陽性妊婦にたいして500回)の超音波検査が必要であること、そしてスクリーニングが抗SS-A抗体の存在を明らかにしないためCHBを見落とす可能性があることがモニタリングを行わない根拠として提示された。総じて、現在のエビデンスはフッ化ステロイドによるCHBの治療効果が限定的であることを示しており、リスクを伴う治療を避け、研究の文脈でハイリスク症例をスクリーニングすることが適切であると主張された。

これに対して、抗SS-A抗体陽性でも抗体価の低い低リスクの妊婦においては、費用のかかる心エコー検査を回避できる可能性があり、一方で高リスクの症例では家庭での心拍モニタリングや集中的なエコー評価が有益である可能性が示唆されている²²⁾。

また、病理学的所見からは、3度ブロックの症例では房室結節の線維化がみられ、炎症性の病態であることが示唆される。不可逆的な病態に至る前の治療可能な時期に、速やかに治療導入を行うという将来的な治療の可能性が否定されているわけではない。

これらの議論を踏まえ、現在進行中のSurveillance and Treatment to Prevent Fetal Atrioventricular Block Likely to Occur Quickly (STOP BLOQ, NCT04474223)が紹介されていた。抗SS-A抗体陽性で妊娠18週未満の女性を対象とし、さらに抗SS-A抗体の抗体価をもとに高リスク妊婦に限定してより集中的なサーベイランスを行い、不完全(2度)ブロックの段階でデキサメタゾンとIVIIGでの治療を行うことでCHBの発症リスクを最小限に抑えることを目的としている。

文献

- 1) Kaufman R, et al.: Global impacts of Dobbs v. Jackson Women's Health Organization and abortion regression in the United States. *Sex Reprod Health Matters*. 30(1): 2135574, 2022
- 2) Hajenius PJ, et al.: Interventions for tubal ectopic pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(1): CD000324, 2007
- 3) Weber-Schoendorfer C, et al.: Pregnancy outcome after methotrexate treatment for rheumatic disease prior to or during early pregnancy: a prospective multicenter cohort study. *Arthritis Rheumatol*. 66(5): 1101-1110, 2014
- 4) Sammaritano LR, et al.: 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Reproductive Health in Rheumatic and Musculoskeletal Diseases. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 72(4): 461-488, 2020
- 5) Russell MD, et al.: British Society for Rheumatology guideline on prescribing drugs in pregnancy and breastfeeding: immunomodulatory anti-rheumatic drugs and corticosteroids. *Rheumatology (Oxford)*. 62(4): e48-e88, 2023
- 6) Skorpens CG, et al.: The EULAR points to consider for use of antirheumatic drugs before pregnancy, and during pregnancy and lactation. *Ann Rheum Dis*. 75(5): 795-810, 2016
- 7) Huybrechts KF, et al.: Hydroxychloroquine early in pregnancy and risk of birth defects. *Am J Obstet Gynecol*. 224(3): 290.e1-290.e22, 2021
- 8) Schreiber K, et al.: Global comment on the use of hydroxychloroquine during the periconception period and pregnancy in women with autoimmune diseases. *Lancet Rheumatol*. 5(9): e501-e506, 2023
- 9) Reinisch W, et al.: Effects of filgotinib on semen parameters and sex hormones in male patients with inflammatory diseases: results from the phase 2, randomised, double-blind, placebo-controlled MANTA and MANTA-RAY studies. *Ann Rheum Dis*. 82(8): 1049-1058, 2023
- 10) Rod BE, et al.: Safety of breast feeding during rituximab treatment in multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 94(1): 38-41, 2022
- 11) Perez-Garcia LF, et al.: Impaired fertility in men diagnosed with inflammatory arthritis: results of a large multicentre study (iFAME-Fertility). *Ann Rheum Dis*. 80(12): 1545-1552, 2021
- 12) Perez-Garcia LF, et al.: Paternal inflammatory arthritis is associated with a higher risk of miscarriage: results of a large multicentre study (iFAME-Fertility). *Rheumatology (Oxford)*. 61(8): 3390-3395, 2022
- 13) Perez-Garcia LF, et al.: OP0131 WHAT IS THE EFFECT OF METHOTREXATE ON SEMEN PARAMETERS OF MEN DIAGNOSED WITH IMMUNE-MEDIATED DISEASES? RESULTS OF A PROSPECTIVE COHORT STUDY (iFAME-MTX). *Ann Rheum Dis*. 81(Suppl 1): 84, 2022
- 14) Perez-Garcia LF, et al.: OP0224 LACK OF FOLYLPOLYGLUTAMATE SYNTHETASE ACTIVITY AND METHOTREXATE POLYGLUTAMYLATION AS UNDERLYING MECHANISMS EXPLAINING WHY METHOTREXATE DOES NOT IMPAIR SPERM QUALITY. *Ann Rheum Dis*. 82(Suppl 1): 147-148, 2023
- 15) Eliasson H, et al.: Isolated atrioventricular block in the fetus: a retrospective, multinational, multicenter study of 175 patients. *Circulation*. 124(18): 1919-1926, 2011
- 16) Izmirly PM, et al.: Maternal and fetal factors associated with mortality and morbidity in a multi-racial/ethnic registry of anti-SSA/Ro-associated cardiac neonatal lupus. *Circulation*. 124(18): 1927-1935, 2011
- 17) Saito M, et al.: Effects of Transplacental Dexamethasone Therapy on Fetal Immune-Mediated Complete Heart Block. *Fetal Diagn Ther*. 48(3): 183-188, 2021
- 18) Friedman DM, et al.: Prospective evaluation of fetuses with autoimmune-associated congenital heart block followed in the PR Interval and Dexamethasone Evaluation (PRIDE) Study. *Am J Cardiol*. 103(8): 1102-1106, 2009
- 19) Hoxha A, et al.: Fluorinated steroids are not superior to any treatment to ameliorate the outcome of autoimmune mediated congenital heart block: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Clin Exp Rheumatol*. 38(4): 783-791, 2020
- 20) Clowse MEB, et al.: The prevention, screening and treatment of congenital heart block from neonatal lupus: a survey of provider practices. *Rheumatology (Oxford)*. 57(suppl_5): v9-v17, 2018
- 21) Andreoli L, et al.: EULAR recommendations for women's health and the management of family planning, assisted reproduction, pregnancy and menopause in patients with systemic lupus erythematosus and/or antiphospholipid syndrome. *Ann Rheum Dis*. 76(3): 476-485, 2017
- 22) Kaizer AM, et al.: Reducing the burden of surveillance in pregnant women with no history of fetal atrioventricular block using the negative predictive value of anti-Ro/SSA antibody titers. *Am J Obstet Gynecol*. 227(5): 761.e1-761.e10, 2022

「第6回法人賛助会員セミナー」開催される

日時：2023年11月21日（火）17:00～18:00
会場：日本リウマチ財団 会議室

講演 リウマチ性疾患の多様化と治療薬の進歩

【演者】 富田 哲也

日本リウマチ財団 常務理事 森ノ宮医療大学大学院保健医療学 教授



RA医療の大変革と今日のRA治療指針

近年、関節リウマチ(RA)の薬物治療は目覚ましい進歩を遂げた。演者が医学部を卒業した1988年ころは、まだRAによる関節破壊を阻止する有効な薬がなく、当時のリウマチ医は目の前の患者が疾患の進行の末、ついに関節手術の適応となるまで、ステロイド、NSAIDs等で炎症や疼痛に対処するほかに、ほとんどなすべがなかった。

しかし、2003年、生物学的製剤の登場とともに状況は一変し、RAは不治の病から寛解達成が可能な疾患となった。演者はこれに先立つ1997年からTNF α 阻害薬エタネルセプトの治験担当医として、生物学的製剤の威力を目の当たりにしてきたリウマチ医の一人である。その後、2010年代からはJAK阻害薬がRA治療の戦列に加わり、今日、RA治療の主役が薬物であることは疑う余地がない。

とはいえ、薬物療法が発達した今日のRA治療においても、リハビリテーションなどの保存的治療や、種々の関節手術など整形外科的治療の重要性は以前と変わらない。日本リウマチ学会のRA診療ガイドライン2020年版では、RAの薬物治療後に残存した四肢関節症状や機能障害に対して、薬物治療を中心にしながら、リハビリテーションや関節機能再建手術も併せてトータルに患者を治療しようとの姿勢を打ち出している(図1)。また、日本リウマチ財団が推進するリウマチ専門職種の育成事業は、このガイドラインが示す指針に沿った治療実践を人材面からサポートするものといえる。

RA治療における今日の課題

今日のRA治療に残されている大きな課題として、生物学的製剤で治療を行ったRA患者の

寛解達成率が25%程度にとどまっていること、および臨床現場におけるRA患者の高齢化の問題を指摘しておきたい。

このうちRA患者の高齢化は全てのリウマチ

臨床医が直面している事態であり、その背後にRA患者の寿命の延伸と、RAの平均発症年齢の上昇という2つの理由がある。前者は、恐らくは薬物療法の充実がもたらした結果である。

図1 RAの治療アルゴリズム(関節リウマチ診療ガイドライン2020より)

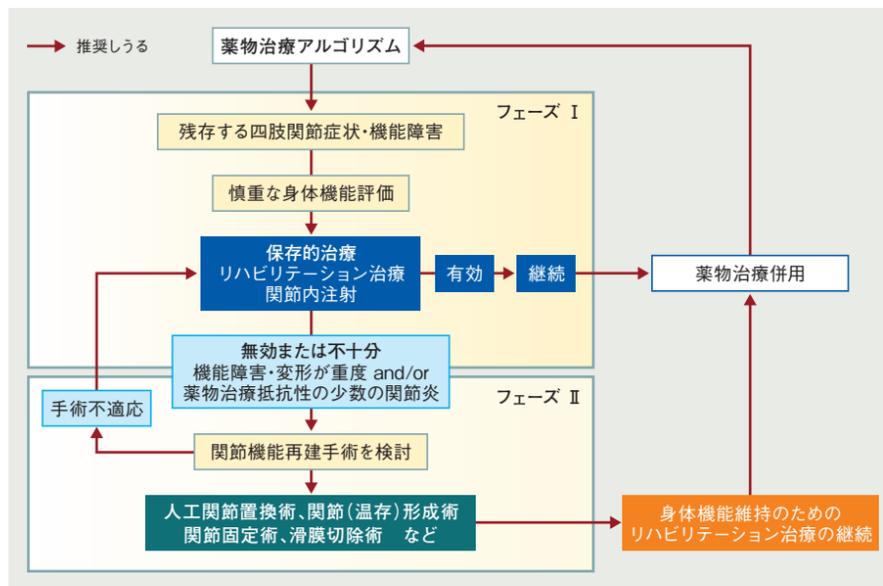
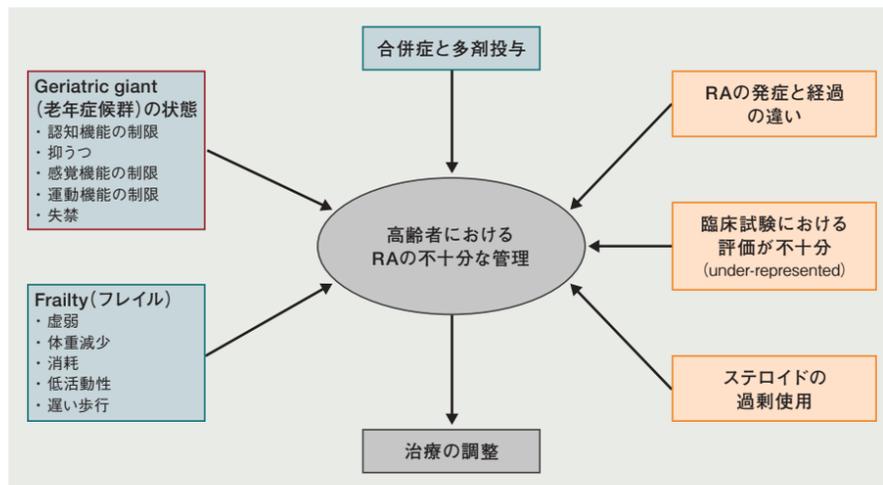


図2 高齢者のRA管理に直面する課題



Boots AMH, et al.: Nat Rev Rheumatol. 9(10): 604-613, 2013より

後者については、かつてRAは30歳代から40歳代の特に出産後の女性に発症しやすいといわれていたが、現在は60歳代が発症のピークとされている。これらの理由から、今日のリウマチ医は高齢RA患者に対し、RAという疾患以外に高齢というファクターをもつ存在として接することが求められている。

高齢RA患者の診療に際して留意すべきポイントとして、認知機能の低下、抑うつ状態、感覚機能の低下、運動機能の低下、失禁など高齢者に生じやすい基礎的な心身の問題とともに、虚弱、体重減少、消耗、低活動性、遅い歩行などを特徴とする“フレイル(frailty)”が挙げられる(図2)。また、厚生労働省研究班編『メディカルスタッフのためのライフステージに応じた関節リウマチ患者支援ガイド』では、高齢RA患者の特徴として、疾患活動性が高いこと、合併症や治療開始後の有害事象が多いことを挙げ、実臨床の場面では関節破壊の進行や身体機能の低下、合併症や有害事象の有無などに注意を払うべきことを強調している。

なお、整形外科医の立場から付言すると、高齢のRA患者では骨粗鬆症の併存が多いこと、疾患活動性がコントロールされていても関節の変性変化が進行することに注意が必要である。このうち後者は特に下肢の荷重関節で生じやすい。

リウマチ性疾患の広がり：強直性脊椎炎、乾癬性関節炎を中心に

続いて、RA以外のリウマチ性疾患のうち、脊椎関節炎と総称される疾患群の中から、代表的な2つの疾患を紹介して、本講演の結びとしたい。

脊椎関節炎とは、腱や靭帯が骨と接する“付着部”の炎症を主徴とする疾患の総称であり、日本では患者が少ないが、欧米ではRAとほぼ同数の患者が存在するといわれている。

脊椎関節炎は体軸性脊椎関節炎と末梢性脊椎関節炎の2つに大きく分かれ、頸椎、胸椎、腰椎などの炎症が優位である場合を体軸性脊椎関節炎、それ以外の部位に生じた炎症が優位である場合を末梢性脊椎関節炎という。体軸性、末梢性の両方に共通する特徴として、非対称性に生じる末梢関節炎、付着部炎のほか、体軸の症状として炎症性腰部痛などがあり、さらに末梢の症状として腸の炎症、眼のぶどう膜炎などがみられる。

体軸性脊椎関節炎のうち最も典型的なものが強直性脊椎炎(AS)である。演者はASの疫学調査を行う厚生労働省研究班の班長を務め、2015年にASは指定難病に認定された。このときの調査で、国内のAS患者数は3,200人と推定された。

ASを含む脊椎関節炎の病態解明が進んだ結果、腱付着部でIL-17やIL-22などのサイトカインが大きな役割を果たしていることが明らかになり、現在、これに着目してさまざまな薬剤の開発が進められている。

最後に、末梢性脊椎関節炎のなかで最も患者が多い乾癬性関節炎(PsA)について述べる。PsAは皮膚疾患の乾癬に関連して生じる関節の炎症である。わが国の乾癬の有病率は0.34%で、約42万人の患者がいるといわれ、このうち約10%がPsAをもっているとみられている。

従来、PsAに対する治療法が十分に確立していなかったため、乾癬の患者を診ている皮膚科医が関節も同時に診ることが一般的であったが、現在は骨関節専門医がPsA治療を行うのが世界の潮流となっている。

PsA治療の中心は薬物療法である。使用される薬剤の多くはRA治療と共通であるが、RAでは使用されないIL-17阻害薬、IL-12/23阻害薬などもPsAに対しては有効であり得る。乾癬とPsAの世界的研究グループであるGRAPPAのPsA診療ガイドライン2021年版では、乾癬に関連した病変の部位ごとに治療推奨が示されている。

上州の地にリウマチ医療の燈火を掲げて

医療法人井上病院 理事長 井上 博氏



聞き手
森本 幾夫 編集員
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



題字・仲村一郎 編集長

1947年(昭和22年)に外科医院として群馬県高崎市の中心部に開院した井上病院は、1953年(昭和28年)に外科医院から外科病院に発展。下って1981年(昭和56年)には井上外科病院から井上病院へ名称を変更する。また、同じく1981年(昭和56年)、井上博氏の副院長就任と同時に整形外科を開設し、併せてリウマチ外来診療を開始。ここに、井上病院のリウマチセンターとしての新たな歴史が幕を開けた。今回の「リウマチ人」は、今や群馬大学医学部附属病院整形外科と並んで県内リウマチ診療の有力拠点となった井上病院の過去40年余りの歩みを同理事長の井上博氏とともに振り返る。

父が外科医、母も医家の家系出身
昭和大学医学部卒業後、群馬大学整形外科へ

森本: 今回の「リウマチ人」は、群馬県におけるリウマチ診療の一大拠点となっている井上病院の理事長・井上博先生からお話をお聞きしようと、群馬県高崎市へやってきました。

井上先生は、わが国でまだ「リウマチ科」の標榜が認められていなかった1980年代初頭にいち早く井上病院にリウマチ外来を開設され、以後、精力的なリウマチ診療を展開されるとともに、地域の患者さんや医師を対象として講演会や勉強会を開催するなど、リウマチの疾患知識の普及・啓発にも尽くしてこられました。また、全国レベルでは、日本リウマチ財団医療保険部会の部会長として、メトトレキサート増量の認可を獲得し、生物学的製剤の使用に関連した薬剤費助成制度の拡充を厚生労働省に働きかけるなど、リウマチ医療の関口を広げるための大きな働きをされたことも、私たちの世代のリウマチ医には記憶に新しいところです。そのほかにも井上先生は、さまざまな臨床試験への参加を通じて、リウマチの新薬開発にも積極的に関与しておられます。

きょうはこれから、今ご紹介した井上先生のご活躍の足跡を、順を追って振り返っていただきますが、その前にまず、先生の生い立ちと、医師を志した理由からお聞きしたいと思います。

井上: ご丁寧にご紹介いただきありがとうございます。

では、最初に私の生い立ちですが、1947年(昭和22年)の生まれで、生まれも育ちも群馬県高崎市です。生家は、父が外科医で、外科の個人病院を経営しており、母は埼玉県秩父地方の代々医家の家系の出身で、先祖の一人に、日本で初めて帝王切開術を成功させた伊古田純道(いこだ・じゅんどう:1802~1886)という医者がいたと聞いています。

「医師を志した理由は？」と聞かれると、そもそも自分が将来、何になるのかを意識して考えた記憶があまりなく、返答に困ってしまうのです

が、やはり医者の子に生まれたのだから自分も医者になるのだと子どものころから何となく考えていたのだと思います。そんなことでしたから、医者になったらあれをやらう、これをやらうという考えも特にありませんでした。

森本: やはり、父上が医師、母も医家の家系のご出身という家庭環境の影響が大きかったのでしょうか。

先生はその後、高崎の高校を卒業してから上京され、昭和大学医学部へ進まれました。

井上: 昭和大学には1968年(昭和43年)に入学、1974年(昭和49年)に卒業し、卒業後は郷里・群馬に帰って、群馬大学の整形外科に入局しました。

「外科には不向き」とわれ、
整形外科へ
入局後、リウマチ医療にかかわる

森本: お父さまは外科でしたが、先生は外科には進まずに、整形外科を選ばれたのですか。

井上: 医学生時代の私は、医者になるなら緊張感のある現場に身を置きたいという若者らしい気負いもあって、内科系よりも外科系を中心に卒後の進路を考えていました。しかし、その一方で私は、幼いころから間近で見聞きしていた父の外科医としての働きぶりや、医学生時代のポリクリ(臨床実習)で外科を回ったときの経験などを通じて、外科の現場の厳しさを多少は知っていましたから、心のどこかに外科を敬遠したい気持ちがあり、さらに、もしかすると同じ外科系でも整形外科ならば、オペが終わっても術後管理で気が抜けないなどということもなく、外科よりも多少気が楽なのではないか…と、いつの間にかそんなことを考えるようになっていたのです。

森本: お父さまはそのとき、どんなご意見だったのですか。

井上: 父はそういう私の迷いを見透かしていたかのように、「外科はシビアな世界だから、お前のような者には向かない」と断言しました。そこまで言われて、さすがに私も最初は反発しまし

たが、冷静になって考えると父の言うことも半分以上は本当だと思ったので、結局、外科に行くのはやめて整形外科入局を決めたという次第です。

森本: 先生が最初にリウマチ医療にかかわられたのは、整形外科在局中のことでしたか。

井上: リウマチには1975年(昭和50年)からかかわるようになりました。当時の群馬大学整形外科では、医局員は週に何回か、整形外科内のいずれかの診療班の外来を手伝うことが慣例になっていたのです。整形外科は大きく脊椎系と関節外科系に分かれ、リウマチはどちらの系でも扱っていましたが、関節外科系のほうが多くのリウマチ患者さんを受け入れていました。「優しい先輩が多いから」という理由でたまたま関節外科系に属していた私は、その中のリウマチ診療班を手伝うようになり、これがその後、多くのリウマチ症例の経験を積み重ねていく端緒となりました。

森本: 当時はリウマチの薬物治療も未発達でしたから、関節変形が進んで、ついには整形外科で手術を受けることになる患者さんが多かったと思います。その点、群馬大学のリウマチ診療班もおおぜいの手術患者さんで忙しかつたのではないのでしょうか。

井上: おっしゃるとおり、群馬大学も多忙でした。当時のリウマチ診療班員の行動日程を思い出してみると、午前中は大学病院で外来をやり、午後は、リウマチ診療班は専用のベッドをもっていませんでしたので、関連病院で借りたベッドに入院中の手術患者さんの様子を見に行き…といったことが普通になっていました。

森本: 手術そのものも関連病院の手術室を借りて行っていたのですか。

井上: そうです。しかし、そういう慌ただしい日常を当時の私はストレスと感じるどころか、むしろ愉快だと感じていました。

森本: それはやはり、父上から受け継がれた実地医家の血が騒ぐような経験だったということではないのでしょうか。

医局員時代から
父の病院の新築に参画
入職と同時にリウマチ外来を開設

森本: 群馬大学整形外科には何年ぐらい在籍されましたか。

井上: 1974年(昭和49年)から1981年(昭和56年)まで7年間おりました。

森本: 整形外科に7年おられて、それから父上の病院へ?

井上: 入局当初の心積りでは、大学に10年ぐらいいて、講師ぐらいに昇進した頃合いで父の病院に移ろうかなどと考えていたのです。しかし、

既にそのころ、父も老齢に差し掛かっていましたので…。

森本: そろそろ後を継がなければ…と?

井上: 高齢とはいえ父も病院経営者であり、職員も抱えていたうえに、病院の老朽化も進んでいましたから、父に代わって自分が早く何とかしなければ、という思いが段々募っていきました。

森本: 井上病院の後継者としての責任を、そのころから自覚されていたわけですね。

井上: 特に、病院の建物と設備の老朽化・陳腐化が心配の種になっていましたので、整形外科在籍中から病院新築のプランを父から任せてもらって考え、実行に移していきました。計画の立案にあたっては、開業したり事業承継したりした先輩から、大学病院の診療体制と、現在の自分の医院や病院の体制との落差が診療のストレスになっているという話をよく聞いていましたから、私はそういうことで不便な思いをすることがないように、大学病院並みとまではいかなくても、随時入院ができ、手術ができ、リハビリもできる最低限の体制を整えることを最優先に考えました。

森本: では、整形外科を退局して井上病院へ移られたときには、もう設備の整った新病院ができあがっていたのでしょうか。

井上: そうです。1981年(昭和56年)の新病院のスタートと同時に、私は副院長として正式メンバーに加わりました。

森本: リウマチ外来も、そのときに開設されたのですか。

井上: はい。1947年(昭和22年)の開院以来、外科単科の病院だったところへ、私が初めて整形外科を開設し、整形外科がリウマチ外来を担当しました。その際、私一人ではもちろん整形外科もリウマチ外来も運営できないので、元の古巣の群馬大学整形外科から、先輩から後輩まで何人も応援に来てもらいました。

森本: そこは、整形外科に何年も在籍された“縁”が生きたわけですね。

井上病院ではその後、外科、整形外科以外の診療科も開設されたのでしょうか。

井上: 整形外科開設から7年後の1988年(昭和63年)に、個人病院から医療法人立病院への組織変更と建物の増改築に合わせて、内科を開設し、さらに7年後の1995年(平成7年)には消化器科、循環器科、呼吸器科を開設しました。いずれの科においても、群馬大学の各医局からの人的支援を仰ぎ、今では当院もすっかり群馬大学医学部附属病院の「準関連病院」のような施設として位置づけられています。

患者も医師も陥っていた情報不足
状況打開のためリウマチ講演会を開催

森本: 話をリウマチに戻すと、井上先生がリウマチ外来を始められたのは、リウマチ科の標榜が認められた1996年(平成8年)より、ずっと前のことでした。

井上: 今からもう40年以上も前のことになりすね。あのころは、関節リウマチ(RA)の治療薬といっても、ステロイドや、今でいう従来型DMARDや、金製剤のシオゾールといったものしかありませんでした。

森本: そのほかにも、当時はD-ペニシラミンが出始めたころではなかったのでしょうか。

井上: 発売はされていましたが、RAの適応はまだありませんでした。

しかし、そのような治療法の貧困さ以上に困った問題がありました。それは、関節に痛みがある患者さんが、整形外科へ行くべきか、内科へ行くべきか、あるいはほかの診療科を訪ねるべきかという判断を迫られた場合に、判断の手掛かりとなる情報が全くない状況に置かれていたことです。この状況を放っておくわけにはいかないということで、私がまず考えたことは、患者さん向けの勉強会の企画でした。スタートは、1981年(昭和56年)で、井上病院にて、群馬大学整形外科リウマチ診療班の協力を得て、患者向けリウマチ講演会を開催しました。

森本: リウマチの疾患知識がほとんど普及して



学生時代の井上氏



後列一番左が井上氏。剣道部の仲間と

いなかった当時の状況で、患者教育の必要性を痛感されたわけですね。

井上:ところが、情報不足で困っていたのは患者さんだけでなく、医師も同様でした。当時はリウマチの専門医養成制度もなく、また、リウマチの知識も症例経験も少ない医師が現場に役立つリウマチの知識を学びたくても、そのような手段や機会が乏しかったため、多くの医師がリウマチ患者の対応に苦慮していました。

こういう事情から、私は患者さんと、医師をはじめとする医療従事者の両方に対するリウマチ教育の必要性を感じ、1988年(昭和63年)に「群馬リウマチ関節外科研究会」を立ち上げました。

森本:まだリウマチ科の標榜すら認められていなかった時代にあって、井上病院の地道な取り組みが、群馬県におけるリウマチの疾患知識の啓発と治療の普及に大きな役割を果たしたことが想像されます。

井上:「群馬リウマチ関節外科研究会」はその後、2004年(平成16年)から、①医師向け研究会、②医療従事者向け研究会、③患者向けリウマチ講演会、の3本立ての研究会となりました。また、同年から、「群馬リウマチ関節外科研究会」と製薬企業の共催で、「群馬リウマチアカデミー」を立ち上げ、主に医師や看護師などを対象とする勉強会を定期的に開催しています。関節外科以外にも内科、皮膚科などリウマチに関連する各科の医師を講師として招き、当初は年1~2回の開催ペースでしたが、2000年代に入って生物学的製剤が次々と現場に登場するようになると、リウマチ医が知っておくべき知識の量

も飛躍的に増え、年1~2回の勉強会ではとても追いつかなくなりました。最近では年に5回から8回ぐらいのペースで開催しています。

老健+クリニックの新設で 本院の診療能力オーバーを解決

森本:井上病院では、2003年(平成15年)に新しい関連施設を高崎市内に開設されました。これはどのようなものですか。

井上:JR高崎駅前の当院から北東方向へ約4km離れた市内井野町に、介護老人保健施設「太陽」を建設し、そこに当院のサテライトクリニックである「群馬リウマチクリニック」を併設する形で開設しました。新しい施設をこのような形でつくった一つの理由として、ある時期からリウマチの入院治療に対して保険制度上、入院日数の上限が設けられ、それが段々厳しくなってきたために、当院で中長期の入院を要する高齢のリウマチ患者さんへの対応が難しくなってきたことがあります。そして、この事態にどう対処しようかと考えたときに出てきたのが、当院で自前の介護老人保健施設(以下、老健)を建て、患者さんにそちらに入所していただくというアイデアでした。

森本:老健は介護保険の施設ですから、医療保険の入院日数制限などは気にしなくてもよいということですね。

井上:老健の規模は、当初100床と想定していたところへ群馬県の指導が入ったため50床に減りましたが、このベッド数では経営的に厳しい。そこで、同じ建物の中にリウマチクリニックを

併設し、老健とクリニックが一体となって経営を成り立たせていく方針を採りました。

森本:経緯はどうあれ、老健とリウマチクリニックを併せた施設というのは、全国的にも大変ユニークな存在ではないでしょうか。

井上:井上病院としても、中長期入院に必要な高齢の患者さんの受け皿ができたことは大きな安心材料であり、また、新しいリウマチクリニックが開院したことは、患者さんの増加のため診療能力の限界に近づきつつあった当院のリウマチ外来にとって、高まる一方のストレスから解放される出来事でした。さらに、地域のリウマチ患者さんに対しては、初診の受付窓口が一つ増えたことによって、リウマチ専門医療へのアクセスをより容易にし、また、車で来られる患者さんのために十分な広さの駐車場を確保したこと、通院の利便性を高めることもできたのではないかと考えています。

国には薬剤費の患者負担軽減を 若い医師には診療への精励を望む

森本:井上先生は、ここまでお話しいただいた実地医家としての活動以外にも、冒頭に一部ご紹介した通り、日本リウマチ財団の医療保険部会会長として、日本リウマチ学会、日本整形外科学会などと連携しながら、メトトレキサート用量の8mgから16mgへの引き上げ認可を厚生労働省から勝ち取られ、また、生物学的製剤を使用したリウマチ患者の薬剤費負担軽減を求めて、厚生労働省に対する粘り強い働きかけを行ってこられました。本来ならば、これらの活動についても詳しくお話を伺いたいところですが、残念ながら残り時間もわずかになりました。このへんで本日のまとめに移りたいと思います。

まず、わが国のリウマチ医療の現状について改善を望まれる点はあるのでしょうか。

井上:今も触れさせていただいた通り、私は生物学的製剤に係る薬剤費の患者負担軽減を国に求める活動を行ってきましたが、力及ばず、その目標は達成されないまま今日まで持ち越されています。しかし、生物学的製剤のリウマチに対する治療効果はだれの目にも明らかですので、厚生労働省には早くこの事実を認めて、もっと多くのリウマチ患者さんが気軽に生物学的製剤を

使えるようにしてもらいたいと切に望んでいます。

また、これは要望ではなく、永年、日本リウマチ財団で活動してきた者としてアピールしたい点なのですが、2010年(平成22年)に発足したリウマチケア看護師制度の重要性を挙げたいと思います。リウマチ性疾患のケアに関する優れた看護師の育成を目的として始まった制度ですが、実際、全国で多数の優秀な看護師を輩出しています。当院にも7名のリウマチケア看護師がいて、みな非常に質の高い医療を提供されており、なくてはならない存在として非常に助かっています。

森本:最後に、これからリウマチ医を目指す若い先生へのメッセージをお願いします。

井上:まず申し上げたいのは、目的意識をもって診療に励んでいただきたいということです。私は井上病院の二代目として、父が始めた医業の継承と発展にひたすら努めてきた者であって、何かのテーマや目標をもって研究に没頭したという経験もありませんが、その代わりに、常に目標をもって日々の診療や患者さんへの疾患啓発活動に取り組んできました。真剣に臨床に取り組む人は必ず現場の中に課題を見出し、課題を見出せば必ずその克服がその人の目標になるはずです。

森本:地域医療の現場ひと筋に歩んでこられた臨床家ならではのお言葉として受け止めたいと思います。

本日はお忙しいところ、多くの貴重なお話をお聞かせくださり誠にありがとうございました。

井上:こちらこそ、ご遠方からお出かけくださりありがとうございました。



群馬リウマチ関節外科研究会主催の患者向けリウマチ講演会。多数の患者さんが参加して熱気を帯びた場内



案内看板



取材を終えた井上氏と森本編集員。長時間お疲れ様でした

X リウマチケア看護師、リウマチ財団登録薬剤師のポスト

第15回 木村健一糖尿病・内分泌クリニック

看護師 佐々木 美保子 氏



1. 私の仕事

私のリウマチケア看護師の役割としては、診察前に全身状態、痛みや変形の確認、生活状況、変化などの聞き取りを行い医師へ報告しています。リウマチと診断後や、治療変更時の病状の説明、薬剤の話、生物学的製剤の指導、注射手技の説明など全てかかっています。

2. 資格を取るきっかけ

院長がリウマチ専門医であり、生物学的製剤の導入が始まったこと。自分がリウマチの病識がなく、患者さんの痛みや変形などの悩みを聴けなかったときに、ある製薬メーカーさんにリウマチケア看護師の情報、アドバイスをいただいたのがきっかけです。

3. こんな時資格が役立っています

当クリニックは糖尿病専門ですが院長はリウマチ専門医でもあり多くのリウマチ患者さんを診ています。ネームプレートにリウマチケア看護師と糖尿病療養指導士と記載しているので、両方の患者さんから色々相談を受けます。また、他の患者さんからもリウマチについて質問を受けます。

4. 今後の抱負

これからもリウマチ治療に対する知識を深め、患者さん一人ひとりの痛み・悩みに傾聴しながら、これからの治療を安心して継続できるようにサポートしていきたいです。

薬剤師 木村 琴衣 氏



1. 私の仕事

以前は薬局薬剤師として働いていました。その際は投薬時にリウマチ患者さんの悩みや状況を聞いていました。現在は糖尿病内科、内分泌内科の専門の診療所の薬剤師として働いています。診療待ちや会計後などに生活状況も含め、薬の質問に対応しています。

2. 資格を取るきっかけ

当クリニックの医師がリウマチ専門医であり、薬の説明時にもっと詳しくわかりやすく伝えられたら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

薬の情報はもちろんですが、リウマチの症状により生活上で困っていることなどを聞き出し、対策案を出せるようになりました。たとえば、お孫さんができてお孫さんと触れ合いたい。しかし、落としてしまう可能性もあるので「抱っこ」ができない。この悩みを聞いた際は、抱っこをする際は座ってすることにより腕にかかる負担が減るので抱っこが可能になると対策案を伝えられるようにもなりました。注射器がうまく握れないために打てない際はデバイスを変える対応もできることが伝えられるようにもなりました。

4. 今後の抱負

薬の情報だけでなく、患者さんに寄り添った指導を続けていきたいです。新薬の情報に関しても素早く情報をキャッチし、理解し、処方時や質問時によりわかりやすく説明していきます。

令和6年度リウマチ財団登録医

申請についてお知らせいたします。

■新規申請

受付期間 令和6年3月1日～5月31日(消印有効)

資格(要件)

- 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。
- 直近の5年間に於いて
 - リウマチ性疾患診療患者名簿……………10例
 - リウマチ性疾患診療記録(上記名簿のうち)……………5例
 - 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あり)

●特例申請

日本リウマチ学会リウマチ指導医の先生は、上記1、2が免除。

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・更新申請

受付期間 令和6年3月1日～5月31日(消印有効)

令和6年度資格更新該当者は、下記年度にリウマチ財団登録医を取得された方です。
昭和63年度、平成3、6、9、12、15、18、21、26年度、令和1年度

申請方法、申請書類等は財団ホームページに掲載します。

令和6年度リウマチ財団登録理学・作業療法士

申請についてお知らせいたします。

■新規申請

受付期間 令和6年2月1日～4月30日(消印有効)

資格(要件)

- 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年間に於いて通算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。
- 直近の5年間に於いて
 - リウマチ性疾患リハビリテーション指導患者名簿……………10例*
 - リウマチ性疾患リハビリテーション指導記録(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。
- 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あり)

審査料(申請時)……………1万円 登録料(審査に合格後)……………5千円

登録有効期間……………5年間

■資格再審査・更新申請

受付期間 令和6年2月1日～4月30日(消印有効)

令和6年度資格更新該当者は、令和1年度にリウマチ財団登録理学・作業療法士を取得された方です。
更新料……………1万円

申請方法、申請書類等は財団ホームページに掲載します。

日本リウマチ財団リウマチ医学賞

■候補者募集

目的

リウマチ性疾患の病因、発生機序、あるいは画期的治療等に関する独創的な課題に取り組み、自然科学の発展に大きく寄与した研究を顕彰する。

対象課題

リウマチ性疾患の本態解明、治療法の開発等に関する研究で、(1)生命科学 (2)情報科学 (3)遺伝・環境科学 (4)薬物科学等の分野に顕著な功績をあげた研究

対象者

広くリウマチ性疾患の基礎、臨床等の研究に従事し、次の者の推薦を受けた者とする。また、3回までの応募を可能とする。(1)大学の場合は部局長・研究所長 (2)その他の機関の場合はその代表者 (3)当財団の評議員。

推薦件数 1推薦者から1課題とする。

賞金 1課題200万円

締め切り 令和6年1月31日(消印有効)

詳細、要項、申請書等は財団ホームページをご覧ください。

令和5年度11月 企画運営委員会議事録

令和5年度11月開催企画運営委員会の審議概要を下記の通り報告します。

日 時:令和5年11月21日(火)18:30～19:10

【報告事項】

- 令和5年度リウマチの治療とケア教育研修会の報告について
本年度6地区開催のうち4地区が終了。近畿地区は現地開催のみで行ったことが報告された。
- 医療情報委員会(10月24日)について
財団ホームページリニューアルについて、スマホ対応等改良した点や、新しく設置した検索機能の解説がされた。医療関係者情報は、財団登録専門職の広報の強化、財団ニュース掲載等での適切かつ迅速な情報提供のサイト制作を進めていることが報告された。
- 寄付金の報告について
製薬企業から財団の教育・啓発活動への支援として寄付をいただいた。

【審議事項】

- 国際学会(ACR 2023)におけるリウマチ性疾患調査・研究発表助成者の承認について
3名の助成金交付者を承認。
- 国際学会(APLAR 2023)におけるリウマチ性疾患調査・研究発表助成者の承認について
1名の助成金交付者を承認。
- 令和6年度海外派遣医の推薦方依頼について
例年通り推薦依頼を実施することが決定。応募締め切りは令和6年3月31日。
- 令和6年度日本リウマチ財団福祉賞の推薦方依頼について
例年通り日本リウマチ友の会に候補者の推薦依頼を実施することが決定。

以上

令和6年度リウマチ月間リウマチ講演会

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」

実行委員長 富田 哲也

日本リウマチ財団常務理事、森ノ宮医療大学大学院保健医療学教授

開催日:令和6年6月2日(日)

開催方式:会場とWeb配信によるハイブリッド開催

会場:都市センターホテル(東京都千代田区)

※詳細は財団ホームページに掲載します。

令和6年日本リウマチ財団のホームページを リニューアルいたします。

各サイトのURLが変更になりますので、今号におきましては申請等についてのQRコード(URL)を掲載しておりません。財団TOPページ<https://www.rheuma-net.or.jp/>より医療関係者情報を選択して、目次より目的のページを表示ください。

新しいサイトは、次号にご案内申し上げます。

ご不便をおかけし申し訳ございません。

編集後記

新年あけましておめでとうございます。

2024年最初のリウマチ財団ニュースをお届けします。2020年1月から始まった新型コロナウイルス感染症のパンデミック。忍耐と模索の4年を経て、ようやく落ち着きの兆しをみせております。もちろん完全に気を許すわけではありませんが、学会や研究会でも対面式の開催、全員懇親会の復活など、コロナ以前の状態に戻りつつあるのは大変嬉しいことです。その一方で、ウクライナ問題、ガザ問題、いつ果てるともない戦争に心を痛める毎日でもあります。そんな状況で

はありますが、まずはこの一年が皆様にとりまして健康で充実した年になりますことを心からお祈り申し上げます。

リウマチ財団は川合眞一理事長のもと、わが国におけるリウマチ性疾患の征圧を達成するため、医療関係者・患者の皆様の教育・啓発活動を実践するために、歩みを止めることなく邁進して参ります。財団ニュースも決意を新たに「リウマチ医療を地域格差なく受けられる未来のために」リウマチ性疾患に関する話題と知識を様々な角度から、丁寧かつスピーディーに取り上げていく所存です。どうぞよろしく願いいたします。

紙面のご紹介ですが、令和6年の新年号では

海外学会速報として、聖路加国際病院の小澤廣記先生に「妊娠とリウマチの学会」における最新情報をわかりやすく解説していただきました。また、10年以上にわたって人気を博しているシリーズ企画「リウマチ人」では井上博先生に登場していただきました。リレー連載「リウマチケア看護師、リウマチ財団登録薬剤師のポスト(旧ツイート)」も好評に回を重ね第15回となりました。今後も全国の病院や診療所で奮闘中の看護師・薬剤師の方々にご登場いただきます。

この編集後記を書いている折、令和5年の新語流行語大賞に「アレ」が選ばれたというニュースが入ってきました。「アレ」とは阪神タイガース・岡田彰布監督の「優勝」を意味する言葉です。

個人的には、自分にとっての「アレ」とは何かを考える一年でもありました。

皆様にとりまして本年が良い年になることを祈念いたしまして、令和6年最初の編集後記とさせていただきます。本年もよろしく願いいたします。

仲村一郎

国立障害者リハビリテーションセンター病院 病院長

