

膠原病・リウマチ性疾患の 診療に必要な医療連携

「リウマチ」という言葉は、広義には関節・筋肉・骨などの運動器の痛みを伴う疾患の総称であり、「流れ」を意味するギリシャ語に由来します。リウマチ性疾患には100種類以上の病気が分類されており、関節の痛みを訴えて来られたら、まずこれら多くのリウマチ性疾患を鑑別する必要があります。しかし、我国では単にリウマチといえば、代表的疾患で患者数も多い関節リウマチという特定の病気をさすことが多いようです。

一方で、膠原病と呼ばれる一群の病気があります。膠原病は、米国の病理学者Paul Klempererが1942年に提唱した疾患概念で、原因不明の全身性炎症性疾患、多臓器を障害する、再燃と寛解を繰り返して病像が完成する、結合組織にフィブリノイド変性が認められる病気の総称であり、自己免疫異常を特徴とします。この概念に当てはまる病気としてKlemperer自身が挙げた、全身性エリテマトーデス、強皮症、多発性筋炎・皮膚筋炎、結節性多発動脈炎、リウマチ熱、関節リウマチ熱の6疾患は古典的膠原病と呼ばれます。その後、シェーグレン症候群、混合性結合組織病、血管炎症候群（高動脈炎、巨細胞性動脈炎、顕微鏡的多発血管炎、多発血管炎性肉芽腫症、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症）、リウマチ性多発筋痛症、成人スティル病、ベーチェット病など、多くの病気が膠原病の仲間であると考えられるようになりました。膠原病の多くは関節症状を高頻度に呈するため、リウマチ性疾患でもあります。膠原病ではこれら関節症状のために、発症初期には関節リウマチと区別がつきにくいことがあるため、鑑別上重要です。

医仁会武田総合病院では2019年11月から「膠原病・リウマチ内科」外来を開設しました。膠原病・リウマチ性疾患は全身の様々な臓器を障害する病気であるため、一つの診療科だけで完結して診療するには難しい面があります。発熱なら内科や総合診療

医仁会武田総合病院
院長
三森 経世



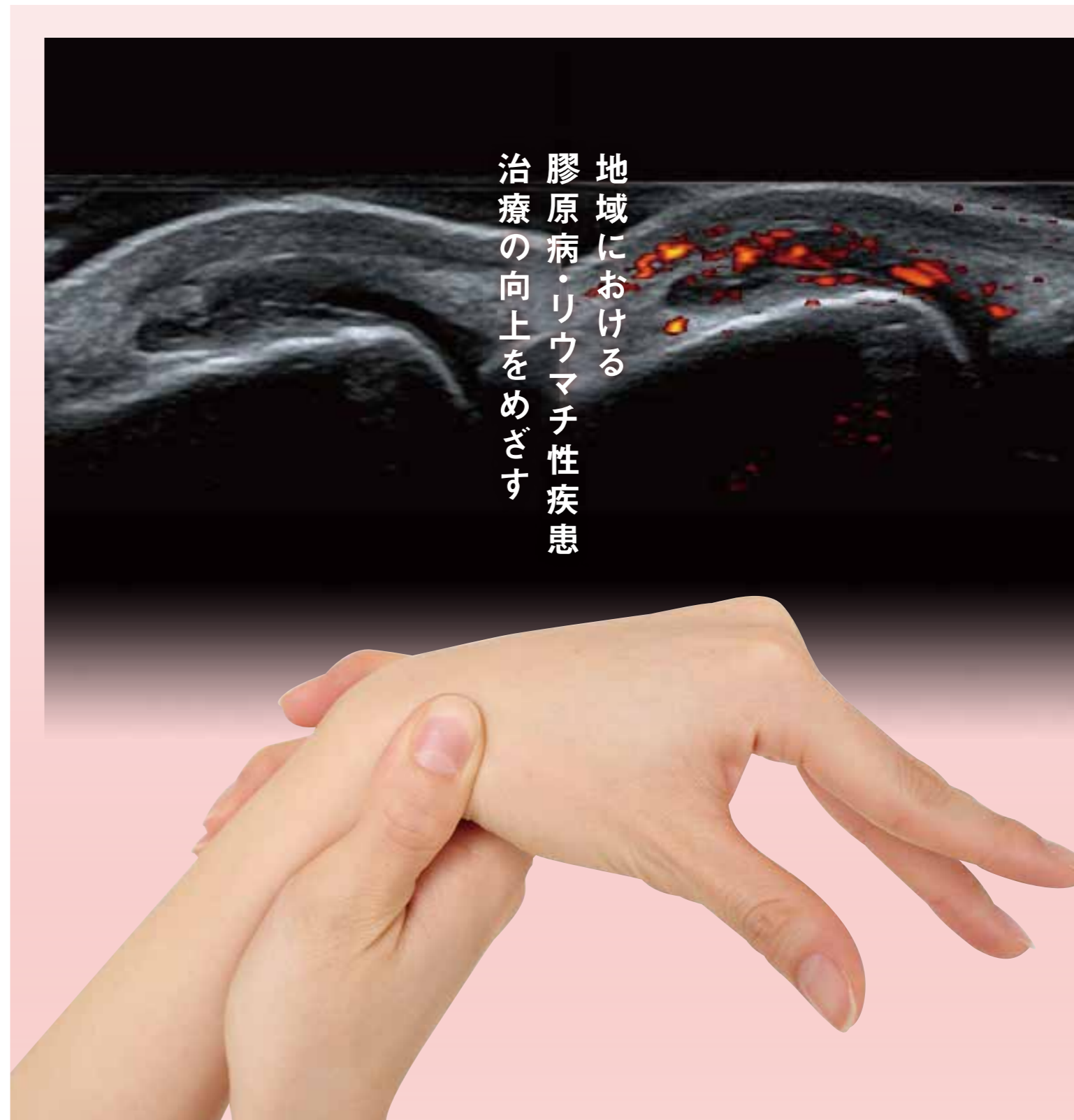
科、関節痛は整形外科、皮疹は皮膚科、尿蛋白は腎臓内科、血液症状は血液内科、肺病変は呼吸器内科、神経病変は脳神経内科、心血管病変は循環器内科など、患者さんはいくつかの診療科を受診します。そのほかにも眼科、耳鼻咽喉科、歯科口腔外科などを訪れる場合も少なくありません。しかし、膠原病やリウマチが疑われた場合に、次にどうしたら良いか迷われることがあるのではないのでしょうか。膠原病・リウマチ内科はそのような患者さんの受け皿となります。また、診断がついて既に治療が行われている患者さんでも、治療に難渋する場合や様々な合併症のためにお困りの場合には、どうぞ当科にご相談ください。また逆に、当科で診ている患者さんでも他の診療科に専門的診療をお願いすることになる場合も大変多いのです。関節リウマチでは近年の治療法の進歩によって治療成績は飛躍的に向上しましたが、一方で肺炎などの重篤感染症に留意しなければなりません。このように、膠原病・リウマチ性疾患は様々な領域の医療連携が大変重要です。

また、膠原病・リウマチ性疾患は再燃と寛解を繰り返す慢性疾患です。急性期にはステロイド大量投与や強力な免疫抑制薬による入院加療を必要としますが、寛解期には症状も落ち着いて日常生活に戻ることが可能です。このような場合には遠くの大きな病院に通院するよりも、近くのかかりつけ医で外来通院することのほうが、患者さんにとっては幸せなことも多いと思われれます。定期的に連絡を取り合いながら、専門医とかかりつけ医の病病連携・病診連携を進めて、患者さんを双方向で診ることこそが、この領域ではこれから大切になっていきます。

医仁会武田総合病院は、診療科間の医療連携と地域間の医療連携を充実させて、地域の膠原病・リウマチ性疾患の診療に貢献していきたいと考えています。今後も皆様方のご協力をお願いできれば幸いです。

医仁会 武田総合病院 膠原病・リウマチ内科
十条武田リハビリテーション病院 リウマチセンター

地域における
膠原病・リウマチ性疾患
治療の向上をめざす



医仁会武田総合病院
患者サポートセンター

【お問い合わせ】

0120-72-6530(フリーダイヤル)
Tel.075-572-6530(直通)
Fax.075-572-6276(直通)

【受付時間】

月～金曜日 午前8:30～午後19:00
土曜日 午前8:30～午後17:00
※日曜日・祝日・祭日・年末年始はお休みさせていただきます。
※時間外は医事部にて対応いたします ▶ 075-572-6331(代表)

十条武田
リハビリテーション病院
患者サポートセンター

【お問い合わせ】

Tel.075-671-2523(直通)
Fax.075-671-2564(直通)

【受付時間】

月～土曜日 午前8:30～午後17:00
※日曜日・祝日・祭日・年末年始はお休みさせていただきます。
※時間外は医事部にて対応いたします ▶ 075-671-2351(代表)



一人の患者さんを双方向で診療する体制を構築し 地域における膠原病・リウマチ性疾患治療の向上をめざす

今号では、膠原病・リウマチ性疾患の在り方、とくに一般医家の先生と専門医による地域医療連携が重視されるなか、課題点や実際の取り組みについて、膠原病・リウマチ内科を新設された医仁会武田総合病院の三森経世院長（京都大学大学院医学研究科臨床免疫学特命教授）と十条武田リハビリテーション病院リウマチセンター（リウマチ科）の益田郁子部長、駒野有希子医長の3名にそれぞれのお考えを語って頂きました。

膠原病・リウマチ性疾患 課題となるのは逆紹介の促進 専門医による検査・評価で 一般医家・患者さんを支援

三森 膠原病疾患の一つである関節リウマチは、有病率が0.6～1.0%、患者数は60～100万人と推計されています。この関節リウマチは治療法が確立してきており、早期に診断し早くしっかりと治療を行うと、その後の関節の変形や機能障害を防ぐことができます。ほとんど症状がなくなって健康状態を取り戻し、日常生活、仕事に戻ることが可能になってきています。

益田 治療薬をはじめとする治療の進化は本当に目覚ましいものがありますね。その一方で、本当に早期にリウマチを診断

するのは非常に難しいとも言えます。

三森 リウマトイド因子や抗CCP抗体など、血清マーカーが発達したため、早期診断に大きく貢献しているのですが、これらマーカーに対し陰性のリウマチも2～3割いると言われてます。そうした血清反応陰性関節リウマチの診断は実は非常に難しい。一般の開業医の先生に初期治療をしていただくのはもちろん良いのですが「本当に関節リウマチなのか判断に困る」というケースでは、やはり専門医への紹介が良いですね。十条武田リハビリテーション病院リウマチセンターではどのようにされていますでしょうか。

益田 当院では、各種検査項目に加え関節エコーを積極的に実施しています。超早期の診断、鑑別診断を含め、地域の先生方からの「エコー評価をしてもらいたい」とのご相談に対応させて

頂いています。

三森 専門医による診断のうえで、適切な治療をできるだけ早く開始するということですね。実際、紹介率はどのぐらいでしょうか。

駒野 紹介患者さんは大体6～7割です。

三森 6～7割ですか。それでは逆紹介率の方は？

益田 遠くから来られている患者さんは紹介元に逆紹介させて頂いていますが、数としては少ないですね。患者さん・ご家族にご説明するのですが、これを納得されるかどうかという問題がありますので。

三森 膠原病・リウマチ領域は、紹介された患者さんを紹介元に戻せないケースが多いですね。患者さんがご不安を抱くというだけでなく、紹介元の先生が「この病気はちょっとうちでは・・・」と敬遠されることも少なくありません。このため、どうしても抱える患者さんが増えていきます。

駒野 仰る通りで、今、予約診療が次々と増加している状態になっています。

3～4か月ごとに専門医が 検査・評価等でサポート かかりつけ医と専門医が連携し 双方向で患者さんを診ていく

三森 やはり上手く地域医療が機能していくためには逆紹介をどうしていくかが大事ということですね。

益田 そうだと思います。この逆紹介を促進させるには、地域の開業医の先生と今よりもっと深い連携をとることだと考えているのですが、具体的な手法についてはまだまだ模索中です。患者さんには「ちょっとしたことで気軽に相談できる“かかりつけ医”を持っていた方がいいですよ」とはお話しているんですけど。

三森 これは一つの手法ですが、完全に“返しっぱなし”にするのではなく、「3カ月、或いは半年に1度は診るので、その間に何かあったらいつでも連絡してください」といった役割分担による連携をとるのが良いと思います。普段は紹介元の先生に薬の処方・検査をもらい、専門医は受診したときに意見をお

伝えさせて頂くのです。

益田 とても良いと思います。例は少ないのですが、当科でも3～4カ月に一度、受診して頂く患者さんが10人程おられます。このほか、生物学的製剤は当院で処方し、それ以外は紹介元で処方といったケースがあります。

三森 そもそも膠原病・リウマチ性疾患の講座を持つ大学が少ないのです。西日本ではとくに少ないため、専門施設・専門医も少なくなります。このため、いかに逆紹介を増やしていくかはこの領域での大きなテーマとなりますね。

益田 こちらからのアプローチで様々なハードルを下げる事が出来たら、もう少し逆紹介が増えるのではないかと感じています。

三森 関節リウマチは治療方針がしっかり固まっています。早期に診断し、早くからしっかりと治療をやりましょうということが、少なくとも我々専門医のなかでは定着しています。さらに整形外科領域にも関節リウマチに興味のある先生がたくさんおられますので、こうした先生にもっと増えて頂きたい。そうしてしっかりと治療をして頂く環境づくりですね。難しい症例は専門医が担い、そうでない症例は一般医家の先生もきっちり治療できる体制になっていければいいと思います。

益田 それには整形外科の先生など他科の先生も我々もWIN-WINの関係であることが前提であると思います。具体的には「肺炎を起こした場合は、当院で対応します」であるとか「何カ月ごとに検査・評価をします」などです。

駒野 一方で関節リウマチの患者さんの多くが高齢です。75歳を超える患者さんの場合、積極的な関節リウマチ治療を行う以前に、要介護認定を行ってケアプランを策定するなど介護保険サービスで支えないといけないケースが少なくありません。

三森 ライフステージ別に相応しい対応をとる必要があるということですね。

駒野 そう思います。他の生活習慣病に対する対応も必要となってくるでしょうし、細やかな対応がとれる地域の開業医の先生によるトータルケアが重要ではないでしょうか。

三森 一つの領域に特化した専門医や他の職種の方がサポート役となり、身近におられる先生が中心となって患者さんを支えるということですね。やはり病病連携、病診連携のなかでちゃんと一人の患者さんを双方向で診ていくことが重要です。



医仁会武田総合病院
院長

三森 経世

[略歴]

1978年：慶応義塾大学 医学部 卒業
1982年：慶応義塾大学 大学院 医学研究科 修了
同年：慶応義塾大学 医学部 内科学 助手
同年：米国 Yale 大学 医学部 Postdoctoral Associate
1985年：慶応義塾大学 医学部 内科学 助手復職
1994年：慶応義塾大学 医学部 内科学 専任講師
2000年：京都大学大学院医学研究科 内科学講座臨床免疫学 教授
京都大学医学部附属病院 免疫・膠原病内科 診療科長併任
2014年：京都大学医学部附属病院 リウマチセンター長 併任
2019年：京都大学 退職 同年 京都大学 名誉教授
2019年：医仁会武田総合病院 病院長 現在に至る

[所属学会・認定医]

日本リウマチ学会（評議員・前副理事長）、日本臨床免疫学会（前理事・評議員）、日本炎症・再生医学会（理事）、日本臨床リウマチ学会（評議員）、日本免疫学会、日本学術会議（連携会員）、日本シェーグレン症候群学会（理事）、American College of Rheumatology(International Member)、日本内科学会認定医・指導医、日本リウマチ学会認定専門医・指導医

膠原病・リウマチ性疾患は 様々な身体の部分が 障害される全身性疾患 トータルケアが重要

三森 膠原病は全身の病気なので色々なところが障害されます。関節リウマチにおいては関節の障害が特徴的ですが、肺が障害されたり、血液が障害されるなど、色々な関節外症状が出ることもある全身の病気です。専門領域として関節リウマチと区分される膠原病では、全身の色々な臓器が同時に障害されます。これが「よく分からない」と他科の先生から敬遠されやすい大きな理由です。

こうした少なくないハードルを「顔の見える連携」を通じて解決されようとしている益田先生、駒野先生の取り組みは非常に興味深いです。開設当手を振り返ってみて如何でしょうか。

駒野 リウマチ科を開設するという事で2011年に私が赴任しました。常勤は私だけで、京大医学部から週に2回、非常勤で来て頂いていました。まず取り掛かったのは、看護職・リハビリ職の方にリウマチ疾患の患者さんにどのようなケアが必要かを入院があるごとに伝えることでした。リウマチ医療を安心して提供できる体制づくりですね。具体的には、「強皮症の方はこういう所が固いんだよ」などリハビリ室で説明し、興味を持ってもらうところからはじめ、必要なケアを覚えてもらったのです。

益田 2013年にはリウマチセンターの立ち上げのため私が赴任しました。この時はもう、整形外科の先生と毎週症例検討を行ったり、多くの職種が入るリウマチセンター会議も行うようになっていました。

三森 具体的には整形外科の先生と、どのようなやりとりを行っているのですか？

益田 例えば整形外科の真多先生はリウマチ専門医で人工関節のエキスパートです。こちらが画像診断で相談させて頂くと、真多先生からは「こわばるって言うてるけどセロネガティブだね」とか「手術は全部やるからどんどん紹介して。リウマチの最新治療はそっちに任せるから」といった感じです。

駒野 整形外科の先生は皆さんオープンで、一緒に患者さんを診ているという感覚です。

三森 内科と整形外科、それにリハビリセクションも含め、様々な医療関係者によるトータルケアをしていく、あるべきリウマチセンターの姿ですね。非常に上手くいっているケースだと感じます。

関節リウマチ診療のガイドラインでは、リハビリの重要性を全面に打ち出しているのですが、実はこれを実践する場が少ないのが現状です。先生達のように積極的に介入し、療法士さん達と一緒に勉強していくとの姿勢が求められていると思いますね。

駒野 リハビリについては、「リハビリテーション入院」のニーズを感じていて、今リウマチセンター内でこの準備をしているのです。



十条武田リハビリテーション病院
リウマチセンター(リウマチ科)部長

益田 郁子

[略歴]

1985年：熊本大学医学部附属病院整形外科
1986～1990年：熊本大学医学部大学院
1990～1996年：米国 Wisconsin 医科大学リウマチ科ポスドクフェロー
1996～1998年：米国 Wisconsin 医科大学リウマチ科 インストラクター
1998～2005年：米国 Wisconsin 医科大学リウマチ科 アシスタントプロフェッサー
2002～2005年：米国 Wisconsin 医科大学リウマチ リサーチディレクター兼務
2005～2010年：東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風センター助教
2010～2013年：東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風センター派遣講師
(山王病院リウマチ科部長 / 国際医療福祉大臨床医学研究センター准教授兼務)
2013年～：東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風センター非常勤講師

[所属学会・認定医]

日本リウマチ学会（専門医・指導医・評議員）、日本整形外科学会（専門医・認定運動器リハビリテーション医・認定スポーツ医）、日本痛風尿酸代謝学会（認定痛風医・評議員・理事）、日本内科学会、日本旅行医学会（認定医）、日本温泉気候物理医学会（温泉療法医）
Americal College of Rheumatology,
Orthopaedic Research Society, Osteoarthritis Research Society International

益田 「教育入院」とは別に「リハビリ強化入院」といったもので、リハビリの効果が期待される2～3週間のコースで、時期を決めて募集をかけることを考えています。

三森 他にも外来リハビリも行っておられますね。まさにリハビリテーション病院なのだと感じます。

医仁会武田総合病院西館で 膠原病・リウマチ内科を開設 週2回の外来診療をベースに 今後さらなる充実をめざす

三森 さてこれまで医仁会武田総合病院では、リウマチは整形外科、膠原病は外来であれば総合診療科など、入院であれば血液内科の先生方が診ておられ、他の臓器に関わる場合は当該の科で診るなど分散して診療を行ってきました。

2019年11月に膠原病・リウマチ内科を西館に開設し、膠原病・リウマチ性疾患を担当する運びとなりました。担当は私のほか、京大病院から非常勤で1名に来て頂き、週2日で外来診療を開始します。2020年4月からは週3日体制となる予定です。

益田 当センターで出来ることがありましたらお手伝いします。連携をとりながら、やっていきたいと思います。

三森 ありがとうございます。ゆくゆくは常勤医師を確保して、十条武田リハビリテーション病院のような「センター」をつくりたいと思っています。何かアドバイスはありますか？

駒野 アドバイスと言いますか地域の先生方のご理解がやはり重要だと思います。疾患の性質上、どうしてもご自身で健康管理をして頂く必要が絶対ありますが、病状や治療方針を理解して頂くことはなかなか難しく、時間がかかります。地域の先生には「こうした部分を我々専門医が担って、道を平(たいら)にしてから一緒になって治療しましょう」と伝えていきます。

三森 ここでもやはり重要なのは、かかりつけの先生と一緒に診てもらおうということですね。おこがましいようですが啓蒙活動といいますが、一緒になって開業医の先生方と学び、また患者さんの理解を得てアドヒアランスを高めていくことが、重要であると感じます。

益田 そうですね。関係する方お一人おひとりに向けた地道な努力を重ねることなのかなと私たちも思います。



十条武田リハビリテーション病院
リウマチセンター(リウマチ科)医長

駒野 有希子

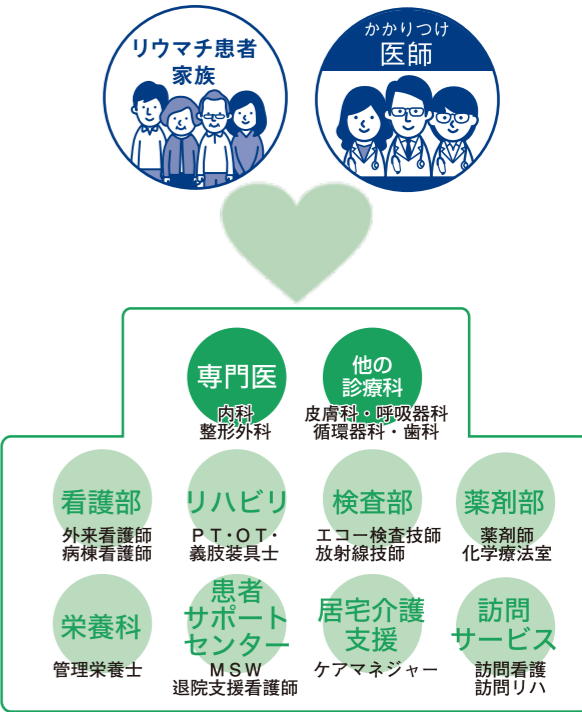
[略歴]

1995年：山口大学医学部卒業。同附属病院第二内科を経て、北海道大学医学部附属病院第二内科
1996年～1998年：札幌社会保険総合病院 膠原病リウマチ部門
1997年：苫小牧市立病院
1999年：北海道大学医学部附属病院 第二内科（膠原病）
1999年：米国 Wisconsin 大学 Bock Laboratories および Division of Rheumatology
2002年：東京医科歯科大学 膠原病・リウマチ内科
2006年：同講座および薬害監視学講座
2009年：独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）新薬審査部
2012年：十条武田リハビリテーション病院 総合内科・リウマチ内科 現在に至る

[所属学会・認定医]

日本内科学会（認定内科医・総合内科専門医）、日本リウマチ学会（専門医・指導医・評議員）、日本糖尿病学会

リウマチ患者さん、ご家族、かかりつけ医の先生を 武田病院グループのスタッフがご支援しています



三森 本日は、「専門医と開業医が双方向で一人の患者さんを診療する」「逆紹介の促進」「専門医からアプローチしハードルを下げる」「顔の見える連携」「ライフステージごとの対応」「リハビリ職など様々な関係者によるトータルケア」など、いろいろなキーワードが出てまいりました。これらを踏まえ、地域の医療機関の皆様と協力し膠原病・リウマチ性疾患における治療の向上をめざしたいと思います。ありがとうございました。

益田・駒野 ありがとうございました。

生物学的製剤のジェネリック「バイオシミラー」など患者さんの状況に配慮した治療提供に努めています。

生物学的製剤（バイオ医薬品）のジェネリックとも言われるバイオシミラーが注目を集めています。

リウマチ分野では抗 TNF α 抗体インフリキシマブ（レミケード）、抗 TNF α 抗体エタネルセプト（エンブレル）が発売されており、今後も新しいバイオシミラーが登場していく見通しです。

十条武田リハビリテーション病院リウマチセンターでも以前よりバイオシミラーの治験を行い先行品と遜色ないと感じました。この製品は 2019 年 11 月 1 日に発売されました。

で、当院でも処方オプションとして対応していくようにしているところでは、

生物学的製剤で気になるのはやはり価格でしょうか。バイオシミラーの薬価は先行品のおよそ半額です。全国的に人気となって現在は供給が追い付いていない状況と言えます。経済的な敷居が低くなり、これまでより処方しやすくなったので

それでもやはり生物学的製剤は高額だと思います。当院で

関節エコーやDXAを活用して状態を評価。骨粗鬆症のケアもプラスした関節リウマチ治療を提供しています。

推計の患者数が1300万人を超えと言われる骨粗鬆症。関節リウマチ治療において骨粗鬆症は、非常に大きな課題となっています。

関節リウマチの関節においては、炎症性サイトカインなどによって破骨細胞が活性化される一方、造骨細胞の働きは抑えられており、骨代謝が負のサイクルに陥っています。これは炎症が生じている関節局所だけでなく、全身の骨においても同様で、骨粗鬆症が進行します。また、病勢が強い間、限定的に使うべきステロイドですが、長期に使わざるをえない患者さんもいます。しか

し、ステロイドはたとえプレドゾロンで一日量5mg以下であっても、骨量減少・骨強度低下をもたらします。さらに、リウマチ患者さんは身体活動量減少や炎症性サイトカインの影響で筋力・筋肉量が低下している上、関節の拘縮等のため転倒しやすく、骨折リスクが複合的に高まっています。転倒歴が無くとも、70歳代で既に脊椎の多発圧迫骨折を生じている方も少なくありません。

このため当院ではリウマチ患者さんについては、DXA法（※）による骨量測定を少なくとも半年から年に一度施行しています。

原因不明の関節痛や頑固な腰背部痛・・・それは脊椎関節炎かもしれません。HLA 検査なども含めた総合的な鑑別診断を行っています。

関節痛や手のこわばりなどで来院され、リウマチ反応（RF や抗 CCP 体）が陰性の場合、診断に困ってしまう経験が多いのではないのでしょうか。特にCRP(C-reactive protein)やESR(血沈・赤沈)が陽性だった場合、安易に関節リウマチ（RA）と診断してしまっていないでしょうか。MMP-3 が陽性の時にはさらにその傾向が高まってしまいます。MMP-3 は単に滑膜炎の指標ですから、滑膜炎をきたす疾患では何でも上昇します。

変形性関節症を除くと高齢発症のリウマチ反応陰性関節炎で最も多いのは、単関節炎では偽痛風、多関節炎ではリウマチ性多発関節症(PMR)

であろうと思います。これは典型的な臨床経過と関節エコー検査などで診断いたします。

比較的若年者のリウマチ反応陰性関節炎や炎症反応陽性の腰背部痛や頸部痛のときには脊椎関節炎（Spondyloarthritis: SpA）を鑑別する必要があります。SpA をきたす原因疾患には強直性脊椎炎の他、乾癬性関節炎（psoriatic arthritis: PsA）、腸炎関連関節炎（潰瘍性大腸炎やクローン病に伴う関節炎）、反応性関節炎（尿道炎や感染性腸炎後に起こる関節炎）、掌蹠膿疱症性関節炎などがあります。これらの病態では

は高額療養費制度のご案内をしたり、経済的に困ってらっしゃる患者さんにはMSWが福祉の制度をご紹介するなど、治療を続けられる環境にも配慮した対応を心掛けています。

また処方方面では、寛解に入って6～12カ月間、深い寛解状態（関節エコーなどで確認）が維持できたら、生物学的製剤の投与間隔をあけたり投与量を減らすなど、患者さんの生活環境に合わせた治療を必要に応じて行っています。

生物学的製剤にしても、リウマチ治療のベースとなるメトトレキサートにしても免疫抑制剤には感染症など副作用のリスクがあり、導入にあたっては全身状態の把握も必要ですので、治療強化の必要な関節リウマチの患者さんについては是非一度、当院にご相談頂ければと思います。例えば導入部分を当

DXAは従来の超音波を使った測定に比べて正確に評価できるため、骨粗鬆症学会も使用を推奨しています。また、積極的に関節エコーを活用し、滑膜炎の状態を詳細に評価することで、治療強化の必要性や減薬の可能性について検討し、患者さんへの病状説明にも用いています。症状が治まり紹介元に戻った患者さんについても、かかりつけの先生と協力し、定期的に関節エコーでの評価を続けています。

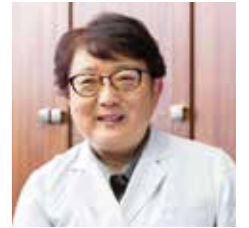
高齢の患者さんほど骨粗鬆症やフレイルなど他に対応を考えないといけなことが多くなります。開業医の先生によっては、積極的なリウマチ治療をし辛いとお感じになっているケースも少なくないのではないのでしょうか。当リウマチセンターでは、骨粗鬆症治療やフレイル対策の栄養・リハビリテーション療法もプ

HLA-B27 陽性になる患者さんが多く、その測定が望まれますが、保険適応の申請を進めているものの、現時点ではまだ自費で測定するしかない状態です。十条武田リハビリテーション病院では、専門機関を通じて測定することが可能です。HLA-B27 陰性であっても、前記の病態は腱附着部炎や腱鞘滑膜炎などを特徴とし、詳細な問診、丁寧な診察、関節エコー検査などで診断可能です。

また、RA と SpA では炎症の病態が異なることがわかってきており、RA では IL-6 を中心とした炎症である一方、SpA では IL-17 が病態の中心であることが明らかになっています。そのため、RA には IL-17 阻害の生物学的製剤は無効ですし、SpA には IL-6 阻害の生物学的製剤は無効です。

原因不明の関節痛の患者さんや CRP ないし ESR が上昇している頑固な腰背部痛や頸部痛の患者さんがおられましたら、ご紹介ください。膠原病も含めて鑑別診断いたします。

院が担い、その後にかかりつけの先生に引き継ぐなど、当院と開業医の先生と一緒に診ていくことで、より良い地域医療になるのではないかと思います。



益田 郁子 | 十条武田リハビリテーション病院 リウマチセンター(リウマチ科)部長

ラスし、高齢の患者さんであっても身体機能を保てるよう多角的視点をもって治療を行っております。高齢の患者さんも地域で長く暮らしていけるよう、かかりつけの先生方と連携していきたいと思えます。ぜひ、ご相談下さい。

※Dual-Energy X-ray Absorptiometry (二重エネルギーX線吸収)法



駒野 有希子 | 十条武田リハビリテーション病院 リウマチセンター(リウマチ科)医長

【略歴】
1990年 北海道大学医学部 卒業
1990年～1993年 天理よろづ相談所病院レジデント勤務
1993年～1999年 京都大学医学部附属病院 第二内科にて臨床、研究に従事
2000年 医学博士号(京都大学)取得
2000年～2004年 米国ハーバード大学(ジョスリン糖尿病センター)へ留学
2004年～2006年 道後温泉病院リウマチセンター勤務
2006年～2011年 京都大学医学部附属病院 免疫・膠原病内科 助教
2011年～2014年 京都大学医学部附属病院 免疫・膠原病内科 講師
2014年～ 京都大学医学部附属病院 免疫・膠原病内科 准教授

【所属学会・認定医】
日本内科学会(内科認定医)
日本リウマチ学会(リウマチ専門医・指導医、評議員)
日本炎症・再生医学会(評議員)
日本臨床免疫学会 評議員
日本免疫学会(評議員)
日本温泉気候物理医学会(評議員、温泉療法医)
American College of Rheumatology 会員



大村 浩一郎 | 京都大学医学部附属病院 免疫・膠原病内科 准教授