Japan Rheumatism Foundation News

日本リウマチ財団ニュース

2025 年 11 月号　　no. 193　　令和 7 年 11 月 1 日発行

発行　公益財団法人 日本リウマチ財団
〒105-0004 東京都港区新橋 5 丁目 8 番 11 号 新橋エンタービル 11 階
TEL.03-6452-9030 FAX.03-6452-9031
※リウマチ財団ニュースは財団登録医を対象に発行しています。本紙の購読料は、財団登録医の登録料に含まれています。
編集・制作 株式会社ファーマ インターナショナル（担当 遠藤昭範・森れいこ）

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

193号の主な内容

- 令和7年度 リウマチ月間リウマチ講演会（続報：講演会Ⅱ）
- 【新シリーズ】オンライン診療の実践 第1回 間 桃子 氏（おおがももこクリニック）インタビュー
- 第6回 EUVAS Vasculitis course速報 田巻 弘道 氏（聖路加国際病院）寄稿
- 欧州リウマチ学会（EULAR）2025速報 田巻 弘道 氏（聖路加国際病院）寄稿
- 【新連載】リウマチ財団「医療保険部会」からの便り 第1回 桃原 茂樹 氏（医療法人社団博恵会）寄稿

令和7年度 リウマチ月間リウマチ講演会（続報：講演会Ⅱ）

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

本紙9月号（No.192）でお伝えした通り、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）及び7月6日（日）に東京国際フォーラムで開催されました。
今年のテーマは「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」。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」を6月14日に、「当財団の研修会を兼ねた講演会Ⅱ」を7月6日にそれぞれ行いました。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、会場参加とWEB配信視聴を合わせ462名（講演会Ⅰ）、478名（講演会Ⅱ）の参加者を迎えて、盛況のうちに閉会しました。
今回は、前号でお伝えした講演会Ⅰに続き、7月6日に開かれた講演会Ⅱの模様をお伝えします。計14題のセミナー（うち9題は賛助会員等企業との共催）のうち、当財団企画による5題について抜粋・要約して掲載します。

財団セミナー1

移行期医療を考える

座長 後藤 美賀子 氏
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

① 若年性特発性関節炎（JIA）患者を支援する上で知っておくべき知識

演者 森 雅亮 氏
東京科学大学 新産業創生研究院生涯免疫医療実装講座 教授

若年性特発性関節炎（JIA）の診療では、若年発症という疾患の特性から、成人期医療へ移行するための支援体制の強化が求められてきたが、いまだ十分とはいえない。患者の小児期・思春期から成人期への移行に伴い、加齢による病態の修飾や合併症などへの対応が加わるため、小児科と成人診療各科との連携が重要になる。適切に連携が行われれば、JIAは診療の完全な移行が可能である。そのためには、移行支援手帳「ミライトーク」などを活用し、①JIAと関節リウマチの違い、②両疾患の治療薬の違い、③JIAで留意すべき治療薬の副作用や合併症、④JIA患者・保護者と医療者の関係性、⑤JIAの小児期と成人期での医療費助成の違いなど、多方面にわたる知識・情報を小児科・成人診療科双方の医療スタッフが共有していることが必要である。

② 若年性特発性関節炎（JIA）患者の看護

演者 小幡 佐代 氏
光中央診療所 看護師長

当院は、成人の関節リウマチ（RA）を中心とするリウマチ膠原病の専門施設であり、若年性特発性関節炎（JIA）からの移行期患者も多数診療している。生物学的製剤投与中に、本来禁忌とされているワクチン接種を受けたJIA患者のケースを紹介する。大学での実習参加の要件として麻疹予防接種が求められたため、夏休みを利用してメトトレキサート（MTX）とトシリズマブを短期間休薬し、接種させた。その後、予定通り実習に参加して滞りなく終え、目指していた国家資格の取得を実現した。移行期は医療継続に対する自己責任を自覚する時期でもあることが分かる症例である。JIA患者に対しては、日常生活における保護者からの自立、予防接種、感染症罹患、進学・就職、妊娠・出産など様々な場面で、移行期特有の問題に配慮した看護ケアが求められる。

本紙編集長（後藤美賀子）コメント

小児と成人の間を埋める工夫が具体化され、明日からの現場に落とし込める手応えを得ました。移行支援を支える多職種の連携像が明確に示され、当事者に寄り添う姿勢にも強く背中を押されました。

財団セミナー2

クリニックでのリウマチ診療

座長 松野 博明 氏
松野リウマチ整形外科 院長

① リウマチ診療における保険制度の問題点と保険請求上の注意点

演者 神藤 佳孝 氏
しんとう整形外科・リウマチクリニック 院長

わが国では超高齢社会に伴う医療費の増大が深刻な課題となっている。しかしながら、社会保障給付費増加の主因は年金であって医療費ではない。日本はG7の中で高齢化率が1位でありながら、医療費の対GDP比率は4位に留まり、社会保険と税金で賄われる公的総医療費の対GDP比は7ヵ国中最下位である。半面、医療費の自己負担を見ると、日本と同じ社会保険方式を採るドイツやフランス、税方式のスウェーデンやイギリスに比べ日本は著しく高く、関節リウマチの生物学的製剤についても、他の先進国と比べ自己負担は大きい。経済的理由による治療の断念が生じないための制度整備の再考とともに、医療者においては、保険査定の実例や運営上の留意点を踏まえた適切な保険請求が必要である。

② クリニックにおけるリウマチケア看護師としての実践的役割

演者 水野 光 氏
インフュージョンクリニック スタッフナース（慢性疾患看護専門看護師）

当院は、炎症性腸疾患と関節リウマチを主な診療対象とする専門クリニックであり、リウマチケア看護師の資格を有する9名の看護師が連携しながら、患者の「セルフケア支援」に重点を置いた看護ケアを実践している。セルフケアとは「患者が自分なりの目標に向かって、いま置かれた状態をより良くしていくための活動」と捉えることができる。患者の生活史及び現在の生活の実態と、価値観及び信条との間には、疾患を原因とする乖離が生じており、それを患者と共に見つめ、克服を支援することがわれわれ看護者の務めである。そのためには、患者を「生活者」として捉え、傾聴と対話を通して患者が抱える苦悩を共有し、関わるべきときに関わる看護の実践が前提となる。

編集長コメント

運営上の勘所を踏まえた適切な保険請求により現場が守られる実感がありました。そして、リウマチケア看護師によるセルフケア支援と傾聴が患者を支え、続けられる診療へつながっていることの気づきを得ました。

財団セミナー３

リウマチケアにおける医療福祉

座長 松原 司 氏
松原メイフラワー病院 院長

① リウマチ診療従事者が知っておきたい医療・介護・福祉制度

演者 松井 利浩 氏
国立病院機構相模原病院 臨床研究センターリウマチ性疾患研究部 部長

近年、関節リウマチ患者（RA）の高齢化や、高額な薬剤の使用例の増加などを背景として、患者の闘病生活を支援する様々な医療・介護・福祉制度の重要性が高まっている。厚生労働省研究班がRA専門医を対象に行ったアンケートでは、障害年金制度や身体障害者手帳について「理解していない」と答えた専門医もおり、また7割超が「知識不足で困ることがある」と答えていたことから、これらの制度についての医療者への啓発が課題であることは明らかだ。ほとんどの支援制度は、利用に当たり患者自身が申請を行う必要があるため、医療者はどのような制度があり、どこに相談・申請すればよいかを知っておくことが重要である。まずは多くの医療スタッフが相談窓口の紹介ができるようになることを目標に掲げたい。

② リウマチ患者の在宅看護

演者 藤村 純子 氏
藤村医院 看護主任

当院は、在宅療養支援診療所として訪問診療を実施している。2023年度は78例の訪問先のうち8例（10％）が関節リウマチ（RA）の患者であり、いずれも75歳以上の高齢者であった。それまで自宅から通院していたRA患者が、体力低下や家族の負担増を理由に訪問診療への切り替えを希望するケースでは、まず当院のリウマチケア看護師が患者と家族の相談を受け、介護保険で提供される諸サービスのうちどれが必要かなどを考慮して在宅療養計画を立案した上で、ケアマネージャーにこれらの情報を伝えて訪問診療を開始する。このほか、介護老人保健施設で療養中にMTXを中止して症状が悪化した症例や経済的理由で生物学的製剤を中止していたケースなども経験している。

編集長コメント

”知って申請して届く”の流れをどう作るか―実務の解像度が上がりました。また、RA患者における訪問診療は今後も一定のニーズはあり続けると思われ、丁寧な在宅療養計画から多くの示唆を得ました。

財団セミナー４

災害時のリウマチ患者支援
～我々はどう備えるべきなのか～

座長 高林 克日己 氏
千葉大学 名誉教授／三和病院 顧問

① レジリエントな災害対応を考える

演者 水木 伸一 氏
松山赤十字病院 リウマチ膠原病センター 第一部長

災害対応の方向性として、頑強な物・設備やシステムに頼って危機に備える「ロバストな」対策と、個々の被災者・救援者が自分で考えて柔軟かつ臨機応変に行動できるようにする「レジリエントな」対策の主に2通りがある。近年の防災は前者から後者に重点が移りつつあるといわれる。糖尿病や高血圧症などの慢性疾患に比べ、関節リウマチ（RA）は患者数が少なく診療する医療機関も少ないことから患者は災害被災時に治療継続が困難になり、医療・行政などにおいて支援者を得にくい状況に陥ることが予想される。そこで、ロバストな対策に加え、RA患者のレジリエンスを高めるための患者及び支援者への教育などに平時から取り組む必要があると考えている。

② 災害に備えた患者指導

演者 辻村 美保 氏
コミュニティーホスピタル甲賀病院 薬剤科

関節リウマチ（RA）患者が災害時に直面する問題として、①薬物療法の中断による疾患活動性の悪化、②避難生活が強いる関節への負担、③不安・ストレスによる症状悪化、④免疫抑制状態に起因する感染リスクの増大などがある。これらに対する平時からの準備がRA患者の治療の継続性を左右する。特に①については、服薬中断の影響が大きいステロイドなどの薬剤を平時から準備しておくこと、生物学的製剤の中に冷蔵が必要なものや、直射日光の影響を受けやすいものがあることを知っておくことが重要である。これらを踏まえた上で、災害発生時でも患者が冷静に対応できるよう、日頃からの反復的な教育が不可欠である。また、薬剤の代替手段や一時的な対処法についても患者と共有しておくことが望ましい。

編集長コメント

日頃の備えが非常時に生きる、というメッセージが鮮明でした。患者教育と薬剤管理を地道に積み重ねる習慣づくりこそが、いざという時の強さと安心を生むのだと深く納得しました。日々の診療に持ち帰りたい学びです。

財団セミナー５

最近のリウマチ手術

座長 中川 夏子 氏
兵庫県立加古川医療センター
リウマチ膠原病センター長兼
リウマチ科部長・整形外科部長

① 関節リウマチの手の手術

演者 阿部 麻美 氏
新潟県立新発田病院
リウマチセンター 副センター長

最近、関節リウマチ（RA）は薬物療法の進歩によって、関節骨破壊の進行抑制がより期待できるようになったものの、薬剤反応性が低い例や、疾患活動性の高い例では急速に関節破壊が生じるため、手術療法が必要となる場合がある。手術は、術前の機能障害の程度や他の関節の障害の程度で決めることが重要である。また、術後の適切なリハビリテーションによって機能回復を図るべきである。手関節の手術方法は骨破壊の程度によって変わる。骨破壊が進むとSauvé-Kapandji手術、尺骨頭切除に追加して部分固定術、全固定術、人工関節置換術などが行われ、腱断裂がある場合は腱再建術が追加される。手指の手術は、骨破壊が少なく変形が徒手的に戻せる程度であれば軟部組織の形成術が、骨破壊が進み変形が強ければ人工関節置換術が行われる。

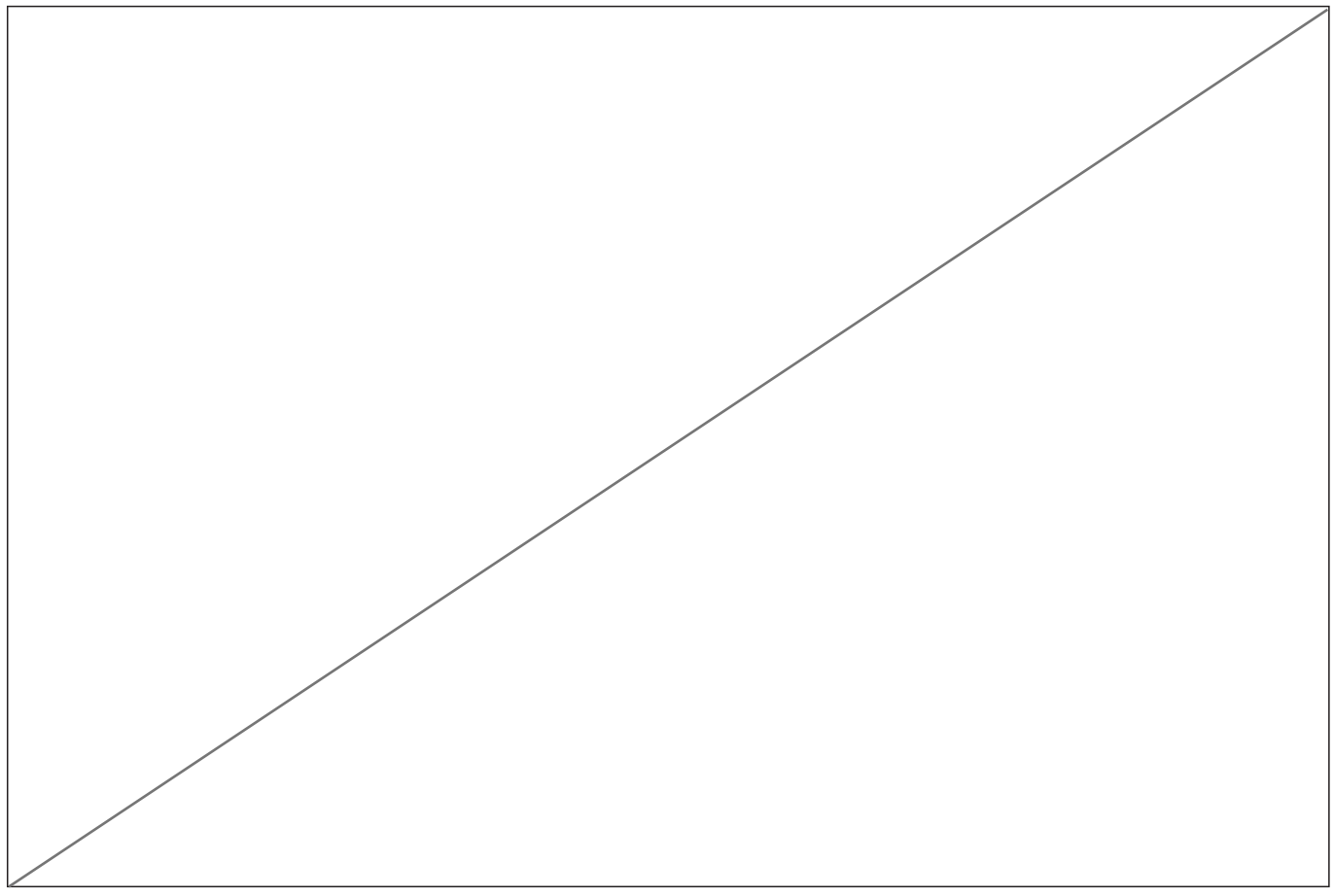
② 足部のリウマチ手術

演者 平尾 眞 氏
日本医科大学 整形外科 教授

関節リウマチ（RA）診療における整形外科医の重要な責務の一つは、RAに起因する外反母趾、MTP関節脱臼、足関節破壊、外反扁平足などの足の問題を手術で是正することにより正常な二足歩行を取り戻し、患者の移動能力を維持することだと考えている。RAによる足変形のうち最も手術適応となる頻度が高いのが前足部の変形であり、わが国では薬物治療の進歩と共に、前足部の関節温存を図る手術を行う症例が増加している。しかし、足変形のうちRA早期に起こるのは中・後足部の関節破壊であることが明らかになっている。したがってRAマネジメントの早期から中・後足部の問題に着目し、必要な外科的処置を適切な時期に行えるような、フットケア担当者-内科医-整形外科医間の連携システムの構築が重要である。

編集長コメント

薬物治療が進んだ今も、手足の外科が生活を変え得ることは変わらないと実感しました。術後のリハ・装具まで含めた丁寧な連携が、歩みを前へ進める確かな力になるのだとあらためて感じました。



オンライン診療の実践　第1回　医療側からアプローチするための有用手段

《話し手》
問 桃子 氏
おおがももこクリニック 院長

《聞き手》
後藤 美賀子 編集長
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

2020年に始まったコロナ禍を機に利用が広がったオンライン診療。診断精度の限界が取り沙汰され、普及を警戒する声も根強い中、その簡便さや機動性の高さにより、通院の困難な高齢患者や、受診時間の確保が難しい勤労世代の定期受診では活用が始まっています。そこで、「オンライン診療の実践」と題し、リウマチ専門医がどのような背景や経緯でオンライン診療を導入しているかを紹介する新シリーズを企画。取材もオンラインで行い、オンライン診療ならではのメリット、課題や展望について深掘りします。
第1回は、福島県郡山市の「おおがももこクリニック」院長・間（はざま）桃子氏に、対面診療を基本に据えつつも、医療側から患者にアプローチする有用手段としてのオンライン診療について、本紙の後藤美賀子編集長が話を聞きました。

オンライン取材中の桃子先生。

後藤　本紙では、リウマチ医療の今日的なトピックを取り上げ、豊富な経験や知識をお持ちの先生にお話を伺うインタビュー企画を実施しております。今回は「リウマチのオンライン診療」をテーマとすることが編集会議で決まったのですが、本紙編集員で聖路加国際病院リウマチ膠原病センター長の岡田正人先生から真っ先に候補に挙がったのが、間桃子先生のお名前でした。

問　そうだったのですか。

後藤　早速、一つ確認したいのですが、先生は医学部ご卒業後に、福島県郡山市の太田西ノ内病院で長く研鑽を積まれた後、お父さまで小児科医の太神（おおが）和廣先生が経営される「おおがクリニック」に移られました。さらに、同クリニックを引き継ぐ形で「おおがももこクリニック」を開業し院長となられました。

問　そうです。ここでは「桃子先生」と呼ばれていますから、そのように呼んでください。

薬学部を卒業後、医学部へ リウマチ膠原病を専門に

後藤　最初に、桃子先生の学生時代から卒後研修を経てクリニック開業までのご経歴をご紹介ください。

問　私はここ福島県郡山市で生まれ育ち、市内の県立高校を卒業した後、医学部ではなく、名古屋市立大学の薬学部に入学しました。「国公立の大学を出て、医療に携わる仕事ができれば良い」そんな漠然とした思いで進路を決めたものでした。しかし、いざ薬学の勉強が始まると、人と関わるよりも試験管と向き合うような有機化学がメインな毎日は、自分に合わないと感じるようになりました。また、そのころ兄が事故に遭い、約1年間の入院生活を目の当たりにしたことや、父が病院を退職してクリニックを開業したことで、「全人的な医療をするのは医師で、わたしが本当にやりたいことは医師の仕事だ」と考えるようになったことなど、いくつかの要因があって、気付いた時には、「薬学部を卒業したら、医学部再受験を目指そう」という決心が固まっていました。

後藤　薬剤師の道から医師の道へと進路変更され、その背景には、ご家族の様々なエピソードがあったことがわかりました。医学部再受験の決心に対して、ご両親は何とおっしゃっていましたか。

問　「自分でそう決めたのなら、頑張ってやり抜きなさい」と言ってくれましたので、薬学部を卒業し薬剤師免許を取得した後、1年間の浪人生活を経て、日本大学医学部に入学しました。日大では1年生からやり直す形で6年間勉強して医師免許を取り、郡山に戻って、地域の基幹病院である太田西ノ内病院で2年間の初期研修を受けました。

後藤　リウマチ医療に関心をもたれたのは、初期研修の頃からですか。

問　今でこそリウマチ・膠原病科を標榜して取り組んでいますけれども、当時は皮膚科に興味があり、初期研修後は福島県立医大の皮膚科に入局しようかと考えていたのです。ところが、その後、私自身の結婚、妊娠・出産や、母の病気などが重なって、皮膚科入局を延期していた矢先に2011年3月の東日本大震災と、それに続く福島第一原子力発電所の爆発事故が起きました。放射線被曝のリスクを考え、当時まだ0歳だった長女を連れて一時県外に避難しましたが、そんな不安定な状態のときに、私が初期研修でお世話になり、第二の母と慕っていた太田西ノ内病院の医局事務員の方が「いつでも帰っていらっしゃい」と声をかけてくださったので、太田西ノ内病院で後期研修を受けることにしました。

その時、初期研修でお世話になった膠原病・リウマチ内科の上司に、最終的に皮膚科志望であることを前提に当面の専攻分野について相談したところ、「将来、皮膚科をやりたいのなら、いま膠原病を勉強しておくと、きっと役に立つよ」とアドバイスしてくださったので、膠原病・リウマチ内科の後期研修医になり、父の「おおがクリニック」に移るまで、太田西ノ内病院に在籍していたというわけです。

後藤　お父さまのクリニックに移られたのはどんなタイミングでしたか。

問　後期研修の期間中に二人目の子が生まれましたが、その前後から当直や急変対応が難しくなり外来勤務となり、リウマチ学会専門医、リウマチ財団登録医を取得したのを機に、父のクリニックに移りました。その後、父もだいぶ高齢になりましたので、私のクリニック入りから概ね十年目の時点で世代交代をして、「おおがももこクリニック」として再スタートしました。

まずブログ、次に公式LINEを開設 LINEビデオ通話がオンライン診療に

後藤　開業のことまでお話しいただいたところで、本題のオンライン診療に話を移したいと思います。まず、導入されたきっかけからお聞かせください。

問　一番大きなきっかけは、新型コロナウイルスの感染拡大でした。コロナ禍になり、おそらく日本中の病院・医院がそうだったように、当院も患者さんの来院が減り、特に父が担当している小児科は大打撃を被りました。「病院に行くとコロナに感染するのではないか」という不安や恐怖が広がる中で、患者さんとの距離を縮め、つながりを回復するために、医療側から何ができるだろうかと考えて立ち上げたのが、ブログでした。「コロナはこんな感染症です」、「コロナのワクチン接種が始まります」、「コロナ感染を防ぐには？」といった医療内容や自分自身の気持ちなどのブログを私自身が書いて公開したところ、「先生の声を聞いているような気がしました」、「こういう形で先生とつながることができて安心です」といった投稿が多く寄せられ、患者さんの反応は上々でした。

ブログが好評だったのに応えて、次に、当院の公式LINEを開設しました。公式LINEに「友だち登録」をしてもらうと、クリニックと個々の患者さんがつながることができます。おかげで、「こんな些細なことでクリニックに電話するのは気が引ける。まして、クリニックで直接先生に聞くのは……」と今まで遠慮していた方からも、親しい人同士でチャットを交わすのと同じような気軽さでクリニックに連絡をしてもらえるようになりました。LINEは患者さんも使い慣れていて、こちらからも情報を送れるので、非常に有用なツールといえます。私だけでなく、リウマチケア看護師が答えられることには対応してもらっています。

また、LINEの付属機能の一つにビデオ通話があります。私は当初、コロナ拡大状況下で行っていた「非接触診療のすき間を埋める間に合わせの」手段ぐらいに考え、正直なところ、あまり重視していませんでした。ところが、あるとき、「医療が患者さんの元へ出向く」手段として役に立つことに気付き、それ以来、LINEの活用と併せて、オンライン診療の導入を本格的に考えるようになりました。

後藤　最初は、LINEのビデオ通話をどのように使われたのでしょうか。

問　コロナ禍の間、当院では発熱患者さんに対して、院内で通常の対面診療を行うのが難しかったので、やむを得ず病院の駐車場に来ていただき、車の中の患者さんと診察室をLINEでつなぎ、ビデオ通話を使って診察していました。

そんなある日、関節リウマチ（RA）患者さんが発熱で当院を受診した数日後、自宅で体調が悪くなり、「この前と同じように、ビデオ通話で診てほしい」と言われたのです。この患者さんはメトトレキサート（MTX）と生物学的製剤で治療中でしたから、コロナ禍では特に易感染性が懸念されました。早速LINEをつないでみたところ、画面でもわかるぐらい顔色が悪く、呼吸数が上がっており、低酸素状態と判断できたので、「すぐに救急車を呼んでください」と指示を出しました。その後、患者さんは搬送先の病院で肺炎と診断され、入院治療を受けて一命を取り留めました。この一件があってから、私はオンライン診療を本格的に検討し始めたのです。

後藤　そのRA患者さんは本当に危機一髪でしたね。ところで、リウマチケア看護師による公式LINEの対応も業務の一環として扱われているのですか。

問　毎回の手当を付けています。モチベーションを上げる意味でも今の時代は必要かと思います。

予約は公式サイトで クレカ決済、薬は希望の薬局で

後藤　その後は、どのようにオンライン診療を実施されてきたのですか。

問　始めのうちは、コロナの患者さんを診て、必要があればLINEのビデオ通話で診察することを続けていました。コロナ禍が終息してからは、内科や小児科でもオンライン診療を導入し、その後も段階的に広げて、現在は内科の患者さんだけでなくRAの患者さんに対しても行っています。

また、昨年（2024年）、クリニックのリニューアルを行ったのを機に、オンライン診療をもっと活用したいと考え、「オンライン外来」の診療日を設定しました。

後藤　最初は、オンライン診療の必要が生じるとその都度実施していたのが、現在では専用の窓口を設けていらっしゃるのですね。オンライン外来を受診するには、患者さんはどうすればよいのでしょうか。

問　とても簡単です。まず当院の公式サイトで受診希望の日時を選択し、問診票に回答を記入して送信すれば予約完了です。オンライン診察には、多くの方が普段から使い慣れているLINEのビデオ通話を使用しますので、特別なアプリのインストールは必要ありません。診察の結果、薬の処方が必要な場合は、患者さんが希望する薬局へ処方箋をFAXで送りますので、そちらで薬を受け取ることができます。クリニックまで取りに行く必要はありません。原則として、会計はクレジットカード決済にしています。クレジットが難しい方は窓口支払いも対応しています。

後藤　オンライン外来を利用する患者さんは、性別・年代別ではどのゾーンが多いでしょうか。

問　内科では、40から60代の働き盛りの男性が一番多いです。仕事が忙しいからか、なるべく簡単なやり取りで、短時間に診療を終わらせたい方が多いと感じます。

後藤　オンライン診療だと患者さんの勤務先の職場環境や生活背景などもそれとなく把握できますね。

問　実は、そこがオンライン診療の秘められた良さでもあります（笑）。自宅から受診される患者さんの場合ですと、猫を飼っていることとか、棚に飾ってあるご家族の写真から大家族で住んでおられるなどの生活背景がわかり、患者さんのことがより理解できるように感じます。

リウマチ・膠原病科は女性の患者さんが多く、年代別では30から50代に、オンライン診療のほうが良いという方が多いようです。また70から80代にもう一つのピークがありますが、この年代では、患者さん本人よりもご家族の希望でオンライン診療を選ぶケースが多いのではないかと考えています。

後藤　患者さんが高齢で、通院に付き添いが必要だけれども、なかなかご家族の都合がつかないようなケースですね。

問　そうです。実際、ご家族が診療日時を指定し、当日もご家族のスマホからつないでこられるケースが多数あります。

医療側からアプローチする時代へ “ハイブリッド診療”とは

後藤　「オンラインで診療が成り立つのか」、「対面診療こそ本来の診療ではないのか」と、疑問を持たれる先生も多いと思いますが、この点については、どうお考えですか。

問　私がオンライン診療を立ち上げようとしたとき、父からも同じことを言われましたが、それはもっともな疑問だと思います。私自身も対面診療こそが診療の基本だと思いますし、その考えを基本に据えて日々のオンライン診療に臨んでいます。また、オンラインだけで成立する診療というものもないと考えています。

ただ、いま私が進めているのは、遠方にお住まいで通院が困難な方、体の痛みのために来院が苦痛と感じる方、通院に付き添うご家族の都合がつきにくい方、そのほか様々な事情で

来院を遠慮したり躊躇したりしている方々に、医療側からアプローチするためのオンライン診療なのです。診察室で待つだけで患者さんが来てくれていた時代ではなく、これからは医療側からアプローチしてつながることが大切だと思います。

診療するうちに、「これ以上は対面での対応が必要」と判断すればご来院いただき、対面診療に切り替えることを想定して進めていますから、強いて名付けるなら「ハイブリッド診療」と呼んでもよいと思います。

後藤　患者さんの置かれた状況と診療上の必要性に応じて、対面とオンラインを使い分けながら診療を進めていらっしゃるのですね。対面とオンラインの割合はどれくらいですか。

問　現在は対面が7割、オンラインが3割くらいです。

後藤　桃子先生のオンライン診療によって、患者さんご自身の通院の負担と同時に、ご家族の負担も軽減されていると感じました。お父さまが担当されている小児科ではどうでしょうか。

問　当初は難色を示していた父ですが、働くお母さんがいかに大変かということを説明し、さらに「お父さんのような“おじいちゃん先生”がオンラインで診てくれるといえば、お母さん達も安心だと思うよ！」と煽った結果、今ではオンライン診療を少しずつ取り入れています。母親が仕事を休み、発熱して愚図る子供を小児科へ連れて行き、1～2時間も待たされるのは本当につらいことです。オンライン診療があるおかげで、今はその苦労から解放されたという感謝の声や、受診すべきか様子をみていいか迷う時にもオンライン診療で相談できるから助かりますという声もいただいています。

公式LINEをフル活用、転勤した患者の問い合わせにも対応

後藤　クリニック向けオンライン診療支援システム「デジスマ」を活用されているのですね。

問　はい。デジスマで事前に問診できるのですが、内容を確認して他施設での過去のデータが必要と判断すれば、オンライン診療希望の患者さんなら登録してもらった公式LINEを通じて事前に知りたい情報をこちらから尋ねたり、データを写真で送ってもらったりして診察に臨みます。リウマチケア看護師から患者さんにLINEで問い合わせをしてもらうこともあります。

後藤　患者さんとLINEでやり取りできるのは良いですね。

問　実際の診察だけでなく、こちら（郡山市）から県外に引っ越しても、LINEで相談してこられる患者さんも多くいます。

後藤　では最後に、オンライン診療に関心をもつ医療従事者にメッセージをお願いします。

問　RAや膠原病の患者さんは疾患の性質上、医療と一生の付き合いが必要になり、互いに切っても切れない関係になります。そのような中で、患者さんやそのご家族が通院にエネルギーを費やし、ストレスを感じているのなら、診療の一部をオンラインに切り替えることで心の負担やストレスの軽減を図ることができるかもしれません。

その際、大切なことは、医療者がその患者さんの病歴や経過をしっかり把握できているということであり、そうでなければオンライン診療は成り立ちません。結局、信頼関係という土台があって成立する、この一点に尽きると思います。

後藤　肝心かなめの一点を決して忘れないように、というメッセージと受け止めました。

桃子先生、きょうは大変貴重なお話をしていただき、ありがとうございました。機会があれば、是非、その後についてもお伺いしたいと思います。

問　こちらこそ、本日は取材していただきありがとうございました。私の経験が読者の皆さまのご参考になれば嬉しく思います。

第6回 EUVAS Vasculitis course 速報

寄稿　聖路加国際病院 リウマチ膠原病センター 医長　田巻 弘道 氏

2025年5月21日から24日まで、European Vasculitis Society（EUVAS）Vasculitis courseがイタリアのトリエステで開催された。トリエステはスロベニアとの国境に近いイタリアの北東に位置する海辺の町である。もともと、ハプスブルク家の領地でもあったことから街並みはイタリアよりも神聖ローマ帝国の影響を受けている。街中を散歩すると、すぐにローマ時代の遺跡に巡り合う古い町である。そのような環境で濃密な「血管炎漬け」の4日間が過ごせた。

EUVASは血管炎の臨床試験をこれまで数多く行い、現在の血管炎診療の薬物療法を支えるエビデンスを作り出してきた。EUVAS Vasculitis courseでは、ヨーロッパに限らず、全世界から集まった血管炎のエキスパートが最新の情報を共有するとともに、臓器や専門別のセッション（眼、中枢神経、肺、腎などの臓器ごとや病理など）、また、様々な研究グループのセッション（Takayasu Arteritis Study GroupやEGPA Study Groupなど）もある。今回も非常に勉強になったので、筆者の独断と偏見でそれぞれの疾患ごとに興味深かった内容を紹介させていただく。

1. ANCA関連血管炎

ANCA関連血管炎は腎臓内科、呼吸器内科、膠原病科をはじめ様々な専門家の多くが興味を持っている疾患ではないかと思う。Keynote Speechではエアランゲン*のシェット先生が来て講演したことからも分かる通り、CAR-T療法をはじめとした細胞療法が今、非常に興味を持たれている疾患でもある。SLEなどの疾患に比べるとまだまだ細胞療法の経験は少ない領域であるが、これから様々な研究が発展していくであろう。

また、補体に関わる治療法もANCA関連血管炎の治療を大きく変えたと言って過言ではないであろう。ここ最近の補体を標的とした治療法の進歩には目を見張るものがある。ANCA関連血管炎では、アバコパン(経口C5aR阻害薬)が日本でも承認され、2022年6月に販売が開始された。アバコパンがアメリカのFDAに承認されてから、補体が関わる様々な疾患に対する補体標的薬は、現時点で6剤が承認されている。ANCA関連血管炎においては、代替経路の活性化が病態に関わっているとされ、顕微鏡的多発血管炎や多発血管炎性肉芽腫症に対する２剤の臨床試験が行われている。

1剤は既にアメリカではPNHやIgA腎症、C3腎症で承認が得られているイプタコパンである。この製剤は補体の活性化因子であるB因子を阻害するものである。B因子は第２経路の活性化に関わっており、D因子が作用すると活性型のBbとなり、C3bに結合することでC3bBbというC3転換酵素を形成する。すなわち、B因子を阻害することで、第２経路の活性化が抑えられるという機序である。現在、イプタコパンは第Ⅱ相試験が行われている。

もう1剤は抗C5a抗体であるビロベリマブであるが、第Ⅱ相試験で開発が打ち切られてしまった。今後も、補体をターゲットとした治療開発は進んでいくと考えられる。

*フリードリヒ・アレクサンダー大学エアランゲン＝ニュルンベルク

2. Monogenic vasculitis

近年の自己炎症性疾患はその病因遺伝子の発見に伴い大きく発展してきた。血管炎の世界でもこの流れは見られ、特に小児期発症の血管炎との結び付きが強いが、DADA2、FMF、MKD、SAVI、HA20、VEXAS症候群、COPA、LAVLI、ARPC1B欠損などは血管炎と関係あるとされている。

血管炎と言えば、血管のサイズによって様々な血管炎を分類することがチャペルヒル・コンセンサス会議で決まり、疾患ごとに炎症が生じている血管を示した図が有名である。遺伝子が関連する血管炎でも同様の図が作られている（図）。

成人の世界でとりわけ注目されているのはVEXAS症候群であろうか。もう知らない人はいないぐらい有名になった疾患であるが、2020年にNIHのグループが体細胞変異と成人発症の自己炎症性疾患としてその疾患概念が発表された。UBA-1の遺伝子変異によって起きる疾患で、代表的な臨床症状としては、再発性多発軟骨炎、Sweet病などといったものをきたすが、血管炎の症状としては結節性多発動脈炎が知られている。骨髄異形成症候群など血液疾患との関連も知られている。VEXAS症候群は治療に極めて難渋する疾患でもある。アメリカリウマチ学会からVEXAS症候群の診療及び管理におけるガイダンスも発表されており、その治療アルゴリズムは今回の学会でも紹介された。下記にURLを提示しておくので参照にしていただきたい。

アメリカリウマチ学会
VEXAS症候群
治療アルゴリズム
https://acrjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.43287

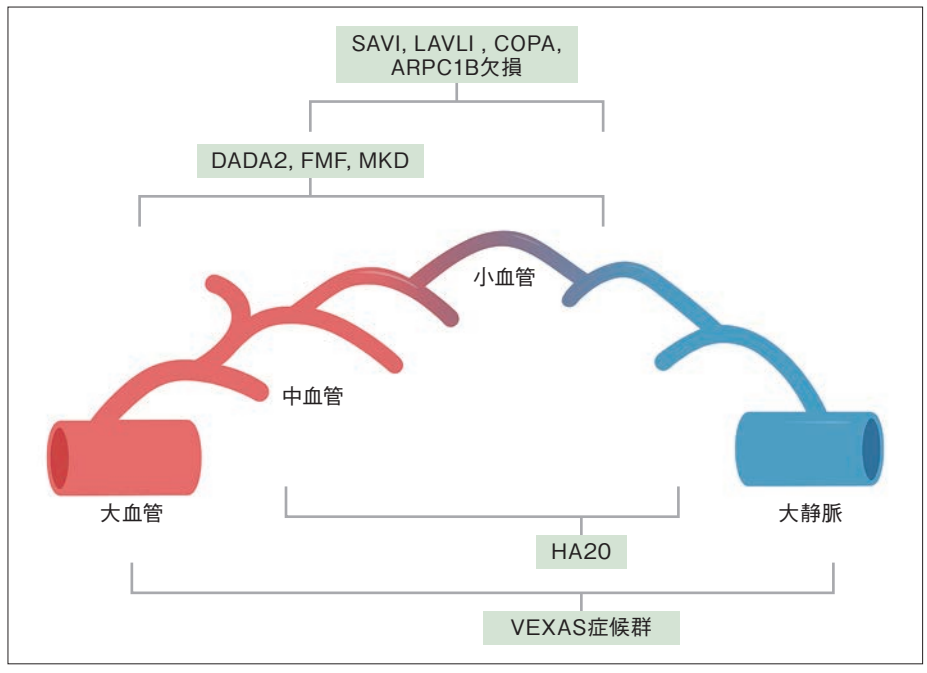
3. 巨細胞性動脈炎

ヨーロッパでは一番多い原発性血管炎とされる巨細胞性動脈炎（GCA）に関しても豊富に議論された。GCAの診断においては、画像検査が発達し、生検なしでの診断も超音波検査に習熟しているヨーロッパでは標準となっている。実際に、臨床的なSouthend Giant Cell Arteritis Probability Score（SGCSPS）と超音波検査を組み合わせた際の診断価値に関する研究が行われている。臨床的な疑いが高い症例では、超音波検査が陽性であれば診断的であるし、臨床的な疑いが低い場合には、超音波検査が陰性であればGCAの可能性はとても低く、除外できると考えて良いであろう。臨床的な可能性と超音波検査が合致しない際には、さらなる精査が必要となる。

そもそも超音波検査での陽性は、均質的な低エコー状の血管壁肥厚であるHalo signや、圧迫によって潰れることのない動脈壁の肥厚であるCompression signなどが用いられる。これらはOMERACTで定義されているが、定量的な定義はなく、手技を行うものによる主観の部分が多い。客観性を持たせた指標として、新たなCompression signが提唱されている。これは、圧迫をしている時と圧迫をしていない時の血管の領域の比をとり、Compression ratioとして2.3以下であれば、感度96%、特異度88%というものである。

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、筆者にとって6th EUVAS Vasculitis courseは、より良い血管炎治療を実現するためにとても有益な学会であった。

図 単一遺伝子性血管炎における血管病変のスペクトラム



Gül A, et al. Nat Rev Rheumatol 2025; 21(7): 414-425

欧州リウマチ学会（EULAR）2025 速報

寄稿　聖路加国際病院 リウマチ膠原病センター 医長　田巻 弘道 氏

EULAR2025は6月11日から14日まで、スペインのバルセロナで行われた。バルセロナは世界でも有数の観光都市であり、また食事も美味しく、学会の内容も学ぶことが多く実りのある4日間であった。今回も非常に盛り上がった学会であったが、筆者が独断と偏見で興味深いと感じた内容を幾つか取り上げる。

1. EULARの推奨

毎年恒例のEULAR推奨のセッションであるが、今回も盛りだくさんの内容で行われた。また、その他にベーチェット病の推奨のupdateが発表された。

紙面の都合上、ここでは膠原病関連間質性肺炎（CTD-ILD）の推奨を取り上げる。WEB版ではその他の推奨も取り上げるので参照いただきたい。

CTD-ILDに関してはEULARにおいて初めての推奨が発表された。ノルウェー・オスロ大学のHoffman-Vold医師が発表した。全身性強皮症（SSc）、混合性結合組織病（MCTD）、炎症性筋疾患（IIM）、関節リウマチ（RA）やシェーグレン症候群（SjD）に伴う間質性肺炎のスクリーニング、モニタリングから治療に至るまでカバーされていた。概要を述べる。

ILDのスクリーニングに関しては、SSc、MCTD、IIMでは、高分解能CT（HRCT）でのスクリーニングが推奨された。RAやSjDでは、リスク因子を持つ患者に関してのHRCTによるスクリーニングが推奨された。

ILD診断時には感染症の除外や、ある種の悪性腫瘍（低悪性度のリンパ腫、MALTリンパ腫）、肺胞出血の除外など、他の除外すべき疾患が疑われる際には気管支鏡による肺胞洗浄にて微生物検査や細胞診が使われることが考慮されるが、ルーチンには必要ない。

また、肺生検もILDの診断での役割はないが、HRCTで通常と異なる特徴があるときや悪性腫瘍を除外する際には使われるかもしれないと記載されている。さらに、ILD診断時には予後不良を示唆する臨床リスク因子、肺機能、HRCT（パターンと伸展）、６分間歩行、患者報告アウトカム（PRO）を評価することが勧められた。

各疾患ごとのモニタリングもリスク毎、診断後の期間、検査のモダリティー毎に述べられていた。

治療に関しても、疾患や様々なケースシナリオに応じたアルゴリズムが示されている。まだまだエビデンスの少ない分野であるだけに日常診療の手助けになるであろう。部分的に簡単に触れておくと、SSc-ILDの場合、ミコフェノール酸（MMF）やトシリズマブが推奨され、進行性の線維化を伴う場合にはニンテダニブの使用が提案された。RA-ILDの場合、活動性の関節炎があれば、アバタセプトやリツキシマブ、JAK阻害薬などが推奨される（図）。IIM-ILDではグルココルチコイドを含むカルシニューリン阻害薬やリツキシマブなどが推奨され、急速進行例ではシクロホスファミドやリツキシマブなどを組み合わせた強力な治療も考慮される。加えて、疾患の種類を問わず進行性肺線維症を呈する場合には、ニンテダニブの使用が提案された。

2. スチル病のWIN（What is New?）セッションから

アメリカ・ボストン小児病院のPeter A. Nigrovic医師が、スチル病に関する最新の知見と今後の展望を包括的に講演した。本稿では、疾患概念の歴史的な転換から、病態解明の深化、それに伴う治療戦略のパラダイムシフトに至るまで、要点を述べる。

Nigrovic医師は冒頭で疾患概念の変遷について述べた。元々スチル病は16歳を境界に小児発症の「全身型若年性特発性関節炎（sJIA）」と、成人発症の「成人発症スチル病（AOSD）」に分類されてきた。しかしながら、年齢による区分が生物学的根拠に乏しく、暫定的に定められたものである。2024年に発表されたEULAR推奨でも、両者は臨床症状、検査所見、そしてIL-18をはじめとするバイオマーカーにおいて本質的な差がなく、年齢スペクトラム上に存在する単一の疾患であるスチル病として捉えるべきであるとされている。

次に、Nigrovic医師は病態の理解に関して概説した。スチル病は自然免疫系の異常が主体の「自己炎症性疾患」とされてきたが、単純なモデルではないという複数のエビデンスが紹介された。

最初に二相性仮説について説明した。スチル病は、初期にはIL-1などが主導する自己炎症的な側面が強いが、慢性化する過程でT細胞などの獲得免疫系が関与する自己免疫的な特徴を併せ持つようになるという「二相性仮説」が提唱されている。その根拠として、①多くの自己炎症性疾患と異なり自然寛解し得ること、②獲得免疫に関わる遺伝子HLA-DRB1と強い関連があること、③動物モデルにおけるT細胞が関与すること、④一部患者において抗IL-1Ra自己抗体が存在することなどが挙げられた。

そして、重要な病態であるマクロファージ活性化症候群（MAS）とスチル肺（Still's Lung Disease: Still's-LD）に関して最新の知見が紹介された。MASの病態解明は著しく進展している。特にインターフェロンγ（IFN-γ）がその中心的役割を担い、「サイクリングリンパ球」と呼ばれる活性化T細胞集団が主要な産生源であることが特定された。興味深いことに、MASのトリガーであるEBウイルス感染症でみられる「異型リンパ球」が、サイクリングリンパ球と同一である可能性が示唆された。この知見は、IFN-γやそのシグナル伝達に関わるJAK経路を標的とする治療（エマパルマブやJAK阻害薬）の理論的根拠を強固にするものである。

最後に、スチル肺について解説がなされた。スチル肺は、IL-1/IL-6阻害薬による薬剤性過敏症症候群（DRESS）という仮説が提唱され、FDAもこれらの薬剤の添付文書にDRESSのリスクと「発症時は薬剤を中止する」よう警告を追記した。しかし演者は、①薬剤未投与例でもスチル肺が発症していること、②DRESSとは潜伏期間が異なることなどから、この仮説に強く反論していた。安易に「DRESS」と診断し、有効なIL-1/IL-6阻害薬を中止することは、かえって患者の予後を悪化させる危険な判断であると警鐘を鳴らした。むしろ、IL-1/IL-6阻害薬による治療を継続しつつ、JAK阻害薬などT細胞を標的とする薬剤を上乗せする治療戦略が有望であることが、アメリカ・シンシナティ小児病院のコホート研究で示されていることを述べた。本講演でNigrovic医師は、スチル病が年齢の壁を越えた単一の疾患として再定義され、その治療戦略がステロイド中心から早期の生物学的製剤導入へと大きく転換したことを明確に示した。特に、MASやスチル肺といった重篤な合併症に対しては、病態に基づく新たな分子標的治療が次なるブレークスルーとして期待されると締めくくった。

3. 個人的に興味を惹かれた発表や研究結果

口演

LB0002 デジタルアプリによって体軸性脊椎関節炎の疾患活動性を改善できるのか？

Axia[1]は複数の機能を持ったアプリである。150種類以上のエクササイズから、体軸性脊椎関節炎（axSpA）患者一人ひとりに合わせた動画ベースのトレーニングを提供している。患者が自身の病気について理解を深め、症状を管理するための教育プログラムの他、症状日記や疾患マネージメントツール、ゲーミフィケーション（ゲームの要素を取り入れること）を活用することにより、治療を継続しやすくなるよう工夫が凝らされている。

axSpA患者200名を1:1に割り付け、A群はアプリ使用、B群はアプリ使用なしで12週間の観察後にB群もアプリの使用を開始し、A群をアプリの使用を続ける群と、介入後の状態を見る群の二つに分け、26週目までの14週間の観察を続けた。その後、アプリ使用を続けた群のみ追加で26週間の経過観察が行われた。

主要評価項目は12週時点のBASDAI、ASQoL、BASFIである。対象は、18歳以上のaxSpA患者で、スクリーニング時のBASDAIが3.5以上、スクリーニング8週間前から治療が変更なく行われ、中程度の運動療法を行っており、アプリなどのデジタルスキルを有することとした。アプリ使用群の95名、アプリ非使用群の91名が12週までの観察を終了した。平均年齢は50歳前後、女性が6～7割を占め、BASDAIが5超、NSAIDsの使用は5～6割、生物学的製剤やJAK阻害薬を使用している患者は5～6割であった。

結果は、主要評価項目であるBASDAI、BASFI、ASQoLいずれも介入群で有意な減少が認められた。ASAS20及びASAS40でも改善が見られ、ASAS20に関しては介入群で51%、非介入群で9%、ASAS40に関してはそれぞれ23%と3%と、有意差が示された。デジタルツールで病勢の改善が示された初めての例と考えられる。本アプリは、ドイツで承認される予定とのことであった。今後、多言語に訳され海外でも利用可能になる予定とのことだが、12週以降の結果も気になるところである。

ポスター

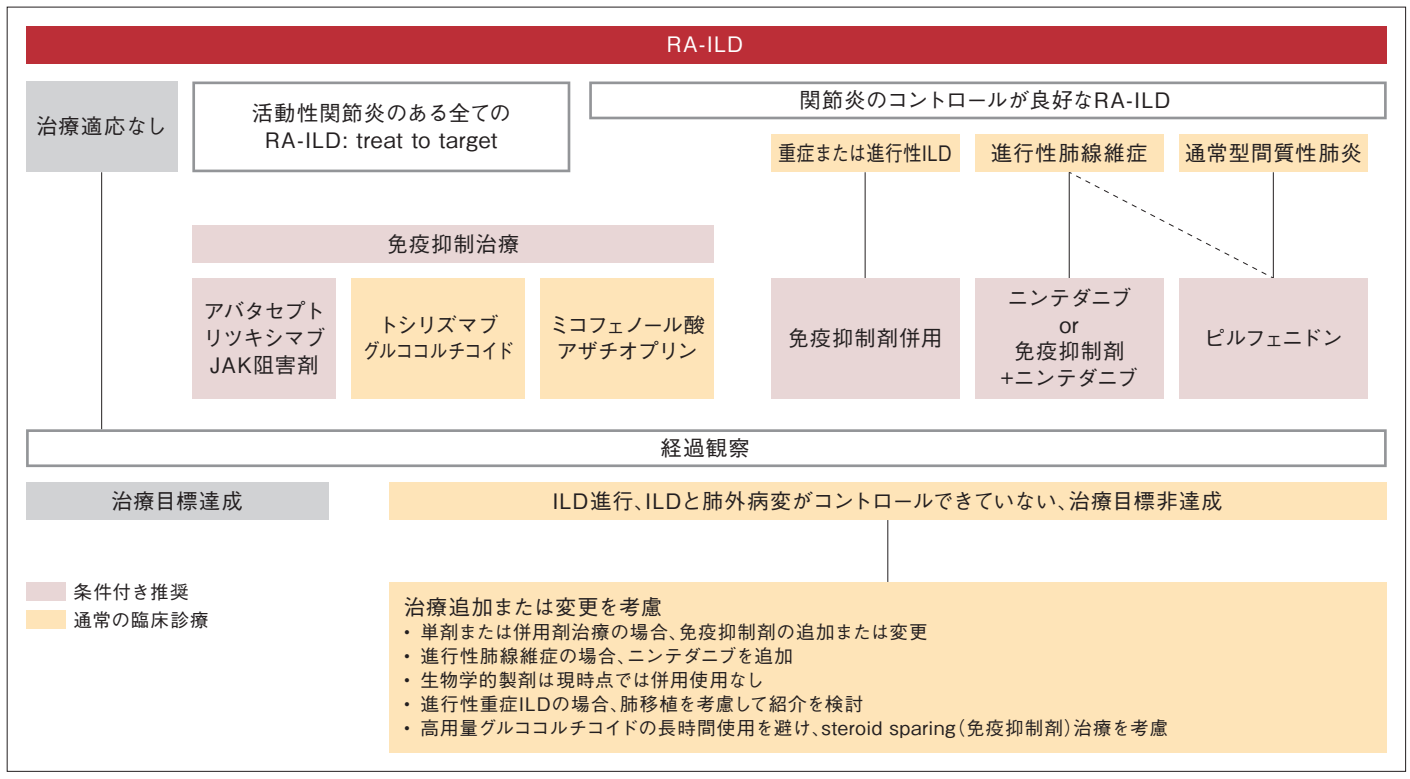
POS0960 巨細胞性動脈炎の死因とそのリスク

ギリシャからの報告である。241名の巨細胞性動脈炎（GCA）患者を追跡した研究である。死因としては心血管イベント（27%）、感染症（11%）、悪性腫瘍（7%）の順に多かった。死亡率は19.9/1000人・年であった。多変量解析では、DMARDの使用が死亡率を低下させる要因として唯一関連することが示された。GCAにおいて治療が死亡率を下げるというデータは今までなかっただけに、今後、他のコホートにおいても同様のことが証明されることが望まれる。

以上、EULAR2025は日々の臨床に役立つ情報が満載であった。限られたスペースでの報告となったが、更なる情報はWeb版で報告するので、ご興味のある方はご覧いただけると幸いである。

1）https://play.google.com/store/apps/details?id=com.applimeda.medaxio&hl=ja

図 RA-ILD患者に対する治療アルゴリズム（ERS/EULAR2025年）



Antoniou KM, et al. Ann Rheum Dis 000(2025)1-39　doi.org/10.1016/j.ard.2025.08.021（Online ahead of print）

新連載

リウマチ財団「医療保険部会」からの便り

第1回：関節リウマチ診療における保険請求の留意点と社会保険制度・費用対効果評価の課題

監修　松野 博明 氏　日本リウマチ財団医療保険部会 部会長／松野リウマチ整形外科 院長
執筆　桃原 茂樹 氏　日本リウマチ財団医療保険部会 部会員／医療法人社団博恵会 理事長

関節リウマチ（RA）の診療は、メトトレキサート（MTX）、生物学的製剤（bDMARD）、JAK阻害薬（tsDMARD）の登場により大きく進歩してきました。これらの薬剤は高額ですが、日本の社会保険制度や高額療養費制度によって、患者が長期にわたり治療を継続できる環境が整っています。一方、現場では検査や薬剤の算定をめぐり査定や返戻が生じやすく、適正な保険請求の知識が欠かせません。以下に各制度の仕組みと留意点を整理します。

1. 医療費とRA診療の特徴

RA診療では薬剤費が医療費の大部分を占め、特にbDMARDやJAK阻害薬は高額です。しかし、これらの薬剤は症状改善や労働生産性の向上が期待でき、社会的コスト削減の観点からも重要な治療と位置づけられます。

2. 社会保険制度と治療の進展

1999年のMTX保険適応拡大、2003年のTNF阻害薬導入を経て、RA診療は「寛解を目指す時代」へと進展しました。近年はJAK阻害薬も加わり、診療報酬の算定要件に疾患活動性の評価が組み込まれ、Treat to Target（T2T）が標準化しました。ただし、臨床的必要性から検査や薬剤を選択しても、査定を受けるケースがあるため、制度の理解が必須です（表1, 2）。

3. 高額療養費制度と指定難病制度

高額療養費制度は患者の自己負担に年齢や所得に応じた上限額を設け、治療継続を可能にしています。しかし、RAは有病率が高いため指定難病制度の対象外であり、指定難病の全身性エリテマトーデスなどとの「格差」が課題です。

4. 介護・福祉制度との連携

高齢のRA患者では、介護保険制度や障害者福祉制度、障害年金制度などの支援が生活維持に不可欠です。ADLが低下した症例では補装具や介護サービスを積極的に活用できるよう、医療と福祉の連携を図る必要があります。

5. 診療報酬改定と保険収載の仕組み

診療報酬改定は原則2年ごとに行われ、新薬や検査の算定要件や既存技術の要件見直しがなされます。近年では抗CCP抗体検査や関節液検査の算定拡大、トシリズマブ点滴の外来化学療法の加算など、RA診療に直結する改定も実現しました。新規技術保険収載には、学会が内科系学会社会保険連合（内保連）や外科系学会社会保険委員会連合（外保連）を通じて厚労省に申請するのが基本ですが、日本医師会や厚生労働大臣への直接要望といった経路も存在します。これらは臨床ニーズを制度に反映させる重要な仕組みであり、学会や専門医の働きかけが制度整備に直結します。

6. 費用対効果評価

QALYとICERは治療の費用対効果を測る尺度です（日本での正式導入は2019年）。基準値は500～600万円/QALYで、薬価調整に用いられます。英国や韓国では費用対効果が保険収載や価格決定に直結し、米国ではインフレ抑制法による薬価交渉制度が導入されています。RAは高額薬剤使用が前提のため、費用対効果評価を通じて合理的な資源配分の実現が不可欠です。

7. 後発医薬品とバイオシミラー

後発医薬品は広く普及している一方、供給停止や品質不備などの問題も顕在化しています。RA治療の基盤薬であるMTXなどに供給不安が生じれば診療への影響は甚大です。バイオシミラーは有効性・安全性で先行品と同等とされますが、日本での普及率は10～30％程度にとどまり、欧州や韓国の60～90％と比べて遅れています。普及促進には制度的なインセンティブと、医療者・患者双方への情報提供が不可欠です。

8. まとめと展望

RA診療の持続可能性を高めるためには、レジストリの活用による制度設計、バイオシミラーの普及促進、薬剤供給の安定化、そして学会を通じた制度提案や専門医の政策参画が重要となります。さらに現場では、査定や返戻を防ぐために適正な保険請求を徹底しつつ、医療・福祉制度を連携させて患者の生活を支えることが求められます。こうした取り組みを通じて、RA診療の質と持続可能性をともに高めていくことが今後の展望といえます。

表1 関節リウマチ（RA）に関する保険適用の疑義解釈について

Ⅰ. 検査・エコー関連

MMP-3測定	原則、算定は3か月に1回まで。2か月に1回の測定では査定されることが多い。ただし、IL-6受容体阻害薬を使用している場合など、CRPでは病勢を十分に把握できない症例では、特例的に短い間隔での測定が認められる場合がある。その際は症状詳記が必要。
RFとMMP-3の同月内測定	頻回のRF測定は査定対象になっている。通常は、RA確定診断後でも、両検査を3か月に1回程度行うことは認められる。しかし、それ以上の頻度や同月内での同時測定は査定対象に。小児例やIL-6阻害薬使用例では例外的に認められることがあるが、症状詳記による補足が求められる。
抗CCP抗体	診断補助目的では原則1回のみ算定可。陰性の場合に限り3か月に1回まで追加測定が認められる。治療薬選択が目的の場合、原則1人につき1回まで算定可。2回以上算定する場合は、医学的必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載する必要あり。
関節エコー（パワードプラ加算を含む）	診療報酬請求は3か月以上、できれば6か月程度の間隔を空けることが望ましい。全国的にはパワードプラ加算は認められない傾向にあり、現時点では不可とされる地域が大半（一部地域では限定的に認められる例もあり）。
血清中KL-6測定	本検査は、肺野にびまん性の線維化陰影が認められたとき、肺損傷のスクリーニングとして測定する、とされている。そのため、画像検査結果で疑われた場合に測定すべきと考えられているようであり、モニタリングのみでの測定は査定対象に。3か月に1回程度の測定間隔が最短で、症状が認められる場合は、SP-Dを織り交ぜた評価が良い。

Ⅱ. 薬剤関連

MTX使用とB型肝炎関連検査	MTXやb/tsDMARDなど免疫抑制薬の投与開始前に、HBs抗原・HBs抗体・HBc抗体を同時に測定することが初回に限り算定可能。ただし、既感染例では返戻されることがあるため、HBV DNA測定などのモニタリングを行い、その旨を症状詳記に明記する。
バイオ製剤の自己注射指導料	初回に院内でバイオ製剤を投与した場合、同月内に自己注射指導管理料の算定は不可（翌月以降の処方時に算定する）。
シンポニー®（ゴリムマブ）	MTXを併用せずに50mgを投与した症例が査定された事例が報告されている。使用の際は、添付文書通りの投与方法を遵守する。
ヒュミラ®（アダリムマブ）	MTXなどの抗リウマチ薬と併用する場合、80mg隔週投与への増量は添付文書上認められておらず、診療報酬請求の査定対象となる。
プログラフ®（タクロリムス）	適応症には「既存治療で効果不十分な関節リウマチ」が含まれる。用法・用量は通常、成人には1日1回1～3mgを夕食後に経口投与し、患者の状態に応じて適宜増減する。また、「多発性筋炎・皮膚筋炎に合併する間質性肺炎」にも適応があるが、皮膚筋炎単独での使用は適応外。なお、徐放製剤のグラセプター®（タクロリムス徐放カプセル）とは用法・用量および吸収特性が異なるため、両剤を取り違えないよう十分に注意する。

※上記は他学会社会保険委員会で議論された内容をまとめたもので、時期や地域により運用の差がある点にご留意ください。

表2. 関節リウマチ以外（保険適用に関する疑義解釈）

膠原病初診での抗体同時測定	初診時に抗核抗体と複数の自己抗体を同時に測定すると査定対象に。まず抗核抗体を測定し、その結果に基づき追加検査を行うことが求められる。※現在、この点について厚生労働省に見直しの申請中。
HLA解析（HLA-B27 / HLA-DRB1など）	日常診療で有用とされるが、現状では試薬が研究用として位置付けられており、診断マーカーとしては未承認。そのため保険収載はされていないものの、造血幹細胞移植など一部適応あり。
抗MDA5抗体、抗Mi-2抗体、抗TIF1-γ抗体	これらの抗体は、厚労科研の皮膚筋炎診断基準を満たす患者に対して測定した場合に算定可。疑い病名のみでは認められず、複数抗体を同時に測定した場合も査定される可能性あり。 ● 抗MDA5抗体は再検査が認められる唯一の項目であり、原則3か月に1回までが算定上限。寛解導入期や急速進行性間質性肺疾患が疑われる場合など、特別な状況下ではより短い間隔での測定が許容される可能性あり。病勢評価や予後予測に有用であることがガイドラインにも示されており、経過観察目的での保険収載が期待される。 ● 抗Mi-2抗体と抗TIF1-γ抗体は診断時の測定に限って算定可能で、再検査では原則認められず。特に抗TIF1-γ抗体は悪性腫瘍との関連が知られるが、保険上は診断目的に限定される。実務上は確定診断名を明記し、必要に応じて症状や測定理由を摘要欄に記載する。
フェリチン測定	成人スチル病の病勢評価では算定が認められるが、皮膚筋炎に合併する間質性肺炎での測定は未収載で、査定対象に。
D-dimer・FDPの同日測定	D-dimerとFDPはいずれも凝固・線溶系の評価に有用であり、対象とする分解産物が異なることから、同時測定には臨床的な意義がある。両者の比較により、DIC（播種性血管内凝固症候群）に特徴的な「FDP高値・D-dimer軽度上昇」といった乖離現象を把握できる。一方、診療報酬上は必ずしも同日算定が認められるとは限らず、査定や減点の対象となる場合がある。「漫然とした測定」と判断されないよう、DICなどの診断名を明示し、医学的必要性を診療報酬明細書に記載する。また、地域や審査機関によって運用が異なる点にも留意する。
ANCA（MPO・PR3）	MPO-ANCAはANCA関連血管炎の確定診断または疑いで算定可。また、PR3-ANCAは多発血管炎性肉芽腫症の病名が必要。両方を測定する際は、診断名や所見を明記し、症状詳記を添付する。
KL-6 / SP-D / SP-A	3項目のうち算定できるのは主たる1項目のみ。間質性肺炎の診断に有用だが、経過観察目的での頻回測定は査定対象となり、3か月に1回程度が目安とされる。
補体（C3, C4, CH50）・免疫グロブリン	すべてを同時測定すると査定されやすい。SLE治療中であればC3+C4+CH50の測定は認められるが、疑い病名の場合は一部項目に限られる。
甲状腺ホルモン（T3/FT3, T4/FT4）	T3とFT3、T4とFT4の同時測定は、原則認められず。ただし、TBG異常症など特別な臨床的背景がある場合には例外的に算定可。病態把握には遊離ホルモン（FT3・FT4）の測定がより有用とされる。
CMV抗原（C7-HRP）・CMV DNA定量	免疫抑制状態であることを詳記すれば算定可。近年ではPCR法によるCMV DNA定量検査がより高感度で有用とされ、実臨床でも広く用いられている。

「高額療養費制度」に関する要望書を厚生労働省へ提出しました

日本リウマチ友の会・日本リウマチ学会・日本リウマチ財団からご署名をお願いしていた「高額療養費制度」に関する要望書を、友の会（門永会長ほか3名）・学会（藤井副理事長）・財団（川合理事長）とで9月30日に厚労省に届けました。
皆様に多くのご協力をいただきありがとうございました。

令和8年度 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、治療法の開発などに関する研究で、(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

賞金　1課題200万円

締め切り　令和8年1月31日（消印有効）

詳細はこちらから→

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

■候補者募集

助成対象課題

リウマチ性疾患の病因、診断・治療、予防・疫学等に関する独創的課題の調査研究

調査・研究奨励金

1件100万円

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

締め切り　令和7年11月30日（消印有効）

詳細はこちらから→

令和8年度 日本リウマチ財団リウマチ専門職表彰

■候補者募集

目的

リウマチ性疾患に関わるリウマチ専門職で継続的にリウマチ性疾患に対する医療・ケアの向上に大きく貢献した者を讃えるとともに、その功績を積極的に社会・国民に発信することを目的とし、表彰する。

締め切り　令和7年12月31日（消印有効）

詳細はこちらから→

患者さん向けの講演会、公開講座、オンラインセミナー等の情報をお寄せください。

リウマチ財団登録医が主催、世話人、演者等で関係する患者さんやそのご家族に向けての公開講座、講習会等を財団ホームページに掲載します。申込者名、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がある場合はURL等詳細を下記のアドレスまでお送りください。開催日の1ヵ月前までにご連絡ください。ただし、掲載は以下の要件を満たすこととします。

Email: inform@rheuma-net.or.jp

掲載ページはこちら→

・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（商品名が会の名称にあるもの等は許可しない）。

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 →

日本リウマチ財団公式X

ぜひフォローをお願いいたします。

→ リウマチ専門職の登録時期のお知らせや、研修会のお知らせなどをタイムリーに発信しています。

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
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
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）	海里マリン病院/ 高知大学医学部附属病院 特任講師　谷口　義典 鹿児島赤十字病院 リウマチ・膠原病センター長 大坪　秀雄

（北海道・東北地区、東海・北陸地区、近畿地区は開催済み）

令和7年9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9月9日（火）18：30～19：10

【報告事項】

1. **理事就任報告について**
   就任した理事の報告がなされた。名簿は財団ホームページに掲載。
2. **令和7年度リウマチ月間リウマチ講演会の報告について**
   6月14日「一般・患者さん向けの講演会Ⅰ」現地Web合計462名、7月6日「当財団の研修会を兼ねた講演会Ⅱ」現地Web合計478名の参加であったことが報告された。
3. **第8回法人賛助会員セミナーについて**
   11月11日にハイブリッド開催するセミナーについて、演題は「厚生労働省におけるリウマチ対策について」座長は冨田哲也氏（日本リウマチ財団常務理事）演者は厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課 リウマチ・アレルギー対策専門官佐藤裕範氏で行うことが報告された。

【審議事項】

1. **令和8年度リウマチの治療とケア教育研修会について**
   財団主催の二地区開催とする内容を審議し承認した。
2. **国際学会（APLAR2025）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選考した結果について審議し、3名に助成することを承認した。

ご寄付をいただいた方々

次の方々からご寄付を賜りました。感謝の意を表してご芳名を掲載させていただきます。
（期間：2024年1月～2025年6月）

1.港区ふるさと納税（日本リウマチ財団応援寄付金）によるご寄付

川合眞一様　田中栄様　冨田哲也様　川井章様　仲村一郎様　金子開知様
神田浩子様　川合玲子様　中原英子様　古崎章様　竹下啓様　房間美恵様
匿名ご希望3名様

2.一般のご寄付

大田富士子様　吉田健太郎様　家亦良典様　山本聡様　川合眞一様
匿名ご希望5名様

ご寄付のお願い

日本リウマチ財団の活動はみなさまのご寄付によって支えられております。当財団の活動にご賛同を賜り、継続的なご支援をいただけますと幸甚に存じます。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。

DONATE　詳しくは→

国際学会におけるリウマチ性疾患調査・研究発表に対する助成者報告書（EULAR2025）

詳細はこちらから →

国際学会におけるリウマチ性疾患調査・研究発表に対する助成者報告書（APLAR2025）

詳細はこちらから →

編集後記

今号では、7月に開催された「リウマチ月間リウマチ講演会Ⅱ」を中心に、移行期医療から在宅医療、災害時支援、リウマチ手術の最前線まで幅広いテーマを紹介しました。いずれも日常診療に直結する内容で、多くの学びを共有できたと思います。

新シリーズ「オンライン診療の実践」では、地域に根ざしたクリニックでの取り組みを紹介しました。COVID-19以降、医療提供の形は確実に変化しており、今後も診療の一つの選択肢として定着していくでしょう。加えて、新連載『リウマチ財団「医療保険部会」からの便り』も始まり、診療現場を支える制度・政策の視点を共有する場が加わりました。

さらに、EULAR2025および第6回EUVAS Vasculitis courseの速報もお届けしました。EULARに関しては、注目された膠原病関連間質性肺疾患（CTD-ILD）とスチル病についてピックアップして紹介しました。CTD-ILDに関しては、EULAR初の包括的推奨が示され、HRCTによるリスク別スクリーニングや予後因子の評価、SSc-ILDにおけるMMF・トシリズマブ、RA-ILDにおけるアバタセプト・リツキシマブなど具体的な治療アルゴリズムが提示されました。一方スチル病は、小児・成人の区分を超えて単一疾患として再定義され、MASやスチル肺に対する分子標的治療の展望が示されました。いずれも臨床に直結する重要知見で、今後の診療に大きな影響を与える内容でした。EUVASではANCA関連血管炎におけるCAR-Tを含む細胞療法や補体標的薬の進歩、VEXAS症候群など遺伝子関連疾患との関連、GCA診断における超音波検査の標準化などが紹介されました。血管炎診療の未来を方向づける国際的議論を共有できたことは大きな意義と感じます。

季節は秋から冬へと移り変わります。今後も本紙を通じ、日々の診療に役立つ情報を届けられれば幸いです。

石井智徳
東北医科薬科大学
医学部内科学第三［血液・リウマチ科］教授

【日本リウマチ財団ニュース 編集員】　編集長：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
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
石井智徳　東北医科薬科大学医学部内科学第三［血液・リウマチ科］教授
岡田正人　聖路加国際病院 Immuno-Rheumatology Center
川添麻衣　東邦大学医学部内科学講座膠原病学分野（大森）講師
山村昌弘　岡山済生会総合病院 診療顧問 / リウマチ・膠原病センター長