

Japan Rheumatism Foundation News

日本リウマチ財団ニュース

no. 197

2026年7月号

令和8年7月1日発行

発行 公益財団法人 日本リウマチ財団  
〒105-0004 東京都港区新橋5丁目8番11号 新橋エンタービル11階  
TEL.03-6452-9030 FAX.03-6452-9031

※リウマチ財団ニュースは財団登録医を対象に発行しています。本紙の購読料は、財団登録医の登録料に含まれています。  
編集・制作 株式会社ファーマ インターナショナル (担当 遠藤昭範・森れいこ)

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



[公式]日本リウマチ財団X  
@jprheumatismf



197号の主な内容

- 生まれ変わる「リウマチの治療とケア教育研修会」
- 医療保険部会からの便り 第5回 宗園 聰 氏
- 第22回 国際血管炎ワークショップ 速報 田巻 弘道 氏
- 第15回 欧州ループス会議 速報 中井 健宏 氏
- 新進気鋭の開業医 第3回 明陽リウマチ膠原病クリニック 秋山 陽一郎 氏



生まれ変わる「リウマチの治療とケア教育研修会」  
地区で活動する専門職同士で学び、交流を

リウマチ性疾患の知識向上と、多職種・地域連携による治療とケアの推進を目的に開催している「リウマチの治療とケア教育研修会」。令和8年度より、日本リウマチ財団が直接主催する研修会となり、完全ハイブリッド開催など、いくつかの点で新たな形へと生まれ変わります。もちろん、製薬企業共催プログラムはランチョンセミナーなどの形で継続予定。リアルな交流もこれまで同様に大切にしながら、今後2年をかけて全国6地区を巡回開催します(表)。日本リウマチ財団教育研修委員会委員長の富田哲也氏に、研修会の特色と刷新のポイントを聞きました。

富田 哲也 氏 / 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

特設サイト  
(期間限定公開)



教育研修会の特色と富田先生が取り組まれてきたことについてお話しください。

富田 当財団では、医師向けの教育だけでなく、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士など、リウマチ診療に携わる専門職の教育・育成にも力を入れています。本教育研修会では、日常診療に役立つ実践的な内容を学べる講演会を目指しています。

毎年6~7月に全国大会(リウマチ月間リウマチ講演会)を開催し、その後、全国6地区で地区開催を行っています。年間の参加者数は500~600人ほどです。これまでは毎年全国6地区を巡回していましたが、今年度からは年間3地区ずつ開催し、2年間で全地区を回る形に変更しました。

私が教育研修委員会委員長を拝命してから6年になりますが、以前は医師による講演の中に、同じ職種(医師)の私も理解できないような専門性の高い内容が少なからずありました。他の職種の皆さんは、さらに苦勞して聴講されていたのではないかと思います。

そこで現在は、登壇される医師の先生方に、英語スライドは可能な限り控えていただくこと、また、最新研究の紹介ではなく、実臨床で役立つ内容を重視していただくことをお願いしています。加えて、医師だけでなく、同じリウマチ診療の現場で活動されている専門職の先生方による講演も増やしてきました。

演者は具体的にどのような先生方ですか。

富田 本教育研修会は地区ごとの開催であることを生かし、各地域で指導的役割を担っている先生方を中心にご登壇いただいています。最終的な人選は各地区の代表世話人の先生方にお任せしていますので、地方開催でも東京から演者を招聘する場合がありますが、基本的には同じ地区で活動されている医師や専門職の方々に講師をお願いしています。

地域の先生、専門職の先生が登壇する意義についてどうお考えですか。

富田 全国規模の学会や講演会では、著名な先生の講演を前に、質問したくてもためらってしまうことがあると思います。しかし、同じ

地区で活動されている先生方に登壇いただくことで、参加者の皆さんにとっても身近な存在として感じられ、質問もしやすくなるのではないのでしょうか。そうした距離の近さも、この研修会の特徴だと思います。

また、治療薬の進歩によって、リウマチ患者さんは以前より長く生活できる時代になりました。その一方で、高齢化に伴うさまざまな疾患が併存する患者さんも増えています。患者さんやご家族とは長い付き合いになるため、リウマチ治療以外の困りごとを相談される場面も少なくありません。

そのような中で、私自身、患者さんが利用できる福祉サービスについて十分な知識を持ち合わせていないことにもどかしさを感じることがあります。講演の挨拶でもよくお話しするのですが、医師は病気を診ることに長けていても、患者さんの生活全体を見ることは必ずしも得意ではありません。ご家族との関係や就労の問題などに対して、行政が提供

する支援制度について十分に答えられないこともあります。

だからこそ、患者さんやご家族の悩みに耳を傾け、解決につながる情報提供ができる専門職の先生方の存在は非常に重要です。そうした内容を共有いただくことは、医師にとっても、多職種の皆さんにとっても有意義だと考えています。

ハイブリッド開催のメリットについて教えてください。

富田 リウマチ診療に携わる多職種の皆さんには女性が多く、ご家庭を持たれている方も少なくありません。本教育研修会では合計360分以上の参加が求められるため、丸一日現地参加するのが難しい方もいらっしゃいます。そこで、ハイブリッド開催の利点を生かし、ご自宅からでもオンラインで参加できるようにすることで、より多くの方に参加していただければと考えています。

一方で、現地参加ならではの魅力もあります。演者の先生方に質問したり、講演後に参加者同士で交流したりと、人と人の距離が縮まる点です。昨年は京都など複数の開催地区で現地参加者が多く、午前の早い時間帯から会場に足を運ばれる方も多いため、非常に熱気を感じました。

最後に読者へのメッセージをお願いします。

富田 ご存じの通り、現在のリウマチ診療は医師だけで完結するのではなく、チーム医療が不可欠です。その質をさらに高め、患者さんにより良い医療を提供するためには、多職種の皆さまと共に学び、最新情報を共有していくことが重要です。ぜひ各地区の教育研修会にご参加いただき、日々担当されている患者さんに、より質の高い医療とケアを提供するための学びの場として活用していただければと思います。(了)

表 開催概要 ※すべてハイブリッド開催(現地+オンライン)

令和8年度リウマチの治療とケア教育研修会

会の名称	令和8年度 中国・四国地区 リウマチの治療とケア教育研修会	令和8年度 北海道・東北地区 リウマチの治療とケア教育研修会	令和8年度 近畿地区 リウマチの治療とケア教育研修会
代表世話人	平田 信太郎 日本リウマチ財団教育研修委員会 委員 広島大学病院リウマチ・膠原病科 教授	高窪 祐弥 日本リウマチ財団教育研修委員会 委員 山形大学医学部リハビリテーション部 病院教授	富田 哲也 日本リウマチ財団教育研修委員会 委員長 森ノ宮医療大学大学院保健医療学 教授
開催日	令和8年11月15日(日)	令和9年2月27日(土)	令和9年3月14日(日)
開催場所	広島コンベンションホール (広島県広島市)	山形大学医学部50周年記念講堂 (山形県山形市)	ナレッジキャピタルカンファレンスルーム (大阪府大阪市)

令和9年度リウマチの治療とケア教育研修会

会の名称	令和9年度 東海・北陸地区 リウマチの治療とケア教育研修会	令和9年度 九州・沖縄地区 リウマチの治療とケア教育研修会	令和9年度 関東・甲信越地区 リウマチの治療とケア教育研修会
代表世話人	篠田 晃一郎 日本リウマチ財団教育研修委員会 委員 高岡市民病院医療局内科 主任部長	川上 純 日本リウマチ財団教育研修委員会 委員 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 先進予防医学共同専攻 リウマチ・膠原病内科学分野 教授	堀内 博志 日本リウマチ財団教育研修委員会 委員 鹿教湯三才山リハビリテーションセンター 鹿教湯病院 院長
開催日	令和9年10月24日(日)	令和10年2月6日(日)	令和10年3月12日(日)
開催場所	富山国際会議場(富山県富山市)	出島メッセ長崎(長崎県長崎市)	ホクト文化ホール(長野県長野市)

# リウマチ財団「医療保険部会」からの便り

## 第5回：骨粗鬆症治療における診療上の注意点 – 保険請求上の留意点を中心に –



寄稿

宗園 聡氏

そうえん整形外科  
骨粗しょう症・リウマチクリニック 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

『骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2025年版』が発刊されました。その中で、骨粗鬆症の薬物治療開始基準および薬物療法の有効性が示されているのは、原発性骨粗鬆症とグルココルチコイド誘発性骨粗鬆症、癌治療に伴う骨量減少の3つの骨粗鬆症のみです。関節リウマチは続発性骨粗鬆症の一つですが、薬物治療開始基準、薬物療法の有効性は未だ示されていません。一方で骨粗鬆症の薬物治療および治療効果判定については、保険請求上の留意点がありますので、その点を中心に述べます。

### 骨粗鬆症治療薬の有効性

表1に原発性骨粗鬆症(主に閉経後骨粗鬆症)に対する骨粗鬆症治療薬の有効性の一覧を示す。エビデンスの強さは、A(強い):効果の推定値に強く確信がある、B(中程度):効果の推定値に中程度の確信がある、C(弱い):効果の推定値に対する確信は限定的である、D(非常に弱い):効果の推定値がほとんど確信できない、の4つに分類した。推奨度については、A:行うことを推奨する、B:行うことを提案する、C:行わないことを提案する、の3つに分類した。合意率はガイドライン作成委員の投票により決定した。

なお、推奨の強さは以下の定義に従い決定した。骨密度に対する効果については、腰椎と大腿骨(全大腿骨近位部または大腿骨頸部)の両方に有効であれば「行うことを推奨する」、どちらか一方に有効であれば「行うことを提案する」、いずれも有効性が確認できない場合は「行わないことを提案する」とした。骨折抑制効果については、椎体、大腿骨近位部、非椎体の骨折すべてに有効であれば「行うことを推奨する」、すべてではないが、少なくとも一つでも有効であれば「行うことを提案する」、いずれも有効性が確認できない場合は「行わないことを提案する」とした。

本評価は原発性骨粗鬆症に対する評価であるが、関節リウマチに対する骨粗鬆症治療においても参照可能と考える。

骨粗鬆症治療薬は、骨吸収抑制薬(カルシトニン薬、SERM\*、ビスホスホネート薬、デノスマブが代表であるが、活性型ビタミンD<sub>3</sub>製剤であるエルデカルシトールも骨吸収抑制作用を有する)、骨形成促進薬(副甲状腺ホルモン薬、ロモソズマブ)、その他(カルシウム薬、活性型ビタミンD<sub>3</sub>薬、ビタミンK<sub>2</sub>薬)に分類できる。

\*選択的エストロゲン受容体調節薬

### 保険請求上の留意点

#### 1. 薬物療法の留意点

骨粗鬆症領域の保険請求上の留意点を表2に示すが、薬剤については、骨吸収抑制薬同士の併用は原則保険適用外(通常、エルデカルシトールの併用は認められているものの、一部の都道府県では査定されると聞くため、確認をお願いしたい)とされ、骨形成促進薬と骨吸収抑制薬との併用は保険適用外である。

骨形成促進薬は適用と投与期間制限を有する。テリパラチド製剤の適用は骨折の危険性の高い骨粗鬆症(低骨密度、既存骨折、加齢、大腿骨頸部骨折の家族歴等の骨折の危険因子を有する症例)であり、投与期間は累積で24ヵ月を超えないこととなっている。アパロパラチドの適用も同じであるが、投与期間

は累積で18ヵ月を超えないこととされ、テリパラチド製剤の投与経験がある患者にアパロパラチドを投与した臨床試験は実施しておらず、安全性は確立していないとされる。

ロモソズマブは、日本骨代謝学会・日本骨粗鬆症学会の診断基準における以下の重症度に関する記載などを参考に、骨折の危険性の高い患者を対象とするとされる。骨密度値が-2.5SD以下で1個以上の脆弱性骨折を有する、腰椎骨密度が-3.3SD未満、既存椎体骨折の数が2個以上、既存椎体骨折の半定量的評価(SQ)法の結果がグレード3。連続投与期間は12ヵ月間であるが、累積投与期間の制限はなく、再投与が可能である。

#### 2. 治療効果判定のための骨代謝マーカー測定の留意点

種々の骨粗鬆症患者において腎機能低下症例は少なくない。骨代謝マーカーのうち、腎機能低下の影響を受けないものとして、アルカリリフォスファターゼ、骨形成マーカーでは、骨型アルカリリフォスファターゼ(BAP)、intact 1型プロコラーゲン-N-プロペプチド(intact P1NP)などがあり、骨吸収マーカーでは酒石酸抵抗性酸フォスファターゼ(TRACP-5b)があり、日常診療においても使用しやすい。

骨吸収抑制薬使用時は投与開始3~6ヵ月後に吸収マーカーを測定、その後、6ヵ月から1年程度の間隔で形成マーカーを測定するこ

表1 骨粗鬆症治療薬の有効性

分類	薬物名	骨密度上昇			骨折抑制		
		エビデンス	推奨	合意率(%)	エビデンス	推奨	合意率(%)
カルシウム薬	L-アスパラギン酸カルシウム リン酸水素カルシウム	D	B	81.3	C	B	93.8
女性ホルモン薬	エストリオール 結合型エストロゲン エストラジオール	A	A	75.0	A	B	100
活性型ビタミンD <sub>3</sub> 薬	アルファカルシドール カルシトリオール	C	B	93.8	C	B	81.3
	エルデカルシトール	A	A	100	A	B	81.3
ビタミンK <sub>2</sub> 薬	メナテトレノン	B	B	87.5	D	C	100
ビスホスホネート薬	エチドロン酸	A	A	81.3	C	B	100
	アレンドロン酸	A	A	100	A	A	100
	リセドロン酸	A	A	100	A	A	100
	ミノドロン酸	A	A	100	A	B	100
	イバンドロン酸	C	A	81.3	C	B	81.3
SERM	ゾレドロン酸	A	A	100	A	A	100
	ラロキシフェン	A	A	100	A	B	93.8
カルシトニン薬	バゼドキシフェン	A	A	100	A	B	100
	エルカトニン	C	C	86.7	C	C	80
副甲状腺ホルモン薬	テリパラチド(遺伝子組換え)	A	A	100	A	B	100
	テリパラチド酢酸塩	A	A	93.8	A	B	81.3
	アパロパラチド	A	A	100	A	B	93.3
抗RANKL抗体薬	デノスマブ	A	A	100	A	A	100
抗スクレロステチン抗体薬	ロモソズマブ	A	A	100	A	A	93.8

骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2025年版より作成

表2 骨粗鬆症領域の保険請求上の留意点

- 骨吸収抑制薬同士の併用は原則保険適用外、骨形成促進薬と骨吸収抑制薬の併用は保険適用外である。
- 骨形成促進薬は骨折の危険性の高い骨粗鬆症が適用であり、それぞれ投与期間制限を有する。
- 骨吸収マーカーはいずれか1種類につき治療開始後6ヵ月以内、治療変更後6ヵ月以内に測定可能、骨形成マーカーもいずれか1種類につき測定可能。
- 骨塩定量検査は従来の4月に1回算定可能から、1年に1回に限り算定するとなったが、複数の除外項目が挙げられている。

作成/宗園聡氏

とが骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2025年版に記載されている。強力な骨吸収抑制薬使用時には投与開始1~3ヵ月後に反応を判定可能である。骨吸収マーカーはいずれか1種類につき治療開始後6ヵ月以内、治療変更後6ヵ月以内に保険で測定可能である。

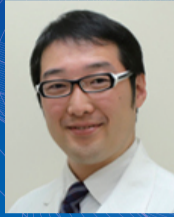
骨形成促進薬使用時にはやはり治療開始後1~3ヵ月で骨形成マーカーによる反応を判定可能である。骨形成マーカーもいずれか1種類につき保険で測定可能であり、原則的に測定回数に関するしぼりは無いが、都道府県による保険査定状況が異なるため、確認をお願いしたい。

### 3. 骨密度測定の留意点

本年度の診療報酬改定により、骨密度(骨塩定量)検査は従来の4月に1回算定可能から、1年に1回に限り算定することとなった。除外項目として、①骨粗鬆症の治療を開始した日から起算して1年以内の場合、②新たに骨折した場合、③関連学会のガイドラインで示されている骨折危険因子が新規に増えた場合、④ビスホスホネート薬治療の中断を検討する場合、⑤グルココルチコイド、アロマトラーゼ阻害薬、抗アンドロゲン薬、骨形成促進薬等、骨減少または骨増加をきたす薬剤を投与する場合、⑥吸収不良、全身性炎症性疾患、長期不動、人工閉経等、骨減少または骨増加をきたす疾患等を有する場合、が挙げられており、関節リウマチ患者やグルココルチコイド使用例では従来通り測定可能と思われるが、こちらも各都道府県での判断に留意して頂きたい。(了)

# 22<sup>nd</sup> International Vasculitis Workshop (第22回 国際血管炎ワークショップ) 速報

2026年2月21日～25日 / オーストラリア・メルボルン



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



会場(写真はすべて田巻弘道氏撮影)

## 1. はじめに

2026年2月21日から25日まで、「22<sup>nd</sup> International Vasculitis Workshop」がオーストラリアのメルボルンで開催された。本学会はオーストラリアとニュージーランドの血管炎研究グループ「ANZVAS」の主催により2年に1度行われ、以前は「International Vasculitis and ANCA workshop」と呼ばれていた。開催地のメルボルンはANCA(抗好中球細胞質抗体)とゆかりが深い。ANCAは、メルボルンの聖ビンセント病院とメルボルン大学に所属のDaviesらの1982年の発表によって知られるようになったからである。

今回も、血管炎診療に関わる多彩な診療科の医師が参加した。多専門家が集うことが、本学会の特徴の一つである。最初の2日間にはEducational Course(教育講演)として、さまざまな血管炎に関する総説的なレクチャーが行われた。その後は、3つの会場を用いてセッションが進行し、昼休みにはポスターツアーも実施された。さらに、Mini-workshopと呼ばれる少人数制のインタラクティブなセッションや、ディベート形式のセッションも設けられ、活発な意見交換が行われた。

## 2. Opening session

Opening sessionでは、恒例の「Fokko van der Woude Lecture\*」が行われ、現在メルボルンに帰ってきたKen Smith教授(ウォルター・アンド・イライザ・ホール医学研究所)の講演により学会が幕を開けた。Smith教授は、EUVAS(欧州血管炎学会)と協力してGPA(多発血管炎性肉芽腫症)/MPA(顕微鏡的多発血管炎)やEGPA(好酸球性多発血管炎性肉芽腫症)のゲノムワイド関連解析を実施した研究者として知られている。

GPAやMPAでは、「臨床表現型よりも、MPO-ANCA陽性やPR3-ANCA陽性といった血清学的特徴の方が、疾患感受性遺伝子との関連が強い」という報告は広く知られている。今回特に興味深かったのは、GPAとMPAは遺伝学的に近縁な疾患と思われがちであるが、実際には「乾癬と1型糖尿病程度の近さ」に過ぎないという指摘であった。その背景として、「認識する抗原が、たまたま好中球細胞質の近くに存在するため、類似した臨

床症状を呈しているに過ぎない」と説明された。

また、ANCA関連血管炎研究の発展に大きく貢献したRonald Falk教授(ノースカロライナ大学チャペルヒル校)によるマウスモデルの講演も行われた。従来のモデルでは、ANCA単回投与によって腎限局型血管炎(RLV)が誘導されていたが、新たなモデルでは特定の刺激を組み合わせることで、ヒトの病態に近い肺・腎症候群が再現可能となった。具体的には、インフルエンザ感染の併用によりMPAが、ANCA反復投与によりGPAが、さらにアレルギー性気道炎症の併用によってEGPAが、それぞれ誘導された。

特にGPAモデルの解析では、好中球主体の微小膿瘍が、T細胞や補体活性化を介さずに肉芽腫へ進展する過程が示された。本研究は、ANCA関連血管炎の多様な臨床表現型が、ANCAにより活性化された好中球に対する局所修飾因子によって規定される可能性を示唆しており、将来的な治療法検証のための重要な動物モデルとなる。

\* ANCA研究の先駆者Fokko van der Woude教授の名を冠した記念講演

## 3. 口演「REPLENISH試験」

今回も非常に学びの多い学会であったが、その中から筆者の独断と偏見で、興味深かった演題を口演・ポスターからそれぞれ一つずつ紹介したい。

「REPLENISH試験」は、IL-17A阻害薬であるSecukinumab(セクキヌマブ)がリウマチ性多発筋痛症(PMR)に有効かを検証する、前向き二重盲検ランダム化プラセボ比較試験である。

対象は、50歳以上でACR/EULAR分類基準を満たし、プレドニゾン10mg/日以上で8週間以上治療されたにもかかわらず再燃をきたした患者であった。患者は、セクキヌマブ300mg/4週ごと投与群、150mg/4週ごと投与群、プラセボ群の3群に割り付けられ、それぞれ127例が登録された。対象患者の平均年齢は約70歳で、約70%が女性、平均体重は約75kg、約70%が白人であった。半数以上が2回以上の再燃を経験しており、ベースライン時点で約70%がプレドニゾン10mg、残る約30%が15mgで治療されていた。

52週時点での寛解維持率は、セクキヌマブ300mg群で41.2%、150mg群で40.8%、プラ

セボ群で20.4%であり、いずれのセクキヌマブ群もプラセボ群に比べて有意に高値であった。また、完全寛解維持率についても、300mg群28.2%、150mg群24.5%、プラセボ群4.7%であり、両セクキヌマブ群で有意な改善が認められた。さらに、調整後の1年間グルココルチコイド累積投与量は、300mg群1604mg、150mg群1683mg、プラセボ群2093mgであり、セクキヌマブ投与群では有意なステロイド減量効果も示された。

安全性については、3群間で大きな差は認められなかった。有害事象発現率は、300mg群91.3%、150mg群88.1%、プラセボ群89.8%であり、重篤な有害事象はそれぞれ13.5%、15.9%、14.2%であった。重篤感染症の頻度についても、3群間で大きな差はみられなかった。欧米ではすでに抗IL-6阻害薬がPMRに適応を取得しているが、本試験結果からは、IL-17阻害薬も新たな治療選択肢となる可能性が示唆された。

巨細胞性動脈炎(GCA)では約半数にPMRを合併し、逆にPMR患者の約20%にGCAが発症するとされる。いずれも高齢者に発症するIL-6優位の疾患と考えられており、近年では「GCA-PMR spectrum disease(GPSD)」として、一つの疾患スペクトラムとして捉える考え方も広がっている。

抗IL-6阻害薬は、GCAとPMRの双方で有効性が示されている。一方、セクキヌマブについては、GCAに対する第2相試験「TitAIN試験」で、主要評価項目である28週時点の寛解維持率改善が示されたものの、第3相試験「GCAptAIN試験」では、詳細は未公表ながら、プレスリリースにおいて主要評価項目未達成であったことが発表されている。主要評価項目の設定によるものなのか、あるいは対象患者選定の問題であったのか、今後の詳細が待たれる。しかし、GCAとPMRで異なる結果が示されたことは非常に興味深く、今後、両疾患の病態を紐解いていくヒントになるかもしれない。

## 4. ポスター

「SGLT2阻害薬のANCA関連血管炎による腎障害に対する臨床的有用性」

ANCA関連血管炎(AAV)患者におけるSGLT2阻害薬の臨床的有用性を、大規模リアルワールドデータを用いて検討したプロペンシティスコア(傾向スコア)マッチング研究である。

AAV患者では高頻度に慢性腎臓病(CKD)を合併し、その進行は生命予後やQOLを大きく左右する。SGLT2阻害薬は、DAPA-CKD試験やEMPA-KIDNEY試験といったランドマーク試験を通じて、非血管炎性CKDにおける腎保護・心保護効果が確立されている。しかし、これらの試験ではAAV患者が除外されていたため、AAVに対するエビデンスはこれまで限られていた。

本研究では、世界28カ国172施設から成るTriNetXネットワークを利用し、1億9,000万人以上の電子カルテデータから抽出されたAAV患者を解析対象としている。2018年1月以降にGPAまたはMPAと診断された患者のうち、診断後3ヵ月以内にSGLT2阻害薬を投与された群と非投与群を抽出し、年齢、性別、糖尿病、心不全、ベースラインeGFRなどを用いて1:1のプロペンシティスコアマッチングを実施した。その結果、各群494例が主要解析対象となった。

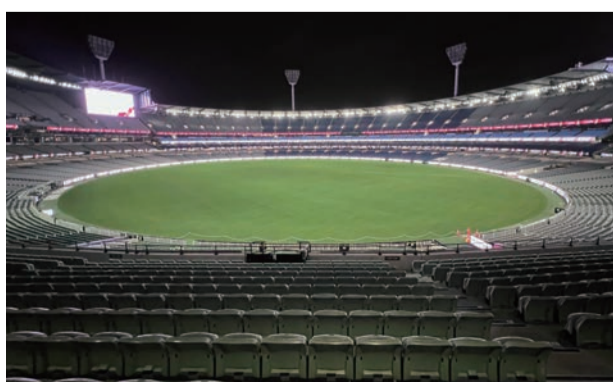
主要評価項目の解析では、SGLT2阻害薬投与群は非投与群と比較して、全死亡リスクが59%低下し(HR 0.41, p<0.001)、入院リスクも22%低下した(HR 0.78, p=0.013)。特に注目されたのは腎予後であり、腎代替療法(KRT)導入リスクについても有意な低下(HR 0.45, p=0.034)が認められた。

安全性については、懸念される尿路感染症の増加は認められず(HR 0.92, p=0.55)、さらに、マッチングを行わない12,000例超の感度分析でも同様の傾向が確認された。

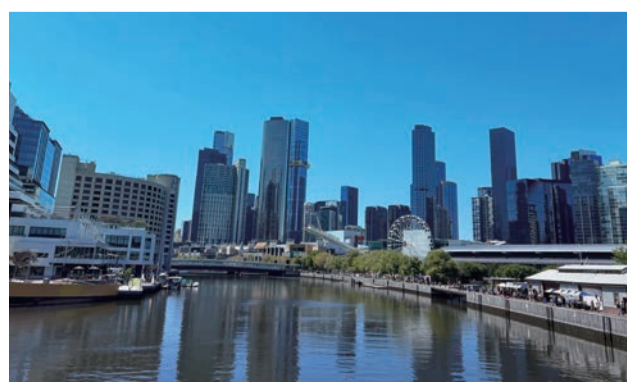
以上の結果から、AAV患者に対するSGLT2阻害薬の導入は、重篤な感染症リスクを高めることなく、生命予後および腎予後を改善する可能性が示唆された。本研究は、免疫抑制療法が中心となるAAV診療において、支持療法としてのSGLT2阻害薬の重要性を支持する知見と考えられる。一方で、レトロスペクティブ研究特有の選択バイアスなどの限界も存在するため、今後は前向きランダム化比較試験によるさらなる検証が待たれる。

## 5. まとめ

紙面の都合上、限られた情報の紹介となっていたが、よりよい血管炎の治療を実現するためにとても有益な学会であり、明日からの診療に役立つ情報が多く得られる学会であった。(了)



Gala dinnerが行われたクリケット場



会場近くのヤラ川沿いの風景



メインの会場

# 15<sup>th</sup> European Lupus Meeting (第15回 欧州ループス会議) 速報

2026年3月4日～7日 / ポルトガル・リスボン



寄稿

中井 健宏 氏

聖路加国際病院  
Immuno-Rheumatology Center 医師

責任編集

岡田 正人 編集員

聖路加国際病院  
Immuno-Rheumatology Center

## 1. はじめに

淡く澄み渡る蒼穹と深い群青の海、心地よい陽光の中をゆっくりと走る黄色い小さなトラム。丘の斜面に広がる街並みは、赤い屋根とパステルカラーの壁面が折り重なるように連なり、その間を縫うように石畳の路地が続いている。建物の外壁を彩るアズレージョの繊細な青の模様は、陽光を受けて静かに輝き、この街に独特のリズムと奥行きを与えている。大航海時代の記憶を色彩の中にとどめながら、どこか軽やかな空気が流れるこの港町リスボンで、私は「European Lupus Meeting」に参加した。

旧市街の丘の上に建つサン・ジョルジュ城からは、リスボンの街並みとテージョ川を一望することができる。城内では現在もクジャクが悠然と歩き回り、その鳴き声が静かな空間に響く。城壁から眺める景色は、長い歴史の中で海とともに発展してきたこの都市の姿を静かに物語っているようであった。夕暮れが近づく頃、旧市街のどこからかファドの旋律が聞こえてくると、この街の時間の流れはどこかゆったりと感じられる。

テージョ川河口に位置するベレン地区には、大航海時代を象徴する「発見のモニュメント」が建てられている。航海王子ことエンリケを先頭に、ヴァスコ・ダ・ガマやフェルディナンド・マゼランなど多くの航海者が刻まれ、世界へと船出したポルトガルの歴史を象徴している。そこには、日本ともゆかりの深い宣教師フランシスコ・ザビエルの姿も刻まれている。

さらにリスボンから西へ向かうと、ユーラシア大陸最西端のロカ岬に至る。断崖の上にはポルトガルの詩人ルイス・デ・カモンイスの言葉「ここに地果て、海始まる」が刻まれている。果てなく広がる大西洋を前にすると、未知の海へと踏み出した航海者たちの視線を追体験するような感覚を覚える。その探究心は、形を変えながら現代の科学研究にも通じるものがあるように感じられた。

このような歴史と文化に彩られたポルトガル・リスボンの地で開催された本学会では、世界50以上の国・地域から1,200名を超える“lupologist”が集い、全身性エリテマトーデス(SLE)の病態解明から新規治療開発に至るまで、疾患理解を一層深める多くの最新知見が報告された。本稿では、特に近年大きく進展しているSLEの新規治療戦略に焦点を当て、概説する。

## 2. SLE治療の基本戦略

現在のSLE治療では、ヒドロキシクロロキンが可能な限り全例に使用し、グルココルチコイドは必要最小限の用量で使い、可能であれば中止することが推奨されている。また、免疫抑制薬および生物学的製剤の早期導入も重要な治療戦略とされている。

短期的な治療目標は疾患寛解の達成である一方、長期的には再燃の抑制、ステロイド

毒性の低減、臓器障害の予防、すなわちdisease modification(疾患修飾)の達成が重要とされる。このような背景のもと、disease modificationを目指した新規治療薬の開発が活発に進められている。

## 3. 開発中の新規生物学的製剤

現在、SLEに対して使用可能な生物学的製剤としてはベリムマブおよびアノフロムマブがあり、本邦ではループス腎炎に対してリツキシマブも使用されている。しかし一部の患者では既存治療に対して抵抗性を示すことが知られており、現在も多くの生物学的製剤、低分子化合物、さらにはCAR-T療法を含む新規治療法の開発が進められている。これらの主な標的は表に示すとおりである。

CD20を標的とする抗体としては、リツキシマブに加えてオビヌツズマブの有用性が示されている。オビヌツズマブはリツキシマブと比較して抗体依存性細胞貪食(ADCP)、抗体依存性細胞傷害(ADCC)、および直接的細胞死誘導作用が増強されている点から、SLEの新規治療薬として期待されている。

ループス腎炎患者を対象とした第Ⅲ相REGENCY試験では、オビヌツズマブ群においてCRR(完全腎奏功)達成率および血清学的指標の改善が示された。これらの結果を受け、米国FDAはループス腎炎治療薬としてオビヌツズマブを承認した。

## 4. 本学会における新たな報告

前項までの話に加え、今回の学会では、新規発症の腎炎のない活動性SLE患者(SLEDAI-2K $\geq$ 8, BILAGIA or 2B flare, PGA $\geq$ 1)を対象としたALLEGORY試験の発表があった。

オビヌツズマブ+標準治療群(n=151)とブラセボ+標準治療群(n=152)を比較し、主要評価項目である52週時点のSRI4達成率はそれぞれ76.7%、53.5%であり、オビヌツズマブ群で有意に高い奏効率が示された(P<0.001)。また副次評価項目として、BICLA達成率、PSL $\leq$ 7.5mg/day達成率、DORIS寛解、およびLLDAS達成率においても同群で有意な改善が認められた。安全性については感染症リスクの増加が認められたものの、全体として管理可能であった。既報のEXPLORER試験と比較しても、B細胞枯渇効果はオビヌツズマブでより強い傾向が示されている。

BAFF/APRIL経路阻害薬としては、既存のベリムマブに加えてイアナルマブおよびテリタキシセプトが開発されており、いずれもSRI4達成率の改善が報告されている。

T細胞を標的とするCD40L阻害薬ダピロリズマブは、第Ⅱ相試験において中等度から重症の活動性SLE患者を対象にBICLA達成率の改善を示し、第Ⅲ相試験においても疾患

活動性の低下およびステロイド減量効果が示された。さらに同薬剤はFc領域を有さない設計であり、カニクイザルを用いた妊娠動物モデルでは胎児移行性が低いことが示されており、妊娠合併膠原病への応用も今後期待される。

また、pDC(形質細胞様樹状細胞)はtype I IFN産生に関与しており、その表面分子BDCA2を標的とするLlitifilimabは第Ⅱ相試験において関節症状に対する有効性が示されている。

## 5. 低分子治療

SLE領域でも低分子治療は近年急速に開発が進んでいる。主な薬としてはJAK阻害薬、TYK2阻害薬、BTK阻害薬、S1PR1阻害薬などである。

JAK阻害薬については、SLEではトファシチニブ、バリシチニブ、フィルゴチニブ、ウパダシチニブなどの臨床研究が行われている。トファシチニブ、バリシチニブはType I IFN抑制による皮膚症状や関節病変改善のデータがあり、バリシチニブについてのデータではわずかな帯状疱疹リスクの上昇はあるものの、血栓症リスクの上昇は見られなかったことが報告された。ウパダシチニブはSRI4改善のデータもあり、現在、第Ⅲ相試験が行われている。

TYK2阻害薬についてはtype I IFN、IL10、IL12、IL23の阻害効果のあるDeucravacitinibの研究が行われており、SRI4改善のデータもあり4年間の長期安全性データも出てきた。

BTK阻害薬については第一世代のイブルチニブは心毒性や血小板機能障害などの副作用が見られたものの、現在Orelabrutinib、Elsubrutinibなどの研究が進められている。

UPS阻害薬はプロテアソームとセレブロンE3ユビキチンリガーゼ複合体をターゲットとすることでAiolos/Ikarosの分解を起こす。BortezomibはSRI4改善傾向だったものの、副作用による脱落例が多かった。

現在、皮膚病変に対するイベルドミドの有効性に関する研究が行われている。

S1PR1は免疫細胞や上皮細胞に存在し、リンパ球のリンパ節からの遊走を抑制する。S1PR1調整薬のCenerimodについて現在研究されており、特に高疾患活動性、IFN発現の高い患者での有効性が期待される。

TLR7/8阻害薬であるエンパトランは第Ⅲ相ランダム化比較試験が行われ、CLEにおける皮膚病変の改善効果及び中等度から重度のSLE患者においてBICLA response改善効果が示された。

## 6. CAR-T療法

近年、SLE治療で最も注目されているのがCAR-T療法である。CAR-T療法では血液中・組織中のB細胞の深い除去、自己抗体消

失、免疫リセットが起こると考えられている。

従来の免疫抑制薬との違いとしては理論上、生涯一度の投与で長期的な有効性が期待でき、DN2細胞や形質細胞の抑制が3年以上にわたって持続しているデータもある。また2021年に膠原病患者として最初にCAR-T療法が行われたSLE患者では5年間再燃なしとなっている。

一方、long lived plasma cell(長寿命形質細胞)への影響は少ないためCD19を標的としたCAR-T療法では風疹、麻疹、帯状疱疹等のワクチン関連抗体への影響は少ないとされる。

CAR-T療法が行われた3番目のSLE患者は妊娠も成立しており、膠原病合併妊娠の観点でも今後の動向が期待される。加えて、中国からはBCMA(B細胞成熟抗原)/CD19二重標的CAR-T療法後6ヵ月及び21ヵ月で妊娠が成立した症例が報告されており、出産時の母体血及び臍帯血からCAR-T細胞は検出されず、胎盤病理にも炎症所見は認められなかった。また児の発育にも問題は認められていない。

難治性SLEにおいて持続的寛解、免疫抑制薬中止などが報告されており、今後の重要な治療選択肢となる可能性がある。

安全性の観点からは、血液悪性腫瘍患者と比して膠原病患者ではB細胞が少ないため、CRS(サイトカイン放出症候群)やICANS(免疫エフェクター細胞関連神経毒性症候群)といった副作用も少ないことが知られている。

実際の適応としては、難治・重症患者に感染症のスクリーニングを十分に行ってから投与するのが良いと考えられる。

CAR-T療法単独をみても、従来のCD19単独を標的としたCAR-T療法に加え、CD19とBCMAなどを同時に標的とする新規CAR-T療法や、製造に時間を要しない同種CAR-T療法など、今後さらなる発展が期待される。

## 7. まとめ

本学会では、CAR-T療法をはじめとする新規治療戦略、B細胞標的療法の深化、さらには長期予後を見据えた疾患制御のあり方に至るまで、SLE診療の未来を形作る多くの知見が提示された。病態理解と治療戦略がより精緻に結び付きつつある現在、本疾患のマネジメントは新たな段階に移行しつつあることが強く印象に残った。

夕暮れのリスボンで、どこからともなく聞こえてきたファドの旋律のように、ここで得られた知見は静かな余韻を残しながら、次の探究へと連なっていく。その歩みの先には、やがて地中海の陽光に白い石が輝く街、アテネが控えている。古い石柱の影がゆっくりと伸びるその場所で、再び新たな出会いと知が交差することを期待したい。(了)

表 新規SLE治療薬

治療目的	新規薬剤またはレジメン	試験名	開発段階	対象	結果
<b>B細胞</b>					
CD20	Rituximab	LUNAR	Phase 3	Lupus nephritis	血清学的指標改善、臨床所見改善なし
		EXPLORER	Phase 2/3	SLE	治療反応性有意差なし
	Ocrelizumab	BELONG	Phase 3	Lupus nephritis	感染症リスク上昇のため中止
	Obinutuzumab	NOBILITY	Phase 2	Lupus nephritis	104週までの腎病変改善効果あり
		REGENCY	Phase 3	Lupus nephritis	CRR達成率・血清学的活動性改善
ALLEGORY	Phase 3	SLE	SRI4 response rate上昇 flare率低下		
BAFF	Belimumab	BLISS-52	Phase 3	SLE	SRI4改善
		BLISS-76	Phase 3	SLE	SRI4、SLE疾患活動性、重症flare率改善
		BLISS-SC	Phase 3	SLE	SRI4改善、重症flare減少
		BLISS-NEA	Phase 3	SLE	SRI4改善、ステロイド減量
		BLISS-LN	Phase 3	Lupus nephritis	PERR達成率改善
CD20+BAFF	Rituximab-Belimumab 併用療法	CALIBRATE	Phase 2	反復性腎炎	B細胞再構築過程においてトランジショナルB細胞からナイーブB細胞への成熟を抑制し、自己反応性B細胞のネガティブセレクションを促進した。
		BEAT-LUPUS	Phase 2	SLE	dsDNA Ab titer低下、重症flare率も低下
		BLISS-BELIEVE	Phase 3	Non renal SLE	primary/secondary outcome達成できず、dsDNA Ab/CD19+ B細胞低下あり
BAFF受容体	Ianalumab	SIRIUS-SLE 1	Phase 3	Non renal SLE	ongoing
BAFF及びAPRIL	Atacicept	ADRESS II	Phase 2	Non renal SLE	SRI4 response rate改善
	Telitacicept	NCT04082416	Phase 3	Non renal SLE	52週でのmodified SRI-4 response rate改善
BAFF及びICOSL	Rozibafusp alfa	NCT04058028	Phase 2	Active SLE	SRI4 response rate改善示せず
CD38	Daratumumab	NCT04868838	Phase 2	血清学的陽性SLE	血清学的マーカー改善
CD22	Epratuzumab	EMBODY 1 EMBODY 2	Phase 3	Non renal SLE	治療反応性改善示せず
CD19	Obixelimab	NCT02725515	Phase 2	active, non-organ-threatening SLE	32週時点での病態改善示せず
<b>T細胞</b>					
カルシニューリン	Tacrolimus (+MMF) Voclosporin	NCT00876616	Phase 3	Lupus nephritis	IVCYと比してmultitargetでCRR改善
		AURORA-1	Phase 3	Lupus nephritis	52週時点でのCRR達成率上昇
		AURORA-2	Phase 3	Lupus nephritis	3年時点での効果持続、重症副作用なし
mTOR	Sirolimus	NCT04892212	Phase 2/3 single arm	Lupus nephritis	論文化未
CD40	BI 655064	NCT02770170	Phase 2	Lupus nephritis	蛋白尿効果改善示せず
	Iscalimab	NCT03610516	Phase 2	Active SLE	蛋白尿改善
CD40L	Dapirolizumab	RISE	Phase 2	SLE	24週時点での臨床的+免疫学的疾患活動性改善
		PHOENIX GO	Phase 3	SLE	LLDAS/DORIS remission達成率改善
		PHOENIX FLY	Phase 3	SLE	recruiting
CD80/86	Abatacept	NCT00774852	Phase 2	Lupus nephritis	24週時点でのCRR達成率上昇示せず
IL-2	Low-dose IL-2	NCT04077684	Phase 2	Non-renal SLE	completed
<b>樹状細胞</b>					
BDCA2	Litifilimab	NCT02847598	Phase 2	関節病変、 皮膚病変のあるSLE	関節病変改善効果あり
<b>サイトカイン</b>					
Type I インターフェロン 受容体	Anifrolumab	MUSE	Phase 2	Non renal SLE	24週時点でのSRI4 response改善
		TULIP 1	Phase 3	Non renal SLE	SRI4 response→両群差なし BICLA response→Anifrolumab>プラセボ GC reduction→Anifrolumab>プラセボ
		TULIP 2	Phase 3	Non renal SLE	52週でのBICLA response改善
		TULIP SC	Phase 3	Non renal SLE	BICLA response改善
L17	Secukinumab	SELUNE	Phase 3	Lupus nephritis	有意差示せず
IL23	Guselkumab	NCT04376827	Phase 2	Lupus nephritis	Enrolmentの問題から早期中止
IL12, 23	Ustekinumab	LOTUS	Phase 3	Active SLE	Ustekinumabは有意差示せず、治験打ち切り
<b>細胞内シグナル</b>					
JAK	Baricitinib	BRAVE I	Phase 3	Non-renal SLE	Bari 4mgで52週時点のSRI4 response達成率↑
		BRAVE II	Phase 3	Non-renal SLE	Bari群で52週でのSRI4 response達成率有意差なし
	Tofacitinib	NCT02535689	Phase 1	SLE	
	Filgotinib	NCT03134222	Phase 2	CLE	Primary endpoint達成できず
	Upadacitinib	SLEeK	Phase 2	Non-renal SLE	24週でのSRI4達成率改善
SELECT-SLE		Phase 3	Non-renal SLE	Recruiting	
TYK2	Deucravacitinib	PAISLEY	Phase 2	Non-renal SLE	Patient reported outcome改善
Bruton's tyrosine kinase	Fenebrutinib	NCT02908100	Phase 2	Non-renal SLE	安全性は示せたがSRI4 response rate改善できず
	Evobrutinib	NCT02975336	Phase 2	Non-renal SLE	SRI4 response rate改善示せず
	Orelabrutinib	NCT04305197	Phase 2	Non-renal SLE	recruiting
<b>補体経路</b>					
C5	Ravulizumab	NCT04564339	Phase 2	Lupus nephritis	terminated
Factor B	Iptacopan	NCT05268289	Phase 2	Lupus nephritis	recruiting
<b>その他</b>					
Cellular therapies	Mesenchymal stem cells	NCT03917797	Phase 2	Active SLE	論文化未
		NCT03673748	Phase 2b	Lupus nephritis	recruiting
	CAR-T	NCT05085418	Phase 1	Refractory Immune Nephritis	論文化未
		NCT05030779	Phase 1	Refractory SLE	12週時点で80%がLLDAS、DORIS寛解達成
Immunoproteasomes	Zetomipzomib	NCT03393013	Phase 2	Lupus nephritis	terminated
Neonatal Fc receptor	Nipocalimab	JASMINE	Phase 2	Lupus nephritis	SRI4 response rate改善、論文化未

# 新進気鋭の開業医

第3回

明陽リウマチ膠原病クリニック 院長 秋山 陽一郎 氏

聞き手:川添 麻衣 編集員 東邦大学医学部内科学講座膠原病学分野(大森) 講師

明陽リウマチ膠原病クリニックは、JR中央線・総武線「西荻窪駅」から徒歩3分の閑静な住宅街の一角に、2022年に開業しました。東京駅や新宿駅から電車1本でアクセスでき、羽田空港からも約1時間と利便性が高く、海外からの膠原病患者の受け入れも視野に入れています。

本紙編集委員の川添麻衣氏が、明陽リウマチ膠原病クリニック院長の秋山陽一郎氏(リウマチ財団登録医)を訪ね、地域医療で培われた独自の「診る」スタイルや、今後の展望について話を聞きました。



秋山陽一郎氏



クリニックの入口

## 今あるのは出会いのおかげ 地域医療でなるべくして専門医に

**川添:** これまでの先生のご経歴と、開業に至るまでの経緯を教えてください。

**秋山:** 私は2001年に自治医科大学を卒業しました。地域医療に従事していたため、当初から膠原病を専門にしていたわけではありません。もともとは脳に興味があり、学生時代は脳神経外科のセミナーを取っていました。卒後は出身地の山梨に戻り、初期研修を経て地域医療に従事しました。超音波検査(腹部・心臓など)や通常の上部内視鏡検査はもちろん、吐血患者へのクリッピング止血、外傷患者の創部処置や皮膚縫合なども行っていました。通常の内科医とは異なる経験を積んできたと思います。ただ、他都道府県の先輩には、お産を何十件も経験された先生もいるので、そこまでは到達していないかと。

まだ義務年限(※9年間)だった8年目に、山梨県立中央病院の膠原病内科の医師が不在になり、前倒しの形で膠原病内科に配属されました。赴任2年目からは実質一人で診療を担当しました。病棟は、研修医や専修医の先生方にまず対応してもらい、外来終了後には一緒に確認し、時には自分一人で病棟を回る日々でした。外来患者数も当初は月にのべ250人程度でしたが、私が退職するまでの5~6年で800人程度まで増え、最後は1,000人近くを診療していました。

**川添:** 膠原病を専門にされて2年目で、そのような状況になったのですか。

**秋山:** 大変でしたが、面白かったですね。山梨では多くの先生方に支えていただきました。なかでも、研修医時代に県立中央病院の膠原

病科にいらした西岡雄一先生(故人)の影響は大きかったと思います。私が県立中央病院へ戻った時には、すでに西岡先生は開業されていまして、一緒に診療したわけではありませんが、多くを学ばせていただきました。診療に向き合う姿勢やイズムを受け継いだのかもしれない。

**川添:** 開業後も研究発表を続けておられる秋山先生に感服していましたが、西岡先生の教えがベースにあるんですね。

**秋山:** 昨年(2025年)のACRでは、ポスター発表に採択され、発表してきました。ACRとEULARには毎年参加を続けていますし、今年(2026年)のEULARでは、看護師にも発表してもらいたいと考え、演題を応募しています。

## 大学で診療を続けながら クリニックを開業

**川添:** 県立中央病院のあと、自治医大に戻られたのですか。

**秋山:** 簗田清次先生(自治医大名誉教授)にお誘いいただき、最終的には母校で学びたいという思いから、2011年に自治医大へ戻りました。筋生検や腎生検を学び、ひょんなことから筋電図も行うようになりました。私は体表リンパ節生検や心臓穿刺なども経験していたので、私のチームは迅速に検査・診断を進められていたのかなとは思っています。その後、クリニック診療の経験を積みたくと考え、2018年に大学の常勤を離れてクリニックに所属しました。ただ、自治医大での外来は現在も週1回続けています。

**川添:** それはお礼奉公のようなものでしょうか。

**秋山:** お礼奉公はもう終わっていると思いた

いのですが(笑)。現在いる先生も大変なので、できるだけ続けたいです。

**川添:** 開業を見据えて、クリニック勤務を経験されたとのことですが。

**秋山:** 私は将来的に、膠原病をはじめとする免疫疾患を専門的に診療する医療機関をつくりたいという思いを持っています。その第一歩として、まずはクリニックを開業しました。

この領域におけるクリニック診療というと、関節リウマチを中心とした診療のイメージが強く、膠原病診療については、「病院だから診られる」「クリニックでは診られない」といった言葉を耳にすることがあります。しかし実際には、医師個人の能力の問題というよりも、検査設備や施設体制などの違いによる部分が大いのではないかと考えています。

私自身は、膠原病診療の難しさや責任の重さを感じるからこそ、今は地域で患者さんを継続的に支えていく役割を担いたいと考えました。必要に応じて病院と緊密に連携しながら、患者さんに安心して受診していただける診療の場を提供したいという思いで開業しました。

また、今後の日本の医療は、急性期医療と地域医療の連携をさらに深めながら、可能な限り外来で患者さんを支えていく方向へ進んでいくと考えていました。その中で、リウマチ性疾患の専門性を活かし、患者さん、そのご家族、さらには医療に携わる方々にとっても価値のある場所を育てていきたい、その思いが開業の原点です。

## 患者さんのために 歩いて決めた西荻窪

**川添:** この地で開業された理由はありますか。

**秋山:** 日本全国、最低でもアジア中から来てもらう施設をつくりたいと思いました。新幹線、飛行機で到着して、そこから来やすい場所となると都市部です。私は西の大都市にはあまり縁がないので、東京を選びました。交通面を見て的を絞り、すべての駅に降りて周囲を歩きました。そして「この街がいい」とたどり着いたのが杉並区の西荻窪です。膠原病の患者さんは静かなところを好むと思います。路線、車の交通事情、街の人々の動き方、街並みを見て、ここがいいと思って決めました。物件を探したのはそれからです。

膠原病をメインでしっかり診るためにも、うちは大きく宣伝していません。地道に増えて

いけばいいなと思ったからです。2022年9月に開業して3年半経ちました。

## 免疫疾患は全身疾患 肺を含めトータルマネジメントで診る

**川添:** 開業するにあたって力を入れたことはありますか。

**秋山:** リウマチ性疾患の患者さんは骨密度が落ちるので定期的に骨密度検査をしています。私は地域医療をしていた時、小児の動脈管閉存症を見つけたこともあるくらいなので、心エコーも自分で行います。リウマチ性疾患は間質性肺炎の合併もありますし、肺もちゃんと診られるようにしないとイケないと精密呼吸機能検査も取り入れました。また、必要に応じて6分間歩行もしています。在宅酸素療法(HOT)中の患者、肺動脈性肺高血圧症の患者さんもいらっしゃるの、まずは当院で評価しています。さらに高齢者の場合、入院そのものが負担になる可能性があるため、同様にできるだけ当院でマネジメントしています。

**川添:** 患者さんの多くは関節リウマチ以外の膠原病ですか。

**秋山:** ある1年間で継続通院している患者さんを見たところ、SLE/筋炎/全身性硬化症、高安動脈炎/ANCA関連血管炎、脊椎関節炎、家族性地中海熱など、関節リウマチ以外が半数を超えていました。

必要であれば、グルココルチコイド(GC)パルス療法や高用量GCも通院で実施しています。全身状態が悪くなければ3日間通ってもいい、後療法も高用量GCでいきます。高用量GCは感染症が心配なため、血糖コントロールを即座に行います。病状や年齢にもよりますが、初期は週2・3回、時期をみて週1回、2週に1回と徐々に通院間隔を延ばしていきます。血液検査は基本的に外注ですが、院内で血算、生化学検査はできるようにしてあります。病状や疾患によって初期の段階でも院内と外注を使い分けます。診断・治療において、血液検査、超音波やCT/MRIは重要です。東京はCT/MRI検査を行ってくれる専門クリニックがあるので、緊急の時でもそこをお願いしています。

ただ、最も重要なのは問診と身体診察であり、外来診療はこれが肝だと思っています。「A LITTLE BOOK OF DOCTOR'S RULES」に「The interview is the beginning of treatment.」とあるように、まずは状況・状態を聴取することが重要です。

**川添:** 高用量GCは感染症が心配です。私が所属する大学病院では入院下での治療としています。外来治療で困ることはないですか。

**秋山:** GCも早めに減らすので、すごく困ることはないです。逆に、年齢によっては入院しないほうが良い場合があります。入院は病状が悪いからするのであって、管理は外来でもこまめに診察すればできると思います。

## 骨粗鬆症、看護外来、小児リウマチ 多岐にわたる診療内容

**秋山:** リウマチ性疾患がなく、骨粗鬆症のみでいらしている患者さんもいらっしゃいます。検



秋山氏の診察室で取材を実施。左、川添編集員。



EULAR 2025(スペイン・バルセロナ)会場にて。

診で引っ掛かった方、「ほかで治療しているけれど、これでいいですか」という方がおられ、年齢や骨密度の状況などによって治療を決めています。

**川添:**ホームページの診療内容に看護外来の記載もありました。

**秋山:**当院にはリウマチケア看護師、骨粗鬆症マネージャー、慢性看護学修士をもつ看護師がいます。患者さんには社会福祉的なことなど相談がいろいろありますので、そういったことにも看護師が対応しています。(※コラム参照)

**川添:**小児科も対応していらっしゃるのですか。

**秋山:**小児科としてではなく、リウマチ性疾患を疑われた患者さんに来ていただくということです。山梨にいた頃は小児リウマチ性疾患を診る医師が少なかったため、若年性特発性関節炎やSLEのお子さんも診ていました。過去、当院に来られた一番小さなお子さんは5歳です。こちらの状況がわかって採血が可能なお子さんであれば対応しています。

**病診連携、診診連携  
バランスを取ることが重要**

**川添:**病診連携についてはどのようにお考えですか。

**秋山:**リウマチ性疾患が疑われたとき、クリニックの先生は病院へすぐに送るのですが、クリニックからいきなり病院に紹介するのではなく、近くに信頼できる専門クリニックがあればそちらに送ったほうがいい。そこの診断・治療を経て、病院かクリニックか、選択すればいいと思います。

また、専門クリニックへ紹介された患者さんが、その後入院加療のため病院へ紹介されることがあります。その際、病状が安定した後は速やかにクリニックへ逆紹介することが重要です。そうしなければ、病院外来の患者数は減少せず、地域全体での適切な役割分担も進みません。

私自身、自治医科大学で診療する際には、初診時から「病状が安定したら、お近くの医療機関へ紹介します」とあらかじめ説明するようにしています。後になってから伝えても、患者さんは「ずっと大学病院で診てもらえる」

と考えているため、円滑な病診連携につながりにくいからです。

箕田先生も、栃木県における非専門医を含む病診連携ネットワーク構築に尽力される中で、「良くなってから言うのでは絶対にだめで、最初から伝えることが重要」と話されています。病院側としては外来患者数を適正化でき、必要に応じたデータ収集も行いやすくなります。一方、クリニック側も継続的に患者を診療できるため、診療面・経営面の双方でメリットがあり、病院と地域クリニックがwin-winの関係構築ができることと述べられています。

**川添:**地方では病院以外に専門医が少なく、なかなか難しいですね。

**秋山:**地方にはそもそも連携のハブとなる先生がいない可能性があるため悩ましいところです。たとえば病状が落ち着いたら病院には3~4ヶ月に1回、半年に1回と、必ず来てもらうように決めておいて、そのあひだは一般内科でもいいので薬の処方やふだんの状態を診てくれる先生をお願いをする。丸々全部をお願いしようとするから大変なのであって、バランスを構築していけばいいと思うのです。私は病院での診療時、経過などの話は聞きますが、「治療や薬を変えるときは相談は主治医の先生としてくださいね」とはっきり言います。あくまで主治医はふだん診る専門医です。ただし、専門医でなければ病院の医師が主導でよいと思います。

**川添:**診診連携の場合はどうでしょう。

**秋山:**一般内科の疾患もあって、リウマチ性疾患が疑われて紹介された患者さんの場合、私も内科全般を診療しますが、「基本はこれまでのかかりつけで引き続き診てもらいましょうね」と必要であれば伝えます。そのようにお互いのバランスを取っています。

**「当院の看護師さんに見てほしい」  
そんな看護師を増やしたい**

**川添:**今後の抱負をお聞かせください。

**秋山:**日本のこれからの医療を考えたとき、膠原病をクリニックでもできるだけ診られる体制にしたほうがいいので、頑張るRheumatologistが全国で増えてくれればと期待しています。

「早く送ってきて」と病院の医師は言うかもしれませんが、頑張った結果なのでそこは温かく迎えてほしい。私はこれまでも今もそのように思って大学での診療をしています。あとはこちらがやればいい、です。そしてクリニックでは、日本以外からの患者さんも来られるように、頑張っています。

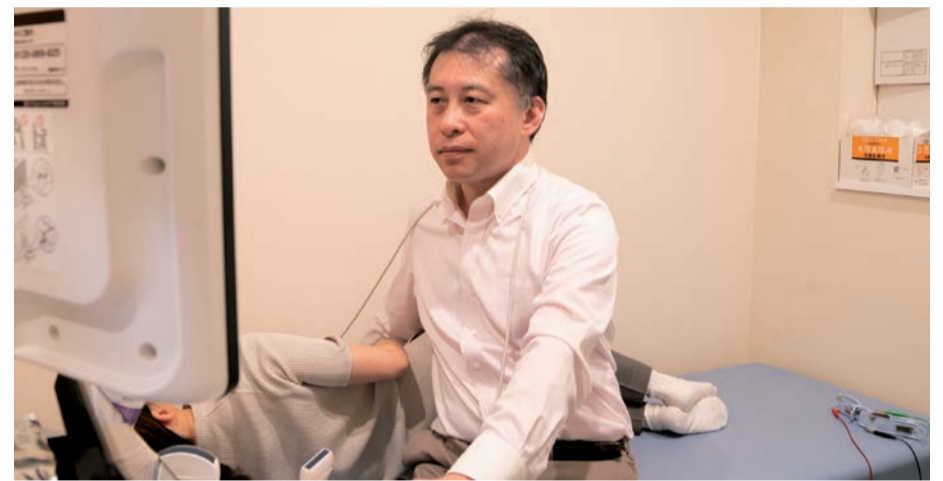
あとは、関節リウマチだけでなく、その他膠原病、変形性関節症、骨粗鬆症もしっかり診られる看護師さんを増やしていきたいです。米国の医療ドラマを見ていたら、「前の看護師さんにみてほしい」と、患者さんが強い意志を持って看護師に話しかけるシーンが出てきます。日本でも患者さんから選ばれるくらいの看護師を育てることが大事だと思っています。リウマチ性疾患の患者さんに対して、機械や数字に表れない看護をちゃんとできる看護師が増えてくれればと切に期待しています。

**開業を希望する医師たちへ**

**秋山:**膠原病、免疫疾患を診る専門医がクリニックを開業することは、地方の裾野を広げていくためには大事です。「クリニックだから」ではなく、入院以外ではできるだけ自分で診るくらいの気持ちで頑張ってもらいたいと思っています。

若い人には「自分がここまでしたい」というところを持って開業してほしいと思います。決して目標は低くしておく必要はないので、ここまでするためにはどうするかを考えてやってみればいかなと思います。困ったことがあったらご連絡いただければ、話せることはお話ししたいと思います。

**川添:**今日は色々お話を聞かせて頂き、ありがとうございました。(了)



エコーを行う秋山氏。患者さんの心理的負担を考え白衣は着ない。



患者さんと松田看護師を連れ、いつもの6分間歩行テスト。



DLcoも測定可能な呼吸機能検査装置。クリニックでの導入事例は希少。

**コラム** リウマチケア看護師の現場について  
明陽リウマチ膠原病クリニック 看護師 松田 真紀子 氏

**免疫疾患に関わるすべての方の幸せのために**

「免疫疾患に関わるすべての方の幸せのために」このConceptのもと、2022年9月、明陽リウマチ膠原病クリニックは歩みを始めました。クリニックの看板には「全身に起こる免疫の病気を診察します」と掲げています。当院の特徴の一つは、開業当初より「毎日全員に提供する看護外来」です。特定の時間枠を設ける形式ではなく、すべての診療の中に看護の視点を組み込み、患者さん一人ひとりの「気付き」を共に見出し、解決へとつなげています。

服薬指導、自己注射指導、フットケア、皮膚・口腔ケア、社会資源の活用支援、妊娠・出産・育児の相談、通院調整、ご家族の悩み、さらには旅行や趣味の相談まで……。慢性免疫疾患とともに生きる患者さんにとって、生活そのものが療養の場です。「気付き」は小さく見えても、その方の人生においては大きな意味を持ちます。問題も解決方法も一人として同じではありません。患者さんが安定し、安心し、笑顔で日常を送られる姿を拝見すること。それが、私たちにとっての何よりの喜びです。

**地域とともに歩む専門クリニック**

開業にあたり、私が秋山先生にお願いしたことの一つが、杉並区医師会への入会でした。私は生まれ育ちも現在も杉並区民です。杉並区は古くから開業医が地域医療を支えてきた土地柄であり、診療所同士の連携が息づいています。医師会への参画により、近隣の先生方との連携体制を築き、区民健診や予防接種にも対応しています。開業当初より、多くの先生方にご紹介やご支援をいただきました。また、秋山先生は医師会の学術委員や保育園の校医としても活動し、診療室の外でも地域医療に貢献されています。専門性を持ちながら地域に根ざすこと。それが当院の大切にしている姿勢です。

**「ちゃんとやる」医療**

秋山先生のモットーは「ちゃんとやる」です。効率化は追求しても、手抜きはしない。

患者さんの訴えを丁寧に聴き、時間と手間を惜しみません。まず正確な診断を行うことを徹底し、クリニックでは珍しい精密呼吸機能検査機器の導入、リツキシマブ外来投与、ステロイドパルス療法、ルンバル検査など、大学病院と同等、あるいはそれ以上の医療を提供しています。決して諦めず、常に学び、考え、工夫を重ねる姿勢。その背中を見ながら、私たち看護師も安全で有効な治療を支えるために、丁寧に確かなケアを心がけています。

**膠原病看護師として思うこと**

「関節リウマチは関節の病気ではなく、免疫の病気です。」「関節リウマチは膠原病の一つです。」この言葉に驚く看護師も少なくありません。関節リウマチは肺・眼・血管など全身に及ぶ疾患です。だからこそ私たちは、病気だけを看るのではなく、患者さんを“人”として看る。そして、現在だけでなく未来を看る。将来を見据えた支援を行うことが、膠原病に携わる看護師の使命だと考えています。

免疫疾患に関わるすべての方の幸せのために。私たちは今日も、患者さんとともに歩んでいます。



前列左から秋山氏、松田看護師。後列左から横島看護師、医療事務の井上氏。

### 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](mailto:inform@rheuma-net.or.jp)

- ・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)。

### 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).....受付終了
- (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



### 令和8年5月 企画運営委員会議事録

審議概要を下記の通り報告します。

企画運営委員会委員長 川合 眞一

日時:令和8年5月12日(火)18:30～20:00

#### 【報告事項】

1. 医療情報委員会(4月10日)について  
HPアクセス数の高水準推移、災害時患者支援の取り組みの進捗が報告された。
2. 第41回日本臨床リウマチ学会(会長:日高利彦先生)からの提案について  
受諾した合同シンポジウムの概要が報告された。タイトルは「災害時におけるリウマチ診療について—災害に向けたメディカルスタッフからの提言—」である。
3. 寄付金等の報告について  
直接納付3件、つながる募金12件、港区版ふるさと納税15件をいただいたことが報告された。

#### 【審議事項】

1. 令和7年度事業報告(案)及び収支決算(案)について
2. 令和8年度収支補正予算(案)について
3. 基本財産の一部処分に関する件について
4. 公益充実資金等取扱規程の整備について  
1～4の審議事項は、理事会及び評議員会に諮ることを決議した。
5. 令和8年度日本リウマチ財団リウマチ医学賞受賞者の承認について  
学術助成委員会の合議を経て選出された1名を審議し、承認した。
6. 国際学会(EULAR2026)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  
学術助成委員会の合議を経て選出された4名を審議し、承認した。
7. 令和9年度リウマチの治療とケア教育研修会について  
教育研修委員会が取り纏めた開催概要を審議し、承認した。※巻頭記事参照
8. 令和9年度リウマチ月間リウマチ講演会について  
開催概要を審議し、次の通り承認した。  
実行委員長:中川夏子(日本リウマチ財団理事)  
開催日:講演会I 令和9年6月5日(土) 講演会II 令和9年7月4日(日)  
開催場所:東京国際フォーラム(ハイブリッド開催)  
メインテーマ:多職種連携で描くリウマチ診療のこれから
9. リウマチ療養指導士制度(仮称)の構想について  
リウマチ専門職制度の上位資格として立ち上げることに、一同の合意を得た。
10. 財団ニュースの完全電子化について  
経費削減に直結する施策として協議した結果、一同の理解を得た。



### 令和7年度 事業報告書・決算報告書

財団ホームページの情報公開ページに掲載しました。

## 編集後記

年度が明け、春の学会シーズンとなり、4月の日本リウマチ学会、5月の日本整形外科学会と参加してきました。話題はD2TRA、ガイドライン、診断方法、新しい薬の効果など。私も日々進歩する医療に置いていかれないよう、食らいついています。

さて、本号では、このたび新しくなる「リウ

マチの治療とケア教育研修会」について、当財団常務理事の富田哲也先生にインタビューしました。完全ハイブリッド開催(現地+オンライン)への移行、多職種向けの実践的な内容の重視、地域の専門職が講師を務めることで参加者が質問しやすい環境づくりを進めるなど、地域連携や多職種連携の推進を目指す取り組みについて語っていただいています。

「医療保険部会からの便り」では、宗圓聡先生に骨粗鬆症治療と保険請求の留意点についてご寄稿いただきました。骨吸収抑制薬

同士や骨形成促進薬との併用は原則として保険適用外であり、骨密度検査の算定回数も年1回に制限されるなど、診療報酬改定のポイントが解説されています。

22nd International Vasculitis Workshop速報を田巻弘道先生、15th European Lupus Meeting速報を中井健宏先生にご執筆いただきました。ANCA関連血管炎やSLEにおける最新の研究成果や新規治療戦略が紹介されています。

明陽リウマチ膠原病クリニック院長の秋山

陽一郎先生へのインタビューでは、呼吸機能検査の導入、看護外来の充実、病診連携・診診連携の工夫などをお聞きました。

7月5日(日)に開催される「リウマチ月間リウマチ講演会」では、皆さまに有用な情報をお届けできると思います。また、引き続き財団ニュース紙面でもさまざまな情報を掲載してまいります。

#### 阿部麻美

新潟県立新発田病院リウマチセンター副センター長

### 令和8年度 リウマチ財団登録薬剤師

受付期間 令和8年7月1日～9月30日(消印有効)

#### ■新規申請

#### 資格(要件)

1. 申請時に3年以上の薬剤師実務経験があり、最近5年間に於いて、通算1年以上リウマチ性疾患の薬学的管理指導に従事した実績があること。
  2. 直近の5年間に於いて
    - (1) リウマチ性疾患薬学的管理指導者名簿.....10例\*
    - (2) リウマチ性疾患薬学的管理指導記録(上記名簿のうち).....5例\*
 \*抗リウマチ薬の調剤3例以上含むこと。
  - (3) 財団が主催また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(試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10月1日～令和13年9月30日)



#### ■更新申請

令和8年度更新該当者:平成28年度、令和3年度にリウマチ財団登録薬剤師を取得された方(TY0325～TY0466、TY0676～TY0704)  
更新料.....1万円  
登録有効期間.....5年間(令和8年10月1日～令和13年9月30日)



### 令和8年度 リウマチケア看護師

受付期間:令和8年8月1日～10月31日(消印有効)

#### ■新規申請

#### 資格(要件)

1. 申請時に3年以上の看護師実務経験があり、最近5年間に於いて、通算1年以上リウマチ性疾患のケアに従事した実績があること。
  2. 直近の5年間に於いて
    - (1) リウマチ性疾患ケア指導者名簿.....10例\*
    - (2) リウマチ性疾患ケア指導記録(上記名簿のうち).....5例\*
 \*関節リウマチ3例以上含むこと。
  - (3) 財団が主催また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(試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11月1日～令和13年10月31日)



#### ■更新申請

令和8年度更新該当者:平成23年度、平成28年度、令和3年度にリウマチケア看護師を取得された方(TK0266～TK0616、TK1736～TK1843、TK2346～TK2449)  
更新料.....1万円  
登録有効期間.....5年間(令和8年11月1日～令和13年10月31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支援によって支えられています。ご支援の方法には、「ご寄付」と「ふるさと納税」があり、継続的なご支援をいただけますと幸いです。なお、寄付金には税制上の優遇措置が適用されます。

#### ■ご寄付について

日本リウマチ財団へ直接寄付いただく方法(銀行振込)と「つながる募金」のシステムを利用して寄付いただく方法(クレジットカード利用)がございます。



#### ■港区版ふるさと納税(日本リウマチ財団応援寄付金)について

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、港区から日本リウマチ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)



### 《ご支援をいただいた方々》

本紙では、ご寄付およびふるさと納税をつうじてご支援を賜りました方々のご芳名を、感謝の意を表して掲載させていただいております。ありがとうございます。

高木 さゆり 様 故 毛利 節子 様(ご遺贈) 川合 眞一 様

匿名ご希望2名様