

Japan Rheumatism Foundation News

日本リウマチ財団ニュース

no. 195

2026年3月号

令和8年3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)

195号の主な内容

- 第8回 法人賛助会セミナー 報告
- 医療保険部会からの便り 第3回 鈴木美佐子氏(茅ヶ崎東海岸クリニック)
- リウマチ人 岸本忠三氏
- ACR速報 田巻弘道氏(聖路加国際病院)

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

令和8年度リウマチ月間リウマチ講演会

「多職種連携でつくるリウマチ診療の未来」

日本リウマチ財団では、リウマチ診療に携わる医療従事者への専門的教育的充実、リウマチ患者が等しく高水準の医療を享受できる環境づくりに注力しており、その普及啓発事業の一貫として6月を「リウマチ月間」とし、リウマチ性疾患の正しい認識と知識の普及、啓発のため一般市民および医療従事者を対象とした講演会を開催しています。

令和8年度の講演会のメインテーマは「多職種連携でつくるリウマチ診療の未来」です。医師のみならず、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、栄養士、ソーシャルワーカーなど、多職種が一体となり、患者一人ひとりに寄り添ったチーム医療の重要性が一層高まっています。各専門職が個々の力を最大限に発揮し、相互に連携・補完し合うことで、より質の高い継続可能な医療提供体制、リウマチ診療の未来像を築いていきましょう。

多くの皆様のお越しをお待ちしています。

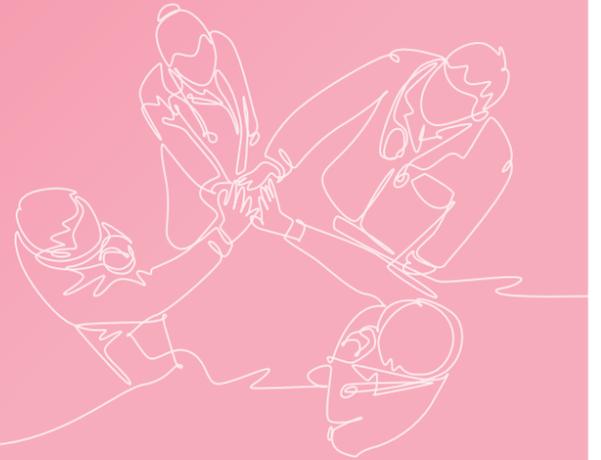
【日時・場所など】

	一般・患者さん向けの講演会Ⅰ	当財団の研修会を兼ねた講演会Ⅱ
開催日	令和8年6月6日(土)	令和8年7月5日(日)
場所	東京国際フォーラム(東京都千代田区丸の内3-5-1) ※会場とWeb配信によるハイブリッド開催	
対象	一般・患者さん(ご家族)、医療・福祉・教育関係者 など本講演会に関心のある方	医療従事者(医師、看護師、薬剤師、理学療法士、 作業療法士など)
その他	参加費無料/事前登録不要	要事前登録

実行委員長 中川 夏子

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

詳細情報はこちらから→



「第8回法人賛助会員セミナー」開催される

日時:2025年11月11日(火)17:00~18:00

会場:日本リウマチ財団 会議室

公益財団法人日本リウマチ財団の第8回法人賛助会員セミナーが昨年(2025年)11月11日、東京・新橋の当財団会議室においてハイブリッド方式で開催されました。多くの賛助会員が参加し、厚生労働省(厚労省)が推進するリウマチ対策事業の現況について詳細な情報を共有しました。

はじめに川合眞一理事長が挨拶に立ち、高額療養費制度の自己負担限度額引き上げの動きに対して厚労省に見直しを求める要望書の提出を行ったことなど、当財団の直近の活動内容を紹介。続いて、厚労省健康・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の佐藤裕範氏が講演し、2018年の「リウマチ等対策委員会報告書」に基づいて行われている厚労省のリウマチ対策事業と、2019年の「免疫アレルギー疾患研究10か年戦略」に沿って進められている種々の研究について、事業の進行状況と現時点までの成果を報告しました。

以下、佐藤氏の講演内容を抜粋・要約してお伝えします。



講演

厚生労働省におけるリウマチ対策について

座長

富田 哲也 氏 公益財団法人日本リウマチ財団 常務理事  
森ノ宮医療大学大学院保健医療学教授

演者

佐藤 裕範 氏 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



厚労省には合計3万2千人の職員が所属し、このうち約4千人が東京・霞が関の本省に勤務している。本省内の組織は、大臣官房と13の局・部、およびこれらの局・部に属する90余りの課・室を中心に構成される。感染症を除く各種疾病に対する政策・研究などの事業の多くは、がん・

疾病対策課や難病対策課等で担当としている。「リウマチ疾患」と総称される膠原病疾患については、大半が指定難病であることから、原則として疾患対策については難病対策課が担当しているが、関節リウマチ(RA)のみ指定難病に含まれていないことから、リウマチ対策に

おいては、当課で所管し、対応を行っている。また、小児リウマチ疾患である若年性特発性関節炎(JIA)においても、医療費助成制度上は小児慢性特定疾病(小慢)または指定難病の1つではあるが、情報提供や医療体制等について考える際はRAと一緒に当課で整備すべき所管となっている。これは、一定数のJIA患者は、小児期に発症して小児科で治療を受け、やがて成人診療科への移行に伴い、RAとして治療されるなど、ライフコースの中で連続する疾患として考えられることが多いことなどの事情による。

一方で、厚労省がん・疾病対策課の所管する研究領域においては、「免疫アレルギー疾患研究」の枠組みの中で、RAを中心とした研究として、一部膠原病等の指定難病が含まれる場合もある。(研究の建て付けや戦略については後述の「10か年戦略」を参照。)

厚労省のRAに対する取り組みは、1996年

(平成8年)に厚生科学審議会の中に「リウマチ対策専門委員会」を設置し、調査研究の推進、医療の確保、在宅福祉サービスの充実、医療従事者の資質向上、情報網の確保促進という観点から今後の施策の方向性を提示したことに始まる。2006年(平成18年)からは、リウマチおよびアレルギー疾患の新規患者数の減少などを目標として「リウマチ・アレルギー特別対策事業」が開始された。その後は概ね5年から10年の間隔でリウマチ対策の検討を行いながら種々の施策を推進しており、直近では2018年(平成30年)11月の「リウマチ等対策委員会報告書」をベースとして、現在に至るまで様々な研究や医療体制の整備を行っている。

同報告書では、RA医療の現状に関して、患者数等の情報が十分に把握されておらず、病因・病態も未だ十分に解明されていない一方で、メトトレキサートや生物学的製剤による有効

な治療法が標準化され、低疾患活動性の維持や関節破壊の阻止が可能になってきたとの認識を示し、これを踏まえてRA医療の新たな課題と対策の全体目標を掲げた。さらに、今後行うべき対策として、①医療の提供等、②情報提供・相談体制、③研究開発等の推進という3本柱を示し、それぞれの柱について具体的なテーマと取り組みの方向性を打ち出した。

現在、これらの柱とテーマ・方向性に沿って、「アレルギー情報センター事業」、「アレルギー疾患医療提供体制整備事業」、「リウマチ・アレルギー特別対策事業」、「免疫アレルギー疾患患者に係る治療と仕事の両立支援モデル事業」などが行われている。これらの事業は、厚労省内の組織編成や業務所掌などの事情により、いずれもアレルギー対策とリウマチ対策を一体

とした形で展開されている。このうち、「免疫アレルギー疾患患者に係る治療と仕事の両立支援モデル事業」では、2025年度(令和7年度)は全国の大学病院等から計8カ所の病院を選定し、各病院に「両立支援コーディネーター」を設置することで、患者や家族の個々の状況に応じた計画を立てた支援を行ったり、企業に向けた普及啓発等の取組を行っている。

続いて、2019年(平成31年)に策定された「免疫アレルギー疾患研究10か年戦略(以下、10か年戦略)」の概要を紹介する。

10か年戦略では、「戦略1. 本態解明:先制的医療等を目指す免疫アレルギーの本態解明に関する基盤研究」、「戦略2. 社会の構築:免疫アレルギー研究の効果的な推進と社会の構築に関する横断研究」、「戦略3. 疾患特性:ライフ

ステージ等免疫アレルギー疾患の特性に注目した重点研究」の3つを打ち出した。主に、戦略1と3においては「免疫アレルギー疾患実用化研究事業(AMED)」に、戦略2においては「免疫アレルギー政策研究事業(厚労科研)」において推進している。リウマチ疾患に関連した最近の研究として、厚労科研においては、RAおよびJIAの診療ガイドライン改訂版の作成(令和4年度)、患者および医療者向けの学習資料(『はたらく細胞』)の作成(令和6年度)などが研究成果として公開された、また、戦略1および戦略3に沿ったAMED研究では主に基礎研究が中心に行われており、最近発表された研究成果としては、①11種類の自己免疫疾患患者の免疫フェノタイプ解析を行い、RAの免疫フェノタイプに近い患者群と全身性エリテマトーデスに近い

患者群に分類され、治療反応性とも関連することを明らかにした研究、②RAの病態に関与する末梢性ヘルパーT細胞(Tph細胞)についての研究では、幹細胞様Tph細胞がRA滑膜でのTph細胞の維持と炎症の活性化に関与することを明らかにし、幹細胞様Tph細胞はRAの新たな治療標的となり得る可能性が示された。

「10か年戦略」については、戦略開始から5年が経過した2024年(令和6年)に中間評価報告書がまとめられ、後半5年間の課題と研究の方向性が示された(表1)。これらを見据えて、産学官民の連携と患者参画に基づき、3つの戦略に沿った免疫アレルギー疾患研究をより推進していくとともに、研究成果の社会実装に向けた研究開発インフラとの連携を促進していきたい(表2)。

表1 免疫アレルギー疾患研究10か年戦略中間評価報告書概要(令和6年8月)

<b>10年後に目指すべきビジョン:以下の3つの戦略の実装と国内外の産学官民連携に基づく自発的な活動によって達成を目指す</b>	
産学官民の連携と患者の参画に基づいて、免疫アレルギー疾患に対して「発症予防・重症化予防によるQOL改善」と「防ぎ得る死の根絶」のために、「疾患活動性や生活満足度の見える化」や「病態の『見える化』」に基づく層別化医療および予防的・先制的医療の実現を通じて、ライフステージに応じて、安心して生活できる社会を構築する。	
<b>前半5年間での主な研究成果</b>	
戦略1「先制的医療を目指す基盤研究」	免疫細胞のトランスクリプトーム解析とゲノム情報を統合した遺伝子多型の機能カタログの作成。JAK阻害剤外用薬及びIL-31受容体Aを阻害する抗体製剤の開発、皮膚の常在菌に対する自然リンパ球と皮脂腺の寄与。
戦略2「効果的推進と社会構築に関する横断研究」	都道府県拠点病院を活用したアレルギー疾患の有病率調査、電子カルテ・アプリ等を活用したリアルワールドデータ解析研究(アドレナリン自己注射製剤の処方状況)。
戦略3「ライフステージ等に注目した重点研究」	本邦では高齢者に多いアレルギー性気管支肺真菌症(ABPM)の新診断基準を確立した。重症・難治性・治療抵抗性アレルギー患者に対する生物学的製剤治療の特性が明らかにした。
<b>後半5年間での課題と今後の研究戦略の方向性</b>	
戦略1	免疫アレルギー疾患のメカニズムの解明研究については、個々の患者に最適医療が提供されることを目標に、さらに推進する必要がある。予防的・先制医療では、その対象等を含めて具体化する研究や、環境因子に対する新たな対処法の開発研究、神経・炎症・免疫等の多臓器連関の分子機構の解明研究等が必要である。
戦略2	患者と研究者間での研究への患者・市民参画に対する共通認識を明確にする必要がある。各地域の臨床研究基盤ネットワークはまだ構築されていない。社会実装をめざしたデジタル基盤を活用したアンメットメディカルニーズ解決に向けた研究、国際的若手研究者の育成も十分ではない。国際研究体制の確立とアウトプットの関連を評価する研究等も必要である。
戦略3	近年急増している木の実アレルギーや食物アレルギーの特殊型等疾患の実態や原因は明らかでない。成人発症型や、アナフィラキシー等重症・難治性・治療抵抗性の免疫アレルギー疾患の本態解明も十分ではない。単一遺伝子変異が原因の希少免疫アレルギー疾患が明らかになってきており、希少疾患領域と連携し、それらの病態解明研究を推進する必要がある。

厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/content/10905000/001291826.pdf> (2026年2月 最終アクセス)

表2 中間評価を踏まえ、今後推進すべき研究

<b>戦略1:本態解明</b> <b>「先制的医療等を目指す免疫アレルギーの本態解明に関する基盤研究」</b>	<b>戦略2:社会構築</b> <b>「免疫アレルギー研究の効果的な推進と社会の構築に関する横断研究」</b>	<b>戦略3:疾患特性</b> <b>「ライフステージ等免疫アレルギー疾患の特性に注目した重点研究」</b>
<b>1-1 免疫アレルギー疾患の多様性の理解と層別化に資する基盤研究</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 最新の解析技術を用い、適宜既存の動物モデルを活用した、個々の疾患病態を理解する研究</li> <li>○ 大部分を占める軽症から中等症症例に対する最適医療の推進に資する研究 等</li> </ul> <b>1-2 将来の予防的・先制的医療の実用化を目指す研究開発</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 最新の科学的手法を用いて先制医療の対象を明らかにする研究 等</li> </ul> <b>1-3 免疫アレルギー疾患における宿主因子と外的因子の関係に着目した基盤研究</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ アレルギーに関わる環境の整備につながる研究及び他領域との連携研究 等</li> </ul> <b>1-4 臓器連関・異分野融合に関する免疫アレルギー研究開発</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 炎症・免疫や神経等、相互に影響する新たな分子機構の解明研究</li> <li>○ 多元的データをAI等の活用を通じて、治療標的の創出、治療の高精度化を目指す研究等</li> </ul>	<b>2-1 患者・市民参画による双方向性の免疫アレルギー研究の推進に関する研究</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 患者・研究者・市民への効果的な情報発信を推進し、PPIの共通認識の醸成に資する研究</li> <li>○ 患者(会)を含む研究協力的体制の構築、事例集等の蓄積を行う研究 等</li> </ul> <p style="text-align: right; font-size: small;">PPI: Patient and Public Involvement</p> <b>2-2 免疫アレルギー研究におけるアンメットメディカルニーズ等の調査研究開発</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ アンメットニーズ解決に資する、デジタル基盤を活用した社会実装をめざす研究</li> <li>○ アンメットニーズに対する縦断かつ横断的な調査基盤の構築を行う研究 等</li> </ul> <b>2-3 免疫アレルギー研究に係る臨床研究基盤構築に関する開発研究</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 全国の、研究協力可能な患者・医療機関と繋がりやすい、診療ネットワークを活用した研究</li> <li>○ 拠点病院等を活用したアレルギー疾患有病率の継続的な疫学調査 等</li> </ul> <b>2-4 免疫アレルギー研究における国際連携、人材育成に関する基盤構築研究</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 国際的若手研究者の育成基盤及び研究体制の確立と、それらを活用した研究</li> <li>○ 継続的な横断的アレルギー診療教育・リカレント教育の有効性を検証する研究 等</li> </ul>	<b>3-1 母子関連を含めた小児および移行期の免疫アレルギー疾患研究</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 急増する疾患の実態把握及び病態解明研究</li> <li>○ 母体情報、遺伝学的要因及び環境要因を統合的に解析した病態解明研究 等</li> </ul> <b>3-2 高齢者を含めた成人発症免疫アレルギー疾患研究</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 免疫学的老化や加齢性の疾患特性変化のメカニズムを解明する研究</li> <li>○ 年齢層毎の予防・診断・治療戦略の構築を推進する研究 等</li> </ul> <b>3-3 重症・難治性・治療抵抗性の免疫アレルギー疾患研究</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 免疫学的基礎研究による重症・難治性・治療抵抗性の病態解明</li> <li>○ 重症・難治性・治療抵抗性の免疫アレルギー疾患が各ライフステージに与える影響等の評価 等</li> </ul> <b>3-4 希少疾患と関連する免疫アレルギー疾患研究</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 希少疾患領域と連携し、単一遺伝子変異を含む希少免疫アレルギー疾患研究の継続 等</li> </ul>

<b>戦略横断的な推進に繋がる項目</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 個々の患者における病態をより詳細に理解するために、最新の科学的手法を最大限に活用して免疫アレルギー研究を行うこと</li> <li>2. レジストリーやバイオバンク、国内外のネットワークを活用し持続可能な研究基盤体制を充実させていくこと</li> <li>3. 患者数が急増するアレルギー疾患やアレルギー類縁疾患の病態解明及び適切な情報提供に向けて他疾患領域との連携をしていくこと</li> <li>4. 研究成果の社会実装に向けた研究開発インフラと積極的に連携していくこと</li> </ol>

厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/content/10905000/001291826.pdf> (2026年2月 最終アクセス)

# リウマチ財団「医療保険部会」からの便り

## 第3回：関節リウマチの診療に関連する加算点数について、概要と算定上の注意点



**寄稿** 鈴木 美佐子 氏  
日本リウマチ財団医療保険部会 部会員／  
茅ヶ崎東海岸クリニック(リウマチ科・内科)院長



**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

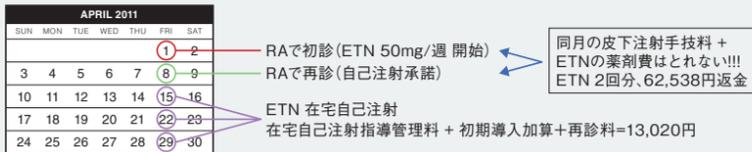
関節リウマチ(RA)の診療は、治療の進歩によって発症前の生活を取り戻す患者の姿を見守ることができるようになり、主治医はやりがいを感じる毎日であると思います。一方、要する時間と労力に比し実利が乏しいという実情は否めません。本稿ではリウマチ性疾患の中でも特にRAに焦点を絞り、診療に関する加算と算定上の注意点について概要を解説いたします。算定要件、施設条件の詳細については厚生労働省ホームページや『医科点数表の解釈(社会保険研究所)』等でご確認ください。

### 1. 在宅自己注射指導管理料(導入初期加算、バイオ後続品導入初期加算)

#### 図1 RA管理加算において留意すべき項目

在宅自己注射指導管理料(月27回以下・650点・月28回以上・750点)  
(2018年からゴリムブも適応となりRAの皮下注バイオは全て適応となった)

- 在宅自己注射の導入前に、入院又は2回以上の外来で医師による十分な教育期間をとり、十分な指導を行った場合に限り算定可能
- 指導内容を詳細に記載した文書を作成し患者に交付する
- 同月の当該医療機関における皮下注射の費用(薬剤費含む)は算定不可



指導管理料なので指導内容のカルテ記載を要求される場合あり

作成／松野博明氏

法に係る調剤経験5年以上)、専任の看護師が必要、化学療法のレジメンについて妥当性を評価・承認する委員会の開催も基準に含まれる。外来化学療法加算を算定した場合、同一月に在宅自己注射指導管理料は算定できない点、注意を要する。

### 3. バイオ後続品使用体制加算(入院初日、100点)【要届出】

バイオ後続品の使用推進の目的で2024年度の診療報酬改定により新設された。バイオ後続品のある先発バイオ医薬品及びバイオ後続品を使用している入院患者に対して、バイオ後続品の有効性や安全性について十分に説明した上で薬剤を投与し、成分ごとに定められた使用目標を達成した場合に算定できる。

### 4. 一般名処方加算

加算1(10点)は後発医薬品のある全ての医薬品(2品目以上)が一般名処方されている場合、1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には加算2(8点)。

### 5. 後発医薬品使用体制加算(入院)、外来後発医薬品使用体制加算【要届出】

後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果をふまえて後発医薬品の採用を決定する体制を有し、院内処方を行っている施設が対象。後発品の使用割合が50%以上で、後発品置換率に応じて、加算1(90%以上、入院87点、外来8点)、加算2(85%以上、入院82点、外来7点)、加算3(75%以上、入院77点、外来5点)。

### 6. 医療DX(デジタルトランスフォーメーション)推進体制整備加算【要届出】

医療機関がデジタル技術(マイナ保険証、電子カルテ、電子処方箋など)を活用した体制を整備することを評価する加算。施設として電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有しているか否かと、マイナ保険証の利用率により加算点数は異なる。

電子処方箋要件を満たす場合、2026年2月まではマイナ保険証の利用率が60%以上で月1回12点、40%以上で11点、25%以上で10点、電子処方箋要件を満たさない場合、60%以上で10点、40%以上で9点、25%以上で8点が認められている。2026年3月から5月ではマイナ保険証の利用率は引き上げられ、それぞれ70%、50%、30%(一部小児科は27%)となる。

### 7. 医療情報取得加算

マイナ保険証から患者の過去の薬剤情報や特定健診結果などの医療情報を取得できる体制を評価する加算。初診、再診時に一律1点。患者のマイナ保険証の利用有無に関わらず

算定可能。患者への説明と同意取得、院内・ホームページへの掲示が必要。

### 8. 外来管理加算

特定の処置や検査等を行わず、計画的な医学管理を行った場合に算定できる加算。算定条件として、医師が丁寧な問診と詳細な身体診察を行い、患者の症状を確認し、病状や療養上の注意点などを懇切丁寧に説明する必要があり、カルテにその内容を詳細に記録する必要がある。超音波検査などの検査、処置、手術、リハビリテーションなどについては算定できない。また慢性疼痛疾患管理料も算定できない。

※慢性疼痛疾患管理料(130点)についての注意点:診療所において変形性膝関節症、筋筋膜性腰痛症等の疼痛を主病とする入院中以外の患者で、疼痛による運動制限を改善する等の目的でマッサージ又は器具等による療法を行い療養上必要な指導を行った場合に月に1回算定することができる。RAや痛風・外傷性頸部症候群には適用されない。同一月内において、①外来管理加算、②消炎鎮痛等処置、③理学療法は併せて算定できない。ただし、月途中で慢性疼痛疾患管理料算定対象疾患が発症し、本管理料を算定した場合には、算定初日に限って、本管理料算定以前の①外来管理加算、②消炎鎮痛等処置、③理学療法を併せて算定できる。

### 9. 特定疾患療養管理料

特定疾患(甲状腺障害、胃・十二指腸潰瘍、胃炎や十二指腸炎、心不全、不整脈、慢性ウイルス肝炎、脳血管疾患など)が主病名の場合、計画的な医療管理を行うことを評価するための診療報酬。算定には、主病の治療計画を立て、服薬・運動・栄養等の療養上の管理情報を患者に伝え、これらをカルテに記載する必要がある。

診療所では225点、病院では病床数が100未満の場合は147点、100以上200未満の場合は87点が月2回算定できる(オンライン診療の場合はそれぞれ196点、128点、76点)。

### 10. 特定疾患処方管理加算

特定疾患処方管理加算は、特定疾患を主病名とする患者に対して診療所または病床数200未満の病院において(入院患者は除外)薬剤を28日以上処方した場合に算定できる(月1回56点)。

### 11. 生活習慣病管理料(I)(II)

2024年から糖尿病、脂質異常症、高血圧症は⑨の特定疾患から除外され、生活習慣病管理料(I)、(II)へ移行した。患者の署名による同意を得て治療計画を策定、4月に1回以上は療養計画書を交付する。多職種との連携、診療ガイドラインを参考とすることなどが要件。(I)は検査・注射・病理診断の費用を包括。脂質異常症610点、高血圧660点、糖尿病760点。(II)は検査を包括しない。月1回333点、オンライン診療の場合290点。

#### 図2 RA管理加算において留意すべき項目

導入初期加算(580点)

- 新たに在宅自己注射を導入した場合に、連続した3カ月に限り月に1回算定出来る。
- また、それ以降薬剤名(一般名)変更があった場合1回に限り算定出来る。
- BSへの変更は適応とならない



作成／松野博明氏

#### 図3 2020年4月～診療報酬改定 バイオ後続品導入初期加算【150点】

- バイオ後続品導入初期加算は、対面診療を行った場合に限り算定出来る
- ただしオンライン診療で在宅自己注射管理指導料を算定する場合にはバイオ後続品導入初期加算は算定出来ない
- 後続品から後続品への切り替えは算定出来ない



- 関節リウマチ関連薬剤では
- エタネルセプト BS 皮下注 「日医工」・「TY」・「MA」
  - アダリムマブ BS 皮下注 「FKB」・「第一三共」・「MA」・「CTNK」
  - テリパラチド BS 皮下注キット 600µg 「モチダ」 に適応がある

最初の3月は併算可能

在宅自己注射指導管理料(月27回以下・650点・月28回以上・750点)  
導入初期加算(580点)  
バイオ後続品導入初期加算(150点)

作成／松野博明氏

### 2. 外来化学療法加算(加算1:15歳未満670点、15歳以上450点 加算2:15歳未満640点、15歳以上370点)【要届出】

外来化学療法加算は2024年度の診療報酬改定で対象となる薬剤と疾患が一部、見直された。外来化学療法加算は、RAなどの外来患者に対して、注射による化学療法の必要

性、副作用、用法・用量、その他の留意点等を文書で説明し同意を得た上で、外来化学療法に係る専用室において、注射により薬剤が投与された場合に算定できる。

専用のベッドを有する治療室の設置、専任の医師や看護師、薬剤師の配置といった施設基準を満たし、治療室の平面図を添付した届け出が必要である。

加算1については専任の常勤薬剤師(化学療

※ 外来化学療法におけるバイオ後続品導入加算(現在のところ該当するのはインフリキシマブBS): 外来化学療法加算1(450点)または2(370点)に月1回150点が加算可、3月が限度



## 継続が想像を超える「創造」を生む

大阪大学免疫学フロンティア研究センター  
特任教授  
岸本 忠三 氏



題字・仲村一郎 前編集長

聞き手 岡田 正人 編集員 聖路加国際病院 Immuno-Rheumatology Center

2026年は、岸本忠三(ただみつ)氏らの研究チームがIL-6の遺伝子配列を解明してから40年目にあたります。IL-6の発見とそれに続くIL-6受容体の単離およびシグナル伝達系の解明は、IL-6の多彩な作用と疾患との関係を明らかにし、ブロックバスター\*の創薬に結びつきました。現在も大阪大学に教授室を構え、「コツコツと継続した研究が、想像を超えた創造に結びついた」と話す岸本氏に聞きました。

\*ブロックバスター:年間売上が10億ドル(約1000億円)を超える世界的規模の新薬

### 故・山村雄一先生との出会いで研究者としての道に灯が差した

**岡田:**岸本先生はもともと医師を志しておられたのですか?

**岸本:**いや、まったく。1949年に湯川秀樹博士がノーベル物理学賞を受賞されたのをきっかけに「東京大学に進んで、理論物理学者になりたい」と思っていました。でも当時は大阪から東京においそれと行けるような時代ではなく、「大阪大学なら、医学部がいいかな」と考え、1958年に受験して阪大の医学部に入りました。

**岡田:**最初は臨床家ではなく、研究者を目指されたのですか?

**岸本:**ですから、医学部の覚えることが多い暗記中心の授業には、心底暗澹としましたよ。ところが医学部5年生の時に、第三内科教授として山村雄一先生(元大阪大学総長・故人)が九州大学から戻られました。山村先生は、結核菌の感染による肺の空洞化は、免疫の過剰反応によって生じることを突き止めた方です。発症の機序に理路整然と迫る講義に「医学にもこんな世界があったのか」と目の前が開け、とにかく山村先生のもとで研究をしたい一心で第三内科学教室に入局しました。入局後、臨床をしながら研究を始めましたが、のちにクローニングにとどまらず創薬まで至ったのは、臨床の経験あってこそだと思っています。山村先生との出会いが、その後の免疫学研究人生を決定づけたと言ってもいいでしょう。

**岡田:**1970年にはその山村先生の勧めで当時、米ジョンズ・ホプキンス大学医学部教授で、I型アレルギー疾患の原因となるIgEを発見された石坂公成先生(元ラホイヤ・アレルギー免疫研究所・名誉所長・故人)のもとに留学されたのですか?

**岸本:**当時は、1968年にT、B細胞間相互作用が報告され、世界中の免疫学者がその機構を突き止めようとしのぎを削っていた時期です。石坂先生と私は「B細胞を抗体産生細胞へ分化させるには、T細胞が出す何らかの因子が必要だ」という仮説を立て、T細胞の培養上清をB細胞の培養液に加えて抗体産生を測定する実験を毎週のように繰り返していました。そして2年目の夏、実際に「何らかの因子」が存在することを証明した<sup>1)</sup>。結果的にその「因子」がその後のIL-6発見に繋がります。

**岡田:**それから大阪大学に戻って研究を続けられるのですが、ちょうど日本の免疫学研究が細胞免疫学から分子生物学、遺伝子工学へと発展し始めた頃と重なります。

**岸本:**阪大では山村先生が先頭に立ち、1982年に生命科学研究所の拠点として細胞工学センターを創設します。僕も翌年に移籍しB細胞に抗体産生を誘導する「因子」の一つ、後にIL-6と判明する分子に的を絞って遺伝子同定を目指しました。

### IL-6遺伝子同定からIL-6R抗体創薬へ炎症性疾患への挑戦

**岡田:**1986年のIL-6遺伝子同定のニュースは私もよく覚えています。あの時は、その後の創薬まで視野に入っていたのでしょうか。

**岸本:**これは当時、中外製薬の社長だった永山治氏の決断が大きかった。永山氏は時折、第三内科の研究室に立ち寄っていた同社の大杉義征博士から僕たちの研究成果の話聞き、そのポテンシャルを理解して共同研究を申し出てくれました。数百億円という投資を即決したのだから、取締役会議では「岸本先生の口車

に乗ったら、ウチは潰れます」と言われたようですが(笑)。

**岡田:**その決断が19年後に日本初の抗体医薬品であるトシリズマブ(製剤名:アクテムラ)の誕生につながったのですか。まさにbench-to-clinicの先駆けですね。

**岸本:**僕らのチームはIL-6をコードする遺伝子の単離に続き、IL-6の受容体(IL-6R)を単離し、レセプター系の全貌解明に乗り出しました。一連の研究でIL-6とIL-6R/sIL-6Rの結合が一連の研究でIL-6とIL-6R/sIL-6Rの結合が新たなgp130のホモ二量体形成を誘導し、それにより細胞内のチロシンキナーゼ(JAK)が活性化され、転写因子であるSTAT3の核内移行でDNAが活性化されるシグナル伝達経路の詳細を初めて報告しています(図1)。

基礎研究を重ねるうちに、IL-6の異常産生が関節リウマチ(RA)をはじめとする種々の炎症性疾患の発症につながることもわかってきた。そこでIL-6Rに対するヒト化抗体(=トシリズマブ)を作製しIL-6のシグナルを完全に遮断することで、IL-6の過剰産生を背景とした炎症性疾患の治療を試みたのです。

### 日本初の抗体医薬品として承認へCAR-T細胞療法、COVID-19でも脚光

**岸本:**トシリズマブによる最初の治療は非がん性のリンパ増殖疾患であるキャッスルマン病に対して行われました。その結果、CRPなどの炎症マーカーは顕著に低下し、全身倦怠感や貧血、低アルブミン血症にも著しい改善が認められた。その後、薬事承認を経て2005年から同病の治療に使われています。RAについては2008年に日本で承認が下り、2009年以降は世界各国で使用されています。

**岡田:**JAK阻害薬もJAK-STATシグナル伝達経路の発見がなければ、存在し得ない薬剤です。今、RA治療の柱になっている薬剤の多くは先生の研究から始まっているのですか。

現在、最強のがん免疫療法とされるCAR-T療法\*\*においても先生の研究が大きな役割を果たしたとかがいきました。

**岸本:**2012年、Bリンパ球性白血病を患う当時6歳の少女にCAR-T療法が行われました。がん化細胞は消失したものの、少女は夕方から高熱を発して血圧低下をきたし、ショック状態に陥ってしまった。医療チームは血清IL-6値が正常の1,000倍を超えていることに気づきました。

実は、CAR-T療法を主導した医師の娘さんはRA治療でトシリズマブを使用していました。これはと聞いてトシリズマブを投与したところ、10時間後には症状が消失し、10日後に退院できました(図2)<sup>2,3)</sup>。いうまでもなくサイトカイン放出症候群(CRS)が生じ、トシリズマブ投与によってサイトカイン産生を増幅するIL-6のシグナルを阻害したことが奏効に繋がったのだと思います。そして――

**岡田:**それが、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)による重症肺炎でCRSが生じ、急性呼吸窮迫症候群を来した患者への投与に繋がるのですか。

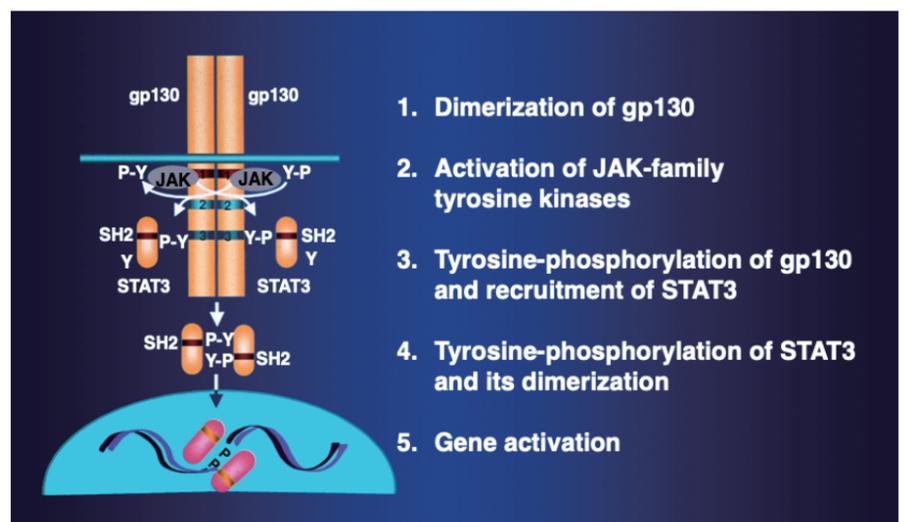
**岸本:**そうです。最初の報告は2020年、中国湖北省の武漢からで、血中のIL-6濃度の上昇を認めたCOVID-19の重症肺炎患者にトシリズマブを投与すると、CRS様の症状がほとんど改善したというものでした(図3)<sup>4)</sup>。大阪はびきの医療センターでも投与を試みたところ、確かに統計的に有意に良くなるようになりました<sup>5)</sup>。

**岡田:**その翌年1月7日の会見で、当時の英国首相ボリス・ジョンソン氏が「トシリズマブが



阪大細胞工学センターのメンバーと。右端が岸本氏

図1 IL-6受容体とシグナル伝達経路(スライド提供/岸本忠三氏)



COVID-19の治療に有効だ」と承認を表明したことで、一般社会にもIL-6過剰産生を背景とする免疫暴走への認識が広まりましたね。

**岸本:** 感染症が根本にある以上、免疫系全体を抑制するような高用量のステロイドパルス療法よりも、自然免疫系の暴走を抑えるIL-6阻害剤を用いるのは理にかなっていたと思います。

**\*\* CAR-T療法:** 患者本人のT細胞にがん細胞表面に発現する抗原を認識、攻撃するよう遺伝子改変を加え、再び本人の体内に投与する細胞免疫療法。重大な副作用として発熱、血圧低下などのショック症状を伴うサイトカイン放出症候群が生じることがある。

### iPS細胞と制御性T細胞を世に出した“目利き”から、若い研究者へのメッセージ

**岡田:** iPS細胞の山中伸弥先生がよく、「2003年に科学技術振興機構の研究プロジェクト「CREST」の審査委員だった岸本先生が“そんなことができるのか？ だったらやってみよう”とおっしゃって助成金を出してくれて仕事につながった」と話されるのですが、覚えていらっしゃいますか？

**岸本:** CRESTは年間5000万～1億円の研究費（現在は1.5億～5億円程度）を5年間に渡り保証するプロジェクトです。当時は審査委員の裁量で若い研究者を選び、資金の使い方にもかなりの自由度がありました。また山中先生の発想がユニークで、佇まいに迫力があってね。周りに「これは先生が統括する免疫難病・感染症とは違うでしょう」と言われたけれど、「まあ、何が起るかわからへんから、彼にあげよう」といった。あとはご存知の通りです。ちなみに、阪大の免疫学フロンティア研究センター(IFReC)の坂口志文先生にも同じ研究費で支援をしました。お二方ともノーベル賞を受賞されて良かったと思います。

**岡田:** 先端的な研究には、先生の専門を越えた洞察力が不可欠だったのですね。それでは、今の若い先生にはこういった指導をされていますか。

**岸本:** 若い研究者には、積極的に海外に出ることを勧めています。確かに日本の研究環境は飛躍的に改善されたので、ある程度研究なら海外に行く必要はありません。しかし、医科学は世界との競争です。最先端を走る世界の研究者と議論できる環境に身を置き、互いに刺激し合うことは後々の研究人生にも大きく影響します。あとは自分が面白いと思えることに熱中する

のが一番です。そうすれば「これはなぜだろう？」と疑問がわき、その謎を解くと、次の謎が出てきます。医学研究はそうした「なぜ」を積み上げて進展してきました。流行に囚われずに成果を着実に重ね、基礎研究を継続した者だけが想像を超えた創造にたどり着けます。一つひとつ、きっちりやっていく以外に道はありません。

**岡田:** 本当に先生のおっしゃるとおりですね。本日は、直接お話をうかがう機会をいただき、ありがとうございました。

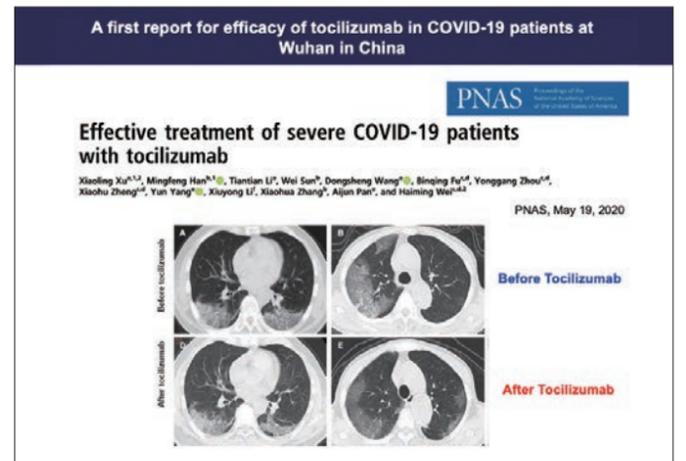
文献  
 1) Kishimoto T, et al. J. Immunol. 111 (4): 1194-1205, 1973.  
 2) Grady D. The New York Times. Dec 9, 2012.  
 3) Moore JB, June CH. Science. 368(6490): 473-474, 2020.  
 4) Xu X, et al. Proc Natl Acad Sci U S A. 117(20): 10970-10975, 2020.  
 5) Kang S, et al. Proc Natl Acad Sci U S A. 117(36): 22351-22356, 2020.

図2 CAR-T療法1例目の少女の“生還”を伝える記事 (スライド提供/岸本忠三氏)



米ジョンズ・ホプキンス大学留学時代の岸本氏。

図3 COVID-19が猛威をふるう中国・武漢からの報告 (スライド提供/岸本忠三氏)



86歳となった岸本氏(左)。大阪大学の岸本教授室にて岡田編集員と。

## 岸本記念医学史料館と岸本氏の名言



取材後に大阪大学吹田キャンパス医学部構内にある岸本記念医学史料館を訪問させていただきました。そこには、岸本先生の一貫した科学への姿勢、そして若手育成の情熱が感じられる資料が展示されていた。

「何が正常で何が異常かを、我々の現在の基準で判断してはいけない」  
 「流行を追っている限り、流行を作った人を抜くことはできない」  
 「継続が創造を生む、それが君の生きた証を残す」

これらの言葉は、全ての医学に携わる者にとって重要な指針と感じた。(岡田正人)

## アメリカリウマチ学会 (ACR) 2025 学会速報



寄稿  
**田巻 弘道 氏** / 聖路加国際病院 Immuno-Rheumatology Center 医長  
 責任編集  
**岡田 正人 編集員** / 聖路加国際病院 Immuno-Rheumatology Center

ACR convergence 2025は、2025年10月24～29日に米イリノイ州シカゴで行われた。会場は、ACRの定番の一つ、McCormick Place——アメリカらしい広いスペースの学会場での開催である。ハロウィーンを間近に控えカボチャの飾りが街を彩る中、木々も紅葉で色づいていたが、日本であれば冬のような気温であった。今回も非常に盛り上がった学会から、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. ACRによるSLEの新ガイドライン

米リウマチ学会(ACR)は、全身性エリテマトーデス(SLE)に関する新たな診療ガイドラインを発表した。ループス腎炎を除く全身管理に関するガイドラインとしては1999年以来、実に26年ぶりの改訂となる。このセッションでは、まず、Lisa Sammaritano氏による全般の説明

から始まり、その後、各臓器領域(漿膜炎、皮膚、関節炎、小児)の実際の応用について言及した。本ガイドラインはGRADEシステムを用いた厳格な手法、患者パネルからのインプット、および投票パネルによる合意形成を経て作成された。対象はループス腎炎を除くSLEの全般的管理および臓器別治療であり、人種や年齢に関わらず適用される。特筆すべき点は、全36のグレード付き推奨事項のうち「強い推奨

(Strong Recommendation)」はわずか3つ(8%)にとどまり、残り33(92%)は「条件付き推奨(Conditional Recommendation)」である。ループス腎炎ガイドラインと比較して、SLEの多くの領域で質の高いエビデンスが限定的であることを反映しており、実臨床における共同意志決定(SDM)の重要性が極めて高いことを示唆している。治療の全体目標は、寛解または低疾患活動

性の達成・維持による長期予後の改善と、治療関連毒性の最小化である。モニタリングについては、疾患活動性は定期的(臨床状態や薬剤変更時を含む)に、疾患損傷(ダメージ)は少なくとも年1回の評価を行うことが条件付きで推奨された。併存疾患の管理については、推奨事項の形式ではなくGood Practice Statement(GPS)として、スクリーニングと管理の重要性が示されている。

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。



薬物療法において「強い推奨」が含まれるのは、グルココルチコイド(GC)、ヒドロキシクロロキン(HCQ)、および難治例への対応である。GCに関しては、プレドニゾン換算で5mg/日を超える量で病態が安定している場合、6ヶ月以内に5mg/日以下(理想的には中止)まで減量することが強く推奨された。また、持続的な寛解にある場合は、GCの中止に向けた緩徐な減量が条件付きで推奨され、初期治療におけるGC毒性を最小限に抑えるため、早期から免疫抑制療法を導入・強化する戦略が支持されている。

HCQについては、禁忌がない限り全例でルーチンに使用することが強く推奨されている。持続的な寛解状態であっても治療を無期限に継続すること、および網膜毒性を最小限に抑えるために長期的な維持用量は5mg/kg/日以下を目指すことが条件付きで推奨された。免疫抑制療法に関しては、3~5年の持続的な寛解または低疾患活動性が維持された場合、中止を目標とした減量を考慮することが条件付きで推奨されている。

臓器特異的な治療推奨(皮膚、筋骨格、神経精神、血液、心血管など)については、エビデンスの不確実性や専門家間の診療パターンの多様性を背景に、すべてが「条件付き推奨」となっている。特定の薬剤の優劣をつけることが難しい領域も多いため、初期治療に抵抗性の場合、漫然と継続するのではなく治療を強化するという原則が強く推奨されている。生命を脅かす臓器病変に対しては、パルス療法を含む強力な治療を緊急に行うべきとされる。

本ガイドラインは、多くの推奨が「条件付き」であることから、個々の患者の臨床的状況、価値観、選好を考慮した上で、医師と患者が協働して治療方針を決定するための指針として活用されるべきである。ガイドラインから、表の項目を抜粋して掲載する。また、この続きとなる臓器特異的な症状に関しては、online firstで発表されている実際のガイドラインを確認いただけたらと思う。

Arthritis Care & Research  
Vol. 0, No. 0, Month 2025, pp 1-25  
DOI 10.1002/acr.25690  
© 2025 American College of Rheumatology



(2026年2月 最終アクセス)

## 2. 個人的に興味を惹かれた発表

### 口演

#### a.0854 ASAS-SPARTAN改訂体軸性脊椎関節炎の分類基準

ASAS(Assessment of SpondyloArthritis international Society)およびSPARTAN(Spondyloarthritis Research and Treatment Network)による、体軸性脊椎関節炎(axSpA)の新たな分類基準「2025 ASAS-SPARTAN改訂分類基準」の開発とその検証結果についての発表である。

本改訂の背景には、既存の2009年ASAS分類基準における特異度の低さと、それに起因する偽陽性や過剰診断への懸念があった。特にX線学的変化を伴わないaxSpA(nr-axSpA)において、診断の不確実性が生物学的製剤の不適切な使用につながる可能性がFDA等から指摘されていた。これを受け、新たな基準の策定と検証を目的とした国際的な前向きコホート研究「CLASSIC試験」が実施された。本試験では世界27カ国から、45歳未満で発症し3ヶ月以上続く未診断の腰痛患者1,015例を登録し、画像の中央判定を含む全情報を参照したRA専門医による診断をゴールドスタンダードとして解析が行われた。

検証の結果、2009年基準の感度は良好であったものの、特異度は施設内画像判定を用いた場合で約77%、中央判定を用いても約84%にとどまり、事前に設定された目標値(特異度90%以上)を達成できなかった。その為、新たに策定された2025年改訂基準は、画像・遺伝子領域と臨床症状領域の変数を組み合わせたスコアリングシステムを採用しており、合計11点以上を

「axSpAとして分類」のカットオフ値としている。本基準の最大の特徴は、MRIによるaxSpA示唆所見(仙腸関節の骨髄浮腫等)に対して「7点」という極めて高い重み付けがなされた点である。これに対し、X線学的仙腸関節炎およびHLA-B27陽性はそれぞれ4点、炎症性腰痛は3点、その他の脊椎関節炎徴候(末梢関節炎、ぶどう膜炎、IBD等)は各1点と配点された。

この配点システムにより、MRI所見が陽性であれば、HLA-B27陽性(4点)のみの追加で合計11点となり基準を満たすことが可能である。一方で、画像所見(MRIおよびX線)が陰性の場合、HLA-B27が陽性(4点)であっても、炎症性腰痛(3点)に加え、さらに4つ以上の臨床徴候(各1点)がなければ11点に到達しない。これは、画像所見陰性かつHLA-B27陰性の症例は実質的にaxSpAとして分類されないことを意味し、特異度を優先した設計思想が反映されている。

最終的にこの新基準は、検証コホートにおいて感度75%以上かつ特異度90%以上という目標を達成した。本改訂基準は、臨床試験への適切な患者組入れを担保することが期待される。

基準案に関する詳細はWEB版をご確認ください。

### ポスター

#### b.LB15 食物繊維の摂取はメトトレキサートの治療効果を増すのか?

RAの病態には腸内細菌叢の乱れやTh17/Treg不均衡が関与し、メトトレキサート(MTX)の有効性も特定の腸内細菌や酪酸などの代謝産物に依存することが示唆されている。二重盲検RCT「Superfibre」では、安定したcsDMARDs継続下の活動性RA患者49例を対象に、イヌリン12g/日の30日間投与による効果

を検証した。その結果、EULAR反応率は食物繊維群で53.85%、対照群で21.74%(p=0.040)であり、調整後の反応オッズ比は4.65(95% CI: 1.15-18.9, p=0.03)と有意な改善を認めた。特にMTX併用患者においてΔDAS28が-1.00(対照群は0.34)と顕著な改善を示し、治療効果とMTX使用の間に有意な交互作用(p=0.011)が確認された。免疫学的評価でも、食物繊維は血中Th17細胞数およびTh17/Treg比を有意に減少させており(p<0.02)、腸管免疫軸を介した免疫バランスの回復が示された。本研究は、食物繊維がMTXの効果を増強する安価で安全な補助療法となる可能性を提示している。

以上、限られたスペースの中での報告となったが、日々の臨床に役立つ情報が満載の演題から抜粋してお届けした。更なる情報はweb版でご覧いただけると幸いです。

## 表【抜粋】全身性エリテマトーデス診療ガイドライン(ACR 2025)

指針となる原則
SLE治療の目標は、SLEの寛解または低疾患活動性を達成・維持し、SLE関連の罹患率と死亡率を減少させ、治療関連の毒性を最小限に抑えることである。
リウマチ専門医と適切な専門医との間の連携ケアは、可能な限り提供されるべきである。
共有意思決定(Shared decision-making)は、患者の価値観や好みを尊重するために不可欠であり、より良い治療アドヒアランスと転帰(アウトカム)につながる。
人種および社会経済的格差を含む医療格差は、SLE患者の転帰に影響を与える重要な要因である。治療推奨は、健康格差を緩和することを目的としている。
可能な場合には、小児に特化した指針を提供する。
エビデンスに基づいたデータ、臨床的専門知識、患者報告の経験が、ある薬剤の他の薬剤に対する優位性を明確に支持しない場合、いくつかの治療法は序列(ヒエラルキー)をつけずに提示される。治療決定は、患者の臨床状態と好みに合わせて個別化されるべきである。
検査、専門医、処置、および薬剤へのアクセスの制限により、ケアの推奨事項の実施に潜在的な制限が生じる可能性がある。推奨される治療法が利用できない、忍容性がない、または患者が希望しない場合は、妥当な代替療法について話し合うことを推奨する。
診断の前提: すべての治療推奨は、SLE以外の病因を除外するために他の適切な精査が行われていることを前提としている。HCQの前提: 臓器特異的な治療推奨は、治療への禁忌がない限り、すべての患者がヒドロキシクロロキン(HCQ)を服用していることを前提としている。

推奨およびグッドプラクティスステートメント	推奨度	LoE
モニタリング		
SLE患者において、以下のことを条件付きで推奨する: ...臨床状態やSLE治療薬に変更があった場合を含め、定期的に疾患活動性を評価すること。 ...疾患による臓器障害を少なくとも年1回評価すること。	条件付き 条件付き	非常に低い 非常に低い

合併症とリスク管理
GPS: 全てのSLE患者は、SLEおよびその治療法に関連する合併症(感染症、心血管疾患、骨・関節障害、悪性腫瘍、リプロダクティブ・ヘルス関連の合併症、抗リン脂質抗体の存在など)に対するスクリーニング、モニタリング、および管理を受けるべきである。

薬剤指導と治療目標
GPS: SLE治療の目標は、長期的な臨床アウトカムを改善するために、疾患を最適にコントロールすること(例: 寛解または低疾患活動性)であるべきである。 GPS: グルココルチコイド関連の毒性を最小限に抑えるため、急性炎症を速やかにコントロールするのに必要最低限の用量と最短期間でグルココルチコイドを処方し、免疫抑制療法を早期に開始すること。

グルココルチコイド療法: 臓器または生命を脅かすSLEのフレア(増悪)がある人において: ...高用量経口グルココルチコイドの漸減療法単独よりも、メチルプレドニゾンパルス療法(250-1000mgを1-3日間)に続く経口グルココルチコイドの漸減療法を条件付きで推奨する	条件付き	非常に低い
プレドニゾン>5mg/日で安定しコントロールされているSLE患者で: ...プレドニゾンを6ヵ月以内に≤5 mg/日(理想的にはゼロ)まで漸減することを強く推奨する。	強い	低い
SLE患者で: プレドニゾン≤5mg/日で持続的寛解にある場合: ...ゼロに向けてゆっくりと漸減することを条件付きで推奨する。 プレドニゾンを≤5mg/日に漸減できない場合: ...免疫抑制療法を開始または強化することを条件付きで推奨する。	条件付き 条件付き	非常に低い 非常に低い
ヒドロキシクロロキン治療: SLE患者では: ...禁忌がない限り、HCQによる定期的な治療を強く推奨する。	強い	非常に低い ~中等度
SLE患者では: ...寛解が維持されている場合でも、HCQ療法を無期限に継続することを条件付きで推奨する。 SLE患者でHCQ治療をしている場合: ...網膜毒性を最小限に抑えるため、長期的な1日平均HCQ投与量の目標を>5mg/kgではなく≤5mg/kgとすることを条件付きで推奨する。治療開始時や疾患コントロール維持のために、より高用量(5-6.5mg/kg/日)の短期使用が必要となる場合がある。	条件付き 条件付き	低い 非常に低い ~低い
免疫抑制療法: 臨床的寛解または低い疾患活動性が持続しているSLEを持つ人において: ...中止を目標に、3~5年後に免疫抑制療法を漸減することを条件付きで推奨する。	条件付き	低い

一般的な治療戦略
GPS: 活動性のSLE症状を有する患者は、速やかに診断・治療されるべきであり、ループス活動性の重症度に応じて治療の強度と選択を決定する。 GPS: SLEの発症時またはフレア時に複数の臓器系が障害されている場合、治療はすべての症状に向けられるべきだが、不可逆的な障害のリスクが最も高い領域を優先すべきである。 GPS: 臓器または生命を脅かすSLEは、緊急/救急で積極的な治療(例: パルス/高用量グルココルチコイドおよび免疫抑制療法)を行うべきであり、逐次療法を行う時間的余裕がない場合があるため併用療法も考慮する。臨床状況と患者の希望が、特定の併用療法の指針となるべきである。 GPS: リウマチ科の診療範囲を超える薬剤、処置、および手術が考慮される場合、それらの治療を進める決定には、リウマチ専門医と関連する専門医/処置医/外科医との間の集学的(multidisciplinary)な議論が必要である。 GPS: 臨床所見または血清学的所見が、SLEとの鑑別診断または重複(例: 既知のSLE患者における新規発症の横断性脊髄炎または視神経炎の状況でのアクアポリン4抗体)を示唆する場合、どちらの病態が優位であるかに応じて、また関連する専門医と協議の上、必要であれば治療を調整すべきである。

### 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年間に於いて
  - リウマチ性疾患診療患者名簿…………… 10例
  - リウマチ性疾患診療記録(上記名簿のうち)…………… 5例
  - 財団が主催又は認定する教育研修会に出席し、教育研修単位20単位以上を取得(治験等教育研修単位に充当できる単位あり)

● 特例申請  
日本リウマチ学会リウマチ指導医の先生は、上記1、2が免除。

審査料(申請時)…………… 1万円 登録料(審査に合格後)…………… 2万円  
登録有効期間…………… 5年間(令和8年6月1日～令和13年5月31日)

**■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

更新料…………… 2万円  
1万円\*日本リウマチ学会リウマチ専門医又は日本整形外科学会認定リウマチ医  
登録有効期間…………… 5年間(令和8年6月1日～令和13年5月31日)

### 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年間に於いて通算1年以上リウマチ性疾患のリハビリテーションに従事した実績があること。
- 直近の5年間に於いて
  - リウマチ性疾患リハビリテーション指導患者名簿…………… 10例\*
  - リウマチ性疾患リハビリテーション指導記録(上記名簿のうち)…………… 5例\*

\* 関節リウマチ症例を含むことが望ましい。

(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(令和8年5月1日～令和13年4月30日)

**■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(令和8年5月1日～令和13年4月30日)

### 令和8年度リウマチの治療とケア教育研修会

開催地区	開催日	開催場所 開催形態	代表世話人
中国・四国地区	令和8年11月15日(日)	広島コンベンションホール ハイブリッド形式	平田 信太郎 教育研修委員会委員 広島大学病院リウマチ・膠原病科 教授
北海道・東北地区	令和9年2月27日(土)	山形大学医学部50周年記念講堂 ハイブリッド形式	高窪 祐弥 教育研修委員会委員 山形大学医学部リハビリテーション部 病院教授
近畿地区	令和9年3月14日(日)	(調整中) ハイブリッド形式	富田 哲也 教育研修委員会委員長 森ノ宮医療大学大学院保健医療学 教授

**■日本リウマチ財団教育研修単位**

日本リウマチ財団登録医単位…………… 6単位  
日本リウマチ財団登録リウマチケア看護師単位…………… 6単位  
日本リウマチ財団リウマチ登録薬剤師単位…………… 6単位  
日本リウマチ財団登録理学療法士・作業療法士単位…………… 6単位

### 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。全国どこ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

先日は東京でも雪が降りました。ちなみに私は毎年お正月に、鹿児島の実家で初雪を見ている。鹿児島でも雪が降るのかと驚かれることも多いのですが、年の節目を実感させてくれる風景です。

本号では、研究と臨床を横断する多彩な内容をお届けしました。厚生労働省におけるリウマチ

対策の全体像が示され、日常診療の背後で、多面的な取り組みが着実に進められていることに、改めて気づかされました。今後、研究成果が臨床現場にどのような形で届いていくのか、期待が高まります。

そんな中で、「リウマチ人」で紹介された岸本忠三先生のお言葉と歩みは、多くの示唆を与えるものでした。IL-6研究という基礎医学の探究が、やがて治療薬として結実し、世界中の患者の人生を変えていく。その過程で語られるのは、

### 令和8年度海外派遣医

受付期間: 令和7年12月1日～令和8年3月31日 (消印有効)

**■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。

### 令和8年1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8年1月13日(火) 18:30～19:30

**【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  
本年度6地区すべてが終了し、受講者総数443名であったことが報告された。
- 第17回リウマチ専門職委員会(12月21日)について  
リウマチケア看護師、リウマチ財団登録薬剤師に関する資格審査を実施した他、専門職制度全般の定期的な見直しを行ったことが報告された。
- 法人賛助会員の入会について  
1社の入会が報告された。
- その他  
広告媒体の多様化に対応するため、日本リウマチ財団ニュースの広告媒体資料を見直したことが報告された。

**【審議事項】**

- 令和8年度リウマチ月間リウマチ講演会について  
実行委員長より示されたプログラム案及びポスター案等の協議を行った結果、全員一致を以って承認した。
- 令和8年度リウマチの治療とケア教育研修会について  
近畿地区を増設することが承認された。受講者の更なる増加を期待するものである。
- リウマチケア看護師(第16期新規/第6・11期更新)の登録申請について  
新規60名、更新78名について審議した結果、登録することを承認した。
- リウマチ財団登録薬剤師(第12期新規/第2・7期更新)の登録申請について  
新規31名、更新67名について審議した結果、登録することを承認した。
- 看護師/薬剤師/理学・作業療法士規則の一部改正(案)について  
各制度の円滑な実施に向け、教員の資格要件にかかる運用を見直した結果、一部改正を行うことが承認された。今後の申請の増加をはかるものである。

### 国際学会におけるリウマチ性疾患調査・研究発表に対する助成要綱

**■候補者募集 助成対象の調査・研究発表**

次の国際学会において、発表するリウマチ性疾患の病因、治療、予防・疫学等に関する調査・研究助成対象の国際学会・助成限度額

(1) ヨーロッパリウマチ学会(EULAR)…………… 20万円  
(2) アメリカリウマチ学会(ACR)…………… 20万円  
(3) アジア太平洋リウマチ学会(APLAR)……………\*10万円  
※但し、国内で開催する場合には、5万円とする。

**令和8年の申請書受付期間(消印有効)**

(1) ヨーロッパリウマチ学会(EULAR)……………令和8年3月2日～4月2日  
(2) アメリカリウマチ学会(ACR)……………令和8年8月4日～9月4日  
(3) アジア太平洋リウマチ学会(APLAR)……………令和8年7月27日～8月27日

### 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れば幸いです。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

### 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。

吉田健太郎様 家亦良典様 伊藤聡様 武永美津子様 川合眞一様  
有限会社クレイドル様 小泉恵様 匿名ご希望4名様

### 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。

コツコツと研究を継続することの大切さでした。現在さまざまな研究が推進される中で、その原点を示す存在として、深い感銘を受けました。

日々の診療では、目の前の患者対応に追われ、「研究」を遠いものと感じることも少なくありません。しかし本稿を通じて、診療と研究は決して分断されたものではなく、同じ方向を向く営みであることを再認識しました。研究の積み重ねが確実に診療を形づくり、診療の現場がまた次の研究へとつながっていきます。リウマチ

診療に携わる者として、自身の立場で何ができるのかを静かに問い直す機会を与えてくれる一編であったと思います。

新しい年度を前に、本号が診療や研究などそれぞれの立場で、読者の皆様の今後の取り組みを考える一助となることを願っています。

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