

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/>

192号の主な内容

- 寄稿 リウマトイド因子の関節リウマチ診療における意義と、生物学的製剤の効果に及ぼす影響 園本 格士朗氏
- RheumaPreg 2025学会速報
- 寄稿 心臓・肝臓・腎臓・甲状腺機能が正常な浮腫・Rheumatology mimicも含めて 陶山 恭博氏
- 令和7年度 リウマチ月間リウマチ講演会 開かれる

寄稿

リウマトイド因子の関節リウマチ診療における意義と、生物学的製剤の効果に及ぼす影響

園本 格士朗(そのもと・こうしろう)氏

産業医科大学産業保健学部看護学科 成人・老年看護学 教授

Key Words

リウマトイド因子(RF)

関節リウマチ(RA)

生物学的製剤

診 断

関節予後

炎 症

疾患活動性

TNF阻害剤



RFとRAの診断

リウマトイド因子(RF)は、IgGのFc領域を標的とする自己抗体である¹⁾。RFはリウマチ性疾患、非リウマチ性疾患、さらに健康な成人においても観察される非特異的な自己抗体であるが、関節リウマチ(RA)における有用性は古くから知られ、特にIgM型RFは診断に用いられてきた¹⁾。1987年の米国リウマチ学会(ACR)によるRA分類基準²⁾においてRFが採用され、2010年のACR/欧州リウマチ学会(EULAR)のRA分類基準³⁾ではその力価も考慮されるようになった。この新基準では、RFは抗シトルリン化ペプチド抗体(ACPA)と同等に扱われており、RF・ACPAがともに陰性でRAと分類されるのは、11箇所以上の関節炎、罹病期間6週間以上、および/あるいはC反応性タンパクまたは赤血球沈降速度の陽性が認められる場合に限られる。これらは分類基準ではあるが、実臨床においても診断の参考として広く用いられている。

RFと関節予後

RFは予後予測マーカーとして、特に関節破壊の予測因子として広く知られている。早期RA患者にインフリキシマブ(IFX)を投与したASPIRE試験(2004年)では、メトトレキサート(MTX)単独群、MTX+IFX併用群のいずれにおいても、治療開始時のRF力価が高いほど、その後の修正総シャープスコア(mTSS)の増加が著しかった⁴⁾。別の定量的CTを用いた前向き研究では、ACPA陽性患者においてRF力価が骨びらん数と相関し、RFとACPAが骨びらん形成に協調して関与する可能性が示された⁵⁾。さらに他の早期RA患者の前向きコホートでは、RF力価が将来の骨びらんおよび関節裂隙狭小化の進行を予測する有意な因子であることが示された⁶⁾。RFの存在、特に高力価陽性例では積極的な治療が推奨されており、ACR/EULARの2022年勧告⁷⁾、日本リウマチ学会の関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂版⁸⁾にも明記されている。

RFと炎症・疾患活動性

RFは試験管内において、ACPAとの共存により腫瘍壊死因子(TNF)- α 、インターロイキン(IL)-1 β 、IL-6の産生を促進することが報告されている⁹⁾。これは、RFが炎症を増悪させる可能性を示唆する。実際、RA患者においても、RFと炎症性サイトカインとの関連が示されている。RA患者1,488名をRF・ACPAの陽性/陰性で4群に層別し、血中サイトカイン濃度を横断的に測定した研究では、RF・ACPA二重陽性群でTNF- α 、IL-1 β 、IL-6、IL-12、IL-17Aの濃度が二重陰性群より有意に高値であった。ACPA単独陽性群のサイトカイン濃度は二重陰性群と同等だったが、RF単独陽性群は二重陽性群に次いで高値を示し、TNF- α は数値的に上昇、IL-6、IL-12、IL-17Aは統計学的に有意に上昇していた。同じ母集団において、RF単独陽性群および二重陽性群は、二重陰性群と比較してRA疾患活動性が有意に高かった¹⁰⁾。

グリムマブ(GLM)の国際共同無作為化比較試験に登録された患者のベースライン解析でも、RF単独陽性群および二重陽性群は、二重陰性群より有意に高い疾患活動性を示し、一方でACPA単独陽性群は、二重陰性群よりも数値的に低かった¹¹⁾。

本邦でIFXの用量増量の根拠となったRISING試験でも、同様の傾向が報告されている¹²⁾。この研究では、患者をRF・ACPAの力価に基づき、RF低値かつACPA低値群(low/low)、RF高値かつACPA高値群(high/high)、いずれにも該当しない群(middle)の3群に層別し、IFX治療前の状態を評価した。RF値はlow/low群、middle群、high/high群それぞれ11、87、384 IU/mL、DAS28-CRPは5.54、5.39、5.74であり、血清反応と疾患活動性との相関が認められた。また、血中TNF- α (0.73、0.91、1.15[pg/mL])、血中IL-6 (26.5、28.5、33.6[pg/mL])にも血清反応との相関がみられた。これらの患者をMTX+IFX (3mg/kg) で治療した結果、middle群およびhigh/high群では、low/low群に比べてIFXの血中濃度(トラフ値)が低く、疾患活動性の改善も不十分であった。

RFとTNF阻害剤の治療効果：抗体の構造特性を考える

本邦の最新ガイドラインでは、MTXを中心とした古典的合成抗リウマチ薬による治療(Phase I)で治療目標を達成できなかった場合、分子標的治療薬(生物学的製剤[bDMARDs]またはJAK阻害剤)を含むPhase IIに進むことが推奨されている。この際、短期的にはbDMARDsとJAK阻害剤の有効性は同等としつつ、長期安全性や医療経済の観点からはbDMARDsを優先するよう注記されている。

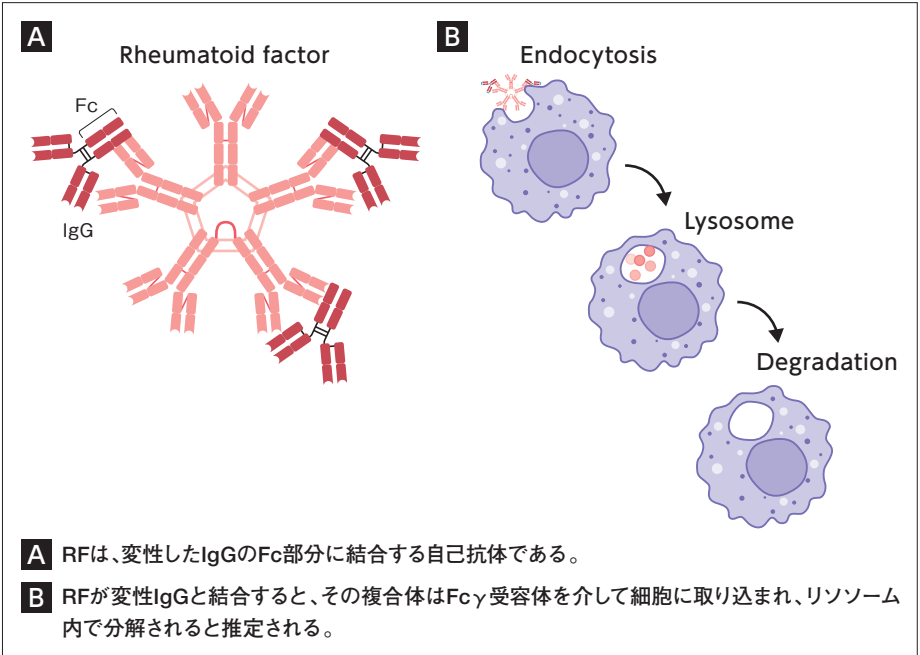
2025年6月時点で、本邦でRAに承認されているbDMARDsは、TNF阻害剤、IL-6受容体抗体、T細胞選択的共刺激調節阻害剤である。中でもTNF阻害剤は分子標的薬の中で最も長い使用実績をもち、有効性・安全性に関する知見も豊富である。新薬開発において実薬対照(active comparator)として用いられることから、TNF阻害剤が標準的な治療薬として位置づけられていることがわかる。しかし、RF陽性患者ではTNF阻害剤の効果が低下する可能性が示されている。前述のRISING試験に

加え、IFX、エタネルセプト(ETN)、アダリムマブ(ADA)によるDAS改善がRF陽性例で劣っていたという報告¹³⁾、IFX、ETN、ADA、GLMによる寛解率がRF陽性例で低かったとの報告もある¹⁴⁾。

では、RF陽性患者にはTNF阻害剤以外のbDMARDsを選択すべきだろうか。最近の研究では、bDMARDsの構造がRF陽性患者における治療効果に影響を与える可能性が示されている。RFはIgGのFc部分に対する自己抗体であり、多くのbDMARDsもFcを有するIgG構造をもつ。このため、RF陽性患者ではbDMARDsのクリアランスが亢進し、治療効果の減弱につながる可能性がある(図1)。

前述した3つの報告¹²⁻¹⁴⁾は、いずれもFcを有するTNF阻害剤による検討であった。一方、セルトリズマブペゴル(CZP)およびオゾラリズマブ(OZO)はFcをもたないTNF阻害剤であり、RFによるクリアランスの影響を受けにくい可能性がある。観察研究¹⁵⁾および無作為化比較試験¹⁶⁾では、Fcを有するTNF阻害剤がRF高値群で効果の減弱を示したのに対し、CZPではRF力価にかかわらず一定の効果が認めら

図1 RFによるIgG分解の誘導機構

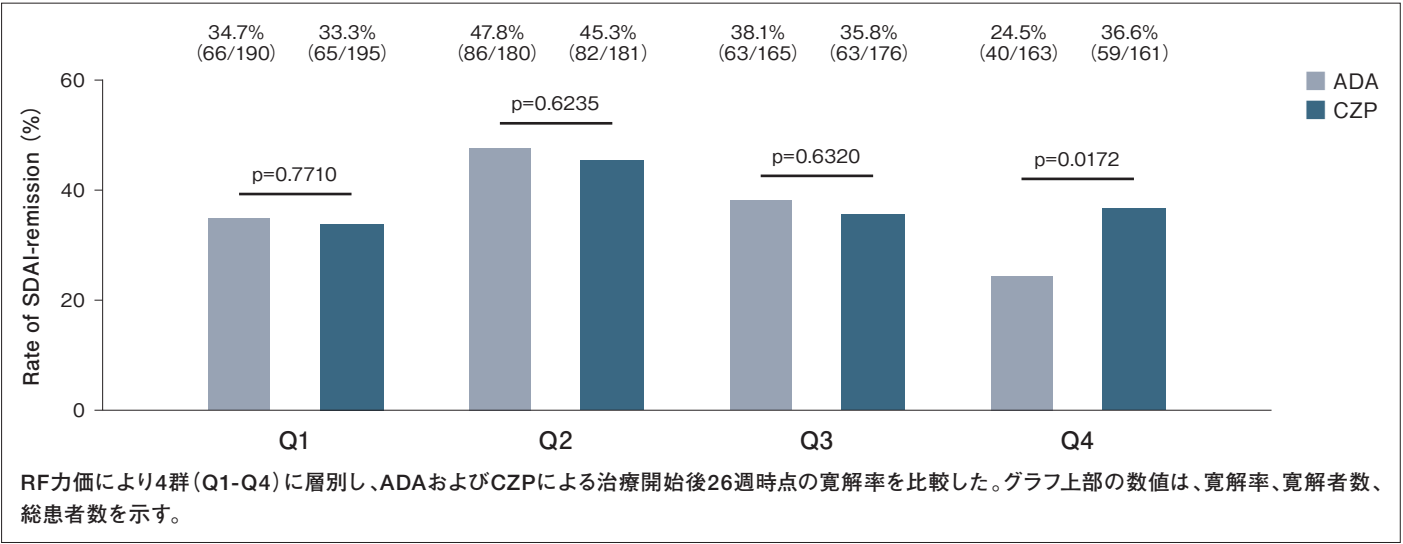


れた。我々のコホート研究であるFIRSTレジストリにおいても、FcをもつADAとFcをもたないCZPを比較した結果、RF高力価ではADAの効果が減弱した一方、CZPでは減弱しなかった¹⁷⁾ (図2)。また、さらに、OZOもRF力価にかかわらず安定した効果を示すことが、臨床試験の事後解析から確認されている¹⁸⁾。

まとめ

RFは診断や関節予後の指標となるだけでなく、TNF阻害剤の治療効果にも影響を及ぼす。RF高値例にTNF阻害剤を用いる際には、薬剤の構造特性を考慮することで、予後の改善につながる可能性がある。

図2 RF値がADAおよびCZPの臨床効果に与える影響



文献17より引用。http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

文献

1) Sung WY, Tsai WC. Rethink About the Role of Rheumatoid Factor and Anti-citrullinated Protein Antibody in Rheumatoid Arthritis. *Rheumatol Immunol Res.* 2(1): 19-25, 2021

2) Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 31(3): 315-324, 1988

3) Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis.* 69(9): 1580-1588, 2010

4) Vastesaeger N, Xu S, Aletaha D, et al. A pilot risk model for the prediction of rapid radiographic progression in rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford).* 48(9): 1114-1121, 2009

5) Hecht C, Englbrecht M, Rech J, et al. Additive effect of anti-citrullinated protein antibodies and rheumatoid factor on bone erosions in patients with RA. *Ann Rheum Dis.* 74(12): 2151-2156, 2015

6) Rydell E, Forslind K, Nilsson JÅ, et al. Predictors of radiographic erosion and joint space narrowing progression in patients with early rheumatoid arthritis: a cohort study. *Arthritis Res Ther.* 23(1): 27, 2021

7) Smolen JS, Landewé RBM, Bergstra SA, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update. *Ann Rheum Dis.* 82(1): 3-18, 2023

8) Harigai M, Kaneko Y, Tanaka E, et al. 2024 Update of the Japan College of Rheumatology Clinical Practice Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis: Secondary publication. *Mod Rheumatol.* 35(3): 387-401, 2025

9) Laurent L, Anquetil F, Clavel C, et al. IgM rheumatoid factor amplifies the inflammatory response of macrophages induced by the rheumatoid arthritis-specific immune complexes containing anticitrullinated protein antibodies. *Ann Rheum Dis.* 74(7): 1425-1431, 2015

10) Sokolove J, Johnson DS, Lahey LJ, et al. Rheumatoid factor as a potentiator of anti-citrullinated protein antibody-mediated inflammation in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatol.* 66(4): 813-821, 2014

11) Aletaha D, Alasti F, Smolen JS. Rheumatoid factor, not antibodies against citrullinated proteins, is associated with baseline disease activity in rheumatoid arthritis clinical trials. *Arthritis Res Ther.* 17(1): 229, 2015

12) Takeuchi T, Miyasaka N, Inui T, et al. High titers of both rheumatoid factor and anti-CCP antibodies at baseline in patients with rheumatoid arthritis are associated with increased circulating baseline TNF level, low drug levels, and reduced clinical responses: a post hoc analysis of the RISING study. *Arthritis Res Ther.* 19(1): 194, 2017

13) Potter C, Hyrich KL, Tracey A, et al. Association of rheumatoid factor and anti-cyclic citrullinated peptide positivity, but not carriage of shared epitope or PTPN22 susceptibility variants, with anti-tumour necrosis factor response in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 68(1): 69-74, 2009

14) Santos-Moreno P, Sánchez G, Castro C. Rheumatoid factor as predictor of response to treatment with anti-TNF alpha drugs in patients with rheumatoid arthritis: Results of a cohort study. *Medicine (Baltimore).* 98(5): e14181, 2019

15) Nakayama Y, Watanabe R, Murakami K, et al. Differential efficacy of TNF inhibitors with or without the immunoglobulin fragment crystallizable (Fc) portion in rheumatoid arthritis: the ANSWER cohort study. *Rheumatol Int.* 42(7): 1227-1234, 2022

16) Smolen JS, Taylor PC, Tanaka Y, et al. Impact of high rheumatoid factor levels on treatment outcomes with certolizumab pegol and adalimumab in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford).* 63(11): 3015-3024, 2024

17) Nagayasu A, Miyazaki Y, Sonomoto K, et al. Influence of Rheumatoid Factors on the Efficacy of TNF Inhibitor Therapy in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Rheumatol Ther.* 12(4): 641-662, 2025

18) Watanabe R, Tanaka Y, Takeuchi T, et al. Ozoralizumab shows effectiveness regardless of baseline RF and ACPA titres in patients with RA: A post hoc analysis of the OHZORA trial. *Rheumatology (Oxford).* 64(7): 4190-4199, 2025

RheumaPreg 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

静かな気品と重厚な文化が息づく街、ウィーン。街角には音楽の記憶が漂い、カフェの一杯にすら過ぎ去った時代の香りが残る。そんな街で、2025年5月、私はRheumaPreg 2025に参加した。

本学会は、リウマチ性疾患と妊娠・出産・授乳、さらに母子の長期的予後改善をテーマとし、世界中から集まった専門家たちが実践的かつ最新のエビデンスを共有する国際的な学術の場だ。ウィーンの静謐な芸術環境と調和するように、会場では緊張感ある議論が交わされ、その学術的厚みと文化的余韻が共鳴していた。

まず、街中で私を迎えてくれたのは、ユネスコ無形文化遺産にも登録されたウィーンのカフェ文化だった。中でも象徴的なのがカフェ・ザッハー。赤と金を基調とした優雅な調度に囲まれた空間でいただいたザッハトルテは、濃厚でありつつもくどさのない口溶け。アプリコットジャムのほのかな酸味が後味を引き締め、コーヒーのほのかな苦みとともに「伝統」を鮮やかに記憶へと昇華させてくれた。

さらに、訪れたゲルストナーは、ハブスブルク家御用達の格式を今に伝える場所だ。豪華絢爛な天井の装飾に調度品とマッチするように選び抜かれた絵画たち、まるで19世紀にタイムスリップしたかのような空間。ショーケースに並んだケーキはまるで宝石のようで、とくに「シシィ」の名を冠したスマイレの砂糖漬けを添えたトルテは、しつ

とりとした深い余韻を残す上品な一品だった。

ホーフブルク宮殿内のシシィ博物館では、皇妃・エリザベートの静かな素顔にふれる体験があった。幼少時に奏でたハーブに直筆の絵封筒、宮廷列車の復元車両―それらすべてに、カモメのように自由を求めた彼女の意思が宿っていた。その姿を思い浮かべていると、冬にまた別のかたちで彼女に出会える機会が近づいていることが、ふと頭をよぎった。

続いて訪れたのは、モーツァルトがウィーンで恵まれた歳月を過ごした住居である“モーツァルト・ハウス”。現在博物館として整備されており、楽譜や手紙、当時の衣装、当時のインテリアまでが丁寧に展示されており、舞台の記憶と歴史の実像が静かに交差する。音楽そのものともいえる彼の人生にウィーンという環境が与えたインスピレーションを感じることで、それまでに耳にしてきた旋律がより新鮮に響いてくる感覚を覚えた。

こうした文化的体験の余韻とともに本会に参加した。今年は47か国から423名（リウマチ科医214名、産婦人科医59名、その他）が集い、診療領域を超えた多職種共創の議論が続いた。年々参加者が増えていることから、本領域への関心の高まりが実感された。

EULAR recommendations

直近で発表された“EULAR recommendations

for use of antirheumatic drugs in reproduction, pregnancy, and lactation: 2024 update”¹⁾に関するセッションは、本学会の中核を成す内容であり、2020年のACR²⁾および2022年のBSRからの推奨³⁾とも比較する形で紹介された。

中心となる論点は以下の通りである。

催奇形薬の管理

一般集団でも3～5%で先天異常が報告されるが⁴⁾、メトトレキサートでは約10%、ミコフェノール酸モフェチル（MMF）で約25%、シクロフォスファミドで20%以上の催奇形リスクがあるとされる⁵⁻⁷⁾。そのため、メトトレキサートは妊娠3ヵ月前、MMFは6週間前、シクロフォスファミドは3ヵ月以上前の上中止が推奨される。

NSAIDs

妊娠前の使用が黄体化未破裂卵胞症候群を誘発し不妊リスクを高めるほか⁸⁾、妊娠20週以降の使用では動脈管早期閉鎖や胎児腎障害の可能性もある。そのため妊娠28週以降の使用は回避が望ましい⁹⁾。

グルココルチコイド

グルココルチコイドは臓器障害などの合併症が増えることが知られており、昨今の膠原病領域ガイドラインでも可能な限りの減量および中止の検討が叫ばれている¹⁰⁻¹⁴⁾。妊娠管理の視点においても高用量使用で早産などの妊娠合併症と関連し¹⁵⁻¹⁷⁾、可能であれば妊娠前

に5mg/day以下への減量が推奨される。

csDMARDs

既報と同様にサラズルファピリジン、タクロリムス、アザチオプリン、ヒドロキシクロロキンなどのcsDMARDsは妊娠中も使用を考慮できる¹⁻³⁾。カルシニューリン阻害薬はタクロリムスを中心に妊娠中の安全性を示すデータが蓄積されてきているものの¹⁸⁻²¹⁾、ボクロスポリンについては少量のアルコールを含むこと、および、妊娠中の使用についてのデータが十分とはいえない点から妊娠中の使用はまだ避けるべきとされた。

生物学的製剤

多くの生物学的製剤はFc領域をもつため経胎盤的に児に移行しうる²²⁾。特に妊娠後半にかけて移行率が上昇するため²³⁾、妊娠後半での使用には留意が必要である。

TNF阻害薬

TNF阻害薬についてはこれまでのガイドライン同様に妊娠中の使用の安全性を示す複数データをもとに、既報と同様に妊娠中の使用も考慮されるとされた¹⁻³⁾。また近年のsystematic reviewも引用し、妊娠中のTNF阻害薬使用は児の重症感染症リスクを上昇させないことも示された¹⁶⁾。

Non-TNF bDMARDs

従来、non-TNF bDMARDsについては慎重

な姿勢が一般的であったが、今回のEULAR recommendationsでは、近年のnon-TNF bDMARDsの使用歴についての報告をもとに、アバタセプト、トシリズマブ、サリルマブ、リツキシマブ、ベリムマブ、アナキンラ、カナキヌマブ、イキセキズマブ、セクキヌマブ、ウステキヌマブなどの使用について、より寛容な立場が示された²⁴⁻³⁹⁾。なおアニフロルマブやIL-5阻害薬、IL-23阻害薬についてはまだ妊娠中の使用報告が十分ではなく積極的な推奨からは外れた。

授乳における薬物管理

授乳中に使用できる薬剤は**表1**に示す通りであり、妊娠中に使用できる内服薬の多くが授乳中も使用できる。

授乳と薬剤投与におけるポイントとしては2点あり、近年のリウマチ患者の授乳率の改善とステロイド投与患者における授乳についてである。

一般人口における授乳率は83%程度と報告されているが⁴⁰⁾、かつてはリウマチ疾患患者では授乳率が低いことが知られていた。しかし近年、妊娠・授乳中の免疫抑制薬使用についての理解が進んだこともあり、リウマチ疾患患者の授乳率は一般人口と同程度まで改善している⁴¹⁾。PreCARAコホートでは、授乳率が過去のPARAコホートと比して上昇しており、授乳中の薬剤使用に対する理解が進展したことによる影響が考えられた⁴²⁾。なおmPSLパルス療法後は2～4時間間隔をあけて授乳することが推奨される⁴³⁾。

男性側の薬剤使用と妊孕性

男性の場合、サラゾスルファピリジン、および、シクロフォスファミドの使用が問題となる。

サラゾスルファピリジンについては妊娠中の使用は禁忌ではないものの、精子運動性低下との報告もあり留意が必要である⁴⁴⁾。

シクロフォスファミドは精子数減少・運動能低下・形態異常を来たしうる⁴⁵⁾。特に累積投与量が4,000mg/m²以上となると無精子症のリスクが上昇するため、妊活3カ月前までの中止および精子保存の検討が推奨される⁴⁶⁾。

ワクチン接種に関する推奨

胎内でnon-TNF bDMARDsに曝露された児には、生後少なくとも6ヵ月間の生ワクチン接種の延期が望ましい。TNF阻害薬曝露児ではロタウイルスワクチンは投与可能だが、BCG接種は各製剤の胎盤移行性に応じた妊娠中の中止が行われたかによって投与時期の検討が望ましいことが明記された**(表2)**。

母子の長期予後と周産期管理

SLEなどの膠原病は妊娠高血圧症候群のリスクを上昇させる。妊娠高血圧症は、左室リモデリングや拡張障害を通じて、将来的な心血管疾患・心不全・糖尿病発症のリスク因子となることが明らかになっており⁴⁷⁾、産後も妊娠第4期と捉えて長期フォローアップが必要である⁴⁸⁾。

また、産後エナラプリルを投与することで拡張機能や左室リモデリングの改善が得られる可能性も報告されており、心血管管理戦略の一環として検討に値する⁴⁹⁾。

結びに

RheumaPreg 2025では、胎盤病理、産科APS、父親側の薬物影響、そして最新のEULAR推奨まで、実臨床に直結する多岐にわたるテーマが取り上げられた。リウマチ医・産科医・免疫学者が垣根を超えて知を結集することで、リウマチ性疾患をもつ妊婦への支援は、より繊細なものへと深化しつつある。

今回は2027年、オランダ・ロッテルダムにて開催予定である。運河の水面に映る光と風、小さなウサギが迎えてくれるであろうその街で、また新たな出会いと知見が交差することを期待している。

表1 EULAR recommendationsの要約

	During pregnancy	Lactation	Paternal medication
NSAIDs	○ Prefer ibuprofen and diclofenac Stop after week 28	○ Ibuprofen and celecoxib preferable	○
Glucocorticoid	○ If possible, taper to PSL≤5mg/day	○ mPSL pulse therapy: delay 2-4 hours after the last dose	○
Methotrexate	× Discontinue 1-3 months prior to conception	△ MTX≤25mg/w is considered safe	○ MTX≤25mg/w is considered safe
Leflunomide	× Discontinue 3.5 months prior to conception Or a drug washout procedure (eg, cholestyramine) performed	×	○
Sulfasalazine	○ Concomitant daily folic acid supplementation is recommended	○	○ Might influence the sperm quality
Tacrolimus	○	○	○
Cyclosporine	○	○	○
Voclosporin	× No data	×	× Limited data
Azathioprine	○ Daily doses up to 2mg/kg	○	○
Hydroxychloroquine	○	○	○
MMF	× Discontinue 1.5 months prior to conception In severe disease only in 2 nd and 3 rd trimester	×	○
Colchicine	○	○	○
Avacopan	× No data	× Limited data	× Limited data
Apremilast	× No data	× Limited data	× Limited data
Infliximab	○ Consider to stop until GW 20	○	○
Adalimumab	○ Consider to stop until GW 20	○	○
Etanercept	○ Consider to stop until GW 30-32	○	○
Certolizumab	○ Continue throughout pregnancy	○	○
Golimumab	○ Consider to stop until GW 20	○	○
Abatacept	○	○	○
IL6 inhibitor	○	○	○
Belimumab	○	○	○
Anifrolumab	△	○	× Limited data
Rituximab	○	○	○
IL5 inhibitor	△	○	× Limited data
IL17 inhibitor	○	○	○
IL23 inhibitor	△	○	× Limited data
Cyclophosphamide	× Discontinue 3 months prior to conception In severe disease only in 2 nd and 3 rd trimester	×	× ≥4,000mg/m ² is likely to result in permanent azoospermia Discontinue 3 months prior to conception
JAK inhibitors	× Limited data	×	× Limited evidence

表2 bDMARDsに経胎盤曝露された児への生ワクチン接種推奨

ロタウイルス
TNF阻害薬曝露 → 投与調整不要
Non-TNF bDMARDs曝露 → 生後6ヵ月間投与を延期

BCG
妊娠20週以降アダリムマブ、ゴリムマブ、インフリキシマブ曝露 妊娠30～32週以降エタネルセプト曝露 → 生後6ヵ月間投与を延期
セルトリズマブ曝露 → 投与調整不要
Non-TNF bDMARDs曝露 → 生後6ヵ月間投与を延期

文献

1) R egg L, et al.: Ann Rheum Dis. 84(6): 910-926, 2025

2) Sammaritano LR, et al.: Arthritis Rheumatol. 72(4): 529-556, 2020

3) Russell MD, et al.: Rheumatology (Oxford). 62(4): e48-e88, 2023

4) Mai CT, et al.: Birth Defects Res. 111(18): 1420-1435, 2019

5) Peterson EA, et al.: Obstet Gynecol. 135(5): 1161-1176, 2020

6) Vargesson N: Birth Defects Res C Embryo Today. 105(2): 140-156, 2015

7) Nakai T, et al.: Best Pract Res Clin Rheumatol. 39(1): 102022, 2025

8) Jesam C, et al.: Human Reprod. 25(2): 368-373, 2010

9) Dathe K, et al.: Eur J Clin Pharmacol. 75(10): 1347-1353, 2019

10) Tselios K, et al.: ACR Open Rheumatol. 3(8): 550-557, 2021

11) Tani C, et al.: RMD Open. 5(2): e000916, 2019

12) Nakai T, et al.: Lupus Sci Med. 9(1): e000682, 2022

13) Tarr T, et al.: Clin Rheumatol. 36(2): 327-333, 2017

14) Fanouriakis A, et al.: Ann Rheum Dis. 83(1): 15-29, 2024

15) Nakai T, et al.: Arthritis Res Ther. 26(1): 63, 2024

16) Pluma A, et al.: Ann Rheum Dis. Apr 15, 2025 [Online ahead of print]

17) Palmsten K, et al.: Pharmacoepidemiol Drug Saf. 27(4): 430-438, 2018

18) Suzuki K, et al.: Mod Rheumatol. 33(5): 944-952, 2023

19) Kitada A, et al.: Lupus. 32(3): 352-362, 2023

20) Hiramatsu Y, et al.: Lupus. 27(14): 2245-2252, 2018

21) Nakai T, et al.: Arthritis Res Ther. 26(1): 15, 2024

22) Giles I, et al.: Nat Rev Rheumatol. 15(7): 391-402, 2019

23) Palmeira P, et al.: Clin Dev Immunol. 2012: 985646, 2012

24) Dobson R, et al.: Pract Neurol. 23(1): 6-14, 2023

25) Juliao P, et al.: Birth Defects Res. 115(2): 188-204, 2023

26) Petri M, et al.: Ann Rheum Dis. 82(2): 217-225, 2023

27) Kao JH, et al.: Semin Arthritis Rheum. 51(5): 963-968, 2021

28) Emmi G, et al.: Semin Arthritis Rheum. 45(6): e26-e27, 2016

29) Danve A, et al.: Semin Arthritis Rheum. 44(2): 195-197, 2014

30) Bitter H, et al.: Ann Rheum Dis. 77(11): 1692-1693, 2018

31) Nakai T, et al.: Mod Rheumatol Case Rep. 7(1): 82-86, 2023

32) Hoeltzenbein M, et al.: Semin Arthritis Rheum. 46(2): 238-245, 2016

33) Nakajima K, et al.: Mod Rheumatol. 26(5): 667-671, 2016

34) Saito J, et al.: Rheumatology (Oxford). 58(8): 1505-1507, 2019

35) Mizutani S, et al.: Intern Med. 62(4): 633-636, 2023

36) Meyer A, et al.: Clin Gastroenterol Hepatol. 23(1): 144-153.e22, 2025

37) Weber E, et al.: Rheumatology (Oxford). 61(8): e229-e231, 2022

38) Egeberg A, et al.: J Dermatolog Treat. 33(5): 2503-2509, 2022

39) Warren RB, et al.: Br J Dermatol. 179(5): 1205-1207, 2018

40) Byrne JJ, et al.: N Engl J Med. 380(14): 1296-1297, 2019

41) Ikram N, et al.: Lupus Sci Med. 8(1): e000491, 2021

42) Kemper E, et al.: RMD Open. 8(2): e002194, 2022

43) Ryu RJ, et al.: J Clin Pharmacol. 58(9): 1223-1232, 2018

44) Fukushima T, et al.: Toxicol Sci. 85(1): 675-682, 2005

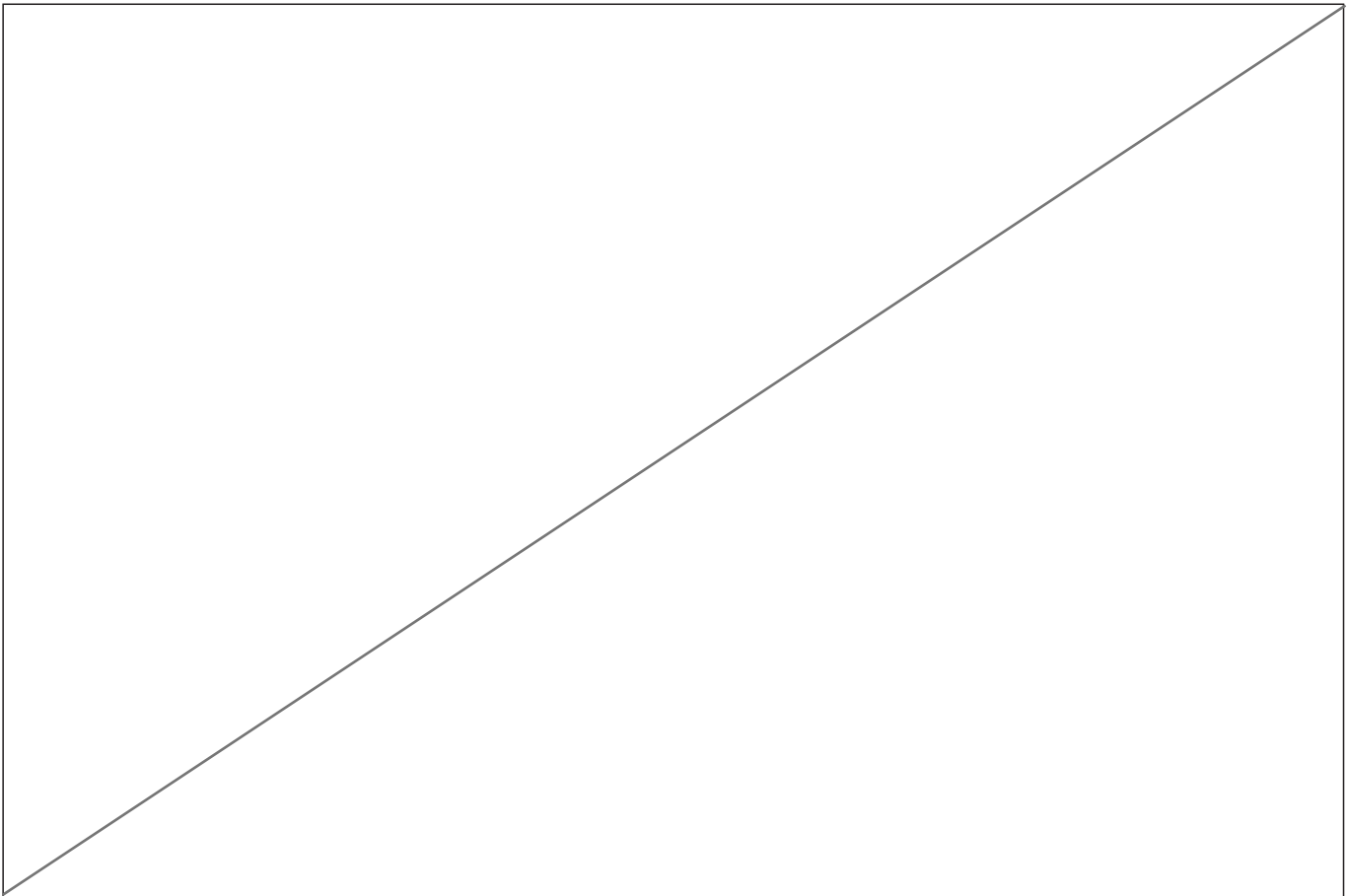
45) Abarikwu SO, et al.: Toxicol Int. 19(2): 207-214, 2012

46) Green DM, et al.: Lancet Oncol. 15(11): 1215-1223, 2014

47) Davis MB, et al.: J Am Coll Cardiol. 77(14): 1763-1777, 2021

48) Giorgione V, et al.: Eur Cardiol. 18: e42, 2023

49) Ormesher L, et al.: Hypertension. 76(6): 1828-1837, 2020



寄稿 心臓・肝臓・腎臓・甲状腺機能が正常な浮腫：Rheumatology mimicも含めて

陶山 恭博(すやま・やすひろ)氏 NTT東日本関東病院 リウマチ膠原病科 医長

Key Words

心臓 肝臓 腎臓 甲状腺 浮腫 膠原病 rheumatology mimic (膠原病っぽくみえてしまう疾患)

はじめに

リウマチ膠原病科を標榜していると、「心臓・肝臓・腎臓・甲状腺機能に問題がない、よくわからない浮腫です。膠原病でしょうか?」というコンサルトを受けることが多い。そこで、心臓・肝臓・腎臓・甲状腺機能が正常な浮腫について、膠原病関連疾患を含めて復習したい。

1. リウマチ膠原病専門医として見逃したくない浮腫

中型・小型血管炎

浮腫は血管炎を疑うきっかけのひとつだ。中型・小型血管炎では、腎炎の存在がなくとも浮腫が自覚されることがあるからだ。下肢の重さや浮腫を主訴として、結節性多発動脈炎やANCA関連血管炎と診断したご経験のある方もいらっしゃるだろう。文献的には、結節性多発動脈炎では19%にmyopathyがみられ、剖検例では30～48%に筋組織の血管炎を認める¹⁾。また、四肢や皮膚で限局した範囲に浮腫が生じるsegmentary edemaをMPAで19.5%、EGPAで12.7%、GPAで4.3%に認めたという報告もある。原因不明の浮腫では、中型・小型血管炎を診断する手掛かりとなる特異度の高い所見を求めて、丁寧な問診と診察を行いたい。

強皮症の浮腫期

強皮症のうち皮膚硬化が肘または膝を超えて近位部や体幹にも及ぶものは、びまん皮膚硬化型全身性強皮症(diffuse type)と呼ぶ。びまん型は発症が比較的急激で、四肢に浮腫が気になり始めると急速に近位部に伸展し(浮腫期)、やがて徐々に皮膚が肥厚する硬化期へと移行する。この浮腫期では下腿全体や腕全体が浮腫むため、ネフローゼ症候群が疑われて腎臓内科を紹介受診となることや、心不全が疑われて循環器内科を受診となることがある。レイノー現象は、この浮腫期に遅れて出現することがあるため、強皮症が想起されづらいのかもしれない。肘や膝から遠位部の皮膚だけに皮膚硬化を認める限局皮膚硬化型全身性強皮症(limited type)でも、浮腫期から硬化期の経過をたどる。

表1 薬剤性浮腫と関連する薬剤³⁾

分類	薬剤名
抗うつ薬	モノアミン酸化酵素(MAO)阻害薬、トラゾドン
降圧薬	β遮断薬、Ca拮抗薬、クロニジン、ヒドララジン、メチルドパ、ミノキシジル
抗ウイルス薬	アシクロビル
化学療法	シクロホスファミド、シクロスポリン、トポイソメラーゼ阻害薬、ミトラマイシン
サイトカイン	G-CSF製剤、GM-CSF製剤、IFNα製剤、IL-2製剤、IL-4製剤
ホルモン療法	アンドロゲン、コルチコステロイド、エストロゲン、プロゲステロン、テストステロン
NSAIDs	セレコキシブ、イブプロフェン

表2 好酸球性血管性浮腫の特徴⁷⁾

項目	再発性好酸球性血管性浮腫	非再発性好酸球性血管性浮腫
血管浮腫	繰り返す	1回だけ(一過性に終わる)
男女比	1:2	全例女性(日本人20～30歳代の女性)
浮腫の分布	顔面・四肢の近位部	手足に限局
皮膚(血中)IgM	上昇することが多い	ないことがある(皮膚33%、血中3.3%)
蕁麻疹	よくある	33%に伴う
関節痛	ないことが多い	45%に伴う
季節	季節性なし	秋に多い(69%)
治療	ステロイドを使用することが多い	自然寛解あり得る
経過	年単位	月単位

手指の浮腫が「突っ張る感じ」や「痺れ」、「手指のこわばり」という主訴に変換されることもしばしば経験される。RS3PEをミミックすることや²⁾、関節リウマチや乾癬性関節炎での腱鞘滑膜炎に一見みえてしまうかもしれないので、騙されないようにしたい。

2. Do no Harmな浮腫

薬剤性浮腫

Ca拮抗薬、プロトンポンプ阻害薬(オメプラゾール、ランソプラゾール、エソメプラゾールなど)、プレガバリンなどのほか、表1のような薬剤が浮腫と関連する³⁾。また、プロトンポンプ阻害薬は、好酸球性筋膜炎のミミックともなり得る⁴⁾。何か変?と臨床経過に違和感を覚えた際に添付文書を確認する習慣が臨床の助けとなる。

黄色爪症候群(yellow nail syndrome: YNS)

黄色爪症候群は黄色爪、リンパ管浮腫、呼吸器病変(胸水、気管支拡張症、肺炎、慢性副鼻腔炎など)を三徴とする疾患で、rheumatology業界ではプシラミンによる二次性のYNSが知られている。プシラミンによるYNSでは88.2%で爪の変色が最初の症状となる⁵⁾。爪が変色する段階で薬剤を中止することが、胸水貯留やリンパ浮腫への進展を防ぐことにつながる。プシラミンを処方する際は、爪の診察をルーチンとしたい。

3. コモンな感染症疾患だけれど多彩な症状でやってくる浮腫

パルボウイルスB19感染症

パルボウイルスB19感染症は、浮腫、関節炎、不明熱、下痢、血球減少、採血での抗核抗体や特異抗体の陽性など多彩な症状を呈する。このうち浮腫は、手足や顔の浮腫にとどまらず、胸水貯留を伴う全身性浮腫となるケースもある⁶⁾。小児と接する職歴や家族歴が診断のヒントになる。しかし、定点観測によるパルボウイルス感染の流行警報が続いた2024年、筆者の外来では小児との接触歴がないパルボウイルスB19感

染症が複数続いた。SLEが鑑別疾患に挙がる臨床経過の際にパルボウイルスB19感染症もセットで想起すると、その診断が医療者はもちろん、患者さんの安心にもつながる。

4. 一発診断するとカッコいい浮腫

好酸球性血管性浮腫

好酸球性血管性浮腫には、再発性好酸球性血管性浮腫(episodic angioedema with eosinophilia: EAE)と非再発性好酸球性血管性浮腫(non-episodic angioedema with eosinophilia: NEAE)があり、本邦では後者が大多数を占める。ゲシュタルトは、若年女性が「浮腫みのために靴を履けない」とサンダルで受診することで、分画まで含めた血算を提出し、好酸球数上昇を確認して診断する。好酸球性血管性浮腫の特徴は表2のとおりで⁷⁾、rheumatologistとしては関節痛を伴うことがあることを押さえておきたい。

ベーカー嚢胞・破裂

膝窩部に生じるベーカー嚢胞、それは腓腹筋の内側頭腱と半膜様筋の間にある滑液包の腫脹である。関節リウマチや変形性膝関節症、半月板損傷などを基礎疾患とする。膝関節から一方向性に滑液が侵入することで、ベーカー嚢胞が腫脹する。膝の反復した屈曲動作(例:草取り、幼児の子守り)が誘因となる。この嚢胞が成長または破裂すると下腿の浮腫や疼痛となり、深部静脈血栓症の鑑別疾患となる。巨大な滑液包が破裂した場合は、症状は派手になる。内踝に出血斑がアザのように出現することや(crescent sign)、足首以遠に出血斑が突然出現することがある⁸⁾。外来では超音波検査が有用であり、“ちょい当て”でさっと診断したい。

5. 診断のために心の準備をしておきたい浮腫

TAFRO症候群

多中心性キャッスルマン病の亜型であるTAFRO症候群は、血小板減少(Thrombocytopenia)、全身性の浮腫(Anasarca)、発熱(Fever)、腎機能障害/骨髄網細線維化/網状赤血球増加症(Renal dysfunction/Reticulin fibrosis/Reticulocytosis)、臓器腫大(Organomegaly)を特徴とすることから命名された疾患だ。末梢性浮腫、腹水、胸水、血小板数、腎機能障害からSLEのミミックとなる。抗核抗体や特異抗体が

陰性であることがその区別の助けとなるが、血小板数の減少のために腎臓やリンパ節・骨髄生検査が躊躇される場合は臨床家を悩ませることになる。TAFRO症候群を疑ったならば、検査・治療の段取りをスピーディーにつけていきたい。

POEMS症候群

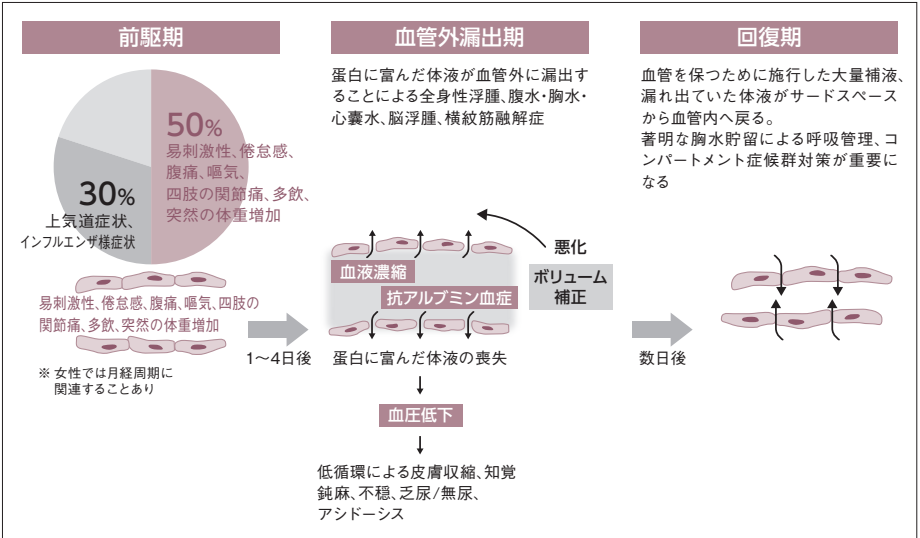
全身のみずみずしさ(四肢末梢浮腫、腹水、胸水、心嚢水)＋末梢神経障害が診断のキーワードとなるPOEMS症候群は、多発性神経炎(Polyneuropathy)、臓器腫大(Organomegaly)、内分泌障害(Endocrinopathy)、M蛋白血症(M-protein)、皮膚変化(Skin changes)を頭文字とする疾患で、形質細胞から過剰に産生されたVEGF(血管内皮増殖因子)が影響すると考えられている。POEMS症候群のSには皮膚硬化やレイノー現象や肢端チアノーゼなどが含まれるため、全身性強皮症のミミックとなる。

全身性毛細血管漏出症候群(systemic capillary leak syndrome: SCLS)⁹⁾

全身性毛細血管漏出症候群は、激烈な浮腫・ショックに救命センターで遭遇したときに鑑別疾患のひとつとなる、稀な疾患である。中年男性に多く、倦怠感や悪心のちに急激な血圧低下をきたす発作を、数日～数年のインターバルで周期的に繰り返す。MGUSなど単クローン性に産生された異常ガンマグロブリン血症を合併することもある。臨床経過は3期に分けられる(図)。感冒様症状や倦怠感、嘔気、関節痛などありふれた症状が前駆症状となる。その後、血管外漏出期による血圧低下をきたす。血圧低下は、数時間80mmHg台程度のごく軽い発作から、短時間のうちに心肺停止に至るものまで程度はさまざまである。軽症例では原因不明の繰り返すアナフィラキシーショックにもみえてしまい、一方の重篤なケースでは血管内脱水により、数日のうちに急性腎障害、血圧低下、虚血、心嚢水、浮腫による横紋筋融解症に見舞われる。最終の回復期も油断できず、コンパートメント症候群や生命を脅かすほどの肺水腫が襲ってくることもある。SCLSを鑑別疾患として挙げること、集学的な治療を行うことが救命につながる。

文献
1) Plumley SG, et al.: Semin Arthritis Rheum. 31(6): 377-383, 2002
2) Gambichler T, et al.: J Clin Rheumatol. 27(1): e13-e14, 2021
3) Trayer KP, et al.: Am Fam Physician. 88(2): 102-110, 2013
4) 中西雄紀ら: 日内会誌. 110(2): 325-327, 2021
5) Nakagomi D, et al.: Rheumatol Int. 33(3): 793-797, 2013
6) Hayano S, et al.: BMJ Case Rep. 14(7): e243130, 2021
7) Matsuda M, et al.: Clin Rheumatol. 25(3): 422-425, 2006
8) Ohnishi Y, et al.: Intern Med. Aug 7, 2025
[doi: 10.2169/internalmedicine.5923-25]
9) 陶山恭博: medicina. 58(5): 680-686, 2021

図 SCLSの3つの病期



令和7年度 リウマチ月間リウマチ講演会 開かれる初の試み、6月と7月に分けて開催

6月14日(土) 一般・患者さん向けの講演会Ⅰ／ 7月6日(日) 当財団の研修会を兼ねた講演会Ⅱ

会場:東京国際フォーラム

公益財団法人日本リウマチ財団が実施する年間最大の交流イベント「リウマチ月間リウマチ講演会」が6月14日(土)と7月6日(日)、「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」をテーマに掲げ、東京・有楽町の東京国際フォーラムで開催されました。今回は本講演会初の試みとして、開催日程を2回に分け、「一般・患者さん向けの講演会Ⅰ」が、当財団の定める「リウマチ月間」に当たる6月の14日に、「当財団の研修会を兼ねた講演会Ⅱ」が、海外の学会シーズンと重なり講師の確保が難しい6月を避け、7月6日に、それぞれ開かれました。また、本講演会は今年も、会場開催／Web配信併用のハイブリッド方式で行われ、開催当日はリウマチ患者さんご家族のほか、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・作業療法士の各専門職を中心に多くの医療関係者が来場、会場開催後約6週間*にわたって行われたWeb配信にも多数のアクセスが集中し、今年のリウマチ講演会も盛況のうちに終了しました。

以下、本号では、6月14日に開かれた「一般・患者さん向けの講演会Ⅰ」の模様をお伝えします。(7月6日に開かれた「当財団の研修会を兼ねた講演会Ⅱ」の模様は本紙次号でお伝えする予定です。)

*講演会ⅡのWeb配信期間は会場開催後約3週間でした。



一般・患者さん向けの講演会Ⅰ

日本リウマチ財団3賞の授賞式とリウマチ専門職表彰2部門の表彰式を挙行

「一般・患者さん向けの講演会Ⅰ」が行われた東京国際フォーラム・ホールD5には当日、午前11時30分の開場と同時に多くのリウマチ患者さん・ご家族や医療関係者が入場し、開演までの間、賑やかに談笑を楽しんでいました。

講演会Ⅰでは、まず当財団理事長・川合眞一氏が開会挨拶を述べ、続いて厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課課長の鶴田真也氏が来賓挨拶を述べた後、当財団が制定するリウマチ性疾患関連3賞の授賞式と、当財団が育成を推進するリウマチ専門職のうち直近1年間に特に目覚ましい働きのあった専門職の表彰式が行われました。また、当日はこれらの式典・授賞式に先立って、リウマチ性疾患関連3賞とリウマチ専門職表彰の受賞者による受賞記念講演の収録が行われ、その講演録画は、会場開催後約6週間にわたるWeb配信期間中に、授賞式の模様と併せて全国に配信されました。

受賞者の研究題目・功績

令和7年度日本リウマチ財団リウマチ医学賞 廣田 圭司 京都大学医生物学研究所統合生体プロセス分野 准教授 研究題目：自己免疫疾患を惹起するIL-17産生Tヘルパー細胞の分化機構と慢性炎症維持機構の解明
第12回塩川美奈子・膠原病研究奨励賞 中野 正博 理化学研究所生命医科学研究センターヒト免疫遺伝研究チーム 学振特別研究員PD 研究題目：大規模シングルセル解析に基づく全身性エリテマトーデス病原性細胞の同定と機能解明
令和7年度日本リウマチ財団リウマチ福祉賞 黒木 恵子 公益社団法人日本リウマチ友の会 鹿児島支部長 一般社団法人全国膠原病友の会
令和7年度日本リウマチ財団リウマチ専門職表彰 看護師部門 神奈川県リウマチ診療を支えるNsの会 活動実績：リウマチ医療の革命的進化を受け、チーム医療のマネージメントの中心的役割を専門看護師が果たすべきであるという世界のリウマチ学会の提言があり、まずは、神奈川県の日本リウマチ財団登録リウマチケア看護師のレベルアップとリウマチケア看護師を増やすことを目的としている作業療法士部門 田口 真哉 丸の内病院リハビリテーション部作業療法課 課長 活動実績：リウマチ性疾患のリハビリテーション治療の発展・活動、リウマチ患者のライフステージ支援、養成校へのリウマチリハビリテーションの教育

4人のリウマチ専門職によるパネルディスカッション
フロアからも質問続々 熱気あふれる90分間に

リウマチ月間特別講演 パネルディスカッション 「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」
司 会：富田 哲也 日本リウマチ財団 常務理事 パネリスト：仲村 一郎 日本リウマチ財団 評議員 パネリスト：吉川 朋 新潟県立新発田病院リウマチセンター 看護師 パネリスト：眞部 実穂 京都きづ川病院医療技術部薬剤師部門 薬剤師 パネリスト：松山 宜之 岡山大学病院総合リハビリテーション部 作業療法士 患者代表：門永 登志栄 日本リウマチ友の会 会長

式典の後、本講演会のメインプログラムであるリウマチ月間特別講演に移りました。今回の特別講演は、従来行われてきた単独演者による講演会のスタイルから趣きを変え、開催テーマとなっている「多職種連携」を踏まえて、司会者と4人のパネリストによるパネルディスカッションの形式で行われました。4人のパネリストはそれぞれ医師、看護師、薬剤師、作業療法士の各職種を代表して登壇し、各々の職種の立場から、リウマチ医療の現状とあるべき未来像についての考えを述べました。

1. 医師の立場から見える現在と未来
仲村 一郎

最初に登壇した当財団評議員で国立障害者リハビリテーションセンター病院・病院長の仲村一郎氏は、長年、病院医師としてさまざまな医療チームのまとめ役を担ってきた立場から、望ましいリウマチ多職種連携のあり方に触れ、「数ある職種のうち最も患者に寄り添う存在である看護師がリーダーとなり、各職種は互いに敬意を

もって連携し、医師が最終責任を負う形をとったときに、医療チームは最大の力を発揮する」と自らの経験を語りました。また、「これからのリウマチ医療は、遠隔診療・遠隔リハビリを前提とした医療と福祉のコラボレーションが、たゆみない基礎研究と医療人材育成の努力に支えられて、あたかも弦楽四重奏のように豊かな連携のハーモニーを奏でるだろう」と、リウマチ医療の近未来展望をアピールしました。

2. 患者さんや多職種と共に歩む
リウマチケア看護師の「これまで」と「これから」
吉川 朋

日本リウマチ財団登録リウマチケア看護師である吉川朋氏は、所属する新潟県立新発田病院リウマチセンターが2016年から実施している「リウマチ看護外来」の取り組みを紹介しました。リウマチ看護外来では、リウマチ患者教育、生物学的製剤導入時の説明、自己注射指導、妊娠・出産の相談などを行っており、2024年度は

1,015件の活動実績がありました。このうち医薬収入が得られた案件は211件に過ぎなかったとのことですが、吉川氏は「患者さんとの信頼関係を築くために、これからも続けていきたい」と意気込みを述べました。また吉川氏は、さまざまな職種の中で最も深く患者の生活背景を理解し、医療チームの協働と調和を生み出すポジションにある看護職の特殊性を強調し、「困ったときは近くの看護師に相談を」と訴えて講演を結びました。

3. あなたと薬の“かけ橋”に
一チームで支えるリウマチ医療と
薬剤師の役割
眞部 実穂

複雑化・多様化した今日のリウマチ薬物療法では、患者さんは、薬の副作用の懸念、自己注射への抵抗感や不安感、飲み忘れの心配など、さまざまな壁に直面します。そのような壁を乗り越えて患者さんが薬物療法を継続していくには、薬剤師を中心とした医療スタッフによる気持ちの支えが欠かせません。日本リウマチ財団リウマチ登録薬剤師の眞部実穂氏は、京都きづ川病院で実践している薬剤師介入の事例のうち、リウマチ以外の併存疾患の薬を同時に処方されているために服薬の自己管理が困難になった高齢男性患者のケースを紹介しました。眞部氏は、このような複雑なケースへの対処は薬剤師一人の手には負えないことを指摘し、また薬剤師には、薬に対する患者さんの不安や困りごとに注意深く耳を傾ける姿勢が求められていると強調しました。

4. リハビリテーション専門職の立場から
松山 宜之

関節リウマチ治療の4本柱といわれる、ケア、薬物療法、手術療法、リハビリテーション治療のうち、手術とリハビリの重要性が生物学的製剤の登場以後、低下したといわれています。しかし、「2020年リウマチ白書」では、日本のリウマチ患者さんがリウマチ医療に望むことの上に「リハビリの充実」が挙がり、「関節リウマチ診療ガイドライン2024」では、作業療法が「利益が害を上回る」「患者のニーズが非常に高い」との理由で強く推奨されています。日本リウマチ財団登録作業療法士の松山宜之氏は、リハビリの重要性にもかかわらず、作業療法士・理学療法士などのリハビリ専門職はリウマチコミュニティからやや離れた位置に立っている印象があると指摘し、患者さんの関節保護強化や身体機能改善に寄与できるリハビリ専門職は本来コミュニティの輪の中に位置を占めるべきと述べました。

4人のパネリストによる講演の後、フロアの参加者を交えてディスカッションが行われました。はじめに患者代表として、日本リウマチ友の会会長の門永登志栄氏が、4人の講演を聞いての感想を述べた後、フロアの参加者からリウマチの治療生活の上で生じるさまざまな悩みごとについて質問があり、質問の内容に応じて、最もふさわしい職種のパネリストが答える形で問答が繰り返され、予定されていた90分はあっという間に過ぎていきました。

令和7年度 新規リウマチ財団登録医一覧

※敬称略

北海道	川村 澄人 神田 真聡 柴田 悠平 清水 裕香 長谷川 公範 服部 敏之 久田 諒	神奈川県	安達 聡一郎 安部 晃生 大宮 信哉 奥 健志 菅沼 崇	京都府	大西 輝 駒野 有希子 土井 啓史
栃木県	田中 彩絵	富山県	山口 智史	岡山県	那須 義久
埼玉県	花岡 洋成 三村 俊英	石川県	正木 康史	山口県	加茂 健太 関 万成
千葉県	真村 瑞子	福井県	林 雅之	長崎県	川尻 真也
東京都	都築 広 平尾 眞 村岡 成	静岡県	村田 純一 横山 宗昂	熊本県	松下 恭久 宮川 英子
		愛知県	磯谷 俊太郎 紀平 大介 山野 泰彦	宮崎県	木村 賢俊 寺谷 威
		滋賀県	宮本 茂輝	鹿児島県	赤池 章吾
				沖縄県	東 千夏

令和7年7月 企画運営委員会議事録

審議概要を以下の通り報告します。
企画運営委員会 委員長 川合眞一
日時:令和7年7月29日(火)18:30～

【報告事項】

- 令和7年度リウマチの治療とケア教育研修会について
「東海・北陸地区」の実施報告がされた。
- 第16回リウマチ専門職委員会(7/27)について
リウマチ財団登録医、リウマチ財団登録理学・作業療法士の新規申請及び更新申請について審査実施報告がされた。
- 寄付金の報告について
一般寄付として3件、港区版ふるさと納税により令和6年(1月～12月)に10名からの寄付をいただいたことが報告された。

【審議事項】

- 令和8年度日本リウマチ財団リウマチ医学賞の募集について
8月1日から例年通りに募集を開始することが決定した。
- 令和7年度リウマチ性疾患調査・研究助成(第13回塩川美奈子・膠原病研究奨励賞)の募集について
8月1日から例年通りに募集を開始することが決定した。
- 第8回法人賛助会員セミナーについて
令和7年11月11日(火)開催予定について進捗報告がされた。
- 令和7年度リウマチ財団登録医及びリウマチ財団登録理学・作業療法士の登録申請について
リウマチ専門職委員会が審査した登録医:新規「41名」更新「670名」、登録理学・作業療法士:新規「14名」更新「40名」について登録を承認した。
- 令和9年度リウマチ年間リウマチ講演会について
開催日と場所が以下の通り決定した。
開催日:一般・患者さん向けの講演会I 令和9年6月5日(土)
当財団の研修会を兼ねた講演会II 令和9年7月4日(日)
場 所:両日ともに東京国際フォーラム

ご寄付のお願い

当財団の活動にご理解とご賛同を賜り、ご支援くださいますようお願い申し上げます。なお、当財団への寄付金には税制上の優遇措置が適用されます。



詳しいご案内 →



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、東京都港区版ふるさと納税制度の「団体応援寄付金」対象団体です。
全国どちらにお住まいの方でもご寄付いただけます。
応援したい団体として日本リウマチ財団を指定した寄付をいただくことで寄付額の70%を上限として補助金が、港区から財団へ交付されます。

詳しいご案内 →



また、ご寄付いただいた金額のうち2,000円を超える額が「所得税」「個人住民税」から控除されます。(控除額には収入や家族構成等に応じた上限があります)

『ふるさとチョイス』操作方法 →



編集後記

「月4日休日が必要です」、人事課からのメールで月末の日曜日の午後から月曜日を休みにして万博に行ってきました。NYでの研修で一番仲の良かったガーナ人を久しぶりに思い出したり、アゼルバイジャンの国土7%はワイン畑で日本の水田の6%より広かったりとか、イスラエルのアグリテック(農業技術)、トルコチーズやチェコのビールなど、それぞれの国を理解することはとても重要ですが、一番楽しめたのはガンダムというのは世代です。

1994年に後期研修を始めたころにYale大学病院でCRPをオーダーしていたら、「もうすぐキットが終わるけど今後も研究か何かで使うのだったら先生のために入荷しますが」と検査室から電話を受けて驚きました。RFの経時的測定はパリでも行っていませんでしたが、今では欧州で広く受け入れられました。ウィーンで開催されたRheumaPregのような国際学会に参加することは、国際的な知見を学び、また逆に日本の進んだ部分を取り入れてもらう良い機会です。最近学会で訪れたバルセロナやバリでも人口の10倍ほどのインバウンド観光客のようで、東京とはレベルの違いを実感しましたが、観光収益を3DプリンターやAIの導入にあてて建造物の完成を早めたり、バス停のデジタル化、地下鉄駅の完全バリアフリー化であったりなどが進められていました。

今回の万博の混雑も55年前の大阪万博のときの記憶に比べればレベルが違い、実際の入場者数も前回の半分以下ですので、相互理解と世界平和のためにお勧めします。でも、ガーナはチョコレートがすごいよね」と言ったら、「そうなんだよ、アメリカ人は誰も知らないんだ」と喜ばれてアメリカで初めて友人ができたのは、万博のおかげ...ではありませんでした。

岡田 正人

聖路加国際病院 Immuno-Rheumatology Center

