

Japan Rheumatism Foundation News

日本リウマチ財団ニュース

no. 169

2021年11月号

令和3年11月1日発行

発行 公益財団法人 日本リウマチ財団
〒105-0004 東京都港区新橋5丁目8番11号 新橋エンタービル11階
TEL.03-6452-9030 FAX.03-6452-9031

※リウマチ財団ニュースは財団登録医を対象に発行しています。本紙の購読料は、財団登録医の登録料に含まれています。
編集・制作 株式会社ファーマ インターナショナル (担当 遠藤昭範・森れいこ)

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

169号の主な内容

- 対談 全身性強皮症治療の現状:新たな治療概念と治療薬
● リウマチ人 内田詔爾氏
● GRAPPA 2021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6回 北海道内科リウマチ科病院

対談 全身性強皮症治療の現状:新たな治療概念と治療薬



話し手
桑名 正隆 氏
日本医科大学大学院医学研究科
アレルギー・膠原病内科学分野 教授



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

その病態の複雑さ、診断の難しさ、そして、なんといっても、治療の難しさで多くの臨床家を悩ませる全身性強皮症 (Systemic Sclerosis: SSc)。しかし、近年、この疾患の診療現場にも、医療技術の進歩の果実がもたらされ、多くの患者さんが病状改善・治癒の恩恵に与ることができるようになっていきます。今回は内外の大学で長くSScの研究に従事してこられた桑名正隆氏に、その診断・治療の“根幹”について存分に語っていただきました。



全身性強皮症治療のカギは早期診断
現実には診断が遅れがち

森本 本日は、全身性強皮症 (Systemic Sclerosis: SSc) の世界的なエキスパートである桑名先生からお話を伺おうと、日本医科大学にお邪魔しています。先生は現在、日本医大の膠原病内科教授/強皮症・筋炎先進医療センター長として、この分野におけるわが国最先端の研究と情報発信に努めておられます。

早速、本題に入りたいと思いますが、その前にお話の前提として、SScという疾患のおおまかな概念と、SScの診療では、なぜ早期診断が大切なのかという点について簡単にご説明いただけますか。

桑名 ご紹介いただきありがとうございます。まず、SScの病態を一言でいうと、慢性炎症、微小血管障害が皮膚や内臓諸臓器の線維化を促進するメカニズムということが出来ます。正常組織が線維化組織に一度置換されてしまうと、失われた機能を治療によって元に戻すことは不可能です。つまり、SScでは、線維化が進行し症状が現れてから治療介入をしても機能を回復する効果が望まれません。このような病態の可逆性の乏しさから、SScではできるだけ早期に診断し、治療を開始することがきわめて重要です。

残念ながら、現状では多くの患者さんが診断までに数年を要し、その間に複数の医療機関を受診しています (表1)。患者さん自身がレイノー現象や手指腫脹などの症状に気づき、皮膚科や内科を受診しても、鑑別疾患にSScが想起されず、ようやく専門施設にたどり着いたときには既に最適の治療介入時期が過ぎてしまった

ケースが多くみられます。
森本 それは深刻な問題です。何が、SScの診断を遅らせているのでしょうか。

桑名 SScの初発症状として最も多いのは寒冷曝露や精神的緊張などにより誘発されるレイノー現象です (図1)。そのほかに、手指のはばたきや指輪がはまらなくなるなどで気づかれる手指腫脹があります (図1)。SScは40~60歳代の女性に好発することから、更年期にみられる冷え症やむくみと間違われることがよくあります。これらの症状をみたら、SScを想起することが大切で、爪上皮や爪郭部の詳細な観察やSSc特異自己抗体を測定することにより、SScを疑うべきか判断できます。

一般のリウマチ医も
レイノー現象などをみたときは
全身性強皮症の専門家に紹介を

森本 全身性強皮症 (SSc) について一通りの知識をもったリウマチ登録医・専門医がそのような患者さんを診たときでも、なかにはSScの専門家に紹介したほうがよいケースもあると思いますが、いかがでしょうか。

桑名 SScの経過はきわめて多彩で、長期にわたってレイノー現象と手指硬化のみで治療を要する臓器障害の生じない例から、数ヶ月の経過で急速に皮膚硬化が進行し、心・腎・呼吸不全に至る例まで幅広いことが特徴です。しかし、発症初期には、その後の経過、重症化するかを予測することが難しいことが診療上の大きな課題です。例えば、(1)病初期から皮膚硬化範囲が広い、または進行が早い場合、あるいは、(2)

SSc特異自己抗体の抗トポイソメラーゼI抗体や、抗RNAポリメラーゼIII抗体が陽性の場合、その後、臓器病変を含め疾患が進行するリスクが高いことが知られています。ただし、これらの情報だけで個々の患者さんの将来の経過や予後を正確に予測することは困難です。予後不良が想定される例に有効な治療法 (後述) を早期に開始するために、多数例の診療経験を有するSSc専門家の意見を一度聞いていただくことが望ましいと思います。

全身性強皮症で出現する自己抗体:
その種類と病型との関係

森本 次に、全身性強皮症 (SSc) で出現する自己抗体の種類と、それぞれの特徴、関連する病型、注意すべきポイントなどをご説明ください。
桑名 SScで検出される自己抗体のうち、現在、保険診療で測定できるものが4種類あります (表2)。これら自己抗体には、(1)それぞれが特定の病型と関連し、(2)1人の患者さんに共存す

図1 全身性強皮症の早期発見に有用な所見



表2 全身性強皮症に関連する自己抗体

Table with 4 columns: 自己抗体, 日本人での陽性頻度, 関連する病型, 関連する臓器障害. Rows include antibodies like anti-topoisomerase I, anti-RNA polymerase III, anti-centromere, and anti-U1RNP.

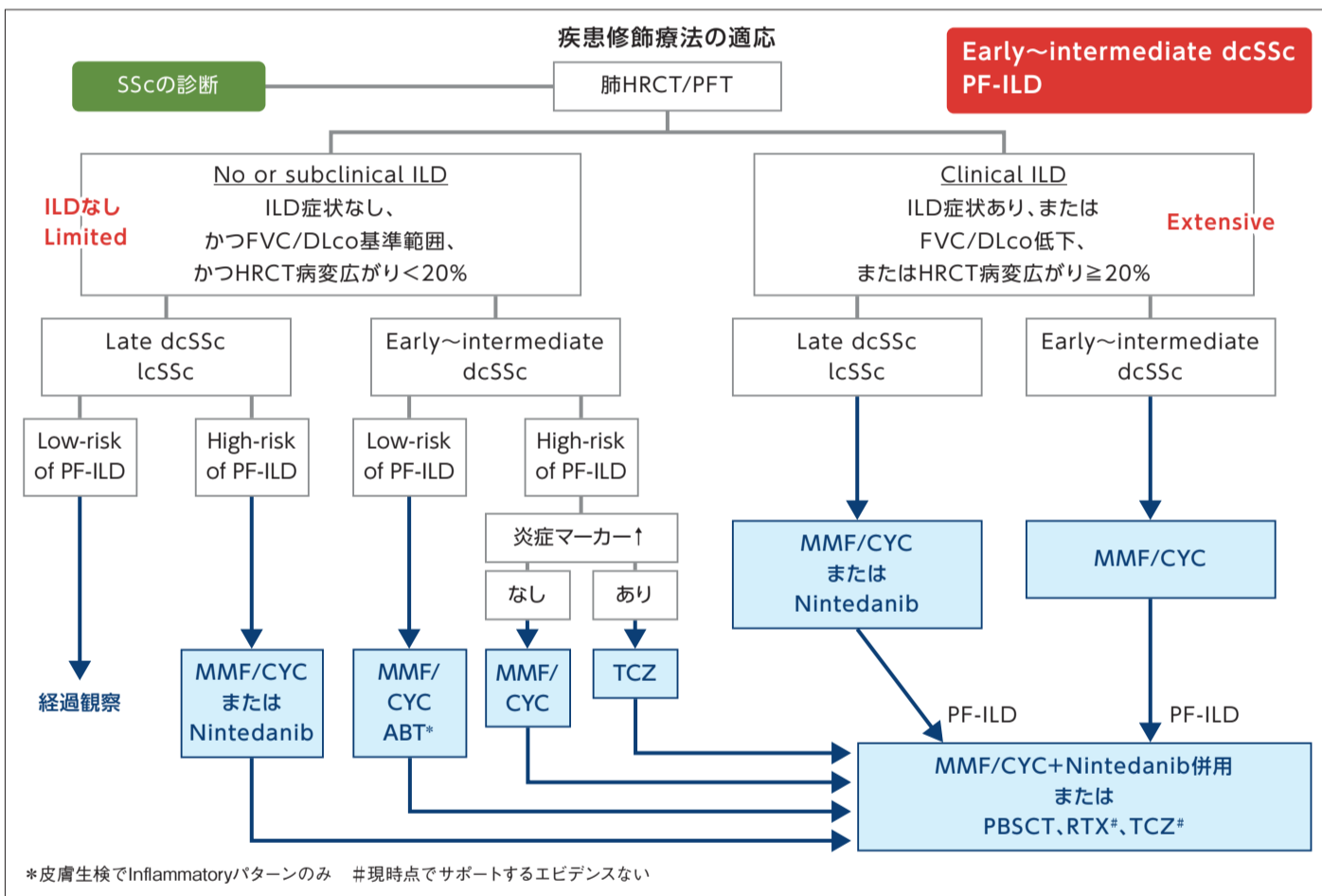
表1 全身性強皮症患者が専門施設を受診するまでに要した期間 (びまん皮膚硬化型SSc)

Table with 3 columns: 施設, 慶應義塾大学病院, 日本医科大学付属病院. Rows include 調査期間, 症例数 (n), 初発症状の出現からの期間 (範囲), and SSc関連症状のために受診した病院数 (範囲).

表3 全身性強皮症に対する効果が証明されている疾患修飾薬

薬剤名	保険承認状況	他の適応症	用量・用法	全身性強皮症における主な適応	主な副作用
シクロホスファミド 製品名エンドキサン	治療抵抗性の全身性強皮症	全身性エリテマトーデス、多発性筋炎・皮膚筋炎 など	経口：50~100mg/日 (1日1回朝食後) 静脈内投与：1日1回 500~1,000mg/m ² (4週間毎)	間質性肺疾患 皮膚硬化	脱毛、血球減少、 出血性膀胱炎、感染症、 不妊、悪性腫瘍
ミコフェノール酸モフェチル 製品名セルセプト ジェネリックあり	未承認 未承認薬・適応外薬 検討会議要望書提出	ループス腎炎	2~3g/日 (1日2回朝夕食後)	間質性肺疾患 皮膚硬化	下痢、嘔気、 肝機能障害、感染症、 催奇形性
メトトレキサート 製品名リウマトレックス ジェネリックあり	未承認	関節リウマチ	6~16mg/週 (1週間単位の投与量を 1~3回に分割)	皮膚硬化	口内炎、胃痛、 肝機能障害、血球減少、 感染症、催奇形性
ニンテダニブ 製品名オフェブ	全身性強皮症に伴う 間質性肺疾患	特発性肺線維症 進行性線維化を伴う 間質性肺疾患	300mg/日 (1日2回朝夕食後) 状態により200mgへ減量	間質性肺疾患	下痢、嘔気、 肝機能障害
トシリズマブ 製品名アクテムラ	未承認 未承認薬・適応外薬 検討会議要望書提出	関節リウマチ	162mg週1回皮下注	間質性肺疾患 臓器障害全般	感染症
リツキシマブ 製品名リツキサン ジェネリックあり	全身性強皮症	CD20 ⁺ B細胞性非 ホジキンリンパ腫 多発血管炎性肉芽腫症、 顕微鏡的多発血管炎	1回量375mg/m ² を 1週間間隔で4回 点滴静注	間質性肺疾患 皮膚硬化	重篤感染症 (B型肝炎ウイルスの 再活性化、進行性多巣性 白質脳症など)

図2 全身性強皮症の診療アルゴリズム (私案：2021年10月)



ることはまれで、自己抗体の種類が経過中に変わることもほとんどない、という特徴があります。各々の自己抗体と皮膚硬化の範囲による病型との関連についてですが、抗トポイソメラーゼI抗体と、抗RNAポリメラーゼIII抗体が陽性の症例は多くは3年以内に皮膚硬化が進行するので、専門医に紹介する一つの動機になります。一方、抗セントロメア抗体陽性例は、病初期に臓器障害が診療上問題となることはまれです。ただし、発症から10年、20年後に線維化病態から機能不全に至ることがあるため、長期にわたる経過観察が必要です。ただし、急いで専門医に紹介する必要は少ないタイプです。抗U1RNP抗体は、必ずしもSScに特異的ではありませんが、SScの一部で検出されます。この抗体は他の膠原病、MCTD(混合性結合組織病)でも検出されることから、陽性例では他の膠原病のオーバーラップ症状を確かめることが必要です。森本 自己抗体と臓器病変との間にはどのような関連がありますか。桑名 まず、抗トポイソメラーゼI抗体陽性例の8割は比較的早期から間質性肺疾患をもち、

そのうち3割程度は無治療だと5年程度で呼吸不全まで進行します。抗RNAポリメラーゼIII抗体の陽性例では、間質性肺疾患はあっても呼吸不全に至るケースはわずかですが、発症早期に腎クリーゼのリスクが高いのが特徴です。また、10~20%の例が診断時に悪性腫瘍を併発しています。また、抗セントロメア抗体と抗U1RNP抗体の陽性例でみられる代表的な臓器病変は肺動脈性高血圧症ですが、早期発見のために心エコーを用いた定期的なスクリーニングが必要です。森本 われわれはつい、抗トポイソメラーゼI抗体が陽性なら、びまん皮膚硬化型(dcSSc)、抗セントロメア抗体が陽性なら限局皮膚硬化型(lcSSc)と単純に考え、また、びまん型は要注意、限局型なら大きな心配は要らないなどと思ってしまいがちですが、そういう単純な話ではないですね。桑名 おっしゃる通りです。びまん、限局皮膚硬化型は皮膚硬化範囲に着目した病型分類です。そのため、限局皮膚硬化型でも、消化管、心筋など内臓病変が高度に進行するケースがある点は認識しておく必要があります。

桑名正隆: Medical Practice. 38(3): 338-344, 2021

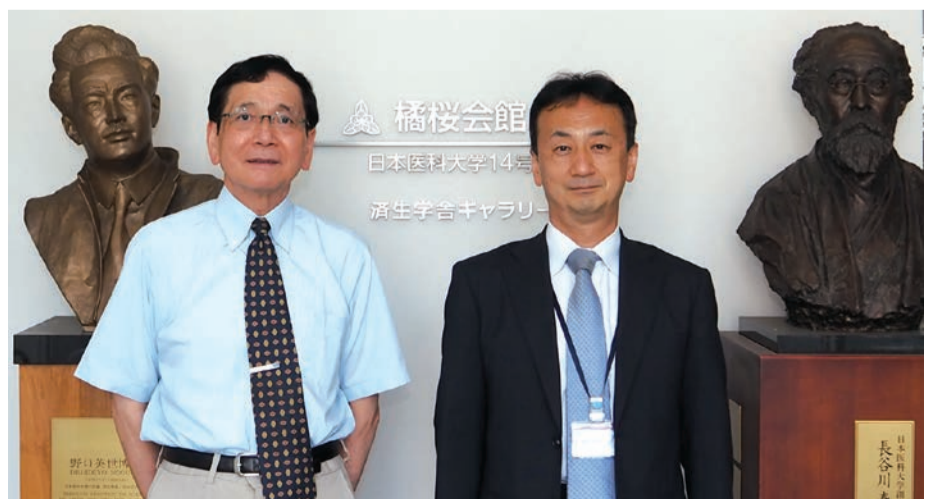
進歩の途上にある全身性強皮症の治療

森本 では最後に、全身性強皮症(SSc)の治療に移りたいと思います。最近、SScの治療に疾患修飾療法の概念が導入されているということ

すので、そのあたりの話題からお願いします。桑名 SScにおける疾患修飾療法の概念は、関節リウマチ(RA)と同じ考え方で、疾患の自然経過を「修飾する」=「変える」ことによって、線維化プロセスの進行を抑え、臓器障害を未然に防ぐ、もしくは軽度抑えたり発症を遅らせることです。現時点では、発症早期に線維化が進むびまん皮膚硬化型SScと進行性線維化を伴う間質性肺疾患(PF-ILD)が、疾患修飾療法の適切な対象と考えられています。森本 SScの疾患修飾療法では、具体的に、どんな薬剤を、どのように使いますか。桑名 現在、臨床試験でSScに対して有効性が証明されている薬剤が6種類あり、この中には、抗線維化薬ニンテダニブのような新しい分子標的薬も含まれています(表3)。ただし、いずれの治療薬も有効性のエビデンスを有する症例の特徴が限定されており、すべてのSSc患者に有効ということではありません。幅広い対象での効果が示されている免疫抑制薬や抗線維化薬に比べると、トシリズマブやリツキシマブはレスポンスを見分けることが困難であり、有効性予測に役立つバイオマーカーなどの同定が今後の課題です。

図2に、われわれの施設で現在行っているSSc診療のアルゴリズムを示します。試行錯誤を繰り返して現状に至っていますが、今後も引き続き臨床データを積み重ねながら、より実践的なものに作り上げようと努力しています。森本 SSc診療のもう一つの大きな問題として、肺高血圧症があると思います。これについては、何か進展がみられるでしょうか。桑名 肺高血圧症は、その成因によって5種類に分類されます。SScでは肺動脈の血管病変から生じる肺動脈性肺高血圧症だけでなく、間質性肺疾患による肺構造破壊や低酸素によるもの、心筋の線維化から生じた左心疾患に伴うものなど、さまざまな肺高血圧症が起こり、複数の成因が混合する複雑な病態を呈します。肺動脈性肺高血圧症の治療薬として11種類の肺血管拡張薬が使用可能で、それらの併用療法により、特発性肺動脈性肺高血圧症の生命予後は大きく改善されました。一方、複雑な病態を呈するSScの肺高血圧症では生命予後の改善は限定的です。その理由は、不用意な肺血管拡張薬の使用が時に病状を悪化させてしまうためです。例えば、肺血管拡張薬の不適切な使用により、間質性肺疾患が高度の例で低酸素血症を悪化させたり、左心疾患や肺静脈閉塞症による肺高血圧症では肺水腫をきたしたりする場合があります。

このような事例で明らかですが、SScの治療で大切な点は、非可逆的な線維化が進行し、複雑な病態が完成する前に、できるだけ早く治療介入をすることの一点に尽きます。森本 リウマチ財団登録医・専門医の先生方にも、それ以外の先生方にも、SScのことをもっと勉強していただき、患者さんのより良いフォローに努めていただく必要があるということですね。桑名先生、本日は多くの貴重なお話を聞かせていただき、ありがとうございました。桑名 こちらこそ、本日はわざわざ大学までお越しいただき、ありがとうございました。



対談終了後、日本医科大学橋桜会館玄関で野口英世博士(左:日本医科大学の前身・済生学舎出身)と長谷川泰先生(右:日本医科大学創立者)の像とともに記念撮影。

自由な発想を重んじ、信念を貫く

内田クリニック院長
内田 詔爾 氏

聞き手
仲村 一郎 編集長
JCHO湯河原病院 診療統括部長

題字・仲村一郎 編集長



幕末のはるか昔から要衝の地として知られる山口県防府市の医師の家系に生まれ、東京大学整形外科入局後わずか3年目に日本の人工足関節の先駆けである内田式人工足関節を生み出した。手技を磨き、薬物治療に心血を注ぎ、常に日本のリウマチ医療を牽引してこられた内田詔爾氏の医師としての足跡を辿りながら、リウマチ医療の未来について語っていただいた。

なるべくして医師に、そしてリウマチの道へ

仲村:内田先生は東大整形外科のリウマチグループを長年率いてこられた方で、私にとっては医局の大先輩でもあります。研修医1年目に、都立墨東病院の先生のところへ半日研修に行かせていただいたことをよく憶えています。本日はよろしくお願ひします。

最初に、医師を目指したきっかけからお聞かせください。先生は山口県のご出身でしたね。

内田:山口県の防府市出身です。私で3代目の医師の家系なので、医者になることは昔から決めていました。昭和46年(1971年)に長崎大学を卒業して直ちに東京大学の整形外科に入局しました。整形外科を選んだ理由は、高校までバレーボールと陸上をしていたことで、運動器を扱う整形外科に興味をもったからです。当時の東大病院の整形外科病棟は骨肉腫などの悪性腫瘍に対する治療が盛んで、私も「fibrosarcoma(線維肉腫)をやったらどうか」と言われたのですが、入局2年目にローテーションで都立墨東病院に出た折に関節リウマチと運命の出会いをしました。当時の墨東病院では工藤洋先生(現・綾瀬厚生病院顧問。リウマチ財団ニュース137号・138号のリウマチ人にもご登場いただいた)が関節リウマチの診療を行っていました。

仲村:昭和47年(1972年)にはもう墨東病院にリウマチ科があったのですか。

内田:当時、関節リウマチの内科的治療は都立大塚病院で、外科的治療は都立墨東病院で、東京都知事であった美濃部亮吉さんが決めて作ったのです。翌年には、米国留学から都立大塚病院に戻ってこられた松浦美喜雄先生(現・東京白十字病院)から「リウマチを一緒にやってみないか」と声をかけていただいたので大塚病院に行くことになりました。

仲村:この時点で先生の「リウマチ人」としての運命が決定的となったわけですね。

内田:そうですね。なぜ骨軟部腫瘍をやろうとしていた私が関節リウマチをやろうと決心した

かという、当時受けもった患者さんで若くして寝たきりになった方がいらして、その方に人工足関節の手術を行ったのです。すると術後に「ああ、先生、木の緑ってこんなにきれいなのですか」「10年ぶりに見ました」と感動された。この姿を見て私は「腫瘍ではなくリウマチを」と決めたのです。当時は関節リウマチを診る病院は墨東病院と大塚病院しかなかったですから、研修2年目と3年目にこの2つの病院を回れたことは運命であったと思います。大塚病院では松浦先生と2人でリウマチ診療を行いました。最初の頃は外来患者が3人くらいしかなくて、午前10時にはもう外来が終わっていましたからね。しかし、ある程度臨床成績が上がってくると、患者さんがどんどん集まるようになりました。

仲村:そして、この大塚病院の時代に内田式人工足関節を作製したのですか。

内田:その通りです。大塚病院で最初の内田式人工足関節置換術を行いました。股関節や膝関節に加えて、足関節が悪い患者さんがたくさんいましたからね。

仲村:昭和48年(1973年)という、膝や股関節の人工関節でさきようやくなんとかという時代に、入局3年目の先生が足関節に目をつけられ、しかも人工関節を開発されたことには驚くほかなかった。

内田:とにかく患者さんが困っておられたので、何かいい方法はないかと必死でした。膝関節の半分だけのものを作って入れたらどうかという単純な発想で始めました。3年目で若かったからこそ突っ走ったのだと思います。今だと叱られますけど埼玉県川口市の町工場の鋳物屋さんを呼んで、こういうのを作ってくれないかと。最初は円筒で作りましたが、その後、円筒形ではラテラルシフトといって、横方向にずれてしまうことがわかり、関節面をV字型にすることを思いつきました。

仲村:なるほど。素晴らしいですね。ただ若くだけでなく、若さと情熱があったからこそこの賜物であると思います。実は私が今、フォローしている患者さんで19年前に先生の人工足関節

を入れた患者さんがいます。内田先生の弟子のお一人である伊藤勝己先生が湯河原厚生年金病院時代に執刀されたものです。今日はそのレントゲン写真をもってまいりました(図1)。この患者さんはまだ自分の足で歩いています。

内田:きちんと入っていますね。自分が作った人工関節がトラブルなく長くもっている写真を見るとやはり嬉しいです。ありがとうございます。

手術手技を確立するために 米国各地で学び、欧州を視察

仲村:墨東病院のリウマチ科部長として戻られたのはいつですか。

内田:大塚病院勤務ののち何度か大学に戻ったり出たりして、墨東病院に戻ったのは入局6年目でした。辞令には「整形外科医長リウマチ担当」と書かれていました。卒後6年だから医長かなれない、しかもリウマチ科というのは診療科ではないと言われましたからね。

それから3年後の昭和54年(1979年)に米国で研修する機会を得ました。墨東病院でのリウマチ診療は私がやらなければいけない、そのためにはとにかくきちんとした手術手技を学ぶ必要があるとの一心でした。人工足関節はマサチューセッツ総合病院(MGH)のHarris(ハリス)先生、人工膝関節はスペシャル・サージェリー病院(HSS: Hospital for Special Surgery)のInsall(インソール)先生とBurstein(バースタイン)先生に学びたいと考えました。

仲村:いずれも大御所ですよ。

内田:いざ、米国で学んでよというところになったのですが、幸運なことに、ハリス先生のところには、医局の先輩で当時東京警察病院にいらした加藤文雄先生が1年間留学していましたので、そのご縁で加藤先生に紹介状を書いていただくことになりました。スペシャル・サージェリー病院からも運よく許可をいただきました。

仲村:マサチューセッツ総合病院はボストン、スペシャル・サージェリー病院はニューヨークですね。

内田:ハリス先生の場合には、加藤先生の紹介状をもらって行ったお陰だと思のですが臨床ができたのです。手術場の中に入れてもらって、第一助手をさせてもらいました。短期間の研修でしたが、ものすごく勉強になり、技術を習得しましたね。

仲村:それはすごいですね。スペシャル・サージェリー病院はいかがでしたか。

内田:人工膝関節では左右前後の軟部組織のバランスが重要です。しかし実際のところ、どのくらいのテンションでインプラントを設置すればいいのかというのは、教科書には書いてありませんし、書けませんよ。バースタイン先生と一緒に手術に入りながら、「これぐらいの感覚だよ」「これ、わかるかい」と手をとって教えてくれたのです。「この感触を覚えろ」と。この時の手術室の光景、雰囲気、そして手に残った感触は今でも忘れることはできません。

仲村:素晴らしい、そして得難い経験ですね。

内田:スペシャル・サージェリー病院では、

Ranawat(ラナワット)先生(リウマチ性環軸椎脱臼のX線評価法で有名なラナワット先生)と同じ手術場になることが多く、すぐに仲良くなって、いろいろ教えてもらったのですよ。股関節グループのトップのSalvati(サルバーティ)先生もいました。

仲村:すごい。有名人ばかりですね。

内田:ボストンに10日、ニューヨークに10日、それぞれ股関節と膝を学んだあと、当時THARIES法によるSurface Replacement(表面置換術)をやっていたAmstutz(アムスタッツ)先生のいるカリフォルニア大学にも寄りました。

仲村:濃密な1ヵ月間ですね。

内田:病院以外で印象深かったのが、ボストンの街は看護師さんたちがユニフォーム姿で電車やバスで通勤しているのどかな環境だったのに、ニューヨークは人種差別が激しい最後の時代で治安も最悪でびびりました。

仲村:先生はリウマチ財団の海外派遣員として欧州にも行かれたんですね。

内田:米国から帰った翌年に足関節の関係で申請していたものが通り、行かせていただきました。ドイツにあるEndo-KlinikのBuchholz(ブッフホルツ)先生が当時一番有名だったわけですよ。Endo-Klinikは小さな病院で、その印象はとにかく清潔であることでした。ドクターとスタッフの出入口が違うのです。日本にあるクリーンルームなどの設備はない代わりに、清潔に対しての意識が徹底されていました。その後オーストリアのMüller(ミュラー)先生のところにも行きました。

仲村:股関節で有名なミュラー先生ですね。

内田:手術に関しては、どちらも私が当時やっていたのとほぼ同じような感じでしたね。ただ、ミュラー先生のインプラントの骨頭径は32mm径でしたので、日本人にはちょっと大きすぎるなど。欧州にはCharnley(チャーンレー)先生もいましたが、逆に22mm径で小さすぎると感じました。米国と欧州のいくつかの大御所の門を叩いた結果、股関節はやはりハリス先生の26mm径の骨頭でいくと決めました。膝に関しては、スペシャル・サージェリー病院で学んだ技術でやっていこうと決めました。ある程度の自信もありました。

手術をしないで済むためには どうしたらいいか:薬物治療へ

仲村:先生はその後、人工膝関節は3,000例、人工股関節も200例以上の執刀を重ねてこられたのですが、私など先生の孫弟子にあたる世代にとって内田先生は「薬物治療の内田」というイメージが強いのです。ご講演などを拝聴していても「手術は手術でいいけれど、リウマチは薬物療法を一生懸命やらないとだめです」とお話しされていた印象が残っています。一般的に相当数の手術件数を重ねると、もう権威になるわけで「私は人工膝関節を極める」「私は股関節専門でいく」という整形外科医がほとんどです。けれども、あるときから内田先生は薬物治療の第一人者にもなっていく。リウマチ診療の軸足を手術単独から薬物療法にもシフトしていったきっかけは何でしょうか。

内田:手術はよくやりましたね。多い時には1日8関節の人工膝関節手術をしていました。午前2人、午後2人の両側人工膝関節(計8関節)を月、水、金で1週24関節という計算です。

しかし、あまりの忙しさのために逆に、手術に至らないためにはどうしたらいいかということを考えるようになったのです。それには薬物療法をしっかりとやるしかない。

仲村:なるほど。だから数多くの手術を手掛けながらも、リマチル(ブシラミン)をはじめ、さまざまな治験をやられたわけですか。

内田:Phase IIIだけでなく、発売前のPhase IIの治験もたくさんやりました。自験例の抗リウマチ薬の10年成績もヨーロッパの学術誌によく載せてもらいました。手術の短期成績と同じように、薬物療法の1年成績にもあまり意味を



図1 90歳リウマチ女性。内田式人工足関節の19年経過例

感じませんでした。絶対に10年成績を出さなくてはいけないと思って頑張ったわけです。

仲村: 当時、春の日本リウマチ学会には薬物治療の成績を、夏のリウマチの外科研究会(現・日本リウマチの外科学会)には手術成績の発表を弟子の先生方に課していたと伺いました。

内田: そうです。ローテーターの先生方にもね。

仲村: 一般的に整形外科医は手術にしか興味がない人が多いのですが、先生のお考えはリウマチ診療をやるうえで薬物療法をきちんとやらないとだめですよと。それが内田イズムですね。

内田: 「どうしたら手術をしなくて済むかを考える」ということです。

仲村: リウマチ診療における先生の功績は手術療法にしても薬物療法においても、きわめて大きいと思いますし、こうして多くの弟子たちを育ててこられたことで、今の東大整形外科リウマチグループの系譜があるというわけですね。

墨東病院を去り、55歳で新たなステージに

仲村: 墨東病院で手術・薬物治療に明け暮れるなかで、先生は大きなご決断をすることになります。ある時突然、内田クリニックを開業されるのですよね。そこがまた思いきりがいいなと驚いたのですが、おいくつときですか。

内田: 55歳のときです。あと10年、定年までやるかやらないかを考えました。入局6年目から墨東病院で20年以上やってきて、若い人にバトンタッチしたほうがいいのか悩んだわけです。都立病院という大きな組織では、学問的にいくら有名で

も、手術をどれだけこなしても、お金の計算ができなければ、幹部への昇進がなかなか難しいということなんです。

仲村: とはいっても、決め手は何だったのですか。

内田: いろいろ考えようと思って旅行に行ったのですよ。ハワイの海と空を見ながら、「やはり長くやってはいけない」と。私がいるから若い人たちが自分の考え方でやれないわけですよ。自分自身も長い間やっているから若い人の考えでやるのができない。やはり辞めなくてはならないと自分に言い聞かせて帰ってきたわけです。そして、錦糸町の駅前、ちょうど墨東病院の反対側にクリニックを開きました。これまで墨東病院に通院していただいたリウマチ患者さんの便も考えて場所を選びました。

仲村: なるほど。では同じリウマチ患者さんを診るにあたって、クリニックと病院とでは何か変化はありましたか。

内田: 開業して22年になりますが、忙しさは変わりません。やることもね。

仲村: つまり、先生のライフワークであるリウマチの薬物治療を突き詰めるということですね。

内田: そうです。手術患者をつくらないようにする(笑)。

仲村: 実際にリウマチの患者さんはどれくらいいらっしゃいますか。

内田: 開院した当時は95%がリウマチの患者さんでした。今でも覚えています、開院したその月は墨東病院で診ていた960名のリウマチ患者さんが文字通りクリニックに押し寄せました。忙しかったですね。現在は6割がリウマチで4割が非リウマチです。ご高齢だった患者さんが次々

と亡くなってしまったということもあります。

仲村: でも、薬のお陰で以前よりリウマチ患者さんの平均寿命は延びましたね。

内田: 90歳代の方も数人診ています。昔はそのような方はいなかったですから。

仲村: それも、薬物療法をきちんとやっているからですね。

内田: コントロールできているということです。みんな薬の使い方が上手くなったということですよ。

仲村: 今はもうバイオの時代になって、本当に先生のおっしゃるように手術をしなくてもいい時代がすぐそこまで来ています。

内田: リウマチ診療に携わって50年、やっとそういう時代になりました。

薬物療法の限界をいかにして破るか

仲村: 最後に、リウマチ医療の未来と若いリウマチ医へのメッセージをお願いします。

内田: そうですね。まず、手術をしなくて済むようなリウマチ医療を構築しなくてはならないということですね。また、バイオにしてもJAK阻害薬にしても薬価が高い。これは政治・行政の問題ですが、もう少し安く万人が使える薬価をつけてほしいですね。そして、手術にしても、薬物にしても、治療には限界はありますから、その限界をいかにして超えるかということ若い皆さんに考えてほしいです。

仲村: どうしたら手術をしなくて済むか、そして薬物療法の進歩ですね。

内田: そうです。効果はあるけれど副作用がある、そうすると今度は副作用のない薬をどうやったら開発できるかというのが次のステップだと思います。

仲村: たとえば肺の合併症を少なくできる薬とか。

内田: いろいろテーマはありますから、そうしたことを考えて欲しいです。

仲村: なるほど。今日は誠にありがとうございました。



診察室の壁に貼り付けられた薬剤サンプル。これを見ながら患者さんに治療薬を説明する。



関節注射をする内田氏。



取材後、内田クリニックの診察室にて。長時間お疲れさまでした。



糖尿病専門医の娘さん(三木寛子さん・左隣)とリウマチ医(整形外科医)の息子さん(内田嘉雄さん・右隣)をはじめ、内田クリニックを支えるスタッフの皆さん(事務の方3名、看護師さん4名、リハビリスタッフ3名)。

GRAPPA 2021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センター長

GRAPPAはGroup for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis(乾癬および関節症性乾癬の研究と評価のためのグループ)の略で、当初、米国で結成された乾癬ならびに関節症性乾癬に対する研究の促進、治療ガイドラインの作成などを行っている団体である。現在では国際的な組織になっており、リウマチ医、皮膚科医、放射線科医、遺伝学者、方法論学者、疫学者なども含む多様なグループになっている。次期のGPAPPA Presidentは皮膚科医とリウマチ科医ということで、よりコラボレーションが進んでいくことが期待される。7月8日から10日にかけて、GRAPPAのAnnual Meeting & Trainee Symposiumが行われた。今回もコロナの影響を受けて昨年に続きオンラインでの実施であった。実際のプレゼンテーションは予め録画・録音されたものが流さ

れるが、プレゼンターはその場でオンライン上に来ており、チャットでのコメント、質問などにLiveで答えていくため、とても活発な学会となっていた。3日間のセッションの中から筆者の独断と偏見で気になったトピックをいくつか紹介したいと思う。GRAPPAの2021年の新しい治療推奨に関しては、前回のEULAR 2021学会速報にてご紹介したのでそちらを参照していただきたい(<https://www.rheuma-net.or.jp/rheuma/rm220/pdf/news168.pdf>)。

1. COVID-19関連情報

やはり最近の学会ではCOVID-19の話題なしでは進まない。今回のGPAPPAでもCOVID-19の話題が一番に出ていた。米国リウマチ学会のCOVID-19ワクチンガイダンスにかかわっているアラバマ大学のJeff Curtis先生からの話が

あった。GRAPPAの学会開催時点ではまだversion 3であったが、その後、8月19日にversion 4にアップデートされている。本紙面をご覧になる時には、さらにアップデートされている可能性もあるので、リンク先を確認していただければと思う(米国リウマチ学会COVID-19ワクチンガイダンス:<https://www.rheumatology.org/Practice-Quality/Clinical-Support/COVID-19-Guidance>参照)。

- Version 4での主な変更点は下記に挙げておく。
- 米国ではmRNAワクチンのほうがジョンソン・エンド・ジョンソン社のワクチンよりもリウマチ性疾患患者には勧められている。
- ヒドロキシクロロキンを除く免疫調整薬/免疫抑制薬を使用している患者に、mRNAワクチンの2回目接種から少なくとも28日以上経過してから、3回目の接種を勧めている。

- CasirivimabとImdevimabの抗体カクテル療法がFDAから緊急使用許可が出されたことに対して、COVID-19の重症化リスクのある群として、自己免疫炎症性疾患患者やヒドロキシクロロキンを除く免疫調整薬/免疫抑制薬を使用している患者が含まれると記載された。
- 今まで、免疫抑制薬や生物学的製剤などの抗リウマチ薬などの休薬の目安が推奨されてきたが、カルシニューリン阻害薬に関しても、病勢が落ち着いている場合には、ワクチン摂取後1週間休薬を推奨する。
- プースター接種の際の休薬に関しては、ステロイドと抗サイトカイン(IL-17、IL-12/23、IL-23、IL-1、IL-6)以外に関しては病勢が落ち着いていれば、1~2週間の休薬を推奨する。抗サイトカイン治療薬に関しては、コンセンサスが得られていない。

2. デイバート:乾癬あるいは関節症性乾癬の生物学的製剤のファーストラインはどれ?

次に、米国の学会ではデイバート形式のセッションは人気がある。テーマとしてはIL-17阻害薬/IL-23阻害薬かTNF阻害薬のどちらをファーストラインとすべきかであった。二人の皮膚科医がこの二つの立場に立って皮膚の治療に関してそれぞれの主張をし、その後二人のリウマチ科医が二つの立場に立ち、関節症性乾癬の治療に関してユーモアを交えながらそれぞれの主張

をする・反論をするという形で進んだ。当然のことながら、皮膚科の立場では、IL-17阻害薬やIL-23阻害薬が直接比較で有効性が高いということが示されている中で、TNF阻害薬からの立場で論じるのは難しいところである。米国では保険会社の意向が強く働くということや、値段的にバイオシミラーが半額以下で手に入ることからTNF阻害薬が優先されるという話など、医療制度によるところも多いことが感じられた。

リウマチ科医からの立場では、IL-17阻害薬やIL-23阻害薬を第一選択とする論者から挙げられた論点としては、IL-17やIL-23が病態で中心的な役割を果たしていること、IL-17阻害薬ではMTXの併用が必要ないこと、継続率の高さ、また、関節症性乾癬の体軸性病変に対してIL-17阻害薬は直接的な試験でエビデンスがあることなどがポイントに挙げられていた。反対に、TNF阻害薬を第一選択にという論者の論点としては、TNF阻害薬のもつ長期安全性のデータ、バイオシミラーもあり価格の点などからも世界的にアクセスが容易なこと、IL-17阻害薬よりも幅広い領域(ぶどう膜炎や炎症性腸疾患など)に効果があること、妊娠に関する安全性、乾癬/関節症性乾癬の合併症としてあるメタボリック症候群に関して、心血管イベント抑制のデータがTNF阻害薬にあることなどが提示されていた(表1)。

日常臨床では、紋切り型にこれがファーストラインと決めて薬剤を使用しているわけではなく、個々の患者さんのバックグラウンドを考慮し、どの薬剤が最適かを臨床医はそれぞれの患者さんに関して決めていくかと思う。こういったディスカッションを通して、よりどのような患者さんにどのような薬剤を使うのが良いということがクリアになるのではないかと思う。

3. 関節症性乾癬における体軸性病変(Axial PsA)

Meet the Expertsのセッションからは関節症性乾癬における体軸性病変(Axial PsA)の話があった。脊椎関節炎に含まれるものの、Axial PsAはあまり研究の対象となっていない。臨床的な特徴には強直性脊椎炎(AS)と差があるとされており、Axial PsAのほうが年齢が高く、炎症性腰痛があるのは半分程度と少なく、末梢性関節炎は悪いことが多く、仙腸関節炎は片側性のことが多く、仙腸関節炎がなくても脊椎炎のみをきたしてることがある。HLA-B27の陽性率もAxial PsAでは25%程度と、ASに比べて低く、Syndesmophyte(靱帯骨棘)もASと比較すると、片側性であったり、連続する椎体に出なかったりといったことがある。

歴史的にはASに効果があるとされる生物学的製剤は、Axial PsAにも効果があるとされてきた。Axial PsAを今後理解していくにはいくつかの問題点がある。BASDAIはASでの活動性の指標としてよく用いられるが、BASDAIをAxial PsAに用いることの限界がある。BASDAIの6つある質問のうち、背中の症状に特化した質問はQ2の背中の痛みを聞く質問のみであり、その他の質問は関節症性乾癬において末梢の症状が改善しても良くなってしまふ可能性のある内容である。実際、末梢性の関節症性乾癬と軸性の関節症性乾癬でBASDAIのスコアは大きく変わらず、生物学的製剤で治療した際の変化も大きく差がなかったという報告もある。今後、ASASとGRAPPAの共同でAxial PsAの分類基準の作成が始まろうとしており、

GRAPPA内のリサーチとしてAxial PsAを分子レベルから解明していくという取り組みもあったりするので、Axial PsAとASは全く異なるものかという問いに関して答えが出る日も近いかもしれない。興味深いのは、ASにおいてIL-23阻害薬は臨床試験で効果を見出すことができなかったが、MRIや単純X線で軸性病変のあるPsA患者に対してIL-23阻害薬であるグセルクマブを使用した第Ⅲ相試験の事後解析でプラセボ群に比べてBASDAIの改善、また、背部痛の改善がみられた。今後、正式にAxial PsAへの効果をみる臨床試験が開始されるようである。

限られた紙面での限られた情報であるが、一つの疾患をさまざまな側面から学ぶことのできる有意義な学会であった。

表1 IL-17阻害薬/IL-23阻害薬またはTNF阻害薬を第一選択とすべきかのディスカッションポイント

「IL-17阻害薬/IL-23阻害薬を第一選択に」でのポイント	「TNF阻害薬を第一選択に」でのポイント
皮膚科医の立場からの論点	
TNF阻害薬との直接比較試験での優位性が証明されている	集団としてIL-17阻害薬やIL-23阻害薬が効果は優れているが、個人をみてもTNF阻害薬でも十分に効いている患者がいる
継続率が高い	バイオシミラーもあり、値段的としても、手に入りやすさとしてもTNF阻害薬のほうが良い
炎症性腸疾患がある際にIL-17阻害薬を避けるべき以外には大きな禁忌肢がない	炎症性腸疾患や関節炎のある患者では、TNF阻害薬のほうが好まれる治療薬である
投与間隔が長く、便利である	何らかの理由で効かなかったとしても、他の薬剤へスイッチすることが可能である
リウマチ科医の立場からの論点	
IL-17やIL-23は乾癬の病態生理における中心的な役割をしており、最初から免疫学的に良い選択をする	筋骨格系症状にIL-17阻害薬やIL-23阻害薬がTNF阻害薬より優れているということはない
臨床試験で筋骨格系症状に関しては、IL-17阻害薬とTNF阻害薬は同等の効果である	TNF阻害薬のほうが長期にわたる安全性データがある
IL-17阻害薬単剤に対して、TNF阻害薬+MTXが同等であったという試験結果があり、MTXを避けられる	TNF阻害薬のほうが、IL-17阻害薬やIL-23阻害薬よりも手に入りやすい
継続率が高い	TNF阻害薬のほうが幅広いドメインの症状に効果がある(ぶどう膜炎など)
IL-17阻害薬には体軸性の関節症性乾癬での効果を証明した臨床試験がある	心血管イベント抑制のデータがある
投与間隔が長い	妊娠の観点からの安全性がある
結核の再活性、脱髄性疾患、パラドキシカル反応の心配がない	



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6回 北海道内科リウマチ科病院

看護師 島田 有貴 氏



1. 私の仕事

主に外来患者さんへの生物学的製剤の投与や自己注射指導、薬剤師と協働してMTXなどの服薬指導を行っています。そのようななかかわりの中で、患者さんの治療への思いや患者さんと医師との受け止め方の相違などがあった場合は医師へ情報提供し、患者さんが安心して治療を受けられるよう支援しています。

2. 資格を取るきっかけ

老若男女問わずさまざまな背景をもった患者さんが来院されています。外来受診でのかかわりの中で治療に対する不安や悩みを看護師に表出する場面も多くあります。私は専門的な知識をもって患者さんと向き合っていきたいと考え資格を取得しました。

3. こんな時資格が役立っています

治療中の不安(病状の経過や経済的負担など)をもつ患者さんとかかわりでは、傾聴しケアナースとしてのRA疾患の知識や経験をもとに助言をするなど、不安な気持ちに寄り添うことができるようになったことです。「あなたとお話ができて、不安が少し解消されました」と言われると資格が活かされた実感でき、また私の原動力となっています。

4. 今後の抱負

専門医療を求めて来院される患者さんに「ここで治療を受けられてよかった」と言ってもらえるよう、これからも多職種と連携しチーム医療を実践していきたいと思っています。

薬剤師 丸山 真吾 氏



1. 私の仕事

調剤担当、外来担当をローテーションしながら、現在は病棟担当として主に入院患者さんの服薬指導を行っています。また、病棟に常駐し、看護師に対しての薬剤適正使用のための情報提供だけでなく、薬にかかわる全ての職員の窓口にもなっています。病室に入り、患者さんから私も私もと薬についての質問がくることもあり、楽しく雑談を交えながらも薬識向上のため真剣にかかわっています。

2. 資格を取るきっかけ

入職時にはまだ数剤であった生物学的製剤もさまざまなタイプのもので発売され、副作用、正しい使用法など、専門性をもった指導を行わなければいけないと思っていたタイミングでの認定制度開始でした。

3. こんな時資格が役立っています

他施設の資格保持者と連携し、リウマチ膠原病に興味のある薬剤師向けの勉強会を開催したり、薬業連携の適正化を目指したツールを作成したりしています。それらが結果的に患者さんの助けになればいいと思っています。

4. 今後の抱負

専門性をもちチーム医療の一端を担いつつ、外部へは情報を共有・発信し、患者さんからは話しやすい、なんでも相談できる、そんな薬剤師を目指して日々努力していきたいです。

令和3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	11/21 (日)	Web開催	札幌医科大学医学部 免疫・リウマチ内科学 教授 高橋 裕樹
東海・北陸	12/5 (日)	JPタワー名古屋 ホール&カンファレンス (ハイブリッド開催)	津市医師会病院 整形外科・リウマチ科 佐藤 正夫
近畿	11/14 (日)	メルパルク京都 (ハイブリッド開催)	京都府立医科大学大学院 医学研究科免疫内科学 病院教授 川人 豊
中国・四国	令和4年 2/6 (日)	JRホテルクレメント高松 (ハイブリッド開催)	香川大学医学部附属病院 膠原病・リウマチ内科 土橋 浩章
九州・沖縄	11/28 (日)	アクロス福岡 (ハイブリッド開催)	国家公務員共済組合連合会 浜の町病院 膠原病内科 部長 吉澤 誠司

開催情報、詳細等は財団ホームページをご覧ください。

令和4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4年3月1日～5月31日

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。) 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4年3月1日～5月31日

令和4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。平成24、29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4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4年2月1日～4月30日

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ている。
- 直近の5年間に於いて
 - リウマチ性疾患のリハビリの指導者名簿……………10例*
 - 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。
 - 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) 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

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3年9月 企画運営委員会議事録

令和3年9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。日 時:令和3年9月14日(火)18:00～18:41

【報告事項】

- 委員会報告
 - 医療保険部会(8月10日) 令和4年度診療報酬改定要望事項の取りまとめについて報告された。
- 「リウマチ病学テキスト改訂第3版」の進捗状況について 令和4年3月刊行に向け、日本リウマチ財団の教育研修委員会と日本リウマチ学会生涯教育委員会とで査読を行い、初校準備に入ったことが報告された。
- 令和3年度リウマチの治療とケア教育研修会について 全国6地区の開催日程等が決まり、10月24日(日)に関東・甲信越地区を第1弾として開始される。北海道・東北地区はWeb開催、他の5地区はハイブリッド開催となること報告された。

【審議事項】

- 令和4年度リウマチ月間リウマチ講演会について 令和4年6月11日(土)に千代田区の「都市センターホテル」を会場としてWeb方式と併用のハイブリッド開催による実施とし、第一会場の午前中は患者さんと一般の方も参加可能な講演2題と式典、第一会場の午後並びに第二会場は医療関係者対象の教育研修会とする(案)について審議し、承認された。
- 令和4年度診療報酬改定等に関する要望書(案)について 医療保険部会がまとめた(案)について審議し、厚生労働省保険局長宛に提出することが承認された。
- 「膠原病・リウマチ患者さんのための新型コロナウイルスについてのQ&A」について 寄せられた質問をもとに、財団ホームページでQ&Aとして掲載しているが、日本リウマチ学会ホームページと共通性を持たせるため、リンク等の対応をおこなっていくことが承認された。以上

ノバルティス・リウマチ医学賞候補者募集

締め切り:令和4年1月31日(当日消印有効)



リウマチ性疾患調査・研究助成候補者募集

締め切り:令和3年11月30日(当日消印有効)

※今年度4件予定。その中から、「塩川美奈子・膠原病研究奨励賞」1件を選考する。



日本リウマチ財団リウマチ専門職表彰候補者募集

締め切り:令和3年12月31日(当日消印有効)

申請の手続き(応募要項・申請書)については財団ホームページをご覧ください。



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(APLAR 2021)

菱川 法和/京都府立医科大学リハビリテーション医学教室 助教

このたび、日本リウマチ財団登録理学療法士として初めて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を賜り、2021年8月28日から31日にかけてKyoto International Convention Centre (Kyoto, Japan) で開催された23rd Asia-Pacific League of Associations for Rheumatology Congress (APLAR)に参加させていただきました。一方で、100年に1度といわれる未曾有のパンデミックが世界各国で起こり、いまだ予断を許さない状況が続いています。まずはCOVID-19により、お亡くなりになった方々のご冥福をお祈り申し上げるとともに、ご遺族の方々には心よりお悔やみ申し上げます。また闘病中の皆様にはお見舞い申し上げます。このようなCOVID-19の拡大防止の一環として、本学会はオンライン参加の形式で行われました。

私は、Allied health: Physiotherapyのセッションにて、「Relationship between sarcopenia and physical activity in patients with rheumatoid arthritis-associated foot impairment: an accelerometer study」という演題名でPoster Presentationを行いました。Sarcopeniaは、1989年にRosenbergによって提唱された概念で、加齢を原因とする骨格筋量減少(1次性サルコペニア)と加齢以外(疾病、身体不活動など)を原因とする骨格筋量減少(2次性サルコペニア)に分類されています。2010年には、European Working Group on Sarcopenia in Older Peopleにおいて「骨格筋量と筋力の進行性かつ全身性の低下に特徴づけられる症候群で、身体機能障害、QOLの低下、死のリスクを伴うもの」と定義されました。また2016年には、ICD-10のコードを取得し疾患として認識されるなど、すでに超高齢化社会を迎えたわが国においてもsarcopeniaは非常に注目されています。とりわけリウマチ患者では、sarcopeniaの合併が多く(同年代の健常者の約3倍)、適切な予防や治療が必要といわれています。本研究では、歩行時の疼痛により移動が制限されやすい足部病変を有するリウマチ患者に着目した結果、sarcopeniaはさらに高率に合併し、特に中高強度(3METs以上)の身体活動量が著明に減少していることが明らかになりました。そのため今後の研究では、運動リスクの高いとされるリウマチ患者でも、骨格筋量を増加させる治療法の開発が必要であると考えています。また幸いにも本発表の内容は、APLAR 2021 Excellent Abstract Award on JCRに選出させていただきました。このような名誉ある学会での受賞を励みにより一層、日常診療や研究に取り組みたいと思っています。

末筆になりますが、日本リウマチ財団登録理学療法士・作業療法士制度を確立していただいたリウマチ専門職委員会の先生方、国際学会における参加にご支援くださいました学術助成委員会および企画運営委員会の先生方、ならびに本発表に多大なるご指導を賜りました本学の三上靖夫教授、遠山将吾講師に深謝いたします。

編集後記

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の患者数はデルタ株の出現で8月半ばまでは急増したが、その後、患者数は急減し、9月末で長期間に渡る緊急事態宣言は解除された。ワクチン接種も当初は出遅れていたが、その後、順調に進み米国の接種率をすでに追い抜いた。米国では有効なコロナ経口薬の開発が報じられ本年中には世に出るのではと期待されている。

さて本号では日本医大・桑名教授と小生の対談による「全身性強皮症治療の現状: 新たな治療概念と治療薬」が注目に値する記事である。関節リウマチでは生物学的製剤やJAK阻害剤の登場で寛解に至るケースも数多く認められる。一方で強皮症は病態の複雑さ、診断の難しさ、さらに治療薬の乏しさなどでリウマチ財団登録医のみならず専門医の先生方も敬遠する疾患である。桑名教授は一貫して強皮症にフォーカスして治療および研究に重点を置き、情報を世界に発信している。本稿では強皮症の診断、強

皮症専門医への紹介のポイント、治療薬の進歩や問題点をわかりやすく解説していただいた。読者の皆様もぜひ一読され、日常の強皮症診療に活かしていただければと願っている。

「リウマチ人」は内田詔爾先生と仲村編集長との対談である。内田先生は当初整形外科医として内田式人工足関節を開発して多くの関節外科手術を重ねてこられたが、現在は手術に頼らずリウマチ薬物療法にシフトしてその限界をいかに超えられるかを深く思索中で、今後リウマチ医を目指す方のみならず

専門医の先生方にも学ぶことが多いと思われる。

その他GRAPPAレポートではリウマチ患者へのコロナワクチンガイドも記載され読者には参考になる記事である。

COVID-19はワクチン接種が進んでいるとはいえまだ収束しておらず、新型コロナウイルスに感染した患者に日夜対応されている医療従事者の方々に深く感謝したい。

森本幾夫 順天堂大学大学院医学研究科 免疫病・がん先端治療学講座 教授