

Japan Rheumatism Foundation News

日本リウマチ財団ニュース

no. 188

2025年1月号

令和7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)

188号の主な内容

- 新年の挨拶
- 寄稿 関節リウマチ (RA) に対する人工関節置換術のトピックス: 西田 圭一郎氏
- GRAPPA 2024 Annual Meeting and Trainee Symposium 学会速報
- 寄稿 抗MDA5抗体と皮膚筋炎: 佐藤 慎二氏
- 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18回 横浜南共済病院

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7年の年頭にあたり一言ご挨拶申し上げます。

昨年は、世界ではいくつかの紛争や大きな災害が続き、国内でも年初から大きな災害や事故に見舞われました。また、衆議院選挙や米国の大統領選挙など、政治状況が変わるイベントがございました。本年こそは、人命が失われるような紛争は何としても終息し、より良い災害対策が進むように心より願っております。また、当財団につきましては、わが国のリウマチ性疾患福祉関連事業が縮小しないように、微力ではございますが頑張っておりまして、運営していきたいと思っております。

当財団の活動の現状ですが、昨年もリウマチ医学の発展に寄与した研究への医学賞、リウマチ医療に貢献した医療従事者などへの各種顕彰を行うことができました。また、若手研究者の研究

や海外派遣への各種支援も行いました。また、当財団はリウマチ性疾患の正しい知識の普及啓発を目指して毎年6月をリウマチ月間と定めており、昨年もリウマチ月間リウマチ講演会を開催し、さらに各地で医療従事者への研修会も開催してきました。また、この財団ニュースに加え、ホームページやXなどを通じてリウマチ性疾患関連情報や、患者さんからの質問とその答えをまとめたリウマチQ&A、またリウマチ財団登録専門職の所属する医療機関情報などの発信をしています。

さて、当財団は公益財団法人で、皆様の温かいご支援により運営しております。そのため以前より税控除のある一般寄付を受け付けて参りましたが、昨年より、個人の寄付がしやすい「港区ふるさと納税による日本リウマチ財団応援寄付」を広くお願いしております。この制度は、当財団の事務所のある東京都港区にふる

さと納税をすることにより、その納税額の約70%が当財団への寄付に当てられるもので、申し訳ありませんが一般のふるさと納税と異なり返礼品はありません。返礼品分が寄付に該当するという考え方になりますが、もし皆様のふるさと納税枠に余裕がございましたら、新たなご負担なく寄付が可能な制度として財団運営にご協力いただくと有り難く存じます。

本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、当財団の事業を円滑に進めていき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7年 正月

寄稿

関節リウマチ (RA) に対する人工関節置換術のトピックス

西田 圭一郎 (にしだ・けいいちろう) 氏
岡山大学病院運動器疼痛センター 教授

Key Words

関節リウマチ (RA)

人工関節置換術

人工膝関節全置換術 (TKA)

人工股関節全置換術 (THA)

解剖学的人工肩関節全置換術 (TSA)

反転型人工肩関節全置換術 (RSA)

人工肘関節全置換術 (TEA)

人工足関節全置換術 (TAA)

はじめに

薬物治療の進歩とともに関節リウマチ (RA) に対する整形外科手術はこの20年で大きく変化してきた。四肢関節に対する人工関節置換術は長期フォローによらなければその真価が量れない部分がある一方で、IT技術の進歩によって進化し続けている領域であり、注目すべき論文が次々と報告されてきている。本稿では紙面の都合上、大関節の人工関節にしばって、最近の注目論文を紹介する。

1) 膝関節・股関節

Changらは、生物学的製剤使用群 (bDMARD群) 5,979例とマッチングした対照群11,958例において、人工膝関節全置換術 (TKA) および人工股関節全置換術 (THA) を受けた患者の動向とリスク因子を調査した¹⁾。bDMARD群では、交絡因子の調整後においてもTKAおよびTHAに至るリスクが有意に低かった。MTXを使用していない患者、グルココルチコイドを使用している患者、bDMARDを変更した患者、抗

リン脂質抗体症候群を合併している患者は、TKAとTHAのリスクが有意に高かったと報告している。本調査結果はbDMARD使用によるTKA/THAの減少傾向を裏付けるとともに、いわゆる治療困難なRAにおいては依然としてTKA/THAが必要であることを示唆するものである。

Haraguchiらは日本人RA患者に対するセメントレスTHAの長期成績を報告している²⁾。1998年から2005年の間にセメントレスTHAを受けたRA患者149例の191股関節を対象とした。高架橋ポリエチレンを使用したTHAは、

従来のポリエチレンを使用したTHAやアルミナベアリングを使用したTHAに比べて人工関節生存率が高かった (それぞれ93.4%、90.9%、52.2%)。ポリエチレンの改良に伴う、THAの高いインプラント生存率の達成が長期成績によって確認された。

THAの合併症についてはTaylor-Williamsらがオーストラリアにおける35年以上の傾向を調査している³⁾。彼らは9,201例のRA患者を111,625年間にわたり追跡し、THAを受けた1,560例 (16.9%) を検討した。1985年から2015年にかけて、RA患者1,000人当たりのTHA

発生率は20.8から7.3に減少し、5年間THA未発生率は84.3%から95.3%に増加した(1980～2015年)。10年の人工関節生存率は91.2%であった。また、THA後5年間の合併症発生率は、13.1%から3.7%へと有意に減少した。ゆるみや人工関節周囲骨折などの合併症発生率は有意に減少したが、感染や再置換は観察期間中変化がなかった。疾患コントロールの改善により、RA患者の骨質が改善した可能性がある一方で、免疫抑制薬の積極的使用がより一般的になったことが感染率に寄与した可能性がある。

2) 人工肩関節

日本リウマチ学会の関節リウマチ診療ガイドライン2024では、RAの肩関節破壊を伴う機能障害に対する人工肩関節全置換術が推奨されている。ここでは解剖学的人工肩関節全置換術をTSA、反転型人工肩関節全置換術をRSAとして記述する。特にRSAは近年使用率が急速に高まっており、末期リウマチ肩で高頻度にみられる関節窩骨欠損と腱板断裂を一気に解決できるという利点がある。

Garciaらは、RSA(43例)またはTSA(43例)による治療を受けた炎症性関節炎患者86例(平均年齢72.1歳)について、2年以上(平均追跡期間51.6ヵ月)の追跡調査を行った⁴⁾。RSA群、TSA群ともに、患者報告アウトカム指標と可動域の改善を示した。しかし、TSA群では、術後のSimple Shoulder Testスコア、機能面のVisual Analog Scaleスコア、自動挙上、自動外旋、自動内旋、Single Assessment Numeric Evaluationスコアが有意に高かった。合併症発生率は、統計的に有意な差はみられなかったが、RSA群では4例の肩峰骨折が発生した。炎症性関節炎患者におけるTSAは、RSAと比較して臨床転帰は改善するが、早期再置換率は高いと結論している。しかし、術前の肩関節の破壊の程度や適応が異なるため、両者の直接比較は難しい。

Lévineらは、1991年から2010年にかけて、RA患者に行われた初回RSA 59例65関節の後ろ向き多施設共同研究を行った⁵⁾。手術時年齢は平均69歳で18例(28%)に骨移植が併用された。追跡は平均92ヵ月または再手術まで行われた。Kaplan-Meier法によるインプラント生存率は7年で96%であった。2例で感染により、1例で関節窩のゆるみによる再手術を要した。上腕骨のゆるみは認めなかった。平均Constantスコアは術前36±23%から術後90±26%に、平均Subjective Shoulder Valueは21±13%から85±12%にそれぞれ改善した($p<0.001$)。自動前方挙上は65±43度から132±27度に、自動外旋は10±26度から22±27度に、内旋は臀部から腰部に改善した($p<0.001$)。全例でベースプレートの安定した固定が達成され、移植骨の癒合不全や骨吸収は認めなかった。術前のX線学的パターン(中心性、上行性、破壊性)、肩峰骨折や傾斜の有無(4例、10%)、最終X線写真における肩甲骨のノッチング(55%)は、術後の転帰や合併症発生率に影響を及ぼさなかった。

3) 人工肘関節

RAに対する人工肘関節全置換術(TEA)は、患者満足度の高い手術である。しかし、THAやTKAに比べ、インプラントの不具合や合併症の発生率は依然としてかなり高い。

Chouらは、2003～2019年のRA患者に対するTEAに関する系統的レビューを行った。38論文、2,118 TEAが検討対象となった。平均追跡期間は80.9ヵ月であった。インプラントの不具合は16.1%(95%信頼区間[CI]0.128～0.200)、合併症は24.5%(95% CI: 0.203～0.293)にみられ、無菌性ゆるみが最も一般的な合併症であった(9.5%[95% CI: 0.071～0.124])。術後

の平均可動域は、屈曲131.5°、伸展29.3°、回内74.0°、回外72.5°で、術後の平均Mayo Elbow Performanceスコアは89.3(95% CI: 86.9～91.6)点であった。メタ回帰分析により、若年患者および非連結(unlinked)型のインプラントは、より高い不成功率と相関することが示された。若年患者は合併症の増加と相関し、女性患者およびunlinked型TEAは無菌性ゆるみと相関した。一方で、わが国からはKUDO⁶⁾、JACE⁷⁾、MNSK⁸⁾といったunlinked型のインプラントの良好な治療成績が近年相次いで報告されており、近年linked型を中心に使用している海外と適応や治療成績が異なる点に注意が必要である。

4) 人工足関節

Yanoらは2006年8月から2016年3月までにFINE人工足関節による人工足関節全置換術(TAA)を行い、2年以上の追跡調査を行った

RA患者37例39関節を検討した⁹⁾。9例で同時に距骨下関節の関節固定術を行った。平均追跡期間は5.0±2.0年であった。最終調査では、SAFE-Qのすべての下位尺度が有意に改善していた。手術前後の足関節可動域に有意差は認められなかった。28例(73.7%)にradiolucent lineが観察された。脛骨コンポーネントの移動は8例(21.1%)、距骨コンポーネントの沈下は11例(28.9%)に認められた。術中の顆部骨折は3例(7.7%)、創傷治癒遅延は10例(25.6%)であった。深部感染または非感染性ゆるみのため4関節で人工関節が抜去されたが、10年インプラント生存率は88.4%と良好であった。

人工足関節において、前方アプローチを用いると創傷治癒遅延を生じることがある。Sakataらは、modified antero-lateralアプローチを用いることでセメント充填TAA後7日目からの早期完全体重負荷と歩行運動を安全に実施可能で、入院日数の短縮、ROMの改善が可能であったことを報告している¹⁰⁾。また距骨コンポーネントの沈下も問題となるが、Kurokawaらは、セラ

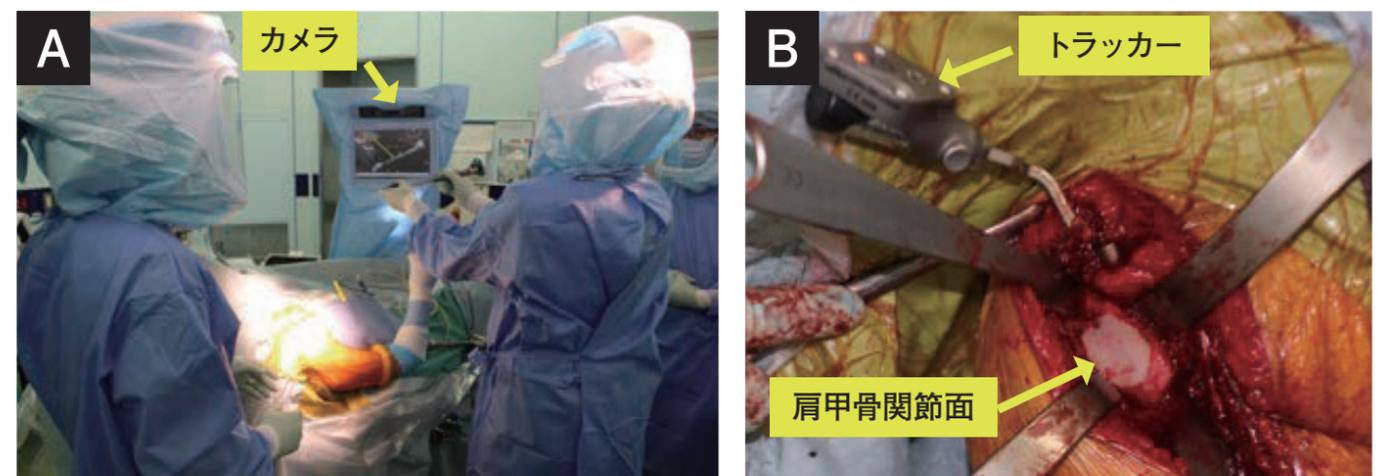
ミック製距骨とTNK ankleを組み合わせたTAAが術後のJSSFスコアにおいて従来のTAAより優れていたことを報告しており、骨質の悪いRA患者においては適応が広がる可能性がある¹¹⁾。

おわりに

人工関節全置換術では、インプラントをいかに正確に設置するかが良好な長期成績獲得に極めて重要である。THA、TKAに引き続き、TSA、RSA、TEAにおいても、術前の3D-CTデータと3Dプリンタを用いたカスタムガイドや、術中ナビゲーション(図A、図B)¹²⁾、ロボティックサージェリー、近年開発されつつある拡張現実(Augmented Reality)の術中応用^{13,14)}などによるコンポーネント設置の精度向上が進展してきており、今後の展開が期待される。

図 GPSシステムによるナビゲーション人工肩関節全置換術。

A:手術の様子、B:肩甲骨関節面を展開後、烏口突起にスクリューでトラッカーを設置。



文献

- 1) Chang YS, et al.: Effects of biologics on reducing the risks of total knee replacement and total hip replacement in rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 61(5): 1849-1856, 2022
- 2) Haraguchi A, et al.: Minimum 10-year results of cementless total hip arthroplasty in patients with rheumatoid arthritis. *Mod Rheumatol*. 27(4): 598-604, 2017
- 3) Taylor-Williams O, et al.: Total hip replacement in patients with rheumatoid arthritis: trends in incidence and complication rates over 35 years. *Rheumatol Ther*. 9(2): 565-580, 2022
- 4) Garcia JR, et al.: Comparison of reverse shoulder arthroplasty and total shoulder arthroplasty for patients with inflammatory arthritis. *J Shoulder Elbow Surg*. 32(3): 573-580, 2023
- 5) Lévine C, et al.: Reverse shoulder arthroplasty in rheumatoid arthritis: survival and outcomes. *J Shoulder Elbow Surg*. 30(10): 2312-2324, 2021
- 6) Kodama A, et al.: Kudo type-5 total elbow arthroplasty for patients with rheumatoid arthritis: a minimum ten-year follow-up study. *Bone Joint J*. 99-B(6): 818-823, 2017
- 7) Nishida K, et al.: Mid-term results of alumina ceramic unlinked total elbow arthroplasty with cement fixation for patients with rheumatoid arthritis. *Bone Joint J*. 100-B(8): 1066-1073, 2018
- 8) Kondo N, et al.: Clinical outcome of Niigata-Senami-Kyocera modular unconstrained total elbow arthroplasty for destructive elbow in patients with rheumatoid arthritis. *J Shoulder Elbow Surg*. 28(5): 915-924, 2019
- 9) Yano K, et al.: Radiographic outcomes of mobile-bearing total ankle arthroplasty for patients with rheumatoid arthritis. *Foot Ankle Int*. 40(9): 1037-1042, 2019
- 10) Sakata M, et al.: Early full weight-bearing and gait exercise after cemented total ankle arthroplasty with a modified anterolateral approach. *Mod Rheumatol*. 34(6): 1258-1264, 2024
- 11) Kurokawa H, et al.: Total ankle arthroplasty incorporating a total talar prosthesis: a comparative study against the standard total ankle arthroplasty. *Bone Joint J*. 101-B(4): 443-446, 2019
- 12) Velasquez Garcia A, et al.: The value of computer-assisted navigation for glenoid baseplate implantation in reverse shoulder arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. *JBJS Rev*. 11(8), 2023
- 13) Daher M, et al.: Augmented reality and shoulder replacement: a state-of-the-art review article. *JSES Rev Rep Tech*. 3(3): 274-278, 2023
- 14) Tanji A, et al.: Total elbow arthroplasty using an augmented reality-assisted surgical technique. *J Shoulder Elbow Surg*. 31(1): 175-184, 2022

GRAPPA 2024 Annual Meeting and Trainee Symposium 学会速報

川合 聡史 氏／聖路加国際病院 Immuno-Rheumatology Center

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

2024年7月11日から13日まで、米国ワシントン州シアトルにてGRAPPAの年次総会が開催された。新型コロナウイルス感染症の収束に伴って参加人数は年々増加の一途をたどり、本年も世界各国からの参加者が一堂に会し昨年以上の大きな盛り上がりを見せた。毎年恒例のTraineeの発表に加え、ディベートセッション、小グループでのディスカッション、最新の話題、そして全員でのディナーなど、アカデミックでありながら一体感のある学会を体験した筆者よりその内容をお伝えする。



GRAPPAはGroup for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (乾癬および乾癬性関節炎の研究と評価のためのグループ)の略で、乾癬(Psoriasis: PsO)ならびに乾癬性関節炎(Psoriatic Arthritis: PsA)、さらに最近では体軸病変やさまざまな併存症・合併症も含めた、全身疾患としての乾癬である“Psoriatic Disease: PsD (乾癬性疾患)”に対する研究の促進、治療ガイドラインの作成などを行う国際的な団体である。本年の年次総会が7月11日から13日にかけて、米国のシアトルにて開催された。シアトルは米国の北西部に位置し、ボーイングやスターバックス創業の地であり、アマゾンやマイクロソフトなどの企業も本社を置いている。一方でレーニア山やオリンピック山脈などの自然にも恵まれたエメラルド・シティとしても知られている。そしてGRAPPA創設メンバーであるPhilip Mease先生のお膝元である。

GRAPPAは誕生から21年、また筆者も参加しているYoung GRAPPAも誕生から4年が経過し、現在71ヵ国1,173人にまで人数を増やしている。さまざまなディスカッションセッションや、世界各国のPsD専門家との交流、またPsD診療の最先端の話題など、会場は盛り上がり熱気に包まれ、活発な議論が行われた。

さらにGRAPPAメンバー主導のさまざまな研究が進行中であり、一丸となってPsDの病態解明、検査法や治療法の開発に取り組んでいる。本稿ではセッションの中で、特に盛り上がりを見せた部門を紹介する。

1. AXIS cohort

皆様はPsA患者における体軸病変の有病率は何%程度と感じているだろうか。PsDの流れの中では通常PsOからPsAに、そしてaxial PsA (axPsA: 体軸病変を伴う乾癬性関節炎)に至ると考えられている。しかしPsA患者におけるaxPsAの有病率は、25~70%(J Rheumatol. 45 (12): 1611-1613, 2018)と報告によってばらつきがある。またaxPsAは正式な基準や画像診断の撮像方法が確立されておらず、その研究を困難なものにしていた。

本学会では、待ちに待ったAXIS (AXIAL INVOLVEMENT IN PSORIATIC

ARTHRITIS) cohortの結果の一部が発表された。本研究はGRAPPAとASAS (Assessment of SpondyloArthritis international Society)の共同研究であり、PsA患者における体軸病変を示す臨床症状および画像所見を系統的に評価すること、またPsAにおける体軸病変の分類基準と統一された命名法を開発することを目的としている。20ヵ国、50施設が参加した前向き研究であり、PsAにおける体軸病変の頻度や体軸病変の画像(MRI, X線)の活動性炎症と構造変化の頻度、体軸病変の存在に関連する因子(臨床、検査、画像)を調査する。

18歳以上、罹病期間10年以内のCASPAR基準を満たすPsA患者が428人リクルートされた。本研究では各種データを収集するとともに、画像検査の読影を施設内での読影と中央読影に分けて行っている。

今回報告された研究結果として、施設内での読影と中央読影の判断の乖離に関して述べられた。まず患者の臨床情報と施設内の読影を組み合わせると、axPsAの有病率は37%であった。しかし、その後中央での画像読影を行うと、その有病率は23%まで低下した。そして中央読影の結果を踏まえたとうえで、もう一度施設内での有病率の判定を行うと、最終的に27%の有病率であった(図1)。今回の研究結果からは、施設内の読影では体軸病変を過剰診断する傾向があることがわかる。そしてその傾向はX線よりもMRIで顕著に認められた。現地の医師が中央読影の結果を参照すると、仙腸関節MRIにおいて炎症性変化がありaxPsAと診断された人数は65人から52人に低下した。また構造変化では98人から73人に低下した。同様に脊椎MRIでは炎症性変化が47人から35人、構造変化は46人から34人に低下した。

全体として、全ての画像診断法において体軸病変を示す画像変化の存在が過大評価される傾向があり、これは我々の実臨床でも慎重に体軸病変を判断するよう示唆するものであった。

2. ディベートセッション

毎回大きな盛り上がりを見せる本セッション。今年は「臨床的付着部炎指標は真の付着部炎

を反映しないため、廃止すべきか」「PsO患者の関節症状の管理はどの診療科が行うか」等、臨床的に悩まされる問題についてのディベートが行われた。司会を中心に二人の医師のエビデンスの提示・討論、反論、そして最終的に会場の拍手で勝者が決定する。以下に討論を紹介する。

・臨床的付着部炎指標は真の付着部炎を反映しないため廃止すべきか

PsAにおける6つのドメインの1つとして付着部炎が挙げられる。研究等では付着部炎の評価としてLEI (Leeds Enthesitis Index)、MASES (Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score)、SPARCC (SpondyloArthritis Research Consortium of Canada)などの指標が用いられている。しかし実際の臨床現場ではこれらの付着部炎評価は、限られた診療時間の中で時間的な制限を伴う。またさらに問題として挙げられているのは、これらの臨床的付着部炎指標の正確性である。近年エコーを用いた付着部炎評価が行われるようになり、改めて臨床的付着部炎指標の意義に関して討論が行われた。

まず、臨床的付着部炎指標の廃止賛成側の意見として、その正確性について述べられた。例えばLEIは確認部位が少なく、もともと28人という限られた人数を対象に付着部炎活動性の評価を目的に作成されたものである。また一部の研究ではSPARCCやMASESに含まれる付着部の評価において生物学的製剤を用いても治療効果が反映されないことも指摘されている(J Rheumatol. 44(5): 599-608, 2017)。さらに問題となるのは線維筋痛症やHypersensitizationなどの疼痛障害である。これらはPsDにおける重要な合併症であるとともに、臨床的指標の判断を難しくさせることが知られている。線維筋痛症患者とPsA患者の判別において、線維筋痛症患者のほうが臨床的付着部炎指標の点数が高いという報告もある(J Rheumatol. 39 (4): 849- 855, 2012)。また線維筋痛症合併PsA患者では、付着部炎のエコー所見という客観的指標と比較した際に、3つの臨床的付着部炎指標がいずれも相関しなかった(Ther Adv Musculoskelet Dis. 13: 1759720X211003812, 2021)。

一方で廃止反対側の意見としては、エコーによるすべての付着部炎評価は困難であり、現在の臨床的付着部炎指標を置き換える指標がないこと、エコーは術者による一致度の低下が指摘されているが、臨床的付着部炎評価は一致率が高いこと、エコー評価はメカニカルストレスによる偽陽性が生じること、エコーを用いたSecukinumabの臨床試験の12週時点で臨床的付着部炎評価は有意に治療効果を反映したのに対し、PDUSスコアでは治療効果を反映しなかったこと(Semin Arthritis Rheum. 63: 152259, 2023)、また今までのFDA, EMA等の組織も臨床的付着部炎を治療効果判定に用いてきた歴史があることを述べた。

これらのディスカッションには臨床的評価とエコーによる客観的評価の利点・欠点が含まれており、実際の臨床におけるそれぞれの活用において気に留めるべき重要な内容である。

3. Trainee Symposium

本会ではタイトルの通り、毎年Traineeの研究報告が行われ、見どころとなっている。

2021年に“Young GRAPPA”という40歳未満のメンバーで構成された新しい団体が作られ、スライドライブラリの改定や教育セッション、SNS、各診療科の連携強化や研究など、さまざまな領域に取り組んでいる。筆者もYoung GRAPPAメンバーに含まれているが、全世界から100人を超えるメンバーが参加しており、5つの研究報告が行われた。以下に一部を紹介する。

・PsA患者の末梢血にはpre-OC (osteoclast)が多く循環し、このpre-OCは滑膜組織へのホーミングシグナルを豊富に有する。一方で滑膜のOCにも同じシグナルが豊富に存在し、炎症に関連するサイトカインを産生することを同定した。PsAの多彩な症状を結びつける一つの要因として、pre-OCの存在が検討された。

・MSOT (MultiSpectral Optoacoustic Tomography)という超音波と光音響イメージングを組み合わせたハイブリッド技術で健常者、PsO患者、PsA患者の付着部の評価を行った。PsOの段階から既に付着部の変化が生じており、付着部炎のプロファイルが類似すること、また付着部の炎症自体は組織代謝と関連し、びらんや骨増殖を起こす際には別の異なるプロファイルが存在することを報告した。

・PASDAS (Psoriatic Arthritis Disease Activity Score)には皮膚の評価が含まれていないが、皮膚所見の重症度と相関がみられた。これは全般VASを通じて関連がみられている可能性がある。

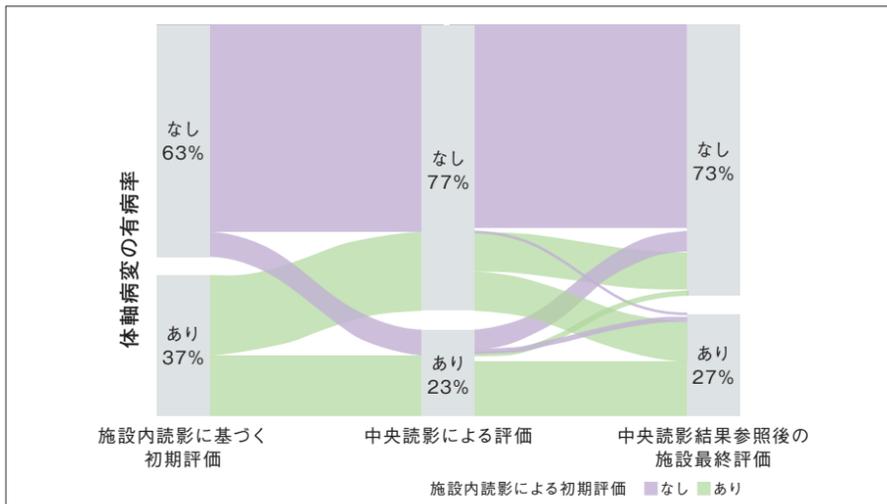
4. GLP-1受容体作動薬とリウマチ科医向けの皮膚セッション

そのほかにも日常診療に役立つセッションとして、GLP-1受容体作動薬の可能性とリウマチ科医向けの皮膚セッションが催された。

PsOやPsA患者においては肥満やメタボリックシンドロームの罹患率が高く、心血管系の合併症が多いことが知られている。体重の増加に伴い生物学的製剤の有効性が落ちるとともに、減量によるPsOの皮膚病変やPsAの関節症状の改善が認められることも報告されている。また心血管リスクの改善に伴う合併症の予防も可能となる。そこでGLP-1受容体作動薬の有効性が期待されている。一部のGLP-1受容体作動薬では、肥満症に対しても使用が可能である。最近では免疫系への効果も期待されており、炎症性サイトカインを低下させることが報告されている(Pharmacol Res. 182: 106320, 2022)。さらに、研究ではセマグルチド治療が腹部肥満と2型糖尿病に罹患したPsO患者のPsOの重症度を改善することが報告された(Endocrinol Diabetes Metab Case Rep. 2023(3): 23-0017, 2023)。もちろんPsOやPsAに対する適応はないことは注意されたいが、GLP-1受容体作動薬のPsD治療薬および合併症の予防・治療薬としての期待が高まっている。

また本会ではリウマチ科医向けの皮膚セッションも複数行われた。PsOの皮疹には真菌感

図1 axPsAの有病率



炎症、皮膚T細胞性リンパ腫、接触皮膚炎や慢性単純性苔癬などの鑑別となる疾患が存在する。これらの疾患はときにPsOと見間違われることがあり、慎重な判断を要する。我々リウマチ科医は皮膚科にその診療を委ねるが、PsD診療を行うにあたり、皮膚に対して全く無知であるわけにはいかない。本会のセッションでは多数の症例写真をもとに、クイズ形式で「PsOか、PsO以外か」の聴衆参加型の講義が行われた。また外用薬の使用方法についての基礎から最新の話題までの講義も行われた。リウマチ科医が中心となり治療を行う場合にも、鑑別となる皮膚疾患を念頭に置き、治療の中で外用薬という治療選択肢をもてるようにしておきたい。

5. PsAにおけるDifficult to treat (D2T)とComplex to manage (C2M)

PsOやPsA治療においては、現在さまざまな生物学的製剤や分子標的薬が使用可能になったにもかかわらず、寛解を達成できる患者は多くない。関節リウマチ領域においてはD2Tの概念が報告されて久しいが、PsA領域でもD2Tの

定義作成が行われている。本会ではGRAPPAメンバーを対象に行われたアンケート結果が報告された。まずGRAPPAにおいては図2に示すようにD2TとC2Mを分けることが提案された。PsD診療においてはHypersensitizationや併存症、合併症により治療が困難になることがあり、これらはC2Mに分類される。一方で複数の薬剤を用いても治療効果が十分に示せない、いわゆる“真のD2T”をD2Tと定義することが提案された。またD2Tの定義に関しては、GRAPPA会員のアンケート調査で最も支持された基準は、1剤以上のcsDMARDsおよび2剤以上のb/tsDMARDsで効果不十分な場合であった。今後デルファイプロセスや投票によって定義を作成していく予定である。

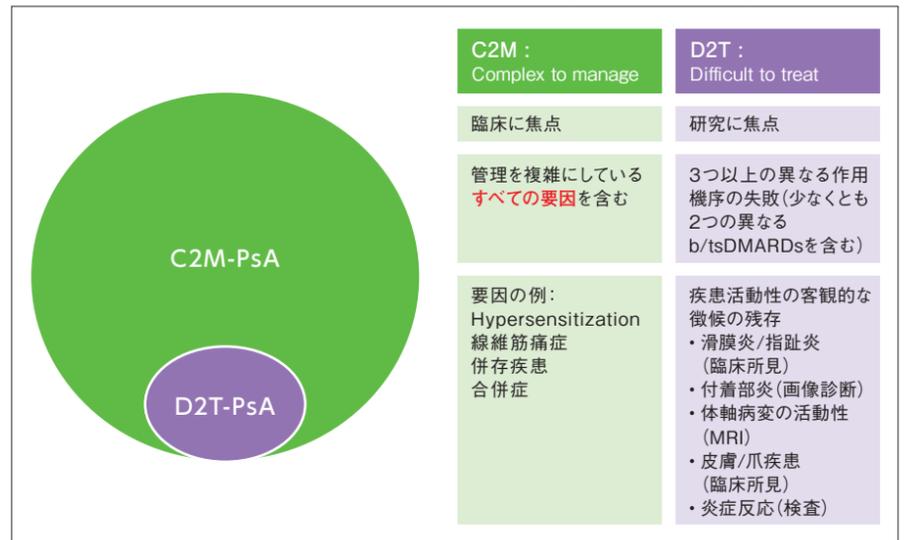
最後に

上記に述べたセッションのほかに、PsD合併症として心血管障害のマネジメントをどのように行うか、MHC-1-opathyとしてのPsOとPsA、MRIやエコーのワークショップ、PsO/PsAの

Inflammatory memory、PsD診療におけるAIの活用、新しいマウスモデル、現在進行中のGRAPPAの研究の紹介、PsA進展のリスク評価など、紙面に書ききれないことが悔やまれるが、非常に盛りだくさんの内容であった。

来年は南米コロンビアでの開催である。現在、PsOおよびPsAは研究においても盛況であり、来年度の本会および研究報告が今から楽しみである。

図2 PsAにおけるDifficult to treat (D2T)とComplex to manage (C2M)



寄稿 抗MDA5抗体と皮膚筋炎

佐藤 慎二(さとう・しんじ)氏

東海大学医学部内科学系リウマチ内科学 教授・診療科長

Key Words

抗melanoma differentiation-associated gene 5 (MDA5) 抗体

皮膚筋炎 (DM)

clinically amyopathic DM (CADM)

抗CADM-140抗体

間質性肺疾患 (ILD)

急速進行性間質性肺疾患 (RP-ILD)

はじめに

皮膚筋炎 (dermatomyositis: DM) は、ゴットロン徴候やヘリオトロープ疹などの皮膚症状と近位筋優位の骨格筋の炎症に伴う筋痛・筋力低下を主症状とし、血清中に高率に自己抗体が検出される自己免疫疾患である。抗melanoma differentiation-associated gene 5 (MDA5) 抗体は、DMに特異的に見出された自己抗体で、当初、DMのサブタイプである臨床的に筋炎症状を認めないが、典型的なDM皮疹を認めるclinically amyopathic DM (CADM) 患者血清中に存在する約140kDa蛋白を認識する自己抗体として発見され¹⁾、臨床的に無筋症性皮膚筋炎および治療抵抗性予後不良の急速進行性間質性肺疾患 (RP-ILD) を高頻度で併発することが特徴的と発表された。その後、同抗体陽性症例の集積とともに基礎・臨床それぞれから多くの研究がなされ、同抗体の実臨床での重要性が明らかになっている。本稿では、同抗体のこれまでの明らかにされた臨床的な知見について概説する。

抗MDA5抗体 (抗CADM-140抗体)

本抗体は、2005年に本邦で140kDa蛋白を認識する自己抗体 (抗CADM-140抗体) として報告された¹⁾。その後2008年に、自然免疫においてウイルスを感知してI型インターフェロンを誘導してウイルス感染防御に重要な役割を果たしているMDA5が対応抗原と同定されたため、抗MDA5抗体となった²⁾。

抗MDA5抗体陽性DMの臨床特徴

上述のように、当初抗MDA5抗体はCADM患者血清に見出されたが、その測定が普及し

ていく過程で、臨床的に明確な筋力低下を認めるclassic DM (古典的DM) においても陽性となることが報告された。しかしながら、DM以外の疾患および健康人では検出されないDM特異自己抗体であることが重要な特徴である。

① 全身症状

発症時に発熱、体重減少といった全身症状を認めることが多い。

② 皮膚症状

DMに特徴的な眼瞼部 (特に上眼瞼) の紫紅色の浮腫性紅斑 (ヘリオトロープ疹)、落屑を伴うこともある関節伸側の限局した紅斑 (ゴットロン徴候)、手指関節伸側面に限局した丘疹 (ゴットロン丘疹)、第1指の尺側から第2-3指の橈側面を中心とした角化局面 (機械工の手) といった典型的皮膚症状に加えて、手掌側の主に指関節屈側周囲の角化性紅斑 (手掌紅斑: 逆ゴットロン徴候とも呼ばれる) と皮膚潰瘍 (関節伸側部や爪郭、digital pulpなどに出現し³⁾、有痛性の深掘れ潰瘍を呈することが多く、壊死を来すこともある) が特徴的な皮膚症状として報告されている (図1)。さらに、耳介対輪や耳輪の紫紅色の斑状紅斑も特徴的な皮疹と報告されている。

③ 筋症状

抗MDA5抗体陽性DMは、臨床的に筋力低下に乏しいCADM症例に多く見出されている。ただし、この傾向には地域差があり、同抗体陽性例のCADMの頻度は東アジアで80%前後、欧米で50%以下の報告が多く、東アジアで高い傾向がある。また、これらCADM症例では、血清CK値が正常であっても、アルドラーゼが高値であることが多い。

④ 関節症状

手・手指などの小関節を中心に多発関節痛・炎を来すが、一般的に骨破壊は認めない。また、抗ARS抗体症候群と類似した症例⁴⁾や乾癬性関節炎類似症例の症例報告があるが稀である。

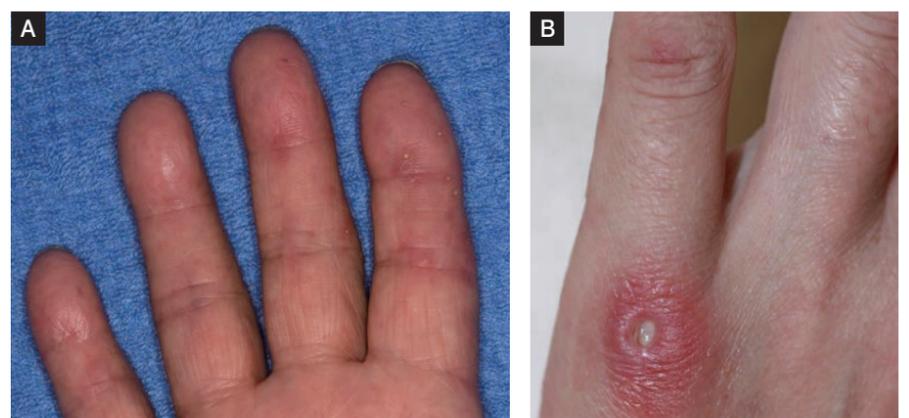
⑤ 間質性肺疾患 (ILD)

ILD、特に急速に進行して治療抵抗性・予後

不良のRP-ILDを高頻度で併発する^{2,5)}。また、RP-ILDは発症時には明らかでなく、経過中に出現してくる場合があるので注意を要する。RP-ILDは数日から数週間の経過で急速に呼吸機能障害が進行し、強力な免疫療法をもってしても高用量の酸素需要または気管内挿管を要する状態となり、発症後短期間に死亡する症例を経験する。本邦を中心とした東アジアでの抗MDA5抗体陽性例におけるILDの併発率は

約80%、RP-ILD診断例のみでも約50%以上と高頻度である^{2,5-7)}。高解像度CT (HRCT) では、下肺野の胸膜直下や気管支血管束周囲の小葉辺縁性陰影から始まり、徐々に斑状の浸潤影および周囲のすりガラス陰影が広がり、同時に葉間隔壁の肥厚や不規則な板状・線状陰影が認められる。その後、進行すると気管支透亮像を伴うすりガラス影、浸潤影が全肺野に広がる⁸⁾ (図2)。病理組織学的には、びまん性肺胞上皮

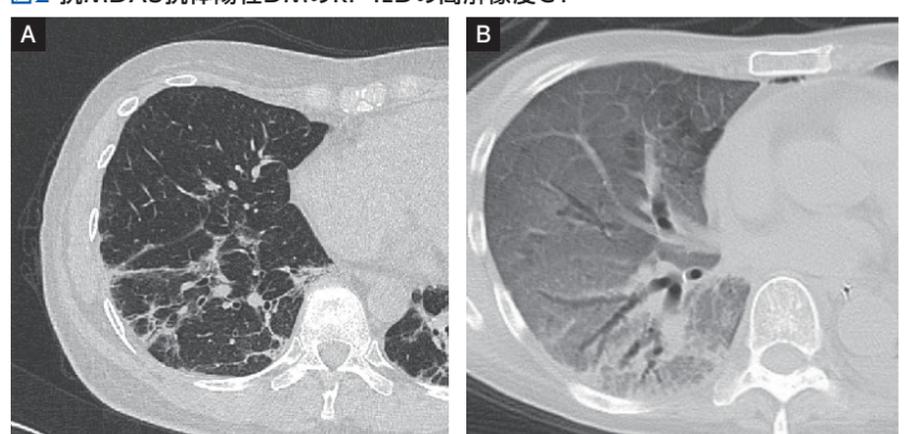
図1 抗MDA5抗体陽性DMの特徴的な皮膚症状



手掌紅斑 (逆ゴットロン徴候)

関節の伸側部の皮膚潰瘍

図2 抗MDA5抗体陽性DMのRP-ILDの高解像度CT



発症初期: 胸膜直下/気管支血管束周辺中心にすりガラス影・浸潤影を認める。また、不規則な線状影も呈する。

進行期: 全肺野に気管支透亮像を伴うすりガラス影・浸潤影を認める。

障害(diffuse alveolar damage: DAD)と診断される。血液検査では、マクロファージの活性化ならびに肺組織での炎症を反映して血清フェリチンおよび血清KL-6高値が特徴的である。

抗MDA5抗体陽性DM/RP-ILDはこれまでの経験で約50%前後が発症後短期間で死の転帰をとるが、急性期の治療が奏効すると呼吸器症状の改善とともに胸部HRCT上も線維化所見を残さずに改善することが多く、長期的な予後は良好である。寛解達成後の再発例の報告はあるが、その頻度は比較的頻度である。再発した場合は一般的に発症時同様の治療を行う。本邦では、抗MDA5抗体ELISAは保険収載され、実臨床において測定可能であるが、同抗体の力価がRP-ILDの病勢を反映するため、その測定は実臨床、治療効果ならびに再発予測に非常に有用である。なお、同抗体陽性DM症例でも、ILD併発のない症例や慢性型ILDの報告例も稀ではあるが報告されている。

⑥ 悪性腫瘍

これまで、抗MDA5抗体陽性DMで悪性腫瘍を併発した症例報告はされているが、一般的に悪性腫瘍の併発リスクが上昇するとの報告はない^{5,6)}。

抗MDA5抗体陽性DM/RP-ILDの治療

本疾患の予後因子はILDであり、治療方針決定にILDの評価が重要で、RP-ILD併発の場合はその治療が優先される。皮膚症状、筋症状、

関節症状および悪性腫瘍に対して一般的なDMに対する治療に準ずる。

● RP-ILDに対する治療方針

RP-ILDは可能な限り早期に診断し、可及的速やかに発症早期から強力な治療を開始することで救命できるため、その実践が重要である。治療はパルス療法を含む大量グルココルチコイド(GC)に免疫抑制薬を2剤併用する強力な治療である。本邦でその有効性が報告されたGC大量療法およびカルシニューリン阻害薬(CNI)のタクロリムス(TAC)およびシクロホスファミド間歇静注療法(IVCY)併用治療を行うことが一般的である⁹⁾。治療抵抗性、副作用や合併症で治療継続が困難な場合、他剤への変更や追加を考慮する。近年、JAK阻害薬¹⁰⁾や血漿交換療法の有効性¹¹⁾が注目されている(血漿交換療法は令和6年3月に保険適用が認められた)。

ただし、JAK阻害薬などの使用は保険適用外であることに留意して患者および家族にその必要性について十分な理解を得た上で導入することが重要である。2020年に出された「膠原病に伴う間質性肺疾患 診断・治療指針」の多発性筋炎(PM)/DMに併発するILDの治療アルゴリズム(図3)¹²⁾においても、臨床的なILDのタイプ(急性/亜急性型か慢性型か)を判断すると同時に、抗MDA5抗体の測定を行い、陽性の場合には大量GCおよびCNI+IVCYの3剤併用療法を推奨している。

また、臨床上の経過から抗MDA5抗体陽性DM/RP-ILDが強く疑われる場合、抗体結果を待たずに上述治療を開始してよいとしている。

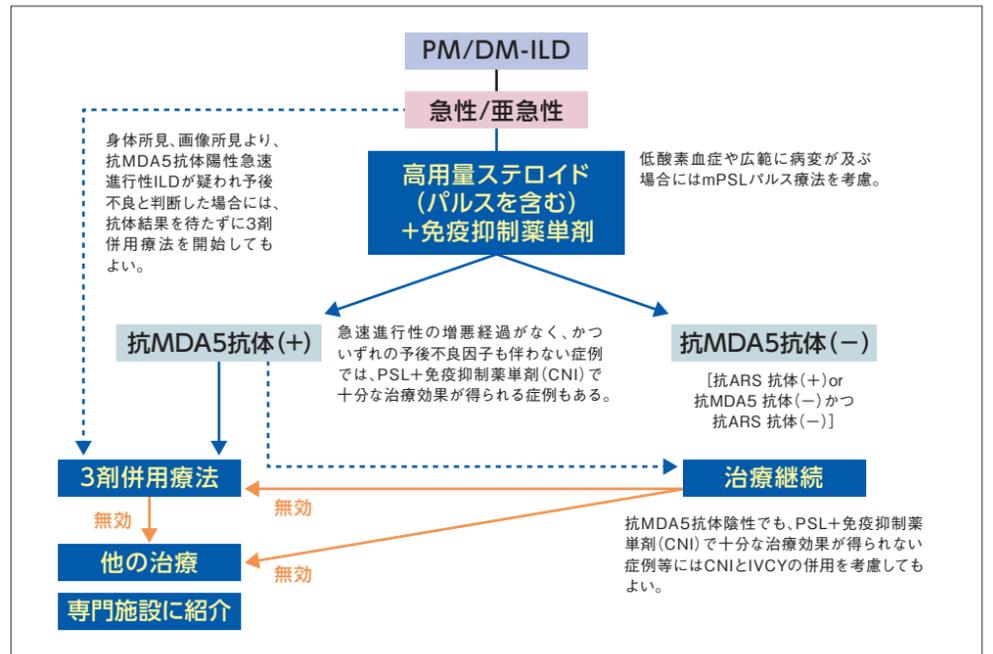
おわりに

抗MDA5抗体陽性DMの臨床的特徴、治療

についてこれまでの知見を概説した。本病態はRP-ILDを高頻度に併発する予後不良な病態であるが、診断・治療法の進歩により、予後は劇的に改善してきているものの、RP-ILD併発例では強力な治療においても不幸な転帰をとる症例が未だに存在している。その観点から、さらなる最適な治療法の開発による一層の予後の改善が望まれる。

図3 急性/亜急性PM/DM-ILDの治療アルゴリズム(案)

抗MDA5抗体の有無ならびにILDの進行度に基づいて治療アルゴリズムが提案された。2025年にさらなる改訂が予定されている。



膠原病に伴う間質性肺疾患 診断・治療指針2020より、引用改変

文献

- Sato S, et al.: Autoantibodies to a 140-kd polypeptide, CADM-140, in Japanese patients with clinically amyopathic dermatomyositis. *Arthritis Rheum.* 52(5): 1571-1576, 2005
- Sato S, et al.: RNA helicase encoded by melanoma differentiation-associated gene 5 is a major autoantigen in patients with clinically amyopathic dermatomyositis: Association with rapidly progressive interstitial lung disease. *Arthritis Rheum.* 60(7): 2193-2200, 2009
- Fiorentino D, et al.: The mucocutaneous and systemic phenotype of dermatomyositis patients with antibodies to MDA5 (CADM-140): a retrospective study. *J Am Acad Dermatol.* 65(1): 25-34, 2011
- Hall JC, et al.: Anti-melanoma differentiation-associated protein 5-associated dermatomyositis: expanding the clinical spectrum. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 65(8): 1307-1315, 2013
- Nakashima R, et al.: The RIG-I-like receptor IFIH1/MDA5 is a dermatomyositis-specific autoantigen identified by the anti-CADM-140 antibody. *Rheumatology (Oxford).* 49(3): 433-440, 2010
- Hamaguchi Y, et al.: Clinical correlations with dermatomyositis-specific autoantibodies in adult Japanese patients with dermatomyositis: a multicenter cross-sectional study. *Arch Dermatol.* 147(4): 391-398, 2011
- Gono T, et al.: Anti-MDA5 antibody, ferritin and IL-18 are useful for the evaluation of response to treatment in interstitial lung disease with anti-MDA5 antibody-positive dermatomyositis. *Rheumatology (Oxford).* 51(9): 1563-1570, 2012
- Tanizawa K, et al.: HRCT features of interstitial lung disease in dermatomyositis with anti-CADM-140 antibody. *Respir Med.* 105(9): 1380-1387, 2011
- Tsuji H, et al.: Multicenter prospective study of the efficacy and safety of combined immunosuppressive therapy with high-dose glucocorticoid, tacrolimus, and cyclophosphamide in interstitial lung diseases accompanied by anti-melanoma differentiation-associated gene 5-positive dermatomyositis. *Arthritis Rheumatol.* 72(3): 488-498, 2020
- Chen Z, et al.: Tofacitinib in amyopathic dermatomyositis-associated interstitial lung disease. *N Engl J Med.* 381(3): 291-293, 2019
- Sasaki N, et al.: Early initiation of plasma exchange therapy for anti-MDA5(+) dermatomyositis with refractory rapidly progressive interstitial lung disease. *Intern Med.* 63(2): 213-219, 2024
- 日本呼吸器学会・日本リウマチ学会合同 膠原病に伴う間質性肺疾患 診断・治療指針2020作成委員会編: 膠原病に伴う間質性肺疾患 診断・治療指針2020. 株式会社メディカルレビュー社, 東京, 66-89, 2020

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18回 横浜南共済病院

看護師 志村 育子 氏



1. 私の仕事

患者さんが診察時に治療選択(金銭面や薬剤選択など)で不安や迷いがある場合に、医師から患者さんとの面談を依頼されてお話を伺っています。通常は地域支援センターに所属しているので、時間の都合がつけば患者さんと面談を行い、次回以降の診察時に面談をしています。

2. 資格を取るきっかけ

生物学的製剤が登場し、自己注射指導を行った患者さんの症状が改善したことが目に見えてわかり、リウマチ看護の面白さを感じたこと。そして、神奈川県内ですでに活躍されていた看護師に憧れ、少しでも近づけるようになりたい、専門知識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

患者さんはリウマチと診断されたときに衝撃を受け、不安だと嘆かれる方が多くいます。そのような患者さんに寄り添い、具体的に想いを伺うことで一緒に患者さんの最善を考えています。医師からの依頼が増え、リウマチケア看護師であることを認識されてきたと思います。

4. 今後の抱負

医師からの依頼を円滑に受けるために、看護外来を立ち上げ、患者さんが安心して治療を受けられるようにしたい。また神奈川県リウマチ診療を支えるNsの会の世話人として、看護師だけでなく他の医療者もリウマチに対して興味をもち、全体の底上げができるよう会の発展を目指します。

薬剤師 鈴木 良江 氏



1. 私の仕事

整形外科・膠原病リウマチ内科病棟の病棟薬剤師を経て、現在は調剤室、製剤室を担当しています。生物学的製剤を使用している患者さんが何らかの不具合で注射が打てなかった場合等、手技の確認や製品調査を製薬会社に依頼し、安心して治療が継続できるように指導しています。

2. 資格を取るきっかけ

当院に膠原病リウマチ内科が新設されリウマチ疾患の患者さんが増え、メトトレキサート(MTX)、生物学的製剤、JAK阻害薬など患者教育が大切だと常々思っていました。そのころ、産休・育休、子育てが少し落ち着いて、仕事上の専門性を模索しているときに、興味のあるリウマチ性疾患にリウマチ財団登録薬剤師の資格ができることをネットで見たことがきっかけでした。

3. こんな時資格が役立っています

リウマチケア看護師、リウマチ財団登録理学・作業療法士とともに院内のチーム活動のみならず、院外の講演会にも参加し、多職種の情報も継続して学べます。院内の担当異動があっても患者さんにサポートができると思います。

4. 今後の抱負

リウマチでない周囲の人にも患者さんの痛みと疾患を理解してもらえよう、また早期発見で関節が変形をしないように治療が進歩していることを広く知ってもらえるようにしていきたいと思っています。何より治療を安心して安全に継続していただけるように患者さんに寄り添ったお手伝いのできたらと思っています。

令和7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7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7年3月1日～5月31日(消印有効)

令和7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61年度、平成1、4、7、10、13、16、19、22、27年度、令和2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。

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7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7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7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7年2月1日～4月30日(消印有効)

令和7年度資格更新該当者は、令和2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。

ご寄付いただいた方 10月

水野 充章 様

編集後記

東京では、ひと足早く秋の気配を感じたのも束の間、あっという間に冬の到来を感じています。皆様のお住まいの地域はいかがでしょう。

今号の特集は、西田先生にご執筆いただいた人工関節置換術に関する記事です。RA患者に対する手術の現状、近年急速に進歩するIT技術を活用した手術精度の向上、そして長期予後改善への取り組みについて、臨床現場に直結する貴重な知見を示す大変唆に富む内容となっています。特に、3D-CTデータと3Dプリン

ターを用いたカスタムガイド、ロボティックサージェリーといった技術革新の目覚ましい発展に感銘を受けました。

聖路加国際病院の先生方にご担当いただいた海外学会報告は、迅速かつ詳細な情報をお届けする本紙の人気企画で今回はGRAPPA年次総会の様子をレポートいただきました。実に71ヶ国からの参加者が集う国際色豊かな学会で、活気あふれるディスカッションの様子が目に浮かぶ、臨場感あふれる記事に引き込まれました。近年、糖尿病分野以外でも注目されているGLP-1受容体作動薬が、乾癬治療の可能性についても話題になっているとのこと。肥満と乾

癬の関連性を考えると、その可能性は理解できますが、新たな治療法の開発に繋がる可能性を秘めた、興味深い内容でした。

佐藤先生による皮膚筋炎、特に抗MDA5抗体に焦点を当てた解説は、大変分かりやすく、貴重な写真も掲載されており、読者の理解を深める上で非常に役立つ内容となっています。急速進行性間質性肺疾患の予後改善に向けた研究は、常に重要な課題であり、今後の進展に注目していきたいと思っております。

今号の紙面では、リウマチケア看護師、リウマチ財団登録薬剤師のポストも紹介しています。活動の様子、そして医療への熱い想いが伝わり、

認定を取得された皆様の病院内での活躍を心より嬉しく思います。今後の更なるご活躍を期待しております。

いま、年末に年始号の編集後記を書きながら、来年はどんな年になるだろうと考えています。穏やかで、そして医療が着実に進歩する一年になりますように。皆様にとって、健やかで爽やかな一年となりますよう、心よりお祈り申し上げます。

後藤美賀子

国立成育医療研究センター
女性の健康総合センター 妊娠と薬情報センター

令和6年度11月 企画運営委員会議事録

令和6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6年11月5日18:30~19:50

【報告事項】

- 令和6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地区のうち5地区の終了報告がされた。
- 医療情報委員会(10月15日)について
財団ホームページの現状およびアクセス数等について報告がされた。
- 第7回法人賛助会員セミナーの報告について
「添付文書[妊婦・授乳婦の項]に関する課題と展望」について村島温子理事に講演いただいた。
- 寄付金の報告について
製薬会社から財団の教育・啓発活動への支援としての寄付、一般寄付として1件の寄付をいただいたことが報告された。

【審議事項】

- 令和7年度海外派遣医の推薦方依頼について
派遣期間を4か月から1年以上滞、報奨金を3名(各100万円)から1名(300万円)に変更することが承認された。
- 国際学会(APLAR 2024)に係る助成金交付の辞退について
1名の辞退が承認された。
- 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要綱の改正案について
助成要綱の見直しが行われた。
- 令和7年度日本リウマチ財団福祉賞の推薦方依頼について
1団体から推薦(賞金20万円)から、2団体から推薦(賞金各10万円)に変更することが承認された。

以上

令和7年度リウマチ月間リウマチ講演会

メインテーマ

「共に歩む:多職種連携で取り組むリウマチコミュニティの結束と支援」

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7年6月14日(土)……………一般・患者さん向け

令和7年7月6日(日)……………当財団の研修会を兼ねた講演会

開催方式:会場とWeb配信によるハイブリッド開催

会場:東京国際フォーラム(東京都千代田区)

※詳細は財団ホームページに掲載します。

海外派遣医

■候補者募集

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1年以上滞在して研修を受けるものとする。(2)派遣医は令和7年度中に出発するものとする。令和7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1名300万円とする。

締め切り 令和7年3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。

日本リウマチ財団へご寄付のお願い

寄付の種類には、一般寄付金と使途を指定した寄付金があります。当財団への寄付金には税法上の優遇措置が適用されます。

ご寄付のお願い



財団の主な活動



港区版ふるさと納税(日本リウマチ財団応援寄付金)

日本リウマチ財団は、港区版ふるさと納税制度「団体応援寄付金」の対象団体となっています。応援したい団体として「公益財団法人 日本リウマチ財団」を指定してご寄付いただくことで、寄付金の7割を上限とした補助金が日本リウマチ財団へ交付されます。

また、寄付額のうち2,000円を超える部分が、所得税と個人住民税から控除されるため、寄付者の実質的な負担は2,000円となります(控除される金額には、収入や家族構成等に応じて一定の上限があります)。

詳しくは

