

Japan Rheumatism Foundation News

日本リウマチ財団ニュース

no. 194

2026年1月号

令和8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）

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

194号の主な内容

- 新年のご挨拶 川合真一氏（日本リウマチ財団 理事長）
- 祝 坂口志文先生 ノーベル賞 山本一彦氏（日本リウマチ財団 副理事長）
- 小児発症リウマチ性疾患の成人期医療への移行 宮前多佳子氏（東京女子医科大学）
- GRAPPA速報 川合聰史氏（聖路加国際病院）
- 医療保険部会からの便り 第2回 田中栄一氏（東京女子医科大学）

新年のご挨拶

新年あけましておめでとうございます。令和8年の年頭にあたり一言ご挨拶申し上げます。

昨年も世界的には各地での紛争など悪いニュースが多くあった年でしたが、喜ばしいニュースとしては、坂口志文先生がノーベル生理学・医学賞を受賞されたことが挙げられます。リウマチ性疾患の病因や病態、また治療にも密接に関わる研究ですので、この財団ニュース新年号には山本一彦財団副理事長による記事を掲載いたしました。また、昨今は高額な医療費自己負担を抑える「高額療養費制度」の負担上限引き上げの動きがありますが、昨年9月には厚生労働省に対してその見直しを求めて、日本リウマチ友の会と日本リウマチ学会と共に要望書を提出いたしました。長年、日本国民の健康に貢献してきた保険医療は、近年かなり厳しい状況に直面していることは否めませんが、特に働き盛りの患者さんが高額負担のために高度医療を断念しなくて済むような制度設計の構築を行政には期待しています。

当財団は、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い、若手研究者への各種支援も行いました。また、リウマチ月間講演会や、専門職を対象とした複数の研修会・講演会を各地で開催

してきました。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の発信をしてきたことも重要な事業で、本年も、これらをさらに充実させて皆様の期待にお応えしたいと思います。

さて、公益法人である当財団が果たす社会的役割は、これらの事業を通じてリウマチ医療の底上げを図ることにございます。しかしながら、収益事業を持たない当財団としては、皆さまの継続的なご支援に頼らざるを得ない状況です。以前より個人のご寄付もさまざまな形でお願いしてきましたが、近年始めましたクレジットカードで月々100円から寄付可能な「つながる募金」や「港区版ふるさと納税を介した寄付」も徐々に実績を重ねつつあります。本年はさらに多くの皆様にご理解いただければ有り難く存じます。

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、さらに患者団体などの連携を深め、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8年 正月

川合 真一

公益財団法人 日本リウマチ財団 理事長

坂口志文先生
ノーベル賞受賞おめでとうございます

寄稿 山本 一彦 氏
公益財団法人日本リウマチ財団 副理事長／理化学研究所 生命医科学研究センター

坂口先生は1976年京都大学医学部を卒業し、翌年には愛知県がんセンターの西塚研究室の研究生となり、制御性T細胞の発見に繋がる研究を開始されました。その後、米国ジョンズホップキンス大学とスタンフォード大学研究員、スクリプス研究所助教授を経て、1992年帰国されました。そして東京都老人総合研究所部門長の後、1999年京都大学再生医科学研究所教授に就任されました。さらに2011年に大阪大学免疫学フロンティア研究センター教授に就任、2016年定年退職後も特任教授として研究を継続されておられます。

無限の多様性がある外来抗原に反応できる免疫が「なぜ自己と反応しないのか」という疑問は、現代免疫学の最大の課題の一つです。坂口先生の研究の出発点は、マウスの胸骨の裏にある胸腺を摘出すると自己免疫反応

が様々な臓器で起こるという発見でした。その後、大変な努力と素晴らしい成果によって、誰でも自己を攻撃する免疫細胞を持っているが、それを抑制する制御性T細胞の存在で均衡がとれている、という全く新しい概念が免疫学の研究者に受け入れられました。一見するとリウマチには直接関係がないように思われるかもしれません、坂口先生は、自己免疫疾患の中でも関節炎をモデルにした多くの研究をされています。そして現在は、この制御性T細胞をいかに治療に用いるかを含めて幅広い研究を展開されています。

私自身は、坂口先生とはいろいろな学会のシンポジウムなどでご一緒することがあり、時々お話をさせていただく機会がありました。2001年のストックホルムでの国際免疫学会の時、海のそばの湖畔で、坂口先生と奥様そし

て私で、免疫学のことをあれこれとお話ししたことは楽しい思い出となっています。欧米の多くの研究者は坂口先生の発見を簡単に認めなかっただけで、米国NIHのシェバック先生が明確に賛同してくれて本当に助かった、といわれたのが印象的でした。このころから坂口先生の爆発的な研究が始まりました。2013年のイタリアでの国際免疫学会では、坂口ご夫妻、大阪大学の審良先生と4人でベネチアに行った珍道中などもありました。また数人の同志で「ヒト免疫研究会」を継続的に開催することもありました。そんな関係もあるのか、今回の受賞に際して、帰宅途中の電車の中で新聞社から突然携帯に電話がありました。あわててホームに降りて雑踏の中で大声で坂口先生の仕事の素晴らしさを説明し、翌朝掲載されました。

坂口先生の今後のさらなるご活躍、特に免疫疾患の新しい制御法開発の進展を心から祈念しております。



編集部注：
左から山本氏、坂口氏。山本氏の大学退職記念会にて。

小児発症リウマチ性疾患の成人期医療への移行



寄稿 宮前 多佳子 氏
東京女子医科大学病院膠原病リウマチ痛風センター 小児リウマチ科



Key Words

小児リウマチ性疾患

成人移行支援

若年性特発性関節炎

関節リウマチ

はじめに

小児期発症慢性疾患患者の成人診療科への「移行」という用語は、成人診療科の医療者にも浸透しつつある。わが国では、小児リウマチ・膠原病疾患の組織的な移行支援・推進の取り組みが2014年から行われている。かつては、小児リウマチ性疾患症例を成人後も小児科医が長く診療に携わることが多く、小児科・成人診療科の医療者、患者と家族それぞれに成人診療科への移行を阻む要素があったと考えられる。成人期に医療の継続を要する場合、移行医療の整備を行い、最善の医療の継続と長期予後に関連する研究の展開が望まれている。

小児期発症慢性疾患の成人期医療への移行に関する基本的考え方

医学の進歩により、小児期に発症した慢性疾患患者が成人期を迎えることが可能となつたことが、新たな医療体系として移行期医療の必要性が議論されるようになった背景である。

移行(transition)とは、小児科から成人診療科への転科(transfer)を含む一連の過程を指し、小児期発症の慢性疾患患者が成人診療科へ円滑に移行するために必要な医学的・教育的・心理的・社会的支援を多面的に提供する行動計画である。

2002年、米国小児科学会・家庭医学会・内科学会の3学会により移行期医療に関する提言が発表され、日本においても2014年に日本小児科学会の移行期の患者に関するワーキンググループから「小児期発症疾患を有する患者の移行期医療に関する提言」が公表された¹⁾。これは当時、こうした患者に対して、小児期医療も成人期医療も、必ずしも適切な医療を提供できおらず、それぞれの疾患の病態・合併症の年齢変化や身体的・人格的成熟に即し

て適切な医療が受けられるように、日本小児科学会の基本的な考え方を提示したものである。2014年提言は、国内の医師、特に小児科医に向けて「移行期医療」という概念とその進むべき方向性を我が国で初めて示したものである。

これ以降、小児病院、大学病院を中心に、徐々にではあるものの移行期医療が実施されるようになってきたが、移行期医療を具体的に実施するにあたり、種々の課題が明らかになってきた。自律・自立支援を行う外来体制の在り方、移行支援の具体的方法、プログラム作成方法、カウンターパートとなる成人期医療機関に関する情報不足、患者・家族側に起因する移行期医療における障壁、医師側による移行期医療に関する障壁などである。

2023年には、2014年提言の改訂版として「小児期発症慢性疾患を有する患者の成人移行支援を推進するための提言」が公表された²⁾。2023年提言では、「成人移行支援」という用語が新たに提案された。「成人移行支援」とは、小児期発症の慢性疾患を持つ患者が成人期を迎えるにあたり、本来の持てる能力や機能を最大限に發揮でき、その人らしい生活を送ることを目的とした支援をいう。成人期に良質な医療を継続するために、医療だけでなく健康・福祉という広い視点から提供される成人移行支援の必要性が強調されている。

これまで日本小児科学会は、行政ともに各都道府県への移行期医療支援センター設置を含め、体系的な移行支援体制の整備を推進してきた(表1)。しかし、小児期発症の慢性疾患は多岐にわたり、移行期医療の指針や体制の構築は各疾患領域に委ねられている。

わが国の小児リウマチ・膠原病疾患領域の移行支援のあゆみ

2014年提言の公表を機に、日本小児科学会は「小児慢性疾患患者の移行支援ワーキング

グループ(現、小児科学会移行支援委員会)」を組織し、同学会での成人移行支援の総論的な活動と併行して、各小児期発症慢性疾患それぞれの専門性に応じた移行支援活動が各分科会で開始された。

日本小児科学会の分科会の一つである日本小児リウマチ学会(PRAJ)は2014年に移行支援ワーキンググループ(2016年以降委員会。現在、成人移行支援委員会)が、2018年には、主たるカウンターパート組織である日本リウマチ学会(JCR)において内科、整形外科、小児科で構成される移行期医療検討小委員会が設置され現在に至っている。

PRAJはこれまで、行政・一般向けの疾患別ガイドとして、若年性特発性関節炎、全身性エリテマトーデス、シェーグレン病(シェーグレン症候群として掲載)、若年性皮膚筋炎[膠原病(皮膚筋炎)として掲載]、全身性硬化症[膠原病(強皮症)として掲載]のガイドの作成を行ったほか(https://www.jpeds.or.jp/modules/guidelines/index.php?content_id=153)、日常診療での成人移行支援に携わるメディカルスタッフ育成のため、PRAJ移行支援委員会の下部組織としてメディカルスタッフ育成ワーキンググループを設置し活動を行っている。

また、2023年提言では、移行準備評価ツールを使用し移行準備状況を患者・保護者・医療者が共に確認することの必要性に言及し、わが国で妥当性・信頼性が検証されているものとして、Transition Readiness Assessment Questionnaire (TRAQ) 日本語版を挙げている³⁾。PRAJでは、患者自身の自立度評価を目的とした小児リウマチ性疾患用チェックリストを作成している^{4,5)}。これは、米ボストン小児病院のAdolescent Medical Practiceによる原版から作成された日本語版チェックリストを改変したもので、内服や皮下注射製剤の管理、外来受診スケジュールの把握を誰が行なっているか確認する項目を設けている点が特徴である。さらに医療者による移行支援対象の

選定とその介入による転帰の評価指標として、オランダの脳性麻痺患者に対するOutcome指標 "Rotterdam Transition Profile" の評価カテゴリーを基盤として、小児科・成人科リウマチ医、メディカルスタッフ、患者代表、教育者らがコアメンバーとして、必要な評価項目を選定し、複数の専門領域からの参加者を募りDelphi法によって小児科側からの評価に偏らないスコア化可能な評価指標を確立した⁶⁾。この評価指標は教育、就労、経済生活、必需品の入手、家事、社交、娯楽、交友、性生活、移動といった医療のみに限定されない項目について自立度を評価するものである。今後、日常臨床の現場でこれらの指標の活用方法について検討と共有が必要である。

JCRでは、学術集会での移行支援関連のシンポジウムや小児リウマチ性疾患に関する教育講演などによる知識普及に加え、実用的な支援ツールのひとつとして、「ミライトーク」をPRAJとともに作成した。これは、日本小児がん研究グループ(JCCG)が作成した小児がん長期フォローアップ手帳を参考にしており、患者自身が携行する医療記録用手帳である。「ミライトーク」の使用対象は原則として中学生以上とし、自らが記入することで自立や自身の医療に対する理解を促すことを目的としている。

そのほか、厚生労働科学研究費補助金難治性疾患等政策研究事業[免疫アレルギー疾患等政策研究事業(免疫アレルギー疾患政策研究分野)]により、「成人診療科医のための小児リウマチ性疾患移行支援ガイド(2020)」⁷⁾や「メディカルスタッフのためのライフステージに応じた関節リウマチ患者支援ガイド(2021、2025改訂版)」⁸⁾が作成されている。

小児リウマチ・膠原病疾患領域の移行における課題

1) 成人診療への移行の障壁

欧米では、専門性の高い小児医療は、小児リウマチ・膠原病疾患領域を含めて、小児専門病院で行われている。World Health Organization(WHO)や American Academy of Pediatrics(AAP)では、「Children's Hospital」は、「A hospital that provides comprehensive health care exclusively or primarily to infants, children, and adolescents.」と定義されている。わが国では小児医療を中心に行なう、「こども病院」「小児医療センター」と呼ばれる小児専門病院は約30施設前後しかなく、主に都道府県単位の広域中核に設置されていることより、小児リウマチ・膠原病疾患の医療は小児専門病院のみならず、大学病院、市中病院で行われているのが実情である。小児専門病院では、成人診療医との連携体制の整備が課題であるが、診療対象年齢に上限が設定されていることから、非小児専門病院に比して移行支援がチーム医療として体系的に推進されており、成人診療科への移行はすでに軌道に乗っている。

非小児専門病院では、施設として成人移行

表1 行政の移行期医療関係に関する主な動き

時期	国などの主な動き	概略
2015年	小児慢性特定疾患その他の疾患にかかっていることにより長期に亘り療養を必要とする児童等の健全な育成に係る施策の推進を図るために基本の方針概要(平成27年10月29日厚生労働省告示第431号)	「小児慢性特定疾患児童等の成人移行に関する事項」を設けて、小児慢性特定疾患児童等が成人後も必要な医療等を切れ目なく受けられるために、モデル事業などの取り組みを行うことや、小児慢性特定疾患の要件を満たす場合に指定難病へ移行し医療費助成を成人後も継続できるように検討することが記載された。
2015年	小児慢性特定疾患児童成人移行期医療支援モデル事業	日本における移行期医療の在り方、支援ツールの紹介、医療体制のモデル、移行期医療対象となる患者数の推定、移行困難の理由、今後の取り組みの方向性などが明確になった。
2017年	各都道府県における小児慢性特定疾患の患者に対する移行期医療支援体制の構築について(健難1025号第1号)	「小児慢性特定疾患の患者に対する都道府県における移行期医療支援体制の構築に係るガイド」の提示と都道府県における移行期医療支援センターの設置を初めて提示した。
2017年	第51回難病対策委員会・第21回小児慢性特定疾患児への支援のあり方委員会【合同開催】	移行期医療支援センターのイメージ(案)を提示した。
2018年公布、2019年12月1日施行	生育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律(成育基本法)	成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針において、移行期医療が明記された(2021年2月9日閣議決定)。
2019年	研究班「小児期発症慢性疾患を持つ移行期患者が個別性を超えて成人医療へ移行するための診療体制の整備に向けた調査研究」(主任研究者:窪田満)	成人移行支援コアガイドが作成された。

支援に関する委員会などの組織が設置されている病院はまだ限られたものである。成人移行支援に際してのメディカルスタッフの介入についても、現時点では診療報酬加算が認められないため、関与する人員が不足している問題がある。その他、移行の実態と障壁を明らかにする必要がある(表2)。

2) 成人移行例の病態と移行期の診療指針の不足

小児期発症慢性疾患は、その長期経過において、原疾患に伴う疾患本態・合併症の変化に加えて、治療に伴う影響、加齢に伴う修飾を受ける(図)。

さらに先天性心疾患の術後患者が成人診療科に移行する場合と、若年性特発性関節炎(JIA)少関節型・多関節型の患者が、類似する成人発症疾患である関節リウマチ(RA)を主に扱うリウマチ内科や整形外科へ移行する場合とでは、成人診療科医に共有して示すべき医療に要する情報が異なる。RAと対比した移行期の病態を明らかにし、診療指針を確立することはこれから課題である。

3) レジストリへの期待

小児リウマチ・膠原病疾患は希少疾患である。少子化が進むわが国では、とくにAll Japanとしての質の高いレジストリの構築が、今後の医療の発展や研究の推進には必要と考えられる。既に北米では、2015年からCARRA(Childhood Arthritis and Rheumatology Research Alliance)が主要疾患について検査収集を含む大規模前向き登録研究を展開し、アウトカム、薬剤安全性、治療戦略を長期に

追っている⁹⁾。しかし、CARRAでは前述のように小児専門病院が主体となって参画しているため、成人期以降の追跡が困難という問題を抱えている。小児リウマチ・膠原病と診断された患者およびその保護者は、将来の成人期に対して不安を抱くことが少なくない。成人期への連続性を確保するために、長期的かつ前向きなレジストリの構築とその活用が期待される。

おわりに

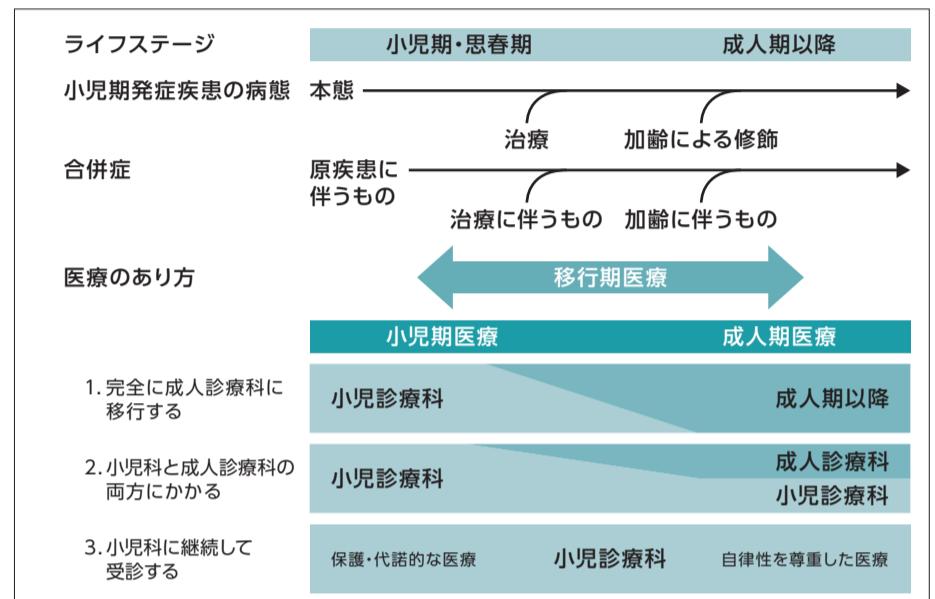
小児期発症リウマチ・膠原病疾患における成人移行支援は、診療継続の枠を超え、疾患の自然歴や治療の長期的影響を明らかにするうえでも極めて重要である。これまで、PRAJおよびJCRを中心に、診療指針や評価指標の整備、教育的支援ツールの作成が進められてきたが、移行期以降のアウトカムを定量的に評価した研究は依然として限られている。移行期医療は小児科単独で完結するものではなく、成人診療科医、メディカルスタッフ、心理士、ソーシャルワーカーなど多職種が協働する包括的な体制のもとに初めて機能する。今後は、全国的な多施設共同レジストリを基盤とした縦断的データ収集と統合解析を推進し、疾患活動性、治療反応性、社会的自立度、QOLなどを多面的に評価することが求められる。このようなエビデンス基盤型の移行支援体制を確立することは、治療戦略の最適化と長期予後の改善に寄与し、国際的にも発信可能な日本のモデルを確立する第一歩となるであろう。

表2 成人診療への移行の障壁

I. 新しい医療システムや病院への心配(transfer)
1. 患者・家族の不安: 小児科との家族的関係、成人施設や診療医を知らない
2. 成人医療への信頼不足: 成人診療医の経験、治療の変化
II. システムの困難(transfer)
1. 成人診療医との連携不足、医療記録の連携不足
2. 成人のプライマリ・ケア医と成人専門医の連携不足
3. 知識を持つ専門医の場所、アクセス
4. 保険や医療費
III. 不十分な計画(自立、自己管理)
1. 移行支援開始時期の遅れとサポート不足
2. 施設のサポート不足、スタッフへの教育不足
3. 患者の認識不足(健康に無関心、移行支援スタッフのアドヒアランス不良)
IV. 患者の病状、知的障がい、両親の社会経済的状態

賀藤 均、位田 忍、犬塚 亮、ほか. 日本小児科学会雑誌2023; 127: 61-78

図 2014年提言における移行期医療の概念図



横谷 進、落合 亮太、小林 信秋、ほか. 日本小児科学会雑誌2014; 118: 98-106

文献

- 1) 横谷 進、落合 亮太、小林 信秋、ほか. 小児期発症疾患有する患者の移行期医療に関する提言. 日本小児科学会雑誌2014; 118: 98-106
- 2) 賀藤 均、位田 忍、犬塚 亮、ほか. 小児期発症慢性疾患有する患者の成人移行支援を推進するための提言. 日本小児科学会雑誌2023; 127: 61-78
- 3) Sato Y, Ochiai R, Ishizaki Y, et al. Validation of the Japanese Transition Readiness Assessment Questionnaire. Pediatr Int 2020; 62: 221-228.
- 4) 日本小児リウマチ学会: <http://www.praj.jp/activities/acrvities01.html> (2025/10/27アクセス)
- 5) Miyamae T, Inoue Y, Yamaguchi K. Checklist for rapid assessment of independence in children with pediatric rheumatic diseases in transition to adult medical care. Mod Rheumatol. 2022; 32: 427-431
- 6) Inoue Y, Umebayashi H, Matsui T, et al. Social independence evaluation index for Japanese patients with childhood-onset chronic diseases. Front Pediatr. 2022; 10: 923497.
- 7) 厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患等政策研究事業 小児期および成人移行期小児リウマチ患者の全国調査データの解析と両者の異同に基づいた全国的「シームレス」診療ネットワーク構築による標準的治療の均てん化研究班編、一般社団法人 日本小児リウマチ学会、一般社団法人 日本リウマチ学会、他: 成人診療科医のための小児リウマチ性疾患移行支援ガイド. 羊土社、2020.
- 8) 日本リウマチ学会: <https://www.ryumachi-jp.com/medical-staff/life-stage-guide/> (2025/10/27アクセス)
- 9) Beukelman T, Kimura Y, Ilowite NT. The new Childhood Arthritis and Rheumatology Research Alliance (CARRA) registry: design, rationale, and characteristics of patients enrolled in the first 12 months. Pediatr Rheumatol Online J. 2017; 15:30.

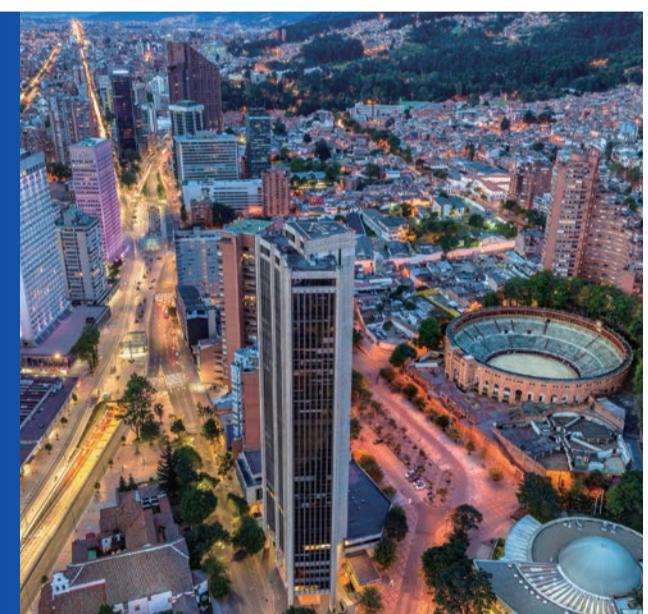
GRAPPA 2025 Annual Meeting and Trainee Symposium 学会速報



寄稿 川合聰史氏
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

2025年7月10日から12日まで、南米コロンビアの首都ボゴタにてGRAPPAの年次総会が開かれた。参加者は年々増加しており、今回は45カ国から397名(オンライン含む)が参加し、例年以上の盛り上がりを見せた。恒例であるTraineeの発表に加え、小人数のディスカッション、最新の話題、全員でのディナー、観光ツアーなど、アカデミックかつ一体感が得られた本総会を体験した筆者が、その内容を抜粋して報告する。



最初に

GRAPPAは乾癬および乾癬性関節炎(Psoriatic arthritis:PsA)の研究と評価のためのグループで、近年では体軸病変や様々な併存症・合併症も対象とする全身疾患である乾癬性疾患(Psoriatic disease:PsD)に関する研究の推進、治療ガイドラインの作成などを実行する国際組織である。

開催地ボゴタは標高約2,640mに位置する、アンデスの大都市である。歴史地区ラ・カンデラリアや黄金博物館など多くの見どころを有する。かつて懸念された治安は、近年、観光地を中心大きく改善された。

GRAPPAは誕生から22年、筆者も所属するYoung GRAPPAの結成からも5年が経ち、会員数を増やしている。教育ミーティングやワークショップも世界各地で開催され、先日本で開催されたAPLARでも丸一日のGRAPPAワークショップが実施された。

本稿では、年次総会の数あるセッションの中から、特に注目を集めた内容を取り上げる。

1. GLP-1受容体作動薬

今回のGRAPPAの最大の注目点は、GLP-1受容体作動薬のセッションである。驚くことにPsDの学会でありながら、GLP-1受容体作動

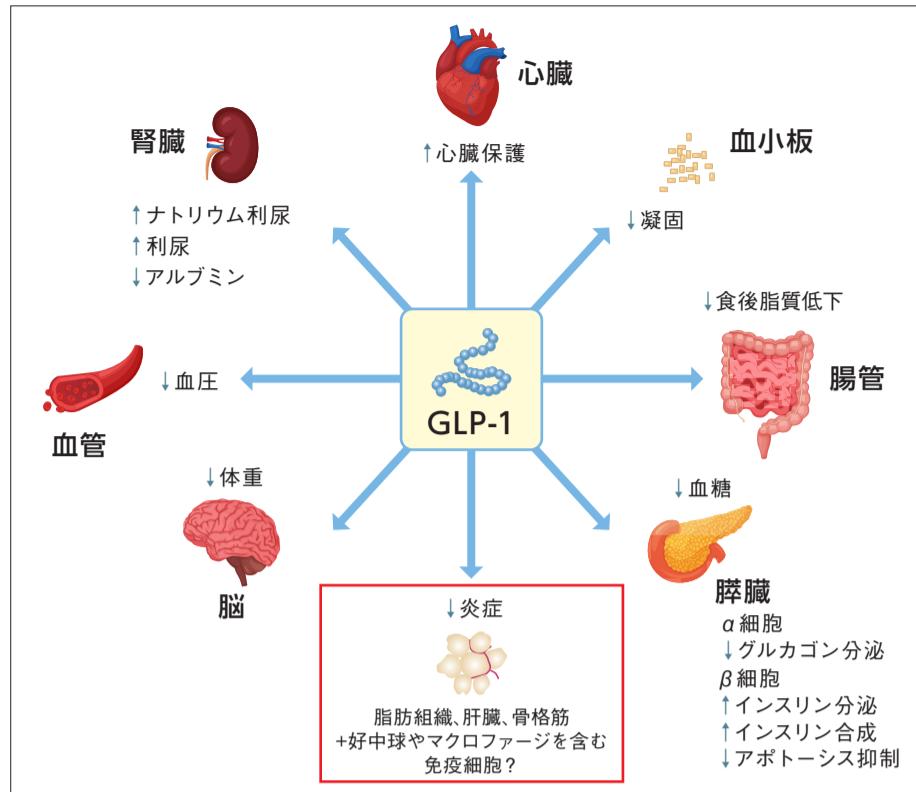
薬関連のセッションが相次いでいる。

本会の最初にはGLP-1研究の第一人者である、University of TorontoのDaniel J. Drucker教授が、GLP-1、GIPと炎症制御に関する総説を行った。Drucker教授は、GLP-1が膵β細胞からのインスリン分泌を促進することを初めて示し、インクレチンホルモンの臨床的意義を確立した世界的な研究者である。近年ではこのGLP-1受容体作動薬が血糖降下や体重減少だけでなく多臓器に作用を及ぼすことが知られるようになり、臨床試験で有効性が確認されている(図1, 2)。また、肥満や糖尿病など合併症を改善するだけでなく、なんと直接的な抗炎症作用を有する可能性があり(図3)、リウマチ領域での治療補助としての応用が

注目されているという、非常に刺激的な内容であった。

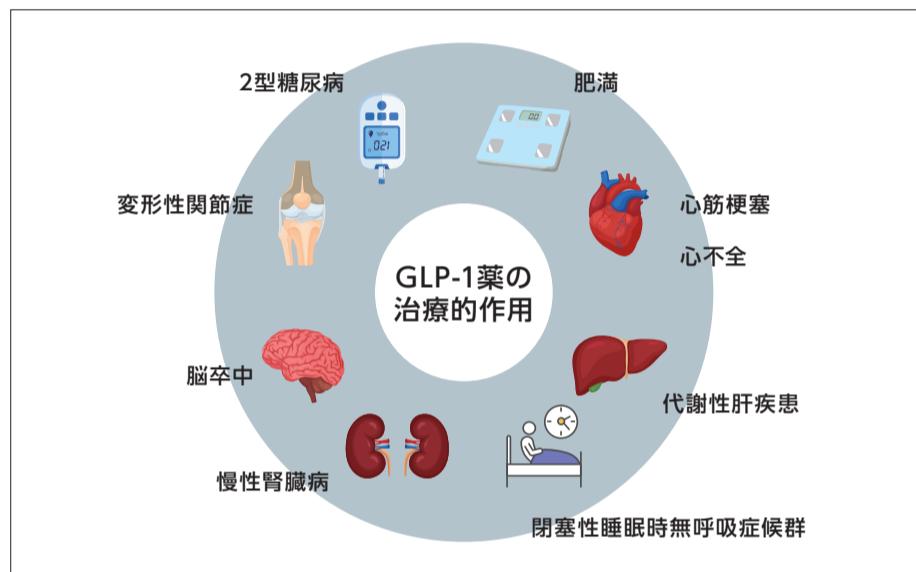
抗炎症作用においては、糖尿病患者を対象とした臨床研究で、GLP-1受容体作動薬の投与により血中MCP-1、SAA、IL-6など炎症性サイトカインが低下し、TNFやIL-1βの発現も抑制されることが報告されている。当初は血糖コントロールや体重減少の二次的効果と考えられていたが、その後、投与後わずか2時間でNF-κB活性の低下が確認され、代謝改善を介さない直接的な抗炎症作用が示唆された。さらにGLP-1受容体作動薬とSGLT2阻害薬との比較試験では、体重減少効果は同程度であったものの、血中CRP値はGLP-1群で有意に低下し、体重減少を超える抗炎症作用が

図1 GLP-1受容体作動薬が多臓器に及ぼす多面的作用



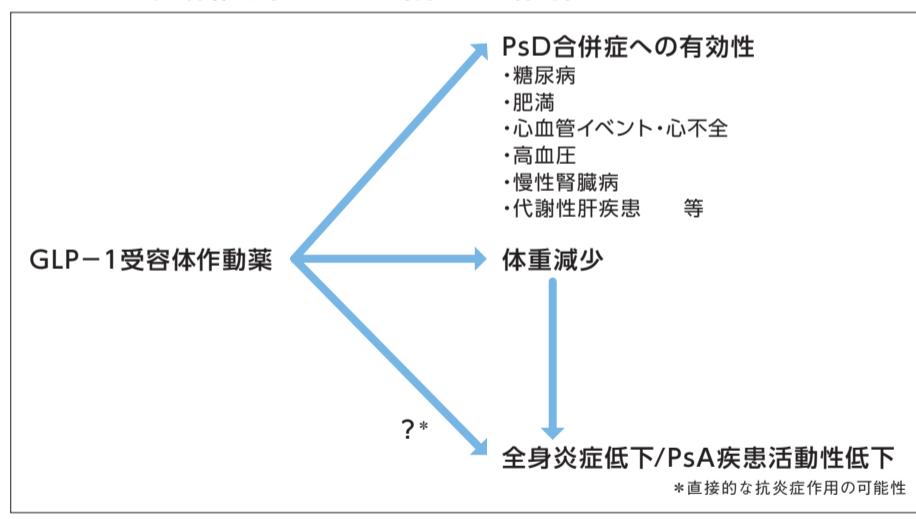
Cell Metab. 12; 24(1): 15-30, 2016より改変

図2 GLP-1受容体作動薬の臨床試験で確認された有効性



Cell Rep Med. 15; 6(7): 102214, 2025より改変

図3 GLP-1受容体作動薬のPsDに期待される有効性



裏付けられた。乾癬及びPsAにおいては、従来より食事制限による体重減少が皮膚症状や関節症状の改善につながることが知られていたが、近年ではGLP-1受容体作動薬を使用した肥満や糖尿病合併例において、乾癬の活動性改善を示す複数の報告がある。

肥満や糖尿病を合併した強直性脊椎炎やPsA患者においては、GLP-1受容体作動薬使用群は非使用群に比べ心血管イベント発生率が有意に低いことも示されている。PsDにしばしば合併するMASH/MAFLDや肥満、2型糖尿病、心血管障害に対する有効性も確認されており、合併症管理の観点からも高い臨床的価値を有する。

さらに現在では、肥満あるいは過体重を有するPsA患者を対象に、IL-17阻害薬とGLP-1受容体作動薬を併用する試み(NCT06588296)も進められている。まだ展

2. Trainee Symposium

タイトル通り、Traineeの研究報告が本会の見どころである。2021年に、40歳未満のメンバーによる新しい組織“Young GRAPPA”が作られ、スライド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様々な領域に取り組んでいる。筆者もYoung GRAPPAメンバーだが、全世界から100人を超えるメンバーが参加し、研究報告が行われた。以下に内容の一部を紹介する。

・PsAの発症機序に関して、マウスモデルとヒト組織解析を用いた研究により、皮膚から関節へ移動する骨髄系細胞の存在が確認された。

しかし、関節炎の発症は移動だけでは説明できず、関節局所の環境が決定的である。特に、関節内のCD200陽性線維芽細胞が移動細胞の分化を規定し、抗炎症性または炎症性マクロファージに変化させることで炎症の有無が左右される。この知見を踏まえ“Skin-Joint Axis”という仮説が提唱され、IL-23の過剰発現が皮膚から関節への免疫細胞移動を誘導する“第一のヒット”となり、その後、関節滑膜線維芽細胞との相互作用が炎症を開始させる“第二のヒット”となる。皮膚から移動した同じ細胞が、関節局所環境によって炎症性か抗炎症性へと分化し、PsA発症の鍵となることが示唆された。

・PsAにおける慢性的な付着部炎は、付着部骨棘(enthesophyte)を形成し身体機能に影響を及ぼす。近年はTreat-to-Target(T2T)戦略がPsA管理において推奨されているが、構造的な骨の変化に対する効果は十分に明らかではなかった。本研究は2年間にわたり実施され、患者はT2Tに基づく管理を受けた。評価には高解像度末梢定量的CT(HR-pQCT)が用いられ、enthesisophyteの体積変化を追跡した。その結果、疾患活動性を持続的にコントロールできた患者では enthesisophyteの進展が抑制された。

・GLP-1受容体作動薬を使用している乾癬患者と使用していない乾癬患者4万1,873例ずつを比較した研究では、GLP-1受容体作動薬の使用がアテローム性動脈硬化を19~23%、PCI(経皮的冠動脈インターベンション)を41~49%、心不全を16~21%、脳血管疾患を22~26%減少させることと関連していた。

・英国バイオバンクに登録された乾癬患者を対象に、ウェアラブルデバイスの加速度計を用いて身体活動レベルを客観的に測定し、PsAの発症リスクとの関連を調べた。約7.6年間の追跡期間中に99件の新規PsA発症が確認され、より高レベルの身体活動がPsAリスクの低下と関連することが示された。特に、1日の平均歩数が10,452歩以上の参加者は、7,301歩未満の参加者と比較してPsA発症リスクが58%低いという顕著な関連が見られた。また、座位時間を中程度から活発な身体活動にわずか15分振り替えるだけで、PsAリスクが11%低下した。これらの知見は、身体活動が多いことが乾癬患者のPsA発症に対する保護的な効果を持つ可能性を示唆した。

3. Pilot Research Grant Announcements & Report Back

研究者による最新の研究が紹介された。PsAにおける好中球HIF-1 α とIL-23による正のフィードバックループの役割、血漿エクソソームに含まれるサイトカインがTNF阻害薬反応性のバイオマーカーとなる可能性、HR-pQCTを用いたPsD患者の骨特性とバイオメカニクスの解析が報告された。さらに体組成の違いを考慮した乾癬における減量介入試験の必要性や、睡眠が乾癬の重症度に与える影響を評価した前向きコホート研究についても発表があった。

カナダ・Queen's UniversityのAkihiro Nakamura先生による発表を紹介する。Nakamura先生は現在、SPARTANのBoard memberとしても御活躍されており、この分野で中心的な役割を担っている。昨年までの報告で、PsAの炎症機構における好中球HIF-1 α とMIF(macrophage migration inhibitory factor)の役割を示した(Cell Mol Immunol. 21(7):770-786, 2024)。本発表では、好中球においてHIF-1 α とMIFがIL-23産生を促進する正のフィードバックループを形成しており、さらに皮膚ではIL-23がより強く作用し、関節ではHIF-1 α やMIFが優位に働くことが示された。皮膚と関節で異なる炎症制御メカニズムが存在する可能性が示唆され、新たなPsA治療戦略の可能性が提示された。

4. Soapboxセッション

従来のDebateセッションに代わり今回から導入された。ソープボックスとは、石鹼箱の上に立って演説したことによる由来し、短く熱意を込めてアイデアを伝える場を意味する。大胆な発想を共有し、活発な対話を促すことを目的に、6人が短時間のプレゼンテーションを行った。この形式は今後のGRAPPAミーティングでも継続され、参加者が自由にアイデアを発信できる機会として活用される予定である。本会ではPsDにおける抑うつの影響、AIを活用したDifficult-to-Treat(D2T)予測モデルの開発、バイオマーカーやAIモデルを用いたPsA進行予測等に関する発表が行われた。

5. メンティーがメンターに教える AIとテクノロジー

本セッションはメンティーがメンターに教えるというユニークな構成で、若手からしか伝えられない最新の感覚や技術があることが示され、印象的だった。AI技術は今後ますます重要性を増していく分野であり、私の所属する病院でもすでに多くのメンバーが日常的に活用しているが、AIは今後一般化し、研究や臨床現場における標準的な手段になっていくであろうことが強調された。まず、ChatGPTやClaudeといった大規模言語モデルの仕組みや限界、効果的なプロンプトの方法が解説され、抄録作成や研究要約といった具体的なユースケースが示された。また、ソーシャルメディアの活用について、研究成果を広く発信しデジタルプレゼンスを築くために必要な戦略が取り上げられた。目的や対象の明確化、プロフィール最適化、ストーリーテリング、短尺動画や高品質なビジュアルの重要性が強調される一方、過剰な自己宣伝やハイトスピーチ、個人情報の共有といった避けるべき行為も整理された。

さらに、日常診療や研究に役立つ必須アプリやツールが紹介され、情報過多やバーンアウトといった現代の課題に対して、電子カルテ作業時間(医師や医療スタッフが電子カルテに入力・閲覧・修正するのに費やす時間)を減らしウェルビーイングを改善できるAIスクライプ(診察中の医師と患者の会話をAIが自動的に音声認識・要約し、カルテに必要な形で文書化してくれる仕組み)などの解決策が提示された。

加えて、NotionやEvernoteを比較し、デジタルで「第二の脳」を構築するアプローチが紹介され、生産性を高める情報整理の手法として強調された。

全体として本セッションは、AI・ソーシャルメディア・デジタルツールなどの最近の手法を組み合わせることで研究と臨床の効率を高め、研究成果の発信力と持続可能な働き方を実現するための具体的な手段が提示された。

最後に

上記に述べたセッションの他、PsDの食事療法、乾癬の免疫学的発見から臨床への橋渡し、MRIワークショップ、Rheumatologist向けの外用薬の使い方、薬剤誘発性皮疹、超音波による付着部炎評価のDUET研究、滑膜免疫病理、PsA体軸病変を調べたAXIS研究、直近の各学会で発表された最新の話題のまとめ、D2T定義など、誌面に書ききれないことが悔やまれるが、非常に盛り沢山の内容であった。

次回は2026年7月9日から11日まで、ポルトガルのリスボンでの開催である。現在乾癬および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。

リウマチ財団「医療保険部会」からの便り



第2回：関節リウマチにおける各薬剤の今後の役割 -OTC鎮痛薬・ジェネリック医薬品・バイオシミラー-

寄稿 田中 榮一 氏

日本リウマチ財団医療保険部会 部会員／
東京女子医科大学医学部膠原病リウマチ内科学分野 准教授

責任編集 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

関節リウマチ(RA)は、患者の生活の質(QOL)や社会的活動に大きな影響を与える長期的な治療が必要な慢性炎症性疾患である。近年、メトトレキサート(MTX)や分子標的薬などの薬剤の進歩、また治療戦略の整備により臨床的寛解を目指すことが可能となつたが、それに伴う医療費の増加が患者のみならず社会的にも大きな課題となっている。今後のRA治療において、OTC鎮痛薬、ジェネリック医薬品、バイオシミラーの役割はますます重要になると考えられる。

1. OTC(一般用医薬品)医薬品の役割

OTC医薬品とは、医師の処方箋なしでも調剤薬局やドラッグストアなどで購入できる医薬品のことである。これまで「市販薬」と呼ばれてきたが、2007年より「OTC医薬品」に呼称を変更・統一された。OTCは「Over The Counter」の略であり、薬を対面販売することを意味している。調剤薬局やドラッグストアの登録販売者や薬剤師などから適切な情報提供を受け、本人が自己責任・自己判断で購入する薬である。RAに関連するOTC医薬品には、鎮痛薬があり、関節痛や炎症に対するセルフケアの手段として活用される。NSAIDs(非ステロイド性抗炎症薬)などは、薬局で入手可能であり利便性も高い。一方で、リウマチ医からの処方薬との重複や、長期使用による副作用(胃腸障害、腎機能障害など)への注意が必要であり、医師との情報共有を保ちながら適切に使用されることが求められる。

日本政府は高騰する医療費の増大への対応策として、「2026年度から一部の処方薬を公的医療保険の適用対象から外す」という方針を示した。対象となるのは、風邪薬や湿布薬、アレルギー薬など、すでにOTC医薬品として広く流通している成分・効能が同一の処方薬であり、段階的な実施が検討されている。一方で、「誤った自己判断による健康被害が増える可能性がある」、「慢性疾患や高齢者などには負担が大きすぎる」など医師会などからの反発意見もある。この制度が導入されると、RA領域にも大きくかかわる話題であり、現場の混乱も予想されるため、その動向に注視していく必要がある。

2. ジェネリック医薬品(後発医薬品)の普及と意義

ジェネリック医薬品は、先発医薬品と同一の有効成分を同一量含む製剤であり、用法・用量、効能・効果が原則的に同一で、先発医薬品と同等の有効性・安全性が得られる医薬品であり、薬価が低く設定されている。通常、先発医薬品の特許が切れた後に発売される。政府はこれまで、医師が先発医薬品を希望する場合にのみ署名が必要となるように処方箋の様式を変更したり、診療報酬を加算する制度を設けたりするなど、ジェネリック医薬品の普及を進めている。そのため、日本国内での一般的なジェネリック医薬品の数量シェアは全体で約8割近くまで伸展している。

RA治療においては、メトトレキサート(MTX)やサラゾスルファピリジンなどの疾患修飾性抗リウマチ薬(DMARDs)、NSAIDs、胃薬、骨粗しょう症薬など多岐にわたる薬剤においてジェネリック化が進んでおり、患者の経済的負担のみならず、医療費全体の抑制の観点からも、今後さらに多くの薬剤でジェネリックの選択が推奨されると考えられている。

3. バイオシミラーの可能性と課題

さらなる患者の経済的負担軽減や医療保険

財政の改善を期待され、生物学的製剤である抗TNF阻害薬に対するバイオ後続品(バイオシミラー)が開発された。バイオシミラーはすでに使用許可を得たバイオ先行品と類似した生物学的製剤である。バイオシミラーは、ジェネリック医薬品とは異なり、高分子化合物である生物学的製剤と完全に同一な構造式ではない(表1)。すなわち、バイオシミラーは先行バイオ医薬品との比較試験で、品質・有効性・安全性においてバイオシミラリティ(同等性・同質性)が示された場合にのみ承認され、承認されたバイオシミラーは、先行バイオ医薬品と同じ方法で適切な患者に使用することができる薬剤である。

欧州、特に北欧においては、国策として先行バイオ医薬品からバイオシミラーへの切り替えが積極的に行われており、急速にそのシェアが拡大している。本邦においても、2025年11月現在、インフリキシマブ・エタネルセプト・アダリムマブに対するバイオシミラーがRA

に対し使用が可能であり、薬価は先行バイオ医薬品の約4-6割程度であるため、このように安価なバイオシミラーの開発・普及は、RA医療費にとって良い影響を及ぼす可能性は高いと考えられている。また、ゴリムマブ、トリリズマブに対するバイオシミラーもRAに対する承認が得られ、近日中に使用できる見込みである(発売日、薬価は2025年11月現在未定)。

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」においても、バイオシミラーの使用が推奨されている(表2)。

バイオシミラーが普及する意義は、「関節リウマチ疾患の個々の患者の治療コストを大幅に下げ、すべての患者にとって最適な治療へのアクセスを高める」ということである。これまで経済的に生物学的製剤の導入が困難であった患者においても使用可能になるだけでなく、患者のRA治療に対するアドヒアランスの向上も期待される。

一方、安価な薬剤であることに対する患者

不安(ノセボ効果)などの導入に際しての課題、バイオシミラーの普及に伴う品質確保や安定供給への懸念などの問題点もあり、医療者からの患者へのきちんとした情報提供とともに、品質確保や継続的な供給体制の確立のために政府や学会レベルでの対応も求められている。

おわりに

RA治療は個別性が高く、患者の病態や生活背景に応じた薬剤選択が重要である。OTC鎮痛薬によるセルフケア、ジェネリック医薬品による経済的負担の軽減、バイオシミラーによる医療資源の最適化は、今後のRA治療の持続可能性を支える柱となる。医療者はこれらの薬剤の特性を理解し、患者と協働しながら最適な治療戦略を構築することが求められる。

表1 バイオ医薬品の特徴

	一般的な医薬品	バイオ医薬品	
大きさ (分子量)	100～	約1万～(ホルモン等)	約10万～(抗体)
大きさ・複雑さ (イメージ)			
製造法 (イメージ)	化学合成 	微生物や細胞の中で合成 	微生物や細胞
生産	安定	不安定(微生物や細胞の状態で生産物が変わり得る)	

ジェネリック医薬品
(後発医薬品)

バイオシミラー
(バイオ後続品)

バイオ医薬品のジェネリックで、
先行バイオ医薬品と同じように使えることが確認されています

後発・後続医薬品

厚生労働省:バイオシミラーの現状について(平成27年7月23日)改変
日本バイオシミラー協議会ホームページより <https://www.biosimilar.jp/biosimilar.html> (2025/11/27アクセス)

表2 バイオ後続品(バイオシミラー)に関する推奨

項目	CQ	推奨	推奨の強さ	エビデンスレベル	推奨の同意度
バイオ後続品1*	既存治療で効果不十分で中等度以上の疾患活動性を有するRA患者に、バイオ後続品は先行バイオ医薬品と比べ、同様に有効か?	既存治療で効果不十分で中等度以上の疾患活動性を有するRA患者に、先行バイオ医薬品とバイオ後続品投与を同様に推奨する(条件付き)	弱い	B(中)	8.46
バイオ後続品2**	先行バイオ医薬品を使用中のRA患者に、バイオ後続品への切り替えは、切り替えない場合と同様に有用か?	先行バイオ医薬品を使用中のRA患者に、バイオ後続品への切り替えを推奨する(条件付き)	弱い	C(低)	7.77

* バイオ後続品投与に伴うノセボ効果が知られているので、バイオ後続品開始前にはバイオ後続品に関する十分な説明と同意が必要である。関節リウマチ(RA)患者のバイオ後続品使用希望がある場合に、使用を考慮してよいと考えられる。

** 先行バイオ医薬品の使用によりRAの疾患活動性が寛解または低疾患活動性で安定しており、かつ、RA患者の切り替え希望があるという条件を満たしたときに、切り替えを考慮してよいと考えられる。また、両推奨の注記として、長期使用時のエビデンスは明らかでないため、長期的副作用に注意し、患者の背景に応じた適切な使用を考慮する必要がある。

関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂版より抜粋

令和8年度リウマチ財団登録医

受付期間:令和8年3月1日～5月31日(消印有効)

■新規申請

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年間において
 - (1) リウマチ性疾患治療患者名簿 10例
 - (2) リウマチ性疾患治療記録(上記名簿のうち) 5例
 - (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)

●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

■更新申請

令和8年度更新該当者:昭和62年度、平成2・5・8・11・14・17・20・23・28年度、令和3年度に資格を取得された方

詳細



令和8年度リウマチ財団登録理学・作業療法士

受付期間:令和8年2月1日～4月30日(消印有効)

■新規申請

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年間において通算1年以上リウマチ性疾患のリハビリテーションに従事した実績があること。
- 直近の5年間において
 - (1) リウマチ性疾患リハビリテーション指導患者名簿 10例*
 - (2) 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。
 - (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

詳細



■更新申請

令和8年度更新該当者: 令和3年度に資格取得された方
(TR0134～TR0151、TS0101～TS0112)

更新料 1万円
登録有効期間 5年間

詳細



令和8年度リウマチ月間リウマチ講演会

メインテーマ

「多職種連携でつくるリウマチ診療の未来」

実行委員長: 中川 夏子

公益財団法人日本リウマチ財団 理事

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

開催日: 一般・患者さん向けの講演会I 令和8年6月6日(土)

当財団の研修会を兼ねた講演会II 令和8年7月5日(日)

開催方式: 会場開催とWeb配信によるハイブリッド形式

会場: 両日ともに東京国際フォーラム(東京都千代田区)

詳細



第26回 RAトータルマネジメントフォーラム

開催日時: 令和8年2月7日(土)12:30～17:20

※ハイブリッド形式

開催場所: エーザイ株式会社 東京コミュニケーションオフィス
(新宿パークタワー23階)
東京都新宿区西新宿3丁目7-1

詳細



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(ACR2025)

詳細



編集後記



今号では、坂口志文先生のノーベル賞受賞を祝う記事にはじまり、小児期発症リウマチ性疾患の成人期医療への移行、GRAPPA年次総会からの最新トピックス、そして医療保険部会からの便りまで、リウマチ診療を取り巻く「いま」を詰め込んでお届けしました。

免疫学の歴史に残る大発見から、小児期から成人期への切れ目ない医療体制づくり、さらにはGLP-1受容体作動薬やAIの活用など、診療

の現場は確実にアップデートされ続けています。とりわけ GRAPPA年次総会のレポートのように、海外学会での議論や会場の熱量ができるだけタイムリーに日本語でお伝えできることは、本財団ニュースレターならではの強みではないかと感じています。

一方で、紙面から少し目を上げると、病院の外では物価高や保険制度の見直しにため息をつく患者さんも多く、医療費の話題は外来で避けて通れないテーマになってきました。

そんな中でも、目の前の患者さんにとって最適な治療と情報提供を続けていくことが、

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

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



令和8年度海外派遣医

■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8年度中に出発するものとする。令和8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8年3月31日(消印有効)

詳細



令和7年11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 川合真一

日時: 令和7年11月11日(火)18:30～19:30

【報告事項】

1. 令和7年度リウマチの治療とケア教育研修委員会の開催について
本年度5地区のうち3地区の終了報告がされた。

2. 医療情報委員会(10月17日)について
財団ホームページの現状について、アクセス数が順調に増加していること等が報告された。

3. 第8回法人賛助会員セミナーの報告について

「厚生労働省におけるリウマチ対策について」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 佐藤裕範氏に講演いただいたことが報告された。

4. 法人賛助会員の入会について

1社の入会について報告がされた。

5. 寄付金の報告について

つながる募金からクレジットカードによる寄付を2名から、財団への直接の寄付を1名からいたいただいたことが報告された。

【審議事項】

1. 國際学会(ACR2025)に係る助成金の交付について
学術助成委員会が審査の結果選出した3名について審議し承認された。

2. 令和8年度海外派遣医の募集について

前年同様に1名に300万円を助成する案で募集をすることが審議され承認された。

3. 令和8年度日本リウマチ財団福祉賞の推薦方依頼について

前年同様に日本リウマチ友の会、全国膠原病友の会に推薦依頼をすることが審議され承認された。

ふるさとチョイス
操作方法



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。

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)

詳細



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います。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



私たちの変わらない使命だとあらためて感じます。編集委員会でも、日々変わりゆく話題をどのように紙面でお伝えすれば、先生方の外来に役立つ内容になるかを考えながら、特集や連載を組んでいます。ノーベル賞級の研究成果から、診療報酬や制度の小さな変更に至るまで、離れているように見えるトピック同士がどこかでつながって見えてくるようにと願いながら企画した今号の中で、「ここだけは明日から取り入れてみよう」と感じる一文や、ご自身の診療スタイルをふと振り返るきっかけを一つでも見つけていただければ幸いです。

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