

Japan Rheumatism Foundation News

日本リウマチ財団ニュース

no. 198

2026年9月号

令和8年9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](https://twitter.com/jprheumatismf)

198号の主な内容
● 令和8年度 リウマチ月間リウマチ講演会
一般・患者さん向けの講演会Ⅰ 会場レポート
● 座談会：小関節外科
中川夏子氏×窪田綾子氏×岡田正人編集員
● 医療保険部会からの便り 第6回 神藤佳孝氏
● リウマチ人 近藤正一氏 (近藤リウマチ・整形外科クリニック)

令和8年熊本地震、
令和8年8月千葉豪雨で
被災された皆様へ

熊本地震、千葉豪雨で被災された皆様に謹んでお見舞い申し上げます。
被災地での医療、皆様の日常が一日でも早く復興することを強く祈念しております。

日本リウマチ財団事務所移転のお知らせ

このたび、業務効率化に伴い事務所を移転することとなりました。
これを機に、より一層職務に邁進し、皆様のご期待に添えるよう努めてまいります。

【移転先住所】〒105-0011 東京都港区芝公園3丁目6-22 JCビル201
電話番号 03-6452-9030 FAX番号 03-6452-9031
jrf@rheuma-net.or.jp (※電話番号、FAX番号及びメールアドレスに変更はありません)

【業務開始日】令和8年9月14日(月)

※移転に伴い、郵便物は移転先住所へ転送される手続きを行っておりますが、その影響により到着には通常よりお時間を要することが予想されます。何卒ご理解賜りますようお願い申し上げます。



川合 眞一
日本リウマチ財団理事長

令和8年度 リウマチ月間リウマチ講演会 一般・患者さん向けの講演会Ⅰ 会場レポート

毎年6月のリウマチ月間に開催されるリウマチ講演会。今年は「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／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)をテーマに、6月6日(土)、東京国際フォーラムで「一般・患者さん向けの講演会Ⅰ」が開かれました。

本号では、当財団理事長・川合眞一による特別講演のダイジェストのほか、パネルディスカッションに登壇した5名のパネリストからのメッセージ、学術助成等受賞者を紹介します。

なお、7月5日(日)に開催された「当財団の研修会を兼ねた講演会Ⅱ」の様子は、次号でお伝えする予定です。

※記事内敬称略

第1部

リウマチ診療の現在地について ー多職種連携で支える、いまの治療とこれからー

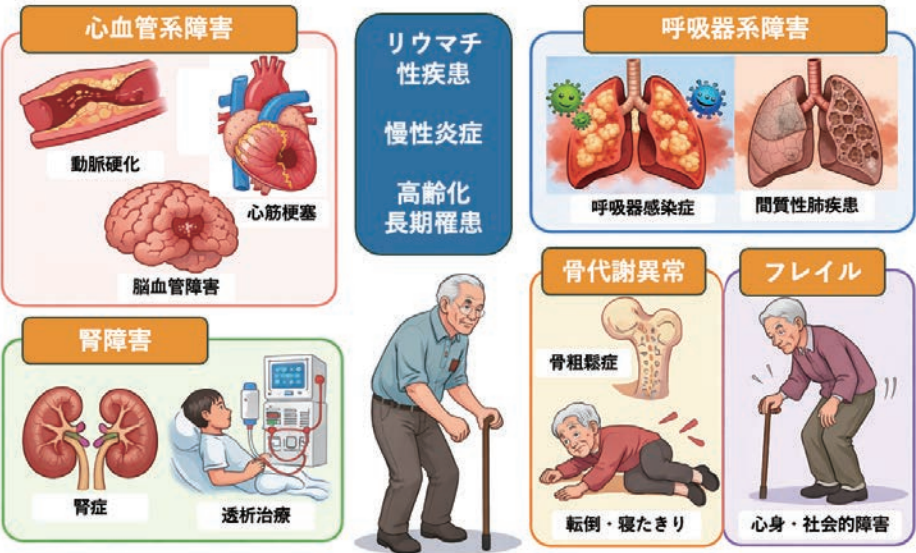
座長 中川 夏子 日本リウマチ財団理事
演者 川合 眞一 日本リウマチ財団理事長

進歩したリウマチ診療
現場に「笑顔」は増えたが課題も

川合氏はまず、自身の講演タイトルである「リウマチ診療の現在地」について整理した。近年は治療薬の飛躍的な進歩などにより診療現場の雰囲気に変化しているとし、「間違いなく『笑顔』は増えている。昔は冗談を言うような雰囲気ではなかった。それが言えるよ

うになったのは非常に良いことだ」と述べた。
また、関節リウマチを整形外科と内科の双方で診療してきた歴史を振り返り、日本リウマチ友の会と日本リウマチ財団による国への働きかけによって、1996年にリウマチ科の標榜が認められたことについて、「患者さんにとって利便性が高まった」とあらためて評価した。
一方で、治療薬の進歩は薬価の高騰にもつながっているとして懸念を示した。「使い方が

図 リウマチ性疾患に関連した特に高齢者で心配な合併症



(Microsoft Copilot による生成画像を編集)

提供／川合眞一

特殊な薬剤もあり、医療者だけでなく行政にも新たな対応が求められる」と指摘した。
さらに、標準治療の普及によって寛解を得られる患者さんは増えたものの、現時点では根本的な治療法がないことにも言及。「依然として手術やリハビリを必要とする患者さんもいる。超高齢社会では合併症の管理がますます重要になるだろう」と課題を挙げた。
その上で、「炎症性疾患では動脈硬化性病変が進行しやすく、肺や腎臓などの臓器障害にも注意が必要だ。特に高齢者では、骨代謝異常、悪性腫瘍の合併、フレイルなどへの対応も求められる」と述べ、患者一人ひとりに合わせた個別化医療の重要性を強調した(図)。

トータルマネジメントのこれから
登録専門職の上位制度の創設へ

さらに川合氏は、高度医療に伴う医療費対策や、小児期から成人期への移行期医療、周産期医療、災害医療へと話題を広げた。
中でも災害医療については、自身が体験した東日本大震災直後の現地でのボランティア

活動を紹介。「医師だけではどうにもならないことが多かった。医療機関の枠を超えたチーム医療も必要だ」と語った。
ここから焦点はトータルマネジメントへと移る。「リウマチ性疾患そのものの管理に加え、患者さん一人ひとりのライフイベントへの配慮も重要だ。結婚・妊娠・出産・授乳・就労・介護などの調整や、心理的・社会的サポートを含めた総合的な対応が必要であり、医療者が一体となって取り組むトータルマネジメントが今まで以上に求められる」と期待を込めた。
トータルマネジメントは、日本リウマチ財団が掲げてきた重要な目標の一つでもある。「当財団では、多職種が協働して診療にあたることを目指す登録専門職制度を運営してきた。知識面、実践面の双方でさらに高いレベルを目指すには、もう一段上位の制度が必要ではないか」と訴えた。
具体策として、各職種の関連学会の協力を得ながら、「日本リウマチ財団認定リウマチ療養指導士(仮称)」制度を2027年度に新設する計画を明らかにした。(了)

リウマチ診療の現在地のまとめ

- 間違いなく「笑顔」が増えた。
- リウマチ科標榜によりリウマチ診療を受けやすくなるなど、患者さんの利便性は増した。
- 薬物治療の主な目標は痛みや炎症の軽減から免疫の改善に変化し、標準治療の普及により多くの患者さんで寛解が得られるようになった。
- しかし、現在でも原因療法はないので残念ながら治癒を目指す治療法になっていない。
- 一部の患者さんでは依然として手術やリハビリを必要としている。
- 超高齢社会における合併症管理の重要性が増している。
- 高度なテクノロジーによる新薬は一般に高薬価で、使い方が特殊なものもあり、医療者や行政の新たな対応を必要としている。

提供／川合眞一

第2部

パネルディスカッション

司会

中川 夏子

日本リウマチ財団理事

パネリスト

川合 眞一

日本リウマチ財団理事長

中原 英子

大阪行岡医療大学医療学部 教授

松田 真紀子

明陽リウマチ膠原病クリニック 看護師長

安野 伸浩

帝京大学医学部附属病院 薬剤部長

林 正春

JA静岡厚生連中伊豆温泉病院
医療技術部長兼作業療法科技師長

リウマチ診療のこれから

—治療・生活・社会をつなぐチームのカー



パネルディスカッションの様子

職種を代表し
各氏からメッセージ

川合:2027年度には「日本リウマチ財団認定リウマチ療養指導士(仮称)」制度を新設し、リウマチ療養に伴うさまざまな患者さんへの対応について、患者さんだけでなく医療スタッフに対しても適切かつ円滑に指導できる

体制の構築を目指します。

中原:患者さんが抱える「言いづらいこと」は、治療の障壁になりかねません。「言ってよかった」と思っていただけよう、①診察前にメモを準備する、②小さな違和感でも一言伝える、③チームに頼る一の3つを心掛けましょう。

松田:看護の「看」は「手」と「目」、「護」は「護る」という字です。患者さんとともに歩むパー

トナーとして、病気だけを見るのではなく、患者さんを生活者として捉える視点を大切にしています。それぞれの気付きを見つけ、一緒に問題を解決していきたいと考えています。
安野:関節リウマチの治療選択肢が多様化する中、チーム医療において薬剤師は、医療スタッフとの連携はもちろん、薬学的な視点から最適な治療方針を提案し、患者さんに

適した薬物療法を提供する役割を担っています。
林:作業療法は、①関節の疼痛緩和や変形予防などの治療支援、②患者さん一人ひとりに合わせた自助具の活用などによる生活支援、③安心・安全な生活を目指した住宅改修提案などの社会支援一という「3本の矢」で、患者さんの「生きる力」を支えています。(了)

学術助成等受賞者

令和8年度日本リウマチ財団リウマチ医学賞

山本 元久 東京大学医科学研究所附属病院リウマチ・膠原病内科 准教授
〔研究題目〕IgG4関連疾患の分子病態解明と創薬標的の統合的解析による個別化治療戦略の構築

第13回塩川美奈子・膠原病研究奨励賞

秋山 光浩 慶應義塾大学医学部内科学(リウマチ・膠原病)専任講師
〔研究題目〕高齢発症SLEにおけるCX3CR1+細胞傷害性T細胞の病態的役割と個別化治療への応用

令和8年度日本リウマチ財団リウマチ福祉賞

小林 竹子 大澤 富美代

令和8年度日本リウマチ財団リウマチ専門職表彰

- 〈看護師部門〉**洲崎 みどり** 八木病院
〔活動実績〕リウマチ性疾患の診療、看護、治験・臨床研究、看護師主導の研究会から見出した、リウマチ性疾患の看護とリウマチ性疾患に携わる看護師の教育と育成
- 〈薬剤師部門〉**雪矢 良輔** 天理よろづ相談所病院
〔活動実績〕臨床現場におけるリウマチ治療に関する患者教育、学会発表、講演の実績、実臨床におけるバイオシミラーの有効性と安全性について
- 〈理学療法士部門〉**菱川 法和** 京都府立医科大学大学院医学研究科リハビリテーション医学 学内講師
〔活動実績〕リウマチ性疾患におけるサルコペニアおよび身体不活動の実態調査とリハビリテーション治療法の開発



授賞式の様子



(左から)山本元久、川合眞一

座談会

小関節外科

—リウマチ患者さんのQOLを支える手・足の治療戦略—

(写真左から)

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

岡田 正人 編集員

聖路加国際病院 Immuno-Rheumatology Center

窪田 綾子 氏

東邦大学医療センター大森病院 整形外科講師

薬や手術の進歩にともないリウマチ患者さんの予後は改善し、膝や股関節など大関節の手術件数は減少傾向にあります。その一方で、大関節と比較すると後回しになってきた小関節の痛みや変形を治したい、という患者さんの切実な願いが浮き彫りになってきました。今回は「小関節外科」という新たな括りで、手と足それぞれのエキスパートである中川夏子氏、窪田綾子氏を迎えました。小関節手術の進歩、内科から整形外科へ紹介する際のポイントをテーマに、岡田編集員が司会を務めます。

増加傾向の小関節手術
背景に患者意識の高まり

岡田 中川先生、窪田先生、本日はどうぞよろしくお願いたします。本紙の読者には、内科医もいます。我々内科医にとって、明日から役立

つ情報をお聞きできたら嬉しいです。まずは、ここ数年のアップデートについて教えてください。
中川 大関節の手術は世界的に減少しています(図1)。一方、小関節である手の手術では、よりターゲットを絞った治療が求められるようになっています。「ここだけ痛くて困って

いる」、あるいは病勢が落ち着いてきたからこそ「ここだけ気になる」といったように、患者さん自身の問題意識が高まっているからです。手の場合、内科の先生から「どうしたらよいだろう」とご相談いただく機会も、以前より増えた印象があります。

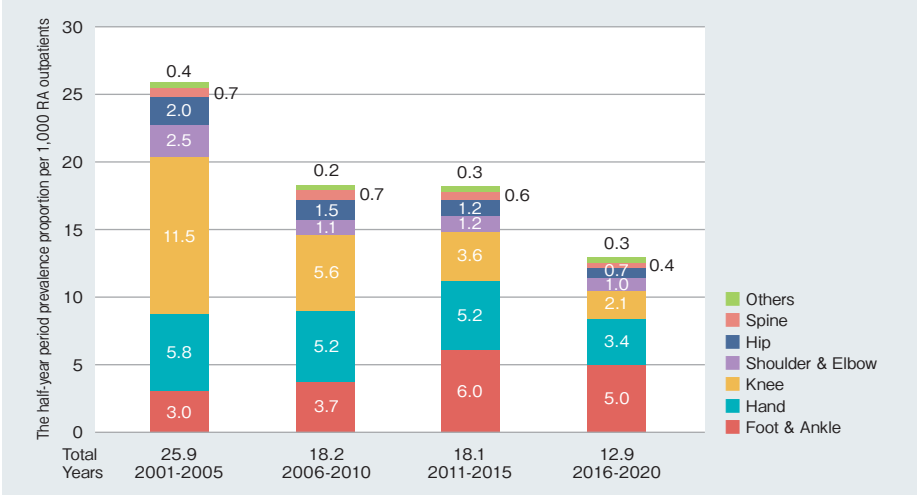
窪田 前足部の手術には日本発の手術方法もあり、足の手術件数はコンスタントに増えています(図2)。ただし前足部の手術を受ける患者さんは、足趾が脱臼している、胼胝(べんち=タコ)が痛くて歩きづらい、といった症状が進行した患者さんがほとんどです。内科の

図1 関節リウマチ手術の動向

スウェーデン	上肢RA関連手術減少(1998~2004) 下肢のRA関連外科的処置減少(1987~2001)
ノルウェー	RA関節全置換術(TJA)減少(1994~2012) RA関節固定術・RA滑膜切除術減少(1997~2012)
フィンランド	RAではTJA発生率増加せず(OAでは2倍~10倍)
デンマーク	上肢RA手術は2002年頃から減少
英国	RA関連手・足部手術は減少(1986~2012)
アイルランド	RA関連入院外科治療は1996年をピークに2010年には減少
スペイン	RA関連外科手術は60歳以上では増加傾向 THAは80歳未満で減少、TKA・上肢関節形成術は60歳未満で減少(1999~2015)
日本	手部・足部などの小関節手術は増加傾向

Momohara S. Clin Rheumatol 36(1): 11-18, 2024

図2 部位でみるRA*手術件数の変化 *関節リウマチ



Tominaga A, et al.: Mod Rheumatol 33(3): 509-516, 2023

先生からの紹介は、残念ながらまだ多くありません。足の診察は、靴を脱いでいただかなければならず、患者さんからの訴えがなければ診察の機会が失われる可能性もあります。そのため私は、患者さんが一度も整形外科を受診しておらず、足の状態を診る機会がないケースを何とかしたいと思っています。

岡田 小関節手術を受けることで、患者さんの生活はどのように変わのでしょうか。

中川 すでに障害が生じている場合は機能再建を検討するのはもちろんですが、手の手術では変形や機能障害を未然に防ぐこともできます。手の手術は、患者さんに将来も困らない生活を送っていただくための“攻めの治療”の段階にあると思います。

窪田 薬物療法が進歩し、疾患活動性をコントロールできるようになっても、前足部では変形や歩行時の痛みが残る方は多くいらっしゃいます。そこを足の手術で改善することで、さらにリウマチに縛られない生活を送ることができると思います。

紹介のタイミングに早すぎることはない！

1) 足の胼胝

岡田 足の場合は、装具をつけたり靴を作ったりしながら、ある程度の症状とうまく付き合って生活されている方も多いと思います。具体的には、どの程度の状態から窪田先生へ紹介するとよいでしょうか。

窪田 歩行時に前足部や足の裏に痛みがある場合は、いつでも紹介してください。また、胼胝は薬物治療で改善するものではないため、ぜひ早めに紹介をお願いします。

岡田 胼胝を皮膚科へ通って削ってもらっている方も多くおられます。

窪田 削っても、その部分に圧がかかっている限り再びできてしまいます。皮膚科で頻繁に処置しなければ我慢できない状態なら、その前に整形外科で足の状態を評価していただきたいと思います。手術をしなくても、装具を作成したり、リハビリについて説明したりすることで改善できる場合もあります。また、足の手術では、関節周囲の軟部組織の硬さによって、術後の足趾の柔軟性が変わってきます。術後につま先立ちができるかどうかにも影響するため、手術は軟部組織が硬くなる前に検討したいです。

図3 前足部手術方法の進歩

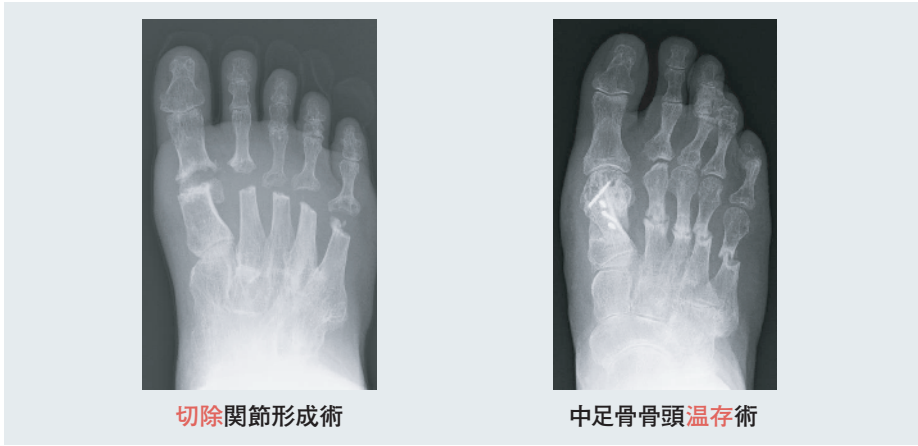


図4 紹介のタイミングが遅かった症例(足)



て将来的な変化を予防する目的の場合、すでに機能障害や変形が生じている方に対して、どこまで整形外科的なアプローチが可能かを検討する場合です。その上で、患者さん一人ひとりの状態に合わせたオーダーメイドの手術を行い、ご希望に沿えるよう努めています。

3) 手術の進歩

窪田 足は可動域のある手とは異なり、滑膜が肥厚していたり、炎症があったりすることは多くありません。手術の条件としては、リウマチのコントロールが不良な状態では脱臼や骨破壊の進行につながるため、リウマチのコントロールが良好であることが大前提です。足の手術は、かつてはとにかく関節切除が主流でしたが(図3左)、その場合、つま先立ちができず、すり足歩行になったり、外反母趾が再発したりすることもありました。現在では、コントロールが良好であれば、Larsen分類である程度骨破壊やびらんがみられる場合でも、中足骨頭を温存できるようになってきました(図3右)。

岡田 こちらの骨頭温存術の症例は、5本すべて手術されていますか？

窪田 手術の方法は患者さんごとに異なりますが、この方の場合には5本すべてを手術しました。外反母趾の変形が強く、1本だけを治療すると足全体のバランスが悪くなるためです。術後2日目から見た目の改善がみられ、「親指の爪が天井を向いているのは20年ぶりです」とおっしゃいました。しかし、患者さんにとって一番の喜びは、胼胝がなくなり、痛みから解放されることだと思います。

岡田 骨頭温存術が始まって何年くらいになりますか。

窪田 15年くらいです。2012年頃から始まりました。生物学的製剤(バイオ)が出揃ったことで、リウマチのコントロールが良くなり、だんだんと手術数が増えていきました。

4) 対象年齢

岡田 手術を受けるのに、年齢は関係ありますか。

窪田 若い方であれば、好きな運動ができるようになる方もいらっしゃいますので、個人的には早めに手術を検討したほうがよいと思います。手術が可能な年齢に上限はありませんが、足の手術では術後2週間程度の安静期間があります。そのため、70代前半くらいまでには治療を進めておきたいということを患者さんにはお話ししています。

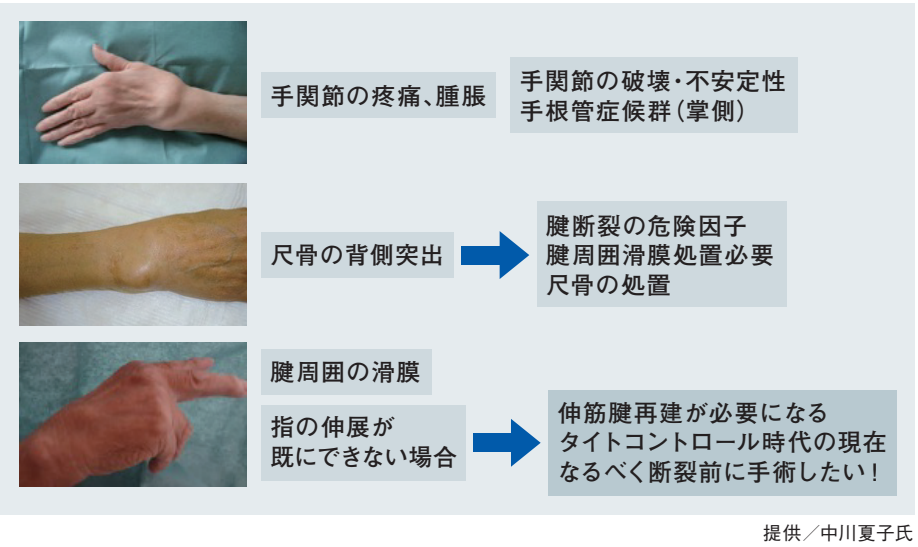
中川 手の場合は80代でも問題ないです。患者さん本人の希望があればそれに寄り添いたいと思います。

紹介が遅かった症例に学ぶ小関節の判断基準

岡田 「もっと早く紹介してほしかった」というような症例を教えてください。

窪田 こちらは胼胝から感染を起こし、骨髄炎を併発した症例です(図4)。3年ほど皮膚科で胼胝の治療を受けていましたが、リウマ

図5 早く紹介していただきたい症例(手)



リウマチ財団「医療保険部会」からの便り

第6回：令和8年度診療報酬改定におけるRA診療関連項目《クリニック外来編》



寄稿

神藤 佳孝 氏

しんとう整形外科・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

厚生労働省資料をもとに、クリニックにおける関節リウマチ（RA）診療に関連する令和8年度診療報酬改定項目を整理する。改定資料上、RAと明示された項目は限られるが、実務上は生物学的製剤を含む分子標的薬、バイオ後続品、就労支援、自己注射管理、骨粗鬆症管理、医療DX、薬局連携などが重要な論点となる。

1. 外来注射における バイオ後続品導入初期加算

入院中以外の患者に対する注射で、バイオ後続品について説明し使用した場合、バイオ後続品導入初期加算150点を、初回使用月から3か月を限度に月1回算定できる。RA診療では、外来点滴製剤や院内投与の生物学的製剤が主に関係する。切替え時には、有効性・安全性、先行品との違い、医療費負担を説明し、患者同意、説明内容、初回使用日を診療録に残すことが望ましい。

2. 薬局におけるバイオ後続品調剤体制 加算の新設

調剤報酬では、バイオ後続品調剤体制加算50点が新設された。保険薬局が適切な保管・説明・調剤体制を備え、バイオ後続品を調剤した場合に評価される。RA外来では自己注射製剤の院外処方が多く、処方医と薬局の連携が不可欠である。医師側は、処方箋記載、患者への事前説明、疑義照会への対応方針を整理し、バイオ後続品が治療の質を下げるものではないことを丁寧に説明する必要がある。

3. 療養・就労両立支援指導料の 対象疾患拡大

RAは就労世代にも発症し、手指機能障害、疼痛、倦怠感、通院や注射治療の継続により職場での配慮を要することがある。今回、療養・就労両立支援指導料は対象疾患の定めが廃止され、反復継続した治療が必要で就業継続への配慮を要する患者であれば全疾患が対象となった。勤務時間調整、注射日や副作用発現時の配慮、手指作業の軽減など、RA診療でも活用の意義が高い。

4. 糖尿病併存RA患者における 在宅自己注射指導管理料

生活習慣病管理料の見直しにより、糖尿病を主病とする患者であっても、糖尿病治療薬以外の薬剤に関する在宅自己注射指導管理料の算定が可能となる整理が行われた。RAでは、糖尿病管理中の患者が生物学的製剤を自己注射する場合に関係する。RA治療薬としての自己注射であること、糖尿病治療薬とは目的が異なること、手技確認や副作用確認を継続していることを診療録上も明確にする必要がある。

5. 成人移行期医療と 難病外来指導管理料

若年性特発性関節炎など小児期発症のリウマチ性疾患では、小児科から成人診療科への移行が課題となる。今回、成人移行期医療の受入れを評価する難病外来指導管理料2が新設され、小児科標榜医療機関から紹介され、小児科以外を受診する場合、紹介後5年以内に限り算定可能とされた。成人移行では、診療

科変更だけでなく、治療方針の自己決定、妊娠・出産、就学・就労、医療費助成、自己管理能力の獲得などを支援する視点が重要である。

6. 特定疾患療養管理料の見直し、 NSAIDs使用患者における 胃潰瘍・十二指腸潰瘍の扱い

RAでは疼痛管理目的でNSAIDsを使用することがある。今回の改定では、特定疾患療養管理料において、非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合、胃潰瘍および十二指腸潰瘍を対象から除外することが示された。RA患者ではNSAIDs関連消化管障害に遭遇し得るため、潰瘍の病態がNSAIDs使用と関連するか、算定対象となるかを慎重に確認し、PPI併用やNSAIDs継続の必要性も再評価すべきである。

7. 骨粗鬆症管理・骨塩定量検査との 関連

RA患者では慢性炎症、ステロイド使用、身体活動性低下、高齢化により骨折リスクが高く、骨粗鬆症管理はRA診療の重要な一部である。骨塩定量検査の算定要件見直しはRAそのものを対象とした改定ではないが、ステ

ロイド開始例、新規骨折例、骨粗鬆症治療開始後の評価では実務上の関係が大きい。疾患活動性だけでなく、骨折予防、転倒予防、ビタミンD不足、治療継続状況を含めた総合管理が求められる。

8. 医療DX・オンライン診療・遠隔連携

令和8年度改定では、医療DX、オンライン診療、薬局連携もリウマチ診療に関係する。RA診療では触診による関節評価、血液検査、画像評価が不可欠であり、オンライン診療のみで完結する疾患ではない。一方、疾患活動性が安定している患者、遠方通院患者、通院負担が大きい患者では、対面診療を補完する手段となり得る。副作用確認、服薬状況、感染症罹患後の対応、自己注射手技確認などへの活用が期待される。

9. 残薬対策・服薬管理の強化

RAではメトトレキサート、薬酸、NSAIDs、ステロイド、骨粗鬆症治療薬、分子標的薬など複数薬剤を長期に併用する症例が多い。飲み忘れ、自己判断による中断、残薬蓄積は、疾患活動性悪化や副作用発見の遅れにつながる。

表1 入院外：関節リウマチ外来に関係する改定ポイント
外来では、薬剤費適正化・薬局連携・長期処方の安全管理・医療DXが主な論点

改定ポイント	関節リウマチ外来診療での実務上の意味
バイオ後続品調剤体制	薬局側でもバイオ後続品の使用促進が評価される。医師と薬剤師で説明内容を共有し、患者の納得を得た切替えが重要。
長期処方・リフィル処方	安定例の通院負担軽減に有用だが、MTX、JAK阻害薬、生物学的製剤では血液検査、感染症確認、副作用確認を前提に慎重に運用する。
残薬対策・服薬管理	多剤併用が多いRAでは、残薬、飲み忘れ、自己中断の確認が疾患活動性悪化や副作用発見遅れの防止につながる。
医療DX・情報連携	電子処方箋や診療情報連携により、他院処方、検査値、感染症治療歴を把握し、重複投薬・相互作用リスクを減らす。
オンライン診療・遠隔支援	触診・画像評価を代替するものではないが、安定例の副作用確認、自己注射手技確認、遠方・通院困難例の補助に活用できる。
成人移行期医療	若年性特発性関節炎など小児期発症リウマチ性疾患では、小児科から成人診療科への継続的な引継ぎがより重要になる。

要点：RA外来では「患者説明」「安全管理」「薬局との情報共有」を前提に、効率化施策を活用する。

表2 入院：関節リウマチ診療に関係する改定ポイント
RA固有の新点数よりも、薬剤選択・情報連携・急性期機能・退院支援への影響が中心

改定ポイント	関節リウマチ入院診療での実務上の意味
バイオ後続品使用体制	入院中・退院時処方も含め、先行品からバイオ後続品への切替え説明が重要。デバイス差、患者不安、有効性・安全性を整理して対応する。
電子的診療情報連携	MTX、生物学的製剤、JAK阻害薬、ステロイド等の薬剤歴、感染症既往、検査値を迅速に把握し、周術期休薬や感染症対応に活用する。
急性期・高度急性期の再編	感染症、間質性肺炎、骨折、人工関節・脊椎手術などでは、機能に応じた病院選択と専門医連携が重要になる。
入退院支援・地域連携	高齢RA患者ではADL低下、フレイル、骨粗鬆症を伴いやすい。退院後の外来、在宅、リハビリ、薬局連携まで見据えた支援が必要。
リハビリ・チーム医療	人工関節術後、骨折後、急性増悪後の機能回復では、薬物療法だけでなく、リハビリ・看護・薬剤管理を含む多職種連携が重要。

要点：RA入院診療では「高度急性期機能」と「退院後の継続管理」をつなぐ情報連携が鍵となる。

今回の改定では、慢性疾患管理における残薬確認と服薬管理の重要性が示されており、診察時の残薬確認、薬局からの情報提供、処方調整を診療に反映することが外来の質向上につながる。

10. 長期処方・リフィル処方は 安定例で慎重に活用する

改定全体では、後発医薬品への置換えや長期処方・リフィル処方の取組強化も示されている。RA安定例では通院負担軽減の観点から長期処方が有用な場合がある。一方、メトトレキサートの血液障害・肝障害、分子標的薬使用中の感染症、ステロイド関連合併症など、定期的な安全性確認は不可欠である。長期処方を行う場合も、検査間隔、発熱・感染時の対応、休薬基準、受診すべき症状を患者に明確に説明する必要がある。

11. 外来機能分化と リウマチ専門医の役割

外来医療では、外来機能分化、紹介・逆紹介、地域医療連携が引き続き重視される。RA診療では、診断初期、治療抵抗例、重篤な合併症を有する症例は専門医療機関で集中的に管理し、安定例はかかりつけ医や薬局と連携して継続管理する流れが強まる。リウマチ専門医には、薬剤選択だけでなく、治療方針、薬剤切替え、検査計画、合併症管理、ワクチン接種、骨粗鬆症管理などを地域で標準化する役割が求められる。

まとめ

外来のポイントは**表1**に、入院は**表2**にまとめたが、令和8年度改定におけるRA関連項目は、RA単独の管理料新設ではなく、高額薬剤の適正使用、バイオ後続品推進、就労支援拡大、自己注射管理の整理、服薬管理、医療DX、地域連携の強化として現れている。外来RA診療では、薬剤選択、患者説明、薬局連携、就労支援、骨粗鬆症管理を一体的に運用することが、今回改定への実務対応の要点となる。（了）

リウマチ医療の変革期を駆け抜けて

近藤リウマチ・整形外科クリニック 院長

近藤 正一 氏

題字・仲村一郎 前編集長

聞き手 阿部 麻美 編集員 新潟県立新発田病院リウマチセンター 副センター長



近藤正一氏は、1998年(平成10年)にリウマチ専門クリニックの先駆けである「近藤リウマチ・整形外科クリニック」を開業するとともに、九州のリウマチ医療を支える研究会を数多く立ち上げました。近藤氏が生涯現役を目指す背景には、患者さんと長く向き合い、「パートナー」として寄り添い続けたいという強い思いがあります。近年、近藤氏が世話人を務める研究会に登壇した阿部編集員が、再び福岡を訪れて、お話を伺いました。

10歳で親元を離れて医学の道へ 30歳でリウマチ医長に

阿部 本日はあらためて「リウマチ人」。近藤先生にインタビューさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。まず、近藤先生の生い立ちと、医師を志されたきっかけを教えてくださいませんか。

近藤 私の父は軍医でした。帰還後、開業医の娘であった母の実家を頼って佐賀県伊万里に開業し、私はそこで幼少期を過ごしました。のどかで素晴らしいところでしたが、父が「ここには医者になれない」と判断し、福岡県久留米にある父の実家へ移ることになりました。私は小学4年生から親元を離れ、祖父母のもとで生活しました。今でもあの頃の寂しかった気持ちは覚えています。一方で、医者になることは当時から当然のように思っていたのかもしれない。そのまま祖父母のもとから久留米大学附設高校、九州大学へと進学しました。

阿部 大学をご卒業後、1973年に整形外科の医局に入局されています。どのような経緯でリウマチ診療に携わるようになったのでしょうか。

近藤 整形外科はあまり人が亡くならない分野だというイメージがあり、明るい雰囲気惹かれて入局しました。最初は小児整形を目指していました。当時は学生運動が盛んで、大学院で研究できるような環境ではありませんでした。研修を終えてからは、医局で小児の先天性内反足の研究をしていました。

妊娠したウサギから胎児を取り出して足を糸で縛り、子宮に戻して出産させ、骨格の変形がどのように形成されるのか、靭帯にどのような変化が起こるのかを調べる研究です。

医局で研究に明け暮れていると、よほど暇そうに見えたのかもしれませんが。リウマチグループから手伝うよう声をかけられたことがきっかけでした。28歳頃のことです。小児の先天性内反足と成人のリウマチ、二足のわらじでスタートしました。

ある時、リウマチグループの責任者だった

先生が、実家の医院を継ぐため突然退官することになりました。私はまだ30歳の若輩者でしたが、西尾篤人先生(第4代教授)から任命を受け、リウマチグループの責任者になってしまいました(写真①)。

阿部 30歳で大学のリウマチ診療を一手に負うことになったわけですか。

近藤 そうです。当時発足したばかりの九州リウマチ研究会(現九州リウマチ学会)の事務局も引き継ぐことになり、徐々にリウマチのウェイトが大きくなっていきました。

欧州留学—— 先進のリウマチ医療との邂逅

近藤 1984年、36歳の時に日本リウマチ協会(現・日本リウマチ財団)のフェローシップで、フィンランドのヘイノラ リウマチ財団病院へ留学しました。そこには世界各国から整形外科医が学びに訪れていました。その後、スウェーデンのカロリンスカ研究所(カロリンスカ医科大学)のIan Goldie教授のもとでも数か月間、研修の機会をいただきました。

北欧ではすでに人工関節術が主流となっていたことに大変驚きました。関節形成術や固定術ももちろん行われていましたが、かなり若い早期の患者さんでも、海外では自立意識が高く、自分で買い物に行けなくなると人工関節を選択する方も少なくありませんでした。そのため、再置換術(リビジョン)も多かった

記憶があります。もう一つ驚いたのは、カロリンスカ研究所の内科では、すでにメトトレキサート(MTX)による治療が始まっていたことでした。

阿部 先進的なMTXによる治療を、すでに海外で目の当たりにされていたんですね。

近藤 そうですね。私も帰国後すぐに使ってみようと考えたのですが、当時はまだ日本人患者さんに対する投与方法が確立されていませんでした。日本でMTXが関節リウマチの治療薬として承認されたのは、ずっと後の1999年のことです。

国立病院九州医療センター リウマチセンター開設

近藤 1987年、39歳の時に国立福岡中央病院へ移りました。その際、大学で診ていたリウマチ患者さんのうち200~300人が一緒に中央病院へ来られました。整形外科医として赴任したのですが、必然的にリウマチを専門的に診るようになっていきました。

1994年には病院が新たに国立病院九州医療センターとなり、念願だったリウマチセンターを開設していただきました。新しい病院では患者さんを集めることが課題になりますが、リウマチセンターが最初に満床になりました。

阿部 それだけ多くの患者さんから必要とされていたのですね。

近藤 当時、国立病院の整形外科は骨腫瘍が専門で、MTXも使われていました。一方、リウマチに対してはまだ効果的な治療薬が少なく、NSAIDsやステロイドで痛みを抑える治療が中心でした。患者さんはCRP 2.1mg/dL以上の疾患活動性が高い方ばかりで、本当に痛くて歩けない、動けないので即入院していただく

という状況でした。なかでもアミロイドーシスには大変苦勞しました。下痢が続く、心臓や腎臓の機能が悪化するなど、重篤な合併症を伴う患者さんも頻繁にみられました。現在はMTX、生物学的製剤(バイオ)、JAK阻害薬のおかげで、CRP 2.1mg/dL以上の患者さんは5%以下にまで減少し、アミロイドーシスを合併する患者さんもみられなくなりました。(図1)

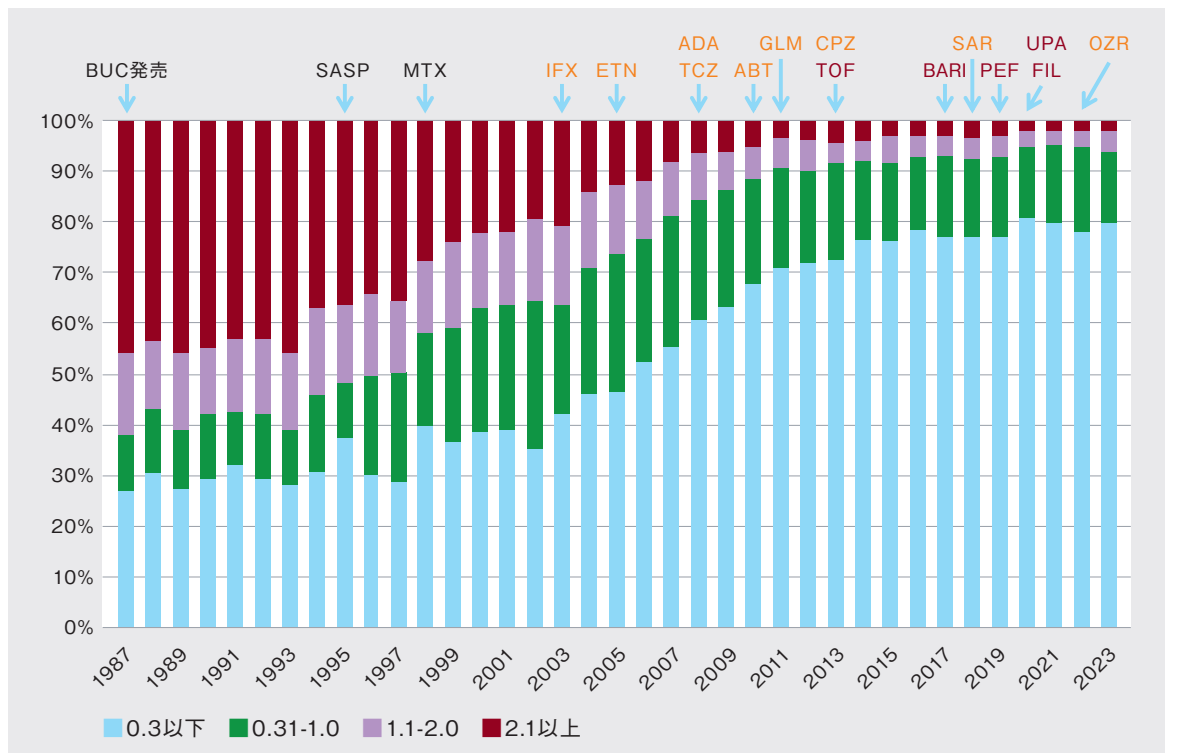
阿部 今の若い先生方のご存じないと思いますが、私自身も痛い経験をしたことがあります。何が起こったのか分からず、とても怖かったです。

近藤 当時、「保健師さんが訪問に来てくれるから」と、自宅の部屋を一生懸命片付けていた患者さんが、その日のうちに体調不良で緊急入院され、入院してすぐ心筋梗塞で亡くなれました。後から調べると、心アミロイドーシスでした。

そうした苦勞もありながら、患者さんも研修医も増え、診療はどんどん忙しくなっていました。それでも私は、病棟の患者さんは必ず1日1回は診ると決めていました。1人につき2~3分。入院患者さんが40~50人いれば、1~2時間かかります。顔を見て、声をかけて、もし調子が悪そうな方がいれば、さらに時間が必要になります。みんなが帰った後の病院で、一人残って回診する。そんな生活が続いていました。

多忙にしていたある時、先妻に癌が見つかり、1996年に他界してしまいました。3人の子供たちはまだ中高生です。毎晩、子供たちの弁当を買って帰りました。後輩の先生たちも育っていま

図1 36年間(1987~2023年)でのRA患者のCRP値の推移



写真①
34歳当時の近藤氏(右)と恩師である西尾篤人教授。

近藤氏が診療したRA患者の集計より 作成／近藤正一氏

したし、このままでは子供たちに申し訳ないと思い、1998年に国立病院を退職し、同年に開業しました。

リウマチ専門クリニックを開業 患者さんのパートナーに

近藤 私はリウマチ勤務医として長年、手術・病棟・外来で、患者さんを診てきましたが、患者さんに一番長い時間を使っているのは外来です。手術したあとも、入院して良くなったあとも、通院します。闘病生活では外来が一番大事なのに、病院外来では担当医がくるくる変わります。そこで開業するにあたり、私は患者さんの担当医のみではなく、患者さんに寄り添うリウマチ診療の「パートナー」になろうと決めました。

しかし、開業すれば家族との時間を持てるようになると思っていたのですが、当時はリウマチを専門に診る開業医がまだ少なかったこともあり、再び忙しい日々になりました。手術も好きだったため、開業後2年ほどは院外で続けていましたが、クリニックの患者さんをお待たせするわけにはいかないと考え、外来診療に専念することにした。

阿部 「パートナー」とは、新たな考え方だと思います。勉強になります。

近藤 最初の頃は症状の重い患者さんも多かったのですが、開業1年目にMTXが使えるようになり、さらにバイオも加わり、リウマチ治療の状況は劇的に良くなっていきました**(図1)**。私は新薬のみならず、薬の副作用をしっかり説明し、患者さんが納得できることを重視しています。診察室の棚には各薬剤の冊子、自作の副作用一覧表を用意しています。耳が遠い患者さんには、このメガホンを使ってでも説明します。**(写真②)**

阿部 特にご年配の患者さんは副作用を懸念される方が多いですから、素晴らしいです。

近藤 バイオ研究会、JAK研究会と、新薬が出るたびに、勉強会も立ち上げました**(表)**。

地域の医療を高めるため 多くの研究会を発足

近藤 大学を離れて強く思ったのが、まずリウマチ診療を担う若い医師を育てること、地域の医療を高めること、そして自分の専門性を維持することが大事だということでした。その

ために研究会をたくさん立ち上げました。まず、最初に「福岡リウマチ懇話会」です。国立病院時代の1989年に、福岡市のリウマチを診療する専門の先生みんなが集まって症例検討する勉強会を発足しました。九州大学の第一内科、第三内科、整形外科、福岡大学の整形外科のリウマチ医が世話人となり、毎年4回開催していました**(写真③)**。これをきっかけにリウマチの勉強や診療を始めた先生もいらっしゃいますし、内科と整形外科の連携もできます。若い先生たちが学会の準備の場として積極的に参加されるという背景もあり、2023年の第137回まで続きました。

現在も続いているのが2000年に立ち上げた「博多リウマチセミナー」です。これは専門の先生を招聘して各テーマについて講演していただくというものです。自分の専門性を高めるためにも始めた勉強会です**(写真④)**。

阿部 名だたる先生方がいらっしゃって、私も2023年のことですが、緊張しながら発表させていただきました。

近藤 ありがとうございます。ほかには「福岡県リウマチのケア研究会」が現在も続いています。これまで肺障害研究会、薬物治療フォーラムなど、数々立ち上げました。

阿部 素晴らしいことです。整形外科医にとって肺障害は怖いですから、勉強会があるたび参加させていただきました。

現役医師として語る 高齢化による新たな問題

阿部 今の患者さんの生活はどのように変わったと感じておられますか。

近藤 大きく変わりました。昔の患者さんは短命でいらしかったのですが、リウマチ診療が進歩して皆さん長生きされます。90代の方でも、腎・肝、肺機能に注意しながら量を控えればMTXの治療も可能です。一方、患者さんの高齢化とともに認知症や難聴、フレイルといった新たな問題が出てきました。一番問題なのが認知症で、服薬管理が難しくなります。薬はできる限り種類を減らして一包化する。あるいは訪問看護師さんに週1回注射していただく。ご自宅を訪問されることに抵抗がある方には、4週ごとの注射にして通院していただく。治療が継続できなくなることが一番の問題ですから、いろいろ工夫しています。さら

にお年を召された場合に一番副作用の不安が少ないのは、むしろ少量のステロイドです。

もう一つ問題なのは、後期高齢者の医療費が2割負担になり、高額なバイオを続けられなくなる患者さんが多いということです。現在、私のところには月に1,000人以上の患者さんが通院されていますが、約500人がバイオ、100人がJAKです**(図2)**。バイオは代謝されますから十分量でないと効果がありません。しかし高薬価の問題もあります。難しいことばかりです。

未来に向けて～ がんばれ、整形外科！

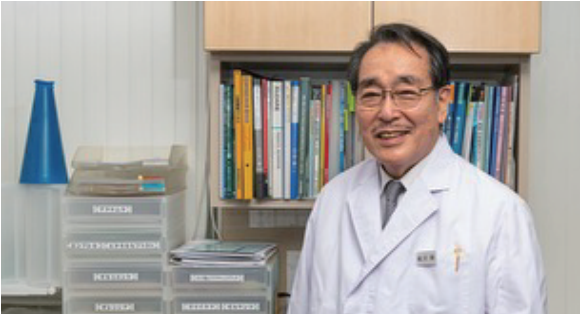
阿部 先生から若い医師へのメッセージをお願いします。

近藤 医療は日々進歩していますから、それについて学び続けることはもちろん大切です。しかし、もっと大事なのは患者さんを大切にすることです。高齢化がさらに進む中で、患者さんに寄り添い、優しく丁寧に向き合うことは基本だと思います。若い医師の皆さんには、そのことを心に留めていただきたいです。

また、私が心配しているのは、若い整形外科医でリウマチを専門として目指す人が少なくなっていることです。背景には専門医制度などの課題がありますが、複雑化するリウマチ医療においてこそ、内科医と整形外科医が協力し、両輪となって診療していくことが重要です。かつては九州リウマチ学会の会員の半数以上を整形外科医が占めていましたが、現在はその割合が減少しています**(図3)**。日本リウマチ学会も同様です。

阿部 整形外科医としてリウマチを診ることには、大きな魅力があると思います。

近藤 関節が壊れていかないようにするにはどうすればよいのか、免疫がどのように関わって



写真②
薬剤の患者向け冊子が入った棚と、常備するメガホン(写真左上)。



写真④
博多リウマチセミナー。Webとのハイブリッドで開催。

いるのか。学問として基本に立ち返って考えると、リウマチは非常に興味深い領域です。かつて整形外科の魅力は手術にあると考えられていました。しかし現在は、手術以外にも患者さんのためにできることがたくさんあります。リウマチ診療には、まだ改善できる余地が多く残されており、非常にやりがいのある分野です。若い整形外科医の皆さんには、ぜひこれからもリウマチを学び続けてほしい。それが私の願いです。

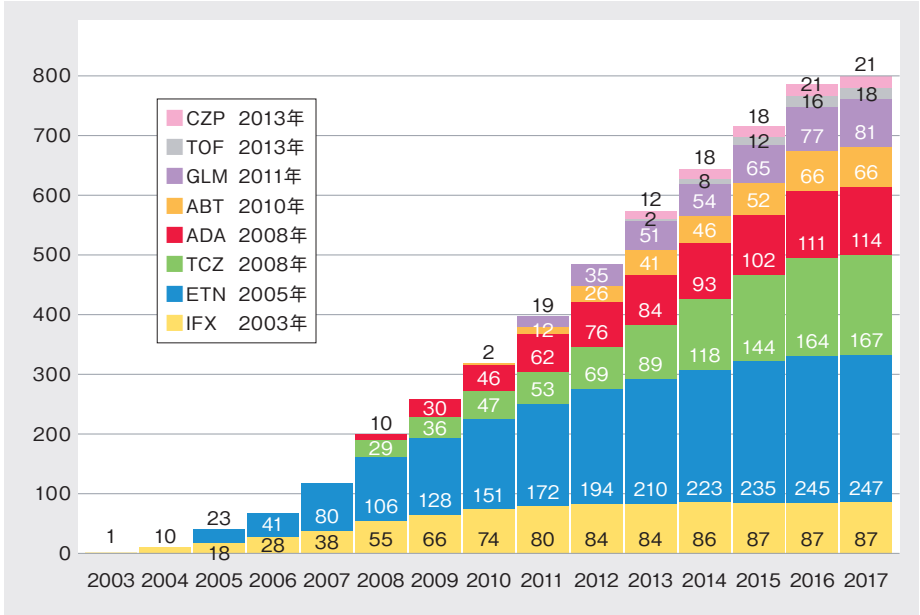
阿部 私も同感です。本日はありがとうございました。(了)

表 近藤氏が携わったリウマチ研究会

発足年	名称	会の主旨
1989年	福岡リウマチ懇話会	内科医・整形外科医、共同による症例検討会
1994年	福岡県リウマチのケア研究会	看護師中心の症例検討会
2000年	博多リウマチセミナー	全国のリウマチ実地医のためのセミナー
2002年	福岡リウマチ薬物治療フォーラム	薬剤師を含めた抗リウマチ薬の検討会
2005年	リウマチ医のための福岡肺障害研究会	呼吸器内科医を含めた肺障害勉強会
2010年	福岡RA生物学的製剤治療研究会	新薬の多施設共同研究発表

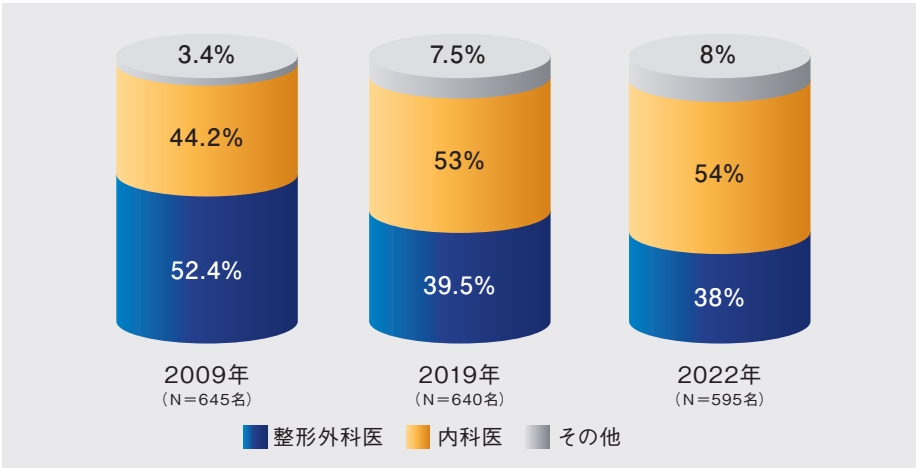
※太字は現在も継続

図2 2003年10月～2017年3月に登録された801例の使用薬剤(累計)



作成／近藤正一氏

図3 九州リウマチ学会会員の内訳



取材後、K (kondo) とR (Rheumatology) をモチーフにしたロゴのあるクリニック受付にて。右、阿部編集員。

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患者名簿.....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(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10月1日～令和13年9月30日)

詳細



■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)

詳細



国際学会(EULAR2026)報告書

※所属・肩書は申請当時

【助成者】

- 樋口 智昭/東京女子医科大学医学部膠原病リウマチ内科学分野 講師
- 辻 英輝/京都大学医学部附属病院免疫・膠原病内科 助教
- 川原 寛之/金沢大学附属病院腎臓・リウマチ膠原病内科 医員
- 吉田 美咲/金沢大学附属病院腎臓・リウマチ膠原病内科 医員

※ 財団ホームページの「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報告書ページ」に掲載しました。→

詳細



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)	ナレッジキャピタルカンファレンスルーム 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

詳細



令和8年7月 企画運営委員会議事録

審議概要を以下の通り報告します。 企画運営委員会 委員長 川合眞一

日時:令和8年7月28日(火)18:30～19:45

【報告事項】

1. 令和9年度リウマチ月間事業の名称変更について
- 参加者像を簡潔かつ具体的に示したいとして、名称変更を行うことが報告された。
2. 財団ニュースの電子化・デジタル化について
- 編集の質は維持していく方向性や動画を取り入れていきたい意向が説明された。
3. 第18回リウマチ専門職委員会(7月12日)について
- 合否判定を協議した他、指導記録やリウマチ性疾患一覧表の一体的な見直しを行ったことが報告された。
4. 法人賛助会員の入会について
- 1社の入会申出を受理することを報告した。

【審議事項】

1. 令和9年度日本リウマチ財団リウマチ医学賞の募集について
- 例年通り募集を開始することを承認した。
2. 令和9年度リウマチ性疾患調査・研究助成(第14回塩川美奈子・膠原病研究奨励賞)の募集について
- 応募者の混乱を防ぐため年度の表記と募集期間を改めた以外は、例年通り募集を開始することを承認した。
3. 令和8年度リウマチ財団登録医及びリウマチ財団登録理学・作業療法士の登録申請について
- 登録医(新規23名、更新475名)及び理学・作業療法士(新規15名、更新15名)について審議した結果、登録することを承認した。
4. 令和10年度リウマチ月間講演会実行委員会委員長の選任について
- 松野委員を選任し、拍手多数により承認された。
5. リウマチ財団登録医の申請における免除措置について
- 例外的に認めることなく、運用の仕組みを整えることで意見が一致した。

編集後記



リウマチ財団ニュースにとって「リウマチ人」はなくてはならない特集です。編集員の内科、整形外科、そして日本全国で活躍された先生方が、その人脈を駆使していわゆるレジェンドの先生方のお話を伺っています。今号の近藤正一先生の記事も是非何回か読み返

していただきたい内容です。20年前に初めて近藤先生にお会いしたときから、個々の患者さんに対する診療としっかりと必要なルーチンを行っていくきめ細かな診療を両立することの重要性を勉強させていただきました。

小関節外科のお話を中川先生と窪田先生から伺いました。このような専門の先生に手術していただけるとQOLも大きく変わると思います。私達リウマチ内科医がしっかりと整形外科の先生と連携を取ることでネットワークを作っ

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患者名簿.....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(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11月1日～令和13年10月31日)

詳細



■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)

詳細



令和8年度 新規リウマチ財団登録医一覧

※敬称略

北海道	松井 雄一郎	福島県	松本 聖生	大阪府	猪頭 英里
青森県	沼田 優平	茨城県	酒井 左近		井上 綾華
		埼玉県	森 浩章	兵庫県	小田 幸作
岩手県	駒ヶ嶺 正嗣 藤本 稔	千葉県	原田 拓弥		関口 昌弘
宮城県	金澤 義丈			鳥取県	原田 智也
		東京都	岩本 卓士 塚原 隆伊 藤枝 雄一郎 宮前 多佳子	福岡県	押領司 健介
山形県	市川 一誠 今井 香織 長瀬 貴明 梁 秀蘭				

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に存じます。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。



詳細



■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依じた上限があります。)

詳細



ふるさとチョイス
操作方法



《ご支援をいただいた方々》

本紙では、ご寄付(当財団への直接寄付、つながる募金を利用したの寄付)、ふるさと納税をつうじてご支援賜りました方々へのご芳名を、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。

※前号発行後にご寄付をいただいた方、承諾をいただいた方を掲載しております。

前田 和洋 様 吉越 和子 様 竹村 夫美江 様 川合 眞一 様
その他匿名10名様