Japan Rheumatism Foundation News

日本リウマチ財団ニュース

2026 年 11 月号　　no. 199-200（合併号）　　令和 8 年 11 月 1 日発行

発行　公益財団法人 日本リウマチ財団
〒105-0011 東京都港区芝公園 3 丁目 6-22 JC ビル 201
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

199、200合併号の主な内容

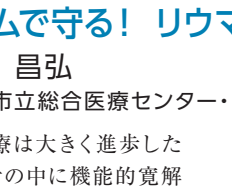
- 令和8年度 リウマチ月間リウマチ講演会
  当財団の研修会を兼ねた講演会Ⅱ　会場レポート
- 医療保険部会からの便り 第7回　田村直人氏
- RAトータルマネジメントフォーラムの魅力　村澤章氏
- EULAR 2026 学会速報　田巻弘道氏
- GRAPPA 2026 学会速報　川合聡史氏

『日本リウマチ財団ニュース』Webメディア化のお知らせ

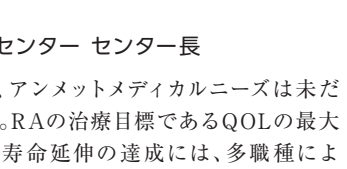
日頃より本紙の活動にご支援とご協力を賜り、誠にありがとうございます。創刊から約38年、本紙は200号を迎えました。これを機に、201号（2027年1月発行）より「Webメディア」へリニューアルいたします。

新しい“財団ニュース”の魅力

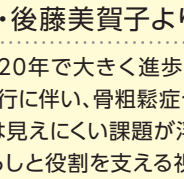
魅力1 記事のクオリティはそのままに、eメールを使用し、より新鮮な情報をお手元まで直接お届けします。



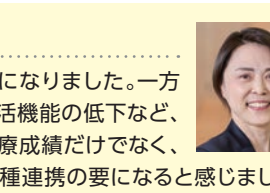
魅力2 パソコン、タブレット、スマートフォンなど、どんな媒体でも最適なレイアウトでご覧いただけます（レスポンシブル対応）。



魅力3 A4サイズでのプリントアウトが可能です。持ち歩き、保管、院内掲示にご活用ください。



魅力4 動画やこぼれ話の掲載など、Webメディアならではの試みも随時行ってまいります。



＊201号は、2027年1月6日（水）11：00頃、ご登録のeメールアドレスへお届けします。
アドレスの新規登録・変更は、12月25日（金）までに財団事務局（inform@rheuma-net.or.jp）へご連絡ください。

令和8年度 リウマチ月間リウマチ講演会
当財団の研修会を兼ねた講演会Ⅱ 会場レポート

2026年7月5日（日）9：27～18：03／東京国際フォーラム（ハイブリッド形式）
＊第1会場（ホールD7）、第2会場（ホールD5）にて実施されました。

当財団最大のイベント「リウマチ月間リウマチ講演会」。医療関係者を対象とした「当財団の研修会を兼ねた講演会Ⅱ」が7月5日（日）、東京国際フォーラムおよびオンラインによるハイブリッド形式にて行われました。前号でレポートした「一般・患者さん向けの講演会Ⅰ」に続き、講演会Ⅱの当財団が企画した5演題の要旨を後藤美賀子本紙編集長のコメントとともにお届けします。
※記事内敬称略


中川 夏子
実行委員長／日本リウマチ財団 理事

財団セミナー1



高齢化社会におけるリウマチ診療
―フレイル・併存疾患・生活支援を含めて、職種間連携をどうするか―

座長 村澤 章
新潟県立新発田病院リウマチセンター 名誉院長



①関節リウマチにおける骨粗鬆症マネジメント

演者 田中 栄
東京大学大学院医学系研究科外科学専攻整形外科学 教授

厚生労働省によると、要支援・要介護の因子として最近は認知症が最多で、脳血管疾患や骨折・転倒などが続き、関節疾患も10％を占めている。骨粗鬆症は原発性と続発性に大別されるが、後者における原因で多いのはステロイド薬の使用と関節リウマチ（RA）だ。RA治療は過去20年ほどで寛解に至る患者が増えるなど進歩が見られる一方、炎症に伴う骨吸収の亢進と骨形成の低下やグルココルチコイド薬の使用による骨粗鬆症などが懸念されている。こうした中、『グルココルチコイド誘発性骨粗鬆症の管理と治療のガイドライン2023』が発行された。骨折を起こしやすいRA患者に対する適切な診断と治療が望まれている。



②チームで守る！ リウマチ患者のフレイル対策最前線

演者 多田 昌弘
大阪市立総合医療センター・リウマチセンター センター長

この20年ほどでRA診療は大きく進歩したが、寛解に至っている患者の中に機能的寛解が未達成だったり、RA以外の疾患を抱えていたりと、アンメットメディカルニーズは未だ存在する。RAの治療目標であるQOLの最大化と健康寿命延伸の達成には、多職種による包括的な介入が不可欠といえる。超高齢社会を迎え、近年はRA患者におけるフレイルが注目されている。明日から取り組めるフレイル対策として、RAの疾患活動性のコントロールやグルココルチコイドの減量、運動、栄養、よく笑うなどが挙げられる。RA患者の治療目標達成には、多職種がそれぞれの専門性を活かしたチーム医療で取り組むことが重要である。



③リハビリテーション関連職種の立場から

演者 島原 範芳
道後温泉病院リウマチセンターリハビリテーション科 副科長兼係長

RA診療は、抗リウマチ薬の進歩とTreat-to-Targetの徹底により、疾患活動性のコントロールが可能な時代になった。しかし、寛解達成後も残存疼痛や疲労感など、課題は山積しており、とりわけ高齢RA患者ではフレイルをはじめ、変形性関節症や脊椎疾患などの併存疾患があり、問題が複雑化している。患者の人生満足度を調べたところ、疾患活動性の管理もさることながら、その先にある自己肯定感、心理的積極性、対話満足度などの心理社会的・行動的因子が重要であることが示された。RA患者の未来のために、治療のみならずその先にある患者の「生活・役割・価値」を支える多職種連携が重要になるだろう。

本紙編集長・後藤美賀子より

RA診療はこの20年で大きく進歩し、寛解を目指せる時代になりました。一方で、高齢化の進行に伴い、骨粗鬆症やフレイル、残存疼痛、生活機能の低下など、診察室だけでは見えにくい課題が浮かび上がっています。治療成績だけでなく、患者さんの暮らしと役割を支える視点こそ、これからの多職種連携の要になると感じました。

財団セミナー2



多職種連携で支えるリウマチ診療の現在地
－ガイドラインと現場をつなぐチーム医療－

座長 仲村 一郎
日本リウマチ財団 評議員



①診療ガイドラインを活かした多職種連携による関節リウマチ診療

演者 針谷 正祥
国際医療福祉大学リウマチ・膠原病内科 教授／山王メディカルセンター 院長

日本リウマチ学会から『関節リウマチ診療ガイドライン2024年改訂』が発行され2年が経過した。診察室の中だけでは達成できないRA治療のゴールに向け、まずは各職種が必要な情報を集めることが重要だ。また、ガイドラインを多職種の共通言語として、Treat-to-Targetと条件付き推奨を各患者の状況に落とし込む必要がある。さらに、薬剤師であれば薬剤の安全管理や処方の最適化、看護師であれば患者の生活背景の把握と副作用の早期発見、理学療法士であれば痛みの分解と機能的評価など、各職種の視点が患者理解の解像度を上げる。こうして拾い上げた情報を共同意思決定（SDM）に繋げることが大切だ。



②多職種連携を看護師の視点から考える

演者 植田 美和
地域医療機能推進機構相模野病院 副看護部長

RA患者の平均死亡年齢が延伸する中、メタボリックシンドロームや骨粗鬆症などに対応するための包括的ケアが必須だ。多職種連携において看護師は、患者の想いを医師や多職種に伝える「架け橋」としての役割を担っている。当院ではリウマチケア看護師が当初の3名から最多で13名まで増え、多職種で連携を続けてきた。RA治療に携わる各専門職が、各自の専門性を堅持しつつ、さらなる高みを目指し、最良のRA治療を提供するために、看護専門職としてトータルマネジメントの実現に向けて今後も取り組んで行きたい。

編集長より

診察室で得られる情報には限りがあります。服薬状況、生活背景、不安、痛みの受け止め方など、多職種が関わることで初めて見えてくるものは少なくありません。今回の講演は、ガイドラインを“読む”だけでなく、“使いこなす”ために必要な連携のあり方を具体的に示してくれました。SDMを支える土台としても大切な視点です。

財団セミナー3



治療が安定したリウマチ患者をどう支えるか
－就労・ライフイベントを見据えた多職種連携－

座長 村島 温子
妊娠と薬情報研究会 理事長



①医師の立場から

演者 中島 亜矢子
三重大学医学部附属病院リウマチ・膠原病センター 教授

『関節リウマチ診療ガイドライン2024年改訂』における治療目標の中に、「QOLの最大化」が示されている。RA患者が罹患前と同様の生活や社会活動が行えることを目指すものだ。具体的には、学校生活、仕事、趣味、運動、妊娠・出産、育児、第2の人生、介護などを、治療を続けながら普通にできる可能性が求められている。こうした中で医療者が目指すべきは、RA患者が寛解の後も人生を謳歌できるような支援であり、そのために双方向での多職種連携が不可欠である。多職種連携により、Disease-centered careからLife-centered careへのパラダイムシフトを実現させたい。



②看護師の立場から

演者 永井 薫
小早川整形リウマチクリニック 看護師

当院には現在、リウマチケア看護師が4名在籍している。RA患者の中には、痛みが改善しDAS28で寛解が認められても、妊娠の希望や経済的不安、フレイルなどの見えにくい問題がある。リウマチケア看護師としては、問診票の「医師に相談したいこと」を参考にしたり、女性RA患者の場合は待合室で周囲に男性が居ないかを確認した上で妊娠などのデリケートな話をしたりしている。さらに、高齢RA患者には待合室の椅子からの立ち上がりや、診察室までの歩行に目を向けることで、転倒リスクがある程度は評価できると考えている。



③リウマチ患者の治療と仕事の両立支援
～MSWの立場から～

演者 新名 早希子
倉敷スイートホスピタル地域ケアセンター センター長

今年（2026年）は、疾患を抱える労働者に対する「治療と仕事の両立支援」の取り組みが事業主の努力義務となり、診療報酬改定では「療養・就労両立支援指導料」の点数が引き上げられるなど、大きな転換期を迎えている。医療機関における両立支援の相談窓口になることが多い医療ソーシャルワーカー（MSW）は制度の説明をする人と思われがちだが、患者や家族に必要な制度・人・機関・思いをつなぐ「架け橋」の役割を担っている。今後もその役割を担い、より良い連携体制作りに貢献したい。

編集長より

RA治療の目標が「QOLの最大化」に置かれる今、患者さんの人生そのものを支える視点はますます重要になっています。妊娠・出産、就労、介護、老後といったライフイベントは、病状だけでは測れない課題を伴います。医療者が双方向につながり、生活者としての患者さんを支えることの意味を改めて考えさせられるセミナーでした。

財団セミナー4



多職種で支えるリウマチ手術
－機能維持と生活の質を見据えて－

座長 門野 夕峰
埼玉医科大学大学院臨床医学研究系整形外科学 教授



①リウマチ手外科医にできること

演者 岩本 卓士
慶應義塾大学整形外科 准教授

RAにおける滑膜炎はコントロール可能となり、整形外科的治療の適応や目的は大きく変化している。疼痛緩和目的の関節滑膜切除術や腱断裂修復術は減少傾向にあるが、手指や足趾など小関節に対する手術のニーズは多い。また、近年は薬物療法の発展により患者の身体機能を長期にわたり維持させ、趣味やスポーツへの意欲を高めている一方、露出部位である手の変形に対する整容面の悩みを抱える患者は少なくない。個々の患者ニーズに応じたアプローチが必要である。複雑なRAの手の変形に対して、万能ではないものの外科的治療という選択肢があることを再認識し、患者にその情報を共有してほしい。



②作業療法士の立場から

演者 櫛田 里恵
丸太町リハビリテーションクリニックリハビリテーション部 課長

疼痛の軽減や変形の矯正だけでなく、「使える手」を取り戻し、QOL向上を希望する患者は多く、手指の手術は増加傾向にある。こうした中、例えばMP人工指関節置換術の患者であれば拘縮を可能な限り軽減する軟部組織のリバランスを目的とした術前作業療法を行うなど、術式は元よりその目的や再建後の組織の特性を理解した上での作業療法が必要である。医師をはじめとした多職種と情報を共有し、患者一人ひとりに合わせたテーラーメイドの作業療法により、患者の生活再建に繋げたい。

編集長より

手術の適応や目的が変化する中で、外科的治療は今もなお患者さんのQOL向上に大きく寄与し得ることが示されました。特に手指機能は、日常生活や社会参加、自己像にも深く関わります。だからこそ、術前評価、リハビリ、情報共有を含む切れ目ない支援が重要です。多職種連携の力が最も発揮される領域の一つだと感じました。

財団シンポジウム



多職種連携でつくるリウマチ診療の未来
－現場の実践から次の一歩へ－

司会 高林 克日己
三和病院 顧問



シンポジスト①
亀田 秀人
東邦大学医学部内科学講座膠原病学分野 教授

現在、医学教育にも多職種連携の実践や評価が導入されており、この点についての展望は明るいだろう。一方、『関節リウマチ診療ガイドライン2024年改訂』に明示された治療目標「QOLの最大化」に向けて積極的な多職種連携が重要と言える。治療の遵守に関連する因子に「自己効力感」や「医師とのコミュニケーションの質」が報告され、その対策として多職種から医師への「異なる視点からの提案」や、患者・家族への「実践的・精神的支援」が挙げられている。継続的で良好な多職種連携は、医療や医療者に対する信頼、コミュニケーション、自己効力感、治療遵守の向上などに不可欠である。



シンポジスト②
小嶋 俊久
国立病院機構名古屋医療センター 副院長

超高齢社会において医師は、RA患者の身体的変化や精神・認知、社会的変化を検出するチームのマネジメントの役割を担っている。そうした変化に早く気付けるのは、日頃から接点の多い多職種である。変化を見逃さないために、①薬剤管理は「患者＋介助者＋薬局」で支える②合併症モニタリングをチームの業務に落とし込む③身体機能を“数値”で情報共有する―の3つを提案する。これらを実現する上で重要なのが、共有すべき情報と介入のタイミングの設計であり、それは医師の役目である。AIなどを活用した情報の流れの改善や作業効率の向上に期待したい。



シンポジスト③
房間 美恵
関西国際大学 教授

患者の高齢化に伴い、日常生活動作（ADL）の低下、治療薬の副作用や将来への不安、家族に迷惑を掛けたくないという思い、検査費用や薬剤費などの経済的負担といった生活上の多種多様な課題やニーズが見られる。その中で看護師は、患者の些細な変化に気付き、思いや困りごとを引き出し、適切な職種やサービスに繋ぐ橋渡し役を担っている。そのためには、患者の日常生活や家族・社会的背景などを多面的に把握し、意思決定を含む必要な支援の継続が必要だ。こうした実践の積み重ねが、患者の安心やその人らしい療養生活の支えに繋がると考えている。



シンポジスト④
辻村 美保
コミュニティーホスピタル甲賀病院薬剤科

薬剤師は、①薬剤が効いているか②薬剤は安全か③薬物治療が続けられるか―の3つの視点を持っている。治療継続のためには患者との信頼関係を構築することが必須だ。そのためには、多職種との連携に加え、患者のライフイベントに対応したきめ細やかな支援が必要となる。私が経験した症例では、未来への不透明な不安感を抱いていた女子大生の患者に対し、治療を行いながらの就労の実態や、適切な管理下での妊娠・出産についてなど、薬剤以外に関する説明を行った。各患者の生活に根差した支援を行うために、薬剤師は治療の先にある患者の暮らしを見つめ、それを多職種とどこまで共有できるかが問われている。

編集長より

本シンポジウムでは、多職種連携が単なる役割分担ではなく、患者さんの安心、自己効力感、治療継続を支える基盤であることが多角的に示されました。超高齢社会の進行に伴い、RA診療はますます複雑になります。だからこそ、専門職同士が情報を共有し、同じ方向を向いて支える体制づくりが、未来の医療に不可欠だと感じました。（了）



第1会場（ホールD7）の様子

リウマチ財団「医療保険部会」からの便り

第7回：リウマチ入院診療の2026年度診療報酬改定



寄　稿
田村 直人 氏
日本リウマチ財団医療保険部会 部会員／
順天堂大学医学部膠原病内科 主任教授



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

2026（令和8）年度診療報酬改定では、物価・賃金上昇への対応とともに、2040年を見据えた医療提供体制の再構築が大きな柱となった。
入院医療では急性期・包括期・慢性期の機能分化がさらに進められ、患者の状態に応じた病床移行を促す方向性が示されている。膠原病・リウマチ診療に関係する変更としては、急性期病院機能の評価新設、DPC/PDPSの見直し、生物学的製剤・JAK阻害剤の包括評価からの除外、バイオ後続品の使用促進などが挙げられる。
一方で、制度が目指す効率化と、個々の患者に必要な診療期間・医療資源との間に乖離が生じないかという視点も必要と思われる。

1. 急性期医療とDPC/PDPS ―病院機能評価と在院日数の効率化

今回、地域における救急搬送の受け入れや手術等の実績に着目した「急性期病院A・B一般入院料」が新設された（Aは1,930点、Bは1,643点）。従来型の急性期一般入院料1～6も併存するため、単純な上下関係ではなく、看護配置や医療・看護必要度を中心とする従来の病棟評価に、救急搬送・手術実績という病院全体の急性期機能を評価する軸が加わったかたちである。この施設基準は救急搬送件数・全身麻酔手術件数が中心となるため、膠原病など、手術を伴わず多臓器管理と高度な免疫抑制療法を要する内科的急性期医療を主体とする病院・病棟では、届出要件を満たしにくい可能性がある。

DPC/PDPSでは在院日数に応じた包括点数の基本構造は維持されつつ、診断群分類・入院期間・包括点数が見直され、第Ⅱ日の設定に在院日数中央値を取り入れるなど、より標準的な診療期間を反映する方向への変更が行われた。「重篤な臓器病変を伴う全身性自己免疫疾患（070560）」の第Ⅱ日はやや短くなっているが、手術・処置等2や高額薬剤の使用有無、定義副傷病等による分類が再整理されており、実際の医療資源投入量をより反映した包括点数設定が図られている。改定前後の第Ⅱ日だけを機械的に比較せず、分類される患者集団と包括点数の変化を併せて評価する必要がある。また、重症SLEやANCA関連血管炎、炎症性筋疾患などでは、寛解導入療法後も感染症や副作用のモニタリングが欠かせない。在院日数短縮だけを目的化せず、必要なモニタリングと退院後の生活機能を含めたアウトカム確保の視点も重要である。

整形外科では、2026年度のDPC/PDPSにおける在院日数・医療資源評価の見直しは、周術期管理の効率化や早期離床・退院をさらに促す方向に作用すると考えられるが、高齢RA患者では、多関節障害、フレイル、併存疾患等により術後の機能回復に時間を要することも多く、画一的な在院日数短縮は困難である。急性期病院から回復期リハビリテーション病棟等へ移行する際、後述のように維持期治療として必要な分子標的治療薬が一定の要件下で包括評価から除外されたことは、リウマチ治療を継続しながら術後リハビリを行ううえで重要な変更である。

2. 生物学的製剤・JAK阻害剤 ―包括評価からの除外

薬剤料を包括する各入院料（地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟等）に共通する除外薬剤に、生物学的製剤・JAK阻害剤が追加された。ただし対象は「入院前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合」に限られ、入院後に新規導入した場合は対象外である。これにより、疾患活動性が安定したRA患者が骨折や感染症などの合併症を契機にADLが低下し、回復期リハ病棟や地域包括ケア病棟等への転院を要する場合の薬剤費による受け入れ障壁の軽減が期待される。ただし、実際の受け入れには医療依存度、ADL、認知機能、家族・介護環境、受入施設の診療能力など多くの要因が関連する。なお本変更はDPC/PDPSとは別の包括評価制度に対するものであり、DPCの包括評価から除外されるわけではない。

除外対象病棟の一つである地域包括医療病棟自体も、2026年度改定で「急性期病棟併設の有無」「入院形態（緊急／予定入院）」「手術の有無」という3軸により6区分（3,066～3,367点）へ細分化され、急性期病棟を併設しない包括期特化型の病院ほど高く評価される体系となった。生物学的製剤などで疾患活動性が安定しているRA患者が、肺炎や尿路感染症などを併発した場合の急性期医療の受け皿としての役割も期待される。

3. バイオ後続品について

DPCでは先行バイオ製剤からバイオ後続品への変更自体を理由に診断群分類が変わることはないが、同じ包括点数のもとで低価格のバイオ後続品を使用すれば薬剤コストの低減につながる。加えて、入院医療機関向けの「バイオ後続品使用体制加算」（2024年度新設、100点）は2026年度改定で算定時期や使用実績に関する要件が見直された。さらに、保険薬局向けには新たに「バイオ後続品調剤体制加算」（50点）が新設されている。入院から外来・在宅まで一貫してバイオ後続品の使用を促進する体制整備が進められている。リウマチ診療では、生物学的製剤を長期間継続する患者が多いため、入院中にバイオ後続品を使用する場合にも、患者への十分な説明と、退院後の治療継続を見据えた薬剤選択が必要となる。

4. まとめ

2026年度診療報酬改定では、急性期病院の機能評価とDPC/PDPSの見直しが進められる一方、生物学的製剤・JAK阻害剤の包括評価からの除外など、膠原病・リウマチ患者の病床移行支援につながる見直しも行われた（表）。高齢化や併存疾患の増加が進む膠原病・リウマチ診療では、在院日数の短縮そのものではなく、必要な急性期医療を確保し、適切な時期に適切な医療機能へ移行することが重要である。今後は、効率化と治療の安全性、患者ADL・QOLをいかに両立するかが課題となる。（了）

表 2026年度改定の主な変更と膠原病・リウマチ診療への影響

改定項目	制度上期待される効果	膠原病・リウマチ診療での留意点
急性期病院A・B	救急・手術等を含む病院機能の明確化	内科系は届出要件を満たしにくい場合がある一方、手術主体の整形外科は届出しやすい
DPC/PDPS見直し	在院日数・医療資源利用の効率化	必要な観察・モニタリング期間を確保
病床機能分化	状態に応じた病床への移行／地域包括医療病棟が3軸で6区分に細分化	早期退院・転院そのものを目的化しない
生物学的製剤・JAK阻害剤の包括除外	入院前から継続・他剤代替不能の場合、薬剤費による受け入れ障壁を軽減	入院後の新規導入は対象外／実際の転院にはADL・受入体制も影響
バイオ後続品	使用体制加算の要件見直し（入院初日→退院日）・調剤体制加算（50点）新設で使用を後押し	算定タイミング変更への対応、患者への説明・安全性確認
今後の評価	医療機能の分化・連携	在院日数だけでなく治療成績、安全性、ADL・QOLを検証

作成／田村直人氏


村澤 章 氏
新潟県リウマチセンター 名誉院長

インタビュー＆会場取材で紹介

「RAトータルマネジメントフォーラム」色褪せない理念とフォーラムの魅力とは

令和9年2月6日（土）、第27回RAトータルマネジメントフォーラムが東京・新宿およびオンラインによるハイブリッド形式にて開催されます。（※概要は8ページ）

1993年から全国各地に広まり、現在も続く「リウマチのケア研究会」。その全国版として1996年から年1回開催されているのが、「RAトータルマネジメントフォーラム」です。このフォーラムでは、関節リウマチ（RA）診療に欠かせない内科・外科治療に加え、リハビリテーションや装具、精神的ケア、福祉制度など多角的なアプローチが模索されています。

本紙では、令和8年2月7日（土）に行われた第26回RAトータルマネジメントフォーラムの終了後、フォーラムの運営を担当する「RAトータルマネジメント研究会」の代表・村澤章氏を取材。RA診療におけるトータルマネジメントの理念を解説いただくとともにフォーラムの意義や近年の手ごたえ、日本リウマチ財団の役割についてお話を聞きました。

1. 治療が進歩しても重要なRAトータルマネジメント

―「RAのトータルマネジメント」についてご説明ください。

村澤 1980年代に、当時、松山赤十字病院リウマチセンター部長だった、山本純己先生が日本で初めて導入したのが「RAのトータルマネジメント」です。

その理念は、主に2つあります。第一は、RAの治療は薬物療法、手術療法、リハビリテーションといった個別の治療手段にとどまらず、ケア、さらには基礎療法ともいえる患者教育・指導を含めた多面的なアプローチが重要であるという点です。第二は、これらのマネジメントが医師のみならず、RAを十分に理解した多職種からなる専門家が相互に協力するチームアプローチによって実践されるべきであるという点です。

―RA診療が進歩した現在もこの理念が重要であるのはなぜでしょうか。

村澤 まず、私は整形外科医ですから、その視点からお話しします。RAの手術は単独で良い結果を得ることは難しいと考えます。後療法としてのリハビリテーションはもちろん大事ですが、前提として薬物療法により炎症が十分コントロールされていることが必須です。1960年代には、炎症が十分にコントロールされていない状態で罹患関節の手術を行うと次々に他関節の病変が進行し、結果としてADLの向上に繋がらない症例を多数経験しました。総合的管理の重要性は当時の臨床経験からも痛感しています。

―では、リウマチ内科医の先生方はどのように考えておられるのでしょうか。

村澤 もちろん、トータルマネジメントの概念は重要と考えておられるでしょう。T2T（Treat-to-Target）の目標に向けて薬物療法を強化しても、約20%では効果不十分例、いわゆるD2T-RA（Difficult-to-Treat Rheumatoid Arthritis）が存在し、早期治療が十分になされず、すでに骨・関節破壊が進行した晩期症例も少なくありません。さらに、変形性関節症や骨壊死などの合併症を伴う場合には、手術療法やリハビリテーションの介入が不可欠です。

また、本邦では『関節リウマチ診療ガイドライン2020』（日本リウマチ学会）の段階において、世界で初めて非薬物治療・外科的治療のアルゴリズムが発表され、RAの「トータルマネジメント」の概念が導入されました。そして、その後の『関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂』においても、この概念は引き続き重視されています。

―チーム医療における「RAトータルマネジメント」についてもお聞かせください。

村澤 院内連携による多職種医療は既に必須です。しかし、RA患者が治療を受けながら生活基盤を維持し、生きがいを保ち続けるためには、医療職のみならず介護職や福祉職の関与が必要なのです。近年はRA患者の高齢化が進み、そういった院内外の壁を超えたチーム医療に目が向けられています。

―日本リウマチ財団が取り組む意味についてはいかがでしょうか。

村澤 本会の発足以来、日本リウマチ財団からはご支援やご指導をいただき、現在も共催として重要な役割を担っていただいています。今ではトータルマネジメントの概念は広く知られていますが、臨床現場や日常生活でそれを実践できる多職種の人材育成体制は、本会単独では十分には補えません。

幸い、日本リウマチ財団にはリウマチ医療専門職育成のための資格制度［登録医制度（1996年）、登録リウマチケア看護師制度（2010年）、登録リウマチ薬剤師制度（2014年）、登録理学療法士・作業療法士制度（2019年）］が整備されています。今後は、福祉関連職種への拡大も検討されていると聞いており、RAのトータルマネジメント実践の基盤として大いに期待しています。

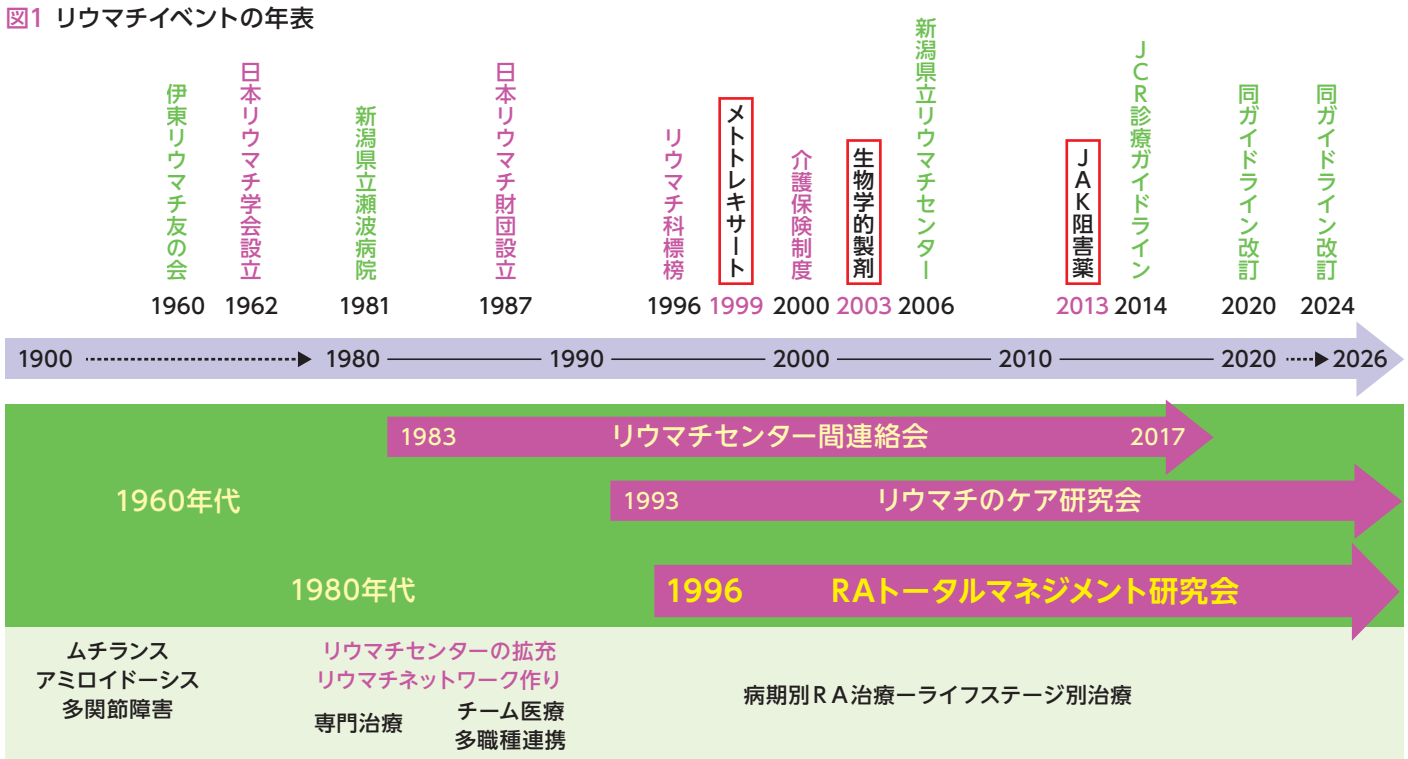
2. フォーラムの変遷と引き継がれる「山本イズム」

―「RAトータルマネジメントフォーラム」の歴史についてお話しください。

村澤 山本純己先生は1980年代から、日本で最初期のリウマチセンターとして知られる松山赤十字病院に「RAのトータルマネジメント」を取り入れてこられました。その多職種診療をモデルとして、日本の各地にリウマチセンターが設立され、診療ネットワークの構築が進められました（図1）。さらに1990年代には、日本リウマチ財団の主催のもと、全国各県に「リウマチのケア研究会」が設立されました。こうした時流の中で、1993年に岐阜で開催された「フォーラムRAのケアをめぐって」において、山本先生から「RAのトータルマネジメント」という概念が、記録に残っている範囲では、初めて提唱されました。

「リウマチのケア研究会」の全国版として、1996年には「RAトータルマネジメント研究会」の発足、そしてエーザイ株式会社との共催による第1回「RAトータルマネジメントフォーラム」が岐阜で開催されました（表1）。発起人には、顧問として塩川優一先生（当時の日本リウマチ財団理事長）、代表世話人に山本純己先生、世話人には井上和彦先生、齋藤輝信先生、椎野泰明先生、西林保郎先生、松田剛正先生、そして私も名を連ねています。山本先

図1 リウマチイベントの年表



作成／村澤章氏

表1 RAトータルマネジメントフォーラムの特徴とプログラム構成

主催	公益財団法人 日本リウマチ財団（発足時は後援） RAトータルマネジメント研究会（発足時は主催） エーザイ株式会社
名称	RAトータルマネジメントフォーラム
会員	本会の趣旨に賛同する医師及びメディカルスタッフ
日程	毎年2月の第1土曜日
会場	第1回（1996年）　岐阜・内藤記念くすり博物館 第2回～第13回　都内施設 第14回（2013年）～第25回　品川インターシティホール 第26回（2026年）　新宿パークタワー オフィス
一般演題	全国の「リウマチのケア研究会」で発表された推薦演題
展示・閲覧会	RA装具、自助具（各施設のオリジナル作品）
シンポジウム	テーマは会員および世話人からの推薦
特別講演	テーマおよび講師は会員および世話人からの推薦

提供／村澤章氏



1993年「フォーラム RAのケアをめぐって」（岐阜）。壇上は山本氏。
〈出典〉日本リウマチ財団監修／山本純己ほか編：関節リウマチのトータルマネジメント. 医歯薬出版, 東京, 2011.



第26回フォーラムにて、開会の挨拶に立つ村澤氏。その後も全演題の発表を見守った。



満員の会場、エーザイ株式会社東京コミュニケーションオフィス（新宿パークタワーオフィス内）。



職種を越えた質疑応答。
質問者の山﨑秀氏（抱生会丸の内病院）は自助具紹介の座長も務める。

生は2025年1月に逝去され、私が代表世話人を引き継ぎました。一例として近年のシンポジウムと特別講演の概要をお示ししますが、現在も領域を代表する先生方によって様々な切り口のトータルマネジメントが語られており、「山本イズム」は今後も継承されていくものと確信しています（表2）。

―フォーラムは、日本のRA診療においてどのような役割を担ってきたとお考えですか。

村澤　医師中心の研究会や学会は多数存在しますが、本会はメディカルスタッフを中心に据え、多職種が発表・討論する点に大きな特色があります。まさにトータルマネジメントを体現する場です。

日本リウマチ学会や日本臨床リウマチ学会でもメディカルスタッフの発表機会は拡充されてきましたが、職種ごとにプログラムとして分かれていることが多いです。それに対して本会では、同じ一つの部屋で、全員が対等に、さらに職種をクロスオーバーして議論しています。

また、本会には各施設が考案したオリジナルの「自助具」を紹介し、意見交換や投票を行うなど、他にはないユニークな伝統もあります（図2）。なにより、全国のケア活動の成果が集約され、その発表の場が保障されている点に本会の意義があります。なお、論文化については他誌への投稿も可能です。

3. 想定超える現地参加者数 患者の高齢化への思い

―第26回のフォーラムを振り返って、いかがでしたか。

村澤　大変盛況でした。参加人数は、日本リウマチ財団の単位取得やオンライン参加が可能となった影響もあり、増加しています。現地開催のみだった第20回（2019年）324名、第21回（2020年）248名と比べると、パンデミックで開催中止となった2021年のあとは、オンラインのみ開催した第22回（2022年）426名、ハイブリッド開催が始まった第23回（2023年）441名、第24回（2024年）492名、第25回（2025年）567名と推移しています。

今年、第26回（2026年）は衆議院総選挙と重なったにもかかわらず、465名が参加されました。現地参加が想定以上に多く、エーザイ社の事務局の皆様が大急ぎで補助席を並べてくださる場面もありました。当日は大雪でした。今後は、開催時期の検討も課題と感じています。

―今回のシンポジウムのテーマ「関節リウマチの介護、福祉、在宅医療」には、どのような思いを込められましたか。

村澤 RA患者の高齢化が進み、自宅で自分らしく生活を続けたいという希望は一層強まっています。それを支えるのが介護、福祉、在宅医療の充実になります。医療の進歩が進むほど生活支援の重要性も高まってきます。私自身も80歳を迎え、切実な課題と捉えています。

―特別講演や全国のケア活動発表の中で、特に印象的だった点についてお聞かせください。

村澤 推薦一般演題はいずれも臨床現場に即した内容であり、根本的な解決策はなくとも実践的示唆に富むものばかりでした。また年々、考察の質も向上し、多職種から相互に活発な質疑が寄せられる様子は、まさにチーム医療、連携医療そのものでした。

4. 意見・感想を大切に 次世代への理念継承を願う

―今後の展望についてはいかがですか。

村澤 本会は、他分野の知識や視点を学び、それらを自らの専門に応用できる点に強みがあります。また、地域間の課題の違いを共有できる意義も大きいと思います。出席された方々からご意見やご感想をいただき、次のシンポジウムや特別講演の演題選びの参考にさせていただいています。

参加形式についてはオンラインの利便性を評価しつつ、対面での交流の価値を重視して現地参加の拡充を図りたいと思います。RA診療は今後さらに進歩し続けるでしょうが、「RAのトータルマネジメント」という理念は時代を超えて守り続けていきたいものです。

―「リウマチ財団ニュース」の読者の皆様にメッセージをお願いします。

村澤「RAのトータルマネジメント」という概念は今日も色褪せることなく、RAの臨床現場の根幹をなしています。これを継承しさらに発展させるためには、次世代の育成と知識の普及が不可欠です。日本リウマチ財団の活動や財団ニュースの記事を通して、広く理念を共有し、未来のRA診療に繋いでいただきたいと切に願っています。（了）

表2 近年のシンポジウムと特別講演

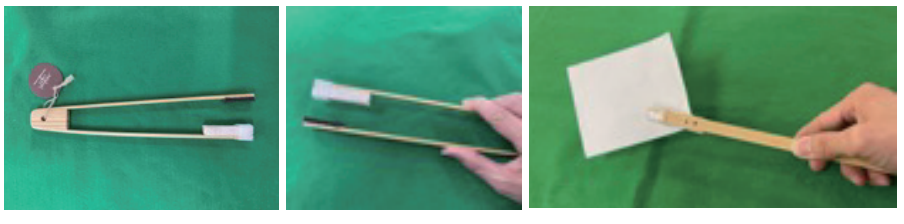
回次（開催年）	シンポジウムテーマ	座長	特別講演テーマ	演者
第26回（2026年）	関節リウマチの介護、福祉、在宅医療	川人 豊 氏 佐川 昭 氏	介護・福祉・在宅医療現場におけるRA患者支援と多職種連携	松井 利浩 氏
第25回（2025年）	チームで取り組む骨粗鬆症の予防と対策	西田 圭一郎 氏 中川 夏子 氏	関節リウマチ治療のアップデート ～診療ガイドライン2024をふまえて～	川人 豊 氏
第24回（2024年）	少子化対策“周産期・授乳期のリウマチ治療”	村島 温子 氏 川人 豊 氏	関節リウマチ合併感染症の管理	小池 竜司 氏
第23回（2023年）	高齢RA	西田 圭一郎 氏 山﨑 秀 氏	RAトータルマネジメント研究会と リウマチ治療の歩み	村澤 章 氏
第22回（2022年）	こころのサポート、チーム医療（薬剤師の役割）	橋本 淳 氏 大坪 秀雄 氏	関節リウマチ診療Up to Date	日髙 利彦 氏
第21回（2020年）	RAの在宅医療、栄養	日髙 利彦 氏 橋本 淳 氏	手を守り、関節を衛り、生活を護る：リウマチリハビリテーション治療のアドヒアランス向上への取り組み	中村 めぐみ 氏
第20回（2019年）	RA診療におけるリスクマネジメント	坪井 声示 氏 山﨑 秀 氏	海外と国内のRA診療事情	岡田 正人 氏
第19回（2018年）	RA患者・家族のギモンに応える生活アドバイス	松田 剛正 氏 西田 圭一郎 氏	患者さん一人ひとりに最適なRA治療の実践	亀田 秀人 氏

提供／村澤章氏

図2 第26回フォーラム「自助具紹介」エントリー作品

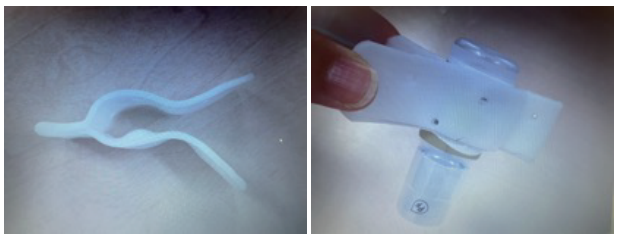
抱生会 丸の内病院

駐車場で届きにくいチケットを、つかみやすくする「チケッチャー」。
低コストで製作可能ながら、把持性と操作性をしっかり追求した。竹製トングを採用し、熱くなる夏の車内にも常備しやすい。



兵庫県立加古川医療センター

点眼時の自助具。
薄手の軽いアクアプラストを使用し、持ちやすさ・押しやすさにこだわった。点眼薬のはめこみも自身で行うことを想定。作業療法士が患者一人ひとりと押し子の幅や長さを相談しながら作製する。



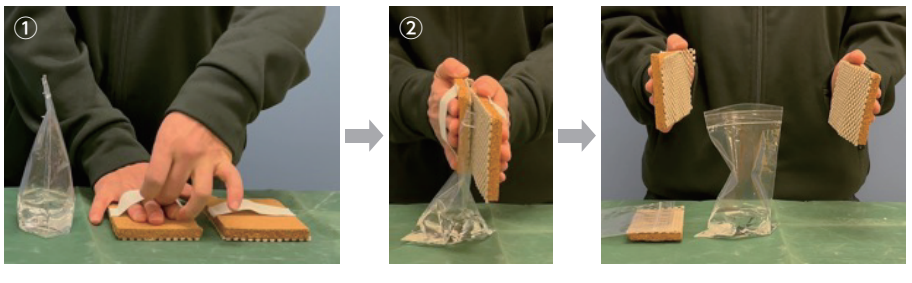
道後温泉病院

化粧品（アイブロウ）の開閉をサポートする「アイブロウオープナー」。
3Dプリンターで容器の外側ぴったりに形成し、指先で開閉する必要があった容器を指腹で開閉できるようにした。素材にラメ感のあるものを選択することで、見た目もきれいに仕上げた。



倉敷成人病センター

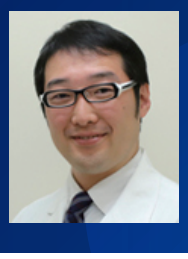
ジッパーの開閉をやさしくする「EASY ZIPPER」。
フォーラムでは作り方も紹介され、材料は100円ショップで揃う「ゴム／コルク／滑り止め」のみ。
使い方は2ステップとなり、①指や手首をゴムに通し、②ジッパーを挟んだままスライドする。



EULAR 2026 学会速報（欧州リウマチ学会）

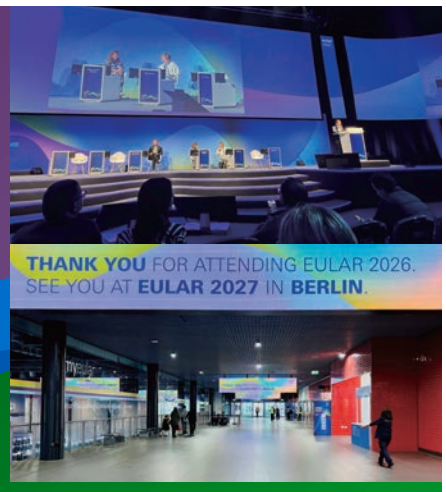
2026年6月3日～ 6日／イギリス・ロンドン

EULAR 2026はイギリスのロンドンで行われた。ロンドンは古い歴史と新しい文化が交差する多様性に富む国際都市である。このような地で行われた学会にふさわしく内容も学ぶことが多かった実りのある学会であった。今回も非常に盛り上がった学会であったが、今回のEULARの発表の中から、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。



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



会場の様子（撮影／田巻弘道氏）

1. EULARの推奨

毎年恒例のEULAR推奨のセッションである。今回は以下の4つの演題が発表された。

●EULAR recommendations for the management of PMR and LVV

●2026 Update of EULAR recommendations for vaccination in adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases

●EULAR recommendations for the use of imaging in the diagnosis and management of spondyloarthritis in clinical practice – 2025 update

●2025 EULAR and ACR classification criteria for antisynthetase syndrome

紙面版では、この中から脊椎関節炎の画像診断の推奨に関して解説する。残りに関しては財団HPに掲載するロングバージョンを参照していただきたい。

今回のupdateは、2015年以降の画像技術の進歩および臨床エビデンスの蓄積を踏まえ、体軸性脊椎関節炎（axSpA）および末梢性脊椎関節炎（pSpA、関節症性乾癬を含む）の診断、病勢モニタリング、構造破壊の評価、予後予測に至る包括的な診療指針を示したものである。本改訂では、包括原則（Overarching principles）3項目が新設され、推奨項目は10項目に整理・更新された。

まず、臨床における基本的方針として、画像検査の選択にあたっては患者の適応、禁忌、被曝量、アクセシビリティ、コストを総合的に考慮すること、各種学会のガイドラインに準拠した適切な撮像・解析を行うこと、そして画像所見単独ではなく臨床症状や生物学的マーカーと統合して判断することが強調されている。

重要な点を2点述べる。axSpAの診断における最大の改訂点は、従来第一選択とされていた仙腸関節単純X線写真に代わり、仙腸関節MRIが第一選択の画像モダリティとして推奨された点である。MRI評価では骨髄浮腫などの活動性炎症所見だけでなく、骨びらんやback fillといった構造的変化の確認も重要である。単純X線は感度、特異度が十分でなく、読影者間の一致率も高くない。脊椎の症状が存在する場合には全脊椎MRIの追加が鑑別診断に有用である。MRIが施行不能または禁忌の場合の代替手段として低線量CT（好ましい）と単純X線が位置付けられた。低線量CTは構造病変の検出に優れ、特異度が高い。

もう一点は、axSpAにおける脊椎骨折の疑いに対しては、単純X線、CT、MRIのいずれもが考慮されるが、強直（ankylosis）が完成している症例においては、偽関節や軟部組織損傷の評価能力に優れるCTおよびMRIの施行が強く推奨されている。

紙面の都合で端折った紹介になったが、推奨文全体に関しては表にまとまっているので参考にしていただきたい（表）。

表　脊椎関節炎の診断・マネジメントにおける画像診断の活用 — EULAR推奨 2025年Update

包括原則	LoA
A. 画像診断法は、臨床的適応、禁忌、放射線被曝、利用可能性、患者の懸念、および費用を考慮して選択されるべきである。	9.9（0.3） / 100%
B. 画像診断は、装置、画像取得、分析、および解釈に関する国際的および国内的なガイドラインに従って実施されるべきである。	9.7（0.8） / 96%
C. 画像所見は単独で解釈すべきではなく、人口統計学的情報、臨床情報、および検査情報の文脈に合わせて解釈されるべきである。	9.9（0.3） / 100%

No. / 対象分類	推奨文（日本語訳）	LoE/GOR	LoA（SD）/賛成％	重要度（Imp）	実現可能性（Feas）	優先順位（Prior）
1. 体軸性SpA（診断）	体軸性SpA（axSpA）が疑われる場合、仙腸関節のMRIを最初の画像診断法とすべきである; 炎症性病変と構造的病変の両方を考慮しなければならない。 局所的な脊椎症状がある場合は、鑑別診断に有用な情報をもたらす可能性があるため、脊椎のMRIを追加で実施してもよい。 MRIが利用できない、または禁忌である場合にのみ、代替の画像診断法として仙腸関節のX線検査、または好ましくは低線量CT（low-dose CT）を使用することができる。	1b/A 2b/B 1b/B	9.3（1.2）/92%	8.8（1.1）	9.2（1.2）	1
2. 末梢性SpA（診断）	末梢性SpA（pSpA）が疑われる場合、炎症性病変および/または構造的病変を検出するために、超音波（US）またはMRIを実施すべきである。 構造的損傷に関する追加情報を得るために、X線検査を実施してもよい。	1b/A	9.6（0.5）/100%	9.1（0.9）	9.1（1.2）	1
3. 体軸性SpA（活動性モニタリング）	仙腸関節および脊椎のMRIは、軸性SpAにおける疾患活動性を評価・モニタリングし、治療決定を補助するために使用することができる。	1b/A	9.6（0.5）/100%	8.3（1.1）	8.7（1.3）	3
4. 体軸性SpA（構造的損傷）	MRIは仙腸関節および脊椎の構造的損傷のモニタリングに使用できる。X線検査は脊椎の構造的損傷の長期モニタリングに使用できる。 低線量CTは、仙腸関節および脊椎の構造的損傷の追加情報を得るために実施可能である。	1b/A	9.6（0.8）/96%	8.3（1.1）	8.6（1.3）	4
5. 末梢性SpA（活動性評価）	超音波またはMRIは、末梢性SpAにおける疾患活動性を評価・モニタリングし、治療決定を補助するために使用することができる。	1b/A	9.6（0.5）/100%	8.3（1.1）	8.7（1.3）	3
6. 末梢性SpA（構造的損傷）	末梢性SpAにおける構造的損傷のモニタリングには、X線検査、MRI、または超音波を使用することができる。	2b/B	9.5（1.0）/96%	9.3（0.8）	8.3（1.8）	8
7. 体軸性SpA（予後予測）	MRIで検出される仙腸関節および脊椎の炎症性・構造的病変は、新たな靭帯骨棘（syndesmophytes）の形成を含む構造的進行を予測するために使用できる。 X線検査または低線量CTで検出される靭帯骨棘は、新たな靭帯骨棘の形成を予測するために使用できる。	2b/B	9.0（1.8）/96%	8.3（1.4）	8.2（1.3）	7
8. 体軸性SpA（治療効果予測）	体軸性SpAにおいて、MRIで検出される仙腸関節または脊椎の広範な炎症性病変は、生物学的/標的合成抗リウマチ薬（b/tsDMARDs）に対する良好な臨床反応を予測するために使用できる。また、臨床的寛解期にある患者の減量を検討する際、再燃を予測するためにも使用できる。	2b/B	9.1（1.1）/96%	8.4（1.2）	8.5（1.7）	6
9. 末梢性SpA（治療予後予測）	末梢性SpAにおいて、X線検査で検出される構造的病変は、構造的進行を予測するために使用できる。	1b/A	9.6（0.7）/96%	9.4（0.7）	8.2（1.6）	10
10. 椎体骨折	体軸性SpAにおいて脊椎骨折が疑われる場合、CT、MRI、および/またはX線検査を実施すべきである。 脊椎強直（ankylosis）が存在する場合は、CTおよび/またはMRIが推奨される画像診断法である。	3b/C	9.7（0.7）/96%	9.6（0.7）	8.8（1.3）	9

2. 個人的に興味を惹かれた発表や研究結果

【口演】OP0218

臨床アウトカムから導き出した重症治療抵抗性SLEの定義の候補

CAR-T細胞療法などの新規治療開発に伴い、重症難治性全身性エリテマトーデス（srSLE）の標準化された操作的定義の確立が求められている。本研究では、アジア太平洋ループスコラボレーション（APLC）のリアルワールドコホート（4,106例）を用い、データ駆動型・アウトカム準拠アプローチによって80通りのsrSLE候補定義を網羅的に検証した。治療抵抗性（免疫抑制薬＋グルココルチコイド）および疾患活動性指標（SLEDAI-2K、PGA、SFIフレア）を組み合わせ、1年後の臓器障害進行、フレア、LLDAS非達成を予測する定義を機械学習により評価した。その結果、「SLEDAI-2K≧6、PGA>1、フレアあり、PSL換算≧10mg/日＋免疫抑制薬」を満たす定義（D53）が、1年後の予後不良を最も高い精度で予測することが示された。単にSLEDAIのカットオフ値を引き上げるだけでは予測能は向上せず、包括的な活動性評価と治療強度の統合が重要である。本知見は、今後の臨床試験のエントリー基準や層別化治療における有用な基盤となり得る。

【ポスター】POS0788

回帰性リウマチにコルヒチンは有効か

回帰性リウマチ(PR)は日常診療で出会う疾患であるものの、その治療法に関しては確立されていない。2026年にはPRでRFあるいはACPA陽性の患者では、ヒドロキシクロロキンに比べてアバタセプトが優位に関節リウマチへの進展を防げるという結果のランダム化比較試験が発表され注目の分野でもある。PRはMEFV遺伝子変異との関連などから自己炎症性疾患の側面が示唆されており、コルヒチンの有効性が期待されている。本研究は、コルヒチン（±ヒドロキシクロロキン）投与により寛解に達し、医師主導で減量を行ったPR患者114例を対象に、減量後および再投与後の臨床転帰を検討した後方視的コホート研究である。減量後6か月の観察では、56%（64例）が寛解を維持した一方、44%（50例）が再燃を認めた。再燃した50例にコルヒチンを再導入・増量したところ、72%（36例）が3か月以内に寛解を再獲得し、追加のDMARDsを要したのは22%（11例）にとどまった。多変量解析の結果、若年およびベースラインの赤沈亢進（ESR >25mm/hr）が減量後の寛解維持と有意に関連し、再導入後の寛解再獲得にはベースラインの発作頻度やVASの低さが関連していた。以上の知見はPRにおけるコルヒチンの高い治療効果を裏付けており、寛解達成後の慎重な減量および再燃時の迅速な再投与という段階的マネジメントの妥当性を示している。

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されていた会議であった。更なる情報はロングバージョンで報告するので、ご興味のある方はご覧いただけると幸いである。（了）

GRAPPA 2026 学会速報（乾癬と乾癬性関節炎の学会）

2026年7月9日～11日／ポルトガル・リスボン

2026年7月9日から11日、ポルトガルのリスボンにて「GRAPPA Annual Meeting and Trainee Symposium 2026」が開催された。今年もTraineeによる研究発表や、Debateセッション、各プロジェクトの進捗報告、最新の話題や研究発表など多彩なプログラムが組まれ、活発な議論が交わされた。夜には参加者全員でのディナーやダンスパーティー、会期後にはリスボン市内を巡るウォーキングツアーも企画され、学術的な議論の合間にも和やかな交流の時間が随所に設けられていた。本稿では、アカデミックでありながら一体感のある学会を体験した筆者より、数あるセッションの中から特に注目された内容を報告する。



寄　稿
川合 聡史 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

1. はじめに

GRAPPAは乾癬（Psoriasis：PsO）ならびに乾癬性関節炎（Psoriatic arthritis：PsA）、さらに体軸病変や様々な併存症・合併症も含めた、全身疾患としての乾癬である"Psoriatic disease（PsD）"に対する研究の推進、治療ガイドラインの作成などを行う国際的な団体である。

誕生から23年、また筆者も参加しているYoung GRAPPAも誕生から6年が経過し、2026年の年次総会は430名が参加した。最新の研究成果報告、世界各国のPsD専門家との交流、PsD診療の最先端の話題など、会場は盛り上がりと熱気に包まれ、活発な議論が行われた。本稿では、特に注目を集めた内容を取り上げる。

2. Trainee Symposium

本セッションでは、毎年Traineeの研究報告が行われ、見どころとなっている。5つの研究報告が行われ、以下にその一部を紹介する。

肥満と体重減少がPsO患者のPsA発症に与える影響を検討した研究では、5%の体重減少でPsA発症のハザード比は0.63、15%以上の減量ではHR0.31まで低下し、用量依存的な関連が確認された。また、減量を持続できた群ではPsA発症リスクが約68%低下し、体重管理の重要性が改めて示唆された。

MTX単剤治療における性差を検討した研究では、オランダのDEPAR（PsA、N=525）とMTX-CAPTUREコホート（PsO、N=217）のリアルワールドデータが用いられた。MTX開始までの疾患期間はPsAでほぼ0年、PsOで13.9年と対照的であったが、開始時の疾患活動性に男女差はなかった。調整Cox回帰では、PsAでは女性の治療中止ハザード比2.5（95%CI 1.6–4.1）、PsOでは逆に女性の方が中止しにくい傾向（HR0.6、95%CI 0.4–0.9）と、方向が逆転していた。MTX投与量にも性差はなく、PsOとPsAで異なる性差の実態があることが確認された。

付着部炎における疼痛機序の研究では、ヒト付着部由来免疫細胞を用いた*in vitro*モデルにより、JAKiとTNFiの違いが検討された。JAKiは広範な遺伝子発現変化を誘導し、中でも疼痛関連ケモカインCXCL10の発現を著明に抑制した一方、TNFiではその抑制効果は限定的であった。CXCL10は感覚神経終末のCXCR3受容体を介して後根神経節から中枢へ疼痛シグナルを伝達するとされ、JAKiによる疼痛改善の機序の一つとして注目された。

3. Debate：T2TはPsA診療の最善アプローチか？

毎回大きな盛り上がりを見せるディベートセッションが復活し、臨床的に悩まされる問題の討論が行われた。司会を中心に二人の医師のエビデンスの提示・討論、反論、そして最終的に会場の挙手で勝者が決定する。

賛成派はPsAにおけるT2T（Treat-to-Target）の重要性を示したTICOPA試験に始まり、日常診療の中で目標を設定しないことによる治療的惰性（therapeutic inertia）の危険性を指摘した。また近年ではT2Tを超えた早期治療導入などが考慮される場合があるが、GO-MEPsA試験やSTAMP試験を根拠に、早期に生物学的製剤を導入しなくても厳格なT2T実践で同等に良好な転帰が得られることを強調した。

反対派は、実臨床・RCTいずれにおいてもMDA達成率が40～50%程度に留まっている現状、TICOPA試験の5年間追跡で群間に有意差がなかったこと（さらに画像評価なし）、MDAと非MDAの状態を行き来する患者が多く存在すること、また体軸性脊椎関節炎（axSpA）領域でもT2Tを支持する明確なエビデンスが乏しいことを述べた。さらに医療体制や診療時間によるMDA評価自体の実践の困難を挙げ、現在のMDAを用いたT2Tアプローチ以外の客観的・主観的評価を用いた新たな評価方法の策定を提案した。

会場では賛成が多数を占め勝利を収めたが、両者ともT2Tを定期的評価に基づき立ち止まって考えるための「羅針盤」として位置づける点では一致していた。

4. GRAPPA Project Update

D2T（difficult-to-treat）プロジェクトでは、昨年GRAPPAによりC2M-PsA（complex-to-manage PsA）とTR-PsA（treatment-refractory PsA）のコンセンサス定義が策定され、Nature Reviews Rheumatology誌に掲載された。現在は両病態に対する具体的なマネジメント戦略の策定が進められている。C2M Working Groupでは併存疾患、慢性疼痛、構造的損傷、アドヒアランスなど炎症以外の要因も含めた包括的管理を、TR-PsA Working Groupでは客観的炎症が持続する真の治療抵抗例に対する治療戦略を検討している。これらは最終的に新たな治療推奨に盛り込まれる予定である。

またGRAPPA-COMBINEプロジェクトでは、リアルワールドでの生物学的製剤併用療法の実施について調査報告が行われた。学会員アンケート（190名回答、83%がリウマチ科医）の結果、1年以内に回答者の63%が生物学的製剤併用を、86%が生物学的製剤とtsDMARDsの併用を行っており、主に複数クラス、4剤以上の生物学的製剤無効例や末梢関節炎例で行われていた。今後は後ろ向きコホート研究を経て前向き研究へ進む予定である。

Young GRAPPA主導の初のプロジェクトであるExplore PsAでは、PsA診療医がどのような評価法を用いて治療調整を行っているか世界規模で調査された（回答者約700名、うちGRAPPA会員25%）。実際の診療では回答者の4人に1人がPsA特異的評価を全く行っていなかった。PsA特異的な評価法の使用率にも差があり、GRAPPA会員70%に対し非GRAPPA会員では56%に留まり、非会員では依然としてDAS28など関節リウマチ由来の評価法が用いられている実態も明らかになった。評価法が普及しない最大の理由は「時間的余裕のなさ」であり、質問票の負担や使用すべき評価法についてのコンセンサス不足とあわせて、今後GRAPPAが取り組むべき課題として位置づけられた。なお、GRAPPAとしては既に治療目標としてMDAを推奨するというコンセンサスを有しており、エビデンスと実臨床とのギャップを埋める実装戦略の構築が今後の焦点となる。

5. Axial PsAの定義策定

体軸病変を伴うPsA（Axial PsA）は、これまで有病率の報告が5～70%と大きくばらつき、統一定義の欠如が課題であった。AXIS studyでは初めてPsAの体軸病変に関する前向き調査が行われ、2024年に結果が報告された。そして本会でPsAの体軸病変に関する初の国際的な前向き研究が行われ公式に発表された。最終的に、CASPAR分類基準を満たすPsA患者において「少なくとも1つの臨床項目と1つの画像項目を満たすこと」を骨子とする定義が策定され、感度89%、特異度92%という良好な性能を示した（表）。2026年1月にASAS、5月にGRAPPAでそれぞれ承認され、画像所見のみによる診断を避け年齢制限を設けない点など、axSpAの単純な延長ではなくPsA特有の病態を反映した設計となっている。今後ACRでの正式発表が予定されている。

6. 治療推奨の改訂

PsAの診療ガイドラインとして代表的なものに、GRAPPAとEULARによる2つの推奨がある。EULARのガイドラインは筋骨格系症状を中心に構成されているのに対し、GRAPPAのガイドラインは筋骨格症状のみならず皮膚、爪などの各ドメインを並列に扱う構成となっている。そのため、PsDを多面的に評価する構成となっている。現在、2021年以来5年ぶりとなるGRAPPA治療推奨の改訂作業が進行中である。PICOフレームワークに沿ってエビデンスを整理し、2020年8月から2025年2月までの文献検索で282報が採用された。今回新たに焦点が当てられているのは、性差と治療反応、併用療法、D2T PsA、肥満の治療効果への影響、早期治療、妊娠、AIの活用など多岐にわたる。Overarching PrinciplesからGood Practice Statementへの見直しも行われる予定である。年内の完成を目指すとしている。

上記のほかにもAI、免疫学的眼科疾患、インクレチンとPsD、画像診断、各学会発表での話題など多彩な内容が取り上げられ、今年も充実した内容であった。2027年は米国テキサスで開催予定であり、来年度の本会および研究報告が今から楽しみである。（了）

表　ASAS-GRAPPAによるPsAの体軸病変の定義（案）

CASPAR分類基準を満たし、乾癬性関節炎と確定診断された患者

ドメイン	項目
臨床	慢性腰背部痛（Chronic back pain）
	炎症性腰背部痛（Inflammatory back pain）
	NSAIDsに対する腰背部痛の良好な反応
	HLA-B27陽性
画像	**仙腸関節**
	X線で仙腸関節炎を認める（mNY基準）
	MRIで仙腸関節の体軸病変を示唆する所見を認める
	脊椎
	脊椎X線で構造的損傷を認める
	MRIで脊椎の体軸病変を示唆する所見を認める

定義：**少なくとも1つの臨床項目**と、**少なくとも1つの画像項目**を満たすこと。

感度　0.89（0.83–0.93）
特異度　0.92（0.88–0.95）

令和9年度 日本リウマチ財団リウマチ医学賞

■候補者募集

目的

リウマチ性疾患の病因、発生機序、あるいは画期的治療等に関する独創的な課題に取り組み、自然科学の発展に大きく寄与した研究を顕彰する。

対象課題

リウマチ性疾患の本態解明、治療法の開発などに関する研究で、(1)生命科学 (2)情報科学 (3)遺伝・環境科学 (4)薬物科学等の分野に顕著な功績をあげた研究

賞金　1課題200万円

締め切り　令和9年1月31日（消印有効）

詳細

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

■候補者募集

助成対象課題

リウマチ性疾患の病因、診断・治療、予防・疫学等に関する独創的課題の調査研究

調査・研究奨励金

1件100万円

※今年度4件予定。その中から、膠原病領域において特に優れた研究１件を「塩川美奈子・膠原病研究奨励賞」として選考する。

締め切り　令和9年1月31日（消印有効）

詳細

令和9年度 日本リウマチ財団リウマチ専門職表彰

■候補者募集

目的

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

締め切り　令和8年12月31日（消印有効）

詳細

令和9年度リウマチ月間リウマチ講演会

メインテーマ

「多職種連携で描くリウマチ診療のこれから」

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

開　催　日：市民公開講座……令和9年6月5日（土）
リウマチの治療とケア教育研修会……令和9年7月4日（日）

開催場所：東京国際フォーラム

開催形態：ハイブリッド形式

第27回RAトータルマネジメントフォーラム

開催日時：令和9年2月6日（土）12:30～17:20

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）

開催形態：ハイブリッド形式

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	髙窪　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	冨田　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9月企画運営委員会議事録

審議概要を以下の通り報告します。
企画運営委員会 委員長　川合眞一
日時：令和8年9月8日（火）18:30～19:20

【報告事項】

1. **寄付金の報告について**
直接納付3件、つながる募金16件、港区版ふるさと納税9件をいただいた旨が報告された。

【審議事項】

1. **基本財産の一部処分について**
2. **主たる事務所の移転について**
3. **就業規則の改正について**
4. **日本リウマチ財団登録医規則の改正について**
5. **日本リウマチ財団登録理学・作業療法士規則の改正について**
6. **日本リウマチ財団委員会設置規程の改正について**
１～６の審議事項は、理事会に諮ることを決議した。
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**
審議の結果、関東・甲信越地区の開催を令和10年度に繰り下げ、令和9年度は東海・北陸地区および九州・沖縄地区の2地区で実施することについて、趣意書と併せて承認された。
8. **令和10年度リウマチ月間講演会について**
審議の結果、以下の通り全会一致で承認された。
実行委員長：松野博明（日本リウマチ財団 理事、松野リウマチ整形外科 院長）
開　催　日：市民公開講座…… 令和10年6月4日（日）
リウマチの治療とケア教育研修会…… 令和10年7月2日（日）
開 催 場 所：東京国際フォーラム

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

・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）。

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。

詳細

■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。

DONATE

■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%を上限とした補助金が、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。）

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ての寄付）、ふるさと納税をつうじてご支援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した。

次の方々からご寄付を賜りました。（2026年1月～9月）

川合　佑一 様　川人　豊 様　鈴木　武光 様　長谷川　佳織 様
簑田　清次 様　吉越　和子 様　川合　眞一 様　その他匿名17名様

編集後記

秋も深まり、冬の訪れを感じる季節となりました。本号で『日本リウマチ財団ニュース』は200号を迎えます。約38年にわたり、リウマチ医療の進歩と現場の取り組みを伝えてきた本紙を支えてくださった皆様に、改めて感謝申し上げます。

本号では、「リウマチ月間リウマチ講演会Ⅱ」の会場レポートと、村澤章先生による「RAトータルマネジメントフォーラム」のお話を掲載しています。治療の進歩を患者さんのより良い生活につなげるには、多職種の力が欠かせません。寛解を目指せる時代になっても、疼痛や疲労、フレイル、就労など、疾患活動性だけでは捉えきれない課題があります。患者さんが望む生活を共有し、それぞれの専門性を活かして支えることの大切さを感じます。

「医療保険部会からの便り」では、特に生物学的製剤・JAK阻害薬が、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟等で薬剤料の包括評価から除外された点に注目したいと思います。入院前からの継続投与で、他剤による代替ができない場合に限られますが、薬剤費による受け入れの障壁を軽減し、必要なリウマチ治療を続けながら療養やリハビリテーションを受ける道を広げる重要な変更です。制度を理解し、施設間で情報を共有して活用することが望まれます。

EULAR、GRAPPAの学会速報も、日々の診療を見直す良い機会となるでしょう。

次号から本紙はWebメディアへと移行します。情報を届ける形は変わっても、専門領域や職種、地域をつなぎ、患者さんを支える役割は変わりません。新しい媒体の利点を活かし、診療やケアに役立つ情報をお届けしてまいります。今後ともご支援、ご協力をよろしくお願い申し上げます。

石井智徳
東北医科薬科大学
医学部内科学第三［血液・リウマチ科］教授

◎編集員交代のお知らせ　山村昌弘氏（岡山済生会総合病院）が編集員を退任されました。山村氏には2006年より20年間にわたり、本紙の充実にご尽力いただきました。今後は、平田信太郎氏（広島大学病院）を新たな編集員に迎え、引き続き内容の充実を図ってまいります。

【日本リウマチ財団ニュース 編集員】　編集長：後藤美賀子　国立成育医療研究センター 女性の健康総合センター 妊娠と薬情報センター
阿部麻美　新潟県立新発田病院リウマチセンター 副センター長
石井智徳　東北医科薬科大学医学部内科学第三［血液・リウマチ科］教授
岡田正人　聖路加国際病院 Immuno-Rheumatology Center
川添麻衣　東邦大学医学部内科学講座膠原病学分野（大森）講師
平田信太郎　広島大学病院リウマチ・膠原病科 教授