

Japan Rheumatism Foundation News

日本リウマチ財団ニュース

no. 191

2025年7月号

令和7年7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)

191号の主な内容
● 寄稿 Shared Decision MakingとAdvance Care Planningの臨床倫理 竹下 啓氏
● CORA 2025学会速報 ● Educational Visit 2025 (EV25) 学会速報
● リウマチクリニックの配布資料 明陽リウマチ膠原病クリニック (東京)
● 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20回十条武田リハビリテーション病院

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

寄稿

Shared Decision Makingと
Advance Care Planningの臨床倫理

竹下 啓 (たけした・けい) 氏
東海大学医学部医学科基盤診療学系医療倫理学領域 教授

Key Words

臨床倫理 informed consent (IC) shared decision making (SDM)
advance care planning (ACP) 自律尊重

はじめに

臨床倫理学は応用倫理学に含まれる医療倫理学の一分野であり、臨床医学における倫理上の問題を明らかにし、分析、解決するための体系的なアプローチを提供する実践的な学問である¹⁾。赤林が挙げた臨床倫理学の特徴(表1)²⁾の中で、私は、「個々の医療者・患者関係に注目し、個々の患者ケアの質の向上をめざす」ことが特に重要であり、臨床倫理学の実践とは、臨床におけるよりよい方針決定を目指すことやその支援であると考えている。

臨床倫理学の実践の中心は、倫理コンサルテーション、施設としての方針の検討や策定、倫理教育とされ³⁾、このような取り組みは臨床倫理支援と呼ばれる。臨床倫理支援は、医療現場での臨床倫理的問題への対応の必要性が高まったことや病院機能評価の項目に臨床倫理支援が設けられたことなどを背景に、2010年頃から急速に普及した。最近では、2024年度の診療報酬改定において入院料の通則で意思決定支援と身体的拘束の最小化が求められたことから、臨床倫理支援の重要性がさらに広く

認識されると期待されている。

本稿では、医療・ケアの方針決定のあり方について、shared decision making (SDM) と advance care planning (ACP) を足がかりに解説したい。

Informed consentと
shared decision making

医療・ケアの方針を決定し実施するには、通常、適切なinformed consent (IC)が必要である。ICとは、医療・ケア従事者が、患者に対して、患者の医学的状態や行おうとする医療・ケアに関して十分な説明を行い、患者がその説明を理解した上で与える同意のことである⁴⁾。私たちは患者からICを受ける立場であって、「医師が患者にICをする」というのはよくある誤用である。検討されている医療・ケアのリスクが低いか、あるいは、リスクがまったくない場合における同意のあり方は、simple consentとしてICとは区別するべきだとの考え方がある⁵⁾。しかし、医学的リスクの程度と個別の患者におけるその医療的介入の意味にはしばしば乖離があり、単純に医学的リスクだけによって同意プロセス

のあり方を簡素化することには慎重であるべきだと思われる。例えば、静脈採血についても、糖尿病のために定期的に受診している人であれば simple consentで差し支えないだろうが、終末期の患者であれば、後述するSDMのプロセスでICを受けるべき場合もあるだろう。

生命・医療倫理の四原則⁶⁾における自律尊重 (respect for autonomy) (表2)の臨床上の実践の代表が、ICである。ICは、医療・ケア従事者が患者に介入することの許諾を患者から受けることに加えて、その医療・ケアが適切に行われる限りにおいて、患者がその介入に伴うリスクを引き受けるということを意味する⁷⁾。また、医療・ケアが適切に実施されたとしても、ICの前提となる説明が十分でなければ、医療・ケア従事者は説明義務違反に問われる可能性がある。

従来のICは、主に説明と同意という二段階の手続きに焦点を当てていた。ICのプロセスにおいて、医療・ケア従事者の役割は専門家として説明をすることに限定され、患者が自己責任で同意を与えるかどうかを決定するというものである。清水はこれを、医療・ケア従事者の裁量権と患者の自己決定権を線引きするような理論であり、「決定の分担論」として批判した⁸⁾。これに

対してSDMは、患者、家族等、医療・ケア従事者が、患者を中心に対話を重ねることにより、患者の価値観や医療に期待していることを共有し、患者にとって最善の医療について合意することである⁹⁾。SDMでは医療・ケア従事者と患者が対等なパートナーシップに基づき、治療方針を共同で決定する。生命・医療倫理の四原則のバランスを考えたもっともましな (“least bad”) 医師・患者関係であるとも評されている¹⁰⁾。一方で、患者本人の自律性をより尊重する立場からは、実質的にはSDMというよりもassisted decision making (支援を受けた意思決定)であるべきだという意見もある¹¹⁾。

現実を目を移せば、すべての医療状況でSDMが適切に実施できるわけではない。Childressらは、医師と患者の基本的な力関係、多くの医師に残るパターナリスティックな傾向、難しい患者だとみなされることへの患者の不安、医師の時間的、経済的制約などSDMには深刻な障壁があると指摘している¹²⁾。また、SDMが不適切な場合もある。例えば、緊急医療では救命のためにパターナリスティックな医師・患者関係に基づいた方針決定が求められるであろうし、医療・ケア従事者に対して技術的な意味での専門家として以上のかかわりをもたれることを好まない患者もいるであろう。

総じて、ICとSDMは連続的な関係にあり、SDMを指向することでICのプロセスの質も高まる。現代の臨床倫理においては、単なる情報提供・同意にとどまらず、患者と医療・ケア従事者が価値観を共有して合意に至るSDM型のアプローチが基本とされるべきだと考えられる。

表1 臨床倫理学の特徴

1	臨床現場での実状を出発点にする極めて実学的要素と、学際性を持っている。
2	個々の医療者・患者関係に注目し、個々の患者ケアの質の向上をめざす。
3	臨床現場での個々の症例の意思決定に重きをおく。したがって当面政策決定や、マクロの資源配分などの問題は射程外となる。
4	医療者・患者関係や医療従事者側の心理的社会的要素および症例に必然的に付随する状況的要素にも配慮する。
5	教育は臨床場面で症例中心に、研究は論理的、経験的なものを学際的に行なう。
6	広い意味で患者の視点を取り入れた、医療を供給する側の、現場での意思決定の際の考え方である。

表2 生命・医療倫理の四原則

自律尊重原則 (respect for autonomy)
善行原則 (beneficence)
無危害原則 (non-maleficence)
正義原則 (justice)

よりよいshared decision makingのためのadvance care planning

厚生労働省が2018年にACPの普及啓発のために作成したリーフレットでは、ACPを「もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組」と説明している¹³⁾。最近は、この厚生労働省の定義よりも幅広い取り組みが、ACPと言われている。当初「もしものとき」とは、死

が現実的な問題になったときや意思決定が十分にできなくなったときが想定されていたと思われるが、現在罹患している疾病が増悪したときなども含めて考えられるようになっている。

本人が意思決定できない場合、本人であったらどのように判断するか(代行判断基準)、何が本人にとって最善か(最善の利益基準)を考えて、医療・ケアチームと家族等が方針決定を行う。適切なACPの積み重ねは、医療・ケアチームと家族等が本人の意思を推定し、最善の利益を検

討する際の有力なよりどころとなることが期待される。

実際のACPの態様については、患者の状態による分類が理解しやすい(表3)¹⁴⁾。「病気や病状に応じたACP」は、「一般的なACP」や「死が近づいたときのACP」と共通する部分もあるが、このACPが役に立つことが期待される局面は、必ずしも本人の意思決定能力が低下している状態ではないことを指摘しておきたい。例えば、慢性腎臓病と診断された人が、腎代替

療法についてACPの話し合いを行っておくことによって、将来実際に末期腎不全となったときにどの腎代替療法を選択するのか、あるいは、腎保護療法を選択するのかについてSDMを行う際に、患者がよりよく自身の価値観と治療選択肢を理解した上で意思決定できることを期待しているのである。そして、慢性腎臓病の治療方針についてのSDMは当然に末期腎不全となったとき(「もしものとき」)を念頭においたACPと不可分である。SDMとACPは断絶したものではなく、意思決定の時間軸における前後関係をなすと理解されるべきで、その重なりも決して少なくない。

まとめ

臨床倫理の実践は、患者一人ひとりの状況に即した、個別のかつ関係性に根ざした意思決定の積み重ねである。SDMは患者の価値観を尊重しつつ医療・ケア従事者との対話に基づく合意形成を目指す。適切なACPは、将来の重要な意思決定や患者の意思決定能力が不十分になった場合の方針決定の有力な指針となることが期待される。両者を適切に運用することは、患者中心の医療・ケアを支える土台となる。

表3 ACPの分類

一般的なACP (General ACP discussion)
成人で意思決定能力がある人、健康、もしくは持病があっても安定している人に対して行う。話し合う内容の例としては、価値観やいのちに対する考え方について、危篤の状態となった場合にどのような医療・ケアを望むかなどである。
病気や病状に応じたACP (Disease-specific ACP discussion)
成人で意思決定能力がある人、慢性疾患があり入院を繰り返している、持病の病状が進行してきている人に対して行う。話し合う内容の例としては、一般的なACPで挙げた内容のほか、病気や病状のこれからの見通し、医療・ケアの選択肢、医療・ケアを受ける場所、希望する医療・ケア、受けたくない医療・ケアについてなどである。
死が近づいたときのACP
成人で意思決定能力がある人、もしくはその代理決定者、持病の進行で死が近づいている人に対して行う。話し合う内容の例としては、死が近づいたときに希望する医療・ケア、死が近づいたときに希望する療養場所、心肺蘇生に関する希望などである。

文献

1) Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ (著), 赤林朗, 蔵田伸雄, 児玉聡 (監訳) 臨床倫理学 第5版 p1. 新興医学出版社 2006年 東京

2) 医学界新聞 臨床倫理学とは何か 臨床現場の医療従事者の観点から赤林朗氏に聞く 医学書院 1996年10月21日 https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/old/old_article/n1996dir/n2212dir/n2212_03.htm (2025年4月30日最終アクセス)

3) Aulisio MP. "I. Development, Role, and Methodologies." Bioethics, edited by Bruce Jennings, 4th ed., vol. 2, Macmillan Reference USA, 2014, pp596-602. Gale eBooks

4) 堂園俊彦, 竹下 啓 (編著) 倫理コンサルテーションケースブック pp3-4. 医歯薬出版 2020年 東京

5) Whitney SN, McGuire AL, McCullough LB. A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. Ann Intern Med. 2004; 140(1): 54-59

6) Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Eighth Edition. pp99-326. Oxford University Press. 2019. New York

7) 前田正一 インフォームド・コンセント 赤林朗 (編) [改訂版] 入門・医療倫理 I pp151-168. 勁草書房 2017年 東京

8) 清水哲郎, 会田薫子 終末期ケアにおける意思決定プロセス 安藤泰至, 高橋都 (編) シリーズ生命倫理学 4 終末期医療 pp20-41. 丸善出版 2012年 東京

9) 堂園俊彦, 竹下 啓 (編著) 倫理コンサルテーションケースブック p8. 医歯薬出版 2020年 東京

10) Tilburt JC. "Shared Decision Making." Bioethics, edited by Bruce Jennings, 4th ed., vol. 6, Macmillan Reference USA, 2014, pp2946-2953. Gale eBooks

11) Ubel PA, Scherr KA, Fagerlin A. Autonomy: What's Shared Decision Making Have to Do With It? Am J Bioeth. 2018; 18(2): W11-W12

12) Childress JF, Childress MD. What Does the Evolution From Informed Consent to Shared Decision Making Teach Us About Authority in Health Care? AMA J Ethics. 2020; 22(5): E423-E429

13) 厚生労働省ウェブサイト <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000536088.pdf> (2025年4月30日最終アクセス)

14) 「患者・家族と創る日本版アドバンス・ケア・プランニング～人生最終段階の幸せを支える」2019年度科学研究助成事業 研究代表者 森 雅紀 分担研究者 木澤 義之 https://www.med.kobe-u.ac.jp/jinsei/acp_kobe-u/acp_kobe-u/index.html (2025年4月30日現在閲覧不能) を参考に作成

CORA 2025

学会速報

中井 健宏 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

はじめに

CORA (Controversies in Rheumatology and Autoimmunity) は、リウマチ・自己免疫疾

患分野における“答えが一つではない”議題に対して、世界の専門家たちが真正面から挑む国際学会である。最大の特徴は、あらかじめ設定されたテーマに対して賛成・反対の立場から討論が行われ、最終的には聴衆の投票に

よって是非が問われる点にある。「血が流れるほどの討議を」という刺激的なテーマのもと、データと臨床経験を武器にした熱のこもった応酬が続き、会場は常に高い緊張感に包まれていた。演者同士が火花を散らしつつも、互いに敬意とユーモアを忘れない、CORA特有の知的な“つばぜり合い”が各セッションで展開された。

第8回目となる今回は、イタリア・ヴェネツィア

のリド島での開催となった。水の都ヴェネツィアといえば、サンマルコ広場やゴンドラが行き交う運河の風景が象徴的で、水辺と建築、そして歴史と芸術が静かに調和する都市である。中でも、サンマルコ広場に面したカフェ・フロリアンは、豪華な内装とクラシカルな雰囲気包まれた空間で18世紀創業のヨーロッパ最古のカフェとして知られ、カフェラテ発祥の地ともいわれている。学会の合間にこのような空間に



会場となったPalazzo del Casinò。



会場内の光景。

身を置くことで、医学とは異なる文化的な感性にも触れられる時間となった。

会場となったリド島は、本島から水上バスで約20分の場所に位置し、映画『ベニスに死す』の舞台としても知られるリゾート地である。ヴェネツィアでは珍しく車が走るこの島は、穏やかな海風と明るい色調の街並みに包まれ、学会の舞台として独特の開放感があった。今回の会場である「Palazzo del Casinò」は、かつてカジノとして使用されていた建物を改装したもので、現在はヴェネツィア国際映画祭の会場としても活用されている。重厚な劇場型ホールの板の上に立つ演者たちの姿は、まさに「知の舞台」そのものであり、学問の真剣勝負を観客として体感するにはこれ以上ない空間だった。

今回の学会では、ループス腎炎や全身性エリテマトーデス（SLE）におけるT2T、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症（EGPA）の治療戦略、膠原病疾患のステロイド減量戦略など、日常臨床でも関心の高いトピックが多く取り上げられた。それぞれのセッションで異なる立場が提示され、データをもとにした冷静な分析と熱量ある主張が交錯した。以下に、特に印象深かった3つのセッションについて記す。

ループス腎炎：早期combination療法 vs. Standard of Care (SoC)

このセッションでは、Karolinska InstitutetのIoannis Parodis先生がearly combination療法を支持し、University Hospitals of StrasbourgのLaurent Arnaud先生がSoCを擁護した。

Parodis先生は、ボクロスボリン（AURORA 1）、ベリムマブ（BLISS-LN）、オビヌツズマブ（REGENCY）といったバイオ製剤におけるComplete Renal Response (CRR) / Primary Efficacy Renal Response (PERR) 達成率を紹介し、EULAR (2023) やACR (2024案) でもearly combinationが推奨されている点を強調。flareの反復によりGFRが低下し、末期腎不全に進行するリスクを抑えるには、早期からの介入が重要だと訴えた。

これに対しArnaud先生は、combination therapyがすべての患者に有効であるとは限らないと反論。BLISS-LNのサブ解析では、新規発症例やアフリカ系患者で有意差がみられず、加えて治療コストが100週で23,981€ (combination) と2,264€ (SoC) と約10倍の差があることを示し、費用対効果の観点から慎重な検討を求めた。

Parodis先生は、直接的な医療費だけでなく、就労維持や社会的活動を考慮した「間接コスト」も含めた評価が必要だと主張。最終的に投票は50:50となり、個別化と選択の視点が改めて問われる結果となった。

SLEにおけるTreat to Target (T2T) は実現可能か？

University of PisaのMarta Mosca先生はT2Tの実現可能性を、University College LondonのAnisur Rahman先生はその困難さを主張した。

Mosca先生は、PISA cohortでのLDA達成率70%、remission on treatmentが40%、remission off treatmentが10%であったこと、またアジア太平洋地域のコホートでも80%以上が一度はLLDASを達成していることを紹介。近年のバイオ製剤の進展により、T2Tは現実的な目標となっているとした。

Rahman先生は、MMFの費用がヨーロッパでは月給の数%程度であるのに対し、ジャマイカやアルゼンチンでは月給の半分から全額に相当することを指摘。加えて、通院や検査などのコストも考慮すれば、T2Tが実現可能な環境にない国も多いと述べた。

会場で聴講していた多くの先生がこの点に理解を示しつつも、医療アクセスが良好な国においてはT2Tを積極的に目指すべきという点で合意した。

EGPAに対するメボリズマブ：300mg vs. 100mg

このセッションでは、フランスのCochin HospitalのBenjamin Terrier先生が300mg支持、イタリアのDipartimento di Scienze Mediche, Università di TriesteのGiacomo Emmi先生が100mg投与でも十分だと主張した。

Terrier先生は、MIRRAおよびMANDARA studyから、300mgによって得られる寛解率や再燃抑制効果、安全性の高さを示した。また、Bettiolらの報告を引用し、300mg群のほうが、flareが少なかった点も指摘した。

一方Emmi先生は、RCTのみならずreal-world dataにも目を向けるべきとし、リツキシマブ後のメボリズマブ100mg投与に関するデータや、現在進行中の長期観察研究の存在を紹介。「one size fits all」ではなく、患者ごとの治療選択が必要だと述べた。

現時点では300mg支持が優勢だったが、今後のデータによっては100mgの有効性も確立されていく可能性があるとの締めくくられた。

おわりに

CORAは、単なる情報提供の場ではなく、「問いに対して異なる立場から考える」という学術的対話の価値を体现する場である。一方向の講義形式とは異なり、討論形式だからこそ見えてくる盲点や、臨床現場で迷いがちな判断のグレーゾーンに光が当たる。正解が一つではない現代医療において、複数の立場が併存することを前提に「どの選択肢が、誰に、なぜ適しているのか」を問い続ける姿勢こそが、CORAの醍醐味であると感じた。

議論が白熱しながらも互いを尊重し、ときに笑いや皮肉も交えながら会場全体で“考える”空気を共有するこのフォーマットは、まさに学びの理想形の一つといえる。今回のCORAで取り上げられたトピックはいずれも、日常臨床に直結する内容であり、日々の診療における思考の整理や、患者との対話の幅を広げてくれるものであった。

日本においても、このような討論型の学びの場がより広く取り入れられることで、臨床判断の柔軟性が育まれ、専門職間の対話や教育の在り方にも新たな広がり生まれるだろう。CORAで得た視点や感覚を持ち帰り、自らの現場で活かしていくことこそが、この学会に参加する最大の意義なのかもしれない。



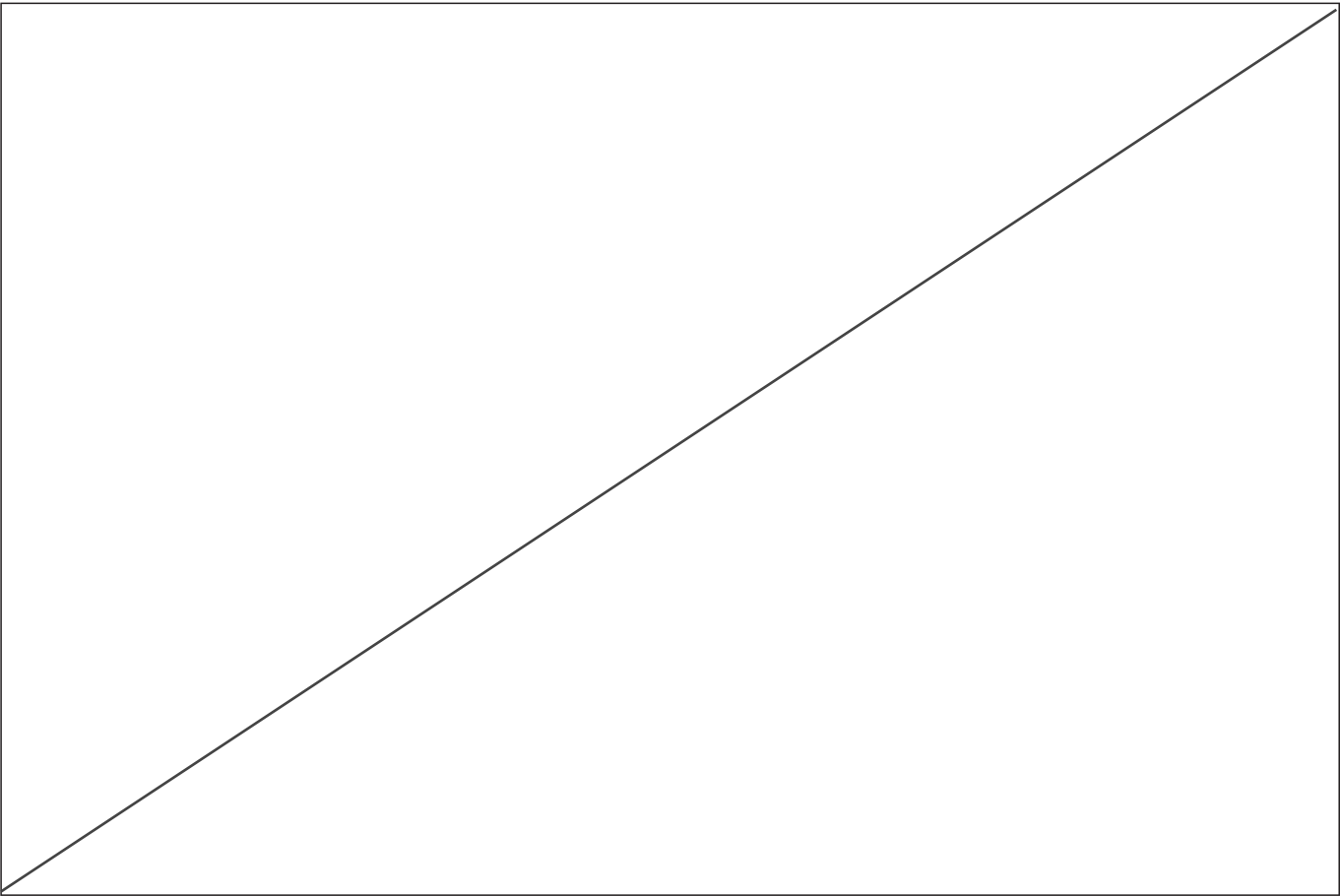
軽食をとりながら談笑。



会場内での生演奏風景。



会場内で記念撮影(右端が筆者)。



Educational Visit 2025 (EV25) 学会速報

Reproductive Rheumatologyをめぐる
国際教育交流プログラムに参加して

小澤 廣記 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

※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

2025年3月30日～4月3日、デンマーク南部の港町スナボーにて開催されたEducational Visit 2025 (EV25)に参加する機会を得た。本プログラムは、欧州リウマチ学会 (EULAR) の教育委員会が公認する国際教育イベントであり、「膠原病患者の妊娠・出産支援 (Reproductive Healthcare & Family Planning)」を主題として、欧州を中心に世界各地から約30名の若手医師、研究者、患者代表が集い、分野横断的に学びを深める場となった。

EV25は、エキスパートによる講義にとどまらず、患者当事者の声を聞き、参加者同士が実践的なワークショップを通じて協働し、ひとつのコミュニティ (tribe) として連帯を育んでいくという、他に類を見ない設計がなされていた。Reproductive Rheumatology (膠原病と生殖にかかわる医療) は、診療科や専門領域の枠を超えて、患者の人生設計に伴走する学際的領域である。本イベントを通じて、筆者はこの分野の本質をより多面的に理解する機会を得たと実感している。

筆者自身は、膠原病合併妊娠にかかわる臨床医として、本領域のよりよい診療体制の構築と、患者との対話の質を高めるヒントを得たいという思いから本プログラムに応募し、幸運にも日本からの唯一の医療従事者として参加することができた。国や制度、文化的背景が異なる参加者と直接語り合いながら、共通する課題や異なる視点に触れられたことは、極めて刺激的で、視座を広げる経験であった。

また、特筆すべき点として、コペンハーゲンまでの渡航費を除き、コペンハーゲン～スナボー間の移動費、宿泊費、参加費、夕食などは主催者側によって無償で提供された。これは地域企業を含むスポンサーの支援により実現されたものであり、少人数の参加者に対して丁寧な設計された、贅沢で密度の高い学びの空間であった。本稿では、教育セッションの中から特に印象に残った講演や対話を紹介する。全体のプログラム内容や詳細な報告については、Web版の参加記録を併せて参照いただきたい。

Monika Østensen教授の開会講演 — 歴史の継承と挑戦

EV25の初日には、Reproductive Rheumatologyの草創期を支えたMonika Østensen教授が開会講演を担当した。講演では、彼女の研究者としての歩みと本領域の進展が重ねて語られ、分野を切り拓いてきた情熱と実践の軌跡が浮かび上がった。

1970年代当時、膠原病と妊娠に関する医学的知見は限られており、抗リン脂質抗体症候群 (APS) はまだ疾患概念として確立されていなかった。妊娠中に関節リウマチ (RA) の症状が自然に軽快するという観察結果が注目され始めていたものの、その機序は不明であり、「何らかの物質」の関与が示唆されるにとどまっていた。この仮説は後にホルモンやステロイド代謝との関連へと展開された。

一方、当時の強直性脊椎炎 (AS) は「男性の疾患」として扱われており、女性患者では診断の遅れや治療選択肢の乏しさ (NSAIDsが主たる治療であった) など、構造的な困難を抱えていた。

そのような中、Østensen教授は1979年に「疾患ごとに妊娠経過に違いがあるか」「妊娠中の寛解と関連するバイオマーカーはあるか」「妊娠中の疾患活動性はどのように評価されるべきか」といった先駆的なリサーチエスションを提示した。当時はDAS、HAQ、BASDAIといった疾患評価指標すら整備されておらず、これらの問いに取り組むことは困難を極めたが、Østensen教授は1983年、RAおよびAS患者における妊娠中の疾患活動性に関する前向き研究を報告し、妊娠がRAの症状を改善しうる可能性を示した¹⁾。

さらに1980年代には若年性特発性関節炎 (JIA) 患者の妊娠についても研究が進められた。妊娠中には関節症状が軽快することが多い一方で、ぶどう膜炎の活動性は妊娠中も持続し、出産後に再燃する症例が少なくないことが報告された。

当時はプレコンセプションケアの概念が一般的ではなく、妊娠を望む患者に対しては、医療者側の知識不足や偏見が障壁となる場面も多かった。このような状況を打開するため、Østensen教授は1991年に「母となるリウマチ患者のためのセンター (Center for Mothers with Rheumatic Disease)」を設立。患者が正しい情報にアクセスし、自己決定を支えられる医療環境の整備を推進した。

彼女の講演は、科学的エビデンスの提示にとどまらず、臨床・研究・啓発の現場における地道な取り組みと、患者への深いまなざしを通じて、現在のReproductive Rheumatologyの礎がいかに築かれてきたかを参加者に実感させるものであった。

Silvia Aguilera氏の講演 — 語られてこなかった声に耳を澄ます

APSの当事者であり母でもあるSilvia Aguilera氏 (SAF España副会長、ERN ReCONNECT患者代表) は、自らの経験をもとに、膠原病患者が妊娠・出産に際して直面するアンメットニーズについて語った。プレコンセプションケアの不在、地域格差による情報・支援体制の偏在、診療科間の分断、さらに妊婦が臨床研究から排除されている現状など、制度的・構造的課題が示された²⁾。また、医療者との信頼関係構築の困難さ、SNSやAIによる情報氾濫、文化的・家庭的プレッシャー (例: 中国における義母の干渉) といった複雑な現実も共有された。

Aguilera氏は課題の指摘にとどまらず、**患者が安心して意思決定に参加できる場づくり、医療者が段階的に妊娠希望を尋ねる継続的対話の重要性、専門職不在時に活用できる共有資料やメモの整備**など、現場に即した解決策を提案した。

さらに氏は、EV25のワークショップにおいても終始建設的に関与し、「患者中心のケアとは何か」という問いを多職種の医療従事者に投げかけ続けた。その姿勢は、単なる個人の体験に



参加者で記念撮影。



写真左がAguilera氏、右がMonika Østensen教授。

とどまらず、Reproductive Rheumatologyにおける患者参画の重要性をあらためて考えさせるものであった。

Anne Troldborg氏 — 研究と臨床の橋渡し

本セッションでは、デンマーク・オーフス大学臨床医学部のAnne Troldborg博士が登場し、**Reproductive Rheumatology分野における最新の研究動向と今後の展望**が論じられた。

冒頭では、同分野における研究量の不足が浮き彫りとなった。たとえば、ACR 2024における約2,500件の演題のうち、リウマチ性疾患合併妊娠に関する報告はわずか21件にとどまり、その多くが後ろ向きな記述的研究であった。疾患種、抗体、治療法などが異なる妊娠例においてAPOs (adverse pregnancy outcomes) の傾向を記述するにとどまっており、**前向きかつ体系的な研究の必要性**が強調された。

このような背景のもと、妊娠を通じた病態解明とトランスレーショナルリサーチの推進が求められている。EULARの推奨に基づき、妊娠前、各トリメスター、産後の各タイムポイントで臨床情報 (CRF)、バイオマーカー、バイオバンクを収集し、全国的・国際的な共同研究へと展開する枠組みが提案された³⁾。さらに、看護師によるカウンセリング支援やREDCapを用いたデータ管理の整備も重要な要素として挙げられた。

研究成果の一例として、RA患者における自

然寛解を対象とした演題#0872が紹介された。RA女性19名および健常対照14名を対象に、妊娠前および妊娠各期に採取した血液を用いてbulk RNA sequencingを実施したところ、自然寛解に関連する候補遺伝子の存在が示唆された⁴⁾。

また、APSによる妊娠喪失の病態を解析した演題#1702では、ヒト化TLR8マウスモデル (Sle1.huTLR8tg) を用い、胎盤初期の血管形成異常、子宮NK細胞の減少、免疫細胞浸潤といった病態が再現され、TLR8の関与が想定された⁵⁾。

抗SS-A抗体陽性妊娠の管理に関しては、妊娠16～26週に週1～2回の胎児心エコーを実施し、ヒドロキシクロロキンを併用するという対応が、PATCH試験などの結果に基づき国際的には推奨されつつある⁶⁾。ただし、本邦においては現時点でこの目的でのヒドロキシクロロキン使用は適応外であり、臨床判断には慎重な対応が求められる。ただし、完全房室ブロック (CHB) の発症率は0.7～2%と低く、予防的介入の有効性は今なお不確かである。

さらに、妊娠中のIgGの胎盤移行については、FcRn (新生児Fc受容体) を介した機序が示され、これに基づく治療応用としてFcRn阻害薬の開発が紹介された。とりわけ、重症筋無力症に対してFDAおよびEMAの承認を受けたefgartigimodおよびnipocalimabが注目されており、後者はSjögren症候群に対してもBreakthrough TherapyおよびFast Track指定を取得している⁷⁾。**抗SS-A抗体に対するFcRn**

阻害薬の応用は、今後の高リスク妊娠における新たな治療選択肢となる可能性がある。

本講演は、基礎研究と臨床実装の橋渡しを目指す視座から構成されており、前向き研究の推進、学際的連携、産業界との協働の必要性を改めて確認する内容であった。

Jacob Lykke・Anne Voss氏
―連携の実践例

リウマチ性疾患を抱える妊婦に対し、産科医とリウマチ医はどのように連携すべきだろうか。限られた時間と情報の中で、誰が、いつ、どのように関与することで、最も安全で納得感のある妊娠管理が可能となるのか。

本セッションでは、デンマークにおけるリウマチ性疾患合併妊娠の管理体制を紹介しながら、産科医とリウマチ医がいかに協働し、患者中心のケアを実現しているかが紹介された。

デンマークにおいては、産科とリウマチ科が共同で診療を行う体制が構築されている。人口約600万人規模で全国的に整備された医療システムにおいて、妊婦に対して12週と20週での超音波検査が標準化されており、統一された周産期管理の枠組みが整っている。

RheumaPreg(リウマチ性疾患合併妊娠)クリニックでは、妊娠前から産後までの5つの時点で、産科医とリウマチ医が共同でフォローアップを実施している。妊娠前外来(Visit 1)では、情報提供とともに寛解状態や薬剤管理の評価が行われ、12週(Visit 2)と20週(Visit 3)では超音波と各診療科による定期評価がなされる。32週(Visit 4)では分娩計画に向けた管理の最終調整を行い、産後4～5週の診察(Visit 5)では次回妊娠も見据えた情報提供とサポートが提供される。

妊娠前カウンセリングの内容も具体的に共有された。産科医は主に既往妊娠歴、妊孕性、ホルモン状況などに着目し、リウマチ医は疾患活動性や使用薬剤の影響、遺伝的背景に基づいた対応を行う。また、避妊歴や自然流産の有無、月経周期の把握がプレコンセプション戦略に重要であるとされた。

胎盤機能については、産科医が胎児由来臓器としての役割を強調し、栄養・ガス交換・蛋白輸送といった多機能性が解説された。一方、リウマチ医の観点からは、リウマチ性疾患の患者における低用量アスピリン(ASA)投与の意義が共有され、150mg/日の服用により、妊娠16週以前から導入することでpreterm preeclampsiaのリスクが0.38に低下するとのエビデンスが紹介された⁹⁾。

さらに、胎児への薬剤曝露の影響に関しては、抗SS-A抗体の胎盤通過による胎児心疾患へのリスクが挙げられ、産科医による胎児発育不全(FGR/IUGR)への配慮と合わせて、綿密な連携の重要性が示された。

妊娠後期の診療上の課題としては、リウマチ性疾患のフレアと妊娠高血圧症候群の鑑別が挙げられた。具体的には、産科医はHELLP症候群や早産リスクを、リウマチ医はループス腎炎や劇症型APS(CAPS)の可能性を念頭においた対応が必要である。

最後に、「疾患寛解状態での妊娠」「早期からのプレコンセプション支援」「治療薬の継続的調整」「医師・患者・パートナーを含めた意思決定の共有」といった診療戦略が鍵であることが再確認された。本セッションは、多職種の視点が重なり合うことで、より安全で患者の納得を得られる妊娠管理が実現しうることを示す好例であった。

チームビルディングとワークショップ
―学びを共創する場

チームビルディングのセッションでは、“lean forward”の姿勢と文化形成の重要性が強調され、参加者がひとつのTribeとして互いを理解し、活発に交流する雰囲気が醸成された。

グループワークは2日間にわたって行われた。1日目には、4グループに分かれて、困難症例における医療者と患者の対話をめぐる課題が議論された。筆者が所属したグループでは、MTX使用中に計画外の妊娠で受診したRA患者と医師によるロールプレイを観察し、その後のディスカッションでは、薬剤継続に関する判断、妊娠希望の尊重、避妊支援や不妊治療導入のタイミング、患者との信頼関係の築き方など、実臨床に直結する視点での意見が交わされた。

2日目には、前日の議論を踏まえ、各グループが患者や医療者、家族向けのリーフレットやチェックリストの作成に取り組んだ。筆者のグループでは、妊娠早期にMTXに曝露したケースでのパニック回避や段階的な情報提供の在り方、リーフレットに医療者向け情報を加えるかどうかといった点について検討し、患者視点・ヘルスリテラシー・エビデンスのバランスを意識した資料案を設計した。

こうした一連のワークは、教育プログラムの枠を超えて実践的なアウトプットへとつながっており、現在もEULAR 2025での発表に向けた共同作業が行われている。知識の受動的な受け取りにとどまらず、参加者がともに課題を考え、共創する時間の価値が強く印象に残るセッションであった。

総括
―共有から生まれる変革へ

ここまで報告してきた通り、EV25はリウマチ性疾患と生殖にかかわる医療において、学際的かつ実践的な学びの場であった。南デンマーク大学の明るく開かれたキャンパスに、欧州を中心に世界各地から約30名の医療関係者が集い、5日間にわたる集中的なプログラムに参加した。

本プログラムは、リウマチ科、産科、看護、基礎研究、患者当事者といった多様な専門職の視点を交差させる構成であり、座学・対話・症例検討・教材作成に加え、文化形成を目的としたチームビルディングも組み込まれていた。

とりわけ印象深かったのは、講義で得られた知識そのものよりも、参加者間の信頼関係が徐々に育まれていくプロセスである。セッションの間はもちろん、朝食・昼食・夕食、さらにはレクリエーションの時間を問わず、各所で自然発生的にグループができ、コーヒーを片手に活発な対話が続いていた。チームビルディングセッションを経て、イベント参加者がひとつのコミュニティ(tribe)として積極的に交流を深めるオープンな雰囲気が醸成されていたことは特筆に値する。患者のためという共通の目的を起点に、異なる国・文化・職種の参加者が互いの背景を語り合いながら、未来に向けた協働の糸口を探る姿は本プログラムの本質を体現していた。

また、Silvia Aguilera氏が代弁した患者当事者の声は、従来の臨床や研究が医療者の視点に偏ってきた実態を浮き彫りにした。不安や希望といった患者の本音が十分に捉えられてこなかった現状に対し、当事者の視座を取り入れることは、今後の研究設計、教育開発、診療方針を再考するうえで欠かせない要素である。

筆者にとっては、自施設におけるケア体制や



筆者(左から4番目)の参加したグループでの記念写真。現在も交流が続いている。



講演やワークショップの会場となった南デンマーク大学。休憩時間にも熱心なディスカッションが続いた。



EV25を支えたfaculty member。



レクリエーションでは、南デンマークの美しい海と町並みを参加者で堪能した。

研究テーマを見直すうえで、強力なヒントと指針を与えてくれる機会となった。同時に、「小さなことから始めなさい(Start from small things.)」というMonika Østensen教授の言葉どおり、自らの臨床現場にこそ変化の種があることを再認識した。

EV25は単なる教育イベントではなく、異なる専門性と文化背景をもった医療者が、未来の患者ケアをともに描くための共創の場であった。ここで得た学びとつながりを現場に持ち帰り、次の対話へとつなげていきたい。

文献
1) Østensen M, et al. Prognosis of pregnancy in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. Arthritis Rheum. 1983; 26(9): 1155-1159
2) Marinello D, et al. Exploring patient's experience and unmet needs on pregnancy and family planning in rare and complex connective tissue diseases: a narrative medicine approach. RMD Open. 2022; 8: e002643
3) Meissner SA, et al. EULAR recommendations for a core data set for pregnancy registries in rheumatology. Ann Rheum Dis. 2021; 80(1): 49-56
4) Wright M, et al. Investigating the Natural Improvement of Rheumatoid Arthritis During Pregnancy. Arthritis Rheumatol. 2024; 76(Suppl 9)
5) Xia Y, et al. Placental Developmental Defects in a Humanized-TLR8 Mouse Model of Spontaneous Anti-Phospholipid Antibody Induced Pregnancy Loss. Arthritis Rheumatol. 2024; 76(Suppl 9)
6) Andreoli L, et al. EULAR recommendations for women's health and the management of family planning, assisted reproduction, pregnancy and menopause in patients with systemic lupus erythematosus and/or antiphospholipid syndrome. Ann Rheum Dis. 2017; 76(3): 476-485
7) Johnson & Johnson. Nipocalimab, the first and only investigational treatment to be granted U.S. FDA Breakthrough Therapy designation for the treatment of adults with moderate-to-severe Sjögren's disease, has now received Fast Track designation. 2024; Available at: <https://www.jnj.com/media-center/press-releases/nipocalimab-the-first-and-only-investigational-treatment-to-be-granted-u-s-fda-breakthrough-therapy-designation-for-the-treatment-of-adults-with-moderate-to-severe-sjogrens-disease-has-now-received-fast-track-designation>
8) Rolnik DL, et al. Aspirin versus Placebo in Pregnancies at High Risk for Preterm Preeclampsia. N Engl J Med. 2017; 377(7): 613-622

令和6年度 事業報告書・決算書

財団ホームページでご覧いただけます。→



令和7年度 リウマチの治療とケア教育研修会
開催予定

※開催情報、詳細等は財団ホームページをご覧ください。→

開催地区	開催日	開催場所／開催形態	世話人
北海道・東北	11月3日	TKPガーデンシティ札幌駅前 (オンサイト開催)	市立札幌病院 理事 片岡 浩
関東・甲信越	11月9日	コングレスクエア日本橋 (ハイブリッド開催)	獨協医科大学 リウマチ・膠原病内科 教授 池田 啓
東海・北陸	7月13日	エーザイ社 名古屋コミュニケーションオフィス (ハイブリッド開催)	藤田医科大学医学部 整形外科 准教授 森田 充浩
近畿	9月28日	TKPガーデンシティ京都タワーホテル (オンサイト開催)	滋賀医科大学医学部附属病院 医師臨床教育センター長・教授 川崎 拓
中国・四国 九州・沖縄 (合同)	11月23日	大正製薬社九州支店 (ハイブリッド開催)	高知大学医学部附属病院 内分泌代謝・腎臓膠原病内科 講師 谷口 義典 鹿児島赤十字病院 副院長・リウマチ科 部長 大坪 秀雄

令和7年5月 企画運営委員会議事録

審議概要を下記の通り報告します。
企画運営委員会委員長 川合 真一
日時: 令和7年5月7日(水) 18:30～19:55
【報告事項】
1. 医療情報委員会(4月22日)について
ホームページリニューアル後、順調にアクセス数が向上していることが報告された。
2. 独立監査法人の監査について
会計監査により、令和6年度の経理処理に特段の問題はない旨を確認したことが報告された。
【審議事項】
1. 令和6年度事業報告(案)及び収支決算(案)について
事業報告(案)ならびに決算(案)について審議し承認された。
2. 令和7年度日本リウマチ財団リウマチ医学賞受賞者の承認について
学術助成委員会委員が審査の結果選出した1名について審議し承認された。
3. 令和7年度海外派遣医の承認について
学術助成委員会委員が審査の結果選出した1名(米国希望)について審議し承認された。
4. 国際学会(EULAR 2025)におけるリウマチ性疾患調査・研究発表助成者の承認について
学術助成委員会委員が審査の結果選出した4名について審議し承認された。
5. 令和8年度リウマチ月間リウマチ講演会について
実行委員会委員長: 中川 夏子
メインテーマ: 多職種連携でつくるリウマチ診療の未来
開催形式: ハイブリッド形式
開催日・開催場所調整中

令和7年度 リウマチ財団登録薬剤師

申請についてお知らせいたします。

申請受付期間 令和7年7月1日～9月30日(消印有効)

■新規申請

資格(要件) など

1. 申請時に3年以上の薬剤師実務経験があり、直近5年間において、通算1年以上
リウマチ性疾患の薬学的管理指導に従事した実績があること。
2. 直近の5年間において
(1) リウマチ性疾患薬学的管理指導患者名簿……………10例*
(2) リウマチ性疾患薬学的管理指導記録(上記名簿のうち)……………5例*
*抗リウマチ薬の調剤3例以上含むこと。
(3) 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

■更新申請

対象者: TY0186～TY0324、TY0661～TY0675
令和7年度資格更新該当者は、平成27年度、令和2年度にリウマチ財団登録薬剤師を取得された方。
更新料……………1万円(5年間)

申請方法、申請書等詳細及び教員の申請につきましては財団ホームページをご覧ください。

詳細はこちら→



令和7年度 リウマチケア看護師

申請についてお知らせいたします。

令和7年8月1日～10月31日(消印有効)

■新規申請

資格(要件) など

1. 申請時に3年以上の看護師実務経験があり、直近5年間において、通算1年以上
リウマチ性疾患のケアに従事した実績があること。
2. 直近の5年間において
(1) リウマチ性疾患ケア指導患者名簿……………10例*
(2) リウマチ性疾患ケア指導記録(上記名簿のうち)……………5例*
*関節リウマチ3例以上含むこと。
(3) 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

■更新申請

対象者: TK1634～TK1735、TK2266～TK2345
令和7年度資格更新該当者は、平成27年度、令和2年度にリウマチケア看護師を取得された方。
更新料……………1万円(5年間)

申請方法、申請書等詳細及び教員、保健所等の看護師の申請につきましては財団ホームページをご覧ください。

詳細はこちら→



令和7年度 海外派遣医

派遣先	氏名	所属	専門科目
米国	清水 俊匡	長崎大学病院臨床研究センター 助教	リウマチ科

※所属・肩書は申請当時

編集後記

年度が開け、春の学会シーズンとなり、4月の日本リウマチ学会、5月の日本整形外科学会と参加してきました。いずれも話題はD2TRAやガイドライン、診断方法、新しい薬の効果等、目まぐるしく変化をしています。
さて本号では東海大学の竹下啓先生からShared Decision Making(SDM)とAdvance Care Planning(ACP)が述べられ、患者中心の医療を考えることの重要性が解説されました。CORA 2025学会速報で聖路加国際病院の中井健宏先生から、イタリア・ヴェネツィアでの会議の報告がありました。膠原病への治療戦略が議論されました。Educational Visit 2025(EV25)学会速報では聖路加国際病院の小澤廣記先生から、デンマークでの会議の様子が報告され、膠原病患者の妊娠、出産支援に対する学術的な議論がされ、患者中心のケアや多職種連携の重要性が報告されました。リウマチクリニックの配布資料では明陽リウマチ膠原病クリニックの配布資料が紹介され、患者の質問や個々のライフステージにあった資料が用意されています。リウマチケア看護師、リウマチ財団登録薬剤師のポストでは十条武田リハビリテーション病院から看護師・石本智子さん、薬剤師・大西薫子さんの自分の仕事、自己紹介が寄せられています。
リウマチ月間リウマチ講演会ではみなさまに有用な情報をお届けできると思います。また財団ニュースでも引き続き色々な情報をお届けいたします。

阿部麻美
新潟県立新発田病院リウマチセンター副センター長