

Japan Rheumatism Foundation News

日本リウマチ財団ニュース

no. 171

2022年3月号

令和4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)

171号の主な内容

- 脊椎関節炎の診断・治療のポイント 第2回
● リウマチ人:山名 征三 氏
● アメリカリウマチ学会 (ACR) 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8回 甲南加古川病院

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

令和4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】
「多職種連携によるリウマチ性疾患征圧に向けて」

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、一般の方々と医療従事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てリウマチ講演会を開催、平成30年度からは医療従事者を対象とした教育研修講演を併設して開催してまいりました。近年、関節リウマチの治療は生物学的製剤の登場により寛解を目指せるようになり、更にJAK阻害薬の誕生で新たな時代へと大きな変化を遂げています。こうした治療薬の進歩も重要ですが、一方で個別の患者さんには医師のみならず看護師・薬剤師・理学療法士/作業療法士などによる総合的なケアが大切で、当財団では各職種のスキルアップを目指した登録制度を運営しております。そこで、令和4年度のリウマチ月間リウマチ講演会はメインテーマを「多職種連携によるリウマチ性疾患征圧に向けて」とし、リウマチ性疾患の医療に関わる全ての専門職による強力なチーム医療体制の確立に向けた研修の場を、講演会場から、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4年6月11日(土)
会場: 都市センターホテル(東京都千代田区平河町2-4-1 東京メトロ「永田町」駅徒歩約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):

Table with 2 columns: 職業/資格 and 参加費. Includes categories like 登録医, ケア看護師, 登録薬剤師, 理学療法士, 一般医, and スタッフ.

●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・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、申込方法等は3月下旬頃、財団ホームページに掲載予定です。

【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: 12:00~14:50

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2題

シリーズ: 脊椎関節炎の診断・治療のポイント

第2回

乾癬性関節炎 -皮膚科の立場から-

森田 明理(もりた・あきみち)氏

名古屋市立大学大学院医学研究科 加齢・環境皮膚科学 教授

Key Words

- 乾癬, 乾癬性関節炎, 乾癬皮疹, 爪病変, 不着部炎, 鑑別診断



乾癬皮疹や爪病変を見出すことが、乾癬性関節炎の診断に重要

乾癬性関節炎は、日本では、乾癬全体の10%程度と推定される。皮膚症状が先に現れることが多く(85%)、手先や足先に近い関節に痛み、腫れ、変形などを生じる。乾癬性関節炎は、①乾癬の皮疹に加え、②爪病変、③末梢性関節炎、④体軸性関節炎、⑤付着部炎、⑥指趾炎などの6つの病態ドメインに加えて、さらには併存性疾患となる⑦炎症性腸疾患、⑧ぶどう膜炎を加え、8つの複雑な病態をもつ(図1)。乾癬皮疹や爪病変を見極めること(見出すこと)が、乾癬性関節炎の診断に重要である。

乾癬性関節炎の早期診断と皮疹

乾癬性関節炎においては、アキレス腱や足底

部の痛みや腫れ、臀部や腰部の痛み(炎症性腰痛)、指炎、朝のこわばり、さらには爪の点状陥凹や爪甲剥離(爪乾癬)、被髪頭部の紅斑・鱗屑(頭部乾癬)などの症状が認められ、早期診断のきっかけとなる。乾癬性関節炎の早期診断や病勢・予後予測のバイオマーカーとして確立したものはない。特に、局面型乾癬皮疹が先行しない乾癬性関節炎では、診断が難しい。

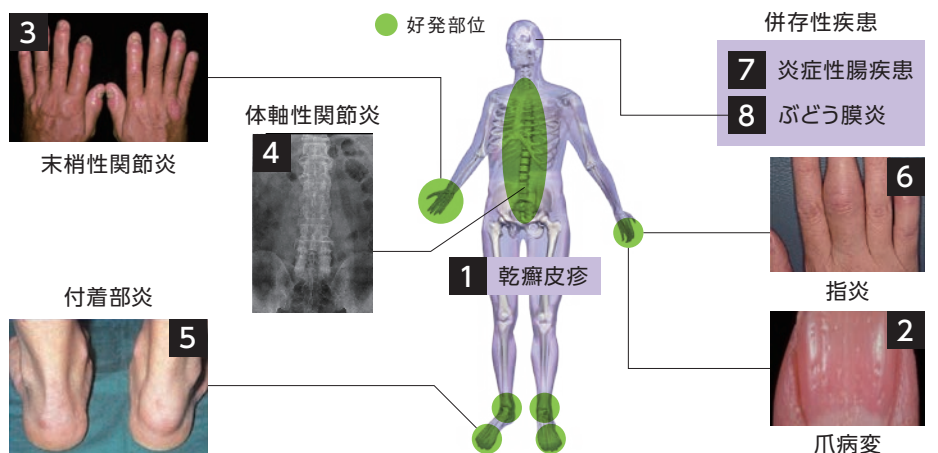
乾癬性関節炎の多彩な皮疹

乾癬の皮疹の病型も多彩であるため、皮膚科医にとっても、疾患の初期から診断をすることが困難な場合があり、経験を要する。乾癬皮疹の範囲が広いほど、乾癬性関節炎の合併率が高くなるとされるが、一方、乾癬性関節炎の患者全体をみた場合には、乾癬皮疹の範囲が狭いか、ほとんどない(頭部乾癬のみ)場合もあるので、

診断は容易ではなく、個疹の特徴や分布、配列などの皮疹の見た目(視診)だけからではなく、皮膚生検を要する場合もある。皮膚生検では、

乾癬の特徴的な病理組織像が得られる場合もあるが、非典型的な場合でも、除外診断と臨床像から、総合的に乾癬と診断をしていく。

図1 乾癬性関節炎の8つのドメイン(複雑な病態)



臨床的に典型的なものは、比較的診断が容易であるが、非定型であったり、搔破、薬剤、治療などで、修飾が加わったりすると診断は難しくなる。それでも、好発部位である頭部、肘、膝などをみることで乾癬を疑うことは十分に可能ならずである(図2)。初発は、頭部、肘、膝から発症することが多い。頭部も後頭部、側頭部が多く、ふけ(鱗屑)が多いことで気づくが、脂漏性皮膚炎との鑑別が難しい。表面の鱗屑は、未治療であったり、病勢が強かったりする場合、銀白色で固着するが、雲母状にめくれる。また、雲母状の鱗屑をめくっていくと点状の血液滴がみられる(Auspitz現象)。どの患者でもみられるわけ

はないが、病勢が強いときにみられる。一見正常にみえるところをこすることによって生じるKöbner現象は、すべての乾癬患者に生じるわけではなく、約50%程度に生じる。

爪乾癬の特徴と重要性

爪乾癬の存在が、乾癬性関節炎の早期をとらえている可能性があり、爪乾癬をみること(爪の診察)が重視される。爪乾癬は、爪母乾癬・爪床乾癬にわかれる。乾癬皮疹がない場合、爪乾癬の存在が、乾癬性関節炎の重要な診断根拠となる。爪乾癬は、乾癬の初発症状である

場合があるが、乾癬の典型的な皮疹はなく、頭部乾癬が部分的にみられることがある。遠位指節間(DIP)関節の付着部炎のため、爪乾癬を生じるとも考えられ、爪乾癬の存在が、乾癬性関節炎の早期ととらえている(図3)。さらには、爪乾癬を爪乾癬重症度指数(NAPSI)という方法で点数化し、仙腸関節炎のグレードと比較したところ、NAPSIが高いことと仙腸関節炎があることに関連があることが明らかとなった。爪母の病変を爪母乾癬と言い、点状陥凹、横線(横溝)、爪粗造、白色爪、赤色爪半月、爪甲縦溝、爪甲粗造化、爪甲白斑など。爪床の病変を爪床乾癬と言い、爪甲剥離、線状出血、油滴、爪甲下

角質増殖など(図4)。点状陥凹は、円形脱毛症でもみられることがあるが、上記の爪母、爪床の病変が組み合わせのある場合は、爪乾癬と考えてもよい。また、横線、爪甲剥離、線状出血が、乾癬性関節炎に関連することが明らかとなっている。

乾癬の鑑別診断

脂漏性皮膚炎、貨幣状湿疹、梅毒、ジベルばら色靴痕疹、皮膚T細胞性リンパ腫などが、乾癬と鑑別すべき疾患として挙げられる。脂漏性皮膚炎は、頭部乾癬との鑑別は非常に難しく、両者の中間となるseborrheic dermatitisという診断をつけることがある。脂漏性皮膚炎との違いは、乾癬では、被髪頭部を超えること、耳介後部や前額部などで鱗屑を伴う紅斑がみられる。なお、乾癬の病勢が強いときは、鱗屑のサイズが大きい。少なくとも、脂漏性皮膚炎に比べれば大きい(図2)。梅毒(二期梅毒疹)では、体幹の皮疹は、分布、個疹とも乾癬に酷似するが、掌蹠に乾癬類似の皮疹をみたら、梅毒血清反応を行うことがすすめられる。

図2 乾癬皮疹の特徴



図3 爪乾癬と付着部炎の関係

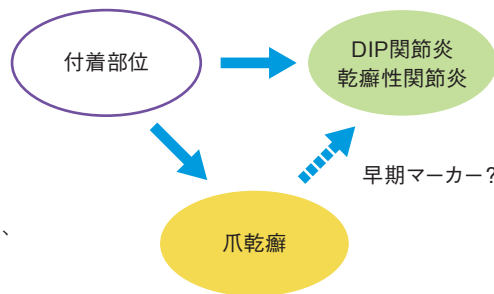
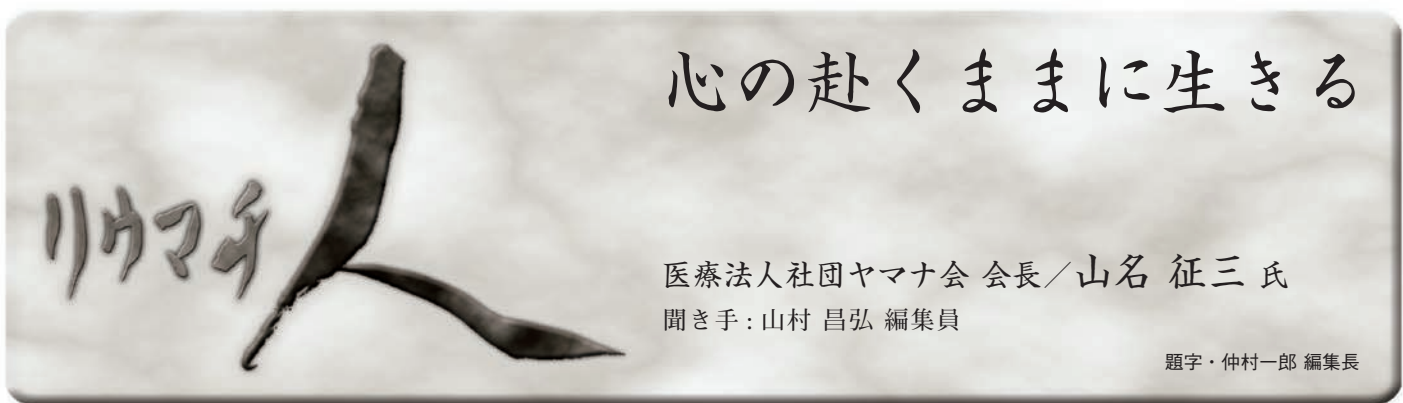


図4 爪乾癬の臨床



おわりに

乾癬性関節炎の早期診断には、乾癬の皮疹、爪病変は非常に重要であり、特に皮疹の範囲が狭い場合は、皮膚科専門医として診断は難しく、皮膚病理生検を行わなければならない。一方で、皮疹がある程度ある場合も、乾癬の皮疹は、多彩であり、早期に確実な診断をしておかなければならない。



勉強がきらいだった。授業をサポート遊び呆けていた。周囲が医者だから自分も医者になった。そう振り返る山名征三氏。だが、研究歴が浅い。入局2年目でT細胞・B細胞の区別を予言する発見。オーストラリア留学2年9ヵ月でPh.D.(英国圏の医学博士)取得。帰国後、ベーチェット病の常識を覆す病理所見を提示。学界の寵児となるが、42歳で大学を去り、民間病院院長を経て、独立自営の道へ。地位や社会的立場を追わず果敢に挑んだ80余年の人生行路を貫くものは何か? (※本稿タイトルの「心は赴くままに生きる」は同名の自叙伝が発刊されている。末尾写真参照)

「医者だらけ」の環境で育った幼少期勉強がきらいの少年が医学生に

山村: 山名先生は、私にとって岡山大学・旧第三内科の大先輩に当たります。私が入局した当時、先生はベーチェット病の外來を担当しておられたのを思い出しますが、免疫の基礎分野での先生の研究業績についても当時からいろいろ伺っておりました。きょうは、そのご業績を中心に詳しくお聞きしたいと思います。まず、医師を志したきっかけと、医学生時代のことなどをお話いただけますでしょうか。

山名: 私の育った家庭は、父が内科医、母が眼科医で、私の兄も医者になり、親戚にも医者が大勢いるという「医者だらけ」の環境でした。加えて、父方が江戸時代に遡る蘭学医の家系だったこともあるので、私の場合、自ら志して医師になったというより、自然の成り行きとしてそうなったというほうが実情に近いと思います。

子どものころから勉強はあまり好きではなく、医学生時代も遊んでばかりで、特に前半は授業をよくサポートしていました。おかげでドイツ語など惨憺たるもので、学期末試験の直前まで、「アインス(eins)、ツヴァイ(zwei)、ドライ(drei)」とは数字の1、2、3のことだということすら知りませんでした。後半の専門部に入ってから周囲に

遅れないように、人並みに勉強に励むようになりましたが、それでも決して褒められるような学生ではなかったと思います。

昭和39年(1964年)に岡山大学医学部を卒業後、東京の立川共済病院で1年間のインターン生活を送りました。悪名高いインターン制度ですが、私にとっては、全国各地の国公立大学医学部の卒業生13人と一緒に寮生活を送ったことや、近くの病院で宿直して、生まれて初めてのアルバイト収入を得た経験など、大きな刺激を受けた1年間でした。このときのインターン仲間との交流は50数年を経た現在まで続いています。

インターン終了後、第二内科入局リンパ球の2種類の別を発見

山村: インターン終了後、先生は岡山大学へ戻って血液学を専門とする第二内科に入局され、入局2年目にして、免疫学の歴史の上で非常に大きな意義のある発見をされました。当時は免疫学といっても、何かつかみどころのない学問だったと思いますが、研究テーマはどのようにして選ばれたのでしょうか。

山名: まず、第二内科に入ったのは、当時の教授であった平木潔先生が私の父と岡山医科大学(現・岡山大学医学部)の同期であったという

ご縁からですが、研究テーマのほうは、私が属した免疫班のボスであった大藤真助教授(当時)から、「君、胸腺をやりたいまえ」といわれ、その一言で決まりました。

とはいっても、そのときは胸腺について何も知らなかったで、図書館に通って関連の論文を片端から読みあさっているうちに、当時、胸腺が免疫の研究の注目の的であることを知りました。オーストラリア・メルボルン大学のミラー博士が、胸腺を摘出した新生児マウスは消耗性疾患で100%死亡するという事実を昭和36年(1961年)に発見して以来、胸腺は免疫機構の中核を司る組織なのではないかと注目されるようになり話題を呼んでいたのです。

私は早速、国内でマウスの胸腺摘出の技術をもっている研究者の一人であった九州大学の野本亀久雄先生を訪ねました。野本先生に胸腺摘出の手法を実演して教えていただき、その日のうちに帰途に就きましたが、帰りの列車の中で、「待てよ、胸腺を外科的に摘出なくても、抗胸腺細胞血清(ATC)を作って注射すれば、胸腺を摘出したのと同じ状況が作れるのではないか」という考えが閃いたのです。

山村: それこそまさに、先生の新発見につながる重大な瞬間であったと思います。そこから、どのようにして新発見に導かれていったのでしょうか。

山名: 岡山へ帰った翌日から早速ATSの作製に取りかかりました。まずDDSとC57blの2系統のマウスを用意し、このうちC57blの胸腺細胞を採取しウサギの静脈に注射してATSを作りました。白いDDSマウスに黒毛のC57blマウスの皮膚を移植し、翌日からATSを2ヵ月間毎日、それ以後は1日おきに注射して、移植した黒毛の皮膚がどうなるかを観察したところ、なんとATSを注射した群は全例で移植皮膚が生着し、毛も伸びてきました。つまり、拒絶反応が起こりませんでした。これに対して、正常ウサギ血清を注射した群は全例とも10日余りで移植片が硬化し宿主から離脱しました。即ち、拒絶反応が生じたわけです。

以上のことから、ATSは強力な免疫抑制作用をもつことが証明されたのですが、もう一つ驚くべき発見がありました。

ATSを作る際、対照として、脾臓と腸間膜リンパ節からも細胞を採取し、ATSと同様の手法で抗脾細胞血清(ASS)と抗腸間膜細胞血清(ALS)を作製したのです。当時は、胸腺細胞も、脾細胞も、腸間膜リンパ節細胞も、みな同じリンパ球だと考えられており、私もそのように考えていました。ところが、この3種類の抗血清を皮膚移植後のマウスに注射したところ、ATS群では移植皮膚がいつまでも生着していたのに対して、ASS群では15~16日程度まで、ALS群では20日程度までの生着期間延長しかみられなかったのです(図1)。

まだT細胞、B細胞の概念が存在せず、リンパ球を大中小のサイズで分類していた時代に、胸腺のリンパ球と脾臓のリンパ球は性格が異なることを示唆したこの発見は衝撃的なものでした。一連のデータをまとめて学会で発表すると大変な反響を呼び、私は大学卒業後3年目の若さで、関連学会にシンポジストとして招かれる身になりました。しかし、その反面、私は自分が発見した事実が何を意味しているのかわからず困惑しました。当時の免疫学のリーダー格である何人もの先生方に意見を求めましたが、明確な答えを得ることができませんでした。中には、「実験のやり方に問題があったのでは」と疑う先生もおられました。私はオクターロニーの沈降線が胸腺リンパ球には他のリンパ球にない抗原性があることまで追い詰めましたが、そこまででした。

このまま日本にいてももちが明かないのではな
いかという気持ちが強まってきました。

メルボルンに留学し 2年9ヵ月でPh.D.を取得

山村:先生はその後、昭和44年(1969年)に博士
号を取得され、昭和45年(1970年)からは約3年
間、オーストラリア・メルボルンのモナシ州立
大学に留学されましたが、今のお話から察する
と、メルボルンでもやはり抗リンパ球抗体に関
連する研究をされたのでしょうか。

山名:そうなのですが、実は現地へ到着早々、私
のやる仕事をめぐって少しもめたことがありま
した。というのは、留学準備中から連絡を取り合
っていたネイルン教授(蛍光抗体法の生みの親の
一人)が部下のデビス講師を通じて、「セイゾ
ウ、君は僕(デビス)のところへ腫瘍免疫の研
究をやれ」と言ってきたのです。デビス講師が
ボスで、腫瘍免疫が研究テーマとは裏腹に水で
したから、私は直ちに「私は抗リンパ球抗体の
仕事をしにメルボルンへ来た。腫瘍免疫をや
りに来たのではない」と激しい口論になりました。
さらに、「私はここで、より強力な抗リンパ球抗
体を作りたいと思っている。その仕事が行うま
く行ったら、それから腫瘍免疫をやってもよいが、
良い結果が出るまでは腫瘍免疫はやらない」と
主張して譲りませんでした。

結局、ネイルン教授が私の意思を理解してくれ、
私は抗リンパ球抗体の仕事ができることになり
ましたが、その際、教授は、私がPh.D.コース(大
学院博士課程)に入ることに、ネイルン教授自身
が私の上司になることも決めてしまいました。

山村:ネイルン教授にそれだけ高く評価された
ということですね。

山名:こいつは一筋縄ではいかないと思われ
たのかもしれない(笑)。

Ph.D.コースの最初の数ヵ月間は、私が日本か
ら持ち込んだテーマである比重遠沈法による重
い胸腺細胞と軽い胸腺細胞の分離を、さまざま
な手技を用いて試みました。そして試行錯誤の
末に、重い胸腺細胞と軽い胸腺細胞それぞれに
対する抗血清を作製しましたが、当初期待して
いたような強力な作用をもつ抗血清を得られず、
結局この実験は失敗に終わりました。しかし、
その副産物として、ラットの骨髄細胞から高
純度にリンパ球を分離することに成功し、ネイ
ルン教授はこの結果を非常に喜んでくれました。
このデータを論文にまとめ、免疫学の一流誌
"Immunology"に投稿したところ、すぐに採用
されました。

それからというもの、メルボルンのPh.D.コ
ースでの仕事は、整った研究環境や素晴らしい同

僚にも恵まれて、私にとっては何の困難もなく楽
しいことばかりでした。

学位論文は2年9ヵ月で書き終わりました。これ
は私が在籍した免疫病理学教室の最短記録で、
いまだに破られていないそうです。

その後、Ph.D.コースの修業年限(3年間)の満
了を待たずに、昭和48年(1973年)の3月末にメ
ルボルンから帰国しました。実は、Ph.D.取得の
ための口頭試問が3年目の5月に控えていたの
ですが、岡山大学第三内科から、「4月までに帰国
すれば山名君のためのポジションを残しておく」
という大藤教授の伝言を受け取っていたので、
帰国後の生活のことを考え、5月の口頭試問を断
念して早期帰国の道を選んだのです。そのため
半ばあきらめていたPh.D.ですが、9月になって、
ネイルン教授からPh.D.の認定証と論文の原本
が特別の計らいで送られてきました。ネイルン教
授は最後まで温情をもって、このわがままな日
本人留学生を遇してくれたわけです。この御恩
は今も忘れていません。

帰国後、第三内科で ベーチェット病の診療・研究に従事

山村:帰国後は第三内科に所属してベーチェ
ット病の研究に取り組み、ここでも画期的な発
見をされました。

山名:ベーチェット病の研究には、厚生省(当時)
の研究班が立ち上がったときから参加しまし
たが、特に島根医科大学(当時)の坂根剛先生が
班長になって、免疫の観点からの病因究明に乗り出
してからは、私も本気で取り組むようになりました。

当時ベーチェット病は、病変部に好中球が多
く出現することから、好中球病と認識されてい
ました。

私は、免疫学にかかわる者の一人として好中
球病としてとらえることに疑問を感じていま
した。病気の本質を知るためには、病変の起
り始めの段階で何が起っているのかを見な
ければならないと常々思っていたので、ベー
チェット病でも、できる限り早い段階の病
変を観察しようと考えました。ターゲットを
外周要因に影響を受けない結節性紅斑に絞
り、外来の患者さんすべてに、「昨日は何と
もなかったが、今朝起きたら紅斑があった
ところはありませんか」と尋ねていたところ、
あるとき、「あります」という患者さんがお
られました。患部を見せてもらうと、表面が
うっすらと赤みを帯び、触れるとかすかな
硬結を感じたので、すぐに生検を実施し、検
体を染色して顕微鏡で観察したところ、なん
と、そこには好中球は一切なく、リンパ球の
集簇だけが見られたのです。

同じような検体がその後次々と得られ、また、

紅斑発症から24時間前後で好中球が病変部に
集簇することも確認できました。

これらの事実から私は、ベーチェット病とは
病変局所で活性化されたT細胞(ヘルパーTリン
パ球)によって誘導される病態であるとの仮説
を立て、好中球の集簇はT細胞から分泌され
たサイトカインにより好中球が局所に誘引さ
れたことの結果にすぎないと結論づけました。

山村:先生はその知見をどのような形で公表
されたのでしょうか。

山名:もちろん班会議の席で発表し、会議録に
は論文が記載されております。その後も第1回
世界ベーチェット病ロンドン会議の席上でも
発表し大変な反響を得ています。東京大学出
版会から刊行された「BEHCET'S DISEASE」と
いう英語本の中に論文2編にまとめて収めら
れています。編著者の稲葉午朗先生から頼ま
れて書いたのですが、残念ながらこの本は関
係者に配られ、国会図書館に寄贈されただけ
で、一般の目に触れることはほとんどない
と思います。海外で出版されたという話も
聞いておりません。原著として英文で一流
ジャーナルに発表しようとしたところ、班
会議の某先生から山名先生の論文は本にな
っていないので原著にはできませんと言
われ、いまだ日の目を見ていません。

16年在籍した大学を去り リウマチ専門病院の開業へ

山村:昭和55年(1980年)に先生は大学を出
て、一般病院へ去っていかれました。残され
たわれわれとしては、臨床にも研究にも熱
心であった先生が突然に、という印象があ
りました。背景にどのような思いがあった
のでしょうか。

山名:それはごく単純な理由で、元々組織
の中で生きることが苦手というのが一つ、
もう一つは、医者になって海外で生活した
後、自分の城をもつのが子どものころから
の夢だったということです。もう一つ付け
加えるなら、自分が関わってきた細胞性
免疫やリンパ球の研究成果がダイレクト
に臨床に結びつかないというジレンマに
耐えられなくなったという面もあった
と思います。

山村:三つ目におっしゃったことは私も
よくわかります。免疫学の知見が臨床に
応用できるようになったのは、ようやく
1990年代に入ってからのことでしたから。

先生は、広島県東広島市にある西条中央
病院で10年余り院長を務められた後、平
成6年(1994年)、同じ東広島市内に東
広島記念病院リウマチ・膠原病センター
を自ら設立・開業されました。リウマ
チ専門病院ということで、開業にあたり
は大きな勇気と決断を要したのではな
いかと思います。

山名:開業するからには必ず成功させな
ければいけないという思いがありました。私
は西条中央病院院長の時代から開業の準
備として、地域のリウマチ患者さんの掘
り起こしを怠りませんでした。地元の東
広島市、隣の広島市はもとより、山口
県の岩国市、光市、徳山市(現・周南
市)などを回って、各地で最低月1回
リウマチ教室を開き、リウマチの疾患
知識の啓発に努めました。教室に参加
したリウマチの患者さんは皆、西条
中央病院の私を訪ねて受診してくださ
りました。

こういう背景があったせいか、開業後
の病院は予想以上の大盛況で、待合室は
常に満席、40

床の病室も常に満床、常に10名以上の
入院予約を抱えている状態でした。

山村:なるほど、周到な準備を重ねた上
で開院に備えておられたわけですね。現
在もお開業の日の盛況が続いていること
だろうと想像します。

山名:ところが、1990年代後半にTNF α 抗
体製剤が医療現場に登場した後、次々と
生物学的製剤が市場に出回り状況が
変わってきました。この薬を使って症
状が劇的に改善したリウマチ患者さん
が増えてくるに伴って、入院待ちの
患者さんが減り始めたのです。もちろ
ん、このこと自体は大変喜ばしいこと
なのですが、当時はまだ開業から年数
も浅く多額の借入金が残っており、
収入減につながるものは何であれ病
院経営者にとっては深刻な問題でし
た。

病院が元気なうちに何か新しい事業
を始めなければ未来はないと考え、
いくつかの選択肢を慎重に検討した
末、平成11年(1999年)より健診
事業を開始しました。東広島の本
院と同じ敷地内に建つ広島生活習慣
病・がん健診センターをベースとし
て企業出張健診などを幅広く展開し、
健診義務化の追い風にも乗って着
実に業績を伸ばしています。今では
病院の何倍もの規模に拡大し順調に
推移しています。

目的を達成した今日のリウマチ医療 むしろ臨床から基礎への視点の転換を

山村:では紙面も尽きてきましたので、
最後に、先生から若いリウマチ医に送
るメッセージをいただけますのでし
ょうか。

山名:私は、今日のリウマチ医療は、
目的をほぼ達成していると考えていま
す。ですから、若いリウマチ医の先
生方には、このあたりで一度、臨床
レベルから基礎レベルに視線を転
じ、「リウマチを起すリンパ球はど
んなリンパ球で、そのリンパ球に
どのような変化が起こったとき
リウマチを発症させるのか」「この
疾患の原因は何か」といった方向
へ探求の力点を移し替えてはどうか
、ということを申し上げたいと思
います。もちろんリウマチの発症
原因は遺伝、ストレス、環境因子
と多彩ですが、的を絞って原因究
明に本気で取り組む時期にきてい
ると考えます。このことが膠原病
全般の解決へとつながるでしょう。

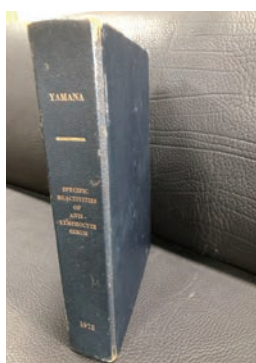
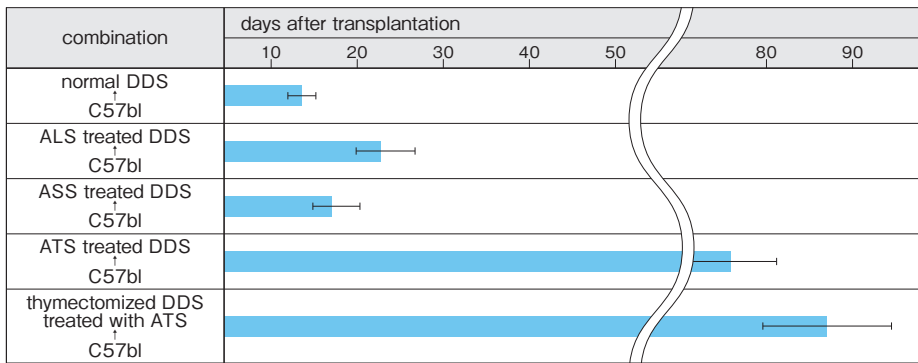
医療テクノロジーが進歩し、さまざま
な治療法が優れた実績を生み出し
つつある今日、臨床的ファクトを
追い回すことより、基礎研究にエ
ネルギーを注いでもらいたい。これ
が若い方々に望むことです。

山村:最後にいただいた言葉は、
基礎研究の水準低下がみられる日
本の現状を叱るお言葉ではないか
と思います。

本日は長時間にわたりありがとうございました。

図1 Survival Time of Skin Allograft on ALS treated Mice

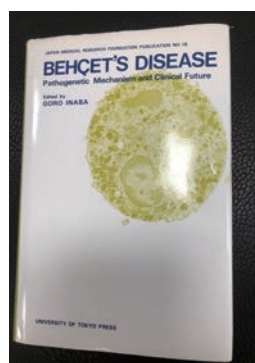
(山名征三: アレルギー, 18(9), 731-741, 1969より引用)



当時書き上げた300ページに
及ぶPh.D.論文の原本。



留学時代の恩師・ネイルン教授(左端)と山名氏(右から2番目)。
メルボルンクラブに招待されたときのワンショット。右端は3年間ともに学んだ
Dr.ジェニファー・ローランド。



論文が収められた書籍
「BEHCET'S DISEASE」。



山名氏(左)と山村編集員。広島駅からほど近い「広島生活習慣病・がん健診センター
備前」での取材を終えて。長時間お疲れ様でした。



時間・紙面の都合でお聞きできなかった数多のエピソードが掲載されている山名氏の著書(発売:幻冬舎)。本紙とともに、ぜひ一読ください。

アメリカリウマチ学会 (ACR) 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

この記事のロングバージョンは、財団ホームページで読むことができます。

はじめに

2021年11月3日から9日まで、および10日のextended programを含めると8日間にわたり、ACR 2021がウェブサイトで開催された。会が終わった後も、12月10日から毎週金曜日(12月24日、31日を除く)にextended programとしてポスターツアーが予定されており、まだまだこの原稿を書いている時点でも終わっていないプログラムもある。毎年の企画であるGreat Debate、Knowledge Bowl、Curbside Consult、Thieves Marketといった企画は健在であると同時に、community hubといった特定のトピックにおいてexpertなどと意見を交わしやすい新しい企画も存在し、discussionの場やcommunicationの場をオンライン上にも設けようという意図が感じられた。時差のため、ライブでの参加は真夜中からの参加となったが、録画されたセッションも速やかにアップロードされ視聴できるようになっていた。

ライブで見逃した方で、まだ登録していない方も、オンデマンドの登録が現在も可能であり、3月11日までオンラインで録画されたセッションを視聴することが可能である。

<https://www.rheumatology.org/Annual-Meeting/Registration>

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. Updates in OA: セッション6S421

変形性関節症(OA)は罹患率が高い疾患であるが、決定的な薬物治療薬には事欠いている。この領域での最新情報と銘打ったセッションを紹介する。

前半では臨床の側からOAの臨床表現系に関して議論がなされた。現在、OAと一括りにはされているものの、OAにもさまざまな臨床表現系が存在する。例えば、患者が感じる全般健康指標や身体機能指標が低いmulti-joint (generalized) OAは複数の領域にわたりOAが存在することで定義される。ただ現時点で統一されたmulti-joint OAの定義は存在しない。手のOAではerosive hand OA (EHOA) という臨床表現系があり、急な症状の出現、近位指節間(PIP)/遠位指節間(DIP)関節に炎症を認め、より手の機能障害や痛みが強い。X線上の所見から分ける方法として、“hypertrophic”と“atrophic”なパターンに分けると、“atrophic”なパターンのほうが進行のリスク因子である。関節構造の進行のスピードで分ける方法もある。安定している患者が最も多く(85%程度)、早期に進行するパターン、遅れて進行するパターンに分けられる。現時点では、包括的にOAの臨床表現系がまとめられておらず、実際の治療介入と繋げていくことができるように、どのような軸を用いて臨床表現系をまとめるのが今後重要と

なると考えられる。特に、臨床表現系を“endotype”と結びつけることができると、治療標的もより明確になると考えられる。

後半の治療のupdateでは、20年間のOAの治療標的の探索の歴史が紐解かれた。関節面に圧縮荷重(compressive load)がかかると、多くの成長因子が分泌され、軟骨細胞の修復に働くのに対して、関節面に剪断荷重(shearing load)がかかると、機械的炎症(mechanoflamation)が起き、多くの炎症性サイトカインなどが分泌され、軟骨基質の分解や痛みなどが生じる。OAに対するgenome wide association study (GWAS)が行われ、さまざまなOAの遺伝的素因が明らかになってくる中で、圧縮荷重の変化にかかわるような経路の疾患感受性遺伝子が多くみつかったのに対して、剪断荷重によって起きてくる機械的炎症に関連する経路の疾患感受性遺伝子はみつかった。そのような中、今回の演者は手のOAでALDH1A2が低発現であることが、発症のリスクであることに着目した。ALDH1A2はAll Trans Retinoic Acid (ATRA)の重要な律速因子である。ALDH1A2は機械的炎症に伴う軟骨気質の分解に関連する因子にPPAR γ 依存性で抑制的に働くことを突き止めた。ATRAは細胞内でCYP26によって分解されるが、そのCYP26をTalarozoleは抑制する。演者らはin vitroとin vivoの試験でこのTalarozoleが機械的炎症を抑える薬剤として期待がもてることを示した。

今後、現時点では決定打を欠いているこの分野にも大きな変化が出てくるのではないかとこのことを感じさせてくれるセッションであった。

2. Great Debate: ループス腎炎に対する治療 ベリムマブ vs. ヴォクロスポリン

毎年さまざまな演者が二つの立場に分かれて特定のトピックに関して議論をする名物

セッションである。最後には視聴者が投票を行う。本年は、ループス腎炎に対する治療としてJohns Hopkins大学のRheumatologistであるMichelle Petri先生がベリムマブの立場に立って、Ohio State大学のNephrologistであるBrad Rovin先生がヴォクロスポリンの立場に立って議論が行われた。ヴォクロスポリンはカルシニューリン阻害薬であり、日本未承認である。

まず、Petri先生がループス腎炎に対してのベリムマブの使用に関して論じた。効果に関して、ベリムマブのBLISS-LN、ヴォクロスポリンのAURORAのデータに基づき効果の数字を示したが、デザインとして異なる部分も多いため直接的には比較は難しい(表)。サブ解析の結果からClass Vの腎炎、アフリカ系アメリカ人に対する効果に関しては、ベリムマブよりヴォクロスポリンのほうが良い可能性は認めつつも、ベリムマブの豊富な腎以外のSLEに対する効果、長期的な効果、臓器障害予防の観点、GFR低下予防でのデータはベリムマブのほうが良いと論じた。安全面に関しては、腎障害、感染症、心血管系イベントのリスクである高血圧、悪性腫瘍、神経毒性、骨粗鬆症、薬剤相互作用、薬剤へのアドヒ

アランスはベリムマブに分があることを、データを示しながら論じた。そして最後に、今後のループス腎炎の治療アルゴリズムについての提案があった(図)。

次にRovin先生からの論点は次の5つであった。

- ① ミコフェノール酸モフェチル(MMF)単剤に比べて、MMFとヴォクロスポリンのコンビネーションで使用するによって得られる効果の高さ。
- ② ヴォクロスポリンの効果を示したAURORA試験では、使用されたステロイドの量は、最初の2日のパルスその後、プレドニゾン20-25mg/日から開始し、16週で2.5mg/日まで減量するレジメンであり、ステロイド量を少なくできること。
- ③ サブ解析にてどの人種でも効果がみられたこと。
- ④ 蛋白尿を減らすのが日単位で効果が出てきて早いこと。
- ⑤ 安全性が確保されていること。

AURORA試験のfragility indexは15であるのに対して、BLISS-LNは3であることを指摘し、①のようなAURORA試験の結果の強さを

図 ループス腎炎の治療のアルゴリズム

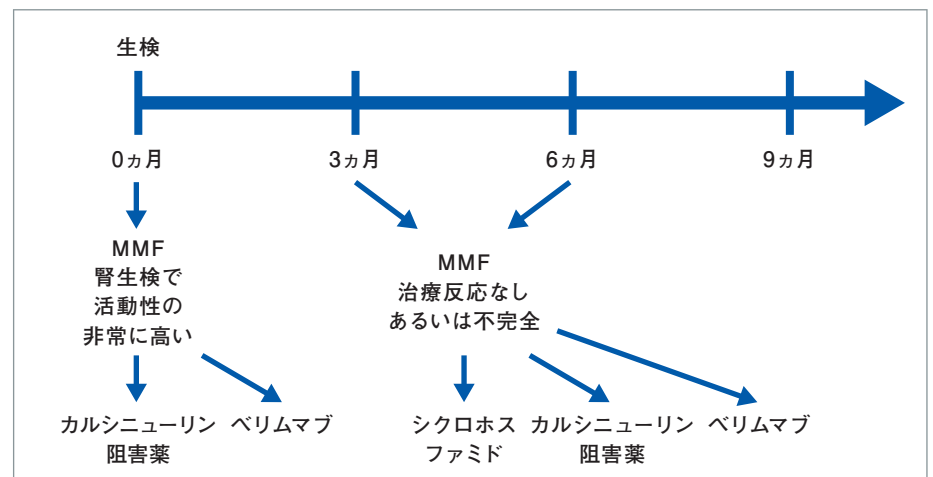


表 BLISS-LNとAURORA試験の比較

	BLISS-LN		AURORA	
	ベリムマブ群	プラセボ群	ヴォクロスポリン群	プラセボ群
1年でのCRR達成率	32.2%	26.9%	41%	23%
1年でのPERR達成率	47%	35%		
2年でのCRR達成率	30%	19.7%		
ステロイド初期量	0-3回までのメチルプレドニゾンのパルスの後、0.5-1.9mg/kg (60mg/日)までのプレドニゾンを開始		2回メチルプレドニゾンのパルスの後、20-25mg/日のプレドニゾンを開始	
減量速度	24週までにプレドニゾンを10mg/日以下に漸減		16週までにプレドニゾンを2.5mg/日に漸減	
MMFの量	3,000mgまで使用可		2,000mg	

MMF: ミコフェノール酸モフェチル

CRR: 「尿タンパククレアチニン比0.5以下」かつ「推定GFRが病気悪化前の10%より悪くないあるいは90mL/min/1.73m²以上」かつ「治療失敗でない」

PERR: 「尿タンパククレアチニン比0.7以下」かつ「推定GFRが病気悪化前の20%より悪くないあるいは60mL/min/1.73m²以上」かつ「治療失敗でない」

取り上げていた。また、④の蛋白尿の減少に関しては、カルシニューリン阻害薬の非免疫性機序によるpodocyteの保護作用に関して言及し、これが蛋白尿を早く減らすことが可能な要因とした。炎症性腎疾患では“Time is nephron.”であり、早期の治療反応性がその後の腎機能の維持に重要なデータを示し、podocyteを失うことで糸球体硬化が進み、40%程度失うと末期腎不全になることから、podocyteを保護し、早く蛋白尿が減少することで将来的な腎機能保護につながるメカニズムを解説していた。

その後の議論では、1つの薬剤で全てが解決するわけではなく、どちらが優れているというよりも、どの患者にどちらの薬剤が適切かということを見極めることが大切であり、どちらの薬剤にも出番があるということが述べられていた。また、データはないものの、ヴォクロスポリンかベリムマブではなく、ヴォクロスポリンとベリムマブのコンビネーション、あるいは早く蛋白尿を減らす効果がヴォクロスポリンにあることよりヴォクロスポリンから開始し、その後、ベリムマブへと変更していく治療法などが考えられることが述べられた。

最終的に、MMFに何を加えるかという投票に関して、視聴者は70%がベリムマブ、30%がヴォクロスポリンと答えてこの白熱したセッションは終わった。

3. さまざまな研究の発表

a. ORAL Surveillance Study (Abstract No. 831, 958, 1940)

2021年の1番の話題の一つは、ORAL Surveillance Studyであろう。この第3b/4相オープンラベルの安全性試験は、50歳以上で心血管リスクが1つ以上ある高疾患活動性の関節リウマチ患者が対象であり、トファシチニブ5mg (n=1,455) 1日2回あるいは10mg (n=1,456) 1日2回、北アメリカではアダリムマブ40mg隔週、それ以外の地域ではエタネルセプト50mg毎週の投与がされたTNF阻害薬(n=1,451)群の3群に割り付けられた。全患者はメトトレキサートを継続使用した。トファシチニブはTNF阻害薬に対する非劣勢をMajor Adverse Cardiovascular Events (MACE: 心血管死あるいは非致死性心筋梗塞、非致死性の脳血管障害)と非メラノーマ皮膚癌を除く悪性腫瘍に関して示すことができなかった。両方のアウトカムに関して非劣勢マージンは1.8に設定され、MACEに関してはハザード比(HR)1.33(95%信頼区間[CI]0.91-1.94)、悪性腫瘍に関しては1.48(95% CI: 1.04-2.09)と95% CIの上限が1.8を超えていた。Post-hoc解析では、ベースライン項目の中からリスク因子の同定が

行われた。MACEに関しては喫煙(HR=2.18 [95% CI: 1.50-3.16])、アスピリンの使用(HR=2.11 [95% CI: 1.40-3.19])、65歳以上(HR=1.81 [95% CI: 1.27-2.59])、男性(HR=1.81 [95% CI: 1.25-2.61])が、悪性腫瘍に関しては65歳以上(HR=2.04 [95% CI: 1.49-2.78])、現在の喫煙(HR=2.61 [95% CI: 1.79-3.81])、過去の喫煙(HR=2.58 [95% CI: 1.72-3.73])が全治療群の独立したリスク因子として挙げられた。血栓塞栓症に関しては、65歳以上(HR=2.00 [95% CI: 1.03-3.88])、男性(HR=2.18 [95% CI: 1.06-4.48])、BMI 30以上(HR=2.97 [95% CI: 1.40-6.32])、高血圧の既往(HR=2.57 [95% CI: 0.98-6.76])、血栓塞栓症の既往(HR=7.06 [95% CI: 2.46-20.25])、経口避妊薬/ホルモン補充療法(HR=3.56 [95% CI: 1.05-12.10])、抗うつ薬の使用(HR=2.94 [95% CI: 1.44-6.02])、ステロイドの使用(HR=3.01 [95% CI: 1.40-6.46])が独立したリスク因子として全治療群で同定された。

今回のこの試験の結果に関しては、いくつか注意して解釈すべき点がある。一つは50歳以上かつ心血管リスクが1つ以上ある関節リウマチ患者を対象にしており、白人が8割近くを占める集団ということである。アジア人は5%に満たない数である。また、プラセボ群が対照として設定されているわけではないことも留意点として大

切である。今後の引き続きのデータ収集と日本からのデータも大切となってくるであろう。

b. Secukinumab for GCA

血管炎の世界では、巨細胞性動脈炎(GCA)に対する臨床試験の結果発表が相次いでいる。EULAR 2021では抗GM-CSF抗体のGCAに対する第2相試験の結果が報告されたのに次いで、ACR 2021ではGCAに対するセクキヌマブの使用に関する第2相試験の結果が発表された。新規あるいは再燃したGCAに対して、セクキヌマブ300mgをローディング後4週ごとに投与する群(n=27)と、プラセボ群(n=25)を比較した試験である。両群ともにプレドニゾロンの投与が行われ26週かけて漸減していく。プライマリーアウトカムである28週までの寛解維持はセクキヌマブ群では70.1%で、プラセボ群では20.3%であった。寛解維持ができるオッズ比は9.31(95% CI: 3.52-26.29)であった。セクキヌマブ群での安全性では特に既知のもの以上のものはなかった。現在、第3相試験に進んでいる。

そのほかにも多くの興味深い発表があった。それらに関してはウェブサイト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、よりよ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。



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8回 甲南加古川病院

看護師 押村 亜耶 氏



1. 私の仕事

病棟で主に生物学的製剤の投与を受ける患者さんへの治療や生活の見直しを一緒に行いながら、生活指導を行っています。また、治療による不安や医師に相談しにくいことなどについて、患者さんと医師の架け橋になれるよう努めています。院内のリウマチケア看護師と情報共有しながらスタッフ教育や業務改善を行っています。

2. 資格を取るきっかけ

関節リウマチ(RA)のコントロールができていないうつ状態の同世代の患者さんとの出会いがきっかけです。医師をはじめとする多職種で患者さんにかかわり、日常生活動作(ADL)が自立し仕事に就くことができた過程を共有できたことでリウマチ看護に興味をもち、専門知識をつけリウマチ看護を深めたいと思いました。

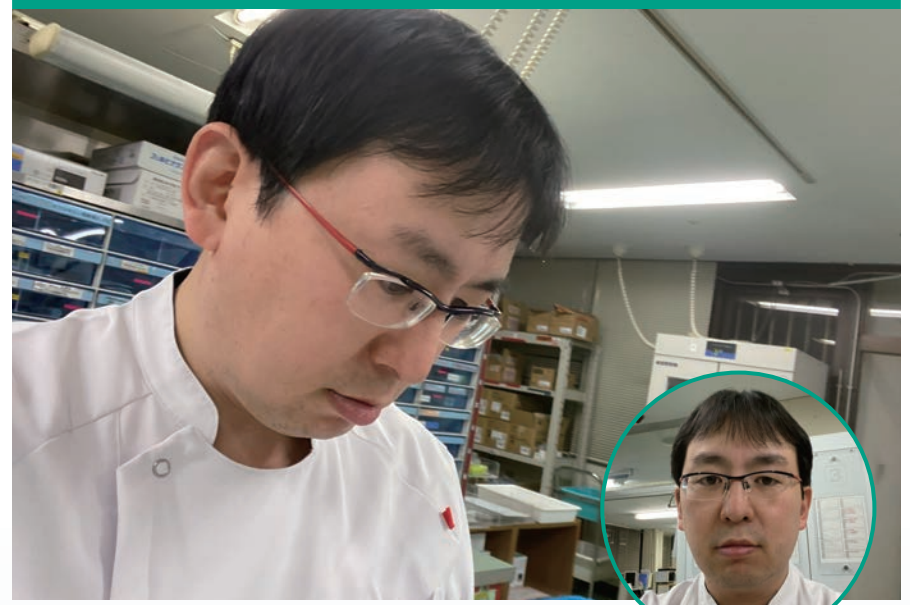
3. こんな時資格が役立っています

院外で発表する機会をいただき、当院でのリウマチケアの取り組みをお話しさせていただきました。また院内で新しい情報の発信やスタッフ教育を行い自分自身の学びにもなっています。

4. 今後の抱負

疾患だけでなく生活などもサポートできるよう多職種と連携し、チームで患者さんにケアができるようにしていきたいです。また、リウマチケアに興味をもってもらえるようスタッフの育成とリウマチ看護の楽しさを伝え、一人でも多くのリウマチケア看護師が増えればよいと思います。

薬剤師 位田 昌広 氏



1. 私の仕事

病院薬剤師として、調剤・監査、服薬指導はもちろん、抗生剤の投与設計、特定薬剤の開始・変更・中止患者の情報管理、電子カルテマスター管理、骨粗しょう症リエゾンサービス(OLS)の活動など多方面で仕事をさせていただいています。

2. 資格を取るきっかけ

生物学的製剤が始めたころに丁度働き始め、生物学的製剤導入の患者さんの指導を行うことが多かったため、気がつけば症例がたまっており、先輩などの勧めなどもあり資格取得にいたりしました。

3. こんな時資格が役立っています

資格を取ったことが自信となったのか、ドクターに対して(リウマチ以外の分野も含めて)処方提案や変更の依頼をしやすくなったと感じます。また、リウマチのことで困っている患者さんがいた場合、看護師さんから優先的に声をかけてもらえるようになりました。

4. 今後の抱負

生物学的製剤の自己注射への移行や、JAK阻害薬の登場により、入院患者さんへの新規リウマチ薬導入が減少しています。その分、新人スタッフとベテランスタッフとの間にリウマチ・膠原病に対する知識にギャップが生じているため、リウマチ専門医、ケア看護師とともに是正のための勉強会を行っていきたくと思っています。また、コロナ禍でいつの日になるかわかりませんが、以前行っていた患者さん向けの勉強会などもいつか開催できればと愚考しています。

日本リウマチ財団・海外派遣医募集

制度の趣旨

この制度は、若い優れたリウマチ専攻医を海外に派遣・研修させ、日本のリウマチ学およびリウマチ治療対策の進歩を期待するものである。

受入機関・時期・待遇

(1)派遣医は原則として、海外の1つのリウマチ・膠原病等診療研究機関に4ヵ月以上滞りして研修を受けるものとする。(2)派遣医は令和4年度中に出発するものとする。令和4年度中に出発しないときは、派遣医の資格は無効とする。(3)奨学金 各人100万円とする。

締め切り 令和4年3月31日

詳細、要項、申請書等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

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、現地に行くことが無く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

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)

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)
→「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

申請方法、申請書類等は財団ホームページに掲載。



ご寄付いただいた方 11月、12月

大田 富士子 様 家亦 良典 様 吉田 健太郎 様

市民公開講座等、一般(患者さん)向けの講演会を開催予定の登録医へ

リウマチ財団ホームページ リウマチ情報センターの「患者さん向け講演会」のコーナーに、リウマチ財団登録医が主催、世話人、演者等で開催する患者さんやそのご家族に向けての公開講座、講習会等を掲載します。お名前、登録医番号、eメールアドレスを明記の上、会の名称、開催日時、場所、内容(プログラム)、HPのある場合はURL等詳細を下記のアドレスまでお送りください。但し、掲載は以下の要件を満たすこととします。

- ・リウマチ財団登録医が主催、世話人、演者等であること。
 - ・内容がリウマチ性疾患であること。
 - ・対象が一般市民(患者さんやその家族等)であること。
 - ・営利目的ではないこと。
- 日本リウマチ財団医療情報委員会委員長の承認により掲載となります。

e-mail: inform@rheuma-net.or.jp



編集後記

令和4年度のリウマチ月間は、「多職種連携によるリウマチ性疾患征圧に向けて」となっている。リウマチ性疾患は多くの診療科が関与し、多くの職種が患者さんを支えている。日本リウマチ財団ニュースにはこの多職種連携が反映されており、読み応えのある役立つ内容になっている。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、それぞれの立場で役割をもって患者さんを支え、生きがいをもって仕事をしている様子が伺えて興味深い。財団

登録理学・作業療法士(PT/OT)も少しずつ増えつつあり、今後、財団登録PT/OTの声を届けたい機会を作っていくのでご期待いただきたい。

今回、乾癬性関節炎は皮膚科の森田明理先生にご解説いただいた。乾癬では爪の変化があることは知識にあっても、こんなに多くの所見があるということに改めて確認することができた。しかも皮疹が見られない例において、爪乾癬が乾癬性関節炎診断の鍵となること、今後さらに注目して診療に当たることができるとは思わないかと思う。

ACRの学会速報は田巻先生にご担当いた

いただいた。これもほかでは見られないほど最新の話題を網羅しており詳細にご解説いただいている。オンラインになったとはいえ、参加が難しかったり、参加してもすべてを見られなかったりする中で、非常に役立つ内容である。

さて、「リウマチ人」は大先輩の功績のみならず、人となりを知ることができるのが非常に興味深い。山名征三先生は「心の赴くままに生きる」という著書を出されているとのことだが、「なぜ?」「どうしてそうなっているのか?」という原因を追究する心に突き動かされ、その思いのままに取り組まれてきた人生に深い感銘を覚えた。本文にある東京大学出版会より発行

の「BEHÇET'S DISEASE」であるが、国会図書館のオンライン検索で調べると確かに所蔵されている。現在は京都の関西館にあるようである。日の目を見なかった論文をいつかこの目で見てみたい。

過去2回、自分が担当した編集後記では冒頭でCOVID-19について触れた。次回の担当回にはCOVID-19に振り回されていない世の中であることを祈りつつ今号を締めたい。

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)

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(試験等教育研修単位に充当できる単位があります。)
→「新型コロナウイルス感染症による申請単位不足に関する特例措置について」財団ホームページをご覧ください。
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。



令和4年1月 企画運営委員会議事録

令和4年1月開催の企画運営委員会審議概要を下記のとおりに報告します。

企画運営委員会委員長 西岡久寿樹

日 時: 令和4年1月11日(火) 18:00～18:50

【報告事項】

1. 委員会報告「リウマチ専門職委員会」(12月26日Web開催)
リウマチ財団登録薬剤師(第3期更新、第3期新規)及びリウマチケア看護師(第2期・第7期更新、第12期新規)の資格審査を実施。その他リウマチ専門職制度全般について問題点の検討を実施したことが報告された。
2. 令和3年度リウマチの治療とケア教育研修会について
今年度の全国6地区開催のうち5地区が終了し、648名の参加であった。残るは2月6日の中国・四国地区の開催のみであることが報告された。
3. リウマチ病学テキスト改訂第3版の進捗状況について
日本リウマチ学会と合同で進めている第3版については、4月の日本リウマチ学会・学術集会に間に合うよう進めていることが報告された。
4. 寄付金について
一般の方3名から寄付金をいただいたことが報告された。

【審議事項】

1. 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方式と併用によるハイブリッド方式による開催とし、プログラム(案)、財団枠の講演・シンポジウムの座長、演者、参加費、付与単位数等について審議され、概要が決定した。
2. 令和4年度リウマチの治療とケア教育研修会について
開催地、世話人、共催社等について検討した。
3. リウマチケア看護師並びにリウマチ財団登録薬剤師の登録申請について
リウマチケア看護師の新規104名、更新185名、並びにリウマチ財団登録薬剤師の新規29名、更新93名について審議し、登録することが承認された。

以上

所属する医療施設へのリンク掲載のお願い

日本リウマチ財団では、リウマチ性疾患の正しい知識の普及啓発を目指して、ホームページの運営を行っています。

サイトでは早期発見・適切な治療を推進するため、「日本リウマチ財団登録医・看護師・薬剤師・理学療法士・作業療法士の所属する医療施設」としてリウマチ財団登録医、リウマチケア看護師、リウマチ財団登録薬剤師、リウマチ財団登録理学・作業療法士を共に掲載、リウマチの専門医、医療施設を探している患者さんや医療従事者等に向け情報を発信しています。こちらにリンクを設置することで、貴ホームページに掲載されている施設の紹介、診療内容、診療時間、アクセスマップ等の情報を提供することが出来ます。ホームページをお持ちでリンクをご希望の場合は、お名前、登録番号、医療施設名、URL(医療施設のトップページ)を記載し下記eメールアドレスまでお送りください。※リンクは医療施設のTOPページからとなります。

e-mail: inform@rheuma-net.or.jp

日本リウマチ財団登録医・看護師・薬剤師・理学療法士・作業療法士の所属する医療施設はこちらからご確認ください。

<https://www.rheuma-net.or.jp/rheuma/rm150/list/index.html>

