

Japan Rheumatism Foundation News

日本リウマチ財団ニュース

no. 165

2021年3月号

令和3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)

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

165号の主な内容

- 緊急座談会：
新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) とリウマチ
- リウマチ手術のタイミング：関節リウマチの腰椎病変
- リウマチ人：橋本 博史 氏

令和3年度リウマチ月間リウマチ講演会【Web開催】

「多職種エキスパートによるリウマチ医療を目指して」

日本リウマチ財団では6月を「リウマチ月間」とし、毎年「リウマチ講演会」を開催しております。生物学的製剤登場後、リウマチの治療にはそれまで以上に高度なチーム医療が求められるようになりました。また、当財団は関節リウマチに限らず広範的な「リウマチ性疾患」を対象に活動しているため、この「リウマチ講演会」は非常に重要なイベントであると考えております。令和元年度からは、新たに日本リウマチ財団登録理学療法士・作業療法士の制度もスタートしました。本年度は新型コロナ対策のためWeb開催となりましたが、多くの皆様の参加をお待ちしております。

【医療関係者対象】

開催日時：令和3年6月12日(土)～6月20日(日) 《事前登録必要》参加費3,000円
配信方法：財団セミナー、シンポジウム(オンデマンド配信)、共催セミナー(ライブ配信)
単 位：全スケジュール参加9単位

【一般の方対象】

開催日時：令和3年6月1日(火)～6月30日(水) 《事前登録必要なし》
配信方法：式典、学術助成等受賞記念講演、パネルディスカッション(オンデマンド配信)

実行委員長：川合 真一(公益財団法人日本リウマチ財団理事 東邦大学 名誉教授 医学部炎症・疼痛制御学講座 教授)
プログラム、申し込み方法等詳細は、財団ホームページに随時掲載します。

緊急座談会

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) とリウマチ

司会：仲村 一郎 氏／帝京平成大学(日本リウマチ財団ニュース編集長)
出席：竹内 勤 氏／慶應義塾大学(日本リウマチ学会理事長)
館田 一博 氏／東邦大学(日本感染症学会理事長)
岡田 正人 氏／聖路加国際病院(日本リウマチ財団ニュース編集員)

2020年の1月に日本で初めての感染者が確認された新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の終息はまだ見えてきません。そこで本紙編集部では、COVID-19感染対策の中核で日々活躍の日本感染症学会理事長・館田一博氏と日本リウマチ学会理事長・竹内勤氏を急遽お招きし、座談会を開催しました。2度目の緊急事態宣言発出も現実味を帯びつつある昨年末、COVID-19の最新情報とともに、リウマチ患者の易感染性の問題、コロナ感染時の服薬の問題など重要テーマをめぐるホットな議論が予定時間を超過して交わされました。
(※本座談会は、2020年12月23日、万全の感染対策を取ったうえで、東京都内で開催したものです。したがって、新型コロナウイルスの感染状況などに関する出席者の発言は座談会開催当時の状況を反映したものであることをご理解ください。)



変異株出現で高まる医療崩壊の危機
関係者を悩ませる
「無症状感染者」の存在

仲村：まず、最近の新型コロナウイルス感染症(以下、「新型コロナ」「コロナ」等と略記)の概況を、館田先生からお聞かせください。
館田：直近1～2か月の感染拡大状況については、メディアの報道などで先生方もよくご存知のとおりですが、つい先日英国から、変異株出現

の報道があったばかりです。これがもし感染性の高い株で、国内に入ってくれば感染者数は急激に増加し、そうなればさらに医療体制が逼迫するのは必至ですから、われわれ日本感染症学会も政府も今、警戒を強めているところです。
日本では単位人口当たりの死亡者数の割合が欧米に比べて低いことが知られています。一方で、死亡率は日本が1.5%、世界全体でも2.1%前後と大きな違いはみられません。とはいっても、既に3,000人を超える方々が亡くなっているわけ

ですから、われわれとしてはここで何としても医療崩壊を防ぎ、国民の命を守らなくてはならない、そのような状況に立たされているのだと認識しています。
仲村：毎年流行するインフルエンザと今回の新型コロナでは、どの点が、どのように違うのでしょうか。
館田：それは大事な点です。例えば感染防止対策に関して、われわれは当初、新型コロナの感染対策もインフルエンザと同じようにすれば

よいだろうと考え、飛沫感染と接触感染の防止対策を中心にその励行を呼びかけてきたのです。しかし月日が経つにつれ、実はそれだけでは不十分で、もっと粒子の小さいマイクロ飛沫(「エアロゾル」とも)にも注意を払う必要があることがわかってきました。つまり、新型コロナは咳やくしゃみだけでなく、普通の会話によっても広がる可能性があるということで、これは今までのインフルエンザ流行のときには考えもしなかったことでした。



仲村 一郎 氏



竹内 勤 氏



館田 一博 氏



岡田 正人 氏

表1 インフルエンザとCOVID-19の相違

	インフルエンザ	COVID-19
症状の有無	ワクチン接種の有無などにより程度の差があるものの、しばしば高熱を呈する	発熱に加えて、味覚障害・嗅覚障害を伴うことがある
潜伏期間	1～2日	1～14日(平均5.6日)
無症状感染	10% 無症状患者では、ウイルス量は少ない	数%～60% 無症状患者でも、ウイルス量は多く、感染力が強い
ウイルス排出期間	5～10日(多くは5～6日)	遺伝子は長期間検出するものの、感染力があるウイルス排出期間は10日以内
ウイルス排出のピーク	発病後2、3日後	発症日
重症度	多くは軽症から中等度	重症になりうる
致死率	0.1%以下	3～4%
ワクチン	使用可能だが季節毎に有効性は異なる	開発中及び承認待ち*
治療	オセルタミビル、ザナミビル、ペラミビル、ラニナミビル、パロキサビル、マルボキシル	軽症例については、確立された治療薬はなく、多くの薬剤が臨床試験中
ARDSの合併	少ない	しばしばみられる

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療の手引き 第4.1版, 2020.12.25 より引用
*この個所のみ2021年2月5日の状況で改変

もう一つ、特徴的なことは、症状のない感染者が大勢いることで、これも感染防止対策を考える上で必ず踏まえなければならないポイントになっています(表1)。

仲村:確かに今シーズンは国民のマスク着用の励行でインフルエンザの発症は激減していますよね。ところで、新型コロナウイルスに感染した後、重症化しやすい人としていく人がありますが、その違いはどこにあるのでしょうか。

館田:今、新型コロナ重症化の予測因子として注目されているものに、CCL17があります。CCL17はTh2細胞の遊走を促すケモカインで、これが低い人は新型コロナが重症化しやすいことを国内の研究チームが発見しました¹⁾。一方、これと関係があるかどうかはわからないのですが、アトピー性皮膚炎やアレルギー性鼻炎の人は新型コロナが重症化しにくいといわれています。重症化しないのは、Th1とTh2のうちTh2が優位だからだというのが、本当はどうなのでしょう。ここは逆に先生方のご意見を伺いたいのですが…。

竹内:同じI型アレルギーでも、喘息の人は新型コロナが重症化しやすいので、Th2が優位だから重症化しないとは必ずしもいえないのではないかと思います。

館田:そのへんはまだ解明しなければならないことがたくさんありそうですね。

文献

1) Sugiyama M, et al.: Gene. 766: 145145, 2021

リウマチの薬は感染症リスクを高めない薬をやめる方がむしろ危険

仲村:次に、新型コロナとリウマチというテーマに移ります。まず、薬物治療を行っているリウマチ患者では新型コロナの感染リスクや重症化リスクが増大するののかという問題ですが、この点はいかがでしょうか。

岡田:今日のリウマチ治療で使われる多くの抗リウマチ薬(DMARDs)・免疫抑制薬・生物学的製剤・ステロイドは、免疫を抑制する薬ですから、感染症にかかりやすいと考えて不安を抱いている患者さんもおられるわけですが、今回の新型コロナに関する限り、過度にそのことを心配する必要はないということが報告されています。

竹内:むしろ、リウマチ治療薬のうちのあるものは新型コロナのリスクを減らしているというデータもありますね。日本リウマチ学会の公式サイトでは、患者様向け情報のQ&Aの中で、薬物治療中のリウマチ患者が新型コロナにかかりやすくなるというデータはないと答えています。

ただ、ステロイドに関しては、プレドニゾン換算で1日10mgを超えると新型コロナの重症化リスクが高まるというデータがありますから、注意が必要です。

仲村:リウマチ患者における新型コロナの発症リスクが特に高いわけではないとすると、今の状況では他にどんなことに注意すべきでしょうか。

岡田:まず、患者さんに正しく理解してもらい、新型コロナが怖いからといってステロイドも含めて薬を自己中断しないように、心配であれば相談してもらうようにすることが重要です。

竹内:生物学的製剤もやめてはいけません。なぜなら、やめると原疾患のリウマチそのものが悪化して、最悪の場合、死に至る危険性もあるからです。実際に私の施設でも、生物学的製剤を自己中断したために間質性肺炎が一気に悪化して入院になったケースがあります。薬をやめることは患者の生命にとって最大のリスク因子となります。

仲村:リウマチ患者で新型コロナウイルスの感染が疑われる場合は、どう対処するべきでしょうか。

岡田:その場合は、まずはすぐに結果の出る迅速抗原検査を行い、それが陰性でもPCR検査を行います。ステロイド以外の免疫を抑制する薬剤はPCRが陰性でも症状が落ち着くまで一旦は休薬にします。臨床的に疑われる場合は特に1回のPCR陰性では除外したことにはなりません。

竹内:4回目に初めて陽性になった例を経験しています。これはPCR検査の偽陰性(false negative)の問題が絡んでいますね。

岡田:PCRの感度は1回では十分ではないので、臨床的判断と必要に応じた再検査が重要です。

館田:私からひと言付け加えさせていただくと、新型コロナでは発症から数週間はPCR陽性が続きますが、発症からおおむね1週間過ぎれば感染性はなくなります。その際、感染性の有無の指標となるのが抗体検査の結果で、抗体が陽性であれば感染性はなくなっていると判断してよいのではないかと今、議論されています。なお、新型コロナの経過についてはおおむね図1のとおりです。

コロナとリウマチ Q&A こんなとき どうすれば?

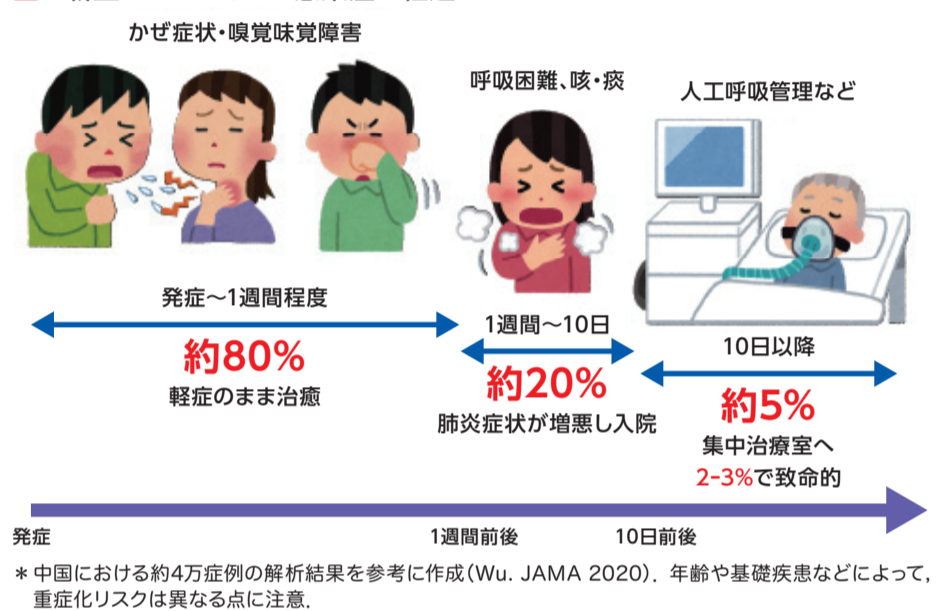
仲村:最後に、質問コーナーです。リウマチ患者とリウマチ医からの質問をいくつか用意しましたので、それぞれお答えいただきたいと思えます。はじめの4つは患者さんからの質問です。

コロナがますます蔓延してきましたが、薬を使い続けてもよいのでしょうか?

岡田:一般的にリウマチ膠原病で使用されている薬剤はコロナ感染における重症化の大きなリスクになっていない一方で、炎症疾患のコントロールが悪いことは感染防御に悪影響があることはこれまで報告されています。よって、治療を継続することの重要性を理解してもらうようにしています。

竹内:先ほどご紹介した日本リウマチ学会のサイトでも、感染が疑われないときは現在処方されている薬を量を変えないで使い続けてくださいとお願いしています。

図1 新型コロナウイルス感染症の経過



新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療の手引き 第4.1版, 2020.12.25 より引用

リウマチの患者はコロナにかかりやすいのでしょうか?

岡田:かかりやすいかどうかはスクリーニングされていないので不明ですが、発症したり重症化したりするリスクは、特別に高いというほどではなく、一般的な年齢や基礎疾患がより重要となります。

家族がコロナに感染したのですが、どうすればよいのでしょうか?

岡田:すでに感染してしまっている可能性はありますので、濃厚接触者の定義に当てはまれば検査、症状があればコロナ対応機関の受診をお勧めします。そうでなければ、決められた期間は濃厚接触を避けるようにということになります。

竹内:あとは、家の中でもマスクを着けることぐらいしか手の打ちようがない。

コロナにかかったかもしれないのですが、どうすればよいのでしょうか?

岡田:特別な事情がなければリウマチ膠原病をもたれていても、通常の患者さんと同じ対応になります。

仲村:それしかないでしょうね。最後は、リウマチ医からの質問です。

コロナに感染したくないからといって、患者さんが遠隔診療を希望しています。できれば来院してもらって診察したいのですが、どう説明すればよいのでしょうか?

竹内:私の施設でも、遠隔診療希望の患者さんを受け入れていますが、やはり遠隔では実施の難しい診察や検査があるので、最初にそのことを説明して、何回かに1回は必ず来院してもらうようにしています。

岡田:ただ、コロナの診療をしている施設に来院することに不安をもつ患者さんの気持ちも理解できるので、血液検査が終わったらすぐに診察して、検査結果は異常があれば電話で、問題なければ郵送するというのもしています。

仲村:そうすることで、検査結果待ちのために長く病院にいる必要がなくなるわけですから、患者さんの不安も和らぎますね。

先生方、本日はお忙しい中、長時間にわたり誠にありがとうございました。



感染防止の効果が高い不織布マスクをつけて5秒で撮影。

対談シリーズ リウマチ手術のタイミング: 簡便ですぐ役に立つ手引き

最終回

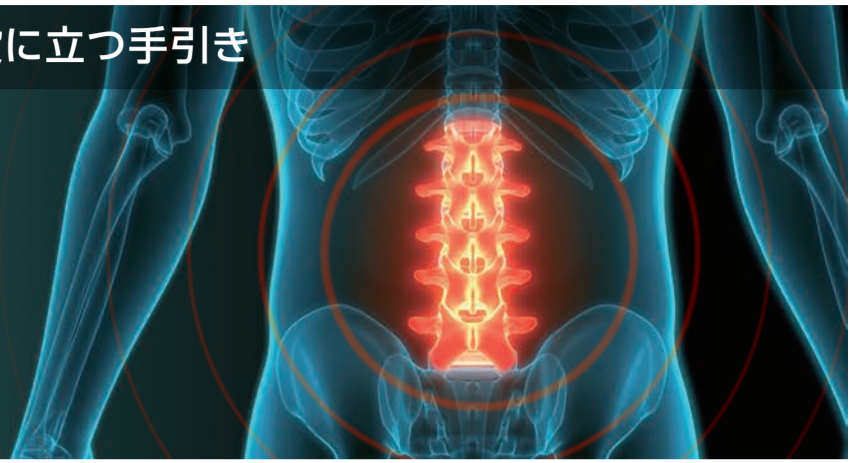
関節リウマチの腰椎病変

話し手: 伊藤勝己氏

JCHO湯河原病院 リウマチ科

聞き手: 仲村一郎 編集長

帝京平成大学大学院健康科学研究科 専攻長・教授



2017年5月号(142号)から「リウマチ手術のタイミング」という新企画を始めました。「足の手術のタイミング」に始まり、手、頸椎、肘、肩、股関節、膝とシリーズ化されてきましたが、今回で最終回を迎えます。最終回のテーマは「関節リウマチの腰椎病変」です。新型コロナウイルスの爆発的拡大のなかで、従来通りの対談を行うのは困難な状況です。そこで、今回は仮想紙上対談という形式でこのテーマを掘り下げていきたいと思ひます。ご登場いただくのは、JCHO湯河原病院リウマチ科の伊藤勝己先生です。先生は長らく東京大学整形外科のリウマチグループの主要メンバーとして、関節リウマチの薬物治療、関節手術・脊椎手術に文字通りオールラウンドに活躍されてこられました。また、その間多くの後進のご指導にもあたってこられました。

はじめに

仲村: 伊藤先生、今日はコロナ禍で大変お忙しいところ、お時間をとっていただきありがとうございます。よろしくお願ひいたします。さて、今日は関節リウマチの腰椎病変についてお話を伺いたいと思ひております。

伊藤: どうぞよろしくお願ひします。実は、私の手術の専門はどちらかと言えば関節外科です。もちろんこれまで関節の脊椎手術もかなり行ってきたのですが…。その意味で、関節外科医からみたリウマチ性腰椎病変の重要性というお話になることをお許しください。

仲村: 確かに、リウマチ外科医は数多くいるのですが、そのほとんどが関節外科医ですよ。私自身も関節外科医として先生にご指導を受けてきましたし。関節リウマチ腰椎病変の難しさは、リウマチ科という枠組みの中で話が完結するのではなく、手術を(日頃リウマチ診療に携わっていない)脊椎外科医に依頼するという点にもその原因がありそうですね。

伊藤: おっしゃる通りです。しかし昨今、関節リウマチの脊椎病変のトレンドは明らかに変化しています。まずはそのあたりからお話していきましょう。

1. リウマチ性腰椎病変はリウマチ治療の新しい課題

伊藤: これまでリウマチの脊椎病変といえば頸椎病変であったのですが、以前このコーナーで筑田博隆先生(群馬大学整形外科教授)もお話して下さったように、手術方針が確立されたことと、生物学的製剤の登場によってその発生頻度が減少したこともあって、手術のタイミングを大きく逃してしまうケースは少なくなってきています。その一方で、前面に出てきたのがリウマチ性腰椎病変です。

仲村: なるほど。その背景は何だと思ひますか?

伊藤: やはり、生物学的製剤をはじめとする薬物治療の進歩、さらには人工関節手術を中心とした関節外科の発展により、関節リウマチ患者の生命予後が大幅に改善したことでしょう。それ自体はよいことですが、その一方で患者の高齢化が進み、骨粗鬆症による腰椎圧迫骨折や、加齢に伴う変性疾患としての変形性腰椎症・腰部脊柱管狭窄症がより前面に現れてきたということです。

仲村: つまり、患者の高齢化によってこれまで潜在していた腰椎病変が表に出てきたということですね。

伊藤: そうです。その意味で関節リウマチにおける腰椎病変は、疫学を含めてその全貌すらまだつかめていない未解決の新しい治療課題といえるのです。

仲村: なるほど。

伊藤: 一番の問題は診断の難しさといひますか、腰椎病変への「気づき」が希薄ということ

でしょうか。これは頸椎病変とも共通しているのですが、腰椎は手や足と違って見た目にはわかりません。また自覚症状である腰痛は関節リウマチに特異的という訳ではなく極めて一般的な症状です。このような理由でリウマチ性腰椎病変はとて見逃されやすいのです。とはいっても、関節を中心に診療を進めているリウマチ科医の先生方、特にリウマチ内科の先生方に「腰椎も忘れずに」というのはなかなか厳しいお願ひだとは思ひますが…。

仲村: 確かにそうですね。ではリウマチ性腰椎病変の診断に際して先生が問題と感じていることをもう少し具体的にお話しいただけませんか?

伊藤: まず①腰椎病変を反映する症状がリウマチの評価項目に入っていないため、通常のリウマチ診療では腰椎をチェックしないという点です。次に②腰椎病変は症状が深刻にならないまま進行することも厄介な点です。間欠性跛行

は初期ですと患者自身が認識していないこともあり、主治医に伝わらないこともあります。③下肢のしびれなどといった脊椎由来の神経症状は、しばしば関節炎症状と誤解されがちです。例えば、膝の痛みは膝関節破壊に起因する痛みと思ひがちで、実際そのほうが頻度として多いのですが、膝前面の痛みは第3腰椎神経根の障害によっても生じます。さらに④単純X線の画像所見と症状がミスマッチすることも多く、これらの点が相まって診断が遅れると考えています。

の第一は椎間関節に生じる滑膜炎とそれに引き続く骨びらんです。椎間関節が破壊されると腰椎すべり症へと進展します(図1)。この症例では腰部から下肢への強い痛みと筋力低下のために腰椎後方除圧固定術が行われています。

この病態に加えて関節リウマチには骨粗鬆症が併発します。これにはリウマチ患者の高齢化、活動度の低下、ステロイドの服用という要因が関与しています。そのためリウマチ性骨粗鬆症は一般的な閉経後骨粗鬆症よりも重症化しやすく、多発性の脊椎圧迫骨折にいたる傾向が強いですね(図2)。圧迫骨折を起こさないためにも積極的な骨粗鬆症治療が必要となります。

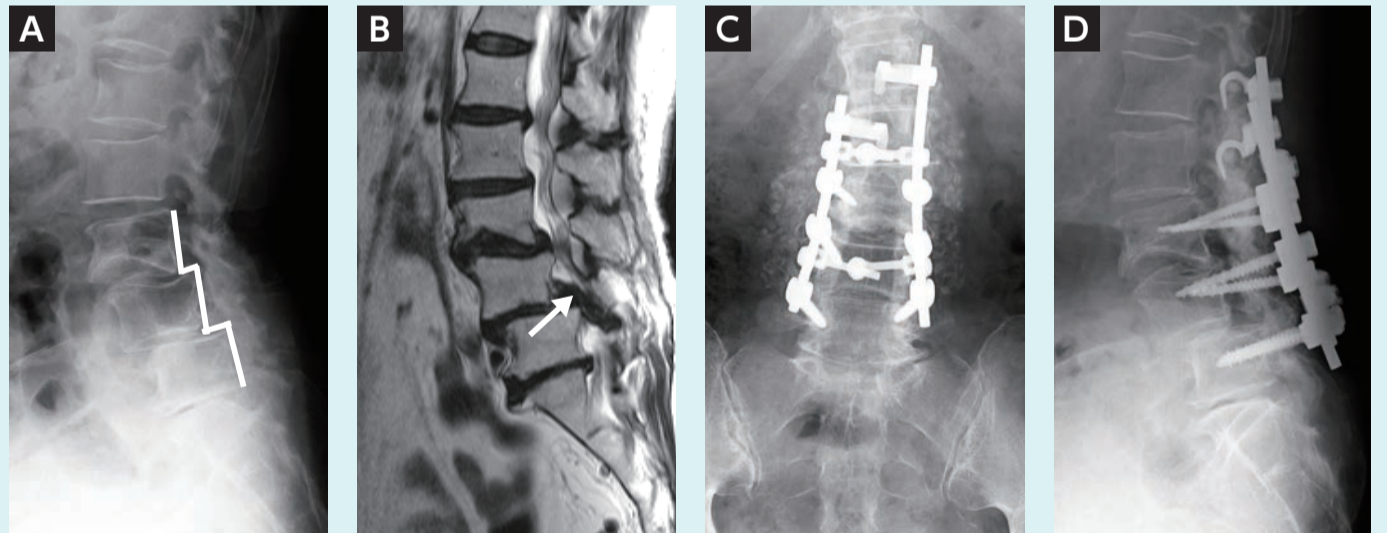
3つめは、椎間板の狭小化が進行するタイプです。私はDiscitis typeと呼んでいます(図3)。さらに、加齢に伴う変性疾患として腰部脊柱管狭窄症が生じるケースもあります。典型的な

2. リウマチの腰椎病変はどのようにして起こるのか: 4つのパターン

仲村: リウマチ性腰椎病変の診断における問題をお話しいただいたところで、次にその発生機序と病変パターンについてお聞かせください。

伊藤: リウマチ性腰椎病変の発症メカニズム

図1 リウマチ性腰椎すべり症

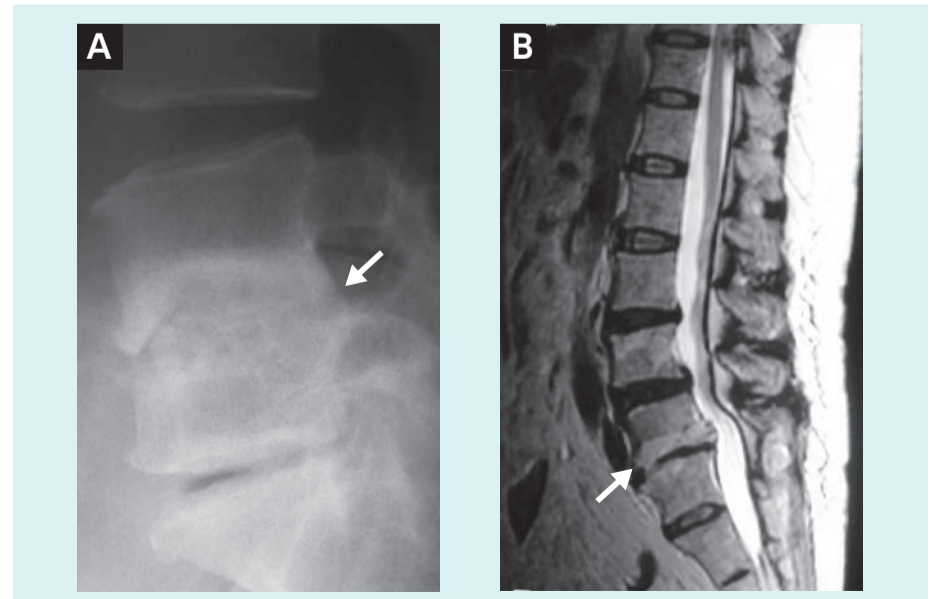


A: 腰椎単純X線側面像。B: MRI矢状断 T2強調画像。第3及び4腰椎の前方すべりと第4/5腰椎椎間レベルでの硬膜管の強い狭窄(矢印)がみられる。腰椎後方除圧固定術後単純X線正面像(C)と側面像(D)。

図2 リウマチ性骨粗鬆症による腰椎多発圧迫骨折



図3 関節リウマチに生じる椎間板の狭小化・消失 A(腰椎単純X線側面像)とB(MRI T2強調画像)は別症例。



症状は間欠性跛行、歩行時の下肢のしびれ・痛みです。

仲村:なるほど、①椎間関節炎に起因する腰椎すべり症、②骨粗鬆症性圧迫骨折、③椎間板炎、さらに④加齢に伴う腰部脊柱管狭窄症が加わることで、病態が複雑に絡み合い、症状が多彩となり、診断をさらに難しくしているわけですね。

伊藤:そうです。また、関節リウマチ由来の腰椎病変とは別に忘れてはいけないのが化膿性椎間板炎です。生物学的製剤によって免疫が低下している関節リウマチ患者においては常に念頭におく必要がありますね。リウマチ性の椎間板炎なのか、化膿性椎間板炎なのかについては、MRIでも鑑別しきれないことがあります。臨床経過、CRPなどの検査所見の推移が重要です。

仲村:ありがとうございました。では最後に腰椎を関節リウマチから守るためにはどんな点に気をつければいいのお話してください。

伊藤:そうですね。まず①関節リウマチにおいて腰椎に関連する問題はしばしば見られるということを念頭に置くことです。そのうえで②積極的な画像スクリーニングを行います。まずは単純X線でのよいので椎体圧迫骨折や腰椎すべり症の有無、椎間板の狭小化をチェックします。③圧迫骨折に関しては、それが新鮮骨折なのか陳旧性なのかを判断することは難しい場合もあるのですが、少なくとも骨粗鬆症の治療を再検討する契機ととらえるべきです。④必要に応じてMRIを撮像します。MRIは新鮮圧迫骨折かどうか、神経圧迫の程度、化膿

表 リウマチ性腰椎病変のエッセンス

① リウマチ性腰椎病変はしばしば遭遇する臨床的課題

② 積極的な画像スクリーニングが大切。

まずは単純X線でのよいので椎体圧迫骨折や腰椎すべり症の有無をチェック

③ 圧迫骨折があれば骨粗鬆症の治療を再検討

④ MRIは新鮮圧迫骨折かどうか、神経圧迫の程度、化膿性椎間板炎の鑑別のために有用

⑤ 手術は下肢筋の麻痺や膀胱直腸障害、日常生活を妨げるような頑強な痛みがあれば検討



伊藤勝己先生(左)、仲村一郎編集長(右)。コロナ禍以前に撮影したものを許可を得て使用。

性椎間板炎の鑑別のために極めて有用です。⑤手術は下肢筋の麻痺や膀胱直腸障害、日常生活を妨げるような頑強な痛みがあれば検討する。こんなところでしょうか。

仲村:伊藤先生、今日はまだまだ未解決の難しい問題についてわかりやすくお話しくださりありがとうございました。頰椎の場合もそうですが、信頼のおけるリウマチ医・脊椎外科医間の連携の重要性は言うまでもありませんね。本日の先生のお話のエッセンスをまとめておきます(表)。これはリウマチ医にとって明日からの診療に役立つハンドブックになると思います。

伊藤:こちらこそありがとうございました。①

腰痛というありきたりの症状であっても耳を傾ける、②「たぶん大丈夫だろう」ではなく「もしかして腰が悪いのかもしれない」という意識、③自分から見ようとしなければ何も見えない。なかなか難しいのですが、これらのことを大切にしたいですね。

仲村:サンテグジュベリも言っているように「大切なものは目に見えない」のかもしれませんが。本日はお忙しいところありがとうございました。

※本仮想紙上対談を作成するにあたり、群馬大学整形外科教授・筑田博隆先生に多大なるご助言をいただきました。心からのお礼を申し上げます。



順天堂大学 名誉教授／橋本 博史 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

わが国で初めて「膠原病」を講座名としたことで名高い順天堂大学膠原病内科学講座(現・膠原病・リウマチ内科学講座)。橋本博史氏は1994年から10年にわたり、その第3代教授を務めた。臓器別内科より膠原病内科を選んだ理由、あえて難病SLEを生涯のテーマとした経緯などを語る言葉の端々に、恩師である故・塩川優一教授への敬慕の念が滲む。恩師の「臨床を離れた医学はない」の教えをもとに臨床に還元できる研究を目指す。

インターン終了後、第一内科局塩川教授のもとで膠原病を学ぶ

森本:まず、橋本先生が医師を志したきっかけからお聞きしていきたいと思います。

橋本:幼少時によく扁桃炎や中耳炎に罹り母に連れられて病院に通い医師への憧れを抱くようになったのではないかと思います。その後、人のために尽くせる仕事をと考え、医師になろうと心に決めました。

森本:そして順天堂大学に入学されました。ご卒業は何年でしたか。

橋本:昭和39年(1964年)です。卒業前の夏休みに当時米軍の占領下の沖縄と離島へパスポートを持って旅行し、同級生4人で船酔いしながらの船旅でしたが、異文化の世界にふれた印象深い旅行でした。

森本:当時はまだそういう時代だったのですか。その頃はインターン制度の時代でもあったと思いますが、先生はインターン時代をどのように過ごされましたか。

橋本:ボイコットが叫ばれた頃ですが、私自身は大変勉強になりました。荻窪病院(東京・杉並区)でインターンをしましたが、特に外科系の診療科ではメスを持たせていただき手取り足取りで手術をさせていただき貴重な経験になりました。

森本:大学に戻った後、どちらに入局されましたか。

橋本:母校では村上精次先生が主任教授を務めていた第一内科に入りました。当時、第一内科には塩川優一先生が助教授としておられたのです。

森本:順天堂大学に膠原病内科を創設され、後年、当財団の理事長も務められた塩川先生ですね。

橋本:そうです。先生は助教授でしたが、当時から既に膠原病・リウマチの名医としてご高名で、全国からリウマチ・膠原病の患者さんが外来に大勢押しかけていました。第一内科にはいくつかの研究グループがありましたが、全身を診ることができる分野を希望し塩川先生の門を叩きリウマチ・膠原病を勉強する道を選びました。

その後、1969年に村上教授の退任に伴って第一内科、第二内科の大講座制から臓器別の専門講座制への組織変更が行われ、この時に塩川先生が教授となって開設されたのが膠原病内科学講座だったのです。

森本:「膠原病」を講座名に冠したのは全国で順天堂大学が初めてでした。

橋本:当初、塩川先生は講座名としてリウマチ

も考えられておりましたが、整形外科との競争を危惧され、最終的に膠原病内科学講座に決められました。それから50年経った現在、日本中に膠原病の名の付いた多数の診療科や講座があるのでみますと、改めて塩川先生の先見の明に驚かされています。

滑膜炎の研究で学位取得 プラハの国際学会で論文を発表

森本:続いて、研究のご経歴をお伺いしますが、その前に、先生は第一内科入局と同時に大学院に進まれたのでしょうか。

橋本:そうです。第一内科学講座では村上先生に内科学を、塩川先生に膠原病の基礎と臨床を学び、大学院の選択科目で福田芳郎教授のもとで病理学を学びました。

森本:大学院生としては何を研究テーマに選ばれましたか。

橋本:当時、膠原病に特異的所見といわれクレンペラーの膠原病の概念の提唱につながったフィブリノイド変性に興味がありました。膠原病の剖検例で病理組織所見を学び関節リウマチ(RA)のフィブリノーゲンの組織病変への関与を検討することとしました。具体的にはRAの患者さんにアイソトープ標識フィブリノーゲンを静注投与した後、シンチグラフィで組織への取り込みを観察するとともに滑膜生検を行いオートラジオグラフィで滑膜炎病変への関与を観察しました。

森本:そのご研究をまとめて学位論文とされたのですか。

橋本:はい。それを69年に当時共産圏のチェコスロバキア(現・チェコ)のプラハで開かれた国際リウマチ学会で発表しました。この時、共産圏



ソーシャルディスタンスを取って取材を行った森本氏(左)と橋本氏(右)。



橋本氏のたどってきた道が、SLE療法の歴史である。

での開催ということもあって日本のリウマチ学会の権威ある先生によって視察団が結成され、その中に交じっての初めての国際学会でした。非常に緊張しましたが、プラハの美しい街並みなどと共に忘れられない思い出になりました。

予後不良の難病SLEを生涯の研究テーマと定める

森本: 関節リウマチの滑膜炎から研究生活をスタートされましたが、その後はどのようなテーマを扱われましたか。

橋本: 第一内科に入局間もない頃、皮膚病変に興味を持っていた私を見て、塩川先生が「SLEを研究してみようか。一つの病気を長く診ていれば必ず新しいことが見つかるから」と大変ありがたいお声をかけてくださいました。このことがライフワークとしてSLEに取り組むきっかけになりました。そして、最初にSLEの診断にはLE細胞が重要と、研究室で茶漉しを使いながらその検出法を教えていただきました。その後、ラット肝細胞(後にHep-2細胞)を用いた蛍光抗体法による抗核抗体、さらには仔牛胸腺DNAを用いた蛍光抗体スポット法による抗DNA抗体の検索、次いでミリオプティカル法による抗dsDNA抗体の測定、クリシミア・キネトプラストを用いた抗dsDNA抗体の免疫グロブリンクラス、補体結合性抗体などの検索を行い臨床病態、特にループス腎炎との関連、治療・予後との関係などの検討を重ねました。

また、病理学教室在籍中にSLEの剖検例をまとめ特徴的な病理所見の理解を深めることができたと思います。臨床では外来で塩川先生のSLEの患者さんを廻していただきDuboisの教科書を片手に追跡調査を行いました。後にSLEの患者さんの情報をコンピューターへ入力し、併せて血清保存も行うようにしました。

森本: SLEといえば、当時は極めて予後不良の難病でした。私が医学部を卒業したのは、先生がSLE研究で最初の業績を発表された年から4年後の73年ですが、その頃もSLE患者さんの中でループス腎炎を併発して亡くなる方が特に多かったことを覚えています。

橋本: 今でこそ血液透析が普及して多くの患者さんが助かるようになりましたが、当時は本当に悲惨でしたね。私もループス腎炎は是非とも克服しなければならぬと考え腎臓学会にも入会し理解を深めるとともにループス腎炎の組織学的病型と治療・予後の関連などを検討し報告しました。

一方、このような研究を進めるうちにSLEの自然経過を知る必要性を感じ、それには当時海外で話題になっているSLEの動物モデルNZB/WF1マウスが手に入ればと塩川先生に進言したところ、即、購入・輸入していただきました。ループス腎炎にDNA:抗DNA抗体免疫複合体の関与が示唆されていたことからこのマウスに放射線標識DNAを投与し体内動態、臓器親和性、体内クリアランス、代謝などの検討を行いました。

UCLA短期留学の大きな収穫と患者支援活動・厚生省班研究への貢献

森本: 80年に米国UCLAに短期留学されましたが、どんな収穫がありましたか。

橋本: 留学先のBarnett教授のところでは、子どもの教室と同様のNZB/WF1を用いた研究や抗DNA抗体の仕事がされていましたのでそれまでの教室の成績を提示し今後の方向性についてご指導いただきました。また、カンファレンスや外来ではリウマチ学の指導者として知られている高名なPearson教授やPaulus教授らにお会いすることができ感銘を受けるとともに、日本では診る機会の少ない稀な症例も診させていただきました。パイブルとなったSLEの教科書を出版されているDubois教授にお会いした時は大変感激し先生のクリニックも見学させていただきました。また、リウマチ科に隣接してHLAタイピングで有名なTerasaki教授のラボがあり、教室のSLEを含む膠原病患者のHLAタイピングをお願いしたところ快くお引き受けいただきました。このことがその後の熊本大学西村泰治教授、筑波大学土屋尚之教授らとの共同研究に発展しSLE、血管炎などのHLAの解析につながりました。

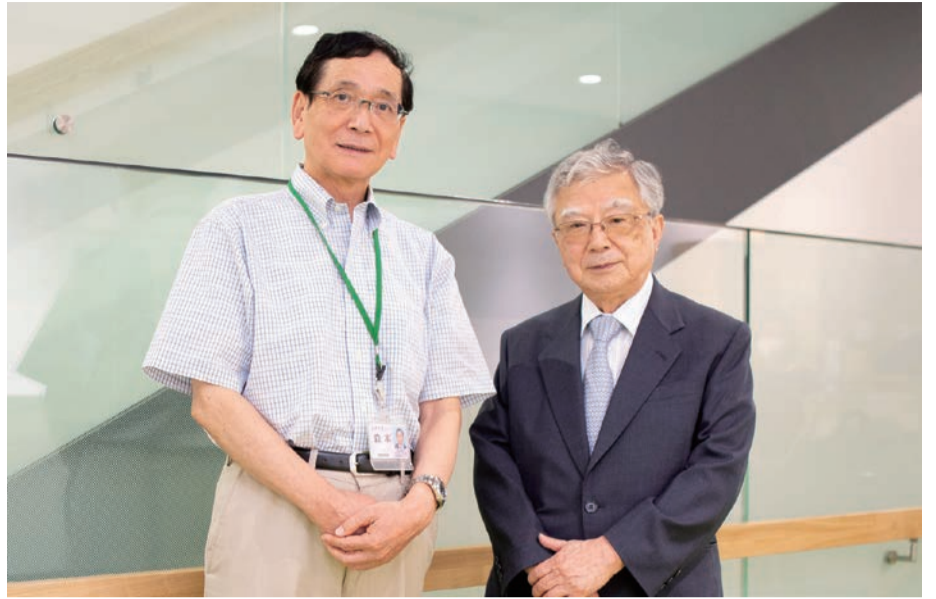
森本: 先生は多忙な研究と臨床のかたわら、膠原病患者会の支援活動に携わり、一方で国が推進する種々の調査研究事業にも積極的に参画してこられました。

橋本: 「膠原病友の会」は71年に、患者さん同士が互いに助け合い励まし合うための会として結成され、その後、膠原病の原因究明と治療法の確立、医療福祉の充実等を国や社会に訴える組織へと発展しました。友の会発足間もない頃に発起人の方が塩川先生のところへ相談に来られ支援をお願いされたのですが、先生が「全面的にサポートしましょう」と約束され、私も先生のかばん持ちでお手伝いすることになりました。

友の会の訴えが功を奏して74年に厚生省特定疾患治療研究事業の制度が始まり、患者さんには医療費助成を、研究者には研究費助成が実施されました。研究班が発足し、私も塩川教授のお供で班会議に出席させていただき大変勉強になりました。現在、難病法が制定され、膠原病に属する大部分の疾患が「指定難病」として研究班が設置されているのはご承知の通りです。

膠原病内科第3代教授として教室の一層の発展に尽くす

森本: 94年に膠原病内科学講座の第3代教授に就任されましたが、どのような教室の運営方針を掲げられましたか。



取材後、順天堂大学の新研究棟にて。長時間お疲れさまでした。

橋本: 全人間的に患者さんを診ることや臨床に役に立つ研究をすることは代々の教授より受け継がれてきましたが、これを踏襲、発展させ教室を運営するよう心がけました。それまでの遺伝子解析を含めた病因、ウイルスと自己免疫、自己抗体産生機序、エピトープ解析、免疫異常などが進行中でしたが、当時学内には免疫学の大家の白井俊一教授と奥村康教授がおられ、そのご指導も受けて教室内の基礎的研究は飛躍的に発展しました。臨床では、患者さんの予後改善や病態改善するために教室の特色である血漿交換療法を含めた治療法の検討を進めました。他科との共同研究では、発症要因の側面も鑑みた86年からの産科、小児科との共同研究による「SLEの母親から出生する児の転帰・予後と治療法に関する研究」は平成7年度日本リウマチ財団の日本チバガイギー・リウマチ賞の受賞につながりました。また、01年に「21世紀にのぞむリウマチ学」の基調テーマで日本リウマチ学会を主宰しましたが、学会を成功に導いていただいた多くの方々と教職員への感謝の気持ちが一杯で忘れられない学会となりました。

森本: 教授ともなると、教室内で進行中の研究の指導・管理だけでも大変な重荷ですが、学外でも、厚生省の研究班班長などを務められたのでしょうか。

橋本: はい。教授在任中は厚生省の2つの研究班の主任研究者を務めた他、在任中から退職後にわたってヒューマンサイエンス研究事業の主任研究者を務めました。96年から6年間担当した「難治性血管炎に関する調査研究班」では、前班長の長澤俊彦先生によって日本にも存在することを指摘されていた抗好中球細胞質抗体(ANCA)関連血管炎について全国調査を行いその実態を明らかにしました。ANCA関連血管炎は全国で2,000人以上の患者さんがおられ予後不良であることがわかりましたが、その後研究が進められ、ANCA関連血管炎のガイドラインの出版につながっています。また、ヒューマンサイエンス研究事業で行った研究では、ANCA関連血管炎に属する2つの疾患(多発血管炎性肉芽腫症(GPA)と顕微鏡的多発血管炎(MPA))の日本と欧州で発症頻度が異なり対照的であることを明らかにしました。これには日欧の研究者が日本の北から南まで

の医療施設を実地訪問し調査をした苦労がありました。互いの国の希少疾患を理解する上で大変意義のあるものでした。

森本: 先生としては思いがけず、本邦では非常に珍しい疾患に関する本邦初の調査研究に、実施責任者の立場に関わることになったわけですね。

膠原病・リウマチの分野はわかっていないことが多く、常に疑問を持ち続け解明に尽力を!

森本: お聞きしたいことはまだまだありますが、紙数も尽きてきたようですので、最後に膠原病・リウマチ医療の将来展望と、若いリウマチ医へのメッセージをお聞かせいただきたいと思っています。

まず、リウマチ医療の現状についてですが、個人的な感想を言うと、特に関節リウマチに生物学的製剤が使われるようになってから、学会発表の演題などを見ても、薬を使ったら症状が良くなったというような話ばかりで、面白みがなくなっている気がします。先生はどうお感じになりますか。

橋本: それはあるかもしれませんね。生物学的製剤のおかげで、完治とまではいかなくても、手がかからない状態にまでは持っていくようになりましたから。

森本: せっかく手がかからなくなったのだから、余った力を研究に振り向けられればよさそうなものを、そうはならない。昔はわからなかったことが、今はかなりわかるようになったので、若い人にとっても興味が持ちにくくなっているのかもしれませんが。

橋本: それだけ医学が進歩したということですから、そのこと自体は喜んでいいのではないのでしょうか。しかし、治療の継続が必要でし病因が解明して良くないわけではないですね。病因解明は依然として重要な課題ですね。

森本: しかし、SLEはまだまだですね。

橋本: おっしゃる通りです。SLEは病態が多様で不均一ですので病態別により詳細に検討する必要がありますね。

森本: では、そのようなSLE療法の現状を踏まえて、若い膠原病・リウマチ医へのメッセージをお願いします。

橋本: 引退後、若い先生と話をすることは少ないのですが、患者さんを通して見聞しますと、顔を見ずに電子カルテに向かい話を聞いてくれない、診察は二の次で検査が多いという話を聞きます。特にリウマチ・膠原病は全身性の疾患ですので患者さんの話をよく聞き、全身をよく診て、患者さんに寄り添った医療が大事ですね。

膠原病・リウマチ疾患は希少難病が多く、殆どがわからないことばかりですが、それだけに魅力ある奥の深い分野です。常に疑問を持ち続け問題解決に向けて力を注ぎ新しい発見につなげていただければと思います。若い先生に期待しています。

森本: 本日は貴重なお話をいただきありがとうございました。



Dubois教授と、先生のクリニックにて。教授のSLE自験例520例をまとめた著書が有名な教科書 Dubois' Lupus Erythematosus and Related Syndromes となった。



1997年頃の膠原病内科医局会。中央手前が橋本氏。

令和2年11月 企画運営委員会議事録

令和2年11月開催企画運営委員会の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 西岡久寿樹

日時:令和2年11月24日(火) 18:00~19:10

【報告事項】

1. 委員会等の開催について

- (1) 医療情報委員会(10月13日)
ホームページのアクセス数等の報告、新規掲載、関節リウマチ等内容更新、サイトのSSL化を行う等を決定した。
- (2) 医療保険部会(11月11日)
次期診療報酬改定に関する要望事項の検討。
- (3) 第2回リウマチ病学テキスト第3版編集委員会(11月19日)
応募のあった出版企業から企画提案書のプレゼンテーション実施。

2. リウマチの治療とケア教育研修会の報告について

令和2年度4月から11月における開催状況の報告がされた。

3. 財務状況について

保有財産等について現状の報告がされた。

4. 寄付金の報告について

【審議事項】

1. 国際学会(ACR2020)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
1名の助成金交付者を決定した。
2. 令和3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。締め切りは令和3年3月31日。
3. 令和3年度リウマチ月間リウマチ講演会について
中止となった今年度の内容を中心にWebにより開催することが決定した。
4. 第30回理事会・第12回臨時評議員会(令和3年3月9日)について
令和3年3月9日に学士会館で会場参加とWeb参加のハイブリッド開催とした。

令和3年1月 企画運営委員会議事録

令和3年1月開催企画運営委員会の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 西岡久寿樹

日時:令和3年1月12日(火) 18:00~19:10

【報告事項】

1. 委員会の開催について

- (1) 第2回リウマチ病学テキスト第3版編集委員会(12月10日)
プレゼンテーションにより出版社を決定した。令和3年12月の完成を目指す。
- (2) 第7回リウマチ専門職委員会(12月27日)
リウマチ財団登録薬剤師、リウマチケア看護師の更新、新規申請に関する資格審査、並びにリウマチ専門職制度に関する諸問題の検討。

2. 研修会の報告について

全国6地区6会場開催としたが2地区は新型コロナ感染症のため延期とし、3地区が終了し残り3月14日の北海道・東北地区のみ。Web開催により参加者は増加した。

3. 令和3年度リウマチの治療とケア教育研修会世話人について

全国6地区6会場開催として現在調整中。

4. 寄付金の報告について

5. 緊急事態宣言発令期間中の対応について

2月9日予定の法人賛助会員セミナーの延期、財団事務局の勤務体制について報告。

【審議事項】

1. 令和3年度リウマチ月間リウマチ講演会について
一般・患者さん向けと医療関係者向けのプログラム(案)が承認された。
2. リウマチケア看護師(第11期新規/第6期更新)の登録申請について
更新申請者73名、新規申請者80名について登録を承認。
3. リウマチ財団登録薬剤師(第7期新規/第2期更新)の登録申請について
更新申請者85名、新規申請者15名について登録を承認。
4. 令和3年度企画運営委員会等主要行事の開催日程について

候補者募集

● 日本リウマチ財団・海外派遣医

締め切り 令和3年3月31日(当日消印有効)

● 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 2021年



ご寄付いただいた方 12月

故 横田 洋子 様 吉田 健太郎 様

編集後記

前回編集後記を担当した際に、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)について「この号が発刊される頃には事態が収束していることを願ってやみません。」と書いておりました。希望的観測は見事に破られ、現在も緊急事態宣言が発出されています。今回、COVID-19とリウマチに関する緊急座談会が

企画されました。患者さんは普段から感染症に気をつけるようにと言われていたため、COVID-19に罹患しやすく、重症化するのではないかと考える方が多くても不思議ではありません。実際に、感染への恐れから自己判断での減薬・休薬をして受診する方もいらっしゃいますので、不安を払拭することができるよう正しい情報をお伝えしていきたいです。

伊藤勝己先生にはRAの腰椎病変をお話し

いただきました。自覚症状が出た場合も非特異的な症状であることや、進行するまで無症状で進むケースがあるのは難しいところです。明らかな訴えがなければ腰椎はあまり意識せずに診療してきた私は大いに反省しました。

さて、今回のリウマチ人は橋本博史先生でした。橋本先生の歴史が、まさに全身性エリテマトーデス(SLE)医療の歴史と感じ、大変興味深く拝見しました。わからないことに興味をもち問題解決のために探究するマイ

ンドをもち続けること、患者さんの話を聞き、よく診て寄り添うことの大切さを教えていただきました。次回編集後記を担当する頃には、今度こそCOVID-19が収束していることを祈りながら編集後記を終わりにしたいと思います。

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

令和3年度リウマチ財団登録医

申請受付期間 令和3年3月1日~5月31日

■新規登録医募集

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。
- 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

令和3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62年度、平成2、5、8、11、14、17、20、23、28年度



規則を必ずお読みください。

詳しい申請方法、申請書類等は財団ホームページをご覧ください。

令和3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3年2月1日~4月30日

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ている。
 2. 直近の5年間ににおいて
 - (1) リウマチ性疾患のリハビリの指導患者名簿……………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。
*記載例は財団ホームページに掲載。
 - (3) 財団が主催し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、令和5年度の新規申請(令和5年4月30日)までの期間限定
審査料(申請時)……………1万円 登録料(審査に合格後)……………5千円



問い合わせ先

日本リウマチ財団事務局 E-mail:nursejrf@rheuma-net.or.jp

規則を必ずお読みください。

詳しい申請方法、申請書類等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

ホームページURL変更のお知らせ

日本リウマチ財団ホームページのURLを下記の通り変更いたしました。

変更前: <http://www.rheuma-net.or.jp/>



変更後: <https://www.rheuma-net.or.jp/>

※「ブックマーク」などに登録していただいている場合は、設定の変更をお願いいたします。なお、従来の[http]にアクセスした場合でも、自動的に[https]に切り替わります。

<https://www.rheuma-net.or.jp/>



リウマチ財団

検索