

## 患者さんのための薬物療法とは

司会 川合真一

出席者(発言順) 渥美達也  
松野博明

### I 関節リウマチとは

**川合** 本日はお忙しいなか、カレントセラピー座談会のためにお集まりいただき、誠にありがとうございます。今日は北海道大学大学院医学研究科免疫・代謝内科学分野教授の渥美達也先生と松野リウマチ整形外科院長の松野博明先生をお招きし、「患者さんのための薬物療法とは」というテーマで、最近の関節リウマチ (rheumatoid arthritis : RA) の治療についてディスカッションを行いたいと考えています。

RAについては、いまだに病因がはっきりしないというのが最大の問題ではありますが、最近、さまざまな病態形成機序が明らかになったこともあり、治療法が大きく進歩しました。これが一番の特徴ではないかと思っております。そこでまず最初に、最近のRAの病因や病態についてどういう研究が進んでいるか、渥美先生に解説をしていただきたいと思えます。

**渥美** RAの定義が、「原因不明の関節炎」ということですので、原因がわかってしまえばすでにRAではないとも言えますが、本当の原因は依然として不明というのが現状かと思えます。そのなかで、昔から言われている遺伝的要因、いわゆる感受性遺伝子の研究が、ゲノムワイド関連解析 (genome-wide association study : GWAS) で行われ、これはかなり成熟したレベルになっています。RAには多くの遺伝子が関係していることは以前からわかっていま

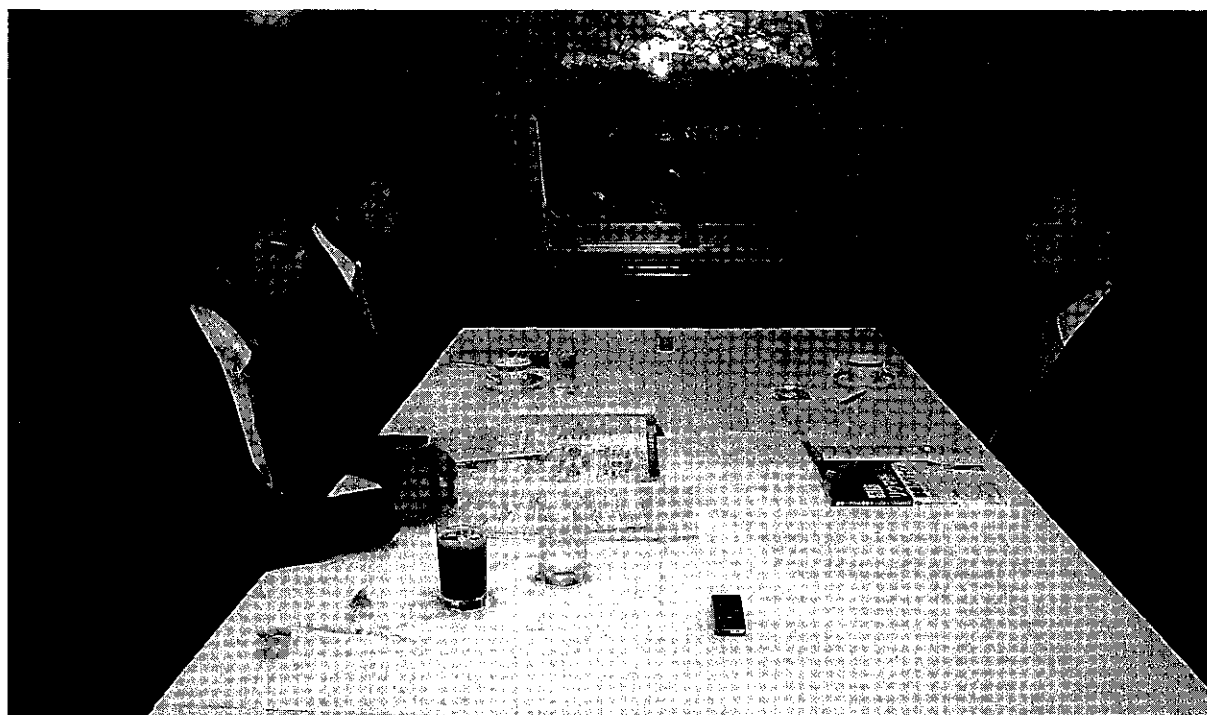
したが、GWASによってすべての人種で同様であることが明らかになってきました。

病態に関しては、なぜ腫瘍壊死因子 (tumor necrosis factor : TNF) 阻害剤が効くのか、なぜ抗サイトカイン治療薬が効くのかというタイプの研究が多い一方、さまざまなターゲット療法の免疫抑制が大きな問題となっておりますので、免疫を抑制しない形でターゲットはどこにあるのかという研究が進められ、いくつかの分子の同定が進んでいるというのが現状かと思えます。

**川合** RAは、特定の単一疾患かどうかもわからないという現状があるわけですが、2010年に、欧州リウマチ学会 (EULAR) と米国リウマチ学会 (ACR) で新たに分類基準が出されました。その分類基準の発表からすでに5年経過しているわけですが、定着したと言えるのでしょうか。

**松野** これについては2012年に行われた臨床リウマチ学会のシンポジウムのなかで議論され、2010年の分類基準を用いた場合に、RAでない疾患が結構含まれてきたという結論が出ていたと思えます。

そのひとつの原因として、この分類基準ではリウマトイド因子 (rheumatoid factor : RF) 陽性という血液検査の所見が非常に高く評価されるというところがあります。旧来の基準であれば7つのうちの1つということになるのですが、新たな基準では、感度的に異常高値を取った場合には最低基準の6点中3点を取るということになってしまいますから、RFについては非常に高い重みづけとなってしまふ。さらに、C反応性蛋白 (c-reactive protein : CRP)、赤沈などが何かしらの原因で高かった場合にも、6点中4点



ガイドラインを基に関節リウマチの薬物療法の課題と展望が語られた座談会。右より司会の川合眞一先生、渥美達也先生、松野博明先生。

と非常に高い点数を取ってしまう。要するに血液検査のウェイトが非常に高いということです。

そのときに自験例でも検討したのですが、RA以外の症例がいくつか入ってきてしまうのです。罹患関節数を大関節と小関節に分けていますが、例えば全身性変形性関節症などは、リウマチ医であれば当然RAではないとすぐ診断できます。しかし、純粹にこの基準だけで見ると、こういうものも含まれてしまいますし、混合性結合組織病 (mixed connective tissue disease: MCTD)、シェーグレン症候群などもRAの分類基準を満たすことがあります。ですから、日常診療の診断では1987年の分類のほうが一般的には使われていますし、それは基幹病院でも開業医でも一緒だろうと思います。

これはひとつの分類基準ということですから、治験等にはこれを使うということになりつつあると思いますが、日々の診療においてこれがどれだけ役に立つかという、やはりあくまでも診断基準ではなくて分類基準であり、「定義としてはある」というくらいの位置づけではないかと思っております。

**川合** 本来の改訂された目的が、早期RAの診断と

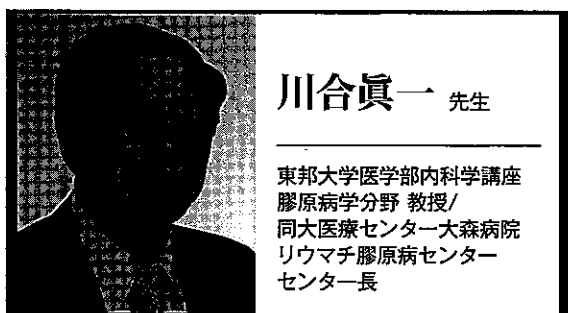
早期からの抗リウマチ薬の導入ということだったのですが、それについてはどうでしょうか。

**松野** 確かに早期のRAは、1987年のものに比べると入りやすいということになっているのだろうと思いますが、その一方で、本来RAではないものも入れてしまうというfalse positive (偽陽性)が増えているということもあるので、診断に関してはやはり旧基準が使われるほうが多いように思われます。また、2010年分類基準では、計算をしなければいけないという煩雑さもありますので、その辺であまり定着はしていないように思います。

**川合** そうですね。やはり専門医の目が一番大事であるということになるのかと思います。

## II 関節リウマチの診療ガイドライン2014

**川合** 昨年(2014年)10月に、日本リウマチ学会から『関節リウマチの診療ガイドライン2014』が発刊されました。これは2004年に日本リウマチ財団が



## 川合眞一 先生

東邦大学医学部内科学講座  
膠原病学分野 教授/  
同大医療センター大森病院  
リウマチ膠原病センター  
センター長

中心になってつくったガイドラインの改訂版として出されたものです。そのガイドラインの概略についてご紹介いただけますでしょうか。

**渥美** 私はこのガイドラインの作成に関与していませんが、この本を手にとって見たときに、非常によくできていると思いました。EULARやACRでもリコメンデーションという形でガイドラインがありますが、私はガイドラインというのは専門医がエビデンスを調べ、整理するためにあるという捉え方をしておりました。

ところが、今回のガイドラインでは、単にエビデンスのレベルから推奨をつくっているのではなくて、専門家が集まっていろいろ議論したうえで、実際に推奨が弱いのか強いのか、コンセンサスがどうなのかというところを数字として載せていて、初心者であっても専門医であっても、日常診療にそのまま使える形で作られているというところに、非常に感銘を受けました。恐らく最近のガイドラインのなかでも、最も新しい作り方だと思います。クリニカルクエスチョン (CQ) に関しても、私たちが普段判断に迷うことが多く採り上げられていて、外来にひとつあれば大変有効だろうと思いました。

**川合** 松野先生は整形外科医でもございますし、クリニックの立場で、このガイドラインをどう利用していくかということについてお話しいただければと思います。

**松野** 今回のガイドラインについては関与していませんが、前回は関与させていただいておりました。前回のガイドラインとの一番の違いは、やはり総合討論をしていることだと思います。前回は、あくまでも論文のエビデンスベースだけで点数化して、

それを表にして出すという形だったと思います。一方、今回のものは非常に臨床に即したものとなっており、コンセンサスを取りながら、グレードシステムを用いてまとめたことで、日頃思っているとおりの使用方法、推奨度、同意度が得られているような気がします。

それに関しては、論文ベースだけではなく、現場の生の声が聞かれているのかなと思いますし、アルゴリズムは欧州のものを基盤とはしていますが、わが国で使える形に訂正していただいているので、日頃迷ったときの礎として、整形外科であっても非常に有益なガイドラインではないかと考えております。

**川合** 私の第一印象を述べさせていただきますと、冒頭にある治療アルゴリズムはEULARのリコメンデーション2013年版と、基本的には内容がかなり一致していると感じました。それは裏を返せば、それだけRAの治療戦略が世界的に統一されてきたということかと思います。方法が違うにもかかわらず、似た形のアルゴリズムになっているということは、それを意味しているのかなと考えていました。昨年ACRの年会で議論されていたACRのリコメンデーションの改訂案についても、EULARのコンテンツを取り入れているという印象です。

本誌でも解説していただきましたが、山中寿先生を中心につくられたこのガイドラインが、リウマチをあまり見たことがない医師から専門医まで、あらためてそのエビデンスを確認することにも非常に役立つことになるのではないかと感じておりますので、これをうまく利用して、診療にも皆さんに使っていただきたいと思います。

### III 薬物療法の実際

**川合** では、ガイドラインの内容に少し触れながら話を進めていきたいと思います。このガイドラインの最初の部分、例えばフェーズIでRAと診断された場合、メトトレキサート (methotrexate : MTX) が禁忌でない場合は、MTXを使用すると書いてあ

ります。この辺の内容が、実際の診療ではどう扱われているのかということをご説明していただければと思います。

**渥美** このアルゴリズムに入るためにはRAと診断するところから始まります。この診断にはACR/EULARの分類基準が用いられますが、先ほど話題になったように、これはあくまでも分類のための基準であって、たとえ点数が基準を超えていても、専門医が診たときにリウマチとは違う症例もあるわけです。したがって、私自身が一番同意するリウマチの定義は、「MTXを使いたいと専門医が思うのがRAである」というものです。RAだと間違いなく思った場合には、私はほぼ例外なくMTXから開始しています。

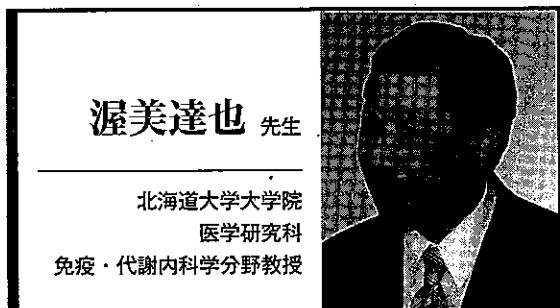
**川合** MTXが禁忌でない場合はもちろんMTXということになるのですが、このガイドラインからしますと、MTXが禁忌の場合は他の疾患修飾性抗リウマチ薬（disease modifying antirheumatic drugs：DMARDs）を使用する、それからMTXが効果不十分の場合には、他のDMARDsを加えるということになっています。その他のDMARDsについては、どのような薬をどのように使うのがよいのでしょうか。

**渥美** MTXが禁忌のケースは、早期の場合で言えば、腎障害や高齢者のケースが一番想定されるかと思われませんが、私が一番使っているのはサラゾスルファピリジンです。その他のconventional synthetic DMARDs（csDMARDs）に関しては情報が非常に少なく、それほど有用ではないのではないかなという気がしているものですから、処方の方からいうと、ほとんどMTXで、少しサラゾスルファピリジンがあり、その他はまれというのがスタートラインです。

変形性関節症（osteoarthritis：OA）と紛らわしい場合など、リウマチなのか確信がもてないけれど、少し治療介入をしておきたいという場合には、サラゾスルファピリジンから入るケースがあります。

**川合** 妊婦と妊娠希望の患者さんも禁忌ですね。間質性肺炎が仮にあった場合は、MTXは禁忌と考えられていますか。

**渥美** 考えておりませんが、一応、早期のリウマチを念頭に置けば、リウマチ肺はこの段階ではまだ発



症していないというのが、今の話の前提になっています。

**川合** わかりました。それでは、整形外科およびクリニックの立場から、MTXを最初から使うというこの方針に対して、松野先生はどうお考えでしょうか。

**松野** 私もRAと診断が付けば、まずアンカードラッグはMTXだろうと思います。これが禁忌の場合になにを使うのかということになってくると、推奨度のレベルからいってやはりMTX以外の推奨度AのDMARDsであるサラゾスルファピリジンだと思います。その他、前回のガイドラインで推奨度Aであり、長い間RA治療で使用されているという意味ではブシラミンもよく使います。また最近では難治例に対してブシラミンとサラゾスルファピリジンとMTXの併用を行う場合がありますが、MTXが使えない場合にはその替わりとしてタクロリムスを使うこともあります。副作用を考慮しますと、一番はサラゾスルファピリジンで、あとはタクロリムス、ブシラミンというところが使い勝手がいいDMARDsではないかと思っています。

**川合** 渥美先生は、サラゾスルファピリジン以外は、ほとんど使われないのですか。

**渥美** 非常に少ないです。

**川合** そうですか。私はブシラミン、あとはタクロリムスについては一定の有効性があると思っておりますので、そういったものを上乘せ、または代替のDMARDsとして使っておりますが、先ほどから名前が出ていたDMARDs以外の低分子の抗リウマチ薬は、実際にはあまり使っていないのが現状です。

ただ、例外として、ごく一部の患者さんに注射金製剤を使用しています。新たに導入することは本当



松野博明 先生

松野リウマチ整形外科院長

に減りましたが、以前から使っている方には継続しています。また、どの抗リウマチ薬もだめな一部の症例に、実はペニシラミンを使わざるを得ない、それで有効性を維持できている方もいらっしゃるのです。そういう使い方を私自身はしております。それでも、生物学的製剤も含めると20種類も抗リウマチ薬がある現状を考えると、使うべき薬は限られてきたかなと私も実感しております。このガイドラインは、有用性が明確ではない薬は掲載しないということでもかなり絞っておりますので、その意味でも、よくできたガイドラインであると思っております。

## IV 生物学的製剤による治療の動向

**川合** その次の段階として、こういった基本的な治療法では不十分な場合、生物学的製剤の使用を検討するという話になるのですが、実際の診療ではどのようにされていらっしゃるでしょうか。

**松野** 生物学的製剤は、現在7剤あると思うのですが、どれをファースト生物学的製剤にもってくるかというのは、まだ確定的な情報がないように思われます。近年になって、例えば高齢者や感染症の既往がある例に関してはアバタセプトが比較的使いやすいのではないかとことや、あるいは環状シトルリン化ペプチド (cyclic citrullinated peptide: CCP) 抗体が当初から高い例に関してアバタセプトの治療反応性がよく、TNF製剤よりは使いやすいのではないかとといったエビデンスが出てきているように思います。この辺がひとつの使い分けかと思いま

すし、今年私自身が『Modern Rheumatology』に発表したのですが、やはりサイトカインの作用機序としてインターロイキン6 (Interleukin-6: IL-6) とTNFを考えた場合に、血小板はIL-6により骨髄巨核球より誘導されると考えるならば、血小板の高い例には、トシリズマブがファーストチョイスとして使いやすいのかなと思っています。

その他、RFやCCP抗体、抗SS-A/Ro抗体などの抗体価が非常に高い例においては、TNFのなかでも融合タンパク製剤は反応するけれども抗体製剤はレスポンスしづらいという臨床データが報告されていると思うので、今後、7剤の使い分けについては、そういうことにも考慮しながら日々の治療を行っていくと思っています。

また、患者さんの視点に立つと、やはり値段の問題は非常に重要で、あとで話題になるかもしれませんが、現状で、4週間における自己負担が3割の方の場合、1万円台で収まるのはインフリキシマブBS (biosimilar) とエタネルセプト25mgの週一回の半量投与だけであって、その他、トシリズマブとインフリキシマブの2年目以降が2万円台であり、他の製剤はいずれも3万円を超えてしまっているので金銭的に使いづらい治療薬となっています。またトファシチニブも4万円を超えるので、そういう面では、経済状態も薬剤選択のひとつのポイントだろうと思います。

トファシチニブに関してはまだ全例調査中の段階なので、良いか悪いかわかっていないところもあります。ですが、MTXの不応例、あるいは使えない患者さんに使用するのがトファシチニブの落としどころなのかもしれないので、そこは今後、専門医たちが十分に監視しながら、副作用面と作用面を見ていく必要があるのではないかと思います。

**川合** 渥美先生は、生物学的製剤やトファシチニブについてどうのお考えでしょうか。

**渥美** 私は大学病院で診療をやっている、紹介がなければ受診ができないというようなスタイルになってしまいましたので、通常に薬剤に反応して良くなっているリウマチの方は、新規ではほとんど来院されません。紹介されるのは、何らかの問題があっ

てうまく治療ができない、もしくは治療をしても反応しないという方が圧倒的に多いものですから、そういった応用問題を日々やっているということになります。生物学的製剤が7剤あってもどれも効果や安全性にあまり差がないということは、だいたい、皆さんおっしゃっています。早く効くけれど、早く二次無効になりやすい薬がある一方、少し時間がかかる代わりに二次無効になりづらい薬もあります。その辺の性質については大分認識してきましたので、そういう傾向をみながら使い分けをしています。

トファシチニブに関しては、効果は非常に高いということは治験で実感できましたので、ポテンシャルはきわめて高いと思います。当初は悪性腫瘍に関する懸念が随分ありましたが、最初に懸念されたような状況はなさそうだとということがわかってきましたので、安全性を確認しながらうまく使うことができれば、非常に効果的な薬剤なのは間違いない、そういう認識です。積極的にどんどん使えるという状況ではないのですが、将来的には多くの患者さんに使用される可能性があります。

**川合** 生物学的製剤についてはそれぞれの薬剤に特徴があり、われわれも使い慣れてきたという現状があると思うのですが、基本的なことを言えば、感染症に注意しながら、一定の有効性が得られる薬物群であるという認識がほとんどだと思うのです。

トファシチニブに関しては有効性を本当に実感していますし、良い薬だとは思いますが、やはり一番の懸念は、いまだにEUが正式には承認していないということです。今までそういう薬はあまりなく、むしろ米国とEUが先に承認して、日本が遅れるというケースが多かったので、EUでどういう議論が行われているかということは、気になる点ではあります。ただ、今まで集積されたデータでいきますと、最も懸念された悪性腫瘍の合併については、もともとRA自体に悪性リンパ腫などの発生が多いということ、それから、MTXや生物学的製剤の使用に伴って、やはり悪性リンパ腫を中心に悪性腫瘍の発生が若干多くなると言われていること、それに比べてトファシチニブのリスクが群を抜いて高いということとはなさそうだというのが、今のところの認識だと思いま

す。ただ、私も積極的にこれをどんどん使って治療をしていくというほどの立場にはまだ立っていません。今後、もう少し情報が得られたら、治療アルゴリズムのもう少し良いところに組み込まれる可能性があるポテンシャルをもった薬であるという認識でおります。

**松野** トファシチニブの死亡例のほとんどがMTXを使えない症例、要するにガイドライン非適合であるということに関しては、今後どう考えていったらいいのでしょうか。実際に発売後は、非適合の症例に主に使われる薬ではないかと思うのです。ところが、全例調査の途中経過では適合症例であまり副作用、死亡例が出ていないのに対し、逆に言うとMTXを使えない非適合例に使われている。おそらく最後の砦ということで使われているのでしょうか、そこで副作用が出てしまっていることを考えると、これが本来のトファシチニブの適合症例なのかということ、今一度厳しい目で見ていく必要があるのではないかと考えています。

**川合** そうですね。新薬が出ると困っている方に使ってしまうというところがあります。そういう方はだいたい合併症で困っているわけで、そのために残念な転帰をとった方も結構いるわけですよ。それと同じことが起きないように、全例登録でいろいろな手順が組まれているわけですが、適合症例であっても非適合症例であっても、今後のデータの集積が一番大事だというのは、私も全く同感です。

## V | ステロイドの併用を どう考えるべきか

**川合** 次に進めたいと思うのですが、治療のアルゴリズムを見てもみますと、フェーズ1のなかに、「短期間のみ少量のステロイドを追加してよい」という推奨が出ています。確かに5~10mgの低用量のステロイドが、1~2年間の期間で関節破壊の進行を抑制するというのは、多くの臨床試験で証明されており、メタ解析も複数回行われているので間違いない事実だと思います。ヨーロッパでもCOBRA studyの、ステ

ロイドを最初に使えば、その後の関節破壊の進行もより抑えられるというコンセプトに沿ったリコメンデーションとなっており、今回の日本のガイドラインもそれがエビデンスとして採用されました。

ただ、確かにそういったステロイドの使い方をすれば関節破壊抑制効果があるのかもしれないのですが、そのような臨床試験はすべてDMARDsの使用を前提にしています。それから、実際に使ってしまうと、少し減量しただけで関節炎が再燃してなかなか中止にまで至らない。ですから、ステロイドについては、ガイドラインのアルゴリズムに書くのは、慎重にすべきではないかと個人的には感じております。もっとも、ACRも今度のリコメンデーションの改訂にはステロイドを入れそうな雰囲気なので、世界的にはそのような流れにあると思うのですが、渥美先生はどうお考えでしょうか。

**渥美** そうですね。役に立つ薬であることは間違いないけれども、始めてしまったらやめるのは容易ではないということは確かにそのとおりです。私も昔は、全身性エリテマトーデス (systemic lupus erythematosus : SLE) で長期使用の方がたくさんいるものですから、リウマチもそれでいいだろうなと思って、あまり積極的に少量ステロイドを止めようという気持ちでやっていませんでした。ただ、ある程度の年齢になってから圧迫骨折を起こすという症例を次々と経験するようになり、骨塩では説明できないような骨のもろさを少量ステロイドが誘導していることは、日常診療で見ると明らかですので、今それを反省しています。使うことは使うのですが、どうやめるかを一生懸命考えているところです。実際に薬があっても、有用性もあることは間違いないので、ガイドラインからすべて消してしまうとむしろ混乱する可能性があるので、プラスマイナスを考えるとこの辺が落としどころで、私は許容範囲かなと思います。

**川合** 松野先生はいかがでしょう。

**松野** 私は整形外科ですので、骨粗鬆症の問題が非常に大きくて、骨粗鬆症のガイドラインにもステロイド使用者に関しては骨粗鬆症の治療に積極的に介入すべきであるという内容が記載されています。

ステロイドが使われると当然骨粗鬆症は起きてきますし、1回始めると6カ月で切るのはなかなか難しいというのはそのとおりだろうと思います。ですから、本来はあまり積極的に使うべき薬剤ではないように思います。

ただ、EULARもACRもどこも入れていないのですが、高齢者に対しての治療としてのステロイドは、DMARDs、もっと言うと生物学的製剤を使うよりは、安全域は高いと私は見えています。ですから、そういうもので副作用を起こすくらいであれば、余命を考慮してステロイドを足してやるという治療も、危険域の高い、予後にかかわる薬を増やすよりは有益性があるのではないかと思います。逆に言うと、そこまでくると、あとは年齢を考えて、6カ月で無理やり切ることを考えず、医師の裁量の下に使う。だから、プラスマイナスで入れておいていいのかなと思います。

**川合** ステロイドの骨への影響は間違いないことですが、やはり大きな問題点の一つは、長期使用に伴って感染リスクが増すことですね。もちろんステロイドのみの感染症は、低用量であれば意外に少ないのですが、実際は生物学的製剤が入り、さらに免疫抑制薬が併用されるというなかで、いろいろな分析をしますと、だいたいステロイドが悪者として残るのです。あくまで併用での問題点ということなので、正しいかどうかはわからない部分があるのですが、ただ確実に、低用量であっても感染症に悪い影響があるというのは間違いなくて、基本的には使わなくて済めばステロイドはないほうがいい。使うとしても、なるべく少量で、というのがひとつの鍵だと思うのです。健常人の副腎のコルチゾールの分泌量は1日10mgですから、プレドニゾロンに換算すると2.5mgですね。そういうことを念頭に置きながら、なるべく低用量でコントロールして、できたら中止する。そういう使い方ならよいのではないかと考えています。

あとは鎮痛薬なのですが、ガイドラインでは非ステロイド性抗炎症薬 (non-steroidal anti-inflammatory drugs : NSAIDs) のみはエビデンスが十分であるといことで強い推奨ということになっています。この点はどうでしょう。

**松野** われわれのところは関節痛のある初診患者

やそれほど他施設を回っていない方が多いものですから、どうしても関節痛が強い患者には初期治療として期間を限って使っています。われわれがやるべきことはやはりRAを根底から治すことで、NSAIDsにその作用はないと思っているので、期間を限定したうえで比較的安全性の高いNSAIDsを使いますけれども、治れば最初に切ります。

**川合** 渥美先生はいかがでしょう。

**渥美** NSAIDs,あるいはもう少し広げて鎮痛剤というかと思うのですが、炎症の痛みをコントロールするということと、関節破壊に伴うメカニカルペインの調整に当然有用かなと私は思っております。場合によっては、線維筋痛症の治療のような別のタイプの中樞性の鎮痛薬をもっと使っていければと最近では考えているところです。アセトアミノフェンなども高い用量で使われれば効くはずの薬なので、そこを基本としてさらにもう少し上のレベルの鎮痛薬を、特に破壊に伴うような疼痛、あるいは二次性線維筋痛症の改良といったところで活用できれば、患者さんのADLを上げるひとつのチャンスとなるのではないかと考えています。

**川合** そうですね。鎮痛薬としてアセトアミノフェンやNSAIDs,その他の神経障害性疼痛に対する薬などをうまく使って少しでも痛みを和らげれば、患者さんのQOLの向上につながると私自身も思います。

## VI 安全性モニタリング

**川合** それでは、さきほど挙げたような薬を実際に使うときの安全性モニタリングのポイントについて解説をお願いします。

**渥美** 大学病院では非常にリスクの高い方にも治療介入をするという立場を取っていますので、呼吸器内科医、消化器内科医といったリスクの管理をするパートナーと信頼関係をしっかりつくって、皆でリウマチの治療に当たろうという雰囲気をつくるのが最も大事だと思っております。

**川合** ありがとうございます。松野先生はいかが

でしょう。

**松野** やはり病診連携という形でのパートナーをつくる、なにかあったらすぐに受けてもらえるように基幹病院とのコミュニケーションを密にすることの方が非常に重要です。それから生物学的製剤を使う場合には、院内で白血球、CRP、血小板数などの測定をできるようにしておく、患者さんの状態や副作用などの最低限のモニターはできると思うので、診察日にそれはやっておかれたほうがいいのかと思います。クリニックの場合、外注が多いのですが、遠方の患者さんの場合、帰ってしまってからでは間に合わないことも考えられますので、ある程度の検査はご自身の施設でできるようにしておいたほうがいいのかというのが私の考えです。

**川合** 確かに診察前検査は大事なことだと思います。クリニックでもそれが可能な体制を整えられれば素晴らしいですね。それから、治療開始前の潜在感染症のモニタリングとか、そういったものを前提としてガイドラインのアルゴリズムは成り立っていますので、これは、実際に使われる先生方には注意していただきたいと思っております。

## VII RA患者さんのための薬物療法とは

**川合** それでは最後に、「患者さんのための薬物療法」ということで、患者さんの視点にたってメッセージを頂きたいと思うのですが、松野先生いかがでしょう。

**松野** やはり患者さんに続けてもらえる治療というのが重要です。もちろん、寛解して生物学的製剤をやめるといのは理想ですが、経済的な理由から生物学的製剤による治療をやめざるを得ないという人は作りたくないと思います。ですから患者さんには、費用面で治療を続けられるかどうかを聞いたうえで治療を開始しています。また、今後においては、生物学的製剤のシミラーやジェネリック医薬品のなかで良いものがあれば治療に導入し、医療費を抑えることも必要ではないかなと思っております。



**川合** どうもありがとうございました。では渥美先生をお願いします。

**渥美** 患者さんのためにということなのですが、私自身が普段考えているのは、すべてのRAの患者さんにハッピーになっていただきたいということです。これは私だけではなくて、すべての医療者が同じだと思います。リスクがあっても、そのリスクを正しく評価し、理解したうえで、RAの患者さんにどのようにハッピーになっていただけるかという目標を設定する、ここが最も重要だと思っています。リスクがあるから治療ができないと言うのは簡単なのですが、それは、リウマチ医としてリウマチを治療する立場のわれわれは、それで終わるわけにはいきません。ですので、リスクがあることを、患者さんも家族も、それから主治医もしっかりと認識をしたうえで、どういう目標設定をすべきか、その目標に達するためにはどういう薬剤をどう使うか、そのような情報をシェアし、十

分に協議したうえで治療を進める。これが現在必要なRAの診療と信じて疑いません。

**川合** どうもありがとうございました。本日は、RAの「患者さんのための薬物療法とは」というテーマで、『関節リウマチの治療ガイドライン2014』も念頭におきながら、さまざまなご指摘をお二人の先生方に頂きました。このガイドラインにも、社会的な側面や社会経済的な側面も含めて、総合的に患者さんと十分にコンセンサスを取って治療を進めていくことが、RA治療の原則であるということが最初に書かれていますので、そういった視点で、今後のRAの患者さんの、より良きQOLの向上を目指して、ますます先生方には実際の診療で頑張っていただきたいと思っております。本日はどうもありがとうございました。

**一同** ありがとうございました。