

Japan Rheumatism Foundation News

日本リウマチ財団ニュース

no. 189

2025年3月号

令和7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)

189号の主な内容
● 姫路赤十字病院における病診連携の取り組み
● 寄稿：関節リウマチ診療ガイドライン 川人 豊氏
● アメリカリウマチ学会 (ACR) 2024学会速報
● 第7回法人賛助会員セミナー

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

令和7年度リウマチ月間リウマチ講演会

「共に歩む：多職種連携で取り組むリウマチコミュニティの結束と支援」

日本リウマチ財団では普及啓発事業の一貫として6月をリウマチ月間と定め、毎年リウマチ月間リウマチ講演会の開催を通じて、リウマチ性疾患に関する正しい知識の普及・啓発に取り組んでおります。

これまででは、一般・患者さんを対象とした講演会と医療従事者を対象とした講演会を同時に開催してきましたが、令和7年度からは対象者の明確化に努めるため、初の試みとして、一般の方々を対象とした「一般・患者さん向けの講演会I」を6月14日(土)に、医療従事者を対象とした「当財団の研修会を兼ねた講演会II」は7月6日(日)にそれぞれ開催いたします。

令和7年度は、「共に歩む：多職種連携で取り組むリウマチコミュニティの結束と支援」をメインテーマに掲げ、私たちがどのようにして共に歩み、結束し、支え合うかについて深く考える機会となるよう、リウマチ性疾患治療における病気や生活の質を向上させるための包括的なアプローチの重要性を取り上げ、皆様と共に新たな一歩を踏み出したいと考えております。

多くの皆様のお越しをお待ちしております。

【日時・場所など】

詳細情報はここから→

	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7年6月14日(土)	令和7年7月6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)
参加費	無料(事前登録不要)	有料 ※事前登録必須

実行委員長 富田 哲也 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

姫路赤十字病院における病診連携の取り組み

姫路赤十字病院の香川英俊氏は、原著論文「関節リウマチ患者の紹介状況から考える理想の地域連携」(臨床リウマチ、31: 275-284, 2019)※で、専門医と非専門医(かかりつけ医)が紹介と逆紹介を繰り返すことで非専門医の患者経験が増える、即ち地域のリウマチ診療の質の向上につながることを報告した。今回、本論文を香川氏にご紹介いただきながら、地域連携の現状と課題について本紙編集員の山村昌弘氏がインタビューを行った。

※対象・方法：姫路赤十字病院膠原病内科との勉強会参加メンバー22施設23部門に2017年1年間のリウマチ診療/病診連携についてアンケート調査を行い、13施設14部門(病院1：クリニック12、内科9：整形外科5、専門医4：非専門医10)より回答を得た。姫路におけるリウマチ診療および地域連携の現状を調査するとともに、3場面(発症時、悪化時、安定期)での患者を動かす(紹介/逆紹介)各施設の診療方針(方向)と紹介患者数(量)を規定する因子を検討した。

話し手：香川 英俊 氏／姫路赤十字病院 腎臓・膠原病内科部長

聞き手：山村 昌弘 編集員／岡山済生会総合病院 診療顧問/リウマチ・膠原病センター長

山村編集員(左)と香川氏(右)

姫路に来てすぐに感じた地域連携の必要性

山村 現在のリウマチ治療は、生物学的製剤やJAK阻害剤の導入により、この20～30年の間に大きく進んでいます。しかし、医療の均てん化の一方で、新しい治療を十分に受けられない患者さんが未だにいらっしゃるという問題があります。

香川 先生は1997年に岡山大学を卒業後、腎・免疫・内分泌代謝学を専門とする岡山大学第三内科に入局されました。研修病院を経て大学で研究・臨床に従事され、2005年から姫路赤十字病院で地域の中核的な存在として活躍されています。そして2019年に論文「関節リウマチ患者の紹介状況から考える理想の地域連携」を発表されました。姫路市は神戸と岡山の中間にあり(図1)、人口の割には専門医が不足している地域だと思います。その中でできるだけ多くの患者さんに最新の治療を提供したいということで、地域連携にフォーカスされて論文にまとめられました。まず、論文に沿って地域連携についてご説明いただきながら、5年後の現在の進展状況についてもお話しいただけたと思います。

香川 よろしくお願いたします。私が本研究

を始めたきっかけですが、岡山にいたときには地域連携の重要さに全く気付かなかったのです。岡山は患者さんが多いですが、病院も非常に多いため、漫然と来院した患者さんを一所懸命に診るというスタイルでした。姫路に来てもう20年になりますが、姫路では同じスタイルではやっていけないことがすぐに分かったのです。専門医の数を増やすのは、自分の力ではどうにもならないことなので、連携やそれぞれの役割を工夫することでやり繰りしなければいけないと思いました。患者さんの短期・長期の予後を良くするためには、ポイントはきっちり押さえないといけない。そのポイントというのが論文のテーマ「理想の関節リウマチ地域連携」(表1)です。理想の地域連携の条件の一つは「すべての患者が適切な時期に適切な治療を受けられること」ですが、適切な時期の適切な治療というのは大きく4つあり、①発症時の診断と初期治療、②難治例や再燃/悪化時の適切な治療強化、③安定した患者さんにも再燃させないような維持治療、④リウマチだけではなく急なトラブルの対応です。④には肺炎を起こしたり癌を発症したり、いろいろあると思います。そういうときに、だれがどのようにトラブルに対応するのか。この4つの場面で地域連携にきっちり乗せてやって

いけば患者さんの健康長寿が目指せるのではないかと思います。

2番目の条件「特定の医師/医療機関に過剰な負担をかけない継続可能な体制であること」というのは当たり前のことですが、特定のだれかがものすごく頑張ってやっていくスタイルはだい

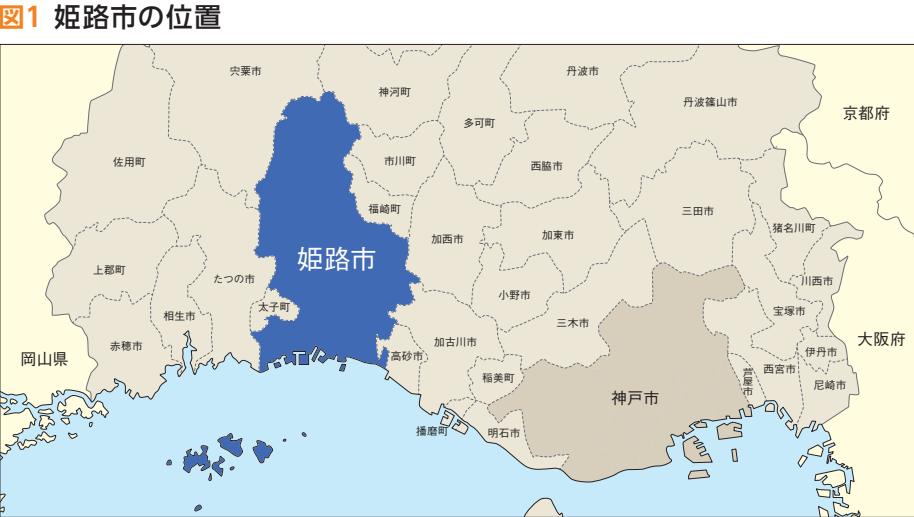


表1 理想の関節リウマチ地域連携の条件

1. すべての患者が適切な時期に適切な治療を受けられること
2. 特定の医師/医療機関に過剰な負担をかけない継続可能な体制であること

(注) 適切な“時期”として、①発症時の診断と初期治療、②悪化時(難治性や再燃)の治療強化、③安定時の維持治療、④急なトラブル時の対応、の4場面を定義した。

たい失敗しています。例えばリウマチ患者さんを千数百人も抱えているような先生方は、何年か経つとお辞めになっていたり、開業してたりすることが多いように思います。ですから、だれかに過剰な負担がかかるとか、だれかが辞めたら終わりではなく、継続的なリウマチ医療を提供できる体制を作っていかなければいけない。そういう想いで姫路に来てからすぐに地域連携に取り組み始めました。

山村 今、働き方改革と言われていますが、後継者を集めることを考えると過剰な負担は良くありませんし、必要な条件ではないかと思います。

集約型と循環型：
姫路赤十字病院を例に

香川 図2に示したB病院の循環型の162名は当院膠原病内科の患者数です。1年間に紹介されたのが、①初発44名、②悪化32名、状態の悪い患者さんをできるだけ受け入れるスタイルです。毎年次々と紹介されて来るので、それを受けるためには、③安定、を逆紹介で出していかなければなりません。アンケートの結果、循環型の中身は施設によってだいぶ違っていました。

A病院の集約型は375名で当科より患者数は多いですが、新規紹介の①②の患者さんはボリュームの割には意外に少ない。患者数は多いけれども紹介・逆紹介が少ないところは、入れ替わりが少なくて状態の悪い患者さんを診きれていないような印象がありました。

山村 この集約型と循環型の分類は分かりやすいですね。昔の大学はAの集約型に近かったように思います。紹介患者も一定の割合はあるけれども、急なときに診られないこともかなりあったと思います。研修をするときは新しい患者さんを診られるので循環型のほうがいいう思うのですが、実際には大変ですね。どのようにして維持されていますか。

香川 基本的には紹介患者は絶対に断らない。その代わりできるだけ寛解まで診てからお返しします。返される側も専門医、リウマチ登録医だけれども専門ではない先生、たまたま高血圧を診ていてリウマチをみつけた先生といろいろで、先方のニーズもありますし、そこに合わせた形でお返ししていくことを心掛けています。

山村 これはおそらく先生がSLEの患者さんをたくさん診られていたので、そういう発想になったのではないかなと思います。

香川 実は私はSLEや血管炎、筋炎の診療スタイルはAの集約型なのです。それらは専門医がずっと診療を続けたほうが患者さんの予後がいい病気だと思うのです。施設によって循環型もするし集約型もする、疾患によって両方を使い分けていくことが大事だと思います。SLEや血管炎をきちっと診続けるためには、なおさらリウマチに関しては循環型で診ざるを得ない。しかも、リウマチの場合は、整形の先生や診てくださる先生の裾野が割と広いので返しやすいです。

山村 たしかにリウマチの場合は患者さんが多いので経験する機会も多く、登録医や専門医の制度があって、教育を受ける場所もかなりあります。そういう意味では、A病院で診療できる人たちが、先生のB病院のシステムを支えているのではないかなと思います。

香川 実を言うと、A病院は当院の整形外科なのです。まさに先生のおっしゃったとおりで、同じ施設の中でもAとBが混在し得る。これは部長の方針によります。整形は整形でうまく回っているし、この組み合わせでちょうどうまくはまったということです。

山村 同じ病院の中でも2つの型があると連絡も患者さんの移行もしやすいですね。

香川 院内連携も取れます。

図3はA、B病院のスタイルを図示したものです。Aの集約型の場合は、③安定期の患者さんがすごく増えるので、そこに労力を使わざるを得なくなる。その中から悪化の患者さんが出るのは問題ないと思います。④急なトラブル発生時ですが、肺炎の患者さんをそのままリウマチの主治医が診ているのか、呼吸器内科が診ているのか、他の病院にお願いしているのか、それは施設によって違うと思います。Aのように患者数が増えると問題なのが①と②と④の適切な対応で、手が回りにくくなるかなと思っていました。

Bの循環型では③安定期の患者さんは逆紹介となり、元の紹介医の先生方のニーズに合わせて半分ぐらいは返しています。あとは専門医、準専門医と書かせていただきましたが登録医の先生方と密な連携を取らせてもらっています。

図2 集約型病院と循環型病院のリウマチ患者数

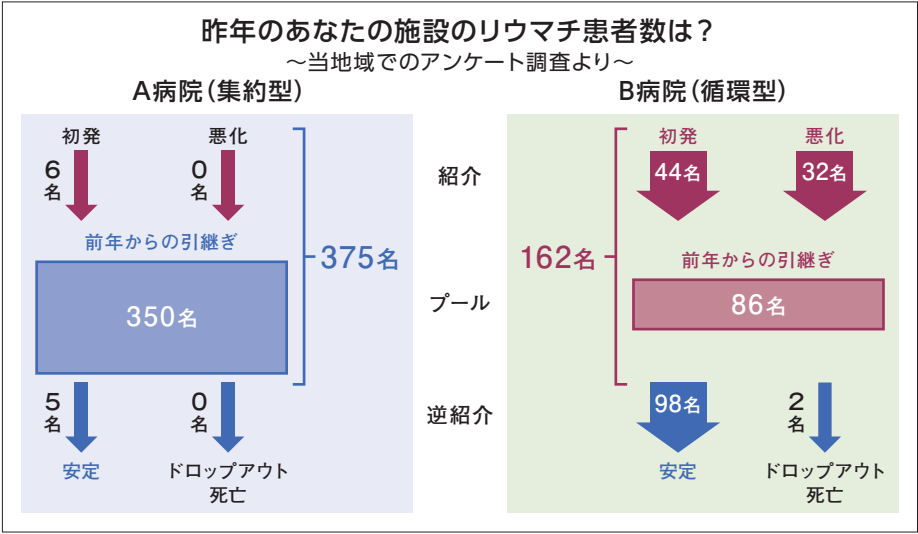
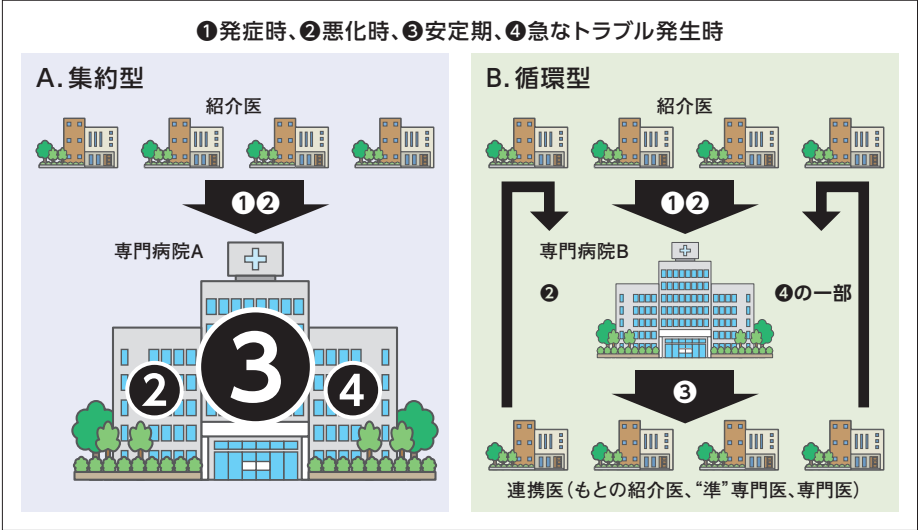


図3 専門病院の2種類のスタイル



裾野を広げるには：
勉強会の状況、必要性

山村 今回のアンケートの対象になった先生方の中には登録医も含まれていますか。

香川 どなたが登録医かということまでは分からないのですが、兵庫県の登録医の会が年に1回神戸で開かれていて、うちの勉強会の先生方が結構参加されています。リウマチに興味のある先生を発掘して勉強していただくと、という役割が登録医の会にはあるのではないかなと思っています。

山村 先生は論文の勉強会を今年に1回されていますか。

香川 昔は年2回でしたが、コロナのときにやめてしまいました。いつも同じメンバーなので話の内容は決まってきてニーズが減ったというのがありますし、結局、一人一人の紹介・逆紹介をきちとやって、そこで勉強しようという雰囲気になっています。ですから、連携医への紹介状の返事はものすごく細かく書きます。それも初診のときとお返しするときと必ず2回は書くので、そういうやりとりが勉強会の代わりになります。何回も顔を合わせている先生ですと電話で相談を受けたり、緊急ならそのまま来ていただいたりもします。

山村 Bの循環型をみる限り、連携医の数を増やすこと、裾野を広げることが一番大切なことですね。その分、ハイレベルなことがこちらでできることになりますね。

香川 リウマチの治療自体が進歩しすぎて、リウマチは診たくないと考えている一般内科、整形外科の先生も案外多いと思うのです。

山村 それはあると思います。JAK阻害剤とか言われても、使うか使わないかは別にして、興味を引くような免疫の話になってしまうことがあります。ぐいぐい引っ張り込むのではなく病気に興味をもってもらうことが大事ですね。

香川 勉強ですね。そういうことに興味のある先生はたくさんおられると思います。

紹介・逆紹介の実際：
B病院の③のケース

香川 今回、調査で「患者の動き(方向・量)」を検討したわけですが、図4で示したのは施設の

診療方針がどういう方向になっているかの現状です。Q1が初発、Q2が悪化、Q3が安定期の診療方針についての質問です。Q1「診断未確定の初診患者」が受診された場合では、専門医は「自分で対応」「初期治療がダメなら専門に紹介」が半々です。Q2、Q3も専門医はすべて自分で対応するスタンスです。非専門医では、Q1で「初期治療がダメなら専門に紹介」との回答は10人中3人、「診断してから専門医に紹介」が7人でした。Q2は「生物学的製剤のみ専門に紹介」とした方が3人、Q3「安定している患者さん」については「治療内容をみて決める」と回答した方が大半でした。

そこで非専門医の中でも自分で診る先生、ここまでは診るという先生がいて、その間に何の差があるかということを示したものが図5になります。E～Mのすべてが非専門医です。薬剤はその施設で使用できると回答があったものです。総患者数は先生方が診ているリウマチ患者さんの数です。淡いグレー(E、F、G)がQ1で「初期治療がダメなら専門に紹介」と回答した施設、濃いグレー(E、F、J)はQ2で「生物学的製剤のみ専門に紹介」と回答した施設です。

山村 これをみると患者数が多い施設がいろいろなバリエーションで治療を試みています。おそらく経験に裏打ちされて、だんだんと専門性が高まってくるのだと思います。ここを育てると先生はもっと楽になりますね。

香川 それを目指しています。例えば、最初にメトトレキサート(MTX)を服用している安定した患者さんをお願いしたら、たとえ診るのが1人目の先生でも1人の経験値は出ます。それがMTXではなくタクロリムスになったり、今でも少しは使われるブシラミンやサラゾスルファピリジンからMTXへ、さらにタクロリムスからイグマチモドへとお願いしているうちに、案外知らない間にMTXで治療してくれている先生がおられたりします。

山村 直接話したり手紙で行き来したりしている間に連携できるように非専門医を育てていければ、A型の病院の先生方が増えてくることにもなりますね。

香川 MTXまでやってくださったら、だいぶ違いますね。

図6は当院のリウマチ患者さんがどんな薬を

図4 患者を紹介する場面での施設の診療方針(当地域でのアンケート調査より)

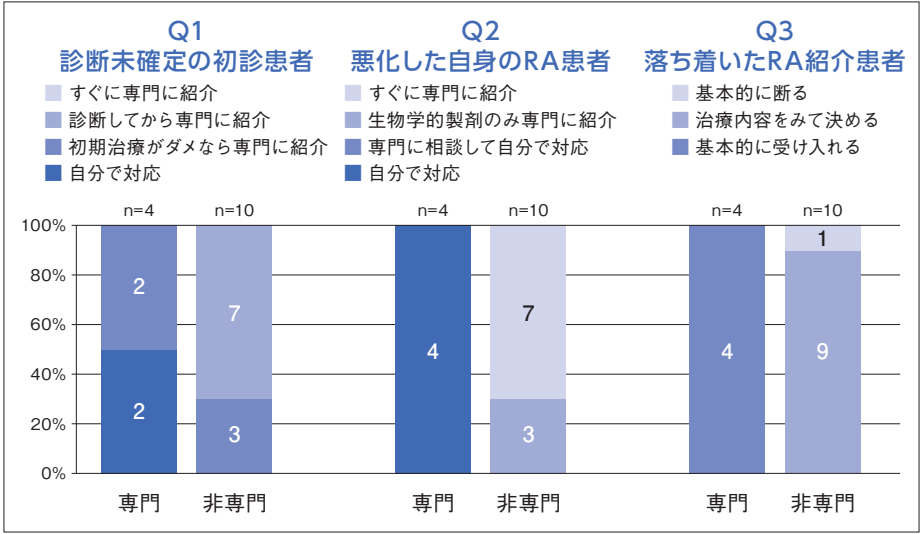
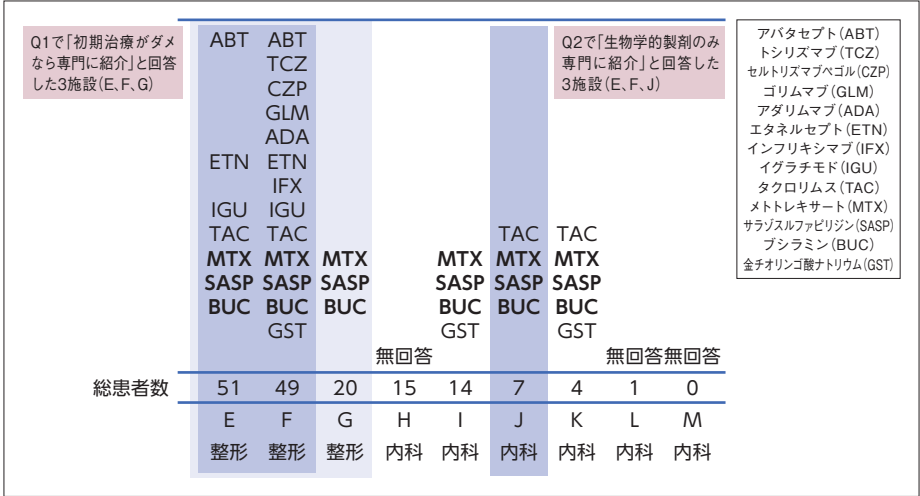


図5 かかりつけ医の経験患者数が紹介の閾値と関連する(当地域でのアンケート調査より)



使っているかを示したイメージ図です。AがMTX単剤でうまくいっている人で全体の約30%です。Bが生物学的製剤またはJAK阻害剤の単剤、もしくはMTXとの併用です。Cがその他のcsDMARDs単剤もしくはMTXとの併用です。

山村 B、Cになるほど割合が多くて専門性が高そうなイメージですね。

香川 高齢患者さんも増えていますし、合併症で腎臓が悪い患者さんなど、たくさんいらっしゃいます。

山村 これは先生の地域連携のシステムで、

先生方が実際に診ている患者さんの治療状況とも言えますね。A、Cに逆紹介する可能性の高い患者さんが一番含まれていて、連携の裾野が広がればやがてBも逆紹介していく可能性があるということです。

香川 そうです。**図7**はA～Nの各施設の患者数を聞いたものです。上から順に1年間に紹介してもらった患者さんの数、自分が逆紹介した患者さんの数、そのうち初発の患者さん、前年度から継続していた患者さん、総数となっています。A～Dまでが専門医、E～Nが非専門医、病院は

当院のAとBのみで、ほかはすべてクリニックです。明らかに紹介患者と逆紹介患者の数に相関がみられます。つまり紹介患者を増やしたい施設は逆紹介した施設と考えられます。

山村 専門医の先生方とのキャッチボールが一番多い。ただし非専門医の数のほうが圧倒的に多いので、非専門医も無視できないということです。

香川 そうです。結局、新規の患者さんを紹介してくれるのは非専門医が多く、そういうところに紹介いただいた患者さんをお返しすると、また次の患者さんを紹介してもらえるというイメージです。

山村 これをみると内科より整形、特にリウマチを専門にしていないところとの関係が大切なんだなと思いました。逆紹介・紹介という形でキャッチボールしながら、専門的な治療を非専門医でもできるようになるということです。

経験患者数を増やし、地域格差の縮小も可能に

香川 今回のアンケート調査の結果ですが、紹介・逆紹介は専門施設もかかりつけ医もそれぞれが必要と感じたときに患者さんを動かしているということです。必要と感じるかどうかは閾値があり、特にかかりつけ医は「経験患者数」、専門病院は「部長の方針」が要因になっているように思いました。「紹介患者数」と「逆紹介患者数」には強い相関がみられるので、逆紹介患者数を増やすことを意識しながら、それぞれの病院・クリニックに最もメリットがある、あるいは得意な患者さんを紹介し合って「経験患者数」を増やすことは、地域全体のリウマチ診療の質を高め、ひいては地域格差を縮小させる可能性があると思います。

山村 論文の発表から5年経っていますが、何か変化したことはありますか。

香川 紹介・逆紹介は常にありますから「経験患者数」は増える一方です。したがって、これまではMTXまでしか使用されていなかった先生の中からJAK阻害剤を使用される先生が出てきました。また、勉強会メンバーに限定せずに丁寧な紹介状を書いて知り合いになるというスタンスですので、先生方との連携が広まって、かかりつけ医が増え、さらにグレードが上がったという印象を受けています。

山村 リウマチ以外の膠原病に比べてリウマチは経験する可能性も高い疾患なので、手助けしてくれる医師を増やしていくことは可能だと思います。

香川 疾患によって集約型と循環型を使い分けていくのは当然ですし、閾値というのは変わります。よく顔を合わせてコミュニケーションを取ることで、その時々が変わるニーズに応じて方向と量を変えることが現実的かと思います。

山村 人的交流が一番大切ですね。

香川 ありがたいことに、かかりつけ医の先生が「あの病院はいいから行ってみなさい」等と患者さんにおっしゃってくれるときもあります。

山村 総合病院は急性期や重症の患者さんを診るために存在し、安定したらかかりつけ医の先生にお世話になる。そういう時代が変わってきたように思います。そして、循環型の地域連携のニーズはこれからも高まっていくと思われます。特に専門医が少ないところではベターなシステムかもしれません。本日はありがとうございました。

図6 当院のリウマチ患者さんが使用している薬剤（イメージ）

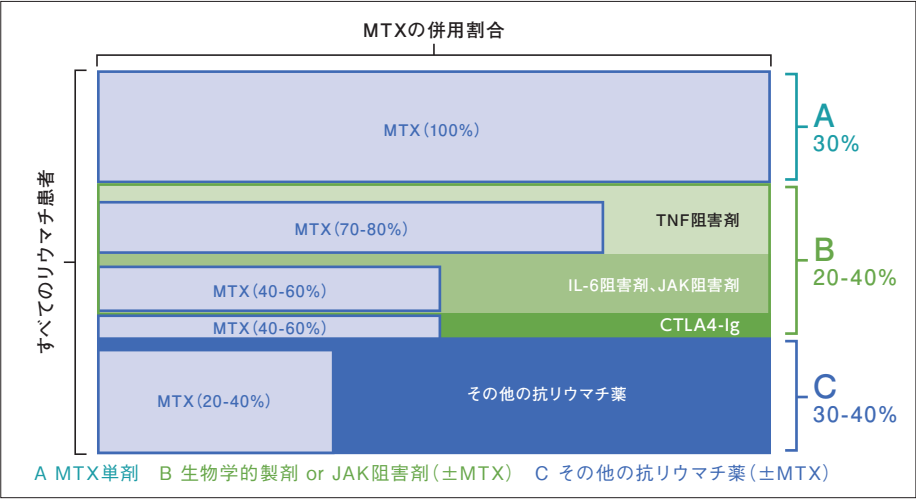
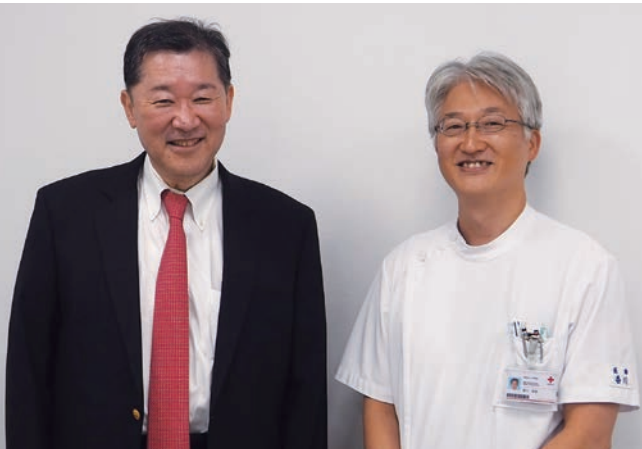
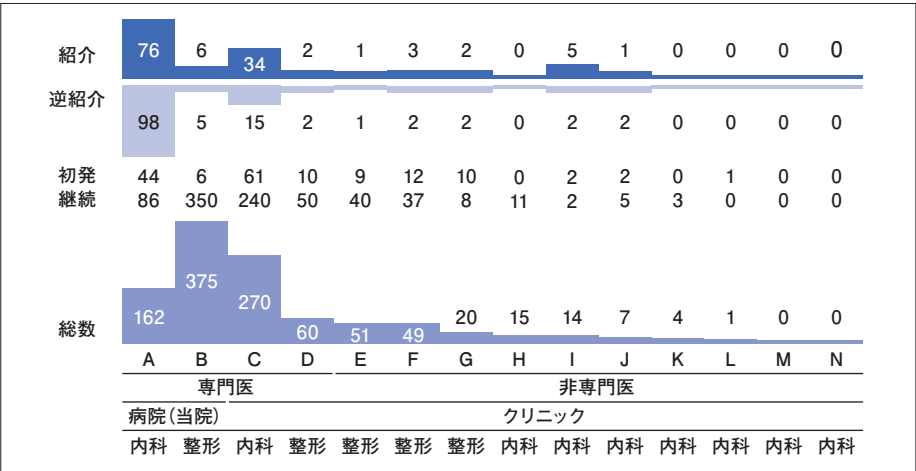


図7 紹介患者数と逆紹介患者数に強い相関がみられる（当地域でのアンケート調査より）



対談を終えて記念撮影。長時間お疲れ様でした

寄稿

関節リウマチの診療指針：“日本リウマチ学会 関節リウマチ診療ガイドライン”

川人 豊(かわひと・ゆたか)氏
京都府立医科大学 膠原病・リウマチ・アレルギー科(免疫内科学)部長・病院教授

Key Words

関節リウマチ(RA) 診療ガイドライン 薬物治療 非薬物治療 外科的治療 補助的治療 治療アルゴリズム 推奨

はじめに

関節リウマチ(RA)の治療は、近年多くの生物学的製剤やヤヌスキナーゼ(JAK)阻害薬などの分子標的治療薬が開発され、その予後が改善し治療が多様化してきている。この状況で、日常診療におけるRA治療を平均化し、日本での保険医療制度を考慮した包括的な診療指針が求められている。わが国における最初のRA診療ガイドラインは、1997年に初めて日本リウマチ財団から発行され、2004年に改訂版が出版された。その後、2014年、2020年に、日本リウマチ学会からGRADE(Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation)法を用いたガイドラインが作成された。2024年4月にはその改訂版が公表され¹⁾、計27のアップデートもしくは新規の推奨が追加された。以下、今回の2024年版の改訂

部分をふまえながら、RA診療ガイドラインを概説する。

薬物治療のアルゴリズム(図1)

薬物治療のアルゴリズムは3つのフェーズで構成されており、治療目標に向かって厳密な強化治療を行う「目標達成に向けた治療:Treat to Target(T2T)」¹⁾の治療概念に沿い、原則として6ヵ月以内に治療目標である「臨床的寛解もしくは低疾患活動性」を目指し、達成できない場合にはフェーズを進めていく。ただし、リウマトイド因子/抗CCP抗体陽性(特に高力価陽性)や早期からの骨びらんを有する関節破壊が進みやすい予後不良因子がある場合、治療開始後3ヵ月で改善がみられない場合を含め、より積極的な治療を考慮することになっている。

非薬物治療・外科的治療のアルゴリズム(図2)

欧米とは異なり、わが国では整形外科医がリウマチ専門医を有する医療環境にあり、RA治療の4本柱(薬物、手術、教育、リハビリテーション)が基本となる集学的に患者を支える治療概念に沿うものとして、非薬物治療・外科的治療のアルゴリズムが2024年版ガイドラインでも引き継がれた。薬物治療アルゴリズムに則って治療を行い、それでもなおかつ四肢関節症状および機能障害が残存する場合には、薬物治療を担当するリウマチ専門医と連携し、非薬物治療・外科的治療を検討する。薬物治療のどのフェーズでも応用可能と定義されている。これによりdifficult-to-treat rheumatoid arthritis(D2TRA)と呼ばれる難治性のRAにも対応が可能なものになっているのが特徴的である。

薬物治療の新規推奨(表1)

薬物治療の最初のフェーズであるフェーズ1では、メトトレキサート(MTX)の皮下注射製剤を経口製剤と同等に使用することが新規に推奨された。皮下注射製剤は経口製剤と比較して有効性が優れており、消化管障害を含めた安全性が高い。今後の皮下注射製剤の普及が進めばMTX単剤でより高い寛解率が得られてフェーズ2に移行しない患者が増加し、医療経済的にも良好な効果が期待できる。生物学的製剤やJAK阻害薬などの分子標的薬の投与を検討するフェーズ2では、生物学的製剤として6剤目のTNF阻害薬であるオゾラリズムブのエビデンスが追加され、その推奨は2020年版と変わらない。リンパ球の膜表面蛋白のCD20に対する抗体製剤であるリツキシマブも、フェーズ2と3で推奨された。ただしフェーズ2では、MTX併用下で