日本リウマチ財団ニュース
Japan Rheumatism Foundation News

NO. 138 年6回発行

2016年9月号
平成28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
日本リウマチ財団への交通のご案内 ● 新橋駅（JR線、銀座線、都営浅草線）烏森口より 徒歩6分 ● 御成門駅（都営三田線）A4出口より 徒歩7分
※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）

財団ホームページ リウマチ情報センター http://www.rheuma-net.or.jp/

平成28年度 リウマチ月間

リウマチ講演会開催される
～リウマチ及びその周辺疾患のケア～

（公財）日本リウマチ財団の「リウマチ月間」にちなむ恒例イベント「リウマチ講演会」が6月19日，東京駅前の丸ビルホールで開催された。リウマチ患者と家族，医療従事者が多数来場。多くの実績を有する財団登録医の講演からリウマチケア看護師育成の取り組みの事例を学び，シンポジウムでは日常生活の維持について，医師，看護師，薬剤師，理学療法士それぞれの具体的なアドバイスに耳を傾けた。特別講演では，プロ野球における不滅の400勝記録保持者から，健康管理の秘訣を学んだ。

高久 史麿代表理事

日本医師会常任理事 道永 麻里 氏

日本リウマチ学会理事長 山本 一彦 氏

日本整形外科学会理事長 丸毛 啓史 氏

日本リウマチ友の会会長 長谷川三枝子 氏

祝辞／3職種揃ったリウマチケア人材育成制度に期待

冒頭に高久代表理事が開会の挨拶を述べ，続いて本講演会の後援団体代表4名の来賓祝辞があった。日本医師会会長の横倉義武氏（代読・常任理事 道永麻里氏）は，専門医師の地域間偏在，医療機関選択に際しての情報の不十分さなどの問題にはかかりつけ医と専門医との有機的連携が重要であるとしたうえ，同会は，従来の生涯教育に加えて，かかりつけ医機能の一層の充実・強化に向けた研修制度を開始するなど，地域医療提供体制の再構築を図ると述べた。

日本リウマチ学会理事長の山本一彦氏は，同学会と日本リウマチ財団が車の両輪のように互いに協力し合いながら，リウマチ性疾患の制圧と，海外リウマチ関連団体との交流に努めてきた経緯に触れ，当財団独自のリウマチケア看護師などの育成制度を「非常に優れた制度」と評価した。

日本整形外科学会理事長の丸毛啓史氏は，リウマチ性疾患が増加傾向にある今日，制圧は喫緊の課題であるとの認識を示したうえ，当財団の調査・研究活動やリウマチ診療・ケアに従事する人材の育成制度は将来必ずや実を結ぶと賛辞を寄せた。

日本リウマチ友の会会長の長谷川三枝子氏は，医療技術の進歩と，チーム医療の一般化に伴いリウマチ医療の姿が大きく変わった今日，薬価の問題や，高齢社会のただ中にあって医療・介護への制度アクセスの問題が残されていることなどを指摘し，同会が今後も当財団とともに問題解決に取り組んでいく所存であるとの決意を述べた。

リウマチ研究・教育・福祉の功労者に賞を授与

来賓祝辞に続き，今年度，日本リウマチ財団から贈られる賞の授賞式が行われた。

●三浦記念リウマチ学術研究賞

田久保 圭誉 氏

リウマチ性疾患に関する独創的な研究調査等を行った若手研究者に授与される。国立国際医療研究センター研究所 生体恒常性プロジェクト プロジェクト長の田久保圭誉氏に贈られた。授賞対象の研究題目は「新規プリン代謝制御シグナルが免疫恒常性維持と病態で果たす役割の検証」。

●日本リウマチ財団柏崎リウマチ教育賞

井上 一 氏

リウマチに関する医学教育および患者教育に専念し，わが国のリウマチ学の進歩発展，リウマチに関する知識の啓発普及に尽力した人に授与される。岡山大学名誉教授，香川労災病院名誉院長の井上一氏に贈られた。

●ノバルティス・リウマチ医学賞

右田 清志 氏

リウマチ性疾患の病因・発症機序・画期的治療法を探索し自然科学の発展に寄与した研究を顕彰し授与される。福島県立医科大学附属病院 リウマチ・膠原病内科教授の右田清志氏に贈られた。授賞対象の研究題目は「家族性地中海熱を含めた自己炎症疾患の病態解明と治療法の開発」。

●塩川美奈子・膠原病研究奨励賞

山崎 小百合 氏

膠原病の病因・診断・治療・予防・疫学等に関する独創的な学術調査研究に対して授与される。名古屋市立大学大学院医学研究科免疫学 教授の山崎小百合氏に贈られた。授賞対象の研究題目は「制御性T細胞による自己免疫性関節炎・膠原病の特異的治療の研究」。

●日本リウマチ財団リウマチ福祉賞

橋本 裕子 氏

リウマチ性疾患に悩む患者に対する永年にわたる社会的救済活動を通

次ページに続く

リウマチ性疾患の呼吸器障害対策 後編
気道病変とその合併症

徳田 均 氏 JCHO東京山手メディカルセンター 呼吸器内科

138号の主な内容

- 平成28年度 リウマチ月間 リウマチ講演会開催される
- リウマチ性疾患の呼吸器障害対策 後編 気道病変とその合併症
- シリーズ リウマチ人 国立病院機構 相模原病院 名誉院長 工藤 洋 氏 後編

はじめに－RA患者の約3割に気道病変が合併する，その理由，そしてその臨床的重要性

RAの気道病変は，中枢側にあっては気管支拡張症（bronchiectasis; BE），末梢側では細気管支炎の形を取る。RA患者における気道病変の頻度については，1990年代半ばから，HRCTという最も信頼度の高い手段を用いて，調査，報告が見られるようになった。BEについては，現在までに10指に及ぶ報告があり（うち我が国からは4つ），その多くが，合併頻度を30～40%としている[1]。これは一般人口の10倍以上という異常な高いレベルであり，決して偶然ではあり得ない。BEの発生がRAという病態に密接に関連しているためと考えられている。そもそもBEとは，気道の感染，炎症→気管支の支持構造である弾性線維層や軟骨の破壊→気管支の変形・拡張と言う悪性サイクルにより形成されてくるものである（図1）。現代の免疫学はそのプロセスを担うサイトカインや細胞を明らかにしており，菌ではなく炎症が気管支構造破壊の主役である事を明らかにしている[2]。この炎症は宿主の免疫系が菌を認識して惹起するものであるが，RA患者においてはこの免疫応答が一般患者より強く持続的に起こるものと推定される。菌としては肺炎球菌，インフルエンザ菌，緑膿菌など，拡張した気管支に定着する菌と考えられてきたが，最近のゲノム解析技術を動員した研究では，培養法では検出されない嫌気性菌の役割も実は非常に大きい可能性が明らかにされてきている[3]（図2）。

RAのBEは，前号で述べた細菌性肺炎はじめ，RA治療に伴うさまざまな呼吸器合併症の最大のリスク因子の1つであり[4]，この有無を予め知っておくことは，肺合併症を最小限に抑えるために必須である。しかしBEの有無は胸部X線写真を以ては検出できない。またRA患者は気道症状の訴えが乏しく，症状も当てにはならない。従って正確な診断にはHRCTが必要であり，このことは世界的なコンセンサスとなっている[5]。気道病変の危険因子（抗CCP抗体高値，RAの進んだ病期）のある患者では，免疫抑制治療開始前に必ずHRCT検査を施行すべきである。

また末梢側の気道病変である細気管支炎も，頻度としては8～18%と低めであるが，やはり多いことがいくつかのHRCTを用いた調査により明らかにされている。

なお，気管支拡張症と末梢の細気管支炎とは，しばしば併存することがHRCTを用いた多くの研究から確認されている。即ち，これら気道病変は，気道という外界とのインターフェースにおいて，侵入して来た微生物やタバコ粒子などに対してRAという宿主の強い異常免

次ページ下段に続く

リウマチ講演会 続き

じ，その福祉向上に著しく貢献した人に授与される。NPO法人線維筋痛症友の会 理事長の橋本裕子氏に贈られた。

医療者および患者代表の講演と4職種代表からのアドバイス

講　演

「リウマチ医療の現場から」

座長／松野 博明 氏
松野リウマチ整形外科
理事長

松野 博明 氏

演者／佐藤 正夫 氏
松波総合病院
リウマチセンター長

佐藤 正夫 氏

リウマチのチーム医療においては，患者・医療者間の調整役としての看護師の役割が重要であり，患者のケアに一定の経験と知識を有する日本リウマチ財団登録リウマチケア看護師の活躍が期待されている。佐藤正夫氏は，自らが中心となって4年前から取り組んできた岐阜県におけるリウマチケア看護師育成活動の歩みを紹介した。

佐藤氏は2012年に「岐阜リウマチケア研究会」を設立。リウマチケア看護師の登録・更新に必要な単位を取得できる講習会の開催を活動の主軸と定め，本年4月までに年間3～4回，計14回の講習会を開催した。1回の講習会の中で講演とパネルディスカッションを実施して一度に2単位取得できるようにし，開催地が人口の集中する県南部に偏らないようにするなどの工夫を重ねた。結果，2015年度末までの岐阜県内のリウマチケア看護師登録数は累計42名に達した。佐藤氏は，「全国人口に占める岐阜県の人口の割合が1.62%（17位）であるのに対し，県内の全看護師数に占める登録看護師の割合は2.5%（11位）。課題は多々あるものの，善戦したといえる」と，これまでの活動を総括した。

特別講演

「『リウマチ』と戦う400勝投手」

座長／
西岡 久寿樹 氏
東京医科大学
医学総合研究所 所長

西岡 久寿樹 氏

演者／金田 正一 氏
野球解説者

まだ破られたことのないプロ野球通算400勝の大記録保持者・金田正一氏が，「鉄人」と称された現役時代に身に付け，満83歳の今日まで実践し続けてきた自己コントロールの秘訣と，5年前から患っているリウマチ性多発筋痛症（PMR）の闘病体験を語った。

金田 正一 氏

金田氏は1950年，16歳の時，当時の国鉄スワローズに入団。初年度から華々しく活躍し，51年以降は毎年20勝以上の栄光の記録を積み重ねたが，その陰で腕の酷使がたたり，現役時代を通じて「リウマチの痛みに匹敵する」左肘の痛みに苦しんだ。医師からは「痛ければ，休みなさい」と忠告を受けたが，肘の痛みをかばいながら投げ続ける方法を自ら模索し，ここから下半身を徹底的に鍛え，下半身で肘をかばう「金田野球」のスタイルが生まれたという。さらに，「ただ体を鍛えるだけでなく，十分な食事と筋肉マッサージで体をケアするのが“金田流”」と語り，鉄人・金田を生み出した健康管理の秘訣を披露した。

続いて金田氏は，2011年に突然の発熱と強い全身倦怠感から始まった病気の一部始終を語った。血液検査の結果から「リウマチ性多発筋痛症」と診断され，約1週間の治療で症状は軽快。その後は，おおむね元気に過ごしている。最後に金田氏は，「私は体がどんな状態であっても，元気なときの自分のペースを崩さず維持することを考えてきました。どんな痛みを抱えていても，結局，元気よく生きた者が勝ちです」と，会場に詰めかけた患者を激励した。

シンポジウム

「関節リウマチにおける日常生活の維持」

座長／岡田 正人 氏
聖路加国際病院
Immuno-Rheumatology Center
センター長

岡田 正人 氏

看護師の立場から
澁谷 美雪 氏
日本リウマチ財団リウマチケア専門職制度検討会
委員

澁谷 美雪 氏

澁谷美雪氏は，リウマチ患者の“全人的苦痛”に看護師からどうアプローチするかという観点から考えを述べた。

人間が経験する苦痛には，身体的苦痛，社会的苦痛，精神的苦痛，スピリチュアル・ペインという4つの側面があると考えられ，総合的・全人的なアプローチが求められる。

疼痛ケアにおける看護師の役割は，日常生活行動の援助，医療行為の補助，家族調整だが，それ以上に「QOLの維持・向上」が求められている。これは単なる生活の水準ではなく，「患者が人生に幸福を見出しているか」を尺度として，心身の健康，良好な人間関係，やりがいのある仕事などの観点から計られるべきものである。

医療者が疾患だけに注目している限り，治療・ケアに対する患者の満足度やQOLを高めることは困難であり，まず患者の状態を具体的かつ詳細に知る必要がある。具体的な手段として，包括的なケアアセスメントの作成と活用が検討されるべきである。

澁谷氏は，アセスメントツールを用いて評価すべき項目として，痛みの部位・性質・強さ，痛みのパターン，痛みを増強する因子・減弱する因子などのほかに，日常生活への影響，痛み以外で困っていることなどが重要であるとし，このようなアセスメントは，患者・家族・医療者が治療目標を共有する手段となり，苦痛の早期緩和が期待できると述べた。

理学療法士の立場から
古田 和大 氏
葛飾リハビリテーション病院
リハビリテーション科

古田 和大 氏

従来，関節リウマチに対する運動療法は安静が主体であり，リハビリテーションも関節可動域訓練を中心とした限局的なものであった。しかし，生物学的製剤の登場により関節破壊の遅延・防止が可能になり，身体活動の改善が認められるようになったことから，これを維持する積極的な運動療法と，関節保護を両立させるリハビリが求められるようになってきた。

関節リウマチの痛みには，炎症症状を伴う全身性の急性疼痛と，悪い姿勢や心身の不安定などの二次障害に伴う慢性疼痛の2つがある。急性疼痛は薬物治療や関節保護によって改善可能であり，慢性疼痛は，リハビリ，徒手療法，運動療法などにより改善を図ることができる。

古田和大氏が所属していた平成立石病院付属リリオクリニック（2016年6月をもって閉院）では，四肢の変形を伴うリウマチ患者に対しても体幹・脊柱の運動を中心としたリハビリにより日常生活動作の改善が可能との考えから，積極的なリハビリを実施し，成果を上げている。古田氏は，リハビリにより姿勢の歪みが改善され，さらにフィットネスを利用した運動療法を付加することにより体力が向上した自験例を紹介した後，患者が自宅でできる運動を紹介。二次障害に対するリハビリの継続により体力が向上し，日常生活動作の改善がもたらされることを強調した。

薬剤師の立場から
益子 恵 氏
慶友整形外科病院
薬剤科

益子 恵 氏

多種多様な薬を内服する関節リウマチの薬物療法においては，患者が正確な知識を持つことが重要である。益子恵氏は薬剤師の立場から，薬の正しい飲み方，副作用の早期発見と，治療に臨む心構えについて，具体的に解説した。

免疫抑制薬は服用間隔が短くなると体に好ましくない影響が出るため，「飲む曜日を決めたら，翌日にずらさない」「飲み忘れた分は抜く」ことが原則であり，ステロイド薬は元々体内で産生される物質であるため，そのリズムを壊さないよう朝1回で飲むなど，薬の特性により飲み方が決まってくる。

副作用は，早期発見・早期治療が重要である。例えば免疫抑制薬には間質性肺炎，血球減少症，肝機能障害，腎機能障害などの副作用が出ることがある。代表的な症状を知っておき，思い当たるときは早めにリウマチの主治医を受診するか，近くのかかりつけ医に「リウマチ薬を服用中」であることを告げて受診するようにする。

最後に益子氏は，患者がより良い治療生活を送るための条件として「治療の目標を持つ」ことが重要であり，例えば特定の検査結果値の推移を，目標を意識しながら追うことは有意義であると述べた。

医師の立場から
井畑 淳 氏
国立病院機構横浜医療センター
リウマチ科 部長

井畑 淳 氏

井畑淳氏は，リウマチ医療の現状を包括的に捉える視点から，医療者と患者が共に正しく理解しておくべきリウマチ医療の重要ポイントを指摘した。

今日のリウマチ医療を語るときの頻出キーワードに，「寛解（臨床的寛解・画像的寛解・機能的寛解）」が挙げられる。分かりにくい概念だが，「寛解＝治癒」ではないこと，関節炎の段階でリウマチの進行を止められれば「臨床的寛解」，骨破壊を阻止できれば「画像的寛解」，機能障害の進行を止められれば「機能的寛解」であることを押さえておけば，全体像が理解しやすくなる。

近年，世界的にリウマチの合併症管理の必要が叫ばれている。特に多い合併症は，解離性大動脈瘤，心筋梗塞，脳梗塞など動脈硬化に起因する疾患である。なお，日本は欧米のような医療の極端な専業化が進んでいないので，合併症に対してはきめ細かい対応を受けられる可能性が高い。

井畑氏は，このほかに，身体機能の維持，副作用の予防，ポリファーマシー（多数の薬を飲んでいる状態），関節破壊が進行した場合の経済的問題を指摘した後，今後のリウマチ医療においては，長期的・包括的なケアプランの構築，患者と医療者が一体となって実施する診療システムの構築が重要課題となるだろうとの展望を語った。

（文責：編集部）

気道病変とその合併症 続き

疫が発動されて形成されると考えられる。RAの関節外病変であり，一連のものとして理解すべきである[6]（図3）。

気道病変は，従来とかくその臨床的意義を軽視されてきたきらいがあるが，前号で述べたように，細菌性肺炎の母地となり，また次に述べる様に非結核性抗酸菌症の母地ともなるので，臨床上極めて重要である。またその一部は進行して閉塞性肺障害を引き起こす。さらに，一部は進行して蜂窩肺を形成する。以下，これらの諸問題を考えて行く。

1. 非結核性抗酸菌症（NTM症）

RAの気道病変は様々な細菌の定着を許し，細菌性肺炎を起こしやすくさせるが，まったく同じ事がNTM症についても言える。NTM症については，本誌120号（2013年9月）で詳しく述べた。その後新たに出てきた情報も加味して，以下にまとめる。

近年全世界的にNTM症の増加傾向があり，特に我が国の増加ぶりは突出している。RA患者においても多発が見られ，臨床家を悩ませている。最近，米国から，RA患者のNTM症の発症率は一般人口の2倍，そこに生物学的製剤が投与されるとさらに5倍，計10倍となる，と言う疫学データが発表されている[7]。我が国の生物学的製剤のPMSでも，正確な発症率としては算出されていないが同様の傾向が窺われている。それにしても生物学的製剤が投与されていないRA患者でも一般の2倍の発症率があるのはなぜであろうか？

NTMという菌（ヒトに病気を起こす菌種だけで20種類以上ある）は環境の常在菌であり，これを吸引する機会は多い。一般人では肺内に定着することはまずないが，気管支拡張症などの肺の構造改変部があると容易にそこに定着し，やがてそれが発症につながるということはよく知られている。RA患者には気道病変が多く，これがその定着部となる，と考えればこの高い罹患率は理解しやすい。図4に典型例を示す。

従来の日本リウマチ学会の生物学的製剤使用ガイドラインでは，NTM症と診断された場合，生物学的製剤の投与は禁忌とされており，治療を必要とする重症のRA患者が最新の治療の恩恵に浴せないという事態が頻発していた。

2014年2月，日本呼吸器学会が中心となり，日本リウマチ学会など関連4学会の合同事業として作成された『生物学的製剤と呼吸器疾患・診療の手引き』において，この問題も討議され，少ないながら存在するエビデンスに基づいて，菌種がMAC（*Mycobacterium avium intracellulare* complex）であり，X線病型が結節・気管支拡張型（いわゆる中葉・舌区型），かつ全身状態が良好の場合に限って，リスクとベネフィットバランスを充分に考慮した上で，注意深く使用しても良い，との見解が示され，我が国で最多を占める中葉舌区型のMAC症に治療の道が開かれた[8]。他の菌種，特に我が国で2番目に多い*M.kansasii*症については，一般宿主と異なり，予後不良とする報告が続いており，禁忌のままである。

4ページに続く